

中国太平洋财产保险股份有限公司 个人医疗保险(H2024D 互联网)条款

注册号：C00001432512024060603143

阅 读 指 引

本阅读指引有助于您理解条款，对本合同内容的解释以条款为准。

您拥有的重要权益

- ❖ 本合同提供的保障在保险责任条款中列明2.6
- ❖ 您有退保的权利5.1

您应当特别注意的事项

- ❖ 本合同有等待期、比例给付的约定，请您注意 2.3、2.7
- ❖ 本合同有免赔额的约定，请您注意2.7
- ❖ 本合同有责任免除条款，请您注意2.9
- ❖ 保险事故发生后，请及时通知我们3.2
- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策5.1
- ❖ 您有如实告知的义务6.1
- ❖ 我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请您注意7

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	3.5 诉讼时效	7.7 住院
1.1 合同构成	4. 保险费的支付	7.8 激光治疗
1.2 合同成立与生效	4.1 保险费的支付	7.9 恶性肿瘤——重度
1.3 投保年龄	5. 合同解除	7.10 门诊恶性肿瘤治疗费
1.4 被保险人	5.1 您解除合同的手续及风险	7.11 首次发病
1.5 投保人	6. 其他需要关注的事项	7.12 重大疾病
2. 我们提供的保障	6.1 明确说明与如实告知	7.13 专科医生
2.1 保险金额	6.2 我们合同解除权的限制	7.14 罕见病
2.2 保险期间	6.3 合同效力的终止	7.15 药品及疾病清单
2.3 等待期	6.4 年龄错误	7.16 特定疾病
2.4 犹豫期	6.5 急危重病及转院	7.17 靶向药物
2.5 不保证续保	6.6 联系方式变更	7.18 免疫治疗药品
2.6 保险责任	6.7 合同内容变更	7.19 特定药品清单
2.7 保险金计算方法	6.8 争议处理	7.20 指定药店
2.8 费用补偿原则	7. 释义	7.21 特定医疗机构
2.9 责任免除	7.1 周岁	7.22 客运公共交通
3. 保险金的申请	7.2 意外伤害	7.23 指定或认可的医疗服务机构
3.1 受益人	7.3 有效身份证件	7.24 当地
3.2 保险事故通知	7.4 指定医疗机构	7.25 基本医疗保险
3.3 保险金申请	7.5 合理且必要	7.26 指定互联网药店
3.4 保险金给付	7.6 住院医疗费用	7.27 指定互联网医疗机构

- | | | |
|------------------------------|---------------------------|---|
| 7.28 互联网问诊特定疾病清单 | 7.44 攀岩 | 7.60 情形复杂 |
| 7.29 药品清单 | 7.45 探险 | 7.61 未到期净保费 |
| 7.30 国家卫生行政主管部门对于
处方剂量的规定 | 7.46 武术比赛 | 7.62 病情稳定 |
| 7.31 互联网问诊特定疾病清单 | 7.47 特技表演 | 7.63 组织病理学检查 |
| 7.32 公费医疗 | 7.48 精神疾患 | 7.64 ICD-10 与 ICD-O-3 |
| 7.33 其它政府举办的医疗保障项
目 | 7.49 遗传性疾病 | 7.65 TNM 分期 |
| 7.34 医保目录外药品费用 | 7.50 先天性畸形、变形或染色体
异常 | 7.66 甲状腺癌的 TNM 分期 |
| 7.35 医保目录内药品费用 | 7.51 职业病 | 7.67 肢体 |
| 7.36 醉酒 | 7.52 特定传染病 | 7.68 肌力 |
| 7.37 斗殴 | 7.53 地方病 | 7.69 语言能力完全丧失，或严重
咀嚼吞咽功能障碍 |
| 7.38 毒品 | 7.54 感染艾滋病病毒或患艾滋病 | 7.70 六项基本日常生活活动 |
| 7.39 酒后驾驶 | 7.55 矫形、矫形手术 | 7.71 永久不可逆 |
| 7.40 无合法有效驾驶证驾驶 | 7.56 基因疗法 | 7.72 美国纽约心脏病学会（New
York Heart Association,
NYHA）心功能状态分级 |
| 7.41 无有效行驶证 | 7.57 细胞免疫疗法 | 7.73 肢体机能永久完全丧失 |
| 7.42 机动车 | 7.58 耐药 | |
| 7.43 潜水 | 7.59 恶性肿瘤——重度特定药品
基因检测 | |

中国太平洋财产保险股份有限公司 个人医疗保险（H2024D 互联网）条款

“中国太平洋财产保险股份有限公司个人医疗保险（H2024D 互联网）”简称“个人医疗（H2024D 互联网）”。在本保险条款中，“您”指投保人，“我们”指中国太平洋财产保险股份有限公司，“本合同”指您与我们之间订立的“中国太平洋财产保险股份有限公司个人医疗保险（H2024D 互联网）合同”。

1. 您与我们订立的合同

- | | | |
|-----|---------|--|
| 1.1 | 合同构成 | 本合同是您与我们约定保险权利义务关系的协议，包括本保险条款、保险单及其他保险凭证、投保单及其他投保文件、合法有效的声明、批注、批单及其他您与我们共同认可的书面协议。 |
| 1.2 | 合同成立与生效 | 您提出保险申请、我们同意承保，本合同成立。
合同生效日期在保险单上载明。 |
| 1.3 | 投保年龄 | 指您投保时被保险人的年龄，本合同接受的首次投保年龄范围为出生满 28 天至 70 周岁（含 70 周岁），且须符合我们当时的投保规定。被保险人在年满 100 周岁前（含 100 周岁），当保险期间届满且产品在办情形下，可以重新向我们申请投保本产品。 |
| 1.4 | 被保险人 | 身体健康的能正常生活或正常工作的自然人，可作为本合同的被保险人。 |
| 1.5 | 投保人 | 具有完全民事行为能力的被保险人本人、对被保险人有保险利益的其他自然人，可作为本合同的投保人。 |

2. 我们提供的保障

- | | | |
|-----|------|--|
| 2.1 | 保险金额 | 本合同的一般医疗保险金额、重大疾病医疗保险金额、质子重离子医疗保险金额、特定药品费用医疗保险金额、重大疾病异地转诊公共交通费用保险金额、重大疾病住院护工费用保险金额、一般门急诊医疗保险金额、互联网药品费用医疗保险金额和给付限额由您与我们在投保时约定，并在保险单上载明。
保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。
保险期间内我们一次或多次累计给付的保险金之和以给付限额为限，给付限额最高为人民币 600 万元，其中因恶性肿瘤住院产生的医疗费用的给付限额最高为人民币 300 万元。 |
| 2.2 | 保险期间 | 本合同的保险期间为 1 年，保险期间在保险单上载明。 |
| 2.3 | 等待期 | 您为被保险人首次投保本保险或者重新投保本保险时，自本合同生效之日起 30 日为等待期；续保不计算等待期。
除互联网药品费用医疗保险金外，若被保险人因 意外伤害 进行治疗的无等待期。被保险人在首次投保或重新投保的生效日前发生的意外伤害事故进行治疗的，我们不承担给付保险金的责任。 |
| 2.4 | 犹豫期 | 除另有约定外，自本合同生效之日起有 90 日（含第 90 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，我们将无息退还您所支付的全部保险费。解除合同时，您需要填写申请书，并提供您的保险合同或电子保险单号及**有效身份证件**。

自我们收到您解除合同的书面申请时起，本合同即被解除，合同解除前发生的保险事故我们不承担保险责任。

2.5 不保证续保

本合同为不保证续保合同。

本产品保险期间为1年。保险期间届满，您需要重新向我们申请投保本产品，并经我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

在我们收到保险费并同意承保后，本合同将自保险期间届满之时起续保1年。

若您在本合同保险期间届满后30日内未支付续保保费，以后则按重新投保处理，等待期重新计算。

若我们停止本保险产品的销售，将会及时通知您，我们自停止销售时起不再接受续保申请。

2.6 保险责任

在本合同保险期间内，且本合同有效的前提下，我们按以下约定承担保险责任：

2.6.1 一般医疗保险金（必选）

被保险人因遭受意外伤害或在等待期后发生疾病，在**指定医疗机构**普通部（不包括特需医疗部、国际医疗部、外宾医疗部、VIP部、干部病房，下同）接受治疗的，对于被保险人发生的**合理且必要**的下列医疗费用，我们依照下列约定以及本保险条款“2.7.1 一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金、质子重离子医疗保险金和一般门（急）诊医疗保险金计算方法”计算并给付一般医疗保险金：

(1) 住院医疗费用

指被保险人经诊断必须**住院治疗**的，在指定医疗机构住院期间，在该医疗机构发生的合理且必要的住院医疗费用。

若被保险人在保险期间内开始住院治疗，到保险期间届满时仍未结束本次住院治疗的，我们继续承担因本次住院发生的、最长不超过保险期间届满后30日内的住院医疗费用。

(2) 指定门诊医疗费用

指被保险人经诊断必须进行指定门诊治疗时，发生的合理且必要的门诊医疗费用：

① 门诊肾透析费、门诊**激光治疗费**；

② 不属于本合同约定的“**恶性肿瘤——重度**”的**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、肿瘤靶向疗法的治疗费用；

③ 器官移植后的门诊抗排异治疗费；

④ 门诊手术费。

(3) 住院前后门（急）诊医疗费用

指被保险人在住院前后各30日内（含住院日和出院日），因与该次住院相同原因而在指定医疗机构接受门（急）诊治疗，在该医疗机构发

生的合理且必要的门（急）诊医疗费用，但不包括本合同约定的“指定门诊医疗费用”和“一般门（急）诊医疗保险金”中的“门诊或急诊医疗费用”。

我们一次或多次累计给付的一般医疗保险金以本合同一般医疗保险金额为限。

2.6.2 重大疾病医疗保险金（必选）

被保险人因遭受意外伤害或在等待期后，**首次发病**并被确诊初次发生本保险条款约定的**重大疾病**（无论一种或多种，下同），在指定医疗机构普通部接受治疗的，对于被保险人发生的合理且必要的下列医疗费用，我们依照下列约定以及本保险条款“2.7.1 一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金、质子重离子医疗保险金和一般门（急）诊医疗保险金计算方法”计算并给付重大疾病医疗保险金：

