

国任财产保险股份有限公司

个人住院医疗保险（互联网专属）条款

总则

第一条 本保险合同（以下简称为“本合同”）由保险条款、投保单、保险单、健康问卷、声明、批单以及经投保人与保险人认可的、与保险合同有关的其它书面协议组成。凡涉及本合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 具有完全民事行为能力的被保险人本人或对被保险人有保险利益的团体或自然人均可作为本合同的投保人。

第三条 首次投保被保险人应为0周岁（出生满30日，含第30日）至70周岁（含70周岁）身体健康的自然人，具体投保年龄以保险单载明为准；若被保险人在71周岁至99周岁期间投保本保险，需要在上一个保险期间届满或保险期间届满前30日内重新提出投保申请，并经保险人审核同意。

第四条 除另有约定外，本合同的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 投保人为被保险人首次投保本保险或者非续保本保险时，自本合同生效之日起一定期限为等待期，最长不超过90天，等待期期限由投保人和保险人在投保时协商确定，并在保险单上载明。

被保险人在等待期内非因意外伤害罹患本合同所定义的重大疾病以外的疾病，导致需要接受第六条第（一）款约定的住院治疗或特殊门诊治疗、门诊手术治疗、住院前后门（急）诊治疗的，无论治疗该疾病所发生的费用是否发生在等待期内，保险人不承担赔偿保险金的责任，本合同继续有效。

被保险人在等待期内经医院初次确诊非因意外伤害导致罹患本合同所定义的重大疾病（无论一种或多种），保险人不承担保险责任，但无息退还投保人所交保险费，本合同终止。

投保人续保本保险或被保险人因遭受意外伤害事故需要接受本合同约定的治疗的无等待期。

第六条 在本合同保险期间内，保险人根据合同约定承担以下保险责任：

（一）一般医疗保险责任

在本合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患本合同所定义的重大疾病以外的疾病，在医院经专科医生诊断必须接受治疗的，对于被保险人支付的以下必需且合理的医疗费用，保险人在扣除本合同约定的免赔额后，依照本合同约定的赔偿范围

及给付比例承担一般医疗保险责任：

1. 住院医疗费用

被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患本合同所定义的重大疾病以外的疾病，在医院经专科医生诊断必须住院治疗的，保险人对被保险人在住院期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的住院医疗费用，**在扣除本合同约定的免赔额后，依照本合同约定的赔偿范围及给付比例赔偿。**

2. 特殊门诊医疗费用

被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患本合同所定义的重大疾病以外的疾病，在医院经专科医生诊断必需接受以下特殊门诊治疗的，保险人对被保险人在接受特殊门诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的特殊门诊医疗费用，**在扣除本合同约定的免赔额后，依照本合同约定的赔偿范围及给付比例赔偿。**

特殊门诊治疗包括：

- (1) 门诊肾透析；
- (2) 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；
- (3) 器官移植后的门诊抗排异治疗。

3. 门诊手术医疗费用

被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患本合同所定义的重大疾病以外的疾病，在医院经专科医生诊断必须接受门诊手术治疗的，保险人对被保险人在接受门诊手术治疗期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的门诊手术医疗费用，**在扣除本合同约定的免赔额后，依照本合同约定的赔偿范围及给付比例赔偿。**

4. 住院前后门（急）诊医疗费用

被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患本合同所定义的重大疾病以外的疾病，在医院经专科医生诊断必须接受住院治疗，在住院前（含住院当日）30日（含）和出院后（含出院当日）30日（含）内，被保险人因与该次住院相同原因而接受门（急）诊治疗的，保险人对被保险人在接受门（急）诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的门（急）诊医疗费用（此项费用不包括本条第（一）款第2项、第3项约定的特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用），**在扣除本合同约定的免赔额后，依照本合同约定的赔偿范围及给付比例赔偿。**

保险人对于以上四项医疗费用的一次或累计赔偿金额以本合同约定的一般医疗保险金额为限，保险人一次或累计赔偿金额达到本合同约定的一般医疗保险金额时，保险人对被

保险人在一般医疗保险金项下的保险责任终止。

（二）重大疾病医疗保险责任

在本合同保险期间内，被保险人经医院初次确诊因意外伤害导致罹患本合同所定义的重大疾病（无论一种或多种），或者在等待期后经医院初次确诊非因意外伤害导致罹患本合同所定义的重大疾病（无论一种或多种），且无论前述哪一种情形，在医院经专科医生诊断并接受相关治疗的，对于被保险人支付的以下医疗费用，**在扣除本合同约定的免赔额后，依照本合同约定的赔偿范围及给付比例赔偿重大疾病医疗保险金：**

