

众安在线财产保险股份有限公司
少儿医疗保险条款（互联网 2025 版 A 款）
注册号：C00017932512025041816013

第一部分 总则

第一条 合同构成

本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证组成。凡涉及本合同的约定，均采用书面形式。

第二条 合同的成立

投保人提出保险申请，经**保险人**（释义一）同意承保，本合同成立。

第三条 投保人

本合同的投保人应为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其他人。

第四条 被保险人

除另有约定外，初次投保时年龄为出生满 30 天至 17 **周岁**（释义二）（含 17 周岁），能正常工作或生活且符合健康告知的自然人，可作为本合同的被保险人。被保险人年满 17 周岁前（含 17 周岁），保险期间届满，投保人可以重新向保险人申请投保本产品，并经过保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

第五条 受益人

除本合同另有约定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

第二部分 保障内容

第六条 保险责任

本合同的保险责任包括“门急诊医疗保险金”、“住院医疗保险金”、“恶性肿瘤院外特定药品费用医疗保险金”、“白血病疾病保险金”和“预防保健保险金”五项责任，其中“门急诊医疗保险金”、“住院医疗保险金”、“恶性肿瘤院外特定药品费用医疗保险金”为必选责任，“白血病疾病保险金”和“预防保健保险金”为可选责任。投保人可在投保必选责任的同时选择投保一项或多项可选责任，**但不能单独投保可选责任**。具体由投保人和保险人在投保时约定，并在本合同中载明，**所投保的保险责任一经确定，在本合同保险期间内不得变更**。

（一）门急诊医疗保险金（必选）

在保险期间内，被保险人因遭受**意外伤害**（释义三）事故或在**等待期**（释义四）后经中华人民共和国境内（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾省）医院（释义五）

的专科医生（释义六）**初次确诊**（释义七）罹患疾病，并接受门诊或急诊治疗的，被保险人在门诊或急诊治疗期间发生的需个人支付的、**必需且合理**（释义八）的门诊或急诊医疗费用（但不包括住院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），包括诊疗费、**急诊室费**（释义九）、**检查检验费**（释义十）、**治疗费**（释义十一）、**药品费**（释义十二）、**同城救护车使用费**（释义十三），保险人在扣除已从其他途径获得的医疗费用补偿以及本合同约定的免赔额后，按照约定的给付比例给付门急诊医疗保险金。

在保险期间内，保险人所承担被保险人单次门急诊（释义十四）的诊疗费给付限额可由投保人和保险人在投保时单独约定，并在保险单中载明。单次诊疗费给付限额指在本合同保险期间内，被保险人每次接受门诊或急诊治疗所支出的属于保险责任范围内的诊疗费费用中，应当由保险人承担的费用限额。

在保险期间内，被保险人一次或多次因意外伤害事故或罹患疾病进行门诊或急诊治疗的，保险人均按上述约定承担给付门急诊医疗保险金的责任。保险人累计给付金额以本合同约定的门急诊医疗保险金额为限，当累计给付金额之和达到门急诊医疗保险金额时，保险人对被保险人在门急诊医疗保险金项下的保险责任终止。

（二）住院医疗保险金（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，在中华人民共和国境内（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾省）医院接受治疗的，保险人对下述1-3类费用，按照本合同的约定承担给付住院医疗保险金的责任：

1. 住院医疗费用

指被保险人经中华人民共和国境内（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾省）医院的专科医生诊断必须接受**住院**（释义十五）治疗时，被保险人住院期间发生的需个人支付的、必需且合理的住院医疗费用，包括**床位费**（释义十六）、**陪床费**（释义十七）、**膳食费**（释义十八）、**护理费**（释义十九）、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**（释义二十）、**医疗器械费**（释义二十一）、**耐用医疗设备费**（释义二十二）、同城救护车使用费、**手术机器人使用费**（释义二十三）。

到本合同满期日时，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、最高不超过本合同满期日后30日内（含第30日）的住院医疗费用。

2. 特殊门诊医疗费用

指被保险人在中华人民共和国境内（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾省）医院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**（释义二十四）费；

（2）门诊恶性肿瘤治疗费，包括**化学疗法**（释义二十五）、**放射疗法**（释义二十六）、**肿瘤免疫疗法**（释义二十七）、**肿瘤内分泌疗法**（释义二十八）、**肿瘤靶向疗法**（释义二十

九)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

指被保险人经中华人民共和国境内(不包括香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾省)医院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(释义三十)。

除另有约定外,住院医疗保险金项下因医院没有被保险人治疗所必需的相关药品,凭主治医师开具的处方(释义三十一)或外购单到院外保险人认可的药店购买而发生的费用,视同被保险人在医院发生的费用。对于前述在院外药店购买,保险人不承担的相关药品费用由投保人和保险人在投保时单独约定,并在保险单中载明。

对于以上三类费用,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,依照约定的给付比例进行赔付。

除另有约定外,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经医院初次确诊罹患本合同约定的重大疾病(释义三十二)或特定疾病(释义三十三),并在医院接受符合住院医疗保险金责任范围内的重大疾病或特定疾病治疗时,保险人在给付住院医疗保险金时不扣除住院医疗保险金约定的免赔额。

保险人对于以上三类费用的累计给付金额之和以本合同约定的住院医疗保险金额为限,当累计给付金额之和达到住院医疗保险金额时,保险人对被保险人在住院医疗保险金项下的保险责任终止。

(三)恶性肿瘤院外特定药品费用医疗保险金(必选)

在本合同保险期间内,被保险人在等待期后,经中华人民共和国境内(不包括香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾省)医院的专科医生初次确诊罹患本合同所定义的恶性肿瘤——重度(释义三十二.(一)),对治疗实际发生的、必需且合理的且同时满足以下条件的院外(释义三十四)特定药品(释义三十五)费用,保险人在扣除合同约定的免赔额后按照本合同约定的给付比例给付恶性肿瘤院外特定药品费用医疗保险金。

给付恶性肿瘤院外特定药品费用医疗保险金须同时满足以下条件:

(一)该特定药品须由医院专科医生开具处方,且特定药品处方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,且为被保险人当前治疗必需的药品;

(二)每次特定药品处方剂量不超过30日(含第30日);

(三)开具的特定药品处方仅限治疗被保险人在等待期后初次确诊的恶性肿瘤——重度;

(四)该特定药品必须为本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(释义三十六)和免疫治疗药物(释义三十七),且在约定的药品清单(释

义三十八) 列表中;

(五) 被保险人须在保险人指定药店(释义三十九)购买上述处方中所列的特定药品;

(六) 被保险人购买处方中所列特定药品前, 需按保险人指定流程提交相应材料并通过处方审核, 具体流程见本条款第六条“保险金的申请”。

若本合同保险期间届满时该恶性肿瘤——重度治疗仍未结束或发生恶性肿瘤——重度转移的, 对被保险人在等待期后初次确诊恶性肿瘤——重度且首次购买特定药品的日期发生在本合同保险期间内的, 保险人仍按照本合同保险责任约定承担赔偿责任, 但最长不超过本合同期满之日起 30 日(含第 30 日)。

特定药品涉及慈善援助的, 被保险人从慈善机构获得援助的药品费用不纳入恶性肿瘤院外特定药品费用医疗保险金的赔付范围。

保险人累计承担的恶性肿瘤院外特定药品费用医疗保险金以本合同约定的恶性肿瘤院外特定药品费用医疗保险金额为限。当累计给付金额达到恶性肿瘤院外特定药品费用医疗保险金额时, 本项保险责任终止。

(四) 白血病疾病保险金(可选)

在保险期间内, 被保险人在等待期后经中华人民共和国境内(不包括香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾省)医院的专科医生初次确诊罹患本合同约定的白血病(释义三十三.(一)), 保险人按本合同载明的保险金额给付白血病疾病保险金, 同时本项保险责任终止。

若被保险人在等待期内初次确诊罹患本合同约定的白血病, 保险人不承担给付保险金的责任, 但应向投保人无息退还已交纳的保险费, 同时本项保险责任终止。

(五) 预防保健保险金(可选)

在保险期间内, 被保险人发生本合同约定的必需且合理的预防保健费用, 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, 按照本合同约定的给付比例给付预防保健保险金。

在保险期间内, 保险人累计给付的预防保健保险金以本合同约定的预防保健保险金额为限。当累计给付金额达到预防保健保险金额时, 本项保险责任终止。

除另有约定外, 保险人承担的预防保健费用包括如下类型:

1. 常规健康体检费: 在保险期间内, 被保险人在保险人指定或认可的健康检查及疫苗医疗机构(释义四十)(首次就诊选定一个医疗机构品牌并前往就医后, 不得再转至其他品牌)进行有关检查及相关检查化验, 对于被保险人实际发生的有关检查费用。

