

三星财产保险（中国）有限公司
住院费用医疗保险（互联网专属 2024 A 版）
（注册号：C00004532512024020733531）

1 总则

1.1 本保险合同由保险条款、保险单或其他保险凭证、投保单、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单、附加险合同、其他书面或电子协议等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

1.2 凡年满 18 周岁，具有完全民事行为能力且在本合同订立时对被保险人具有保险利益的人，均可作为本保险合同的投保人。

1.3 投保人可为自己及其子女、具有合法婚姻关系的配偶、父母、配偶的父母等多名家庭成员（作为被保险人）投保本保险合同，被保险人两人（含）以上的可以构成家庭保单。投保时，所有被保险人应满足年龄在 0 周岁（须为出生满 30 日且已健康出院，下同）至 100 周岁（含）且身体健康。首次投保或非续保时，对于以标准体或次标准体身份投保的被保险人，年龄须为 0 周岁至 70 周岁（含）。

保险人不接受非同时投保的被保险人保险单合并为家庭保单。

1.4 除另有约定外，本保险合同保险金的受益人为被保险人本人。

2 保障内容

本合同的保险责任包含“特定疾病医疗保险责任”、“一般医疗保险责任”、“质子重离子医疗保险责任”、“特定疾病住院津贴保险责任”、“特定疾病院外特种药品费用保险责任”、“特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械费用保险责任”六项保险责任，其中“特定疾病医疗保险责任”为必选责任，“一般医疗保险责任”、“质子重离子医疗保险责任”、“特定疾病住院津贴保险责任”、“特定疾病院外特种药品费用保险责任”、“特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械费用保险责任”为可选责任，投保人只有在投保“特定疾病医疗保险责任”的基础上，才能够选择投保“一般医疗保险责任”、“质子重离子医疗保险责任”、“特定疾病住院津贴保险责任”、“特定疾病院外特种药品费用保险责任”、“特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械费用保险责任”中的一项或多项，并在保险单中载明。

2.1 特定疾病医疗保险责任（必选）

本合同保障的特定疾病包括五类组别：恶性肿瘤类特定疾病、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，各组别中的特定疾病及定义以本合同释义部分为准。保险人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，具体除外承保的特定疾病组别将在保险单中载明。

在保险期间内，被保险人经医院初次确诊因意外伤害导致罹患本合同所定义的特定疾病（无论一种或者多种），或者在等待期后经医院初次确诊非因意外伤害导致罹患本合同所定义的特定疾病（无论一种或多种），经专科医生诊断必须接受相关治疗的，保险人对被保险人因此发生的以下必需且合理（见 10.11）的医疗费用（不包含社会基本医疗保险和公费医疗承担的费用），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	赔付比例
1、特定疾病住院医疗费用	被保险人在住院（见 10.12）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（见 10.13）。	保险人在扣除本合同约定的特定疾病医疗保险责任免赔额后，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）本合同定义的“恶性肿瘤——重度”、“恶性肿瘤——轻度”的门诊治疗，包括化学疗法（见 10.14）、放射疗法（见 10.15）、肿瘤免疫疗法（见 10.16）、肿瘤内分泌疗法（见 10.17）、肿瘤靶向疗法（见 10.18）；（3）器官移植后的门诊抗排斥治疗。	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诊并结算的，按照本合同约定的赔付比例 A 进行赔偿。 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付比例 B 进行赔偿。
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。	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付比例 C 进行赔偿。
4、特定疾病住院前后门急诊医疗费用	除另有约定外，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）。	

截至保险期间届满日，若被保险人仍未结束住院治疗的，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特定疾病住院医疗费用，保险人继续按照本合同的约定在特定疾病医疗保险责任的保险金额内承担赔偿责任。

保险人对于以上四类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，保险人对被保险人在特定疾病医疗项下的保险责任终止。

赔付比例 A、B、C 由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单中载明。

2.2 一般医疗保险责任（可选）

在保险期间内，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特定疾病以外的疾病，在医院经专科医生诊断必须接受相关治疗的，保险人对被保险人支付的以下医疗费用，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	赔付比例
1、住院医疗费	被保险人住院期间发生的应当由被	保险人在扣除本合同约定的

用	保险人支付的必需且合理的住院医疗费用。	一般医疗保险责任免赔额后，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）不属于本合同定义的“恶性肿瘤——重度”、“恶性肿瘤——轻度”的恶性肿瘤门诊治疗，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法；（3）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诊并结算的，按照本合同约定的赔付比例 A 进行赔偿。 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付比例 B 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。	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付比例 C 进行赔偿。
4、住院前后门急诊医疗费用	除另有约定外，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）。	

截至保险期间届满日，若被保险人仍未结束住院治疗的，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，保险人继续按照本合同的约定在一般医疗保险金额内承担赔偿责任的责任。

保险人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，保险人对被保险人在一般医疗项下的保险责任终止。

赔付比例 A、B、C 由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单中载明。

2.3 质子重离子医疗保险责任（可选）

在保险期间内，被保险人在等待期后非因意外伤害经医院初次确诊罹患本合同所定义的特定疾病，在医院经专科医生诊断必须接受相关质子重离子治疗的，保险人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	赔付比例
质子重离子医疗保险责任	被保险人在保险单中载明的质子重离子医院接受质子、重离子放射治疗（见 10.21）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 10.22）。质子重离子医院由投保人在投保时和保险人约定，并在保险单中载明。	在保险单中载明

对于质子、重离子医疗费用，保险人按照保险单约定的赔付比例赔偿保险金，且累计赔

偿金额以保险单载明的质子重离子医疗保险金额为限，一次或累计赔偿的保险金达到保险单载明的质子重离子医疗保险金额时，保险人对被保险人在质子重离子医疗项下的保险责任终止。

