

中国人寿财产保险股份有限公司 医疗保险（京东专属项目专用）条款

（注册编号：C00010832512020072404201）

总则

第一条 本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 除另有约定外，年龄在30天（含）至100周岁（含），身体健康且能正常工作、生活的自然人，可作为本保险合同的被保险人，但首次承保自然人的年龄上限为65周岁（含），满足续保要求的可续保自然人的年龄上限为100周岁（含）。

第三条 年满18周岁，具有完全民事行为能力且对被保险人具有保险利益的人，均可作为本保险合同的投保人。

前款中对被保险人具有保险利益的人员，是指被保险人本人、被保险人的配偶、父母、子女以及其他符合法律规定情形的近亲属或经被保险人同意的人员等。

订立本保险合同时，投保人对被保险人不具有保险利益的，本保险合同无效。

第四条 在保险期间内，若被保险人身故，未发生保险金给付的，保险人将向投保人退还未满期保险费，保险人所承担的保险责任终止。

若被保险人在本保险合同载明的等待期内因罹患疾病

（不包括本保险条款约定的重大疾病）导致的本条款约定的保险事故，保险人不承担给付保险金的责任，本保险合同继续有效；被保险人在等待期内罹患本保险条款约定的重大疾病的，保险人不承担给付保险金的责任，本保险合同终止，保险人向投保人退还未满期保险费。

受益人

第五条 除双方另有约定外，本保险合同保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第六条 在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或因在等待期（除另有约定外，本保险合同的等待期为保险合同生效之日起 30 日，续保者不受该等待期的限制，下同）后罹患疾病，在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区，下同）二级或二级以上基本医疗保险定点公立医院或者保险人指定或认可的医疗机构接受治疗的，对被保险人所实际支出必要的、合理的下列医疗费用，保险人在扣除约定的免赔额后，按照约定的给付比例在一般医疗费用保险金额内给付保险金：

（一）住院医疗费用

被保险人经医生诊断必须入住医院或医疗机构正式病房并接受全日 24 小时监护治疗，且办理了正式入、出院手续情况下产生的必要的、合理的住院医疗费用。住院医疗费用包括住院期间发生的床位费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费、

医生费、救护车使用费等，但不包括下列情形下发生的费用：

1. 被保险人在医院或医疗机构的门诊观察室、家庭病床（房）入住；
2. 被保险人在特需病房、外宾病房或其他不属于社会医疗保险范畴的高等级病房入住；
3. 被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；
4. 被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或一天内住院不满二十四小时，但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；
5. 被保险人住院体检；
6. 挂床住院及其他不合理的住院。挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非 24 小时在床、在院，具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。

（二）住院前后门（急）诊医疗费用

被保险人经医生诊断必须入住医院或医疗机构正式病房并接受全日 24 小时监护治疗，且办理了正式入、出院手续的，其在该次住院前三十日内（含住院当日）以及出院后三十日内（含出院当日）因该次住院相同原因所进行的门（急）诊（不含特需门诊）治疗所实际支出的必要的、合理的住院前后门（急）诊医疗费用。

门（急）诊医疗费用包括医生诊断、处方、手术、救护车、药品、X 光检查、护理、医疗用品等在医院或医疗机构内发生的费用，但不包括特需门诊费用。

（三）特定门诊医疗费用

被保险人经医生诊断需要接受特定门诊（不含特需门诊）治疗而产生的必要的、合理的特定门诊医疗费用。

特定门诊医疗费用包括：

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、肿瘤靶向疗法治疗费用；
3. 器官移植后的门诊抗排异治疗费；
4. 门诊手术费：指医生在医院或医疗机构手术室内施行手术所收取的手术材料费、麻醉费和手术操作费用的总和。

第七条 在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或因在等待期后经中华人民共和国境内二级或二级以上基本医疗保险定点公立医院或者保险人指定或认可的医疗机构确诊初次发生本保险条款中约定的重大疾病（无论一种或多种）并在上述医院或医疗机构接受治疗的，对被保险人所实际支出必要的、合理的下列医疗费用，**保险人首先按照一般医疗费用保险金约定给付一般医疗费用保险金，当对被保险人累计给付金额达到一般医疗费用保险金额后，对于超出的部分，保险人再按照约定的给付比例，在扩展重大疾病医疗费用保险金额内给付保险金：**

（一）扩展重大疾病住院医疗费用

被保险人经医生诊断必须入住医院或医疗机构正式病房并接受全日 24 小时监护治疗，且办理了正式入、出院手续情况下产生的必要的、合理的重大疾病（无论一种或多种）

住院医疗费用。住院医疗费用包括住院期间发生的床位费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费等，但不包括下列情形下发生的费用：

1. 被保险人在医院或医疗机构的门诊观察室、家庭病床（房）入住；
2. 被保险人在特需病房、外宾病房或其他不属于社会医疗保险范畴的高等级病房入住；
3. 被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；
4. 被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或一天内住院不满二十四小时，但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；
5. 被保险人住院体检；
6. 挂床住院及其他不合理的住院。挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非 24 小时在床、在院，具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。

（二）扩展重大疾病住院前后门（急）诊医疗费用

被保险人经医生诊断必须入住医院或医疗机构正式病房并接受全日 24 小时监护治疗，且办理了正式入、出院手续的，其在该次住院前三十日内（含住院当日）以及出院后三十日内（含出院当日）而发生的必要的、合理的门（急）诊医疗费用，不包括门诊肾透析费、门诊恶性肿瘤治疗费、器官移植后的门诊抗排异治疗费。

