

三星财产保险（中国）有限公司
个人住院医疗保险 2026A 版（互联网专属）
（注册号：C00004532512026042816943）

总则

第一条 本保险合同（以下简称“本合同”）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。凡涉及本合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 本合同的投保人应为具有完全民事行为能力的被保险人本人或对被保险人有保险利益的其他人。

第三条 除另有约定外，首次投保或非连续重新投保时年龄为出生满 30 天（含）至 70 周岁（见释义一）（含），能正常工作、生活且符合健康告知的自然人，可作为本合同的被保险人。被保险人年满 105 周岁前（含 105 周岁），保险期间届满，投保人重新向保险人（见释义二）申请投保本保险，经过保险人同意后，交纳保险费，可获得新的保险合同。

第四条 除另有约定外，本合同的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 本合同的保险责任包括以下一项“必选责任”和七项“可选责任”：

- （一）一般住院医疗保险（含外购药械费用）责任（必选责任）；
- （二）重大疾病住院医疗保险（含外购药械费用）责任（可选责任）；
- （三）质子重离子医疗保险责任（可选责任）；
- （四）重大疾病院外特种药品费用医疗保险责任（可选责任）；
- （五）临床急需进口药械费用保险责任（可选责任）；
- （六）重大疾病住院津贴保险责任（可选责任）；
- （七）重大疾病康复住院费用医疗保险责任（可选责任）；
- （八）救护车费用保险责任（可选责任）。

投保人可只投保“必选责任”，也可在投保“必选责任”的同时选择投保一种或多种“可选责任”，但不能单独投保“可选责任”。

- （一）一般住院医疗保险（含外购药械费用）责任（必选责任）

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害（见释义三）事故或在等待期后因确诊罹患疾病，在医院（见释义四）接受治疗的，保险人对下述 5 类费用，按照本合同的约定承担一般住院医疗保险（含外购药械费用）责任：

- 1、住院医疗费用

指被保险人经医院诊断必须接受住院（见释义五）治疗时，被保险人住院期间发生的需个人支付的、必需且合理（见释义七）的住院医疗费用，包括床位费（见释义九）、加床费（见释义十）、膳食费（见释义十一）、护理费（见释义十二）、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费（见释义十三）、治疗费（见释义十四）、药品费（见释义十五）、手术费（见释义十六）、重建手术费（见释义十八）、西式理疗费（见释义十九）、医疗器械费（见释义二十）、耐用医疗设备费（见释义二十一）、手术机器人使用费（见释义二十二）、同城救护车使用费（见释义二十三）。

本合同满期日时，被保险人未结束本次住院治疗的，保险人继续承担因本次住院发生的、最长不超过本合同满期日后 30 日内（含第 30 日）的住院医疗费用。

2、特殊门诊医疗费用

指被保险人在医院接受特殊门诊治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的特殊门诊医疗费用，包括：

（1）门诊肾透析费，门诊激光治疗（见释义二十四）费；

（2）不属于本合同约定的“恶性肿瘤——重度（见释义三十九）”的恶性肿瘤门诊治疗费，包括化学疗法（见释义二十五）、放射疗法（见释义二十六）、肿瘤免疫疗法（见释义二十七）、肿瘤内分泌疗法（见释义二十八）、肿瘤靶向疗法（见释义二十九）的治疗费用；

（3）器官移植后的门诊抗排异治疗费。

3、门诊手术医疗费用

指被保险人经医院诊断必须接受门诊手术（见释义三十）治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的门诊手术医疗费用。

4、住院前后门急诊医疗费用

除另有约定外，指被保险人经医院诊断必须接受住院治疗，在住院前 30 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的住院前后门急诊医疗费用（但不包括一般住院医疗保险（含外购药械费用）责任项下的特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用）。

5、外购药品及外购医疗器械费用

指被保险人在院外（见释义三十一）购买的符合“一般住院医疗保险（含外购药械费用）责任”项下 1-4 类费用对应治疗范围内的、应当由被保险人支付的必需且合理的外购药品及外购医疗器械费用（见释义三十二），但不包括本合同“重大疾病住院医疗保险（含外购药械费用）责任”和“重大疾病院外特种药品费用医疗保险责任”项下的费用。

对于以上 5 类费用，保险人在扣除约定的免赔额后，依照约定的赔付比例进行赔付。如果保险合同约定了各项费用的限额，每项费用的最高赔偿金额以保险合同约定的各项保险金额为限。保险人对于以上 5 类费用的累计赔付金额之和以本合同约定的一般住院医疗保险（含外购药械费用）责任的保险金额为限，当累计赔付金额之和达到保险金额时，保险人对被保险人的一般住院医疗保险（含外购药械费用）责任终止。

（二）重大疾病住院医疗保险（含外购药械费用）责任（可选责任）

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后经医院的专科医生（见释义三十七）初次确诊（见释义三十八）罹患本合同约定的重大疾病（见释义三十九），并在医院（指二级及二级以上公立医院或保险人扩展承保的医疗机构的普通部、特需部、vip部、国际部或国际医疗中心（不包括观察室、联合病房和康复病房））接受治疗的，保险人对下述 5 类费用，按照本合同的约定承担赔付重大疾病医疗保险金的责任：

1、重大疾病住院医疗费用

指被保险人经医院诊断罹患重大疾病必须接受住院治疗时，被保险人住院期间发生的需个人支付的、必需且合理的重大疾病住院医疗费用，包括床位费、加床费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费、重建手术费、西式理疗费、医疗器械费、耐用医疗设备费、手术机器人使用费、同城救护车使用费。

本合同满期日时，被保险人未结束本次住院治疗的，保险人继续承担因本次住院发生的、最长不超过本合同满期日后 30 日内（含第 30 日）的住院医疗费用。

2、重大疾病特殊门诊医疗费用

指被保险人在医院接受重大疾病特殊门诊治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的重大疾病特殊门诊医疗费用，包括：

（1）门诊肾透析费；

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

（3）器官移植后的门诊抗排异治疗费。

3、重大疾病门诊手术医疗费用

指被保险人经医院诊断罹患重大疾病必须接受门诊手术治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的重大疾病门诊手术医疗费用。

4、重大疾病住院前后门急诊医疗费用

除另有约定外，指被保险人经医院诊断罹患重大疾病必须接受住院治疗，在住院前 30 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受重大疾病门急诊治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的重大疾病住院前后门急诊医疗费用（但不包括重大疾病特殊门诊医疗费用、重大疾病门诊手术医疗费用）。

5、外购药品及外购医疗器械费用

指被保险人在院外购买的符合“重大疾病住院医疗保险（含外购药械费用）责任”项下 1-4 类费用对应治疗范围内的、应当由被保险人支付的必需且合理的外购药品及外购医疗器械费用，但不包括本合同“一般住院医疗保险（含外购药械费用）责任”和“重大疾病院外特种药品费用医疗保险责任”项下的费用。

对于以上 5 类费用，保险人在扣除约定的免赔额后，依照约定的赔付比例进行赔付。如果保险合同约定了各项费用的限额，每项费用的最高赔偿金额以保险合同约定的各项保险金额为限。保险人对于以上 5 类费用的累计赔付金额之和以本合同约定的重大疾病住院医疗保险（含外购药械费用）责任的保险金额为限，当累计赔付金额之和达到保险金额时，保险人对被保险人的重大疾病住院医疗保险（含外购药械费用）责任终止。

（三）质子重离子医疗保险责任（可选责任）

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恶性肿瘤——重度，并于保险人指定的质子重离子医院（见释义八十二）接受质子重离子治疗的，对于被保险人需个人支付的、必需且合理的质子重离子医疗费用（见释义五十二），保险人在扣除约定的免赔额后，依照本合同约定的赔付比例向被保险人赔付质子重离子医疗保险金。保险人在本项下累计赔付金额之和以本合同约定的质子重离子医疗保险金额为限，当累计赔付金额之和达到质子重离子医疗保险金额时，保险人对被保险人的质子重离子医疗保险责任终止。

被保险人在投保前或在等待期内已确诊恶性肿瘤——重度的，保险人不承担赔付质子重离子医疗保险金的责任。

到本合同满期日时，被保险人未结束本次住院治疗的，保险人继续承担因本次住院发生的、最长不超过本合同满期日后 30 日内（含第 30 日）的质子重离子医疗费用。

（四）重大疾病院外特种药品费用医疗保险责任（可选责任）

本项保险责任包含“重大疾病院外特种药品费用”、“恶性肿瘤——重度特定药品基因检测费用”两类费用。

1、重大疾病院外特种药品费用

在本合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后非因意外伤害导致初次确诊罹患本合同定义的重大疾病，经医院专科医生诊断必须在医院接受本合同约定的“重大疾病住院医疗保险（含外购药械费用）责任”项下 1-4 类对应治疗的，保险人对被保险人在医院接受相应治疗期间在院外购买的，同时满足本合同约定条件的院外特种药品（见释义五十三）费用，在扣除本合同约定的重大疾病院外特种药品费用保险免赔额后，按照约定的重大疾病院外特种药品费用保险赔偿比例进行赔偿。

赔偿重大疾病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，且为被保险人当前治疗必需。药品处方须符合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和用法用量，药品的通用名必须与医院专科医生开具的处方一致；

（2）药品处方开具时该药品已由国家药品监督管理部门批准且已在中国境内（不包括港、澳、台地区）上市；

（3）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重大疾病；

（4）每次特种药品处方剂量不超过 30 日（含第 30 日）；

（5）被保险人购买特种药品须在保险人的指定药店（见释义五十四），且该特种药品须在本合同约定的《重大疾病院外特种药品清单》（见释义五十五）内；

（6）除本合同另有约定外，被保险人购买特种药品须符合本合同“第三十一条 重大疾病院外特种药品直付用药流程”的约定。

对于不满足上述条件的院外特种药品费用，保险人不承担重大疾病院外特种药品费用保险的赔偿责任。

截至本合同保险期间届满日，若被保险人重大疾病治疗仍未结束（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重大疾病后首次购买特种药品的日期发生在本合同保险期间内的，对因本次治疗在保险期间届满之日起30日内（含第30日）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保险责任的约定在重大疾病院外特种药品费用保险金额内承担赔偿责任。

被保险人非初次确诊的重大疾病不在本项责任保障范围内。

2、恶性肿瘤——重度特定药品基因检测费用

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恶性肿瘤——重度，治疗过程中实际发生的、必需且合理的且同时满足以下条件的恶性肿瘤——重度特定药品基因检测（见释义五十六）费用，保险人在扣除约定的免赔额后，依照约定的赔付比例进行赔付：

（1）恶性肿瘤——重度特定药品基因检测必须是为了确定被保险人在保险期间内等待期后初次确诊罹患本合同约定的恶性肿瘤——重度且为治疗该恶性肿瘤——重度而发生的、必需且合理的、用药方案所发生的基因检测费用；

（2）恶性肿瘤——重度特定药品基因检测必须在本合同约定的基因检测机构（见释义五十七）内进行，被保险人进行恶性肿瘤——重度特定药品基因检测前，需按保险人指定流程提交相应材料并通过处方审核，具体流程见本条款第三十二条“恶性肿瘤——重度特定药品基因检测费用授权申请、审核和基因检测”。若被保险人未在本合同指定的基因检测机构内进行检测，保险人按照约定的给付比例进行赔付；

（3）在保险期间内，保险人所承担被保险人恶性肿瘤——重度特定药品基因检测费用的累计给付金额可由投保人和保险人在投保时单独约定，并在保险单中载明。

若本合同保险期间届满时该恶性肿瘤——重度治疗仍未结束或发生恶性肿瘤——重度转移的，对被保险人在等待期后初次确诊恶性肿瘤——重度的，保险人继续承担因本次治疗发生的属于本合同责任范围内的、最高不超过本合同期满后30日内（含第30日）的恶性肿瘤——重度院外特定药品费用。

本项保险责任不承担因重大疾病院外特种药品或恶性肿瘤——重度特定药品基因检测而产生的门诊或住院医疗费用。

如果保险合同约定了各项费用的限额，每项费用的最高赔偿金额以保险合同约定的该项保险金额为限。保险人对于以上两类费用的累计赔付金额之和以本合同约定的重大疾病院外特种药品费用医疗保险金额为限，当累计赔付金额之和达到保险金额时，保险人对被保险人的重大疾病院外特种药品费用医疗保险责任终止。

