



请扫描以查询验证条款

泰康健康尊享 C 款医疗保险条款

阅读指引

本阅读指引有助于您理解条款，对本合同内容的解释凡条款已有约定的，以条款约定为准。



您拥有的重要权益

- ❖ 在犹豫期内您若要求解除合同，我们仅扣除工本费..... 1.4
- ❖ 本合同提供的保障在保险责任条款中列明..... 2.5
- ❖ 您有解除合同的权利..... 5.1



您应当特别注意的事项

- ❖ 本合同的保险期间为1年..... 2.3
- ❖ 本合同设有等待期..... 2.4
- ❖ 我们给付保险金时遵循补偿原则..... 2.6
- ❖ 在某些情况下，我们不承担保险责任..... 2.7
- ❖ 保险事故发生后，请您及时通知我们..... 3.2
- ❖ 您有如实告知的义务..... 6.1
- ❖ 本合同对重大疾病进行了明确定义，请您仔细阅读..... 7
- ❖ 我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请您注意..... 8



条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本条款。



条款目录

- | | | |
|----------------------------|-----------------|----------------------|
| 1. 您与我们订立的合同 | 6.5 联系方式变更 | 8.29 先天性畸形、变形和染色体异常 |
| 1.1 合同构成 | 6.6 争议处理 | 8.30 感染艾滋病病毒或者患艾滋病 |
| 1.2 合同成立及生效 | 6.7 保险事故鉴定 | 8.31 康复治疗 |
| 1.3 投保年龄 | 7. 重大疾病定义 | 8.32 牙齿治疗 |
| 1.4 犹豫期 | 8. 释义 | 8.33 醉酒 |
| 2. 我们提供的保障 | 8.1 合法有效 | 8.34 毒品 |
| 2.1 保障计划 | 8.2 周岁 | 8.35 酒后驾驶 |
| 2.2 年度给付限额 | 8.3 有效身份证件 | 8.36 无合法有效驾驶证驾驶 |
| 2.3 保险期间 | 8.4 意外伤害 | 8.37 无合法有效行驶证 |
| 2.4 等待期 | 8.5 住院 | 8.38 机动车 |
| 2.5 保险责任 | 8.6 同一次住院 | 8.39 潜水 |
| 2.6 补偿原则 | 8.7 保险期间内累计 | 8.40 攀岩 |
| 2.7 责任免除 | 8.8 医院 | 8.41 探险 |
| 3. 保险金的申请 | 8.9 初次确诊 | 8.42 武术比赛 |
| 3.1 受益人 | 8.10 主要诊断 | 8.43 特技表演 |
| 3.2 保险事故通知 | 8.11 符合通常惯例 | 8.44 质子治疗 |
| 3.3 保险金申请 | 8.12 医学必需 | 8.45 重离子治疗 |
| 3.4 保险金给付 | 8.13 住院医疗费用 | 8.46 专科医生 |
| 4. 保险费的交纳 | 8.14 门诊医疗费用 | 8.47 首两次续保 |
| 4.1 保险费的交纳 | 8.15 化学疗法 | 8.48 现金价值 |
| 4.2 保险费率调整 | 8.16 放射疗法 | 8.49 净保险费 |
| 4.3 续保 | 8.17 肿瘤免疫疗法 | 8.50 肢体机能完全丧失 |
| 4.4 新续保合同交费期 | 8.18 肿瘤内分泌疗法 | 8.51 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失 |
| 4.5 保障计划变更 | 8.19 肿瘤靶向疗法 | 8.52 六项基本日常生活活动 |
| 4.6 社会基本医疗保险或者公费
医疗状态变更 | 8.20 肾透析 | 8.53 永久不可逆 |
| 5. 合同解除 | 8.21 门急诊医疗费用 | 8.54 床位费及膳食费 |
| 5.1 您解除合同的手续及风险 | 8.22 医疗保险金的计算方法 | 8.55 监护人陪护床位费 |
| 6. 其他需要关注的事项 | 8.23 社会基本医疗保险 | 8.56 重症监护室床位费 |
| 6.1 明确说明与如实告知 | 8.24 公费医疗 | 8.57 药品费 |
| 6.2 年龄性别错误 | 8.25 中国境外 | 8.58 治疗费 |
| 6.3 职业或者工种确定与变更 | 8.26 既往症 | 8.59 护理费 |
| 6.4 合同内容变更 | 8.27 医生 | 8.60 检查化验 |
| | 8.28 遗传性疾病 | |

- 8.61 手术费
- 8.62 医生费（诊疗费）
- 8.63 材料费
- 8.64 器官移植费
- 8.65 救护车使用费
- 8.66 手术植入材料
- 8.67 护士

泰康人寿保险有限责任公司

泰康健康尊享 C 款医疗保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指在保险单上签章的泰康人寿保险有限责任公司的分公司，“本合同”指您与我们之间订立的“泰康健康尊享 C 款医疗保险合同”，“被保险人”指本合同的被保险人，投保人、被保险人的姓名在保险单上载明。

1. 您与我们订立的合同

- 1.1 **合同构成** 本合同是您与我们约定保险权利义务关系的协议，包括本保险条款、保险单或者其他保险凭证、投保单、与本合同有关的投保文件、**合法有效**（见 8.1）的声明、批注、批单及其他您与我们共同认可的书面或者电子协议。
- 1.2 **合同成立及生效** 您提出保险申请且我们同意承保，本合同成立。
本合同的成立日、生效日以保险单记载的日期为准。
- 1.3 **投保年龄** 投保年龄指您投保时被保险人的年龄，以**周岁**（见 8.2）计算。
- 1.4 **犹豫期** 自您签收本合同的次日零时起，有 **10 日¹**的犹豫期。在此期间，请您认真审视本合同，如果您认为本合同与您的需求不相符，您可以在此期间提出解除本合同，我们将在扣除不超过 10 元的工本费后向您无息退还保险费。
解除本合同时，您须填写解除合同申请书，并提供本合同、您的**有效身份证件**（见 8.3）及您所交保险费的发票。自我们收到您的解除合同申请书时起，本合同即被解除，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任。
您首次投保或者中断后再次投保本合同时有犹豫期，续保没有犹豫期。

2. 我们提供的保障

- 2.1 **保障计划** 本合同的保障计划由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。
- 2.2 **年度给付限额** 本合同的年度给付限额根据您和我们约定的保障计划确定，并在保险单上载明。
- 2.3 **保险期间** 本合同的保险期间为 1 年，自本合同生效日零时开始。本合同保险期间届满，您若继续投保本保险，则新续保合同自本合同期满日次日零时起生效，新续保合同的保险期间为新的保险期间，有效期为 1 年。每次续保，均依此类推。
- 2.4 **等待期** 您为被保险人首次投保或者中断后再次投保本保险时，自本合同生效之日起 30 日为等待期。
被保险人在等待期内因**意外伤害**（见 8.4）以外的原因发生下列情形，无论是否延续至等待期后，我们均不承担给付保险金的责任。
(1) 接受**住院**（见 8.5）治疗，或者与该住院治疗原因相同的所有治疗，或者与该住院视为**同一次住院**（见 8.6）的治疗；
(2) 接受特殊门诊治疗，或者与该特殊门诊治疗原因相同的所有治疗；
(3) 接受门急诊治疗，或者与该门急诊治疗原因相同的所有治疗。
被保险人因接受上述治疗发生的医疗费用均不计入本合同**保险期间内累计**（见 8.7）医疗费用，因接受上述治疗从其他途径已获得的医疗费用补偿均不计入本合同保险期间内累计从其他途径已获得的医疗费用补偿。

¹对于在银行代理渠道购买的本产品，自您签收本合同的次日零时起，有 15 日的犹豫期。

被保险人因意外伤害发生保险事故的，保险责任无等待期；您为被保险人续保本保险时，该续保合同无等待期。

2.5 保险责任

在本合同保险期间内，我们承担重大疾病医疗保险金和非因重大疾病医疗保险金责任，重大疾病医疗保险金和非因重大疾病医疗保险金统称为医疗保险金。

医疗保险金

一、重大疾病医疗保险金

如果被保险人在等待期后经**医院**（见 8.8）**初次确诊**（见 8.9）罹患本合同所定义的重大疾病必须在医院接受治疗的，且该治疗的**主要诊断**（见 8.10）为本合同所定义的重大疾病，对被保险人因治疗重大疾病而发生的**符合通常惯例**（见 8.11）的且**医学必需**（见 8.12）的合理医疗费用（以下简称“重大疾病合理医疗费用”），我们按照本合同合理医疗费用的说明、重大疾病医疗保险金的计算方法的约定，在各项医疗保险金的日限额、年限额范围内给付重大疾病医疗保险金。

您为被保险人续保本保险，若被保险人在以往保险期间内经医院初次确诊罹患本合同所定义的重大疾病，且符合重大疾病医疗保险金的给付条件的，对于本合同保险期间内因治疗同一种重大疾病而发生的重大疾病合理医疗费用，我们仍按照上述约定给付重大疾病医疗保险金。

我们在本合同保险期间内累计给付的重大疾病医疗保险金之和以重大疾病医疗保险金的年度给付限额为限。

二、非因重大疾病医疗保险金

如果被保险人在等待期后经医院确诊非因重大疾病必须在医院接受治疗的，对被保险人发生的符合通常惯例的且医学必需的合理医疗费用（以下简称“非因重大疾病合理医疗费用”），我们按照本合同合理医疗费用的说明、非因重大疾病医疗保险金的计算方法的约定，在各项医疗保险金的日限额、年限额范围内给付非因重大疾病医疗保险金。

