

中华联合财产保险股份有限公司

医疗保险 A 款（互联网专属）条款

总则

第一条 保险合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、保险单（包含电子保险单，下同）或其他保险凭证、批单等组成。

凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式（包括电子文档形式）。

第二条 保险人

本保险合同中的保险人为中华联合财产保险股份有限公司。

第三条 投保人

本保险合同的投保人应为具有完全民事行为能力的被保险人本人、投保时对被保险人有保险利益的其他人。

第四条 被保险人

除另有约定外，本保险合同的被保险人应为投保时出生满 28 天（已健康出院）至 105 周岁（含），身体健康，能正常工作或正常生活的自然人。

第五条 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。

第六条 保险区域

保险人仅对被保险人在约定保险区域内发生的保险事故承担保险责任。除另有约定外，本保险合同约定的保险区域为中国大陆境内（不包含香港、澳门和台湾地区）。

保险责任

第七条 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。

若被保险人在等待期内罹患疾病（不包括本保险合同定义的重大疾病）需要接受治疗的，保险人不承担保险金给付责任，本保险合同继续有效；被保险人在等待期内初次确诊罹患本保险合同所定义的重大疾病的，保险人不承担给付保险金的责任，本保险合同终止，保险人向投保人无息退还所交保险费。

被保险人因遭受意外伤害发生的保险事故无等待期。

救护车费用保险责任无等待期。

除另有约定外，本保险合同期满后 30 天内（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。

第八条 保险责任

本保险合同的保险责任包括“基本医疗保险范围内医疗及外购药械费用医疗保险金”

责任、“基本医疗保险范围外医疗及外购药械费用医疗保险金”责任、“质子重离子医疗保险金”责任、“特定药品费用医疗保险金”责任、“恶性肿瘤——重度特定用药基因检测费用保险金”责任、“重大疾病异地转诊公共交通费用及住宿费用保险金”责任、“救护车费用保险金”责任、“意外伤害骨折或脱臼保险金”责任、“重大疾病康复医疗保险金”责任，投保人可以选择投保一项或多项，具体投保项目由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险合同载明。

（一）基本医疗保险范围内医疗及外购药械费用医疗保险金

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在**等待期后**因罹患疾病，在**医院**接受治疗的，保险人对下述 1-6 类费用，在扣除已从其他途径获得的医疗费用补偿以及约定的免赔额后，按照本保险合同约定的给付比例给付**基本医疗保险范围内医疗及外购药械费用医疗保险金**，免赔额、给付比例将在保险合同上予以载明。

1. 住院医疗费用

指被保险人经医院的**专科医生**诊断必须接受**住院治疗**时，被保险人住院期间实际发生的、需个人支付的、**符合当地基本医疗保险范围内的**（包括基本医疗保险全部或部分承担的医疗费用项目）**必需且合理**的住院医疗费用。

到本保险合同满期日时，被保险人未结束本次住院治疗的，保险人继续承担因本次住院发生的、**最高不超过本保险合同满期日后 30 日内（含第 30 日）**的符合上述规定的住院医疗费用。

2. 特殊门诊医疗费用

指被保险人在医院接受特殊门诊治疗时，被保险人需个人支付的、**符合当地基本医疗保险范围内的**（包括基本医疗保险全部或部分承担的医疗费用项目）**必需且合理**的特殊门诊医疗费用，包括：

- （1）门诊肾透析费，门诊激光治疗费；
- （2）门诊恶性肿瘤——重度治疗费，包括化学疗法、放射疗法（**不包括质子重离子疗法**）、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法的治疗费用；
- （3）器官移植后的门诊抗排异治疗费。

3. 门诊手术医疗费用

指被保险人经医院的**专科医生**诊断必须接受**门诊手术治疗**时，被保险人需个人支付的、**符合当地基本医疗保险范围内的**（包括基本医疗保险全部或部分承担的医疗费用项目）**必需且合理**的门诊手术医疗费用。

4. 住院前后门急诊医疗费用

指被保险人经医院的**专科医生**诊断必须接受**住院治疗**，在**住院前 30 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而接受门急诊治疗时，被保险人需个人支付的、**符合当地基本医疗保险范围内的**（包括基本医疗保险全部或部分承担的医疗费用项目）**必需且合理**的门急诊医疗费用（**但不包括基本医疗保险范围内医疗及外购药械费用医疗保险金项下的特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用**）。

5. 临终抢救医疗费用

指被保险人死亡前 48 小时内发生的需个人支付的、**符合当地基本医疗保险范围内的**（包括基本医疗保险全部或部分承担的医疗费用项目）**必需且合理**的急诊抢救医疗费用。

6. 外购药品及外购医疗器械费用

指经医院专科医生开具处方，被保险人在院外购买的、符合基本医疗保险范围内医疗及外购药械费用医疗保险金项下 1-5 类费用责任范围内的、约定的药品清单内的（如投保时投保人与保险人已约定药品清单）应当由被保险人支付的必需且合理的外购药品及外购医疗器械费用。

本项责任不包含投保人所投保的特定药品费用医疗保险金责任项下的恶性肿瘤——重度特种药品费用及指定疾病急需药品费用。

对于以上六类费用，保险人在扣除已从其他途径获得的医疗费用补偿以及约定的免赔额后，依照约定的给付比例进行赔付。保险人对于以上六类费用的累计给付金额之和以本保险合同约定的相应保险金额为限，当累计给付金额之和达到相应保险金额时，保险人对被保险人在基本医疗保险范围内医疗及外购药械费用医疗保险金项下的保险责任终止。

（二）基本医疗保险范围外医疗及外购药械费用医疗保险金

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后因罹患疾病，在医院接受治疗的，保险人对下述 1-6 类费用，在扣除已从其他途径获得的医疗费用补偿以及约定的免赔额后，按照本保险合同约定的给付比例给付基本医疗保险范围内医疗及外购药械费用医疗保险金，免赔额、给付比例将在保险合同上予以载明。

1. 住院医疗费用

指被保险人经医院的专科医生诊断必须接受住院治疗时，被保险人住院期间实际发生的、需个人支付的、超出当地基本医疗保险范围内的必需且合理的住院医疗费用。

到本保险合同满期日时，被保险人未结束本次住院治疗的，保险人继续承担因本次住院发生的、最高不超过本保险合同满期日后 30 日内（含第 30 日）的符合上述规定的住院医疗费用。

2. 特殊门诊医疗费用

指被保险人在医院接受特殊门诊治疗时，被保险人需个人支付的、超出当地基本医疗保险范围内的必需且合理的特殊门诊医疗费用，包括：

- （1）门诊肾透析费，门诊激光治疗费；
- （2）门诊恶性肿瘤——重度治疗费，包括化学疗法、放射疗法（不包括质子重离子疗法）、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法的治疗费用；
- （3）器官移植后的门诊抗排异治疗费。

3. 门诊手术医疗费用

指被保险人经医院的专科医生诊断必须接受门诊手术治疗时，被保险人需个人支付的、超出当地基本医疗保险范围内的必需且合理的门诊手术医疗费用。

4. 住院前后门急诊医疗费用

指被保险人经医院的专科医生诊断必须接受住院治疗，在住院前 30 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而接受门急诊治疗时，被保险人需个人支付的、超出当地基本医疗保险范围内的必需且合理的门急诊医疗费用（但不包括基本医疗保险范围内医疗及外购药械费用医疗保险金项下的特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用）。

5. 临终抢救医疗费用

指被保险人死亡前 48 小时内发生的需个人支付的、超出当地基本医疗保险范围内的必需且合理的急诊抢救医疗费用。

6. 外购药品及外购医疗器械费用

指经医院专科医生开具处方，被保险人在院外购买的、符合基本医疗保险范围外医疗及外购药械费用医疗保险金项下 1-5 类费用责任范围内的、约定的药品清单内的（如投保时投保人与保险人已约定药品清单）应当由被保险人支付的必需且合理的外购药品及外购医疗器械费用。

本项责任不包含投保人所投保的特定药品费用医疗保险金责任项下的恶性肿瘤——重度特种药品费用及指定疾病急需药品费用。

对于以上六类费用，保险人在扣除已从其他途径获得的医疗费用补偿以及约定的免赔额后，依照约定的给付比例进行赔付。保险人对于以上六类费用的累计给付金额之和以本保险合同约定的相应保险金额为限，当累计给付金额之和达到相应保险金额时，保险人对被保险人在基本医疗保险范围外医疗及外购药械费用医疗保险金项下的保险责任终止。