（五）临床急需进口药械费用保险责任（可选责任）

本项保险责任包含“临床急需进口药品和医疗器械费用”、“特定医疗机构住院医疗费用”两类费用。

1、临床急需进口药品和医疗器械费用

在保险期间内，被保险人在等待期后经医院专科医生初次确诊罹患疾病且必须接受住院治疗，对被保险人在特定医疗机构（见释义五十八）住院治疗该疾病期间实际发生的、必需且合理的且同时满足以下条件的临床急需进口药品和医疗器械（见释义五十九）费用，

保险人按照约定的临床急需进口药械费用保险赔偿比例赔偿临床急需进口药品和医疗器械费用。

赔偿临床急需进口药品和医疗器械费用须同时满足以下条件：

(1) 临床急需进口药品和医疗器械须由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或医疗器械；其中处方必须与该药品或器械说明书中所列明的适应症相符合，药品的通用名必须与医院专科医生开具的处方一致；

(2) 该药品和医疗器械必须在《临床急需进口药品及医疗器械清单》（见释义六十）内；

(3) 每次临床急需进口药品处方剂量不超过 30 日（含第 30 日）；

(4) 被保险人购买处方中所列临床急需进口药品或医疗器械前，须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“第三十三条 临床急需进口药品和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，保险人不承担赔偿责任。

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专科医生初次确诊疾病且必须接受住院治疗的，对于被保险人因使用临床急需进口药品或医疗器械，在特定医疗机构实际发生的、必需且合理的住院医疗费用，保险人按照约定的临床急需进口药械费用保险赔偿比例赔偿特定医疗机构住院医疗费用。

被保险人在特定医疗机构住院前，需按照保险人指定流程提交相应材料并通过审核，具体流程见“第三十三条 临床急需进口药品和医疗器械使用评估及就医安排流程”。

如果保险合同约定了各项费用的限额，每项费用的最高赔偿金额以保险合同约定的该项保险金额为限。保险人对于以上两类费用的累计赔偿金额以本合同约定的临床急需进口药械费用保险金额为限，一次或累计赔偿的金额达到临床急需进口药械费用保险金额时，保险人对被保险人的临床急需进口药械费用保险责任终止。

被保险人非初次确诊的疾病不在本项责任保障范围内。

(六) 重大疾病住院津贴保险责任（可选责任）

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后经医院专科医生初次确诊罹患本合同约定的重大疾病（无论一种或者多种），经诊断必须接受住院治疗的，保险人按照如下公式赔偿重大疾病住院津贴：

重大疾病住院津贴 = 重大疾病住院日津贴金额 ×（每次住院的实际住院天数（见释义六十一） - 免赔天数）

重大疾病住院日津贴金额、免赔天数由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

若保险期间届满时，被保险人仍未结束住院治疗的，对于在保险期间届满日起 30 日内（含）的住院治疗，保险人继续承担保险责任，但最高赔偿天数以保险合同载明的累计最高赔偿天数为限。

在保险期间内，保险人对被保险人一次或多次重大疾病累计赔偿的住院天数以保险合同载明的累计最高赔偿天数为限。保险人一次或累计赔偿的住院天数达到累计最高赔偿天

数时，保险人对被保险人的重大疾病住院津贴保险责任终止。

（七）重大疾病康复住院费用医疗保险责任（可选责任）

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后经医院专科医生初次确诊罹患本合同约定的重大疾病，在初次确诊重大疾病之日起的 180 日内（含第 180 日）在特定医院（见释义八十三）住院发生的、以治疗该重大疾病为目的、必需且合理的康复住院治疗费（见释义六十二），保险人在扣除约定的免赔额后，依照约定的给付比例进行赔付。保险人对于上述费用的累计给付金额之和以本合同约定的重大疾病康复住院费用医疗保险金额为限，当累计给付金额之和达到重大疾病康复住院费用医疗保险金额时，保险人对被保险人的重大疾病康复住院费用医疗保险责任终止。

（八）救护车费用保险（可选责任）

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后确诊罹患疾病，自发生之日起 24 小时内实际支出的、必需且合理的救护车使用费，保险人在扣除合同约定的免赔额后，按约定的给付比例给付救护车费用保险金。

被保险人一次或多次发生保险事故，累计给付金额以不超过该被保险人对应责任的保险金额为限。同一保单年度内累计给付金额达到其对应责任保险金额时，保险人对被保险人的救护车费用保险责任终止。

在保险期间内，保险人对于投保人选择投保的上述八项责任下的累计赔付的金额达到本合同载明的年度保险金额时，本合同终止。

第六条 本合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险（见释义六十四）、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构，以及依法承担侵权损害赔偿责任的第三人等）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所获医疗费用补偿后的余额按照本合同的约定进行赔付。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。

责任免除

第七条 因下列情形之一导致被保险人支出的任何医疗费用或发生如下列明的医疗费用，保险人不承担保险金赔付责任：

- （一）投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；
- （二）被保险人故意自杀、自伤，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （三）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入狱期间伤病；
- （四）被保险人殴斗、醉酒、主动吸食或注射毒品，违反规定使用麻醉或精神药品；
- （五）被保险人未遵医嘱擅自服用、涂用、注射药物；
- （六）被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶（见释义六十五）或者驾驶无有效行驶证（见释义六十六）的机动车辆；

(七) 被保险人所患既往症（见释义六十七），及保险单中特别约定的除外疾病引起的相关费用；

(八) 未经科学或者医学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) 未被治疗所在地权威部门批准的治疗，未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物，以及上述治疗或药品药物导致的后续医疗费用；

(十) 所有基因疗法（见释义六十八）和细胞免疫疗法（见释义六十九）（经保险人同意承保的不受此限）造成的医疗费用；

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

(十二) 因职业病（见释义七十）、医疗事故（见释义七十一）导致的医疗费用；

(十三) 被保险人在不符合本合同约定的医院就诊发生的医疗费用；

(十四) 未经医生建议自行进行任何治疗或未经医生处方自行购买药品产生的费用；

(十五) 虽持有医生建议，但治疗在非医疗机构进行或费用由非医疗机构收取（以医疗费票据载明信息为准）；

(十六) 虽持有医生处方，但处方剂量超过 30 天部分的药品费用；

(十七) 冒名住院、被保险人未到达医院就诊即代诊、不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院而拒不出院（从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用）；

(十八) 肥胖症相关手术、胃减容术（包括可调节式束带手术、袖状胃切除手术（用于治疗糖尿病时除外）、胃旁路手术、胃内水囊手术、胃肠转流术等的胃减容术）、整形手术、美容或整容手术、变性手术及前述手术的并发症或因前述手术导致的医疗事故；

(十九) 被保险人怀孕、流产、分娩（含剖腹产）、避孕、节育（含绝育）、绝育后复通、治疗不孕不育症、人工受孕、产前产后检查及由以上原因导致的并发症；

(二十) 牙科疾病及相关治疗，矫形、视力矫正手术，但因意外所致的不受此限；

(二十一) 被保险人因预防、康复（但选择投保“重大疾病康复住院费用医疗保险责任”且符合保单相关约定的不受此限）、休养或疗养、咨询类、健康体检、非处方药物、以捐献身体器官为目的的医疗行为、保健性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；

(二十二) 眼镜或隐形眼镜、义齿、义眼、义肢、轮椅、拐杖、助听器等康复性器具，所有非处方医疗器械所产生的费用；

(二十三) 包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍、发育迟缓治疗；

(二十四) 肠道菌群移植（粪菌移植、粪菌制备、肠菌制备等）；

(二十五) 除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节、心脏起搏器、人工肺、人工肾、人工食管、人工胰、人工血管以外的人工器官材料费、安装和置换等费用；

(二十六) 被保险人从事职业运动或可获得报酬的运动或竞技，在训练或比赛中受伤；

(二十七) 被保险人从事或参加高风险运动（见释义七十二）；

(二十八) 被保险人患性病, 精神和行为障碍, 遗传性疾病, 先天性畸形、变形或染色体异常(依据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)(符合本合同约定的“严重肌营养不良症(见释义三十九)”、“肾髓质囊性病(见释义三十九)”、“肝豆状核变性(见释义三十九)”、“亚历山大病(见释义三十九)”、“艾森门格综合征(见释义三十九)”不在此限);

(二十九) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病(见释义七十三)(但符合本合同约定的“职业原因导致人类免疫缺陷病毒(HIV)感染(见释义三十九)”、“输血原因导致人类免疫缺陷病毒(HIV)感染(见释义三十九)”、“器官移植原因导致人类免疫缺陷病毒(HIV)感染(见释义三十九)”不在此限);

(三十) 战争、军事行动、恐怖袭击、暴乱或者武装叛乱;

(三十一) 核爆炸、核辐射或者核污染、化学污染;

(三十二) 被保险人因痔疮、疝气、腺样体肥大、扁桃体肥大或阻塞性睡眠呼吸暂停综合征产生的费用, 但由投保人和保险人约定并在保险单中明确列明承保的除外;

(三十三) 性早熟、发育迟缓治疗、矮小症相关治疗、性病、性功能障碍治疗引起的医疗费用;

(三十四) 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。

第八条 任何在下列期间发生的或因下列情形之一导致被保险人发生外购药品及外购医疗器械费用、院外特种药品费用、恶性肿瘤——重度特定药品基因检测费用、临床急需进口药械费用的, 保险人不承担赔付责任:

(一) 使用未获得中国国家药品监督管理局许可或批准上市的药品, 进行未被国家药品审评中心批准的适应症用药治疗;

(二) 进行未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及前述治疗产生的后果所产生的费用;

(三) 被保险人在中华人民共和国领土以外的国家或地区以及香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区接受治疗;

(四) 被保险人未遵医嘱, 私自服用、涂用、注射药品、使用器械;

(五) 药品或器械的使用与中国国家药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症和用法用量不符;

(六) 被保险人提交审核的医学材料不能证明该药品或器械对被保险人当前的疾病状态治疗有效(见释义七十四);

(七) 被保险人的疾病状况，经专科医生审核，确定对药品已经耐药（见释义七十五）后仍继续购买该药品。

第九条 任何在下列期间发生的或因下列情形之一导致被保险人发生院外特种药品费用的，保险人不承担赔付责任：

(一) 仅有临床不适症状，入院诊断和出院诊断均不是本合同约定的药品清单中所列特定疾病的治疗；

(二) 被保险人未在保险人指定药店购买的特种药品；

(三) 被保险人首次购买特种药品的日期不在保险期间的；

(四) 被保险人未按本合同约定的流程进行保险金申请或经申请未审核通过。

第十条 任何在下列期间发生的或因下列情形之一导致被保险人发生恶性肿瘤——重度特定药品基因检测费用的，保险人不承担赔付责任：

(一) 未经医生建议，被保险人自行进行恶性肿瘤——重度特定药品基因检测费用（以收费票据载明信息为准）；

(二) 所需进行的恶性肿瘤——重度特定药品基因检测与确定恶性肿瘤——重度的用药方案无关；

(三) 被保险人未按本合同约定的流程进行保险金申请或经申请未审核通过。

第十一条 任何在下列期间发生的或因下列情形之一导致被保险人发生临床急需进口药械费用的，保险人不承担赔付责任：

(一) 被保险人未在保险单载明的特定医疗机构购买临床急需进口药品或医疗器械而产生的临床急需进口药品和医疗器械费用、特定医疗机构住院医疗费用。

(二) 被保险人未按本合同约定的流程进行保险金申请或经申请未审核通过；

(三) 被保险人产生的除临床急需进口药品、医疗器械费用、特定医疗机构住院医疗费用以外的费用，如交通费、转诊费等；

(四) 被保险人接受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后果所产生的费用。

第十二条 下列费用不属于保险责任约定的救护车费用，保险人不承担给付救护车费用保险金的责任：

(一) 急救设备费、院前急救费、医生诊疗费、医药费、担架费和转院时发生的费用；

(二) 一般身体检查、疗养、特别护理、静养、康复性治疗、物理治疗或心理治疗。

犹豫期

第十三条 除另有约定外，自本合同生效之日零时起 10 日（含第 10 日）为犹豫期。在此期间请投保人认真审视本合同，如果投保人认为本合同与投保人的需求不相符，投保人可以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。