2.4 特定疾病住院津贴保险责任（可选）

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故导致经医院专科医生初次确诊罹患本合同所定义的特定疾病（无论一种或者多种），或在等待期后经医院专科医生初次确诊非因意外伤害导致罹患本合同所定义的特定疾病（无论一种或者多种），且经诊断均必须接受住院治疗，保险人按照被保险人每次住院的实际住院日数（见 10.23）扣除免赔天数后再乘以本合同约定的特定疾病住院津贴日额赔偿特定疾病住院津贴保险金，具体计算公式如下：

每次住院赔偿的特定疾病住院津贴保险金=特定疾病住院津贴日额×（每次住院的实际住院日数-免赔天数）

特定疾病住院津贴日额、免赔天数由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

截至保险期间届满日，若被保险人仍未结束住院治疗的，对于被保险人在保险期间届满日起 30 日内（含）的住院治疗，保险人继续按照本合同的约定在特定疾病住院津贴累计最高赔偿日数内承担赔偿特定疾病住院津贴保险金责任。无论被保险人一次或多次住院，保险人累计赔偿特定疾病住院津贴保险金日数以累计最高赔偿日数为限，该累计最高赔偿日数在保险单中载明。保险人一次或累计赔偿特定疾病住院津贴保险金日数达到累计最高赔偿日数时，保险人对被保险人在特定疾病住院津贴项下的保险责任终止。

2.5 特定疾病院外特种药品费用保险责任（可选）

在保险期间内，被保险人在等待期后非因意外伤害导致在医院经专科医生初次确诊罹患本合同所定义的特定疾病（无论一种或者多种）且必须接受相关治疗的，对于被保险人因治疗该特定疾病所支出的必需且合理的且同时满足以下条件的院外（见 10.24）特种药品（见 10.25）费用，保险人按照本合同载明的特定疾病院外特种药品费用保险责任赔付比例赔偿特定疾病院外特种药品费用保险金。被保险人进行细胞免疫治疗（见 10.26）的，应在经保险人认可的医院（见 10.27）接受治疗。

2.5.1 赔偿院外特种药品费用须同时满足以下条件：

（1）该特种药品须由医院专科医生开具处方（见 10.28）、且为被保险人当前治疗必需的药品；

（2）每次特种药品处方仅限治疗保险期间内且在等待期后初次确诊的特定疾病；

（3）每次特种药品处方剂量不超过一个月；

（4）该特种药品属于本合同约定的药品清单（见 10.29）中的药品；

（5）被保险人购买特种药品须在保险人的指定药店（见 10.30）、且须符合本合同“7.5 特定疾病院外特种药品用药流程”的约定。

2.5.2 特定疾病院外特种药品费用保险金赔付比例在保险单中载明。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，或者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的，保险人均按保险单中载明的赔付比例赔偿保险金；如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，保险人在保险金额内按照保险单载明的赔付比例再乘以 60%赔偿保险金，但社保目录外的特种药品不受此限制。

2.5.3 截至保险期间届满日，若被保险人特定疾病治疗仍未结束（由医院专科医生开具处方需继续使用该特种药品）或者发生转移，且被保险人初次确诊特定疾病后首次购买特种药品的日期发生在保险期间内的，自被保险人首次购买特种药品之日起 365 天内（含第 365 天）发生的符合本合同约定的院外特种药品费用，保险人仍按照本合同约定承担赔偿责任

的责任。

2.5.4 保险人对于特定疾病院外特种药品费用保险责任的累计赔偿金额以本合同约定的特定疾病院外特种药品费用保险金额为限，一次或累计赔偿的保险金达到保险单载明的特定疾病院外特种药品费用保险金额时，保险人对被保险人在特定疾病院外特种药品费用项下的保险责任终止。

2.6 特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械费用保险责任（可选）

特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械费用保险责任，分别赔偿“临床急需进口药品（见 10.31）费用”、“特定医疗机构（见 10.32）住院医疗费用”和“特定医疗器材（见 10.33）费用”三类费用，其中“临床急需进口药品费用”和“特定医疗机构住院医疗费用”合称“特定医疗机构治疗费用”。

2.6.1. 临床急需进口药品费用

在保险期间内，被保险人在等待期后，经医院的专科医生初次确诊罹患本合同约定的《临床急需进口药品及适用疾病清单》中的一种或多种适用疾病，对被保险人在特定医疗机构治疗该疾病实际发生的、必需且合理的且同时满足以下条件的临床急需进口药品费用，保险人按保险单载明的赔付比例赔偿临床急需进口药品费用。

临床急需进口药品费用须同时满足以下条件：

（1）临床急需进口药品须由本合同约定的特定医疗机构专科医生开具处方，且为被保险人当前治疗必需且合理的药品；

（2）该进口药品必需为《临床急需进口药品及适用疾病清单》中所列药品，且须符合《临床急需进口药品及适用疾病清单》中所列示的适用疾病；

（3）每次临床急需进口药品处方剂量不超过一个月；

（4）被保险人购买处方中所列临床急需进口药品前，需按保险人指定流程提交相应材料并通过处方审核，具体流程见“7.6 特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械使用评估及就医安排流程”。

对于不满足上述条件的临床急需进口药品费用，保险人不承担赔偿临床急需进口药品费用的责任。

2.6.2 特定医疗机构住院医疗费用

在保险期间内，被保险人在等待期后，经医院的专科医生初次确诊罹患本合同约定的《临床急需进口药品及适用疾病清单》中的一种或多种适用疾病，经评估须使用临床急需进口药品的，对于被保险人因使用临床急需进口药品，在特定医疗机构实际发生的、必需且合理的住院医疗费用，保险人按保险单载明的赔付比例赔偿特定医疗机构住院医疗费用。

被保险人接受特定医疗机构住院医疗前，需按保险人指定流程提交相应材料并通过审核，具体流程见“7.6 特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械使用评估及就医安排流程”。

