

三星财产保险（中国）有限公司
少儿综合医疗保险 2025B 版（互联网专属）
（注册号：C00004532512025120574073）

总则

第一条 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，均采用书面形式。**

第二条 本保险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，首次投保时年龄为出生满 30 天（含）至 17 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，经保险人（见释义二）同意可作为本保险合同的被保险人。被保险人年满 18 周岁（含）前，保险期间届满，可以重新向保险人申请投保本产品，并经过保险人审核同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

第四条 本保险合同的保障区域为中国大陆（不包括港、澳、台地区）。除本保险合同另有约定外，被保险人在保险合同载明的保障区域外就医的，不属于保险责任范围。

第五条 除另有约定外，本保险合同的受益人为被保险人本人。

保险责任

第六条 本保险合同包括“住院医疗保险”和“门急诊医疗保险”两部分，其中“一般住院医疗保险责任”为必选责任，“特定疾病和罕见病住院医疗保险责任”、“质子重离子医疗保险责任”、“院外特种药品费用医疗保险责任”、“外购药品及外购医疗器械费用医疗保险责任”、“基础门急诊医疗保险责任”、“优选门急诊医疗保险责任”为可选责任。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。

第一部分 住院医疗保险

（一）一般住院医疗保险责任（必选责任）

在本保险合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害（见释义三）事故或在等待期后罹患疾病，在本保险合同约定的医院（见释义四）接受治疗产生如下医疗费用的，保险人依照本保险合同的约定赔付一般住院医疗保险金。

1、住院医疗费用

被保险人经医院诊断必须住院（见释义五）治疗时，被保险人在住院期间发生的**必须由被保险人个人自行承担的必需且合理**（见释义六）的床位费（见释义七）、陪床费（见释义八）、重症监护室床位费（见释义九）、膳食费（见释义十）、护理费（见释义十一）、治疗费（见释义十二）、检查检验费（见释义十三）、药品费（见释义十四）、医疗器械使用费（见

释义十五)、医生诊疗费(见释义十六)、手术费(见释义十七)和转院救护车使用费(见释义十八)(上述费用统称为“住院医疗费用”)。

到本保险合同满期日时,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、最长不超过本保险合同满期日后 30 日内(含第 30 日)的住院医疗费用。**

2、特殊门诊医疗费用

被保险人经医院诊断必须在医院门诊部门进行如下治疗时发生的**必须由被保险人个人自行承担的必需且合理的特殊门诊医疗费用:**

(1) 门诊肾透析;

(2) 门诊肿瘤治疗,包括肿瘤化学疗法(见释义十九)、肿瘤放射疗法(见释义二十)、肿瘤靶向疗法(见释义二十一)、肿瘤内分泌疗法(见释义二十二)、肿瘤免疫疗法(见释义二十三);

(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗。

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(见释义二十四)治疗时,**被保险人需个人自行承担的、必需且合理的门诊手术医疗费用(见释义二十五)。**

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时,被保险人在住院前 30 日和出院后 30 日(含住院和出院当日,以住院病历或出院小结为准)内在医院门诊部门或急诊部门,与本次住院相同原因而发生的,必须由被保险人个人自行承担的必需且合理的门急诊医疗费用(但不包括一般住院医疗保险责任项下的特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用)。

对于以上 4 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。保险人对于以上 4 类费用的累计赔付金额以本保险合同约定的一般住院医疗保险金额为限,当累计赔付金额达到一般住院医疗保险金额时,保险人对被保险人的一般住院医疗保险责任终止。

(二) 特定疾病和罕见病住院医疗保险责任(可选责任)

在本保险合同保险期间内,被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后,经本保险合同约定的医院的专科医生(见释义二十六)确诊初次罹患(见释义二十七)符合本保险合同所附特定疾病清单(详见附表 1)或罕见病清单(详见附表 2)中所定义的疾病,并在本保险合同约定的医院接受治疗时产生如下医疗费用的,保险人依照本保险合同的约定赔付特定疾病和罕见病住院医疗保险金。

1、特定疾病和罕见病住院医疗费用

被保险人被确诊初次罹患本保险合同约定的特定疾病或罕见病,经医院诊断必须住院治疗时,被保险人在住院期间发生的**必须由被保险人个人自行承担的必需且合理的床位费、陪床费、重症监护室床位费、膳食费、护理费、治疗费、检查检验费、药品费、医疗器械使用费、医生诊疗费、手术费和转院救护车使用费。**

到本保险合同满期日时，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、最长不超过本保险合同满期日后 30 日内（含第 30 日）的特定疾病或罕见病住院医疗费用。

2、特定疾病和罕见病特殊门诊医疗费用

被保险人被确诊初次罹患本保险合同约定的特定疾病或罕见病，经医院诊断必须在医院门诊部门进行如下治疗时发生的必须由被保险人个人自行承担的必需且合理的特定疾病或罕见病特殊门诊医疗费用：

（1）门诊肾透析；

（2）门诊肿瘤治疗，包括肿瘤化学疗法、肿瘤放射疗法、肿瘤靶向疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤免疫疗法；

（3）器官移植后的门诊抗排异治疗。

3、特定疾病和罕见病门诊手术医疗费用

指被保险人被确诊初次罹患特定疾病或罕见病必须接受门诊手术治疗时，被保险人需个人自行承担的、必需且合理的特定疾病或罕见病门诊手术医疗费用。

4、特定疾病和罕见病住院前后门急诊医疗费用

除另有约定外，指被保险人被确诊初次罹患本保险合同约定的特定疾病或罕见病时，在住院前 30 日和出院后 30 日内（含住院和出院当日，以住院病历或出院小结为准）在医院门诊部门或急诊部门，与本次住院相同原因而发生的，必须由被保险人个人自行承担的必需且合理的特定疾病或罕见病门急诊医疗费用（但不包括特定疾病和罕见病住院医疗保险责任项下的特定疾病和罕见病特殊门诊医疗费用、特定疾病和罕见病门诊手术医疗费用）。

对于以上 4 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。保险人对于以上 4 类费用的累计赔付金额以本保险合同约定的特定疾病和罕见病住院医疗保险金额为限，当累计赔付金额达到特定疾病和罕见病住院医疗保险金额时，保险人对被保险人的特定疾病和罕见病住院医疗保险责任终止。

（三）质子重离子医疗保险责任（可选责任）

在本保险合同保险期间内，被保险人在等待期后经本保险合同约定的医院的专科医生确诊初次罹患恶性肿瘤——重度（见释义二十八），在保险人指定的医疗机构（见释义二十九）接受质子重离子治疗的，对于被保险人需个人自行承担的、必需且合理的质子重离子医疗费用（见释义三十），保险人在扣除约定的免赔额后，依照本保险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。

保险人对于质子重离子医疗保险责任的累计赔付金额以本保险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。

到本保险合同满期日时，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、最长不超过本保险合同满期日后 30 日内（含第 30 日）的质子重离子医疗费用。

（四）院外特种药品费用医疗保险责任（可选责任）

在本保险合同保险期间内，被保险人在等待期后经本保险合同约定的医院的专科医生确诊初次罹患恶性肿瘤——重度，对于被保险人用于治疗该恶性肿瘤——重度而产生的必需且合理的且同时满足以下条件的特种药品费用，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、特种药品的处方必须是由医院专科医生开具的且每次处方药量不超过 30 天；
- 2、药品处方开具的特种药品必须是被保险人当前治疗所必备的且必须与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及用法用量相符合；
- 3、购买药品前，使用药品的处方必须经保险人的药品处方审核并按本保险合同约定的流程购药（见第三十条第（二）款）；
- 4、药品处方开具的特种药品属于本保险合同约定的药品范围（见释义三十一）；
- 5、药品处方开具的特种药品必须自保险人指定或认可的药店（见释义三十二）购买。

本保险合同所称的处方，是指由专科医生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，包括医疗机构病区用药医嘱单。

属于本保险合同保险责任范围内的院外特种药品费用将由保险人与指定或认可的药店直接结算，被保险人无需支付且不应向保险人申请相关保险金的赔付。

除另有约定外，被保险人在本保险合同有效期内开始接受恶性肿瘤——重度治疗的，到本保险合同满期日仍未结束本次治疗的，保险人将继续承担因本次治疗发生的院外特种药品费用医疗保险责任，但最长不超过确诊初次罹患恶性肿瘤——重度之日起 30 天。

本项保险责任仅承担特种药品本身的费用，不承担因特种药品而产生的门诊或住院医疗费用。保险人对于院外特种药品费用医疗保险责任的累计赔付金额以本保险合同约定的院外特种药品费用医疗保险金额为限，当累计赔付金额达到院外特种药品费用医疗保险金额时，保险人对被保险人的院外特种药品费用医疗保险责任终止。

（五）外购药品及外购医疗器械费用保险责任（可选责任）

在本保险合同保险期间内，若投保人已选择投保了“一般住院医疗保险责任”或“特定疾病和罕见病住院医疗保险责任”，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患疾病，经医院诊断必须在医院接受“一般住院医疗保险责任”或“特定疾病和罕见病住院医疗保险责任”范围内的治疗的，保险人对被保险人在医院接受上述对应治疗期间在院外购买的且满足以下条件的外购药品及外购医疗器械费用，在扣除约定的免赔额后，按照约定的赔付比例进行赔付：

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，且在本保险合同约定的《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、执业药师等专业技术人员提供服务。

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。

投保人如未选择投保“特定疾病和罕见病住院医疗保险责任”，则被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患疾病，即使经医院诊断必须在医院接受“特定疾病和罕见病住院医疗保险责任”范围内的治疗的，保险人对被保险人在医院接受上述治疗期间在院外购买的外购药品及外购医疗器械费用不承担赔偿责任。

保险人对于外购药品及外购医疗器械费用的累计赔偿金额以本保险合同约定的外购药品及外购医疗器械费用医疗保险金额为限，一次或累计赔偿的金额达到外购药品及外购医疗器械费用医疗保险金额时，保险人对被保险人的外购药品及外购医疗器械费用医疗保险责任终止。

对于上述（一）至（五）项保险责任，被保险人不论一次或多次进行治疗，保险人均按上述约定赔付保险金。若保险人在上述责任项下的累计赔付保险金的总额达到本保险合同载明的住院医疗保险年度总保险金额时，保险人对被保险人的住院医疗保险责任终止。

第二部分 门急诊医疗保险

（一）基础门急诊医疗保险责任（可选责任）

在本保险合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故、在等待期后罹患指定疾病（见释义三十七）或在等待期后罹患除指定疾病以外的其他疾病，经保险合同约定的二级以上（含二级）公立医院普通部（见释义三十八）的专科医生诊断必须接受门（急）诊治疗的，对于被保险人每次在二级以上（含二级）公立医院普通部的门（急）诊治疗实际支付的必需且合理的门（急）诊医疗费用（见释义三十九），包括护理费（见释义三十九）、检查检验费（见释义三十九）、诊疗费（见释义三十九）、治疗费（见释义三十九）、药品费（见释义三十九）、门诊手术费等（见释义三十九），但不包括“一般住院医疗保险责任”项下的“特殊门诊医疗费用”、“门诊手术医疗费用”和“住院前后门急诊医疗费用”、“特定疾病和罕见病住院医疗保险责任”项下的“特定疾病和罕见病特殊门诊医疗费用”、“特定疾病和罕见病门诊手术医疗费用”和“特定疾病和罕见病住院前后门急诊医疗费用”，保险人