1. 重大疾病住院医疗费用

被保险人经医院初次确诊因意外伤害导致罹患本合同所定义的重大疾病（无论一种或多种），或者在等待期后经医院初次确诊非因意外伤害导致罹患本合同所定义的重大疾病（无论一种或多种），并在医院经专科医生诊断必须住院治疗的，保险人对被保险人在住院期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的重大疾病住院医疗费用，**在扣除本合同约定的免赔额后，按照本合同约定的赔偿范围及给付比例进行赔偿。**

2. 重大疾病特殊门诊医疗费用

被保险人经医院初次确诊因意外伤害导致罹患本合同所定义的重大疾病（无论一种或多种），或者在等待期后经医院初次确诊非因意外伤害导致罹患本合同所定义的重大疾病（无论一种或多种），并在医院经专科医生诊断必须接受特殊门诊治疗的，保险人对被保险人在接受特殊门诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的重大疾病特殊门诊医疗费用，**在扣除本合同约定的免赔额后，按照本合同约定的赔偿范围及给付比例进行赔偿。**

特殊门诊治疗包括：

- （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；
- （3）器官移植后的门诊抗排异治疗。

3. 重大疾病门诊手术医疗费用

被保险人经医院初次确诊因意外伤害导致罹患本合同所定义的重大疾病（无论一种或多种），或者在等待期后经医院初次确诊非因意外伤害导致罹患本合同所定义的重大疾病（无论一种或多种），并在医院经专科医生诊断必须接受门诊手术治疗的，保险人对被保险人在接受门诊手术治疗期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的重大疾病门诊手术医疗费用，**在扣除本合同约定的免赔额后，按照本合同约定的赔偿范围及给付比例进行赔偿。**

4. 重大疾病住院前后门（急）诊医疗费用

被保险人经医院初次确诊因意外伤害导致罹患本合同所定义的重大疾病（无论一种或多种），或者在等待期后经医院初次确诊非因意外伤害导致罹患本合同所定义的重大疾病（无论一种或多种），并在医院经专科医生诊断必须接受住院治疗，在住院前（含住院当日）30日（含）和出院后（含出院当日）30（含）内，因与该次住院相同原因而接受门（急）诊治疗的，保险人对被保险人在接受门（急）诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的重大疾病门（急）诊医疗费用（不包括本条第（二）款第2项、第3项约定的重大疾病特殊门诊医疗费用和重大疾病门诊手术医疗费用），在扣除本合同约定的免赔额后，按照本合同约定的赔偿范围及给付比例进行赔偿。

5. 质子重离子医疗费用

被保险人经医院初次确诊因意外伤害导致罹患本合同所定义的重大疾病（无论一种或多种），或者在等待期后经医院初次确诊非因意外伤害导致罹患本合同所定义的重大疾病（无论一种或多种），保险人对被保险人在保险单上载明的特定医疗机构住院接受质子、重离子放射治疗期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的质子、重离子医疗费用，在扣除本合同约定的免赔额后，按照本合同约定的赔偿范围及给付比例进行赔偿。

特定医疗机构以在保险单中载明的名单为准。保险期间内保险人可以调整特定医疗机构名单，但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。

保险人对于以上五项医疗费用的一次或累计赔偿金额以本合同约定的重大疾病医疗保险金额为限，保险人一次或累计赔偿金额达到本合同约定的重大疾病医疗保险金额时，保险人对被保险人在重大疾病医疗保险金项下的保险责任终止。

保险期间内，保险人对本合同各项费用的累计赔偿金额之和以本合同约定的年度累计保险金额为限，当保险人一次或累计赔偿金额达到年度累计保险金额时，本合同终止。

第七条 补偿原则和赔偿标准

（一）本合同为费用补偿型保险合同，适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括但不限于社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、侵权人或侵权责任承担方、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从其他途径所获医疗费用补偿后的余额按照本合同的约定进行赔偿。被保险人的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，不进行前述扣除；

（二）本合同中所指免赔额指年免赔额。被保险人已获得的医疗费用补偿（指除社会

基本医疗保险和公费医疗以外被保险人从其他途径获得的医疗费用补偿)可抵扣年免赔额;

