



请扫描以查询验证条款

## 阅读提示

本阅读提示是为了帮助投保人更好理解条款，对本合同内容的解释以条款正文为准。

### → 投保人拥有的重要权益

- ◆ 在犹豫期内投保人若要求解除合同，本公司仅扣除工本费 .....1.6
- ◆ 被保险人可以享有本合同提供的保障利益 .....2.4
- ◆ 投保人有权解除合同 .....5

### → 投保人应当特别注意的事项

- ◆ 本合同的保险期间为一年，每3年为一个保证续保期间 .....2.2
- ◆ 在某些情况下，本公司不承担保险责任 .....1.6、2.3、2.4、2.7、3.2、7.1、8.1、9
- ◆ 投保人应及时向本公司通知保险事故 .....3.2
- ◆ 投保人应按时支付保险费 .....4.1
- ◆ 解除合同会给投保人造成一定的损失，请投保人慎重决策 .....5.1
- ◆ 在某些情况下，本合同效力终止 .....6.1
- ◆ 本公司对一些重要术语进行了解释，请投保人注意 .....10

→ 条款是保险合同的重要内容，为充分保障投保人的权益，请投保人仔细阅读本条款。

### → 条款目录

|                   |                                  |                     |
|-------------------|----------------------------------|---------------------|
| <b>1 合同的订立</b>    | <b>3 保险金的申请</b>                  | <b>7 如实告知</b>       |
| 1.1 合同构成          | 3.1 受益人                          | 7.1 明确说明与如实告知       |
| 1.2 保险合同成立与生效     | 3.2 保险事故通知                       | 7.2 本公司合同解除权的限制     |
| 1.3 投保范围          | 3.3 保险金的申请                       | <b>8 其他需要关注的事项</b>  |
| 1.4 投保年龄          | 3.4 保险金给付                        | 8.1 风险程度变化的告知及处理    |
| 1.5 合同的签收         | 3.5 诉讼时效                         | 8.2 年龄错误            |
| 1.6 犹豫期           | <b>4 保险费的支付</b>                  | 8.3 合同内容变更          |
| <b>2 本公司提供的保障</b> | 4.1 保险费的支付                       | 8.4 联系方式变更          |
| 2.1 保障计划          | 4.2 宽限期                          | 8.5 被保险人变更          |
| 2.2 保险期间及保证续保     | 4.3 基本医疗保险、公费医疗或<br>城乡居民大病保险身份变更 | 8.6 争议处理            |
| 2.3 等待期           | <b>5 合同解除</b>                    | <b>9 重大疾病的定义及范围</b> |
| 2.4 保险责任          | 5.1 解除合同的手续及风险                   | <b>10 释义</b>        |
| 2.5 无理赔优惠         | <b>6 合同效力的终止</b>                 |                     |
| 2.6 补偿原则及给付标准     | 6.1 合同效力的终止                      |                     |
| 2.7 责任免除          |                                  |                     |



## 中意意尊享团体医疗保险条款

在本条款中，“本公司”指中意人寿保险有限公司，“本合同”指投保人与本公司之间订立的“中意意尊享团体医疗保险”保险合同。

### 1 合同的订立

---

- 1.1 **合同构成** 本合同是投保人与本公司约定保险权利义务关系的协议，包括本保险条款、保险单或其他保险凭证、投保单、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单及其他投保人与本公司共同认可的书面协议。
- 1.2 **保险合同成立与生效** 投保人提出投保申请，本公司同意承保，本合同成立。本合同生效日由投保人与本公司约定并于保险单上载明。**保险费约定支付日**（见10.1）以该日期计算。
- 1.3 **投保范围** 院校、企事业单位、行业组织和职业工会等合法团体以及其他不以购买保险为目的而组成的团体均可作为投保人，为其符合参保资格的团体成员及成员的配偶、子女或父母投保本合同。团体属于法人或非法人组织的，投保人应为该法人或非法人组织；团体属于其他不以购买保险为目的而组成的团体的，投保人可以是团体中的自然人。
- 1.4 **投保年龄** 指投保本合同时被保险人的年龄，年龄以**周岁**（见10.2）计算。本合同接受的投保年龄为出生满30天至60周岁，可续保至105周岁。
- 1.5 **合同的签收** 投保人在收到本合同时，应当签署本合同的签收回执。
- 1.6 **犹豫期** 自投保人签收本合同的次日起，有15日的犹豫期。在此期间，请投保人仔细阅读本合同，如果投保人认为本合同与投保人的需求不符，投保人可以在犹豫期结束前解除本合同，本公司将在扣除不超过10元的工本费后无息退还投保人所支付的保险费。

解除合同时，投保人需要填写申请书，并提供保险合同及本公司所需的其他相关证明和资料。**自本公司收到解除申请书时起，本合同即被解除，本公司自本合同生效日起不承担保险责任。**

### 2 本公司提供的保障

---

- 2.1 **保障计划** 本合同保障计划的各项保险金年度给付限额、给付比例及年度免赔额见附表。
- 2.2 **保险期间及保** 本合同的保险期间为1年，并于保险单上载明。自本合同生效日起，

## 证续保

每3年为一个保证续保期间。

被保险人的个人保险期间自投保人与本公司约定的该被保险人个人保险期间起始日的零时开始，至投保人与本公司约定的该被保险人满期日的24时止。

在保证续保期间内，投保人享有如下保证续保权：

- (1) 每个保证续保期间内，本公司依该保证续保期间期初约定的费率表按续保时被保险人的年龄收取保险费，该保险费不因本保险整体费率的调整而改变；
- (2) 每个保证续保期间内，本公司不因被保险人的健康状况或历史理赔情况而拒绝投保人的续保申请；
- (3) 每个保证续保期间内，投保人的保证续保权不因本保险的停售而终止。

在保证续保期间内，若发生下列情形之一，本公司不再接受续保：

- (1) 投保人于保险期间届满之前或在本合同约定的宽限期内，未按照续保当时被保险人的保障计划、年龄、**基本医疗保险**（见10.3）、**公费医疗**（见10.4）、**城乡居民大病保险**（见10.5）身份等所对应的保险费率和本合同约定的保险费支付方式支付相应的续期保险费；
- (2) 若投保人未履行如实告知义务，本公司有权终止投保人的保证续保权。

每个保证续保期间届满时，投保人将不再享有保证续保的权利。在每个保证续保期间届满时，本公司将审核被保险人是否符合续保条件。若本公司审核后同意投保人续保，投保人可于每个保证续保期间届满时，按照续保时被保险人的保障计划、年龄、基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险身份等所对应的保险费率和本合同约定的保险费支付方式支付相应的续期保险费后，本合同继续有效。若本公司审核后不同意投保人续保，本公司会以书面形式通知投保人。**若续保时本保险已停售，则本公司不再接受续保。**

## 2.3 等待期

本合同保险责任的等待期是指自被保险人个人保险期间起始日起30日（含第30日）内的期间。

**若被保险人在等待期内确诊患有任何一项符合本合同第9条约定保障范围及定义的重大疾病，本公司将向投保人退还该被保险人对应的已付保险费，同时本合同对该被保险人的全部保险责任终止。**

**若被保险人在等待期内确诊患有除本合同第9条约定保障范围及定义的重大疾病以外的疾病，并接受下列治疗，无论治疗是否延续至等待期后，本公司均不承担向该被保险人给付保险金的责任，但本合同对该被保险人的保险责任继续有效。**

- (1) 接受住院治疗，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10.6）的治疗；
  - (2) 接受特定门诊治疗，或者与该特定门诊治疗原因相同的所有治疗；
  - (3) 接受门诊手术治疗，或者与该门诊手术治疗原因相同的所有治疗；
  - (4) 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。
- 因意外伤害**（见10.7）事故引起的保险事故无等待期。