2. 疫苗接种费: 在保险期间内, 被保险人在保险人指定或认可的健康检查及疫苗医疗机构(首次就诊选定一个医疗机构品牌并前往就医后, 不得再转至其他品牌)注射国家批准认证的、非实验性质的疫苗, 对于被保险人实际发生的有关疫苗费用及注射费用。

在保险期间内, 上述常规健康体检费和疫苗接种费就诊医疗机构品牌需为同一个品牌,

且被保险人首次就诊选定一个医疗机构品牌并前往就医后，不得再转至其他品牌。

保险人累计承担的预防保健保险金以本合同约定的预防保健保险金额为限。当累计给付金额达到预防保健保险金额时，本项保险责任终止。

在保险期间内，若保险人上述五项责任下的累计给付保险金的总额达到本合同载明的总保险金额时，本合同终止。

第七条 保险金额、费用补偿、免赔额、给付比例

（一）保险金额

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本合同的门急诊医疗保险金额、住院医疗保险金额、恶性肿瘤院外特定药品费用医疗保险金额、白血病疾病保险金额、预防保健保险金额和总保险金额由投保人、保险人双方约定，并在本合同中载明。

除另有约定外，保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。

（二）医疗费用补偿

上述第六条保险责任中的医疗费用补偿是指，具备基本医疗保险（释义四十一）、公费医疗、其他费用补偿型医疗保险等的被保险人，若已从其他途径（包括但不限于基本医疗保险、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，则保险人仅对扣除医疗费用补偿后的余额按照本合同的约定进行赔付；不具备基本医疗保险、公费医疗、其他费用补偿型医疗保险等、未从其他途径获得医疗费用补偿的被保险人，保险人对上述第六条保险责任中的医疗费用按照本合同的约定进行赔付。无论如何，被保险人通过各个途径所获得的医疗费用补偿金额总和不得超过其实际发生的医疗费用金额。

（三）免赔额

本合同中的免赔额是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本合同约定仍旧由被保险人自行承担，本合同不予赔付的金额。只有当保险期间内的免赔额因以下三种情况抵扣完毕时，保险人才开始按照约定承担赔付责任：

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

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

（3）通过基本医疗保险和公费医疗保险获得的医疗费用补偿。

免赔额由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在本合同中载明。

举例来说，假设免赔额为 10000 元，如被保险人在保险期间内未就诊过，则免赔额余额为 10000 元；如第一次就诊累计的“保险责任范围内医疗费用”为 5000 元，针对本次就诊理赔后免赔额余额为 5000 元，本次赔付为 0 元；如第二次就诊累计的“保险责任范围内医

疗费用”为8000元，结合第一次就诊理赔后免赔额余额5000元，本次就诊免赔额已抵扣完毕，本次赔付为3000元乘以赔付比例。由于免赔额已抵扣完毕，在该被保险人剩余的保险期间内，不再需要抵扣免赔额。

（四）未获得基本医疗保险或公费医疗补偿的赔付

若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，但未获得基本医疗保险或公费医疗结算的，则保险人根据本合同单独约定的给付比例进行赔付。

第八条 犹豫期

除另有约定外，自本合同生效之日零时起7日（含第7日）为犹豫期。在此期间请投保人认真审视本合同，如果投保人认为本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合同的申请，视为投保人的书面申请。

第九条 责任免除

（一）因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的或发生如下列明的医疗费用或导致被保险人罹患本合同所约定的白血病的，保险人不承担保险金给付责任：

（1）因疝气和鞘膜积液而产生的医疗费用；

（2）投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；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；被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施，或被政府依法拘禁或入狱期间伤病；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；被保险人未遵医嘱擅自服用、涂用、注射药物；被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶（释义四十二）或者驾驶无有效行驶证（释义四十三）的机动车辆；

（3）被保险人所患既往症（释义四十四），及保险单中特别约定的除外疾病引起的相关费用；等待期内被保险人确诊疾病所导致的医疗费用；未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及其产生的后果所产生的费用；未被治疗所在地权威部门批准的治疗，未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物，以及上述治疗或药品药物导致的后续医疗费用；所有基因疗法（释义四十五）造成的医疗费用；未经医院专科医生初次确诊罹患本合同约定的重大疾病、未经保险人审核通过后需使用本合同约定的药品清单中的特定药品、未在本合同约定的医院接受细胞免疫疗法（释义四十六）时所造成的医疗费用。

（4）基因咨询、筛查、检查及其他相关费用（包括但不限于过敏原检测），但因治疗目的而接受的医学必需的基因检测费用不受此限，如恶性肿瘤治疗所必需的基因检测；各种健康检查（保险单约定承保的则不受此限），功能医学检查（包括但不限于全套个人化

营养评估、抗氧化维生素分析、氧化压力分析、营养与毒性元素分析、肠道免疫功能分析)费用,免疫费用,出于行政或管理事务目的(包括但不限于与投保保险、招聘、入学或运动相关的体格检查)发生的检查费用,旅行和宾馆住宿费用;医疗咨询和健康预测(包括但不限于健康咨询、家庭咨询、性咨询)费用,智能测试、教育测试的医疗服务费;各类医疗鉴定费用,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;因医疗事故(释义四十七)导致的医疗费用;被保险人在不符合本合同约定的医院就诊发生的医疗费用;

(5) 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)(保险单约定承保的则不受此限);虽持有医生建议,但治疗在非医疗机构进行或费用由非医疗机构收取(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;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;临床不能证明医嘱或处方所列恶性肿瘤特定药品对被保险人所患的恶性肿瘤治疗有效(释义四十八);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(释义四十九);冒名住院、被保险人未到达医院就诊即代诊、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(从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用);

(6) 矮小症相关治疗、早熟、肥胖症相关治疗、胃减容术(包括可调节式束带手术、袖状胃切除手术、胃旁路手术、胃内水囊手术、胃肠转流术等的胃减容术)、整形治疗、美容或整容治疗、变性手术及前述治疗或手术的并发症或因前述治疗或手术导致的医疗事故;被保险人怀孕、流产、分娩(含剖腹产)、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,屈光不正(近视、远视、散光),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(包括但不限于过敏原检测)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(耐用医疗设备费不在此限),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;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;

(7) 各种自用的按摩保健和治疗用品:颈托(急救中使用的颈托不在此限)、腰托、胃托、肾托、护膝带、钢头颈、矫正器具、药带、药枕、拐杖、轮椅、健身按摩器和各种磁疗用品及家用检测治疗仪器等费用;矫正鞋或其他脚支撑器材费(包括但不限于足弓支撑器、矫正器或任何其他预防性的服务或器材),任何用于治疗弱足、畸形足、不稳足、扁平足或足弓塌陷的器材费,任何与跗骨、跖骨相关的医疗及其他相关费用,对脚表面损

害（如鸡眼、老茧、角质化）医疗费用，但有关骨外露、肌腱或韧带的手术不在此限；

（8）预防保健（包括但不限于保健按摩、自动按摩床治疗、药物蒸气治疗、药浴、体疗健身、疾病普查）费用；静养疗法、监护及家居照料费，在护理之家、养老院接受的护理，为休息、观察而实施的环境疗法；

（9）对未表现出可疑细胞行为（如近期大小、形状、颜色发生改变）的良性皮肤损害（包括但不限于黄褐斑、皮肤白斑、色素沉着、雀斑、痣等）的治疗、祛除及其他相关费用；对无症状的浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、白癜风、纹身去除、皮肤变色的治疗、手术、并发症的治疗及其他相关费用；

（10）因学习障碍、多动症、注意力集中缺陷、语言障碍矫正、儿童行为问题和儿童发育问题而接受的治疗所导致的费用；生长激素治疗及其他相关费用，但经保险人或其授权的第三方管理机构批准的医学必需情形不在此限；

（11）因睡眠呼吸障碍而产生的任何费用，包括但不限于鼾症、失眠、睡眠呼吸暂停低通气综合征及睡眠测试；

（12）被保险人从事保险合同所附《众安特殊职业类别表》中的职业；被保险人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；被保险人从事或参加高风险运动，如：潜水（释义五十）、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（释义五十一）、攀登海拔 3500 米以上的独立山峰、攀爬建筑物、滑雪、滑冰、武术（释义五十二）、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、拳击、马术、赛马、赛车、特技表演（释义五十三）（含训练）、替身表演（含训练）、探险（释义五十四）或考察活动（洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等）；

（13）被保险人患性病，精神和行为障碍，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）；被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（释义五十五）（但符合本合同约定的“职业原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染（释义三十二.（八十九））”、“输血原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染（释义三十二.（九十））”、“器官移植原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染（释义三十二.（九十一））”不在此限）；

