

泰康在线财产保险股份有限公司

附加癌症院外特定药品医疗保险 A 款（互联网专属）条款

总则

第一条 本附加保险合同（以下简称为“本附加合同”）须附加于医疗保险合同（以下简称“主险合同”）。主险合同所附条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等，凡与本附加合同相关者，均为本附加合同的构成部分。凡涉及本附加合同的约定，均应采用书面或电子形式。

若主险合同与本附加合同的条款互有冲突，则以本附加合同的条款为准。本附加合同未尽事宜，以主险合同的条款规定为准。

第二条 本附加合同的投保人、被保险人、受益人均与主险合同一致。

保险责任

第三条 投保人为被保险人首次投保本附加合同或者非续保本附加合同时，自本附加合同生效之日起一定期限为等待期，最长不超过 90 天。等待期期限由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单中载明。投保人续保本附加合同的无等待期。

在等待期内，被保险人经医院专科医生初次确诊罹患本附加合同所定义的癌症，保险人不承担赔偿癌症院外特定药品医疗保险金的责任，但无息退还投保人已交保险费，本附加合同终止。

第四条 在保险期间内，保险人承担下列保险责任：

被保险人在等待期后经医院专科医生初次确诊罹患本附加合同所定义的癌症且必须治疗的，对于被保险人因治疗该癌症实际发生的必需且合理的且同时满足以下条件的院外特定药品费用，保险人按本附加合同约定的赔偿比例在保险金额内承担赔偿癌症院外特定药品医疗保险金的责任。

赔偿癌症院外特定药品医疗保险金须同时满足以下条件：

- （一）该药品须由医院专科医生开具处方且为被保险人当前治疗所必需的药品；
- （二）被保险人初次确诊罹患本附加合同所定义的癌症的时间在保险期间内且在等待期后；
- （三）用于治疗癌症的药品处方中所列明的药品属于保险人指定的药品清单中的药品；
- （四）用于治疗癌症的药品处方中所列明的药品是在保险人指定或认可的院外药店购买的药品；
- （五）每次特定药品处方剂量不超过一个月；
- （六）被保险人在保险人指定或认可的院外药店购买特定药品须符合“特定药品处方审核及购药流程”。

对不满足上述条件的院外特定药品费用，保险人不承担赔偿癌症院外特定药品医疗保险金的责任。

若本附加合同保险期间届满时癌症治疗仍未结束的，对被保险人初次确诊癌症之日起三百六十五天内（含第三百六十五天）发生的符合本附加合同约定的院外特定药品费用，保险人仍按照本附加合同的约定承担赔偿责任。保险期间内及保险期间届满后累计赔偿金额以本附加合同约定的癌症院外特定药品医疗保险金的保险金额为限。

第五条 补偿原则和赔偿标准

（一）本附加合同为费用补偿型保险合同，适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括但不限于社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、侵权人或侵权责任承担方、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其从其他途径所获医疗费用补偿后的余额按照本附加合同的约定进行赔偿。被保险人的社保卡个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿，不进行前述扣除；

（二）癌症院外特定药品医疗保险金赔偿比例：被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，并以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，赔偿比例为 100%；被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，但未以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，赔偿比例为 60%；被保险人以未参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，赔偿比例为 100%。

责任免除

第六条 对于被保险人因以下任何情形而发生的任何癌症院外特定药品费用，保险人不承担赔偿保险金的责任：

- （一）在中国大陆境外的国家或者地区接受治疗所产生的药品费用；
- （二）药品处方的开具与国家药品监督管理部门批准的该药品说明书中所列明的适应症、用法用量不符，或超出本附加合同约定的药品清单范围；
- （三）未在保险人指定或认可的院外药店购买的药品；
- （四）使用未获得国家药品监督管理部门许可或者批准的药品或者药物；
- （五）在院外药店购买特定药品，但未按本附加合同约定的“特定药品处方审核及购药流程”进行购药申请或经申请未审核通过；
- （六）被保险人用药时长符合援助用药项目（以下简称“援助项目”）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药品费用；被保险人通过援助审核，但因被保险人原因未领取援助药品，视为被保险人自愿放弃本附加合同项下适用的保险权益；
- （七）任何职业病、遗传性疾病，先天性恶性肿瘤（BRCA1/BRCA2 基因突变家族性乳腺癌，遗传性非息肉病性结直肠癌，肾母细胞瘤即 Wilms 瘤，李 - 佛美尼综合症即 Li-Fraumeni 综合症），先天性畸形、变形或染色体异常引起的医疗费用；
- （八）被保险人接种预防癌症的疫苗，进行基因测试以鉴定癌症的遗传性；未经国家

药品监督管理部门认可的试验性或者研究性治疗及其产生的后果所产生的费用；

(九) 被保险人在投保时已经患癌症的，但保险人已知晓并作出书面认可的除外；

(十) 被保险人曾经或正在使用大剂量的镇静安眠药、迷幻剂、毒品或其他违禁药物，有麻醉剂成瘾、酒精或药物滥用成瘾；

(十一) 被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；

(十二) 被保险人感染艾滋病病毒或者患艾滋病；

(十三) 核爆炸、核辐射或者核污染。

保险金额

第七条 保险金额是保险人承担赔偿保险金责任的最高限额。本附加合同的保险金额由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单中载明。

保险费与保险费支付

第八条 保险费依据保险金额与保险费率计收，在保险单中载明。保险费支付方式由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单上载明。

除另有约定外，本附加合同的保险费支付方式与主险合同一致。

犹豫期

第九条 除另有约定外，本附加合同的犹豫期与主险合同一致。

保险期间

第十条 除另有约定外，本附加合同的保险期间与主险合同一致。

续保

第十一条 本产品为不保证续保合同。本产品保险期间为一年（或不超过一年）。保险期间届满或保险期间届满前三十日内，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

保险金申请与赔偿

第十二条 保险金申请人向保险人申请赔偿保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法核实部分不承担赔偿保险金的责任。

(一) 理赔申请书；

(二) 保险金申请人的**有效身份证件**；

(三) 医院出具的完整病历资料（包括门急诊病历、处方，住院病历或出院记录以及检查报告等）；

(四) 由医院专科医生出具的对被保险人的疾病诊断证明书以及由医院出具的与该疾病诊断证明书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；

(五) 若被保险人未从其他途径获得药品费用补偿，需提供保险人指定或认可的院外药店出具的药品费用发票原件、药品费用清单；

若被保险人已从其他途径获得药品费用补偿，需提供药品费用清单、药品费用发票复印件、药品费用分割单原始凭证（如社会基本医疗保险或公费医疗结算单、保险人在内的任何商业保险机构出具的理赔分割单、与工作单位及侵权人或侵权责任承担方达成的赔偿协议或和解协议或法院判决、调解生效的法律文书等取得药品费用补偿的证明）；

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

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

以上证明和资料不完整的，保险人将及时一次性通知保险金申请人补充提供有关证明和资料。

保险金申请人在院外特定药品购药申请中已提交的材料在保险金申请时无需再次提交。

保险金申请人通过保险人指定或认可的院外药店购买符合本附加合同保险责任的特定药品时，保险金申请人应将申请和受领癌症院外特定药品医疗保险金的权利转让给保险人指定或认可的院外药店，对于保险人应承担保险金赔偿部分的癌症院外特定药品费用，将由保险人与保险人指定或认可的院外药店直接结算，保险金申请人无需支付该部分药品费用，但保险金申请人应自行支付不属于保险责任范围内的药品费用。

对于保险人已经与保险人指定或认可的院外药店直接结算的药品费用，保险人不再接受保险金申请人对该部分保险金的申请。

特定药品处方审核及购药流程

第十三条 在本附加合同保险期间内，被保险人在等待期后经医院专科医生初次确诊罹患本附加合同所定义的癌症，在癌症的治疗过程中，如果被保险人根据医院专科医生开具的药品处方在就诊医院外购买药品，且该药品属于保险人指定的药品清单中的药品，由保险金申请人作为特定药品处方审核及购药流程的申请人，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：

(一) 购药申请

保险金申请人按照保险人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、医院专科医生初次确诊被保险人罹患本附加合同所定义的癌症的诊断证明（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。

(二) 药品处方审核

购药申请提交后，保险人将进行药品处方审核。对于以下两种特殊情况，保险人有权要求保险金申请人补充其他与药品处方审核相关的医学材料：

(1) 保险金申请人申请时提交的与被保险人相关的医学材料不足以支持药品处方开具与审核；

(2) 保险金申请人已提交医学材料中相关的科学方法检验报告结果不支持药品处方的开具与审核。

药品处方审核主要包括以下两方面：

① 根据经国家药品监督管理部门批准上市的药品说明书（以药品处方开具时最新版本为准）所列明的适应症、用法用量及被保险人的基因检测指标审核药品处方：**经审核，特定药品处方的开具与该特定药品说明书中所列明的适应症、用法用量不符或者与被保险人基因检测指标不符的，药品处方审核将不予通过。**

② 根据被保险人的疾病状况审核被保险人是否对申请的癌症特定药品已经耐药：**经审核，若被保险人的疾病状况确定对申请的癌症特定药品已经耐药，药品处方审核将不予通过。**

如果保险金申请人的药品处方审核未通过，保险人不承担赔偿癌症院外特定药品费用医疗保险金的责任。

（三）药品自取、送药上门服务

药品自取、送药上门服务仅限在保险人指定或认可的院外药店购买保险人指定的药品清单中的药品。

药品处方审核通过后，由保险人提供**购药证明**，保险金申请人应在购药证明生成后的三十日内（含第三十日）携带药品处方、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（如果被保险人不拥有社会基本医疗保险身份则无需提供社会保障卡）到**保险人指定或认可的院外药店**购买本附加合同责任范围内的药品。

对于超出本附加合同责任范围内的药品费用及因取药或送药上门而产生的非药品费用，由保险金申请人自行承担。

（四）援助用药申请

保险人指定的药品清单中有慈善赠药援助项目的药品，须进行慈善援助用药申请。

若被保险人用药时长符合**保险人指定或认可的慈善机构**援助项目申请条件，保险人将通知保险金申请人并协助保险金申请人进行申请材料准备，保险金申请人须提供申请援助项目合理且必需的材料。援助项目经保险人指定或认可的慈善机构审核通过后，保险金申请人须到援助项目的指定药店领取援助药品；**若被保险人未通过援助项目审核，保险金申请人须按照上述（二）药品处方审核的约定重新进行药品处方审核。**

其他事项

第十四条 本附加合同成立后将持续有效，直至保险单约定的保险期间届满或达到本附加合同约定的终止条件。

保险责任开始前，投保人要求解除本附加合同的，保险人应当无息退还投保人已交纳的全部保险费。

保险责任开始后，犹豫期内投保人要求解除本合同的，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费；犹豫期后投保人要求解除本附加合同的，自保险人接到解除合同申请书之时起，本附加合同解除，保险人自收到解除合同申请之日起 30 日内向投保人退还本附加合同的未到期保险费。若本附加合同已发生保险金赔偿，未到期保险费为零。

如主险合同解除，本附加合同须同时解除。

第十五条 投保人解除本附加合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险合同凭据；
- （三）保险费交付凭证；
- （四）投保人身份证明。

释义

第十六条 本附加合同涉及下列术语时，适用以下释义：

【医院】指国家卫生部医院等级分类中的二级或二级以上公立医院普通部及保险人扩展承保的医院普通部，但不包括观察室、特需医疗、国际医疗、联合病房、康复病房和干部病房以及附属于前述医院或单独作为诊所、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒等或相类似的医疗机构或保险人不予承保的医院。同时该医院必须具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且全日二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗和护理等服务。

注：保险人扩展承保的医院名单和保险人不予承保的医院名单将在保险单中载明。保险人保留新增扩展承保医院的权利。对于新增后的扩展承保医院名单，保险人将会在泰康在线官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

【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。

【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，而不是指自本附加合同生效之后第一次经医院确诊患有某种疾病。

【癌症】本附加合同所定义的癌症指“恶性肿瘤——重度”、“恶性肿瘤——轻度”及原位癌。其中：

恶性肿瘤——重度：指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经**组织病理学检查**（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO，World Health

Organization)《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版(ICD-10)的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版(ICD-O-3)的肿瘤形态学编码属于3、6、9(恶性肿瘤)范畴的疾病。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，不在保障范围内：

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

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

b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

(2) TNM 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

(3) TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或更轻分期的前列腺癌；

(4) 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

(5) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

(6) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

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

恶性肿瘤——轻度：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，但在“恶性肿瘤——重度”保障范围的疾病。且特指下列六项之一：

(1) TNM 分期为 I 期的甲状腺癌；

(2) TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期的前列腺癌；

(3) 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；

(4) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

(5) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

(6) 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%) 的神经内分泌肿瘤。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”，不在保障范围内：

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。

原位癌：指恶性细胞局限于上皮尚未突破基底膜浸润周围正常组织的癌细胞新生物。原位癌必须经对固定活组织的组织病理学检查明确诊断。

【院外特定药品】指本附加合同期满日前经中国国家药品监督管理部门批准并已在中国上市的**靶向药物**和**免疫治疗药物**。药品的适应症以中国国家药品监督管理部门批准的药品说明书为准。**具体以保险人提供的药品清单为准。**

【必需且合理】必需且合理指：

(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。

【处方】指由注册的执业医师在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书。处方包括医疗机构病区用药医嘱单。

【院外药店】指经保险人审核认可，能够满足下列全部条件，为被保险人提供癌症院外特定药品购药或配送服务的药店，具体以保险人提供的名单为准。**保险人保留对院外药店名单做出适当调整的权利，调整后的院外药店名单将在泰康在线官方渠道（包括但不限于官网、官微）进行公示。**

- (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) 该药店内具有药师等专业人员提供服务。

【社会基本医疗保险】指《社会保险法》第三章规定的基本医疗保险，包括职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保险。

【公费医疗】公费医疗制度，是国家为保障国家工作人员身体健康而实行的一项社会保障制度。国家通过医疗卫生部门向享受人员提供制度规定范围内的免费医疗及预防服务。

【中国大陆境外】指中华人民共和国领土之外的国家或地区，以及香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。

【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。

【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。

【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。

【感染艾滋病病毒或者患艾滋病】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症，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。

【保险金申请人】指被保险人、受益人，被保险人或受益人的继承人，或其他依法享有保险金请求权的自然人。

【未到期保险费】指本附加合同所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由保险人退还的那部分金额。

保险费为一次性支付的：

未到期保险费=保险费×[1-（保险单已生效天数/保险期间的天数）]

保险费为分期支付的：

未到期保险费=当期保险费×[1-（当期已经过天数/当期的总天数）]

已生效或已经过天数不足一天的按一天计算。若本附加合同已发生保险金赔偿，未到期保险费为零。

【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。

【购药证明】指药品处方审核通过之后，保险人派发给保险金申请人可用于在保险人指定或认可的院外药店领取特定药品的凭证。

【保险人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。

【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。

【免疫治疗药物】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。

本附加合同的未释义名词，以本附加合同所附属主险合同中的释义为准。

附录一：指定药品清单

序号	商品名	通用名
1	赫赛汀	曲妥珠单抗

2	艾坦	阿帕替尼
3	泰瑞沙	奥希替尼
4	特罗凯	厄洛替尼
5	吉泰瑞	阿法替尼
6	易瑞沙	吉非替尼
7	伊瑞可	吉非替尼
8	安圣莎	阿来替尼
9	赞可达	塞瑞替尼
10	赛可瑞	克唑替尼
11	欧狄沃	纳武利尤单抗
12	安维汀	贝伐珠单抗
13	凯美纳	埃克替尼
14	多泽润	达可替尼
15	恩度	重组人血管内皮抑制素
16	福可维	安罗替尼
17	乐卫玛	仑伐替尼
18	拜万戈	瑞戈非尼
19	飞尼妥	依维莫司
20	多吉美	索拉非尼
21	维全特	培唑帕尼
22	英立达	阿昔替尼
23	泰立沙	拉帕替尼
24	帕捷特	帕妥珠单抗
25	爱博新	派柏西利
26	艾瑞妮	吡咯替尼
27	爱必妥	西妥昔单抗
28	爱优特	呋喹替尼
29	施达赛	达沙替尼
30	依尼舒	达沙替尼
31	格列卫	伊马替尼
32	格尼可	伊马替尼
33	诺利宁	伊马替尼
34	昕维	伊马替尼
35	达希纳	尼洛替尼
36	亿珂	伊布替尼
37	索坦	舒尼替尼
38	利普卓	奥拉帕利
39	佐博伏	维莫非尼
40	可瑞达	帕博利珠单抗
41	拓益	特瑞普利单抗

42	泰欣生	尼妥珠单抗
43	泽珂	阿比特龙
44	美罗华	利妥昔单抗
45	汉利康	利妥昔单抗
46	达伯舒	信迪利单抗
47	艾瑞卡	卡瑞利珠单抗
48	爱谱沙	西达本胺
49	万珂	硼替佐米
50	齐普乐	硼替佐米
51	昕泰	硼替佐米
52	千平	硼替佐米
53	益久	硼替佐米
54	瑞复美	来那度胺
55	立生	来那度胺
56	齐普怡	来那度胺
57	安显	来那度胺
58	恩莱瑞	伊沙佐米
59	泰菲乐	甲磺酸达拉非尼
60	迈吉宁	曲美替尼
61	多美素	盐酸多柔比星脂质体注射液
62	安加维	地舒单抗
63	迈维宁	注射用盐酸美法仑
64	兆珂	达雷妥尤单抗
65	洛瑞特	盐酸厄洛替尼
66	百悦泽	泽布替尼
67	百泽安	替雷利珠单抗
68	安适利	维布妥昔单抗
69	吉至	吉非替尼片
70	海乐卫	甲磺酸艾立布林

