



请扫描以查询验证条款

阅读指引

本阅读指引有助于您理解条款，对“平安 i 康保个人（慢病版）医疗保险合同”内容的解释以条款为准。



您拥有的重要权益

- ❖ 签收本主险合同后10日内您可以要求全额退还保险费.....1.7
- ❖ 被保险人可以享受本主险合同提供的保险保障.....2.2
- ❖ 您有退保的权利.....6.1



您应当特别注意的事项

- ❖ 我们对免除保险人责任的条款作了特别提示，详见条款正文中背景突出显示的内容.....1、2.1、2.2、2.3、4.2、7.1、7.2、8、附表
- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策.....6.1
- ❖ 您有如实告知的义务.....7.1
- ❖ 您应当按时支付保险费.....5.1
- ❖ 您有及时向我们通知保险事故的义务.....4.2
- ❖ 请注意条款所称医院的特定含义.....8.6
- ❖ 费用型医疗险是适用补偿原则的.....2.2
- ❖ 我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请您注意.....8
- ❖ 本主险合同的保险期间为1年.....1.6



条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本条款。



条款目录

1. 您与我们的合同	5.3 保险费的变化	8.17 门诊急诊医疗费用
1.1 合同构成	6. 如何解除保险合同	8.18 专科医生
1.2 合同成立与生效	6.1 您解除合同的手续及风险	8.19 基本医疗保险
1.3 保险对象	7. 其他需要关注的事项	8.20 醉酒
1.4 投保年龄	7.1 明确说明与如实告知	8.21 毒品
1.5 保障区域	7.2 年龄错误	8.22 酒后驾驶
1.6 保险期间	7.3 合同内容变更	8.23 无合法有效驾驶证驾驶
1.7 犹豫期	7.4 联系方式变更	8.24 无有效行驶证
2. 我们提供的保障	7.5 效力终止	8.25 机动车
2.1 保险计划	7.6 争议处理	8.26 感染艾滋病病毒或患艾滋病
2.2 保险责任	8. 释义	8.27 遗传性疾病
2.3 责任免除	8.1 周岁	8.28 先天性畸形、变形或染色体异常
2.4 其他免责条款	8.2 有效身份证件	8.29 既往症
3. 我们提供的服务	8.3 保险事故	8.30 《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）
3.1 住院就医安排	8.4 特定疾病	8.31 潜水
3.2 恶性肿瘤国内二诊	8.5 意外伤害	8.32 攀岩
3.3 家庭护理	8.6 医院	8.33 探险
3.4 家庭医生	8.7 住院	8.34 武术比赛
3.5 服务手册	8.8 住院医疗费用	8.35 特技表演
4. 如何申请领取保险金	8.9 医学必要	8.36 保险费约定支付日
4.1 受益人	8.10 物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法	8.37 现金价值
4.2 保险事故通知	8.11 化学疗法	附表 1: 平安 i 康保个人（慢病版） 医疗保险计划表
4.3 保险金申请	8.12 放射疗法	附表 2: 平安 i 康保个人（慢病版） 医疗保险特定疾病清单
4.4 保险金的赔付	8.13 肿瘤免疫疗法	
4.5 诉讼时效	8.14 肿瘤内分泌疗法	
5. 如何支付保险费	8.15 肿瘤靶向疗法	
5.1 保险费的支付	8.16 门诊手术费	
5.2 宽限期		

平安 i 康保个人（慢病版）医疗保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指平安健康保险股份有限公司。

① 您与我们的合同

- 1.1 合同构成** 本保险条款、保险合同、保险单或其他保险凭证、投保书、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单、附加险合同、服务手册、其他书面或电子协议都是您与我们之间订立的保险合同的构成部分。
“平安 i 康保个人（慢病版）医疗保险合同”以下简称为“本主险合同”。
- 1.2 合同成立与生效** 您提出投保申请，我们审核您的投保申请和被保险人健康状况后同意承保，本主险合同成立。
本主险合同自我们同意承保，并签发保险单时开始生效，我们开始承担保险责任的时间以保单记载的起讫时间为准。
- 1.3 保险对象** 本主险合同的保险对象（即被保险人）仅限符合以下全部条件的自然人：
(1) 本主险合同生效前 365 天内在中华人民共和国大陆（港澳台地区除外）居住满 183 天；
(2) 符合本条款 1.4 条投保年龄的要求；
(3) 在首次投保时符合我们健康审核要求。
- 1.4 投保年龄** 指投保时被保险人的年龄，投保年龄以**周岁**（见 8.1）计算。
本产品接受的首次投保年龄为 18 周岁至 60 周岁。被保险人年满 99 周岁前（含 99 周岁），如您在上一个保险期间届满 60 日内提出重新投保申请且经我们审核符合承保条件的，我们仍然同意承保。
如您在上一个保险期间届满 60 日后提出重新投保申请，视为首次投保，需要重新核保，投保成功的需要重新计算等待期。
- 1.5 保险区域** 本主险合同的保障区域为中国大陆（不含港澳台）。被保险人在保障区域外就医的，不属于保险责任范围。
- 1.6 保险期间** 本主险合同的保险期间为 1 年，**非保证续保**，保险期间届满后，若您要继续享有本产品提供的保障，您需要重新投保。
若您在上一保险期间届满后 60 日内申请重新投保，我们不会因被保险人在投保后健康状况的变化或我们承担保险责任的情况而拒绝您的重新投保申请。
若保险期间届满时，本主险产品已停止销售，我们不再接受投保申请，但会向您提供投保其他保险产品的合理建议。
- 1.7 犹豫期** 自您签收本主险合同或收到本主险合同电子保险单次日起，有 10 日的犹豫期。在此期间请您认真审视本主险合同，如果您认为本主险合同与您的需求不相符，您可以在在此期间提出解除本主险合同，我们将无息退还您所支付的全部保险费。
解除本主险合同时，您需要填写申请书，并提供您的保险合同及**有效身份证件**（见 8.2）。自我们收齐上述资料时起，本主险合同即被解除，犹豫期内解除保险合同的，合同解除前发生的**保险事故**（见 8.3）我们不承担保险责任。

② 我们提供的保障

2.1 保险计划

本主险合同的保险金赔付总限额、免赔额、保险责任（详见 2.2 条）中各项保险金的限额、各项保险金范围内不同的细分项目限额等本条款未提及的约定，均在保险计划中约定。保险计划由您在投保时与我们确定，并以本条款 1.1 条所列明的形式明确。

2.2 保险责任

免赔额

本主险合同中的免赔额是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本主险合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本主险合同约定仍旧由被保险人自行承担，我们不予赔付的金额。只有当保险期间内的免赔额因以下两种情况抵扣完毕时，我们才开始按照约定承担一般医疗保险金的赔付责任：

1. 被保险人自行承担的属于本主险合同保险责任范围内的医疗费用，包括其基本医疗保险个人账户支出的医疗费用；
2. 从基本医疗保险和公费医疗保险之外的其他途径获得的属于本主险合同保险责任范围内的医疗费用补偿。

举例来说，假设免赔额为 20000，如被保险人在保险期间内未就诊过，则免赔额余额为 20000；如第一次就诊累计的“保险责任范围内医疗费用”为 18000，针对本次就诊理赔后免赔额余额为 2000，本次赔付为 0；如第二次就诊累计的“保险责任范围内医疗费用”为 6000，则针对本次就诊理赔后免赔额余额为 0，本次赔付为 4000 乘以赔付比例。由于免赔额已抵扣完毕，在该被保险人剩余的保险期间内，不再需要抵扣免赔额。

请注意：通过基本医疗保险和公费医疗获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

等待期

除另有约定外，本主险合同生效日起 30 天内（含第 30 天）为等待期。

被保险人在等待期结束前被确诊罹患的疾病所导致的医疗费用，无论此等费用是否发生在等待期内，我们都不承担本主险合同所有保险金的赔付责任。

被保险人在投保后至等待期结束之日前罹患本主险合同约定的**特定疾病（详见 8.4 及附表 2）**的，我们不承担给付保险金的责任，本主险合同终止，我们向您无息退还所有保险费。

以下两种情形，无等待期：

- （1）因**意外伤害**（见 8.5）发生上述情形的；
- （2）您在本主险合同上一保险期间届满后 60 日内，在不增加我们的保险责任的前提下经我们审核同意成功重新投保本产品的。在此情形下，您首次投保保险期间内因等待期而除外的保险责任，在重新投保的保险合同约定的新的保险期间内将继续属于除外责任。

如果在等待期后发生保险事故，我们按照下列方式赔付保险金：

保险责任

请您特别关注本主险合同保险责任约定的医院范围，如无特别约定，被保险人在本主险合同约定的**医院范围（见 8.6）**外接受诊疗，尤其是在**私立医院，公立医院特需部、vip 部、国际部或国际医疗中心接受诊疗的**，对于因此产生的医疗费用我们将不承担保险责任项下的所有保险责任。

一般医疗保险金

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后因患疾病，在本主险合同约定的**医院（见 8.6）**接受治疗产生如下医疗费用的，我们依照下列约定在一般医疗保险金赔付限额内给付保险金。一般医疗保险金责任包含住院医疗保险金、指定门诊急诊医疗保险金和住院前后门诊急诊医疗保险金三个责任项目，具体如下：

1. 住院医疗保险金：

被保险人因疾病或意外伤害经医院诊断必须住院治疗，对于被保险人**住院**（见8.7）期间发生的必须由被保险人自行承担的合理且必要的**住院医疗费用**（见8.8），我们在确定免赔额已抵扣完毕后，在一般医疗保险金的给付限额内按约定的赔付比例给付住院医疗保险金。

对等待期后本主险合同到期日前发生的且延续至本主险合同到期日后30日内的住院治疗，对于合理且必要的住院医疗费用，我们仍然按照上述约定计算并给付一般医疗保险金，但累计给付金额不超过本项保险金给付限额。

在保险期限内，被保险人因疾病或意外住院累积超过180日后发生的医疗费用，不属于一般医疗保险金的保险责任范围。

2. 指定门诊急诊医疗保险金：

被保险人因疾病或意外伤害在医院进行如下治疗发生的必须由被保险人个人自行承担的合理且必要的医疗费用：

（1）门诊肾透析；

（2）门诊恶性肿瘤治疗，包括**化学疗法**（见8.11）、**放射疗法**（见8.12）、**肿瘤免疫疗法**（见8.13）、**肿瘤内分泌疗法**（见8.14）、**肿瘤靶向疗法**（见8.15）治疗费用；

（3）器官移植后的门诊抗排异治疗；

（4）**门诊手术费**（见8.16）。

我们在确定免赔额已抵扣完毕后，在一般医疗保险金的给付限额内按约定的赔付比例给付指定门诊急诊医疗保险金。

3. 住院前后门诊急诊医疗保险金：

被保险人在住院前30日（含住院当日，以住院病历或出院小结为准）和出院后30日（含出院当日，以住院病历或出院小结为准）内发生的，与本次住院相同原因而发生的，必须由被保险人自行承担的**门诊急诊医疗费用**（见8.17）。

我们在确定免赔额已抵扣完毕后，按照本主险合同约定的各项费用对应的赔付比例，在一般医疗保险金的给付限额内按约定的赔付比例给付住院前后门诊急诊医疗保险金。

住院前后门诊急诊医疗保险金中的赔付范围不包括上述指定门诊医疗保险金项目中的治疗项目。

特定疾病医疗保险金

在本主险合同保险期间内，因意外伤害或等待期满后因意外伤害之外的其它原因，被保险人自其出生以来初次经我们认可的医院**专科医生**（见8.18）确诊罹患符合本主险合同所附**特定疾病清单**（详见附表2）定义的特定疾病，在医院接受治疗的，我们首先在上述一般医疗保险金的赔付范围内赔付一般医疗保险金，当我们累计给付金额达到一般医疗保险金的保险金额后，我们依照下列约定给付特定疾病医疗保险金。特定疾病医疗保险金包含特定疾病住院医疗保险金、特定疾病指定门诊急诊医疗保险金和特定疾病住院前后门诊急诊医疗保险金三个责任项目，具体如下：

1. 特定疾病住院医疗保险金：

在本主险合同保险期间内，因意外伤害或等待期满后因意外伤害之外的其它原因，被保险人自其出生以来初次经我们认可的医院专科医生确诊罹患本主险合同约定的指定疾病和重大疾病，经医院诊断必须住院治疗，对于被保险人住院期间发生的必须由被保险人自行承担的合理且必要的住院医疗费用，我们在特定疾病医疗保险金的给付限额内按约定的赔付比例给付特定疾病住院医疗保险金。

对等待期后本主险合同到期日前发生的且延续至本主险合同到期日后30日内的特定疾病住院治疗，对于合理且必要的住院医疗费用，我们仍然按照上述约定计算并给付特定疾病医疗保险金，但累计给付金额不超过本项保险金给付限额。

在保险期限内，被保险人因特定疾病住院累积超过180日后发生的医疗费用，不属于特定疾病医疗保险金的保险责任范围。

2. 特定疾病指定门诊急诊医疗保险金：

在本主险合同保险期间内，因意外伤害或等待期满后因意外伤害之外的其它原因，

被保险人自其出生以来初次经我们认可的医院专科医生确诊罹患本主险合同约定的指定疾病和重大疾病，在医院进行如下治疗发生的必须由被保险人个人自行承担的合理且必要的医疗费用：

- (1) 门诊肾透析；
- (2) 门诊恶性肿瘤治疗，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法治疗费用；
- (3) 器官移植后的门诊抗排异治疗；
- (4) 门诊手术费。

我们在特定疾病医疗保险金的给付限额内按约定的赔付比例给付特定疾病指定门诊急诊医疗保险金。

3. 特定疾病住院前后门诊急诊医疗保险金：

在本主险合同保险期间内，被保险人因意外伤害或等待期满后因意外伤害之外的其它原因，被保险人自其出生以来初次经我们认可的医院专科医生确诊罹患本主险合同约定的指定疾病和重大疾病，在住院前30日（含住院当日，以住院病历或出院小结为准）和出院后30日（含出院当日，以住院病历或出院小结为准）内，与该次住院相同原因而发生的，必须由被保险人自行承担的门诊急诊医疗费用。

