

君龙人寿[2026]医疗保险 29号



请扫描以查询验证条款

# 君龙臻爱无忧 3.0 医疗保险（互联网）条款

## 阅读指引


本阅读指引有助于您理解条款，对《君龙臻爱无忧3.0医疗保险（互联网）》合同内容的解释以条款为准

### 您拥有的重要权益

- ❖ 收到本合同电子保险单之日起 15 日（即犹豫期）内您可以要求无息退还您所缴纳的保险费 1.5
- ❖ 您有退保的权利 ..... 1.6
- ❖ 被保险人可以享受本合同提供的保障 ..... 2.6

### 您应当特别注意的事项

- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策 ..... 1.6
- ❖ 我们对免除保险人责任或与您有重大利害关系的条款作了特别提示，详见条款正文及脚注中背景突出部分 ..... 3
- ❖ 保险事故发生后请您及时通知我们 ..... 5.2
- ❖ 您应当按时支付保险费 ..... 6.1
- ❖ 您有如实告知的义务 ..... 7.1

 条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本条款。

# 君龙臻爱无忧 3.0 医疗保险（互联网）条款

## 条款目录

<p><b>1 合同构成与合同解除</b></p> <p>1.1 合同构成</p> <p>1.2 保险合同成立与生效</p> <p>1.3 投保年龄</p> <p>1.4 投保范围</p> <p>1.5 犹豫期</p> <p>1.6 犹豫期后解除合同(退保)的手续及风险</p> <p><b>2 我们提供的保障</b></p> <p>2.1 保障计划</p> <p>2.2 保险金额</p> <p>2.3 基本保险金额</p> <p>2.4 保险期间与续保</p> <p>2.5 等待期</p> <p>2.6 保险责任</p> <p>2.7 免赔额</p> <p>2.8 给付比例</p> <p>2.9 补偿原则</p> <p><b>3 我们不承担保险责任的情况</b></p> <p>3.1 责任免除</p> <p>3.2 其它免责或重大利害关系条款</p>	<p><b>4 我们所保障的疾病列表</b></p> <p>4.1 重大疾病的范围</p> <p><b>5 保险金的申请</b></p> <p>5.1 受益人</p> <p>5.2 保险事故通知</p> <p>5.3 保险金申请</p> <p>5.4 保险金给付</p> <p>5.5 诉讼时效</p> <p><b>6 保险费的支付</b></p> <p>6.1 保险费的支付</p> <p>6.2 宽限期</p> <p><b>7 其它需要关注的事项</b></p> <p>7.1 明确说明与如实告知</p> <p>7.2 本公司合同解除权的限制</p> <p>7.3 年龄性别错误的处理</p> <p>7.4 合同内容变更</p> <p>7.5 联系方式变更</p> <p>7.6 争议处理</p> <p>7.7 合同效力终止</p> <p><b>8 重大疾病的定义</b></p> <p><b>【附表一】甲状腺癌的TNM分期</b></p> <p><b>【附表二】保障计划表</b></p>
--	---

# 君龙臻爱无忧 3.0 医疗保险（互联网）条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指君龙人寿保险有限公司，“本合同”指您与我们之间订立的“君龙臻爱无忧3.0医疗保险(互联网)保险合同”。

## ① 合同构成与合同解除

- 1.1 合同构成** 本合同是您与我们约定保险权利义务关系的协议，包括本保险条款、保险单或其它保险凭证、投保单、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单、保障计划表(若有)及其它您与我们共同认可的书面协议。
- 1.2 保险合同成立与生效** 您提出保险申请、我们同意承保，本合同成立。  
合同生效日期在保险单上载明。**保险费约定支付日<sup>1</sup>**均以该日期计算。
- 1.3 投保年龄** 指您投保时被保险人的年龄，投保年龄以**周岁<sup>2</sup>**计算。  
本合同接受的首次投保年龄为0周岁至64周岁，**投保时被保险人为0周岁的，应当为出生满28日且已出院的婴儿。**  
首次投保后，被保险人年满100周岁前(含100周岁)，保险期间届满，投保人可以重新向我们申请投保本产品，并经我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。
- 1.4 投保范围** 您可以为您本人或您的**家庭成员<sup>3</sup>**投保本保险，投保本保险时，您或被保险人满足以下任一条件可形成家庭保单：  
(1) 您或被保险人有为您本人或您的家庭成员投保本公司的**长期保险<sup>4</sup>**；  
(2) 您的家庭成员有为您本人或被保险人投保本公司的长期保险；  
(3) 您为您本人或您的家庭成员**同时投保<sup>5</sup>**本保险。
- 1.5 犹豫期** 自您收到本合同电子保险单次日起(该次日为犹豫期首日)，有15日的犹豫期。在此期间，请您认真审视本合同，如果您认为本合同与您的需求不相符，您可以在此期间提出解除本合同，我们将无息退还您所交纳的保险费。

<sup>1</sup> **保险费约定支付日**：保险合同生效日在每月、每季、每半年或每年（根据支付方式确定）的对应日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。

<sup>2</sup> **周岁**：指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。

<sup>3</sup> **家庭成员**：本合同中家庭成员仅指投保人的子女、父母、投保人在投保时具有合法婚姻关系的配偶及配偶的父母。

<sup>4</sup> **长期保险**：指与本公司订立的保险期间在一年以上或保险期间虽为一年但保证续保的保险合同，且该保险合同在投保或续保本保险时未终止、未处于犹豫期、未处于效力中止期间。

<sup>5</sup> **同时投保**：指在一次投保行为中为两名或两名以上符合本保险约定条件的被保险人申请投保且所有被保险人均被我们同意承保。

解除合同时，您需要以我们认可的方式提交申请，经我们核实您的身份信息及与我们的保险合同关系后，我们为您办理犹豫期内退保。您提交申请解除合同之日起，本合同即被解除，我们自本合同生效日起不承担保险责任。

- 1.6 犹豫期后解除合同(退保)的手续及风险** 如您在犹豫期后申请解除保险合同，您需要以我们认可的方式提交申请，经我们核实您的身份信息及与我们的保险合同关系后，我们为您办理退保。您提交申请解除合同之日起，本合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起30日内向您退还保险合同的**现金价值**<sup>6</sup>。您犹豫期后解除合同可能会遭受一定损失。

## ② 我们提供的保障

- 2.1 保障计划** 保障计划由您在投保时与我们约定，在保险单上载明。保险期间内，保障计划一经选定，不得变更。您与我们约定的保障计划中各保险责任涉及的基本保险金额、赔付限额、各费用项目累计赔付限额、赔付比例等内容在本合同中的保障计划表上载明。
- 2.2 保险金额** 保险金额是本公司承担给付保险金责任的最高限额。本公司将按照本合同关于保险责任的约定，确定实际给付的保险金额。
- 2.3 基本保险金额** 本合同的基本保险金额由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。如该金额有所变更，以变更后的基本保险金额为准。
- 2.4 保险期间与续保**
- 保险期间** 本产品的保险期间为一年。
- 保证续保期间** 若投保人首次投保本产品，自首次投保本保险合同生效日起，每6年为一个保证续保期间。若投保人非连续投保本产品，则自非连续投保本保险合同生效日起，每6年为一个保证续保期间。
- 保证续保权** 在保证续保期间内，投保人享有如下保证续保权：
- (1) 每个保证续保期间内，投保人续保时缴纳的保险费是确定的。投保人按保证续保期初约定的费率表依被保险人续保时的保障计划、年龄、有无

<sup>6</sup> **现金价值：**其计算公式为“期交保险费×（1-35%）×（1-当期已经过天数/整期天数）”，经过天数不足一天的按一天计算。

**基本医疗保险<sup>7</sup>、是否家庭保单<sup>8</sup>**、风险等级等所对应的保险费率和约定的保险费支付方式交纳相应的保险费，该保险费不因本产品的整体费率调整而改变；

- (2) 每个保证续保期间内，若投保人续保时未申请变更保障计划，我们不因被保险人的健康状况或历史理赔情况而拒绝投保人的续保申请；
- (3) 每个保证续保期间内，若投保人续保时申请变更保障计划，我们根据被保险人的健康状况或历史理赔情况决定是否同意投保人的变更保障计划申请，但投保人仍可申请按原保障计划续保，我们不因被保险人的健康状况或历史理赔情况而拒绝投保人按原保障计划的续保申请；
- (4) 每个保证续保期间内，投保人的保证续保权不因本产品的统一停售而终止。

在保证续保期间内，若发生以下一种或者多种情形时，投保人失去保证续保权：

- (1) 投保人未履行如实告知义务；
- (2) 投保人在本合同保险期间届满前申请解除合同；
- (3) 被保险人续保时的年龄超过100周岁；
- (4) 投保人在上一保险合同届满后的60日内，未按照续保当时被保险人的保障计划、年龄、有无基本医疗保险、是否家庭保单、风险等级等所对应的保险费率和约定的保险费支付方式交纳相应的保险费。

投保人失去保证续保权后，本公司不再接受续保。重新申请投保本产品时，按首次投保处理。

**保证续保期间届满重新投保** 保证续保期间届满前或届满时，若投保人向我们提出重新投保申请，经我们审核同意，且投保人按当时被保险人的保障计划、年龄、有无基本医疗保险、是否家庭保单、风险等级等所对应的保险费率和约定的保险费支付方式交纳相应的保险费后，则进入下一个保证续保期间。

若保证续保期间届满时，本保险已停售，我们不再接受重新投保申请，但会向您提供投保本公司其他保险产品的建议。

## 2.5 等待期

从本合同生效之日起的30天内为等待期。

<sup>7</sup> **基本医疗保险**：指城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

<sup>8</sup> **是否家庭保单**：续保时满足以下任一条件，投保人可按家庭保单对应的保险费率交纳保险费：（1）投保人或被保险人持有为投保人或投保人的家庭成员投保的本公司的长期保险；（2）投保人的家庭成员持有为投保人或被保险人投保的本公司的长期保险；（3）投保人为本人或家庭成员同时投保的本保险有超过一位被保险人申请续保。是否家庭保单仅在续保时确认，不受保单年度内家庭保单状态变化的影响。

被保险人在等待期内发生疾病，由此所产生的**医疗费用**<sup>9</sup>，无论此医疗费用是否发生在等待期内，我们不承担给付保险金的责任。以下情况无等待期：

- (1) 被保险人因**意外伤害**<sup>10</sup>进行治疗；
- (2) 您在保证续保期间内续保本保险；
- (3) 您重新投保本保险的合同生效日为上一保证续保期间届满日的后一天；
- (4) 您已经投保本公司指定产品，并经我们审核同意首次投保本产品。

## 2.6 保险责任

本合同保险期间内，我们根据您和我们约定的保障计划，承担下列保险责任：

### 一般住院医疗费用保险金

被保险人因意外伤害或在等待期后罹患疾病，经我们认可的**医院**<sup>11</sup>医生诊断，在必要的情况下于医院接受治疗的，对于被保险人实际支出的**合理且必要**<sup>12</sup>的一般住院医疗费用，在保障计划规定的限额内超出免赔额的部分，按照本合同约定的给付比例给付“一般住院医疗保险金”。

本项责任对医疗网络、赔付比例、赔付限额有所限制，详见保障计划表。

一般住院医疗费用包括：住院医疗费用、视同住院医疗的特殊门诊医疗费用、院内特定医疗器械费用、院后康复及临终关怀医疗费用。

#### (一) 住院医疗费用

被保险人因意外伤害或在等待期后罹患疾病，经我们认可的医院医生诊断，在必要的情况下于医院接受**住院**<sup>13</sup>治疗的，对于被保险人实际支出的合理且必要的住院医疗费用，在保障计划规定的限额内超出免赔额的部分，按照本合同约定的给付比例给付“一般住院医疗保险金”。

住院医疗费用包括：

<sup>9</sup> **医疗费用**：指为治疗疾病而产生的费用，包括但不限于治疗费用、药品费用、医疗器械费用、检验检测费用、医疗运送费用等。

<sup>10</sup> **意外伤害**：指外来的、突发的、非本意的、非由疾病引起的使身体受到伤害的客观事件。

<sup>11</sup> **医院**：指本公司指定医院（以我们官方网站上最新公布医院目录为准），以及满足下列所有条件的医院：（1）经中华人民共和国卫生行政部门评审确定的二级或以上的公立医院（不含港澳台医院）；（2）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施；（3）全天24小时有合格的医师和护士驻院提供医疗和护理服务；（4）不包括精神病院及专供康复、护理、疗养、戒酒、戒毒、养老等非以直接诊治病人为目的的医疗机构；（5）不包括互联网医院；（6）不包括本公司不予理赔的医院（以我们官方网站上最新公布信息为准，我们保留对不予理赔的医院清单做出适当调整的权利）。当被保险人因遭受意外伤害危及生命须急救时不受上述限制，但经急救处理伤情稳定后，必须及时转入本合同所指医院治疗。本公司指定医院目录和不予理赔的医院目录将动态更新，被保险人就医前有义务通过官方网站或客服电话查询并确认就诊医院是否在目录内，目录更新不影响更新前已发生的保险事故的赔付。

<sup>12</sup> **合理且必要**：指同时满足下列要求：（1）治疗所必需的；（2）不超过安全、足量治疗原则的；（3）非试验性、研究性项目所产生的；（4）符合接受治疗当地通行的医疗标准。对是否合理且必要由我们根据客观、审慎、合理的原则进行核定，若被保险人对核定结果有不同意见，可委托双方认可的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

<sup>13</sup> **住院**：指被保险人因疾病或意外伤害以及因此而产生的并发症，经医师诊断必须住院治疗，所住的病房为医院正式病房，并需办理入、出院手续，但不包括入住门（急）诊观察室、家庭病床、其它非正式病房、挂床住院及不合理的住院。其中挂床住院指被保险人非治疗需要，一次离开医院12小时以上；不合理住院指被保险人未达到入院标准而办理入院手续或已达到出院标准而不办理出院手续的情形，出入院标准按当地卫生部门规定的《病种质量管理标准》执行。

- (1) 床位费<sup>14</sup>、膳食费<sup>15</sup>、护理费<sup>16</sup>
- (2) 陪床费<sup>17</sup>、重症监护室费<sup>18</sup>
- (3) 治疗费<sup>19</sup>、先进治疗费<sup>20</sup>
- (4) 医生诊疗费<sup>21</sup>
- (5) 西式理疗费(物理治疗<sup>22</sup>、职业治疗<sup>23</sup>、语言治疗<sup>24</sup>)
- (6) 非大型项目检查检验费<sup>25</sup>、大型项目检查检验费<sup>26</sup>
- (7) 医疗设备使用费<sup>27</sup>、耐用医疗设备<sup>28</sup>费

- <sup>14</sup> **床位费**：指住院期间实际发生的、不高于标准单人病房（含私人病房）的住院床位费用（不包括套房、家庭病床、豪华房、行政客房）；含空调费及垃圾处理费。
- <sup>15</sup> **膳食费**：指根据医生的医嘱，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。膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并并在病房费等其他款项内。
- <sup>16</sup> **护理费**：指住院期间由该医院执业护士根据医嘱所示的护理等级提供医疗护理所发生的护理费用。
- <sup>17</sup> **陪床费**：指未满18周岁被保险人住院期间其父亲或母亲（限一名）或女性被保险人住院期间其出生未满16周的新生儿陪同住院加床费以及医疗机构提供的膳食费。
- <sup>18</sup> **重症监护室费**：指住院期间出于医学必要被保险人需在重症监护室进行合理且必要的医疗而产生的床位费用。
- <sup>19</sup> **治疗费**：指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者的技术劳务费以及相关消耗品的费用，具体以就诊医院的费用项目划分为准。不包括西式理疗（物理治疗、职业治疗、语言治疗）、中式理疗（针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗、刮痧治疗）、手术治疗、质子放射治疗、重离子放射治疗、硼中子俘获疗法、钷90微球疗法、近红外光免疫治疗。
- <sup>20</sup> **先进治疗费**：指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者的技术劳务费以及相关消耗品的费用，不包括治疗所需的药品费用。先进治疗仅包括以下疗法：硼中子俘获疗法、钷90微球疗法、近红外光免疫治疗。
- <sup>21</sup> **医生诊疗费**：指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的诊疗及诊查费用（不含多学科会诊费用）。
- <sup>22</sup> **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。不包括泥疗，蜡敷治疗，气泡浴与药物浸浴治疗。
- <sup>23</sup> **职业治疗**：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的治疗。
- <sup>24</sup> **语言治疗**：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（包括为治疗吞咽障碍由语言治疗师实施的电子喉镜检查）。
- <sup>25</sup> **非大型项目检查检验费**：指实际发生的、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大型项目检查检验的医疗费用，包括诊查费、妇检费、造影类检查费（X线、DSA、消化道造影等）、心电图费、B超费、脑电图费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。
- <sup>26</sup> **大型项目检查检验费**：指实际发生的、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大型项目检查检验的医疗费用，包括CT费、PET-CT费、SPE-CT费、CTA费、MRI费、PET-MRI费、MRA费、MRCP费、穿刺类检查费、内窥镜检查费（包含胶囊内镜）、肺通气显像费、近红外脑功能成像费和激光共聚焦扫描费。
- <sup>27</sup> **医疗设备使用费**：指在就诊医院以治疗疾病为目的，为提供必要的医学手段而使用医院拥有的医疗器械（不包括耐用医疗设备）所发生的费用。本项费用仅包括本公司指定的医院收取的费用（以收费票据为准）。
- <sup>28</sup> **耐用医疗设备**：指在就诊医院购买并能出具医院发票的、满足基本医疗需要的康复设备、矫形支具等，包括但不限于腿、臂、背和颈支具，人造腿、臂、眼。发生因患癌症而行使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。

(8) 住院手术费<sup>29</sup>、手术植入器材<sup>30</sup>费、器官移植费<sup>31</sup>、手术机器人费<sup>32</sup>、重建手术费<sup>33</sup>

(9) 药品费<sup>34</sup>、中草药费<sup>35</sup>

(10) 同城救护车费<sup>36</sup>、异地就医交通费<sup>37</sup>

当保险期间届满时，被保险人尚未结束本次住院治疗的，我们将按前一保险期间的赔付限额与免赔额等约定继续承担因本次住院发生的、最高不超过本合同保险期间期满后三十日的住院医疗费用。

若保障计划为计划一或计划二，我们不承担病房标准为单人病房(含私人病房)或高于单人病房(含私人病房)的床位费、护理费和膳食费。若保障计划为计划三，我们承担病房标准为单人病房(含私人病房)或不高于单人病房(含私人病房)的床位费、护理费和膳食费。

- <sup>29</sup> **住院手术费**：指住院期间合理手术医疗费用，包括手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。不包括活检、穿刺、造影等创伤性检查，腔镜检查，康复性手术。若为因器官移植而发生的手术费用，则不包括器官本身的费用和获取器官过程中产生的费用。本项手术费不包含被保险人接受由医生确认为无需住院即可进行的日间手术或门诊手术治疗而产生的上述费用。
- <sup>30</sup> **手术植入器材**：指在就诊医院购买并能出具医院发票的、手术过程中由手术医生植入体内的组织相容性人工器材，包括：（1）塑形性植入器材：骨板/骨钉等组织固定材料、钛网/支架等组织成型材料、义乳/骨蜡等组织缺损的充填材料等；（2）功能性植入材料：人工器官、脑起搏器、心脏起搏器等，手术结束后如不经再次外科手术，该器材无法去除或重置。
- <sup>31</sup> **器官移植费**：指在具备开展器官移植手术资质的医疗机构内经专科医生明确诊断，根据医学必需而接受的以被保险人为受体的器官移植和骨髓移植而产生的手术费、辅助治疗费、排异药品费、检验费等。但不包括任何寻找器官供体、配型、获取以及从供体切除器官、储藏、运送的相关费用，以及与不孕不育或者生殖医学相关的移植费用。
- <sup>32</sup> **手术机器人费**：包括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。
- <sup>33</sup> **重建手术费**：指为恢复身体外观，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。
- <sup>34</sup> **药品费**：指实际发生的合理且必要的、由医生开具的、具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用，但不包括营养补充类药品，免疫功能调节类药品，细胞免疫疗法类药品，美容及减肥类药品，预防类药品，非医院药房购买的药品以及下列中药类药品：（1）指根据中医理论应用一种或多种中药材进行内服或外用的中草药，包括中草药饮片、中草药颗粒和中草药膏方；（2）用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等；（3）主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中草药品，如花旗参、冬虫草、白糖参、朝鲜红参、玳瑁、蛤蚧、珊瑚、狗宝、红参、人参、石斛、铁皮枫斗、琥珀、灵芝、羚羊角尖粉、鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、玛瑙、牛黄、麝香、西红花、藏红花、血竭、燕窝、野山参、移山参、珍珠（粉）、紫河车、阿胶、阿胶珠、血宝胶囊、红桃K口服液、十全大补丸、十全大补膏等；（4）主要起营养滋补作用的可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸、犀角、海马、胎盘、鞭、尾、筋、骨等。本项费用仅包括本公司指定的医院收取的费用（以收费票据为准）。
- <sup>35</sup> **中草药费**：指根据中医理论应用一种或多种中药材进行内服或外用的中草药，包括中草药饮片、中草药颗粒和中草药膏方，不包括主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中草药品，如花旗参、冬虫草、白糖参、朝鲜红参、玳瑁、蛤蚧、珊瑚、狗宝、红参、人参、石斛、铁皮枫斗、琥珀、灵芝、羚羊角尖粉、鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、玛瑙、牛黄、麝香、西红花、藏红花、血竭、燕窝、野山参、移山参、珍珠（粉）、紫河车、阿胶、阿胶珠、血宝胶囊、红桃K口服液、十全大补丸、十全大补膏等。含煎药费用。本项费用仅包括本公司认可的医院收取的费用（以收费票据为准）。
- <sup>36</sup> **同城救护车费**：指为抢救生命送往医院或为治疗疾病由转出医院送往转入医院，在同一城市内进行医疗运送产生的救护车使用费或救护车费，不包括院前急救费、急救设备费、担架费（含辅助抬担架费）、药品费、医生诊疗费、治疗费、门急诊医疗费等。不包括跨城市的送院或转院救护车费。救护车须由120急救中心或999紧急救援中心派出（不包括962120、966120等非急救转运），且救护车费由急救中心或紧急救援中心收取（以收费票据为准）。
- <sup>37</sup> **异地就医交通费**：指住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，经由转出医院开具转院证明后，被保险人在一名陪同人员的陪同下，跨省或跨自治区或跨直辖市或跨地级市转院至接收医院进行治疗，由此产生的被保险人和陪同人员的公共交通费用（公共交通限飞机及火车，且飞机标准不高于经济舱，火车标准不高于软卧或高铁动车标准不高于一等座）。

若保障计划为计划一或计划二，我们不承担异地就医交通费。若保障计划为计划三，我们承担异地就医交通费。

## （二）视同住院医疗的特殊门诊医疗费用

被保险人因意外伤害或在等待期后罹患疾病，经我们认可的医院医生诊断，在必要的情况下于医院接受以下特殊门诊治疗的，对于被保险人实际支出的合理且必要的特殊门诊医疗费用，在保障计划规定的限额内超出免赔额的部分，按照本合同约定的给付比例给付“一般住院医疗保险金”。

视同住院医疗的特殊门诊医疗费用包括：

- （1）门诊肾透析费
- （2）器官移植后的门诊抗排异治疗费
- （3）不属于本合同约定的**恶性肿瘤——重度**<sup>38</sup>的门诊肿瘤治疗费，包括**化学疗法**<sup>39</sup>、**放射疗法**<sup>40</sup>、**肿瘤免疫疗法**<sup>41</sup>、**肿瘤内分泌疗法**<sup>42</sup>、**肿瘤靶向疗法**<sup>43</sup>的治疗费用
- （4）**日间手术费**<sup>44</sup>、**门诊手术费**<sup>45</sup>
- （5）**住院前后门急诊医疗费**<sup>46</sup>、**日间手术前后门急诊医疗费**<sup>47</sup>

若保障计划为计划一或计划二，我们不承担日间手术前后门急诊医疗费。若保障计划为计划三，我们承担日间手术前后门急诊医疗费。

<sup>38</sup> **恶性肿瘤——重度**：指符合“8.1 恶性肿瘤——重度”的定义。

<sup>39</sup> **化学疗法**：指针对恶性肿瘤的化学治疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。

<sup>40</sup> **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。含近红外光免疫治疗。但不包括质子放射治疗、重离子放射治疗、硼中子俘获疗法、钇90微球疗法。

<sup>41</sup> **肿瘤免疫疗法**：指针对恶性肿瘤的免疫疗法。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药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。不包括细胞免疫疗法。

<sup>42</sup> **肿瘤内分泌疗法**：指针对恶性肿瘤的内分泌疗法。用药物抑制激素生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞的生长。本合同所指的内分泌治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。

<sup>43</sup> **肿瘤靶向疗法**：指针对恶性肿瘤的靶向疗法。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药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。

<sup>44</sup> **日间手术费**：指被保险人按照诊疗计划在24小时内入院、出院完成的手术或操作（不包括门诊手术），因病情需要延期住院的特殊病例，住院时间不超过48小时。日间手术费包括外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。但不包括以下手术或操作：（1）活检、穿刺、造影等创伤性检查；（2）腹腔镜检查、康复性手术、射频消融治疗；（3）激光、冷冻、光动力、电灼疗法等物理治疗。

<sup>45</sup> **门诊手术费**：指被保险人在门诊部或急诊部完成的手术或操作。门诊手术费包括外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。但不包括以下手术或操作：（1）活检、穿刺、造影等创伤性检查；（2）腹腔镜检查、康复性手术、射频消融治疗；（3）激光、冷冻、光动力、电灼疗法等物理治疗。

<sup>46</sup> **住院前后门急诊医疗费**：指在住院前30日及出院后30日内（含入院和出院当日）因与该次住院相同原因接受门急诊治疗而发生的，需被保险人个人支付的合理且必要的门急诊医疗费用。

<sup>47</sup> **日间手术前后门急诊医疗费**：指在日间手术前30日及手术后30日内（含手术当日）因与该次手术相同原因接受门急诊治疗而发生的，需被保险人个人支付的合理且必要的门急诊医疗费用。

### （三）院内特定医疗器械费用

被保险人因意外伤害或在等待期后罹患疾病，经我们认可的医院医生诊断，在必要的情况下于医院接受住院治疗的，对于被保险人在住院期间实际支出的合理且必要的院内特定医疗器械费用，在保障计划规定的限额内超出免赔额的部分，按照本合同约定的给付比例给付“一般住院医疗保险金”。

我们承担保险金责任的院内特定医疗器械费用必须同时满足以下要求：

- （1）使用院内特定医疗器械的**医疗器械处方**<sup>48</sup>须由我们认可的医院专科医生开具；
- （2）处方开具的特定医疗器械须属于被保险人当前治疗疾病必备的医疗器械，且与国家药品监督管理局批准的医疗器械说明书所列明的适应症相符；
- （3）处方开具的特定医疗器械须在本合同约定的**院内特定医疗器械目录**<sup>49</sup>内，且为本合同期满日前在国家药品监督管理局批准并已在中国上市的医疗器械。

当保险期间届满时，被保险人尚未结束本次住院治疗的，我们将按前一保险期间的赔付限额与免赔额等约定继续承担因本次住院发生的、**最高不超过本合同保险期间期满日后三十日的院内特定医疗器械费用**。

### （四）院后康复及临终关怀医疗费用

被保险人因意外伤害或在等待期后罹患疾病，经我们认可的医院医生诊断，在必要的情况下于医院接受住院治疗，且住院治疗后，经我们认可的医院医生诊断在出院后必须接受**康复治疗**<sup>50</sup>或**临终关怀治疗**的，对于被保险人在我们认可的**康复医院**<sup>51</sup>或**临终护理机构**<sup>52</sup>实际支出的合理且必要的院后康复及临终关怀医疗费用，在保障计划规定的限额内超出免赔额的部分，按照本合同约定的给付比例给付“一般住院医疗保险金”。

<sup>48</sup> **医疗器械处方**：指由专科医生在诊疗活动中为患者开具的作为患者使用医疗器械凭证的医疗文书，包括医疗机构病区医疗器械医嘱单。

<sup>49</sup> **院内特定医疗器械目录**：院内特定医疗器械目录以我们官方网站上最新公布信息为准。我们保留对医疗器械清单做出适当调整的权利，将根据医疗水平的发展对医疗器械清单进行更新。被保险人就医前有义务通过官方网站或客服电话查询并确认医疗器械是否在目录内，目录更新不影响更新前已发生的保险事故的赔付。

<sup>50</sup> **康复治疗**：指以促进机体各项功能恢复为目的的治疗方法，如西式理疗、中式理疗、康复护理等符合全国医疗服务项目规范规定的项目。康复治疗的就医场景包括康复医院或康复科的住院治疗 and 门诊治疗。

<sup>51</sup> **康复医院**：指本公司指定医院（以我们官方网站上最新公布医院目录为准），以及满足下列所有条件的医院：（1）经中华人民共和国卫生行政部门评审确定的二级或以上的公立医院（不含港澳台医院）；（2）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施；（3）全天24小时有合格的医师和护士驻院提供医疗和护理服务；（4）该医院设有康复科或康复医学中心；（5）不包括精神病院及专供护理、疗养、戒酒、戒毒、养老等非以直接诊治病人为目的的医疗机构；（6）不包括互联网医院；（7）不包括本公司不予理赔的医院（以我们官方网站上最新公布信息为准，我们保留对不予理赔的医院清单做出适当调整的权利）。本公司指定医院目录和不予理赔的医院目录将动态更新，被保险人就医前有义务通过官方网站或客服电话查询并确认就诊医院是否在目录内，目录更新不影响更新前已发生的保险事故的赔付。

<sup>52</sup> **临终护理机构**：指合法注册的临终护理机构或设有临终护理病房的医疗机构。

院后康复及临终关怀医疗费用包括：

- (1) 康复医疗费<sup>53</sup>
- (2) 临终关怀医疗费<sup>54</sup>

我们承担保险金责任的院后康复及临终关怀医疗费用必须同时满足以下条件：

- (1) 住院康复治疗或住院临终关怀治疗的入院日期须在最近一次住院治疗出院后的30日内，门诊康复治疗的就诊日期须在最近一次住院治疗出院后的30日内；
- (2) 康复治疗须在我们认可的康复医院内进行，且医疗票据出自我们认可的康复医院；
- (3) 康复治疗的范围仅限于**住院手术**<sup>55</sup>后的康复治疗、中枢神经损伤后的康复治疗、脑卒中或脑中风或脑出血或脑外伤或脑积水后的康复治疗、言语或吞咽功能障碍的康复治疗；
- (4) 临终关怀治疗须在我们认可的临终护理机构内进行，且医疗票据出自我们认可的临终护理机构。

