太平洋健康险[2026]医疗保险 058 号

太平洋健康保险股份有限公司
太保互联网个人一年期住院Ⅰ款医疗保险条款

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。

请扫描以查询验证条款

☞ 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，我们退还保险费 ……1.5
- ❖ 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

- ❖ 本合同有保险金赔付限额的约定，请您注意……2.1
- ❖ 等待期（30 日）内我们承担的责任有所不同，请您注意……2.3
- ❖ 本合同有免赔额的约定，请注意……2.4
- ❖ 本合同有赔付比例的约定，请注意……2.5
- ❖ 本合同属于费用补偿型保险合同，请您注意……2.6
- ❖ 本合同有责任免除条款，请您注意 ……2.7、2.8
- ❖ 保险事故发生后，请及时通知我们……3.2
- ❖ 您应当按时支付保险费……4.1
- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请慎重决策……5.1
- ❖ 您有如实告知的义务……6.1
- ❖ 我们对可能影响本合同保障的重要内容进行了解释并作了显著标识，请您仔细阅读并注意。

☞ 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. 合同的解除
1.1 合同构成	5.1 您解除合同的手续及风险
1.2 合同成立与生效	6. 说明、告知与解除权限制
1.3 保险对象	6.1 明确说明与如实告知
1.4 投保年龄	6.2 我们合同解除权的限制
1.5 犹豫期	7. 其他需要关注的事项
2. 我们提供的保障	7.1 年龄错误
2.1 保险计划	7.2 未还款项
2.2 保险期间与不保证续保	7.3 合同内容变更
2.3 等待期	7.4 联系方式变更
2.4 免赔额	7.5 争议处理
2.5 保险责任	7.6 合同效力的终止
2.6 费用补偿原则	7.7 健康管理服务
2.7 责任免除	8. 重大疾病的定义
2.8 其他责任免除	8.1 重大疾病的定义
3. 保险金的申请	8.2 定义来源及确诊医院范围
3.1 受益人	附表 1：保险计划表
3.2 保险事故通知	附表 2：甲状腺癌的 TNM 分期
3.3 保险金申请与赔付	
3.4 诉讼时效	
4. 保险费的支付	
4.1 保险费的支付	

太平洋健康保险股份有限公司
太保互联网个人一年期住院Ⅰ款医疗保险条款

“太保互联网个人一年期住院Ⅰ款医疗保险”简称“一年期住院Ⅰ款医疗”。在本保险条款中，“您”指投保人，“我们”指太平洋健康保险股份有限公司，“本合同”指您与我们订立的“太保互联网个人一年期住院Ⅰ款医疗保险合同”。

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，我们审核您的投保申请并同意承保，本合同成立。

合同生效日期在保险单上载明。

1.3 保险对象

本合同的保险对象（即被保险人）须满足以下全部条件：

⑴被保险人于本合同生效日前365天内在中华人民共和国**境内**[1]累计居住至少183天；

⑵被保险人的年龄在您投保之日符合本保险条款“1.4 投保年龄”要求；

⑶被保险人的身体健康状况能够通过我们的核保审核。

1.4 投保年龄

指您投保时被保险人的年龄，投保年龄以**周岁**[2]计算。

本合同接受的**首次投保**[3]年龄范围为0周岁至80周岁（含），投保时被保险人为0周岁的，应为出生满30天且已健康出院的婴儿。

被保险人年满100周岁前（含100周岁），保险期间届满，可以重新向我们申请投保本产品，并经过我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

1.5 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，我们将退还您所支付的保险费。

解除合同时，您需要填写解除合同申请书，并提供您的保险合同或电子保险单号及**有效身份证件**[4]。自我们收到您解除合同的书面申请时起，本合同即被解除，对于本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 保险计划

本合同的保险计划将在保险合同中载明。保险计划将约定本合同包含的保障责任、保险期间内各项保险责任的累计赔付限额（即**保险金额**[5]）、各项保险责任

---

[1]**境内**：出于本合同之目的，境内指中华人民共和国境内，不含香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。

[2]**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。

[3]**首次投保**：指您为被保险人向我们第一次投保本保险的情形。

[4]**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。

[5]**保险金额**：指我们承担赔偿或者赔付保险金责任的最高限额。

的赔付限额、**赔付次数**[6]、免赔额、赔付比例等内容，详见保险计划表（见附表 1，下同）。

2.2 **保险期间与不保证续保**

本合同的保险期间为 1 年，不保证续保。保险期间在保险单上载明。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。

若保险期间届满，本产品已停止销售，我们不再接受投保申请，但会向您提供投保其他保险产品的合理建议。

2.3 **等待期**

自本合同生效日期零时起，我们将对一段期间内发生的保险事故不承担给付保险金的责任，这段期间称为等待期。

针对院内门急诊医疗费用保险金、院外药店药品费用保险金无等待期。

针对其余保险责任，除另有约定外，自本合同生效之日起 30 日内（含第 30 日）为等待期。若被保险人在等待期内确诊疾病，无论对该疾病的治疗发生在等待期内或等待期后，我们均不承担任何赔付保险金的责任。

以下两种情形，无等待期：

（1）因**意外伤害**[7]发生的保险事故；

（2）根据本保险条款“2.2 保险期间与不保证续保”的约定获得新的保险合同并经我们审核免除被保险人的等待期的。

2.4 **免赔额**

本合同免赔额均指年免赔额，指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本合同的保险责任范围内的医疗费用，但依照本合同约定仍旧由被保险人自行承担，我们不予赔付的金额。除另有约定外，在保险期间内，住院医疗保险金与一般外购药品及外购医疗器械保险金责任合计年免赔额 2 万元，其余保险责任均无免赔额。

被保险人通过**基本医疗保险**[8]、**公费医疗**[9]和**城乡居民大病保险**[10]获得的医疗费用补偿，不可用于抵扣免赔额，但被保险人从**其他第三方**[11]获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。在保险期间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。

2.5 **保险责任**

在本合同保险期间内，且在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 **院内门急诊医**

若被保险人因遭受意外伤害或因意外伤害以外的原因发生疾病，在我们**指定医**

---

[6]**赔付次数**：指符合本合同约定的门急诊就诊次数。被保险人同一天在同一认可的医疗机构同一科室所进行的门诊或急诊治疗记为一次。

[7]**意外伤害**：指外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

[8]**基本医疗保险**：指《中华人民共和国社会保险法》所称的基本医疗保险，包括职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保险。

[9]**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及预防服务，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]**城乡居民大病保险**：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。

[11]**其他第三方**：指除公费医疗、基本医疗保险和城乡居民大病保险以外的，被保险人的工作单位、第三方侵权责任人、本公司在内的商业保险机构等其他任何途径。

	疗费用保险金	疗机构[12]普通部（不包括特需医疗部、VIP部、国际医疗部或国际医疗中心[13]）进行门急诊治疗的，对于被保险人在该医疗机构发生的**合理且必要**[14]的门急诊医疗费用，包括挂号费、诊察费、治疗费、**门急诊药品费**[15]、**检查检验费**[16]、**手术费**[17]和非正式住院的留院观察费，我们按本保险条款“2.5.8保险金计算方法”计算并赔付院内门急诊医疗费用保险金。院内门急诊医疗费用保险金每次限额20元，每保单月度最高限2次。 保险期间内，我们多次累计赔付的院内门急诊医疗费用保险金以360元为限。
2.5.2	院外药店药品费用保险金	若被保险人因遭受意外伤害或因意外伤害以外的原因发生疾病，在**我们认可的药店**[18]购买**我们指定的药品清单**[19]中的药品，对于被保险人每次实际支付的合理且必要的院外药店药品费用，我们按本保险条款“2.5.8 保险金计算方法”计算并赔付院外药店药品费用保险金。院外药店药品费用保险金每次限额20元，每保单月度最高限2次。 除另有约定外，被保险人于同一日（当日零时起至二十四时止）在我们认可的药店的购药视为一次购药。

[12]**指定医疗机构：**除另有约定外，本合同中的“指定医疗机构”均限**指定公立医疗机构，**但不同保险责任的不同保险计划指定医疗机构的范围可能不同，详见本保险条款“2.5 保险责任”中各项责任及保险计划表中范围的约定，请您在投保时认真阅读。

指定公立医疗机构：除另有约定外，指中国境内（出于本合同之目的，不含香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区）经国家卫生行政管理部门正式评定的二级以上（含二级）属事业单位编制的公立医院，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（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。

[13]**特需医疗部、VIP 部、国际医疗部或国际医疗中心：**指设立于属事业单位编制的公立医院中，医疗费收费主体为属事业单位编制的公立医院，且产生的医疗费用满足以下条件之一的诊疗部门：

⑴在医疗费票据或清单中明确属特需医疗，如包含“特需”、“特需部”、“特需医疗”、“特需门诊”、“特需病房”、“特需床位”、“VIP”、“国际部”、“国际医疗”、“外宾”等表述；

⑵虽然未明确属特需医疗，但相关医疗费用与当地发改委、物价局等医疗服务价格管理部门发布的公立医院医疗服务价格相比有明显升高且部分或全部应当可以经基本医疗保险结算的医疗费项目因医院的原因无法经基本医疗保险结算。

[14]**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：⑴治疗当前疾病所需药品符合国务院药品监督管理部门批准的药品说明书中所列明的适应症及用法用量；⑵由医师开具的处方药或医嘱；⑶非试验性的、研究性的项目；⑷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。我们根据客观、审慎、合理的原则核定是否符合上述条件，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。

[15]**门急诊药品费：**指实际发生的、合理且必需的、由医院医生开具的、具有中国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、复方中药或中成药品，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。

[16]**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。

[17]**手术费**：指门诊发生的合理且必需的手术医疗费用，包括外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、术中用药费、手术设备费、检查检验费、护理费、一次性用品费。

[18]**我们认可的药店**：指满足以下条件的药店：（1）取得国家药品经营许可证；（2）该药店内具有医师、执业药师等专业人员提供服务。

[19]**我们指定的药品清单：**指经我们审核认可，对属于该药品清单中的药品承担本合同约定的保险责任，具体药品清单或范围在保险单中载明。我们保留对“我们指定的药品清单”清单或范围进行变更的权利。调整后的药品清单或范围，请以我们官网公示为准。

