

中国太平洋财产保险股份有限公司

附加异地转诊陪诊陪护保险条款

注册号：C00001431922023020723253

第一部分 总则

总则

第一条 本保险合同附加于各类个人人身保险合同（以下简称“主险合同”），依主险合同投保人的申请，经保险人审核同意而订立。主险合同效力终止，本保险合同效力亦终止；主险合同无效，本保险合同亦无效。主险合同与本保险合同相抵触之处，以本保险合同为准。本保险合同未约定事项，以主险合同为准。

第二条 凡主险合同的被保险人，均可作为本保险合同的被保险人。

第二部分 保险责任和责任免除

第三条 保险责任

本合同保险责任分设有两项基本责任（包括：异地转诊陪诊保险责任、异地转诊陪护保险责任），投保人可以单独投保基本责任的一项或两项责任，并在本合同中载明。

一、异地转诊陪诊保险责任

在保险期间内，被保险人因以下情形发生异地转诊行为后，被保险人可向保险人申请，由保险人指定或者认可的服务机构向被保险人提供异地转诊陪诊服务。保险人根据本合同的约定，按异地转诊陪诊服务产生的实际费用给付异地转诊陪诊保险金。

二、异地转诊陪护保险责任

在保险期间内，被保险人因以下情形发生异地转诊行为并在保险人指定或认可的医疗机构进行住院治疗，住院期间经保险人确认需要专业陪护人员照理的，被保险人可向保险人申请，由保险人指定或者认可的服务机构向被保险人提供异地转诊陪护服务。保险人根据本合同的约定，按异地转诊陪护服务产生的实际费用给付异地转诊陪护保险金。

除另有约定外，单次陪护服务期限不超过5天。当被保险人出院时，单次陪护服务终止。保险期间届满时，被保险人接受的陪护服务仍未结束的，保险人继续承担保险责任单次服务期限为止。

以上责任所指情形包括：

1. 被保险人遭受意外事故；
2. 被保险人在等待期后（续保不受限制）确诊或高度疑似罹患重大疾病。

以上责任均按照以下公式计算保险金：

单项责任应当给付的保险金=（该项责任单次发生服务费用×该项责任实际接受服务次数-免赔额）*给付比例。

除另有约定外，本合同免赔额为0元，给付比例为100%，累计异地转诊陪诊次数为2次，异地转诊陪护给付次数为2次。实际接受服务次数以累计给付次数为限，单次发生服务费用以单次赔偿限额为限，并在保单上载明。

以上责任中，超出本合同约定累给付次数或单次赔偿限额的，由被保险人自行支付超出部分费用，保险人对此不承担赔偿责任。

以上责任均适用于费用补偿原则，若被保险人除本保险合同外还可从其它途径获得费用补偿，保险人以保单约定的保险金额为限，对被保险人获得补偿后的余额按照合同约定给付保险金。

第四条 责任免除

一、由于下列任何原因，被保险人发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任：

1. 被保险人康复性治疗、物理治疗、安胎及分娩（包括剖腹产、流产及引产）等；
2. 因慢性病、或承保前已罹患疾病的治疗；
3. 因流行疫病或大规模流行疫病导致的治疗或预防发生的医疗；
4. 因腰椎间盘突出症或错位的治疗；
5. 因避孕或绝育手术发生的治疗；
6. 因药物过敏发生的治疗；
7. 因扁桃腺、腺样体、疝气、女性生殖器官疾病的治疗或上述疾病导致的手术产生的治疗；
8. 被保险人美容、整形、矫形术、非必须紧急性治疗的手术、心理咨询及和角膜屈光成形手术；
9. 被保险人健康护理(含体检、健康体检、疗养、特别护理或静养)等非治疗性的行为及无客观病征证明其不健康及以捐献身体器官为目的的医疗行为；
10. 被保险人移植人工器官、洗牙、洁齿、验光、牙齿治疗或手术及镶补，但因意外伤害引起的一般牙齿治疗或手术除外；
11. 被保险人先天性疾病；
12. 被保险人投保前已患上的疾病和症状、精神病、精神分裂症、心理疾病、性病；
13. 主险合同条款规定的责任免除事项。

二、下列任何情形下，被保险人发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任：

1. 被保险人无当地医院出具原始收据的费用、医疗证明、转诊证明；
2. 被保险人未在本合同约定的机构进行就医陪诊服务及陪护服务的。

第三部分 保险期间、保险金额和保险费

第五条 保险期间

除另有约定外，本合同保险期间为一年，具体起讫时间由投保人与保险人约定，并在本合同中载明，最长不超过一年。

第六条 保险金额和保险费

一、异地转诊陪诊保险责任及异地转诊陪护保险责任均设有单次限额、累计次数，由投保人与保险人协商确定，并在本合同中载明。

二、除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时交清保险费。**投保人未按本款约定交付保险费的，本合同不生效，保险人不承担保险责任。**

