

中国人民财产保险股份有限公司

住院医疗保险（2024 版）（互联网专属）条款

注册号：C00000232512024123001863

1 总则

1.1 合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、保险单以及经投保人与保险人认可的、与保险合同有关的其它书面协议（包括但不限于健康问卷、声明、批单）组成。凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。

1.2 投保人

具有完全民事行为能力的被保险人本人，或在本保险合同订立时对被保险人有保险利益的其他自然人或特定主体可作为本保险合同的投保人。

1.3 被保险人

除另有约定外，年龄在 0 至 105 周岁（含）（见释义 9.1）、首次投保时或非续保投保时能正常工作或生活的自然人可作为本保险合同的被保险人。投保时被保险人为 0 周岁的，应当为出生满 28 日（含 28 日）且已健康出院的婴儿。

1.3.1 被保资格的获得

无论本保险合同为首次投保、续保还是非续保的，被保险人获得被保资格的日期均以以下两者中较晚的日期为准：（1）本保险合同的保险期间起始日；（2）本保险合同项下增加该被保险人批单所载生效日，有多张批单增加该被保险人的，以最晚批单所载生效日为准。

本保险合同为续保的，被保险人获得被保资格的日期以以下两者中较晚的日期为准：（1）续保对应首张保险合同的保险期间起始日；（2）续保对应首张保险合同的保险期间起始日之后，增加该被保险人的批单所载生效日，有多张批单增加该被保险人的，以最晚批单所载生效日为准。

1.3.2 被保资格的丧失或终止

被保险人因非保险事故身故的，则自其身故之日起该被保险人的被保资格丧失，保险人对该被保险人所承担的保险责任随即终止。

本保险合同保险期间终止且被保险人未续保的，则被保险人的被保资格随保险期间终止而终止，保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

本保险合同解除，则自解除之日起被保险人的被保资格终止，保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

1.4 受益人

除另有约定外，本保险合同的受益人为被保险人本人。

2 保障内容

2.1 保险责任

在保险期间内，保险人依照 2.1.1 至 2.1.6 的约定给付保险金，其中 2.1.1 为必选保险责任，2.1.2、2.1.3、2.1.4、2.1.5 和 2.1.6 为可选保险责任。经保险人同意，投保人在选择投保 2.1.1 的基础上，可以选择投保 2.1.2、2.1.3、2.1.4、2.1.5 和 2.1.6 保险责任中的一种或多种，并在保险单中载明。

2.1.1 基本医疗保险范围内医疗费用保险责任（必选）

被保险人自获得被保资格之日起因遭受意外伤害（见释义 9.2）或自获得被保

资格之日起经过本保险合同约定的等待期（见释义 9.3）后罹患疾病（见释义 9.4），在指定医疗机构（见释义 9.5）接受治疗的，对于被保险人在保险期间内累计支出的 2.1.1.1-2.1.1.2 中必需且合理（见释义 9.6）的医疗费用，保险人在扣除本保险合同约定的免赔额后，按照约定的给付比例，在当地（见释义 9.7）基本医疗保险（见释义 9.8）范围内医疗费用保险金额内计算并给付保险金。

2.1.1.1 住院医疗费用

被保险人接受符合本保险合同约定的住院（见释义 9.9）治疗时，被保险人住院期间实际发生的符合当地基本医疗保险范围内的（包括基本医疗保险全部或部分承担的医疗费用项目）、需个人支付的、必需且合理的住院医疗费用，包括床位费（见释义 9.10）、手术费（见释义 9.11）、药品费（见释义 9.12）、治疗费（见释义 9.13）、护理费（见释义 9.14）、检查检验费（见释义 9.15）、特殊检查治疗费（见释义 9.16）、膳食费（见释义 9.17）。

保险期间届满被保险人仍在住院治疗的，保险人承担给付保险金的期限可自保险期间届满次日起延长至出院之日止，但最长以 30 日为限。

2.1.1.2 特殊门诊医疗费用

被保险人接受符合本保险合同约定的特殊门诊治疗时，实际发生的符合当地基本医疗保险范围内的（包括基本医疗保险全部或部分承担的医疗费用项目）、需个人支付的、必需且合理的如下特殊门诊治疗费用：

（1）门诊肾透析费，门诊激光治疗（见释义 9.18）费；

（2）“恶性肿瘤——重度”（见释义 9.19）门诊治疗费，包括化学疗法（见释义 9.20）、放射疗法（见释义 9.21）、肿瘤免疫疗法（见释义 9.22）、肿瘤内分泌疗法（见释义 9.23）、肿瘤靶向疗法（见释义 9.24）的治疗费用；

（3）器官移植后的门诊抗排异治疗费。

2.1.2 基本医疗保险范围外医疗费用保险责任（可选）

被保险人自获得被保资格之日起因遭受意外伤害或自获得被保资格之日起经过本保险合同约定的等待期后罹患疾病，在指定医疗机构接受治疗的，对于被保险人在保险期间内累计支出的 2.1.2.1-2.1.2.2 中必需且合理的医疗费用，保险人在扣除本保险合同约定的免赔额后，按照约定的给付比例，在基本医疗保险范围外医疗费用保险金额内计算并给付保险金。

2.1.2.1 住院医疗费用

被保险人接受符合本保险合同约定的住院治疗时，被保险人住院期间实际发生的超出当地基本医疗保险范围的、需个人支付的、必需且合理的住院医疗费用，包括床位费、手术费、药品费、治疗费、护理费、检查检验费、特殊检查治疗费、膳食费。

保险期间届满被保险人仍在住院治疗的，保险人承担给付保险金的期限可自保险期间届满次日起延长至出院之日止，但最长以 30 日为限。

2.1.2.2 特殊门诊医疗费用

被保险人接受符合本保险合同约定的特殊门诊治疗时，实际发生的超出当地基本医疗保险范围的（包括基本医疗保险全部或部分承担的医疗费用项目）、需个人支付的、必需且合理的如下特殊门诊治疗费用：

（1）门诊肾透析费；

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

（3）器官移植后的门诊抗排异治疗费。

2.1.3 质子重离子医疗保险责任（可选）

被保险人自获得被保资格之日起经过本保险合同约定的等待期后，被专科医生（见释义 9.25）确诊初次罹患（见释义 9.26）本保险合同所约定的“恶性肿瘤——重度”，在保险人认可的特定医疗机构接受质子重离子治疗的，对于被保险人在保险期间内支出的必需且合理的质子重离子医疗费用，保险人在扣除本保险合同约定的免赔额后，按照约定的给付比例，在质子重离子医疗保险金额范围内计算并给付保险金。

本项保险责任所约定的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，包括定位及制定放疗计划费用以及质子、重离子放射治疗实施费用，含床位费、手术费、药品费、治疗费、护理费、检查检验费、特殊检查治疗费、膳食费。

本项保险责任所指的特定医疗机构由投保人、保险人双方协商确定，并在保险单中载明。

2.1.4 恶性肿瘤院外特种药品医疗保险责任（可选）

被保险人自获得被保资格之日起经过本保险合同约定的等待期后并被专科医生确诊初次罹患恶性肿瘤——轻度（见释义 9.27）或恶性肿瘤——重度，对于在保险期间内专科医生开具用于治疗该恶性肿瘤——轻度或恶性肿瘤——重度处方中包含的、必需且合理的、且同时满足“2.1.4.1 恶性肿瘤特种药品使用条件”的院外（见释义 9.28）特种药品医疗费用，保险人在扣除本保险合同约定的免赔额后，按照约定的给付比例，在本保险合同约定的恶性肿瘤院外特种药品医疗保险金额范围内计算并给付保险金。

除另有约定外，恶性肿瘤院外特种药品医疗保险金给付比例为：

（1）社保目录内特种药品费用给付比例

被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，并以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，给付比例为 100%；

被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，但未以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，给付比例为 60%；

被保险人以未参加社会基本医疗保险或公费医疗身份投保，给付比例为 100%。

（2）社保目录外特种药品费用给付比例为 100%。

保险期间届满时被保险人仍未结束恶性肿瘤——轻度或恶性肿瘤——重度治疗，保险人未接受其续保的，对于被保险人自确诊恶性肿瘤——轻度或恶性肿瘤——重度之日起一定期限内专科医生开具的处方所产生的恶性肿瘤特种药品医疗费用，保险人仍承担保险责任，除另有约定外，该期限为 365 日。

2.1.4.1 恶性肿瘤特种药品使用条件

保险人承担保险责任的恶性肿瘤特种药品费用须同时满足以下条件：

（1）用于治疗恶性肿瘤——轻度或恶性肿瘤——重度的药品处方中所列明的药品是由中华人民共和国境内（不包括港、澳、台地区）三级及以上公立医院的专科医生开具的、因客观原因无法在医院购买的且为被保险人当前治疗必需且合理的药品；