保险期间内，我们多次累计赔付的院外药店药品费用保险金以360元为限。

保险期间内，我们每次赔付的院内门急诊医疗费用保险金或院外药店药品费用保险金限额20元，院内门急诊医疗费用保险金和院外药店药品费用保险金每保单月度合计最高赔付次数限2次。保险期间内，我们多次累计赔付的院内门急诊医疗费用保险金和院外药店药品费用保险金合计以360元为限。

2.5.3 住院医疗保险金

若被保险人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，在我们指定医疗机构普通部以及本合同约定的**其他医疗机构**[20]普通部进行治疗，对于被保险人因治疗该次意外伤害或治疗该疾病在该医疗机构发生的合理且必要的下列医疗费用，我们按本保险条款“2.5.8 保险金计算方法”计算并赔付住院医疗保险金：

(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**[21]，下同）以及本合同约定的其他医疗机构普通部普通病房住院期间，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**住院药品费**[22]及**其他住院医疗费用**[23]）。

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，我们继续承担赔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)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以及本合同约定的其他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**[24]、器官移植后的门诊抗排

---

[20]**其他医疗机构：**根据医疗水平的发展，我们保留对“其他医疗机构”进行适当调整的权利，具体以被保险人接受治疗起始时的有效版本为准。若“其他医疗机构”调整，请以我们官网公示为准。

[21]**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。

[22]**住院药品费：**根据医师开具的处方在指定医疗机构普通部所发生的西药、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。

[23]**其他住院医疗费用：**住院治疗期间在指定医疗机构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。(1)检查费：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；(2)治疗费：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；(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；(4)加床费：指未满18周岁的被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定赔付其法定监护人（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，我们根据合同约定赔付其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。(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、也可以合并在病房费等其他款项内；(6)手术费：指为确诊或治疗疾病而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。(7)材料费：指医用耗材的费用；(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；(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)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)护工费：指住院期间由医院的护理人员或护工对被保险人提供的护理服务所收取的费用；护理费、护工费累计限额200元/天。

[24]**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。(1)化学疗法：指针对于恶性肿瘤——轻度或恶性肿瘤——重度的化学治疗（化疗）。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。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；(2)放射疗

异治疗费。

⑶**门诊手术医疗费用**[25]

指被保险人在我们指定医疗机构普通部以及本合同约定的其他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。

⑷住院前后**门（急）诊医疗费用**[26]

指被保险人在我们指定医疗机构普通部以及本合同约定的其他医疗机构普通部住院治疗前30日（含住院当日）至出院后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以及本合同约定的其他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。

保险期间内，我们一次或多次累计赔付的住院医疗保险金以本合同约定的住院医疗保险金赔付限额为限。

2.5.4 重大疾病康复医疗保险金

若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“8.1 重大疾病的定义”约定的重大疾病，在我们指定医疗机构普通部康复科以及本合同约定的其他医疗机构普通部康复科进行**康复治疗**[27]的，对于被保险人在该医疗机构发生的合理且必要的下列**康复住院医疗费用**[28]，

法：指针对于恶性肿瘤——轻度或恶性肿瘤——重度的放射治疗（放疗）。放疗是使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以抑制和杀灭癌细胞为目的而进行的治疗。本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，但不包括质子束放疗、重离子束放疗（如碳离子放疗）和中子束放疗；⑶肿瘤免疫疗法：指针对于恶性肿瘤——轻度或恶性肿瘤——重度的肿瘤免疫疗法，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药品监督管理部门批准用于临床治疗；⑷肿瘤内分泌疗法：指针对于恶性肿瘤——轻度或恶性肿瘤——重度的内分泌疗法，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药品监督管理部门批准用于临床治疗；⑸肿瘤靶向疗法：指针对于恶性肿瘤——轻度或恶性肿瘤——重度的肿瘤靶向疗法，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药品监督管理部门批准用于临床治疗。

[25]**门诊手术医疗费用：**指门诊发生的合理且必需的手术医疗费用，包括外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、术中用药费、手术设备费、检查检验费、护理费、一次性用品费。

[26]**门（急）诊医疗费用：**指门（急）诊发生的合理且必需的医生诊疗费、治疗费、检查检验费、药品费。

[27]**康复治疗：**指确诊初次发生重大疾病后在我们指定医疗机构普通部康复科或本合同约定的其他医疗机构普通部康复科接受住院治疗，由专科医生进行的康复功能评估、确定康复目标、制定康复计划、实施治疗方案以实现最大程度的功能恢复和重建治疗而发生的医疗费用。康复治疗手段包括：物理治疗、中医理疗、生物反馈疗法、其他特殊疗法及康复护理等。

⑴ 物理治疗：指应用人工物理因子（如光、电、磁、声等）来治疗疾病，具体疗法包括电疗、光疗、磁疗、热疗等；

⑵ 中医理疗：指以治疗疾病为目的，被保险人接受由具有相应资格的医生实施的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗等；

⑶ 生物反馈疗法：指以治疗疾病为目的，通过现代电子仪器，将人体的生理活动信息（如肌电活动、皮肤温度、血压、心率、脑电等）加以记录、放大并转换为视觉或听觉信号，以供患者根据这些信号学习调节和控制自身的生理活动的治疗手段；

⑷ 其他特殊疗法：包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗等；

⑸ 康复护理：住院康复治疗期间发生的医嘱范围内的由专业医护人员执行的医疗护理过程。

[28]**康复住院医疗费用：**指接受住院治疗，由专科医生进行的康复功能评估、确定康复目标、制定康复计划、实施治疗方案以实现最大程度的功能恢复和重建治疗而发生的医疗费用。包括床位费、加床费、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、物理治疗、中医理疗、药品和医疗器械使用费(不包含各种矫治和防护医疗器械、各种康复治疗医疗器械、假体、义肢、自用的按摩保健和治疗用品等所有非一次性使用医疗器械和非处方医疗器械的购买、租赁和置换费

我们按本保险条款“2.5.8 保险金计算方法”计算并赔付重大疾病康复医疗保险金：

⑴住院医疗费用

指被保险人在我们指定医疗机构普通部康复科或本合同约定的其他医疗机构普通部康复科进行康复治疗住院期间，在该医疗机构所发生的合理且必要的康复住院医疗费用（指本合同约定的药品费及其他住院医疗费用）。

⑵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康复科或本合同约定的其他医疗机构普通部康复科住院治疗前 30 日（含住院当日）至出院后 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康复科或本合同约定的其他医疗机构普通部康复科接受门（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。

被保险人在保险期间内开始住院康复治疗，到保险期间届满住院康复治疗仍未结束的，我们继续承担赔付保险金责任至住院康复治疗结束，但最长不超过保险期间届满之日起第 30 日。

保险期间内，我们一次或多次累计赔付的重大疾病康复医疗保险金以 2 万元为限。

2.5.5 质子重离子医疗保险金

若被保险人在等待期后被确诊初次发生“8.1 重大疾病的定义”中约定的恶性肿瘤（含恶性肿瘤——重度和恶性肿瘤——轻度，下同），并在**指定质子重离子医疗机构**[29]接受**质子、重离子放射治疗**[30]所发生的合理且必要的**质子重离子医疗费用**[31]，我们按本保险条款“2.5.8 保险金计算方法”计算并赔付质子重离子医疗保险金。

若被保险人未实际接受恶性肿瘤质子重离子放射治疗的，我们对被保险人在指定质子重离子医疗机构发生的所有费用不承担赔付保险金的责任。

保险期间内，我们一次或多次累计赔付的质子重离子医疗保险金以本合同约定的质子重离子医疗保险金赔付限额为限。

2.5.6 一般外购药品及外购医疗器械保险金

若被保险人遭受意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因发生本保险条款“8.1 重大疾病的定义”约定的重大疾病以外的其他疾病，在我们指定医疗机构普通部以及本合同约定的其他医疗机构的普通部进行治疗，对于被保险人在该医疗机构发生的合理且必要的住院医疗费用、特殊门诊医疗费用、门诊手术医疗费用以及住院前后门（急）诊医疗费用保险责任范围内的必须由被保险人个人自行承担的、且在我们指定医疗机构或本合同约定的其他医疗机构以外的我们认可的药店购买的、满足以下条件的合理且必要的药品及医疗器械费

用）、手术费。

[29]**指定质子重离子医疗机构**：指投保时我们与您约定的指定质子重离子医疗机构。我们保留对指定质子重离子医疗机构进行适当调整的权利。指定质子重离子医疗机构清单请以我们官方网站公示为准。

[30]**质子、重离子放射治疗**：指被保险人根据医嘱，在指定质子重离子医疗机构的专门治疗室内接受的质子和重离子放射治疗。

[31]**质子重离子医疗费用**：指被保险人因接受质子、重离子放射治疗而发生的住院医疗费用（包括检查费、治疗费、床位费、膳食费、护理费、会诊费、药品费），以及被保险人住院治疗前 30 日(含住院当日)至出院后 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。

用，我们按本保险条款“2.5.8 保险金计算方法”计算并赔付一般外购药品及外购医疗器械保险金：

1） 外购药品和外购医疗器械是指因我们指定医疗机构或本合同约定的其他医疗机构药房没有该药物和医疗器械，导致其无法向被保险人提供，被保险人必须到我们指定医疗机构或本合同约定的其他医疗机构以外我们认可的药店购买的药品和医疗器械；

2） 外购药品和外购医疗器械的**处方**[32]必须是由我们指定医疗机构或本合同约定的其他医疗机构的**专科医生**[33]开具；

3） 处方开具的外购药品和外购医疗器械必须是被保险人当前治疗所必备的；

4） 外购药品与外购医疗器械费用必须与国家药品监督管理部门批准的该药品说明书或医疗器械说明书中所列明的适应症和用法用量相符合；

5） 外购药品需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；外购医疗器械需具有国家药品监督管理部门核发的医疗器械注册证编号或备案号；

6） 除另有约定外，外购药品不包含**靶向药物**[34]和**免疫治疗药物**[35]；

7） 外购药品不包括根据中医药方组合一种或多种中医药材进行内服或外用的中草药药品费（如中草药饮片、中草药颗粒和中草药膏方等），以及中成药和辅助性药物等临床非紧急、非必需的药物；

8） 外购医疗器械不包括义肢、轮椅、康复设备、按摩设备等需要长期使用或以舒适性、便利性为主要用途的设备的购买、租赁和置换费用。

对不满足上述任一项或多项条件的外购药品及外购医疗器械费用，我们不承担赔付保险金的责任。

我们保留对外购药品及外购药械目录、适应症和用法用量进行适当调整的权利。外购药品及外购医疗器械所适用的具体目录、适应症和用法用量，均以被保险人处方开具之日时的有效版本为准。最新版本将在我们官方网站进行公布。