2.6.3 特定医疗器材费用

在保险期间内，被保险人在等待期后，经医院的专科医生初次确诊罹患本合同约定的《特定医疗器材及适用疾病清单》中所列的一种或多种适用疾病，对被保险人治疗该疾病实际发生的、必需且合理的且同时满足以下条件的特定医疗器材费用，保险人按保险单载明的赔付比例赔偿特定医疗器材费用。

赔偿特定医疗器材费用须同时满足以下条件：

（1）特定医疗器材须由医院专科医生建议，且为被保险人当前治疗必需且合理的器材；

（2）该特定医疗器材必需为《特定医疗器材及适用疾病清单》中所列器材，且须符合《特定医疗器材及适用疾病清单》中所列示的厂商、适应症和适用疾病范围；

（3）被保险人使用特定医疗器材前，需按保险人指定流程提交相应材料并通过审核，具体流程见“7.6 特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械使用评估及就医安排流程”。

对于不满足上述条件的特定医疗器材费用，保险人不承担赔偿特定医疗器材费用的责任。本项保险责任仅承担特定医疗器材本身的费用，不承担因使用特定医疗器材而产生的住院医疗费用。

保险人对于以上三类费用的累计赔偿金额以本合同约定的特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械费用保险金额为限，一次或累计赔偿的金额达到保险单载明的特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械费用保险金额时，保险人对被保险人在特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械费用保险金额项下的保险责任终止。

2.7 补偿原则

本合同约定的特定疾病医疗保险责任、一般医疗保险责任、质子重离子医疗保险责任、特定疾病院外特种药品费用保险责任、特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械费用保险责任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、保险人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，保险人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。

3 责任免除

3.1 对于被保险人因以下任何情形或原因而发生的任何费用，保险人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症（见 10.35）；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 10.36），先天性畸形、变形或染色体异常（见 10.37）（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 10.38）为准，但涉及本合同所定义特定疾病病种释义中的情况除外）；

(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) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

(5) 被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施，或被国家机关依法拘禁或服刑期间伤病；

(6) 被保险人殴斗、主动吸食或注射毒品（见 10.39），违反规定使用麻醉或精神药品导致的伤害引起的医疗费用；

(7) 被保险人醉酒驾驶（见 10.40）、无合法有效驾驶证驾驶（见 10.41）或驾驶无有效行驶证照（见 10.42）的机动车（见 10.43）导致交通意外引起的医疗费用；

(8) 被保险人从事高风险运动（见 10.44）导致的伤害引起的医疗费用；

(9) 被保险人从事高风险职业（见 10.45）导致的伤害引起的医疗费用；

(10) 被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；

(11) 被保险人怀孕、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；

(12) 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事故所致的整容手术、牙科治疗；

(13) 被保险人非因职业原因或器官移植原因感染艾滋病病毒或患艾滋病（见 10.46）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二十八、第二十九条、第三十条约定的情况除外）；

(14) 被保险人因预防、康复、休养或疗养、保健性、健康体检、医疗鉴定、咨询类（见

10.47) 等非疾病治疗类项目发生的医疗费用;

(15) 包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、痔疮手术、性功能障碍、性早熟、发育迟缓治疗发生的医疗费用;

(16) 被保险人因脊柱类疾病(包括但不限于各种颈椎病,胸、腰椎间盘突出/狭窄/膨出/移位/滑脱)、病理性骨折(见 10.67)、腹股沟疝(见 10.68)、腺样体肥大治疗所产生的医疗费用;

(17) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱;

(18) 核爆炸、核辐射或核污染。

3.2 因以下任何情形而发生的医疗费用,保险人不承担赔偿特定疾病医疗保险金、一般医疗保险金的责任:

(1) 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,所有非处方医疗器械费用;

(2) 未经医院出具外购药处方自行购买的药品、非医院药房购买的药品、医生开具的单次处方超过 30 天部分的药品,符合前述任何一项所发生的医疗费用;

(3) 减肥、胃减容术(包括可调节式束带手术、袖状胃切除手术、胃旁路手术、胃内水囊手术、胃肠转流术);

(4) 被保险人接受未经中国国家药品监督管理机构认可的实验性或试验性治疗、使用未经过中国国家药品监督管理部门批准的疗法、药品或器械治疗。

3.3 因以下任何情形而发生的特定疾病院外特种药品费用,保险人不承担赔偿特定疾病院外特种药品费用保险金的责任:

(1) 仅有临床不适症状,入院诊断和出院诊断均不是本合同定义的特定疾病的治疗;

(2) 使用未获得中国国家药品监督管理机构许可或批准上市的药品或药物;

(3) 特种药品处方的开具与中国国家药品监督管理机构批准的该药品说明书中所列明的适应症和用法用量不符;

(4) 相关医学材料不能证明特种药品对被保险人所罹患的特定疾病治疗有效;

(5) 在中国大陆境外(见 10.48)的国家或地区接受治疗;

(6) 在未经保险人认可的医院(见 10.27)接受细胞免疫治疗(见 10.26);

(7) 未经专科医生处方自行购买的药品或专科医生开具的单次处方超过 30 天部分的药品费用;

(8) 被保险人接受未经中国国家药品监督管理机构认可的试验性或者研究性治疗及其后果所产生的药品费用;

(9) 特种药品涉及慈善援助的,被保险人从慈善机构获得援助的药品费用。

3.4 因以下任何情形而发生的特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械费用,保险人不承担赔偿特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械费用保险金的责任:

(1) 临床急需进口药品的开具与《临床急需进口药品及适用疾病清单》所列明的适用疾病不符;

(2) 临床急需进口药品的开具与中国国家药品监督管理机构批准的该药品说明书中所列明的用法用量不符;

