

中国太平洋财产保险股份有限公司 太安心百万医疗保险（H2017）条款

注册号：C00001432512020041700471

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 2.4
- ❖ 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 2.4
- ❖ 本合同有免赔额的约定，请您注意 2.5
- ❖ 本合同有责任免除条款，请您注意 2.7
- ❖ 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	5. 合同解除	7. 12 醉酒
1.1 合同构成	5.1 您解除合同的手续及风险	7. 13 斗殴
1.2 合同成立与生效	6. 其他需要关注的事项	7. 14 毒品
1.3 投保年龄	6.1 明确说明与如实告知	7. 15 酒后驾驶
1.4 被保险人	6.2 我们合同解除权的限制	7. 16 无合法有效驾驶证驾驶
1.5 投保人	6.3 年龄错误	7. 17 无有效行驶证
2. 我们提供的保障	6.4 急危重病及转院	7. 18 机动车
2.1 基本保险金额	6.5 联系方式变更	7. 19 潜水
2.2 保险期间	6.6 合同内容变更	7. 20 攀岩
2.3 续保	6.7 争议处理	7. 21 探险
2.4 保险责任	7. 释义	7. 22 武术比赛
2.5 保险金计算方法	7.1 公费医疗	7. 23 特技表演
2.6 费用补偿原则	7.2 基本医疗保险	7. 24 精神疾患
2.7 责任免除	7.3 城乡居民大病保险	7. 25 遗传性疾病
3. 保险金的申请	7.4 周岁	7. 26 先天性疾病
3.1 受益人	7.5 指定医疗机构	7. 27 职业病
3.2 保险事故通知	7.6 住院	7. 28 特定传染病
3.3 保险金申请	7.7 合理且必要	7. 29 地方病
3.4 保险金给付	7.8 住院医疗费用	7. 30 矫形、矫形手术
3.5 诉讼时效	7.9 意外伤害	7. 31 未满期净保费
4. 保险费的支付	7.10 重大疾病	7. 32 有效身份证件
4.1 保险费的支付	7.11 重大疾病医疗费用	7. 33 情形复杂

7.34 病情稳定

7.35 专科医生

7.36 肢体机能完全丧失

7.37 语言能力或咀嚼吞咽能力

完全丧失

7.38 六项基本日常生活活动

7.39 永久不可逆

中国太平洋财产保险股份有限公司 太安心百万医疗保险（H2017）条款

“中国太平洋财产保险股份有限公司太安心百万医疗保险（H2017）”简称“太安心百万医疗（H2017）”。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太安心百万医疗保险（H2017）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、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，本合同接受的投保年龄范围为出生满 30 天至 60 周岁。续保时，最高续保年龄可延至 100 周岁。
- 1.4 被保险人 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为人民币 150 万元。
- 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 续保 本合同为非保证续保合同。您可在本合同 1 年保险期间届满时提出续保申请。
续保不计算等待期。
在我们收到保险费并同意承保后签发保单，新保单保险期间和上年度保单保险期间不间断。
若您在本合同保险期间届满后 15 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。
- 2.4 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：
- 一般医疗保险金 被保险人因遭受意外伤害或在等待期（30 日）后因患疾病，在指定医疗机构接受治疗的，我们依照下列约定给付一般医疗保险金：
1. 住院医疗费用
被保险人因疾病或意外伤害经医院诊断必须住院治疗的，对于住院期间发生的合理且必要的住院医疗费用，我们按本合同约定的保险金计算方法，在基本保险金额内给付住院医疗保险金。
在每一保单年度内，因疾病或意外住院的最高给付日数为 180 日，累计疾病或意外住院超过 180 日发生的医疗费用，不属于保险责任范围。

对等待期后本合同到期日前发生的且延续至本合同到期日后 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

被保险人因疾病或意外伤害在医院进行如下治疗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 7 日内，与该次住院相同原因而发生的门急诊医疗费用，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。

对于因上述各类治疗发生的合理且必要的医疗费用，我们按本合同约定的保险金计算方法，在基本保险金额内给付一般医疗保险金，且各项保险金的累计给付金额不超过年度基本保险金额。