我们在特定疾病医疗保险金的给付限额内按约定的赔付比例给付特定疾病住院前后门诊急诊医疗保险金。

特定疾病住院前后门诊急诊医疗费用中不包括上述特定疾病指定门诊医疗费用项目中的治疗项目。

被保险人在等待期内罹患特定疾病医疗保险金保障范围内的特定疾病的，我们不承担给付保险金的责任，本主险合同终止，我们向您无息退还所有保险费。

赔付比例

除本主险合同另有约定外，对于一般医疗保险金和特定疾病医疗保险金两项保险责任，我们在确认免赔额已抵扣完毕后，对于属于上述两项保险金赔付责任范围内的医疗费用按照下列比例进行赔付：

- (1) 被保险人以参加基本医疗保险身份投保，并以参加基本医疗保险身份就诊且医疗费经过基本医疗保险结算的，赔付比例为 100%。
- (2) 被保险人在投保时选择以有基本医疗保险或公费医疗身份投保，但在就诊治疗时未使用基本医疗保险或公费医疗的，则赔付比例为 60%
- (3) 被保险人以未参加基本医疗保险身份投保，赔付比例为 100%。

最高给付金额

对于上述各项保险责任，我们均按上述约定赔付各项费用责任的保险金，但各项费用的累计赔付日数以不超过各对应保险金项目最高赔付日数为限，各项费用的累计赔付日数达到其对应项最高赔付日数时，我们对被保险人的该项保险责任终止；各项保险金责任的累计赔付金额以不超过各对应项的保险金赔付限额为限，各项费用的累计赔付金额达到其对应项的限额时，我们对被保险人的该项保险金赔付责任终止。对于某项保险赔付责任同时包含最高赔付日数和赔付限额的，只要该项责任的累计赔付日数达到最高赔付日数或者累计赔付金额达到该项责任限额二者之一，该项保险责任都会终止。

保险期间内我们赔付的保险金总额以本主险合同约定的保险金赔付总限额为限，各项费用的累积赔付保险金金额达到保险金赔付总限额的，不管是否某一项保险金责任达到其单项限额，本主险合同均完全终止。

补偿原则

被保险人已从其他途径（包括**基本医疗保险**（见 8.19）、公费医疗、城乡居民大病保险、工作单位、本公司在内的任何商业保险机构等）取得补偿的，我们将按上述约定计算并给付保险金，且最高给付金额不超过被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获补偿后的余额。

2.3 责任免除

因下列情形之一，造成被保险人发生医疗费用的，我们不承担赔付保险金的责任：

- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 被保险人故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (3) 被保险人殴斗、**醉酒**（见 8.20），主动吸食或注射**毒品**（见 8.21）；
- (4) 被保险人**酒后驾驶**（见 8.22）、**无合法有效驾驶证驾驶**（见 8.23），或驾驶**无有效行驶证**（见 8.24）的**机动车**（见 8.25）；
- (5) 被保险人**感染艾滋病病毒或患艾滋病**（见 8.26）导致的；
- (6) 核爆炸、核辐射或核污染、化学污染；恐怖袭击、战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (7) 特定疾病以外的**遗传性疾病**（见 8.27）、**先天性畸形、或染色体变形或染色体异常**（见 8.28）；
- (8) 保险单中特别约定的除外疾病及其并发症；
- (9) 被保险人所患未经我们审核同意承保的**既往症**（见 8.29）及保险单中特别约定的除外疾病；
- (10) 不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症；
- (11) 精神和行为障碍（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）（见 8.30）确定）、性病；
- (12) 疗养、矫形、视力矫正手术、美容、牙科保健及康复治疗、非意外事故所致整容手术；
- (13) 被保险人在进行符合以下一项或多项标准的高风险运动过程中发生意外事故导致的医疗：
 - 运动过程中必然涉及 2 米以上水深的水面或水下运动，包括但不限于各类、各级别的**潜水**（见 8.31）、自然水域游泳（包括人工湖或人工水库）、跳水运动；
 - 运动过程中必然涉及距离普通正常理解的地面超过 10 米的高空的运动，包括但不限于跳伞、蹦极、非商业性的驾驶飞机等飞行器飞行、滑翔机或滑翔伞、**攀岩**（见 8.32）等；
 - 运动过程中必然涉及冰面高速运动或雪地高速运动的业余或职业运动竞赛，包括但不限于各类竞速滑冰运动或花样滑冰运动、冰球、滑雪运动；
 - 运动过程中进入未经人工开发的区域，包括但不限于各类**探险**（详见 8.33）运动和除商业航线飞行外的航空航天活动；
 - 各类搏击或军事运动，如**武术比赛**（见 8.34）、摔跤比赛、彩弹射击等仿真枪战运动；
 - 各类**特技表演**（见 8.35）；
 - 除竞走、跑步以外的竞速运动，如赛马、赛车等。
- (14) 如下项目的治疗：皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗；雀斑、老年斑、痣的治疗和去除；对浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、纹身去除、皮肤变色的治疗或手术；激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗斑秃、白发、秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸；
- (15) 各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗项目，包括但不限于平足及各种非功能性整容、矫形手术费用；
- (16) 各种健美治疗项目，包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用；
- (17) 除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其他人工器官材料费、安装和置换等费用、各种康复治疗器械、假体、义肢、自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械；
- (18) 本主险合同中未列明的耐用医疗设备的购买或租赁费用；
- (19) 各种医疗咨询和健康预测：如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询（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）确定的精神和行为障碍以外的一般心理问题，如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、

情绪管理等)等费用;

(20) 不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院而拒不出院(从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用);

(21) 各类医疗鉴定,包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定费用。

(22) 代诊,无原始发票的费用,电话咨询费,没有按时就诊的预约费用,非医师处方要求的服务费用,不在医生执业范围的医疗服务费用;

(23) 包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗;

符合以下任一条件的相关医疗费用,我们不承担保险责任:

- 未经医生建议自行进行的任何治疗或未经医生处方自行购买的药品;
- 虽然有医生处方,但药品不是自开具该处方的医生所执业的医院购买的(以药品费票据为准);
- 虽然有医生建议,但相关治疗不是在医院进行的或相关费用不是由医院收取的(以相关医疗费票据为准);
- 滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂涉及的药品费用;
- 虽然有医生处方,但剂量的超过 30 天部分的药品费用。

2.4 其他免责条款

除“2.3 责任免除”外,本主险合同中还有一些免除保险人责任的条款,详见“2.2 保险责任”、“4.2 保险事故通知”、“7.2 年龄错误”、“8 释义”及附表中背景突出显示的内容。

③ 我们提供的服务

3.1 住院就医安排

在本主险合同保险期间内,被保险人在等待期后因疾病或意外伤害经医院诊断必须住院治疗,经过向我们申请并审核通过后,我们将安排被保险人在我们指定范围内的医院住院治疗。

在本主险合同保险期间内,我们仅提供一次住院就医安排服务。

3.2 恶性肿瘤国内二诊

在本主险合同保险期间内且等待期满后,被保险人自其出生以来初次经我们认可的医院专科医生确诊罹患或疑似恶性肿瘤的,经过向我们的申请,可获取中国大陆境内三级甲等医院副主任医师以上医疗专家根据被保险人提供的书面医疗检查报告做出的独立第三方诊疗意见。

在本主险合同保险期间内,我们仅提供一次恶性肿瘤国内二诊服务。

3.3 家庭医生

在本主险合同保险期间内,被保险人通过我们指定的途径向我们指定的医疗机构进行该医疗机构执业范围内的远程诊疗服务

3.4 家庭护理

在本主险合同保险期间内,被保险人在等待期后因疾病或意外伤害,在住院治疗后居家养病期间,需要进行如下医疗护理的:

1. 普通外科伤口换药,包括伤口观察、清理、包扎,限三个部位内;
2. 意外伤害缝合处拆线,包括根据伤口愈合情况确认拆线和伤口消毒,限一处 7 针以内非手术切开伤口;
3. 根据医院专科医生的医嘱进行雾化治疗;
4. 吸痰护理;
5. 根据医院专科医生的医嘱进行药物注射。

在本主险合同保险期间内,以上各项护理服务我们仅提供一次。

3.5 服务手册

我们将随本主险合同向您一并提供服务手册以提供上述服务的详细申请流程和说明,请您在使用上述服务前仔细阅读。

④ 如何申请领取保险金

- 4.1 受益人 除另有指定外，本主险合同的受益人为被保险人本人。
- 4.2 保险事故通知 请您、被保险人或受益人在知道保险事故发生后 10 日内通知我们。
如果您、被保险人或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，我们对无法确定的部分，不承担赔付保险金的责任，但我们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我们确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。
被保险人应在本主险合同约定的医院就诊，若因急诊未在本主险合同约定的医院就诊的，应在 3 日内通知我们，并在病情好转后及时转入本主险合同约定的医院。
- 4.3 保险金申请 在申请本主险合同保险金时，请按照下列方式办理：
- 保险金申请** 由受益人填写保险金赔付申请书，并提供下列证明和资料：
- (1) 保险合同；
 - (2) 受益人的有效身份证件；
 - (3) 医院出具的入出院证明或门诊急诊证明；
 - (4) 医院出具的医疗诊断书及住院或门诊急诊发生医疗费用的原始凭证、医疗费用结算清单、病历（若发生手术费用还需提供手术费用的原始凭证）；
 - (5) 检查检验报告及药品明细和处方；
 - (6) 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。
- 以上证明和资料不完整的，我们将一次性通知受益人补充提供有关证明和资料。经我们同意，受益人可以免于提供部分以上列明的证明和资料。
- 4.4 保险金的赔付 我们在收到保险金赔付申请书及上述有关证明和资料后，将在 5 日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定。
对属于保险责任的，我们在与受益人达成赔付保险金的协议后 10 日内，履行赔付保险金义务；若我们在收到保险金赔付申请书及上述有关证明和资料后第 30 日仍未作出核定，除支付保险金外，我们将从第 31 日起按超过天数赔偿受益人因此受到的利息损失。如我们要求投保人、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料的，上述 30 日期间会扣除投保人、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料期间，扣除期间自我们作出的通知到达投保人、被保险人或者受益人之日起，至投保人、被保险人或者受益人按照通知要求补充提供的有关证明和资料到达保险人之日止。利息按照我们公示的利率按单利计算，且保证该利率不低于中国人民银行公布同期金融机构人民币活期存款基准利率。
对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝赔付保险金通知书并说明理由。
我们在收到保险金赔付申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，对赔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；我们最终确定赔付保险金的数额后，将支付相应的差额。
- 4.5 诉讼时效 受益人向我们请求赔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。

5 如何支付保险费

5.1 保险费的支付

本主险合同的保险费按照被保险人的年龄、是否参加基本医疗保险、公费医疗以及投保人投保时选择的保险计划确定。您可以选择一次性全额支付保险费，也可以根据合同约定分期支付保险费。

若您在上一保险期间届满后 60 日内申请重新投保，您应于上述 60 日内支付应缴保险费；若您未在上述 60 日内支付应缴保险费，本主险合同效力自本主险合同约定的保险期间届满时终止。

5.2 宽限期

在本主险合同 1 年的保险期间内分期支付保险费的，在支付首期保险费后，除本主险合同另有约定外，如果您到期未支付应缴保险费，自**保险费约定支付日**（见 8.36）的次日零时起 30 日为宽限期。

如果您在宽限期结束之后仍未支付应缴保险费，则我们自宽限期满的次日零时起不再承担保险责任，本主险合同效力终止。

5.3 保险费的变化

(1) 如果被保险人年龄在 18 周岁至 70 周岁，且投保前加入了我们的平安健康信用体系并完成相关平安健康信用任务获取健康信用分，您所应当支付的保费将根据被保险人在过去 30 天或 365 天内累计健康信用分所对应的平安健康信用调整系数进行调整。健康信用分对应的平安健康信用调整系数具体如下：

如果您一次性全额支付保险费且属于首次投保：

近 30 天健康信用分累计	保费调整系数
0 - 39	100%
40 - 79	100%
80 - 99	100%
100 及以上	95%

如果您一次性全额支付保险费且在上一保险期间届满后 60 日内重新投保：

近 365 天健康信用分累计	保险费调整系数
0 - 479	100%
480 - 959	95%
960 - 1199	85%
1200 及以上	70%

如果您在本主险合同一年的保险期间内按月支付保险费，您每月缴纳的保费均会按下表规则调整：

近 30 天健康信用分累计	保险费调整系数
0 - 39	100%
40 - 79	95%
80 - 99	85%
100 及以上	70%

加入平安健康信用体系并获取健康信用分必须通过我们指定的互联网信息平台——“平安健康”智能手机应用程序（app）。如平台发生变更、增加或减少我们将通知您和被保险人。由于不同操作系统如安卓（Android）和苹果手机操作系统（iOS）对应用程序获取运动数据的机制不同，被保险人的运动数据在不同手机操作系统上可能存在误差，被保险人严格按相关操作说明上传运动数据可以减少误差。某些健康信用分的获取方式可能需要使用并接入我们认可的健康设备，如果被保险人不使用我们指定的健康设备，该项健康信用分将不能获得。

健康信用分的获取方式详见上述我们指定的互联网平台上的通知。随着平安健康信用体系的运营与完善，健康信用分的获取方式有可能变更和扩展，我们将在变更时通过上述互联网信息平台通知被保险人。

(2) 除了平安健康信用调整系数外，您的保费还会随着被保险人的年龄增长而变化。

⑥ 如何解除保险合同

6.1 您解除合同的手续及风险 您可以申请解除本主险合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：

- (1) 保险合同；
- (2) 您的有效身份证件。

自我们收到解除合同申请书时起，本主险合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还本主险合同的**现金价值**（见 8.37）。

您申请解除合同会遭受一定损失。

解除合同后，您会失去原有的保障。

⑦ 其他需要关注的事项

7.1 明确说明与如实告知 订立本主险合同时，我们会向您说明本主险合同的内容。对本主险合同中免除我们责任的条款，我们在订立合同时会在投保书、保险单或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。

我们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规定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本主险合同。

如果您故意不履行如实告知义务，对于本主险合同解除前发生的保险事故，我们不承担赔付保险金的责任，并不退还保险费。

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，对于本主险合同解除前发生的保险事故，我们不承担赔付保险金的责任，但会退还保险费。

我们在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担赔付保险金的责任。

7.2 年龄错误 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主险合同约定投保年龄限制的，我们有权解除合同，并向您退还本主险合同的现金价值。

(2) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费少于应付保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。若已经发生保险事故，在赔付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例赔付。

(3) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费多于应付保险费的，我们会将多收的保险费退还给您。

