

众惠财产相互保险社

住院及门诊医疗费用保险 2026 版（互联网专属）条款

总则

第一条 保险合同构成

本保险合同由保险单或其他保险凭证及所附条款、投保单、与本保险合同有关的投保文件、声明、批注、附贴批单、其他书面协议构成。凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。

第二条 保险人

本保险合同的保险人为众惠财产相互保险社（以下简称“本社”或“保险人”）。

第三条 投保人

本保险合同的投保人应为具有完全民事行为能力的被保险人本人、对被保险人有保险利益的其他人、法人或非法人组织。

第四条 被保险人

除本保险合同另有约定外，凡符合本社承保条件的自然人可作为本保险合同的被保险人。

第五条 受益人

除本保险合同另有约定外，本保险合同的受益人为被保险人本人。

保险责任

第六条 保险责任

本保险合同的保险责任包括“一般医疗及门（急）诊医疗保险金”、“重大疾病医疗保险金”、“门（急）诊医疗保险金”、“门（急）诊津贴保险金”、“恶性肿瘤一重度住院医疗保险金”、“质子重离子医疗费用保险金”、“恶性肿瘤特定药品费用保险金”、“特定医疗器械费用保险金”、“特定医疗项目费用保险金”、“在线问诊医生诊疗费用保险金”、“在线问诊药品费用保险金”、“特定疾病特需医疗保险金”和“健康服务保险金”十三项。投保人、保险人双方可约定一项或多项承保，并在保险单中载明，未在保险单上载明或批注的责任不产生任何效力。

其中，“一般医疗及门（急）诊医疗保险金”和“重大疾病医疗保险金”须同时投保；“重大疾病医疗保险金”和“恶性肿瘤一重度住院医疗保险金”不可同时投保；“健康服务保险金”不可单独投保。

（一）一般医疗及门（急）诊医疗保险金

一般医疗及门（急）诊医疗保险金包括“一般医疗保险金”和“一般门（急）诊医疗费用保险金”，其中，“一般门（急）诊医疗费用保险金”与可由投保人、保险人双方约定是否承保，并在保险单中载明，未在保险单中载明或批注的责任不产生任何效力。

1. 一般医疗保险金

本保险合同一般医疗保险金责任项下设有两种保障方案：

保障方案一：一般医疗保险金责任承担的医疗费用仅包括属于当地社会基本医疗保险支付范围内的、必需且合理的医疗费用；

保障方案二：一般医疗保险金责任承担的医疗费用同时包括属于当地社会基本医疗保险支付范围内、范围外的必需且合理的医疗费用。

具体承保的保障方案由投保人在投保时确定并在保险单中载明，未在保险单上载明或批注的责任不产生任何效力。

在保险期间内，被保险人因遭受**意外伤害（释义一）**事故或在**等待期（释义二）**后因患疾病，在中华人民共和国境内（**不包括香港、澳门、台湾地区**）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（释义三）**普通部或本社**指定或认可的医疗机构（释义四）**接受治疗的，本社对下述1-4类费用，按照本保险合同的约定承担给付一般医疗保险金的责任：

（1）住院医疗费用

指被保险人经医院诊断必须接受**住院（释义五）**治疗时，被保险人住院期间发生的需个人支付的、**必需且合理（释义六）**的住院医疗费用，包括**床位费（释义七）、护理费（释义八）、重症监护室床位费（释义九）、诊疗费（释义十）、医事服务费（释义十一）、检查检验费（释义十二）、治疗费（释义十三）、药品费（释义十四）、手术费（释义十五）**等。

除本保险合同另有约定外，到本保险合同满期日时，被保险人未结束本次住院治疗的，本社在本项保险金限额内继续承担因本次住院发生的、最高不超过本保险合同满期日后30日内的住院医疗费用。

（2）特殊门诊医疗费用

被保险人在医院接受**特殊门诊（不含特需门诊）**治疗的，本社对于被保险人需个人支付的、必需且合理的特殊门诊医疗费用，包括：

1) 门诊肾透析费；

2) **化学疗法（释义十六）、放射疗法（释义十七）、肿瘤免疫疗法（释义十八）、肿瘤内分泌疗法（释义十九）、肿瘤靶向疗法（释义二十）**的治疗费用；

3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费；

4) 术后门诊血管造影费、术后门诊冠状动脉增强CT检查（冠脉CTA）费、术后门诊心脏导管检查费、术后门诊脑血管造影检查费。上述费用指被保险人在本保险合同期间内初次罹患并接受住院手术治疗的，且根据出院医嘱必须进行门诊检查的，被保险人在本保险合同满期日之前产生的术后检查费用。

（3）门诊手术医疗费用

指被保险人经医院诊断必须接受**门诊手术治疗**时，被保险人需个人支付的、必需且合理的门诊手术费用。

（4）住院前后门（急）诊医疗费用

指被保险人经医院诊断必须接受**住院治疗**，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而接受**门（急）诊治疗**时，被保险人需个人支

付的、必需且合理的门（急）诊医疗费用（但不包括特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用，以及本保险条款第六条“（三）门（急）诊医疗保险金”项下的门诊或急诊医疗费用）。

对于以上四类费用，本社对于被保险人需个人支付的、必需且合理的金额，在扣除本保险合同约定的免赔额后，依照约定的给付比例进行赔付。本社对该被保险人在本项下累计保险金给付之和以本保险合同约定的一般医疗保险金的保险金额为限，当本社对该被保险人在本项下累计给付金额达到本保险合同约定的一般医疗保险金的保险金额时，本社对该被保险人的本项保险责任终止。

2. 一般门（急）诊医疗费用保险金

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或者在等待期后因罹患疾病，在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）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或本社指定或认可的医疗机构接受门（急）诊治疗时，本社对被保险人就诊发生的需个人支付的、必需且合理的门（急）诊医疗费用，在扣除约定的免赔额后，依照约定的给付比例向该被保险人给付一般门（急）诊医疗费用保险金。

本项一般门（急）诊医疗费用不包括第六条第“（一）一般医疗及门（急）诊医疗保险金”中“1. 一般医疗保险金”的特殊门诊医疗费用、门诊手术医疗费用、住院前后门（急）诊医疗费用，第六条“（二）重大疾病医疗保险金”中重大疾病特殊门诊医疗费用、重大疾病门诊手术医疗费用、重大疾病住院前后门（急）诊医疗费用，及第六条“（三）门（急）诊医疗保险金”中的门（急）诊医疗费用。

本社对该被保险人在本项下累计给付之和以本保险合同约定的一般门（急）诊医疗费用保险金的保险金额为限，当本社对该被保险人在本项下累计给付金额达到本项保险金额时，本社对该被保险人在本项下的保险责任终止。

本社对一般医疗保险金与一般门（急）诊医疗费用保险金的累计给付之和以本保险合同约定的该被保险人的一般医疗及门（急）诊医疗保险金额为限。当本社对该被保险人累计给付的一般医疗及门（急）诊医疗保险金达到本保险合同约定的一般医疗及门（急）诊医疗保险金额时，本社对该被保险人在本项下的保险责任终止。