重大疾病医疗 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（30 日）后因初次确诊罹患重大疾病（无论一种或多种，下同），在医院接受治疗的，我们首先按照前款约定给付一般医疗保险金，当我们累计给付金额达到一般医疗保险金的保险金额后，我们依照下列约定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 450 万元为限：

1. 重大疾病住院医疗费用

被保险人因罹患重大疾病经医院诊断必须住院治疗的，对于住院期间发生的合理且必要的重大疾病住院医疗费用，我们按本合同约定的保险金计算方法，在该项保险金的给付限额内给付重大疾病住院医疗保险金。

在每一个保单年度内，重大疾病住院的最高给付日数为 180 日，累计重大疾病住院超过 180 日发生的医疗费用，不属于保险责任范围。

对等待期后本合同到期日前发生的且延续至本合同到期日后 30 日内的住院治疗，对于合理且必要的重大疾病住院医疗费用，我们仍然按照约定的方法计算并给付重大疾病住院医疗保险金。

2. 重大疾病特殊门诊医疗费用

被保险人因罹患重大疾病或意外伤害在医院进行如下治疗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；

3. 重大疾病住院前后门急诊费用

被保险人在住院前后各 7 日内，因为重大疾病而发生的门急诊医疗费用，不包括门诊肾透析、门诊恶性肿瘤治疗、器官移植后的门诊抗排异治疗费和门诊手术费。

对于因上述各类治疗发生的合理且必要的医疗费用，我们按本主险合同约定的保险金计算方法，在重大疾病医疗保险金的给付限额内给付重大疾病医疗保险金，且各项保险金的累计给付金额不超过年度重大疾病医疗保险金给付限额。

2.5 保险金计算方法

在本合同有效期内，被保险人因疾病或意外伤害经确诊需要住院治疗、特殊门诊治疗或住院前后的门急诊治疗的，对于在其投保计划对应的指定医疗机构内进行上述治疗发生的、合理且必要的医疗费用，即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 = （被保险人发生的医疗费用的有效金额-年免赔额余额）*100%*赔付比例

说明：

(1) 每次就诊指一次住院，或一次门诊（包括特殊门诊或住院前后的门急诊）。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（零时起至二十四时止）在同一所医院同一个科室的就诊。

(2) 被保险人发生的医疗费用的有效金额 = 被保险人每次就诊发生的合理且必要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、城乡居民大病保险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其他途径取得的医疗费用补偿金额总和。多次就诊被保险人累计发生的医疗费用的有效金额等于单次就诊被保险人发生的医疗费用的有效金额相加。

(3) 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、基本医疗保险和城乡居民大病保险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医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。

本合同的免赔额为 1 万元。

(4) 当某次就诊保险责任范围内的医疗费用>年免赔额余额时，本次赔付金额>0；

当某次就诊保险责任范围内的医疗费用≤年免赔额余额时，本次赔付金额=0。

(5) 赔付比例：如投保时被保险人有公费医疗或基本医疗保险，但本次就诊时被保险人未使用公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险，则该赔付比例为 60%；在其他情况下，该赔付比例为 100%。

2.6 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、城乡居民大病保险，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。

2.7 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) 被保险人在本合同生效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) 被保险人在我们指定医疗机构的高端病房（包括特需病房、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“6.4 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；
 - (13) 椎间盘突出症、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、特定传染病、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，验眼配镜，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) 本合同约定的合理且必要的医疗费用外的其他费用；
 - (18) 被保险人支出的医疗费用中依法已由第三者赔偿的部分。
- 发生上述第(1)项情形导致被保险人身故的，本合同终止，我们不退还本合同保险单的未满期净保费。
- 发生上述其他情形导致被保险人身故的，本合同终止，我们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。

