

中国平安财产保险股份有限公司
平安产险个人医疗保险（支付宝专用 A 款）条款
注册编号：C00001732512021060391251

总则

第一条 本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证、批单等组成。凡涉及本合同的约定，均采用书面形式。

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

第三条 符合本合同的约定，初次投保时身体健康且能正常工作、生活并符合本合同约定投保年龄范围的自然人，均可作为本合同的被保险人。

第四条 除另有约定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 本合同的保险责任分为“必选责任”及“可选责任”。投保人在已选择投保“必选责任”的前提下，可以选择投保“可选责任”，若投保人未投保“必选责任”，不得投保“可选责任”。保险责任由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险单中载明。

第六条 保险期间内，保险人按照约定可承担下列保险责任：

（一）必选责任：

1. 一般医疗费用保险责任

保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或自保险期间开始且**保险单载明的等待期满后**（续保者自续保生效后），因罹患本合同约定的特定疾病以外的其他疾病必须在符合本合同释义的医院（以下简称“释义医院”）接受治疗的，对于其实际支出的**必需且合理**的下述各项医疗费用，保险人按照保险合同约定扣除**保险单载明的免赔额后按赔付比例**承担一般医疗费用保险责任，**最高不超过一般医疗费用保险金额**。

（1）住院医疗费用

指被保险人经释义医院诊断必须住院治疗，对于被保险人住院期间发生的**必需且合理**的需个人支付的住院医疗费用，保险人按本合同约定承担给付住院医疗费用的保险责任。

被保险人在保险期间内接受上述治疗，本合同保险期间届满时被保险人未结束本次住院治疗且未续保的，保险人继续承担因本次住院发生的（至多不超过本合同保险期间届满之日后第三十日二十四时）住院医疗费用。如本合同保险期间届满之日后第三十日仍未结束本次住院治疗且未续保的，自第三十一日起发生的住院医疗费用保险人不承担保险责任。

（2）住院前后门急诊医疗费用

指被保险人在住院前七日（含住院当日，以住院病历或出院小结为准）和出院后三十日（含出院当日，以住院病历或出院小结为准）内发生的，与本次住院相同原因而发生的必需且合理的门急诊医疗费用，保险人按本合同约定承担给付住院前后门急诊医疗费用的保险责任。**此项费用不包含一般医疗费用保险责任中第（3）项、第（4）项约定的特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用。**

（3）特殊门诊医疗费用

指被保险人经释义医院诊断必须接受特殊门诊治疗，特殊门诊治疗期间所发生的**必需且合理**的特殊门诊费用，保险人按本合同约定给付特殊门诊医疗费用。特殊门诊医疗费用包括：

- 1）门诊肾透析费；
- 2）器官移植后的门诊抗排异治疗费。

（4）门诊手术医疗费用

指被保险人经释义医院诊断必须接受门诊手术治疗，对于门诊手术治疗期间所发生的**必需且合理**的门诊手术医疗费用，保险人按本合同约定给付门诊手术医疗费用。

对于以上四类费用，保险人对于被保险人需个人支付的、必需且合理的金额，在保险人按照保险合同约定扣除保险单载明的免赔额后按赔付比例赔付，累计给付费用之和以本合同约定的一般医疗费用保险金额为限，当保险人在本项下累计给付金额达到本项保险金额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

2. 特定疾病医疗费用保险责任

保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在**保险单载明的等待期满之日后**（续保者自续保生效后），经释义医院**初次确诊**（续保的或者本合同另有约定的不在此限）罹患本合同释义规定并在合同中载明的特定疾病（无论一种或多种），因疾病必须在符合本合同释义医院接受治疗的，对于其实际支出的**必需且合理**的下列各项医疗费用，保险人按照保险合同约定**扣除保险单载明的免赔额后按赔付比例**承担给付特定疾病医疗费用的保险责任，**最高不超过特定疾病医疗费用保险金额**，具体如下：

（1）特定疾病住院医疗费用

指被保险人经释义医院**初次确诊**罹患特定疾病必须住院治疗，对于住院期间发生的必须由被保险人自行承担的**必需且合理**的住院医疗费用，保险人按本合同约定给付特定疾病住院医疗费用。

被保险人在保险期间内接受上述治疗，本合同保险期间届满时被保险人未结束本次住院治疗的且未续保的，保险人继续承担因本次住院发生的（至多不超过本合同保险期间届满之日后第三十日二十四时）住院医疗费用。如本合同保险期间届满之日后第三十日仍未结束本次住院治疗且未续保的，自第三十一日起发生的住院医疗费用保险人不承担保险责任。

（2）特定疾病住院前后门急诊医疗费用

指被保险人在住院前七日（含住院当日，以住院病历或出院小结为准）和出院后三十日（含出院当日，以住院病历或出院小结为准）内发生的，与本次住院相同原因而发生的必需且合理的门急诊医疗费用，保险人按照本合同约定承担给付特定疾病住院前后门急诊医疗费用的保险责任。此项费用不包含特定疾病医疗费用保险责任中第（3）项、第（4）项约定的特定疾病特殊门诊医疗费用和特定疾病门诊手术医疗费用。

（3）特定疾病特殊门诊医疗费用

指被保险人经释义医院**初次确诊**罹患特定疾病必须在符合本合同释义的医院接受特殊门诊治疗，对于其实际支出的必需且合理的医疗费用，保险人依照下列约定承担特定疾病特殊门诊医疗费用的保险责任，在特定疾病医疗费用保险金额限额内保险人按照保险合同约定承担给付特定疾病特殊门诊医疗费用的保险责任。

特殊门诊医疗费用包括：

- 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）特定疾病门诊手术医疗费用

保险期间内，在保险单载明的等待期满之日后（续保者自续保生效后）被保险人经释义医院**初次确诊**罹患本合同释义规定并在合同中载明的特定疾病（无论一种或多种），因疾病必须在符合本合同释义的医院接受门诊手术治疗，对于其实际支出的必需且合理的医疗费用，保险人依照约定给付特定疾病门诊手术医疗费用，在特定疾病医疗费用保险金额限额内保险人按照保险合同约定承担特定疾病门诊手术医疗费用的保险责任。