（2）用于治疗恶性肿瘤——轻度或恶性肿瘤——重度的药品处方中所列明的药品属于保险人指定的药品清单中的药品，具体药品清单以保险单中载明的为准；

（3）用于治疗恶性肿瘤——轻度或恶性肿瘤——重度的药品处方中所列明的药品是在保险人指定或认可的药店购买的药品；

（4）须按照“5.2 院外购药流程”的约定申请和购买药品；

（5）每次的处方计量不超过 30 日（含）。

对不符合上述条件的药品费用，保险人不承担赔偿恶性肿瘤特种药品费用医疗保险金的责任。

特定药品涉及慈善援助的，被保险人从慈善机构（见释义 9.29）获得援助的药品费用不纳入恶性肿瘤院外特种药品费用保险金的赔偿范围。

2.1.5 重大疾病异地转诊公共交通费用及住宿费用补偿保险责任（可选）

被保险人自获得被保资格之日起因遭受意外伤害事故或自获得被保资格之日起经过本保险合同约定的等待期后，经指定医疗机构的专科医生确诊初次罹患本保险合同约定的**重大疾病（见释义 9.30）**中的一种或多种，因病情需要跨省或自治区或直辖市（仅限中国大陆境内，不包括境外及港澳台地区）住院治疗，经被保险人申请，由转出医院开具转院证明，保险人对 2.1.5.1 和 2.1.5.2 中必需且合理费用，按照本保险合同约定承担给付重大疾病异地转诊公共交通费用及住宿费用保险金的责任。

2.1.5.1 重大疾病异地转诊公共交通费用

指对被保险人和被保险人的一名**成年直系亲属（见释义 9.31）**陪同时（如有）发生的必需且合理的因异地转诊产生的**客运公共交通（见释义 9.32）**费用。

除另有约定外，飞机舱位级别最高以经济舱（包含超级经济舱）为限，火车（含动车、高铁）以软卧或一等座为限。

2.1.5.2 重大疾病异地转诊住宿费用

指对被保险人和被保险人的一名成年直系亲属陪同时（如有）发生的必需且合理的因异地转诊产生的住宿费用，住宿费为到达转院目的地后的住宿费。

除另有约定外，住宿酒店以三星级及以下的标准间（标准双床房或标准大床房）为限，对于除住宿费用以外的住宿酒店用餐、住宿酒店附带费用、被保险人自行升级房间等费用，保险人不承担保险责任。

除另有约定外，保险人在保险期间内一次或多次重大疾病异地转诊住宿费用的累计给付天数以 180 日为限。

对于以上两类费用，保险人在扣除约定的**单次免赔额**后，按照本保险合同约定的**给付比例进行赔付**。保险人累计给付金额之和以本保险合同约定的重大疾病异地转诊公共交通费用及住宿费用保险金额为限，保险人一次或多次累计给付金额之和达到本保险合同约定的重大疾病异地转诊公共交通费用及住宿费用保险金额时，本保险责任终止。

2.1.6 重大疾病住院津贴保险责任（可选）

被保险人自获得被保资格之日起因遭受意外伤害事故或自获得被保资格之日起经过本保险合同约定的等待期后，经指定医疗机构的专科医生确诊初次罹患本保险合同约定的重大疾病中的一种或多种，在保险期间内入住指定医疗机构的普通部接受住院治疗的，保险人对于被保险人每次住院的**实际住院日数（见释义 9.33）**，在扣除本合同约定的**免赔日数**后，按本合同约定的**重大疾病住院津贴日额**给付**重大疾病住院津贴保险金**，具体计算公式如下：

重大疾病住院津贴保险金=（每次实际住院日数-免赔日数）×重大疾病住院津贴日额

重大疾病住院津贴日额和免赔日数以保险单载明。

截至本合同保险期间届满日，若被保险人仍未结束住院治疗的，对于被保险人在保险期间届满日起 30 日（含第 30 日）内的住院治疗，保险人继续按照本合同的约定在重大疾病住院津贴最高给付日数内承担给付重大疾病住院津贴保险金责任。

在本合同保险期间内，保险人一次或累计给付重大疾病住院津贴保险金日数达到重大疾病住院津贴最高给付日数（该最高给付日数以保险单载明为准，未载明的默认为 180 日）时，保险人对被保险人在重大疾病住院津贴保险金项下的保险责任

终止。

2.1.7 免赔额和给付比例

本保险合同中各项保险责任的免赔额均指年免赔额，指在本保险合同保险期间内，应由被保险人自行承担，本合同不予赔付的部分。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。但通过社会基本医疗保险、公费医疗保险和大病保险（见释义 9.34）获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

各项保险责任的免赔额具体金额及给付比例由投保人、保险人双方协商确定，并在保险单中载明。除另有约定外，对于 2.1.1 基本医疗保险范围内医疗费用保险责任，若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，且其就诊时按照基本医疗保险或公费医疗的有关规定可以取得医疗费用补偿但实际未取得补偿的，则保险人按照被保险人参加社会基本医疗保险身份投保，且以参加社会基本医疗保险身份结算的给付标准的 60%进行赔付。

2.1.8 犹豫期

除另有约定外，自本合同生效之日起 15 日（含第 15 日）为犹豫期。在此期间如果投保人认为本合同与投保需求不相符，投保人可以在此期间提出解除本合同，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费。

自保险人收到投保人解除合同的书面申请或双方认可的其他形式起，本合同即被解除，合同解除前发生的保险事故保险人不承担保险责任。

投保人通过保险人同意或认可的网站等互联网渠道提出解除本合同的申请，视为投保人的书面申请。

2.1.9 补偿原则

本保险合同 2.1.1、2.1.2、2.1.3、2.1.4、2.1.5 保险责任适用补偿原则。被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的医疗费用金额为限。被保险人已经从社会基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗（见释义 9.35）、工伤保险、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构获得相关医疗费用补偿的，保险人仅对扣除已获得补偿后的剩余部分医疗费用，按照本保险合同的约定承担给付保险金的责任。

2.2 责任免除

2.2.1 因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的、或发生如下列明的医疗费用、或罹患本合同所定义的重大疾病，保险人不承担保险金给付责任：

（1）被保险人所患既往症（见释义 9.36）及保险单中特别约定的除外疾病引起的相关费用；被保险人在投保前罹患的、投保时尚未治愈的疾病，但投保时保险人已知晓并做出书面认可的除外。

（2）故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施，或被政府依法拘禁或入狱期间伤病；自杀，故意自伤，但被保险人自杀或故意自伤时为无民事行为能力人的除外；斗殴，醉酒，服用、吸食或注射毒品，违反规定使用麻醉或精神药品；被保险人未遵医嘱擅自服用、涂用、注射药物；被保险人酒后驾驶（见释义 9.37）、无有效驾驶证（见释义 9.38）驾驶或者驾驶无有效行驶证（见释义 9.39）的机动车辆。

（3）被保险人因预防、康复、休养或疗养、健康体检、非处方药物、以捐献身体器官为目的的医疗行为、保健性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；眼镜或隐性眼镜、义齿、义眼、义肢、轮椅、拐杖、助听器等康复性或监测性器具。

（4）妊娠（含宫外孕）、产前产后检查、流产、分娩（含剖宫产）、避孕、绝育手术、治疗不孕不育症、人工受孕及由此导致的并发症；牙科治疗；屈光不

正、但因意外所致的不受此限。

(5) 除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节、心脏起搏器、人工肺、人工肾、人工食管、人工胰、人工血管以外的人工器官材料费、安装和置换等费用；

(6) 未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及其产生的后果所产生的费用；未获得治疗所在地政府许可或批准的治疗、药品或药物，以及上述治疗或药品药物导致的后续医疗费用；

(7) 所有基因疗法（见释义 9.40）和细胞免疫疗法（见释义 9.41）造成的后续医疗费用；

(8) 各类医疗鉴定（见释义 9.42）费用、检测费用，包括但不限于医疗事故（见释义 9.43）鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定费用；

(9) 因职业病、医疗事故导致的医疗费用；被保险人在不符合本合同约定的医院就诊发生的医疗费用。

(10) 未经医生建议自行进行任何治疗或未经医生处方自行购买药品产生的费用；虽持有医生处方或建议，但未在开具处方的医生执业的医疗机构购买药品、医疗器械或医疗耗材产生的费用（以收费票据载明信息为准），但恶性肿瘤院外特种药品除外；虽持有医生建议，但治疗在非医疗机构进行或费用由非医疗机构收取（以医疗费票据载明信息为准）；虽持有医生处方，但处方剂量超过 30 天部分的药品费用；特定药品的使用与中国国家药品监督管理部门批准的该特定药品说明书所列明的适应症及用法用量不符；临床不能证明医嘱或处方所列特定药品对被保险人所患的疾病治疗有效；被保险人的疾病状况对购买或领取的特定药品已经形成耐药（见释义 9.44）；冒名住院、被保险人未到达医院就诊即代诊、不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院而拒不出院（从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用）；未在保险人指定医疗机构或药店购买的药品；未按本合同约定的流程进行购药申请或经申请未审核通过。

