



请扫描以查询验证条款

复星联合附加康爱久久特定药品医疗保险条款

阅读指引

本阅读指引助您理解复星联合健康保险股份有限公司（以下简称“本公司”）《复星联合附加康爱久久特定药品医疗保险条款》（以下简称“本保险条款”）

拥有的重要权益

- ◇ 被保险人享有的保险保障.....2.4
- ◇ 投保人有解除合同的权利.....5.1

应当特别注意的事项

- ◇ 在某些情况下，本公司不承担保险责任.....2.6
- ◇ 及时向本公司通知保险事故的责任.....3.2
- ◇ 应当按时交纳保险费.....4.1
- ◇ 退保会给投保人造成一定的损失，请慎重决策.....5.1
- ◇ 投保人有如实告知的义务.....6.1
- ◇ 本公司对可能影响本附加合同保障的重要内容进行显著标识，请仔细阅读正文中背景突出显示的内容

条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请仔细阅读本保险条款

条款目录

<p>1. 合同订立</p> <p>1.1 合同构成</p> <p>1.2 合同成立与生效</p> <p>1.3 投保范围</p> <p>1.4 犹豫期</p> <p>2. 提供的保障</p> <p>2.1 基本保险金额</p> <p>2.2 保险期间</p> <p>2.3 免赔额</p> <p>2.4 保险责任</p> <p>2.5 药品费用计算方法</p> <p>2.6 责任免除</p> <p>3. 保险金申领</p> <p>3.1 受益人</p> <p>3.2 保险事故通知</p> <p>3.3 保险金申请</p> <p>3.4 代理申请及其他</p> <p>3.5 配合调查</p> <p>3.6 保险金的给付</p> <p>3.7 诉讼时效</p> <p>4. 保险费交纳</p> <p>4.1 保险费的交纳</p> <p>4.2 宽限期</p> <p>4.3 续保</p>	<p>5. 合同解除</p> <p>5.1 解除合同的手续及风险</p> <p>6. 其他事项</p> <p>6.1 适用主合同条款</p> <p>附表 特定疾病病种及定义</p>
---	---

复星联合附加康爱久久特定药品医疗保险条款

(本公司在每页底部对一些专业名词做了释义, 这些释义为本保险条款的重要组成部分。同一专业名词在条款中出现多次的, 本公司仅在该专业名词第一次出现的地方做了释义, 该释义适用于全文。)

1 合同订立

- 1.1 **合同构成** 《复星联合附加康爱久久特定药品医疗保险合同》(以下简称“本附加合同”)由主合同的投保人申请, 经本公司同意, 附加于主合同。
- 本保险条款、投保单或其他投保文件、保险单或其他保险凭证、附贴批单和其他约定书, 均为本附加合同的构成部分。凡涉及本附加合同的约定, 均应当采用书面形式。
- 主合同效力终止, 本附加合同效力亦同时终止。
- 1.2 **合同成立与生效** 除另有约定外, 本附加合同需与主合同同时投保。本附加合同的成立及生效日期与主合同相同。
- 1.3 **投保范围** 符合本公司承保条件者均可作为本附加合同的被保险人。投保年龄以周岁¹计算。
- 1.4 **犹豫期** 自投保人签收本附加合同或收到本附加合同电子保险单(二者较早之日)起, 有15日的犹豫期。在此期间, 请投保人认真审阅本附加合同, 如果投保人认为本附加合同与投保人的需求不相符, 可以在此期间提出解除本附加合同, 本公司将扣除不超过10元工本费后向投保人无息退还保险费。
- 解除本附加合同时, 投保人须填写解除合同申请书, 并提供保险合同和有效身份证件², 自本公司收到投保人的解除合同申请书起, 本附加合同即被解除, 对于合同解除前发生的保险事故, 本公司不承担保险责任。

2 提供的保障

- 2.1 **基本保险金额** 本附加合同基本保险金额为人民币200万元, 并在本附加合同中载明。
- 2.2 **保险期间** 本附加合同有效期为一年。自本附加合同生效之日零时起至约定的终止日的二十四时止。
- 2.3 **免赔额** 本附加合同中的免赔额, 是指在本附加合同保险期间内, 约定应由被保险人自行承担, 本附加合同不予赔付的部分。本附加合同免赔额为0元。
- 2.4 **保险责任** 在本附加合同保险期间内, 本公司承担下列保险责任:

¹周岁: 指按法定有效身份证明文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。

²有效身份证件: 指由政府主管部门规定的证明个人身份的证件, 如: 居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证、户口簿等证件。

2.4.1 等待期

除另有约定外，本附加合同生效日起 90 天内（含第 90 天）为等待期，等待期是指本附加合同生效后本公司不承担保险责任的一段时间，续保时无等待期。被保险人在等待期内因非意外³的原因，在本公司指定或认可的医疗机构⁴由专科医生⁵确诊初次发生⁶本附加合同所定义的特定疾病⁷，本公司不承担保险责任，并无息返还投保人所支付本附加合同的保险费，同时本附加合同终止。

2.4.2 特定药品费用医疗保险金

在本附加合同保险期间内，被保险人因意外或等待期后因非意外的原因在本公司指定或认可的医疗机构由专科医生确诊初次发生本附加合同所定义的特定疾病，对由此发生的医学必需⁸的、治疗所罹患的该特定疾病的且同时满足以下条件的药品费用，本公司将按约定承担特定药品费用医疗保险金责任：

- (1) 用于治疗特定疾病的药品处方是由本公司指定或认可的医疗机构专科医生开具的、被保险人当前治疗医学必需的药品；
- (2) 每次的处方剂量不超过 1 个月；
- (3) 处方中所列明的药品属于本公司指定的药品清单⁹中的药品；
- (4) 处方中所列明的药品是在本公司认可的药店¹⁰购买的药品。

除上述在本公司指定或认可的医疗机构或本公司指定或认可的药店发生的特定药品医疗费用以外的其他医疗费用，本公司不承担给付保险金的责任。

被保险人在本附加合同保险期间内被确诊初次发生特定疾病进行治疗，至保险期间届满时治疗仍未结束的，本公司将继续承担该特定疾病特定药品费用医疗保险金责任至被保险人确诊初次发生特定疾病之日起满三年¹¹。每个保证续保期间，本公司仅承担一种特定疾病的特定药品费用医疗保险金给付责任，但若被保险人因同一疾病原因、同次医疗行为或同次意外导致其发生本附加合同所定义的两种或两种以上特定疾病的除外。

任何情况下，本公司一次或多次累计给付的特定药品费用医疗保险金以本附加合同基本保险金额为限，本公司一次或多次累计给付特定药品费用医疗保险金达到本附加合同基本保险金额时，本附加合同终止。

³意外：指外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。不包括无明确外来意外伤害导致的后果。

⁴本公司指定或认可的医疗机构：包括本公司指定医疗机构，以及符合下列所有条件的机构：（1）位于境内（不包括港、澳、台地区），拥有合法经营执照，当地基本医疗保险管理机构最新公布的二级以上（含二级）的公立医院的普通部；（2）设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；（3）有合格的医生和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务；（4）非主要作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。

⁵专科医生：专科医生应当同时满足以下四项资格条件：（1）具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；（2）具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；（3）具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；（4）在国家《医院分级管理标准》二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

⁶确诊初次发生：指被保险人自出生之日起第一次经医院确诊患有某种疾病，而不是指自本附加合同生效、复效之后第一次经医院确诊患有某种疾病。

⁷特定疾病：指符合本附加合同附表所列的任何一种疾病定义所述条件的疾病。

⁸医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：（1）治疗疾病所必需的项目；（2）不超过安全、足量治疗原则的项目；（3）由医生开具的处方药；（4）非试验性的、非研究性的项目；（5）与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

⁹本公司指定的药品清单：以本公司最新公布信息为准。本公司保留对药品清单进行变更的权利，将根据医疗水平的发展对药品清单进行更新。药品必须为本附加合同保险期间届满前，经中国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。药品的适应症以国家药品监督管理局批准的药品说明书为准。

¹⁰本公司认可的药店：本公司认可的药店必须同时满足以下条件：（1）取得国家药品经营许可证、GSP 认证；（2）具有完善的冷链药品送达能力；（3）该药店内具有医师、执业药师等专业技术人员提供服务；（4）当地医保定点零售药房或大病保险特药定点零售药店。