被保险人因精神疾病、心理疾病、神经退行性疾病导致的康复治疗，我们不承担给付保险金的责任。

住院治疗出院后超过30天部分的院后康复及临终关怀医疗费用，我们不承担给付保险金的责任。

保障计划未包含的费用项目，我们不承担给付保险金的责任。

我们累计给付的“一般住院医疗保险金”之和以本合同约定的“一般住院医疗保险金”基本保险金额为限。同一保险期间内，我们累计给付的“一般住院医疗保险金”之和达到“一般住院医疗保险金”基本保险金额后，本项责任终止。

<sup>53</sup> **康复医疗费：**指在出院后30日内（含出院当日）因与该次住院相同原因接受康复治疗而发生的，需被保险人个人支付的合理且必要的费用，包括床位费、膳食费、护理费、治疗费、医生诊疗费、西式理疗费（物理治疗、职业治疗、语言治疗）、中式理疗费、非大型项目检查检验费、大型项目检查检验费、医疗设备使用费、耐用医疗设备费、药品费、挂号费。康复治疗须发生在康复医院或康复科的住院部或门诊部，并由专科医生进行康复功能评估、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。

<sup>54</sup> **临终关怀医疗费：**指在出院后30日内（含出院当日）因与该次住院相同原因接受临终关怀治疗而发生的，需被保险人个人支付的合理且必要的临终关怀医疗费，包括床位费、膳食费、护理费、药品费。临终关怀须发生在被保险人因达到疾病的终末期状态而在合法注册的临终护理机构或设有临终护理病房的医疗机构内，且在患者及其家属的要求和医生的同意下一切积极治疗已被放弃，仅接受以减轻痛苦为目的的姑息治疗。疾病的终末期状态指疾病已经无法以现有的医疗技术治疗或缓解并且将导致被保险人在未来六个月内死亡。

<sup>55</sup> **住院手术：**指住院期间发生的手术，不包括活检、穿刺、造影等创伤性检查，腔镜检查，康复性手术。不包括医生确认为无需住院即可进行的日间手术或门诊手术。

符合以下任一情形的相关医疗费用，我们仍按本合同约定的“一般住院医疗保险金”承担保险责任，并不受“3.1 责任免除”中既往症和保险合同特别约定的除外疾病的限制：

- (1) 若您连续投保本产品或连续投保本公司指定产品，且首次投保前如实告知了既往症，自首次投保产品的保险合同生效日起，连续投保2年内未发生保险金赔付的，自连续投保第3年及以后，因治疗该既往症产生的医疗费用；
- (2) 若您非连续投保本产品或本公司指定产品，且重新投保前如实告知了既往症，自重新投保产品的保险合同生效日起，连续投保2年内未发生保险金赔付的，自连续投保第3年及以后，因治疗该既往症产生的医疗费用。非连续投保指重新投保本产品或本公司指定产品的保险合同生效日晚于上一保险期间合同期满后一天。

### 重大疾病住院医疗保险金

被保险人因意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因初次发生并经我们认可的医院**专科医生**<sup>56</sup>明确诊断确定罹患本合同约定的**重大疾病**<sup>57</sup>（无论一种或多种），在必要的情况下于医院接受治疗的，对于被保险人实际支出的合理且必要的重大疾病住院医疗费用，在保障计划规定的限额内按照本合同约定的给付比例给付“重大疾病住院医疗保险金”。

本项责任对医疗网络、赔付比例、赔付限额有所限制，详见保障计划表。

重大疾病住院医疗费用包括：住院医疗费用、视同住院医疗的特殊门诊医疗费用、院内特定医疗器械费用、院后康复及临终关怀医疗费用。

#### （一）住院医疗费用

被保险人因意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因初次发生并经我们认可的医院**专科医生**明确诊断确定罹患本合同约定的**重大疾病**（无论一种或多种），在必要的情况下于医院接受住院治疗的，对于被保险人实际支出的合理且必要的重大疾病住院医疗费用，在保障计划规定的限额内按照本合同约定的给付比例给付“重大疾病住院医疗保险金”。

住院医疗费用包括：

<sup>56</sup> **专科医生**：专科医生应当满足以下四项资格条件：（1）具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；（2）具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；（3）具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上的职称的《医师职称证书》；（4）在二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

<sup>57</sup> **重大疾病**：指符合“8 重大疾病的定义”中定义的疾病。

- (1) 床位费<sup>58</sup>、膳食费<sup>59</sup>、护理费<sup>60</sup>
- (2) 陪床费<sup>61</sup>、重症监护室费<sup>62</sup>
- (3) 治疗费<sup>63</sup>、先进治疗费<sup>64</sup>
- (4) 医生诊疗费<sup>65</sup>
- (5) 西式理疗费(物理治疗<sup>66</sup>、职业治疗<sup>67</sup>、语言治疗<sup>68</sup>)
- (6) 非大型项目检查检验费<sup>69</sup>、大型项目检查检验费<sup>70</sup>
- (7) 医疗设备使用费<sup>71</sup>、耐用医疗设备<sup>72</sup>费

<sup>58</sup> **床位费**：指住院期间实际发生的、不高于标准单人病房（含私人病房）的住院床位费用（不包括套房、家庭病床、豪华房、行政客房）；含空调费及垃圾处理费。

<sup>59</sup> **膳食费**：指根据医生的医嘱，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。膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并并在病房费等其他款项内。

<sup>60</sup> **护理费**：指住院期间由该医院执业护士根据医嘱所示的护理等级提供医疗护理所发生的护理费用。

<sup>61</sup> **陪床费**：指未满18周岁被保险人住院期间其父亲或母亲（限一名）或女性被保险人住院期间其出生未满16周的新生儿陪同住院加床费以及医疗机构提供的膳食费。

<sup>62</sup> **重症监护室费**：指住院期间出于医学必要被保险人需在重症监护室进行合理且必要的医疗而产生的床位费用。

<sup>63</sup> **治疗费**：指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者的技术劳务费以及相关消耗品的费用，具体以就诊医院的费用项目划分为准。不包括西式理疗（物理治疗、职业治疗、语言治疗）、中式理疗（针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗、刮痧治疗）、手术治疗、质子放射治疗、重离子放射治疗、硼中子俘获疗法、钷90微球疗法、近红外光免疫治疗。

<sup>64</sup> **先进治疗费**：指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者的技术劳务费以及相关消耗品的费用，不包括治疗所需的药品费用。先进治疗仅包括以下疗法：硼中子俘获疗法、钷90微球疗法、近红外光免疫治疗。

<sup>65</sup> **医生诊疗费**：指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的诊疗及诊查费用（不含多学科会诊费用）。

<sup>66</sup> **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。不包括泥疗，蜡敷治疗，气泡浴与药物浸浴治疗。

<sup>67</sup> **职业治疗**：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。

<sup>68</sup> **语言治疗**：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（包括为治疗吞咽障碍由语言治疗师实施的电子喉镜检查）。

<sup>69</sup> **非大型项目检查检验费**：指实际发生的、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大型项目检查检验的医疗费用，包括诊查费、妇检费、造影类检查费（X线、DSA、消化道造影等）、心电图费、B超费、脑电图费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

<sup>70</sup> **大型项目检查检验费**：指实际发生的、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大型项目检查检验的医疗费用，包括CT费、PET-CT费、SPE-CT费、CTA费、MRI费、PET-MRI费、MRA费、MRCP费、穿刺类检查费、内窥镜检查费（包含胶囊内镜）、肺通气显像费、近红外脑功能成像费和激光共聚焦扫描费。

<sup>71</sup> **医疗设备使用费**：指在就诊医院以治疗疾病为目的，为提供必要的医学手段而使用医院拥有的医疗器械（不包括耐用医疗设备）所发生的费用。本项费用仅包括本公司指定的医院收取的费用（以收费票据为准）。

<sup>72</sup> **耐用医疗设备**：指在就诊医院购买并能出具医院发票的、满足基本医疗需要的康复设备、矫形支具等，包括但不限于腿、臂、背和颈支具，人造腿、臂、眼。发生因患癌症而行使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。

(8) 住院手术费<sup>73</sup>、手术植入器材<sup>74</sup>费、器官移植费<sup>75</sup>、手术机器人费<sup>76</sup>、重建手术费<sup>77</sup>

(9) 药品费<sup>78</sup>、中草药费<sup>79</sup>

(10) 同城救护车费<sup>80</sup>、异地就医交通费<sup>81</sup>

当保险期间届满时，被保险人尚未结束本次住院治疗的，我们将按前一保险期间的赔付限额等约定继续承担因本次住院发生的、最高不超过本合同保险期间期满后三十日的住院医疗费用。

若保障计划为计划一，我们不承担病房标准为单人病房(含私人病房)或高于单人病房(含私人病房)的床位费、护理费和膳食费。若保障计划为计划二或计划三，我们承担病房标准为单人病房(含私人病房)或不高于单人病房(含私人病房)的床位费、护理费和膳食费。

<sup>73</sup> **住院手术费**：指住院期间合理手术医疗费用，包括手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。不包括活检、穿刺、造影等创伤性检查，腔镜检查，康复性手术。若为因器官移植而发生的手术费用，则不包括器官本身的费用和获取器官过程中产生的费用。本项手术费不包含被保险人接受由医生确认为无需住院即可进行的日间手术或门诊手术治疗而产生的上述费用。

<sup>74</sup> **手术植入器材**：指在就诊医院购买并能出具医院发票的、手术过程中由手术医生植入体内的组织相容性人工器材，包括：（1）塑形性植入器材：骨板/骨钉等组织固定材料、钛网/支架等组织成型材料、义乳/骨蜡等组织缺损的充填材料等；（2）功能性植入材料：人工器官、脑起搏器、心脏起搏器等，手术结束后如不经再次外科手术，该器材无法去除或重置。

<sup>75</sup> **器官移植费**：指在具备开展器官移植手术资质的医疗机构内经专科医生明确诊断，根据医学必需而接受的以被保险人为受体的器官移植和骨髓移植而产生的手术费、辅助治疗费、排异药品费、检验费等。但不包括任何寻找器官供体、配型、获取以及从供体切除器官、储藏、运送的相关费用，以及与不孕不育或者生殖医学相关的移植费用。

<sup>76</sup> **手术机器人费**：包括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。

<sup>77</sup> **重建手术费**：指为恢复身体外观，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。

<sup>78</sup> **药品费**：指实际发生的合理且必要的、由医生开具的、具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用，但不包括营养补充类药品，免疫功能调节类药品，细胞免疫疗法类药品，美容及减肥类药品，预防类药品，非医院药房购买的药品以及下列中药类药品：（1）指根据中医理论应用一种或多种中药材进行内服或外用的中草药，包括中草药饮片、中草药颗粒和中草药膏方；（2）用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等；（3）主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中草药品，如花旗参、冬虫草、白糖参、朝鲜红参、玳瑁、蛤蚧、珊瑚、狗宝、红参、人参、石斛、铁皮枫斗、琥珀、灵芝、羚羊角尖粉、鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、玛瑙、牛黄、麝香、西红花、藏红花、血竭、燕窝、野山参、移山参、珍珠（粉）、紫河车、阿胶、阿胶珠、血宝胶囊、红桃K口服液、十全大补丸、十全大补膏等；（4）主要起营养滋补作用的可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸、犀角、海马、胎盘、鞭、尾、筋、骨等。本项费用仅包括本公司指定的医院收取的费用（以收费票据为准）。

<sup>79</sup> **中草药费**：指根据中医理论应用一种或多种中药材进行内服或外用的中草药，包括中草药饮片、中草药颗粒和中草药膏方，不包括主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中草药品，如花旗参、冬虫草、白糖参、朝鲜红参、玳瑁、蛤蚧、珊瑚、狗宝、红参、人参、石斛、铁皮枫斗、琥珀、灵芝、羚羊角尖粉、鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、玛瑙、牛黄、麝香、西红花、藏红花、血竭、燕窝、野山参、移山参、珍珠（粉）、紫河车、阿胶、阿胶珠、血宝胶囊、红桃K口服液、十全大补丸、十全大补膏等。含煎药费用。本项费用仅包括本公司认可的医院收取的费用（以收费票据为准）。

<sup>80</sup> **同城救护车费**：指为抢救生命送往医院或为治疗疾病由转出医院送往转入医院，在同一城市内进行医疗运送产生的救护车使用费或救护车费，不包括院前急救费、急救设备费、担架费（含辅助抬担架费）、药品费、医生诊疗费、治疗费、门急诊医疗费等。不包括跨城市的送院或转院救护车费。救护车须由120急救中心或999紧急救援中心派出（不包括962120、966120等非急救转运），且救护车费由急救中心或紧急救援中心收取（以收费票据为准）。

<sup>81</sup> **异地就医交通费**：指住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，经由转出医院开具转院证明后，被保险人在一名陪同人员的陪同下，跨省或跨自治区或跨直辖市或跨地级市转院至接收医院进行治疗，由此产生的被保险人和陪同人员的公共交通费用（公共交通限飞机及火车，且飞机标准不高于经济舱，火车标准不高于软卧或高铁动车标准不高于一等座）。

## （二）视同住院医疗的特殊门诊医疗费用

被保险人因意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因初次发生并经我们认可的医院专科医生明确诊断确定罹患本合同约定的重大疾病（无论一种或多种），在必要的情况下于医院接受以下特殊门诊治疗的，对于被保险人实际支出的合理且必要的特殊门诊医疗费用，在保障计划规定的限额内按照本合同约定的给付比例给付“重大疾病住院医疗保险金”。

视同住院医疗的特殊门诊医疗费用包括：

- （1）门诊肾透析费
- （2）器官移植后的门诊抗排异治疗费
- （3）门诊恶性肿瘤——重度治疗费，包括**化学疗法<sup>82</sup>、放射疗法<sup>83</sup>、肿瘤免疫疗法<sup>84</sup>、肿瘤内分泌疗法<sup>85</sup>、肿瘤靶向疗法<sup>86</sup>**的治疗费用
- （4）**日间手术费<sup>87</sup>、门诊手术费<sup>88</sup>**
- （5）**住院前后门急诊医疗费<sup>89</sup>、日间手术前后门急诊医疗费<sup>90</sup>**

若保障计划为计划一，我们不承担日间手术前后门急诊医疗费。若保障计划为计划二或计划三，我们承担日间手术前后门急诊医疗费。

## （三）院内特定医疗器械费用

被保险人因意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因初次发生并经我们认可的医院专科医生明确诊断确定罹患本合同约定的重大疾病（无论一种或

<sup>82</sup> **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的治疗。

<sup>83</sup> **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。含近红外光免疫治疗。但不包括质子放射治疗、重离子放射治疗、硼中子俘获疗法、钇90微球疗法。

<sup>84</sup> **肿瘤免疫疗法**：指对于恶性肿瘤的免疫疗法。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药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。不包括细胞免疫疗法。

<sup>85</sup> **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药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。

<sup>86</sup> **肿瘤靶向疗法**：指对于恶性肿瘤的靶向疗法。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药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。

<sup>87</sup> **日间手术费**：指被保险人按照诊疗计划在24小时内入院、出院完成的手术或操作（不包括门诊手术），因病情需要延期住院的特殊病例，住院时间不超过48小时。日间手术费包括外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。但不包括以下手术或操作：（1）活检、穿刺、造影等创伤性检查；（2）腹腔镜检查、康复性手术、射频消融治疗；（3）激光、冷冻、光动力、电灼疗法等物理治疗。

<sup>88</sup> **门诊手术费**：指被保险人在门诊部或急诊部完成的手术或操作。门诊手术费包括外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。但不包括以下手术或操作：（1）活检、穿刺、造影等创伤性检查；（2）腹腔镜检查、康复性手术、射频消融治疗；（3）激光、冷冻、光动力、电灼疗法等物理治疗。

<sup>89</sup> **住院前后门急诊医疗费**：指在住院前30日及出院后30日内（含入院和出院当日）因与该次住院相同原因接受门急诊治疗而发生的，需被保险人个人支付的合理且必要的门急诊医疗费用。

<sup>90</sup> **日间手术前后门急诊医疗费**：指在日间手术前30日及手术后30日内（含手术当日）因与该次手术相同原因接受门急诊治疗而发生的，需被保险人个人支付的合理且必要的门急诊医疗费用。

多种)，在必要的情况下于医院接受住院治疗的，对于被保险人在住院期间实际支出的合理且必要的院内特定医疗器械费用，在保障计划规定的限额内按照本合同约定的给付比例给付“重大疾病住院医疗保险金”。

我们承担保险金责任的院内特定医疗器械费用必须同时满足以下要求：

- (1) 使用院内特定医疗器械的**医疗器械处方**<sup>91</sup>须由我们认可的医院专科医生开具；
- (2) 处方开具的特定医疗器械须属于被保险人当前治疗疾病必备的医疗器械，且与国家药品监督管理局批准的医疗器械说明书所列明的适应症相符；
- (3) 处方开具的特定医疗器械须在本合同约定的**院内特定医疗器械目录**<sup>92</sup>内，且为本合同期满日前在国家药品监督管理局批准并已在中国上市的医疗器械。

当保险期间届满时，被保险人尚未结束本次住院治疗的，我们将按前一保险期间的赔付限额与免赔额等约定继续承担因本次住院发生的、**最高不超过本合同保险期间期满日后三十日的院内特定医疗器械费用**。

#### (四) 院后康复及临终关怀医疗费用

被保险人因意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因初次发生并经我们认可的医院专科医生明确诊断确定罹患本合同约定的重大疾病(无论一种或多种)，在必要的情况下于医院接受住院治疗，且住院治疗后，经我们认可的医院医生诊断在出院后必须接受**康复治疗**<sup>93</sup>或**临终关怀治疗**的，对于被保险人在我们认可的**康复医院**<sup>94</sup>或**临终护理机构**<sup>95</sup>实际支出的合理且必要的院后康复及临终关怀医疗费用，在保障计划规定的限额内按照本合同约定的给付比例给付“重大疾病住院医疗保险金”。

**院后康复及临终关怀医疗费用包括：**

<sup>91</sup> **医疗器械处方**：指由专科医生在诊疗活动中为患者开具的作为患者使用医疗器械凭证的医疗文书，包括医疗机构病区医疗器械医嘱单。

<sup>92</sup> **院内特定医疗器械目录**：院内特定医疗器械目录以我们官方网站上最新公布信息为准。我们保留对医疗器械清单做出适当调整的权利，将根据医疗水平的发展对医疗器械清单进行更新。被保险人就医前有义务通过官方网站或客服电话查询并确认医疗器械是否在目录内，目录更新不影响更新前已发生的保险事故的赔付。

<sup>93</sup> **康复治疗**：指以促进机体各项功能恢复为目的的治疗方法，如西式理疗、中式理疗、康复护理等符合全国医疗服务项目规范规定的项目。康复治疗的就医场景包括康复医院或康复科的住院治疗 and 门诊治疗。

<sup>94</sup> **康复医院**：指本公司指定医院（以我们官方网站上最新公布医院目录为准），以及满足下列所有条件的医院：（1）经中华人民共和国卫生行政部门评审确定的二级或以上的公立医院（不含港澳台医院）；（2）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施；（3）全天24小时有合格的医师和护士驻院提供医疗和护理服务；（4）该医院设有康复科或康复医学中心；（5）不包括精神病院及专供护理、疗养、戒酒、戒毒、养老等非以直接诊治病人为目的的医疗机构；（6）不包括互联网医院；（7）不包括本公司不予理赔的医院（以我们官方网站上最新公布信息为准，我们保留对不予理赔的医院清单做出适当调整的权利）。本公司指定医院目录和不予理赔的医院目录将动态更新，被保险人就医前有义务通过官方网站或客服电话查询并确认就诊医院是否在目录内，目录更新不影响更新前已发生的保险事故的赔付。

<sup>95</sup> **临终护理机构**：指合法注册的临终护理机构或设有临终护理病房的医疗机构。

- (1) 康复医疗费<sup>96</sup>
- (2) 临终关怀医疗费<sup>97</sup>

我们承担保险金责任的院后康复及临终关怀医疗费用必须同时满足以下条件：

- (1) 住院康复治疗或住院临终关怀治疗的入院日期须在最近一次住院治疗出院后的30日内，门诊康复治疗的就诊日期须在最近一次住院治疗出院后的30日内；
- (2) 康复治疗须在我们认可的康复医院内进行，且医疗票据出自我们认可的康复医院；
- (3) 康复治疗的范围仅限于**住院手术<sup>98</sup>**后的康复治疗、中枢神经损伤后的康复治疗、脑卒中或脑中风或脑出血或脑外伤或脑积水后的康复治疗、言语或吞咽功能障碍的康复治疗；
- (4) 临终关怀治疗须在我们认可的临终护理机构内进行，且医疗票据出自我们认可的临终护理机构。

被保险人因精神疾病、心理疾病、神经退行性疾病导致的康复治疗，我们不承担给付保险金的责任。

住院治疗出院后超过30天部分的院后康复及临终关怀医疗费用，我们不承担给付保险金的责任。

被保险人在投保前或在等待期内已确诊重大疾病的(无论一种或多种)，我们不承担给付保险金的责任，本项责任终止。

保障计划未包含的费用项目，我们不承担给付保险金的责任。

我们累计给付的“重大疾病住院医疗保险金”之和以本合同约定的“重大疾病住院医疗保险金”基本保险金额为限。同一保险期间内，我们累计给付的“重大疾病住院医疗保险金”之和达到“重大疾病住院医疗保险金”基本保险金额后，本项责任终止。

<sup>96</sup> **康复医疗费：**指在出院后30日内（含出院当日）因与该次住院相同原因接受康复治疗而发生的，需被保险人个人支付的合理且必要的费用，包括床位费、膳食费、护理费、治疗费、医生诊疗费、西式理疗费（物理治疗、职业治疗、语言治疗）、中式理疗费、非大型项目检查检验费、大型项目检查检验费、医疗设备使用费、耐用医疗设备费、药品费、挂号费。康复治疗须发生在康复医院或康复科的住院部或门诊部，并由专科医生进行康复功能评估、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。

<sup>97</sup> **临终关怀医疗费：**指在出院后30日内（含出院当日）因与该次住院相同原因接受临终关怀治疗而发生的，需被保险人个人支付的合理且必要的临终关怀医疗费，包括床位费、膳食费、护理费、药品费。临终关怀须发生在被保险人因达到疾病的终末期状态而在合法注册的临终护理机构或设有临终护理病房的医疗机构内，且在患者及其家属的要求和医生的同意下一切积极治疗已被放弃，仅接受以减轻痛苦为目的的姑息治疗。疾病的终末期状态指疾病已经无法以现有的医疗技术治疗或缓解并且将导致被保险人在未来六个月内死亡。

<sup>98</sup> **住院手术：**指住院期间发生的手术，不包括活检、穿刺、造影等创伤性检查，腔镜检查，康复性手术。不包括医生确认为无需住院即可进行的日间手术或门诊手术。

**重大疾病住院护工费用保险金** 被保险人因意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因初次发生并经我们认可的医院专科医生明确诊断确定罹患本合同约定的重大疾病(无论一种或多种)，在必要的情况下于医院接受住院治疗的，对于被保险人在住院期间实际支出的合理且必要的**住院护工费用**<sup>99</sup>，在保障计划规定的限额内按照本合同约定的给付比例给付“重大疾病住院护工费用保险金”

本项责任对医疗网络、赔付比例、赔付限额有所限制，详见保障计划表。

当保险期间届满时，被保险人尚未结束本次住院治疗的，我们将按前一保险期间的赔付限额等约定继续承担因本次住院发生的、**最高不超过本合同保险期间期满日后三十日的重大疾病住院护工费用。**

被保险人在投保前或在等待期内已确诊重大疾病的(无论一种或多种)，我们不承担给付保险金的责任，本项责任终止。

无论被保险人一次或多次住院，我们累计给付的“重大疾病住院护工费用保险金”之和以本合同约定的“重大疾病住院护工费用保险金”基本保险金额为限。同一保险期间内，我们累计给付的“重大疾病住院护工费用保险金”之和达到“重大疾病住院护工费用保险金”基本保险金额后，本项责任终止。

**一般住院医疗保险金免赔额豁免** 投保人为本人或家庭成员同时投保本保险且选择相同的保障计划，所有被保险人在同一保险期间内的一般住院医疗保险金累计免赔额达到保障计划对应的免赔额，我们豁免自累计免赔额达到保障计划对应的免赔额之日以后被保险人的一般住院医疗保险金免赔额。

我们对“一般住院医疗保险金”、“重大疾病住院医疗保险金”、“重大疾病住院护工费用保险金”在同一保险期间内的累计给付限额有所限制，详见保障计划表。

同一保险期间内，我们累计给付的上述保险金之和达到同一保险期间内的累计给付限额后，本合同终止。

## 2.7 免赔额

本合同免赔额指在本合同保险期间内发生的，虽属于一般住院医疗保险金责任范围内的医疗费用，但按照本合同约定仍需被保险人自行承担，本合同不

<sup>99</sup> **住院护工费用：**指在医院住院病区发生的护工为被保险人提供非诊疗性的日常照护服务（包括但不限于进食、翻身、协助如厕、更换衣物、清洁个人卫生等）产生的费用，该服务可由医院提供也可由有照护资质的第三方公司提供。

予以赔偿的部分。重大疾病住院医疗保险金、重大疾病住院护工费用保险金无免赔额。

本合同中所指的免赔额均指年度免赔额。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过基本医疗保险（不包括个人账户和个人账户共济）、**医疗救助**<sup>100</sup>和公费医疗获得的补偿不可用于抵扣免赔额。

您在投保时可从下表中选择适用的免赔额投保，并在本合同中载明：

保障计划	免赔额可选项
计划一	0元、10,000元
计划二	0元、10,000元
计划三	0元、10,000元、30,000元

举例来说：若被保险人选择计划一，选择免赔额为10000元，若被保险人在保险期间内未就诊过，则免赔额余额为10000元；若被保险人第一次就诊累计自行承担的一般住院医疗保险金责任范围内的医疗费用为5000元，针对本次就诊一般住院医疗保险金责任范围内的医疗费用，理赔金额为0元，理赔后免赔额余额为5000元。若被保险人第二次就诊累计自行承担的一般住院医疗保险金责任范围内的医疗费用为7000元，则针对本次就诊一般住院医疗保险金责任范围内的医疗费用，理赔金额为2000元乘以给付比例，理赔后免赔额余额为0元。本次理赔后由于免赔额已抵扣完毕，在该保单年度剩余保险期间内发生的一般住院医疗保险金责任范围内的医疗费用，不再需要抵扣免赔额。

<sup>100</sup> **医疗救助**：指政府和社会对因病而无经济能力进行治疗或因支付数额庞大的医疗费用而陷入经济困难的居民实施专项帮助和经济支持的一项社会救助制度。

## 2.8 给付比例

本合同保险金给付比例详见下表：

情形	给付条件	给付比例
1	若被保险人在投保时选择以有基本医疗保险身份投保，且就诊或购买基本医疗保险范围内的药品或医疗器械时经基本医疗保险结算	保障计划载明的赔付比例的100%
2	若被保险人在投保时选择以有基本医疗保险身份投保，但因医院不支持基本医疗保险结算导致被保险人就诊或购买基本医疗保险范围内的药品或医疗器械时未经基本医疗保险结算	保障计划载明的赔付比例的100%
3	若被保险人在投保时选择以有基本医疗保险身份投保，但就诊或购买基本医疗保险范围内的药品或医疗器械时未经基本医疗保险结算(非因医院不支持基本医疗保险结算)	保障计划载明的赔付比例的60%
4	若被保险人在投保时未选择以有基本医疗保险身份投保	保障计划载明的赔付比例的100%
5	购买基本医疗保险范围外的药品或医疗器械，重大疾病住院护工费用保险金，无论被保险人就诊时是否经基本医疗保险结算	保障计划载明的赔付比例的100%

经基本医疗保险结算指被保险人就诊或购买药品或医疗器械时，使用了被保险人本人的医保实体卡或医保电子凭证进行结算，无论基本医疗保险结算金额是否为零。

## 2.9 补偿原则

本合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径获得医疗费用补偿，我们将对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获补偿后的余额按照本合同的约定进行赔付。基本医疗保险个人账户(包含个人账户共济)部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

## ③ 我们不承担保险责任的情况

### 3.1 责任免除

因下列情形之一，导致被保险人产生医疗费用的，我们不承担给付各项保险金的责任：

- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；

- (3) 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；
- (4) 被保险人**殴斗<sup>101</sup>、醉酒<sup>102</sup>**，主动吸食或注射**毒品<sup>103</sup>**；
- (5) 被保险人**酒后驾驶<sup>104</sup>、无合法有效驾驶证驾驶<sup>105</sup>**，或**驾驶无合法有效行驶证<sup>106</sup>的机动车<sup>107</sup>**；
- (6) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (7) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (8) 精神和行为障碍治疗(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)确定的精神和行为障碍)，以及各种医疗咨询和健康预测：如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询(如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等)；
- (9) 各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定；
- (10) **遗传性疾病<sup>108</sup>，先天性畸形、变形或染色体异常<sup>109</sup>**；
- (11) **既往症<sup>110</sup>**、保险合同特别约定的除外疾病；
- (12) 被保险人**感染艾滋病病毒或患艾滋病<sup>111</sup>**，但因输血、因器官移植或因职业关系导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病的除外；
- (13) 被保险人**感染性病<sup>112</sup>**；
- (14) 矮小症、性早熟、肥胖症、屈光不正、包皮过长、包茎、性功能障碍治疗；

<sup>101</sup> **殴斗**：指双方或多方通过拳脚、器械等武力以求制胜的行为。殴斗的认定，如有司法机关、公安部门的有关法律文件，则以上述法律文件为准。

<sup>102</sup> **醉酒**：指发生事故时当事人每百毫升血液中的酒精含量大于或等于80毫克。

<sup>103</sup> **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它能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。

<sup>104</sup> **酒后驾驶**：指经检测或鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》或道路交通相关法规的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

<sup>105</sup> **无合法有效驾驶证驾驶**：指下列情形之一：（1）没有取得中华人民共和国有关主管部门颁发或者认可的驾驶资格证书；（2）驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；（3）持审验不合格的驾驶证驾驶；（4）持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习驾车。