(11) 职业运动或高风险运动：从事职业运动或可获得报酬的运动或竞技；参加潜水（见释义 9.45）、跳伞或其他空中运动、攀登海拔 3500 米以上的独立山峰、攀岩（见释义 9.46）或攀爬建筑物、探险（见释义 9.47）、武术（见释义 9.48）、摔跤、特技表演（见释义 9.49）（含训练）、赛马、赛车等高风险运动。

(12) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（见释义 9.50）（但符合本合同约定的“因职业关系导致的艾滋病病毒(HIV)感染”、“经输血感染艾滋病病毒(HIV)”、“器官移植导致的 HIV 感染”不在此限）；被保险人感染性病；被保险人患精神性疾病（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）分类为精神和行为障碍的疾病）。

(13) 遗传性疾病（见释义 9.51），先天性畸形、变形或染色体异常（见释义 9.52）。

(14) 各种医疗咨询和健康预测：如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询（依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定的精神和行为障碍以外的一般心理问题，如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等）。

(15) 减肥、胃减容术（包括但不限于：可调节式束带手术、袖状胃切除手术、胃旁路手术、胃内水囊手术、胃肠转流术）、整形手术、美容或整容手术、变性手术及前述手术的并发症或因前述手术导致的医疗事故；

(16) 包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍、性早熟、

发育迟缓治疗。

(17) 因任何原因造成的椎间盘突出症（包括椎间盘膨出、椎间盘突出、椎间盘脱出、游离性椎间盘等类型）、痔疮、颈椎病、鼻中隔偏曲、静脉曲张、睡眠呼吸障碍。

(18) 战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱；核爆炸、核辐射或者核污染、化学污染。

(19) 应当从工伤保险基金（含职业病）、生育保险基金中支付的医疗费用；应当由第三人负担的医疗费用；应当由公共卫生负担的医疗费用；在中国大陆境外就医的医疗费用。

- 2.2.2 被保险人非因意外伤害在等待期内确诊罹患本保险合同约定的重大疾病，保险人不承担给付保险金责任，并无息退还该被保险人已交纳的保险费，对该被保险人的保险责任终止。

2.3 保险金额

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

本保险合同的保险金额包括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、质子重离子医疗保险金额、恶性肿瘤院外特种药品医疗保险金额、重大疾病异地转诊公共交通费用及住宿费用补偿保险金额、重大疾病住院津贴保险金额和年度累计保险金额。保险人累计给付的各项保险金之和不超过年度累计保险金额。

保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险金额一经确定，在保险期间内不得变更。

2.4 保险期间

本产品保险期间为1年，以保险单载明的起讫时间为准。

2.5 续保

本保险合同为不保证续保合同，保险期间届满前或保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。续保合同保险期间的起始日期与续保对应上一保险合同保险期间的终止日期相连不间断。

若发生下列情形之一的，保险人不再接受投保人的续保申请：

- (1) 本产品已停售；
- (2) 被保险人身故；
- (3) 投保人对于保险人就投保人或者被保险人的有关情况提出的询问未履行如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保，保险人已经解除保险合同的；
- (4) 本保险合同因其他条款所列情况而导致效力终止。

被保险人既往已投保保险人的其他同类产品，投保人可向保险人申请续保本产品，经保险人审核同意并在保险单中载明，视同续保。

3 投保人、被保险人义务

3.1 交费义务

保险费根据投保人选择的保障计划以及被保险人的风险状况（如健康状况、年龄等）和交费方式而定，并在保险单中载明。本合同保险费交付方式由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单上载明。

若投保人选择一次性交付保险费的，投保人应当在本合同成立时一次性交清保险费。

若投保人选择分期交付保险费，需经投保人申请并经保险人同意，并在保险单

中载明保险费分期交付的周期。在交纳首月保险费后，投保人应当在每个保险费约定支付日（见释义 9.53）交纳其余各月对应期次的保险费。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合同约定的交费延长期内补交对应期次的保险费。除保险合同另有约定外，如被保险人在正常交费对应的保险期间内或交费延长期内发生保险事故，保险人依照合同约定赔偿保险金，但须投保人先行补交剩余全年保险费，补交金额为保险合同约定的全年保险费总额扣减投保人已交纳的保险费。

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，且在保险合同约定的交费延长期内仍未足额补交当期保险费，保险期间在上一交费周期结束之日起终止，对于保险期间终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

交费延长期由投保人与保险人协商确定，并在保险单中载明。

3.2 如实告知义务

投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除合同，前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿或者给付保险金的责任，并不退还保险费。

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

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担赔偿或者给付保险金的责任。

3.3 联系方式变更告知义务

投保人住所、通讯地址、电话或电子邮箱等联系方式变更时，应及时以书面形式通知保险人。若投保人未通知的，保险人按本合同所载的最后住所、通讯地址、电话或电子邮箱等联系方式发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

3.4 职业或者工种变更通知义务

被保险人变更职业或工种时，投保人或被保险人应在 30 日内以书面形式通知保险人。

被保险人变更后的职业或工种在拒保范围内的，保险人对该被保险人所承担的保险责任自其职业或工种变更之日起终止，并退还现金价值（见释义 9.54）。

被保险人变更职业或工种且未依照本保险合同约定通知保险人而发生保险事故的，且被保险人变更后的职业或者工种在拒保范围内的，保险人不承担给付保险金的责任，并自其职业或工种变更之日起，按日计算退还现金价值，本保险合同终止。

以下职业或工种属于本产品的拒保范围：矿工、采石工、采砂工、爆破工、高压电工程设施人员、海洋船员、潜水员、火药炸药制造及处理人、特技演员、驯兽师、防暴警察、特种兵、战地记者。

3.5 年龄的确定及错误的处理

被保险人的投保年龄，以法定身份证件登记的周岁年龄为准，本合同所承保的被保险人的投保年龄必须符合年龄要求。投保人在申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。若发生错误，保险人按照以下规定处理：

（1）投保人申报的被保险人年龄不真实，且真实年龄不符合本合同约定的年

龄限制的，保险人有权解除本合同，并向投保人退还现金价值。

(2) 投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人实付保险费少于应付保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费，或在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例支付。

(3) 投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人支付保险费多于应付保险费的，保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

3.6 其他内容变更通知义务

在保险期间内，投保人需变更合同内容的，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。若被保险人已身故，则保险人不接受本保险合同中有关该被保险人的任何内容的变更申请。

3.7 保险事故通知义务

发生保险责任范围内的事故后，投保人、被保险人或受益人应及时通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。

上述约定，不包括因不可抗力（见释义 9.55）而导致的迟延。

4 保险人义务

(1) 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。

(2) 保险人认为投保人、被保险人或者受益人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人或者受益人补充提供。

(3) 保险人收到被保险人或者受益人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定。但保险责任的核定必须依赖于特定证明、鉴定、判决、裁定或其他证据材料的，保险人应在被保险人或者受益人提供或自行取得上述证据材料起三十日内作出核定。本保险合同另有约定的除外。

(4) 保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益人达成给付保险金的协议后十日内，履行赔偿保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起一个工作日内向被保险人或者受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

(5) 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，对其赔偿保险金的数额不能确定的，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。

5 保险金申请及院外购药流程

5.1 保险金申请

保险金申请人（见释义 9.56）向保险人申请给付保险金时，应填写保险金给付申请书，并提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。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。保险人按照本保险合同的约定，认为有关的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。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。

- (1) 保险金给付申请书;
- (2) 保险单;
- (3) 保险金申请人的身份证明;
- (4) 指定医疗机构出具的医疗费用收据及明细清单/账、诊断证明、病理检查报告、化验检查报告、病历、出院小结等;
- (5) 对于已经从社会基本医疗保险、公费医疗或任何第三方包括任何商业医疗保险获得相关医疗费用补偿的, 应提供社会基本医疗保险机构、商业保险机构或其他第三方的医疗费用分割单或医疗费用结算证明;
- (6) 如申请重大疾病异地转诊公共交通费用及住宿费用补偿保险金的, 还应提供指定医疗机构出具的转院证明、交通费用、住宿费用支出的正式发票或收据原件;
- (7) 被保险人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料。

5.2 院外购药流程

被保险人接受本保险合同约定的治疗时, 专科医生开具的当前治疗必需的药品处方中所列药品若无法在医院内获得的, 被保险人可从院外购买药品, 保险人在 2.1.4 恶性肿瘤院外特种药品医疗保险责任项下赔付。**但被保险人需按照保险人指定的以下流程进行授权申请、药品处方审核和药品购买:**

