

众安在线财产保险股份有限公司
个人医疗保险条款（互联网 2026 版 E 款）
注册号：C00017932512026090326523

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。被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，应由其父母或者监护人为投保人。

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 70 **周岁**（释义二）（含 70 周岁），能正常工作、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 105 周岁前（含 105 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。投保人的家庭成员符合上述要求的，可一起投保本保险。家庭成员指投保人投保时具有合法婚姻关系的配偶、父母、子女以及配偶的父母。

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十项保险金，其中（一）至（八）为必选责任，（九）至（十）为可选责任：

责任名称	必选责任/可选责任
（一）一般医疗保险金	必选责任
（二）癌症及特定疾病医疗保险金	必选责任
（三）外购药品及外购医疗器械费用医疗保险金	必选责任
（四）特定药品费用医疗保险金	必选责任
（五）恶性肿瘤先进疗法医疗保险金	必选责任

（六）康复住院费用医疗保险金	必选责任
（七）癌症及特定疾病异地转诊公共交通费用及住宿费用保险金	必选责任
（八）癌症及特定疾病住院津贴保险金	必选责任
（九）门急诊医疗保险金	可选责任
（十）互联网药品费用医疗保险金	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）一般医疗保险金（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）后因罹患疾病，在**医院**（释义五）接受治疗的，保险人对下述1-5类费用，按照本合同的约定承担给付一般医疗保险金的责任：

1. 住院医疗费用

指被保险人经医院诊断必须接受**住院**（释义六）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**（释义七）的住院医疗费用，包括**床位费**（释义八）、**陪床费**（释义九）、**膳食费**（释义十）、**护理费**（释义十一）、重症监护室床位费、诊疗费、**检查检验费**（释义十二）、**治疗费**（释义十三）、**药品费**（释义十四）、**手术费**（释义十五）、**重建手术费**（释义十六）、**西式理疗费**（释义十七）、**医疗器械费**（释义十八）、**耐用医疗设备费**（释义十九）、**精神和心理障碍治疗费**（释义二十）、**同城救护车使用费**（释义二十一）、**手术机器人使用费**（释义二十二）。

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**（释义二十三）费；
- （2）器官移植后的门诊抗排异治疗费。

3. 门诊手术医疗费用

指被保险人经医院诊断必须接受**门诊手术**（释义二十四）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

指被保险人经医院诊断必须接受住院治疗，在住院前60日（含住院当日）至出院后60日（含出院当日）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（但不包括一般医疗保险金项下的特殊门诊医疗费用和门诊

手术医疗费用以及门急诊医疗保险金项下的门诊或急诊医疗费用）。

5. 出院后特别关怀费用

指被保险人经医院诊断必须接受住院治疗，在出院后发生的**家庭护理费**（释义二十五）和**临终关怀医疗费**（释义二十六）。

同时，出院后特别关怀费用须符合如下规定：

（1）除另有约定外，在保险期间内，被保险人在本保险责任下累计承担的天数以出院后（含出院当日）30 日为限；

（2）在保险期间内，保险人所承担被保险人出院后特别关怀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。

对于以上五类费用，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。保险人对于以上五类费用的累计给付金额之和以本合同约定的一般医疗保险金额为限，当累计给付金额之和达到一般医疗保险金额时，保险人对被保险人在一般医疗保险金项下的保险责任终止。

（二）癌症及特定疾病医疗保险金（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经医院的**专科医生**（释义二十七）**初次确诊**（释义二十八）罹患本合同约定的**癌症及特定疾病**（释义二十九），并在医院接受治疗的，保险人对下述1-5类费用，按照本合同的约定承担给付癌症及特定疾病医疗保险金的责任：

1. 癌症及特定疾病住院医疗费用

指被保险人经医院诊断罹患癌症及特定疾病必须接受住院治疗时，被保险人住院期间发生的需个人支付的、必需且合理的癌症及特定疾病住院医疗费用，包括床位费、陪床费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费、重建手术费、西式理疗费、医疗器械费、耐用医疗设备费、精神和心理障碍治疗费、同城救护车使用费、手术机器人使用费。

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。

当本合同约定的癌症及特定疾病初次确诊日发生在住院治疗期间（住院治疗开始时间至住院治疗结束时间（以医院收费票据为准）），保险人仍按本合同的约定承担给付当次住院期间发生的需个人支付的、必需且合理的癌症及特定疾病住院医疗费用。

2. 癌症及特定疾病特殊门诊医疗费用

指被保险人在医院接受癌症及特定疾病特殊门诊治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的癌症及特定疾病特殊门诊医疗费用，包括：

（1）门诊肾透析费；

（2）门诊恶性肿瘤治疗费，包括**化学疗法**（释义三十）、**放射疗法**（释义三十一）、

肿瘤免疫疗法（释义三十二）、肿瘤内分泌疗法（释义三十三）、肿瘤靶向疗法（释义三十四）的治疗费用；

（3）器官移植后的门诊抗排异治疗费。

3. 癌症及特定疾病门诊手术医疗费用

指被保险人经医院诊断罹患癌症及特定疾病必须接受门诊手术治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的癌症及特定疾病门诊手术医疗费用。

4. 癌症及特定疾病住院前后门急诊医疗费用

指被保险人经医院诊断罹患癌症及特定疾病必须接受住院治疗，在住院前60日（含住院当日）至出院后60日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受癌症及特定疾病门急诊治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的治疗癌症及特定疾病门急诊医疗费用（但不包括癌症及特定疾病保险金项下的癌症及特定疾病特殊门诊医疗费用和癌症及特定疾病门诊手术医疗费用以及门急诊医疗保险金项下的门诊或急诊医疗费用）。

当本合同约定的癌症及特定疾病初次确诊日发生在住院治疗期间（住院治疗开始时间至住院治疗结束时间（以医院收费票据为准）），保险人仍按照本合同的约定承担当次住院前30日（含住院当日）内的、因该癌症及特定疾病确诊为目的的、被保险人需个人支付的、必需且合理的癌症及特定疾病门急诊医疗费用。

5. 癌症及特定疾病出院后特别关怀费用

指被保险人经医院诊断罹患癌症及特定疾病必须接受住院治疗时，在出院后发生的家庭护理费和临终关怀医疗费。

同时，癌症及特定疾病出院后特别关怀费用须符合如下规定：

（1）除另有约定外，在保险期间内，被保险人在本保险责任下累计承担的天数以出院后（含出院当日）30日为限；

（2）在保险期间内，保险人所承担被保险人癌症及特定疾病出院后特别关怀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。

对于以上五类费用，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。保险人对于以上五类费用的累计给付金额之和以本合同约定的癌症及特定疾病医疗保险金额为限，当累计给付金额之和达到癌症及特定疾病医疗保险金额时，保险人对被保险人在癌症及特定疾病医疗保险金项下的保险责任终止。

（三）外购药品及外购医疗器械费用医疗保险金（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，在院外（释义三十五）购买的、符合一般医疗保险金责任范围内或癌症及特定疾病医疗保险金责任范围内的、应当由被保险人支付的必需且合理的且同时满足下列条件的外购药品及外购医疗器械费用，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。保险人累计给付金额以本合同约定的外购药品及外购医疗器械费用医疗

保险金额为限，当累计给付金额之和达到外购药品及外购医疗器械费用医疗保险金额时，保险人对被保险人在外购药品及外购医疗器械费用医疗保险金项下的保险责任终止。

给付外购药品及外购医疗器械费用必须且同时满足以下条件：

1. 该外购药品及外购医疗器械须由医院专科医生开具处方（释义三十六），且外购药品及外购医疗器械的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外购药品及外购医疗器械；

2. 每次处方剂量不超过 30 日（含第 30 日）；

3. 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（释义三十七）中；

4. 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；

5. 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；

6. 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。

外购药品及外购医疗器械费用医疗保险金不包含特定药品费用医疗保险金项下的恶性肿瘤——重度院外特定药品费用、罕见病特定药品费用及临床急需进口药品费用。

（四）特定药品费用医疗保险金（必选）

在保险期间内，被保险人在等待期后，保险人对下述 1-3 类费用，按照本合同的约定承担给付特定药品费用医疗保险金的责任：

1. 恶性肿瘤——重度院外特定药品费用及恶性肿瘤——重度特定药品基因检测费用

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、澳门、台湾省）医院的专科医生初次确诊罹患本合同约定的恶性肿瘤——重度，治疗该恶性肿瘤——重度实际发生的、必需且合理的恶性肿瘤——重度院外特定药品（释义三十八）费用和恶性肿瘤——重度特定药品基因检测（释义三十九）费用。