保险期间内，我们一次或多次累计赔付的一般外购药品及外购医疗器械保险金以本合同约定的一般外购药品及外购医疗器械保险金赔付限额为限。

2.5.7 重大疾病外购药品及外购医疗器械保险金

若被保险人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“8.1 重大疾病的定义”约定的重大疾病，在我们指定医疗机构普通部以及本合同约定的其他医疗机构普通部进行治疗，对于被保险人在该医疗机构发生的合理且必要的住院医疗费用、特殊门诊医疗费用、门诊手术医疗费用以及住院前后门（急）诊医疗费用保险责任范围内的必须由被保险人个人

---

[32]**处方：**指由专科医生在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书，包括医疗机构病区用药医嘱单。

[33]**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。

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

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

自行承担的、且在我们指定医疗机构或本合同约定的其他医疗机构以外的我们认可的药店购买的、满足以下条件的合理且必要的药品及医疗器械费用，我们按本保险条款“2.5.8 保险金计算方法”计算并赔付重大疾病外购药品及外购医疗器械保险金：

1） 外购药品和外购医疗器械是指因我们指定医疗机构或本合同约定的其他医疗机构药房没有该药物和医疗器械，导致其无法向被保险人提供，被保险人必须到我们指定医疗机构或本合同约定的其他医疗机构以外我们认可的药店购买的药品和医疗器械；

2） 外购药品和外购医疗器械的处方必须是由我们指定医疗机构或本合同约定的其他医疗机构的专科医生开具的；

3） 处方开具的外购药品和外购医疗器械必须是被保险人当前治疗所必备的；

4） 外购药品与外购医疗器械费用必须与国家药品监督管理部门批准的该药品说明书或医疗器械说明书中所列明的适应症和用法用量相符合；

5） 外购药品需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；外购医疗器械需具有国家药品监督管理部门核发的医疗器械注册证编号或备案号；

6） 除另有约定外，外购药品不包含靶向药物和免疫治疗药物；

7） 外购药品不包括根据中医药方组合一种或多种中医药材进行内服或外用的中草药药品费（如中草药饮片、中草药颗粒和中草药膏方等），以及中成药和辅助性药物等临床非紧急、非必需的药物；

8） 外购医疗器械不包括义肢、轮椅、康复设备、按摩设备等需要长期使用或以舒适性、便利性为主要用途的设备的购买、租赁和置换费用。

对不满足上述任一项或多项条件的外购药品及外购医疗器械费用，我们不承担赔付保险金的责任。

我们保留对外购药品及外购药械目录、适应症和用法用量进行适当调整的权利。外购药品及外购医疗器械所适用的具体目录、适应症和用法用量，均以被保险人处方开具之日时的有效版本为准。最新版本将在我们官方网站进行公布。

保险期间内，我们一次或多次累计赔付的重大疾病外购药品及外购医疗器械保险金以本合同约定的重大疾病外购药品及外购医疗器械保险金赔付限额为限。

保险期间内，我们一次或多次累计赔付的院内门急诊医疗费用保险金、院外药店药品费用保险金、住院医疗保险金、重大疾病康复医疗保险金、质子重离子医疗保险金、一般外购药品及外购医疗器械保险金、重大疾病外购药品及外购医疗器械保险金之和的赔付限额见本合同附表 1 保险计划表。

保险期间内，若我们一次或多次累计赔付的院内门急诊医疗费用保险金、院外药店药品费用保险金、住院医疗保险金、重大疾病康复医疗保险金、质子重离子医疗保险金、一般外购药品及外购医疗器械保险金、重大疾病外购药品及外购医疗器械保险金之和已经达到本合同附表1保险计划表中约定的保险期间内各项保险责任的累计赔付限额，则保险期间内我们不再承担院内门急诊医疗费用保险金、院外药店药品费用保险金、住院医疗保险金、重大疾病康复医疗保险金、质子重离子医疗保险金、一般外购药品及外购医疗器械保险金、重大疾

病外购药品及外购医疗器械保险金的赔付责任。

2.5.8 保险金计算方法

对于符合本保险条款“2.5.1 院内门急诊医疗费用保险金”、“2.5.2 院外药店药品费用保险金”、“2.5.3 住院医疗保险金”、“2.5.4 重大疾病康复医疗保险金”、“2.5.5 质子重离子医疗保险金”、“2.5.6 一般外购药品及外购医疗器械保险金”、“2.5.7 重大疾病外购药品及外购医疗器械保险金”约定条件的医疗费用，我们按以下公式计算并赔付保险金：

我们赔付的保险金=（被保险人发生的符合保险责任范围内的医疗费用金额总和−被保险人从公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险获得的医疗费用补偿金额总和−被保险人从其他第三方获得的医疗费用补偿金额总和−免赔额余额）×对应赔付比例，具体赔付比例根据被保险人实际就诊和结算情形而定。

若被保险人以有公费医疗或基本医疗保险身份就诊并结算，则对应赔付比例 A；

若被保险人未以有公费医疗或基本医疗保险身份就诊并结算，则对应赔付比例 B；

若被保险人购买已纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》的重大疾病外购药品及外购医疗器械产生的医疗费用，且以有公费医疗或基本医疗保险身份就诊并结算，对应赔付比例 C；

若被保险人购买已纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》的重大疾病外购药品及外购医疗器械产生的医疗费用，但未以有公费医疗或基本医疗保险身份就诊并结算，对应赔付比例 D；

若被保险人购买未经纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》的重大疾病外购药品及外购医疗器械产生的医疗费用，无论被保险人是否以有公费医疗或基本医疗保险身份就诊并结算，对应赔付比例 E。

(1) 对于院内门急诊医疗费用保险金、院外药店药品费用保险金：赔付比例为 30%。

(2) 对于住院医疗保险金、一般外购药品及外购医疗器械保险金：

赔付比例 A 为 80%，赔付比例 B 为 48%。

(3) 对于重大疾病康复医疗保险金：

赔付比例 A 为 100%，赔付比例 B 为 60%。

(4) 重大疾病外购药品及外购医疗器械保险金：

赔付比例 C 为 100%，赔付比例 D 为 60%，赔付比例 E 为 100%。

(5) 对于质子重离子医疗保险金：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，若被保险人已从公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险和其他第三方获得医疗费用补偿的，我们将按本保险条款“2.5.8 保险金计算方法”的约定计算并在本合同约定的保险金赔付限额内赔付保险金，且最高赔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 责任免除

1.对于被保险人因以下任何情形而发生的任何费用，我们不承担赔偿保险金的

责任：

⑴在本合同生效日之前被保险人已患且已知晓的疾病；

⑵被保险人患**精神疾患**[36]和行为障碍，**遗传性疾病**[37]，**先天性畸形、变形或染色体异常**[38]；

⑶被保险人非职业原因或器官移植原因**感染艾滋病病毒或患艾滋病**[39]期间引起的治疗；

⑷故意行为或违法犯罪行为：被保险人故意自伤或自杀，但被保险人自伤或自杀时为无民事行为能力人的除外；投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；被保险人**斗殴**[40]、主动吸食或注射**毒品**[41]，违反规定使用麻醉或精神药品；被保险人**醉酒驾驶**[42]、**无合法有效驾驶证驾驶**[43]或**驾驶无有效行驶证照**[44]的**机动车**[45]导致交通意外引起的医疗费用；

⑸被保险人从事**高风险运动**[46]导致的伤害引起的治疗；被保险人从事**高风险职业**[47]导致的伤害引起的治疗；

---

[36]**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（ICD-10）》为准。

[37]**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。

[38]**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。

[39]**感染艾滋病病毒或患艾滋病**：艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合症，英文缩写为 AIDS。在人体血液或其它样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

[40]**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。

[41]**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。

[42]**醉酒驾驶**：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《中华人民共和国道路交通安全法》的规定认定为醉酒驾驶。

[43]**无合法有效驾驶证驾驶**：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）无驾驶证，驾驶证被依法扣留、暂扣、吊销、注销期间或驾驶证载明的有效期已届满，被保险人未及时更换新驾驶证。

[44]**驾驶无有效行驶证照**：无有效行驶证照指下列情形之一：

（1）发生保险事故时无公安机关交通管理部门核发的合法有效的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动号牌；

（2）未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

[45]**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。

[46]**高风险运动**：本合同所定义的高风险运动是指潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等运动。其中：

潜水：指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。

攀岩：指攀登悬崖、建筑物外墙、人造悬崖、冰崖、冰山和雪山等运动。

探险活动：指在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险，而使自己置身于其中的行为，如江河漂流、徒步穿越沙漠或原始森林等活动。

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

特技表演：指从事马术、杂技、驯兽、飞车等特殊技能训练或比赛。

[47]**高风险职业**：指从事矿产资源作业、水上水下作业、高空作业、电力高压电、森林砍伐、化工、有毒及危险物质生产运输、水上运输，机械设备制造加工操作、金属/合金冶炼，海洋、特种养殖，救灾抢险、消防爆破、缉毒及防暴警察，拳击或足

(6)生育或牙科相关治疗：被保险人怀孕（含宫外孕）、分娩（含剖腹产）、不孕不育治疗、人工受精、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查、非因意外导致的流产以及由上述原因引起的并发症；非因意外伤害导致的牙科治疗、任何原因导致的种植牙治疗、口腔科（牙科）保健（如洗牙洁牙等）；

(7)非疾病治疗类项目：被保险人因预防、疗养、康复、心理治疗、美容、矫形、视力矫正手术、安装假肢、非意外伤害所致的整容手术、变性手术、**咨询类**[48]等非疾病治疗类项目发生的医疗费用；被保险人接受预防性手术（如预防性阑尾切除、预防性扁桃体切除）；被保险人接受各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定等医疗鉴定所发生的费用；

(8)被保险人接受如下项目的治疗：皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗；雀斑、老年斑、痣的治疗和去除；对浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其他瘢痕、纹身去除、皮肤变色的治疗或手术；除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗斑秃、白发、秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸；包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性早熟、发育迟缓治疗、性病、性功能障碍治疗、生育控制、绝育恢复手术引起的医疗；减肥、胃减容术（包括可调节式束带手术、袖状胃切除手术、胃旁路手术、胃内水囊手术、胃肠转流术）；

(9)被保险人接受实验性或研究性治疗、使用未经过国家药品监督管理部门批准的疗法、药品或器械治疗及其产生的后果所导致的医疗费用；被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；被保险人在不符合本合同约定的医院就诊发生的医疗费用；

