阳光人寿[2021]医疗保险 052 号

请扫描以查询验证条款

阳光人寿保险股份有限公司

阳光人寿 i 保定期医疗保险条款

阅 读 指 引

WHRI-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。

本阅读指引有助于您理解条款，对本合同内容的解释以条款为准。

您拥有的重要权益

签收本合同次日起 15 日内您可以要求退还所交纳的保险费..... 1.3

被保险人可以享受本合同提供的保障 2.3

您有退保的权利..... 8.1

您应当特别注意的事项

我们对免除本公司责任的条款作了特别提示，详见条款正文中背景突出显示的部分 .....2.2、2.3、2.4、3.2、4.2、7.1、10.2、11.5、11.8、11.9、11.11、11.12、11.17、11.23、11.41、11.47

被保险人应到我们认可的医院就诊..... 2.3

保险事故发生后，您有及时通知我们的义务..... 4.2

您应当按时交纳保险费..... 5.1

退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策..... 8.1

您有如实告知的义务..... 9.1

我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标注，请您注意.....11

条款目录

1 您与我们订立的合同
1.1 合同构成
1.2 合同成立与生效
1.3 犹豫期

2 我们提供的保障
2.1 保险期间
2.2 保障计划
2.3 保险责任
2.4 责任免除

3 重大疾病
3.1 重大疾病的范围
3.2 重大疾病的定义

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 豁免保险费
4.6 诉讼时效

5 保险费的交纳
5.1 保险费的交纳
5.2 宽限期

6 现金价值权益
6.1 现金价值

7 合同效力的中止与恢复
7.1 合同效力中止
7.2 合同效力恢复（复效）

8 合同解除
8.1 犹豫期后解除合同（退保）的手续及风险

9 如实告知
9.1 明确说明与如实告知
9.2 本公司合同解除权的限制

10 其他需要关注的事项
10.1 合同效力终止
10.2 年龄性别错误处理
10.3 欠款扣除
10.4 合同内容变更
10.5 联系方式变更
10.6 争议处理

11 释义
11.1 保单周年日
11.2 保单年度
11.3 保险费约定交纳日
11.4 有效身份证件
11.5 医疗费用
11.6 质子重离子医疗费用
11.7 ECMO（体外膜肺氧合）
11.8 住院
11.9 门急诊
11.10 质子重离子放射治疗
11.11 意外伤害
11.12 我们认可的医院
11.13 专科医生
11.14 必需且合理
11.15 与该次住院相同的原因
11.16 肾透析
11.17 恶性肿瘤——轻度
11.18 化学疗法
11.19 放射疗法
11.20 肿瘤免疫疗法
11.21 肿瘤内分泌疗法
11.22 肿瘤靶向疗法
11.23 实际住院日数
11.24 基本医疗保险
11.25 毒品
11.26 酒后驾驶
11.27 无合法有效驾驶证驾驶
11.28 无合法有效行驶证
11.29 机动车
11.30 感染艾滋病病毒或患艾滋病
11.31 遗传性疾病
11.32 先天性畸形、变形或染色体异常
11.33 既往症
11.34 精神行为障碍
11.35 医疗事故
11.36 潜水
11.37 攀岩
11.38 探险
11.39 武术比赛
11.40 特技表演
11.41 组织病理学检查
11.42 ICD-10 与 ICD-O-3
11.43 TNM 分期
11.44 肢体
11.45 肌力
11.46 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍
11.47 六项基本日常生活活动
11.48 永久不可逆
11.49 周岁
11.50 美国纽约心脏病学会心功能状态分级
11.51 持续性蛋白尿（尿蛋白须高于++）
11.52 现金价值
11.53 条款约定利率

附件一 保障明细表
附件二 医疗费用保险金计算示例

阳光人寿 i 保定期医疗保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指阳光人寿保险股份有限公司，“本合同”指您与我们之间订立的“阳光人寿 i 保定期医疗保险合同”。

1 您与我们订立的合同

1.1 **合同构成** 本保险条款、保险单或其他保险凭证、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、附加合同、其他书面或电子协议都是您与我们之间订立的保险合同的构成部分。

1.2 **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。
本合同自我们同意承保、收取首期保险费并签发保险单后开始生效，具体生效日以保险单所载的日期为准。我们自生效日零时起承担本合同约定的保险责任。
本合同的**保单周年日**（见 11.1）、**保单年度**（见 11.2）、**保险费约定交纳日**（见 11.3）均以生效日计算。

1.3 **犹豫期** 自您签收本合同的次日起，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，您可以提出解除本合同，我们将无息退还您所交纳的保险费。
解除合同时，您需要填写申请书，并提供您的保险合同及**有效身份证件**（见 11.4）。自我们收到您解除合同的书面申请时起，本合同即被解除，我们自始不承担保险责任。

2 我们提供的保障

2.1 **保险期间** 本合同的保险期间为 3 年或 6 年，由您在投保时与我们约定并在保险单上载明。

2.2 **保障计划** 本合同的**医疗费用**（见 11.5）保险责任年度限额、一般医疗费用保险责任年度限额、重大疾病医疗费用保险责任年度限额、**质子重离子医疗费用**（见 11.6）保险责任年度限额、医疗费用年度基础免赔额、**ECMO（体外膜肺氧合）**（见 11.7）**住院**（见 11.8）津贴日额及重大疾病豁免保险费（详见本条款 2.3.5）在**保障明细表**（见附件一）中载明。

2.3 **保险责任** 您投保本合同时，被保险人自本合同生效日（或最后复效日）起 30 日内接受住院及住院前后**门急诊**（见 11.9）治疗、特定门诊治疗、**质子重离子放射治疗**（见 11.10）及 ECMO（体外膜肺氧合）治疗的，我们不承担给付保险金的责任。上述 30 日的时间，称为等待期。
在等待期内，被保险人确诊患本合同约定的重大疾病（详见本条款 3.1），我们不承担给付保险金的责任，本合同效力终止，我们将无息退还您交纳的保险费。
被保险人因**意外伤害**（见 11.11）发生上述情形的，无等待期。
本合同有效期内，对于被保险人因意外伤害或在等待期后于**我们认可的医院**（见 11.12）接受住院及住院前后门急诊治疗、特定门诊治疗发生的医疗费用，对于被保险人在等待期后于我们认可的医院首次确诊患本条款 3.2.1 约定的“恶性肿

瘤——重度”并在上海市质子重离子医院（暨复旦大学附属肿瘤医院质子重离子中心）或甘肃武威肿瘤医院重离子中心接受质子重离子放射治疗发生的质子重离子医疗费用，对于被保险人因意外伤害或在等待期后于我们认可的医院首次确诊患本合同约定的重大疾病的，以及对于被保险人因意外伤害或在等待期后于我们认可的医院接受 ECMO(体外膜肺氧合)治疗的，我们按如下约定承担保险责任：

2.3.1 *一般医疗费用保险责任*

对于被保险人于我们认可的医院接受住院、特定门诊治疗发生的医疗费用，我们承担给付一般住院及住院前后门急诊医疗费用保险金和一般特定门诊医疗费用保险金的责任。

每一保单年度内，一般住院及住院前后门急诊医疗费用保险金与一般特定门诊医疗费用保险金累计给付之和以一般医疗费用保险责任年度限额为限。具体约定如下：

2.3.1.1 一般住院及住院前后门急诊医疗费用保险金

被保险人于我们认可的医院就诊，经**专科医生**（见 11.13）诊断确定必须住院并正式办理住院手续入院治疗的，在其入住我们认可的医院住院治疗期间，对于被保险人实际发生的**必需且合理**（见 11.14）的住院及住院前后门急诊医疗费用，我们按照本条款 2.3.7 “医疗费用保险金计算方法”的约定，给付一般住院及住院前后门急诊医疗费用保险金。

住院治疗期间包括因**与该次住院相同的原因**（见 11.15）在该次住院前 7 日内（含住院当日）及出院后 30 日内（含出院当日）进行门急诊治疗的期间。

2.3.1.2 一般特定门诊医疗费用保险金

被保险人于我们认可的医院确诊并接受特定门诊治疗的，对于其实际发生的必需且合理的下列特定门诊医疗费用，我们按照本条款 2.3.7“医疗费用保险金计算方法”的约定，给付一般特定门诊医疗费用保险金。

特定门诊医疗费用包括：

（1）门诊**肾透析**（见 11.16）费用；

（2）门诊恶性肿瘤治疗费用（包括门诊恶性肿瘤——重度治疗费用和门诊**恶性肿瘤——轻度**（见 11.17）治疗费用），包括**化学疗法**（见 11.18）、**放射疗法**（见 11.19）、**肿瘤免疫疗法**（见 11.20）、**肿瘤内分泌疗法**（见 11.21）、**肿瘤靶向疗法**（见 11.22）治疗费用；

（3）器官移植后的门诊抗排异治疗费用；

（4）门诊手术费用。

对于被保险人因与该次住院相同的原因在该次住院前 7 日内（含住院当日）或出院后 30 日内（含出院当日）进行特定门诊治疗产生的医疗费用，受益人仅可申请一般特定门诊医疗费用保险金和一般住院及住院前后门急诊医疗费用保险金中的一项，不得重复申请。

2.3.2 重大疾病医疗费用保险责任

对于被保险人于我们认可的医院首次确诊患本合同约定的重大疾病，并且于我们认可的医院接受住院、特定门诊治疗发生的医疗费用，我们首先按照本条款 2.3.1 的约定承担一般医疗费用保险责任，当我们累计给付的医疗费用保险责任金额达到一般医疗费用保险责任年度限额后，我们承担给付重大疾病住院及住院前后门急诊医疗费用保险金、重大疾病特定门诊医疗费用保险金的责任。**每一保单年度内，重大疾病住院及住院前后门急诊医疗费用保险金与重大疾病特定门诊医疗费用保险金累计给付之和以重大疾病医疗费用保险责任年度限额为限。**具体约定如下：

2.3.2.1 重大疾病住院及住院前后门急诊医疗费用保险金

被保险人于我们认可的医院首次确诊患本合同约定的重大疾病，经专科医生诊断确定必须住院并正式办理住院手续入院治疗的，在其入住我们认可的医院住院治疗期间实际发生的必需且合理的重大疾病住院医疗费用，我们按照本条款 2.3.7“医疗费用保险金计算方法”的约定，给付重大疾病住院及住院前后门急诊医疗费用保险金。

住院治疗期间包括因与该次住院相同的原因在该次住院前 7 日内（含住院当日）及出院后 30 日内（含出院当日）进行门急诊治疗的期间。

2.3.2.2 重大疾病特定门诊医疗费用保险金

被保险人于我们认可的医院首次确诊患本合同约定的重大疾病并接受重大疾病特定门诊治疗，对于其实际发生的必需且合理的下列重大疾病特定门诊医疗费用，我们按照本条款 2.3.7“医疗费用保险金计算方法”的约定，给付重大疾病特定门诊医疗费用保险金。

重大疾病特定门诊医疗费用包括：

（1）门诊肾透析费用；

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

（3）器官移植后的门诊抗排异治疗费用；

（4）门诊手术费用。

对于被保险人因与该次住院相同的原因在该次住院前 7 日内（含住院当日）或出院后 30 日内（含出院当日）进行重大疾病特定门诊治疗产生的医疗费用，受益人仅可申请重大疾病特定门诊医疗费用保险金和重大疾病住院及住院前后门急诊医疗费用保险金中的一项，不得重复申请。

2.3.3 质子重离子医疗费用保险金

被保险人于我们认可的医院首次确诊患本条款 3.2.1 约定的“恶性肿瘤——重度”，并在上海市质子重离子医院（暨复旦大学附属肿瘤医院质子重离子中心）或甘肃武威肿瘤医院重离子中心接受质子重离子放射治疗的，对于其实际发生的必需且合理的质子重离子医疗费用，我们按照本条款 2.3.7“医疗费用保险金计算方法”的约定，给付质子重离子医疗费用保险金。