(3) 被保险人未在保险单载明的特定医疗机构接受治疗、购买临床急需进口药品而产生的住院医疗费用、临床急需进口药品费用;

(4) 保险金申请人未按本合同“7.6 特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械使用评估及就医安排流程”进行使用评估或经评估未审核通过;

(5) 被保险人产生的除特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械费用以外的费用,如交通费、转诊费等;

(6) 仅有临床不适症状，入院诊断和出院诊断均不是《临床急需进口药品及适用疾病清单》中的适用疾病；

(7) 被保险人接受未经中国国家药品监督管理机构认可的试验性或者研究性治疗及其后果所产生的药品费用；

(8) 任何替代疗法（见 10.49）或因医疗事故（见 10.50）产生的费用；

(9) 特定医疗器材的开具与《特定医疗器材及适用疾病清单》所列明的适应症、适用疾病不符；

(10) 仅有临床不适症状，入院诊断和出院诊断均不是《特定医疗器材及适用疾病清单》中的适用疾病。

4 保险金额和保险费

4.1 保险金额

保险金额是保险人承担赔偿责任保险金责任的最高限额。

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、特定疾病住院津贴保险金额、特定疾病院外特种药品费用保险金额、特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械费用保险金额、年度保险金额由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。在保险期间内，保险人对被保险人在各项保险责任中所有赔偿金额总额不得超过年度累计保险金额。

4.2 保险费

本合同的保险费按照被保险人的年龄和承保的保险责任确定。投保人须按本合同约定支付保险费。投保人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，保险人不承担保险责任。本合同保险费支付方式由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单中载明。

若投保人选择一次性支付保险费的，投保人应当在投保时一次性交清保险费。

若投保人选择分期支付保险费的，投保人应当在投保时交清首期保险费。在交清首期保险费后，投保人应当在每个保险费约定支付日（见 10.56）交纳其余各期对应月份的保险费。若投保人未按约定足额交纳保险费，保险人允许投保人在付款宽限期（30 日）内补交保险费，如果被保险人在此期限内发生保险事故，在被保险人补交保险费后，保险人仍按照本合同约定赔偿保险金。若投保人在保险人催告之日起 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，保险人不承担保险责任。

合同效力依照前款约定中止的，经投保人申请并经保险人同意，同时在投保人补交保险费后，合同效力恢复。如果保险期间届满时，投保人仍未按本合同约定补交保险费，则本合同解除。

5 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，保险人依据本合同不予赔偿的部分。本合同中特定疾病医疗保险责任免赔额、一般医疗保险责任免赔额由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

对于家庭保单，保险人在保险期间内对家庭保单的所有被保险人累计扣除的免赔额以本合同约定的免赔额为限，累计扣除金额达到本合同约定的免赔额的，保险人在赔偿保险金时不会再单独扣除本合同约定的免赔额。

可用以抵扣免赔额的医疗费用包括：

- (1) 被保险人个人支付的医疗费用；
- (2) 被保险人个人支付并从其他途径获得补偿的医疗费用（但不含社会基本医疗保险和公费医疗承担的费用）。

6 期间

6.1 保险期间

本合同的保险期间不超过 1 年，由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单中载明。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。

6.2 犹豫期

自本合同生效之日起 15 日（含第 15 日）为犹豫期。投保人在此期间提出解除本合同，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费。

6.3 等待期

除另有约定外，首次投保本保险或非续保本保险时，自本合同生效日起 30 日（含）为等待期。

被保险人在等待期内非因意外伤害经医院（见 10.7）专科医生（见 10.8）初次确诊（见 10.9）罹患本合同所定义的特定疾病（见 10.3）、《临床急需进口药品及适用疾病清单》和《特定医疗器材及适用疾病清单》中的适用疾病的，保险人不承担赔偿保险金的责任，本合同终止，保险人向投保人无息退还所交保险费。

如被保险人在等待期内非因意外伤害罹患本合同所定义的特定疾病（见 10.3）、《临床急需进口药品及适用疾病清单》和《特定医疗器材及适用疾病清单》中适用疾病以外的疾病，则无论治疗该疾病所发生的费用是否发生在等待期内，保险人都不承担赔偿一般医疗保险金的责任，但本合同继续有效。

投保人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。

7 保险金的申请

7.1 保险事故通知

投保人、被保险人或受益人在知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。

如果投保人、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，保险人对无法确定的部分，不承担赔偿保险金责任，但保险人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 日内通知保险人，并在病情好转后及时转入约定的医院。

7.2 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 10.51）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。

- (1) 理赔申请书；
- (2) 保险金申请人的有效身份证件（见 10.52）；
- (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、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医疗费用补偿的证明）；

(5) 被保险人罹患本合同所定义的特定疾病的，还应提供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（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，并需要提供监护人的身份证明等资料。

保险人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投保人、保险金申请人补充提供。

7.3 特定疾病住院津贴保险金申请

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。**

(1) 理赔申请书；

(2) 保险金申请人的有效身份证件；

(3) 医院出具的被保险人入院、出院记录；

(4) 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；

(5) 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；

(6) 若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。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。

保险人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，将及时一次性通知投保人、保险金申请人补充提供。

7.4 特定疾病院外特种药品费用保险金申请

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。**

(1) 理赔申请书；

(2) 保险金申请人的有效身份证件；

(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等）；

(4) 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；

(5) 由医院专科医生出具的用于治疗该特定疾病的药品处方及特药院外购药证明（见10.53）；

(6) 若被保险人未从其他途径获得药品费用补偿，需提供药品费用发票原件、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）；

(7) 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；

(8) 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。

保险人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，将及时一次性通知投保人、保险金申请人补充提供。

保险金申请人在院外特种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。

被保险人的特定疾病院外特种药品费用由保险人的指定药店垫付的，保险金申请人应将申请和受领特定疾病院外特种药品费用保险金的权利转让给保险人的指定药店，由保险人与保险人的指定药店直接结算特定疾病院外特种药品费用，保险人不再接受保险金申请人对该部分保险金的申请。