<sup>106</sup> **无合法有效行驶证**：指下列情形之一：（1）机动车被依法注销登记的；（2）未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

<sup>107</sup> **机动车**：指以动力装置驱动或者牵引，上道路行驶的供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆或履带车辆。

<sup>108</sup> **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。

<sup>109</sup> **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。

<sup>110</sup> **既往症**：指投保人首次投保本产品或重新投保本产品保险合同生效日之前被保险人已患且已知晓的疾病。

<sup>111</sup> **感染艾滋病病毒或患艾滋病**：艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合症，英文缩写为AIDS。在人体血液或其它样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

<sup>112</sup> **性病**：指以性接触为主要传播途径的疾病，包括梅毒、淋病、生殖道沙眼衣原体感染、尖锐湿疣、生殖器疱疹，以及政府部门根据疾病危害程度、流行情况等因素，确定需要管理的其他性病。

- (15) 体检、疗养、视力矫正手术、斜视矫正手术、非意外伤害所致的整容手术、各种美容整形项目，包括但不限于皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗、良性皮肤损害(雀斑、老年斑、痣、疣等)的治疗和去除。对上肢肘关节远端及面部静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕治疗和去除。纹身去除、皮肤变色的治疗或手术。激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗斑秃、白发、秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸以及各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗项目，包括但不限于平足及各种非功能性整容、整形和矫形手术。各种健美治疗项目，如营养、减肥、增胖、增高及胃减容术(包括但不限于：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)；
- (16) 生长发育相关的治疗及检查，包括但不限于过敏原检测、激素治疗、**免疫治疗**<sup>113</sup>；
- (17) 不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩(含难产)、流产、堕胎、节育(含绝育)、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症，但针对宫外孕和意外伤害导致流产的治疗除外；
- (18) 包皮环切术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；
- (19) 在牙科或口腔科进行的治疗与保健，但针对口腔肿瘤的治疗和保险责任另有约定的除外；
- (20) 被保险人参加**潜水**<sup>114</sup>、跳伞、**攀岩**<sup>115</sup>、驾驶滑翔机或滑翔伞、**探险**<sup>116</sup>、摔跤、**武术比赛**<sup>117</sup>、**特技表演**<sup>118</sup>、赛马、赛车等高风险运动；
- (21) 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)；
- (22) 被保险人接受实验性治疗，即未经科学或医学认可的医疗。

符合以下任一条件的相关医疗费用，我们不承担保险责任：

- (1) 未经医生建议自行进行的任何治疗或未经医生处方自行购买的药品或医疗器械，但保险责任另有约定的除外；
- (2) 虽然有医生处方，但剂量超过30天部分的药品费用或剂量超过医生处方用量部分的药品费用；

<sup>113</sup> **免疫治疗**：指一种通过调节或干预免疫系统功能的治疗方法，包括但不限于脱敏治疗、免疫调节、免疫抑制。

<sup>114</sup> **潜水**：指使用辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。

<sup>115</sup> **攀岩**：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

<sup>116</sup> **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，而故意使自己置身于其中的行为，如：江河漂流、攀登海拔3500米以上的独立山峰、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。

<sup>117</sup> **武术比赛**：指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。

<sup>118</sup> **特技表演**：指进行马术、杂技、驯兽等表演。

- (3) 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**<sup>119</sup>后仍继续购买该药品；
- (4) 虽然有医生建议，但相关治疗和检查检验不是在医院进行的或相关费用不是由医院收取的（以相关医疗费票据为准），但保险责任另有约定的除外；
- (5) 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医疗器械；
- (6) 医院康复科、康复中心等以康复治疗为主要功能的科室所产生的费用，但保险责任另有约定的除外；
- (7) 中草药泡制的各类酒制剂涉及的费用；
- (8) 所有**基因疗法**<sup>120</sup>和**细胞免疫疗法**<sup>121</sup>造成的医疗费用，但保险责任另有约定的除外；
- (9) 预防、休养或疗养、医疗咨询、健康体检、保健性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用，自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方的医疗器械，但保险责任另有约定的除外；
- (10) 因**医疗事故**<sup>122</sup>导致的医疗费用。

### 3.2 其它免责或重大利害关系条款

除“3.1 责任免除”外，本合同中还有一些免除保险人责任或与您有重大利害关系的条款，详见条款及脚注中背景突出显示的内容。

## ④ 我们所保障的疾病列表

4.1 重大疾病的范围 我们提供保障的重大疾病共有120种，名称如下，具体释义见“8 重大疾病的定义”。

1	恶性肿瘤——重度	61	严重皮质基底节变性
2	较重急性心肌梗死	62	严重亚历山大病
3	严重脑中风后遗症	63	严重脊髓小脑变性症
4	重大器官移植术或造血干细胞移植术	64	严重癫痫
5	冠状动脉搭桥术(或称冠状动脉旁路移植术)	65	异染性脑白质营养不良

<sup>119</sup> **耐药**：指以下两种情况之一：（1）实体肿瘤病灶按照《实体瘤治疗疗效评价标准（RECIST）》出现疾病进展，即定义为耐药；（2）非实体肿瘤（包含白血病、多发性骨髓瘤、淋巴瘤等血液系统恶性肿瘤）在临床上常无明确的肿块或者肿块较小难以发现，经规范治疗后，按权威医学机构（如中国临床肿瘤学会、中华医学会血液分会等）的指南规范，对患者的骨髓形态学、流式细胞、特定基因检测等结果进行综合评价，得出疾病进展的结论，即定义为耐药。

<sup>120</sup> **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。

<sup>121</sup> **细胞免疫疗法**：指针对恶性肿瘤的细胞免疫疗法。通过采集人体免疫细胞，在体外进行扩增和功能鉴定，然后向患者转移，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。

<sup>122</sup> **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、常规，过失造成患者人身损害的事故。

6	严重慢性肾衰竭	66	严重肾上腺脑白质营养不良
7	多个肢体缺失	67	严重多发性硬化症
8	急性重症肝炎或亚急性重症肝炎	68	严重进行性多灶性白质脑病
9	严重非恶性颅内肿瘤	69	视神经脊髓炎
10	严重慢性肝衰竭	70	严重巨细胞动脉炎并发症
11	严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症	71	失去一肢及一眼
12	深度昏迷	72	全身性(型)重症肌无力
13	双耳失聪——3周岁始理赔	73	严重肌营养不良症
14	双目失明——3周岁始理赔	74	骨生长不全症-III型成骨不全
15	瘫痪	75	严重克雅氏病
16	心脏瓣膜手术	76	非阿尔茨海默病所致严重痴呆
17	严重阿尔茨海默病	77	库鲁病
18	严重脑损伤	78	严重类风湿性关节炎
19	严重原发性帕金森病	79	严重幼年型类风湿性关节炎——18周岁以下确诊
20	严重III度烧伤	80	系统性红斑狼疮-III型或以上狼疮性肾炎
21	严重特发性肺动脉高压	81	败血症导致的多器官功能障碍综合征
22	严重运动神经元病	82	严重原发性噬血细胞综合征
23	语言能力丧失——3周岁始理赔	83	阵发性睡眠性血红蛋白尿——22周岁以下确诊
24	重型再生障碍性贫血	84	感染所致的溶血性尿毒综合征——25周岁以下理赔
25	主动脉手术	85	严重弥漫性血管内凝血
26	严重慢性呼吸衰竭	86	范可尼综合征
27	严重克罗恩病	87	严重神经白塞病
28	严重溃疡性结肠炎	88	严重系统性轻链(AL)型淀粉样变性
29	嗜铬细胞瘤	89	严重气性坏疽
30	心脏粘液瘤手术	90	溶血性链球菌引起的坏疽
31	侵蚀性葡萄胎(或称恶性葡萄胎)	91	严重急性坏死性筋膜炎
32	颅脑手术	92	多处臂丛神经根性撕脱
33	脑型疟疾	93	严重出血性登革热
34	严重闭锁综合征	94	席汉氏综合征
35	植物人状态	95	严重自身免疫性肝炎
36	严重亚急性硬化性全脑炎	96	肝豆状核变性(Wilson病)
37	进行性风疹性全脑炎	97	特发性慢性肾上腺皮质功能减退
38	细菌性脑脊髓膜炎	98	进行性家族性肝内胆汁淤积症
39	严重结核性脑膜炎	99	严重原发性硬化性胆管炎

40	严重继发性肺动脉高压	100	急性出血坏死性胰腺炎开腹手术
41	艾森门格综合征	101	严重慢性复发性胰腺炎
42	严重冠状动脉粥样硬化性心脏病	102	胰腺移植
43	严重大动脉炎	103	Castleman病
44	头臂动脉型多发性大动脉炎旁路移植手术	104	严重肠道疾病并发症
45	严重感染性心内膜炎	105	狂犬病
46	严重原发性心肌病	106	严重肺淋巴管肌瘤病
47	Brugada综合征导致安装永久性心脏除颤器	107	严重肺结节病
48	严重心肌炎	108	严重肺孢子菌肺炎
49	严重肺源性心脏病	109	肺泡蛋白质沉积症
50	严重慢性缩窄性心包炎	110	严重哮喘
51	严重III度房室传导阻滞	111	丝虫病所致严重象皮肿
52	严重心脏衰竭心脏再同步治疗(CRT)	112	严重系统性硬皮病
53	室壁瘤切除术	113	伴有巨大冠状动脉瘤或已行冠状动脉瘤手术的严重川崎病
54	严重面部III度烧伤	114	因输血导致的人类免疫缺陷病毒(HIV)感染
55	严重强直性脊柱炎	115	因职业关系导致的人类免疫缺陷病毒(HIV)感染
56	严重脊髓灰质炎	116	因器官移植导致的人类免疫缺陷病毒(HIV)感染
57	严重脊柱裂	117	埃博拉病毒感染
58	严重脊髓空洞症	118	重症手足口病并发症
59	严重进行性核上性麻痹	119	严重瑞氏综合征
60	严重多系统萎缩	120	严重脊髓型肌萎缩症

## 5 保险金的申请

- 5.1 受益人** 除另有约定外，本合同各项保险金的受益人为被保险人本人。
- 5.2 保险事故通知** 您、被保险人或受益人在知道保险事故发生后应当在10日内通知我们。如果您、被保险人或受益人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，我们对无法确定的部分，不承担保险责任，但我们通过其它途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生或者虽未及时通知但不影响我们确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。
- 5.3 保险金申请** 在申请保险金时，请按照下列方式办理：

- 一般住院医疗** 在申请各项保险金时，申请人须填写保险金给付申请书，并须提供下列证明
- 保险金、重大疾病住院医疗** 和资料：
- 保险金、重大疾病住院护工** (1) 保险合同；
- 费用保险金的申请** (2) 申请人的有效身份证件；
- (3) 医院出具的门诊病历、出院小结、疾病诊断证明书；
- (4) 发票原件(如有社保报销、应提供社保结算单原件和发票复印件；如有第三方赔付，应提供第三方赔付证明和发票复印件)，费用明细清单；
- (5) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其它证明和资料，若接受手术者，还需提供手术证明文件。

受益人申请各项保险金时，我们若有疑义，我们可以委托相关鉴定机构对被保险人的身体予以鉴定，其鉴定费用由我们负担。以上证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知申请人补充提供有关的证明和资料。

- 5.4 保险金给付** 我们在收到保险金给付申请书及保险金申请所需证明和资料后，将在5日内作出核定；情形复杂的，在30日内作出核定。若我们要求投保人、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料的，则上述的30日不包括补充提供有关证明和资料的期间。

经我们核定属于保险责任的，我们在与受益人达成有关给付保险金数额的协议后10日内，履行给付保险金义务。

我们未及时履行前款规定义务的，将赔偿受益人因此受到的损失。前述“损失”指根据赔偿当时最近一次中国人民银行公布的金融机构人民币一年期定期存款基准利率以单利方式计算并给付逾期给付保险金的利息损失。

对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起3日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

我们在收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起60日内，对给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；我们最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

- 5.5 诉讼时效** 受益人向我们请求给付保险金的诉讼时效期间按相关法律法规执行，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

## ⑥ 保险费的支付

- 6.1 保险费的支付** 本合同保险费的交费式和交费期间由您与我们约定并在保险单上载明。分期支付保险费的，在支付首期保险费后，您应当在每个保险费约定支付日支付当期应交保险费。

- 6.2 宽限期** 在保证续保期间内每一保险期间届满时，如果您未支付下一保险期间的保险费，则每一保险期间期满日的次日零时起60日为宽限期。宽限期内发生的保险事故，我们仍会承担保险责任，但在给付保险金时会扣减您欠交的保险费。
- 如果您宽限期结束之后仍未支付保险费，则本合同自宽限期满的次日零时起效力终止。

## 7 其它需要关注的事项

- 7.1 明确说明与如实告知** 订立本合同时，我们应向您说明本合同的内容。
- 对保险条款中免除我们责任的条款，我们在订立合同时应当在投保单、保险单或者其它保险凭证上作出足以引起您注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向您作出明确说明，未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。
- 我们就您或被保险人的有关情况提出书面询问，您应当如实告知。
- 如果您故意或者因重大过失不履行前款规定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本合同；
- 如果您故意不履行如实告知义务，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。
- 如果您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，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。
- 我们在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。
- 7.2 本公司合同解除权的限制** 前条规定的合同解除权，自我们知道有解除事由之日起，超过30日不行使而消灭。自本合同成立之日起超过2年的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。
- 7.3 年龄性别错误的处理** 您在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期和性别在投保单上填明，如果发生错误按照下列方式办理：
- (1) 您申报的被保险人年龄或性别不真实，并且其真实年龄或性别不符合本合同约定投保年龄或性别限制的，我们有权解除合同，并向您退还本合同的现金价值。对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担保险责任；
  - (2) 您申报的被保险人年龄或性别不真实，致使您实付保险费少于应付保

险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付；

(3) 您申报的被保险人年龄或性别不真实，致使您实付保险费多于应付保险费的，我们向您退还多收的保险费。

**7.4 合同内容变更** 经您与我们协商一致，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，应当由我们在保险合同上批注或者附贴批单，或者由您与我们订立书面的变更协议。

**7.5 联系方式变更** 为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址、电话或电子邮件等联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。若您未以书面形式或双方认可的其他形式通知我们，我们按本合同载明的最后联系方式所发送的有关通知，均视为已送达给您。

**7.6 争议处理** 本合同履行过程中，双方发生争议时，由当事人协商解决，协商不成的，当事人可依达成的仲裁协议通过仲裁解决。无仲裁协议或者仲裁协议无效的，可依法向人民法院提起诉讼。

**7.7 合同效力终止** 发生下述情况之一，本合同效力终止：  
(1) 在本合同有效期内，本合同被解除；  
(2) 被保险人身故；  
(3) 本合同列明的其他终止情形。  
因上述第(2)项情形导致本合同效力终止的，我们向您退还本合同终止时的现金价值。

## ⑧ 重大疾病的定义

**8.1 恶性肿瘤——重度** 指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经**组织病理学检查**<sup>123</sup>（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）<sup>124</sup>的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专

<sup>123</sup> **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。需要明确的是，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。

<sup>124</sup> **（ICD-10）**：指《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。

辑》第三版 (ICD-0-3)<sup>125</sup> 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-0-3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<sup>126</sup>为I期或更轻分期的甲状腺癌；
- (3) TNM分期为T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>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。

## 8.2 较重急性心肌梗死

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

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

- (1) 心肌损伤标志物肌钙蛋白(cTn)升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的15倍(含)以上；
- (2) 肌酸激酶同工酶(CK-MB)升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的2倍(含)以上；
- (3) 出现左心室收缩功能下降，在确诊6周以后，检测左室射血分数(LVEF)低于50%(不含)；

<sup>125</sup> 《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版 (ICD-0-3)：《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版 (ICD-0-3)，是WHO发布的针对ICD中肿瘤形态学组织学细胞类型、动态、分化程度的补充编码。其中形态学编码：0代表良性肿瘤；1代表动态未定性肿瘤；2代表原位癌和非侵袭性癌；3代表恶性肿瘤（原发性）；6代表恶性肿瘤（转移性）；9代表恶性肿瘤（原发性或转移性未肯定）。如果出现ICD-10与ICD-0-3不一致的情况，以ICD-0-3为准。

<sup>126</sup> 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指有无其它脏器的转移情况。甲状腺癌的TNM分期采用目前现行的AJCC第八版定义标准，我国国家卫生健康委员会2018年发布的《甲状腺癌诊疗规范（2018年版）》也采用此定义标准，具体见附表。

- (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。

- 8.3 严重脑中风后遗症** 指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，须由头颅断层扫描(CT)、核磁共振检查(MRI)等影像学检查证实，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊180天后，仍遗留下列至少一种障碍：
- (1) 一肢(含)以上**肢体<sup>127</sup>肌力<sup>128</sup>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<sup>129</sup>**;
  - (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<sup>130</sup>**中的三项或三项以上。
- 8.4 重大器官移植术或造血干细胞移植术** 重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏、肺脏或小肠的异体移植手术。  
造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞(包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞)的移植手术。
- 8.5 冠状动脉搭桥术(或称冠状动脉旁路移植术)** 指为治疗严重的冠心病，已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。  
所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。

<sup>127</sup> **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。

<sup>128</sup> **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。

<sup>129</sup> **语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍**：语言能力完全丧失，指无法发出四种语音（包括口唇音、齿舌音、口盖音和喉头音）中的任何三种、或声带全部切除，或因大脑语言中枢受伤害而患失语症；严重咀嚼吞咽功能障碍，指因牙齿以外的原因导致器质障碍或机能障碍，以致不能作咀嚼吞咽运动，除流质食物外不能摄取或吞咽的状态。

<sup>130</sup> **六项基本日常生活活动**：六项基本日常生活活动是指：

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

六项基本日常生活活动能力的鉴定不适用于0-3周岁幼儿。

- 8.6 严重慢性肾衰竭** 指双肾功能慢性不可逆性衰竭，依据肾脏病预后质量倡议(K/DOQI)制定的指南，分期达到慢性肾脏病5期，且经诊断后已经进行了至少90天的规律性透析治疗。规律性透析是指每周进行血液透析或每天进行腹膜透析。
- 8.7 多个肢体缺失** 指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端(靠近躯干端)以上完全性断离。
- 8.8 急性重症肝炎或亚急性重症肝炎** 指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：
- (1) 重度黄疸或黄疸迅速加重；
  - (2) 肝性脑病；
  - (3) B超或其他影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；
  - (4) 肝功能指标进行性恶化。
- 8.9 严重非恶性颅内肿瘤** 指起源于脑、脑神经、脑被膜的非恶性肿瘤，ICD-O-3肿瘤形态学编码属于0(良性肿瘤)、1(动态未定性肿瘤)范畴，并已经引起颅内压升高或神经系统功能损害，出现视乳头水肿或视觉受损、听觉受损、面部或肢体瘫痪、癫痫等，须由头颅断层扫描(CT)、核磁共振检查(MRI)或正电子发射断层扫描(PET)等影像学检查证实，且须满足下列至少一项条件：
- (1) 已经实施了开颅进行的颅内肿瘤完全或部分切除手术；
  - (2) 已经实施了针对颅内肿瘤的放射治疗，如 $\gamma$ 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)。
- 8.10 严重慢性肝衰竭** 指因慢性肝脏疾病导致的肝衰竭，且须满足下列全部条件：
- (1) 持续性黄疸；
  - (2) 腹水；
  - (3) 肝性脑病；
  - (4) 充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。
- 因酗酒或药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。
- 8.11 严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症** 指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指经相关专科医生确诊疾病180天后，仍遗留下列至少一种障碍：

- (1) 一肢(含)以上肢体肌力2级(含)以下；
- (2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
- (3) 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表(CDR, Clinical Dementia Rating)评估结果为3分；
- (4) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

- 8.12 深度昏迷** 指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级(GCS, Glasgow Coma Scale)结果为5分或5分以下，且已经持续使用呼吸机及其他生命维持系统96小时以上。  
因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。
- 8.13 双耳失聪——  
3周岁始理赔** 指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆<sup>131</sup>性丧失，在500赫兹、1000赫兹和2000赫兹语音频率下，平均听阈大于等于91分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。  
被保险人申请理赔时年龄必须在3周岁以上，并且提供理赔当时的听力丧失诊断及检查证据。
- 8.14 双目失明——  
3周岁始理赔** 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。  
除眼球缺失或摘除外，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。
- 8.15 瘫痪** 指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体随意运动功能永久完全丧失。肢体随意运动功能永久完全丧失，指疾病确诊180天后或意外伤害发生180天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或肢体肌力在2级(含)以下。
- 8.16 心脏瓣膜手术** 指为治疗心脏瓣膜疾病，已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。  
所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。

<sup>131</sup> 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。

- 8.17 严重阿尔茨海默病** 指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为严重的认知功能障碍、精神行为异常和社交能力减退等，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描(CT)、核磁共振检查(MRI)或正电子发射断层扫描(PET)等影像学检查证实，并经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：
- (1) 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表(CDR, Clinical Dementia Rating)评估结果为3分；
  - (2) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
- 阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不在保障范围内。
- 8.18 严重脑损伤** 指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描(CT)、核磁共振检查(MRI)或正电子发射断层扫描(PET)等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤180天后，仍遗留下列至少一种障碍：
- (1) 一肢(含)以上肢体肌力2级(含)以下；
  - (2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
  - (3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
- 8.19 严重原发性帕金森病** 是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为运动迟缓、静止性震颤或肌强直等，经相关专科医生确诊，且须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
- 继发性帕金森综合征、帕金森叠加综合征不在保障范围内。
- 8.20 严重Ⅲ度烧伤** 指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤的面积达到全身体表面积的20%或20%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。
- 8.21 严重特发性肺动脉高压** 指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到**美国纽约心脏病学会(New York Heart Association, NYHA)心功能状态分级<sup>132</sup>IV级**，且静息状态下肺动脉平均压在36mmHg(含)以上。

<sup>132</sup> **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。

- 8.22 严重运动神经元病** 是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症，经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：
- (1) 严重咀嚼吞咽功能障碍；
  - (2) 呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难，且已经持续使用呼吸机7天(含)以上；
  - (3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
- 8.23 语言能力丧失——3周岁始理赔** 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，并且提供理赔当时的语言能力丧失诊断及检查证据。
- 8.24 重型再生障碍性贫血** 指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少，且须满足下列全部条件：
- (1) 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断：骨髓细胞增生程度<正常的25%；如 $\geq$ 正常的25%但<50%，则残存的造血细胞应<30%；
  - (2) 外周血象须具备以下三项条件中的两项：
    - ① 中性粒细胞绝对值 $<0.5 \times 10^9/L$ ；
    - ② 网织红细胞计数 $<20 \times 10^9/L$ ；
    - ③ 血小板绝对值 $<20 \times 10^9/L$ 。
- 8.25 主动脉手术** 指为治疗主动脉疾病或主动脉创伤，已经实施了开胸(含胸腔镜下)或开腹(含腹腔镜下)进行的切除、置换、修补病损主动脉血管、主动脉创伤后修复的手术。主动脉指升主动脉、主动脉弓和降主动脉(含胸主动脉和腹主动脉)，不包括升主动脉、主动脉弓和降主动脉的分支血管。
- 所有未实施开胸或开腹的动脉内介入治疗不在保障范围内。
- 8.26 严重慢性呼吸衰竭** 指因慢性呼吸系统疾病导致永久不可逆性的呼吸衰竭，经过积极治疗180天后满足以下所有条件：
- (1) 静息时出现呼吸困难；
  - (2) 肺功能第一秒用力呼气容积(FEV<sub>1</sub>)占预计值的百分比<30%；
  - (3) 在静息状态、呼吸空气条件下，动脉血氧分压(PaO<sub>2</sub>)<50mmHg。
- 8.27 严重克罗恩病** 指一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克罗恩病(Crohn病)病理组织学变化，须根据组织病理学特点诊断，且已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠

穿孔。

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

以上是中国保险行业协会与中国医师协会制定的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020年修订版）》所规范的28种重大疾病种类，以下是本公司为扩大保障范围所增设的92种重大疾病。

- 8.29 **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，须由我们认可的内分泌科专科医生明确诊断，并实际已经实施了嗜铬细胞瘤的切除手术。

- 8.30 **心脏粘液瘤手术** 指为了治疗心脏粘液瘤，实际已经实施了开胸或切开心包的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。

- 8.31 **侵蚀性葡萄胎（或称恶性葡萄胎）** 指异常增生的绒毛组织浸润性生长侵入子宫肌层或转移至其他器官或组织的葡萄胎，并实际已经实施了化疗或手术治疗。

- 8.32 **颅脑手术** 指被保险人因疾病实际已经接受了全麻下的开颅手术（不包括颅骨钻孔手术，去骨瓣减压术和经鼻蝶窦入颅手术）。  
因外伤而实施的脑外科手术不在保障范围内。  
理赔时须提供由我们认可的神经外科医生出具的诊断书及手术报告。

- 8.33 **脑型疟疾** 指因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。脑型疟疾的诊断须由我们认可的专科医生明确诊断，且经外周血涂片检查结果为存在恶性疟原虫。  
其他明确病因导致的脑病不在保障范围内。

- 8.34 **严重闭锁综合征** 闭锁综合征又称闭锁症候群，即去传出状态，主要见于颅内基底动脉脑桥分支双侧闭塞，导致双侧皮质脊髓束和支配三叉神经以下的皮质脑干束受损，意识虽然保持清醒，但遗留严重功能障碍。须由我们认可的神经科专科医生明确诊断，且自主生活能力永久不可逆性完全丧失，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。

- 8.35 植物人状态** 指脑皮质广泛性坏死而导致对自身及周边的认知能力完全丧失，但脑干功能仍然存在，须由我们认可的神经科专科医生明确诊断，并有头颅断层扫描(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，且植物人状态须已持续30天以上并由病历记录加以证实。  
因酒精作用或滥用药物所致的植物人状态不在保障范围内。
- 8.36 严重亚急性硬化性全脑炎** 亚急性硬化性全脑炎指一种以大脑白质和灰质损害为主的全脑炎，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。须由我们认可的三级医院专科医生明确诊断，且满足下列所有条件：  
(1) 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定度升高；  
(2) 被保险人出现运动障碍，自主生活能力永久不可逆完全丧失，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。
- 8.37 进行性风疹性全脑炎** 指由风疹病毒感染引起的儿童和青少年的慢性脑炎。须由我们认可的专科医生明确诊断，且疾病确诊180天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：  
(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。  
我们承担本项疾病责任不受本合同“3.1 责任免除”中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。
- 8.38 细菌性脑脊髓膜炎** 指因脑膜炎双球菌感染引起脑脊髓膜化脓性病变，导致永久性神经损害，须脑脊液检查显示脑膜炎双球菌阳性。  
永久性神经损害是指由细菌性脑脊髓膜炎引起的耳聋、失明、动眼神经麻痹、瘫痪、脑积水、智力或性情中度以上的损害，且上述症状持续180天以上仍无改善迹象。
- 8.39 严重结核性脑膜炎** 指由结核杆菌引起的脑膜和脊膜的非化脓性炎症性疾病。须满足下列所有条件：  
(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。

- 8.40 严重继发性肺动脉高压** 继发性肺动脉高压指继发性肺动脉压力持续增高，导致右心室肥厚，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会 (New York Heart Association, NYHA) 心功能状态分级IV级，须由我们认可的的心脏科专科医生明确诊断，且心导管检查报告显示静息状态下肺动脉平均压在36mmHg(含)以上。  
所有先天性心脏疾病直接或间接引起的肺动脉高压不在保障范围内。
- 8.41 艾森门格综合征** 因心脏病导致的严重肺动脉高压及右向左分流。须由我们认可的的心脏科专科医生明确诊断，并经超声心动图和心导管检查证实，且满足下列所有条件：  
(1) 平均肺动脉压高于40mmHg；  
(2) 肺血管阻力高于3mm/L/min (Wood单位)；  
(3) 正常肺微血管楔压低于15mmHg。  
我们承担本项疾病责任不受本合同“3.1 责任免除”中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。
- 8.42 严重冠状动脉粥样硬化性心脏病** 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。
- 8.43 严重大动脉炎** 指由我们认可的的心脏科或血管外科专科医生明确诊断的大动脉炎，须满足下列所有条件：  
(1) 红细胞沉降率及C反应蛋白高于正常值；  
(2) 超声检查、CTA检查或血管造影检查证实主动脉及其主要分支存在狭窄。这里的“主动脉及其主要分支”指：升主动脉、主动脉弓及其分支(头臂干、左颈总动脉、左锁骨下动脉)、胸主动脉、腹主动脉及其主要分支(腹腔干、肠系膜上动脉、肠系膜下动脉、肾动脉)；  
(3) 已经针对狭窄的动脉进行了手术治疗。
- 8.44 头臂动脉型多发性大动脉炎旁路移植手术** 多发性大动脉炎(高安氏动脉炎)指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可引起脑部及上肢缺血。被保险人须明确诊断为头臂动脉型多发性大动

脉炎并且实际已经实施了经胸部切开进行的无名动脉（头臂干）、颈总动脉、锁骨下动脉旁路移植手术。

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

- 8.45 严重感染性心内膜炎** 指因细菌、真菌和其他微生物（如病毒、立克次体、衣原体、螺旋体等）直接感染而导致心瓣膜或心室壁内膜的炎症，须由我们认可的心脏科专科医生明确诊断，且满足下列所有条件：
- （1）血液培养测试结果为阳性，证实存在感染性微生物；
  - （2）心内膜炎引起中度心瓣膜闭锁不全（指返流分数20%或以上）或中度心瓣膜狭窄（指心瓣膜开口范围小于或等于正常的30%）；
  - （3）心内膜炎及心瓣膜病损须经我们认可的心脏科专科医生明确诊断。
- 8.46 严重原发性心肌病** 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，病变须已造成事实上心室功能障碍而出现明显的心功能衰竭。须由我们认可的心脏科专科医生明确诊断，且满足下列所有条件：
- （1）心功能衰竭程度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；
  - （2）IV级心功能衰竭状态持续不间断180天以上；
- 继发于全身性疾病或其他器官系统疾病造成的心肌病变不在保障范围内。
- 8.47 Brugada综合征导致安装永久性心脏除颤器** 指由我们认可的心脏科专科医生根据临床症状和典型心电图表现明确诊断，并认定为必须安装且实际已经安装了永久性心脏除颤器。
- 非Brugada综合征导致安装永久性心脏除颤器不在保障范围内。
- 我们承担本项疾病责任不受本合同“3.1 责任免除”中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。
- 8.48 严重心肌炎** 指被保险人因严重心肌炎性病变导致心功能损害造成持续的永久不可逆性的心功能衰竭。须满足下列所有条件：
- （1）心功能衰竭程度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；
  - （2）IV级心功能衰竭状态持续不间断180天以上。

