融盛财产保险股份有限公司
个人医疗保险（互联网专属 B 款）条款

总则

第一条 合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、保险单以及经投保人和保险人认可的与保险合同有关的其他书面凭证（包括但不限于健康问卷、声明、批单）组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 投保人

具有完全民事行为能力的被保险人本人或者对被保险人具有保险利益的其他自然人、法人或者非法人组织，可作为本保险合同的投保人。

第三条 被保险人

除另有约定外，年龄为出生满28天(含)至105周岁(含)，能正常工作、生活的自然人，可作为本保险合同的被保险人。

第四条 受益人

除另有约定外，本保险合同保险金的受益人为被保险人本人。

第五条 保障区域

本保险合同的保障区域为中华人民共和国境内（不含港澳台地区）。**被保险人在本保险合同约定的保障区域外就医的，不属于保险责任范围。**

第六条 互联网产品

本保险合同仅限于互联网渠道销售。

保险责任

第七条 保险责任

本保险合同的保险责任分为必选责任及可选责任。其中，第（一）至第（九）款为必选责任，第（十）款、第（十一）款为可选责任。投保人在已选择投保必选责任的前提下，可以选择投保可选责任中的一项或多项；投保人未投保必选责任的，不得单独投保可选责任。本保险合同所承保的具体保险责任由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险单中载明。**投保人所投保的保险责任一经确定，在本保险合同保险期间内不得变更。发生保险事故后，保险人依照本保险合同的约定承担保险责任。**

（一）基本医疗保险范围内外医疗及外购药械费用保险金（必选）

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或**在等待期后**因罹患疾病，在**保险人指定或认可的医疗机构**接受治疗的，保险人对下述1-5类费用，在扣除已从其他途径获得的医疗费用补偿以及约定的免赔额后，按照本保险合同约定的赔付比例给付基本医疗保险范围内外医疗及外购药械费用保险金，免赔额、赔付比例将在保险合同上予以载明。

1. 住院医疗费用

指被保险人经**保险人指定或认可的医疗机构**诊断必须

接受住院治疗时，被保险人住院期间实际发生的、需个人支付的、必需且合理的住院医疗费用。

到本保险合同满期日时，被保险人未结束本次住院治疗的，保险人继续承担因本次住院发生的、**最高不超过本保险合同满期日后30日内（含第30日，若保险合同对天数另有约定的，以合同约定为准）**的符合上述约定的住院医疗费用。

2. 特殊门诊医疗费用

指被保险人在**保险人指定或认可的医疗机构**接受特殊门诊治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的特殊门诊医疗费用，包括：

（1）门诊肾透析费，门诊激光治疗费；

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

（3）器官移植后的门诊抗排异治疗费。

3. 门诊手术医疗费用

指被保险人经**保险人指定或认可的医疗机构**的**专科医生**诊断必须接受**门诊手术**治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的门诊手术医疗费用。

4. 住院前后门急诊医疗费用

指被保险人经**保险人指定或认可的医疗机构**的**专科医生**诊断必须接受住院治疗，**在保险单载明的住院前治疗天数内以及出院后治疗天数内**，因与该次住院相同原因而接受门

急诊治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的门急诊医疗费用**（但不包括基本医疗保险范围内外医疗及外购药械费用医疗保险金项下的特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用）**。

上述保险单载明的住院前治疗天数以及出院后治疗天数，由投保人、保险人协商确定，并在保险单中载明；如未载明的，则**默认为住院前30日（含住院当日，以住院病历或出院小结为准）和出院后30日（含出院当日，以住院病历或出院小结为准）**。

5. 外购药品及外购医疗器械费用

指被保险人在**院外**购买的、基本医疗保险范围内外医疗及外购药械费用医疗保险金项下 1-4 类费用责任范围内的、应当由被保险人支付的必需且合理的**外购药品及外购医疗器械费用。**

本款责任不包括本条款“（二）重大疾病医疗及外购药械费用保险金”和“（四）特定药品医疗保险金”应赔付部分。

对于以上1-5项费用之和，保险人按照基本医疗保险范围内外医疗及外购药械费用医疗保险金约定给付保险金，累计给付金额达到本项责任保险金额后，保险人的本项保险责任终止。

（二）重大疾病医疗及外购药械费用保险金（必选）

在保险期间内，若被保险人遭受意外伤害事故或**在等待**

期后，经**保险人指定或认可的医疗机构**的**专科医生**初次确诊罹患**的**本保险合同中定义的重大疾病**（无论一种或多种，**但不包括因被保险人投保前已罹患的既往症及其并发症导致的本保险合同中定义的重大疾病**），并因此在符合前述条件的医疗机构接受治疗的，对被保险人在保险期间内实际发生的、必需且合理的下述1-5类费用，**在扣除已从其他途径获得的医疗费用补偿以及约定的免赔额后，按照本保险合同约定的赔付比例给付重大疾病医疗及外购药械费用保险金，免赔额、赔付比例将在保险合同上予以载明。

1. 重大疾病住院医疗费用

被保险人经**保险人指定或认可的医疗机构**的**专科医生**诊断必须入住正式病房并接受全日24小时监护治疗，且办理了正式入、出院手续的情形下，其产生的必需且合理的重大疾病（无论一种或多种）住院医疗费用。

到本保险合同满期日时，被保险人未结束本次重大疾病住院治疗的，保险人继续承担因本次住院发生的、**最高不超过本保险合同满期日后30日内（含第30日，若保险合同对天数另有约定的，以合同约定为准）**的符合上述约定的重大疾病住院医疗费用。

2. 重大疾病特殊门诊医疗费用

被保险人经**保险人指定或认可的医疗机构**的**专科医生**诊断必须接受重大疾病特殊门诊治疗的情形下，其产生的必

需且合理的特殊门诊医疗费用，**但不包括重大疾病住院前后门急诊医疗费用和特需门诊费用。**

重大疾病特殊门诊医疗费用包括：

（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。

3. 重大疾病门诊手术医疗费用

指被保险人经**保险人指定或认可的医疗机构**的**专科医生初次**诊断罹患重大疾病必须接受**门诊手术**治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的门诊手术医疗费用。

4. 重大疾病住院前后门急诊医疗费用

指被保险人经**保险人指定或认可的医疗机构**的**专科医生初次**诊断罹患重大疾病必须接受住院治疗，**在保险单载明的住院前治疗天数内以及出院后治疗天数内**，因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的门急诊医疗费用**（但不包括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）。**

上述保险单载明的住院前治疗天数以及出院后治疗天数，由投保人、保险人协商确定，并在保险单中载明；如未载明的，则**默认为住院前30日（含住院当日，以住院病历或出院小结为准）和出院后30日（含出院当日，以住院病历或**

出院小结为准）。

5. 重大疾病外购药品及外购医疗器械费用

指被保险人在**院外**购买的、重大疾病医疗及外购药械费用保险金项下 1-4 类费用责任范围内的、应当由被保险人支付的必需且合理的**重大疾病外购药品及外购医疗器械费用。**

本款责任不包括本条款“（一）基本医疗保险范围内外医疗及外购药械费用保险金”和“（四）特定药品医疗保险金”应赔付部分。

对于以上1-5项费用之和，保险人按照重大疾病医疗及外购药械费用保险金约定给付保险金，累计给付金额达到本项责任保险金额后，保险人的本项保险责任终止。

（三）质子重离子医疗保险金（必选）

在保险期间内，被保险人**在等待期后**经**保险人指定或认可的医疗机构**的**专科医生初次确诊**罹患本保险合同所定义的**恶性肿瘤——重度**，并在本保险合同约定的**质子重离子医院**接受质子重离子治疗的，对于被保险人需个人支付的、必需且合理的质子重离子医疗费用，保险人在扣除约定的免赔额后，按照本保险合同约定的赔付比例给付质子重离子医疗保险金。

被保险人在投保前或在等待期内已确诊恶性肿瘤——重度的，保险人不承担给付质子重离子医疗保险金的责任。

（四）特定药品医疗保险金（必选）

在保险期间内，被保险人**在等待期后**经**保险人指定或认**

可的医疗机构的**专科医生初次确诊**罹患本保险合同约定的疾病且需使用本保险合同**约定承保的特定药品清单**中的药品，对于保险期间内被保险人在**保险人认可的特定药品医疗机构或药店**实际支出的本保险合同约定承保的特定药品清单中药品的费用，保险人**在扣除已从其他途径获得的医疗费用补偿以及约定的免赔额后**，按照本保险合同约定的赔付比例给付特定药品医疗保险金。