(1) 重大疾病住院医疗费用

指被保险人经诊断必须住院治疗的，在指定医疗机构住院期间发生的合理且必要的重大疾病住院医疗费用。

若被保险人在保险期间内开始住院治疗，到保险期间届满时仍未结束本次住院治疗的，我们继续承担因本次住院发生的、最长不超过保险期间届满后 30 日内的重大疾病住院治疗费用。

(2) 重大疾病指定门诊医疗费用

指被保险人经诊断必须进行指定门诊治疗时，发生的合理且必要的门诊医疗费用：

① 门诊肾透析费；

② 门诊恶性肿瘤——重度治疗费，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法的治疗费用；

③ 器官移植后的门诊抗排异治疗费；

④ 门诊手术费。

(3) 重大疾病住院前后门（急）诊医疗费用

指被保险人在住院前后各 30 日内（含住院日和出院日），因与该次住院相同原因而在指定医疗机构接受门（急）诊治疗，在该医疗机构发生的合理且必要的门（急）诊医疗费用，但不包括本合同约定的“重大疾病特殊门诊医疗费用”和“一般门（急）诊医疗保险金”中的“门诊或急诊医疗费用”。

我们一次或多次累计给付的重大疾病医疗保险金以本合同重大疾病医疗保险金额为限。

在任何情况下，对于同一保险事故，一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金两项不可兼得，即若我们给付其中任何一项保险金，则另一项保险金不再给付。

2.6.3 质子重离子医疗保险金（必选）

被保险人在等待期后被确诊初次发生本保险条款约定的恶性肿瘤——重度，并在特定医疗机构接受质子、重离子放射治疗的，对于被保险人发生的合理且必要的质子重离子医疗费用，我们依照本保险条款“2.7.1 一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金、质子重离子医疗保险金和一般门（急）诊医疗保险金计算方法”计算并给付质子重离子医疗保险金。

若被保险人在保险期间内开始住院治疗，到保险期间届满时仍未结束本次住院治疗的，我们继续承担因本次住院发生的、最长不超过保险期间届满后 30 日内的质子重离子医疗费用。

我们一次或多次累计给付的质子重离子医疗保险金以本合同质子重离子医疗保险金额为限。

2.6.4 特定药品费用医疗保险金（可选）

保险期间内，被保险人在等待期后被指定医疗机构的**专科医生**确诊初次发生本保险条款约定的恶性肿瘤——重度、**罕见病**以及本保险条款约定的《临床急需进口药品及适用疾病清单》（以下简称“**药品及疾病清单**”）中所列的一种或多种**特定疾病**，对治疗实际发生的合理且必要的且在指定药店购买的特定药品费用，我们按本保险条款“2.7.2 特定药品费用医疗保险金计算方法”计算并给付特定药品费用医疗保险金。保险金的给付范围包括如下三项中的一项或多项，具体以您与我们约定为准，并在保险单中载明。

(1) 恶性肿瘤——重度特定药品费用

若被保险人在等待期后被指定医疗机构的专科医生确诊初次发生本保险条款约定的恶性肿瘤——重度，对于被保险人因治疗该疾病所发生的满足以下条件的恶性肿瘤——重度特定药品费用，我们按本保险条款“2.7.2 特定药品费用医疗保险金计算方法”计算并给付特定药品费用医疗保险金。

恶性肿瘤——重度特定药品费用须同时满足以下要求：

- (a) 该药品处方需经我们指定医疗机构的专科医生开具、且为被保险人当前治疗合理且必要的药品；
- (b) 每次处方剂量不超过 30 日（含第 30 日），并且所需药品符合中国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及用法用量；
- (c) 该药品必须为中国国家药品监督管理部门批准且已在中国境内（不含香港、澳门、台湾地区）上市的**靶向药物**和**免疫治疗药品**；
- (d) 该药品处方中所列明的药品属于我们指定的**特定药品清单**中的药品；
- (e) 该药品处方中所列明的药品是在我们**指定药店**购买、且需按本保险条款“3.3.4 特定药品费用医疗保险金申请”约定的流程进行上述特定药品的购买。

对不满足上述任一项或多项条件的恶性肿瘤——重度特定药品费用，我们不承担给付保险金的责任。

被保险人因恶性肿瘤——重度接受特定药品治疗，至当年保险期间届满时治疗仍未结束的，我们将继续承担上述疾病的特定药品费用医疗保险金责任至本合同期满日后 30 日内（含第 30 日），但被保险人在保险期间届满后经确诊新发生的或转移的恶性肿瘤——重度，不在本合同保险责任范围内。

(2) 罕见病特定药品费用

若被保险人在等待期后被指定医疗机构的专科医生确诊初次发生本保险条款约定的罕见病，对于被保险人因治疗该疾病所发生的满足以下条件的

罕见病特定药品费用，我们按本保险条款“2.7.2 特定药品费用医疗保险金计算方法”计算并给付特定药品费用医疗保险金。

罕见病特定药品费用须同时满足以下要求：

- (a) 该药品处方需经我们指定医疗机构的专科医生开具、且为被保险人当前治疗合理且必要的药品；
- (b) 每次处方剂量不超过 30 日（含第 30 日），并且所需药品符合中国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及用法用量；
- (c) 该药品必须为中国国家药品监督管理部门批准且已在中国境内（不含香港、澳门、台湾地区）上市的罕见病药物；
- (d) 该药品处方中所列明的药品属于我们指定的特定药品清单中的药品；
- (e) 该药品处方中所列明的药品是在我们指定药店购买、且需按本保险条款“3.3.4 特定药品费用医疗保险金申请”约定的流程进行上述特定药品的购买。

对不满足上述任一项或多项条件的罕见病特定药品费用，我们不承担给付保险金的责任。

被保险人因罕见病接受特定药品治疗，至当年保险期间届满时治疗仍未结束的，我们将继续承担上述疾病的特定药品费用医疗保险金责任至本合同期满日后 30 日内（含第 30 日），但被保险人在保险期间届满后经确诊新发生的罕见病，不在本合同保险责任范围内。

(3) 特定进口药品费用

若被保险人在等待期后被指定医疗机构的专科医生确诊初次发生本保险条款约定的药品及疾病清单中所列的一种或多种特定疾病，对于被保险人因治疗该疾病所发生的满足以下条件的特定进口药品费用，我们按本保险条款“2.7.2 特定药品费用医疗保险金计算方法”计算并给付特定药品费用医疗保险金。

特定进口药品费用须同时满足以下要求：

- (a) 该药品处方需经**特定医疗机构**的专科医生开具、且为被保险人当前治疗合理且必要的药品；
- (b) 每次处方剂量不超过 30 日（含第 30 日），并且所需药品符合中国国家药品监督管理部门或药品进口地管理部门批准的说明书中所列明的适应症及用法用量；
- (c) 该药品须为非试验性的、非研究性的，且必须经相关监管部门审批通过并获得进口许可；
- (d) 该药品处方中所列明的药品属于我们约定的药品及疾病清单中的药品；
- (e) 临床急需进口药品必须在药品处方开具的特定医疗机构购买、且需按本保险条款“3.3.4 特定药品费用医疗保险金申请”约定的流程进行上述特定药品的购买。

对不满足上述任一项或多项条件的特定进口药品费用，我们不承担给付保险金的责任。

被保险人因特定疾病接受特定药品治疗，至当年保险期间届满时治疗仍未结束的，我们将继续承担上述疾病的特定药品费用医疗保险金责任至本合同期满日后 30 日内（含第 30 日），但被保险人在保险期间届满后经确诊新发生的特定疾病，不在本合同保险责任范围内。

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

我们一次或多次累计给付的特定药品费用医疗保险金以本合同特定药品费用医疗保险金额为限。

2.6.5 重大疾病异地转诊公共交通费用保险金（可选）

被保险人因遭受意外伤害或在等待期后，被确诊初次发生本保险条款约定的重大疾病，经专科医生诊断需赶赴异地（指中国大陆地区省外或自治区外或直辖市外）指定医疗机构进行住院治疗的，对于被保险人发生的合理且必要的**客运公共交通**费用，我们依照本保险条款“2.7.3 重大疾病异地转诊公共交通费用保险金和互联网药品费用医疗保险金计算方法”计算并给付重大疾病异地转诊公共交通费用保险金。

除另有约定外，被保险人飞机舱位级别以经济舱（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。

我们一次或多次累计给付的重大疾病异地转诊公共交通费用以本合同重大疾病异地转诊公共交通费用保险金额为限。

2.6.6 重大疾病住院护工费用保险金（可选）

被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后，经指定医疗机构的专科医生确诊初次发生本保险条款约定的重大疾病，并因该重大疾病在指定医疗机构进行住院治疗的，且经我们**指定或认可的医疗服务机构**提供住院护工服务的，对于被保险人发生的合理且必要的住院护工费用，我们依照本保险条款“2.7.4 重大疾病住院护工费用保险金计算方法”计算并给付重大疾病住院护工费用保险金。

给付重大疾病住院护工费用保险金须同时满足以下条件：

(1) 每次住院护工给付天数为被保险人每次实际住院护工天数扣除每次住院护工免赔天数，但是每次住院护工给付天数不超过本合同约定的单次最高给付天数；

(2) 除另有约定外，被保险人在保险期间内一次或多次住院的累计给付天数以本合同约定的累计最高给付天数为限；

(3) 保险期间届满，若被保险人住院治疗尚未结束，保险人对保险期间届满之日起被保险人住院天数不再承担本项保险责任；

(4) 累计重大疾病住院护工费用保险金的给付天数达到给付总天数或者累计重大疾病住院护工费用保险金给付金额达到重大疾病住院护工费用保险金额时，本项保险责任终止；

(5) 除另有约定外，被保险人经保险人指定或认可的医疗服务机构进行住院护工服务前，需按保险人指定流程提交相应材料并通过审核，具体流程见本保险条款“3.3.5 重大疾病住院护工费用保险金申请”。