门（急）诊医疗费用包括医生诊断、处方、手术、救护车、药品、X光检查、护理、医疗用品等在医院或医疗机构内发生的费用，但不包括特需门诊费用。

（三）扩展重大疾病特定门诊医疗费用

被保险人经医生诊断必须接受特定门诊（不含特需门诊）治疗而发生的必要的、合理的特定门诊医疗费用。

重大疾病特定门诊医疗费用包括：

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、肿瘤靶向疗法治疗费用；
3. 器官移植后的门诊抗排异治疗费；
4. 门诊手术费：是指医生在治疗本条款约定的重大疾病（无论一种或多种）过程中，在医院或医疗机构手术室内施行手术所收取的手术材料费、麻醉费和手术操作费用的总和。

第八条 在保险期间内，被保险人因在等待期后经中华人民共和国境内二级或二级以上基本医疗保险定点公立医院或者保险人指定或认可的医疗机构确诊初次发生本保险条款中约定的重大疾病（无论一种或多种）并在上海质子重离子医院或保险人指定或认可的医疗机构进行质子重离子放射治疗而发生的合理且必要的质子重离子医疗费用，保险人按照合同约定的给付比例在质子重离子医疗费用保险金额内给付国内质子重离子医疗费用保险金。

第九条 在保险期间内，被保险人在等待期后经中华人民共和国境内二级或二级以上公立医院或者保险人指定、认

可的医疗机构的专科医生初次确诊罹患本保险条款中约定的恶性肿瘤，对治疗该恶性肿瘤所实际发生的必要的、合理的且同时满足以下条件的院外特定药品的费用，保险人按照保险合同约定的给付比例在扩展重大疾病医疗费用保险金额内给付恶性肿瘤特定药品费用保险金：

（一）该特定药品须由医院或医疗机构专科医生开具处方且为被保险人当前治疗必需的药品；

（二）每次特定药品处方剂量不超过一个月；

（三）特定药品应仅针对治疗期间为保险期间内且在等待期后初次确诊的恶性肿瘤，但被保险人在等待期后初次确诊恶性肿瘤后未能续保本保险合同的，治疗期间可延长至保险期间届满日后30日（含第30日）；

（四）该特定药品必须为保险期间届满日前在中国国家药品监督管理局批准且已在中国上市的靶向药物和免疫治疗药物；

（五）特定药品须在保险人指定药店购买；

（六）被保险人购买处方中所列特定药品前，需按保险人指定流程提交相应材料并通过处方审核，具体流程见“授权申请、药品处方审核及购药流程”。

被保险人在等待期满前已确诊恶性肿瘤的，保险人不承担给付恶性肿瘤特定药品费用保险金的责任。特定药品涉及慈善援助的，被保险人从慈善机构获得援助的药品费用不纳入恶性肿瘤特定药品费用保险金的给付范围。

本项责任的给付比例由投保人和保险人按照以下情况分别约定，并在保险单中载明：

（一）若被保险人以参加基本医疗保险、城乡居民大病保险、公费医疗身份投保：

1. 如药品为基本医疗保险药品目录内且被保险人已通过基本医疗保险、城乡居民大病保险、公费医疗获得药品费用补偿，保险人仅对被保险人实际支付的属于保险责任范围内的费用与已获补偿部分的差额给付保险金，给付比例为100%；

2. 如药品为基本医疗保险药品目录内但被保险人未通过基本医疗保险、城乡居民大病保险、公费医疗获得药品费用补偿，给付比例为60%；

3. 如药品为基本医疗保险药品目录外，给付比例为100%。

（二）若被保险人未以参加基本医疗保险、城乡居民大病保险、公费医疗身份投保，则基本医疗保险药品目录内药品和基本医疗保险药品目录外药品费用的给付比例均为100%。

第十条 被保险人因发生第六、七、八条保险事故需赶赴保险人指定的异地（中国大陆地区省外或直辖市外）医院进行疾病治疗时，对于被保险人发生的合理且必要的公共交通及救护车费用，保险人在合同约定的异地就医转诊保险金额内给付保险金。

被保险人飞机舱位级别最高以经济舱（包含超级经济舱）为限，火车（含地铁、轻轨、动车、其他高速列车）以软卧

或一等座为限。

责任免除

第十一条 以下损失、费用，保险人不承担给付保险金责任：

（一）减肥治疗、戒酒治疗、戒毒治疗、心理治疗、脱发健发治疗、睡眠障碍治疗、饮食障碍（贪食症、厌食症）治疗的费用；

（二）康复治疗或训练、休养或疗养、健康体检、隔离治疗（保险责任范围内疾病的隔离治疗除外）、保健食品及用品、体外或植入的医疗辅助装置或用具（假牙、义肢、轮椅、拐杖、助听器、眼镜或隐形眼镜、验光、义眼等等）及其安装的费用；

（三）如下项目的治疗费用：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、蜘蛛痣、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、隆胸等整容整形治疗，包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

（四）各种健美治疗项目的费用：包括但不限于营养、增肌、抽脂、增胖、增高；

（五）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、自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械、耐用医疗设备（各种康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备）的

购买、置换、安装和租赁费用；

（六）未经医生开具处方自行购买的药品、滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂，医生开具的超过 30 天用药量部分的药品费用；