## 2.4 保险责任

在本合同有效期内，本公司对每一被保险人在其个人保险期间内承担下列保险责任：

2.4.1 一般医疗保险金 被保险人因意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因，经本合同约定的医院（见10.8）诊断并接受治疗的，本公司按以下约定给付一般医疗保险金：

（1）住院医疗费用

若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因，经本合同约定的医院诊断必须住院治疗的，对于被保险人实际发生的合理且必需（见10.9）的住院医疗费用，在扣除约定的免赔额后本公司按本合同约定的给付比例给付一般医疗保险金。

被保险人在其个人保险期间内开始住院治疗，到其个人保险期间届满日时仍未结束本次住院治疗且未续保的，本公司将继续承担因本次住院发生的一般医疗保险金给付责任，但最长不超过本合同下该被保险人的个人保险期间届满日后30天（含）。

住院医疗费用包括床位费（见10.10）、医生诊疗费（见10.11）、治疗费（见10.12）、手术费（见10.13）、药品费（见10.14）、检查化验费（见10.15）、护理费（见10.16）、膳食费（见10.17）、重症监护室床位费（见10.18）。

（2）特定门诊医疗费用

若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因，经本合同约定的医院诊断必须接受特定门诊治疗的，对于被保险人实际发生的合理且必需的特定门诊医疗费用，在扣除约定的免赔额后本公司按本合同约定的给付比例给付一般医疗保险金。

特定门诊治疗包括：

- ① 门诊肾透析治疗；
- ② 门诊恶性肿瘤（有关恶性肿瘤，参照本合同第9.1条）治疗，包括化学疗法（见10.19）、放射疗法（见10.20）、肿瘤免疫疗法（见10.21）、肿瘤内分泌疗法（见10.22）、肿瘤靶向疗法（见10.23）；
- ③ 器官移植后的门诊抗排异治疗。

（3）门诊手术医疗费用

若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因，经本合同约定的医院诊断必须接受门诊手术治疗的，对于被保险人实际发生的合理且必需的门诊手术医疗费用，在扣除约定的免赔额后本公司按本合同约定的给付比例给付一般医疗保险金。

（4）住院前后门急诊费用

若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因，经本合同约定的医院诊断必须接受住院治疗的，对于被保险人在住院前7日（含住院当日）和出院后30日（含出院当日）内因与该次住院相同原因实际发生的合理且必需的门诊急诊医疗费用（但不包括上述特定门诊医疗费用和门诊手术医疗费用），在扣除约定的免赔额后本公司按本合同约定的给付比例给付一般医疗保险金。

本公司对每一被保险人在其个人保险期间内累计给付的一般医疗保险金以本合同约定的该被保险人的一般医疗保险金年度给付限额为限。

2.4.2 重大疾病医疗保险金 若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因经专科医生（见10.24）首次确诊（见10.25）患有任一项符合本合同第9

条约定保障范围及定义的重大疾病，本公司首先按以下约定给付重大疾病医疗保险金，当对该被保险人累计给付的重大疾病医疗保险金达到本合同约定的该被保险人的重大疾病医疗保险金年度给付限额后，再按第 2.4.1 条的约定给付一般医疗保险金：

(1) 重大疾病住院医疗费用

若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因经专科医生首次确诊患有任何一项符合本合同第 9 条约定保障范围及定义的重大疾病，经本合同约定的医院诊断必须住院治疗的，对于被保险人实际发生的合理且必需的重大疾病住院医疗费用，本公司按本合同约定的给付比例给付重大疾病医疗保险金。

被保险人在其个人保险期间内开始住院治疗，到其个人保险期间届满日时仍未结束本次住院治疗且未续保的，本公司将继续承担因本次住院发生的重大疾病医疗保险金给付责任，但最长不超过本合同下该被保险人的个人保险期间届满日后 30 天（含）。

重大疾病住院医疗费用包括床位费、医生诊疗费、治疗费、手术费、药品费、检查化验费、护理费、膳食费、重症监护室床位费。

(2) 重大疾病特定门诊医疗费用

若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因经专科医生首次确诊患有任何一项符合本合同第 9 条约定保障范围及定义的重大疾病，经本合同约定的医院诊断必须接受特定门诊治疗的，对于被保险人实际发生的合理且必需的重大疾病特定门诊医疗费用，本公司按本合同约定的给付比例给付重大疾病医疗保险金。

特定门诊治疗包括：

- ① 门诊肾透析治疗；
- ② 门诊恶性肿瘤（有关恶性肿瘤，参照本合同第 9.1 条）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；
- ③ 器官移植后的门诊抗排异治疗。

(3) 重大疾病门诊手术医疗费用

若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因经专科医生首次确诊患有任何一项符合本合同第 9 条约定保障范围及定义的重大疾病，经本合同约定的医院诊断必须接受门诊手术治疗的，对于被保险人实际发生的合理且必需的重大疾病门诊手术医疗费用，本公司按本合同约定的给付比例给付重大疾病医疗保险金。

(4) 重大疾病住院前门急诊医疗费用

若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因经专科医生首次确诊患有任何一项符合本合同第 9 条约定保障范围及定义的重大疾病，经本合同约定的医院诊断必须接受住院治疗的，对于被保险人在住院前 30 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）内因与该次住院相同原因实际发生的合理且必需的重大疾病门急诊医疗费用（但不包括上述重大疾病特定门诊医疗费用和重大疾病门诊手术医疗费用），本公司按本合同约定的给付比例给付重大疾病医疗保险金。

本公司对每一被保险人在其个人保险期间内累计给付的重大疾病医疗保险金以本合同约定的该被保险人的重大疾病医疗保险金年度给付限额为限。

- 2.4.3 **特定药品费用  
保险金** 若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因经专科医生首次确诊患有符合本合同第9.1条约定保障范围及定义的恶性肿瘤，对被保险人实际发生的合理且必需的特定药品费用，**本公司首先按本合同约定的给付比例给付特定药品费用保险金，当对该被保险人累计给付的特定药品费用保险金达到本合同约定的该被保险人的特定药品费用保险金年度给付限额后，再依次按照第2.4.2条和第2.4.1条的约定给付重大疾病医疗保险金和一般医疗保险金。**
- 特定药品须同时满足以下条件：  
(1) 该特定药品须由专科医生开具处方且为被保险人当前治疗必需的药品；  
(2) 该特定药品须为在本合同约定的医院购买的合理且必须的药品；  
(3) 每次特定药品处方剂量不超过30天；  
(4) 该特定药品必须为本合同保险期间届满日前在中国国家药品监督管理局批准且已在中国大陆上市的**靶向药物**（见10.26）、**免疫治疗药物**（见10.27）；  
(5) 该特定药品必须符合第2.4.1条或第2.4.2条的约定。
- 2.4.4 **质子重离子医  
疗保险金** 若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因经专科医生首次确诊患有符合本合同第 9.1 条约定保障范围及定义的恶性肿瘤，并于本合同约定的医院接受质子重离子治疗的，对于被保险人实际发生的合理且必需的质子重离子医疗费用，**本公司首先按本合同约定的给付比例给付质子重离子医疗保险金，当对该被保险人累计给付的质子重离子医疗保险金达到本合同约定的该被保险人的质子重离子医疗保险金年度给付限额后，再依次按照第 2.4.2 条和第 2.4.1 条的约定给付重大疾病医疗保险金和一般医疗保险金。**
- 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。
- 本公司对每一被保险人在其个人保险期间内累计给付的特定药品费用保险金和质子重离子医疗保险金之和以 100 万元为限。**
- 2.5 **无理赔优惠** 投保人为被保险人续保本合同时可以按以下约定享受无理赔优惠：
- 2.5.1 **无理赔优惠** 若被保险人在上一个个人保险期间内未从本合同获得理赔给付，则续保时本合同下该被保险人的**一般医疗保险金年度给付限额、重大疾病医疗保险金年度给付限额、特定药品费用保险金年度给付限额和质子重离子医疗保险金年度给付限额**（以下统称各项年度给付限额）将在上一个个人保险期间的各项年度给付限额的基础上增长，增长额度为本合同附表载明的各项年度给付限额的10%。各项年度给付限额最高不超过本合同附表载明的各项年度给付限额的150%。
- 2.5.2 **无理赔优惠中  
止** 若被保险人在上一个个人保险期间内从本合同获得理赔给付，则续保时本合同下该被保险人的各项年度给付限额调整为**本合同附表载明的各项年度给付限额**。
- 2.5.3 **无理赔优惠恢  
复** 无理赔优惠中止后，若被保险人在上一个个人保险期间内未从本合同获得理赔给付，则投保人在为被保险人续保时仍可**按第2.5.1条的约定享受无理赔优惠**。