对于以上四类费用，保险人对于被保险人需个人支付的、必需且合理的金额，在保险人按照保险合同约定扣除保险单载明的免赔额后按赔付比例赔付。保险人在本项下累计给付费用之和以本合同约定的特定疾病医疗费用保险金额为限，当保险人在本项下累计给付金额达到本项保险金额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

3. 质子重离子医疗费用保险责任

保险期间内，被保险人在等待期后经释义医院**初次确诊**（续保的或者本合同另有约定的不在此限）罹患恶性肿瘤，并在保险人认可的特定医疗机构接受质子重离子治疗，对于其实际支出的必需且合理的质子重离子医疗费用，保险人按照保险合同约定扣除保险单载明的免赔额后按赔付比例承担给付质子重离子医疗费用的保险责任，**最高不超过质子重离子医疗费用保险金额**。

本合同中所指的特定医疗机构由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在本合同中载明。

（二）可选责任

1. 特定疾病津贴保险责任

保险期间内，被保险人经医院的专科医生**初次确诊**因遭受意外伤害事故导致罹患本合同所定义的特定疾病中列明的任意一种或者多种疾病的，或者在**等待期**后经医院的专科医生初次确诊非因意外伤害导致罹患本合同所定义的特定疾病中列明的任意一种或者多种疾病的，保险人按保险合同约定的**特定疾病津贴保险金额**给付特定疾病津贴保险金，**同时本项保险责任终止**。

对于同一被保险人，保险人在其投保本产品的所有保单年度内，仅负责给付一次特定疾病津贴保险金。且一旦给付，在后续保单年度内，保险人将不再承担该项保险责任。

2.指定疾病及手术特需医疗保险金

被保险人在保险期间内，因遭受意外伤害事故或在等待期后因患疾病接受下述一种或多种治疗项目的，保险人将上述（一）必选责任中 1.一般医疗保险金和 2.特定疾病医疗保险金中的医院范围扩展至**特定医疗机构**，对于被保险人在特定医疗机构所发生的对应的各项医疗费用，在**一般医疗保险金额和特定疾病医疗保险金额**的范围内予以给付，且**累计不超过指定疾病及手术特需医疗保险金额**：

- （1）恶性肿瘤、良性脑肿瘤或重型再生障碍性贫血的治疗；
- （2）指定移植手术；
- （3）指定重大手术。

对于被保险人在特定医疗机构的治疗，当累计给付金额之和**达到指定疾病及手术特需医疗保险金额**时，保险人对被保险人在指定疾病及手术特需医疗保险金项下的保险责任终止。

被保险人在等待期内非因意外伤害罹患本合同释义规定的特定疾病中列明的任意一种或者多种疾病的，保险人不承担保险责任并向投保人无息返还本合同所交保险费，同时本合同终止。

以上（一）必选责任中“1.一般医疗费用保险责任”、“2.特定疾病医疗费用保险责任”和（二）可选责任“指定疾病及手术特需医疗保险金”保险责任，由释义医院开具的当前治疗必需的药品处方中所列药品若无法在医院内获得，被保险人可从院外购买药品，保险人分别在各项责任保险金额下赔付。**但被保险人需按照保险人指定的流程进行授权申请、药品处方审核和药品购买。**

被保险人在保险期间内接受上述治疗，本合同保险期间届满时，被保险人未结束本次住院治疗且未续保的，保险人仍按照本合同保险责任约定继续承担赔偿保险金责任，**但最长不超过本合同保险期间届满之日后第三十日二十四时**，如本合同保险期间届满之日后第三十日仍未结束本次住院治疗且未续保的，自第三十一日起发生的院外购买药品费用**保险人不承担保险责任**。

被保险人在本合同约定的医院内就诊的，一般情形下，赔付比例为**100%**。投保时被保险人以有基本医疗保险或公费医疗的身份参保，但就诊时未使用基本医疗保险或公费医疗的，则保险人根据本合同单独约定的给付比例进行赔付。

第七条 保险期间内保险人赔付的总额以本主险合同约定的总保险金额为限，各项费用的累积赔付金额达到总保险金额的，不管是否某一项保险金责任达到其单项限额，本主险合同均完全终止。

第八条 补偿原则

本合同遵循医疗费用补偿原则（不包括特定疾病津贴保险责任）。保险人给付的保险金与被保险人从其所参加的基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险、除本产品之外的其他商业保险、其他政府机构或者社会福利机构、公益慈善机构、第三方责任人等其他任何途径取得医疗费用补偿总额，以被保险人实际发生的医疗费用金额为限。基本医疗保险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，不进行前述扣除。

第九条 犹豫期

自投保人收到本合同保险单次日零时起，有 15 日的犹豫期。在此期间如果投保人认为本合同与投保需求不相符，投保人可以在此期间提出解除本合同，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费。

自保险人收到投保人解除合同的书面申请时起，本合同即被解除，合同解除前发生的保险事故保险人不承担保险责任。

责任免除

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或发生合同约定的特定疾病，保险人不承担保险金给付责任：

（一）既往疾病：先天性疾病（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD10）确定）；被保险人在初次投保或非续保前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；等待期内被保险人接受医学检查或治疗，在等待期后确诊的同一种疾病。

（二）故意行为或违法犯罪行为：故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；自杀，故意自伤，斗殴，服用、吸食或注射毒品；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。

（三）非疾病性治疗：预防性、康复性、保健性、美容整形等相关医疗；眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具。生育或牙科相关治疗：妊娠（含宫外孕）、流产、分娩（含剖宫产）、避孕、绝育手术、治疗不孕不育症、人工受孕及由此导致的并发症；牙科治疗。

（四）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；未获得治疗所在地政府许可或批准的治疗、药品或药物；各类医疗鉴定费用；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。

（五）职业运动或高风险运动：从事职业运动或可获得报酬的运动或竞技；参加潜水、跳伞或其他空中运动、攀登海拔3500米以上的独立山峰、攀岩或攀爬建筑物、探险、武术、摔跤、特技表演（含训练）、赛马、赛车等高风险运动。