若被保险人未实际接受质子重离子放射治疗的，我们对被保险人在上海市质子重离子医院（暨复旦大学附属肿瘤医院质子重离子中心）或甘肃武威肿瘤医院重离子中心发生的所有费用不承担给付保险金的责任。

每一保单年度内，质子重离子医疗费用保险金累计给付之和以质子重离子医疗费用保险责任年度限额为限。

2.3.4 ECMO(体外膜肺氧合)住院津贴保险金

被保险人在我们认可的医院接受 ECMO（体外膜肺氧合）住院治疗的，我们按其使用 ECMO（体外膜肺氧合）的**实际住院日数**（见 11.23）乘以 ECMO（体外膜肺氧合）住院津贴日额所得数额给付 ECMO（体外膜肺氧合）住院津贴保险金。

每一保单年度内，ECMO（体外膜肺氧合）住院津贴保险金累计给付日数以 30 日为限。

2.3.5 重大疾病豁免保险费

若被保险人经我们认可的医院专科医生首次确诊患本合同约定的重大疾病（无论一种或多种），我们将豁免自确诊之日起本合同应交且未交的保险费，被豁免的保险费视为您已交纳的保险费，本合同继续有效。

2.3.6 给付限额

每一保单年度内，一般住院及住院前后门急诊医疗费用保险金、一般特定门诊医疗费用保险金、重大疾病住院及住院前后门急诊医疗费用保险金、重大疾病特定

门诊医疗费用保险金及质子重离子医疗费用保险金累计给付之和以 400 万元为限。

2.3.7 医疗费用保险金计算方法

每一保单年度内，我们对被保险人每次实际发生的属于本合同保险责任范围内的必需且合理的医疗费用，在本合同医疗费用保险责任年度限额及本合同各项医疗费用保险责任年度限额内给付的医疗费用保险金的计算公式如下（具体请参考附件二中的医疗费用保险金计算示例）：

医疗费用保险金 = 每一保单年度内累计发生的必需且合理的医疗费用 - 每一保单年度内累计发生的从**基本医疗保险**（见 11.24）、公费医疗获得的费用补偿-每一保单年度累计发生的未先行赔付扣除额 - 年度免赔额 - 每一保单年度累计已给付的医疗费用保险金

未先行赔付扣除额按以下方法确定：

（1）每一保单年度内，若我们按照本条款 2.3.3 的约定给付质子重离子医疗费用保险金时，该保单年度的质子重离子医疗费用保险金责任的未先行赔付扣除额=0。

（2）每一保单年度内，若被保险人在交纳保险费时已参加基本医疗保险或公费医疗，但未先从基本医疗保险或公费医疗获得费用补偿，则该保单年度的未先行赔付扣除额为必需且合理的医疗费用的 40%；若被保险人在交纳保险费时已参加基本医疗保险或公费医疗，且已从基本医疗保险或公费医疗获得费用补偿，或在交纳保险费时未参加基本医疗保险或公费医疗，则该保单年度的未先行赔付扣除额 = 0；

年度免赔额按以下方法确定：

（1）每一保单年度内，若被保险人累计从其他商业医疗保险计划已获得的医疗费用补偿金额≤医疗费用年度基础免赔额，则该保单年度的年度免赔额等于医疗费用年度基础免赔额；

（2）每一保单年度内，若被保险人累计从其他商业医疗保险计划已获得的医疗费用补偿金额＞医疗费用年度基础免赔额，则该保单年度的年度免赔额等于该保单年度内累计从其他商业医疗保险计划已获得的医疗费用补偿金额。

每一保单年度的未先行赔付扣除额、年度免赔额及医疗费用保险金按照上述计算方法重新计算。

2.3.8 补偿原则及赔付顺序

我们按照本条款 2.3.7“医疗费用保险金计算方法”的约定计算并给付相应保险金，若被保险人发生的上述各项医疗费用已从任何其他途径（包括但不限于基本医疗保险管理机构、公费医疗管理机构、本公司在内的任何商业保险机构）取得补偿，则我们对该被保险人给付的医疗费用保险金以该被保险人未受补偿的剩余部分医疗费用为限。

若被保险人医疗费用同时发生或顺序不明确时，我们推定特定门诊医疗费用发生在后，并据此计算被保险人发生的必需且合理的医疗费用。

2.3.9 责任的延续

对于等待期后本合同保险期间届满前发生的且延续至本合同保险期间届满后 30 日内的住院治疗，我们仍然按本合同约定承担给付保险金的责任。

2.4 责任免除

1.因下列情形之一，造成被保险人支出医疗费用的，我们不承担给付一般住院及住院前后门急诊医疗费用保险金、一般特定门诊医疗费用保险金、重大疾病住院及住院前后门急诊医疗费用保险金、重大疾病特定门诊医疗费用保险金、质子重离子医疗费用保险金、ECMO（体外膜肺氧合）住院津贴保险金的责任：

（1）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
（2）被保险人故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
（3）被保险人服用、吸食或注射**毒品**（见11.25）；
（4）被保险人**酒后驾驶**（见11.26）、**无合法有效驾驶证驾驶**（见11.27）或驾驶**无合法有效行驶证**（见11.28）的**机动车**（见11.29）；
（5）被保险人**感染艾滋病病毒或患艾滋病**（见11.30）、接受不孕不育治疗、接受人工受精、怀孕（不含宫外孕）、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含绝育）、进行产前产后检查以及由以上原因引起的并发症；
（6）**遗传性疾病**（见11.31）、**先天性畸形、变形或染色体异常**（见11.32）；
（7）被保险人所患的**既往症**（见11.33）；
（8）被保险人所患的**精神行为障碍**（见11.34）、性病；
（9）疗养、矫形、视力矫正手术、美容、牙科保健及康复治疗、非意外事故所致整容手术以及因检查、麻醉、手术治疗、药物治疗而导致的**医疗事故**（见11.35）；
（10）被保险人参加**潜水**（见11.36）、跳伞、**攀岩**（见11.37）、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、**探险**（见11.38）、摔跤、**武术比赛**（见11.39）、**特技表演**（见11.40）、赛马、赛车等高风险运动；
（11）战争、军事行动、暴乱、武装叛乱、核爆炸、核辐射、核污染；
（12）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；
（13）被保险人接受未经科学或医学认可的试验性或研究性治疗，接受未被治疗所在地权威部门批准的治疗，或使用未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物；
（14）被保险人因预防、康复、保健性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具；
（15）被保险人在我们认可的医院进行治疗时，对于其在我们认可的医院外购买的药品。

2.因下列情形之一，导致被保险人患本合同约定的重大疾病的，我们不承担重大疾病豁免保险费的责任：
（1）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
（2）被保险人故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
（3）被保险人服用、吸食或注射毒品；
（4）被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无合法有效行驶证的机动车；
（5）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（本合同另有约定的除外）；
（6）遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常（本合同另有约定的除外）；
（7）战争、军事行动、暴乱、武装叛乱、核爆炸、核辐射、核污染。

3 重大疾病

3.1 重大疾病的范围

本合同所指的重大疾病在本合同中有确定的含义，不仅包括部分一般意义上的重大疾病，还包括某些重大手术，本合同所指的重大疾病可能与临床医学所指的重大疾病在概念和范围上有所不同，我们将在本合同重大疾病定义中详细列明，您投保本合同即表明认可并遵从本合同中对重大疾病的定义。

在本合同有效期内，我们保障的重大疾病如下所示：

1 恶性肿瘤——重度　　61 严重慢性缩窄性心包炎

2 较重急性心肌梗死
3 严重脑中风后遗症
4 重大器官移植术或造血干细胞移植术
5 冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）
6 严重慢性肾衰竭
7 多个肢体缺失
8 急性重症肝炎或亚急性重症肝炎
9 严重非恶性颅内肿瘤
10 严重慢性肝衰竭
11 严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症
12 深度昏迷
13 双耳失聪
14 双目失明
15 瘫痪
16 心脏瓣膜手术
17 严重阿尔茨海默病
18 严重脑损伤
19 严重原发性帕金森病
20 严重III度烧伤
21 严重特发性肺动脉高压
22 严重运动神经元病
23 语言能力丧失
24 重型再生障碍性贫血
25 主动脉手术
26 严重慢性呼吸衰竭
27 严重克罗恩病
28 严重溃疡性结肠炎
29 侵蚀性葡萄胎（或称恶性葡萄胎）
30 严重骨髓异常增生综合征
31 严重原发性骨髓纤维化
32 严重自身免疫性肝炎
33 系统性红斑狼疮-III型或以上狼疮性肾炎
34 肾髓质囊性病
35 特发性慢性肾上腺皮质功能减退
36 系统性硬皮病
37 原发性硬化性胆管炎
38 严重肠道疾病并发症
39 范可尼综合征
40 肝豆状核变性
41 弥漫性血管内凝血
42 严重哮喘
43 败血症导致的多器官功能障碍综合症
62 三度房室传导阻滞
63 心脏粘液瘤手术
64 艾森门格综合征
65 Brugada 综合征
66 室壁瘤切除手术
67 严重大动脉炎
68 严重原发性心肌病
69 严重川崎病
70 嗜铬细胞瘤
71 雷伊氏综合症
72 严重克雅氏病
73 严重多发性硬化
74 严重重症肌无力
75 严重肌营养不良症
76 植物人状态
77 非阿尔茨海默病所致严重痴呆
78 皮质基底节变性
79 进行性多灶性白质脑病
80 脊髓小脑变性症
81 神经白塞病
82 严重脊髓空洞症
83 颅脑手术
84 异染性脑白质营养不良
85 严重脊髓内肿瘤
86 严重癫痫
87 严重脊髓灰质炎
88 严重肾上腺脑白质营养不良
89 结核性脊髓炎
90 脑型疟疾
91 严重强直性脊柱炎
92 库鲁病
93 重症手足口病
94 严重类风湿性关节炎
95 重症急性坏死性筋膜炎
96 严重气性坏疽
97 失去一肢及一眼
98 严重面部烧伤
99 多处臂丛神经根性撕脱
100 原发性脊柱侧弯的矫正手术
101 成骨不全症第三型
102 埃博拉病毒感染
103 因器官移植导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）

			感染
44	严重肺泡蛋白质沉积症	104	经输血导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染
45	肺淋巴管肌瘤病	105	因职业关系导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染
46	肺孢子菌肺炎	106	狂犬病
47	严重胰岛素依赖型糖尿病	107	象皮病
48	胰腺移植	108	严重甲型或乙型血友病
49	急性坏死性胰腺炎-不包括酒精作用所致	109	严重出血性登革热
50	严重慢性复发性胰腺炎	110	严重原发性轻链型淀粉样变性（AL 型）
51	急性呼吸窘迫综合征（ARDS）	111	横贯性脊髓炎后遗症
52	溶血性尿毒综合征	112	严重肺结节病
53	继发性噬血细胞综合征	113	严重特发性肺纤维化
54	严重戈谢病	114	多发性大动脉炎旁路移植手术
55	严重法布里（Fabry）病	115	闭锁综合征
56	严重心脏衰竭 CRT 心脏再同步治疗	116	亚急性硬化性全脑炎
57	严重冠心病	117	严重斯蒂尔病
58	严重心肌炎	118	亚历山大病
59	肺源性心脏病	119	脊髓血管病后遗症
60	严重感染性心内膜炎	120	进行性肌肉骨化症

3.2 重大疾病的定义

以上各种重大疾病须我们认可的医院专科医生明确诊断，且符合以下定义：前 28 种重大疾病定义完全采用了中国保险行业协会发布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》中的疾病定义，其他为本公司增加的疾病：

3.2.1 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**（见 11.41）（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）**（见 11.42）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）**（见 11.42）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（见 11.43）为Ⅰ期或更轻分期的甲状腺癌；