（1）给付恶性肿瘤——重度院外特定药品费用必须且同时满足以下条件：

a. 该恶性肿瘤——重度院外特定药品须由医院专科医生开具处方，且该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；

b. 每次恶性肿瘤——重度院外特定药品处方剂量不超过 30 日（含第 30 日）；

c. 开具的恶性肿瘤——重度院外特定药品处方仅限治疗被保险人在等待期后初次确诊本合同约定的恶性肿瘤——重度；

d. 该恶性肿瘤——重度院外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（释义四十）和免疫治疗药物（释义四十一），且在约定的恶性肿瘤——重度院外特定药品清单（释义四十二）列表中；

e. 被保险人须在保险人指定药店（释义四十三）购买上述处方中所列的恶性肿瘤——重度院外特定药品；

f. 除另有约定外，被保险人购买处方中所列恶性肿瘤——重度院外特定药品前，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二十四条“保险金的申请”。（二）“特定药品费用医疗保险金申请”。1 “恶性肿瘤——重度院外特定药品和罕见病特定药品授权申请、药品处方审核和药品购买”。

（2）给付恶性肿瘤——重度特定药品基因检测费用必须且同时满足以下条件：

a. 恶性肿瘤——重度特定药品基因检测必须是为了确定被保险人在保险期间内等待期后初次确诊罹患本合同约定的恶性肿瘤——重度且为治疗该恶性肿瘤——重度而发生的、必需且合理的、用药方案所发生的基因检测费用；

b. 恶性肿瘤——重度特定药品基因检测必须在本合同约定的基因检测机构（释义四十四）内进行，被保险人进行恶性肿瘤——重度特定药品基因检测前，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二十四条“保险金的申请”。（二）“特定药品费用医疗保险金申请”。2 “恶性肿瘤——重度特定药品基因检测费用授权申请、审核和基因检测”。除另有约定外，若被保险人未在本合同指定的基因检测机构内进行检测，保险人按照 100%的给付比例进行赔付，但累计给付金额由投保人和保险人在投保时单独约定，并在保险单中载明。

c. 在保险期间内，保险人所承担被保险人恶性肿瘤——重度特定药品基因检测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。

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——重度的，保险人继续承担因本次治疗发生的属于本合同责任范围内的、最高不超过本合同期满日后 30 日内（含第 30 日）的恶性肿瘤——重度院外特定药品费用。

本项恶性肿瘤——重度院外特定药品费用和恶性肿瘤——重度特定药品基因检测费用仅承担恶性肿瘤——重度院外特定药品和恶性肿瘤——重度特定药品基因检测本身的费用，不承担因恶性肿瘤——重度院外特定药品和恶性肿瘤——重度特定药品基因检测而产生的门诊或住院医疗费用。

2. 罕见病特定药品费用

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、澳门、台湾省）医院的专科医生初次确诊罹患本合同约定的罕见病（释义四十五），治疗该罕见病实际发生的、必需且合理的且同时满足以下条件的特定药品费用：

(1) 该罕见病特定药品须由医院专科医生开具处方，且该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；

(2) 每次罕见病特定药品处方剂量不超过 30 日（含第 30 日）；

(3) 开具的罕见病特定药品处方仅限治疗被保险人在等待期后初次确诊本合同约定的罕见病；

(4) 该罕见病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罕见病药物，且在约定的罕见病特定药品清单（释义四十六）列表中；

(5) 被保险人须在保险人指定药店购买上述处方中所列的罕见病特定药品；

(6) 除另有约定外，被保险人购买处方中所列罕见病特定药品前，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二十四条“保险金的申请”。（二）“特定药品费用医疗保险金申请”。1 “恶性肿瘤——重度院外特定药品和罕见病特定药品授权申请、药品处方审核和药品购买”。

若本合同保险期间届满时该罕见病的治疗仍未结束的，对被保险人在等待期后初次确诊罕见病的，保险人继续承担因本次治疗发生的属于本合同责任范围内的、最高不超过本合同期满日后 30 日内（含第 30 日）的罕见病特定药品费用。

本项罕见病特定药品费用仅承担特定药品本身的费用，不承担因特定药品而产生的门诊或住院医疗费用。

3. 临床急需进口药品费用及特定医疗机构住院医疗费用

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、澳门、台湾省）医院的专科医生初次确诊罹患恶性肿瘤——重度，治疗该恶性肿瘤——重度实际发生的、必需且合理的且同时满足以下条件的临床急需进口药品（释义四十七）费用和特定医疗机构住院医疗费用：

(1) 该临床急需进口药品须由本合同所约定的特定医疗机构专科医生开具处方，且该药品处方符合中国国家药品监督管理局或出口国家或地区的药品监督管理部门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；

(2) 每次药品处方剂量不超过 30 日（含第 30 日）；

(3) 开具的药品处方仅限治疗被保险人在等待期后初次确诊的本合同约定的恶性肿瘤——重度；

(4) 该药品必须为本合同所约定的临床急需进口药品及特定医疗机构清单（释义四十八）中所列药品；

(5) 被保险人须在本合同所约定的临床急需进口药品及特定医疗机构清单中的特定医疗机构购买上述处方中所列的临床急需进口药品；

(6) 被保险人的住院医疗费用须在本合同所约定的特定医疗机构中发生，住院医疗费

用包括床位费、加床费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费、救护车使用费、手术机器人使用费；

(7) 除另有约定外，被保险人购买处方中所列临床急需进口药品前及接受特定医疗机构住院治疗前，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二十四条“保险金的申请”。(二) “特定药品费用医疗保险金申请”。3 “临床急需进口药品及住院医疗授权申请、药品处方审核、购药及住院治疗流程”。

若本合同保险期间届满时该恶性肿瘤——重度的治疗仍未结束的，对被保险人在等待期后初次确诊恶性肿瘤——重度的，保险人继续承担因本次治疗发生的属于本合同责任范围内的、最高不超过本合同期满日后 30 日内（含第 30 日）的临床急需进口药品费用和特定医疗机构住院医疗费用。

本项临床急需进口药品和特定医疗机构住院医疗费用仅承担临床急需进口药品本身的费用和本合同保险责任范围内的住院医疗费用，不承担因临床急需进口药品而产生的门诊费用、非责任范围内的住院医疗费用和在非本合同所约定的特定医疗机构的所产生的费用。

特定药品、罕见病药品和临床急需进口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特定药品费用医疗保险金责任的赔付范围。

对于不满足上述条件的各项费用，保险人不承担给付特定药品费用医疗保险金的责任。

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。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特定药品费用医疗保险金额为限，当累计给付金额之和达到特定药品费用医疗保险金额时，保险人对被保险人在特定药品费用医疗保险金项下的保险责任终止。

(五) 恶性肿瘤先进疗法医疗保险金（必选）

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、澳门、台湾省）医院的专科医生初次确诊罹患本合同约定的恶性肿瘤——重度，保险人对下述 1-3 类费用，按照本合同的约定承担给付恶性肿瘤先进疗法医疗保险金的责任：

1. 恶性肿瘤——重度质子重离子医疗费用

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、澳门、台湾省）医院的专科医生初次确诊罹患本合同约定的恶性肿瘤——重度，并于保险人指定的医疗机构接受质子重离子治疗的，对于被保险人需个人支付的、必需且合理的恶性肿瘤——重度质子重离子医疗费用（释义四十九）。

本项费用下的指定医疗机构以在保险单中载明的名单为准。保险期间内保险人调整指定医疗机构的，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。

2. 恶性肿瘤——重度硼中子俘获治疗医疗费用

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、澳门、台湾

省)医院的专科医生初次确诊罹患本合同约定的恶性肿瘤——重度,并于保险人指定的医疗机构接受硼中子俘获治疗的,对于被保险人需个人支付的、必需且合理的**恶性肿瘤——重度硼中子俘获治疗医疗费用**(释义五十)。

本项费用下的指定医疗机构以在保险单中载明的名单为准。保险期间内保险人调整指定医疗机构的,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。

3. 恶性肿瘤——重度光免疫疗法医疗费用

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、澳门、台湾省)医院的专科医生初次确诊罹患本合同约定的恶性肿瘤——重度,并于保险人指定的医疗机构接受光免疫疗法治疗的,对于被保险人需个人支付的、必需且合理的**恶性肿瘤——重度光免疫疗法医疗费用**(释义五十一)。

本项费用下的指定医疗机构以在保险单中载明的名单为准。保险期间内保险人调整指定医疗机构的,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。

被保险人在投保前或在等待期内已确诊恶性肿瘤——重度的,保险人不承担给付恶性肿瘤先进疗法医疗保险金的责任。

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。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恶性肿瘤先进疗法医疗保险金额为限,当累计给付金额之和达到恶性肿瘤先进疗法医疗保险金额时,保险人对被保险人在恶性肿瘤先进疗法医疗保险金项下的保险责任终止。

(六) 康复住院费用医疗保险金(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经医院初次确诊罹患疾病,在因该疾病初次确诊之日起的180日内(含第180日)在医院住院发生的、以治疗该疾病为目的、必需且合理的**康复住院治疗费**(释义五十二),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。保险人对于上述费用的累计给付金额之和以本合同约定的康复住院费用医疗保险金额为限,当累计给付金额之和达到康复住院费用医疗保险金额时,保险人对被保险人在康复住院费用医疗保险金项下的保险责任终止。