7.3 合同内容变更 在本主险合同有效期内，经您与我们协商一致，可以变更本主险合同的有关内容。变更本主险合同的，应当由我们在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由您与我们订立书面的变更协议。

您通过我们同意或认可的网站等互联网渠道提出对本主险合同进行变更，视为您

的书面申请，您向我们在线提交的电子信息与您向我们提交的书面文件具有相同的法律效力。

- 7.4 联系方式变更** 为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址、电话或电子邮箱等联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。若您未以书面形式或双方认可的其他形式通知我们，我们按本主险合同载明的最后住所或通讯地址所发送的有关通知，均视为已送达给您。
- 7.5 效力终止** 当发生下列情形之一时，本主险合同效力终止：
(1) 被保险人身故；
(2) 本主险合同中列明的其他合同解除的情形。
- 7.6 争议处理** 本主险合同履行过程中，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。

⑧ 释义

- 8.1 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。
- 8.2 有效身份证件** 指政府有权机关颁发的能够证明其合法真实身份的证件或文件等，如居民身份证、按规定可使用的有效护照、营业执照等。
- 8.3 保险事故** 指保险合同约定的保险责任范围内的事故。
- 8.4 特定疾病** 指由医院的专科医生明确诊断，被保险人发生的符合本保险条款所附特定疾病清单（详见附表2）所定义的疾病。
- 8.5 意外伤害** 指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。
- 8.6 医院** 指中华人民共和国境内（港、澳、台地区除外）合法经营的二级以上（含二级）公立医院的普通部（不包含公立医院的特需医疗、外宾医疗、干部病房），不包括疗养院、护理院、康复中心、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心以及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。
本主险合同另有约定的，按该约定执行。
- 8.7 住院** 指被保险人因疾病或意外伤害而入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，不包括入住门诊观察室、家庭病床、其他挂床住院及不合理的住院。
- 8.8 住院医疗费用** 指被保险人住院期间发生的，由医院收取并开具收费凭证的医疗费用，包括：
(1) 床位费
指住院期间实际发生的、不高于单人病房的住院床位费（不包括套房）。
(2) 加床费
指未满18周岁的被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定赔付其合法监护人

(限一人) 在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定赔付其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

(3) 重症监护室床位费

指住院期间出于**医学必要**(见8.9)被保险人需在重症监护室进行合理且必要的医疗而产生的床位费。重症监护室指配有中心监护台、心电监护仪及其他监护抢救设施，相对封闭管理，符合重症监护病房(ICU)、冠心病重症监护病房(CCU)标准的单人或多人监护病房。

(4) 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。

(5) 膳食费

指住院期间根据医生的医嘱，由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并 in 病房费等其他款项内。

(6) 检查检验费

指住院期间实际发生的，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) 治疗费

指住院期间以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理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，具体以就诊医院费用项目划分为准。

本项责任不包含如下费用：物理治疗、中医疗疗及其他特殊疗法(见8.10)费用。

(8) 药品费

指住院期间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。药品费中不含中草药费用、营养补充类药品费用，免疫功能调节类药品费用，美容即减肥类药品费用和预防类药品费用。

(9) 医生费

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

(10) 手术费

指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、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。**

(11) 救护车使用费

指住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，根据医生建议，被保险人需医院转诊过程中的医院用车费用，且救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送。

8.9 医学必要

指被保险人接受治疗或服务、使用器械或服用药品符合以下条件：

- 1、医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需；
- 2、在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需的水平；
- 3、与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；
- 4、非主要为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他医疗提供方的方便；
- 5、非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；
- 6、非试验性或研究性。

- 8.10 物理治疗、中医疗及其他特殊疗法** 物理治疗是指应用人工物理因子（如光、电、磁、声等）来治疗疾病，具体疗法包括电疗、光疗、磁疗、热疗等；
中医疗是指以治疗疾病为目的，被保险人接受由具有相应资格的医生实施的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗；
其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。
- 8.11 化学疗法** 指对于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。本主险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、服用药物等方式的化疗。
- 8.12 放射疗法** 指对于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。本主险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。
- 8.13 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，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本主险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。
- 8.14 肿瘤内分泌疗法** 指对于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。本主险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。
- 8.15 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。本主险合同所指的靶向治疗的药物需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。
- 8.16 门诊手术费** 指门诊急诊发生的合理且必要的手术医疗费用，包括外科医生费、手术室费、恢复室费、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。

- 8.17 **门诊急诊医疗费用** 指被保险人在医院进行门诊急诊发生的医疗费用，包括：
- 1、**医生诊疗费**：指被保险人门、急诊期间发生的主诊医生或会诊医生的劳务费用，包括挂号费。
 - 2、**治疗费**：指门、急诊发生的以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理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，具体以就诊医院的费用项目划分为准。
- 本项责任不包含如下费用：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。**
- 3、**检查检验费**：指门、急诊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。
 - 4、**药品费**：被保险人每次门、急诊发生的，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处方药品的费用。**药品费中不包含中草药费用。**
 - 5、**救护车使用费**：指为抢救生命由急救中心派出的救护车运送被保险人至医疗机构的费用，**救护车的使用权限仅限于同一城市中的医疗转送。**
- 8.18 **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》；
- 8.19 **基本医疗保险** 本主险合同所称的基本医疗保险是指《中华人民共和国社会保险法》所规定的基本医疗保险，包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。
- 8.20 **醉酒** 指每百毫升血液的酒精含量大于或等于 100 毫克。
- 8.21 **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。
- 8.22 **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《中华人民共和国道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。
- 8.23 **无合法有效驾驶证驾驶** 指下列情形之一：
- (1) 没有取得驾驶资格的情况下驾驶任何按中华人民共和国法律法规规定应当持有驾驶资格才能够驾驶的交通工具或在驾驶此等交通工具时驾驶资格证件处于暂扣、吊销或注销状态；
 - (2) 驾驶与驾驶资格不符合的交通工具或进行与驾驶资格不符合的交通运输行为，如驾驶与所持机动车驾驶证准驾车型不相符合的机动车；
 - (3) 持审验不合格的驾驶证或持应审验未审验的驾驶证驾驶；
 - (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。
- 8.24 **无有效行驶证** 指下列情形之一：
- (1) 被保险人所驾驶的交通工具未按中国法律规定取得行驶证等公共道路行驶资格证明；

- (2) 被保险人所驾驶的交通工具被依法注销登记的；
- (3) 被保险人所驾驶的交通工具未依法按时进行或通过机动车安全技术检验等法律规定的定期或不定期安全检验。

- 8.25 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车辆。
- 8.26 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。
- 8.27 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。
- 8.28 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、变形或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。
- 8.29 既往症** 指在首次投保等待期结束前被保险人已经罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：
(1) 本主险合同等待期结束前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
(2) 本主险合同等待期结束前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；
(3) 本主险合同等待期结束前发生，医生已有明确诊断，但未予治疗；或者未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。
- 8.30 《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）** 指世界卫生组织（WHO）制定的国际统一的疾病分类方法，它根据疾病的病因、病理、临床表现和解剖位置等特性，用一种系统有序的组合编码的方法对疾病进行分类。目前世界通用的是第 10 次修订本《疾病和有关健康问题的国际统计分类》，（ICD-10）是该分类第 10 次修订本的简称。
- 8.31 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。
- 8.32 攀岩** 指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
- 8.33 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。
- 8.34 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。
- 8.35 特技表演** 指进行马术、杂技、驯兽等表演。

8.36 保险费约定支付日 指保险合同生效日在每月的对应日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。

8.37 现金价值 现金价值的计算分两种情况：

若保险费为一次性支付的：

(1) 首次投保或在上一保险期间届满 60 日后重新投保的：

如果保险经过天数 ≤ 30 天，现金价值=已交保险费 $\times (1-35\%)$ ；

如果保险经过天数 > 30 天，现金价值=已交保险费 $\times (1-35\%) \times [1 - (\text{保险经过天数} - 30) / (\text{保险期间的天数} - 30)]$ ，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。

(2) 上一保险期间届满 60 日内重新投保的：

现金价值=已交保险费 $\times (1-35\%) \times (1 - \text{保险经过天数} / \text{保险期间的天数})$ ，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。

若保险费为分期支付的：

(1) 首次投保或在上一保险期间届满 60 日后重新投保的：

如果保险经过天数 ≤ 30 天，现金价值=已交保险费 $\times (1-35\%)$ ；

如果保险经过天数 > 30 天，现金价值=当月保险费 $\times (1-35\%) \times (1 - \text{当月保险经过天数} / \text{当月保险期间的天数})$ ，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。

(2) 上一保险期间届满 60 日内重新投保的：

现金价值=当月保险费 $\times (1-35\%) \times (1 - \text{当月保险经过天数} / \text{当月保险期间的天数})$ ，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。

附表1：平安i康保个人（慢病版）医疗保险计划表

单位：人民币元

保障项目	
一般医疗保险金和 特定疾病医疗保险金免赔额	2万
赔付比例	100% 赔付 (如被保险人以有基本医疗保险或公费医疗的身份参保, 但就诊时未使用基本医疗保险或公费医疗的, 则赔付比例为 60%)
保险责任	保险金赔付限额
一般医疗保险金	200万 (三项合计)
住院医疗保险金	
指定门诊急诊医疗保险金 住院前后门诊急诊医疗保险金	
特定疾病医疗保险金	200万 (三项合计)
特定疾病住院医疗保险金	
特定疾病指定门诊急诊医疗保险金 特定疾病住院前后门诊急诊医疗保险金	
服务项目	服务次数限制
住院就医安排	限 1 次
恶性肿瘤国内二诊	限 1 次
家庭医生	不限次
家庭护理	各项护理服务限 1 次

附表2：平安i康保个人（慢病版）医疗保险特定疾病清单

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日后，经检查证实左心室功能降低，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的功能障碍。

神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊180日后，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（注释1）；
- （2）语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失（注释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（注释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（或称冠状动脉旁路移植术）

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、激光射频技术及其它非开胸的介入手术、腔镜手术不在保障范围内。

6-终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）

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日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超或其它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日后，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(注释1)；
- (2) 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失(注释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(注释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

指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆(注释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。

被保险人投保时在0至3周岁的保单，被保险人双耳失聪不在保障范围内。

14-双目失明

指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆(注释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，如果使用其它视力表应进行换算)；
- (3) 视野半径小于5度。

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日后或意外伤害发生180日后，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

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

海默病

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（注释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日后，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（注释1）；
- （2）语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失（注释3）；
- （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（注释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（注释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

烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤的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（注释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（注释5）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（注释3）中的三项或三项以上的条件。

23-语言能力丧失

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。

在0至3周岁保单周年日期间，被保险人语言能力丧失不在保障范围内。

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-严重多发性硬化症

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（注释4）的神经系统功能损害。永久不可逆（注释4）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。

27-严重原发性心肌病

指因原发性心肌病导致心室功能损害造成永久不可逆（注释4）性的心功能衰竭，心功能衰竭程度达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级（注释5）IV级。必须由心脏专科医生确诊，并有包括超声心动图在内的相关检查证实。

酗酒或滥用药物引起的心肌病不在保障范围内。

28-严重冠心病

指被保险人经由冠状动脉造影检查结果明确诊断为三支主要血管严重狭窄性病变（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）。冠状动脉的主要血管指左冠状动脉主干、前降支、左旋支及右冠状动脉。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。

29-慢性呼吸功能衰竭终末期肺病

慢性肺部疾病导致永久不可逆（注释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）< 50mmHg；
- （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。

30-植物人状态

植物人状态系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。诊断必须明确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。

31-系统性红斑狼疮——III型或以上狼疮性肾炎

是指由于病理性自身抗体和免疫复合物的沉积破坏了血管和细胞而导致的多系统损害的一种自体免疫性疾病。本合同所指的系统性红斑狼疮仅限于累及肾脏（经肾脏病理检查或临床确诊，并符合下列世界卫生组织(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，仅累及血液及关节等其他系统的系统性红斑狼疮不在保障范围内。

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。

32-严重类风湿性关节炎

指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（腕关节、肘关节、肩关节、踝关节、膝关节、髋关节）或关节组（如手的多个指间、掌指关节，足的多个足趾、跖趾关节等），并已达到类风湿性关节炎功能分类IV级的永久不可逆（注释4）性关节功能障碍，且须满足下列全部条件：

- （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。

33-坏死性筋膜炎

坏死性筋膜炎是一种由细菌侵入皮下组织和筋膜引起的急性坏死性软组织感染，可伴有毒血症、败血症、中毒性休克、弥漫性血管内凝血及多器官衰竭。其诊断必须满足以下所有条件：

- (1) 细菌培养和临床表现符合坏死性筋膜炎诊断标准；
- (2) 病情迅速恶化，有脓毒血症表现；
- (3) 受感染肢体被截肢（自腕关节或踝关节近端）。

34-严重全身性重症肌无力

指一种神经与肌肉接头部位传递障碍的自身免疫性疾病，临床特征是局部或全身横纹肌于活动时易于疲劳无力，颅神经眼外肌最易累及，也可涉及呼吸肌、下肢近端肌群以至全身肌肉。且须满足下列全部条件：

- (1) 经药物、胸腺手术治疗一年以上无法控制病情；
- (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（注释3）中的三项或三项以上。

35-经输血导致的人类免疫缺陷病毒感染（HIV）

是指被保险人感染上人类免疫缺陷病毒并且符合下列所有条件：

- (1) 在保障起始日之后，被保险人因治疗必需而接受输血，并且因输血而感染人类免疫缺陷病毒；
- (2) 提供输血治疗的输血中心或医疗机构出具该项输血感染属医疗责任事故的报告，或法院终审裁定为医疗责任并且不准上诉；
- (3) 提供输血治疗的输血中心或医疗机构必须拥有合法经营执照；
- (4) 受感染的被保险人不是血友病罹患者。

在任何治愈艾滋病或阻止人类免疫缺陷病毒作用的疗法被发现以后，或能防止艾滋病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等）导致的人类免疫缺陷病毒感染不在保障范围内。

保险公司必须拥有获得使用被保险人的血液样本的权利和能够对这些样本进行独立检验的权利。

36-肌营养不良

指一组原发于肌肉的遗传性疾病，临床表现为与神经系统无关的肌肉无力和肌肉萎缩。且须满足下列全部条件：

- (1) 肉组织活检结果满足肌营养不良症的肌肉细胞变性、坏死等阳性改变；
- (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（注释3）中的三项或三项以上。