（二）重大疾病医疗保险金

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后经医院初次确诊（释义二十一）罹患本保险合同约定的重大疾病（释义二十二），并在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）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或本社指定或认可的医疗机构接受治疗的，本社首先按照本保险条款第六条“（一）一般医疗保险金”的约定给付一般医疗保险金，当本社对该被保险人累计给付金额达到一般医疗保险金的保险金额后，本社再对下述1-4类费用，按照本保险合同的约定承担给付重大疾病医疗保险金的责任：

1. 重大疾病住院医疗费用

指被保险人经医院初次确诊罹患本保险合同约定的重大疾病必须接受住院治疗时，被保险人住院期间发生的需个人支付的、必需且合理的治疗重大疾病住院医疗费用，包括床位费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、医事服务费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费等。

除本保险合同另有约定外，到本保险合同满期日时，被保险人未结束本次住院治疗的，本社在本项保险金限额内继续承担因本次住院发生的、最高不超过本保险合同满期日后30

日内的住院医疗费用。

2. 重大疾病特殊门诊医疗费用

指被保险人在医院接受本保险合同约定的重大疾病特殊门诊治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的治疗重大疾病特殊门诊医疗费用，包括：

(1) 门诊肾透析费；

(2) 化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法的治疗费用；

(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费；

(4) 术后门诊血管造影费、术后门诊冠状动脉增强CT检查（冠脉CTA）费、术后门诊心脏导管检查费、术后门诊脑血管造影检查费。上述费用指被保险人在本保险合同期间内初次罹患并接受住院手术治疗的，且根据出院医嘱必须进行门诊检查的，被保险人在本保险合同满期日之前产生的术后检查费用。

3. 重大疾病门诊手术医疗费用

指被保险人经医院诊断罹患本保险合同约定的重大疾病必须接受门诊手术治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的治疗重大疾病门诊手术费用。

4. 重大疾病住院前后门（急）诊医疗费用

指被保险人经医院诊断罹患本保险合同约定的重大疾病必须接受住院治疗，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而接受重大疾病门（急）诊治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的治疗重大疾病门（急）诊医疗费用（但不包括重大疾病特殊门诊医疗费用和重大疾病门诊手术医疗费用，以及本保险条款第六条“（三）门（急）诊医疗保险金”项下的门诊或急诊医疗费用）。

对于以上四类费用，本社对于被保险人需个人支付的、必需且合理的金额，在扣除本保险合同约定的免赔额后，依照本保险合同约定的给付比例进行赔付。本社对该被保险人在本项下累计给付之和以本保险合同约定的重大疾病医疗保险金的保险金额为限，当本社对该被保险人在本项下累计给付金额达到本保险合同约定的重大疾病医疗保险金的保险金额时，本社对该被保险人的本项保险责任终止。

（三）门（急）诊医疗保险金

门（急）诊医疗保险金包括“意外门（急）诊医疗保险金”和“疾病门（急）诊医疗保险金”，根据投保人、保险人双方约定其中一项或两项承保，并在保险单中载明，未在保险单中载明或批注的责任不产生任何效力。

本项门（急）诊医疗费用不包括第六条第“（一）一般医疗及门（急）诊医疗保险金”中特殊门诊医疗费用、门诊手术医疗费用、住院前后门（急）诊医疗费用、一般门（急）诊医疗费用，及第六条“（二）重大疾病医疗保险金”中重大疾病特殊门诊医疗费用、重大疾病门诊手术医疗费用、重大疾病住院前后门（急）诊医疗费用。

1. 意外门（急）诊医疗保险金

在保险期间内，被保险人在等待期后因遭受意外伤害事故，在中华人民共和国境内

(不包括香港、澳门、台湾地区)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或本社指定或认可的医疗机构接受门(急)诊治疗时,本社对被保险人每次就诊发生的需个人支付的、必需且合理的意外门(急)诊医疗费用,在扣除约定的单次免赔额后,依照约定的给付比例向该被保险人给付意外门(急)诊医疗保险金,每次给付金额以本保险合同约定的意外门(急)诊医疗保险金单次给付限额为限,单次免赔额、给付比例、单次给付限额在保险单上予以载明。

投保人、保险人双方可协商确定保险期间内意外门(急)诊医疗保险金累计最高给付次数和每月最高给付次数,并在保险单中载明。被保险人在保险期间内发生多次意外门(急)诊治疗的,本社对该被保险人累计给付意外门(急)诊医疗保险金的次数不得超过本保险合同约定的意外门(急)诊医疗保险金累计最高给付次数,同时本社对本项保险责任的累计给付之和以本保险合同约定的意外门(急)诊医疗保险金额为限。当本社累计给付金额达到约定的保险金额或达到约定的累计给付次数时,本社对该被保险人的本项保险责任终止。

2. 疾病门(急)诊医疗保险金

在保险期间内,被保险人在等待期后因患疾病,在中华人民共和国境内(不包括香港、澳门、台湾地区)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或本社指定或认可的医疗机构接受门(急)诊治疗时,本社对被保险人每次就诊发生的需个人支付的、必需且合理的疾病门(急)诊医疗费用,在扣除约定的单次免赔额后,依照约定的给付比例向该被保险人给付疾病门(急)诊医疗保险金,每次给付金额以本保险合同约定的疾病门(急)诊医疗保险金单次给付限额为限,单次免赔额、给付比例、单次给付限额在保险单上予以载明。

同一被保险人于同一日(当日零时起至二十四时止)在一家或多家符合本社约定的医院或医疗机构就同一疾病开具多份处方的视为一次就诊。

投保人、保险人双方可协商确定保险期间内疾病门(急)诊医疗保险金累计最高给付次数和每月最高给付次数,并在保险单中载明。被保险人在保险期间内发生多次疾病门(急)诊治疗的,本社对该被保险人累计给付疾病门(急)诊医疗保险金的次数不得超过本保险合同约定的疾病门(急)诊医疗保险金累计最高给付次数,同时本社对本项保险责任的累计给付之和以本保险合同约定的疾病门(急)诊医疗保险金额为限。当本社累计给付金额达到约定的保险金额或达到约定的累计给付次数时,本社对该被保险人的本项保险责任终止。

保险人对意外门(急)诊医疗保险金与疾病门(急)诊医疗保险金的累计给付之和以本保险合同约定的该被保险人的门(急)诊医疗保险金额为限。当本社对该被保险人累计给付的门(急)诊医疗保险金达到本保险合同约定的门(急)诊医疗保险金额时,本社对该被保险人在本项下的保险责任终止。

(四) 门(急)诊津贴保险金

在本附加保险合同保险期间内,被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后因罹患疾病,经中华人民共和国境内(不包括香港、澳门、台湾地区)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或本社指定或认可的医疗机构诊断必须进行门(急)诊治疗的,本社按照本附加保险合同约定的单次门(急)诊津贴保险金额向该被保险人给付门(急)诊津贴保险金。