（三）质子重离子医疗保险金

在保险期间内，被保险人在等待期后经医院的专科医生确诊初次罹患本保险合同所定义的恶性肿瘤——重度，并在本保险合同约定的质子重离子医院接受质子重离子治疗的，对于被保险人需个人支付的、必需且合理的质子重离子医疗费用，保险人在扣除约定的免赔额后，按照本保险合同约定的给付比例在本保险合同约定的相应保险金额内给付质子重离子医疗保险金，并且其中床位费每日最高以本保险合同约定的每日限额为限。

前述“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相关费用，包括定位及制定放疗计划费用以及质子重离子放射治疗实施费用，其不包括其他疗法如化学疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法所产生的费用。

保险人承担被保险人在保险期间内开始的、延续至本保险合同到期日后 30 日内的质子重离子医疗保险金责任，对此期间发生的必需且合理的质子重离子医疗费用，保险人仍将按照本保险合同的约定给付质子重离子医疗保险金。

（四）特定药品费用医疗保险金

在保险期间内，被保险人在等待期后，保险人对下述费用，按照本保险合同的约定承担给付特定药品费用医疗保险金的责任。除另有约定外，特定药品费用包含以下 1-2 两类费用，投保人与保险人可在订立本保险合同时协商确定，并在保险合同中载明：

1. 恶性肿瘤——重度特种药品费用

在保险期间内，被保险人在等待期后经医院专科医生确诊初次罹患本保险合同释义所定义的恶性肿瘤——重度，对于因治疗恶性肿瘤而实际发生的必需且合理的、且同时满足以下条件的特种药品费用，保险人按照本保险合同的约定，在特定药品费用医疗保险金额内给付特定药品费用医疗保险金。

（1）该特种药品须由医院专科医生在被保险人等待期满后、确诊初次罹患恶性肿瘤——重度之后开具处方，且为被保险人当前治疗必需的药品；

（2）每次特种药品处方剂量不超过 30 天，且开具时间须在本保险合同保险期间内；

（3）该特种药品处方须符合中国国家药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症及用法用量；

（4）除另有约定外，该特种药品须为本保险合同保险期间终止之日前经中国国家药品监督管理部门批准且已在中华人民共和国境内（不包括港澳台地区）上市的药物，或该特种药品须为本保险合同保险期间终止之日前合法进口的临床急需进口药品；且该特种药品须在本保险合同约定的药品清单列表中；

（5）在保险期间内，保险人所承担被保险人恶性肿瘤——重度特种药品费用的累计给

付金额上限可由投保人和保险人在投保时单独约定，并在保险单中载明；

(6) 除另有约定外，被保险人须在本保险合同指定医疗机构或药店购买该特种药品，且被保险人须按本保险合同约定的流程进行购药，具体流程见本条款“保险金申请与给付”部分。

2.指定疾病急需药品费用

在保险期间内，被保险人在等待期后经中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）医院的专科医生初次确诊罹患本保险合同约定的指定疾病急需药品清单中所列的一种或多种指定疾病，治疗实际发生的、必需且合理的且同时满足以下条件的指定疾病急需药品费用：

(1) 该特定药品须由医院专科医生开具处方，且药品处方符合中国国家药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症和用法用量，且为被保险人当前治疗必需的药品；

(2) 每次药品处方剂量不超过 30 日（含第 30 日）；

(3) 开具的药品处方仅限治疗被保险人在等待期后初次确诊本保险合同约定的指定疾病急需药品清单中所列的指定疾病；

(4) 该药品必须为保险人约定的指定疾病急需药品清单中所列药品；

(5) 在保险期间内，保险人所承担被保险人指定疾病急需药品费用的累计给付金额上限可由投保人和保险人在投保时单独约定，并在保险单中载明；

(6) 除另有约定外，被保险人须在本保险合同指定医疗机构或药店购买该特种药品，且被保险人须按本保险合同约定的流程进行购药，具体流程见本条款“保险金申请与给付”部分。

保险人承担被保险人在保险期间内开始的、延续至本保险合同到期日后 30 日内的特定药品费用，对此期间发生的必需且合理的特定药品费用，保险人仍将按照本保险合同的约定给付特定药品费用医疗保险金。

特定药品费用涉及慈善援助的，对于被保险人从慈善机构获得援助的药品，其费用不纳入特定药品费用医疗保险金责任的赔付范围。

保险人对于特定药品费用累计给付保险金的金额之和以本保险合同约定的特定药品费用医疗保险金额为限，当累计给付的金额达到本保险合同约定的相应保险金额时，保险人对该被保险人在特定药品费用医疗保险项下的保险责任终止。

(五) 恶性肿瘤——重度特定用药基因检测费用保险金

被保险人在等待期后经医院专科医生确诊初次罹患本保险合同释义所定义的恶性肿瘤——重度，为治疗该恶性肿瘤——重度而发生的必需且合理的、且同时满足下列条件的基因检测费用，保险人按照本保险合同的约定，在恶性肿瘤——重度特定用药基因检测费用保险金额内给付恶性肿瘤——重度特定用药基因检测费用保险金。

1.经专科医生建议必须进行的基因检测；

2.基因检测费用必须是为了确定被保险人初次确诊的恶性肿瘤的用药方案所发生的；

3.除另有约定外，被保险人应在本保险合同约定的基因检测机构内进行基因检测，若被保险人未在本保险合同指定的基因检测机构内进行检测，保险人对保险金给付比例进行下调，按照被保险人在本保险合同约定的基因检测机构内进行基因检测时的给付比例的 60% 给付保险金，且被保险人进行恶性肿瘤——重度特定用药基因检测前，需按保险人指定流程提交相应材料并通过处方审核，具体流程见本条款“保险金申请与给付”部分。

（六）重大疾病异地转诊公共交通费用及住宿费用保险金

在保险期间内，被保险人因意外伤害或在等待期后因意外伤害之外的原因，经医院专科医生确诊初次罹患本保险合同所附重大疾病列表中所定义的重大疾病（无论一种或者多种）之后，因病情需要跨省级行政区（仅限中国大陆境内，含省、自治区、直辖市，但不包括香港、澳门、台湾地区）住院治疗，经被保险人申请，由转出医院开具转院证明，保险人对下述（1）至（2）类费用，在扣除已从其他途径获得的费用补偿以及本保险合同约定的免赔额后，按约定的给付比例给付重大疾病异地转诊公共交通费用及住宿费用保险金：

（1）重大疾病异地转诊公共交通费用

指对被保险人发生的必需且合理的因异地转诊产生的客运公共交通费用。

除另有约定外，飞机舱位级别最高以经济舱（包含超级经济舱）为限，火车（含动车、高铁）以软卧或一等座为限。

（2）重大疾病异地转诊住宿费用

指对被保险人发生的必需且合理的因异地转诊产生的住宿费用，住宿费为到达转院目的地后的住宿费。

除另有约定外，住宿酒店以四星级及以下的标准间（标准双床房或标准大床房）为限，对于除住宿费用以外的住宿酒店用餐、住宿酒店附带费用、被保险人自行升级房间等费用，保险人不承担保险责任。

除另有约定外，保险人给付重大疾病异地转诊住宿费用保险金的日限额以 600 元为限。

除另有约定外，保险人在保险期间内一次或多次重大疾病异地转诊住宿费用的累计给付天数以 180 日为限。

保险人对于重大疾病异地转诊公共交通费用及住宿费用累计给付金额之和以本保险合同约定的该被保险人的相应重大疾病异地转诊公共交通费用及住宿费用保险金额为限。一次或多次累计给付金额之和达到本保险合同约定的该被保险人的重大疾病异地转诊公共交通费用及住宿费用保险金额时，保险人对该被保险人在重大疾病异地转诊公共交通费用及住宿费用保险金项下的保险责任终止。

（七）救护车费用保险金

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或突发急性病，对于被保险人自意外伤害事故发生之日或突发急性病之日起 24 小时内实际支出的、必需且合理的救护车费用，保险人在扣除已从其他途径获得的费用补偿以及本保险合同约定的免赔额后，按约定的给付比例给付救护车费用保险金。