2.6.7 一般门（急）诊医疗保险金（可选）

被保险人因遭受意外伤害或在等待期后发生疾病，在指定医疗机构接受门诊或急诊治疗的，对于被保险人发生的每日实际支出的、符合**当地基本医**

疗保险政策规定的、合理且必要的门诊或急诊医疗费用，我们依照本保险条款“2.7.1 一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金、质子重离子医疗保险金和一般门（急）诊医疗保险金计算方法”计算并给付一般门（急）诊医疗保险金。

我们单日给付的一般门（急）诊医疗保险金以单日一般门（急）诊给付限额为限，单日一般门急诊给付限额由您和我们在投保时约定，并在本合同中载明。

我们一次或多次累计给付的一般门（急）诊医疗保险金以本合同一般门（急）诊医疗保险金额为限。

2.6.8 互联网药品费用 医疗保险金（可选）

被保险人因遭受意外伤害或等待期后发生疾病，对于被保险人每次在指定互联网药店实际支出的药品费用，我们按本保险条款“2.7.3 重大疾病异地转诊公共交通费用保险金和互联网药品费用医疗保险金计算方法”计算并给付互联网药品费用保险金。

(1) 若该药品为处方药，给付互联网药品费用保险金须同时满足以下条件：

(a) 该药品电子处方是由我们指定互联网医疗机构医生开具，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，且对被保险人当前的治疗是合理且必要的，且通过指定互联网药店在线购买；

(b) 该药品须用来治疗互联网问诊特定疾病清单中所约定的疾病；

(c) 该药品须在本合同约定的药品清单范围内；

(d) 每次药品处方剂量符合国家卫生行政主管部门对于处方计量的规定；

(e) 该药品必须为本合同保障期满日前在中国国家药品监督管理局批准且已在中国上市的药品。

(2) 若该药品为非处方药，给付互联网药品费用保险金须同时满足以下条件：

(a) 该药品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，且对被保险人当前的治疗是合理且必要的，且通过指定互联网药店在线购买；

(b) 该药品须用来治疗互联网问诊特定疾病清单中所约定的疾病；

(c) 该药品须在本合同约定的药品清单范围内；

(d) 每次药品处方剂量符合国家卫生行政主管部门对于处方计量的规定；

(e) 该药品必须为本合同保障期满日前在中国国家药品监督管理局批准且已在中国上市的药品。

我们单日一次或多次累计给付的互联网药品费用医疗保险金以本合同约定的单日互联网药品费用给付限额为限，单日互联网药品费用给付限额由您和我们在投保时约定，并在本合同中载明。

我们一次或多次累计给付的互联网药品费用医疗保险金以本合同互联网药品费用医疗保险金额为限。

2.7 保险金计算方法

对于在保险责任范围内的医疗费用，按照如下方式计算每次就诊应当给付的保险金：

- 2.7.1 一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金、质子重离子医疗保险金和一般门（急）诊医疗保险金计算方法
- 每次就诊应当给付的保险金=(保险责任范围内的医疗费用-被保险人从公费医疗、基本医疗保险以及其他政府举办的医疗保障项目取得的医疗费用补偿金额-被保险人从工作单位、本公司在内的商业保险机构等任何其他途径取得的医疗费用补偿金额-年免赔额余额)*给付比例。
- 说明：
- (1)免赔额：本免赔额为年免赔额，指保险期间内发生的，虽然属于本合同保险责任范围内的医疗费用，但仍需由被保险人自行承担的医疗费用金额。在保险期间内，被保险人通过公费医疗、基本医疗保险、其它政府举办的医疗保障项目获得的医疗费用补偿，不可用于抵扣免赔额，但从其他途径取得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。本合同一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金、质子重离子医疗保险金和一般门（急）诊医疗保险金的免赔额由您和我们在投保时约定，并在本合同中载明。
- (2)给付比例：
- 一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金、质子重离子医疗保险金和一般门（急）诊医疗保险金的给付比例由您和我们在投保时约定，并在保险单中载明。对于一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金和一般门（急）诊医疗保险金，投保时被保险人以有公费医疗或基本医疗保险身份投保，但本次就诊时被保险人未使用公费医疗也未使用基本医疗保险也未使用其他政府举办的医疗保障项目的，我们按照保险本合同约定的给付比例的60%进行给付。
- 若被保险人已从本公司在内的商业保险机构获得医疗费用补偿且免赔额余额为0的，则给付比例在约定的给付比例基础上增加5个百分点，增加后的给付比例最高不超过100%。
- 2.7.2 特定药品费用医疗保险金计算方法
- 每次应当给付的保险金=(保险责任范围内的特定药品费用金额-公费医疗、基本医疗保险以及其他政府举办的医疗保障项目取得的医疗费用补偿金额-任何其他途径取得的属于保险责任范围内医疗费用补偿金额-年免赔额余额)*给付比例。
- 说明：
- (1)免赔额：
- 本免赔额为年免赔额，指保险期间内发生的，虽然属于本合同保险责任范围内的特定药品费用，但仍需由被保险人自行承担的特定药品费用金额。在保险期间内，被保险人通过公费医疗、基本医疗保险、其它政府举办的医疗保障项目获得的特定药品费用补偿，不可用于抵扣免赔额，但从其他途径取得的特定药品费用补偿可用于抵扣免赔额。本合同特定药品费用医疗保险金责任的免赔额由您和我们在投保时约定，并在本合同中载明。
- (2)给付比例：
- 特定药品费用医疗保险金中的医保目录外药品费用和医保目录内药品费用的给付比例由您和我们在投保时约定，并在保险单中载明。对于医保目录内药品费用，投保时被保险人以有公费医疗或基本医疗保险

身份投保，但本次就诊时被保险人未使用公费医疗也未使用基本医疗保险也未使用其他政府举办的医疗保障项目的，我们按照保险本合同约定的给付比例的 60%进行给付。

若被保险人已从本公司在内的商业保险机构获得医疗费用补偿且免赔额余额为 0 的，则给付比例在约定的给付比例基础上增加 5 个百分点，增加后的给付比例最高不超过 100%。

2.7.3 重大疾病异地转诊公共交通费用保险金和互联网药品费用医疗保险金计算方法

每次应当给付的保险金=(保险责任范围内的费用-被保险人从工作单位、本公司在内的商业保险机构等任何其他途径取得的费用补偿金额-次免赔额)*给付比例。

说明：

(1)免赔额：

本免赔额为次免赔额，指保险期间内发生的，虽然属于本合同保险责任范围内的重大疾病异地转诊公共交通费用或互联网药品费用，但仍需由被保险人自行承担的费用金额。

本合同重大疾病异地转诊公共交通费用保险金责任和互联网药品费用医疗保险金责任的免赔额由您和我们在投保时约定，并在本合同中载明。

(2)给付比例：

重大疾病异地转诊公共交通费用保险金和互联网药品费用医疗保险金的给付比例由您和我们在投保时约定，并在保险单中载明。

2.7.4 重大疾病住院护工费用保险金计算方法

每次应当给付的保险金=(被保险人每次实际住院护工天数-每次住院护工免赔天数)*每日护工费用。

说明：

(1)免赔天数：

本免赔天数为单次住院免赔天数，指保险期间内发生的，虽然属于本合同保险责任范围内的住院护工费用，但该天数内的费用仍需由被保险人自行承担。

本合同重大疾病住院护工费用保险金责任的免赔天数由您和我们在投保时约定，并在本合同中载明。

2.8 费用补偿原则

本合同属于费用补偿型医疗保险合同，若被保险人从公费医疗、基本医疗保险、其它政府举办的医疗保障项目或被保险人工作单位、本公司在内的商业保险机构等任何途径获得补偿的，我们在各项责任限额内给付保险金时以扣除上述所得医疗费用补偿或赔偿后的剩余医疗费用金额为限。

2.9 责任免除

发生下列任何情形之一的，我们不承担保险责任：

(1)投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

(2)被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施，或被政府依法拘禁或入狱期间伤病；

(3)被保险人自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；

(4)被保险人醉酒，斗殴，主动吸食或注射毒品，违反规定使用麻醉或精神药品；被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药品；

- (5) 被保险人**酒后驾驶**，**无合法有效驾驶证驾驶**，或**驾驶无有效行驶证的机动车**；
- (6) 被保险人参加**潜水、跳伞、攀岩、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、摔跤、武术比赛、特技表演、赛马、赛车**等高风险活动；被保险人从事职业运动或可获得报酬的运动或竞技，在训练或者比赛中受伤；
- (7) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱、恐怖主义；
- (8) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (9) 被保险人在首次投保或重新投保的生效日前或等待期内所患或出现的疾病(或其并发症)、生理缺陷、残疾；
- (10) 被保险人怀孕、流产、堕胎、分娩(含剖宫产)、避孕、节育绝育手术、治疗不孕不育症、产前产后检查，或由前述情形导致的并发症，但宫外孕、意外伤害所致的流产或分娩除外；
- (11) 被保险人在我们指定医疗机构的特需病房、国际部病房、外宾病房、VIP 病房、干部病房等或指定医疗机构范围外的其他医疗机构住院的医疗费用，但本保险条款“6.5 急危重病及转院”另有约定的除外；
- (12) 一般健康检查、疗养、特别护理、康复性治疗、物理治疗、心理咨询、心理治疗或以捐献身体器官为目的的医疗行为，被保险人因预防、康复、保健性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用，被保险人在康复科发生的医疗费用；包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；
- (13) 性病、**精神疾患、遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常、职业病、特定传染病、地方病**；
- (14) 被保险人**感染艾滋病病毒或患艾滋病**，但若属于本保险条款 7.12.89 项所保障的“职业原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染”或本保险条款 7.12.90 项所保障的“输血原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染”或本保险条款 7.12.91 项所保障的“器官移植原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染”，则不在此限；
- (15) 肥胖症相关手术、袖状胃切除术（应用于治疗糖尿病时除外）、整容、整容手术、美容、美容手术、**矫形、矫形手术**、外科整形手术、变性手术、预防性手术(如预防性阑尾切除)，但因意外伤害所致的矫形、矫形手术、外科整形手术除外；
- (16) 牙科保健或治疗，任何原因导致的牙齿修复或牙齿整形，但意外伤害所致的牙齿修复或牙齿整形除外；视力矫正手术；修复、安装或购买残疾用具(如轮椅、假肢、助听器、假眼等)。

