



请扫描以查询验证条款

北京人寿保险股份有限公司 北京人寿京康常乐医疗保险条款

阅读指引

本阅读指引有助于理解条款，对本合同内容的解释以条款为准。

您拥有的重要权益

- ❖ 本合同提供的保障在保险责任条款中列明.....2.4
- ❖ 您有退保的权利5.1

您应当特别注意的事项

- ❖ 本合同有责任免除条款，请注意2.7
- ❖ 保险事故发生后，请及时通知本公司3.2
- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请慎重决策.....5.1
- ❖ 您有如实告知的义务6.1
- ❖ 本公司对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请注意7

保险条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请仔细阅读本保险条款。

条款目录

1. 双方订立的合同	6.3 年龄性别错误处理	7.21 肿瘤内分泌疗法
1.1 合同构成	6.4 职业或工种的确定与变更	7.22 肿瘤靶向疗法
1.2 合同成立与生效	6.5 合同内容变更	7.23 基本医疗保险
1.3 投保范围	6.6 联系方式变更	7.24 城乡居民大病保险
1.4 犹豫期	6.7 合同终止	7.25 重大疾病
2. 本公司提供的保障	6.8 争议处理	7.26 质子重离子治疗
2.1 保险金额	7. 释义	7.27 质子重离子医疗费用
2.2 保险期间	7.1 保险费约定支付日	7.28 斗殴
2.3 保证续保及续保	7.2 周岁	7.29 醉酒
2.4 保险责任	7.3 有效身份证件	7.30 毒品
2.5 免赔额	7.4 意外伤害	7.31 酒后驾驶
2.6 保险金计算方法	7.5 医院	7.32 无合法有效驾驶证驾驶
2.7 责任免除	7.6 专科医生	7.33 无有效行驶证
3. 保险金的申请	7.7 住院	7.34 机动车
3.1 受益人	7.8 医疗必需且合理	7.35 感染艾滋病病毒或患艾滋病
3.2 保险事故通知	7.9 床位费	7.36 医疗事故
3.3 保险金申请	7.10 膳食费	7.37 非处方药
3.4 保险金给付	7.11 护理费	7.38 潜水
3.5 诉讼时效	7.12 诊疗费	7.39 攀岩
4. 保险费的支付	7.13 检查检验费	7.40 探险
4.1 保险费的支付	7.14 治疗费	7.41 武术比赛
4.2 宽限期	7.15 药品费	7.42 特技表演
5. 合同解除	7.16 手术费	7.43 遗传性疾病
5.1 您解除合同的手续及风险	7.17 同一次住院	7.44 先天性畸形、变形或染色体异常
6. 其他需要关注的事项	7.18 化学疗法	7.45 不可抗力
6.1 明确说明与如实告知	7.19 放射疗法	7.46 现金价值
6.2 本公司合同解除权的限制	7.20 肿瘤免疫疗法	

北京人寿保险股份有限公司 北京人寿京康常乐医疗保险条款

在本保险条款中，“您”指投保人，“本公司”指北京人寿保险股份有限公司，“本合同”指您与本公司之间订立的“北京人寿京康常乐医疗保险合同”。

1. 双方订立的合同

- 1.1 合同构成 本合同由保险单及其所附条款、投保单、合法有效的声明、批注、批单及其他保险凭证、与本合同有关的投保文件、书面协议构成。
- 1.2 合同成立与生效 您提出保险申请、本公司同意承保，本合同成立。
本合同自本公司同意承保、收取保险费并签发保险单的次日零时起开始生效，合同生效日期在保险单上载明。本合同生效日期为本公司开始承担保险责任的日期。本合同生效日以后每年的对应日为保单周年日。若当月无对应的同一日，则以该月最后一日作为对应日。保单年度、**保险费约定支付日**（见释义）、保险单满期日均以本合同生效日为基础计算。
- 1.3 投保范围 凡出生 28 日以上（含 28 日）、55 周岁（见释义）以下（含 55 周岁），身体健康者均可作为被保险人，由本人或对其具有保险利益的其他人作为投保人向本公司投保本保险。
- 1.4 犹豫期 自您收到并书面签收本合同的次日零时起，有 15 日的犹豫期。在此期间，请您认真审视本合同，如果您认为本合同与您的需求不相符，您可以在此期间提出解除本合同，本公司将在扣除不超过 10 元的工本费后向您无息退还所交保险费。解除本合同时，您须填写解除合同申请书，并提供本合同、您的**有效身份证件**（见释义）。自本公司收到您的**解除合同申请书时起，本合同即被解除，对于本合同解除前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任。**

2. 本公司提供的保障

- 2.1 保险金额 本合同的保险金额包括一般医疗费用保险金额和重大疾病医疗费用保险金额，并在保险单上载明。
一般医疗费用保险金额为 2,000,000 元，重大疾病医疗费用保险金额为 2,000,000 元。
- 2.2 保险期间 本合同的保险期间为 1 年；除另有约定外，自本合同生效日零时起至约定终止日 24 时止，由您在投保时与本公司协商确定并在保险单上载明。
- 2.3 保证续保及续保
保证续保 本合同采取保证续保方式。若您首次投保或非连续投保本合同的，自本合同生效日起，每 6 年为一个保证续保期间。

在保证续保期间内，您未在本合同保险期间届满日之前向本公司提出停止保证续保申请，并于保险期间届满之前或在本合同约定的交费宽限期内，向本公司交纳续保保险费的，本公司将按照原条款和约定费率继续承保，本合同自保险期间届满次日零时起继续有效1年。

在保证续保期间内，本公司不会因被保险人的健康状况或历史理赔情况而拒绝您续保。若您与本公司解除本合同后，您希望继续享有本产品提供的保障，您需要重新投保。

本公司接受保证续保本合同的被保险人的年龄最高不超过99周岁。

续保

若您在投保时选择了自动续保方式，在保证续保期间届满时，若本公司未收到您不再继续投保的通知，则视作您申请续保本合同，经本公司审核同意且您按本次续保时被保险人年龄对应的费率交付续保保险费后，进入新的保证续保期间，本合同自保险期间届满次日零时起继续有效1年。

本公司接受续保本合同的被保险人的年龄最高不超过99周岁。

2.4 保险责任

在本合同保险期间内，本公司按照下列约定承担保险责任：

一、基本责任 一般医疗费用 保险金

被保险人遭受**意外伤害**（见释义）或在本合同生效之日起30日后（续保的，不受30日的限制）发生疾病，并因该意外伤害或疾病在**医院**（见释义）接受治疗的，本公司对下述4类医疗费用，按照本合同“**保险金计算方法**”的约定给付一般医疗费用保险金：

1. 住院医疗费用

指被保险人经**专科医生**（见释义）诊断必须接受**住院**（见释义）治疗时，被保险人实际发生并支付的**医疗必需且合理**（见释义）的住院医疗费用，包括**床位费**（见释义）、**膳食费**（见释义）、**护理费**（见释义）、**诊疗费**（见释义）、**检查检验费**（见释义）、**治疗费**（见释义）、**药品费**（见释义）、**手术费**（见释义）等。保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，本公司承担给付保险金责任的期限，自保险期间届满次日起至出院之日止，但最长为连续30日。

被保险人在本合同生效之日起30日内发生疾病，并因该疾病导致的住院及与该住院视为同一次住院（见释义）的治疗，无论是否延续至生效之日起30日后，本公司均不承担保险金给付责任。

2. 特殊门诊医疗费用

指被保险人在医院接受特殊门诊治疗时，被保险人实际发生并支付的**医疗必需且合理**的特殊门诊医疗费用，包括：

（1）门诊肾透析费；

（2）门诊恶性肿瘤治疗费，包括**化学疗法**（见释义）、**放射疗法**（见释义）、**肿瘤免疫疗法**（见释义）、**肿瘤内分泌疗法**（见释义）、**肿瘤靶向疗法**（见释义）的治疗费用；

（3）器官移植后的门诊抗排异治疗费。

3. 门诊手术医疗费用

指被保险人经**专科医生**诊断必须接受门诊手术治疗时，被保险人实际发生并支付

的医疗必需且合理的门诊手术费用。

4. 住院前后门急诊医疗费用

指被保险人经专科医生诊断必须接受住院治疗，在住院前7日（含住院当日）和出院后30日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗时，被保险人实际发生并支付的医疗必需且合理的门急诊医疗费用（但不包括特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用）。

本公司实际给付的一般医疗费用保险金以扣除相应补偿或给付（包括但不限于基本医疗保险（见释义）、公费医疗、城乡居民大病保险（见释义）、其他商业医疗保险等）后的剩余部分医疗费用为限。

在本合同保险期间内，本公司累计给付一般医疗费用保险金之和以本合同约定的一般医疗费用保险金额为限，当本公司在本项下累计给付金额达到一般医疗费用保险金额时，本合同对被保险人在本项下的保险责任终止。

重大疾病医疗费用保险金

被保险人遭受意外伤害或在本合同生效之日起30日后（续保的，不受30日的限制），因首次发生并经确诊的疾病导致被保险人初次发生并经专科医生明确诊断患本合同所指的**重大疾病**（见释义）（无论一种或多种），并因该重大疾病在医院接受治疗的，本公司首先按照前款约定给付一般医疗费用保险金，当本公司累计给付金额达到一般医疗费用保险金额后，本公司对下述4类医疗费用，按照本合同“保险金计算方法”的约定给付重大疾病医疗费用保险金：

1. 住院医疗费用

指被保险人经专科医生诊断必须接受住院治疗时，被保险人实际发生并支付的医疗必需且合理的住院医疗费用，包括床位费、膳食费、护理费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费等。保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，本公司承担给付保险金责任的期限，自保险期间届满次日起至出院之日止，但最长为连续30日。

被保险人在本合同生效之日起30日内发生本合同所指的**重大疾病**，并因该重大疾病导致的住院及与该住院视为同一次住院的治疗，无论是否延续至生效之日起30日后，本公司均不承担保险金给付责任。

2. 特殊门诊医疗费用

指被保险人在医院接受特殊门诊治疗时，被保险人实际发生并支付的医疗必需且合理的特殊门诊医疗费用，包括：

（1）门诊肾透析费；

（2）门诊恶性肿瘤治疗费，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法的治疗费用；

（3）器官移植后的门诊抗排异治疗费。

3. 门诊手术医疗费用

指被保险人经专科医生诊断必须接受门诊手术治疗时，被保险人实际发生并支付的医疗必需且合理的门诊手术费用。

4. 住院前后门急诊医疗费用

指被保险人经专科医生诊断必须接受住院治疗，在住院前7日（含住院当日）和出院后30日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗时，被