（六）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“因职业关系导致的艾滋病病毒（HIV）感染”、“经输血感染艾滋病病毒（HIV）”、“器官移植导致的HIV感染”不在此限）；被保险人患精神性疾病（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD10）分类为精神和行为障碍的疾病）。

保险金额与免赔额

第十一条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

本合同的一般医疗费用保险金额、特定疾病医疗费用保险金额、质子重离子医疗费用保险金额、特定疾病津贴保险金额、指定疾病及手术特需医疗保险金额和总保险金额由投保人、保险人在投保时协商确定，并在保险单中载明。

本合同中的免赔额是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本合同约定仍旧由被保险人自行承担，保险人不予赔付的金额。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过基本医疗保险、政府主办补充医疗、公费医疗获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

免赔额、赔付比例由投保人、保险人在投保时协商确定，并在保险单中载明。

保险期间与续保

第十二条 本合同保险期间由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明，且最长不得超过一年。

第十三条 本保险产品遵循不保证续保条款：本产品保险期间不超过一年。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

若发生下列情形之一的，本合同不再接受续保：

（一）本合同统一停售；

（二）被保险人身故；

（三）投保人对于保险人就投保人或者被保险人的有关情况提出的询问未履行如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保，保险人已经解除保险合同的；

（四）本合同因其他条款所列情况而导致效力终止。

等待期

第十四条 除另有约定外，本主险合同生效日起三十日内（含第三十日）为等待期。

因意外伤害发生保险责任的，无等待期。

投保人在上一保险合同保险期间届满后三十日内成功重新投保本产品并缴纳应缴保险费的，无等待期。

如为连续不间断续保的（同一被保险人连续在本保险人处投保本条款为基础的保险合同，保险期间衔接不中断），从第二期保险合同起的连续不间断续保保险合同不适用等待期。

若保险合同未连续不间断续保，则需重新适用等待期。

缴费方式与宽限期

第十五条 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。

若投保人选择一次性支付保险费的，投保人应当在投保时一次性交清保险费。

若投保人选择分月支付保险费的，在交纳首月保险费后，投保人应当在每个保险费约定支付日交纳其余各月对应月份的保险费。

第十六条 若投保人一次性缴付保险费，如保险期间届满，投保人重新向保险公司申请投保本产品，交纳保险费获得新的保险合同，自上一保险期间届满日的次日零时起三十日为保险费缴纳的宽限期。如果投保人在宽限期届满时仍未缴纳保险费，则本合同自保险期间满日的二十四时起效力终止。

若投保人分期支付保险费，在支付首期保险费后未按约定在应付之日交纳保险费，保险人允许投保人在催告之日起三十日（含第三十日）内补交保险费，如果被保险人在此三十日内发生保险事故，保险人仍按照合同约定给付保险金，但需投保人先行补交所有未缴期间的保险费。

若投保人在保险人催告之日起三十日（含第三十日）内未补交保险费，则本合同自当期保费的应付之日起终止，对于保险合同终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

保险人义务

第十七条 订立本合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明本合同的内容。对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、保险单或者其他保险凭证上做出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人做出明确说明。未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十八条 本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十九条 保险人按照本合同的约定，认为被保险人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人补充提供。

第二十条 保险人收到被保险人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但本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，对属于保险责任的，在与被保险人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向被保险人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第二十一条 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。保险人认为被保险人或受益人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人或者受益人补充提供。

投保人、被保险人义务

第二十二条 订立保险合同，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

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

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。自合同成立之日起超过二年的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

若被保险人变更其职业或工种时，投保人应于三十日内以书面形式通知保险人。若所变更的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人对该被保险人所负保险责任自其职业或工种变更之日起终止，并退还保险单的现金价值。

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

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

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

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

第二十三条 投保人、被保险人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。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，不承担给付保险金责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。

保险事故发生后，被保险人需要治疗的，应在释义医院就诊，若因急诊未在释义医院就诊的，应在三日内通知保险人，并根据病情及时转入释义医院。若确需转入非释义医院就诊的，应向保险人提出书面申请，保险人在接到申请后三日内给予答复，对于保险人同意在非释义医院就诊的，对这期间发生的住院医疗费用按本合同规定给付保险金。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

保险金申请与给付

第二十四条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。如保险人对保险金申请材料存疑，被保险人应予配合。保险金申请人未能提供有关材料或被保险人不予配合，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

- 1、保险金给付申请书；
- 2、保单号；
- 3、被保险人身份证明、保险金申请人身份证明；

4、支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查、化验检查报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其他合法有效的材料；

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

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

被保险人经基本医疗保险或公费医疗报销后又通过其它途径获得了部分医疗费用的补偿并无法提供医疗费用原始凭证时，需提供住院医疗费用凭证复印件等相关证明并注明已给付的比例和金额，加盖支付费用单位的印章后保险人按本合同约定承担剩余合理医疗费用的保险责任。

在保险人的理赔审核过程中，保险人有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。此外，经被保险人家属同意，保险人有权在法律允许情况下，要求尸检，此类检验费用由保险人承担。在拒赔的情形下，保险人将承担因投保人提供索赔要求所必需的证明、收据、信息和证据而产生的费用。

第二十五条 院外购买药品授权申请、药品处方审核和药品购买流程。

(1) 授权申请：

被保险人或受益人作为申请人向保险人提交院外药品购买授权申请（以下简称“授权申请”），并按照保险人的要求提交相应授权申请材料，包括但不限于与被保险人相关的个人信息、诊断证明、与诊断证明相关的检查检验报告、药品处方及其他所需要的医学材料。

(2) 药品处方审核：

保险人指定机构对被保险人进行药品处方初核，并由保险人对初核结果进行复核。若申请人的药品处方审核未通过，保险人不承担给付相应药品费用保险金的责任。

保险人或保险人指定机构对被保险人进行药品处方审核标准和依据：

- 1、药品处方真实性审核；
- 2、处方用药是否医学必需且合理。

对是否医学必需由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

每次院外药品的处方剂量不得超过 30 天，且药品需为本合同期满日前在中国国家药品监督管理局批准且已在中国（不包括港澳台地区）上市的。

(3) 药品购买

药品处方审核通过后，保险人将会提供购药凭证，被保险人可根据保险人指引，携带其有效身份证件、社会保障卡、有效药品处方和购药凭证在保险人指定的药店自取药物，并按照相应保险条款在店内进行理赔实时结算。如果被保险人自行在保险人认可的药店购药，亦可事后凭发票及相关材料，向保险人提出理赔申请。