注：保险人保留对药品清单进行变更的权利。药品清单变更保险人将在泰康在线官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

泰康在线财产保险股份有限公司

附加指定疾病扩展特需费用医疗保险（互联网专属）条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指泰康在线财产保险股份有限公司。

① 您与我们的合同

- 1.1 合同构成** 本附加险保险合同（以下简称“本附加险合同”）须附加于医疗保险合同（互联网专属）（以下简称“主险合同”）。
- 本附加险合同的保险条款、保险单或其他保险凭证、投保书、与本附加险合同有关的投保文件、**合法有效**（见 6.1）的声明、批注、批单、其他书面或电子协议都是您与我们之间订立的本附加险合同的构成部分。
- 1.2 合同成立及生效** 您提出保险申请、我们同意承保，本附加险合同成立。
- 本附加险合同自我们同意承保、收取保险费并签发电子保险单开始生效，具体生效日以电子保险单所载的日期为准。
- 本附加险合同作为主险合同的组成部分，主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。
- 1.3 合同约定事项** 本附加险合同与主险合同相抵触之处，以本附加险合同为准。本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。

② 我们保什么、保多久

- 2.1 投保条件** 除另有约定外，本附加险合同的投保人、被保险人、受益人与主险合同一致。
- 2.2 等待期** 您为被保险人首次投保本保险或非续保本保险时，自本附加险合同生效日起 30 日（含第 30 日）为等待期。
- 在等待期内，被保险人经医院（见 6.2）初次确诊（见 6.3）非因意外伤害（见 6.4）导致罹患本附加险合同所定义的指定疾病（见 6.5）（无论一种或多种），我们不承担赔偿保险金的责任，但向您无息退还所交保险费，同时本附加险合同终止。
- 您为被保险人续保本保险或被保险人因遭受意外伤害导致罹患本附加险合同所定义的指定疾病的无等待期。
- 2.3 保险责任** 在本附加险合同保险期间内，被保险人因意外伤害导致罹患本附加险合同所定义的指定疾病，或在等待期后经医院初次确诊非因意外伤害导致罹患本附加险合同所定义的指定疾病，且无论前述哪一种情形，我们扩展承保被保险人在**特定医疗机构**（见 6.6）接受治疗所支付的符合主险合同保险责任范围的各项医疗费用。
- 2.4 保险金额** 保险金额是我们承担赔偿责任责任的最高限额。本附加险合同指定疾病扩展特需医疗保险金与主险合同的年度累计保险金共用保险金额。当本附加险合同指定疾病扩展特需医疗保险金及主险合同医疗保险金的累计赔偿金额达到主险合同约定的年度累计保险金额时，本附加险合同终止。

- 2.5 赔偿比例 本附加险合同的赔偿比例为 100%。床位费限额（见 6.7）为 1500 元/日。
- 2.6 免赔额 本附加险合同的免赔额为 0 元。
- 2.7 保险期间 除另有约定外，本附加险合同的保险期间与主险合同一致。
- 2.8 犹豫期 除另有约定外，本附加险合同的犹豫期与主险合同一致。
- 2.9 续保 本产品为不保证续保合同。本产品保险期间为一年（或不超过一年）。保险期间届满或保险期间届满前 30 日内，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。

③ 我们不保什么

- 3.1 责任免除 主险合同约定的各项责任免除事项均适用于本附加险合同。

④ 如何支付保险费

- 4.1 保险费的支付 本附加险合同的保险费按照被保险人的年龄和保障计划确定。本附加险合同的保障计划由您和我们协商确定，并在保险单中载明。
- 除另有约定外，本附加险合同的保险费支付方式与主险合同保持一致。

⑤ 如何退保

- 5.1 您解除合同的手续及风险 本附加险合同成立后将持续有效，直至保险单约定的保险期间届满或达到本附加险合同约定的终止条件。
- 如您申请解除本附加险合同，请填写解除合同申请书并向我们提供您的有效身份证件。
- 保险责任开始前，您要求解除本附加险合同的，我们应当无息全额退还您已缴纳的保险费。
- 保险责任开始后，犹豫期内您要求解除本附加险合同的，我们将无息退还您所支付的全部保险费；犹豫期后您要求解除本附加险合同的，自我们接到解除保险合同申请书之时起，本附加险合同解除，我们自收到解除保险合同申请之日起 30 日内向您退还本附加险合同的未到期保险费。若本附加险合同已发生保险金赔偿，未到期保险费（见 6.8）为零。
- 如主险合同解除，本附加险合同须同时解除。
- 您在犹豫期后申请解除合同会遭受一定经济损失。

⑥ 释义

- 6.1 合法有效 本附加险合同所指合法有效均以中华人民共和国法律、行政法规、地方性法规、行政规章及有关规范性文件的规定为判定依据。
- 6.2 医院 指国家卫生部医院等级分类中的二级或二级以上公立医院普通部及我们扩展承保的医院普通部，但不包括观察室、特需医疗、国际医疗、联合病房、康复病房和干部病房以及附属于前述医院或单独作为诊所、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒等或相类似的医疗机构或我们不予承保的医院。同时该医院必须具有符合

有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且全日二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗和护理等服务。

注：我们扩展承保的医院名单和我们不予承保的医院名单将在保险单中载明。我们保留新增扩展承保医院的权利。对于新增后的扩展承保医院名单，我们将会在泰康在线官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

6.3 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，而不是指自本附加保险合同生效之后第一次经医院确诊患有某种疾病。

6.4 意外伤害 指外来的、突发的、不可预见的、非本意的和非疾病的导致被保险人身体受到伤害的客观事件。

6.5 指定疾病 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的疾病：

（一）恶性肿瘤：

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（见 6.9）（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）（见 6.10）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）（见 6.11）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（见 6.12）为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

（3）TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或更轻分期的前列腺癌；

（4）黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

（5）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

（6）相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

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

2、恶性肿瘤——轻度：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，但不在“恶性肿瘤——重度”保障范围的疾病。且特指下列六项之一：

（1）TNM 分期为 I 期的甲状腺癌；

（2）TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期的前列腺癌；

- (3) 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；
- (4) 相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- (5) 相当于Ann Arbor分期方案I期程度的何杰金氏病；
- (6) 未发生淋巴结和远处转移且WHO分级为G1级别（核分裂像 $<10/50$ HPF和ki-67 $\leq 2\%$ ）的神经内分泌肿瘤。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”，不在保障范围内：

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。

（二）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。

（三）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）。

（四）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。

（五）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 $<20 \times 10^9/L$ 。

- 6.6 特定医疗机构** 指经中华人民共和国卫生部门审核认定的二级或以上公立医院的**特需医疗部、国际部、VIP 部**。该医院必须有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供 24 小时的医疗与护理服务的能力或资质。**但上述医院不包括观察室、联合病房和康复病房。**
- 6.7 床位费限额** 指我们依据合同约定，每日所承担床位费赔偿的最高金额。
- 6.8 未到期保险费** 指本附加险合同所具有的价值，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。
- 犹豫期内退保的，未到期保险费=您已交纳保险费。
- 犹豫期后退保的，若保险费为一次性支付的：
未到期保险费=您已交纳保险费 $\times [1 - (\text{保险单已生效天数} / \text{保险期间天数})]$
- 若保险费为分期支付的：
未到期保险费=您已交纳当期保险费 $\times [1 - (\text{当期已经过天数} / \text{当期总天数})]$
- 已生效或已经过天数不足一天的按一天计算。**若本附加险合同已发生保险金赔偿，未到期保险费为零。**
- 6.9 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。**
- 6.10 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。
- 6.11 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。
- 6.12 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。

本附加险合同的未释义名词，以本附加险合同所附属主险合同中的释义为准。

泰康在线财产保险股份有限公司

附加康复费用医疗保险（互联网专属）条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指泰康在线财产保险股份有限公司。

① 您与我们的合同

- 1.1 合同构成** 本附加险保险合同（以下简称“本附加险合同”）须附加于健康险类产品保险（互联网专属）合同（以下简称“主险合同”）。
- 本附加险合同的保险条款、保险单或其他保险凭证、投保书、与本附加险合同有关的投保文件、**合法有效（见 7.1）**的声明、批注、批单、其他书面或电子协议都是您与我们之间订立的本附加险合同的组成部分。
- 1.2 合同成立及生效** 您提出保险申请、我们同意承保，本附加险合同成立。
- 本附加险合同自我们同意承保、收取保险费并签发电子保险单开始生效，具体生效日以电子保险单所载的日期为准。
- 本附加险合同作为主险合同的组成部分，主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。
- 1.3 合同约定事项** 本附加险合同与主险合同相抵触之处，以本附加险合同为准。本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。

② 我们保什么、保多久

- 2.1 投保条件** 除另有约定外，本附加险合同的投保人、被保险人、受益人均与主险合同一致。
- 2.2 等待期** 您为被保险人首次投保本附加险或非续保本附加险时，自本附加险合同生效日起一定期限为等待期，最长不超过 90 天，等待期期限由投保人和保险人在投保时协商确定，并在保险单上载明。
- 被保险人在等待期内初次确诊（见 7.2）罹患特定疾病（见 7.3）的，我们不承担赔偿保险金的责任，但向您无息退还所交保险费，本附加险合同终止。在等待期内，被保险人非因罹患特定疾病需要接受住院康复治疗，我们不承担赔偿保险金的责任，但本合同继续有效。
- 您为被保险人续保本附加险或被保险人因遭受意外伤害（见 7.4）导致被保险人发生保险事故的无等待期。
- 2.3 保险责任** 本附加险合同包含以下两项保险责任，**您可选择其一进行投保，也可同时投保两项保险责任**。在本附加险合同保险期间内，我们根据您的选择承担相应的保险责任：
- 特定疾病住院康复费** 在本附加险合同保险期间内，被保险人因意外伤害或者在等待期后经医院（见 7.5）专科医生（见 7.6）初次确诊罹患本附加险合同所定义的特

用医疗保险金	<p>定疾病（无论一种或者多种），对于被保险人在住院（见 7.7）期间支付的必需且合理的（见 7.8）住院康复费用（见 7.9），我们按照以下约定赔偿特定疾病住院康复费用医疗保险金：</p> <p>（一）被保险人接受由我们指定的服务机构（见 7.10）提供的住院康复服务（见 7.11）的，我们按照 100%的赔偿比例赔偿特定疾病住院康复费用医疗保险金，特定疾病住院康复费用医疗保险金日限额为 500 元；</p> <p>（二）被保险人接受非由我们指定的服务机构提供的住院康复服务的，我们按照 70%的赔偿比例赔偿特定疾病住院康复费用医疗保险金，特定疾病住院康复费用医疗保险金日限额为 300 元。</p> <p>特定疾病住院康复费用医疗保险金日限额是我们每日赔偿特定疾病住院康复费用医疗保险金的最高限额。无论被保险人一次或多次接受住院康复服务，我们赔偿住院康复费用天数累计最高为 30 天。</p> <p>我们对于特定疾病住院康复费用医疗保险金的累计赔偿金额以特定疾病住院康复费用医疗保险金额为限，一次或累计赔偿的金额达到特定疾病住院康复费用医疗保险金额时，我们对被保险人在特定疾病住院康复费用医疗保险金项下的保险责任终止。</p>
指定网络医院康复费用医疗保险金	<p>在本附加险合同保险期间内，被保险人因意外伤害或在等待期后罹患疾病导致身体功能障碍，对于被保险人在本附加险合同指定网络医院（见 7.12）接受住院康复治疗所发生的应当由被保险人支付的必需且合理的康复治疗费用（见 7.13）和康复治疗器械费用（见 7.14），我们按照以下赔偿比例承担赔偿指定网络医院康复费用医疗保险金：</p> <p>（一）被保险人以社会基本医疗保险（见 7.15）或者公费医疗身份就诊并结算的，赔偿比例为 30%。</p> <p>（二）被保险人未以社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，赔偿比例为 25%。</p> <p>我们对于指定网络医院康复费用医疗保险金的累计赔偿金额以本附加险合同约定的指定网络医院康复费用医疗保险金额为限，一次或累计赔偿的金额达到保险单载明的指定网络医院康复费用医疗保险金额时，我们对被保险人在指定网络医院康复费用医疗保险金项下的保险责任终止。</p>
2.4 保险金额	<p>保险金额是我们承担赔偿保险金责任的最高限额。特定疾病住院康复费用医疗保险金额为 1.5 万元；指定网络医院康复费用医疗保险金额为 100 万元。我们对被保险人在保险期间内的各项保险金的赔偿金额以每项责任的保险金额为限。</p>
2.5 犹豫期	<p>除另有约定外，本附加险合同的犹豫期与主险合同一致。</p>
2.6 保险期间	<p>除另有约定外，本附加险合同的保险期间与主险合同一致。</p>

- 2.7 补偿原则 本附加险合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括但不限于社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、我们在内的任何商业保险机构等）获得本附加险合同责任范围内的费用补偿，我们仅对被保险人实际发生的费用扣除其从上述其他途径所获费用补偿后的余额按照本附加险合同的约定进行赔偿。被保险人社保卡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，不进行前述扣除。
- 2.8 不保证续保 本产品为不保证续保合同。本产品保险期间为一年（或不超过一年）。保险期间届满或保险期间届满前 30 日内，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。

③ 我们不保什么

- 3.1 责任免除 在下列期间发生的或因下列情形之一导致被保险人支出的任何费用，我们不承担赔偿保险金的责任：
- （1）被保险人在投保时未如实告知的既往疾病（见 7.16）；被保险人在投保前罹患的、投保时尚未治愈的疾病，但投保时保险人已知晓并做出书面认可的除外；
 - （2）被保险人患精神和行为障碍，遗传性疾病（见 7.17），先天性畸形、变形或染色体异常（见 7.18）（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，但涉及特定疾病病种释义中第三十九条、第八十二条、第八十三条、第九十八条约定的情况除外）；
 - （3）被保险人故意自伤，但被保险人自伤时为无民事行为能力人的除外；
 - （4）被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施，或被政府依法拘禁或服刑期间伤病；
 - （5）被保险人殴斗、主动吸食或注射毒品（见 7.19），违反规定使用麻醉或精神药品；
 - （6）被保险人醉酒驾驶（见 7.20）、无合法有效驾驶证驾驶（见 7.21）或驾驶无有效行驶证照（见 7.22）的机动车（见 7.23）导致交通意外引起的医疗费用；
 - （7）被保险人从事高风险运动（见 7.24）导致的保险事故；
 - （8）被保险人从事高风险职业（见 7.25）导致的保险事故；
 - （9）被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；
 - （10）被保险人分娩（含剖腹产）、宫外孕、不孕不育治疗、人工受精、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查、非因意外导致的流产；
 - （11）被保险人接受矫形、视力矫正手术、美容、变性手术及非意外伤害所致的整容手术、牙科治疗；
 - （12）被保险人非因职业原因或器官移植原因感染艾滋病病毒（见 7.26）

引起的治疗（但涉及特定疾病病种释义中第三十三条、第三十七条、第八十九条约定的情况除外）；

（13）康复治疗中产生的各种假体、义肢、自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械费用；

（14）未在本附加险合同约定的指定网络医院接受治疗。

④ 如何领取保险金

- 4.1 受益人** 除另有约定外，本附加险合同的受益人为被保险人本人。
- 4.2 保险事故通知** 保险事故发生后，您、被保险人或受益人应当及时通知我们，我们接收到您、被保险人或者受益人的保险事故通知后，将在1个工作日内一次性给予理赔指导。**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，不承担赔偿保险金责任，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。**
- 4.3 特定疾病住院康复费用医疗保险金申请** 被保险人接受由我们指定的服务机构提供的住院康复服务的，被保险人应将本附加险合同责任范围内的特定疾病住院康复费用医疗保险金申请和受领的权利转让给我们指定的服务机构，由我们与指定的服务机构结算，被保险人无需另行支付保险责任范围内的特定疾病住院康复费用。
- 被保险人接受非由我们指定的服务机构提供的住院康复服务的，**保险金申请人（见 7.27）**向我们申请赔偿特定疾病住院康复费用医疗保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。**保险金申请人未能提供有关材料，导致我们无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，我们对无法核实部分不承担赔偿保险金的责任。**
- （一）理赔申请书；
- （二）保险金申请人的**有效身份证件（见 7.28）**；
- （三）医院出具的完整病历资料（包括门急诊病历、处方，住院病历或出院记录以及检查报告、检验报告等）；
- （四）若被保险人未从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用收据原件、医疗费用明细清单；
- 若被保险人已从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用明细清单、医疗费用收据复印件、医疗费用分割单原始凭证（如社会基本医疗保险或公费医疗结算单、我们在内的任何商业保险机构出具的理赔分割单、与工作单位及侵权人或侵权责任承担方达成的赔偿协议或和解协议或法院判决、调解生效的法律文书等取得医疗费用补偿的证明）；
- （五）由医院专科医生出具的对被保险人罹患本附加合同所定义的特定疾病的诊断证明书以及由医院出具的与该疾病诊断证明书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（相关检验报告如已在

病历中提交则无需重复提交)；

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

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

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

4.4 指定网络医院康复费用医疗保险金申请

保险金申请人向我们申请赔偿指定网络医院康复费用医疗保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。**保险金申请人未能提供有关材料，导致我们无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，我们对无法核实部分不承担赔偿保险金的责任。**