37-严重脊髓灰质炎

由脊髓灰质炎病毒感染所导致的运动功能障碍或呼吸减弱持续三个月以上，须导致一肢或一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，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。

38-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。

39-严重溃疡性结肠炎

本保单所保障的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，已经造成瘻管并伴有肠梗阻或肠穿孔，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回肠造瘻术。

40-1型糖尿病严重并发症

1型糖尿病的特征为由于胰岛素分泌绝对不足引起严重胰岛素缺乏导致慢性血糖升高，需要依赖外源性胰岛素进行机体的葡萄糖代谢和维持生命。被保险人的1型糖尿病必须明确诊断，而且有血胰岛素测定及血C肽或尿C肽测定结果支持诊断，并且满足下列所有条件：

- (1) 已经持续性地接受外源性胰岛素注射治疗连续180天以上；
- (2) 因需要已经接受了下列治疗：
因严重心律失常植入了心脏起搏器；或
因坏疽自跖趾关节或以上切除了一趾或多趾。

41-急性坏死性胰腺炎开腹手术

指被保险人被确诊为重症急性出血坏死性胰腺炎，并实际接受了外科剖腹直视手术治疗，进行坏死组织清除、坏死病灶切除或胰腺切除。

腹腔镜手术治疗不在保障范围内。

因酗酒或饮酒过量所致的急性坏死性胰腺炎不在保障范围内。

42-因职业关系导致的 HIV 感染

被保险人的职业归属于下列职业列表内的职业，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；
- (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。

职业列表：

医生（包括牙医）	救护车工作人员
护士	助产士
医院化验室工作人员	警察（包括狱警）
医院护工	消防人员

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。

43-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。必须满足下列所有条件：

- (1) 明确诊断，符合下列所有诊断标准：
 - ①血浆促肾上腺皮质激素（ACTH）水平 $>100\text{pg/ml}$ ；
 - ②血浆肾素活性、血管紧张素II和醛固酮测定结果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保障范围内。

44-主动脉夹层

指主动脉壁在受到某些病理因素破坏后，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。急性主动脉夹层血肿必须明确诊断，并且满足下列所有条件：

- (1) 有典型的临床表现；
- (2) 有电子计算机断层扫描（CT）、磁共振扫描（MRI）、磁共振血管造影（MRA）等影像学证据支持诊断；
- (3) 被保险人实际接受了急诊条件下进行的传统或微创开胸或开腹主动脉手术。

慢性期主动脉夹层择期手术、经导管主动脉内介入手术治疗不在保障范围内。

45-需手术切除的嗜铬细胞瘤

指发生在肾上腺或肾上腺外嗜铬组织的以分泌过多的儿茶酚胺为表现的神经内分泌肿瘤。嗜铬细胞瘤必须明确诊断，并且满足下列所有条件：

- (1) 临床有高血压症候群表现；
- (2) 已经实施了嗜铬细胞瘤切除手术。

46-非阿尔茨海默病所致严重痴呆

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(注释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(注释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，并且有完整的临床、实验室和影像学检查结果证实。

神经官能症、精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在保障范围内。

47-肾髓质囊性病

肾髓质囊性病，一种遗传性肾脏疾病，特点为肾髓质多发大小不等的囊肿并且伴有小管炎症和间质性肾炎。必须满足下列所有条件：

- (1) 经肾组织活检明确诊断；
- (2) 临床有肾脏衰竭和肾小管功能障碍表现；
- (3) 影像学证据显示肾髓质多发囊肿。

其他肾脏囊性病不在保障范围内。

48-进行性核上性麻痹

进行性核上性麻痹是中枢神经系统变性性疾病，临床表现为眼球运动障碍、假性球麻痹、帕金森综合征等。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(注释3)中的三项或三项以上，日常生活必须持续受到他人监护。

49-胰腺移植

胰腺移植术指因胰腺功能衰竭，已经实际接受了在全麻下进行的胰腺的同种(人类)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保障范围内。

50-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保障范围内。

51-丝虫病所致象皮肿

指因丝虫感染导致淋巴循环阻塞出现严重淋巴水肿，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。

52-感染性心内膜炎导致的心脏瓣膜病

感染性心内膜炎是指因细菌或其他致病菌感染造成心脏内膜感染，瓣膜为最常受累部位，引起心脏瓣膜关闭不全。必须满足下列至少三项条件：

- (1) 急性或亚急性感染性心内膜炎临床表现；
- (2) 血培养病原体阳性；
- (3) 心功能衰竭并实际接受了心脏瓣膜置换手术；
- (4) 并发动脉栓塞导致脑梗塞、肾梗塞或心肌梗塞。

药物滥用者所患感染性心内膜炎不在保障范围内。

53-系统性硬化病

一种系统性胶原血管病引起进行性的皮肤、血管和内脏器官的弥漫性纤维化。诊断必须明确并由活检和血清学证据支持并且疾病已经影响到心脏、肺或肾脏等内脏器官并且达到下列标准之一：

- (1) 肺纤维化，已经出现肺动脉高压、肺心病；
- (2) 心脏损害，心脏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；
- (3) 肾脏损害，已经出现肾功能衰竭。

下列疾病不在保障范围内：（1）局限硬皮病；（2）嗜酸细胞筋膜炎；（3）CREST综合征。

54-原发性硬化性胆管炎

为一种特发型淤胆性疾病，特点为肝内及肝外胆道系统胆管壁增厚和管腔狭窄。必须满足以下所有条件：

- （1）诊断由逆行胰胆管造影（ERCP）或经皮胆管造影（PTC）确认；
- （2）持续性黄疸超过30天，伴碱性磷酸酶（ALP）显著升高，血清ALP>200U/L；
- （3）出现继发性胆汁性肝硬化和门静脉高压。

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。

55-严重克-雅二氏病

CJD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师根据WHO诊断标准明确诊断，并且被保险人永久不可逆（注释4）地丧失自主生活能力，无法独立完成六项基本日常生活活动（注释3）中的三项或三项以上。

56-开颅手术

指因外伤、颅内肿瘤或脑动脉瘤破裂，被保险人实际接受了在全麻下进行的颅骨切开手术，以清除颅内血肿、切除肿瘤或夹闭破裂动脉瘤的手术治疗。

颅骨打孔手术、硬膜下血肿清除术、未破裂动脉瘤预防性手术、动脉瘤栓塞手术、血管内手术、颅骨切开或切除减压术、脑积水脑脊液分流手术、经蝶骨肿瘤切除术及其他原因的开颅手术不在保障范围内。

57-一肢及单眼缺失

被保险人因同一次意外伤害事件导致一肢体丧失和一眼视力丧失。必须满足下列所有条件：

（1）一肢体丧失指任何一肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

（2）一眼视力丧失指一只眼视力永久不可逆（注释4）性丧失，患眼须满足下列至少一项条件：

- ①眼球摘除；
- 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。

除眼球摘除以外，被保险人申请理赔时年龄必须在三周岁以上，并且提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。

58-糖尿病导致的双脚截肢

因糖尿病引起的神经及血管病变而经认可的医院的专科医生确认，由踝关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上位置截除双脚是维持生命的唯一方法。

切除一只或多只脚趾或因任何其他原因引起的截肢不在保障范围内。

59-原发性骨髓纤维化

原发性骨髓纤维化以骨髓纤维增生和髓外造血为特点，表现为进行性贫血、脾肿大、外周血幼稚细胞等等。被保险人须经由骨髓活检明确诊断为原发性骨髓纤维化，并满足下列所有条件且持续180天：

- （1）血红蛋白<100g/L；
- （2）白细胞计数>25x10⁹/L；
- （3）外周血原始细胞≥1%；
- （4）血小板计数<100x10⁹/L。

恶性肿瘤、中毒、放射线和感染所致的继发性骨髓纤维化不在保障范围内。

60-严重获得性或继发性肺泡蛋白质沉淀症

因获得性或继发原导致双肺泡和细支气管腔内充满不可溶富磷脂蛋白的疾病。理赔时须满足下列所有条件：

（1）支气管镜活检或开胸肺活检病理检查证实肺泡内充满有过碘酸雪夫（PAS）染色阳性的蛋白样物质；

(2) 被保险人因中重度呼吸困难或低氧血症而实际已行全身麻醉下的全肺灌洗治疗。

61-肺淋巴管肌瘤病

肺淋巴管肌瘤病是一种弥漫性肺部疾病,其特征性病理表现为囊性病变及不成熟的平滑肌细胞和血管周围上皮细胞异常增生形成多发结节。必须满足下列所有条件:

- (1) 经组织病理学检查明确诊断;
- (2) CT 显示双肺弥漫性囊性改变;
- (3) 肺功能检查显示FEV1和DLC0 (CO弥散功能) 下降;
- (4) 动脉血气分析显示低氧血症。

疑似肺淋巴管肌瘤病不在保障范围内。

62-慢性肺源性心脏病

指被保险人因慢性肺部疾病导致慢性肺源性心脏病并且引起慢性心功能损害造成永久不可逆(注释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(注释4)性的体力活动能力受限,不能从事任何体力活动。

63-心脏粘液瘤

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。

64-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。

65-完全性房室传导阻滞

指因慢性心脏疾病导致完全性房室传导阻滞。完全性房室传导阻滞是心房的激动不能正常地传导到心室,造成心室率过于缓慢,出现心力衰竭和因大脑供血不足导致的晕厥、阿-斯综合征。必须明确诊断并且满足下列所有条件:

- (1) 患有慢性心脏疾病;
- (2) 曾经有晕厥、阿-斯综合征发作;
- (3) 心电图表现为持续室性逸搏心律,心室率持续低于40次/分;
- (4) 已经植入永久性心脏起搏器。

66-自体造血干细胞移植

被保险人因急性白血病、恶性淋巴瘤或多发性骨髓瘤实际接受了自体造血干细胞移植。以下情况不在保障范围内:

- (1) 因上述所列疾病以外疾病接受自体造血干细胞移植;
- (2) 非造血干细胞移植。

67-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。慢性缩窄性心包炎必须被明确诊断并且满足下列所有条件:

- (1) 心功能衰竭达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级(注释5)IV级,并持续180天以上;
- (2) 已经接受了经下列任何一种手术路径进行的开胸心包剥离手术或心包切除手术:①胸骨正中切口;②双侧前胸切口;③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。

68-出血性登革热

严重登革热（出血性登革热），出现全部四种症状，包括发高烧、出血现象、肝肿大和循环衰竭（登革热休克综合症即符合WHO登革热第 III 级及第 IV 级）。

69-肝豆状核变性（威尔逊氏病）

肝豆状核变性是一种遗传性铜代谢障碍疾病。表现为体内的铜离子在肝、脑、肾、角膜等处沉积，引起进行性加重的肝硬化、锥体外系症状、精神症状、肾损害及角膜色素环。肝豆状核变性必须明确诊断并且满足以下条件之一：

- （1）帕金森综合征或其他神经系统功能损害，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（注释3）中的三项或三项以上；
- （2）失代偿性肝硬化，临床已经出现腹水、食道静脉曲张和脾肿大等表现；
- （3）慢性肾功能衰竭，已开始肾脏透析治疗；
- （4）接受了肝移植或肾移植手术。

70-斯蒂尔病（全身型幼年类风湿性关节炎）

指未成年时期的一种全身结缔组织病。可表现为弛张热、皮疹、关节炎、脾肿大、淋巴结肿大、浆膜炎、体重减轻、中性粒细胞增多等，全身症状可以先于关节炎出现。本病须在年满18周岁前经专科医生出具医学诊断证明，并且满足下列条件之一：

- （1）临床及X线检查发现明显的关节畸形，以下关节中至少其中三个关节受累：手关节、腕关节、肘关节、膝关节、髋关节、踝关节、脊椎关节或跖趾关节；
- （2）因病情严重在医生的建议下已接受以治疗为目的的膝或髋关节的置换手术。

未成年人其他类型的类风湿性关节炎不在保障范围内。

71-严重心脏衰竭 CRT 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。

72-严重肠道疾病并发症

严重肠道疾病或外伤导致小损害并发症，满足以下所有条件：

- （1）至少切除了三分之二小肠；
- （2）完全肠外营养支持三个月以上。

73-多发性大动脉炎旁路移植手术

多发性大动脉炎（高安氏动脉炎）是一种发生在主动脉和其主要分支的慢性炎症性动脉疾病，表现为受累动脉狭窄或闭塞。头臂动脉型多发性大动脉炎是指多发性大动脉炎头臂动脉型（I型），又称为无脉症。被保险人被明确诊断为头臂动脉型多发性大动脉炎并且实际接受了经胸部切开进行的无名动脉（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。

74-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（注释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（注释4）性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

75-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（注释4）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%。

76-埃博拉病毒感染

指埃博拉病毒感染导致的急性出血性传染病。埃博拉病毒病必须经国家认可的有合法资质的传染病专家确诊并且上报国家疾病预防控制中心接受了隔离和治疗，必须满足以下所有条件：

- (1) 实验室检查证据证实存在埃博拉病毒感染；
- (2) 存在持续30天以上广泛出血的临床表现。

埃博拉病毒感染疑似病例，在确诊之前已经死亡的病例不在保障范围内。

77-严重瑞氏综合征（Reye 综合症）

瑞氏综合征（Reye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。肝脏活检是确诊的重要手段。瑞氏综合征需由三级医院的儿科专科医生确诊，并满足下列所有条件：

- (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。

78-重症手足口病

由肠道病毒引起的急性传染，主要症状表现为手、足、口腔等部位斑丘疹、疱疹。经保险公司认可的医疗机构儿科专生确诊为患有手足口病，并伴有下列三项中的任意一发病：

- (1) 有脑膜炎或并发症，且导致意识障碍瘫痪的临床表现及实验室检查有脑膜炎或并发症，且导致意识障碍瘫痪的临床表现及实验室检查证据；
- (2) 有肺炎或水肿并发症，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，且导致脏扩大或力衰竭的临床表现及实验室检查证据。

79-骨生长不全症

是一种胶原病，特征为骨易碎质疏松和折。本合同只保障III型成骨不全的情形，其主要临床特点有：发展迟缓、多性骨折进行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。

80-细菌性脑脊髓膜炎

指因脑膜炎双球菌感染引起脊髓化脓性病变，且导致永久神经损害，持续90日以上，并且脑脊液检查显示膜炎双球菌阳性。

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、脑积水、智力或性情中度以上的损害，且上述症状持续90日以上仍无改善迹象。

81-严重川崎病

是指原因不明的系统性血管炎，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脉瘤或其他血管异常；
- (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。