争议处理和法律适用

第二十六条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国法院（不包括港澳台地区）起诉。

第二十七条 与本合同有关的以及履行本合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括港澳台地区法律）。

其他事项

第二十八条 投保人和保险人可以协商变更合同内容。

变更保险合同的，应当由保险人在保险单或者其他保险凭证上批注或附贴批单，或者投保人和保险人订立变更的书面协议。

第二十九条 在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险单；
- （三）保险费交付凭证；
- （四）投保人身份证明。

投保人要求解除本合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起三十日内退还保险单的现金价值，其计算方法如下：

保险单现金价值=保险费×[1-（保险期间已经过天数/保险期间天数）]，经过天数不足一天的按一天计算。

释义

第三十条

【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。

【医院】指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立医院普通部（不含公立医院的特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、vip部、联合医院），

但不包括主要作为诊所、康复、护理、休养、家庭病床、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构。该医院必须具有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。

【特定疾病】本合同所规定的特定疾病指被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病：

（一）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）；
- ⑤TNM分期为T₁N₀M₀期或更轻分期的前列腺癌；
- ⑥感染艾滋病病毒或罹患艾滋病期间所罹患恶性肿瘤。

（二）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%。

（三）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。

（四）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。

（五）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、腔镜手术不在保障范围内。

（六）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。

（七）多个肢体缺失

指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

（八）急性或亚急性重症肝炎

指因肝炎病毒感染引起肝组织弥漫性坏死，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；
- ③B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。

（九）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。

（十）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。

（十一）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，仍残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。

（十二）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。

由于酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。

（十三）双耳失聪-3岁始理赔

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。

被保险人申请理赔时年龄必须在3周岁以上，并且提供理赔当时的听力丧失诊断及检查证据。

（十四）双目失明-3岁始理赔

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

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

被保险人申请理赔时年龄必须在3周岁以上，并且提供理赔当时的双目失明诊断及检查证据。

（十五）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，或不能随意意识活动。

（十六）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。

（十七）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。

（十八）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。

（十九）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。

（二十）严重Ⅲ度烧伤

指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤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。

（二十一）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。

（二十二）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。

（二十三）语言能力丧失-3岁始理赔

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。

被保险人申请理赔时年龄必须在3周岁以上，并且提供理赔当时的语言能力丧失诊断及检查证据。

（二十四）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外周血象必须具备以下三项条件：

a.中性粒细胞绝对值 $\leq 0.5 \times 10^9/L$ ；

b.网织红细胞 $< 1\%$ ；

c.血小板绝对值 $\leq 20 \times 10^9/L$ 。

（二十五）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。

（二十六）慢性呼吸功能衰竭

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

①休息时出现呼吸困难；

②动脉血氧分压（ PaO_2 ） $< 50mmHg$ ；

③动脉血氧饱和度（ SaO_2 ） $< 80\%$ ；

④因缺氧必须接受持续的输氧治疗。

（二十七）严重多发性硬化

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由核磁共振(MRI)等影像学检验证实，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：

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

（二十八）脊髓灰质炎后遗症

脊髓灰质炎是由于脊髓灰质炎病毒感染所致的瘫痪性疾病，临床表现为运动功能损害或呼吸无力。脊髓灰质炎必须明确诊断。

本合同仅对脊髓灰质炎造成的神经系统功能损害导致被保险人一肢或一肢以上肢体机能永久完全丧失的情况予以理赔。

肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊180天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意识活动。

（二十九）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。

（三十）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不保障的衡量指标。

（三十一）严重心肌病

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

纽约心脏协会心功能分类标准心功能达四级），且有相关住院医疗记录及检查显示四级心功能衰竭状态持续至少180天。

继发于全身性疾病或其它器官系统疾病以及由于酒精和药物滥用造成的心肌病变不在保障范围内。

（三十二）系统性红斑狼疮——III型或以上狼疮性肾炎

是指由于病理性自身抗体和免疫复合物的沉积破坏了血管和细胞而导致的多系统损害的一种自体免疫性疾病。本合同所指的系统性红斑狼疮仅限于累及肾脏（经肾脏病理检查或临床确诊，并符合下列世界卫生组织(WHO)诊断标准定义III型至V型狼疮性肾炎）的系统性红斑狼疮。其他类型的红斑性狼疮，如盘状狼疮，仅累及血液及关节等其他系统的系统性红斑狼疮不包含在内。

世界卫生组织(WHO)狼疮性肾炎分型：

I型(微小病变型)镜下阴性，尿液正常；

II型(系膜病变型)中度蛋白尿，偶有尿沉渣改变；

III型(局灶及节段增生型)蛋白尿，尿沉渣改变；

IV型(弥漫增生型)急性肾炎伴有尿沉渣改变及/或肾病综合征；

V型(膜型)肾病综合征或重度蛋白尿。

（三十三）因职业关系导致的艾滋病病毒（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艾滋病病毒（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艾滋病病毒（HIV）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艾滋病病毒（HIV）或者HIV抗体。

职业列表：

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

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。 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。

本疾病不受本合同第十条责任免除中关于“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

（三十四）经输血感染艾滋病病毒（HIV）

是指被保险人感染上艾滋病病毒（HIV）并且符合下列所有条件：

- ①在保障起始日之后，被保险人因治疗必需而接受输血，并且因输血而感染艾滋病病毒；
- ②提供输血治疗的输血中心或医疗机构出具该项输血感染属医疗责任事故的报告，或法院终审裁定为医疗责任并且不准上诉；
- ③提供输血治疗的输血中心或医疗机构必须拥有合法经营执照；
- ④受感染的被保险人不是血友病患者；

保险人承担本项疾病责任不受本合同第十条责任免除中“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致的艾滋病病毒感染不在保障范围内。

保险公司必须拥有获得使用被保险人的血液样本的权利和能够对这些样本进行独立检验的权利。

（三十五）严重克隆病

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。被保险人所罹患的克隆病必须已经造成瘻管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

