

中国太平洋财产保险股份有限公司 （广东地区）“畅享粤港澳大湾区”个人医疗保险（H2021）条款

注册号：C00001432512021071301821

阅 读 指 引

本阅读指引有助于您理解条款，对本合同内容的解释以条款为准。

您拥有的重要权益

- ❖ 本合同提供的保障在保险责任条款中列明2.5
- ❖ 您有退保的权利5.1

您应当特别注意的事项

- ❖ 本合同有等待期、比例给付的约定，请您注意 2.3、2.6
- ❖ 本合同有免赔额的约定，请您注意2.6
- ❖ 本合同有责任免除条款，请您注意2.8
- ❖ 保险事故发生后，请及时通知我们3.2
- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策5.1
- ❖ 您有如实告知的义务6.1
- ❖ 我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请您注意7

保险条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本保险条款。

条款目录(不含三级目录)

1. 您与我们订立的合同	4.1 保险费的支付	7.11 每宗疾病
1.1 合同构成	5. 合同解除	7.12 公费医疗
1.2 合同成立与生效	5.1 您解除合同的手续及风险	7.13 基本医疗保险
1.3 投保年龄	6. 其他需要关注的事项	7.14 其他政府举办的医疗保障项目
1.4 被保险人	6.1 明确说明与如实告知	7.15 醉酒
1.5 投保人	6.2 我们合同解除权的限制	7.16 斗殴
2. 我们提供的保障	6.3 合同效力的终止	7.17 毒品
2.1 基本保险金额	6.4 年龄错误	7.18 酒后驾驶
2.2 保险期间	6.5 急危重病及转院	7.19 无合法有效驾驶证驾驶
2.3 等待期	6.6 联系方式变更	7.20 无有效行驶证
2.4 不保证续保	6.7 合同内容变更	7.21 机动车
2.5 保险责任	6.8 争议处理	7.22 潜水
2.6 保险金计算方法	7. 释义	7.23 攀岩
2.7 费用补偿原则	7.1 周岁	7.24 探险
2.8 责任免除	7.2 意外伤害	7.25 武术比赛
3. 保险金的申请	7.3 中国大陆地区指定医疗机构	7.26 特技表演
3.1 受益人	7.4 合理且必要	7.27 精神疾患
3.2 保险事故通知	7.5 大陆地区住院医疗费用	7.28 遗传性疾病
3.3 币种结算	7.6 住院	7.29 先天性疾病
3.4 保险金申请	7.7 重大疾病	7.30 职业病
3.5 保险金给付	7.8 中国香港地区指定医疗机构	7.31 地方病
3.6 诉讼时效	7.9 中国澳门地区指定医疗机构	7.32 矫形、矫形手术
4. 保险费的支付	7.10 港澳地区住院医疗费用	

7.33 靶向药品	7.38 情形复杂	完全丧失
7.34 免疫治疗药品	7.39 病情稳定	7.43 六项基本日常生活活动
7.35 未到期净保费	7.40 专科医生	7.44 永久不可逆
7.36 有效身份证件	7.41 肢体机能完全丧失	
7.37 重大疾病特殊门诊医疗费用	7.42 语言能力或咀嚼吞咽能力	

中国太平洋财产保险股份有限公司 （广东地区）“畅享粤港澳大湾区”个人医疗保险（H2021）条款

“中国太平洋财产保险股份有限公司（广东地区）‘畅享粤港澳大湾区’个人医疗保险（H2021）”简称“大湾区个人医疗（H2021）”。在本保险条款中，“您”指投保人，“我们”指中国太平洋财产保险股份有限公司，“本合同”指您与我们之间订立的“中国太平洋财产保险股份有限公司（广东地区）‘畅享粤港澳大湾区’个人医疗保险（H2021）”合同。

1. 您与我们订立的合同

- | | | |
|-----|---------|--|
| 1.1 | 合同构成 | 本合同是您与我们约定保险权利义务关系的协议，包括本保险条款、保险单及其他保险凭证、投保单及其他投保文件、合法有效的声明、批注、批单及其他您与我们共同认可的书面协议。 |
| 1.2 | 合同成立与生效 | 您提出保险申请、我们同意承保，本合同成立。
合同生效日期在保险单上载明。 |
| 1.3 | 投保年龄 | 指您投保时被保险人的年龄，本合同接受的新保年龄范围为出生满 30 天至 65 周岁。当保险期限届满，若您在本合同保险期间届满前提出投保申请，视为重新投保申请，最高可重新投保年龄为 100 周岁，新的保险合同自本合同保险期间届满之时起生效，等待期不重新计算。
若您在本合同保险期间届满前未提出投保申请，以后若再向我们申请投保的，则按首次投保处理，新的保险合同自我们同意承保并收到保险费后开始生效，等待期重新计算。 |
| 1.4 | 被保险人 | 具有中华人民共和国（含香港、澳门特别行政区和台湾地区）国籍，身体健康的能正常生活或正常工作的自然人，可作为本合同的被保险人。 |
| 1.5 | 投保人 | 具有完全民事行为能力的被保险人本人、对被保险人有保险利益的其他自然人，可作为本合同的投保人。 |

2. 我们提供的保障

- | | | |
|-----|--------|--|
| 2.1 | 基本保险金额 | 本合同的基本保险金额由您与我们在投保时约定并在保险单上载明。其中大陆地区医疗保险金为 600 万元人民币；港澳地区医疗保险金为 200 万元人民币。 |
| 2.2 | 保险期间 | 本合同的保险期间为 1 年，保险期间在保险单上载明。 |
| 2.3 | 等待期 | 您为被保险人首次投保本保险或者重新投保本保险时，自本合同生效之日起 30 日为等待期；续保不计算等待期。 |
| 2.4 | 不保证续保 | 本合同为不保证续保合同。
本产品保险期间为一年。保险期间届满，您需要重新向我们申请投保本产品，并经我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。
在我们收到保险费并同意承保后，本合同将自保险期间届满之时起续保 1 年。 |

若您在本合同保险期间届满后 30 日内未支付续保保费，以后则按重新投保处理，等待期重新计算。

若我们停止本保险产品的销售，将会及时通知您，我们自停止销售时起不再接受续保申请。

2.5 保险责任 在本合同保险期间内，且本合同有效的前提下，我们按以下约定承担保险责任：

2.5.1 大陆地区医疗保险金 大陆地区医疗保险金分为一般医疗保险金（详见本保险条款“2.5.1.1 一般医疗保险金”）和重大疾病医疗保险金（详见本保险条款“2.5.1.2 重大疾病医疗保险金”。其中一般医疗保险金为 300 万元人民币、重大疾病医疗保险金为 300 万人民币。

2.5.1.1 一般医疗保险金 被保险人因遭受**意外伤害**或在等待期后因意外伤害以外的原因发生疾病，在**中国大陆地区指定医疗机构**接受治疗的，对于被保险人发生的下列**合理且必要**的医疗费用我们依照下列约定以及本保险条款“2.6.1 大陆地区医疗保险金计算方法”给付一般医疗保险金。我们一次或多次累计给付的一般医疗保险金以本合同一般医疗保险金额为限：

1. 大陆地区住院医疗费用

被保险人经诊断必须**住院治疗**的，在中国大陆地区指定医疗机构住院期间，在该医疗机构发生的合理且必要的住院医疗费用。

对等待期后（因意外伤害导致的住院医疗费用无等待期限制）至保险期间届满发生的且延续至保险期间届满后 30 日内的住院治疗，对于合理且必要的住院医疗费用，我们仍然按照约定的方法计算并给付住院医疗保险金。

2. 指定门诊医疗费用

被保险人在中国大陆地区指定医疗机构进行如下治疗，在该医疗机构发生的合理且必要的医疗费用：

(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。

3. 住院前后门（急）诊费用

被保险人在住院前后各 30 日内（含住院日和出院日），因与该次住院相同原因而在中国大陆地区指定医疗机构接受门（急）诊治疗，在该医疗机构发生的合理且必要的门（急）诊医疗费用，但不包括门诊肾透析费、门诊恶性肿瘤治疗费、器官移植后的门诊抗排异治疗费和门诊手术费。

2.5.1.2 重大疾病医疗保险金 被保险人因遭受意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因被确诊初次发生本保险条款“7.7 重大疾病”（无论一种或多种，下同）在中国大陆地区指定医疗机构接受治疗的，对于被保险人在该医疗机构发生的下列合理且必要的医疗费用，我们首先按照前款约定给付一般医疗保险

金，当我们一次或多次累计给付的一般医疗保险金达到本合同一般医疗保险金额后，我们依照下列约定以及本保险条款“2.6.1 大陆地区医疗保险金计算方法”给付重大疾病医疗保险金。我们一次或多次累计给付的重大疾病医疗保险金以本合同重大疾病医疗保险金额为限：

1. 重大疾病住院医疗费用

指被保险人经诊断必须住院治疗的，在中国大陆地区指定医疗机构住院期间，在该医疗机构发生的合理且必要的重大疾病住院医疗费用。对等待期后（因意外伤害导致的重大疾病住院医疗费用无等待期限限制）至保险期间届满发生的且延续至保险期间届满后 30 日内的住院治疗，对于合理且必要的住院医疗费用，我们仍然按照约定的方法计算并给付住院医疗保险金。

