

中国太平洋人寿保险股份有限公司

安享百万医疗保险（费率可调）条款

太平洋人寿[2023]医疗保险 094 号



请扫描以查询验证条款

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

- ❖ 签收本合同之日起 15 日（即犹豫期）内您若要求退保，我们仅扣除工本费1. 4
- ❖ 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

- ❖ 本合同有给付比例的约定，请您注意2. 4
- ❖ 本合同有免赔额的约定，请您注意2. 5
- ❖ 本合同有年度给付限额的约定，请您注意2. 8
- ❖ 本合同有责任免除条款，请您注意2. 9
- ❖ 保险事故发生后，请及时通知我们3. 2
- ❖ 我们保留对本合同费率调整的权利，请您注意4. 3
- ❖ 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7. 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10



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. 2 宽限期	10. 1 保单年度
1. 1 合同构成	4. 3 保险费率调整	10. 2 合同生效日对应日
1. 2 合同成立与生效	5. 合同解除	10. 3 保险费约定支付日
1. 3 投保年龄	5. 1 您解除合同的手续及风险	10. 4 周岁
1. 4 犹豫期	6. 合同效力的中止及恢复	10. 5 有效身份证件
2. 我们提供的保障	6. 1 效力中止	10. 6 疾病观察期
2. 1 基本保险金额及每日津贴金额	6. 2 效力恢复	10. 7 意外伤害
2. 2 保险期间	7. 其他需要关注的事项	10. 8 指定医疗机构
2. 3 不保证续保	7. 1 明确说明与如实告知	10. 9 合理且必要
2. 4 保险责任	7. 2 我们合同解除权的限制	10. 10 住院
2. 5 免赔额	7. 3 年龄错误	10. 11 重症监护病房
2. 6 费用补偿原则	7. 4 未还款项	10. 12 药品费
2. 7 无理赔优惠	7. 5 急危重病及转院	10. 13 其他住院医疗费用
2. 8 年度给付限额	7. 6 联系方式变更	10. 14 门诊恶性肿瘤治疗费
2. 9 责任免除	7. 7 合同内容变更	10. 15 质子、重离子放射治疗
3. 保险金的申请	7. 8 争议处理	10. 16 质子重离子医疗费用
3. 1 受益人	8. 特定疾病的定义	10. 17 实际住院天数
3. 2 保险事故通知	8. 1 特定疾病的定义	10. 18 ECMO（体外膜肺氧合）
3. 3 保险金申请	8. 2 定义来源及确诊医院范围	10. 19 公费医疗
3. 4 保险金给付	9. 重大疾病和特定肿瘤的定义	10. 20 基本医疗保险
3. 5 诉讼时效	9. 1 重大疾病的定义	10. 21 城乡居民大病保险
4. 保险费的支付	9. 2 特定肿瘤的定义	10. 22 醉酒
4. 1 保险费的支付	9. 3 定义来源及确诊医院范围	10. 23 斗殴
	10. 释义	10. 24 毒品

10.25 酒后驾驶
10.26 无合法有效驾驶证驾驶
10.27 无有效行驶证
10.28 机动车
10.29 潜水
10.30 攀岩
10.31 探险
10.32 武术比赛
10.33 特技表演
10.34 精神疾患
10.35 遗传性疾病
10.36 先天性畸形、变形或染色
体异常

10.37 职业病
10.38 感染艾滋病病毒或患
艾滋病
10.39 矫形、矫形手术
10.40 种植牙
10.41 现金价值
10.42 情形复杂
10.43 赔付率
10.44 病情稳定
10.45 专科医生
10.46 肢体
10.47 肌力
10.48 组织病理学检查

10.49 TNM 分期
10.50 永久不可逆
10.51 美国纽约心脏病学会 (New
York Heart Association,
NYHA) 心功能状态分级
10.52 六项基本日常生活活动
10.53 ICD-10
10.54 ICD-O-3
10.55 语言能力完全丧失，或严
重咀嚼吞咽功能障碍

中国太平洋人寿保险股份有限公司

安享百万医疗保险（费率可调）条款

本合同为费率可调的长期医疗保险合同，在保险期间内费率可能调整。

“安享百万医疗保险（费率可调）”简称“安享百万”。在本保险条款中，“您”指投保人，“我们”指中国太平洋人寿保险股份有限公司，“本合同”指您与我们之间订立的“安享百万医疗保险（费率可调）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。
本合同自我们收到首期保险费并同意承保后开始生效，我们签发保险单作为保险凭证。合同生效日期在保险单上载明，**保单年度、合同生效日对应日、保险费约定支付日**均以该日期计算。
- 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85周岁，且须符合我们当时的投保规定。
若投保人在被保险**人66周岁至85周岁**期间投保本产品的，需要同时满足以下条件：
(1) 非首次投保本产品；
(2) 投保人需在上一个保险期间届满前重新向我们申请投保本产品。
保险期间届满时被保险人的年龄最高为100周岁。
- 1.4 犹豫期 自您签收本合同之日起，有15日的犹豫期。在此期间，请您认真审视本合同，如果您认为本合同与您的需求不相符，您可以在此期间提出解除本合同，我们将在扣除人民币10元的工本费后退还您所支付的保险费。
解除合**同时**，您需要填写申请书，并提供您的保险合同及**有效身份证件**。自我们收到您解除合同的书面申请时起，本合同即被解除，**对于合同解除前发生的保险事故**，我们不承担保险责任。

2. 我们提供的保障

- 2.1 基本保险金额及每日津贴金额 本合同的基本保险金额为人民币100万元。本合同的每日津贴金额为人民币1000元。本合同的基本保险金额及每日津贴金额在保险单上载明。
- 2.2 保险期间 本合同的保险期间为15年，保险期间在保险单上载明。
- 2.3 不保证续保 本合同为不保证续保合同。
本产品保险期间为15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。
若您在本合同保险期间届满前提出重新投保申请，并经我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。新的保险合同自本合同保险期间届满之时起延续15

年,疾病观察期不重新计算。

若您在本合同保险期间届满前未提出重新投保申请,以后若再向我们申请投保本产品的,新的保险合同自我们同意承保并收到保险费后开始生效,疾病观察期重新计算。

若我们停止本保险的销售,将会及时通知您,我们自停止销售时起不再接受重新投保申请。

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,我们承担以下保险责任:

2.4.1 一般医疗保险金

若被保险人遭受**意外伤害**或在疾病观察期后因意外伤害以外的原因发生疾病,在我们**指定医疗机构普通部**(不包括**特需医疗部、国际医疗部、外宾医疗部、VIP 部、干部病房**,下同)接受治疗的,对于被保险人发生的**合理且必要**的下列医疗费用,我们按本保险条款“2.4.6 保险金计算方法”计算并给付一般医疗保险金:

(1)住院医疗费用

指被保险人在我们指定医疗机构普通部普通病房(包括**重症监护病房**)住院期间,在该医疗机构所发生的合理且必要的住院医疗费用(指本合同约定的**药品费及其他住院医疗费用**)。