- 2.6 补偿原则及给付标准
- 2.6.1 补偿原则 若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险、工作单位、公益慈善机构，以及本公司在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，则本公司仅对被保险人实际发生的合理且必需的医疗费用扣除其已获得的医疗费用补偿后的余额按本合同的约定进行给付。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。社保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。
- 2.6.2 免赔额 本合同中所指免赔额均为年度免赔额，指被保险人自行承担，本合同不予赔偿的部分。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、公费医疗、城乡居民大病保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。
- 若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因经专科医生首次确诊患有任何一项符合本合同第 9 条约定保障范围及定义的重大疾病，从被保险人确诊之日起，对于被保险人实际发生的合理且必需的全部医疗费用，本公司在给付保险金时不再扣除免赔额。
- 投保人续保本合同的，若被保险人在以往个人保险期间内首次确诊患有任何一项符合本合同第9条约定保障范围及定义的重大疾病且接受治疗的，对于被保险人实际发生的合理且必需的全部医疗费用，本公司在给付保险金时不再扣除免赔额。
- 2.6.3 给付比例 本合同约定的给付比例见附表。若被保险人以参加基本医疗保险、公费医疗或城乡居民大病保险的身份投保，但未以参加基本医疗保险、公费医疗或城乡居民大病保险身份就诊且结算的，约定的给付比例为 60%。
- 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支出的，本公司对该被保险人不承担给付各项保险金的责任：
- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
  - (2) 被保险人故意自伤、故意犯罪或者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) 被保险人未经医师（见 10.28）处方注射、吸食、服用毒品（见 10.29）或处方药品；
  - (5) 被保险人酒后驾驶（见 10.30）、无合法有效驾驶证驾驶（见 10.31），或驾驶无有效行驶证（见 10.32）的机动车（见 10.33）；
  - (6) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（见 10.34），但本合同第 9.29、9.34 以及 9.88 条约定的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染不在责任免除范围内；
  - (7) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
  - (8) 核爆炸、核辐射或核污染；
  - (9) 遗传性疾病（见 10.35）、先天性畸形、变形或染色体异常（见 10.36），但本合同第 9.36、9.70、9.81、9.82 以及 9.98 条约定的遗传性疾病不在责任免除范围内；
  - (10) 被保险人从事潜水（见 10.37）、跳伞、攀岩（见 10.38）、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险（见 10.39）、摔跤、武术比赛（见 10.40）、特技表演（见 10.41）、赛马、赛车等高风险运动；

- (11) 被保险人妊娠（含宫外孕）、流产、分娩（含剖腹产）、不孕不育、避孕、节育（含绝育）；
- (12) 美容手术、非意外事故所致的外科整形手术、视力矫正、义眼、助听器、义肢、一般身体检查、疗养、康复治疗（见 10.42）、牙齿治疗（见 10.43）；
- (13) 被保险人未遵医嘱使用管制药物或处方药物、未按照说明书所示内容使用非处方药物或有毒物质；
- (14) 未以书面形式或者双方认可的其他形式告知的既往症（见 10.44）、本合同特别约定除外的疾病；
- (15) 被保险人献血、捐赠骨髓或任何人体器官、组织；
- (16) 被保险人接受试验性治疗（即未经科学或医学认可的医疗），或接受未被治疗所在地权威部门批准的治疗。

### 3 保险金的申请

---

- 3.1 **受益人** 除另有约定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。  
投保人为与其具有劳动关系的劳动者投保本保险，不得指定被保险人及其近亲属以外的人为受益人。
- 3.2 **保险事故通知** 投保人、被保险人或受益人知道或应当知道保险事故发生后应当在10日内通知本公司。如果投保人、被保险人或受益人故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，本公司对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但本公司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本公司确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。
- 3.3 **保险金的申请** 受益人或者其他有权领取保险金的人（简称“保险金申请人”）可以申请保险金。
- 3.3.1 **一般医疗保险金的申请** 保险金申请人须填写保险金给付申请书，并须提供下列证明和资料：  
 (1) 保险合同或保险凭证；  
 (2) 保险金申请人的有效身份证件；  
 (3) 医院出具的门、急诊医疗手册或病历，诊断书，医疗费用原始收据或发票，医疗费用清单，住院还应提供住院病历、出院小结；  
 (4) 若已从其他途径获得了医疗费用补偿，须提供从其他途径报销的凭证；  
 (5) 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。
- 3.3.2 **重大疾病医疗保险金的申请** 保险金申请人须填写保险金给付申请书，并须提供下列证明和资料：  
 (1) 保险合同或保险凭证；  
 (2) 保险金申请人的有效身份证件；  
 (3) 医院出具的门、急诊医疗手册或病历，诊断书，医疗费用原始收据或发票，医疗费用清单，可证明被保险人所患重大疾病的诊断证明和诊断所患重大疾病必需的检查报告，住院还应提供住院病历、出院小结；  
 (4) 若已从其他途径获得了医疗费用补偿，须提供从其他途径报销的凭证；  
 (5) 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。



3.3.3 **特定药品费用  
保险金申请** 保险金申请人须填写保险金给付申请书，并须提供下列证明和资料：  
(1) 保险合同或保险凭证；  
(2) 保险金申请人的有效身份证件；  
(3) 医院出具的门、急诊医疗手册或病历，诊断书，可证明被保险人所患恶性肿瘤的诊断证明和诊断所患恶性肿瘤必需的检查报告；  
(4) 医院出具的特定药品费用结算清单、原始收据或发票；  
(5) 若已从其他途径获得了医疗费用补偿，须提供从其他途径报销的凭证；  
(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。

3.3.4 **质子重离子医  
疗保险金申请** 保险金申请人须填写保险金给付申请书，并须提供下列证明和资料：  
(1) 保险合同或保险凭证；  
(2) 保险金申请人的有效身份证件；  
(3) 医院出具的门、急诊医疗手册或病历，诊断书，可证明被保险人所患恶性肿瘤的诊断证明和诊断所患恶性肿瘤必需的检查报告；  
(4) 若已从其他途径获得了医疗费用补偿，须提供从其他途径报销的凭证；  
(5) 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。

