

众诚汽车保险股份有限公司

个人住院医疗保险条款（2022 互联网专属版 D 款）

注册号：C00015132512022122902351

总则

第一条 本保险合同由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 被保险人或对被保险人有保险利益的年满十八周岁、具有完全民事行为能力的其他自然人均可作为本保险合同的投保人。本保险合同约定的保险区域为中国境内（本条款的境内不包含香港、澳门和台湾地区，以下同），保险人仅对被保险人在约定保险区域内发生的保险事故承担保险责任。

第三条 除另有约定外，投保时身体健康、能正常工作或生活、符合健康告知的中国境内的自然人，可作为本保险合同的被保险人。

无民事行为能力人和限制民事行为能力人不能作为被保险人，但父母为未成年子女投保的不受此限。

第四条 除另有约定外，本条款各项保险金受益人均为被保险人本人。

保险责任

第五条 本条款的保险责任包含一般医疗保险责任、特定重大疾病医疗保险责任、恶性肿瘤质子重离子医疗保险责任及特定重大疾病住院津贴保险责任。

（一）一般医疗保险责任

保险期间内，被保险人遭受意外伤害或在等待期（具体日数在保险单载明）后罹患本保险合同约定重大疾病以外的其他疾病，在中国境内二级（含）以上公立医院或保险人认可的医疗机构的普通部（以下简称约定医院）接受治疗的，对保险期间内及符合本条约定保险期间届满后产生的以下四项合理且必需的医疗费用，保险人在一般医疗保险金额范围内，按照下列约定向被保险人给付保险金。

对以下四项保险金，保险人在扣除本保险合同约定的免赔额以及被保险人从基本医疗保险、公费医疗、大病保险或其他途径（包括本保险人）获得的医疗费用补偿后，在本保险金额范围内，按约定医院范围及给付比例向被保险人给付一般医疗保险金。保险人对以下四类保险金的累计给付金额之和，以本保险合同约定且在保险单载明的一般医疗保险金额为限，当累计给付金额之和达到约定的一般医疗保险金额，保险人对被保险人的一般医疗保险责任终止。

1. 住院医疗保险金

被保险人经约定医院诊断必须接受住院治疗时，需个人支付的合理且必需的住院医疗费用，包括床位费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、加床费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费、救护车使用费。

保险期间届满，被保险人必须继续接受住院治疗的，保险人在本保险金额范围内向被保险人给付最长不超过保险期间届满次日起连续 30 日（含本数）的住院医疗保险金，且仅限连续住院，不包括中途出院后再次住院。

2. 特殊门诊医疗保险金

被保险人接受符合本保险合同约定的特殊门诊治疗时，需个人支付的合理且必需的如下特殊门诊治疗费用。具体包括：

（1）门诊肾透析费；

（2）门诊恶性肿瘤——轻度治疗费，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗

法、肿瘤分泌疗法、肿瘤靶向疗法的治疗费用；

(3) 非特定重大疾病器官移植后的门诊抗排异治疗费。

3. 门诊手术医疗保险金

被保险人接受符合本保险合同约定的门诊治疗且必须接受门诊手术时，需个人支付的合理且必需的门诊手术费。

4. 住院前后的门诊与急诊医疗保险金

被保险人接受符合本保险合同约定的住院治疗，在住院前 7 日（自住院当日起算，含本数）和出院后 30 日内（自出院当日起算，含本数），因与该次住院相同原因并在约定医院接受符合本保险合同约定的门诊、急诊治疗时，需个人支付的合理且必需的门诊、急诊医疗费用，但不包括本条（一）第 2 点项下的特殊门诊医疗保险金和第 3 点项下的门诊手术医疗保险金。

（二）特定重大疾病医疗保险责任

保险期间内，被保险人在等待期（具体日数在保险单载明）后经约定医院初次确诊罹患本保险合同约定的特定重大疾病（无论一种或者多种），并在约定医院接受治疗的，对保险期间内及符合本条约定保险期间届满后产生的以下四项合理且必需的医疗费用，保险人在特定重大疾病医疗保险金额范围内，按照下列约定向被保险人给付保险金。

对以下四项保险金，保险人在扣除本保险合同中约定的免赔额以及被保险人从基本医疗保险、公费医疗、大病保险或其他途径（包括本保险人）获得的医疗费用补偿后，在本保险金额范围内，按约定医院范围及给付比例向被保险人给付特定重大疾病医疗保险金。保险人对四类保险金的累计给付金额之和，以本保险合同约定且在保险单载明的特定重大疾病医疗保险金额为限，当累计给付金额之和达到约定的特定重大疾病医疗保险金额，保险人对被保险人的特定重大疾病医疗保险责任终止。

1. 特定重大疾病住院医疗保险金

被保险人经约定医院诊断罹患特定重大疾病必须接受住院治疗时，被保险人住院期间需个人支付的合理且必需的特定重大疾病住院医疗费用，包括床位费、加床费、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、救护车使用费。

保险期间届满，被保险人必须继续接受住院治疗的，保险人在本保险金额范围内给付最长不超过保险期间届满次日起连续 30 日（含本数）的特定重大疾病住院医疗保险金，且仅限连续住院，不包括中途出院后再次住院。

2. 特定重大疾病特殊门诊医疗保险金

被保险人接受符合本保险合同约定的特定重大疾病特殊门诊治疗时，需个人支付的合理且必需的如下特定重大疾病特殊门诊治疗费用。具体包括：

(1) 门诊肾透析费；

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

(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费。

3. 特定重大疾病门诊手术医疗保险金

被保险人经约定医院诊断罹患特定重大疾病必须接受门诊手术时，需个人支付的合理且必需的特定重大疾病门诊手术费。

4. 特定重大疾病住院前后的门诊与急诊医疗保险金

被保险人经约定医院诊断罹患特定重大疾病必须接受符合本保险合同约定的住院治疗，在住院前 7 日（自住院当日起算）和出院后 30 日（自出院当日起算）内，因与该次住院相同原因并在约定医院接受符合本保险合同约定的门诊、

急诊治疗时，需个人支付的合理且必需的门诊、急诊医疗费用，但不包括本条款上述（二）第2点项下的特定重大疾病特殊门诊医疗保险金和第3点项下的特定重大疾病门诊手术医疗保险金。

（三）恶性肿瘤质子重离子医疗保险责任

保险期间内，被保险人在等待期（具体日数在保险单载明）后经约定医院初次确诊罹患本保险合同约定的恶性肿瘤，在保险人认可的医疗机构接受质子重离子治疗的，对被保险人保险期间内支出的合理且必需的质子重离子医疗费用，保险人按照本保险合同约定的给付比例和床位费日限额向被保险人给付保险金。

（四）特定重大疾病住院津贴保险责任

保险期间内，被保险人在等待期（具体日数在保险单载明）后经约定医院初次确诊罹患本保险合同约定的特定重大疾病接受住院治疗的，保险人按下述特定重大疾病住院津贴保险金给付标准计算并给付本项保险金：