（3）TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌；

（4）黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

（5）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

（6）相当于 Ann Arbor 分期方案Ⅰ期程度的何杰金氏病；

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

3.2.2 较重急性心肌梗死

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

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

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

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

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

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

（5）影像学检查证实存在新出现的室壁瘤；

（6）出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。

其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在保障范围内。

3.2.3 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**（见 11.44）**肌力**（见 11.45）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**（见 11.46）；

（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**（见 11.47）中的三项或三项以上。

3.2.4 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。

3.2.5 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。

3.2.6 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。

3.2.7 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。

3.2.8 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

或亚急性重症肝炎

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。

3.2.9 *严重非恶性颅内肿瘤*

指起源于脑、脑神经、脑被膜的非恶性肿瘤，ICD-O-3肿瘤形态学编码属于0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）范畴，并已经引起颅内压升高或神经系统功能损害，出现视乳头水肿或视觉受损、听觉受损、面部或肢体瘫痪、癫痫等，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且须满足下列至少一项条件：
（1）已经实施了开颅进行的颅内肿瘤完全或部分切除手术；
（2）已经实施了针对颅内肿瘤的放射治疗，如γ刀、质子重离子治疗等。
下列疾病不在保障范围内：
（1）脑垂体瘤；
（2）脑囊肿；
（3）颅内血管性疾病（如脑动脉瘤、脑动静脉畸形、海绵状血管瘤、毛细血管扩张症等）。

3.2.10 *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。

3.2.11 *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。

3.2.12 *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。

3.2.13 *双耳失聪*

指因疾病或意外伤害导致双耳听力**永久不可逆**（见11.48）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（见 11.49）以上。

3.2.14 *双目失明*

指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失，双眼中较好眼须满足下列

至少一项条件：
（1）眼球缺失或摘除；

（2）矫正视力低于 0.02（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）；
（3）视野半径小于 5 度。
被保险人申请理赔时年龄必须在 3 周岁以上。

3.2.15 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。

3.2.16 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。

3.2.17 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。

3.2.18 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。

3.2.19 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。

3.2.20 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。

3.2.21 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**（见 11.50）Ⅳ级，且静息状态下肺动脉平均压在 36mmHg（含）以上。

3.2.22 *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。

3.2.23 *语言能力丧失* 指因疾病或意外伤害导致语言能力完全丧失，经过积极治疗至少 12 个月（声带完全切除不受此时间限制），仍无法通过现有医疗手段恢复。
精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。

3.2.24 *重型再生障碍性贫血* 指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少，且须满足下列全部条件：
（1）骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断：骨髓细胞增生程度<正常的 25%；如≥正常的 25%但<50%，则残存的造血细胞应<30%；
（2）外周血象须具备以下三项条件中的两项：
①中性粒细胞绝对值<0.5×10^9/L；
②网织红细胞计数<20×10^9/L；
③血小板绝对值<20×10^9/L。

3.2.25 *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。

3.2.26 *严重慢性呼吸衰竭* 指因慢性呼吸系统疾病导致永久不可逆性的呼吸衰竭，经过积极治疗 180 天后满足以下所有条件：
（1）静息时出现呼吸困难；
（2）肺功能第一秒用力呼气容积（FEV_1）占预计值的百分比<30%；
（3）在静息状态、呼吸空气条件下，动脉血氧分压（PaO_2）<50mmHg。

3.2.27 *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。

3.2.28 *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。

3.2.29 *侵蚀性葡萄胎（或称恶性葡萄胎）* 该类疾病是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，并已经进行化疗或手术治疗。

3.2.30 *严重骨髓异常增生综合征* 严重骨髓异常增生综合征是指符合世界卫生组织（WHO）2008 年分型方案中的难治性贫血细胞减少伴原始细胞增多-1（RAEB-1）、难治性贫血细胞减少伴原始细

胞增多-2（RAEB-2）、MDS-未分类（MDS-U）、MDS 伴单纯 5q-，且需满足下列所有条件：

（1）由我们认可的医院中设有专门血液病专科的三级医院，血液病专科医生确诊；

（2）骨髓穿刺或骨髓活检结果支持诊断；

（3）被保险人已持续接受 30 天以上的化疗或已接受骨髓移植治疗。

3.2.31 严重原发性骨髓纤维化

原发性骨髓纤维化为原因不明的骨髓中成纤维细胞增殖，伴有髓外造血，表现为进行性贫血、脾肿大等症状。本疾病须根据骨髓的活组织检查和周围血象检查由我们认可的医院血液科专科医生明确诊断，并至少符合下列条件中的三项，且符合条件的状态持续 180 天及以上：

（1）血红蛋白<100g/L；

（2）白细胞计数>25×10^9/L；

（3）外周血原始细胞>1%；

（4）血小板计数<100×10^9/L。

任何其它病因导致的继发性骨髓纤维化不在保障范围内。

3.2.32 严重自身免疫性肝炎

自身免疫性肝炎是一种原因不明的慢性肝脏的坏死性炎性疾病，机体免疫机制被破坏，产生针对肝脏自身抗原的抗体导致自身免疫反应，从而破坏肝细胞造成肝脏炎症坏死，进而发展为肝硬化。本疾病须满足所有以下条件：

（1）高γ球蛋白血症；

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

（3）肝脏活检证实免疫性肝炎；

（4）临床已经出现腹水、食道静脉曲张和脾肿大等肝硬化表现。

3.2.33 系统性红斑狼疮-Ⅲ型或以上狼疮性肾炎

以产生多种自身抗体，并由免疫反应介导的炎症为特征的自体免疫性疾病。系统性红斑狼疮的诊断必须由我们认可的医院合格的免疫学专科医师作出。

本合同所保障的系统性红斑狼疮仅限于累及肾脏的状况，且经肾脏活检确认，符合国际肾脏病学会（ISN）关于狼疮性肾炎中的Ⅲ型、Ⅳ型、Ⅴ型、Ⅵ型的诊断标准，并伴有**持续性蛋白尿（尿蛋白须高于++）**（见 11.51）。

国际肾脏病学会（ISN）关于狼疮性肾炎的分型标准：

Ⅰ型－轻微系膜型狼疮性肾炎；

Ⅱ型－系膜增生型狼疮性肾炎；

Ⅲ型－局灶增生和硬化型狼疮性肾炎；

Ⅳ型－弥漫节段性或球性增生和硬化型狼疮性肾炎；

Ⅴ型－膜型狼疮性肾炎；

Ⅵ型－严重硬化型狼疮性肾炎。

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。

3.2.34 肾髓质囊性病

肾髓质囊性病的诊断必须同时符合下列要求：

（1）肾髓质有囊肿、肾小管萎缩及间质纤维化等病理改变；

（2）肾功能衰竭等临床表现；

（3）诊断须由肾组织活检确定。

本公司承担本项疾病保险责任不受本条款 2.4“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。

3.2.35 特发性慢性肾上腺皮质功能减退

因为自身免疫功能紊乱，使肾上腺组织逐渐受损，而需要长期接受糖皮质激素及肾上腺皮质激素替代疗法。本疾病须经我们认可的医院内分泌专科医生确诊，并有以下三项报告作为证据：

（1）促肾上腺皮质激素（ACTH）刺激试验；

（2）血浆促肾上腺皮质激素（ACTH）水平测定；

（3）血浆肾素活性（PRA）测定。

本保障仅包括由自身免疫功能紊乱引起的慢性肾上腺功能不全，其他原因引起的除外。

3.2.36 系统性硬皮病

指一种以局限性或弥漫性皮肤增厚和皮肤、血管、内脏器官异常纤维化为特征的结缔组织病。本疾病须经我们认可的医院专科医生明确诊断，并须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。

以下情况不在保障范围内：

① 局限性硬皮病（带状硬皮病或斑状损害）；

② 嗜酸性筋膜炎；

③ CREST 综合征。

3.2.37 原发性硬化性胆管炎

指一种胆汁淤积综合征，其特征是肝内、肝外胆道因纤维化性炎症逐渐狭窄，并最终导致完全阻塞而发展为肝硬化。本疾病须经内镜逆行胰胆管造影等影像学检查证实，并须满足下列全部条件：

（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。

3.2.38 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，本疾病须满足以下所有条件：

（1）切除部分或全部小肠；

（2）完全肠外营养支持 90 天以上。

3.2.39 范可尼综合征

指近端肾小管的功能异常引起的一组症候群。须经我们认可的医院专科医生诊断，且须满足下列至少两项：

（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。

本公司承担本项疾病保险责任不受本条款 2.4“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。

3.2.40 肝豆状核变性

是一种可能危及生命的铜代谢疾病，以铜沉积造成的渐进性肝功能损害及/或神经功能恶化为特征。必须由我们认可的医院专科医生通过肝脏活组织检查结果确定诊断并配合螯合剂治疗持续至少 180 天。

本公司承担本项疾病保险责任不受本条款 2.4“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。

3.2.41 弥漫性血管内凝血

指血液凝固系统和纤溶系统的过度活动导致微血管血栓形成、血小板及凝血因子耗竭和严重出血，需要输注血浆和浓缩血小板进行治疗，被保险人已经接受 ICU 重症监护病房的治疗，诊断必须由我们认可的医院专科医生确诊。

3.2.42 严重哮喘

指一种反复发作的严重支气管阻塞性疾病。须满足以下全部条件：

（1）过去两年中曾因哮喘持续状态住院治疗，并提供完整住院记录；

（2）持续日常服用口服类固醇激素治疗持续至少 180 天；

（3）因慢性过度换气导致胸廓畸形；

（4）肺功能第一秒用力呼气容积（FEV_1）占预计值的百分比<30%；

（5）在静息状态、呼吸空气条件下，动脉血氧分压（PaO_2）<50mmHg。

3.2.43 败血症导致的多器官功能障碍综合症

指由我们认可医院的专科医生确诊为败血症，并由血液或骨髓检查证实致病菌，伴发一个或多个器官系统生理功能障碍，并因该疾病入住重症监护病房至少 96小时，并须满足下列条件之一：

（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<50×10^3 /微升；

（3）肝功能不全，胆红素>6mg/dl或>102μmol /L；

（4）已经应用强心剂；

（5）昏迷格拉斯哥昏迷评分（GCS）≤9；

（6）肾功能衰竭，血清肌酐>300μmol /L或>3.5mg/dl 或尿量<500ml/d。

非败血症引起的多器官功能障碍综合症不在保障范围内。

3.2.44 严重肺泡蛋白质沉积症

指双肺肺泡和细支气管腔内充满不可溶性富磷脂蛋白的疾病。须满足下列所有条件：

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

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

3.2.45 肺淋巴管肌瘤病

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，同时需满足下列全部条件：

（1）经组织病理学诊断；

（2）CT 显示双肺弥漫性囊性改变；

（3）血气提示低氧血症，动脉血氧分压（PaO_2）持续<50mmHg。

3.2.46 肺孢子菌肺炎

指由肺孢子菌引起的间质性浆细胞炎。并须满足下列全部条件：

（1）第一秒末用力呼气量（FEV_1）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（RV）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）PaO_2<60mmHg，$PaCO_2$>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。

3.2.47 严重胰岛素依

胰岛素依赖型糖尿病是由于胰岛素分泌绝对不足而引起以血浆葡萄糖水平增高为

赖型糖尿病 特征的代谢内分泌疾病，且已经持续性地依赖外源性胰岛素维持180日以上。须经血胰岛素测定、血C肽测定或尿C肽测定，明确诊断为胰岛素依赖型糖尿病并满足下列至少一个条件：
（1）并发增殖性视网膜病变，双眼最佳矫正视力低于0.3（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）；
（2）糖尿病肾病，且尿蛋白>0.5g/24h；
（3）因糖尿病足趾坏疽进行足趾或下肢截断术；
（4）须植入心脏起搏器治疗心脏病。