保险人实际发生并支付的医疗必需且合理的门急诊医疗费用（但不包括特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用）。

本公司实际给付的重大疾病医疗费用保险金以扣除相应补偿或给付（包括但不限于基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险、其他商业医疗保险等）后的剩余部分医疗费用为限。

在本合同保险期间内，本公司累计给付重大疾病医疗费用保险金之和以本合同约定的重大疾病医疗费用保险金额为限，当本公司在本项下累计给付金额达到重大疾病医疗费用保险金额时，本合同对被保险人在本项下的保险责任终止。

质子重离子医疗费用保险金

被保险人遭受意外伤害或在本合同生效之日起30日后（续保的，不受30日的限制），因首次发生并经确诊的疾病导致被保险人初次发生并经专科医生明确诊断患本合同所指的恶性肿瘤，并因该恶性肿瘤在本公司认可的医疗机构接受质子重离子治疗（见释义），本公司对被保险人实际发生并支付的医疗必需且合理的质子重离子医疗费用（见释义），按照本合同“保险金计算方法”的约定给付质子重离子医疗费用保险金。

本公司实际给付的质子重离子医疗费用保险金以扣除相应补偿或给付（包括但不限于基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险、其他商业医疗保险等）后的剩余部分医疗费用为限。

在本合同保险期间内，累计给付的质子重离子医疗费用保险金达到1,000,000元时，本合同的该项保险责任终止。

二、可选责任 恶性肿瘤津贴 保险金

被保险人遭受意外伤害或在本合同生效之日起30日后（续保的，不受30日的限制），因首次发生并经确诊的疾病导致被保险人初次发生并经专科医生明确诊断患本合同重大疾病释义所指的恶性肿瘤（无论一种或多种），本责任终止，本公司将给付10,000元作为恶性肿瘤津贴保险金。

在本合同保证续保期间，对同一被保险人本公司只给付一次恶性肿瘤津贴保险金，一经给付，该项保险责任终止，本公司不再于该保证续保期间承担该项保险责任。

重大疾病豁免 保险费

被保险人遭受意外伤害或在本合同生效之日起30日后（续保的，不受30日的限制），因首次发生并经确诊的疾病导致被保险人初次发生并经专科医生明确诊断患本合同所指的重大疾病（无论一种或多种），如在该保证续保期间内，您继续续保的，本公司豁免该保证续保期间内剩余各保单年度的保险费。该保证续保期间结束后，本公司不再承担豁免保险费的责任，本项责任终止。本公司仅对被保险人在该保证续保期间内初次发生的重大疾病（无论一种或多种）承担豁免保险费的责任。豁免保险费的，本公司视同自被保险人重大疾病确诊日起，该保证续保期间内剩余各保单年度的保险费已经交纳。

在本合同保险期间内，本公司累计给付的重大疾病医疗费用保险金、质子重离子

医疗费用保险金与恶性肿瘤津贴保险金之和，以本合同约定的重大疾病医疗费用保险金额为限。

2.5 免赔额

本合同的免赔额为年度免赔额，是指在每一个保险期间内对应的免赔额，由被保险人自行承担，本公司不予赔偿的部分。

被保险人通过基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险获得补偿的医疗费用，不能抵扣年免赔额。被保险人通过其他商业医疗保险获得补偿，且符合本合同保险责任范围的医疗费用，可抵扣年免赔额。

本合同约定的基本年免赔额为 10,000 元。

每一保证续保期间内首个保险期间的年免赔额为本合同约定的基本年免赔额。自该保证续保期间内的第 2 个保险期间起，若被保险人满足本合同约定的享受健康优惠条件，本合同的年免赔额为上一个保险期间的年免赔额扣减年度健康优惠后的余额。本合同的年度健康优惠为人民币 1,000 元，每一被保险人可享受的累计年度健康优惠最高为人民币 4,000 元。

若满足以下条件，被保险人可享受上述的健康优惠：在前至少一个保险期间被保险人未接受本合同保险责任范围内的相关治疗，或者被保险人虽接受本合同保险责任范围内的相关治疗（无论本次治疗是否延续至下一个保单年度）但由被保险人支付的必需且合理的医疗费用未超过年免赔额。

若我们向被保险人支付医疗保险金，则下一保险期间及以后每个保险期间年免赔额恢复为 10,000 元。

对于被保险人每次发生的符合本合同保险责任范围的医疗必需且合理的重大疾病医疗费用，本公司在给付保险金时，不扣除免赔额。

2.6 保险金计算方法

在本合同保险期间内，本公司对被保险人每次发生的符合本合同保险责任范围的医疗必需且合理的一般医疗费用、重大疾病医疗费用和质子重离子医疗费用的计算方法如下：

一般医疗费用保险金=(每次发生的符合本合同保险责任范围的医疗必需且合理的医疗费用 - 从基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险、其他商业医疗保险等方式获得补偿的医疗费用 - 零与 (年免赔额 - 保险期间内本公司累计已免赔金额 - 其他商业医疗保险获得补偿的医疗费用) 的较大者) × 给付比例

重大疾病医疗费用保险金、质子重离子医疗费用保险金=(每次发生的符合本合同保险责任范围的医疗必需且合理的医疗费用 - 从基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险、其他商业医疗保险等方式获得补偿的医疗费用) × 给付比例。

本合同约定的给付比例如下：

保障责任	赔付比例
一般医疗费用保险金、重大疾病医疗费用保险金	100% (如果被保险人以参加基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险方式投保，但未以参加基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险方式就诊并结

	算，给付比例为60%)
质子重离子医疗费用保险金	60%

2.7 责任免除

因下列情形之一，导致被保险人发生本合同所指重大疾病，或者支出医疗费用的，本公司不承担给付保险金或豁免保险费的责任：

- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 被保险人自杀或故意自伤，但被保险人自杀或故意自伤时为无民事行为能力人的除外；
- (3) 被保险人故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (4) 被保险人斗殴（见释义）、醉酒（见释义），主动吸食或注射毒品（见释义）；
- (5) 被保险人酒后驾驶（见释义）、无合法有效驾驶证驾驶（见释义）、驾驶无有效行驶证（见释义）的机动车（见释义）；
- (6) 被保险人的精神疾病和行为障碍（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；
- (7) 被保险人不孕不育治疗、人工受精、妊娠（含宫外孕）、流产、分娩（含剖宫产）、节育（含绝育）、产前产后检查以及由以上原因引起之并发症；
- (8) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（见释义，但不包括本合同所指的“职业关系导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染”、“经输血导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染”）；
- (9) 因医疗事故（见释义）导致被保险人支出的住院医疗费用；
- (10) 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物，但按使用说明的规定使用非处方药（见释义）除外；
- (11) 未经医生处方自行购买的药品或非医院药房购买的药品、医生开具的超过30天部分的药品费用；
- (12) 被保险人参加潜水（见释义）、跳伞、攀岩（见释义）、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险（见释义）、摔跤、武术比赛（见释义）、特技表演（见释义）、赛马、赛车等高风险运动；
- (13) 战争、军事行动、暴乱、武装叛乱或者恐怖活动；
- (14) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (15) 被保险人在投保人首次投保或非连续投保前的未愈疾病；
- (16) 被保险人的洗牙、牙齿美白、正畸、烤瓷牙、种植牙或镶牙等牙齿保健和修复；
- (17) 被保险人的视力矫正手术或变性手术；
- (18) 被保险人矫形、整容、美容、器官移植，或修复、安装及购买残疾用具（如轮椅、假肢、助听器、假眼、配镜、假牙等）、一般健康体检、疗养、康复治疗、物理治疗、心理咨询或治疗；
- (19) 未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及其产生的后果所产生的费用；
- (20) 在国外或中国台湾地区、香港和澳门特别行政区发生的医疗费用；
- (21) 遗传性疾病（见释义，但不包括本合同所指的“肾髓质囊性病”、“严重肌营养不良症”、“肝豆状核变性（或称Wilson病）”、“骨生长不全症”、“脊髓小脑变性症”、“嗜血细胞综合症”），先天性畸形、变形或染色体异常（见

释义，但不包括本合同所指的“艾森门格综合征”。

3. 保险金的申请

- 3.1 受益人 除本合同另有指定外，医疗费用保险金、恶性肿瘤津贴保险金及重大疾病豁免保险费的受益人为被保险人本人。
- 3.2 保险事故通知 您、被保险人或者受益人应在知道保险事故发生之日起 10 日内通知本公司，但因不可抗力（见释义）导致的迟延除外。您、被保险人或者受益人故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，本公司对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但本公司通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生或者虽未及时通知但不影响本公司确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。
- 3.3 保险金申请 在申请保险金时，请按照下列方式办理：
- 一般医疗费用保险金、重大疾病医疗费用保险金、质子重离子医疗费用保险金申请 由一般医疗费用保险金、重大疾病医疗费用保险金、质子重离子医疗费用保险金受益人作为申请人，填写给付申请书，并凭下列证明和资料向本公司申请给付保险金：
1. 保险合同或保险凭证；
 2. 受益人的有效身份证件；
 3. 卫生行政部门认定的二级以上（含二级）医院或本公司认可的其他医疗机构出具的医疗费用原始结算凭证、附有必要病理检查、化验检查、血液检验及其他诊断报告的诊断证明书、病历、住院及出院证明等相关材料；
 4. 对于已经从当地基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险或其他途径获得补偿或给付的，需提供相应机构或单位出具的医疗费用结算证明；
 5. 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。
- 恶性肿瘤津贴保险金、重大疾病豁免保险费申请 由恶性肿瘤津贴保险金、重大疾病豁免保险费受益人作为申请人，填写给付申请书，并凭下列证明和资料向本公司申请给付保险金或豁免保险费：
- （1）保险合同或保险凭证；
 - （2）受益人的有效身份证件；
 - （3）专科医生出具的附有病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告的疾病诊断证明书；
 - （4）所能够提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。
- 以上保险金申请的证明和资料不完整的，本公司将及时一次性通知受益人补充提供有关证明和资料。
- 如果委托他人领取保险金，受托人除提供上述所有证明和资料外，必须另行出具有关委托人亲笔签字的授权委托书和受托人身份证明文件。
- 3.4 保险金给付 本公司在收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后，将在 5 日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定，但本合同另有约定的除外。本公司会将核

定结果通知申请人。对属于保险责任的，本公司在与受益人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行给付保险金义务。

本公司未及时履行前款规定义务的，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的损失。前述“损失”是指根据中国人民银行公布的同时期的人民币活期存款基准利率计算的利息损失。