若以上申请资料和证明不完整的，本公司将及时一次性通知保险金申请人补充提供有关资料和证明。

3.4 **保险金给付** 本公司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，本公司在与保险金申请人达成给付保险金的协议后10日内，履行给付保险金义务；若本公司在收到保险金给付申请书及上述有关证明和资料后第30日仍未作出核定，除支付保险金外，本公司将从第31日起按超过天数赔偿保险金申请人因此受到的利息损失。利息按照中国人民银行公布同期金融机构人民币一年期定期存款利率单利计算。若本公司要求保险金申请人补充提供有关证明和资料的，则上述的30日不包括补充提供有关证明和资料的期间。

对不属于保险责任的，本公司自作出核定之日起3日内向保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

本公司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；本公司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** 保险金申请人向本公司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** 本合同保险费的支付方式为一次性付清。

- 4.2 **宽限期** 若投保人申请续保，且符合本公司的续保条件的，则自保险费约定支付日的次日零时起60日为新续保合同的宽限期。宽限期内发生保险事故的，本公司承担保险责任，但在给付保险金时会扣除投保人欠交的保险费。如果宽限期结束之后投保人仍未支付新续保合同的保险费，则本合同自宽限期满的次日零时起效力终止。
- 4.3 **基本医疗保险、公费医疗或城乡居民大病保险身份变更** 若被保险人是否参加基本医疗保险、公费医疗或城乡居民大病保险的身份发生了变更，**投保人须于续保前所在的保险期间届满前30日内通知本公司**。本公司将以书面形式或双方认可的其他形式确认投保人变更基本医疗保险、公费医疗或城乡居民大病保险身份的申请。投保人须自基本医疗保险、公费医疗或城乡居民大病身份变更后的首个续保合同生效日起按照新的保险费率支付保险费，基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险身份变更前投保人已经缴纳的保险费不受影响。

## 5 合同解除

---

- 5.1 **解除合同的手续及风险** 如投保人在犹豫期后申请解除本合同，请填写解除合同申请书并向本公司提供下列资料：  
(1) 保险合同；  
(2) 本公司需要的其他证明和资料。  
投保人要求解除本合同的，本合同的保险责任于本公司接到解除合同申请书之日或约定的终止日的二十四时自动终止。当投保人申请解除本合同时，若本合同尚未发生保险金给付，本公司自收到解除合同申请书之日起30日内向投保人退还本合同下各被保险人的**未满期保险费**（见10.45）。若本合同下被保险人已发生保险金给付，本公司不退还该被保险人对应的未满期保险费。  
**投保人犹豫期后解除合同会遭受一定损失。**

## 6 合同效力的终止

---

- 6.1 **合同效力的终止** 发生下列情况之一时，本合同效力终止：  
(1) 本公司收到解除合同申请书；  
(2) 保险期间届满；  
(3) 因本合同其他条款所列情况而终止。

## 7 如实告知

---

- 7.1 **明确说明与如实告知** 订立本合同时，本公司应向投保人说明本合同的内容。  
对保险条款中免除本公司责任的条款，本公司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。  
本公司就投保人和被保险人的有关情况提出询问，投保人应当如实告知。  
**如果投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响本公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，本公司有权解除本合同。**

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

本公司在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，本公司不得解除合同；发生保险事故的，本公司承担给付保险金的责任。

- 7.2 本公司合同解除权的限制 前条规定的合同解除权，自本公司知道有解除事由之日起，超过30日不行使而消灭。

## 8 其他需要关注的事项

---

- 8.1 风险程度变化的告知及处理 本公司将按照事先公布的职业分类表确定被保险人的职业分类，投保人可以通过本公司的网站、服务热线或服务场所工作人员查询到此表。

被保险人变更其职业或工种时，投保人或被保险人应于10日内以书面形式通知本公司。被保险人所变更的职业或者工种依照本公司职业分类在本合同拒保范围内的，自本公司接到通知之日起，本合同对该被保险人的保险责任终止，若该被保险人在保险责任终止日前未发生保险事故，本公司将无息退还其对应的未到期保险费。若该被保险人在保险责任终止日前发生保险事故，本公司将不退还其对应的未到期保险费。

- 8.2 年龄错误 本合同中被保险人的投保年龄以有效身份证件登记的周岁年龄为准，如果发生错误按照下列方式办理：

(1) 投保人申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本合同约定投保年龄限制的，本公司有权解除该被保险人的参保资格，对于被保险人参保资格解除前发生的保险事故，本公司不承担保险责任，并将退还该被保险人对应的未到期保险费。本公司行使合同解除权适用“本公司合同解除权的限制”的规定；

(2) 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实付保险费少于应付保险费的，本公司有权更正并要求投保人补交保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付；

(3) 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实付保险费多于应付保险费的，本公司会将多收的保险费退还给投保人。

- 8.3 合同内容变更 在本合同有效期内，经投保人与本公司协商一致，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，应当由本公司在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由投保人与本公司订立书面的变更协议。

- 8.4 联系方式变更 为了保障投保人的合法权益，投保人的住所、通讯地址、电子邮件或电话变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知本公司。否则本公司按本合同载明的最后住所、通讯地址、电子邮件或电话发送的有关通知，均视为已送达给投保人。

8.5 **被保险人变更** 投保人需增加被保险人时，可向本公司提出书面申请，本公司审核同意后，将按约定的保险责任起始日零时起对该被保险人承担保险责任，投保人应按约定的方式交纳相应的保险费。

投保人需减少被保险人时，可向本公司提出书面申请，并可以与本公司约定减少的被保险人的保险责任终止日；对申请减少被保险人但没有约定对应的保险责任终止日的，本公司以收到减少被保险人书面申请日为该被保险人的保险责任终止日。本公司自保险责任终止日二十四时起终止对该被保险人的保险责任，同时本公司将按下列方式退还保险费或未满期保险费：

- (1) 若本合同对该被保险人的保险责任尚未开始，本公司将向投保人退还该被保险人对应的保险费；
- (2) 若本合同对该被保险人的保险责任已经开始且在保险责任终止前未发生保险事故的，本公司将向投保人退还该被保险人对应的未满期保险费；
- (3) 若本合同对该被保险人的保险责任已经开始且在保险责任终止前已发生保险事故的，本公司将不退还该被保险人对应的未满期保险费。

当本合同的被保险人数少于国务院保险监督管理机构规定的最低人数时，本公司有权解除本合同，若本合同尚未发生保险金给付，本公司向投保人退还本合同下各被保险人的未满期保险费。若本合同下被保险人已发生保险金给付，本公司不退还该被保险人对应的未满期保险费。

8.6 **争议处理** 本合同争议解决方式由当事人约定从下列二种方式中选择一种：  
(1) 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，提交双方共同选择的仲裁委员会仲裁；  
(2) 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。

## 9 重大疾病的定义及范围

---

本合同所指重大疾病，是被保险人发生符合以下定义所述条件的疾病、疾病状态或手术，应当由专科医生明确诊断。

9.1 **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T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>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。

9.2 **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%。
- 9.3 **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10.46）；  
 (2) **语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失**（见10.47）；  
 (3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成**六项基本日常生活活动**（见10.48）中的三项或三项以上。
- 9.4 **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。
- 9.5 **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、腔镜手术不在保障范围内。**
- 9.6 **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。
- 9.7 **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。
- 9.8 **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。
- 9.9 **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。**
- 9.10 **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。**