7.5 特定疾病院外特种药品用药流程

如果被保险人根据医院专科医生开具的药品处方在保险人的指定药店购买药品，由保险金申请人作为用药流程的申请人，按照以下流程进行购药申请、药品处方审核和院外药店直付用药：

(1) 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合同所定义的特定疾病的诊断证明（包含确诊日期）、与诊断证明相关的检查检验报告、药品处方、特药院外购药证明及其他所需要的医学材料。

(2) 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。对于药品处方审核中的特殊情况（见10.54），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。

药品处方审核主要包括以下两方面：

(a) 根据经中国国家药品监督管理机构批准上市的该药品说明书（以药品处方开具时最新版本为准）所列明的适应症、用法、用量审核药品处方；

(b) 根据被保险人的疾病状况审核被保险人是否对申请的院外特种药品已经耐药（见10.55）。**如果药品处方审核未通过，保险人不承担赔偿特定疾病院外特种药品费用保险金责任。**

(3) 院外药店直付用药流程：

药品处方审核通过后，保险金申请人应凭药品处方、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）到保险人的指定药店购买特种药品。在部分指定药店，对于属于保险责任的部分特种药品费用，可由保险人与指定药店直接结算，**但保险金申请人应自行支付不属于保险责**

任范围内的特种药品费用。

7.6 特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械使用评估及就医安排流程

7.6.1 特定医疗机构治疗（包含临床急需进口药品、特定医疗机构住院医疗）使用评估及就医安排流程

在保险期间内，被保险人在等待期后，经医院的专科医生初次确诊罹患本合同约定的《临床急需进口药品及适用疾病清单》中的一种或多种适用疾病，需按照以下流程进行临床急需进口药品、特定医疗机构住院医疗使用评估及就医安排流程：

7.6.1.1 报案申请

保险金申请人向保险人提交报案申请，并提供下列证明和材料：

- (1) 理赔申请书；
- (2) 保险金申请人的有效身份证件；
- (3) 医院专科医生出具的被保险人诊断证明以及与诊断证明相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告；
- (4) 由医院专科医生出具的用于治疗该适用疾病的药品处方；
- (5) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

如果保险金申请人未提交报案申请或被保险人未通过报案申请审核，保险人不承担赔偿临床急需进口药品费用、特定医疗机构住院医疗费用的责任。

保险人认为保险金申请人提供的证明和资料不完整的，将及时一次性通知投保人、保险金申请人补充提供。

7.6.1.2 疾病诊断审核

(1) 收到保险金申请人的报案申请后，保险人将在三个工作日内协助保险金申请人联系特定医疗机构专科医生进行病情诊断，以确认被保险人申请药品的临床使用的必要性。诊疗方式包括但不限于和特定医疗机构专科医生以远程视频方式或提交电子版书面材料的方式。

(2) 若特定医疗机构专科医生确认该药品临床使用的必要性，将向国家药品监督管理局和卫生健康管理部门提出该治疗方案内涉及到的进口药品的进口使用申请，药品监督管理局及卫生健康管理部门审批通过后，被保险人可至特定医疗机构就医治疗及使用临床急需进口药品。

如果经特定医疗机构病情诊断评估被保险人不适合该治疗方案，保险人不承担赔偿临床急需进口药品费用、特定医疗机构住院医疗费用的责任。

7.6.1.3 就医安排

被保险人通过特定医疗机构病情诊断审核后，保险人将安排被保险人前往特定医疗机构使用临床急需进口药品及接受特定医疗机构住院医疗。

7.6.2 特定医疗器材费用使用评估及就医安排流程

在保险期间内，被保险人在等待期后，经医院的专科医生初次确诊罹患本合同约定的《特定医疗器材及适用疾病清单》中的一种或多种适用疾病，需按照以下流程进行特定医疗器材使用评估及就医安排流程：

7.6.2.1 报案申请

保险金申请人向保险人提交报案申请，并提供下列证明和材料：

- (1) 理赔申请书；
- (2) 保险金申请人的有效身份证件；
- (3) 医院专科医生出具的被保险人诊断证明以及与诊断证明相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告；
- (4) 由医院专科医生出具的用于治疗该适用疾病的医疗器材处方；

(5) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

如果保险金申请人未提交报案申请，保险人不承担赔偿特定医疗器材费用的责任。

保险人认为保险金申请人提供的证明和资料不完整的，将及时一次性通知投保人、保险金申请人补充提供。

7.6.2.2 特定医疗器材使用审核

收到保险金申请人的报案申请后，保险人将对被保险人的医疗器材处方及所申请的特定医疗器材是否符合《特定医疗器材及适用疾病清单》进行审核。**被保险人未通过特定医疗器材使用审核的，保险人不承担赔偿特定医疗器材费用的责任。**

7.6.2.3 就医安排

通过特定医疗器材使用审核后，保险人将安排被保险人前往医院使用保险金申请人所申请的特定医疗器材。

7.7 特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械费用申请

对于本合同特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械费用保险责任范围内的临床急需进口药品费用、特定医疗机构住院医疗费用，**由保险人与特定医疗机构直接结算，被保险人无需支付。但被保险人应自行承担不属于保险责任范围内或超出本合同约定保险金额部分的费用。对于保险人已经与特定医疗机构结算的费用，保险人不再接受保险金申请人对该部分保险金的申请。**

保险金申请人申请本合同约定的特定医疗器械费用保险金时，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。**

(1) 理赔申请书；

(2) 保险金申请人的有效身份证件；

(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）；

(4) 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；

(5) 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、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医疗费用补偿的证明）；