对下列费用，我们不承担保险责任：

- (1) 未经科学或医学认可的实验性或者研究性治疗及其产生的后果所产生的费用；
- (2) 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；**所有基因疗法和细胞免疫疗法造成的医疗费用**；
- (3) 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；
- (4)除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节、心脏起搏器、人工肺、人工肾、人工食管、人工胰、人工血管以外的人工器官材料费、安装和置换等费用，修复、安装或购买眼镜或隐性眼镜、义齿、义眼、假体、义肢、轮椅、助听器等各种康复性器具和治疗用品、所有非处方医疗器械所产生的费用；
- (5)我们指定或认可的医疗服务机构和医疗服务形式以外发生的护工费用；
- (6)本合同约定的合理且必要的医疗费用外的其他费用；
- (7)被保险人支出的医疗费用中依法已由第三者赔偿的部分；
- (8)被保险人在本合同约定的指定医疗机构的医生开具的处方，但未在开具处方的医生所执业的医疗机构购买药品所发生的医疗费用（以药品费票据载明信息为准），但如您选择了可选保障责任的，本保险条款“2.6.4 特定药品费用医疗保险金（可选）”另有约定的除外；
- (9)被保险人因医疗事故导致的医疗费用。
- 下列情形下发生的特定药品费用，我们不承担给付特定药品费用医疗保险金的责任：
- (1)仅有临床不适症状，入院诊断和出院诊断均不是本合同约定的恶性肿瘤——重度、罕见病或药品及疾病清单中所列特定疾病的治疗；
- (2)使用未获得中国国家药品监督管理局许可或批准上市的药品，进行未被国家药品审评中心批准的适应症用药治疗；
- (3)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；
- (4)被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射特定药品；
- (5)被保险人未在我们指定药店购买的恶性肿瘤——重度或罕见病药品或未在本合同所约定的特定医疗机构购买的特定进口药品；
- (6)被保险人未按本合同约定的流程进行保险金申请或经申请未审核通过；
- (7)特定药品的使用与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不符；
- (8)临床不能证明医嘱或处方所列特定药品对被保险人所患的疾病治疗有效；被保险人的疾病状况对购买或领取的特定药品已经形成耐药；
- (9)被保险人进行恶性肿瘤——重度特定药品基因检测费用（以收费票据载明信息为准）。

3. 保险金的申请

- 3.1 受益人 除另有指定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。
- 3.2 保险事故通知 您、被保险人或受益人知道保险事故后应当在 10 日内通知我们。如果您、被保险人或受益人故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，我们对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但我们通过其他途径已经及时知道或者应当及时知

道保险事故发生或者虽未及时通知但不影响我们确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

若您、被保险人或受益人未及时将保险事故通知我们，而该保险事故的发生足以影响我们决定是否同意续保的，我们对续保生效后发生的任何保险事故不承担保险责任，但向您无息退还续保的保险费。

- | | | |
|-------|--|--|
| 3.3 | 保险金申请 | 在申请保险金时，申请人须填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料： |
| 3.3.1 | 一般医疗保险金申请 | <p>(1) 保险合同或电子保险单号；</p> <p>(2) 申请人的有效身份证件；</p> <p>(3) 包括住院志(即入院记录)、体温单、医嘱单、化验单(检验报告)、医学影像检查资料、特殊检查(治疗)同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理报告、护理记录、出院记录在内的住院病历复印件；</p> <p>(4) 指定医疗机构出具的住院医疗费用的原始凭证、结算明细清单(指住院期间每日各项费用明细)和处方；</p> <p>(5) 出院小结或出院诊断证明；</p> <p>(6) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。</p> |
| 3.3.2 | 重大疾病医疗保险金、质子重离子医疗保险金、重大疾病异地转诊公共交通费用保险金申请 | <p>(1) 保险合同或电子保险单号；</p> <p>(2) 申请人的有效身份证件；</p> <p>(3) 包括住院志(即入院记录)、体温单、医嘱单、化验单(检验报告)、医学影像检查资料、特殊检查(治疗)同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理报告、护理记录、出院记录在内的住院病历复印件；</p> <p>(4) 卫生行政部门认定的二级以上(含二级)医院出具的附有病理显微镜检查报告、血液检查及其他科学方法检验报告的病史资料及疾病诊断报告书；但原发性心肌病、严重骨髓增生异常综合征、严重瑞氏综合征的理赔须由三级以上(含三级)医院出具前述报告和资料；如有必要，我们有权对被保险人进行复检，复检费用由我们承担；</p> <p>(5) 指定医疗机构或特定医疗机构出具的医疗费用原始凭证、结算明细清单和处方；</p> <p>(6) 指定医疗机构出具的转院证明；</p> <p>(7) 交通费用支出的正式发票或收据原件；</p> <p>(8) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。</p> |
| 3.3.3 | 一般门(急)诊医疗保险金申请 | <p>(1) 保险合同或电子保险单号；</p> <p>(2) 申请人的有效身份证件；</p> <p>(3) 指定医疗机构出具的医疗诊断书(包括必要的病历记录及检查、报告)；</p> <p>(4) 指定医疗机构出具的医疗费用原始凭证、结算明细清单；</p> <p>(5) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。</p> |
| 3.3.4 | 特定药品费用医疗保险金申请 | <p>1. 在我们指定药店购买特定药品，须向我们先进行购药资格审核申请，并提供下列材料：</p> <p>(1) 保险合同或电子保险单号；</p> |

- (2) 申请人的有效身份证件；
- (3) 医院出具的被保险人医疗诊断书（包括必要的病历记录及检查报告）；
- (4) 指定医疗机构出具的被保险人的处方、门诊及住院病历、入出院记录以及与诊断证明相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告的病史资料及疾病诊断报告书；
- (5) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害或损失程度等有关的其他证明和资料。

如果申请人未提交特定药品的购药资格申请或者购药资格审核未通过，我们不承担给付特定药品费用医疗保险金的责任。

如果申请人提交的特定药品购药资格审核通过，则保险期间内被保险人因本次所确诊发生的同一恶性肿瘤——重度、罕见病或特定疾病需再次购买特定药品的，可直接申请特定药品的处方审核。

2. 购药资格理赔审核通过后，我们将对特定药品处方进行审核，我们有权要求申请人补充其他与药品处方审核相关的医学材料。如果申请人的药品处方审核未通过或未提交药品处方审核，我们不承担给付特定药品费用医疗保险金的责任。

3. 若为境内特药，处方审核通过后，我们将提供购药凭证。

若申请人选择到我们指定药店自取特定药品的，则须在购药凭证生成后的30日内（含第30日）携带有效药品处方、购药凭证、被保险人的有效身份证件及被保险人的中华人民共和国社会保障卡（如有）到申请人与我们确认取药的指定药店自取药品。

若申请人选择送药上门服务的，则须在购药凭证生成后的30日内（含第30日）预约送药时间和地点，我们协调指定药店进行冷链配送到申请人的指定送药地点，申请人收到药品时须提供有效药品处方、购药凭证、被保险人的有效身份证件。

申请人通过我们指定药店购买符合本合同保险责任的特定药品，将由我们与指定药店直接结算保险责任范围内的特定药品费用，申请人无需支付该部分费用，但申请人应支付不属于保险责任范围内的药品费用。

4. 若为境外特药，处方审核通过后，我们将向当地药品监督管理部门提出该境外药品的使用申请。如果特定医疗机构提出的该境外药品使用申请未获批准，我们对该境外药品不承担给付特定药品费用医疗保险金的责任。

使用申请审批通过后，被保险人需自行至特定医疗机构就医和购药。

申请人通过特定医疗机构购买符合本合同保险责任的特定药品，可由我们与特定医疗机构直接结算保险责任范围内的特定药品费用，申请人无需支付该部分费用，但申请人应支付不属于保险责任范围内的药品费用。

3.3.5 重大疾病异地转诊公共交通费用保险金申请

1. 重大疾病住院护工授权申请和材料审核

保险金申请人向我们提交重大疾病住院护工授权申请（以下简称“授权申请”），并提供下列授权申请材料：

- (1) 保险合同或电子保险单号；
- (2) 申请人的有效身份证件；
- (3) 包括住院志（即入院记录）、体温单、医嘱单、化验单（检验报告）、医

学影像检查资料、特殊检查(治疗)同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理报告、护理记录、出院记录在内的住院病历复印件；

(4) 卫生行政部门认定的二级以上(含二级)医院出具的附有病理显微镜检查报告、血液检查及其他科学方法检验报告的病史资料及疾病诊断报告书；但严重骨髓增生异常综合征、严重瑞氏综合征的理赔须由三级以上(含三级)医院出具前述报告和资料；如有必要，我们有权对被保险人进行复检，复检费用由我们承担；

(5) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。若保险金申请人提交的相关材料不足以支持重大疾病住院护工的审核，我们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材料审核未通过，我们不承担给付重大疾病住院护工费用保险金的责任

2. 重大疾病住院护工费用垫付

重大疾病住院护工授权申请及材料审核通过后，将由我们与我们指定或认可的医疗服务机构直接结算我们应承担保险金赔偿部分的重度疾病住院护工费用，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重度疾病住院护工费用。