在扣除单次门（急）诊医疗费用免赔额后在单次门（急）诊医疗费用保险金额内按约定的赔付比例承担门（急）诊医疗费用保险金的赔偿责任。

意外伤害、指定疾病或除指定疾病外的其他疾病单次门（急）诊医疗费用保险金额、单次门（急）诊医疗费用免赔额、赔付比例以保险单中载明的为准。

除另有约定外，被保险人于同一日（当日零时起至二十四时止）在医院的就诊视为一次就诊。

如本合同约定了赔付次数，则保险人对于被保险人的赔付次数不超过保险单载明的赔付次数。

在本合同保险期间内，被保险人无论一次或多次在医院进行治疗，保险人均按上述约定承担赔偿责任。意外伤害、指定疾病或除指定疾病外的其他疾病每次门（急）诊医疗费用保险金赔偿以各自单次门（急）诊医疗费用保险金额为限；多次门（急）诊医疗费用保险金赔偿金额累计达到基础门急诊医疗保险金额时，保险人对被保险人的基础门急诊医疗保险责任终止。

（二）优选门急诊医疗保险责任（可选责任）

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罹患疾病，经保险合同约定的二级以上（含二级）公立医院及保险人扩展承保的医疗机构（见释义四十）的专科医生诊断必须接受门（急）诊治疗的，对于被保险人每次在医院门（急）诊治疗实际支付的必需且合理的门（急）诊医疗费用，包括护理费、检查检验费、诊疗费、治疗费、药品费、门诊手术费、同城救护车使用费（见释义四十一）等，但不包括“一般住院医疗保险责任”项下的“特殊门诊医疗费用”、“门诊手术医疗费用”和“住院前后门急诊医疗费用”、“特定疾病和罕见病住院医疗保险责任”项下的“特定疾病和罕见病特殊门诊医疗费用”、“特定疾病和罕见病门诊手术医疗费用”和“特定疾病和罕见病住院前后门急诊医疗费用”，保险人在扣除单次门（急）诊医疗费用免赔额后按约定的赔付比例承担门（急）诊医疗费用保险金的赔偿责任。

除另有约定外，门（急）诊医疗费用保险金额、单次门（急）诊医疗费用免赔额、赔付比例以保险单中载明的为准。

被保险人于同一日（当日零时起至二十四时止）在医院的就诊视为一次就诊。

在本合同保险期间内，被保险人无论一次或多次在医院进行治疗，保险人均按上述约定承担赔偿责任。当门（急）诊医疗费用保险金赔偿金额累计达到优选门急诊医疗保险金额时，保险人对被保险人的优选门急诊医疗保险责任终止。

第七条 本保险合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险（见释义四十二）、公费医疗、城乡居民大病保险、工作单位、第三方侵权责任人（包含法人）或保险人在内的任何商业保险机构等）取得补偿的，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保险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

第一部分 住院医疗保险

第八条 因下列情形之一导致被保险人发生保险事故或造成医疗费用支出的，保险人不承担赔付保险金的责任：

（一）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

（二）被保险人故意自杀或自伤，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（见释义四十三）、主动吸食或注射毒品（见释义四十四），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（见释义四十五）、无合法有效驾驶证（见释义四十六）驾驶或驾驶无合法有效行驶证（见释义四十七）的交通工具；

（七）核爆炸、核辐射与核污染、战争、军事冲突、恐怖袭击、暴乱或武装叛乱；

（八）精神和行为障碍治疗以及各种医疗咨询和健康预测：如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询（依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）（见释义四十八）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）；

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

（十）遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常（见释义四十九），但若满足本保险合同特定疾病或罕见病清单所定义的不受此限；

（十一）既往症（见释义五十）及保险合同特别约定的除外疾病；

（十二）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（见释义五十一）期间因疾病导致的医疗费用，但若属于本保险合同特定疾病清单中特定原因引起的艾滋病病毒感染或患艾滋病不受此限；

（十三）被保险人感染苍白（梅毒）螺旋体、淋病奈瑟菌；

（十四）体检、疗养、胃减容术（包括但不限于：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）、视力矫正手术、斜视矫正手术、非意外事故所致的整容手术、各种美容整形项目，包括但不限于皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗、良性皮肤损害（雀斑、老年斑、痣、疣等）的治疗和去除。对上肢肘关节远端及面部静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕治疗和去除。纹身去除、皮肤变色的治疗或手术。激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗斑秃、白发、秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸以及各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗项目，包括但不限于平足及各种非功能性整容、整形和矫形手术费用。各种健美治疗项目，如营养、减肥、增胖、增高；

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

（十六）包皮环切术、包皮气囊扩张术、性功能障碍、发育迟缓治疗；

（十七）除口腔肿瘤治疗外的口腔科（牙科）保健与口腔科（牙科）疾病的治疗；

（十八）被保险人在进行符合以下一项或多项标准的高风险活动过程中发生意外伤害事故导致的就医治疗：

1、活动过程中必然涉及2米以上水深的自然水域水面或水下运动，包括但不限于各类、各级别的潜水（见释义五十二）、自然水域游泳（包括人工湖或人工水库）、跳水运动；

2、活动过程中必然涉及距离地面超过10米的高空运动，包括但不限于跳伞、蹦极、非商业性的驾驶飞机等飞行器飞行、滑翔机或滑翔伞、翼装飞行、攀岩（见释义五十三）等；

3、故意进入一般认知中存在生命危险的环境中或进入未经人工开发的自然区域活动，包括但不限于各类探险（见释义五十四）和除商业航线飞行外的航空航天活动；

4、各类搏击或类军事活动，如摔跤、武术比赛（见释义五十五）、彩弹射击等仿真枪战运动；

5、各类特技表演（见释义五十六）；

6、除竞走、跑步以外的竞速运动如赛马、赛车、竞速冰雪运动等；

（十九）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）；

（二十）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；

（二十一）被保险人因疝气、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医疗费用。

第九条 符合以下任意一项情形的相关费用，保险人不承担保险责任：

（一）未经医生建议自行进行的任何治疗或未经医生处方自行购买的药品、器械；

（二）虽然有医生建议，但相关治疗和检查检验不是在医院进行的或相关费用不是由医院收取的（以相关医疗费票据为准），但若属于保险单中承保的院外特种药品费用、外购药品及外购医疗器械费用不受此限；

（三）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、药物或器械；

（四）未按照本保险合同约定的流程（详见第三十条第（二）款）购买本保险合同指定药品范围中的药品而产生的费用；

（五）医院康复科、康复中心等以康复治疗为主要功能的科室所产生的费用；

（六）虽然有医生处方，但剂量超过30天部分的药品费用；

（七）所有基因疗法（见释义五十七）和本保险合同未明确约定包含在保险责任内的细胞免疫疗法（见释义五十八）造成的医疗费用；

（八）各种矫治和防护医疗器械、各种康复治疗医疗器械、假体、义眼、义肢、助听器、轮椅、自用的按摩保健和治疗用品等所有非一次性使用医疗器械和非处方医疗器械的购买、租赁和置换费用；

（九）相关医学材料不能证明药品或器械对被保险人所罹患的疾病有效；

（十）经审核，被保险人的疾病状况对申领药品已经耐药（见释义五十九）；

（十一）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；

（十二）药品或医疗器械配送过程中产生的费用（包括配送费用、平台服务费用等各类非药品及医疗器械费用）。

第二部分 门急诊医疗保险

第十条 因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的或发生如下列明的医疗费用，保险人不承担保险金给付责任：

（一）投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；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；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；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；被保险人未遵医嘱擅自服用、涂用、注射药物；被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶或者驾驶无有效行驶证的机动车辆；战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱；核爆炸、核辐射或者核污染、化学污染；

（二）被保险人所患既往症，及保险单中特别约定的除外疾病引起的相关费用；等待期内被保险人确诊疾病所导致的医疗费用；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；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；所有基因疗法造成的医疗费用；

（三）基因咨询、筛查、检查及其他相关费用（包括但不限于过敏原检测），但因治疗目的而接受的医学必需的基因检测费用不受此限，如恶性肿瘤治疗所必需的基因检测；各种健康检查（保险单约定承保的则不受此限），功能医学检查（包括但不限于全套个人化营养评估、抗氧化维生素分析、氧化压力分析、营养与毒性元素分析、肠道免疫功能分析）费用，免疫费用，出于行政或管理事务目的（包括但不限于与投保保险、招聘、入学或运动相关的体格检查）发生的检查费用，旅行和宾馆住宿费用；医疗咨询和健康预测（包括但不限于健康咨询、家庭咨询、性咨询）费用，智能测试、教育测试的医疗服务费；各类医疗鉴定费用，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；因医疗事故导致的医疗费用；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；

（四）矮小症相关治疗、早熟、肥胖症相关治疗、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、胃肠转流术等的胃减容术）、整形治疗、美容或整容治疗、变性手术及前述治疗或手术的并发症或因前述治疗或手术导致的医疗事故；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；牙科疾病及相关治疗，屈光不

正（近视、远视、散光），但因意外所致的不受此限；被保险人因预防、康复、休养或疗养、医疗咨询、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（包括但不限于过敏原检测）发生的医疗费用；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（耐用医疗设备费不在此限），所有非处方医疗器械所产生的费用；包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；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；

（五）因疝气、腺样体肥大、扁桃体肥大、膜积液或因睡眠呼吸障碍而产生的任何费用，包括但不限于鼾症、失眠、睡眠呼吸暂停低通气综合征及睡眠测试；

（六）各种自用的按摩保健和治疗用品：颈托（急救中使用的颈托不在此限）、腰托、胃托、肾托、护膝带、钢头颈、矫正器具、药带、药枕、健身按摩器和各种磁疗用品及家用检测治疗仪器等费用；矫正鞋或其他脚支撑器材费（包括但不限于足弓支撑器、矫正器或任何其他预防性的服务或器材），任何用于治疗弱足、矫形足、不稳足、扁平足或足弓塌陷的器材费，任何与跗骨、跖骨相关的医疗及其他相关费用，对脚表面损害（如鸡眼、老茧、角质化）医疗费用，但有关骨外露、肌腱或韧带的手术不在此限；

（七）预防保健（包括但不限于保健按摩、自动按摩床治疗、药物蒸气治疗、药浴、体疗健身、疾病普查）费用；静养疗法、监护及家居照料费，在护理之家、养老院接受的护理，为休息、观察而实施的环境疗法；

（八）对未表现出可疑细胞行为（如近期大小、形状、颜色发生改变）的良性皮肤损害（包括但不限于黄褐斑、痤疮、皮肤白斑、色素沉着、雀斑、痣等）的治疗、祛除及其他相关费用；对无症状的浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、白癜风、纹身去除、皮肤变色的治疗、手术、并发症的治疗及其他相关费用；

（九）因学习障碍、多动症、注意力集中缺陷、语言障碍矫正、儿童行为问题和儿童发育问题而接受的治疗所导致的费用；生长激素治疗及其他相关费用，但经保险人或其授权的第三方管理机构批准的医学必需情形不在此限；

（十）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《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定）；被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（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”、“输血原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染”、“器官移植原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染”不在此限）；