（七）各种医疗咨询和健康预测的费用：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；

（八）不符合入院标准、挂床住院部分的费用，住院病人应当出院而拒不出院情况下，从医院或医疗机构确定应当出院之日起发生的一切医疗费用；

（九）各类医疗鉴定的费用：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；

（十）被保险人接受矫形、视力矫正治疗及手术、美容、非意外事故所致整容、洗牙、洁齿、牙科保健、变性手术等的费用；

（十一）预防性治疗、实验性或试验性治疗的费用，未获得中国国家药品监督管理局许可或批准的药品或药物的费用；

（十二）根据本条款其他部分内容中的相关约定，保险人应不承担或免除保险责任的各种情形下的损失、费用或责任，或保险人有权予以扣除、减少的部分。

第十二条 以下原因造成的任何损失、费用，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- （二）核爆炸、核辐射或核污染；
- （三）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- （四）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；
- （五）被保险人自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （六）被保险人酗酒、殴斗、吸食或注射毒品，违反规定使用麻醉或精神药品；
- （七）被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证照的机动车；
- （八）被保险人从事潜水、滑水、滑雪、滑冰、滑翔翼、热气球、跳伞、攀岩、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、柔道、空手道、跆拳道、拳击、特技表演、蹦极、赛马、赛车、各种车辆表演及车辆竞赛等高风险运动；
- （九）被保险人未遵医嘱服用、涂用、注射药物；
- （十）食物中毒，药物过敏；
- （十一）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；
- （十二）遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常，但保险条款重大疾病释义中另有约定的除外；
- （十三）在诊疗过程中发生的医疗事故；
- （十四）既往疾病；

（十五）被保险人分娩、流产、宫外孕、不孕不育治疗、人工受精、怀孕、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；

（十六）被保险人患椎间盘突出症（包括椎间盘膨出、椎间盘突出、椎间盘脱出、游离型椎间盘等类型）；

（十七）被保险人患精神和行为障碍疾病（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）。

第十三条 以下原因造成被保险人发生第九条所述恶性肿瘤特定药品费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）仅有临床不适症状，入院诊断和出院诊断均不是恶性肿瘤的治疗；

（二）进行未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及前述治疗产生的后果；

（三）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用或注射特定药品。

第十四条 下列情形下被保险人发生第九条所述恶性肿瘤特定药品费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）被保险人未在保险人指定药店购买药品；

（二）被保险人未按本合同约定的流程进行授权申请或授权申请未审核通过；

（三）被保险人首次购买特定药品的日期不在保险期间内的；

（四）特定药品处方的开具与中国国家药品监督管理局

批准的该药品说明书中所列明的适应症和用法用量不符；

（五）被保险人提交审核的医学材料不能证明该药品对被保险人当前的疾病状态产生有益的治疗疗效。

保险金额、免赔额、给付比例

第十五条 本保险合同的保险金额是保险人承担给付该被保险人相应保险金责任的最高限额。本保险合同的一般医疗费用保险金额、扩展重大疾病医疗费用保险金额、质子重离子医疗费用保险金额、异地就医转诊保险金额、免赔额、给付比例由投保人、保险人协商确定，并在保险合同中载明。若被保险人以参加基本医疗保险身份投保，但未以参加基本医疗保险身份就诊并结算的，保险人可以另行约定一般医疗费用保险金、扩展重大疾病医疗费用保险金的给付比例。

质子重离子医疗费用保险金额包含在扩展重大疾病医疗费用保险金额之内。本条款第七条、第八条、第九条项下的保险金共用扩展重大疾病医疗费用保险金额，保险人在前述三项保险责任项下给付的保险金之和达到扩展重大疾病医疗费用保险金额时，前述三项保险责任终止。

保险期间

第十六条 保险期间以保险合同载明的起讫时间为准，最长不得超过一年。

保险人义务

第十七条 订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保

险人责任的条款，保险人在订立保险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投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十八条 本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或者其他保险凭证。

第十九条 保险人依据本保险条款第二十五条、第二十八条所取得的保险合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

保险人在保险合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除保险合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

第二十条 保险人按照本保险条款第三十一条的约定，认为保险金申请人提供的有关申请的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。

第二十一条 保险人收到保险金申请人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知保险金申请人；对属于保险责任的，在与保险金申请人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出

核定之日起三日内向保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第二十二条 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第二十三条 本保险合同期满，投保人可向保险人申请重新投保本保险合同。投保人为同一被保险人重新投保本保险合同的，该被保险人不适用等待期。

本保险合同为非保证续保合同，投保人重新投保本合同须经保险人审核同意。

第二十四条 本保险合同保险费交付方式由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单中载明。

若选择一次性交付保险费，投保人应当在本合同成立时一次性交清保险费。保险费交清前，本合同不生效，对于保险合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

若选择分期交付保险费，需经投保人申请并经保险人同意，并在保险单中载明保费分期交付的金额和付款时间。首期保险费交清前，本合同不生效，对于本合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任；首期保险费交清后，投保人应当按照约定的金额和付款时间，交纳其余期次的保险费。除首期保险费之外，若投保人未按照保险合同约定的付款时间足额交付当期保险费，保险人允许投保人在合同约定

的交费宽限期内补交当期保险费。如被保险人在已按时足额交费对应的保险期间内或交费宽限期内发生保险事故，保险人依照合同约定给付保险金，但可以扣减欠交的剩余全年保险费，或由投保人补交剩余全年保险费，剩余全年保险费金额为本保险合同约定的全年保险费总额扣减投保人已缴纳的保险费金额。

若投保人未按照保险合同约定的付款时间足额交付当期保费，且在交费宽限期内仍未足额补交当期保险费的，保险人有权解除合同。

交费宽限期由投保人与保险人协商确定，并在保险单中载明。

第二十五条 订立保险合同，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除保险合同。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于保险合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，并不退还保险费。

投保人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，保险人对于保险合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。

第二十六条 被保险人变更职业或工种时，投保人或被保险人应在三十日内以书面形式通知保险人。

被保险人所变更的职业或工种依照保险人确定的职业分类在拒保范围内的，保险人在接到通知后有权解除本保险合同，并按照接到通知之日退还原职业或工种所对应的未满期保险费。被保险人所变更的职业或工种依照保险人确定的职业分类仍可承保的，或在拒保范围内但保险人认定可以继续承保的，保险人按照接到通知之日计算并退还原职业或工种所对应的未满期保险费，投保人补交按照保险人接到通知之日计算的新职业或工种所对应的未满期保险费。