对不属于保险责任的，本公司自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

本公司在收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，对给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；本公司最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

- 3.5 诉讼时效 受益人向本公司请求给付保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

4. 保险费的支付

- 4.1 保险费的支付 本合同的交费方式分为一次性支付和月交，由您在投保时与本公司约定，并在保险单上载明。分期支付保险费的，在交纳首期保险费后，您应当在每个保险费约定支付日交纳其余各期的保险费。

- 4.2 宽限期 一次性支付保险费的，除本合同另有约定外，如果您到期未交付保险费，自保险费约定交付日的次日零时起 60 日为保险费交付的宽限期。宽限期内发生的保险事故，本公司仍会承担保险责任，但在给付保险金时会扣减您欠交的保险费。

分期支付保险费的，您支付首期保险费后，除本合同另有约定外，如果您到期未交付保险费，自保险费约定交付日的次日零时起 30 日为保险费交付的宽限期。宽限期内发生的保险事故，本公司仍会承担保险责任，但在给付保险金时会扣减您欠交的保险费。

如果您宽限期结束之后仍未交付保险费，则本合同自宽限期满的次日零时起效力终止。

5. 合同解除

- 5.1 您解除合同的手续及风险 在犹豫期后，如未发生保险金给付，您可以申请解除本合同。您申请解除本合同时，应填写解除合同申请书并向本公司提供下列资料：

(1) 保险合同；

(2) 您的有效身份证件。

自本公司收到解除合同申请书时起，本合同终止。本公司自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还本合同的**现金价值**（见释义）。对已发生保险金给付，或已发生本合同约定的保险事故但尚未支付保险金的情形，本公司不退还本合同的现金价值。

您解除合同可能会遭受一定损失。

6. 其他需要关注的事项

- 6.1 **明确说明与如实告知** 订立本合同时，本公司应向您说明本合同的内容。
对保险条款中免除本公司责任的条款，本公司在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起您注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向您作出明确说明，未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。
本公司就您和被保险人的有关情况提出询问，您应当如实告知。
如果您故意或者因重大过失未履行前款约定的如实告知义务，足以影响本公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，本公司有权解除本合同或终止保险责任。如果您故意不履行如实告知义务，对于本合同解除前或终止保险责任前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任，并且不退还保险费。如果您因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，对于本合同解除前或终止保险责任前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。
本公司在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，本公司不得解除合同或终止保险责任；发生保险事故的，本公司承担给付保险金的责任。
- 6.2 **本公司合同解除权的限制** 本保险条款“明确说明与如实告知”约定的合同解除权，自本公司知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。
- 6.3 **年龄性别错误处理** 您在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期和性别在投保书上填明，如果发生错误按照下列方式办理：
(1) 您申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本合同约定投保年龄限制的，在保险事故发生之前本公司有权解除合同，并向您退还现金价值。本公司行使合同解除权适用本合同“明确说明与如实告知”中合同解除权限制的规定。
(2) 您申报的被保险人年龄或性别不真实，致使您实交保险费少于应交保险费的，本公司有权更正并要求您补交保险费。若已经发生保险事故，本公司在给付保险金时按实交保险费和应交保险费的比例给付。
(3) 您申报的被保险人年龄或性别不真实，致使您实交保险费多于应交保险费的，本公司会将多收的保险费无息退还给您。
- 6.4 **职业或工种的确定与变更** 在本合同保险期间内，若被保险人变更其职业或工种的，您或被保险人应于职业或工种变更之日起 10 日内以书面形式通知本公司。
(1) 被保险人变更后的职业或者工种，依照本公司职业分类，其危险程度降低时，本公司于收到通知后，向您按变更前后保险费差额退还相应的保险费；若其危险程度降低但未依上述约定通知本公司而发生保险事故的，本公司按保险事故发生当时保险单所载的保险金额给付保险金，并按变更前后保险费差额退还相应的保险费。
(2) 被保险人变更后的职业或者工种，依照本公司职业分类，其危险程度增加时，本公司于收到通知后，向您按变更前后保险费差额增收相应的保险费；若其危险程度增加但未依上述约定通知本公司而发生保险事故的，本公司按其实际收保险费

与应收保险费的比例计算并给付保险金。

(3) 被保险人变更后的职业或者工种依照本公司职业分类在拒保范围内的, 本公司所承担保险责任自其职业或工种变更之日起终止, 并按约定向您退还现金价值。若已发生保险金给付, 则本公司不退还现金价值。若被保险人变更后的职业或者工种在本公司的拒保范围内但未依上述约定通知本公司而发生保险事故的, 本公司不承担给付保险金的责任, 但按约定向您退还现金价值。

- 6.5 合同内容变更 在本合同保险期间内, 经您与本公司协商一致, 可以变更本合同的有关内容。变更本合同的, 应当由本公司在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单, 或由您和本公司订立变更的书面协议。
- 6.6 联系方式变更 为了保障您的合法权益, 您的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时, 请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知本公司。若您未以书面形式或双方认可的其他形式通知本公司, 本公司按本合同载明的最后住所、通讯地址或电话等联系方式发送的有关通知, 均视为已送达给您。
- 6.7 合同终止 发生下列情形之一时, 本合同终止:
1. 被保险人身故;
 2. 续保时被保险人年满 100 周岁;
 3. 保险期间届满, 您不同意续保;
 4. 保证续保期间届满时, 本公司不同意续保;
 5. 保证续保期间届满时, 本产品已停止销售;
 6. 本合同约定的其他终止事项。
- 6.8 争议处理 本合同履行过程中, 双方发生争议不能协商解决的, 可以达成仲裁协议通过仲裁解决, 也可依法直接向法院提起诉讼。

7. 释义

- 7.1 保险费约定支付日 本合同生效日在每月、每季、每半年或每年(根据交费方式确定)的对应日。如果当月无对应的同一日, 则以该月最后一日为对应日。
- 7.2 周岁 指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄, 自出生之日起为零周岁, 每经过一年增加一岁, 不足一年的不计。
- 7.3 有效身份证件 指由政府主管部门规定的证明其身份的证件, 如: 居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、士兵证、户口簿等证件。
- 7.4 意外伤害 指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件直接致使身体受到的伤害。
- 7.5 医院 指经中华人民共和国卫生部门正式评定的二级以上(含二级)公立医院普通部(不含特需门诊、特需病房、外宾病房、干部病房、国际医疗部病房), 不包括康复医院或康复病房、精神病院、疗养院、护理院、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心、急诊或门诊观察室、无相应医护人员或设备的二级或三级医院的联合医院

或联合病房。

- 7.6 专科医生 专科医生应当同时满足以下四项资格条件：
(1) 具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；
(2) 具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；
(3) 具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；
(4) 在二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。
- 7.7 住院 指被保险人确因临床需要，正式办理入院及出院手续，并确实入住医院正式病房接受治疗的行为过程，但不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院，以及休养、疗养、身体检查和健康护理等非治疗性行为。
- 7.8 医疗必需且合理 指合理的、符合通常惯例且医疗必需的医疗费用。
符合通常惯例指被保险人接受的医疗服务满足以下条件：
(1) 该服务满足医疗需要而且根据治疗当地通行治疗规范、采用了通行治疗方法；
(2) 医疗费用没有超过当地对类似情形治疗的常规费用，类似情形是指在同一地区、对相同性别、近似年龄的人所患的同类疾病或身体伤害实施的类似治疗或服务。
医疗必需指针对意外伤害或疾病本身的医疗服务及医疗费用满足以下条件：
(1) 治疗意外伤害或疾病合适且必须的、有医生处方的项目；
(2) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；
(3) 非为了医师或其他医疗提供方的方便；
(4) 接受的医疗服务范围是合适的而且经济有效的。
对是否医疗必需由本公司理赔人员根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。
- 7.9 床位费 指住院期间使用的医院床位的费用，包括普通床位费和重症监护室床位费，但不包括观察病房之床位、陪人床、家庭病床。
- 7.10 膳食费 指实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用，但不包括购买的个人用品。
- 7.11 护理费 指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用，包括护工费、消毒费、换药费、陪人费、煎药费、烤火费。
- 7.12 诊疗费 指由医生所实施的病情咨询及检查、各种器械或者仪器检查、诊断、治疗方案拟订等各项医疗服务所收取的费用。
- 7.13 检查检验费 指实际发生的、以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用，包括诊查费、妇检费、X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

- 7.14 治疗费 指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而合理发生的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费以及消耗品的费用，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。
- 7.15 药品费 指实际发生的合理且必要的、由医生开具的、具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用。但不包括营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品，以及下列中药类药品：
1. 主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药，如花旗参，冬虫草，白糖参，朝鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝，红参，琥珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，燕窝，野山参，移山参，珍珠（粉），紫河车，阿胶，阿胶珠，血宝胶囊，红桃K口服液，十全大补丸，十全大补膏等；
2. 部分可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸，海马，胎盘，鞭，尾，筋，骨等；
3. 用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。
- 7.16 手术费 手术指被保险人为治疗疾病、挽救生命而施行的手术，不包括活检、穿刺、造影等创伤性检查以及康复性手术。
手术费指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费；若因器官移植而发生的手术费用，不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。
- 7.17 同一次住院 指与前次住院原因相同，且前次出院与下次入院间隔未超过30天的再次住院视为同一次住院。
- 7.18 化学疗法 指针对恶性肿瘤的化学治疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。本合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化疗。
- 7.19 放射疗法 指针对恶性肿瘤的放射治疗。放疗是使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以抑制和杀灭癌细胞为目的而进行的治疗。本合同所指的放疗为被保险人根据医嘱，在医院的专门科室进行的放疗。
- 7.20 肿瘤免疫疗法 指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和增强机体抗肿瘤免疫应答。本合同所指的肿瘤免疫治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。
- 7.21 肿瘤内分泌疗法 指针对恶性肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制激素生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞的生长。本合同所指的内分泌治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。
- 7.22 肿瘤靶向疗法 指在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本合同所指的靶向治疗药物需符合法律、法规要求