3.2.48 胰腺移植 指因胰腺功能衰竭，实际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。

3.2.49 急性坏死性胰腺炎-不包括酒精作用所致 指胰酶在胰腺内激活后引起胰腺组织自身消化的急性化学性炎症。本疾病须经我们认可的医院专科医生明确诊断，并实际实施了坏死组织清除、病灶切除或胰腺部分切除的手术治疗。
因酒精作用所致的急性胰腺炎不在保障范围内。

3.2.50 严重慢性复发性胰腺炎 指慢性反复发作的胰腺炎症导致胰腺的广泛纤维化、坏死、弥漫性钙化及假性囊肿形成，造成胰腺功能障碍出现严重糖尿病和营养不良。必须满足下列所有条件：
（1）医疗记录证实存在慢性胰腺炎反复急性发作病史；
（2）CT 显示胰腺广泛钙化或逆行胰胆管造影（ERCP）显示胰管扭曲、扩张和狭窄；
（3）持续接受胰岛素替代治疗和酶替代治疗 180 天以上。
酒精导致的慢性复发性胰腺炎不在保障范围内。

3.2.51 急性呼吸窘迫综合征（ARDS） 指一种表现为无心脏衰竭的肺水肿，为创伤、脓毒血症等临床多种疾病的并发症。急性呼吸窘迫综合征必须由我们认可的医院呼吸科或者重症监护室专科医生明确诊断，并须满足下列全部临床特征：
（1）急性发作（原发疾病起病后 6 至 72 小时内发病）；
（2）急性发作的临床症状体征，包括呼吸急促、呼吸困难、心动过速、大汗、面色苍白及辅助呼吸肌活动加强（点头呼吸、提肩呼吸）；
（3）双肺浸润影；
（4）PaO_2/FiO_2（动脉氧分压/吸入氧浓度）低于 200mmHg；
（5）肺动脉嵌入压低于 18mmHg。

3.2.52 溶血性尿毒综合征 指一种由于感染导致的急性综合征，引起红细胞溶血，肾功能衰竭及尿毒症。溶血性尿毒综合征必须由血液和肾脏专科医生诊断，并且满足下列所有条件：
（1）实验室检查确认有溶血性贫血、血尿、尿毒症、血小板减少性紫癜；
（2）因肾脏功能衰竭实施了肾脏透析治疗。
任何非因感染导致的溶血性贫血，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。

3.2.53 继发性噬血细胞综合征 或称噬血细胞性淋巴组织细胞增生症，是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。
须经我们认可医院的专科医生确诊，且须满足下列至少三项条件：
（1）铁蛋白≥500ng/ml；

（2）外周血细胞减少，至少累及两系，血红蛋白<9g/dL，新生儿血红蛋白<10g/dL，血小板<100×10^9/L，中性粒细胞<1.0×10^9/L；
（3）骨髓、脑脊液、脾脏及淋巴结内的特征性噬血细胞增加，但无恶性肿瘤的临床证据；
（4）可溶性 CD25>2400U/ml。
原发性噬血细胞综合征不在保障范围内。

3.2.54 严重戈谢病 指一种常染色体隐性遗传的溶酶体贮积病，以葡萄糖脑苷脂在巨噬细胞溶酶体贮积导致多器官受累为表现特征。须根据葡萄糖脑苷脂酶活性检测明确诊断，且实际实施了脾脏切除手术或造血干细胞移植术。
本公司承担本项疾病保险责任不受本条款 2.4“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。

3.2.55 严重法布里（Fabry）病 指一种罕见的X连锁遗传性疾病，由于X染色体长臂中段编码α-半乳糖苷酶A（α-Gal A）的基因突变，导致α-半乳糖苷酶A 结构和功能异常，使其代谢底物三已糖神经酰胺（Globotriaosylceramide，GL-3）和相关鞘糖脂在全身多个器官内大量堆积所导致的临床综合征。须根据基因检测明确诊断，且须满足下列至少一项条件：
（1）中枢神经系统受累，存在缺血性脑卒中；
（2）肾脏器官受累，GFR肾小球滤过率<30ml/min 或CCR内生肌酐清除率<30ml/min，血肌酐≥5mg/dL或≥442μmol /L；
（3）冠状动脉受累导致心肌缺血、心脏瓣膜病变或肥厚性心肌病。
本公司承担本项疾病保险责任不受本条款 2.4“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。

3.2.56 严重心脏衰竭 CRT 心脏再同步治疗 指因缺血性心脏病或扩张性心肌病导致慢性严重心脏衰竭，被保险人实际接受了 CRT 治疗，以矫正心室收缩不协调和改善心脏功能。接受治疗之前必须满足下列所有条件：
（1）心功能衰竭程度达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级Ⅲ级或Ⅳ级；
（2）左室射血分数低于 35%；
（3）左室舒张末期内径≥55mm；
（4）QRS 时间≥130msec。

3.2.57 严重冠心病 指经冠状动脉造影检查明确诊断为主要血管严重狭窄性病变，须满足下列至少一项条件：
（1）左冠状动脉主干和右冠状动脉中，一支血管管腔堵塞 75%以上，另一支血管管腔堵塞 60%以上；
（2）左前降支、左旋支和右冠状动脉中，至少一支血管管腔堵塞 75%以上，其他两支血管管腔堵塞 60%以上。
左前降支的分支血管、左旋支的分支血管及右冠状动脉的分支血管的狭窄不作为本保障的衡量指标。

3.2.58 严重心肌炎 指心肌局限性或弥漫性的急性或慢性炎症病变，导致心脏功能障碍，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级Ⅳ级，且持续至少 90 天。

3.2.59 肺源性心脏病 指由于各种胸肺及支气管病变而继发的肺动脉高压，最后导致以右室肥大为特征

的心脏病。须经我们认可的医院呼吸专科医生确诊，且必须同时满足如下诊断标准：
（1）左心房压力增高（不低于 20 个单位）；
（2）肺血管阻力高于正常值 3 个单位（Pulmonary Resistance）；
（3）肺动脉血压不低于 40mmHg；
（4）肺动脉楔压不低于 6mmHg；
（5）右心室心脏舒张期末压力不低于 8mmHg；
（6）右心室过度肥大、扩张，出现右心衰竭和呼吸困难。

3.2.60 *严重感染性心内膜炎*

因感染性微生物造成心脏内膜发炎，并符合下列所有条件:
（1）血液培养测试结果为阳性，证实存在感染性微生物，并至少符合以下条件之一：
① 微生物：在赘生物，栓塞的赘生物或心脏内脓疡经培养或组织检查证实有微生物；
② 病理性病灶：组织检查证实赘生物或心脏内脓疡有活动性心内膜炎；
③ 分别两次血液培养证实有典型之微生物，且与心内膜炎符合；
④ 持续血液培养证实有微生物阳性反应，且与心内膜炎符合。
（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（指心瓣膜开口范围少于或等于正常的30%）；
（3）心内膜炎及心瓣膜损毁程度需经由我们认可的医院心脏专科医生确诊。
因先天性瓣膜疾病、先天性血管病或遗传疾病所伴发的感染，不在保障范围内。

3.2.61 *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。
被保险人需被明确诊断为慢性缩窄性心包炎且必须满足以下所有条件：
（1）心功能衰竭达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级Ⅳ级，并持续 180 天以上；
（2）实际实施了以下任何一种手术路径的心包剥脱或心包切除手术：胸骨正中切口；双侧前胸切口；左前胸肋间切口。
经胸腔镜、胸壁打孔进行的手术、心包粘连松解手术不在保障范围内。

3.2.62 *三度房室传导阻滞*

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心脏传导性疾病，本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<50次/分钟；
（2）出现阿-斯综合征或心力衰竭的表现；
（3）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。

3.2.63 *心脏粘液瘤手术*

指为了治疗心脏粘液瘤，实际实施了开胸开心心脏粘液瘤切除手术。
经导管介入手术治疗不在保障范围内。

3.2.64 *艾森门格综合征*

因心脏病导致的严重肺动脉高血压及右向左分流。诊断必须由我们认可的医院心脏专科医生经超声心动图和心导管检查证实且需符合以下所有标准：
（1）平均肺动脉压高于 40mmHg；
（2）肺血管阻力高于 3mm/L/min（Wood 单位）；
（3）正常肺微血管楔压低于 15mmHg。

本公司承担本项疾病保险责任不受本条款 2.4“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。

3.2.65 Brugada 综合征

被保险人必须由我们认可的医院心脏专科医生明确诊断为 Brugada 综合征，并且满足下列所有条件：

（1）有晕厥或心脏骤停病史，并提供完整的诊疗记录；

（2）心电图有典型的Ⅰ型 Brugada 波；

（3）已经安装了永久性心脏除颤器。

本公司承担本项疾病保险责任不受本条款 2.4“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。

3.2.66 室壁瘤切除手术

被保险人被明确诊断为左心室室壁瘤，并且实际接受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。

3.2.67 严重大动脉炎

指经我们认可的医院心脏或血管外科专科医生确诊的大动脉炎，须满足下列全部条件：

（1）红细胞沉降率及 C 反应蛋白高于正常值；

（2）超声检查、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；

（3）已经针对狭窄的动脉进行了手术治疗。

3.2.68 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，病变必须已造成事实上心室功能障碍而出现明显的心功能衰竭，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级Ⅳ级，且有相关住院医疗记录显示Ⅳ级心功能衰竭状态已持续至少90日。本疾病须经我们认可的医院专科医生明确诊断。

其他类型的原发性心肌病及所有继发性心肌病不在保障范围内。

3.2.69 严重川崎病

一种血管炎综合征，临床表现为急性发热，皮肤粘膜病损和淋巴结肿大。本疾病须经我们认可的医院专科医生明确诊断，同时须由血管造影或者超声心动图检查证实，满足下列至少一项条件：

（1）伴有冠状动脉瘤，且冠状动脉瘤于最初急性发病后持续至少 180 天；

（2）伴有冠状动脉瘤，且实际接受了对冠状动脉瘤进行的手术治疗。

3.2.70 嗜铬细胞瘤

是指肾上腺或嗜铬外组织出现神经内分泌肿瘤，并分泌过多的儿茶酚胺类，并且已经进行手术以切除肿瘤。嗜铬细胞瘤的诊断必须由我们认可的医院内分泌专科医生确定。

3.2.71 雷伊氏综合症

指急性脑病合并肝脂肪变性和线粒体功能障碍，可有上呼吸道感染和水痘，而后出现持续性呕吐，谵妄，木僵，癫痫，昏迷；肝脏肿大，肝功能异常，肝脂肪变性。此诊断需由我们认可的医院专科医生确诊，并符合以下所有条件：

（1） 有脑水肿和颅内压升高的脑脊液检查和影像学检查证据；

（2） 血氨超过正常值的 3 倍；

（3） 临床出现昏迷，病程至少达到疾病分期的第 3 期。

3.2.72 严重克雅氏病

CJD 是一种传染性海绵状脑病，临床表现为快速进行性痴呆、肌阵挛和特征性脑

电图变化。本疾病须经三级医院的专科医师根据 WHO 诊断标准明确诊断，并且被保险人永久不可逆丧失自主生活能力，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

3.2.73 *严重多发性硬化* 指中枢神经系统白质多灶性脱髓鞘病变，病变有时累及灰质。多发性硬化必须明确诊断并由断层扫描（CT）或核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，而且已经造成永久不可逆的神经系统损害。

永久不可逆的神经系统损害，指被保险人持续 180 天无法独立完成下列基本日常生活活动：

（1）移动：自己从一个房间到另一个房间；

（2）进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

3.2.74 *严重重症肌无力* 指一种神经与肌肉接头部位传递障碍的自身免疫性疾病，临床特征是局部或全身肌肉于活动时易于疲劳无力，本疾病须经我们认可的医院专科医生明确诊断，并满足下列全部条件：