被保险人在保险期间内开始住院治疗,到保险期间届满住院仍未结束的,我们继续承担给付保险金责任至住院结束,但最长不超过保险期间届满之日起第 30 日。

(2)门诊手术医疗费用

指被保险人在我们指定医疗机构普通部接受门诊手术治疗,在该医疗机构所发生的合理且必要的门诊手术医疗费用。

(3)住院前后门(急)诊医疗费用

指被保险人在我们指定医疗机构普通部住院治疗前 7 日(含住院当日)和出院后 30 日(含出院当日)内,因与该次住院相同原因在我们指定医疗机构普通部接受门(急)诊治疗,在该医疗机构所发生的合理且必要的门(急)诊医疗费用。

本合同一般医疗保险金限额为年限额。

自本合同生效或最后一次复效(以较迟者为准)之日起第一个保单年度我们一次或多次累计给付的一般医疗保险金限额为本合同基本保险金额。后续保单年度我们一次或多次累计给付的一般医疗保险金限额根据本保险条款“2.7 无理赔优惠”计算。

2.4.2 特定疾病医疗保险金

若被保险人因遭受意外伤害或在疾病观察期后因意外伤害以外的原因被确诊初次发生本合同约定的特定疾病(无论一种或多种,下同),在我们指定医疗机构普通部接受治疗的,对于被保险人发生的合理且必要的下列医疗费用,我们按本保险条款“2.4.6 保险金计算方法”计算并给付特定疾病医疗保险金:

(1)住院医疗费用

指被保险人在我们指定医疗机构普通部普通病房(包括**重症监护病房**)住院期间,在该医疗机构所发生的合理且必要的住院医疗费用(指本合同约定的**药品费及其他住院医疗费用**)。

被保险人在保险期间内开始住院治疗,到保险期间届满住院仍未结束的,

我们继续承担给付保险金责任至住院结束，但最长不超过保险期间届满之日起第 30 日。

(2) 门诊手术医疗费用

指被保险人在我们指定医疗机构普通部接受门诊手术治疗，在该医疗机构所发生的合理且必要的门诊手术医疗费用。

(3) 住院前后门（急）诊医疗费用

指被保险人在我们指定医疗机构普通部住院治疗前 7 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因在我们指定医疗机构普通部接受门（急）诊治疗，在该医疗机构所发生的合理且必要的门（急）诊医疗费用。

本合同特定疾病医疗保险金限额为年限额。

自本合同生效或最后一次复效（以较迟者为准）之日起第一个保单年度我们一次或多次累计给付的特定疾病医疗保险金限额为本合同基本保险金额的 2 倍。后续保单年度我们一次或多次累计给付的特定疾病医疗保险金限额根据本保险条款“2.7 无理赔优惠”计算。

2.4.3 重大疾病或特定肿瘤医疗保险金

若被保险人因遭受意外伤害或在疾病观察期后因意外伤害以外的原因，被确诊初次发生本合同约定的重大疾病或特定肿瘤（无论一种或多种，下同），在我们指定医疗机构普通部接受治疗的，或在疾病观察期后被确诊初次发生本合同约定的恶性肿瘤——重度或特定肿瘤在上海市质子重离子医院接受治疗的，对于被保险人发生的合理且必要的下列医疗费用，我们按本保险条款“2.4.6 保险金计算方法”计算并给付重大疾病或特定肿瘤医疗保险金：

(1) 住院医疗费用

指被保险人在我们指定医疗机构普通部普通病房（包括重症监护病房）住院期间，在该医疗机构所发生的合理且必要的住院医疗费用（指本合同约定的药品费及其他住院医疗费用）。

被保险人在保险期间内开始住院治疗，到保险期间届满住院仍未结束的，我们继续承担给付保险金责任至住院结束，但最长不超过保险期间届满之日起第 30 日。

(2) 门诊手术医疗费用

指被保险人在我们指定医疗机构普通部接受门诊手术治疗，在该医疗机构所发生的合理且必要的门诊手术医疗费用。

(3) 特殊门诊医疗费用

指被保险人在我们指定医疗机构普通部接受特殊门诊治疗，在该医疗机构所发生的合理且必要的特殊门诊医疗费用，其中包括门诊肾透析费、门诊恶性肿瘤治疗费、器官移植后的门诊抗排异治疗费。

(4) 住院前后门（急）诊医疗费用

指被保险人在我们指定医疗机构普通部住院治疗前 7 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因在我们指定医疗机构普通部接受门（急）诊治疗，在该医疗机构所发生的合理且必要的门（急）诊医疗费用。

(5) 质子重离子医疗费用

指被保险人在疾病观察期后被确诊初次发生本合同约定的恶性肿瘤——

重度或特定肿瘤，并在上海市质子重离子医院接受质子、重离子放射治疗所发生的合理且必要的质子重离子医疗费用。

若被保险人未实际接受质子重离子放射治疗的，我们对被保险人在上海市质子重离子医院发生的所有费用不承担给付保险金的责任。

本合同重大疾病或特定肿瘤医疗保险金限额为年限额。

自本合同生效或最后一次复效（以较迟者为准）之日起第一个保单年度我们一次或多次累计给付的重大疾病或特定肿瘤医疗保险金限额为本合同基本保险金额的4倍。后续保单年度我们一次或多次累计给付的重大疾病或特定肿瘤医疗保险金限额根据本保险条款“2.7 无理赔优惠”计算。

每个保单年度内我们一次或多次累计给付的一般医疗保险金、特定疾病医疗保险金、重大疾病或特定肿瘤医疗保险金之和的限额根据本保险条款“2.8 年度给付限额”计算。

每个保单年度内，若我们一次或多次累计给付的一般医疗保险金、特定疾病医疗保险金、重大疾病或特定肿瘤医疗保险金之和已经达到该保单年度的年度给付限额，该保单年度内我们不再承担一般医疗保险金、特定疾病医疗保险金、重大疾病或特定肿瘤医疗保险金的给付责任。

在任何情况下，对于同一保险事故，一般医疗保险金、特定疾病医疗保险金、重大疾病或特定肿瘤医疗保险金任意两项或数项不可兼得，即若我们给付其中任何一项保险金，则其他两项保险金均不再给付。

2.4.4 重症监护病房
 津贴保险金

若被保险人因遭受意外伤害或在疾病观察期后因意外伤害以外的原因发生疾病，在我们指定医疗机构入住重症监护病房接受治疗的，我们按其入住重症监护病房的实际住院天数乘以每日津贴金额给付重症监护病房津贴保险金。

我们每个保单年度内一次或多次累计给付的重症监护病房津贴保险金的给付天数以30日为限。

2.4.5 ECMO(体外膜肺
 氧合)津贴保
 险金

若被保险人因遭受意外伤害或在疾病观察期后因意外伤害以外的原因发生疾病，在我们指定医疗机构接受ECMO（体外膜肺氧合）治疗的，我们按其使用ECMO（体外膜肺氧合）的实际住院天数乘以每日津贴金额给付ECMO（体外膜肺氧合）津贴保险金。

