

中华联合财产保险股份有限公司

少儿特定疾病保险条款

总则

第一条 保险合同构成

本保险合同由保险条款、保险单或其他保险凭证、投保单、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单、及其他书面协议等组成。

凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。

第二条 被保险人

本保险合同的被保险人应为 0 周岁（指出生满 28 日且健康出院的婴儿）至 18 周岁身体健康的自然人。

第三条 投保人

本保险合同的投保人应为被保险人的父母或对被保险人有保险利益的其他人。

第四条 受益人

除另有约定外，本保险合同的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 等待期

投保人为被保险人首次投保本保险或者非续保本保险时，自本保险合同生效之日起一定期间为等待期，具体期间在保险单中载明，最长不超过 90 天。续保本保险无等待期。

被保险人在等待期内初次确诊罹患本保险合同约定的少儿特定疾病，保险人不承担给付保险金的责任，但应当向投保人无息退还所交保险费，本保险合同终止。

被保险人在等待期结束前接受相关检查但在等待期后初次确诊罹患本保险合同约定的少儿特定疾病，保险人不承担给付保险金的责任，但应当向投保人无息退还所交保险费，本保险合同终止。

因意外伤害事故引起的符合本保险合同约定的特定疾病无等待期。

除另有约定外，本保险合同期满后 30 日内（含第 30 日），投保人重新提出投保申请、保险人重新审核同意后签发的保险单，不计算等待期；本保险合同期满后第 31 日起，投保人重新提出投保申请、保险人重新审核同意后签发的保险单，需重新计算等待期。

第六条 保险责任

在保险期间内，被保险人因意外伤害或于等待期后经医院专科医生确诊初次患本保险合同约定的少儿特定疾病，保险人将按本保险合同约定的少儿特定疾病保险金额给付少儿特定疾病保险金，给付后保险人对该被保险人的少儿特定疾病保险责任终止。

责任免除

第七条 责任免除

因下列情形之一，导致被保险人发生本保险合同约定的少儿特定疾病的，保险人不承

担保险责任：

- （一）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- （二）被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- （三）被保险人故意自伤、自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （四）被保险人服用、吸食或注射毒品；
- （五）被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无合法有效行驶证的机动车；
- （六）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；
- （七）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- （八）核爆炸、核辐射或核污染；
- （九）遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常。

保险金额和保险费

第八条 本保险合同的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。

保险期间和续保

第九条 保险期间

本保险合同的保险期间最长不超过一年，具体由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

第十条 续保

本保险合同为不保证续保合同。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

保险人义务

第十一条 明确说明义务

订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上做出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人做出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十二条 资料补充通知义务

保险人认为被保险人或被保险人的受益人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人或受益人补充提供。

第十三条 保险金给付义务

保险人收到被保险人或保险金申请人的给付保险金的请求后，应当及时做出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内做出核定，但保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人或保险金申请人，对属于保险责任的，在与被保险人或受益人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金义务。保险合同对给付保险金

的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。

保险人依照前款约定做出核定后，对不属于保险责任的，应当自做出核定之日起三日内向被保险人或保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十四条 保险费交纳

本保险合同保险费交纳方式可由投保人与保险人在投保时约定，并于保险单上载明。

若约定一次性交纳保险费的，投保人应在投保时一次性交清保险费。**投保人未按约定交纳保险费的，本保险合同不生效。**

若投保人选择分期交纳保险费的，需经投保人申请并经保险人同意，并在保险单中载明保险费分期交纳的周期。投保人在交纳首期保险费后，投保人应当在每个保险费约定支付日交纳其余各期对应期次的保险费。

若投保人未按照本保险合同约定的付款时间足额交纳当期保险费，保险人允许投保人在本保险合同约定的交费宽限期内补交对应期次的保险费。

除本保险合同另有约定外，如被保险人在正常交费对应的保险期间内或交费宽限期内发生保险事故，保险人依照本保险合同约定给付保险金，**但可以扣减欠交的保险费。**

投保人在交费宽限期结束后仍未支付保险费的，本保险合同自宽限期满的次日零时起效力终止。

除另有约定外，本保险合同的交费宽限期为从保险费约定交纳日起至第 21 天（含）。

第十五条 如实告知

订立本保险合同，保险人就投保人、被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除保险合同。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

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

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

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

第十六条 通讯地址的变更

投保人住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，应及时以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达给投保人。