- 8.49 严重肺源性心脏病** 指被保险人因慢性肺部疾病导致慢性心功能损害造成永久不可逆性的心功能衰竭。须由我们认可的医院的专科医生明确诊断，且满足下列所有条件：
- (1) 心功能衰竭程度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；
  - (2) IV级心功能衰竭状态持续不间断180天以上。
  - (3) 被保险人申请理赔时须提供超声心动图和其他相关检查报告、诊断证明及病理报告。
- 8.50 严重慢性缩窄性心包炎** 由于慢性心包炎症导致心包脏层和壁层广泛瘢痕粘连、增厚和钙化，心包腔闭塞，形成一个纤维瘢痕外壳，使心脏和大血管根部受压，阻碍心脏的舒张。须由我们认可的专科医生明确诊断，且满足下列所有条件：
- (1) 心功能衰竭程度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；
  - (2) IV级心功能衰竭状态持续不间断180天以上；
  - (3) 实际已经实施了心包剥脱或心包切除手术。
- 心包粘连松解手术不在保障范围内。
- 8.51 严重Ⅲ度房室传导阻滞** 指心房激动在房室交界区、房室束及其分支内发生阻滞，不能正常地传到心室的传导性疾病，须满足下列所有条件：
- (1) 心电图显示房室搏动彼此独立，心室率 $<40$ 次/分钟；
  - (2) 动态心电图显示至少3秒的RR间期；
  - (3) 出现阿-斯综合征或心力衰竭的表现；
  - (4) 必须持续性依赖心脏起搏器维持心脏正常功能，且已经放置永久性心脏起搏器。
- 8.52 严重心脏衰竭心脏再同步治疗 (CRT)** 指因缺血性心脏病或扩张性心肌病导致慢性严重心功能衰竭，实际已经实施了心脏再同步治疗(CRT)，以矫正心室收缩不协调和改善心脏功能。接受心脏再同步治疗(CRT)前须满足下列所有条件：
- (1) 心功能衰竭程度达到美国纽约心脏病学会 (New York Heart Association, NYHA) 心功能状态分级III级或IV级；
  - (2) 左室射血分数低于35%；
  - (3) 左室舒张末期内径 $\geq 55$ mm；
  - (4) 心电图显示QRS波群时限 $\geq 130$ msec；
  - (5) 药物治疗效果不佳，仍有症状。

- 8.53 室壁瘤切除术** 指被保险人由我们认可的专科医生明确诊断为左室室壁瘤，且实际已经实施了开胸开心进行的室壁瘤切除手术治疗。  
经导管心室内成型手术治疗不在保障范围内。
- 8.54 严重面部Ⅲ度烧伤** 指烧伤程度为Ⅲ度，且面部Ⅲ度烧伤的面积达到面部表面积的80%及以上。面部的范围指上至发际、下至下颌下缘、两侧至下颌支后缘之间的区域，包括额部、眼部、眶部、鼻部、口唇部、颈部、颧部、颊部和腮腺咬肌部。不包括颈部及发部。体表面积根据《中国新九分法》计算。
- 8.55 严重强直性脊柱炎** 强直性脊柱炎指一种慢性全身性炎性疾病，主要侵犯脊柱导致脊柱畸形。须由我们认可的专科医生明确诊断，且满足下列所有条件：  
(1) 严重脊柱畸形，表现为1/2脊柱的冠状位、矢状位或轴向位偏离正常位置；  
(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。
- 8.56 严重脊髓灰质炎** 脊髓灰质炎(俗称小儿麻痹症)指由脊髓灰质炎病毒感染可能导致肢体瘫痪的急性传染病，临床表现为运动功能损害或呼吸无力。须由我们认可的专科医生明确诊断，且满足下列所有条件：  
(1) 造成神经系统功能损害；  
(2) 一肢或一肢以上肢体机能永久完全丧失。肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊180天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或肢体肌力在2级(含)及以下。
- 8.57 严重脊柱裂** 指脊椎或颅骨不完全闭合，导致脊髓脊膜突出，脑(脊)膜突出或脑膨出，须满足下列所有条件：  
(1) 大小便失禁；  
(2) 部分或完全性下肢瘫痪或畸形等神经学上的异常。  
由X线摄片发现的没有合并脊椎脊膜突出或脑(脊)膜突出的隐形脊椎裂不在保障范围内。  
我们承担本项疾病责任不受本合同“3.1 责任免除”中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。
- 8.58 严重脊髓空洞症** 指一种慢性进行性的脊髓变性疾病，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称为延髓空洞症，表现为延髓麻痹。须由我们认可的神经科专科医生明确诊断，并造成永久

不可逆的神经系统功能障碍。永久不可逆的神经系统功能障碍，指疾病确诊180天后，仍遗留下列至少一项障碍：

- (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”且一上肢(含)以上肢体肌力2级(含)以下。

我们承担本项疾病责任不受本合同“3.1 责任免除”中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

- 8.59 严重进行性核上性麻痹** 进行性核上性麻痹(PSP)又称Steele-Richardson—Olszewski综合征，是一种少见的神经系统变性疾病，以假球麻痹、垂直性核上性眼肌麻痹、锥体外系肌僵直、步态共济失调和轻度痴呆为主要临床特征。须由我们认可的三级甲等医院的神经内科专科医生明确诊断，且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。
- 8.60 严重多系统萎缩** 多系统萎缩(MSA)是一组原因不明的散发性的神经系统多部位进行性萎缩的变性疾病，临床表现为不同程度的自主神经功能障碍、对左旋多巴胺类药物反应不良的帕金森综合征、小脑性共济失调和锥体束征等症状。须由我们认可的专科医生明确诊断，且满足下列所有条件：
- (1) 有完整的临床、实验室和影像学检查结果证实；
  - (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。
- 8.61 严重皮质基底节变性** 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临床特征。须由我们认可的专科医生明确诊断，且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。
- 8.62 严重亚历山大病** 指一种遗传性中枢神经系统退行性病变，特点为脑白质营养不良。临床表现为惊厥发作、智力下降、球麻痹、共济失调、痉挛性瘫痪。须由我们认可的专科医生明确诊断，且满足下列所有条件：
- (1) 造成永久不可逆的神经系统功能障碍；
  - (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，持续至少180天。
- 未明确诊断的疑似病例不在保障范围内。
- 我们承担本项疾病责任不受本合同“3.1 责任免除”中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

- 8.63 严重脊髓小脑变性症** 脊髓小脑变性症指一组以小脑萎缩和共济失调为主要临床特点的疾病。须由我们认可的神经内科专科医生明确诊断，且满足下列所有条件：
- (1) 影像学检查证实存在小脑萎缩；
  - (2) 临床表现存在共济失调、语言障碍和肌张力异常；
  - (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，持续至少 180 天。
- 我们承担本项疾病责任不受本合同“3.1 责任免除”中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。
- 8.64 严重癫痫** 癫痫须由我们认可的神经科或儿科专科医生根据典型临床症状和脑电图及头颅断层扫描(CT)、核磁共振检查(MRI)或正电子发射断层扫描(PET)等影像学检查明确诊断。被保险人申请理赔时须提供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，且实际已经实施了神经外科手术以治疗反复发作的癫痫。发热性惊厥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。
- 8.65 异染性脑白质营养不良** 又称异染性白质脑，指一种神经退化性代谢病，主要表现为行走困难、智力低下、废用性肌萎缩、四肢痉挛性瘫痪、视神经萎缩、失语等。须由我们认可的专科医生明确诊断，且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，持续至少180天。被保险人在3周岁之前罹患该疾病，我们不承担保险责任。我们承担本项疾病责任不受本合同“3.1 责任免除”中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。
- 8.66 严重肾上腺脑白质营养不良** 指一种过氧化物酶体病，主要累及肾上腺和脑白质。主要表现为进行性的精神运动障碍，视力及听力下降和(或)肾上腺皮质功能低下等。须由我们认可的专科医生明确诊断，且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，持续至少180天。被保险人在3周岁之前罹患该疾病，我们不承担保险责任。我们承担本项疾病责任不受本合同“3.1 责任免除”中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。
- 8.67 严重多发性硬化症** 多发性硬化(MS)指中枢神经系统白质多灶性脱髓鞘病变，须满足至少6个月以内有一次以上(不包含一次)的病变发作，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)等影像学检查明确诊断，且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，持续至少180天。

- 8.68 严重进行性多灶性白质脑病** 进行性多灶性白质脑病(PML)指一种亚急性脱髓鞘性脑病，常发生于免疫缺陷的病人。须由我们认可的神经科专科医生根据脑组织活检明确诊断，且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。
- 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患进行性多灶性白质脑病不在保障范围内。
- 8.69 视神经脊髓炎** 视神经脊髓炎(NMOSD)指一种免疫介导的以视神经和脊髓受累为主的中枢神经系统炎性脱髓鞘疾病，多急性/亚急性起病，临床表现包括6组核心症候群：
- (1) 视神经炎；
  - (2) 急性脊髓炎；
  - (3) 极后区综合征；
  - (4) 急性脑干综合征；
  - (5) 症状性睡眠发作或急性间脑临床综合征伴NMOSD典型的间脑MRI病灶；
  - (6) 症状性大脑综合征伴NMOSD典型的脑部病变。
- 须由我们认可的专科医生明确诊断，并伴有脊髓MRI、脑积液体、视觉诱发电位和血生化检查结果证实。
- 8.70 严重巨细胞动脉炎并发症** 巨细胞动脉炎指一种原因不明的累及全身血管的系统性血管炎，血管病变呈节段性、坏死性，组织病理学呈肉芽肿样炎症，又称颅动脉炎、颞动脉炎、肉芽肿性动脉炎。须由我们认可的专科医生明确诊断，并满足下列至少一项条件：
- (1) 永久不可逆的单个肢体功能障碍；
  - (2) 永久不可逆的单眼视力丧失。
- 永久不可逆的单个肢体功能障碍指疾病确诊180天后，肢体肌力在2级(含)以下。
- 永久不可逆的单眼视力丧失指疾病确诊180天后，仍遗留下列至少一项障碍：
- (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。
- 除眼球缺失或摘除情形外，被保险人申请理赔时须提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。

- 8.71 失去一肢及一眼** 因疾病或受伤导致下列两种情形不可复原及永久不可逆丧失：
- (1) 任何一肢自腕关节或踝关节近端(靠近躯干端)以上完全性断离。
  - (2) 永久不可逆的单眼视力丧失，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。
- 除眼球缺失或摘除情形外，被保险人申请理赔时年龄须在3周岁以上，且提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。投保时已有单眼缺失或有一肢缺失的不在保障范围内。
- 8.72 全身性(型)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，须由我们认可的专科医生明确诊断，且满足下列所有条件：
- (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，持续至少180天。
- 8.73 严重肌营养不良症** 进行性肌营养不良(PMD)指一组遗传性肌肉变性病变，临床特征为与神经系统无关的骨骼肌肉对称地进行性无力和萎缩。须满足下列所有条件：
- (1) 肌电图显示典型肌营养不良症的阳性改变；
  - (2) 肌肉活检的病理学诊断符合肌营养不良症的肌肉细胞变性、坏死等阳性改变；
  - (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，持续至少180天。
- 我们承担本项疾病责任不受本合同“3.1 责任免除”中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。
- 8.74 骨生长不全症-III型成骨不全** 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。其主要临床特点有：发育迟缓、多发性骨折、进行性脊柱后侧凸及听力损害。III型成骨不全的诊断须根据身体检查，家族史，X线检查和皮肤活检报告资料明确诊断。
- 我们仅对III型成骨不全承担保险责任，其他类型的骨生长不全不在保障范围内。
- 我们承担本项疾病责任不受本合同“3.1 责任免除”中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

- 8.75 严重克雅氏病** 指一种传染性海绵状脑病，临床表现为快速进行性痴呆、肌阵挛和特征性脑电图变化。须由我们认可的三级医院的专科医生根据WHO诊断标准明确诊断，且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。  
未明确诊断的疑似病例不在保障范围内。
- 8.76 非阿尔茨海默病所致严重痴呆** 指因阿尔茨海默病以外的脑的器质性疾病造成脑功能衰竭导致永久不可逆性的严重痴呆，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退。被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。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，精神疾病和酒精中毒所致的脑损害不在保障范围内。
- 8.77 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。须由我们认可的专科医生根据检测出的脑组织中的致病蛋白而明确诊断。  
未明确诊断的疑似病例不在保障范围内。
- 8.78 严重类风湿性关节炎** 类风湿性关节炎指广泛分布的慢性进行性多关节病变，表现为关节严重变形，侵犯至少三个主要关节或关节组（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）。须由我们认可的专科医生明确诊断，达到类风湿性关节炎功能分级IV级的永久不可逆性关节功能障碍（生活不能自理，且丧失工作能力），且满足下列所有条件：  
(1) 晨僵；  
(2) 对称性关节炎；  
(3) 类风湿性皮下结节；  
(4) 类风湿因子滴度升高；  
(5) X线显示严重的关节（软骨和骨）破坏和关节畸形。
- 8.79 严重幼年型类风湿性关节炎——18周岁以下确诊** 幼年型类风湿性关节炎又称幼年型特发性关节炎，指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。须由我们认可的专科医生明确诊断，且满足下列所有条件：  
(1) 被保险人确诊时年龄须在18周岁之前；  
(2) 为治疗幼年型类风湿性关节炎，实际已经实施了膝关节或髋关节置换手术。

- 8.80 系统性红斑狼疮-Ⅲ型或以上狼疮性肾炎** 系统性红斑狼疮是由多种因素引起，累及多系统的自身免疫性疾病。其特点是生成自身抗体对抗多种自身抗原，多见于育龄妇女。此处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。须由我们认可的免疫科或风湿科专科医生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。世界卫生组织(WHO)狼疮性肾炎分型：
- I型：微小病变型
- II型：系膜病变型
- III型：局灶及节段增生型
- IV型：弥漫增生型
- V型：膜型
- VI型：肾小球硬化型
- 8.81 败血症导致的多器官功能障碍综合征** 败血症指病原体侵入血液循环系统引发的全身炎症反应综合征。须由我们认可的专科医生明确诊断，且由血液或骨髓检查证实致病菌，致使一个或多个器官系统生理功能障碍，并导致被保险人因该疾病入住重症监护病房至少72小时，须满足下列至少一项条件：
- (1) 呼吸衰竭，需要进行气管插管机械通气；
  - (2) 凝血血小板计数 $<50 \times 10^3$  /微升；
  - (3) 肝功能不全，胆红素 $>6\text{mg/dl}$ 或 $>10^2 \mu\text{mol/L}$ ；
  - (4) 需要用强心剂；
  - (5) 昏睡或意识模糊，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级(GCS, Glasgow Coma Scale)结果为9分或9分以下；
  - (6) 肾功能衰竭，血清肌酐 $>300 \mu\text{mol/L}$ 或 $>3.5\text{mg/dl}$ 或尿量 $<500\text{ml/天}$ 。
- 非败血症引起的多器官功能障碍综合征不在保障范围内。
- 8.82 严重原发性噬血细胞综合征** 噬血细胞综合征(HPS)又称噬血细胞性淋巴组织细胞增多症(HLH)，指一组由多种病因诱发细胞因子“瀑布式”释放，组织病理学以组织细胞增生伴随其吞噬各种造血细胞为特征的综合征。
- 须由我们认可的专科医生明确诊断有必要进行异体骨髓移植手术，且满足下列至少三项条件：
- (1) 分子生物学诊断出现特异性的基因突变；
  - (2) 铁蛋白 $>500\text{ng/ml}$ ；
  - (3) 外周血细胞减少，至少累及两系，血红蛋白(Hb) $<90\text{g/L}$ ，血小板(PLTS) $<100 \times 10^9 / \text{L}$ ，中性粒细胞 $<1.0 \times 10^9 / \text{L}$ ；

(4) 骨髓、脑脊液、脾脏及淋巴结等有特征性噬血细胞增加，且无恶性肿瘤的证据；

(5) 可溶性CD25 $\geq$ 2400U/ml。

因其它原因导致的继发性噬血细胞综合征不在保障范围内。

我们承担本项疾病责任不受本合同“3.1 责任免除”中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

**8.83 阵发性睡眠性血红蛋白尿——22周岁以下确诊** 阵发性睡眠性血红蛋白尿(PNH)指一种后天获得性溶血性疾病。该病源于造血干细胞PIG-A基因突变引起一组通过糖肌醇磷脂(GPI)锚连在细胞表面的膜蛋白的缺失，导致细胞性能发生变化。其临床表现为不同程度的发作性血管内溶血、阵发性血红蛋白尿、骨髓造血功能衰竭和静脉血栓的形成。须由我们认可的专科医生明确诊断，并伴有相关嗜水气单胞菌溶素变异体(FLAER)检查结果证实。

被保险人确诊时年龄须在22周岁之前。

**8.84 感染所致的溶血性尿毒综合征——25周岁以下理赔** 溶血性尿毒综合征(HUS)指一种由于感染导致的急性综合征，引起红细胞溶血，肾功能衰竭及尿毒症。须由我们认可的血液和肾脏科专科医生明确诊断，且被保险人理赔时年龄在25周岁之前，且满足下列所有条件：

- (1) 实验室检查确认有溶血性贫血、血尿、尿毒症、血小板减少性紫癜；
- (2) 因肾脏功能衰竭实施了肾脏透析治疗。

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

**8.85 严重弥漫性血管内凝血** 弥漫性血管内凝血(DIC)指一种发生在许多疾病基础上，由致病因素激活血液凝固系统，导致全身微血管血栓形成，血小板及凝血因子被大量消耗并继发纤溶亢进，引起全身出血的综合征。须由我们认可的专科医生明确诊断，且满足下列所有条件：

- (1) 存在导致弥漫性血管内凝血的基础疾病；
- (2) 突发性急性起病，一般持续数小时或数天；
- (3) 严重广泛出血且伴有休克；
- (4) 已经实施了输注血浆或浓缩血小板进行治疗。

疑似弥漫性血管内凝血不在保障范围内。

**8.86 范可尼综合征** 范可尼综合症也称范可尼贫血(FA)，指近端肾小管的功能异常引起的一组症候群。须由我们认可的专科医生明确诊断，且满足下列至少三项条件：

- (1) 尿液检查出现肾性糖尿、全氨基酸糖尿或磷酸盐尿；

- (2) 血液检查出现低磷血症、低尿酸血症或近端肾小管酸中毒；
- (3) 出现骨质疏松、骨骼畸形或尿路结石；
- (4) 通过骨髓片、白细胞、直肠黏膜中的结晶分析或裂隙灯检查角膜有胱氨酸结晶。

我们承担本项疾病责任不受本合同“3.1 责任免除”中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

**8.87 严重神经白塞病** 白塞病(BD)指一种慢性系统性血管炎症性疾病，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。累及神经系统损害的白塞病称为神经白塞病(NBD)。须由我们认可的专科医生明确诊断，并已经造成永久不可逆的神经系统功能损害，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，持续至少180天。

**8.88 严重系统性轻链(AL)型淀粉样变性** 淀粉样变性指由淀粉样蛋白沉积在细胞外基质，造成沉积部位组织和器官损伤的一组疾病，可累及肾脏、心脏、肝脏、外周神经、肺等多种器官及组织。系统性轻链(AL)型淀粉样变性指一种由单克隆免疫球蛋白轻链错误折叠形成淀粉样蛋白的疾病，须由我们认可的肾脏科或血液科专科医生明确诊断，且满足下列所有条件：

- (1) 组织活检可见无定形粉染物质沉积，且刚果红染色阳性(偏振光显微镜下呈苹果绿色双折光)；
- (2) 沉积物经免疫组化、免疫荧光、免疫电镜或质谱蛋白质组学证实为免疫球蛋白轻链沉积；
- (3) 具有受累器官的典型临床表现和体征，出现下列至少两项异常：
  - ① 肾脏：出现大量蛋白尿或表现为肾病综合征，24小时尿蛋白定量 $>0.5g$ ，以白蛋白为主；
  - ② 心脏：心脏超声平均心室壁厚度 $>12mm$ ，排除其他心脏疾病，或在无肾功能不全及心房颤动时NT-proBNP $>332ng/L$ ；
  - ③ 肝脏：肝上下径(肝叩诊时锁骨中线上量得的肝上界到肝下界的距离) $>15cm$ ，或碱性磷酸酶超过正常上限的1.5倍；
  - ④ 外周神经：临床出现对称性的双下肢感觉运动神经病变；
  - ⑤ 肺：影像学提示肺间质病变。

非AL型淀粉样变性不在保障范围内。

**8.89 严重气性坏疽** 指由梭状芽胞杆菌所致的肌坏死或肌炎。须由我们认可的专科医生明确诊断，且满足下列所有条件：

- (1) 符合气性坏疽的一般临床表现；

- (2) 细菌培养检出致病菌，支持诊断结果；
- (3) 出现广泛性肌肉及组织坏死，并已经实施了坏死组织和筋膜以及肌肉的切除手术。

清创术不在保障范围内。

**8.90 溶血性链球菌引起的坏疽** 指包围肢体或躯干的浅筋膜和/或深筋膜受到溶血性链球菌的感染，病情在短时间内急剧恶化，须由我们认可的微生物或病理学专家进行相关检查后证实，且满足下列所有条件：

- (1) 符合溶血性链球菌引起的坏疽的一般临床表现；
- (2) 细菌培养检出致病菌，支持诊断结果；
- (3) 出现广泛性肌肉及组织坏死，并已经实施了坏死组织和筋膜以及肌肉的切除手术。

清创术不在保障范围内。

**8.91 严重急性坏死性筋膜炎** 坏死性筋膜炎指一种由细菌侵入皮下组织和筋膜引起的急性坏死性软组织感染，可伴有毒血症、败血症、中毒性休克、弥漫性血管内凝血及多器官衰竭。须由我们认可的专科医生明确诊断，且满足下列所有条件：

- (1) 符合坏死性筋膜炎的一般临床表现；
- (2) 细菌培养检出致病菌，支持诊断结果；
- (3) 病情迅速恶化，有脓毒血症表现；
- (4) 出现广泛性肌肉及软组织坏死，已经实施了感染肢体的截肢手术(自腕关节或踝关节近端)。

**8.92 多处臂丛神经根性撕脱** 由于疾病或意外导致至少两根臂丛神经根性撕脱，所造成的手臂感觉功能与运动功能完全永久性丧失。须由我们认可的专科医生明确诊断，且有电生理检查结果证实。

**8.93 严重出血性登革热** 指由登革热病毒引起的急性传染病，须由我们认可的专科医生明确诊断，且出现下列至少一种严重出血性登革热的临床表现：

- (1) 血浆渗漏致休克或胸腔积液伴呼吸困难；
- (2) 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)；
- (3) 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。

非出血性登革热不在保障范围内。

- 8.94 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。须由我们认可的专科医生明确诊断，且满足下列所有条件：
- (1) 产后大出血休克病史；
  - (2) 严重腺垂体功能破坏，破坏程度 $\geq 95\%$ ；
  - (3) 影像学检查显示脑垂体严重萎缩或消失；
  - (4) 实验室检查显示：
    - ① 垂体前叶激素全面低下(包括生长激素、促甲状腺素、促肾上腺皮质激素、卵泡刺激素和黄体生成素)；
    - ② 性激素、甲状腺素、肾上腺皮质激素全面低下。
  - (5) 需要终身激素替代治疗以维持身体功能，持续服用各种替代激素超过一年。
- 垂体功能部分低下及其他原因所致垂体功能低下不在保障范围内。
- 8.95 严重自身免疫性肝炎** 自身免疫性肝炎(AIH)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。须由我们认可的专科医生明确诊断，且满足下列所有条件：
- (1) 高 $\gamma$ 球蛋白血症；
  - (2) 血液中存在高水平的自身免疫抗体，如ANA(抗核抗体)、SMA(抗平滑肌抗体)、抗LKM1抗体或抗-SLA/LP抗体；
  - (3) 肝脏活检证实免疫性肝炎；
  - (4) 临床已经出现腹水、食道静脉曲张和脾肿大等肝硬化表现。
- 8.96 肝豆状核变性(Wilson病)** 肝豆状核变性又称wilson病，指一种遗传性铜代谢障碍疾病。表现为体内的铜离子在肝、脑、肾、角膜等处沉积，引起进行性加重的肝硬化、锥体外系症状、精神症状、肾损害及角膜色素环。须由我们认可的专科医生明确诊断，且满足下列所有条件：
- (1) 典型症状；
  - (2) 角膜色素环(K-F环)；
  - (3) 血清铜和血清铜蓝蛋白降低，尿铜增加；
  - (4) 经肝脏活检确诊。
- 我们承担本项疾病责任不受本合同“3.1 责任免除”中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

- 8.97 特发性慢性肾上腺皮质功能减退** 指自身免疫性肾上腺炎(既往称：特发性肾上腺皮质萎缩)导致肾上腺萎缩和慢性肾上腺皮质功能减退。须由我们认可的内分泌科专科医生明确诊断，且满足下列所有条件：
- (1) 血浆促肾上腺皮质激素(ACTH)水平测定大于100pg/ml；
  - (2) 血浆肾素活性(PRA)、血管紧张素II和醛固酮测定，显示为特发性肾上腺皮质功能减退症；
  - (3) 促肾上腺皮质激素(ACTH)刺激试验显示为特发性肾上腺皮质功能减退症；
  - (4) 已经采用皮质类固醇替代治疗180天以上。
- 我们仅对由自身免疫功能紊乱所导致的慢性肾上腺功能减退承担保险责任，其他原因(包括但不限于：肾上腺结核、人类免疫缺陷病毒(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。
- 8.98 进行性家族性肝内胆汁淤积症** 进行性家族性肝内胆汁淤积症(PFIC)指一组常染色体隐性遗传性疾病。因基因突变导致胆汁排泌障碍，发生肝内胆汁淤积，主要临床表现为进行性的黄疸、严重瘙痒、伴有不同程度生长多重障碍，肝肿大、脂溶性维生素缺乏为特点，最终可发展为肝衰竭。须由我们认可的专科医生明确诊断，并有生化学检测、肝脏影像学、肝脏病理学及基因检测结果证实，且实际已经实施了手术治疗。
- 其他原因所致的胆汁淤积性肝病不在保障范围内。
- 我们承担本项疾病责任不受本合同“3.1 责任免除”中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。
- 8.99 严重原发性硬化性胆管炎** 原发性硬化性胆管炎(PSC)指一种胆汁淤积综合征，其特征是肝内、肝外胆道因纤维化炎症逐渐狭窄，并最终导致完全阻塞而发展为肝硬化。须由我们认可的专科医生明确诊断，并有影像学检查证实，且满足下列所有条件：
- (1) 总胆红素和直接胆红素同时升高，血清ALP>200U/L；
  - (2) 持续性黄疸病史；
  - (3) 出现胆汁性肝硬化或门脉高压。
- 因肿瘤或胆管损伤等继发性的硬化性胆管炎不在保障范围内。
- 8.100 急性出血坏死性胰腺炎开腹手术** 指为治疗急性出血坏死性胰腺炎，实际已经实施了开腹进行的坏死组织清除术、病灶切除术或胰腺部分切除术。因酒精作用所致的急性出血坏死性胰腺炎或经腹腔镜手术进行的治疗不在保障范围内。

- 8.101 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。须由我们认可的专科医生明确诊断，且满足下列所有条件：
- (1) 医疗记录证实存在有腹痛等典型症状的慢性胰腺炎急性反复发作超过三次；
  - (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) 接受胰岛素替代治疗和酶替代治疗180天以上。
- 因酒精作用导致的慢性复发性胰腺炎不在保障范围内。
- 8.102 胰腺移植** 指因胰腺功能衰竭，实际已经实施了在全身麻醉下进行的胰腺的异体器官移植手术。
- 单纯胰岛移植、部分胰腺组织或细胞的移植不在保障范围内。
- 8.103 Castleman病** Castleman病(CD)又称巨大淋巴结病或血管滤泡性淋巴结增生症，指一种异质性且起源于淋巴滤泡、血管及浆细胞的淋巴增生性疾病。须由我们认可的专科医生明确诊断，且满足下列所有条件：
- (1) 经淋巴结活检结果证实；
  - (2) 病理特征为明显的淋巴滤泡、血管及浆细胞呈不同程度的增生；
  - (3) 临床表现以身体2个或以上淋巴结区域受累(淋巴结短径需 $\geq 1\text{cm}$ )，且须出现全身症状及多系统损害，如肾病综合征、淀粉样变、重症肌无力、周围神经病变、干燥综合症、血栓性血小板减少性紫癜、角膜炎性反应等，且临床常呈侵袭性病程，易伴发感染。
- 因感染艾滋病病毒或患艾滋病期间导致的Castleman病不在保障范围内。
- 8.104 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，须满足下列所有条件：
- (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。
- 8.105 狂犬病** 指狂犬病毒所致的急性传染病。临床表现为特有的恐水、怕风、咽肌痉挛、进行性瘫痪等。须由我们认可的专科医生明确诊断。
- 未明确诊断的疑似病例不在保障范围内。
- 8.106 严重肺淋巴管肌瘤病** 肺淋巴管肌瘤病(LAM)指一种弥漫性肺部疾病，主要病理改变为肺间质、支气管、血管和淋巴管内出现未成熟的平滑肌异常增生，须由我们认可的专科医生根据组织病理学明确诊断，且满足下列所有条件：
- (1) CT显示双肺弥漫性囊性改变；

(2) 动脉血气分析显示低氧血症，动脉血氧分压 (PaO<sub>2</sub>) 持续 < 50mmHg。

**8.107 严重肺结节病** 结节病指一种原因不明的系统性肉芽肿性疾病，可累及全身多个器官，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。须由我们认可的专科医生明确诊断，且满足下列所有条件：

- (1) 影像学检查结果为IV期肺结节病，即广泛肺纤维化；
- (2) 肺功能进行性下降，临床持续180天动脉血氧分压 (PaO<sub>2</sub>) < 60mmHg和动脉血氧饱和度 (SaO<sub>2</sub>) < 85%。