以上各项保险金申请的证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知申请人补充提供有关证明和资料。

3.4 保险金给付

我们在收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后，将在 5 个工作日内作出核定，并于作出核定后 1 个工作日内通知申请人；**情形复杂的**，在 30 日内作出核定。对属于保险责任的，我们在与受益人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行给付保险金义务。

我们未及时履行前款规定义务的，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的损失。前述“损失”是指根据中国人民银行公布的同时期的人民币活期存款基准利率计算的利息损失。

对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起 1 个工作日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

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

3.5 诉讼时效

受益人向我们请求给付保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

4. 保险费的支付

4.1 保险费的支付

本合同保险费根据约定的投保年龄、选择的保险责任、是否参加公费医疗或基本医疗保险等情况确定。

本合同的保费支付方式分为一次性支付和分期支付，由您和我们双方约定，并在保险单上载明。

若您选择一次性支付保险费，您应当在本合同成立时一次性交清保险费，

保险费交清前，本合同不生效，对于保险合同生效前发生的保险事故，我们不承担赔偿责任。

如您选择分期支付保险费，需申请并经被保险人同意，并在保险单中载明分期支付的周期。如您未支付首期保费，保险合同不生效，我们不承担保险责任。

在支付首期保费后，您应当在每个保险费约定的支付日缴纳其余各月对应期次的保险费。如您未按照保险合同约定的付款时间支付当期保费，允许在宽限期内补交保险费。除另有约定外，如被保险人在正常缴纳保费对应的保险期限内或宽限期内发生保险事故，我们按照合同约定赔偿保险金，但须投保人先行补缴剩余全年保险费，补交金额为保险合同约定的全年保险费总额扣除投保人已缴纳的保险费。

如您未按照保险合同约定的付款时间足额支付当期保险费，且在保险合同约定的缴费宽限期内未足额补交当期保险费，我们有权解除本合同。保险期限在缴费宽限期届满之日起终止，对于保险期限终止后发生的保险事故，我们不承担保险责任。除另有约定外，缴费宽限期为 30 天。

续保时，我们按照续保保险费费率标准收取续保保险费；如您不接受，可不申请续保本合同。

5. 合同解除

5.1 您解除合同的手续及风险

如您申请解除本合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：

(1) 保险合同或电子保险单号；

(2) 您的有效身份证件。

自我们收到解除合同申请书时起，本合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还本合同保险单的**未满期净保费**。

如已发生过保险金给付，我们不退还本合同保险单的**未满期净保费**。

您解除合同会遭受一定损失。

6. 其他需要关注的事项

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，我们不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

如果您因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

我们在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得解除合同；

发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。

- 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。
- 6.3 合同效力的终止 发生下列情况之一时，本合同效力即时终止：
(1) 您向我们申请解除本合同；
(2) 本合同保险金的单次或多次累计给付金额已达约定的最高限额；
(3) 被保险人身故；
(4) 本合同保险期间届满；
(5) 因本合同条款的其他约定而效力终止。
- 6.4 年龄错误 您在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保单上填明，如果发生错误按照下列方式办理：
(1) 您申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本合同约定投保年龄限制的，我们有权解除合同，并向您退还本合同保险单的未满期净保费。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。
(2) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费少于应付保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付。
(3) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费多于应付保险费的，我们会将多收的保险费退还给您。
(4) 您申报的被保险人年龄不真实，致使本合同保险单的未满期净保费与实际不符的，我们有权根据被保险人的实际年龄调整。
- 6.5 急危重病及转院 急危重病指疾病病程短、病情相对严重（特别是严重急性病或外伤），需要短期紧急治疗的疾病。急、危重病人就诊不受我们指定医疗机构范围的限制（不含中国大陆以外的医疗机构），但经急救病情稳定后，须转入我们指定医疗机构（或特定医疗机构）治疗，否则，我们对被保险人于病情稳定后在我们指定医疗机构（或特定医疗机构）范围外的其他医疗机构的诊疗将不承担保险责任。
- 6.6 联系方式变更 为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。若您未以书面形式或双方认可的其他形式通知我们，我们按本合同载明的最后住所、通讯地址或电话等联系方式发送的有关通知，均视为已送达给您。
- 6.7 合同内容变更 在本合同有效期内，经您与我们协商一致，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，应当由我们在保险单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，并与书面申请文件具有同等法律效力。
- 6.8 争议处理 本合同履行过程中，双方发生争议时，可以从下列两种方式中选择一种争

- 议处理方式：
- (1) 因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，提交我们共同选择的仲裁委员会仲裁；
 - (2) 因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。

7. 释义		
7.1	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。
7.2	意外伤害	指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。
7.3	有效身份证件	指由中华人民共和国政府主管部门规定的证明其身份的证件，如：有效期内的居民身份证、港澳台居民居住证、户口簿以及中华人民共和国政府主管部门颁发或者认可的有效护照或者其他身份证明文件。
7.4	指定医疗机构	指中国境内(出于本合同之目的，不含香港、澳门和台湾地区)经中华人民共和国卫生行政部门正式评定的二级以上(含二级)公立医院，该医院必须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，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。
7.5	合理且必要	指被保险人发生的各项医疗费用应符合下列所有条件： (1) 治疗疾病所必需的项目； (2) 不超过安全、足量治疗原则的项目； (3) 由医师开具的处方药或医嘱； (4) 非试验性的、研究性的项目； (5) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。 对是否合理且必要由我们根据客观、审慎、合理的原则进行核定，若被保险人对核定结果有不同意见，可委托双方认可的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。
7.6	住院医疗费用	指被保险人经指定医疗机构诊断必须接受住院治疗时（不包括急诊留观室治疗），被保险人需个人支付的、在指定医疗机构发生的合理且必要的住院医疗费用，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、药品费、手术费、救护车使用费等。
7.6.1	床位费	指被保险人使用的指定医疗机构床位的费用。
7.6.2	加床费	指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间，根据合同约定给付其合法监护人（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，根据合同约定给付其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

7.6.3	膳食费	指实际发生的、由指定医疗机构提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用，但不包括购买的个人用品。
7.6.4	护理费	指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。
7.6.5	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。
7.6.6	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，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。
7.6.7	药品费	指在指定医疗机构实际发生的合理且必要的、由医生开具的、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，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。
7.6.8	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。
7.6.9	救护车费用	指为抢救生命由急救中心派出的救护车费用及根据医生建议发生的医院转诊过程中的医院用车费。
7.7	住院	指被保险人因意外伤害或患疾病而入住指定医疗机构正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，但不包括住入急诊观察室、家庭病床、联合病房、康复医院（病房）、疗养院、挂床住院及其他不合理的住院。 挂床住院是指被保险人住院过程中1日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或住院期间（出院当日除外）未在医院病房住宿，但遵医嘱到外院接受临时诊疗的不在此限。
7.8	激光治疗	指由于糖尿病并发症导致的视网膜病变所需接受的激光治疗。
7.9	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 $<10/50\text{HPF}$ 和 ki-67 $\leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

7.10 门诊恶性肿瘤治疗费

包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法治疗费用。

前述化学疗法指针对恶性肿瘤的化学治疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行治疗。本合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化疗。

前述放射疗法指针对恶性肿瘤的放射治疗。放疗是使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以抑制和杀灭癌细胞为目的而进行治疗。本合同所指的放疗为被保险人根据医嘱，在医院的专门科室进行的放疗。

前述肿瘤免疫疗法指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和增强机体抗肿瘤免疫应答，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本合同所指的肿瘤免疫治疗药物需符合法律、法规要求并经过中国国家药品监督管理部门批准用于临床治疗。

前述肿瘤内分泌疗法指针对恶性肿瘤的内分泌疗法，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、法规要求并经过中国国家药品监督管理部门批准用于临床治疗。

前述肿瘤靶向疗法指在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本合同所指的靶向治疗药物需符合法律、法规要求并经过中国国家药品监督管理部门批准用于临床治疗。

7.11 首次发病

发病，是指被保险人出现本合同所约定的疾病或异常的身体状况，或已经

显现足以促使一般普通谨慎人士引起注意并寻求诊断、治疗或护理的病症。

首次发病，是指被保险人第一次发生并首次被确诊患上本合同约定的重大疾病，并且该疾病在该被保险人获得被保资格前并未发病或有任何症状；或被保险人第一次接受本合同约定的手术，并且在该被保险人获得被保资格前没有发生该手术所治疗的疾病或其症状。

7.12 重大疾病

本合同所保障的重大疾病，是指被保险人在合同有效期内经专科医生明确诊断初次患下列疾病或初次达到下列疾病状态或在医院初次接受下列手术。

以下疾病名称仅供理解使用，具体保障范围以每项疾病具体定义为准。

7.12.1 恶性肿瘤——重度

定义详见 7.9

7.12.2 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(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。

7.12.3 严重脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：

- (1) 一肢（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。
7.12.4	重大器官移植术或造血干细胞移植术	重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏、肺脏或小肠的异体移植手术。 造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的移植手术。
7.12.5	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。
7.12.6	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。
7.12.7	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。
7.12.8	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： (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。
7.12.9	严重非恶性颅内肿瘤	指起源于脑、脑神经、脑被膜的非恶性肿瘤，ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）范畴，并已经引起颅内压升高或神经系统功能损害，出现视乳头水肿或视觉受损、听觉受损、面部或肢体瘫痪、癫痫等，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且须满足下列至少一项条件： (1) 已经实施了开颅进行的颅内肿瘤完全或部分切除手术； (2) 已经实施了针对颅内肿瘤的放射治疗，如 γ 刀、质子重离子治疗等。 下列疾病不在保障范围内： (1) 脑垂体瘤； (2) 脑囊肿； (3) 颅内血管性疾病（如脑动脉瘤、脑动静脉畸形、海绵状血管瘤、毛细血管扩张症等）。
7.12.10	严重慢性肝衰竭	指因慢性肝脏疾病导致的肝衰竭，且须满足下列全部条件： (1) 持续性黄疸； (2) 腹水； (3) 肝性脑病；