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	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：
	一般医疗保险 金申请	(1) 保险合同或电子保险单号； (2) 申请人的有效身份证件； (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、出院记录在内的住院病历复印件； (4) 住院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； (5) 出院小结或出院诊断证明； (6) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。
	重大疾病医疗 保险金申请	(1) 保险合同或电子保险单号； (2) 申请人的有效身份证件； (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、出院记录在内的住院病历复印件； (4) 卫生行政部门认定的二级以上（含二级）医院出具的附有病理显微镜检查报告、血液检查及其他科学方法检验报告的病史资料及疾病诊断报告书；但原发性心肌病、严重骨髓增生异常综合征、严重瑞氏综合症（Reye 综合征，也称赖氏征，雷氏综合征）的理赔须由三级以上（含三级）医院出具前述报告和资料；如有必要，我们有权对被保险人进行复检，复检费用由我们承担； (5) 重大疾病医疗费用的原始凭证、结算明细清单和处方； (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。
3.4	保险金给付	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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期的人民币活期存款基准利率计算的利息损失。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
3.5	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 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。
6.4	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范围外的其他医疗机构的诊疗将不承担保险责任。
6.5	联系方式变更	为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。若您未以书面形式或双方认可的其他形式通知我们，我们按本合同载明的最后住所、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。
6.6	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。
6.7	争议处理	本合同履行过程中，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，提交本合同约定的仲裁委员会仲裁； (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	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。
7.2	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、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等。
7.3	城乡居民大病保险	指为提高城乡居民医疗保障水平，在基本医疗保障的基础上，对城乡居民患大病发生的高额医疗费用给予进一步保障的一项制度性安排。
7.4	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。
7.5	指定医疗机构	指中国境内（不含香港、澳门和台湾地区）经中华人民共和国卫生行政管理部门正式评定的二级以上（含二级）公立医院，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。
7.6	住院	指被保险人因意外伤害或患疾病而入住医院之正式病房进行治疗，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1日内住院不满24小时，但遵医嘱到外院接受临时诊疗的不在此限。
7.7	合理且必要	<p>指被保险人发生的各项医疗费用应符合下列所有条件：</p> <ul style="list-style-type: none"> (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。 <p>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威医学专家进行审核鉴定。</p>
7.8	住院医疗费用	指住院治疗期间发生的符合以下约定的药品费、检查费、治疗费、床位费、手术费、材料费、护理费、会诊费和救护车费。
7.8.1	药品费	<p>指住院治疗期间根据医师开具的处方所发生的西药、中成药和中草药的费用。但不包括下列药品：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 主要起营养滋补作用的中草药类：花旗参、冬虫夏草、西红花、灵芝、白糖参、朝鲜红参、红参、野山参、移山参、蛤蚧、琥珀、珊瑚、玳瑁、玛瑙、珍珠(粉)、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) 可以入药的动物及动物脏器，如狗宝、牛黄、麝香、燕窝、马宝、羚羊角尖粉、鹿茸、海马、胎盘、血竭、鞭、尾、筋、骨等，用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等； (3) 美容和减肥药品，包括奥利司他、芬氟拉明、阿米雷斯、祛痤疮胶囊、痘清胶囊、养颜胶囊、美容口服液、美容片、蜂胶胶囊、羊胎素、龟苓膏、鹿胎粉、珍珠粉、芦荟、大豆异黄酮、葡萄籽胶囊、减肥茶、减肥胶囊、苗条素、低聚糖肉碱、左旋肉碱银杏胶囊、亚油酸软胶囊等以美容、减肥为保健功能的健字药品。 <p>出院带药应不超出本次住院治疗疾病范围，出院带药不能超过5种(含中成药)，不得携带3种以上(含3种)同类药品。急性病不超过7天常用量，慢性病不超过1个月常用量，中草药不超过7日剂量。</p>
7.8.2	检查费	指住院治疗期间发生的检查检验费和特殊检查治疗费。检查检验费指以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的费用，包括医处费、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、分子生化费和血、尿、便常规检查费。特殊检查治疗费指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。
7.8.3	治疗费	指住院治疗期间以治疗疾病为目的，提供医学手段而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。包括血管（内、外）介入治疗、放射治疗、一般治疗（包括护理费、抢救费、氧气吸入、注射、清创缝合、换