（三十六）严重溃疡性结肠炎

本合同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，已经造成瘻管并伴有肠梗阻或肠穿孔，治疗通常采取全结肠切除和回肠造瘻术。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回肠造瘻术。

（三十七）胰岛素依赖型糖尿病（I型糖尿病）

胰岛素依赖型糖尿病是由于胰岛素分泌不足引起的慢性血糖升高，并需持续性地依赖外源性胰岛素维持一百八十天以上，须由内分泌专科医生确诊并在本合同保险责任有效期内，满足下述至少一个条件：

- ①内分泌专科医生确认已出现增殖性视网膜病变；
- ②须植入心脏起搏器治疗心脏病；
- ③因坏疽需切除一只或以上脚趾。

（三十八）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。

（三十九）植物人状态

指脑皮质广泛性坏死而导致对自身及周边的认知能力完全丧失,但脑干功能依然存在，必须经神经科专科医生明确诊断,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。上述情况必须有至少一个月的病历记录加以证实。

由于酗酒或滥用药物所致的植物人状态不在保障范围内。

（四十）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，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；
- ⑤X线显示严重的关节（软骨和骨）破坏和关节畸形。

（四十一）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的严重痴呆，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退。被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，日常生活必须持续受到他人监护。导致痴呆的疾病必须明确诊断，并且由完整的临床、实验室和影像学检查结果证实。**神经官能症和精神疾病不在本保障范围内。**

（四十二）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。该病须有电生理检查结果证实。

（四十三）严重哮喘（25周岁前理赔）

指一种反复发作的严重支气管阻塞性疾病，必须同时符合下列标准：

- 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在家中需要医生处方的氧气治疗法；
- ④持续日常服用口服类固醇激素治疗持续至少六个月；

被保险人申请理赔时年龄必须在年满25周岁之前。

（四十四）严重川崎病

是指原因不明的系统性血管炎，本病须满足下列全部条件：

- ①超声心动图显示川崎病并发冠状动脉瘤或其他心血管异常；
- ②已接受了针对川崎病并发冠状动脉瘤或其他心血管异常所进行的手术治疗。

（四十五）严重系统性硬皮病

指一种以局限性或弥漫性皮肤增厚和皮肤、血管、内脏器官异常纤维化为特征的结缔组织病。本病须满足下列至少一项条件：

- ①肺脏：肺部病变进而发展为肺间质纤维化和肺动脉高压；
- ②心脏：心功能受损达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级IV级；
- ③肾脏：肾脏受损导致双肾功能慢性不可逆衰竭，达到尿毒症期。

下列疾病不在本险种保障范围内：

- ①局部性硬皮病（如：带状硬皮病、硬斑病）；
- ②嗜酸性粒细胞性筋膜炎；
- ③CREST综合征。

（四十六）丝虫病所致象皮肿

指因丝虫感染导致淋巴出现阻塞性严重淋巴水肿，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，罹患肢较健肢增粗30%以上，日常生活不能自理。此病症须根据临床表现和微丝蚴的化验结果确诊。

（四十七）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本保障范围之内。

（四十八）急性坏死性胰腺炎开腹手术

指为治疗急性坏死性胰腺炎，实际实施了开腹进行的坏死组织清除术、病灶切除术或胰腺部分切除术。因酒精作用所致的急性坏死性胰腺炎不在保障范围内。

（四十九）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。必须满足以下所有条件：

- ①CT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；
- ②接受胰岛素替代治疗和酶替代治疗180天以上。

酒精导致的慢性复发性胰腺炎不在保障范围内。

（五十）疯牛病

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。

本病须根据WHO诊断标准明确诊断，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。

（五十一）肾髓质囊性病

肾髓质囊性病的诊断必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。

（五十二）严重的原发性硬化性胆管炎

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、肝外胆道因非细菌性炎症、慢性纤维化逐渐狭窄，并最终导致完全阻塞而发展为胆汁淤积性肝硬化。须满足下列全部条件：

- ①持续性黄疸病史；
- ②总胆红素和直接胆红素同时升高，血清ALP>200U/L；
- ③经内镜逆行胰胆管造影（ERCP）影像学检查确诊；
- ④出现胆汁淤积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。

（五十三）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。必须满足所有以下条件：

- ①必须符合所有以下诊断标准：
 - 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。

（五十四）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，必须立刻进行手术及清创术。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。

（五十五）颅脑手术

被保险人确已实施全麻下的开颅手术（以切开硬脑膜为准）（不包括颅骨钻孔手术和经鼻蝶窦入颅手术）。

因外伤而实施的脑外科手术不在保障范围之内。

理赔时必须提供由神经外科医生出具的诊断书及手术报告。

（五十六）严重肌营养不良症

指一组原发于肌肉的遗传性疾病，临床表现为与神经系统无关的骨骼肌肉对称地进行性无力和萎缩。且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肌肉组织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。

（五十七）严重心肌炎

指被保险人因严重心肌炎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。必须满足所有以下条件：

- 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。

（五十八）肝豆状核变性(或称Wilson病)

指一种常染色体隐性遗传的铜代谢缺陷病，以不同程度的肝细胞损害、脑退行性病变和角膜边缘有铜盐沉着环为其临床特征，并须满足下列全部条件：

- ①典型症状；

②角膜色素环（K-F环）；

③血清铜和血清铜蓝蛋白降低，尿铜增加；

④经皮做肝脏活检来定量分析肝脏铜的含量。

（五十九）侵蚀性葡萄胎

该类疾病是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。

（六十）破裂脑动脉瘤夹闭手术

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

（六十一）需手术切除的嗜铬细胞瘤

是指肾上腺或嗜铬外组织出现神经内分泌肿瘤，并分泌过多的儿茶酚胺类，需要并实际进行了手术切除肿瘤。嗜铬细胞瘤的诊断必须由内分泌专科医生确定。

（六十二）进行性核上性麻痹（Steele-Richardson—Olszewski综合征）

进行性核上性麻痹（PSP）又称Steele-Richardson—Olszewski综合征，是一种罕见的神经系统变性疾病，以假球麻痹、垂直性核上性眼肌麻痹、锥体外系肌僵直、步态共济失调和轻度痴呆为主要临床特征。PSP必须由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。