（1）每次住院津贴保险金=每日特定重大疾病住院津贴金额×（实际住院日数-免赔日数）

（2）每次住院免赔日数、每日特定重大疾病住院津贴金额由投保人、保险人双方协商确定，并在保险单中载明。

（3）除另有约定外，对于每次住院，特定重大疾病住院津贴保险责任每日津贴给付标准为100元/日，保险人给付保险金的日数不超过180日，每次住院免赔日数为0日。在同一保险期间内，保险人对被保险人一次或多次累计给付特定重大疾病住院津贴保险金天数以180天为限，当累计给付天数达到180天，本项保险责任终止。

保险期间届满被保险人仍在住院治疗的，保险人承担给付保险金的期限可自保险期间届满次日起延长至出院之日止，但最长以30日为限。累计给付特定重大疾病住院津贴天数与本延长给付天数之和以180天为限，当累计给付达到180天，本项保险责任终止。

若被保险人本次住院治疗与前次住院原因相同，并且前次出院与本次入院间隔不超过30日的，则本次住院与前次住院视为同一次住院。

第六条 赔偿规则

本保险合同适用损失补偿原则。

保险事故发生后，被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的医疗费用金额为限。若被保险人已经从其他途径（包括但不限于基本医疗保险、公费医疗、大病保险、工作单位、商业保险机构）获得相关医疗费用补偿的，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剩余部分，保险人按照本保险合同约定承担保险责任。被保险人不得就已经补偿的费用再次向保险人申请保险金。基本医疗保险个人账户的支出视为个人支付，不属于已获得医疗费用补偿。

在本保险合同有效期内，对被保险人发生的在合同约定责任范围内的合理且必需的医疗费用（以下公式中简称为累计合理医疗费用），保险人将按照以下约定给付相应的保险金：

（一）被保险人若从其他途径获得医疗费用补偿（该补偿金额大于等于免赔额）：

保险金=（累计合理医疗费用 - 基本医疗保险、公费医疗和大病保险已补偿金额 - 其他途径补偿费用）×给付比例

（二）被保险人若从其他途径获得医疗费用补偿（该补偿金额小于免赔额）：

保险金=（累计合理医疗费用 - 基本医疗保险、公费医疗和大病保险已补偿金额 - 免赔额）×给付比例

计算公式中的其他途径不包括基本医疗保险、公费医疗及大病保险。

第七条 本保险的一般医疗保险金、特定重大疾病医疗保险金及恶性肿瘤质子重离子医疗保险金的给付比例由投保人、保险人协商确定，并在保险单分别载明。

除另有约定外，给付保险金比例如下：

（一）一般医疗保险金和特定重大疾病医疗保险金

1. 被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，并以参加基本医疗保险或公费医疗身份就诊且医疗费经过基本医疗保险或公费医疗结算的，给付比例为 100%；

2. 被保险人以参加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结算的，给付比例为 60%；

3. 被保险人以未参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，给付比例为 100%。

（二）对恶性肿瘤质子重离子医疗保险金给付比例为 100%。

责任免除

第八条 被保险人因下列原因而支出医疗费用的，保险人不承担给付保险金责任：

（一）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

（二）被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；

（三）被保险人故意自伤或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；

（四）被保险人服用、吸食或注射毒品；

（五）被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶，或驾驶无有效行驶证的机动车；

（六）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病，因职业关系导致的感染艾滋病病毒（特定重大疾病释义第 88 条）、输血原因导致的感染艾滋病病毒（特定重大疾病释义第 89 条）及器官移植原因导致的感染艾滋病病毒（特定重大疾病释义第 90 条）不在此限；

（七）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

（八）核爆炸、核辐射或核污染；

（九）遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常（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》第十次修订版（ICD-10）为准）；

（十）被保险人接种预防恶性肿瘤的疫苗、因恶性肿瘤治疗用药所必需的基因检测、进行基因测试以鉴定恶性肿瘤的遗传性、接受实验性医疗或研究性治疗或采取未经科学或医学认可的医疗手段所产生的费用；

（十一）精神和行为障碍（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；

（十二）接受以保健为目的的疗养、特别护理、静养，康复性治疗、物理治疗、心理治疗或预防性治疗；

（十三）包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

（十四）进行器官捐赠；

（十五）接受美容手术、矫形手术、变性手术或非因意外伤害而进行的整形手术；

（十六）健康检查、看护、保健或任何与疾病、意外伤害无直接关系的咨询、检查和治疗；

（十七）从事职业运动或可获得报酬的运动或竞技，在训练或比赛中受伤；从事或参加高风险运动；

(十八) 非因意外伤害而进行的牙科治疗或手术、视力矫正、因矫正视力而作的眼科验光检查, 以及任何原因导致的牙齿修复或牙齿整形、安装及购买残疾用具、康复性器具(如眼镜或隐性眼镜、义齿、轮椅、拐杖、假肢、假眼、假牙或者助听器等);

(十九) 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)、产前产后检查等与生育相关的责任、并发症及费用, 变性以及引起的并发症;

(二十) 职业病、医疗事故;

(二十一) 不符合入院标准、挂床住院、入住门诊观察室、家庭病床、住院体检、不合理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);

(二十二) 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;

(二十三) 性病;

(二十四) 被保险人在非本保险合同约定的医院就诊;

(二十五) 被保险人在初次投保前所患既往症(包括恶性肿瘤);

(二十六) 等待期内确诊的符合本合同约定的疾病;

(二十七) 等待期内接受检查但在等待期后确诊的符合本合同约定的疾病;

(二十八) 保险单特别约定的除外疾病及其并发症;

(二十九) 恶性肿瘤院外特种药品费用

(三十) 其他免除疾病或情形见释义中加粗加黑字体的内容。

第九条 发生第八条所列情形(除投保人、被保险人故意制造保险事故的), 被保险人身故的, 保险责任终止, 保险人向投保人按日计算退还未满期净保费。

投保人、被保险人故意制造保险事故的, 保险人有权解除保险合同, 并不退还保险费。

保险金额与保险费

第十条 保险金额指保险人承担给付对应保险金责任的最高限额。

本保险的一般医疗保险金、特定重大疾病医疗保险金及恶性肿瘤质子重离子医疗保险金的保险金额由投保人、保险人约定, 并在保险单分别载明。

第十一条 除另有约定外, 投保人应在保险合同成立时一次性缴清保险费, 投保人未按约定交清保险费的, 保险合同不发生效力, 合同生效前发生的保险事故, 保险人不承担给付保险金的责任。

第十二条 若投保人选择分期缴付保险费, 需经投保人申请并经保险人同意, 并在本保险合同载明保费分期缴付的周期及每期缴付金额。如投保人未在保险责任起始前缴付首期保费, 保险合同不生效, 保险人不承担保险责任。在缴付首期保险费后, 投保人应当按约定时间缴付余下各期保险费。如投保人未在当期应缴费日缴付当期保险费, 可在保险人催告之日起 30 日内(含本数)或约定的当期应缴费日次日起 60 日内(含本数)补交当期保险费。前款规定期限简称宽限期。

