

中国人寿财产保险股份有限公司 个人住院医疗保险 E（互联网专属，Z 款） 条款

（注册编号：C00010832512024110601313）

总则

第一条 本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 除另有约定外，年龄在 30 天（含）至 105 周岁（含）能正常工作、生活且参加**基本医疗保险**的自然人，在投保前连续 12 个月，在中华人民共和国境内（**不包括香港、澳门、台湾地区**，下同）居住天数超过 240 天（出生不满 240 天的，自出生之日起至投保之日均应在中华人民共和国境内居住），投保前一个月内无出入境记录的中华人民共和国公民，可作为本保险合同的被保险人，**但首次投保自然人的年龄上限为 80 周岁（含）。**

第三条 年满 18 周岁，具有完全民事行为能力且对被保险人具有保险利益的人，均可作为本保险合同的投保人。对被保险人具有保险利益的人员，是指被保险人本人、被保险人的配偶、父母、子女以及其他符合法律规定情形的近亲属或经被保险人同意的人员等。

订立本保险合同时，投保人对被保险人不具有保险利益的，本保险合同无效。

第四条 本保险合同承保的治疗需发生在中国境内（不

包括香港、澳门和台湾地区），保险人仅对被保险人在保险区域内发生的保险事故承担保险责任。

受益人

第五条 除另有约定外，本保险合同的各项保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第六条 本合同的保险责任包括：“基本医疗保险范围内医疗费用保险金”“基本医疗保险范围外医疗费用保险金”“重大疾病医疗保险金”“质子重离子医疗保险金”“院外特定药品医疗保险金”“重大疾病异地转诊公共交通费用保险金”及“重大疾病 ICU 重症监护病房住院津贴保险金”。投保人所投保的保险责任在本保险合同中载明，一经确认，在本保险合同保险期间内不得变更。发生保险事故后，保险人依照本保险合同的约定承担保险责任。

（一）基本医疗保险范围内医疗费用保险金

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期满后因疾病经中华人民共和国境内（不包括港澳台地区）二级或二级以上公立医院普通部或者保险人指定或认可的医疗机构（以下简称“医院或医疗机构”）诊断并接受治疗的，对于被保险人进行治疗所支出的必需且合理、符合当地基本医疗保险主管部门规定的基本医疗保险标准（以下简称“医保范围内”）的下列医疗费用，保险人按照本保险合同约定给付基本医疗保险范围内医疗费用保险金：

1. 住院医疗费用

被保险人经医生诊断必须入住医院或医疗机构正式病房接受住院治疗，且办理了正式入、出院手续的情形下，产生的必需且合理的、医保范围内的住院医疗费用。住院医疗费用包括住院期间发生的床位费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费等，但不包括下列情形下发生的费用：

（1）被保险人在医院或医疗机构的门诊观察室、家庭病床（房）入住；

（2）被保险人在特需病房、外宾病房或其他不属于社会基本医疗保险范畴的高等级病房入住；

（3）被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；

（4）被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；

（5）被保险人住院体检；

（6）挂床住院及其他不合理的住院。挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非 24 小时在床、在院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。

2. 特殊门诊医疗费用

被保险人经医生诊断需要接受特殊门诊（不含特需门诊）治疗的情形下，产生的必需且合理的、医保范围内的特殊门诊医疗费用，但不包括住院前后门诊急诊费用。

特殊门诊医疗费用包括：

（1）门诊肾透析费；

(2) 门诊恶性肿瘤治疗费，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、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；门诊手术医疗费用，被保险人经医院诊断必须接受门诊手术治疗的情形下，其发生的必需且合理的、医保范围内的门诊手术费用。

对于本条 1-2 项中费用之和，保险人扣除免赔额后，按照约定的给付比例给付保险金，且给付金额之和以本保险合同约定的基本医疗保险范围内医疗费用保险金额为限，一次或累计给付金额达到基本医疗保险范围内医疗费用保险金额时，保险人的本项保险责任终止。

(二) 基本医疗保险范围外医疗费用保险金

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期满后因疾病经中华人民共和国境内（不包括港澳台地区）二级或二级以上公立医院普通部或者保险人指定或认可的医疗机构（以下简称“医院或医疗机构”）诊断并接受治疗的，对于被保险人进行治疗所支出的必需且合理、超出当地基本医疗保险主管部门规定的基本医疗-保险标准之外（以下简称“医保范围外”）的下列医疗费用，保险人按照本保险合同约定给付基本医疗保险范围外医疗费用保险金：

1. 住院医疗费用

被保险人经医生诊断必须入住医院或医疗机构正式病房接受住院治疗，且办理了正式入、出院手续的情形下，产生的必需且合理的、医保范围外的住院医疗费用。住院医疗费用包括住院期间发生的床位费、膳食费、护理费、重症监

护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费等，但不包括下列情形下发生的费用：

（1）被保险人在医院或医疗机构的门诊观察室、家庭病床（房）入住；

（2）被保险人在特需病房、外宾病房或其他不属于社会基本医疗保险范畴的高等级病房入住；

（3）被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；

（4）被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；

（5）被保险人住院体检；

（6）挂床住院及其他不合理的住院。挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非 24 小时在床、在院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。

2. 特殊门诊医疗费用

被保险人经医生诊断需要接受特殊门诊（不含特需门诊）治疗的情形下，产生的必需且合理的、医保范围外的特殊门诊医疗费用，但不包括住院前后门（急）诊医疗费用。

特殊门诊医疗费用包括：

（1）门诊肾透析费；

（2）门诊恶性肿瘤治疗费，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、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；

门诊手术医疗费用，被保险人经医生诊断必须接受门诊手术

治疗的情形下，其发生的必需且合理的、医保范围外的门诊手术费用。

对于本条 1-2 项中费用之和，保险人扣除免赔额后，按照约定的给付比例给付保险金，且给付金额之和以本保险合同约定的基本医疗保险范围外医疗费用保险金额为限，一次或累计给付金额达到基本医疗保险范围外医疗费用保险金额时，保险人的本项保险责任终止。

（三）重大疾病医疗保险金

在保险期间内，若被保险人遭受意外伤害事故或在等待期满后，经本保险合同定义的医院的专科医生初次确诊罹患的本保险合同中定义的重大疾病（无论一种或多种，但不包括因被保险人投保前已罹患的既往症及其并发症导致的本保险合同中定义的重大疾病），并因此在符合前述条件的医院接受治疗的，对被保险人在保险期间内实际发生的必要的、合理的下列医疗费用，保险人按照本保险合同的约定给付保险金：

1. 重大疾病住院医疗费用

被保险人经医生诊断必须入住医院或医疗机构正式病房并接受全日 24 小时监护治疗，且办理了正式入、出院手续的情形下，其产生的必要的、合理的重大疾病（无论一种或多种）住院医疗费用。

住院医疗费用包括住院期间发生的床位费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费等，但不包括下列情形下发生的费用：

(1) 被保险人在医院或医疗机构的门诊观察室、家庭病床（房）入住；

(2) 被保险人在特需病房、外宾病房或其他不属于社会医疗保险范畴的高等级病房入住；

(3) 被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；

(4) 被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或一天内住院不满 24 小时，但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；

(5) 被保险人住院体检；

(6) 挂床住院及其他不合理的住院。挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非 24 小时在床、在院，具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。

保险期间届满时，被保险人仍在接受住院治疗的，保险人继续对前述医疗费用承担保险责任至被保险人当次出院止，但最长不超过从保险期间届满日的次日起后延连续 30 日。

2. 重大疾病特殊门诊医疗费用

被保险人经医生诊断必须接受特殊门诊治疗的情形下，其产生的必要的、合理的特殊门诊医疗费用，但不包括重大疾病住院前后门（急）诊医疗费用和特需门诊费用。

重大疾病特殊门诊医疗费用包括：

(1) 门诊肾透析费；

(2) 门诊恶性肿瘤治疗费，包括化学疗法、放射疗法、

肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、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；

(4) 门诊手术费，即医生在治疗本条款约定的重大疾病(无论一种或多种)过程中，在医院或医疗机构手术室内施行手术所收取的**必需且合理**的手术材料费、麻醉费和手术操作费用的总和。

对于以上 1-2 项费用之和，保险人按照重大疾病医疗保险金约定给付保险金，累计给付金额达到本项责任保险金额后，保险人的本项保险责任终止。

(四) 质子重离子医疗费用保险金

在保险期间内，被保险人因患有本条款约定的**恶性肿瘤——重度**，经医院或医疗机构诊断并在上海质子重离子医院进行质子重离子治疗的，对于被保险人进行治疗时实际发生的**必需且合理**的质子重离子医疗费用，保险人扣除免赔额后，按照约定的给付比例给付保险金，且给付金额之和以本保险合同约定的质子重离子医疗费用保险金额为限，一次或累计给付金额达到质子重离子医疗费用保险金额时，保险人的本项保险责任终止。

(五) 院外特定药品费用保险金

在保险期间内，被保险人在**等待期满后**，经本保险合同定义的医院的专科医生**初次确诊罹患**本保险合同定义的**恶性肿瘤——重度**，对于其保险期间内治疗该恶性肿瘤所实际发生的必要的、合理的且同时满足以下条件的院外特定药品的费用，保险人按照约定的给付比例，在院外特定药品费用

保险金额内给付保险金：

1. 属于保险合同约定的《药品清单》中的药品；
2. 该特定药品须由医院或医疗机构专科医生开具处方且为被保险人当前治疗必需的药品；
3. 每次特定药品处方剂量不超过三十日且相邻两次开具同一药品处方的时间间隔不短于二十日；
4. 特定药品应仅针对等待期满后初次确诊发生的《药品清单》中所列的特定疾病，且治疗期间应为保险期间内，保险期间届满治疗未结束的，保险人继续承担本项责任至保险期间届满日后30日（含）；
5. 该特种药品须为本保险合同约定的特定药品，且保险期间终止之日前经中国国家药品监督管理部门批准且已在中华人民共和国境内（不包括港澳台地区）上市的药物；或该特种药品为在指定医疗机构购买的本保险合同约定的进口药品，该特种进口药品须为本保险合同保险期间终止之日前合法进口的临床急需进口药品；
6. 特定药品须在保险人指定或认可的药房购买；
7. 被保险人购买处方中所列特定药品前，需按保险人指定流程提交相应材料并通过处方审核，具体流程见本条款第二十九条。