（六十三）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。须满足下列至少三项条件：

- 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。

（六十四）严重肠道疾病并发症

严重肠道疾病或外伤导致小肠损害并发症，必须满足以下所有条件：

- ①至少切除了三分之二小肠；
- ②完全肠外营养支持3个月以上。

（六十五）严重瑞氏综合征（Reye综合征，也称赖氏综合征、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、惊厥及意识障碍等等。

瑞氏综合征需由儿科专科医生确诊，并符合下列所有条件：

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

（六十六）严重自身免疫性肝炎

自身免疫性肝炎是一种原因不明的慢性肝脏的坏死性炎性疾病，机体免疫机制被破坏，产生针对肝脏自身抗原的抗体导致自身免疫反应，从而破坏肝细胞造成肝脏炎症坏死，进而发展为肝硬化。必须满足所有以下条件：

- 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。

（六十七）严重的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传导性心脏疾病，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 <40 次/分钟；
- ②动态心电图显示至少3秒的RR间期；
- ③出现阿-斯综合征或心力衰竭的表现；
- ④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。

（六十八）细菌性脑脊髓膜炎

指因细菌引起脑和脊髓的脑脊膜炎性感染，经脑脊液细菌学检查确诊，且导致永久性神经损伤。永久性神经损伤是指经神经科专科医生明确诊断，遗留下列残疾之一而无法复原并持续达一百八十天以上者：

- ①符合神经精神病学标准的严重认知功能障碍，而需持续监护；
- ②听力丧失或失明；
- ③语言机能丧失；

④肌体功能障碍，导致无法完成其中三项或三项以上的日常生活活动。

（六十九）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：

- a.微生物：在赘生物、栓塞的赘生物或心脏内脓疡经培养或组织检查证实有微生物；
- b.病理性病灶：组织病理学检查证实赘生物或心脏内脓疡有活动性心内膜炎；
- c.分别两次血液培养证实有典型的病原体且与心内膜炎吻合；
- d.持续血液培养证实有病原体阳性反应，且与心内膜炎吻合。

②心内膜炎引起中度心瓣膜闭锁不全（指返流分数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心内膜炎及心瓣膜病损须经心脏专科医生确诊。

（七十）严重的骨髓增生异常综合征

骨髓增生异常综合征（myelodysplastic syndromes, MDS）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需满足下列所有条件：

- ①由血液科专科的主治级别以上的医生确诊；
- 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已接受至少累计三十日的化疗或已接受骨髓移植治疗。

化疗日数的计算以被保险人实际服用、注射化疗药物的天数为准。

（七十一）严重癫痫

本病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MRI、PET、CT等影像学检查做出。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）不在本保障范围内。

（七十二）自体造血干细胞移植

指由于被保险人自身骨髓造血功能异常或为了达到治疗肿瘤的目的，采集被保险人自己的一部分造血干细胞，分离并深低温保存，再回输给被保险人使被保险人的造血功能和免疫功能重新恢复的一种治疗方法。该治疗须由专科医生认为在临床上是必需的。

（七十三）肺淋巴管肌瘤病

肺淋巴管肌瘤病是一种弥漫性肺部疾病，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，同时需满足下列条件：

- ①经组织病理学诊断；
- ②CT显示双肺弥漫性囊性改变；
- ③血气提示低氧血症，动脉血氧分压（PaO₂）持续<50mmHg。

（七十四）肺泡蛋白质沉积症

指肺泡和细支气管腔内充满不可溶性富磷脂蛋白的疾病，胸部X线呈双肺弥漫性肺部磨玻璃影，病理学检查肺泡内充满有过碘酸雪夫（PAS）染色阳性的蛋白样物质，并且接受了肺灌洗治疗。

（七十五）小肠移植

指因肠道疾病或外伤，已经实施了在全身麻醉下进行的小肠的异体器官移植手术。**此手术必须由专科医生认为是医学上必需的情况下进行。**

（七十六）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）监测分类，智力低常分为轻度（IQ50-70）；中度（IQ35-50）；重度（IQ20-35）和极重度（IQ<20）。智商的检测必须由保险人认可的专职心理测验工作者进行，心理测验工作者必须持有由心理测量专业委员会资格认定书。根据被保险人年龄采用对应的智力量表如韦克斯勒智力量表（儿童智力量表或成人智力量表）理赔时必须满足下列全部条件：

- ①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儿科专科医师确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低常；
- ③专职合格心理检测工作者适时做的心理检测证实被保险人智力低常（轻度、中度、重度或极重度）；
- ④被保险人的智力低常自确认日起持续180天以上。

（七十七）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。本合同只保障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。

（七十八）严重面部烧伤

指面部烧伤程度为III度，且III度烧伤的面积达到面部表面积的80%或者80%以上，体表面积根据《中国新九分法》计算。

（七十九）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性感染。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。必须满足以下所有条件：

①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定度升高；

②被保险人出现运动障碍，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。

（八十）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疾病。必须符合所有以下条件：

①脊髓小脑变性症必须由神经科专科医生确诊，并有以下全部证据支持：

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。

（八十一）进行性多灶性白质脑病

是一种亚急性脱髓鞘性脑病，常常发生于免疫缺陷的病人。此症必须由神经科专科医生根据脑组织活检确诊。

（八十二）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，此症必须已经达到临床分期的中期（消耗性低凝期）或后期（继发性纤溶亢进期），需要输注血浆和浓缩血小板进行治疗。

（八十三）失去一肢及一眼

因疾病或受伤导致不可复原及永久性完全丧失：

①一眼视力；及

②任何一肢于腕骨或踝骨部位或以上切断。

（八十四）独立能力丧失

指疾病或外伤造成被保险人至少持续6个月以上完全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。**被保险人的日常生活活动能力丧失必须是永久性的。**