		(4) 充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。 因酗酒或药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。
7.12.11	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： (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。
7.12.12	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。
7.12.13	双耳失聪	指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆性丧失，在 500 赫兹、1000 赫兹和 2000 赫兹语音频率下，平均听阈大于等于 91 分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。 申请理赔时，被保险人年龄必须在 3 周岁以上，并且须提供理赔当时的听力丧失诊断及检查证据。
7.12.14	双目失明	指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失，双眼中较好眼须满足下列至少一项条件： (1) 眼球缺失或摘除； (2) 矫正视力低于 0.02（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）； (3) 视野半径小于 5 度。 申请理赔时，被保险人年龄必须在 3 周岁以上，并且须提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。
7.12.15	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。
7.12.16	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。
7.12.17	严重阿尔茨海默病	指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为严重的认知功能障碍、精神行为异常和社交能力减退等，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，并经相关专科医生确诊，

且须满足下列至少一项条件：

- (1) 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）评估结果为 3 分；
- (2) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不在保障范围内。

- | | | |
|---------|-------------------|---|
| 7.12.18 | 严重脑损伤 | 指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：
(1) 一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；
(2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
(3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。 |
| 7.12.19 | 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。 |
| 7.12.20 | 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。 |
| 7.12.21 | 严重特发性肺动脉高压 | 指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到 美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级 IV 级 ，且静息状态下肺动脉平均压在 36mmHg（含）以上。 |
| 7.12.22 | 严重运动神经元病 | 是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症，经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：
(1) 严重咀嚼吞咽功能障碍；
(2) 呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难，且已经持续使用呼吸机 7 天（含）以上；
(3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。 |
| 7.12.23 | 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。 |
| 7.12.24 | 重型再生障碍性贫血 | 指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少，且须满足下列全部条件：
(1) 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断：骨髓细胞增生程度 < 正常的 |

		25%；如 $\geq$ 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 $<20 \times 10^9/L$ 。
7.12.25	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。
7.12.26	严重慢性呼吸衰竭	指因慢性呼吸系统疾病导致永久不可逆性的呼吸衰竭，经过积极治疗 180 天后满足以下所有条件： (1) 静息时出现呼吸困难； (2) 肺功能第一秒用力呼气容积（FEV ₁ ）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（PaO ₂ ） $<50\text{mmHg}$ 。
7.12.27	严重克罗恩病	指一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克罗恩病（Crohn 病）病理组织学变化，须根据组织病理学特点诊断，且已经造成瘻管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。
7.12.28	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瘻术。
7.12.29	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。
7.12.30	慢性肺功能衰竭	慢性肺部疾病导致永久不可逆性的慢性呼吸功能衰竭。慢性呼吸功能衰竭必须明确诊断并满足下列全部条件： (1) 休息时出现呼吸困难； (2) 动脉血氧分压（PaO ₂ ） $<50\text{mmHg}$ ； (3) 动脉血氧饱和度（SaO ₂ ） $<80\%$ ； (4) 因缺氧必须接受持续的输氧治疗。
7.12.31	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。
7.12.32	严重肺泡蛋白沉积症	肺泡蛋白沉积症是一种弥漫性肺部疾病，其组织学特征为肺泡腔内及终末细支气管内堆积过量的磷脂蛋白样物质。必须满足下列所有条件：

- (1) 经组织病理学检查明确诊断；
- (2) 实际接受了三次（含）以上（每年至少一次）全身麻醉下的全肺灌洗术治疗；
- (3) 慢性呼吸功能衰竭，全肺灌洗术后仍然存在中重度缺氧，动脉血氧分压（PaO₂）<60mmHg 和动脉血氧饱和度（SaO₂）<85%。
- 7.12.33 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，必须满足下列全部条件：
- (1) 经药物治疗和胸腺切除治疗一年以上仍无法控制病情；
- (2) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
- 7.12.34 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。
- 7.12.35 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。
- 7.12.36 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（New York Heart Association, NYHA）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。

- 7.12.37 **破裂脑动脉瘤夹闭手术** 指因脑动脉瘤破裂造成蛛网膜下腔出血，被保险人实际接受了在全麻下进行的开颅动脉瘤夹闭手术。
脑动脉瘤（未破裂）预防性手术、颅骨打孔手术、动脉瘤栓塞手术、血管内手术及其他颅脑手术不在保障范围内。
- 7.12.38 **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。
下列疾病不在保障范围内：
(1) 局限硬皮病；
(2) 嗜酸细胞筋膜炎；
(3) CREST 综合征。
- 7.12.39 **严重冠心病** 指经冠状动脉造影检查明确诊断为主要血管严重狭窄性病变，须满足下列至少一项条件：
(1) 左冠状动脉主干和右冠状动脉中，一支血管管腔堵塞 75% 以上，另一支血管管腔堵塞 60% 以上；
(2) 左前降支、左旋支和右冠状动脉中，至少一支血管管腔堵塞 75% 以上，其他两支血管管腔堵塞 60% 以上。
左前降支的分支血管、左旋支的分支血管及右冠状动脉的分支血管的狭窄不作为本保障的衡量指标。
- 7.12.40 **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。
- 7.12.41 **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。
- 7.12.42 **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）。
7.12.43	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， $>100\text{pg/ml}$ ； 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、HIV 感染或艾滋病、感染、肿瘤所致的原发性肾上腺皮质功能减退和继发性肾上腺皮质功能减退不在保障范围内。
7.12.44	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。
7.12.45	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。
7.12.46	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。
7.12.47	严重自身免疫性肝炎	指一种原因不明的慢性肝脏的坏死炎性疾病，机体免疫机制被破坏，产生针对肝脏自身抗原的抗体导致自身免疫反应，从而破坏肝细胞造成肝脏炎症坏死，进而发展为肝硬化。须满足以下全部条件： (1) 高 γ 球蛋白血症； (2) 血液中存在高水平的自身免疫抗体，如 ANA（抗核抗体）、SMA（抗平滑肌抗体）、抗-LKM1 抗体或抗-SLA/LP 抗体； (3) 肝脏活检证实免疫性肝炎； (4) 临床已经出现腹水、食道静脉曲张和脾肿大等肝硬化表现。
7.12.48	原发性骨髓纤维化（PMF）	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。
7.12.49	严重骨髓增生异常综合征（MDS）	骨髓增生异常综合征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 WHO 分型，分型为难治性贫血伴原始细胞增多（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。
7.12.50	严重急性主动脉夹层血肿	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。
7.12.51	严重缩窄性心包炎	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（New York Heart Association, NYHA）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。
7.12.52	心脏粘液瘤手术切除	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。
7.12.53	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 CRT 治疗，以矫正心室收缩不协调和改善心脏功能。接受治疗之前必须满足下列所有条件： (1) 心功能衰竭程度达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级 III 级或 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) QRS 时间 $\geq 130\text{msec}$;
- (5) 药物治疗效果不佳, 仍有症状。
- 7.12.54 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。
- 7.12.55 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。
- 7.12.56 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 FEV_1 和 DLCO (CO 弥散功能) 下降;
- (4) 动脉血气分析显示低氧血症。
- 疑似肺淋巴管肌瘤病除外。
- 7.12.57 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) $< 50\text{mmHg}$ 和动脉血氧饱和度 (SaO_2) $< 80\%$ 。
- 7.12.58 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。
- 7.12.59 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、

	痹	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。
7.12.60	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。
7.12.61	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。
7.12.62	丧失独立生活能力	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，无法独立完成基本日常生活活动中的四项或四项以上。 被保险人申请理赔时年龄必须在6周岁以上。
7.12.63	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。本合同仅对脊髓灰质炎造成的神经系统功能损害导致被保险人一肢或一肢以上肢体机能永久完全丧失的情况予以理赔。
7.12.64	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： 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。
7.12.65	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。

- 7.12.66 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）。
- 7.12.67 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。
- 7.12.68 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，以清除颅内血肿、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保障范围内。
- 7.12.69 系统性红斑狼疮性肾炎尿毒症 系统性红斑狼疮是由多种因素引起，累及多系统的自身免疫性疾病。其特点是生成自身抗体对抗多种自身抗原。多见于育龄妇女。
本合同所指的系统性红斑狼疮仅限于累及肾脏（经肾脏活检确认的，符合 WHO 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保障范围内。
- 7.12.70 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：
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。
7.12.71	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。
7.12.72	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。 本合同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。
7.12.73	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。
7.12.74	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）。
7.12.75	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。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）。 理赔时必须满足下列全部条件： (1) 被保险人大于或等于六周岁； (2) 儿科主任医师确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低下； (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（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。
7.12.76	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。
7.12.77	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。瑞氏综合征需由三级医院的儿科专科医生确诊，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。
- 7.12.78 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师诊断，并有下列所有临床证据支持：
- (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) $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ （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。
- 7.12.79 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。溶血性尿毒综合征必须由血液和肾脏专科医师诊断，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，不在本合同保障范围内。
- 7.12.80 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。本合同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《登革热诊疗指南（2014 版）》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）、ARDS（急性呼吸窘迫综合征）、急性心功能衰竭、急性肾功能衰竭、脑病。
- 7.12.81 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。

- | | | |
|-----------|--------------------|---|
| 7. 12. 82 | 意外导致重度面部烧伤 | 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。 |
| 7. 12. 83 | 失去一肢及一眼 | <p>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：</p> <p>(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；</p> <p>(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：</p> <p style="margin-left: 20px;">a. 眼球摘除；</p> <p style="margin-left: 20px;">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）；</p> <p style="margin-left: 20px;">c. 视野半径小于 5 度。</p> <p>除眼球摘除以外，被保险人申请理赔时年龄必须在 3 周岁以上，并且提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。</p> |
| 7. 12. 84 | 艾森门格综合征 | <p>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：</p> <p>(1) 缺氧、青紫、杵状指；</p> <p>(2) 静息状态下肺动脉平均压超过 40mmHg；</p> <p>(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（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级 IV 级。</p> <p>本项疾病不受本合同第十条责任免除中关于“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。</p> |
| 7. 12. 85 | 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。 |
| 7. 12. 86 | 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。 |
| 7. 12. 87 | 克-雅氏病（CJD） | 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。本病须经三级医院的专科医师根据 WHO 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。 |
| 7. 12. 88 | 埃博拉病毒感染 | <p>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预防控制中心接受了隔离和治疗，必须满足以下所有条件：</p> <p>(1) 实验室检查证据证实存在埃博拉病毒感染；</p> |