(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，并需要提供监护人的身份证明等资料。

上述材料已在报案申请环节提供的，保险金申请人不需要重复提供。

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

7.8 保险金赔偿

保险人收到保险金申请人的赔偿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。

保险人应当将核定结果在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保险金的协议后10日内，履行赔偿保险金义务。本合同对赔偿保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行赔偿保险金的义务。

保险人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保险金通知书，并说明理由。

保险人自收到赔偿保险金的请求和有关证明、资料之日起60日内，对其赔偿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；保险人最终确定赔偿保险金的数额后，应当支付相应的差额。

7.9 保险事故鉴定

如果被保险人发生保险事故，投保人和保险人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 合同的成立、变更、解除与不保证续保

8.1 合同的成立

投保人提出保险申请、保险人同意承保，本合同成立。本合同自保险人同意承保、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。

8.2 明确说明与如实告知

本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

订立本合同时，保险人应当向投保人说明本合同的内容。对本合同中免除保险人责任的条款，保险人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投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或口头形式向投保人作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

保险人会就投保人和被保险人的有关情况提出询问，投保人应当如实告知。

如果投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本合同。

如果投保人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，保险人不承担赔偿保险金的责任，并不退还保险费。

如果投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，对于本合同解除前发生的保险事故，保险人不承担赔偿保险金的责任，但应当退还保险费。

保险人在本合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人承担赔偿保险金的责任。

8.3 年龄错误

年龄的计算及年龄错误的处理：

(1) 被保险人的投保年龄按周岁计算；

(2) 投保人在申请投保时，应将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：

(a) 投保人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，保险人有权解除本合同，并向投保人退还本合同的现金价值。

(b) 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实付保险费少于应付保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费。若已经发生保险事故，在赔偿保险金时按实付保险费和应付保险费的比例赔偿保险金。

(c) 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实付保险费多于应付保险费，保

险人应将多收的保险费无息退还给投保人。

8.4 合同内容变更

在保险期间内，经投保人与保险人协商一致，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，应当由保险人在电子保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由投保人与保险人订立书面的变更协议。

投保人通过保险人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，视为投保人的书面申请，投保人向保险人在线提交的电子信息与投保人向保险人提交的书面文件具有相同的法律效力。

8.5 投保人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。

如投保人申请解除本合同，请填写解除合同申请书并向保险人提供投保人的有效身份证件。

保险责任开始前，投保人要求解除本合同的，保险人应当无息全额退还投保人已缴纳的保险费。

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。**自保险人收到投保人解除合同的申请时起，本合同即被解除，保险人自始不承担保险责任。**

犹豫期后投保人要求解除本合同的，自保险人接到解除保险合同申请书之时起，本合同解除，**保险人自收到解除保险合同申请之日起 30 日内向投保人退还本合同的现金价值。**

投保人在犹豫期后申请解除合同会遭受一定经济损失。

8.6 不保证续保

本产品为不保证续保合同。保险期间届满前 30 日内，投保人需要重新向保险人申请投保本附加险，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

9 争议处理和法律适用

9.1 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。

9.2 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**）。

10 释义

10.1 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。

10.2 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。

10.3 特定疾病

本合同所定义的特定疾病共有 120 种，其中标记“*”的 28 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、恶性肿瘤类特定疾病

(一) 恶性肿瘤——重度*：指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经组织病理学检查（见 10.58）（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，WorldHealthOrganization）《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 10.59））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 10.60）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 AnnArbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

(7) 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 $<10/50\text{HPF}$ 和 $\text{ki-67}\leq 2\%$ ）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，WorldHealthOrganization）《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 AnnArbor 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 $<10/50\text{HPF}$ 和 $\text{ki-67}\leq 2\%$ ）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、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。

(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 10.61) 性的体力活动能力受限, 达到美国纽约心脏病学会 (NewYorkHeartAssociation, NYHA) 心功能状态分级 (见 10.62) 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心功能损害造成永久不可逆性的心功能衰竭。心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能 IV 级。被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限, 不能从事任何体力活动。

(七) 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。

(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传导性心脏病，**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 ≥ 55 mm；
- (4) QRS 时间 ≥ 130 msec；
- (5) 药物治疗效果不佳，仍有症状。

(十七) 严重巨细胞动脉炎：巨细胞动脉炎又称颞动脉炎、颞动脉炎、肉芽肿性动脉炎，需由专科医生明确诊断，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保障范围内。

三、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 10.63）肌力（见 10.64）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 10.65）；
- (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 10.66）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-0-3 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) 非阿尔茨海默病致严重痴呆：指因阿尔茨海默病以外的脑的器质性疾病造成脑功能衰竭导致永久不可逆性的严重痴呆，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退。**被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，日常生活必须持续受到他人监护。**导致痴呆的疾病必须明确诊断，并且由完整的临床、实验室和影像学检查结果证实。

神经官能症，精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在保障范围内。

(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，日常生活必须持续受到他人监护。

(九) 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) 破裂脑动脉瘤夹闭手术：指因脑动脉瘤破裂造成蛛网膜下腔出血，被保险人实际接受了在全麻下进行的开颅脑动脉瘤夹闭手术。

脑动脉瘤（未破裂）预防性手术、颅骨打孔手术、动脉瘤栓塞手术、血管内手术及其他颅脑手术不在保障范围内。

(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。

(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。

(十三) 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。

(十四) 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。

(十六) 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。须经保险人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。

四、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。

本保障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) 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) 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保障范围内。

(十一) 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。

(十二) 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 $442\mu\text{mol/L}$ 。

(十三) 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。

(十四) 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。

(十五) 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 0.5kPa/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) $\text{PaO}_2<50\text{mmHg}$, $\text{PaCO}_2>50\text{mmHg}$ 。

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。

(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。

(十七) 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。

(十八) 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。

(十九) 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）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。**