（1）经药物治疗或胸腺手术治疗 1 年以上无法控制病情，症状缓解、复发及恶化交替出现；

（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。

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

（1）肌肉组织活检结果满足肌营养不良症的肌肉细胞变性、坏死等阳性改变；

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

本公司承担本项疾病保险责任不受本条款 2.4“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。

3.2.76 *植物人状态* 指经我们认可的医院专科医生确诊，由于疾病或意外伤害所致大脑皮质全面坏死，意识完全丧失，但脑干及脑干以下中枢神经功能仍保持完好。必须具有严重脑损害的证据。植物人状态必须持续180天以上方可申请理赔。

由于酗酒或滥用药物所致的植物人状态不在保障范围内。

3.2.77 *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器质性疾病造成脑功能衰竭导致永久不可逆性的严重痴呆，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退。被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，日常生活必须持续受到他人监护。导致痴呆的疾病必须由我们认可的医院专科医生明确诊断，并且有完整的临床、实验室和影像学检查结果证实。

神经官能症、精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在保障范围内。

3.2.78 *皮质基底节变性* 指一种慢性进行性神经变性疾病，以不对称发作的无动性强直综合征、失用、肌张力障碍及姿势异常为其临床特征。须满足疾病确诊 180 天后仍存在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的条件。

3.2.79 *进行性多灶性白质脑病* 是一种亚急性脱髓鞘性脑病，常发现于免疫缺陷的病人。必须由我们认可的医院神经科专科医生根据脑组织活检确诊。

3.2.80 脊髓小脑变性症

脊髓小脑变性症为一组以小脑萎缩和共济失调为主要临床特点的疾病。必须符合所有以下条件：

（1）脊髓小脑变性症必须由我们认可的医院专科医生诊断，并有以下证据支持：

①影像学检查证实存在小脑萎缩；

②临床表现存在共济失调、语言障碍和肌张力异常。

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

本公司承担本项疾病保险责任不受本条款 2.4“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。

3.2.81 神经白塞病

白塞病是一种慢性全身性血管炎症性疾病，主要表现为复发性口腔溃疡、生殖器溃疡、眼炎及皮肤损害，并可累及大血管、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。神经白塞病必须明确诊断，并且已经造成永久不可逆的神经系统损害。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续 180 天无法独立完成下列基本日常生活活动：

（1）移动：自己从一个房间到另一个房间；

（2）进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

3.2.82 严重脊髓空洞症

脊髓空洞症为慢性进行性的脊髓变性性疾病，其特征为脊髓内空洞形成。表现为感觉异常、肌萎缩及神经营养障碍。脊髓空洞症累及延髓的称为延髓空洞症，表现为延髓麻痹。脊髓空洞症必须明确诊断并且造成永久不可逆的神经系统功能障碍，自主生活能力完全丧失，确诊 180 天后仍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。

先天性脊髓空洞症不在保障范围内。

3.2.83 颅脑手术

被保险人实际实施全麻下的开颅手术（**不包括颅骨钻孔手术和经鼻蝶窦入颅手术**）。

因外伤而实际实施的脑外科手术不在保障范围内。

理赔时必须提供由我们认可的医院神经外科专科医生出具的诊断书及手术报告。

3.2.84 异染性脑白质营养不良

指一种严重的神经退化性代谢病，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。须经我们认可的医院专科医生诊断，且已经造成自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，持续至少 180 天。

被保险人在 3 周岁之前确诊患该疾病，我们不承担保险责任。

本公司承担本项疾病保险责任不受本条款 2.4“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。

3.2.85 严重脊髓内肿瘤

指脊髓内良性肿瘤，并且此肿瘤造成脊髓损害导致肢体机能部分丧失。须满足下列所有条件：

（1）被保险人实际接受了肿瘤切除的手术治疗；

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

① 移动：自己从一个房间到另一个房间；

② 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

非脊髓内的其他椎管内肿瘤、脊柱肿瘤、神经纤维瘤不在保障范围内。
脊髓内恶性肿瘤不在本疾病保障范围之内。

3.2.86 *严重癫痫* 须由我们认可的医院专科医生根据典型临床症状和脑电图及 MRI、PET、CT 等影像学检查做出诊断。须提供 180 天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，且实际实施了神经外科手术。
发热性惊厥以及没有全身性发作的失神发作（癫痫小发作）不在保障范围内。

3.2.87 *严重脊髓灰质炎* 指由于急性脊髓灰质炎病毒感染所导致的运动功能障碍的瘫痪性疾病。本疾病须经我们认可的医院专科医生出具医学诊断证明，并提供相关的脊髓灰质炎病毒感染的证据（例如：脑脊液检查或血清学抗体检查报告），且脊髓灰质炎造成的神经系统功能损害导致被保险人一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下。

3.2.88 *严重肾上腺脑白质营养不良* 肾上腺脑白质营养不良是一种脂质代谢障碍病，由于体内缺乏过氧化物酶而致长链脂肪酸在体内沉积，造成脑白质和肾上腺皮质破坏。主要表现为情感障碍、运动功能障碍、肾上腺皮质功能减退等。须经我们认可的医院专科医生诊断，且已经造成自主生活能力完全丧失，确诊 180 天以后仍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。

3.2.89 *结核性脊髓炎* 指因结核杆菌引起的脊髓炎，即该疾病首次确诊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）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。

3.2.90 *脑型疟疾* 恶性疟原虫严重感染导致的脑病或脑型疟疾，以昏迷为主要特征。脑型疟疾的诊断须由我们认可的医院专科医生确认，且外周血涂片存在恶性疟原虫。
其他明确病因导致的脑病不在保障范围内。

3.2.91 *严重强直性脊柱炎* 强直性脊柱炎是一种慢性全身性炎性疾病，主要侵犯脊柱导致脊柱畸形。
强直性脊柱炎必须明确诊断并且满足下列所有条件：
（1）严重脊柱畸形；
（2）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

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

3.2.93 *重症手足口病* 由肠道病毒引起的急性传染病，主要症状表现为手、足、口腔等部位的斑丘疹、疱疹。经我们认可的医院专科医生确诊为患有手足口病，并伴有下列三项中的任意一项并发症：
（1）有脑膜炎或脑炎并发症，且导致意识障碍或瘫痪的临床表现及实验室检查证据；
（2）有肺炎或肺水肿并发症，且导致呼吸衰竭的临床表现及实验室检查证据；

（3）有心肌炎并发症，且导致心脏扩大或心力衰竭的临床表现及实验室检查证据。

3.2.94 *严重类风湿性关节炎*

广泛的关节损坏，临床上存在三个或三个以上下列关节的畸形：手、腕、肘、颈椎、膝、踝、或足部跖趾关节。类风湿性关节炎须明确诊断，并达到类风湿性关节炎功能分级Ⅳ级的功能障碍，且满足下列全部条件：

（1）晨僵；

（2）对称性关节炎；

（3）类风湿性皮下结节；

（4）类风湿因子滴度升高。

3.2.95 *重症急性坏死性筋膜炎*

坏死性筋膜炎的诊断须同时符合下列要求：

（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；

（3）出现广泛肌肉及软组织坏死，实际接受了坏死组织、筋膜及肌肉的广泛切除手术。

3.2.96 *严重气性坏疽*

指由梭状芽胞杆菌所致的肌坏死或肌炎。须经我们认可的医院专科医生明确诊断，且须同时符合下列条件：

（1）符合气性坏疽的一般临床表现；

（2）细菌培养检出致病菌；

（3）出现广泛性肌肉及组织坏死，并确实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。

3.2.97 *失去一肢及一眼*

因疾病或者意外伤害导致单眼视力丧失及任何一肢自腕关节或者踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

单眼视力丧失指单眼视力永久不可逆性丧失，患眼须满足下列至少一项条件：

（1）眼球缺失或者摘除；

（2）矫正视力低于 0.02（采用国际标准视力表，如果使用其它视力表应进行换算）；

（3）视野半径小于 5 度。

被保险人在 3 周岁之前因疾病导致单眼视力丧失不在保障范围内。

3.2.98 *严重面部烧伤*

指面部烧伤程度为III度，即全层皮肤烧伤，包括表皮、真皮和皮下组织，且III度烧伤的面积达到面部表面积的 80％或者 80％以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

3.2.99 *多处臂丛神经根性撕脱*

由于疾病或意外伤害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永久不可逆性丧失。该病必须由我们认可的医院专科医生确诊，并且有完整的电生理检查结果证实。

3.2.100 *原发性脊柱侧弯的矫正手术*

指被保险人因原发性脊柱侧弯，实际实施了对该病的矫正外科手术。**但由于先天性脊柱侧弯以及其他疾病或意外伤害导致的继发性脊柱侧弯而进行的手术治疗不属于本保障责任。**

3.2.101 *成骨不全症第三型*

成骨不全症第三型须由我们认可的医院专科医生明确诊断，同时符合下列所有条件：

（1）就成骨不全症第三型之诊断进行的皮肤切片的病理检查结果为阳性；
（2）X光片结果显示多处骨折及逐步脊柱后侧凸畸形；
（3）有证明是因此疾病引致发育迟缓及听力损伤。
本公司承担本项疾病保险责任不受本条款 2.4“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。

3.2.102 埃博拉病毒感染

指埃博拉病毒感染导致的烈性传染病，并须满足下列全部条件：
（1）实验室检查证实埃博拉病毒的存在；
（2）从发病开始有超过 30 天的进行性感染症状。

3.2.103 因器官移植导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

指因进行器官移植而感染上人类免疫缺陷病毒（HIV），且须满足下列全部条件：
（1）在本合同生效日之后，被保险人因治疗必需而实施器官移植，并且因器官移植而感染人类免疫缺陷病毒；
（2）提供器官移植治疗的器官移植中心或医院出具的此次因器官移植感染人类免疫缺陷病毒，属于医疗事故的报告，或者法院终审裁定为医疗事故；
（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HIV感染不在保障范围内。
在任何治愈艾滋病或阻止人类免疫缺陷病毒（HIV）病毒作用的疗法被发现以后，或能防止艾滋病发生的医疗方法被研究出来以后，本保障将不再予以赔付。
本公司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。
本公司承担本项疾病保险责任不受本条款 2.4“责任免除”中“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

3.2.104 经输血导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

被保险人因输血而感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）或患获得性免疫缺陷综合症（AIDS），并且符合下列所有条件：
（1）造成感染的输血事件发生在本合同生效日之后；
（2）我们认可的提供输血治疗的正规输血中心或医院出具该项输血感染属医疗责任事故的报告，或者法院终审裁定为医疗责任；
（3）受感染的被保险人不是血友病患者。
任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致的HIV感染不在保障范围内。
在任何治愈艾滋病或阻止人类免疫缺陷病毒（HIV）病毒作用的疗法被发现以后，或能防止艾滋病发生的医疗方法被研究出来以后，本保障将不再予以赔付。
本公司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。
本公司承担本项疾病保险责任不受本条款2.4“责任免除”中“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

3.2.105 因职业关系导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

在本合同生效日之后，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艾滋病病毒或者患上艾滋病。须满足下列全部条件：
（1）感染必须是在被保险人正在从事其职业工作中发生，该职业必须属于下列职业之一：医生和牙科医生、护士、实验室工作人员、医院护工、医生助理和牙医助理、救护车工作人员、助产士。其他职业不在保障范围内。

（2）必须提供被保险人在所报事故发生后的5天以内进行的检查报告，该报告必须显示被保险人血液HIV病毒阴性和/或者HIV抗体阴性；
（3）必须在事故发生后的180天内证实被保险人体内存在HIV病毒或者HIV抗体，即血液HIV病毒阳性和/或者HIV抗体阳性。
由其他途径感染的艾滋病病毒，包括性行为和静脉注射毒品，不在保障范围内。
在任何治愈艾滋病或阻止人类免疫缺陷病毒（HIV）病毒作用的疗法被发现以后，或能防止艾滋病发生的医疗方法被研究出来以后，本保障将不再予以赔付。
本公司承担本项疾病保险责任不受本条款 2.4“责任免除”中“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