给付特定药品医疗保险金须同时满足以下条件：

1. 该特定药品须由保险人指定或认可的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；

2. 该特定药品必须为本保险合同期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，且在约定承保的特定药品清单列表中；

3. 每次特定药品处方剂量不超过30日（含30日）；

4. 被保险人须在保险人认可的特定药品医疗机构或药店购买上述处方中所列的特定药品；

5. 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，具体流程见本条款“特定药品理赔申请、药品处方审核及购药流程”。

特定药品清单中特定药品涉及慈善援助的，被保险人从慈善组织获得援助的药品费用不纳入特定药品医疗保险金的赔付范围。

（五）恶性肿瘤——重度基因检测费用保险金（必选）

在保险期间内，被保险人**在等待期后**经**保险人指定或认可的医疗机构**的**专科医生初次确诊**罹患本保险合同所定义的**恶性肿瘤——重度**，对于被保险人因治疗该疾病而在**约定的基因检测机构**实际发生的、需个人支付的、必需且合理的基因检测费用，**保险人在扣除约定的免赔额后，按约定的赔付比例给付恶性肿瘤——重度基因检测费用保险金。**

（六）救护车费用保险金（必选）

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或**在等待期后**罹患疾病，自发生之日起24小时内实际支出的、必需且合理的**救护车**费用，**保险人在扣除约定的免赔额后，按约定的赔付比例给付救护车费用保险金。**

（七）重大疾病异地转诊公共交通费用及住宿费用保险金（必选）

在本保险合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或**在等待期后**，经中华人民共和国境内（不包括香港、澳门及台湾地区）**保险人指定或认可的医疗机构**的**专科医生初次确诊**罹患本保险合同所约定的重大疾病，因病情需要跨省或自治区或直辖市**（仅限中国大陆境内，不包括境外及港澳台地区）住院治疗，**经被保险人申请，**由转出医疗机构开具转院证明，**保险人对下述1-2类费用，按照本保险合同约定承担给付重大疾病异地转诊公共交通费用及住宿费用保险金的责任：

1. 重大疾病异地转诊公共交通费用

指对被保险人和被保险人的**一名成年直系亲属**陪同时（如有）发生的必需且合理的因异地转诊产生的客运公共交通费用。

除另有约定外，**飞机舱位级别最高以经济舱（包含超级经济舱）为限，火车（含动车、高铁）以软卧或一等座为限。**

2. 重大疾病异地转诊住宿费用

指对被保险人和被保险人的**一名成年直系亲属**陪同时（如有）发生的必需且合理的因异地转诊产生的住宿费用，住宿费为到达转院目的地后的住宿费。

除另有约定外，**住宿酒店以三星级及以下的标准间（标准双床房或标准大床房）为限，对于除住宿费用以外的住宿酒店用餐、住宿酒店附带费用、被保险人自行升级房间等费用，保险人不承担保险责任。**

除另有约定外，**保险人在保险期间内一次或多次重大疾病异地转诊住宿费用的累计给付天数以180日为限。**

对于以上两类费用，保险人**在扣除约定的单次免赔额后**，按照本保险合同约定的赔付比例进行赔付。**保险人累计给付金额之和以本保险合同约定的重大疾病异地转诊公共交通费用及住宿费用保险金额为限，保险人一次或多次累计给付金额之和达到本保险合同约定的重大疾病异地转诊公共交通费用及住宿费用保险金额时，本保险合同终止。**

被保险人在等待期内初次确诊罹患本保险合同所约定的重大疾病，保险人不承担给付重大疾病异地转诊公共交通

费用及住宿费用保险金的责任。

（八）重大疾病院内医疗津贴保险金（必选）

被保险人因遭受意外伤害事故或**在等待期后**，经**保险人指定或认可的医疗机构**的**专科医生确诊初次罹患**本保险合同约定的重大疾病中的一种或多种，在保险期间内入住**保险人指定或认可的医疗机构**接受住院治疗的，且被保险人住院期间在**院内**实际发生的、需个人支付的、必需且合理的住院医疗费用累计超过约定的起赔金额**（如未约定，则默认为3万元人民币）**的，保险人按本保险合同约定的保险金额一次性给付重大疾病院内医疗津贴保险金，且**保险人对被保险人在本项责任下的保险责任终止。**

（九）重大疾病住院津贴保险金（必选）

被保险人因遭受意外伤害事故或**在等待期后**，经**医疗机构**的**专科医生确诊初次罹患**本保险合同约定的重大疾病中的一种或多种，在保险期间内入住**指定医疗机构**接受住院治疗的，保险人对于被保险人每次住院的实际住院天数，**在扣除本保险合同约定的免赔天数后，**按本保险合同约定的重大疾病住院津贴每日赔付金额给付重大疾病住院津贴保险金，具体计算公式如下：

重大疾病住院津贴保险金 =（每次实际住院天数 - 免赔天数）×重大疾病住院津贴每日赔付金额

重大疾病住院津贴每日赔付金额和免赔天数以保险单载明。

截至本保险合同保险期间届满日，若被保险人仍未结束住院治疗的，对于被保险人在保险期间届满日起30日（含第30日）内的住院治疗，保险人继续按照本保险合同的约定在重大疾病住院津贴最高给付日数内承担给付重大疾病住院津贴保险金责任。

在本保险合同保险期间内，保险人一次或累计给付重大疾病住院津贴保险金日数达到重大疾病住院津贴最高给付日数（该最高给付日数以保险单载明为准，未载明的默认为180日）时，保险人对被保险人在重大疾病住院津贴保险金项下的保险责任终止。

（十）重大疾病特需医疗保险责任（可选）

在保险期间内，对于本保险合同约定的“重大疾病医疗及外购药械费用保险金”责任，保险人扩展承保被保险人在**保险人指定或认可的医疗机构**的**特需医疗部、国际医疗部、外宾医疗部、VIP部**接受治疗实际发生的、必需且合理的医疗费用。

（十一）免赔额豁免保险责任（可选）

在保险期间内，**在同时符合下述条件的前提下，**保险人在给付特定保险金时不再扣除约定的免赔额，除另有约定外，特定保险金指“基本医疗保险范围内外医疗及外购药械费用保险金”：

1. 投保人同时为多人投保多份本保险合同且多份合同具有相同的合同终止日期；

2. 保险合同的被保险人应为投保人本人、投保时与投保人具有保险利益的其他人；

3. 所有保险合同特定保险金在保险期间内的累计免赔额达到保险单中约定的金额。

第八条 等待期

等待期是指自保险期间起始时间起计算的一段时间，经过该段时间后，保险人才对被保险人承担给付保险金责任。**被保险人在投保后至等待期结束前发生的疾病所导致的医疗费用，无论此等费用是否发生在等待期内，保险人均不承担保险金给付责任。**

本保险合同的等待期由投保人和保险人双方约定，并在保险单中载明。**如未载明的，则默认为30天。被保险人因意外伤害发生保险事故的，没有等待期。**

续保的情况下，等待期为0天。本保险合同期满前，投保人可向保险人申请续保，经保险人审核后予以承保；续保合同保险期间的起始日期与续保对应上一保险合同保险期间的终止日期相连不间断。

第九条 费用补偿原则

本保险合同的第（一）至第（七）款及第（十）款保险责任适用医疗费用补偿原则。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，以及依法承担侵权损害赔偿责任的第三人等）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赔付。

责任免除

第十条 情形除外

除另有约定外，在下列任一情形下，保险人不承担赔付保险金的责任：

（一）投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；

（二）被保险人故意自杀、自伤，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；

（三）被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施、被政府依法拘禁以及入狱期间伤病；

（四）被保险人殴斗、醉酒、主动吸食或注射毒品，违反规定使用麻醉或精神药品；

（五）被保险人未遵医嘱擅自服用、涂用、注射药物；

（六）被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或者驾驶无合法有效行驶证的机动交通工具；

（七）保险人与被保险人在保险单中约定的既往症、除外疾病及除外情况下导致或发生的相关费用；

（八）等待期内药物过敏、食物中毒、细菌或病毒感染（但因意外事故导致形成伤口而发生的感染除外）**或其他医疗导致的伤害；**

（九）被保险人从事的职业不属于本保险合同的承保范围；被保险人从事职业运动或可获得报酬的运动、竞技，

在训练或比赛中受伤；被保险人从事或参加高风险运动，如：潜水、滑水、冲浪、赛艇、漂流、滑翔翼、热气球、跳伞或其他高空运动、蹦极、乘坐或驾驶商业民航班机以外的飞行器、攀岩、攀登海拔3500米以上的独立山峰、攀爬建筑物、滑雪、滑冰、武术、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、拳击、马术、赛马、赛车、特技表演（含训练）、替身表演（含训练）、探险或考察活动（洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等）；