(10)各种矫治和防护医疗器械、各种康复治疗医疗器械、假体、义肢、自用的按摩保健和治疗用品等所有非一次性使用医疗器械和非处方医疗器械的购买、租赁和置换费用；

(11)战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；核爆炸、核辐射或核污染；

(12)药品或医疗器械配送服务产生的费用（包括配送费用、平台服务费用等各类非药品及医疗器械费用）；

(13)不符合国家药品监督管理部门批准的药品说明书中所列明的适应症或用法用量的特种药品费用；未遵守卫生健康管理部门的诊疗规范或未经国家药品监督管理部门审查批准或未按批准的适用范围使用的药品、治疗设备、医疗器械所产生的医疗费用；

(14)任何**替代疗法**[49]或因**医疗事故**[50]产生的费用。

2.因以下任何情形而发生的医疗费用，我们也不承担赔偿住院医疗保险金、一般外购药品及外购医疗器械保险金的责任：

(1)除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其它人工器官材料费、安装和置换

球职业运动员、潜水的职业。

[48]**咨询类：**包括但不限于健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询（依照世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）确定的精神和行为障碍以外的一般心理问题，如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等）等。

[49]**替代疗法：**指目前传统医学或标准治疗之外的医学和健康管理系统、操作和产品，包括但不限于芳香疗法、脊椎指压疗法、自然疗法、整骨疗法、印度韦达养生学和传统中医。

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

等费用，所有非处方医疗器械费用；
⑵非医院药房购买的药品或医疗器械（一般外购药品及外购医疗器械保险金责任项下药品或医疗器械不受此限制）；
⑶未遵守国家卫生健康管理部门的诊疗规范，或未经国家药品监督管理部门审查批准或未按批准的适用范围使用的治疗设备、医疗器械所产生的医疗费用；
⑷所有**基因疗法**[51]造成医疗费用。

3.因以下任何情形而发生的重大疾病院外药品和器械费用，我们也不承担赔偿重大疾病外购药品及外购医疗器械保险金的责任：
⑴仅有临床不适症状，入院诊断和出院诊断均不是本合同定义的重大疾病的治疗；
⑵使用未获得国家药品监督管理部门许可或批准上市的药品或药物；
⑶重大疾病外购药品处方的开具与国家药品监督管理部门批准的该药品说明书中所列明的适应症和用法用量不符；
⑷相关医学材料不能证明重大疾病外购药品对被保险人所罹患的重大疾病治疗有效；
⑸在中华人民共和国境内以外的国家或地区接受治疗；
⑹未经专科医生处方自行购买的药品费用；
⑺被保险人接受未经国家药品监督管理部门认可的试验性或者研究性治疗及其后果所产生的药品费用。

2.8 **其他责任免除** 除本保险条款“2.7 责任免除”外，本合同还有一些免除我们责任的条款，详见本保险条款“2.3 等待期”、“2.4 免赔额”、“2.5 保险责任”、“3.2 保险事故通知”、“7.1 年龄错误”、“8.重大疾病的定义”以及脚注中背景突出显示的内容。

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发生保险事故后应当在 10 日内通知我们。我们接收到保险事故通知后，将在 1 个工作日内一次性给予理赔指导。
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，不承担赔付保险金的责任，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 **保险金申请与赔付** 申请保险金时，由受益人须填写保险金赔付申请书，并须提供下列证明和资料：

3.3.1 **院内门急诊医疗费用保险金、院外药店** ⑴保险合同或电子保险单号；
⑵受益人的有效身份证件；
⑶指定医疗机构、其他医疗机构出具或符合本合同约定的质子重离子医疗机构

[51]**基因疗法**：指通过各种手段修复缺陷基因，以实现减缓或治愈疾病目的的技术。

药品费用保险金、住院医疗保险金、重大疾病康复医疗保险金、质子重离子医疗保险金、一般外购药品及外购医疗器械保险金、重大疾病外购药品及外购医疗器械保险金申请

出具的被保险人医疗诊断书（包括必要的病历记录、手术记录及检查报告）、出院小结在内的住院病历；

⑷指定医疗机构、其他医疗机构或符合本合同约定的质子重离子医疗机构出具的医疗费用收据原件和医疗费用清单；

⑸卫生行政部门认定的二级以上（含二级）医院、本合同约定的其他医疗机构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；

⑹申请外购药品及外购医疗器械费用的，还需提供我们指定医疗机构或其他医疗机构开具的处方笺复印件及我们认可的药店的收费票据；

⑺所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料。

如果委托他人代为申请保险金，除上述证明和资料外，还须提供受益人的授权委托书、受托人有效身份证件等相关证明文件。

保险金作为被保险人遗产的，申请人须提供可证明其合法继承权的相关权利文件。

受益人或继承人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，须由其监护人代为申请领取保险金，并提供监护人的有效身份证件和具有监护权的证明文件。

以上各项保险金申请的证明和资料不完整的，我们将在 2 个工作日内一次性通知申请人补充提供有关证明和资料。

3.3.2 **保险金赔付**

我们在收到保险金赔付申请书及合同约定的完整的证明和资料后，将在 5 个工作日内作出核定，并于作出核定后 1 个工作日内通知受益人；**情形复杂**[52]的，将在 30 日内作出核定。对属于保险责任的，我们在与受益人达成赔付保险金的协议后 10 日内，履行赔付保险金义务。

我们未及时履行前款规定义务的，除应支付保险金外，还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 1 个工作日内向受益人发出拒绝赔付保险金通知书并说明理由。

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

3.4 **诉讼时效**

受益人向我们请求赔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

[52]**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赔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。

4.1 **保险费的支付** 本合同的保险费根据被保险人的年龄、承保的保险计划、是否参加公费医疗或基本医疗保险等情况确定。

本合同的保险费及支付方式由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。

您应当按照本合同约定向我们支付保险费。

如您选择一次性支付保险费，您应于投保时一次性支付全部保险费。

如您选择分期支付保险费，您在支付首期保险费后，应当按照约定，在每个**保险费约定支付日**[53]或之前支付应付保险费。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 30 日内发生保险事故，我们仍会承担保险责任，但在赔付保险金时会扣减您欠交的保险费。如果您在前述约定 30 日期限届满之后仍未支付保险费，则本合同自前述约定 30 日期限届满的次日零时起效力终止。

5. 合同的解除

5.1 **您解除合同的手续及风险** 如您在犹豫期后申请解除本合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：

⑴保险合同或电子保险单号；

⑵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 日内向您退还保险单的**现金价值**[54]。

您犹豫期后解除合同会遭受一定损失。

6. 说明、告知与解除权限制

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，我们不承担赔付保险金的责任，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，我们不承担赔付保险金的责任，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，我们承担赔付保险金的责任。

---

[53]**保险费约定支付日：**指保险合同生效日在每个交费周期内的对应日。如果交费周期内无对应的同一日，则以该周期最后一日为对应日。

[54]**现金价值：**指本合同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。⑴若选择一次性支付保险费，本合同保险单的现金价值＝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；⑵若选择分期支付保险费，本合同保险单的现金价值＝本合同的当期保险费×65％×（1－n/m），其中 n 为本合同当期已生效天数，m 为本合同当期天数。合同已生效的天数不足一天的不计。

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。

7. 其他需要关注的事项

7.1 **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真实年龄在投保单上填明，若发生错误应按照下列方式办理：

⑴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的投保年龄限制的，我们有权解除合同，并向您退还保险单的现金价值。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。

⑵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，在赔付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例赔付。

⑶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。

⑷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。

7.2 **未还款项** 我们在赔付各项保险金、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赔付或退还。

7.3 **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，您向我们在线提交的电子信息与您向我们提交的书面文件具有相同的法律效力。

7.4 **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。

7.5 **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：

⑴因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，提交双方同意的仲裁委员会仲裁；

⑵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。

本合同引起的或与本合同有关的任何争议的处理，均适用中华人民共和国法律。

7.6 **合同效力的终止** 发生下列情形之一时，本合同效力终止：

⑴您向我们申请解除本合同；

⑵被保险人身故；
⑶本合同保险期间届满；
⑷因本合同条款的其他约定而效力终止。

7.7 健康管理服务 在本合同保险期间内，我们为被保险人提供如下健康管理服务，包括：
⑴健康咨询；
⑵就医服务。
服务的详细内容及次数限制详见服务手册，您可在投保时获取并查看服务手册。

8. 重大疾病的定义

8.1 重大疾病的定义 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。

8.1.1 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**[55]（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[56]）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[57]）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：
⑴ICD-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；
⑵**TNM分期**[58]为Ⅰ期或更轻分期的甲状腺癌；
⑶TNM分期为$T_1N_0M_0$期或更轻分期的前列腺癌；
⑷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；
⑸相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；
⑹相当于Ann Arbor分期方案Ⅰ期程度的何杰金氏病；
⑺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

---

[55]**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。

[56]**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。

[57]**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。

[58]**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，具体见附表2。

ki-67≤2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

8.1.2 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⑴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；⑵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：

⑴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；

⑵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；

⑶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）；

⑷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；

⑸影像学检查证实存在新出现的室壁瘤；

⑹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。

8.1.3 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：

⑴一肢（含）以上**肢体**[59]**肌力**[60]2级（含）以下；

⑵**语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍**[61]；

⑶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**[62]中的三项或三项以上。

8.1.4 重大器官移植

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

---

[59]**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。

[60]**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。

[61]**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。

[62]**六项基本日常生活活动**：六项基本日常生活活动是指：⑴穿衣：自己能够穿衣及脱衣；⑵移动：自己从一个房间到另一个房间；⑶行动：自己上下床或上下轮椅；⑷如厕：自己控制进行大小便；⑸进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；⑹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。

	术或造血干细胞移植术	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。
8.1.5	**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。
8.1.6	**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。
8.1.7	**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。
8.1.8	**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： ⑴重度黄疸或黄疸迅速加重； ⑵肝性脑病； ⑶B 超或其他影像学检查显示肝脏体积急速萎缩； ⑷肝功能指标进行性恶化。
8.1.9	**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： ⑴已经实施了开颅进行的颅内肿瘤完全或部分切除手术； ⑵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： ⑴脑垂体瘤； ⑵脑囊肿； ⑶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）。
8.1.10	**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： ⑴持续性黄疸； ⑵腹水； ⑶肝性脑病； ⑷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。