2. 重大疾病特殊门诊医疗费用

被保险人在中国大陆地区指定医疗机构进行如下治疗，在该医疗机构发生的下列合理且必要的医疗费用：

(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。

3. 重大疾病住院前后门（急）诊费用

被保险人在住院前后各 30 日内（含住院日和出院日），因与该次住院相同原因而在中国大陆地区指定医疗机构接受门（急）诊治疗，在该医疗机构发生的合理且必要的门（急）诊医疗费用，但不包括门诊肾透析费、门诊恶性肿瘤治疗费、器官移植后的门诊抗排异治疗费。

4. 质子重离子治疗费用

指被保险人在等待期后被确诊初次患本保险条款“7.7.1 恶性肿瘤”，并在特定医疗机构的专门治疗室内接受质子重离子治疗而发生的合理且必要的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（不包括床位费等其他费用）。本合同所指的特定医疗机构由您与我们约定并在保险单上载明。

2.5.2 港澳地区医疗保险金

被保险人因遭受意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因发生疾病在中国香港地区指定医疗机构或中国澳门地区指定医疗机构进行治疗，对等待期后至保险期间届满发生的且延续至保险期间届满后 30 日内合理且必要的港澳地区住院医疗费用，我们以保险单约定的基本保险金额按照约定的方法计算给付港澳地区医疗保险金，我们对每宗疾病的下列费用设置了给付标准及单项限额，详见附表 1 中约定：

(1) 病房及膳食费；

(2) 杂项开支费；

(3) 主诊医生巡房费；

(4) 重症监护病房费；

(5) 外科手术费；

(6) 麻醉费用；

(7) 香港地区一般处方药品费；

(8) 香港地区处方靶向药品费。

被保险人在中国香港地区指定医疗机构或中国澳门地区指定医疗机构治疗的，应在住院治疗前向我们发起医疗费用保险金申请并取得我们的认可，取得我们的认可后，被保险人可通过我们协助预约或自行前往中国香港地区指定医疗机构接受治疗；如发生紧急情况，不及时治疗将导致身故或严重终身伤害的，被保险人应当在中国香港地区指定医疗机构或中国澳门地区指定医疗机构开始接受治疗后 48 小时之内通知我们，我们有权对该次治疗是否属于紧急情况予以核定。**被保险人在接受治疗前未获得我们的认可，或紧急情况下未能在规定时间内通知我们，或经我们核定不属于紧急情况的，被保险人应自负 40% 的保险责任范围内的医疗费用。**

2.6 保险金计算方法

在本合同有效期内，被保险人因遭受意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因发生疾病，我们按照下文约定计算相应的保险金：

2.6.1 大陆地区医疗保险金计算方法

对于在保险责任范围内的医疗费用，按照如下公式计算每次就诊应当给付的保险金：

每次就诊应当给付的保险金=(被保险人发生的属于保险责任范围内的医疗费用-被保险人从公费医疗、基本医疗保险、其他政府举办的医疗保障项目（仅适用于境内医疗保险金）取得的医疗费用补偿金额总和-被保险人从工作单位、本公司在内的商业保险机构等任何途径取得的医疗费用补偿金额总和-大陆地区年免赔额余额)*赔付比例

说明：

(1)每次就诊指一次住院，或一次门诊(包括指定门诊、特殊门诊或住院前后门（急）诊）。

一次住院指被保险人因疾病或意外伤害住院治疗，自入院日起至出院日止之期间；但如果因同一原因再次住院，且前次出院与下次住院间隔未超过 30 日，视为同一次住院。

一次门诊指被保险人在一日在同一所指定医疗机构（或特定医疗机构）同一个科室的就诊。

(2)大陆地区免赔额：本合同所指免赔额均指年免赔额。在保险期间内，被保险人通过公费医疗、基本医疗保险、其他政府举办的医疗保障项目获得的医疗费用补偿，不可用于抵扣免赔额，但从工作单位、本公司在内的商业保险机构等任何其他途径取得的大陆地区医疗费用补偿可用于抵扣大陆地区免赔额。

本合同的大陆地区一般医疗保险金免赔额为人民币 1 万元，大陆地区重大疾病医疗保险金免赔额为人民币 0 元。

(3)赔付比例：如投保时被保险人以有公费医疗或基本医疗保险身份投保，本次就诊时被保险人使用公费医疗、基本医疗保险或其他政府举办的医疗保障项目，则大陆地区医疗保险金的赔付比例为 100%；如投保时被保险人以有公费医疗或基本医疗保险身份投保，但本次就诊时被保险人未使用公费医疗也未使用基本医疗保险也未使用其他政府举办的

医疗保障项目，则大陆地区医疗保险金的赔付比例为 60%；如投保时被保险人以无公费医疗和基本医疗保险身份投保，则大陆地区医疗保险金的赔付比例为 100%。

2.6.2 港澳地区医疗保险金计算方法

对于在保险责任范围内的医疗费用，按照如下公式计算每次就诊应当给付的保险金：

每次就诊应当给付的保险金=(被保险人发生的属于保险责任范围内的医疗费用-被保险人从工作单位、本公司在内的商业保险机构等任何途径取得的医疗费用补偿金额总和-港澳地区年免赔额余额)*赔付比例
说明：

(1) 每次就诊指一次住院

一次住院指被保险人因疾病或意外伤害住院治疗，自入院日起至出院日止之期间；但如果因同一原因再次住院，且前次出院与下次住院间隔未超过 30 日，视为同一次住院。

(2) 港澳地区免赔额：本合同所指免赔额均指年免赔额。在保险期间内，被保险人从工作单位、本公司在内的商业保险机构等任何其他途径取得的港澳地区医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。

本合同的港澳地区医疗保险金免赔额为港币 5 万元。

(3) 赔付比例：无论被保险人是否以有公费医疗或基本医疗保险身份投保，港澳医疗保险金的给付比例均为 100%。

2.7 费用补偿原则

本合同属于费用补偿型医疗保险合同，若被保险人从公费医疗、基本医疗保险、其它政府举办的医疗保障项目或被保险人工作单位、本公司在内的商业保险机构等任何途径获得补偿的，我们在各项责任限额内给付保险金时以扣除上述所得医疗费用补偿或赔偿后的剩余医疗费用金额为限。

2.8 责任免除

对下列费用或因下列情形之一导致被保险人接受治疗的，我们不承担保险责任：

(1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

(2) 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；

(3) 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；

(4) 被保险人醉酒，斗殴，主动吸食或注射毒品；

(5) 被保险人酒后驾驶，无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无有效行驶证的机动车；

(6) 被保险人参加潜水、跳伞、攀岩、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、摔跤、武术比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险活动；

(7) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱、恐怖主义；

(8) 核爆炸、核辐射或核污染；

(9) 被保险人在首次投保或重新投保的生效日前或等待期内所患或出现的疾病(或其并发症)、生理缺陷、残疾；

(10) 被保险人怀孕、流产、堕胎、分娩(含剖宫产)、避孕、节育绝育手术、治疗不孕不育症、产前产后检查，或由前述情形导致的并发症，

但宫外孕、意外伤害所致的流产或分娩除外；

(11) 被保险人在指定医疗机构的特需病房、国际部病房、外宾病房、VIP 病房、干部病房等或指定医疗机构范围外的其他医疗机构住院的医疗费用，但本保险条款“6.5 急危重病及转院”另有约定的除外；

(12) 一般健康检查、疗养、特别护理、康复性治疗、物理治疗、心理咨询、心理治疗或以捐献身体器官为目的的医疗行为；被保险人因预防、康复、保健性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具；包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

(13) 性病、精神疾患、遗传性疾病、先天性疾病、先天性畸形或缺陷、职业病、地方病；

(14) 整容、整容手术、美容、美容手术、矫形、矫形手术、外科整形手术、变性手术、预防性手术(如预防性阑尾切除)，但因意外伤害所致的矫形、矫形手术、外科整形手术除外；

(15) 牙科保健或治疗，任何原因导致的牙齿修复或牙齿整形，视力矫正手术，修复、安装或购买残疾用具(如轮椅、假肢、助听器、假眼等)，但意外伤害所致的牙齿修复或牙齿整形除外；

(16) 购买人工器官；

(17) 被保险人接受实验性治疗（即未经科学或医学认可的医疗），或接受未被治疗所在地权威部门批准的治疗；

(18) 被保险人在等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病产生的费用；

(19) 本合同约定的合理且必要的医疗费用外的其他费用；

(20) 被保险人支出的医疗费用中依法已由第三者赔偿的部分；

(21) 被保险人在本合同约定的指定医疗机构的医生开具的处方，但未在开具处方的医生所执业的医疗机构购买**靶向药品、免疫治疗药品**所发生的医疗费用（以药品费票据载明信息为准）。

3. 保险金的申请

3.1 受益人 除另有指定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

3.2 保险事故通知 您、被保险人或受益人知道保险事故后应当在 10 日内通知我们。
如果您、被保险人或受益人故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，我们对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但我们通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生或者虽未及时通知但不影响我们确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。
若您、被保险人或受益人未及时将保险事故通知我们，而该保险事故的发生足以影响我们决定是否同意续保的，我们对续保生效后发生的任何保险事故不承担保险责任，但向您无息退还续保的保险费。