（十）被保险人患性病，精神和行为障碍，在本保险合同承保范围外的遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定）；

（十一）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（但符合本保险合同约定的“职业原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染”、“输血原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染”、“器官移植原因导致HIV感染”不在此限）；

（十二）战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱；

（十三）核爆炸、核辐射或者核污染、化学污染。

第十一条 费用除外

除另有约定外，对于如下列明的所有费用，保险人不承担赔付保险金的责任：

（一）未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及其后果所产生的费用；

（二）未被治疗所在地权威部门批准的治疗，使用未获

得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物，以及上述治疗或药品药物导致的后续医疗费用；

（三）所有基因疗法和细胞免疫疗法造成的医疗费用；

（四）各类医疗鉴定、检测费用，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、遗传基因鉴定费用，但本保险合同另有约定的不受此限；

（五）因职业病、医疗事故导致的医疗费用；

（六）被保险人在不符合本保险合同约定的医疗机构或药店就诊发生的医疗费用；

（七）未经医生建议自行进行任何治疗或未经医生处方自行购买药品产生的费用；虽持有医生处方或建议，但未在开具处方的医生执业的医疗机构购买药品、医疗器械或医疗耗材产生的费用（以收费票据载明信息为准）；虽持有医生建议，但治疗在非保险人指定或认可的医疗机构/药店进行或由非保险人指定或认可的医疗机构/药店收取的费用（以医疗费票据载明信息为准）；虽持有医生处方，但处方剂量超过30天部分的药品费用；

（八）恶性肿瘤特定药品的使用与中国国家药品监督管理部门批准的该恶性肿瘤特定药品说明书所列明的适应症及用法用量不符的药品费用；临床不能证明医嘱或处方所列恶性肿瘤特定药品是对被保险人所患的恶性肿瘤治疗有效的药品所产生的费用；被保险人的疾病状况对购买或领取

的恶性肿瘤特定药品已经形成耐药后产生的该药品费用；

（九）冒名住院、被保险人未到达医疗机构就诊即代诊、不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院而拒不出院（从医疗机构确定出院之日起发生的一切医疗费用）所产生的费用；

（十）肥胖症相关手术、袖状胃切除术（用于治疗糖尿病时除外）**、整形手术、美容或整容手术、变性手术及前述手术的并发症或因前述手术导致的医疗事故；被保险人怀孕、流产、分娩（含剖宫产）、避孕、节育（含绝育）、绝育后复通、治疗不孕不育症、人工受孕、产前产后检查及由以上原因导致的并发症；牙科疾病及相关治疗，视力矫正手术，**但因意外所致的不受此限；**被保险人因预防、康复、休养或疗养、医疗咨询、健康体检、非处方药物、以捐献身体器官为目的的医疗行为、保健性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；眼镜或隐形眼镜、义齿、义眼、义肢、轮椅、拐杖、助听器等康复性器具，所有非处方医疗器械所产生的费用；包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗的费用；除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节、心脏起搏器、人工肺、人工肾、人工食管、人工胰、人工血管以外的人工器官材料费、安装和置换等费用。**

保险金额、免赔额、赔付比例

第十二条 保险金额

本保险合同的保险金额是保险人承担给付该被保险人

保险金责任的最高限额。

本保险合同的各项保险金额由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

第十三条 免赔额

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

（一）被保险人自行承担的属于本保险合同保险责任范围内的医疗费用，包括其基本医疗保险个人账户支出的医疗费用；

（二）从基本医疗保险和公费医疗保险之外的其他途径获得的属于本保险合同保险责任范围内的医疗费用补偿。

通过基本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。

本保险合同的免赔额由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

第十四条 赔付比例

本保险合同的赔付比例由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，**并根据被保险人在投保时有无基本医疗保险或公费医疗的不同情况约定对应的赔付比例**，在保险单中载明。

若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，但未以参加基本医疗保险或公费医疗身份就诊并结算的，则保险人根据保险单单独约定的赔付比例进行赔付。

犹豫期

第十五条 犹豫期

除另有约定外，**自本保险合同生效之日零时起15日（含第15日）为犹豫期。**在此期间请投保人认真审视本保险合同，如果投保人认为本保险合同与投保人的需求不相符，投保人可以在此期间提出解除本保险合同，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书面申请或双方认可的其他形式起，本保险合同即被解除，**合同解除前发生的保险事故保险人不承担保险责任。**

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本保险合同的申请，视为投保人的书面申请。

保险费

第十六条 保险费

本保险合同的保险费及其支付方式由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

保险期间与续保

第十七条 保险期间

本保险合同的保险期间由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明，且最长不得超过一年。

第十八条 非保证续保

本保险合同为非保证续保合同。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。

若保险期间届满时，本保险合同对应保险产品统一停售，保险人将不再接受投保申请。

保险人义务

第十九条 格式条款的提示与说明

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。

第二十条 签发保单

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。

第二十一条 及时一次性通知补充索赔证明和资料

保险人认为投保人、被保险人或者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、被保险人或者受益人补充提供。

第二十二条 及时核定赔付

保险人收到被保险人或者受益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30日内作出核定，但保险责任的核定必须依赖于特定证明、鉴定、判决、裁定或其他证据材料的，保险人应在被保险人或者受益人提供或自行取得上述证据材料起30日内作出核定。

保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益人达成给付保险金的协议后10日内，履行给付保险金义务。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3日内向被保险人或者受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

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 交费义务

除另有约定外，投保人应当在订立本保险合同时一次性足额交清保险费。投保人未按照本保险合同的约定一次性足额交清保险费的，保险合同不生效，保险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。

第二十四条 如实告知义务

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约定的义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本保险合同。

前款约定的合同解除权，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。

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

保险人在本保险合同订立时已经知道投保人、被保险人未如实告知的情况的，保险人不得解除本保险合同；发生保险事故的，保险人承担给付保险金的责任。

第二十五条 住址或通讯地址变更通知义务

为确保保险人的通知能有效送达，请投保人务必正确填写投保人、被保险人及受益人的住所、通讯地址、电话及电子邮箱等联系方式。当这些联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。**如果未能通知保险人，保险人按所知的最后联系方式所发送的有关通知，均视**

为已经送达给投保人、被保险人及受益人。

第二十六条 年龄的确定及错误的处理

被保险人的投保年龄，以法定身份证件登记的周岁年龄为准，本保险合同所承保的被保险人的投保年龄必须符合年龄要求。投保人在申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。若发生错误，保险人按照以下规定处理：

（一）投保人申报的被保险人年龄不真实，且真实年龄不符合本保险合同约定的年龄限制的，保险人有权解除本保险合同，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，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，导致投保人支付保险费多于应付保险费的，保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

第二十七条 保险事故通知义务

发生保险责任范围内的事故后，保险人及时了解保险事故的性质、发生原因、损失情况，对给付保险金至关重要。**投保人、被保险人或受益人应在知道保险事故发生之日起10日内书面说明事故发生的原因、经过和损失情况并通知保险人。**

如果投保人、被保险人或受益人因故意或重大过失未

及时通知，导致保险事故的性质、发生原因、损失情况等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，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。

第二十八条 其他内容变更通知义务

在保险期间内，投保人需变更合同内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

被保险人应当在本保险合同约定的医疗机构接受治疗。**如果因急诊未在约定的医疗机构接受治疗的，应当在接受治疗之日起3日内通知保险人，并在病情好转后及时转入约定的医疗机构。**

保险金申请与给付

第二十九条 保险金的申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，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。**

（一）保险金给付申请书；

（二）保险单；

（三）被保险人身份证明、保险金申请人身份证明；

（四）支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，保险

人指定或认可的医疗机构出具的病历资料、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、费用明细单据等；