我们每个保单年度内一次或多次累计给付的ECMO（体外膜肺氧合）津贴保险金的给付天数以30日为限。

2.4.6 保险金计算方
 法

各项保险金责任范围内的医疗费用，按以下公式计算并给付保险金：

(1) 对于投保时已参加公费医疗或基本医疗保险的被保险人：

(a) 申请保险金时已从公费医疗、基本医疗保险或城乡居民大病保险获得医疗费用补偿的：

保险金=（被保险人在指定医疗机构发生的合理且必要的医疗费用金额总和-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途径取得的医疗费用补偿金额总和-约定的免赔额余额）×100%。

(b) 申请保险金时未从公费医疗、基本医疗保险和城乡居民大病保险获得医疗费用补偿的：

保险金=（被保险人在指定医疗机构发生的合理且必要的医疗费用金额总和-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-约定的免赔额余额）×60%。

对于被保险人在上海市质子重离子医院发生的质子重离子医疗费用，应当给付的保险金=（被保险人在上海市质子重离子医院发生的合理且必要的质子重离子医疗费用金额总和-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途径取得的医疗费用补偿金额总和-约定的免赔额余额）×100%。

(2) 对于投保时未参加公费医疗且未参加基本医疗保险的被保险人：

保险金=（被保险人在指定医疗机构及上海市质子重离子医院发生的合理且必要的医疗费用金额总和-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-约定的免赔额余额）×100%。

2.5 免赔额

本合同免赔额均指年免赔额，指被保险人在一个保单年度内自行承担，本合同不予赔偿的部分。在一个保单年度内，一般医疗保险金、特定疾病医疗保险金共用同一免赔额，重大疾病或特定肿瘤医疗保险金的免赔额为0。

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可用于抵扣免赔额。在一个保单年度内免赔额经抵扣过后剩余的金额为免赔额余额，且免赔额余额≥0。

除另有约定外，本合同的免赔额为人民币1万元。

2.6 费用补偿原则

本合同属于费用补偿型医疗保险合同，若被保险人已从公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险，和被保险人工作单位、本公司在内的商业保险机构等任何途径获得医疗费用补偿的，我们将按“2.4.6 保险金计算方法”的约定计算并在各项责任限额内给付保险金，且最高给付金额不超过被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额。

2.7 无理赔优惠

自本合同生效或最后一次复效（以较迟者为准）之日起，若被保险人未发生本保险条款“2.4 保险责任”中对应的保险事故，每满一个保单年度，本合同的一般医疗保险金限额、特定疾病医疗保险金限额、重大疾病或特定肿瘤医疗保险金限额分别在上一保单年度的一般医疗保险金限额、特定疾病医疗保险金限额、重大疾病或特定肿瘤医疗保险金限额的基础上增加20万元。

若发生以下情形之一，本合同的一般医疗保险金限额、特定疾病医疗保险金限额、重大疾病或特定肿瘤医疗保险金限额不再增加，维持上一保单年度的一般医疗保险金限额、特定疾病医疗保险金限额、重大疾病或特定肿瘤医疗保险金限额，直至本合同终止：

(1) 被保险人自本合同生效或最后一次复效（以较迟者为准）之日起任一保单年度内，发生过本保险条款“2.4 保险责任”中对应的保险事故，且已发生过保险金给付；

(2) 上一保单年度的一般医疗保险金限额、特定疾病医疗保险金限额、重大疾病或特定肿瘤医疗保险金限额已经分别达到200万元、300万元、500万元。

2.8	年度给付限额	每个保单年度内，我们一次或多次累计给付的一般医疗保险金、特定疾病医疗保险金、重大疾病或特定肿瘤医疗保险金之和以该保单年度的年度给付限额为限。 自本合同生效或最后一次复效（以较迟者为准）之日起第一个保单年度本合同的年度给付限额为 400 万元。 自本合同生效或最后一次复效（以较迟者为准）之日起，若被保险人未发生本保险条款“2.4 保险责任”中对应的保险事故，每满一个保单年度，本合同的年度给付限额在上一保单年度的年度给付限额的基础上增加 20 万元。 若发生以下情形之一，本合同的年度给付限额不再增加，维持上一保单年度的年度给付限额，直至本合同终止： (1) 被保险人自本合同生效或最后一次复效（以较迟者为准）之日起任一保单年度内，发生过本保险条款“2.4 保险责任”中对应的保险事故，且已发生过保险金给付； (2) 上一保单年度的年度给付限额已经达到 500 万元。
2.9	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) 被保险人故意自伤，或自本合同成立或者本合同效力恢复之日起 2 年内自杀，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； (8) 核爆炸、核辐射或核污染； (9) 被保险人在本合同生效前或疾病观察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，但异位妊娠、意外伤害所致的流产或分娩除外； (11) 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； (12) 性病、精神疾患、遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常、职业病； (13) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病，但若属于本保险条款 9.1.34 项所保障的“经输血导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染”或本保险条款 9.1.43 项所保障的“因职业关系导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染”，则不在此限； (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) 因意外伤害以外的原因导致的牙科治疗，任何原因导致的**种植牙**治疗、**牙齿整形**、**牙科保健**（如洗牙洁牙等）；
- (16) 修复、安装或购买残疾用具（如轮椅、假肢、助听器、假眼等）所产生的费用；
- (17) 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，修复、安装或购买各种康复治疗器械、假体、义肢、自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械所产生的费用；
- (18) 因视力矫正发生的医疗费用（如视力矫正术、验眼配镜等）；
- (19) 被保险人在我们指定医疗机构范围外的其他医疗机构发生的医疗费用，但本保险条款“7.5 急危重病及转院”另有约定的除外；
- (20) 被保险人在上海市质子重离子医院以外的其他医疗机构发生的质子重离子医疗费用；
- (21) 在我们指定医疗机构之外的任何机构购买药品所产生的费用；
- (22) 本合同约定的合理且必要的医疗费用外的其他费用；
- (23) 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，我们向被保险人的继承人退还本合同保险单的**现金价值**。
- 发生上述第(2)项至第(15)项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**现金价值**。
- 如保单年度内已发生过保险金给付，我们不退还本合同保险单的**现金价值**。

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。 |
| 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： |
| 3.3.1 | 一般医疗保险金、特定疾病医疗保险金、重症监护病房津贴保险金、ECMO（体外膜肺氧合）津贴保险金申请 | (1) 保险合同或电子保险单号；
(2) 申请人的有效身份证件；
(3) 被保险人的有效身份证件；
(4) 医院出具的被保险人医疗诊断书（包括必要的病历记录及检查报告）、出院小结或出院诊断；
(5) 指定医疗机构出具的医疗费用收据原件和医疗费用清单；
(6) 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。 |
| 3.3.2 | 重大疾病或特定肿瘤医疗保 | (1) 保险合同或电子保险单号；
(2) 申请人的有效身份证件； |

险金申请

- (3) 被保险人的有效身份证件；
- (4) 医院出具的被保险人医疗诊断书（包括必要的病历记录及检查报告）、出院小结或出院诊断；
- (5) 指定医疗机构出具的医疗费用收据原件和医疗费用清单；
- (6) 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、严重瑞氏综合征（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；
- (7) 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。