**8.108 严重肺孢子菌肺炎** 肺孢子菌肺炎 (PJ) 指由肺孢子菌引起的间质性浆细胞性肺炎。须由我们认可的专科医生明确诊断，且满足下列所有条件：

- (1) 第一秒末用力呼气量 (FEV<sub>1</sub>) 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170(基值的百分比)；
- (5) 动脉血氧分压 (PaO<sub>2</sub>) < 60mmHg，动脉血二氧化碳分压 (PaCO<sub>2</sub>) > 50mmHg。

感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患肺孢子菌肺炎不在保障范围内。

**8.109 肺泡蛋白质沉积症** 肺泡蛋白质沉积症 (PAP) 指一种弥漫性肺部疾病，其组织学特征为肺泡腔内和细支气管腔内充满不可溶性富磷脂蛋白。须由我们认可的专科医生明确诊断，且满足下列所有条件：

- (1) 支气管镜活检或开胸肺活检病理检查证实肺泡内充满有过碘酸雪夫 (PAS) 染色阳性的蛋白样物质；
- (2) 被保险人因出现呼吸困难或低氧血症而实际已行全身麻醉下的全肺灌洗治疗。

**8.110 严重哮喘** 指一种反复发作的严重支气管阻塞性疾病，须由我们认可的专科医生明确诊断，且满足下列所有条件：

- (1) 过去两年中曾因哮喘持续状态(指哮喘持续发作24小时以上不能缓解)住院治疗；
- (2) 因慢性过度换气导致胸廓畸形；
- (3) 在家中需要医生处方的氧气治疗法；
- (4) 持续日常服用口服类固醇激素治疗持续至少180天。

- 8.111 丝虫病所致严重象皮肿** 指因丝虫感染导致淋巴阻塞出现严重淋巴水肿，达到国际淋巴学会淋巴水肿分期第Ⅲ期，临床表现为肢体非凹陷性水肿伴畸形增大、硬皮症和疣状增生。须由我们认可的专科医生根据临床表现和微丝蚴的化验结果明确诊断。  
急性淋巴管炎或其他原因引起的淋巴水肿不在保障范围内。
- 8.112 严重系统性硬皮病** 指一种系统性结缔组织病引起进行性的皮肤、血管、内脏器官的弥漫性纤维化。须由我们认可的专科医生明确诊断，并有活检和血清学证据支持，且疾病已影响肺脏、心脏、肾脏等器官并满足下列至少一项条件：  
(1) 肺脏：肺部病变进而发展为肺间质纤维化和肺动脉高压；  
(2) 心脏：心功能受损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；  
(3) 肾脏：肾脏受损导致双肾功能慢性不可逆衰竭，达到尿毒症期。  
下列情况不在保障范围内：  
(1) 局限性硬皮病 (LS)，如：硬斑病；  
(2) 嗜酸性粒细胞性筋膜炎；  
(3) CREST综合征。
- 8.113 伴有巨大冠状动脉瘤或已行冠状动脉瘤手术的严重川崎病** 川崎病 (KD) 是一种好发于儿童的非特异性血管炎综合征，其中冠状动脉瘤 (CAA) 是最严重的并发症。伴有巨大冠状动脉瘤 (GCAA) 的川崎病或针对冠状动脉瘤已经进行了手术治疗的川崎病称为严重川崎病。严重川崎病须由我们认可的专科医生明确诊断，并由血管造影或超声心动图检查证实，且满足下列至少一项条件：  
(1) 伴有巨大冠状动脉瘤的川崎病，巨大冠状动脉瘤的内径绝对宽度  $\geq 8\text{mm}$  或 Z 值  $\geq 10$ ，且冠状动脉瘤于川崎病最初急性发病后持续至少 180 天；  
(2) 针对川崎病并发的冠状动脉瘤实际已经实施了手术治疗。
- 8.114 因输血导致的人类免疫缺陷病毒 (HIV) 感染** 指被保险人感染上人类免疫缺陷病毒 (HIV)，须由我们认可的专科医生明确诊断，且满足下列所有条件：  
(1) 在本合同生效日或复效日之后 (以较迟者为准)，被保险人因治疗必需而接受输血，并且因输血而感染人类免疫缺陷病毒 (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并且不准上诉；  
(3) 提供输血治疗的输血中心或医院必须拥有合法经营执照；  
(4) 受感染的被保险人不是血友病患者。  
任何因其他传播方式 (包括：性传播或静脉注射毒品) 导致的人类免疫缺陷病毒 (HIV) 感染不在本合同保障范围内。

我们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。

我们承担本项疾病责任不受本合同“3.1 责任免除”中“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

**8.115 因职业关系导致的人类免疫缺陷病毒 (HIV) 感染**

指被保险人感染上人类免疫缺陷病毒(HIV)，须由我们认可的专科医生明确诊断，且满足下列所有条件：

- (1) 在本合同生效日或复效日之后(以较迟者为准),被保险人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);
- (2) 感染必须是在被保险人正在从事其职业工作中发生,该职业必须属于以下列职业:医生和牙科医生、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、消防队员、警察、狱警;
- (3) 血清转化必须出现在事故发生后的6个月以内;
- (4) 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人类免疫缺陷病毒(HIV)病毒阴性和/或人类免疫缺陷病毒(HIV)抗体阴性;
- (5) 必须在事故发生后的12个月内证实被保险人体内存在人类免疫缺陷病毒(HIV)或人类免疫缺陷病毒(HIV)抗体。

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

我们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。

我们承担本项疾病责任不受本合同“3.1 责任免除”中“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

**8.116 因器官移植导致的人类免疫缺陷病毒 (HIV) 感染**

指被保险人感染上人类免疫缺陷病毒(HIV)，须由我们认可的专科医生明确诊断，且满足下列所有条件：

- (1) 在本合同生效日或复效日之后(以较迟者为准),被保险人因治疗必需而实施器官移植,并且因器官移植而感染人类免疫缺陷病毒(HIV)。
- (2) 提供器官移植治疗的器官移植中心或医院出具该项器官移植感染,属于医疗责任事故的报告,或者法院终审裁定为医疗责任并且不准上诉;
- (3) 提供器官移植治疗的器官移植中心或医院必须拥有合法经营执照。

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

我们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。

我们承担本项疾病责任不受本合同“3.1 责任免除”中“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

- 8.117 埃博拉病毒感染** 指埃博拉病毒感染导致的烈性传染病，须由我们认可的专科医生明确诊断，且满足下列所有条件：
- (1) 实验室检查证实存在埃博拉病毒感染，经国家认可的有合法资质的传染病专家明确诊断、并上报国家疾病预防控制中心接受了隔离和治疗；
  - (2) 存在广泛出血的临床表现；
  - (3) 从发病开始有超过30天的进行性感染症状。
- 单纯实验室诊断但没有临床出血表现的或在确诊之前已经死亡的或境外感染埃博拉病毒的不在保障范围内。
- 8.118 重症手足口病并发症** 指由肠道病毒引起的急性传染病，主要症状表现为手、足、口腔等部位的斑丘疹、疱疹。须由我们认可的专科医生明确诊断，且满足下列至少一项条件：
- (1) 伴有脑膜炎或脑炎并发症，且导致意识障碍或瘫痪的临床表现及实验室检查证据；
  - (2) 伴有肺炎或肺水肿并发症，且导致呼吸衰竭的临床表现及实验室检查证据；
  - (3) 伴有心肌炎并发症，且导致心脏扩大或心力衰竭的临床表现及实验室检查证。
- 8.119 严重瑞氏综合征** 瑞氏综合征 (RS) 又称脑病合并脂肪变性综合症，指一种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，造成脑水肿和肝功能障碍。主要临床表现为急性发热、反复呕吐、惊厥及意识障碍等。须由我们认可的三级医院的儿科专科医生明确诊断，且满足下列所有条件：
- (1) 有脑水肿和颅内压升高的脑脊液检查和影像学检查证据；
  - (2) 血氨超过正常值的3倍；
  - (3) 临床出现昏迷，病程达到疾病分期3期及以上。
- 8.120 严重脊髓型肌萎缩症** 脊髓性肌萎缩症 (SMA) 指一种常染色体隐性遗传病，病理改变为脊髓前角细胞变性，临床表现为进行性、对称性、肢体近端为主的弛缓性麻痹和肌萎缩。须由我们认可的专科医生明确诊断，且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，持续180天。

进行性脊肌萎缩症(PMA)不在保障范围内。

我们承担本项疾病责任不受本合同“3.1 责任免除”中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

## 【附表一】甲状腺癌的 TNM 分期

甲状腺癌的TNM分期采用目前现行的AJCC第八版定义标准，我国国家卫生健康委员会2018年发布的《甲状腺癌诊疗规范(2018年版)》也采用此定义标准，具体见下：  
 甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hürthle细胞癌和未分化癌

pT<sub>x</sub>: 原发肿瘤不能评估  
 pT<sub>0</sub>: 无肿瘤证据  
 pT<sub>1</sub>: 肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm  
     T<sub>1a</sub>肿瘤最大径≤1cm  
     T<sub>1b</sub>肿瘤最大径>1cm, ≤2cm  
 pT<sub>2</sub>: 肿瘤2~4cm  
 pT<sub>3</sub>: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌  
 pT<sub>3a</sub>: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内  
 pT<sub>3b</sub>: 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  
 pT<sub>4</sub>: 大体侵犯甲状腺外带状肌外  
 pT<sub>4a</sub>: 侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织  
 pT<sub>4b</sub>: 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pT<sub>x</sub>: 原发肿瘤不能评估  
 pT<sub>0</sub>: 无肿瘤证据  
 pT<sub>1</sub>: 肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm  
     T<sub>1a</sub>肿瘤最大径≤1cm  
     T<sub>1b</sub>肿瘤最大径>1cm, ≤2cm  
 pT<sub>2</sub>: 肿瘤2~4cm  
 pT<sub>3</sub>: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌  
 pT<sub>3a</sub>: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内  
 pT<sub>3b</sub>: 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  
 pT<sub>4</sub>: 进展期病变  
 pT<sub>4a</sub>: 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<sub>4b</sub>: 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<sub>x</sub>: 区域淋巴结无法评估  
 pN<sub>0</sub>: 无淋巴结转移证据  
 pN<sub>1</sub>: 区域淋巴结转移  
 pN<sub>1a</sub>: 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<sub>1b</sub>: 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

M<sub>0</sub>: 无远处转移  
 M<sub>1</sub>: 有远处转移

乳头状或滤泡状癌(分化型)			
年龄<55岁			
I期	T	N	M
	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。

## 【附表二】保障计划表

单位：人民币元

保障计划	计划一	计划二	计划三
保险期间内累计给付限额	200万	200万	300万
<b>一般住院医疗保险金(必选)</b>			
免赔额	0元/10000元	0元/10000元	0元/10000元/30000元
基本保险金额	200万	200万	200万
医疗网络	本公司认可的医院的普通部(不含 <b>特需部及国际部</b> <sup>133</sup> )	本公司认可的医院的普通部(不含特需部及国际部)	本公司认可的医院的普通部、特需部及国际部
赔付比例	100%	100%	100%
<b>(一)住院医疗费用</b>			
床位费、膳食费、护理费	不高于标准双人病房	不高于标准双人病房	不高于标准单人病房(含私人病房)床位费 日赔付限额 2500元
陪床费	日赔付限额 800元	日赔付限额 800元	日赔付限额 800元
重症监护室费	含	含	含
治疗费、先进治疗费	含	含	含
医生诊疗费	含	含	含
西式理疗费	含	含	含
非大型项目检查检验费	含	含	含
大型项目检查检验费	含	含	含
医疗设备使用费	含	含	含
耐用医疗设备费	保险期间内累计赔付 限额 5万	保险期间内累计赔付 限额 5万	保险期间内累计赔付限 额 10万
住院手术费	含	含	含
手术植入器材费	含	含	含
器官移植费	含	含	含
手术机器人费	含	含	含
重建手术费	含	含	含
药品费、中草药费	含	含	含
同城救护车费	含	含	含
异地就医交通费	不含	不含	保险期间内累计赔付限 额 5000元
<b>(二)视同住院医疗的特殊门诊医疗费用</b>			
门诊肾透析费	含	含	含
器官移植后的门诊抗排异治疗 费	含	含	含
不属于本合同约定的恶性肿瘤 ——重度的门诊肿瘤治疗费	含	含	含
日间手术费、门诊手术费	含	含	含
住院前后门急诊医疗费	限住院前后 30 天内	限住院前后 30 天内	限住院前后 30 天内
日间手术前后门急诊医疗费	不含	不含	限住院前后 30 天内
<b>(三)院内特定医疗器械费用</b>			
院内特定医疗器械费	含	含	含
<b>(四)院后康复及临终关怀医疗费用</b>			
康复医疗费	限出院后 30 天内	限出院后 30 天内	限出院后 30 天内
临终关怀医疗费	限出院后 30 天内	限出院后 30 天内	限出院后 30 天内

<sup>133</sup> **特需部及国际部**：包含特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、特诊部、VIP部、联合医院。

<b>重大疾病住院医疗保险金(必选)</b>			
基本保险金额	200万	200万	200万
医疗网络	本公司认可的医院的普通部(不含特需部及国际部)	本公司认可的医院的普通部、特需部及国际部	本公司认可的医院的普通部、特需部及国际部
赔付比例	100%	100%	100%
<b>(一)住院医疗费用</b>			
床位费、膳食费、护理费	不高于标准双人病房	不高于标准单人病房(含私人病房)床位费日赔付限额2500元	不高于标准单人病房(含私人病房)床位费日赔付限额2500元
陪床费	日赔付限额800元	日赔付限额800元	日赔付限额800元
重症监护室费	含	含	含
治疗费、先进治疗费	含	含	含
医生诊疗费	含	含	含
西式理疗费	含	含	含
非大型项目检查检验费	含	含	含
大型项目检查检验费	含	含	含
医疗设备使用费	含	含	含
耐用医疗设备费	保险期间内累计赔付限额5万	保险期间内累计赔付限额10万	保险期间内累计赔付限额10万
住院手术费	含	含	含
手术植入器材费	含	含	含
器官移植费	含	含	含
手术机器人费	含	含	含
重建手术费	含	含	含
药品费、中草药费	含	含	含
同城救护车费	含	含	含
异地就医交通费	保险期间内累计赔付限额5000元	保险期间内累计赔付限额5000元	保险期间内累计赔付限额5000元
<b>(二)视同住院医疗的特殊门诊医疗费用</b>			
门诊肾透析费	含	含	含
器官移植后的门诊抗排异治疗费	含	含	含
门诊恶性肿瘤——重度治疗费	含	含	含
日间手术费、门诊手术费	含	含	含
住院前后门急诊医疗费	限住院前后30天内	限住院前后30天内	限住院前后30天内
日间手术前后门急诊医疗费	不含	限住院前后30天内	限住院前后30天内
<b>(三)院内特定医疗器械费用</b>			
院内特定医疗器械费	含	含	含
<b>(四)院后康复及临终关怀医疗费用</b>			
康复医疗费	限出院后30天内	限出院后30天内	限出院后30天内
临终关怀医疗费	限出院后30天内	限出院后30天内	限出院后30天内
<b>重大疾病住院护工费用保险金(必选)</b>			
基本保险金额	18000元	18000元	18000元
医疗网络	本公司认可的医院的普通部(不含特需部及国际部)	本公司认可的医院的普通部、特需部及国际部	本公司认可的医院的普通部、特需部及国际部
赔付比例	100%	100%	100%
住院护工费	日赔付限额300元	日赔付限额300元	日赔付限额300元

注：上表中各项保险责任以条款正文描述为准。

君龙人寿[2025]医疗保险 003 号



请扫描以查询验证条款

# 君龙药械无忧医疗保险（互联网）条款

## 阅读指引

本阅读指引有助于您理解条款，对《君龙药械无忧医疗保险（互联网）》合同内容的解释以条款为准

### 🔑 您拥有的重要权益

- ❖ 收到本合同电子保险单次日起 15 日（即犹豫期）内您可以要求无息退还您所缴纳的保险费 . 1.3
- ❖ 您有退保的权利 ..... 1.4
- ❖ 被保险人可以享受本合同提供的保障 ..... 2.6

### 🔑 您应当特别注意的事项

- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策 ..... 1.4
- ❖ 我们对免除保险人责任的条款作了特别提示，详见条款正文及脚注中背景突出部分 ..... 3
- ❖ 保险事故发生后请您及时通知我们 ..... 5.2
- ❖ 您应当按时支付保险费 ..... 6.1
- ❖ 您有如实告知的义务 ..... 7.1

🔑 条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本条款。

# 君龙药械无忧医疗保险（互联网）条款

## 条款目录

<p><b>1 合同构成与合同解除</b></p> <p>1.1 合同构成</p> <p>1.2 保险合同成立与生效</p> <p>1.3 犹豫期</p> <p>1.4 犹豫期后解除合同（退保）的手续及风险</p> <p><b>2 我们提供的保障</b></p> <p>2.1 保障计划</p> <p>2.2 保险金额</p> <p>2.3 基本保险金额</p> <p>2.4 保险期间</p> <p>2.5 等待期</p> <p>2.6 保险责任</p> <p>2.7 免赔额</p> <p>2.8 给付比例</p> <p>2.9 补偿原则</p> <p><b>3 我们不承担保险责任的情况</b></p> <p>3.1 责任免除</p> <p>3.2 其它免责条款</p> <p><b>4 恶性肿瘤——重度</b></p> <p>4.1 恶性肿瘤——重度的定义</p> <p><b>5 保险金的申请</b></p> <p>5.1 受益人</p> <p>5.2 保险事故通知</p> <p>5.3 保险金申请</p> <p>5.4 保险金给付</p> <p>5.5 诉讼时效</p>	<p><b>6 保险费的支付</b></p> <p>6.1 保险费的支付</p> <p><b>7 其它需要关注的事项</b></p> <p>7.1 明确说明与如实告知</p> <p>7.2 本公司合同解除权的限制</p> <p>7.3 投保年龄</p> <p>7.4 年龄性别错误</p> <p>7.5 合同内容变更</p> <p>7.6 地址变更</p> <p>7.7 争议处理</p> <p><b>【附表一】甲状腺癌的TNM分期</b></p> <p><b>【附表二】保障计划表</b></p>
--	---

# 君龙药械无忧医疗保险（互联网）条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指君龙人寿保险有限公司，“本合同”指您与我们之间订立的“君龙药械无忧医疗保险（互联网）保险合同”。

## ① 合同构成与合同解除

- 1.1 合同构成** 本合同是您与我们约定保险权利义务关系的协议，包括本保险条款、保障计划表、保险单或其它保险凭证、投保单、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单及其它您与我们共同认可的书面协议。
- 1.2 保险合同成立与生效** 您提出保险申请、我们同意承保，本合同成立。合同生效日期在保险单上载明。**保险费约定支付日<sup>1</sup>**均以该日期起算。
- 1.3 犹豫期** 自您收到本合同电子保险单次日起（该次日为犹豫期首日），有15日的犹豫期。在此期间，请您认真审视本合同，如果您认为本合同与您的需求不相符，您可以在此期间提出解除本合同，我们将无息退还您所缴纳的保险费。解除合同时，您需要以我们认可的方式提交申请，经我们核实您的身份信息及与我们的保险合同关系后，我们为您办理犹豫期内退保。**您提交申请解除合同之日起，本合同即被解除，我们自本合同生效日起不承担保险责任。**
- 1.4 犹豫期后解除合同（退保）的手续及风险** 如您在犹豫期后申请解除保险合同，您需要以我们认可的方式提交申请，经我们核实您的身份信息及与我们的保险合同关系后，我们为您办理退保。您提交申请解除合同之日起，本合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起30日内向您退还保险合同的**现金价值<sup>2</sup>**。**您犹豫期后解除合同会遭受一定损失。**

## ② 我们提供的保障

- 2.1 保障计划** 保障计划由您在投保时与我们约定，在保险单上载明。保险期间内，**保障计划一经选定，不得变更**。您与我们约定的保障计划中各保险责任涉及的基本保险金额、赔付限额、各费用项目累计赔付限额、赔付次数、赔付比例等内容在本合同中的保障计划表上载明。

<sup>1</sup> **保险费约定支付日**：保险合同生效日在每月、每季、每半年或每年（根据支付方式确定）的对应日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。

<sup>2</sup> **现金价值**：其计算公式为“ $\text{期交保险费} \times (1-35\%) \times (1-\text{当期已经过天数}/\text{整期天数})$ ”，经过天数不足一天的按一天计算。

- 2.2 保险金额** 保险金额是本公司承担给付保险金责任的最高限额。本公司将按照本合同关于保险责任的约定，确定实际给付的保险金额。
- 2.3 基本保险金额** 本合同的外购药品和医疗器械保险金、恶性肿瘤——重度先进医疗保险金、恶性肿瘤——重度海外就医保险金的基本保险金额由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。
- 2.4 保险期间** 本条款为不保证续保条款。  
本产品保险期间为一年。保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。  
本合同的保险期间从合同生效日零时起至合同期满日24时止。  
若保险期间届满时，本产品已停售，我们不再接受投保申请，但会向您提供投保其他保险产品的建议。
- 2.5 等待期** 从本合同生效之日起的30天内为等待期。  
被保险人在等待期内发生疾病，由此所产生的**医疗费用<sup>3</sup>**，无论此医疗费用是否发生在等待期内，我们不承担给付保险金的责任。以下情况无等待期：  
(1) 被保险人因**意外伤害<sup>4</sup>**进行治疗；  
(2) 您重新投保本产品的合同生效日为上一保证续保期间届满日的后一天。
- 2.6 保险责任** 本合同保险期间内，我们根据您和我们约定的保障计划，承担下列保险责任：  
**外购药品和医疗器械保险金** 被保险人因意外伤害或在等待期后经我们认可的**医院<sup>5</sup>**医生诊断，在必要的情况下因疾病或意外伤害于医院接受**住院<sup>6</sup>**治疗的，在住院期间因我们认可的医院没有治疗所必需的药品或医疗器械，对于被保险人凭主治医师开具的处方

<sup>3</sup> **医疗费用**：指为治疗疾病而产生的费用，包括但不限于治疗费用、药品费用、医疗器械费用、检验检测费用等。

<sup>4</sup> **意外伤害**：指外来的、突发的、非本意的、非由疾病引起的使身体受到伤害的客观事件。

<sup>5</sup> **医院**：指本公司指定医院（以我们官方网站上最新公布医院目录为准），以及满足下列所有条件的医院：（1）经中华人民共和国卫生行政部门评审确定的二级或以上的公立医院（不含港澳台医院）；（2）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施；（3）全天24小时有合格的医师和护士驻院提供医疗和护理服务；（4）不包括精神病院及专供康复、护理、疗养、戒酒、戒毒、养老等非以直接诊治病人为目的的医疗机构；（5）不包括互联网医院；（6）不包括本公司不予理赔的医院（以我们官方网站上最新公布信息为准，我们保留对不予理赔的医院清单做出适当调整的权利）。当被保险人因遭受意外伤害危及生命须急救时不受上述限制，但经急救处理伤情稳定后，必须及时转入本合同所指医院治疗。

<sup>6</sup> **住院**：指被保险人因疾病或意外伤害以及因此而产生的并发症，经医师诊断必须住院治疗，所住的病房为医院正式病房，并需办理入、出院手续，但不包括入住门（急）诊观察室、家庭病床、其它非正式病房、挂床住院及不合理的住院。其中挂床住院指被保险人非治疗需要，一次离开医院12小时以上；不合理住院指被保险人未达到入院标准而办理入院手续或已达到出院标准而不办理出院手续的情形，出入院标准按当地卫生部门规定的《病种质量管理标准》执行。

到院外我们认可的**药店**<sup>7</sup>购买而实际支出的**合理且必要**<sup>8</sup>的**外购药品**<sup>9</sup>费用或**外购医疗器械**<sup>10</sup>费用，在保障计划规定的限额内超出免赔额的部分，按照本合同约定的给付比例给付“外购药品和医疗器械保险金”。

我们承担保险金责任的外购药品必须同时满足以下要求：

- (1) 使用外购药品的**药品处方**<sup>11</sup>须由住院期间的主治医生开具，且处方药量不超过30天；
- (2) 处方开具的外购药品须属于被保险人当前治疗必备的药品，且与国家药品监督管理局批准的药品说明书所列明的适应症相符；
- (3) 外购药品须在我们认可的药店购买，且购买票据出自我们认可的药店。

我们承担保险金责任的外购医疗器械必须同时满足以下要求：

- (1) 使用外购医疗器械的**医疗器械处方**<sup>12</sup>须由住院期间的主治医生开具；
- (2) 处方开具的外购医疗器械须属于被保险人当前治疗必备的医疗器械，且与国家药品监督管理局批准的医疗器械说明书所列明的适应症相符；
- (3) 外购医疗器械须在我们认可的药店购买，且购买票据出自我们认可的药店。

保障计划未包含的医疗费用项目，我们不承担保险责任。我们累计给付的外购药品和医疗器械保险金之和以本合同约定的外购药品和医疗器械保险金基本保险金额为限。

### 恶性肿瘤—— 一重度先进 医疗保险金

被保险人在等待期后经医院**专科医生**<sup>13</sup>明确诊断初次罹患**恶性肿瘤——重度**<sup>14</sup>，对于被保险人用于治疗恶性肿瘤——重度而产生的合理且必要的先进医疗费用，在保障计划规定的限额内，按照本合同约定的给付比例给付“恶性肿瘤——重度先进医疗保险金”。

<sup>7</sup> **药店**：本公司认可的药店必须同时满足以下条件：(1)取得国家药品监督管理部门颁发的药品经营许可证；(2)该药店内有医师、执业药师等专业人员提供服务；(3)若该药店销售医疗器械，还需取得国家药品监督管理部门颁发的医疗器械经营许可证；不包括互联网药店。

<sup>8</sup> **合理且必要**：指同时满足下列要求：(1)治疗所必需的；(2)不超过安全、足量治疗原则的；(3)非试验性、研究性项目所产生的；(4)符合接受治疗当地通行的医疗标准。对是否合理且必要由我们根据客观、审慎、合理的原则进行核定，若被保险人对核定结果有不同意见，可委托双方认可的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

<sup>9</sup> **外购药品**：外购药品需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。但不包括营养补充类药品，美容及减肥类药品，以及指根据中医理论应用一种或多种中药材进行内服或外用的中草药（包括中草药饮片、中草药颗粒和中草药膏方等）。外购药品不包括针对恶性肿瘤治疗的药品。

<sup>10</sup> **外购医疗器械**：外购医疗器械需具有国家药品监督管理部门核发的医疗器械注册证书。外购医疗器械不包括义肢、轮椅、康复设备、按摩设备等需要长期使用或以舒适性、便利性为主要用途的设备。外购医疗器械不包括医用耗材。外购医疗器械不包括针对恶性肿瘤治疗的医疗器械。

<sup>11</sup> **药品处方**：指由专科医生在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书，含医疗机构病区用药医嘱单。

<sup>12</sup> **医疗器械处方**：指由专科医生在诊疗活动中为患者开具的作为患者使用医疗器械凭证的医疗文书，含医疗机构病区医疗器械医嘱单。

<sup>13</sup> **专科医生**：专科医生应当满足以下四项资格条件：(1)具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；(2)具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；(3)具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上的职称的《医师职称证书》；(4)在二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

<sup>14</sup> **恶性肿瘤——重度**：指符合“4.1 恶性肿瘤——重度”的定义。

先进医疗费用包括：恶性肿瘤——重度院外特定药品费用、恶性肿瘤——重度临床急需进口药品费用、恶性肿瘤——重度临床急需进口特定医疗器械费用、恶性肿瘤——重度特定疗法医疗费用、恶性肿瘤——重度院外基因检测费用、恶性肿瘤——重度院外类器官药敏检测费用。

#### （一）恶性肿瘤——重度院外特定药品费用

被保险人在等待期后经医院专科医生明确诊断初次罹患恶性肿瘤——重度，对于被保险人用于治疗恶性肿瘤——重度而产生的合理且必要的，满足以下条件的院外特定药品费用，在保障计划规定的限额内，按照约定的给付比例给付“恶性肿瘤——重度先进医疗保险金”。

我们承担保险金责任的院外特定药品必须同时满足以下要求：

- （1）使用院外特定药品的**药品处方**<sup>15</sup>须由二级及以上公立医院专科医生开具，且处方药量不超过30天；
- （2）处方开具的院外特定药品须属于被保险人当前治疗必备的药品，且与国家药品监督管理局批准的药品说明书所列明的适应症相符；
- （3）处方开具的院外特定药品须在我们与您约定的**院外特定药品目录**<sup>16</sup>内，且为本合同期满日前在国家药品监督管理局批准并已在中国上市的靶向药物和免疫治疗药物；
- （4）院外特定药品须在我们认可的药店购买，且购买票据出自我们认可的药店；
- （5）购买院外特定药品须提前申请，并经我们处方审核通过后，按约定的流程购买。

若保险金申请人未提前申请或处方审核未通过，我们不承担给付“恶性肿瘤——重度先进医疗保险金”的责任。

#### （二）恶性肿瘤——重度临床急需进口药品费用

被保险人在等待期后经医院专科医生明确诊断初次罹患恶性肿瘤——重度，对于被保险人用于治疗恶性肿瘤——重度而产生的合理且必要的，满足以下条件的**临床急需进口药品**<sup>17</sup>费用，在保障计划规定的限额内，按照约定的给付比例给付“恶性肿瘤——重度先进医疗保险金”。

我们承担保险金责任的临床急需进口药品必须同时满足以下要求：

- （1）使用临床急需进口药品的药品处方须由我们**指定医疗机构**<sup>18</sup>专科医生开

<sup>15</sup> **药品处方**：指由专科医生在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书，包括医疗机构病区用药医嘱单。

<sup>16</sup> **院外特定药品目录**：院外特定药品目录以我们官方网站上最新公布信息为准。我们保留对药品清单做出适当调整的权利，将根据医疗水平的发展对药品清单进行更新。

<sup>17</sup> **临床急需进口药品**：指因临床急需，经国家药品监督管理局及国家卫健委主管部门批准后，按照《临床急需药品临时进口工作方案》流程获批进口的药品。