除另有约定外，本保险责任仅覆盖保险事故发生所在地地级市行政区范围内运行的救护车费用。

保险人在救护车费用保险责任项下累计保险金给付金额之和以本保险合同约定的救护车费用保险金额为限，一次或累计给付金额达到保险合同载明的救护车费用保险金额时，保险人对于被保险人的救护车费用保险责任终止。

（八）意外伤害骨折或脱臼保险金

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并因该意外伤害事故导致附表《骨折及脱臼项目与保险金给付比例表》（以下简称“《给付比例表》”）中所列骨折或脱臼的，保险人按照该骨折或脱臼在《给付比例表》中所对应的给付比例乘以本保险合同约定的意外伤害骨折或脱臼保险金额给付意外伤害骨折或脱臼保险金。

若被保险人因同一意外伤害事故导致《给付比例表》中所列同一块骨的多处骨折或不同块骨的骨折、或者不同关节脱臼时，保险人仅按照其中保险金给付比例最高的一处骨折或脱臼给付意外伤害骨折或脱臼保险金。

在保险期间内，无论是否发生多次保险事故，保险人对被保险人的同一块骨的骨折或同一关节的脱臼仅给付一次意外伤害骨折或脱臼保险金。

若被保险人于本保险合同生效前已存在或已发生过同一块骨的骨折或同一关节的脱臼的，则保险人对被保险人的该块骨的骨折或者该关节的脱臼不承担意外伤害骨折或脱臼保险金给付责任。

保险人累计给付意外伤害骨折或脱臼保险金的金额以本保险合同约定的该被保险人的相应意外伤害骨折或脱臼保险金额为限，累计给付金额达到本保险合同约定的该被保险人的相应意外伤害骨折或脱臼保险金额时，保险人对于被保险人的意外伤害骨折或脱臼保险金责任终止。

附表：《骨折及脱臼项目与保险金给付比例表》

保障项目	给付比例
(一) 完全性骨折	
颈椎	100%
额骨、顶骨、颞骨、枕骨、颧骨	70%
髌骨、骶骨、尾骨	40%
股骨、肱骨	30%
胫骨、腓骨、肩胛骨、跗骨、跖骨、下颌骨、锁骨	25%
桡骨、尺骨、腕骨	20%
胸椎（每个）、腰椎（每个）	15%
胸骨、髌骨、上颌骨	10%
掌骨	8%
鼻骨	4%
肋骨（每根）、拇指（每个）	3%
脚趾或除拇指以外的手指（每个）	1%
(二) 脱臼	
髋关节、膝关节、腕关节、肘关节、踝关节、肩关节、颌关节	20%
拇指（每个）	3%
脚趾或除拇指以外的手指（每个）	1%

(九) 重大疾病康复医疗保险金

在保险期间内，被保险人因意外伤害或在等待期后因意外伤害之外的原因，经医院专科医生确诊初次罹患本保险合同所附重大疾病列表中所定义的重大疾病（无论一种或者多种）之后，在医院康复科或二级及以上公立康复医院普通部接受住院或门诊治疗的，对于被保险人因治疗该重大疾病在发生的必需且合理的康复医疗费用，在扣除已从其他途径获得的费用补偿以及本保险合同约定的免赔额后，按约定的给付比例给付重大疾病康复医疗保险金。其中，保险人对于被保险人每次门诊治疗所给付的保险金数额以保险合同约定的重大

疾病康复医疗保险金单次门诊限额为限；保险人对于被保险人住院治疗每日所给付的保险金数额以保险合同约定的重大疾病康复医疗保险金住院日限额为限。

上述每次/单次门诊是指被保险人在 1 日（就诊当日 0 时起至 24 时止）内在同一所医院同一个科室就诊的门诊。

到本保险合同满期日时，被保险人未结束本次住院治疗的，保险人继续承担因本次住院发生的、最高不超过本保险合同满期日后 30 日内（含第 30 日）的符合上述规定的康复医疗费用。

保险人累计给付重大疾病康复医疗保险金的金额以本保险合同约定的该被保险人的相应重大疾病康复医疗保险金额为限，累计给付金额达到本保险合同约定的该被保险人的相应重大疾病康复医疗保险金额时，保险人对于被保险人的重大疾病康复医疗保险金责任终止。

第九条 免赔额、给付比例、保险金计算方法

（一）免赔额：

免赔额指在本保险合同保险期间内，符合第八条约定的费用中由被保险人自行承担，保险人不承担给付保险金责任的部分。免赔额的计算方法为：

免赔额=基础免赔额-其他商业保险机构获得的费用补偿

免赔额最低为零。通过上述公式计算得到负数时，免赔额计为零。

通过基本医疗保险和公费医疗保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

本保险合同中各项保险责任的基础免赔额由投保人和保险人在订立本保险合同时协商确定，并在保险合同中分别载明。各项保险责任的免赔额根据上述公式分别计算。

（二）给付比例：

本保险合同各项保险责任的给付比例由投保人和保险人在订立本保险合同时协商确定，并在保险合同中分别载明。

（三）保险金计算方法：

保险金=（保险期间内累计合理费用-其他途径累计已获得的费用补偿金额-免赔额）×给付比例

本保险合同各项保险责任（除意外伤害骨折或脱臼保险金责任外）项下的保险金根据上述公式分别计算。

第十条 费用补偿原则

若被保险人的医疗费用、恶性肿瘤——重度特定用药基因检测费用、重大疾病异地转诊公共交通费用及住宿费用、救护车费用可依法律及政府之规定有所补偿，或从其它福利计划及医疗保险计划中取得部分或全部补偿，保险人遵循损失补偿原则，仅负责补偿剩余部分，并以相应保险金额为限。

责任免除

第十一条 因下列情形之一导致被保险人支出费用的或发生如下列明的费用，保险人不承担保险金给付责任：

（一）应当从工伤保险基金、生育保险基金中支付的医疗费用；在中国大陆境外就医

的医疗费用；

(二) 投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；被保险人故意自杀、自伤，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施，或被政府依法拘禁或入狱期间伤病；被保险人殴斗、醉酒、吸食或注射毒品，违反规定使用麻醉或精神药品；被保险人未遵医嘱擅自服用、涂用、注射药物；被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶或者驾驶无有效行驶证的机动车辆；

(三) 保险人与投保人在保险单中约定的既往症、除外疾病及除外情况下导致或发生的相关费用；未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗所产生的费用；未被治疗所在地权威部门批准的治疗，未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物，以及上述治疗或药品药物导致的后续医疗费用；所有基因疗法、细胞免疫疗法（细胞免疫疗法指将患者自身或供体的免疫细胞在体外处理后重新注入体内以攻击肿瘤细胞，包括但不限于“CAR-T 疗法”），特定药品费用医疗保险金责任药品清单中明确约定承保的则不受此限；各类医疗鉴定、检测费用，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、遗传基因鉴定费用（符合恶性肿瘤——重度特定用药基因检测费用保险金责任范围内的费用不受此限）；因职业病、医疗事故导致的医疗费用；被保险人在不符合本保险合同约定的医院就诊发生的医疗费用；

(四) 未经专科医生建议自行进行任何治疗或未经专科医生处方自行购买药品产生的费用；虽持有专科医生建议，但治疗在非医疗机构进行或费用由非医疗机构收取（以医疗费票据载明信息为准），但符合本保险合同约定的恶性肿瘤——重度特定用药基因检测费用不受此限；被保险人的疾病状况对购买的特定药品已经形成耐药；冒名住院、被保险人未到达医院就诊即代诊、不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院而拒不出院（从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用）；未在保险人指定医疗机构或药店购买的药品；未按本保险合同约定的流程进行购药（如投保时保险人与投保人约定了购药流程）；

(五) 矮小症、早熟、肥胖症、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、胃肠转流术等胃减容术）、整形手术、美容或整容手术、变性手术及前述手术的并发症或因前述手术导致的医疗事故；被保险人怀孕、流产、分娩（含剖腹产）、避孕、节育（含绝育）、绝育后复通、治疗不孕不育症、人工受孕、产前产后检查及由以上原因导致的并发症；牙科疾病及相关治疗，屈光不正、但因意外所致的不受此限；被保险人因预防、休养或疗养、医疗咨询、健康体检、以捐献身体器官为目的的医疗行为、保健性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；被保险人因康复所产生的医疗费用、中医理疗费用，保险责任中明确约定承保的则不受此限；眼镜或隐形眼镜、义齿、义眼、义肢、轮椅、拐杖、助听器等康复性器具；包皮过长、包茎、性功能障碍治疗；除血管支架、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的材料费、安装费和置换费等费用，以及植入性神经刺激器的材料费、安装费和置换费；