3.4 保险金给付

我们在收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后，将在 5 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。

3.5 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

本合同保险费根据基本保险金额、被保险人的年龄及保险费率调整情况等确定，不同保单年度的保险费可能不同。

本合同的保险费采用限期年交（即在约定的交费期间内每年支付一次保险费）的方式支付，交费期间为 15 年，交费期间在保险单上载明。

在支付首期保险费后，您应当按照保险费率标准，在每个保险费约定支付日支付其余各期的保险费。

重新投保时，我们按照重新投保时保险费率标准收取保险费；如您不接受，可不申请重新投保本合同。

4.2 宽限期

您支付首期保险费后，除本合同另有约定外，如果您到期未支付保险费，自保险费约定支付日的次日零时起 60 日为宽限期。宽限期内发生的保险事故，我们仍会承担保险责任，但在给付保险金时会扣减您欠交的保险费。

如果您宽限期结束之后仍未支付保险费，则本合同自宽限期满的次日零时起效力中止。

4.3	保险费率调整	在本合同保险期间内，您应当按照保险费费率标准支付保险费，本合同的保险费费率标准可能会调整。 若我们调整了本合同的保险费，我们将在保险费调整后的下一个保单年度按调整后的费率标准收取保险费。 保险费率调整适用于本合同所有被保险人，或同一费率组别（包括年龄、有无基本医疗保险等费率分组条件）的被保险人，我们不因单个被保险人身体状况的差异实行差别化费率调整政策。
4.3.1	保险费率调整的触发条件	若下列具体指标中的一个或者多个的变化，导致本保险产品的赔付率超过85%，或赔付率高于行业费率可调的长期医疗保险产品平均赔付率减10%时，我们可对本合同的保险费进行调整。 费率调整的触发条件的具体指标包括： (1) 医疗通胀情况及国家医保政策的重大变化； (2) 本合同保险责任范围内的治疗方法、医疗技术等的更新变化； (3) 本保险产品的综合成本、赔付情况等经营指标的变化。
4.3.2	保险费率调整时间	我们首次保险费率调整时间不早于本保险产品上市销售之日起满3年，每次保险费率调整的时间间隔不短于1年。
4.3.3	保险费率调整上限	我们每次保险费率调整不超过调整前费率的30%。
4.3.4	保险费率调整流程	我们每次保险费率调整情况将在公司网站“公开信息披露”专栏“专项信息”栏目下“长期医疗保险”子栏目中公示，说明费率调整办法、费率调整原因、费率调整决策流程及费率调整结果。 公示满30日后我们方可执行调整后的保险费率。
4.3.5	保险费率调整通知、投保人对于费率调整的权利和义务	我们会及时将费率调整原因和调整后的保险费率情况以投保单中约定的方式通知您。如您不接受，您有解除合同的权利。 您解除合同会遭受一定的损失。

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现金价值。 如保单年度内已发生过保险金给付，我们不退还本合同保险单的现金价值。 您解除合同会遭受一定损失。
-----	-------------	---

6. 合同效力的中止及恢复

6.1	效力中止	在本合同效力中止期间，我们不承担保险责任。
6.2	效力恢复	本合同效力中止后2年内，您可以申请恢复合同效力（即复效）。经我们与您协商并达成协议，自您补交保险费及相应利息的次日零时起，合同效力恢复。 前述补交保险费的利息按我们官方网站公布的利率计算。

自本合同效力中止之日起满 2 年您和我们未达成协议的，我们有权解除合同。我们解除合同的，向您退还合同效力中止时本合同保险单的现金价值。

7. 其他需要关注的事项

- 7.1 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，但应当退还已支付的保险费。
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。
- 7.2 我们合同解除权的限制 本保险条款“7.1 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。自本合同成立之日起超过 2 年的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担保险责任。
- 7.3 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现金价值。我们行使合同解除权适用本保险条款“7.2 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现金价值与实际不符的，我们有权根据被保险人的实际年龄调整。
- 7.4 未还款项 我们在给付各项保险金、退还本合同保险单的现金价值或退还保险费时，若存在欠交的保险费或其他未还款项及相应利息，我们会在扣除上述欠款后给付。
- 7.5 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。

- 7.6 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。
- 7.7 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或其他保险凭证上批注或附贴批单，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。
- 7.8 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。

8. 特定疾病的定义

- 8.1 特定疾病的定义 本合同所保障的特定疾病，是指被保险人在合同有效期内经**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。
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。
- 8.1.1 较轻急性心肌梗死 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。
较轻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，但未达到“较重急性心肌梗死”的给付标准。
其他非冠状动脉阻塞性疾病引起的肌钙蛋白(cTn)升高不在保障范围内。
- 8.1.2 轻度脑中风后遗症 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，但未达到“严重脑中风后遗症”的给付标准，在疾病确诊180天后，仍遗留下列至少一种障碍：
(1) 一肢(含)以上**肢体肌力**为3级；
(2) 自主生活能力部分丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项。

8.1.3	非危及生命的恶性病变	指经 组织病理学检查 被明确诊断为下列恶性病变，并且接受了相应的治疗： (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。
8.1.4	冠状动脉介入手术	为了治疗明显的冠状动脉狭窄性疾病，首次实际实施了冠状动脉球囊扩张成形术、冠状动脉支架植入术或激光冠状动脉成形术。
8.1.5	植入大脑内分流器	为缓解已升高的脑脊液压力而确实已在脑室进行分流器植入手术。诊断及治疗均须在本公司认可医院内由脑神经科专科医生认为是医疗必须的情况下进行。 先天性脑积水不在保障范围内。
8.1.6	激光心肌血运重建术	指患有顽固性心绞痛，经持续药物治疗后无改善，冠状动脉搭桥手术及经皮血管成形手术已失败或者被认为不适合。实际进行了开胸手术下或者胸腔镜下的激光心肌血运重建术。
8.1.7	心脏瓣膜介入手术	为了治疗心脏瓣膜疾病，实际实施了经皮经导管介入手术进行的心脏瓣膜置换或修复手术。
8.1.8	风湿热导致的 心脏瓣膜疾病	须满足下列所有条件： (1) 经由专科医生根据已修订的 Jones 标准诊断证实罹患急性风湿热； (2) 因风湿热所导致一个或以上最少轻度心脏瓣膜关闭不全（即返流部分达 20%或以上）或狭窄的心瓣损伤（即心脏瓣面积为正常值的 30%或以下）。 有关诊断必须由心脏专科医生根据心瓣功能的定量检查证实。
8.1.9	视力严重受损	指因疾病或意外伤害导致双目视力 永久不可逆性 丧失，并满足下列全部条件： (1) 双眼中较好眼矫正视力低于 0.1（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）； (2) 视野半径小于 20 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严重受损诊断及检查证据。
8.1.10	单目失明	指因疾病或意外伤害导致单眼视力永久不可逆性丧失，患眼须满足下列至少一项条件： (1) 眼球缺失或摘除； (2) 矫正视力低于 0.02（采用国际标准视力表，如果使用其它视力表应进行换算）； (3) 视野半径小于 5 度。 须经专科医生明确诊断， 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严重受损诊断及检查证据。
8.1.11	角膜移植	指为增进视力或治疗某些角膜疾患，已经实施了异体的角膜移植手术。手术必须由专科医生认为是医疗必须的情况下进行。
8.1.12	主动脉内手术	为了治疗主动脉疾病实际实施了经皮经导管进行的动脉内手术。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。

