

中国太平洋财产保险股份有限公司 个人高额医疗保险(H2020A)条款

注册号：C00001432512020041604552

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以条款为准。

您拥有的重要权益

- ❖ 本合同提供的保障在保险责任条款中列明2.5
- ❖ 您有退保的权利5.1

您应当特别注意的事项

- ❖ 本合同有等待期、比例给付的约定，请您注意2.3、2.6
- ❖ 本合同有免赔额的约定，请您注意2.6
- ❖ 本合同有责任免除条款，请您注意2.8
- ❖ 保险事故发生后，请及时通知我们3.2
- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策5.1
- ❖ 您有如实告知的义务6.1
- ❖ 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7

 **保险条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本保险条款。**

条款目录(不含三级目录)

1. 您与我们订立的合同	4.1 保险费的支付	7.11 城乡居民大病保险
1.1 合同构成	5. 合同解除	7.12 醉酒
1.2 合同成立与生效	5.1 您解除合同的手续及风险	7.13 斗殴
1.3 投保年龄	6. 其他需要关注的事项	7.14 毒品
1.4 被保险人	6.1 明确说明与如实告知	7.15 酒后驾驶
1.5 投保人	6.2 我们合同解除权的限制	7.16 无合法有效驾驶证驾驶
2. 我们提供的保障	6.3 年龄错误	7.17 无有效行驶证
2.1 基本保险金额	6.4 急危重病及转院	7.18 机动车
2.2 保险期间	6.5 联系方式变更	7.19 潜水
2.3 等待期	6.6 合同内容变更	7.20 攀岩
2.4 续保	6.7 争议处理	7.21 探险
2.5 保险责任	7. 释义	7.22 武术比赛
2.6 保险金计算方法	7.1 周岁	7.23 特技表演
2.7 费用补偿原则	7.2 意外伤害	7.24 精神疾患
2.8 责任免除	7.3 指定医疗机构	7.25 遗传性疾病
3. 保险金的申请	7.4 住院医疗费用	7.26 先天性疾病
3.1 受益人	7.5 住院	7.27 职业病
3.2 保险事故通知	7.6 合理且必要	7.28 特定传染病
3.3 保险金申请	7.7 重大疾病	7.29 地方病
3.4 保险金给付	7.8 首次发病	7.30 矫形、矫形手术
3.5 诉讼时效	7.9 公费医疗	7.31 未到期净保费
4. 保险费的支付	7.10 基本医疗保险	7.32 有效身份证件

- 7.33 重大疾病医疗费用
- 7.34 情形复杂
- 7.35 病情稳定
- 7.36 专科医生
- 7.37 肢体机能完全丧失
- 7.38 语言能力或咀嚼吞咽能力
完全丧失
- 7.39 六项基本日常生活活动
- 7.40 永久不可逆

中国太平洋财产保险股份有限公司 个人高额医疗保险(H2020A)条款

“中国太平洋财产保险股份有限公司个人高额医疗保险(H2020A)”简称“个人高额医疗(H2020A)”。在本保险条款中，“您”指投保人，“我们”指中国太平洋财产保险股份有限公司，“本合同”指您与我们之间订立的“中国太平洋财产保险股份有限公司个人高额医疗保险(H2020A)合同”。

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、投保单及其他投保文件、合法有效的声明、批注、批单及其他您与我们共同认可的书面协议。
- 1.2 合同成立与生效 您提出保险申请、我们同意承保,本合同成立。合同生效日期在保险单上载明。
- 1.3 投保年龄 指您投保时被保险人的年龄,本合同接受的投保年龄范围为出生满30天至60周岁。续保时,最高续保年龄可延至100周岁。
- 1.4 被保险人 身体健康的能正常生活或正常工作的自然人,可作为本合同的被保险人。
- 1.5 投保人 具有完全民事行为能力的被保险人本人、对被保险人有保险利益的其他自然人,可作为本合同的投保人。

2. 我们提供的保障

- 2.1 基本保险金额 本合同的基本保险金额由您与我们在投保时约定并在保险单上载明。
- 2.2 保险期间 本合同的保险期间为1年,保险期间在保险单上载明。
- 2.3 等待期 您为被保险人首次投保本保险或者重新投保本保险时,自本合同生效之日起30日为等待期;续保本保险的保险合同无等待期。
- 2.4 续保 本合同为非保证续保合同。您可在本合同1年保险期间届满时提出续保申请。在我们收到保险费并同意承保后,本合同将自1年保险期间届满之时起续保1年。若您在本合同保险期间届满后15日内未支付续保保费,以后则按重新投保处理,等待期重新计算。若我们停止本保险产品的销售,将会及时通知您,我们自停止销售时起不再接受续保申请。
- 2.5 保险责任 在本合同保险期间内,且本合同有效的前提下,我们按以下约定承担保险责任:
- 一般医疗保险金 被保险人因遭受意外伤害或在等待期后因患疾病,在指定医疗机构接受治疗的,我们依照下列约定给付一般医疗保险金:

1. 住院医疗费用

被保险人因疾病或意外伤害经医院诊断必须**住院**治疗的，住院期间发生的**合理且必要**的住院医疗费用。

在每一保单年度内，因疾病或意外住院的最高给付日数为 180 日，累计疾病或意外住院超过 180 日发生的医疗费用，不属于保险责任范围。

对等待期后本合同到期日前发生的且延续至本合同到期日后 30 日内的住院治疗，对于合理且必要的住院医疗费用，我们仍然按照约定的方法计算并给付住院医疗保险金。

2. 指定门诊医疗费用

被保险人因疾病或意外伤害在医院进行如下治疗发生的合理且必要的医疗费用：

(1) 门诊肾透析费；

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

(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费；

(4) 门诊手术费。

3. 住院前后门急诊费用

被保险人在住院前后各 7 日内，与该次住院相同原因而发生的门急诊医疗费用，不包括门诊肾透析费、门诊恶性肿瘤治疗费、器官移植后的门诊抗排异治疗费和门诊手术费。

对于因上述各类治疗发生的合理且必要的医疗费用，我们按本合同约定的保险金计算方法，在基本保险金额内给付一般医疗保险金，且各项保险金的累计给付金额不超过年度基本保险金额。

重大疾病医疗保险金

被保险人因遭受意外伤害被确诊初次发生本合同约定的**重大疾病**（无论一种或多种，下同），或在等待期后因意外伤害以外的原因**首次发病**并被确诊初次发生本合同约定的重大疾病，在指定医疗机构接受治疗的，我们首先按照前款约定给付一般医疗保险金，当我们累计给付金额达到基本保险金额后，我们依照下列约定给付重大疾病医疗保险金，我们一次或多次累计给付的重大疾病医疗保险金以合同约定的重大疾病医疗保险金额为限：

1. 重大疾病住院医疗费用

被保险人因罹患重大疾病经医院诊断必须**住院**治疗的，住院期间发生的合理且必要的重大疾病住院医疗费用。

在每一个保单年度内，重大疾病住院的最高给付日数为 180 日，累计重大疾病住院超过 180 日发生的医疗费用，不属于保险责任范围。

对等待期后本合同到期日前发生的且延续至本合同到期日后 30 日内的住院治疗，对于合理且必要的重大疾病住院医疗费用，我们仍然按照约定的方法计算并给付重大疾病住院医疗保险金。