（14）战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱；核爆炸、核辐射或者核污染、化学污染。

（二）任何在下列期间发生的或因下列情形之一导致被保险人发生恶性肿瘤——重度院外特定药品费用的，保险人不承担给付恶性肿瘤院外特定药品费用医疗保险金的责任：

（1）仅有临床不适症状，入院诊断和出院诊断均不是恶性肿瘤——重度的治疗；

（2）使用未获得中国国家药品监督管理局许可或批准上市的药品，进行未被国家药品审评中心批准的适应症用药治疗；

（3）进行未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及前述治疗产生的后果所产生的费用；

(4) 被保险人在中华人民共和国领土以外的国家或地区以及香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾省接受治疗；

(5) 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射特定药品；

(6) 被保险人未在保险人指定药店购买的药品；

(7) 被保险人未按本合同约定的流程进行保险金申请或经申请未审核通过；

(8) 特定药品处方的开具与中国国家药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症和用法用量不符；

(9) 被保险人提交审核的医学材料不能证明该药品或器械对被保险人当前的疾病状态治疗有效；

(10) 被保险人的疾病状况，经专科医生审核，确定对药品已经耐药后仍继续购买该药品；

(11) 被保险人进行恶性肿瘤——重度特定药品基因检测（释义五十六）费用（以收费票据载明信息为准）。

第十条 保险期间与不保证续保

本合同为不保证续保合同，保险期间为一年（或不超过一年）。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，本合同对应保险产品统一停售，保险人将不再接受投保申请。

第三部分 医疗服务网络与预授权

第十一条 医疗服务网络与直接付费服务

保险人建立了医疗服务网络，并将定期或者不定期向投保人和被保险人通报，被保险人也可登陆保险人指定的互联网站或者致电查询相关信息。在保险期间内，被保险人在保险人或服务提供商的医疗服务网络内的医疗机构（以下简称“网络医疗机构”）接受治疗的，对于保险责任范围内的费用中应由保险人承担部分，保险人或其服务提供商将直接与网络医疗机构结算，无需被保险人先行支付。保险人有权要求被保险人在网络医疗机构内接受治疗并使用直接付费服务，被保险人未在网络医疗机构内接受治疗的，保险人不承担给付保险金的责任。

在保险期间内，被保险人在网络医疗机构接受治疗并使用直接付费服务的，对于其发生的不属于保险责任范围的、应由其个人负担但网络医疗机构未向其本人收取的医疗费用，在接到保险人或服务提供商通知后，被保险人应在三十日内向保险人支付相应款项；未在三十日内支付相应款项的，保险人或服务提供商有权向其追偿相应费用。

第十二条 预授权

被保险人在网络医疗机构接受下列治疗前，应当在预定开始治疗日期前至少五个工作日向保险人或服务提供商提出预授权（事先授权）申请：

- (一) 所有住院和手术治疗，特殊门诊治疗；
- (二) 大型检查检验项目，单价在人民币 5000 元以上的检查项目
- (三) 购买或者租用耐用医疗设备；
- (四) 虽不符合上述医疗项目，但预期保险期间内累计医疗费用超过 3 万元的任何治疗、检查项目。

对于被保险人提出的预授权申请，保险人或服务提供商将予以书面回复并有权要求被保险人在网络医疗机构内接受治疗。被保险人应当在收到书面回复后开始接受治疗，保险人或服务提供商要求被保险人在网络医疗机构接受治疗的，被保险人应当予以配合。除另有约定外，被保险人在进行上述治疗前若未获得预授权的，保险人不承担给付保险金的责任。

发生紧急情况的，被保险人可在就近网络医疗机构接受治疗，但须在开始接受治疗后 48 小时内通知保险人或服务提供商。保险人将对该次治疗是否属紧急情况予以审核。

被保险人获得保险人或服务提供商的书面回复，不意味着其发生的全部医疗费用属于保险责任范围，保险人按照本合同约定承担保险责任。

第四部分 保险人的义务

第十三条 提示和说明

订立本合同时，保险人会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做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做出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十四条 保险单和保险凭证

本合同成立后，保险人将向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十五条 保险金的给付

保险人收到被保险人或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，应当在三十日内作出核定，但保险合同另有约定的除外。

保险人将核定结果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给付保险金的协议后十日内，履行赔偿保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向被保险人或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、资料之日起六十日内，对其给付的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，支付相应的差额。

第十六条 索赔资料不完整通知

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。

第五部分 投保人、被保险人义务

第十七条 交费义务

本合同保险费交付方式分为一次性交付和分期交付,由投保人和保险人在投保时约定,并在保险单上载明。

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

若投保人选择分期交付保险费,需经投保人申请并经保险人同意,并在本合同中载明保费分期交付的周期。如投保人未交付首期保费,保险合同不成立,保险人不承担保险责任。如投保人未按照保险合同约定的付款时间足额交付当期保费,允许在宽限期内补交保险费;如果被保险人在宽限期内发生保险事故,保险人仍按照合同约定赔偿保险金。除本合同另有约定外,如被保险人在正常交费对应的保险期间内或宽限期内发生保险事故,保险人依照合同约定赔偿保险金的,需扣减保险期间内所有未交期间的保险费,投保人已缴纳的保险费与保险人扣减的保险费之和应等于本合同约定的保险费总额。如投保人未按照保险合同约定的付款时间足额交付当期保费,且在本合同约定的宽限期内仍未足额补交当期保费的,从应付之日起发生保险责任范围内的事故的,保险人不承担赔偿责任;宽限期内发生的保险事故也不承担保险责任。

对于保险期间终止后发生的保险事故,保险人不承担保险责任。宽限期由投保人与保险人协商确定,并在本合同中载明。

第十八条 如实告知

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,保险人对于合同解除前发生的保险事故,不承担给付保险金的责任,但应当退还保险费。

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

第十九条 住址、通讯地址或数据电文联系方式变更告知义务

投保人住址、通讯地址或数据电文联系方式变更时,应及时以书面形式或双方认可的其

他形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本合同所载的最后住址、通讯地址或数据电文联系方式发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第二十条 变更批注

在保险期间内，投保人需变更保险合同内容的，应以书面形式或双方认可的其他形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本合同中批注。

投保人通过保险人同意或认可的网站等互联网渠道提出变更本合同的申请，视为投保人的书面申请。

第二十一条 职业或工种的变更

被保险人变更其职业或工种时，投保人应于三十日内以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。若被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人对该被保险人所负保险责任自其职业或工种变更之日起终止，并退还未满期净保险费（释义五十七）。

被保险人未履行本条约定的通知义务而发生保险事故的，且被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人不承担给付保险金的责任，并自其职业或工种变更之日起，按日计算退还未满期净保险费，本合同终止。

第二十二条 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合同约定的年龄限制的，保险人有权解除本合同，并向投保人退还未满期净保险费。

（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。

第二十三条 保险事故通知义务

投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。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。

上述约定，不包括因不可抗力（释义五十八）而导致的迟延。

第六部分 保险金的申请

第二十四条 保险金的申请

(一) 门急诊医疗保险金、住院医疗保险金、白血病疾病保险金、预防保健保险金申请

保险金申请人(释义五十九)向保险人申请给付保险金时, 应提供如下材料:

- (1) 保险金给付申请书;
- (2) 保险合同凭证;
- (3) 保险金申请人的有效身份证件(释义六十);
- (4) 支持索赔的全部账单、证明、信息和证据, 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、费用明细单据等。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的, 应提供其它合法有效的材料;
- (5) 保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料;
- (6) 若保险金申请人委托他人申请的, 还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。

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

(二) 恶性肿瘤院外特定药品费用医疗保险金申请

在本合同保险期间内, 被保险人在等待期后, 经中华人民共和国境内(不包括香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾省)医院的专科医生初次确诊罹患本合同所定义的恶性肿瘤——重度, 如果被保险人需在保险人指定药店购买专科医生开具的药品处方中所列明的药品, 需按照以下流程进行授权申请、药品处方审核和药品购买:

(一) 授权申请和药品处方审核

保险金申请人向保险人提交恶性肿瘤——重度院外特定药品授权申请(以下简称“授权申请”), 并提供下列授权申请材料:

- (1) 保险金给付申请书;
- (2) 被保险人的有效身份证件;
- (3) 支持审核的全部证明、信息和证据, 包括但不限于医院出具的门诊及住院病历资料、医学诊断书、病理检查报告、影像报告、检查化验报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等原件。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的, 应提供其它合法有效的材料;
- (4) 医生开具的特定药品处方;
- (5) 医院开具的外购药证明;
- (6) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料;
- (7) 若保险金申请人委托他人申请的, 还应提供保险金转账授权书原件、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授权申请或者处方审核未通过，保险人不承担给付恶性肿瘤院外特定药品费用医疗保险金的责任。

（二）药品购买

特定药品授权申请及特定药品处方首次经保险人审核通过后，保险人将指引保险金申请人，携带有效药品处方、保险金申请人及被保险人的有效身份证件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。