3.3 币种结算 针对港澳地区医疗保险金责任，我们与您约定了年免赔额及各项费用限额，当您使用非人民币进行费用结算时，我们会以医疗费用结算凭证出

具当日的外汇牌价换算为人民币，并纳入年免赔额及各项费用限额的计算。

- | | | |
|---------|-------------|---|
| 3. 4 | 保险金申请 | 在申请保险金时，申请人须填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料： |
| 3. 4. 1 | 大陆地区医疗保险金申请 | <p>(1) 保险合同或电子保险单号；</p> <p>(2) 申请人的有效身份证件；</p> <p>(3) 包括住院志(即入院记录)、体温单、医嘱单、化验单(检验报告)、医学影像检查资料、特殊检查(治疗)同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理报告、护理记录、门（急）诊病历、出院记录在内的住院病历复印件；</p> <p>(4) 中国大陆地区指定医疗机构出具的住院、门（急）诊医疗费用的原始凭证、结算明细清单(指住院期间每日各项费用明细)和处方；</p> <p>(5) 出院小结或出院诊断证明；</p> <p>(6) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。</p> |
| 3. 4. 2 | 香港地区医疗保险金申请 | <p>被保险人在取得我们的认可后在中国香港地区指定医疗机构进行住院治疗，出院时仅需向医院支付本合同约定需自负的部分，本合同保险责任范围内的医疗费用由医院代申请人进行申请，申请人须填写保险金给付申请书并协助医院提供下列证明和资料：</p> <p>(1) 保险合同或电子保险单号；</p> <p>(2) 申请人的有效身份证件；</p> <p>(3) 中国香港地区指定医疗机构出具的医疗证明和医疗费用原始凭证，包括：</p> <p>① 账单明细和原始发票（如根据出险地惯例无发票，可用当地认可的原始凭证代替）；</p> <p>② 接受治疗的被保险人姓名；</p> <p>③ 主诊医生或医疗机构名称；</p> <p>④ 相关病历；</p> <p>⑤ 主诊医生开具的处方。</p> <p>(4) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害或损失程度等有关的其他证明和资料。</p> |
| 3. 4. 3 | 澳门地区医疗保险金申请 | <p>被保险人在申请保险金时，申请人须填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：</p> <p>(1) 保险合同或电子保险单号；</p> <p>(2) 申请人的有效身份证件；</p> <p>(3) 中国澳门地区指定医疗机构出具的医疗证明和医疗费用原始凭证，包括：</p> <p>① 账单明细和原始发票（如根据出险地惯例无发票，可用当地认可的原始凭证代替）；</p> <p>② 接受治疗的被保险人姓名；</p> <p>③ 主诊医生或医疗机构名称；</p> |

④ 相关病历；

⑤ 主诊医生开具的处方。

(4) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害或损失程度等有关的其他证明和资料。

以上各项保险金申请的证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知申请人补充提供有关证明和资料。

3.5 保险金给付

(1) 对于港澳地区医疗保险金的给付，由您、被保险人、受益人与我们对保险金的结算流程、理赔所需材料等进行约定，一旦被保险人发生保险事故，我们按照约定直接给付保险金给提供医疗服务的中国香港地区指定医疗机构或中国澳门地区指定医疗机构，我们不再向保险金受益人重复给付保险金。

(2) 对于大陆地区医疗保险金、重大疾病医疗保险金的给付，我们在收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后，将在 5 个工作日内作出核定；**情形复杂的**，在 30 日内作出核定。对属于保险责任的，我们在与受益人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行给付保险金义务。我们未及时履行前款规定义务的，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的损失。前述“损失”是指根据中国人民银行公布的同时期的人民币活期存款基准利率计算的利息损失。

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

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

3.6 诉讼时效

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

4. 保险费的支付

4.1 保险费的支付

本合同保险费根据约定的投保年龄等情况确定。您应于投保时一次性支付全部保险费。

续保时，我们按照续保保险费费率标准收取续保保险费；如您不接受，可不申请续保本合同。

5. 合同解除

5.1 您解除合同的手续及风险

如您申请解除本合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：

(1) 保险合同或电子保险单号；

(2) 您的有效身份证件。

自我们收到解除合同申请书时起，本合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还本合同保险单的**未满期净保费**。

如已发生过保险金给付，我们不退还本合同保险单的**未满期净保费**。您解除合同会遭受一定损失。

6. 其他需要关注的事项

- 6.1 明确说明与如实告知 订立本合同时，我们应向您说明本合同的内容。
对保险条款中免除我们责任的条款，我们在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起您注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向您作出明确说明，未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。
我们就您和被保险人的有关情况提出询问，您应当如实告知。
如果您故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本合同。
如果您故意不履行如实告知义务，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。
如果您因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。
我们在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。
- 6.2 我们合同解除权的限制 本保险条款“6.1 明确说明与如实告知”规定的合同解除权，自我们知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。
- 6.3 合同效力的终止 发生下列情况之一时，本合同效力即时终止：
(1) 您向我们申请解除本合同；
(2) 本合同保险金的单次或多次累计给付金额已达约定的最高限额；
(3) 被保险人身故；
(4) 本合同保险期间届满；
(5) 本合同因其他条款所列情况而终止效力。
- 6.4 年龄错误 您在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保单上填明，如果发生错误按照下列方式办理：
(1) 您申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本合同约定投保年龄限制的，我们有权解除合同，并向您退还本合同保险单的未满期净保费。我们行使合同解除权适用本保险条款“6.2 我们合同解除权的限制”的规定。
(2) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费少于应付保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付。
(3) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费多于应付保险费的，我们会将多收的保险费退还给您。
(4) 您申报的被保险人年龄不真实，致使本合同保险单的未满期净保费与实际不符的，我们有权根据被保险人的实际年龄调整。
- 6.5 急危重病及转院 急危重病指疾病病程短、病情相对严重（特别是严重急性病或外伤），需要短期紧急治疗的疾病。急、危重病人就诊不受我们指定医疗机构范围

的限制(不含中国大陆以外的医疗机构),但经急救病情稳定后,须转入我们指定医疗机构(或特定医疗机构)治疗,否则,我们对被保险人于病情稳定后在我们指定医疗机构(或特定医疗机构)范围外的其他医疗机构的诊疗将不承担保险责任。

- 6.6 联系方式变更 为了保障您的合法权益,您的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时,请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。若您未以书面形式或双方认可的其他形式通知我们,我们按本合同载明的最后住所、通讯地址或电话等联系方式发送的有关通知,均视为已送达给您。
- 6.7 合同内容变更 在本合同有效期内,经您与我们协商一致,可以变更本合同的有关内容。变更本合同的,应当由我们在保险单上批注或者附贴批单,或者由您与我们订立书面的变更协议。
您通过我们同意或认可的网站提交的合同变更申请,视为您的书面申请,并与书面申请文件具有同等法律效力。
- 6.8 争议处理 本合同受中华人民共和国法律管辖并按其进行解释。合同履行过程中,双方发生争议时,可以从下列两种方式中选择一种争议处理方式:
(1)因履行本合同发生的争议,由双方协商解决,协商不成的,提交我们共同选择的仲裁委员会仲裁;
(2)因履行本合同发生的争议,由双方协商解决,协商不成的,依法向人民法院起诉。

7. 释义

- 7.1 周岁 指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄,自出生之日起为零周岁,每经过一年增加一岁,不足一年的不计。
- 7.2 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直接且单独的原因致使身体受到的伤害。
- 7.3 中国大陆地区指定医疗机构 指中国大陆(不含香港、澳门和台湾地区)经中华人民共和国卫生行政主管部门正式评定的二级以上(含二级)公立医院普通部,该医院必须符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备,且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。不包括疗养院,护理院,康复中心,精神心理治疗中心以及无相应医护人员或设备的二级或二级以上的联合医院或联合病房。
- 7.4 合理且必要 指被保险人发生的各项医疗费用应符合下列所有条件:
(1)治疗疾病所必需的项目;
(2)不超过安全、足量治疗原则的项目;
(3)由医师开具的处方药或医嘱;
(4)非试验性的、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。
对是否合理且必要由我们根据客观、审慎、合理的原则进行核定,若被保险人对核定结果有不同意见,可委托双方认可的权威医学机构或者权

或医学专家进行审核鉴定。

7.5	大陆地区住院医疗费用	指被保险人经大陆地区指定医疗机构诊断必须接受住院治疗时（不包括急诊留观室治疗），被保险人需个人支付的、在大陆地区指定医疗机构发生的合理且必要的住院医疗费用，包括床位费、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。
7.5.1	床位费	指被保险人使用的大陆地区指定医疗机构床位的费用。
7.5.2	膳食费	指实际发生的、由大陆地区指定医疗机构提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用，但不包括购买的个人用品。
7.5.3	护理费	指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。
7.5.4	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。
7.5.5	治疗费	指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而合理发生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。
7.5.6	药品费	指在大陆地区指定医疗机构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，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。
7.5.7	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。
7.6	住院	指被保险人因意外伤害或患疾病而入住指定医疗机构正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，但不包括住入急诊观察室、家庭病床、联合病房、康复医院（病房）、疗养院、挂床住院及其他不合理的住院。 挂床住院是指被保险人住院过程中1日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或住院期间（出院当日除外）未在医院病房住宿，但遵医嘱