- 8.1.13 脑垂体瘤、脑囊肿、脑动脉瘤及脑血管瘤 指经头颅断层扫描（CT）、核磁共振（MRI）或其他影像学检查被确诊为下列病变，并实际接受了手术或放射治疗。
(1)脑垂体瘤；
(2)脑囊肿；
(3)脑动脉瘤、脑血管瘤。
- 8.1.14 特定面积Ⅲ度烧伤 指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤面积为全身体表面积的10%或10%以上，但尚未达到20%。体表面积根据《中国新九分法》计算。
- 8.1.15 轻度面部烧伤 指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤的面积达到面部表面积的30%或者30%以上，但尚未达到面部表面积的80%。
- 8.1.16 面部重建手术 因意外伤害导致面部毁容，确实进行整形或者重建手术（颈部以上的面部构造不完整、缺失或者受损而对其形态及外观进行修复或者重建），同时必须由专科医生认为该面部毁容是需要接受住院治疗，及其后接受该手术，而对该面部毁容所进行治疗亦是医疗所需。
因纯粹整容原因、独立的牙齿修复、独立的鼻骨骨折或者独立的皮肤伤口所进行的手术均不在保障范围内。
- 8.1.17 严重头部外伤 指因头部遭受机械性外力伤害，引起脑重要部位损伤，并且由头颅断层扫描（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。头部外伤导致神经系统功能障碍，并须满足下列条件之一：
(1)已接受全麻下颅骨切开颅内血肿清除术（颅骨钻孔术除外）；
(2)在遭受外伤180天后一股或一股以上肢体机能部分丧失，其肢体肌力为Ⅲ级，或小于Ⅲ级。
- 8.1.18 轻度颅脑手术 指被保险人因疾病或意外伤害已实施全麻下的颅骨钻孔手术或者经鼻蝶窦入颅手术。
理赔时必须提供由专科医生出具的诊断书及手术证明。
- 8.1.19 原发性肺动脉高压 指由于原发性肺动脉高压进行性发展而导致右心室肥厚，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Ⅲ级及以上，但尚未达到Ⅳ级，且静息状态下肺动脉平均压超过25mmHg，但尚未超过30mmHg。
- 8.1.20 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两项条件。
- 8.1.21 单侧肺脏切除 指因疾病或意外而确实已经接受手术完全切除了左全肺或右全肺。手术必须被专科医生视为必要的。
部分切除一个肺或因捐赠肺脏而所需的手术不在保障范围内。
- 8.1.22 于颈动脉进行血管成形术或内膜切除术 指为了治疗颈动脉狭窄性病变已经实施了颈动脉血管成形术或内膜切除术，须由颈动脉造影检查证实一条或以上颈动脉存在严重狭窄（即狭窄程度超过原有管径的50%以上）。本病须专科医生明确诊断，同时实际实施以下手术以减轻症状：

(1) 动脉内膜切除术；

(2) 血管介入手术，例如血管成形术及/或进行植入支架或动脉粥样瘤清除手术。

8.1.23	单耳失聪	指因疾病或者意外伤害导致单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、声导抗检测或者听觉诱发电位检测等证实。 除内耳结构损伤等情形外，申请理赔时，被保险人年龄必须在 3 周岁以上，应提供理赔当时的听力丧失诊断及检查证据。
8.1.24	人工耳蜗植入术	指由于耳蜗的永久损害而实际实施了人工耳蜗植入手术。手术必须由专科医生认为是医疗必须的情况下进行，且在植入手术之前已经符合下列全部条件： (1) 双耳持续 12 个月以上重度感音神经性耳聋； (2) 使用相应的听力辅助设备效果不佳。
8.1.25	起搏器或除颤器植入	因严重心律失常而确实已经实施植入永久性心脏除颤器或心脏起搏器的手术。理赔时须提供完整病历资料及手术记录，诊断及治疗均必须由专科医生认为是医疗必须的情况下进行。
8.1.26	心包膜切除术	因心包膜疾病导致已经接受心包膜切除术。手术必须由心脏专科医生认为是医学上必须的情况下进行。
8.1.27	肝叶切除	指因疾病或意外导致必须以部分肝脏切除术切除最少一整叶左肝脏或一整叶右肝脏。 诊断及治疗均须由专科医生认为是医疗必须的情况下进行。 因酒精或者滥用药物引致的疾病或者紊乱及/或因捐赠肝脏而实施的肝脏手术均不在保障范围内。
8.1.28	单个肢体缺失	指一个肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。
8.1.29	特定周围动脉疾病的血管介入治疗	指为治疗一条或者一条以上的下列动脉狭窄而实施的血管介入治疗： (1) 为下肢或者上肢供血的动脉； (2) 肾动脉； (3) 肠系膜动脉。 须满足下列全部条件： (1) 经血管造影术证实一条或者一条以上的上述动脉狭窄达到 50% 或者以上； (2) 对一条或者一条以上的上述动脉施行了血管介入治疗，如血管成形术及/或者进行植入支架或者动脉粥样瘤清除手术。 此诊断及治疗均须由血管疾病的专科医生认为是医疗必须的情况下进行。
8.1.30	早期原发性心肌病	指被诊断为原发性心肌病，并满足下列全部条件： (1) 导致心室功能受损，其受损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，或其同等级别； (2) 原发性心肌病的诊断必须由心脏专科医生确认，并提供心脏超声检查结果报告； (3) 左室射血分数 LVEF < 35%。 本保障范围内的心肌病仅包括扩张型心肌病、肥厚型心肌病及限制型心肌病。继发于全身性疾病或其他器官系统疾病及酒精滥用造成的心肌病变不在保障