若投保人在宽限期内补交当期保险费, 被保险人在宽限期内发生保险事故的, 保险人应当按照合同约定给付保险金。

若投保人超过宽限期仍未补交当期保险费的, 合同效力于上一缴费周期届满日后中止, 合同效力中止后发生的保险事故(包括被保险人在宽限期内发生的保险事故), 保险人不承担保险责任。

前款合同效力的恢复规则, 按《中华人民共和国保险法》的相关规定执行。

免赔额

第十三条 免赔额是指被保险人在保险期间内发生保险责任范围内的医疗费用，按照本保险合同约定由被保险人自行承担，保险人不予给付的金额。

(一) 除另有约定外，一般医疗保险金免赔额为 10000 元，特定重大疾病医疗保险金和恶性肿瘤质子重离子医疗保险金无免赔额。具体免赔额的金额由投保人、保险人约定，并在保险单载明；

(二) 免赔额的适用规则按本条款第六条执行。

保险期间

第十四条 本保险合同的保险期间为一年（或不超过一年），具体以保险单载明的起讫时间为准。

续保

第十五条 本保险合同为不保证续保合同。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

保险人义务

第十六条 订立本保险合同时，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本保险合同的内容。

对本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形式向投保人作出明确说明；应做提示或者明确说明而未做，该条款不产生效力。

第十七条 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其他保险凭证。

第十八条 保险人依本条款第二十二條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 30 日不行使而消灭。

第十九条 保险人接收到投保人、被保险人或者受益人的保险事故通知后，应在 1 个工作日内一次性给予理赔指导。保险人按照本条款第二十六條的约定，认为被保险人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应于 2 个工作日内一次性通知投保人、被保险人补充提供。

第二十条 保险人收到被保险人的给付保险金的请求及完整材料后，于 5 个工作日内作出核定，并于作出核定后 1 个工作日内通知被保险人；情形复杂的，可将核定期限延展至 30 日。

保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险人达成给付保险金的协议后 10 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。保险人未及时履行前款规定义务的，除支付保险金外，应当赔偿被保险人因此受到的损失。

任何单位和个人不得非法干预保险人履行给付保险金的义务，也不得限制被保险人取得保险金的权利。

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 3 日内向被保险人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第二十一条 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起 60 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。

投保人与被保险人的义务

第二十二条 投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

投保人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，保险人有权解除本保险合同。保险

合同自保险人的解约通知书送达投保人时解除。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对本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，保险人对本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。

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。

第二十三条 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所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达投保人。

第二十四条 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。其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除外。

投保人或被保险人因不可抗力导致迟延履行上述通知义务的，不属于违反通知义务。

第二十五条 被保险人的投保年龄按周岁计算。投保人应在投保时将被保险人的真实年龄在投保单上写明，如果发生错误，保险人按照下列规定办理：

（一）投保人申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄超出保险合同约定年龄限制的，保险人可以解除保险合同，并向投保人退还未满期净保费。

（二）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。

（三）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无息退还投保人。

保险金申请与给付

第二十六条 被保险人向保险人申请给付保险金时，应提交以下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。被保险人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他具有同等证明效力的合法有效的材料。

（一）保险金申请书；

（二）被保险人身份证明；

（三）支持索赔的全部账单、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、处方、病理检查报告、化验检查报告、医疗费用原始单据、费用明细单据、住院每日费用结算清单（保险期间届满但治疗尚未结束时需提供）、手术费用清单（发生手术时需提供）等；

（四）被保险人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；

（五）若被保险人委托他人申请的，还应提供经公证的授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件；

若通过保险人指定的网站、电子邮箱或其它互联网平台上传提交影像材料进行保险金赔偿申请的，在申请完成后，应按保险人要求递交相应的书面材料。

被保险人未能提供上述约定的证明或资料，导致保险人无法核实事故情况及真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

第二十七条 被保险人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

争议处理和法律适用

第二十八条 因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构或者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。

第二十九条 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（不包括香港、澳门和台湾地区法律）。

其他事项

第三十条 投保人通过保险人同意或者认可的网站或其它互联网平台向保险人在线提交的电子信息与其提交的经签字确认的书面文件具有同等法律效力。

第三十一条 投保人和保险人可以协商变更保险合同的内容。变更保险合同的，应当由保险人在电子保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由投保人与保险人订立书面的变更协议。

投保人通过保险人同意或者认可的网站或其它互联网平台对本保险合同进行变更，视为投保人的书面申请，投保人向保险人在线提交的电子信息与投保人向保险人提交的经签字确认的书面文件具有同等法律效力。

第三十二条 保险合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同。

投保人解除保险合同时，应提供下列文件和资料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险单原件或电子保单；
- （三）投保人身份证明；
- （四）投保人已通知被保险人退保的有效证明。

投保人要求解除保险合同，保险人应当自收到解除合同通知之日起 30 日内，按照合同约定退还保险单的未满期净保费。

投保人通过保险人同意或认可的网站等互联网渠道提出解除保险合同的申请，视为投保人的书面申请。保险人收到在线解除申请后，应在 1 个工作日内核定并通知申请人；如遇复杂情形，可将核定期限延展至 3 个工作日。

释义

【保险人】指众诚汽车保险股份有限公司及其分支机构。

【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。

【意外伤害】指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。

【等待期】从保险合同生效日起，至保险人开始承担给付保险金责任之日的一段时间。除另有约定外，本保险合同生效日起 30 日（含本数）为等待期。保险人可根据被保险人风险状况在本保险合同生效前对等待期日数进行调整，调整后的等待期最长不超过 30 日，具体日数在保险单列明。

【基本医疗保险】指《中华人民共和国社会保险法》第三章规定的基本医疗保险，包括职工基本医疗保险、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险。

【医院】除另有约定外，指经中华人民共和国卫生部门评审确定的中国大陆境内（本条款的境内不包括香港、澳门和台湾地区）二级或二级以上的公立医院或拥有质子重离子放射治疗技术的医疗机构（不包含公立医院的特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 部、联合医院、A 级病房），不包括主要作为诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构。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。

【住院】指被保险人因疾病而入住医院的正式病房治疗，并正式办理出入院手续，不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院、住院体检或其他不合理住院。原入住医院因治疗水平不足而要求将被保险人转至其他医院入住的，不属于中途出院后再次住院。

【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。

【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）在国家《医院分级管理标准》二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

【床位费】指被保险人住院期间实际发生的、不高于双人病房的住院床位的费用（不包括单人病房、套房、家庭病床）。床位费的每日限额由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险单载明。

【加床费】指被保险人住院期间，根据保险合同约定其配偶、父母或子女（限一人）在医院留宿发生的加床费。

【膳食费】指住院期间根据医生的嘱咐，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、也可以合并病房费等其他款项内。

【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。

【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。

【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合理发生的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费以及消耗品的费用，具体以就诊医院的费用项目划分为准。本项责任不包含物理治疗、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；

其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

【药品费】指住院期间实际发生的合理且必需的、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。但不包括恶性肿瘤院外特种药品，营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品，以及滋补类中草药，即以人体免疫力为主要用途使用的中草药及成药，包括但不限于人参、阿胶、鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、珊瑚、玳瑁、冬虫夏草、藏红花、羚羊、犀角、牛黄、麝香、鹿茸、铁皮枫斗以及用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