投保人或被保险人未依本条约定通知保险人，发生保险事故的，如变更后的职业或工种较原职业或工种危险性增加但属于保险人仍可承保的，保险人按投保人原交保险费比新职业或工种所对应的保险费的比例计算并给付保险金；如变更后的职业或工种在拒保范围内，保险人不承担给付保险金的责任。

第二十七条 投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本保险合同载明的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第二十八条 投保人申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。

投保人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的年龄限制的，保险人可以解除合同，并退还未满期保险费。

投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人支付的

保险费少于应付保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费，或者在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例支付。

投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人支付的保险费多于应付保险费的，保险人应当将多收的保险费退还投保人。

第二十九条 投保人、被保险人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。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，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任，但保险人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的或因不可抗力导致迟延的除外。

授权申请、药品处方审核及购药流程

第三十条 在保险期间内，如果被保险人需在保险人指定药店购买专科医生开具的药品处方中所列明的特定药品，需按照以下流程进行授权申请、药品处方审核和药品购买：

（一）授权申请和药品处方审核：

保险金申请人向保险人提交恶性肿瘤指定药店购买特定药品授权申请（以下简称“授权申请”），并提供下列授权申请材料：

1. 保险金给付申请书；
2. 被保险人的有效身份证件；
3. 支持审核的全部证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的门诊及住院病历资料、医学诊断书、病理检查报告、

影像报告、检查化验报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等原件。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其他合法有效的材料；

4. 医生开具的特定药品处方；

5. 医院或医疗机构开具的外购药证明；

6. 保险金申请人所能提供的与确认保险事故性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料。

保险人基于提交的资料进行药品处方审核。若保险金申请人提交的相关材料不足以支持药品处方审核，或者医学材料中相关的科学方法检验报告结果不支持药品处方的开具，保险人有权要求并一次性通知保险金申请人补充提供有关证明和资料。

如果保险金申请人未提交授权申请或者处方审核未通过，保险人不承担给付恶性肿瘤特定药品费用保险金的责任。

（二）药品购买

特定药品授权申请及特定药品处方首次经保险人审核通过后，保险人将指引保险金申请人，携带有效药品处方、保险金申请人及被保险人的有效身份证件、被保险人的中华人民共和国社会保障卡（如有）到保险人与保险金申请人确认取药的指定药店自取药品。

非首次购药经保险人审核通过后，保险金申请人可选择去指定药店自取药品或送药上门服务，若选择送药上门服务，保险人将协调药店进行冷链配送到保险金申请人的指定地址，保险金申请人收到药品时须提供有效药品处方、保险金

申请人及被保险人的有效身份证件、被保险人的中华人民共和国社会保障卡（如有）。

对于保险责任范围内且履行了前述申请流程的恶性肿瘤特定药品，保险人直接与指定药店结算药品费用，结算后即视为已向保险金申请人支付了恶性肿瘤特定药品费用保险金。

保险金的申请与给付

第三十一条 保险金申请人向保险人申请给付一般医疗费用保险金、扩展重大疾病医疗费用保险金、异地就医转诊保险金时，应提交以下材料：

1. 保险金给付申请书；
2. 保险单或其他保险凭证；
3. 申请人的有效身份证件；
4. 二级及二级以上医院或者保险人指定或认可的医疗机构出具的附有病历、必需的病理检验、血液检验及其他科学诊断报告的诊断书或手术证明（包括门诊病历、住院病历或出院小结以及相关的检查报告）；
5. 医疗费用原始收据、医疗费用明细清单及医疗费用分割单；
6. 被保险人罹患本合同约定的重大疾病，还应提供由二级及二级以上医院或者保险人指定或认可的医疗机构出具的对被保险人的疾病诊断证明书以及由医院或指定医疗机构出具的与该疾病诊断证明书相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告；

7. 医院出具的转院证明（如有）；
8. 交通费用支出的正式发票或收据原件（如有）；
9. 保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料。

保险金申请人因特殊原因不能提供以上材料的，应提供其他合法有效的材料。若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。

保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

（二）被保险人若已通过其他途径获得了部分医疗费用的补偿并无法提供医疗费用原始凭证时，需提供医疗费用凭证复印件，同时出具注明已给付比例和金额、加盖支付费用单位公章的分割单等相关证明。

本保险合同所指分割单应符合财政部《会计基础工作规范》的有关要求。涉及基本医疗保险时，分割单指基本医疗保险费用结算表，或当地基本医疗保险结算办法所规定的其他类似费用结算证明。

（三）保险金申请人因特殊原因不能提供上述证明的，则应提供法律认可的其他有关的证明资料。

第三十二条 在保险期间及第三十四条约定的延长期内被保险人发生的保险责任范围内的一般医疗费用，保险人按照如下公式计算每次就诊应当给付的保险金：

应当给付的保险金=[被保险人发生的医疗费用的有效金额－（免赔额-免赔额抵扣部分）]×给付比例

被保险人发生的医疗费用的有效金额等于被保险人每次就诊发生的必要的、合理的属于保险责任范围内的医疗费用减去被保险人已从其他途径获得的费用补偿部分的余额。

“免赔额”指被保险人自行承担,本保险合同不予给付的部分。被保险人通过社会医疗保险和公费医疗保险获得的补偿,不可用于抵扣免赔额,但从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。

第三十三条 在保险期间及第三十四条约定的延长期内被保险人发生的保险责任范围内的扩展重大疾病医疗费用,保险人按照如下公式计算每次就诊应当给付的保险金:

应当给付的保险金=被保险人发生的医疗费用的有效金额×给付比例

第三十四条 保险期间届满时,被保险人仍在接受住院治疗的,保险人继续承担一般医疗费用保险金、扩展重大疾病医疗费用保险金、异地就医转诊保险金责任至被保险人当次出院止,但最长不超过从保险期间届满日的次日起后延连续 30 日,且对于保险期间及延长期内发生的各项医疗费用,保险人给付的保险金之和以相应保险金额为限。