第十七条 年龄的计算及错误的处理

(一) 被保险人的年龄以周岁计算。

(二) 在申请投保时,投保人应将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. 投保人申报的被保险人年龄不真实,并且其真实年龄不符合本保险合同约定的年龄限制的,保险人有权解除本保险合同,并按照本保险合同约定退还相应的保险费;

2. 投保人申报的被保险人年龄不真实,致使投保人支付的保险费少于应付保险费的,保险人有权更正并要求投保人补交保险费,或者在给付保险金时按照实付保险费和应付保险费的比例支付;

3. 投保人申报的被保险人年龄不真实,致使投保人实交保险费多于应交保险费的,保险人向投保人退还多收的保险费。

第十八条 及时通知

投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后,应当在 48 小时内或经保险人书面同意延长的期限内通知保险人。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,保险人对无法确定的部分,不承担给付保险金责任,但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。

上述约定,不包括因不可抗力而导致的迟延。

保险金申请与给付

第十九条 保险金申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时,应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的,应提供其他合法有效的材料。保险金申请人未能提供有关材料,导致保险人无法核实该申请的真实性的,保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

(一) 保险金给付申请书;

(二) 保险单或其他保险凭证正本;

(三) 保险金申请人的身份证明;

(四) 医院或保险人认可的医疗机构出具的附有病理显微镜检查、血液检验或其他科学方法检验报告,以及由专科医生开具的诊断证明书;

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

(六) 若被保险人或受益人委托他人申请的,还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。

第二十条 诉讼时效

保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年,自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

争议处理和法律适用

第二十一条 争议处理

因履行本保险合同发生的争议,由当事人协商解决。协商不成的,提交保险单载明的仲裁机构仲裁;保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的,依法向人民法院起诉。

第二十二条 法律适用

与本保险合同有关的以及履行本保险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括港澳台地区法律）。

其他事项

第二十三条 合同变更

除本保险合同另有约定外，经投保人和保险人协商同意后，可变更本保险合同的有关内容。变更本保险合同时，投保人应填写变更合同申请书，经保险人审核同意，并在本保险合同的保险单或其它保险凭证上加以批注，或由投保人和保险人订立变更的书面协议后生效。

第二十四条 合同解除

在本保险合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本保险合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险单或其他保险凭证原件；
- （三）保险费交纳凭证；
- （四）投保人身份证明；
- （五）保险人需要的其它有关文件和资料。

投保人要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还保险单的最低现金价值。

若投保人选择一次性交纳保险费，保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还保险单的最低现金价值。

若投保人选择分期交纳保险费，保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还投保人已交纳期次保险费的最低现金价值。

释义

1、**保险人：**指中华联合财产保险股份有限公司

2、**中国大陆境内：**指除香港、澳门以及台湾地区之外的中华人民共和国领土。

3、**初次确诊：**指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊患有某种疾病，而不是指自本保险合同生效之后第一次经医院确诊患有某种疾病。

4、**医院：**指中国大陆境内经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上公立医院或保险人认可的医疗机构，医院必须具有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，但不包括以下或类似医疗机构：

- （1）精神病院，精神心理治疗中心；
- （2）老人院、疗养院、戒毒中心或戒酒中心；
- （3）健康中心、天然治疗所、康复院。

5、**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。

6、周岁：以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。

7、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。

8、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。

9、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。

10、无合法有效行驶证：指下列情形之一，（1）机动车被依法注销登记的；（2）未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

11、感染艾滋病毒或患艾滋病：艾滋病毒是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，为感染艾滋病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

12、战争：是指国家与国家、民族与民族、政治集团与政治集团之间为了一定的政治目的、经济目的而进行的武装斗争。以政府宣布为准。

13、军事冲突：国家或民族之间在一定范围内的武装对抗，以政府宣布为准。

14、暴乱：破坏社会秩序的武装骚动，以政府宣布为准。

15、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。常见的遗传性疾病包括但不限于：遗传性共济失调（FRIEDREICH、遗传性侧索硬化、腓骨肌萎缩症、遗传性小脑共济失调、橄榄脑桥小脑萎缩）、遗传代谢病、神经皮肤综合症（多发性神经纤维瘤、结节性硬化、脑-面血管瘤病）、遗传性球形细胞增多症、葡萄糖 6 磷酸脱氢酶缺乏症、血红蛋白病（异常血红蛋白、海洋性贫血）、遗传性出血性毛细血管扩张症、血友病、血管性血友病、粘多糖病、先天性多关节弯曲、过动综合症、进行性骨化性肌炎。

