华泰财险个人医疗费用保险（E 款）条款

注册号：C00015432512021101400723

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 ……2.5
- ❖ 您有退保的权利 ……5.2

☞ 您应当特别注意的事项

- ❖ 本合同有等待期的约定，请您注意 ……2.3
- ❖ 本合同有责任免除条款，请您注意 ……2.6
- ❖ 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 ……5.2
- ❖ 您有如实告知的义务 ……6.1
- ❖ 本合同对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请您注意 ……7
- ❖ 本合同有重大疾病定义的约定，请您注意 ……7.14
- ❖ 本合同有恶性肿瘤——重度定义的约定，请您注意 ……7.14.1

☞ 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、四级目录)

1. 您与我们订立的合同
1.1 合同构成
1.2 合同成立与生效
1.3 被保险人
1.4 投保人
2. 我们提供的保障
2.1 保险金额
2.2 保险期间
2.3 等待期
2.4 不保证续保
2.5 保险责任
2.6 责任免除
2.7 免赔额
2.8 补偿原则和赔付标准
3. 保险金的申请
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. 保险费的支付
4.1 保险费的支付
5. 合同的终止、解除
5.1 合同的自动终止
5.2 合同的解除
6. 其他需要关注的事项
6.1 明确说明与如实告知
6.2 我们合同解除权的限制
6.3 年龄错误
6.4 联系方式变更
6.5 合同内容变更
6.6 职业或工种的变更
6.7 争议处理
6.8 法律适用
7. 释义
7.1 意外伤害
7.2 疾病
7.3 周岁
7.4 指定医疗机构
7.5 住院
7.6 必需且合理的住院医疗费用
7.7 床位费
7.8 膳食费
7.9 护理费
7.10 检查检验费
7.11 治疗费
7.12 药品费
7.13 手术费
7.14 重大疾病
7.15 化学疗法
7.16 放射疗法
7.17 肿瘤免疫疗法
7.18 肿瘤内分泌疗法
7.19 肿瘤靶向疗法
7.20 初次确诊
7.21 实际住院天数
7.22 同一次住院
7.23 毒品
7.24 机动车
7.25 酒后驾驶
7.26 无合法有效驾驶证驾驶
7.27 无合法有效行驶证
7.28 既往症
7.29 症状
7.30 体征
7.31 潜水
7.32 攀岩
7.33 武术比赛
7.34 特技表演
7.35 探险
7.36 感染艾滋病病毒或患艾滋病
7.37 遗传性疾病
7.38 先天性畸形、变形或染色体异常
7.39 未满期保险费
7.40 有效身份证件
7.41 组织病理学检查
7.42 ICD-10
7.43 ICD-O-3
7.44 TNM 分期
7.45 甲状腺癌的 TNM 分期
7.46 专科医生
7.47 肢体
7.48 肌力
7.49 语言能力完全丧失或严重咀嚼吞咽功能障碍
7.50 六项基本日常生活活动
7.51 永久不可逆
7.52 美国纽约心脏病学会（New York Heart Association，NYHA）

心功能状态分级
7.53 恶性肿瘤新特药靶向治疗
7.54 实体瘤治疗疗效评价标准（RECIST 评价标准）
7.55 我们指定的药品清单
7.56 我们认可的社会药房
7.57 第三方服务商
7.58 购药凭证
7.59 我们指定或认可的慈善机构

华泰财险个人医疗费用保险（E 款）条款

“华泰财险个人医疗费用保险”简称“医疗费用保险”。在本保险条款中，“您”指投保人，“我们”指华泰财产保险有限公司，“本合同”指您与我们之间订立的“华泰财险个人医疗费用保险合同”。

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	被保险人	本合同接受的初次投保年龄范围为出生满 30 天（含）至 65 **周岁**（含）。 被保险人应当为身体健康，能正常工作、正常生活的自然人。
1.4	投保人	您作为本合同的投保人，应为中华人民共和国境内（不含港澳台地区）具有完全民事行为能力的被保险人本人或对被保险人具有保险利益的具有完全民事行为能力的其他人。

2. 我们提供的保障

2.1	保险金额	保险金额是我们承担赔偿或给付保险金责任的最高限额。本合同的一般医疗保险金额、重大疾病医疗保险金额、医疗机构外恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗保险金额、重大疾病住院津贴保险金额由您在投保时与我们约定，并在保险单中载明。 医疗机构外恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗保险金额与重大疾病医疗保险金额共用保险金额。 一般医疗保险金额、重大疾病医疗保险金额、医疗机构外恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗保险金额的累计赔偿金额不能超过年度累计保险金额，年度累计保险金额由您在投保时与我们约定，并在保险单中载明。 保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。
2.2	保险期间	本合同的保险期间为一年，保险期间在保险单上载明。
2.3	等待期	等待期是指本合同生效后我们不承担保险责任的一段时间。具体天数由我们和您在投保时约定并在保险单上载明。 在等待期内发生因**意外伤害**之外的其他原因导致保险事故的，我们不承担给付保险金的责任。 符合以下情形之一的无等待期： （1）您在本合同保险期间届满前重新为被保险人向我们申请投保本产品而获得的新的保险合同； （2）被保险人因遭受**意外伤害**事故导致必需且合理的医疗费用或者住院的。
2.4	不保证续保	本合同为不保证续保合同。 本产品的保险期间为一年。保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

2.5	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：
2.5.1	一般医疗保险金	被保险人因遭受**意外伤害**事故或在等待期届满后因非意外伤害的原因，在我们**指定医疗机构**具有合法资质的**专科医生初次确诊**罹患**疾病**，导致其在我们**指定医疗机构**接受治疗的，我们对于被保险人因接受前述治疗支付的下述 2.5.1.1-2.5.1.4 类费用，依照本合同的约定承担给付一般医疗保险金的责任：
2.5.1.1	住院医疗费用	被保险人**住院**期间发生的应当由被保险人支付的、**必需且合理的住院医疗费用**，包括**床位费**、**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**。 如果在本合同约定的保险期间届满之日，被保险人仍未结束本次住院治疗的，对于自本合同保险期间届满之日起 30 日内（含第 30 日）因本次住院治疗发生的必需且合理的住院医疗费用，我们继续承担保险责任。
2.5.1.2	特殊门诊医疗费用	被保险人在门诊（不含特需门诊）接受下述特殊治疗期间发生的应当由被保险人支付的、必需且合理的如下特殊门诊医疗费用： （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。
2.5.1.3	门诊手术医疗费用	被保险人接受门诊手术治疗期间发生的应当由被保险人支付的、必需且合理的门诊手术费用。
2.5.1.4	住院前后门急诊医疗费	在本合同约定的保险期间内，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）内，因与本次**住院**相同原因而接受门急诊治疗时，被保险人在接受门急诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的、必需且合理的门急诊医疗费用（但不包括本合同第 2.5.1.2 和 2.5.1.3 项约定的特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用）。 我们对于以上四类费用的累计赔偿金额以本合同约定的一般医疗保险金的保险金额为限，一次或累计赔偿的金额达到保险单载明的一般医疗保险金额时，我们对被保险人在一般医疗保险金项下保险责任终止。
2.5.2	重大疾病医疗保险金	被保险人因遭受**意外伤害**事故或在**等待期**届满后因非意外伤害的原因，在我们**指定医疗机构**具有合法资质的**专科医生初次确诊**罹患本合同约定的**重大疾病**，在我们**指定医疗机构**接受治疗的，且该治疗的主要诊断为本合同所定义的**重大疾病**，对被保险人因治疗**重大疾病**而发生的符合通常惯例的、医学必须且合理的医疗费用，我们首先按照本合同第 2.5.1 的约定承担给付一般医疗保险金的保险责任，当我们累计给付金额达到一般医疗保险金的保险金额后，我们针对被保险人剩余的医疗费用，再对下述 2.5.2.1-2.5.2.4 类费用，按照本合同的约定承担给付重大疾病医疗保险金的责任：