第三十五条 本保险属于费用补偿型医疗保险。若被保险人已从其他途径(包括基本医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等)获得医疗费用补偿,则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医

疗费用补偿后的余额按照本保险合同的约定进行给付。社保卡个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

合同解除与争议处理

第三十六条 在本合同成立后，投保人可以通过书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本合同时，应填写保险合同解除申请书，并提供下列证明文件和资料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险单或其他保险凭证原件；
- （三）保险费交付凭证；
- （四）投保人身份证明文件。

投保人要求解除本合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起三十日内退还未满期保险费。

第三十七条 因履行本保险合同发生争议的，由当事人协商解决。协商不成的，提交本保险合同载明的仲裁机构仲裁。本保险合同未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向有管辖权的人民法院起诉。

第三十八条 与本保险合同有关的以及履行本保险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括港澳台地区法律）。

释义

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，不足一年的不计算。

满足续保要求的可续保自然人：是指本保险合同期满前，投保人向保险人申请连续投保的自然人。保险人不会因为被保险人的健康状况变化而拒绝被保险人续保或者单独调整被保险人的续保保费。但若发生下列情形之一的，本保险合同不再接受续保：

（一）本产品已停售；

（二）续保时被保险人的年龄超过 99 周岁；

（三）被保险人身故；

（四）本保险合同因其他条款所列情况而导致效力终止。

初次发生：是指在保险责任开始（即等待期满）之前从未发生过本保险条款载明的重大疾病（无论一种或多种）和与上述重大疾病相关的检查和治疗。

意外伤害事故：指外来的、非本意的、突然的、非疾病的使被保险人身体受到伤害的客观事件。

住院医疗费用具体内容如下：

（一）**床位费：**指被保险人使用医院床位的费用，但不包括陪人床、观察病床位和家庭病床的费用。

（二）**膳食费：**指实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准（最高以二级及以上医院普通病房订餐标准为限）的膳食费用，但不包括购买的个人用品。

（三）**护理费：**指根据医嘱所示的护理等级确定的护理

费用。

（四）重症监护室床位费：指被保险人使用医院重症监护室床位的费用。

（五）诊疗费：指住院治疗期间实际发生的，以诊察、检查、治疗为目的医生诊断费用。

（六）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。

（七）治疗费：指以治疗疾病为目的，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，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

（八）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。但不包括营养补充类药品，免疫功能调节类药品（因放化疗原因而使用的必要且合理的免疫功能调节类药品时除外），美容及减肥类药品，预防类药品，以及下列中药类药品：如花旗参、冬虫夏草、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；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；用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

（九）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。

（十）医生费：指外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

（十一）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。

化学疗法：指针对恶性肿瘤的化学治疗，简称化疗。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。

放射疗法：指针对恶性肿瘤的放射治疗，简称放疗。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。

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药品监督管理部门批准用于临床治疗。

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药品监督管理部门批准用于临床治疗。

肿瘤靶向疗法：指在细胞分子水平上，针对已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药品监督管理部门批准用于临床治疗。

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、膳食费、护理费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费等，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药品费。

重大疾病：本合同所规定的重大疾病是指被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病：

（一）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。

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 AnnArbor 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 $T_1N_0M_0$ 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。

（二）侵蚀性葡萄胎

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。

（三）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、心脏或者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者造血系统恶性肿瘤，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。

（四）终末期肾病（或者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 天的规律性透析治疗或者实施了肾脏移植手术。

（五）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。

（六）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者食管胃底静脉曲张。

因酗酒或者药物滥用导致的肝功能衰竭不在保障范围内。

（七）自体造血干细胞移植术

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必需的。

（八）器官移植导致的人类免疫缺陷病毒（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. 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（HIV）；

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。

（九）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. 骨髓穿刺检查或者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 $\leq 20 \times 10^9/L$ 。

（十）严重自身免疫性肝炎

指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。须满足下列全部条件：

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。

（十一）严重骨髓增生异常综合征

指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、难治性血细胞减少，本合同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疗机构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内。

（十二）系统性红斑狼疮—（并发）III 型或以上狼疮性肾炎

是由多种因素引起，累及多系统的自身免疫性疾病。多侵犯育龄女性。其特点是生成自身抗体对抗多种自身抗原。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。

本病必须由免疫和风湿科专家医师确诊。

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和/或肾病综合征;

V 型 (膜型) 肾病综合征或重度蛋白尿。

(十三) 经输血导致的人类免疫缺陷病毒 (HIV) 感染

被保险人感染人类免疫缺陷病毒 (HIV), 且须满足下列全部条件:

1. 在等待期满之后, 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;
3. 受感染的被保险人不是血友病患者。

任何因其他传播方式 (包括: 性传播或静脉注射毒品) 导致人类免疫缺陷病毒 (HIV) 感染不在保障范围内。

保险人具有获得和使用被保险人的所有血液样本的权利以及能够对这些样本进行独立检验的权利。

(十四) 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

肿并且伴有小管和间质性肾炎。肾髓质囊性病的诊断必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. 贫血、多尿及肾功能衰竭等临床表现；
3. 诊断需由肾组织活检确定。

保险人承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（十五）严重原发性硬化性胆管炎

指一种胆汁淤积综合症，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 $>200\text{U/L}$ ；
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。

（十六）原发性骨髓纤维化

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。本病必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，并已经实际接受了针对此症的治疗：

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 $<100\times 10^9/\text{L}$ 。

任何其他病因导致的继发性骨髓纤维化不在保障范围内。

(十七) 特定职业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)，且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