¹¹年：一年指三百六十五天，若遇闰年则增加一日。

2.5 药品费用计算方法 特药医疗费用保险金给付包括**特定目录外药品费用**¹²保险金给付及**特定目录内药品费用**¹³保险金给付。

一、特定目录外药品费用保险金的计算方法

特定目录外药品费用保险金给付金额=（每次发生的特定目录外药品费用—每次从其他途径已获得的特定目录外药品费用补偿）×100%

从其他途径已获得的特定目录外药品费用补偿，包含因发生该特定目录外药品费用，已从公费医疗、互助保险、除本保险外的其他商业保险、公益慈善机构、第三方责任人等其他途径实际获得的特定目录外药品费用补偿。

二、特定目录内药品费用保险金的计算方法

特定目录内药品费用保险金给付金额=（每次发生的特定目录内药品费用—每次从其他途径已获得的特定目录内药品费用补偿）×100%

从其他途径已获得的特定目录内药品费用补偿，包含因发生该特定目录内药品费用，已从**基本医疗保险**¹⁴、公费医疗、互助保险、除本保险外的其他商业保险、公益慈善机构、第三方责任人等其他途径实际获得的特定目录内药品费用补偿。基本医疗保险个人账户支出部分视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

若被保险人以参加基本医疗保险身份投保，但未以参加基本医疗保险身份就诊并结算的，则本公司按照以参加基本医疗保险身份就诊并结算的应赔付保险金额的60%进行赔付。

2.6 责任免除

2.6.1 一般责任免除

因下列情形之一导致被保险人发生特定药品费用支出的，本公司不承担给付特定药品费用医疗保险金的责任：

（1）投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；

（2）被保险人犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施，被保险人遭受司法当局拘禁或被判入狱；

（3）被保险人**斗殴**¹⁵、**醉酒**¹⁶，服用、吸食或注射**毒品**¹⁷；

（4）核爆炸、核辐射或核污染；

¹²特定目录外药品费用：满足条件的药品费用中未被纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》（以药品处方开具时的有效版本为准）的药品所发生的费用。

¹³特定目录内药品费用：满足条件的药品费用中被纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》（以药品处方开具时的有效版本为准）的药品所发生的费用。

¹⁴基本医疗保险：基本医疗保险包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗。

¹⁵斗殴：指双方或多方通过拳脚、器械等武力以求制胜的行为。斗殴的认定，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。

¹⁶醉酒：指因饮酒而表现出动作不协调、意识紊乱、舌重口吃或其他不能清醒地控制自己行为的状态。醉酒的认定，如有司法机关、公安部门的有关法律文件、医院的诊断书等，则以上述法律文件、诊断书等为准。

¹⁷毒品：指中华人民共和国刑法规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。

(5) 战争¹⁸、军事冲突¹⁹、恐怖主义活动²⁰、暴乱²¹或武装叛乱；

(6) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病²²；

(7) 未在本公司指定或认可的医疗机构或本公司指定的药店购买的药品；

(8) 药品处方的开具与本产品药品清单中的支付范围不符，或与国家药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症用法用量不符；

(9) 相关医学材料不能证明药品对被保险人所罹患的特定疾病有效或经审核，被保险人的疾病状况对申领药品已经耐药而产生的费用；

(10) 在本公司指定的药店购买药品时，特定疾病特定药品院外药房直付用药申请未审核通过或特定疾病特定药品院外药房直付用药范围外的费用；

(11) 使用未获得国家药品监督管理局批准的药品，进行未被国家药品审评中心批准的适应症用药治疗；未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及其产生的后果所产生的费用；

(12) 接种预防特定疾病的疫苗，进行基因测试以鉴定特定疾病的遗传性。

2.6.2 其他免责条款

除“2.6.1 一般责任免除”外，本附加合同还有一些免除本公司责任的条款，详见“2.4 保险责任”、“2.5 药品费用计算方法”、“3.2 保险事故通知”、“3.3 保险金申请”、“6.1 适用主合同条款”中背景突出显示的内容；“2.4 保险责任”中脚注背景突出显示的内容。

3 保险金申领

3.1 受益人 除另有约定外，保险金受益人为被保险人本人。

3.2 保险事故通知 投保人、被保险人或受益人应当在知道保险事故发生后 10 日内通知本公司。
若投保人、被保险人或受益人故意或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，本公司对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但本公司通过其他途径已经及时知道或应当及时知道保险事故发生或虽未及时通知但不影响本公司确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