【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。

【救护车使用费】指为抢救生命由急救中心派出的救护车费用及根据医生建议发生的医院转诊过程中的医院用车费。仅限于同一城市中的医疗运送。

【初次确诊】指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊患有某种疾病，而不是指自本保险生效之日起第一次经医院确诊患有某种疾病。其中恶性肿瘤确诊之日为手术病理取材或病理活检取材日期。

【特定重大疾病】指由专科医生明确诊断的下列疾病：

（一）恶性肿瘤——重度

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，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO, World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。下列疾病不属于恶性肿瘤——重度，不在其保障范围内：

1. ICD-O-3肿瘤形态学编码属于0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

（1）原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；

（2）交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

2. TNM分期为I期或更轻分期的甲状腺癌；

3. TNM分期为T₁N₀M₀期或更轻分期的前列腺癌；

4. 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

5. 相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；

6. 相当于Ann Arbor分期方案I期程度的何杰金氏病；

7. 未发生淋巴结和远处转移且WHO分级为G1级别（核分裂像<10/50 HPF和ki-67≤2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

（二）较重急性心肌梗死

急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合1. 检测到肌酸激酶同工酶（CK-MB）或肌钙蛋白（cTn）升高和/或降低的动态变化，至少一次达到或超过心肌梗死的临床诊断标准；2. 同时存在下列之一的证据，包括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的病理性Q波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。

较重急性心肌梗死指依照上述标准被明确诊断为急性心肌梗死，并且必须同时满足下列至少一项条件：

1. 心肌损伤标志物肌钙蛋白（cTn）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的15倍（含）以上；

2. 肌酸激酶同工酶（CK-MB）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的2倍（含）以上；

3. 出现左心室收缩功能下降，在确诊6周以后，检测左室射血分数（LVEF）低于50%（不含）；

4. 影像学检查证实存在新发的乳头肌功能失调或断裂引起的中度（含）以上的二尖瓣反流；

5. 影像学检查证实存在新出现的室壁瘤；

6. 出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。

其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在保障范围内。

（三）严重脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，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，仍遗留下列至少一种障碍：

1. 一肢（含）以上肢体肌力2级（含）以下；
2. 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
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。

（四）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、肺脏或小肠的异体移植手术。

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）的移植手术。

（五）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，已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。

（六）严重慢性肾衰竭

指双肾功能慢性不可逆性衰竭，依据肾脏病预后质量倡议（K/DOQI）制定的指南，分期达到慢性肾脏病5期，且经诊断后已经进行了至少90天的规律性透析治疗。规律性透析是指每周进行血液透析或每天进行腹膜透析。

（七）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。

（八）急性重症肝炎或亚急性重症肝炎

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。

（九）严重非恶性颅内肿瘤

指起源于脑、脑神经、脑被膜的非恶性肿瘤，ICD-O-3肿瘤形态学编码属于0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）范畴，并已经引起颅内压升高或神经系统功能损害，出现视乳头水肿或视觉受损、听觉受损、面部或肢体瘫痪、癫痫等，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，且须满足下列至少一项条件：

1. 已经实施了开颅进行的颅内肿瘤完全或部分切除手术；
2. 已经实施了针对颅内肿瘤的放射治疗，如 γ 刀、质子重离子治疗等。

下列疾病不在保障范围内：

（1）脑垂体瘤；

（2）脑囊肿；

（3）颅内血管性疾病（如脑动脉瘤、脑动静脉畸形、海绵状血管瘤、毛细血管扩张症等）。

（十）严重慢性肝衰竭

指因慢性肝脏疾病导致肝功能衰竭，且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衰竭不在保障范围内。

（十一）严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症

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，指经相关专科医生确诊疾病180天后，仍遗留下列至少一种障碍：

1. 一肢（含）以上肢体肌力2级（含）以下；
2. 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
3. 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）评估结果为3分；
4. 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。

（十二）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（GCS, 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他生命维持系统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。

（十三）双耳失聪（保障自3周岁届满之日起）

指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆性丧失，在500赫兹、1000赫兹和2000赫兹语音频率下，平均听阈大于等于91分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

被保险人申请理赔时年龄必须在3周岁以上，并且提供理赔当时的听力丧失诊断及检查证据。

（十四）双目失明（保障自3周岁届满之日起）

指因疾病或意外伤害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。

被保险人申请理赔时年龄必须在3周岁以上，并且提供理赔当时的双目失明诊断及检查证据。

（十五）瘫痪

指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体随意运动功能永久完全丧失。肢体随意运动功能永久完全丧失，指疾病确诊180天后或意外伤害发生180天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或肢体肌力在2级（含）以下。

（十六）心脏瓣膜手术

指为治疗心脏瓣膜疾病，已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。

（十七）严重阿尔茨海默病

指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为严重

的认知功能障碍、精神行为异常和社交能力减退等，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，并经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：

1. 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）评估结果为3分；
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。

阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不在保障范围内。

（十八）严重脑损伤

指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤180天后，仍遗留下列至少一种障碍：

1. 一肢（含）以上肢体肌力2级（含）以下；
2. 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
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。

（十九）严重原发性帕金森病

是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为运动迟缓、静止性震颤或肌强直等，经相关专科医生确诊，且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三项以上。

继发性帕金森综合征、帕金森叠加综合征不在保障范围内。

（二十）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20%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

（二十一）严重特发性肺动脉高压

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（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级Ⅳ级，且静息状态下肺动脉平均压在36mmHg（含）以上。

（二十二）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，经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：

1. 严重咀嚼吞咽功能障碍；
2. 呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难，且已经持续使用呼吸机7天（含）以上；
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的条件。

（二十三）语言能力丧失（保障自3周岁届满之日起）

指因疾病或意外伤害导致语言能力完全丧失，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。

（二十四）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，且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：骨髓细胞增生程度＜正常的25%；如≥正常的25%但＜50%，则残存的造血细胞应＜30%；

2. 外周血象须具备以下三项条件中的两项：

(1) 中性粒细胞绝对值＜ $0.5 \times 10^9/L$ ；

(2) 网织红细胞计数＜ $20 \times 10^9/L$ ；

(3) 血小板绝对值＜ $20 \times 10^9/L$ 。

(二十五) 主动脉手术

指为治疗主动脉疾病或主动脉创伤，已经实施了开胸（含胸腔镜下）或开腹（含腹腔镜下）进行的切除、置换、修补病损主动脉血管、主动脉创伤后修复的手术。主动脉指升主动脉、主动脉弓和降主动脉（含胸主动脉和腹主动脉），不包括升主动脉、主动脉弓和降主动脉的分支血管。

所有未实施开胸或开腹的动脉内介入治疗不在保障范围内。

(二十六) 严重慢性呼吸衰竭

指因慢性呼吸系统疾病导致永久不可逆性的呼吸衰竭，经过积极治疗180天后满足以下所有条件：

1. 静息时出现呼吸困难；

2. 肺功能第一秒用力呼气容积（FEV1）占预计值的百分比＜30%；

3. 在静息状态、呼吸空气条件下，动脉血氧分压（PaO₂）＜50mmHg。

(二十七) 严重克罗恩病

指一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克罗恩病（Crohn病）病理组织学变化，须根据组织病理学特点诊断，且已经造成瘻管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