（十八）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。诊断必须由保险人指定或认可的医疗机构的血液病专科医生确认。

保险人承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（十九）严重1型糖尿病

严重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，且已经持续性地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。

须满足下列至少一项条件：

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. 在保险人指定或认可的医疗机构内已经进行了医疗必须的由足踝或以上位置的单足截除手术。

（二十）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。（供体必须是人体器官）

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内。

（二十一）急性坏死性胰腺炎开腹手术

指由专科医生确诊为急性坏死性胰腺炎，并已经接受了

开腹手术进行坏死组织清除、病灶切除或胰腺部分切除的治疗。

因酗酒或饮酒过量所致的急性坏死性胰腺炎以及腹腔镜手术不在保障范围内。

（二十二）严重慢性复发性胰腺炎

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。须满足下列全部条件：

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. 接受胰岛素代替治疗和酶替代治疗 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。

（二十三）慢性呼吸功能衰竭

慢性肺部疾病导致永久不可逆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。

（二十四）终末期肺病

慢性肺部疾病导致永久不可逆性的慢性呼吸功能衰竭，必须由呼吸专科医师确认并符合下列全部条件：

1. 肺功能测试其 FEV₁ 持续低于 0.75 升；

2. 病人缺氧，且必须广泛而持续地进行输氧治疗；

3. 动脉血气分析氧分压低于 55mmHg。

申请给付保险金时必须提供以上三项相应的证明文件或检查报告。

（二十五）双目失明

指因疾病或意外导致双眼视力永久不可逆性丧失，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。

被保险人申请给付保险金时年龄必须在 3 周岁以上，并且提供申请当时的视力丧失诊断及检查证据。

（二十六）多个肢体缺失

指因疾病或者意外导致两个或者两个以上肢体自腕关节或者踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

（二十七）失去一肢及一眼

指因疾病或意外伤害导致单眼视力丧失及任何一肢自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

单眼视力丧失指单眼视力永久不可逆性丧失，患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。

除眼球缺失或摘除等情形外，被保险人申请给付保险金时须提供申请当时的视力丧失诊断及检查证据。

（二十八）特发性慢性肾上腺皮质功能减退

指因自身免疫功能紊乱，导致肾上腺萎缩和慢性肾上腺皮质功能减退。必须满足下列全部条件：

1. 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）水平测定大于100pg/ml；

（2）血浆和尿游离皮质醇及尿17羟皮质类固醇、17酮皮质类固醇测定、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。

本保障仅包括由自身免疫功能紊乱所导致的慢性肾上腺功能不全，其他成因（包括但不限于：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均不在保障范围内。

（二十九）系统性硬皮病

指一种全身性的胶原血管性疾病，可以导致皮肤、血管及内脏器官进行性弥漫性纤维化。诊断必须经活检及血清学检查证实，疾病必须是全身性，且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：心功能受损达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 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。

（三十）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。

（三十一）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。

（三十二）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，同时须满足下列全部条件：

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。

（三十三）严重哮喘

指一种反复发作的严重支气管阻塞性疾病，经保险人认可的专科医生确诊，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。

（三十四）严重肠道疾病并发症

严重肠道疾病或外伤导致小肠损害并发症，须满足下列全部条件：

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。

（三十五）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。

胆道闭锁不在保障范围内。

（三十六）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. 心肌酶或者肌钙蛋白有诊断意义的升高，或者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，如左心室射血分数低于 50%。

（三十七）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、激光射频技术及其他非开胸的介入手术、腔镜手术不在保障范围内。

（三十八）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者修复的手术。

（三十九）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。

（四十）主动脉手术

指为治疗主动脉疾病，实际实施了开胸或者开腹进行的切除、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。

（四十一）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性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

（四十二）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。

（四十三）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性的心功能衰竭。必须满足下列全部条件：

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性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

（四十四）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性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

（四十五）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的炎症，须经心脏专科医生确诊，并符合以下至少 3 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。

（四十六）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下列全部条件：

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。

（四十七）严重川崎病

是一种血管炎综合征，临床表现为急性发热，皮肤粘膜病损和淋巴结肿大。本病须经专科医生明确诊断，同时须由血管造影或超声心动图检查证实，满足下列至少一项条件：

1. 伴有冠状动脉瘤，且冠状动脉瘤于最初急性发病后持续至少 180 天；
2. 伴有冠状动脉瘤，且实际接受了对冠状动脉瘤进行的手术治疗。

（四十八）严重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先天性传导性疾病，须满足下列全部条件：

1. 心电图显示房室搏动彼此独立，心室率 <50 次/分钟；
2. 出现阿-斯综合症或心力衰竭的表现；
3. 必须持续性依赖心脏起搏器维持心脏正常功能，且已经放置心脏起搏器。

（四十九）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。

（五十）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。

保险人承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（五十一）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，此症必须由保险人认可的专科医生确诊，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。

（五十二）主动脉夹层血肿

是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。

（五十三）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。

（五十四）严重大动脉炎

指经保险人认可医院的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；

3. 已经针对狭窄的动脉进行了手术治疗。

（五十五）需手术切除的嗜铬细胞瘤

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，需要确实进行手术以切除肿瘤。嗜铬细胞瘤的诊断必须由内分泌专科医生确定。

（五十六）脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或者梗塞，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 天后，仍遗留下列一种或者一种以上障碍：

1. 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
2. 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
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中的三项或三项以上。

（五十七）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）或者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者部分切除的手术；
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。

（五十八）脑炎后遗症或脑膜炎后遗症

指因患脑炎或者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，仍遗留下列一种或者一种以上障碍：

1. 一肢或者一肢以上肢体机能完全丧失；
2. 语言能力或者咀嚼吞咽能力完全丧失；
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中的三项或者三项以上。