自保险人收到投保人解除合同的书面申请或双方认可的其他形式起，本合同即被解除，合同解除前发生的保险事故保险人不承担保险责任。

投保人通过保险人同意或认可的网站等互联网渠道提出解除本合同的申请，视为投保人的书面申请。

免赔额和赔付比例

第十四条 本合同中的免赔额是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本合同约定仍旧由被保险人自行承担，本合同不予赔付的金额。只有当保险期间内的免赔额因以下两种情况抵扣完毕时，保险人才开始按照约定承担赔偿责任：

（一）被保险人自行承担的属于本合同保险责任范围内的医疗费用，包括其基本医疗保险个人账户支出的医疗费用；

（二）从基本医疗保险和公费医疗保险之外的其他途径获得的属于本合同保险责任范围内的医疗费用补偿。

通过基本医疗保险和公费医疗保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

免赔额由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在保险单中载明。

第十五条 赔付比例以保险单中载明的为准。除另有约定外，若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，但未以参加基本医疗保险或公费医疗身份就诊并结算的，则保险人根据约定的赔付比例再乘以 60%进行赔付。

保险金额

第十六条 保险金额是保险人承担给付保险责任的最高限额。本合同的下列各项保险责任的保险金额与保险合同年度保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明：

- （一）一般住院医疗保险（含外购药械费用）责任（必选责任）；
- （二）重大疾病住院医疗保险（含外购药械费用）责任（可选责任）；
- （三）质子重离子医疗保险责任（可选责任）；
- （四）特种药品费用医疗保险责任（可选责任）；
- （五）临床急需进口药械费用保险责任（可选责任）；
- （六）重大疾病住院津贴保险责任（可选责任）；
- （七）重大疾病康复住院费用医疗保险责任（可选责任）；
- （八）救护车费用保险（可选责任）。

在各项保险责任项下，也可由投保人、保险人双方约定各项费用的保险金额，并在保险单中载明。

保险人对被保险人的所有赔偿金额不超过年度保险金额。

等待期

第十七条 等待期是指投保人为被保险人首次投保本保险或非连续重新投保本保险时，自本合同生效日起计算的一段时间，具体天数以保险单中载明的为准，且最长不得超过 180 天；如未载明的，则等待期默认为 30 天。

若被保险人在等待期内非因意外伤害被初次确诊罹患本合同约定的重大疾病，保险人不承担给付保险金的责任，但向投保人无息退还已缴纳的保险费，同时本合同终止。

若被保险人在等待期内非因意外伤害罹患本合同约定的重大疾病以外的疾病，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。

因遭受意外伤害导致被保险人发生保险事故的无等待期。

保险期间与不保证续保

第十八条 本合同为不保证续保合同，保险期间为一年（或不超过一年），具体保险期间以保险单中载明的为准。保险期间届满前或保险期间届满，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。

若保险期间届满时，本合同对应保险产品统一停售，保险人将不再接受投保申请。

保险人义务

第十九条 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。

第二十条 订立本合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，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做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做出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第二十一条 保险人认为被保险人或受益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、被保险人或受益人补充提供。

第二十二条 保险人收到被保险人或受益人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人或受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或受益人达成给付保险金的协议后十日内，履行赔偿保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。

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一个工作日内向被保险人或受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第二十三条 本合同保险费交付方式分为一次性交费和分期交费，由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单上载明。

若投保人选择一次性交付保险费，投保人应当在本合同成立时一次性交清保险费，**保险费交清前，本合同不生效。对合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**

若投保人选择分期交付保险费，需经投保人申请并经保险人同意。如投保人未交清首期保费，**保险合同不生效，对本合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**在交纳首期保险费后，投保人应当在每个保险费约定支付日（见释义七十六）交纳其余各期对应的保险费。若投保人未按约定足额交纳保险费，**保险人允许投保人在保险单载明的宽限期内补交保险费；如果被保险人在宽限期内发生保险事故，在被保险人补交保险费后，保险人仍按照合同约定赔偿保险金。除另有约定外，如投保人未按照保险合同约定的付款时间足额交付当期保费，且在本合同约定的宽限期内仍未足额补交当期保费的，本合同自保险费约定支付日的24时起效力终止，如果被保险人在合同效力终止后发生保险事故的，保险人不承担保险责任。**

第二十四条 订立保险合同时，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

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

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

投保人故意不履行如实告知义务的，**保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。**

投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，**保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。**

保险人在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，保险人应当承担给付保险金的责任。**

第二十五条 投保人住址、通讯地址或数据电文联系方式变更时，应及时以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。投保人未通知的，**保险人按本合同所载的最后住址、通讯地址或数据电文联系方式发送的有关通知，均视为已发送给投保人。**

第二十六条 在保险期间内，投保人需变更保险合同内容的，应以书面形式或双方认可的其他形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本合同中批注。

投保人通过保险人同意或认可的网站等互联网渠道提出变更本合同的申请，视为投保人的书面申请。

第二十七条 除另有约定外，被保险人变更其职业或工种时，投保人应于三十日内以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。若被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人对该被保险人所负保险责任自其职业或工种变更之日起终止，并退还现金价值（见释义七十七）。

被保险人未履行本条约定的通知义务而发生保险事故的，且被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人不承担给付保险金的责任，并自其职业或工种变更之日起，按日计算退还现金价值，本合同终止。

第二十八条 被保险人的投保年龄，以法定身份证件登记的周岁年龄为准，本合同所承保的被保险人的投保年龄必须符合年龄要求。投保人在申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。若发生错误，保险人按照以下规定处理：

（一）投保人申报的被保险人年龄不真实，且真实年龄不符合本合同约定的年龄限制的，保险人有权解除本合同，并向投保人退还现金价值。

（二）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致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，或在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例支付。

（三）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人支付保险费多于应付保险费的，保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

第二十九条 投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。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，不承担给付保险金责任，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。

上述约定，不包括因不可抗力（见释义七十八）而导致的迟延。

保险金申请

第三十条 保险金申请人（见释义七十九）向保险人申请保险赔偿时，应提供如下材料，因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

- 1、保险金给付申请书；
- 2、保险合同凭证；
- 3、保险金申请人及被保险人的有效身份证件（见释义八十）；

4、支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，医院出具的完整病历资料、医学诊断书、处方、与疾病诊断书相关的病理显微镜检查报告、血液检验及其他科学方法检查报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等；

5、申请一般住院医疗保险（含外购药械费用）责任、重大疾病住院医疗保险（含外购药械费用）责任项下的外购药品及外购医疗器械费用的，还需提供医院开具的处方笺复印件及院外药房的收费票据；

6、申请救护车费用应提供救护车费用收据；

7、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药品费用补偿的证明）；

8、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；

9、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。

第三十一条 重大疾病院外特种药品直付用药流程

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重大疾病院外特种药品的，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、药品处方审核和直付用药：

（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重大疾病的诊断证明（包含确诊日期）、与诊断证明相关的检查检验报告、药品处方及其他所需要的医学材料。

1、保险金给付申请书；

2、保险金申请人及被保险人的有效身份证件；

3、医院专科医生出具的被保险人的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；

3、由医院专科医生出具的用于治疗该疾病的药品或器械处方；

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。

（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。对于药品处方审核中的**特殊情况（见释义八十一）**，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方面：

1、药品处方真实性审核；

2、处方用药是否必需且合理；

3、根据经国家药品监督管理部门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；

4、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。

药品处方由保险人根据客观、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。

如果药品处方审核未通过，保险人不承担重大疾病院外特种药品费用的赔偿责任。

(三) 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或超出本合同约定保险金额部分的特种药品费用。

被保险人的重大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重大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重大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责任的赔偿申请。

第三十二条 恶性肿瘤——重度特定药品基因检测费用授权申请、审核和基因检测

在保险期间内，被保险人在等待期后，经中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）医院的专科医生初次确诊罹患本合同约定的恶性肿瘤——重度，被保险人为治疗该恶性肿瘤而发生的、必需且合理的、用药方案所发生的基因检测费用，需按照以下流程进行授权申请、审核和恶性肿瘤——重度特定药品基因检测：

(一) 授权申请和审核

保险金申请人向保险人提交恶性肿瘤——重度特定药品基因检测费用授权申请（以下简称“授权申请”），并提供下列授权申请材料：

1、保险金给付申请书；

2、保险金申请人及被保险人的有效身份证件；

3、支持审核的全部证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的门诊及住院病历资料、医学诊断书、病理检查报告、影像报告、检查化验报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等原件。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料；

4、专科医生出具的所需恶性肿瘤——重度特定药品基因检测项目的证明及其他所需要的医学材料；

5、被保险人不在指定的基因检测机构进行恶性肿瘤——重度特定药品基因检测的，还需提供实际基因检测机构出具的发票及检测报告；

6、保险金申请人所能提供的与确认保险事故性质、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，还应提供保险金转账授权书原件、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材料。

保险人基于提交的资料进行药品处方审核。若保险金申请人提交的相关材料不足以支持药品处方审核，或者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，保险人有权要求并一次性通知保险金申请人补充提供有关证明和资料。

如果保险金申请人未提交授权申请或者处方审核未通过，保险人不承担给付特定药品医疗保险金的责任。

（二）恶性肿瘤——重度特定药品基因检测

授权申请经保险人审核通过后，保险人将安排被保险人前往本合同指定的基因检测机构进行恶性肿瘤——重度特定药品基因检测。

保险金申请人通过保险人指定的基因检测机构内进行恶性肿瘤——重度特定药品基因检测，将由保险人与保险人指定的基因检测机构或第三方服务商直接结算保险人应承担保险金赔偿部分的恶性肿瘤——重度特定药品基因检测费用，保险金申请人无需支付该部分费用，但保险金申请人应自行支付不属于保险责任范围内的恶性肿瘤——重度特定药品基因检测费用。

若被保险人未在本合同指定的基因检测机构内发生，保险人按照约定的给付比例进行赔付。

第三十三条 临床急需进口药品和医疗器械使用评估及就医安排流程

被保险人需按照以下流程进行临床急需进口药品、医疗器械、特定医疗机构住院医疗使用评估及就医安排：

（一）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、保险金给付申请书；
- 4、 保险金申请人及被保险人的有效身份证件；
- 3、 医院专科医生出具的被保险人的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；
- 5、 由医院专科医生出具的用于治疗该疾病的药品或器械处方；
- 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，保险人不承担临床急需进口药品费用、医疗器械费用、特定医疗机构住院医疗费用的赔偿责任。

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。

（二）疾病诊断审核

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或医疗器械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远程视频或提交电子版书面材料。**为充分评估患者疾病情况是否符合先行先试医疗自贸区相关医疗管理规定，特定医疗机构专科医生**

可能会要求保险金申请人补充必要的检查资料。

若特定医疗机构专科医生确认该药品或医疗器械临床使用的必要性，将向国家药品监督管理部门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或医疗器械的进口使用申请，药品监督管理部门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或医疗器械。

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，保险人不承担临床急需进口药品费用、医疗器械费用、特定医疗机构住院医疗费用的赔偿责任。

（三）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、医疗器械及接受特定医疗机构住院医疗。

对于本合同临床急需进口药械费用保险责任范围内的临床急需进口药品费用、医疗器械费用、特定医疗机构住院医疗费用，均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的赔偿申请。

第三十四条 保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效适用中华人民共和国法律（不包括香港、澳门、台湾地区法律）现行有效法律规定，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

争议处理和法律适用

第三十五条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险合同载明的仲裁机构仲裁；保险合同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（不包括香港、澳门、台湾地区）具有管辖权的人民法院起诉。

第三十六条 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（不包括香港、澳门、台湾地区法律）。

本合同的约定与《中华人民共和国保险法》等法律法规的规定相悖之处，以法律法规的规定为准；本合同未尽事宜，以《中华人民共和国保险法》等法律法规的规定为准。

合同的解除

第三十七条 在本合同成立后，投保人可以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人解除合同。

投保人解除本合同时，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。

投保人要求解除本合同，自保险人接到保险合同解除申请书之日次日零时起，本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还本合同的现金价值。若本合同已发生保险金赔偿，现金价值为零。