到外院接受临时诊疗的不在此限。

- 7.7 重大疾病 被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病,应当由**专科医生**明确诊断。
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。
- 7.7.1 恶性肿瘤——重度 指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散,浸润和破坏周围正常组织,可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位,病灶经组织病理学检查(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:
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 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌;
(3) TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌;
(4) 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤;
(5) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病;
(6) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病;
(7) 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别(核分裂像 <10/50HPF 和 ki-67 ≤ 2%)或更轻分级的神经内分泌肿瘤。
- 7.7.2 较重急性心肌梗死 急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准,符合(1)检测到肌酸激酶同工酶(CK-MB)或肌钙蛋白(cTn)升高和/或降低的动态变化,至少一次达到或超过心肌梗死的临床诊断标准;(2)同时存在下列之一的证据,包括:缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的病理性 Q 波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。
较重急性心肌梗死指依照上述标准被明确诊断为急性心肌梗死,并且必须同时满足下列至少一项条件:
(1) 心肌损伤标志物肌钙蛋白(cTn)升高,至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 15 倍(含)以上;
(2) 肌酸激酶同工酶(CK-MB)升高,至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 2 倍(含)以上;
(3) 出现左心室收缩功能下降,在确诊 6 周以后,检测左室射血分数

（LVEF）低于 50%（不含）；
 （4）影像学检查证实存在新发的乳头肌功能失调或断裂引起的中度（含）以上的二尖瓣反流；
 （5）影像学检查证实存在新出现的室壁瘤；
 （6）出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。
 其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在保障范围内。

7.7.3	严重脑中风后遗症	指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍： （1）一肢（含）以上肢体肌力 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。
7.7.4	重大器官移植术或造血干细胞移植术	重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏、肺脏或小肠的异体移植手术。 造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的移植手术。
7.7.5	冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）	指为治疗严重的冠心病，已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。 所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。
7.7.6	严重慢性肾衰竭	指双肾功能慢性不可逆性衰竭，依据肾脏病预后质量倡议（K/DOQI）制定的指南，分期达到慢性肾脏病 5 期，且经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗。规律性透析是指每周进行血液透析或每天进行腹膜透析。
7.7.7	多个肢体缺失	指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。
7.7.8	急性重症肝炎或亚急性重症肝炎	指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列全部条件： （1）重度黄疸或黄疸迅速加重； （2）肝性脑病； （3）B 超或其他影像学检查显示肝脏体积急速萎缩； （4）肝功能指标进行性恶化。
7.7.9	严重非恶性颅内肿瘤	指起源于脑、脑神经、脑被膜的非恶性肿瘤，ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）范畴，并已经引起颅内压升高或神经系统功能损害，出现视乳头水肿或视觉受损、听觉受损、面部或肢体瘫痪、癫痫等，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）

或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且须满足下列至少一项条件：

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

下列疾病不在保障范围内：

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

7.7.10 严重慢性肝衰竭

指因慢性肝脏疾病导致的肝衰竭，且须满足下列全部条件：

- （1）持续性黄疸；
- （2）腹水；
- （3）肝性脑病；
- （4）充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。

因酗酒或药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。

7.7.11 严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症

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

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

7.7.12 深度昏迷

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

因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。

7.7.13 双耳失聪

指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆性丧失，在 500 赫兹、1000 赫兹和 2000 赫兹语音频率下，平均听阈大于 90 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。

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

7.7.14 双目失明

指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失，双眼中较好眼须满足下列至少一项条件：

- （1）眼球缺失或摘除；
- （2）矫正视力低于 0.02（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）；

(3) 视野半径小于 5 度。

申请理赔时，被保险人年龄必须在 3 周岁以上，并且须提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。

7.7.15	瘫痪	指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体随意运动功能永久完全丧失。肢体随意运动功能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后或意外伤害发生 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或肢体肌力在 2 级（含）以下。
7.7.16	心脏瓣膜手术	指为治疗心脏瓣膜疾病，已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。 所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。
7.7.17	严重阿尔茨海默病	指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为严重的认知功能障碍、精神行为异常和社交能力减退等，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，并经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件： (1) 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）评估结果为 3 分； (2) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。 阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不在保障范围内。
7.7.18	严重脑损伤	指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍： (1) 一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下； (2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍； (3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
7.7.19	严重原发性帕金森病	是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为运动迟缓、静止性震颤或肌强直等，经相关专科医生确诊，且须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。 继发性帕金森综合征、帕金森叠加综合征不在保障范围内。
7.7.20	严重Ⅲ度烧伤	指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤的面积达到全身体表面积的 20% 或 20% 以上。体表面积根据《中国新九分法》计算
7.7.21	严重特发性肺动脉高压	指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级 IV 级，且静息状态下肺动脉平均压在 36mmHg（含）以上。

7.7.22	严重运动神经元病	是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病,包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症,经相关专科医生确诊,且须满足下列至少一项条件: (1) 严重咀嚼吞咽功能障碍; (2) 呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难,且已经持续使用呼吸机7天(含)以上; (3) 自主生活能力完全丧失,无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
7.7.23	语言能力丧失	指因疾病或意外伤害导致语言能力完全丧失,经过积极治疗至少12个月(声带完全切除不受此时间限制),仍无法通过现有医疗手段恢复。精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。 申请理赔时,被保险人年龄必须在3周岁以上,并且须提供理赔当时的语言能力丧失诊断及检查证据。
7.7.24	重型再生障碍性贫血	指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少,且须满足下列全部条件: (1) 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断:骨髓细胞增生程度<正常的25%;如$\geq$正常的25%但<50%,则残存的造血细胞应<30%; (2) 外周血象须具备以下三项条件中的两项: ① 中性粒细胞绝对值$<0.5 \times 10^9/L$; ② 网织红细胞计数$<20 \times 10^9/L$; ③ 血小板绝对值$<20 \times 10^9/L$。
7.7.25	主动脉手术	指为治疗主动脉疾病或主动脉创伤,已经实施了开胸(含胸腔镜下)或开腹(含腹腔镜下)进行的切除、置换、修补病损主动脉血管、主动脉创伤后修复的手术。主动脉指升主动脉、主动脉弓和降主动脉(含胸主动脉和腹主动脉),不包括升主动脉、主动脉弓和降主动脉的分支血管。所有未实施开胸或开腹的动脉内介入治疗不在保障范围内。
7.7.26	严重慢性呼吸衰竭	指因慢性呼吸系统疾病导致永久不可逆性的呼吸衰竭,经过积极治疗180天后满足以下所有条件: (1) 静息时出现呼吸困难; (2) 肺功能第一秒用力呼气容积(FEV_1)占预计值的百分比<30%; (3) 在静息状态、呼吸空气条件下,动脉血氧分压(PaO_2)$<50mmHg$。
7.7.27	严重克罗恩病	指一种慢性肉芽肿性肠炎,具有特征性的克罗恩病(Crohn病)病理组织学变化,须根据组织病理学特点诊断,且已经造成瘻管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。
7.7.28	严重溃疡性结肠炎	指伴有致命性电解质紊乱的急性暴发性溃疡性结肠炎,病变已经累及全结肠,表现为严重的血便和系统性症状体征,须根据组织病理学特点诊断,且已经实施了结肠切除或回肠造瘘术。
7.7.29	严重肾髓质囊性病	严重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) 贫血、多尿及肾功能衰竭等临床表现；

(3) 诊断须由肾组织活检确定。

7.7.30	严重原发性心肌病	指因原发性心肌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美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级 IV 级，心超证实左室射血分数 < 30%，且持续至少 90 天。
7.7.31	持续植物人状态	指由脑外伤、缺氧持续状态、严重的脑炎或者某种神经毒素造成大脑皮层广泛性损害，而脑干功能相对保留所致的一种丧失生理、意识和交流功能后的临床状态，并且该状态已持续 30 天以上。患者无法从事主动或者有目的的活动，但保留了躯体生存的基本功能，如新陈代谢、生长发育等。 本疾病须经神经科专科医生明确诊断并证明有永久性神经系统损害，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。 因酗酒或药物滥用所致的植物人状态不在保障范围内。
7.7.32	严重全身性重症肌无力	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。
7.7.33	坏死性筋膜炎	指一种由细菌侵入皮下组织和筋膜引起的急性坏死性软组织感染，可伴有毒血症、败血症、中毒性休克、弥漫性血管内凝血及多器官衰竭。须满足下列全部条件： (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）。
7.7.34	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) 在本合同生效日或最后复效日（以较迟者为准）后因输血而感染 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，或者法院终审裁判为医疗责任； (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，本保障将不再予以赔付。任何因其他传播方式（包括但不限于性传播或静脉注射毒品）导致的 HIV 感染不在保障范围内。
7.7.35	严重肌营养不良症	由专科医师确认的诊断 Duchenne, Becker, 或 Limb Girdle 肌营养不良症（所有其他类型的肌营养不良症均不在保障范围内），已进行了

至少 90 天的治疗，并提供肌肉活检和血 CPK 检测证实。

该疾病须导致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，或者导致被保险人永久性的卧床，没有外部帮助无法起床。