2. 重大疾病特殊门诊医疗费用

被保险人因罹患重大疾病或意外伤害在医院进行如下治疗发生的合理且必要的医疗费用：

(1) 门诊肾透析费；

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

(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费；

3. 重大疾病住院前后门急诊费用

被保险人在住院前后各 7 日内，因为重大疾病而发生的门急诊医疗费用，不包括门诊肾透析、门诊恶性肿瘤治疗、器官移植后的门诊抗排异治疗费和门诊手术费。

对于因上述各类治疗发生的合理且必要的医疗费用，我们按本合同约定的保险金计算方法，在重大疾病医疗保险金额内给付重大疾病医疗保险金，且各项保险金的累计给付金额不超过年度重大疾病医疗保险金额。

重大疾病保险金

被保险人因遭受意外伤害被确诊初次发生本合同约定的重大疾病（无论一种或多种，下同），或在等待期后因意外伤害以外的原因首次发病并被确诊初次发生本合同约定的重大疾病，我们按本合同约定的重大疾病保险金额给付重大疾病保险金。

2.6 保险金计算方法

在本合同有效期内，被保险人因疾病或意外伤害经确诊需要住院治疗、特殊门诊治疗或住院前后的门急诊治疗的，对于在其投保计划对应的指定医疗机构内进行上述治疗发生的、合理且必要的医疗费用，即保险责任范围内的医疗费用，按照如下公式计算每次就诊应当给付的保险金：

每次就诊应当给付的保险金=(被保险人发生的医疗费用的有效金额-年免赔额余额)*赔付比例

说明：

(1) 每次就诊指一次住院，或一次门诊(包括特殊门诊或住院前后的门急诊)。

一次住院指被保险人因疾病或意外伤害住院治疗，自入院日起至出院日止之期间；但如果因同一原因再次住院，且前次出院与下次住院间隔未超过 30 日，视为同一次住院。

一次门诊指被保险人在一日在同一所医院同一个科室的就诊。

(2) 被保险人发生的医疗费用的有效金额=被保险人每次就诊发生的合理且必要的属于保险责任范围内的医疗费用-被保险人从**公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险**取得的医疗费用补偿金额总和-被保险人从工作单位、本公司在内的商业保险机构等任何其他途径取得的医疗费用补偿金额总和。多次就诊被保险人累计发生的医疗费用的有效金额等于单次就诊被保险人发生的医疗费用的有效金额相加。

(3) 免赔额：本合同所指免赔额均指年免赔额。在保险期间内，被保险人通过**公费医疗、基本医疗保险和城乡居民大病保险**获得的医疗费用补偿，不可用于抵扣免赔额，但从工作单位、本公司在内的商业保险机构等任何其他途径取得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。

本合同的免赔额为 1 万元。

(4) 当某次就诊保险责任范围内的医疗费用 > 年免赔额余额时，本次赔付金额 > 0；

当某次就诊保险责任范围内的医疗费用 ≤ 年免赔额余额时，本次赔付金额 = 0。

(5) 赔付比例：如投保时被保险人有公费医疗或基本医疗保险，但本次就诊时被保险人未使用公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险，则该赔付比例为 60%；在其他情况下，该赔付比例为 100%。

2.7 费用补偿原则

本合同属于费用补偿型医疗保险合同，若被保险人从公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险，或被保险人工作单位、本公司在内的商业保险机构等任何途径获得补偿的，我们在各项责任限额内给付保险金时以扣除上述所得医疗费用补偿或赔偿后的剩余医疗费用金额为限。

2.8 责任免除

对下列费用或因下列情形之一导致被保险人接受治疗的，我们不承担保险责任：

(1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

(2) 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；

(3) 被保险人自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；

(4) 被保险人醉酒，斗殴，主动吸食或注射毒品；

(5) 被保险人酒后驾驶，无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无有效行驶证的机动车；

(6) 被保险人参加潜水、跳伞、攀岩、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、摔跤、武术比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险活动；

(7) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱、恐怖主义；

(8) 核爆炸、核辐射或核污染；

(9) 被保险人在本合同生效前或等待期内所患或出现的疾病(或其并发症)、生理缺陷、残疾；

(10) 被保险人怀孕、流产、堕胎、分娩(含剖宫产)、避孕、节育绝育手术、治疗不孕不育症、产前产后检查，或由前述情形导致的并发症，但宫外孕、意外伤害所致的流产或分娩除外；

(11) 被保险人在我们指定医疗机构的高端病房(包括特需病房、国际部病房、外宾病房、VIP 病房、干部病房等)或指定医疗机构范围外的其他医疗机构住院的医疗费用，但本保险条款“6.4 急危重病及转院”另有约定的除外；

(12) 一般健康检查、疗养、特别护理、康复性治疗、物理治疗、心理咨询、心理治疗或以捐献身体器官为目的的医疗行为；被保险人因预防、康复、保健性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具；包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

(13) 椎间盘突出症、性病、精神疾患、遗传性疾病、先天性疾病、先天性畸形或缺陷、职业病、特定传染病、地方病；

(14) 整容、整容手术、美容、美容手术、矫形、矫形手术、外科整形手术、变性手术、预防性手术(如预防性阑尾切除)，但因意外伤害所致的矫形、矫形手术、外科整形手术除外；

(15) 牙科保健或治疗，任何原因导致的牙齿修复或牙齿整形，视力矫正手术，修复、安装或购买残疾用具(如轮椅、假肢、助听器、假眼等)，但意外伤害所致的牙齿修复或牙齿整形除外；

(16) 购买人工器官；

(17) 本合同约定的合理且必要的医疗费用外的其他费用；

(18) 被保险人支出的医疗费用中依法已由第三者赔偿的部分。

发生上述第(1)项情形导致被保险人身故的，本合同终止，我们不退还本合同保险单的**未满期净保费**。

发生上述其他情形导致被保险人身故的，本合同终止，我们向您退还本合同保险单的**未满期净保费**。

如已发生过保险金给付，我们不退还本合同保险单的**未满期净保费**。

3. 保险金的申请

3.1 受益人 除另有指定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

3.2 保险事故通知 您、被保险人或受益人知道保险事故后应当在 10 日内通知我们。如果您、被保险人或受益人故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，我们对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，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。若您、被保险人或受益人未及时将保险事故通知我们，而该保险事故的发生足以影响我们决定是否同意续保的，我们对续保生效后发生的任何保险事故不承担保险责任，但向您无息退还续保的保险费。

3.3 保险金申请 在申请保险金时，申请人须填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

一般医疗保险金申请

- (1) 保险合同或电子保险单号；
- (2) 申请人的**有效身份证件**；
- (3) 包括住院志(即入院记录)、体温单、医嘱单、化验单(检验报告)、医学影像检查资料、特殊检查(治疗)同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理报告、护理记录、出院记录在内的住院病历复印件；
- (4) 住院医疗费用的原始凭证、结算明细清单(指住院期间每日各项费用明细)和处方；
- (5) 出院小结或出院诊断证明；
- (6) 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。