8.1.11 **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，仍遗留下列至少一种障碍：

⑴一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；

⑵语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；

⑶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；

⑷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。

8.1.12 **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。

8.1.13 **双耳失聪**

指因疾病或意外伤害导致双耳听力**永久不可逆**[63]性丧失，在 500 赫兹、1000 赫兹和 2000 赫兹语音频率下，平均听阈大于等于 91 分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

被保险人申请理赔时年龄必须在三周岁以上，且应提供理赔当时的听力丧失诊断及检查证据。

8.1.14 **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：

⑴眼球缺失或摘除；

⑵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）；

⑶视野半径小于 5 度。

被保险人申请理赔时年龄必须在三周岁以上，且应提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。

8.1.15 **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。

8.1.16 **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。

8.1.17 **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

---

[63]**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。

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：

⑴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；

⑵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。

8.1.18 **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：

⑴一肢（含）以上肢体肌力2级（含）以下；

⑵语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；

⑶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。

8.1.19 **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。

8.1.20 **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。

8.1.21 **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**[64]Ⅳ级，且静息状态下肺动脉平均压在36mmHg（含）以上。

8.1.22 **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：

⑴严重咀嚼吞咽功能障碍；

⑵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；

⑶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。

---

[64]**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。

8.1.23 **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。

被保险人申请理赔时年龄必须在三周岁以上，且应提供理赔当时的语言能力丧失诊断及检查证据。

8.1.24 **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：

⑴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%；

⑵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＜0.5×10^9/L；

②网织红细胞计数＜20×10^9/L；

③血小板绝对值＜20×10^9/L。

8.1.25 **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。

8.1.26 **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：

⑴静息时出现呼吸困难；

⑵肺功能第一秒用力呼气容积（FEV_1）占预计值的百分比＜30%；

⑶在静息状态、呼吸空气条件下，动脉血氧分压（PaO_2）＜50mmHg。

8.1.27 **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，且已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

8.1.28 **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。

8.1.29 **恶性肿瘤——轻度**

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO，World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴，但不在“恶性肿瘤——重度”保障范围的疾病。且特指下列六项之一：

（1）TNM 分期为Ⅰ期的甲状腺癌；
（2）TNM 分期为 $T_1N_0M_0$ 期的前列腺癌；
（3）黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；
（4）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
（5）相当于 Ann Arbor 分期方案Ⅰ期程度的何杰金氏病；
（6）未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像<10/50 HPF 和 ki-67≤2%）的神经内分泌肿瘤。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”，不在保障范围内：

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。

8.1.30 严重心肌病

指被保险人因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的心功能分级标准之心功能 IV 级。被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

8.1.31 严重结核性脑膜炎后遗症

指由于结核杆菌感染引起脑膜、脑实质、脊膜及脊髓的非化脓性炎症，引起显著颅内压升高和严重神经系统功能损害，表现为意识障碍、颅神经损害、瘫痪、癫痫等。被保险人必须被明确诊断为结核性脑膜炎，并且满足下列所有条件：

（1） 严重高颅压或脑积水，并且实际接受了外科减压性手术、脑脊液分流手术或外引流手术治疗；

（2） 确诊 180 天后，仍有一肢体或多肢体瘫痪，肌力 3 级（含）以下；

（3） 确诊 180 天后，仍有斜视、面神经麻痹或视力下降。

8.1.32 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，并且已经造成永久不可逆的神经系统功能损害。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续180天无法独立完成下列基本日常生活活动之一：

（1）移动：自己从一个房间到另一个房间；

（2）进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

8.1.33 职业原因致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

被保险人的职业归属于下列职业列表内的职业，在其常规职业工作过程中遭遇外伤，或者职业需要处理血液或者其他体液时感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）。必须满足下列所有条件：

（1）感染必须是在被保险人正在从事其职业工作中发生；

（2）血清转化必须出现在事故发生后的 6 个月以内；

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

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

职业列表：
医生（包括牙医）；护士
医院化验室工作人员；医院护工
救护车工作人员；助产士
警察（包括狱警）；消防人员
任何因其他传播方式（包括：输血、性传播或静脉注射毒品）导致的 HIV 感染不在本保障范围内。我们拥有获得使用被保险人的所有血液样本的权利和对这些样本进行独立检验的权利。

8.1.34 **严重重症肌无力**

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。必须满足下列所有条件：
（1）经药物治疗和胸腺切除治疗 180 天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。

8.1.35 **严重类风湿性关节炎**

类风湿性关节炎为广泛分布的慢性进行性多关节病变，表现为关节严重变形，侵犯至少三个主要关节或关节组[如：双手（多手指）关节、双足（多足趾）关节、双腕关节、双膝关节和双髋关节]。类风湿性关节炎必须明确诊断并且已经达到类风湿性关节炎功能分类 IV 级的永久不可逆性关节功能障碍（生活不能自理，且丧失活动能力）。
美国风湿病学会类风湿性关节炎分级
I 级：关节能自由活动，能完成平常的任务而无妨碍。
II 级：关节活动中度限制，一个或几个关节疼痛不适，但能料理日常生活。
III 级：关节活动显著限制，不能胜任工作，料理生活也有困难。
IV 级：大部分或完全失去活动能力，病人长期卧床或依赖轮椅，生活不能自理。

8.1.36 **脊髓灰质炎后遗症**

脊髓灰质炎是由于脊髓灰质炎病毒感染所致的瘫痪性疾病，临床表现为运动功能损害或呼吸无力。脊髓灰质炎必须明确诊断。本保障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。

8.1.37 **输血原因致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染**

被保险人因输血感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）并且满足下列所有条件：
（1）在保障起始日之后，被保险人因输血而感染 HIV；
（2）提供输血治疗的输血中心或医院出具该项输血感染属医疗责任事故的报告，或者法院终审裁定为医疗责任；
（3）受感染的被保险人不是血友病患者。
任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致的 HIV 感染不在本保障范围内。
我们拥有获得使用被保险人的所有血液样本的权利和对这些样本进行独立检

验的权利。

8.1.38 **进行性多灶性白质脑病**

是一种亚急性脱髓鞘脑病，常常发生于免疫缺陷病人。必须满足下列所有条件：
（1）根据脑组织活检确诊；
（2）永久不可逆丧失自主生活能力，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

8.1.39 **严重肌营养不良症**

肌营养不良症是一组遗传性肌肉变性性病变，临床特征为与神经系统无关的肌肉无力和肌肉萎缩。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。

8.1.40 **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脑动脉瘤夹闭手术。
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本保障范围内。

8.1.41 **严重弥漫性系统性硬皮病**

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。诊断必须明确并由活检和血清学证据支持并且疾病已经影响到心脏、肺或肾脏等内脏器官并且达到下列标准之一：
（1）肺纤维化，已经出现肺动脉高压、肺心病；
（2）心脏损害，心脏功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能 IV 级；
（3）肾脏损害，已经出现肾功能衰竭。
下列疾病不在本保障范围内：
（1）局限硬皮病；
（2）嗜酸细胞筋膜炎；
（3）CREST 综合征。

8.1.42 **严重冠心病**

指经冠状动脉造影检查结果明确诊断为三支主要血管严重狭窄性病变（至少一支血管管腔直径减少 75％以上和其他两支血管管腔直径减少 60％以上）。冠状动脉的主要血管指左冠状动脉主干、前降支、左旋支及右冠状动脉。
前降支、左旋支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。

8.1.43 **严重慢性复发性胰腺炎**

指慢性反复发作（3 次及以上）的胰腺炎症导致胰腺的广泛纤维化、坏死、弥漫性钙化及假性囊肿形成，造成胰腺功能障碍出现严重糖尿病和营养不良。必须满足下列所有条件：
（1）医疗记录证实存在有腹痛等典型症状的慢性胰腺炎急性反复发作超过三次；
（2）CT 显示胰腺广泛钙化或逆行胰胆管造影（ERCP）显示胰管扭曲、扩张和狭窄；
（3）持续接受胰岛素替代治疗和酶替代治疗 180 天以上。
酒精导致的慢性复发性胰腺炎不在本保障范围内。

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

8.1.45 **重症急性坏死性筋膜炎截肢** 是一种由细菌侵入皮下组织和筋膜引起的急性坏死性软组织感染，可伴有毒血症、败血症、中毒性休克、弥漫性血管内凝血及多器官衰竭。必须满足下列所有条件：

（1）细菌培养和临床表现符合坏死性筋膜炎诊断标准；

（2）病情迅速恶化，有脓毒血症表现；

（3）受感染肢体被截肢（自腕关节或踝关节近端）。

8.1.46 **嗜铬细胞瘤** 源于肾上腺髓质、交感神经节或其他部位的嗜铬组织发生的肿瘤，分泌过多的儿茶酚胺，并且已经实施了嗜铬细胞瘤切除手术。

8.1.47 **丝虫感染所致严重象皮病** 指因丝虫感染导致淋巴阻塞性出现严重淋巴水肿，达到国际淋巴学会淋巴肿分期第 III 期，临床表现为肢体象皮肿，患肢较健肢增粗 30%以上，日常生活不能自理。

8.1.48 **胰腺移植术** 胰腺移植术指因胰腺功能衰竭，已经实际接受了胰腺的同种（人类）异体器官移植手术。

单纯胰岛移植、部分胰腺组织或细胞移植不在本保障范围内。

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

（1）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>100pg/ml；

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

③促肾上腺皮质激素（ACTH）刺激试验显示为原发性肾上腺皮质功能减退症。

（2）已经采用皮质类固醇替代治疗 180 天以上。

肾上腺结核、HIV 感染或艾滋病、感染、肿瘤所致的原发性肾上腺皮质功能减退和继发性肾上腺皮质功能减退不在本保障范围内。

8.1.50 **严重心肌炎** 指被保险人因严重心肌炎症性病变导致心功能损害造成持续的永久不可逆性的心功能衰竭。必须满足下列所有条件：

（1）心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能 IV 级，或左室射血分数低于 30%；

（2）持续不间断 180 天以上；

（3）被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

8.1.51 **肺源性心脏病** 指被保险人因慢性肺部疾病导致慢性肺源性心脏病并且引起慢性心功能损害造成永久不可逆性的心功能衰竭。心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能 IV 级。被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

8.1.52 **严重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。必须满足下列所有条件：
（1）诊断由逆行胰胆管造影（ERCP）或经皮胆管造影（PTC）确认；
（2）持续性黄疸伴碱性磷酸酶（ALP）显著升高，血清 ALP>200U/L；
（3）出现继发性胆汁性肝硬化和门静脉高压。
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。