（五）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；

（六）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。

第三十条 特定药品理赔申请、药品处方审核及购药流程

在本保险合同保险期间内，如果被保险人需在保险人认可的特定药品医疗机构或药店购买专科医生开具的药品处方中所列明的药品，需按照以下流程进行理赔申请、药品处方审核和药品购买：

（一）理赔申请和药品处方审核

保险金申请人向保险人提交特定药品医疗保险金理赔申请（以下简称“理赔申请”），并提供保险金申请所需提供的材料。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理赔申请或者处方审核未通过，保险人不承担赔偿特定药品医疗保险金的责任。

（二）药品购买

特定药品理赔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居住地点，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）。

第三十一条 保险金的计算

单次就诊赔付的保险金 =（该次就诊医疗机构收取的被保险人自行承担的符合保险责任定义的医疗费用 - 未抵扣完毕的免赔额）×约定的赔付比例。

医疗机构收取的被保险人自行承担的符合保险责任定义的医疗费用未超过免赔额的，保险人无需赔付保险金。

累计赔付的保险金以本保险合同约定的对应保险金额为限。

争议处理和法律适用

第三十二条 争议处理

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且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国境内（不含港澳台地区）有管辖权的人民法院起诉。

第三十三条 法律适用

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）。

其他事项

第三十四条 保险合同变更

在本保险合同有效期内，经与保险人协商一致，投保人可以变更本保险合同的有关内容。合同变更可以通过对本保险合同批注或附贴批单以及双方订立书面变更协议来实现。

第三十五条 保险合同解除

本保险合同成立后，除另有约定外，投保人可以要求解除本保险合同。**但已发生任何保险金给付或已发生本保险合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，投保人不得要求解除本保险合同。**

投保人要求解除本保险合同时，应填写保险合同解除申请书，并提交保险单、保险费交付凭证和投保人身份证明。本保险合同自保险人接到保险合同解除申请书时终止。

保险责任开始前或犹豫期结束前，投保人要求解除保险合同的，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费。

犹豫期结束后，投保人要求解除保险合同的，保险人应向投保人退还本保险合同的未满期净保费。

第三十六条 保险合同终止

发生下列情形之一的，本保险合同自动终止：

（一）保险合同期满；

（二）被保险人死亡；

（三）法律法规规定或本保险合同约定的其他导致本保险合同效力终止的情形。

释义

第三十七条 本保险合同涉及下列术语时，适用以下释义：

（一）基本医疗保险

指国家最新修订颁布的《中华人民共和国社会保险法》规定的基本医疗保险，包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

（二）公费医疗

公费医疗制度，是国家为保障国家工作人员身体健康而实行的一项社会保障制度。国家通过医疗卫生部门向享受人员提供制度规定范围内的免费医疗预防。

（三）周岁

指以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。

（四）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。**自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。**

（五）保险人指定或认可的医疗机构

指保险人与投保人约定的定点医疗机构，未约定定点医疗机构的，则指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立医疗机构、三甲医院牵头的医联体内的二级民营医疗机构，**且仅限于上述医疗机构的普通部，不包括如下机构或医疗服务：**

1. 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；

2. 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；

3. 休养、戒酒、戒毒中心。

该医疗机构必须具有符合国家有关医疗机构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。

（六）住院

指被保险人因意外伤害或疾病而入住医疗机构的正式病房进行治疗的过程，并正式办理入出院手续，包含日间住院（指完全出于接受医学必需的治疗目的被保险人以占用医疗机构病床但不过夜的方式接受的医疗）。**但不包括下列情况：**

1．被保险人在医疗机构的（门）急诊观察室、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基本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，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。

（七）当地

指保险事故发生后，被保险人医疗费用实际发生地/支出地。

（八）必需且合理

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。

（九）住院医疗费用

包括床位费、手术费、药品费、治疗费、护理费、检查检验费、特殊检查治疗费、膳食费、诊疗费、重症监护室床位费。

1. 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）**。

2. 手术费

手术指被保险人因疾病或意外伤害事故住院后，为治疗疾病、挽救生命而施行的手术，**不包括活检、穿刺、造影等创伤性检查以及康复性手术。**

手术费指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术室费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费、手术医疗装备费；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**；

除另有约定外，**手术医疗装备费赔付金额不得超过合同约定的限额。**

3. 药品费

指治疗期间实际发生的必需且合理的、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，以及滋补类中草药，即以提高人体免疫力为主要用途使用的中草药及中成药，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。**

4. 治疗费

指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而合理发生的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费以及消耗品的费用，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。

（1）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；

（2）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；

（3）其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

5. 护理费

指住院期间由医疗机构对被保险人提供临床护理服务所收取的费用，包括各级护理（根据2023年发布的中华人民共和国国家卫生健康委员会WS/T 431-2023《护理分级标准》确定）、重症监护和专项护理费用**（不包含护工护理费用）**。若前述标准有更新的按最新标准执行。

6. 检查检验费

指住院期间实际发生的，以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用，包括诊查费、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、便常规检查费等。

7. 特殊检查治疗费

包括CT、ECT、彩超、活动平板、动态心电图、心电监护、介入治疗、PCR、体外碎石、高压氧、体外射频、核磁共振、血液透析等大型和高费用检查治疗项目费。

8. 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，也可以合并在病房费等其他款项内。

9. 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。

10. 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。

除另有约定外，本保险合同的住院医疗费用不包括下列情形下发生的费用：

（1）被保险人在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24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。

（十）手术医疗装备费

指以下三类医疗设备或材料的实际费用：

1. 内置医疗设备：指手术过程中因医疗所需用于植入或置换的修复体/设备；

2. 外置医疗设备：指于手术期间或手术后立即需要的、医疗必要并且符合通常医疗惯例的修复性设备，或在病后恢复阶段内短期内需要的、医疗必要并且符合通常医疗惯例的修复性设备；

3. 重建装置或重建材料：因重建手术而需要使用的医疗装置或材料。

（十一）肾透析

指肾脏透析治疗，是急性肾功能衰竭或肾病终末期的体内存在水、电解质、酸碱失衡及代谢废物排除障碍的一种替代治疗方式，包括血液透析、腹膜透析和结肠透析。临床上多采用血液透析和腹膜透析。

（十二）激光治疗

指由于糖尿病并发症导致的视网膜病变所需接受的激光治疗。

（十三）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。本保险合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医疗机构进行的静脉注射化疗。本保险合同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。

（十四）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，**不包括质子束放疗、重离子束放疗和中子束放疗。**本保险合同所指的放疗为被保险人根据医嘱，在医疗机构的专门科室进行的放疗。

（十五）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。本保险合同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。

（十六）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。本保险合同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。

（十七）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。本保险合同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。

（十八）院外

指非被保险人就诊医院或医疗机构。

（十九）外购药品及外购医疗器械费用

除另有约定外，本保险合同在给付外购药品及外购医疗器械费用时，必须同时满足以下条件：

1. 除另有约定，该外购药品及外购医疗器械须由医疗机构专科医生开具处方，且符合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，同时为被保险人当前治疗必需的外购药品及外购医疗器械；

2. 被保险人所就诊的医疗机构没有被保险人治疗所必需的相关药品或医疗器械；

3. 每次处方剂量不超过 30 日（含第 30 日）；

4. 外购药品需具有中国国家药品监督管理局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，且在约定的外购药品及外购医疗器械清单中；

5. 外购医疗器械需具有中国国家药品监督管理局核发的医疗器械注册证编号；

6. 外购医疗器械不包括假体、义肢、轮椅、康复设备、按摩设备等需要长期使用或舒适性、便利性用途设备的购买、租赁和置换费用；

7. 外购药品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、复方中药或中成药品，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。

8. 外购药品及外购医疗器械不在“除外的特定药品清单”和“除外的特定医疗器械清单”内。

（二十）院内

指被保险人就诊的医院或医疗机构。

（二十一）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。

（二十二）门诊手术

指被保险人因疾病或意外伤害，在门急诊发生的为治疗疾病、挽救生命而施行的手术，是外科医生用手术刀、手术剪、针线等医疗器具在病人身体进行切除、缝合等治疗的方法；**但不包括活检、穿刺、造影等创伤性检查，康复性手术，激光、冷冻、光动力、电灼疗法等物理治疗。**