(1) 授权申请

被保险人或受益人作为申请人向保险人提交院外药品购买授权申请(以下简称“授权申请”), 并按照保险人的要求提交相应授权申请材料, 包括但不限于与被保险人相关的个人信息、诊断证明、与诊断证明相关的检查检验报告、药品处方及其他所需要的医学材料。

(2) 药品处方审核

保险人或保险人指定机构对被保险人进行药品处方审核。

保险人或保险人指定机构对被保险人进行药品处方审核标准和依据:

①药品处方真实性审核;

②处方用药是否医学必需且合理。

若申请人的药品处方审核未通过, 保险人不承担给付相应药品费用保险金的责任。

对是否医学必需由保险人或保险人指定机构根据客观、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。

每次院外药品的处方剂量不得超过 30 天, 且药品需为本合同期满日前在中国国家药品监督管理局批准且已在中国(不包括港澳台地区)上市的。

(3) 药品购买

药品处方审核通过后, 保险人将会提供购药凭证, 被保险人可根据保险人指引, 携带其有效身份证件、社会保障卡、有效药品处方和购药凭证在保险人指定的药店自取药物, 并按照相应保险条款在店内进行理赔实时结算。上述指定的药店指保险人授权的第三方服务商提供的药店名单。保险人保留对上述指定药店名单做出适当调整的权利。**保险人指定的药店需同时满足以下条件:**

①取得国家药品经营许可证、GSP 认证;

②该药店内具有医师、执业药师等专业人员提供服务。

③具有完善的冷链药品送达能力;

如果被保险人自行在保险人认可的药店购药，亦可事后凭发票及相关材料，向保险人提出理赔申请。

保险人认可的药店应同时满足以下条件：

- ①取得国家药品经营许可证、GSP 认证；
- ②该药店内具有医师、执业药师等专业人员提供服务；
- ③具有完善的冷链药品送达能力；
- ④需为当地医保定点零售药房或大病保险特药定点零售药店。

6 保险合同解除

本保险合同成立后，除本保险合同另有约定外，投保人可以要求解除本保险合同。但已发生任何保险金给付，**投保人不得要求解除本保险合同**。投保人要求解除本保险合同时，应填写保险合同解除申请书，并提交保险单原件、保险费交付凭证和投保人身份证明。

本保险合同自本保险人接到保险合同解除申请书时终止。本保险人于接到保险合同解除申请书之日起三十日内向投保人退还本保险合同的现金价值。

7 争议处理和法律适用

7.1 争议处理

合同争议解决方式由当事人在合同约定时从下列两种方式中选择一种：

（一）因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，提交保险单载明的仲裁委员会仲裁；

（二）因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。

7.2 法律适用

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）。

8 合法性保证

本保险合同约定与《中华人民共和国保险法》等法律规定相悖之处，以法律规定为准。本保险合同未尽事宜，以法律规定为准。

9 释义

9.1 周岁

以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。

9.2 意外伤害

指以外来的、突发的、非本意、非疾病的使身体受到的伤害的客观事实。**自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害**。猝死是指平素身体健康或表面健康的人因潜在疾病、机能障碍在出现症状后 24 小时内发生的突然死亡。猝死的认定，如有司法机关的法律文件、医疗机构的诊断书等，则以上述法律文件、诊断书等为准。

9.3 等待期

是指自被保险人获得被保资格之日起计算的一段时间（该时间以保险单载明为准；若保险单未载明则该时间视为 30 日），经过该段时间后，保险人才对被保险人承担给付保险金责任；在此期间，尽管保险合同已经生效，但保险人并不承担给付保险金责任。

续保的情况下，等待期为 0 日。本保险合同期满前，投保人可向保险人申请续保，经保险人审核后予以承保。

9.4 疾病

指《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）（见释义 9.57）和《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）（见释义 9.57）所涉及的疾病范围。《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。

9.5 指定医疗机构

指中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）合法经营的二级以上（含二级）公立医院普通部，不包含其中的特需医疗、外宾医疗、国际医疗部、干部病房。

本合同约定的医院不包括疗养院、护理院、康复中心、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心以及无相应医护人员或设备的二级或三级医院的联合医院或联合病房。

该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。

9.6 必需且合理

指同时符合以下两个条件：

1. 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。

2. 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。

9.7 当地

指保险事故发生后，被保险人医疗费用实际发生地/支出地。

9.8 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。

9.9 住院

住院是指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院之正式病房接受治疗的过程，并正式办理入出院手续。但不包括下列情况：

- （1）被保险人在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；
- （2）被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；

(3) 被保险人不合理的住院：指办理正式住院手续的被保险人，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。

9.10 床位费

“住院医疗费用”定义中所指的“床位费”是指被保险人在保险人认可的医院或保险人指定的质子重离子医院内住院期间实际发生的医院床位的费用，包括普通床位费和重症监护室床位费：

(1) 普通床位费

以标准单人间病房（不包括套房）的费用标准为限。其中，标准单人间病房指病房为单间设计，除独立卫生间外无其他隔间，病房设一张病床加独立卫生间的单人病房。若某一医院的病房有两种或以上符合前述定义的病房，则应按其中最便宜的病房计算床位费。

(2) 重症监护室床位费

指经保险人认可的医院或保险人指定的质子重离子医院专科医生诊断必须接受在重症监护室进行合理且必要的医疗而产生的床位费。其中，重症监护室指经中国国家卫生行政管理部门批准，在医院内正式设立的重症监护病房。该病房为危重患者提供 24 小时持续护理及治疗，配备有重症监护专科医生、护士以及相应的监护、复苏抢救设备，例如：心脏除颤机，人工呼吸机，紧急药物，各项生命体征（如心率、血压等）持续测试的仪器等。

“床位费”不包括陪床、观察床位、套房和家庭病床的费用，也不包括符合“保险人除外的其他病房”定义或标准的病房床位费。保险人保留对“保险人除外的其他病房”进行调整变更的权利。

9.11 手术费

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、手术医疗装备费；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；除另有约定外，手术医疗装备费赔付金额不得超过合同约定的限额。

手术医疗装备费指以下三类医疗设备或材料的实际费用：

(1) 内置医疗设备：指手术过程中因医疗所需用于植入或置换的修复体/设备；

(2) 外置医疗设备：指于手术期间或手术后立即需要的、医疗必要并且符合通常医疗惯例的修复性设备，或在病后恢复阶段内短期内需要的、医疗必要并且符合通常医疗惯例的修复性设备；

(3) 重建装置或重建材料：因重建手术而需要使用的医疗装置或材料。

9.12 药品费

指实际发生在医院、保险人指定或认可的药店的合理且必要的、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，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，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；

(3) 用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

9.13 治疗费

是指被保险人在接受相应治疗期间以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的、合理且必需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、输血费、输氧费、体外反搏费等。不包括物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用：

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

（2）中医理疗：指以治疗疾病为目的，被保险人接受的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗等；

（3）其他特殊疗法：包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

9.14 护理费

指住院期间由医疗机构对被保险人提供临床护理服务所收取的费用，包括各级护理（根据 2013 年发布的中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会《分级护理标准》确定）、重症监护和专项护理费用（不包含护工护理费用）。

9.15 检查检验费

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

9.16 特殊检查治疗费

包括 CT、ECT、彩超、活动平板、动态心电图、心电监护、介入治疗、PCR、体外碎石、高压氧、体外射频、核磁共振、血液透析等大型和高费用检查治疗项目费。

9.17 膳食费

指住院期间根据医生的嘱咐，由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并 in 病房费等其他款项内。

9.18 激光治疗

指由于糖尿病并发症导致的视网膜病变所需接受的激光治疗。

9.19 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）**（见释义9.58）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。下列疾病不属于本保险合同约定的“恶性肿瘤——重度”：

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

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

b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

（2）TNM分期（见释义9.59）为 I 期或更轻分期的甲状腺癌（见释义9.60）；

（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 $\leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

9.20 化学疗法

指针对恶性肿瘤的化学治疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。本合同所指的化疗为被保险人根据医嘱,在医院进行的静脉注射化疗,本合同所指的化学疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过中国国家药品监督管理局批准用于临床治疗。

9.21 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。

9.22 肿瘤免疫疗法

指应用免疫学原理和方法,使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性,激发和增强机体抗肿瘤免疫应答。本合同所指的肿瘤免疫治疗药物需符合法律、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。

9.23 肿瘤内分泌疗法

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

9.24 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。

9.25 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。

9.26 确诊初次罹患

是指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊患有某种疾病,而不是自本合同生效之日起第一次经医院确诊患有某种疾病。其中恶性肿瘤确诊之日为手术病理取材或病理活检取材日期,未经手术治疗但后续进行放射性疗法或化学药物性疗法的,以首次放疗或化疗日期为恶性肿瘤确诊日期。