82-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。

83-严重骨髓增生异常综合症

骨髓增生异常综合症是起源于造血干细胞的一组骨髓克隆异常的疾病，表现为无效造血、难治性血细胞减少，有转化为急性髓系白血病的风险。被保险人须经由外周血和骨髓活检明确诊断为骨髓增生异常综合症，并且满足下列所有条件：

- (1) 根据WHO分型，分型为难治性贫血伴原始细胞增多（RAEB）；

(2) 根据“骨髓增生异常综合征修订国际预后积分系统 (IPSS-R)”积分 ≥ 3 , 属于中危及以上组。

84-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(注释4)的神经系统功能损害。永久不可逆(注释4)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。

85-婴儿进行性脊肌萎缩症

该病是累及脊髓前角细胞延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颅神经前角细胞进行性功能障碍, 伴随肌肉无力和延髓功能障碍。

该病必须经由神经科医师通过肌肉活检而确诊。理赔时提供检的病理报告。其它类型脊肌萎缩症如II型中间型进行性脊肌萎缩症, III型少年型脊肌萎缩症(Kugelberg-Welander氏病)不在保障范围内。

86-席汉氏综合征

指因产后大出血并发休克、全身循环衰竭、弥漫性血管内凝血导致脑垂体缺血坏死和垂体分泌激素不足, 造成性腺、甲状腺、肾上腺皮质功能减退。必须满足下列所有条件:

- (1) 产后大出血休克病史;
- (2) 严重腺垂体功能破坏, 破坏程度 $>95\%$;
- (3) 影像学检查显示脑垂体严重萎缩或消失;
- (4) 实验室检查显示:
 - ①垂体前叶激素全面低下; 和
 - ②性激素、甲状腺素、肾上腺皮质激素全面低下(包括生长激素、促甲状腺素、促肾上腺皮质激素、卵泡刺激素和黄体生成素);
- (5) 需要终身激素替代治疗以维持身体功能, 持续服用各种替代激素超过一年。垂体功能部分低下及其他原因所致垂体功能低下不在保障范围之内。

87-严重继发性肺动脉高压

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(注释4)的体力活动受限, 达到美国纽约心脏病学会功状态分级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引起的肺动脉高压不在保障范围内。

88-艾森门格尔综合征

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 。

89-脊髓小脑变性症

脊髓小脑变性症为一组以小脑萎缩和共济失调为主要临床特点的多与遗传有关的疾病。必须满足下列所有条件:

- (1) 脊髓小脑变性症必须由三级医院诊断, 并有下列所有证据支持: 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(注释3)中的三项或三项以上。

90-血管性痴呆

指由缺血性卒中、出血性卒中和造成记忆、认知和行为等脑区低灌注的脑血管疾病所致的严重认知功能障碍综合征。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（注释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，并且有完整的临床、实验室和影像学检查结果证实。

神经官能症、精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在保障范围内。

91-Brugada 综合征

被保险人被三级医院心脏专科医生明确诊断为Brugada综合征，并且满足下列所有条件：

- （1）有45岁以下猝死家族史；
- （2）有晕厥或心脏骤停病史，并且具有完整的诊疗记录；
- （3）心电图有典型的I型Brugada波；
- （4）安装了永久性心脏起搏器。

92-进行性多灶性白质脑病

是一种亚急性脱髓鞘脑病，常常发生于免疫缺陷病人。必须满足下列所有条件：

- （1）根据脑组织活检确诊；
- （2）永久不可逆（注释4）丧失自主生活能力，无法独立完成六项基本日常生活活动（注释3）中的三项或三项以上。

93-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病毒感染。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。必须满足下列所有条件：

- （1）必须由三级医院诊断，临床检查证实脑电图存在周期性复合波、脑脊液Y-球蛋白升高、脑脊液和血清中麻疹抗体滴度升高；
- （2）被保险人出现运动障碍，永久不可逆（注释4）丧失自主生活能力，无法独立完成六项基本日常生活活动（注释3）中的三项或三项以上。

94-进行性风疹性全脑炎

指一组以额颞叶萎缩为特征的痴呆综合征，临床以明显的人格、行为改变和认知障碍为特征。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（注释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，并且有完整的临床、实验室和影像学检查结果证实。

神经官能症、精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在保障范围内。

95-严重强直性脊柱炎

强直性脊柱炎是一种慢性全身性炎症性疾病，主要侵犯脊柱导致脊柱畸形。强直性脊柱炎必须明确诊断并且满足下列所有条件：

- （1）严重脊柱畸形；
- （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（注释3）中的三项或三项以上。

96-严重结核性脑膜炎

由结核杆菌引起的脑膜和脊非化脓性炎症疾病。需满足以下全部条件：

- （1）出现颅内压明显增高，表头痛、呕吐和视乳水肿；
- （2）出现部分性、全身癫痫发作或持续状态；
- （3）昏睡或意识模糊；
- （4）视力减退、复和面神经麻痹。

97-严重巨细胞动脉炎

巨细胞动脉炎又称颅动脉炎、颞动脉炎、肉芽肿性动脉炎，须经保险公司认可医院的专科医师明确诊断，并造成永久不逆性的单个肢体功能障碍或单眼失明。单眼失明指单眼视力永久不可逆（注释4）性丧失，患眼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。

98-意外导致的

指面部III度烧伤且烧伤面积达到面部表面积的2/3或全身体表面积的2%。

- 重度面部烧伤** 体表面积根据《中国新九分法》计算，面部总面积为全身体表面积的3%。面部面积不包括发部和颈部。
- 99-溶血性链球菌引起的坏疽** 由于急性溶血性链球菌感染导致广泛的皮肤、皮下组织和深层组织的坏死。必须满足以下所有条件：
(1) 细菌培养证实致病菌为溶血性链球菌；
(2) 受感染肢体被截肢（自腕关节或踝关节近端）。
- 100-肾上腺脑白质营养不良** 指一种最常见的过氧化物酶体病，主要累及肾上腺和脑白质表现为进行性的精神运动障碍，视力及听下降和（或）肾上腺皮质功能低下等。须经专科医生诊断，且已经造成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（注释3）中的三项或三项以上，持续至少180天。
- 101-侵蚀性葡萄胎（或称恶性葡萄胎）** 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。
- 102-严重小肠疾病并发症** 指严重肠道疾病或外伤导致小肠损害并发症，满足以下所有条件：
(1) 切除部分或全部小肠；
(2) 完全肠外营养支持三个月以上。
- 103-严重哮喘** 指经专科医生明确诊断为严重哮喘，并且满足下列标准中的三项或三项以上：
(1) 过去两年中有哮喘持续状态病史；
(2) 身体活动耐受能力显著下降，轻微体力活动即有呼吸困难，且持续六个月以上；
(3) 慢性肺部过度膨涨充气导致的由影像学检查证实的胸廓畸形；
(4) 每日口服皮质类固醇激素，至少持续六个月以上。
- 104-胆道重建手术** 指因疾病或胆道创伤导致接受涉及胆总管小肠吻合术的胆道重建手术。手术必须在专科医生认为是医疗所需的情况下进行。
胆道闭锁并不在保障范围内。
- 105-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，需要输注血浆和浓缩血小板进行治疗。
- 106-多处臂丛神经根性撕脱** 指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。
- 107-因器官移植导致艾滋病病毒感染或患艾滋病** 指因进行器官移植而感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）或患艾滋病，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或患艾滋病；
(2) 提供器官移植治疗的器官移植中心或医院出具的此次因器官移植感染人类免疫缺陷病毒或患艾滋病，属于医疗事故的报告，或者法院终审裁定为医疗事故并且不准上诉；
(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。
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 感染或患艾滋病

不在保障范围内。

108-范可尼综合征

指近端肾小管的功能异常引起的一组症候群。须满足下列至少两个条件：

- (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。

109-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。

110-败血症导致的多器官功能障碍综合症

指败血症导致的一个或多个器官系统生理功能障碍,并至少满足以下一条标准：

- (1) 呼吸衰竭,需要进行气管插管机械通气;
- (2) 凝血血小板计数 $<50 \times 10^3$ /微升;
- (3) 肝功能不全,胆红素 $>6\text{mg/dl}$ 或 $>102 \mu\text{mol/L}$;
- (4) 已经应用强心剂;
- (5) 昏迷格拉斯哥昏迷评分(GCS) ≤ 9 ;
- (6) 肾功能衰竭,血清肌酐 $>300 \mu\text{mol/L}$ 或 $>3.5\text{mg/dl}$ 或尿量 $<500\text{ml/d}$;
- (7) 败血症有血液检查证实。

败血症引起的 MODS 的诊断应由专科医生证实。非败血症引起的 MODS 不在保障范围内。

111-严重气性坏疽

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,且须同时符合下列要求:

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。

112-横贯性脊髓炎后遗症

脊髓炎是一种炎症性脊髓疾病。横贯性脊髓炎是指炎症扩展横贯整个脊髓,表现为运动障碍、感觉障碍和自主神经功能障碍。横断性脊髓炎必须明确诊断,并且已经造成永久不可逆(注释 4)的神经系统功能损害。永久不可逆(注释 4)的神经系统损害指被保险人持续 180 天无法独立完成下列任何一项基本日常生活活动:

- (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。

113-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(注释 4)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。

- 114-闭锁综合征** “严重脑功能障碍，但剩余脑干功能完整。障碍的特征是缺失基本的认知功能，缺失对任何刺激的反应，不能与其他人互动。诊断必须经神经科医生确认，并必须持续至少一个月病史记录。
- 115-疾病或外伤所致智力障碍** 因严重头部外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）。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）检测证实。智商的检测必须由本公司认可的专职心理测验工作者进行，心理检测工作者必须持有心理测量专业委员会资格认定书。
理赔时必须满足下列全部条件：
（1）造成被保险人智力低常的严重头部外伤或疾病（以诊断日期为准）发生在被保险人五周岁以后；
（2）由儿科专科的主任医师级别的医生确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低常；
（3）由专职合格心理检测工作者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诊断确认日起持续 180 天以上。
- 116-溶血性尿毒综合征** 一种由于感染导致的急性综合征，引起红细胞溶血，肾功能衰竭及尿毒症。溶血性尿毒综合征必须由血液和肾脏专科医师诊断，并且满足下列所有条件：
（1）实验室检查确认有溶血性贫血、血尿、尿毒症、血小板减少性紫癜；
（2）因肾脏功能衰竭实施了肾脏透析治疗。
任何非因感染导致的溶血性贫血，如：自身免疫性溶血性贫血、与红细胞膜缺陷有关的溶血性贫血、红细胞酶病、血红蛋白病等，不在本保单保障范围内。
- 117-急性肺损伤（ALI）或急性呼吸窘迫综合征（ARDS）** 一种表现为无心脏衰竭的肺水肿，为创伤、脓毒血症等临床多种疾病的并发症。急性呼吸窘迫综合征必须由本公司认可的医院的呼吸科或者重症监护室专科医生明确诊断，并须满足下列全部临床特征：
（1）急性发作（原发疾病起病后 6 至 72 小时内发病）；
（2）急性发作的临床症状体征，包括呼吸急促、呼吸困难、心动过速、大汗、面色苍白及辅助呼吸肌活动加强（点头呼吸、提肩呼吸）；
（3）双肺浸润影；
（4） PaO_2/FiO_2 （动脉氧分压/吸入氧浓度）低于 200mmHg；
（5）肺动脉嵌入压低于 18mmHg；
（6）临床无左房高压表现。
- 118-结核性脊髓炎** 结核性脊髓炎：指因结核杆菌引起的脊髓炎，导致永久性神经系统功能障碍，即该疾病首次确诊一百八十天后，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（注释 1）；
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（注释 3）中的三项或三项以上。
- 119-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。
- 120-严重的破伤风** 指破伤风梭菌经由皮肤或黏膜伤口侵入人体，在缺氧环境下生长繁殖，产生毒素而引起严重持续肌痉挛的一种特异性感染。须经专科医生明确诊断。

注释 1: 肢体机能完全丧失是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。

注释2: 语言能力完全丧失是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是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。

注释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。

注释 4: 永久不可逆是指自疾病确诊或意外伤害发生之日起，经过积极治疗 180 日后，仍无法通过现有医疗手段恢复。

注释5: 心功能状态分级是指美国纽约心脏协会心功能状态的分级标准：

I 级：体力活动不受限制，日常活动不引起乏力、心悸、呼吸困难或心绞痛等症状。

II 级：体力活动轻度受限，休息时无症状，日常活动即可引起乏力、心悸、呼吸困难或心绞痛。

III 级：体力活动明显受限，休息时无症状，轻于日常的活动即可引起上述症状。

IV 级：不能从事任何体力活动，休息时亦有症状，体力活动后加重。



请扫描以查询验证条款

阅读指引

本阅读指引有助于您理解条款，对“平安附加质子重离子医疗保险合同”内容的解释以条款为准。



您拥有的重要权益

- ❖ 被保险人可以享受本附加险合同提供的保障.....2.2
- ❖ 您有退保的权利.....5.1

您应当特别注意的事项

- ❖ 我们对免除保险人责任的条款作了特别提示，详见条款正文中背景突出显示的内容.....2.1、2.2、2.3、2.4、3.2、3.3、6、7
- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策.....5.1
- ❖ 您有及时向我们通知保险事故的责任.....3.2
- ❖ 我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请您注意 7
- ❖ 某些情形会导致本附加险合同的效力终止.....6.3

条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本条款。



条款目录

<p>1. 您与我们的合同</p> <p>1.1 合同订立</p> <p>1.2 合同生效</p> <p>1.3 投保年龄</p> <p>2. 我们提供的保障</p> <p>2.1 等待期</p> <p>2.2 保险责任</p> <p>2.3 责任免除</p> <p>2.4 其他免责条款</p> <p>3. 如何申请领取保险金</p> <p>3.1 受益人</p> <p>3.2 保险事故通知</p> <p>3.3 保险金申请</p> <p>3.4 保险金的给付</p> <p>3.5 诉讼时效</p> <p>4. 如何支付保险费</p> <p>4.1 保险费的支付</p> <p>5. 如何解除保险合同</p> <p>5.1 合同解除</p> <p>6. 其他需要关注的事项</p> <p>6.1 明确说明与如实告知</p> <p>6.2 年龄错误</p> <p>6.3 效力终止</p>	<p>7. 释义</p> <p>7.1 周岁</p> <p>7.2 医院</p> <p>7.3 恶性肿瘤</p> <p>7.4 特定医疗机构</p> <p>7.5 质子重离子医疗费用</p> <p>7.6 既往症</p> <p>7.7 遗传性疾病</p> <p>7.8 先天性畸形、变形或染色体异常</p> <p>7.9 感染艾滋病病毒或患艾滋病</p> <p>7.10 毒品</p> <p>7.11 现金价值</p> <p>附表：平安附加质子重离子医疗保险计划表</p>
--	--