（二十三）本保险合同约定的疾病

本保险合同约定的疾病范围由投保人、保险人双方协商确定，并在保险单中载明。未载明的，疾病范围不做限制。

（二十四）特定药品

指国家卫健委在《新型抗肿瘤药物临床应用指导原则（2022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、已获得国家药品监督管理局（NMPA）正式批准上市的特定细胞免疫治疗药品，以及特定医疗机构因临床急需，经国务院药品监督管理局或者国务院授权的省、自治区、直辖市人民政府批准后，进口的少量药品。

（二十五）除外的特定药品清单

指不属于“外购药品及外购医疗器械费用”保险责任范围的特定药品清单，具体以保险单中载明的为准。保险期间内保险人保留对前述清单调整的权利，将根据医疗水平的发展对前述清单进行更新，前述清单的变更保险人将在保险人官网公示并通知投保人。

（二十六）特定医疗器械

经相关监管部门审批通过并获得进口许可的特定医疗机构因临床急需，经国家药品监督管理局或者国务院授权的省、自治区、直辖市人民政府批准后，进口的少量医疗器械。

（二十七）除外的特定医疗器械清单

指不属于“外购药品及外购医疗器械费用”保险责任范围的特定医疗器械清单，具体以保险单中载明的为准。保险期间内保险人保留对前述清单调整的权利，将根据医疗水平的发展对前述清单进行更新，前述清单的变更保险人将在保险人官网公示并通知。

（二十八）外购药品及外购医疗器械清单

指保险人在承保时与投保人约定的属于“外购药品及外购医疗器械费用”保险责任范围的药品和医疗器械清单。**具体清单以保险单中载明的为准，未载明的则对药品和医疗器械不做限制，但不包括本保险合同明确除外的药品和医疗器械。保险人保留对外购药品及外购医疗器械清单进行变更的权利，将根据医疗水平的发展对外购药品及外购医疗器械清单进行更新。**

（二十九）约定承保的特定药品清单

指保险人在承保时与投保人约定的属于“特定药品医疗保险金”保险责任范围的特定药品清单，**以保险人最新公布信息为准，保险人保留对前述清单进行变更的权利，将根据医疗水平的发展对前述清单进行更新。**

药品分类以药品处方开具时《国家基本医疗保险、工伤

保险和生育保险药品目录》的有效版本为准。

（三十）保险人认可的特定药品医疗机构或药店

指保险人指定的或当地基本医疗保险的管理部门公布的被保险人可购买特定药品的医院或药店，以保险单约定为准；未约定医院或药店的，则以被保险人所参加的基本医疗保险的管理部门规定的医院或药店范围为准。

保险人保留对上述指定药店名单作出适当调整的权利。**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. 该药店内有医师、执业药师等专业人员提供服务。

（三十一）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。

（三十二）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。

（三十三）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。

（三十四）慈善组织

指依法成立的、符合《中华人民共和国慈善法》规定，以面向社会开展慈善活动为宗旨的非营利性组织。慈善组织可以采取基金会、社会团体、社会服务机构等组织形式。

（三十五）初次确诊

指自被保险人出生之日起第一次经医疗机构确诊患有某种疾病，**而不是指自本保险合同生效之日起第一次经医疗机构确诊**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，未经手术治疗但后续行放射性疗法或化学药物性疗法的，以首次放疗或化疗日期为恶性肿瘤确诊日期。**

（三十六）质子重离子医院

除另有约定外，指上海质子重离子医院（即复旦大学附属肿瘤医院质子重离子中心）、上海交通大学附属瑞金医院肿瘤质子中心、四川省肿瘤医院、中国科学技术大学附属第一医院离子医学中心（合肥离子医学中心）、浙江省肿瘤医院、甘肃省武威肿瘤医院武威重离子中心、河北一洲肿瘤医院、武汉协和医院质子医学中心、山东淄博万杰肿瘤医院质子治疗中心、山东省肿瘤医院质子中心、广州泰和肿瘤医院等11家质子重离子医院。

（三十七）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，包括定位及制定放疗计划费用以及质子重离子放射治疗实施费用。

（三十八）重大疾病

指被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病、疾病状态或手术，应当由**专科医生**明确诊断。**其中第1款到第28款为2020年中国保险行业协会与中国医师协会制定的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020年修订版）》规范定义的28种重大疾病，第29款到第100款为保险人在此之外增加的疾病。**

以下疾病名称仅供理解使用，具体保障范围以每项疾病具体定义为准。

1. 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，肿瘤细胞未侵犯基底层，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$T_1N_0M_0$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＜10/50HPF和ki-67≤2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

2. 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。

3. 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。

4. 重大器官移植术或造血干细胞移植术

重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏、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。

5. 冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）

指为治疗严重的冠心病，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。

6. 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。

7. 多个肢体缺失

指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关

节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

8. 急性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。

9. 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）。

10. 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。

11. 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。

12. 深度昏迷

指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内

需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级（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。

13. 双耳失聪

指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆性丧失，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周岁之前的双耳失聪不在保障范围内。

14. 双目失明

指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失，**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周岁之前的双目失明不在保障范围内。

15. 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。

16. 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。

17. 严重阿尔茨海默病

指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为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。

18. 严重脑损伤

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

（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。

19. 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。

20. 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。

21. 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。

22. 严重运动神经元病

是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症，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。

23. 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。

24. 重型再生障碍性贫血

指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少，**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＜0.5×10^9/L；

②网织红细胞计数＜20×10^9/L；

③血小板绝对值＜20×10^9/L。

25. 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。

26. 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（FEV_1）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（PaO_2）＜50mmHg。

27. 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，且已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

28. 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。

29. 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。

30. 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地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。**

由于酗酒或滥用药物所致的植物人状态不在保障范围内。

31. 系统性红斑狼疮——Ⅲ型或以上狼疮性肾炎

指由于病理性自身抗体和免疫复合物的沉积破坏了血管和细胞而导致的多系统损害的一种自体免疫性疾病。本保险合同所指的系统性红斑狼疮仅限于累及肾脏（经肾脏病理检查或临床确诊，并符合下列世界卫生组织（WHO）诊断标准定义Ⅲ型至Ⅴ型狼疮性肾炎）的系统性红斑狼疮。

其他类型的红斑性狼疮，如盘状狼疮，仅累及血液及关

节等其他系统的系统性红斑狼疮不在保障范围内。

世界卫生组织（WHO）狼疮性肾炎分型：

Ⅰ型 （微小病变型）镜下阴性，尿液正常；

Ⅱ型 （系膜病变型）中度蛋白尿，偶有尿沉渣改变；

Ⅲ型 （局灶及节段增生型）蛋白尿，尿沉渣改变；

Ⅳ型 （弥漫增生型）急性肾炎伴有尿沉渣改变及/或肾病综合征；

Ⅴ型 （膜型）肾病综合征或重度蛋白尿。

32. 严重类风湿性关节炎

指广泛分布的慢性进行性多关节病变，表现为关节严重变形，侵犯至少三个主要关节（腕关节、肘关节、肩关节、踝关节、膝关节、髋关节）或关节组（如手的多个指间、掌指关节，足的多个足趾、跖趾关节等），并已达到类风湿性关节炎功能分类Ⅳ级的永久不可逆性关节功能障碍，**且须满足下列全部条件：**

（1）晨僵；

（2）对称性关节炎；

（3）类风湿性皮下结节；

（4）类风湿因子滴度升高；

（5）X线显示严重的关节（软骨和骨）破坏和关节畸形。

33. 坏死性筋膜炎

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。**其诊断必须满足以下所有条件：**

（1）细菌培养和临床表现符合坏死性筋膜炎诊断标准；

（2）病情迅速恶化，有脓毒血症表现；

（3）受感染肢体被截肢（自腕关节或踝关节近端）。

34. 严重全身性重症肌无力

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

（1）经药物、胸腺手术治疗一年以上无法控制病情；

（2）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

35. 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保障范围内。

36. 肌营养不良

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

（1）肉组织活检结果满足肌营养不良症的肌肉细胞变性、坏死等阳性改变；

（2）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日

常生活活动中的三项或三项以上。

37. 严重脊髓灰质炎

由脊髓灰质炎病毒感染所导致的运动功能障碍或呼吸减弱持续三个月以上，须导致一肢或一肢以上肢体机能永久完全丧失。肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊180天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬或不能随意识活动。