<sup>18</sup> **指定医疗机构**：指定医疗机构名单以我们官方网站上最新公布信息为准。我们保留对指定医疗机构名单做出适当调整的权利。

具，且处方药量不超过30天；

- (2) 处方开具的临床急需进口药品须属于被保险人当前治疗必备的药品；
- (3) 临床急需进口药品须在我们指定医疗机构购买，且购买票据出自我们指定医疗机构。

### （三）恶性肿瘤——重度临床急需进口特定医疗器械费用

被保险人在等待期后经医院专科医生明确诊断初次罹患恶性肿瘤——重度，对于被保险人用于治疗恶性肿瘤——重度而产生的合理且必要的，满足以下条件的**临床急需进口特定医疗器械<sup>19</sup>**费用，在保障计划规定的限额内，按照约定的给付比例给付“恶性肿瘤——重度先进医疗保险金”。

我们承担保险金责任的临床急需进口特定医疗器械必须同时满足以下要求：

- (1) 使用临床急需进口特定医疗器械的处方必须由我们指定医疗机构专科医生开具；
- (2) 处方开具的临床急需进口特定医疗器械须属于被保险人当前治疗必备的医疗器械；
- (3) 处方开具的临床急需进口特定医疗器械须在我们与您约定的**临床急需进口特定医疗器械目录<sup>20</sup>**内；
- (4) 临床急需进口药品须在我们指定医疗机构购买，且购买票据出自我们指定医疗机构。

### （四）恶性肿瘤——重度特定疗法医疗费用

被保险人在等待期后经医院专科医生明确诊断初次罹患恶性肿瘤——重度，对于被保险人用于治疗恶性肿瘤——重度而产生的合理且必要的，满足以下条件的**特定疗法<sup>21</sup>**医疗费用，在保障计划规定的限额内，按照约定的给付比例给付“恶性肿瘤——重度先进医疗保险金”。

我们承担保险金责任的特定疗法必须同时满足以下要求：

- (1) 特定疗法须属于被保险人当前治疗必备的疗法；
- (2) 特定疗法须在我们认可的医院内进行，且医疗票据出自我们指认可的医院。

当保险期间届满时，被保险人尚未结束本次特定疗法治疗的，我们将继续承担因本次治疗产生的、**最高不超过本合同保险期间期满后三十日的特定疗法医疗费用。**

### （五）恶性肿瘤——重度院外基因检测费用

<sup>19</sup> **临床急需进口特定医疗器械**：指因临床急需，经国家药品监督管理局及国家卫健委主管部门批准后，按照《医疗机构临床急需医疗器械临时进口使用管理要求》流程获批进口的医疗器械。

<sup>20</sup> **临床急需进口特定医疗器械目录**：临床急需进口特定医疗器械目录以我们官方网站上最新公布信息为准。我们保留对医疗器械清单做出适当调整的权利，将根据医疗水平的发展对医疗器械清单进行更新。

<sup>21</sup> **特定疗法**：指质子重离子放射治疗、硼中子俘获疗法、近红外光免疫治疗、钷90微球疗法。

被保险人在等待期后经医院专科医生明确诊断初次罹患恶性肿瘤——重度，对于被保险人用于治疗恶性肿瘤——重度而产生的合理且必要的，满足以下条件的基因检测费用，在保障计划规定的限额内，按照约定的给付比例给付“恶性肿瘤——重度先进医疗保险金”。

我们承担保险金责任的基因检测必须同时满足以下要求：

- (1) 基因检测须是为了确定恶性肿瘤——重度用药方案所发生的；
- (2) 基因检测须在我们认可的**基因检测机构**<sup>22</sup>内进行，且检测票据须出自我们认可的基因检测机构。

因下列情形之一导致的基因检测费用，我们不承担赔付保险金的责任：

- (1) 未经医生建议自行进行的基因检测；
- (2) 所需进行的基因检测与确定恶性肿瘤——重度的用药方案无关。

#### （六）恶性肿瘤——重度院外类器官药敏检测费用

被保险人在等待期后经医院专科医生明确诊断初次罹患恶性肿瘤——重度，对于被保险人用于治疗恶性肿瘤——重度而产生的合理且必要的，满足以下条件的**类器官药敏检测**<sup>23</sup>费用，在保障计划规定的限额内，按照约定的给付比例给付“恶性肿瘤——重度先进医疗保险金”。

我们承担保险金责任的类器官药敏检测必须同时满足以下要求：

- (1) 类器官药敏检测须是为了确定恶性肿瘤——重度用药方案所发生的；
- (2) 类器官药敏检测须在我们认可的**类器官药敏检测机构**<sup>24</sup>内进行，且检测票据须出自我们认可的类器官药敏检测机构；
- (3) 类器官药敏检测仅限二线治疗及以上的治疗方案；
- (4) 类器官药敏检测仅适用于原发性恶性肿瘤——重度；
- (5) 药敏检测仅限于肝脏、结直肠、胃、肾脏、肺、食管、胆管和乳房。

因下列情形之一导致的类器官药敏检测费用，我们不承担赔付保险金的责任：

- (1) 未经医生建议自行进行的类器官药敏检测；
- (2) 所需进行的类器官药敏检测与确定恶性肿瘤——重度的用药方案无关。

保障计划未包含的医疗费用项目，我们不承担保险责任。我们累计给付的恶性肿瘤——重度先进医疗保险金之和以本合同约定的恶性肿瘤——重度先进医疗保险金基本保险金额为限。

**恶性肿瘤——** 被保险人在等待期后经医院专科医生明确诊断初次罹患恶性肿瘤——重度，

<sup>22</sup> **基因检测机构**：指在中华人民共和国境内（不含港澳台地区）具有合法有效资质且合法提供基因临床检验服务的检测机构，但不包括医院。

<sup>23</sup> **类器官药敏检测**：指利用患者自身的肿瘤干细胞在体外培养3D微型肿瘤，并将多种药物方案作用于患者来源的肿瘤类器官进行药效评估，从而筛选出治疗肿瘤的最佳药物方案，提高治疗效果。

<sup>24</sup> **类器官药敏检测机构**：指在中华人民共和国境内（不含港澳台地区）具有合法有效资质且合法提供类器官药敏检验服务的检测机构，但不包括医院。

**重度海外就医保险金** 对于被保险人用于治疗恶性肿瘤——重度而产生的合理且必要的，满足以下条件的海外就医费用，在保障计划规定的限额内，按照约定的给付比例给付“恶性肿瘤——重度海外就医保险金”。

我们承担保险金责任的海外就医必须同时满足以下要求：

- (1) 海外就医须在我们**指定海外医疗机构**<sup>25</sup>内进行，且就医票据出自我们指定海外医疗机构；
- (2) 在我们指定海外医疗机构进行就医前须进行提前申请，并经我们就医资格审核通过后，按约定的流程就医。

若保险金申请人未提前申请或者就医资格审核未通过，本公司不承担给付“恶性肿瘤——重度海外就医保险金”的责任。

海外就医费用包括：

- (1) **床位费**<sup>26</sup>、**膳食费**<sup>27</sup>、**护理费**<sup>28</sup>
- (2) **陪床费**<sup>29</sup>、**重症监护室费**<sup>30</sup>
- (3) **治疗费**<sup>31</sup>、**医生诊疗费**<sup>32</sup>
- (4) **非大型项目检查检验费**<sup>33</sup>、**大型项目检查检验费**<sup>34</sup>
- (5) **医疗设备使用费**<sup>35</sup>、**耐用医疗设备**<sup>36</sup>费
- (6) **手术费**<sup>37</sup>、**手术植入器材**<sup>38</sup>费、**器官移植费**<sup>39</sup>、**手术机器人费**<sup>40</sup>

<sup>25</sup> **指定海外医疗机构**：指定海外医疗机构名单以我们官方网站上最新公布信息为准。我们保留对指定海外医疗机构名单做出适当调整的权利。

<sup>26</sup> **床位费**：指住院期间实际发生的、不高于标准单人病房（或私人病房）的住院床位费用（不包括套房和家庭病床）。含空调费及垃圾处理费。

<sup>27</sup> **膳食费**：指根据医生的医嘱，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。膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并并在病房费等其他款项内。

<sup>28</sup> **护理费**：指住院期间由该医院执业护士根据医嘱所示的护理等级提供医疗护理所发生的护理费用。

<sup>29</sup> **陪床费**：指未满18周岁的被保险人住院期间其父亲或母亲（限一名）或女性被保险人住院期间其出生未满16周的新生儿陪同住院加床费以及医疗机构提供的膳食费。

<sup>30</sup> **重症监护室费**：指住院期间出于医学必要被保险人需在重症监护室进行合理且必要的医疗而产生的床位费用。

<sup>31</sup> **治疗费**：指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者的技术劳务费以及相关消耗品的费用，具体以就诊医院的费用项目划分为准。不包括西式理疗（物理治疗、职业治疗、语言治疗）、中式理疗（针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗、刮痧治疗）、手术治疗、质子重离子放射治疗、硼中子俘获疗法、近红外光免疫治疗、钇90微球疗法。

<sup>32</sup> **医生诊疗费**：指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的诊疗费用。

<sup>33</sup> **非大型项目检查检验费**：指实际发生的、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大型项目检查检验的医疗费用，包括诊查费、妇检费、造影类检查费（X线、DSA、消化道造影等）、心电图费、B超费、脑电图费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

<sup>34</sup> **大型项目检查检验费**：指实际发生的、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大型项目检查检验的医疗费用，包括CT费、PET-CT费、SPE-CT费、CTA费、MRI费、PET-MRI费、MRA费、MRCP费、穿刺类检查费、内窥镜检查费（包含胶囊内镜）、肺通气显像费、近红外脑功能成像费和激光共聚焦扫描费。

<sup>35</sup> **医疗设备使用费**：指在就诊医院以治疗疾病为目的，为提供必要的医学手段而使用医院拥有的医疗器械（不包括耐用医疗设备）所发生的费用。本项费用仅包括本公司指定的医院收取的费用（以收费票据为准）。

<sup>36</sup> **耐用医疗设备**：指在就诊医院购买并能出具医院发票的、满足基本医疗需要的康复设备、矫形支具等，包括但不限于腿、臂、背和颈支具，人造腿、臂、眼。发生因患癌症而行使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。

<sup>37</sup> **手术费**：指住院期间合理手术医疗费用，包括手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。若为因器官移植而发生的手术费用，则不包括器官本身的费用和获取器官过程中产生的费用。本项手术费不包含被保险人接受由医生确认为无需住院即可进行的日间手术治疗而产生的上述费用。

- (7) 重建手术费<sup>41</sup>
- (8) 药品费<sup>42</sup>
- (9) 海外转诊救护车费<sup>43</sup>、翻译费<sup>44</sup>

保障计划未包含的医疗费用项目，我们不承担保险责任。我们累计给付的恶性肿瘤——重度海外就医保险金之和以本合同约定的恶性肿瘤——重度海外就医保险金基本保险金额为限。

## 2.7 免赔额

免赔额指被保险人自行承担，本合同不予以赔偿的部分。本合同中所指的免赔额均指年度免赔额。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过基本医疗保险（不包括个人账户和个人账户共济）、**医疗救助**<sup>45</sup>和公费医疗获得的补偿不可用于抵扣免赔额。

外购药品及医疗器械保险金，恶性肿瘤——重度先进医疗保险金、恶性肿瘤——重度海外就医保险金无免赔额。

## 2.8 给付比例

本合同保险金给付比例详见下表：

情形	给付条件	给付比例
1	若被保险人在投保时选择以有基本医疗保险身份投保，且在医院就诊经基本医疗保险结算（涉及购买药品或医疗器械的详见情形3-6）	保障计划载明的赔付比例的100%
2	若被保险人在投保时选择以有基本医疗保险	保障计划载明的

<sup>38</sup> **手术植入器材**：指在就诊医院购买并能出具医院发票的、手术过程中由手术医生植入体内的组织相容性人工器材，包括：（1）塑形性植入器材：骨板/骨钉等组织固定材料、钛网/支架等组织成型材料、义乳/骨蜡等组织缺损的充填材料等；（2）功能性植入材料：人工器官、脑起搏器、心脏起搏器等，手术结束后如不经再次外科手术，该器材无法去除或重置。

<sup>39</sup> **器官移植费**：指在具备开展器官移植手术资质的医疗机构内经专科医生明确诊断，根据医学必需而接受的以被保险人为受体的器官移植和骨髓移植而产生的手术费、辅助治疗费、排异药品费、检验费等。但不包括任何寻找器官供体、配型、获取以及从供体切除器官、储藏、运送的相关费用，以及与不孕不育或者生殖医学相关的移植费用。

<sup>40</sup> **手术机器人费**：包括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。

<sup>41</sup> **重建手术费**：指为恢复身体外观，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。

<sup>42</sup> **药品费**：指实际发生的合理且必要的、由医生开具的、具有指定海外医疗机构所在国家核发的药品批准文号的药品费用，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，非医院药房购买的药品以及下列中药类药品：（1）指根据中医理论应用一种或多种中药材进行内服或外用的中草药，包括中草药饮片、中草药颗粒和中草药膏方；（2）用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等；（3）主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中草药品，如花旗参、冬虫草、白糖参、朝鲜红参、玳瑁、蛤蚧、珊瑚、狗宝、红参、人参、石斛、铁皮枫斗、琥珀、灵芝、羚羊角尖粉、鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、玛瑙、牛黄、麝香、西红花、藏红花、血竭、燕窝、野山参、移山参、珍珠（粉）、紫河车、阿胶、阿胶珠、血宝胶囊、红桃K口服液、十全大补丸、十全大补膏等；（4）主要起营养滋补作用的可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸、犀角、海马、胎盘、鞭、尾、筋、骨等。本项费用仅包括指定海外医疗机构收取的费用（以收费票据为准）。

<sup>43</sup> **海外转诊救护车费**：指住院前或住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的发生的送院或转院的救护车费。

<sup>44</sup> **翻译费**：被保险人在海外指定医疗机构就医时发生的与治疗相关的因医学翻译而产生的费用。

<sup>45</sup> **医疗救助**：指政府和社会对因病而无经济能力进行治疗或因支付数额庞大的医疗费用而陷入经济困难的居民实施专项帮助和经济支持的一项社会救助制度。

	身份投保，但在医院就诊未经基本医疗保险结算（涉及购买药品或医疗器械的详见情形3-6）	赔付比例的60%
3	若被保险人在投保时选择以有基本医疗保险身份投保，且购买基本医疗保险范围内的药品或医疗器械经基本医疗保险结算	保障计划载明的赔付比例的100%
4	若被保险人在投保时选择以有基本医疗保险身份投保，但购买基本医疗保险范围内的药品或医疗器械未经基本医疗保险结算	保障计划载明的赔付比例的60%
5	购买基本医疗保险范围外的药品或医疗器械，无论被保险人是否经基本医疗保险结算	保障计划载明的赔付比例的100%
6	外购药品或医疗器械，无论被保险人是否经基本医疗保险结算	保障计划载明的赔付比例的100%
7	若被保险人在投保时未选择以有基本医疗保险身份投保	保障计划载明的赔付比例的100%
8	在院外检测机构进行的检测，无论被保险人检测时是否经基本医疗保险结算	保障计划载明的赔付比例的100%
9	在海外医疗机构就诊，无论被保险人是否经基本医疗保险结算	保障计划载明的赔付比例的100%

经基本医疗保险结算指被保险人就诊、购买药品或医疗器械时使用了被保险人本人的医保实体卡或医保电子凭证进行结算，无论基本医疗保险结算金额是否为零。

## 2.8 补偿原则

本合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、医疗救助、公费医疗、工作单位、第三方侵权责任（包含法人）、本公司在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，我们将对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获补偿后的余额按照本合同的约定进行赔付。基本医疗保险个人账户（包含个人账户共济）部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

## ③ 我们不承担保险责任的情况

### 3.1 责任免除

因下列情形之一，导致被保险人产生医疗费用的，我们不承担给付各项保险金的责任：

- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

- (2) 被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (3) 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；
- (4) 被保险人殴斗、醉酒<sup>46</sup>，主动吸食或注射毒品<sup>47</sup>；
- (5) 被保险人酒后驾驶<sup>48</sup>、无合法有效驾驶证驾驶<sup>49</sup>，或驾驶无合法有效行驶证<sup>50</sup>的机动车<sup>51</sup>；
- (6) 精神和行为障碍治疗（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）确定的精神和行为障碍），以及各种医疗咨询和健康预测：如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询（如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等）；
- (7) 各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定费用；
- (8) 遗传性疾病<sup>52</sup>，先天性畸形、变形或染色体异常<sup>53</sup>；
- (9) 既往症及其并发症<sup>54</sup>、保险合同特别约定的除外疾病；
- (10) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病<sup>55</sup>，但因输血导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染、因职业关系导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染、因器官移植导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染的除外；
- (11) 被保险人感染性病；
- (12) 体检、疗养、视力矫正手术、斜视矫正手术、非意外事故所致的整容手术、各种美容整形项目，包括但不限于皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗、良性皮肤损害（雀斑、老年斑、痣、疣等）的治疗和去除。对上肢肘关节远端及面部静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕治疗 and 去除。纹身去除、皮肤变色的治疗或手术。激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗斑秃、白发、秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸以及各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗项目，包括但不限于平足及各种非功能性整容、整形和矫形手术费用。各种健美治疗项

<sup>46</sup> **醉酒**：指发生事故时当事人每百毫升血液中的酒精含量大于或等于80毫克。

<sup>47</sup> **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它能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。

<sup>48</sup> **酒后驾驶**：指经检测或鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

<sup>49</sup> **无合法有效驾驶证驾驶**：指下列情形之一：(1)没有取得驾驶资格；(2)驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；(3)持审验不合格的驾驶证驾驶；(4)持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习驾车。

<sup>50</sup> **无合法有效行驶证**：指下列情形之一：(1)机动车被依法注销登记的；(2)未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

<sup>51</sup> **机动车**：指以动力装置驱动或者牵引，供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆。

<sup>52</sup> **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。

<sup>53</sup> **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。

<sup>54</sup> **既往症及其并发症**：指在本合同生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状，及由该既往症导致的并发症。

<sup>55</sup> **感染艾滋病病毒或患艾滋病**：艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合症，英文缩写为AIDS。在人体血液或其它样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

目，如营养、减肥、增胖、增高及胃减容术（包括但不限于：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）；

- (13) 生长发育相关的治疗及检查，包括但不限于激素治疗、免疫治疗；
  - (14) **顺势治疗**<sup>56</sup>；
  - (15) 不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症，但针对宫外孕和意外伤害导致流产的治疗除外；
  - (16) 包皮环切术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；
  - (17) **辅助生殖并发症**<sup>57</sup>和**包皮环切术并发症**<sup>58</sup>；
  - (18) 牙科保健与牙科疾病的治疗、口腔科保健口腔科疾病的治疗，但针对口腔肿瘤的治疗除外；
  - (19) 被保险人参加**潜水**<sup>59</sup>、跳伞、**攀岩**<sup>60</sup>、驾驶滑翔机或滑翔伞、**探险**<sup>61</sup>、摔跤、**武术比赛**<sup>62</sup>、**特技表演**<sup>63</sup>、赛马、赛车等高风险运动；
  - (20) 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）；
  - (21) 保险人接受实验性治疗，即未经科学或医学认可的医疗；
  - (22) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
  - (23) 核爆炸、核辐射或核污染。
- 符合以下任一条件的相关医疗费用，我们不承担保险责任：
- (1) 未经医生建议自行进行的任何治疗或未经医生处方自行购买的药品或医疗器械；
  - (2) 虽然有医生处方，但剂量超过30天部分的药品费用或剂量超过医生处方用量部分的药品费用；
  - (3) 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**<sup>64</sup>后仍继续购买该药品；

<sup>56</sup> **顺势治疗**：指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。

<sup>57</sup> **辅助生殖并发症**：指被保险人因接受临床辅助生殖技术而导致的并发症，包括卵巢过度刺激综合症、取卵出血和感染、异位妊娠等。针对并发症的治疗须发生在促排卵、取卵、胚胎移植、妊娠早期阶段，不包括妊娠中晚期（孕期13周及以上）和产后阶段。

<sup>58</sup> **包皮环切术并发症**：指被保险人因接受包皮环切术而导致的并发症，包括伤口感染、阴茎坏死、尿道瘘等。

<sup>59</sup> **潜水**：指使用辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。

<sup>60</sup> **攀岩**：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

<sup>61</sup> **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，而故意使自己置身于其中的行为，如：江河漂流、登山、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。

<sup>62</sup> **武术比赛**：指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。

<sup>63</sup> **特技表演**：指进行马术、杂技、驯兽等表演。

<sup>64</sup> **耐药**：指以下两种情况之一：(1) 实体肿瘤病灶按照《实体瘤治疗疗效评价标准（RECIST）》出现疾病进展，即定义为耐药；(2) 非实体肿瘤（包含白血病、多发性骨髓瘤、淋巴瘤等血液系统恶性肿瘤）在临床上常无明确的肿块或者肿块较小难以发现，经规范治疗后，按权威医学机构（如中国临床肿瘤学会、中华医学会血液分会等）的指南规范，对患者的骨髓形态学、流式细胞、特定基因检测等结果进行综合评价，得出疾病进展的结论，即定义为耐药。

- (4) 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；
- (5) 中草药泡制的各类酒制剂涉及的费用；
- (6) 预防、休养或疗养、医疗咨询、健康体检、保健性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用，自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方的医疗器械；
- (7) 自动轮椅或自动床、舒适设备（如电话托臂和床上多用桌）费，空气质量或温度调控设备（如湿度调节器、除湿器和空气净化器）费，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费；
- (8) 因**医疗事故**<sup>65</sup>导致的医疗费用。

**3.2 其它免责条款** 除“3.1 责任免除”外，本合同中还有一些免除保险人责任的条款，详见条款及脚注中背景突出显示的内容。

## ④ 恶性肿瘤——重度

**4.1 恶性肿瘤——重度** 指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经**组织病理学检查**<sup>66</sup>（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）<sup>67</sup>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）<sup>68</sup>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；

<sup>65</sup> **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、常规，过失造成患者人身损害的事故。

<sup>66</sup> **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。需要明确的是，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。

<sup>67</sup> **（ICD-10）**：指《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。

<sup>68</sup> **《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）**：《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。

- 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<sup>69</sup>为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；
  - (3) TNM分期为T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>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。

## 5 保险金的申请

5.1 受益人 除另有约定外，本合同各项保险金的受益人为被保险人本人。

5.2 保险事故通知 您或受益人在知道保险事故发生后应当在10日内通知我们。  
如果您或受益人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，我们对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但我们通过其它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。

5.3 保险金申请 在申请保险金时，请按照下列方式办理：

**外购药品和医疗器械保险金、恶性肿瘤——重度先进医疗保险金、恶性肿瘤——重度海外就医保险金的申请** 在申请各项保险金时，申请人须填写理赔申请书，并须提供下列证明和资料：

- (1) 保险合同；
- (2) 申请人的有效身份证件；
- (3) 医院出具的医疗诊断书、医疗病历或出院小结、检验检查报告及药品明细处方；
- (4) 医院出具的医疗费用原始凭证和医疗费用结算清单（被保险人享有基本医疗保险保障的，需包含按基本医疗保险有关规定取得医疗费用补偿的证明）；
- (5) 罹患恶性肿瘤——重度的，还需要医院专科医生出具的附有病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告的疾病诊断证明书，接受外科手术的，还需要提供外科手术证明文件，接受质子重离子放射治疗、硼

<sup>69</sup> **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指有无其它脏器的转移情况。甲状腺癌的TNM分期采用目前现行的AJCC第八版定义标准，我国国家卫生健康委员会2018年发布的《甲状腺癌诊疗规范（2018年版）》也采用此定义标准，具体见附表。

中子俘获疗法、近红外光免疫治疗、钇90微球疗法的，还需要提供接受相应治疗的证明文件；

(6) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其它证明和资料。

受益人申请各项保险金时，我们若有疑义，我们可以委托相关鉴定机构对被保险人的身体予以鉴定，其鉴定费用由我们负担。以上证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知申请人补充提供有关的证明和资料。

#### 5.4 保险金给付

我们在收到理赔申请书及合同约定的有关证明和资料后，将在5日内作出核定；情形复杂的，在30日内作出核定。对属于保险责任的，我们在与受益人达成给付保险金的协议后10日内，履行给付保险金义务。

我们未及时履行前款规定义务的，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的损失。

赔偿损失范围和损失计算方法：按赔偿当时最近一次中国人民银行公布的金融机构人民币一年期定期存款基准利率以单利方式计算并支付逾期给付保险金的利息损失。

对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起3日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

我们在收到理赔申请书及有关证明和资料之日起60日内，对给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；我们最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

对于恶性肿瘤——重度先进医疗保险金下的恶性肿瘤——重度院外特定药品费用，我们会通过指定的第三方服务供应商与提供药品的药店进行结算，我们不再向受益人给付保险金。

对于恶性肿瘤——重度海外就医保险金下的海外就医费用，我们会通过指定的第三方服务供应商与提供医疗服务的海外医疗机构进行结算，我们不再向受益人给付保险金。

#### 5.5 诉讼时效

受益人向我们请求给付保险金的诉讼时效期间按相关法律法规执行，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

## ⑥ 保险费的支付

#### 6.1 保险费的支付

本合同的保险费按照基本保险金额和约定的费率标准确定。  
本合同保险费支付方式由您和我们约定并在保险单上载明。

## ⑦ 其它需要关注的事项

- 7.1 明确说明与如实告知** 订立本合同时，我们应向您说明本合同的内容。
- 对保险条款中免除我们责任的条款，我们在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起您注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向您作出明确说明，未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。
- 我们就您或被保险人的有关情况提出书面询问，您应当如实告知。
- 如果您故意或者因重大过失不履行前款规定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本合同；
- 如果您故意不履行如实告知义务，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。
- 如果您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，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。
- 我们在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。
- 7.2 本公司合同解除权的限制** 前条规定的合同解除权，自我们知道有解除事由之日起，超过30日不行使而消灭。自本合同成立之日起超过2年的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。
- 7.3 投保年龄** 指您投保时被保险人的年龄，投保年龄以**周岁**<sup>70</sup>计算。
- 7.4 年龄性别错误** 您在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保单上填明，如果发生错误按照下列方式办理：
- (1) 您申报的被保险人年龄或性别不真实，并且其真实年龄或性别不符合本合同约定投保年龄限制的，我们有权解除合同，并向您退还保险合同的现金价值。我们行使合同解除权适用“本公司合同解除权的限制”规定；
  - (2) 您申报的被保险人年龄或性别不真实，致使您实付保险费少于应付保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付；
  - (3) 您申报的被保险人年龄或性别不真实，致使您实付保险费多于应付保险费的，我们会将多收的保险费退还给您。

<sup>70</sup> **周岁**：指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。

- 7.5 合同内容变更** 在本合同有效期内，经您与我们协商一致，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，应当由我们在保险合同或者其它保险凭证上批注或者附贴批单。
- 7.6 地址变更** 为了保障您的合法权益，您的住所或通讯地址变更时，请及时以书面形式或双方认可的其它形式通知我们。若您未以书面形式或双方认可的其它形式通知我们，我们按本合同载明的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达给您。
- 7.7 争议处理** 本合同履行过程中，双方发生争议时，由当事人协商解决，协商不成的，当事人可依达成的仲裁协议通过仲裁解决。无仲裁协议或者仲裁协议无效的，可依法向人民法院提起诉讼。

## 【附表一】甲状腺癌的 TNM 分期

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

甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hürthle细胞癌和未分化癌

pT<sub>x</sub>: 原发肿瘤不能评估

pT<sub>0</sub>: 无肿瘤证据

pT<sub>1</sub>: 肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T<sub>1a</sub>肿瘤最大径≤1cm

T<sub>1b</sub>肿瘤最大径>1cm, ≤2cm

pT<sub>2</sub>: 肿瘤2~4cm

pT<sub>3</sub>: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT<sub>3a</sub>: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内

pT<sub>3b</sub>: 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

pT<sub>4</sub>: 大体侵犯甲状腺外带状肌外

pT<sub>4a</sub>: 侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT<sub>4b</sub>: 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pT<sub>x</sub>: 原发肿瘤不能评估

pT<sub>0</sub>: 无肿瘤证据

pT<sub>1</sub>: 肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T<sub>1a</sub>肿瘤最大径≤1cm

T<sub>1b</sub>肿瘤最大径>1cm, ≤2cm

pT<sub>2</sub>: 肿瘤2~4cm

pT<sub>3</sub>: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT<sub>3a</sub>: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内

pT<sub>3b</sub>: 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

pT<sub>4</sub>: 进展期病变

pT<sub>4a</sub>: 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<sub>4b</sub>: 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<sub>x</sub>: 区域淋巴结无法评估

pN<sub>0</sub>: 无淋巴结转移证据

pN<sub>1</sub>: 区域淋巴结转移

pN<sub>1a</sub>: 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<sub>1b</sub>: 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

M<sub>0</sub>: 无远处转移

M<sub>1</sub>: 有远处转移

乳头状或滤泡状癌（分化型）

年龄<55岁

I期

T

任何

N

任何

M

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。

## 【附表二】保障计划表

单位：人民币元

适用医疗机构	本公司认可的医院、指定医疗机构、指定海外医疗机构
<b>外购药品和医疗器械保险金（必选）</b>	
基本保险金额	5万
赔付比例	100%
免赔额	0元
（一）外购药品费用	含
（二）外购医疗器械费用	含
<b>恶性肿瘤——重度先进医疗保险金（必选）</b>	
基本保险金额	200万
赔付比例	100%
免赔额	0元
（一）恶性肿瘤——重度院外特定药品费用	含
（二）恶性肿瘤——重度临床急需进口药品费用	含
（三）恶性肿瘤——重度临床急需进口特定医疗器械费用	含
（四）恶性肿瘤——重度特定疗法医疗费用	含
（五）恶性肿瘤——重度院外基因检测费用	限1次，限额3万
（六）恶性肿瘤——重度院外类器官药敏检测费用	限1次
<b>恶性肿瘤——重度海外就医保险金（必选）</b>	
基本保险金额	200万
赔付比例	100%
免赔额	0元
床位费、膳食费、护理费	含
陪床费、重症监护室费	含
治疗费、医生诊疗费	含
非大型项目检查检验费、大型项目检查检验费	含
医疗设备使用费、耐用医疗设备费	含
手术费、手术植入器材费、器官移植费、手术机器人费	含
重建手术费	含
药品费	含
海外转诊救护车费、翻译费	含