(三)一般医疗保险责任及重大疾病医疗保险责任项下1-4项给付比例:被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保,并以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的,给付比例为A;被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保,但未以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的,给付比例为B;被保险人以未参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保,给付比例为C。

重大疾病医疗保险金的第5项给付比例:无论被保险人是否以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保及就诊结算,给付比例均为100%。

(四)给付比例A、给付比例B、给付比例C由投保人和保险人在投保时协商确定,并在保险单中载明;

(五)被保险人在本合同保险期间届满前180天内(含)经医院专科医生诊断必须接受住院治疗的,如果在本合同保险期间届满之日该次住院治疗仍未结束的,保险人对于被保险人自该次住院开始之日起(含住院当日)180天内(含第180天)所发生的同一次住院的医疗费用,保险人按照本合同的约定承担保险责任,同时本合同终止。

责任免除

第八条 对于被保险人因以下任何情形而发生的任何费用,保险人不承担赔偿保险金的责任:

- (一)投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害;
- (二)被保险人故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施,或被国家机关依法拘禁、采取刑事强制措施或服刑期间伤病;
- (三)被保险人酗酒、殴斗、主动吸食或注射毒品,违反规定使用麻醉或精神药品;
- (四)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;
- (五)战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱;
- (六)核爆炸、核辐射或核污染;
- (七)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;
- (八)被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物;

（九）被保险人分娩（含剖腹产）、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）被保险人患精神和行为障碍（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》第十次修订版（ICD-10）为准）；

（十一）被保险人接受矫形、视力矫正手术、美容、变性手术、牙科保健及非意外伤害事故所致的整容手术；

（十二）被保险人在保单生效前罹患的、投保时尚未治愈的疾病；被保险人在投保时未如实告知的既往症；

（十三）被保险人在非本合同约定的医院就诊发生的医疗费用；

（十四）被保险人患遗传性疾病，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）；

（十五）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（但符合本合同“输血原因致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染”、“职业原因致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染”及“器官移植原因导致 HIV 感染”定义的不在此限，但上述职业类型应当符合中华人民共和国相关法律法规及公序良俗要求）；

（十六）康复治疗或训练、修养或疗养、健康体检、隔离治疗、保健食品及用品、体外或植入的医疗辅助装置或用具（义肢、轮椅、拐杖、助听器、眼镜或隐形眼镜、义眼等等）及其安装；

（十七）未经医生处方自行购买的药品或非医院药房购买的药品、医生开具的单次处方超过三十天部分的药品费用；

（十八）预防性治疗、实验性或试验性治疗。

保险金额和保险费

第九条 保险金额是保险人承担赔偿责任保险金责任的最高限额。本合同的一般医疗保险金额、重大疾病医疗保险金额以及本合同的年度累计保险金额由投保人和保险人在投保时协商确定，并在保险单中载明。保险人对于被保险人的所有赔偿不超过本合同保险单载明的年度累计保险金额。

第十条 保险费依据保险金额与保险费率计收，在保险单中载明。保险费支付方式由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单上载明。对保险合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

免赔额

第十一条 本合同一般医疗保险责任免赔额、重大疾病医疗保险责任免赔额由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单上载明。

犹豫期

第十二条 除另有约定外，自本合同生效之日起15日（含第15日）为犹豫期。投保人在此期间提出解除本合同，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费。

自保险人收到投保人解除合同的申请时起，本合同即被解除，保险人自始不承担保险责任。

犹豫期后申请解除合同会遭受一定经济损失，保险人将向投保人退还保险单的未到期保险费。

保险期间

第十三条 本合同为不保证续保合同，除另有约定外，本合同的保险期间为一年（或不超过一年），自保险单或其他保险凭证上记载的保险期间起始日零时起至保险期间期满日的24时止。保险期间届满前三十日内（含第三十日），投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，并经保险人同意，投保人交纳保险费，获得新的保险合同。

保险人义务

第十四条 本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十五条 订立本合同时，保险人应当向投保人说明本合同的内容。对本合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或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。

第十六条 保险人认为被保险人或受益人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人或受益人补充提供。

第十七条 保险人收到被保险人或受益人的赔偿保险金请求及完整材料后，事实清晰、责任明确且无需调查的，应当在5个工作日内作出是否属于保险责任的核定；情形复杂需要调查的，应当在30日内作出核定。

第十八条 保险人应当将核定结果在1个工作日内通知被保险人或受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或受益人达成赔偿保险金的协议后10日内，履行赔偿保险金义务。本合同对赔偿保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行赔偿保险金的义务。