效力终止

第三十八条 发生以下情况之一时，本合同效力即时终止：

- (一) 保险期间届满；
- (二) 被保险人身故；
- (三) 因本合同其他条款所约定的情况而终止效力。

释义

第三十九条 本合同涉及下列术语时，适用以下释义：

(一) 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。

(二) 保险人

指与投保人签订本合同的三星财产保险（中国）有限公司及其各分支机构。

(三) 意外伤害

指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接原因致使身体受到的伤害。自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。

猝死是指平素身体健康或表面健康的人因潜在疾病、机能障碍在出现症状后 24 小时内发生的突然死亡。**猝死的认定**，如有司法机关的法律文件、医疗机构的诊断书等，则以上述法律文件、诊断书等为准。

(四) 医院

除另有约定外，指经中华人民共和国卫生部门审核认定的二级及二级以上的公立医院普通部或保险人扩展承保的医疗机构普通部，不包括如下机构或医疗服务：

1、特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 部、联合医院、A 级病房(投保本合同“重大疾病住院医疗保险(含外购药械费用)责任”可扩展至特需部、vip 部、国际部或国际医疗中心(但不包括观察室、联合病房和康复病房))；

2、诊所、康复中心、家庭病床、护理机构、观察室；

3、休养、戒酒、戒毒中心；

4、保险人不予理赔的医疗机构。

该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。

保险人扩展承保的医疗机构清单及不予理赔的医疗机构清单将在保险单中载明，保险人保留对清单进行变更的权利，具体以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知为准。

（五）住院

指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院的正式病房进行治疗的过程，并正式办理入院出院手续。除另有约定外，不包括下列情况：

- 1、被保险人在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；
- 2、被保险人在特需病房、外宾病房或其它不属于基本医疗保险范畴的高等级病房入住；
- 3、被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗（见释义六），投保本合同“重大疾病康复住院费用医疗保险责任”并符合该项保项责任的不适用本条；
- 4、被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；
- 5、被保险人住院体检；
- 6、挂床住院及其他不合理的住院。挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非 24 小时在床、在院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。

（六）康复治疗

康复治疗是使病、伤、残者康复的重要手段，常与药物治疗、手术疗法等临床治疗综合进行，包括但不限于医疗体操，运动神经、肌肉生理促进疗法，生物反馈，牵引，推拿，针灸，电疗，药物熏蒸，康复工程训练，其他物理治疗等。

（七）必需且合理

指符合通常惯例且医学必需。

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（见释义八）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。

（八）当地

指保险事故发生后，被保险人医疗费用实际发生地/支出地。

（九）床位费

除另有约定外，指被保险人住院期间实际发生的、不高于双人病房的住院床位的费用（不包括单人病房、套房、家庭病床）。床位费的每日限额由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在保险单中载明。

（十）加床费

指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间，根据合同约定赔偿其合法监护人（限一人）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，根据合同约定赔偿其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

（十一）膳食费

指住院期间根据医生的嘱咐，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。

（十二）护理费

指住院期间由医疗机构对被保险人提供临床护理服务所收取的费用，包括各级护理（根据中华人民共和国国家卫生健康委员会 2023 年发布的《护理分级标准》确定）、重症监护和专项护理费用（不包含护工护理费用）。

（十三）检查检验费

指门诊、急诊或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，包括诊查费、妇检费、X 光费、心电图费、B 超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

（十四）治疗费

指门诊、急诊或住院期间以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而合理发生的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费以及消耗品的费用，具体以就诊医院的费用项目划分为准。

本项责任不包含物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法。

物理治疗是指应用人工物理因子（如光、电、磁、声等）来治疗疾病，具体疗法包括电疗、光疗、磁疗、热疗等；

中医理疗是指以治疗疾病为目的，被保险人接受由具有相应资格的医生实施的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗；

其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

（十五）药品费

指门诊、急诊或住院期间实际发生的必需且合理的、由医生开具的、具有国家药品监督管理局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。

（十六）手术费

指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术室费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费、手术医疗装备费（见释义十七）；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；除另有约定外，手术医疗装备费赔付金额不得超过合同约定的限额。

（十七）手术医疗装备费

指以下三类医疗设备或材料的实际费用：

1、内置医疗设备：指手术过程中因医疗所需用于植入或置换的修复体/设备；

2、外置医疗设备：指于手术期间或手术后立即需要的、医疗必要并且符合通常医疗惯例的修复性设备，或在病后恢复阶段内短期内需要的、医疗必要并且符合通常医疗惯例的修复性设备；

3、重建装置或重建材料：因重建手术而需要使用的医疗装置或材料。

（十八）重建手术费

指被保险人为恢复身体外观，在医生建议下于意外事故发生后12个月内进行重建手术的实际开支；或被保险人因疾病而进行乳房切除手术或乳房切除手术后12个月内进行的重建乳房手术的实际开支。

在保险期间内，保险人所承担被保险人每次住院重建手术费的累计给付金额可由投保人和保险人在投保时单独约定，并在保险单中载明。

（十九）西式理疗费

指物理治疗、职业疗法及语音治疗。

物理治疗指应用人工物理因子（如光、电、磁、声、温热、寒冷等）治疗疾病，包括电疗、光疗、磁疗、热疗、冷疗、水疗，以及超声波疗法等，符合全国医疗服务项目规范规定的项目。但不包括泥疗，蜡敷治疗，气泡浴与药物浸浴治疗。

职业疗法指对因疾病或损伤而使职业能力（如职业需要的语言、运动等能力）受损的被保险人，使用特定的职业能力康复手段对其能力受损进行的治疗。

语音治疗指针对构音器官形态结构异常所致的器质性构音障碍而进行的康复治疗。

（二十）医疗器械费

指以下三类医疗设备或材料的实际费用：

(1) 内置医疗器械：指手术过程中因医疗所需用于植入或置换的修复体/设备；

(2) 外置医疗器械：指于手术期间或手术后立即需要的、医疗必要并且符合通常医疗惯例的修复性设备，或在病后恢复阶段内短期内需要的、医疗必要并且符合通常医疗惯例的修复性设备，**不包括假体、义肢、轮椅、康复设备、按摩设备等需要长期使用或舒适性、便利性用途设备的购买、租赁和置换费用；**

(3) 重建装置或重建材料：因重建手术而需要使用的医疗装置或材料。

在保险期间内，保险人所承担被保险人医疗器械费的累计给付金额可由投保人和保险人在投保时单独约定，并在保险单中载明。

(二十一) 耐用医疗设备费

指被保险人因医疗必要而经医师开具处方，用于恢复身体功能的满足基本医疗需要的康复设备、矫形支具的费用，包括腿、臂、背和颈支具，以及用于美观功能的人造腿、臂、眼的费用。因患恶性肿瘤一重度而进行乳房切除术，而行属本合同保险责任范围的乳房切除术情形时，义乳及放入义乳的胸衣亦属耐用医疗设备费。

在保险期间内，保险人所承担被保险人耐用医疗设备费的累计给付金额可由投保人和保险人在投保时单独约定，并在保险单中载明。

(二十二) 手术机器人使用费

指手术导航定位机器人（如神经外科脊柱外科 ROSA 机器人，Mako 骨科机器人等）、手术操作机器人（如达芬奇手术机器人等），含手术机器人专用医用耗材费。

(二十三) 同城救护车使用费

指为抢救生命由急救中心派出的救护车费用及根据医生建议发生的医院转诊过程中的医院用车费。仅限于同一城市中的医疗运送。

(二十四) 激光治疗

指由于糖尿病并发症导致的视网膜病变所需接受的激光治疗。

(二十五) 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。本合同所指的化学疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过中国国家药品监督管理局批准用于临床治疗。

(二十六) 放射疗法

指针对恶性肿瘤的放射疗法。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，不包括质子束放疗、重离子束放疗（如碳离子放疗）和中子束放疗。

(二十七) 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。本合同所指的肿瘤免疫治疗使用的药物需符合法律、法规要求并经过中国国家药品监督管理局批准用于临床治疗。

(二十八) 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治疗使用的药物需符合法律、法规要求并经过中国国家药品监督管理局批准用于临床治疗。

(二十九) 肿瘤靶向疗法

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

(三十) 门诊手术

指被保险人在门诊、急诊期间进行的手术治疗,手术指被保险人因疾病或意外伤害后,医护人员为其治疗疾病、挽救生命而施行的手术,是外科医生用手术刀、手术剪、针线等医疗器具在病人身体进行切除、缝合等治疗的方法,但不包括活检、穿刺、造影等创伤性检查,腔镜检查,康复性手术,射频消融治疗,激光、冷冻、光动力、电灼疗法等物理治疗。

(三十一) 院外

指非被保险人就诊医院。

(三十二) 外购药品及外购医疗器械费用

指同时满足以下条件的药品及医疗器械费用:

1、该外购药品和外购医疗器械必须由医院专科医生开具处方(见释义三十三),且为被保险人当前治疗所必需。其中,处方必须与国家药品监督管理部门批准的该药品说明书或医疗器械说明书中所列明的适应症相符合,药品的通用名必须与医院专科医生开具的处方一致;

2、每次处方剂量不超过30日(含第30日);

3、外购药品须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,外购医疗器械须具有国家药品监督管理部门核发的医疗器械注册证编号,且外购药品和医疗器械在本合同约定的《外购药品及外购医疗器械清单》(见释义三十四)内;

4、外购药品不包括《外购药品及外购医疗器械清单》外的营养补充类药品、免疫功能调节类药品、美容及减肥类药品、预防类药品,以及滋补类中草药(即以提高人体免疫力为主要用途的中草药及中成药,包括但不限于人参、阿胶、鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、珊瑚、玳瑁、冬虫夏草、藏红花、羚羊、犀角、牛黄、麝香、鹿茸、铁皮枫斗以及用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等);

5、外购药品不包括国家药品监督管理部门批准且已在中国境内上市的靶向药物(见释义三十五)和免疫治疗药物(见释义三十六);

6、外购医疗器械不包括假体、义肢、轮椅、康复设备、按摩设备等需要长期使用或舒适性、便利性用途的设备；

7、购买外购药品及外购医疗器械的药店需取得国家药品经营许可证，且该药店内具有医师、执业药师等专业人员提供服务；

8、外购药品及外购医疗器械费用不包含“特种药品费用医疗保险责任项下的恶性肿瘤—一重度院外特定药品费用”。

对于不满足上述条件的外购药品及外购医疗器械费用，保险人不承担赔偿外购药品及外购医疗器械费用医疗保险金的责任。

（三十三）处方

指由注册的执业医师和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。

（三十四）《外购药品及外购医疗器械清单》

指保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的外购药品及外购医疗器械清单或范围。具体清单或范围在保险单中载明。保险人保留对清单或范围做出调整的权利。外购药品及外购医疗器械清单或范围内容将在保险人在线官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

（三十五）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。

（三十六）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。

（三十七）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。

（三十八）初次确诊

指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊患有某种疾病，而不是指自本合同生效之日起第一次经医院确诊患有某种疾病。其中恶性肿瘤确诊之日为手术病理取材或病理活检取材日期，未经手术治疗但后续行放射性疗法或化学药物性疗法的，以首次放疗或化疗日期为恶性肿瘤确诊日期。

（三十九）重大疾病

指被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病，应当由专科医生明确诊断。本合同的重大疾病共有 120 种，其中第 1 至第 28 种重大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”内容一致。

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（见释义四十）（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）（见释义四十一）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）（见四十二）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（见释义四十三）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 < 10/50HPF 和 ki-67 ≤ 2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

2、较重急性心肌梗死

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

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

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

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

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

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

(5) 影像学检查证实存在新出现的室壁瘤;

(6) 出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。

其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白 (cTn) 升高不在保障范围内。

3、严重脑中风后遗症

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

(1) 一肢 (含) 以上肢体 (见释义四十四) 肌力 (见释义四十五) 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 (见释义四十六);

(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 (见释义四十七) 中的三项或三项以上。

4、重大器官移植术或造血干细胞移植术

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

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

5、冠状动脉搭桥术 (或称冠状动脉旁路移植术)