(一) 理赔申请书；

(二) 保险金申请人的有效身份证件；

(三) 医院出具的完整病历资料(包括门急诊病历、处方，住院病历或出院记录以及检查报告等)；

(四) 由医院专科医生出具的被保险人疾病诊断证明书以及由医院出具的与该疾病诊断证明书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；

(五) 若被保险人未从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用收据原件、医疗费用明细清单；

若被保险人已从其他途径获得医疗费用补偿，需医疗费用明细清单、医疗费用收据复印件、医疗费用分割单原始凭证(如社会基本医疗保险或公费医疗结算单、我们在内的任何商业保险机构出具的理赔分割单、与工作单位及侵权人或侵权责任承担方达成的赔偿协议或和解协议或法院判决、调解生效的法律文书等取得医疗费用补偿的证明)；

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

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

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

4.5 保险金赔偿

我们收到保险金申请人的给付保险金请求及完整材料后，事实清晰、责任明确且无需调查的，应当在5个工作日内作出是否属于保险责任的核

定；情形复杂需要调查的，应当在30日内作出核定。

我们应当将核定结果在1个工作日内通知保险金申请人；对属于保险责任的，在与保险金申请人达成给付保险金的协议后10日内，履行赔偿保险金义务。本附加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赔偿保险金的义务。

我们依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起在1个工作日内向保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由

我们自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起60日内，对其给付保险金的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予给付；我们最终确定给付保险金的数额后，应当支付相应的差额。

如果被保险人本人作为保险金受益人已向我们书面申领保险金，但在实际领取保险金前身故，保险金将作为其遗产，由我们向其合法继承人赔偿。

4.6 诉讼时效

保险金申请人向我们请求赔偿或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。

5 如何支付保险费

5.1 保险费的支付

本附加险合同的保险费按照被保险人的年龄确定。您须按合同约定支付保险费。本附加险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，您应当在投保时一次性支付保险费。

若您选择分期支付保险费的，在交纳首期保险费后，您应当在每个保险费约定支付日（见7.29）交纳其余各期对应月份的保险费。若您未按约定交纳保险费，我们允许您在我们催告之日起30日（含第30日）内补交保险费，如果被保险人在此30日内发生保险事故，我们仍按照合同约定赔偿保险金，但需扣减欠交的保险费。

若您在我们催告之日起30日（含第30日）内未补交保险费，本附加险合同自上述期限届满之日的24时起效力中止，如果被保险人在合同效力中止期间发生保险事故的，我们不承担保险责任。

本附加险合同效力依照前款约定中止的，经我们同意，同时在您补交保险费后，合同效力恢复。

6 如何退保

6.1 您解除合同的手续及风险

本附加险合同成立后将持续有效，直至保险单约定的保险期间届满或达到本附加险合同约定的终止条件。

如您申请解除本附加险合同，请填写解除合同申请书并向我们提供您的有效身份证件。

保险责任开始前，您要求解除本附加险合同的，我们应当无息全额退还您已缴纳的保险费。

保险责任开始后，犹豫期内您要求解除本附加险合同的，我们将无息退还您所支付的全部保险费；犹豫期后您要求解除本附加险合同的，自我们接到解除保险合同申请书之时起，本附加险合同解除，我们自收到解除保险合同申请之日起 30 日内向您退还本附加险合同的未到期保险费（见 7.30）。若本附加险合同已发生保险金赔偿，未到期保险费为零。

您在犹豫期后申请解除合同会遭受一定经济损失。

7 释义

- 7.1 合法有效 本附加险合同所指合法有效均以中华人民共和国法律、法规、行政法规、地方性法规、行政规章及有关规范性法律文件的规定为判定依据。
- 7.2 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，而不是指自本附加险合同生效之后第一次经医院确诊患有某种疾病。
- 7.3 特定疾病 本附加险合同所保障的特定疾病，是指被保险人在本附加险合同的保险期间内经医院的专科医生明确诊断初次罹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，其中第（一）至（二十八）种特定疾病为中国保险行业协会颁布的《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”）规定的疾病，且疾病名称和疾病定义与“规范”一致，第（二十九）至（一百三十二）种特定疾病为“规范”规定范围之外的疾病。

以下为第（一）至（二十八）种特定疾病的名称及定义，其疾病名称和疾病定义与“规范”一致：

（一）**恶性肿瘤——重度**：指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经**组织病理学检查（见 7.31）**（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（见 7.32）**）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（见 7.33）**）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（见 7.34）为I期或更轻分期的甲状腺癌；**

(3) TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或更轻分期的前列腺癌；

(4) 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

(5) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

(6) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

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

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

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

（1）心肌损伤标志物肌钙蛋白（cTn）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 15 倍（含）以上；

（2）肌酸激酶同工酶（CK-MB）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 2 倍（含）以上；

（3）出现左心室收缩功能下降，在确诊 6 周以后，检测左室射血分数（LVEF）低于 50%（不含）；

（4）影像学检查证实存在新发的乳头肌功能失调或断裂引起的中度（含）以上的二尖瓣反流；

（5）影像学检查证实存在新出现的室壁瘤；

（6）出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。

其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在保障范围内。

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

（1）一肢（含）以上肢体（见 7.35）肌力（见 7.36）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（见 7.37）；

（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（见 7.38）中的三项或三项以上。

（四） 重大器官移植术或造血干细胞移植术：

重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏、肺脏或小肠的异体移植手术。

造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的移植手术。

（五） 冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）：指为治疗严重的冠心病，已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。

（六） 严重慢性肾衰竭：指双肾功能慢性不可逆性衰竭，依据肾脏病预后质量倡议（K/DOQI）制定的指南，分期达到慢性肾脏病 5 期，且经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗。规律性透析是指每周进行血液透析或每天进行腹膜透析。

（七） 多个肢体缺失：指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

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

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

（九） 严重非恶性颅内肿瘤：指起源于脑、脑神经、脑被膜的非恶性肿瘤，ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）范畴，并已经引起颅内压升高或神经系统功能损害，出现视乳头水肿或视觉受损、听觉受损、面部或肢体瘫痪、癫痫等，须由头颅断层扫描（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)。

(十) 严重慢性肝衰竭：指因慢性肝脏疾病导致的肝衰竭，且须满足下列全部条件：

- (1) 持续性黄疸；
- (2) 腹水；
- (3) 肝性脑病；
- (4) 充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。

因酗酒或药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。

(十一) 严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症：指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指经相关专科医生确诊疾病 180 天后，仍遗留下述至少一种障碍：

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

(十二) 深度昏迷：指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级(GCS, Glasgow Coma Scale)结果为 5 分或 5 分以下，且已经持续使用呼吸机及其他生命维持系统 96 小时以上。

因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。

(十三) 双耳失聪：指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆(见 7.39)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。

被保险人在 3 周岁(见 7.40)之前因疾病或意外伤害导致的双耳失聪不在保障范围内。先天性疾病所致的听力丧失不在本保障范围内。

(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，如果使用其他视力表应进行换算)；
- (3) 视野半径小于 5 度。

被保险人在 3 周岁之前因疾病或意外伤害导致的双目失明不在保

障范围内。先天性疾病所致的视力丧失不在本保障范围内。

（十五） 瘫痪：指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体随意运动功能永久完全丧失。肢体随意运动功能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后或意外伤害发生 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或肢体肌力在 2 级（含）以下。

（十六） 心脏瓣膜手术：指为治疗心脏瓣膜疾病，已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。

（十七） 严重阿尔茨海默病：指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为严重的认知功能障碍、精神行为异常和社交能力减退等，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，并经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：

（1）由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR，Clinical Dementia Rating）评估结果为 3 分；

（2）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不在保障范围内。

（十八） 严重脑损伤：指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：

（1）一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；

（2）语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；

（3）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

（十九） 严重原发性帕金森病：是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为运动迟缓、静止性震颤或肌强直等，经相关专科医生确诊，且须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

继发性帕金森综合征、帕金森叠加综合征不在保障范围内。

（二十） 严重Ⅲ度烧伤：指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤的面积达到全身体表面积的 20%或 20%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

（二十一） 严重特发性肺动脉高压：指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体

力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级（见 7.41）IV 级，且静息状态下肺动脉平均压在 36mmHg（含）以上。

（二十二）严重运动神经元病：是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症，经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：

- （1）严重咀嚼吞咽功能障碍；
- （2）呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难，且已经持续使用呼吸机 7 天（含）以上；
- （3）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

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

精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。

被保险人在 3 周岁之前因疾病或意外伤害导致的语言能力丧失不在保障范围内。先天性失聪导致的语言能力丧失不在本保障范围内。

（二十四）重型再生障碍性贫血：指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少，且须满足下列全部条件：

- （1）骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断：骨髓细胞增生程度<正常的 25%；如≥正常的 25%但<50%，则残存的造血细胞应<30%；
- （2）外周血象须具备以下三项条件中的两项：
 - ①中性粒细胞绝对值< $0.5 \times 10^9/L$ ；
 - ②网织红细胞计数< $20 \times 10^9/L$ ；
 - ③血小板绝对值< $20 \times 10^9/L$ 。

（二十五）主动脉手术：指为治疗主动脉疾病或主动脉创伤，已经实施了开胸（含胸腔镜下）或开腹（含腹腔镜下）进行的切除、置换、修补病损主动脉血管、主动脉创伤后修复的手术。主动脉指升主动脉、主动脉弓和降主动脉（含胸主动脉和腹主动脉），**不包括升主动脉、主动脉弓和降主动脉的分支血管。**

所有未实施开胸或开腹的动脉内介入治疗不在保障范围内。

（二十六）严重慢性呼吸衰竭：指因慢性呼吸系统疾病导致永久不可逆性的呼吸衰竭，经过积极治疗 180 天后满足以下所有条件：

- （1）静息时出现呼吸困难；
- （2）肺功能第一秒用力呼气容积（FEV1）占预计值的百分比<

30%;

(3) 在静息状态、呼吸空气条件下，动脉血氧分压（PaO₂）< 50mmHg。

(二十七) 严重克罗恩病：指一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克罗恩病（Crohn 病）病理组织学变化，须根据组织病理学特点诊断，且已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

(二十八) 严重溃疡性结肠炎：指伴有致命性电解质紊乱的急性暴发性溃疡性结肠炎，病变已经累及全结肠，表现为严重的血便和系统性症状体征，须根据组织病理学特点诊断，且已经实施了结肠切除或回肠造瘘术。

以下为第（二十九）至（一百三十二）种特定疾病的名称及定义，属于“规范”规定范围之外的疾病：

(二十九) 恶性肿瘤——轻度：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，**但不在“恶性肿瘤——重度”保障范围的疾病。**且特指下列六项之一：

- (1) TNM分期为 I 期的甲状腺癌；
- (2) TNM分期为T₁N₀M₀期的前列腺癌；
- (3) 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；
- (4) 相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- (5) 相当于Ann Arbor分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- (6) 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%）的神经内分泌肿瘤。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”，不在保障范围内：**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。

(三十) 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。

(三十一) 严重结核性脑膜炎后遗症：指由于结核杆菌感染引起脑膜、脑实质、脊膜及脊髓的非化脓性炎症，引起显著颅内压升高和严重神经系统功能损害，表现为意识障碍、颅神经损害、瘫痪、癫痫等。被保险人必须被明确诊断为结核性脑膜炎，并且满足下列所有条件：

- (1) 严重高颅压或脑积水，并且实际接受了外科减压性手术、脑脊液分流手术或外引流手术治疗；
- (2) 确诊 180 天后，仍有一肢体或多肢体瘫痪，肌力 3 级（含）以下；
- (3) 确诊 180 天后，仍有斜视、面神经麻痹或视力下降。

(三十二) 严重多发性硬化：多发性硬化为中枢神经系统白质多灶性脱髓鞘病变，病变有时累及灰质。多发性硬化必须明确诊断，并且已经造成永久不可逆的神经系统功能损害。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续 180 天无法独立完成下列基本日常生活活动之一：

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

(三十三) 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）。必须满足下列所有条件：

- (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

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。我们拥有获得使用被保险人的所有血液样本的权利和对这些样本进行独立检验的权利。

(三十四) 严重重症肌无力：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 180 天（含）以上仍无法控制病情；

(2) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(三十五) 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。

(三十六) 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。

(三十七) 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）**并且满足下列所有条件：**

(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事故责任的报告，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。

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 感染不在本保障范围内。

保险人拥有获得使用被保险人的所有血液样本的权利和对这些样本进行独立检验的权利。

(三十八) 进行性多灶性白质脑病：是一种亚急性脱髓鞘脑病，常常发生于免疫缺陷病人。**必须满足下列所有条件：**

(1) 根据脑组织活检确诊；

(2) 永久不可逆丧失自主生活能力，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(三十九) 严重肌营养不良症：肌营养不良症是一组遗传性肌肉变性性病变，临床特征为与神经系统无关的肌肉无力和肌肉萎缩。须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(四十) 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本保障范围内。

(四十一) 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。

(四十二) 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。

(四十三) 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) 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；

(2) 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。

（四十四）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。**

（四十五）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。**必须满足下列所有条件：**

- （1）细菌培养和临床表现符合坏死性筋膜炎诊断标准；
- （2）病情迅速恶化，有脓毒血症表现；
- （3）受感染肢体被截肢（自腕关节或踝关节近端）。

（四十六）嗜铬细胞瘤：源于肾上腺髓质、交感神经节或其他部位的嗜铬组织发生的肿瘤，分泌过多的儿茶酚胺，**并且已经实施了嗜铬细胞瘤切除手术。**

（四十七）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。

（四十八）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。

单纯胰岛移植、部分胰腺组织或细胞移植不在本保障范围内。

（四十九）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。**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。

（五十）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。

(五十一) 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。

(五十二) 严重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。**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，血清 ALP>200U/L；

(3) 出现继发性胆汁性肝硬化和门静脉高压。

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。

(五十三) 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。**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。

(五十四) 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。

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>25x10⁹/L；

(3) 外周血原始细胞≥1%；

(4) 血小板计数<100x10⁹/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。

(五十五) 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。

(五十六) 自体造血干细胞移植：指为治疗造血功能损害或为达到治疗肿瘤的目的，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）的自体移植手术。该治疗须由专科医生认为是医学必需的。

(五十七) 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。

(五十八) 主动脉夹层动脉瘤：指主动脉的内膜破裂导致血液流入主动脉壁中形成夹层动脉瘤。主动脉指胸主动脉及腹主动脉而非其旁支。诊断必须由专科医生通过检验结果证实，检查包括超声心动图、数字减影血管造影，磁共振扫描及磁共振血管造影或心导管检查的证明，并有必要进行紧急修补手术。

(五十九) 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 IV 级，并持续 180 天以上；
- (2) 已经实施了开胸进行的心包剥脱或心包切除手术。

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。

(六十) 心脏粘液瘤切除手术：指为了治疗心脏粘液瘤，实际实施了开胸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。

(六十一) 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纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能 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 55mm；
- (4) QRS 时间 \geq 130msec；
- (5) 药物治疗效果不佳，仍有症状。

(六十二) 完全性房室传导阻滞：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传导性心脏疾病，**须明确诊断并且满足下列所有条件：**

- (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。

(六十三) 多处臂丛神经根性撕脱：指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，经手术治疗后无法恢复。

本疾病必须有电生理检查结果和手术证实。

(六十四) 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。

(六十五) 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) 动脉血气分析显示低氧血症。

疑似肺淋巴管肌瘤病除外。

(六十六)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 (PaO₂) <50mmHg 和动脉血氧饱和度 (SaO₂) <80%。

(六十七)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本保障范围内。

(六十八)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。

(六十九)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。

(七十)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。

(七十一)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。

(七十二) 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。

(七十三) 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。

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

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

(七十五) 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。

(七十六) 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。

(七十七) 开颅手术：指因外伤、颅内肿瘤或脑动脉瘤破裂，被保险人实际接受了在全麻下进行的颅骨切开手术，以清除脑内血肿、切除肿瘤或夹闭破裂动脉瘤的手术治疗。

颅骨打孔手术、硬膜下血肿清除术、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。

(七十八) 严重系统性红斑狼疮性肾炎：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。

本保险所指的系统性红斑狼疮性肾炎须满足下列条件之一：

(1) 经肾脏活检确认符合 WHO 诊断标准定义 III 型或 III 型以上狼疮性肾炎；

(2) 临床出现肾功能衰竭且达到尿毒症期。

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。

(七十九) 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。

(八十) 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）；和

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 180 天（含）。

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。

(八十一) 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。

(八十二) 肾髓质囊性病：肾髓质囊性病是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。

其他肾脏囊性病不在本保障范围内。

(八十三) 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。

(八十四) 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。

(八十五) 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预防控制中心接受了隔离和治疗，**必须满足以下所有条件：**

- (1) 实验室检查证据证实存在埃博拉病毒感染；
- (2) 存在持续 30 天以上广泛出血的临床表现。

埃博拉病毒感染疑似病例不在本保障范围内。

(八十六) 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。**

(八十七) 失去一肢及一眼：被保险人因同一次意外伤害事件或疾病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。