保险金申请人通过保险人指定药店购买符合本合同保险责任的特定药品，将由保险人与保险人指定药店或**第三方服务商**（释义六十一）直接结算保险人应承担保险金赔偿部分的恶性肿瘤——重度院外特定药品费用，保险金申请人无需支付该部分费用，**但保险金申请人应自行支付不属于保险责任范围内的药品费用。**

第七部分 保险合同的解除、终止和争议处理

第二十五条 合同的解除

在本合同成立后，投保人可以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人解除合同，**但保险人已根据本合同的约定给付保险金的除外。**

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。

投保人要求解除本合同，自保险人接到保险合同解除申请书之日次日零时起，本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起30日内退还本合同的未满期净保险费。

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本合同的申请，视为投保人的书面申请。

第二十六条 合同的争议处理

因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险合同载明的仲裁机构仲裁；保险合同未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

与本合同有关的以及履行本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**）。

第二十七条 诉讼时效期间

保险金申请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。

第二十八条 效力终止

发生以下情况之一时，本合同效力即时终止：

- （一）保险期间届满；
- （二）被保险人身故；
- （三）因本合同其他条款所约定的情况而终止效力。

第八部分 释义

一、保险人

指众安在线财产保险股份有限公司。

二、周岁

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。

三、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。**猝死是指平素身体健康或表面健康的人因潜在疾病、机能障碍在出现症状后24小时内发生的突然死亡。**猝死的认定，如有司法机关的法律文件、医疗机构的诊断书等，则以上述法律文件、诊断书等为准。**

四、等待期

指自本合同生效日起计算的一段时间，具体天数由保险人和投保人在投保时约定并在本合同上载明。

在等待期内发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

五、医院

指经中华人民共和国卫生部门审核认定的**二级及二级以上的公立医院**或**保险人扩展承保的医疗机构**，**且不包括如下机构或医疗服务：**

- （一）观察室、联合病房、康复病房；
- （二）诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；
- （三）休养、戒酒、戒毒中心；

（四）保险人不予理赔的医疗机构。

该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。

保险人扩展承保的医疗机构清单及不予理赔的医疗机构清单将在保险单中载明，保险人保留对清单进行变更的权利，具体以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知为准。

六、专科医生

专科医生应当同时满足以下四项资格条件：

- （一）具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；
- （二）具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；
- （三）具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；
- （四）在国家《医院分级管理办法》二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

七、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，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。

八、必需且合理

（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。

九、急诊室费

指被保险人在门诊、急诊期间发生的在急诊室（含抢救室）进行急诊治疗，实际发生的急诊室（含抢救室）的房间使用费。

十、检查检验费

指门诊、急诊或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。

十一、治疗费

指门诊、急诊或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。

十二、药品费

指门诊、急诊或住院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。

在保险期间内，保险人所承担被保险人在医院接受门诊或急诊治疗的药品费用的累计给付金额可由投保人和保险人在投保时单独约定，并在保险单中载明。

十三、同城救护车使用费

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。

十四、单次门急诊

指被保险人同一天在同一医院同一科室所进行的门诊或急诊治疗。

十五、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进行治疗的过程，并正式办理入院手续。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、外宾病房或其它不属于基本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；

(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，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。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。

十六、床位费

指被保险人住院期间实际发生的、不高于单人病房的住院床位的费用（除另有约定外，不包括套房、家庭病床、豪华房、行政客房）。床位费的每日限额由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在本合同中载明。

十七、陪床费

指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间，根据合同约定赔偿其合法监护人（限一人）在医院留宿发生的陪床费；或女性被保险人在住院治疗期间，根据合同约定赔偿其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的陪床费。陪床费的每日限额由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在本合同中载明。

十八、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。

十九、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和计划生育委员会《分级护理标准》确定）、重症监护和专项护理费用（不包含护工护理费用）。

二十、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。

二十一、医疗器械费

指以下三类医疗设备或材料的实际费用：

(一) 内置医疗器械：指手术过程中因医疗所需用于植入或置换的修复体/设备；

(二) 外置医疗器械：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，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；

（三）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。

在保险期间内，保险人所承担被保险人医疗器械费的累计给付金额可由投保人和保险人在投保时单独约定，并在保险单中载明。

二十二、耐用医疗设备费

指被保险人因医疗必要而经医师开具处方，用于恢复身体功能的满足基本医疗需要的康复设备、矫形支具的费用，包括但不限于腿、臂、背和颈支具，人造腿、臂、眼。

耐用医疗设备不包括轮椅或自动床、助听器、血压监测仪、人工耳蜗、舒适设备（如电话托臂和床上多用桌）、空气质量或温度调控设备（如空调、湿度调节器、除湿器和空气净化器）、健身脚踏车、太阳能或加热灯、加热垫、坐浴盆、盥洗凳、浴缸凳、桑拿浴、升降机、涡流按摩浴、健身器材及其他类似设备。

在保险期间内，保险人所承担被保险人耐用医疗设备费的累计给付金额可由投保人和保险人在投保时单独约定，并在保险单中载明。

二十三、手术机器人使用费

指指手术导航定位机器人（如神经外科脊柱外科ROSA机器人，Mako骨科机器人等）、手术操作机器人（如达芬奇手术机器人等），含手术机器人专用医用耗材费。

二十四、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。

二十五、化学疗法

指针对于恶性肿瘤的化学治疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。本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。本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。

二十六、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。

二十七、肿瘤免疫疗法

指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和增强机体抗肿瘤免疫应答。本合同所指的肿瘤免疫治疗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。

二十八、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。

二十九、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。

三十、门诊手术医疗费用

指被保险人在门诊、急诊期间进行手术期间合理且必需的手术治疗费用，包括外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、术中用药费、手术设备费、一次性用品费、治疗费。未发生任何切除治疗的腔镜检查不在保障范围内。

手术指被保险人因疾病或意外伤害后，医护人员为其治疗疾病、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。

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、重大疾病

（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（释义六十二）（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）（释义六十三）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）（释义六十三）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（释义六十四）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 $\leq 2\%$ ）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**（释义六十五）**肌力**（释义六十六）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**（释义六十七）；

（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**（释义六十八）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（释义六十九）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（释义七十）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。

（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。

被保险人申请理赔时年龄必须在3周岁以上。

（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。

（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）严重原发性肺动脉高压

指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association，NYHA）心功能状态分级（释义七十一）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。

被保险人申请理赔时年龄必须在3周岁以上。

（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：
 - a. 中性粒细胞绝对值＜ $0.5 \times 10^9/L$ ；
 - b. 网织红细胞计数＜ $20 \times 10^9/L$ ；
 - c. 血小板绝对值＜ $20 \times 10^9/L$ 。

（二十五）主动脉手术

指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瘻术。

以上28种重大疾病为中国保险行业协会制定的《重大疾病保险的疾病定义使用规范》（2020年修订版）中列明的疾病，以下72种重大疾病为保险人增加的疾病。

（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）慢性肺功能衰竭

慢性肺部疾病导致永久不可逆性的慢性呼吸功能衰竭。**慢性呼吸功能衰竭必须明确诊断并满足下列全部条件：**

- （1）休息时出现呼吸困难；
- （2）动脉血氧分压（ PaO_2 ） $< 50\text{mmHg}$ ；
- （3）动脉血氧饱和度（ SaO_2 ） $< 80\%$ ；
- （4）因缺氧必须接受持续的输氧治疗。

（三十一）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。

（三十二）严重肺泡蛋白沉积症

肺泡蛋白质沉积症是一种弥漫性肺部疾病，其组织学特征为肺泡腔内及终末细支气管内堆积过量的磷脂蛋白样物质。必须满足下列所有条件：

- （1）经组织病理学检查明确诊断；
- （2）实际接受了三次（含）以上（每年至少一次）全身麻醉下的全肺灌洗术治疗；
- （3）慢性呼吸功能衰竭，全肺灌洗术后仍然存在中重度缺氧，动脉血氧分压（ PaO_2 ） $< 60\text{mmHg}$ 和动脉血氧饱和度（ SaO_2 ） $< 85\%$ 。

（三十三）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。

（三十六）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。

（三十七）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

他颅脑手术不在保障范围内。

（三十八）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。

（三十九）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合同的衡量指标。

（四十）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保障范围内。

（四十一）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。

（四十二）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）。

（四十三）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：
 - a. 血浆促肾上腺皮质激素（ACTH）水平测定， $>100\text{pg/ml}$ ；
 - b. 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；
 - c. 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。

（四十四）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。

（四十五）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。

（四十六）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。

（四十七）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。

（四十八）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。

（四十九）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。

（五十）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。

（五十一）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。

- a. 胸骨正中切口；
- b. 双侧前胸切口；
- c. 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。