（十一）被保险人在进行符合以下一项或多项标准的高风险活动过程中发生意外伤害事故导致的就医治疗：

1、活动过程中必然涉及2米以上水深的自然水域水面或水下运动，包括但不限于各类、各级别的潜水、自然水域游泳（包括人工湖或人工水库）、跳水运动；

2、活动过程中必然涉及距离地面超过10米的高空运动，包括但不限于跳伞、蹦极、非商业性的驾驶飞机等飞行器飞行、滑翔机或滑翔伞、翼装飞行、攀岩等；

3、故意进入一般认知中存在生命危险的环境中或进入未经人工开发的自然区域活动，包括但不限于各类探险和除商业航线飞行外的航空航天活动；

4、各类搏击或类军事活动，如摔跤、武术比赛、彩弹射击等仿真枪战运动；

5、各类特技表演；

6、除竞走、跑步以外的竞速运动如赛马、赛车、竞速冰雪运动等。

免赔额和赔付比例

第十一条 本保险合同的免赔额，是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本保险合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本保险合同的约定仍旧由被保险人自行承担，保险人不予赔付的金额。被保险人从其他途径已获得的属于本保险合同保险责任范围内的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过基本医疗保险统筹账户、公费医疗保险和城乡居民大病保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

免赔额由投保人与保险人在订立本保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

第十二条 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

第十三条 保险金额是保险人承担保险责任的最高限额。

本保险合同的一般住院医疗保险金额、特定疾病和罕见病住院医疗保险金额、质子重离子医疗保险金额、院外特种药品费用医疗保险金额、外购药品及外购医疗器械费用保险金额、住院医疗保险年度总保险金额、基础门急诊医疗保险金额、优选门急诊医疗保险金额，由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

等待期

第十四条 等待期是指自保险期间开始之日起，由保险人与投保人约定的、虽然发生了保险事故但是保险人不承担保险责任的一段时间。

本保险合同的等待期由投保人和保险人双方在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明，除另有约定外，本保险合同的等待期为 30 天。

若被保险人在等待期内非因意外伤害被确诊初次罹患本保险合同约定的特定疾病或罕见病，保险人不承担赔付保险金的责任，但向投保人无息退还已缴纳的保险费，同时本保险合同终止。

若被保险人在等待期内非因意外伤害罹患本保险合同约定的特定疾病或罕见病以外的疾病，则无论治疗该疾病所发生的费用是否发生在等待期内，保险人对于该次疾病都不承担赔付保险金的责任，但本保险合同继续有效。

因遭受意外伤害导致被保险人发生保险事故的无等待期。

犹豫期

第十五条 除另有约定外，本保险合同生效之日零时起 10 日内（含第 10 日）为犹豫期。在此期间投保人应认真审视本保险合同，如果投保人认为本保险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保险合同，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费。解除本保险合同时，投保人需要填写申请书，并提供投保人的保险合同及有效身份证明（见释义六十）。自保险人收齐上述资料之日二十四时起或者申请书上载明的合同终止时间（以较晚者为准），本保险合同即被解除。犹豫期内解除保险合同的，合同解除前发生的保险事故保险人不承担保险责任，已经承担保险责任的情况下，被保险人应当向保险人退还已经支付的保险金。

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保险合同的申请，视为投保人的书面申请。

保险期间与不保证续保

第十六条 本保险合同的保险期间最长不超过 1 年，具体保险期间以保险单载明的为准。

本保险合同为不保证续保合同，保险期间届满或保险期间届满前 30 日内，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人审核同意后，交纳保险费，获得新的保险合同。若保险期间届满时，本保险合同对应保险产品已停止销售，保险人不再接受投保申请。

保险人义务

第十七条 订立本保险合同时，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保险合同的内容。对本保险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。

第十八条 本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十九条 保险人认为保险金申请人（见释义六十一）提供的有关赔付保险金的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人或者受益人补充提供。

第二十条 保险人在收到保险金申请人赔付保险金的请求及资料后，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 30 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，保险人在与被保险人达成赔付保险金的协议后 10 日内，履行赔付保险金义务。保险合同对赔付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行赔付保险金义务。

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 1 个工作日内向被保险人或受益人发出拒绝赔付保险金通知书，并说明理由。

第二十一条 保险人自收到赔付保险金的请求和有关证明、资料之日起 60 日内，对赔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；保险人最终确定赔付的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第二十二条 本保险合同的保险费按照被保险人的年龄、是否参加基本医疗保险或公费医疗和投保人投保时选择的保险计划确定。投保人可以选择一次性全额支付保险费，也可以根据合同约定分期支付保险费。

投保人若选择一次性全额支付保险费的，投保人应当在本保险合同成立时一次性缴清保险费。投保人若未按约定足额交纳保险费，保险合同不发生效力，对保险合同生效之日前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

投保人若选择分期支付保险费的，投保人应当在每个保险费约定支付日（见释义六十二）交纳各期对应的保险费。如投保人未在投保时支付首期保险费的，本保险合同不生效。对本保险合同生效之日前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。投保人支付首期保险费后，如投保人未按照本保险合同约定的付款期限足额缴付当期保险费，保险人允许投保人在本保险合同约定的付款宽限期（具体宽限期在保险单中载明）内补交保险费，如果被保险人在此期限内发生保险事故，保险人扣减欠缴的保险费后按照本保险合同约定承担保险责任。如果投保人在本保险合同约定的付款宽限期届满时仍未足额补缴当期保险费的，则本保险合同自宽限期届满日的次日零时起效力中止，在本保险合同效力中止期间发生保险事故的，保险人不承担赔付保险金的责任。

自本保险合同效力中止之日起至保险期间届满前，投保人可以向保险人申请恢复合同效力，保险人有权对被保险人的健康状况进行核保并有可能不同意恢复合同效力。经保险人与投保人协商并达成协议，在投保人补缴保险费后，自保险人补缴保险费的次日零时起，本保险合同效力恢复。自本保险合同效力中止之日起至保险期间届满日止仍未达成协议的，本保险合同效力终止。

对于本保险合同终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

第二十三条 订立保险合同时，保险人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，保险人有权解除本保险合同。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事宜之日起，超过 30 日不行使而消灭。

如果投保人故意不履行如实告知义务，对于本保险合同解除前发生的保险事故，保险人不承担赔付保险金的责任，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，对于本保险合同解除前发生的保险事故，保险人不承担赔付保险金的责任，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，保险人应当承担赔付保险金的责任。

第二十四条 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，不承担赔付保险金的责任，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或者虽未及时通知但不影响保险人确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

第二十五条 被保险人应在本保险合同中约定的医院就诊，若因急诊未在约定的医院就诊的，应在 3 日内通知保险人，并在病情好转后及时转入约定的医院。被保险人未在约定的医院就诊产生的医疗费用，保险人不承担保险责任。

第二十六条 投保人在申请投保时，应将与有效身份证明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：

（一）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保险合同约定投保年龄限制的，保险人有权解除合同，并向投保人退还本保险合同的未满期保险费；

（二）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，在赔付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例赔付；

（三）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的，保险人应当将多收的保险费退还给投保人。

第二十七条 为了保障投保人的合法权益，投保人的住所、通讯地址、电话或电子邮箱等联系方式变更时，投保人应当及时以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。若投保人未以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人，保险人按本保险合同载明的最后住所或通讯地址所发送的有关通知，均视为已送达给投保人。

第二十八条 在本保险合同有效期内，经投保人与保险人协商一致，可以变更本保险合同的有关内容。变更本保险合同的，应当由保险人在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认可的网站等互联网渠道提出对本保险合同进行变更，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。

医疗服务网络与直接付费服务

第二十九条 保险人建立了医疗服务网络，门急诊与住院直付医疗网络有差异，被保险人可登陆保险人官网查询。

（一）在保险期间内，被保险人在保险人或服务提供商的医疗服务网络内的医疗机构接受治疗的，对于保险责任范围内的费用中应由保险人承担部分，保险人或其服务提供商将直接与网络医疗机构结算，无需被保险人先行支付（即“直付医疗服务”）。

被保险人前往本保险合同约定的指定私立医院以及部分支持直付医疗服务的公立医院就诊前，请提前进行预约。发生紧急情况的，被保险人可在就近网络医疗机构接受治疗，但须在开始接受治疗后 48 小时内通知保险人或服务提供商。保险人将对该次治疗是否属紧急情况予以审核。

被保险人前往本保险合同约定的指定私立医院就诊时，保险人有权要求被保险人在网络医疗机构内接受治疗并使用直付医疗服务，被保险人未在网络医疗机构内接受治疗的，保险人不承担给付保险金的责任。

被保险人在中华人民共和国卫生部门审核认定二级及二级以上的公立医院发生的住院及门急诊时，如不适用直付服务的，需要被保险人先自行支付费用，再向保险人进行索赔。

在保险期间内，被保险人在网络医疗机构接受治疗并使用直接付费服务的，对于其发生的不属于保险责任范围的、应由其个人负担但网络医疗机构未向其本人收取的医疗费用，在接到保险人或服务提供商通知后，被保险人应在三十日内向保险人支付相应款项；未在三十日内支付相应款项的，保险人或服务提供商有权向其追偿相应费用。

（二）被保险人前往本保险合同约定的指定私立医院接受下述治疗前，请在预定开始治疗日期前至少五个工作日向保险人或服务提供商提前申请预授权：

- 1、所有住院和手术治疗，特殊门诊治疗；
- 2、大型检查项目（如 CT、MRI、PET 等），单价在人民币 5000 元以上的检查项目；
- 3、购买或租赁耐用医疗设备（雾化设备租赁不在此范围内）；

4、虽不符合上述医疗项目，但预期保险期间内累计医疗费用超过 3 万元的任何治疗、检查项目。

对于被保险人提出的预授权申请，保险人或服务提供商将予以书面回复并有权要求被保险人在网络医疗机构内接受治疗。被保险人应当在收到书面回复后开始接受治疗，保险人或服务提供商要求被保险人在网络医疗机构接受治疗的，被保险人应当予以配合。除另有约定外，被保险人在进行上述治疗前若未获得预授权的，保险人不承担给付保险金的责任。

被保险人获得保险人或服务提供商的书面回复，不意味着其发生的全部医疗费用属于保险责任范围，保险人按照本合同约定承担保险责任。

保险金申请与赔付

第三十条 保险金申请人申请赔付保险金时，应向保险人提交以下材料。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该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担赔付保险金责任。在申请保险金时，按照下列方式办理：

（一）一般住院医疗保险责任、特定疾病和罕见病住院医疗保险责任、质子重离子医疗保险责任、外购药品及外购医疗器械费用医疗保险责任

- 1、保险金给付申请书；
- 2、保险单或保险凭证原件；
- 3、被保险人的有效身份证明；
- 4、保险金申请人的有效身份证明；
- 5、医院出具的医疗诊断书、处方、医疗病历或出院小结、检查检验报告及费用清单；
- 6、医院出具的医疗费用原始凭证和医疗费用结算清单（被保险人享有基本医疗保险或公费医疗保障的，需包含按基本医疗保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿的证明）；
- 7、如被保险人申请外购药品及外购医疗器械费用，还需提供院外药店出具的医疗费用收据原件、医疗费用明细清单；
- 8、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。以上证明和资

料不完整的，保险人将及时一次性通知受益人补充提供有关证明和资料。

（二）院外特种药品费用医疗保险责任

院外特种药品费用医疗保险责任必须按以下流程申请保险金：

1、授权申请

保险金申请人向保险人提交院外特种药品授权申请（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）被保险人的有效身份证明；