我们在本合同保险期间内累计给付的非因重大疾病医疗保险金之和以非因重大疾病医疗保险金的年度给付限额为限。

本合同约定的各项医疗保险金的日限额及年限额、重大疾病医疗保险金的年度给付限额、非因重大疾病医疗保险金的年度给付限额见本合同附表 1 所示。

合理医疗费用的说明

重大疾病合理医疗费用及非因重大疾病合理医疗费用统称为合理医疗费用。

合理医疗费用种类及其对应的治疗方式说明如下表所示：

合理医疗费用种类	治疗方式说明
1. 住院医疗费用（见 8.13）	接受住院治疗
2. 特殊门诊医疗费用（见 8.14）	接受如下门诊治疗： (1) 门诊恶性肿瘤治疗，包括 化学疗法 （见 8.15）、 放射疗法 （见 8.16）、 肿瘤免疫疗法 （见 8.17）、 肿瘤内分泌疗法 （见 8.18）、 肿瘤靶向疗法 （见 8.19） (2) 门诊 肾透析 （见 8.20） (3) 器官移植后的门诊抗排异治疗 (4) 门诊手术治疗
3. 住院前后 门急诊医疗费用 （见 8.21）	在住院前 7 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）接受与该住院原因相同的 门急诊治疗

住院前后门急诊医疗费用不包括被保险人接受特殊门诊治疗而发生的门诊医疗费用。

如果被保险人接受保险责任范围内的住院治疗，且在本合同期满日治疗仍未结束的，对于被保险人该次住院治疗在本合同期满日次日起 30 日内发生的医疗费用，我们仍

在本合同约定的保险责任范围内承担给付医疗保险金的责任，对于被保险人该次住院治疗在本合同期满日次日起 30 日后发生的医疗费用，我们不再承担给付医疗保险金的责任。

医疗保险金的计算方法 (见 8.22)

一、重大疾病医疗保险金的计算方法

重大疾病医疗保险金 = (每次治疗发生的重大疾病合理医疗费用 - 每次治疗从其他途径已获得的重大疾病医疗费用补偿金额) × 每次治疗对应的给付比例

其中每次治疗对应的给付比例按照以下方式确定：

给付条件	给付比例
如果被保险人以拥有 社会基本医疗保险 （见 8.23）、 公费医疗 （见 8.24）的状态投保，且已从 社会基本医疗保险 或者 公费医疗 获得该次治疗的医疗费用补偿	100%
如果被保险人以拥有 社会基本医疗保险 、 公费医疗 的状态投保，但未从 社会基本医疗保险 或者 公费医疗 获得该次治疗的医疗费用补偿	60%
如果被保险人以 无社会基本医疗保险 、 公费医疗 的状态投保	100%

被保险人住院及与该住院原因相同的住院前后门急诊可视为同一次治疗，特殊门诊不可与住院及住院前后门急诊视为同一次治疗。

从其他途径已获得的重大疾病医疗费用补偿包含因治疗重大疾病已从**社会基本医疗保险**、**公费医疗**、除本合同之外的商业性医疗费用补偿型**医疗保险**、其他政府机构或者**社会福利机构**获得的医疗费用补偿。

二、非因重大疾病医疗保险金的计算方法

非因重大疾病医疗保险金 = 本合同保险期间内累计的按比例计算的**非因重大疾病合理医疗费用** - 年度免赔额 - 本合同保险期间内累计我们已给付的**非因重大疾病医疗保险金**

其中：

(1) 按比例计算的**非因重大疾病合理医疗费用**按照以下方式确定：

按比例计算的**非因重大疾病合理医疗费用** = 每次治疗发生的**非因重大疾病合理医疗费用** × 每次治疗对应的**给付比例**

该**给付比例**的确定方法同**重大疾病医疗保险金**的计算方法中**给付比例**的确定方法。

(2) 年度免赔额按照以下方式确定：

① 如果本合同保险期间内累计从其他途径已获得的**非因重大疾病医疗费用补偿金额** ≤ **非因重大疾病医疗保险金**的年度基础免赔额，那么年度免赔额等于**非因重大疾病医疗保险金**的年度基础免赔额；

② 如果本合同保险期间内累计从其他途径已获得的**非因重大疾病医疗费用补偿金额** > **非因重大疾病医疗保险金**的年度基础免赔额，那么年度免赔额等于本合同保险期间内累计从其他途径已获得的**非因重大疾病医疗费用补偿金额**。

本合同约定的**非因重大疾病医疗保险金**的年度基础免赔额见本合同附表 1 所示。

从其他途径已获得的**非因重大疾病医疗费用补偿**包含**非因治疗重大疾病**已从**社会基本医疗保险**、**公费医疗**、除本合同之外的商业性**医疗费用补偿型医疗保险**、其他政府机构或者**社会福利机构**获得的**医疗费用补偿**。

2.6 补偿原则

我们在向受益人给付保险金时，若被保险人发生的属于本合同保险责任范围内的**医疗费用**已通过其他途径获得了**补偿**，且其他途径的**补偿金额**与我们按本合同约定给付的**保险金**之和超过了被保险人实际发生的**医疗费用**，我们将按被保险人实际发生的**医疗费用**扣除其他途径的**补偿金额**后的余额向受益人给付**保险金**，即包括本合同在内的各种途径所给付的所有**补偿金额**之和不得超过被保险人实际发生的**医疗费用**。

2.7 责任免除

因下列情形之一导致被保险人发生医疗费用的，我们不承担给付医疗保险金的责任，且该次发生的医疗费用不计入本合同保险期间内累计合理医疗费用，该次从其他途径已获得的医疗费用补偿不计入本合同保险期间内累计从其他途径已获得的医疗费用补偿：

- (1) 在**中国境外**（见 8.25）的国家或者地区接受治疗；
- (2) 未书面告知的**既往症**（见 8.26）、本合同特别约定除外的疾病；
- (3) 非医院药房购买的药品、未经**医生**（见 8.27）处方自行购买的药品、医生开具的超过 30 天部分的药品费用；
- (4) **遗传性疾病**（见 8.28）、**先天性畸形、变形和染色体异常**（见 8.29）（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；
- (5) **感染艾滋病病毒或者患艾滋病**（见 8.30）（因职业关系导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病、经输血导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病、因器官移植导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病均除外）、性病、精神和行为障碍（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；
- (6) 不孕不育治疗、避孕、节育（含绝育）、子宫体腔内妊娠、产前产后检查、流产、堕胎、分娩（含难产）、变性手术、人体试验、人工生殖，或者由前述任一原因引起的并发症；
- (7) 《中华人民共和国传染病防治法》规定的甲类及乙类法定传染病（不含病毒性肝炎），或者国家有关法律、法规、规范性法律文件规定的法定传染病。前述传染病定义以被保险人入院当日《中华人民共和国传染病防治法》或者国家有关法律、法规、规范性法律文件的规定为准；
- (8) 疗养、**康复治疗**（见 8.31）、心理治疗、美容、矫形、视力矫正手术、**牙齿治疗**（见 8.32）、安装义肢、安装义眼、非意外事故所致的整容手术；
- (9) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (10) 被保险人故意自伤、故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施或者自杀（但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外）；
- (11) 被保险人**醉酒**（见 8.33），主动吸食或者注射**毒品**（见 8.34）；
- (12) 被保险人挑衅或者故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；
- (13) 被保险人**酒后驾驶**（见 8.35）、**无合法有效驾驶证驾驶**（见 8.36），或者**驾驶无合法有效行驶证**（见 8.37）的**机动车**（见 8.38）；
- (14) 被保险人从事下列高风险运动：**潜水**（见 8.39）、**跳伞、攀岩**（见 8.40）、**驾驶滑翔机或者滑翔伞、探险**（见 8.41）、**摔跤、武术比赛**（见 8.42）、**特技表演**（见 8.43）、赛马、赛车；
- (15) 战争、军事行动、暴乱、武装叛乱、核爆炸、核辐射、核污染；
- (16) 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；
- (17) 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者批准的药品或者药物；
- (18) 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；
- (19) **质子治疗**（见 8.44）、**重离子治疗**（见 8.45）。

3. 保险金的申请

3.1 受益人

除另有指定外，本合同的医疗保险金受益人为被保险人本人。

3.2 保险事故通

您或者受益人知道保险事故发生后应当在 10 日内通知我们。故意或者因重大过失未

知 及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，我们对无法确定的部分不承担给付保险金的责任，但我们通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生或者虽未及时通知但不影响我们确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

3.3 保险金申请 在申请保险金时，受益人作为申请人须填写领取保险金申请书，并须提供下列证明和资料的原件：

- (1) 本合同；
- (2) 受益人的有效身份证件；
- (3) 由医院**专科医生**（见 8.46）出具的被保险人的诊断证明、医院出具的医疗费用收据或者发票，我们留存其原件；
- (4) 医院出具的被保险人的处方、医疗费用清单、门诊及住院病历、入出院记录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) 首次申请非因重大疾病医疗保险金时，应提供被保险人在本合同保险期间内历次治疗的上述第（3）和第（4）项医疗资料；
- (6) 如果已从其他途径获得了补偿，则须提供从其他途径报销的凭证，我们留存其原件；
- (7) 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，我们将及时一次性通知受益人补充提供有关的证明和资料。

委托他人领取保险金时，受托人还必须提供本人的有效身份证件及委托人亲笔签名的授权委托书。

保险金作为被保险人遗产时，继承人还必须提供可证明其合法继承权的相关权利文件。

受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人时，由其合法监护人代其申请领取保险金，其合法监护人还必须提供受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的证明和监护人具有合法监护权的证明。

3.4 保险金给付 我们在收到领取保险金申请书及本合同约定的证明和资料后，将在 5 日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定。对属于保险责任的，我们在与受益人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行给付保险金义务。

我们未及时履行前款约定义务的，对属于保险责任的，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的利息损失。利息按照我们确定的利率按单利计算，且我们确定的利率不高于中国人民银行公布的金融机构人民币活期存款基准利率。