险种简称：附加质子重离子医疗保险

平安附加质子重离子医疗保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指平安健康保险股份有限公司。

① 您与我们的合同

- 1.1 **合同订立** “平安附加质子重离子医疗保险合同”（以下简称“本附加险合同”）由主保险合同（以下简称“主险合同”）投保人提出申请，经我们同意而订立。
- 1.2 **合同生效** 本附加险合同必须与主险合同同时投保，不能单独投保。主险合同效力终止，本附加险合同效力一并终止；主险合同无效，本附加险合同一并无效。主险合同与本附加险合同相矛盾之处，以本附加险合同为准。本附加险合同未约定而主险合同有约定的事项，同样适用本附加险合同，以主险合同的约定为准。
本附加险合同的生效日与主险合同相同。
本附加险合同的保险期间同主险合同的保险期间。
- 1.3 **投保年龄** 本附加险接受的首次投保年龄为0周岁至70周岁，投保时被保险人为0周岁的，应当为出生满28日且已健康出院的婴儿。被保险人年满99周岁前（含99周岁），如您在上一个保险期间届满60日内提出重新投保申请、且经我们审核符合承保条件的，我们仍然同意承保。您在上一个保险期间届满60日后提出的投保申请，视为首次投保。

② 我们提供的保障

- 2.1 **等待期** 自本附加险合同生效之日起30日内，被保险人经**医院**（见7.2）确诊初次发生本附加合同约定的**恶性肿瘤**（见7.3），并在我们指定的**特定医疗机构**（见7.4）接受合理且必要的质子重离子放射治疗的，无论治疗时间与生效之日是否间隔超过30日，我们都不承担给付质子重离子医疗保险金的责任，并向您返还所交保险费，本附加险合同终止。这30日的时间称为等待期。
如果您在上一保险期间届满后60日内重新投保本产品的，无等待期。
- 2.2 **保险责任** 被保险人在等待期后经医院确诊初次发生恶性肿瘤，并在我们指定的特定医疗机构接受质子重离子放射治疗的，对于其实际支出的合理且必要的**质子重离子医疗费用**（见7.5），我们按照本附加合同约定的给付比例（见附表）给付质子重离子医疗保险金。质子重离子医疗保险金的累计给付金额不超过年度保险金给付限额（见附表）。当累计给付的质子重离子医疗保险金达到年度保险金给付限额时，本附加险合同终止。
- 补偿原则** 若被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、本公司在内的任何商业保险机构等）取得补偿的，我们将在本附加险合同保险金给付限额（见附表）内对剩余部分按本附加险合同的约定承担相应的保险责任。
- 2.3 **责任免除** 被本附加险合同附加的主险合同中的责任免除事项也适用本附加险合同，即属于主险合同的责任免除事项，在本附加险合同中一样属于责任免除事

项，并按主险合同的约定处理。

因下列情形之一，导致被保险人医疗费用支出的，我们不承担给付保险金的责任：

(1) 主险合同中列明的“责任免除”事项，也适用本附加险合同。

(2) 被保险人所患**既往症**（见 7.6）及保险单中特别约定的除外疾病引起的相关费用；

(3) **遗传性疾病**（见 7.7），**先天性畸形、变形或染色体异常**（见 7.8）引起的医疗费用；

(4) 被保险人**感染艾滋病病毒或患艾滋病**（见 7.9）期间因疾病导致的；

(5) 被保险人主动吸食或注射**毒品**（见 7.10）；

(6) 核爆炸、核辐射或核污染、化学污染；恐怖袭击、战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

- 2.4 **其他免责条款** 除“2.3 责任免除”外，本附加险合同中还有一些免除保险人责任的条款，详见“2.1 等待期”、“2.2 保险责任”、“3.2 保险事故的通知”、“6 其他需要关注的事项”、“7 释义”。
- 此外，主险合同中的责任免除事项也适用本附加险合同，即属于主险合同的责任免除事项，在本附加险合同中一样属于责任免除事项。

③ 如何申请领取保险金

- 3.1 **受益人** 除另有约定外，本附加险合同的受益人为被保险人本人。
- 3.2 **保险事故通知** 请您、被保险人或受益人在知道保险事故发生后 10 日内通知我们。
- 如果您、被保险人或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，我们对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但我们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我们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：
- 保险金申请所需材料** 由受益人填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：
- (一) 保险合同；
 - (二) 受益人的有效身份证件；
 - (三) 医院出具的医疗诊断书、医疗病历或出院小结、检查检验报告及药品明细处方；
 - (四) 医院出具的医疗费用的原始凭证、医疗费用结算清单；
 - (五) 检查检验报告及药品明细和处方；
 - (六) 所能提供的与恶性肿瘤的确诊，质子重离子治疗的必要性和合理性等与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。
- 以上证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知受益人补充提供有关证明和资料。
- 3.4 **保险金的给付** 我们在收到保险金给付申请书及上述有关证明和资料后，将在 5 日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定。
- 对属于保险责任的，我们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；若我们在收到保险金给付申请书及上述有关证明和资料后第 30 日仍未作出核定，除支付保险金外，我们将从第 31 日起按超

过天数赔偿受益人因此受到的利息损失。如我们要求投保人、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料的，上述 30 日期间会扣除投保人、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料期间，扣除期间自我们作出的通知到达投保人、被保险人或者受益人之日起，至投保人、被保险人或者受益人按照通知要求补充提供的有关证明和资料到达保险人之日止。利息按照我们公示的利率按单利计算，且保证该利率不低于中国人民银行公布的同期金融机构人民币活期存款基准利率。

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

我们在收到受益人的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；我们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 受益人向我们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 如何支付保险费

- 4.1 保险费的支付 本附加险合同的费率按照被保险人年龄确定，保费会随着您的年龄增长而变化，我们有权根据被保险人的年龄、社会整体医疗费用水平的变化、本产品的整体经营情况而调整费率，此等费率调整适用所有被保险人或某一年龄段的所有被保险人。如发生费率调整，调整后的费率将在您保险期间届满后重新投保时适用。
本附加险合同的保险费必须随主险合同保险费一同一次性支付或分期支付，不能单独支付。
- 4.2 保险费支付相关的其它约定 鉴于上述 4.1 条第二款的约定，本附加险合同保险期间届满后重新投保的保险费支付期限和在保险期间内分期支付保费的宽限期等约定，以主险合同的约定为准。

⑤ 如何解除保险合同

- 5.1 合同解除 您可以申请解除本附加险合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：
（一）保险合同；
（二）您的有效身份证件。
自我们收到解除合同申请书时起，本附加险合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还本附加险合同的**现金价值**（见 7.11）。
您在犹豫期后解除合同会遭受一定损失。

⑥ 其他需要关注的事项

- 6.1 明确说明与如实告知 订立本附加险合同时，我们会向您说明本附加险合同的内容，对本附加险合同中免除我们责任的条款，我们在订立合同时会在投保书、保险单或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。我们会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规定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本附加险合同。

如果您故意不履行如实告知义务，对于本附加险合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

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，对于本附加险合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，但会退还保险费。

我们在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。

6.2 年龄错误

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在投保单上填明，如果发生错误按照下列方式办理：

（一）您申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本附加险合同约定投保年龄限制的，我们有权解除合同，并向您退还本附加险合同的现金价值。

（二）您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费少于应付保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付。

（三）您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费多于应付保险费的，我们会将多收的保险费退还给您。

6.3 效力终止

当发生下列情形之一时，本附加险合同效力终止：

（一）主险合同效力终止；

（二）您申请解除本附加险合同；

（三）本附加险合同中列明的其他合同解除的情形。

7

释义

7.1 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。

7.2 医院

指中华人民共和国境内（港、澳、台地区除外）合法经营的二级以上（含二级）公立医院的普通部，不包括疗养院、护理院、康复中心、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心以及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。该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。

7.3 恶性肿瘤

恶性肿瘤指被保险人发生符合下列定义的恶性肿瘤，该疾病应当由**专科医生**明确诊断。

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。

本条所述专科医生是指同时满足以下四项资格条件的医疗专业人员：

(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。

7.4 特定医疗机构 指上海质子重离子医院，暨复旦大学附属肿瘤医院质子重离子中心。我们会根据实际情况调整特定医疗机构，并在我们的官方网站进行展示。

7.5 质子重离子医疗费用 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，包括床位费、护理费、膳食费、检查检验费、治疗费、诊疗费、药品费，但不包括化学

疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法和肿瘤靶向疗法所产生的医疗费用。

(1) **床位费**指住院期间实际发生的、不高于双人病房的住院床位费（不包括单人病房、套房、家庭病床），床位费的限额请见附表。

(2) **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。

(3) **膳食费**指住院期间根据医生的医嘱，由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并并在病房费等其他款项内。

(4) **检查检验费**指住院期间实际发生的，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。

(5) **治疗费**指住院期间以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理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，具体以就诊医院的费用项目划分为准。

本项责任不包含如下费用：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。

物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法物理治疗是指应用人工物理因子（如光、电、磁、声等）来治疗疾病，具体疗法包括电疗、光疗、磁疗、热疗等；中医理疗是指以治疗疾病为目的，被保险人接受由具有相应资格的医生实施的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗；

(6) **诊疗费**又称医师费，指医护人员的专业诊断劳务费用。

(7) **药品费**指住院期间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。药品费中不包含中草药费用。

7.6 既往症 指在本附加险合同生效之前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：

1、本附加险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

2、本附加险合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；

3、本附加险合同生效前发生，未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

7.7 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。

7.8 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。

- 7.9 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。
- 7.10 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。
- 7.11 现金价值** 现金价值的计算分两种情况：
(1) 您为被保险人首次投保或在上一保险期间届满后超过 60 日投保本附加保险的：
如果保险经过天数 ≤ 30 天，现金价值=已交保险费 $\times (1-35\%)$ ；
如果保险经过天数 > 30 天，现金价值=已交保险费 $\times (1-35\%) \times [1 - (\text{保险经过天数}-30) / (\text{本合同生效日至保险费交至日的天数}-30)]$ ，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。
(2) 您在上一保险期间届满后 60 日内重新投保本附加保险的：
现金价值=已交保险费 $\times (1 - \text{保险经过天数} / \text{本合同生效日至保险费交至日的天数})$ ，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。

附表：

平安附加质子重离子医疗保险计划表

单位：人民币元

保障项目	
年度保险金给付限额	合计 100 万
床位费限额	1500/天
给付比例	100%



请扫描以查询验证条款

阅读指引

本阅读指引有助于您理解条款，对“平安特定恶性肿瘤药品费用医疗保险合同”内容的解释以条款为准。



您拥有的重要权益

- ❖ 签收本主险合同后10日内您可以要求全额退还保险1.4
- ❖ 被保险人可以享受本主险合同提供的保2.1
- ❖ 您有退保的权5.1



您应当特别注意事项

- ❖ 我们对免除保险人责任的条款作了特别提示，详见条款正文中背景突出显示的内容1.5、2.1、2.2、3.2、6.1、6.2、7
- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策5.1
- ❖ 您应当按时支付保险费4.1
- ❖ 您有如实告知的义务6.1
- ❖ 费用型医疗险是适用补偿原则的，详见条款正文中背景突出显示的内容2.1
- ❖ 您有及时向我们通知保险事故的责任3.2
- ❖ 请留意条款所称医院的特定含义7.3
- ❖ 我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请您注意7
- ❖ 保险条款有关于恶性肿瘤的释义，请您留意7.4
- ❖ 本主险合同的有效期为1年1.5



条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本条款。条款目录如下：

1. 您与我们的合同

- 1.1 合同构成
- 1.2 合同成立与生效
- 1.3 投保年龄
- 1.4 犹豫期
- 1.5 保险期间

2. 我们提供的保障

- 2.1 保险责任
- 2.2 责任免除
- 2.3 其他免责条款

3. 如何申请领取保险金

- 3.1 受益人
- 3.2 保险事故通知
- 3.3 保险金申请与给付
- 3.4 诉讼时效

4. 如何支付保险费

- 4.1 保险费的支付
- 4.2 宽限期
- 4.3 保险费率调整

5. 如何解除保险合同

- 5.1 您解除合同的手续及风险

6. 其他需要关注的事项

- 6.1 明确说明与如实告知
- 6.2 年龄错误
- 6.3 合同内容变更
- 6.4 联系方式变更
- 6.5 效力终止
- 6.6 争议处理

7. 释义

- 7.1 周岁
- 7.2 有效身份证件
- 7.3 医院
- 7.4 恶性肿瘤
- 7.5 专科医生
- 7.6 确诊之日
- 7.7 保险事故
- 7.8 社会医疗保险
- 7.9 既往症
- 7.10 遗传性疾病
- 7.11 先天性畸形、变形或染色体异常
- 7.12 《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）
- 7.13 感染艾滋病病毒或患艾滋病
- 7.14 毒品
- 7.15

7.15 职业病

7.16 医疗事故

7.17 保险费约定支付日

7.18 现金价值

平安特定恶性肿瘤药品费用医疗保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指平安健康保险股份有限公司。