9.27 恶性肿瘤——轻度

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散,浸润和破坏周围正常组织,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 T1N0M0 期的前列腺癌;
- (3) 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤;
- (4) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病;
- (5) 相当 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 $\leq 2\%$)的神经内分泌肿瘤。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”:

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;

9.28 院外

指非被保险人就诊医院。

9.29 慈善机构

指依法成立、符合《中华人民共和国慈善法》规定,以面向社会开展慈善活动为宗旨的非营利性组织机构。慈善机构可以采取基金会、社会团体、社会服务机构等组织形式。

9.30 重大疾病¹

本合同所规定的重大疾病指被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病:

(一) 恶性肿瘤——重度

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散,浸润和破坏周围正常组织,可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位,病灶经组织病理学检查(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。下列疾病不属于本保险合同约定的“恶性肿瘤——重度”:

(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;

¹释义 9.28 重大疾病中,第 1 种至第 28 种疾病的名称和释义为中国保险行业协会制定的《重大疾病保险的疾病定义使用规范(2020 年修订版)》中的疾病名称和释义;第 29 种至第 120 种疾病为保险人增加的疾病类型。

- (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 $\leq 2\%$ ）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（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）升高不属于本保险合同约定的“较重急性心肌梗死”。

（三）严重脑中风后遗症

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

- （1）一肢（含）以上肢体（见释义9.61）肌力（见释义9.62）2级（含）以下；
- （2）语言能力完全丧失（见释义9.63），或严重咀嚼吞咽功能障碍（见释义9.63）；
- （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（见释义9.64）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属于本保险合同约定的“冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）”。

（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。

下列疾病不属于本保险合同约定的“严重非恶性颅内肿瘤”：

- （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（见释义9.65）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）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岁始理赔

指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆(见释义9.66)性丧失,在500赫兹、1000赫兹和2000赫兹语音频率下,平均听阈大于等于91分贝,且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

被保险人申请理赔时年龄必须在3周岁以上,并且提供理赔当时的听力丧失诊断及检查证据。

（十四）双目失明-3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。

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属于本保险合同约定的“心脏瓣膜手术”。

（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属于本保险合同约定的“严重阿尔茨海默病”。

（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。

（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属于本保险合同约定的“严重原发性帕金森病”。

（二十）严重III度烧伤

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

（二十一）严重特发性肺动脉高压

指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级（见释义9.67）IV级，且静息状态下肺动脉平均压在36mmHg（含）以上。

（二十二）严重运动神经元病

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

- (1) 严重咀嚼吞咽功能障碍；
- (2) 呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难，且已经持续使用呼吸机7天（含）以上；
- (3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

（二十三）语言能力丧失-3岁始理赔

指因疾病或意外伤害导致语言能力完全丧失，经过积极治疗至少12个月（声带完全切除不受此时间限制），仍无法通过现有医疗手段恢复。

精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。

被保险人申请理赔时年龄必须在3周岁以上，并且提供理赔当时的语言能力丧失诊断及检查证据。

（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属于本保险合同约定的“主动脉手术”。

（二十六）严重慢性呼吸衰竭

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

- （1）静息时出现呼吸困难；
- （2）肺功能第一秒用力呼气容积（FEV1）占预计值的百分比＜30%；
- （3）在静息状态、呼吸空气条件下，动脉血氧分压（PaO₂）＜50mmHg。

（二十七）严重克罗恩病

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

（二十八）严重溃疡性结肠炎

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

（二十九）胰腺移植

指胰腺功能衰竭，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内。

（三十）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。

（三十一）丝虫病所致象皮肿

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。此病症须经保险人认可的专科医生根据临床表现和微丝蚴的化验结果确诊。

（三十二）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。

（三十三）克雅氏病

神经系统疾病及致命的成胶质状脑病，并有以下症状：

- （1）不能控制的肌肉痉挛及震颤；
- （2）逐渐痴呆；
- （3）小脑功能不良，共济失调；
- （4）手足徐动症；

诊断必须由神经科专科医生基于以下检查报告作出：脑电图、脑脊液报告、电脑断层扫描(CT)及核磁共振(MRI)。

（三十四）破裂脑动脉瘤夹闭手术

指因脑动脉瘤破裂造成蛛网膜下腔出血，被保险人实际接受了在全麻下进行的开颅动脉夹闭手术

脑动脉瘤（未破裂）预防性手术、颅骨打孔手术、动脉瘤栓塞手术、血管内手术及其他颅脑手术不在本保障范围内。

（三十五）经输血导致的HIV感染

是指被保险人感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）并且符合下列所有条件：

（1）被保险人因治疗必需而接受输血，并且因输血而感染人类免疫缺陷病毒（HIV）；

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

（3）提供输血治疗的输血中心或医院必须拥有合法经营执照；

（4）受感染的被保险人不是血友病患者。

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。

保险公司必须拥有获得使用被保险人的所有血液样本的权利和能够对这些样本进行独立检验的权利。

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

（三十六）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。

（三十七）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。该病必须经内分泌专科医生确诊，并有以下报告作为证据：

（1）促肾上腺皮质激素（ACTH）刺激试验；

（2）胰岛素血糖减少测试；

（3）血浆促肾上腺皮质激素（ACTH）水平测定；

（4）血浆肾素活性（PRA）测定。

慢性肾上腺皮质功能衰竭只对由自身免疫功能紊乱引起的承担保险责任，其他原因引起的除外。

（三十八）系统性红斑狼疮一（并发）III型或以上狼疮性肾炎

系统性红斑狼疮是由多种因素引起，累及多系统的自身免疫性疾病。其特点是生成自身抗体对抗多种自身抗原。多见于育龄妇女。

本合同所指的系统性红斑狼疮仅限于累及肾脏（经肾脏活检确认的，符合WHO诊断标准定义III型至V型狼疮性肾炎）的系统性红斑狼疮。其他类型的红斑性狼疮，如盘状狼疮、仅累及血液及关节的狼疮不在保障范围内。

本病必须由免疫和风湿科专家医师确诊。

世界卫生组织（WHO）狼疮性肾炎分型：

- I 型（微小病变型） 镜下阴性，尿液正常
- II 型（系膜病变型） 中度蛋白尿，偶有尿沉渣改变
- III 型（局灶及节段增生型） 蛋白尿，尿沉渣改变
- IV 型（弥漫增生型） 急性肾炎伴有尿沉渣改变及/或肾病综合征
- V 型（膜型） 肾病综合征或重度蛋白尿

（三十九）严重类风湿性关节炎

类风湿性关节炎为广泛分布的慢性进行性多关节病变，表现为关节严重变形，侵犯至少三个主要关节或关节组（如：双手（多手指）关节、双足（多足趾）关节、双腕关节、双膝关节和双髋关节）。

类风湿性关节炎必须明确诊断并且已经达到类风湿性关节炎功能分级Ⅲ级以上的功能障碍（关节活动严重限制，不能完成大部分的日常工作和活动）并且自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

（四十）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）出现广泛性肌肉及软组织坏死，并导致身体受影响部位永久完全失去功能。

所谓永久完全失去功能是指受影响部位的全部功能完全丧失超过180天者。

（四十一）急性坏死性胰腺炎开腹手术

指被保险人因为急性出血坏死性胰腺炎已经接受了外科开腹手术治疗，以进行坏死组织清除、坏死病灶切除或胰腺切除。

因饮酒所致的急性出血坏死性胰腺炎或经腹腔镜手术进行的治疗不在保障范围内。

（四十二）系统性硬皮病

指一种全身性的胶原血管性疾病，可以导致皮肤、血管及内脏器官进行性弥漫性纤维化。诊断必须经活检及血清学检查证实，疾病必须是全身性，且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（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级Ⅳ级；
- （3）肾脏：肾脏受损导致双肾功能慢性不可逆衰竭，达到尿毒症期。

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。

（四十三）慢性复发性胰腺炎

胰腺炎反复发作超过三次以上并导致胰腺功能紊乱和营养不良，需要接受酶替代治疗。诊断必须有消化科专科医生确认并且有内窥镜逆行胰胆管造影所证实。

因酒精所致的慢性复发性胰腺炎除外。

（四十四）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。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) 自主生活能力严重丧失，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。

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) 严重肌营养不良症溶血性链球菌引起的坏疽

包围肢体或躯干的浅筋膜和/或深筋膜受到溶血性链球菌的感染，病情在短时间内急剧恶化，已经立刻进行了手术及清创术。最后的诊断必须由微生物或病理学专家进行相关检查后证实。

(四十六) 因职业关系导致的HIV感染

被保险人在其常规职业工作过程中遭遇外伤，或职业需要处理血液或其它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，该职业必须属于下列限定职业范围内的职业；

(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后发生的5天以内进行的检查报告，该报告必须显示被保险人血液人类免疫缺陷病毒(HIV)阴性和/或人类免疫缺陷病毒(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人类免疫缺陷病毒(HIV)或人类免疫缺陷病毒(HIV)抗体。