- 9.11 **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。
- 9.12 **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保障范围内。**
- 9.13 **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10.49）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。  
**特别声明：本公司将在被保险人年龄在三周岁或以上时受理理赔，并且保险金申请人必须提供理赔受理当时的听力丧失诊断及检查证据。若被保险人发病时不足三周岁，本公司将延期到被保险人年满三周岁后予以受理和评估。**
- 9.14 **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。  
**特别声明：本公司将在被保险人年龄在三周岁或以上时受理理赔，并且保险金申请人必须提供理赔受理当时的视力丧失诊断及检查证据。若被保险人发病时不足三周岁，本公司将延期到被保险人年满三周岁后予以受理和评估。**
- 9.15 **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。
- 9.16 **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。
- 9.17 **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。**
- 9.18 **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。
- 9.19 **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。**
- 9.20 **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。
- 9.21 **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**（见10.50），且静息状态下肺动脉平均压超过30mmHg。
- 9.22 **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。
- 9.23 **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。**  
**特别声明：本公司将在被保险人年龄在三周岁或以上时受理理赔，并且保险金申请人必须提供理赔受理当时的语言能力丧失诊断及检查证据。若被保险人发病时不足三周岁，本公司将延期到被保险人年满三周岁后予以受理和评估。**
- 9.24 **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 $\leq 20 \times 10^9/L$ 。
- 9.25 **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。**
- 9.26 **严重心肌病** 指被保险人因心肌病导致慢性心功能损害造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级Ⅳ级。心肌病必须经医院的超声心动图检查来确认。  
**因酗酒或药物滥用导致的心肌病不在保障范围内。**
- 9.27 **慢性肺功能衰竭** 慢性肺部疾病导致永久不可逆性的慢性呼吸功能衰竭，必须符合下列所有条件：  
 (1) 休息时出现呼吸困难；  
 (2) 动脉血氧分压（PaO<sub>2</sub>） $< 50\text{mmHg}$ ；

- (3) 动脉血氧饱和度 (SaO<sub>2</sub>) < 80%;
- (4) 因缺氧必须接受持续的输氧治疗。

9.28 **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。多发性硬化须由核磁共振 (MRI) 等影像学检查证实, 并且被保险人已永久不可逆地无法独立完成下列任何一项基本日常生活活动:

- (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。

9.29 **因职业关系导致的人类免疫缺陷病毒(HIV)感染** 被保险人在其常规职业工作过程中遭遇外伤, 或者职业需要处理血液或者其他体液时感染上人类免疫缺陷病毒 (HIV)。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, 该职业必须属于以下列表内的职业;
- (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。

职业限制如下所示:

|           |         |
|-----------|---------|
| 医师和牙科医师   | 护士      |
| 实验室工作人员   | 医院护工    |
| 医师助理和牙医助理 | 救护车工作人员 |
| 助产士       | 警察      |

9.30 **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, 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回肠造瘘术。

9.31 **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。

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

- (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。

9.33 **脊髓灰质炎** 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，或不能随意活动。

- 9.34 **经输血导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染** 被保险人感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）并且满足下列全部条件：  
（1）在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事故的报告，或者法院终审裁定为医疗事故并且不准上诉；  
（3）受感染的被保险人不是血友病患者。  
在任何治愈艾滋病（AIDS）或阻止HIV病毒作用的疗法被发现以后，或能防止AIDS发生的医疗方法被研究出来以后，本合同将不再予以赔付。  
任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致的HIV感染不在本合同保障范围内。保险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。
- 9.35 **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。
- 9.36 **肌营养不良症** 肌营养不良症是一组遗传性肌肉变性性病，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。
- 9.37 **破裂脑动脉瘤夹闭手术** 指因脑动脉瘤破裂造成蛛网膜下腔出血，被保险人实际接受了在全麻下进行的开颅动脉瘤夹闭手术。  
脑动脉瘤（未破裂）预防性手术、颅骨打孔手术、动脉瘤栓塞手术、血管内手术及其他颅脑手术不在保障范围内。
- 9.38 **严重弥漫性系统性硬皮病** 一种系统性胶原血管病引起进行性的皮肤/血管和内脏器官的弥漫性纤维化。诊断必须明确并由活检和血清学证据支持并且疾病已经影响到心脏、肺或肾脏等内脏器官并且达到下列标准之一：  
（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美国纽约心脏病学会心功能状态分级IV级；  
（3）肾脏损害，已经出现肾功能衰竭。  
下列疾病除外：  
（1）局限硬皮病；  
（2）嗜酸细胞筋膜炎；  
（3）CREST综合征。
- 9.39 **严重冠心病** 指经根据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。
- 9.40 **严重慢性复发性胰腺炎** 指慢性反复发作的胰腺炎症导致胰腺的广泛纤维化、坏死、弥漫性钙化及假性囊肿形成，造成胰腺功能障碍出现严重糖尿病和营养不良。必须满足以下所有条件：  
（1）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；

(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。**

- 9.41 **植物人状态** 植物人状态系指由于严重颅脑外伤造成大脑和/或脑干严重损害导致完全永久性的对自身和环境的意识丧失和中枢神经系统功能丧失，仅残存植物神经功能的疾病状态。诊断必须明确并且具有严重颅脑外伤和脑损害的证据。**植物人状态必须持续30天以上方可申请理赔。**
- 9.42 **重症急性坏死性筋膜炎** 是一种由细菌侵入皮下组织和筋膜引起的急性坏死性软组织感染，可伴有毒血症、败血症、中毒性休克、弥漫性血管内凝血及多器官衰竭。必须满足以下所有条件：  
(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）。
- 9.43 **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。嗜铬细胞瘤必须由内分泌专科医生诊断，并且满足以下所有条件：  
(1) 临床有高血压症候群表现；  
(2) 已经实施了嗜铬细胞瘤切除手术。
- 9.44 **象皮病** 指因丝虫感染导致淋巴阻塞性出现严重淋巴水肿，达到国际淋巴学会淋巴肿分期第Ⅲ期，临床表现为肢体象皮肿，患肢较健肢增粗30%以上，日常生活不能自理。
- 9.45 **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。  
**单纯胰岛移植、部分胰腺组织或细胞的移植不在保障范围内。**
- 9.46 **慢性肾上腺皮质功能衰竭** 指自身免疫性肾上腺炎（既往称：特发性肾上腺皮质萎缩）导致肾上腺萎缩和慢性肾上腺皮质功能减退。必须满足所有以下条件：  
(1) 明确诊断，符合所有以下诊断标准：  
血浆促肾上腺皮质激素（ACTH）水平测定，>100pg/ml；  
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；  
促肾上腺皮质激素（ACTH）刺激试验显示为原发性肾上腺皮质功能减退症。  
(2) 已经采用皮质类固醇替代治疗180天以上。  
**肾上腺结核、HIV感染或艾滋病、感染、肿瘤所致的原发性肾上腺皮质功能减退和继发性肾上腺皮质功能减退不在保障范围内。**
- 9.47 **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美国纽约心脏病学会心功能状态分级Ⅳ级，或左室射血分数低于30%；  
(2) 心功能Ⅳ级状态持续不间断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。
- 9.48 **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。

- 9.49 **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。必须满足以下所有条件：  
 (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。
- 9.50 **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，进而发展为肝硬化。必须满足所有以下条件：  
 (1) 高 $\gamma$ 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。
- 9.51 **原发性骨髓纤维化（PMF）** 原发性骨髓纤维化以骨髓纤维增生和髓外造血为特点，表现为进行性贫血、脾肿大、外周血幼稚细胞等等。  
 被保险人须经由骨髓活检明确诊断为原发性骨髓纤维化，并满足下列所有条件且持续180天：  
 (1) 血红蛋白 $<100\text{g/L}$ ；  
 (2) 白细胞计数 $>25\times 10^9/\text{L}$ ；  
 (3) 外周血原始细胞 $\geq 1\%$ ；  
 (4) 血小板计数 $<100\times 10^9/\text{L}$ 。  
**恶性肿瘤、中毒、放射线和感染所致的继发性骨髓纤维化不在保障范围内。**
- 9.52 **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被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 $\geq 3$ 分，属于中危及以上组。
- 9.53 **自体造血干细胞移植（AH SCT）** 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。  
**下列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。
- 9.54 **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除外。**
- 9.55 **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。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。**