被保险人在等待期满前已确诊《药品清单》中对应疾病的，保险人不承担给付院外特定药品费用保险金的责任。

本项责任的给付比例由投保人和保险人按照以下情况分别约定，并在保险单中载明，被保险人须以参加基本医疗

保险身份投保：

（1）除另有约定外，如药品为基本医疗保险药品目录内，则被保险人须先行通过基本医疗保险、公费医疗获得药品费用报销，保险人仅对被保险人实际支付的属于保险责任范围内的费用与已通过其他途径获得补偿部分的差额给付保险金，给付比例在保险合同中约定；如被保险人未通过基本医疗保险、公费医疗获得药品费用补偿，则保险人按照保险合同中约定并载明的给付比例给付保险金。

（2）如药品为基本医疗保险药品目录外，保险人仅对被保险人实际支付的属于保险责任范围内的费用与通过其他途径获得补偿部分的差额给付保险金，给付比例为在保险合同中约定。

（3） $\text{保险金} = (\text{院外特定药品费用} - \text{从其他途径已获得的院外特定药品费用补偿} - \text{免赔额}) \times \text{给付比例}$

从其他途径已获得的院外特定药品费用补偿，包括被保险人按政府规定取得的补偿，已从社会基本医疗保险、公费医疗或从社会福利机构、除本保险外其他商业保险、公益慈善机构、单位或个人等其他途径实际获得的药品费用补偿

对于本项责任范围内的药品费用，保险人扣除免赔额及从其他途径获得的院外特定药品费用补偿后，按照约定的给付比例给付保险金，且给付金额之和以本保险合同约定的院外特定药品费用保险金额为限，一次或累计给付金额达到院外特定药品费用保险金额时，保险人的本项保险责任终止。

（六）重大疾病异地转诊公共交通费用保险金

在保险期间内，被保险人在等待期满后，经本保险合同中定义的医院的专科医生初次确诊罹患本保险合同中定义的重大疾病（无论一种或多种），需赶赴异地（中国大陆地区省外或直辖市外）医院进行疾病治疗时，由转出医院开具转院证明，对于保险期间内被保险人发生的合理且必要的公共交通及救护车费用，保险人按照保险合同的约定给付保险金。

被保险人飞机舱位级别以经济舱（包含超级经济舱）为限，火车（含地铁、轻轨、动车、其他高速列车）以软卧或一等座为限。

保险期间届满时，被保险人仍在接受住院治疗的，保险人继续对前述费用承担保险责任至被保险人当次出院止，但最长不超过从保险期间届满日的次日起后延连续 30 日。

对于本条约定的费用之和，保险人在重大疾病异地转诊公共交通费用保险金额内给付保险金，一次或累计给付金额达到重大疾病异地转诊公共交通费用保险金额时，保险人的本项保险责任终止。

（七）重大疾病 ICU 重症监护病房住院津贴保险金

在保险期间内，被保险人在等待期满后，经本保险合同中定义的医院的专科医生初次确诊罹患本保险合同中定义的重大疾病（无论一种或多种），因此重大疾病需在医院的 ICU 重症监护病房进行住院治疗的，保险人按被保险人每次在 ICU 重症监护病房实际住院天数扣除每次 ICU 重症监护病房住院免赔天数后乘以保险合同约定的重大疾病 ICU 重症监护

病房住院日津贴额向被保险人给付重大疾病 ICU 重症监护病房住院津贴保险金。本条责任须符合如下规定：

1. 每次 ICU 重症监护病房给付天数为被保险人每次实际 ICU 重症监护病房住院天数扣除每次 ICU 重症监护病房住院免赔天数，但是每次 ICU 重症监护病房给付天数不超过本保险合同约定的单次最高给付天数；

2. 除另有约定外，被保险人在保险期间内一次或多次 ICU 重症监护病房住院的累计给付天数以 30 日为限；

3. 保险期间届满，若被保险人 ICU 重症监护病房住院治疗尚未结束，保险人对保险期间届满之日起被保险人 ICU 重症监护病房住院天数不再承担本条保险责任；

4. 若被保险人本次 ICU 重症监护病房住院与前次 ICU 重症监护病房住院原因相同，并且前次出院与本次入院间隔不超过 30 日的，则本次住院与前次住院视为同一次住院。

被保险人在等待期内初次确诊罹患本保险合同中定义的重大疾病，或在等待期内接受检查但在等待期后初次确诊罹患本保险合同定义的重大疾病的，保险人不承担给付重大疾病住院津贴保险金或重大疾病 ICU 重症监护病房住院津贴保险金的责任，本条保险责任终止。

以上（一）至（七）条中所指的指定或认可的医疗机构由投保人与保险人在订立本保险合同时确定，并在保险合同中载明。

对于以上（一）至（六）条中的保险责任，保险期间届满时被保险人治疗仍未结束的，保险人继续承担保险责任至

被保险人此次治疗结束时止，但最长不超过保险期间终止日次日起连续 30 日（含），且仅限连续住院，不包括中途出院后再次住院。

第七条 发生保险事故，保险人按照以下约定计算并给付保险金：

本保险合同除重大疾病 ICU 重症监护病房住院津贴保险金责任外，属于费用补偿型医疗保险。若保险金申请人已从其他途径（包括社会基本医疗保险、公费医疗、大病保险、医疗救助、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗、药品费用补偿，保险人给付的保险金与其他途径的补偿金额之和不得超过被保险人实际发生的医疗、药品费用金额。社会基本医疗保险个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的补偿。

责任免除

第八条 以下损失、费用，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）减肥治疗、戒酒治疗、戒毒治疗、心理治疗、脱发健发治疗、睡眠障碍治疗、饮食障碍（贪食症、厌食症）治疗、代谢综合症治疗、非疾病原因的正常胃部分切除或胃缩小手术治疗的费用；

（二）康复治疗或训练、休养或疗养、健康体检、隔离治疗（保险责任范围内疾病的隔离治疗除外）、保健食品及用品、体外或植入的医疗辅助装置或用具（包括但不限于假牙、义肢、轮椅、拐杖、助听器、眼镜或隐形眼镜、验光、

义眼等）及其安装的费用；

（三）皮肤色素沉着、痤疮、红斑痤疮治疗，雀斑、老年斑、痣的治疗和去除，对浅表静脉曲张、蜘蛛痣、瘢痕、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、隆胸等整容整形治疗，包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗的费用；

（四）各种健美治疗项目的费用，包括但不限于营养、增肌、抽脂、增胖、增高等；

（五）除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其他器官的材料、安装和置换等费用，各种康复治疗器械、自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械、耐用医疗设备（各种康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备）的购买、置换、安装和租赁费用；

（六）滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂，医生开具的超过 30 天用药量部分的费用；

（七）健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询（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）确定的精神和行为障碍以外的一般心理问题，如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等）等各种医疗咨询和健康预测的费用；

（八）不符合入院标准、挂床住院部分的费用，住院病人应当出院而拒不出院情况下，从医院或医疗机构确定应当出院之日起发生的一切费用；

（九）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、遗传基因鉴定等各类医疗鉴定的费用；

（十）视力矫正治疗及手术、美容、非意外事故所致整容、洗牙、洁齿、牙科保健、变性手术、脊柱侧弯矫正、驼背矫正等的费用；

（十一）各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗项目费用，包括但不限于平足及各种非功能性整容、矫形手术费用；

（十二）预防性治疗、实验性或试验性治疗的费用，未获得国家许可或批准的药品或药物的费用；

（十三）感染艾滋病病毒或患艾滋病的情形下发生的费用（在保险期间内初次罹患本保险合同释义中约定的第四十、五十四、六十四项重大疾病除外）；

（十四）患性病的情形下发生的费用；

（十五）未经医生建议自行治疗或未经医生处方自行购买药品的费用，或虽有医生处方但药品并非在开具该处方的医生所执业的医院购买（以药品费票据为准）所发生的费用，或虽有医生建议但相关治疗并非在医院或医疗机构内进行或相关费用并非由医院或医疗机构收取（以相关医疗费票据为准）情形下发生的费用；

（十六）服用未经国家卫生管理机构或国家监督管理机构许可或批准的药品或药物的费用；

（十七）被保险人在等待期满前因罹患疾病发生的费用，或在被保险人获得被保资格前因意外伤害事故发生的费用；

（十八）因基因疗法和细胞免疫疗发生的医疗费用；

（十九）根据本条款中的相关约定，保险人应不承担或免除保险责任的各种情形下的损失、费用或责任，或保险人有权予以扣除、减少的部分。

第九条 以下原因造成的损失、费用，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

（二）核爆炸、核辐射或核污染；

（三）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

（四）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；

（五）被保险人自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；

（六）被保险人酗酒、殴斗、吸食或注射毒品，违反规定使用麻醉或精神药品；

（七）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照的机动车；

（八）因被保险人投保前已罹患的既往症及其并发症，导致被保险人罹患本合同所定义的重大疾病，保险人不承担给付本保险合同重大疾病医疗保险金的责任；

（九）被保险人在本保险合同等待期满前所患既往症及保单中特别约定的除外疾病引起的相关费用，但投保时保险人已知晓并做出书面认可的除外；

（十）被保险人从事潜水、滑水、滑雪、滑冰、滑翔翼、

热气球、跳伞、攀岩、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、柔道、空手道、跆拳道、拳击、特技表演、蹦极、赛马、赛车、各种车辆表演及车辆竞赛等高风险运动；