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在 1 个工作日内向被保险人或受益人发出拒绝赔偿保险金通知书，并说明理由。

第十九条 保险人自收到赔偿保险金的请求和有关证明、资料之日起60日内，对其赔偿保险金的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予赔偿；保险人最终确定赔偿保险金的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第二十条 投保人应该按照本合同约定向保险人交纳保险费。

投保人选择一次性交纳保险费的，应当在本合同成立时一次性交清保险费。**投保人未按本款约定交清保险费的，本合同不生效，对本合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**

投保人选择分期交纳保险费的，应当在本合同成立时交清首期保险费。**投保人未按本款约定交清首期保险费的，本合同不生效，对本合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**

投保人选择分期交纳保险费的，在交纳首期保险费后，投保人应当在每个**保险费约定支付日**交纳其余各期的保险费。若投保人未按约定交纳保险费，除另有约定外，保险人允许投保人在保险人催告之日起30日内（含第30日）补交保险费，如果被保险人在此期限内发生保险事故，**保险人将扣减投保人欠交的保险费后按照本合同约定赔偿保险金。**

除另有约定外，若投保人在保险人催告之日起30日内（含第30日）未补交保险费，**本合同自上述期限届满之日的二十四时起效力中止，如果被保险人在合同效力中止期间发生保险事故的，保险人不承担保险责任。**

除另有约定外，本合同效力依照前款约定中止的，**经投保人申请并经保险人审核同意，同时经投保人补交欠交保险费后，合同效力恢复。**

第二十一条 订立本合同，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，保险人有权解除本合同。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿保险金责任，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，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿保险金责任，但应当退还保险费。

保险人在本合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除本合同；发生保险事故的，保险人应当承担赔偿保险金的责任。

第二十二条 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，均视为已发送给投保人。

第二十三条 年龄的计算及年龄、性别错误的处理

（一）被保险人的投保年龄按周岁计算；

（二）投保人在投保时应将被保险人的真实年龄与性别在投保单上填明，若发生错误，保险人按照下列规定办理：

（1）投保人申报的被保险人年龄不真实，且真实年龄不符合本合同约定的年龄限制，保险人对该被保险人不负保险责任，保险人可以解除本合同，并向投保人退还未满期保险费；

（2）投保人申报的被保险人年龄或性别不真实，导致投保人实付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，或在赔偿保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例赔偿；

（3）投保人申报的被保险人年龄或性别不真实，导致投保人实付保险费多于应付保险费，保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

第二十四条 保险事故发生后，投保人、被保险人或受益人应当及时通知保险人，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，将在1个工作日内一次性给予理赔指导。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，不承担赔偿保险金责任，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。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

保险金申请与赔偿

第二十五条 保险金申请人向保险人申请赔偿保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法核实部

分不承担赔偿保险金的责任。

(1) 理赔申请书；

(2) 保险金申请人的**有效身份证件**；

(3) 医院出具的完整病历资料（包括门急诊病历、处方，住院病历或出院记录以及检查报告、检验报告等）；

(4) 若被保险人未从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用收据原件、医疗费用明细清单；

若被保险人已从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用明细清单、医疗费用收据复印件、医疗费用分割单原始凭证（如社会基本医疗保险或公费医疗结算单、保险人在内的任何商业保险机构出具的理赔分割单、与工作单位及侵权人或侵权责任承担方达成的赔偿协议或和解协议或法院判决、调解生效的法律文书等取得医疗费用补偿的证明）；

(5) 被保险人罹患本合同所定义的重大疾病的，还应提供由医院专科医生出具的对被保险人的疾病诊断证明书以及由医院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（相关检验报告如已在病历中提交则无需重复提交）；

(6) 保险金申请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；

(7) 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。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

以上证明和资料不完整的，保险人将及时一次性通知投保人、保险金申请人补充提供有关证明和资料。

争议处理和法律适用

第二十六条 因履行本合同发生的争议，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且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国（不包括港、澳、台地区）人民法院起诉。

第二十七条 本合同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）。

第二十八条 保险金申请人向保险人请求赔偿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。

其他事项

第二十九条 本合同成立后将持续有效，直至保险单约定的保险期间届满或达到本合同约定的终止条件。

保险责任开始前，投保人要求解除本合同的，保险人应当无息全额退还投保人已交纳的保险费。

保险责任开始后，犹豫期内投保人要求解除本合同的，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费；犹豫期后投保人要求解除本合同的，自保险人接到解除保险合同申请书之时起，本合同解除，保险人自收到解除保险合同申请之日起 30 日内向投保人退还本合同的未到期保险费。若本合同已发生保险金赔偿，未到期保险费为零。