(六) 被保险人从事或参加高风险运动，如：潜水、滑水、冲浪、赛艇、漂流、滑翔翼、热气球、跳伞或其他高空运动、蹦极、乘坐或驾驶商业民航飞机以外的飞行器、攀岩、攀登海拔 3500 米以上的独立山峰、攀爬建筑物、滑雪、滑冰、武术、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、拳击、马术、赛马、赛车、特技表演（含训练）、替身表演（含训练）、探险或考察活动（洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等）；

(七) 被保险人患性病、精神和行为障碍、遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定）；被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；

(八) 战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱；核爆炸、核辐射或者核污染、化学污染。

第十二条 符合下列任一情形的，或因下列情形之一导致被保险人发生的外购药械费用、特定药品费用、恶性肿瘤——重度特定用药基因检测费用，保险人不承担给付基本医疗保

险范围内医疗及外购药械费用医疗保险金、基本医疗保险范围外医疗及外购药械费用医疗保险金、特定药品费用医疗保险金、恶性肿瘤——重度特定用药基因检测费用保险金的责任：

（一）未获得中国国家药品监督管理局许可或批准上市的药品或器械；外购医疗器械不具有中国国家药品监督管理局核发的医疗器械注册证编号；进行未被中国国家药品监督管理局批准的适应症治疗；

（二）药品或器械未在投保时约定的外购药械清单或恶性肿瘤——重度特种药品清单或指定疾病急需药品清单中；

（三）进行未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及前述治疗产生的后果所产生的费用；

（四）外购医疗器械不包括假体、义肢、轮椅、康复设备、按摩设备等需要长期使用或舒适性、便利性用途设备的购买、租赁和置换费用；

（五）外购药品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，以及滋补类中草药，即以提高人体免疫力为主要用途使用的中草药及中成药，包括但不限于人参、阿胶、鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、珊瑚、玳瑁、冬虫夏草、藏红花、羚羊、犀角、牛黄、麝香、鹿茸、铁皮枫斗以及用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等；

（六）被保险人在中华人民共和国香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区接受治疗；被保险人在中华人民共和国领土以外的国家或地区接受治疗；

（七）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药品、使用器械；

（八）被保险人首次购买药品或器械的日期不在保险期间内；

（九）药品或器械的使用与中国国家药品监督管理局批准的该药品或器械说明书中所列明的适应症和用法用量不符；

（十）被保险人提交审核的医学材料不能证明该药品或器械对被保险人当前的疾病状态治疗有效；

（十一）被保险人的疾病状况，经专科医生审核，确定对药品已经耐药后仍继续购买该药品；

（十二）未经专科医生建议，被保险人自行进行恶性肿瘤——重度特定用药基因检测的费用（以收费票据载明信息为准）；

（十三）被保险人进行的恶性肿瘤——重度特定用药基因检测与确定恶性肿瘤的用药方案无关。

保险金额和保险费

第十三条 保险金额和保险费

本保险合同各项保险责任的保险金额由投保人和保险人在投保时约定，并于保险单上载明。其中，基本医疗保险范围内医疗及外购药械费用医疗保险金、基本医疗保险范围外医疗及外购药械费用医疗保险金、质子重离子医疗保险金、特定药品费用医疗保险金可分别设置保险金额，也可共享同一保险金额，具体情况由投保人和保险人在投保时约定，并于保险单上载明。

本保险合同的保险费由投保人和保险人在投保时约定，并于保险单上载明。

保险期间和续保

第十四条 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。

第十五条 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，保险人有权对重新提出的投保申请进行审核，经保险人同意后，投保人交纳保险费，获得新的保险合同。

保险人义务

第十六条 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作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。

第十七条 资料补充通知义务

保险人认为被保险人或保险金申请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、被保险人或保险金申请人补充提供。

第十八条 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，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在 30 日内作出核定，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 10 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作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起 3 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 60 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

第十九条 保险费交付义务

本保险合同保险费交付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。

若约定一次性交付保险费的，投保人应在投保时一次性交清保险费。

若投保人选择分期交付保险费的，需经投保人申请并经保险人同意，并在保险合同中载明保险费分期交付的周期。投保人在交付首期保险费后，投保人应当在每个保险费约定支付日交纳其余各月对应期次的保险费。

若投保人未按照本保险合同约定的付款时间足额交付当期保险费，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。

除另有约定外，如被保险人在投保人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。

投保人在宽限期结束后仍未支付保险费的，保险人可以解除本保险合同。

除另有约定外，本保险合同的交费宽限期为从保险费约定支付日起至第 21 天（含），并在保险单上载明。

第二十条 如实告知义务

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。自合同成立之日起超过二年的，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。

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。

第二十一条 通讯地址变更通知义务

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。

第二十二条 保险事故通知义务

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。

被保险人应在保险人认可的医院就诊，若因急诊未在保险人认可的医院就诊的，应在 48 小时内或经保险人书面同意延长的期限内通知保险人，并根据病情及时转入保险人认可的医院。若被保险人确需转入非认可的医疗机构就诊的，应向保险人提出书面申请，保险人在接到申请后三日内给予答复，对于保险人同意在非认可的医疗机构就诊的，对这期间的住院天数按本保险合同的约定给付保险金。

保险金申请与给付

第二十三条 保险金申请人申请给付保险金时，应向保险人提供以下证明和资料。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）保险金申请人填具的索赔申请书；

（二）保险合同或其他保险凭证正本；

（三）保险金申请人的有效身份证件；

（四）医院或保险人指定医疗机构出具的完整病历资料（包括门急诊病历、住院病历、出院小结以及相关的检查报告）；

(五) 医院或保险人指定医疗机构出具的附有病历、病理检验、血液检验、影像学报告及其他科学方法检验报告的疾病诊断证明书；

(六) 医院或保险人指定医疗机构出具的被保险人的医疗费用收据或者发票（对于外购药械费用申请保险金给付的，还需提供医院开具的处方笺复印件及院外药房的收费票据），或基本医疗保险机构及其他医疗费用补偿途径（如商业保险公司）出具的报销凭证或医疗费用分割单；

(七) 被保险人患本保险合同约定的重大疾病，还应提供由医院或保险人指定医疗机构具有相应资质的专科医生出具的对被保险人的疾病诊断证明书以及由医院或指定医疗机构出具的与该疾病诊断证明书相关的组织病理学检查、病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告；

(八) 申请特定药品费用医疗保险金，除另有约定外，被保险人需在保险人指定医疗机构或药店购买专科医生开具的药品处方中所列明的药品，并需按照以下流程进行授权申请、药品处方审核和药品购买：

1、授权申请和药品处方审核

保险金申请人向保险人提交恶性肿瘤——重度特种药品或指定疾病急需药品授权申请（以下简称“授权申请”），并提供下列授权申请材料：

(1) 保险金给付申请书；

(2) 被保险人的有效身份证件；

(3) 支持审核的全部证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的门诊及住院病历资料、医学诊断书、病理检查报告、影像报告、检查化验报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等原件。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料；

(4) 专科医生开具的药品处方；

(5) 医院开具的外购药证明；

(6) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；

(7) 若保险金申请人委托他人申请的，还应提供保险金转账授权书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等材料。

保险人基于提交的资料进行药品处方审核。若保险金申请人提交的相关材料不足以支持药品处方审核，或者医学材料中相关的科学方法检验报告结果不支持药品处方的开具，保险人有权要求并一次性通知保险金申请人补充提供有关证明和资料。

如果保险金申请人未提交授权申请或者处方审核未通过，保险人不承担给付特定药品费用医疗保险金的责任。

2、药品购买

特种药品授权申请及特种药品处方首次经保险人审核通过后，保险人将指引保险金申请人，携带有效药品处方、保险金申请人及被保险人的有效身份证件到保险人与保险金申请人确认取药的指定医疗机构或药店自取药品。