3.2.106 狂犬病

指狂犬病毒所致的急性传染病，人多因被病兽咬伤而感染。临床表现为特有的恐水、怕风、咽肌痉挛、进行性瘫痪等。本疾病须经我们认可的医院专科医生明确诊断。

3.2.107 象皮病

指末期丝虫病，按国际淋巴学会分级为三度淋巴液肿，其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。本疾病须经我们认可的医院专科医生根据临床表现和微丝蚴的化验结果确诊。

3.2.108 严重甲型或乙型血友病

指由我们认可的医院专科医生确诊为严重甲型血友病（缺乏Ⅷ凝血因子）或严重乙型血友病（缺乏Ⅸ凝血因子），而凝血因子Ⅷ或凝血因子Ⅸ的活性水平少于百分之一。
本公司承担本项疾病保险责任不受本条款 2.4“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。

3.2.109 严重出血性登革热

登革热是由登革热病毒引起的急性传染病，为一种自限性疾病，通常预后良好。须经我们认可的医院专科医生明确诊断，并须出现下列一种或多种严重登革热的临床表现：
（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。

3.2.110 严重原发性轻链型淀粉样变性（AL 型）

是一种多系统受累的单克隆浆细胞病。须满足下列全部条件：
（1）须经我们认可的医院肾脏或血液科专科医生确诊；
（2）组织活检可见无定形粉染物质沉积，且刚果红染色阳性（偏振光下呈苹果绿色双折光）；
（3）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；
（4）具有受累器官的典型临床表现和体征，至少出现下列二项异常：
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N末端前体脑钠肽（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型的淀粉样变性不在保障范围内。

3.2.111 横贯性脊髓炎后遗症

脊髓炎是一种炎症性脊髓疾病。横贯性脊髓炎是指炎症扩展横贯整个脊髓，表现为运动障碍、感觉障碍和自主神经功能障碍。横贯性脊髓炎必须经我们认可的医院专科医生明确诊断，并且已经造成永久不可逆的神经系统损害。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续180天无法独立完成下列任何一项基本日常生活活动：
（1）移动：自己从一个房间到另一个房间；
（2）进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

3.2.112 严重肺结节病

结节病是一种原因未明的慢性肉芽肿病，可侵犯全身多个器官，以肺和淋巴结受累最为常见。严重肺结节病表现为肺的广泛纤维化导致慢性呼吸功能衰竭。必须满足下列所有条件：
（1）肺结节病的 X 线分期为Ⅳ期，即广泛肺纤维化；
（2）永久不可逆性的慢性呼吸功能衰竭，疾病确诊后180天，在静息状态，呼吸空气条件下，动脉血氧分压（PaO_2）< 55mmHg。

3.2.113 严重特发性肺纤维化

指一种原因不明的、进行性的、局限于肺部的以纤维化伴蜂窝状改变为特征的疾病（表现为呼吸困难、咳嗽咳痰、消瘦、乏力，终末期可出现呼吸衰竭和右心衰竭体征）。本疾病须经我们认可的医院专科医生明确诊断，并经外科肺活检病理证实或高分辨率CT（HRCT）证实为典型的普通型间质性肺炎（UIP），并且静息状态下肺动脉平均压在36mmHg（含）以上。

3.2.114 多发性大动脉炎旁路移植手术

指经我们认可的医院专科医生明确诊断为头臂动脉型多发性大动脉炎，且实际接受了经胸部切开进行的无名动脉（头臂干）、颈总动脉、锁骨下动脉旁路移植手术。
非开胸的血管旁路移植手术、因其他病因而进行的旁路移植手术、对其他动脉进行的旁路移植手术、经皮经导管进行的血管内手术不在保障范围内。

3.2.115 闭锁综合征

严重脑功能障碍，但剩余脑干功能完整。障碍的特征是缺失基本的认知功能，缺失对任何刺激的反应，不能与其他人互动。诊断必须经我们认可的医院专科医生确认，并必须持续至少30天病史记录。

3.2.116 亚急性硬化性全脑炎

是麻疹或麻疹样病毒所致的一种中枢神经系统慢病毒感染。中枢神经系统呈现灰质和白质破坏为特征的慢性和急性混合存在的炎症。必须满足下列所有条件：
（1）必须由三级医院诊断，临床检查证实脑电图存在周期性复合波、脑脊液 Y-球蛋白升高、脑脊液和血清中麻疹抗体滴定度升高；
（2）被保险人出现运动障碍，永久不可逆丧失自主生活能力，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

3.2.117 严重斯蒂尔病

须经我们认可的医院专科医生明确诊断，并满足下列条件中的至少两项：
（1）因该病导致心包炎；
（2）因该病导致肺间质病变；
（3）巨噬细胞活化综合征（MAS）。

3.2.118 *亚历山大病* 是一种遗传性中枢神经系统退行性病变。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。须经我们认可的医院专科医生确诊 180 天后，仍存在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。
本公司承担本项疾病保险责任不受本条款 2.4“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。

3.2.119 *脊髓血管病后遗症* 指脊髓血管阻塞或破裂出血引起的脊髓功能障碍，导致永久不可逆的神经系统功能损害。须经我们认可的医院专科医生确诊 180 天后，仍存在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的条件。

3.2.120 *进行性肌肉骨化症* 主要表现为在肌肉、韧带和其他结缔组织中形成多余的骨质钙化，有局部疼痛、肿胀、关节僵硬强直及屈伸活动受限，以颈、胸、腰椎向四肢及关节出现僵硬，限制机体正常运动。须经我们认可的医院专科医生明确诊断。

4 保险金的申请

4.1 **受益人** 除另有约定外，本合同一般住院及住院前后门急诊医疗费用保险金受益人、一般特定门诊医疗费用保险金受益人、重大疾病住院及住院前后门急诊医疗费用保险金受益人、重大疾病特定门诊医疗费用保险金受益人、质子重离子医疗费用保险金受益人及 ECMO（体外膜肺氧合）住院津贴保险金受益人为被保险人本人。

4.2 **保险事故通知** 您、被保险人或受益人知道保险事故发生后应当在 10 日内通知我们。
如果因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，但我们通过其他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：

4.3.1 *一般住院及住院前后门急诊医疗费用保险金、一般特定门诊医疗费用保险金、重大疾病住院及住院前后门急诊医疗费用保险金、重大疾病特定门诊医疗费用保险金、质子重离子医疗费用保险金、ECMO(体外膜肺氧合)住院津贴保险金* 一般住院及住院前后门急诊医疗费用保险金受益人、一般特定门诊医疗费用保险金受益人、重大疾病住院及住院前后门急诊医疗费用保险金受益人、重大疾病特定门诊医疗费用保险金受益人、质子重离子医疗费用保险金受益人、ECMO(体外膜肺氧合)住院津贴保险金受益人作为申请人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）我们认可的医院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；
（4）我们认可的医院出具的医疗诊断书、医疗病历或出院小结、检查检验报告及药品明细处方；
（5）我们认可的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或公费医疗保障的，需包含按基本医疗保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿的证明）；
（6）所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

申请

4.3.2 *重大疾病豁免保险费申请* 由您或被保险人作为申请人填写豁免保险费申请书，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）我们认可的医院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、诊断结论符合 “3.2 重大疾病的定义”所列举情形的疾病诊断证明书；
（4）所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

4.3.3 *委托他人代为申请保险金* 若申请人委托他人代为申请保险金，被委托人还应提供申请人签字的授权委托书、被委托人的有效身份证件等相关证明文件。

4.3.4 *补充通知* 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合同约定的证明和资料后，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。若我们在收齐相关证明和资料后 30 日内仍未作出核定，除支付保险金外，我们将从第 31 日起按超过天数赔偿受益人因此受到的利息损失。利息按照不低于中国人民银行公布的同期金融机构人民币活期存款基准利率复利计算。
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 豁免保险费 我们在收到豁免保险费申请书及上述有关的证明和资料后，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，我们在与申请人达成豁免保险费的协议后 10 日内，履行豁免保险费责任。若我们在收齐相关证明和资料后 30 日内仍未作出核定，除豁免保险费外，我们将从第 31 日起按超过天数赔偿申请人因此受到的利息损失。利息按照不低于中国人民银行公布的同期金融机构人民币活期存款基准利率按复利计算。
对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起 3 日内向您或被保险人发出拒绝豁免保险费通知书并说明理由。

4.6 诉讼时效 受益人向我们请求给付保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。
申请人向我们请求豁免保险费的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

5 保险费的交纳

5.1 **保险费的交纳** 本合同的交费方式和交费期间由您和我们约定并在保险单上载明。
分期交纳保险费的，在交纳首期保险费后，您应当按照约定，在每个保险费约定交纳日交纳当期的保险费。

5.2 **宽限期** 分期交纳保险费的，在交纳首期保险费后，如果您到期未交纳保险费，自保险费约定交纳日的次日零时起 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除您欠交的保险费。
如果您宽限期结束之后仍未交纳保险费，则本合同自宽限期满的次日零时起效力中止。

6 现金价值权益

6.1 **现金价值** 本合同各保单年度末的**现金价值**（见11.52）会在保险单上载明。保单年度内的现金价值，您可以向我们咨询。

7 合同效力的中止与恢复

7.1 **合同效力中止** 在本合同效力中止期间，我们不承担保险责任。

7.2 **合同效力恢复（复效）** 本合同效力中止后 2 年内，您可以申请恢复合同效力（简称复效）。您应填写复效申请书，并提供被保险人的健康声明书、体检报告书及其他相关证明文件，我们会对材料进行审核，做出是否同意复效的决定。
经双方达成复效协议，自您补交保险费及利息（按**条款约定利率**（见 11.53）计算）和其他欠款后的次日零时起，本合同效力恢复。
自本合同效力中止之日起满 2 年您和我们未达成协议的，本合同效力终止，您可以向我们申请退还本合同效力中止时的现金价值。

8 合同解除

8.1 **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本合同（简称退保），请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：
（1）保险合同；
（2）您的有效身份证件。
自我们收到解除合同申请书时起，本合同效力终止。我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还本合同当时的现金价值。
您犹豫期后解除合同会遭受一定损失。

9 如实告知

9.1 **明确说明与如实告知** 订立本合同时，我们会向您说明本合同的内容。
本合同中免除我们责任的条款，我们在订立合同时会在投保单、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。
我们就您和被保险人的有关情况提出询问，您应当如实告知。
如果您故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响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。

9.2 **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。

10 其他需要关注的事项

10.1 **合同效力终止** 当发生下列情形之一时，本合同效力终止：
（1）被保险人身故；
（2）本合同解除或满期；
（3）本合同效力中止后 2 年内未复效；
（4）因本合同其他条款所列情况而效力终止。

10.2 **年龄性别错误处理** 被保险人的年龄以周岁计算，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真实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不真实，并且其真实年龄不符合本合同约定投保年龄限制的，我们有权解除合同。对于解除本合同的，本合同自解除之日起效力终止，我们向您退还本合同当时的现金价值。对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担保险责任。我们行使合同解除权适用 9.2“本公司合同解除权的限制”的规定。
（2）您申报的被保险人年龄或性别不真实，致使您实交保险费少于应交保险费的，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交保险费和应交保险费的比例给付，如按本合同约定需豁免保险费的，在您向我们补交保险费后，我们承担豁免保险费的责任。
（3）您申报的被保险人年龄或性别不真实，致使您实交保险费多于应交保险费的，我们会将所在保险期间多收的保险费无息退还给您。

10.3 **欠款扣除** 我们在给付各项保险金、退还现金价值或返还保险费时，如果您有欠交的保险费或其他欠款，我们会在扣除上述欠款及其应付利息（按条款约定利率计算）后给付。
我们在豁免保险费时，如果您有欠交的保险费或其他欠款，您应先补交上述欠款及应付利息（按条款约定利率计算）。

10.4 **合同内容变更** 在本合同保险期间内，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，应当由我们在保险单或者其他保险凭证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。