（十一）被保险人未遵医嘱服用、涂用、注射药物；

（十二）食物中毒，药物过敏；

（十三）遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常（在保险期间内初次罹患本保险合同释义中约定的第三十四、四十四、七十二、七十三、八十九、九十八、一百、一百零四、一百零五、一百零六、一百零八项重大疾病除外）；

（十四）医疗事故，职业病；

（十五）被保险人分娩、流产、宫外孕、不孕不育治疗、人工受精、怀孕、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；

（十六）被保险人患椎间盘突出症（包括椎间盘膨出、椎间盘突出、椎间盘脱出、游离型椎间盘等类型）；

（十七）被保险人患精神和行为障碍疾病（以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》第十次修订版（ICD-10）为准）。

（十八）符合国家最新修订的《工伤保险条例》规定的“认定为工伤”或者“视同工伤”情形的事故。

第十条 以下原因造成被保险人发生本保险条款所述院外特定药品费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）仅有临床不适症状，入院诊断和出院诊断均不是明确疾病（以世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统

计分类》第十次修订版（ICD-10）为准）；

（二）进行未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及前述治疗产生的后果；

（三）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用或注射特定药品。

第十一条 下列情形下被保险人发生本保险条款所述恶性肿瘤院外特定药品费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）被保险人未在保险人指定药房购买药品；

（二）被保险人未按本保险合同约定的流程进行授权申请或授权申请未审核通过；

（三）被保险人首次购买特定药品的日期不在保险期间内的；

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

（五）被保险人提交审核的医学材料不能证明该药品对被保险人当前的疾病状态产生有益的治疗疗效。

保险金额、免赔额和给付比例

第十二条 本保险合同的保险金额是保险人承担给付相应保险金责任的最高限额。

基本医疗保险范围内医疗费用保险金额、基本医疗保险范围外医疗费用保险金额、重大疾病医疗保险金、质子重离子医疗费用保险金额、院外特定药品医疗保险金、重大疾病异地转诊公共交通费用保险金及重大疾病 ICU 重症监护病房

住院津贴的保险金额、本保险合同的累计保险金额、免赔额、给付比例由投保人、保险人在投保时协商确定，并在保险合同中载明。其中，累计保险金额是指在保险期限内本保险合同累计赔偿的最高限额，对于本保险合同的各项责任一次或累计给付保险金的总额达到本合同载明的累计保险金额时，本合同终止。

第十三条 免赔额指被保险人自行承担，本保险合同不予给付的部分。被保险人通过基本医疗保险和公费医疗获得的补偿，不可用于抵扣免赔额，但从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。

保险期间与续保

第十四条 保险期间由投保人和保险人协商确定，并在保险合同中载明，但最长不得超过一年。

第十五条 本保险合同为非保证续保合同。保险期间届满前，投保人需要重新向保险人申请投保并交纳保险费，如保险人接受投保申请，并同意承保的，投保人可获得新的保险合同。

保险人义务

第十六条 订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立保险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投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明

确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十七条 本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十八条 保险人依据本条款第二十三条、第二十五条所取得的保险合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

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

第十九条 保险人按照本条款第二十九条、第三十条、第三十一条的约定，认为保险金申请人提供的有关保险金申请的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、保险金申请人补充提供。

第二十条 保险人收到保险金申请人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知保险金申请人；对属于保险责任的，在与保险金申请人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第二十一条 保险人自收到给付保险金的请求和有关

证明、资料之日起六十日内，对其给付的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第二十二条 本保险合同的保险费交付方式分为一次性交付和分期交付，由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单上载明。

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

若选择分期交付保险费，需经投保人申请并经保险人同意，并在保险单中载明保费分期交付的金额和付款时间。首期保险费交清前，本保险合同不生效，本保险合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任；首期保险费交清后，投保人应当按照约定的金额和付款时间，交纳其余期次的保险费。

除首期保险费之外，若投保人未按照保险合同约定的付款时间足额交付当期保险费，保险人允许投保人在本保险合同约定的宽限期内补交当期保险费。如投保人在本保险合同约定的宽限期内仍未足额补交当期保费的，对于被保险人自当期保费应付之日起所发生的、属于保险责任范围内的事，保险人将不承担给付保险金的责任。宽限期由投保人与保险人协商确定，并在本保险合同中载明。

若选择分期交付保险费，如被保险人在已按时足额交费

对应的保险期间内或本保险合同约定的宽限期内发生保险事故，投保人应一次性补交剩余保险费（剩余保险费金额为本保险合同约定的保险费总额扣减投保人已交纳的保险费金额），之后保险人依照保险合同约定给付保险金。

第二十三条 订立保险合同，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除保险合同。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于保险合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，并不退还保险费。

投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对于保险合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。

第二十四条 投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本保险合同载明的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第二十五条 投保人申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。

投保人申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本保险合同约定的年龄限制的，保险人可以解除保险合同，并退还保险费。

投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人支付的保险费少于应付保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费，或者在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例支付。

投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人支付的保险费多于应付保险费的，保险人应当将多收的保险费退还投保人。

第二十六条 在保险期间内，投保人需变更保险合同其他内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

第二十七条 投保人、保险金申请人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。

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，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

第二十八条 保险事故发生后，被保险人需要住院的，应在指定或认可的医院或医疗机构住院治疗，若因急诊未在指定或认可的医院或医疗机构住院的，应在三日内通知保险人，并根据病情及时转入指定或认可的医院或医疗机构。若确需转入非指定或认可的医院或医疗机构住院的，应向保险人提出书面申请，保险人在接到申请后三日内给予答复，对于保险人同意在非指定或认可的医院或医疗机构住院的，对

该期间发生的医疗费用按本保险合同约定给付保险金。

第二十九条 购药程序：

（一）指定药房购药

1. 授权申请

由被保险人或保险金受益人作为申请人向保险人或保险人授权的第三方服务商提交药品费用预授权申请（以下简称“授权申请”），并提供下列证明和资料：

（1）保险合同；

（2）被保险人的有效身份证件；

（3）二级及以上公立医院出具的附有被保险人病理、血液及其他科学方法检验报告等相关医疗病历及证明文件；

（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。

如果申请人未提交授权申请或者授权申请审核未通过，保险人不承担给付保险金的责任。

2. 处方审核

授权申请审核通过后，申请人应向保险人授权的第三方服务商提交药品处方审核。如果药品处方审核出现以下特殊情况，保险人有权要求申请人补充其他与药品处方审核相关的医学材料：

（1）申请人授权申请时提交的与被保险人相关的医学材料不足以支持药品处方审核；

（2）医学材料中相关的科学方法检验报告结果不支持药品处方的开具。

如果申请人的药品处方审核未通过，保险人不承担给付保险金的责任。

3. 指定药房购药

药品处方审核通过后，由保险人授权的第三方服务商提供购药凭证。被保险人须在购药凭证生成后携带有效药品处方、购药凭证、被保险人的有效身份证件及被保险人的中华人民共和国社会保障卡等材料到保险人指定或认可的药房购买药品。

（二）自行购药

被保险人或保险金申请人在保险人认可的药房或医院购买属于本合同保险责任范围内的药品的，由被保险人凭被保险人有效身份证明、处方及相关病历、诊断证明自行购药。

保险金申请与给付

第三十条 发生保险事故的，保险人按如下方式给付保险金：

（一）指定药房购药

被保险人或保险金申请人在处方审核通过后凭购药凭证在保险人指定的药房购买属于本保险合同保险责任范围内的药品，在保险金额范围内，对于按照本保险合同约定方式计算的保险金部分，被保险人无需支付该部分药品费用，保险人与相应机构直接结算，此时视为保险人已按照保险合同约定向被保险人给付了保险金，但被保险人需支付不属于保险责任范围内的或超过保险人应给付保险金数额、保险金额部分的药品费用。

（二）客户自行购药

被保险人或保险金申请人在保险人认可的药房或医院购买属于本保险合同保险责任范围内的药品，且审核符合保险责任及用药规定的，对于被保险人实际支付的药品费用，保险人在保险金额范围内，按照本保险合同约定方式计算的保险金数额给付保险金。如果保险金申请人的药品费用不属于保险责任范围，保险人不承担给付保险金的责任。

本保险合同为费用补偿型医疗保险。若被保险人已从其他途径（包括但不限于社会基本医疗保险、公费医疗、其他政府机构或者社会福利机构、除本保险外的其他商业保险、公益慈善机构、单位或个人等）获得本保险合同责任范围内医疗费用补偿，保险人给付的保险金与被保险人已取得的补偿之和不得超过被保险人实际支出的费用。

（三）理赔申请资料

保险金申请人向保险人或保险人授权的第三方服务商提供下列证明和资料。保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法核实部分不承担赔偿保险金的责任。

1. 索赔申请书；
2. 保险合同或其他保险凭证；
3. 被保险人的有效身份证件；
4. 二级及以上公立医院或保险人指定或认可的医院出具的附有被保险人病理、血液及其他科学方法检验报告等相关医疗病历及证明文件；

5. 由二级及以上公立医院专科医生出具的药品处方；
6. 药品清单明细、药品费用正式发票等；
7. 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，包括但不限于病历、诊断证明、购药凭证等；
8. 若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并提供监护人的身份证明等资料。

（四）慈善援助用药

被保险人需使用的特定药品中有慈善赠药援助用药项目的药品，被保险人必须进行慈善援助用药申请。

若被保险人用药时长符合保险人指定或认可的慈善机构援助项目申请条件，保险人将通知被保险人并安排保险人指定的第三方服务商协助被保险人进行申请材料准备，被保险人须提供申请援助项目合理且必须的材料。援助项目经保险人指定或认可的慈善机构审核通过后，被保险人须到援助项目指定的药房领取援助药品；若被保险人未通过援助项目审核，须按照上述药品购药流程和理赔申请。

若被保险人通过援助用药申请可以使用慈善赠药治疗但被保险人坚持自付费购药（含未申请援助用药、申请后未按要求提供相关材料），或因被保险人原因未领取援助药品而导致需重新购药的，保险人不承担给付保险金的责任。