(五十二) 心脏粘液瘤手术切除

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。

(五十三) 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。

(五十四) 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。

(五十五) 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。**

(五十六) 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。

(五十七) 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)<50mmHg 和动脉血氧饱和度 (SaO₂) <80%。

(五十八) 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。

(五十九) 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。

(六十) 亚急性硬化性全脑炎

是麻疹或麻疹样病毒所致的一种中枢神经系统慢病毒感染。中枢神经系统呈现灰质和白质破坏为特征的慢性和急性混合存在的炎症。必须满足下列所有条件：

- (1) 必须由三级医院诊断，临床检查证实脑电图存在周期性复合波、脑脊液Y-球蛋白升高、脑脊液和血清中麻疹抗体滴度升高；
- (2) 被保险人出现运动障碍，永久不可逆丧失自主生活能力，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。

(六十一) 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。

（六十二）丧失独立生活能力

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。

被保险人申请理赔时年龄必须在6周岁以上。

（六十三）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。本合同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（释义七十二）的情况予以理赔。**

（六十四）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：
 - 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。

（六十五）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。

（六十六）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）。

（六十七）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。

(六十八) 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。

(六十九) 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。

本合同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障范围内。

(七十) 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：
 - a. 垂体前叶激素全面低下；
 - b. 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。

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。

(七十一) 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。

本合同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。

(七十三) 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。

(七十四) 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）。

(七十五) 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。**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。

(七十六) 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。

（七十七）严重瑞氏综合征

瑞氏综合征是线粒体功能障碍性疾病。导致脂肪代谢障碍，引起短链脂肪酸、血氨升高，造成脑水肿。主要临床表现为急性发热、反复呕吐、惊厥及意识障碍等等。肝脏活检是确诊的重要手段。**瑞氏综合征需由三级医院的儿科专科医生确诊，并符合下列所有条件：**

- （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。

（七十八）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，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。

（七十九）溶血性尿毒综合征

一种由于感染导致的急性综合征，引起红细胞溶血，肾功能衰竭及尿毒症。溶血性尿毒综合征必须由血液和肾脏专科医师诊断，并且符合所有以下条件：

- （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，不在本合同保障范围内。

（八十）严重登革热

登革热是由登革热病毒引起的急性传染病，为一种自限性疾病，通常预后良好。**本合同仅对严重的登革热给予保障，被保险人的登革热必须满足下列所有条件：**

- （1）根据《登革热诊疗指南（2014 版）》诊断的确诊病例；
- （2）出现下列一种或多种严重登革热的临床表现：
 - a. 血浆渗漏致休克或胸腔积液伴呼吸困难；
 - b. 严重出血：消化道出血、阴道大出血、颅内出血、肉眼血尿或皮下血肿（不包括皮下出血点）；

c. 严重器官损害或衰竭：肝脏损伤（ALT 或 AST>1000IU/L）、ARDS（急性呼吸窘迫综合征）、急性心功能衰竭、急性肾功能衰竭、脑病。

（八十一）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。

（八十二）意外导致重度面部烧伤

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。**

（八十三）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：
 - a. 眼球摘除；
 - b. 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）；
 - c. 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。

（八十四）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。

本项疾病不受本合同第九条责任免除中关于“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（八十五）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。

（八十七）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。

（八十八）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保障范围内。

（八十九）职业原因导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。

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

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，本合同将不再予以赔付。

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感染不在本合同保障范围内。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合同第九条责任免除中“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

（九十）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，本合同将不再予以赔付。

任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致的HIV感染不在本合同保障范围内。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合同第九条责任免除中“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

（九十一）器官移植原因导致人类免疫缺陷病毒（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，本合同将不再予以赔付。

保险人承担本项疾病责任不受本合同第九条责任免除中“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

（九十二）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。

（九十三）严重创伤弧菌感染截肢

因创伤弧菌感染导致败血症和肢体损害。必须满足下列所有条件：

- （1）近期被海产品刺伤或肢体创口接触海水史；
- （2）病原学检查证实致病菌为创伤弧菌；
- （3）出现脓毒败血症或休克；
- （4）受感染肢体（一肢体或多肢体）自腕关节或踝关节近端截肢。

（九十四）角膜移植术

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。

（九十五）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。

（九十六）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。

（九十七）严重巨细胞动脉炎

巨细胞动脉炎又称颞动脉炎、颞动脉炎、肉芽肿性动脉炎，须经保险人认可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。

（九十八）多发性骨髓瘤

多发性骨髓瘤是浆细胞异常增生的恶性肿瘤。必须满足下列所有条件：

- （1）骨髓活组织检查符合多发性骨髓瘤的典型骨髓改变；
- （2）至少存在下列一项：
 - a. 异常球蛋白血症；
 - b. 溶骨性损害。

孤立性骨髓瘤不在保障范围内。

（九十九）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。须经专科医生明确诊断。

（一百）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。

三十三、特定疾病

（一）白血病

白血病是一种造血系统的恶性肿瘤，其主要表现为白血病细胞在骨髓或其他造血组织中进行性、失控制的异常增生，并浸润至其他组织与器官，使正常血细胞生成减少，周围白细胞有质和量的变化，产生相应临床表现。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的白血病范畴。

（二）良性脑肿瘤

指脑的良性肿瘤，已经引起颅内压增高，临床表现为视神经乳头水肿、精神症状、癫痫及运动感觉障碍等，并危及生命。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或者正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，并且必须同时满足下列至少一项条件：

- （1）实际实施了开颅进行的脑肿瘤完全切除或者部分切除的手术；
- （2）实际实施了对脑肿瘤进行的放射治疗。
- （3）脑垂体瘤、脑囊肿、脑血管性疾病不在保障范围内。

（三）严重川崎病

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

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

（四）严重 I 型糖尿病

I 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 I 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，并且必须同时满足下列全部条件：

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

（五）严重癫痫

本病的诊断须由神经科或儿科专科医生根据典型临床症状和脑电图及 MRI、PET、CT 等影像学检查做出。理赔时必须提供 6 个月以上的相关病历记录证明被保险人存在经抗癫痫药物治疗无效而反复发作的强直阵挛性发作或癫痫大发作，且已行神经外科手术以治疗反复发作的癫痫。发热性惊厥以及没有全身性发作的失神发作（癫痫小发作）不在保障范围内。

（六）终末期肾病

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或实施了肾脏移植手术。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）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，产生毒素而引起肌痉挛的一种特异性感染。须经专科医生明确诊断。

（八）脑桥髓鞘溶解

是一种代谢性脱髓鞘疾病，病理学上表现为髓鞘脱失不伴炎症反应。临床常见症状为突发四肢弛缓性瘫，咀嚼、吞咽及言语障碍，眼震及眼球凝视障碍等。须经由相关专科医生确诊疾病180天后，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两项或两项以上。

（九）库鲁病

指一种亚急性传染性朊蛋白病。临床表现为共济失调、震颤、不自主运动，在病程晚期出现进行性加重的痴呆，神经异常。该病必须由权威医疗机构根据致病蛋白的发现而明确诊断。

（十）脊髓小脑变性症

脊髓小脑变性症是一组以小脑萎缩和共济失调为主要临床特点的疾病。**必须满足下列全部条件：**

（1）脊髓小脑变性症必须中华人民共和国境内（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾省）医院的专科医生明确诊断，并有以下证据支持：

- a. 影像学检查证实存在小脑萎缩；
- b. 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。

（十一）Ⅲ型成骨不全症

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。该病有4 种类型：Ⅰ型、Ⅱ型、Ⅲ型、Ⅳ型。本合同仅保障Ⅲ型成骨不全症，其主要临床特点有：发展迟缓、多发性骨折、进行性脊柱后侧凸及听力损害。须根据身体检查，家族史，X 线检查和皮肤活检报告诊断。**成骨不全症Ⅲ型须同时符合下列所有条件：**

- （1）就Ⅲ型成骨不全症的诊断进行的皮肤切片的病理检查结果为阳性；
- （2）X 光片结果显示多处骨折及逐步脊柱后侧凸畸形；
- （3）有证明是因此疾病引致发育迟缓及听力损伤；

（4）经中华人民共和国境内（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾省）医院的专科医生明确诊断。

（十二）尼曼匹克病

指一组常染色体隐性遗传、多系统受累的疾病，主要表现为肝脾肿大、各种神经功能障碍以及鞘磷脂贮积。尼曼匹克病的诊断必须由保险人认可医院合格的专科医生做出，并符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准，且至少满足下列一项条件：

- （1）出现腹水、肝功能异常、病理性黄疸及肺浸润；
- （2）出现持续肌张力过低；
- （3）不明原因肝脾肿大；
- （4）出现垂直性核上性凝视麻痹、共济失调、肌张力障碍或抽搐；
- （5）出现痴呆、抑郁、双相障碍或精神分裂症等。