并经过国家食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。

- 7.23 基本医疗保险 指城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗。
- 7.24 城乡居民大病保险 城乡居民大病保险是基本医疗保障制度的拓展和延伸，是对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障的一项新的制度性安排。主要保障对象为城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗或者城乡居民基本医疗保险的参保（合）人以及部分地区建立的覆盖城镇职工、城镇居民、农村居民的统一的大病保险制度参保人。
- 7.25 重大疾病 本合同所指重大疾病，是被保险人发生符合以下定义所述条件的疾病、疾病状态或手术，共计120种，其中第1种至第25种为中国保险行业协会制定的《重大疾病保险的疾病定义使用规范》中列明的疾病，其他为本公司增加的疾病。重大疾病的名称及定义如下：
- 1. 恶性肿瘤** 指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。下列疾病不在保障范围内：
- （1）原位癌；
 - （2）相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；
 - （3）相当于Ann Arbor分期方案I期程度的何杰金氏病；
 - （4）皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；
 - （5）TNM分期为T₁N₀M₀期或更轻分期的前列腺癌；
 - （6）感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。
- 2. 急性心肌梗塞** 指因冠状动脉阻塞导致的相应区域供血不足造成部分心肌坏死。须满足下列至少三项条件：
- （1）典型临床表现，例如急性胸痛等；
 - （2）新近的心电图改变提示急性心肌梗塞；
 - （3）心肌酶或肌钙蛋白有诊断意义的升高，或呈符合急性心肌梗塞的动态性变化；
 - （4）发病90天后，经检查证实左心室功能降低的，如左心室射血分数低于50%。
- 3. 脑中风后遗症** 指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，并导致神经系统永久性功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊180天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：
- （1）一肢或一肢以上肢体机能完全丧失（注1）；
 - （2）语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失（注2）；
 - （3）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动（注3）中的三项或三项以上。
- 4. 重大器官移植术或造血干细胞移植术** 重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏或肺脏的异体移植手术。
- 造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的异体移植手

术。

- 5. 冠状动脉搭桥术** 指为治疗严重的冠心病，实际实施了开胸进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。
冠状动脉支架植入术、心导管球囊扩张术、激光射频技术及其他非开胸的介入手术、腔镜手术不在保障范围内。
- 6. 终末期肾病** 指双肾功能慢性不可逆性衰竭，达到尿毒症期，经诊断后已经进行了至少90天的规律性透析治疗或实施了肾脏移植手术。
- 7. 多个肢体缺失** 指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。
- 8. 急性或亚急性重症肝炎** 指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：
(1) 重度黄疸或黄疸迅速加重；
(2) 肝性脑病；
(3) B超或其他影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；
(4) 肝功能指标进行性恶化。
- 9. 良性脑肿瘤** 指脑的良性肿瘤，已经引起颅内压增高，临床表现为视神经乳头水肿、精神症状、癫痫及运动感觉障碍等，并危及生命。须由头颅断层扫描(CT)、核磁共振检查(MRI)或正电子发射断层扫描(PET)等影像学检查证实，并须满足下列至少一项条件：
(1) 实际实施了开颅进行的脑肿瘤完全切除或部分切除的手术；
(2) 实际实施了对脑肿瘤进行的放射治疗。
脑垂体瘤、脑囊肿、脑血管性疾病不在保障范围内。
- 10. 慢性肝功能衰竭失代偿期** 指因慢性肝脏疾病导致肝功能衰竭，须满足下列全部条件：
(1) 持续性黄疸；
(2) 腹水；
(3) 肝性脑病；
(4) 充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。
因酗酒或药物滥用导致的肝功能衰竭不在保障范围内。
- 11. 脑炎后遗症或脑膜炎后遗症** 指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊180天后，仍残留下列一种或一种以上障碍：
(1) 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失（注1）；
(2) 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失（注2）；
(3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动（注3）中的三项或三项以上。
- 12. 深度昏迷** 指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级(Glasgow coma scale)结果为5分或5分以下，且已经持续使用呼吸机及其它生命维持系统96小时以上。
因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。

- 13. 双耳失聪-3 周岁始理赔** 指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆（注4）性丧失，在500赫兹、1000赫兹和2000赫兹语音频率下，平均听阈大于90分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。
被保险人申请理赔时年龄必须在 3 周岁以上，并且提供理赔当时的听力丧失诊断及检查证据。
- 14. 双目失明-3 周岁始理赔** 指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆（注4）性丧失，双眼中较好眼须满足下列至少一项条件：
（1）眼球缺失或摘除；
（2）矫正视力低于0.02（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）；
（3）视野半径小于5度。
被保险人申请理赔时年龄必须在 3 周岁以上，并且提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。
- 15. 瘫痪** 指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体机能永久完全丧失。肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊180天后或意外伤害发生180天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意识活动。
- 16. 心脏瓣膜手术** 指为治疗心脏瓣膜疾病，实际实施了开胸进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。
- 17. 严重阿尔茨海默病** 指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动（注3）中的三项或三项以上。
神经官能症和精神疾病不在保障范围内。
- 18. 严重脑损伤** 指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤180天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：
（1）一肢或一肢以上肢体机能完全丧失（注1）；
（2）语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失（注2）；
（3）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动（注3）中的三项或三项以上。
- 19. 严重帕金森病** 是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为震颤麻痹、共济失调等。须满足下列全部条件：
（1）药物治疗无法控制病情；
（2）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动（注3）中的三项或三项以上。
继发性帕金森综合征不在保障范围内。

- 20. 严重Ⅲ度烧伤** 指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤面积达到全身体表面积的20%或20%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。
- 21. 严重原发性肺动脉高压** 指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆（注4）性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级Ⅳ级，且静息状态下肺动脉平均压超过30mmHg。
- 22. 严重运动神经元病** 是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症。须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动（注3）中的三项或三项以上的条件。
- 23. 语言能力丧失-3周岁始理赔** 指因疾病或意外伤害导致完全丧失语言能力，经过积极治疗至少12个月（声带完全切除不受此时间限制），仍无法通过现有医疗手段恢复。
精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。
被保险人申请理赔时年龄必须在3周岁以上，并且提供理赔当时的语言能力丧失诊断及检查证据。
- 24. 重型再生障碍性贫血** 指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少。须满足下列全部条件：
(1) 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断；
(2) 外周血象必须具备以下三项条件：
①中性粒细胞绝对值 $\leq 0.5 \times 10^9/L$ ；
②网织红细胞 $< 1\%$ ；
③血小板绝对值 $\leq 20 \times 10^9/L$ 。
- 25. 主动脉手术** 指为治疗主动脉疾病，实际实施了开胸或开腹进行的切除、置换、修补病损主动脉血管的手术。主动脉指胸主动脉和腹主动脉，**不包括胸主动脉和腹主动脉的分支血管。**
动脉内血管成形术不在保障范围内。
- 26. 慢性呼吸功能衰竭** 慢性肺部疾病导致永久不可逆（注4）性的慢性呼吸功能衰竭。慢性呼吸功能衰竭必须明确诊断并满足下列全部条件：
(1) 休息时出现呼吸困难；
(2) 动脉血氧分压（PaO₂） $< 50\text{mmHg}$ ；
(3) 动脉血氧饱和度（SaO₂） $< 80\%$ ；
(4) 因缺氧必须接受持续的输氧治疗。
- 27. 严重多发性硬化** 多发性硬化为中枢神经系统白质多灶性脱髓鞘病变，病变有时累及灰质。多发性硬化必须明确诊断，并且已经造成永久不可逆的神经系统功能损害。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续180天无法独立完成下列基本日常生活活动：
(1) 移动：自己从一个房间移动到另一个房间；或
(2) 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

- 28. 脊髓灰质炎** 脊髓灰质炎是由于脊髓灰质炎病毒感染所致的瘫痪性疾病，临床表现为运动功能损害或呼吸无力。脊髓灰质炎必须明确诊断。
本合同仅对脊髓灰质炎造成的神经系统功能损害导致被保险人一肢或一肢以上肢体机能永久完全丧失的情况予以理赔。肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊180天后或意外伤害发生180天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意意识活动。
- 29. 全身性重症肌无力** 重症肌无力是一种神经肌肉接头传递障碍所致的疾病，表现为局部或全身骨骼肌（特别是眼外肌）极易疲劳。疾病可以累及呼吸肌、上肢或下肢的近端肌群或全身肌肉，必须满足下列全部条件：
(1) 经药物治疗和胸腺切除治疗一年以上仍无法控制病情；
(2) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动（注3）中的三项或三项以上。
- 30. 严重冠心病** 指经根据冠状动脉造影检查结果明确诊断为三支主要血管（左冠状动脉主干和右冠状动脉，或前降支、左旋支和右冠状动脉）严重狭窄性病变（至少一支血管管腔直径减少75%以上和其他两支血管管腔直径减少60%以上）。
前降支、左旋支及右冠状动脉的分支血管的狭窄不作为本保障的衡量指标。
- 31. 严重心肌病** 指被保险人因心肌病导致慢性心功能损害造成永久不可逆（注4）性的心功能衰竭。心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能IV级。被保险人永久不可逆（注4）性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。
- 32. 系统性红斑狼疮-III型或以上狼疮性肾炎** 系统性红斑狼疮是由多种因素引起，累及多系统的自身免疫性疾病。其特点是生成自身抗体对抗多种自身抗原。多见于育龄妇女。
本合同所指的系统性红斑狼疮仅限于累及肾脏（经肾脏活检确认的，符合WHO诊断标准定义III型至V型狼疮性肾炎）的系统性红斑狼疮。
其他类型的红斑性狼疮，如盘状狼疮、仅累及血液及关节的狼疮不在本合同保障范围内。
世界卫生组织（WHO）狼疮性肾炎分型：
I型（微小病变型） 镜下阴性，尿液正常
II型（系膜病变型） 中度蛋白尿，偶有尿沉渣改变
III型（局灶及节段增生型） 蛋白尿，尿沉渣改变
IV型（弥漫增生型） 急性肾炎伴有尿沉渣改变及/或肾病综合征
V型（膜型） 肾病综合征或重度蛋白尿
- 33. 因职业关系导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染** 被保险人在其常规职业工作过程中遭遇外伤，或者职业需要处理血液或者其他体液时感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）。
必须满足下列全部条件：
(1) 感染必须是在被保险人正在从事其职业工作中发生，该职业必须属于以下列表内的职业；
(2) 血清转化必须出现在事故发生后的6个月以内；
(3) 必须提供被保险人在所报事故发生后的5天以内进行的检查报告，该报告必须显示被保险人血液HIV病毒阴性和/或HIV抗体阴性；

(4) 必须在事故发生后的12个月内证实被保险人体内存在HIV病毒或者HIV抗体。

职业限制如下所示：

医生和牙科医生	护士
医院化验室工作人员	医院护工
医生助理和牙医助理	救护车工作人员
助产士	消防队员
警察	狱警

在任何治愈艾滋病（AIDS）或阻止HIV病毒作用的疗法被发现以后，或能防止AIDS发生的医疗方法被研究出来以后，本保障将不再予以赔付。

34. 经输血导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

被保险人感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）并且满足下列全部条件：

- (1) 在保障起始日或复效日之后，被保险人因输血而感染HIV；
- (2) 提供输血治疗的输血中心或医院出具该项输血感染属医疗责任事故的报告，或者法院终审裁定为医疗责任并且不准上诉；
- (3) 受感染的被保险人不是血友病患者。