16、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》（ICD-10）确定。

17、最低现金价值：是指保险费 ×（1 - 已经过天数 / 保险期间天数） ×（1 - 费用率）。除另有约定外，本保险合同的费用率为 25%。

18、已交纳期次保险费的最低现金价值：是指已交纳期次保险费 ×（1 - 已经过天数 / 已交纳期次对应的保险期次期间） ×（1 - 费用率）。除另有约定外，本保险合同的费用率为 25%。

附录：

少儿特定疾病列表

本保险合同所保障的少儿特定疾病共 22 种。少儿特定疾病应当由保险人认可的医院的专科医生确诊。

少儿特定疾病的定义如下：

1、 白血病：

指符合“恶性肿瘤——重度”定义标准，经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤 C90.1、C91、C92、C93、C94、C95 范畴，并且至少已经接受了下列一项治疗：

- （1）化学治疗；
- （2）骨髓移植。

但下列疾病不在保障范围内：

- （1）继发性（转移性）恶性肿瘤；
- （2）感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤；
- （3）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病。

2、 脑脊膜和脑恶性肿瘤：

指符合“恶性肿瘤——重度”定义标准，经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤 C71 范畴。

但下列疾病不在保障范围内：

- （1）颅神经恶性肿瘤（ICD-10 编码为 C72.2-C72.5）；
- （2）球后组织恶性肿瘤（ICD-10 编码为 C69.6）；
- （3）继发性（转移性）恶性肿瘤；
- （4）感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

3、 淋巴恶性肿瘤：

指符合“恶性肿瘤——重度”定义标准，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤 C81-C85 范畴。

但下列疾病不在保障范围内：

- （1）继发性（转移性）恶性肿瘤；
- （2）感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

4、 原发性骨髓纤维化：

指原因不明的骨髓中成纤维细胞增殖，伴有髓外造血，表现为进行性贫血、脾肿大等症。须根据骨髓的活组织检查和周围血象检查由血液科专科医生明确诊断，并至少符合下列条件中的三项，且符合条件的状态持续 180 天及以上，并已经实际实施了针对此症的治疗：

- (1) 血红蛋白 $<100\text{g/L}$ ；
- (2) 白细胞计数 $>25\times 10^9/\text{L}$ ；
- (3) 外周血原始细胞 $\geq 1\%$ ；
- (4) 血小板计数 $<100\times 10^9/\text{L}$ 。

继发性骨髓纤维化不在保障范围内。

5、严重骨髓异常增生综合征：

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-，且须满足下列全部条件：

(1) 由保险人认可的医院中设有专门血液病专科的公立三级甲等医院，血液病专科的主治级别以上的医师确诊；

(2) 骨髓穿刺或骨髓活检结果支持诊断；

(3) 被保险人已持续接受一个月以上的化疗或已接受骨髓移植治疗。

6、严重心肌炎：

指心肌局限性或弥漫性的急性或慢性炎症病变，导致心脏功能障碍，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级IV级，且有相关住院医疗记录显示IV级心功能状态持续至少 180 天。

7、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，阻碍心脏的舒张。被保险人被明确诊断为慢性缩窄性心包炎且必须满足以下全部条件：

(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) 实际接受了特定手术路径（胸骨正中切口、双侧前胸切口、左前胸肋间切口中的任何一种）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保障范围内。

8、严重川崎病：

是一种血管炎综合征，临床表现为急性发热，皮肤粘膜病损和淋巴结肿大。本病须经专科医生明确诊断，同时须由血管造影或超声心动图检查证实，满足下列至少一项条件：

(1) 伴有冠状动脉瘤，且冠状动脉瘤于最初急性发病后持续至少 180 天；

(2) 伴有冠状动脉瘤，且实际接受了对冠状动脉瘤进行的手术治疗。

9、严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症：

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

(1) 一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；

(2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；

(3) 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR，Clinical Dementia Rating）评估结果为 3 分；

(4) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

10、严重脊髓灰质炎后遗症：

指因脊髓灰质炎病毒感染导致神经系统永久性的功能障碍，在疾病确诊 180 日后，仍存在一肢（含）以上肢体肌力为 2 级（含）以下。脊髓灰质炎病毒感染须检查证实。

11、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。须经专科医生确诊为患有手足口病，并伴有下列三项中的任意一项并发症：