被保险人前次门(急)诊治疗与本次门(急)诊治疗间隔未超过约定间隔天数(简称:“相邻两次门(急)诊治疗间隔天数”)的,本次门(急)诊治疗与前次门(急)

诊治疗视为同一次门（急）诊治疗，仅给付一次门（急）诊津贴保险金。

若本附加保险合同保险期间内被保险人发生多次门（急）诊治疗的，本社对该被保险人累计给付门（急）诊津贴保险金的次数不得超过本附加保险合同约定的最高给付次数，累计给付门（急）诊津贴保险金的次数达到最高给付次数时，本附加保险合同终止。

（五）恶性肿瘤一重度住院医疗保险金

在保险期间内，被保险人在等待期后经医院专科医生（释义二十三）初次确诊罹患本保险合同约定的“恶性肿瘤一重度（释义二十四）”，并在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）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或本社指定或认可的医疗机构接受住院治疗的，对于该被保险人需个人支付的、必需且合理的住院医疗费用，保险人在扣除约定的免赔额后，按照本保险合同约定的给付比例给付恶性肿瘤一重度住院医疗保险金，免赔额和给付比例将在保险合同上予以载明。

除本保险合同另有约定外，保险期间届满时，该被保险人仍未结束治疗的，本社仅承担保险期间内发生的医疗费用。

在保险期间内，被保险人不论一次或多次住院治疗，本社对该被保险人累计给付恶性肿瘤一重度住院医疗保险金之和以本保险合同约定的恶性肿瘤一重度住院医疗保险金的保险金额为限，当本社对该被保险人累计给付金额达到恶性肿瘤一重度住院医疗保险金额时，本社对该被保险人的本项保险责任终止。

（六）质子重离子医疗费用保险金

在保险期间内，被保险人在等待期后在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上公立医院专科医生初次确诊罹患“恶性肿瘤一重度”，并于保险人指定或认可的医疗机构接受质子重离子治疗的，对于该被保险人需个人支付的、必需且合理的质子重离子医疗费用（释义二十五），保险人在扣除约定的免赔额后，按照本保险合同约定的给付比例给付质子重离子医疗费用保险金，免赔额和给付比例将在保险合同上予以载明。

指定或认可的医疗机构以销售页面或投保文件中展示的为准，保险人保留对指定或认可的医疗机构进行调整的权利。保险期间内保险人调整指定或认可的医疗机构的，以保险人在官方正式渠道公布或通知为准。

除本保险合同另有约定外，保险期间届满时，被保险人仍未结束治疗的，本社仅承担保险期间内发生的医疗费用。

在保险期间内，本社对该被保险人累计给付质子重离子医疗费用保险金之和以本保险合同约定的质子重离子医疗费用保险金的保险金额为限，当本社对该被保险人累计给付金额达到质子重离子医疗费用保险金额时，本社对该被保险人的本项保险责任终止。

（七）恶性肿瘤特定药品费用保险金

恶性肿瘤特定药品费用保险金包括“境内上市特定药品费用保险金”和“临床急需进口特定药品费用保险金”，根据投保人、保险人双方约定其中一项或两项承保，并在保险单中载明，未在保险单中载明或批注的责任不产生任何效力。

1. 境内上市特定药品费用保险金

在保险期间内，被保险人在等待期后经医院专科医生初次确诊罹患“恶性肿瘤——重度”、“恶性肿瘤——轻度（释义二十六）”或“原位癌（释义二十七）”（具体恶性肿瘤类型可由投保人、保险人双方约定其中一项或多项承保，并在保险单中载明，未在保险单中载明或批注的恶性肿瘤类型不产生任何效力），对被保险人治疗该恶性肿瘤所实际发生的、且同时满足以下规定条件的境内上市特定药品费用，本社对于该被保险人需个人支付的、必需且合理的特定药品费用，在扣除本保险合同约定的免赔额后，按照约定的给付比例给付境内上市特定药品费用保险金，免赔额和给付比例将在保险合同上予以载明。

境内上市特定药品费用须同时满足以下条件：

（1）该药品的使用必须符合中国国家药品监督管理局批准的药品说明书中所列明的适应症及用法用量；

（2）该药品处方（释义二十八）须由医院专科医生开具，且属于被保险人当前治疗必需的药品；

（3）该药品须属于约定的境内上市特定药品清单（释义二十九）中的药品，且被保险人所罹患的恶性肿瘤须与境内上市特定药品清单中该药品的指定适应症范围相对应；

（4）被保险人须在指定或认可的药店（释义三十）或在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）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购买上述处方中所列药品；其中，在指定或认可的药店购买所列药品须同时符合本保险合同“第二十九条 特定药品用药流程”的规定；

（5）每次处方剂量不超过1个月。

对不满足上述任何一项条件的药品费用，保险人不承担给付境内上市特定药品费用保险金的责任。

本社在本项下累计给付之和以本保险合同约定的本项下的保险金额为限，当本社对该被保险人在本项下累计给付金额达到本项下的保险金额时，本社对该被保险人在本项下的保险责任终止。

2. 临床急需进口特定药品费用保险金

在保险期间内，被保险人在等待期后经医院专科医生初次确诊罹患“恶性肿瘤——重度”、“恶性肿瘤——轻度”或“原位癌”（具体恶性肿瘤类型可由投保人、保险人双方约定其中一项或多项承保，并在保险单中载明，未在保险单中载明或批注的恶性肿瘤类型不产生任何效力）且必须使用临床急需进口特定药品治疗的，对被保险人在本社指定医院（释义三十一）因治疗该恶性肿瘤所实际发生的、且同时满足规定条件的临床急需进口特定药品费用，保险人在扣除本保险合同约定的免赔额后，按照约定的给付比例给付临床急需进口特定药品费用保险金，免赔额和给付比例将在保险合同上予以载明。

临床急需进口特定药品费用须同时满足以下条件：

（1）该药品须经相关监管部门审批通过并获得进口许可；

（2）该药品处方或用药医嘱须由保险人指定医院专科医生开具，且属于被保险人当前治疗必需的药品；

（3）该药品须属于约定的临床急需进口特定药品清单（释义三十二）中的药品，且被保险人所罹患的恶性肿瘤须与临床急需进口特定药品清单中该药品的指定适应症范围相对应；

（4）被保险人须在指定医院购买上述处方中所列药品；

(5) 每次处方剂量不超过 1 个月。

对不满足上述任何一项条件的药品费用，保险人不承担给付临床急需进口特定药品费用保险金的责任。

本项保险责任仅承担特定药品本身的费用，不承担因特定药品而产生的门诊或住院医疗费用。

除本保险合同另有约定外，对于被保险人在保险期间内发生的保险事故，如果至本保险合同期满日时治疗仍未结束，保险人继续承担给付恶性肿瘤特定药品费用保险金的责任，但以初次确诊罹患恶性肿瘤之日起 1 年的用药延续期为限。