限定职业：

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。

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。

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。

(四十七) 植物人状态

指脑皮质广泛性坏死而导致对自身及周边的认知能力完全丧失，但脑干功能依然存在。必须由神经专科医生明确诊断，并有头颅断层扫描（CT），核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实。

上述情况必须有至少一个月的病历记录加以证实。

由于酗酒或滥用药物所致的植物人状态不在保障范围内。

(四十八) 亚历山大病

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。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损害。被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，日常生活必须持续接受他人护理。

未诊断的疑似病例不在保障范围之内。

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。

神经官能症和精神疾病不在保障范围内。

（五十）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，至少一支血管官腔堵塞75%以上，其他两支血管官腔堵塞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。

（五十一）多发性硬化

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

（五十二）全身性（型）重症肌无力

是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横纹肌于活动时易于疲劳无力，颅神经眼外肌最易累及，也可涉及呼吸肌、下肢近端肌群以至全身肌肉，须经保险人认可的神经科医师确诊。其诊断必须同时具有下列情况：

（1）经药物、胸腺手术治疗一年以上无法控制病情，丧失正常工作能力；

（2）出现眼睑下垂，或延髓肌受累引起的构音困难、进食呛咳，或由于肌无力累及延髓肌、呼吸肌而致机体呼吸功能不正常的危急状态即肌无力危象；

（3）症状缓解、复发及恶化交替出现，临床接受新斯的明等抗胆碱酯酶药物治疗的病史。

（五十三）严重心肌病

指不明原因引起的一类心肌病变，包括原发性扩张型心肌病、原发性肥厚型心肌病及原发性限制型心肌病三种，病变必须已造成事实上心室功能障碍而出现明显的心功能衰竭（美国纽约心脏病学会心功能分类标准心功能达IV级），且有相关住院医疗记录显示四级心功能衰竭状态持续至少一百八十天。

本病须经专科医生明确诊断。继发于全身性疾病或其它器官系统疾病造成的心肌病变除外。

美国纽约心脏病学会分类标准心功能IV级是指有医院的医疗记录显示病人不能进行任何活动，休息时仍有心悸、呼吸困难等心力衰竭表现。

（五十四）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分级状态分级IV级，且需持续至少90天。

（五十五）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保险人指定医疗机构的专科医生认可有必要进行肺移植手术。

(五十六) 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的。

(五十七) 心脏粘液瘤

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。

(五十八) 感染性心内膜炎

指因细菌、真菌和其他微生物（如病毒、立克次体、衣原体、螺旋体等）直接感染而产生心瓣膜或心室壁内膜的炎症，须经心脏专科医生确诊，并符合以下所有条件：

- (1) 血液培养测试结果为阳性，并至少符合以下条件之一：
 - a. 微生物：在赘生物，栓塞的赘生物或心脏内脓肿培养或组织检查证实有微生物；
 - b. 病理性病灶：组织检查证实赘生物或心脏内脓肿有活动性心内膜炎；
 - c. 分别两次血液培养证实有典型的微生物且与心内膜炎符合；
 - d. 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关闭不全（指返流指数20%或以上）或中度心瓣膜狭窄（指心瓣膜开口范围小于或等于正常的30%）；
- (3) 心内膜炎及心瓣膜损毁程度需经由心脏专科医生确诊。

(五十九) 肝豆状核变性

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。必须由保险人指定医疗机构的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6个月。

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。

(六十) 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（Pulmonary Resistance）高于正常值3个单位；
- (3) 肺动脉血压不低于40毫米汞柱；
- (4) 肺动脉楔压不低于6毫米汞柱；
- (5) 右心室心脏舒张期末压力不低于8毫米汞柱；
- (6) 右心室过度肥大、扩张，出现右心衰竭和呼吸困难。

(六十一) 肾髓质囊性病

肾髓质囊性病的诊断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；
- (3) 诊断须由肾组织活检确定。

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。

（六十二）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。诊断需要由心脏科专家确诊，并且心导管检查报告显示静息状态下肺动脉平均压超过36mmHg（含）。

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范围内。

（六十三）进行性核上性麻痹

一种隐袭起病、逐渐加重的神经系统变性疾病。本疾病必须由保险人指定医疗机构的神经科专科医生确诊，并须满足下列所有条件：

- （1）步态共济失调；
- （2）对称性眼球垂直运动障碍；
- （3）假性球麻痹，表现为构音障碍和吞咽困难。

（六十四）失去一肢及一眼

因疾病或受伤导致以下两项情形同时不可复原及永久性完全丧失：

- （1）一眼视力；
- （2）任何一肢于腕骨或踝骨部位或以上切断。

（六十五）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，需要确实进行手术以切除肿瘤。嗜铬细胞瘤的诊断必须由内分泌专科医生确定。

（六十六）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。

（六十七）严重自身免疫性肝炎

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

- （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。

（六十八）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保险人指定医疗机构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。

（六十九）严重获得性或继发性肺泡蛋白质沉积症

因获得性或继发性原因导致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。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。

（七十）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（New York Heart Association, NYHA）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；

手术路径：

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。

（七十一）脑型疟疾后遗症

脑型疟疾指由于疟原虫导致的中枢神经系统感染，临床表现有高热、昏迷、癫痫发作、行为异常、瘫痪、失语、听力受损、视力障碍。脑型疟疾需由专科医生明确诊断，诊断180天后被保险人仍然遗留神经系统后遗症，且须满足下列条件之一：

（1）一肢（含）以上肢体肌力3级（含）以下；

（2）听力障碍，双耳听力在500赫兹、1000赫兹、2000赫兹语音频率下平均听阈大于等于70（含）分贝；

（3）语言能力完全丧失。

（七十二）胆道重建手术

指因胆道创伤导致接受涉及胆总管小肠吻合术的胆道重建手术。手术必须在专科医生认为是医疗所需的情况下进行。

胆道闭锁并不在保障范围内。

（七十三）主动脉夹层瘤

指主动脉的内膜破裂导致血液流入主动脉壁中形成夹层动脉瘤。在本定义中，主动脉指胸主动脉及腹主动脉而非其旁支。诊断必须由专科医生及检验结果证实，检验包括电脑扫描，磁共振扫描及磁共振血管造影或心导管检查的证明，并有必要进行紧急修补手术。

（七十四）肌萎缩脊髓侧索硬化后遗症

以肌肉无力及萎缩为特征，并有以下情况作为证明：脊髓前角细胞功能失调、可见的肌肉颤动、痉挛、过度活跃之深层肌腱反射和外部足底反射、影响皮质脊髓束、构音障碍及吞咽困难。必须由保险人指定医疗机构专科医生以适当的神经肌肉检查如肌电图（EMG）证实。

本疾病必须导致严重的生理功能损坏（由被保险人永久性无法独立完成最少3

项基本日常生活活动作为证明)。

(七十五) 严重结核性脑膜炎

由结核杆菌引起的脑膜和脊膜的非化脓性炎症性疾病。需满足以下全部条件:

- (1) 出现颅内压明显增高,表现头痛、呕吐和视乳头水肿;
- (2) 出现部分性、全身性癫痫发作或癫痫持续状态;
- (3) 昏睡或意识模糊;
- (4) 视力减退、复视和面神经麻痹。

(七十六) 严重肠道疾病并发症

严重肠道疾病或外伤导致小肠损害并发症,本疾病须满足以下所有条件:

- (1) 至少切除了三分之二小肠;
- (2) 完全肠外营养支持三个月以上。

(七十七) 瑞氏综合征

瑞氏综合征是线粒体功能障碍性疾病。导致脂肪代谢障碍,引起短链脂肪酸、血氨升高,造成脑水肿。主要临床表现为急性发热、反复呕吐、惊厥及意识障碍等等。

肝脏活检是确诊的重要手段。瑞氏综合征需由三级医院的儿科专科医生确诊,并符合下列所有条件:

- (1) 有脑水肿和颅内压升高的脑脊液检查和影像学检查证据;
- (2) 血氨超过正常值的3倍;
- (3) 临床出现昏迷,病程至少达到疾病分期第3期。

(七十八) 严重骨髓增生异常综合征

严重骨髓增生异常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) 由保险人指定医疗机构中设有专门血液病专科的公立三级甲等医院,血液病专科的主治级别以上的医师确诊;
- (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一个月以上的化疗或已接受骨髓移植治疗。

(七十九) 严重面部烧伤

指烧伤程度为III度,且III度烧伤的面积达到面部表面积的80%或80%以上。

(八十) 严重川崎病

是一种血管炎综合征,临床表现为急性发热,皮肤粘膜病损和淋巴结肿大。本病须经专科医生明确诊断,同时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。

(八十一) 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。经保险人指定医疗机构的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。