非首次购药经保险人审核通过后，保险金申请人可选择去指定医疗机构或药店自取药品或送药上门服务，若选择送药上门服务，保险人将协调指定医疗机构或药店进行冷链配送到保险金申请人的指定居住地点，保险金申请人收到药品时须提供有效药品处方、保险金申请人及被保险人的有效身份证件。

保险金申请人通过保险人指定医疗机构或药店购买符合本保险合同保险责任的恶性肿瘤——重度特种药品或指定疾病急需药品，将由保险人与保险人指定医疗机构或药店或第三方服务商直接结算保险人应承担保险金部分的药品费用，保险金申请人无需支付该部分费用，但保险金申请人应自行支付不属于保险责任范围内的药品费用。

(九) 重大疾病异地转诊公共交通费用及住宿费用保险金申请，应提供支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，转出医院出具的转院证明、被保险人的交通费用、住宿费用支出的正式发票或收据原件等。保险金申请人因特殊情况不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料：

(十) 恶性肿瘤——重度特定用药基因检测费用保险金申请：

除另有约定外，被保险人需按照以下流程进行授权申请、审核和恶性肿瘤——重度特定用药基因检测：

1、授权申请和审核

保险金申请人向保险人提交恶性肿瘤——重度特定用药基因检测费用授权申请（以下简称“授权申请”），并提供下列授权申请材料：

(1) 保险金给付申请书；

(2) 被保险人的有效身份证件；

(3) 支持审核的全部证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的门诊及住院病历资料、医学诊断书、病理检查报告、影像报告、检查化验报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等原件。保险金申请人因特殊情况不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料：

(4) 专科医生出具的所需恶性肿瘤——重度特定用药基因检测项目的证明及其他所需要的医学材料；

(5) 被保险人不在指定的基因检测机构进行恶性肿瘤——重度特定用药基因检测的，还需提供实际基因检测机构出具的发票及检测报告；

(6) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；

(7) 若保险金申请人委托他人申请的，还应提供保险金转账授权书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等材料。

2、恶性肿瘤——重度特定用药基因检测

授权申请经保险人审核通过后，保险人将安排被保险人前往本保险合同指定的基因检测机构进行恶性肿瘤——重度特定用药基因检测。保险金申请人通过保险人指定的基因检测机构内进行恶性肿瘤——重度特定用药基因检测，将由保险人与保险人指定的基因检测机构或第三方服务商直接结算保险人应承担保险金部分的恶性肿瘤——重度特定用药基因检测费用，保险金申请人无需支付该部分费用，但保险金申请人应自行支付不属于保险责任范围内的恶性肿瘤——重度特定用药基因检测费用。

(十一) 保险金申请人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；

(十二) 受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

第二十四条 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

第二十五条 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。

第二十六条 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

第二十七条 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。

第二十八条 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）保险费交付凭证；
- （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。

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、基本医疗保险：包括但不限于职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗、城乡居民基本医疗保险、城乡居民大病保险、大病医疗互助补充保险、重特大疾病医疗保险、公务员医疗补助、公费医疗等由政府举办的医疗保险项目。

2、当地：除另有约定外，指被保险人基本医疗保险参保所在地。

3、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。

4、医院：是指经中华人民共和国卫生部门审核认定的二级或二级以上的公立医院，且仅限于上述医院的普通部，**不包括如下机构或医疗服务：**

（1）**特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心（包括但不限于国际化肿瘤中心）、VIP 部、联合医院、A 级病房；**

(2) 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；

(3) 休养、戒酒、戒毒中心。

该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。

5、住院：指被保险人因疾病或意外事故而入住医院之正式病房接受全日 24 小时监护治疗的过程，并正式办理入出院手续，**不包括入住门诊观察室、其它非正式病房或挂床住院。**

挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非 24 小时在床、在院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只收护理费、诊疗费、床位费等情况。

6、必需且合理：

(1) **符合通常惯例：**指与接受医疗当地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的费用。

对是否符合通常惯例由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

(2) **医学必需：**指医疗费用符合下列所有条件：

- 1) 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
- 2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；
- 3) 由专科医生开具的处方药；
- 4) 非试验性的、非研究性的项目；
- 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。

对是否医学必需由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

7、住院医疗费用：住院医疗费用包括床位费、手术费、药品费、治疗费、护理费、检查检验费、特殊检查治疗费、膳食费。

(1) 床位费

指被保险人住院期间实际发生的、不高于双人病房的住院床位的费用**(不包括单人病房、套房、家庭病床)**。

(2) 手术费

手术指被保险人因疾病或意外伤害事故住院后，为治疗疾病、挽救生命而施行的手术，**不包括活检、穿刺、造影等创伤性检查以及康复性手术。**

手术费指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术室费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费；若因器官移植而发生的手术费用，**不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。**

(3) 药品费

指治疗期间实际发生的必需且合理的、由专科医生开具的、具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用。但不包括营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品，以及滋补类中草药，即以提高人体免疫力为主要用途使用的中草药及中成药，包括但不限于人参、阿胶、鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、珊瑚、玳瑁、冬虫夏草、藏红花、羚羊、犀角、牛黄、麝香、鹿茸、铁皮枫斗以及用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

(4) 治疗费

指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而合理发生的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费以及消耗品的费用，具体以就诊医院的费用项目划分为准。

本项责任不包含物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法。

物理治疗是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；

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

其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

(5) 护理费

指住院期间由医疗机构对被保险人提供临床护理服务所收取的费用，包括各级护理（根据2013年发布的中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会《分级护理标准》确定）、重症监护和专项护理费用（不包含护工护理费用）。

(6) 检查检验费

指住院期间实际发生的，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、便常规检查费等。

(7) 特殊检查治疗费

包括CT、ECT、彩超、活动平板、动态心电图、心电监护、介入治疗、PCR、体外碎石、高压氧、体外射频、核磁共振、血液透析等大型和高费用检查治疗项目费。

(8) 膳食费

指住院期间根据医生的嘱咐，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；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并病房费等其他款项内。

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

下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，不在保障范围内：

(1) ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；

b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

(2) TNM 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

(3) TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌；

(4) 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

(5) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

(6) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

(7) 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 <10/50 HPF 和 ki-67 ≤2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

9、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、约定的药品清单：指保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的药品清单。

11、指定医疗机构或药店：指保险人指定的或当地基本医疗保险的管理部门公布的被保险人可购买特定药品的医院或药店，以保险单约定为准。

保险人指定的药店需同时满足以下条件：

(1) 取得国家药品经营许可证、GSP 认证；

(2) 具有完善的冷链药品送达能力；

(3) 该药店内具有医师、执业药师等专业人员提供服务。

12、慈善援助：指由慈善机构设定的针对特定药品的慈善项目或捐助计划等。

13、质子重离子医院：除另有约定外，指上海质子重离子医院（即复旦大学附属肿瘤医院质子重离子中心）。

14、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相关费用，包括定位及制定放疗计划费用以及质子重离子放射治疗实施费用，其不包括其他疗法如化学疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法所产生的费用。

15、既往症：指在保险单生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

16、突发急性病：指被保险人在保险期间突然发生的、在突发前未曾接受治疗或诊断的、

必须立即接受治疗方能避免身体或生命伤害的疾病，不包括慢性病、精神病、心理疾病、精神分裂、艾滋病、性传播疾病、遗传性疾病、先天性疾病或缺陷、先天性畸形、牙齿治疗、预防性手术、非必须紧急治疗的手术或器官移植。

17、骨折：指完全性骨折。是指骨骼的完整性和连续性完全中断，不包括骨的不完全断裂（如骨裂或龟裂），亦不包括病理性骨折、疲劳性骨折或压力性骨折。

病理性骨折：指骨质有病变，破坏了骨骼原来的正常结构，从而失去原来的坚固性，在正常活动或轻微外力作用下发生的骨折。包括骨软化症、骨质疏松症、骨结核、骨肿瘤等引起的骨折。

疲劳性骨折或压力性骨折：主要是指骨骼在长期反复地操作、过度使用中造成骨骼疲劳衰弱，而导致骨骼部分或完全断裂。

18、脱臼：特指需要在麻醉状态下动手术把关节复位的关节脱位。

19、康复医疗费用：指被保险人在本保险合同约定的医疗机构接受住院治疗（不包括急诊留观室治疗）或门诊治疗，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、实施康复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需个人支付的、必需且合理的医疗费用，包括床位费、加床费、膳食费、护理费、检查检验费、治疗费、药品费和会诊费。康复治疗手段包括：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法、生物反馈疗法、康复护理等。