(七) 癌症及特定疾病异地转诊公共交通费用及住宿费用保险金(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,经中华人民共和国境内(不包括香港、澳门、台湾省)医院的专科医生初次确诊罹患本合同约定的癌症及特定疾病,因治疗该癌症及特定疾病需要前往治疗地(除另有约定外,治疗地仅限中国大陆境内,不包括境外及港澳台地区)接受符合本合同约定的癌症及特定疾病治疗,保险人对于满足以下条

件的 1-2 类费用,按照本合同约定承担给付癌症及特定疾病异地转诊公共交通费用及住宿费用保险金的责任:

1. 癌症及特定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亲属(释义五十三)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(释义五十四)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。

亲属陪同人员的行程、往返日期、航班或车次必须与被保险人的完全一致。

2. 癌症及特定疾病异地转诊住宿费用

指对被保险人和被保险人的一名亲属陪同时(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酒店住宿费,仅包括每一次治疗开始时间(以医院收费票据为准)前两天(含)至治疗结束时间(以医院收费票据为准)后两天(含)。保险人每日给付癌症及特定疾病异地转诊住宿费用的金额以本合同约定的单日癌症及特定疾病异地转诊住宿费用给付限额为限。单日癌症及特定疾病异地转诊住宿费用由投保人和保险人在投保时约定,并在本合同中载明。

除另有约定外,住宿酒店以标准间(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癌症及特定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,保险人在扣除已从其他途径获得的医疗费用补偿以及约定的单次免赔额后,按照本合同约定的给付比例进行赔付。保险人累计给付金额之和以本合同约定的癌症及特定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合同约定的癌症及特定疾病异地转诊公共交通费用及住宿费用保险金额时,保险人对被保险人在癌症及特定疾病异地转诊公共交通费用及住宿费用保险金项下的保险责任终止。

被保险人在投保前或在等待期内已确诊本合同约定的癌症及特定疾病的,保险人不承担给付癌症及特定疾病异地转诊公共交通费用及住宿费用保险金的责任。

(八) 癌症及特定疾病住院津贴保险金(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患本合同约定的癌症及特定疾病,在医院接受住院治疗的,保险人按被保险人每次实际住院天数扣除每次住院免赔天数后乘以本合同约定的癌症及特定疾病住院日津贴额向被保险人给付癌症及特定疾病住院津贴保险金。

同时,本保险责任须符合如下规定:

1. 每次癌症及特定疾病住院给付天数为被保险人每次实际癌症及特定疾病住院天数扣除每次癌症及特定疾病住院免赔天数，但是每次癌症及特定疾病住院给付天数不超过本合同约定的每次癌症及特定疾病住院最高给付天数；

2. 除另有约定外，在保险期间内，被保险人在本保险责任下的累计给付天数以 180 日为限，当本保险责任累计给付天数达到该限额时，则本项保险责任终止；

3. 对于保险期间内发生且该次住院治疗延续至本合同到期日后 30 日内（含第 30 日）的住院治疗，保险人仍承担给付保险金的责任；

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

癌症及特定疾病住院日津贴额、每次癌症及特定疾病住院最高给付天数、每次癌症及特定疾病住院免赔天数和累计癌症及特定疾病住院最高给付天数由保险人和投保人协商确定，并在本合同中载明。

（九）门急诊医疗保险金（可选）

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，在医院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、必需且合理的门诊或急诊医疗费用（但不包括一般医疗保险金项下的特殊门诊医疗费用、门诊手术医疗费用和住院前后门急诊医疗费用以及癌症及特定疾病医疗保险金项下的癌症及特定疾病特殊门诊医疗费用、癌症及特定疾病门诊手术医疗费用和癌症及特定疾病住院前后门急诊医疗费用），包括诊疗费、急诊室费（释义五十五）、检查检验费、治疗费、药品费、同城救护车使用费、西式理疗费、中式理疗费（释义五十六）、中医治疗费（释义五十七）、视为门诊医疗的临终关怀医疗费用、耐用医疗设备费、精神和心理障碍治疗费和意外牙科治疗费（释义五十八），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（释义五十九）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，保险人所承担被保险人西式理疗费、中式理疗费、中医治疗费的累计给付金额之和以及累计给付次数之和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。

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。

（十）互联网药品费用医疗保险金（可选）

在保险期间内，被保险人在等待期后因遭受意外伤害事故或罹患疾病，在本合同约定或保险人指定的互联网医院进行诊疗的，保险人对于被保险人在上述互联网医院开具处方所列明的、应当由被保险人支付的必需且合理的且同时满足下列条件的药品费用，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，按照约定的给付比例给付互联网药品费用医疗保险金，但保险人每次给付保险金的金额以本合同约定的单次互联网药品费用给付限额为限。单次互联网药品费用免赔额、给付比例、单次互联网药品费用给付限额由投保人和保险人在投保时约定，并在本合同中载明。

给付互联网药品费用医疗保险金须同时满足以下条件：

1. 该药品须由本合同约定或保险人指定的互联网医院的医生开具处方，且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；
2. 每次药品处方剂量不超过 30 日（含第 30 日）；
3. 开具的药品处方仅限治疗被保险人在等待期后因遭受意外所致的伤害或罹患的疾病；
4. 该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药品；
5. 被保险人须在保险人认可的互联网药店（释义六十）购买上述处方中所列的药品。

对于不满足以上任一条件的药品费用，保险人不承担互联网药品费用医疗保险金的给付责任。

单次互联网药品费用免赔额指在本合同保险期间内，被保险人每次接受诊疗所支出的属于保险责任范围内的药品费用中，应当由被保险人自行承担，且本合同不予赔付的部分。

单次互联网药品费用给付限额指在本合同保险期间内，被保险人每次接受诊疗所支出的属于保险责任范围内的药品费用中，应当由保险人承担的费用限额。

在保险期间内，保险人所承担互联网药品费用的累计给付次数之和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。

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在本合同约定或保险人指定的互联网医院进行诊疗的，保险人均按上述约定承担给付互联网药品费用医疗保险金的责任。保险人累计给付金额以本合同约定的互联网药品费用医疗保险金额为限，当累计给付金额之和达到互联网药品费用医疗保险金额时，保险人对被保险人在互联网药品费用医疗保险金项下的保险责任终止。

在保险期间内，若保险人上述十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。本合同的一般医疗保险金额、癌症及特定疾病医疗保险金额、外购药品及外购医疗器械费用医疗保险金额、特定药品费用医疗保险金额、恶性肿瘤先进疗法医疗保险金额、康复住院费用医疗保险金额、癌症及特定疾病异地转诊公共交通费用及住宿费用保险金额、癌症及特定疾病住院津贴保险金额、门急诊医疗保险金额、互联网药品费用医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。

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（释义六十一）、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**因以下两种情况抵扣完毕时，保险人才开始按照约定承担赔偿责任：

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。

通过基本医疗保险和公费医疗保险获得的补偿是否可用于抵扣免赔额，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。

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 15 日（含第 15 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。投保人在犹豫期后申请解除本合同会遭受一定经济损失，保险人将向投保人退还本合同未到期净保险费（释义六十二）。

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，保险人不承担保险金给付责任：

1. 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、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（释义六十三）或者驾驶无有效行驶证（释义六十四）的机动交通工具；

2. 被保险人所患既往症（释义六十五）和保险单中特别约定的除外疾病引起的相关费用，但经保险人与投保人另行约定的不受此限；

3. 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（释义六十六）造成的医疗费用。所有细胞免疫疗法（释义六十七）的医疗费用（符合本合同的责任范围并经保险人审核通过后的不受此限）。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；因职业病（释义六十八）、医疗事故（释义六十九）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；

4. 药品的使用与中国国家药品监督管理部门批准的该药品说明书所列明的适应症及用法用量不符，但在此情况下不受此限：符合《医师法》、《药品管理法》、《抗肿瘤药物临床应用管理办法（试行）》以及《新型抗肿瘤药物临床应用指导原则》等中华人民共和国

国法律、法规（不包括港澳台地区法律、法规）的要求，明确在尚无有效或者更好治疗手段且患者知情同意的情况下，医生可采用具有循证医学证据的药品用法实施治疗；且药物的使用权仅限于三级医院授权的具有高级专业技术职称的医师，充分遵循患者知情同意原则，并且应当做好用药监测和跟踪观察。药物循证医学证据采纳根据依次是：其他国家或地区药品说明书中已注明的用法，国际权威学协会或组织发布的诊疗规范、临床诊疗指南，国家级学协会发布的经国家卫生健康委员会认可的诊疗规范、临床诊疗指南和临床路径等；