重大疾病医疗保险金申请

- (1) 保险合同或电子保险单号；
- (2) 申请人的**有效身份证件**；
- (3) 包括住院志(即入院记录)、体温单、医嘱单、化验单(检验报告)、医学影像检查资料、特殊检查(治疗)同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理报告、护理记录、出院记录在内的住院病历复印件；

- (4) 卫生行政部门认定的二级以上(含二级)医院出具的附有病理显微镜检查报告、血液检查及其他科学方法检验报告的病史资料及疾病诊断报告书；但原发性心肌病、严重骨髓增生异常综合征、严重瑞氏综合征的理赔须由三级以上(含三级)医院出具前述报告和资料；如有必要，我们有权对被保险人进行复检，复检费用由我们承担；
- (5) 重大疾病医疗费用的原始凭证、结算明细清单和处方；
- (6) 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。

重大疾病保险金申请

- (1) 保险合同或电子保险单号；
- (2) 申请人的有效身份证件；
- (3) 卫生行政部门认定的二级以上(含二级)医院出具的附有病理显微镜检查报告、血液检查及其他科学方法检验报告的病史资料及疾病诊断报告书；但原发性心肌病、严重骨髓增生异常综合征、严重瑞氏综合征的理赔须由三级以上(含三级)医院出具前述报告和资料；如有必要，我们有权对被保险人进行复检，复检费用由我们承担；
- (4) 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。

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

3.4 保险金给付

我们在收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后，将在5个工作日内作出核定；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规定义务的，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的损失。前述“损失”是指根据中国人民银行公布的同时期的人民币活期存款基准利率计算的利息损失。

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。

我们在收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起60日内，对给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；我们最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

3.5 诉讼时效

受益人向我们请求给付保险金的诉讼时效期间为2年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

4. 保险费的支付

4.1 保险费的支付

本合同保险费根据约定的投保年龄确定。您应于投保时一次性支付全部保险费。

续保时，我们按照续保保险费费率标准收取续保保险费；如您不接受，可不申请续保本合同。

5. 合同解除

5.1 您解除合同的手续及风险

如您申请解除本合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：

- (1) 保险合同或电子保险单号；
- (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保险单的未到期净保费。

如已发生过保险金给付，我们不退还本合同保险单的未到期净保费。您解除合同会遭受一定损失。

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。

我们就您和被保险人的有关情况提出询问，您应当如实告知。

如果您故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本合同。

如果您故意不履行如实告知义务，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，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，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。

6.2 我们合同解除权的限制

本保险条款“6.1 明确说明与如实告知”规定的合同解除权，自我们知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。

6.3 年龄错误

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，我们有权解除合同，并向您退还本合同保险单的未到期净保费。我们行使合同解除权适用本保险条款“6.2 我们合同解除权的限制”的规定。
- (2) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费少于应付保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付。
- (3) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费多于应付保险费的，我们会将多收的保险费退还给您。
- (4) 您申报的被保险人年龄不真实，致使本合同保险单的未到期净保费与实际不符的，我们有权根据被保险人的实际年龄调整。

- 6.4 急危重病及转院 急危重病指疾病病程短、病情相对严重(特别是严重急性病或外伤),需要短期紧急治疗的疾病。急、危重病人就诊不受我们指定医疗机构范围的限制(不含中国大陆以外的医疗机构),但经急救病情稳定后,须转入我们指定医疗机构治疗,否则,我们对被保险人于病情稳定后在我们指定医疗机构范围外的其他医疗机构的诊疗将不承担保险责任。
- 6.5 联系方式变更 为了保障您的合法权益,您的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时,请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。若您未以书面形式或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、通讯地址或电话等联系方式发送的有关通知,均视为已送达给您。
- 6.6 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上批注或者附贴批单,或者由您与我们订立书面的变更协议。您通过我们同意或认可的网站提交的合同变更申请,视为您的书面申请,并与书面申请文件具有同等法律效力。
- 6.7 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,提交本合同约定的仲裁委员会仲裁;
 (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。

7. 释义

- 7.1 周岁 指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄,自出生之日起为零周岁,每经过一年增加一岁,不足一年的不计。
- 7.2 意外伤害 指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。
- 7.3 指定医疗机构 指中国境内(不含香港、澳门和台湾地区)经中华人民共和国卫生行政管理部门正式评定的二级以上(含二级)公立医院,该医院必须符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备,且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。不包括疗养院,护理院,康复中心,精神心理治疗中心以及无相应医护人员或设备的二级或二级以上的联合医院或联合病房。
- 7.4 住院医疗费用 指被保险人经医院诊断必须接受住院治疗时(不包括急诊留观室治疗),被保险人需个人支付的、必需且合理的住院医疗费用,包括床位费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费等。
- 7.4.1 床位费 指被保险人使用的医院床位的费用。

- 7.4.2 膳食费 指实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用，但不包括购买的个人用品。
- 7.4.3 护理费 指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。
- 7.4.4 检查检验费 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。
- 7.4.5 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。
- 7.4.6 药品费 指实际发生的合理且必要的、由医生开具的、具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用。但不包括营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品，以及下列中药类药品：
1. 主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药，如花旗参，冬虫草，白糖参，朝鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝，红参，琥珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，燕窝，野山参，移山参，珍珠（粉），紫河车，阿胶，阿胶珠，血宝胶囊，红桃K口服液，十全大补丸，十全大补膏等；
 2. 部分可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸，海马，胎盘，鞭，尾，筋，骨等；
 3. 用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。
- 7.4.7 手术费 指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术室费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费；若因器官移植而发生的手术费用，不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。
- 7.5 住院 指被保险人因意外伤害或患疾病而入住医院之正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，但不包括住入急诊观察室、家庭病床、联合病房、康复医院（病房）、疗养院、挂床住院及其他不合理的住院。挂床住院是指被保险人住院过程中1日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或1日内住院不满24小时，但遵医嘱到外院接受临时诊疗的不在此限。
- 7.6 合理且必要 指被保险人发生的各项医疗费用应符合下列所有条件：
- (1) 治疗疾病所必需的项目；
 - (2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；
 - (3) 由医师开具的处方药或医嘱；
 - (4) 非试验性的、研究性的项目；
 - (5) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。
- 对是否合理且必要由我们根据客观、审慎、合理的原则进行核定，

若被保险人对核定结果有不同意见，可委托双方认可的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

7.7 重大疾病

本合同所保障的重大疾病，是指被保险人在合同有效期内经**专科医生**明确诊断初次患下列疾病或初次达到下列疾病状态或在医院初次接受下列手术：

7.7.1 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他部位的疾病。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。

下列疾病不在保障范围内：

(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。

7.7.2 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%。

7.7.3 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**；

(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。

7.7.4 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。

7.7.5 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、激光射频技术及其他非开胸的介入手术、腔镜手术不在保障范围内。

