



请扫描以查询验证条款

德华安顾医保通医疗保险（至尊版）条款

阅读指引

本阅读指引有助于您理解条款，对本合同内容的解释以条款为准。

投保人拥有的重要权益

签收本合同 15 日内投保人可以要求全额退还保险费 1.4

被保险人享有本合同提供的保障权益 2.3

投保人享有解除合同的权利 5.1

投保人应当特别注意的事项

本合同有等待期，请您特别关注 2.2

本合同适用补偿原则，请您特别关注 2.3

在某些情况下，本公司不承担保险责任 2.4

投保人应当按时交纳保险费 4.1

如果投保人解除合同会有一定的损失，请投保人慎重决策 5.1

本公司对一些重要术语进行了解释，并作了显著标志，请投保人关注 7

条款是保险合同的重要内容，是权利义务的重要依据。为充分保障您的权益，请您仔细阅读本条款。

条款目录

1. 投保人与本公司订立的合同

- 1.1 合同构成
- 1.2 合同成立与生效
- 1.3 投保范围
- 1.4 犹豫期
- 1.5 保险期间

2. 本合同提供的保障

- 2.1 保障计划
- 2.2 等待期
- 2.3 保险责任
- 2.4 责任免除

3. 申请保险金

- 3.1 受益人
- 3.2 保险事故通知
- 3.3 保险金申请
- 3.4 保险金给付
- 3.5 诉讼时效

4. 保险费的交纳

- 4.1 保险费的交纳
- 4.2 非保证续保
- 4.3 交费宽限期

5. 合同解除

- 5.1 您解除合同的手续和风险

6. 其他相关重要事项

- 6.1 明确说明和如实告知
- 6.2 年龄错误
- 6.3 联系方式变更
- 6.4 争议处理
- 6.5 保险事故鉴定
- 6.6 合同内容变更
- 6.7 效力终止

7. 释义

附表：保障计划表

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指在保险单上签章的德华安顾人寿保险有限公司，“本合同”指您与我们之间订立的“德华安顾医保通医疗保险（至尊版）合同”，“被保险人”指本合同的被保险人，投保人、被保险人的姓名在保险单上载明。

1. 投保人与本公司订立的合同

1.1 合同构成

本合同由以下几个部分构成：保险单（包括电子保险单）或其他保险凭证、保险条款、投保单（复印件或电子影像件与正本具有同等效力）、与本合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单，以及投保人与本公司认可的、与本合同有关的其他书面或电子协议。

1.2 合同成立与生效

投保人向本公司提出投保申请，经本公司同意承保，本合同成立。合同成立日期和生效日期以保险单上载明的为准。本公司自本合同生效之日起开始承担保险责任。**保单年度**（见 7.1）、保险费约定交纳日和保险合同期满日均以保险单上载明的保险合同生效日期为计算依据。

1.3 投保范围

出生 28 天以上（已健康出院）至 60 **周岁**（见 7.2）（含），身体健康，能正常工作及正常生活，可作为本保险的被保险人。

1.4 犹豫期

自您签收本合同当日（含当日）起，有 **15 日**的犹豫期。在此期间，请您认真审视本合同，如果您认为本合同与您的需求不相符，您可以在此期间提出解除本合同，我们将向您无息退还保险费。

犹豫期内投保人解除本合同的，需提出解除合同申请并向本公司提供下列资料：

- 1、保险合同；
- 2、投保人的**有效身份证件**（见 7.3）；
- 3、保险费发票。

自本公司收到解除合同申请及上述资料之日起，本合同解除，合同解除前发生的保险事故本公司不承担给付保险金的责任。

1.5 保险期间

本合同的保险期间为 1 年，自保险单上载明的保险合同生效日起至保险单上载明的保险期间期满日止。保险期间届满，投保人需要重新向本公司申请投保本产品，交纳保险费，并获得新的保险合同。

2. 本合同提供的保障

2.1 保障计划

本合同各保障计划的各项保险金限额见附表。具体投保的保障计划由您和我们约定并于保险单上载明。

2.2 等待期

您首次投保或在交费宽限期后投保本保险时，被保险人因疾病需要住院（见 7.4）治疗、特殊门诊治疗或住院前后的门急诊治疗的，自本合同生效日起 30 日为等待期；被保险人因患恶性肿瘤（见 7.5）而在本公司认可的特定医疗机构接受质子重离子治疗的，自本合同生效日起 90 日为等待期。因意外伤害（见 7.6）进行治疗的无等待期。投保人在保险期间届满前或交费宽限期内完成续保手续并获得新的保险合同的，新续保的保险合同无等待期。

被保险人在等待期内就治疗的，对于该次就治疗发生的所有费用，我们不承担给付保险金的责任。

2.3 保险责任

在本合同有效期内，我们按照保险单记载的保障计划承担如下保险责任：

一、一般医疗保险金

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害在医院（见 7.7）接受治疗的，或在等待期后因疾病在医院接受治疗的，我们依照下列约定给付保险金：

1、住院医疗保险金

被保险人因疾病或意外伤害经医院诊断必须住院治疗的，对于住院期间发生的合理且必要的住院医疗费用（见 7.8），我们按本合同约定的保险金计算方法，在该项保险金的赔付限额内给付住院医疗保险金。

除本合同另有约定外，在每一保单年度内，因疾病或意外伤害住院给付住院医疗保险金的最高给付日数为 180 日，累计住院超过 180 日后发生的医疗费用，不属于保险责任范围。

保险期间届满时被保险人住院治疗仍未结束的，我们将按照本合同约定的保险金计算方法，继续就保险期间届满次日起 30 日内的住院医疗费用承担住院医疗保险金给付责任，但累计住院天数不得超过 180 日，且在本合同保险期间内的各项保险金的累计给付金额不得超过年度保险金赔付限额。

2、特殊门诊医疗保险金

被保险人因疾病或意外伤害在医院门诊进行如下治疗发生的合理且必要的医疗费用，我们按本合同约定的保险金计算方法，在该项保险金的赔付限额内给付特殊门诊医疗保险金，且在本合同保险期间内的各项保险金的累计给付金额不得超过年度保险金赔付限额。

（1）门诊肾透析费；

（2）门诊恶性肿瘤治疗费，包括化学疗法（见 7.9）、放射疗法（见 7.10）、肿瘤免疫疗法（见

7.11)、肿瘤内分泌疗法(见7.12)、肿瘤靶向疗法(见7.13)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保险金

被保险人在住院前7日(含住院当日)和出院后30日(含出院当日),与该次住院相同原因而发生的门急诊医疗费用,不包括门诊肾透析、门诊恶性肿瘤治疗、器官移植后的门诊抗排异治疗和门诊手术的费用。

对于因上述治疗发生的合理且必要的医疗费用,我们按本合同约定的保险金计算方法,在该项保险金的赔付限额内给付住院前后门急诊医疗保险金,且在本合同保险期间内的各项保险金的累计给付金额不超过年度保险金赔付限额。

在每一个保单年度内,我们累计承担的一般医疗保险金责任不得超过一般医疗保险金年度保险金赔付限额,具体参见保障计划表。

二、重大疾病医疗保险金

在保险期间内,被保险人在等待期后初次经专科医生(见7.14)确诊患本合同约定的重大疾病(见7.15),并在医院接受治疗的,对于接受治疗所发生的医疗费用支出,我们首先按照前款约定给付一般医疗保险金,当累计给付金额达到一般医疗保险金赔付限额后,对于超出限额部分的费用,我们再依照下列约定给付重大疾病医疗保险金:

1、重大疾病住院医疗保险金

被保险人因患重大疾病经医院诊断必须住院治疗的,对于住院期间发生的合理且必要的重大疾病住院医疗费用,我们按本合同约定的保险金计算方法,在重大疾病医疗保险金的赔付限额内给付重大疾病住院医疗保险金。

除本合同另有约定外,在每一个保单年度内,因重大疾病住院给付重大疾病住院医疗保险金的最高给付日数为180日,因重大疾病累计住院超过180日后发生的医疗费用,不属于保险责任范围。

保险期间届满时被保险人住院治疗仍未结束的,我们将按照本合同约定的保险金计算方法,继续就保险期间届满次日起30日内的住院医疗费用承担重大疾病住院医疗保险金给付责任,但累计住院天数不得超过180日,且在本合同保险期间内的各项保险金的累计给付金额不得超过年度保险金赔付限额。

2、重大疾病特殊门诊医疗保险金

被保险人因患重大疾病在医院门诊进行如下治疗发生的合理且必要的医疗费用,我们按本合同约定的保险金计算方法,在该项保险金的赔付限额内给付重大疾病特殊门诊医疗保险金,且在本合同保险期间内的各项保险金的累计给付金额不得超过年度保险金赔付限额。

(1) 门诊肾透析费;

(2) 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、重大疾病住院前后门急诊医疗保险金

被保险人在住院前 7 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日），因为与导致住院相同的重大疾病而发生的门急诊治疗，对于因上述治疗发生的合理且必要的医疗费用，我们按本合同约定的保险金计算方法，在该项保险金的赔付限额内给付重大疾病住院前后门急诊医疗保险金，且在本合同保险期间内的各项保险金的累计给付金额不超过年度保险金赔付限额。

在每一个保单年度内，我们累计承担的重大疾病医疗保险金责任不得超过重大疾病医疗保险金年度保险金赔付限额，具体参见保障计划表。

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专科医生确诊患恶性肿瘤，并在本公司认可的特定医疗机构接受质子重离子治疗的，对于接受治疗所发生的合理且必要的质子重离子医疗费用（见 7.16），我们按照本合同约定的保险金计算方法，在该项保险金的赔付限额内给付质子重离子医疗保险金。

在每一个保单年度内，我们累计承担的质子重离子医疗保险金责任不得超过质子重离子医疗保险金年度保险金赔付限额，具体参见保障计划表。

本公司将提供本合同中所指的特定医疗机构的查询方式。

四、保险金计算方法

1、在本合同保险期间内，被保险人因疾病或意外伤害经确诊需要住院治疗、特殊门诊治疗或住院前后的门急诊治疗的，对于其在本合同约定的医院进行上述治疗发生的、合理且必要的医疗费用，即在一般医疗保险金及重大疾病医疗保险金保险责任范围内的医疗费用，按照如下公式计算每次就诊应当给付的保险金：

每次就诊应当给付的保险金 = (被保险人发生的医疗费用的有效金额 - 年免赔额余额) * 100%
* 赔付比例

说明：

(1) 一次就诊指一次住院，或一次门诊（包括特殊门诊或住院前后的门急诊）。一次住院指被保险人因疾病或意外伤害住院治疗，自入院日起至出院日止的期间；但如果因同一原因再次住院，且前次出院与下次住院间隔未超过 30 日，视为同一次住院。一次门诊指被保险人在一日（零时起至二十四时止）内在同一所医院同一个科室的就诊。

(2) 被保险人发生的医疗费用的有效金额 = 被保险人每次就诊发生的合理且必要的属于保险责任范围内的医疗费用 - 被保险人从基本医疗保险或公费医疗获得的费用补偿。被保险人多次就诊累计发生的医疗费用的有效金额等于被保险人单次就诊发生的医疗费用的有效金额相加。

(3) 免赔额余额是指扣除前次理赔“保险责任范围内的被保险人发生的医疗费用的有效金额”后剩余的免赔额。举例来说，假设免赔额为 8,000 元，如未就诊过，则免赔额余额为 8,000 元；如第一次就诊累计的“保险责任范围内被保险人发生的医疗费用的有效金额”为 6,000 元，则针对本

次就诊理赔后的免赔额余额为 2,000 元，本次赔付为 0 元；如第二次就诊累计的“保险责任范围内被保险人发生的医疗费用的有效金额”为 6,000 元，则针对本次就诊理赔后的免赔额余额为 0 元，本次赔付为 4,000 元。

年免赔额是指一个保单年度内对应的免赔额。在基本医疗保险或公费医疗报销的部分，不能计入年免赔额；在其它商业保险已报销部分以及个人自付部分，只要符合本合同赔付条件的，均可以计入年免赔额。年免赔额参见保障计划表。

被保险人在等待期后初次经专科医生确诊患本合同约定的重大疾病后，被保险人发生的符合本合同约定的全部医疗费用，我们在给付保险金时，均不再扣除免赔额。

(4) 保单年度内，当某次就诊保险责任范围内的医疗费用 > 年免赔额余额时，本次赔付金额 >0；当某次就诊保险责任范围内的医疗费用 ≤ 年免赔额余额时，本次赔付金额 =0。

(5) 赔付比例：如投保时被保险人有基本医疗保险或公费医疗，但本次就诊时被保险人未使用基本医疗保险或公费医疗报销的，则赔付比例为 60%；本次就诊时已获得基本医疗保险或公费医疗报销的，则赔付比例为 100%；如投保时被保险人无基本医疗保险或公费医疗的，则赔付比例为 100%。

2、在本合同保险期间内，被保险人在等待期后初次经专科医生确诊患恶性肿瘤，并在本公司认可的特定医疗机构接受质子重离子治疗的，对于接受治疗所发生的合理且必要的质子重离子医疗费用，即在质子重离子医疗保险金保险责任范围内的医疗费用，按照如下公式计算每次就诊应当给付的保险金：

每次就诊应当给付的保险金 = 被保险人发生的医疗费用的有效金额 * 赔付比例

质子重离子医疗保险金的赔付比例为 100%。

五、补偿原则

在本合同保险期间内，若被保险人发生的属于本合同保险责任范围内的医疗费用已从其他途径（包括基本医疗保险、公费医疗、工作单位、本公司在内的任何商业保险机构等）获得补偿，且从其他途径获得的补偿金额与我们按照本合同约定应当给付的保险金之和超过了被保险人实际发生的医疗费用，我们将按被保险人实际发生的医疗费用扣除从其他途径获得的补偿金额后的余额在本合同赔付限额内给付保险金。

2.4 责任免除

因下列情形之一，造成被保险人到医院或特定医疗机构就诊治疗发生医疗费用支出的，本公司不承担给付保险金的责任：

(1) 被保险人所患既往症（见 7.17）及保险合同中特别约定的除外疾病引起的相关费用；

(2) 遗传性疾病（见 7.18），先天性畸形、变形或染色体异常（见 7.19）引起的医疗费用，本合同另有约定的除外；

(3) 疗养、视力矫正手术、各种健康体检项目及预防性医疗项目、牙科保健及牙科治疗、康复治疗、整容手术；

(4) 如下项目的治疗: 皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗; 雀斑、老年斑、痣的治疗和去除; 对浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、纹身去除、皮肤变色的治疗或手术; 激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗斑秃、白发、秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸;