第三十条 投保人解除本合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险合同凭据；
- （三）保险费交付凭证；
- （四）投保人身份证明。

释义

第三十一条 除另有约定外，本合同中的下列词语具有如下含义：

【合法有效】本合同所指合法有效均以中华人民共和国法律、行政法规、地方性法规、行政规章及有关规范性法律文件的规定为判定依据。

【周岁】本合同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。

【重大疾病】本合同所定义的重大疾病共有一百种，是指被保险人在本合同的责任有效期内经专科医生明确诊断初次患下列疾病或初次达到下列疾病状态或在医院初次接受下列手术，其中第（一）至（二十八）种重大疾病为中国保险行业协会颁布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》（以下简称“规范”）规定的疾病，且疾病名称和疾病定义与“规范”一致，第（二十九）至（一百）种重大疾病为“规范”规定范围之外的疾病。重大疾病的名称及定义如下：

（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：

a. 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；

b. 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，仍遗留下述至少一种障碍：

（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）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的肝衰竭，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：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。

被保险人在 3 周岁之前因疾病或意外伤害导致的双耳失聪不在本合同保障范围内。先天性疾病所致的听力丧失不在本合同保障范围内。

(十四) 双目失明：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。

被保险人在 3 周岁之前因疾病或意外伤害导致的双目失明不在保障范围内。先天性疾病所致的视力丧失不在本合同保障范围内。

(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。

(二十三) 语言能力丧失：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。

被保险人在3周岁之前因疾病或意外伤害导致的语言能力丧失不在保障范围内。先天性失聪导致的语言能力丧失不在本合同保障范围内。

(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) 严重结核性脑膜炎后遗症：指由于结核杆菌感染引起脑膜、脑实质、脊膜及脊髓的非化脓性炎症，引起显著颅内压升高和严重神经系统功能损害，表现为意识障碍、颅神经损害、瘫痪、癫痫等。被保险人必须被明确诊断为结核性脑膜炎，并且满足下列所有条

件：

(1) 严重高颅压或脑积水，并且实际接受了外科减压性手术、脑脊液分流手术或外引流手术治疗；

(2) 确诊 180 天后，仍有一肢体或多肢体瘫痪，肌力 3 级（含）以下；

(3) 确诊 180 天后，仍有斜视、面神经麻痹或视力下降。

(三十一) 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。

(三十二) 职业原因致人类免疫缺陷病毒（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）。**必须满足下列所有条件：**

(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）	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）	消防人员

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 感染不在本保障范围内。保险人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。

(三十三) 严重重症肌无力：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。

（三十四）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

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。

（三十五）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。**本保险仅对脊髓灰质炎造成的神经系统功能损害导致被保险人一肢或一肢以上肢体机能永久完全丧失的情况予以理赔。**肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后，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。

（三十六）输血原因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）并且满足下列所有条件：

（1）在保障起始日之后，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。

任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致的 HIV 感染不在本合同保障范围内。

保险人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。

（三十七）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。

（三十八）严重肌营养不良症：肌营养不良症是一组遗传性肌肉变性性病变，临床特征为与神经系统无关的肌肉无力和肌肉萎缩。**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。**

（三十九）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合同保障范围内。

（四十）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。

下列疾病不在本合同保障范围内：

- （1）局限硬皮病；
- （2）嗜酸细胞筋膜炎；
- （3）CREST 综合征。

（四十一）严重冠心病：指经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。

（四十二）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。**必须满足下列所有条件：**

- （1）CT 显示胰腺广泛钙化或逆行胰胆管造影（ERCP）显示胰管扭曲、扩张和狭窄；
- （2）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。

（四十三）植物人状态：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。**

（四十四）重症急性坏死性筋膜炎截肢：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）。

（四十五）嗜铬细胞瘤：源于肾上腺髓质、交感神经节或其他部位的嗜铬组织发生的肿瘤，分泌过多的儿茶酚胺，并且已经实施了嗜铬细胞瘤切除手术。

（四十六）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。

（四十七）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。

单纯胰岛移植、部分胰腺组织或细胞移植不在本合同保障范围内。

（四十八）慢性肾上腺皮质功能衰竭：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，符合所有以下诊断标准：