- 7.7.6 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。
- 7.7.7 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。
- 7.7.8 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。
- 7.7.9 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、脑血管性疾病不在保障范围内。
- 7.7.10 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保障范围内。
- 7.7.11 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。
- 7.7.12 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。
- 7.7.13 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。
申请理赔时,被保险人年龄必须在 3 周岁以上,并且须提供理赔当时的听力丧失诊断及检查证据。

- 7.7.14 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，如果使用其他视力表应进行换算)；
 (3) 视野半径小于 5 度。
 申请理赔时，被保险人年龄必须在 3 周岁以上，并且须提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。
- 7.7.15 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，或不能随意识活动。
- 7.7.16 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。
- 7.7.17 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保障范围内。
- 7.7.18 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。
- 7.7.19 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保障范围内。
- 7.7.20 严重Ⅲ度烧伤 指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤的面积达到全身体表面积的 20% 或 20% 以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。
- 7.7.21 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。
- 7.7.22 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。
- 7.7.23 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保障范围内。
- 7.7.24 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 $\leq 20 \times 10^9/L$ 。
- 7.7.25 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保障范围内。
- 7.7.26 原发性骨髓纤维化(PMF) 原发性骨髓纤维化以骨髓纤维增生和髓外造血为特点，表现为进行性贫血、脾肿大、外周血幼稚细胞等等。
被保险人须经由骨髓活检明确诊断为原发性骨髓纤维化，并满足下列所有条件且持续 180 天：
(1)血红蛋白 $< 100g/L$ ；
(2)白细胞计数 $> 25 \times 10^9/L$ ；
(3)外周血原始细胞 $\geq 1\%$ ；
(4)血小板计数 $< 100 \times 10^9/L$ 。
恶性肿瘤、中毒、放射线和感染所致的继发性骨髓纤维化不在保障范围内。
- 7.7.27 严重骨髓增生异常综合征(MDS) 骨髓增生异常综合征是起源于造血干细胞的一组骨髓克隆异常的疾病，表现为无效造血、难治性血细胞减少，有转化为急性髓系白血病的风险。
被保险人须经由外周血和骨髓活检明确诊断为骨髓增生异常综合征，并且满足下列所有条件：
(1)根据 WHO 分型，分型为难治性贫血伴原始细胞增多(RAEB)；
(2)根据“骨髓增生异常综合征修订国际预后积分系统(IPSS-R)”积分 ≥ 3 ，属于中危及以上组。
- 7.7.28 自体造血干细胞移植(AHSCT) 被保险人因急性白血病、恶性淋巴瘤或多发性骨髓瘤实际接受了自体造血干细胞移植。

以下情况不在保障范围内：

(1) 因上述所列疾病以外疾病接受自体造血干细胞移植；

(2) 非造血干细胞移植。

7.7.29 严重冠心病

指被保险人经由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。

7.7.30 严重感染性心内膜炎

感染性心内膜炎是指因细菌或其他致病菌感染造成心脏内膜感染，瓣膜为最常受累部位，引起心脏瓣膜关闭不全。必须满足下列至少三项条件：

(1) 急性或亚急性感染性心内膜炎临床表现；

(2) 血培养病原体阳性；

(3) 心功能衰竭并实际接受了心脏瓣膜置换手术；

(4) 并发动脉栓塞导致脑梗塞、肾梗塞或心肌梗塞。

药物滥用者所患感染性心内膜炎不在保障范围内。

7.7.31 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。急性主动脉夹层血肿必须明确诊断，并且满足下列所有条件：

(1) 有典型的临床表现；

(2) 有电子计算机断层扫描(CT)、磁共振扫描(MRI)、磁共振血管造影(MRA)等影像学证据支持诊断；

(3) 被保险人实际接受了急诊条件下进行的传统或微创开胸或开腹主动脉手术。

慢性期主动脉夹层择期手术、经导管主动脉内介入手术治疗不在保障范围内。

7.7.32 严重心脏病

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

7.7.33 严重心肌炎

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

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

(2) 持续不间断 180 天以上；

(3) 被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

7.7.34 多发性骨髓瘤

被保险人被三级医院专科医生明确诊断为多发性骨髓瘤，必须符合以下所有条件：

- (1)骨髓涂片浆细胞>10%或存在浆细胞瘤；
(2)血清 M 蛋白>30g/L；
(3)尿中出现 M-成分(轻链)；
(4)溶骨性病灶。
- 7.7.35 心脏粘液瘤 指为了治疗心脏粘液瘤，实际实施了开胸开心脏粘液瘤切除手术。
经导管介入手术治疗不在保障范围内。
- 7.7.36 严重心脏衰竭 CRT 心脏再同步治疗 严重心脏衰竭 CRT 心脏再同步治疗
指因缺血性心脏病或扩张性心肌病导致慢性严重心脏衰竭，被保险人实际接受了 CRT 治疗，以矫正心室收缩不协调和改善心脏功能。接受治疗之前必须满足下列所有条件：
(1)心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能 III 级或 IV 级；
(2)左室射血分数低于 35%；
(3)左室舒张末期内径≥55mm；
(4)QRS 时间≥130msec；
(5)药物治疗效果不佳，仍有症状。
- 7.7.37 完全性房室传导阻滞 指因慢性心脏疾病导致完全性房室传导阻滞。完全性房室传导阻滞是心房的激动不能正常地传导到心室，造成心室率过于缓慢，出现心力衰竭和因大脑供血不足导致的晕厥、阿-斯综合征。必须明确诊断并且满足下列所有条件：
(1)患有慢性心脏疾病；
(2)曾经有晕厥、阿-斯综合征发作；
(3)心电图表现为持续室性逸搏心律，心室率持续低于 40 次/分；
(4)已经植入永久性心脏起搏器。
- 7.7.38 风湿热导致的心脏瓣膜病 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。必须满足下列所有条件：
(1)风湿热病史；
(2)慢性心脏瓣膜病病史；
(3)实际接受了开胸开心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保障范围内。
- 7.7.39 头臂动脉型多发性大动脉炎旁路移植手术 多发性大动脉炎(高安氏动脉炎)是一种发生在主动脉和其主要分支的慢性炎症性动脉疾病，表现为受累动脉狭窄或闭塞。头臂动脉型多发性大动脉炎是指多发性大动脉炎头臂动脉型(I 型)，又称为无脉症。被保险人被明确诊断为头臂动脉型多发性大动脉炎并且实际接受了经胸部切开进行的无名动脉(头臂干)、颈总动脉、锁骨下动脉旁路移植手术。
非开胸的血管旁路移植手术、因其他病因而进行的旁路移植手术，对其他动脉进行的旁路移植手术，经皮经导管进行的血管内手术不在保障范围内。
- 7.7.40 室壁瘤切除手术 被保险人被明确诊断为左室室壁瘤，并且实际接受了开胸开心进行的室壁瘤切除手术治疗。