在任何治愈艾滋病（AIDS）或阻止HIV病毒作用的疗法被发现以后，或能防止AIDS发生的医疗方法被研究出来以后，本保障将不再予以赔付。

任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致的HIV感染不在本合同保障范围内。本公司必须拥有获得使用被保险人的所有血液样本的权利和能够对这些样本进行独立检验的权利。

35. 严重克隆病

克隆病是一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克隆病病理组织学变化。诊断必须由病理检查结果证实。

被保险人所患的克隆病必须已经造成瘻管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

36. 严重溃疡性结肠炎

本保障所指的严重溃疡性结肠炎是指伴有致命性电解质紊乱的急性暴发性溃疡性结肠炎，病变累及全结肠，表现为严重的血便和系统性症状体征，治疗通常采取全结肠切除和回肠造瘻术。

溃疡性结肠炎必须根据组织病理学特点诊断，并且被保险人已经接受了结肠切除和/或回肠造瘻术。

37. 严重1型糖尿病

严重的1型糖尿病为由于胰岛素分泌绝对不足引起的慢性血糖升高，且已经持续性依赖外源性胰岛素维持180日以上。须经血胰岛素测定、血C肽测定或尿C肽测定，结果异常，并由内分泌科专科医生明确诊断。并须在本合同保险期间内，满足下述至少1个条件：

- (1) 已出现增殖性视网膜病变；
- (2) 须植入心脏起搏器治疗心脏病；
- (3) 因坏疽需切除至少一个脚趾。

38. 肺源性心脏病

指被保险人因慢性肺部疾病导致慢性心功能损害造成永久不可逆（注4）性的心功能衰竭。心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能IV级。被保险人永久不可逆（注4）性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

39. 植物人状

指由于严重颅脑外伤造成大脑和/或脑干严重损害导致完全永久性的对自身和环

- 态 境的意识丧失和中枢神经系统功能丧失，仅残存植物神经功能的疾病状态。植物人状态必须明确诊断并且具有严重颅脑外伤和脑损害的证据。
植物人状态必须持续30天以上方可申请理赔。
- 40. 严重类风湿性关节炎** 类风湿性关节炎为广泛分布的慢性进行性多关节病变，表现为关节严重变形，侵犯至少三个主要关节或关节组【如：双手（多手指）关节、双足（多足趾）关节、双腕关节、双膝关节和双髋关节】。类风湿性关节炎必须明确诊断并且已经达到类风湿性关节炎功能分级Ⅲ级以上的功能障碍（关节活动严重限制，不能完成大部分的日常工作和活动）并且满足下列全部条件：
(1) 晨僵；
(2) 对称性关节炎；
(3) 类风湿性皮下结节；
(4) 类风湿因子滴度升高；
(5) X线显示严重的关节（软骨和骨）破坏和关节畸形。
- 41. 非阿尔茨海默症所致严重痴呆** 指因阿尔茨海默病以外的脑的器质性疾病造成脑功能衰竭导致永久不可逆（注4）性的严重痴呆，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退。被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动（注3）中的三项或三项以上，日常生活必须持续受到他人监护。导致痴呆的疾病必须明确诊断，并且由完整的临床、实验室和影像学检查结果证实。
神经官能症和精神疾病不在保障范围内。
- 42. 多处臂丛神经根性撕脱** 由于疾病或意外导致至少两根臂丛神经根性撕脱，所造成的手臂感觉功能与运动功能完全永久性丧失。该病须由医院专科医生明确诊断，并且有电生理检查结果证实。
- 43. 严重哮喘-25周岁前理赔** 指一种反复发作的严重支气管阻塞性疾病，经专科医生确诊，且必须同时符合下列标准：
(1) 过去两年中曾因哮喘持续状态住院治疗，并提供完整住院记录；
(2) 因慢性过度换气导致胸廓畸形；
(3) 在家中需要医生处方的氧气治疗法；
(4) 持续日常服用口服类固醇激素治疗持续至少六个月。
被保险人申请理赔时年龄必须在年满25周岁之前。
- 44. 严重川崎病** 是指原因不明的系统性血管炎，本病须经专科医师明确诊断，并须满足下列全部条件：
(1) 超声心动图显示川崎病并发冠状动脉瘤或其他心血管异常；
(2) 已接受了针对川崎病并发冠状动脉瘤或其他心血管异常所进行的手术治疗。
- 45. 严重的系统性硬皮病** 指一种以局限性或弥漫性皮肤增厚和皮肤、血管、内脏器官异常纤维化为特征的结缔组织病。本病须经专科医师明确诊断，并须满足下列至少一项条件：
(1) 肺脏：肺部病变进而发展为肺间质纤维化和肺动脉高压；
(2) 心脏：心功能受损达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能Ⅳ级；
(3) 肾脏：肾脏受损导致双肾功能慢性不可逆衰竭，达到尿毒症期。

- 46. 丝虫病所致象皮肿** 指因丝虫感染导致淋巴阻塞性出现严重淋巴水肿，达到国际淋巴学会淋巴肿分期第Ⅲ期，临床表现为肢体象皮肿，患肢较健肢增粗30%以上，日常生活不能自理。此病症须经专科医生根据临床表现和微丝蚴的化验结果确诊。
- 47. 胰腺移植** 指因胰腺功能衰竭，已经实施了在全身麻醉下进行的胰腺的异体器官移植手术。**单纯胰岛移植、部分胰腺组织或细胞的移植不在本保障范围之内。**
- 48. 急性坏死性胰腺炎开腹手术** 指为治疗急性坏死性胰腺炎，实际实施了开腹进行的坏死组织清除术、病灶切除术或胰腺部分切除术。**因酒精作用所致的急性胰腺炎不在保障范围内。**
- 49. 慢性复发性胰腺炎** 指慢性反复发作的胰腺炎症导致胰腺的广泛纤维化、坏死、弥漫性钙化及假性囊肿形成，造成胰腺功能障碍出现严重糖尿病和营养不良。必须满足以下所有条件：
 (1) CT显示胰腺广泛钙化或逆行胰胆管造影（ERCP）显示胰管扭曲、扩张和狭窄；
 (2) 接受胰岛素替代治疗和酶替代治疗180天以上。
酒精导致的慢性复发性胰腺炎不在本保障范围内。
- 50. 疯牛病** 是一种传染性海绵状脑病，临床表现为快速进行性痴呆、肌阵挛和特征性脑电图变化。本病须经三级医院的专科医生根据WHO诊断标准明确诊断，并且被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动（注3）中的三项或三项以上。
疑似病例不在本保障范围内。
- 51. 肾髓质囊性病** 肾髓质囊性病的诊断须同时符合下列要求：
 (1) 肾髓质有囊肿、肾小管萎缩及间质纤维化等病理改变；
 (2) 肾功能衰竭；
 (3) 诊断须由肾组织活检确定。
- 52. 严重的原发性硬化性胆管炎** 原发性硬化性胆管炎指一种胆汁淤积综合征，其特征是肝内、肝外胆道因非细菌性炎症、慢性纤维化逐渐狭窄，并最终导致完全阻塞而发展为胆汁淤积性肝硬化。须满足下列全部条件：
 (1) 持续性黄疸病史；
 (2) 总胆红素和直接胆红素同时升高，血清ALP>200U/L；
 (3) 经内镜逆行胰胆管造影（ERCP）影像学检查确诊；
 (4) 出现胆汁淤积性肝硬化或门脉高压。
因肿瘤或胆管损伤等继发性的硬化性胆管炎不在保障范围内。
- 53. 特发性慢性肾上腺皮质功能减退** 指自身免疫性肾上腺炎（既往称：特发性肾上腺皮质萎缩）导致肾上腺萎缩和慢性肾上腺皮质功能减退。必须满足所有以下条件：
 (1) 必须由专科医生明确诊断，符合所有以下诊断标准：
 ① 血浆促肾上腺皮质激素（ACTH）水平测定，>100pg/ml；
 ② 血浆肾素活性、血管紧张素II和醛固酮测定，显示为原发性肾上腺皮质功能减退症；

③促肾上腺皮质激素（ACTH）刺激试验显示为原发性肾上腺皮质功能减退症。

（2）已经采用皮质类固醇替代治疗180天以上。

肾上腺结核、HIV感染或艾滋病、感染、肿瘤所致的原发性肾上腺皮质功能减退和继发性肾上腺皮质功能减退不在本保障范围内。

- 54. 溶血性链球菌引起的坏疽** 包围肢体或躯干的浅筋膜和/或深筋膜受到溶血性链球菌的感染，病情在短时间内急剧恶化，必须立刻进行手术及清创术。最后的诊断必须由微生物或病理学专家进行相关检查后证实。
- 55. 颅脑手术** 被保险人确已实施全麻下的开颅手术（不包括颅骨钻孔手术和经鼻蝶窦入颅手术）。
因外伤而实施的脑外科手术不在保障范围之内。
理赔时必须提供由神经外科医生出具的诊断书及手术报告。
- 56. 严重肌营养不良症** 指一组遗传性肌肉变性病变，临床特征为与神经系统无关的骨骼肌肉对称地进行性无力和萎缩。其诊断需满足下列全部条件：
（1）肌电图显示典型肌营养不良症的阳性改变；
（2）肌肉活检的病理学诊断符合肌营养不良症的肌肉细胞变性、坏死等阳性改变；
（3）已导致被保险人持续超过三个月无法独立完成六项基本日常生活活动（注3）中的三项或三项以上。
- 57. 严重心肌炎** 指被保险人因严重心肌炎性病变导致心功能损害造成持续的永久不可逆（注4）性的心功能衰竭。必须满足所有以下条件：
（1）心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能IV级，或左室射血分数低于30%；
（2）持续不间断180天以上；
（3）被保险人永久不可逆（注4）性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。
- 58. 肝豆状核变性（或称Wilson病）** 指一种常染色体隐性遗传的铜代谢缺陷病，以不同程度的肝细胞损害、脑退行性病变和角膜边缘有铜盐沉着环为其临床特征，并须满足下列全部条件：
（1）典型症状；
（2）角膜色素环（K-F环）；
（3）血清铜和血清铜蓝蛋白降低，尿铜增加；
（4）经肝脏活检确诊。
- 59. 侵蚀性葡萄胎（或称恶性葡萄胎）** 该类疾病是指异常增生的绒毛组织浸润性生长侵入子宫肌层或转移至其他器官或组织的葡萄胎，并已经进行化疗或手术治疗的。
- 60. 破裂脑动脉瘤夹闭手术** 指因脑动脉瘤破裂造成蛛网膜下腔出血，被保险人实际接受了在全麻下进行的开颅动脉瘤夹闭手术。
脑动脉瘤（未破裂）预防性手术、颅骨打孔手术、动脉瘤栓塞手术、血管内手术及其他颅脑手术不在本保障范围内。