（十三）Prader-Willi 综合征

指一种罕见的、涉及基因印记的遗传性疾病。主要临床特点包括严重的新生儿期肌张力低下，喂养困难，外生殖器发育不良，随后出现食欲亢进、病态肥胖、固执和脾气暴躁及学习障碍。Prader-Willi综合征的诊断必须由保险人认可医院合格的专科医生做出，并符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准。

（十四）多发性硬化

因脑及脊髓内的脱髓鞘病变而出现神经系统多灶性（多发性）多时相（至少6个月以内有一次以上（不包含一次）的发作）的病变，须由计算机断层扫描（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，且已经造成自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，持续至少180天。

（十五）法布里病

属于X性染色体连锁遗传性疾病。由于X染色体长臂中段编码 α -半乳糖苷酶A（ α -GalA）的基因突变，导致 α -半乳糖苷酶A结构和功能异常，使其代谢底物三己糖神经酰胺（Globotriaosylceramide, GL-3）和相关鞘糖脂在全身多个器官内大量堆积所导致的临床综合征。法布里病的诊断必须由保险人认可医院合格的专科医生做出，且被保险人的 α -半乳糖苷酶A（ α -GalA）的酶学测定结果和GLA基因检测结果符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准。

（十六）高苯丙氨酸血症

指由于苯丙氨酸羟化酶缺乏或其辅酶四氢生物喋呤缺乏，导致血苯丙氨酸（Phe）增高的一组氨基酸代谢病。高苯丙氨酸血症的诊断必须由保险人认可医院合格的专科医生做出，并符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准，且必须满足下列所有条件：

- （1）血 Phe 浓度 $>120\mu\text{mol/L}$ （ $>2\text{mg/dl}$ ）；
- （2）血 Phe 与酪氨酸（tyrosine, Tyr）比值（Phe/Tyr） >2.0 。

（十七）四氢生物喋呤缺乏症

指四氢生物喋呤（BH4）的合成或代谢途径中酶的先天性缺陷导致的氨基酸代谢障碍，

导致神经递质合成受影响，出现高苯丙氨酸血症以及严重的神经系统损害症状和智能障碍。四氢生物蝶呤缺乏症（BH4D）的诊断必须由保险人认可医院合格的专科医生做出，并符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准，且满足下列所有条件：

- （1）血 Phe 浓度 $>120\mu\text{mol/L}$ 及 $\text{Phe/Tyr}>2.0$ ；
- （2）尿喋呤谱异常，或血 DHPR 活性异常；
- （3）BH4 负荷试验，结果符合 BH4 缺乏症的特征；
- （4）检测到 BH4D 基因致病性变异。

（十八）戈谢病

属于常染色体隐性遗传病。由于葡萄糖脑苷脂酶基因突变导致机体葡萄糖脑苷脂酶（又称酸性 β -葡萄糖苷酶）活性缺乏，造成其底物葡萄糖脑苷脂在巨噬细胞溶酶体中贮积，临床表现多脏器受累并呈进行性加重。又称葡萄糖脑苷脂病、高雪氏病、家族性脾性贫血、脑甾病、脑苷脂网状内皮细胞病等。戈谢病的诊断必须由保险人认可医院合格的专科医生做出，且被保险人的成纤维细胞葡萄糖脑苷脂（glucocerebroside, GC）活性测定和基因诊断结果应符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准。

（十九）肌萎缩侧索硬化

指一种病因未明、主要累及大脑皮质、脑干和脊髓运动神经元的神经系统变性疾病。肌萎缩侧索硬化（ALS）的诊断必须由保险人认可医院合格的专科医生做出，并符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准，且至少满足下列一项条件：

- （1）通过临床或电生理检查，证实在 4 个区域中至少有 3 个区域同时存在上、下运动神经元同时受累的证据；
- （2）通过临床或电生理检查，证实至少 1 个区域存在上、下运动神经元同时受累的证据，且满足 ALS 相关遗传物质辅助检测诊断结果。

（二十）脊髓性肌萎缩症

属于常染色体隐性遗传病。由于运动神经元存活基因1（survival motor neuron gene 1, SMN1）突变导致SMN蛋白功能缺陷所致的遗传性神经肌肉病。SMA以脊髓前角运动神经元退化变性和丢失导致的肌无力和肌萎缩为主要临床特征。脊髓性肌萎缩症的诊断必须由保险人认可医院合格的专科医生做出，且被保险人的基因检测和基因测序结果应符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准。

（二十一）克罗恩病

指一种慢性肉芽肿性肠炎，病理组织学检查具有特征性的克罗恩病（Crohn病）变化，如贯穿肠壁各层的增殖性病变，并侵犯肠系膜和局部淋巴结。被保险人的组织病理学检查须具备典型的克罗恩病（Crohn病）特点，且必须经过消化专科医生明确诊断。

（二十二）黏多糖贮积症（I 型、II 型、IV 型）

属于染色体连锁隐性遗传病。由于降解糖胺聚糖（亦称酸性黏多糖，glycosaminoglycan，

GAGs)的酶缺乏,导致不能完全降解的黏多糖在溶酶体中贮积。**黏多糖贮积症的诊断必须由保险人认可医院合格的专科医生做出,且被保险人的酶学测定结果和基因分析结果应符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准。**

(二十三) 血友病

指一种遗传性凝血功能异常的出血性疾病。本合同仅包括严重甲型血友病(缺乏VIII凝血因子)或严重乙型血友病(缺乏IX凝血因子),并且凝血因子VIII或凝血因子IX的活性水平少于百分之一。**被保险人必须经过血液专科医生明确诊断。**

(二十四) 原发性肉碱缺乏症

又称肉碱转运障碍或肉碱摄取障碍。是由于细胞膜上与肉碱高亲和力的肉碱转运蛋白基因突变所致的一种脂肪酸 β 氧化代谢病,为常染色体隐性遗传病。表现为血浆肉碱水平明显降低及组织细胞内肉碱缺乏,引起心脏、骨骼肌、肝脏等多系统损害。**原发性肉碱缺乏症的诊断必须由保险人认可医院合格的专科医生做出,且被保险人的串联质谱检测 results 和基因突变检测结果应符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准。**

(二十五) 肺孢子菌肺炎

指由肺孢子菌引起的间质性浆细胞性肺炎。**须满足下列全部条件:**

- (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0.5kPa/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,超过基值的170 %;
- (5) PaO₂<60mmHg, PaCO₂>50mmHg。

(二十六) 脑型疟疾

指恶性疟原虫严重感染导致的脑病或脑型疟疾,以昏迷为主要特征。须经本公司指定或认可的医疗机构的专科医生确诊,且外周血涂片或骨髓涂片检查存在恶性疟原虫。

其他明确病因导致的脑病不在保障范围内。

三十四、院外

指非被保险人就诊医院。

三十五、特定药品

指本合同期满日前在中国国家药品监督管理局批准并已在中国上市的特种药品(特种药品是指国家卫健委在《新型抗肿瘤药物临床应用指导原则(2020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)。**药品的适应症以中国国家药品监督管理局批准的药品说明书为准。**

三十六、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。

三十七、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。

三十八、约定的药品清单

指保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的药品清单，以**保险人最新公布信息为准**，**保险人保留对药品清单进行变更的权利，将根据医疗水平的发展对药品清单进行更新。**

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。

三十九、指定药店

指保险人授权的第三方服务商提供的药店名单。**保险人保留对上述指定药店名单做出适当调整的权利。**保险人指定的药店应同时满足以下条件：

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

四十、保险人指定或认可的健康检查及疫苗医疗机构

指保险人与投保人协商确定的健康检查及疫苗医院机构，以**保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知的名单为准**，**保险人保留对特定医疗机构清单进行变更的权利。**同一个保险期间内，被保险人首次就诊选定一个医疗机构品牌并前往就医后，不得再转至其他品牌。

四十一、基本医疗保险

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

四十二、无有效驾驶证驾驶

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，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
- （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。

四十三、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；

（二）无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌、临时号牌或临时移动证的机动车辆；

（三）未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动车辆。

四十四、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。

四十五、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。

四十六、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。

四十七、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。

四十八、有效

指以下两种情况：

（一）指实体肿瘤病灶按照RECIST（实体瘤治疗疗效评价标准）未出现疾病进展（完全缓解、部分缓解、疾病稳定），即定义为有效；

（二）非实体肿瘤按相关专业机构的指南规范，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，得出疾病未进展的结论，即定义为有效。

四十九、耐药

指以下两种情况之一：

（一）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；

（二）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。

五十、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。

五十一、攀岩

指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

五十二、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。

五十三、特技表演

指进行马术、杂技、驯兽等表演。

五十四、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。

五十五、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。

五十六、恶性肿瘤——重度特定药品基因检测

指将外周血、手术或活检术留取的恶性肿瘤——重度病理切片组织或恶性肿瘤——重度转移所致的胸腹水等样本，进行恶性肿瘤——重度相关的特定基因的结构（DNA 水平）或功能（RNA 水平）检测。境内医院的专科医生可根据其基因检测结果，给出针对其分子异常特征的药物（即特定药品）的给药方案。