- 经导管心室内成型手术治疗不在本保障范围内。
- 7.7.41 慢性肺源性心脏病 指被保险人因慢性肺部疾病导致慢性肺源性心脏病并且引起慢性心功能损害造成永久不可逆性的心功能衰竭。心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能 IV 级。被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。
- 7.7.42 肺淋巴管肌瘤病 肺淋巴管肌瘤病是一种弥漫性肺部疾病，其特征性病理表现为囊性病病变及不成熟的平滑肌细胞和血管周围上皮细胞异常增生形成多发结节。必须满足下列所有条件：
 (1) 经组织病理学检查明确诊断；
 (2) CT 显示双肺弥漫性囊性改变；
 (3) 肺功能检查显示 FEV1 和 DLCO (CO 弥散功能) 下降；
 (4) 动脉血气分析显示低氧血症。
 疑似肺淋巴管肌瘤病除外。
- 7.7.43 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%。
- 7.7.44 破裂脑动脉瘤开颅夹闭手术 指因脑动脉瘤破裂造成蛛网膜下腔出血，被保险人实际接受了在全麻下进行的开颅脑动脉瘤夹闭手术。
 脑动脉瘤(未破裂)预防性手术、颅骨打孔手术、动脉瘤栓塞手术、血管内手术及其他颅脑手术不在本保障范围内。
- 7.7.45 肺泡蛋白质沉积症 肺泡蛋白质沉积症是一种弥漫性肺部疾病，其组织学特征为肺泡腔内及终末细支气管内堆积过量的磷脂蛋白样物质。必须满足下列全部条件：
 (1) 经组织病理学检查明确诊断；
 (2) 动脉血氧分压 (PaO₂) < 50mmHg，动脉血氧饱和度 (SaO₂) < 80%；
 (3) 实际接受了至少 3 次定期规律的支气管肺泡灌洗治疗。
- 7.7.46 植物人状态 植物人状态系指由于严重颅脑外伤造成大脑和/或脑干严重损害导致完全永久性的对自身和环境的意识丧失和中枢神经系统功能丧失，仅残存植物神经功能的疾病状态。诊断必须明确并且具有严重颅脑外伤和脑损害的证据。植物人状态必须持续 30 天以上方可申请理赔。
- 7.7.47 进行性核上性麻痹 进行性核上性麻痹是中枢神经系统变性性疾病，临床表现为眼球运动障碍、假性球麻痹、帕金森综合征等。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。
- 7.7.48 严重多发性硬化症 多发性硬化为中枢神经系统白质多灶性脱髓鞘病变，病变有时累及灰质。多发性硬化必须明确诊断，并且已经造成永久不可逆的神经

- 系统功能损害。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续 180 天无法独立完成下列基本日常生活活动之一：
- (1) 移动：自己从一个房间到另一个房间；
- (2) 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。
- 7.7.49 肌营养不良症 肌营养不良症是一组遗传性肌肉变性性病变，临床特征为与神经系统无关的肌肉无力和肌肉萎缩。须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
- 7.7.50 严重全身性重症肌无力 重症肌无力是一种神经肌肉接头传递障碍所致的疾病，表现为局部或全身骨骼肌（特别是眼外肌）极易疲劳。疾病可以累及呼吸肌、上肢或下肢的近端肌群或全身肌肉，必须满足下列所有条件：
- (1) 经药物治疗和胸腺切除治疗一年以上仍无法控制病情；
- (2) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
- 7.7.51 脊髓灰质炎后遗症 脊髓灰质炎是由于脊髓灰质炎病毒感染所致的瘫痪性疾病，临床表现为运动功能损害或呼吸无力。脊髓灰质炎必须明确诊断。本保单仅对脊髓灰质炎造成的神经系统功能损害导致被保险人一肢或一肢以上肢体机能永久完全丧失的情况予以理赔。肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意意识活动。
- 7.7.52 克-雅氏病(CJD) CJD 是一种传染性海绵状脑病，临床表现为快速进行性痴呆、肌阵挛和特征性脑电图变化。本病须经三级医院的专科医师根据 WHO 诊断标准明确诊断，并且被保险人永久不可逆丧失自主生活能力，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
- 7.7.53 亚急性硬化性全脑炎 是麻疹或麻疹样病毒所致的一种中枢神经系统慢病毒感染。中枢神经系统呈现灰质和白质破坏为特征的慢性和急性混合存在的炎症。必须满足下列所有条件：
- (1) 必须由三级医院诊断，临床检查证实脑电图存在周期性复合波、脑脊液 γ -球蛋白升高、脑脊液和血清中麻疹抗体滴度升高；
- (2) 被保险人出现运动障碍，永久不可逆丧失自主生活能力，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
- 7.7.54 进行性多灶性白质脑病 是一种亚急性脱髓鞘脑病，常常发生于免疫缺陷病人。必须满足下列所有条件
- (1) 根据脑组织活检确诊；
- (2) 永久不可逆丧失自主生活能力，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
- 7.7.55 恶性疟疾并发黑尿热 被保险人被明确诊断为恶性疟疾，并且引起急性溶血和排泄酱油色尿液，必须满足下列全部条件：
- (1) 反复疟疾发作病史或血检疟原虫阳性；
- (2) 血红蛋白尿；
- (3) 黄疸，血胆红素升高；

(4) 中、重度溶血性贫血, 血红蛋白 $<9\text{g/dl}$, 网织红细胞显著增加 $>3\%$ 。
其他原因引起的急性溶血性贫血不在保障范围内。

7.7.56 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与遗传有关的疾病。必须满足下列所有条件:

(1) 脊髓小脑变性症必须由三级医院诊断, 并有下列所有证据支持:

a. 影像学检查证实存在小脑萎缩;

b. 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。

7.7.57 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。

7.7.58 脊髓内肿瘤

指脊髓内良性或恶性肿瘤。肿瘤造成脊髓损害导致瘫痪。须满足下列所有条件:

(1) 被保险人实际接受了肿瘤切除的手术治疗;

(2) 手术 180 天后遗留下列神经系统损害, 无法独立完成下列基本日常生活活动之一:

a. 移动: 自己从一个房间到另一个房间;

b. 进食: 自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

非脊髓内的其他椎管内肿瘤、脊柱肿瘤、神经纤维瘤不在保障范围内。

7.7.59 横贯性脊髓炎后遗症

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

7.7.60 脊髓空洞症

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

(1) 延髓麻痹呈现显著舌肌萎缩、构音困难和吞咽困难;

(2) 双手萎缩呈“爪形手”, 肌力 2 级或以下。

7.7.61 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。

7.7.62 开颅手术

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

颅骨打孔手术、硬膜下血肿清除术、硬膜外血肿清除、未破裂动脉瘤预防性手术、动脉瘤栓塞手术、血管内手术、颅骨切开或切除减压术、脑积水脑脊液分流手术、经蝶骨肿瘤切除术及其他原因的开颅手术不在保障范围内。