(八十八) 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）。

(八十九) 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。

(九十) 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。

(九十一) 川崎病冠状动脉瘤手术：川崎病为一种病因不明的系

统性血管炎。

本保险仅对诊断性检查证实川崎病并发冠状动脉瘤或其他心血管异常并且实际接受了手术治疗的情况予以理赔。

(九十二) 严重幼年型类风湿关节炎：幼年型类风湿关节炎是一种儿童期发病的慢性关节炎，其特点为在高热和系统性病征出现数月后发生关节炎。

本保险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。

(九十三) 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。**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）检测证实，智商的检测必须由本公司认可的医院的儿童或成人精神卫生科、心理科或神经科专科医生进行。**并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) 本公司认可的医院的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) 本公司认可的医院的儿童或成人精神卫生科、心理科或神经科专科医生证实被保险人智力低常（IQ<50）（中度、重度或极重度）。

(九十四) 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。

(九十五) 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。

(九十六) 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，被保险人确诊时年龄在 25 周岁以下，并有所有以下临床证据支持：

(1) 急性发作（原发疾病起病后 6 至 72 小时）；

(2) 急性发作的临床症状体征包括呼吸急促、呼吸困难、心动过速、大汗、面色苍白及辅助呼吸肌活动加强（点头呼吸、提肩呼吸）；

(3) 双肺浸润影；

(4) $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ （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。

（九十七）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，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。

（九十八）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。

（九十九）重症手足口病：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。

重症手足口病指诊断为手足口病，且满足下列所有条件：

(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) 接受了住院治疗。

（一百）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。

（一百零一）脑型疟疾后遗症：脑型疟疾指由于疟原虫导致的中枢神经系统感染，临床表现有高热、昏迷、痫性发作、行为异常、瘫痪、

失语、听力受损、视力障碍。脑型疟疾需由专科医生明确诊断，诊断180天后被保险人仍然遗留神经系统后遗症，且须满足下列条件之一：

(1) 一肢（含）以上肢体肌力3级（含）以下；

(2) 听力障碍，双耳听力在500赫兹、1000赫兹、2000赫兹语音频率下平均听阈大于等于70（含）分贝；

(3) 语言能力完全丧失。

（一百零二）胆道重建手术：指因疾病或创伤造成胆总管阻塞，实际接受了胆总管与小肠（空肠或十二指肠）吻合的手术。

因先天性胆道闭锁导致的胆道重建手术不在保障范围内。

（一百零三）骨生长不全症（III型）：指一种胶原病，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。**本保险仅保障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。

（一百零四）艾森门格综合征：指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，并符合以下所有标准：

(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。

（一百零五）库鲁病：指一种亚急性传染性朊蛋白病。临床表现为共济失调、震颤、不自主运动，在病程晚期出现进行性加重的痴呆，神经异常。该病必须由二级或二级以上公立医院根据致病蛋白的发现而明确诊断。

（一百零六）产科弥漫性血管内凝血：指产科严重并发症（如重度子痫、胎盘早剥、产后出血、羊水栓塞）引发弥漫性血管内凝血，表现为出血、休克或微循环衰竭、微血管栓塞、微血管病性溶血。弥漫性血管内凝血需由专科医生明确诊断，并且满足下列所有条件：

(1) 接受了血浆和血小板替代治疗；

(2) 接受了子宫切除手术。

（一百零七）范可尼综合征：又称骨软化-肾性糖尿-氨基酸尿-高磷酸尿综合征，为肾小管功能损害性疾病。主要临床特点为尿异常、骨软化和肾功能衰竭。**必须满足下列所有条件：**

(1) 无家族史，发病和诊断时年龄大于18岁；

(2) 肾性骨病；

(3) 尿毒症，血肌酐>5mg/dl或442umol/L。

(一百零八) 特发性血栓性血小板减少性紫癜：血栓性血小板减少性紫癜是一组微血管血栓出血综合征，临床特征为微血管病性溶血性贫血、血小板减少、神经精神症状、肾脏受累。血栓性血小板减少性紫癜需由专科医生明确诊断，**并且满足下列至少3项条件：**

- (1) 颅内出血或脑血栓形成；
- (2) 急性肾功能衰竭，接受了血液透析治疗；
- (3) 心脏受累，肌钙蛋白升高和心电图异常；
- (4) 反复发作血栓性血小板减少性紫癜（症状完全缓解30天后再次发生临床表现）。

先天性血栓性血小板减少性紫癜、继发性血栓性血小板减少性紫癜不在保障范围内。

(一百零九) 重症原发性血小板减少性紫癜：原发性血小板减少性紫癜为原因不明的免疫介导的血小板减少，临床表现为皮肤粘膜出血及内脏出血。原发性血小板减少性紫癜需由专科医生明确诊断，**并且满足下列所有条件：**

- (1) 血小板计数 $<10 \times 10^9/L$ ；
- (2) 颅内出血；
- (3) 内脏出血（肺、胃肠道或泌尿生殖系统）；
- (4) 贫血，血红蛋白 $<90g/L$ 。

继发性血小板减少性紫癜不在保障范围内。

(一百一十) 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，需由专科医师明确诊断，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。

(一百一十一) 严重创伤弧菌感染截肢：指因创伤弧菌感染导致败血症和肢体损害。须经专科医生明确诊断，**并且满足下列所有条件：**

- (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。

(一百一十二) 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（主动脉综合征）可引起脑部及上肢缺血。头臂动脉型多发性大动脉炎需由专科医生明确诊断，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保障范围内。

（一百一十三）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，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。皮质基底节变性需经专科医生明确诊断，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。

（一百一十四）严重肺孢子菌肺炎：肺孢子菌肺炎是由肺孢子菌引起的间质性浆细胞性肺炎。肺孢子菌肺炎需明确诊断，**并满足下列全部条件：**

- （1）第一秒末用力呼气量（FEV1）小于1升；
- （2）气道内阻力增加，至少达到0.5 kPa/1/s；
- （3）残气容积占肺总量（TLC）的60%以上；
- （4）胸内气体容积升高，超过170（基值的百分比）；
- （5） $PaO_2 < 60\text{mmHg}$ ， $PaCO_2 > 50\text{mmHg}$ 。

感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患肺孢子菌肺炎不在保障范围内。

（一百一十五）闭锁综合征：指严重脑功能障碍，但剩余脑干功能完整。脑功能障碍的特征是缺失基本的认知功能，缺失对任何刺激的反应，不能与其他人互动。诊断必须经神经科医生确认，**须有持续至少一个月病史记录。**

（一百一十六）严重气性坏疽：气性坏疽指由梭状芽胞杆菌所致的肌坏死或肌炎。**须经专科医生明确诊断，并且符合下列全部条件：**

- （1）符合气性坏疽的一般临床表现；
- （2）细菌培养检出致病菌；
- （3）出现广泛性肌肉及组织坏死，并确实实施了坏死组织和筋膜以及肌肉的切除手术。

清创术不在保障范围内。

（一百一十七）严重肾上腺脑白质营养不良：肾上腺脑白质营养不良指一种过氧化物酶体病，主要累及肾上腺和脑白质。主要表现为进行性的精神运动障碍，视力及听力下降和（或）肾上腺皮质功能低下等。须经专科医生诊断，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，持续至少一百八十天。

(一百一十八) 严重视神经脊髓炎：视神经脊髓炎是一种免疫介导的以视神经和脊髓受累为主的，呈现为复发性病程的中枢神经系统疾病。被保险人被明确诊断为视神经脊髓炎（视神经脊髓炎谱系疾病），并且已经造成永久性视力损害及肢体运动障碍，**必须满足下列条件之一：**

(1) 视力损害，双眼中较好眼矫正视力低于0.1（含）持续180天以上；

(2) 不能独立行走，一下肢肌力2级（含）以下持续180天以上。

(一百一十九) Erdheim-Chester病：是一种非朗格汉斯细胞组织细胞增多疾病，病变累及心血管系统、中枢神经系统、呼吸系统、骨骼、腹膜后、眼眶等。Erdheim-Chester病必须经组织病理学检查明确诊断，**并且必须满足下列至少二项条件：**

(1) 单侧或双侧突眼、腹膜后病变、下肢骨硬化或肺内多发病灶；

(2) 心包受累出现心包积液、冠状动脉受累出现心肌缺血、心肌受累出现心力衰竭；

(3) 脑或脊髓病灶引起肢体瘫痪。

(一百二十) 严重多系统萎缩：多系统萎缩是一种原因不明的神经系统变性疾病，病变主要累及椎体外系、椎体系、小脑和自主神经。临床表现为直立性低血压、帕金森综合征、小脑共济失调。多系统萎缩需由专科医生明确诊断，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。

(一百二十一) 严重药物难治性癫痫手术治疗：指以癫痫反复发作作为特征的慢性脑部疾病状态，经依照癫痫临床指南正规抗癫痫药物治疗不能控制，被明确诊断为药物难治性癫痫。**必须满足下列所有条件：**

(1) 反复癫痫发作，连续和持续服用抗癫痫药物治疗1年以上不能控制；

(2) 实际接受了癫痫外科切除性手术（致痫灶切除术或脑叶切除术）、癫痫外科姑息性手术（胼胝体切开术、软脑膜下横切术、脑皮层电凝热灼术MST）、脑立体定向射频毁损术或立体定向放射外科治疗。

先天性脑畸形或脑发育异常、遗传代谢病所致癫痫、癫痫神经调控治疗（迷走神经刺激术VNS、反应性神经刺激器RNS、深部脑电极刺激DBS）不在保障范围内。

(一百二十二) 进行性风疹性全脑炎：指由风疹病毒感染引起的慢性脑炎，且导致神经系统永久性的功能障碍。须由神经专科医师确诊。神经系统永久性的功能障碍，**指疾病确诊180天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：**

(1) 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；

(2) 语言能力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。

(一百二十三) 细菌性脑脊髓膜炎后遗症：指因脑膜炎双球菌感染引起脑脊髓膜化脓性病变，且导致永久性神经损害，持续 180 天以上，并且脑脊液检查显示脑膜炎双球菌阳性。

永久性神经损害是指由细菌性脑脊髓膜炎引起的耳聋、失明、动眼神经麻痹、瘫痪、脑积水、智力或性情中度以上的损害，且上述症状持续 180 天以上仍无改善迹象。

(一百二十四) 严重斯蒂尔病：须经风湿病专科医生明确诊断，并至少满足下列两项条件：

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

(一百二十五) 湿性老年性黄斑变性：是一种与年龄老化相关的渗出性黄斑部变性。黄斑部视网膜下脉络膜异常新生血管生长，造成渗出、出血、盘状瘢痕形成，引起中心视力进行性下降甚至丧失。**必须满足下列所有条件：**

(1) 湿性黄斑变性经光学相干断层成像 (OCT) 和眼底荧光血管造影明确诊断；

- (2) 年龄 50 岁以上 (含)；

双眼中较好眼矫正中心视力低于 0.1 (含) 持续 180 天以上。

(一百二十六) 败血症导致的多器官功能障碍综合征：多器官功能障碍指败血症导致的并发症，一个或多个器官系统生理功能障碍，因该疾病住院至少 96 小时，**并至少满足以下一条标准：**

- (1) 呼吸衰竭，需要进行气管插管机械通气；
- (2) 凝血血小板计数 $< 50 \times 10^3$ / 微升；
- (3) 肝功能不全，胆红素 $> 6\text{mg/dl}$ 或 $> 102\mu\text{mol/L}$ ；
- (4) 需要用强心剂；
- (5) 昏迷格拉斯哥昏迷评分 (GCS) ≤ 9 ；
- (6) 肾功能衰竭，血清肌酐 $> 300\mu\text{mol/L}$ 或 $> 3.5\text{mg/dl}$ 或尿量 $< 500\text{ml/d}$ ；
- (7) 败血症有血液和影像学检查证实；
- (8) 住院重症监护病房最低 96 小时；
- (9) 器官功能障碍维持至少 15 天。

败血症引起的 MODS 的诊断应由专科医生证实。非败血症引起的 MODS 不在保障范围内。

(一百二十七) 异染性脑白质营养不良：指一种严重的神经退化性代谢病，主要表现为行走困难、智力低下、废用性肌萎缩、四肢痉挛性瘫痪、视神经萎缩、失语等。须经本公司认可医院的专科医生诊断，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。

被保险人在三周岁之前罹患该疾病，我们不承担保险责任。

（一百二十八）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，合并大小便失禁，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。

我们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。

（一百二十九）克-雅氏病：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。

（一百三十）严重面容毁损颜面移植手术：因意外伤害造成严重面容毁损，面部器官、肌肉、神经、血管大面积损伤或缺失，导致面部多器官功能严重损害。为了重建面部神经肌肉功能和恢复面部器官生理功能，被保险人实际接受了同种异体颜面移植手术，包括部分颜面移植和全颜面移植。**必须满足下列所有条件：**

（1 导致需要进行颜面移植的以外事件必须发生在保单生效之后；

（2）移植物必须是来自同种异体捐献者颜面部的完整复合组织（含血管和神经的皮肤、肌肉及器官）；

（3）实施颜面移植手术的医师及其所在医疗机构和必须符合《颜面同种异体器官移植技术管理规范》的资质要求。

来自颜面部位以外的异体或自体皮瓣移植手术、单纯鼻移植手术、单纯耳移植手术、单纯植皮手术、整形手术、美容手术、瘢痕松解或去除手术、脂肪填充手术不在保障范围内。

（一百三十一）肠系膜上动脉梗塞致严重肠坏死：因肠系膜上动脉栓塞或血栓形成引起广泛小肠缺血坏死，临床表现为突发剧烈腹痛。被保险人实际接受了下列两项外科开腹手术治疗：

（1）肠系膜上动脉血栓摘除术（血栓内膜剥脱术）或搭桥手术；

（2）坏死肠管切除术。

（一百三十二）特发性慢性肾上腺皮质功能不全：指自身免疫性肾上腺炎（既往名称：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。**必须满足下列所有条件：**

（1）明确诊断，符合下列所有诊断标准：

①血浆促肾上腺皮质激素（ACTH）水平 >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、肿瘤所致的肾上腺皮质

功能减退和其他继发性肾上腺皮质功能减退不在保障范围内。

- 7.4 意外伤害** 指外来的、突发的、不可预见的、非本意的和非疾病的导致被保险人身体受到伤害的客观事件。
- 7.5 医院** 指国家卫生部医院等级分类中的二级或二级以上公立医院普通部及我们扩展承保的医院普通部，但不包括观察室、特需医疗、国际医疗、联合病房、康复病房和干部病房以及附属于前述医院或单独作为诊所、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒等或相类似的医疗机构或我们不予承保的医院。同时该医院必须具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且全日二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗和护理等服务。
- 注：**我们扩展承保的医院名单和我们不予承保的医院名单将在保险单中载明。我们保留新增扩展承保医院的权利。对于新增后的扩展承保医院名单，我们将会泰康在线官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。
- 7.6 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。
- 7.7 住院** 指被保险人因疾病或意外伤害而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。
- 7.8 必需且合理**
- 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。
- 是否符合通常惯例由我们根据客观、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。

- 7.9 住院康复费用** 指住院期间使用住院康复服务需要支付费用。
- 7.10 指定的服务机构** 指经我们审核认可为被保险人提供住院康复服务的机构。
- 7.11 住院康复服务** 由持证上岗的护理员为被保险人提供在医院住院期间每天 24 小时一对一的基本生活照料，陪同并辅助会员接受各类检验、检查服务，配合住院期间的诊疗行为。
- 7.12 指定网络医院** 指经我们审核认可为被保险人提供康复治疗的医院。**具体指定的网络医院以我们提供的医院名单为准，并在保险单中进行载明。保险期间内我们保留对指定网络医院名单调整的权利，指定的网络医院名单及其变更我们将在泰康在线官网公示并通知。**
- 7.13 康复治疗费用** 指床位费、检查检验费、治疗费及会诊费。
- 7.14 康复治疗器械费用** 指在指定网络医院为进行康复治疗使用的康复治疗器械费用。
- 7.15 社会基本医疗保险** 本附加险合同所称的社会基本医疗保险包括职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。
- 7.16 公费医疗** 公费医疗制度，是国家为保障国家工作人员身体健康而实行的一项社会保障制度。国家通过医疗卫生部门向享受人员提供制度规定范围内的免费医疗预防。
- 7.17 既往疾病** 指被保险人在本附加险合同生效前罹患的且医生已有明确诊断的有关疾病。
- 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。
- 7.20 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。
- 7.21 醉酒驾驶** 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》的规定认定为醉酒驾驶。
- 7.22 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；
- (5) 无驾驶证，驾驶证被依法扣留、暂扣、吊销、注销期间或驾驶证载明的有效期已届满，被保险人未及时更换新驾驶证。
- 7.23 无有效行驶证照** 指下列情形之一：
- (1) 发生保险事故时无公安机关交通管理部门核发的合法有效的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动号牌；
- (2) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。
- 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。
- 7.25 高风险运动** 本附加险合同所定义的高风险运动是指潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等运动。其中：
- 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。
- 攀岩：**指攀登悬崖、建筑物外墙、人造悬崖、冰崖、冰山和雪山等运动。
- 探险活动：**指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，而使自己置身于其中的行为，如江河漂流、徒步穿越沙漠或原始森林等活动。
- 武术比赛：**指两人或两人以上对抗柔道、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。
- 特技表演：**指从事马术、杂技、驯兽、飞车等特殊技能训练或比赛。
- 7.26 高风险职业** 本附加险合同所定义的高风险职业是指从事矿产资源作业、水上水下作业、高空作业、电力高压电、森林砍伐，化工、有毒及危险物质生产运输、水上运输，机械设备制造加工操作、金属/合金冶炼，海洋、特种养殖，救灾抢险、消防爆破、缉毒及防暴警察，拳击或足球职业运动员、潜水的职业。
- 7.27 感染艾滋病病毒** 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症，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。
- 7.28 保险金申请人** 指被保险人、受益人，被保险人、受益人的继承人或其他依法享有保险金请求权的其他自然人。