对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

4. 保险费的交纳

4.1 保险费的交纳 本合同的保险费按照您选择的保障计划、被保险人的年龄和被保险人的社会基本医疗保险或者公费医疗状态确定，并在保险单上载明。

新续保合同的保险费将根据您选择的保障计划、被保险人的实际年龄、被保险人的社会基本医疗保险或者公费医疗状态确定。您为被保险人新续保合同时，我们有权根据本合同 4.2 条的约定调整新续保合同的保险费率。

您在投保时应一次性交纳本合同的保险费。

4.2 保险费率调整 您为被保险人新续保合同时，我们有权根据本合同计算费率所用的计算基础与实际情况的偏差程度，决定是否调整保险费率。保险费率的调整适用于本保险的所有被保险人或者同一投保年龄、同一投保区域等某一类人群的被保险人。

我们进行保险费率调整后，您为被保险人续保合同时，须自保险费率调整后的首个新续保合同的生效日起按照新的保险费率支付保险费，保险费率调整前您已经支付的保险费不受影响。

若您选择了自动申请续保，如果我们调整保险费率，我们将以书面形式或者双方认可的其他形式通知您，如果您不接受保险费率调整且不再继续投保本合同，您须在本合同期满日前以书面形式通知我们，本合同自期满日的 24 时起效力终止。

4.3 续保

(1) 首两次续保（见 8.47）

若您选择了自动申请续保，每一保险期间届满之前，若我们未收到您停止继续投保本合同的书面申请，经我们审核同意并按续保时对应的费率收取保险费后本合同将延续有效。首两次续保，均按前述规则类推。

如果经审核后，我们做出不同意您继续投保本合同决定的，我们将以书面形式通知您，本合同自期满日的 24 时起效力终止。

保险事故发生后，您或者被保险人未按本合同的要求及时通知我们，导致我们在不知情的状况下承保该续保合同的，我们有权对该续保合同重新审核，并根据审核结果决定是否变更继续投保条件或者解除该续保合同。

如果您中断投保后又再次投保本合同的，将视为重新投保，在重新投保后的前两次续保我们将按照前述“首两次续保”约定的续保规则进行续保。

(2) 第三次及以后续保

若您选择了自动申请续保，且已通过我们首两次续保审核的，后续续保时我们不会因为被保险人的健康状况变化而终止被保险人续保，每一保险期间届满之前，若我们未收到您停止继续投保本合同的书面申请，我们将按本合同第二次续保时约定的承保条件为您继续续保本合同，在按续保时对应的费率收取保险费后本合同将延续有效。第三次及以后续保，均按前述规则类推。

我们接受继续投保本合同的被保险人的年龄最高不超过 99 周岁。

若您未选择自动申请续保，且未在新续保合同交费期期满日前，向我们提出继续投保本合同的书面申请的，本合同自新续保合同交费期期满日的 24 时起效力终止。

4.4 新续保合同交费期

在保险期间期满时，若您和我们均同意续保，则自本合同期满日次日起 60 日为新续保合同交费期。交费期内发生保险事故的，我们承担保险责任，但在给付保险金时会扣除您欠交的新续保合同的保险费。如果您未在交费期内交纳该新续保合同的保险费，新续保的合同自交费期期满日的 24 时起效力终止。

4.5 保障计划变更

新续保合同时，您可以变更保障计划，但须于续保前有效的保险合同的保险期间届满前 30 日内通知我们，我们将对是否同意您变更保障计划作出决定。如果我们同意您变更保障计划，我们将以书面形式或者双方认可的其他形式通知您，您须自保障计划变更后的首个新续保合同生效日起按照新的保险费率支付保险费，保障计划变更前您已经支付的保险费不受影响。

如果我们不同意您变更保障计划，我们将以书面形式或者双方认可的其他形式通知您。

每个有效的保险合同的保险期间内不可变更已选定的保障计划。

4.6 社会基本医疗保险或者公费医疗状态变更

如果被保险人是否拥有社会基本医疗保险或者公费医疗的状态发生了变更，您须在新续保合同时变更被保险人的社会基本医疗保险或者公费医疗状态，且须于续保前有效的保险合同的保险期间届满前 30 日内通知我们。我们将以书面形式或者双方认可的其他形式确认您变更社会基本医疗保险或者公费医疗状态的申请，您须自社会基本医疗保险或者公费医疗状态变更后的首个新续保合同生效日起按照新的保险费率支付保险费，社会基本医疗保险或者公费医疗状态变更前您已经支付的保险费不受影响。

我们将在每个有效的保险合同的保险期间届满前 30 日内受理变更社会基本医疗保险或者公费医疗状态的申请，其他时间我们不受理该申请。

5. 合同解除

- 5.1 您解除合同的手续及风险
- 如果被保险人未发生保险事故，且您在犹豫期后要求解除本合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料的原件：
- (1) 本合同；
 - (2) 您的有效身份证件。
- 自我们收到解除合同申请书时起，本合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起30日内向您退还本合同终止时的**现金价值**（见8.48）。
- 您在犹豫期后解除合同会遭受一定损失。如果已发生保险金给付的，您不得要求解除本合同。

6. 其他需要关注的事项

- 6.1 明确说明与如实告知
- 订立本合同时，我们应当向您说明本合同的内容。对保险条款中免除我们责任的条款，我们在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起您注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向您作出明确说明，未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。
- 我们会就您和被保险人的有关情况提出书面询问，您应当如实告知。
- 如果您故意或者因重大过失未履行前款约定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保、续保或者提高保险费率的，我们有权解除本合同。
- 如果您故意不履行如实告知义务，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。
- 如果您因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，但应当向您退还保险费。
- 我们在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得以您未履行如实告知义务为由解除合同；发生保险事故的，我们不得以您未履行如实告知义务为由不承担保险责任。
- 6.2 年龄性别错误
- 您在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期和性别在投保单上填明，如果发生错误按照下列方式办理：
- (1) 您申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本合同约定投保年龄限制的，我们有权解除本合同，合同解除权自我们知道有解除事由之日起超过30日不行使而消灭。对于解除本合同的，本合同自解除之日起终止，我们向您退还本合同终止时的现金价值。对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任。
 - (2) 您申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使您实交保险费少于应交保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。如果已经发生保险事故，在给付保险金时按实交保险费和应交保险费的比例给付。
 - (3) 您申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使您实交保险费多于应交保险费的，我们向您无息退还多收的保险费。
- 6.3 职业或者工种确定与变更
- 我们将按照事先公布的职业分类表确定被保险人的职业分类，您可以通过我们的服务场所工作人员查询到此表。
- 被保险人变更其职业或者工种时，您应于10日内以书面形式通知我们。被保险人所变更的职业或者工种依照职业分类其危险程度降低时，我们自接到通知之日起，向您退还职业类别变更前后的与剩余保险期间相对应的**净保险费**（见8.49）差额；其危险程度增加时，我们自接到通知之日起，向您增收职业类别变更前后的与剩余保险期间相对应的净保险费差额。但被保险人所变更的职业或者工种依照我们职业分类在本合同拒保范围内的，我们对该被保险人所承担保险责任自接到通知之日起终

止，并按约定退还本合同终止时的现金价值。

被保险人的职业或者工种变更之后，依照职业分类表其危险程度增加而未依前项约定通知我们而发生保险事故的，我们按实收保险费与应收保险费的比例计算给付保险金，但被保险人职业或者工种变更之后在本合同拒保范围内的，我们不承担给付保险金责任，并按本合同约定退还本合同终止时的现金价值，本合同终止。

- 6.4 **合同内容变更** 在本合同有效期内，经您与我们协商一致，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，应当由我们在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由您与我们订立书面的变更协议。
- 6.5 **联系方式变更** 为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址、电话或者电子邮件等联系方式变更时，请及时以书面形式或者双方认可的其他形式通知我们。如果您未以书面形式或者双方认可的其他形式通知我们，我们按本合同载明的最后住所、通讯地址、电话或者电子邮件发送的有关通知，均视为已送达给您。
- 6.6 **争议处理** 本合同履行过程中，双方发生争议时，可以从下列两种方式中选择一种争议处理方式：
(1) 因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，提交_____仲裁委员会仲裁；
(2) 因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。
- 6.7 **保险事故鉴定** 如果被保险人发生保险事故，您和我们均可以委托保险公估机构等依法设立的独立评估机构或者具有相关专业知识的人员，对保险事故进行评估和鉴定。

7. 重大疾病定义

- 7.1 **恶性肿瘤** 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它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD-10)的恶性肿瘤范畴。
下列疾病不在本合同所定义的重大疾病范围内：
(1) 原位癌；
(2) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
(3) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
(4) 皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；
(5) TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或更轻分期的前列腺癌；
(6) 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。
- 7.2 **急性心肌梗塞** 指因冠状动脉阻塞导致的相应区域供血不足造成部分心肌坏死。须满足下列至少三项条件：
(1) 典型临床表现，例如急性胸痛等；
(2) 新近的心电图改变提示急性心肌梗塞；
(3) 心肌酶或肌钙蛋白有诊断意义的升高，或呈符合急性心肌梗塞的动态性变化；
(4) 发病 90 天后，经检查证实左心室功能降低，如左心室射血分数低于 50%。
- 7.3 **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，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，仍遗留下列一种或一种以上障碍：
(1) 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失（见 8.50）；

(2) 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失 (见 8.51);