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），但符合本合同约定的临终关怀医疗费、恶性肿瘤——重度特定药品基因检测费用不受此限；虽持有医生处方，但处方剂量超过 30 天部分的药品费用；临床不能证明医嘱或处方所列恶性肿瘤特定药品对被保险人所患的恶性肿瘤治疗有效（释义七十）；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（释义七十一）；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，但因意外所致的不受此限；被保险人因预防、康复（但符合本合同约定的康复治疗住院医疗费不受此限）、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；包皮过长、包茎、性功能障碍治疗；肠道菌群移植（粪菌移植、粪菌制备、肠菌制备等）；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. 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（释义七十二）、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（释义七十三）、攀登海拔 3500 米以上的独立山峰、攀爬建筑物、滑雪、滑冰、武术（释义七十四）、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、拳击、马术、赛马、赛车、特技表演（释义七十五）（含训练）、替身表演

（含训练）、探险（释义七十六）或考察活动（洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等）；

8. 被保险人患性病，精神和行为障碍（但符合本合同约定的精神和心理障碍治疗费不受此限），遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常（释义七十七）；被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（释义七十八）（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（释义七十九）”、“输血原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染（释义八十）”、“器官移植原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染（释义八十一）”不在此限）；

9. 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外购药品及外购医疗器械费用、特定药品费用的，保险人不承担给付外购药品及外购医疗器械费用医疗保险金、特定药品费用医疗保险金的责任：

1. 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或器械；

2. 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；

3. 被保险人在中华人民共和国香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾省接受治疗；被保险人在中华人民共和国领土以外的国家或地区接受治疗；

4. 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药品、使用器械；

5. 器械的使用与中国国家药品监督管理局批准的该器械说明书中所列明的适用范围不符；

6. 药品的使用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，但在此情况下不受此限：符合《医师法》、《药品管理法》、《抗肿瘤药物临床应用管理办法（试行）》以及《新型抗肿瘤药物临床应用指导原则》等中华人民共和国法律、法规（不包括港澳台地区法律、法规）的要求，明确在尚无有效或者更好治疗手段且患者知情同意的情况下，医生可采用具有循证医学证据的药品用法实施治疗；且药物的使用权仅限于三级医院授权的具有高级专业技术职称的医师，充分遵循患者知情同意原则，并且应当做好用药监测和跟踪观察。药物循证医学证据采纳根据依次是：其他国家或地区药品说明书中已注明的用法，国际权威学会或组织发布的诊疗规范、临床诊疗指南，国家级学会发布的经国家卫生健康委员会认可的诊疗规范、临床诊疗指南和临床路径等；

7. 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；

8. 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；

9. 未经医生建议，被保险人自行进行恶性肿瘤——重度特定药品基因检测费用（以收费票据载明信息为准）；

10. 所需进行的恶性肿瘤——重度特定药品基因检测与确定恶性肿瘤——重度的用药方

案无关。

（三）仅有临床不适症状，入院诊断和出院诊断均不是本合同约定的一般医疗保险金项下的疾病治疗导致被保险人发生外购药品及外购医疗器械费用的，保险人不承担给付外购药品及外购医疗器械费用医疗保险金的责任。

（四）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特定药品费用的，保险人不承担给付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本合同约定的恶性肿瘤——重度、罕见病或进口药品及疾病清单中所列指定疾病的治疗；

2. 被保险人未在保险人指定药店购买的恶性肿瘤——重度或罕见病药品或未在本合同所约定的特定医疗机构购买的特定进口药品；

3. 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。

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，保险人保留对医疗服务网络进行变更的权利，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。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，保险人或其服务提供商无法提供直接付费服务，被保险人在本合同约定的医院就诊时，需被保险人先行支付后，保险金申请人（释义八十二）向保险人申请给付保险金，保险人按照本合同约定承担保险责任。

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，并且停止提供医疗服务网络与直接付费服务。

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) 所有住院治疗;
- (二) 化学治疗、放射治疗、肿瘤靶向疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤免疫疗法、血液或者腹膜透析、器官移植后的抗排异治疗,以及需全身麻醉的门诊手术;
- (三) 购买或者租用耐用医疗设备;
- (四) 上述医疗项目外单价人民币 8,000 元及以上的治疗、单项检查。

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，投保人己交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。

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**（释义八十三）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) 一般医疗保险金、癌症及特定疾病医疗保险金、外购药品及外购医疗器械费用医疗保险金、恶性肿瘤先进疗法医疗保险金、康复住院费用医疗保险金、癌症及特定疾病异地转诊公共交通费用及住宿费用保险金、癌症及特定疾病住院津贴保险金、门急诊医疗保险金和互联网药品费用医疗保险金申请

保险金申请人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（释义八十四）；

4. 一般医疗保险金、癌症及特定疾病医疗保险金、外购药品及外购医疗器械费用医疗保险金、恶性肿瘤先进疗法医疗保险金、癌症及特定疾病住院津贴保险金和门急诊医疗保险金应提供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，申请外购药品及外购医疗器械费用医疗保险金的，还需提供医院开具的处方笺复印件及院外药房的收费票据。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. 癌症及特定疾病异地转诊公共交通费用及住宿费用保险金应提供支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，被保险人和被保险人的一名亲属（如有）的交通费用、该名亲属（如有）的身份证明及与被保险人关系证明、住宿费用支出的正式发票或收据原件等。亲属的行程、往返日期、航班或车次必须与被保险人的完全一致。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；

6. 互联网药品费用医疗保险金应提供支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，互联网医院出具的被保险人的诊断证明、药品处方、药品费用清单等。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；

7. 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；

8. 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) 特定药品费用医疗保险金申请

1. 恶性肿瘤——重度院外特定药品和罕见病特定药品授权申请、药品处方审核和药品购买

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、澳门、台

湾省)医院的专科医生初次确诊罹患本合同约定的恶性肿瘤——重度或罕见病,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:

(1) 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——重度院外特定药品或罕见病特定药品授权申请(以下简称“授权申请”),并提供下列授权申请材料:

- a. 保险金给付申请书;
- b. 被保险人的有效身份证件;
- c. 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;
- d. 医生开具的特定药品处方;
- e. 医院开具的外购药证明;
- f. 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;
- g. 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,保险人不承担给付特定药品费用医疗保险金的责任。

(2) 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**(释义八十五)直接结算保险人应承担保险金赔偿部分的特定药品费用,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。

2. 恶性肿瘤——重度特定药品基因检测费用授权申请、审核和基因检测

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、澳门、台湾省）医院的专科医生初次确诊罹患本合同约定的恶性肿瘤——重度，被保险人为治疗该恶性肿瘤而发生的、必需且合理的、用药方案所发生的基因检测费用，需按照以下流程进行授权申请、审核和恶性肿瘤——重度特定药品基因检测：

（1）授权申请和审核

保险金申请人向保险人提交恶性肿瘤——重度特定药品基因检测费用授权申请（以下简称“授权申请”），并提供下列授权申请材料：

- a. 保险金给付申请书；
- b. 被保险人的有效身份证件；
- c. 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；
- d. 专科医生出具的所需恶性肿瘤——重度特定药品基因检测项目的证明及其他所需要的医学材料；
- e. 被保险人不在指定的基因检测机构进行恶性肿瘤——重度特定药品基因检测的，还需提供实际基因检测机构出具的发票及检测报告；
- f. 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；
- g. 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，保险人不承担给付特定药品费用医疗保险金的责任。

（2）恶性肿瘤——重度特定药品基因检测

授权申请经保险人审核通过后，保险人将安排被保险人前往本合同指定的基因检测机构进行恶性肿瘤——重度特定药品基因检测。

保险金申请人通过保险人指定的基因检测机构内进行恶性肿瘤——重度特定药品基因检测，将由保险人与保险人指定的基因检测机构或第三方服务商直接结算保险人应承担保险金赔偿部分的恶性肿瘤——重度特定药品基因检测费用，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恶性肿瘤——重度特定药品基因检测费用。

除另有约定外，若被保险人未在本合同指定的基因检测机构内发生，保险人按 100% 的给付比例进行赔付。

3. 临床急需进口药品及住院医疗授权申请、药品处方审核、购药及住院治疗流程

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、澳门、台湾省）医院的专科医生初次确诊罹患恶性肿瘤——重度，如果被保险人需在特定医疗机构购买符合本合同保险责任且属于临床急需进口药品及特定医疗机构清单中的临床急需进口药品的，需按照以下流程进行授权申请、药品处方审核、特定医疗机构病情诊断及进口药品申请，并至特定医疗机构购药：

（1）授权申请和药品处方审核

保险金申请人向保险人提交特定进口药品授权申请（以下简称“授权申请”），并提供下列授权申请材料：

- a. 保险金给付申请书；
- b. 被保险人的有效身份证件；
- c. 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；
- d. 医生开具的临床急需进口药品处方；
- e. 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；
- f. 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。

以上证明和资料不完整的，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授权申请审核未通过，保险人不承担赔偿特定进口药品费用医疗保险金的责任。

（2）购药及住院治疗流程

授权申请审核通过后，保险人授权的第三方服务商（以下简称“第三方服务商”）将为被保险人安排专科医生会诊。被保险人须通过专科医生的诊断确定有必要使用该临床急需进口药品，并经相关监管部门审批通过并获得进口许可后，自行至特定医疗机构接受临床急需进口药品治疗及住院治疗。