- 7.29 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。
- 7.30 保险费约定支付日** 指保险合同生效日在每月的对应日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。如保险合同生效日为 2021 年 6 月 1 日，则次月的保险费约定支付日为 2021 年 7 月 1 日，以此类推，则最后一个月的保险费约定支付日为 2022 年 5 月 1 日。
- 7.31 未到期保险费** 指本附加险合同所具有的价值，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。
- 犹豫期内退保的，未到期保险费=您已交纳保险费。
- 犹豫期后退保的，若保险费为一次性支付的：
- 未到期保险费=您已交纳保险费×[1-（保险单已生效天数/保险期间天数）]
- 若保险费为分期支付的：
- 未到期保险费=您已交纳当期保险费×[1-（当期已经过天数/当期总天数）]
- 已生效或已经过天数不足一天的按一天计算。若本附加险合同已发生保险金赔偿，未到期保险费为零。
- 7.32 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。
- 7.33 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。
- 7.34 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。
- 7.35 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。
- 7.36 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。
- 7.37 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。

7.38 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。

7.39 六项基本日常生活活动 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：自己上下床或者上下轮椅；（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者碟中取食物放入口中；（6）洗澡：自己进行淋浴或者盆浴。

7.40 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。

7.41 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。

7.42 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。

泰康在线财产保险股份有限公司

住院费用医疗保险 G 款（互联网专属）条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指泰康在线财产保险股份有限公司。

1 您与我们的合同

- 1.1 合同构成** 本保险条款、保险单或其他保险凭证、投保书、与保险合同有关的投保文件、合法有效（见 8.1）的声明、批注、批单、附加保险合同、其他书面或电子协议都是您与我们之间订立的本保险合同（以下简称“本合同”）的组成部分。
- 1.2 合同成立及生效** 您提出保险申请、我们同意承保，本合同成立。
本合同自我们同意承保、收取保险费并签发电子保险单开始生效，具体生效日以电子保险单所载的日期为准。

2 我们保什么、保多久

- 2.1 保障计划** 本合同的投保计划由您在投保时与我们约定，并在保险单中载明。
- 2.2 等待期** 您为被保险人首次投保本保险或非续保本保险时，自本合同生效日起一定期限为等待期，最长不超过 90 日，等待期期限由您在投保时与我们约定，并在保险单中载明。
在等待期内，被保险人非因意外伤害（见 8.2）确诊罹患本合同所定义的恶性肿瘤（见 8.3）及特定疾病（见 8.4）以外的疾病，无论治疗该疾病所发生的费用是否发生在等待期内，我们都不承担赔偿保险金责任，但本合同继续有效。
被保险人在等待期内初次确诊（见 8.5）罹患本合同所定义的恶性肿瘤、或非因意外伤害初次确诊罹患本合同所定义的特定疾病的，我们不承担赔偿保险金的责任，本合同终止，我们向您无息退还所交保险费。
您为被保险人续保本保险或被保险人因遭受意外伤害导致被保险人发生保险事故的无等待期。
- 2.3 保险责任** 本合同的保险责任包含“恶性肿瘤医疗保险金”、“特定疾病医疗保险金”、“一般医疗保险金”、“质子重离子医疗保险金”、“指定网络特定医疗费用保险金”、“特定慢性疾病保险金”六项责任。“恶性肿瘤医疗保险金”为必选责任，“特定疾病医疗保险金”、“一般医疗保险金”、“质子重离子医疗保险金”、“指定网络特定医疗费用保险金”、“特定慢性疾病保险金”为可选责任。必选责任为您必须选择的部分，可选责任可由您决定是否投保，并载明于保险单上，但您不能单独投保可选责任。
- 2.4 健康管理服务** 当您选择投保“指定网络特定医疗费用保险金”可选责任时，我们将为被保险人提供本合同约定的健康管理服务。

保险期间内，我们委托的服务机构可以为被保险人提供的健康管理服务，包括健康教育、运动管理、健康方式养成、健康教练、专家咨询服务、就医支持等。健康管理服务的具体内容、流程、标准、注意事项、可能发生的风险及指定服务机构等，详见《服务手册》（见 8.6）。随着我们健康管理服务体系的完善，《服务手册》的内容有可能变更和扩展，我们将在变更、扩展时在泰康在线官网披露。

恶性肿瘤医疗保险金（必选）

我们有权按照被保险人在本合同订立时的健康状况，出具除外承保某一种或多种恶性肿瘤的结论作为本合同的订立条件，实际除外承保的恶性肿瘤将在保险单上载明。

在本合同保险期间内，被保险人在等待期后在中华人民共和国境内（不含港、澳、台地区）医院（见 8.7，以下简称“医院”）经医生（见 8.8）初次确诊罹患本合同约定的原发（见 8.9）性恶性肿瘤，且经医生诊断必须接受相关治疗的，对被保险人因此发生的以下必需且合理（见 8.10）的医疗费用，我们依照本合同的约定赔偿恶性肿瘤医疗保险金：

保险责任	保险责任内容	赔偿比例
1、恶性肿瘤住院医疗费用	被保险人在其恶性肿瘤确诊之日（见 8.11）后在医院住院（见 8.12）期间发生的与治疗恶性肿瘤相关的，应当由被保险人支付的必需且合理的住院医疗费用（见 8.13）。	我们在扣除本合同约定的恶性肿瘤医疗保险金免赔额后，按照下列比例进行赔偿： 1、被保险人以参加社会基本医疗保险（见 8.20）或者公费医疗（见 8.21）身份投保，并以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，按照本合同约定的赔偿比例 A 进行赔偿。
2、恶性肿瘤特殊门诊医疗费用	被保险人在其恶性肿瘤确诊之日后在医院接受特殊门诊治疗期间发生的与治疗恶性肿瘤相关的，应当由被保险人支付的必需且合理的特殊门诊医疗费用。 特殊门诊医疗费用包括：化学疗法（见 8.14）、放射疗法（见 8.15）、肿瘤免疫疗法（见 8.16）、肿瘤内分泌疗法（见 8.17）、肿瘤靶向疗法（见 8.18）治疗费用。	2、被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，但未以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，按照本
3、恶性肿瘤确诊医疗费用	被保险人在恶性肿瘤确诊之日（含）前 30 日内（含）接受门急诊或住院治疗期间发生的必需且合理的与确诊恶性肿瘤相关的医疗费用（见 8.19）。	

4、恶性肿瘤住院前后门急诊医疗费用	被保险人住院治疗前（含住院当日）30日（含）和出院后（含出院当日）30日内（含），因与该次住院相同原因而接受恶性肿瘤门急诊治疗的，应当由被保险人支付的必需且合理的恶性肿瘤门急诊医疗费用（不包括本条上述约定的恶性肿瘤特殊门诊医疗费用和恶性肿瘤确诊医疗费用）。	合同约定的赔偿比例B进行赔偿。 3、被保险人以未参加社会基本医疗保险或公费医疗身份投保，按照本合同约定的赔偿比例C进行赔偿。
-------------------	--	---

我们对于恶性肿瘤医疗费用的累计赔偿金额以本合同约定的恶性肿瘤医疗保险金额为限，一次或累计赔偿的金额达到保险单载明的恶性肿瘤医疗保险金额时，我们对被保险人在恶性肿瘤医疗保险金项下的保险责任终止。

赔偿比例A、B、C由您在投保时与我们约定，并在保险单中载明。

特定疾病医疗保险金（可选）

本合同保障的特定疾病包括四组别：心脏或心血管类特定疾病、脑中风或神经系统类特定疾病、其他类特定疾病、特殊类特定疾病，各组下的特定疾病及定义以本合同释义部分为准。我们有权按照被保险人在本合同订立时的健康状况，出具除外承保一组或多组特定疾病的结论作为本合同的订立条件，实际除外的特定疾病组别将在保险单上载明。

在本合同保险期间内，被保险人因意外伤害或在等待期后非因意外伤害在医院经医生初次确诊罹患本合同约定的心脏或心血管类特定疾病、脑中风或神经系统类特定疾病、其他类特定疾病、特殊类特定疾病（无论一种或多种），且经医生诊断必须接受相关治疗的，我们对被保险人因此发生的以下必需且合理的医疗费用，依照本合同的约定赔偿特定疾病医疗保险金。

保险责任	保险责任内容	赔偿比例
1、特定疾病住院医疗费用	被保险人在住院期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的特定疾病住院医疗费用。	我们在扣除本合同约定的特定疾病医疗保险金免赔额后，按照下列比例进行赔偿：
2、特定疾病特殊门诊医疗费用	被保险人在接受特殊门诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的特定疾病特殊门诊医疗费用，特殊门诊治疗包括：（1）门诊肾透析；（2）器官移植后的门诊抗排异治疗。	1、被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，并以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就

3、特定疾病门诊手术医疗费用	被保险人在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特定疾病门诊手术医疗费用。	诊并结算的，按照本合同约定的赔偿比例 A 进行赔偿。
4、特定疾病住院前后门急诊医疗费用	被保险人住院治疗前(含住院当日)7日(含)和出院后(含出院当日)30日内(含)，因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗的，应当由被保险人支付的必需且合理的特定疾病门急诊医疗费用(不包括本条上述约定的特定疾病特殊门诊医疗费用和特定疾病门诊手术医疗费用)	2、被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，但未以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，按照本合同约定的赔偿比例 B 进行赔偿。 3、被保险人以未参加社会基本医疗保险或公费医疗身份投保，按照本合同约定的赔偿比例 C 进行赔偿。

我们对于特定疾病医疗费用的累计赔偿金额以本合同约定的特定疾病医疗保险金额为限，一次或累计赔偿的金额达到保险单载明的特定疾病医疗保险金额时，我们对被保险人在特定疾病医疗保险金项下的保险责任终止。

赔偿比例 A、B、C 由您在投保时与我们约定，并在保险单中载明。

**一般医疗保险金
(可选)**

在本合同保险期间内，被保险人因意外伤害或在等待期后非因意外伤害导致罹患本合同所定义的恶性肿瘤及特定疾病以外的疾病，在医院经医生诊断必须接受相关治疗的，我们对被保险人支付的以下必需且合理的医疗费用，依照本合同的约定赔偿一般医疗保险金：

保险责任	保险责任内容	赔偿比例
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。	我们在扣除本合同约定的一般医疗保险金免赔额后，按照下列比例进行赔偿：
2、特殊门诊医疗费用	被保险人在接受特殊门诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的特殊门诊医疗费用，特殊门诊治疗包括：（1）门诊肾透析；（2）门诊恶性肿瘤治疗，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗	1、被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，并以参加社会基本医疗保险或者公费

	法、肿瘤靶向疗法；（3）器官移植后的门诊抗排异治疗。	医疗身份就诊并结算的，按照本合同约定的赔偿比例 A 进行赔偿。
3、门诊手术医疗费用	被保险人在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医疗费用。	2、被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，但未以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，按照本合同约定的赔偿比例 B 进行赔偿。
4、住院前后门急诊医疗费用	被保险人住院治疗前（含住院当日）7 日（含）和出院后（含出院当日）30 日内（含），因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗的，应当由被保险人支付的必需且合理的门急诊医疗费用（不包括本条上述约定的特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用）。	3、被保险人以未参加社会基本医疗保险或公费医疗身份投保，按照本合同约定的赔偿比例 C 进行赔偿。

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的保险责任终止。

赔偿比例 A、B、C 由您在投保时与我们约定，并在保险单中载明。

质子重离子医疗保险金（可选）

在本合同保险期间内，被保险人在等待期后在医院经医生初次确诊罹患本合同所定义的恶性肿瘤，经医生诊断必须接受相关治疗的，我们对被保险人支付的以下医疗费用，依照本合同的约定赔偿质子重离子医疗保险金：

保险责任	保险责任内容	赔偿比例
质子重离子医疗费用	被保险人在保险单上载明的特定医疗机构接受质子、重离子放射治疗（见 8.22）期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的质子、重离子医疗费用（见 8.23）。	我们按照 100%的比例赔偿质子重离子医疗保险金。

我们对于质子、重离子医疗费用的累计赔偿金额以本合同约定的质子重离子医疗保险金额为限，一次或累计赔偿的金额达到保险单载明的质子重离子医疗保险金额时，我们对被保险人在质子重

离子医疗保险金项下的保险责任终止。

指定网络特定医疗费用保险金(可选)

本项保险责任包含四个保障方案(见附录一)。其中,方案一保障指定网络医疗费用,方案二保障指定网络医学检验检查费用,方案三保障指定网络齿科医疗费用,方案四保障指定网络中药药品费用。您在投保时可以选择投保。保险期间内,我们对您选择投保并在保险单中载明的保障方案承担保险责任。

一、指定网络医疗费用

指被保险人因意外伤害或在等待期后罹患疾病,在我们指定或认可的医疗机构(见8.24)接受治疗,每次(见8.25)在我们指定或认可的医疗机构或指定的药店(见8.26)实际支出的、必需且合理的、符合本合同约定的药品(不含本条保障方案四项下的中药药品费用)、器械、治疗项目(以下简称“指定网络医疗项目”(见8.27))费用。

赔偿指定网络医疗费用须同时满足以下条件:

(1) 用于治疗指定网络医疗项目处方或医嘱是由我们指定或认可的医疗机构出具的、且为被保险人当前治疗必需且合理的医疗项目;

(2) 指定网络医疗项目的实际发生时间在保险期间内;

(3) 指定网络医疗项目在我们约定的指定网络医疗项目清单中;

(4) 被保险人购买或接受指定网络医疗项目须在我们指定或认可的医疗机构或指定的药店,且须符合本合同“4.4指定网络医疗费用申请及审核流程”的约定。

对不满足上述条件的指定网络医疗费用,我们不承担赔偿指定网络医疗费用保险金的责任。

本项保障包含两个保险计划,保险计划由您在投保时与我们约定,并在保险单上载明。

1、选择投保保险计划一的,对于被保险人发生的本合同责任范围内的指定网络医疗费用,我们承担属于当地(见8.28)社会基本医疗范围内的医疗费用。

2、选择投保保险计划二的,对于被保险人发生的本合同责任范围内的指定网络医疗费用,我们承担属于当地社会基本医疗范围内和范围外的医疗费用。

二、指定网络医学检验检查费用

指被保险人因意外伤害或在等待期后在我们指定或认可的医疗机构经医生评估须进行医学检验检查(见8.29),在我们指定或认可的医疗机构支出的符合本合同约定的医学检验检查清单(见8.30)的检查检验费用。

三、指定网络齿科医疗费用

指被保险人因意外伤害或在等待期后在我们指定或认可的医疗机构经医生评估须进行齿科治疗,在我们指定或认可的医疗机构支出的符合本合同约定的齿科检查治疗项目清单(见8.31)的齿科医疗费用。

四、指定网络中药药品费用

指被保险人因意外伤害或在等待期后经医院确诊疾病,在我们指定或认可的医疗机构进行后续诊疗,在我们指定或认可的医疗

机构开具的处方所列明的，应当由被保险人支付的必需且合理的、同时满足如下条件的中药药品（见 8.32）费用。

中药药品费用赔偿的药品须同时满足以下条件：

- （1）每次的药品处方剂量不超过一个月；
- （2）药品须在我们指定或认可的医疗机构购买；
- （3）药品不属于中成药（见 8.33）、药态非饮片；
- （4）药品属于本合同约定的中药药品清单（见 8.34）中的药品。

对于不满足任一上述条件的中药药品费用，我们不承担赔偿中药药品费用保险金的责任。

特定慢性疾病保险金（可选） 在本合同保险期间内，被保险人经医院医生确诊罹患高血压（见 8.35），在等待期后经我们指定或认可的医疗机构治疗，按照保险单中载明的治疗周期完成治疗后，经我们指定或认可的医疗机构医生评估被保险人的高血压状况未得到有效控制（见 8.36），需进一步治疗的，我们按照本合同约定的特定慢性疾病保险金额给付特定慢性疾病保险金，我们对被保险人的本项保险责任终止。

2.5 保险金额

保险金额是我们承担赔偿责任或给付保险金责任的最高限额。

恶性肿瘤医疗保险金额、特定疾病医疗保险金额、一般医疗保险金额、质子重离子医疗保险金额、指定网络特定医疗费用保险金额（包括指定网络医疗费用保险金额、特定网络医学检验检查费用保险金额、特定网络齿科医疗费用保险金额、特定网络中药药品费用保险金额，其中，指定网络医疗费用保险金额=指定网络医疗费用单次赔偿限额*指定网络医疗费用赔偿次数）、特定慢性疾病保险金额由您和我们协商确定，并在保险单中载明。

2.6 住院天数计算

截至本合同保险期间届满日，被保险人未结束住院治疗的，对于被保险人因本次住院治疗在保险期间届满日起 30 日内（含第 30 日）支出的必需且合理的住院医疗费用，我们继续按照本合同的约定在保险金额内承担赔偿责任恶性肿瘤医疗保险金、特定疾病医疗保险金及一般医疗保险金的责任。

2.7 犹豫期

自本合同生效之日起 15 日（含第 15 日）为犹豫期。您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。