自主生活能力完全丧失,无法独立完成六项基本日常生活活动(见 8.52)中的三项或三项以上。

- 7.4 **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、心脏或肺脏的异体移植手术。
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)的异体移植手术。
- 7.5 **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,实际实施了开胸进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。
冠状动脉支架植入术、心导管球囊扩张术、激光射频技术及其它非开胸的介入手术、腔镜手术不在本合同所定义的重大疾病范围内。
- 7.6 **终末期肾病(或称慢性肾功能衰竭尿毒症期)** 指双肾功能慢性不可逆性衰竭,达到尿毒症期,经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗或实施了肾脏移植手术。
- 7.7 **多个肢体缺失** 指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端(靠近躯干端)以上完全性断离。
- 7.8 **急性或亚急性重症肝炎** 指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死,导致急性肝功能衰竭,且经血清学或病毒学检查证实,并须满足下列全部条件:
(1) 重度黄疸或黄疸迅速加重;
(2) 肝性脑病;
(3) B 超或其它影像学检查显示肝脏体积急速萎缩;
(4) 肝功能指标进行性恶化。
- 7.9 **良性脑肿瘤** 指脑的良性肿瘤,已经引起颅内压增高,临床表现为视神经乳头水肿、精神症状、癫痫及运动感觉障碍等,并危及生命。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,并须满足下列至少一项条件:
(1) 实际实施了开颅进行的脑肿瘤完全切除或部分切除的手术;
(2) 实际实施了对脑肿瘤进行的放射治疗。
脑垂体瘤、脑囊肿、脑血管性疾病不在本合同所定义的重大疾病范围内。
- 7.10 **慢性肝功能衰竭失代偿期** 指因慢性肝脏疾病导致肝功能衰竭。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功能衰竭不在本合同所定义的重大疾病范围内。
- 7.11 **脑炎后遗症或脑膜炎后遗症** 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,指疾病确诊 180 天后,仍遗留下述一种或一种以上障碍:
(1) 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失;
(2) 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失;
(3) 自主生活能力完全丧失,无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

- 7.12 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（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它生命维持系统 96 小时以上。
因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在本合同所定义的重大疾病范围内。
- 7.13 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 8.53）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 90 分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。
被保险人在 3 周岁之前因疾病导致的双耳失聪不在本合同所定义的重大疾病范围内。
- 7.14 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，如果使用其它视力表应进行换算）；
（3） 视野半径小于 5 度。
被保险人在 3 周岁之前因疾病导致的双目失明不在本合同所定义的重大疾病范围内。
- 7.15 瘫痪** 指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体机能永久完全丧失。肢体机能永久完全丧失，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，或不能随意活动。
- 7.16 心脏瓣膜手术** 指为治疗心脏瓣膜疾病，实际实施了开胸进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。
- 7.17 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，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退，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，且自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
神经官能症和精神疾病不在本合同所定义的重大疾病范围内。
- 7.18 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，仍遗留下列一种或一种以上障碍：
（1） 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
（2） 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
（3） 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
- 7.19 严重帕金森病** 是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为震颤麻痹、共济失调等。须满足下列全部条件：
（1） 药物治疗无法控制病情；
（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。
继发性帕金森综合征不在本合同所定义的重大疾病范围内。
- 7.20 严重Ⅲ度烧** 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

	伤	面积根据《中国新九分法》计算。
7.21	严重原发性肺动脉高压	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心功能状态分级IV级，且静息状态下肺动脉平均压超过 30mmHg。
7.22	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。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。
7.23	语言能力丧失	指因疾病或意外伤害导致完全丧失语言能力，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本合同所定义的重大疾病范围内。 被保险人在 3 周岁之前因疾病导致的语言能力丧失不在本合同所定义的重大疾病范围内。
7.24	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。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； （2） 外周血象须具备以下三项条件： ① 中性粒细胞绝对值 $\leq 0.5 \times 10^9/L$ ； ② 网织红细胞 $< 1\%$ ； ③ 血小板绝对值 $\leq 20 \times 10^9/L$ 。
7.25	主动脉手术	指为治疗主动脉疾病，实际实施了开胸或开腹进行的切除、置换、修补病损主动脉血管的手术。主动脉指胸主动脉和腹主动脉， 不包括胸主动脉和腹主动脉的分支血管。 动脉内血管成形术不在本合同所定义的重大疾病范围内。
7.26	严重原发性心肌病	指不明原因引起的一类心肌病变，包括原发性扩张型心肌病、原发性肥厚型心肌病及原发性限制型心肌病三种，病变必须已造成事实上心室功能障碍而出现明显的心功能衰竭（指按照美国纽约心脏病学会提出的心功能状态分级的标准判定，心功能状态已达到IV级），且有相关住院医疗记录显示IV级心功能衰竭状态。本病须经本公司认可的医院的专科医生明确诊断。理赔时需提供超声心动图或其它支持性检查结果及诊断报告。 酗酒或滥用药物引起的心肌病不在本合同所定义的重大疾病范围内。 美国纽约心脏病学会心功能状态分级IV级是指不能从事任何体力活动，休息时亦有症状。
7.27	终末期肺病	指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， 并须满足下列至少三项条件： （1） 肺功能测试：一秒用力呼气容积（FEV1）持续低于 0.75 升； （2） 动脉血氧分压（PaO ₂ ） $< 55\text{mmHg}$ ； （3） 动脉血氧饱和度（SaO ₂ ） $< 80\%$ ； （4） 休息时出现呼吸困难，且因缺氧必须广泛持续地进行输氧治疗。
7.28	严重多发性硬化	指被保险人因脑及脊髓内的脱髓鞘病变而出现神经系统多灶性（多发性）、多时相（至少 6 个月以内有一次以上（不包含一次）的发作）的病变，须由计算机断层扫描（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。

- 7.29 因职业关系导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病** 被保险人在其常规职业工作过程中遭遇外伤，或职业需要处理血液或其他体液时感染上艾滋病病毒或患上艾滋病。**并须满足下列全部条件：**
- (1) 感染必须是在被保险人正在从事其职业工作中发生，该职业必须属于下列职业：医生、护士、实验室工作人员、医院护工、医生助理、救护车工作人员、助产士、消防队员、警察；
 - (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 HIV 抗体，即血液 HIV 病毒阳性和/或 HIV 抗体阳性。
- 7.30 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，并且被保险人已经接受了全结肠切除和回肠造瘘术。
- 7.31 重症肌无力** 指一种神经与肌肉接头部位传递障碍的自身免疫性疾病，临床特征是局部或全身横纹肌于活动时易于疲劳无力，颅神经眼外肌最易累及，也可涉及呼吸肌、下肢近端肌群以至全身肌肉。**并须满足下列全部条件：**
- (1) 经药物治疗和胸腺手术治疗一年以上无法控制病情；
 - (2) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
- 7.32 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），并已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，**并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。
- 7.33 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。本合同仅将脊髓灰质炎造成的神经系统功能损害导致被保险人一肢或一肢以上肢体机能永久完全丧失的情况列入本合同所定义的重大疾病范围。
- 肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意意识活动。
- 7.34 经输血导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病** 指被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病，**并须满足下列全部条件：**
- (1) 在保险责任起始日或复效日之后因输血而感染；
 - (2) 提供输血治疗的输血中心或医院出具的该项输血感染属医疗事故的报告，或法院确认被保险人系因输血导致感染艾滋病病毒或患艾滋病的生效判决；
 - (3) 受感染的被保险人不是血友病患者。
- 本公司具有获得和使用被保险人的所有血液样本的权利以及能够对这些样本进行独立检验的权利。
- 任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致感染艾滋病病毒或患艾滋病不在本合同所定义的重大疾病范围内。
- 7.35 严重克隆病** 指一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克隆病病理组织学变化，须由病理学检查结果证实，且已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

- 7.36 肌营养不良症** 指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萎缩。并须满足下列全部条件：
- (1) 肌电图显示典型肌营养不良症的阳性改变；
 - (2) 肌肉活检的病理学诊断符合肌营养不良症的肌肉细胞变性、坏死等阳性改变；
 - (3) 已导致被保险人持续超过三个月无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
- 7.37 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，被保险人已经实施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本合同所定义的重大疾病范围内。
- 7.38 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。本病症须经本公司认可的医院的专科医生明确诊断，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。
- 局限性硬皮病、嗜酸细胞筋膜炎和 CREST 综合征不在本合同所定义的重大疾病范围内。
- 美国纽约心脏病学会心功能状态分级Ⅳ级是指不能从事任何体力活动，休息时亦有症状。
- 7.39 严重冠心病** 指经冠状动脉造影检查结果明确诊断为三支主要血管严重狭窄性病变（至少一支血管管腔直径减少 75% 以上和其他两支血管管腔直径减少 60% 以上）。
- 冠状动脉的主要血管指左冠状动脉主干、前降支、左旋支及右冠状动脉。前降支、左旋支及右冠状动脉的分支血管的狭窄不作为本保障的衡量指标。
- 7.40 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、胰腺功能紊乱，出现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。本病症须经本公司认可的医院的消化科专科医生明确诊断。
- 酒精导致的慢性复发性胰腺炎不在本合同所定义的重大疾病范围内。
- 7.41 持续植物人状态** 指因疾病或意外伤害导致被保险人躯体反射和自主反射全部丧失的深昏迷，但呼吸和心跳是正常的，此时完全依赖支持疗法（如流质食物、静脉注射营养液等）维持生命的临床状态。并须满足下列全部条件：
- (1) 诊断为植物人状态后并继续维持治疗 30 天以上；
 - (2) 治疗 30 天前后的脑电图检查均为等电位（完全平坦）。
- 7.42 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。并须满足下列全部条件：
- (1) 符合坏死性筋膜炎的一般临床表现；
 - (2) 细菌培养检出致病菌；
 - (3) 受感染肢体已被截肢（自腕关节或踝关节近端）。
- 7.43 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。嗜铬细胞瘤须经本公司认可的医院的内分泌专科医生明确诊断，并须满足下列全部条件：

- (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。

7.44 象皮病 指末期丝虫病，按国际淋巴学会分级为三度淋巴液肿，其临床表现为肢体非凹陷性水肿伴畸形增大、硬皮症和疣状增生。此病症须经本公司认可的医院的专科医生根据临床表现和微丝蚴的化验结果确诊。

7.45 胰腺移植手术 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本合同所定义的重大疾病范围内。

7.46 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。并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本合同所定义的重大疾病范围内。

7.47 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。并须满足下列全部条件：

- (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。

7.48 肺源性心脏病 指被保险人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心功能状态分级 IV 级。被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