（八十五）器官移植导致的HIV感染

指因进行器官移植而感染上人类免疫缺陷病毒（HIV），且须满足下列全部条件：

①在保障起始日或复效日之后，被保险人因治疗必需而实施器官移植，并且因器官移植而感染人类免疫缺陷病毒；

②提供器官移植治疗的器官移植中心或医院出具该项器官移植感染，属于医疗责任事故的报告，或者法院终审裁定为医疗责任并且不准上诉；

③提供器官移植治疗的器官移植中心或医院必须拥有合法经营执照。

保险人承担本项疾病责任不受本合同第十条责任免除中“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

（八十六）溶血性尿毒症综合征

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

①实验室检查确认有溶血性贫血、血尿、尿毒症、血小板减少性紫癜；

②因肾脏功能衰竭实施了肾脏透析治疗。

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

（八十七）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。

（八十八）埃博拉病毒感染

受埃博拉病毒感染导致出血性发热。埃博拉病必须经传染病专科医生确诊，并且埃博拉病毒的存在必须经过实验室检查证实。**该病必须从症状开始后三十天后持续出现并发症。**

（八十九）主动脉夹层血肿

指主动脉壁在受到某些病理因素的破坏后，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。被保险人需通过X线断层扫描（CT）、磁共振扫描（MRI）、磁共振血管检验法（MRA）或血管扫描等检查，并且实施了胸腹切开的直视主动脉手术。

（九十）重症急性坏死性筋膜炎

是一种由细菌侵入皮下组织和筋膜引起的急性坏死性软组织感染，可伴有毒血症、败血症、

中毒性休克、弥漫性血管内凝血及多器官衰竭。必须满足以下所有条件：

- 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）。

（九十一）骨髓纤维化

原发性骨髓纤维化为原因不明的骨髓中成纤维细胞增殖，伴有髓外造血，表现为进行性贫血、脾肿大等症状。本疾病须根据骨髓的活组织检查和周围血象检查由医院血液科专科医生明确诊断，并至少符合下列条件中的三项，且符合条件的状态持续180天及以上，并已经实际实施了针对此症的治疗：

- 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。

任何其它病因导致的继发性骨髓纤维化不在保障范围内。

（九十二）严重慢性缩窄性心包炎

由于慢性心包炎症导致心包脏层和壁层广泛瘢痕粘连、增厚和钙化，心包腔闭塞，形成一个纤维瘢痕外壳，使心脏和大血管根部受压，阻碍心脏的舒张。被保险人被明确诊断为慢性缩窄性心包炎且必须满足以下所有条件：

- ①心功能衰竭达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级IV级，并持续180天以上；
- ②实际接收了以下任何一种手术路径的心包剥脱或心包切除手术；手术路径：胸骨正中切口；双侧前胸切口；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。

（九十三）主动脉夹层瘤

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。在本定义中，主动脉指胸主动脉及腹主动脉而非其旁支。诊断必须由检验结果证实，检验包括电脑扫描，磁共振扫描及磁共振血管造影或心导管检查的证明，并有必要进行紧急修补手术。

（九十四）严重大动脉炎

指医院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。

（九十五）严重结核性脑膜炎

由结核杆菌引起的脑膜和脊膜的非化脓性炎症性疾病。需满足以下全部条件：

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

（九十六）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。

（九十七）严重甲型及乙型血友病

被保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。诊断必须由医院的血液病专科医生确认。

（九十八）艾森门格综合症

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

- ①平均肺动脉压高于40mmHg；
- ②肺血管阻力高于3mm/L/min（Wood单位）；
- ③正常肺微血管楔压低于15mmHg。

（九十九）湿性年龄相关性黄斑变性

又称为新生血管性年龄相关性黄斑变性或“渗出性”年龄相关性黄斑变性，发生脉络膜新生血管（CNV）异常生长穿透玻璃膜进入视网膜，新生血管渗漏，渗出及出血。该病必须由荧光素眼底血管造影检查提示黄斑区新生血管形成，并且必须由医院的眼科专科医生确诊为湿性年龄相关性黄斑变性。被保险人申请理赔时须提供近3个月内视力改变显示病情恶化的相关检查报告、诊断证明及病历报告。

（一百）严重肾上腺脑白质营养不良

肾上腺脑白质营养不良是一种脂质代谢障碍，由于体内缺乏过氧化物酶而致长链脂肪酸在体

内沉淀，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。

【肢体机能完全丧失】是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。

【语言能力完全丧失】是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】是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。

【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。

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

【永久不可逆】是指自疾病确诊或意外伤害发生之日起，经过积极治疗 180 日后，仍无法通过现有医疗手段恢复。

【心功能状态分级】是指美国纽约心脏协会心功能状态的分级标准：

- I级：体力活动不受限制，日常活动不引起乏力、心悸、呼吸困难或心绞痛等症状。
- II级：体力活动轻度受限，休息时无症状，日常活动即可引起乏力、心悸、呼吸困难或心绞痛。
- III级：体力活动明显受限，休息时无症状，轻于日常的活动即可引起上述症状。
- IV级：不能从事任何体力活动，休息时亦有症状，体力活动后加重。

【原位癌】指恶性细胞局限于上皮内尚未穿破基底膜浸润周围正常组织的癌细胞新生物。原位癌必须经对固定活组织的组织病理学检查明确诊断。

【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。

【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，而不是指本合同生效之后第一次经医院确诊患有某种疾病。

【住院】指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院的正式病房接受监护治疗的过程，并正式办理入出院手续。但不包括下列情况：

(一) 被保险人在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；

(二) 被保险人在特需病房、外宾病房或其它不属于社会基本医疗保险范畴的高等级病房入住；

(三) 被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；

(四) 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；

(五) 被保险人住院体检；

(六) 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。

【基本医疗保险】本合同所称的基本医疗保险是指《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。

【住院医疗费用】指被保险人住院期间在医院发生，实际由医院收取并由医院开具相关票据的医疗费用，包括：

(1) 床位费：指住院期间实际发生的、不高于双人病房的住院床位费（不包括单人病房、套房、家庭病床）。其中，若被保险人选择了指定疾病及手术特需医疗保险金责任，在接受指定疾病及手术特需医疗时产生的床位费不在此列，每日限额由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在本合同中载明。

(2) 加床费：指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间，保险人给付其合法监护人（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，保险人给付其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