(5) 各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗项目, 包括但不限于平足及各种非功能性整容、矫形手术费用;

(6) 各种健美治疗项目, 包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用;

(7) 不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩(含难产)、异位妊娠、流产、堕胎、节育(含绝育)、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症;

(8) 包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗;

(9) 除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其他人工器官材料费、安装和置换等费用、各种康复治疗器械、假体、义肢、自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械;

(10) 耐用医疗设备(指各种康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备)的购买或租赁费用;

(11) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病(见7.20)期间发生其他疾病导致费用;

(12) 被保险人患性病引起的医疗费用;

(13) 未经医生处方自行购买的药品或非医院药房购买的药品、滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂, 或在非我司认可医院药房购买的药品;

(14) 各种医疗咨询和健康预测: 如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询(依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD-10)确定的精神和行为障碍以外的一般心理问题, 如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等)等费用;

(15) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害;

(16) 被保险人故意自伤、故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施;

(17) 被保险人殴斗、醉酒(见7.21), 主动吸食或注射毒品(见7.22);

(18) 从事潜水(见7.23)、滑水、滑雪、滑冰、跳伞、攀岩(见7.24)、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险(见7.25)、武术比赛(见7.26)、摔跤、特技表演(见7.27)、赛马、赛车、车辆表演、竞赛或练习等高风险运动导致的伤害引起的治疗费用;

(19) 由于职业病(见7.28)、医疗事故(见7.29)引起的医疗费用;

(20) 被保险人酒后驾驶(见7.30)、无合法有效驾驶证驾驶(见7.31)或驾驶无有效行驶证(见7.32)的机动车(见7.33)导致交通意外引起的医疗费用;

(21) 核爆炸、核辐射或核污染、化学污染; 恐怖袭击、战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱;

(22) 不符合入院标准、挂床住院引起的治疗费用; 住院病人应当出院而拒不出院, 从医院确定符合出院条件之日起发生的一切医疗费用;

(23) 被保险人接受实验性治疗, 即未经科学或医学认可的医疗;

(24) 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；

(25) 各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定费用。

3. 申请保险金

3.1 受益人

除另有约定外，本合同的各项保险金受益人均为被保险人本人。

3.2 保险事故通知

您或者受益人知道保险事故发生后应当及时通知我们。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。

被保险人应在本合同中约定的医院就诊，若因急诊未在约定的医院就诊的，应在 3 日内通知我们，并在病情好转后及时转入本合同约定的医院。

3.3 保险金申请

在申请保险金时，申请人须填写保险金理赔申请书，并提供下列证明和资料：

(1) 保险合同；

(2) 被保险人的**有效身份证件**；

(3) 如果被保险人住院，则须提供**医院**出具的被保险人完整的住院病历、出院小结；

(4) **医院**出具的被保险人的诊断证明、医疗费用以及处方和检查化验明细清单及病历；首次申请理赔时，应提供**医院**出具的被保险人在本合同保险期间内历次的诊断证明、医疗费用明细清单及病历；

(5) **医院**出具的被保险人的医疗费用发票及费用清单；首次申请理赔时，应提供**医院**出具的被保险人在本合同保险期间内历次的医疗费用收据或者发票；

(6) 如果被保险人从其它途径获得了补偿，则须提供从其它途径报销的凭证原件；

(7) 与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

以上证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知受益人补充提供有关证明和资料。

委托他人领取保险金时，受托人还必须提供本人的**有效身份证件**及委托人亲笔签名的授权委托书。

3.4 保险金给付

本公司在收到保险金理赔申请书及本合同约定的证明和资料后，会及时做出核定；情形复杂的，在 30 日内做出核定。对属于保险责任的，本公司在与被保险人达成给付保险金的协议后 10 日内，

履行给付保险金义务。对不属于保险责任的，本公司自做出核定之日起 3 日内向被保险人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

3.5 诉讼时效

人寿保险以外的其他保险的被保险人或者受益人，向本公司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。

人寿保险的被保险人或者受益人向本公司请求给付保险金的诉讼时效期间为 5 年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

4. 保险费的交纳

4.1 保险费的交纳

本合同的保险费按照被保险人的年龄和所选定保障计划确定。本合同的交费方式和交费期间在保险单上载明。

4.2 非保证续保

本合同为非保证续保合同。您可以在本合同保险期间届满时申请续保本合同。若您申请续保，经本公司审核同意续保的，本合同自保险期间届满日的次日零时起延续有效一年。如果本公司不同意续保，则在保险期间届满前书面通知投保人，本合同至保险期间届满日的 24 时终止。

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

4.3 交费宽限期

如果您选择续保且经本公司审核同意续保的，则自本合同期满日次日起 60 日内为新续保合同的交费宽限期。宽限期内发生保险事故的，本公司承担保险责任，但在给付保险金时会扣除您欠交的保险费，其数额以新续保合同应当交纳的保险费数额为准。如果宽限期结束您仍未交纳新续保合同的保险费，则本合同至宽限期届满日 24 时终止。

5. 合同解除

5.1 您解除合同的手续和风险

如果被保险人未发生保险事故，且您在犹豫期后要求解除本合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料原件：

- (1) 保险合同；
- (2) 投保人的**有效身份证件**。

自我们收到解除本合同申请书时起，本合同终止。我们自收到解除本合同申请书及上述材料之日起30日内向您退还本合同的**未满期净保险费**（见7.34）。

您在犹豫期后解除合同会遭受一定的损失。如已发生保险金给付或已发生保险事故应给付保险金的，我们不再退还未满期净保险费。

6. 其他相关重要事项

6.1 明确说明和如实告知

订立本合同时，本公司应当向投保人明确说明本合同的内容。对于保险合同中免除本公司责任的条款，本公司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。

订立保险合同时，本公司就投保人或者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，足以影响本公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，本公司有权解除本合同。

投保人故意不履行如实告知义务的，本公司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，本公司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。

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

6.2 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，我们有权解除本合同，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。对于解除本合同的，本合同自解除之日起终止，我们向您退还未满期净保险费。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。

如果您申报的被保险人年龄不真实，致使实交保险费少于应交保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。**已经发生保险事故的，在给付保险金时按实交保险费和应交保险费的比例给付。**

如果您申报的被保险人年龄不真实，致使实交保险费多于应交保险费的，我们将多收的保险费无息退还给您。

6.3 联系方式变更

为保障您的权益，您的通信地址、电话或者电子邮箱等联系方式发生变更时需及时通知本公司。否则，本公司将按照本合同载明的最后住所或通信地址发送有关通知，并视为已送达给您。

6.4 争议处理

合同履行过程中发生争议的，由双方协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。

6.5 保险事故鉴定

如果被保险人发生保险事故，您和我们均可以委托鉴定评估机构或者具有相关专业知识的人员，对保险事故进行评估和鉴定。

6.6 合同内容变更

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或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由您与我们订立变更的书面协议。

您通过我们同意或者认可的网站等互联网渠道提出对本合同进行变更，视为您的书面申请，您向我们在线提交的电子信息与您向我们提交的书面文件具有相同的法律效力。

6.7 效力终止

除本合同另有约定外，当发生下列情形之一时，本合同效力终止：

- （1）本合同保险期间内被保险人身故；
- （2）本合同保险期间届满且未能按照合同约定续保的；
- （3）法律法规规定或本合同约定的其他合同解除或终止的情形。

7. 释义

7.1 保单年度

指保险合同生效日或者生效日对应日零时起至下一年度保险合同生效对应日零时为止的期间为一个保单年度。如果当月无对应的同一日的，则以该月最后一日作为对应日。

7.2 周岁

指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。

7.3 有效身份证件

指身份证、护照、军人证、警官证、户口簿等政府主管部门规定的可证明身份的有效证件。户口簿的使用仅限于 16 周岁以下尚未申领身份证的未成年人。

7.4 住院

指被保险人入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，**不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院或其他不合理的住院。**