2.5.2.1 重大疾病住院医疗费用

被保险人**住院**期间发生的应当由被保险人支付的、**必需且合理的住院医疗费用**，包括**床位费**、**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**。

如果在本合同约定的保险期间届满之日，被保险人仍未结束本次住院治疗的，对于自本合同保险期间届满之日起 30 日内（含第 30 日）因本次住院治疗发生的**必需且合理的住院医疗费用**，我们继续承担保险责任。

2.5.2.2 重大疾病特殊门诊医疗费用

被保险人在门诊（不含特需门诊）接受下述特殊治疗期间发生的应当由被保险人支付的、必需且合理的如下特殊门诊医疗费用：

（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。

2.5.2.3 重大疾病门诊手术医疗费用

被保险人接受门诊手术治疗期间发生的应当由被保险人支付的、必需且合理的治疗**重大疾病**门诊手术费用。

2.5.2.4 重大疾病住院前后门急诊医疗费用

在本合同约定的保险期间内，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）内，因与本次**住院**相同原因而接受**重大疾病**门急诊治疗时，被保险人在前述医疗机构接受门急诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的、必需且合理的治疗**重大疾病**门急诊医疗费用（但不包括本合同第 2.5.2.2 和 2.5.2.3 项约定的重大疾病特殊门诊医疗费用和重大疾病门诊手术医疗费用）。

我们对于以上四类费用的累计赔偿金额以本合同约定的重大疾病医疗保险金的保险金额为限，一次或累计赔偿的金额达到保险单载明的重大疾病医疗保险金额时，我们对被保险人在重大疾病医疗保险金项下保险责任终止。

2.5.3 医疗机构外恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗保险金

被保险人在等待期届满后，在我们**指定医疗机构**具有合法资质的**专科医生初次确诊**罹患本合同约定的**恶性肿瘤——重度**，对于被保险人遵医嘱或处方在医疗机构外的、**我们认可的社会药房**购买治疗该恶性肿瘤的必需且合理的在**我们指定的药品清单**中的**恶性肿瘤新特药靶向治疗**（**我们指定的药品清单**在保险单中载明）的药品费用（须按照保险单载明的购药申请、药品处方审核、药品自取、送药上门服务及援助赠药申请流程进行），在保险单载明的约定的治疗期间内，我们首先在本合同约定的一般医疗保险金额内依照下列约定予以给付，当保险人累计给付金额达到一般医疗保险金额后，保险人依照下列约定继续承担给付医疗机构外恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗保险金的责任。

被保险人每次在医疗机构外**恶性肿瘤新特药靶向治疗**的取药量不能超过 30 天（1 个月）用量，但若保险单载明了特别指定购药数量的，则以保险单载明的特别指定购药数量为准。

本合同约定的**我们认可的社会药房**以《网络药房列表》形式在保险单中

载明，将及时向您和被保险人予以通报，您、被保险人亦可登陆我们指定的网站或致电查询相关信息。

我们对于医疗机构外恶性肿瘤新特药靶向治疗药品费用的累计赔偿金额之和以本合同约定的医疗机构外恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗保险金额为限，在保险单载明的约定治疗期间内，一次或累计赔偿的金额达到本合同约定的医疗机构外恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗保险金额时，保险人向被保险人给付医疗机构外恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗保险金的保险责任终止。

如果在本合同约定的保险期间届满之日，被保险人医疗机构外**恶性肿瘤新特药靶向治疗**仍未结束的，除另有约定外，我们对于被保险人在保险期间发生的该恶性肿瘤新特药靶向治疗继续承担赔偿医疗机构外恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗保险金的责任，并以**初次确诊**罹患该恶性肿瘤之日起一定时期为限。具体期限由您和我们协商确定并在保险单中载明。

被保险人申请索赔的恶性肿瘤新特药如果在**我们指定的药品清单**中有慈善赠药援助用药项目的，被保险人必须按保险单约定的援助赠药申请流程进行慈善援助用药申请。

若被保险人用药时长符合**我们指定或认可的慈善机构**援助项目申请条件，我们将通知被保险人并安排我们指定的**第三方服务商**协助被保险人进行申请材料准备，被保险人须提供申请援助项目合理且必须的材料。援助项目经**我们指定或认可的慈善机构**审核通过后，被保险人须到援助项目指定的药房领取援助药品；若被保险人未通过援助项目审核，我们按照本合同约定给付医疗机构外恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗保险金。

若被保险人通过援助用药申请可以使用慈善赠药治疗但因被保险人原因未领取援助药品或坚持自付费购药的，视为被保险人自愿放弃本合同项下适用的保险权益，我们不承担赔偿恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗保险金的责任。

2.5.4 重大疾病住院津贴保险金

被保险人因遭受**意外伤害**事故或在**等待期**届满后因非意外伤害原因，在我们**指定医疗机构**具有合法资质的**专科医生初次确诊**罹患本合同约定的**重大疾病**，导致其在我们**指定医疗机构**必须**住院**治疗的，我们按照被保险人每次**实际住院天数**扣除本合同约定的免赔天数后，乘以本合同约定的每日重大疾病住院津贴金额给付重大疾病住院津贴保险金，具体公式计算如下：

重大疾病住院津贴保险金=（每次实际住院天数-免赔天数）×每日重大疾病住院津贴金额

在本合同保险期间内，我们对**同一次住院**给付重大疾病住院津贴保险金日数以90日为上限。我们累计给付重大疾病住院津贴保险金日数达到180日时，我们对被保险人在重大疾病住院津贴保险金项下的保险责任终止。

2.6 责任免除

出现下列情形之一导致被保险人发生保险事故，我们不承担保险金给付责任：

（1）被保险人故意或因重大过失在投保时未如实告知的情形；

（2）被保险人在本合同生效前罹患的、合同生效时尚未治愈的**既往症；**

（3）被保险人在本合同生效前或者等待期内罹患疾病或接受检查或治疗，在等待期内或等待期届满后确诊的疾病；

（4）被保险人患有先天性疾病未治愈的；

（5）被保险人罹患精神和行为障碍，**遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常**（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）；

（6）被保险人在**感染艾滋病病毒或患艾滋病**期间内发生的保险事故（因本合同约定的职业关系、输血感染或器官移植导致的**感染艾滋病病毒或患艾滋病**除外）。

因下列原因之一导致被保险人发生保险事故的，我们不承担保险金给付责任：

（1）被保险人购买使用的恶性肿瘤新特药超过其药品使用说明书的适应症（包括被保险人罹患的恶性肿瘤类型或其基因靶点检测结果不符合使用该药物的要求）；

（2）被保险人使用恶性肿瘤新特药，按照**实体瘤治疗疗效评价标准（RECIST 评价标准）**诊断，被保险人恶性肿瘤有进展对该药物已耐药；

（3）被保险人购买恶性肿瘤新特药无医生的医嘱或处方；

（4）被保险人接受矫形、视力矫正手术、美容、变性手术、整容手术、与代谢综合征相关手术、牙科治疗、牙科保健，但因意外事故所致的以减轻被保险人疼痛为目的或者保障被保险人生命安全的紧急牙科治疗不受此限；

（5）被保险人怀孕（含宫外孕）、流产、保胎、分娩（含剖腹产）、避孕、绝育手术、治疗不孕不育症、人工受孕及由此导致的并发症；

（6）康复治疗或训练、休养或疗养、健康体检、非处方药物、保健食品及用品、各种康复治疗器械、眼镜、假体、义肢、义齿、义眼、助听器、自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械；

（7）被保险人因包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍、性早熟、发育迟缓治疗发生的医疗费用；