（3）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）专科医生开具的特种药品处方；

（5）医院开具的外购药证明；

（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，并需要提供监护人的身份证明等材料。

2、药品处方审核

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，保险人不承担赔付院外特种药品费用医疗保险金的责任。

3、药品购买

特种药品授权申请及特种药品处方首次经保险人审核通过后，保险人将指引保险金申请人，携带有效药品处方、保险金申请人及被保险人的有效身份证明到保险人与保险金申请人确认取药的指定药店自取药品。

非首次购药经保险人审核通过后，保险金申请人可选择去指定药店自取药品或送药上门服务，若选择送药上门服务，保险人将协调药店进行冷链配送到保险金申请人的指定居住地点，保险金申请人收到药品时须提供有效药品处方、保险金申请人及被保险人的有效身份证明。

保险金申请人通过保险人指定药店购买符合本保险合同保险责任的特种药品，将由保险人与保险人指定药店或第三方服务商（见释义六十三）直接结算保险人应承担保险金赔偿部

分的院外特种药品费用，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药品费用。**

（三）基础门急诊医疗保险责任/优选门急诊医疗保险责任

- 1、保险金申请书；
- 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，需提供医疗费用原始单据、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、医疗费用原始单据复印件、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）；

- 5、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、委托人和受托人的有效身份证件等相关证明文件。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。

第三十一条 保险金申请人向保险人请求赔付保险金的诉讼时效适用中华人民共和国法律（**不包括港、澳、台地区法律**）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。

其他事项

第三十二条 当发生下列情形之一时，本保险合同效力终止：

- （一）保险期间届满；
- （二）被保险人身故；
- （三）本保险合同中列明的其他合同解除或终止的情形。

第三十三条 投保人可以申请解除本保险合同，申请解除本保险合同时提供下列证明文件和资料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险单或其他保险凭证原件；
- （三）保险费交付凭证；
- （四）投保人的有效身份证明。

自保险人收到解除合同申请书之日二十四时起或者通知书上载明的合同终止时间（以较晚者为准），本保险合同终止。保险人自收到解除合同申请书之日起 30 日内向投保人退还本保险合同的现金价值（见释义六十四）。

争议处理和法律适用

第三十四条 因履行本保险合同发生的争议，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。

第三十五条 与本保险合同有关的以及履行本保险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）。

释义

第三十六条 本保险合同涉及下列术语时，适用下列释义：

（一）周岁

指按合法的身份证明文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

指与投保人签订本保险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、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、罹患疾病、猝死、自杀/自伤、高原反应、中暑均不属于意外伤害。

（四）医院（适用于“住院医疗保险”）

除另有约定外，指中华人民共和国境内（港、澳及台地区除外）合法经营的二级以上（含二级）属事业单位编制的公立医院（包含公立医院的普通部、特需部、vip 部、国际部或国际医疗中心）以及保险人扩展承保的医疗机构，不包括疗养院、护理院、以康复治疗为主要职能的医疗机构（如康复医院）、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心以及无相应医护人员或设备的二级或三级医院的联合医院或联合病房。

特需部指设立于属事业单位编制的公立医院中，医疗费收费主体为属事业单位编制的公立医院，且产生的医疗费用满足以下条件之一的诊疗部门：

1、在医疗费票据或清单中明确属特需医疗，如包含“特需”、“特需部”、“特需医疗”、“特需门诊”、“特需病房”、“特需床位”等表述；

2、虽然未明确属特需医疗，但相关医疗费用与当地发改委、物价局等医疗服务价格管理部门发布的公立医院医疗服务价格相比有明显升高且部分或全部应当可以经基本医疗保险结算的医疗费项目因医院的原因无法经基本医疗保险结算。

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（适用于“住院医疗保险”）

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；
- 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）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。

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（见释义六十五）普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

对于是否符合通常惯例或是否属于医学必需，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。

（七）床位费（适用于“住院医疗保险”）

指住院期间不超过普通单人间病房（不包括套房）标准的费用。

普通单人间病房指：病房为单间设计，除独立卫生间外无其他隔间。病房设一张病床加独立卫生间的单人病房。

若某一医院的病房有两种或以上符合定义的病房，则应按其中相对床位费较低的病房

计算。

本保险合同中的“床位费”不包括陪床、观察床位、套房和家庭病床的费用,也不包括符合“保险人除外的其他病房”的床位费,具体“保险人除外的其他病房”以保险单载明的清单为准,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。

(八) 陪床费(适用于“住院医疗保险”)

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

(九) 重症监护室床位费(适用于“住院医疗保险”)

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

医学必要指被保险人接受治疗或服务、使用医疗器械或服用药品符合以下全部条件:

- 1、医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需;
- 2、在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需的水平;
- 3、与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致;
- 4、非主要为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他医疗提供方的方便;
- 5、非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关;
- 6、非试验性或研究性。

(十) 膳食费(适用于“住院医疗保险”)

指住院期间,由作为医院内部专门部门的、为住院病人配餐的机构配送的膳食所产生的费用。本项费用仅包括条款约定的医院收取的费用(以收费票据为准)。

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**在病房费**等其他款项内。

(十一) 护理费(适用于“住院医疗保险”)

指住院期间由该医院执业护士根据医嘱所示的护理等级提供医疗护理所发生的护理费用。

(十二) 治疗费(适用于“住院医疗保险”)

指以治疗疾病为目的,提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者的技术劳务费以及相关消耗品的费用,具体以就诊医院的费用项目划分为准。

本项责任不包含如下费用:物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。

物理治疗、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等;其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗等。

(十三) 检查检验费(适用于“住院医疗保险”)

指实际发生的,以诊断疾病为目的,采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用,包括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) 药品费(适用于“住院医疗保险”)

指住院期间实际发生的、合理且必需的、由医院专科医生开具的、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。

(十五) 医疗器械使用费(适用于“住院医疗保险”)

指以治疗疾病为目的,为提供必要的医学手段而购买、租用和使用医疗器械所发生的费用。本项费用仅包括条款约定的医院收取的费用(以收费票据为准)。

(十六) 医生诊疗费(适用于“住院医疗保险”)

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的诊疗费用。

(十七) 手术费(适用于“住院医疗保险”)

指住院期间发生的合理且必要的治疗性手术医疗费用,包括外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费;若因器官移植而发生手术费用,则不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。

(十八) 转院救护车使用费(适用于“住院医疗保险”)

指住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的,根据医生建议,被保险人在不同医院转诊过程中的医院用车费用。

(十九) 肿瘤化学疗法(适用于“住院医疗保险”)

指针对肿瘤的化学治疗。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。本保险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。

(二十) 肿瘤放射疗法(适用于“住院医疗保险”)

指被保险人根据医嘱,在医院的专门科室进行的光子束放射疗法和电子束放射疗法,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。

(二十一) 肿瘤靶向疗法(适用于“住院医疗保险”)

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。本保险合同所指的靶向治疗的药物需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。

（二十二）肿瘤内分泌疗法（适用于“住院医疗保险”）

指针对肿瘤的内分泌疗法，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。本保险合同所指的内分泌治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理局批准用于临床治疗。

（二十三）肿瘤免疫疗法（适用于“住院医疗保险”）

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，促进机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本保险合同所指的肿瘤免疫治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理局批准用于临床治疗。

（二十四）门诊手术（适用于“住院医疗保险”）

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。

（二十五）门诊手术医疗费用（适用于“住院医疗保险”）

指外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。

（二十六）专科医生

指应当同时满足以下四项资格条件：

- 1、具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；
- 2、具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；
- 3、具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；
- 4、在二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

（二十七）初次罹患（适用于“住院医疗保险”）

指自被保险人出生之日起第一次经保险人认可的医院确诊患有某种疾病，而不是指自本保险合同生效之日起或其他某一时间后第一次经保险人认可的医院确诊患有某种疾病。恶性肿瘤——重度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进行放射性疗法或化学药物性疗法的，以首次放疗或化疗日期为恶性肿瘤——重度确诊日期。

（二十八）恶性肿瘤—重度（适用于“住院医疗保险”）

详见附表1 特定疾病清单。

（二十九）指定的医疗机构（适用于“住院医疗保险”）

以保险单中载明的名单为准。保险期间内保险人调整指定医疗机构的，以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知的名单为准。

（三十）质子重离子医疗费用（适用于“住院医疗保险”）

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。

（三十一）药品范围（适用于“住院医疗保险”）

指保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的药品范围，以保险人最新公布信息为准，保险人保留对药品范围进行变更的权利，将根据医疗水平的发展对药品范围进行更新，对于调整后的药品范围，将会在保险人官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

（三十二）指定或认可的药店（适用于“住院医疗保险”）

指保险人授权的第三方服务商提供的药店名单中的药店。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。

保险人保留对上述指定药店名单做出适当调整的权利，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。

（三十三）处方（适用于“住院医疗保险”）

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。

（三十四）外购药品及外购医疗器械清单（适用于“住院医疗保险”）

指保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的药品和医疗器械清单或范围，但不包括本保险合同明确除外的药品和医疗器械，保险人保留对《外购药品及外购医疗器械清单》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。

（三十五）靶向药物（适用于“住院医疗保险”）

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（适用于“住院医疗保险”）

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）指定疾病（适用于“基础门急诊医疗保险责任”）

1、《中华人民共和国传染病防治法》规定的法定传染病：鼠疫、霍乱、传染性非典型肺炎、病毒性肝炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感、麻疹、流行性出血热、狂犬病、流行性乙型脑炎、登革热、炭疽、细菌性和阿米巴性痢疾、伤寒和副伤寒、流行性脑脊髓膜炎、

百日咳、白喉、新生儿破伤风、猩红热、布鲁氏菌病、钩端螺旋体病、血吸虫病、疟疾、新型冠状病毒肺炎、甲型或乙型流感、流行性腮腺炎、风疹、手足口病、黑热病、包虫病、丝虫病，合计 31 种；

2、其他类型的传染病：猴痘、结核病（限肺结核）、急性出血性结膜炎、麻风病、流行性和地方性斑疹伤寒，合计 5 种；

3、其他疾病：肺炎、蛔虫病、中耳炎、幼年型皮炎、肠叠套、急性胃溃疡、过敏性紫癜、新生儿念珠菌病、幼年特发性关节炎，合计 9 种。

（三十八）二级以上（含二级）公立医院普通部（适用于“基础门急诊医疗保险责任”）

除另有约定外，指中华人民共和国境内（港、澳及台地区除外）合法经营的二级以上（含二级）属事业单位编制的公立医院的普通部（不包含公立医院的特需部、vip 部、国际部或国际医疗中心）以及保险人扩展承保的医疗机构普通部，不包括疗养院、护理院、以康复治疗为主要职能的医疗机构（如康复医院）、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心以及无相应医护人员或设备的二级或三级医院的联合医院或联合病房。

特需部：指设立于属事业单位编制的公立医院中，医疗费收费主体为属事业单位编制的公立医院，且产生的医疗费用满足以下条件之一的诊疗部门：

（1）在医疗费票据或清单中明确属特需医疗，如包含“特需”、“特需部”、“特需医疗”、“特需门诊”、“特需病房”、“特需床位”等表述；

（2）虽然未明确属特需医疗，但相关医疗费用与当地发改委、物价局等医疗服务价格管理部门发布的公立医院医疗服务价格相比有明显升高且部分或全部应当可以经基本医疗保险结算的医疗费项目因医院的原因无法经基本医疗保险结算。