- | | | |
|--------|---------------------|--|
| 7.7.36 | 严重多发性硬化 | <p>指因中枢神经系统脱髓鞘疾病，导致不可逆的运动或感觉功能障碍，临床表现为视力受损、截瘫、平衡失调、构音障碍、大小便机能失调等症状。不可逆指运动或感觉功能障碍初次诊断后需持续 180 天以上。须由断层扫描（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，且须满足下列全部条件：</p> <p>(1) 明确出现因视神经、脑干或脊髓损伤等导致的上述临床症状；</p> <p>(2) 散在的、多样性的神经损伤；</p> <p>(3) 上述临床症状反复发作、恶化及神经损伤的病史纪录。</p> |
| 7.7.37 | 严重哮喘 | <p>指一种反复发作的严重支气管阻塞性疾病，须经相关专科医生确诊，且须满足下列全部条件：</p> <p>(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；</p> <p>(2) 因慢性过度换气导致胸廓畸形；</p> <p>(3) 体力活动耐受能力显著且持续下降（轻微体力活动即出现呼吸困难，持续至少 6 个月）；</p> <p>(4) 在家中需要医生处方的氧气治疗法；</p> <p>(5) 持续日常服用口服类固醇激素治疗持续至少 6 个月。</p> |
| 7.7.38 | 严重心肌炎 | <p>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（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级 IV 级，心超证实左室射血分数 <30%，且持续至少 90 天。</p> |
| 7.7.39 | 原发性硬化性胆管炎 | <p>指一种胆汁淤积综合征，其特征是肝内、肝外胆道因纤维化性炎症逐渐狭窄，并最终导致完全阻塞而发展为肝硬化。本疾病须经内镜逆行胰胆管造影等影像学检查证实，并须满足下列全部条件：</p> <p>(1) 总胆红素和直接胆红素同时升高，血清 ALP > 200U/L；</p> <p>(2) 持续性黄疸病史；</p> <p>(3) 出现胆汁性肝硬化或门脉高压。</p> <p>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。</p> |
| 7.7.40 | 急性坏死性胰腺炎开腹手术 | <p>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。</p> <p>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。</p> |
| 7.7.41 | III 度房室传导阻滞 | <p>指心房激动在房室交界区、房室束及其分支内发生阻滞，不能正常地传到心室的传导性疾病，须满足下列所有条件：</p> <p>(1) 心电图显示房室搏动彼此独立，心室率 < 50 次/分钟；</p> <p>(2) 出现阿-斯综合征或心力衰竭的表现；</p> <p>(3) 必须持续性依赖心脏起搏器维持心脏正常功能，且已经放置心脏起</p> |

搏器。

- 7.7.42

肝豆状核变性（或称 Wilson 病）

指由于铜代谢障碍所引起的一种疾病，其特点为肝硬化与双侧脑基底神经节变性同时存在，且须经专科医生明确诊断，并须满足下列全部条件：
(1) 临床表现同时包括进行性加剧的肢体震颤、肌强直、吞咽及发音困难和精神异常；
(2) 角膜色素环（K-F 环）；
(3) 血清铜和血清铜蓝蛋白同时降低，或尿铜增加；
(4) 食管静脉曲张；
(5) 腹水。

- 7.7.43

因职业关系导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）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）。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表内的职业；
(2) 必须提供被保险人在所报事故发生后的 5 天以内进行的检查报告，该报告必须显示被保险人血液 HIV 病毒阴性和/或 HIV 抗体阴性；
(3) 必须在事故发生后的 6 个月内证实被保险人体内存在 HIV 病毒或者 HIV 抗体，即血液 HIV 病毒阳性和/或 HIV 抗体阳性。

职业限制如下所示：

医生和牙科医生	护士
实验室工作人员	医院护工
医生助理和牙医助理	救护车工作人员
助产士	消防队员
警察	狱警

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，本保障将不再予以赔付。

- 7.7.44

特发性慢性肾上腺皮质功能减退

指自身免疫性肾上腺炎（既往称：特发性肾上腺皮质萎缩）导致肾上腺萎缩和慢性肾上腺皮质功能减退。须满足下列全部条件：
(1) 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）水平测定大于 100pg/ml；
② 血浆和尿游离皮质醇及尿 17 羟皮质类固醇、17 酮皮质类固醇测定、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保障范围内。

- 7.7.45

侵蚀性葡萄胎（或称恶性葡萄胎）

指异常增生的绒毛组织浸润性生长侵入子宫肌层或转移至其他器官或组织的葡萄胎，并已经进行化疗或手术治疗的。

- 7.7.46 **严重脊髓灰质炎** 指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股或一股以上肢体随意运动功能永久完全丧失的情况予以理赔。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。
- 7.7.47 **严重 I 型糖尿病** I 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 I 型糖尿病必须诊断明确，而且有血胰岛素测定结果异常，及血 C 肽或尿 C 肽测定结果异常，且已经持续性地接受外源性胰岛素注射治疗连续 180 天以上，并须满足下列至少一项条件：
(1) 已出现增殖性视网膜病变；
(2) 已经植入心脏起搏器治疗心脏病；
(3) 因坏疽已切除至少一个脚趾。
- 7.7.48 **严重系统性红斑狼疮一（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，符合世界卫生组织（WHO，World Health Organization）诊断标准定义 III 型或 III 型以上狼疮性肾炎）的系统性红斑狼疮。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。
WHO 狼疮性肾炎分型：
- | | |
|-------|----------|
| I 型 | 微小病变型 |
| II 型 | 系膜病变型 |
| III 型 | 局灶及节段增生型 |
| IV 型 | 弥漫增生型 |
| V 型 | 膜型 |
| VI 型 | 肾小球硬化型 |
- 7.7.49 **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。
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。
- 7.7.50 **严重类风湿性关节炎** 指广泛分布的慢性进行性多关节病变，表现为关节严重变形，侵犯至少

三个主要关节（腕关节、肘关节、肩关节、踝关节、膝关节、髋关节）或关节组（如手的多个指间、掌指关节，足的多个足趾、跖趾关节等）。类风湿性关节炎须明确诊断，并已达到类风湿性关节炎功能活动分级（注）IV 级的永久不可逆性关节功能障碍，且须满足下列全部条件：

- (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。

注：类风湿性关节炎功能活动分级：

- I 级：关节功能完整，一般活动无障碍。
- II 级：有关节不适或障碍，但尚能完成一半活动。
- III 级：功能活动明显受限，但大部分生活可自理。
- IV 级：生活不能自理或卧床。

7.7.51	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（供体必须是人体器官）。 单纯胰岛移植、部分胰腺组织或细胞的移植不在保障范围内。
7.7.52	埃博拉病毒感染	指埃博拉病毒感染导致的烈性传染病，埃博拉病毒病必须经国家认可的有合法资质的传染病专家明确诊断且接受了隔离和治疗，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。
7.7.53	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瘤夹闭手术。 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保障范围内。
7.7.54	丝虫病所致象皮肿	指因丝虫感染导致淋巴管阻塞而造成身体组织出现严重淋巴水肿，达到国际淋巴学会淋巴水肿分期第 III 期，其临床表现为肢体非凹陷性水肿伴畸形增大，硬皮症及疣状增生。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。本疾病须经专科医生根据临床表现和微丝蚴的化验结果明确诊断。 由性接触传染的疾病、创伤、手术后疤痕、充血性心力衰竭或先天性淋巴系统异常引起的淋巴水肿，以及急性淋巴管炎或其他原因引起的淋巴水肿不在保障范围内。
7.7.55	嗜铬细胞瘤	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，已实际实施了手术以切除肿瘤。嗜铬细胞瘤的诊断必须由内分泌专科医生确定。
7.7.56	系统性硬化病（硬皮病）	指一种系统性胶原血管病引起进行性的皮肤、血管和内脏器官的弥漫性纤维化。本疾病须经专科医生明确诊断，并须满足下列全部条件：

- (1) 由活检和血清学证据支持；
- (2) 疾病已经影响到肺脏、心脏或肾脏等内脏器官并且达到下列标准之一：
 - ① 肺脏：已造成肺脏纤维化，并同时出现肺动脉高压和肺心病；
 - ② 心脏：心脏功能衰竭程度达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级 IV 级；
 - ③ 肾脏：已造成肾脏损害，并出现肾功能衰竭。

局限性硬皮病、嗜酸细胞筋膜炎和 CREST 综合征不在保障范围内。

7.7.57	严重克雅氏病（人疯牛病）	一种由动物传染而来的中枢神经系统变性性疾病，大脑呈海绵状改变伴神经元缺失和胶质化。临床表现为进行性痴呆、不随意运动及抽搐、行动困难等。疯牛病必须由权威医疗机构根据致病蛋白的发现而明确诊断。
7.7.58	慢性复发性胰腺炎	指有腹痛等典型症状的胰腺炎反复发作，导致胰腺进行性破坏，并导致胰腺功能紊乱而导致严重糖尿病以及营养不良、恶液质。CT 检查证实胰腺存在广泛钙化，且必须接受酶替代以及胰岛素替代治疗 6 个月以上。诊断必须由消化科专科医生确诊。 酒精导致的慢性复发性胰腺炎不在保障范围内。
7.7.59	斯蒂尔病	斯蒂尔病须满足下列全部条件： (1) 因该病引致广泛性关节破坏，已经实施了髌及膝关节置换； (2) 由风湿病专科医生确定诊断。
7.7.60	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，必须立刻进行手术及清创术。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。
7.7.61	严重慢性缩窄性心包炎	指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，妨碍心脏的舒张。必须经心脏专科医生明确诊断为慢性缩窄性心包炎，并且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，且持续至少 180 天，并实际实施了心包剥脱术或心包膜切除术。
7.7.62	主动脉夹层动脉瘤	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。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。诊断必须由专科医生通过检验结果证实，检查包括超声心动图、数字减影血管造影，磁共振扫描及磁共振血管造影或心导管检查的证明，并实际实施了紧急修补手术。
7.7.63	严重大动脉炎	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，管腔堵塞 75% 以上； (3) 已经针对狭窄的动脉进行了手术治疗。