（8）投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；

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

（10）被保险人故意自伤；

（11）因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；

（12）被保险人**酒后驾驶机动车**或非机动车类的摩托车、电动自行车；被保险人**无合法有效驾驶证驾驶**或者驾驶**无合法有效行驶证**的**机动车**；

（13）被保险人醉酒，服用、吸食或注射**毒品**，或未遵医嘱，擅自服用、涂用、注射药物；

（14）被保险人从事职业运动或可获得报酬的运动或竞技，在训练或比赛中受伤；

（15）被保险人从事或参加高风险运动，如：**潜水**、滑水、冲浪、赛艇、漂流、跳伞或其他高空运动、蹦极、乘坐或驾驶商业民航班机以外的飞行器、**攀岩**、攀登海拔 3500 米以上的独立山峰、滑雪、**武术比赛**、摔跤、马术、赛马、赛车、**特技表演**（含训练）、替身表演（含训练）、脱险表演（含训练）、**探险**或考察活动（洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等）；

（16）战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱；

（17）核爆炸、核辐射或者核污染。

下列损失、费用和责任，我们不承担保险金给付责任：

（1）被保险人在我们**指定医疗机构**外产生的任何费用，但本合同另有约定或被保险人因情况紧急必须立即就医的除外；

（2）被保险人在初次投保的本合同生效或非有效续保的合同起保之日起 120 日内（含第 120 日）出现扁桃腺、甲状腺、疝气、女性乳腺、女性生殖系统疾病的**症状**、**体征**或接受检查与治疗，在此 120 日内或在此 120 日后确诊扁桃腺、甲状腺、疝气、女性乳腺、女性生殖系统疾病；

（3）被保险人未在**我们认可的社会药房**购买的恶性肿瘤新特药而产生的费用；

（4）被保险人用于购买不符合相关法律法规或监管规定的要求，或不具备中华人民共和国药品监督管理部门等相关管理部门要求具备、符合的资质而产生的恶性肿瘤新特药的费用；

（5）被保险人在医疗机构外购买使用的恶性肿瘤新特药不在保险单载明的恶性肿瘤新特药的清单范围内而产生的费用；

（6）被保险人在医疗机构外购买恶性肿瘤新特药时未提交购药申请或者申请审核未通过，自行购买恶性肿瘤新特药而产生的费用；

（7）被保险人在医疗机构外购买恶性肿瘤新特药时，被保险人用药时长符合援助用药项目申请条件，但因被保险人未提交相关申请或者提交的申请材料不全，导致援助项目申请未通过而发生的自付费药品费用；

（8）被保险人在医疗机构外购买恶性肿瘤新特药时，被保险人通过援助用药申请但因被保险人原因未领取援助药品或坚持自付费购药的，其自付费购药产生的费用。

若由于本合同中责任免除情形导致被保险人身故的，我们对被保险人在本合同项下的保险责任终止，除法律规定不退还保险费的情形外，我们退还相应的**未满期保险费**。

2.7 免赔额

本合同中所指免赔额均为年免赔额，指一个保单年度内，应由被保险人自行承担，本合同不予赔付的部分。本合同中一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金和恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗保险金共用同一个免赔额，并在保险单中载明。

以下可以计入年免赔额的范围：

（1）被保险人从其它商业性费用补偿型医疗保险获得的医疗费用补偿；

（2）除基本医疗保险和公费医疗保障以外，被保险人从其他途径获得的医疗费用补偿；

注：被保险人通过基本医疗保险和公费医疗保障获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

若被保险人因遭受**意外伤害**事故或在**等待期**届满后因非意外伤害的原因，在我们**指定医疗机构**具有合法资质的**专科医生初次确诊**罹患**重大疾病**且在我们**指定医疗机构**接受**住院**治疗的，对于自**初次确诊**罹患**重大疾病**之日起所发生的符合本合同约定的全部重大疾病医疗费用，我们在给付保险金时，不再扣除免赔额。

若被保险人在等待期届满后经我们**指定医疗机构**具有合法资质的**专科医生初次确诊**罹患**恶性肿瘤——重度**且被保险人遵医嘱或处方在医疗机构外、**我们认可的社会药房**购买治疗该恶性肿瘤新特药，对于自确诊该恶性肿瘤之日起所发生的符合本合同约定的全部医疗机构外恶性肿瘤新特药靶向治疗药品费用，我们在给付保险金时，不再扣除免赔额。

您在本合同保险期间届满前重新为被保险人向我们申请投保本产品而获得的新的保险合同的，若被保险人在本产品以往保险期间内已**初次确诊**罹患**重大疾病**且接受**住院**治疗的，对于本合同保险续保期间内发生的符合本合同约定的重大疾病医疗费用，保险人在给付保险金时，不再扣除免赔额。

2.8 补偿原则和赔付标准

本合同第 2.5.1、2.5.2 和 2.5.3 项保险责任适用医疗费用补偿原则。我们按如下约定给付医疗保险金：

（1）若被保险人未从社会医疗保险、公费医疗、其它商业性费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构、其他责任方获得医疗费用补偿，我们按如下公式根据本合同的约定给付医疗保险金：

医疗保险金=（被保险人实际支出的符合本合同相关约定的医疗费用-免赔额）×赔付比例

免赔额及赔付比例在保单中载明，累计给付金额以保险单载明的相应保险金额为限。

（2）若被保险人已从社保医疗保险、公费医疗、其它商业性费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构、其他责任方获得医疗费用补偿（以下简称已获得的医疗费用补偿），我们按如下公式根据本合同的约定给付医疗保险金：

医疗保险金=（被保险人实际支出的符合本合同相关约定的医疗费用-已获得的医疗费用补偿-免赔额）×赔付比例

保险金额、免赔额及赔付比例在保险单中载明，且该赔付比例应高于前述未从基本医疗保险等途径获得补偿时的赔付比例。

（3）社保卡的个人账户支出部分视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

（4）被保险人以参加社会医疗保险身份投保，但未以参加社会医疗保险身份就诊并结算或结算金额为 0 的，我们按如下公式根据本合同的约定给付医疗保险金：

医疗保险金=（被保险人实际支出的符合本合同相关约定的医疗费用-已获得的医疗费用补偿-免赔额）×赔付比例。

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发生后，应当及时通知我们，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。 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的除外。
3.3	保险金申请	保险金申请人向我们申请给付保险金时，应提供如下材料：
3.3.1	通用理赔材料	（1）保险金给付申请书； （2）保险合同； （3）被保险人及申请人的**有效身份证件**； （4）支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括但不限于指定医疗机构出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查、化验检查报告、手术记录、医疗费用发票原件、费用明细清单等。意外事故，需提供意外事故证明；交通事故需提供交通事故责任认定书，驾驶机动车的需提供有效驾驶证和行驶证； （5）申请人所能提供的其他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； （6）若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件； （7）若保险金申请人为被保险人的监护人时，还需提供能够证明监护关系的证明文件； （8）被保险人继承人作为保险金申请人索赔时，需提供公安局户籍单位出具的能够证明继承关系的相关材料。对于继承权或继承份额有争议的，继承人还需提供已生效的法院判决或仲裁裁决。 保险金申请人未能提供有关材料，导致我们无法核实该申请的真实性的，我们对无法核实部分不承担给付保险金的责任。 在我们的理赔审核过程中，基于理赔需要，我们有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。此外，我们应有权在法律允许情况下，要求尸检。此类检验费用由我们承担。
3.3.2	医疗机构外恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗保险金特殊理赔材料及流程	（1）特殊理赔材料： ①服务知情同意书； ②理赔授权委托书；（仅限于被保险人医疗机构外购药费用由**我们认可的社会药房**垫付药品费用时使用） ③药品协助购买服务完成确认书； ④我们、我们指定的**第三方服务商**与被保险人依法签订的其他协议、法律文件；

⑤恶性肿瘤新特药药品处方、药品发票、药品清单。

（2）医疗机构外恶性肿瘤新特药的处方审核及购药流程：

被保险人在符合本合同 2.5.3 约定保险责任内，须按照以下流程进行购药申请、药品处方审核、药品自取、送药上门服务及援助赠药申请：

① 购药申请：

在**我们认可的社会药房**（以《网络药房列表》形式在保险单中载明）购买保险单中载明的药品清单中的药品，必须先进行购药申请。被保险人作为申请人向我们提交恶性肿瘤新特药药品购药申请，并按照我们的要求提交相关申请材料，主要包括与被保险人相关的个人信息、我们**指定医疗机构**具有合法资质的专科医生**初次确诊**罹患恶性肿瘤的诊断证明（包含确诊日期）、与诊断证明相关的检查检验报告、药品处方及其他所需要的医学材料。