客户在特定医疗机构就诊期间产生的除本合同保险责任范围内的特定进口药品及特定

医疗机构住院医疗费用外，其他费用需自行承担。

如果临床急需进口药品使用申请时出现以下特殊情况，保险人有权要求保险金申请人补充其他与临床急需进口药品使用申请相关的医学材料。临床急需进口药品使用申请中的特殊情况主要包括：

a. 保险金申请人进行授权申请时提交的与被保险人相关的医学材料不足以支持使用临床急需进口药品；

b. 保险金申请人进行授权申请时提交的与被保险人相关的医学材料中相关的科学方法检验报告结果不支持使用临床急需进口药品。

如果特定医疗机构医院提出的进口药品申请未获相关监管部门审批通过或未获得进口许可，保险人不承担给付保险金的责任。

对于在保险人认可的特定医疗机构购买临床急需特定进口药品及接受住院治疗的，保险金申请人应提供如下材料：

a. 在特定医疗机构购买特定进口药品的原始收据、费用明细清单以及分割单（若被保险人享有基本医疗保险或公费医疗保障的，需包含按基本医疗保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿的证明）；

b. 在特定医疗机构提供支持审核住院治疗的全部证明、信息和证据，包括但不限于特定医疗机构出具的住院病历资料、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（若被保险人享有基本医疗保险或公费医疗保障的，需包含按基本医疗保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿的证明）。

保险金申请人可以书面形式向保险人申请返还已收取的收据原件，保险人在加盖印戳并注明已赔偿的保险金金额后返还已收取的收据原件。

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

指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。**自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。**猝死是指表面健康的人因身体潜在疾病、机能障碍或其他原因在出现症状后24小时内发生的非暴力性突然死亡。**以下情形不属于猝死：自然死亡、自杀、自伤、因慢性疾病、心力衰竭持续治疗、终末期疾病等长期病症导致的急性死亡。**

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，除另有约定外，**仅限于上述医院的普通部，不包括如下机构或医疗服务：**

- （一）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；**

(二) 诊所、康复中心（但符合本合同约定的康复住院治疗费不受此限）、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、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、康复病床或接受康复治疗（但符合本合同约定的康复住院治疗费不受此限）；

(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。

七、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。

八、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费用（除另有约定外，不包括单人病房、套房、家庭病床）。床位费的每日限额由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在本合同中载明。

九、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、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。

十一、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 年中华人民共和国国家卫生健康委员会发布的《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）。

十二、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。

十三、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、其他特殊疗法或接受其它康复治疗（释义八十六）（但符合本合同约定的康复住院治疗费不受此限）。

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。

十四、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。

十五、手术费

指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术室费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费；若因器官移植而发生的手术费用，**不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。**

十六、重建手术费

指被保险人为恢复身体外观，在医生建议下于意外事故发生后12个月内进行重建手术的实际开支；或被保险人因疾病而进行乳房切除手术或乳房切除手术后12个月内进行的重建乳房手术的实际开支。

在保险期间内，保险人所承担被保险人每次住院重建手术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。

十七、西式理疗费

指物理治疗、职业疗法及语音治疗。

物理治疗指应用人工物理因子（如光、电、磁、声、温热、寒冷等）治疗疾病，包括电疗、光疗、磁疗、热疗、冷疗、水疗，以及超声波疗法等，符合全国医疗服务项目规范规定的项目。**但不包括泥疗，蜡敷治疗，气泡浴与药物浸浴治疗。**

职业疗法指对因疾病或损伤而使职业能力（如职业需要的语言、运动等能力）受损的被保险人，使用特定的职业能力康复手段对其能力受损进行治疗。

语音治疗指针对构音器官形态结构异常所致的器质性构音障碍而进行的康复治疗。

十八、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。

十九、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。因患恶性肿瘤一重度而进行乳房切除术，而行属本合同保险责任范围的乳房切除术情形时，义乳及放入义乳的胸衣亦属耐用医疗设备费。

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、精神和心理障碍治疗费

指被保险人因患精神和心理障碍，在保障区域内合法注册的精神心理专科医疗机构或设有精神心理科室的医疗机构进行治疗而发生的、必需且合理的医疗费用，包括但不限于对神经性贪食症、神经性厌食、失眠症、注意缺陷症和注意缺陷多动障碍的治疗。

精神和心理障碍治疗的费用不包括智能测试、教育测试、婚姻和家庭心理咨询、对于酒精和药物滥用的住院戒断治疗费用。

在保险期间内，保险人所承担被保险人的精神和心理障碍治疗费的累计给付次数和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。

二十一、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。

二十二、手术机器人使用费

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。

二十三、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。

二十四、门诊手术

指在医院门诊部门或急诊部门发生的必需且合理的手术医疗费用，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。

二十五、家庭护理费

指曾住院接受治疗的被保险人出院后必须立即在其家中接受医师要求的、由专业护士提供的与住院治疗的病症直接相关的、医学必需的专业护士护理费用（不包括保险期间届满后发生的家庭护理费用），包括康复保健、家庭健康指导等卫生咨询服务，以及换药、导尿、测血压、输液、注射、压力性溃疡护理、鼻饲、造瘘等可在居家环境下实施的临床护理技术

服务而发生的相关费用。

家庭护理属医学必需，且须满足下列全部条件：

- （一）被保险人对专业护士护理确有需要，非出于方便家庭成员目的；
- （二）每日专业护士护理时间不超过十二小时，但下列情形不在此限：
 - （1）住院治疗的被保险人被运送回家当日；
 - （2）被保险人病情急重，须接受十二小时以上专业护士护理以免入院接受治疗；
 - （3）根据医疗实践和标准被保险人需要在专业护理机构接受护理，但专业护理机构没有空余床位。

在保险期间内，保险人所承担被保险人家庭护理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。

二十六、临终关怀医疗费

指曾发生本合同保险事故的被保险人因与该事故相应的病症或相关的病症而现被诊断患终末期疾病且存活期二百四十日以下（含），经保险人许可，该被保险人接受具有相应资质的临终关怀机构提供的、由专业人员和志愿者组成的跨学科队伍在医学指导下实施的姑息性、支持性医护设施而发生的费用（不包括保险期间届满后发生的临终关怀医疗费用）。

被保险人入住临终关怀机构接受临终关怀的，须基于病情和家庭必要。临终关怀机构指对终末期病人提供集成家庭或住院医护服务的机构，该机构须满足下列全部条件：

- （一）取得了政府相关部门的许可；
- （二）二十四小时提供服务；
- （三）有医师直接管理和监控；
- （四）有注册护士指挥、协调护理服务；
- （五）被许可从事社会服务指导和协调；
- （六）主要目的为提供临终关怀服务；
- （七）有全职管理人员；
- （八）保存了所提供服务的全部书面记录。

在保险期间内，保险人所承担被保险人临终关怀医疗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。

二十七、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。

二十八、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。

二十九、癌症及特定疾病

被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病，应由本合同认可的医院专科医生明确诊断。

本合同约定的癌症及特定疾病分为“癌症类”、“心脑血管类”、“器官移植、器官衰竭类”、“神经系统类”、“意外、残疾类”。疾病的分类及疾病名称仅供理解使用，具体保障范围以每种疾病具体定义为准，癌症及特定疾病的分类及疾病名称信息如下：

癌症及特定疾病分类	癌症及特定疾病名称
癌症类 (3个)	(一) 恶性肿瘤——重度 (二) 恶性肿瘤——轻度 (三) 原位癌
心脑血管类 (9个)	(四) 较重急性心肌梗死 (五) 冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术） (六) 严重冠心病 (七) 严重脑中风 (八) 严重心肌病 (九) 心脏瓣膜手术 (十) 主动脉手术 (十一) 室壁瘤切除手术 (十二) 严重原发性肺动脉高压
器官移植、器官衰竭类 (9个)	(十三) 重大器官移植术或造血干细胞移植术 (十四) 胰腺移植术 (十五) 急性重症肝炎或亚急性重症肝炎 (十六) 严重慢性肝衰竭 (十七) 严重慢性呼吸衰竭 (十八) 严重慢性肾衰竭 (十九) 重型再生障碍性贫血 (二十) 严重克罗恩病 (二十一) 严重溃疡性结肠炎
神经系统类	(二十二) 严重脑炎或严重脑膜炎

(6个)	(二十三) 脑损伤、颅内肿瘤或脑动脉破裂导致的开颅手术 (二十四) 严重非恶性颅内肿瘤 (二十五) 严重阿尔茨海默病 (二十六) 严重原发性帕金森病 (二十七) 严重运动神经元病
意外、残疾类 (2个)	(二十八) 多个肢体缺失 (二十九) 严重III度烧伤

其中“恶性肿瘤——重度”和“恶性肿瘤——轻度”均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，其定义与《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020修订版）》中对应的疾病定义一致。