(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，在确诊之前已经死亡的不在保障范围内。

7.12.89 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，本合同将不再予以赔付。

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 感染不在本合同保障范围内。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。

7.12.90 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) 在等待期满保障起始日之后，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。

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，本合同将不再予以赔付。

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 感染不在本合同保障范围内。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。

7.12.91 器官移植原因导致人类免疫缺陷病毒（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) 在等待期满保障起始日之后，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。

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，本合同将不再予以赔付。

7.12.92	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。
7.12.93	严重创伤弧菌感染截肢	因创伤弧菌感染导致败血症和肢体损害。必须满足下列所有条件： (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。
7.12.94	角膜移植术	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。
7.12.95	嗜铬细胞瘤	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。
7.12.96	严重结核性脑膜炎	由结核杆菌引起的脑膜和脊膜的非化脓性炎症性疾病。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。
7.12.97	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，须经我们认可的医院的专科医师明确诊断，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。
7.12.98	多发性骨髓瘤	多发性骨髓瘤是浆细胞异常增生的恶性肿瘤。必须满足下列所有条件： (1) 骨髓活组织检查符合多发性骨髓瘤的典型骨髓改变； (2) 至少存在下列一项： a. 异常球蛋白血症； b. 溶骨性损害。 孤立性骨髓瘤不在保障范围内。

- 7.12.99 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。
- 7.12.100 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。须经临床医生明确诊断，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。
- 以上“7.12.1 恶性肿瘤—重度”至“7.12.28 主动脉手术”所列重大疾病定义根据中国保险行业协会与中国医师协会联合发布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》作出，其他重大疾病由我们增加，其定义由我们根据通行的医学标准制定。
- 以上重大疾病，除严重骨髓增生异常综合征、严重瑞氏综合征须在卫生行政部门认定的三级以上(含三级)医院确诊外，其他疾病均须在卫生行政部门认定的二级以上(含二级)医院确诊。
- 7.13 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。
- 7.14 罕见病 本合同所保障的罕见病，是指被保险人在合同有效期内经专科医生明确诊断初次患下列疾病或初次达到下列疾病状态或在医院初次接受下列手术。
- 以下疾病名称仅供理解使用，具体保障范围以每项疾病具体定义为准。
- 7.14.1 尼曼匹克病 指一组常染色体隐性遗传、多系统受累的疾病，主要表现为肝脾肿大、各种神经功能障碍以及鞘磷脂贮积。尼曼匹克病的诊断必须由我们认可医院合格的专科医生做出，并符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准，且至少满足下列一项条件：
(1)出现腹水、肝功能异常、病理性黄疸及肺浸润；
(2)出现持续肌张力过低；
(3)不明原因肝脾肿大；
(4)出现垂直性核上性凝视麻痹、共济失调、肌张力障碍或抽搐；
(5)出现痴呆、抑郁、双相障碍或精神分裂症等。
- 7.14.2 Prader-Willi 综合征 指一种罕见的、涉及基因印记的遗传性疾病。主要临床特点包括严重的新生儿期肌张力低下，喂养困难，外生殖器发育不良，随后出现食欲亢进、病态肥胖、固执和脾气暴躁及学习障碍。Prader-Willi 综合征的诊断必须由我们认可医院合格的专科医生做出，并符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准。

- 7.14.3 多发性硬化 因脑及脊髓内的脱髓鞘病变而出现神经系统多灶性（多发性）多时相（至少6个月以内有一次以上（不包含一次）的发作）的病变，须由计算机断层扫描（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。
- 7.14.4 法布里病 属于X性染色体连锁遗传性疾病。由于X染色体长臂中段编码 α -半乳糖苷酶A（ α -GalA）的基因突变，导致 α -半乳糖苷酶A结构和功能异常，使其代谢底物三己糖神经酰胺（Globotriaosylceramide, GL-3）和相关鞘糖脂在全身多个器官内大量堆积所导致的临床综合征。法布里病的诊断必须由我们认可医院合格的专科医生做出，且被保险人的 α -半乳糖苷酶A（ α -GalA）的酶学测定结果和GLA基因检测结果符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准。
- 7.14.5 高苯丙氨酸血症及四氢生物喋呤缺乏症 高苯丙氨酸血症：指由于苯丙氨酸羟化酶缺乏或其辅酶四氢生物喋呤缺乏，导致血苯丙氨酸（Phe）增高的一组氨基酸代谢病。高苯丙氨酸血症的诊断必须由我们认可医院合格的专科医生做出，并符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准，且必须满足下列所有条件：
(1) 血Phe浓度 $>120\mu\text{mol/L}$ （ $>2\text{mg/dl}$ ）；
(2) 血Phe与酪氨酸（tyrosine, Tyr）比值（Phe/Tyr） >2.0 。
四氢生物喋呤缺乏症：指四氢生物喋呤（BH4）的合成或代谢途径中酶的先天性缺陷导致的氨基酸代谢障碍，导致神经递质合成受影响，出现高苯丙氨酸血症以及严重的神经系统损害症状和智能障碍。四氢生物喋呤缺乏症（BH4D）的诊断必须由我们认可医院合格的专科医生做出，并符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准，且满足下列所有条件：
(1) 血Phe浓度 $>120\mu\text{mol/L}$ 及Phe/Tyr >2.0 ；
(2) 尿喋呤谱异常，或血DHPR活性异常；
(3) BH4负荷试验，结果符合BH4缺乏症的特征；
(4) 检测到BH4D基因致病性变异。
- 7.14.6 戈谢病 属于常染色体隐性遗传病。由于葡萄糖脑苷脂酶基因突变导致机体葡萄糖脑苷脂酶（又称酸性 β -葡萄糖苷酶）活性缺乏，造成其底物葡萄糖脑苷脂在巨噬细胞溶酶体中贮积，临床表现多脏器受累并呈进行性加重。又称葡萄糖脑苷脂病、高雪氏病、家族性脾性贫血、脑忒病、脑苷脂网状内皮细胞病等。戈谢病的诊断必须由我们认可医院合格的专科医生做出，且被保险人的成纤维细胞葡萄糖脑苷脂（glucocerebroside, GC）活性测定和基因诊断结果应符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准。
- 7.14.7 肌萎缩侧索硬化 指一种病因未明、主要累及大脑皮质、脑干和脊髓运动神经元的神经系统变性疾病。肌萎缩侧索硬化（ALS）的诊断必须由我们认可医院合格的专科医生做出，并符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准，且至少满足下列一项条件：
(1) 通过临床或电生理检查，证实在4个区域中至少有3个区域同时存在

上、下运动神经元同时受累的证据；

(2) 通过临床或电生理检查，证实至少 1 个区域存在上、下运动神经元同时受累的证据，且满足 ALS 相关遗传物质辅助检测诊断结果。

7. 14. 8 脊髓性肌萎缩症 属于常染色体隐性遗传病。由于运动神经元存活基因 1（survival motor neuron gene 1, SMN1）突变导致 SMN 蛋白功能缺陷所致的遗传性神经肌肉病。SMA 以脊髓前角运动神经元退化变性和丢失导致的肌无力和肌萎缩为主要临床特征。脊髓性肌萎缩症的诊断必须由我们认可医院合格的专科医生做出，且被保险人的基因检测和基因测序结果应符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准。
7. 14. 9 克罗恩病 指一种慢性肉芽肿性肠炎，病理组织学检查具有特征性的克罗恩病（Crohn 病）变化，如贯穿肠壁各层的增殖性病变，并侵犯肠系膜和局部淋巴结。被保险人的组织病理学检查须具备典型的克罗恩病（Crohn 病）特点，且必须经过消化专科医生明确诊断。
7. 14. 10 黏多糖贮积症（I 型、II 型、IV 型） 属于染色体连锁隐性遗传病。由于降解糖胺聚糖（亦称酸性黏多糖，glycosaminoglycan, GAGs）的酶缺乏，导致不能完全降解的黏多糖在溶酶体中贮积。黏多糖贮积症的诊断必须由我们认可医院合格的专科医生做出，且被保险人的酶学测定结果和基因分析结果应符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准。
7. 14. 11 血友病 指一种遗传性凝血功能异常的出血性疾病。本合同仅包括严重甲型血友病（缺乏 VIII 凝血因子）或严重乙型血友病（缺乏 IX 凝血因子），并且凝血因子 VIII 或凝血因子 IX 的活性水平少于百分之一。被保险人必须经过血液专科医生明确诊断。
7. 14. 12 严重原发性肺动脉高压 指各种原因导致的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级 III 级及以上，但尚未到达 IV 级，且静息状态下肺动脉平均超过 25mmHg。
7. 14. 13 原发性肉碱缺乏症 又称肉碱转运障碍或肉碱摄取障碍。是由于细胞膜上与肉碱高亲和力的肉碱转运蛋白基因突变所致的一种脂肪酸 β 氧化代谢病，为常染色体隐性遗传病。表现为血浆肉碱水平明显降低及组织细胞内肉碱缺乏，引起心脏、骨骼肌、肝脏等多系统损害。原发性肉碱缺乏症的诊断必须由我们认可医院合格的专科医生做出，且被保险人的串联质谱检测结果和基因突变检测结果应符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准。
- 以上罕见病由我们增加，其定义由我们根据通行的医学标准制定。
以上罕见病均须在卫生行政部门认定的二级以上(含二级)医院确诊。