20、最低现金价值：是指保险费×（1-保险期间已经过天数/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20%。

21、已交付期次保险费的最低现金价值：是指已交付期次保险费×（1-保险期间已经过天数/已交付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20%。

重大疾病列表

本保险合同所规定的重大疾病指被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病，其中前28种疾病定义依据中国保险行业协会发布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020年修订版）》，后92种为保险人自行定义的疾病：

（一）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T₁N₀M₀期或更轻分期的前列腺癌；

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

（二）较重急性心肌梗死

急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合（1）检测到肌酸激酶同工酶（CK-MB）或肌钙蛋白（cTn）升高和/或降低的动态变化，至少一次达到或超过心肌梗死的临床诊断标准；（2）同时存在下列之一的证据，包括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的病理性 Q 波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。

较重急性心肌梗死指依照上述标准被明确诊断为急性心肌梗死，并且必须同时满足下列至少一项条件：

- （1）心肌损伤标志物肌钙蛋白（cTn）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 15 倍（含）以上；
- （2）肌酸激酶同工酶（CK-MB）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 2 倍（含）以上；
- （3）出现左心室收缩功能下降，在确诊 6 周以后，检测左室射血分数（LVEF）低于 50%（不含）；
- （4）影像学检查证实存在新发的乳头肌功能失调或断裂引起的中度（含）以上的二尖瓣反流；
- （5）影像学检查证实存在新出现的室壁瘤；
- （6）出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。

其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在保障范围内。

（三）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）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。

（四）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。

（五）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。

（六）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。

（七）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。

（八）急性重症肝炎或亚急性重症肝炎

指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：

- （1）重度黄疸或黄疸迅速加重；
- （2）肝性脑病；
- （3）B 超或其他影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；
- （4）肝功能指标进行性恶化。

（九）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，须经头颅断层扫描（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，且必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)。

(十) 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。

(十一) 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。

(十二) 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。

(十三) 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。

(十四) 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。

（十五）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。

（十六）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。

（十七）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。

（十八）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。

（十九）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。

（二十）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。

（二十一）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。

（二十二）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。

（二十三）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。

（二十四）重型再生障碍性贫血

指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少，且须满足下列全部条件：

（1）骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断：骨髓细胞增生程度<正常的 25%；如 \geq 正常的 25%但<50%，则残存的造血细胞应<30%；

（2）外周血象须具备以下三项条件中的两项：

- ①中性粒细胞绝对值 $<0.5 \times 10^9/L$ ；
- ②网织红细胞计数 $<20 \times 10^9/L$ ；
- ③血小板绝对值 $<20 \times 10^9/L$ 。

（二十五）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。

（二十六）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。

(二十七) 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。

(二十八) 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瘻术。

(二十九) 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美国纽约心脏病学会的心功能状态分级IV级。被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限, 不能从事任何体力活动。

(三十) 严重多发性硬化症

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。

(三十一) 严重全身性重症肌无力

重症肌无力是一种神经肌肉接头传递障碍所致的疾病, 表现为局部或全身骨骼肌 (特别是眼外肌) 极易疲劳。疾病可以累及呼吸肌、上肢或下肢的近端肌群或全身肌肉, 必须满足下列所有条件:

(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。

(三十二) 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美国风湿病学会 (American College of Rheumatology) 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。

（三十三）原发性系统性淀粉样变性

淀粉样变性是一组蛋白质代谢障碍性疾病，病理表现为淀粉样蛋白沉积于组织或器官。原发性系统性淀粉样变性原因不明，通常累及肾脏和/或心脏。

被保险人经活检组织病理学检查被明确诊断为淀粉样变性，并满足下列条件之一：

（1）心脏淀粉样变性，被保险人存在限制性心肌病及其所致的充血性心力衰竭，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 III 级，并持续 180 天以上；

（2）肾脏淀粉样变性，被保险人存在肾病综合征及其所致的严重的肾脏功能衰竭，达到尿毒症诊断标准，并持续 180 天以上。

继发性淀粉样变性不在保障范围内。

（三十四）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保障范围内。

（三十五）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所有标准：

（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美国纽约心脏病学会的心功能状态分级 IV 级；

（3）肾脏损害，已经出现肾功能衰竭。

下列疾病不在保障范围内：

①局限硬皮病；

②嗜酸细胞筋膜炎；

③**CREST综合征**（它是系统性硬皮病的一个亚型，名字来源于疾病典型表现：钙质沉着（Calcinosis, C）、雷诺现象（Raynaud's syndrome, R）、食道运动功能障碍（Esophageal dysmotility, E）、指端硬化（Sclerodactyly, S）、毛细血管扩张（Telangiectasis, T））。

（三十六）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。

（三十七）严重慢性复发性胰腺炎

指慢性反复发作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) 医疗记录证实存在慢性胰腺炎反复急性发作病史；
- (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保障范围内。

（三十八）植物人状态

植物人状态系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天以上方可申请理赔。

（三十九）重症急性坏死性筋膜炎

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）。

（四十）特发性慢性肾上腺皮质功能不全

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，符合以下所有诊断标准：
 - a. 血浆促肾上腺皮质激素（ACTH）水平测定，>100pg/ml；
 - b. 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；
 - c. 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、感染艾滋病病毒或患艾滋病、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。

（四十一）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美国纽约心脏病学会的心功能状态分级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。

（四十二）慢性肺源性心脏病

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美国纽约心脏病学会的心功能状态分级IV级。被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

(四十三) 严重原发性硬化性胆管炎

为一种特发型淤胆性疾病，特点为肝内及肝外胆道系统胆管壁增厚和管腔狭窄。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；
- (3) 出现继发性胆汁性肝硬化和门静脉高压。

(四十四) 严重自身免疫性肝炎

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。

(四十五) 原发性骨髓纤维化（PMF）

原发性骨髓纤维化（primary myelofibrosis， PMF）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 $<100\text{g/l}$ ；
- (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 $<100\times 10^9/\text{l}$ 。

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保障范围内。

(四十六) 严重骨髓增生异常综合征（MDS）

骨髓增生异常综合征(myelodysplastic syndromes, MDS)是起源于造血干细胞的一组骨髓克隆异常的疾病，表现为无效造血、难治性血细胞减少，有转化为急性髓系白血病的风险。

被保险人须经由外周血和骨髓活检明确诊断为骨髓增生异常综合征，并且满足下列所有条件：

- (1) 根据世界卫生组织（WHO）的骨髓增生异常综合征分型，分型为难治性贫血伴原始细胞增多（refractory anemia with excess blasts， RAEB）；
- (2) 根据“骨髓增生异常综合征修订国际预后积分系统（IPSS-R）”积分 ≥ 3 ，属于中危及以上组。

(四十七) 严重急性主动脉夹层血肿手术

指主动脉壁在受到某些病理因素破坏后，高速、高压的主动脉血流将其内膜撕裂，以致

主动脉腔内的血流通过主动脉内膜的破裂口进入主动脉内壁而形成血肿。被保险人需有典型的临床表现并通过电脑断层扫描（CT）、磁共振扫描（MRI）、磁共振血管检验法（MRA）或血管扫描等检查明确诊断，并在急性期内（发病两周内）实际接受了传统或微创开胸或开腹主动脉手术。

慢性期主动脉夹层择期手术、经导管主动脉内介入手术治疗不在保障范围内。

（四十八）严重缩窄性心包炎手术

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。须由专科医生明确诊断发生慢性缩窄性心包炎，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）已经接受了经下列任何一种手术路径进行的开胸心包剥离手术或心包切除手术：

a.胸骨正中切口；

b.双侧前胸切口；

c.左前胸肋间切口。

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。

（四十九）心脏粘液瘤手术

指为了治疗心脏粘液瘤，实际实施了开胸开心脏粘液瘤切除手术。

经导管介入手术治疗不在保障范围内。

（五十）严重心脏衰竭CRT心脏同步治疗

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心脏再同步治疗（cardiac resynchronization therapy, CRT）方法的治疗，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的心功能状态分级III级或IV级；
- （2）左室射血分数低于35%；
- （3）左室舒张末期内径 $\geq 55\text{mm}$ ；
- （4）心电图QRS时间 $\geq 130\text{msec}$ ；
- （5）药物治疗效果不佳，仍有症状。