- 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。

（四十九）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。

（五十）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。

（五十一）严重原发性硬化性胆管炎：指一种胆汁淤积综合征，其特征是肝内、肝外胆道因纤维化性炎症逐渐狭窄，并最终导致完全阻塞而发展为肝硬化。**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，血清 $\text{ALP}>200\text{U/L}$ ；

（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。

（五十二）严重慢性自身免疫性肝炎：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。

（五十三）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。

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本合同保障范围内。

（五十四）严重骨髓增生异常综合征：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。

（五十五）肠系膜上动脉梗塞致严重肠坏死

因肠系膜上动脉栓塞或血栓形成引起广泛小肠缺血坏死，临床表现为突发剧烈腹痛。被保险人实际接受了下列两项外科开腹手术治疗：

- (1) 肠系膜上动脉血栓摘除术（血栓内膜剥脱术）或搭桥手术；
- (2) 坏死肠管切除术。

（五十六）严重感染性心内膜炎：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本保障范围内。

(五十七) 主动脉夹层动脉瘤：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。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通过检验结果证实，检查包括超声心动图、数字减影血管造影，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。

(五十八) 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 IV 级，并持续 180 天以上；
- (2) 已经实施了开胸进行的心包剥脱或心包切除手术。

经胸腔镜、胸壁打孔进行的手术、心包粘连松解手术不在本保障范围内。

(五十九) 心脏粘液瘤切除手术：指为了治疗心脏粘液瘤，实际实施了开胸心脏粘液瘤切除手术。

经导管介入手术治疗不在本合同保障范围内。

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

- (1) 心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能 III 级或 IV 级；
- (2) 左室射血分数低于 35%；
- (3) 左室舒张末期内径 $\geq 55\text{mm}$ ；
- (4) QRS 时间 $\geq 130\text{msec}$ ；
- (5) 药物治疗效果不佳，仍有症状。

(六十一) 完全性房室传导阻滞：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心脏传导性疾病，**须明确诊断并且满足下列所有条件：**

- (1) 心电图显示房室搏动彼此独立，心室率 < 50 次/分钟；
- (2) 出现阿-斯综合征或心力衰竭的表现；
- (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。

(六十二) 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，经手术治疗后无法恢复。

本疾病必须有电生理检查结果和手术证实。

(六十三) 头臂动脉型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本合同保障范围内。

（六十四）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）动脉血气分析显示低氧血症。

疑似肺淋巴管肌瘤病除外。

（六十五）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（ PaO_2 ） $<50\text{mmHg}$ 和动脉血氧饱和度（ SaO_2 ） $<80\%$ 。

（六十六）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本合同保障范围内。

（六十七）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。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。

（六十八）克-雅氏病（CJD，人类疯牛病）：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。

（六十九）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。

（七十）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。

（七十一）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中的三项或三项以上。

（七十二）神经白塞病：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，并可累及大血管、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。

（七十三）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、神经纤维瘤不在本保障范围内。

（七十四）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。

（七十五）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任一条件：

(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。

(七十六) 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。

(七十七) 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、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本合同保障范围内。

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

本保险所指的系统性红斑狼疮性肾炎须满足下列条件之一：

(1) 经肾脏活检确认符合 WHO 诊断标准定义 III 型或 III 型以上狼疮性肾炎；

(2) 临床出现肾功能衰竭且达到尿毒症期。

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本保障范围内。

(七十九) 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：

①因严重心律失常植入了心脏起搏器；或

②因坏疽自跖趾关节或以上切除了一趾或多趾。

(八十) 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（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）；和

②性激素、甲状腺素、肾上腺皮质激素全面低下；

（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本合同保障范围内。

（八十一）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。

（八十二）肾髓质囊性病：肾髓质囊性病是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。

其他肾脏囊性病变不在本合同保障范围内。

（八十三）肝豆状核变性：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。

（八十四）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、因酗酒或饮酒过量所致的急性坏死性胰腺炎不在本合同保障范围内。

（八十五）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不在本保障范围内。

（八十六）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体表面积的3%。**面部面积不包括发部和颈部。**

（八十七）失去一肢及一眼：被保险人因同一次意外伤害事件或疾病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。

（八十八）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）。

（八十九）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）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。

（九十）Brugada 综合征：被保险人必须由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）有晕厥或心脏骤停病史，并提供完整的诊疗记录；