(3) 重症监护室床位费：指住院期间出于医学必要被保险人需在重症监护室进行必需且合理的医疗而产生的床位费。重症监护室指配有中心监护台、心电监护仪及其他监护抢救设施，相对封闭管理，符合重症监护病房（ICU）、冠心病重症监护病房（CCU）标准的单人或多人监护病房。

(4) 护理费：指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

(5) 膳食费：指住院期间根据医生的医嘱，由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并病房费等其他款项内。

(6) 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) 诊疗费: 指住院期间以治疗疾病为目的, 提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费, 以及消耗品的费用, 具体以就诊医院费用项目划分为准。

(8) 药品费: 指实际发生在医院、保险人指定或认可的药店的必需且合理的、由医生开具的、具有中国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:

(一) 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;

(二) 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;

(三) 用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。(9) 医生费: 指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

(9) 手术费: 指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术室费、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。

(10) 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。

【必需且合理】指符合通常惯例且医学必需。

1. 符合通常惯例: 指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的费用。

对是否符合通常惯例由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核; 如果被保险人对审核结果有不同意见, 可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

2. 医学必需: 指医疗费用符合下列所有条件:

(1) 治疗意外伤害或者疾病所必需的、有医生处方的项目;

(2) 不超过安全、足量治疗原则的项目;

(3) 非试验性的、非研究性的项目;

(4) 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。

【医学必需】指医疗费用符合下列所有条件:

(1) 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目;

(2) 不超过安全、足量治疗原则的项目;

- (3) 由医生开具的处方药；
- (4) 非试验性的、非研究性的项目；
- (5) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

对是否医学必需由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

【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、服用药物等方式的化疗。

【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。

【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总局批准用于临床治疗。

【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。

【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总局批准用于临床治疗。

【质子重离子医疗费用】指被保险人因接受质子重离子放射治疗而发生的相关费用，包括定位及制定放疗计划费用以及质子、重离子放射治疗实施费用，**但不包括床位费、加床费、膳食费、护理费、重症监护室床位费等其他费用。**

【特定医疗机构】是指经中华人民共和国卫生部门审核认定的二级或以上公立医院的特需医疗部、国际部或VIP部，以及保险人认可的医疗机构。该医疗机构必须具有系统的、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。**但上述医疗机构不包括观察室、联合病房和康复病房。**

部分医疗机构虽符合上述定义，但保险人仍有权以列明清单的方式予以除外，不作为特定医疗机构。具体除外名单以保险单中载明的为准。

【指定移植手术】指被保险人发生符合以下定义的手术治疗：

1. 重大器官移植术或造血干细胞移植术；

2. 胰腺移植术；
3. 小肠移植术；
4. 自体造血干细胞移植；
5. 角膜移植。

【指定重大手术】指被保险人发生符合以下定义的手术治疗：

1. 冠状动脉搭桥术

被保险人因冠状动脉病接受了冠状动脉搭桥术（冠状动脉旁路移植术）。经皮经导管冠状动脉介入治疗不在保障范围内，如冠状动脉球囊血管成形术、冠状动脉支架植入术、冠状动脉旋磨术、冠状动脉内血栓抽吸、切割球囊成形术、冠状动脉激光成形术等。

2. 主动脉手术

被保险人因主动脉疾病接受了开胸或开腹进行的主动脉置换或修补手术。主动脉包括升主动脉、主动脉弓、降主动脉和腹主动脉，不包括主动脉的分支血管。

经皮经导管进行的主动脉内手术不在保障范围内。

3. 严重感染性心内膜炎瓣膜置换手术

被保险人因急性或亚急性感染性心内膜炎接受了瓣膜置换手术。

因其他心脏瓣膜病接受的瓣膜置换手术不在指定疾病及手术特需医疗保险金保障范围内。

4. 严重溃疡性结肠炎全结肠切除手术

被保险人因溃疡性结肠炎接受了全结肠切除手术。

部分结肠切除或因其他疾病接受全结肠切除手术不在保障范围内。

5. 破裂脑动脉瘤夹闭手术

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

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

6. 截肢手术

被保险人因外伤或疾病接受了上肢或下肢的截肢手术。上肢截肢指自腕关节或以上全手截除，下肢截肢指自踝关节或以上全足截除。

自掌骨、跖骨的截除，截指或截趾不在保障范围内。

【角膜移植】指因角膜病变或意外伤害导致视力丧失或视力严重损害，被保险人实际接受了

同种（人类）异体角膜移植手术以恢复视力。

角膜移植手术包括全层角膜移植术、板层角膜移植术和角膜内皮移植术。

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

【保险人指定的药店】指保险人授权的第三方服务商提供的药店名单。保险人保留对上述指定药店名单做出适当调整的权利。保险人指定的药店同时满足以下条件：

- 1) 取得国家药品经营许可证、GSP 认证；
- 2) 该药店内具有医师、执业药师等专业人员提供服务。

【保险人认可的药店】保险人认可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) 该药店内具有医师、执业药师等专业人员提供服务；
- 3) 需为当地医保定点零售药房或大病保险特药定点零售药店。

【既往症】指在本合同生效日之前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病。通常有以下情况：本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；未经医生诊断和治疗，但症状或体征明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

【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。

【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。**【酒后驾车】**指车辆驾驶人员在其血液中的酒精含量大于或者等于 20mg/100mL 时的驾驶行为。

【无有效驾驶证】被保险人存在下列情形之一者：

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

【无有效行驶证】指下列情形之一：

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

【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。

【《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。

【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。**

【高风险运动】包括潜水、跳伞或其他空中运动、攀登海拔 3500 米以上的独立山峰、攀岩或攀爬建筑物、探险、武术、摔跤、特技表演（含训练）、赛马、赛车等高风险运动。

【政府主办补充医疗】指城乡居民大病保险、城镇职工大额医疗保险、城镇居民大额医疗保险等由政府主办对基本医疗保险进行补充的医疗保障项目，大额医疗保险在各地的具体名称会有所不同，以投保所在地政府主管部门规定的名称为准。

【周岁】指按照居民身份证、军官证、警官证、士兵证等有效法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄，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。

【不可抗力】指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

【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。

【身份证明】指政府有权机关颁发的能够证明其合法真实身份的证件或文件等，如居民身份证、按规定可使用的有效护照、营业执照等。