(二十八) 严重溃疡性结肠炎

指伴有致命性电解质紊乱的急性暴发性溃疡性结肠炎，病变已经累及全结肠，表现为严重的血便和系统性症状体征，须根据组织病理学特点诊断，且已经实施了结肠切除或回肠造瘘术。

(二十九) 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。

(三十) 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的神经系统功能损害。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续180天无法独立完成下列基本日常生活活动之一：

1. 移动：自己从一个房间到另一个房间；

2. 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

(三十一) 严重全身性重症肌无力

重症肌无力是一种神经肌肉接头传递障碍所致的疾病，表现为局部或全身骨骼肌（特别是眼外肌）极易疲劳。疾病可以累及呼吸肌、上肢或下肢的近端肌群或全身肌肉，必须满足下列所有条件：

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。

(三十二) 严重类风湿性关节炎

类风湿性关节炎为广泛分布的慢性进行性多关节病变，表现为关节严重变形，侵犯至少三个主要关节或关节组（如：双手（多手指）关节、双足（多足趾）

关节、双腕关节、双膝关节和双髋关节）。类风湿性关节炎必须明确诊断并且已经达到类风湿性关节炎功能分类IV级的永久不可逆性关节功能障碍（生活不能自理，且丧失活动能力）。

美国风湿病学会类风湿性关节炎分级如下：

I级：关节能自由活动，能完成平常的任务而无妨碍。

II级：关节活动中度限制，一个或几个关节疼痛不适，但能料理日常生活。

III级：关节活动显著限制，不能胜任工作，料理生活也有困难。

IV级：大部分或完全失去活动能力，病人长期卧床或依赖轮椅，生活不能自理。

（三十三）原发性系统性淀粉样变性

淀粉样变性是一组蛋白质代谢障碍性疾病，病理表现为淀粉样蛋白沉积于组织或器官。原发性系统性淀粉样变性原因不明，通常累及肾脏和/或心脏。

被保险人经活检组织病理学检查被明确诊断为淀粉样变性，并满足下列条件之一：

1. 心脏淀粉样变性，被保险人存在限制性心肌病及其所致的充血性心力衰竭，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级III级，并持续180天以上；

2. 肾脏淀粉样变性，被保险人存在肾病综合征及其所致的严重的肾脏功能衰竭，达到尿毒症诊断标准，并持续180天以上。继发性淀粉样变性不在保障范围内。

（三十四）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脑动脉瘤夹闭手术。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。

（三十五）严重弥漫性系统性硬皮病

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所有标准：

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。

（三十六）严重冠心病

指经冠状动脉造影检查明确诊断为主要血管严重狭窄性病变，须满足下列至少一项条件：

1. 左冠状动脉主干和右冠状动脉中，一支血管管腔堵塞75%以上，另一支血管管腔堵塞60%以上；

2. 左前降支、左旋支和右冠状动脉中，至少一支血管管腔堵塞75%以上，其他两支血管管腔堵塞60%以上。

左前降支的分支血管、左旋支的分支血管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。

（三十七）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。必须满足下列所有

条件：

1. 医疗记录证实存在慢性胰腺炎反复急性发作病史；
2. 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；
3. 持续接受胰岛素替代治疗和酶替代治疗180天以上。

酒精导致的慢性复发性胰腺炎不在本保障范围内。

（三十八）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。**

（三十九）重症急性坏死性筋膜炎

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。必须满足下列所有条件：

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）。

（四十）特发性慢性肾上腺皮质功能不全

指自身免疫性肾上腺炎（既往称：特发性肾上腺皮质萎缩）导致肾上腺萎缩和慢性肾上腺皮质功能减退。必须满足所有以下条件：

1. 明确诊断，符合以下所有诊断标准：

（1）血浆促肾上腺皮质激素（ACTH）水平测定， $>100\text{pg/ml}$ ；

（2）血浆肾素活性、血管紧张素II和醛固酮测定，显示为原发性肾上腺皮质功能减退症；

（3）促肾上腺皮质激素（ACTH）刺激试验显示为原发性肾上腺皮质功能减退症。

2. 已经采用皮质类固醇替代治疗180天以上。

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

（四十一）严重心肌炎

指被保险人因严重心肌炎症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。

（四十二）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。

（四十三）严重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。必须满足下列所有条件：

1. 诊断由逆行胰胆管造影（ERCP）或经皮胆管造影（PTC）确认；

2. 持续性黄疸伴碱性磷酸酶（ALP）显著升高；

3. 出现继发性胆汁性肝硬化和门静脉高压。

（四十四）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。必须满足下列所有条件：

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. 肝脏活检确诊免疫性肝炎；

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。

（四十五）原发性骨髓纤维化（PMF）

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 $<100\text{g/L}$ ；

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 $<100\times 10^9/\text{L}$ 。

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。

（四十六）严重骨髓增生异常综合征（MDS）

骨髓增生异常综合征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征，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。

（四十七）严重急性主动脉夹层血肿

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。被保险人需有典型的临床表现并通过电脑断层扫描（CT）、磁共振扫描（MRI）、磁共振血管检验法（MRA）或血管扫描等检查明确诊断，并在急性期内（发病两周内）实际接受了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。

（四十八）严重缩窄性心包炎

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。

(四十九) 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。**

(五十) 严重心脏衰竭CRT心脏同步治疗

指因缺血性心脏病或扩张性心肌病导致慢性严重心脏衰竭，被保险人实际接受了CRT治疗，以矫正心室收缩不协调和改善心脏功能。接受治疗之前必须满足下列所有条件：

1. 心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能III级或IV级；

2. 左室射血分数低于35%；

3. 左室舒张末期内径 $\geq 55\text{mm}$ ；

4. QRS时间 $\geq 130\text{msec}$ ；

5. 药物治疗效果不佳，仍有症状。

(五十一) 完全性房室传导阻滞

指因慢性心脏疾病导致III度或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。

(五十二) 严重III度冻伤导致截肢

冻伤是由于寒冷潮湿作用引起的人体局部或全身损伤，并且冻伤程度达到III度，且导致一个或一个以上肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

(五十三) 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上皮细胞异常增生形成多发结节。必须满足下列全部条件：

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DLCO（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除外。

(五十四) 严重肺结节病

结节病是一种原因未明的慢性肉芽肿病，可侵犯全身多个器官，以肺和淋巴结受累最为常见。严重肺结节病表现为肺的广泛纤维化导致慢性呼吸功能衰竭。必须满足下列所有条件：

1. 肺结节病的X线分期为IV期，即广泛肺纤维化；

2. 永久不可逆性的慢性呼吸功能衰竭，临床持续180天动脉血氧分压(PaO₂) $< 50\text{mmHg}$ 和动脉血氧饱和度(SaO₂) $< 80\%$ 。

(五十五) 非阿尔茨海默病致严重痴呆

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、精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在保障范围内。

（五十六）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中的三项或三项以上，日常生活必须持续受到他人监护。