(八十二) 严重哮喘

指一种反复发作的严重支气管阻塞性疾病，经保险人认可的专科医生确诊，且必须同时符合下列标准：

- (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) 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。

被保险人申请理赔时年龄必须在年满二十五周岁之前。

(八十三) 骨生长不全症

指一种胶原病，特征为骨易碎，骨质疏松和易骨折。该病有4种类型：I型、II型、III型、IV型。**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。

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。

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

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。

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。

(八十五) 进行性多灶性白质脑病

是一种亚急性脱髓鞘性脑病，常常发现于免疫缺陷的病人。必须由神经科专科医生根据脑组织活检确诊。

(八十六) 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：
 - a. 影像学检查证实存在小脑萎缩；
 - b. 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。

(八十七) 婴儿进行性脊肌萎缩症

该病是累及脊髓前角细胞及延髓运动核的神经元退行性变性病。在出生后两年内出现的脊髓和脑干颅神经前角细胞进行性机能障碍，伴随肌肉无力和延髓机能障碍。

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。

（八十八）多处臂丛神经根性撕脱

由于疾病或意外导致至少两根臂丛神经根性撕脱，所造成的手臂感觉功能与运动功能永久完全性丧失。该病须由医院专科医生明确诊断，并且有电生理检查结果证实。

（八十九）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；

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）细菌性脑脊髓膜炎

指因脑膜炎双球菌感染引起脑脊髓膜化脓性病变，且导致永久性神经损害，持续180天以上，并且脑脊液检查显示脑膜炎双球菌阳性。

永久性神经损害是指由细菌性脑脊髓膜炎引起的耳聋、失明、动眼神经麻痹、瘫痪、脑积水、智力或性情中度以上的损害，且上述症状持续180天以上仍无改善迹象。

（九十一）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。

（九十二）疾病或外伤所致智力障碍

因严重头部创伤或疾病造成被保险人智力低常（智力低于常态）。根据智商（IQ），智力低常分为中度（IQ35-50）、重度（IQ20-35）和极重度（IQ<20）。智商的检测必须由保险人认可的专职心理测验工作者进行，心理测验工作者必须持有由心理测量专业委员会资格认定书。根据被保险人年龄采用对应的智力量表如韦克斯勒智力量表（儿童智力量表或成人智力量表）。必须满足下列全部条件：

- （1）造成被保险人智力低常（智力低于常态）的严重头部创伤或疾病（以入院日期为准）发生在被保险人6周岁以后；
- （2）专科医师确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低常；
- （3）专职合格心理检测工作者适时做的心理检测证实被保险人智力低常（中度、重度或极重度）；
- （4）被保险人的智力低常自确认日起持续180天以上。

（九十三）严重幼年型类风湿性关节炎

指为了治疗幼年型类风湿性关节炎，实际实施了膝关节或髋关节置换手术。

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。

被保险人疾病诊断时年龄必须在年满十八周岁之前。

（九十四）席汉氏综合征

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

列所有条件：

- (1) 产后大出血休克病史；
- (2) 严重腺垂体功能破坏，破坏程度>95%；
- (3) 影像学检查显示脑垂体严重萎缩或消失；
- (4) 实验室检查显示：
 - a. 垂体前叶激素全面低下（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）；和
 - b. 性激素、甲状腺素、肾上腺皮质激素全面低下；
- (5) 需要终身激素替代治疗以维持身体功能，持续服用各种替代激素超过一年。

（九十五）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，合并大小便失禁，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。**

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。

（九十七）特发性血栓性血小板减少性紫癜

血栓性血小板减少性紫癜是一组微血管血栓出血综合征，临床特征为微血管病性溶血性贫血、血小板减少、神经精神症状、肾脏受累。血栓性血小板减少性紫癜需由专科医生明确诊断，并且满足下列至少3项条件：

- (1) 颅内出血或脑血栓形成；
- (2) 急性肾功能衰竭，接受了血液透析治疗；
- (3) 心脏受累，肌钙蛋白升高和心电图异常；
- (4) 反复发作血栓性血小板减少性紫癜（症状完全缓解30天后再次发生临床表现）。

先天性血栓性血小板减少性紫癜、继发性血栓性血小板减少性紫癜不在保障范围内。

（九十八）重症原发性血小板减少性紫癜

原发性血小板减少性紫癜为原因不明的免疫介导的血小板减少，临床表现为皮肤粘膜出血及内脏出血。原发性血小板减少性紫癜需由专科医生明确诊断，并且满足下列所有条件：

- (1) 血小板计数 $<10 \times 10^9/L$ ；
- (2) 颅内出血；
- (3) 内脏出血（肺、胃肠道或泌尿生殖系统）；
- (4) 贫血，血红蛋白 $<90g/L$ 。

继发性血小板减少性紫癜不在保障范围内。

（九十九）急性肺损伤（ALI）或急性呼吸窘迫综合征（ARDS）

急性肺损伤或急性呼吸窘迫综合征必须由呼吸系统专科医师诊断，被保险人理赔时年龄在25周岁以下，并有所有以下临床证据支持：

- (1) 急性发作（原发疾病起病后6至72小时）；
- (2) 急性发作的临床症状体征包括呼吸急促、呼吸困难、心动过速、大汗、

面色苍白及辅助呼吸肌活动加强（点头呼吸、提肩呼吸）；

- （3）双肺浸润影；
- （4） $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2$ （动脉血氧分压/吸入气氧分压）低于200mmHg；
- （5）肺动脉嵌入压低于18mmHg；
- （6）临床无左房高压表现。

（一百）亚急性硬化性全脑炎

指一种以大脑白质和灰质损害为主的全脑炎。本病的发生是由于缺损型麻疹病毒慢性持续感染所致的一种罕见的致命性中枢神经系统退变性疾病。早期以炎症性病变为主，晚期主要为神经元坏死和胶质增生，核内包涵体是本病的特征性改变之一。疾病确诊180天后，仍遗留下下列一种或一种以上障碍：

- （1）一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
- （2）语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
- （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。

（一百零一）进行性风疹性全脑炎

指由风疹病毒感染引起的儿童和青少年的慢性脑炎。疾病确诊180天后，仍遗留下下列一种或一种以上障碍：

- （1）一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
- （2）语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
- （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。

（一百零二）败血症导致的多器官功能障碍综合征

多器官功能障碍指败血症导致的并发症，一个或多个器官系统生理功能障碍，因该疾病住院至少96小时，并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 $<50 \times 10^3 / \text{微升}$ ；
- （3）肝功能不全，胆红素 $>6\text{mg/dl}$ 或 $>102\mu\text{mol/L}$ ；
- （4）需要用强心剂；
- （5）昏迷格拉斯哥昏迷评分（GCS） ≤ 9 ；
- （6）肾功能衰竭，血清肌酐 $>300\mu\text{mol/L}$ 或 $>3.5\text{mg/dl}$ 或尿量 $<500\text{ml/d}$ ；
- （7）败血症有血液和影像学检查证实；
- （8）住院重症监护病房最低96小时；
- （9）器官功能障碍维持至少15天。

败血症引起的MODS的诊断应由专科医生证实。

非败血症引起的MODS不在保障范围内。

（一百零三）头臂动脉型多发性大动脉炎旁路移植手术

多发性大动脉炎（高安氏动脉炎）是一种发生在主动脉和其主要分支的慢性炎症性动脉疾病，表现为受累动脉狭窄或闭塞。头臂动脉型多发性大动脉炎是指多发性大动脉炎头臂动脉型（I型），又称为无脉症。被保险人被明确诊断为头臂动脉型多发性大动脉炎并且实际接受了经胸部切开进行的无名动脉（头臂干）、颈总动脉、锁骨下动脉旁路移植手术。

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本保障范围内。

（一百零四）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。须满足下列至少两个条件：

- (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。

(一百零五) Brugada综合征

由心脏科专科医生根据临床症状和典型心电图表现明确诊断,并且经专科医生判断认为必须安装且实际已安装了永久性心脏除颤器。

(一百零六) 严重弥漫性硬化

是一种罕见的、散发的脱髓鞘疾病。病理为大脑双侧半球白质大片脱髓鞘,以及一些小脱髓鞘病灶。脱髓鞘区轴索相对保留,在病灶中央区轴索可显著破坏。须经专科医生明确诊断,并且需满足自主生活能力严重丧失,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。

(一百零七) 范可尼综合征闭锁综合征

又称闭锁症候群,即去传出状态,系脑桥底部病变所致。须经专科医生明确诊断,并且需满足自主生活能力严重丧失,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。

(一百零八) 范可尼综合征神经白塞病

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。神经白塞病必须经专科医生明确诊断,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。

(一百零九) 严重Balo病(同心圆硬化症)