君龙人寿[2026]医疗保险 30 号

# 君龙门诊无忧 2.0A 款医疗保险（互联网）条款



请扫描以查询验证条款

## 阅读指引

本阅读指引有助于您理解条款，对《君龙门诊无忧2.0A款医疗保险（互联网）》合同内容的解释以条款为准

### 🔑 您拥有的重要权益

- ❖ 收到本合同电子保险单次日起 15 日（即犹豫期）内您可以要求无息退还您所缴纳的保险费。 1.5
- ❖ 您有退保的权利。 1.6
- ❖ 被保险人可以享受本合同提供的保障。 2.6

### 🔑 您应当特别注意的事项

- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策。 1.6
- ❖ 我们对免除保险人责任或与您有重大利害关系的条款作了特别提示，详见条款正文及脚注中背景突出部分。 3
- ❖ 保险事故发生后请您及时通知我们。 4.1
- ❖ 您应当按时支付保险费。 5.1
- ❖ 您有如实告知的义务。 6.1

🔑 条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本条款。

# 君龙门诊无忧 2.0A 款医疗保险（互联网）条款

## 条款目录

<p><b>1 合同构成与合同解除</b></p> <p>1.1 合同构成</p> <p>1.2 保险合同成立与生效</p> <p>1.3 投保年龄</p> <p>1.4 投保范围</p> <p>1.5 犹豫期</p> <p>1.6 犹豫期后解除合同(退保)的手续及风险</p> <p><b>2 我们提供的保障</b></p> <p>2.1 保障计划</p> <p>2.2 保险金额</p> <p>2.3 基本保险金额</p> <p>2.4 保险期间</p> <p>2.5 等待期</p> <p>2.6 保险责任</p> <p>2.7 免赔额</p> <p>2.8 给付比例</p> <p>2.9 补偿原则</p> <p><b>3 我们不承担保险责任的情况</b></p> <p>3.1 责任免除</p> <p>3.2 其它免责或重大利害关系条款</p>	<p><b>4 保险金的申请</b></p> <p>4.1 受益人</p> <p>4.2 保险事故通知</p> <p>4.3 保险金申请</p> <p>4.4 保险金给付</p> <p>4.5 诉讼时效</p> <p><b>5 保险费的支付</b></p> <p>5.1 保险费的支付</p> <p><b>6 其它需要关注的事项</b></p> <p>6.1 明确说明与如实告知</p> <p>6.2 本公司合同解除权的限制</p> <p>6.3 年龄性别错误的处理</p> <p>6.4 合同内容变更</p> <p>6.5 联系方式变更</p> <p>6.6 争议处理</p> <p>6.7 合同效力终止</p> <p><b>【附表一】保障计划表</b></p>
---	--

# 君龙门诊无忧 2.0A 款医疗保险（互联网）条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指君龙人寿保险有限公司，“本合同”指您与我们之间订立的“君龙门诊无忧2.0A款医疗保险(互联网)保险合同”。

## ① 合同构成与合同解除

- 1.1 合同构成** 本合同是您与我们约定保险权利义务关系的协议，包括本保险条款、保险单或其它保险凭证、投保单、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单、保障计划表(若有)及其它您与我们共同认可的书面协议。
- 1.2 保险合同成立与生效** 您提出保险申请、我们同意承保，本合同成立。  
合同生效日期在保险单上载明。**保险费约定支付日<sup>1</sup>**以该日期计算。
- 1.3 投保年龄** 指您投保时被保险人的年龄，投保年龄以**周岁<sup>2</sup>**计算。  
本合同接受的首次投保年龄为0周岁至64周岁，**投保时被保险人为0周岁的，应当为出生满28日且已出院的婴儿。**  
首次投保后，被保险人年满100周岁前(含100周岁)，保险期间届满，投保人重新向我们申请投保本产品，并经我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。
- 1.4 投保范围** 您可以为您本人或您的**家庭成员<sup>3</sup>**投保本保险，投保本保险时，您或被保险人满足以下任一条件可形成家庭保单：  
(1) 您或被保险人有为您本人或您的家庭成员投保本公司的**长期保险<sup>4</sup>**；  
(2) 您的家庭成员有为您本人或被保险人投保本公司的长期保险；  
(3) 您为您本人或您的家庭成员**同时投保<sup>5</sup>**本保险。
- 1.5 犹豫期** 自您收到本合同电子保险单次日起(该次日为犹豫期首日)，有15日的犹豫期。在此期间，请您认真审视本合同，如果您认为本合同与您的需求不相符，您可以在此期间提出解除本合同，我们将无息退还您所缴纳的保险费。

<sup>1</sup> **保险费约定支付日**：指保险合同生效日在每月、每季、每半年或每年（根据支付方式确定）的对应日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。

<sup>2</sup> **周岁**：指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为0周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。

<sup>3</sup> **家庭成员**：本合同中家庭成员仅指投保人的子女、父母、投保人在投保时具有合法婚姻关系的配偶及配偶的父母。

<sup>4</sup> **长期保险**：指与本公司订立的保险期间在一年以上或保险期间虽为一年但保证续保的保险合同，且该保险合同在投保或续保本保险时未终止、未处于犹豫期、未处于效力中止期间。

<sup>5</sup> **同时投保**：指在一次投保行为中为两名或两名以上符合本保险约定条件的被保险人申请投保且所有被保险人均被我们同意承保。

解除合同时，您需要以我们认可的方式提交申请，经我们核实您的身份信息及与我们的保险合同关系后，我们为您办理犹豫期内退保。您提交申请解除合同之日起，本合同即被解除，我们自本合同生效日起不承担保险责任。

- 1.6 犹豫期后解除合同(退保)的手续及风险** 如您在犹豫期后申请解除保险合同，您需要以我们认可的方式提交申请，经我们核实您的身份信息及与我们的保险合同关系后，我们为您办理退保。您提交申请解除合同之日起，本合同终止。我们自收到解除合同申请之日起30日内向您退还保险合同的**现金价值**<sup>6</sup>。  
您犹豫期后解除合同可能会遭受一定损失。

## ② 我们提供的保障

- 2.1 保障计划** 保障计划由您在投保时与我们约定，在保险单上载明。保险期间内，保障计划一经选定，不得变更。您与我们约定的保障计划中各保险责任涉及的基本保险金额、赔付限额、各费用项目累计赔付限额、赔付比例等内容在本合同中的保障计划表上载明。
- 2.2 保险金额** 保险金额是本公司承担给付保险金责任的最高限额。本公司将按照本合同关于保险责任的约定，确定实际给付的保险金额。
- 2.3 基本保险金额** 本合同的基本保险金额由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。如该金额有所变更，以变更后的基本保险金额为准。
- 2.4 保险期间** 本条款为不保证续保条款。  
本产品保险期间为一年。保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。
- 2.5 等待期** 从本合同生效之日起的30天内为等待期。  
被保险人在等待期内发生疾病，由此所产生的**医疗费用**<sup>7</sup>，无论此医疗费用是否发生在等待期内，我们不承担给付保险金的责任。以下情况无等待期：  
(1) 被保险人因**意外伤害**<sup>8</sup>进行治疗；  
(2) 您重新投保本合同的合同生效日为上一保险期间合同期满日的后一天；  
(3) 您已经投保本公司指定产品，并经我们审核同意首次投保本产品。

<sup>6</sup> **现金价值**：其计算公式为“期交保险费×(1-35%)×(1-当期已经过天数/整期天数)”，经过天数不足一天的按一天计算。

<sup>7</sup> **医疗费用**：指为治疗疾病而产生的费用，包括但不限于治疗费用、药品费用、医疗器械费用、检验检测费用等。

<sup>8</sup> **意外伤害**：指外来的、突发的、非本意的、非由疾病引起的使身体受到伤害的客观事件。

**2.6 保险责任** 本合同保险期间内，我们根据您和我们约定的保障计划，承担下列保险责任：

**门急诊医疗保险金** 被保险人因意外伤害或在等待期后罹患疾病，经我们认可的**医院**<sup>9</sup>医生诊断，在必要的情况下于医院接受**门急诊治疗**<sup>10</sup>的，对于被保险人**每次就诊**<sup>11</sup>实际支出的**合理且必要**<sup>12</sup>的门急诊医疗费用，在保障计划规定的限额内超出免赔额的部分，按照本合同约定的给付比例给付“门急诊医疗保险金”。  
本项责任对医疗网络、赔付比例、赔付限额、赔付次数有所限制，详见保障计划表。

门急诊医疗费用包括：

- (1) 挂号费、医生诊疗费<sup>13</sup>
- (2) 治疗费
- (3) 非大型项目检查检验费<sup>14</sup>、大型项目检查检验费<sup>15</sup>
- (4) 医疗设备使用费<sup>16</sup>、耐用医疗设备<sup>17</sup>费
- (5) 门诊手术费<sup>18</sup>

<sup>9</sup> **医院**：指本公司指定医院（以我们官方网站上最新公布医院目录为准），以及满足下列所有条件的医院：（1）经中华人民共和国卫生行政部门评审确定的二级或以上的公立医院（不含港澳台医院）；（2）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施；（3）全天24小时有合格的医师和护士驻院提供医疗和护理服务；（4）不包括精神病院及专供康复、护理、疗养、戒酒、戒毒、养老等非以直接诊治病人为目的的医疗机构；（5）不包括互联网医院；（6）不包括本公司不予理赔的医院（以我们官方网站上最新公布信息为准，我们保留对不予理赔的医院清单做出适当调整的权利）。当被保险人因遭受意外伤害危及生命须急救时不受上述限制，但经急救处理伤情稳定后，必须及时转入本合同所指医院治疗。本公司指定医院目录和不予理赔的医院目录将动态更新，被保险人就医前有义务通过官方网站或客服电话查询并确认就诊医院是否在目录内，目录更新不影响更新前已发生的保险事故的赔付。

<sup>10</sup> **门急诊治疗**：指确因临床需要，正式办理挂号手续，并确实在医疗机构的门诊部或急诊部接受治疗的行为过程，但不包括休养、疗养、身体检查和健康护理等非治疗性行为。

<sup>11</sup> **每次就诊**：被保险人同一自然日内（零时起至24时止）在同一医院同一科室进行的门诊或急诊治疗，视为一次就诊。不同自然日内（零时起至24时止）或不同医院或同一医院不同科室进行的门诊或急诊治疗视为不同次就诊。

<sup>12</sup> **合理且必要**：指同时满足下列要求：（1）治疗所必需的；（2）不超过安全、足量治疗原则的；（3）非试验性、研究性项目所产生的；（4）符合接受治疗当地通行的医疗标准。对是否合理且必要由我们根据客观、审慎、合理的原则进行核定，若被保险人对核定结果有不同意见，可委托双方认可的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

<sup>13</sup> **医生诊疗费**：指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的诊疗及诊查费用（不含多学科会诊费用）。

<sup>14</sup> **非大型项目检查检验费**：指实际发生的、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大型项目检查检验的医疗费用，包括诊查费、妇检费、造影类检查费（X线、DSA、消化道造影等）、心电图费、B超费、脑电图费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

<sup>15</sup> **大型项目检查检验费**：指实际发生的、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大型项目检查检验的医疗费用，包括CT费、PET-CT费、SPE-CT费、CTA费、MRI费、PET-MRI费、MRA费、MRCP费、穿刺类检查费、内窥镜检查费（包含胶囊内镜）、肺通气显像费、近红外脑功能成像费和激光共聚焦扫描费。

<sup>16</sup> **医疗设备使用费**：指在就诊医院以治疗疾病为目的，为提供必要的医学手段而使用医院拥有的医疗器械（不包括耐用医疗设备）所发生的费用。本项费用仅包括本公司指定的医院收取的费用（以收费票据为准）。

<sup>17</sup> **耐用医疗设备**：指在就诊医院购买并能出具医院发票的、满足基本医疗需要的康复设备、矫形支具等，包括但不限于腿、臂、背和颈支具，人造腿、臂、眼。发生因患癌症而行使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。

<sup>18</sup> **门诊手术费**：指被保险人在门诊部或急诊部完成的手术或操作。门诊手术费包括外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。但不包括以下手术或操作：（1）活检、穿刺、造影等创伤性检查；（2）腔镜检查、康复性手术、射频消融治疗；（3）激光、冷冻、光动力、电灼疗法等物理治疗。

- (6) 药品费<sup>19</sup>、中草药费<sup>20</sup>
- (7) 西式理疗费(物理治疗<sup>21</sup>、职业治疗<sup>22</sup>、语言治疗<sup>23</sup>)、中式理疗<sup>24</sup>费
- (8) 非正式住院的留院观察费
- (9) 紧急牙科治疗费<sup>25</sup>

若保障计划为计划一，我们不承担中草药费、西式理疗费、中式理疗费。若保障计划为计划二，我们承担中草药费、西式理疗费、中式理疗费。

保障计划未包含的费用项目，我们不承担给付保险金的责任。

我们累计给付的“门急诊医疗保险金”之和以本合同约定的“门急诊医疗保险金”基本保险金额为限。同一保险期间内，我们累计给付的“门急诊医疗保险金”之和达到“门急诊医疗保险金”基本保险金额后，本合同终止。

## 2.7 免赔额

本合同免赔额指在本合同保险期间内发生的，虽属于门急诊医疗保险金责任范围内的医疗费用，但依照本合同约定仍需被保险人自行承担，本合同不予以赔偿的部分。

本合同中所指的免赔额均指每次就诊免赔额。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过基本医疗保险(不包括个人账户和

<sup>19</sup> **药品费**：指实际发生的合理且必要的、由医生开具的、具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用，但不包括营养补充类药品，免疫功能调节类药品，细胞免疫疗法类药品，美容及减肥类药品，预防类药品，非医院药房购买的药品以及下列中药类药品：（1）指根据中医理论应用一种或多种中药材进行内服或外用的中草药，包括中草药饮片、中草药颗粒和中草药膏方；（2）用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等；（3）主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中草药品，如花旗参、冬虫草、白糖参、朝鲜红参、玳瑁、蛤蚧、珊瑚、狗宝、红参、人参、石斛、铁皮枫斗、琥珀、灵芝、羚羊角尖粉、鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、玛瑙、牛黄、麝香、西红花、藏红花、血竭、燕窝、野山参、移山参、珍珠（粉）、紫河车、阿胶、阿胶珠、血宝胶囊、红桃K口服液、十全大补丸、十全大补膏等；（4）主要起营养滋补作用的可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸、犀角、海马、胎盘、鞭、尾、筋、骨等。本项费用仅包括本公司认可的医院收取的费用（以收费票据为准）。

<sup>20</sup> **中草药费**：指根据中医理论应用一种或多种中药材进行内服或外用的中草药，包括中草药饮片、中草药颗粒和中草药膏方，不包括主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中草药品，如花旗参、冬虫草、白糖参、朝鲜红参、玳瑁、蛤蚧、珊瑚、狗宝、红参、人参、石斛、铁皮枫斗、琥珀、灵芝、羚羊角尖粉、鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、玛瑙、牛黄、麝香、西红花、藏红花、血竭、燕窝、野山参、移山参、珍珠（粉）、紫河车、阿胶、阿胶珠、血宝胶囊、红桃K口服液、十全大补丸、十全大补膏等。含煎药费用。本项费用仅包括本公司认可的医院收取的费用（以收费票据为准）。

<sup>21</sup> **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。不包括泥疗，蜡敷治疗，气泡浴与药物浸浴治疗。

<sup>22</sup> **职业治疗**：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。

<sup>23</sup> **语言治疗**：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（包括为治疗吞咽障碍由语言治疗师实施的电子喉镜检查）。

<sup>24</sup> **中式理疗**：指以治疗疾病为目的，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等。但不包括泥疗，蜡敷治疗，气泡浴与药物浸浴治疗。

<sup>25</sup> **紧急牙科治疗费**：指在意外伤害发生后14日内，因该意外伤害导致牙齿损伤而在医院门诊部或急诊部接受清创、止血、止痛、拔残根而产生的治疗费、医生诊疗费、检查检验费、药品费和麻醉费，但不包括任何牙齿修复、牙齿种植和牙齿整形的费用。

个人账户共济)、**医疗救助**<sup>26</sup>和公费医疗获得的补偿不可用于抵扣免赔额。

本合同不同保障计划下的免赔额有所不同，详见下表：

保障计划	计划一	计划二
每次就诊免赔额	前3次0元、第4次开始100元	前5次0元、第6次开始200元

举例来说：若被保险人选择计划一，每次就诊免赔额为前3次0元、第4次开始100元，若被保险人第一次就诊自行承担的门急诊医疗保险金责任范围内的医疗费用为500元，针对本次就诊门急诊医疗保险金责任范围内的医疗费用，理赔金额为500元乘以给付比例。若被保险人第四次就诊自行承担的门急诊医疗保险金责任范围内的医疗费用为500元，针对本次就诊门急诊医疗保险金责任范围内的医疗费用，理赔金额为400元乘以给付比例。

若被保险人选择计划二，每次就诊免赔额为前5次0元、第6次开始200元，若被保险人第一次就诊自行承担的门急诊医疗保险金责任范围内的医疗费用为1000元，针对本次就诊门急诊医疗保险金责任范围内的医疗费用，理赔金额为1000元乘以给付比例。若被保险人第六次就诊自行承担的门急诊医疗保险金责任范围内的医疗费用为1000元，针对本次就诊门急诊医疗保险金责任范围内的医疗费用，理赔金额为800元乘以给付比例。

## 2.8 给付比例

本合同保险金给付比例详见下表：

情形	给付条件	给付比例
1	若被保险人在投保时选择以有基本医疗保险身份投保，且就诊或购买基本医疗保险范围内的药品或医疗器械时经基本医疗保险结算	保障计划载明的赔付比例的100%
2	若被保险人在投保时选择以有基本医疗保险身份投保，但因医院不支持基本医疗保险结算导致被保险人就诊或购买基本医疗保险范围内的药品或医疗器械时未经基本医疗保险结算	保障计划载明的赔付比例的100%
3	若被保险人在投保时选择以有基本医疗保险身份投保，但就诊或购买基本医疗保险范围内的药品或医疗器械时未经基本医疗保险结算(非因医院不支持基本医疗保险结算)	保障计划载明的赔付比例的60%

<sup>26</sup> **医疗救助**：指政府和社会对因病而无经济能力进行治疗或因支付数额庞大的医疗费用而陷入经济困难的居民实施专项帮助和经济支持的一项社会救助制度。

4	若被保险人在投保时未选择以有基本医疗保险身份投保	保障计划载明的赔付比例的100%
5	购买基本医疗保险范围外的药品或医疗器械，无论被保险人是否经基本医疗保险结算	保障计划载明的赔付比例的100%

经基本医疗保险结算指被保险人就诊时或购买药品或医疗器械时使用了被保险人本人的医保实体卡或医保电子凭证进行结算，无论基本医疗保险结算金额是否为零。

## 2.9 补偿原则

本合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径获得医疗费用补偿，我们将对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获补偿后的余额按照本合同的约定进行赔付。基本医疗保险个人账户（包含个人账户共济）部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

## ③ 我们不承担保险责任的情况

### 3.1 责任免除

因下列情形之一，导致被保险人产生医疗费用的，我们不承担给付各项保险金的责任：

- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (3) 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；
- (4) 被保险人**殴斗<sup>27</sup>、醉酒<sup>28</sup>**，主动吸食或注射**毒品<sup>29</sup>**；
- (5) 被保险人**酒后驾驶<sup>30</sup>、无合法有效驾驶证驾驶<sup>31</sup>**，或**驾驶无合法有效行驶证<sup>32</sup>的机动车<sup>33</sup>**；
- (6) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

<sup>27</sup> **殴斗**：指双方或多方通过拳脚、器械等武力以求制胜的行为。殴斗的认定，如有司法机关、公安部门的有关法律文件，则以上述法律文件为准。

<sup>28</sup> **醉酒**：指发生事故时当事人每百毫升血液中的酒精含量大于或等于80毫克。

<sup>29</sup> **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它能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。

<sup>30</sup> **酒后驾驶**：指经检测或鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》或道路交通相关法规的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

<sup>31</sup> **无合法有效驾驶证驾驶**：指下列情形之一：（1）没有取得中华人民共和国有关主管部门颁发或者认可的驾驶资格证件；（2）驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；（3）持审验不合格的驾驶证驾驶；（4）持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习驾车。

<sup>32</sup> **无合法有效行驶证**：指下列情形之一：（1）机动车被依法注销登记的；（2）未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

<sup>33</sup> **机动车**：指以动力装置驱动或者牵引，上道路行驶的供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆或履带车辆。

- (7) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (8) 精神和行为障碍治疗(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)确定的精神和行为障碍)，以及各种医疗咨询和健康预测：如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询(如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等)；
- (9) 各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定；
- (10) 遗传性疾病<sup>34</sup>，先天性畸形、变形或染色体异常<sup>35</sup>；
- (11) 既往症<sup>36</sup>，保险合同特别约定的除外疾病；
- (12) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病<sup>37</sup>，但因输血、因器官移植或因职业关系导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病的除外；
- (13) 被保险人感染性病<sup>38</sup>；
- (14) 矮小症、性早熟、肥胖症、屈光不正、包皮过长、包茎、性功能障碍治疗；
- (15) 体检、疗养、视力矫正手术、斜视矫正手术、非意外伤害所致的整容手术、各种美容整形项目，包括但不限于皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗、良性皮肤损害(雀斑、老年斑、痣、疣等)的治疗和去除。对上肢肘关节远端及面部静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕治疗和去除。纹身去除、皮肤变色的治疗或手术。激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗斑秃、白发、秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸以及各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗项目，包括但不限于平足及各种非功能性整容、整形和矫形手术。各种健美治疗项目，如营养、减肥、增胖、增高及胃减容术(包括但不限于：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)；
- (16) 生长发育相关的治疗及检查，包括但不限于过敏原检测、激素治疗、免疫治疗<sup>39</sup>；
- (17) 不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩(含难产)、流产、堕胎、节育(含绝育)、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症，但针对宫外孕和意外伤害导致流产的治疗除外；
- (18) 包皮环切术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

<sup>34</sup> **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。

<sup>35</sup> **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。

<sup>36</sup> **既往症**：指投保人首次投保本产品或重新投保本产品保险合同生效日之前被保险人已患且已知晓的疾病。

<sup>37</sup> **感染艾滋病病毒或患艾滋病**：艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合症，英文缩写为AIDS。在人体血液或其它样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

<sup>38</sup> **性病**：指以性接触为主要传播途径的疾病，包括梅毒、淋病、生殖道沙眼衣原体感染、尖锐湿疣、生殖器疱疹，以及政府部门根据疾病危害程度、流行情况等因素，确定需要管理的其他性病。

<sup>39</sup> **免疫治疗**：指一种通过调节或干预免疫系统功能的治疗方法，包括但不限于脱敏治疗、免疫调节、免疫抑制。

- (19) 在牙科或口腔科进行的治疗与保健，但针对口腔肿瘤的治疗和保险责任另有约定的除外；
- (20) 被保险人参加**潜水<sup>40</sup>**、跳伞、**攀岩<sup>41</sup>**、驾驶滑翔机或滑翔伞、**探险<sup>42</sup>**、摔跤、**武术比赛<sup>43</sup>**、**特技表演<sup>44</sup>**、赛马、赛车等高风险运动；
- (21) 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)；
- (22) 被保险人接受实验性治疗，即未经科学或医学认可的医疗。

符合以下任一条件的相关医疗费用，我们不承担保险责任：

- (1) 未经医生建议自行进行的任何治疗或未经医生处方自行购买的药品或医疗器械，但保险责任另有约定的除外；
- (2) 虽然有医生处方，但剂量超过30天部分的药品费用或剂量超过医生处方用量部分的药品费用；
- (3) 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<sup>45</sup>**后仍继续购买该药品；
- (4) 虽然有医生建议，但相关治疗和检查检验不是在医院进行的或相关费用不是由医院收取的(以相关医疗费票据为准)，但保险责任另有约定的除外；
- (5) 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；
- (6) 医院康复科、康复中心等以康复治疗为主要功能的科室所产生的费用，但保险责任另有约定的除外；
- (7) 中草药泡制的各类酒制剂涉及的费用；
- (8) 所有**基因疗法<sup>46</sup>**和**细胞免疫疗法<sup>47</sup>**造成的医疗费用，但保险责任另有约定的除外；
- (9) 预防、休养或疗养、医疗咨询、健康体检、保健性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用，自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方的医疗器

<sup>40</sup> **潜水**：指使用辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。

<sup>41</sup> **攀岩**：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

<sup>42</sup> **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，而故意使自己置身于其中的行为，如：江河漂流、攀登海拔3500米以上的独立山峰、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。

<sup>43</sup> **武术比赛**：指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。

<sup>44</sup> **特技表演**：指进行马术、杂技、驯兽等表演。

<sup>45</sup> **耐药**：指以下两种情况之一：（1）实体肿瘤病灶按照《实体瘤治疗疗效评价标准（RECIST）》出现疾病进展，即定义为耐药；（2）非实体肿瘤（包含白血病、多发性骨髓瘤、淋巴瘤等血液系统恶性肿瘤）在临床上常无明确的肿块或者肿块较小难以发现，经规范治疗后，按权威医学机构（如中国临床肿瘤学会、中华医学会血液分会等）的指南规范，对患者的骨髓形态学、流式细胞、特定基因检测等结果进行综合评价，得出疾病进展的结论，即定义为耐药。

<sup>46</sup> **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。

<sup>47</sup> **细胞免疫疗法**：指针对恶性肿瘤的细胞免疫疗法。通过采集人体免疫细胞，在体外进行扩增和功能鉴定，然后向患者转移，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。

械，但保险责任另有约定的除外；

(10) 因**医疗事故**<sup>48</sup>导致的医疗费用。

- 3.2 **其它免责或重大利害关系条款** 除“3.1 责任免除”外，本合同中还有一些免除保险人责任或与您有重大利害关系的条款，详见条款及脚注中背景突出显示的内容。

## ④ 保险金的申请

- 4.1 **受益人** 除另有约定外，本合同各项保险金的受益人为被保险人本人。
- 4.2 **保险事故通知** 您、被保险人或受益人在知道保险事故发生后应当在10日内通知我们。如果您、被保险人或受益人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，我们对无法确定的部分，不承担保险责任，但我们通过其它途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生或者虽未及时通知但不影响我们确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。
- 4.3 **保险金申请** 在申请保险金时，请按照下列方式办理：
- 门急诊医疗保险金的申请** 在申请各项保险金时，申请人须填写保险金给付申请书，并须提供下列证明和资料：
- (1) 保险合同；
  - (2) 申请人的有效身份证件；
  - (3) 医院出具的门诊病历、疾病诊断证明书；
  - (4) 发票原件(如有社保报销、应提供社保结算单原件和发票复印件；如有第三方赔付，应提供第三方赔付证明和发票复印件)，费用明细清单；
  - (5) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其它证明和资料，若接受手术者，还需提供手术证明文件。
- 受益人申请各项保险金时，我们若有疑义，我们可以委托相关鉴定机构对被保险人的身体予以鉴定，其鉴定费用由我们负担。以上证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知申请人补充提供有关的证明和资料。
- 4.4 **保险金给付** 我们在收到保险金给付申请书及保险金申请所需证明和资料后，将在5日内作出核定；情形复杂的，在30日内作出核定。若我们要求投保人、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料的，则上述的30日不包括补充提供有关

<sup>48</sup> **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、常规，过失造成患者人身损害的事故。

证明和资料的期间。

经我们核定属于保险责任的，我们在与受益人达成有关给付保险金数额的协议后10日内，履行给付保险金义务。

我们未及时履行前款规定义务的，将赔偿受益人因此受到的损失。前述“损失”指根据赔偿当时最近一次中国人民银行公布的金融机构人民币一年期定期存款基准利率以单利方式计算并给付逾期给付保险金的利息损失。

对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起3日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

我们在收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起60日内，对给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；我们最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

#### 4.5 诉讼时效

受益人向我们请求给付保险金的诉讼时效期间按相关法律法规执行，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

## ⑤ 保险费的支付

---

#### 5.1 保险费的支付

本合同保险费的交费式和交费期间由您与我们约定并在保险单上载明。

分期支付保险费的，在支付首期保险费后，您应当在每个保险费约定支付日支付当期应交保险费。

## ⑥ 其它需要关注的事项

---

#### 6.1 明确说明与如实告知

订立本合同时，我们应向您说明本合同的内容。

对保险条款中免除我们责任的条款，我们在订立合同时应当在投保单、保险单或者其它保险凭证上作出足以引起您注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向您作出明确说明，未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

我们就您或被保险人的有关情况提出书面询问，您应当如实告知。

如果您故意或者因重大过失不履行前款规定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本合同；

如果您故意不履行如实告知义务，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

如果您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，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

我们在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。

- 6.2 本公司合同解除权的限制** 前条规定的合同解除权，自我们知道有解除事由之日起，超过30日不行使而消灭。自本合同成立之日起超过2年的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。
- 6.3 年龄性别错误的处理** 您在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期和性别在投保单上填明，如果发生错误按照下列方式办理：
- (1) 您申报的被保险人年龄或性别不真实，并且其真实年龄或性别不符合本合同约定投保年龄或性别限制的，我们有权解除合同，并向您退还本合同的现金价值。对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担保险责任；
  - (2) 您申报的被保险人年龄或性别不真实，致使您实付保险费少于应付保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付；
  - (3) 您申报的被保险人年龄或性别不真实，致使您实付保险费多于应付保险费的，我们向您退还多收的保险费。
- 6.4 合同内容变更** 经您与我们协商一致，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，应当由我们在保险合同上批注或者附贴批单，或者由您与我们订立书面的变更协议。
- 6.5 联系方式变更** 为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址、电话或电子邮件等联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。若您未以书面形式或双方认可的其他形式通知我们，我们按本合同载明的最后联系方式所发送的有关通知，均视为已送达给您。
- 6.6 争议处理** 本合同履行过程中，双方发生争议时，由当事人协商解决，协商不成的，当事人可依达成的仲裁协议通过仲裁解决。无仲裁协议或者仲裁协议无效的，可依法向人民法院提起诉讼。
- 6.7 合同效力终止** 发生下述情况之一，本合同效力终止：
- (1) 在本合同有效期内，本合同被解除；
  - (2) 被保险人身故；
  - (3) 本合同列明的其他终止情形。
- 因上述第(2)项情形导致本合同效力终止的，我们向您退还本合同终止时的