第三十一条 除院外特定药品费用保险金外，其他保险责任，保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料：

1. 保险金给付申请书；
2. 保险单或其他保险凭证；
3. 保险申请人、被保险人的有效身份证件；
4. 医院或医疗机构出具的附有病历，必需的病理检验、血液检验及其他科学诊断报告的诊断书或手术证明（包括门诊病历、住院病历或出院小结以及相关的检查报告）；
5. 医疗费用原始票据、医疗费用明细清单。如无法提供原始收据的，可提供医疗费用分割单；
6. 被保险人罹患本保险合同约定的重大疾病，还应提供由医院或医疗机构出具的对被保险人的疾病诊断证明书以及由医院或医疗机构出具的与该疾病诊断证明书相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告；
7. 医院出具的转院证明（如有）；
8. 交通费用支出的正式发票或收据原件（如有）；
9. 保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料。

保险金申请人因特殊原因不能提供以上材料的，应提供其他合法有效的材料。若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。

保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实

该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

被保险人若已通过其他途径获得了部分医疗费用的补偿并无法提供医疗费用原始凭证时，需提供医疗费用凭证复印件，同时出具注明已给付比例和金额、加盖支付费用单位公章的分割单等相关证明。

本保险合同所指分割单应符合财政部《会计基础工作规范》的有关要求。涉及基本医疗保险时，分割单指基本医疗保险费用结算表，或当地基本医疗保险结算办法所规定的其他类似费用结算证明。

（三）保险金申请人因特殊原因不能提供上述证明的，则应提供法律认可的其他有关的证明资料。

如果保险人对保险金申请材料存疑，有权要求被保险人在保险人指定或认可的医疗机构进行复检确认，被保险人应予配合。

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

争议处理和法律适用

第三十二条 因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险合同载明的仲裁机构仲裁；保险合同未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国法院（不包括港澳台地区法院）起诉。

第三十三条 与本保险合同有关的以及履行本保险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括港澳台地区法律）。

其他事项

第三十四条 在本保险合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除保险合同，但保险人已根据本保险合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本保险合同时，应填写保险合同解除申请书，提供下列证明文件和资料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险单原件；
- （三）保险费支付凭证；
- （四）投保人身份证明文件。

投保人要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起三十日内退还保险单的未满期净保费。

释义

社会基本医疗保险：指国家最新修订颁布的《社会保险法》规定的基本医疗保险，包括职工基本医疗保险、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险。

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

年的不计算。

首次投保：指投保人为被保险人第一次向保险人投保本产品的情形；对于曾经向保险人投保本产品，但在该保险期间届满前未重新提出投保申请，在保险期间届满后再次申请投保本产品的，视为首次投保。

初次确诊：是指在保险责任开始（即等待期满之日；因意外伤害事故导致疾病的，为保险合同生效之日）之前从未确诊发生过本保险条款载明的疾病（无论一种或多种）和与上述疾病相关的检查和治疗。

等待期：指自保险合同生效之日或保险期间开始之日（以两者较晚者为准）起计算的一段时间，具体天数由保险人和投保人在投保时约定并在保险合同中载明，但最长不得超过 180 天。

意外伤害：指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为原因致使身体受到的伤害。

公费医疗：是指国家为保障国家工作人员而实行的、通过医疗卫生部门按规定向享受人员提供免费医疗及预防服务的一项社保制度。

医疗机构：在中华人民共和国境内（不包括港澳台地区），依照中华人民共和国法律设立、有固定场所并取得《医疗机构执业许可证》，从事疾病诊断、治疗活动的卫生机构的总称。除质子重离子治疗之外，本保险合同中保险人指定或认可的医疗机构特指经国家卫生健康部门审核通过的综合性医疗机构的普通部。不包括如下机构或医疗服务：

（一）特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 部、联合医院、A 级病房；

（二）诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；

（三）休养、戒酒、戒毒中心；

（四）疗养院、卫生所（室）。

质子重离子治疗中保险人指定或认可的医疗机构由投保人与保险人协商一致，并在保险合同中载明。

住院医疗费用具体内容如下：

（一）床位费：指被保险人使用医院床位的费用，但不包括陪人床、观察病床位和家庭病床的费用。

（二）膳食费：指实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准（最高以二级及以上医院普通病房订餐标准为准）的膳食费用，但不包括购买个人用品的费用。

（三）护理费：指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

（四）重症监护室床位费：指被保险人使用医院重症监护室床位的费用。

（五）诊疗费：指住院治疗期间实际发生的，以诊察、检查、治疗为目的医生诊断费用。

（六）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医疗费用，包括诊查费、妇检费、X 光费、心电图费、B 超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

（七）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和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

（八）药品费：指住院期间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（因放化疗原因而使用的必要且合理的免疫功能调节类药品时除外），美容及减肥类药品，预防类药品，以及下列中药类药品：如花旗参、冬虫夏草、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；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；用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

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

（十）医生费：指外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

专科医生：专科医生应当同时满足以下四项资格条件：

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

必要的、合理的医疗费用：

（一）符合通常惯例：指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的费用。

对是否符合通常惯例由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

（二）医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

1. 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
2. 不超过安全、足量治疗原则的项目；
3. 由医生开具的处方药；
4. 非试验性的、非研究性的项目；
5. 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

对是否医学必需由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

既往症：指在保单生效之前被保险人已患有的且已知晓

的疾病或症状。

重大疾病：本保险条款所称重大疾病，是指被保险人发生符合以下定义所述条件的疾病、疾病状态或手术，共120种。其中第一至二十八种重大疾病为中国保险行业协会颁布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020年修订版）》

（以下简称“规范”）规定的疾病，且疾病名称和疾病定义与“规范”一致，第二十九至一百二十种特定疾病为“规范”规定范围之外的疾病。以下疾病名称仅供理解使用，具体保障范围以每项疾病具体定义为准。

（一）恶性肿瘤——重度

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经组织病理学检查（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：

（1）原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，

肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；

(2) 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

2. TNM分期为 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 $\leq 10/50\text{HPF}$ 和 $\text{ki-67} \leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

(二) 较重急性心肌梗死

急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合：

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；

同时存在下列之一的证据，包括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的病理性 Q 波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。

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

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

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

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

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

5. 影像学检查证实存在新出现的室壁瘤；

6. 出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。

其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在保障范围内。

（三）严重脑中风后遗症

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

1. 一肢（含）以上肢体肌力 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。

（四）重大器官移植术或造血干细胞移植术

重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏、肺脏或小肠的异体移植手术。

造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的移植手术。

（五）冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）

指为治疗严重的冠心病，已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。

（六）严重慢性肾衰竭

指双肾功能慢性不可逆性衰竭，依据肾脏病预后质量倡议（K/DOQI）制定的指南，分期达到慢性肾脏病 5 期，且经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗。规律性透析是指每周进行血液透析或每天进行腹膜透析。

（七）多个肢体缺失

指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

（八）急性重症肝炎或亚急性重症肝炎

指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：

1. 重度黄疸或黄疸迅速加重；
2. 肝性脑病；

3. B 超或其他影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；
4. 肝功能指标进行性恶化。

（九）严重非恶性颅内肿瘤

指起源于脑、脑神经、脑被膜的非恶性肿瘤，ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）范畴，并已经引起颅内压升高或神经系统功能损害，出现视乳头水肿或视觉受损、听觉受损、面部或肢体瘫痪、癫痫等，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且须满足下列至少一项条件：

1. 已经实施了开颅进行的颅内肿瘤完全或部分切除手术；
2. 已经实施了针对颅内肿瘤的放射治疗，如 γ 刀、质子重离子治疗等。

下列疾病不在保障范围内：

1. 脑垂体瘤；
2. 脑囊肿；
3. 颅内血管性疾病（如脑动脉瘤、脑动静脉畸形、海绵状血管瘤、毛细血管扩张症等）。

（十）严重慢性肝衰竭

指因慢性肝脏疾病导致的肝衰竭，且须满足下列全部条件：

1. 持续性黄疸；
2. 腹水；

3. 肝性脑病；

4. 充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。

因酗酒或药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。

（十一）严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症

指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指经相关专科医生确诊疾病180天后，仍遗留下列至少一种障碍：

1. 一肢（含）以上肢体肌力2级（含）以下；

2. 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽能力障碍；

3. 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）评估结果为3分；

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

（十二）深度昏迷

指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级（GCS, Glasgow Coma Scale）结果为5分或5分以下，且已经持续使用呼吸机及其他生命维持系统96小时以上。

因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。

（十三）双耳失聪（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。

注：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。

（十四）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。

注：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双目失明诊断及检查证据。

（十五）瘫痪

指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体随意运动功能永久完全丧失。肢体随意运动功能永久完全丧失，指疾病确诊180天后或意外伤害发生180天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或肢体肌力在2级（含）以下。

（十六）心脏瓣膜手术

指为治疗心脏瓣膜疾病，已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。

（十七）严重阿尔茨海默病

指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为严重的认知功能障碍、精神行为异常和社交能力减退等，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅

断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，并经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：

1. 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）评估结果为3分；
2. 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不在保障范围内。

（十八）严重脑损伤

指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤 180 天后，仍遗留下述至少一种障碍：

1. 一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；
2. 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
3. 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

（十九）严重原发性帕金森病

是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为运动迟缓、静止性震颤或肌强直等，经相关专科医生确诊，且须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

继发性帕金森综合征、帕金森叠加综合征不在保障范围

内。

（二十）严重Ⅲ度烧伤

指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤的面积达到全身体表面积的 20%或 20%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

（二十一）严重特发性肺动脉高压

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心功能状态分级Ⅳ级，且静息状态下肺动脉平均压在 36mmHg（含）以上。

（二十二）严重运动神经元病

是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症。经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：

1. 严重咀嚼吞咽功能障碍；
2. 呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难，且已经使用呼吸机 7 天（含）天以上；
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的条件。