属大脑白质脱髓鞘性疾病,其病理特点为病灶内髓鞘脱失带与髓鞘保存带呈同心圆层状交互排列,形似树木年轮或大理石花纹状。须由计算机断层扫描(CT)、核磁共振检查(MRI)等影像学检查证实,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,持续至少180天。

(一百一十) 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。

(一百一十一) 严重1型糖尿病

严重1型糖尿病为由于胰岛素分泌绝对不足引起的慢性血糖升高,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,结果异常,并由内分泌科专科医生明确诊断。并须在本合同有效期内,满足下述至少1个条件:

- (1) 已出现增殖性视网膜病变;
- (2) 须植入心脏起搏器治疗心脏病。

(一百一十二) 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 (New York Heart Association, NYHA) 的心功能状态分级标准之心功能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。

(一百一十三) 皮质基底节变性

指一种慢性进展性神经变性疾病，以不对称发作的无动性强直综合征、失用、肌张力障碍及姿势异常为其临床特征。须经专科医生明确诊断，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。

(一百一十四) 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。须经保险人指定医疗机构的专科医生诊断，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。

被保险人申请理赔时年龄必须在年满三周岁之后。

(一百一十五) 狂犬病

指狂犬病毒所致的急性传染病。临床表现为特有的恐水、怕风、咽肌痉挛、进行性瘫痪等。须经专科医生明确诊断。

(一百一十六) 严重气性坏疽

指由梭状芽胞杆菌所致的肌坏死或肌炎。须经专科医生明确诊断，且须同时符合下列要求：

(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。

(一百一十七) 严重III度冻伤导致截肢严重脑桥中央髓鞘溶解症

脑桥中央髓鞘溶解症 (CPM) 是一种代谢性脱髓鞘疾病。CPM由Adams首次提出，病理学上表现为髓鞘脱失不伴炎症反应。临床常见症状为突发四肢弛缓性瘫，咀嚼、吞咽及言语障碍，眼震及眼球凝视障碍等。须经专科医生明确诊断，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。

因酗酒导致的脑桥中央髓鞘溶解症不在保障范围内。

(一百一十八) 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 $> 1000\text{IU/L}$ ）、ARDS（急性呼吸窘迫综合征）、急性心功能衰竭、急性肾功能衰竭、脑病。

(一百一十九) 严重多系统萎缩

指一种散发性的神经系统变性疾病，临床表现力为不同程度的自主神经功能障碍、对左旋多巴胺类药物反应不良的帕金森综合征、小脑性共济失调和锥体束征等症状。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。

神经官能征、精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在保障范围内。

（一百二十）严重破伤风

指破伤风梭菌经由皮肤或黏膜伤口侵入人体，在缺氧环境下生长繁殖，产生毒素而引起肌痉挛的一种特异性感染。须经专科医生明确诊断。

9.31 成年直系亲属

除另有约定外，指被保险人本人的配偶、父母、子女，并且发生保险事故时，该直系亲属的年龄必须在 18 周岁（含）以上。

9.32 客运公共交通

除另有约定外，本附加合同所指的客运公共交通指以下两类：

（1）民航班机：指经相关政府部门登记许可合法运营、以客运为目的的飞机，**舱位级别最高以经济舱（包含超级经济舱）为限；**

（2）火车：指经相关政府部门登记许可合法运营、以客运为目的的火车（含动车、高铁），**以软卧或一等座为限。**

9.33 实际住院日数

指被保险人在医院住院部病房内实际的住院治疗日数。住院满 24 小时为 1 日，但不含被保险人在住院治疗期间擅自离院期间的日数。

9.34 大病保险

指城乡居民大病保险、城镇职工大病保险。

9.35 政府主办补充医疗

指城乡居民大病保险、城镇职工大额医疗保险、城镇居民大额医疗保险等由政府主办对基本医疗保险进行补充的医疗保障项目，大额医疗保险在各地的具体名称会有所不同，以投保所在地政府主管部门规定的名称为准。

9.36 既往症

指在被保险人获得被保资格之前已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

9.37 酒后驾驶

指经检测或者鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或者超过一定的标准，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者醉酒后驾驶。

9.38 无有效驾驶证

指驾驶人员有下列情形之一者：

（1）无驾驶证或驾驶证有效期已届满；

（2）驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；

（3）实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶机动车牵引挂车；

（4）持未按约定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；

（5）使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；

(6) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关约定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

9.39 无有效行驶证

发生保险事故时被保险人驾驶的机动车无公安机关交通管理部门、农机部门等政府管理部门核发的行驶证或号牌，或行驶证不在有效期内，或该机动车未按规定检验或检验不合格。

9.40 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。

9.41 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。

9.42 医疗鉴定

指各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神疾病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定等。

9.43 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。

9.44 耐药

指以下两种情况之一：

(1) 实体肿瘤病灶按照 RECIST（实体瘤治疗疗效评价标准）出现疾病进展，即定义为耐药；

(2) 非实体肿瘤（包含白血病、多发性骨髓瘤、淋巴瘤等血液系统恶性肿瘤）在临床上常无明确的肿块或者肿块较小难以发现，经规范治疗后，按权威医学机构（如中国临床肿瘤学会、中华医学会血液分会等）的指南规范，对患者的骨髓形态学、流式细胞、特定基因检测等结果进行综合评价，得出疾病进展的结论，即定义为耐药。

9.45 潜水

指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动或作业。

9.46 攀岩

指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

9.47 探险

指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身其中的行为，如江河漂流、徒步穿越沙漠或者人迹罕至的原始森林等活动。

9.48 武术

指两人或者两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。

9.49 特技表演

指进行马术、杂技、驯兽等表演。

9.50 感染艾滋病病毒或患艾滋病

(1) 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。

(2) 在人体血液或其它样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性, 没有出现临床症状或体征的, 为感染艾滋病病毒; 如果同时出现了明显临床症状或体征的, 为患艾滋病。

9.51 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。

9.52 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。

9.53 保险费约定支付日

指保险合同生效日在每月的对应日。如果当月无对应的同一日, 则以该月最后一日为对应日。如保险合同生效日为2017年6月8日, 则次月的保险费约定支付日为2017年7月8日, 以此类推, 则最后一个月的保险费约定支付日为2018年5月8日。

9.54 现金价值

除另有约定外, 按下述公式计算现金价值:

(1) 若选择年交保险费, 现金价值=净保费 $\times (1-m/n)$, 其中, 净保费为保险费扣除附加费用, 附加费用为保险费乘以附加费用率, 净保费=保险费 $\times (1-\text{附加费用率})$, m 为已生效天数, n 为保险期间的天数, 经过日期不足一日的按一日计算。

(2) 若选择分期交付保险费, 现金价值=当期净保费 $\times (1-m/n)$, 其中, 当期净保费为当期保险费扣除附加费用, 附加费用为保险费乘以附加费用率, 当期净保费=当期保险费 $\times (1-\text{附加费用率})$, m 为当期已生效天数, n 为当期天数, 经过天数不足一天按一天计算。**未交纳当期保险费的, 现金价值为零。**

9.55 不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

9.56 保险金申请人

除另有约定外, 本保险保险金申请人是指被保险人本人。

9.57 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。

9.58 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。

9.59 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。

9.60 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

pT₀：无肿瘤证据

pT₁：肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T_{1a} 肿瘤最大径≤1cm

T_{1b} 肿瘤最大径>1cm，≤2cm

pT₂：肿瘤 2~4cm

pT₃：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内

pT_{3b}：大体侵犯甲状腺外带状肌，无论肿瘤大小

带状肌包括：胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT₄：大体侵犯甲状腺外带状肌外

pT_{4a}：侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT_{4b}：侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pT_x：原发肿瘤不能评估

pT₀：无肿瘤证据

pT₁：肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T_{1a} 肿瘤最大径≤1cm

T_{1b} 肿瘤最大径>1cm，≤2cm

pT₂：肿瘤 2~4cm

pT₃：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内

pT_{3b}：大体侵犯甲状腺外带状肌，无论肿瘤大小

带状肌包括：胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT₄：进展期病变

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

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

区域淋巴结：适用于所有甲状腺癌

pN_x：区域淋巴结无法评估

pN₀：无淋巴结转移证据

pN₁：区域淋巴结转移

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

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

远处转移：适用于所有甲状腺癌

M₀：无远处转移

M₁：有远处转移

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

注：以上表格中“年龄”指患者病理组织标本获取日期时的年龄。

9.61 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。

9.62 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。

9.63 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。

9.64 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。

9.65 酗酒

是指酒精摄入过量。长期过量饮酒导致身体脏器严重损害，或一次大量饮酒导致急性酒精中毒或自制力丧失造成自身伤害、斗殴肇事或交通肇事。酒精过量由医疗机构或公安部门判定。

9.66 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。

9.67 美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级

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

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

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

III 级：心脏病病人体力活动明显受限，低于平时一般活动即引起心衰症状。

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