范围内。

- 8.1.31 肾脏切除 指因疾病或意外伤害导致肾脏严重损害，已经实施了至少单侧全肾的切除手术。
部分肾切除手术或因捐赠肾脏而所需的手术不在保障范围内。
- 8.1.32 双侧卵巢或睾丸切除术 指为治疗疾病实际接受了经腹部切开或腹腔镜进行的双侧卵巢或睾丸完全切除手术。
因变性手术导致的双侧卵巢或睾丸完全切除不在保障范围内。部分卵巢或睾丸切除不在保障范围内。
- 8.1.33 腔静脉过滤器植入术 指为治疗反复肺栓塞发作，抗凝血疗法无效，已经实施了腔静脉过滤器植入术。手术必须由专科医生认为是医疗必须的情况下进行。
- 8.1.34 因肾上腺皮质腺瘤切除肾上腺 因肾上腺皮质腺瘤所导致的醛固酮分泌过多而产生的继发性恶性高血压而实际接受了肾上腺切除术治疗。诊断及治疗均须由专科医生认为是医疗必须的情况下进行。
- 8.1.35 可逆性再生障碍性贫血 指因急性可逆性的骨髓造血功能衰竭而导致贫血、中性粒细胞减少和血小板减少，须经血液科专科医生明确诊断，且病历资料显示接受了下列任一治疗：
(1)骨髓刺激疗法至少一个月；
(2)免疫抑制剂治疗至少一个月；
(3)接受了骨髓移植。
- 8.1.36 慢性肾功能衰竭 指被保险人因双肾功能慢性不可逆性损害达到肾功能衰竭期，并满足下列全部条件：
(1)GFR<25%；
(2)Scr>5mg/dl 或>442 μmol/L；
(3)持续至少 180 天。
- 8.1.37 病毒性肝炎导致的肝硬化 因肝炎病毒感染的肝脏慢性炎症并发展为肝硬化。理赔时须满足下列全部条件：
(1)有感染慢性肝炎病毒的血清学及实验室检查报告等临床证据；
(2)必须由消化科专科医生基于肝脏组织病理学检查报告、临床表现及病史对肝炎病毒感染导致肝硬化作出明确诊断；
(3)病理学检查报告证明肝脏病变按 Metavir 分级表中属 F4 阶段或 Knodel 肝纤维化标准达到 4 分。
由酒精或药物滥用而引起的本疾病不在保障范围内。
- 8.1.38 慢性肝功能衰竭 指因慢性肝脏疾病导致肝功能衰竭，并须满足下列任意三个条件：
(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。
- 8.1.39 中度脑炎或脑膜炎后遗症 指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统的功能障碍。神经系统的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍存在自主活动能力完全丧失，无法独立完成六项基本

日常生活活动中的两项。

- 8.1.40 中度帕金森病 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两项。
继发性帕金森综合征不在保障范围内。
继发于酒精，毒品或药物滥用不在保障范围内。
- 8.1.41 中度瘫痪 指因疾病或者意外伤害导致一肢或一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。
- 8.1.42 中度阿尔茨海默病 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两项。
神经官能症和精神疾病不在保障范围内。
- 8.1.43 中度重症肌无力 是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。
本疾病须专科医生明确诊断，且疾病确诊 180 天后，仍然存在自主生活能力部分丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项。
- 8.1.44 严重昏迷 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它生命维持系统达到 48 小时。
因酗酒或药物滥用导致的严重昏迷不在保障范围内。
- 8.1.45 中度类风湿性关节炎 根据美国风湿病学院的诊断标准，由专科医生明确诊断并符合下列所有理赔条件：表现为关节严重变形，侵犯至少两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）。
(1) 关节广泛受损，并经临床证实出现最少两个下列关节位置严重变形：手部、手腕、肘部、膝部、髋部、踝部、颈椎或脚部；
(2) 至少 180 天无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项。
- 8.1.46 早期系统性硬化病（硬皮病） 指一种以局限性或弥漫性皮肤增厚和皮肤、血管、内脏器官异常纤维化为特征的结缔组织病。本疾病须经专科医生明确诊断，并满足下列全部条件：
(1) 必须由风湿学专科医生根据美国风湿病学会（ACR）及欧洲抗风湿病联盟（EULAR）在 2013 年发布的系统性硬皮病诊断标准确认达到确诊标准（总分值由每一个分类中的最高比重（分值）相加而成，总分 ≥ 9 分的患者被分类为系统性硬皮病）；
(2) 须提供明确的病理活检及自身抗体免疫血清学证据支持。

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。

- 8.1.47 早期象皮病 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。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。
- 8.1.48 中度肌营养不良症 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。并满足下列全部条件：
(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两项或两项以上。
我们承担本项疾病责任不受本保险条款“2.9 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。
- 8.1.49 严重阻塞性睡眠窒息症 须经专科医生通过多导睡眠监测仪检查明确诊断为严重阻塞性睡眠呼吸暂停综合征（OSA），并必须同时符合以下两项条件：
(1) 被保险人目前须在夜间接受持续气道正压呼吸器（CPAP）的治疗；
(2) 须提供睡眠测试的文件证明，显示呼吸暂停低通气指数（AHI）>30，并且夜间血氧饱和度监测平均值<85%。
- 8.1.50 中度严重系统性红斑狼疮 指诊断为系统性红斑狼疮，并满足下列全部条件：
(1) 在下列五项情况中出现最少三项：
① 关节炎：非磨损性关节炎，需涉及两个或两个以上关节；
② 浆膜炎：胸膜炎或心包炎；
③ 肾病：24 小时尿蛋白定量达到 0.5 克，或尿液检查出现细胞管型；
④ 血液学异常：溶血性贫血、白细胞减少、或血小板减少；
⑤ 抗核抗体阳性、或抗 dsDNA 阳性，或抗 Smith 抗体阳性。
(2) 系统性红斑狼疮的诊断必须由风湿科或免疫系统专科医生确定。
- 8.1.51 中度严重克隆病 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。诊断必须由专科医生经内窥镜及肠病理活检结果证实，同时经专科医生以类固醇或免疫抑制剂连续治疗至少 180 天。
- 8.1.52 结核性脊髓炎 指因结核杆菌引起的脊髓炎，导致永久性神经系统功能中度障碍，即疾病首次确诊 180 天后，仍遗留下列一项或一项以上障碍：
(1) 一肢或一肢以上肢体肌力 III 级或 III 级以下的运动功能障碍；
(2) 自主生活能力部分丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项或两项以上。
该诊断必须由神经专科医生证实。并必须由适当的检查证明为结核性脊髓炎。
- 8.1.53 急性出血坏死性胰腺炎腹腔 指被保险人被确诊为急性出血坏死性胰腺炎，并实际接受了腹腔镜手术治疗，以进行坏死组织清除、坏死病灶切除或胰腺切除。

	镜手术	因酗酒或饮酒过量所致的急性出血坏死性胰腺炎不在保障范围内。
8.1.54	中度严重溃疡性结肠炎	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，并须满足下列全部条件： (1) 须经由内窥镜检查证实该疾病侵犯全部结肠及直肠，活检病理学组织切片检查证实为溃疡性结肠炎； (2) 已经实施了以类固醇或免疫抑制剂连续治疗 6 个月。
8.1.55	中度严重脊髓灰质炎	脊髓灰质炎是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。脊髓灰质炎必须由专科医生明确诊断。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，每肢三大关节中的至少一个大关节仍然完全僵硬，或不能随意识活动。
8.2	定义来源及确诊医院范围	以上“8.1.1 较轻急性心肌梗死”至“8.1.2 轻度脑中风后遗症”所列特定疾病定义根据中国保险行业协会 2020 年公布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》作出，其他特定疾病由我们增加，其定义由我们根据通行的医学标准制定。 以上特定疾病须在卫生行政部门认定的二级以上（含二级）医院确诊。
9. 重大疾病和特定肿瘤的定义		
9.1	重大疾病的定义	本合同所保障的重大疾病，是指被保险人在合同有效期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。 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。
9.1.1	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 T ₁ N ₀ M ₀ 期或更轻分期的前列腺癌； (4) 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤； (5) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病； (6) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病； (7) 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 <10/50 HPF 和 ki-67 ≤ 2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。
9.1.2	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梗死。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。