- 9.56 **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。慢性缩窄性心包炎必须被明确诊断并且满足下列所有条件：
- (1) 心功能衰竭达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级Ⅳ级，并持续 180 天以上；
  - (2) 已经接受了经下列任何一种手术路径进行的开胸心包剥离手术或心包切除手术。
    - ①胸骨正中切口；
    - ②双侧前胸切口；
    - ③左前胸肋间切口。
- 经胸腔镜、胸壁打孔进行的手术、心包粘连松解手术不在保障范围内。**
- 9.57 **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。**
- 9.58 **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美国纽约心脏病学会心功能状态分级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。
- 9.59 **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。
- 9.60 **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。**
- 9.61 **头臂动脉型多** 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

|      |                     |   |
|------|---------------------|---|
|      | <b>发性大动脉炎旁路移植手术</b> | <p>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。</p> <p><b>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。</b></p>            |
| 9.62 | <b>肺淋巴管肌瘤病</b>      | <p>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：</p> <p>（1）经组织病理学检查明确诊断；</p> <p>（2）CT 显示双肺弥漫性囊性改变；</p> <p>（3）肺功能检查显示 FEV1 和 DLCO（CO 弥散功能）下降；</p> <p>（4）动脉血气分析显示低氧血症。</p> <p><b>疑似肺淋巴管肌瘤病除外。</b></p>   |
| 9.63 | <b>严重肺结节病</b>       | <p>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：</p> <p>（1）肺结节病的 X 线分期为IV期，即广泛肺纤维化；</p> <p>（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（PaO<sub>2</sub>）&lt;50mmHg 和动脉血氧饱和度（SaO<sub>2</sub>）&lt;80%。</p> |
| 9.64 | <b>非阿尔茨海默病致严重痴呆</b> | <p>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。</p> <p>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。</p> <p><b>神经官能症，精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在保障范围内。</b></p>         |
| 9.65 | <b>进行性核上性麻痹</b>     | <p>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。</p>  |
| 9.66 | <b>克-雅氏病（CJD）</b>   | <p>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。</p>  |
| 9.67 | <b>亚急性硬化性全脑炎</b>    | <p>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：</p> <p>（1）必须由三级医院诊断，临床检查证实脑电图存在周期性复合波、脑脊液 Y-球蛋白升高、脑脊液和血清中麻疹抗体滴定度升高；</p> <p>（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。</p>           |
| 9.68 | <b>进行性多灶性白质脑病</b>   | <p>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。必须满足下列所有条件：</p>   |

|      |                         |   |
|------|-------------------------|---|
|      |                         | (1) 根据脑组织活检确诊；<br>(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。  |
| 9.69 | <b>丧失独立生活能力 – 六岁始理赔</b> | 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。<br>被保险人理赔时年龄在六周岁以上。   |
| 9.70 | <b>脊髓小脑变性症</b>          | 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多与遗传有关的疾病。必须满足下列所有条件：<br>(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：<br>①影像学检查证实存在小脑萎缩；<br>②临床表现存在共济失调、语言障碍和肌张力异常。<br>(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。                                     |
| 9.71 | <b>神经白塞病</b>            | 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或全部：<br>(1) 移动：自己从一个房间到另一个房间；<br>(2) 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。 |
| 9.72 | <b>脊髓内肿瘤</b>            | 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：<br>(1) 被保险人实际接受了肿瘤切除的手术治疗；<br>(2) 手术180天后遗留神经系统损害，无法独立完成下列基本日常生活活动之一或全部：<br>①移动：自己从一个房间到另一个房间；<br>②进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。<br><b>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。</b>                          |
| 9.73 | <b>横贯性脊髓炎后遗症</b>        | 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或全部：<br>(1) 移动：自己从一个房间到另一个房间；<br>(2) 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。                                  |
| 9.74 | <b>脊（延）髓空洞症</b>         | 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任何一项基本日常生活活动：<br>(1) 延髓麻痹呈现显著舌肌萎缩、构音困难和吞咽困难；<br>(2) 双手萎缩呈“爪形手”，且肌力 2 级或以下。                 |
| 9.75 | <b>脊髓血管病后遗症</b>         | 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或全部：

- (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。

9.76 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、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。

9.77 系统性红斑狼疮性肾炎尿毒症

系统性红斑狼疮是指由多种因素引起、累及多系统的、并导致肾脏损害的自身免疫性疾病，其诊断须符合世界卫生组织（WHO）狼疮性肾炎分型诊断标准的Ⅲ至Ⅴ型、经肾脏活组织病理检查证实并由免疫专科医生确认。

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           |

不包括仅累及血液及关节的狼疮或其他类型的红斑性狼疮（如盘状狼疮）。

9.78 I 型糖尿病严重并发症

I 型糖尿病的特征为由于胰岛素分泌绝对不足引起严重胰岛素缺乏导致慢性血糖升高，需要依赖外源性胰岛素进行机体的葡萄糖代谢和维持生命。被保险人的 I 型糖尿病必须明确诊断，而且有血胰岛素测定及血 C 肽或尿 C 肽测定结果支持诊断，并且满足下列所有条件：

- (1) 已经持续性地接受外源性胰岛素注射治疗连续 180 天以上；
- (2) 因需要已经接受了下列治疗项目之一或全部：
  - ①因严重心律失常植入了心脏起搏器；
  - ②因坏疽自趾趾关节或以上切除了一趾或多趾。

9.79 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。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%，临床症状严重；
- (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（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）；和
  - ②性激素、甲状腺素、肾上腺皮质激素全面低下。
- (5) 需要终身激素替代治疗以维持身体功能，持续服用各种替代激素超过一年。

垂体功能部分低下及其他原因所致垂体功能低下不在保障范围内。

9.80 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。
- 9.81 **肾髓质囊性病** 肾髓质囊性病是一种遗传性肾脏疾病，特点为肾髓质多发大小不等的囊肿并且伴有小管炎症和间质性肾炎。必须满足下列所有条件：  
(1) 经肾组织活检明确诊断；  
(2) 临床有肾脏衰竭和肾小管功能障碍表现；  
(3) 影像学证据显示肾髓质多发囊肿。  
**其他肾脏囊性病不在保障范围内。**
- 9.82 **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下列条件之一：  
(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。
- 9.83 **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。  
**因酗酒或饮酒过量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保障范围内。**
- 9.84 **小肠移植术** 小肠移植术指因疾病或外伤导致严重小肠损害不得不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。
- 9.85 **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。
- 9.86 **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：  
① 眼球摘除；  
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。  
**除眼球摘除以外，被保险人申请理赔时年龄必须在三周岁以上，并且提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。**
- 9.87 **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。必须满足下列所有条件：  
(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）。