指为治疗严重的冠心病, 已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。

6、严重慢性肾衰竭

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

7、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。

8、急性重症肝炎或亚急性重症肝炎

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

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

9、严重非恶性颅内肿瘤

指起源于脑、脑神经、脑被膜的非恶性肿瘤，ICD-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）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）。

10、严重慢性肝衰竭

指因慢性肝脏疾病导致的肝衰竭，且须满足下列全部条件：

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

因酗酒（见释义四十八）或药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。

11、严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症

指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指经相关专科医生确诊疾病180天后，仍遗留下列至少一种障碍：

- (1) 一肢（含）以上肢体肌力2级（含）以下；
- (2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；

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

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

12、深度昏迷

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

因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。

13、双耳失聪

指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆 (见释义四十九) 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。

被保险人申请理赔时年龄必须在 3 周岁以上。

14、双目失明

指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失, **双眼中较好眼须满足下列至少一项条件:**

- (1) 眼球缺失或摘除;
- (2) 矫正视力低于 0.02 (采用国际标准视力表, 如果使用其他视力表应进行换算);
- (3) 视野半径小于 5 度。

被保险人申请理赔时年龄必须在 3 周岁以上。

15、瘫痪

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

16、心脏瓣膜手术

指为治疗心脏瓣膜疾病, 已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。

17、严重阿尔茨海默病

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

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

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

阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不在保障范围内。

18、严重脑损伤

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

(1) 一肢 (含) 以上肢体肌力 2 级 (含) 以下;

(2) 语言能力完全丧失, 或严重咀嚼吞咽功能障碍;

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

19、严重原发性帕金森病

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

继发性帕金森综合征、帕金森叠加综合征不在保障范围内。

20、严重Ⅲ度烧伤

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

21、严重特发性肺动脉高压

指不明原因的肺动脉压力持续性增高, 进行性发展而导致的慢性疾病, 已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限, 达到美国纽约心脏病学会 (New York Heart Association, NYHA) 心功能状态分级 (见释义五十) IV 级, 且静息状态下肺动脉平均压在 36mmHg (含) 以上。

22、严重运动神经元病

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

(1) 严重咀嚼吞咽功能障碍;

(2) 呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难, 且已经持续使用呼吸机 7 天 (含) 以上;

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

23、语言能力丧失

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

精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。

被保险人申请理赔时年龄必须在 3 周岁以上。

24、重型再生障碍性贫血

指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少，且须满足下列全部条件：

（1）骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断：骨髓细胞增生程度 < 正常的 25%；如 \geq 正常的 25% 但 < 50%，则残存的造血细胞应 < 30%；

（2）外周血象须具备以下三项条件中的两项：

- a. 中性粒细胞绝对值 $< 0.5 \times 10^9/L$ ；
- b. 网织红细胞计数 $< 20 \times 10^9/L$ ；
- c. 血小板绝对值 $< 20 \times 10^9/L$ 。

25、主动脉手术

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

所有未实施开胸或开腹的动脉内介入治疗不在保障范围内。

26、严重慢性呼吸衰竭

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

- （1）静息时出现呼吸困难；
- （2）肺功能第一秒用力呼气容积（FEV1）占预计值的百分比 < 30%；
- （3）在静息状态、呼吸空气条件下，动脉血氧分压（PaO₂） < 50mmHg。

27、严重克罗恩病

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

28、严重溃疡性结肠炎

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

29、严重心肌病

指被保险人因心肌病导致慢性心功能损害造成永久不可逆性的心功能衰竭。心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能 IV 级。被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

30、慢性肺功能衰竭

慢性肺部疾病导致永久不可逆性的慢性呼吸功能衰竭。**慢性呼吸功能衰竭必须明确诊断并满足下列全部条件：**

- (1) 休息时出现呼吸困难；
- (2) 动脉血氧分压 (PaO_2) $< 50\text{mmHg}$ ；
- (3) 动脉血氧饱和度 (SaO_2) $< 80\%$ ；
- (4) 因缺氧必须接受持续的输氧治疗。

31、严重多发性硬化症

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

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

32、严重肺泡蛋白沉积症

肺泡蛋白质沉积症是一种弥漫性肺部疾病，其组织学特征为肺泡腔内及终末细支气管内堆积过量的磷脂蛋白样物质。**必须满足下列所有条件：**

- (1) 经组织病理学检查明确诊断；
- (2) 实际接受了三次（含）以上（每年至少一次）全身麻醉下的全肺灌洗术治疗；
- (3) 慢性呼吸功能衰竭，全肺灌洗术后仍然存在中重度缺氧，动脉血氧分压 (PaO_2) $< 60\text{mmHg}$ 和动脉血氧饱和度 (SaO_2) $< 85\%$ 。

33、严重全身性重症肌无力

重症肌无力是一种神经肌肉接头传递障碍所致的疾病，表现为局部或全身骨骼肌（特别是眼外肌）极易疲劳。疾病可以累及呼吸肌、上肢或下肢的近端肌群或全身肌肉，**必须满足下列所有条件：**

- (1) 经药物治疗和胸腺切除治疗一年以上仍无法控制病情；
- (2) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

34、严重类风湿性关节炎

类风湿性关节炎为广泛分布的慢性进行性多关节病变，表现为关节严重变形，侵犯至少三个主要关节或关节组【如：双手（多手指）关节、双足（多足趾）关节、双腕关节、双膝关节和双髋关节】。**类风湿性关节炎必须明确诊断并且已经达到类风湿性关节炎功能分类IV级的永久不可逆性关节功能障碍（生活不能自理，且丧失活动能力）。**

美国风湿病学会类风湿性关节炎分级

I级：关节能自由活动，能完成平常的任务而无妨碍。

II级：关节活动中度限制，一个或几个关节疼痛不适，但能料理日常生活。

III级：关节活动显著限制，不能胜任工作，料理生活也有困难。

IV级：大部分或完全失去活动能力，病人长期卧床或依赖轮椅，生活不能自理。

35、脊髓血管病后遗症

指脊髓血管的突发病变引起脊髓梗塞或脊髓出血，导致永久性不可逆的神经系统功能损害，表现为截瘫或四肢瘫。神经系统永久性的功能障碍指疾病确诊180天后，仍然遗留后遗症并且无法独立完成下列基本日常生活活动之一：

(1) 移动：自己从一个房间到另一个房间；

(2) 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

36、原发性系统性淀粉样变性

淀粉样变性是一组蛋白质代谢障碍性疾病，病理表现为淀粉样蛋白沉积于组织或器官。原发性系统性淀粉样变性原因不明，通常累及肾脏和/或心脏。

被保险人经活检组织病理学检查被明确诊断为淀粉样变性，并满足下列条件之一：

(1) 心脏淀粉样变性，被保险人存在限制性心肌病及其所致的充血性心力衰竭，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级III级，并持续180天以上；

(2) 肾脏淀粉样变性，被保险人存在肾病综合征及其所致的严重的肾脏功能衰竭，达到尿毒症诊断标准，并持续180天以上。

继发性淀粉样变性不在保障范围内。

37、破裂脑动脉瘤夹闭手术

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

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。

38、严重弥漫性系统性硬皮病

一种系统性胶原血管病引起进行性的皮肤/血管和内脏器官的弥漫性纤维化。**诊断必须明确并由活检和血清学证据支持并且疾病已经影响到心脏、肺或肾脏等内脏器官并且达到下列所有标准：**

(1) 肺纤维化，已经出现肺动脉高压、肺心病；

(2) 心脏损害，心脏功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能 IV 级；

(3) 肾脏损害，已经出现肾功能衰竭。

下列疾病不在保障范围内：

(1) 局限硬皮病；

(2) 嗜酸细胞筋膜炎；

(3) CREST 综合征。

39、严重冠心病

指经冠状动脉造影检查明确诊断为主要血管严重狭窄性病变，须满足下列至少一项条件：

(1) 左冠状动脉主干和右冠状动脉中，一支血管管腔堵塞 75%以上，另一支血管管腔堵塞 60%以上；

(2) 左前降支、左旋支和右冠状动脉中，至少一支血管管腔堵塞 75%以上，其他两支血管管腔堵塞 60%以上。

左前降支的分支血管、左旋支的分支血管及右冠状动脉的分支血管的狭窄不作为本合同的衡量指标。

40、严重慢性复发性胰腺炎

指慢性反复发作的胰腺炎症导致胰腺的广泛纤维化、坏死、弥漫性钙化及假性囊肿形成，造成胰腺功能障碍出现严重糖尿病和营养不良。**必须满足下列所有条件：**

(1) 医疗记录证实存在慢性胰腺炎反复急性发作病史；

(2) CT 显示胰腺广泛钙化或逆行胰胆管造影（ERCP）显示胰管扭曲、扩张和狭窄；

(3) 持续接受胰岛素替代治疗和酶替代治疗 180 天以上。

酒精导致的慢性复发性胰腺炎不在保障范围内。

41、植物人状态

植物人状态系指由于严重颅脑外伤造成大脑和/或脑干严重损害导致完全永久性的对自身和环境的意识丧失和中枢神经系统功能丧失，仅残存植物神经功能的疾病状态。诊断必须明确并且具有严重颅脑外伤和脑损害的证据。**植物人状态必须持续 30 天以上方可申请理赔。**

42、重症急性坏死性筋膜炎

是一种由细菌侵入皮下组织和筋膜引起的急性坏死性软组织感染，可伴有毒血症、败血症、中毒性休克、弥漫性血管内凝血及多器官衰竭。**必须满足下列所有条件：**

(1) 细菌培养和临床表现符合坏死性筋膜炎诊断标准；

(2) 病情迅速恶化，有脓毒血症表现；

(3) 受感染肢体被截肢（自腕关节或踝关节近端）。

43、慢性肾上腺皮质功能不全

指自身免疫性肾上腺炎（既往称：特发性肾上腺皮质萎缩）导致肾上腺萎缩和慢性肾上腺皮质功能减退。**必须满足所有以下条件：**

（1）明确诊断，符合以下所有诊断标准：

- a. 血浆促肾上腺皮质激素（ACTH）水平测定， $>100\text{pg/ml}$ ；
- b. 血浆肾素活性、血管紧张素 II 和醛固酮测定，显示为原发性肾上腺皮质功能减退症；
- c. 促肾上腺皮质激素（ACTH）刺激试验显示为原发性肾上腺皮质功能减退症。

（2）已经采用皮质类固醇替代治疗 180 天以上。

肾上腺结核、HIV 感染或艾滋病、感染、肿瘤所致的原发性肾上腺皮质功能减退和继发性肾上腺皮质功能减退不在保障范围内。

44、严重心肌炎

指被保险人因严重心肌炎症性病变导致心功能损害造成持续的永久不可逆性的心功能衰竭。**必须满足下列所有条件：**

（1）心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能 IV 级，或左室射血分数低于 30%；

（2）持续不间断 180 天以上；

（3）被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

45、慢性肺源性心脏病

指被保险人因慢性肺部疾病导致慢性肺源性心脏病并且引起慢性心功能损害造成永久不可逆性的心功能衰竭。心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能 IV 级。被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

46、严重原发性硬化性胆管炎

为一种特发型淤胆性疾病，特点为肝内及肝外胆道系统胆管壁增厚和管腔狭窄。**必须满足下列所有条件：**

（1）诊断由逆行胰胆管造影（ERCP）或经皮胆管造影（PTC）确认；

（2）持续性黄疸伴碱性磷酸酶（ALP）显著升高；

（3）出现继发性胆汁性肝硬化和门静脉高压。

47、严重自身免疫性肝炎

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。

48、原发性骨髓纤维化（PMF）

原发性骨髓纤维化以骨髓纤维增生和髓外造血为特点，表现为进行性贫血、脾肿大、外周血幼稚细胞等等。

被保险人须经由骨髓活检明确诊断为原发性骨髓纤维化，并满足下列所有条件且持续 180 天：

(1) 血红蛋白 $<100\text{g/L}$ ；

(2) 白细胞计数 $>25\times 10^9/\text{L}$ ；

(3) 外周血原始细胞 $\geq 1\%$ ；

(4) 血小板计数 $<100\times 10^9/\text{L}$ 。

恶性肿瘤、中毒、放射线和感染所致的继发性骨髓纤维化不在保障范围内。

49、严重骨髓增生异常综合征（MDS）

骨髓增生异常综合征是起源于造血干细胞的一组骨髓克隆异常的疾病，表现为无效造血、难治性血细胞减少，有转化为急性髓系白血病的风险。

被保险人须经由外周血和骨髓活检明确诊断为骨髓增生异常综合征，并且满足下列所有条件：

(1) 根据 WHO 分型，分型为难治性贫血伴原始细胞增多（RAEB）；

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

50、严重急性主动脉夹层血肿

指主动脉壁在受到某些病理因素破坏后，高速、高压的主动脉血流将其内膜撕裂，以致主动脉腔内的血流通过主动脉内膜的破裂口进入主动脉内壁而形成血肿。**被保险人需有典型的临床表现并通过电脑断层扫描（CT）、磁共振扫描（MRI）、磁共振血管检验法（MRA）或血管扫描等检查明确诊断，并在急性期内（发病两周内）实际接受了传统或微创开胸或开腹主动脉手术。**