38. 严重原发性心肌病

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

酗酒或滥用药物引起的心肌病不在保障范围内。

39. 严重冠心病

指被保险人经由冠状动脉造影检查结果明确诊断为三支主要血管严重狭窄性病变（至少一支血管管腔直径减少75％以上和其他两支血管管腔直径减少60％以上）。冠状动脉的主要血管指左冠状动脉主干、前降支、左旋支及右冠状动脉。

前降支、左旋支及右冠状动脉的分支血管的狭窄不作为本保障的衡量指标。

40. 1型糖尿病严重并发症

1型糖尿病的特征为由于胰岛素分泌绝对不足引起严重

胰岛素缺乏导致慢性血糖升高，需要依赖外源性胰岛素进行机体的葡萄糖代谢和维持生命。被保险人的1型糖尿病必须明确诊断，而且有血胰岛素测定及血C肽或尿C肽测定结果支持诊断，已经持续性地接受外源性胰岛素注射治疗连续180天以上，**并且满足下列两项及以上条件：**

（1）已出现增生性视网膜病变；

（2）因严重心律失常植入了心脏起搏器；

（3）因坏疽自跖趾关节或以上切除了一趾或多趾。

41. 急性坏死性胰腺炎开腹手术

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

腹腔镜手术治疗不在保障范围内。

因酗酒或饮酒过量所致的急性坏死性胰腺炎不在保障范围内。

42. 严重血栓性血小板减少性紫癜（TTP）

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

指一种以微血管内弥漫性血小板血栓形成为特征的血栓性微血管病，须经血液科专科医生确诊，**满足下列（1）至（5）项中的至少四项条件：**

（1）外周血化验提示符合下列条件中的一项：

①血小板计数≤50×10^9/L；

②网织红细胞增多；

③血涂片中出现破碎红细胞及有核红细胞，比值＞0.6%；

④血红蛋白计数≤90g/L。

（2）骨髓检查符合下列条件中的一项：

①巨核细胞成熟障碍；

②骨髓代偿性增生，粒/红比值降低。

（3）肾功能损害，出现蛋白尿和血尿；

（4）已经实施了血浆置换治疗**（不包括单纯的血浆输注治疗）**；

（5）已经实施了脾切除手术。

其他类型的血小板减少性紫癜或者血小板功能障碍性疾病不在保障范围内。

43. 特发性慢性肾上腺皮质功能减退

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

（1）明确诊断，符合下列所有诊断标准：

①血浆促肾上腺皮质激素（ACTH）水平＞100pg/ml；

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

③促肾上腺皮质激素（ACTH）刺激试验显示为原发性肾上腺皮质功能减退症。

（2）已经采用皮质类固醇替代治疗180天以上。

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

44. 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。急性主动脉夹层血肿必须明确诊断，**并且满足下列所有条件：**

（1）有典型的临床表现；

(2)有电子计算机断层扫描(CT)、磁共振扫描(MRI)、磁共振血管造影（MRA）等影像学证据支持诊断；

（3）被保险人实际接受了急诊条件下进行的传统或微创开胸或开腹主动脉手术。

慢性期主动脉夹层择期手术、经导管主动脉内介入手术治疗不在保障范围内。

45. 需手术切除的嗜铬细胞瘤

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

（1）临床有高血压症候群表现；

（2）已经实施了嗜铬细胞瘤切除手术。

46. 非阿尔茨海默病所致严重痴呆

指因阿尔茨海默病以外的脑的器质性疾病造成脑功能

衰竭导致永久不可逆性的严重痴呆，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。其中，神经官能症，又称神经症或精神神经症，是一组神经机能性疾病的概括，它包括焦虑症、强迫症、恐惧症、疑病症、神经衰弱等多种精神障碍类型。

47. 肾髓质囊性病

指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保障范围内。

48. 进行性核上性麻痹

指一种中枢神经系统变性性疾病，临床表现为眼球运动障碍、假性球麻痹、帕金森综合征等。

被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，日常生活必须持续受

到他人监护。

49. 胰腺移植

指因胰腺功能衰竭，已经实际接受了在全麻下进行的胰腺的同种（人类）异体器官移植手术。

单纯胰岛移植、部分胰腺组织或细胞的移植不在保障范围内。

50. 破裂脑动脉瘤夹闭手术

指因脑动脉瘤破裂造成蛛网膜下腔出血，被保险人实际接受了在全麻下进行的开颅动脉瘤夹闭手术。

脑动脉瘤（未破裂）预防性手术、颅骨打孔手术、动脉瘤栓塞手术、血管内手术及其他颅脑手术不在保障范围内。

51. 丝虫病所致象皮肿

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

52. 严重感染性心内膜炎

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

（1）急性或亚急性感染性心内膜炎临床表现；

（2）血培养病原体阳性；

（3）心功能衰竭并实际接受了心脏瓣膜置换手术；

（4）并发动脉栓塞导致脑梗塞、肾梗塞或心肌梗塞。

药物滥用者所患感染性心内膜炎不在保障范围内。

53. 严重弥漫性系统性硬皮病

指一种系统性胶原血管病引起进行性的皮肤、血管和内脏器官的弥漫性纤维化。诊断必须明确并由活检和血清学证据支持并且疾病已经影响到心脏、肺或肾脏等内脏器官**并且达到下列标准之一：**

（1）肺纤维化，已经出现肺动脉高压、肺心病；

（2）心脏损害，心脏功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能IV级；

（3）肾脏损害，已经出现肾功能衰竭。

下列疾病不在保障范围内：

（1）局限硬皮病；

（2）嗜酸细胞筋膜炎；

（3）CREST综合征。

54. 严重原发性硬化性胆管炎

指一种特发型淤胆性疾病，特点为肝内及肝外胆道系统胆管壁增厚和管腔狭窄。**必须满足以下所有条件：**

（1）诊断由逆行胰胆管造影（ERCP）或经皮胆管造影（PTC）确认；

（2）持续性黄疸超过30天，伴碱性磷酸酶（ALP）显著升高，血清ALP > 200U/L；

（3）出现继发性胆汁性肝硬化和门静脉高压。

因肿瘤或胆管损伤等继发性的硬化性胆管炎不在保障

范围内。

55. 严重克-雅氏病

简称CJD，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地丧失自主生活能力，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

56. 开颅手术

指因外伤、颅内肿瘤或脑动脉瘤破裂，被保险人实际接受了在全麻下进行的颅骨切开手术，以清除脑内血肿、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保障范围内。

57. 失去一肢及一眼

指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，如果使用其他视力表应进行换算）；

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3周岁以上，并且提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。

58. 糖尿病导致的双脚截肢

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

切除一只或多只脚趾或因任何其他原因引起的截肢术不在保障范围内。

59. 原发性骨髓纤维化

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

（1）血红蛋白＜100g/L；

（2）白细胞计数＞25×10^9/L；

（3）外周血原始细胞≥1%；

（4）血小板计数＜100×10^9/L。

恶性肿瘤、中毒、放射线和感染所致的继发性骨髓纤维化不在保障范围内。

60. 严重获得性或继发性肺泡蛋白质沉淀症

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

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

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

61. 肺淋巴管肌瘤病

指一种弥漫性肺部疾病，其特征性病理表现为囊性病变及不成熟的平滑肌细胞和血管周围上皮细胞异常增生形成多发结节。**必须满足下列所有条件：**

（1）经组织病理学检查明确诊断；

（2）CT显示双肺弥漫性囊性改变；

（3）肺功能检查显示FEV_1和DLCO（CO弥散功能）下降；

（4）动脉血气分析显示低氧血症，动脉血氧分压（PaO2）持续<50mmHg。

疑似肺淋巴管肌瘤病不在保障范围内。

62. 慢性肺源性心脏病

指被保险人因慢性肺部疾病导致慢性肺源性心脏病并且引起慢性心功能损害造成永久不可逆性的心功能衰竭。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。

63. 心脏粘液瘤切除手术

指为了治疗心脏粘液瘤，实际实施了开胸开心心脏粘液瘤切除手术。

经导管介入手术治疗不在保障范围内。

64. 完全性房室传导阻滞

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

（1）患有慢性心脏疾病；

（2）曾经有晕厥、阿-斯综合征发作；

（3）心电图表现为持续室性逸搏心律，心室率持续低于40次/分；

（4）已经植入永久性心脏起搏器。

65. 严重肠道疾病并发症

严重肠道疾病或外伤导致小损害并发症，**且满足以下所有条件：**

（1）至少切除了三分之二小肠；

（2）完全肠外营养支持三个月以上。

66. 严重慢性缩窄性心包炎

指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。

67. 出血性登革热

指严重登革热（出血性登革热），并出现全部四种症状，包括发高烧、出血现象、肝大和循环衰竭（登革热休克综合征即符合WHO登革热第Ⅲ级及第IV级）。**出血性登革热的诊断必须由本保险合同认可的医疗机构的专科医生证实。**