8.1.53 **严重慢性自身免疫性肝炎** 自身免疫性肝炎是一种原因不明的慢性肝脏的坏死性炎性疾病，机体免疫机制被破坏，产生针对肝脏自身抗原的抗体导致自身免疫反应，从而破坏肝细胞造成肝脏炎症坏死，进而发展为肝硬化。必须满足下列所有条件：
（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）肝脏活检确诊免疫性肝炎；
（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。

8.1.54 **原发性骨髓纤维化** 以骨髓纤维增生和髓外造血为特点，表现为进行性贫血、脾肿大、外周血幼稚细胞等。
被保险人须经由骨髓活检明确诊断为原发性骨髓纤维化，并满足下列所有条件且持续 180 天：
（1）血红蛋白<100g/l；
（2）白细胞计数>25×10^9/l；
（3）外周血原始细胞≥1%；
（4）血小板计数<100×10^9/l。
恶性肿瘤、中毒、放射线和感染所致的继发性骨髓纤维化不在本保障范围内。

8.1.55 **严重骨髓异常增生综合征** 指符合世界卫生组织（WHO，WorldHealthOrganization）2008 分型方案中的难治性贫血伴原始细胞增多（RAEB）或 2016 年分型方案中的骨髓异常增生综合征伴原始细胞增多（MDS-EB）、骨髓异常增生综合征伴单纯 del（MDS-5q）、骨髓异常增生综合征未分类型（MDS-U）。且需满足下列所有条件：
（1）骨髓穿刺或骨髓活检结果支持诊断；
（2）已接受至少累计三十日的化疗或已接受造血干细胞移植治疗或骨髓移植治疗。化疗天数的计算以被保险人实际服用、注射化疗药物的天数为准。

8.1.56 **自体造血干细胞移植** 指为治疗造血功能损害或为达到治疗肿瘤的目的，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）的自体移植手术。该治疗须由专科医生认为是医学必需的。

8.1.57 **严重感染性心内膜炎**

感染性心内膜炎是指因细菌或其他致病菌感染造成心脏内膜感染，瓣膜为最常受累部位，引起心脏瓣膜关闭不全。必须满足下列至少三项条件：

（1）急性或亚急性感染性心内膜炎临床表现；

（2）血培养病原体阳性；

（3）心功能衰竭并实际接受了心脏瓣膜置换手术；

（4）并发动脉栓塞导致脑梗塞、肾梗塞或心肌梗塞。

药物滥用者所患感染性心内膜炎不在本保障范围内。

8.1.58 **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。

8.1.59 **严重慢性缩窄性心包炎**

由于慢性心包炎症导致心包脏层和壁层广泛瘢痕粘连、增厚和钙化，心包腔闭塞，形成一个纤维瘢痕外壳，使心脏和大血管根部受压，阻碍心脏的舒张。慢性缩窄性心包炎必须被明确诊断并且满足下列所有条件：

（1）心功能衰竭达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级，并持续 180 天以上；

（2）已经实施了开胸进行的心包剥脱或心包切除手术。

经胸腔镜、胸壁打孔进行的手术、心包粘连松解手术不在本保障范围内。

8.1.60 **心脏粘液瘤切除手术**

指为了治疗心脏粘液瘤，实际实施了开胸心脏粘液瘤切除手术。

经导管介入手术治疗不在本保障范围内。

8.1.61 **严重心脏衰竭 CRT 心脏再同步治疗**

指因缺血性心脏病或扩张性心肌病导致慢性严重心脏衰竭，被保险人实际接受了 CRT 治疗，以矫正心室收缩不协调和改善心脏功能。接受治疗之前必须满足下列所有条件：

（1）心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能 III 级或 IV 级；

（2）左室射血分数低于 35%；

（3）左室舒张末期内径≥55mm；

（4）QRS 时间≥130msec；

（5）药物治疗效果不佳，仍有症状。

8.1.62 **完全性房室传导阻滞**

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，须明确诊断并且满足下列所有条件：

（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。

8.1.63 **多处臂丛神经**

指由于疾病或意外导致至少两根臂丛神经根性撕脱，所造成的手臂感觉功能与

	根性撕脱	运动功能完全永久性丧失，经手术治疗后无法恢复。 本疾病必须有电生理检查结果和手术证实。
8.1.64	**头臂动脉型多发性大动脉炎旁路移植手术**	多发性大动脉炎（高安氏动脉炎）是一种发生在主动脉和其主要分支的慢性炎症性动脉疾病，表现为受累动脉狭窄或闭塞。头臂动脉型多发性大动脉炎是指多发性大动脉炎头臂动脉型（I 型），又称为无脉症。被保险人被明确诊断为头臂动脉型多发性大动脉炎并且实际接受了经胸部切开进行的无名动脉（头臂干）、颈总动脉、锁骨下动脉旁路移植手术。 非开胸的血管旁路移植手术、因其他病因而进行的旁路移植手术，对其他动脉进行的旁路移植手术，经皮经导管进行的血管内手术不在本保障范围内。
8.1.65	**肺淋巴管肌瘤病**	肺淋巴管肌瘤病是一种弥漫性肺部疾病，其特征性病理表现为囊性病变及不成熟的平滑肌细胞和血管周围上皮细胞异常增生形成多发结节。必须满足下列所有条件： （1）经组织病理学检查明确诊断； （2）CT 显示双肺弥漫性囊性改变； （3）动脉血气分析显示低氧血症。 疑似肺淋巴管肌瘤病除外。
8.1.66	**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%。
8.1.67	**非阿尔茨海默病致严重痴呆**	指因阿尔茨海默病以外的脑的器质性疾病造成脑功能衰竭导致永久不可逆性的严重痴呆，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退。被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，日常生活必须持续受到他人监护。导致痴呆的疾病必须明确诊断，并且由完整的临床、实验室和影像学检查结果证实。 神经官能症，精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在本保障范围内。
8.1.68	**进行性核上性麻痹**	进行性核上性麻痹是中枢神经系统变性性疾病，临床表现为眼球运动障碍、假性球麻痹、帕金森综合征等。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。
8.1.69	**亚急性硬化性全脑炎**	是麻疹或麻疹样病毒所致的一种中枢神经系统慢病毒感染。中枢神经系统呈现灰质和白质破坏为特征的慢性和急性混合存在的炎症。必须满足下列所有条件： （1）必须由三级医院诊断，临床检查证实脑电图存在周期性复合波、脑脊液 γ-球蛋白升高、脑脊液和血清中麻疹抗体滴定度升高； （2）被保险人出现运动障碍，永久不可逆丧失自主生活能力，无法独立完成

六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

8.1.70	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。
8.1.71	脊髓小脑变性症	脊髓小脑变性症为一组以小脑萎缩和共济失调为主要临床特点的疾病。必须满足下列所有条件： （1）脊髓小脑变性症必须由三级医院诊断，并有下列所有证据支持： 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。
8.1.72	神经白塞病	是一种慢性全身性血管炎症性疾病，主要表现为复发性口腔溃疡、生殖器溃疡、眼炎及皮肤损害，并可累及大血管、神经系统、消化道、肺、肾等等。累及神经系统损害的白塞病称为神经白塞病。神经白塞病必须明确诊断，并且已经造成永久不可逆的神经系统功能损害。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续180天无法独立完成下列基本日常生活活动之一： （1）移动：自己从一个房间到另一个房间； （2）进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。
8.1.73	脊髓内肿瘤	指脊髓内良性或恶性肿瘤。肿瘤造成脊髓损害导致瘫痪。须满足下列所有条件： （1）被保险人实际接受了肿瘤切除的手术治疗； （2）手术180天后遗留下列神经系统损害，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。 非脊髓内的其他椎管内肿瘤、脊柱肿瘤、神经纤维瘤不在本保障范围内。
8.1.74	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。横贯性脊髓炎必须明确诊断，并且已经造成永久不可逆的神经系统功能损害。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续180天无法独立完成下列任何一项基本日常生活活动： （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。
8.1.75	脊髓空洞症	脊髓空洞症为慢性进行性的脊髓变性性疾病，其特征为脊髓内空洞形成。表现为感觉异常、肌萎缩及神经营养障碍。脊髓空洞症累及延髓的称为延髓空洞症，表现为延髓麻痹。脊髓空洞症必须明确诊断并且造成永久不可逆的神经系统功能障碍，存在持续至少180天以上的神经系统功能缺失并满足下列任一条件： （1）延髓麻痹呈现显著舌肌萎缩、构音困难和吞咽困难；

（2）双手萎缩呈“爪形手”，肌力 2 级或以下。

8.1.76 **脊髓血管病后遗症**

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

（1）移动：自己从一个房间到另一个房间；

（2）进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

8.1.77 **开颅手术**

指因外伤、颅内肿瘤或脑动脉瘤破裂，被保险人实际接受了在全麻下进行的颅骨切开手术，以清除脑内血肿、切除肿瘤或夹闭破裂动脉瘤的手术治疗。

颅骨打孔手术、硬膜下血肿清除术、未破裂动脉瘤预防性手术、动脉瘤栓塞手术、血管内手术、颅骨切开或切除减压术、脑积水脑脊液分流手术、经蝶骨肿瘤切除术及其他原因的开颅手术不在本保障范围内。

8.1.78 **严重系统性红斑狼疮性肾炎**

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。

本保障所指的系统性红斑狼疮性肾炎须满足下列条件之一：

（1）经肾脏活检确认符合 WHO 诊断标准定义 III 型或 III 型以上狼疮性肾炎；

（2）临床出现肾功能衰竭且达到尿毒症期。

其他类型的红斑性狼疮，如盘状狼疮、仅累及血液及关节的狼疮不在本保障范围内。

8.1.79 **1 型糖尿病严重并发症**

1 型糖尿病的特征为由于胰岛素分泌绝对不足引起严重胰岛素缺乏导致慢性血糖升高，需要依赖外源性胰岛素进行机体的葡萄糖代谢和维持生命。被保险人的 1 型糖尿病必须明确诊断，而且有血胰岛素测定及血 C 肽或尿 C 肽测定结果支持诊断，并且满足下列所有条件：