		药、雾化吸入、鼻饲管置管、胃肠减压、洗胃、物理降温、坐浴、冷热湿敷、引流管冲洗、灌肠、导尿、肛管排气）、输血和血浆等。
7.8.4	床位费	指住院治疗期间发生的指定医疗机构普通病房住院床位费。
7.8.5	手术费	指住院治疗期间发生的有关手术项目的费用，包括手术费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、术中用药费、手术设备费。
7.8.6	材料费	指住院治疗期间发生一次性使用的医用耗材的费用。 下列特殊医用材料费不在本合同保障范围内： 心脏起搏器、人工关节、人工晶体、血管支架等体内置换的人工器官、体内置放材料，以及义肢、人造假体、义眼等康复性器具。
7.8.7	护理费	指住院治疗期间发生的根据医嘱所示的护理等级确定的费用。
7.8.8	会诊费	指住院治疗期间发生的院内会诊费用、院际会诊和远程会诊的费用。
7.8.9	救护车费	指为抢救生命由急救中心派出的救护车费用及医院转诊过程中的医院用车费。
7.9	意外伤害	指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件直接致使身体受到的伤害。
7.10	重大疾病	本合同所保障的重大疾病，是指被保险人在合同有效期间内经专科医生明确诊断初次患下列疾病或初次达到下列疾病状态或在医院初次接受下列手术：
7.10.1	恶性肿瘤	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的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。 下列疾病不在保障范围内： (1)原位癌； (2)相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病； (3)相当于Ann Arbor分期方案I期程度的何杰金氏病； (4)皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）； (5)TNM分期为T ₁ N ₀ M ₀ 期或更轻分期的前列腺癌； (6)感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。
7.10.2	急性心肌梗塞	指因冠状动脉阻塞导致的相应区域供血不足造成部分心肌坏死。须满足下列至少三项条件： (1)典型临床表现，例如急性胸痛等； (2)最近的心电图改变提示急性心肌梗塞； (3)心肌酶或肌钙蛋白有诊断意义的升高，或呈符合急性心肌梗塞的动态性变化； (4)发病90天后，经检查证实左心室功能降低，如左心室射血分数低于50%。
7.10.3	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，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。
7.10.4	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、心脏或肺脏的异体移植手术。 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）的异体移植手术。
7.10.5	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，实际实施了开胸进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。 冠状动脉支架植入术、心导管球囊扩张术、激光射频技术及其他非开胸的介入手术、腔镜手术不在保障范围内。
7.10.6	终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）	指双肾功能慢性不可逆性衰竭，达到尿毒症期，经诊断后已经进行了至少90天的规律性透析治疗或实施了肾脏移植手术。
7.10.7	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。
7.10.8	急性或亚急性重症肝炎	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。
7.10.9	良性脑肿瘤	指脑的良性肿瘤，已经引起颅内压增高，临床表现为视神经乳头水肿、精神症状、癫痫及运动感觉障碍等，并危及生命。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，并须满足下列至少一项条件： (1) 实际实施了开颅进行的脑肿瘤完全切除或部分切除的手术； (2) 实际实施了对脑肿瘤进行的放射治疗。 脑垂体瘤、脑囊肿、脑血管性疾病不在保障范围内。
7.10.10	慢性肝功能衰竭失代偿期	指因慢性肝脏疾病导致肝功能衰竭。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功能衰竭不在保障范围内。
7.10.11	脑炎后遗症或脑膜炎后遗症	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，指疾病确诊180天后，仍遗留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。
7.10.12 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（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。
7.10.13 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。
7.10.14 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。
7.10.15 瘫痪	指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体机能永久完全丧失。肢体机能永久完全丧失，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，或不能随意识活动。
7.10.16 心脏瓣膜手术	指为治疗心脏瓣膜疾病，实际实施了开胸进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。
7.10.17 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，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退，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，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。 神经官能症和精神疾病不在保障范围内。
7.10.18 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。
7.10.19 严重帕金森病	是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为震颤麻痹、共济失调等。须满足下列全部条件： (1)药物治疗无法控制病情；