（2）心电图有典型的 I 型 Brugada 波；

（3）已经安装了永久性心脏起搏器。

（九十一）川崎病冠状动脉瘤手术：川崎病为一种病因不明的系统性血管炎。

本保险仅对诊断性检查证实川崎病并发冠状动脉瘤或其他心血管异常并且实际接受了手术治疗的情况予以理赔。

（九十二）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。

本保险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。

（九十三）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，不在保障范围内。**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，智商的检测必须由保险人认可的医院的儿童或成人精神卫生科、心理科或神经科专科医生进行。**并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）保险人认可的医院的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）保险人认可的医院的儿童或成人精神卫生科、心理科或神经科专科医生证实被保险人智力低常 IQ<50）（中度、重度或极重度）。

（九十四）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，**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。

（九十五）严重瑞氏综合征：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。

（九十六）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，造成多器官衰竭，死亡率高。

急性肺损伤或急性呼吸窘迫综合征必须由呼吸系统专科医师诊断，**被保险人初次确诊时年龄在 25 周岁以下，并有所有以下临床证据支持：**

（1）急性发作（原发疾病起病后 6 至 72 小时）；

（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） $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ （动脉血压分压/吸入气氧分压）低于 200mmHg；

（5）肺动脉嵌入压低于 18mmHg；

（6）临床无左房高压表现。

（九十七）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，不在本保障范围内。

（九十八）亚历山大病：亚历山大病（Alexander's Disease）是一种遗传性中枢神经系统退行性病变，特点为脑白质营养不良性。临床表现为惊厥发作、智力下降、球麻痹、共济失调、痉挛性瘫痪。亚历山大病必须被明确诊断，并且造成永久性神经系统功能障碍。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，日常生活必须持续接受他人护理。

未明确诊断的疑似病例不在本合同保障范围之内。

（九十九）重症手足口病：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。

重症手足口病指诊断为手足口病，且满足下列所有条件：

- （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）接受了住院治疗。

（一百）室壁瘤切除手术：被保险人被明确诊断为左室室壁瘤，并且实际接受了开胸进行的室壁瘤切除手术治疗。

经导管心室内成型手术治疗不在本合同保障范围之内。

【住院】指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院的正式病房接受全日二十四小时监护治疗的过程，并正式办理入住院手续。但不包括下列情况：

- （一）被保险人在医院的门（急）诊观察室，家庭病床（房）入住；
- （二）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；
- （三）被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；
- （四）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；
- （五）被保险人住院体检；
- （六）挂床住院及其他不合理的住院。

【医院】指国家卫生部医院等级分类中的二级或二级以上公立医院普通部及保险人扩展承保的指定医疗机构普通部，但不包括观察室、特需医疗、国际医疗、联合病房、康复病房和干部病房以及附属于前述医院或单独作为诊所、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒等或

相类似的医疗机构或保险人不予承保的医院。同时该医院必须具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且全日二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗和护理等服务。

注：保险人扩展承保的指定医疗机构名单和保险人不予承保的医院名单将在保险单中载明。保险人保留新增扩展承保指定医疗机构的权利。对于新增后的扩展承保指定医疗机构名单，保险人将会在其官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

【意外伤害】指外来的、突发的、不可预见的、非本意的和非疾病的导致被保险人身体受到伤害的客观事件。

【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，而不是指自本合同生效之后第一次经医院确诊患有某种疾病。

【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。

【必需且合理】必需且合理指：

（1）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。

（2）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。

【住院医疗费用】指被保险人住院期间发生的医疗费用，包括：

（一）床位费

指被保险人在住院期间发生的医院床位的费用，包括普通床位费和重症监护室床位费，不包括陪人床、观察病床位和家庭病床的费用。

（二）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，美容及减肥类药品，预防类药品，以及下列中药类药品：（1）主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药，如花旗参，冬虫草，白糖参，朝鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝，红参，琥珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，燕窝，野山参，移山参，珍珠（粉），紫河车，阿胶，阿胶珠，血宝胶囊，红桃K口服液，十全大补丸，十全大补膏等；（2）部分可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸，海马，胎盘，鞭，尾，筋，骨等；（3）用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

（三）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，包括注射费、机疗费、理疗费（中式理疗费：顺势疗法、正骨治疗、针灸治疗费；西式理疗费：物理治疗、美式脊椎矫正、职业疗法、语音治疗费）、输血费、输氧费、体外反搏费等。

（四）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。

（五）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。

（六）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。**

【化学疗法】指针对恶性肿瘤的化学治疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。本合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化疗。