- 9.88 **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) 在等待期后，被保险人接受器官移植，并因此感染 HIV；  
(2) 实施器官移植的医院为三级医院；  
(3) 实施移植医院出具具有法律效力的证明确认移植器官来自 HIV 感染者。  
在任何治愈艾滋病（AIDS）或阻止 HIV 病毒作用的疗法被发现以后，或能防止 AIDS 发生的医疗方法被研究出来以后，本保障将不再予以赔付。
- 9.89 **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，必须满足下列所有条件：  
(1) 实验室检查证据证实存在埃博拉病毒感染；  
(2) 存在持续 30 天以上广泛出血的临床表现。  
**埃博拉病毒感染疑似病例，在确诊之前已经死亡的不在保障范围内。**
- 9.90 **终末期疾病** 被保险人被三级医院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。
- 9.91 **严重川崎病** 川崎病（又称皮肤粘膜淋巴结综合征），指以皮肤粘膜出疹、淋巴结肿大和多发性动脉炎为特点的小儿急性发热性疾病。本合同仅对经诊断证实为川崎病且并发冠状动脉瘤或其他心血管异常，且实际接受了针对动脉瘤或其他心血管异常而进行外科手术治疗的情况予以理赔。
- 9.92 **严重幼年型类风湿关节炎** 幼年型类风湿关节炎是一种儿童期发病的慢性关节炎，其特点为在高热和系统性病征出现数月后发生关节炎。  
本合同仅对为了治疗严重幼年型类风湿关节炎，实际实施了膝关节或髋关节置换手术予以理赔。
- 9.93 **因疾病或外伤导致智力缺陷** 因严重头部创伤或疾病造成被保险人智力低常（智力低于常态）或智力残疾。根据智商（IQ）智力低常分为轻度（IQ50-70）；中度（IQ35-50）；重度（IQ20-35）和极重度（IQ<20）。**智商 70-85 为智力临界低常，不在保障范围内。**智商的检测必须由本公司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所有条件：  
(1) 被保险人大于或等于六周岁，且确诊时小于二十五周岁；  
(2) 主任医师确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低下；  
(3) 专职合格心理检测工作者适时做的心理检测证实被保险人智力低常（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。
- 9.94 **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，必须满足下列所有条件：  
(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。

- 9.95 **严重瑞氏综合征** 瑞氏综合征 (Reye 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。
- 9.96 **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呼吸系统专科医师诊断, 被保险人确诊时年龄在二十五周岁以下, 并有下列所有临床证据支持。
- (1) 急性发作 (原发疾病起病后 6 至 72 小时);
  - (2) 急性发作的临床症状体征, 包括呼吸急促、呼吸困难、心动过速、大汗、面色苍白及辅助呼吸肌活动加强 (点头呼吸、提肩呼吸);
  - (3) 双肺浸润影;
  - (4)  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$  (动脉血压分压/吸入气氧分压) 低于 200mmHg;
  - (5) 肺动脉嵌入压低于 18mmHg;
  - (6) 临床无左房高压表现。
- 9.97 **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。溶血性尿毒综合征必须由血液和肾脏专科医师诊断, 被保险人确诊时年龄在二十五周岁以下, 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, 不在保障范围内。**
- 9.98 **亚历山大病** 亚历山大病 (Alexander's Disease) 是一种遗传性中枢神经系统退行性病变, 特点为脑白质营养不良。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。**未明确诊断的疑似病例除外。**
- 9.99 **多发性骨髓瘤** 多发性骨髓瘤是浆细胞异常增生的恶性肿瘤。必须满足下列所有条件:
- (1) 骨髓活组织检查符合多发性骨髓瘤的典型骨髓改变;
  - (2) 至少存在下列一项:
    - ①异常球蛋白血症;
    - ②溶骨性损害。
- 孤立性骨髓瘤不在保障范围内。**
- 9.100 **左室室壁瘤切除手术** 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保障范围内。**

|       |                         |   |
|-------|-------------------------|---|
| 9.101 | <b>严重癫痫</b>             | <p>本疾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）等影像学检查作出。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痉挛发作或癫痫大发作，且已经实施了神经外科手术以治疗反复发作的癫痫。</p> <p><b>发热性惊厥以及没有全身性发作的失神发作（癫痫小发作）不在保障范围内。</b></p>   |
| 9.102 | <b>Brugada 综合征</b>      | <p>指由心脏专科医生诊断为 Brugada 综合征，且满足下列全部条件：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>（1）有晕厥或心脏骤停病史，并提供完整的诊疗记录；</li> <li>（2）心电图有典型的 I 型 Brugada 波；</li> <li>（3）已经安装了永久性心脏起搏器。</li> </ul>   |
| 9.103 | <b>脑型疟疾</b>             | <p>恶性疟原虫严重感染导致的脑病或脑型疟疾，以昏迷为主要特征。脑型疟疾的诊断须由注册医生确认，且外周血涂片存在恶性疟原虫。</p> <p><b>其他明确病因导致的脑病不在保障范围内。</b></p>  |
| 9.104 | <b>败血症导致的多器官功能障碍综合征</b> | <p>多器官功能障碍指败血症导致的并发症，一个或多个器官系统生理功能障碍，因该疾病住院至少 96 小时，并至少满足以下一条标准：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>（1）呼吸衰竭，需要进行气管插管机械通气；</li> <li>（2）凝血血小板计数<math>&lt;50 \times 10^3</math> /微升；</li> <li>（3）肝功能不全，胆红素<math>&gt;6\text{mg/dl}</math> 或<math>&gt;102 \mu\text{mol/L}</math>；</li> <li>（4）需要用强心剂；</li> <li>（5）昏迷，格拉斯哥昏迷评分（GCS）<math>\leq 9</math>；</li> <li>（6）肾功能衰竭，血清肌酐<math>&gt;300 \mu\text{mol/L}</math> 或为<math>&gt;3.5\text{mg/dl}</math> 或尿量<math>&lt;500\text{ml/d}</math>；</li> <li>（7）败血症有血液和影像学检查证实；</li> <li>（8）住院重症监护病房最低 96 小时；</li> <li>（9）器官功能障碍维持至少 15 天。</li> </ul> <p>败血症引起的 MODS 的诊断应由专科医生证实。<b>非败血症引起的 MODS 不在保障范围内。</b></p> |
| 9.105 | <b>严重巨细胞动脉炎</b>         | <p>巨细胞动脉炎又称颅动脉炎、颞动脉炎、肉芽肿性动脉炎，须经本公司认可医院的专科医师明确诊断，并造成永久不可逆性的单个肢体功能障碍或单眼失明。单眼失明指单眼视力永久不可逆性丧失，患眼须满足下列至少一项条件：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>（1）眼球缺失或者摘除；</li> <li>（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）；</li> <li>（3）视野半径小于 5 度。</li> </ul>  |

## 10 释义

---

|      |                 |   |
|------|-----------------|---|
| 10.1 | <b>保险费约定支付日</b> | <p>保险合同生效日在每月、每季、每半年或每年（根据支付方式确定）的对应日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。</p> |
| 10.2 | <b>周岁</b>       | <p>指按有效身份证件文件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过 1 年增加 1 岁，不足 1 年的不计。</p>  |
| 10.3 | <b>基本医疗保险</b>   | <p>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政府举办的基本医疗保障项目。</p>              |