（五十九）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中的三项或者三项以上。

继发性帕金森综合征不在保障范围内。

（六十）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中的三项或者三项以上的条件。

（六十一）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至少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。

（六十二）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）或者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，仍遗留下下列一种或者一种以上障碍：

1. 一肢或者一肢以上肢体机能完全丧失；
2. 语言能力或者咀嚼吞咽能力完全丧失；
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中的三项或者三项以上。

（六十三）重症肌无力

指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

生活活动中的三项或三项以上。

（六十四）严重脊髓灰质炎

脊髓灰质炎指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。

本合同所称“严重脊髓灰质炎”仅指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形。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。

若无因此感染而导致麻痹性瘫痪的事实结果，以及其他病因所致的麻痹，例如格林巴利综合征则不属于本合同所说的脊髓灰质炎。

（六十五）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中的三项或三项以上。

保险人承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（六十六）深度昏迷

指因疾病或者意外导致意识丧失，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（Glasgowcomascale）结果为5分或者5分以下，且已经持续使用呼吸机及其他生命维持系统96小时以上。

因酗酒或者药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。

（六十七）植物人状态

指脑皮质广泛性坏死而导致对自身及周边的认知能力完全丧失，但脑干功能仍然存在，必须经神经科专科医生明确诊断，并有头颅断层扫描（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，且植物人状态须已持续30天以上。

由于酗酒或滥用药物所致的植物人状态不在保障范围内。

（六十八）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者丧失，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）或者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中的三项或者三项以上。

神经官能症和精神疾病不在保障范围内。

（六十九）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。

（七十）语言能力丧失

指因疾病或者意外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。

被保险人申请给付保险金时年龄必须在 3 周岁以上，并且提供申请当时的语言能力丧失诊断及检查证据。

（七十一）瘫痪

指因疾病或者意外导致两肢或者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 天后或者意外发生 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或者不能随意识活动。

（七十二）进行性核上性麻痹 (Steele-Richardson-Olszewski 综合征)

进行性核上性麻痹（PSP）指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

三级甲等医疗机构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中的三项或三项以上。

（七十三）肝豆状核变性（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. 血清铜和血清铜蛋白降低，尿铜增加；
4. 经皮做肝脏活检来定量分析肝脏铜的含量。

保险人承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（七十四）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 等影相学检查做出。申请时必须提供 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。

（七十五）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。

（七十六）重症手足口病

指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。经保险人指定或认可的医疗机构的专科医生确诊患有手足口病，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据。

（七十七）严重瑞氏综合症

瑞氏综合症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。肝脏活检是确诊的重要手段。瑞氏综合症需由保险人指定或认可的医疗机构的专科医生确诊，并符合下列全部条件：

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。

（七十八）进行性多灶性白质脑病

是一种亚急性脱髓鞘性脑病，常常发现于免疫缺陷的病人。此症必须由保险人认可的神经科专科医生根据脑组织活检确诊。

（七十九）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疾病。必须满足下列全部条件：

1. 脊髓小脑变性症必须由医院诊断，并有以下证据支持：
 - （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中的三项或三项以上。

（八十）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颅神经前角细胞进行性机能障碍，伴随肌肉无力和延髓机能障碍。

保险人承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（八十一）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。

（八十二）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）。智商的检测必须由保险人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）。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. 专科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。

（八十三）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，并至少合并下列异常中的一项：

1. 大小便失禁；
2. 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。

保险人承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗

传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（八十四）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，罹患患肢较健肢增粗 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。

（八十五）疯牛病

指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。本病须经三级医疗机构的专科医生根据 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中的三项或三项以上。

疑似病例不在本保障范围内。

（八十六）颅脑手术

被保险人确已实施全麻下的开颅手术（以切开硬脑膜为准），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。

申请给付保险金时必须提供由神经外科医生出具的诊断书及手术报告。

（八十七）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。必须满足下列全部条件：

1. 脑电图存在周期性复合波、脑脊液 r-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中的三项或三项以上。

（八十八）进行性风疹性全脑炎

指由风疹病毒感染引起的儿童和青少年的慢性脑炎。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；
2. 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
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中的三项或三项以上。

（八十九）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。

（九十）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。必须由保险人指定或认可的医疗机构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）。

（九十一）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。

（九十二）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。

（九十三）额颞叶痴呆

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。

（九十四）路易体痴呆

指一组在临床和病理表现上以波动性认知功能障碍、视幻觉和帕金森综合征为临床特点，以路易体为病理特征的神经变性疾病。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。

（九十五）严重Ⅲ度烧伤

指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤的面积达到全身体表面积的 20%或者 20%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

（九十六）双耳失聪

指因疾病或意外导致双耳听力永久不可逆（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 天后，仍无法通过现有医疗手段恢复）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。

被保险人申请给付保险金时年龄必须在 3 周岁以上，并且提供申请当时的听力丧失诊断及检查证据。

（九十七）严重克隆病

指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。

（九十八）严重溃疡性结肠炎

指伴有致命性电解质紊乱的急性爆发性溃疡性结肠炎，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瘘术。

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瘘术。

（九十九）严重的类风湿性关节炎

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。

（一百）溶血性链球菌引起的坏疽

包围肢体或躯干的浅筋膜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。

（一百零一）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。

（一百零二）埃博拉病毒感染

受埃博拉病毒感染导致出血性发热。埃博拉病毒必须经传染病专科医生确诊，并且埃博拉病毒的存在必须经过实验室检查证实。该病必须从症状开始后三十天后持续出现并发症。

（一百零三）III型成骨不全症

指一种胶原病，特征为骨易碎，骨质疏松和易骨折。主要临床特点包括：发展迟缓、多发性骨折、进行性脊柱后侧凸及听力损害。该病种的检查必须依据身体检查，家族史，X线检查和皮肤活检报告资料确诊。成骨不全症第三型须同时符合下列所有条件：