3.3 保险金申请 受益人向本公司申请给付保险金时，应当填写保险金给付申请书，并以书面形式

¹⁸战争：指国家与国家、民族与民族、政治集团与政治集团之间为了一定的政治、经济目的而进行的武装斗争，以政府宣布为准。

¹⁹军事冲突：指国家或民族之间在一定范围内的武装对抗，以政府宣布为准。

²⁰恐怖主义活动：指以制造社会恐慌、危害公共安全或胁迫国家机关、国际组织为目的，采取暴力、破坏、恐吓等手段，造成或意图造成人员伤亡、重大财产损失、公共设施损坏、社会秩序混乱等严重社会危害的行为，以及煽动、资助或以其他方式协助实施上述活动的行为。

²¹暴乱：指破坏社会秩序的武装骚动，以政府宣布为准。

²²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人类免疫缺陷综合征，英文缩写为 AIDS。在人体血液或其他样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状的，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。

提交下列证明和资料。受益人未能提供有关证明和资料，导致本公司无法核实事故的性质、原因、损失程度的，本公司对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

- (1) 受益人有效身份证件；
- (2) 本公司指定或认可的医疗机构出具的支持索赔的账单明细、证明、信息和证据，包括但不限于中华人民共和国卫生行政部门评审确定的二级或二级以上公立医院出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查报告、化验检查报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等。受益人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料被保险人诊断证明、门急诊病历、出院小结或出院病历（加盖中华人民共和国卫生行政部门评审确定的二级或二级以上公立医院病历专用章）、医疗费用发票及明细；
- (3) 所能提供的与确认事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

以上证明和资料不完整的，本公司将及时一次性通知补充提供有关的证明和资料。

- 3.4 代理申请及其他** 受益人委托他人申请给付保险金的，还应当提供受托人身份证明、授权委托书。保险金作为遗产时，还应当提供可证明合法继承权的相关权利文件。受益人或继承人为未成年人或无民事行为能力人时，由其合法监护人代其申请领取保险金，并提供未成年人或无民事行为能力证明和合法监护权证明。
- 3.5 配合调查** 被保险人遭受事故的，除法律禁止的情况外，本公司有权对投保人、被保险人、受益人等，就事故的性质、原因、结果及被保险人的损伤程度和身体情况等，进行调查、检查、评估和鉴定（包括但不限于提请作必要、合理的解剖检验），投保人、被保险人、受益人等应当予以充分配合。
- 3.6 保险金的给付** 收到保险金给付申请书及有关证明和资料后，本公司将在 10 个工作日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定。
- 本公司应当将核定结果通知受益人。对属于保险责任的，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；
- 本公司未及时履行前款规定义务的，除给付保险金外，还应当赔偿受益人因此受到的损失。
- 对不属于保险责任的，本公司自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。
- 自收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，本公司对给付保险金的数额不能确定的，本公司应当按照根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；最终确定给付保险金的数额后，本公司支付相应的差额。
- 3.7 诉讼时效** 受益人向本公司请求给付保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或应当知道保险事故发生之日起计算。

4 保险费交纳

- 4.1 保险费的交纳** 除另有约定外，本附加合同的保险费在投保时交纳，续保保险费应在主合同每年的合同生效日对应日交纳，主合同生效日对应日即为续保保险费的约定交纳日。

4.2 宽限期 在保证续保期间内，每一保险期间届满时，则自期满日的次日零时起 60 日为宽限期。宽限期内发生保险事故的，本公司仍会承担保险责任，但在给付保险金时会扣减欠交保险费。如投保人在宽限期届满时仍未交纳保险费，则本附加合同的保险期间自上一交费周期结束时终止。对于保险期间终止后发生的保险事故，本公司不再承担保险责任。

4.3 续保 本附加合同为保证续保合同，自投保人首次投保本附加合同的生效日起，或自非连续投保本附加合同的生效日起，每 3 年为一个保证续保期间。最高可续保至 99 周岁。

在保证续保期间内，享有如下保证续保权利：

- (1) 每个保证续保期间内，投保人按该保证续保期初约定的费率表依被保险人年龄变化交纳相应的保险费；
- (2) 每个保证续保期间内，本公司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，投保人的保证续保权不因该保险的统一停售而终止。

若保证续保期间届满时，享有如下续保权利：

- (1) 如本保险仍然在售，投保人可向本公司申请续保本附加合同。本公司会审核被保险人是否符合续保条件，经本公司审核同意续保，投保人按时向本公司支付续保保险费，本附加合同将延续有效，并进入下一个保证续保期间，且不重新计算等待期；
- (2) 如本保险已停止销售，经本公司审核同意，投保人可选择投保本公司指定的医疗保险产品。重新投保的合同无等待期，也无需重新填写健康告知。