（二十三）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。

注：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。

（二十四）重型再生障碍性贫血

指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少，且须满足下列全部条件：

1. 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断：骨髓细胞增生程度＜正常的25%；如≥正常的25%但＜50%，则残存的造血细胞应＜30%；

2. 外周血象须具备以下三项条件中的两项：

（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 $<20 \times 10^9/L$ 。

（二十五）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。

（二十六）严重慢性呼吸功能衰竭

指因慢性呼吸系统疾病导致永久不可逆性的呼吸衰竭，经过积极治疗180天后满足以下所有条件：

1. 静息时出现呼吸困难；

2. 肺功能第一秒用力呼气容积 (FEV1) 占预计值的百分比 <30%;

3. 在静息状态、呼吸空气条件下, 动脉血氧分压 (PaO₂) <50mmHg。

(二十七) 严重克罗恩病

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

(二十八) 严重溃疡性结肠炎

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

(二十九) 严重多发性硬化症

多发性硬化为中枢神经系统白质多灶性脱髓鞘病变, 病变有时累及灰质。多发性硬化必须明确诊断, 并且已经造成永久不可逆的神经系统功能损害。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续180 天无法独立完成下列基本日常生活活动:

1. 移动: 自己从一个房间移动到另一个房间; 或者
2. 进食: 自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

(三十) 严重 I 型糖尿病

1型糖尿病的特征为由于胰岛素分泌绝对不足引起严重胰岛素缺乏导致慢性血糖升高, 需要依赖外源性胰岛素进行

机体的葡萄糖代谢和维持生命。被保险人的1 型糖尿病必须明确诊断，而且有血胰岛素测定及血C 肽或尿C 肽测定结果支持诊断，并且满足下列全部条件：

1. 已经持续性地接受外源性胰岛素注射治疗连续180 天以上；

2. 因需要已经接受了下列治疗：因严重心律失常植入了心脏起搏器；或因坏疽自跖趾关节或以上切除了一趾或多趾。

（三十一）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；
5. X 线显示严重的关节（软骨和骨）破坏和关节畸形。

（三十二）严重幼年型类风湿性关节炎

幼年型类风湿性关节炎是一种儿童期发病的慢性关节炎，其特点为在高热和系统性病征出现数月后发生关节炎。

本保险合同仅对实际接受了膝关节或髋关节置换手术治疗的严重的幼年型类风湿关节炎予以理赔。

被保险人疾病诊断时年龄必须在年满十八周岁之前。

其他类型的儿童类风湿性关节炎不在保障范围内。

（三十三）重症急性坏死性筋膜炎

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。必须满足以下所有条件：

1. 细菌培养和临床表现符合坏死性筋膜炎诊断标准；
2. 病情迅速恶化，有脓毒血症表现；
3. 受感染肢体被截肢（自腕关节或踝关节近端）。

（三十四）严重系统性硬皮病

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。本病须经专科医生明确诊断，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。

下列疾病不在本险种保障范围内：

- （1）局部性硬皮病（如：带状硬皮病、硬斑病）；
- （2）嗜酸性粒细胞性筋膜炎；

（3）CREST 综合征。

注：保险人承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（三十五）急性坏死胰腺炎开腹手术

指为治疗急性坏死性胰腺炎，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胰腺炎以及腹腔镜手术不在保障范围内。

（三十六）严重原发性硬化性胆管炎

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、肝外胆道因非细菌性炎症、慢性纤维化逐渐狭窄，并最终导致完全阻塞而发展为胆汁淤积性肝硬化。须满足下列全部条件：

1. 持续性黄疸病史；
2. 总胆红素和直接胆红素同时升高，血清 ALP>200U/L；
3. 经内镜逆行胰胆管造影（ERCP）影像学检查确诊；
4. 出现胆汁淤积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。

（三十七）颅脑手术

被保险人确已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）。

因外伤及除脑垂体瘤、脑囊肿、颅内血管性疾病以外的良性颅内肿瘤而实施的脑外科手术不在保障范围之内。

理赔时必须提供由神经外科医生出具的诊断书及手术报告。

（三十八）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本保单保障范围内。

世界卫生组织（WHO）狼疮性肾炎分型：

I 型（微小病变型） 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

（三十九）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，日常生活必须持续受到他人监护。导致痴呆的疾病必须明确诊断，并且由完整的临床、实验室和影像学检

查结果证实。

神经官能症、精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在保障范围内。

（四十）经输血导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染
被保险人感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）并且满足下列全部条件：

1. 在保障起始日或复效日之后，被保险人因输血而感染 HIV；

2. 提供输血治疗的输血中心或医院出具该项输血感染属医疗责任事故的报告，或者法院终审裁定为医疗责任并且不准上诉；

3. 受感染的被保险人不是血友病患者。

在任何治愈艾滋病（AIDS）或阻止 HIV 病毒作用的疗法被发现以后，或能防止 AIDS 发生的医疗方法被研究出来以后，则本保障将不再予以赔付。

任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致的 HIV 感染不在保障范围内。保险人有权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。

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

（四十一）丝虫病所致严重象皮肿

指因丝虫感染导致淋巴阻塞性出现严重淋巴水肿，达到国际淋巴学会淋巴肿分期第Ⅲ期，临床表现为肢体象皮肿，

患肢较健肢增粗 30%以上，日常生活不能自理。此病症须经专科医生根据临床表现和微丝蚴的化验结果确诊。

（四十二）胰腺移植

指因胰腺功能衰竭，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本保障范围之内。

（四十三）严重慢性复发性胰腺炎

指慢性反复发作（3 次及以上）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。必须满足以下所有条件：

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。

酒精导致的慢性复发性胰腺炎不在本保障范围内。

（四十四）严重肾髓质囊性病

肾髓质囊性病的诊断须同时符合下列全部条件：

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；
3. 诊断须由肾组织活检确定。

以下情况不在本保障范围内：

1. 多囊肾；

2. 多囊性肾发育不良和髓质海绵肾。

注：保险人承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（四十五）肺源性心脏病

指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。心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能IV级。被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

（四十六）特发性慢性肾上腺皮质功能衰竭

指自身免疫性肾上腺炎（既往称：特发性肾上腺皮质萎缩）导致肾上腺萎缩和慢性肾上腺皮质功能减退。必须满足所有以下条件：

1、必须由专科医生明确诊断，符合所有以下诊断标准：

（1）血浆促肾上腺皮质激素（ACTH）水平测定， $>100\text{pg/ml}$ ；

（2）血浆肾素活性、血管紧张素II和醛固酮测定，显示为原发性肾上腺皮质功能减退症；

（3）促肾上腺皮质激素（ACTH）刺激试验显示为原发性肾上腺皮质功能减退症。

2、已经采用皮质类固醇替代治疗180天以上。

肾上腺结核、HIV感染或艾滋病、感染、肿瘤所致的原发性肾上腺皮质功能减退和继发性肾上腺皮质功能减退不

在本保障范围内。

(四十七) 严重进行性核上性麻痹(Steele-Richardson-Olszewski 综合征)

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。PSP 必须由三级甲等医院的神经内科专科医生确诊, 并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。

(四十八) 严重哮喘

指一种反复发作的严重支气管阻塞性疾病, 经医院专科医生确诊, 且必须同时符合下列所有标准:

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六个月。

(四十九) 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。

（五十）植物人状态

植物人状态系指由于严重颅脑外伤造成大脑和/或脑干严重损害导致完全永久性的对自身和环境的意识丧失和中枢神经系统功能丧失，仅残存植物神经功能的疾病状态。诊断必须明确诊断并且具有严重颅脑外伤和脑损害的证据。植物人状态必须持续 30 天以上方可申请理赔。

由于酗酒或滥用药物所致的植物人状态除外。

（五十一）严重疯牛病(克-雅氏病/CJD/人类疯牛病)

是一种传染性海绵状脑病，临床表现为快速进行性痴呆、肌阵挛和特征性脑电图变化。本病须经三级医院的专科医生根据 WHO 诊断标准明确诊断，并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。

疑似病例不在本保障范围内。

（五十二）严重自身免疫性肝炎

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

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。

（五十三）一肢及单眼缺失

因疾病或意外伤害导致单眼视力丧失及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。

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。

被保险人申请理赔时年龄必须满三周岁以上，并且提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。

投保时已有单眼缺失或有一肢缺失的不在本保障范围内。

（五十四）因职业关系导致的人类免疫缺陷病毒感染

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）。必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、医生助理和牙医助理、救护车工作人员、助产士、消防队员、警察、狱警。

2. 血清转化必须出现在事故发生后的 6 个月以内；

3. 必须提供被保险人在所报事故发生后的 5 天以内进行的检查报告，该报告必须显示被保险人血液 HIV 病毒阴性和/或 HIV 抗体阴性；

4. 必须在事故发生后的 12 个月内证实被保险人体内存在 HIV 病毒或者 HIV 抗体。

在任何治愈艾滋病（AIDS）或阻止人类免疫缺陷病毒（HIV）作用的疗法被发现以后，或能防止艾滋病（AIDS）发生的医疗方法被研究出来以后，则本保障将不再予以赔付。

任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致的 HIV 感染不在本保障范围内。

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

（五十五）严重瑞氏综合征

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

1. 有脑水肿和颅内压升高的脑脊液检查和影像学检查证据；

2. 血氨超过正常值的 3 倍；
3. 临床出现昏迷，病程至少达到疾病分期第 3 期。

（五十六）严重川崎病

指一种原因未明的血管炎综合征，临床表现为急性发热，皮肤粘膜病损和淋巴结肿大。本病必须经专科医生明确诊断，且必须由血管造影或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一百八十天；
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。

（五十七）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。必须满足所有以下条件：

1. 心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能Ⅳ级，或左室射血分数低于 30%；
2. 持续不间断 180 天以上；
3. 被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