- 61. 需手术切除的嗜铬细胞瘤** 是指肾上腺或嗜铬外组织出现神经内分泌肿瘤，并分泌过多的儿茶酚胺类，需要并实际进行了手术切除肿瘤。嗜铬细胞瘤的诊断必须由内分泌专科医生确定。
- 62. 进行性核上性麻痹 (Steele-Richardson-Olszewski 综合征)** 进行性核上性麻痹 (PSP) 又称 Steele-Richardson-Olszewski 综合征，是一种少见的神经系统变性疾病，以假球麻痹、垂直性核上性眼肌麻痹、锥体外系肌僵直、步态共济失调和轻度痴呆为主要临床特征。PSP 必须由三级甲等医院的神经内科专科医生确诊，并且被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动（注 3）中的三项或三项以上。
- 63. 严重幼年型类风湿性关节炎** 幼年型类风湿性关节炎是一种儿童期发病的慢性关节炎，其特点为在高热和系统性病征出现数月后发生关节炎。
本合同仅对实际接受了膝关节或髋关节置换手术治疗的严重的幼年型类风湿性关节炎予以理赔。
- 64. 严重肠道疾病并发症-18 周岁前理赔** 严重肠道疾病或外伤导致小肠损害并发症，必须满足以下所有条件：
(1) 至少切除了三分之二小肠；
(2) 完全肠外营养支持 3 个月以上。
本项保险责任仅在被保险人 18 周岁以前提供保障。
- 65. 严重瑞氏综合征 (Reye 综合征，也称赖氏综合征、雷氏综合征)** 瑞氏综合征是线粒体功能障碍性疾病。导致脂肪代谢障碍，引起短链脂肪酸、血氨升高，造成脑水肿。主要临床表现为急性发热、反复呕吐、惊厥及意识障碍等等。瑞氏综合征需由三级医院的儿科专科医生确诊，并符合下列所有条件：
(1) 有脑水肿和颅内压升高的脑脊液检查和影像学检查证据；
(2) 血氨超过正常值的 3 倍；
(3) 临床出现昏迷，病程至少达到疾病分期第 3 期。
- 66. 严重自身免疫性肝炎** 自身免疫性肝炎是一种原因不明的慢性肝脏的坏死性炎性疾病，机体免疫机制被破坏，产生针对肝脏自身抗原的抗体导致自身免疫反应，从而破坏肝细胞造成肝脏炎症坏死，进而发展为肝硬化。必须满足所有以下条件：
(1) 高 γ 球蛋白血症；
(2) 血液中存在高水平的自身免疫抗体，如 ANA (抗核抗体)、SMA (抗平滑肌抗体)、抗 LKM1 抗体或抗-SLA/LP 抗体；
(3) 肝脏活检证实免疫性肝炎；
(4) 临床已经出现腹水、食道静脉曲张和脾肿大等肝硬化表现。
- 67. 严重的 III 度房室传导阻滞** 指心房激动在房室交界区、房室束及其分支内发生阻滞，不能正常地传到心室的传导性疾病，须满足下列所有条件：
(1) 心电图显示房室搏动彼此独立，心室率 < 40 次/分钟；
(2) 动态心电图显示至少 3 秒的 RR 间期；
(3) 出现阿-斯综合征或心力衰竭的表现；
(4) 必须持续性依赖心脏起搏器维持心脏正常功能，且已经放置永久性心脏起搏器。

- 68. 细菌性脑脊髓膜炎** 指因脑膜炎双球菌感染引起脑脊髓膜化脓性病变，且导致永久性神经损害，持续90天以上，并且脑脊液检查显示脑膜炎双球菌阳性。
永久性神经损害是指由细菌性脑脊髓膜炎引起的耳聋、失明、动眼神经麻痹、瘫痪、脑积水、智力或性情中度以上的损害，且上述症状持续90天以上仍无改善迹象。
- 69. 严重感染性心内膜炎** 指因细菌、真菌和其他微生物（如病毒、立克次体、衣原体、螺旋体等）直接感染而产生心瓣膜或心室壁内膜的炎症，须经心脏专科医生确诊，并符合以下所有条件：
(1) 血液培养测试结果为阳性，并至少符合以下条件之一：
①微生物：在赘生物、栓塞的赘生物或心脏内脓疡经培养或组织检查证实有微生物；
②病理性病灶：组织病理学检查证实赘生物或心脏内脓疡有活动性心内膜炎；
③分别两次血液培养证实有典型的病原体且与心内膜炎吻合；
④持续血液培养证实有病原体阳性反应，且与心内膜炎吻合。
(2) 心内膜炎引起中度心瓣膜闭锁不全（指返流分数20%或以上）或中度心瓣膜狭窄（指心瓣膜开口范围小于或等于正常的30%）；
(3) 心内膜炎及心瓣膜病损须经心脏专科医生确诊。
- 70. 严重的骨髓增生异常综合征** 骨髓增生异常综合征（myelodysplastic syndromes, MDS）是起源于造血干细胞的一组异质性髓系克隆性疾病，特点是髓系细胞发育异常，表现为无效造血、难治性贫血细胞减少，本合同所指的严重的骨髓增生异常综合征需满足下列所有条件：
(1) 由设有专门血液病专科的公立三级甲等医院血液病专科的主治级别以上的医师确诊；
(2) 骨髓涂片检查同时符合发育异常细胞比例>10%、原始细胞比例>15%；
(3) 已接受至少累计三十日的化疗或已接受骨髓移植治疗。
化疗日数的计算以被保险人实际服用、注射化疗药物的天数为准。
疑似病例不在保障范围之内。
- 71. 严重癫痫** 本病的诊断须由神经科或儿科专科医生根据典型临床症状和脑电图及MRI、PET、CT等影像学检查做出。理赔时必须提供6个月以上的相关病历记录证明被保险人存在经抗癫痫药物治疗无效而反复发作的强直阵挛性发作或癫痫大发作，且已行神经外科手术以治疗反复发作的癫痫。
发热性惊厥以及没有全身性发作的失神发作（癫痫小发作）不在本保障范围内。
- 72. 自身造血干细胞移植** 指由于患者自身骨髓造血功能异常或为了达到治疗肿瘤的目的，采集患者自己的一部分造血干细胞，分离并深低温保存，再回输给患者使患者的造血功能和免疫功能重新恢复的一种治疗方法。该治疗须由专科医生认为在临床上是必需的。
- 73. 肺淋巴管肌瘤病** 肺淋巴管肌瘤病是一种弥漫性肺部疾病，主要病理改变为肺间质、支气管、血管和淋巴管内出现未成熟的平滑肌异常增生，同时需满足下列条件：
(1) 经组织病理学诊断；
(2) CT显示双肺弥漫性囊性改变；

(3) 血气提示低氧血症。

- 74. 肺泡蛋白质沉积症** 指肺泡和细支气管腔内充满不可溶性富磷脂蛋白的疾病，胸部X线呈双肺弥漫性肺部磨玻璃影，病理学检查肺泡内充满有过碘酸雪夫（PAS）染色阳性的蛋白样物质，并且接受了肺灌洗治疗。
- 75. 小肠移植** 指因肠道疾病或外伤，已经实施了在全身麻醉下进行的小肠的异体器官移植手术。此手术必须由专科医生认为是医学上必需的情况下进行。
- 76. 疾病或外伤所致智力障碍** 因严重头部创伤或疾病造成被保险人智力低常（智力低于常态）。根据智商（IQ），智力低常分为轻度（IQ50-70）；中度（IQ35-50）；重度（IQ20-35）和极重度（IQ<20）。智商的检测必须由我们认可的专职心理测验工作者进行，心理测验工作者必须持有由心理测量专业委员会资格认定书。根据被保险人年龄采用对应的智力量表如韦克斯勒智力量表（儿童智力量表或成人智力量表）。
理赔时必须满足下列全部条件：
(1) 造成被保险人智力低常（智力低于常态）的严重头部创伤或疾病（以入院日期为准）发生在被保险人6周岁以后；
(2) 儿科主任医师确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低常；
(3) 专职合格心理检测工作者适时做的心理检测证实被保险人智力低常（轻度、中度、重度或极重度）；
(4) 被保险人的智力低常自确认日起持续 180 天以上。
- 77. 骨生长不全症** 指一种胶原病，特征为骨易碎，骨质疏松和易骨折。该病有4种类型：I型、II型、III型、IV型。只保障III型成骨不全的情形。其主要临床特点有：发展迟缓、多发性骨折、进行性脊柱后侧凸及听力损害。III型成骨不全的诊断必须根据身体检查，家族史，X线检查和皮肤活检报告资料确诊。
- 78. 严重面部烧伤** 指面部烧伤程度为III度，且III度烧伤的面积达到面部表面积的80%或者80%以上，体表面积根据《中国新九分法》计算。
- 79. 亚急性硬化性全脑炎** 是麻疹或麻疹样病毒所致的一种中枢神经系统慢性感染。中枢神经系统呈现灰质和白质破坏为特征的慢性和急性混合存在的炎症。必须满足以下所有条件：
(1) 脑电图存在周期性复合波、脑脊液 γ -球蛋白升高、脑脊液和血清中麻疹抗体滴定度升高；
(2) 被保险人出现运动障碍，自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动（注3）中的三项或三项以上。
- 80. 脊髓小脑变性症** 指一组以小脑萎缩和共济失调为主要临床特点的疾病。必须符合所有以下条件：
(1) 脊髓小脑变性症必须由神经内科专科医生确诊，并有以下全部证据支持：
①影像学检查证实存在小脑萎缩；
②临床表现存在共济失调、语言障碍和肌张力异常；
(2) 被保险人运动功能严重障碍，自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动（注3）中的三项或三项以上。