10.5 **联系方式变更** 为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，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住所或通讯地址所发送的有关通知，均视为已送达给您。

10.6 **争议处理** 本合同履行过程中，双方发生争议不能协商解决的，可以达成仲裁协议通过仲裁解决，也可依法直接向人民法院提起诉讼。

11 释义

11.1 **保单周年日** 保险合同生效日以后每年的对应日为保单周年日，如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日作为对应日。

11.2 **保单年度** 从保险合同生效日或生效对应日零时起至下一年度保险合同生效对应日零时止的期间为一个保单年度。

11.3 **保险费约定交纳日** 保险合同生效日在每月或每年（根据交费方式确定）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。

11.4 **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、士兵证等证件。

11.5 **医疗费用** 指被保险人住院期间或者接受门急诊治疗期间实际发生的**床位费、重症监护室床位费、膳食费、药品费、医疗器械使用费、材料费、医生费（诊疗费）、治疗费、护理费、检查化验费、手术费用和器官移植费**。

床位费：指被保险人住院期间使用的医院床位的费用**（不包括单人病房、套房、家庭病床）。**

重症监护室床位费：指住院期间被保险人因必需且合理的治疗目的而入住重症监护室产生的床位费。重症监护室指配有中心监护台、心电监护仪及其他监护抢救设施，相对封闭管理，符合重症监护病房（ICU）标准的单人或多人监护病房。

膳食费：指实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用，**但不包括购买的个人用品产生的费用。**

药品费：指实际发生的必需且合理的由医生开具的具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用。**但不包括营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品，以及下列中药类药品：（1）主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药品，如花旗参，冬虫草，白糖参，朝鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝，红参，琥珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，**

燕窝，野山参，移山参，珍珠（粉），紫河车，阿胶，阿胶珠，血宝胶囊，红桃K口服液，十全大补丸，十全大补膏等；（2）部分可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸，海马，胎盘，鞭，尾，筋，骨等

医疗器械使用费：指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而购买、租用和使用医疗器械发生的费用。

材料费：指在住院期间或者特定门诊治疗期间医生或者护士在为被保险人进行的各种治疗中所使用的一次性敷料费用。

医生费（诊疗费）：指由医生所实施的病情咨询及检查、各种器械或者仪器检查、诊断、治疗方案拟订等各项医疗服务所收取的费用。

治疗费：指由医生或者护士对患者进行的除手术外的各种治疗项目而发生的治疗费，包括因清创、换药、拆线、脓肿切开引流、瘘管烧灼、血管穿刺、输血、输液、注射、肌肉封闭、吸氧、冷冻、激光、急救治疗、心肺复苏等而发生的治疗费，具体以所就诊医院的费用项目划分为准。

护理费：护理费是指住院期间由护士对被保险人提供临床护理服务所收取的费用。包括各级护理、重症监护与专项护理费用。

检查化验费：指由医生开具的由医院专项检查科室的专业检查、检验人员实施的各检查化验项目，包括实验室检查、病理检查、放射线检查、头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）、B超、血管造影、同位素、心电图、心功能、肺功能、骨密度、基因学检查。

手术费用：指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用，包括手术费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费等。

器官移植费：器官移植费是指经相关专科医生明确诊断，根据医学需要必须进行肝脏移植、肾脏移植、心脏移植、肺脏移植或者骨髓移植而发生的手术费、辅助治疗费、检验费等。但不包括因器官供体寻找、获取以及从供体切除、储藏、运送器官而发生的相关费用。

11.6 **质子重离子医疗费用** 指被保险人因接受质子重离子放射治疗而发生的住院医疗费用（包括床位费、膳食费、药品费、医疗器械使用费、材料费、医生费（诊疗费）、治疗费、护理费、检查化验费），以及被保险人住院治疗前7日（含住院当日）和出院后30日（含出院当日）内，因与该次住院相同的原因在上海市质子重离子医院（暨复旦大学附属肿瘤医院质子重离子中心）或甘肃武威肿瘤医院重离子中心接受门急诊治疗所发生的必需且合理的门急诊医疗费用。

11.7 **ECMO（体外膜肺氧合）** 体外膜肺氧合（Extracorporeal Membrane Oxygenation，ECMO）主要用于对重症心肺功能衰竭患者提供持续的体外呼吸与循环，以维持患者生命。

11.8 **住院** 指被保险人确因临床需要入住医疗机构之正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，不包括入住门诊观察室、家庭病床以及因休养、疗养、身体检查和健康护理等非治疗性行为导致的住院。

11.9 **门急诊** 指被保险人确因临床需要，正式办理挂号手续，并确实在医疗机构的门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。

11.10 **质子重离子放射治疗**

指被保险人根据医嘱，在上海市质子重离子医院（暨复旦大学附属肿瘤医院质子重离子中心）或甘肃武威肿瘤医院重离子中心的专门治疗室内接受的质子和重离子放射治疗。

11.11 **意外伤害**

指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件直接致使身体受到的伤害，**自杀、自伤均不属于意外伤害。**

11.12 **我们认可的医院**

指中国境内（不含港澳台）国务院卫生行政主管部门医院等级分类中的二级合格或者二级合格以上的基本医疗保险规定的定点医院**（不含特需和国际医疗部），不包括以康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者类似功能为主要功能的医疗机构。**该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻医院提供医疗及护理服务。

11.13 **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。

11.14 **必需且合理**

指合理的、符合通常惯例且医疗必需的医疗费用。

符合通常惯例指该服务满足医疗需要而且根据治疗当地通行治疗规范，采用了通行治疗方法。

医疗必需指被保险人接受治疗或服务、使用器械或服用药品符合以下条件：

（1）医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需；

（2）在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需的水平；

（3）与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；

（4）非主要为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他医疗提供方的方便。

对是否必需且合理由我们根据客观、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。

11.15 **与该次住院相同的原因**

指与该次住院相同原因（包括同一疾病及其引发的并发症或者同一次意外伤害及其引发的并发症）导致门急诊治疗。

11.16 **肾透析**

指根据半透膜的膜平衡原理，使用一定浓度的电解质和葡萄糖组成的透析液和血液中积累的代谢产物、水及电解质进行渗透交换，从而达到治疗终末期肾病目的的治疗方式。

11.17 **恶性肿瘤——轻度**

“恶性肿瘤——轻度”的定义完全采用了中国保险行业协会发布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》中的疾病定义：

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO， World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴，**但不在“恶性肿瘤——重度”保障范围的疾病**。且特指下列六项之一：

（1）TNM分期为Ⅰ期的甲状腺癌；

（2）TNM分期为$T_1N_0M_0$期的前列腺癌；

（3）黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

（4）相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；

（5）相当于 Ann Arbor 分期方案Ⅰ期程度的何杰金氏病；

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

下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”，不在保障范围内：

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

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。

11.18 **化学疗法** 指针对于恶性肿瘤的化学治疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。本合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化疗。

11.19 **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。

11.20 **肿瘤免疫疗法** 指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和增强机体抗肿瘤免疫应答，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。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。

11.21 **肿瘤内分泌疗法** 指针对于恶性肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制激素生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞的生长。本合同所指的内分泌治疗药物需符合法律、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。

11.22 **肿瘤靶向疗法** 指在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本合同所指的靶向治疗药物需符合法律、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。

11.23 **实际住院日数** 指被保险人因意外伤害或疾病入住医院住院部病房进行治疗，并正式办理入出院

手续，一日二十四小时住在医院的日数，不包括挂床等不合理住院日数。挂床是指被保险人虽然办理了住院手续， 但在住院过程中一日内未接受与住院诊断相关的检查和治疗，或一日内住在医院不满二十四小时的情形，遵医嘱到外院接受临时诊疗的除外。

11.24 **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。

11.25 **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。

11.26 **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。

11.27 **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）使用伪造、变造驾驶证或其他非法途径获取的驾驶证，或驾驶证已过期失效；
（3）驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
（4）持审验不合格的驾驶证驾驶；
（5）驾驶证被依法扣留、暂扣、吊销、注销期间；
（6）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。

11.28 **无合法有效行驶证** 指下列情形之一：
（1）未取得机动车行驶证；
（2）机动车被依法注销登记的；
（3）未依法按时进行或者通过机动车安全技术检验。

11.29 **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。

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

11.31 **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。

11.32 **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。

11.33	**既往症**	指在本合同生效之前被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。通常有以下情况： （1）本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断； （2）本合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况。
11.34	**精神行为障碍**	指属于世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类第十次修订本（简称 ICD-10）》中第五章精神和行为障碍（疾病代码 F00-F99）所列疾病。
11.35	**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。
11.36	**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。
11.37	**攀岩**	指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
11.38	**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。
11.39	**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。
11.40	**特技表演**	指进行马术、杂技、驯兽等表演。
11.41	**组织病理学检查**	组织病理学检查是通过局部切除、钳取、穿刺等手术方法，从患者机体采取病变组织块，经过包埋、切片后，进行病理检查的方法。 **通过采集病变部位脱落细胞、细针吸取病变部位细胞、体腔积液分离病变细胞等方式获取病变细胞，制成涂片，进行病理检查的方法，属于细胞病理学检查，不属于组织病理学检查。**
11.42	**ICD-10 与 ICD-O-3**	《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10），是世界卫生组织（WHO）发布的国际通用的疾病分类方法。《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3），是 WHO 发布的针对 ICD 中肿瘤形态学组织学细胞类型、动态、分化程度的补充编码。其中形态学编码：0 代表良性肿瘤；1 代表动态未定性肿瘤；2 代表原位癌和非侵袭性癌；3 代表恶性肿瘤（原发性）；6 代表恶性肿瘤（转移性）；9 代表恶性肿瘤（原发性或转移性未肯定）。如果出现 ICD-10 与 ICD-O-3 不一致的情况，以 ICD-O-3 为准。
11.43	**TNM 分期**	TNM 分期采用 AJCC 癌症分期手册标准。该标准由美国癌症联合委员会与国际抗癌联合会 TNM 委员会联合制定，是目前肿瘤医学分期的国际通用标准。T 指原发肿瘤的大小、形态等；N 指淋巴结的转移情况；M 指有无其他脏器的转移情况。 甲状腺癌的 TNM 分期： 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_X：原发肿瘤不能评估

pT_0：无肿瘤证据

pT_1：肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T_{1a}肿瘤最大径≤1cm

T_{1b}肿瘤最大径>1cm，≤2cm

pT_2：肿瘤 2～4cm

pT_3：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内

pT_{3b}：大体侵犯甲状腺外带状肌，无论肿瘤大小

带状肌包括：胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT_4：大体侵犯甲状腺外带状肌外

pT_{4a}：侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT_{4b}：侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pT_X：原发肿瘤不能评估

pT_0：无肿瘤证据

pT_1：肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T_{1a}肿瘤最大径≤1cm

T_{1b}肿瘤最大径>1cm，≤2cm

pT_2：肿瘤 2～4cm

pT_3：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内

pT_{3b}：大体侵犯甲状腺外带状肌，无论肿瘤大小

带状肌包括：胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT_4：进展期病变

pT_{4a}：中度进展，任何大小的肿瘤，侵犯甲状腺外颈部周围器官和软组织，如喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT_{4b}：重度进展，任何大小的肿瘤，侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管

区域淋巴结：适用于所有甲状腺癌

pN_x：区域淋巴结无法评估

pN_0：无淋巴结转移证据

pN_1：区域淋巴结转移

pN_{1a}：转移至Ⅵ、Ⅶ区（包括气管旁、气管前、喉前/Delphian 或上纵隔）淋巴结，可以为单侧或双侧。

pN_{1b}：单侧、双侧或对侧颈淋巴结转移（包括Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ或Ⅴ区）淋巴结或咽后淋巴结转移。