（五十八）需手术切除的嗜铬细胞瘤

指发生在肾上腺或肾上腺外嗜铬组织的以分泌过多的儿茶酚胺为表现的神经内分泌肿瘤。嗜铬细胞瘤必须明确诊断，并且满足下列所有条件：

1. 临床有高血压症候群表现；
2. 已经实施了嗜铬细胞瘤切除手术。

（五十九）严重肠道疾病并发症

严重肠道疾病或外伤导致小肠损害并发症，必须满足以下所有条件：

1. 至少切除了三分之二小肠；
2. 完全肠外营养支持 3 个月以上。

（六十）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心脏传导性疾病，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 <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。

（六十一）重症手足口病

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。经医院的儿科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。

（六十二）严重感染性心内膜炎

指因感染性病原体造成心脏内膜发炎，并符合下列所有条件：

1、血液培养测试结果为阳性，证实存在感染病原体：

（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；或

（2）病理性病灶：组织病理学检查证实赘生物或心脏内脓疡有活动性心内膜炎；或

（3）分别两次血液培养证实有典型的病原体且与心内膜炎吻合；或

（4）持续血液培养证实有病原体阳性反应，且与心内膜炎吻合。

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（指心瓣膜开口范围小于或等于正常的 30%）；及

3、心内膜炎及心瓣膜病损须经心脏专科医生确诊。

（六十三）败血症导致的多器官功能障碍综合症

指由我司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，同时至少满足以下一条标准：

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 $> 102\text{ }\mu\text{mol/L}$;
4. 已经使用强心剂;
5. 昏迷：格拉斯哥昏迷评分（GCS） ≤ 9 ;
6. 肾功能衰竭，血清肌酐 $>300\text{ }\mu\text{mol/L}$ 或 $>3.5\text{mg/dl}$ 或尿量 $<500\text{ml/d}$;

非败血症引起的多器官功能障碍综合征不在保障范围内

（六十四）因器官移植导致的艾滋病病毒感染

被保险人因接受器官移植感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）并且满足下列全部条件：

1. 在保障起始日或复效日之后，被保险人接受器官移植，并因此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。

在任何治愈艾滋病（AIDS）或阻止人类免疫缺陷病毒（HIV）作用的疗法被发现以后，或能防止艾滋病（AIDS）发生的医疗方法被研究出来以后，则本保障将不再予以赔付。

任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致的 HIV 感染不在本保障范围内。

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

（六十五）严重肺淋巴管肌瘤病

肺淋巴管肌瘤病是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. 休息时出现呼吸困难或并经医院的专科医生认可有必要进行肺移植手术。

疑似肺淋巴管肌瘤病除外。

（六十六）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，并已经实际实施了针对此症的治疗：

1. 血红蛋白 $<100\text{g/L}$ ；
2. 白细胞计数 $>25\times 10^9/\text{L}$ ；
3. 外周血原始细胞 $\geq 1\%$ ；
4. 血小板计数 $<100\times 10^9/\text{L}$ 。

任何其它病因导致的继发性骨髓纤维化不在保障范围内。

（六十七）严重骨髓增生异常综合征

严重骨髓增生异常综合征(myelodysplasticsyndrome

s, MDS)是起源于造血干细胞的一组异质性髓系克隆性疾病,特点是髓系细胞发育异常,表现为无效造血、难治性血细胞减少,本保单所指的严重的骨髓异常增生综合征需由医院的骨髓检查支持诊断,并由血液科专科医生确诊;同时须满足下列条件之一:

1. 已接受至少累计三十日的化疗或已接受骨髓移植治疗。

2. 根据“骨髓增生异常综合征修订国际预后积分系统(I PSS-R)”积分 ≥ 3 ,属于中危及以上组。

化疗日数的计算以被保险人实际服用、注射化疗药物的天数为准。

疑似病例不在保障范围之内。

(六十八) 埃博拉病毒感染

埃博拉病毒感染指埃博拉病毒感染导致的急性出血性传染病。必须满足下列全部条件:

1. 有实验室检查证据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确诊、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. 病程持续 30 天以上。

单纯实验室诊断但没有临床出血表现的或者在确诊之前已经死亡的不在保障范围内。

(六十九) 严重面部烧伤

指面部烧伤程度为III度,且III度烧伤的面积达到面部表

面积的 80%或 80%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、颊部、颧部、颊部和腮腺咬肌部。

（七十）主动脉夹层血肿

指主动脉腔内的血流通过主动脉内膜的破裂口进入主动脉内壁而形成血肿。被保险人需通过断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）、磁共振血管检验法（MRA）或血管扫描等检查，并且实施了胸腹切开的直视主动脉手术。

（七十一）严重慢性缩窄型心包炎

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。被保险人被明确诊断为慢性缩窄型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. 实际接受了以下任何一种手术路径的心包剥脱或心包切除手术：

- （1）胸骨正中切口；
- （2）双侧前胸切口；
- （3）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。

（七十二）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。诊断必

须由心脏专科医生经超声心动图和心导管检查证实及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。

注：保险人承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（七十三）严重脊髓小脑变性症

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医院诊断，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。

注：保险人承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（七十四）严重进行性多灶性白质脑病

是一种亚急性脱髓鞘脑病，其病原体多为乳头多瘤空泡病毒，常常发生于免疫缺陷病人。必须满足下列所有条件：

- （1）根据脑组织活检确诊；
- （2）永久不可逆丧失自主生活能力，无法独立完成六

项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

（七十五）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. 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。

（七十六）严重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，且自确诊 180 天后仍遗留双侧手臂感觉功能与运动功能完全永久性丧失。须有电生理检查结果证实。

（七十七）溶血性尿毒综合征

一种由于感染导致的急性综合征，引起红细胞溶血，肾功能衰竭及尿毒症。溶血尿毒综合征必须由血液和肾脏专科医师诊断，被保险人理赔时年龄须在二十五周岁以下，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，如：自身免疫性溶血性贫血、与红细胞膜缺陷有关的溶血性贫血、红细胞酶病、血红蛋白病等，不在本保障范围内。

（七十八）Brugada 综合征

指由心脏专科医生诊断为夜间呼吸骤停（Brugada）综合征，且满足下列全部条件：

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。

（七十九）严重巨细胞动脉炎（3 周岁始理赔）

巨细胞动脉炎又称颅动脉炎、颞动脉炎、肉芽肿性动脉炎，须经医院的专科医师明确诊断，并造成永久不可逆性的单个肢体功能障碍或单眼失明。单眼失明指单眼视力永久不可逆性丧失，患眼须满足下列至少一项条件：

1. 眼球缺失或者摘除；
2. 矫正视力低于 0.02（采用国际标准视力表，如果使用其它视力表应进行换算）；
3. 视野半径小于 5 度。

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（眼球缺失或者摘除的不受此限）。

（八十）严重继发性肺动脉高压

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，且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也

不在保障责任范围内。

（八十一）严重癫痫

本病的诊断须由神经科或儿科专科医生根据典型临床症状和脑电图及 MRI、PET、CT 等影相学检查做出。理赔时必须提供 6 个月以上的相关病历记录证明被保险人存在经抗癫痫药物治疗无效而反复发作的强直阵挛性发作或癫痫大发作，且已行神经外科手术以治疗反复发作的癫痫。

发热性惊厥以及没有全身性发作的失神发作（癫痫小发作）不在本保障范围内。

（八十二）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、肾等等。累及神经系统损害的白塞病称为神经白塞病。神经白塞病必须明确诊断，并且已经造成永久不可逆的神经系统功能损害。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续 180 天无法独立完成下列基本日常生活活动之一：

1. 移动：自己从一个房间到另一个房间；
2. 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

（八十三）室壁瘤切除术

指因心肌梗死导致室壁瘤，实际实施了开胸开心室壁瘤切除手术治疗。

非切开心脏的经导管心室内手术治疗不在保障范围内。

（八十四）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注册医生确认，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。

（八十五）严重 III 度冻伤导致截肢

冻伤是由于寒冷潮湿作用引起的人体局部或全身损伤。指冻伤程度达到 III 度，且导致一个或一个以上肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

（八十六）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。须提供同时具有下列条件中的至少三项的检验报告：

1. 血小板计数 $<100 \times 10^9/L$ 或者呈进行性下降；
2. 血浆纤维蛋白原含量 $<1.5g/L$ 或者 $>4g/L$ 或者呈进行性下降；
3. 3P 试验阳性或者血浆 FDP $>20mg/L$ ；
4. 凝血酶原时间 >15 秒或者超过对照组 3 秒以上。

（八十七）急性肺损伤（ALI）或急性呼吸窘迫综合征（ARDS）

指一种由于肺泡毛细血管和肺泡上皮细胞损伤引起的弥漫性肺间质及肺泡水肿，以进行性低氧血症、呼吸窘迫为特征的急性呼吸综合征。须由呼吸科或者重症监护室专科医生明确诊断，并须满足下列全部条件：

1. 急性发作（原发疾病起病后 7 天内发病）；
2. 影像学检查证实双肺浸润影；
3. PEEP（呼气末正压） ≥ 5 cmH₂O 时，PaO₂/FiO₂（动脉氧分压/吸入氧浓度）低于 200mmHg；
4. 非心源性导致的肺水肿。

（八十八）心脏粘液瘤切除手术

指为了治疗心脏粘液瘤，实际实施了切开心脏进行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。

（八十九）范可尼综合征

也称 Fanconi 综合征，指近端肾小管的功能异常引起的一组症候群。须经专科医生诊断，且须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。

被保险人在三周岁之前罹患该疾病，保险人不承担保险责任。

注：保险人承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（九十）严重出血性登革热

是由登革热病毒引起的急性传染病，须经专科医生明确诊断，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>1000I U/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。

非出血性登革热并不在保障范围内。

（九十一）严重的脊髓空洞症或严重的延髓空洞症

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称为延髓空洞症，表现为延髓麻痹。脊髓空洞症必须明确诊断并且造成永久不可逆的神经系统功能障碍，存在持续至少 180 天以上的神经系统功能缺失并满足下列任一条件：