7.49 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>200U/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本合同所定义的重大疾病范围内。

7.50 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。并须满足下列全部条件：

- (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。

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

被保险人须经由骨髓活检明确诊断为原发性骨髓纤维化, 并须满足下列全部条件且持续 180 天:

(1) 血红蛋白 < 100g/L;

(2) 白细胞计数 > 25 × 10⁹/L;

(3) 外周血原始细胞 ≥ 1%;

(4) 血小板计数 < 100 × 10⁹/L。

恶性肿瘤、中毒、放射线和感染所致的继发性骨髓纤维化不在本合同所定义的重大疾病范围内。

7.52 重症骨髓增生异常综合征 是起源于造血干细胞的一组异质性髓系克隆性疾病, 特点是髓系细胞发育异常, 表现为无效造血、难治性血细胞减少, 本合同所指的严重的骨髓异常增生综合征, 并须满足下列全部条件:

(1) 由本公司认可的医院的血液病专科医生确诊;

(2) 骨髓涂片检查同时符合发育异常细胞比例 > 10%、原始细胞比例 > 15%;

(3) 已接受至少累计 30 天的化疗或已接受骨髓移植治疗。化疗天数的计算以被保险人实际服用、注射化疗药物的天数为准。

7.53 自体造血干细胞移植术 为治疗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) 的自体移植手术。该治疗须由本公司认可的医院的专科医生认为在临床上必需的。

7.54 Brugada 综合征 被保险人须经本公司认可的医院的心脏专科医生明确诊断为 Brugada 综合征, 并须满足下列全部条件:

(1) 有晕厥或心脏骤停病史, 并提供完整的诊疗记录;

(2) 心电图有典型的 I 型 Brugada 波;

(3) 已经安装了永久性心脏起搏器。

7.55 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本合同所定义的重大疾病范围内。

主动脉指胸主动脉及腹主动脉, 而非其旁支。

7.56 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。被保险人被明确诊断为慢性缩窄性心包炎, 并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心功能状态分级 IV 级, 并持续 180 天以上;

(2) 已经接受了开胸进行的心包剥脱或心包切除手术。

经胸腔镜、胸壁打孔进行的手术、心包粘连松解手术不在本合同所定义的重大疾病范围内。

美国纽约心脏病学会心功能状态分级Ⅳ级是指不能从事任何体力活动，休息时亦有症状。

- 7.57 **心脏粘液瘤** 指为了治疗心脏粘液瘤，实际实施了开胸心脏粘液瘤切除手术。
经导管介入手术治疗不在本合同所定义的重大疾病范围内。
- 7.58 **严重心脏衰竭 CRT 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全部条件：
(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。
- 7.59 **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，并须满足下列全部条件：
(1) 患有慢性心脏疾病；
(2) 曾经有晕厥、阿-斯综合征发作；
(3) 心电图表现为持续室性逸搏心律，心室率持续低于 40 次/分；
(4) 已经植入永久性心脏起搏器。
- 7.60 **风湿热导致的瓣膜病变** 指风湿热反复发作并发心脏瓣膜损害，导致慢性心脏瓣膜病，引起心脏瓣膜狭窄、关闭不全。并须满足下列全部条件：
(1) 风湿热病史；
(2) 慢性心脏瓣膜病病史；
(3) 实际接受了开胸进行的心脏瓣膜置换手术。
经导管进行的瓣膜置换手术或瓣膜成型手术不在本合同所定义的重大疾病范围内。
- 7.61 **多发性大动脉炎旁路移植手术** 被保险人被明确诊断为头臂动脉型多发性大动脉炎并且实际接受了经胸部切开进行的无名动脉（头臂干）、颈总动脉、锁骨下动脉旁路移植手术。
非开胸的血管旁路移植手术、因其他病因而进行的旁路移植手术，对其他动脉进行的旁路移植手术，经皮经导管进行的血管内手术不在本合同所定义的重大疾病范围内。
- 7.62 **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，并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) 动脉血氧分压 (PaO₂) < 55mmHg。
- 7.63 **严重肺结节病** 是一种原因未明的慢性肉芽肿病，可侵犯全身多个器官，以肺和淋巴结受累最为常见。严重肺结节病表现为肺的广泛纤维化导致慢性呼吸功能衰竭。并须满足下列全部条件：
(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%。

- 7.64 **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脑功能衰竭导致永久不可逆性严重痴呆，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退。被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，日常生活必须持续受到他人监护。导致痴呆的疾病必须明确诊断，并且由完整的临床、实验室和影像学检查结果证实。
神经官能症, 精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在本合同所定义的重大疾病范围内。
- 7.65 **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，本疾病须经本公司认可的医院的神经科专科医生确诊，并须满足下列全部临床特征：
(1) 共济失调；
(2) 对称性眼球垂直运动障碍；
(3) 假性球麻痹（构音障碍和吞咽困难）。
- 7.66 **克雅氏病** 是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。克雅氏病必须由本公司认可的医院根据致病蛋白的发现而明确诊断。
- 7.67 **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。并须满足下列全部条件：
(1) 必须由本公司认可的医院的专科医生诊断，临床检查证实脑电图存在周期性复合波、脑脊液 Y-球蛋白升高、脑脊液和血清中麻疹抗体滴定度升高；
(2) 被保险人出现运动障碍，永久不可逆丧失自主生活能力，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
- 7.68 **进行性多灶性白质脑病** 是一种亚急性脱髓鞘脑病，常发生于免疫缺陷病人。并须满足下列全部条件：
(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。
- 7.69 **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。
被保险人在 6 周岁之前因疾病导致的丧失独立生活能力不在本合同所定义的重大疾病范围内。
- 7.70 **脊髓小脑变性症** 指一组以小脑萎缩和共济失调为主要临床特点的与遗传有关的疾病。并须满足下列全部条件：
(1) 脊髓小脑变性症必须由本公司认可的医院的专科医生诊断，并有下列所有证据支持：
① 影像学检查证实存在小脑萎缩；
② 临床表现存在共济失调、语言障碍和肌张力异常。
(2) 被保险人运动功能严重障碍，自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
- 7.71 **神经白塞病** 是一种慢性全身性血管炎症性疾病，主要表现为复发性口腔溃疡、生殖器溃疡、眼炎及皮肤损害，并可累及大血管、神经系统、消化道、肺、肾等。累及神经系统损害的白塞病称为神经白塞病。神经白塞病必须明确诊断，并且已经造成永久不可逆的神经系统功能损害。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续 180 天无法独立完成下列基本日常生活活动之一：
(1) 移动：自己从一个房间到另一个房间；
(2) 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

- 7.72 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。并须满足下列全部条件：
- (1) 被保险人实际接受了肿瘤切除的手术治疗；
 - (2) 手术 180 天后遗留下列神经系统损害，无法独立完成下列基本日常生活活动之一：
 - ① 移动：自己从一个房间到另一个房间；
 - ② 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。
- 非脊髓内的其他椎管内肿瘤、脊柱肿瘤、神经纤维瘤不在本合同所定义的重大疾病范围内。
- 7.73 亚历山大病** 是一种遗传性中枢神经系统退行性病变，特点为脑白质营养不良。临床表现为惊厥发作、智力下降、球麻痹、共济失调、痉挛性瘫痪。亚历山大病必须被明确诊断，并且造成永久性神经系统功能障碍。被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，日常生活必须持续受到他人护理。
- 7.74 脊髓空洞症** 为慢性进行性的脊髓变性疾病，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，并须满足下列至少一项条件：
- (1) 延髓麻痹呈现显著舌肌萎缩、构音困难和吞咽困难；
 - (2) 双手萎缩呈“爪形手”，肌力 2 级或以下。
- 7.75 脊髓血管病后遗症** 指脊髓血管的突发病变引起脊髓梗塞或脊髓出血，导致永久性不可逆的神经系统功能损害，表现为截瘫或四肢瘫。神经系统永久性的功能障碍指疾病确诊 180 天后，仍然遗留后遗症并且无法独立完成下列基本日常生活活动之一：
- (1) 移动：自己从一个房间到另一个房间；
 - (2) 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。
- 7.76 颅脑手术** 指被保险人因疾病已经实施了全麻下的开颅手术（以切开硬脑膜为准；不包括颅骨钻孔手术、不包括经鼻蝶窦入颅的手术）。
- 理赔时必须提供由本公司认可的医院的神经外科医生出具的诊断书及手术报告。
- 因外伤而实施的颅脑手术不在本合同所定义的重大疾病范围内。
- 7.77 系统性红斑狼疮并发重度的肾功能损害** 指系统性红斑狼疮累及肾脏，且经肾脏活检确认，符合 WHO 诊断标准定义 III 型（含）以上的狼疮性肾炎。
- 其他类型的红斑性狼疮，如盘状红斑狼疮、未累及肾脏的红斑狼疮不在本合同所定义的重大疾病范围内。
- 世界卫生组织（WHO）狼疮性肾炎分型：
- (1) I 型微小病变型；
 - (2) II 型系膜病变型；
 - (3) III 型局灶及节段增生型；
 - (4) IV 型弥漫增生型；
 - (5) V 型膜型；
 - (6) VI 型肾小球硬化型。
- 7.78 严重 I 型糖尿病** 指因严重的胰岛素缺乏导致的一组糖、脂肪、蛋白质代谢异常综合症，且须依赖外源性胰岛素进行机体的葡萄糖代谢和维持生命。本病须经血胰岛素测定、血 C 肽测定或尿 C 肽测定检查证实，且被保险人已经接受了持续的胰岛素治疗 180 天以上，并须满足下列至少一项条件：
- (1) 并发增殖性视网膜病变；