保险人对境内上市特定药品费用保险金与临床急需进口特定药品费用保险金的累计给付之和以本保险合同约定的该被保险人的恶性肿瘤特定药品费用保险金额为限。当本社对该被保险人累计给付的恶性肿瘤特定药品费用保险金达到本保险合同约定的恶性肿瘤特定药品费用保险金额时，本社对该被保险人在本项下的保险责任终止。

(八) 特定医疗器械费用保险金

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后经医院专科医生初次确诊罹患本保险合同约定的**特定医疗器械清单（释义三十三）**中的指定适应症，且经该指定适应症在该特定医疗器械清单中对应的指定就诊医院专科医生诊断必须使用该指定适应症在约定的特定医疗器械清单中对应的特定医疗器械进行治疗的，对被保险人在该指定就诊医院实际发生的、且同时满足规定条件的特定医疗器械费用，保险人在扣除本保险合同约定的免赔额后，按照约定的给付比例给付特定医疗器械费用保险金，免赔额和给付比例将在保险合同上予以载明。

特定医疗器械费用须同时满足以下条件：

(1) 该医疗器械须经相关监管部门审批通过；若为进口的医疗器械须同时获得相关监管部门进口许可；

(2) 被保险人须在指定就诊医院使用该医疗器械。

对不满足上述任何一项条件的医疗器械费用，保险人不承担给付特定医疗器械费用保险金的责任。

在保险期间内，保险人仅承担被保险人使用约定的特定医疗器械清单中的其中一种特定医疗器械进行治疗所产生的医疗器械费用，治疗中除该特定医疗器械费用以外的其他费用，被保险人须自行承担。

本社在本项下最高给付金额以本保险合同约定的特定医疗器械费用保险金额为限，当本社对该被保险人在本项下最高给付金额达到本保险合同约定的特定医疗器械费用保险金额时，本社对该被保险人在本项下的保险责任终止。

(九) 特定医疗项目费用保险金

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患疾病，在保险人指定或认可的医疗机构接受治疗，对该被保险人在保险人指定或认可的医疗机构或指定或认可的药店实际支出的、必需且合理的、符合本保险合同约定的**药品、器械、诊疗项目（释义三十四，以下简称“特定医疗项目”）**费用，保险人在扣除约定的免赔额后，按照本保险合同约定的给付比例给付特定医疗项目费用保险金，免赔额和给付比例将在保险合同上予以载明。

特定医疗项目费用须同时满足以下条件：

(1) 用于治疗的特特定医疗项目处方或医嘱（释义三十五）是由保险人指定或认可的医疗机构出具的、且为该被保险人当前治疗必需且合理的医疗项目；

(2) 特定医疗项目费用的实际发生时间在保险期间内；

(3) 特定医疗项目属于本保险合同约定的药品、器械、诊疗项目清单（以下简称“特定医疗项目清单”）中的项目；

(4) 在本社指定或认可的医疗机构或指定或认可的药店购买或接受特定医疗项目；

(5) 在本社指定或认可的医疗机构或指定或认可的药店购买或接受特定医疗项目须符合本保险合同“第二十九条 特定医疗项目申请流程”的约定。

对不满足上述条件的特定医疗项目费用，本社不承担赔偿特定医疗项目费用保险金的责任。

投保人可以在投保时与本社约定特定医疗项目清单中单一项目的保险金额，并在保险单中载明。本保险合同约定的特定医疗单一项目费用保险金额不得高于特定医疗项目费用保险金额。

除本保险合同另有约定外，保险期间届满时，被保险人仍未结束治疗的，本社仅承担保险期间内发生的特定医疗项目费用。

保险人对被保险人累计赔偿的特定医疗单一项目费用以保险单载明该被保险人对应的特定医疗单一项目费用保险金额为限，本社对该被保险人累计给付特定医疗项目费用保险金之和以本保险合同约定的特定医疗项目费用保险金的保险金额为限，当本社对该被保险人累计给付金额达到特定医疗项目费用保险金额时，本社对该被保险人的本项保险责任终止。

(十) 在线问诊医生诊疗费用保险金

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患疾病，在保险人指定的互联网医院（释义三十六）接受专科医生在线问诊，对于被保险人每次治疗实际支出的、必需且合理的在线问诊医生诊疗费用，本社在扣除约定的单次免赔额后，按照约定的给付比例给付在线问诊医生诊疗费用保险金，每次给付金额以本保险合同约定的单次在线问诊医生诊疗费用给付限额为限，单次免赔额、给付比例、单次给付限额将在保险合同上予以载明。

承担本项保险金赔偿责任的在线问诊医生诊疗费用须同时满足以下条件：

(1) 在线问诊医生诊疗费用是由保险人指定互联网医院的专科医生在对被保险人进行在线问诊治疗时，产生的诊疗费用；

(2) 提供诊疗的医生应当依法取得相应的执业资质，诊疗活动符合相关法律、法规要求。

对不符合上述条件的在线问诊医生诊疗费用，保险人不承担赔偿在线问诊医生诊疗费用保险金的责任。

若本保险合同保险期间内，被保险人多次在本社指定的互联网医院进行在线问诊，保险人对每一被保险人每月及每年累计给付在线问诊医生诊疗费用保险金的次数分别不得超过本保险合同约定的每月及每年最高给付次数。当月累计在线问诊医生诊疗费用给付次数达到每月最高给付次数的，超出每月最高给付次数的药品费用，保险人不予赔付；当累计在线问诊医生诊疗费用给付次数达到每年最高给付次数或累计给付在线问诊医生诊疗费用保险金达到本保险合同约定保险金额时，保险人对该被保险人的本项保险责任终止。

（十一）在线问诊药品费用保险金

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患疾病，在保险人指定的互联网医院进行在线问诊治疗并出具用药建议的，保险人对于被保险人每次治疗实际支出的、必需且合理的、同时满足以下条件的药品费用，本社在扣除约定的单次免赔额后，按照约定的给付比例给付在线问诊药品费用保险金，每次给付金额以本保险合同约定的单次在线问诊药品费用给付限额为限，单次免赔额、给付比例、单次给付限额将在保险合同上予以载明。

承担本项保险金赔偿责任的药品须同时满足以下条件：

（1）药品的使用须符合中国国家药品监督管理部门批准的该药品说明书所列明的适应症及用法用量；

（2）每次的药品处方剂量不超过 30 日；

（3）药品须属于“互联网医院药品清单（释义三十七）”中的药品；

对不符合上述条件的药品费用，保险人不承担赔偿在线问诊药品费用医疗保险金的责任。

被保险人于同一日（当日零时起至二十四时止）在本社指定的互联网医院就同一疾病开具多份处方的视为一次就诊。

若本保险合同保险期间内，被保险人在本社指定的互联网医院进行在线问诊，保险人对每一被保险人每月及每年累计给付在线问诊药品费用医疗保险金的次数分别不得超过本保险合同约定的每月及每年最高给付次数。当月累计在线问诊药品费用给付次数达到每月最高给付次数的，超出每月最高给付次数的药品费用，保险人不予赔付；当累计在线问诊药品费用给付次数达到每年最高给付次数或累计给付在线问诊药品费用医疗保险金达到本保险合同约定保险金额时，保险人对该被保险人的本项保险责任终止。