1. 延髓麻痹呈现显著舌肌萎缩、构音困难和吞咽困难；
或
2. 双手萎缩呈“爪形手”，肌力 2 级或以下。

（九十二）侵蚀性葡萄胎（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的。

（九十三）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纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能 III 级或 IV 级；
2. 左室射血分数低于 35%；
3. 左室舒张末期内径 $\geq 55\text{mm}$ ；
4. QRS 时间 $\geq 130\text{msec}$ ；
5. 药物治疗效果不佳，仍有症状。

（九十四）肺孢子菌肺炎

指由肺孢子菌引起的间质性浆细胞性肺炎，且满足下列全部条件：

1. 第一秒末用力呼气量（FEV1）小于 1 升；
2. 气道内阻力增加，至少达到 0.5kPa/L/s ；
3. 残气容积占肺总量（TLC）的 60%以上；
4. 胸内气体容积升高，超过基值的 170%；
5. $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ ， $\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$ 。

（九十五）严重席汉氏综合征

指因产后大出血并发休克、全身循环衰竭、弥漫性血管内凝血导致脑垂体缺血坏死和垂体分泌激素不足，造成性腺、甲状腺、肾上腺皮质功能减退。必须满足下列所有条件：

1. 产后大出血休克病史；
2. 严重腺垂体功能破坏，破坏程度 $> 95\%$ ；
3. 影像学检查显示脑垂体严重萎缩或消失；

4. 实验室检查显示：

(1) 垂体前叶激素全面低下；和

(2) 性激素、甲状腺素、肾上腺皮质激素全面低下（包括生长激素、促甲状腺素、促肾上腺皮质激素、卵泡刺激素和黄体生成素）；

5. 需要终身激素替代治疗以维持身体功能，持续服用各种替代激素超过一年。

垂体功能部分低下及其他原因所致垂体功能低下不在保障范围之内。

（九十六）皮质基底节变性

指一种慢性进展性神经变性疾病，以不对称发作的无动性强直综合征、失用、肌张力障碍及姿势异常为其临床特征。经医院的专科医生明确诊断，被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，日常生活必须持续受到他人监护。

（九十七）严重气性坏疽

指由梭状芽胞杆菌所致的肌坏死或肌炎。须经医院的专科医生明确诊断，且须满足下列全部条件：

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. 受感染肢体被截肢（自腕关节或踝关节近端）。

清创术不在保障范围内。

（九十八）严重亚历山大病

亚历山大病（Alexander's Disease）是一种遗传性中

枢神经系统退行性病变，特点为脑白质营养不良性。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。亚历山大病必须被明确诊断，并且造成永久性神经系统功能障碍。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，日常生活必须持续接受他人护理。

未明确诊断的疑似病例不在本保障范围之内。

注：保险人承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（九十九）严重骨生长不全症

是一种胶原病，特征为骨易碎，骨质疏松和易骨折。该病有 4 种类型：I 型、II 型、III 型、IV 型。本合同只保障 III 型成骨不全的情形，其主要临床特点有：发展迟缓、多发性骨折、进行性脊柱后侧凸及听力损害。III 型成骨不全的诊断必须根据身体检查，家族史，X 线检查和皮肤活检报告资料确诊。

（一百）严重肾上腺脑白质营养不良

指一种最常见的过氧化物酶体病，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。须经专科医生诊断，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。本合同仅对三周岁以上的被保险人予以赔付。

注：保险人承担本项疾病责任不受本合同责任免除中

“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（一百零一）肺泡蛋白质沉积症

肺泡蛋白质沉积症是一种弥漫性肺部疾病，其组织学特征为肺泡腔内及终末细支气管内堆积过量的磷脂蛋白样物质。理赔时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。

（一百零二）严重脊髓灰质炎

脊髓灰质炎是由于脊髓灰质炎病毒感染所致的瘫痪性疾病，临床表现为运动功能损害或呼吸无力。脊髓灰质炎必须明确诊断。本合同仅对脊髓灰质炎造成的神经系统功能损害导致被保险人一肢或一肢以上肢体机能永久完全丧失的情况予以理赔。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，或不能随意活动。

（一百零三）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（指按照美国纽约心脏病学会提出的新功能状态分级的标准判定，心功能状态已达Ⅳ级），且Ⅳ级心功能衰竭状态已持续至少 180 日。本病须经专科医生明确诊断。

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。

（一百零四）严重全身性（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，必须满足下列全部条件：

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。

注：保险人承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（一百零五）严重肌营养不良症

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。其诊断需满足下列全部条件：

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. 已导致被保险人持续超过三个月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。

注：保险人承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（一百零六）肝豆状核变性

肝豆状核变性是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。肝豆状核变性必须明确诊断并且满足以下条件之一：

1. 帕金森综合征或其他神经系统功能损害，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；

2. 失代偿性肝硬化，临床已经出现腹水、食道静脉曲张和脾肿大等表现；

3. 慢性肾功能衰竭，已开始肾脏透析治疗；

4. 接受了肝移植或肾移植手术。

注：保险人承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（一百零七）闭锁综合征

由于双侧脑桥基底部病变，脑干腹侧的皮质核束和皮质脊髓束受损，而导致的缄默和四肢瘫痪。临床表现为意识清醒或仅有轻微损害，除睁闭眼和眼球上下运动外其它全部运动、吞咽、语言功能均丧失。诊断必须经神经科医生确认，并必须持续至少一个月病史记录。

（一百零八）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，并至少合并下列异常中的一项：

（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。
但不包括由 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。

注：保险人承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（一百零九）库鲁病

指一种亚急性传染性朊蛋白病。临床表现为共济失调、震颤、不自主运动，在病程晚期出现进行性加重的痴呆，神经异常。该病必须由专科医生根据检测出的脑组织中的致病蛋白而明确诊断。

（一百一十）自身免疫性脑炎

自身免疫性脑炎（Autoimmune Encephalitis, AE）泛指一类由自身免疫机制介导的脑炎。临床以精神行为异常、癫痫发作、近事记忆障碍等多灶或弥漫性脑损害为主要表现。

自身免疫性脑炎须经医院的专科医生明确诊断，并须满足下列全部条件：

1. 急性或亚急性起病，具备以下 1 个或多个神经与精神症状或临床综合征。

(1) 边缘系统症状：近事记忆减退、癫痫发作、精神行为异常，3 个症状中的 1 个或多个

(2) 脑炎综合征：弥漫性或多灶性脑损害的临床表现；

(3) 基底核和（或）间脑/下丘脑受累的临床表现；

(4) 精神障碍，且精神心理专科认为不符合非器质疾

病。

2. 具有以下 1 个或多个的辅助检查发现，或者合并相关肿瘤。

(1) 脑脊液异常：脑脊液白细胞增多；或者脑脊液细胞学呈淋巴细胞性炎症；或者脑脊液寡克隆区带阳性；

(2) 神经影像学或电生理异常：MRI 边缘系统 T2 或者 FLAIR 异常信号，单侧或双侧，或者其他区域的 T2 或 FLAIR 异常信号（除外非特异性白质改变和卒中）；或者 PET 边缘系统高代谢改变，或者多发的皮质和（或）基底核高代谢；或者脑电图异常：局灶性癫痫或癫痫样放电（位于颞叶或颞叶以外），或者弥漫或多灶分布的慢波节律；

(3) 与自身免疫性脑炎相关的特定类型的肿瘤，如边缘性脑炎合并小细胞肺癌，抗 NMDAR 脑炎合并畸胎瘤。

3. 抗神经元表面抗原的自身抗体阳性，其中抗 NMDAR 抗体检测主要以脑脊液阳性为准。

4. 合理地排除其他病因。

（一百一十一）严重肺结节病

结节病是一种原因未明的慢性肉芽肿病，可侵犯全身多个器官，以肺和淋巴结受累最为常见。严重肺结节病表现为肺的广泛纤维化导致慢性呼吸功能衰竭。必须满足下列所有条件：

1. 肺结节病的 X 线分期为 IV 期，即广泛肺纤维化；

2. 永久不可逆性的慢性呼吸功能衰竭，临床持续 180 天
动脉血氧分压（PaO₂）<50mmHg 和动脉血氧饱和度（SaO₂）<

80%。

（一百一十二）严重脊髓血管病后遗症

指脊髓血管的突发病变引起脊髓梗塞或脊髓出血，导致永久性不可逆的神经系统功能损害，表现为截瘫或四肢瘫。永久性不可逆的神经系统功能损害指疾病确诊 180 天后，仍然遗留后遗症并且无法独立完成下列基本日常生活活动之一：

1. 移动：自己从一个房间到另一个房间；
2. 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

（一百一十三）特定的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。

特定的横贯性脊髓炎后遗症指诊断为横贯性脊髓炎且已经造成永久不可逆的神经系统功能障碍，无法独立完成下列基本日常生活活动之一：

1. 移动：自己从一个房间到另一个房间；
2. 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

（一百一十四）特发性肺纤维化

是一种原因不明的、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，可表现为呼吸困难、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。诊断需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）。

其他已知原因（例如环境和职业暴露、结缔组织病、药物毒性）导致的间质性肺疾病（ILD）不在保障范围内。

（一百一十五）严重血管性痴呆

指由缺血性卒中、出血性卒中和造成记忆、认知和行为等脑区低灌注的脑血管疾病所致的严重认知功能障碍综合征。被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，日常生活必须持续受到他人监护。导致痴呆的疾病必须明确诊断，并且有完整的临床、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。

（一百一十六）严重额颞叶痴呆

指一组以额颞叶萎缩为特征的痴呆综合征，临床以明显的人格、行为改变和认知障碍为特征。被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，日常生活必须持续受到他人监护。导致痴呆的疾病必须明确诊断，并且有完整的临床、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。

（一百一十七）严重路易体痴呆

指一组在临床和病理表现上以波动性认知功能障碍、视幻觉和帕金森综合征为临床特点，以路易体为病理特征的神经变性疾病。被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完