疾病（一）-（三）为“癌症类”：

（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（释义八十七）（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）（释义八十八）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）（释义八十八）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（释义八十九）为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

（3）TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或更轻分期的前列腺癌；

（4）黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

（5）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

（6）相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

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

（二）恶性肿瘤——轻度

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，

临床诊断属于世界卫生组织（WHO, World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴，**但不在“恶性肿瘤——重度”保障范围的疾病**。且特指下列六项之一：

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

下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”，不在保障范围内：

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

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

（2）交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等。

（三）原位癌

指恶性细胞局限于上皮内尚未穿破基底膜浸润周围正常组织的癌细胞新生物。**原位癌必须经对固定活组织的组织病理学检查明确诊断。癌前病变不在保障范围内。**

疾病（四）-（十二）为“心脑血管类”：

（四）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，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。

（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。

（七）严重脑中风

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，并导致神经系统严重功能损伤。疾病确诊后须满足下列至少一项条件：

(1) 头颅断层扫描（CT）或核磁共振检查（MRI）出现大面积梗死或出血量>30ml；

(2) 颅内血管成像（CTA/MRA）显示大血管闭塞（狭窄程度≥70%）；

(3) 为治疗脑卒中中进行开颅血肿清除术、去骨瓣减压术或脑室穿刺引流术。

（八）严重心肌病

指不明原因引起的一类心肌病变，包括原发性扩张型心肌病、原发性肥厚型心肌病及原发性限制型心肌病三种，病变必须已造成事实上心室功能障碍而出现明显的心功能衰竭（指按照美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级（释义九十）达到 IV 级）。

（九）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）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。

(十一) 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。

(十二) 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。

疾病(十三)-(二十一)为“器官移植、器官衰竭类”:

(十三) 重大器官移植术或造血干细胞移植术

重大器官移植术,指因相应器官功能衰竭,已经实施了肾脏、肝脏、心脏、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。

(十四) 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。

(十五) 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。

(十六) 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(释义九十一)或药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。

(十七) 严重慢性呼吸衰竭

指因慢性呼吸系统疾病导致的呼吸衰竭，经过积极治疗后，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。

（十八）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。

（十九）重型再生障碍性贫血

指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少，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）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。

（二十一）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。

疾病（二十二）-（二十七）为“神经系统类”：

（二十二）严重脑炎或严重脑膜炎

指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统严重功能损伤。**疾病确诊后指经相关专科医生确诊疾病后具备以下四项条件中的两项条件：**

- (1) 意识障碍持续＞24 小时；
- (2) CSF 白细胞显著升高（细菌性＞ $1000 \times 10^6/L$ ，病毒性≥ $5 \times 10^6/L$ ）；
- (3) 影像学显示脑实质或脑膜严重病变（如大面积异常信号、脑室扩大、硬膜下积液、脑积水等）；
- (4) 出现偏瘫、失语、癫痫持续状态或颅内压危象。

（二十三）脑损伤、颅内肿瘤或脑动脉破裂导致的开颅手术

（1）脑损伤导致的开颅手术

指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，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。

（2）颅内肿瘤或脑动脉破裂导致的开颅手术

指因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。

（二十四）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）。

（二十五）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（释义九十二）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。

（二十六）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。

（二十七）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，需要使用呼吸机治疗；
- （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。

疾病（二十八）-（二十九）为“意外、残疾类”：

（二十八）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。

（二十九）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。

三十、化学疗法

指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。

三十一、放射疗法

指对于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。

三十二、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。

三十三、肿瘤内分泌疗法

指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。

三十四、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。

三十五、院外

指非被保险人就诊医院。

三十六、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。

三十七、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保险责任的外购药品和外购医疗器械清单，但不包括本合同明确除外的外购药品和外购医疗器械，以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知的清单为准，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药品清单进行更新。

三十八、恶性肿瘤——重度院外特定药品

指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（2025年版）》（如有最新的，以最新有效版本为准）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。

三十九、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。

四十、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。

四十一、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。

四十二、恶性肿瘤——重度院外特定药品清单

指保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的恶性肿瘤——重度院外特定药品范围，并在保险单中载明。以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知的清单为准，保险人保留对恶性肿瘤——重度院外特定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。

四十三、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。

四十四、基因检测机构

指在中华人民共和国境内（**不包括香港、澳门及台湾省**）取得合法有效资质且合法提供基因临床检验服务的机构。**该基因检测机构应满足下列全部条件：**

- （一）开展基因检测业务需具备的相关资质，包括医疗机构执业许可证、医疗机构医疗器械经营许可证、医疗机构药品经营许可证和临床基因扩增检验实验室技术审核验收合格证；
- （二）具有固定的工作场所，工作环境满足检验检测要求；
- （三）具备从事检验检测活动所必需的检验检测设备设施，具有并有效运行保证其检验检测活动独立、公正、科学、诚信的管理体系，具有完善的检验样本和收样体系；
- （四）具有与其从事检验检测活动相适应的检验检测技术人员和管理人员提供专业的基因检测服务，以及专业的医生资质人员出具报告；
- （五）符合有关法律法规或者标准、技术规范规定的特殊要求。

四十五、罕见病

除另有约定外，本合同约定的罕见病指符合以下定义的疾病：

（一）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。

（二）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。**

（三）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。

（四）法布里病

属于X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。

（五）高苯丙氨酸血症及四氢生物喋呤缺乏症

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 。

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。四氢生物喋呤缺乏症（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 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。

（六）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、脑忒病、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。

（七）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。

（八）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。**

（九）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。**

（十）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。**

（十一）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。**

（十二）严重原发性肺动脉高压

指各种原因导致的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级III级及以上，但尚未到达IV级，且静息状态下肺动脉平均超过25mmHg。

（十三）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结果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。

四十六、罕见病特定药品清单

指保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的罕见病特定药品范围，并在保险单中载明。以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知的清单为准，保险人保留对罕见病特定药品清单进行变更的权利，并将根据医疗水平的发展对罕见病特定药品清单进行更新。

四十七、临床急需进口药品

指特定医疗机构因临床急需，经国务院药品监督管理部门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。如果特定医疗机构提出的进口药品申请未获批准的，保险人不承担给付临床急需进口药品费保险金的责任。

四十八、临床急需进口药品及特定医疗机构清单

指保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的临床急需进口药品范围及特定医疗机构范围，并在保险单中载明。以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知的清单为准，保险人保留对临床急需进口药品及特定医疗机构清单进行变更的权利，并将根据医疗水平的发展对临床急需进口药品及特定医疗机构清单进行更新。

四十九、恶性肿瘤——重度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住院医疗费用，包括床位费、加床费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费，但不包括化学疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法和肿瘤靶向疗法所产生的药品费。

五十、恶性肿瘤——重度硼中子俘获治疗医疗费用

指被保险人因接受硼中子俘获疗法治疗而发生的住院医疗费用，包括床位费、加床费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费，但不包括化学疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法和肿瘤靶向疗法所产生的药品费。

硼中子俘获疗法指通过给患者注射对癌细胞有亲和力的含硼化合物，进入人体后能快速聚集到肿瘤内部，再利用超热中子线照射，从内部爆破肿瘤的技术。

五十一、恶性肿瘤——重度光免疫疗法医疗费用

指被保险人因接受近红外光免疫治疗而发生的住院医疗费用，包括床位费、加床费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费，但不包括化学疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法和肿瘤靶向疗法所产生的药品费。

近红外光免疫治疗是一种癌症治疗方法。其原理是将单克隆抗体与光敏剂相结合的偶联物注射至患者体内，当抗体偶联物在目标肿瘤中积聚后，再以特定波长的近红外光照射，激活抗体偶联物，通过光化学等反应导致目标肿瘤细胞死亡。

五十二、康复住院治疗费

指接受住院治疗，由专科医生进行的康复功能评估、确定康复目标、制定康复计划、实施治疗方案以实现最大程度的功能恢复和重建治疗而发生的医疗费用。

包括床位费、加床费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、物理治疗、中医理疗、药品和医疗器械使用费、手术费、**康复住院转运救护车使用费**（释义九十三）。

五十三、亲属

除另有约定外，指被保险人本人的配偶、父母、配偶的父母、子女、兄弟姐妹、（外）祖父母、（外）孙子女。

五十四、客运公共交通

除另有约定外，本合同所指的客运公共交通指以下两类：

（一）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；

（二）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。

五十五、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。

五十六、中式理疗费

指顺势疗法、正骨治疗和针灸治疗。

顺势疗法：一种通过小剂量药物治疗以使病人症状渐渐接近常人的治疗方法，比如通过给予小剂量的放松剂治疗腹泻。

针灸治疗：针法和灸法的合称。针法是把毫针按一定穴位刺入患者体内，用捻、提等手法来实施治疗。灸法是把燃烧着的艾绒按一定穴位熏灼皮肤，利用热的刺激实施治疗。**针灸治疗应当由具有相应资格的医师实施。**