保险费交付方式由投保人与保险人协商确定，并在本合同中载明。

第七条 除另有约定外，本合同的等待期为90日，具体天数由保险人和投保人在投保时约定并在本合同上载明。在等待期内发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

第四部分 保险金的申请和给付

第八条 保险金申请人向保险人请求给付保险金时，应当提交下列证明和资料：

- （一）保险金给付申请书；
- （二）保险单或者其他保险凭证、批单；
- （三）保险金申请人的身份证明，若保险金申请人系受托申请，还应当提供授权委托书和授权委托人的身份证明；
- （四）**保险人指定或者认可的医疗机构出具的附有病理检查、血液检验及其他科学方法检验报告的疾病诊断证明书，异地转诊需提供当地医院开具的转诊证明；**
- （五）保险人指定或认可的服务机构提供的服务发票；
- （六）投保人、被保险人或者受益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。

保险金申请人未能提供有关证明和资料，导致保险人无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

第九条 被保险人遭受保险事故的，保险人有权对投保人、被保险人、受益人和有关医疗机构等进行调查和检查，投保人、被保险人、受益人等应当尽量予以配合。

第十条 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。

第十一条 对符合本合同约定的陪诊或陪护的费用，若已由保险人向服务机构进行直接结算的，保险人不再另行接受投保人、被保险人或者受益人的保险金申请，不再额外支付保险金。

第五部分 投保人解除保险合同

第十二条 若投保人解除主险合同，本保险合同一并解除，合同解除后，保险人参照主险合

同有关规定退还本保险合同的未满期净保险费。如投保人申请解除本保险合同，须填写解除合同申请书并向保险人提供下列资料：

- 一、保险合同；
- 二、投保人的有效身份证件。

自保险人收到解除合同申请书时起，本保险合同终止。保险人自收到解除合同申请书之日起30日内向投保人退还本保险合同的未满期净保险费。

第六部分 其他

释义

一、异地转诊：指因病情需要，由保险人指定或认可的医疗机构专科医生诊断并由被保险人所在地转出医院开具转院证明，被保险人跨省、自治区、直辖市（限中华人民共和国大陆境内，不包括港澳台地区）在转入医院接受检查或住院治疗。

二、高度疑似罹患重大疾病：指由保险人指定或认可的医疗机构专科医生根据已进行的检测结果认定被保险人有罹患重大疾病的可能，但是由于当地检测技术或医疗水平限制，在当地医院无法获得明确确诊意见。

三、周岁：指按法定身份证明文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。

四、保险人指定或者认可的医疗机构：指包括保险人指定医疗机构，以及符合下列条件的医疗机构：中华人民共和国境内（不包括港澳台地区）依法经营的二级以上（含），具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且提供二十四小时有合格医师及护士的医疗和护理等服务的医疗机构，但不包括境外医院、中外合资医院、民营医院、康复中心、联合诊所、特需（色）门诊、特需病房以及主要为门诊、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者相类似目的的医疗机构。

五、陪诊服务：指陪伴病人在医院就诊，服务内容包括：就诊当天全程陪同，协助办理取号、缴费等，该类服务费用均非医疗费用，均不在社会医疗保险报销范围内。

六、陪护服务：指在病人住院期间替代病人家属，为病人提供入院知道、生活照料及政策法规允许范围内的专业院中护理服务。该类服务费用均非医疗费用，均不在社会医疗保险报销范围内。

七、重大疾病：

（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：

（1）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；

- (2) 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 期或者更轻分期的甲状腺癌；
3. TNM 分期为 T₁N₀M₀期或者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%）或者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，实际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超或其它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，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且须满足下列至少一项条件：

- （1）已经实施了开颅进行的颅内肿瘤完全或部分切除手术；
- （2）已经实施了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，仍遗留下述至少一种障碍：

- (1) 一肢（含）以上肢体肌力2级（含）以下；
- (2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
- (3) 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）评估结果为3分；
- (4) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(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，如果使用其它视力表应进行换算）；
- (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，实际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） $<50\text{mmHg}$ 。

（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瘘术。

八、服务机构：指符合下列所有条件的机构：

- （一）依法成立并经营相关健康服务的专业服务机构；
- （二）服务机构需持有由政府相关部门核发的执业许可证。

九、保险金申请人：指被保险人、受益人或者依法享有保险金请求权的其他人。

十、未到期净保险费： $\text{未到期净保险费} = \text{保险费} \times [1 - (\text{保险单已经过天数} / \text{保险期间天数})] \times (1 - \text{费用比例})$ 。经过天数不足一天的按一天计算，费用比例同主险约定。已经过日数不足一日的，按一日计算。