7. 15 药品及疾病清单 在投保时由我们与您双方协商约定，并在保险单中载明。清单以我们在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）最新公布信息为准，我们保留对药品及疾病清单进行调整的权利，并将根据医疗水平的发展对药品清单进行调整。

7.16	特定疾病	指药品及疾病清单中所列疾病。
7.17	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。
7.18	免疫治疗药品	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。
7.19	特定药品清单	指在投保时我们与您约定的属于保险责任的特定药品清单，并在保险单中载明。药品清单以我们在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）最新公布信息为准，我们保留对药品清单进行调整的权利，并将根据医疗水平的发展对药品清单进行调整。 药品分类以药品处方开具时《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》的有效版本为准。
7.20	指定药店	指我们提供特定药品的药店。指定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。 申请人可在申请购药时通过我们的 95500 服务热线进行查询和选择。
7.21	特定医疗机构	特定医疗机构范围在投保时由我们与您双方协商约定，并在保险单中载明。以我们在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）最新公布信息为准，我们保留对特定医疗机构范围进行调整的权利。
7.22	客运公共交通	除另有约定外，本合同所指的客运公共交通指以下两类： (1) 民航班机：指经相关政府部门登记许可合法运营、以客运为目的的飞机，舱位级别最高以经济舱（包含超级经济舱）为限； (2) 火车：指经相关政府部门登记许可合法运营、以客运为目的的火车（含动车、高铁），以软卧或一等座为限。
7.23	指定或认可的医疗服务机构	除另有约定外，指我们在承保时与您约定的符合下述所有条件的机构： (1) 依法成立并经营住院护理服务的专业服务机构； (2) 服务机构需持有由政府相关部门核发的、包含住院护理资质的执业许可证。
7.24	当地	指保险事故发生后，被保险人医疗费用实际发生地/支出地。
7.25	基本医疗保险	指政府举办的基本医疗保障项目，包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等。
7.26	指定互联网药店	指经我们审核认可，取得互联网药品信息服务资格证书，为被保险人提供购药或者配送服务的药店，具体名单在我们官方网站公示或在合同中载明。

7. 27	指定互联网医疗机构	指经中华人民共和国卫生部门登记并取得《医疗机构职业许可证》的互联网医疗机构，具体以投保时我们与您约定的为准，如我们后续调整提供服务的互联网医院，将在官方网站更新或以其它方式通知您。
7. 28	互联网问诊特定疾病清单	指我们与您约定的属于保险责任的疾病清单。以我们在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知的清单为准。我们保留对疾病清单变更的权利。
7. 29	药品清单	指我们与您约定的属于保险责任的药品清单。列表以我们在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）最新公布信息为准，我们保留对药品及疾病清单进行调整的权利，并将根据医疗水平的发展对药品清单进行调整。
7. 30	国家卫生行政主管部门对于处方剂量的规定	根据《处方管理办法》规定，处方一般不得超过 7 日用量；急诊处方一般不得超过 3 日用量；对于某些慢性病、老年病或特殊情况，处方用量可适当延长，单医师应当注明理由。每次开具的药品种类不超过 5 种。
7. 31	互联网问诊特定疾病清单	在投保时由我们与您双方协商约定。清单以我们在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）最新公布信息为准，我们保留对疾病清单进行调整的权利。
7. 32	公费医疗	指国家通过医疗卫生部门向享受人员提供的制度规定范围内的免费医疗预防，是国家为保障享受人员身体健康而设立的一种社会保障制度。
7. 33	其它政府举办的医疗保障项目	是指政府举办的其他制度性医疗保障项目。包括职工补充医疗保险、职工重大疾病医疗补助、城乡居民大病保险等。
7. 34	医保目录外药品费用	指未被纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》的药品，以药品处方开具时的有效版本为准。
7. 35	医保目录内药品费用	指纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》的药品，以药品处方开具时的有效版本为准。
7. 36	醉酒	指因饮酒而表现出动作不协调、意识紊乱、舌重口吃或其他不能清醒地控制自己行为的状态。醉酒的认定，如有司法机关、公安部门的有关法律文件、医院的诊断书等，则以上述法律文件、诊断书等为准。
7. 37	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。
7. 38	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。
7. 39	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。
7. 40	无合法有效驾驶	指下列情形之一：

	证驾驶	(1) 没有取得驾驶资格； (2) 驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆； (3) 持审验不合格的驾驶证驾驶； (4) 持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习驾车； (5) 因道路交通安全违法行为，在一个记分周期内，被公安机关交通管理部门累积记分达到 12 分。
7. 41	无有效行驶证	指下列情形之一： (1) 机动车被依法注销登记的； (2) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验； (3) 机动车未取得机动车行驶证。
7. 42	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。
7. 43	潜水	指使用辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。
7. 44	攀岩	指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
7. 45	探险	指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身于其中的行为，如：江河漂流、登山、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。
7. 46	武术比赛	指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。
7. 47	特技表演	指进行马术、杂技、驯兽等表演。
7. 48	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。
7. 49	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。
7. 50	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。
7. 51	职业病	指在生产环境或劳动过程中，一种或几种对健康有害的因素引起的疾病。对健康有害的因素称为职业性危害。职业病的范围以保险事故发生时国家正式颁布的种类为准。
7. 52	特定传染病	指《中华人民共和国传染病防治法》及有关法规所规定的甲类和乙类传染病发生暴发流行疫情的情况，如国家按规定对甲类和乙类传染病病种进行

		增加或减少的，则以保险事故发生时所适用的规定为准。
7.53	地方病	某种疾病只在一定地区内或人群中不断发生。与特定地区的地质、地貌、水土、气候等因素密切相关，并在条件相似地区蔓延流行。各地地方病种的确定以保险事故发生时当地地方病防治机构的公布为准。
7.54	感染艾滋病病毒或患艾滋病	艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文缩写为 AIDS。 在人体血液或其他样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。
7.55	矫形、矫形手术	是指通过外科手术，组织移植或重建修复身体部位使人体恢复正常形态。
7.56	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。
7.57	细胞免疫疗法	指通过采集人体免疫细胞，在体外进行扩增和功能鉴定，然后向患者转移，达到杀灭血液及组织中的病原体、癌细胞、突变的细胞，从而打破机体免疫耐受，激活和增强机体免疫力的治疗方法。
7.58	耐药	指以下两种情况之一： (1) 实体肿瘤病灶按照 RECIST（实体瘤治疗疗效评价标准）出现疾病进展，即定义为耐药； (2) 非实体肿瘤（包含白血病、多发性骨髓瘤、淋巴瘤等血液系统恶性肿瘤）在临床上常无明确的肿块或者肿块较小难以发现，经规范治疗后，按权威医学机构（如中国临床肿瘤学会、中华医学会血液分会等）的指南规范，对患者的骨髓形态学、流式细胞、特定基因检测等结果进行综合评价，得出疾病进展的结论，即定义为耐药。
7.59	恶性肿瘤——重度特定药品基因检测	指将外周血、手术或活检术留取的恶性肿瘤——重度病理切片组织或恶性肿瘤——重度转移所致的胸腹水等样本，进行恶性肿瘤——重度相关的特定基因的结构（DNA 水平）或功能（RNA 水平）检测。境内医院的专科医生可根据其基因检测结果，给出针对其分子异常特征的药物（即特定药品）的给药方案。
7.60	情形复杂	指保险事故的性质、原因、伤害程度等在我们收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后 5 个工作日内无法确定，需要进一步核实。
7.61	未满期净保费	指保险单所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由我们退还的那部分金额。 (1) 若选择一次性支付保险费，本合同保险单的未满期净费=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； (2) 若选择分期支付保险费，本合同保险单的未满期净费=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。

7. 62	病情稳定	指生命体征(心率、呼吸、血压)平稳, 转院不致引起病情加重或有生命危险的情况。
7. 63	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。
7. 64	ICD-10 与 ICD-O-3	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。 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。
7. 65	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指有无其他脏器的转移情况。
7. 66	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、Hürthle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
pT₂: 肿瘤 2~4cm
pT₃: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌
pT_{3a}: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内
pT_{3b}: 大体侵犯甲状腺外带状肌, 无论肿瘤大小
带状肌包括: 胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌
pT₄: 进展期病变
pT_{4a}: 中度进展, 任何大小的肿瘤, 侵犯甲状腺外颈部周围器官和软组织, 如喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织
pT_{4b}: 重度进展, 任何大小的肿瘤, 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管
区域淋巴结: 适用于所有甲状腺癌
pN_x: 区域淋巴结无法评估
pN₀: 无淋巴结转移证据
pN₁: 区域淋巴结转移
pN_{1a}: 转移至 VI、VII 区 (包括气管旁、气管前、喉前/Delphian 或上纵隔) 淋巴结, 可以为单侧或双侧。
pN_{1b}: 单侧、双侧或对侧颈淋巴结转移 (包括 I、II、III、IV 或 V 区) 淋巴结或咽后淋巴结转移。
远处转移: 适用于所有甲状腺癌
M₀: 无远处转移
M₁: 有远处转移

乳头状或滤泡状癌 (分化型)			
年龄<55 岁			
	T	N	M
I 期	任何	任何	0
II 期	任何	任何	1
年龄≥55 岁			
I 期	1	0/x	0
	2	0/x	0
II 期	1~2	1	0
	3a~3b	任何	0
III 期	4a	任何	0
IV A 期	4b	任何	0
IV B 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
IV A 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。

7. 67 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。
7. 68 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。
7. 69 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。
7. 70 六项基本日常生活活动 六项基本日常生活活动是指：
(1) 穿衣：自己能够穿衣及脱衣；
(2) 移动：自己从一个房间到另一个房间；
(3) 行动：自己上下床或上下轮椅；
(4) 如厕：自己控制进行大小便；
(5) 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；
(6) 洗澡：自己进行淋浴或盆浴。
六项基本日常生活活动能力的鉴定不适用于 0-3 周岁幼儿。
7. 71 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。
7. 72 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。

7.73 肢体机能永久完全丧失 指肢体的三大关节中的两大关节僵硬，或不能随意识活动。