保险人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。

（三十九）门（急）诊医疗费用（适用于“门急诊医疗保险”）

指门（急）诊治疗期间发生的必需且合理的医疗费用，包括护理费、检查检验费、诊疗费、治疗费、药品费、门诊手术费。

1、**护理费：**指被保险人在门（急）诊治疗期间根据医嘱所示的护理等级确定的费用；

2、**检查检验费：**指实际发生的、以诊断为目的，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；

3、**诊疗费：**指被保险人在门（急）诊治疗期间发生的经治医生或会诊医生的劳务费用和医疗器械使用费以及消耗品的费用，具体以就诊医院费用项目划分为准；

4、**治疗费：**指以治疗疾病为目的，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，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等，具体以就诊医院费用项目划分为准；

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。

5、**药品费**：指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、复方中药或中成药品，如花旗参，冬虫草，白糖参，朝鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝，红参，琥珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，燕窝，野山参，移山参，珍珠（粉），紫河车，阿胶，阿胶珠，血宝胶囊，红桃K口服液，十全大补丸，十全大补膏等；②部分可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸，海马，胎盘，鞭，尾，筋，骨等；③用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等；

6、**门诊手术费**：指被保险人接受治疗所在地卫生行政部门规定的门诊手术项目的费用，包括手术费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费等；若因器官移植而发生的手术费用，不包括器官本身的费用和获取器官过程的费用。

（四十）**二级以上（含二级）公立医院及保险人扩展承保的医疗机构**（适用于“优选门急诊医疗保险责任”）

除另有约定外，指中华人民共和国境内（港、澳及台地区除外）合法经营的二级以上（含二级）属事业单位编制的公立医院的普通部、特需部、vip部、国际部或国际医疗中心及保险人扩展承保的医疗机构，但不包括如下机构或医疗服务：

- 1、观察室、联合病房、康复病房；
- 2、诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；
- 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。

（四十一）**同城救护车使用费**（适用于“优选门急诊医疗保险责任”）

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。

（四十二）**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。

（四十三）**醉酒**

指每百毫升血液的酒精含量大于或等于 80 毫克。

（四十四）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。

（四十五）酒后驾驶

指依照国家相关法规规定或经公安交通管理部门认定的酒后驾驶机动车的情形。

（四十六）无合法有效驾驶证

指被保险人存在以下情形之一者：

- 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、营运客车或者执行任务的警车、载有危险物品的机动车或牵引挂车的机动车；
- 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、许可证书或其他必备证书，驾驶出租机动车或营业性机动车无交通运输管理部门核发的许可证书或其他必备证书；
- 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。

（四十七）无合法有效行驶证

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。未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

（四十八）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）

指世界卫生组织（WHO）制定的国际统一的疾病分类方法，它根据疾病的病因、病理、临床表现和解剖位置等特性，用一种系统有序的组合编码的方法对疾病进行分类。目前世界通用的是第10次修订本《疾病和有关健康问题的国际统计分类》，（ICD-10）是该分类第10次修订本的简称。

（四十九）先天性畸形、变形或染色体异常

指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定。

（五十）既往症

指在本保险合同生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

（五十一）感染艾滋病病毒或患艾滋病

艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。

艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文缩写为 AIDS。在人体血液或其它样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

（五十二）潜水

指使用辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。

（五十三）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。

（五十四）探险

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。

（五十五）武术比赛

指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。

（五十六）特技表演

指进行马术、杂技、飞车、驯兽等表演。

（五十七）基因疗法

指通过各种手段修复缺陷基因，以减缓或治愈疾病的技术。

（五十八）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。

（五十九）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（指以影像学、解剖学为基础的肿瘤负荷评价标准，由临床研究者、制药行业、影像学专家、美国国立癌症研究所(NCI)、加拿大国立癌症研究所(NCIC)、英国癌症研究网络(NCRN)、欧洲癌症研究和治疗组织(EORTC)共同制定，为国际通行的针对实体肿瘤的疗效评价的标准）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、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（包括：中国临床肿瘤学会（CSCO）、中华医学会血液学分会、中国抗癌协会血液肿瘤专业委员

会、国家卫健委、美国国家综合癌症网络（NCCN）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。

（六十）有效身份证明

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、户口簿等证件。

（六十一）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。

（六十二）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 8 日，则次月的保险费约定支付日为 2022 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 2023 年 5 月 8 日。

（六十三）第三方服务商

指保险人授权的为保险用户提供药事服务的机构。

（六十四）现金价值

指本保险合同所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由保险人退还的那部分金额。

犹豫期内退保的，未到期保险费=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=净保费 \times （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；

若保险费为分期支付的：现金价值=当期净保费 \times （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。

如果保险人根据本保险合同的约定已赔付过保险金，本保险合同的现金价值为零。

（六十五）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。

（六十六）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。

（六十七）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-O-3 不一致的情况，以 ICD-O-3 为准。

（六十八）TNM 分期

指采用 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：指采用目前现行的 AJCC 第八版定义标准，我国国家卫生健康委员会 2018 年发布的《甲状腺癌诊疗规范（2018 年版）》也采用此定义标准，详见附表 2。

（六十九）肢体

指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。

（七十）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。

（七十一）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。

（七十二）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。

（七十三）六项基本日常生活活动

- 1、穿衣：自己能够穿衣及脱衣；
- 2、移动：自己从一个房间到另一个房间；
- 3、行动：自己上下床或上下轮椅；
- 4、如厕：自己控制进行大小便；
- 5、进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；
- 6、洗澡：自己进行淋浴或盆浴。

六项基本日常生活活动能力的鉴定不适用于 0-3 周岁幼儿。

（七十四）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。

（七十五）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。

附表 1：

特定疾病清单

指被保险人初次发生符合下列定义的疾病，或初次接受符合下列定义的手术。该疾病或手术应当由保险人认可的医院的专科医生明确诊断。

本保险合同所定义的特定疾病共有 120 种，其中第 1 至 26 种重大疾病定义为中国保险行业协会与中国医师协会 2020 年联合公布的《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，其他重大疾病由保险人增加，其定义由保险人根据通行的医学标准制定。

以下疾病名称仅供理解使用，具体保障范围以每项疾病具体定义为准。

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（见释义六十六）（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO, World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3（见释义六十七））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（见释义六十八）为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

（3）TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或更轻分期的前列腺癌；

(4) 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

(5) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

(6) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

(7) 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别(核分裂像 $<10/50\text{HPF}$ 和 $\text{ki-67} \leq 2\%$)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，仍遗留下述至少一种障碍：

(1) 一肢(含)以上肢体(见释义六十九)肌力(见释义七十)2级(含)以下；

(2) 语言能力完全丧失(见释义七十一)，或严重咀嚼吞咽功能障碍(见释义七十二)；

(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(见释义七十三)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-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）范畴，并已经引起颅内压升高或神经系统功能损害，出现视乳头水肿或视觉受损、听觉受损、面部或肢体瘫痪、癫痫等，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且须满足下列至少一项条件：

- (1) 已经实施了开颅进行的颅内肿瘤完全或部分切除手术；
- (2) 已经实施了针对颅内肿瘤的放射治疗，如 γ 刀、质子重离子治疗等。

下列疾病不在保障范围内：

- (1) 脑垂体瘤；
- (2) 脑囊肿；
- (3) 颅内血管性疾病（如脑动脉瘤、脑动静脉畸形、海绵状血管瘤、毛细血管扩张症等）。

10、严重慢性肝衰竭

指因慢性肝脏疾病导致的肝衰竭，且须满足下列全部条件：

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

因酗酒或药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。

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，仍遗留下述至少一种障碍：

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

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性（见释义七十四）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。

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。

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。

18、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。

19、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（见释义七十五）IV 级，且静息状态下肺动脉平均压在 36mmHg（含）以上。

20、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。

21、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。

22、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＜ $20 \times 10^9/L$ 。

23、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。

24、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。

25、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。

26、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。

27、严重骨髓增生异常综合征

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

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

(1) 根据 WHO 分型，分型为难治性贫血伴原始细胞增多（RAEB）；

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

疑似病例不在保障范围之内。

28、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。

29、严重肾髓质囊性病

严重肾髓质囊性病的诊断须同时符合下列要求:

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

30、严重原发性心肌病

指因原发性心肌病导致慢性心功能损害造成永久不可逆性的心功能衰竭。心功能衰竭程度达到美国纽约心脏病学会(New York Heart Association, NYHA)心功能状态分级IV级,心超证实左室射血分数 $<30\%$,且持续至少90天。

31、持续植物人状态

指由脑外伤、缺氧持续状态、严重的脑炎或者某种神经毒素造成大脑皮层广泛性损害,而脑干功能相对保留所致的一种丧失生理、意识和交流功能后的临床状态,并且该状态已持续30天以上。患者无法从事主动或者有目的的活动,但保留了躯体生存的基本功能,如新陈代谢、生长发育等。

本疾病须经神经科专科医生明确诊断并证明有永久性神经系统损害,并有头颅断层扫描(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。

因酗酒或药物滥用所致的植物人状态不在保障范围内。

32、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,必须满足下列全部条件:

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

33、重症急性坏死性筋膜炎

指一种由细菌侵入皮下组织和筋膜引起的急性坏死性软组织感染,可伴有毒血症、败血症、中毒性休克、弥漫性血管内凝血及多器官衰竭。须满足下列全部条件:

(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）。

34、经输血导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

被保险人感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）并且满足下列全部条件：

(1) 在本保险合同生效后因输血而感染 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，或者法院终审裁判为医疗责任；

(3) 受感染的被保险人不是血友病患者。

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

任何因其他传播方式（包括但不限于性传播或静脉注射毒品）导致的 HIV 感染不在保障范围内。

35、严重肌营养不良症

由专科医师确认的诊断 Duchenne, Becker, 或 Limb Girdle 肌营养不良症（**所有其他类型的肌营养不良症均不在保障范围内**），已进行了至少 90 天的治疗，并提供肌肉活检和血 CPK 检测证实。

该疾病须导致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，或者导致被保险人永久性的卧床，没有外部帮助无法起床。

36、严重多发性硬化

指因中枢神经系统脱髓鞘疾病，导致不可逆的运动或感觉功能障碍，临床表现为视力受损、截瘫、平衡失调、构音障碍、大小便机能失调等症状。不可逆指运动或感觉功能障碍初次诊断后需持续 180 天以上。须由断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且经相关专科医生确诊疾病 180 天后，仍存在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。

37、严重哮喘

指一种反复发作的严重支气管阻塞性疾病，须经相关专科医生确诊，且须满足下列全部条件：

(1) 过去两年中曾因哮喘持续状态住院治疗，并提供完整住院记录；

(2) 因慢性过度换气导致胸廓畸形；

(3) 体力活动耐受能力显著且持续下降（轻微体力活动即出现呼吸困难，持续至少 6 个月）；

(4) 在家中需要医生处方的氧气治疗法；

(5) 持续日常服用口服类固醇激素治疗持续至少 6 个月。

38、严重心肌炎

指心肌局限性或弥漫性的急性或慢性炎症病变，导致心脏功能障碍，达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级 IV 级，心超证实左室射血分数 $<30\%$ ，且持续至少 90 天。