（五十七）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 γ -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，永久不可逆丧失自主生活能力，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。

（五十八）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. 永久不可逆丧失自主生活能力，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。

进行性多灶性白质脑病必须在生前诊断，尸检诊断不作为理赔依据。

（五十九）丧失独立生活能力（保障自6周岁届满之日起）

指由于疾病或外伤导致被保险人永久不可逆的完全丧失独立生活能力，无法独立完成基本日常生活活动中的四项或四项以上。**被保险人理赔时年龄在6周岁以上。**

（六十）脊髓灰质炎后遗症

脊髓灰质炎是由于脊髓灰质炎病毒感染所致的瘫痪性疾病，临床表现为运动功能损害或呼吸无力。脊髓灰质炎必须明确诊断。本保单仅对脊髓灰质炎造成的神经系统功能损害导致被保险人一肢或一肢以上肢体机能永久完全丧失的情况予以理赔。

（六十一）脊髓内肿瘤

指脊髓内良性或恶性肿瘤。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。

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。

（六十二）脊髓空洞症

脊髓空洞症为慢性进行性的脊髓变性性疾病，其特征为脊髓内空洞形成。表现为感觉异常、肌萎缩及神经营养障碍。脊髓空洞症累及延髓的称为延髓空洞症，表现为延髓麻痹。脊髓空洞症必须明确诊断并且造成永久不可逆的神经系统功能

障碍，存在持续至少180天以上的神经系统功能缺失并满足下列条件之一：

1. 延髓麻痹呈现显著舌肌萎缩、构音困难和吞咽困难；
2. 双手萎缩呈爪形手，肌力2级或以下。

（六十三）脊髓血管病后遗症

指脊髓血管的突发病变引起脊髓梗塞或脊髓出血，导致永久性不可逆的神经系统功能损害，表现为截瘫或四肢瘫。神经系统永久性的功能障碍指疾病确诊180天后，仍然遗留后遗症并且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。

（六十四）大面积植皮手术

指为修复皮肤与其下的组织缺损所进行的皮肤移植手术，要求皮肤移植的面积达到全身体表面积的30%或30%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

（六十五）严重哮喘

严重哮喘诊断必须明确诊断，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（哮喘发作持续24小时以上不能缓解）医疗病史；
2. 身体活动耐受能力显著且持续下降（轻微体力活动既有呼吸困难，至少持续6个月以上）；
3. 慢性肺部过度膨胀充气导致的胸廓畸形；
4. 持续每日口服皮质类固醇激素（至少持续六个月以上）。

（六十六）严重强直性脊柱炎

强直性脊柱炎是一种慢性全身性炎性疾病，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中的三项或三项以上。

（六十七）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，以清除脑内血肿、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、硬膜外血肿清除、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。

（六十八）系统性红斑狼疮性肾炎尿毒症

系统性红斑狼疮是由多种因素引起，累及多系统的自身免疫性疾病。其特点是生成自身抗体对抗多种自身抗原。多见于育龄妇女。

本保险单所指的系统性红斑狼疮仅限于累及肾脏（经肾脏活检确认的，符合WHO诊断标准定义III型或III型以上狼疮性肾炎）的系统性红斑狼疮，并且临床出现肾功能衰竭达到尿毒症期。其他类型的红斑性狼疮，如盘状狼疮、仅累及血液及关节的狼疮不在保单保障范围内。

（六十九）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；

(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。

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) 神经白塞病

白塞病是一种慢性全身性血管炎症性疾病，主要表现为复发性口腔溃疡、生殖器溃疡、眼炎及皮肤损害，可累及大血管、神经系统、消化道、肺、肾等等。累及神经系统损害的白塞病称为神经白塞病。神经白塞病必须明确诊断，并且已经造成永久不可逆的神经系统功能损害。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续180天无法独立完成下列基本日常生活活动之一：

1. 移动：自己从一个房间到另一个房间；

2. 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

(七十一) 严重幼年型类风湿关节炎

幼年型类风湿关节炎是一种儿童期发病的慢性关节炎，其特点为在高热和系统性病征出现数月后发生关节炎。

本保单仅对实际接受了膝关节或髋关节置换手术治疗的严重的幼年型类风湿关节炎予以理赔。

(七十二) 重症急性出血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。

(七十三) 溶血性链球菌感染引起的坏疽

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）。

(七十四) 因疾病或外伤导致智力缺陷

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）或智力残疾。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70-85为智力临界低常，不在本保障范围内。**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）。

理赔时必须满足下列全部条件：

1. 被保险人大于或等于六周岁；

2. 儿科主任医师确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低下；

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。

(七十五) 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，必须满足以下所有条件：

1. 至少切除了三分之二小肠；
2. 完全肠外营养支持3个月以上。

(七十六) 败血症导致的多器官功能障碍综合征

由败血症导致的多器官功能障碍综合征(MODS)，一个或多个器官系统生理功能障碍，因该疾病住院至少96小时，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 6mg/dl 或 $>102\ \mu\text{mol/L}$ ；
3. 需要用强心剂；
4. 昏迷，格拉斯哥昏迷评分(GCS) ≤ 9 ；
5. 肾功能衰竭，血清肌酐 $>300\ \mu\text{mol/L}$ 或 $>3.5\text{mg/dl}$ 或尿量 $<60\text{mmHg}$ ， $\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$ 。

感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患肺孢子菌肺炎不在保障范围内。

(七十七) 肺孢子菌肺炎

肺孢子菌肺炎是由肺孢子菌引起的间质性浆细胞性肺炎。肺孢子菌肺炎需明确诊断，并满足下列全部条件：

- (1) 第一秒末用力呼气量(FEV1) 小于1升；
- (2) 气道内阻力增加，至少达到 $0.5\ \text{kPa/l/s}$ ；
- (3) 残气容积占肺总量(TLC)的60%以上；
- (4) 胸内气体容积升高，超过170（基值的百分比）；
- (5) $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ ， $\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$ 。

感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患肺孢子菌肺炎不在保障范围内。

(七十八) 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。溶血尿毒综合征必须由血液和肾脏专科医师诊断，并且符合所有以下条件：

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。

(七十九) 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。

(八十) 危重手足口病

手足口病是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。

危重手足口病必须满足下列所有条件：

1. 病原学检查确诊为手足口病；
2. 伴有所列危重并发症之一：脑膜炎、脑炎、脑脊髓炎、肺水肿或心脏衰竭；
3. 接受了2周以上的住院治疗。

(八十一) 意外导致的重度面部烧伤

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%。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。**

(八十二) 失去一肢及一眼

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。

（八十三）艾森门格综合征

指一组先天性心脏病发展的后果，特点为进行性肺动脉高压所致的动脉阻塞性病变，也称为肺动脉高压性右向左分流综合征。必须满足下列全部条件：

1. 缺氧、青紫、杵状指；

2. 静息状态下肺动脉平均压超过40mmHg；

3. 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。

本疾病不受本条款第八条责任免除中关于遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常的限制。

（八十四）室壁瘤切除手术

指因心肌梗死导致室壁瘤，实际实施了开胸开心室壁瘤切除手术治疗。

（八十五）丝虫感染所致严重象皮病

指因丝虫感染导致淋巴阻塞性出现严重淋巴水肿，达到国际淋巴学会淋巴肿分期第III期，临床表现为肢体象皮肿，患肢较健肢增粗30%以上，日常生活不能自理。

（八十六）克-雅氏病（CJD）

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丧失自主生活能力，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。