5 合同解除

5.1 解除合同的手续及风险 本附加合同成立后，投保人可申请解除合同。但本公司根据本附加合同已给付保险金或承担给付保险金的责任的，将不接受投保人解除合同申请。

投保人申请解除本附加合同时，应当向本公司送达：

- (1) 解除合同申请书；
- (2) 本附加合同；
- (3) 投保人有效身份证件。

本附加合同的效力至本公司接到解除合同申请书之日的次日零时或解除合同申请书上载明的合同终止时间（二者中以较晚者为准）终止。本公司自收到完整的证明和资料之日起 30 日内向投保人退还本附加合同的**未到期净保费**²³。

投保人解除合同会遭受一定损失。

²³**未到期净保费**：指“(保险费-手续费) * (1- (保单当期已经过天数/当期已交保险费对应的保险期间))”。经过天数不足一天的按一天计算。手续费指本公司对本附加合同平均承担的营业费用及佣金之和，等于保险费的 30%。

6 其他事项

6.1 适用主合同条款 主合同订立的下列各项条款适用于本附加合同：

- 1) 明确说明与如实告知；
- 2) 本公司合同解除权的限制；
- 3) 年龄性别错误；
- 4) 未还款项；
- 5) 合同内容变更；
- 6) 联系方式变更；
- 7) 争议处理。

[本页内容结束]

附表 特定疾病病种及定义 以下第一至三种特定疾病是中国保险行业协会制定的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020年修订版）》（以下简称2020版定义）规定的重大疾病，疾病名称、病种名称、疾病定义与2020版定义保持一致，第四至六种重大疾病是本公司在中国保险行业协会制定的规范定义的重大疾病范围之外增加的疾病。被保险人发生符合以下特定疾病定义所述条件的疾病，应当由专科医生明确诊断。

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它部位，病灶经**组织病理学检查**²⁴（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-10²⁵）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，不在保障范围内：

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

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

b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

（2）**TNM分期**²⁶为I期或更轻分期的甲状腺癌；

（3）TNM分期为T₁N₀M₀期或更轻分期的前列腺癌；

（4）黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

（5）相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；

（6）相当于AnnArbor分期方案I期程度的何杰金氏病；

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

2) 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

²⁴**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。

²⁵**ICD-10**：《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10），是世界卫生组织（WHO）发布的国际通用的疾病分类方法。《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分类、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。

²⁶**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指原发肿瘤大小、形态等；N指淋巴结的转移情况；M指有无其他脏器的转移情况。

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。

3) 严重克罗恩病

指一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克罗恩病（Crohn 病）病理组织学变化，须根据组织病理学特点诊断，且已经造成瘻管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

4) 多发性硬化

被保险人因脑及脊髓内的脱髓鞘病变而出现神经系统多灶性（多发性）多时相（至少 6 个月以内有一次以上（不包含一次）的发作）的病变，须由计算机断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且已经造成自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动²⁷中的三项或三项以上，持续至少 180 天。

5) 系统性红斑狼疮-（并发）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。本附加合同所指的系统性红斑狼疮仅限于累及肾脏（经肾脏活检确认的，符合 WHO 诊断标准定义 III 型至 V 型狼疮性肾炎）的系统性红斑狼疮。

其他类型的红斑性狼疮，如盘状狼疮、仅累及血液及关节的狼疮不在保障范围内。

本病必须由免疫和风湿科专家医师确诊。世界卫生组织（WHO）狼疮性肾炎分型：

I 型（微小病变型）镜下阴性，尿液正常；

II 型（系膜病变型）中度蛋白尿，偶有尿沉渣改变；

III 型（局灶及节段增生型）蛋白尿，尿沉渣改变；

IV 型（弥漫增生型）急性肾炎伴有尿沉渣改变及/或肾病综合征；

V 型（膜型）肾病综合征或重度蛋白尿。

6) 严重类风湿性关节炎

类风湿性关节炎为广泛分布的慢性进行性多关节病变，表现为关节严重变形，侵犯至少三个主要关节或关节组（如：双手（多手指）关节、双足（多足趾）关节、双腕关节、双膝关节和双髋关节）。类风湿性关节炎必须明确诊断并且已经达到类风湿性关节炎功能分级 III 级以上的功能障碍（关节活动严重限制，不能完成大部分的日常工作和活动）并且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。

²⁷六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。