（二十一）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。

（二十二）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。

（二十三）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。

（二十四）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。

（二十五）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。

（二十七）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。

（二十八）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。

（二十九）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

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）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。

（三十一）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）。

（三十二）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保障范围内。

（三十三）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。

(三十四) 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）。

(三十六) 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。

本保障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。

(三十七) 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。

(三十八) 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。

五、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、先天性疾病所致的听力丧失不在保障范围内。

(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、先天性疾病所致的视力丧失不在保障

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，GlasgowComaScale）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。

(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、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≥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 (FEV1) 占预计值的百分比 $<30\%$ ；

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

(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) $<50\text{mmHg}$ ，和动脉血氧饱和度 (SaO₂) $<80\%$ 。

(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。

(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。**本保障仅限于 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, 临床表现为高热、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保障范围内。**

(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生诊断, **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生诊断，**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，智商的检测必须由保险人认可的医院（见 10.27）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) 保险人认可的医院（见 10.27）的专科医生确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低常；

- (3) 保险人认可的医院（见 10.27）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。

本保障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。**本保障仅对脊髓灰质**

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)严重骨髓异常增生综合征：指符合世界卫生组织（WHO，WorldHealthOrganization）2008 分型方案中的难治性贫血伴原始细胞增多（RAEB）或 2016 年分型方案中的骨髓异常增生综合征伴原始细胞增多（MDS-EB）、骨髓异常增生综合征伴单纯 del（MDS-5q）、骨髓异常增生综合征未分类型（MDS-U）。**且需满足下列所有条件：**

(1) 骨髓穿刺或骨髓活检结果支持诊断；

(2) 已接受至少累计三十日的化疗或已接受造血干细胞移植治疗或骨髓移植治疗。化疗天数的计算以被保险人实际服用、注射化疗药物的天数为准。

(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 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。

(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保障范围内。

10.4 《临床急需进口药品及适用疾病清单》

指保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的符合保险保障计划的临床急需进口药品与适用疾病清单。具体药品清单、适用疾病将载明于保险单，保险人保留对清单中药品做出调整的权利，对于调整后的药品清单，保险人将会在官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

10.5 《特定医疗器材及适用疾病清单》

指保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的符合保险保障计划的特定医疗器材与对应适用疾病清单。具体特定医疗器材厂商、适用疾病、适应症将载明于保险单，保险人保留对清单中特定医疗器材做出调整的权利，对于调整后的特定医疗器材清单，保险人将会在官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

10.6 适用疾病

指《临床急需进口药品及适用疾病清单》、《特定医疗器材及适用疾病清单》中所列疾病。

一、临床急需进口药品适用疾病包括：“恶性肿瘤——重度”（见 10.3）、“恶性肿瘤——轻度”（见 10.3）、严重多发性硬化（见 10.3）、高胆固醇血症、黄斑病变、地中海贫血、视神经脊髓炎谱系障碍、Lambert-Eaton 肌无力综合征、低磷酸酯酶症、移植物抗宿主病、真性红细胞增多症。其中：

高胆固醇血症：高胆固醇血症是指血液中的胆固醇的含量超过了正常的范围，是高脂血症的一种表现。

黄斑病变：主要症状表现为中心视力减退，有中心暗点，视物变形。玻璃体无炎性改变。眼底在黄斑部有黄灰色渗出性病灶及出血，圆形或椭圆形，边界不清，微隆起，大小约为 1/4~3/2 视盘直径（PD）。以 1PD 以下为多见。病灶边缘处有弧形或环形出血，偶有呈放射形排列的点状出血。病灶外周有一色素紊乱带。病变大多以中央凹为中心，半径为 1PD 的范围内。病程末期，黄斑区形成黄白色瘢痕。

地中海贫血：指由于遗传的基因缺陷致使血红蛋白中一种或一种以上珠蛋白链合成缺如或不足所导致的贫血或病理状态。

视神经脊髓炎谱系障碍：指一种自身免疫性疾病，多累及脊髓和视神经，是中枢神经系统脱髓鞘类疾病。

Lambert-Eaton 肌无力综合征：又称肌无力综合征，是一种累及神经-肌肉接头突触前膜的自身免疫性疾病。致病的自身抗体直接抑制了神经末梢突触前的电压门控钙通道(VGCC)从而导致了 LEMS 肌无力症状。

低磷酸酯酶症：又称低磷酸酶血症，是一种罕见的遗传性全身系统疾病，主要特征为骨骼和牙齿的矿化不全，血清及骨组织中碱性磷酸酶活性降低。

移植物抗宿主病：指骨髓移植(BMT)后出现的多系统损害(皮肤、食管、胃肠、肝脏等)的全身性疾病。

真性红细胞增多症：指一种克隆性干细胞疾病，以全血容量增多，血粘度增高及脾肿大为主要表现。

二、特定医疗器材适用疾病包括：“恶性肿瘤——重度”(见 10.3)、“恶性肿瘤——轻度”(见 10.3)、1 型糖尿病严重并发症(见 10.3)、特定心脑血管疾病。其中：

特定心脑血管疾病：指体表面积不低于 1.2 平方米；左室射血分数(LVEF)≤30%；具有 NYHA 第 IV 级心力衰竭症状，经规范化的口服药物治疗仍无法逆转病情发展；出现以下情况中至少一种：

- (1) 血流动力学稳定依赖静脉正性肌力药物；
- (2) 短期心脏辅助不能撤除，如采用主动脉内气囊泵(IABP)和/或体外膜式氧合器(ECMO)等；
- (3) 满足心源性休克的临床指征。

10.7 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，保险人将会在官方渠道(包括但不限于官网、官微)公示。

10.8 专科医生

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。

10.9 初次确诊

指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊患有某种疾病，而不是指自本合同生效之日起第一次经医院确诊患有某种疾病。