7.7.63 Brugada 综合征

被保险人被三级医院心脏专科医生明确诊断为 Brugada 综合征，并且满足下列所有条件：

- (1) 有晕厥或心脏骤停病史，并且具有完整的诊疗记录；
- (2) 心电图有典型的 I 型 Brugada 波；
- (3) 安装了永久性心脏起搏器。

7.7.64 严重弥漫性系统性硬皮病

一种系统性胶原血管病引起进行性的皮肤、血管和内脏器官的弥漫性纤维化。诊断必须明确并由活检和血清学证据支持并且疾病已经影响到心脏、肺或肾脏等内脏器官并且达到下列标准之一。

- (1) 肺纤维化，已经出现肺动脉高压、肺心病；
- (2) 心脏损害，心脏功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能 IV 级；
- (3) 肾脏损害，已经出现肾功能衰竭。

下列疾病不在保障范围内：

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

7.7.65 艾森门格综合征

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

- (1) 缺氧、青紫、杵状指；
- (2) 静息状态下肺动脉平均压超过 40mmHg；
- (3) 已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级。

7.7.66 席汉氏综合征

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

- (1) 产后大出血休克病史；
- (2) 严重腺垂体功能破坏，破坏程度>95%；
- (3) 影像学检查显示脑垂体严重萎缩或消失；

(4) 实验室检查显示:

a. 垂体前叶激素全面低下;

b. 性激素、甲状腺素、肾上腺皮质激素全面低下(包括生长激素、促甲状腺素、促肾上腺皮质激素、卵泡刺激素和黄体生成素);

(5) 需要终身激素替代治疗以维持身体功能,持续服用各种替代激素超过一年。

垂体功能部分低下及其他原因所致垂体功能低下不在保障范围之内。

7.7.67 胆道重建术

指被保险人因恶性肿瘤造成胆总管阻塞,实际实施了胆总管与小肠(空肠或十二指肠)吻合的手术。

先天性胆道闭锁除外。

7.7.68 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。

7.7.69 肾髓质囊性病

肾髓质囊性病,一种遗传性肾脏疾病,特点为肾髓质多发大小不等的囊肿并且伴有小管炎症和间质性肾炎。必须满足下列所有条件:

(1) 经肾组织活检明确诊断;

(2) 临床有肾脏衰竭和肾小管功能障碍表现;

(3) 影像学证据显示肾髓质多发囊肿。

其他肾脏囊性病不在本保障范围内。

7.7.70 特发性慢性肾上腺皮质功能不全

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

(1) 明确诊断,符合下列所有诊断标准:

a. 血浆促肾上腺皮质激素(ACTH)水平>100pg/ml;

b. 血浆肾素活性、血管紧张素 II 和醛固酮测定结果显示为原发性肾上腺皮质功能减退症;

c. 促肾上腺皮质激素(ACTH)刺激试验显示为原发性肾上腺皮质功能减退症。

(2) 已经采用皮质类固醇替代治疗 180 天以上。

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

7.7.71 嗜铬细胞瘤

指发生在肾上腺或肾上腺外嗜铬组织的以分泌过多的儿茶酚胺为表现的神经内分泌肿瘤。嗜铬细胞瘤必须明确诊断,并且满足下列所有条件:

(1) 临床有高血压症候群表现;

(2) 已经实施了嗜铬细胞瘤切除手术。

7.7.72 结核性脑膜炎后遗症

指结核杆菌感染导致的脑膜非化脓性炎症,可继发于粟粒性肺结核或其他器官结核。必须满足下列全部条件:

(1) 经脑脊液检查找到结核菌或伴有其他部位结核病;

- (2) 遗留下列后遗症之一
- a. 蛛网膜粘连导致脑积水, 放置了永久性脑脊液引流管;
 - b. 因视神经损害导致永久性视力损害, 双眼中较好眼矫正视力低于 0.1 (采用国际标准视力表, 如果使用其他视力表应进行换算) 或双眼中较好眼视野半径小于 20 度。
 - c. 因结核瘤、脑梗塞或脑软化导致偏瘫。
- 7.7.73 严重原发性硬化性胆管炎 为一种特发型淤胆性疾病, 特点为肝内及肝外胆道系统胆管壁增厚和管腔狭窄。必须满足下列所有条件:
- (1) 诊断由逆行胰胆管造影 (ERCP) 或经皮胆管造影 (PTC) 确认;
 - (2) 持续性黄疸伴碱性磷酸酶 (ALP) 显著升高;
 - (3) 出现继发性胆汁性肝硬化和门静脉高压。
- 7.7.74 肝豆状核变性 肝豆状核变性是一种遗传性铜代谢障碍疾病。表现为体内的铜离子在肝、脑、肾、角膜等处沉积, 引起进行性加重的肝硬化、锥体外系症状、精神症状、肾损害及角膜色素环。肝豆状核变性必须明确诊断并且满足以下条件之一:
- (1) 帕金森综合征或其他神经系统功能损害, 自主生活能力完全丧失, 无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上;
 - (2) 失代偿性肝硬化, 临床已经出现腹水、食道静脉曲张和脾肿大等表现;
 - (3) 慢性肾功能衰竭, 已开始肾脏透析治疗;
 - (4) 接受了肝移植或肾移植手术。
- 7.7.75 重症急性出血坏死性胰腺炎开腹手术 指被保险人被确诊为重症急性出血坏死性胰腺炎, 并实际接受了外科剖腹直视手术治疗, 进行坏死组织清除、坏死病灶切除或胰腺切除。
- 腹腔镜手术治疗不在保障范围内。
因酗酒或饮酒过量所致的急性坏死性胰腺炎不在保障范围内。
- 7.7.76 严重慢性复发性胰腺炎 指慢性反复发作的胰腺炎症导致胰腺的广泛纤维化、坏死、弥漫性钙化及假性囊肿形成, 造成胰腺功能障碍出现严重糖尿病和营养不良。必须满足下列所有条件:
- (1) 医疗记录证实存在慢性胰腺炎反复急性发作病史;
 - (2) CT 显示胰腺广泛钙化或逆行胰胆管造影 (ERCP) 显示胰管扭曲、扩张和狭窄;
 - (3) 持续接受胰岛素替代治疗和酶替代治疗 180 天以上。
- 酒精导致的慢性复发性胰腺炎不在本保障范围内。
- 7.7.77 胰腺移植术 胰腺移植术指因胰腺功能衰竭, 已经实际接受了在全麻下进行的胰腺的同种 (人类) 异体器官移植手术。
- 胰岛、组织、细胞移植不在保障范围内。
- 7.7.78 严重克隆氏病 克隆病是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。诊断必须由病理检查结果证实。被保险人所患的克隆病必须已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