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。具体包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。

7.5 恶性肿瘤

指由医院的专科医生明确诊断，被保险人发生的符合以下定义恶性肿瘤：

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它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴，

下列疾病不在保障范围内：

- （1）原位癌；**
- （2）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；**
- （3）相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；**
- （4）皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；**
- （5）TNM 分期为 T1N0M0 期或者更轻分期的前列腺癌；**
- （6）感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。**

7.6 意外伤害

指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。**猝死不属于意外伤害。**

7.7 医院

指中华人民共和国境内（港、澳、台地区除外）合法经营的二级以上（含二级）公立医院的普通部（不包含其中的特需医疗、外宾医疗、干部病房），不包括疗养院、护理院、康复中心、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心以及无相应医护人员或设备的二级或三级医院的联合医院或联合病房。

7.8 住院医疗费用

指被保险人住院期间发生的、满足以下全部条件的医学治疗、服务或药品等医疗费用：

- （1）对病人疾病或伤害的诊断或治疗是适当的、基本的；
- （2）提供安全、充分、适当的诊断和治疗必须的护理，但不超过一定的范围、持续时间或强度、级别；
- （3）医师开具的处方以及与在当地被广泛认可的医疗专业水平一致的治疗；
- （4）不是主要为病人、家庭、医生或其他提供治疗的人员的舒适和方便而设的项目；
- （5）不属于对病人的学术教育或专业培训的一部分；
- （6）非试验性或研究性的。

本合同项下合理且必要的住院医疗费用包括：

（1）床位费

指住院期间实际发生的、不高于双人病房的住院床位费（不包括单人病房、套房、家庭病床）。

（2）加床费

指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定给付其合法监护人（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，我们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。

（3）重症监护室床位费

指住院期间出于医学必要被保险人需在重症监护室进行合理且必要的医疗而产生的床位费。重症监护室指配有中心监护台、心电监护仪及其他监护抢救设施，相对封闭管理，符合重症监护病房（ICU）、冠心病重症监护病房（CCU）标准的单人或多人监护病房。

（4）护理费

指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

（5）膳食费

指住院期间根据医生的医嘱，由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内，根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并 in 病房费等其他款项内。

（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 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）治疗费

指住院期间以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理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。

本项责任不包含如下费用：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。

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。

（8）药品费

指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：**

— 主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药，如花旗参，冬虫夏草，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；

- 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；
- 用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

(9) 医生费

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

(10) 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。

(11) 救护车使用费

指住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，根据医生建议，被保险人需医院转诊过程中的医院用车费用，且救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送。

7.9 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的治疗。本合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化疗。

7.10 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的治疗。本合同所指的放疗为被保险人根据医嘱，在医院的专门科室进行的放疗。

7.11 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、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。

7.12 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、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。

7.13 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的药物需具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书。

7.14 专科医生

指具有专业资格认证和诊断处方权，且正在医院执业的医师，但被保险人本人及其直系亲属除外，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。

7.15 本合同约定的重大疾病

本合同所约定的重大疾病共有 105 种，其中第 1 至 25 种重大疾病为中国保险行业协会制定的《重大疾病保险的疾病定义使用规范》（以下简称“规范”）中规定的疾病，且疾病名称和疾病定义与“规范”一致，第 26 至 105 种重大疾病为“规范”规定范围之外的本公司增加的疾病。重大疾病的名称及定义如下：

（一）恶性肿瘤

（二）急性心肌梗塞：指因冠状动脉阻塞导致的相应区域供血不足造成部分心肌坏死。须满足下列至少三项条件：

- 1、典型临床表现，例如急性胸痛等；
- 2、新近的心电图改变提示急性心肌梗塞；
- 3、心肌酶或肌钙蛋白有诊断意义的升高，或呈符合急性心肌梗塞的动态性变化；
- 4、发病 90 天后，经检查证实左心室功能降低，如左心室射血分数低于 50%。

（三）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，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、语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
- 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。

肢体机能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。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。

语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失，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。咀嚼吞咽能力完全丧失，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。

（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、心脏或肺脏的异体移植手术。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）的异体移植手术。

（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，实际实施了开胸进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

冠状动脉支架植入术、心导管球囊扩张术、激光射频技术及其它非开胸的介入手术、腔镜手术不在保障范围内。

（六）终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）：指双肾功能慢性不可逆性衰竭，达到尿毒症期，经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗或实施了肾脏移植手术。

（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）良性脑肿瘤：指脑的良性肿瘤，已经引起颅内压增高，临床表现为视神经乳头水肿、精神症状、癫痫及运动感觉障碍等，并危及生命。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，并须满足下列至少一项条件：

- 1、实际实施了开颅进行的脑肿瘤完全切除或部分切除的手术；
- 2、实际实施了对脑肿瘤进行的放射治疗。

脑垂体瘤、脑囊肿、脑血管性疾病不在保障范围内。

（十）慢性肝功能衰竭失代偿期：指因慢性肝脏疾病导致肝功能衰竭。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功能衰竭不在保障范围内。

（十一）脑炎后遗症或脑膜炎后遗症：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、语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；

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（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它生命维持系统 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 90 分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

被保险人在 0 至 3 周岁期间双耳失聪的，不在保障范围内。

(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。

被保险人在 0 至 3 周岁期间双目失明的，不在保障范围内。

(十五) 瘫痪：指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体机能永久完全丧失。肢体机能永久完全丧失，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，或不能随意识活动。

(十六) 心脏瓣膜手术：指为治疗心脏瓣膜疾病，实际实施了开胸进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

(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，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退，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，且自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

神经官能症和精神疾病不在保障范围内。

(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、语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；

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) 严重帕金森病：是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为震颤麻痹、共济失调等。

须满足下列全部条件：

- 1、药物治疗无法控制病情；
- 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。

继发性帕金森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）严重原发性肺动脉高压：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心功能状态分级Ⅳ级，且静息状态下肺动脉平均压超过 30mmHg。

（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。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的条件。

（二十三）语言能力丧失：指因疾病或意外伤害导致完全丧失语言能力，经过积极治疗至少 12 个月（声带完全切除不受此时间限制），仍无法通过现有医疗手段恢复。

精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。

被保险人在 0 至 3 周岁期间语言能力丧失的，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。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；
- 2、外周血象须具备以下三项条件：
 - （1）中性粒细胞绝对值 $\leq 0.5 \times 10^9/L$ ；
 - （2）网织红细胞 $< 1\%$ ；
 - （3）血小板绝对值 $\leq 20 \times 10^9/L$ 。

（二十五）主动脉手术：指为治疗主动脉疾病，实际实施了开胸或开腹进行的切除、置换、修补病损主动脉血管的手术。主动脉指胸主动脉和腹主动脉，不包括胸主动脉和腹主动脉的分支血管。