（十二）特定疾病特需医疗保险金

在保险期间内，被保险人在等待期后经医院诊断初次确诊罹患本保险合同约定的特定疾病（释义三十八）的，在特需医疗机构（释义三十九）接受医疗治疗的，本社对下述 1-4 类费用，按照本保险合同的约定承担给付特定疾病特需医疗保险金的责任：

1. 特定疾病特需医疗住院医疗费用

指被保险人经医院诊断必须接受住院治疗时，被保险人住院期间发生的需个人支付的、必需且合理的住院医疗费用，包括床位费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、医事服务费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费等。

除本保险合同另有约定外，到本保险合同满期日时，被保险人未结束本次住院治疗的，本社在本项保险金限额内继续承担因本次住院发生的、最高不超过本保险合同满期日后30日内（含第30日）的住院医疗费用。

2. 特定疾病特需医疗特殊门诊医疗费用

被保险人在医院接受特殊门诊治疗的，本社对于被保险人需个人支付的、必需且合理的特殊门诊医疗费用，包括：

（1）门诊肾透析费；

（2）化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法的治疗费用；

(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费；

(4) 术后门诊血管造影费、术后门诊冠状动脉增强CT检查（冠脉CTA）费、术后门诊心脏导管检查费、术后门诊脑血管造影检查费。上述费用指被保险人在本保险合同期间内初次罹患并接受住院手术治疗的，且根据出院医嘱必须进行门诊检查的，被保险人在本保险合同满期日之前产生的术后检查费用。

3. 特定疾病特需医疗门诊手术医疗费用

指被保险人经医院诊断必须接受门诊手术治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的门诊手术费用。

4. 特定疾病特需医疗住院前后门（急）诊医疗费用

指被保险人经医院诊断必须接受住院治疗，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而接受门（急）诊治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的门（急）诊医疗费用（但不包括特定疾病特需医疗特殊门诊医疗费用和特定疾病特需医疗门诊手术医疗费用）。

对于以上四类费用，本社对于被保险人需个人支付的、必需且合理的金额，在扣除本保险合同约定的免赔额后，依照约定的给付比例进行赔付。本社对该被保险人在本项下累计保险金给付之和以本保险合同约定的特定疾病特需医疗保险金额为限，当本社对该被保险人在本项下累计给付金额达到本保险合同约定的特定疾病特需医疗保险金的保险金额时，本社对该被保险人在本项下的保险责任终止。

在保险期间内，当本社对该被保险人在上述（一）至（十一）项保险责任下的累计给付金额达到本保险合同约定的总保险金额时，本社对该被保险人的保险责任终止。

（十三）健康服务保险金

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或因罹患疾病或因对健康危险因素进行干预、控制疾病发生发展而需要在本保险合同约定的第三方机构使用健康体检类、健康咨询类、健康促进类、疾病预防类、慢病管理类、就医服务类、康复护理类服务或双方约定的其他健康服务的，保险人对于被保险人实际发生的服务费用，按照本保险合同的约定给付健康服务保险金，具体服务项目、服务内容、服务标准、服务流程、服务期限、服务机构等由投保人和保险人双方约定，并在保险合同上予以载明。

当发生保险责任范围内的服务时，保险人可以选择下列方式赔偿，具体的赔偿方式以保险单载明为准：

（1）经保险人与投保人双方约定，对指定第三方服务合作机构为被保险人提供的健康服务，可按照服务的实际费用，在保险金额范围内由保险人直接支付至指定第三方服务合作机构，并不再向被保险人给付保险金，超出保险金额的部分由被保险人自行承担。

保险人指定的第三方服务合作机构无法直接提供服务的，保险人按实际发生的服务费用，在保险单约定的保险金额范围内向被保险人给付保险金。

（2）经保险人与投保人双方约定，对指定第三方服务合作机构为被保险人提供的健康服务，保险人按照保险单中列明的每项服务保险金额乘以实际接受服务的次数，在保险金额范围内由保险人直接支付至指定第三方服务合作机构，并不再向被保险人给付保险金，超出保险金额的部分由被保险人自行承担。

保险人指定的第三方服务合作机构无法直接提供服务的，保险人按照保险单中列明的每项服务保险金额乘以实际接受服务的次数，在保险单约定的保险金额范围内向被保险人给付保险金。

在保险期间内，若保险人上述十三项责任下的累计给付保险金的总额达到本保险合同载明的总保险金额时，本保险合同终止。

责任免除

第七条 责任免除

(一) 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，本社不承担保险金给付责任：

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者抗拒依法采取的刑事强制措施、故意自伤或自杀，但被保险人故意自伤或自杀时为无民事行为能力人的除外；
3. 因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
4. 被保险人斗殴，酗酒，服用、吸食或注射毒品，违反规定使用麻醉或精神药品；被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；
5. 被保险人酒后驾车、无合法有效驾驶证驾驶（释义四十）或驾驶无合法有效行驶证（释义四十一）的机动车；
6. 被保险人患性病、精神和行为障碍、遗传性疾病（释义四十二）、先天性畸形、变形或染色体异常（释义四十三）（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）确定）；
7. 被保险人感染艾滋病病毒（HIV）或患艾滋病（AIDS）（释义四十四）；
8. 被保险人在初次投保前或非续保前所患既往症（释义四十五），和保险单或本保险条款中特别约定的除外疾病引起的相关费用，但投保时保险人已知晓并做出书面认可的除外；等待期内被保险人确诊的相关疾病或等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；
9. 未经医生处方自行购买的药品；虽持有医生处方，但未在开具处方的医生执业的医疗机构（以收费票据载明的医疗机构信息为准）购买的药品、医疗器械或医疗耗材；虽持有医生处方，但处方剂量超过30天以上部分的药品；
10. 未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及其产生的后果所产生的费用；未被治疗所在地权威部门批准的治疗，未获得国家药品监督管理局或省级药品监管部门许可或批准的药品或药物；
11. 被保险人在不符合本保险合同约定的医院或医疗机构就诊发生的医疗费用；
12. 被保险人冒名住院，不符合入院标准、挂床住院产生的医疗费用；被保险人应当出院而拒不出院，从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用；
13. 所有基因疗法（释义四十六）和细胞免疫疗法（释义四十七）造成的医疗费用；
14. 由于职业病（释义四十八）、医疗事故（释义四十九）引起的医疗费用；

15. 被保险人在初次投保前接受过器官切除手术治疗的；

16. 接受各类医疗鉴定、医疗咨询和健康预测。医疗鉴定包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定费用；

17. 肥胖症相关手术、整形手术、矫正、矫形（包括但不限于对脊柱侧弯、膝内翻、膝外翻、足外翻、下颌骨前突等的矫形治疗）、美容或整容手术、变性手术、预防性手术（如预防性阑尾切除、预防性扁桃体切除等）及前述手术的并发症或因前述手术导致的医疗事故；

18. 被保险人因预防、休养或疗养、健康体检、康复、保健性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；因获得或使用眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具产生的费用、假体、自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械；因实施包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗等产生的费用；