- 7.7.79 严重溃疡性结肠炎 本保单所保障的溃疡性结肠炎是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，治疗通常采取全结肠切除和回肠造瘘术。溃疡性结肠炎必须根据组织病理学特点诊断，并且被保险人已经接受了结肠切除和/或回肠造瘘术。
- 7.7.80 严重减压病导致截瘫 指因潜水时减压过速导致血液内的气泡在血管内形成栓塞引起组织器官缺血和功能障碍。必须满足下列全部条件：
(1) 在减压过程中发病或减压后数小时发病；
(2) 脊髓血管栓塞导致截瘫，双下肢肌力 III 级或 III 级以下，持续 180 天以上。
- 7.7.81 意外导致的重度面部烧伤 指面部 III 度烧伤且烧伤面积达到面部表面积的 2/3 或全身体表面积的 2%。
体表面积根据《中国新九分法》计算，面部总面积为全身体表面积的 3%。面部面积不包括发部和颈部。
- 7.7.82 失去一肢及一眼 被保险人因同一次意外伤害事件导致一肢体丧失和一眼视力丧失。必须满足下列所有条件：
(1) 一肢体丧失指任何一肢体自腕关节或踝关节近端(靠近躯干端)以上完全性断离。
(2) 一眼视力丧失指一只眼视力永久不可逆性丧失，患眼须满足下列至少一项条件：
a) 眼球摘除；
b) 矫正视力低于 0.02(采用国际标准视力表，如果使用其它视力表应进行换算)；
c) 视野半径小于 5 度。
除眼球摘除以外，被保险人申请理赔时年龄必须要在三周岁以上，并且提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。
- 7.7.83 重症急性坏死性筋膜炎截肢 是一种由细菌侵入皮下组织和筋膜引起的急性坏死性软组织感染，可伴有毒血症、败血症、中毒性休克、弥漫性血管内凝血及多器官衰竭。必须满足下列所有条件：
(1) 细菌培养和临床表现符合坏死性筋膜炎诊断标准；
(2) 病情迅速恶化，有脓毒血症表现；
(3) 受感染肢体被截肢(自腕关节或踝关节近端)。
- 7.7.84 溶血性链球菌感染引起的坏疽 由于急性溶血性链球菌感染导致广泛的皮肤、皮下组织和深层组织的坏死。必须满足以下所有条件：
(1) 细菌培养证实致病菌为溶血性链球菌；
(2) 受感染肢体被截肢(自腕关节或踝关节近端)。
- 7.7.85 丝虫感染所致严重象皮病 指因丝虫感染导致淋巴循环阻塞出现严重淋巴水肿，达到国际淋巴学会淋巴肿分期第 III 期，临床表现为肢体象皮肿，患肢较健肢增粗 30% 以上，日常生活不能自理。
- 7.7.86 输血原因致人类免疫缺 被保险人因输血感染上人类免疫缺陷病毒(HIV)并且满足下列全部

陷病毒 (HIV) 感染

条件:

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

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

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

7.7.87 职业原因致人类免疫缺陷病毒 (HIV) 感染

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

- (1) 感染必须是在被保险人正在从事其职业工作中发生;
- (2) 血清转化必须出现在事故发生后的 6 个月以内;
- (3) 必须提供被保险人在所报事故发生后的 5 天以内进行的检查报告, 该报告必须显示被保险人血液 HIV 病毒阴性和/或 HIV 抗体阴性;
- (4) 必须在事故发生后的 12 个月内证实被保险人体内存在 HIV 病毒或者 HIV 抗体。

职业列表:

- 医生(包括牙医)
- 医院化验室工作人员
- 救护车工作人员
- 警察(包括狱警)

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。

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

7.7.88 器官移植致人类免疫缺陷病毒 (HIV) 感染

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

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

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

- 7.7.89 埃博拉病毒感染 指埃博拉病毒感染导致的急性出血性传染病。埃博拉病毒病必须经国家认可的有合法资质的传染病专家确诊并且上报国家疾病预防控制中心接受了隔离和治疗，必须满足以下所有条件：
 (1) 实验室检查证据证实存在埃博拉病毒感染；
 (2) 存在持续 30 天以上广泛出血的临床表现。
 埃博拉病毒感染疑似病例，在确诊之前已经死亡的病例不在保障范围内。
- 7.7.90 进行性风疹性全脑炎 指由风疹病毒感染引起的儿童和青少年(19 岁及以下人群)的慢性脑炎。疾病确诊 180 天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：
 (1) 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
 (2) 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
 (3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
- 7.7.91 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。
 被保险人在三周岁之前罹患该疾病，我们不承担保险责任。
- 7.7.92 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，持续 90 天以上，并且脑脊液检查显示脑膜炎双球菌阳性。永久性神经损害是指由细菌性脑脊髓膜炎引起的耳聋、失明、动眼神经麻痹、瘫痪、脑积水的损害，且上述症状持续 180 天以上仍无改善迹象。
- 7.7.93 多处臂丛神经根性撕脱 由于疾病或意外导致至少两根臂丛神经根性撕脱，所造成的手臂感觉功能与运动功能完全永久性丧失。该病必须由本公司认可的医院的专科医生确诊，并且有完整的电生理检查结果证实。
- 7.7.94 视神经脊髓炎 为神经系统脱髓鞘疾病，表现为急性球后视神经炎和横断性脊髓炎。被保险人被明确诊断为视神经脊髓炎，必须满足下列全部条件：
 (1) 临床检测证实，双眼视力进行性急剧显著下降，6 个月内视力下降 50%；
 (2) 截瘫持续 6 个月以上，肌力 III 级或以下；
 (3) 影像学检查证实脑干、脊髓多发脱髓鞘病灶。
- 7.7.95 严重登革热 登革热是由登革热病毒引起的急性传染病，为一种自限性疾病，通常预后良好。本保单仅对严重的登革热给予保障，被保险人的登革热必须满足下列所有条件：
 (1) 根据《登革热诊疗指南(2014 版)》诊断的确诊病例；
 (2) 出现下列一种或多种严重登革热的临床表现：
 a. 血浆渗漏致休克或胸腔积液伴呼吸困难；

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

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

7.7.96 有机磷中毒后遗症

指被保险人因过量接触有机磷农药引起急性有机磷中毒，经抢救存活，但遗留严重神经系统后遗症。必须满足下列全部条件：

(1) 有急性有机磷中毒抢救病史；

(2) 遗留下列后遗症之一：

a. 植物人状态；

b. 严重神经系统功能损害，完全丧失自主生活能力，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，日常生活必须持续受到他人监护。

(3) 后遗症持续 180 天以上。

吞服农药自杀者不在保障范围内。

7.7.97 严重瑞氏综合征(少儿)

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

(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。

本保障保障期至 25 岁。

7.7.98 一氧化碳中毒后遗症

指被保险人因过量吸入一氧化碳一氧化碳中毒，经抢救存活，但遗留严重神经系统后遗症。必须满足下列全部条件：

(1) 有急性一氧化碳中毒抢救病史；

(2) 遗留下列后遗症之一：

a. 植物人状态；

b. 严重神经系统功能损害，完全丧失自主生活能力，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，日常生活必须持续受到他人监护。

(3) 后遗症持续 180 天以上。

自杀者不在保障范围内。

7.7.99 溶血性尿毒综合征(少儿)

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

(1) 实验室检查确认有溶血性贫血、血尿、尿毒症、血小板减少性紫癜；

(2) 因肾功能衰竭实施了肾脏透析治疗。

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

本保障保障期至 25 岁。

7.7.100 亚历山大病(少儿)