动脉内血管成形术不在保障范围内。

（二十六）严重多发性硬化症：指因中枢神经系统脱髓鞘疾病，导致不可逆的运动或感觉功能障碍，临床表现为视力受损、截瘫、平衡失调、构音障碍、大小便机能失调等症状。不可逆指运动或感觉功能障碍初次诊断后需持续 180 天以上。须由断层扫描（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，且须满足下列全部条件：

- 1、明确出现因视神经、脑干或脊髓损伤等导致的上述临床症状；
- 2、散在的、多样性的神经损伤；

3、上述临床症状反复发作、恶化及神经损伤的病史纪录。

(二十七) 经输血导致的人类免疫缺陷病毒感染：指被保险人感染人类免疫缺陷病毒（HIV），且须满足下列全部条件：

1、因输血而感染；

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事故的报告或者法院终审判决为医疗事故；

3、受感染的被保险人不是血友病患者。

任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品等）导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染及并发症不在保障范围内。本公司具有获得和使用被保险人的所有血液样本以及对这些样本进行独立检验的权利。

(二十八) 终末期肺病：指被保险人患有终末期肺病而出现慢性呼吸功能衰竭，须满足下列全部条件：

1、肺功能测试其 FEV1 持续低于 0.75 升；

2、病人缺氧必须广泛而持续地进行输氧治疗；

3、动脉血气分析氧分压低于 55mmHg。

(二十九) 严重类风湿性关节炎：指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（腕关节、肘关节、肩关节、踝关节、膝关节、髋关节）或关节组（如手的多个指间、掌指关节、足的多个足趾、跖趾关节等）。类风湿性关节炎须明确诊断，并已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，且须满足下列全部条件：

1、晨僵；

2、对称性关节炎；

3、类风湿性皮下结节；

4、类风湿因子滴度升高；

5、X 线显示严重的关节（软骨和骨）破坏和关节畸形。

(三十) 严重系统性红斑狼疮性肾病：系统性红斑狼疮是累及多系统、多器官的具有多种自身抗体的免疫性疾病。系统性红斑狼疮性肾病，又称为狼疮性肾炎，是系统性红斑狼疮累及肾脏，造成肾功能损伤。须由肾脏病理学检查结果证实或经临床确诊，并符合下列 WHO 诊断标准定义的 III 型至 V 型狼疮性肾炎。

世界卫生组织（WHO）狼疮性肾炎分型：

I 型（微小病变型）：镜下阴性，尿液正常；

II 型（系膜病变型）：中度蛋白尿，偶有尿沉渣改变；

III 型（局灶及节段增生型）：蛋白尿，尿沉渣改变；

Ⅳ型（弥漫增生型）：急性肾炎伴有尿沉渣改变或肾病综合征；

Ⅴ型（膜型）：肾病综合征或重度蛋白尿。

其它类型的红斑性狼疮，如盘状狼疮，仅累及血液及关节等其它系统的系统性红斑狼疮不在保障范围内。

（三十一）肾髓质囊性病：肾髓质囊性病的诊断必须同时符合下列要求：

- 1、肾髓质有囊肿、肾小管萎缩及间质纤维化等病理改变；
- 2、贫血、多尿及肾功能衰竭等临床表现；
- 3、诊断须由肾组织活检确定。

（三十二）肝豆状核变性：指一种常染色体隐性遗传的铜代谢缺陷病，以不同程度的肝细胞损害、脑退行性病变和角膜边缘有铜盐沉着环为其临床特征，并须满足下列全部条件：

- 1、典型症状；
- 2、角膜色素环（K-F环）；
- 3、血清铜和血清铜蓝蛋白降低，尿铜增加；
- 4、经皮做肝脏活检来定量分析肝脏铜的含量。

（三十三）严重肌营养不良症：指一组原发于肌肉的遗传性的肌肉病变。主要临床特征为受累骨骼肌肉的无力和肌肉萎缩。经神经专科医生确认符合以下四项诊断指标中的三项：

- 1、家族史中有其他成员患相同疾病；
- 2、临床表现包括：无感觉神经紊乱，正常脑脊液及轻微腱反射的减退；
- 3、典型的肌电图；
- 4、临床推测必须有肌肉或组织检查加以证实。

（三十四）严重心内膜炎：因感染性病原体造成心脏内膜发炎，并符合下列所有条件：

- 1、血液培养测试结果为阳性，证实存在感染病原体：
 - （1）微生物：在赘生物、栓塞的赘生物或心脏内脓疡经培养或组织检查证实有微生物；
 - （2）病理性病灶：组织病理学检查证实赘生物或心脏内脓疡有活动性心内膜炎；
 - （3）分别两次血液培养证实有典型的病原体且与心内膜炎吻合；
 - （4）持续血液培养证实有病原体阳性反应，且与心内膜炎吻合。

2、心内膜炎引起中度心瓣膜闭锁不全（指返流分数20%或以上）或中度心瓣膜狭窄（指心瓣膜开口范围小于或等于正常的30%）。

- 3、心内膜炎及心瓣膜病损须经心脏专科医生确诊。

（三十五）慢性复发性胰腺炎：胰腺炎反复发作超过三次以上并导致胰腺功能紊乱和营养不良，需要接受酶替代治疗。诊断必须有消化科专科医生确认并且有内窥镜逆行胰胆管造影所证实。

因酒精所致的慢性复发性胰腺炎除外。

(三十六) 胰腺移植：指胰腺功能衰竭，已经实施了在全身麻醉下进行的胰腺的异体器官移植手术。

单纯胰岛移植、部分胰腺组织或细胞的移植不在保障范围内。

(三十七) 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，病变累及全结肠，表现为严重的血便和系统性症状体征，治疗通常采取全结肠切除和回肠造瘘术。溃疡性结肠炎必须根据组织病理学特点诊断，并且被保险人已经接受了结肠切除和回肠造瘘术。

(三十八) 原发性硬化性胆管炎：指一种胆汁淤积综合征，其特征是肝内、肝外胆道因纤维化性炎症逐渐狭窄，并最终导致完全阻塞而发展为肝硬化。本病须经内镜逆行胰胆管造影等影像学检查证实，并须满足下列全部条件：

- 1、总胆红素和直接胆红素同时升高，血清 ALP>200U/L；
- 2、持续性黄疸病史；
- 3、出现胆汁性肝硬化或门脉高压。

因肿瘤或胆管损伤等继发性的硬化性胆管炎不在保障范围内。

(三十九) 慢性肾上腺皮质功能衰竭：指因为自身免疫功能紊乱，使肾上腺组织逐渐受损，而需要长期接受糖皮质激素及肾上腺皮质激素替代疗法。该病必须经内分泌专科医生确诊，并有以下报告作为证据：

- 1、促肾上腺皮质激素 (ACTH) 刺激试验；
- 2、胰岛素血糖减少测试；
- 3、血浆促肾上腺皮质激素 (ACTH) 水平测定；
- 4、血浆肾素活性 (PRA) 测定。

由自身免疫功能紊乱以外的其他原因引起的慢性肾上腺皮质功能衰竭，不在保障范围内。

(四十) 重症急性胰腺炎 – 不包括酒精作用所致：指被保险人因为急性出血坏死性胰腺炎已经接受了外科开腹手术治疗，以进行坏死组织清除、坏死病灶切除或胰腺切除。

因饮酒所致的急性出血坏死性胰腺炎，或经腹腔镜手术进行的治疗不在保障范围内。

(四十一) 严重心肌炎：指心肌局限性或弥漫性的急性或慢性炎症病变，导致心脏功能障碍，达到纽约心脏病学会心功能分级状态分级 IV 级，且持续至少 90 天。

(四十二) 严重的脊髓灰质炎：指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。**本保单仅对脊髓灰质炎造成的神经系统功能损害导致被保险人一肢或一肢以上肢体机能永久完全丧失的情况予以理赔。**肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意识活动。