如果申请人未提交购药申请或者申请审核未通过，我们不承担赔偿恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗保险金的责任。

② 药品处方审核（处方审核时效在保险单中载明）

在**我们认可的社会药房**（以《网络药房列表》形式在保险单中载明）购买保险单中载明的恶性肿瘤新特药清单中的药品，必须先进行药品处方审核。我们安排指定的**第三方服务商**（具体服务商在保险单中载明）进行药品处方审核。在药品处方审核中，申请人提交的与被保险人相关的医学材料，不足以支持药品处方审核要求的，或者上述医学材料中相关的检查检验报告结果，不支持药品处方开具的，我们有权要求被保险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未经**第三方服务商**及我们审核通过，我们不承担赔偿恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗保险金的责任。

③ 药品自取、送药上门服务

送药上门服务仅限在**我们认可的社会药房**购买我们指定的药清单中的药品。

药品处方经我们指定的**第三方服务商**审核通过后，申请人必须从**我们认可的社会药房**（以《网络药房列表》形式在保险单中载明）中选定购药药房，经我们指定的**第三方服务商**提供**购药凭证**后，申请人必须在**购药凭证**生成后的 30 日（含）内完成到店自取或送药上门服务预约，取药时需提供药品处方、**购药凭证**、被保险人的有效身份证件。每次取药量不能超过 30 天（1 个月）用量（或者保险单载明的特别约定购药数量）。

④ 援助用药申请

被保险人申请索赔的恶性肿瘤新特药如果在保险单载明的药清单中有慈善赠药援助用药项目的，必须进行慈善援助用药申请。

若被保险人用药时长符合**我们指定或认可的慈善机构**援助项目申请条件，我们将通知被保险人并安排我们指定的**第三方服务商**协助被保险人进行申请材料准备，被保险人须提供申请援助项目合理且必须的材料。援助项目经**我们指定或认可的慈善机构**审核通过后，被保险人须到援助项目指定的药房领取援助药品；若被保险人未通过援助项目审核，被保险人须按照上述第②条药品处方审核的约定重新进行药品处方审核。

若被保险人通过援助用药申请可以使用慈善赠药治疗但因被保险人原因

未领取援助药品或坚持自付费购药的，视为被保险人自愿放弃本合同项下适用的保险权益，我们不承担给付恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗保险金的责任。

⑤ 费用结算

申请人在**我们认可的社会药房**（以《网络药房列表》形式在保险单中载明）购药，可选择自付药品费用，申请人自付药品费用在完成前述购药流程后，由被保险人按照正常保险金申请理赔流程向我们申请赔付。申请人选择由**我们认可的社会药房**（以《网络药房列表》形式在保险单中载明）垫付药品费用的，我们与该药房直接结算药品费用，视为我们已承担给付恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗保险金的责任。

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，会及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定，但保险合同另有约定的除外。

对属于保险责任的，我们在与被保险人或受益人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行给付保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，我们应当按照约定履行给付保险金义务。

对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起 3 日内向被保险人或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

申请人向我们请求给付保险金的诉讼时效依据中华人民共和国（不含港澳台地区）相关法律规定处理。

4. 保险费的支付

4.1 保险费的支付

本合同保险费根据投保年龄、有无社保和所选保障计划等确定。您须按合同约定支付保险费。本合同保险费支付方式由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。

若您选择一次性支付保险费的，您应当在本合同成立时一次性缴清保险费。

您若未按约定足额交纳保险费，本合同不生效，对本合同生效之日前发生的保险事故，我们不承担相应的保险责任。

若您选择分期支付保险费的，您应当在每个保险费约定支付日交纳各期对应的保险费。

如您未在投保时支付首期保险费的，本合同不生效。对本合同生效之日前发生的保险事故，我们不承担保险责任。

您支付首期保险费后，如您未按照本合同约定的付款期限足额缴付当期保险费，且超过本合同约定的付款宽限期（具体宽限期在保险单中载明）仍未足额补缴当期保险费的，则本合同自动终止。

若您未按照约定支付分期保费，且本合同终止前发生保险事故的，我们扣减欠缴的保险费后按照本合同约定承担保险责任；对于本合同终止后发生的保险事故，我们不承担保险责任。

5. 合同的终止、解除

5.1 合同的自动终止

发生下列情形时，本合同自动终止：

（1）保险合同期满；

（2）被保险人死亡；

（3）被保险人不再满足本合同的投保资格要求，但被保险人在保险期间起始日满足年龄资格要求的，在保险期间内保险责任不因其年龄的改变而自动终止。

5.2 合同的解除

在本合同成立后，您可以书面形式通知我们解除合同，但我们已根据本合同约定给付保险金的除外。

您解除本合同时，应提供下列证明文件和资料：

（1）保险合同解除申请书；

（2）保险合同；

（3）您的**有效身份证件**。

您要求解除本合同，自我们收到保险合同解除申请书之时起，本合同的效力终止。我们收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还**未满期保险费**。

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 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**

期保险费。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。若在补足保险费之前已经发生保险事故，我们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无息退还给您。

6.4 **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。

6.5 **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。

6.6 **职业或工种的变更**

被保险人变更其职业或工种时，您或被保险人应于三十日内以书面形式通知我们。若被保险人所变更的职业或者工种依照我们职业分类在拒保范围内的，我们对该被保险人所负保险责任自其职业或工种变更之日起终止，并按日计算退还**未满期保险费**，本合同终止。变更之日后发生保险事故的，我们不承担给付保险金的责任。

被保险人所变更的职业或工种依照我们职业分类在承保范围内，依照我们职业分类其危险程度增加而未依前项约定通知而发生保险事故的，我们按其原收保险费与应收保险费的比例计算并给付保险金。

6.7 **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，提交本合同约定的仲裁委员会仲裁；

（2）因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，依法向有管辖权的人民法院起诉。

6.8 **法律适用**

与本合同有关的以及履行本合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不含港澳台地区）。

7. 释义

7.1 **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。自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。

7.2	疾病	是指本合同签发之日起，经等待期后被保险人所患疾病或症状，但不包括本合同生效前、等待期内已接受或曾被医生建议需采取诊疗措施的任何疾病或症状。
7.3	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。
7.4	指定医疗机构	是指经中华人民共和国境内（不含港、澳、台地区）卫生部门审核认定的二级或以上的公立医院或保险人认可的医疗机构，且仅限于上述医疗机构的普通部，不包括如下机构或医疗服务： (1) 特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 部、联合医院； (2) 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构； (3) 休养、戒酒、戒毒中心。 该医疗机构必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。
7.5	住院	是指被保险人因意外伤害或疾病而入住指定医疗机构之正式病房接受全日 24 小时监护治疗的过程，并正式办理入出院手续。但不包括下列情况： （1）被保险人在指定医疗机构的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住； （2）被保险人在特需病房、外宾病房或其它不属于社会医疗保险范畴的高等级病房入住； （3）被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗； （4）被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或一天内住院不满二十四小时；但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外； （5）被保险人住院体检； （6）挂床住院及其他不合理的住院。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。具体表现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。
7.6	必需且合理的住院医疗费用	（1）符合通常惯例：指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的费用。 对是否符合通常惯例由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。 （2）医学必需：指医疗费用符合下列所有条件： ①治疗意外伤害或者疾病所必需的项目； ②不超过安全、足量治疗原则的项目； ③由医生开具的处方药； ④非试验性的、非研究性的项目； ⑤与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。 对是否医学必需由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