（五十一）完全性房室传导阻滞

指因慢性心脏疾病导致III度或完全性房室传导阻滞。完全性房室传导阻滞是心房的激动不能正常地传导到心室，造成心室率过于缓慢，出现心力衰竭和因大脑供血不足导致的晕厥、阿-斯综合征。必须明确诊断并且满足下列所有条件：

- （1）患有慢性心脏疾病；
- （2）曾经有晕厥、阿-斯综合征发作；
- （3）心电图表现为持续室性逸搏心律，心室率持续低于40次/分；
- （4）已经植入永久性心脏起搏器。

（五十二）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。

（五十三）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上皮细胞异常增生形成多发结节。必须满足下列全部条件：

- （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）肺功能检查显示FEV1和DLCO（CO弥散功能）下降；（FEV1是最大深吸气后做最大呼气,最大呼气第一秒呼出的气量的容积。DLCO,即肺一氧化碳弥散量,指一氧化碳气体在单位时间及单位压力差条件下所能转移的量,是反映肺弥散功能的主要指标。）
- （4）动脉血气分析显示低氧血症。

且本保障不包括疑似肺淋巴管肌瘤病。

（五十四）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）肺结节病依据X线胸片分期为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（PaO₂）<50mmHg和动脉血氧饱和度（SaO₂）<80%。

（五十五）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保障范围内。

（五十六）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。

（五十七）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）必须由专科医生明确诊断，临床检查证实脑电图存在周期性复合波、脑脊液Y-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。

(五十八) 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。

进行性多灶性白质脑病必须在生前诊断，尸检诊断不作为理赔依据。

(五十九) 丧失独立生活能力（保障自年满6周岁起）

指由于疾病或外伤导致被保险人永久不可逆的完全丧失独立生活能力，无法独立完成六项基本日常生活活动中的四项或四项以上。

在本保障项下，保险人仅承担被保险人在年满6周岁之后的保障责任。

(六十) 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。**

(六十一) 脊髓内肿瘤导致瘫痪

指脊髓内的肿瘤（包括良性肿瘤或恶性肿瘤等）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：

a.移动：自己从一个房间到另一个房间；

b.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、神经纤维瘤不在保障范围内。脊髓外的肿瘤不在保障范围内。

(六十二) 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条件之一：

(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。

(六十三) 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，导致永久不可逆的神经系统功能损害，表现为截瘫或四肢瘫。永久不可逆的神经系统功能损害指疾病确诊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。

(六十四) 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。横断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。

(六十五) 严重哮喘

严重哮喘诊断必须明确诊断，并且满足下列标准中的三项或三项以上：

- (1) 过去两年中有哮喘持续状态（哮喘发作持续24小时以上不能缓解）医疗病史；
- (2) 身体活动耐受能力显著且持续下降（轻微体力活动既有呼吸困难，至少持续6个月以上）；
- (3) 慢性肺部过度膨胀充气导致的胸廓畸形；
- (4) 持续每日口服皮质类固醇激素（至少持续六个月以上）。

(六十六) 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。

(六十七) 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、硬膜外血肿清除、未破裂动脉瘤预防性手术、动脉瘤栓塞手术、血管内手术、颅骨切开减压术、颅骨去骨瓣减压术、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保障范围内。

(六十八) 系统性红斑狼疮性肾炎尿毒症（仅限于女性）

该疾病保障仅限于女性。

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仅限于累及肾脏（经肾脏活检确认的，符合WHO诊断标准定义III型或III型以上狼疮性肾炎）的系统性红斑狼疮，并且临床出现肾功能衰竭达到尿毒症期。

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。

(六十九) 席汉氏综合征（仅限于女性）

该疾病保障仅限于女性。

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：

a.垂体前叶激素全面低下；

b.性激素、甲状腺素、肾上腺皮质激素全面低下（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）；

- (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一年。

垂体功能部分低下及其他原因所致垂体功能低下不在保障范围之内。

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。

(七十) 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，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。

(七十一) 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。

(七十二) 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。

腹腔镜手术治疗不在保障范围内。

因酗酒或饮酒过量所致的急性坏死性胰腺炎不在保障范围内。

(七十三) 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）。

(七十四) 因疾病或外伤导致智力缺陷（保障自年满6周岁起）

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)。

理赔时必须满足下列全部条件:

- (1) 被保险人大于或等于6周岁;
- (2) 儿科专科医生明确诊断被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低下;
- (3) 专科医生适时做的心理检测证实被保险人智力低常(轻度、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。

在本保障项下, 保险人仅承担被保险人在年满6周岁之后的保障责任。

(七十五) 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。

(七十六) 严重瑞氏综合征

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、惊厥及意识障碍等等。肝脏活检是确诊的重要手段。瑞氏综合征需由儿科专科医生明确诊断, 并符合下列所有条件:

- (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。

(七十七) 急性肺损伤(ALI)或急性呼吸窘迫综合征(ARDS)

急性肺损伤是各种直接和间接致伤因素导致的肺泡上皮细胞及毛细血管内皮细胞损伤, 造成弥漫性肺间质及肺泡水肿, 导致的急性低氧性呼吸功能不全。

急性呼吸窘迫综合征是由肺内原因和/或肺外原因引起的, 以顽固性低氧血症为显著特征的综合征。

急性肺损伤(acute lung injury, ALI)或急性呼吸窘迫综合征(Acute Respiratory Distress Syndrome, ARDS)必须由呼吸系统专科医师诊断, 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) PaO₂/FiO₂(动脉血氧分压/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。

(七十八) 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师明确诊断，并且符合所有以下条件：

- (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。

(七十九) 严重登革热

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。**本保障仅对严重的登革热给予保障**，被保险人的登革热必须满足下列所有条件：

- (1) 根据登革热诊断标准诊断的确诊病例；
- (2) 出现下列一种或多种严重登革热的临床表现：
 - a. 血浆渗漏致休克或胸腔积液伴呼吸困难；
 - b. 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）；
 - c. 严重器官损害或衰竭：肝脏损伤(ALT或AST>1000IU/L)、急性呼吸窘迫综合征(ARDS)、急性心功能衰竭、急性肾功能衰竭、脑病。

(八十) 危重手足口病

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。

危重手足口病必须满足下列所有条件：

- (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2周以上的住院治疗。

(八十一) 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。

(八十二) 意外导致失去一肢及一眼（保障自年满3周岁起）

被保险人因同一次意外伤害事件导致一肢体丧失和一眼视力丧失。必须满足下列所有条件：

- (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：
 - a. 眼球摘除；
 - b. 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）；
 - c. 视野半径小于5度。

在本保障项下，保险人仅承担被保险人在年满3周岁之后的保障责任；但一肢体丧失和一眼眼球摘除不在此限。被保险人申请理赔时应提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。

(八十三) 艾森门格综合征

指一组先天性心脏病发展的后果，特点为进行性肺动脉高压所致的动脉阻塞性病变，也称为肺动脉高压性右向左分流综合征。必须满足下列全部条件：

- (1) 缺氧、青紫、杵状指；
- (2) 静息状态下肺动脉平均压超过40mmHg；
- (3) 已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级IV级。

本疾病不受本条款责任免除中关于“先天性疾病、遗传性疾病、先天性畸形、变形和染色体异常”的限制。

(八十四) 室壁瘤切除手术

指因心肌梗死导致室壁瘤，实际实施了开胸开心室壁瘤切除手术治疗。

(八十五) 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。

(八十六) 克-雅氏病 (CJD)

克-雅氏病(Creutzfeldt-Jakob disease,CJD)是一种传染性海绵状脑病，临床表现为快速进行性痴呆、肌阵挛和特征性脑电图变化。本病须经专科医师根据世界卫生组织 (WHO) 的诊断标准明确诊断，并且被保险人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。

(八十七) 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。埃博拉病毒感染必须经专科医生明确诊断并且上报国家疾病预防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22天以上广泛出血的临床表现。

埃博拉病毒感染疑似病例，在确诊之前已经死亡的不在保障范围内。

(八十八) 职业原因导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)。必须满足下列全部条件：

- (1) 感染必须发生在被保险人从事其职业工作过程中；
- (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

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：输血、性传播或静脉注射毒品）导致的HIV感染不在保障范围内。保险人必须拥有获得使用被保险人的所有血液样本的权利和能够对这些样本进行独立检验的权利。