10.10 原发

指不属于被保险人首次投保时已确诊恶性肿瘤类特定疾病的复发、转移、扩散或持续。

10.11 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。

10.12 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的住院。**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、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。

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。

10.13 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、陪人床、观察病床位、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，保险人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，保险人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机构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材使用费，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；**对于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、专科医生的费用及会诊医生的劳务费。

(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。**

10.14 化学疗法

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

10.15 放射疗法

指对于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。

10.16 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机构批准用于临床治疗。

10.17 肿瘤内分泌疗法

指对于恶性肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制激素生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞的生长。本合同所指的内分泌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机构批准用于临床治疗。

10.18 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

理机构批准用于临床治疗。

10.19 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。

10.20 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。

10.21 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。

10.22 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。

10.23 实际住院日数

指被保险人在医院住院部病房内实际的住院治疗日数。住院满 24 小时为 1 日，但不含被保险人在住院治疗期间擅自离院期间的日数。

10.24 院外

指非被保险人就诊医院。

10.25 特种药品

指本合同期满日前经中国国家药品监督管理机构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机构批准的药品说明书为准。

10.26 细胞免疫治疗

指通过采集人体免疫细胞，在体外进行扩增和功能鉴定，然后向患者转输，达到杀灭血液及组织中的癌细胞、突变细胞，从而打破机体免疫耐受，激活和增强机体免疫的治疗方法。

10.27 保险人认可的医院

指保险人在承保时与投保人约定的医院清单中的医院。具体医院清单在保险单中载明。保险人保留对医院清单做出调整的权利，对于调整后的医院清单，保险人将会在官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

10.28 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。

10.29 药品清单

指保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的符合保险保障计划的药品清单。具体药品清单在保险单中载明。保险人保留对药品清单做出调整的权利，对于调整后的药品清单，保险人将会在官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

10.30 指定药店

指保险人授权的第三方服务商提供的药店。具体药店清单在保险单中载明。保险人保留对上述指定药店名单做出适当调整的权利，调整后的指定药店名单将在官方渠道（包括但不限于官网、官微）进行公示。

保险人指定的药店同时满足以下条件：

- （1）取得国家药品经营许可证、GSP 认证；
- （2）具有完善的冷链药品送达能力；

(3) 该药店内具有医师、执业药师等专业人员提供服务。

10.31 临床急需进口药品

指特定医疗机构因临床急需,经国务院药品监督管理机构或者国务院授权的省、自治区、直辖市人民政府批准后,进口的少量药品。

10.32 特定医疗机构

指保险人认可的特定医疗机构的普通部,但不包括其特需部、VIP部、国际部、国际医疗中心、贵宾医疗部、外宾医疗部。本合同特定医疗机构名单将载明于保险单中。保险期间内保险人有权调整特定医疗机构名单,特定医疗机构名单及其变更将在官网公示。

10.33 特定医疗器材

指对安全性有严格要求、价格相对较高的、接受手术过程中由医生植入体内的或其他治疗的过程中直接作用于人体的医用器械耗材。

10.34 现金价值

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,由保险人退还的那部分金额。

犹豫期内退保的,现金价值=投保人已交纳保险费。

犹豫期后退保的,若保险费为一次性支付的:

现金价值=投保人已交纳保险费×[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:

现金价值=投保人已交纳当期保险费×[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。**若本合同已发生保险金赔偿,现金价值为零。**

10.35 既往症

指被保险人在本合同生效前已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

10.36 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。

10.37 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。

10.38 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。

10.39 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。

10.40 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。

10.41 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。

10.42 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。

10.43 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。

10.44 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。

10.45 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。

10.46 感染艾滋病病毒或患艾滋病

艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒,英文缩写为 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合症,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。

10.47 咨询类

包括但不限于健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询(依照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)确定的精神和行为障碍以外的一般心理问题,如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等)等。

10.48 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。

10.49 替代疗法

指目前传统医学或标准治疗之外的医学和健康管理系统、操作和产品,包括但不限于芳香疗法、脊椎指压疗法、自然疗法、整骨疗法、印度韦达养生学和传统中医。

10.50 医疗事故

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

10.51 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自然人。

10.52 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。

10.53 特药院外购药证明

指住院期间治疗所必需、医院药房没有该药物而无法提供，导致必须到医院外面药房购买药物而需要由医院出具的院外购药证明文件。

10.54 特殊情况

药品处方审核中的特殊情况主要包括：

- (1) 申请人授权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审核；
- (2) 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。

10.55 耐药

指以下两种情况之一：实体肿瘤病灶按照 RECIST（实体瘤治疗疗效评价标准）出现疾病进展，即定义为耐药。非实体肿瘤（包含白血病、多发性骨髓瘤、骨髓纤维化、淋巴瘤等血液系统恶性肿瘤）在临床上常无明确的肿块或者肿块较小难以发现，经规范治疗后，按相关专业机构的指南规范，对患者骨髓形态学、流式细胞、特定基因检测等结果进行综合评价，得出疾病进展的结论，即定义为耐药。

10.56 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。

10.57 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。本条款中的 0 周岁，均指出生满 30 日且已健康出院的婴儿。

10.58 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。

10.59 ICD-0-3

《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-0-3），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-0-3 不一致的情况，以 ICD-0-3 为准。

10.60 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。

10.61 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。

10.62 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。

10.63 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。

10.64 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。

10.65 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。

10.66 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。

10.67 病理性骨折

指因年龄、各种营养不良和内分泌等因素引起全身性骨质疏松，表现为骨皮质萎缩变薄，骨小梁变细、数量减少，进而在外在诱因下导致骨的完整性、连续性遭到破坏。

10.68 腹股沟疝

指腹腔内脏器通过腹股沟区的缺损向体表突出所形成的包块，俗称“疝气”。

10.69 保险人

指与投保人签订本保险合同的三星财产保险（中国）有限公司及分支机构。