慢性期主动脉夹层择期手术、经导管主动脉内介入手术治疗不在保障范围内。

51、严重缩窄性心包炎

由于慢性心包炎症导致心包脏层和壁层广泛瘢痕粘连、增厚和钙化，心包腔闭塞，形成一个纤维瘢痕外壳，使心脏和大血管根部受压，阻碍心脏的舒张。**慢性缩窄性心包炎必须被明确诊断并且满足下列所有条件：**

(1) 心功能衰竭达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级，并持续 180 天以上；

(2) 已经接受了经下列任何一种手术路径进行的开胸心包剥离手术或心包切除手术。

- a. 胸骨正中切口；
- b. 双侧前胸切口；
- c. 左前胸肋间切口。

经胸腔镜、胸壁打孔进行的手术、心包粘连松解手术不在保障范围内。

52、心脏粘液瘤手术切除

指为了治疗心脏粘液瘤，实际实施了开胸开心脏粘液瘤切除手术。

经导管介入手术治疗不在保障范围内。

53、严重心脏衰竭 CRT 心脏同步治疗

指因缺血性心脏病或扩张性心肌病导致慢性严重心脏衰竭，**被保险人实际接受了 CRT 治疗，以矫正心室收缩不协调和改善心脏功能。接受治疗之前必须满足下列所有条件：**

- (1) 心功能衰竭程度达到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。

54、完全性房室传导阻滞

指因慢性心脏疾病导致 III 度或完全性房室传导阻滞。完全性房室传导阻滞是心房的激动不能正常地传导到心室，造成心室率过于缓慢，出现心力衰竭和因大脑供血不足导致的晕厥、阿-斯综合征。**必须明确诊断并且满足下列所有条件：**

- (1) 患有慢性心脏疾病；
- (2) 曾经有晕厥、阿-斯综合征发作；
- (3) 心电图表现为持续室性逸搏心律，心室率持续低于 40 次/分；
- (4) 已经植入永久性心脏起搏器。

55、头臂动脉型多发性大动脉炎开胸旁路移植手术

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

56、肺淋巴管肌瘤病

肺淋巴管肌瘤病是一种弥漫性肺部疾病，其特征性病理表现为囊性病变及不成熟的平滑肌细胞和血管周上皮细胞异常增生形成多发结节。**必须满足下列全部条件：**

- (1) 经组织病理学检查明确诊断；
- (2) CT 显示双肺弥漫性囊性改变；
- (3) 肺功能检查显示 FEV1 和 DLCO (CO 弥散功能) 下降；
- (4) 动脉血气分析显示低氧血症。

疑似肺淋巴管肌瘤病除外。

57、严重肺结节病

结节病是一种原因未明的慢性肉芽肿病，可侵犯全身多个器官，以肺和淋巴结受累最为常见。严重肺结节病表现为肺的广泛纤维化导致慢性呼吸功能衰竭。**必须满足下列所有条件：**

- (1) 肺结节病的 X 线分期为 IV 期，即广泛肺纤维化；
- (2) 永久不可逆性的慢性呼吸功能衰竭，临床持续 180 天动脉血氧分压 (PaO₂) < 50mmHg 和动脉血氧饱和度 (SaO₂) < 80%。

58、非阿尔茨海默病致严重痴呆

指因阿尔茨海默病以外的脑的器质性疾病造成脑功能衰竭导致永久不可逆性的严重痴呆，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退。被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，日常生活必须持续受到他人监护。

导致痴呆的疾病必须明确诊断，并且由完整的临床、实验室和影像学检查结果证实。

神经官能症，精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在保障范围内。

59、进行性核上性麻痹

进行性核上性麻痹是中枢神经系统变性疾病，临床表现为眼球运动障碍、假性球麻痹、帕金森综合征等被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，日常生活必须持续受到他人监护。

60、亚急性硬化性全脑炎

是麻疹或麻疹样病毒所致的一种中枢神经系统慢病毒感染。中枢神经系统呈现灰质和白质破坏为特征的慢性和急性混合存在的炎症。**必须满足下列所有条件：**

- (1) 必须由三级医院诊断，临床检查证实脑电图存在周期性复合波、脑脊液 Y-球蛋白升高、脑脊液和血清中麻疹抗体滴定度升高；
- (2) 被保险人出现运动障碍，永久不可逆丧失自主生活能力，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

61、进行性多灶性白质脑病

是一种亚急性脱髓鞘脑病，常常发生于免疫缺陷病人。**必须满足下列所有条件：**

- (1) 根据脑组织活检确诊；

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

进行性多灶性白质脑病必须在生前诊断，尸检诊断不作为理赔依据。

62、丧失独立生活能力

指由于疾病或外伤导致被保险人永久不可逆的完全丧失独立生活能力，无法独立完成基本日常生活活动中的四项或四项以上。

被保险人申请理赔时年龄必须在 6 周岁以上。

63、脊髓灰质炎后遗症

脊髓灰质炎是由于脊髓灰质炎病毒感染所致的瘫痪性疾病，临床表现为运动功能损害或呼吸无力。**脊髓灰质炎必须明确诊断。本合同仅对脊髓灰质炎造成的神经系统功能损害导致被保险人一肢或一肢以上肢体机能永久完全丧失（见释义五十一）的情况予以理赔。**

64、脊髓内肿瘤

指脊髓内良性或恶性肿瘤。肿瘤造成脊髓损害导致瘫痪。**须满足下列所有条件：**

- (1) 被保险人实际接受了肿瘤切除的手术治疗；
- (2) 手术 180 天后遗留下列神经系统损害，无法独立完成下列基本日常生活活动之一：
 - a. 移动：自己从一个房间到另一个房间；
 - b. 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

非脊髓内的其他椎管内肿瘤、脊柱肿瘤、神经纤维瘤不在保障范围内。

65、脊髓空洞症

脊髓空洞症为慢性进行性的脊髓变性性疾病，其特征为脊髓内空洞形成。表现为感觉异常、肌萎缩及神经营养障碍。脊髓空洞症累及延髓的称为延髓空洞症，表现为延髓麻痹。**脊髓空洞症必须明确诊断并且造成永久不可逆的神经系统功能障碍，存在持续至少 180 天以上的神经系统功能缺失并满足下列条件之一：**

- (1) 延髓麻痹呈现显著舌肌萎缩、构音困难和吞咽困难；
- (2) 双手萎缩呈“爪形手”，肌力 2 级或以下。

66、严重哮喘

严重哮喘诊断必须明确诊断，并且满足下列标准中的三项或三项以上：

- (1) 过去两年中有哮喘持续状态（哮喘发作持续 24 小时以上不能缓解）医疗病史；
- (2) 身体活动耐受能力显著且持续下降（轻微体力活动既有呼吸困难，至少持续 6 个月以上）；
- (3) 慢性肺部过度膨胀充气导致的胸廓畸形；
- (4) 持续每日口服皮质类固醇激素（至少持续六个月以上）。

67、严重强直性脊柱炎

强直性脊柱炎是一种慢性全身性炎性疾病，主要侵犯脊柱导致脊柱畸形。强直性脊柱炎必须明确诊断并且满足下列所有条件：

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

68、开颅手术

指因外伤、颅内肿瘤或脑动脉瘤破裂，被保险人实际接受了在全麻下进行的颅骨切开手术，以清除脑内血肿、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、硬膜外血肿清除、未破裂动脉瘤预防性手术、动脉瘤栓塞手术、血管内手术、颅骨切开或切除减压术、脑积水脑脊液分流手术、经蝶骨肿瘤切除术及其他原因的开颅手术不在保障范围内。

69、系统性红斑狼疮性肾炎尿毒症

系统性红斑狼疮是由多种因素引起，累及多系统的自身免疫性疾病。其特点是生成自身抗体对抗多种自身抗原。多见于育龄妇女。

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

其他类型的红斑性狼疮，如盘状狼疮、仅累及血液及关节的狼疮不在保障范围内。

70、席汉氏综合征

指因产后大出血并发休克、全身循环衰竭、弥漫性血管内凝血导致脑垂体缺血坏死和垂体分泌激素不足，造成性腺、甲状腺、肾上腺皮质功能减退。必须满足下列所有条件：

- (1) 产后大出血休克病史；
- (2) 严重腺垂体功能破坏，破坏程度 >95%；
- (3) 影像学检查显示脑垂体严重萎缩或消失；
- (4) 实验室检查显示：
 - a. 垂体前叶激素全面低下；
 - b. 性激素、甲状腺素、肾上腺皮质激素全面低下（包括生长激素、促甲状腺素、促肾上腺皮质激素、卵泡刺激素和黄体生成素）；
- (5) 需要终身激素替代治疗以维持身体功能，持续服用各种替代激素超过一年。

垂体功能部分低下及其他原因所致垂体功能低下不在保障范围内。

自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

71、神经白塞病

白塞病是一种慢性全身性血管炎症性疾病，主要表现为复发性口腔溃疡、生殖器溃疡、眼炎及皮肤损害，可累及大血管、神经系统、消化道、肺、肾等等。累及神经系统损害的白塞病称为神经白塞病。**神经白塞病必须明确诊断，并且已经造成永久不可逆的神经系统功能损害。**永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续 180 天无法独立完成下列基本日常生活活动之一：

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

72、严重幼年型类风湿关节炎

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

本合同仅对实际接受了膝关节或髋关节置换手术治疗的严重的幼年型类风湿关节炎予以理赔。

73、重症急性出血坏死性胰腺炎开腹手术

指被保险人被确诊为重症急性出血坏死性胰腺炎，并实际接受了外科剖腹直视手术治疗，进行坏死组织清除、坏死病灶切除或胰腺切除。

腹腔镜手术治疗不在保障范围内。

因酗酒或饮酒过量所致的急性坏死性胰腺炎不在保障范围内。

74、溶血性链球菌感染引起的坏疽

由于急性溶血性链球菌感染导致广泛的皮肤、皮下组织和深层组织的坏死。**必须满足以下所有条件：**

- (1) 细菌培养证实致病菌为溶血性链球菌；
- (2) 受感染肢体被截肢（自腕关节或踝关节近端）。

75、因疾病或外伤导致智力缺陷

因严重头部创伤或疾病造成被保险人智力低常（智力低于常态）或智力残疾。根据智商（IQ）智力低常分为轻度（IQ50-70）；中度（IQ35-50）；重度（IQ20-35）和极重度（IQ<20）。**智商 70-85 为智力临界低常，不在保障范围内。**智商的检测必须由保险人认可的专职心理测验工作者进行，**心理测验工作者必须持有由心理测量专业委员会资格认定书。**根据被保险人年龄采用对应的智力量表如韦克斯勒智力量表（儿童智力量表或成人智力量表）。

理赔时必须满足下列全部条件：

- (1) 被保险人大于或等于六周岁；
- (2) 儿科主任医师确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低下；
- (3) 专职合格心理检测工作者适时做的心理检测证实被保险人智力低常（轻度、中度、重度或极重度）；