五十七、中医治疗费

由注册中医医师处方开具的中草药费用、诊疗费用及其提供的中医针灸、推拿等相关费用。

中草药指中医理论指导下应用的天然药物及其制品，包括中药材和中药饮片。**但不包括主要起营养滋补作用的药品，包括但不限于：**

（一）单味或复方情形下的中药饮片及药材：鹿茸、猴枣、狗宝、海马、海龙、玛瑙、玳瑁、冬虫夏草、马宝、牛黄、珊瑚、麝香、羚羊角尖粉、犀角、燕窝、人参（生晒参除外），以及各种可以药用的动物脏器（鸡内金除外）和胎、鞭、尾、筋、骨；

（二）单味使用情形下的中药饮片及药材：阿胶、阿胶珠、鹿角胶、鳖甲胶、三七、

龟角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、藏红花、生晒参、羚羊角粉；

（三）以上所列药品包括生药及炮制后的饮片及药材、中药贴敷贴、中药熏蒸。

五十八、意外牙科治疗费

被保险人因遭遇意外伤害事故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）。

意外牙科治疗不包括：

（一）由于咀嚼食物（即使其中包含异物）引起的牙齿伤害的治疗；

（二）对曾接受过治疗或有裂缝牙齿的治疗；

（三）对于刷牙或者其他口部清洁过程引起的伤害的治疗；

（四）对于口腔或者牙齿正常的磨损和老化的治疗；

（五）对于美容牙科治疗中发生的意外并发症的治疗；

（六）对于一般牙科治疗中发生的意外并发症的治疗；

（七）除为减轻疼痛进行的有效牙科手术以外，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。

五十九、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。

六十、认可的互联网药店

经保险人审核认可，取得互联网药品信息服务资格证书，为被保险人提供购药或者配送服务的药店，具体名单在保险人官方网站或销售平台公示。

六十一、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医疗保障项目。

六十二、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。

六十三、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。

六十四、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交通工具；
- （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交通工具。

六十五、既往症

指在本合同生效日之前被保险人已患且已知晓的疾病。

六十六、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。

六十七、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。

六十八、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。

六十九、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、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。

七十一、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。

七十二、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。

七十三、攀岩

指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

七十四、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。

七十五、特技表演

指进行马术、杂技、驯兽等表演。

七十六、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。

七十七、先天性畸形、变形或染色体异常

包含下列三项内容中的任意一项：

（一）依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）Q 类；

（二）颅咽管瘤、颅内畸胎瘤、脊索瘤、支气管源性囊肿（先天性肺囊肿）、脑动静脉畸形/脊髓动静脉畸形、先天性预激综合征、冠状动/静脉瘘；

（三）经医生明确诊断为先天性的疾病。

七十八、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：

- （一）感染必须发生在被保险人从事其职业工作过程中；
- （二）血清转化必须出现在事故发生后的 6 个月以内；
- （三）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；
- （四）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。

八十、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：

- （一）在等待期满保障起始日之后，被保险人因输血而感染 HIV；
- （二）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；
- （三）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。

八十一、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：

- （一）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；
- （二）实施器官移植的医院为三级医院；
- （三）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。

八十二、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。

八十三、不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

八十四、有效身份证件

指中华人民共和国有效期内的居民身份证、港澳台居民居住证以及主管部门颁发或者认可的有效护照或者其他身份证明文件。

八十五、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。

八十六、康复治疗

康复治疗是使病、伤、残者康复的重要手段，常与药物治疗、手术疗法等临床治疗综合进行，包括但不限于医疗体操，运动神经、肌肉生理促进疗法，生物反馈，牵引，推拿，针灸，电疗，药物熏蒸，康复工程训练，其他物理治疗等。

八十七、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。

八十八、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。

八十九、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。

九十、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。

九十一、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。**

九十二、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。

九十三、康复住院转运救护车使用费

指以康复入出院为目的派出的救护车费用及根据医生建议发生的在医院转运过程中以康复入院为目的的医院用车费。**在保险期间内，保险人所承担的单次康复住院转运救护车使用费上限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。**

众安在线财产保险股份有限公司
个人重大疾病保险条款（互联网2026版B款）
注册号：C00017932612026082615703

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等组成。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自然人。被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，投保人应为被保险人的监护人。

第四条 被保险人

除本合同另有约定外，初次投保时年龄为出生满 30 天至 70 周岁（释义二）（含 70 周岁），能正常工作、生活、并经保险人审核通过的自然人，可作为本合同的被保险人。被保险人年满 105 周岁前（含 105 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

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**医院**（释义五）的**专科医生**（释义六）**初次确诊**（释义七）罹患本合同约定的一种或多种**重大疾病**（释义八），**保险人按本合同载明的保险金额给付重大疾病保险金，同时本合同终止。**

若被保险人在等待期内初次确诊罹患本合同约定的一种或多种重大疾病，**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，同时本合同终止。**

第七条 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。本合同的重大疾病保险金额由投保人、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。**

第八条 免赔额与赔付比例

（一）免赔额由投保人与保险人协商确定，并在本合同中载明。未在本合同中载明的，则免赔额为0元。

（二）赔付比例由投保人与保险人协商确定，并在本合同中载明。未在本合同中载明的，则赔付比例为100%。

第九条 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。投保人在犹豫期后申请解除合同会遭受一定经济损失，保险人将向投保人退还本合同未到期净保险费（释义九）。

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对本合同进行解除合同，视为投保人书面申请。

第十条 责任免除

因下列情形之一，导致被保险人发生疾病、达到疾病状态或进行手术的，保险人不承担重大疾病保险金给付责任：

- （一）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- （二）被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- （三）被保险人故意自伤、自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （四）被保险人服用、吸食或注射毒品（释义十）；
- （五）被保险人酒后驾驶（释义十一）、无合法有效驾驶证驾驶（释义十二），或驾驶无合法有效行驶证（释义十三）的机动车；
- （六）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- （七）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（释义十四）；
- （八）核爆炸、核辐射或核污染；
- （九）遗传性疾病（释义十五）、先天性畸形、变形或染色体异常（释义十六）；
- （十）被保险人所患既往症（释义十七）及保险单中特别约定的除外疾病。

第十一条 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 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，但本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。本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。

第四部分 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，投保人已交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

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对本合同进行变更，视为投保人的书面申请，投保人向保险人在线提交的电子信息与书面形式具有相同的法律效力。

第二十条 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。

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。

第二十一条 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。

第二十二条 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**（释义十八）而导致的迟延。

第五部分 保险金的申请

第二十三条 保险金的申请

保险金申请人（释义十九）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）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）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。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，并提供监护人的身份证明等资料。

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。

第六部分 保险合同的解除、终止和争议处理

第二十四条 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对本合同的解除申请，视为投保人的书面申请。

第二十五条 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）**。

第二十六条 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。

第二十七条 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。

第七部分 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

指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。**自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。**猝死是指表面健康的人因身体潜在疾病、机能障碍或其他原因在出现症状后24小时内发生的非暴力性突然死亡。**以下情形不属于猝死：**

自然死亡、自杀、自伤、因慢性疾病、心力衰竭持续治疗、终末期疾病等长期病症导致的急性死亡。

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，但不包括主要作为诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构，及保险人不予理赔的医疗机构。该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。

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-重度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-重度确诊日期。

八、重大疾病

本合同所规定的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：

（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**（释义二十）（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）（释义二十一）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）（释义二十一）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（释义二十二）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<10/50HPF和ki-67≤2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

（二）较重急性心肌梗死

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

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

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

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

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

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

（5）影像学检查证实存在新出现的室壁瘤；

（6）出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。

其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在保障范围内。

（三）严重脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊180天后，仍遗留下列至少一种障碍：

- （1）一肢（含）以上**肢体**（释义二十三）**肌力**（释义二十四）2级（含）以下；
- （2）**语言能力完全丧失**（释义二十五），或**严重咀嚼吞咽功能障碍**（释义二十六）；
- （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**（释义二十七）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（释义二十八）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。

（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。

（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（释义二十九）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。

（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瘘术。

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（PaO₂）＜50mmHg；
- （3）动脉血氧饱和度（SaO₂）＜80%；
- （4）因缺氧必须接受持续的输氧治疗。

（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（PaO₂）<60mmHg和动脉血氧饱和度（SaO₂）<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保障的衡量指标。

(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。

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DLC0（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（释义三十）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之内。

自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(七十一) 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，并有下列所有临床证据支持：

- (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) $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ （动脉血氧分压/吸入气氧分压）低于200mmHg；
- (5) 肺动脉嵌压低于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。

（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 >1000 IU/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满三周岁以上，并且提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。

（八十四） 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。

本疾病不受本合同第十条责任免除中关于“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，本保障将不再予以赔付。

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十条责任免除中“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）导致的HIV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十条责任免除中“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，本保障将不再予以赔付。

保险人承担本项疾病责任不受本合同第十条责任免除中“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

巨细胞动脉炎又称颅动脉炎、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。

九、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)。经过天数不足一天的按一天计算。

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、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循医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。