- 81. 进行性多灶性白质脑病** 是一种亚急性脱髓鞘性脑病，常常发生于免疫缺陷的病人。此症必须由神经科专科医生根据脑组织活检确诊。
- 82. 弥漫性血管内凝血** 指血液凝固系统和纤溶系统的过度活动导致微血管血栓形成、血小板及凝血因子耗竭和严重出血，此症必须由专科医生确诊，并且已经达到临床分期的中期（消耗性低凝期）或后期（继发性纤溶亢进期），需要输注血浆和浓缩血小板进行治疗。
- 83. 失去一肢及一眼** 因疾病或受伤导致不可复原及永久性完全丧失：
(1) 一眼视力；及
(2) 任何一肢于腕骨或踝骨部位或以上切断。
- 84. 独立能力丧失** 指疾病或外伤造成被保险人至少持续6个月以上完全无法独立完成六项基本日常生活活动（注3）中的三项或三项以上。被保险人的日常生活活动能力丧失必须是永久性的。
- 85. 器官移植导致的 HIV 感染** 指因进行器官移植而感染上人类免疫缺陷病毒（HIV），且须满足下列全部条件：
(1) 在保障起始日或复效日之后，被保险人因治疗必需而实施器官移植，并且因器官移植而感染人类免疫缺陷病毒；
(2) 提供器官移植治疗的器官移植中心或医院出具该项器官移植感染，属于医疗责任事故的报告，或者法院终审裁定为医疗责任并且不准上诉；
(3) 提供器官移植治疗的器官移植中心或医院必须拥有合法经营执照。
在任何治愈艾滋病（AIDS）或阻止HIV病毒作用的疗法被发现以后，或能防止AIDS发生的医疗方法被研究出来以后，本保障将不再予以赔付。
- 86. 婴儿进行性脊肌萎缩症** 该病是累及脊髓前角细胞及延髓运动核的神经元退行性变性病。在出生后两年内出现的脊髓和脑干前角细胞进行性功能障碍，伴随肌肉无力和延髓功能障碍。
- 87. 室壁瘤切除手术** 指被保险人被明确诊断为左室室壁瘤，并且实际接受了开胸开心进行的室壁瘤切除手术治疗。
经导管心室内成型手术治疗不在本保障范围内。
- 88. 埃博拉病毒感染** 指埃博拉病毒感染导致的烈性传染病，并须满足下列全部条件：
(1) 实验室检查证实埃博拉病毒的存在；
(2) 从发病开始有超过30天的进行性感染症状。
- 89. 主动脉夹层血肿** 指主动脉壁在受到某些病理因素的破坏后，高速、高压的主动脉血流将其内膜撕裂，以致主动脉腔内的血流通过主动脉内膜的破裂口进入主动脉内壁而形成血肿。被保险人需通过X线断层扫描（CT）、磁共振扫描（MRI）、磁共振血管检验法（MRA）或血管扫描等检查，并且实施了胸腹切开的直视主动脉手术。
- 90. 重症急性坏死性筋膜炎** 坏死性筋膜炎的诊断须同时符合下列要求：
(1) 符合坏死性筋膜炎的一般临床表现；
(2) 细菌培养检出致病菌；

(3) 出现广泛性肌肉及软组织坏死，并导致身体受影响部位永久完全失去功能。所谓永久完全失去功能是指受影响部位的全部功能完全丧失超过180天者。

91. 骨髓纤维化

原发性骨髓纤维化为原因不明的骨髓中成纤维细胞增殖，伴有髓外造血，表现为进行性贫血、脾肿大等症状。本疾病须根据骨髓的活组织检查和周围血象检查由血液科专科医生明确诊断，并至少符合下列条件中的三项，且符合条件的状态持续180天及以上，并已经实际实施了针对此症的治疗：

- (1) 血红蛋白 $<100\text{g/L}$ ；
- (2) 白细胞计数 $>25\times 10^9/\text{L}$ ；
- (3) 外周血原始细胞 $\geq 1\%$ ；
- (4) 血小板计数 $<100\times 10^9/\text{L}$ 。

任何其它病因导致的继发性骨髓纤维化不在保障范围内。

92. 严重慢性缩窄性心包炎

由于慢性心包炎症导致心包脏层和壁层广泛瘢痕粘连、增厚和钙化，心包腔闭塞，形成一个纤维瘢痕外壳，使心脏和大血管根部受压，阻碍心脏的舒张。

被保险人被明确诊断为慢性缩窄性心包炎且必须满足以下所有条件：

- (1) 心功能衰竭达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级IV级，并持续180天以上；
- (2) 实际接收了以下任何一种手术路径的心包剥脱或心包切除手术；手术路径：胸骨正中切口；双侧前胸切口；左前胸肋间切口。

经胸腔镜、胸壁打孔进行的手术、心包粘连松解手术不在保障范围内。

93. 主动脉夹层瘤

指主动脉的内膜破裂导致血液流入主动脉壁中形成夹层动脉瘤。在本定义中，主动脉指胸主动脉及腹主动脉而非其旁支。诊断必须由专科医生及检验结果证实，检验包括电脑扫描，磁共振扫描及磁共振血管造影或心导管检查的证明，并有必要进行紧急修补手术。

94. 肌萎缩脊髓侧索硬化后遗症

以肌肉无力及萎缩为特征，并有以下情况作为证明：脊髓前角细胞功能失调、可见的肌肉颤动、痉挛、过度活跃之深层肌腱反射和外部足底反射、影响皮质脊髓束、构音障碍及吞咽困难。必须由专科医生以适当的神经肌肉检查如肌电图（EMG）证实。本疾病必须导致严重的生理功能损坏（由被保险人永久性无法独立完成最少3项基本日常生活活动作为证明）。

95. 严重结核性脑膜炎

由结核杆菌引起的脑膜和脊膜的非化脓性炎症性疾病。需满足以下全部条件：

- (1) 出现颅内压明显增高，表现头痛、呕吐和视乳头水肿；
- (2) 出现部分性、全身性癫痫发作或癫痫持续状态；
- (3) 昏睡或意识模糊；
- (4) 视力减退、复视和面神经麻痹。

96. 重症手足口病

由肠道病毒引起的急性传染病，主要症状表现为手、足、口腔等部位的斑丘疹、疱疹。经专科医生确诊为患有手足口病，并伴有下列三项中的任意一项并发症：

- (1) 有脑膜炎或脑炎并发症，且导致意识障碍或瘫痪的临床表现及实验室检查证据；
- (2) 有肺炎或肺水肿并发症，且导致呼吸衰竭的临床表现及实验室检查证据；

- (3) 有心肌炎并发症，且导致心脏扩大或心力衰竭的临床表现及实验室检查证。
- 97. 严重甲型及乙型血友病** 被保险人必须是患上严重甲型血友病(缺乏VIII凝血因子)或严重乙型血友病(缺乏IX凝血因子)，而凝血因子VIII或凝血因子IX的活性水平少于百分之一。诊断必须由血液病专科医生确认。
- 98. 艾森门格综合征** 因心脏病导致的严重肺动脉高压及右向左分流。诊断必须由心脏专科医生经超声心动图和心导管检查证实及需符合以下所有标准：
(1) 平均肺动脉压高于40mmHg；
(2) 肺血管阻力高于3mm/L/min (Wood单位)；
(3) 正常肺微血管楔压低于15mmHg。
- 99. 湿性年龄相关黄斑变性** 又称为新生血管性年龄相关性黄斑变性或“渗出性”年龄相关性黄斑变性，发生脉络膜新生血管(CNV)异常生长穿透玻璃膜进入视网膜，新生血管渗漏，渗出及出血。该病必须由荧光素眼底血管造影检查提示黄斑区新生血管形成，并且必须由医院的眼科专科医生确诊为湿性年龄相关性黄斑变性。
被保险人申请理赔时须提供近3个月内视力改变显示病情恶化的相关检查报告、诊断证明及病历报告。
- 100. 脊柱裂** 指脊椎或颅骨不完全闭合，导致脊髓脊膜突出，脑(脊)膜突出或脑膨出，合并大小便失禁，部分或完全性下肢瘫痪或畸形等神经学上的异常，但不包括由X线摄片发现的没有合并脊椎脊膜突出或脑(脊)膜突出的隐形脊椎裂。
- 101. 原发性脊柱侧弯** 指被保险人因原发性脊柱侧弯，实际实施了对该病的矫正外科手术。但由于先天性脊柱侧弯以及其他疾病或意外导致的继发性脊柱侧弯而进行的手术治疗不属于本保障责任。
- 102. 黑斑息肉综合征** 黑斑息肉综合征(Peutz-Jeghers综合征)又称色素沉着息肉综合征，是常染色体显性遗传病。临床表现为面部、口唇周围对的色素沉着，以及肠道多发息肉。且合并肠套叠或肠梗阻，已接受手术治疗。
- 103. 严重III度冻伤导致截肢** 冻伤是由于寒冷潮湿作用引起的人体局部或全身损伤。指冻伤程度达到III度，且导致一个或一个以上肢体自腕关节或踝关节近端(靠近躯干端)以上完全性断离。
- 104. 肺孢子菌肺炎** 指由肺孢子菌引起的间质性浆细胞性肺炎。并须满足下列全部条件：
(1) 第一秒末用力呼气量(FEV1)小于1升；
(2) 气道内阻力增加，至少达到0.5kPa/l/s；
(3) 残气容积占肺总量(TLC)的60%以上；
(4) 胸内气体容积升高，超过170(基值的百分比)；
(5) PaO₂<60mmHg, PaCO₂>50mmHg。
感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患肺孢子菌肺炎不在本项保障范围内。
- 105. 范可尼综** 也称Fanconi综合征，指近端肾小管的功能异常引起的一组症候群。须经专科医生