成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，日常生活必须持续受到他人监护。导致痴呆的疾病必须明确诊断，并且有完整的临床、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。

（一百一十八）创伤弧菌感染截肢

因创伤弧菌感染导致败血症和肢体损害。必须满足下列所有条件：

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

（一百一十九）重症心肌炎伴充血性心力衰竭

指心肌的局限性或弥漫性炎性病变，心肌纤维发生变性和坏死，导致心脏功能衰竭，但先天性疾病造成的除外。其诊断标准必须同时符合下列所有条件：

1. 明确的心肌炎诊断，须同时具备下列临床表现及检查结果：

- （1）胸痛、心悸、全身乏力的症状；
- （2）新近的心电图改变提示心肌炎；
- （3）体检有心脏扩大、心音减弱、心动过速或过缓等体征。

2. 心力衰竭诊断，满足下列临床表现及检查结果达 4 项：

- （1）突发呼吸困难；

- (2) 心动过速、室性奔马律；
- (3) 心脏肿大、肺部啰音；
- (4) 颈静脉压 $>2.1\text{KPa}$ 并有肝肿大或身体水肿；
- (5) 新近的心电图改变提示心力衰竭；
- (6) X 线胸片：肺淤血或心影扩大；
- (7) 超声心动图检查：心脏及大血管的解剖结构改变、血液动力学改变、心功能情况改变提示心力衰竭。

(一百二十) 严重主动脉炎

指经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。

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）。

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。

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。

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 pTX：原发肿瘤不能评估

pT0：无肿瘤证据

pT1：肿瘤局限在甲状腺内，最大径 $\leq 2\text{cm}$ T1a 肿瘤最大径 $\leq 1\text{cm}$

T1b 肿瘤最大径 $>1\text{cm}$, $\leq 2\text{cm}$ pT2: 肿瘤 2~4cm

pT3: 肿瘤 $>4\text{cm}$, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌 pT3a: 肿瘤 $>4\text{cm}$, 局限于甲状腺内

pT3b: 大体侵犯甲状腺外带状肌, 无论肿瘤大小

带状肌包括: 胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌 pT4: 大体侵犯甲状腺外带状肌外

pT4a: 侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织 pT4b: 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pTX: 原发肿瘤不能评估 pT0: 无肿瘤证据

pT1: 肿瘤局限在甲状腺内, 最大径 $\leq 2\text{cm}$ T1a 肿瘤最大径 $\leq 1\text{cm}$

T1b 肿瘤最大径 $>1\text{cm}$, $\leq 2\text{cm}$ pT2: 肿瘤 2~4cm

pT3: 肿瘤 $>4\text{cm}$, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌 pT3a: 肿瘤 $>4\text{cm}$, 局限于甲状腺内

pT3b: 大体侵犯甲状腺外带状肌, 无论肿瘤大小

带状肌包括: 胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌 pT4: 进展期病变

pT4a: 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

pT4b: 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

pNx: 区域淋巴结无法评估 pN0: 无淋巴结转移证据 pN1:

区域淋巴结转移

pN1a: 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。

pN1b: 单侧、双侧或对侧颈淋巴结转移（包括I、II、III、IV或V区）淋巴结或咽后淋巴结转移。

远处转移：适用于所有甲状腺癌 M0: 无远处转移

M1: 有远处转移

乳头状或滤泡状癌（分化型）			
年龄<55 岁			
	T	N	M
I 期	任何	任何	0
II 期	任何	任何	1
年龄≥55 岁			
I 期	1	0/x	0
	2	0/x	0
II 期	1~2	1	0
	3a~3b	任何	0
III期	4a	任何	0
IVA 期	4b	任何	0
IVB 期	任何	任何	1
髓样癌（所有年龄组）			

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。

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。

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。

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。

六项基本日常生活活动：六项基本日常生活活动是指：
（一）穿衣：自己能够穿衣及脱衣；（二）移动：自己从一个房间到另一个房间；（三）行动：自己上下床或上下轮椅；
（四）如厕：自己控制进行大小便；（五）进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；（六）洗澡：自己进行淋浴或盆浴。

六项基本日常生活活动能力的鉴定不适用于0-3周岁幼儿。

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。

美国纽约心脏病学会（NewYorkHeartAssociation，NYHA）心功能状态分级：

美国纽约心脏病学会（NewYorkHeartAssociation，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。

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相关费用，包括床位费、膳食费、护理费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费等，但不包括化学疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法和肿瘤靶向疗法所产生的药品费。

化学疗法：指针对恶性肿瘤的化学治疗，简称化疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行治疗。本保险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。

放射疗法：指针对恶性肿瘤的放射治疗，简称放疗。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。本保险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。

肿瘤免疫疗法：指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和增强机体抗肿瘤免疫应答。本保险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药品监督管理部门批准用于临床治疗。

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。本保险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药品监督管理部门批准用于临床治疗。

肿瘤靶向疗法：指在细胞分子水平上，针对已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。本保险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药品监督管理部门批准用于临床治疗。

特定药品：指保险期间届满前在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。药品的适应症以中国国家药品监督管理局批准的药品说明书为准。

处方：指由注册的执业医师和在诊疗活动中为患者开具

的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书。处方包括医疗机构病区用药医嘱单。

靶向药物：指被赋予了靶向能力的药物或其制剂。其目的是使药物或其载体能瞄准特定的病变部位，并在目标部位蓄积或释放有效成分。靶向制剂可以使药物在目标局部形成相对较高的浓度，从而在提高药效的同时抑制毒副作用，减少对正常组织、细胞的伤害。

免疫治疗药物：指通过重新启动并维持肿瘤-免疫循环，恢复机体正常的抗肿瘤免疫反应，从而控制与清除肿瘤的药物。

有益的治疗疗效：指按照 RECIST（实体瘤治疗疗效评价标准）评价标准，肿瘤病灶没有进展。

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。

细胞免疫疗法：指通过采集人体免疫细胞，在体外进行扩增和功能鉴定，然后向患者转输，达到杀灭血液及组织中的病原体、癌细胞、突变的细胞，从而打破机体免疫耐受，激活和增强机体免疫力的治疗方法。

医疗事故：指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范及常规，过失造成患者人身损害的事故。

不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

保险金申请人：指被保险人、受益人或依法享有保险金请求权的其他人。

指定的药品清单：保险人在承保时与投保人约定的属于保险合同中约定的药品清单。

指定或认可的药房：指经保险人授权的第三方服务商提供的药房名单中的药房。保险人保留对上述药房名单作出适当调整的权利。保险人指定或认可的药房同时满足以下条件：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. 该药房内具有医师、执业药师等专业人员提供服务。

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。

无合法有效驾驶证驾驶：指下列情形之一：

- （一）未依法取得驾驶证驾驶；
- （二）驾驶证被依法扣留期间驾驶；
- （三）驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
- （四）持未经审验或者超过有效期限的驾驶证驾驶；
- （五）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；
- （六）公安交通管理部门认定的其他无有效驾驶证驾驶的情况。

无合法有效行驶证：指下列情形之一：

(一) 机动车被依法注销登记的；

(二) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

酗酒：长期过量饮酒导致身体脏器严重损害，或一次大量饮酒导致急性酒精中毒或自制力丧失。酒精过量由医疗机构判定。

潜水：指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。

攀岩：指攀登悬崖、建筑物外墙、人造悬崖、冰崖、冰山和雪山等运动。

探险活动：指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，而使自己置身于其中的行为，如江河漂流、徒步穿越沙漠或原始森林等活动。

武术比赛：指两人或两人以上对抗柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。

特技表演：指从事马术、杂技、驯兽、飞车等特殊技能训练或比赛。

职业病：指企业、事业单位和个体经济组织的劳动者在职业活动中，因接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害物质等因素而引起的疾病。职业病的认定需遵循《中华人民共和国职业病防治法》中的相关规定及鉴定程序。

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。

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。

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。

预防性治疗：用于某阶段疾病并未发生，但某些危险因素已经存在，为防止致病因素恶化而通过药物或手术等其他手段实施的预防措施。

实验性或试验性治疗：未被国际医学科研组织普遍接受为对疾病或损伤安全、有效的医疗手段、医学设备或药品；以及处于学习、研究、测试等任何临床试验阶段的治疗、医学操作、疗程治疗、医疗设备或药品。

耐药：指以下两种情况之一：

（一）实体肿瘤病灶按照 RECIST(实体瘤治疗疗效评价标准,指以影像学、解剖学为基础的肿瘤负荷评价标准,由临床研究者、制药行业、影像学专家、美国国立癌症研究所(NCI)、加拿大国立癌症研究所(NCIC)、英国癌症研究网络(NCRN)、欧洲癌症研究和治疗组织(EORTC)共同制定,为国际通行的针对实体肿瘤的疗效评价的标准。)出现疾病进展,即定义为耐药。

（二）非实体肿瘤（包含白血病、骨髓瘤、骨髓纤维化、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，按相关专业机构（包括：中国临床肿瘤学会（CSCO）、中华医学会血液学分会、中国抗癌协会血液肿瘤专业委员会、国家卫计委、美国国家综合癌症网络（NCCN）等。）的指南规范，通过骨髓形态学、流式细胞仪、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。

不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

保险金申请人：指被保险人、受益人或其他依法享有保险金请求权的人。

有效身份证件：指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。

未到期净保险费：按下述公式计算未到期净保险费：

若选择一次性交付保险费，未到期净保险费=净保险费 $\times (1-m/n)$ ，其中， m 为保险期间已经过天数， n 为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。其中，净保险费=保险费 $\times (1-退保手续费率)$ ，退保手续费率在保险合同中约定。

若选择分期交付保险费，未到期净保险费=当期净保险费 $\times (1-m/n)$ ，其中， m 为当期已经过天数， n 为当期天数，经过日期不足一日的按一日计算。其中，当期净保险费=当

期已交保险费 \times （1-退保手续费率），退保手续费率在保险合同中约定。