39、原发性硬化性胆管炎

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

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

因肿瘤或胆管损伤等继发性的硬化性胆管炎不在保障范围内。

40、急性坏死性胰腺炎开腹手术

指被保险人因为急性出血坏死性胰腺炎已经接受了外科开腹手术治疗，以进行坏死组织清除、坏死病灶切除或胰腺切除。

因饮酒所致的急性出血坏死性胰腺炎或经腹腔镜手术进行治疗不在保障范围内。

41、III度房室传导阻滞

指心房激动在房室交界区、房室束及其分支内发生阻滞，不能正常地传到心室的心脏传导性疾病，须满足下列所有条件：

- (1) 心电图显示房室搏动彼此独立，心室率持续 <40 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，且已经放置永久性心脏起搏器。

42、严重肝豆状核变性（或称 Wilson 病）

指由于铜代谢障碍所引起的一种疾病，其特点为肝硬化与双侧脑基底神经节变性同时存在，且须经专科医生通过肝脏活组织检查结果明确诊断，并须满足下列全部条件：

- (1) 临床表现同时包括进行性加剧的肢体震颤、肌强直、吞咽及发音困难和精神异常；
- (2) 角膜色素环（K-F 环）；
- (3) 血清铜和血清铜蓝蛋白同时降低，或尿铜增加；
- (4) 食管静脉曲张；
- (5) 腹水。

43、因职业关系导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

被保险人在其常规职业工作过程中遭遇外伤，或者职业需要处理血液或者其他体液时感

染上人类免疫缺陷病毒（HIV）。须满足下列全部条件：

(1) 感染必须是在被保险人在从事其职业工作中发生，该职业必须属于以下列表内的职业：

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

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

职业限制如下所示：

医生和牙科医生	护士
实验室工作人员	医院护工
医生助理和牙医助理	救护车工作人员
助产士	消防队员
警察	狱警

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

44、特发性慢性肾上腺皮质功能减退

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。须满足下列全部条件：

(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）水平测定大于 100pg/ml；

② 血浆和尿游离皮质醇及尿 17 羟皮质类固醇、17 酮皮质类固醇测定、血浆肾素活性、血管紧张素 II 和醛固酮测定，显示为原发性肾上腺皮质功能减退症；

③ 促肾上腺皮质激素（ACTH）刺激试验显示为原发性肾上腺皮质功能减退症。

(2) 已经采用皮质类固醇替代治疗 180 天以上。

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

45、侵蚀性葡萄胎（或称恶性葡萄胎）

指异常增生的绒毛组织浸润性生长侵入子宫肌层或转移至其他器官或组织的葡萄胎，经组织病理学检查结果明确诊断，并已经进行化疗或手术治疗的。

46、严重脊髓灰质炎

指由于脊髓灰质炎病毒感染所致的瘫痪性疾病，临床表现为运动功能损害或呼吸无力。脊髓灰质炎必须明确诊断。本保险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随意运动功能永久完全丧失的情况予以理赔。肢体随意运动功能永久完全丧失，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，或肢体肌力在 2 级（含）以下。

47、严重 I 型糖尿病

I 型糖尿病的特征为由于胰岛素分泌绝对不足引起严重胰岛素缺乏导致慢性血糖升高，需要依赖外源性胰岛素进行机体的葡萄糖代谢和维持生命。被保险人的 I 型糖尿病必须诊断明确，而且有血胰岛素测定结果异常，及血 C 肽或尿 C 肽测定结果异常，且已经持续性地接受外源性胰岛素注射治疗连续 180 天以上，并须满足下列至少一项条件：

- (1) 已出现增殖性视网膜病变；
- (2) 已经植入心脏起搏器治疗心脏病；
- (3) 因坏疽已切除至少一个脚趾。

48、严重系统性红斑狼疮—（并发）III型或以上狼疮性肾炎

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

本保险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，符合世界卫生组织（WHO，World Health Organization）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。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。

WHO 狼疮性肾炎分型：

I 型	微小病变型
II 型	系膜病变型
III型	局灶及节段增生型
IV 型	弥漫增生型
V 型	膜型
VI型	肾小球硬化型

49、非阿尔茨海默病所致严重痴呆

指因阿尔茨海默病以外的脑的器质性疾病造成大脑进行性、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。

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。

50、严重类风湿性关节炎

指广泛分布的慢性进行性多关节病变，表现为关节严重变形，侵犯至少三个主要关节（腕关节、肘关节、肩关节、踝关节、膝关节、髋关节）或关节组（如手的多个指间、掌指关节，足的多个足趾、跖趾关节等）。类风湿性关节炎须明确诊断，并已达到类风湿性关节炎功能

活动分级（注）IV 级的永久不可逆性关节功能障碍，且须满足下列全部条件：

- (1)晨僵；
- (2)对称性关节炎；
- (3)类风湿性皮下结节；
- (4)类风湿因子滴度升高；
- (5)X 线显示严重的关节（软骨和骨）破坏和关节畸形。

注：类风湿性关节炎功能活动分级：

- I 级：关节功能完整，一般活动无障碍。
- II 级：有关节不适或障碍，但尚能完成一半活动。
- III 级：功能活动明显受限，但大部分生活可自理。
- IV 级：生活不能自理或卧床。

51、胰腺移植

指因胰腺功能衰竭，已经实施了在全身麻醉下进行的胰腺的异体器官移植手术（供体必须是人体器官）。

单纯胰岛移植、部分胰腺组织或细胞的移植不在保障范围内。

52、埃博拉病毒感染

指埃博拉病毒感染导致的烈性传染病，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明确诊断且接受了隔离和治疗，并须满足下列全部条件：

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

53、破裂脑动脉瘤夹闭手术

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

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

54、丝虫病所致象皮肿

指因丝虫感染导致淋巴管阻塞而造成身体组织出现严重淋巴水肿，达到国际淋巴学会淋巴水肿分期第III期，其临床表现为肢体非凹陷性水肿伴畸形增大，硬皮症及疣状增生。本疾病须经专科医生根据临床表现和微丝蚴的化验结果明确诊断。

由性接触传染的疾病、创伤、手术后疤痕、充血性心力衰竭或先天性淋巴系统异常引起的淋巴水肿，以及急性淋巴管炎或其他原因引起的淋巴水肿不在保障范围内。

55、嗜铬细胞瘤切除

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，且须满足以下全部条件：

- (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。

56、严重系统性硬化病（硬皮病）

指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。本疾病须经专科医生明确诊断，并须满足下列全部条件：

- (1) 由活检和血清学证据支持；
- (2) 疾病已经影响到肺脏、心脏或肾脏等内脏器官并且达到下列标准之一：

①肺脏：已造成肺脏纤维化，并同时出现肺动脉高压和肺心病；

②心脏：心脏功能衰竭程度达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级 IV 级；

③肾脏：已造成肾脏损害，并出现肾功能衰竭，达到尿毒症期。

局限性硬皮病、嗜酸细胞筋膜炎和 CREST 综合征不在保障范围内。

57、疯牛病

一种由动物传染而来的中枢神经系统变性性疾病，大脑呈海绵状改变伴神经元缺失和胶质化。临床表现为进行性痴呆、不随意运动及抽搐、行动困难等。疯牛病必须由权威医疗机构根据致病蛋白的发现而明确诊断。

58、严重慢性复发性胰腺炎

指有腹痛等典型症状的胰腺炎反复发作，导致胰腺进行性破坏，并导致胰腺功能紊乱而导致严重糖尿病以及营养不良、恶液质。CT 检查证实胰腺存在广泛钙化，且必须接受酶替代以及胰岛素替代治疗 6 个月以上。诊断必须由消化科专科医生确诊。

酒精导致的慢性复发性胰腺炎不在保障范围内。

59、严重幼年型类风湿性关节炎

指小儿及青少年时期的一种全身结缔组织病。可表现为弛张热、皮疹、关节炎、脾肿大、淋巴结肿大、浆膜炎、体重减轻、中性粒细胞增多等，全身症状可以先于关节炎出现。本项疾病须经儿科类风湿病专家出具医学诊断证明，保障仅限于症状持续 6 个月以上，并因病情严重在专科医生的建议下已接受以治疗为目的的膝或髋关节的置换手术。

其他类型的儿童类风湿性关节炎不在保障范围内。

60、溶血性链球菌引起的坏疽

包围肢体或躯干的浅筋膜和/或深筋膜受到溶血性链球菌的感染，病情在短时间内急剧恶化，且已经立刻进行了手术及清创术。最后的诊断必须由微生物或病理学专家进行相关检查后证实。

61、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。经心脏专科医生明确诊断，且须满足下列全部条件：

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

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

①胸骨正中切口；

②双侧前胸切口；

③左前胸肋间切口。

经胸腔镜、胸壁打孔进行的手术、心包粘连松解手术不在保障范围内。

62、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**。诊断必须由专科医生通过检验结果证实，检查包括超声心动图、数字减影血管造影，磁共振扫描及磁共振血管造影或心导管检查的证明，并实际实施了紧急修补手术。

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。

63、严重大动脉炎

指经心脏或血管外科专科医生确诊的大动脉炎，须满足下列全部条件：

(1) 红细胞沉降率及 C 反应蛋白高于正常值；

(2) 超声检查、CTA 检查或血管造影检查证实主动脉及其主要分支存在狭窄，管腔堵塞 75%以上；

(3) 已经针对狭窄的动脉进行了手术治疗。

64、严重川崎病

一种血管炎综合征，临床表现为急性发热，皮肤粘膜病损和淋巴结肿大。本疾病须经专科医生明确诊断，同时须由血管造影或者超声心动图检查证实，满足下列至少一项条件：

(1) 伴有冠状动脉瘤，且冠状动脉瘤于最初急性发病后持续至少 180 天；

(2) 伴有冠状动脉瘤，且实际接受了对冠状动脉瘤进行的手术治疗。

65、艾森门格综合征

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

(1) 平均肺动脉压高于 40mmHg；

(2) 肺血管阻力高于 3mmHg/L/min (Wood 单位)；

(3) 正常肺毛细血管楔压低于 15mmHg。

66、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保障的衡量指标。**

67、肺源性心脏病

指因慢性肺部疾病导致慢性心功能损害造成永久不可逆性的心功能衰竭。心功能衰竭程度至少达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级IV级，并须满足下列全部条件：

(1) 静息状态下肺动脉平均压超过 36mmHg，心超证实右心室肥大；

(2) 心功能不全的症状要求持续至少 90 天。

68、Brugada 综合征

指由心脏科专科医生根据临床症状和典型心电图表现，明确诊断为 Brugada 综合征。经专科医生判断认为医疗必须安装且实际已安装永久性心脏除颤器。

69、严重感染性心内膜炎

指因细菌、真菌和其他微生物（如病毒、立克次体、衣原体、螺旋体等）直接感染而产生心瓣膜或心室壁内膜的炎症，须经心脏专科医生确诊，并符合以下所有条件：

(1) 血液培养测试结果为阳性，并至少符合以下条件之一：

①微生物：在赘生物，栓塞的赘生物或心脏内脓肿培养或组织检查证实有微生物；

②病理性病灶：组织检查证实赘生物或心脏内脓肿有活动性心内膜炎；

③分别两次血液培养证实有典型的微生物且与心内膜炎符合；

④持续血液培养证实有微生物阳性反应，且与心内膜炎符合。

(2) 心内膜炎引起中度心瓣膜关闭不全（指返流指数 20%或以上）或中度心瓣膜狭窄（指心瓣膜开口范围小于或等于正常的 30%）；

(3) 心内膜炎及心瓣膜损毁程度需经由心脏专科医生确诊。

70、骨髓纤维化

指一种因纤维组织取代正常骨髓从而导致贫血、白血球及血小板含量过低及脾脏肿大的疾病。病况必须恶化至永久性且严重程度导致被保险人需最少每月进行输血。此病症须由专科医生明确诊断，并须提供骨髓穿刺检查诊断报告。