- | | | |
|-------|-----------------------------|---|
| 9.1.3 | 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) 一股（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。 |
| 9.1.4 | 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。 |
| 9.1.5 | 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。 |
| 9.1.6 | 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。 |
| 9.1.7 | 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。 |
| 9.1.8 | 急性重症肝炎或亚急性重症 | 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： |

	肝炎	(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。
9.1.9	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）。
9.1.10	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。
9.1.11	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。
9.1.12	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。
9.1.13	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。 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。
9.1.14	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。

- | | | |
|--------|-------------------|---|
| 9.1.15 | 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。 |
| 9.1.16 | 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。 |
| 9.1.17 | 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。 |
| 9.1.18 | 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。 |
| 9.1.19 | 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。 |
| 9.1.20 | 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。 |
| 9.1.21 | 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。

- 9.1.22 **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。
- 9.1.23 **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。
- 9.1.24 **重型再生障碍性贫血** 指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少，且须满足下列全部条件：
(1) 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断：骨髓细胞增生程度＜正常的 25%；如≥正常的 25%但＜50%，则残存的造血细胞应＜30%；
(2) 外周血象须具备以下三项条件中的两项：
① 中性粒细胞绝对值＜ $0.5 \times 10^9/L$ ；
② 网织红细胞计数＜ $20 \times 10^9/L$ ；
③ 血小板绝对值＜ $20 \times 10^9/L$ 。
- 9.1.25 **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。
- 9.1.26 **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（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。
- 9.1.27 **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。
- 9.1.28 **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。
- 9.1.29 **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。

- 9.1.30 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。
- 9.1.31 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。
因酗酒或药物滥用所致的植物人状态不在保障范围内。
- 9.1.32 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。
- 9.1.33 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）。
- 9.1.34 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。
- 9.1.35 肌营养不良症 由专科医生确认的诊断 **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。
- 9.1.36 严重多发性硬化 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：

		(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； (2) 散在的、多样性的神经损伤； (3) 上述临床症状反复发作、恶化及神经损伤的病史纪录。
9.1.37	严重哮喘	指一种反复发作的严重支气管阻塞性疾病，须满足下列全部条件： (1) 过去两年中有哮喘持续状态病史，并有完整的治疗记录； (2) 身体活动耐受能力显著且持续下降； (3) 慢性肺部过度膨胀充气导致的胸廓畸形； (4) 在家中需要专科医生处方的氧气治疗； (5) 口服类固醇激素治疗持续至少 180 天。
9.1.38	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（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。
9.1.39	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。本疾病须经内镜逆行胰胆管造影等影像学检查证实，并须满足下列全部条件： (1) 总胆红素和直接胆红素同时升高，血清 ALP > 200U/L； (2) 持续性黄疸病史； (3) 出现胆汁性肝硬化或门脉高压。 因肿瘤或胆管损伤等继发性的硬化性胆管炎不在保障范围内。
9.1.40	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。本疾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。
9.1.41	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。
9.1.42	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。
9.1.43	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

- 9.1.44 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。
- 9.1.45 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。
- 9.1.46 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, 或不能随意活动。
- 9.1.47 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) 须植入心脏起搏器治疗心脏病;
(3) 因坏疽需切除至少一个脚趾。
- 9.1.48 系统性红斑狼疮一 (并发) III 型或以上狼疮
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

性肾炎

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

9.1.49 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。

9.1.50 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。

9.1.51 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。

9.1.52 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。

9.1.53 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。

9.1.54	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。
9.1.55	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。
9.1.56	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。
9.1.57	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。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。
9.1.58	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。
9.1.59	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，以致需要进行髌及膝关节置换； (2) 由风湿病专科医生确定诊断。
9.1.60	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。
9.1.61	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。

- 9.1.62 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。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。
- 9.1.63 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。
- 9.1.64 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。
- 9.1.65 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。
- 9.1.66 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。
- 9.1.67 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 30mmHg，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。
- 9.1.68 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。
- 9.1.69 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（即心脏瓣膜口面积为正常值的 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。

- 9.1.70 **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。
- 9.1.71 **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。
- 9.1.72 **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。
- 9.1.73 **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。
- 9.1.74 **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。
- 9.1.75 **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。
- 9.1.76 **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。
- 9.1.77 **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。

- 9.1.78 **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。
- 9.1.79 **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。
- 9.1.80 **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。
- 9.1.81 **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）。
- 9.1.82 **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。
- 9.1.83 **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。
- 9.1.84 **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。

- 9.1.85 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。
- 9.1.86 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。
- 9.1.87 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。
- 9.1.88 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) 由专科医生明确诊断。
- 9.1.89 室壁瘤切除术 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。
- 9.1.90 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 $>6\text{mg/dl}$ 或 $>102 \mu\text{mol/L}$ ；
(4) 已经应用强心剂；
(5) 昏迷格拉斯哥昏迷评分（GCS） ≤ 9 ；
(6) 肾功能衰竭，血清肌酐 $>300 \mu\text{mol/L}$ 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。
- 9.1.91 自体造血干细胞移植 指由于患者自身骨髓造血功能异常或为了达到治疗恶性肿瘤的目的，已经实施了采集患者自己的一部分造血干细胞，分离并深低温保存，再回输给患者使患者的造血功能和免疫功能重新恢复的治疗。
该治疗须由专科医生认为在临床上是必须的。
- 9.1.92 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。

9.1.93	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。
9.1.94	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。
9.1.95	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 $IQ \leq 50$。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) 造成被保险人智力低常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) 专科医生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程度达到中度、重度或极重度，即 $IQ \leq 50$； (4) 被保险人的智力低常自确认日起持续 180 天以上。
9.1.96	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。
9.1.97	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。
9.1.98	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。
9.1.99	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。
9.1.100	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。

- 9.1.101 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, $\text{Hb}<90\text{g/L}$, $\text{PLTS}<100\times 10^9/\text{L}$, 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 $\geq 2400\text{U/ml}$ 。
- 任何其它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“2.9 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。
- 9.1.102 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。
- 9.1.103 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。
- 9.1.104 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“2.9 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。
- 9.1.105 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。

9.2	特定肿瘤的定义	本合同所保障的特定肿瘤，是指被保险人在合同有效期内经专科医生明确诊断初次患下列疾病。 以下疾病名称仅供理解使用，具体保障范围以每项疾病具体定义为准。
9.2.1	特定肿瘤	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，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。且特指下列二项之一： (1) TNM 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌； (2) 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 $\leq 10/50$ HPF 和 ki-67 $\leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。
9.3	定义来源及确诊医院范围	以上“9.1.1 恶性肿瘤——重度”至“9.1.28 严重溃疡性结肠炎”所列重大疾病定义根据中国保险行业协会 2020 年公布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》作出，其他重大疾病和特定肿瘤由我们增加，其定义由我们根据通行的医学标准制定。 以上重大疾病和特定肿瘤，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（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，其他疾病均须在中华人民共和国卫生行政部门认定的二级以上（含二级）医院确诊。