【放射疗法】指针对恶性肿瘤的放射治疗。放疗是使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以抑制和杀灭癌细胞为目的而进行的治疗。本合同所指的放疗为被保险人根据医嘱，在医院的专门科室进行的放疗。

【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入宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本合同所指的肿瘤免疫疗法使用的药物需符合法律、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疗法使用的药物需符合法律、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，针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到

肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本合同所指的靶向疗法使用的药物需符合法律、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、重离子放射治疗】指利用质子和重离子对肿瘤进行放射治疗的技术。本合同所指的质子、重离子放射治疗是指被保险人根据医嘱，在保险单载明的特定医疗机构的专门治疗室内接受的质子和重离子放射治疗。

【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、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。

【社会基本医疗保险】指《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。

【同一次住院】与前次住院原因相同，且前次出院与下次入院间隔未超过三十日（含第三十日）的再次住院视为同一次住院。

【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。

【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。

【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）没有取得中华人民共和国有关主管部门颁发或者认可的驾驶资格证书或驾驶证已过有效期的；

（二）驾驶与合法有效驾驶证准驾车型不相符合的车辆；

（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，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；

（四）在驾驶证有效期内未按照中华人民共和国法律、行政法规的规定定期对机动车驾驶证实施审验的或持审验不合格的驾驶证，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，驾驶营业性车辆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。

【无合法有效行驶证】指发生保险事故时没有按照公安机关交通管理部门机动车登记制度的规定进行登记并领取机动车行驶证或者临时通行牌证等法定证件。包括下列情形之一：

（一）未办理行驶证或者行驶证在申办过程中的；

(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；

(三) 机动车或机动车行驶证被依法注销登记的或行驶证已过有效期的；

(四) 未在行驶证检验有效期内依法按时进行机动车安全技术检验或者未通过机动车安全技术检验的；

(五) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许机动车行驶的其他情况。

【机动车】指以动力装置驱动或者牵引，上道路行驶的供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆。

【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、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。

【ICD-10】《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。

【既往症】指在保单生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。通常有以下情况：

(一) 医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

(二) 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) 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。

【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》第十次修订版（ICD-10）确定。

【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。

【未到期保险费】指本合同所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由保险人退还的那部分金额。

犹豫期内退保的，未到期保险费=投保人已交纳保险费。犹豫期后退保的，

若保险费为一次性支付的：

未到期保险费=投保人已交纳保险费×[1-(保险单已生效天数/保险期间天数)]

若保险费为分期支付的：

未到期保险费=投保人已交纳当期保险费×[1-(保险单当期已经过天数/当期总天数)]

已生效或已经过天数不足一天的按一天计算。若本合同已发生保险金赔偿，未到期保险费为零。

【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。如保险合同生效日为 2019 年 6 月 8 日，则次月的保险费约定支付日为 2019 年 7 月 8 日，以此类推，则最后一个月的保险费约定支付日为 2020 年 5 月 8 日。

【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，被保险人、受益人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

【有效身份证件】指由中华人民共和国政府主管部门规定的能够证明其身份的证件，如：居民身份证、军官证、警官证、士兵证、户口簿以及中华人民共和国政府主管部门颁发或者认可的有效护照或者其他身份证明文件。

【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-0-3】《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-0-3），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-0-3 不一致的情况，以 ICD-0-3 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

pT_x：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≤2cm

T_{1a} 肿瘤最大径≤1cm

T_{1b} 肿瘤最大径>1cm, ≤2cm

pT₂: 肿瘤 2~4cm

pT₃: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内

pT_{3b}: 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

pT_{4a}: 侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT_{4b}: 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pT_x: 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≤2cm

T_{1a}: 肿瘤最大径≤1cm

T_{1b}: 肿瘤最大径>1cm, ≤2cm

pT₂: 肿瘤 2~4cm

pT₃: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内

pT_{3b}: 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

pT_{4a}: 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

pT_{4b}: 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

pN_x: 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

pN_{1a}: 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。

pN_{1b}: 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
	3a~3b	任何	0
III期	4a	任何	0
IVA 期	4b	任何	0
IVB 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】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。

【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。

【语言能力完全丧失或严重咀嚼吞咽功能障碍】语言能力完全丧失，指无法发出四种语音（包括口唇音、齿舌音、口盖音和喉头音）中的任何三种、或声带全部切除，或因大脑语言中枢受伤害而患失语症。

严重咀嚼吞咽功能障碍，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】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。

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

【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。

【挂床住院】指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非二十四小时在院。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。