7.7	床位费	指被保险人使用的医院床位的费用。
7.8	膳食费	指实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用，但不包括购买的个人用品的费用。
7.9	护理费	指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。
7.10	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、便常规检验费等医疗检验费用。
7.11	治疗费	指以治疗疾病为目的，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，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。
7.12	药品费	指实际发生的必需且合理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、复方中药或中成药品，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。
7.13	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。
7.14	重大疾病	本合同所保障的重大疾病，其中第7.14.1至7.14.28条的重大疾病是指中国保险行业协会和中国医师协会颁布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020年修订版）》（以下简称“《规范》”）规定的重度疾病，且疾病名称和定义与《规范》一致；第7.14.29 至7.14.100条重大疾病为《规范》规定范围之外的疾病。 重大疾病的名称及定义如下：
7.14.1	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 $T_1N_0M_0$ 期或更轻分期的前列腺癌；

（4）黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

（5）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

（6）相当于 Ann Arbor 分期方案Ⅰ期程度的何杰金氏病；

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

7.14.2 **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。

7.14.3	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。
7.14.4	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。
7.14.5	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。
7.14.6	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。
7.14.7	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。
7.14.8	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。
7.14.9	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）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）。

7.14.10	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。
7.14.11	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。
7.14.12	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。
7.14.13	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。 本保障仅对 3 **周岁**以上的被保险人予以理赔。先天性疾病所致的听力丧失不在本保障范围内。
7.14.14	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。 本保障仅对 3 **周岁**以上的被保险人予以理赔。先天性疾病所致的视力丧失不在本保障范围内。

7.14.15	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。
7.14.16	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。
7.14.17	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。
7.14.18	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。
7.14.19	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。
7.14.20	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。
7.14.21	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。

7.14.22	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。
7.14.23	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。 本保障仅对 3 **周岁**以上的被保险人予以理赔。先天性失聪导致的语言能力丧失不在本保障范围内。
7.14.24	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≥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<0.5×10^9/L； ②网织红细胞计数<20×10^9/L； ③血小板绝对值<20×10^9/L。
7.14.25	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。
7.14.26	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（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（PaO_2）＜50mmHg。
7.14.27	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，且已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。
7.14.28	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瘘术。

7.14.29	严重心肌病	指不明原因引起的一类心肌病变，包括原发性扩张型心肌病、原发性肥厚型心肌病及原发性限制型心肌病三种，病变必须已造成事实上心室功能障碍而出现明显的心功能衰竭（**美国纽约心脏病学会心功能状态分级**达Ⅳ级），且有相关住院医疗记录显示Ⅳ级心功能衰竭状态持续至少 180 天。 本病须经**专科医生**明确诊断。继发于全身性疾病或其他器官系统疾病造成的心肌病变不在保障范围内。
7.14.30	严重冠心病	指经冠状动脉造影检查结果明确诊断为三支主要血管严重狭窄性病变（至少一支血管管腔直径减少 75％以上和其他两支血管管腔直径减少 60％以上）。冠状动脉的主要血管指左冠状动脉主干、前降支、左旋支及右冠状动脉。 前降支、左旋支及右冠状动脉的分支血管的狭窄不作为本保障的衡量指标。
7.14.31	严重心肌炎	指被保险人因严重心肌炎症性病变导致心功能损害造成持续的**永久不可逆**性的心功能衰竭。必须满足下列所有条件： （1）心功能衰竭程度达到**美国纽约心脏病学会心功能状态分级**之 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。
7.14.32	肺源性心脏病	指被保险人因慢性肺部疾病导致慢性肺源性心脏病并且引起慢性心功能损害造成**永久不可逆**性的心功能衰竭。心功能衰竭程度达到**美国纽约心脏病学会心功能状态分级**之 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。
7.14.33	严重感染性心内膜炎	感染性心内膜炎是指因细菌或其他致病菌感染造成心脏内膜感染，瓣膜为最常受累部位，引起心脏瓣膜关闭不全。必须满足下列至少三项条件： （1）急性或亚急性感染性心内膜炎临床表现； （2）血培养病原体阳性； （3）心功能衰竭并实际接受了心脏瓣膜置换手术； （4）并发动脉栓塞导致脑梗塞、肾梗塞或心肌梗塞。 药物滥用者所患感染性心内膜炎不在本保障范围内。
7.14.34	严重慢性缩窄性心包炎	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心功能状态分级**之 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。

①胸骨正中切口；

②双侧前胸切口；

③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本保障范围内。

7.14.35	严重心脏衰竭 CRT 心脏再同步治疗	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心功能状态分级**之 III 级或 IV 级； （2）左室射血分数低于 35%； （3）左室舒张末期内径≥55mm； （4）QRS 时间≥130msec； （5）药物治疗效果不佳，仍有**症状**。
7.14.36	完全性房室传导阻滞	指因慢性心脏疾病导致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。
7.14.37	风湿热导致的心脏瓣膜病变	指风湿热反复发作并发心脏瓣膜损害，导致慢性心脏瓣膜病，引起心脏瓣膜狭窄、关闭不全。必须满足下列所有条件： （1）风湿热病史； （2）慢性心脏瓣膜病病史； （3）实际接受了开胸开心进行的心脏瓣膜置换手术。 经导管进行的瓣膜置换手术或瓣膜成型手术不在本保障范围内。
7.14.38	艾森曼格综合征	因心脏病导致的严重肺动脉高血压及右向左分流，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。

7.14.39 **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。

7.14.40 **心脏粘液瘤** 指为了治疗心脏粘液瘤，实际实施了开胸开心心脏粘液瘤切除手术。

经导管介入手术治疗不在本保障范围内。

7.14.41 **Brugada 综合征** 被保险人必须由三级医院心脏**专科医生**明确诊断为 Brugada 综合征，并且满足下列所有条件：

（1）有晕厥或心脏骤停病史，并提供完整的诊疗记录；

（2）心电图有典型的 I 型 Brugada 波；

（3）已经安装了永久性心脏起搏器。

7.14.42 **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。

急性主动脉夹层血肿必须明确诊断，并且满足下列所有条件：

（1）有典型的临床表现；

（2）有电子计算机断层扫描（CT）、磁共振扫描（MRI）、磁共振血管造影（MRA）等影像学证据支持诊断；

（3）被保险人实际接受了急诊条件下进行的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。

7.14.43 **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围上皮细胞异常增生形成多发结节。必须满足下列所有条件：

（1）经**组织病理学检查**明确诊断；

（2）CT 显示双肺弥漫性囊性改变；

（3）肺功能检查显示 FEV1 和 DLCO（CO 弥散功能）下降；

（4）动脉血气分析显示低氧血症。

疑似肺淋巴管肌瘤病除外。

7.14.44 **严重肺结节病** 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。且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）<50mmHg 和动脉血氧饱和度（SaO_2）<80%。

7.14.45	严重获得性或继发性肺泡蛋白质沉积症	因获得性或继发性原因或导致双肺肺泡和细支气管腔内充满不可溶性富磷脂蛋白的疾病，必须满足下列所有条件： （1）支气管镜活检或开胸肺活检**组织病理学检查**证实肺泡内充满有过碘酸雪夫（PAS）染色阳性的蛋白样物质； （2）被保险人因中重度呼吸困难或低氧血症而实际已行全身麻醉下的全肺灌洗治疗。
7.14.46	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。严重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。
7.14.47	全身性重症肌无力	是一种神经肌肉接头传递障碍所致的疾病，表现为局部或全身骨骼肌（特别是眼外肌）极易疲劳。疾病可以累及呼吸肌、上肢或下肢的近端肌群或全身肌肉。必须满足下列所有条件： （1）经药物治疗和胸腺切除治疗一年以上仍无法控制病情； （2）自主生活能力完全丧失，无法独立完成**六项基本日常生活活动**中的三项或三项以上。
7.14.48	脊髓灰质炎后遗症	脊髓灰质炎是由于脊髓灰质炎病毒感染所致的瘫痪性疾病，临床表现为运动功能损害或呼吸无力。脊髓灰质炎必须明确诊断。 本保险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。
7.14.49	植物人状态	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。
7.14.50	肌营养不良症	肌营养不良症是一组遗传性肌肉变性性病变，临床特征为与神经系统无关的肌肉无力和肌肉萎缩。肌肉组织活检结果满足肌营养不良症的肌肉细胞变性、坏死等阳性改变。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。
7.14.51	皮质基底节变性	皮质基底节变性是一种进行性大脑基底节神经核团变性疾病，神经细胞丢失的神经系统疾病。临床表现为进行性加重的帕金森综合征、认知障碍、语言障碍等。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。