自我们收到您解除合同的申请时起，本合同即被解除，我们自始不承担保险责任。

您在犹豫期后申请解除合同会遭受一定经济损失，我们将向您退还本合同的未到期保险费（见 8.37）。

2.8 补偿原则

本合同恶性肿瘤医疗保险金、特定疾病医疗保险金、一般医疗保险金、质子重离子医疗保险金、指定网络特定医疗费用保险金额适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括但不限于社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、我们在内的任何商业保险机构等）获得本合同责任范围内医疗费用补偿，我们仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其从上述其他途径所获医疗费

用补偿后的余额按照本合同的约定进行赔偿。被保险人社保卡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，不进行前述扣除。

2.9 免赔额

本合同中所指免赔额均指年免赔额，指保险期间内被保险人自行承担，我们依据本合同不予赔偿的部分。本合同中恶性肿瘤医疗保险金免赔额、特定疾病医疗保险金免赔额、一般医疗保险金免赔额、指定网络特定医疗费用保险金免赔额（保障方案一：指定网络医疗费用免赔额）由您和我们协商确定，并在保险单中载明。

可以计入年免赔额的范围：

哪些内容可以计入年免赔额？	哪些内容不可以计入年免赔额？
被保险人从商业保险获得的医疗费用补偿	社会基本医疗保险和公费医疗支付的医疗费用
除社会基本医疗保险和公费医疗以外，被保险人从其他途径获得的医疗费用补偿	

2.10 保险期间

本合同的保险期间由您在投保时与我们约定，保险期间为1年（或不超过1年），并在保险单上载明。自电子保险单或其他保险凭证上记载的保险期间起始日零时起至保险期间期满日的24时止。

2.11 不保证续保

本产品为不保证续保合同。本产品保险期间为1年（或不超过1年）。保险期间届满或保险期间届满前30日内，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。

3 我们不保什么

3.1 责任免除

对于被保险人因以下任何情形而发生的任何费用，我们不承担赔偿恶性肿瘤医疗保险金、特定疾病医疗保险金、一般医疗保险金、质子重离子医疗保险金的责任：

（一）被保险人在投保时未如实告知的既往疾病（见 8.38）；被保险人在投保前罹患的、投保时尚未治愈的疾病，但投保时我们已知晓并做出书面认可的除外；

（二）被保险人患精神和行为障碍，遗传性疾病（见 8.39），先天性畸形、变形或染色体异常（见 8.40）（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》第十次修订版（ICD-10）（见 8.41）为准，但涉及特定疾病病种释义中“其他类特定疾病”第六条、第十四条、第二十八条，“特殊类特定疾病”第二十七条约定的情况除外）；

（三）被保险人故意自伤，但被保险人自伤时为无民事行为能力人的除外；

（四）被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施

施，或被国家机关依法拘禁或服刑期间伤病；

（五）被保险人殴斗、主动吸食或注射毒品（见 8.42），违反规定使用麻醉或精神药品；

（六）被保险人醉酒驾驶（见 8.43）、无合法有效驾驶证驾驶（见 8.44）或驾驶无有效行驶证照（见 8.45）的机动车（见 8.46）导致交通意外引起的医疗费用；

（七）被保险人从事高风险运动（见 8.47）导致的伤害引起的治疗；

（八）被保险人从事高风险职业（见 8.48）导致的伤害引起的治疗；

（九）被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；

（十）被保险人分娩（含剖腹产）、宫外孕、不孕不育治疗、人工受精、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查、非因意外导致的流产；

（十一）被保险人接受矫形、视力矫正手术、美容、变性手术及非意外伤害所致的整容手术、牙科治疗；

（十二）被保险人非因职业原因或器官移植原因感染艾滋病病毒（见 8.49）引起的治疗（但涉及特定疾病病种释义中“其他类特定疾病”第三十一条、第三十二条、第三十三条约定的情况除外）；

（十三）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；

（十四）除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其它人工器官材料费、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；

（十五）未经医院出具外购药处方自行购买的药品、非医院药房买的药品、医生开具的单次处方超过 30 天部分的药品费用，符合以上三项任何一项所发生的医疗费用。

因下列原因，导致发生保险事故的，我们不承担赔偿或给付指定网络特定医疗费用保险金、特定慢性疾病保险金的责任：

（一）被保险人在非本合同约定的指定或认可的医疗机构、指定的药店发生的医疗费用；

（二）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；

（三）被保险人未经医生处方自行购药或医生开具的单次处方超过 30 天部分的药品费用；

（四）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

（五）被保险人故意自伤或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；

（六）因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀，或因被保险人家属的故意行为造成伤害所产生的医疗费用；

(七) 药品处方的开具与国家药品监督管理部门批准的该药品说明书中所列明的适应症、用法用量不符;

(八) 被保险人接受实验性或试验性治疗所发生的费用;

(九) 恐怖袭击、核爆炸、核辐射、核污染;

(十) 被保险人精神失常或精神错乱;

(十一) 战争(无论宣战与否)、军事行动、暴动或武装叛乱;

(十二) 被保险人因从事违法、犯罪活动或在逃期间、被依法拘留、服刑;

(十三) 被保险人醉酒或受毒品、管制药物的影响。

4 如何领取保险金

4.1 受益人

除另有约定外, 本合同的受益人为被保险人本人。

4.2 保险事故通知

您、被保险人或受益人在知道保险事故发生后, 应当及时通知我们, 我们接收到您、被保险人或者受益人的保险事故通知后, 将在 1 个工作日内一次性给予理赔指导。

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, 不承担赔偿或给付保险金责任, 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。

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, 应在急诊就诊后的 3 日内通知我们, 并在病情好转后及时转入约定的医院。

4.3 恶性肿瘤医疗保险金、特定疾病医疗保险金、一般医疗保险金、质子重离子医疗保险金申请

保险金申请人(见 8.50) 向我们申请赔偿保险金时, 应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的, 应提供其他合法有效的材料。保险金申请人未能提供有关材料, 导致我们无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的, 我们对无法核实部分不承担赔偿保险金的责任。

(1) 理赔申请书;

(2) 保险金申请人的有效身份证件(见 8.51);

(3) 医院出具的完整病历资料(包括门急诊病历、处方, 住院病历或出院记录以及检查报告、检验报告等);

(4) 若被保险人未从其他途径获得医疗费用补偿, 需提供医疗费用收据原件、医疗费用明细清单;

若被保险人已从其他途径获得医疗费用补偿, 需提供医疗费用明细清单、医疗费用收据复印件、以及医疗费用分割单原始凭证(如社会基本医疗保险或公费医疗结算单、我们在内的任何商业保险机构出具的理赔分割单、与工作单位及侵权人或侵权责任承担方达成的赔偿协议或和解协议或法院判决、调解生效的法律文书等取得医疗费用补偿的证明);

(5) 被保险人罹患本合同所定义的恶性肿瘤、特定疾病的，还应提供由医院具有相应资质的医生出具的对被保险人的疾病诊断证明书以及由医院出具的与该疾病诊断证明书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（相关检验报告如已在病历中提交则无需重复提交）；

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

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

我们认为保险金申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知您、保险金申请人补充提供。

4.4 指定网络医疗费用申请及审核流程

在本合同保险期间内，被保险人发生指定网络医疗项目清单中所列的医疗项目，须按照以下流程进行申请及审核：

被保险人在购买或接受指定网络医疗项目前，保险金申请人须向我们提出申请。我们对保险金申请人提交的指定网络医疗项目申请中的药品、器械处方或医嘱进行审核。对于药品、器械处方或医嘱审核中的特殊情况（见 8.52），我们有权要求保险金申请人补充其他与药品、器械处方或医嘱审核相关的医学材料。

药品、器械处方或医嘱审核主要包括以下内容：

(1) 根据经中国国家药品监督管理部门批准上市的该药品、器械说明书（以药品、器械处方或医嘱开具时最新版本为准）所列明的适应症、用法及用量审核药品、器械处方或医嘱。

(2) 根据被保险人的疾病状况审核被保险人是否对申请的药品已经耐药。

如果保险金申请人未提交指定网络医疗项目的申请，或申请审核未通过，我们不承担赔偿指定网络医疗费用的责任。

指定网络医疗项目申请审核通过后，保险金申请人应携带处方或医嘱、被保险人的有效身份证件、被保险人的中华人民共和国社会保障卡（如果被保险人不拥有社会基本医疗保险身份则无需提供社会保障卡）到我们指定或认可的医疗机构或指定的药店购买或者领取指定网络医疗项目药品、器械。在部分我们指定或认可的医疗机构或指定的药店，对于属于保险责任部分的指定网络医疗费用，可由我们与我们指定或认可的医疗机构或指定的药店直接结算。被保险人应自行支付不属于保险责任范围内的指定网络医疗费用。

4.5 指定网络特定医疗费用保险金、特定慢性疾病保险金申请

保险金申请人向我们申请赔偿或给付保险金时，应提交以下材料。被保险人因特殊情况不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。被保险人未能提供有关材料，导致我们无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，我们对无法核实部分不承担赔偿或给付保险金的责任：

1. 指定网络特定医疗费用保险金保障方案一“指定网络医疗费用”、保障方案三“指定网络齿科医疗费用”、保障方案四“指定网络中药药品费用”及特定慢性疾病保险金需提供以下材料：

（一）理赔申请书；

（二）保险金申请人的有效身份证件；

（三）我们指定或认可的医疗机构出具的相关的医疗资料（包括门急诊病历、住院病历、出院记录、检查报告或购药记录）等，其中，对于处方药，须提供我们指定或认可的医疗机构的医生出具的处方、医嘱；

（四）若被保险人未从其他途径获得医疗费用补偿，需提供指定或认可的医疗机构、指定的药店出具的费用收据或者发票、医疗费用明细清单等；

若被保险人已从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用明细清单、医疗费用收据复印件、医疗费用分割单原始凭证（如社会基本医疗保险或公费医疗结算单、我们在内的任何商业保险机构出具的理赔分割单、与工作单位及侵权人或侵权责任承担方达成的赔偿协议或和解协议或法院判决、调解生效的法律文书等取得医疗费用补偿的证明）；

（五）被保险人罹患本合同所定义的特定慢性疾病的，还应提供指定或认可的医疗机构医生出具的对被保险人的疾病诊断证明书以及与该疾病诊断证明书相关的包括血压监测值在内的检验报告（相关检验报告如已在病历中提交则无需重复提交）；

（六）被保险人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；

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

2. 指定网络特定医疗费用保险金保障方案二“指定网络医学检验检查费用”需提供以下材料：

（一）理赔申请书；

（二）保险金申请人的有效身份证件；

（三）医生评估资料；

（四）若被保险人未从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用收据原件、医疗费用明细清单；

若被保险人已从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用明细清单、医疗费用收据复印件、医疗费用分割单原始凭证（如社会基本医疗保险或公费医疗结算单、我们在内的任何商业保险机构出具的理赔分割单、与工作单位及侵权人或侵权责任承担方达成的赔偿协议或和解协议或法院判决、调解生效的法律文书等取得医疗费用补偿的证明）；

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

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

以上证明和资料不完整的, 我们将及时一次性通知您、保险金申请人补充提供有关证明和资料。

在部分指定或认可的医疗机构或指定的药店, 对于属于保险责任范围内的指定网络特定医疗费用可由我们与医疗机构或药店直接结算。对于我们已经与指定或认可的医疗机构或指定的药店直接结算的医疗费用, 我们不再接受保险金申请人对该部分保险金的申请, 但保险金申请人应自行支付不属于保险责任范围内的指定网络特定医疗费用。

4.6 保险金赔付

我们收到保险金申请人的赔偿或给付保险金请求及完整材料后, 事实清晰、责任明确且无需调查的, 应当在 5 个工作日内作出是否属于保险责任的核定; 情形复杂需要调查的, 应当在 30 日内作出核定。

我们应当将核定结果在 1 个工作日内通知保险金申请人; 对属于保险责任的, 在与保险金申请人达成赔偿或给付保险金的协议后 10 日内, 履行赔偿或给付保险金义务。本合同对赔偿或给付保险金的期限有约定的, 我们应当按照约定履行赔偿或给付保险金的义务。

我们依照前款约定作出核定后, 对不属于保险责任的, 应当自作出核定之日起在 1 个工作日内向保险金申请人发出拒绝赔偿或给付保险金通知书, 并说明理由。

我们自收到赔偿或给付保险金的请求和有关证明、资料之日起 60 日内, 对其赔偿或给付保险金的数额不能确定的, 应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付; 我们最终确定赔偿或给付保险金的数额后, 应当支付相应的差额。

如果被保险人本人作为保险金受益人已向我们书面申领保险金, 但在实际领取保险金前身故, 保险金将作为其遗产, 由我们向其合法继承人赔偿或给付。

4.7 诉讼时效

保险金申请人向我们请求赔偿或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。

5 如何支付保险费

5.1 保险费的支付

本合同的保险费按照被保险人的年龄和所选计划确定。您须按合同约定支付保险费。您未按本合同约定一次性交清保险费或交清首期保险费的, 本合同不生效, 对于本合同生效前发生的保险事故, 我们不承担保险责任。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, 您应当在投保时一次性交清保险费。

若您选择分期支付保险费的，您应当在投保时交清首期保险费。在交纳首期保险费后，您应当在每个保险费约定支付日（见 8.53）交纳其余各期对应月份的保险费。若您未按约定交纳保险费，我们允许您在我们催告之日起 30 日内（含第 30 日）补交保险费，如果被保险人在此 30 日内发生保险事故，我们仍按照合同约定赔偿或给付保险金，但需扣减欠交的保险费。

若您在我们催告之日起 30 日内（含第 30 日）未补交保险费，本合同自上述期限届满之日的 24 时起效力中止，如果被保险人在合同效力中止期间发生保险事故的，我们不承担保险责任。

本合同效力依照前款约定中止的，经我们同意，同时在您补交保险费后，合同效力恢复。

6 如何退保

6.1 您解除合同的手续及风险

本合同成立后将持续有效，直至保险单约定的保险期间届满或达到本合同约定的终止条件。

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您的有效身份证件。

保险责任开始前，您要求解除本合同的，我们应当无息全额退还您已交纳的保险费。

保险责任开始后，犹豫期内您要求解除本合同的，我们将无息退还您所支付的全部保险费；犹豫期后您要求解除本合同的，自我们接到解除保险合同申请书之时起，本合同解除，我们自收到解除保险合同申请之日起 30 日内向您退还本合同的未到期保险费。若本合同已发生保险金赔偿或给付，未到期保险费为零。

您在犹豫期后申请解除合同会遭受一定经济损失。

7 需关注的其他内容

7.1 投保条件

您和被保险人必须符合以下条件：

投保人条件

凡年满 18 周岁（见 8.54），具有完全民事行为能力的被保险人本人或在本合同订立时对被保险人具有保险利益的其他人，均可作为本合同的投保人。

被保险人条件

凡投保时身体健康，年龄为 0 周岁（含出生满 30 日且已健康出院的婴儿）至 100 周岁（含 100 周岁）的自然人，均可作为本合同的被保险人。首次投保或非续保时，对于以标准体或次标准体身份承保的被保险人，若选择投保“特定疾病医疗保险金”、“一般医疗保险金”、“质子重离子医疗保险金”可选责任的，被保险人年龄须为 0 周岁（出生满 30 日且已健康出院的婴儿）至 70 周岁（含 70 周岁）；未选择投保“特定疾病医疗保险金”、“一般医疗保险金”、“质子重离子医疗保险金”可选责任的，被保险人年龄可为 0 周岁（出生满 30 日且已健康出院的婴儿）至 80 周岁（含 80 周岁）。首次投保或非续保时，对于以已病体身份承保的被保险人，投保时年龄须为 0 周岁（出生满 30 日且已健

康出院的婴儿)至80周岁(含80周岁)。

- 7.2 明确说明与如实告知** 本合同成立后,我们应当及时向您签发保险单或其他保险凭证。
- 订立本合同时,我们应当向您说明本合同的内容。对本合同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。
- 我们会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,我们不承担赔偿或给付保险金的责任,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,我们不承担赔偿或给付保险金的责任,但应当退还保险费。
- 我们在本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,我们承担赔偿责任或给付保险金的责任。

- 7.3 年龄错误** 年龄的计算及年龄错误的处理:
- (一)被保险人的投保年龄按周岁计算;
- (二)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,我们有权解除本合同,并向您退还本合同的未满期保险费。
- (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,在赔偿或给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例赔偿或给付。
- (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,我们会将多收的保险费无息退还给您。

- 7.4 合同内容变更** 在本合同保险期间内,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,应当由我们在电子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书面的变更协议。
- 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。

- 7.5 争议处理** 因履行本合同发生的争议,由当事人协商解决。协商不成的,提交保险单载明的仲裁机构仲裁;保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的,依法向中华人民共和国(不含港、澳、

台地区)有管辖权的人民法院起诉。

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(不包括港、澳、台地区法律)。

7.6 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保险公估机构等依法设立的独立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。

8 释义

8.1 合法有效 本合同所指合法有效均以中华人民共和国法律、行政法规、地方性法规、行政规章及有关规范性法律文件的规定为判定依据。

8.2 意外伤害 指外来的、突发的、不可预见的、非本意的和非疾病的导致被保险人身体受到伤害的客观事件。

8.3 恶性肿瘤 本合同所定义的恶性肿瘤包含:

(一) **恶性肿瘤——重度***:指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散,浸润和破坏周围正常组织,可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位, 病灶经**组织病理学检查**(见**8.55**)(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)(见**8.56**)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(见 8.57)为 I 期或更轻分期的甲状腺癌;

(3) TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或更轻分期的前列腺癌;

(4) 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤;

(5) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病;

(6) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病;