亚历山大病(Alexander's Disease)是一种遗传性中枢神经系统退行性病变，特点为脑白质营养不良性。临床表现为惊厥发作、智力下降、球麻痹、共济失调、痉挛性瘫痪。亚历山大病必须被明确诊断，并且造成永久性神经系统功能障碍。被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，日常生活必须持续接受他人护理。

未明确诊断的疑似病例除外。

本保障保障期至 25 岁。

以上“7.7.1 恶性肿瘤”至“7.7.25 主动脉手术”所列重大疾病定义根据中国保险行业协会 2007 年公布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范》作出，其他重大疾病由我们增加，其定义由我们根据通行的医学标准制定。

以上重大疾病，除原发性心肌病、严重骨髓增生异常综合征、严重瑞氏综合征须在卫生行政部门认定的三级以上(含三级)医院确诊外，其他疾病均须在卫生行政部门认定的二级以上(含二级)医院确诊。

7.8 首次发病

发病，是指被保险人出现本合同所约定的疾病或需接受本合同所列手术的前兆、症状或异常的身体状况，或已经显现足以促使一般普通谨慎人士引起注意并寻求诊断、治疗或护理的病症。

首次发病，是指被保险人第一次发生并首次被确诊患上本合同约定的重大疾病，并且该疾病在该被保险人获得被保资格前并未发病或有任何症状；或被保险人第一次接受本合同约定的手术，并且在被保险人获得被保资格前没有发生该手术所治疗的疾病或其症状。

7.9 公费医疗

指国家通过医疗卫生部门向享受人员提供的制度规定范围内的免费医疗预防，是国家为保障享受人员身体健康而设立的一种社会保障制度。

7.10 基本医疗保险

指政府举办的基本医疗保障项目，包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等。

7.11 城乡居民大病保险

指为提高城乡居民医疗保障水平，在基本医疗保障的基础上，对城乡居民患大病发生的高额医疗费用给予进一步保障的一项制度性安排。

7.12 醉酒

指因饮酒而表现出动作不协调、意识紊乱、舌重口吃或其他不能清醒地控制自己行为的状态。醉酒的认定，如有司法机关、公安部门的有关法律文件、医院的诊断书等，则以上述法律文件、诊断书等为准。

7.13 斗殴

指双方或多方通过拳脚、器械等武力以求制胜的行为。斗殴的认定，如有司法机关、公安部门的有关法律文件，则以上述法律文件为准。

7.14 毒品

指中华人民共和国刑法规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺(冰毒)、

- 吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。
- 7.15 酒后驾驶 指经检测或鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。
- 7.16 无合法有效驾驶证驾驶 指下列情形之一：
 (1) 没有取得驾驶资格；
 (2) 驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
 (3) 持审验不合格的驾驶证驾驶；
 (4) 持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习驾车。
- 7.17 无有效行驶证 指下列情形之一：
 (1) 机动车被依法注销登记的；
 (2) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。
- 7.18 机动车 指以动力装置驱动或者牵引，上道路行驶的供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆。
- 7.19 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。
- 7.20 攀岩 指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
- 7.21 探险 指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身于其中的行为，如：江河漂流、登山、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。
- 7.22 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。
- 7.23 特技表演 指进行马术、杂技、驯兽等表演。
- 7.24 精神疾患 指精神疾患是指在各种生物学、心理学以及社会环境因素影响下，大脑功能失调，导致认知、情感、意志和行为等精神活动出现不同程度障碍为临床表现的疾病，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。
- 7.25 遗传性疾病 指生殖细胞或受精卵的遗传物质(染色体和基因)发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征，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。
- 7.26 先天性疾病 指被保险人一出生时就具有的疾病(症状或体征)。这些疾病是指因人的遗传物质(包括染色体以及位于其中的基因)发生了对人体有害的改变而引起的，或因母亲怀孕期间受到内外环境中某些物理、化学和生物等因素的作用，使胎儿局部体细胞发育异常，导致婴儿出

生时有关器官、系统在结构或功能上呈现异常。

- 7.27 职业病 指在生产环境或劳动过程中，一种或几种对健康有害的因素引起的疾病。对健康有害的因素称为职业性危害。职业病的范围以保险事故发生时国家正式颁布的种类为准。
- 7.28 特定传染病 指《中华人民共和国传染病防治法》及有关法规所规定的甲类和乙类传染病发生暴发流行疫情的情况，如国家按规定对甲类和乙类传染病病种进行增加或减少的，则以保险事故发生时所适用的规定为准。
- 7.29 地方病 某种疾病只在一定地区内或人群中不断发生。与特定地区的地质、地貌、水土、气候等因素密切相关，并在条件相似地区蔓延流行。各地地方病种的确定以保险事故发生时当地地方病防治机构的公布为准。
- 7.30 矫形、矫形手术 是指通过外科手术，组织移植或重建修复身体部位使人体恢复正常形态。
- 7.31 未到期净保费 指保险单所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由我们退还的那部分金额。本合同保险单的未到期净保费=本合同的保险费 \times 65% \times (1-n/m)，其中n为本合同已生效天数，m为本合同保险期间的天数。合同已生效的天数不足一天的不计。等式中保险费不含核保后加费部分。
- 7.32 有效身份证件 指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证、户口簿等证件。
- 7.33 门诊恶性肿瘤治疗费 包括接受化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法所发生的医疗费用。
前述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。
前述放射疗法指针对恶性肿瘤的放射治疗。放疗是使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以抑制和杀灭癌细胞为目的而进行的治疗。本合同所指的放疗为被保险人根据医嘱，在医院的专门科室进行的放疗。
前述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治疗药物需符合法律、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。
前述肿瘤内分泌疗法指针对恶性肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制激素生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞的生长。本合同所指的内分泌治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监

督管理总局批准用于临床治疗。

前述肿瘤靶向疗法指在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本合同所指的靶向治疗药物需符合法律、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。

- 7.34 情形复杂 指保险事故的性质、原因、伤害程度等在我们收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后5个工作日内无法确定，需要进一步核实。
- 7.35 病情稳定 指生命体征(心率、呼吸、血压)平稳，转院不致引起病情加重或有生命危险的情况。
- 7.36 专科医生 专科医生应当同时满足以下四项资格条件：
 (1)具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；
 (2)具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；
 (3)具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；
 (4)在二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。
- 7.37 肢体机能完全丧失 指肢体的三大关节中的两大关节僵硬，或不能随意识活动。肢体是指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。
- 7.38 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、或声带全部切除，或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机能障碍，以致不能作咀嚼吞咽运动，除流质食物外不能摄取或吞咽的状态。
- 7.39 六项基本日常生活活动 六项基本日常生活活动是指：
 (1)穿衣：自己能够穿衣及脱衣；
 (2)移动：自己从一个房间到另一个房间；
 (3)行动：自己上下床或上下轮椅；
 (4)如厕：自己控制进行大小便；
 (5)进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；
 (6)洗澡：自己进行淋浴或盆浴。
- 7.40 永久不可逆 指自疾病确诊或意外伤害发生之日起，经过积极治疗180天后，仍无法通过现有医疗手段恢复。