五十七、未到期净保险费

除另有约定外，按下述公式计算未到期净保险费：

如投保人在本合同成立时选择一次性交付保险费，未到期净保险费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]×(1-退保手续费率)。经过天数不足一天按一天计算。

如投保人在本合同成立时选择分期交付保险费，未到期净保险费=本合同的当期保险费×[1-(当期实际经过天数/当期实际天数)]×(1-退保手续费率)。经过天数不足一天按一天计算。

五十八、不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

五十九、保险金申请人

指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

六十、有效身份证件

指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护

照、军官证、警官证、士兵证等证件。

六十一、第三方服务商

指保险人授权的为保险用户提供药事服务的机构。

六十二、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。

六十三、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。

六十四、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分期采用目前现行的AJCC第八版定义标准，中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。

六十五、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。

六十六、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。

六十七、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声音（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。

六十八、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。

六十九、酗酒

是指酒精摄入过量。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。**

七十、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。

七十一、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。

七十二、肢体机能永久完全丧失

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。

众安在线财产保险股份有限公司
个人齿科医疗保险条款（互联网 2024 版 A 款）
注册号：C00017932512024062002973

第一部分 总则

第一条 合同构成

本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证组成。凡涉及本合同的约定，均采用书面形式。

第二条 合同的成立

投保人提出保险申请，经**保险人**（释义一）同意承保，本合同成立。

第三条 投保人

本合同的投保人应为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其他人。

第四条 被保险人

除另有约定外，初次投保时年龄为出生满 30 天至 20 **周岁**（释义二）（含 20 周岁），身体健康、能正常工作、生活的自然人，可作为本合同的被保险人。被保险人年满 20 周岁前（含 20 周岁），保险期间届满，可以重新向保险人申请投保本产品，并经过保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

第五条 受益人

除本合同另有约定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

第二部分 保障内容

第六条 保险责任

本合同的保险责任包括“预防治疗保险金”、“基础治疗保险金”、“正畸治疗保险金”和“意外齿科治疗保险金”四项责任。其中“预防治疗保险金”为必选责任，“基础治疗保险金”、“正畸治疗保险金”和“意外齿科治疗保险金”为可选责任。投保人可只投保必选责任，也可在投保必选责任的基础上选择投保一项或者多项可选责任，并在本合同中载明，但不能单独投保可选责任。所投保的保险责任一经确定，在本合同保险期间内不得变更。

（一）预防治疗保险金（必选）

在保险期间内，被保险人在**等待期**（释义三）后在**保险人认可的医疗机构**（释义四）（首次就诊选定一个医疗机构品牌并前往就医后，不得再转至其他品牌）接受本合同所列预防项目治疗的，对于被保险人在治疗期间发生的**必需且合理**（释义五）的齿科预防治疗医疗费用，保险人在扣除已从其他途径获得的医疗费用补偿以及本合同约定的免赔额后，

依照本合同约定的给付比例向被保险人给付预防治疗保险金。

预防治疗的具体项目由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在保险合同中载明。保险人在本项责任下的累计给付金额之和以本合同约定的预防治疗保险金额为限，当累计给付金额之和达到预防治疗保险金额时，保险人对被保险人在预防治疗保险金项下的保险责任终止。

（二）基础治疗保险金（可选）

在保险期间内，被保险人在等待期后罹患齿科疾病并在保险人认可的医疗机构接受（首次就诊选定一个医疗机构品牌并前往就医后，不得再转至其他品牌）本合同所列基础项目治疗的，对于被保险人在治疗期间发生的必需且合理的齿科基础治疗医疗费用，保险人在扣除已从其他途径获得的医疗费用补偿以及本合同约定的免赔额后，依照本合同约定的给付比例向被保险人给付基础治疗保险金。

基础治疗的具体项目由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在保险合同中载明。保险人在本项责任下的累计给付金额之和以本合同约定的基础治疗保险金额为限，当累计给付金额之和达到基础治疗保险金额时，保险人对被保险人在基础治疗保险金项下的保险责任终止。

（三）正畸治疗保险金（可选）

在保险期间内，被保险人在等待期后罹患齿科疾病并在保险人认可的医疗机构（首次就诊选定一个医疗机构品牌并前往就医后，不得再转至其他品牌）接受本合同中所列正畸项目治疗的，对于被保险人在治疗期间发生的必需且合理的正畸治疗费用，保险人在扣除已从其他途径获得的医疗费用补偿以及本合同约定的免赔额后，依照本合同约定的给付比例向被保险人给付正畸治疗保险金。

正畸治疗的具体项目由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在保险合同中载明。保险人在本项责任下的累计给付金额之和以本合同约定的正畸治疗保险金额为限，当累计给付金额之和达到正畸治疗保险金额时，保险人对被保险人在正畸治疗保险金项下的保险责任终止。

（四）意外齿科治疗保险金（可选）

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害（释义六）事故且以该意外伤害事故为直接且单独原因导致其未经过任何治疗、完整无损的自然牙齿或牙龈受到伤害，且在意外伤害事故发生后30日内（含第30日）在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）医院（释义七）接受的仅以减轻被保险人的疼痛为目的而进行的紧急牙科治疗费用和药品费用（仅包括因必需的清创处理、必需的紧急牙体处理、口腔含漱液、必需的口服或者静脉滴注抗生素而发生的治疗费），对于被保险人在治疗期间发生的必需且合理的意外齿科治疗费用，保险人在扣除已从其他途径获得的医疗费用补偿以及本合同约定的免赔额后，依照本合同约定的给付比例向被保险人给付意外齿科治疗保险金。

意外牙科治疗不包括：

- (1) 由于咀嚼食物（即使其中包含异物）引起的牙齿伤害的治疗；
- (2) 对曾接受过治疗或有裂缝牙齿的治疗；
- (3) 对于刷牙或者其他口部清洁过程引起的伤害的治疗；
- (4) 对于口腔或者牙齿正常的磨损和老化的治疗；
- (5) 对于美容牙科治疗中发生的意外并发症的治疗；
- (6) 对于一般牙科治疗中发生的意外并发症的治疗；
- (7) 除为减轻疼痛进行的有效的牙科手术以外，任何牙齿修补、使用任何贵金属材料、任何牙齿矫正治疗或在医院进行的牙科手术。

保险人在本项责任下的累计给付金额之和以本合同约定的意外齿科治疗保险金额为限，当累计给付金额之和达到意外齿科治疗保险金额时，保险人对被保险人在意外齿科治疗保险金项下的保险责任终止。

在保险期间内，上述第一项至第三项保险责任中，被保险人就诊的医疗机构品牌均需为同一个品牌，且被保险人首次就诊选定一个医疗机构品牌并前往就医后，不得再转至其他品牌。

在保险期间内，若保险人上述四项责任下的累计给付保险金的总额达到本合同载明的总保险金额时，本合同终止。

第七条 保险金额、免赔额、费用补偿、给付比例

（一）保险金额

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本合同的预防治疗保险金额、基础治疗保险金额、正畸治疗保险金额、意外齿科治疗保险金额和总保险金额由投保人、保险人双方约定，并在本合同中载明。保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。

（二）免赔额

本合同中的免赔额是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本合同约定仍旧由被保险人自行承担，本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：

(1) 被保险人自行承担的属于本合同保险责任范围内的医疗费用，包括其**基本医疗保险**（释义八）个人账户支出的医疗费用；

(2) 从基本医疗保险和公费医疗保险之外的其他途径获得的属于本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。

免赔额由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在本合同中载明。

举例来说，假设免赔额为 10000 元，如被保险人在保险期间内未就诊过，则免赔额余

额为 10000 元；如第一次就诊累计的“保险责任范围内医疗费用”为 5000 元，针对本次就诊理赔后免赔额余额为 5000 元，本次赔付为 0 元；如第二次就诊累计的“保险责任范围内医疗费用”为 8000 元，则针对本次就诊理赔后免赔额余额为 0 元，本次赔付为 3000 元乘以赔付比例。由于免赔额已抵扣完毕，在该被保险人剩余的保险期间内，不再需要抵扣免赔额。

（三）医疗费用补偿

上述第六条保险责任中的医疗费用补偿是指，若被保险人已从其他途径（包括但不限于基本医疗保险、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，则保险人仅对扣除医疗费用补偿后的余额按照本合同的约定进行赔付。

（四）未获得基本医疗保险或公费医疗补偿的赔付

若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，但未获得基本医疗保险或公费医疗补偿的，则保险人根据本合同单独约定的给付比例进行赔付。