7.14.52	非阿尔茨海默病至严重痴呆	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本保障范围内。
7.14.53	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性疾病，临床表现为眼球运动障碍、假性球麻痹、帕金森综合征等。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。
7.14.54	克-雅氏病(CJD，人类疯牛病)	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。
7.14.55	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。
7.14.56	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**中的三项或三项上。
7.14.57	脊髓小脑变性症	脊髓小脑变性症为一组以小脑萎缩和共济失调为主要临床特点的与遗传有关的疾病。必须满足下列所有条件： （1）脊髓小脑变性症必须由三级医院诊断，并有下列所有证据支持： 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。

7.14.58 亚历山大病

亚历山大病（Alexander's disease）是一种遗传性中枢神经系统退行性病变，特点为脑白质营养不良性。临床表现为惊厥发作、智力下降、球麻痹、共济失调、痉挛性瘫痪。亚历山大病必须被明确诊断，并且造成永久性神经系统功能障碍。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，日常生活必须持续接受他人护理。

未明确诊断的疑似病例不在本保障范围之内。

7.14.59 神经白塞病

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。

7.14.60 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：

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。

非脊髓内的其他椎管内肿瘤、脊柱肿瘤、神经纤维瘤不在本保障范围内。

7.14.61 横贯性脊髓炎后遗症

脊髓炎是一种炎症性脊髓疾病。横贯性脊髓炎是指炎症扩展横贯整个脊髓，表现为运动障碍、感觉障碍和自主神经功能障碍。横断性脊髓炎必须明确诊断，并且已经造成**永久不可逆**的神经系统功能损害。**永久不可逆**的神经系统损害指被保险人持续 180 天无法独立完成下列任何一项基本日常生活活动：

（1）移动：自己从一个房间到另一个房间；

（2）进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

7.14.62 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任一条件：

（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。

7.14.63	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。
7.14.64	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并清除脑内血肿或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、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本保障范围内。
7.14.65	破裂脑动脉瘤夹闭手术	指因脑动脉瘤破裂造成蛛网膜下腔出血，被保险人实际接受了在全麻下进行的开颅脑动脉瘤夹闭手术。 脑动脉瘤（未破裂）预防性手术、颅骨打孔手术、动脉瘤栓塞手术、血管内手术及其他颅脑手术不在保障范围内。
7.14.66	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标准之一： （1）肺纤维化，已经出现肺动脉高压、肺心病； （2）心脏损害，心脏功能衰竭程度达到**美国纽约心脏病学会心功能状态分级**之 IV 级； （3）肾脏损害，已经出现肾功能衰竭。 下列疾病不在本保障范围内： （1）局限硬皮病； （2）嗜酸细胞筋膜炎； （3）CREST 综合征。
7.14.67	重症急性坏死性筋膜炎截肢	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。且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）。

7.14.68 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。

嗜铬细胞瘤必须明确诊断，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。

7.14.69 慢性肾上腺皮质功能衰竭

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。且必须满足所有以下条件：

（1）明确诊断，符合所有以下诊断标准；

①血浆促肾上腺皮质激素（ACTH）水平测定，>100pg/ml；

②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；

③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本保障范围内。

7.14.70 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。

7.14.71 严重慢性自身免疫性肝炎

自身免疫性肝炎是一种原因不明的慢性肝脏的坏死性炎性疾病，机体免疫机制被破坏，产生针对肝脏自身抗原的抗体导致自身免疫反应，从而破坏肝细胞造成肝脏炎症坏死，进而发展为肝硬化。且必须满足下列所有条件：

（1）高 γ 球蛋白血症；

（2）血液中存在高水平的自身免疫抗体，如 ANA（抗核抗体）、SMA（抗平滑肌抗体）、抗 LKM1 抗体或抗-SLA/LP 抗体；

（3）肝脏活检确诊免疫性肝炎；

（4）临床已经出现腹水、食道静脉曲张和脾肿大等肝硬化表现。

7.14.72 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<100g/l；

（2）白细胞计数>25x10^9/l；

（3）外周血原始细胞≥1%；

（4）血小板计数<100x10^9/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本保障范围内。

7.14.73 **严重骨髓增生异常综合征**

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。

7.14.74 **头臂动脉型多发性大动脉炎旁路移植手术**

多发性大动脉炎（高安氏动脉炎）是一种发生在主动脉和其主要分支的慢性炎症性动脉疾病，表现为受累动脉狭窄或闭塞。头臂动脉型多发性大动脉炎是指多发性大动脉炎头臂动脉型（I 型），又称为无脉症。被保险人被明确诊断为头臂动脉型多发性大动脉炎并且实际接受了经胸部切开进行的无名动脉（头臂干）、颈总动脉、锁骨下动脉旁路移植手术。

非开胸的血管旁路移植手术、因其他病因而进行的旁路移植手术，对其他动脉进行的旁路移植手术，经皮经导管进行的血管内手术不在本保障范围内。

7.14.75 **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。

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

其他类型的红斑性狼疮，如盘状狼疮、仅累及血液及关节的狼疮不在本保障范围内。

7.14.76 **肾髓质囊性病**

肾髓质囊性病，一种遗传性肾脏疾病，特点为肾髓质多发大小不等的囊肿并且伴有小管炎症和间质性肾炎。必须满足下列所有条件：

（1）经肾组织活检明确诊断；

（2）临床有肾脏衰竭和肾小管功能障碍表现；

（3）影像学证据显示肾髓质多发囊肿。

其他肾脏囊性病变不在本保障范围内。

7.14.77	1 型糖尿病严重并发症	1 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 1 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，并且满足下列所有条件： （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。
7.14.78	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： ① 垂体前叶激素全面低下（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）； ② 性激素、甲状腺素、肾上腺皮质激素全面低下； （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本保障范围内。
7.14.79	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。
7.14.80	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。

7.14.81 **肝豆状核变性**

肝豆状核变性是一种遗传性铜代谢障碍疾病。表现为体内的铜离子在肝、脑、肾、角膜等处沉积，引起进行性加重的肝硬化、锥体外系**症状**、精神**症状**、肾损害及角膜色素环。肝豆状核变性必须明确诊断并且满足以下条件之一：

（1）帕金森综合征或其他神经系统功能损害，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；

（2）失代偿性肝硬化，临床已经出现腹水、食道静脉曲张和脾肿大等表现；

（3）慢性肾功能衰竭，已开始肾脏透析治疗；

（4）接受了肝移植或肾移植手术。

7.14.82 **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、因酗酒或饮酒过量所致的急性坏死性胰腺炎不在本保障范围内。

7.14.83 **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。

7.14.84 **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。且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本保障范围内。

7.14.85 **意外导致的重度面部烧伤**

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。

7.14.86 **大面积植皮手术**

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

7.14.87 **失去一肢及一眼**

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

（1）一**肢体**丧失指任何一**肢体**自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

（2）一眼视力丧失指一只眼视力**永久不可逆**性丧失，患眼须满足下列至少一项条件：

① 眼球摘除；

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。

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。

7.14.88 **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）。

7.14.89 **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。

7.14.90 **职业原因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）感染必须是在被保险人正在从事其职业工作中发生；