（1）已经持续性地接受外源性胰岛素注射治疗连续 180 天以上；

（2）因需要已经接受了下列治疗：

①因严重心律失常植入了心脏起搏器；或

②因坏疽自跖趾关节或以上切除了一趾或多趾。

8.1.80 **席汉氏综合征**

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

（1）产后大出血休克病史；

（2）严重腺垂体功能破坏，破坏程度>95%；

（3）影像学检查显示脑垂体严重萎缩或消失；

（4）实验室检查显示：

①垂体前叶激素全面低下（包括生长激素、促甲状腺素、促肾上腺皮质激素、卵泡刺激素和黄体生成素）；和

②性激素、甲状腺素、肾上腺皮质激素全面低下；

（5）需要终身激素替代治疗以维持身体功能，持续服用各种替代激素超过 180

天。
垂体功能部分低下及其他原因所致垂体功能低下不在本保障范围内。

8.1.81 **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。

8.1.82 **肾髓质囊性病**

肾髓质囊性病是一种遗传性肾脏疾病，特点为肾髓质多发大小不等的囊肿并且伴有小管炎症和间质性肾炎。必须满足下列所有条件：
（1）经肾组织活检明确诊断；
（2）临床有肾脏衰竭和肾小管功能障碍表现；
（3）影像学证据显示肾髓质多发囊肿。
其他肾脏囊性病变不在本保障范围内。

8.1.83 **肝豆状核变性**

肝豆状核变性是一种遗传性铜代谢障碍疾病。表现为体内的铜离子在肝、脑、肾、角膜等处沉积，引起进行性加重的肝硬化、锥体外系症状、精神症状、肾损害及角膜色素环。肝豆状核变性必须明确诊断并且满足以下条件之一：
（1）帕金森综合征或其他神经系统功能损害，自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上；
（2）失代偿性肝硬化，临床已经出现腹水、食道静脉曲张和脾肿大等表现；
（3）慢性肾功能衰竭，已开始肾脏透析治疗；
（4）接受了肝移植或肾移植手术。

8.1.84 **重症急性出血坏死性胰腺炎开腹手术**

指被保险人被确诊为重症急性出血坏死性胰腺炎，并实际接受了外科剖腹直视手术治疗，进行坏死组织清除、坏死病灶切除或胰腺切除。
腹腔镜手术治疗、因酗酒或饮酒过量所致的急性坏死性胰腺炎不在本保障范围内。

8.1.85 **埃博拉病毒感染**

指埃博拉病毒感染导致的急性出血性传染病。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确诊并且上报国家疾病控制中心接受了隔离和治疗，必须满足以下所有条件：
（1）实验室检查证据证实存在埃博拉病毒感染；
（2）存在持续 30 天以上广泛出血的临床表现。
埃博拉病毒感染疑似病例不在本保障范围内。

8.1.86 **意外导致的重度面部烧伤**

指面部Ⅲ度烧伤且烧伤面积达到面部表面积的 2/3 或全身体表面积的 2%。
体表面积根据《中国新九分法》计算，面部总面积为全身体表面积的 3%。面部面积不包括发部和颈部。

8.1.87 **失去一肢及一**

被保险人因同一次意外伤害事件或疾病导致一肢体丧失和一眼视力丧失。必须

	眼	满足下列所有条件： （1）一肢体丧失指任何一肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。 （2）一眼视力丧失指一只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。
8.1.88	**溶血性链球菌感染引起的坏疽**	由于急性溶血性链球菌感染导致广泛的皮肤、皮下组织和深层组织的坏死。必须满足以下所有条件： （1）细菌培养证实致病菌为溶血性链球菌； （2）受感染肢体被截肢（自腕关节或踝关节近端）。
8.1.89	**器官移植原因导致 HIV 感染**	被保险人因接受器官移植感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）并且满足下列全部条件： （1）被保险人接受器官移植，并因此感染 HIV； （2）实施器官移植的医院为三级医院； （3）实施移植医院出具具有法律效力的证明确认移植器官来自 HIV 感染者。
8.1.90	**Brugada 综合征**	被保险人必须由三级医院专科医生明确诊断为 Brugada 综合征，并且满足下列所有条件： （1）有晕厥或心脏骤停病史，并提供完整的诊疗记录； （2）心电图有典型的 I 型 Brugada 波； （3）已经安装了永久性心脏起搏器。
8.1.91	**川崎病冠状动脉瘤手术**	川崎病为一种病因不明的系统性血管炎。 本保障仅对诊断性检查证实川崎病并发冠状动脉瘤或其他心血管异常并且实际接受了手术治疗的情况予以理赔。
8.1.92	**严重幼年型类风湿关节炎**	幼年型类风湿关节炎是一种儿童期发病的慢性关节炎，其特点为在高热和系统性病征出现数月后发生关节炎。 本保障仅对实际接受了膝关节或髋关节置换手术治疗的严重的幼年型类风湿关节炎予以理赔。
8.1.93	**因疾病或外伤导致智力缺陷**	因严重头部创伤或疾病造成被保险人智力低常（智力低于常态）或智力残疾。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）。智商 70–85 为智力临界低常，不在保障范围内。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）检测证实，智商的检测必须由本公司认可的医院的儿童或成人精神卫生科、心理科或神经科专科医生进行。并须满足下列全部条件：

（1）造成被保险人智力低常（智力低于常态）的严重头部创伤或疾病（以入院日期为准）发生在被保险人 6 周岁以后；
（2）本公司认可的医院的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）本公司认可的医院的儿童或成人精神卫生科、心理科或神经科专科医生证实被保险人智力低常 IQ＜50）（中度、重度或极重度）。

8.1.94 **严重肠道疾病并发症**

严重肠道疾病或外伤导致小肠损害并发症，必须满足以下所有条件：
（1）至少切除了三分之二小肠；
（2）完全肠外营养支持 3 个月以上。

8.1.95 **严重瑞氏综合征**

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

8.1.96 **急性肺损伤（ALI）或急性呼吸窘迫综合征（ARDS）**

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生诊断，被保险人确诊时年龄在 25 周岁以下，并有所有以下临床证据支持：
（1）急性发作（原发疾病起病后 6 至 72 小时）；
（2）急性发作的临床症状体征包括呼吸急促、呼吸困难、心动过速、大汗、面色苍白及辅助呼吸肌活动加强（点头呼吸、提肩呼吸）；
（3）双肺浸润影；
（4） PaO_2/FiO_2（动脉血压分压/吸入气氧分压）低于 200mmHg；
（5）肺动脉嵌入压低于 18mmHg；
（6）临床无左房高压表现。

8.1.97 **溶血性尿毒综合征**

一种由于感染导致的急性综合征，引起红细胞溶血，肾功能衰竭及尿毒症。溶血尿毒综合征必须由血液和肾脏专科医生诊断，并且满足下列所有条件：
（1）实验室检查确认有溶血性贫血、血尿、尿毒症、血小板减少性紫癜；
（2）因肾脏功能衰竭实施了肾脏透析治疗。
任何非因感染导致的溶血性贫血，如：自身免疫性溶血性贫血、与红细胞膜缺陷有关的溶血性贫血、红细胞酶病、血红蛋白病等，不在本保障范围内。

8.1.98 **亚历山大病**

亚历山大病（Alexander’s Disease）是一种遗传性中枢神经系统退行性病变，特点为脑白质营养不良性。临床表现为惊厥发作、智力下降、球麻痹、共济失调、痉挛性瘫痪。亚历山大病必须被明确诊断，并且造成永久性神经系统功能障碍。被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动

中的三项或三项以上，日常生活必须持续接受他人护理。
未明确诊断的疑似病例不在本保障范围之内。

8.1.99 **重症手足口病**

手足口病是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。
重症手足口病指诊断为手足口病，且满足下列所有条件：
（1）病原学检查确诊为手足口病；
（2）伴有所列危重并发症之一：脑膜炎、脑炎、脑脊髓炎、肺水肿或心脏衰竭；
（3）接受了住院治疗。

8.1.100 **室壁瘤切除手术**

被保险人被明确诊断为左室室壁瘤，并且实际接受了开胸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本保障范围内。

8.1.101 **脑型疟疾后遗症**

脑型疟疾指由于疟原虫导致的中枢神经系统感染，临床表现有高热、昏迷、痫性发作、行为异常、瘫痪、失语、听力受损、视力障碍。脑型疟疾需由专科医生明确诊断，诊断 180 天后被保险人仍然遗留神经系统后遗症，且须满足下列条件之一：
（1）一肢（含）以上肢体肌力 3 级（含）以下；
（2）听力障碍，双耳听力在 500 赫兹、1000 赫兹、2000 赫兹语音频率下平均听阈大于等于 70（含）分贝；
（3）语言能力完全丧失。

8.1.102 **胆道重建手术**

指因疾病或创伤造成胆总管阻塞，实际接受了胆总管与小肠（空肠或十二指肠）吻合的手术。
因先天性胆道闭锁导致的胆道重建手术不在保障范围内。

8.1.103 **骨生长不全症（III 型）**

指一种胶原病，特征为骨易碎，骨质疏松和易骨折；该病有 4 种类型：Ⅰ型、Ⅱ型、Ⅲ型、Ⅳ型。本保障仅针对Ⅲ型成骨不全的情形。其主要临床特点有：发展迟缓、多发性骨折、进行性脊柱后侧凸及听力损害。Ⅲ型成骨不全的诊断必须根据身体检查，家族史，X 线检查和皮肤活检报告资料确诊。

8.1.104 **艾森门格综合征**

指因心脏病导致的严重肺动脉高压及右向左分流。诊断必须由专科医生经超声心动图和心导管检查证实，并符合以下所有标准：
（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。

8.1.105 **库鲁病**

指一种亚急性传染性朊蛋白病。临床表现为共济失调、震颤、不自主运动，在病程晚期出现进行性加重的痴呆，神经异常。该病必须由二级或二级以上公立医院根据致病蛋白的发现而明确诊断。

8.1.106 **产科弥漫性血管内凝血**

指产科严重并发症（如重度子痫、胎盘早剥、产后出血、羊水栓塞）引发弥漫性血管内凝血，表现为出血、休克或微循环衰竭、微血管栓塞、微血管病性溶血。弥漫性血管内凝血需由专科医生明确诊断，并且满足下列所有条件：