- 合征-3 周岁始理赔** 诊断，且须满足下列至少三项条件：
(1) 尿液检查出现肾性糖尿、全氨基酸糖尿或磷酸盐尿；
(2) 血液检查出现低磷血症、低尿酸血症或近端肾小管酸中毒；
(3) 出现骨质疏松、骨骼畸形或尿路结石；
(4) 通过骨髓片、白细胞、直肠黏膜中的结晶分析或裂隙灯检查角膜有胱氨酸结晶。
被保险人在三周岁之前罹患该疾病，本公司不承担保险责任。
- 106. 风湿热导致的心脏瓣膜疾病** 指经由专科医生根据已修订的Jones标准诊断证实罹患急性风湿热。且因风湿热所导致一个或以上最少轻度心脏瓣膜关闭不全（即返流部分达20%或以上）或狭窄的心脏瓣损伤（即心脏瓣面积为正常值的30%或以下）。有关诊断须由专科医生根据心脏功能的定量检查证实。
- 107. 心脏粘液瘤手术** 指为了治疗心脏粘液瘤，实际实施了开胸开心脏粘液瘤切除手术。
经导管介入手术治疗不在保障范围内。
- 108. 严重大动脉炎** 指经心脏或血管外科专科医生确诊的大动脉炎，须满足下列全部条件：
(1) 红细胞沉降率及C 反应蛋白高于正常值；
(2) 超声检查、CTA 检查或血管造影检查证实主动脉及其主要分支存在狭窄。
- 109. Brugada 综合征** 由心脏专科医生根据临床症状和典型心电图表现，确诊为Brugada综合征，且实际已安装永久性心脏除颤器。
- 110. 严重继发性肺动脉高压** 指继发性肺动脉压力持续增高，导致右心室肥厚，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级IV级。诊断需要由心脏科专家确诊，并且心导管检查报告显示静息状态下肺动脉平均压超过30mmHg。
所有先天性心脏疾病直接或间接引起的肺动脉高压不在保障范围内。
- 111. 严重心脏衰竭 CRT 心脏再同步治疗** 指因缺血性心脏病或扩张性心肌病导致慢性严重心脏衰竭，被保险人实际接受了CRT治疗，以矫正心室收缩不协调和改善心脏功能。接受治疗之前必须满足下列所有条件：
(1) 心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能III级或IV级；
(2) 左室射血分数低于35%；
(3) 左室舒张末期内径 $\geq 55\text{mm}$ ；
(4) QRS时间 $\geq 130\text{msec}$ ；
(5) 药物治疗效果不佳，仍有症状。
- 112. 多发性大动脉炎旁路移植手术** 指经专科医生明确诊断为头臂动脉型多发性大动脉炎，且实际接受了经胸部切开的无名动脉（头臂干）、颈总动脉、锁骨下动脉旁路移植手术。
非开胸的血管旁路移植手术、因其他病因而进行的旁路移植手术、对其他动脉进行的旁路移植手术、经皮经导管进行的血管内手术不在保障范围内。
- 113. 严重巨细** 又称颅动脉炎、颞动脉炎、肉芽肿性动脉炎，指一种以侵犯颅动脉为主的系统性血

- 胞动脉炎** 管炎综合征。须经专科医生明确诊断，并造成永久不可逆性的单个肢体功能障碍或单眼失明。其中单眼失明须满足下列至少一项条件：
- (1) 眼球缺失或者摘除；
 - (2) 矫正视力低于0.02(采用国际标准视力表，如果使用其它视力表应进行换算)；
 - (3) 视野半径小于5度。
- 114. 严重气性坏疽** 指由梭状芽胞杆菌所致的肌坏死或肌炎。须经专科医生明确诊断，且须同时符合下列条件：
- (1) 符合气性坏疽的一般临床表现；
 - (2) 细菌培养检出致病菌；
 - (3) 出现广泛性肌肉及组织坏死，并确实实施了坏死组织和筋膜以及肌肉的切除手术。
- 清创术不在保障范围内。**
- 115. 严重肺结节病** 结节病是一种原因未明的慢性肉芽肿病，可侵犯全身多个器官，以肺和淋巴结受累最为常见。严重肺结节病表现为肺的广泛纤维化导致慢性呼吸功能衰竭。必须满足下列所有条件：
- (1) 肺结节病的X线分期为IV期，即广泛肺纤维化；
 - (2) 永久不可逆性的慢性呼吸功能衰竭，临床持续180天动脉血氧分压 (PaO₂) <50mmHg和动脉血氧饱和度 (SaO₂) <80%。
- 116. 获得性血栓性血小板减少性紫癜 (TTP)** 是一种严重的弥散性血栓性微血管病。须经专科医生诊断，满足下列至少四项条件：
- (1) 皮肤或其他部位出血症状；
 - (2) 外周血化验提示：
 - ①血小板计数 $\leq 50 \times 10^9/L$ ；
 - ②网织红细胞增多；
 - ③血片中出现多量裂红细胞，比值 $> 0.6\%$ ；
 - ④血红蛋白计数 $\leq 90g/L$ 。
 - (3) 骨髓检查提示：
 - ①巨核细胞成熟障碍；
 - ②骨髓代偿性增生，粒/红比值降低。
 - (4) 肾功能损害；
 - (5) 实际实施了血浆置换治疗。
- 遗传性血栓性血小板减少性紫癜不在此保障范围内。**
- 117. 嗜血细胞综合症** 又称噬血细胞性淋巴组织细胞增生症 (HLH)，是一组由多种原因诱发的细胞因子瀑布式释放，以组织细胞增生伴随其吞噬各种造血细胞为特征的综合征。须符合下列条件中的至少三项，并且经专科医生认为有必要进行异体骨髓移植手术：
- (1) 分子生物学诊断出现特异性的基因突变；
 - (2) 铁蛋白 $> 500ng/ml$ ；
 - (3) 外周血细胞减少，至少累及两系，Hb $< 90g/L$ (新生儿Hb $< 100g/L$)，PLTS $< 100 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞 $< 1.0 \times 10^9/L$ ；
 - (4) 骨髓、脑脊液、脾脏及淋巴结等器官有特征性噬血细胞的增加；
 - (5) 血清可溶性CD25 $\geq 2400U/ml$ 。

- 118. 严重的脊髓空洞症** 脊髓空洞症为慢性进行性的脊髓变性性疾病，其特征为脊髓内空洞形成。表现为感觉异常、肌萎缩及神经营养障碍。脊髓空洞症累及延髓的称为延髓空洞症，表现为延髓麻痹。脊髓空洞症必须明确诊断并且造成永久不可逆的神经系统功能障碍，存在持续至少180天以上的神经系统功能缺失并满足下列条件之一：
- (1) 延髓麻痹呈现显著舌肌萎缩、构音困难和吞咽困难；
 - (2) 双手萎缩呈“爪形手”，肌力2级或以下。
- 119. 严重的神经白塞病** 白塞病是一种慢性全身性血管炎症性疾病，主要表现为复发性口腔溃疡、生殖器溃疡、眼炎及皮肤损害，可累及大血管、神经系统、消化道、肺、肾等等。累及神经系统损害的白塞病称为神经白塞病。神经白塞病必须明确诊断，并且已经造成永久不可逆的神经系统功能损害。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续180天无法独立完成下列基本日常生活活动之一：
- (1) 移动：自己从一个房间到另一个房间；
 - (2) 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。
- 120. 严重的脊髓内肿瘤** 指脊髓内良性或恶性肿瘤，并且此肿瘤造成脊髓损害导致瘫痪。须满足下列所有条件：
- (1) 被保险人实际接受了肿瘤切除的手术治疗；
 - (2) 手术180天后遗留下列神经系统损害，无法独立完成下列任何一项基本日常生活活动：
 - a. 移动：自己从一个房间到另一个房间；
 - b. 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。
- 非脊髓内的其他椎管内肿瘤、脊柱肿瘤、神经纤维瘤不在保障范围内。**
- 注：**
1. 肢体机能完全丧失：指肢体的三大关节中的两大关节僵硬，或不能随意识活动。肢体是指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。
 2. 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失：语言能力完全丧失，指无法发出四种语音（包括口唇音、齿舌音、口盖音和喉头音）中的任何三种、或声带全部切除，或因大脑语言中枢受伤害而患失语症。咀嚼吞咽能力完全丧失，指因牙齿以外的原因导致器质障碍或机能障碍，以致不能作咀嚼吞咽运动，除流质食物外不能摄取或吞咽的状态。
 3. 六项基本日常生活活动是指：(1) 穿衣：自己能够穿衣及脱衣；(2) 移动：自己从一个房间到另一个房间；(3) 行动：自己上下床或上下轮椅；(4) 如厕：自己控制进行大小便；(5) 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；(6) 洗澡：自己进行淋浴或盆浴。
 4. 永久不可逆：指自疾病确诊或意外伤害发生之日起，经过积极治疗 180 天后，仍无法通过现有医疗手段恢复。
- 7.26 质子重离子治疗** 指利用质子和重离子对肿瘤进行放射治疗的技术。本合同所指的质子、重离子放射治疗是指被保险人根据医嘱，在医院的的专门治疗室内接受的质子和重离子放射治疗。
- 7.27 质子重离子医** 指被保险人因接受质子、重离子放射治疗而发生的相关费用，包括定位及制定放疗

- 疗费用 计划费用以及质子、重离子放射医疗实施费用。
- 7.28 斗殴 指双方或多方通过拳脚、器械等武力以求制胜的行为。关于斗殴的认定，如有司法机关、公安部门的有关法律文件，则以上述法律文件为准。
- 7.29 醉酒 指因饮酒而表现出动作不协调、意识紊乱、舌重口吃或其他不能清醒地控制自己行为的状态。醉酒的认定，如有司法机关、公安部门的有关法律文件、医院的诊断书等，则以上述法律文件、诊断书等为准。
- 7.30 毒品 指《中华人民共和国刑法》规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。
- 7.31 酒后驾驶 指经检测或鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。
- 7.32 无合法有效驾驶证驾驶 指下列情形之一：
 (1) 没有驾驶证驾驶；
 (2) 驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
 (3) 持审验不合格的驾驶证驾驶；
 (4) 持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习驾车。
- 7.33 无有效行驶证 指下列情形之一：
 (1) 机动车被依法注销登记的；
 (2) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。
- 7.34 机动车 指以动力装置驱动或者牵引，上道路行驶的供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆。
- 7.35 感染艾滋病病毒或患艾滋病 艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文缩写为 AIDS。
 在人体血液或其它样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。
- 7.36 医疗事故 指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，过失造成患者人身损害的事故。医疗事故的认定以自 2002 年 9 月 1 日起施行的《医疗事故处理条例》有关规定为准，若该条例被修订的，以修订后为准。
- 7.37 非处方药 指在使用药品当时，由国务院药品监督管理部门公布的，不需要凭执业医师和执业助理医师处方，消费者可以自行判断、购买和使用的药品。

- 7.38 潜水 指使用辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。
- 7.39 攀岩 指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
- 7.40 探险 指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身于其中的行为，如：江河漂流、登山、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。
- 7.41 武术比赛 指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。
- 7.42 特技表演 指进行马术、杂技、驯兽等表演。
- 7.43 遗传性疾病 指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。
- 7.44 先天性畸形、变形或染色体异常 指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定。
- 7.45 不可抗力 指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。
- 7.46 现金价值 指保险单所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由本公司退还的那部分金额。根据交费方式，本合同的现金价值按下列两种方式中的一种进行计算：
- （1）一次性支付保险费
 现金价值=保险费×（1-35%）×（1-本保险期间已经过日数/本保险期间日数）。
 经过日数不足一日的按一日计算。
- （2）月交保险费
 现金价值=当期月度保险费×（1-35%）×（1-当期保单月度已经过日数/当期保单月度日数）。经过日数不足一日的按一日计算。