（八十七）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不在本保障范围内。

（八十八）职业原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

被保险人的职业为医生（包括牙医）、护士、医院化验室工作人员、医院护工、救护车工作人员、助产士、警察（包括狱警）及消防人员时，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. 感染必须发生在被保险人从事其职业工作过程中；

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。

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，本保险将不再予以给付。

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

保险人承担本项疾病责任不受本条款第八条责任免除中被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病的限制。

（八十九）输血原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

被保险人因输血感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）并且根据HIV感染分类及AIDS诊断标准被确诊为艾滋病（AIDS）期。满足下列全部条件：

1. 在等待期满保障起始日之后，被保险人因输血而感染HIV；

2. 提供输血治疗的输血中心或医院出具该项输血感染属医疗责任事故的报告，或者法院终审裁定为医疗责任；

3. 受感染的被保险人不是血友病患者。

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

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

保险人承担本项疾病责任不受本条款第八条责任免除中被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病的限制。

（九十）器官移植原因导致HIV感染

被保险人因接受器官移植感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）并且满足下列全部条件：

1. 在等待期满保障起始日之后，被保险人接受器官移植，并因此感染HIV；

2. 实施器官移植的医院为三级医院；

3. 实施移植医院出具具有法律效力的证明确认移植器官来自HIV感染者；

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

保险人承担本项疾病责任不受本条款第八条责任免除中被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病的限制。

（九十一）胰腺移植术

胰腺移植术指因胰腺功能衰竭，已经实际接受了胰腺的同种（人类）异体器官移植手术。**胰岛、组织、细胞移植不在保障范围内。**

（九十二）角膜移植

指因角膜病变或意外伤害导致视力丧失或视力严重损害，被保险人实际接受了同种（人类）异体角膜移植手术以恢复视力。

角膜移植手术包括全层角膜移植术、板层角膜移植术和角膜内皮移植术。

单纯角膜细胞移植，自体角膜缘细胞移植，非同种来源角膜或人工角膜的移植不在保障范围内。

（九十三）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。嗜铬细胞瘤必须由内分泌专科医生诊断,并且满足以下所有条件:

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。

(九十四) 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。

(九十五) 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,须经保险人认可的医院的专科医师明确诊断,并造成永久不可逆性的单个肢体功能障碍或单眼失明。单眼失明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。

(九十六) 狂犬病

指狂犬病毒所致的急性传染病,人多因被病兽咬伤而感染。临床表现为特有的恐水、怕风、咽肌痉挛、进行性瘫痪等。其须经专科医生明确诊断认定。

(九十七) 皮质基底节变性

指一种慢性进展性神经变性疾病,以不对称发作的无动性强直综合征、失用、肌张力障碍及姿势异常为其临床特征。须经临床医生明确诊断,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。

(九十八) 细菌性脑脊髓膜炎

指因脑膜炎双球菌感染引起的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。

(九十九) 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. 语言能力完全丧失或严重咀嚼吞咽功能障碍;
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。

(一百) 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。

【恶性肿瘤——轻度】

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,病灶经组织病理学检查(涵盖骨髓病理学检查)结果明确诊断,临床诊断属于世界卫生组织(WHO, World Health Organization)《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版(ICD-10)

的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于3、6、9（恶性肿瘤）范畴，但不在恶性肿瘤——重度保障范围的疾病。且特指下列六项之一：

1. TNM分期为 I 期的甲状腺癌；
2. TNM分期为T1N0M0期的前列腺癌；
3. 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；
4. 相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；
5. 相当于Ann Arbor分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
6. 未发生淋巴结和远处转移且WHO分级为G1级别（核分裂像 $<10/50\text{HPF}$ 和 $\text{ki-67}\leq 2\%$ ）的神经内分泌肿瘤。

下列疾病不属于恶性肿瘤——轻度，不在其保障范围内：

ICD-O-3肿瘤形态学编码属于0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

1. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；

2. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等。

【组织病理学检查】组织病理学检查是通过局部切除、钳取、穿刺等手术方法，从患者机体采取病变组织块，经过包埋、切片后，进行病理检查的方法。通过采集病变部位脱落细胞、细针吸取病变部位细胞、体腔积液分离病变细胞等方式获取病变细胞，制成涂片，进行病理检查的方法，属于细胞病理学检查，不属于组织病理学检查。

【ICD-10 与 ICD-O-3】《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10），是世界卫生组织（WHO）发布的国际通用的疾病分类方法。《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3），是WHO发布的针对ICD中肿瘤形态学组织学细胞类型、动态、分化程度的补充编码。其中形态学编码：0代表良性肿瘤；1代表动态未定性肿瘤；2代表原位癌和非侵袭性癌；3代表恶性肿瘤（原发性）；6代表恶性肿瘤（转移性）；9代表恶性肿瘤（原发性或转移性未肯定）。如果出现ICD-10与ICD-O-3不一致的情况，以ICD-O-3为准。

【TNM 分期】TNM分期采用AJCC癌症分期手册标准。该标准由美国癌症联合委员会与国际抗癌联合会TNM委员会联合制定，是目前肿瘤医学分期的国际通用标准。T指原发肿瘤的大小、形态等；N指淋巴结的转移情况；M指有无其他脏器的转移情况。

【甲状腺癌的 TNM 分期】甲状腺癌的TNM分期采用目前现行的AJCC第八版定义标准，我国国家卫生健康委员会2018年发布的《甲状腺癌诊疗规范（2018年版）》也采用此定义标准，具体见下：

甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hürthle细胞癌和未分化癌

pTX：原发肿瘤不能评估

pT0：无肿瘤证据

pT1：肿瘤局限在甲状腺内，最大径 $\leq 2\text{cm}$

T1a肿瘤最大径 $\leq 1\text{cm}$

T1b肿瘤最大径 $> 1\text{cm}$ ， $\leq 2\text{cm}$

pT2：肿瘤 $2\sim 4\text{cm}$

pT3：肿瘤 $> 4\text{cm}$ ，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT3a：肿瘤 $> 4\text{cm}$ ，局限于甲状腺内

pT3b：大体侵犯甲状腺外带状肌，无论肿瘤大小

带状肌包括：胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT4: 大体侵犯甲状腺外带状肌外
pT4a: 侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织
pT4b: 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管
甲状腺髓样癌
pTX: 原发肿瘤不能评估
pT0: 无肿瘤证据
pT1: 肿瘤局限在甲状腺内, 最大径 $\leq 2\text{cm}$
 T1a肿瘤最大径 $\leq 1\text{cm}$
 T1b肿瘤最大径 $> 1\text{cm}$, $\leq 2\text{cm}$
pT2: 肿瘤 $2\sim 4\text{cm}$
pT3: 肿瘤 $> 4\text{cm}$, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌
pT3a: 肿瘤 $> 4\text{cm}$, 局限于甲状腺内
pT3b: 大体侵犯甲状腺外带状肌, 无论肿瘤大小
 带状肌包括: 胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌
pT4: 进展期病变
pT4a: 中度进展, 任何大小的肿瘤, 侵犯甲状腺外颈部周围器官和软组织, 如喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织
pT4b: 重度进展, 任何大小的肿瘤, 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管
区域淋巴结: 适用于所有甲状腺癌
pNx: 区域淋巴结无法评估
pN0: 无淋巴结转移证据
pN1: 区域淋巴结转移
pN1a: 转移至VI、VII区 (包括气管旁、气管前、喉前/Delphian或上纵隔) 淋巴结, 可以为单侧或双侧。
pN1b: 单侧、双侧或对侧颈淋巴结转移 (包括 I、II、III、IV或V区) 淋巴结或咽后淋巴结转移。
远处转移: 适用于所有甲状腺癌
M0: 无远处转移