10.	释义	
10.1	保单年度	从本合同生效日或合同生效日对应日的零时起至下一个合同生效日对应日前一日的 24 时止为一个保单年度。
10.2	合同生效日对应日	指本合同生效日在合同生效后每年的对应日，不含合同生效日当日。如果当月没有对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。
10.3	保险费约定支付日	指保险费交费期间内每个合同生效日对应日的前一日。
10.4	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。
10.5	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。
10.6	疾病观察期	自本合同生效或最后一次复效（以较迟者为准）之日起 90 日内为疾病观察期。若被保险人在疾病观察期内发生疾病，无论对该疾病的治疗发生在疾病观察期内或疾病观察期后，我们均不承担任何给付保险金的责任。
10.7	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。
10.8	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部门

正式评定的二级以上（含二级）公立医院，该医院必须具备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（康复医院），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。

10.9 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威医学专家进行审核鉴定。

10.10 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，但不包括下列情况：

- (1) 被保险人入住急诊观察室、家庭病床、联合病房；
- (2) 被保险人入住康复病房（康复科）或接受康复治疗；
- (3) 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除外；
- (4) 其他不合理的住院，包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、床位费等情况。

10.11 重症监护病房

指经卫生行政部门批准，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。

10.12 药品费

指住院治疗期间根据医师开具的处方在指定医疗机构所发生的西药、中成药和中草药的费用。但不包括下列情况：

- (1) 主要起营养滋补作用的中草药类；
- (2) 可以入药的动物及动物脏器；
- (3) 以美容和减肥为保健功能的药品；

10.13 其他住院医疗费用

指住院治疗期间发生的符合以下约定的检查费、治疗费、床位费、加床费、膳食费、手术费、材料费、护理费、会诊费和救护车费。

10.13.1 检查费

指住院治疗期间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费用。

10.13.2 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。

10.13.3 床位费

指住院治疗期间发生的指定医疗机构住院床位费。

10.13.4 加床费

指未满18周岁的被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定给付其法定监

		护人（限一人）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定给付其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。
10.13.5	膳食费	指住院期间根据医嘱，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；根据各机构惯例，可以作为独立的款项、也可以合并病房费等其他款项内。
10.13.6	手术费	指住院治疗期间发生的有关手术项目的费用。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。
10.13.7	材料费	指住院治疗期间发生的医用耗材的费用。
10.13.8	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。
10.13.9	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。
10.13.10	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，以及车上发生的因抢救或治疗所必须的医疗费用。
10.14	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。 前述化学疗法指针对恶性肿瘤——重度或特定肿瘤的化学治疗。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。 前述放射疗法指针对恶性肿瘤——重度或特定肿瘤的放射治疗。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。 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、法规要求并经过国务院药品监督管理部门批准用于临床治疗。 前述肿瘤内分泌疗法指针对恶性肿瘤——重度或特定肿瘤的内分泌疗法，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、法规要求并经过国务院药品监督管理部门批准用于临床治疗。 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、法规要求并经过国务院药品监督管理部门批准用于临床治疗。
10.15	质子、重离子放射治疗	指被保险人根据医嘱，在上海市质子重离子医院的专门治疗室内接受的质子和重离子放射治疗。
10.16	质子重离子医	指被保险人因接受质子、重离子放射治疗而发生的住院医疗费用（包括检查

	疗费用	费、治疗费、床位费、膳食费、护理费、会诊费、药品费等), 以及被保险人住院治疗前 7 日(含住院当日)和出院后 30 日(含出院当日)内, 因与该次住院相同原因在上海市质子重离子医院接受门(急)诊治疗所发生的合理且必要的门(急)诊医疗费用。
10. 17	实际住院天数	指被保险人因疾病或意外伤害事故发生住院治疗的 24 小时住院的累计天数, 但不包括被保险人在住院治疗期间擅自离院期间的天数。
10. 18	ECMO(体外膜肺氧合)	体外膜肺氧合(Extracorporeal Membrane Oxygenation, ECMO)主要用于对重症心肺功能衰竭患者提供持续的体外呼吸与循环, 以维持患者生命。
10. 19	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。
10. 20	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。
10. 21	城乡居民大病保险	是基本医疗保障制度的拓展和延伸, 是对城乡居民大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障的制度性安排。
10. 22	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。
10. 23	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。
10. 24	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。
10. 25	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。
10. 26	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; (5) 因道路交通安全违法行为, 在一个记分周期内, 被公安机关交通管理部门累积记分达到 12 分。
10. 27	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) 未依法取得行驶证, 违法上道路行驶的; (3) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

10.28	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。
10.29	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。
10.30	攀岩	指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
10.31	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、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林、携带特殊攀登设备从事户外登山等活动。
10.32	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。
10.33	特技表演	指进行马术、杂技、驯兽等表演。
10.34	精神疾患	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》为准。
10.35	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。
10.36	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。
10.37	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。
10.38	感染艾滋病病毒或患艾滋病	艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文缩写为 AIDS。 在人体血液或其他样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。
10.39	矫形、矫形手术	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。
10.40	种植牙	指以植入骨组织内的下部结构为基础，支持、固定上部牙修复体的缺牙修复方式。
10.41	现金价值	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。任一保单年度内，年中任一时点的现金价值为上一保单年度末现金价值与本保单年度末现金价值根据该时点进行的插值另加最后一期未经过净保费。 任一保单年度内，最后一期未经过净保费=该保单年度内本合同的保险费×65%×（1-n/m），其中 n 为该保单年度内本合同已生效天数，m 为该保单年度的总天数。合同已生效的天数不足一天的不计。 本合同保险单的现金价值见本合同相应栏目。

10.42	情形复杂	指保险事故的性质、原因、伤害或损失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。
10.43	赔付率	本保险产品赔付率的计算以业务年度为基础。首个业务年度为本保险产品上市销售之日起，至下一年度12月31日止，之后每个业务年度周期为一个会计年度。我们按以下公式计算赔付率： $\text{赔付率} = (\text{本保险产品核算期累计赔款金额} + \text{核算期末未决赔款准备金} - \text{核算期初未决赔款准备金}) \div (\text{本保险产品核算期保费收入} + \text{核算期初未到期责任准备金} - \text{核算期末未到期责任准备金})。$ 注： (1) 核算期：在进行第一次核算时，核算期为本保险产品上市销售之日起至第三个业务年度末；以后每个核算期为一个业务年度； (2) 上述准备金是指按照有关精算规定提取的责任准备金。
10.44	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。
10.45	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。
10.46	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。
10.47	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。
10.48	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。
10.49	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指有无其它脏器的转移情况。

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。

- 10.50 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。
- 10.51 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。

10.52	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。
10.53	ICD-10	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），是世界卫生组织（WHO）发布的国际通用的疾病分类方法。
10.54	ICD-O-3	指《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。
10.55	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。