71、重症手足口病

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

经儿科专科医生确诊为患有手足口病，且血清相关病毒 IgM 抗体阳性或特异性核酸检查肠道病毒阳性，并伴有下列三项中的任意一项并发症：

(1) 有脑膜炎或脑炎并发症，并出现中枢神经系统受损症状：喷射性呕吐、肢体抖动、肌无力、颈项强直或意识障碍，且导致瘫痪的临床表现及实验室检查证据；

(2) 有肺炎或肺水肿并发症，且导致呼吸衰竭的临床表现及实验室检查证据；

(3) 有心肌炎并发症，且导致心脏扩大或心力衰竭的临床表现及实验室检查证据。

72、严重胃肠炎

指以严重的腹泻、便血和肠段坏死为特征的胃肠道严重感染，被保险人已实施了大肠或小肠的一处或多处手术切除，且经病理检查证实存在严重感染和坏死。

73、亚历山大病

是一种遗传性中枢神经系统退行性病变，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。须满足疾病确诊 180 天后仍存在自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上的条件。

保险人承担本项疾病责任不受本保险条款“第八条”中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

74、肺淋巴管肌瘤病

是一种弥漫性肺部疾病，主要病理改变为肺间质、支气管、血管和淋巴管内出现未成熟的平滑肌异常增生，同时须满足下列全部条件：

(1) 经组织病理学诊断；

(2) CT 显示双肺弥漫性囊性改变；

(3) 血气提示低氧血症。

75、胆道重建术

指因疾病或胆道创伤导致接受涉及胆总管小肠吻合术的胆道重建手术。手术必须在专科医生认为是医疗所需的情况下进行。

胆道闭锁并不在保障范围内。

76、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。

77、严重自身免疫性肝炎

指一种原因不明的慢性肝脏的坏死炎性疾病，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。须满足以下全部条件：

(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) 肝脏活检证实免疫性肝炎；

(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。

78、严重癫痫

诊断须由神经科或儿科专科医生根据典型临床症状和脑电图及断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）、正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查做出。须提供 6 个月以上的相关病历记录证明被保险人存在经抗癫痫药物治疗无效而反复发作的强直阵挛性发作或癫痫大发作，且已行神经外科手术以治疗反复发作的癫痫。

发热性惊厥以及没有全身性发作的失神发作（癫痫小发作）不在保障范围内。

79、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。须满足下列全部条件：

(1) 脊髓小脑变性症必须由专科医生明确诊断，并有以下证据支持：

① 影像学检查证实存在小脑萎缩；

② 临床表现存在共济失调、语言障碍和肌张力异常。

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

80、开颅手术

被保险人因疾病已实施全麻下的开颅手术，**不包括颅骨钻孔手术和经鼻蝶窦入颅手术。**

理赔时必须提供由专科医生出具的诊断书及手术证明。

因外伤而实施的脑外科手术不在保障范围之内。

81、进行性核上性麻痹

指一种隐袭起病、逐渐加重的神经系统变性疾病。**必须由三级甲等医院的神经内科专科医生确诊**，并且被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

82、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。须满足下列全部条件：

(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。

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。

83、急性弥漫性血管内凝血

指血液凝固系统和纤溶系统的过度活动导致微血管血栓形成、血小板及凝血因子耗竭和严重出血，需要输注血浆和浓缩血小板进行治疗。诊断应同时符合如下条件：

(1) 突发性起病，一般持续数小时或数天；

(2) 严重的出血倾向；

(3) 伴有休克；

(4) 由专科医生明确诊断；

(5) 实际实施了血浆或浓缩血小板进行治疗。

84、出血性登革热

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。须经专科医生明确诊断，并须出现下列一种或多种严重登革热的临床表现：

(1) 血浆渗漏致休克或胸腔积液伴呼吸困难；

(2) 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**；

(3) 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。

85、多处臂丛神经根性撕脱

指由于疾病或意外伤害导致至少两根臂丛神经根性撕脱，造成永久不可逆性的手臂感觉功能与运动功能完全丧失。须由专科医生明确诊断，并且有电生理检查结果证实。

86、严重面部烧伤

指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤的面积达到面部表面积的 80% 或者 80% 以上。

87、严重瑞氏综合征（Reye 综合征，也称赖氏征，雷氏综合征）

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。此症必须由专科医生经肝脏活检明确诊断，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。

88、成骨不全症第三型

成骨不全症第三型须同时符合下列所有条件：

- (1) 就成骨不全症第三型之诊断进行的皮肤切片的病理检查结果为阳性；
- (2) X 光片结果显示多处骨折及逐步脊柱后侧凸畸形；
- (3) 有证明是因此疾病引致发育迟缓及听力损伤；
- (4) 由儿科专科医生明确诊断。

89、室壁瘤切除手术

指被明确诊断为左室室壁瘤，并且实际接受了切开心脏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。

90、败血症导致的多器官功能障碍综合症

指败血症导致的一个或多个器官系统生理功能障碍，因该疾病住院至少 96 小时，并至少满足以下一条标准：

- (1) 呼吸衰竭，需要进行气管插管机械通气；
- (2) 凝血血小板计数 $< 50 \times 10^9/L$ ；
- (3) 肝功能不全，胆红素 $> 6\text{mg/dl}$ 或 $> 102 \mu\text{mol/L}$ ；
- (4) 已经应用强心剂；
- (5) 昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级（GCS, Glasgow Coma Scale）结果为 9 分或 9 分以下；
- (6) 肾功能衰竭，血清肌酐 $> 300 \mu\text{mol/L}$ 或 $> 3.5\text{mg/dl}$ 或尿量 $< 500\text{ml/d}$ ；
- (7) 败血症有血液检查证实。

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

91、严重原发性轻链型淀粉样变性（AL 型）

是一种多系统受累的单克隆浆细胞病。须满足下列全部条件：

- (1) 须经保险人认可医院的肾脏或血液科专科医生确诊；
- (2) 组织活检可见无定形粉染物质沉积，且刚果红染色阳性（偏振光下呈苹果绿色双折光）；
- (3) 沉积物经免疫组化、免疫荧光、免疫电镜或质谱蛋白质组学证实为免疫球蛋白轻链沉积；
- (4) 具有受累器官的典型临床表现和体征，至少出现下列二项异常：

④肾脏：出现大量蛋白尿或表现为肾病综合征，24 小时尿蛋白定量 $>0.5\text{g}$ ，以白蛋白为主；

⑤心脏：心脏超声平均心室壁厚度 $>12\text{mm}$ ，排除其他心脏疾病，或在无肾功能不全及心房颤动时 N 末端前体脑钠肽（NT-proBNP） $>332\text{ng/L}$ ；

⑥肝脏：肝上下径（肝叩诊时锁骨中线上量得的肝上界到肝下界的距离） $>15\text{cm}$ ，或碱性磷酸酶超过正常上限的 1.5 倍；

⑦外周神经：临床出现对称性的双下肢感觉运动神经病变；

⑧肺：影像学提示肺间质病变。

非 AL 型的淀粉样变性不在保障范围内。

92、脑型疟疾

恶性疟原虫严重感染导致的严重中枢神经系统感染，并伴有高烧、谵妄、昏迷、癫痫发作、神经系统后遗症等。须经专科医生明确诊断并住院治疗，且血液涂片或骨髓涂片上存在恶性疟原虫。

93、进行性多灶性白质脑病

是一种亚急性脱髓鞘性脑病，常常发现于免疫缺陷的病人。须经专科医生根据脑组织活检明确诊断。且疾病确诊 180 天后仍遗留下列至少一种障碍：

（1）一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；

（2）语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；

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

感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患进行性多灶性白质脑病不在保障范围内。

94、神经白塞病

白塞病是一种慢性全身性血管炎症性疾病，主要表现为复发性口腔溃疡、生殖器溃疡、眼炎及皮肤损害，并可累及大血管、神经系统、消化道、肺、肾等。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。须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上的条件。

95、疾病或外伤所致智力障碍

因严重头部创伤或疾病造成被保险人智力中度及以上低常（智力低于常态）。根据智商（IQ），智力低常分为轻度（IQ50-70）、中度（IQ35-50）、重度（IQ20-35）和极重度（IQ <20 ）。智力低常程度须达到中度及以上，即 IQ ≤ 50 。智商的检测必须由专职心理测验工作者进行，心理测验工作者必须持有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）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；

(2) 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程度达到中度、重度或极重度，即 $IQ \leq 50$ ；

(3) 被保险人的智力低常自确认日起持续 180 天以上。

96、破伤风

指破伤风梭菌经由皮肤或黏膜伤口侵入人体，在缺氧环境下生长繁殖，产生毒素而引起肌痉挛的一种特异性感染。须经专科医生明确诊断。

97、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。

98、严重气性坏疽

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，且须同时符合下列要求：

- (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。

99、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。

100、范可尼综合征

也称 Fanconi 综合征，指近端肾小管的功能异常引起的一组症候群。须经专科医生明确诊断，且须满足下列至少两项条件：

- (1) 尿液检查出现肾性糖尿、全氨基酸糖尿或磷酸盐尿；
- (2) 血液检查出现低磷血症、低尿酸血症或近端肾小管酸中毒；
- (3) 出现骨质疏松、骨骼畸形或尿路结石；
- (4) 通过骨髓片、白细胞、直肠黏膜中的结晶分析或裂隙灯检查角膜有胱氨酸结晶。

101、原发性噬血细胞综合征

噬血细胞综合征又称噬血细胞性淋巴组织细胞增生症（hemophagocytic lymphohistiocytosis, HLH），是一组由多种病因诱发细胞因子“瀑布式”释放，组织病理学以组织细胞增生伴随其吞噬各种造血细胞为特征的综合征。

本疾病须符合下列条件中的至少三项，并且经专科医生认可有必要进行异体骨髓移植手术：

(1) 分子生物学诊断出现特异性的基因突变；

(2) 铁蛋白 $>500\mu\text{g/L}$ ；

(3) 外周血细胞减少，至少累及两系， $\text{Hb}<90\text{g/L}$ ，新生儿 $\text{Hb}<100\text{g/L}$ ， $\text{PLTS}<100\times 10^9/\text{L}$ ，中性粒细胞 $<1.0\times 10^9/\text{L}$ ；