非出血性登革热不在保障范围内。

68. 肝豆状核变性（威尔逊氏病）

指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。

69. 斯蒂尔病（全身型幼年类风湿性关节炎）

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

（1）临床及X线检查发现明显的关节畸形，以下关节中至少其中三个关节受累：手关节、腕关节、肘关节、膝关节、髋关节、踝关节、脊椎关节或跖趾关节；

（2）因病情严重在医生的建议下已接受以治疗为目的的膝或髋关节的置换手术。

未成年人其他类型的类风湿性关节炎不在保障范围内。

70. 头臂动脉型多发性大动脉炎开胸旁路移植手术

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

的无名动脉（头臂干）、颈总动脉、锁骨下动脉旁路移植手术。

非开胸的血管旁路移植手术、因其他病因而进行的旁路移植手术，对其他动脉进行的旁路移植手术，经皮经导管进行的血管内手术不在保障范围内。

71. 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。**必须满足所有以下条件：**

（1）心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能IV级，或左室射血分数低于30%；

（2）持续不间断180天以上；

（3）被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

72. 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控制中心接受了隔离和治疗，**必须满足以下所有条件：**

（1）实验室检查证据证实存在埃博拉病毒感染；

（2）存在持续30天以上广泛出血的临床表现。

埃博拉病毒感染疑似病例，在确诊之前已经死亡的病例不在保障范围内。

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

（1）有脑水肿和颅内压升高的脑脊液检查和影像学检查证据；

（2）血氨超过正常值的3倍；

（3）临床出现昏迷，病程至少达到疾病分期第3期。

74. 骨生长不全症

指一种胶原病，特征为骨易碎、骨质疏松和易骨折。本保险合同只保障Ⅲ型成骨不全的情形，其主要临床特点有：发展迟缓、多性骨折进行脊柱后侧凸及听力损害。Ⅲ型成骨不全的诊断必须根据身体检查，家族史，X线检查和皮肤活检报告资料确诊。

75. 严重川崎病

指原因不明的系统性血管炎，**并须满足下列全部条件：**

（1）超声心动图显示川崎病并发冠状脉瘤或其他血管异常；

（2）已接受了针对川崎病并发冠状动脉瘤或其他心血管异常所进行的手术治疗。

76. 艾森门格综合征

指因心脏病导致的严重肺动脉高压及右向左分流。诊断

必须由心脏专科医生经超声心动图和导管检查证实及**需符合以下所有标准：**

（1）平均肺动脉压高于40mmHg；

（2）肺血管阻力高于3mm/L/min（Wood单位）；

（3）正常肺微血管楔压低于15mmHg。

77. 脊髓小脑变性症

指一组以小脑萎缩和共济失调为主要临床特点的多与遗传有关的疾病。**必须满足下列所有条件：**

（1）脊髓小脑变性症必须由三级医院诊断，并有下列所有证据支持：

①影像学检查证实存在小脑萎缩；

②临床表现存在共济失调、语言障碍和肌张力异常。

（2）被保险人运动功能严重障碍，自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

78. 进行性多灶性白质脑病

指一种亚急性脱髓鞘脑病，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。

79. 亚急性硬化性全脑炎

指麻疹或麻疹样病毒所致的一种中枢神经系统慢性病

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定度升高；

（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。

80. 严重强直性脊柱炎

指一种慢性全身性炎性疾病，主要侵犯脊柱导致脊柱畸形，**且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。

81. 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。**

82. 溶血性链球菌引起的坏疽

指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）。

83. 侵蚀性葡萄胎（或称恶性葡萄胎）

指异常增生的绒毛组织浸润性生长浸入子宫肌层或转移至其他器官或组织的葡萄胎，并已经进行化疗或手术治疗的。

84. 胆道重建手术

指因疾病或胆道创伤导致接受涉及胆总管小肠吻合术的胆道重建手术。手术必须在专科医生认为是医疗所需的情况下进行。

胆道闭锁并不在保障范围内。

85. 严重大动脉炎

指经保险人认可的医院的心脏或血管外科专科医生确诊为大动脉炎，**且必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、CT血管造影检查（CTA）或血管造影检查证实主动脉及其主要分支存在狭窄。

注：主动脉及其主要分支指升主动脉、主动脉弓及其分支（头臂干、左颈总动脉、左锁骨下动脉）、胸主动脉、腹主动脉及其主要分支（包括腹腔干、肠系膜上动脉、肠系膜下动脉、肾动脉）。

86. 严重脊髓内肿瘤

指脊髓内良性或恶性肿瘤，并且此肿瘤造成脊髓损害导致瘫痪。**必须满足下列所有条件：**

（1）被保险人实际接受了肿瘤切除的手术治疗；

（2）手术180天后遗留下列神经系统损害，无法独立完成下列任何一项基本日常生活活动：

a.移动：自己从一个房间到另一个房间；

b.进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

非脊髓内的其他椎管内肿瘤、脊柱肿瘤、神经纤维瘤不在保障范围内。

87. 严重脊髓空洞症

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。

88. 疾病或外伤所致智力障碍

指因严重头部外伤或疾病造成被保险人智力低常（智力低于常态）。根据智商（IQ）智力低常分为轻度（IQ50-70）；中度（IQ35-50）；重度（IQ20-35）和极重度（IQ＜20）。根据被保险人年龄采用对应的智力量表如韦克斯勒智力量表（儿童智力量表或成人智力量表）检测证实。

智商的检测必须由保险人认可的专职心理测验工作者

进行，心理检测工作者必须持有心理测量专业委员会资格认定书。

理赔时必须满足下列全部条件：

（1）造成被保险人智力低常的严重头部外伤或疾病（以诊断日期为准）发生在被保险人5周岁以后；

（2）由儿科专科的主任医师级别的医生确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低常；

（3）由专职合格心理检测工作者做的心理检测证实被保险人智力低常（轻度、中度、重度或极重度）；

（4）被保险人的智力低常自诊断确认日起持续180天以上。

89. 溶血性尿毒综合征

指一种由于感染导致的急性综合征，引起红细胞溶血，肾功能衰竭及尿毒症。溶血性尿毒综合征必须由血液和肾脏专科医师诊断，**并且满足下列所有条件：**

（1）实验室检查确认有溶血性贫血、血尿、尿毒症、血小板减少性紫癜；

（2）因肾脏功能衰竭实施了肾脏透析治疗。

任何非因感染导致的溶血性贫血，如：自身免疫性溶血性贫血、与红细胞膜缺陷有关的溶血性贫血、红细胞酶病、血红蛋白病等，不在保障范围内。

90. 严重结核性脊髓炎

指因结核杆菌引起的脊髓炎，导致永久性神经系统功能

障碍，即该疾病首次确诊一百八十天后，**仍遗留下列一种或一种以上障碍：**

（1）一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；

（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。

诊断必须由本保险合同认可的医疗机构的神经专科医生证实，并必须由适当的检查证明为结核性脊髓炎。

91. 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。经本保险合同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。

92. 严重破伤风

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。**

93. 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的抗体导致自身免疫反应，从而破坏肝细胞造成肝脏炎症坏死，进而发展为肝硬化。**必须满足所有以下条件：**

（1）高γ球蛋白血症；

（2）血液中存在高水平的自身免疫抗体，如ANA（抗核抗体）、SMA（抗平滑肌抗体）、抗LKM1抗体或抗-SLA/LP抗体；

（3）肝脏活检证实免疫性肝炎；

（4）临床已经出现腹水、食道静脉曲张和脾肿大等肝硬化表现。

94. 严重心脏衰竭CRT治疗

指因缺血性心脏病或扩张型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）心力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≥55mm；