① 您与我们的合同

- 1.1 合同构成** 本保险条款、电子保险单或其他保险凭证、电子投保书、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单、附加险合同、其他书面或电子协议都是您与我们之间订立的保险合同的构成部分。
“平安特定恶性肿瘤药品费用医疗保险合同”以下简称为“本主险合同”。
- 1.2 合同成立与生效** 您提出保险申请、我们同意承保，本主险合同成立。
除本主险合同其他条款另有约定外，本主险合同自我们同意承保、并签发保险单开始生效，具体生效日以保险单所载的日期为准。
- 1.3 投保年龄** 指投保时被保险人的年龄，投保年龄以**周岁**（见 7.1）计算。
本产品接受的首次投保年龄为 0 周岁至 70 周岁，投保时被保险人为 0 周岁的，应当为出生满 28 日且已健康出院的婴儿。被保险人年满 99 周岁前（含 99 周岁），如您在上一个保险期间届满 60 日内提出重新投保申请、且经我们审核符合承保条件的，我们仍然同意承保。
如您在上一个保险期间届满 60 日后提出投保申请，视为首次投保，需要重新核保，投保成功的需要重新计算等待期。
- 1.4 犹豫期** 自您签收本主险合同或收到本主险合同电子保险单次日起，有 10 日的犹豫期。在此期间请您认真审视本主险合同，如果您认为本主险合同与您的需求不相符，您可以在此期间提出解除本主险合同，我们将无息退还您所支付的全部保险费。
解除本主险合同时，您需要填写申请书，并提供您的保险合同及**有效身份证件**（见 7.2）。自我们收齐上述申请材料时起，本主险合同即被解除，合同解除前发生的保险事故我们不承担保险责任。
- 1.5 保险期间** 本主险合同的保险期间为 1 年。保险期间届满后，若您要继续享有本产品提供的保障，您需要重新申请投保。
若保险期间届满时，本主险产品已停止销售，我们不再接受投保申请，但会向您提供投保其他保险产品的合理建议。
本主险合同保险期间内，被保险人经**医院**（见 7.3）确诊发生本主险合同约定的**恶性肿瘤**（见 7.4）且第一次取得符合本主险合同约定标准特定药品目录内的药品处方，我们承担保险责任至本主险合同约定的责任终止之日，且不再接受重新投保。

② 我们提供的保障

- 2.1 保险责任** 在本主险合同有效期内，我们承担如下保险责任：
- 等待期** 自本主险合同生效之日起 30 日内，被保险人自出生之日起第一次经医院确诊发生本主险合同约定的恶性肿瘤的（即**确诊之日**（见 7.6）在等待期

内), 我们不承担给付保险金的责任, 并向您返还所交保险费, 本主险合同终止。这 30 日的时间称为等待期。

以下情形, 无等待期:

您在上一保险期间届满后的 60 日内成功重新投保本产品并缴纳应缴保险费的。

如果在等待期后发生**保险事故** (见 7.7), 我们按照下列方式承担保险责任:

特定恶性肿瘤 药品费用医疗 保险金

被保险人自其出生以来首次经医院确诊发生恶性肿瘤, 对于其**确诊之日** (见7.6)后365个自然日内用于治疗该恶性肿瘤且满足以下条件的特定药品, 我们在保险金给付限额内按约定的赔付比例支付特定恶性肿瘤药品费用医疗保险金。

我们承担保险金责任的特定药品必须同时满足以下要求:

1. 使用药品的药物处方必须由二级以上(含二级)公立医院专科医生开具且属于被保险人当前治疗必备的药品且处方药量不超过壹个月;
2. 购买药品前, 使用药品的药物处方必须经我们的药品处方审核流程并按本主险合同约定的流程取药 (见3.3);
3. 处方开具的药品在我们与您约定的特定药品目录内, 此等特定药品目录在您投保时确定, 并记载于保险合同中;
4. 特定药品必须自我们指定或认可的药店购买, 且购买票据必须出自我们指定或认可的药店;

本主险合同提及的处方, 是指由专科医生在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员审核、调配、核对, 并作为患者用药凭证的医疗文书, 包括医疗机构病区用药医嘱单。

如果被保险人在确诊之日后365个自然日内未能按本主险合同的约定完成首次药品处方审核及购药流程, 我们将承担保险责任至保险期间终止之日。

赔付比例

如果本主险合同约定药品目录内的特定药品已经被纳入当地社会医疗保险目录, 且被保险人未从**社会医疗保险** (见 7.8) 中获得药品费用补偿, 我们将按 60%的赔付比例赔付被保险人使用特定药品目录内的恶性肿瘤药品费用。除上述情况外, 本主险合同赔付比例为 100%。

补偿原则

如果被保险人从其他途径已经获得特定药品目录内的恶性肿瘤药品费用补偿, 我们将按上述约定的赔偿范围、赔付比例在保险金最高给付限额内计算并给付保险金, 且最高给付金额不超过被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获其他途径补偿后的余额。

2.2 责任免除

因下列情形之一, 导致被保险人发生恶性肿瘤的, 或者造成被保险人医疗费用支出的, 我们不承担给付保险金的责任:

(1) 被保险人所患**既往症** (见 7.9) 及保险单中特别约定的除外疾病引起的所有相关费用;

(2) **遗传性疾病** (见7.10), **先天性畸形、变形或染色体异常** (见7.11), 先天性癌症(**BRCA1/BRCA2** 基因突变家族性乳腺癌, 遗传性非息肉病性结直肠癌, 肾母细胞瘤即 **Wilms** 瘤, 李 - 佛美尼综合症即**Li-Fraumeni** 综合症);

(3) 被保险人**感染艾滋病病毒或患艾滋病** (见 7.13) 期间;

(4) 药品处方的开具与国家食品药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症用法用量不符或相关医学材料不能证明被保险人所患

恶性肿瘤符合使用特定药物的指征；

(5) 被保险人的疾病状况，经审核，确定对申领药品已经耐药，而产生的费用（耐药是指肿瘤病灶按照**RECIST**（实体瘤治疗疗效评价标准）评价标准有进展）；

(6) 未按照本主险合同约定的药品处方审核及购药流程相关约定（**详见 3 如何申请领取保险金**）在指定药房进行购药申请或购药申请未审核通过；

(7) 被保险人符合慈善援助用药申请，但因被保险人未提交相关申请或者提交的申请材料不全，导致援助项目申请未通过而发生的药品费用；被保险人通过援助审核，但因被保险人原因未领取援助药品，视为被保险人自愿放弃本合同项下适用的保险权益；

(8) 被保险人主动吸食或注射**毒品**（见7.14）；

(9) 由于**职业病**（见7.15）、**医疗事故**（见7.16）引起的医疗费用；

(10) 核爆炸、核辐射或核污染、化学污染；恐怖袭击、战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

(11) 被保险人接受实验性治疗，即未经科学或医学认可的医疗；

(12) 未被治疗所在地权威部门批准的治疗，未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物；

(13) 因核辐射、核爆炸、核污染造成的；

2.3 其他免责条款

除“2.2 责任免除”外，本主险合同中还有一些免除保险人责任的条款，详见“2.1 保险责任”、“3.2 保险事故通知”、“6.2 年龄错误”、“7 释义”及附表中背景突出显示的内容。

③ 如何申请领取保险金

3.1 受益人

除另有约定外，本主险合同的受益人为被保险人本人。

3.2 保险事故通知

请您、被保险人或受益人在知道被保险人自其出生以来首次经医院确诊发生恶性肿瘤发生后的10日内通知我们（即确诊之日起10日内通知）。

请您、被保险人或受益人在特定药物处方的有效期内向我们提出处方审核申请和理赔申请。

如果您、被保险人或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，我们对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但我们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我们确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

3.3 保险金申请与给付

在申请保险金时，被保险人必须按照下列方式办理：

药品处方审核流程

被保险人取得了符合本主险合同约定标准的处方，应在处方有效期到期前1个工作日内凭本公司指定或认可的医疗机构出具的病历资料（含首诊病历）、医学诊断书、基因检测、特药处方、病理检查报告、化验检查报告等医学材料和本产品理赔通知书向我们授权的第三方服务商提交药品处方审核申请。

如果药品处方审核出现以下情况，我们有权要求申请人提供其他与药品处方审核相关的医学材料：

1. 受益人申请时提交的医学材料不足以支持药品处方的开具或审核；
2. 医学材料中相关的科学检验方法报告结果不支持药品处方的开具。

如果申请人的药品处方审核未通过，我们不承担给付保险金的责任。

药品的购买和 保险金的给付

药品处方审核流程通过后，我们将会提供购药凭证。申请人前往指定药店购买药品，需携带或配合提供以下材料：

1. 申请用药服务时的个人保险医疗理赔申请书原件；（工作人员出具，请被保险人配合签署）
2. 被保险人的有效身份证件正反面复印件；
3. 支持处方审核的全部证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的病历资料、医学诊断书、基因检测、特药处方原件（收取不返还）、病理检查报告、化验检查报告、费用明细单据等原件或复印件。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料原件；
4. 申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料原件；
5. 理赔授权委托书；（工作人员出具，请您配合签署）
6. 领药确认书；（工作人员出具，请您配合签署）
7. 若申请人委托他人代为领取药品的，还应提供委托授权书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件；

您也可以预约送药上门服务，并在药品送到时提供上述材料。

保险金将由我们直接与相应机构直接结算我们应当承担的保险金。属于本主险合同保险责任范围内的费用，受益人无需支付该部分费用且不应向我们申请该部分保险金向被保险人或受益人指定账户的支付。

援助用药申请

如果您与我们约定的药品目录中有慈善赠药援助用药项目的药品，您和被保险人必须配合我们进行慈善援助用药申请。

若被保险人用药时长符合我们指定或认可的慈善机构援助项目申请条件，我们将通知被保险人并安排指定的第三方服务商协助被保险人进行慈善援助用药的申请材料准备，被保险人须提供申请援助项目合理且必需的材料。援助项目经我们指定或认可的慈善机构审核通过后，被保险人须到援助项目的特定药店领取援助药品；若被保险人未通过援助项目审核，被保险人须重新进行药品处方审核流程。

3.4 诉讼时效

受益人向我们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。



如何支付保险费

4.1 保险费的支付

本主险合同的费率按照被保险人年龄确定，可以一次性全额支付保险费，也可以根据合同约定分期支付。

若您在上一保险期间届满后 60 日内申请重新投保成功，您应于保险期间届满后 60 日内支付应缴保险费；若您未在上述 60 日内支付应缴保险费，合同效力自本合同约定的保险期间届满时终止。

4.2 宽限期

在本主险合同 1 年的保险期间内分期支付保险费的，在支付首期保险费后，除本主险合同另有约定外，如果您到期未支付应缴保险费，自**保险费约定支付日**（见 7.17）的次日零时起 30 日为宽限期。

如您在宽限期届满时仍未交纳应缴保险费，则我们自宽限期满的次日零时起不再承担保险责任，合同效力终止。对于保险期间终止后发生的保险事故，我们不再承担保险责任。

- 4.3 **保险费率调整** 您的保费会随着您的年龄增长而上升。同时，我们每年都会检视费率，使其反映我们的整体理赔经验和医疗通胀等在内的一系列因素。我们将根据本主险合同计算费率所用的计算基础与实际情况的偏差程度，决定保险费率是否调整及调整幅度。本保险的费率调整针对所有被保险人，或同一投保年龄、同一投保区域等某一类人群的被保险人。
- 我们进行保险费率调整后，您须按调整后重新投保当时的保险费率支付保险费，保险费率调整前您已经支付的保险费不受影响。
- 如果您不同意费率调整的，您可以放弃重新投保本保险。

⑤ 如何解除保险合同

- 5.1 **您解除合同的手续及风险** 您可以申请解除本主险合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：
- (1) 保险合同；
 - (2) 您的有效身份证件。
- 自我们收到解除合同申请书时起，本主险合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还本主险合同的**现金价值**（见 7.18）。
- 您申请解除合同会遭受一定损失。
- 解除合同后，您会失去原有的保障。

⑥ 其他需要关注的事项

- 6.1 **明确说明与如实告知** 订立本主险合同时，我们会向您说明本主险合同的内容，对本主险合同中免除我们责任的条款，我们在订立合同时会在电子投保书、电子保险单或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。
- 我们会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规定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本主险合同。
- 如果您故意不履行如实告知义务，对于本主险合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。
- 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，对于本主险合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，但会退还保险费。
- 我们在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。
- 6.2 **年龄错误** 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单上填明，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主险合同约定投保年龄限制的，我们有权解除合同，并向您退还本主险合同的**现金价值**。
 - (2) 您申报的被保险人年龄或性别不真实，致使您实付保险费少于应付保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付。
 - (3) 您申报的被保险人年龄或性别不真实，致使您实付保险费多于应付保险费的，我们会将多收的保险费退还给您。

- 6.3 **合同内容变更** 本主险合同有效期内，经您与我们协商一致，可以变更本主险合同的有关内容，变更本主险合同的，应当由我们在电子保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由您与我们订立变更的书面协议。
您通过我们同意或者认可的网站等互联网渠道提出对本主险合同进行变更，视为您的书面申请，您向我们在线提交的电子信息与您向我们提交的书面文件具有相同的法律效力。
- 6.4 **联系方式变更** 为了保障您的合法权益，您预留的住所、通讯地址、电话或电子邮箱等联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。若您未以书面形式或双方认可的其他形式通知我们，我们按本主险合同载明的最后电话或电子邮箱发送的有关通知，均视为已送达给您。
- 6.5 **效力终止** 当发生下列情形之一时，本主险合同效力终止：
(1) 被保险人身故；
(2) 本主险合同中列明的其他合同解除的情形。
- 6.6 **争议处理** 本主险合同履行过程中，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，也可依法直接向有管辖权的法院提出诉讼。

7 释义

- 7.1 **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。
- 7.2 **有效身份证件** 指政府有权机关颁发的能够证明其合法真实身份的证件或文件等，如居民身份证、按规定可使用的有效护照、营业执照等。
- 7.3 **医院** 指中华人民共和国境内（港、澳、台地区除外）合法经营的二级以上（含二级）公立医院，不包括疗养院、护理院、康复中心、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心以及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。
本主险合同另有约定的，按该约定执行。
- 7.4 **恶性肿瘤** 指由医院的**专科医生**（见7.5）明确诊断，被保险人发生的符合以下定义的恶性肿瘤。
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他部位的疾病。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，其中不包含：
(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期或者更轻分期的前列腺癌；
(6) 感染艾滋病病毒或罹患艾滋病期间所罹患恶性肿瘤。
- 7.5 **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。

- 7.6 确诊之日** 指被保险人经手术治疗或病理检查确诊恶性肿瘤的，以手术病理取材或病理活检取材日期为疾病确诊日期；被保险人未经手术治疗但后续进行放射性疗法或化学药物性疗法的，以首次放疗或化疗日期为疾病确诊日期；被保险人经医学影像检查（如 CT、核磁共振等）确诊的，确诊之日为接受医学影像检查之日。
- 7.7 保险事故** 指保险合同约定的保险责任范围内的事故，针对本主险合同，是指被保险人自其出生以来首次被医院专科医生确诊罹患恶性肿瘤并经药品处方审核流程确认需要使用本主险合同约定特定药品目录内的药品。
- 7.8 社会医疗保险** 本主险合同所称的社会医疗保险包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。
- 7.9 既往症** 指在本主险合同生效之前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：
(1) 本主险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
(2) 本主险合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；
(3) 本主险合同生效前发生，未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。
- 7.10 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。
- 7.11 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》（见 7.12）（ICD-10）确定。
- 7.12 《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）** 指世界卫生组织（WHO）制定的国际统一的疾病分类方法，它根据疾病的病因、病理、临床表现和解剖位置等特性，用一种系统有序的组合编码的方法对疾病进行分类。目前世界通用的是第 10 次修订本《疾病和有关健康问题的国际统计分类》，（ICD-10）是该分类第 10 次修订本的简称。
- 7.13 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。
- 7.14 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。
- 7.15 职业病** 指企业、事业单位和个体经济组织的劳动者在职业活动中，因接触粉尘、