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

20. 除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其它人工器官材料费、安装和置换等费用；耐用医疗设备（指各种康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备）的购买、置换、安装和租赁费用；保健食品及用品；

21. 牙科疾病及相关治疗，视力矫正手术、斜视矫正手术，但因意外所致的不受此限；

22. 超出保险单约定的健康服务产生的费用或保险人认可的服务机构和服务项目以外发生的健康服务费用；

23. 被保险人从事职业运动或可获得报酬的运动或竞技期间；被保险人从事潜水、跳伞、攀岩（释义五十）、探险（释义五十一）、驾驶滑翔机或滑翔伞、武术、摔跤、特技、赛马、赛车、蹦极等高风险运动（释义五十二）和活动期间；

24. 被保险人非法搭乘交通工具或搭乘未经保险事故发生地相关政府部门登记许可的交通工具；

25. 器官移植供体费用、器官来源费用、低温储藏费用；

26. 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱、恐怖主义；

27. 核爆炸、核辐射或核污染。

（二）因下列情形之一导致被保险人发生恶性肿瘤特定药品费用或特定医疗器械费用的，本社不承担赔偿恶性肿瘤特定药品费用保险金、特定医疗器械费用保险金的责任：

1. 被保险人在等待期内初次确诊罹患恶性肿瘤——重度、恶性肿瘤——轻度、原位癌或指定适应症；

2. 不符合国家《临床技术操作规范》（释义五十三）的治疗，未获得治疗所在地政府许可或批准的药品、药物或器械；

3. 境内上市药品处方的开具与中国国家药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症和用法用量不符；临床急需进口药品处方或用药医嘱的开具与该药品出口地区管理部门批准的用法用量不符；

4. 被保险人购买非约定的药品清单中的药品；

5. 相关医学材料不能证明药品或器械对被保险人所罹患的疾病有效；
6. 被保险人的疾病状况，经审核确定对药品已经耐药（释义五十四）而产生的费用；
7. 被保险人因检查、麻醉、手术治疗、药物治疗而导致的医疗意外和/或医疗事故所产生的费用；
8. 被保险人患先天性恶性肿瘤（BRCA1/BRCA2 基因突变家族性乳腺癌、遗传性非息肉病性结直肠癌、肾母细胞瘤即Wilms瘤、李-佛美尼综合症即Li-Fraumeni综合症）；
9. 被保险人专职或兼职从事日常接触放射性物质的职业（释义五十五）或有毒物质的职业（释义五十六）。

（三）因下列情形之一导致被保险人支出药品费用的，本社不承担赔偿在线问诊药品费用保险金的责任：

1. 除另有约定外，需由被保险人承担的药品配送费用；
2. 被保险人未在保险人指定的医疗机构接受在线诊疗治疗；
3. 被保险人持有经保险人指定的医疗机构的医生开具的处方但自行购买的药品。

免赔额

第八条 免赔额由投保人与本社在订立本保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

本保险合同中所指免赔额指在本保险合同保险期间内，应由被保险人自行承担，保险人不予赔付的部分。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、工伤保险和公费医疗保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

一般医疗及门（急）诊医疗保险金和重大疾病医疗保险金适用家庭共享免赔额。当同一家庭存在多人（同一家庭指投保人本人，及其配偶、子女或父母中的两人或两人以上）同时投保时，投保人、保险人双方可约定家庭成员间共享免赔额的金额和适用的责任范围，共享免赔额的家庭成员相关信息以保险合同载明为准，未在保险合同中载明或批注则共享免赔额不产生效力。

补偿原则和赔付标准

第九条 补偿原则和赔付标准

（一）本保险合同中“一般医疗及门（急）诊医疗保险金”、“重大疾病医疗保险金”、“门（急）诊医疗保险金”、“恶性肿瘤一重度住院医疗保险金”、“质子重离子医疗费用保险金”、“恶性肿瘤特定药品费用保险金”、“特定医疗器械费用保险金”、“特定医疗项目费用保险金”、“在线问诊医生诊疗费用保险金”、“在线问诊药品费用保险金”、“特定疾病特需医疗保险金”保险责任适用医疗费用补偿原则。

若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、工伤保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，则本社仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本保险合同的约定进行赔付。

社保卡个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

（二）若被保险人以参加基本医疗保险身份投保，但未以参加基本医疗保险身份就诊并结算的，则本社根据本保险合同单独约定的给付比例进行赔付。

保险金额

第十条 本保险合同的每一个被保险人的一般医疗及门（急）诊医疗保险金额、重大疾病医疗保险金额、门（急）诊医疗保险金额、门（急）诊津贴保险金、恶性肿瘤一重度住院医疗保险金额、质子重离子医疗费用保险金额、恶性肿瘤特定药品费用保险金额、特定医疗器械费用保险金额、特定医疗项目费用保险金额、在线问诊医生诊疗费用保险金额、在线问诊药品费用保险金额、特定疾病特需医疗保险金额和总保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险期间

第十一条 本保险合同的保险期间以保险单中载明的为准，最长不超过一年。

续保

第十二条 本保险合同不保证续保。本保险合同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，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

保险人义务

第十三条 明确说明义务

订立保险合同，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。

第十四条 签发保险单义务

本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十五条 补充索赔证明和资料的通知义务

保险人认为**保险金申请人（释义五十七）**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保险金申请人补充提供。

第十六条 核定、赔付义务

保险人收到被保险人或者受益人的给付保险金的请求后，应当及时作出核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益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或者受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十七条 先行赔付义务

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，对其给付保险金的数额不能确定的，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保险金的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十八条 交付保险费义务

本保险合同保险费支付方式分为一次性支付全部保险费或分期支付保险费，由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。

约定一次性支付全部保险费的，投保人应当在保险合同成立时一次性支付全部保险费。投保人未按约定全额支付应缴保险费的，保险合同不生效，对保险合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

约定分期支付保险费的，每期缴费金额应一致，投保人在投保时支付首期保险费，并应于保险合同约定的各分期缴费之日前及时并足额支付当期应缴保险费。投保人未按约定支付首期保险费的，保险合同不生效，对保险合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

若投保人未按照保险合同约定的各分期缴费时间足额支付当期应缴保险费，保险人允许投保人在缴费延长期内补缴保险费，如果被保险人在此缴费延长期内发生保险事故，保险人按照保险合同约定给付保险金，但有权先从给付的保险金中扣除投保人欠缴的当期应缴的保险费。缴费延长期由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。

若投保人未按照保险合同约定的各分期缴费时间足额支付当期应缴保险费，且在缴费延长期内未补缴当期应缴保险费，本保险合同在上期保险费对应的保障期满日 24 时终止，终止之日后（含缴费延长期内）发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

第十九条 如实告知义务

订立保险合同，保险人就保险标的或者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如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除合同。

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。

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，不承担给付保险金的责任，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，不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

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

第二十条 住所或通讯地址变更通知义务

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，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达投保人。