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

(二) **恶性肿瘤——轻度**: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,但不在“恶性肿瘤——重度”保障范围的疾病。且特指下列六项之一:

- (1) TNM 分期为 I 期的甲状腺癌;
- (2) TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期的前列腺癌;
- (3) 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;
- (4) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病;
- (5) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病;
- (6) 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%)的神经内分泌肿瘤。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”,不在保障范围内: 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膜,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。

8.4 特定疾病

本合同所定义的特定疾病共有 128 种,其中标记“*”的 27 种为中国保险行业协会颁布的《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”)规定的疾病,且疾病名称和疾病定义与“规范”一致。

一、心脏或心血管类特定疾病

(一) **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、冠状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。

（二）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。

（三）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。

（四）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（见 8.58）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（见 8.59）IV 级，且静息状态下肺动脉平均压在 36mmHg（含）以上。

（五）主动脉手术*：指为治疗主动脉疾病或主动脉创伤，已经实施了开胸（含胸腔镜下）或开腹（含腹腔镜下）进行的切除、置换、修补病损主动脉血管、主动脉创伤后修复的手术。主动脉指升主动脉、主动脉弓和降主动脉（含胸主动脉和腹主动脉），不包括升主动脉、主动脉弓和降主动脉的分支血管。

所有未实施开胸或开腹的动脉内介入治疗不在保障范围内。

（六）严重心肌病：指被保险人因心肌病导致慢性功能损害造成永久不可逆性的功能衰竭。**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）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。

（八）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。

(九) 完全性房室传导阻滞：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心脏传导性疾病，**须明确诊断并且满足下列所有条件：**

- (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。

(十) 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。

(十一) 艾森门格综合征：指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，**并符合以下所有标准：**

- (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。

(十二) 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。

(十三) 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。

(十四) 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。

(十五) 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。

(十六) 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纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能 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 55mm；
- (4) QRS 时间 \geq 130msec；
- (5) 药物治疗效果不佳，仍有症状。

(十七) 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，需由专科医师明确诊断，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。

(十八) 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。

二、脑中风或神经系统类特定疾病

(一) 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（见 8.60）肌力（见 8.61）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（见 8.62）；**
- (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（见 8.63）中的三项或三项以上。

所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。

(二) 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）。

（三）**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。

（四）**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。

（五）**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。

（六）**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。

(七) 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。

(八) 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本合同保障范围内。

(九) 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,日常生活必须持续受到他人监护。

(十) 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。

(十一) 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。

(十二) 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本合同保障范围内。

(十三) 脊髓小脑变性症：脊髓小脑变性症为一组以小脑萎缩和共济失调为主要临床特点的疾病。**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。

(十四) 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。

(十五) 严重结核性脑膜炎后遗症：指由于结核杆菌感染引起脑膜、脑实质、脊膜及脊髓的非化脓性炎症，引起显著颅内压升高和严重神经系统功能损害，表现为意识障碍、颅神经损害、瘫痪、癫痫等。被保险人必须被明确诊断为结核性脑膜炎，**并且满足下列所有条件：**

- (1) 严重高颅压或脑积水，并且实际接受了外科减压性手术、脑脊液分流手术或外引流手术治疗；
- (2) 确诊 180 天后，仍有一肢体或多肢体瘫痪，肌力 3 级（含）以下；
- (3) 确诊 180 天后，仍有斜视、面神经麻痹或视力下降。

(十六) 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。

(十七) 闭锁综合征：指严重脑功能障碍，但剩余脑干功能完整。脑功能障碍的特征是缺失基本的认知功能，缺失对任何刺激的反应，不能与其他人互动。诊断必须经神经科专科医生确认，**须有持续至少一个月病史记录。**

(十八) 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。

(十九) 异染性脑白质营养不良：指一种严重的神经退化性代谢病，主要表现为行走困难、智力低下、废用性肌萎缩、四肢痉挛性瘫痪、视神经萎缩、失语等。须经本公司认可医院的专科医生诊断，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。

三、其他类特定疾病

(一) 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。

(二) 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。

(三) 严重系统性红斑狼疮性肾炎：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。

本保险所指的系统性红斑狼疮性肾炎须满足下列条件之一：

(1) 经肾脏活检确认符合 WHO 诊断标准定义 III 型或 III 型以上狼疮性肾炎；

(2) 临床出现肾功能衰竭且达到尿毒症期。

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。

(四) 重症急性出血坏死性胰腺炎开腹手术：指被保险人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。

(五) 严重慢性复发性胰腺炎：指慢性反复发作（3 次及以上）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) 医疗记录证实存在有腹痛等典型症状的慢性胰腺炎急性反复发作超过三次；

(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。

(六) 肾髓质囊性病：肾髓质囊性病是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。

其他肾脏囊性病不在本保障范围内。

(七) 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。**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。

(八) 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。

下列疾病不在本合同保障范围内：

- (1) 局限硬皮病；
- (2) 嗜酸细胞筋膜炎；
- (3) CREST 综合征。

(九) 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。

(十) **胆道重建手术**：指因疾病或创伤造成胆总管阻塞，实际接受了胆总管与小肠（空肠或十二指肠）吻合的手术。

因先天性胆道闭锁导致的胆道重建手术不在保障范围内。

(十一) **败血症导致的多器官功能障碍综合征**：多器官功能障碍指败血症导致的并发症，一个或多个器官系统生理功能障碍，因该疾病住院至少 96 小时，并至少满足以下一条标准：

- (1) 呼吸衰竭，需要进行气管插管机械通气；
- (2) 凝血血小板计数 $<50 \times 10^3$ / 微升；
- (3) 肝功能不全，胆红素 $> 6\text{mg} / \text{dl}$ 或 $> 102\mu\text{mol} / \text{L}$ ；
- (4) 需要用强心剂；
- (5) 昏迷格拉斯哥昏迷评分（GCS） ≤ 9 ；
- (6) 肾功能衰竭，血清肌酐 $>300 \mu\text{mol} / \text{L}$ 或 $> 3.5\text{mg} / \text{dl}$ 或尿量 $<500\text{ml} / \text{d}$ ；
- (7) 败血症有血液和影像学检查证实；
- (8) 住院重症监护病房最低 96 小时；
- (9) 器官功能障碍维持至少 15 天。

败血症引起的 MODS 的诊断应由专科医生证实。非败血症引起的 MODS 不在保障范围内。

(十二) **湿性老年性黄斑变性**：是一种与年龄老化相关的渗出性黄斑部变性。黄斑部视网膜下脉络膜异常新生血管生长，造成渗出、出血、盘状瘢痕形成，引起中心视力进行性下降甚至丧失。必须满足下列所有条件：

- (1) 湿性黄斑变性经光学相干断层成像（OCT）和眼底荧光血管造影明确诊断；
- (2) 年龄 50 岁以上（含）；
- (3) 双眼中较好眼矫正中心视力低于 0.1（含）持续 180 天以上。

(十三) **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）；和

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 180 天（含）。

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。

（十四）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。

（十五）范可尼综合征：又称骨软化-肾性糖尿-氨基酸尿-高磷酸尿综合征，为肾小管功能损害性疾病。主要临床特点为尿异常、骨软化和肾功能衰竭。**必须满足下列所有条件：**

（1）无家族史，发病和诊断时年龄大于 18 岁；

（2）肾性骨病；

（3）尿毒症，血肌酐 $>5\text{mg/dl}$ 或 $442\mu\text{mol/L}$ 。

（十六）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）动脉血气分析显示低氧血症。

疑似肺淋巴管肌瘤病除外。

（十七）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。

（十八）严重肺孢子菌肺炎：肺孢子菌肺炎是由肺孢子菌引起的间质性浆细胞性肺炎。肺孢子菌肺炎需明确诊断，并满足下列全部条件：

（1）第一秒末用力呼气量（FEV1）小于 1 升；

- (2) 气道内阻力增加，至少达到 0.5 kPa/l/s;
- (3) 残气容积占肺总量(TLC)的 60%以上;
- (4) 胸内气体容积升高，超过 170 (基值的百分比);
- (5) PaO₂<60mmHg, PaCO₂>50mmHg。

感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患肺孢子菌肺炎不在保障范围内。

(十九) 嗜铬细胞瘤：源于肾上腺髓质、交感神经节或其他部位的嗜铬组织发生的肿瘤，分泌过多的儿茶酚胺，并且已经实施了嗜铬细胞瘤切除手术。

(二十) 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。

(二十一) 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。

(二十二) 失去一肢及一眼：被保险人因同一次意外伤害事件或疾病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。

(二十三) 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。**

(二十四) 多处臂丛神经根性撕脱：指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，经手术治疗后无法恢复。

本疾病必须有电生理检查结果和手术证实。

(二十五) 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。

(二十六) 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。

(二十七) 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。

(二十八) 严重肌营养不良症: 肌营养不良症是一组遗传性肌肉变性性病变, 临床特征为与神经系统无关的肌肉无力和肌肉萎缩。须满足自主生活能力完全丧失, 无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(二十九) 产科弥漫性血管内凝血: 指产科严重并发症(如重度子痫、胎盘早剥、产后出血、羊水栓塞)引发弥漫性血管内凝血, 表现为出血、休克或微循环衰竭、微血管栓塞、微血管病性溶血。弥漫性血管内凝血需由专科医生明确诊断, 并且满足下列所有条件:

- (1) 接受了血浆和血小板替代治疗;
- (2) 接受了子宫切除手术。

(三十) 严重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。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, 血清 ALP>200U/L;

(3) 出现继发性胆汁性肝硬化和门静脉高压。

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。

（三十一）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）并且满足下列所有条件：

- （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。

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 感染不在本保障范围内。

我们拥有获得使用被保险人的所有血液样本的权利和对这些样本进行独立检验的权利。

（三十二）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

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。我们拥有获得使用被保险人的所有血液样本的权利和对这些样本进行独立检验的权利。

（三十三）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。

（三十四）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）。

（三十五）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预防控制中心接受了隔离和治疗，**必须满足以下所有条件：**

- （1）实验室检查证据证实存在埃博拉病毒感染；
- （2）存在持续 30 天以上广泛出血的临床表现。

埃博拉病毒感染疑似病例不在本保障范围内。

（三十六）严重气性坏疽：气性坏疽指由梭状芽胞杆菌所致的肌坏死或肌炎。**须经专科医生明确诊断，并且符合下列全部条件：**

- （1）符合气性坏疽的一般临床表现；
- （2）细菌培养检出致病菌；
- （3）出现广泛性肌肉及组织坏死，并确实实施了坏死组织和筋膜以及肌肉的切除手术。

清创术不在保障范围内。

（三十七）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具有相应资质的医生确诊，**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。

（三十八）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。**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）。

（三十九）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症出现数月后发生关节炎。

本保险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。

(四十) 严重创伤弧菌感染截肢：指因创伤弧菌感染导致败血症和肢体损害。须经专科医生明确诊断，并且满足下列所有条件：

- (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。

(四十一) 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，合并大小便失禁，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。

我们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。

(四十二) 严重面容毁损颜面移植手术：因意外伤害造成严重面容毁损，面部器官、肌肉、神经、血管大面积损伤或缺失，导致面部多器官功能严重损害。为了重建面部神经肌肉功能和恢复面部器官生理功能，被保险人实际接受了同种异体颜面移植手术，包括部分颜面移植和全颜面移植。**必须满足下列所有条件：**

- (1) 导致需要进行颜面移植的以外事件必须发生在保单生效之后；
- (2) 移植物必须是来自同种异体捐献者颜面部的完整复合组织（含血管和神经的皮肤、肌肉及器官）；
- (3) 实施颜面移植手术的医师及其所在医疗机构和必须符合《颜面同种异体器官移植技术管理规范》的资质要求。

来自颜面部位以外的异体或自体皮瓣移植手术、单纯鼻移植手术、单纯耳移植手术、单纯植皮手术、整形手术、美容手术、瘢痕松解或去除手术、脂肪填充手术不在保障范围内。

(四十三) 肠系膜上动脉梗塞致严重肠坏死：因肠系膜上动脉栓塞或血栓形成引起广泛小肠缺血坏死，临床表现为突发剧烈腹痛。被保险人实际接受了下列两项外科开腹手术治疗：

- (1) 肠系膜上动脉血栓摘除术（血栓内膜剥脱术）或搭桥手术；
- (2) 坏死肠管切除术。

(四十四) Erdheim-Chester 病：是一种非朗格汉斯细胞组织细胞增多疾病，病变累及心血管系统、中枢神经系统、呼吸系统、骨骼、腹膜后、眼眶等。Erdheim-Chester 病必须经组织病理学检查明确诊断，并且必须满足下列至少二项条件：

- (1) 单侧或双侧突眼、腹膜后病变、下肢骨硬化或肺内多发病灶；

(2) 心包受累出现心包积液、冠状动脉受累出现心肌缺血、心肌受累出现心力衰竭；

(3) 脑或脊髓病灶引起肢体瘫痪。

(四十五) 严重斯蒂尔病：须经风湿病专科医生明确诊断，并至少满足下列两项条件：

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

四、特殊类特定疾病

(一) 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。

被保险人在 3 周岁之前因疾病导致的双耳失聪不在保障范围内。先天性疾病所致的听力丧失不在本合同保障范围内。

(二) 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 3 周岁之前因疾病导致的双目失明不在本合同保障范围内。先天性疾病所致的视力丧失不在本合同保障范围内。

(三) 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。

(四) 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本合同保障范围内。

(五) 瘫痪*：指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体随意运动功能永久完全丧失。肢体随意运动功能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后或意外伤害发生 180 天后，每肢三大

关节中的两大关节仍然完全僵硬，或肢体肌力在 2 级（含）以下。

（六）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、神经纤维瘤不在保障范围内。

（七）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。**

（八）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。

（九）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。

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

（1）重度黄疸或黄疸迅速加重；

（2）肝性脑病；

（3）B 超或其它影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；

（4）肝功能指标进行性恶化。

（十一）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本合同保障范围内。

(十二) 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。

被保险人在 3 周岁之前因疾病导致的语言能力丧失不在保障范围内。

(十三) 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 $<20 \times 10^9/L$ 。

(十四) 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。

(十五) 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) $<50mmHg$ 。

(十六) 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) $<50mmHg$ 和动脉血氧饱和度(SaO_2) $<80\%$ 。

(十七) 严重多系统萎缩: 多系统萎缩是一种原因不明的神经系统变性疾病, 病变主要累及椎体外系、椎体系、小脑和自主神经。临床表现为直立性低血压、帕金森综合征、小脑共济失调。多系统萎缩需由专科医生明确诊断, 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。

(十八) 严重视神经脊髓炎：视神经脊髓炎是一种免疫介导的以视神经和脊髓受累为主的，呈现为复发性病程的中枢神经系统疾病。被保险人被明确诊断为视神经脊髓炎（视神经脊髓炎谱系疾病），并且已经造成永久性视力损害及肢体运动障碍，**必须满足下列条件之一：**

(1) 视力损害，双眼中较好眼矫正视力低于 0.1（含）持续 180 天以上；

(2) 不能独立行走，一下肢肌力 2 级（含）以下持续 180 天以上。

(十九) 严重肾上腺脑白质营养不良：肾上腺脑白质营养不良指一种过氧化物酶体病，主要累及肾上腺和脑白质。主要表现为进行性的精神运动障碍，视力及听力下降和（或）肾上腺皮质功能低下等。须经专科医生诊断，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，持续至少一百八十天。

(二十) 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，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。皮质基底节变性需经专科医生明确诊断，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。

(二十一) 重症原发性血小板减少性紫癜：原发性血小板减少性紫癜为原因不明的免疫介导的血小板减少，临床表现为皮肤粘膜出血及内脏出血。原发性血小板减少性紫癜需由专科医生明确诊断，**并且满足下列所有条件：**

(1) 血小板计数 $<10 \times 10^9/L$ ；

(2) 颅内出血；

(3) 内脏出血（肺、胃肠道或泌尿生殖系统）；

(4) 贫血，血红蛋白 $<90g/L$ 。

(二十二) 特发性血栓性血小板减少性紫癜：血栓性血小板减少性紫癜是一组微血管血栓出血综合征，临床特征为微血管病性溶血性贫血、血小板减少、神经精神症状、肾脏受累。血栓性血小板减少性紫癜需由专科医生明确诊断，**并且满足下列至少 3 项条件：**

(1) 颅内出血或脑血栓形成；

(2) 急性肾功能衰竭，接受了血液透析治疗；

(3) 心脏受累，肌钙蛋白升高和心电图异常；

(4) 反复发作血栓性血小板减少性紫癜（症状完全缓解 30 天后再发生临床表现）。

先天性血栓性血小板减少性紫癜、继发性血栓性血小板减少性紫癜不在保障范围内。

(二十三) 库鲁病：指一种亚急性传染性朊蛋白病。临床表

现为共济失调、震颤、不自主运动，在病程晚期出现进行性加重的痴呆，神经异常。该病必须由二级或二级以上公立医院根据致病蛋白的发现而明确诊断。

(二十四) 骨生长不全症(III型)：指一种胶原病，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。**本保险仅保障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。

(二十五) 脑型疟疾后遗症：脑型疟疾指由于疟原虫导致的中枢神经系统感染，临床表现有高热、昏迷、痫性发作、行为异常、瘫痪、失语、听力受损、视力障碍。脑型疟疾需由专科医生明确诊断，诊断180天后被保险人仍然遗留神经系统后遗症，**且须满足下列条件之一：**