7.7.64	严重川崎病	一种血管炎综合征，临床表现为急性发热，皮肤粘膜病损和淋巴结肿大。本疾病须经专科医生明确诊断，同时须由血管造影或者超声心动图检查证实，满足下列至少一项条件： (1) 伴有冠状动脉瘤，且冠状动脉瘤于最初急性发病后持续至少 180 天； (2) 伴有冠状动脉瘤，且实际接受了对冠状动脉瘤进行的手术治疗。
7.7.65	艾森门格综合征	指因心脏病导致的严重肺动脉高血压及右向左分流。诊断必须由专科医生经超声心动图和心导管检查证实及须符合以下所有标准： (1) 平均肺动脉压高于 40mmHg； (2) 肺血管阻力高于 3mmHg/L/min（Wood 单位）； (3) 正常肺毛细血管楔压低于 15mmHg。
7.7.66	严重冠心病	指经冠状动脉造影检查明确诊断为主要血管严重狭窄性病变，须满足下列至少一项条件： (1) 左冠状动脉主干和右冠状动脉中，一支血管管腔堵塞 75%以上，另一支血管管腔堵塞 60%以上； (2) 左前降支、左旋支和右冠状动脉中，至少一支血管管腔堵塞 75%以上，其他两支血管管腔堵塞 60%以上。左前降支的分支血管、左旋支的分支血管及右冠状动脉的分支血管的狭窄不作为本保障的衡量指标。
7.7.67	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。心功能衰竭程度至少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，并须满足下列全部条件： (1) 静息状态下肺动脉平均压超过 36mmHg，心超证实右心室肥大； (2) 心功能不全的症状要求持续至少 90 天。
7.7.68	Brugada 综合征	指由心脏科专科医生根据临床症状和典型心电图表现，明确诊断为 Brugada 综合征。 经专科医生判断认为医疗必须安装且实际已安装永久性心脏除颤器。
7.7.69	严重感染性心内膜炎	指因细菌、真菌和其他微生物（如病毒、立克次体、衣原体、螺旋体等）直接感染而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： ① 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； ② 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； ③ 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； ④ 持续血液培养证实有微生物阳性反应，且与心内膜炎符合。 (2) 心内膜炎引起中度心瓣膜关闭不全（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。

7.7.70	骨髓纤维化	指一种因纤维组织取代正常骨髓从而导致贫血、白血球及血小板含量过低及脾脏肿大的疾病。病况必须恶化至永久性且严重程度导致被保险人需最少每月进行输血。此病症须由专科医生明确诊断，并须提供骨髓穿刺检查诊断报告。
7.7.71	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。经儿科专科医生确诊为患有手足口病，且血清相关病毒 IgM 抗体阳性或特异性核酸检查肠道病毒阳性，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，并出现中枢神经系统受损症状：喷射性呕吐、肢体抖动、肌无力、颈项强直或意识障碍，且导致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。
7.7.72	严重胃肠炎	指以严重的腹泻、便血和肠段坏死为特征的胃肠道严重感染，被保险人已实施了大肠或小肠的一处或多处手术切除，且经病理检查证实存在严重感染和坏死。
7.7.73	亚历山大病	是一种遗传性中枢神经系统退行性病变，临床表现为惊厥发作、智力下降、球麻痹、共济失调、痉挛性瘫痪。须满足疾病确诊 180 天后仍存在自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上的条件。 我们承担本项疾病责任不受本保险条款“2.8 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。
7.7.74	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，同时须满足下列全部条件： (1) 经组织病理学诊断； (2) CT 显示双肺弥漫性囊性改变； (3) 血气提示低氧血症。
7.7.75	胆道重建术	指因疾病或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。
7.7.76	肺泡蛋白质沉积症	指肺泡和细支气管腔内充满不可溶性富磷脂蛋白的疾病，胸部 X 线呈双肺弥漫性肺部磨玻璃影，病理学检查肺泡内充满有过碘酸雪夫（PAS）染色阳性的蛋白样物质，并且接受了肺灌洗治疗。
7.7.77	严重自身免疫性肝炎	指一种原因不明的慢性肝脏的坏死炎性疾病，机体免疫机制被破坏，产生针对肝脏自身抗原的抗体导致自身免疫反应，从而破坏肝细胞造成肝脏炎症坏死，进而发展为肝硬化。须满足以下全部条件： (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。

7.7.78	严重癫痫	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断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）、正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查做出。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）不在保障范围内。
7.7.79	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。须满足下列全部条件： (1) 脊髓小脑变性症必须由专科医生明确诊断，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。
7.7.80	开颅手术	被保险人因疾病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。 理赔时必须提供由专科医生出具的诊断书及手术证明。 因外伤而实施的脑外科手术不在保障范围之内。
7.7.81	进行性核上性麻痹	指一种隐袭起病、逐渐加重的神经系统变性疾病。本疾病必须由神经科专科医生明确诊断，并满足以下全部临床特征： (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（构音障碍和吞咽困难）。
7.7.82	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。须满足下列全部条件： (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。
7.7.83	急性弥漫性血管内凝血	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。诊断应同时符合如下条件： (1) 突发性起病，一般持续数小时或数天； (2) 严重的出血倾向； (3) 伴有休克； (4) 由专科医生明确诊断；

(5) 实际实施了血浆或浓缩血小板进行治疗。

7.7.84	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 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。
7.7.85	多处臂丛神经根性撕脱	指由于疾病或意外伤害导致至少两根臂丛神经根性撕脱，造成永久不可逆性的手臂感觉功能与运动功能完全丧失。须由专科医生明确诊断，并且有电生理检查结果证实。
7.7.86	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% 或者 80% 以上。
7.7.87	严重瑞氏综合征（Reye 综合征，也称赖氏征，雷氏综合征）	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。此症必须由专科医生明确诊断，并满足下列所有条件： (1) 有脑水肿和颅内压升高的脑脊液检查和影像学检查证据； (2) 血氨超过正常值的 3 倍； (3) 临床出现昏迷，病程至少达到疾病分期第 3 期。
7.7.88	成骨不全症第三型	成骨不全症第三型须同时符合下列所有条件： (1) 就成骨不全症第三型之诊断进行的皮肤切片的病理检查结果为阳性； (2) X 光片结果显示多处骨折及逐步脊柱后侧凸畸形； (3) 有证明是因此疾病引致发育迟缓及听力损伤； (4) 由儿科专科医生明确诊断。
7.7.89	室壁瘤切除手术	指被明确诊断为左室室壁瘤，并且实际接受了开胸开心进行的室壁瘤切除手术治疗。 经导管心室内成型手术治疗不在保障范围内。
7.7.90	败血症导致的多器官功能障碍综合征	指败血症导致的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 $< 50 \times 10^9/L$； (3) 肝功能不全，胆红素 $> 6mg/dl$ 或 $> 102 \mu mol/L$； (4) 已经应用强心剂； (5) 昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级（GCS, Glasgow Coma Scale）结果为 9 分或 9 分以下；

(6) 肾功能衰竭，血清肌酐 $> 300 \mu\text{mol/L}$ 或 $> 3.5\text{mg/dl}$ 或尿量 $< 500\text{ml/d}$;

(7) 败血症有血液检查证实。

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。

7.7.91	严重原发性轻链型淀粉样变性（AL 型）	是一种多系统受累的单克隆浆细胞病。须满足下列全部条件： (1) 须经本公司认可医院的肾脏或血液科专科医生确诊； (2) 组织活检可见无定形粉染物质沉积，且刚果红染色阳性（偏振光下呈苹果绿色双折光）； (3) 沉积物经免疫组化、免疫荧光、免疫电镜或质谱蛋白质组学证实为免疫球蛋白轻链沉积； (4) 具有受累器官的典型临床表现和体征，至少出现下列二项异常： ① 肾脏：出现大量蛋白尿或表现为肾病综合征，24 小时尿蛋白定量 $> 0.5\text{g}$，以白蛋白为主； ② 心脏：心脏超声平均心室壁厚度 $> 12\text{mm}$，排除其他心脏疾病，或在无肾功能不全及心房颤动时 N 末端前体脑钠肽（NT-proBNP）$> 332\text{ng/L}$； ③ 肝脏：肝上下径（肝叩诊时锁骨中线上量得的肝上界到肝下界的距离）$> 15\text{cm}$，或碱性磷酸酶超过正常上限的 1.5 倍； ④ 外周神经：临床出现对称性的双下肢感觉运动神经病变； ⑤ 肺：影像学提示肺间质病变。 非 AL 型的淀粉样变性不在保障范围内。
7.7.92	脑型疟疾	恶性疟原虫严重感染导致的严重中枢神经系统感染，并伴有高烧、谵妄、昏迷、癫痫发作、神经系统后遗症等。须经专科医生明确诊断并住院治疗，且血液涂片或骨髓涂片上存在恶性疟原虫。
7.7.93	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。须经专科医生根据脑组织活检明确诊断。
7.7.94	神经白塞病	白塞病是一种慢性全身性血管炎症性疾病，主要表现为复发性口腔溃疡、生殖器溃疡、眼炎及皮肤损害，并可累及大血管、神经系统、消化道、肺、肾等。累及神经系统损害的白塞病称为神经白塞病。神经白塞病必须明确诊断，并且已经造成永久不可逆的神经系统功能损害。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的条件。
7.7.95	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中度及以上低常（智力低于常态）。根据智商（IQ），智力低常分为轻度（IQ50-70）、中度（IQ35-50）、重度（IQ20-35）和极重度（IQ < 20 ）。智力低常程度须达到中度及以上，即 IQ ≤ 50 。智商的检测必须由专职心理测验工作者进行，心理测验工作者必须持有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）。