（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

除外事项：

（1）在任何治愈艾滋病（AIDS）或阻止HIV病毒作用的疗法被发现以后，或能防止AIDS发生的医疗方法被研究出来以后，本保障将不再予以赔付。

（2）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 感染不在本保障范围内。

保险公司必须拥有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。

7.14.91 **输血原因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）并且满足下列全部条件：

（1）在保障起始日之后，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，本保障将不再予以赔付。

任何因其他传播方式（包括但不限于：性传播或静脉注射**毒品**）导致的 HIV 感染不在本保单保障范围内。

保险公司必须拥有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。

7.14.92 **器官移植原因导致 HIV 感染**

被保险人因接受器官移植感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）并且满足下列全部条件：

（1）被保险人接受器官移植，并因此感染 HIV；

（2）实施器官移植的医院为三级医院；

（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，本保障将不再予以赔付。

7.14.93 **埃博拉病毒感染**

指埃博拉病毒感染导致的急性出血性传染病。埃博拉病毒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控制中心接受了隔离和治疗，必须满足以下所有条件：

（1）实验室检查证据证实存在埃博拉病毒感染；

（2）存在持续 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病例不在本保障范围内。

7.14.94 **严重创伤弧菌感染所致截肢**

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）近期被海鲜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。

7.14.95	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）视力减退、复视和面神经麻痹； （4）昏睡或意识模糊。
7.14.96	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，指被保险人出现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。 该病必须经由医院的神经科医师通过肌肉活检而确诊，理赔时必须提供肌肉活检的**组织病理学检查**报告。 但以下情形均不在保障范围： （1）其它类型的脊肌萎缩症如Ⅱ型中间型进行性脊肌萎缩症，Ⅲ型少年型脊肌萎缩症(Kugelberg-Welander 氏病)； （2）被保险人在年满 2 **周岁**之后确诊该疾病。
7.14.97	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。 智商的检测必须由本公司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 6 **周岁**，且在做智力鉴定并确诊时小于 25 **周岁**； （2）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。
7.14.98	严重瑞氏综合征	瑞氏综合征（Reye 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**专科医生**确诊，并满足下列所有条件： （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。

7.14.99	多处臂丛神经根性撕脱	由于疾病或**意外伤害**导致至少两根臂丛神经根性撕脱，所造成的手臂感觉功能与运动功能完全永久性丧失。该病必须由医院的**专科医生**确诊，并且有完整的电生理检查结果证实。
7.14.100	溶血性尿毒综合征	一种由于感染导致的急性综合征，引起红细胞溶血，肾功能衰竭及尿毒症。溶血尿毒综合征必须由血液和肾脏专科医师诊断，被保险人理赔时年龄在 25 **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、与红细胞末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。
7.15	化学疗法	指针对于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。
7.16	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。
7.17	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药品监督管理机构批准用于临床治疗。
7.18	肿瘤内分泌疗法	指针对于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药品监督管理机构批准用于临床治疗。
7.19	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、法规要求并经过国家药品监督管理机构批准用于临床治疗。
7.20	初次确诊	指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊患有某种疾病，而不是指自本合同生效之日起第一次经医院确诊患有某种疾病。其中恶性肿瘤确诊之日为手术病理取材或病理活检取材日期，未经手术治疗但后续行放射性疗法或化学药物性疗法的，以首次放疗或化疗日期为恶性肿瘤确诊日期。
7.21	实际住院天数	指被保险人在医院住院部病房内实际的住院治疗日数。住院满二十四小时为一日，但不含被保险人在住院治疗期间擅自离院期间的日数。

7.22	同一次住院	指被保险人因同一意外伤害事故或疾病及其引发的并发症而间歇性入住医院，前次出院与后次入院日期相隔未达九十日，则视为同一次住院。
7.23	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。
7.24	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。包含符合国家规定的机动车标准的电动轻便摩托车和电动摩托车。
7.25	酒后驾驶	指经检测或者鉴定，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者超过一定的标准，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者醉酒驾驶。
7.26	无合法有效驾驶证驾驶	指下列情形之一： （1）没有取得驾驶资格； （2）驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆； （3）持审验不合格的驾驶证驾驶； （4）持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习驾车。
7.27	无合法有效行驶证	指下列情形之一： （1）未取得有效行驶证； （2）车辆被依法注销登记的； （3）未依法按时进行或通过车辆安全技术检验。
7.28	既往症	指在本合同生效前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病。通常有以下情况： （1）本合同生效前，医生已有诊断，长期治疗未间断； （2）本合同生效前，医生已有诊断，但未接受任何治疗； （3）本合同生效前，医生已有诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况； （4）本合同生效前，医生已有诊断，且达到临床症状缓解或临床治愈标准； （5）本合同生效前，未经医生诊断和治疗，但症状或体征明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。
7.29	症状	指疾病过程中机体内的一系列机能、代谢和形态结构异常变化所引起的被保险人主观上的异常感觉或某些客观病态改变，以普通人医学常识应当知晓。
7.30	体征	指医生在检查被保险人时所发现的异常变化。
7.31	潜水	指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动或作业。
7.32	攀岩	指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

7.33	武术比赛	指两人或者两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。
7.34	特技表演	指从事马术、杂技、驯兽等表演。
7.35	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，而故意使自己置身其中的行为，如江河漂流、徒步穿越沙漠或者人迹罕至的原始森林等活动。
7.36	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。
7.37	遗传性疾病	指生殖细胞或者受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或者畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。
7.38	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、变形或者染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（**ICD-10**）确定。
7.39	未满期保险费	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。 未满期保险费＝保险费×（1－m/n），其中m为本合同已生效天数，n为本合同保险期间的天数。经过天数不足一天的按一天计算。
7.40	有效身份证件	指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。
7.41	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。
7.42	ICD-10	《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。
7.43	ICD-O-3	《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。

7.44	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。
7.45	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 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：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 pN_0：无淋巴结转移证据 pN_1：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

M_0：无远处转移

M_1：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
ⅣA 期	4b	任何	0
ⅣB 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
ⅣA 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。

7.46 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。

7.47	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。
7.48	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。
7.49	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。
7.50	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。
7.51	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。
7.52	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。

7.53	恶性肿瘤新特药靶向治疗	包括用于治疗恶性肿瘤的靶向药物治疗和靶向免疫检查点抑制剂治疗。 靶向药物：靶向药物（targeted medicine）是目前最先进的用于治疗癌症的药物，它通过与癌症发生、肿瘤生长所必需的特定分子靶点的作用来阻止癌细胞的生长。靶向药物是随着当代分子生物学、细胞生物学的发展产生的高科技药物。 靶向药物与常规化疗药物最大的不同在于其作用机理：常规化疗药物通过对细胞的毒害发挥作用，由于不能准确识别肿瘤细胞，因此在杀灭肿瘤细胞的同时也会殃及正常细胞，所以产生了较大的毒副作用。而靶向药物是针对肿瘤基因开发的，它能够识别肿瘤细胞上由肿瘤细胞特有的基因所决定的特征性位点，通过与之结合（或类似的其他机制），阻断肿瘤细胞内控制细胞生长、增殖的信号传导通路，从而杀灭肿瘤细胞、阻止其增殖。由于这样的特点，靶向药物不仅效果好，而且副作用要比常规的化疗方法小得多。 靶向免疫检查点抑制剂：靶向免疫检查点治疗的基本原理是采用共抑制分子（或配体）的单克隆抗体来阻断信号，从而活化 T 细胞，增强其杀伤肿瘤细胞的能力，是一种新的治疗恶性肿瘤的方法。目前临床上最常用的免疫检查点抑制剂有：1）细胞毒 T 淋巴细胞相关抗原 4（cytotoxic T lymphocyte-associated antigen-4，CTLA-4）；2）程序性死亡受体 1（programmed cell death protein 1，PD-1）；3）程序性死亡配体 1（programmed death-ligand 1，PD-L1）抗体。
7.54	实体瘤治疗疗效评价标准（RECIST 评价标准）（ Response Evaluation Criteria in Solid Tumors，RECIST ）	（1）肿瘤病灶的测量： ①肿瘤病灶基线分为可测量病灶（ 至少有一个可测量病灶 ）：用常规技术，病灶直径长度 320mm 或螺旋 CT 310mm 的可以精确测量的病灶。不可测量病灶：所有其它病变（包括小病灶即常规技术长径<20mm 或螺旋 CT <10mm ）包括骨病灶、脑膜病变、腹水、胸水、心包积液、炎症乳腺癌、皮肤或肺的癌性淋巴管炎、影像学不能确诊和随诊的腹部肿块和囊性病灶。 ②测量方法 基线和随诊应用同样的技术和方法评估病灶。1）临床表浅病灶如可扪及的淋巴结或皮肤结节可作为可测量病灶，皮肤病灶应用有标尺大小的彩色照片。2）胸部 X 片：有清晰明确的病灶可作为可测量病灶，但最好用 CT 扫描。3）CT 和 MRI：对于判断可测量的目标病灶评价疗效，CT 和 MRI 是目前最好的并可重复随诊的方法。对于胸、腹和盆腔，CT 和 MRI 用 10mm 或更薄的层面扫描，螺旋 CT 用 5mm 层面连续扫描，而头颈部及特殊部位要用特殊的方案。4）超声检查：当研究的 End poinst 是客观肿瘤疗效时，超声波不能用于测量肿瘤病灶，仅可用于测量表浅可扪及的淋巴结、皮下结节和甲状腺结节，亦可用于确认临床查体后浅表病灶的完全消失。5）内窥镜和腹腔镜：作为客观肿瘤疗效评价至今尚未广泛充分的应用，仅在有争议的病灶或有明确验证目的高水平的研究中心中应用。这种方