(4) 被保险人的智力低常自确认日起持续 180 天以上。

76、严重肠道疾病并发症

严重肠道疾病或外伤导致小肠损害并发症，**必须满足以下所有条件：**

- (1) 至少切除了三分之二小肠；
- (2) 完全肠外营养支持 3 个月以上。

77、严重瑞氏综合征

瑞氏综合征是线粒体功能障碍性疾病。导致脂肪代谢障碍，引起短链脂肪酸、血氨升高，造成脑水肿。主要临床表现为急性发热、反复呕吐、惊厥及意识障碍等等。肝脏活检是确诊的重要手段。**瑞氏综合征需由三级医院的儿科专科医生确诊，**并符合下列所有条件：

- (1) 有脑水肿和颅内压升高的脑脊液检查和影像学检查证据；
- (2) 血氨超过正常值的 3 倍；
- (3) 临床出现昏迷，病程至少达到疾病分期第 3 期。

78、急性肺损伤（ALI）或急性呼吸窘迫综合征（ARDS）

一种表现为无心脏衰竭的肺水肿，为创伤、脓毒血症等临床多种疾病的并发症，造成多器官衰竭，死亡率高。

急性肺损伤或急性呼吸窘迫综合征必须由呼吸系统专科医师诊断，并有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。

79、溶血性尿毒综合征

一种由于感染导致的急性综合征，引起红细胞溶血，肾功能衰竭及尿毒症。溶血性尿毒综合征必须由血液和肾脏专科医师诊断，并且符合所有以下条件：

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

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

80、严重登革热

登革热是由登革热病毒引起的急性传染病，为一种自限性疾病，通常预后良好。本合同仅对严重的登革热给予保障，被保险人的登革热必须满足下列所有条件：

(1) 根据《登革热诊疗指南（2014版）》诊断的确诊病例；

(2) 出现下列一种或多种严重登革热的临床表现：

a. 血浆渗漏致休克或胸腔积液伴呼吸困难；

b. 严重出血：消化道出血、阴道大出血、颅内出血、肉眼血尿或皮下血肿（不包括皮下出血点）；

c. 严重器官损害或衰竭：肝脏损伤（ALT 或 AST>1000IU/L）、ARDS（急性呼吸窘迫综合征）、急性心功能衰竭、急性肾功能衰竭、脑病。

81、危重手足口病

手足口病是由肠道病毒引起的急性传染病，主要症状表现为手、足、口腔等部位的斑丘疹、疱疹。

危重手足口病必须满足下列所有条件：

(1) 病原学检查确诊为手足口病；

(2) 伴有所列危重并发症之一：脑膜炎、脑炎、脑脊髓炎、肺水肿或心脏衰竭；

(3) 接受了 2 周以上的住院治疗。

82、意外导致重度面部烧伤

指面部III度烧伤且烧伤面积达到面部表面积的 2/3 或全身体表面积的 2%。

体表面积根据《中国新九分法》计算，面部总面积为全身体表面积的 3%。面部面积不包括发部和颈部。

83、失去一肢及一眼

被保险人因同一次意外伤害事件导致一肢体丧失和一眼视力丧失。必须满足下列所有条件：

(1) 一肢体丧失指任何一肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离；

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

a. 眼球摘除；

b. 矫正视力低于 0.02（采用国际标准视力表，如果使用其它视力表应进行换算）；

c. 视野半径小于 5 度。

除眼球摘除以外，被保险人申请理赔时年龄必须在 3 周岁以上，并且提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。

84、艾森门格综合征

指一组先天性心脏病发展的后果，特点为进行性肺动脉高压所致的动脉阻塞性病变，也称为肺动脉高压性右向左分流综合征。**必须满足下列全部条件：**

(1) 缺氧、青紫、杵状指；

(2) 静息状态下肺动脉平均压超过 40mmHg；

(3) 已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级。

本项疾病不受本合同第七条责任免除中关于“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

85、室壁瘤切除手术

指因心肌梗死导致室壁瘤，实际实施了开胸开心室壁瘤切除手术治疗。

86、丝虫感染所致严重象皮病

指因丝虫感染导致淋巴阻塞性出现严重淋巴水肿，达到国际淋巴学会淋巴肿分期第 III 期，临床表现为肢体象皮肿，患肢较健肢增粗 30%以上，日常生活不能自理。

87、克-雅氏病（CJD）

CJD 是一种传染性海绵状脑病，临床表现为快速进行性痴呆、肌阵挛和特征性脑电图变化。**本病须经三级医院的专科医师根据 WHO 诊断标准明确诊断，并且被保险人永久不可逆丧失自主生活能力，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。**

88、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，在确诊之前已经死亡的不在保障范围内。

89、职业原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

被保险人的职业归属于下列职业列表内的职业，在其常规职业工作过程中遭遇外伤，或者职业需要处理血液或者其他体液时感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）。**必须满足下列全部条件：**

(1) 感染必须发生在被保险人从事其职业工作过程中；

(2) 血清转化必须出现在事故发生后的 6 个月以内；

(3) 必须提供被保险人在所报事故发生后的 5 天以内进行的检查报告，该报告必须显示被保险人血液 HIV 病毒阴性和/或 HIV 抗体阴性；

(4) 必须在事故发生后的 12 个月内证实被保险人体内存在 HIV 病毒或者 HIV 抗体。

职业列表：

医生（包括牙医）	护士
医院化验室工作人员	医院护工
救护车工作人员	助产士
警察（包括狱警）	消防人员

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

任何因其他传播方式（包括：输血、性传播或静脉注射毒品）导致的 HIV 感染不在本合同保障范围内。保险人必须拥有获得使用被保险人的所有血液样本的权利和能够对这些样本进行独立检验的权利。

保险人承担本项疾病责任不受本合同第七条责任免除中“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

90、输血原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

被保险人因输血感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）并且根据 HIV 感染分类及 AIDS 诊断标准被确诊为艾滋病（AIDS）期。必须满足下列全部条件：

- （1）在等待期满保障起始日之后，被保险人因输血而感染 HIV；
- （2）提供输血治疗的输血中心或医院出具该项输血感染属医疗责任事故的报告，或者法院终审裁定为医疗责任；
- （3）受感染的被保险人不是血友病患者。

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

任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致的 HIV 感染不在本合同保障范围内。保险人必须拥有获得使用被保险人的所有血液样本的权利和能够对这些样本进行独立检验的权利。

保险人承担本项疾病责任不受本合同第七条责任免除中“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

91、器官移植原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

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

- （1）在等待期满保障起始日之后，被保险人接受器官移植，并因此感染 HIV；
- （2）实施器官移植的医院为三级医院；
- （3）实施移植医院出具具有法律效力的证明确认移植器官来自 HIV 感染者。

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

保险人承担本项疾病责任不受本合同第七条责任免除中“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

92、胰腺移植术

胰腺移植术指因胰腺功能衰竭，已经实际接受了胰腺的同种（人类）异体器官移植手术。

胰岛、组织、细胞移植不在保障范围内。

93、严重创伤弧菌感染截肢

因创伤弧菌感染导致败血症和肢体损害。**必须满足下列所有条件：**

- (1) 近期被海产品刺伤或肢体创口接触海水史；
- (2) 病原学检查证实致病菌为创伤弧菌；
- (3) 出现脓毒败血症或休克；
- (4) 受感染肢体（一肢体或多肢体）自腕关节或踝关节近端截肢。

94、角膜移植术

指因角膜病变或意外伤害导致视力丧失或视力严重损害，被保险人实际接受了同种（人类）异体角膜移植手术以恢复视力。

角膜移植手术包括全层角膜移植术、板层角膜移植术和角膜内皮移植术。

单纯角膜细胞移植，自体角膜缘细胞移植，非同种来源角膜或人工角膜的移植不在保障范围内。

95、嗜铬细胞瘤

指发生在肾上腺或肾上腺外嗜铬组织的以分泌过多的儿茶酚胺为表现的神经内分泌肿瘤。**嗜铬细胞瘤必须由内分泌专科医生诊断，并且满足以下所有条件：**

- (1) 临床有高血压症候群表现；
- (2) 已经实施了嗜铬细胞瘤切除手术。

96、严重结核性脑膜炎

由结核杆菌引起的脑膜和脊膜的非化脓性炎症性疾病。**需满足以下全部条件：**

- (1) 出现颅内压明显增高，表现头痛、呕吐和视乳头水肿；
- (2) 出现部分性、全身性癫痫发作或癫痫持续状态；
- (3) 昏睡或意识模糊；
- (4) 视力减退、复视和面神经麻痹。

97、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，**须经保险人认可医院的专科医师明确诊断，并造成永久不可逆性的单个肢体功能障碍或单眼失明。**单眼失明指单眼视力永久不可逆性丧失，患眼须满足下列至少一项条件：

- (1) 眼球缺失或者摘除；
- (2) 矫正视力低于 0.02（采用国际标准视力表，如果使用其它视力表应进行换算）；
- (3) 视野半径小于 5 度。

98、多发性骨髓瘤

多发性骨髓瘤是浆细胞异常增生的恶性肿瘤。**必须满足下列所有条件：**

- (1) 骨髓活组织检查符合多发性骨髓瘤的典型骨髓改变；
- (2) 至少存在下列一项：
 - a. 异常球蛋白血症；
 - b. 溶骨性损害。

孤立性骨髓瘤不在保障范围内。

99、狂犬病

指狂犬病毒所致的急性传染病，人多因被病兽咬伤而感染。临床表现为特有的恐水、怕风、咽肌痉挛、进行性瘫痪等。**须经专科医生明确诊断。**

100、皮质基底节变性

指一种慢性进展性神经变性疾病，以不对称发作的无动性强直综合征、失用、肌张力障碍及姿势异常为其临床特征。**须经临床医生明确诊断**，被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，日常生活必须持续受到他人监护。

101、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。

102、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。

103、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。

104、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。

本项疾病不受本合同第七条责任免除中关于“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

105、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。

106、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。

本项疾病不受本合同第七条责任免除中关于“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

107、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 $442\mu\text{mol/L}$ 。

108、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/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) $\text{PaO}_2 < 50\text{mmHg}$, $\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$ 。

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。

109、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。

110、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。

111、严重肌营养不良症：

肌营养不良症是一组遗传性肌肉变性病变，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。

本项疾病不受本合同第七条责任免除中关于“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

112、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。

113、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。

114、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中的三项或三项以上。

115、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。

116、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 $<90g/L$ 。

117、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。

118、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。

119、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。

120、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。

本项疾病不受本合同第七条责任免除中关于“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（四十）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。

（四十一）ICD-10

指《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10），是世界卫生组织（WHO）发布的国际通用的疾病分类方法。

（四十二）ICD-O-3

指《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3），是WHO发布的针对ICD中肿瘤形态学组织学细胞类型、动态、分化程度的补充编码。其中形态学编码：0代表良性肿瘤；1代表动态未定性肿瘤；2代表原位癌和非侵袭性癌；3代表恶性肿瘤（原发性）；6代表恶

性肿瘤（转移性）；9 代表恶性肿瘤（原发性或转移性未肯定）。如果出现 ICD-10 与 ICD-0-3 不一致的情况，以 ICD-0-3 为准。

（四十三）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。

甲状腺癌的 TNM 分期采用目前现行的 AJCC 第八版定义标准，中国国家卫生健康委员会 2018 年发布的《甲状腺癌诊疗规范（2018 年版）》也采用此定义标准，具体见下：

甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hürthle 细胞癌和未分化癌

pT_x：原发肿瘤不能评估

pT₀：无肿瘤证据

pT₁：肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T_{1a} 肿瘤最大径≤1cm

T_{1b} 肿瘤最大径>1cm，≤2cm

pT₂：肿瘤 2~4cm

pT₃：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内

pT_{3b}：大体侵犯甲状腺外带状肌，无论肿瘤大小

带状肌包括：胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT₄：大体侵犯甲状腺外带状肌外

pT_{4a}：侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT_{4b}：侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