- (2) 并发心脏病变，已经植入心脏起搏器；
- (3) 至少一个脚趾发生坏疽并已经实施手术切除。

- 7.79 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。**并须满足下列全部条件：**
- (1) 产后大出血休克病史；
 - (2) 严重腺垂体功能破坏，破坏程度>95%；
 - (3) 影像学检查显示脑垂体严重萎缩或消失；
 - (4) 实验室检查显示：
 - ① 垂体前叶激素全面低下；
 - ② 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本合同所定义的重大疾病范围内。
- 7.80 严重强直性脊柱炎** 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，**并须满足下列全部条件：**
- (1) 严重脊柱畸形：椎体钙化形成骨桥，脊柱出现“竹节样改变”；骶髂关节硬化、融合、强直；
 - (2) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
- 7.81 肾髓质囊性病** 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。
- 单独或良性肾囊肿则不在本合同所定义的重大疾病范围内。
- 7.82 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，**并须满足下列至少一项条件：**
- (1) 帕金森综合征或其他神经系统功能损害，自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上；
 - (2) 失代偿性肝硬化，临床已经出现腹水、食道静脉曲张和脾肿大等表现；
 - (3) 慢性肾功能衰竭，已开始肾脏透析治疗；
 - (4) 接受了肝移植或肾移植手术。
- 7.83 急性出血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的治疗不在本合同所定义的重大疾病范围内。
- 7.84 小肠移植** 指因疾病或外伤导致严重小肠损害已切除三分之二以上肠段，为了维持生理功能的需要已经实际接受了小肠的同种（人类）异体器官移植手术。
- 7.85 重症手足口病** 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。经本公司认可的医院的专科医生确诊为患有手足口病，**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，且导致意识障碍或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。
- 7.86 终末期疾病** 被保险人被确诊为疾病的终末期状态。疾病已经无法以现有的医疗技术医治缓解，并且根据临床医学经验判断被保险人将于未来六个月内死亡。在家属及患者的要求和医师的同意下积极治疗已被放弃，所有治疗措施仅以减轻患者痛苦为目的。此疾病状态必须在被保险人生前已经确诊并且具有医疗证明文件和临床检查依据。
- 7.87 溶血性链球菌引起的坏疽** 指包围肢体或躯干的浅筋膜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治疗。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。
- 7.88 因器官移植原因导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病** 指被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病，并须满足下列全部条件：
- (1) 在保险责任起始日或复效日之后接受器官移植，并因此感染艾滋病病毒或患艾滋病；
- (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。
- 本公司具有获得和使用被保险人的所有血液样本的权利以及能够对这些样本进行独立检验的权利。
- 任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致感染艾滋病病毒或患艾滋病不在本合同所定义的重大疾病范围内。
- 7.89 埃博拉病毒感染** 指埃博拉病毒感染导致的出血性发热。必须经本公司认可的医院的传染病专科医生确诊，并须满足下列全部条件：
- (1) 埃博拉病毒的存在必须经过实验室检查证实；
- (2) 存在皮肤粘膜出血，呕血，咯血，便血或血尿等临床表现；
- (3) 感染埃博拉病毒并出现出血性发热持续 30 天以上。
- 单纯实验室诊断但没有临床出血表现的不在本合同所定义的重大疾病范围内。
- 7.90 成骨不全症 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。本合同仅将 III 型成骨不全的情形列入本合同所定义的重大疾病范围。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。
- 7.91 严重川崎病** 是一种血管炎综合征，临床表现为急性发热，皮肤粘膜病损和淋巴结肿大。本病须经本公司认可的医院的专科医生明确诊断，同时须由血管造影或超声心动图检查证实，并须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，且已经实施了对冠状动脉瘤进行的手术治疗。
- 7.92 严重幼年型类风湿性关节炎** 指为了治疗幼年型类风湿性关节炎，已经实施了膝关节或髋关节置换手术。幼年型类风湿性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。
- 7.93 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低常（智力低于常态）。根据智商（IQ），智力低常分为轻度（IQ50-69）、中度（IQ35-49）、重度（IQ20-34）和极重度（IQ < 20）。根据被保险人年龄采用对应的智力量表如韦克斯勒智力量表（儿童智力量表

或成人智力量表)检测证实,智商的检测必须由本公司认可的医院的儿童或成人精神卫生科、心理科或神经科专科医生进行。并须满足下列全部条件:

- (1) 造成被保险人智力低常(智力低于常态)的严重头部创伤或疾病(以入院日期为准)发生在被保险人6周岁以后;
- (2) 本公司认可的医院的专科医生确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低常;
- (3) 本公司认可的医院的儿童或成人精神卫生科、心理科或神经科专科医生证实被保险人智力低常 IQ<50)(中度、重度或极重度);
- (4) 被保险人的智力低常自确认日起持续180天以上。

7.94 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,并须满足下列全部条件:

- (1) 至少切除了三分之二小肠;
- (2) 完全肠外营养支持三个月以上。

7.95 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。瑞氏综合征需由本公司认可的医院的专科医生确诊,并须满足下列全部条件:

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

7.96 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本公司认可的医院的呼吸系统专科医生明确诊断,并须满足下列全部临床特征:

- (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(动脉氧分压/吸入氧浓度)低于200mmHg;
- (5) 肺动脉嵌入压低于18mmHg;
- (6) 临床无左房高压表现。

7.97 溶血性尿毒综合征

一种由于感染导致的急性综合征,引起红细胞溶血,肾功能衰竭及尿毒症。溶血尿毒综合征必须由本公司认可的医院的血液和肾脏专科医生明确诊断,并须满足下列全部条件:

- (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,不在本合同所定义的重大疾病范围内。

7.98 出血性登革热

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。本保单仅将严重的登革热列入本合同所定义的重大疾病范围,并须满足下列全部条件:

- (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:
 - 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。

- 7.99 严重癫痫症** 严重癫痫症的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。理赔时必须提供 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，且已经实施了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）不在本合同所定义的重大疾病范围内。
- 7.100 左室室壁瘤切除术** 被保险人被明确诊断为左室室壁瘤，并且实际接受了开胸进行的室壁瘤切除手术治疗。
经导管心室内成型手术治疗不在本合同所定义的重大疾病范围内。
- 7.101 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，并已经进行化疗或手术治疗的。
- 7.102 严重感染性心内膜炎** 是指由感染性微生物引致的心脏内膜炎症，并须满足下列全部条件：
(1) 血液细菌培养结果呈阳性反应，证明感染性微生物的存在；
(2) 由感染性心内膜炎导致至少中度的心脏瓣膜功能不全（即返流部分达百分之二十或以上）或中度的心脏瓣膜狭窄（即心脏瓣面积为正常值的百分之三十或以下）；
(3) 感染性心内膜炎的诊断及瓣膜受损的严重程度必须由本公司认可的医院的心脏病专科医生确定，并提供超声心动图或放射影像学检查结果报告以支持诊断。
- 7.103 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。
- 7.104 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 80%以上。
- 7.105 失去一肢及一眼** 因疾病或意外伤害导致单眼视力丧失及任何一肢自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。
单眼视力丧失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) 眼球缺失或摘除；
(2) 矫正视力低于 0.02（采用国际标准视力表，如果使用其它视力表应进行换算）；
(3) 视野半径小于 5 度。
被保险人在 3 周岁之前因疾病导致单眼视力丧失不在本合同所定义的重大疾病范围内。

8. 释义

- 8.1 合法有效** 本合同所指合法有效均以中华人民共和国法律、行政法规、地方性法规、行政规章及有关规范性法律文件的规定为判定依据。
- 8.2 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。例如，出生日期为 2000 年 9 月 1 日，2000 年 9

月 1 日至 2001 年 8 月 31 日期间为 0 周岁，2001 年 9 月 1 日至 2002 年 8 月 31 日期间为 1 周岁，依此类推。

- 8.3 有效身份证件** 指由中华人民共和国政府主管部门规定的能够证明其身份的证件，如：居民身份证、军官证、警官证、士兵证、户口簿以及中华人民共和国政府主管部门颁发或者认可的有效护照或者其他身份证明文件。
- 8.4 意外伤害** 指外来的、突然的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件，并以此客观事件为直接且单独原因导致身体蒙受伤害或者身故，**猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。**
猝死指表面健康的人因潜在疾病、机能障碍或者其他原因在出现症状后 24 小时内发生的非暴力性突然死亡。猝死的认定以医院的诊断和公安部门的鉴定为准。
- 8.5 住院** 指被保险人入住医院之正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，**不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院及被保险人未达到入院标准而办理入院手续或者已达到出院标准而不办理出院手续的情形。不符合前述约定范围内的住院不属于本合同约定条件的住院。其中挂床住院指被保险人非治疗需要，一次离开医院 12 小时以上，视为自动离开医院，我们仅对离开日及以前属于保险责任范围内的住院治疗承担保险金给付责任。**
- 8.6 同一次住院** 与前次住院原因相同，且前次出院与下次入院间隔未超过 30 日的再次住院视为同一次住院。
- 8.7 保险期间内累计** 指同一个保险期间的生效日至期满日期间的累计值。
在本合同有效的保险期间或者相连的续保合同有效的保险期间内，被保险人接受住院治疗跨不同保险期间时，符合通常惯例的且医学必需的合理医疗费用以及已通过其他途径获得的医疗费用补偿均按本次住院在各保险合同的保险期间内实际发生的住院天数分摊，并计入相应保险合同的保险期间的累计值。
- 8.8 医院** 本合同计划一所指医院为国务院卫生行政主管部门医院等级分类中的二级合格或者二级合格以上的社会基本医疗保险规定的定点医院普通部（**不包括其附属的国际医疗、特需医疗、贵宾医疗、外宾医疗或者相类似的部门和科室**），**不包括以康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者类似功能为主要功能的医疗机构。**
本合同计划二所指医院为国务院卫生行政主管部门医院等级分类中的二级合格或者二级合格以上的社会基本医疗保险规定的定点医院普通部及其所附属的国际医疗、特需医疗、贵宾医疗、外宾医疗或者相类似的部门和科室，**不包括以康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者类似功能为主要功能的医疗机构。**
- 8.9 初次确诊** 指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊患有某种疾病，**而不是指自本合同生效之后第一次经医院确诊患有某种疾病。**例如，2017 年 1 月 1 日本合同经首次投保后生效，被保险人自出生后第一次经医院确诊罹患“重大疾病”的时间以及保险金给付的核定结论见下表：
- | 自出生后初次确诊时间 | 保险金给付的核定结论 |
|---------------------------|------------------------|
| 2017 年 1 月 1 日之前 | 不属于保险责任范围，不承担给付保险金的责任； |
| 2017 年 1 月 1 日起的 30 日(含)内 | 不承担给付保险金的责任； |
| 2017 年 1 月 1 日起的 30 日后 | 承担给付保险金的责任。 |
- 8.10 主要诊断** 指在医院治疗过程中由医生出具的、该治疗期间对被保险人身体的健康危害最大、花费医疗费用最多的诊断。
- 8.11 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我们理赔人员根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