(4) 骨髓、脑脊液、脾脏及淋巴结等之特征性噬血细胞增加，无恶性肿瘤的证据；

(5) 可溶性 CD25 $\geq 2400\text{U/ml}$ 。

任何其他病因导致的继发性噬血细胞综合征不在保障范围内。

保险人承担本项疾病责任不受本保险条款第八条中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

102、特发性脊柱侧弯的矫正手术

指被保险人因特发性脊柱侧弯，实际实施了对该病的矫正外科手术。但由于先天性脊柱侧弯以及其他疾病或意外导致的继发性脊柱侧弯而进行的手术治疗不在保障范围内。

103、细菌性脑脊髓膜炎

指因脑膜炎双球菌感染引起脑脊髓膜化脓性病变，且导致永久性神经损害，并且脑脊液检查显示脑膜炎双球菌阳性。

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

104、严重甲型及乙型血友病

被保险人必须是患上严重甲型血友病（缺乏Ⅷ凝血因子）或严重乙型血友病（缺乏Ⅸ凝血因子），而凝血因子Ⅷ或凝血因子Ⅸ的活性水平少于百分之一。诊断必须由血液病专科医生确认。

保险人承担本项疾病责任不受本保险条款第八条中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

105、严重心脏衰竭心脏再同步治疗（CRT）

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

(1) 心功能衰竭程度达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级Ⅲ级及以上；

(2) 左室射血分数低于 35%；

(3) 左室舒张末期内径 $\geq 55\text{mm}$ ；

(4) QRS 时间 $\geq 130\text{msec}$ ；

(5) 药物治疗效果不佳，仍有呼吸困难、肝脏肿大、发绀、下垂性水肿、肺水肿和胸腹水的临床表现。

106、席汉氏综合征

指因产后大出血并发休克、全身循环衰竭和弥漫性血管内凝血，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，需终身激素替代治疗以维持身体功能。须满足下列全部条件：

- (1) 产后大出血休克病史；
- (2) 影像学检查证实脑垂体严重萎缩或消失；
- (3) 持续服用各种替代激素超过一年；
- (4) 实验室检查证实须满足下列全部条件：

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、促卵泡激素、促黄体生成素和催乳激素）；

②性激素、甲状腺素、肾上腺皮质激素全面低下。

107、大面积植皮手术

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

108、严重脊髓血管病后遗症

指脊髓血管阻塞或破裂出血引起的脊髓功能障碍，导致永久不可逆的神经系统功能损害。须经专科医生确诊 180 天后，仍存在自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上的条件。

109、严重特发性肺纤维化

指一种原因不明的、进行性的、局限于肺部的以纤维化伴蜂窝状改变为特征性疾病，表现为呼吸困难、咳嗽咳痰、消瘦、乏力，终末期可出现呼吸衰竭和右心衰竭体征。本疾病须经专科医生明确诊断，并经外科肺活检病理证实或高分辨率 CT（HRCT）证实为典型的普通型间质性肺炎（UIP），并且静息状态下肺动脉平均压超过 36mmHg。

110、严重的脊髓空洞症或严重的延髓空洞症

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。临床表现为感觉异常、肌萎缩及神经营养障碍。脊髓空洞症累及延髓称为延髓空洞症，临床表现为延髓麻痹。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至少一条件：

- (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。

先天性脊髓空洞症不在保障范围内。

111、肺孢子菌肺炎

指由肺孢子菌引起的间质性浆细胞性肺炎，且满足下列全部条件：

- (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，超过基值的 170%；
- (5) 动脉血氧分压（PaO₂）<60mmHg，动脉血二氧化碳分压（PaCO₂）>50mmHg。

112、急性肺损伤（ALI）或急性呼吸窘迫综合征（ARDS）

一种表现为无心脏衰竭的肺水肿，为创伤、脓毒血症等临床多种疾病的并发症，造成多器官衰竭，死亡率高。急性肺损伤或急性呼吸窘迫综合征必须由呼吸系统专科医师诊断，被保险人理赔时年龄在 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) PaO₂/FiO₂（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) 临床无左心房高压表现。

113、心脏粘液瘤开胸切除术

指为治疗心脏粘液瘤及其伴发的心脏疾病，实际实施了经开胸开心入路的心脏粘液瘤切除术。

经导管介入手术及其他非开胸的介入手术不在保障范围内。

114、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。

115、溶血性尿毒综合征

指由多种病因引起的血管内溶血的微血管病，临床以溶血性贫血、血小板减少和急性肾衰竭为特点。须满足下列至少三项条件：

- (1) 外周血化验提示：
 - ① 血小板计数 $\leq 20 \times 10^9/L$ ；
 - ② 网织红细胞增多；
 - ③ 血红蛋白计数 $\leq 6g/dL$ ；
 - ④ 白细胞计数 $\geq 20 \times 10^9/L$ ；
- (2) 急性肾衰竭，实验室检查提示：血肌酐（Scr） $\geq 442 \mu mol/L$ 或 GFR 肾小球滤过率

≤25ml/min;

(3) 经肾组织病理活检确诊，表现为肾脏微血管病变、微血管栓塞；

(4) 实际实施了血浆置换治疗或透析治疗。

自身免疫性溶血性贫血不在保障范围内。

116、特定的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。

特定的横贯性脊髓炎后遗症指诊断为横贯性脊髓炎且已经造成永久不可逆的神经系统功能障碍。该疾病须经专科医生明确诊断，且须满足疾病确诊 180 天后仍存在自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上的条件。

117、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%。

118、重度面部毁损

因意外伤害导致面部瘢痕畸形，须满足下列三项或以上条件：

(1) 双侧眉毛完全缺失；

(2) 双睑外翻或者完全缺失；

(3) 双侧耳廓完全缺失；

(4) 外鼻完全缺失；

(5) 上、下唇外翻或者小口畸形；

(6) 颈粘连 (中度以上)：即颈部后仰及旋转受到限制，饮食、吞咽有所影响，不流涎，下唇前庭沟并不消失，能闭合。

119、严重肾上腺脑白质营养不良

是一种脂质代谢障碍病，由于体内缺乏过氧化物酶而致长链脂肪酸在体内沉积，造成脑白质和肾上腺皮质破坏。主要表现为情感障碍、运动功能障碍、肾上腺皮质功能减退等。须满足下列全部条件：

(1) 血浆极长链脂肪酸升高；

(2) 颅脑磁共振具有特征性改变，LOES 分数 (The X-ALD MRI Severity Scale) 大于等于 14；

(3) 疾病确诊 180 天后仍存在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。

保险人承担本项疾病责任不受本保险条款第八条中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

120、严重继发性肺动脉高压

继发性肺动脉压力持续增高，导致右心室肥厚，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级 IV 级。须由心脏专科医生确诊，并且心导管检查报告显示静息状态下肺动脉平均压超过 36mmHg。

所有先天性心脏疾病直接或间接引起的肺动脉高压不在保障范围内。

附表 2:

罕见病清单

指被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的 10 种疾病，应当由专科医生明确诊断。

以下疾病名称仅供理解使用，具体保障范围以每项疾病具体定义为准。

1、C 型尼曼匹克病

指一种主要表现为肝脾肿大、各种神经功能障碍以及鞘磷脂贮积的多系统受累疾病，也被称为鞘磷脂胆固醇脂沉积症。C 型尼曼匹克病是因 NPC1 或 NPC2 基因突变导致胆固醇转运障碍所致，需经成纤维细胞 Filipin 染色或基因突变分析确诊。

2、骨生长不全症

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。只保障 III 型成骨不全的情形。其主要临床特点有：发展迟缓、多发性骨折、进行性脊柱后侧凸及听力损害。III 型成骨不全的诊断必须根据身体检查，家族史，X 线检查和皮肤活检报告资料确诊。

保险人承担本项疾病责任不受本保险条款第八条中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

3、肝豆状核变性

肝豆状核变性是一种可能危及生命的铜代谢疾病，以铜沉积造成的渐进性肝功能损害及/或神经功能恶化为特征。必须由本公司认可医院的专科医生通过肝脏活组织检查结果确定诊断并配合螯合剂治疗持续至少 6 个月。

4、严重戈谢病

是一种常染色体隐性遗传的溶酶体贮积病,以葡萄糖脑苷脂在巨噬细胞溶酶体贮积导致多器官受累为表现特征。须根据葡萄糖脑苷脂酶活性检测明确诊断,且实际实施了脾脏切除手术或造血干细胞移植术。

保险人承担本项疾病责任不受本保险条款第八条中“遗传性疾病,先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

5、严重法布里病

指一种罕见的 X 连锁遗传性疾病,由于 X 染色体长臂中段编码 α -半乳糖苷酶 A (α -Gal A) 的基因突变,导致 α -半乳糖苷酶 A 结构和功能异常,使其代谢底物三己糖神经酰胺 (Globotriaosylceramide, GL-3) 和相关鞘糖脂在全身多个器官内大量堆积所导致的临床综合征。须根据基因检测明确诊断,且须满足下列至少一项条件:

- (1) 中枢神经系统受累,存在缺血性脑卒中;
- (2) 肾脏器官受累, GFR 肾小球滤过率 $<30\text{ml/min}$ 或 CCR 内生肌酐清除率 $<30\text{ml/min}$, 血肌酐 $\geq 5\text{mg/dL}$ 或 $\geq 442\text{ mol/L}$;
- (3) 冠状动脉受累导致心肌缺血、心脏瓣膜病变或肥厚性心肌病。

保险人承担本项疾病责任不受本保险条款第八条中“遗传性疾病,先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

6、严重黏多糖贮积症

指一种进行性多系统受累的溶酶体贮积病,以面容异常、骨骼畸形、肝脾增大、心脏病变等为表现特征,须根据酶活性测定或基因突变分析明确诊断,且造成被保险人智力低常(智力低于常态)。根据智商 (IQ) 智力低常分为轻度 (IQ50-70)、中度 (IQ35-50)、重度 (IQ20-35) 和极重度 (IQ <20),智力低常应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。智商的检测须由保险人认可医院的专职心理测验工作者进行,心理测验工作者必须持有心理测量专业委员会资格认定书。智力低常自确诊日起持续 180 天以上。

保险人承担本项疾病责任不受本保险条款第八条中“遗传性疾病,先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

7、严重糖原累积病 II 型

指一种因糖原代谢异常,大量沉积于组织中而致病的常染色体隐性遗传病。以肝大、低血糖、肌无力、发育受限等为表现特征。根据 GAA 酶活性检测或基因检测明确诊断,需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者三项以上的条件。

保险人承担本项疾病责任不受本保险条款第八条中“遗传性疾病,先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

8、范科尼贫血

指一种表现为血细胞减少、躯体畸形、智力发育障碍的遗传性再生障碍性贫血。须经保险人认可的医院专科医生明确诊断,且已经接受了雄激素或粒细胞集落刺激因子的治疗。

保险人承担本项疾病责任不受本保险条款第八条中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

9、严重朗格汉斯细胞组织细胞增生症

指一组多表现为皮肤、骨质损害等的组织细胞增生性疾患。根据病理检查明确诊断，并且累及全身多系统及进行了联合化疗（注：非放射治疗）。

保险人承担本项疾病责任不受本保险条款第八条中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

10、严重婴儿进行性脊肌萎缩症

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

保险人承担本项疾病责任不受本保险条款第八条中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

附表 3:

甲状腺癌的 TNM 分期

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

甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hürthle 细胞癌和未分化癌

pTx：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 ≤ 2 cm

T_{1a} 肿瘤最大径 ≤ 1 cm

T_{1b} 肿瘤最大径 > 1 cm, ≤ 2 cm

pT₂: 肿瘤 2~4cm

pT₃: 肿瘤 > 4 cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}: 肿瘤 > 4 cm, 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