Pt_x：原发肿瘤不能评估

Pt₀：无肿瘤证据

pT₁：肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T_{1a} 肿瘤最大径≤1cm

T_{1b} 肿瘤最大径>1cm，≤2cm

pT₂：肿瘤 2~4cm

pT₃：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内

pT_{3b}: 大体侵犯甲状腺外带状肌，无论肿瘤大小

带状肌包括：胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT₄: 进展期病变

pT_{4a}: 中度进展，任何大小的肿瘤，侵犯甲状腺外颈部周围器官和软组织，如喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT_{4b}: 重度进展，任何大小的肿瘤，侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管区域淋巴结：适用于所有甲状腺癌

pN_x: 区域淋巴结无法评估

pN₀: 无淋巴结转移证据

pN₁: 区域淋巴结转移

pN_{1a}: 转移至VI、VII区（包括气管旁、气管前、喉前/Delphian 或上纵隔）淋巴结，可以为单侧或双侧。

pN_{1b}: 单侧、双侧或对侧颈淋巴结转移（包括I、II、III、IV或V区）淋巴结或咽后淋巴结转移。

远处转移：适用于所有甲状腺癌

M₀: 无远处转移

M₁: 有远处转移

乳头状或滤泡状癌（分化型）			
年龄 < 55 岁			
	T	N	M
I 期	任何	任何	0
II 期	任何	任何	1
年龄 ≥ 55 岁			
I 期	1	0/x	0
	2	0/x	0
II 期	1~2	1	0
	3a~3b	任何	0
III 期	4a	任何	0
IVA 期	4b	任何	0
IVB 期	任何	任何	1
髓样癌（所有年龄组）			
I 期	1	0	0
II 期	2~3	0	0

III期	1~3	1a	0
IVA期	4a	任何	0
	1~3	1b	0
IVB期	4b	任何	0
IVC期	任何	任何	1
未分化癌（所有年龄组）			
IVA期	1~3a	0/x	0
IVB期	1~3a	1	0
	3b~4	任何	0
IVC期	任何	任何	1

注：以上表格中“年龄”指患者病理组织标本获取日期时的年龄。

（四十四）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。

（四十五）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。

（四十六）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声音（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。

（四十七）六项基本日常生活活动

六项基本日常生活活动是指：

- 1、穿衣：自己能够穿衣及脱衣；
- 2、移动：自己从一个房间到另一个房间；
- 3、行动：自己上下床或上下轮椅；
- 4、如厕：自己控制进行大小便；

5、进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；

6、洗澡：自己进行淋浴或盆浴。

（四十八）酗酒

是指酒精摄入过量。长期过量饮酒导致身体脏器严重损害，或一次大量饮酒导致急性酒精中毒或自制力丧失造成自身伤害、斗殴肇事或交通肇事。**酒精过量由医疗机构或公安部门判定。**

（四十九）永久不可逆

指自疾病确诊或意外发生之日起，经过积极治疗 180 天后，仍无法通过现有医疗手段恢复。

（五十）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。

（五十一）肢体机能永久完全丧失

指肢体的三大关节中的两大关节僵硬，或不能随意识活动。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。

（五十二）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，包括床位费、膳食费、护理费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费等，**但不包括化学疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法和肿瘤靶向疗法所产生的药品费。**

（五十三）特种药品

指处方开具日前经国家药品监督管理部门批准并已在中国上市的小分子靶向药物、大分子单克隆抗体类药物、抗体药物偶联物（ADC 类）药物、细胞免疫治疗药物。药品的适应症以国家药品监督管理部门批准的药品说明书为准，且在本合同约定的《重大疾病院外特种药品清单》内。

小分子靶向药物：指分子量小于 1000 道尔顿，以恶性肿瘤细胞特有的分子靶点为作用位点，通过激动、抑制、阻断靶点生物活性实现特异性抑制肿瘤细胞增殖、侵袭和转移的小分子化学药物。

大分子单克隆抗体类药物：指通过杂交瘤技术或重组 DNA 技术制备、源自单一 B 淋巴细胞克隆的大分子免疫球蛋白类生物药物，可特异性结合靶抗原发挥生物学治疗效应。本类药物包含普通靶向单抗、双特异性抗体等结构亚类。

抗体药物偶联物（ADC类）药物：指由大分子单克隆抗体（靶向载体）、小分子细胞毒性药物及化学连接子偶联而成的新型抗肿瘤生物药物，通过单抗精准递送细胞毒性药物至靶向肿瘤细胞并释放小分子药物实现特异性杀伤。

细胞免疫治疗药物：指以人体细胞为原料，经体外分离、培养、修饰等技术处理后，回输或输注至患者体内，通过诱导、增强或调节机体自身免疫功能发挥治疗作用的细胞制品。

保险公司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，将在官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

（五十四）指定药店

指保险人授权的第三方服务商提供的药店名单。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保险人官方渠道（包括但不限于官网、官微）进行公示。

保险人指定的药店应同时满足以下条件：

- 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。

（五十五）重大疾病院外特种药品清单

指保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任、符合保险保障计划的药品清单，**保险人保留对药品清单做出调整的权利。本合同约定的药品清单，保险人将在保险人官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。**

（五十六）恶性肿瘤——重度特定药品基因检测

指将外周血、手术或活检术留取的恶性肿瘤——重度病理切片组织或恶性肿瘤——重度转移所致的胸腹水等样本，进行恶性肿瘤——重度相关的特定基因的结构（DNA 水平）或功能（RNA 水平）检测。境内医院的专科医生可根据其基因检测结果，给出针对其分子异常特征的药物（即特定药品）的给药方案。

（五十七）基因检测机构

指在中华人民共和国境内（**不包括香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾省**）取得合法有效资质且合法提供基因临床检验服务的机构。**该基因检测机构应满足下列全部条件：**

（1）开展基因检测业务需具备的相关资质，包括医疗机构执业许可证、医疗机构医疗器械经营许可证、医疗机构药品经营许可证和临床基因扩增检验实验室技术审核验收合格证；

（2）具有固定的工作场所，工作环境满足检验检测要求；

（3）具备从事检验检测活动所必需的检验检测设备设施，具有并有效运行保证其检验检测活动独立、公正、科学、诚信的管理体系，具有完善的检验样本和收样体系；

（4）具有与其从事检验检测活动相适应的检验检测技术人员和管理人员提供专业的基因检测服务，以及专业的医生资质人员出具报告；

（5）符合有关法律法规或者标准、技术规范规定的特殊要求。

（五十八）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保险人官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

（五十九）临床急需进口药品和医疗器械

指因临床急需，经国务院药品监督管理部门或国务院授权的省级人民政府批准，可在特定医疗机构内用于特定医疗目的进口已在境外批准上市，但尚未获得中国大陆药品监督管理部门注册批准的药品或器械。其中，临床急需是指，用于防治严重危及生命的疾病所需，且中国大陆尚无有效治疗或预防手段，或境内已上市品种无法替代。

临床急需进口药品不包括疫苗、中华人民共和国大陆地区实施进口准许证管理的麻醉药品、精神药品、兴奋剂目录中的蛋白同化制剂和肽类激素的药品等实施特殊管理的药品。

临床急需进口医疗器械包括境外已上市但国内尚无同品种产品上市的第二类、第三类医疗器械，不包括应纳入大型医用设备配置许可管理的设备。

（六十）《临床急需进口药品及医疗器械清单》

指保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的临床急需进口药品与医疗器械清单，包含主清单《临床急需进口药品及医疗器械清单》及子清单《特定临床急需进口药品及适用疾病清单》、《特定临床急需进口医疗器械及适用疾病清单》。具体清单内药品、医疗器械将载明于保险单，保险人保留对清单中药品、医疗器械做出调整的权利，对于调整后的清单，将会在保险人官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

（六十一）实际住院天数

指被保险人接受住院治疗并办理入院和出院手续，在保险人指定或认可的医疗机构住院部病房内实际住院治疗的天数。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天数。

（六十二）康复住院治疗费

指接受住院治疗，由专科医生进行的康复功能评估、确定康复目标、制定康复计划、实施治疗方案以实现最大程度的功能恢复和重建治疗而发生的医疗费用。

包括床位费、加床费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、物理治疗、中医理疗、药品和医疗器械使用费、手术费、**康复住院转运救护车使用费**（见释义六十三）。

（六十三）康复住院转运救护车使用费

指以康复入出院为目的派出的救护车费用及根据医生建议发生的在医院转运过程中以康复入院为目的的医院用车费。在保险期间内，保险人所承担的**单次康复住院转运救护车使用费**上限可由投保人和保险人在投保时单独约定，并在保险单中载明。

（六十四）基本医疗保险

指《中华人民共和国社会保险法》所规定的基本医疗保险，包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

（六十五）无有效驾驶证驾驶

被保险人存在下列情形之一者：

- 1、无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
- 2、驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- 3、实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
- 4、持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
- 5、使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；
- 6、依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

（六十六）无有效行驶证

指下列情形之一：

- 1、机动车被依法注销登记的；
- 2、无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌、临时号牌或临时移动证的机动交通工具；
- 3、未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动交通工具。

（六十七）既往症

指在保单生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

（六十八）基因疗法

指通过各种手段修复缺陷基因，以实现减缓或治愈疾病目的的技术。

（六十九）细胞免疫疗法

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

（七十）职业病

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

（七十一）医疗事故

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

（七十二）高风险运动

本合同所定义的高风险运动是指潜水、滑水、冲浪、赛艇、漂流、滑翔翼、热气球、跳伞或其他高空运动、蹦极、乘坐或驾驶商业民航班机以外的飞行器、攀岩、攀登海拔 3500 米以上的独立山峰、攀爬建筑物、滑雪、滑冰、武术、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、拳击、马术、赛马、赛车、特技表演（含训练）、替身表演（含训练）、探险或考察活动（洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等）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或作业。

攀岩：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

武术：指两人或者两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。

特技表演：指进行马术、杂技、驯兽等表演。

探险：指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身其中的行为，如江河漂流、徒步穿越沙漠或者人迹罕至的原始森林等活动。

（七十三）感染艾滋病病毒或患艾滋病

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

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

（七十四）有效

指以下两种情况：

1、指实体肿瘤病灶按照 RECIST（实体瘤治疗疗效评价标准）未出现疾病进展（完全缓解、部分缓解、疾病稳定），即定义为有效；

2、非实体肿瘤按相关专业机构的指南规范，对患者的骨髓形态学、流式细胞、特定基因检测等结果进行综合评价，得出疾病未进展的结论，即定义为有效。

（七十五）耐药

指以下两种情况之一：

1、实体肿瘤病灶按照 RECIST（实体瘤治疗疗效评价标准）出现疾病进展，即定义为耐药；

2、非实体肿瘤（包含白血病、多发性骨髓瘤、淋巴瘤等血液系统恶性肿瘤）在临床上常无明确的肿块或者肿块较小难以发现，经规范治疗后，按权威医学机构（如中国临床肿瘤学会、中华医学会血液分会等）的指南规范，对患者的骨髓形态学、流式细胞、特定基因检测等结果进行综合评价，得出疾病进展的结论，即定义为耐药。

（七十六）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 2025 年 6 月 8 日，则次月的保险费约定支付日为 2025 年 7 月 8 日，以此类推，则最后一个月的保险费约定支付日为 2026 年 5 月 8 日。

（七十七）现金价值

指保险单所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由保险人退还的那部分金额。按下述公式计算现金价值：

1、若保险费为一次性支付的：

现金价值=净保费× $(1-m/n)$ 。其中， m 为已生效天数， n 为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。

2、若保险费为分期支付的：

现金价值=当期净保费× $(1-x/y)$ 。其中， x 为当期保险责任开始之日起至合同解除之日止期间的天数， y 为当期保险责任的总天数，经过天数不足一天的按一天计算。

如果保险人根据本合同的约定已给付过保险金，本合同的现金价值为零。

（七十八）不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

（七十九）保险金申请人

指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

（八十）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。

（八十一）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。

（八十二）指定的质子重离子医院

指保险人在承保时与投保人约定的质子重离子医院或保险人不予承保的医院，**本合同指定的质子重离子医院名单将载明于保险单中。保险期间内保险人有权调整质子重离子医院名单，质子重离子医院名单及其变更将在保险人官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。**

（八十三）特定医院

指本合同重大疾病康复保险金责任约定的医院的普通部，**但不包括其观察室、特需部、VIP部、国际部、国际医疗中心、贵宾医疗部、外宾医疗部、联合病房、干部病房以及附属于前述医院或单独作为诊所、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。本合同重大疾病康复保险金特定医院名单将载明于保险单中。保险期间内保险人有权调整重大疾病康复保险金特定医院名单，重大疾病康复保险金特定医院名单及其变更将在保险人官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。**