放射性物质和其他有毒、有害物质等因素而引起的疾病。职业病的认定需遵循《中华人民共和国职业病防治法》中的相关规定及鉴定程序。

- 7.16 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及常规，过失造成患者人身损害的事故。
- 7.17 保险费约定支付日** 指保险合同生效日在每月、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。
- 7.18 现金价值** 现金价值的计算分两种情况：
（1）首次投保或在上一保险期间届满 60 日后重新投保的：
如果保险经过天数 ≤ 30 天，现金价值=已交保险费 $\times (1-35\%)$ ；
如果保险经过天数 > 30 天，现金价值=已交保险费 $\times (1-35\%) \times [1 - (\text{保险经过天数}-30) / (\text{本合同生效日至保险费交至日的天数}-30)]$ ，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。
（2）上一保险期间届满 60 日内重新投保的：
现金价值=已交保险费 $\times (1-35\%) \times (1 - \text{保险经过天数}/\text{本合同生效日至保险费交至日的天数})$ ，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。

重要声明

投保须知：

1. 平安健康险 2020 年最近季度综合偿付能力充足率为 215.58%，最近一期风险综合评级为 A，满足监管对偿付能力充足率的要求。
2. 本保险由平安健康保险股份有限公司承保，本公司在北京、上海、天津、广东、深圳、江苏、浙江、辽宁（除大连）、四川、苏州、河北、重庆、河南等地区设有分支机构。
3. 我们提供支付宝、壹钱包等第三方支付平台，以便您完成保费支付。
4. 我们为您提供电子保单。根据《中华人民共和国合同法》第十一条规定，数据电文是合法的合同表现形式，电子保单和纸质保单具有同等法律效力。保单承保后，电子保单会发送到您预留的电子邮箱，也可通过“平安健康”APP 查询您的电子保单。**请您查阅电子保单时仔细阅读关于“责任免除”的相关条款。若因邮箱录入错误导致您的个人信息泄露，我司不承担责任。**
5. 本主险自我们收取保险费并承保通过的次日零时起。**具体生效日以电子保险单所载的日期为准。**
6. 本产品保险期间为一年。
7. **若保险期间届满时，本主险产品已停止销售，我们不再接受投保申请，但会向您提供投保其他保险产品的合理建议。**
8. 如您需要发票，您可以通过“平安健康”APP、“平安健康生活”微信公众号或登陆公司官网 <http://health.pingan.com/> 申请获取电子发票。电子发票是以电子方式存储的收付款凭证，其法律效力、基本用途、基本使用规定等与税务机关监制的纸质发票相同。您也可以通过拨打 95511-7 或发邮件至 pub_health_online@pingan.com.cn 联系我们，我们将为您安排快递。其他任何疑问，也可通过上述两种方式与我们联系。
9. 本产品可选择一次性支付全年保费，也可以选择分月支付保费。若选择分月支付保险费的，在支付首月保险费后，应当在每个保险费约定支付日（指保险合同生效日在每月的对应日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为支付日）交纳下月对应的保险费。如果您到期未支付保险费，自保险费约定支付日的次日零时起 30 日为宽限期，请您在宽限期内支付保险费。**如在宽限期届满时仍未交纳应缴保险费，则我们自宽限期届满的次日零时起不再承担保险责任，合同效力终止。**
对于保险期间终止后发生的保险事故，我们不再承担保险责任。
10. 保单承保后，您可通过下载“平安健康”APP 或在“平安健康险官网”获取更多服务。

11. 解除合同：

保单承保次日起，有 10 日的犹豫期，在此期间，若您提出解除本合同，我们将无息退还您所支付的全部保险费。

犹豫期后，若您申请解除合同会遭受一定损失，我们退还您合同的现金价值。

主险现金价值：

(1) 若保险费为一次性支付的：

① 首次投保或在上一保险期间届满 60 日后重新投保的：

如果保险经过天数 ≤ 30 天，现金价值 = 已交保险费 $\times (1 - 35\%)$ ；

如果保险经过天数 > 30 天，现金价值 = 已交保险费 $\times (1 - 35\%) \times [1 - (\text{保险经过天数} - 30) / (\text{保险期间的天数} - 30)]$ ，
经过天数不足 1 天的按 1 天计算。

② 上一保险期间届满 60 日内重新投保的：

现金价值 = 已交保险费 $\times (1 - 35\%) \times (1 - \text{保险经过天数} / \text{保险期间的天数})$ ，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。

(2) 若保险费为分期支付的：

① 首次投保或在上一保险期间届满60日后重新投保的：

如果保险经过天数 ≤ 30 天，现金价值=已交保险费 $\times (1-35\%)$ ；

如果保险经过天数 > 30 天，现金价值=当月保险费 $\times (1-35\%) \times (1 - \text{当月保险经过天数}/\text{当月保险期间的天数})$ ，经过天数不足1天的按1天计算。

② 上一保险期间届满60日内重新投保的：

现金价值=当月保险费 $\times (1-35\%) \times (1 - \text{当月保险经过天数}/\text{当月保险期间的天数})$ ，经过天数不足1天的按1天计算。

质子重离子附加包现金价值：

(1) 首次投保或在上一保险期间届满后超过60日投保的：

如果保险经过天数 ≤ 30 天，现金价值=已交保险费 $\times (1-35\%)$ ；

如果保险经过天数 > 30 天，现金价值=已交保险费 $\times (1-35\%) \times [1 - (\text{保险经过天数}-30) / (\text{本合同生效日至保险费交至日的天数}-30)]$ ，经过天数不足1天的按1天计算。

(2) 上一保险期间届满后60日内重新投保的：

现金价值=已交保险费 $\times (1 - \text{保险经过天数}/\text{本合同生效日至保险费交至日的天数})$ ，经过天数不足1天的按1天计算。

恶性肿瘤特药附加包现金价值：

(1) 首次投保或在上一保险期间届满60日后重新投保的：

如果保险经过天数 ≤ 30 天，现金价值=已交保险费 $\times (1-35\%)$ ；

如果保险经过天数 > 30 天，现金价值=已交保险费 $\times (1-35\%) \times [1 - (\text{保险经过天数}-30) / (\text{本合同生效日至保险费交至日的天数}-30)]$ ，经过天数不足1天的按1天计算。

(2) 上一保险期间届满60日内重新投保的：

现金价值=已交保险费 $\times (1-35\%) \times (1 - \text{保险经过天数}/\text{本合同生效日至保险费交至日的天数})$ ，经过天数不足1天的按1天计算。

投保声明：

1. 本人已完整阅读并理解投保须知、保障方案及保险条款。
2. **本人所提供的信息均属实，如有不实告知，贵公司有权依法解除保险合同，并对合同解除前发生的保险事故不承担保险责任。**
3. 本人授权平安集团，除法律另有规定之外，将本人提供给平安集团的信息、享受平安集团服务产生的信息（包括本条款签署之前提供和产生的信息）以及平安集团根据本条款约定查询、收集的信息，用于平安集团及其因服务必要委托的合作伙伴为本人提供服务、推荐产品、开展市场调查与信息数据分析。
本人授权平安集团，除法律另有规定之外，基于为本人提供更优质服务和产品的目的，向平安集团因服务必要开展合作的伙伴提供、查询、收集本人的信息。
前述“信息”可能包括但不限于本人的身份信息、金融信息、生物识别信息、通信信息、医疗健康信息、行踪轨迹信息、电子设备信息、电子设备操作日志及其他与本人相关的信息。
为确保本人信息的安全，平安集团对上述信息负有保密义务，并尽最大努力采取各种措施保证信息安全。
本条款自本人签署时生效，具有独立法律效力，不受本条款所属合同或协议成立与否及效力状态变化的影响。
本条款所称“平安集团”是指中国平安保险（集团）股份有限公司及其直接或间接控股的公司，中国平安保险（集团）股份有限公司直接或间接作为其单一最大股东的公司，以及中国平安保险（集团）股份有限公司以其他方式直接或间接控制或有重大影响的主体。
注：您可〔致电客服热线（95511）〕取消或变更上述授权。
4. 本人同意贵公司通过手机（包括手机短信）、E-mail 适时提供保险信息服务。

理赔须知

一、 理赔流程

第一步：提出申请

1. 线上申请

下载“平安健康”APP，进行线上申请。

2. 线下申请

登陆平安健康险 PC 官网 (www.health.pingan.com)，下载理赔申请书并填写。

下载路径：平安健康险官网 → 医疗网络 → 右下方常见问题（理赔需要材料） → 常见表格及文件 → 事后医疗理赔申请书（双语）2014 版。

第二步：准备材料

- 被保险人、申请人有效身份证件（复印件，大陆二代身份证需提供正反面复印件）
- 新生儿或未成年人出险，需提供与申请人的关系证明（复印件）
- 病历资料，包括但不限于出院小结、门诊病史记录、诊断证明书、病理及其他各项检查检验报告（复印件）
- 住院医疗费用理赔申请，需提供门诊首诊病历（与本次入院诊断疾病或症状相关的第一次就诊的门诊或急诊病历及相关检查报告）
- 医疗费用发票（原件）及费用明细清单
- 银行账户信息：包括开户行（具体到分行，如平安银行上海分行）、户名、账号（复印件）
- 申请授权第三方代为领取理赔金仅限于连带被保险人之间，并需同时提供双方身份证明材料复印件。
授权双方需在理赔申请书委托人、被委托人处签字
- 若存在第三方先行赔付的情况，需提供第三方结算分割单原件及与之对应的发票复印件
- 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其它证明和资料（原件）
- 当保险金作为被保险人遗产时，必须提供可证明合法继承权的相关权利文件（原件）

第三步：邮寄材料

请将您的理赔申请资料邮寄至相应的保单承保机构（邮费由您承担），可根据如下列表所示保单号前 5 位数字识别承保机构，如有问题请致电 95511 转 7 咨询。

温馨提示：为避免邮寄丢失等，建议您复印留存一份理赔资料，并保留快递单。

保单号前 5 位数字	机构	地址	联系人	电话
92002	上海分公司	上海市静安区常熟路 8 号 8-2 门 9 楼	理赔服务岗	021-38092068
92001	北京分公司	北京市西城区金融街 23 号平安大厦 610 室	理赔服务岗	010-59733218 (仅用于接收快递)
92003	天津分公司	天津市河西区马场道 59 号增 1 号平安大厦 B 座 23 层	保单服务岗 (理赔)	022-58825211
92004	广东分公司	广州市天河区体育东路 160 号平安大厦 14 楼平安健康险	保单服务岗	020-87592831
		东莞市南城区石竹路 3 号广发金融大厦 1902 平安健康险东莞支公司	保单服务岗	0769-28639901
		佛山市禅城区季华五路 55 号万科金融中心 3108 室平安健康险佛山支公司	保单服务岗	0757-82914129
		惠州市惠城区文昌一路 7 号华贸大厦 2 座 1404 平安健康险惠州支公司	保单服务岗	0752-2884007
		珠海市香洲区吉大园林路 51 号平安大厦 1 楼 101 室平安健康险珠海支公司	保单服务岗	0756-3355105
		中山市东区中山三路 16 号国际金融中心 16 楼 1603 单元	保单服务岗	0760-88881002
		江门市蓬江区迎宾大道中 118 号国际金	保单服务岗	0750-3299650

		融大厦 1910-1911		
		茂名市茂南区西粤南路 188 号东信时代广场写字楼 20 层	保单服务岗	0668-3322802
		清远市清城区广清大道 88 号云山诗意大厦 22 楼 0708 室平安健康险	保单服务岗	0763-3813295
92005	深圳分公司	深圳市福田区福华路 355 号皇庭大厦 24 层 A、B、G、H 室	保单服务岗	0755-88675484
92026	四川分公司	成都市人民南路三段 1 号平安财富中心 1702	保单服务岗	028-61068071
92010	江苏分公司	南京市玄武区长江路 188 号德基大厦 12 楼 D 座	保单服务岗	025-85496000
		江苏省南通市崇川区工农南路 128 号天宝大厦 1119 平安健康险南通中支	保单服务岗	0513-89000311
		无锡市梁溪区清扬路 118 号世金中心 802 平安健康险无锡中支公司	保单服务岗	0510-82800583
92036	苏州分公司	苏州工业园区苏州中心 A 座 1206 室	保单服务岗	0512-69170586
92012	浙江分公司	杭州市江干区民心路 280 号杭州平安金融中心 1 幢 901-01 单元、801 室-2、801 室-3	保单服务岗	0571-87228141
		温州市鹿城区锦绣路 1067 号置信中心 1 幢 3004 室平安健康险温州中心支公司	保单服务岗	0577-88929252
92006	辽宁分公司	沈阳市沈河区友好街 10 号新地中心 1 号楼 3702	保单服务岗	024-31973532
92024	石家庄中心支	河北省石家庄市长安区东大街 5 号开元	保单服务岗	0311-8966

	公司	金融中心 11 层 F 室		8507
92018	重庆分公司	重庆市江北区江北城西大街 25 号平安财富中心 B 座 1706 室	保单服务岗	15683913295
92032	河南分公司	河南省郑州市郑东新区榆林北路 36 号绿地中心南塔 5013	理赔服务岗	0371-55305886 (仅用于接收快递)

二、您需要注意的事项

1. 我们在接收到您的材料后将尽快处理: 通常情况下, 我们会在资料完整之日起 30 天内结案, 特殊情况, 我们将严格按照保险法规定, 在资料完整之日起 60 天内结案。
2. 我们会对您投保时的健康告知进行核实, 若不符合实际情况, 可能影响您的赔付结论。
3. 审核中, 若需要您补充其他材料等情况, 烦请您予以配合, 以便我们尽早完成理赔。
4. 其他未尽事项以合同条款为准。