本疾病不受本条款责任免除中关于“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

（八十九）输血原因导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）并且根据HIV感染分类及AIDS诊断标准被确诊为艾滋病（AIDS）期。满足下列全部条件：

- （1）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。

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：性传播或静脉注射毒品）导致的HIV感染不在保障范围内。保险人必须拥有获得使用被保险人的所有血液样本的权利和能够对这些样本进行独立检验的权利。

本疾病不受本条款责任免除中关于“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

（九十）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合法开展人体器官移植的医疗机构；
- （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。

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。

本疾病不受本条款责任免除中关于“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间”的限制。

（九十一）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。

胰岛、组织、细胞移植不在保障范围内。

（九十二）角膜移植手术

指因角膜病变或意外伤害导致视力丧失或视力严重损害，被保险人实际接受了同种（人类）异体角膜移植手术以恢复视力。

角膜移植手术包括全层角膜移植术、板层角膜移植术和角膜内皮移植术。

单纯角膜细胞移植，自体角膜缘细胞移植，非同种来源角膜或人工角膜的移植不在保障范围内。

(九十三) 嗜铬细胞瘤切除手术

指发生在肾上腺或肾上腺外嗜铬组织的以分泌过多的儿茶酚胺为表现的神经内分泌肿瘤。嗜铬细胞瘤必须由内分泌专科医生诊断，并且满足以下所有条件：

- (1) 临床有高血压症候群表现；
- (2) 已经实施了嗜铬细胞瘤切除手术。

(九十四) 严重结核性脑膜炎

由结核肌肉引起的脑膜和脊膜的非化脓性炎症性疾病。需满足以下全部条件：

- (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。

(九十五) 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，须经专科医师明确诊断，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。

(九十六) 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。

(九十七) 皮质基底节变性

指一种慢性进展性神经变性疾病，以不对称发作的无动性强直综合征、失用、肌张力障碍及姿势异常为其临床特征。须经专科医生明确诊断，被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，日常生活必须持续受到他人监护。

(九十八) 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。

(九十九) 脑型疟疾

恶性疟原虫严重感染导致的脑病或脑型疟疾，以昏迷为主要特征。脑型疟疾的诊断须由专科医生确认，且外周血涂片存在恶性疟原虫。

其他明确病因导致的脑病不在保障范围内。

（一〇〇）败血症导致的多器官功能障碍综合征

由败血症导致的多器官功能障碍综合征（multiple organ dysfunction syndrome, MODS），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 $<50 \times 10^3$ /微升；
- （3）肝功能不全，胆红素 $>6\text{mg/dl}$ 或 $>102\mu\text{mol/L}$ ；
- （4）需要用强心剂；
- （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）败血症有血液和影像学检查证实。

败血症引起的多器官功能障碍综合征（MODS）的诊断应由专科医生证实。**非败血症引起的多器官功能障碍综合征（MODS）不在保障范围内。**

（一〇一）大面积植皮手术

指为修复皮肤与其下的组织缺损所进行的皮肤移植手术，要求皮肤移植的面积达到全身体表面积的 30%或 30%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

（一〇二）进行性风疹性全脑炎

指由风疹病毒感染引起的慢性脑炎，且导致神经系统永久性的功能障碍。须由神经专科医师确诊。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

- （1）一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
- （2）语言能力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。

（一〇三）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与遗传有关的疾病。必须满足下列所有条件：

- （1）脊髓小脑变性症必须由专科医生明确诊断，并有下列所有证据支持：
 - a.影像学检查证实存在小脑萎缩；
 - b.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。

（一〇四）肾髓质囊性病

肾髓质囊性病，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保障范围内。

(一〇五) 严重肝豆状核变性

肝豆状核变性是一种常染色体隐性遗传的铜代谢障碍性疾病,以铜代谢障碍引起的肝硬化、基底节损害为主的脑变性疾病为特点。肝豆状核变性必须明确诊断并且满足以下条件之一:

- (1) 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;
- (2) 慢性肾功能衰竭,已开始肾脏透析治疗;
- (3) 接受了肝移植或肾移植手术。

(一〇六) 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、CT 血管造影 (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。

(一〇七) 多处臂丛神经根性撕脱

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。须由保险人认可的医院的专科医生确诊,并且有电生理检查结果证实。

(一〇八) 风湿热导致的心脏瓣膜病手术

指风湿热反复发作并发心脏瓣膜损害,导致慢性心脏瓣膜病,引起心脏瓣膜狭窄、关闭不全。必须满足下列所有条件:

- (1) 风湿热病史;
- (2) 慢性心脏瓣膜病病史;
- (3) 实际接受了开胸开心进行的心脏瓣膜置换手术。

经导管进行的瓣膜置换手术或瓣膜成型手术不在保障范围内。

(一〇九) 严重获得性或继发性肺泡蛋白质沉积症

因获得性或继发性原因导致双肺肺泡和细支气管腔内充满不可溶性富磷脂蛋白的疾病。须满足下列全部条件:

- (1) 支气管镜活检或开胸肺活检病理检查证实肺泡内充满有过碘酸雪夫 (PAS) 染色阳性的蛋白样物质;
- (2) 被保险人因中重度呼吸困难或低氧血症而实际已行全身麻醉下的全肺灌洗治疗。

(一一〇) 细菌性脑脊髓膜炎后遗症

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、脑积水的损害,且上述症状持续 90 天以上仍无改善迹象。

(一一一) 侵蚀性葡萄胎 (恶性葡萄胎, 仅限于女性)

该疾病保障仅限于女性。

侵蚀性葡萄胎又称恶性葡萄胎，发生自胚胎组织，侵入子宫肌层或其他组织，也可能转移。

索赔时需提交组织病理学检查报告，且本保障**不包括非侵蚀性的葡萄胎。**

(一一二) 严重感染性心内膜炎

指由感染性微生物引致的心脏内膜炎症，并须符合下列所有标准：

- (1) 血液培养结果呈阳性反应，证明感染性微生物的存在；
- (2) 出现最少中度的心脏瓣膜功能不全（即返流部分达20%或以上）或中度的心脏瓣膜狭窄（即心脏瓣瓣口面积为正常值的30%或以下），导致感染性心内膜炎；
- (3) 感染性心内膜炎的诊断及瓣膜受损的严重程度必须由心脏病专科医生确定。

(一一三) 破伤风

指破伤风梭菌经由皮肤或粘膜伤口侵入人体，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。

(一一四) 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。该病必须由权威医疗机构根据致病蛋白的发现而明确诊断。

(一一五) 严重斯蒂尔病

须经风湿病专科医生明确诊断，并至少满足下列两项条件：

- (1) 因该病导致心包炎；
- (2) 因该病导致肺间质病变；
- (3) 巨噬细胞活化综合征（MAS）。

(一一六) 肺孢子菌肺炎

肺孢子菌肺炎：指由肺孢子菌引起的间质性浆细胞性肺炎。并须满足下列全部条件：

- (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 0.5kPa/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) PaO₂<60mmHg， PaCO₂>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。

(一一七) 严重 III 度冻伤导致截肢

冻伤是由于寒冷潮湿作用引起的人体局部或全身损伤，并且冻伤程度达到 III 度，且导致一个或一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。

(一一八) 成骨不全症（III 型）

指由于多种致病基因突变导致骨基质蛋白数量减少或质量异常，从而引起以骨量低下、

骨骼脆性增加和反复骨折为主要特征的骨骼疾病。须经专科医生根据体格检查，骨折史，家族史，X线检查，骨密度和皮肤活检报告资料明确诊断为成骨不全症 III 型，且须在理赔时提供检查，家族史，骨代谢生化指标、X线检查及基因检测等资料。

成骨不全症 I 型、II 型和 IV 型不在保障范围内。

(一一九) 严重甲型及乙型血友病

被保险人必须经保险人认可的血液科专科医生确诊为甲型或乙型血友病，并且必须满足下列所有条件：

(1) 凝血因子 VIII 或凝血因子 IX 活性小于 1%；

(2) 出现以下任一种临床表现：

a.反复关节血肿，大关节畸形和活动受限；或

b.内脏器官出血如：肾脏出血、消化道出血、腹腔出血、颅内出血。

(一二〇) 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，并已经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。