现金价值。

## 【附表一】保障计划表

单位：人民币元

保障计划	计划一	计划二
<b>门急诊医疗保险金（必选）</b>		
基本保险金额	1万	3万
医疗网络	本公司认可的医院的普通部（不含 <b>特需部及国际部</b> <sup>49</sup> ）	本公司认可的医院的普通部、特需部及国际部
赔付比例	100%	100%
每次就诊免赔额	前3次0元、第4次开始100元	前5次0元、第6次开始200元
赔付次数	限12次	限20次
<b>（一）门急诊医疗费用</b>		
挂号费、医生诊疗费	每次就诊赔付限额800元	每次就诊赔付限额1200元
治疗费	含	含
非大型项目检查检验费	含	含
大型项目检查检验费	含	含
医疗设备使用费	含	含
耐用医疗设备费	保险期间内累计赔付限额10000元	保险期间内累计赔付限额20000元
门诊手术费	含	含
药品费	含	含
中草药费	不含	保险期间内累计赔付限额2000元
西式理疗费	不含	保险期间内累计赔付限额4000元
中式理疗费	不含	保险期间内累计赔付限额2000元
非正式住院的留院观察费	含	含
紧急牙科治疗费	含	含

注：上表中各项保险责任以条款正文描述为准。

<sup>49</sup> **特需部及国际部**：包含特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、特诊部、VIP部、联合医院。

君龙人寿[2026]医疗保险 31 号

# 君龙门诊无忧 2.0B 款医疗保险（互联网）条款



请扫描以查询验证条款

## 阅读指引

本阅读指引有助于您理解条款，对《君龙门诊无忧2.0B款医疗保险（互联网）》合同内容的解释以条款为准

### 🔑 您拥有的重要权益

- ❖ 收到本合同电子保险单次日起 15 日（即犹豫期）内您可以要求无息退还您所缴纳的保险费。 1.5
- ❖ 您有退保的权利。 1.6
- ❖ 被保险人可以享受本合同提供的保障。 2.6

### 🔑 您应当特别注意的事项

- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策。 1.6
- ❖ 我们对免除保险人责任或与您有重大利害关系的条款作了特别提示，详见条款正文及脚注中背景突出部分。 3
- ❖ 保险事故发生后请您及时通知我们。 4.1
- ❖ 您应当按时支付保险费。 5.1
- ❖ 您有如实告知的义务。 6.1

🔑 条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本条款。

# 君龙门诊无忧 2.0B 款医疗保险（互联网）条款

## 条款目录

### 1 合同构成与合同解除

- 1.1 合同构成
- 1.2 保险合同成立与生效
- 1.3 投保年龄
- 1.4 投保范围
- 1.5 犹豫期
- 1.6 犹豫期后解除合同(退保)的手续及风险

### 2 我们提供的保障

- 2.1 保障计划
- 2.2 保险金额
- 2.3 基本保险金额
- 2.4 保险期间
- 2.5 等待期
- 2.6 保险责任
- 2.7 免赔额
- 2.8 给付比例
- 2.9 补偿原则

### 3 我们不承担保险责任的情况

- 3.1 责任免除
- 3.2 其它免责或重大利害关系条款

### 4 保险金的申请

- 4.1 受益人
- 4.2 保险事故通知
- 4.3 保险金申请
- 4.4 保险金给付
- 4.5 诉讼时效

### 5 保险费的支付

- 5.1 保险费的支付

### 6 其它需要关注的事项

- 6.1 明确说明与如实告知
- 6.2 本公司合同解除权的限制
- 6.3 年龄性别错误的处理
- 6.4 合同内容变更
- 6.5 联系方式变更
- 6.6 争议处理
- 6.7 合同效力终止

#### 【附表一】保障计划表

# 君龙门诊无忧 2.0B 款医疗保险（互联网）条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指君龙人寿保险有限公司，“本合同”指您与我们之间订立的“君龙门诊无忧2.0B款医疗保险(互联网)保险合同”。

## ① 合同构成与合同解除

- 1.1 合同构成** 本合同是您与我们约定保险权利义务关系的协议，包括本保险条款、保险单或其它保险凭证、投保单、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单、保障计划表(若有)及其它您与我们共同认可的书面协议。
- 1.2 保险合同成立与生效** 您提出保险申请、我们同意承保，本合同成立。合同生效日期在保险单上载明。**保险费约定支付日<sup>1</sup>**以该日期计算。
- 1.3 投保年龄** 指您投保时被保险人的年龄，投保年龄以**周岁<sup>2</sup>**计算。本合同接受的首次投保年龄为0周岁至64周岁，**投保时被保险人为0周岁的，应当为出生满28日且已出院的婴儿。**首次投保后，被保险人年满100周岁前(含100周岁)，保险期间届满，投保人重新向我们申请投保本产品，并经我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。
- 1.4 投保范围** 您可以为您本人或您的**家庭成员<sup>3</sup>**投保本保险，投保本保险时，您或被保险人满足以下任一条件可形成家庭保单：  
(1) 您或被保险人有为您本人或您的家庭成员投保本公司的**长期保险<sup>4</sup>**；  
(2) 您的家庭成员有为您本人或被保险人投保本公司的长期保险；  
(3) 您为您本人或您的家庭成员**同时投保<sup>5</sup>**本保险。
- 1.5 犹豫期** 自您收到本合同电子保险单次日起(该次日为犹豫期首日)，有15日的犹豫期。在此期间，请您认真审视本合同，如果您认为本合同与您的需求不相符，您可以在此期间提出解除本合同，我们将无息退还您所缴纳的保险费。

<sup>1</sup> **保险费约定支付日**：指保险合同生效日在每月、每季、每半年或每年（根据支付方式确定）的对应日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。

<sup>2</sup> **周岁**：指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为0周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。

<sup>3</sup> **家庭成员**：本合同中家庭成员仅指投保人的子女、父母、投保人在投保时具有合法婚姻关系的配偶及配偶的父母。

<sup>4</sup> **长期保险**：指与本公司订立的保险期间在一年以上或保险期间虽为一年但保证续保的保险合同，且该保险合同在投保或续保本保险时未终止、未处于犹豫期、未处于效力中止期间。

<sup>5</sup> **同时投保**：指在一次投保行为中为两名或两名以上符合本保险约定条件的被保险人申请投保且所有被保险人均被我们同意承保。

解除合同时，您需要以我们认可的方式提交申请，经我们核实您的身份信息及与我们的保险合同关系后，我们为您办理犹豫期内退保。您提交申请解除合同之日起，本合同即被解除，我们自本合同生效日起不承担保险责任。

- 1.6 犹豫期后解除合同(退保)的手续及风险** 如您在犹豫期后申请解除保险合同，您需要以我们认可的方式提交申请，经我们核实您的身份信息及与我们的保险合同关系后，我们为您办理退保。您提交申请解除合同之日起，本合同终止。我们自收到解除合同申请之日起30日内向您退还保险合同的**现金价值**<sup>6</sup>。  
您犹豫期后解除合同可能会遭受一定损失。

## ② 我们提供的保障

- 2.1 保障计划** 保障计划由您在投保时与我们约定，在保险单上载明。保险期间内，保障计划一经选定，不得变更。您与我们约定的保障计划中各保险责任涉及的基本保险金额、赔付限额、各费用项目累计赔付限额、赔付比例等内容在本合同中的保障计划表上载明。
- 2.2 保险金额** 保险金额是本公司承担给付保险金责任的最高限额。本公司将按照本合同关于保险责任的约定，确定实际给付的保险金额。
- 2.3 基本保险金额** 本合同的基本保险金额由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。如该金额有所变更，以变更后的基本保险金额为准。
- 2.4 保险期间** 本条款为不保证续保条款。  
本产品保险期间为一年。保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。
- 2.5 等待期** 从本合同生效之日起的30天内为等待期。  
被保险人在等待期内发生疾病，由此所产生的**医疗费用**<sup>7</sup>，无论此医疗费用是否发生在等待期内，我们不承担给付保险金的责任。以下情况无等待期：  
(1) 被保险人因**意外伤害**<sup>8</sup>进行治疗；  
(2) 您重新投保本合同的合同生效日为上一保险期间合同期满日的后一天；  
(3) 您已经投保本公司指定产品，并经我们审核同意首次投保本产品。

<sup>6</sup> **现金价值**：其计算公式为“期交保险费×(1-35%)×(1-当期已经过天数/整期天数)”，经过天数不足一天的按一天计算。

<sup>7</sup> **医疗费用**：指为治疗疾病而产生的费用，包括但不限于治疗费用、药品费用、医疗器械费用、检验检测费用等。

<sup>8</sup> **意外伤害**：指外来的、突发的、非本意的、非由疾病引起的使身体受到伤害的客观事件。

**2.6 保险责任** 本合同保险期间内，我们根据您和我们约定的保障计划，承担下列保险责任：

**门急诊医疗保险金** 被保险人因意外伤害或在等待期后罹患疾病，经我们认可的**医院**<sup>9</sup>医生诊断，在必要的情况下于医院接受**门急诊治疗**<sup>10</sup>的，对于被保险人**每次就诊**<sup>11</sup>实际支出的**合理且必要**<sup>12</sup>的门急诊医疗费用，在保障计划规定的限额内超出免赔额的部分，按照本合同约定的给付比例给付“门急诊医疗保险金”。  
本项责任对医疗网络、赔付比例、赔付限额、赔付次数有所限制，详见保障计划表。

门急诊医疗费用包括：

- (1) 挂号费、**医生诊疗费**<sup>13</sup>
- (2) 治疗费
- (3) **非大型项目检查检验费**<sup>14</sup>、**大型项目检查检验费**<sup>15</sup>
- (4) **医疗设备使用费**<sup>16</sup>、**耐用医疗设备**<sup>17</sup>费
- (5) **门诊手术费**<sup>18</sup>

<sup>9</sup> **医院**：指本公司指定医院（以我们官方网站上最新公布医院目录为准），以及满足下列所有条件的医院：（1）经中华人民共和国卫生行政部门评审确定的二级或以上的公立医院（不含港澳台医院）；（2）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施；（3）全天24小时有合格的医师和护士驻院提供医疗和护理服务；（4）不包括精神病院及专供康复、护理、疗养、戒毒、戒酒、戒毒、养老等非以直接诊治病人之目的的医疗机构；（5）不包括互联网医院；（6）不包括本公司不予理赔的医院（以我们官方网站上最新公布信息为准，我们保留对不予理赔的医院清单做出适当调整的权利）。当被保险人因遭受意外伤害危及生命须急救时不受上述限制，但经急救处理伤情稳定后，必须及时转入本合同所指医院治疗。本公司指定医院目录和不予理赔的医院目录将动态更新，被保险人就医前有义务通过官方网站或客服电话查询并确认就诊医院是否在目录内，目录更新不影响更新前已发生的保险事故的赔付。

<sup>10</sup> **门急诊治疗**：指确因临床需要，正式办理挂号手续，并确实在医疗机构的门诊部或急诊部接受治疗的行为过程，但不包括休养、疗养、身体检查和健康护理等非治疗性行为。

<sup>11</sup> **每次就诊**：被保险人同一自然日内（零时起至24时止）在同一医院同一科室进行的门诊或急诊治疗，视为一次就诊。不同自然日内（零时起至24时止）或不同医院或同一医院不同科室进行的门诊或急诊治疗视为不同次就诊。

<sup>12</sup> **合理且必要**：指同时满足下列要求：（1）治疗所必需的；（2）不超过安全、足量治疗原则的；（3）非试验性、研究性项目所产生的；（4）符合接受治疗当地通行的医疗标准。对是否合理且必要由我们根据客观、审慎、合理的原则进行核定，若被保险人对核定结果有不同意见，可委托双方认可的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

<sup>13</sup> **医生诊疗费**：指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的诊疗及诊查费用（不含多学科会诊费用）。

<sup>14</sup> **非大型项目检查检验费**：指实际发生的、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大型项目检查检验的医疗费用，包括诊查费、妇检费、造影类检查费（X线、DSA、消化道造影等）、心电图费、B超费、脑电图费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

<sup>15</sup> **大型项目检查检验费**：指实际发生的、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大型项目检查检验的医疗费用，包括CT费、PET-CT费、SPE-CT费、CTA费、MRI费、PET-MRI费、MRA费、MRCP费、穿刺类检查费、内窥镜检查费（包含胶囊内镜）、肺通气显像费、近红外脑功能成像费和激光共聚焦扫描费。

<sup>16</sup> **医疗设备使用费**：指在就诊医院以治疗疾病为目的，为提供必要的医学手段而使用医院拥有的医疗器械（不包括耐用医疗设备）所发生的费用。本项费用仅包括本公司指定的医院收取的费用（以收费票据为准）。

<sup>17</sup> **耐用医疗设备**：指在就诊医院购买并能出具医院发票的、满足基本医疗需要的康复设备、矫形支具等，包括但不限于腿、臂、背和颈支具，人造腿、臂、眼。发生因患癌症而行使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。

<sup>18</sup> **门诊手术费**：指被保险人在门诊部或急诊部完成的手术或操作。门诊手术费包括外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。但不包括以下手术或操作：（1）活检、穿刺、造影等创伤性检查；（2）腔镜检查、康复性手术、射频消融治疗；（3）激光、冷冻、光动力、电灼疗法等物理治疗。

- (6) 药品费<sup>19</sup>
- (7) 非正式住院的留院观察费
- (8) 紧急牙科治疗费<sup>20</sup>

若保障计划为计划一，我们不承担耐用医疗设备费。若保障计划为计划二，我们承担耐用医疗设备费。

保障计划未包含的费用项目，我们不承担给付保险金的责任。

我们累计给付的“门急诊医疗保险金”之和以本合同约定的“门急诊医疗保险金”基本保险金额为限。同一保险期间内，我们累计给付的“门急诊医疗保险金”之和达到“门急诊医疗保险金”基本保险金额后，本合同终止。

## 2.7 免赔额

本合同免赔额指在本合同保险期间内发生的，虽属于门急诊医疗保险金责任范围内的医疗费用，但依照本合同约定仍需被保险人自行承担，本合同不予以赔偿的部分。

本合同中所指的免赔额均指每次就诊免赔额。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过基本医疗保险（不包括个人账户和个人账户共济）、**医疗救助**<sup>21</sup>和公费医疗获得的补偿不可用于抵扣免赔额。

本合同不同保障计划下的免赔额有所不同，详见下表：

保障计划	计划一	计划二
每次就诊免赔额	200元	500元

举例来说：若被保险人选择计划一，每次就诊免赔额为200元，若被保险人第一次就诊自行承担的门急诊医疗保险金责任范围内的医疗费用为500元，针对本次就诊门急诊医疗保险金责任范围内的医疗费用，理赔金额为300元乘以给付比例。

<sup>19</sup> **药品费**：指实际发生的合理且必要的、由医生开具的、具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用，但不包括营养补充类药品，免疫功能调节类药品，细胞免疫疗法类药品，美容及减肥类药品，预防类药品，非医院药房购买的药品以及下列中药类药品：（1）指根据中医理论应用一种或多种中药材进行内服或外用的中草药，包括中草药饮片、中草药颗粒和中草药膏方；（2）用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等；（3）主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中草药品，如花旗参、冬虫草、白糖参、朝鲜红参、玳瑁、蛤蚧、珊瑚、狗宝、红参、人参、石斛、铁皮枫斗、琥珀、灵芝、羚羊角尖粉、鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、玛瑙、牛黄、麝香、西红花、藏红花、血竭、燕窝、野山参、移山参、珍珠（粉）、紫河车、阿胶、阿胶珠、血宝胶囊、红桃K口服液、十全大补丸、十全大补膏等；（4）主要起营养滋补作用的可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸、犀角、海马、胎盘、鞭、尾、筋、骨等。本项费用仅包括本公司认可的医院收取的费用（以收费票据为准）。

<sup>20</sup> **紧急牙科治疗费**：指在意外伤发生后14日内，因该意外伤害导致牙齿损伤而在医院门诊部或急诊部接受清创、止血、止痛、拔残根而产生的治疗费、医生诊疗费、检查检验费、药品费和麻醉费，但不包括任何牙齿修复、牙齿种植和牙齿整形的费用。

<sup>21</sup> **医疗救助**：指政府和社会对因病而无经济能力进行治疗或因支付数额庞大的医疗费用而陷入经济困难的居民实施专项帮助和经济支持的一项社会救助制度。

若被保险人选择计划二，每次就诊免赔额为500元，若被保险人第一次就诊自行承担的门急诊医疗保险金责任范围内的医疗费用为1000元，针对本次就诊门急诊医疗保险金责任范围内的医疗费用，理赔金额为500元乘以给付比例。

## 2.8 给付比例

本合同保险金给付比例详见下表：

情形	给付条件	给付比例
1	若被保险人在投保时选择以有基本医疗保险身份投保，且就诊或购买基本医疗保险范围内的药品或医疗器械时经基本医疗保险结算	保障计划载明的赔付比例的100%
2	若被保险人在投保时选择以有基本医疗保险身份投保，但因医院不支持基本医疗保险结算导致被保险人就诊或购买基本医疗保险范围内的药品或医疗器械时未经基本医疗保险结算	保障计划载明的赔付比例的100%
3	若被保险人在投保时选择以有基本医疗保险身份投保，但就诊或购买基本医疗保险范围内的药品或医疗器械时未经基本医疗保险结算(非因医院不支持基本医疗保险结算)	保障计划载明的赔付比例的60%
4	若被保险人在投保时未选择以有基本医疗保险身份投保	保障计划载明的赔付比例的100%
5	购买基本医疗保险范围外的药品或医疗器械，无论被保险人是否经基本医疗保险结算	保障计划载明的赔付比例的100%

经基本医疗保险结算指被保险人就诊时或购买药品或医疗器械时使用了被保险人本人的医保实体卡或医保电子凭证进行结算，无论基本医疗保险结算金额是否为零。

## 2.9 补偿原则

本合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径获得医疗费用补偿，我们将对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获补偿后的余额按照本合同的约定进行赔付。基本医疗保险个人账户(包含个人账户共济)部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

## ③ 我们不承担保险责任的情况

### 3.1 责任免除

因下列情形之一，导致被保险人产生医疗费用的，我们不承担给付各项保险金的责任：

- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (3) 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；
- (4) 被保险人**殴斗<sup>22</sup>、醉酒<sup>23</sup>**，主动吸食或注射**毒品<sup>24</sup>**；
- (5) 被保险人**酒后驾驶<sup>25</sup>、无合法有效驾驶证驾驶<sup>26</sup>**，或**驾驶无合法有效行驶证<sup>27</sup>的机动车<sup>28</sup>**；
- (6) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (7) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (8) 精神和行为障碍治疗（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）确定的精神和行为障碍），以及各种医疗咨询和健康预测：如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询（如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等）；
- (9) 各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定；
- (10) **遗传性疾病<sup>29</sup>，先天性畸形、变形或染色体异常<sup>30</sup>**；
- (11) **既往症<sup>31</sup>**，保险合同特别约定的除外疾病；
- (12) 被保险人**感染艾滋病病毒或患艾滋病<sup>32</sup>**，但因输血、因器官移植或因职业关系导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病的除外；

<sup>22</sup> **殴斗**：指双方或多方通过拳脚、器械等武力以求制胜的行为。殴斗的认定，如有司法机关、公安部门的有关法律文件，则以上述法律文件为准。

<sup>23</sup> **醉酒**：指发生事故时当事人每百毫升血液中的酒精含量大于或等于80毫克。

<sup>24</sup> **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它能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。

<sup>25</sup> **酒后驾驶**：指经检测或鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》或道路交通相关法规的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

<sup>26</sup> **无合法有效驾驶证驾驶**：指下列情形之一：（1）未取得中华人民共和国有关主管部门颁发或者认可的驾驶资格证书；（2）驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；（3）持审验不合格的驾驶证驾驶；（4）持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习驾车。

<sup>27</sup> **无合法有效行驶证**：指下列情形之一：（1）机动车被依法注销登记的；（2）未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

<sup>28</sup> **机动车**：指以动力装置驱动或者牵引，上道路行驶的供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆或履带车辆。

<sup>29</sup> **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。

<sup>30</sup> **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。

<sup>31</sup> **既往症**：指投保人首次投保本产品或重新投保本产品保险合同生效日之前被保险人已患且已知晓的疾病。

<sup>32</sup> **感染艾滋病病毒或患艾滋病**：艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合症，英文缩写为AIDS。在人体血液或其它样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

- (13) 被保险人感染**性病**<sup>33</sup>；
- (14) 矮小症、性早熟、肥胖症、屈光不正、包皮过长、包茎、性功能障碍治疗；
- (15) 体检、疗养、视力矫正手术、斜视矫正手术、非意外伤害所致的整容手术、各种美容整形项目，包括但不限于皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗、良性皮肤损害(雀斑、老年斑、痣、疣等)的治疗和去除。对上肢肘关节远端及面部静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕治疗和去除。纹身去除、皮肤变色的治疗或手术。激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗斑秃、白发、秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸以及各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗项目，包括但不限于平足及各种非功能性整容、整形和矫形手术。各种健美治疗项目，如营养、减肥、增胖、增高及胃减容术(包括但不限于：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)；
- (16) 生长发育相关的治疗及检查，包括但不限于过敏原检测、激素治疗、**免疫治疗**<sup>34</sup>；
- (17) 不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩(含难产)、流产、堕胎、节育(含绝育)、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症，但针对宫外孕和意外伤害导致流产的治疗除外；
- (18) 包皮环切术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；
- (19) 扁桃体和腺样体相关的治疗及检查；
- (20) 在牙科或口腔科进行的治疗与保健，但针对口腔肿瘤的治疗和保险责任另有约定的除外；
- (21) 被保险人参加**潜水**<sup>35</sup>、跳伞、**攀岩**<sup>36</sup>、驾驶滑翔机或滑翔伞、**探险**<sup>37</sup>、摔跤、**武术比赛**<sup>38</sup>、**特技表演**<sup>39</sup>、赛马、赛车等高风险运动；
- (22) 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)；
- (23) 被保险人接受实验性治疗，即未经科学或医学认可的医疗。

符合以下任一条件的相关医疗费用，我们不承担保险责任：

- (1) 未经医生建议自行进行的任何治疗或未经医生处方自行购买的药品或医

<sup>33</sup> **性病**：指以性接触为主要传播途径的疾病，包括梅毒、淋病、生殖道沙眼衣原体感染、尖锐湿疣、生殖器疱疹，以及政府部门根据疾病危害程度、流行情况等因素，确定需要管理的其他性病。

<sup>34</sup> **免疫治疗**：指一种通过调节或干预免疫系统功能的治疗方法，包括但不限于脱敏治疗、免疫调节、免疫抑制。

<sup>35</sup> **潜水**：指使用辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。

<sup>36</sup> **攀岩**：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

<sup>37</sup> **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，而故意使自己置身于其中的行为，如：江河漂流、攀登海拔3500米以上的独立山峰、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。

<sup>38</sup> **武术比赛**：指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。

<sup>39</sup> **特技表演**：指进行马术、杂技、驯兽等表演。

- 疗器械，但保险责任另有约定的除外；
- (2) 虽然有医生处方，但剂量超过30天部分的药品费用或剂量超过医生处方用量部分的药品费用；
  - (3) 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**<sup>40</sup>后仍继续购买该药品；
  - (4) 虽然有医生建议，但相关治疗和检查检验不是在医院进行的或相关费用不是由医院收取的（以相关医疗费票据为准），但保险责任另有约定的除外；
  - (5) 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；
  - (6) 医院康复科、康复中心等以康复治疗为主要功能的科室所产生的费用，但保险责任另有约定的除外；
  - (7) 中草药泡制的各类酒制剂涉及的费用；
  - (8) 所有**基因疗法**<sup>41</sup>和**细胞免疫疗法**<sup>42</sup>造成的医疗费用，但保险责任另有约定的除外；
  - (9) 预防、休养或疗养、医疗咨询、健康体检、保健性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用，自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方的医疗器械，但保险责任另有约定的除外；
  - (10) 因**医疗事故**<sup>43</sup>导致的医疗费用。

- 3.2 其它免责或重大利害关系条款** 除“3.1 责任免除”外，本合同中还有一些免除保险人责任或与您有重大利害关系的条款，详见条款及脚注中背景突出显示的内容。

## ④ 保险金的申请

- 4.1 受益人** 除另有约定外，本合同各项保险金的受益人为被保险人本人。
- 4.2 保险事故通知** 您、被保险人或受益人在知道保险事故发生后应当在10日内通知我们。如果您、被保险人或受益人故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质

<sup>40</sup> **耐药**：指以下两种情况之一：（1）实体肿瘤病灶按照《实体瘤治疗疗效评价标准（RECIST）》出现疾病进展，即定义为耐药；（2）非实体肿瘤（包含白血病、多发性骨髓瘤、淋巴瘤等血液系统恶性肿瘤）在临床上常无明确的肿块或者肿块较小难以发现，经规范治疗后，按权威医学机构（如中国临床肿瘤学会、中华医学会血液分会等）的指南规范，对患者的骨髓形态学、流式细胞、特定基因检测等结果进行综合评价，得出疾病进展的结论，即定义为耐药。

<sup>41</sup> **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。

<sup>42</sup> **细胞免疫疗法**：指针对恶性肿瘤的细胞免疫疗法。通过采集人体免疫细胞，在体外进行扩增和功能鉴定，然后向患者转移，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。

<sup>43</sup> **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、常规，过失造成患者人身损害的事故。

质、原因、损失程度等难以确定的，我们对无法确定的部分，不承担保险责任，但我们通过其它途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生或者虽未及时通知但不影响我们确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

**4.3 保险金申请** 在申请保险金时，请按照下列方式办理：

**门急诊医疗保险金的申请** 在申请各项保险金时，申请人须填写保险金给付申请书，并须提供下列证明和资料：

- (1) 保险合同；
- (2) 申请人的有效身份证件；
- (3) 医院出具的门诊病历、疾病诊断证明书；
- (4) 发票原件(如有社保报销、应提供社保结算单原件和发票复印件；如有第三方赔付，应提供第三方赔付证明和发票复印件)，费用明细清单；
- (5) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其它证明和资料，若接受手术者，还需提供手术证明文件。

受益人申请各项保险金时，我们若有疑义，我们可以委托相关鉴定机构对被保险人的身体予以鉴定，其鉴定费用由我们负担。以上证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知申请人补充提供有关的证明和资料。

**4.4 保险金给付** 我们在收到保险金给付申请书及保险金申请所需证明和资料后，将在5日内作出核定；情形复杂的，在30日内作出核定。若我们要求投保人、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料的，则上述的30日不包括补充提供有关证明和资料的期间。

经我们核定属于保险责任的，我们在与受益人达成有关给付保险金数额的协议后10日内，履行给付保险金义务。

我们未及时履行前款规定义务的，将赔偿受益人因此受到的损失。前述“损失”指根据赔偿当时最近一次中国人民银行公布的金融机构人民币一年期定期存款基准利率以单利方式计算并给付逾期给付保险金的利息损失。

对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起3日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

我们在收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起60日内，对给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；我们最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

**4.5 诉讼时效** 受益人向我们请求给付保险金的诉讼时效期间按相关法律法规执行，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

## ⑤ 保险费的支付

- 5.1 **保险费的支付** 本合同保险费的交费式和交费期间由您与我们约定并在保险单上载明。分期支付保险费的，在支付首期保险费后，您应当在每个保险费约定支付日支付当期应交保险费。

## ⑥ 其它需要关注的事项

- 6.1 **明确说明与如实告知** 订立本合同时，我们应向您说明本合同的内容。对保险条款中免除我们责任的条款，我们在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起您注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向您作出明确说明，未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。我们就您或被保险人的有关情况提出书面询问，您应当如实告知。如果您故意或者因重大过失不履行前款规定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本合同；如果您故意不履行如实告知义务，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。如果您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，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。我们在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。
- 6.2 **本公司合同解除权的限制** 前条规定的合同解除权，自我们知道有解除事由之日起，超过30日不行使而消灭。自本合同成立之日起超过2年的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。
- 6.3 **年龄性别错误的处理** 您在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期和性别在投保单上填明，如果发生错误按照下列方式办理：
- (1) 您申报的被保险人年龄或性别不真实，并且其真实年龄或性别不符合本合同约定投保年龄或性别限制的，我们有权解除合同，并向您退还本合同的现金价值。对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担保险责任；
  - (2) 您申报的被保险人年龄或性别不真实，致使您实付保险费少于应付保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。若已经发生保险事故，在给

付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付；

(3) 您申报的被保险人年龄或性别不真实，致使您实付保险费多于应付保险费的，我们向您退还多收的保险费。

- 6.4 合同内容变更** 经您与我们协商一致，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，应当由我们在保险合同上批注或者附贴批单，或者由您与我们订立书面的变更协议。
- 6.5 联系方式变更** 为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址、电话或电子邮件等联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。若您未以书面形式或双方认可的其他形式通知我们，我们按本合同载明的最后联系方式所发送的有关通知，均视为已送达给您。
- 6.6 争议处理** 本合同履行过程中，双方发生争议时，由当事人协商解决，协商不成的，当事人可依达成的仲裁协议通过仲裁解决。无仲裁协议或者仲裁协议无效的，可依法向人民法院提起诉讼。
- 6.7 合同效力终止** 发生下述情况之一，本合同效力终止：  
(1) 在本合同有效期内，本合同被解除；  
(2) 被保险人身故；  
(3) 本合同列明的其他终止情形。  
因上述第(2)项情形导致本合同效力终止的，我们向您退还本合同终止时的现金价值。

## 【附表一】保障计划表

单位：人民币元

保障计划	计划一	计划二
<b>门急诊医疗保险金（必选）</b>		
基本保险金额	1万	3万
医疗网络	本公司认可的医院的普通部（不含特需部及国际部 <sup>44</sup> ）	本公司认可的医院的普通部、特需部及国际部
赔付比例	100%	100%
每次就诊免赔额	200元	500元
赔付次数	限10次	限10次
<b>（一）门急诊医疗费用</b>		
挂号费、医生诊疗费	每次就诊赔付限额300元	普通部每次就诊赔付限额300元 特需部及国际部每次就诊赔付限额500元
治疗费	含	含
非大型项目检查检验费	含	含
大型项目检查检验费	含	含
医疗设备使用费	含	含
耐用医疗设备费	不含	保险期间内累计赔付限额20000元
门诊手术费	含	含
药品费	含	含
非正式住院的留院观察费	含	含
紧急牙科治疗费	含	含

注：上表中各项保险责任以条款正文描述为准。

<sup>44</sup> 特需部及国际部：包含特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、特诊部、VIP部、联合医院。