法取得的活检标本可证实病理组织上的CR。6）肿瘤标志物：不能单独应用判断疗效。但治疗前肿瘤标志物高于正常水平时，临床评价CR时，所有的标志物需恢复正常。疾病进展的要求是肿瘤标志物的增加必须伴有可见病灶进展。7）细胞学和病理组织学：在少数病例，细胞学和病理组织学可用于鉴别CR和PR，区分治疗后的良性病变还是残存的恶性病变。治疗中出现的任何渗出，需细胞学区别肿瘤的缓解、稳定及进展。

（2）肿瘤缓解的评价

①肿瘤病灶基线的评价

要确立基线的全部肿瘤负荷，对此在其后的测量中进行比较，可测量的目标病灶至少有一个，如是有限的孤立的病灶需组织病理学证实。1）可测量的目标病灶：应代表所有累及的器官，每个脏器最多5个病灶，全部病灶总数最多10个作为目标病灶，并在基线时测量并记录。目标病灶应根据病灶长径大小和可准确重复测量性来选择。所有目标病灶的长度总和，作为有效缓解记录的参考基线。2)非目标病灶：所有其它病灶应作为非目标病灶并在基线上记录，不需测量的病灶在随诊期间要注意其存在或消失。

②缓解的标准

目标病灶的评价

CR ：所有目标病灶消失。

PR ：基线病灶长径总和缩小 3 30%。

SD ：基线病灶长径总和有缩小但未达PR或有增加但未达PD。

PD ：基线病灶长径总和增加 3 20%或出现新病灶。

非目标病灶的评价

CR ：所有非目标病灶消失和肿瘤标志物水平正常。

PD ：出现一个或多个新病灶或/和存在非目标病灶进展。

SD ：一个或多个非目标病灶和/或肿瘤标志物高于正常持续存在。

（3）总的疗效评价（见表1)

①最佳缓解评估

最佳缓解评估是指治疗开始后最小的测量记录直到疾病进展/复发（ 最小测量记录作为进展的参考)；虽然没有PD证据，但因全身情况恶化而停止治疗者应为“症状恶化”并在停止治疗后详细记录肿瘤客观进展情况。要明确早期进展、早期死亡及不能评价的病人。在某些情况下，很难辨别残存肿瘤病灶和正常组织，评价CR时，在4周后确认前，应使用细针穿刺或活检检查残存病灶。

②肿瘤重新评价的频率

肿瘤重新评价的频率决定于治疗方案，实际上治疗的获益时间是不清楚的，每2周期(6～8周)的重新评价是合理的，在特殊的情况下应调整为更短或更长的时间。治疗结束后，需重新评价肿瘤决定于临床试验的end points，是缓解率还是到出现事件时间(Time to event、TTE)即到进展/死亡时间(Time to progression、TTP/Time to death、TTD)如为TTP/TTD

那需要常规重复的评估，二次评估间隔时间没有严格的规定。

③确认

客观疗效确认的目的是避免RR的偏高，CR、PR肿瘤测量的变化必须反复判断证实，必须在首次评价至少4周后复核确认，由试验方案决定的更长时间的确认同样也是合适的。SD病人在治疗后最少间隔6～8周，病灶测量至少有一次SD。对于以无进展生存(Progression-free survival、PFS)和总生存 (Overall survival、OS)为end points的临床研究并不需要反复的确证肿瘤大小的变化。

④缓解期

是从首次测量CR或PR时直到首次疾病复发或进展时。

⑤稳定期

是从治疗开始到疾病进展的时间，SD期与临床的相关性因不同的肿瘤类型、不同的分化程度而变化。

缓解期、稳定期以及PFS受基线评价后随诊频率的影响，由于受到疾病的类型、分期、治疗周期及临床实践等多种因素的影响，至今尚不能确定基本的随诊频率，这在一定程度上影响了试验end points的准确度。

⑥PFS/TTP

在一些情况下（如脑肿瘤或非细胞毒药物的研究）PFS/TTP可考虑为作为研究的end points，尤其是非细胞毒作用机制的生物药物的初步评估。

⑦独立的专家委员会

对于CR、PR是主要的研究end points，强调所有缓解都必须被研究外的独立专家委员会检查。

（4）结果报告

试验中的所有病人包括偏离了治疗方案或不合格的病人必须判断对治疗的疗效(Intend to treatment、ITT)，每个病人都必须按如下分类 CR、PR、SD、PD、死于肿瘤、死于毒性、死于其它肿瘤、不明(没有足够的资料评估)。所有符合标准合格的病人都应包括在RR的分析中，所有PD和死亡都应考虑为治疗失败。结论是基于符合标准的病人，其后的进一步分析可在病人的不同亚群中，并提供95%的可信限间隔。

（5）WHO与RECIST疗效评价标准比较见表2。

表1 总疗效评价

目标病灶	非目标病灶	新病灶	总疗效
CR	CR	无	CR
CR	未达CR/SD	无	PR
PR	无PD	无	PR
PD	任何	有/无	PD
任何	PD	有/无	PD
任何	任何	有	PD

SD	无 PD	无	SD

表 2 WHO 与 RECIST 疗效评价标准比较

疗效	WHO（两个最大垂直径乘积变化）	RECIST（最长径总和变化）
CR	全部病灶消失维持 4 周	全部病灶消失维持 4 周
PR	缩小 50%维持 4 周	缩小 30%维持 4 周
PD	增加 25%，病灶增加前非 CR/PR/SD	增加 20%，病灶增加前非 CR/PR/SD
SD	非 PR/PD	非 PR/PD

7.55 **我们指定的药品清单** 我们在承保时与投保人约定的属于保险责任的符合保险计划表约定的各保障计划的药品清单,药品清单会在保险单中载明。

7.56 **我们认可的社会药房** 经我们审核认可，能够满足下列全部条件，为被保险人提供药品处方审核、购药或配送服务的药房，具体以保险单载明的《网络药房列表》为准。

（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） 提供专业的药品资讯、患者教育、追踪随访、慈善赠药服务；

（4） 该药房内具有药师等专业人员提供服务；

（5） 具有或者正在申报当地城乡居民大病医疗保险定点资质的、由大型医药公司经营的全国性连锁药房。

7.57 **第三方服务商** 我们授权的为被保险人提供处方审核及药事服务的机构。

7.58 **购药凭证** 保险理赔审核通过后，第三方服务商通过平台派发给被保险人的可用于在第三方服务商合作药房领取保险赔付药品的凭证。

7.59 **我们指定或认可的慈善机构** 指依法成立、符合《中华人民共和国慈善法》规定，以面向社会开展慈善活动为宗旨的非营利性组织机构。慈善机构可以采取基金会、社会团体、社会服务机构等组织形式。