(1) 有脑膜炎或脑炎并发症，且导致意识障碍或瘫痪的临床表现及实验室检查证据；

(2) 有肺炎或肺水肿并发症，且导致呼吸衰竭的临床表现及实验室检查证据；

(3) 有心肌炎并发症，且导致心脏扩大或心力衰竭的临床表现及实验室检查证据。

12、严重瑞氏综合征（Reye 综合征，也称赖氏综合征、雷氏综合征）：

是一种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。肝脏活检是确诊的重要手段。瑞氏综合征需由保险人认可的医院中公立三级甲等医院的儿科专科医生确诊，并符合下列全部条件：

(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。

13、严重癫痫：

本病的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 MRI、PET、CT 等影像学检查做出。理赔时必须提供 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，且已经进行神经外科手

术以治疗反复性癫痫发作。

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。

14、疾病或外伤所致智力障碍：

指因严重头部创伤或疾病造成被保险人智力低常（智力低于常态）。根据智商（IQ），智力低常分为轻度（IQ50-70）、中度（IQ35-50）、重度（IQ20-35）和极重度（IQ<20）。智商的检测必须由保险人认可的专职心理测验工作者进行，心理测验工作者必须持有由心理测量专业委员会资格认定书。根据被保险人年龄采用对应的智力量表如韦克斯勒智力量表（儿童智力量表或成人智力量表）。必须满足下列全部条件：

（1）造成被保险人智力低常（智力低于常态）的严重头部创伤或疾病发生在被保险人 6 周岁以后（以入院日期为准）；

（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达到中度、重度或极重度；

（4）被保险人的智力低常自确认日起持续 180 天以上。

15、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。须经神经内科专科医生诊断，且已经造成自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，持续至少 180 天。

16、胰岛素依赖型糖尿病（I 型糖尿病）：

经内分泌专科医生明确诊断为 I 型糖尿病，且须同时满足下列条件：

（1）必须持续性地依赖外源性胰岛素维持生命至少 180 天以上；

（2）血胰岛素测定、血 C 肽测定或尿 C 肽测定结果异常；

（3）出现下述两种并发症一种或一种以上：

①并发增殖性视网膜病变；

②并发心脏病变，并须植入心脏起搏器进行治疗。

17、严重哮喘：

指一种反复发作的严重支气管阻塞性疾病，经专科医生确诊。

被保险人申请理赔时年龄在年满二十五周岁之前者，必须同时符合下列标准：

（1）过去两年中曾因哮喘持续状态住院治疗，并提供完整住院记录；

（2）因慢性过度换气导致胸廓畸形，桶状胸，X 线显示肺野透明度增强，心胸比例 <0.35；

（3）在家中需要医生处方的氧气治疗法；

(4) 持续日常服用口服类固醇激素治疗持续至少六个月。

被保险人申请理赔时年龄在年满二十五周岁之后者，必须同时符合下列标准：

- (1) 过去两年中曾因哮喘持续状态住院治疗，并提供完整住院记录；
- (2) 在家中需要医生处方的氧气治疗法；
- (3) 肺功能第一秒用力呼气容积（FEV1）占预计值的百分比 $<30\%$ ；
- (4) 在静息状态、呼吸空气条件下，动脉血氧分压（PaO₂） $<50\text{mmHg}$ 。

18、肺淋巴管肌瘤病：

是一种弥漫性肺部疾病，主要病理改变为肺间质、支气管、血管和淋巴管内出现未成熟的平滑肌异常增生，同时需满足下列全部条件：

- (1) 经组织病理学诊断；
- (2) CT 显示双肺弥漫性囊性改变；
- (3) 血气提示低氧血症。

19、严重肠道疾病并发症：

指严重肠道疾病或外伤导致小肠损害并发症，本疾病须满足以下全部条件：

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

20、严重溶血性尿毒综合征：

指一种由于感染导致的急性综合征，引起红细胞溶血，肾功能衰竭尿毒症期。溶血性尿毒综合征必须由血液和肾脏专科医师诊断，并且满足下列全部条件：

- (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，不在保障范围内。

21、骨生长不全症：

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

保险人承担本项疾病责任不受本保险合同责任免除中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

22、严重幼年型类风湿性关节炎：

严重幼年型类风湿性关节炎须满足下列全部条件：

- (1) 因该病引致广泛性关节坏死，并已进行髋或膝关节置换；
- (2) 由风湿病专科医生确定诊断。