十一、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道路交通相关法规的规定标准，被公安机关交通管理部门依法认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

十二、无合法有效驾驶证驾驶

指下列任何情形：

- （一）无驾驶证驾驶或者持有效期已届满的驾驶证驾驶；
- （二）驾驶的机动交通工具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交通工具，实习期内驾驶的机动交通工具牵引挂车；
- （四）持未按规定审验的驾驶证驾驶，以及驾驶证被暂扣、扣留、吊销或者注销期间驾驶机动交通工具；
- （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工具的其他情况下驾驶机动车的工具。

十三、无合法有效行驶证

指下列情形之一：

（一）机动车工具被依法注销登记的；

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

（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工具，未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

十四、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。

十五、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。

十六、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。

十七、既往症

指在本合同生效日之前被保险人已患且已知晓的疾病。

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。

十九、保险金申请人

指被保险人或受益人、（或）被保险人或受益人的继承人、（或）依法享有保险金请求权的其他自然人。

二十、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。

二十一、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。

二十二、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。

二十三、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。

二十四、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。

二十五、语言能力完全丧失

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。

二十六、严重咀嚼吞咽功能障碍

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。

二十七、六项基本日常生活活动

六项基本日常生活活动是指：

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

六项基本日常生活活动能力的鉴定不适用于0-3周岁幼儿。

二十八、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。

二十九、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。

三十、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
附加指定疾病及意外伤害门急诊医疗保险条款（互联网2026版A款）
注册号：C00017932522026090326513

第一部分 总则

第一条 合同构成

本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）依投保人的申请，经保险人同意，附加于健康保险主险合同（以下简称“主合同”）。主合同的条款也适用于本附加合同，若主合同与本附加合同的条款不一致，则以本附加合同的条款为准。主合同效力终止，本附加合同效力亦同时终止。主合同无效，本附加合同亦无效。

本附加合同未尽事宜，以主合同的规定为准。

除另有约定外，本附加合同的保险金的受益人为被保险人本人。

第二部分 保障内容

第二条 保险责任

在本附加合同保险期间内，被保险人因遭受**意外伤害**（释义一）事故或在**等待期**（释义二）后因罹患本附加合同约定的**指定疾病**（释义三），在**医院**（释义四）接受门诊或急诊治疗的，对于被保险人**单次门急诊**（释义五）治疗期间发生的需个人支付的、**必需且合理**（释义六）的**门诊或急诊医疗费用**（释义七），保险人在扣除已从其他途径获得的医疗费用补偿以及本附加合同约定的**单次门急诊免赔额**后，按照本附加合同约定的**给付比例**给付**指定疾病及意外伤害门急诊医疗保险金**。单次门急诊免赔额、给付比例由投保人和保险人在投保时约定，将在本附加合同上予以载明。

除另有约定外，到本附加合同满期日时，**被保险人未结束本次门诊或急诊治疗的**，保险人不再承担本附加合同满期后的因本次门诊或急诊发生的**门诊或急诊医疗费用**。

在本附加合同保险期间内，被保险人不论一次或多次因遭受意外伤害事故或在等待期后因罹患本附加合同约定的指定疾病发生门诊或急诊治疗的，保险人均按上述约定承担给付保险金的责任。保险人**累计给付金额之和**以本附加合同约定的**指定疾病及意外伤害门急诊医疗保险金额**为限。当**累计给付金额之和**达到**指定疾病及意外伤害门急诊医疗保险金额**时，本附加合同终止。

第三条 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**。保险金额由投保人、保险人双方约定，并在本附加合同中载明。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**。

本附加合同约定的保险金额与主合同约定的一般医疗保险金或一般医疗及外购药械费用医疗保险金共用保险金额。

当保险人累计给付本附加合同的指定疾病及意外伤害门急诊医疗保险金、主合同的一般医疗保险金或一般医疗及外购药械费用医疗保险金之和达到本附加合同约定的指定疾病及意外伤害门急诊医疗保险金额时，本附加合同终止；同时主合同约定的一般医疗保险金或一般医疗及外购药械费用医疗保险金额应扣减本附加合同约定的指定疾病及意外伤害门急诊医疗保险金额。

当保险人累计给付本附加合同的指定疾病及意外伤害门急诊医疗保险金、主合同的一般医疗保险金或一般医疗及外购药械费用医疗保险金之和达到主合同约定的一般医疗保险金或一般医疗及外购药械费用医疗保险金的保险金额时，本附加合同终止。

（二）医疗费用补偿

上述第二条保险责任中的医疗费用补偿是指，具备基本医疗保险（释义八）、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附加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，保险人对上述第二条保险责任中的医疗费用按照本附加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

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

（1）被保险人自行承担的属于本附加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附加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是否可用于抵扣免赔额，由投保人与保险人在订立本附加合同时协商确定，并在本附加合同中载明。

免赔额由投保人与保险人在订立本附加合同时协商确定，并在本附加合同中载明。

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，则保险人根据本附加合同单独约定的给付比例进行赔付。

第四条 责任免除

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指定疾病或意外伤害门急诊医疗费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）主合同的所有责任免除事项（但若该事项与本附加合同有相抵触之处，以本附加合同为准）；

（二）被保险人所患既往症（释义九），及保险单中特别约定的除外疾病引起的相关费用；

（三）用于矫形、整容、美容、器官移植或修复、安装及购买康复性医疗器械（如眼镜或隐形眼镜、义齿、义眼、义肢、轮椅、拐杖、助听器等）所产生的费用；

（四）被保险人因预防、康复、休养或疗养、医疗咨询、健康体检、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；

（五）被保险人在不符合本附加合同约定的医院就诊发生的医疗费用。

第五条 保险金的申请

保险金申请人（释义十）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）保险合同凭据；

（三）保险金申请人的**有效身份证件**（释义十一）；

（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、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，应提供其他合法有效的材料；

（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，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。

第六条 保险期间与不保证续保

本附加合同为不保证续保合同，保险期间为一年（或不超过一年），且应与主合同的

保险期间保持一致。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。

如果投保人未按照约定提出重新投保申请并交纳保险费，或保险人审核不同意重新投保，则本附加合同在保险期间届满时终止。

若保险期间届满时，本附加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 释义

一、意外伤害

指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。猝死是指表面健康的人因身体潜在疾病、机能障碍或其他原因在出现症状后24小时内发生的非暴力性突然死亡。以下情形不属于猝死：自然死亡、自杀、自伤、因慢性疾病、心力衰竭持续治疗、终末期疾病等长期病症导致的急性死亡。

二、等待期

指自本附加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附加合同上载明。

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。

三、指定疾病

除另有约定外，本附加合同约定的指定疾病包括以下两项：

（一）传染病，包括：

传染病（共计 39 种）		
鼠疫	霍乱	新型冠状病毒感染
传染性非典型肺炎	病毒性肝炎	脊髓灰质炎
人感染新亚型流感	麻疹	流行性出血热
狂犬病	流行性乙型脑炎	登革热
猴痘	炭疽	细菌性和阿米巴性痢疾
肺结核	伤寒和副伤寒	流行性脑脊髓膜炎
百日咳	白喉	新生儿破伤风
猩红热	布鲁氏菌病	钩端螺旋体病
血吸虫病	疟疾	流行性感冒
流行性腮腺炎	风疹	急性出血性结膜炎
麻风病	流行性和地方性斑疹伤寒	黑热病
包虫病	丝虫病	手足口病
除霍乱、细菌性和阿米巴性痢疾、伤寒和副伤寒以外的感染性腹泻病	发热伴血小板减少综合征	基孔肯雅热

传染病不包括艾滋病、淋病和梅毒。

（二）其他疾病，包括：肺炎、蛔虫病、中耳炎。

四、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，且仅限于上述医院的普通部，不包括如下机构或医疗服务：

- （一）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；
- （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。

五、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。

六、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。

七、门诊或急诊医疗费用

指被保险人发生在医院门诊部门或急诊部门的**医生诊疗费**（释义十二）、**治疗费**（释义十三）、**检查检验费**（释义十四）、**药品费**（释义十五）。

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、既往症

指在本附加合同生效日之前被保险人已患且已知晓的疾病。

十、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。

十一、有效身份证件

指中华人民共和国有效期内的居民身份证、港澳台居民居住证以及主管部门颁发或者认可的有效护照或者其他身份证明文件。

十二、医生诊疗费

指包括但不限于外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生等的诊疗费用。

十三、治疗费

指门诊或急诊期间以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而合理发生的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费以及消耗品的费用，具体以就诊医院的费用项目划分为准。

本项责任不包含物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法。

物理治疗是指应用人工物理因子（如光、电、磁、声等）来治疗疾病，具体疗法包括电疗、光疗、磁疗、热疗等；

中医理疗是指以治疗疾病为目的，被保险人接受由具有相应资格的医生实施的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗；

其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

十四、检查检验费

指门诊或急诊期间实际发生的、以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用，包括X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

十五、药品费

指门诊或急诊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。