第八条 犹豫期

除另有约定外，自本合同生效之日零时起 2 日（含第 2 日）为犹豫期。在此期间请投保人认真审视本合同，如果投保人认为本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合同的申请，视为投保人的书面申请。

第九条 责任免除

因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用或发生如下列明的医疗费用，保险人不承担保险金给付责任：

（一）被保险人在等待期内发生的齿科医疗费用；

（二）被保险人因未遵照保险人认可的医疗机构医生医嘱而发生的齿科医疗费用；

（三）非被保险人本人就医时发生的齿科医疗费用；

（四）被保险人未按要求进行预约而直接就诊，导致保险人认可的医疗机构未以被保险人身份接诊情形下发生的齿科医疗费用；

（五）被保险人未携带有效身份证件就诊，导致保险人认可的医疗机构无法确认被保险人身份情形下发生的齿科医疗费用；

（六）无论任何情形（包括紧急情形），被保险人在非保险人认可的医疗机构就诊发生的齿科医疗费用；

（七）被保险人自致伤害、挑衅或故意行为而导致的殴斗、从事违法犯罪活动或抗拒

司法机关依法采取的强制措施而发生的齿科医疗费用；

（八）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

（九）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；

（十）被保险人酗酒（释义九）、主动吸食或者注射毒品期间发生的齿科疾病、损伤导致的齿科医疗费用；

（十一）被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶（释义十）或者驾驶无有效行驶证（释义十一）的机动车情形下发生的齿科医疗费用；

（十二）被保险人从事或参与恐怖主义活动、邪教组织活动而发生的齿科医疗费用。

第十条 保险期间与不保证续保

本合同为不保证续保合同，保险期间为一年（或不超过一年）。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，本合同对应保险产品统一停售，保险人将不再接受投保申请。

第三部分 医疗服务网络

第十一条 医疗服务网络与直接付费服务

保险人建立了医疗服务网络，并将定期或者不定期向投保人和被保险人通报，被保险人也可登陆保险人指定的互联网站或者致电查询相关信息。在保险期间内，被保险人在保险人或服务提供商的医疗服务网络内的医疗机构（以下简称“网络医疗机构”）接受治疗的，对于保险责任范围内的费用中应由保险人承担部分，保险人或其服务提供商将直接与网络医疗机构结算，无需被保险人先行支付。保险人有权要求被保险人在网络医疗机构内接受治疗，被保险人未在网络医疗机构内接受治疗的，保险人不承担给付保险金的责任。

在保险期间内，被保险人在网络医疗机构接受治疗的，对于其发生的不属于保险责任范围的、应由其个人负担但网络医疗机构未向其本人收取的医疗费用，在接到保险人或服务提供商通知后，被保险人应在三十日内向保险人支付相应款项；未在三十日内支付相应款项的，保险人或服务提供商有权向其追偿相应费用。

第四部分 保险人的义务

第十二条 提示和说明

订立本合同时，保险人会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。

第十三条 保险单和保险凭证

本合同成立后，保险人将向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十四条 保险金的给付

保险人收到被保险人或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，应当在三十日内作出核定，但保险合同另有约定的除外。

保险人将核定结果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给付保险金的协议后十日内，履行赔偿保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向被保险人或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、资料之日起六十日内，对其给付的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，支付相应的差额。

第十五条 索赔资料不完整通知

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。

第五部分 投保人、被保险人义务

第十六条 交费义务

本合同保险费交付方式分为一次性交付和分期交付，由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单上载明。

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

若投保人选择分期交付保险费，需经投保人申请并经保险人同意，并在本合同中载明保费分期交付的周期。如投保人未交付首期保费，保险合同不成立，保险人不承担保险责任。如投保人未按照保险合同约定的付款时间足额交付当期保费，允许在宽限期内补交保险费；如果被保险人在宽限期内发生保险事故，保险人仍按照合同约定赔偿保险金。除本合同另有约定外，如被保险人在正常交费对应的保险期间内或宽限期内发生保险事故，保险人依照合同约定赔偿保险金的，需扣减保险期间内所有未交期间的保险费，投保人己缴纳的保险费与保险人扣减的保险费之和应等于本合同约定的保险费总额。如投保人未按照保险合同约定的付款时间足额交付当期保费，且在本合同约定的宽限期内仍未足额补交当期保费的，从应付之日起发生保险责任范围内的事故的，保险人不承担赔偿责任；宽限期内发生的保险事故也不承担保险责任。

对于保险期间终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。宽限期由投保人与保险人协商确定，并在本合同中载明。

第十七条 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，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

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

第十八条 住址、通讯地址或数据电文联系方式变更告知义务

投保人住址、通讯地址或数据电文联系方式变更时，应及时以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本合同所载的最后住址、通讯地址或数据电文联系方式发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第十九条 变更批注

在保险期间内，投保人需变更保险合同内容的，应以书面形式或双方认可的其他形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本合同中批注。

投保人通过保险人同意或认可的网站等互联网渠道提出变更本合同的申请，视为投保人的书面申请。

第二十条 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合同约定的年龄限制的，保险人有权解除本合同，并向投保人退还未满期净保险费（释义十二）。

（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。

第二十一条 保险事故通知义务

投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。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。

上述约定，不包括因**不可抗力**（释义十三）而导致的迟延。

第六部分 保险金的申请

第二十二条 保险金的申请

保险金申请人（释义十四）向保险人申请给付保险金时，应提供如下材料：

- （一）保险金给付申请书；
- （二）保险合同凭证；
- （三）保险金申请人的有效身份证件；
- （四）支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，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、费用明细单据等。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料；
- （五）保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因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。

保险金申请人未能提供有关材料的，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。

在保险人的理赔审核过程中，保险人有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。

第七部分 保险合同的解除、终止和争议处理

第二十三条 合同的解除

在本合同成立后，投保人可以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本合同的约定给付保险金的除外。

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）保险单或其他保险凭据；
- （三）保险费交付凭证；
- （四）投保人身份证明。

投保人要求解除本合同，自保险人接到保险合同解除申请书之日次日零时起，本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起30日内退还本合同的未满期净保险费。

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本合同的申请，视为投保人的书面申请。

第二十四条 合同的争议处理

因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险合同载明的仲裁机构仲裁；保险合同未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

与本合同有关的以及履行本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）。

第二十五条 诉讼时效期间

保险金申请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。

第二十六条 效力终止

发生以下情况之一时，本合同效力即时终止：

- （一）保险期间届满；
- （二）被保险人身故；
- （三）因本合同其他条款所约定的情况而终止效力。

第八部分 释义

一、保险人

指众安在线财产保险股份有限公司。

二、周岁

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。

三、等待期

指自本合同生效日起计算的一段时间，具体天数由保险人和投保人在投保时约定并在本合同上载明。

在等待期内发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

四、认可的医疗机构

指由保险人认可的、具有合法开展齿科诊疗资质的医疗机构。保险人认可的医疗机构以在保险合同中载明的名单为准。保险期间内，保险人保留对认可的医疗机构名单进行调整的权利，以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知的名单为准。

同一个保险期间内，被保险人首次就诊选定一个保险人认可的医疗机构品牌并前往就医后，不得再转至其他品牌。

五、必需且合理

（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）非试验性的、非研究性的项目；
- （4）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。

六、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。**猝死是指平素身体健康或表面健康的人因潜在疾病、机能障碍在出现症状后 24 小时内发生的突然死亡。**猝死的认定，如有司法机关的法律文件、医疗机构的诊断书等，则以上述法律文件、诊断书等为准。**

七、医院

指经中华人民共和国卫生部门审核认定的**二级及二级以上的公立医院或保险人扩展承保的医疗机构，且不包括如下机构或医疗服务：**

- （一）观察室、联合病房、康复病房；**
- （二）诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；**
- （三）休养、戒酒、戒毒中心；**
- （四）保险人不予理赔的医疗机构。**

该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。

保险人扩展承保的医疗机构清单及不予理赔的医疗机构清单将在保险单中载明，保险人保留对清单进行变更的权利，具体以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知为准。

八、基本医疗保险

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

九、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。**

十、无有效驾驶证驾驶

被保险人存在下列情形之一者：

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。

十一、无有效行驶证

指下列情形之一：

1. 机动车被依法注销登记的；
2. 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌、临时号牌或临时移动证的机动交通工具；
3. 未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动交通工具。

十二、未到期净保险费

除另有约定外，按下述公式计算未到期净保险费：

如投保人在本合同成立时选择一次性交付保险费，未到期净保险费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]×(1-退保手续费率)。经过天数不足一天按一天计算。

如投保人在本合同成立时选择分期交付保险费，未到期净保险费=本合同的当期保险费×[1-(当期实际经过天数/当期实际天数)]×(1-退保手续费率)。经过天数不足一天按一天计算。

十三、不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

十四、保险金申请人

指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。