第二十一条 变更批注

在保险期间内，投保人需变更保险合同其他内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

第二十二条 职业或工种变更通知义务

被保险人变更职业或工种时，投保人或被保险人应在 10 日内以书面形式通知保险人。

若被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类不在承保职业范围（释义五十八）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，并退还未满期净保险费（释义五十九）。

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不在承保职业范围内的，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，保险人对该被保险人所负保险责任终止，并退还未满期净保险费。

第二十三条 年龄的确定及错误的处理

被保险人的投保年龄，按照法定身份证件登记的出生日期所计算出的周岁（释义六十）年龄为准，本保险合同所承保的被保险人的投保年龄必须符合年龄要求。投保人在申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。若发生错误，保险人按照以下规定处理：

（一）投保人申报的被保险人年龄不真实，且真实年龄不符合本保险合同约定的年龄限制的，保险人有权终止对该被保险人的保险责任，但向投保人退还保险责任终止时该被保险人对应的本保险合同的未满期净保险费。

（二）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人实付保险费少于应付保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费，或在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例支付。

（三）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人支付保险费多于应付保险费的，保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

第二十四条 被保险人员变动通知义务

（一）在保险期间内，投保人因人员变动，需增加、减少被保险人时，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

（二）被保险人人数增加时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时开始承担保险责任，并按约定增收保险费。

（三）被保险人人数减少时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时起，对减少的被保险人终止保险责任，并按约定退还未满期净保险费，但减少的被保险人本人或其保险金申请人已领取过任何保险金的，保险人不退还未满期净保险费。

第二十五条 保险事故通知义务

投保人、被保险人或者受益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，不承担给付保险金的责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。

上述约定，不包括因不可抗力（释义六十一）而导致的迟延。

保险金申请

第二十六条 保险金申请

(一) 一般医疗及门(急)诊医疗保险金、重大疾病医疗保险金、门(急)诊医疗保险金、门(急)诊津贴保险金、恶性肿瘤一重度住院医疗保险金、质子重离子医疗费用保险金、特定医疗项目费用保险金、特定疾病特需医疗保险金和健康服务保险金申请

1. 理赔申请书;
2. 保险单或其他保险凭证;
3. 保险金申请人的有效身份证件;

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、病理检查报告、化验检查报告、医疗费用单据、费用明细单据等;已从其他途径获得医疗费用补偿的,还应提供医疗费用分割单、理赔结算单。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的,应提供其它合法有效的材料;

5. 其他与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料;

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;

7. 保险金作为被保险人遗产时,须提供可证明合法继承权的相关权利文件;

8. 受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的,由其监护人代为申领保险金,并需要提供监护人的身份证明等资料。

(二) 恶性肿瘤特定药品费用保险金、特定医疗器械费用保险金申请

1. 理赔申请书;
2. 保险单或其他保险凭证;
3. 保险金申请人的有效身份证件;

4. 医院出具的被保险人诊断证明(病理诊断或加盖医务处公章或具有同等效力公章的临床诊断)、保险人指定或认可的药店出具的药品费用票据或者发票,保险人留存其原件;

5. 保险人指定或认可的药店出具的药品费用清单、医院出具的被保险人的处方、门诊及住院病历、入出院记录以及与诊断证明相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告;

6. 有效基因检测报告(释义六十二)原件;

7. 其他与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料;

8. 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;

9. 保险金作为被保险人遗产时,须提供可证明合法继承权的相关权利文件;

10. 受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的,由其监护人代为申领保险金,并需要提供监护人的身份证明等资料。

(三) 在线问诊医生诊疗费用保险金、在线问诊药品费用保险金申请

1. 理赔申请书;

2. 保险单或其他保险凭证；
3. 保险金申请人的有效身份证件；
4. 保险人指定的互联网医院出具的被保险人诊断证明、药品处方、药品费用清单等；
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. 其他与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料；
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；
7. 保险金作为被保险人遗产时，须提供可证明合法继承权的相关权利文件；
8. 受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

如果被保险人本人作为保险金受益人已向保险人书面申领保险金，但在实际领取保险金前身故，保险金将作为其遗产，由保险人向其合法继承人给付。

保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

第二十七条 在线问诊药品费用医疗保险金申请

保险金申请人向保险人申请给付在线问诊药品费用医疗保险金时，被保险人在保险人指定的互联网医院接受诊疗时，保险金申请人应将本保险合同项下的保险金申请权和受领保险金的权利委托给保险人指定的第三方服务提供商。实际接诊的互联网医院对被保险人免收本保险合同约定的保险责任范围内的医疗费用，由第三方服务提供商或实际接诊的互联网医院向保险人提出理赔申请，相应保险金由保险人直接支付给第三方服务提供商或实际接诊的互联网医院，被保险人无需另行向实际接诊的互联网医院支付保险责任范围内的药品费用，被保险人完成上述委托授权后，保险人不再接受保险金申请人（受领权人）对该部分保险金的申请。

若发生不属于本保险合同保险责任范围内的医疗费用或被保险人实际发生的医疗费用超过本保险合同约定的保险金额的，则不属于保险责任范围内的医疗费用或超出保险金额部分的费用由被保险人自行与接诊的互联网医院或第三方服务提供商结算。

第二十八条 特定药品用药流程

在保险期间内，被保险人在等待期后经医院专科医生初次确诊罹患“恶性肿瘤——重度”、“恶性肿瘤——轻度”或“原位癌”，在该恶性肿瘤的治疗过程中，根据医院专科医生开具的用于治疗该恶性肿瘤的药品处方购药的，如果保险人在指定或认可的药房购买药品处方中所列明的药品，且该药品属于本保险合同境内上市特定药品清单中所列的药品，则被保险人或受益人须进行指定药房直付用药申请：

（一）购药申请

在保险人指定或认可的药店购买约定的境内上市特定药品清单中的药品，必须先进行购药申请。

保险金申请人向本社提交恶性肿瘤药品购药申请，并按照本社的要求提交相关申请材料，主要包括与被保险人相关的个人信息、医院专科医生初次确诊罹患恶性肿瘤的诊断证明（包含确诊日期）、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。

如果保险金申请人未提交购药申请或者申请审核未通过，本社不承担给付境内上市特定药品费用保险金的责任。

（二）药品处方审核

在保险人指定或认可的药店购买约定的境内上市特定药品清单中的药品须进行药品处方审核。

本社基于提交的材料进行药品处方审核。对于药品处方审核中，保险金申请人提交的与被保险人相关的医学材料，不足以支持药品处方审核要求的，或者被保险人医学材料中相关的科学方法检验报告结果，不支持药品处方的开具的，本社有权要求保险金申请人补充其他与药品处方审核相关的医学材料。

如果保险金申请人的药品处方审核未通过，本社不承担给付境内上市特定药品费用保险金的责任。

药品处方审核通过后，保险金申请人须从本社指定或认可的药店名单中选定购药药店，经本社指定的**第三方服务商（释义六十三）**提供**购药凭证（释义六十四）**后，**保险金申请人须在购药凭证生成后的30日内完成取药**，取药时需提供药品处方、购药凭证、被保险人的有效身份证件。**因取药而产生的非药品费用，由保险金申请人自行承担。**