理赔时必须满足下列全部条件：

- (1) 专科医生确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低常；
- (2) 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程度达到中度、重度或极重度，即 $IQ \leq 50$ ；
- (3) 被保险人的智力低常自确认日起持续 180 天以上。

7.7.96	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。
7.7.97	狂犬病	指狂犬病毒所致的急性传染病，人多因被病兽咬伤而感染。临床表现为特有的恐水、怕风、咽肌痉挛、进行性瘫痪等。须经专科医生明确诊断。
7.7.98	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。
7.7.99	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。
7.7.100	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。须经专科医生明确诊断，且须满足下列至少两项条件： (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。
7.7.101	原发性噬血细胞综合征	噬血细胞综合征又称噬血细胞性淋巴组织细胞增生症 (hemophagocytic lympho histiocytosis, HLH)，是一组由多种病因诱发细胞因子“瀑布式”释放，组织病理学以组织细胞增生伴随其吞噬各种造血细胞为特征的综合征。本疾病须符合下列条件中的至少三项，并且经专科医生认可有必要进行异体骨髓移植手术： (1) 分子生物学诊断出现特异性的基因突变； (2) 铁蛋白 $> 500 \mu\text{g/L}$； (3) 外周血细胞减少，至少累及两系，$\text{Hb} < 90\text{g/L}$，新生儿 $\text{Hb} < 100\text{g/L}$，$\text{PLTS} < 100 \times 10^9/\text{L}$，中性粒细胞 $< 1.0 \times 10^9/\text{L}$； (4) 骨髓、脑脊液、脾脏及淋巴结等之特征性噬血细胞增加，无恶性肿瘤的证据； (5) 可溶性 CD25 $\geq 2400\text{U/ml}$。 任何其他病因导致的继发性噬血细胞综合征不在保障范围内。

我们承担本项疾病责任不受本保险条款“2.8 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。

7.7.102	特发性脊柱侧弯的矫正手术	指被保险人因特发性脊柱侧弯，实际实施了对该病的矫正外科手术。但由于先天性脊柱侧弯以及其他疾病或意外导致的继发性脊柱侧弯而进行的手术治疗不在保障范围内。
7.7.103	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，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，且上述症状持续 180 天以上仍无改善迹象。
7.7.104	严重甲型及乙型血友病	被保险人必须是患上严重甲型血友病（缺乏 VIII 凝血因子）或严重乙型血友病（缺乏 IX 凝血因子），而凝血因子 VIII 或凝血因子 IX 的活性水平少于百分之一。诊断必须由血液病专科医生确认。 我们承担本项疾病责任不受本保险条款“2.8 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。
7.7.105	严重心脏衰竭心脏再同步治疗（CRT）	指因缺血性心脏病或扩张性心肌病导致慢性严重心脏衰竭，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）心功能状态分级 III 级及以上； (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，仍有呼吸困难、肝脏肿大、发绀、下垂性水肿、肺水肿和胸腹水的临床表现。
7.7.106	席汉氏综合征	指因产后大出血并发休克、全身循环衰竭和弥漫性血管内凝血，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，需终身激素替代治疗以维持身体功能。须满足下列全部条件： (1) 产后大出血休克病史； (2) 影像学检查证实脑垂体严重萎缩或消失； (3) 持续服用各种替代激素超过一年； (4) 实验室检查证实须满足下列全部条件： ① 垂体前叶激素全面低下（包括生长激素、促甲状腺素、促肾上腺皮质激素、促卵泡激素、促黄体生成素和催乳激素）； ② 性激素、甲状腺素、肾上腺皮质激素全面低下。
7.7.107	大面积植皮手术	指为修复皮肤与其下的组织缺损所进行的皮肤移植手术，要求皮肤移植的面积达到全身体表面积的 30% 或 30% 以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。
7.7.108	严重脊髓血管病后遗症	指脊髓血管阻塞或破裂出血引起的脊髓功能障碍，导致永久不可逆的神经系统功能损害。须经专科医生确诊 180 天后，仍存在自主生活能力完

全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上的条件。

- | | | |
|---------|-----------------------------------|--|
| 7.7.109 | 严重特发性肺纤维化 | 指一种原因不明的、进行性的、局限于肺部的以纤维化伴蜂窝状改变为特征的疾病，表现为呼吸困难、咳嗽咳痰、消瘦、乏力，终末期可出现呼吸衰竭和右心衰竭体征。本疾病须经专科医生明确诊断，并经外科肺活检病理证实或高分辨率 CT（HRCT）证实为典型的普通型间质性肺炎（UIP），并且静息状态下肺动脉平均压超过 36mmHg。 |
| 7.7.110 | 严重的脊髓空洞症或严重的延髓空洞症 | <p>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。临床表现为感觉异常、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，临床表现为延髓麻痹。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至少一条件：</p> <p>(1) 延髓麻痹呈现显著舌肌萎缩、构音困难和吞咽困难；</p> <p>(2) 双手萎缩呈“爪形手”，肌力 2 级或以下。</p> <p>先天性脊髓空洞症不在保障范围内。</p> |
| 7.7.111 | 肺孢子菌肺炎 | <p>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：</p> <p>(1) 第一秒末用力呼气量（FEV₁）小于 1 升；</p> <p>(2) 气道内阻力增加，至少达到 0.5kPa/L/s；</p> <p>(3) 残气容积占肺总量（TLC）的 60%以上；</p> <p>(4) 胸内气体容积升高，超过基值的 170%；</p> <p>(5) 动脉血氧分压（PaO₂）<60mmHg，动脉血二氧化碳分压（PaCO₂）>50mmHg。</p> |
| 7.7.112 | 急性肺损伤（ALI）或急性呼吸窘迫综合征（ARDS） | <p>一种表现为无心脏衰竭的肺水肿，为创伤、脓毒血症等临床多种疾病的并发症，造成多器官衰竭，死亡率高。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。</p> <p>(1) 急性发作（原发疾病起病后 6 至 72 小时）；</p> <p>(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）；</p> <p>(3) 双肺浸润影；</p> <p>(4) PaO₂/FiO₂（动脉血压分压/吸入气氧分压）低于 200mmHg；</p> <p>(5) 肺动脉嵌入压低于 18mmHg；</p> <p>(6) 临床无左心房高压表现。</p> |
| 7.7.113 | 心脏粘液瘤开胸切除术 | <p>指为治疗心脏粘液瘤及其伴发的心脏疾病，实际实施了经开胸开心入路的心脏粘液瘤切除术。</p> <p>经导管介入手术及其他非开胸的介入手术不在保障范围内。</p> |
| 7.7.114 | 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。须经临床医生明确诊断，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。 |

- 7.7.115 **溶血性尿毒综合征** 指由多种病因引起的血管内容血的微血管病，临床以溶血性贫血、血小板减少和急性肾衰竭为特点。须满足下列至少三项条件：
(1) 外周血化验提示：
①血小板计数 $\leq 20 \times 10^9/L$ ；
②网织红细胞增多；
③血红蛋白计数 $\leq 6g/dL$ ；
④白细胞计数 $\geq 20 \times 10^9/L$ ；
(2) 急性肾衰竭，实验室检查提示：血肌酐（Scr） $\geq 442 \mu mol/L$ 或 GFR 肾小球滤过率 $\leq 25ml/min$ ；
(3) 经肾组织病理活检确诊，表现为肾脏微血管病变、微血管栓塞；
(4) 实际实施了血浆置换治疗或透析治疗。
自身免疫性溶血性贫血不在保障范围内。
- 7.7.116 **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。该疾病须经专科医生明确诊断，且须满足疾病确诊 180 天后仍存在自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上的条件。
- 7.7.117 **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（ PaO_2 ） $< 50mmHg$ 和动脉血氧饱和度（ SaO_2 ） $< 80\%$ 。
- 7.7.118 **重度面部毁损** 因意外伤害导致面部瘢痕畸形，须满足下列三项或以上条件：
(1) 双侧眉毛完全缺失；
(2) 双睑外翻或者完全缺失；
(3) 双侧耳廓完全缺失；
(4) 外鼻完全缺失；
(5) 上、下唇外翻或者小口畸形；
(6) 颌颈粘连（中度以上）：即颈部后仰及旋转受到限制，饮食、吞咽有所影响，不流涎，下唇前庭沟并不消失，能闭合。
- 7.7.119 **严重肾上腺脑白质营养不良** 是一种脂质代谢障碍病，由于体内缺乏过氧化物酶而致长链脂肪酸在体内沉积，造成脑白质和肾上腺皮质破坏。主要表现为情感障碍、运动功能障碍、肾上腺皮质功能减退等。须满足下列全部条件：
(1) 血浆极长链脂肪酸升高；
(2) 颅脑磁共振具有特征性改变，LOES 分数（The X-ALD MRI Severity Scale）大于等于 14；
(3) 疾病确诊 180 天后仍存在自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