- 8.12 **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) 与治疗所在地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。
- 对是否医学必需由我们理赔人员根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。
- 8.13 **住院医疗费用** 指在医院接受住院治疗期间且在住院部所发生的床位费及膳食费（见 8.54）、监护人陪护床位费（见 8.55）、重症监护室床位费（见 8.56）、药品费（见 8.57）、治疗费（见 8.58）、护理费（见 8.59）、检查化验（见 8.60）费、手术费（见 8.61）、医生费（诊疗费）（见 8.62）、材料费（见 8.63）、器官移植费（见 8.64）、救护车使用费（见 8.65）。
- 8.14 **门诊医疗费用** 指在接受门诊治疗期间所发生的药品费、治疗费、检查化验费、手术费、医生费（诊疗费）、材料费、器官移植费。
- 8.15 **化学疗法** 指针对恶性肿瘤的化学治疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物，以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。本合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化疗。
- 8.16 **放射疗法** 指针对恶性肿瘤的放射治疗。放疗是使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。本合同所指的放疗为被保险人根据医嘱，在医院的专业科室进行的放疗。
- 8.17 **肿瘤免疫疗法** 指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和增强机体抗肿瘤免疫应答，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本合同所指的肿瘤免疫疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。
- 8.18 **肿瘤内分泌疗法** 指对于恶性肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制激素生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞的生长。本合同所指的内分泌疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。
- 8.19 **肿瘤靶向疗法** 指在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或者其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本合同所指的靶向疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。
- 8.20 **肾透析** 指根据半透膜的膜平衡原理，使用一定浓度的电解质和葡萄糖组成的透析液和血液中积累的代谢产物、水及电解质进行渗透交换，从而达到治疗终末期肾病目的的治疗方式。
- 8.21 **门急诊医疗费用** 指在接受门急诊治疗期间所发生的药品费、治疗费、检查化验费、手术费、医生费（诊疗费）、材料费、器官移植费。

8.22 医疗保险金的计算方法

举例说明：投保人王某为被保险人李某（有社会基本医疗保险）购买本产品，选择投保计划一。本合同的生效日为 2017 年 1 月 1 日。本合同的保险期间为 1 年，自 2017 年 1 月 1 日零时开始，至 2017 年 12 月 31 日 24 时止。被保险人在本合同保险期间内共计发生三次治疗，每次治疗情况具体如下：

治疗编号	首次治疗	第二次治疗	第三次治疗
治疗时间	2017 年 3 月 1 日至 2017 年 4 月 7 日	2017 年 7 月 1 日至 2017 年 8 月 7 日	2017 年 10 月 1 日至 2017 年 10 月 25 日
治疗项目	因重大疾病住院	非因重大疾病住院	非因重大疾病住院
实际发生的 医疗费用	12 万元	16 万元	6 万元
保险责任范围内的 合理医疗费用	11.8 万元	15.7 万元	5.5 万元
是否已从社会基本 医疗保险获得医疗 费用补偿	是	是	否
从其他途径获已获 得的医疗费用补偿	3 万元	2 万元	0 万元

则医疗保险金的计算方法如下：

- (1) 被保险人首次治疗，因重大疾病住院，实际发生的医疗费用为 12 万元，其中保险责任范围内的合理医疗费用为 11.8 万元，本次重大疾病医疗保险金的计算方法如下：

被保险人以拥有社会基本医疗保险的状态投保，且已从社会基本医疗保险获得重大疾病医疗费用补偿，因此与该次治疗相对应的给付比例为 100%。

根据公式，我们本次向医疗保险金受益人给付的重大疾病医疗保险金为 8.8 万元（（重大疾病合理医疗费用 11.8 万元-从其他途径已获得的重大疾病医疗费用补偿金额 3 万元）×给付比例 100%）。

- (2) 被保险人第二次治疗，非因重大疾病住院，实际发生的医疗费用为 16 万元，其中保险责任范围内的合理医疗费用为 15.7 万元，本次非因重大疾病医疗保险金的计算方法如下：

① 被保险人以拥有社会基本医疗保险的状态投保，且已从社会基本医疗保险获得非因重大疾病医疗费用补偿，因此与该次治疗相对应的给付比例为 100%，则本合同保险期间内累计按比例计算的的非因重大疾病合理医疗费用为 15.7 万元（非因重大疾病合理医疗费用 15.7 万元×给付比例 100%）；

② 年度免赔额：根据“本合同保险期间内累计从其他途径已获得的非因重大疾病医疗费用补偿金额（2 万元）>非因重大疾病医疗保险金的年度基础免赔额（1 万元）”，确定年度免赔额为 2 万元；

③ 本合同保险期间内累计我们已给付的非因重大疾病医疗保险金：0 万元。

根据公式，我们本次向医疗保险金受益人给付的非因重大疾病医疗保险金为 13.7 万元（本合同保险期间内累计按比例计算的的非因重大疾病合理医疗费用 15.7 万元-年度免赔额 2 万元-本合同保险期间内累计我们已给付的非因重大疾病医疗保险金 0 万元）。

- (3) 被保险人第三次治疗，非因重大疾病住院，实际发生的医疗费用为 6 万元，其中保险责任范围内的合理医疗费用为 5.5 万元，本次非因重大疾病医疗保险金的计算方法如下：

① 被保险人以拥有社会基本医疗保险的状态投保，但未从社会基本医疗保险获得非因重大疾病医疗费用补偿，因此与该次治疗相对应的给付比例

为 60%，则本合同保险期间内累计按比例计算的非因重大疾病合理医疗费用为 19 万元（第二次治疗的非因重大疾病合理医疗费用 15.7 万元×给付比例 100%+第三次治疗的非因重大疾病合理医疗费用 5.5 万元×给付比例 60%）；

② 年度免赔额：根据“本合同保险期间内累计从其他途径已获得的非因重大疾病医疗费用补偿金额（2 万元=第二次治疗获得非因重大疾病医疗费用补偿金额 2 万元+第三次治疗获得非因重大疾病医疗费用补偿金额 0 万元）>非因重大疾病医疗保险金的年度基础免赔额（1 万元）”，确定年度免赔额为 2 万元；

③ 本合同保险期间内累计我们已给付的非因重大疾病医疗保险金：13.7 万元。

根据公式，我们本次向医疗保险金受益人给付的非因重大疾病医疗保险金为 3.3 万元（本合同保险期间内累计按比例计算的非因重大疾病合理医疗费用 19 万元-年度免赔额 2 万元-本合同保险期间内累计我们已给付的非因重大疾病医疗保险金 13.7 万元）。

因此，本合同保险期间内累计我们已给付的医疗保险金为 25.8 万元（首次治疗给付重大疾病医疗保险金 8.8 万元+第二次治疗给付非因重大疾病医疗保险金 13.7 万元+第三次治疗给付非因重大疾病医疗保险金 3.3 万元）。

- | | |
|----------------------------|---|
| 8.23 社会基本医疗保险 | 包括城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗保险、城镇居民基本医疗保险。 |
| 8.24 公费医疗 | 公费医疗制度，是国家为保障国家工作人员身体健康而实行的一项社会保障制度。国家通过医疗卫生部门向享受人员提供制度规定范围内的免费医疗预防。 |
| 8.25 中国境外 | 指中华人民共和国领土之外的地区以及香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。 |
| 8.26 既往症 | 指在本合同生效日之前已患的疾病或者已有的症状。 |
| 8.27 医生 | 指在医院内合法注册的具有医师执业资格和诊断处方权且正在执业的医师。 |
| 8.28 遗传性疾病 | 指生殖细胞或者受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或者畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。 |
| 8.29 先天性畸形、变形和染色体异常 | 指被保险人出生时就具有的畸形、变形或者染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定。 |
| 8.30 感染艾滋病病毒或者患艾滋病 | 艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文缩写为 AIDS。
在人体血液或者其他样本中检测到艾滋病病毒或者其抗体呈阳性，没有出现临床症状或者体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或者体征的，为患艾滋病。 |
| 8.31 康复治疗 | 指在康复医院、康复中心、普通医院的康复科诊治或者接受以促进机体各项功能恢复为目的的医疗方法，如理疗、按摩、推拿、生物反馈疗法、康复营养、康复护理等。 |
| 8.32 牙齿治疗 | 指牙齿的保健、洁牙、美白、矫形及种牙、镶牙、补牙、拔牙手术。 |
| 8.33 醉酒 | 指发生事故时每百毫升血液中的酒精含量大于或者等于 80 毫克。 |
| 8.34 毒品 | 指中华人民共和国刑法规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可 |

卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。

- 8.35 酒后驾驶** 指经检测或者鉴定，发生保险事故时每百毫升血液中的酒精含量达到或者超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或者醉酒后驾驶。
- 8.36 无合法有效驾驶证驾驶** 指下列情形之一：
(1) 没有取得中华人民共和国有关主管部门颁发或者认可的驾驶资格证书；
(2) 驾驶与合法有效驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
(3) 持审验不合格的驾驶证驾驶；
(4) 在驾驶证有效期内未按照中华人民共和国法律、行政法规的规定，定期对机动车驾驶证实施审验的；
(5) 驾驶证已过有效期的。
- 8.37 无合法有效行驶证** 指发生保险事故时没有按照公安机关交通管理部门机动车登记制度的规定进行登记并领取机动车行驶证或者临时通行牌证等法定证件。包括下列情形之一：
(1) 未办理行驶证或者行驶证在申办过程中的；
(2) 机动车行驶证被依法注销登记的；
(3) 未在行驶证检验有效期内依法按时进行或者未通过机动车安全技术检验的。
- 8.38 机动车** 指以动力装置驱动或者牵引，上道路行驶的供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆。
- 8.39 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。
- 8.40 攀岩** 指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
- 8.41 探险** 指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或者使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身于其中的行为，如：江河漂流、登山、徒步穿越沙漠或者人迹罕至的原始森林等活动。
- 8.42 武术比赛** 指两人或者两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。
- 8.43 特技表演** 指进行马术、杂技、驯兽等表演。
- 8.44 质子治疗** 质子指氢原子剥去电子后带有正电荷的粒子。质子治疗指应用质子放射线治疗肿瘤的方法。
- 8.45 重离子治疗** 重离子指比电子重的粒子。重离子治疗指应用重离子放射线治疗肿瘤的方法。
- 8.46 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者主治医师以上职称的《医师职称证书》；
(4) 在二级或者二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。
- 8.47 首两次续保** 指首次投保或者中断后再次投保本合同后对于第二个保单年度及第三个保单年度的续保。例如，如果首次投保或者中断后再次投保本合同的生效日期为2017年1月1日，那么本合同的首两次续保是指对于本合同第二个保单年度（保险期间为2018

年1月1日至2018年12月31日)及第三个保单年度(保险期间为2019年1月1日至2019年12月31日)的续保。

- 8.48 **现金价值** 首次投保或者中断后再次投保本合同时，现金价值的计算公式为“ $\text{保险费} \times (1-35\%) \times (1-\text{经过天数} \div 365)$ ”。续保本合同时，现金价值的计算公式为“ $\text{保险费} \times (1-32\%) \times (1-\text{经过天数} \div 365)$ ”。经过天数不足一天的不计。“经过天数”是指本合同从生效之日至终止之日实际经过的天数。
- 8.49 **净保险费** 指不包含营业费用、佣金等其他费用的保险费。首次投保或者中断后再次投保本合同时，净保险费的计算公式为“ $\text{保险费} \times (1-35\%)$ ”。续保本合同时，净保险费的计算公式为“ $\text{保险费} \times (1-32\%)$ ”。
- 8.50 **肢体机能完全丧失** 指肢体的三大关节中的两大关节僵硬，或者不能随意识活动。肢体是指包括肩关节的整个上肢或者包括髋关节的整个下肢。
- 8.51 **语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失** 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、或者声带全部切除，或者因大脑语言中枢受伤害而患失语症。
咀嚼吞咽能力完全丧失，指因牙齿以外的原因导致器质障碍或者机能障碍，以致不能作咀嚼吞咽运动，除流质食物外不能摄取或者吞咽的状态。
- 8.52 **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：自己上下床或者上下轮椅；
(4) 如厕：自己控制进行大小便；
(5) 进食：自己从已准备好的碗或者碟中取食物放入口中；
(6) 洗澡：自己进行淋浴或者盆浴。
- 8.53 **永久不可逆** 指自疾病确诊或者意外伤害发生之日起，经过积极治疗180天后，仍无法通过现有医疗手段恢复。
- 8.54 **床位费及膳食费** 床位费指被保险人住院期间使用的医院床位的费用，但不包括重症监护室床位费。
膳食费指根据医生的医嘱且由医院内设的专门为住院病人配餐的食堂配送的并符合通常惯例的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内。
膳食费不包括：
(1) 所住医院外其他营利性餐饮服务机构提供的餐饮费用；
(2) 不是根据医嘱配送的、在医院对外营业的餐厅或者食堂的餐饮费用；
(3) 不在医院开具的医疗费用清单上的餐饮费用。
- 8.55 **监护人陪护床位费** 指未满18周岁的被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定给付其合法监护人(限1人)在医院留宿发生的陪护床位费；或者女性被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定给付其1周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。
- 8.56 **重症监护室床位费** 指住院期间出于医学必需被保险人需在重症监护室进行合理且必要的医疗而产生的床位费。
重症监护室指配有中心监护台、心电监护仪及其他监护抢救设施，相对封闭管理，符合重症监护病房(ICU)、冠心病重症监护病房(CCU)标准的单人或者多人监护病房。
- 8.57 **药品费** 指在住院、特殊门诊以及住院前后门急诊治疗期间根据医生开具的处方所发生的西药、中成药和中草药的费用。

在治疗时当地政府适用的《城镇职工基本医疗保险药品目录》及相关规定中不予给付的下列药品：

- (1) 营养补充类药品；
- (2) 免疫功能调节类药品；
- (3) 美容及减肥类药品；
- (4) 预防类药品；
- (5) 中草药类药品，

均不在本合同的保障范围内。

- 8.58 **治疗费** 指由医生或者护士对患者进行的除手术外的各种治疗项目而发生的治疗费，包括因清创、换药、拆线、脓肿切开引流、瘘管烧灼、血管穿刺、输血、输液、注射、肌肉封闭、吸氧、放疗、化疗、冷冻、激光、肾透析、急救治疗、心肺复苏等而发生的治疗费，具体以所就诊医院费用项目划分为准。
- 8.59 **护理费** 指住院期间由护士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、重症监护与专项护理费用。
- 8.60 **检查化验** 指由医生开具的由医院专项检查科室的专业检查、检验人员实施的各检查化验项目，包括实验室检查、病理检查、放射线检查、CT、核磁共振检查（MRI）、B超、血管造影、同位素、心电图、心功能、肺功能、骨密度、基因学检查。
- 8.61 **手术费** 包括手术费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、未独立记账的术中用药费、手术设备费、合理且必要的**手术植入材料**（见8.66）费。
- 8.62 **医生费（诊疗费）** 指由医生所实施的病情咨询及检查、各种器械或者仪器检查、诊断、治疗方案拟订等各项医疗服务所收取的费用。
- 8.63 **材料费** 指在住院、特殊门诊以及住院前后门急诊治疗期间医生或者**护士**（见8.67）在为被保险人进行的各种治疗中所使用的一次性敷料费用。
- 8.64 **器官移植费** 器官移植费是指经本公司认可的医院的专科医生明确诊断，根据医学需要必须进行肝脏移植、肾脏移植、心脏移植、肺脏移植或者骨髓移植而发生的手术费、辅助治疗费、检验费等。**但不包括因器官供体寻找、获取以及从供体切除、储藏、运送器官而发生的相关费用。**
- 8.65 **救护车使用费** 指住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，根据医生建议，被保险人需医院转诊过程中的医院用车费用，且救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送。
- 8.66 **手术植入材料** 指在手术过程中由医生植入患者体内、术后无法自由取摘、只能由医生进行开创手术才能取出的材料。手术植入材料包括起搏器、钛钉、钛板、钛网、各种支架、人工关节、人工心脏瓣膜等植入式人工器官等手术中留置体内的生物相容性材料。
- 8.67 **护士** 指在医院内合法注册的具有护士执业资格且正在执业的护理人员。

附表 1

泰康健康尊享 C 款医疗保险保障计划表					
(以下所有金额均以人民币计算, 单位为元)					
保障计划			计划一	计划二	
医院类别			二级及以上社保定点医院 (不含其附属的国际医疗、特需医疗、贵宾医疗、外宾医疗或者相类似的部门和科室)	二级及以上社保定点医院 (含其附属的国际医疗、特需医疗、贵宾医疗、外宾医疗或者相类似的部门和科室)	
年度给付 限额	重大疾病医疗保险金		1,000,000	2,000,000	
	非因重大疾病医疗保险金		500,000	1,000,000	
年度基础 免赔额	重大疾病医疗保险金		0	0	
	非因重大疾病医疗保险金		10,000	20,000	
一、 重大疾病 医疗保险 金	1. 重大 疾病住 院医疗 保险金	(1) 床位费及膳食费	日限额	1,000	3,000
		(2) 监护人陪护床位费、重症监护室床位费、药品费、治疗费、护理费、检查化验费、手术费、医生费 (诊疗费)、材料费、器官移植费、救护车使用费	年限额	不设单项最高限额	不设单项最高限额
	2. 重大 疾病特 殊门诊 医疗保 险金	(1) 门诊恶性肿瘤治疗费, 门诊恶性肿瘤治疗包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法	年限额	200,000	400,000
		(2) 门诊肾透析费		200,000	400,000
		(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费		不设单项最高限额	不设单项最高限额
		(4) 门诊手术治疗费		不设单项最高限额	不设单项最高限额
	3. 重大疾病住院前后门急诊医疗保险金		年限额	100,000	200,000
二、 非因重大 疾病医疗 保险金	1. 非因 重大疾 病住院 医疗保 险金	(1) 床位费及膳食费	日限额	1,000	3,000
		(2) 监护人陪护床位费、重症监护室床位费、药品费、治疗费、护理费、检查化验费、手术费、医生费 (诊疗费)、材料费、器官移植费、救护车使用费	年限额	不设单项最高限额	不设单项最高限额
	2. 非因 重大疾 病特殊 门诊医 疗保险 金	(1) 门诊肾透析费	年限额	100,000	200,000
		(2) 器官移植后的门诊抗排异治疗费		不设单项最高限额	不设单项最高限额
		(3) 门诊手术治疗费		不设单项最高限额	不设单项最高限额
3. 非因重大疾病住院前后门急诊医疗保险金		年限额	50,000	100,000	