M1: 有远处转移乳头状或滤泡状癌 (分化型)			
年龄 < 55 岁			
	T	N	M
I 期	任何	任何	0
II 期	任何	任何	1
年龄 ≥ 55 岁			
I 期	1	0/x	0
	2	0/x	0
II 期	1~2	1	0
III 期	1~2	1	0
	3a~3b	任何	0
IV A 期	4a	任何	0
IV B 期	4b	任何	0
IV C 期	任何	任何	1
髓样癌 (所有年龄组)			
I 期	1	0	0
II 期	2~3	0	0

III期	1~3	1a	0
IVA期	4a	任何	0
	1~3	1b	0
IVB期	4b	任何	0
IVC期	任何	任何	1
未分化癌（所有年龄组）			
IVA期	1~3a	0/x	0
IVB期	1~3a	1	0
	3b~4	任何	0
IVC期	任何	任何	1

注：以上表格中年龄指患者病理组织标本获取日期时的年龄。

【**肢体**】指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。

【**肌力**】指肌肉收缩时的力量。肌力划分为0-5级，具体为：

0级：肌肉完全瘫痪，毫无收缩。

1级：可看到或者触及肌肉轻微收缩，但不能产生动作。

2级：肌肉在不受重力影响下，可进行运动，即肢体能在床面上移动，但不能抬高。

3级：在和地心引力相反的方向中尚能完成其动作，但不能对抗外加阻力。

4级：能对抗一定的阻力，但较正常人为低。

5级：正常肌力。

【**合理且必需**】

（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。

【**化学疗法**】指针对恶性肿瘤的化学治疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。本保险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。本保险所指的化学疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过中国国家药品监督管理局批准用于临床治疗。

【**放射疗法**】指针对恶性肿瘤的放射治疗。放疗是使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以抑制和杀灭癌细胞为目的而进行的治疗。本保险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。本保险所指的肿瘤免疫治疗使用的药物需符合法律、法规要求并经过中国国家药

品监督管理局批准用于临床治疗。

【肿瘤内分泌疗法】指针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。本保险所指的内分泌治疗使用的药物需符合法律、法规要求并经过中国国家药品监督管理局批准用于临床治疗。

【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。本保险所指的靶向治疗使用的药物需符合法律、法规要求并经过中国国家药品监督管理局批准用于临床治疗。

【质子重离子医疗费用】本保险合同中质子重离子医疗保险责任所约定的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。

【无有效驾驶证】被保险人存在下列情形之一者：

- （一）无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
- （二）驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- （三）实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶机动车牵引挂车；
- （四）持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
- （五）使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；
- （六）依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

【无有效行驶证】指下列情形之一：

- （一）机动车被依法注销登记的，或未按规定检验或检验不合格；
- （二）无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动车辆。

【既往症】指在第一次投保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：

- （一）在第一次投保前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- （二）在第一次投保前，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；
- （三）在第一次投保前，医生已有明确诊断，但未予以治疗。

【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。

【患艾滋病或感染艾滋病病毒】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。艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。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。

【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点。

【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》第十次修订版（ICD-10）确定。

【高风险运动】指比一般常规性的运动风险等级更高、更容易发生人身伤害的运动，在进行此类运动前需有充分的心理准备和行动上的准备，必须具备一般人不具备的相关知识和技能或者必须在接受专业人士提供的培训或训练之后方能掌握。被保险人进行此类运动时须具备相关防护措施或设施，以避免发生损失或减轻损失，包括但不限于潜水，滑水，滑雪，滑冰，驾驶或乘坐滑翔翼、滑翔伞，跳伞，攀岩运动，探险活动，武术比赛，摔跤比赛，柔道，空手道，跆拳道，马术，拳击，特技表演，驾驶卡丁车，赛马，赛车，各种车辆表演，蹦极。

【语言能力完全丧失或严重咀嚼吞咽能力功能障碍】语言能力完全丧失，指无法发出四种声音（包括口唇音、齿舌音、口盖音和喉头音）中的任何一种、或声带全部切除、或因大脑语言中枢受伤害而患失语症。严重咀嚼吞咽能力功能障碍，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】六项基本日常生活活动是指：

- （一）穿衣：自己能够穿衣及脱衣；
- （二）移动：自己从一个房间到另一个房间；
- （三）行动：自己上下床或上下轮椅；
- （四）如厕：自己控制进行大小便；
- （五）进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；
- （六）洗澡：自己进行淋浴或盆浴。

六项基本日常生活活动能力的鉴定不适用于 0-3 周岁幼儿。

【酗酒】指酒精摄入过量。长期过量饮酒导致身体脏器严重损害，或一次大量饮酒导致急性酒精中毒或自制力丧失造成自身伤害、斗殴肇事或交通肇事。酒精过量由医疗机构或公安部门判定。

【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。

【永久不可逆】指自疾病确诊或意外发生之日起，经过积极治疗 180 天后，仍无法通过现有医疗手段恢复。

【美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级】

美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）将心功能状态分为四级：

I 级：心脏病病人日常活动量不受限制，一般活动不引起乏力、呼吸困难等心衰症状。

II 级：心脏病病人体力活动轻度受限制，休息时无自觉症状，一般活动下可出现心衰症状。

III 级：心脏病病人体力活动明显受限，低于平时一般活动即引起心衰症状。

IV 级：心脏病病人不能从事任何体力活动，休息状态下也存在心衰症状，活动后加重。

【未到期净保费】指本保险所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由保险人退还的保险费金额。

未到期净保费=净保费×(1-m/n)，其中，m 为保险合同已生效的天数，n 为保险合同保险期限的天数，经过天数不足一日的按一日计算。

【不可抗力】指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

【有效身份证件】指由政府主管部门规定的证明个人身份的证件，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、驾驶证、社保卡等证件。

【特种药品】是指中华人民共和国国家卫生健康委员会在《新型抗肿瘤药物临床应用指导原则（2021 年版）》中对新型抗肿瘤药物的定义，即小分子靶向药物和大分子单克隆抗体类药物。

【处方】指由注册的执业医师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。

【续保】保险合同即将期满时，被保险人向保险人提出申请，重新办理保险手续的行为。