(四十三) 全身性重症肌无力：指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。

(四十四) 植物人状态:指由于严重颅脑外伤造成大脑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。

(四十五) 原发性心肌病:指因原发性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心功能分级状态分级 IV 级。**此疾病须由卫生行政部门认定的三级以上(含三级)医院确诊。**

(四十六) 坏死性筋膜炎:指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。必须满足以下所有条件:

- 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以上)。

(四十七) 严重克隆病:指一种慢性肉芽肿性肠炎,具有特征性的克隆病病理组织学变化。诊断必须由病理检查结果证实,且被保险人所患的克隆病必须已经造成瘻管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

(四十八) 因职业关系导致的人类免疫缺陷病毒感染:指被保险人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)。须满足下列全部条件:

- 1、感染必须是在被保险人正在从事其职业工作中发生,该职业必须属于以下职业:

医生、护士、医疗机构实验室工作人员、医院护工、助产士、救护车工作人员、警察和消防队员;

- 2、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;

- 3、必须在事故发生后的 6 个月内证实被保险人体内存在 HIV 病毒或者 HIV 抗体,即血液 HIV 病毒阳性和 / 或 HIV 抗体阳性。

(四十九) 非阿尔茨海默病所致严重痴呆: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,并且有完整的临床、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) 细菌性脑脊髓膜炎: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,持续 90 天以上,并且脑脊髓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、智

力或性情中度以上的损害，且上述症状持续 90 天以上仍无改善迹象。

（五十一）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。

（五十二）丝虫病所致象皮肿：指末期丝虫病，按国际淋巴学会分级为三度淋巴液肿，其临床表现为肢体非凹陷性水肿伴畸形增大、硬皮症和疣状增生。此病症须经专科医生根据临床表现和微丝蚴的化验结果确诊。

（五十三）嗜铬细胞瘤：指肾上腺或嗜铬外组织出现神经内分泌肿瘤，并分泌过多的儿茶酚胺类，需要确实进行手术以切除肿瘤。嗜铬细胞瘤的诊断必须由内分泌专科医生确定。

（五十四）系统性硬化病（硬皮病）：指一种以局限性或弥漫性皮肤增厚和皮肤、血管、内脏器官异常纤维化为特征的结缔组织病。本病须经专科医师明确诊断，并须满足下列至少一项条件：

肺脏：肺部病变进而发展为肺间质纤维化和肺动脉高压；

心脏：心功能受损达到美国纽约心脏病学会心脏功能分级 IV 级；

肾脏：肾脏受损导致双肾功能慢性不可逆衰竭，达到尿毒症期。

下列疾病不在本合同保障范围内：

1、局部性硬皮病（如：带状硬皮病\硬斑病）；

2、嗜酸性粒细胞性筋膜炎；

3、CREST 综合征。

（五十五）疯牛病：是神经系统疾病及致命的成胶质状脑病，并满足以下全部条件：

1、不能控制的肌肉痉挛及震颤；

2、逐渐痴呆；

3、小脑功能不良，共济失调；

4、手足徐动症。

诊断必须由神经科专科医生基于以下检查报告作出：脑电图、脑脊液报告、电脑断层扫描（CT）及核磁共振（MRI）。

（五十六）斯蒂尔病：斯蒂尔病须满足下列全部条件：

1、因该病引致广泛性关节破坏，以致需要进行髌及膝关节置换；

2、由风湿病专科医生确定诊断。

（五十七）溶血性链球菌引起的坏疽：指躯干或肢体的浅筋膜或涉及肌肉的深筋膜感染，呈暴发性进展，必须即刻手术清创。须在外科手术后进行组织培养证实溶血性链球菌坏疽并由专科医生确诊。

(五十八) 主动脉夹层瘤：指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。被保险人需通过断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）、磁共振血管检验法（MRA）或血管扫描等检查，并且实施了胸腹切开的直视主动脉手术。

(五十九) 严重骨生长不全症：是一种胶原病，特征为骨易碎、骨质疏松和易骨折。该病有 4 种类型：I 型、II 型、III 型、IV 型。**本保单仅保障 III 型成骨不全的情形。**其主要临床特点有：发展迟缓、多发性骨折、进行性脊柱后侧凸及听力损害。III 型成骨不全的诊断必须根据身体检查，家族史，X 线检查和皮肤活检报告资料确诊。

(六十) 严重自身免疫性肝炎：指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。必须满足所有以下条件：

- 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、临床已经出现腹水、食道静脉曲张和脾肿大等肝硬化表现。

(六十一) 特定年龄严重肠道疾病并发症：指严重肠道疾病或外伤导致小肠损害并发症，满足以下所有条件：

- 1、至少切除了三分之二小肠；
- 2、完全肠外营养支持三个月以上。

被保险人首次获确诊患上此项疾病的年龄必须在 0 周岁至 17 周岁之间才可获资格获得保障赔偿。

(六十二) 严重瑞氏综合征（Reye 综合征，也称赖氏综合征、雷氏综合征）：指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。

(六十三) III 度房室传导阻滞：指心房激动在房室交界区、房室束及其分支内发生阻滞，不能正常地传到心室的先天性传导性疾病，须满足下列所有条件：

- 1、心电图显示房室搏动彼此独立，心室率 <50 次 / 分钟；
- 2、出现阿 - 斯综合征或心力衰竭的表现；
- 3、必须持续性依赖心脏起搏器维持心脏正常功能，且已经放置心脏起搏器。

(六十四) 失去一肢及一眼：指因疾病或意外伤害导致单眼视力丧失及任何一肢自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。单眼视力丧失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。

被保险人在 3 周岁之前因疾病导致单眼视力丧失不在保障范围内。

（六十五）肺淋巴管肌瘤病：指一种弥漫性肺部疾病，主要病理改变为肺间质、支气管、血管和淋巴管内出现未成熟的平滑肌异常增生，需同时满足下列条件：

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

（六十六）肺泡蛋白质沉积症：指肺泡和细支气管腔内充满不可溶性富磷脂蛋白的疾病，胸部 X 线呈双肺弥漫性肺部磨玻璃影，病理学检查肺泡内充满有过碘酸雪夫（PAS）染色阳性的蛋白样物质，并且接受了肺灌洗治疗。

（六十七）肌萎缩性（脊髓）侧索硬化症：指有肌肉无力及萎缩为特征，并有以下情况作为证明：脊髓前角细胞功能失调、可见的肌肉颤动、痉挛、过度活跃之深层肌腱反射和外部足底反射、影响皮质脊髓束、构音障碍及吞咽困难。必须由专科医生以适当的神经肌肉检查如肌电图（EMG）证实。本项疾病必须导致严重的生理功能损坏（由被保险人永久性无法独立完成最少 3 项基本日常生活活动作为证明）方能获得赔偿。