（1）接受了血浆和血小板替代治疗；

（2）接受了子宫切除手术。

8.1.107 **范可尼综合征**

又称骨软化-肾性糖尿-氨基酸尿-高磷酸尿综合征，为肾小管功能损害性疾病。主要临床特点为尿异常、骨软化和肾功能衰竭。必须满足下列所有条件：

（1）无家族史，发病和诊断时年龄大于 18 岁；

（2）肾性骨病；

（3）尿毒症，血肌酐>5mg/dL 或 442umol/L。

8.1.108 **特发性血栓性血小板减少性紫癜**

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

（1）颅内出血或脑血栓形成；

（2）急性肾功能衰竭，接受了血液透析治疗；

（3）心脏受累，肌钙蛋白升高和心电图异常；

（4）反复发作血栓性血小板减少性紫癜（症状完全缓解 30 天后再发生临床表现）。

先天性血栓性血小板减少性紫癜、继发性血栓性血小板减少性紫癜不在保障范围内。

8.1.109 **重症原发性血小板减少性紫癜**

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

（1）血小板计数<10×10^{9}/L；

（2）颅内出血；

（3）内脏出血（肺、胃肠道或泌尿生殖系统）；

（4）贫血，血红蛋白<90g/L。

继发性血小板减少性紫癜不在保障范围内。

8.1.110 **严重巨细胞动脉炎**

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

（1）眼球缺失或者摘除；

（2）矫正视力低于 0.02（采用国际标准视力表，如果使用其它视力表应进行换算）；

（3）视野半径小于 5 度。

8.1.111 **严重创伤弧菌**

指因创伤弧菌感染导致败血症和肢体损害。须经专科医生明确诊断，并且满足

	感染截肢	下列所有条件： （1）近期被海产品刺伤或肢体创口接触海水史； （2）病原学检查证实致病菌为创伤弧菌； （3）出现脓毒败血症或休克； （4）受感染肢体（一肢体或多肢体）自腕关节或踝关节近端截肢。
8.1.112	**头臂动脉型多发性大动脉炎开胸旁路移植手术**	多发性大动脉炎（高安氏动脉炎）是一种发生在主动脉和其主要分支的慢性炎症性动脉疾病，表现为受累动脉狭窄或闭塞。头臂动脉型多发性大动脉炎（主动脉综合征）可引起脑部及上肢缺血。头臂动脉型多发性大动脉炎需由专科医生明确诊断，并且实际接受了经胸部切开进行的无名动脉（头臂干）、颈总动脉、锁骨下动脉旁路移植手术。 非开胸的血管旁路移植手术、因其他病因而进行的旁路移植手术，对其他动脉进行的旁路移植手术，经皮经导管进行的血管内手术不在保障范围内。
8.1.113	**皮质基底节变性**	是一种进行性大脑基底节神经核团变性疾病，临床表现为进行性加重的帕金森综合征、认知障碍、语言障碍等。皮质基底节变性需经专科医生明确诊断，且被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
8.1.114	**严重肺孢子菌肺炎**	肺孢子菌肺炎是由肺孢子菌引起的间质性浆细胞性肺炎。肺孢子菌肺炎需明确诊断，并满足下列全部条件： （1）第一秒末用力呼气量（FEV1）小于 1 升； （2）气道内阻力增加，至少达到 0.5 kPa/l/s； （3）残气容积占肺总量（TLC）的 60%以上； （4）胸内气体容积升高，超过 170 （基值的百分比）； （5）PaO_2<60mmHg，$PaCO_2$>50mmHg。 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患肺孢子菌肺炎不在保障范围内。
8.1.115	**闭锁综合征**	指严重脑功能障碍，但剩余脑干功能完整。脑功能障碍的特征是缺失基本的认知功能，缺失对任何刺激的反应，不能与其他人互动。诊断必须经神经科专科医生确认，须有持续至少一个月病史记录。
8.1.116	**严重气性坏疽**	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，并且符合下列全部条件： （1）符合气性坏疽的一般临床表现； （2）细菌培养检出致病菌； （3）出现广泛性肌肉及组织坏死，并确实实施了坏死组织和筋膜以及肌肉的切除手术。 清创术不在保障范围内。
8.1.117	**严重肾上腺脑白质营养不良**	肾上腺脑白质营养不良指一种过氧化物酶体病，主要累及肾上腺和脑白质。主要表现为进行性的精神运动障碍，视力及听力下降和（或）肾上腺皮质功能低

下等。须经专科医生诊断，且自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，持续至少一百八十天。

8.1.118 **严重视神经脊髓炎**

视神经脊髓炎是一种免疫介导的以视神经和脊髓受累为主的，呈现为复发性病程的中枢神经系统疾病。被保险人被明确诊断为视神经脊髓炎（视神经脊髓炎谱系疾病），并且已经造成永久性视力损害及肢体运动障碍，必须满足下列条件之一：

（1）视力损害，双眼中较好眼矫正视力低于 0.1（含）持续 180 天以上；

（2）不能独立行走，一下肢肌力 2 级（含）以下持续 180 天以上。

8.1.119 **Erdheim-Chester 病**

是一种非朗格汉斯细胞组织细胞增多疾病，病变累及心血管系统、中枢神经系统、呼吸系统、骨骼、腹膜后、眼眶等。Erdheim-Chester 病必须经组织病理学检查明确诊断，并且必须满足下列至少二项条件：

（1）单侧或双侧突眼、腹膜后病变、下肢骨硬化或肺内多发病灶；

（2）心包受累出现心包积液、冠状动脉受累出现心肌缺血、心肌受累出现心力衰竭；

（3）脑或脊髓病灶引起肢体瘫痪。

8.1.120 **严重多系统萎缩**

多系统萎缩是一种原因不明的神经系统变性疾病，病变主要累及椎体外系、椎体系、小脑和自主神经。临床表现为直立性低血压、帕金森综合征、小脑共济失调。多系统萎缩需由专科医生明确诊断，且被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

8.2 **定义来源及确诊医院范围**

以上“8.1.1 恶性肿瘤——重度”至“8.1.29 恶性肿瘤——轻度”所列疾病定义根据中国保险行业协会与中国医师协会 2020 年联合公布的《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）医院或本合同约定的其他医疗机构确诊。

[本页内容结束]

附表 1：保险计划表

单位：人民币元

<table>
<tr><th colspan="4">保险计划表</th></tr>
<tr><th colspan="2">保险计划</th><th>计划一</th><th>计划二</th></tr>
<tr><td colspan="2">保险期间内各项保险责任的累计赔付限额</td><td>360 元</td><td>400 万</td></tr>
<tr><td rowspan="7">保险期间内各项保险责任的赔付限额</td><td>院内门急诊医疗费用保险金</td><td colspan="2">20 元/次，每保单月度与院外药店药品费用保险金合计最高赔付次数限 2 次，赔付限额合计限 360 元</td></tr>
<tr><td>院外药店药品费用保险金</td><td colspan="2">20 元/次，每保单月度与院内门急诊医疗费用保险金合计最高赔付次数限 2 次，赔付限额合计限 360 元</td></tr>
<tr><td>住院医疗保险金</td><td rowspan="5">不包含</td><td>400 万
（护理费、护工费累计限额 200 元/天）</td></tr>
<tr><td>重大疾病康复医疗保险金</td><td>2 万</td></tr>
<tr><td>质子重离子医疗保险金</td><td>400 万</td></tr>
<tr><td>一般外购药品及外购医疗器械保险金</td><td>400 万</td></tr>
<tr><td>重大疾病外购药品及外购医疗器械保险金</td><td>400 万</td></tr>
<tr><td rowspan="6">免赔额</td><td>院内门急诊医疗费用保险金</td><td colspan="2">0 免赔额</td></tr>
<tr><td>院外药店药品费用保险金</td><td colspan="2">0 免赔额</td></tr>
<tr><td>住院医疗保险金</td><td rowspan="5">不包含</td><td>合计 2 万免赔额</td></tr>
<tr><td>重大疾病康复医疗保险金</td><td>0 免赔额</td></tr>
<tr><td>质子重离子医疗保险金</td><td>0 免赔额</td></tr>
<tr><td>一般外购药品及外购医疗器械保险金</td><td>合计 2 万免赔额</td></tr>
<tr><td>重大疾病外购药品及外购医疗器械保险金</td><td>0 免赔额</td></tr>
<tr><td rowspan="3">赔付比例</td><td>院内门急诊医疗费用保险金</td><td colspan="2">30%</td></tr>
<tr><td>院外药店药品费用保险金</td><td colspan="2">30%</td></tr>
<tr><td>住院医疗保险金</td><td>若被保险人以有公费医疗或基本医疗保险身份就诊并结算，则对应赔付比例 80%</td><td>若被保险人未以有公费医疗或基本医疗保险身份就诊并结算，则对应赔付比例 48%</td></tr>
</table>

	重大疾病康复医疗保险金	若被保险人以有公费医疗或基本医疗保险身份就诊并结算，则对应赔付比例 100%	若被保险人未以有公费医疗或基本医疗保险身份就诊并结算，则对应赔付比例 60%	
	质子重离子医疗保险金	100%		
	一般外购药品及外购医疗器械保险金	若被保险人以有公费医疗或基本医疗保险身份就诊并结算，则对应赔付比例 80%	若被保险人未以有公费医疗或基本医疗保险身份就诊并结算，则对应赔付比例 48%	
	重大疾病外购药品及外购医疗器械保险金	若被保险人购买已纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》的重大疾病外购药品及外购医疗器械产生的医疗费用，且以有公费医疗或基本医疗保险身份就诊并结算，对应赔付比例 100%	若被保险人购买已纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》的重大疾病外购药品及外购医疗器械产生的医疗费用，但未以有公费医疗或基本医疗保险身份就诊并结算，对应赔付比例 60%	若被保险人购买未经纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》的重大疾病外购药品及外购医疗器械产生的医疗费用，无论被保险人是否以有公费医疗或基本医疗保险身份就诊并结算，对应赔付比例 100%

附表 2：甲状腺癌的 TNM 分期

甲状腺癌的TNM分期采用目前现行的AJCC第八版定义标准，我国国家卫生健康委员会2018年发布的《甲状腺癌诊疗规范（2018年版）》也采用此定义标准，具体见下：

甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、H ü rthle细胞癌和未分化癌

pT_X：原发肿瘤不能评估

pT_0：无肿瘤证据

pT_1：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

pT_2：肿瘤2～4cm

pT_3：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

pT_4：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

pT_0：无肿瘤证据

pT_1：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

pT_2：肿瘤2～4cm

pT_3：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

pT_4：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

pN_0：无淋巴结转移证据

pN_1：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

M_0：无远处转移

M_1：有远处转移

乳头状或滤泡状癌（分化型）
年龄＜55岁

Ⅰ期	T	N	M
	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。