我们承担本项疾病责任不受本保险条款“2.8 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。

7.7.120	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。须由心脏专科医生确诊，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。 所有先天性心脏疾病直接或间接引起的肺动脉高压不在保障范围内。 以上“7.7.1 恶性肿瘤”至“7.7.28 主动脉手术”所列重大疾病定义根据中国保险行业协会 2007 年公布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范》作出，其他重大疾病由我们增加，其定义由我们根据通行的医学标准制定。 以上重大疾病，除原发性心肌病、严重骨髓增生异常综合征、严重瑞氏综合征须在卫生行政部门认定的三级以上(含三级)医院确诊外，其他疾病均须在卫生行政部门认定的二级以上(含二级)医院确诊。
7.8	中国香港地区指定医疗机构	本合同约定的中国香港地区指定医疗机构如下： 1、圣保禄医院 2、港怡医院 3、嘉诺撒医院 4、圣德勒撒医院（法国医院） 5、香港浸信会医院 6、播道医院 7、宝血医院（明爱） 8、仁安医院 被保险人在中国香港地区非指定医疗机构发生的医疗费用不在保障范围内。
7.9	中国澳门地区指定医疗机构	本合同约定的中国澳门地区指定医疗机构如下： 1、仁伯爵综合医院 2、九澳康复医院 3、离岛医疗综合体 被保险人在中国澳门地区非指定医疗机构的发生的医疗费用不在保障范围内。
7.10	港澳地区住院医疗费用	指被保险人经中国香港或澳门地区指定医疗机构诊断必须接受住院治疗时（不包括急诊留观室治疗），被保险人在香港或澳门地区指定医疗机构发生的合理且必要的住院医疗费用，包括病房及膳食费、杂项开支费、主诊医生巡房费、重症监护病房费、外科手术费、麻醉费用、一般处方药品费、处方靶向药品费等。
7.10.1	病房及膳食费	指医院收取的病房每日房租所包括的住院、膳食及一般护理费用。
7.10.2	杂项开支费	指化验费、手术仪器费、光学检查费、物理治疗费、药物费、包扎费用。

7.10.3	主诊医生巡房费	指被保险人在住院期间，主诊医生实际收取的巡房、治疗或诊断费用。
7.10.4	重症监护病房费	指主诊医生建议在重症监护病房产生的实际医疗费用，包括房租、膳食及一般护理费用。
7.10.5	外科手术费	指外科医生就被保险人的伤病进行外科手术所收取的费用。
7.10.6	麻醉费用	指麻醉科医生就被保险人的伤病进行麻醉所收取的费用。
7.10.7	香港地区一般处方药品费	指主诊医生建议的处方药产生的实际医疗费用。
7.10.8	香港地区处方靶向药品费	指主诊医生建议的、在香港注册的标靶治疗药物产生的实际医疗费用。
7.11	每宗疾病	当被保险人同时满足以下条件时，我们视被保险人是由同宗疾病导致住院： （1）在保险期间内，被保险人因第一诊断相同的疾病进行住院治疗两次或两次以上，且前一次住院出院时间距离后一次住院入院时间未超过90天； （2）第一诊断相同的疾病是指在世界卫生组织（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）中的疾病编码相同。
7.12	公费医疗	指国家通过医疗卫生部门向享受人员提供的制度规定范围内的免费医疗预防，是国家为保障享受人员身体健康而设立的一种社会保障制度。
7.13	基本医疗保险	指政府举办的基本医疗保障项目，包括城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险（或城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗）等。
7.14	其它政府举办的医疗保障项目	指包括城乡居民大病保险、城镇职工大病保险、城镇居民大病保险、城镇职工大额医疗保险、新农合大病保险、公务员医疗补助、城乡居民补充医疗保险、城镇居民补充医疗保险等政府主办的补充医疗项目，具体以所在地政府主管部门规定的名称为准。
7.15	醉酒	指因饮酒而表现出动作不协调、意识紊乱、舌重口吃或其他不能清醒地控制自己行为的状态。醉酒的认定，如有司法机关、公安部门的有关法律文件、医院的诊断书等，则以上述法律文件、诊断书等为准。
7.16	斗殴	指双方或多方通过拳脚、器械等武力以求制胜的行为。斗殴的认定，如有司法机关、公安部门的有关法律文件，则以上述法律文件为准。
7.17	毒品	指中华人民共和国刑法规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。

7.18	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。
7.19	无合法有效驾驶证驾驶	指下列情形之一： (1) 没有取得驾驶资格； (2) 驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆； (3) 持审验不合格的驾驶证驾驶； (4) 持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习驾车。
7.20	无有效行驶证	指下列情形之一： (1) 机动车被依法注销登记的； (2) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验； (3) 机动车未取得机动车行驶证。
7.21	机动车	指以动力装置驱动或者牵引，上道路行驶的供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆。
7.22	潜水	指使用辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。
7.23	攀岩	指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
7.24	探险	指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身于其中的行为，如：江河漂流、登山、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。
7.25	武术比赛	指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。
7.26	特技表演	指进行马术、杂技、驯兽等表演。
7.27	精神疾患	精神疾患是指在各种生物学、心理学以及社会环境因素影响下，大脑功能失调，导致认知、情感、意志和行为等精神活动出现不同程度障碍为临床表现的疾病，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(ICD-10)》为准。
7.28	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，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(ICD-10)》为准。
7.29	先天性疾病	指被保险人一出生时就具有的疾病(症状或体征)。这些疾病是指因人的遗传物质(包括染色体以及位于其中的基因)发生了对人体有害的改变而引起的，或因母亲怀孕期间受到内外环境中某些物理、化学和生物等因素的作用，使胎儿局部体细胞发育异常，导致婴儿出生时有关器官、系统在结构或功能上呈现异常。

7.30	职业病	指在生产环境或劳动过程中，一种或几种对健康有害的因素引起的疾病。对健康有害的因素称为职业性危害。职业病的范围以保险事故发生时国家正式颁布的种类为准。
7.31	地方病	某种疾病只在一定地区内或人群中不断发生。与特定地区的地质、地貌、水土、气候等因素密切相关，并在条件相似地区蔓延流行。各地地方病种的确定以保险事故发生时当地地方病防治机构的公布为准。
7.32	矫形、矫形手术	是指通过外科手术，组织移植或重建修复身体部位使人体恢复正常形态。
7.33	靶向药品	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。
7.34	免疫治疗药品	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。
7.35	未满期净保费	指保险单所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由我们退还的那部分金额。 本合同保险单的未满期净保费=本合同的保险费×65%×（1-n/m），其中 n 为本合同已生效天数，m 为本合同保险期间的天数。合同已生效的天数不足一天的不计。
7.36	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、按规定可使用的港澳通行证、回乡证、有效护照、军官证、警官证、士兵证、户口簿等证件。
7.37	重大疾病特殊门诊医疗费用	重大疾病特殊门诊医疗费用中，因恶性肿瘤-重度疾病治疗发生的特殊门诊医疗费用包括接受化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法所发生的医疗费用。 前述化学疗法指针对于恶性肿瘤的化学治疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行治疗。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。 前述放射疗法指针对于恶性肿瘤的放射治疗。放疗是使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以抑制和杀灭癌细胞为目的而进行治疗。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。 前述肿瘤免疫疗法指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和增强机体抗肿瘤免疫应答，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本合同所指的肿瘤免疫治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。 前述肿瘤内分泌疗法指针对于恶性肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制激素

生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞的生长。本合同所指的内分泌治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。

前述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局批准用于临床治疗。

7.38	情形复杂	指保险事故的性质、原因、伤害程度等在我们收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后5个工作日内无法确定，需要进一步核实。
7.39	病情稳定	指生命体征(心率、呼吸、血压)平稳，转院不致引起病情加重或有生命危险的情况。
7.40	专科医生	专科医生应当同时满足以下三项资格条件： (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》。
7.41	肢体机能完全丧失	指肢体的三大关节中的两大关节僵硬，或不能随意识活动。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。
7.42	语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失	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。 咀嚼吞咽能力完全丧失，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。
7.43	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。
7.44	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。

附表1：港澳地区医疗保险金分项保险金额

以下所有金额均以港币计算，货币单位为HK\$。

港澳地区医疗保险金	保额金额
1、病房及膳食费	1,000 每天（每宗疾病计, 最多 180 天）
2、杂项开支费	20,000（每宗疾病计）
3、主诊医生巡房费	1,000 每天（每宗疾病计）
4、重症监护病房费	5,000 每天（每宗疾病计, 最多 30 天）
5、外科手术费	100,000（每宗疾病计）
6、麻醉费用	50,000（每宗疾病计）
7、香港地区一般处方药品费	50,000（每宗疾病计）
8、香港地区处方靶向药品费	1,000,000（有效保单年内计）