(1) 一肢(含)以上肢体肌力3级(含)以下；

(2) 听力障碍，双耳听力在500赫兹、1000赫兹、2000赫兹语音频率下平均听阈大于等于70(含)分贝；

(3) 语言能力完全丧失。

(二十六) 重症手足口病：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。

重症手足口病指诊断为手足口病，**且满足下列所有条件：**

(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) 接受了住院治疗。

(二十七) 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。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。

(二十八) 溶血性尿毒综合征：一种由于感染导致的急性综合征，引起红细胞溶血，肾功能衰竭及尿毒症。溶血性尿毒综合征必须由血液和肾脏专科医师诊断，**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。

(二十九)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，**被保险人确诊时年龄在 25 周岁以下，并有所有以下临床证据支持：**

（1）急性发作（原发疾病起病后 6 至 72 小时）；

（2）急性发作的临床症状体征包括呼吸急促、呼吸困难、心动过速、大汗、面色苍白及辅助呼吸肌活动加强（点头呼吸、提肩呼吸）；

（3）双肺浸润影；

（4） PaO_2/FiO_2 （动脉血氧分压/吸入气氧分压）低于 200mmHg；

（5）肺动脉嵌入压低于 18mmHg；

（6）临床无左房高压表现。

（三十）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。**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）检测证实，智商的检测必须由本公司认可的医院的儿童或成人精神卫生科、心理科或神经科专科医生进行。**并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）本公司认可的医院的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）本公司认可的医院的儿童或成人精神卫生科、心理科或神经科专科医生证实被保险人智力低常（IQ<50）（中度、重度或极重度）。

（三十一）川崎病冠状动脉瘤手术：川崎病为一种病因不明的系统性血管炎。

本保险仅对诊断性检查证实川崎病并发冠状动脉瘤或其他心血管异常并且实际接受了手术治疗的情况予以理赔。

（三十二）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。

（三十三）严重重症肌无力：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 180 天（含）以上仍无法控制病情；

(2) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(三十四) 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，或不能随意意识活动。

(三十五) 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。

单纯胰岛移植、部分胰腺组织或细胞移植不在本保障范围内。

(三十六) 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。

(三十七) 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。

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本保障范围内。

(三十八) 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。**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， $>100\text{pg/ml}$ ；

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。

（三十九）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）已接受至少累计三十日的化疗或已接受骨髓移植治疗；

（2）根据 WHO 分型，分型为难治性贫血伴原始细胞增多（RAEB）；

（3）根据“骨髓增生异常综合征修订国际预后积分系统（IPSS-R）”积分 ≥ 3 ，属于中危及以上组。

（四十）自体造血干细胞移植：指为治疗造血功能损害或为达到治疗肿瘤的目的，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）的自体移植手术。该治疗须由具有相应资质的医生认为是医学必需的。

（四十一）主动脉夹层动脉瘤：指主动脉的内膜破裂导致血液流入主动脉壁中形成夹层动脉瘤。**主动脉指胸主动脉及腹主动脉而非其旁支。**诊断必须由具有相应资质的医生通过检验结果证实，检查包括超声心动图、数字减影血管造影，磁共振扫描及磁共振血管造影或心导管检查的证明，并有必要进行紧急修补手术。

（四十二）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 IV 级，并持续 180 天以上；

（2）已经实施了开胸进行的心包剥脱或心包切除手术。

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。

（四十三）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 γ -球蛋白升高、脑脊液和血清中麻疹抗体滴度升高；

（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。

(四十四) 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。

(四十五) 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、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。

(四十六) 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。

- 8.5 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后第一次经医院确诊患有某种疾病。
- 8.6 服务手册** 指向您介绍如何申请及使用健康管理服务等相关内容的手册，具体内容将在您投保时向您展示，并在保险单中载明。**我们保留变更和扩展《服务手册》的权利，对于变更、扩展后的《服务手册》我们将在泰康在线官网披露。**
- 8.7 医院** 指国家卫生部医院等级分类中的二级或二级以上公立医院普通部及我们扩展承保的医院普通部，**但不包括观察室、特需医疗、国际医疗、联合病房、康复病房和干部病房以及附属于前述医院或单独作为诊所、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒等或相类似的医疗机构或我们不予承保的医院。**同时该医院必须具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且全日二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗和护理等服务。
- 注：我们扩展承保的医院名单和我们不予承保的医院名单将在保险单中载明。我们保留新增扩展承保医院的权利。对于新增后的扩展承保医院名单，我们将会泰康在线官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。**
- 8.8 医生** 指同时满足以下四项资格条件的医生：
- (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。

- 8.9 原发** 指不属于被保险人首次投保时已确诊恶性肿瘤的复发、转移、扩散或持续。
- 8.10 必需且合理**
- 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。
- 是否符合通常惯例由我们根据客观、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。
- 是否符合医学必需由我们根据客观、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。
- 8.11 确诊之日** 被保险人经手术治疗或病理检查确诊罹患恶性肿瘤的，以手术病理取材或病理活检取材日期为恶性肿瘤确诊日期；被保险人未经手术治疗但后续进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。
- 8.12 住院**
- 指被保险人因疾病或意外伤害而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。
- 不合理住院指：
- (1) 被保险人在特需病房、外宾病房或其他不属于社会基本医疗保险保障范畴的高等级病房入住；
 - (2) 被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；
 - (3) 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；
 - (4) 被保险人住院体检。
- 8.13 住院医疗费用** 住院医疗费用包括：
- (1) 床位费
- 指住院期间发生的、不高于双人病房的住院床位费（**不包括单人**

病房、套房、家庭病床的费用)。

(2) 加床费

指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间, 我们根据合同约定赔偿其合法监护人(限 1 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, 我们根据合同约定赔偿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需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) 药品费

指住院期间实际发生的合理且必要的由专科医生开具的具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用。但不包括营养补充类药品、免疫功能调节类药品、美容及减肥类药品、预防类药品以及下列中药类药品: (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。

(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、也可以合并并在病房费等其他款项内。

(6) 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, 包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

(7) 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。

(8) 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。

(9) 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。**

(10) 医生费

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

(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，**但救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送。**

- 8.14 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。
- 8.15 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。
- 8.16 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疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理部门批准用于临床治疗。
- 8.17 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疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理部门批准用于临床治疗。
- 8.18 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。本合同所指的靶向疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理部门批准用于临床治疗。
- 8.19 确诊恶性肿瘤相关的医疗费用** 与确诊恶性肿瘤相关的医疗费用包括：
- (1) 医生诊疗费：指门急诊或住院期间发生的外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生等相关医生的劳务费用，包括挂号费。
 - (2) 检查检验费：指门急诊或住院期间以诊断恶性肿瘤为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理且必需的医疗费用，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。

(3) 其他合理且必需的手术费、床位费、护理费等。

- 8.20 社会基本医疗保险** 本合同所称的社会基本医疗保险包括职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。
- 8.21 公费医疗** 公费医疗制度，是国家为保障国家工作人员身体健康而实行的一项社会保障制度。国家通过医疗卫生部门向享受人员提供制度规定范围内的免费医疗预防。
- 8.22 质子、重离子放射治疗** 指利用质子和重离子对肿瘤进行放射治疗的技术。本合同所指的质子、重离子放射治疗是指被保险人根据医嘱，在保险单载明的特定医疗机构的专门治疗室内接受的质子和重离子放射治疗。
- 8.23 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。
- 8.24 指定或认可的医疗机构** 指我们在本合同订立时与您约定的、经我们审核认可并同时满足下列条件的医疗机构：
(1) 在中华人民共和国境内合法注册的从事疾病诊断、治疗活动的医院、门诊部、诊所、检测机构等医疗机构；
(2) 持有医疗机构执业许可证。
注：我们指定或认可的医疗机构名单将在保险单中载明。我们保留新增医疗机构的权利，对于新增后的指定或认可的医疗机构名单，我们将会在泰康在线官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。
- 8.25 每次** 指在同一医院因同一事故所进行的医疗行为。
- 8.26 指定的药店** 指经我们审核认可，能够满足下列全部条件，为被保险人提供购药或配送服务的药店：
(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) 该药店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全国性连锁药店。
注：我们指定的药店名单将在保险单中载明。我们保留新增药店的权利，对于新增后的指定药店名单，我们将会在泰康在线官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。
- 8.27 指定网络医疗项目** 指我们在本合同订立时与您约定的、经我们审核认可并属于保险责任的药品、器械、耗材、治疗项目。**具体药品、器械、耗材、治疗项目清单在保险单中载明，并在泰康在线官网公示。**

注：我们保留对指定网络医疗项目清单进行变更的权利，清单变更时将在泰康在线官网公示。

- 8.28 当地** 对于以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保的被保险人指被保险人社会基本医疗保险或公费医疗的投保地。对于未以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保的被保险人指被保险人就诊所在地。
- 8.29 医学检验检查** 指以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行的检查及检验：包括 X 光、心电图、B 超、脑电图、内窥镜、分子生化检验和血、尿、便常规检验、基因检测等。
- 8.30 医学检验检查清单** 指我们在本合同订立时与您约定的、经我们审核认可并属于保险责任的医学检验检查清单。具体医学检验检查清单在保险单中载明。我们保留对清单进行变更的权利，清单变更时我们将在泰康在线官网公示。
- 8.31 齿科检查治疗项目清单** 指我们在本合同订立时与您约定的、经我们审核认可并属于保险责任的齿科检查治疗项目清单。具体齿科检查治疗项目清单在保险单中载明。我们保留对清单进行变更的权利，清单变更时我们将在泰康在线官网公示。
- 8.32 中药药品** 指以中国传统医药理论指导采集、炮制、制剂，说明作用机理，指导临床应用的药物。
- 8.33 中成药** 指以中药材为原料，在中医药理论指导下，为了预防及治疗疾病的需要，按规定的处方和制剂工艺将其加工制成一定剂型的中药制品。
- 8.34 中药药品清单** 指我们在本合同订立时与您约定的、经我们审核认可并属于保险责任的中药药品清单。具体中药药品清单在保险单中载明。我们保留对清单进行变更的权利，清单变更时我们将在泰康在线官网公示。
- 8.35 高血压** 指以体循环动脉血压（收缩压和/或舒张压）增高为主要特征（收缩压 ≥ 140 毫米汞柱，舒张压 ≥ 90 毫米汞柱）的临床综合征。
- 8.36 有效控制** 指高血压患者的血压指标下降到一定水平。具体指标水平在保险单中载明。
- 8.37 未到期保险费** 指本合同所具有的价值，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。
- 犹豫期内退保的，未到期保险费=您已交纳保险费。
- 犹豫期后退保的，若保险费为一次性支付的：
未到期保险费=您已交纳保险费 $\times [1 - (\text{保险单已生效天数} / \text{保险期间天数})]$
- 若保险费为分期支付的：
未到期保险费=您已交纳当期保险费 $\times [1 - (\text{当期已经过天数} / \text{当期总天数})]$
- 已生效或已经过天数不足一天的按一天计算。若本合同已发生保

保险金赔偿或给付，未到期保险费为零。

- 8.38 既往疾病** 指被保险人在本合同生效前罹患的且医生已有明确诊断的有关疾病。
- 8.39 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。
- 8.40 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。
- 8.41 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。
- 8.42 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。
- 8.43 醉酒驾驶** 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》的规定认定为醉酒驾驶。
- 8.44 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；
（5）无驾驶证，驾驶证被依法扣留、暂扣、吊销、注销期间或驾驶证载明的有效期已届满，被保险人未及时更换新驾驶证。
- 8.45 无有效行驶证** 指下列情形之一：
（1）发生保险事故时无公安机关交通管理部门核发的合法有效的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动号牌；
（2）未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。
- 8.46 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。
- 8.47 高风险运动** 本合同所定义的高风险运动是指潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等运动。其中：
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。
攀岩：指攀登悬崖、建筑物外墙、人造悬崖、冰崖、冰山和雪山

等运动。

探险活动：指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，而使自己置身于其中的行为，如江河漂流、徒步穿越沙漠或原始森林等活动。

武术比赛：指两人或两人以上对抗柔道、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。

特技表演：指从事马术、杂技、驯兽、飞车等特殊技能训练或比赛。

- 8.48 高风险职业** 本合同所定义的高风险职业是指从事矿产资源作业、水上水下作业、高空作业、电力高压电、森林砍伐，化工、有毒及危险物质生产运输、水上运输，机械设备制造加工操作、金属/合金冶炼，海洋、特种养殖，救灾抢险、消防爆破、缉毒及防暴警察，拳击或足球职业运动员、潜水的职业。
- 8.49 感染艾滋病病毒** 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症，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。
- 8.50 保险金申请人** 指被保险人、受益人，被保险人、受益人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。
- 8.51 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。
- 8.52 特殊情况** 药品、器械处方或医嘱审核中的特殊情况主要包括：
(一)申请人在申请时提交的与被保险人相关的医学材料不足以支持处方或医嘱审核；
(二)医学材料中相关的科学方法检验报告结果不支持处方或医嘱的开具。
- 8.53 保险费约定支付日** 指保险合同生效日在每月的对应日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。如保险合同生效日为 2022 年 6 月 1 日，则次月的保险费约定支付日为 2022 年 7 月 1 日，以此类推，则最后一个月的保险费约定支付日为 2023 年 5 月 1 日。
- 8.54 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。
- 8.55 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。

- 8.56 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。
- 8.57 TNM 分期** TNM 分期采用《AJCC 癌症分期指南》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。
- 8.58 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。
- 8.59 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。
- 8.60 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。
- 8.61 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。
- 8.62 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。

8.63 六项基本日常生活活动 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：自己上下床或者上下轮椅；（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者碟中取食物放入口中；（6）洗澡：自己进行淋浴或者盆浴。

附录一

保障方案一：指定网络医疗费用			
保障项目	保险计划	赔偿比例	赔偿金额
指定网络医疗费用	计划一	<p>被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，并以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，按照本合同约定的赔偿比例 D 进行赔偿。</p> <p>被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，但未以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，按照本合同约定的赔偿比例 E 进行赔偿。</p> <p>被保险人以未参加社会基本医疗保险或公费医疗身份投保，按照本合同约定的赔偿比例 F 进行赔偿。</p> <p>赔偿比例 D、E、F 由您在投保时与我们约定，并在保险单中载明。</p>	<p>我们在扣除本合同约定的指定网络医疗费用免赔额后，按照下列比例进行赔偿：</p> <p>您在投保时应与我们约定指定网络医疗费用赔偿次数，并在保险单载明。</p> <p>在保险期间内，被保险人发生多次指定网络医疗的，对被保险人每次在我们指定或认可的医疗机构或指定的药店发生的指定网络医疗费用，我们均按本合同约定在指定网络医疗费用单次赔偿限额内承担赔偿责任，但我们累计赔偿指定网络医疗费用的次数以保险单载明的指定网络医疗费用赔偿次数为限。当累计赔偿指定网络医疗费用的次数达到保险单载明的指定网络医疗费用赔偿次数时，我们对被保险人的本项保险责任终止。</p> <p>指定网络医疗费用的单次赔偿限额由您在投保时与我们约定，并在保险单中载明。</p>
	计划二	<p>（1）若指定或认可的医疗机构不属于当地社会基本医疗保险定点医疗机构，或指定的药店不属于当地社会基本医疗保险定点药店，按照本合同约定的赔偿比例 G 进行赔偿。</p> <p>（2）若指定或认可的医疗机构属于当地社会基本医疗保险定点医疗机构，或指定的药店属于当地社会基本医疗保险定点药店，按照下列赔偿比例赔偿：</p> <p>被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，并以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，按照本合同约定的赔偿比例 H 进行赔偿。</p> <p>被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，但未以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，按照本合同约定的赔偿比例 I 进行赔</p>	<p>指定网络医疗费用的单次赔偿限额由您在投保时与我们约定，并在保险单中载明。</p>

		<p>偿。</p> <p>被保险人以未参加社会基本医疗保险或公费医疗身份投保，按照本合同约定的赔偿比例 J 进行赔偿。</p> <p>赔偿比例 G、H、I、J 由您在投保时与我们约定，并在保险单中载明。</p>	
--	--	---	--

保障方案二：指定网络医学检验检查费用		
保障项目	赔偿比例	赔偿金额
指定网络医学检验检查费用	指定网络医学检验检查费用的赔偿比例由您与我们协商确定，并在保险单中载明。	我们对于指定网络医学检验检查费用的累计赔偿金额以本合同约定的指定网络医学检验检查费用保险金额为限，一次或累计赔偿的金额达到保险单载明的指定网络医学检验检查费用保险金额时，我们对被保险人的本项保险责任终止。

保障方案三：指定网络齿科医疗费用		
保障项目	赔偿比例	赔偿金额
指定网络齿科医疗费用	指定网络齿科医疗费用的赔偿比例由您与我们协商确定，并在保险单中载明。	我们对于指定网络齿科医疗费用的累计赔偿金额以本合同约定的指定网络齿科医疗费用保险金额为限，一次或累计赔偿的金额达到保险单载明的指定网络齿科医疗费用保险金额时，我们对被保险人的本项保险责任终止。

保障方案四：指定网络中药药品费用		
保障项目	赔偿比例	赔偿金额
指定网络中药药品费用	指定网络中药药品费用的赔偿比例由您与我们协商确定，并在保险单中载明。	我们对于指定网络中药药品费用的累计赔偿金额以本合同约定的指定网络中药药品费用保险金额为限，一次或累计赔偿的金额达到保险单载明的指定网络中药药品费用保险金额时，我们对被保险人的本项保险责任终止。

		的本项保险责任终止。
--	--	------------