（六十八）严重川崎病：指原因不明的系统性血管炎，须满足下列所有条件：

- 1、超声心动图显示川崎病并发冠状动脉瘤或其他心血管异常；
- 2、已接受了针对川崎病并发冠状动脉瘤或其他心血管异常所进行的手术治疗。

（六十九）严重慢性缩窄性心包炎：指由于慢性心包炎症导致心包脏层和壁层广泛瘢痕粘连、增厚和钙化，心包腔闭塞，形成一个纤维瘢痕外壳，使心脏和大血管根部受压，阻碍心脏的舒张。被保险人被明确诊断为慢性缩窄性心包炎且必须满足以下所有条件：

- 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、实际接受了以下任何一种手术路径的心包剥脱或心包切除手术、胸骨正中切口、双侧前胸切口、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。

（七十）继发性肺动脉高压：指继发性肺动脉压力持续增高，导致右心室肥厚，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。诊断需要有心脏科专家确诊，并且心导管检查报告显示静息状态下肺动脉平均压超过 30mmHg。

（七十一）严重 I 型糖尿病：I 型糖尿病的特征为由于胰岛素分泌绝对不足引起严重胰岛素缺乏导致慢性血糖升高，需要依赖外源性胰岛素进行机体的葡萄糖代谢和维持生命。被保险人的 I 型糖尿

病必须明确诊断, 而且有血胰岛素测定及血 C 肽或尿 C 肽测定结果支持诊断, 并且满足下列全部条件:

- 1、已经持续性地接受外源性胰岛素注射治疗连续 180 天以上;
- 2、因需要已经接受了下列治疗:
 - ①因严重心律失常植入了心脏起搏器; 或
 - ②因坏疽自跖趾关节或以上切除了一趾或多趾。

(七十二) 严重冠状动脉粥样硬化性心脏病: 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。**

(七十三) 严重哮喘 (25 周岁前理赔): 指一种反复发作的严重支气管阻塞性疾病, 经我们认可的专科医生确诊, 且必须同时符合下列标准:

- 1、过去两年中曾因哮喘持续状态住院治疗, 并提供完整住院记录;
- 2、因慢性过度换气导致胸廓畸形;
- 3、在家中需要医生处方的氧气治疗法;
- 4、持续日常服用口服类固醇激素治疗持续至少六个月。

被保险人申请理赔时年龄必须在年满二十五周岁之前。

(七十四) 进行性核上性麻痹 (Steele-Richardson-Olszewski 综合征): 进行性核上性麻痹 (PSP) 又称 Steele-Richardson-Olszewski 综合征, 是一种少见的神经系统变性疾病, 以假球麻痹、垂直性核上性眼肌麻痹、锥体外系肌僵直、步态共济失调和轻度痴呆为主要临床特征。PSP 必须由三级甲等医院的神经内科专科医生确诊, 并且被保险人自主生活能力完全丧失, 无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(七十五) 严重肺源性心脏病: 指被保险人因慢性肺部疾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。

(七十六) 严重的骨髓增生异常综合征: 骨髓增生异常综合征 (myelodysplastic syndromes, MDS) 是起源于造血干细胞的一组异质性髓系克隆性疾病, 特点是髓系细胞发育异常, 表现为无效造血、难治性血细胞减少, 本合同所指的严重的骨髓异常增生综合征需满足下列所有条件:

- 1、由设有专门血液病专科的公立三级甲等医院血液病专科的主治级别以上的医师确诊;
- 2、骨髓涂片检查同时符合发育异常细胞比例 >10%、原始细胞比例 >15%;
- 3、已接受至少累计三十日的化疗或已接受骨髓移植治疗。**化疗日数的计算以被保险人实际服用、**

注射化疗药物的天数为准。

疑似病例不在保障范围之内。

（七十七）因器官移植导致艾滋病病毒感染或患艾滋病：指因进行器官移植而感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）或患艾滋病，且须满足下列全部条件：

- 1、在保障起始日或复效日之后，被保险人因治疗必需而实施器官移植，并且因器官移植而感染人类免疫缺陷病毒或患艾滋病；
- 2、提供器官移植治疗的器官移植中心或医院出具的此次因器官移植感染人类免疫缺陷病毒或患艾滋病，属于医疗事故的报告，或者法院终审裁定为医疗事故并且不准上诉；
- 3、提供器官移植治疗的器官移植中心或医院必须拥有合法经营执照。

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 感染或患艾滋病不在保障范围内。

（七十八）脊髓小脑变性症：脊髓小脑变性症为一组以小脑萎缩和共济失调为主要临床特点的疾病。必须符合所有以下条件：

- 1、脊髓小脑变性症必须由医院诊断，并有以下证据支持：

- （1）影像学检查证实存在小脑萎缩；
- （2）临床表现存在共济失调、语言障碍和肌张力异常。

- 2、被保险人运动功能严重障碍，自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

（七十九）婴儿进行性脊肌萎缩症：该病是累及脊髓前角细胞及延髓运动核的神经元退行性变性病。在出生后两年内出现的脊髓和脑干颅神经前角细胞进行性机能障碍，伴随肌肉无力和延髓机能障碍。

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

（八十）严重癫痫：本病的诊断须由神经科或儿科专科医生根据典型临床症状和脑电图及 MRI、PET、CT 等影相学检查做出。理赔时必须提供 6 个月以上的相关病历记录证明被保险人存在经抗癫痫药物治疗无效而反复发作的强直阵挛性发作或癫痫大发作，且已行神经外科手术以治疗反复发作的癫痫。

发热性惊厥以及没有全身性发作的失神发作（癫痫小发作）不在本保障范围内。

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

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

2、专科医师确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低常；

3、专职合格心理检测工作者适时做的心理检测证实被保险人智力低常（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。

（八十二）原发性脊柱侧弯的矫正手术：指被保险人因原发性脊柱侧弯，在本公司认可医院实际实施了对该病的矫正外科手术。但由于先天性脊柱侧弯以及其他疾病或意外导致的继发性脊柱侧弯而进行的手术治疗不属于本保障责任。

（八十三）脊柱裂：指脊椎或颅骨不完全闭合，导致脊髓脊膜突出，脑（脊）膜突出或脑膨出，并至少符合下列异常中的一项：

1、大小便失禁；

2、部分或完全性下肢瘫痪或畸形等神经学上的异常。

但不包括由X线摄片发现的没有合并脊椎脊膜突出或脑（脊）膜突出的隐形脊椎裂。

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

（八十四）弥漫性血管内凝血：指血液凝固系统和纤溶系统的过度活动导致微血管血栓形成、血小板及凝血因子耗竭和严重出血，需要输注血浆和浓缩血小板进行治疗。

（八十五）血管性痴呆：指由缺血性卒中、出血性卒中和造成记忆、认知和行为等脑区低灌注的脑血管疾病所致的严重认知功能障碍综合征。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，并且有完整的临床、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。

（八十六）额颞叶痴呆：指一组以额颞叶萎缩为特征的痴呆综合征，临床以明显的人格、行为改变和认知障碍为特征。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，并且有完整的临床、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。

（八十七）路易体痴呆：指一组在临床和病理表现上以波动性认知功能障碍、视幻觉和帕金森综合征为临床特点，以路易体为病理特征的神经变性疾病。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，并且有完整的临床、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。

（八十八）亚急性硬化性全脑炎：指一种以大脑白质和灰质损害为主的全脑炎。本病的发生是由于缺损型麻疹病毒慢性持续感染所致的一种罕见的致命性中枢神经系统退变性疾病。早期以炎症性病变为主，晚期主要为神经元坏死和胶质增生，核内包涵体是本病的特征性改变之一。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、语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
- 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。