远处转移：适用于所有甲状腺癌

M_0：无远处转移

M_1：有远处转移

乳头状或滤泡状癌（分化型）			
年龄＜55 岁			
	T	N	M
Ⅰ期	任何	任何	0
Ⅱ期	任何	任何	1

年龄≥55 岁			
Ⅰ期	1	0/x	0
	2	0/x	0
Ⅱ期	1～2	1	0
	3a～3b	任何	0
Ⅲ期	4a	任何	0
ⅣA 期	4b	任何	0
ⅣB 期	任何	任何	1
髓样癌（所有年龄组）			
Ⅰ期	1	0	0
Ⅱ期	2～3	0	0
Ⅲ期	1～3	1a	0
ⅣA 期	4a	任何	0
	1～3	1b	0
ⅣB 期	4b	任何	0
ⅣC 期	任何	任何	1
未分化癌（所有年龄组）			
ⅣA 期	1～3a	0/x	0
ⅣB 期	1～3a	1	0
	3b～4	任何	0
ⅣC 期	任何	任何	1

注：以上表格中“年龄”指患者病理组织标本获取日期时的年龄。

11.44 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。

11.45 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。

11.46 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。

11.47 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。

11.48 **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。

11.49 **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。

11.50 **美国纽约心脏病学会心功能状态分级** 美国纽约心脏病学会（New York Heart Association，NYHA）将心功能状态分为四级：

Ⅰ级：心脏病病人日常活动量不受限制，一般活动不引起乏力、呼吸困难等心衰症状。

Ⅱ级：心脏病病人体力活动轻度受限制，休息时无自觉症状，一般活动下可出现心衰症状。

Ⅲ级：心脏病病人体力活动明显受限，低于平时一般活动即引起心衰症状。

Ⅳ级：心脏病病人不能从事任何体力活动，休息状态下也存在心衰症状，活动后加重。

11.51 **持续性蛋白尿（尿蛋白须高于++）** 指在三个尿样中的两个检查中查出蛋白质；++以上不包括++。

11.52 **现金价值** 指保单所具有的价值，通常体现为解除保险合同时，根据精算原理计算的，由我们退还的那部分金额。

11.53 **条款约定利率** 由我们参照中国人民银行最近一次规定的六个月期人民币贷款利率在每年的 1 月 1 日和 7 月 1 日确定。

附件一：保障明细表

保障明细表

每一保单年度内,本合同医疗费用保险责任年度限额、各项医疗费用保险责任年度限额、本合同医疗费用年度基础免赔额、ECMO（体外膜肺氧合）住院津贴保险责任年度限额及重大疾病豁免保险费（单位：人民币元）如下:		
一、本合同医疗费用保险责任年度限额		400 万元/每一保单年度
1、一般医疗费用保险责任年度限额	一般住院及住院前后门急诊医疗费用保险金	200 万元/每一保单年度
	一般特定门诊医疗费用保险金	
2、重大疾病医疗费用保险责任年度限额	重大疾病住院及住院前后门急诊医疗费用保险金	200 万元/每一保单年度
	重大疾病特定门诊医疗费用保险金	
3、质子重离子医疗费用保险责任年度限额	质子重离子医疗费用保险金	200 万元/每一保单年度
二、医疗费用年度基础免赔额	10000 元/每一保单年度	
三、ECMO（体外膜肺氧合）住院津贴保险责任年度限额	ECMO（体外膜肺氧合）住院津贴日额	500 元/日（最高以 30 日为限/每一保单年度）
四、重大疾病豁免保险费	详见本条款 2.3.5	

注：每一保单年度内，一般住院及住院前后门急诊医疗费用保险金、一般特定门诊医疗费用保险金、重大疾病住院及住院前后门急诊医疗费用保险金、重大疾病特定门诊医疗费用保险金和质子重离子医疗费用保险金累计给付之和以 400 万元为限。

附件二： 医疗费用保险金计算示例

医疗费用保险金计算示例

以下示例仅为展示计算逻辑用，请勿将数值作为实际治疗费用参考。投保人A为被保险人B（享有基本医疗保险，不享有公费医疗）投保本产品，保险期间为6年，自2022年1月1日零时起，至2027年12月31日二十四时止。被保险人在第一个保单年度内共计发生两次就诊治疗，被保险人第三次就诊治疗发生在第二个保单年度内，每次就诊治疗情况具体如下：

单位：人民币元

	首次就诊（第一个保单年度第一次就诊）	第二次就诊（第一个保单年度第二次就诊）	第三次就诊(第二个保单年度第一次就诊）
治疗时间	2022 年 2 月 5 日至 2022 年 2 月 12 日	2022 年 4 月 8 日至 2022 年 6 月 10 日	2023 年 1 月 3 日至 2023 年 1 月 10 日
治疗项目	因阑尾炎住院治疗	因恶性肿瘤——重度住院治疗	因恶性肿瘤——重度接受门诊放化疗治疗
实际发生的医疗费用	13000	480000	50000
保险责任范围内的必需且合理的医疗费用	10000	450000	47500
从基本医疗保险、公费医疗获得的费用补偿	6000	150000	0
已从其他商业医疗保险计划获得的医疗费用补偿	2000	10000	0
是否通过基本医疗保险或公费医疗获得费用补偿	是	是	否

则被保险人可获得的各项医疗费用保险金的计算方法如下：

（1）被保险人第一个保单年度第一次就诊实际发生的医疗费用为 13000 元，保险责任范围内的必需且合理的医疗费用为 10000 元，本次就诊发生的医疗费用保险金的计算过程如下：

① 第一个保单年度内累计发生的必需且合理的医疗费用：10000 元；

② 第一个保单年度内累计从基本医疗保险、公费医疗获得的费用补偿：6000元；

③ 第一个保单年度内累计的未先行赔付扣除额：本次就诊被保险人已从基本医疗保险、公费医疗先行赔付获得医疗费用补偿6000元，因此未先行赔付扣除额为0元；

④ 年度免赔额：由于第一个保单年度内累计从其他商业医疗保险计划已获得的医疗费用补偿金额 2000 元<医疗费用年度基础免赔额 10000 元，确定年度免赔额为 10000 元；

⑤ 第一个保单年度内累计已给付的医疗费用保险金：0 元。

根据公式，本次就诊医疗费用保险金为第一个保单年度内累计发生的必需且合理的医疗费用10000元－第一个保单年度内累计从基本医疗保险、公费医疗获得的费用补偿6000元 － 第一个保单年度内累计的未先行赔付扣除额0元－年度免赔额10000元 －每一保单年度内累计已给付的医疗费用保险金0元<0元,因此本次就诊向保险金受益人给付0元。

（2）被保险人第一个保单年度第二次就诊实际发生的医疗费用为480000元，保险责任范围内的必需且合理的医疗费用为450000元，本次就诊发生的医疗费用保险金的计算过程如下：

① 第一个保单年度内累计发生的必需且合理的医疗费用：460000 元（第一个保单年度第一次就诊 10000

元 + 第一保单年度第二次就诊 450000 元）；

② 第一个保单年度内累计从基本医疗保险、公费医疗获得的费用补偿：156000 元（第一个保单年度第一次就诊 6000 元+ 第一保单年度第二次就诊 150000 元）；

③ 第一个保单年度内累计的未先行赔付扣除额：由于本次就诊已从基本医疗保险、公费医疗先行赔付获得医疗费用补偿 150000 元，因此未先行赔付扣除额为 0 元，第一个保单年度内累计的基本医疗保险未先行赔付扣除额为 0 元；

④ 年度免赔额：第一个保单年度内累计从其他商业医疗保险计划已获得的医疗费用补偿金额 12000 元（第一个保单年度第一次就诊 2000 元 + 第一保单年度第二次就诊 10000 元）>医疗费用年度基础免赔额（10000 元），确定年度免赔额为 12000 元；

⑤ 第一个保单年度内累计已给付的医疗费用保险金：第一个保单年度第一次就诊已给付医疗费用保险金 0 元。

根据公式，本次就诊医疗费用保险金为第一个保单年度内累计发生的必需且合理的医疗费用460000元 - 第一个保单年度内累计从基本医疗保险、公费医疗获得的费用补偿156000元 - 第一个保单年度内累计的未先行赔付扣除额0元 - 年度免赔额12000元 - 第一个保单年度内累计已给付的医疗费用保险金0元 =292000元。

因此，此时本合同第一个保单年度内累计的医疗费用保险金为292000元（=0元+292000元）<一般医疗费用保险责任年度限额2000000元，且被保险人接受住院治疗，故我们本次向保险金受益人给付一般住院及住院前后门急诊医疗费用保险金为292000元。

（3）被保险人第二个保单年度第一次就诊实际发生的医疗费用为50000元，必需且合理的医疗费用为47500元，本次就诊发生的医疗费用保险金的计算过程如下：

① 第二个保单年度内累计发生的必需且合理的医疗费用：47500 元（第二个保单年度第一次就诊 47500 元）；

② 第二个保单年度内累计从基本医疗保险、公费医疗获得的费用补偿：0 元（第二个保单年度第一次就诊 0 元）；

③ 第二个保单年度内累计的未先行赔付扣除额：由于本次就诊被保险人享有基本医疗保险但未从基本医疗保险先行赔付，因此未先行赔付扣除额为 19000 元（为本次就诊必需且合理的医疗费用为 47500 元的 40%），第二个保单年度内累计的基本医疗保险未先行赔付扣除额为 19000 元；

④ 年度免赔额：第二个保单年度内累计从其他商业医疗保险计划已获得的医疗费用补偿金额 0 元<医疗费用年度基础免赔额（10000 元），确定年度免赔额为 10000 元；

⑤ 第二个保单年度内累计已给付的医疗费用保险金：0 元；

根据公式，本次就诊医疗费用保险金为第二个保单年度内累计发生的必需且合理的医疗费用47500元 - 第二个保单年度内累计从基本医疗保险、公费医疗获得的费用补偿0元 - 第二个保单年度内累计的未先行赔付扣除额19000元 - 年度免赔额10000元 - 第二个保单年度内累计已给付的医疗费用保险金0元 = 18500元。

本次就诊的医疗费用保险金18500元<一般医疗费用保险责任年度限额2000000元，且被保险人接受一般特定门诊治疗，故我们本次向保险金受益人给付一般特定门诊医疗费用保险金为18500元。

因此，本合同第一保单年度内我们累计给付的医疗费用保险金为292000元（=0元+292000元）；本合同第二保单年度内我们累计给付的医疗费用保险金为18500元。

医疗费用保险金计算汇总　　单位：人民币元

	第一个保单年度内第一次就诊	第一个保单年度内第二次就诊	第二个保单年度内第一次就诊
从基本医疗保险、公费医疗获得的费用补偿	6000	150000	0
未先行赔付扣除额	0	0	19000

每一保单年度内累计从其他商业医疗保险计划累计已获得的医疗费用补偿金额	2000	12000	0

(1)每一保单年度内累计发生的必需且合理的医疗费用	10000	460000	47500
(2)每一保单年度内累计的从基本医疗保险、公费医疗获得的费用补偿	6000	156000	0
(3)每一保单年度内累计的未先行赔付扣除额	0	0	19000
(4)年度免赔额	10000	12000	10000
(5)该次就诊前每一保单年度内累计已给付的医疗费用保险金	0	0	0
医疗费用保险金 =(1)-(2)-(3)-(4)-(5)	0	292000	18500
该次就诊后每一保单年度内累计的医疗费用保险金	0	292000	18500

医疗费用保险金支付

单位：人民币元

	第一个保单年度内第一次就诊	第一个保单年度内第二次就诊	第二个保单年度内第一次就诊
一般住院及住院前后门急诊医疗费用保险金	0	292000	0
一般特定门诊医疗费用保险金	0	0	18500
重大疾病住院及住院前后门急诊医疗费用保险金	0	0	0
重大疾病特定门诊医疗费用保险金	0	0	0
质子重离子医疗费用保险金	0	0	0
ECMO（体外膜肺氧合）住院津贴保险金	0	0	0
总计	0	292000	18500