|       |                 |  |
|-------|-----------------|--|
| 10.4  | <b>公费医疗</b>     | 指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。  |
| 10.5  | <b>城乡居民大病保险</b> | 城乡居民大病保险是基本医疗保障制度的拓展和延伸，是对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障的一项新的制度性安排。主要保障对象为城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗或者城乡居民基本医疗保险的参保（合）人以及部分地区建立的覆盖城镇职工、城镇居民、农村居民的统一的大病保险制度参保人。  |
| 10.6  | <b>同一次住院</b>    | 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。  |
| 10.7  | <b>意外伤害</b>     | 指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件直接致使身体受到的伤害， <b>猝死不属于意外伤害</b> 。  |
| 10.8  | <b>医院</b>       | 指中华人民共和国卫生行政主管部门医院等级分类中的二级或二级以上的公立医院普通部（ <b>不包括其附属的国际医疗、特需医疗、外宾医疗、干部病房等</b> ）， <b>不包括精神病院和以康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似功能为主要功能的医疗机构</b> 。   |
| 10.9  | <b>合理且必需</b>    | 指医疗费用符合下列所有条件：<br>（1）与接受治疗当地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致；<br>（2）医生处方要求且对治疗意外伤害或疾病合适且必需；<br>（3）与接受治疗当地医疗专业实践标准一致；<br>（4）非主要为了医师或其他医疗提供方的方便；<br>（5）非试验性或研究性。<br><b>对医疗费用是否合理且必需由本公司理赔人员根据客观、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。</b> |
| 10.10 | <b>床位费</b>      | 指被保险人住院期间使用的医院床位的费用， <b>不包括重症监护室床位费、单人病房、套房、家庭病床</b> 。   |
| 10.11 | <b>医生诊疗费</b>    | 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、治疗方案拟定等各项医疗服务所收取的费用。   |
| 10.12 | <b>治疗费</b>      | 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，具体以所就诊医院的费用项目划分为准。  |
| 10.13 | <b>手术费</b>      | 据当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费。 <b>若为器官移植而发生的手术费用，则不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用</b> 。  |
| 10.14 | <b>药品费</b>      | 指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，包括西药、中成药和中草药。 <b>药品费不包括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</b>   |

**列药品：营养补充类药品、免疫功能调节类药品、美容及减肥类药品、预防类药品以及中草药类药品。**

- 10.15 **检查化验费** 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产生的费用，检查化验项目包括实验室检查、病理检查、放射线检查、CT、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。
- 10.16 **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。
- 10.17 **膳食费** 指根据医生的医嘱，由医院内设的专门为住院病人配餐的食堂配送的且符合通常惯例的膳食费用。  
**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。
- 10.18 **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合理且必需的医疗而产生的床位费。重症监护室指配有中心监护台、心电护理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。
- 10.19 **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。
- 10.20 **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。
- 10.21 **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总局批准用于临床治疗。
- 10.22 **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总局批准用于临床治疗。
- 10.23 **肿瘤靶向疗法** 指在细胞分子水平上，针对已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总局批准用于临床治疗。
- 10.24 **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。   |
| 10.25 | <b>首次确诊</b>         | 指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊患有本合同所约定的某种疾病， <b>而不是指自本合同生效之后第一次经医院确诊患有本合同所约定的某种疾病。</b>  |
| 10.26 | <b>靶向药物</b>         | 指被赋予了靶向能力的药物或其制剂。其目的是使药物或其载体能瞄准特定的病变部位，并在目标部位蓄积或释放有效成分。靶向制剂可以使药物在目标局部形成相对较高的浓度，从而在提高药效的同时抑制毒副作用，减少对正常组织、细胞的伤害。   |
| 10.27 | <b>免疫治疗药物</b>       | 指通过重新启动并维持肿瘤-免疫循环，恢复机体正常的抗肿瘤免疫反应，从而控制与清除肿瘤的药物。   |
| 10.28 | <b>医师</b>           | 指在医院内行医并拥有处方权的医师，亦指在被保险人接受诊断、医疗、处方或手术的地区内合法注册且有行医资格的医师。 <b>不包括投保人、受益人、被保险人本人及其近亲属。</b>   |
| 10.29 | <b>毒品</b>           | 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，但不包括由医师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。   |
| 10.30 | <b>酒后驾驶</b>         | 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》及其他相关法律法规的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。   |
| 10.31 | <b>无合法有效驾驶证驾驶</b>   | 指下列情形之一：<br>(1) 没有取得驾驶资格或被吊销驾驶证；<br>(2) 驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；<br>(3) 持审验不合格的驾驶证驾驶；<br>(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；<br>(5) 其他公安交通管理部门规定的属于无有效驾驶证的情况。 |
| 10.32 | <b>无有效行驶证</b>       | 指下列情形之一：<br>(1) 未取得行驶证；<br>(2) 机动车被依法注销登记的；<br>(3) 未依法按时进行或者未通过机动车安全技术检验的。   |
| 10.33 | <b>机动车</b>          | 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。   |
| 10.34 | <b>感染艾滋病病毒或患艾滋病</b> | 艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文缩写为AIDS。在人体血液或其他样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。                        |

|       |                        |  |
|-------|------------------------|--|
| 10.35 | <b>遗传性疾病</b>           | 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。   |
| 10.36 | <b>先天性畸形、变形或染色体异常</b>  | 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。  |
| 10.37 | <b>潜水</b>              | 指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。  |
| 10.38 | <b>攀岩</b>              | 指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。  |
| 10.39 | <b>探险</b>              | 指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身其中的行为，如江河漂流、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。  |
| 10.40 | <b>武术比赛</b>            | 指两人或两人以上对抗柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。  |
| 10.41 | <b>特技表演</b>            | 指从事马术、杂技、驯兽等特殊技能的表演。   |
| 10.42 | <b>康复治疗</b>            | 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。   |
| 10.43 | <b>牙齿治疗</b>            | 指牙齿的保健、洁牙、美白、矫形及种牙、镶牙、补牙、拔牙手术。   |
| 10.44 | <b>既往症</b>             | 指在本合同生效日之前被保险人已患的疾病。   |
| 10.45 | <b>未到期保险费</b>          | 其计算公式为： $\text{未到期保险费} = \text{最后一期已付保险费} \times \left( 1 - \frac{\text{该保险费所保障的已经过天数}}{\text{该保险费所保障的天数}} \right)$ ，经过天数不足一天的按一天计算。                 |
| 10.46 | <b>肢体机能完全丧失</b>        | 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。   |
| 10.47 | <b>语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失</b> | 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。<br>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。               |
| 10.48 | <b>六项基本日常生活活动</b>      | 六项基本日常生活活动是指：<br>（1）穿衣：自己能够穿衣及脱衣；<br>（2）移动：自己从一个房间到另一个房间；<br>（3）行动：自己上下床或上下轮椅；<br>（4）如厕：自己控制进行大小便；<br>（5）进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；<br>（6）洗澡：自己进行淋浴或盆浴。 |
| 10.49 | <b>永久不可逆</b>           | 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。  |

10.50 **美国纽约心脏病学会心功能状态分级Ⅳ级** 心功能状态分级Ⅳ级是指被保险人不能无症状地进行任何体力活动，休息时也会出现心力衰竭或心绞痛的症状，任何体力活动都会加重病情。



附表

中意意尊享团体医疗保险保障计划（每份）

| 保险责任       | 年度给付限额<br>(单位: 元) | 免赔额<br>(单位: 元) | 给付比例                       |                              |
|------------|-------------------|----------------|----------------------------|------------------------------|
|            |                   |                | 以有社会基本医疗保险、公费医疗或城乡居民大病身份参保 | 以无基本医疗保险且无公费医疗且无城乡居民大病保险身份参保 |
| 一般医疗保险金    | 1,000,000         | 10,000         | 100%*                      | 100%                         |
| 重大疾病医疗保险金  | 1,000,000         | -              |                            |                              |
| 特定药品费用保险金  | 1,000,000         | -              |                            |                              |
| 质子重离子医疗保险金 |                   | -              |                            |                              |

\*若被保险人以参加基本医疗保险、公费医疗或城乡居民大病保险的身份投保，但未以参加基本医疗保险、公费医疗或城乡居民大病保险身份就诊且结算的，给付比例为60%。

(完)