（4）QRS时间≥130msec；

（5）药物治疗效果不佳，仍有症状。

95. 细菌性脑脊髓膜炎

指因脑膜炎双球菌感染引起脊髓化脓性病变，且导致永

久神经损害，持续90天以上，并且脑脊液检查显示膜炎双球菌阳性。

永久性神经损害是指由细菌性脑脊髓膜炎引起的耳聋、失明、动眼神经麻痹、脑积水、智力或性情中度以上的损害，且上述症状持续90天以上仍无改善迹象。

96. 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。

97. 婴儿进行性脊肌萎缩症

指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。该病必须经由神经科医师通过肌肉活检而确诊。**理赔时提供检测的病理报告。**

其他类型脊肌萎缩症如Ⅱ型中间型进行性脊肌萎缩症，Ⅲ型少年型脊肌萎缩症（Kugelberg-Welander氏病）不在

保障范围内。

98. 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内。

99. 严重继发性肺动脉高压

指继发性肺动脉压力持续增高，导致右心室肥厚已经造成永久不可逆的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会功能状态分级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36mmHg。

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。

100. 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。

（三十九）【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。**

（四十）组织病理学检查

指通过局部切除、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。

（四十一）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。

（四十二）甲状腺癌的TNM分期

甲状腺癌的TNM分期采用现行的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

pT_0：无肿瘤证据

pT_1：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

pT3a：肿瘤>4cm，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、喉返神经及皮下软组织

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≤2cm

T1a肿瘤最大径≤1cm

T1b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

pT3a：肿瘤>4cm，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、喉返神经及皮下软组织

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
	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。

（四十三）肢体

指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。

（四十四）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。

（四十五）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。

（四十六）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。

（四十七）六项基本日常生活活动

六项基本日常生活活动是指：

1. 穿衣：自己能够穿衣及脱衣；

2. 移动：自己从一个房间到另一个房间；

3. 行动：自己上下床或上下轮椅；

4. 如厕：自己控制进行大小便；

5. 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；

6. 洗澡：自己进行淋浴或盆浴。

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。

（四十八）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。**

（四十九）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。

（五十）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。

（五十一）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。

（五十二）约定的基因检测机构

指在中华人民共和国境内（不含港、澳、台）具有合法有效资质且合法提供基因临床检验服务的基因检测机构。

除另有约定外，本保险合同约定的基因检测机构指保险人指定或认可的医疗机构的普通部、特需门诊或病房等，以及具有合法有效资质且合法提供基因临床检验服务的基因检测机构。

（五十三）救护车费用

指为抢救生命由急救中心派出的救护车费用及医院转诊过程中的医院用车费，以及车上发生的因抢救或治疗所必须的医疗费用。

（五十四）成年直系亲属

除另有约定外，指被保险人本人的配偶、父母、子女，并且发生保险事故时，该直系亲属的年龄必须在18周岁（含）以上。

（五十五）客运公共交通

除另有约定外，本保险合同所指的客运公共交通指以下两类：

1. 民航班机：指经相关政府部门登记许可合法运营、以客运为目的的飞机，舱位级别最高以经济舱（包含超级经济舱）为限；

2. 火车：指经相关政府部门登记许可合法运营、以客运为目的的火车（含动车、高铁），以软卧或一等座为限。

（五十六）特需医疗部、国际医疗部、外宾医疗部、VIP部

指设立于属事业单位编制的公立医院中，医疗费收费主体为属事业单位编制的公立医院，且产生的医疗费用满足以下条件之一的诊疗部门：

1. 在医疗费票据或清单中明确属特需医疗，如包含“特需”、“特需部”、“特需医疗”、“特需门诊”、“特需病房”、“特需床位”、“VIP”、“国际部”、“国际医疗”、“外宾”等表述；

2. 虽然未明确属特需医疗，但相关医疗费用与当地发改委、物价局等医疗服务价格管理部门发布的公立医院医疗服务价格相比有明显升高且部分或全部应当可以经基本医疗保险结算的医疗费项目因医院的原因无法经基本医疗保险结算。

（五十七）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。**

（五十八）酒后驾驶

指经检测或者鉴定，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者超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《中华人民共和国道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或者醉酒后驾驶。

（五十九）无合法有效驾驶证

指被保险人存在下列情形之一：

1. 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；

2. 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；

3. 实习期内驾驶执行任务的警车、消防车、救护车、工程救险车；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；

4. 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；

5. 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；

6. 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。

（六十）无合法有效行驶证

指发生保险事故时被保险人驾驶的机动车无公安机关交通管理部门、农机部门等政府管理部门核发的行驶证或号牌，或行驶证不在有效期内，或该机动车未按规定检验或检验不合格。

（六十一）既往症

指在本保险合同生效日之前被保险人已患的疾病。通常有以下情况：

1. 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

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

3. 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，但未予治疗；

4. 本保险合同生效前，未经医生诊断和治疗，但症状或体征明显且持续存在，并以此症状或体征为主诉进行就诊治疗的疾病。

（六十二）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或作业。

（六十三）攀岩

指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

（六十四）武术

指两人或者两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。

（六十五）特技表演

指从事马术、杂技、驯兽等特殊技能性质的表演。

（六十六）探险

指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身其中的行为，如江河漂流、徒步穿越沙漠或者人迹罕至的原始森林等活动。

（六十七）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。

（六十八）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。

（六十九）感染艾滋病病毒或患艾滋病

艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文缩写为AIDS。在人体血液或其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。

（七十）职业原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

指被保险人的职业归属于下列职业列表内的职业，在其常规职业工作过程中遭遇外伤，或者职业需要处理血液或者其他体液时感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）。**必须满足下列全部条件：**

1. 感染必须是在被保险人正在从事其职业工作中发生；

2. 血清转化必须出现在事故发生后的**6个月以内**；

3. 必须提供被保险人在所报事故发生后的**5天以内**进行的检查报告，该报告必须显示被保险人血液HIV病毒阴性和/或HIV抗体阴性；

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

职业列表：

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

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

（七十一）输血原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感

染

指被保险人感染人类免疫缺陷病毒**并且符合下列所有条件：**

1. 在保险期间起始日后，被保险人因治疗必需而接受输血，并且因输血而感染人类免疫缺陷病毒；

2. 提供输血治疗的输血中心或医疗机构出具该项输血感染属医疗责任事故的报告，或法院终审裁定为医疗责任并且不准上诉；

3. 提供输血治疗的输血中心或医疗机构必须拥有合法经营执照；

4. 受感染的被保险人不是血友病患者。

在任何治愈艾滋病或阻止人类免疫缺陷病毒作用的疗法被发现以后，或能防止艾滋病发生的医疗方法被研究出来以后，本保障将不再予以赔付。

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

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

（七十二）器官移植原因导致HIV感染

指因进行器官移植而感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）或患艾滋病，**且须满足下列全部条件：**

1. 在保险期间起始日后，被保险人因治疗必需而实施器官移植，并且因器官移植而感染人类免疫缺陷病毒或患艾滋

病；

2. 提供器官移植治疗的器官移植中心或医院出具的此次因器官移植感染人类免疫缺陷病毒或患艾滋病，属于医疗事故的报告，或者法院终审裁定为医疗事故并且不准上诉；

3. 提供器官移植治疗的器官移植中心或医院必须拥有合法经营执照。

任何因其他传播方式（包括性传播或静脉注射毒品等）导致的HIV感染或患艾滋病不在保障范围内。

（七十三）基因疗法

指通过各种手段修复缺陷基因，以实现减缓或治愈疾病目的的技术。

（七十四）细胞免疫疗法

指通过采集人体免疫细胞，在体外进行扩增和功能鉴定，然后向患者转输，达到杀灭血液及组织中的病原体、癌细胞、突变的细胞，从而打破机体免疫耐受，激活和增强机体免疫力的治疗方法。

（七十五）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。

（七十六）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。**

（七十七）耐药

指以下两种情况之一：

1. 实体肿瘤病灶按照RECIST（实体瘤治疗疗效评价标准）出现疾病进展，即定义为耐药；

2. 非实体肿瘤（包含白血病、多发性骨髓瘤、淋巴瘤等血液系统恶性肿瘤）在临床上常无明确的肿块或者肿块较小难以发现，经规范治疗后，按权威医学机构（如中国临床肿瘤学会、中华医学会血液分会等）的指南规范，对患者的骨髓形态学、流式细胞、特定基因检测等结果进行综合评价，得出疾病进展的结论，即定义为耐药。

（七十八）未满期净保费

未满期净保费＝保险费×[1－（保险单已经过天数/保险期间天数）]×（1－费用比例），经过天数不足一天的按一天计算。除另有约定外，费用比例为35%。