1. 就成骨不全症第三型之诊断进行的皮肤切片的病理检查结果为阳性；
2. X光片结果显示多处骨折及逐步脊柱后侧凸畸形；
3. 有证明是因此疾病引致发育迟缓及听力损伤；
4. 由保险人认可医院的儿科专科医生明确诊断。

保险人仅对被保险人年满18周岁前确诊本项疾病承担保险责任。

（一百零四）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。

（一百零五）严重幼年性类风湿性关节炎

指一种少儿的结缔组织病，以慢性关节炎为其主要特点，并伴有全身多个系统的受累，包括关节、肌肉、肝、脾、淋巴结等。本病须经专科医生明确诊断，同时须已经实施膝关节或髋关节置换手术。

（一百零六）湿性年龄相关性黄斑变性

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。指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。

被保险人申请申请时须提供近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。

（一百零七）重症急性坏死性筋膜炎

指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。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）。

（一百零八）原发性脊柱侧弯的矫正手术

指被保险人因原发性脊柱侧弯，在保险人指定或认可的医疗机构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。

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。

语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失：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。

六项基本日常生活活动：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：自己上下床或者上下轮椅；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者碟中取食物放入口中；6. 洗澡：自己进行淋浴或者盆浴。

医疗机构：是指依法定程序设立的从事疾病诊断、治疗活动的卫生机构的总称。本保险合同的医疗机构特指经国家卫生部门审核通过的综合性或专科医院。不包括疗养院、卫生所（室）。

专科医生：专科医生应当同时满足以下四项资格条件：

（一）具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；

（二）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；

（三）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》；

（四）在二级或二级以上合同约定的医院或指定医疗机构的相应科室从事临床工作三年以上。

必要的、合理的医疗费用：

（一）符合通常惯例：指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的费用。

对是否符合通常惯例由保险人根据客观、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。

（二）医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

1. 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；

2. 不超过安全、足量治疗原则的项目；

3. 由医生开具的处方药；

4. 非试验性的、非研究性的项目；

5. 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

对是否医学必需由保险人根据客观、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。

指定药店：指保险人授权的第三方服务商提供的药店名单，该药店名单以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）的通知为准。**保险人保留对上述指定药店名单做出调整的权利。**保险人指定的药店需同时满足以下条件：

1. 取得国家药品经营许可证、GSP 认证；
2. 具有完善的冷链药品送达能力；
3. 该药店内具有医师、执业药师等专业人员提供服务。

特定药品：指保险期间届满前在中国国家药品监督管理局批准并已在中国上市的靶向药物和免疫治疗药物。药品的适应症以中国国家药品监督管理局批准的药品说明书为准。

处方：指由注册的执业医师和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。处方包括医疗机构病区用药医嘱单。

靶向药物：指被赋予了靶向能力的药物或其制剂。其目的是使药物或其载体能瞄准特定的病变部位，并在目标部位蓄积或释放有效成分。靶向制剂可以使药物在目标局部形成相对较高的浓度，从而在提高药效的同时抑制毒副作用，减少对正常组织、细胞的伤害。

免疫治疗药物：指通过重新启动并维持肿瘤-免疫循环，恢复机体正常的抗肿瘤免疫反应，从而控制与清除肿瘤的药物。

有益的治疗疗效：指按照 RECIST（实体瘤治疗疗效评价标准）评价标准，肿瘤病灶没有进展。

酗酒：指没有节制地喝酒，以医疗机构或司法部门出具的酒精中毒或酒精摄入过量的相关证明为依据。

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。

无合法有效驾驶证驾驶，指下列情形之一：

- （一）没有取得驾驶资格；
- （二）驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
- （三）持审验不合格的驾驶证驾驶；
- （四）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。

无有效行驶证照，指下列情形之一：

- （一）发生保险事故时无公安机关交通管理部门核发的合法有效的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动号牌；
- （二）未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

潜水：指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。

攀岩：指攀登悬崖、建筑物外墙、人造悬崖、冰崖、冰山和雪山等运动。

探险活动：指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，而使自己置身于其中的行为，如江河漂流、徒步穿越沙漠或原始森林等活动。

武术比赛：指两人或两人以上对抗柔道、空手道、跆拳道

道、散打、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。

特技表演：指从事马术、杂技、驯兽、飞车等特殊技能训练或比赛。

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，必须经国家认可的，有权负责医疗事故技术鉴定工作的医学会组织鉴定后，方可确认医疗事故的成立。

既往疾病：是指被保险人在等待期满前已患有的疾病，或存在任何症状、体征而引致一正常而审慎的人寻求诊断、医疗护理或医药治疗，或曾经医生推荐接受医药治疗或医疗意见。

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症，英文缩写为 AIDS。

在人体血液或其他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。

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。

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。

预防性治疗：用于某阶段疾病并未发生，但某些危险因素已经存在，为防止致病因素恶化而通过药物或手术等其他手段实施的预防措施。

实验性或试验性治疗：用于药物用途或者外科手术，未被国际医学科研组织普遍接受为对疾病或损伤安全、有效的医疗手段、医学设备或药品；以及处于学习、研究、测试等任何临床试验阶段的治疗、医学操作、疗程治疗、医疗设备或药品。

不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

保险金申请人：指被保险人、受益人或其他依法享有保险金请求权的人。

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、警官证、士兵证等证件。

未到期保险费：除另有约定外，按下述公式计算未到期保费：

若选择一次性交付保险费，未到期保险费=保险费× $(1-m/n)$ ，其中， m 为已生效天数， n 为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。

若选择分期交付保险费，未到期保险费=当期保险费× $(1-m/n)$ ，其中， m 为当期已生效天数， n 为当期天数，经过日期不足一日的按一日计算。