	(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。
	继发性帕金森综合征不在保障范围内。
7.10.20 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。
7.10.21 严重原发性肺动脉高压	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超过30mmHg。
7.10.22 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。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。
7.10.23 语言能力丧失	指因疾病或意外伤害导致完全丧失语言能力，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。
7.10.24 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。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； (2)外周血象须具备以下三项条件： ①中性粒细胞绝对值≤0.5×10 ⁹ /L； ②网织红细胞<1%； ③血小板绝对值≤20×10 ⁹ /L。
7.10.25 主动脉手术	指为治疗主动脉疾病，实际实施了开胸或开腹进行的切除、置换、修补病损主动脉血管的手术。主动脉指胸主动脉和腹主动脉，不包括胸主动脉和腹主动脉的分支血管。 动脉内血管成形术不在保障范围内。
7.10.26 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)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。
7.10.27 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纽约心脏病学会心功能分级状态分级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。
7.10.28 持续植物人状态	是指由脑外伤、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。
7.10.29 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。
7.10.30	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的功能永久不可逆性丧失。
7.10.31	终末期肺病	指患有终末期肺病而出现慢性呼吸功能衰竭。须满足下列全部条件： (1)肺功能测试其 FEV1 持续低于 1 升； (2)病人血氧不足必须持续地进行输氧治疗； (3)动脉血气分析氧分压等于或低于 55mmHg； (4)休息时出现呼吸困难。
7.10.32	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。
7.10.33	肌营养不良症	由专科医师确认的诊断为 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。
7.10.34	严重多发性硬化	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由核磁共振（MRI）等影像学检验证实，而且已经造成永久的神经系统功能损害，导致被保险人持续 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。
7.10.35	严重克隆病	克隆病是一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克隆病病理组织学变化。诊断必须由病理检查结果证实。被保险人所患的克隆病必须已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。
7.10.36	严重哮喘	被保险人必须在过去两年内曾发生哮喘持续状态，并满足以下标准中的两项或两项以上标准：

		(1) 运动耐受力永久并持续地减少并且轻微的运动能引起气促； (2) 长期胸腔过渡膨胀而导致胸腔畸形； (3) 在家及在静息状态下需要吸氧； (4) 持续的每天服用类固醇药物(至少持续6个月以上)。
7.10.37	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，达到纽约心脏病学会心功能分级状态分级IV级，且持续至少90天。
7.10.38	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，病变累及全结肠，表现为严重的血便和系统性症状体征，治疗通常采取全结肠切除和回肠造瘘术。溃疡性结肠炎必须根据组织病理学特点诊断，并且被保险人已经接受了结肠切除和回肠造瘘术。
7.10.39	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。
7.10.40	急性坏死性胰腺炎	指胰酶在胰腺内激活后引起胰腺组织自身消化的急性化学性炎症。本病须经专科医生明确诊断，并已经实际实施了坏死组织清除、病灶切除或胰腺部分切除的手术治疗。 因酒精作用所致的急性胰腺炎不在保障范围内。
7.10.41	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，且已经放置心脏起搏器。
7.10.42	肝豆状核变性 (或称 Wilson 病)	指一种常染色体隐性遗传的铜代谢缺陷病，以不同程度的肝细胞损害、脑退行性病变和角膜边缘有铜盐沉着环为其临床特征，并须满足下列全部条件： (1) 典型症状； (2) 角膜色素环(K-F环)； (3) 血清铜和血清铜蓝蛋白降低，尿铜增加； (4) 经皮做肝脏活检来定量分析肝脏铜的含量。
7.10.43	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

7.10.44 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 醛皮质类固醇测定、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。

7.10.45 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。

7.10.46 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，或不能随意识活动。

7.10.47 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及血 C 肽或尿 C 肽测定结果支持诊断，并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。

7.10.48 系统性红斑狼疮—(并发) III 型或以上狼疮性肾炎

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

世界卫生组织 (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
7.10.49 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。	
7.10.50 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。	
7.10.51 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。	
7.10.52 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。	
7.10.53 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。	
7.10.54 丝虫病所致象皮肿	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水肿分期第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。	
7.10.55 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。	
7.10.56 系统性硬化病（硬皮病）	是指一种以皮肤、血管和内脏器官出现异常纤维化为特征的系统性结缔组织病，表现为进行性的皮肤和内脏器官的胶原化和纤维化，以及伴有皮肤和器官损害的阻塞性血管病（血管栓塞）。须提供下列一项或一项以上内脏器官受累	