（八十九）进行性风疹性全脑炎：指由风疹病毒感染引起的儿童和青少年的慢性脑炎。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、语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
- 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。

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

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

任何其它病因导致的继发性骨髓纤维化不在保障范围内。

（九十一）进行性多灶性白质脑病：是一种亚急性脱髓鞘性脑病，常常发现于免疫缺陷的病人。必须由神经科专科医生根据脑组织活检确诊。

（九十二）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，**被保险人理赔时年龄应在二十五周岁以下**，并且满足下列所有条件：

- 1、实验室检查确认有溶血性贫血、血尿、尿毒症、血小板减少性紫癜；
- 2、因肾脏功能衰竭实施了肾脏透析治疗。

任何非因感染导致的溶血性贫血，如：自身免疫性溶血性贫血、与红细胞膜缺陷有关的溶血性贫血、红细胞酶病、血红蛋白病等，不在本保障范围内。

（九十三）室壁瘤切除手术：被保险人被明确诊断为左室室壁瘤，并且实际接受了开胸开心进行的室壁瘤切除手术治疗。

经导管心室内成型手术治疗不在本保障范围内。

（九十四）湿性年龄相关性黄斑变性：指新生血管性年龄相关性黄斑变性或“渗出性”年龄相关性黄斑变性，发生脉络膜新生血管（CNV）异常生长穿透玻璃膜进入视网膜，新生血管渗漏，渗出及出血。该病必须由荧光素眼底血管造影检查提示黄斑区新生血管形成，并且必须由医院的眼科专科医生确诊为湿性年龄相关性黄斑变性，并且双眼中较好眼矫正视力低于 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）。

被保险人申请理赔时须提供近 3 个月内视力改变显示病情恶化的相关检查报告、诊断证明及病历报告。

（九十五）独立能力丧失：指疾病或外伤造成被保险人至少持续 6 个月以上完全无法独立完成全部六项基本日常生活活动。被保险人的日常生活活动能力丧失必须是永久性的。

（九十六）重症手足口病

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。经儿科专科医生确诊为患有手足口病，并伴有下列三项中的任意一项并发症：

- 1、有脑膜炎或脑炎并发症，且导致意识障碍或瘫痪的临床表现及实验室检查证据；
- 2、有肺炎或肺水肿并发症，且导致呼吸衰竭的临床表现及实验室检查证据；
- 3、有心肌炎并发症，且导致心脏扩大或心力衰竭的临床表现及实验室检查证据。

（九十七）侵蚀性葡萄胎（或称恶性葡萄胎）

指异常增生的绒毛组织浸润性生长浸入子宫肌层或转移至其他器官或组织的葡萄胎，并已经进行化疗或手术治疗的。

（九十八）小肠移植

指因肠道疾病或外伤，已经实施了在全身麻醉下进行的小肠的异体器官移植手术。此手术必须在专科医生认为是医疗必须的情况下进行。

（九十九）艾森门格综合征

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

- 1、平均肺动脉压高于 40mmHg；
- 2、肺血管阻力高于 3mm/L/min（Wood 单位）；
- 3、正常肺微血管楔压低于 15mmHg；

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

（一百）多处臂丛神经根性撕脱

由于疾病或意外导致至少两根臂丛神经根性撕脱，所造成的手臂感觉功能与运动功能完全永久性

丧失。该病须由医院专科医生明确诊断，并且有电生理检查结果证实。

(一百零一) 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。

(一百零二) 严重出血性登革热

指因出血性登革热出现全部四种症状，包括高烧、出血现象、肝肿大和循环衰竭（登革热休克综合征，即符合世界卫生组织 (WHO) 登革热第 III 级及第 IV 级）。出血性登革热的诊断必须由专科医生确诊。

非出血性登革热不在本保障范围内。

(一百零三) 自体造血干细胞移植

指由于患者罹患血液系统恶性肿瘤导致自身骨髓造血功能异常，为了达到治疗该血液肿瘤的目的，采集患者自身的一部分造血干细胞，分离并深低温保存再回输给患者，以重建患者的造血功能和免疫功能的一种治疗方式。该治疗必须是医疗必须的且已经由专科医生实施完成。

(一百零四) 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，并可累及大血管、神经系统、消化道、肺、肾等等。累及神经系统损害的白塞病称为神经白塞病。神经白塞病必须明确诊断，并且已经造成永久不可逆的神经系统功能损害。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续 180 天无法独立完成下列基本日常生活活动之一：

- 1、移动：自己从一个房间到另一个房间；
- 2、进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

(一百零五) 埃博拉病毒感染

指埃博拉病毒感染导致的烈性传染病，并须满足下列全部条件：

- 1、实验室检查证实埃博拉病毒的存在；
- 2、从发病开始有超过 30 天的进行性感染症状。

7.16 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，**不包括床位费等其他费用。**

7.17 既往症

指在本合同生效之前患有的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：

- 1、本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- 2、本合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；
- 3、本合同生效前发生，未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

7.18 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。

7.19 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、变形或染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定。

7.20 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。

在人体血液或其它样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

7.21 醉酒

指每百毫升血液的酒精含量大于或等于 80 毫克。

7.22 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。

7.23 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。

7.24 攀岩

指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

7.25 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。

7.26 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。

7.27 特技表演

指进行马术、杂技、驯兽等表演。

7.28 职业病

指企业、事业单位和个体经济组织的劳动者在职业活动中，因接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害物质等因素而引起的疾病。职业病的认定需遵循《中华人民共和国职业病防治法》中的相关规定及鉴定程序。

7.29 医疗事故

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

7.30 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。

7.31 无合法有效驾驶证驾驶

指下列情形之一：

- 1、没有取得驾驶资格；
- 2、驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
- 3、持审验不合格的驾驶证驾驶；
- 4、未经公安交通管理部门同意，持未审验的驾驶证驾驶；
- 5、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；
- 6、公安交通管理部门规定的其他无有效驾驶证驾驶的情形。

7.32 无有效行驶证

指下列情形之一：

- 1、无公安交通管理部门核发的行驶证、号牌或有效的临时号牌等；
- 2、机动车被依法注销登记的；
- 3、未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

7.33 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。

7.34 未到期净保险费

其计算公式为 $\text{保险费} \times (1-35\%) \times (1-m/n)$ ，其中， m 为已生效天数， n 为保险期间的天数，已生效天数不足一天的按一天计，已生效天数是指本合同从生效之日至终止之日实际经过的天数。

附表：保障计划表

单位：人民币元

保障计划		计划 A	计划 B
年度保险金赔付限额	一般医疗保险金	100 万	200 万
	重大疾病医疗保险金	100 万	200 万
	质子重离子医疗保险金	100 万	100 万
一般医疗保险金年免赔额		8,000/10,000/20,000	
重大疾病医疗保险金、质子重离子医疗保险金年免赔额		0	
赔付比例	有基本医疗保险 或公费医疗但未报销	60%	
	质子重离子 医疗保险金	100%	
	其他情况	100%	
保障项目		保险金赔付限额	
一般医疗保险金	住院医疗费用	同年度保险金赔付限额	
	特殊门诊医疗费用		
	住院前后门急诊费用		
重大疾病医疗保险金	重大疾病住院 医疗费用	同年度保险金赔付限额	
	重大疾病特殊门诊 医疗费用		
	重大疾病住院前后门 急诊费用		
质子重离子 医疗保险金	质子重离子医疗费用	同年度保险金赔付限额	