	的检查报告及诊疗记录： (1) 肺脏：肺部病变进而发展为肺动脉高压、肺心病； (2) 心脏：心室功能受损而导致的体力活动受限并至少达到纽约心脏协会对心脏损害分类的心功能 3 级； (3) 肾脏：肾脏受损导致出现肾功能不全。
7.10.57 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。
7.10.58 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。
7.10.59 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，以致需要进行髋及膝关节置换； (2) 由风湿病专科医生确定诊断。
7.10.60 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。
7.10.61 严重慢性缩窄型心包炎	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心功能状态分级Ⅳ 级，且持续至少 180 天。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。
7.10.62 主动脉夹层	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。主动脉指胸主动脉及腹主动脉而非其旁支。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，并有必要进行紧急修补手术。
7.10.63 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。
7.10.64 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。
7.10.65 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 3mm/L/min (Wood 单位); (3) 正常肺微血管楔压低于 15mmHg。
7.10.66	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。
7.10.67	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功能衰竭。心功能衰竭程度至少达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级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。
7.10.68	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。
7.10.69	严重感染性心内膜炎	指由感染性微生物引致的心脏内膜炎症，并须符合下列所有标准： (1) 血液培养结果呈阳性反应，证明感染性微生物的存在； (2) 出现最少中度的心脏瓣膜功能不全（即返流部分达 20%或以上）或中度的心脏瓣膜狭窄（即心脏瓣瓣口面积为正常值的 30%或以下），导致感染性心内膜炎； (3) 感染性心内膜炎的诊断及瓣膜受损的严重程度必须由心脏病专科医生确定。
7.10.70	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肿大的疾病。病况必须恶化至永久性及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。
7.10.71	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。重症手足口病必须符合下列全部条件： (1) 经专科医生诊断为手足口病； (2) 伴有所列危重并发症之一：脑膜炎、脑炎、脑脊髓炎、肺水肿或心肌炎； (3) 接受了住院治疗。
7.10.72	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。
7.10.73	严重骨髓增生异常综合征	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-，且须满足下列所有条件： (1) 经血液病专科医生明确诊断； (2) 骨髓穿刺或骨髓活检结果支持诊断； (3) 已持续接受一个月以上的化疗或已接受骨髓移植治疗。

7.10.74 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。
7.10.75 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。
7.10.76 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。
7.10.77 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/L 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。
7.10.78 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。
7.10.79 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。
7.10.80 开颅手术	被保险人因疾病或意外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。
7.10.81 进行性核上麻痹	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)。

7.10.82	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。
7.10.83	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。
7.10.84	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>1000IU/L)、ARDS (急性呼吸窘迫综合征)、急性心功能衰竭、急性肾功能衰竭、脑病。
7.10.85	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。
7.10.86	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。
7.10.87	严重瑞氏综合症 (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。
7.10.88	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。

以上“7.10.1 恶性肿瘤”至“7.10.25 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、严重瑞氏综合症 (Reye 综合征，也称赖氏征，雷氏综合征) 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。
7.11	恶性门诊恶性肿瘤治疗费	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>前述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。</p> <p>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。</p> <p>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总局批准用于临床治疗。</p> <p>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总局批准用于临床治疗。</p>
7.12	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。
7.13	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。
7.14	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。
7.15	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。
7.16	无合法有效驾驶证驾驶	<p>指下列情形之一：</p> <ul style="list-style-type: none"> (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。

7.17	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。
7.18	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。
7.19	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。
7.20	攀岩	指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
7.21	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。
7.22	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。
7.23	特技表演	指进行马术、杂技、驯兽等表演。
7.24	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。
7.25	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。
7.26	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。
7.27	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。
7.28	特定传染病	指《中华人民共和国传染病防治法》及有关法规所规定的甲类和乙类传染病发生暴发流行疫情的情况，如国家按规定对甲类和乙类传染病病种进行增加或减少的，则以保险事故发生时所适用的规定为准。
7.29	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。
7.30	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。
7.31	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%

		$\times (1 - n/m)$, 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。等式中保险费不含核保后加费部分。
7.32	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、户口簿等证件。
7.33	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。
7.34	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。
7.35	专科医生	<p>专科医生应当同时满足以下四项资格条件:</p> <ol style="list-style-type: none"> (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) 在二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。
7.36	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。
7.37	语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失	<p>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。</p> <p>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。</p>
7.38	六项基本日常生活活动	<p>六项基本日常生活活动是指:</p> <ol style="list-style-type: none"> (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。
7.39	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。