第二十九条 特定医疗项目申请流程

在保险期间内，被保险人发生特定医疗项目清单中所列的特定医疗项目，须按照以下流程进行申请及审核：

被保险人在购买或接受特定医疗项目前，保险金申请人须向保险人提出申请。保险人对保险金申请人提交的特定医疗项目申请中的药品、器械、诊疗项目处方或医嘱进行审核。对于药品、器械、诊疗项目处方或医嘱审核中的**特殊情况**，保险人有权要求保险金申请人补充其他与药品、器械处方或医嘱审核相关的医学材料。

药品、器械、诊疗项目处方或医嘱审核主要包括以下内容：

（1）根据**国家药品监督管理机构批准的该药品说明书、美国食品药品监督管理局批准上市**的该药品、器械、诊疗项目说明书（以药品、器械、诊疗项目处方或医嘱开具时最新版本为准）所列明的适应症、用法及用量审核药品、器械、诊疗项目处方或医嘱。

（2）根据被保险人的疾病状况审核被保险人是否对申请的药品已经耐药。

如果保险金申请人未提交特定医疗项目的申请，或申请审核未通过，保险人不承担赔偿特定医疗项目费用保险金的责任。

特定医疗项目处方或医嘱审核通过后，保险金申请人应携带处方或医嘱、被保险人的有效身份证件、被保险人的中华人民共和国社会保障卡（如果被保险人不拥有社会基本医疗保险身份则无需提供社会保障卡）到保险人指定或认可的医疗机构或指定的药店购买或领取特定医疗项目药品或器械，或接受特定医疗项目清单中约定的诊疗项目。**在部分保险人指定或认可的医疗机构或指定的药店，对于属于保险责任部分的特定医疗项目费用，可由保险人与保险人指定或认可的医疗机构或指定的药店直接结算。被保险人应自行支付不属于保险责任范围内的特定医疗项目费用。**

争议处理和法律适用

第三十条 争议处理

因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险合同载明的仲裁机构仲裁；保险合同未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向有管辖权的中华人民共和国人民法院提起诉讼。

第三十一条 法律适用

与本保险合同有关的以及履行本保险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括香港、澳门、台湾地区法律）。

保险合同的解除、终止

第三十二条 保险合同解除

保险责任开始前，投保人要求解除本保险合同的，保险人应当无息退还已缴纳保险费。

保险责任开始后，投保人要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除申请材料之日次日零时起，本保险合同的效力终止。保险人退还本保险合同的未到期净保险费。

投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （一）保险合同变更申请书；
- （二）保险单或其他保险凭证；
- （三）投保人身份证明。

第三十三条 保险合同的自动终止

发生下列情形时，本保险合同自动终止：

- （一）保险合同期满；
- （二）因本保险合同其他条款所约定的情况而终止效力。

被保险人在其保险期间内身故，或者被保险人的保险期间届满，保险人对该被保险人的保险责任终止。

释 义

一、意外伤害

指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。

二、等待期

指自本保险合同生效日起计算的一段时间，具体天数由本社和投保人在投保时约定并在保险合同上载明，最长不超过90天，续保不计算等待期。

在等待期内发生保险事故的，本社不承担给付保险金的责任。

三、医院

指在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）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，但不包括主要作为体检、诊所、康复、护理、休养、静养、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。

四、指定或认可的医疗机构

指本社在承保时与投保人约定的医疗机构,具体医疗机构名单将在产品销售页面或投保文件中展示,本社保留对上述名单进行变更的权利。

五、住院

是指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院之正式病房接受全日24小时监护治疗的过程,并正式办理入出院手续。

但不包括下列情况:

- 1、被保险人在医院的(门)急诊观察室、家庭病床(房)入住;
- 2、被保险人在特需病房、外宾病房或其它不属于基本医疗保险范畴的高等级病房入住;
- 3、被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗;
- 4、被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗,或一天内住院不满二十四小时;但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外;
- 5、被保险人住院体检;
- 6、挂床住院及其他不合理的住院。挂床住院指办理正式住院手续的被保险人,在住院期间每日非24小时在床、在院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗,只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。

六、必需且合理

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本社根据客观、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:指医疗费用同时符合下列所有条件:

- 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。

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

七、床位费

指被保险人住院期间实际发生的、不高于双人病房的住院床位的费用(不包括单人病房、

套房、家庭病床)。

八、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。

九、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要的医疗而产生的床位费。重症监护室指配有中心监护台、心电监护仪及其他监护抢救设施,相对封闭管理,符合重症监护病房(ICU)、冠心病重症监护病房(CCU)标准的单人或多人监护病房。

十、诊疗费

指由医生所实施的病情咨询及检查、各种器械或仪器检查、诊断、治疗方案拟定等各项医疗服务所收取的费用。

十一、医事服务费

仅适用于已实施医药分开综合改革的地区或医疗机构用。

十二、检查检验费

指住院期间实际发生的、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。

十三、治疗费

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、输血费、输氧费、体外反搏费等。具体以就诊医疗的费用项目划分为准。

本项责任不包含理疗费,即不含物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法。

物理治疗是指应用人工物理因子(如光、电、磁、声等)来治疗疾病,具体疗法包括电疗、光疗、磁疗、热疗等;

中医理疗是指以治疗疾病为目的,被保险人接受由具有相应资格的医生实施的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗等;

其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

十四、药品费

指住院期间实际发生的合理且必要的由医生开具的具有国务院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、复方中药或中成药品,如花旗参,冬虫草,白糖参,鲜红参,玳瑁,蛤蚧,珊瑚,狗宝,红参,琥珀,灵芝,羚羊角尖粉,马宝,玛瑙,牛黄,麝香,西红花,血竭,燕窝,野山参,移山参,珍珠(粉),紫河车,阿胶,阿胶珠,血宝胶囊,红桃K口服液,十全大补丸,十全大补膏等;

(2) 部分可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸，海马，胎盘，鞭，尾，筋，骨等；

(3) 用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

十五、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。**

手术材料费：包含在手术过程中由医生植入患者体内、术后无法自由取摘、只能由医生进行开创手术才能取出的材料。手术植入材料包括起搏器、钛钉、钛板、钛网、各种支架、人工关节、人工心脏瓣膜等植入式人工器官等手术中留置体内的生物相容性材料。

十六、化学疗法

指对于恶性肿瘤的化学治疗，简称化疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。**本保险合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化疗。**

十七、放射疗法

指针对恶性肿瘤的放射治疗，简称放疗。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。**本保险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。**

十八、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。**本保险合同所指的肿瘤免疫治疗药物需符合法律、法规要求并经过国务院药品监督管理部门批准用于临床治疗。**

十九、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。**本保险合同所指的内分泌治疗药物需符合法律、法规要求并经过国务院药品监督管理部门批准用于临床治疗。**

二十、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。**本保险合同所指的靶向治疗药物需符合法律、法规要求并经过国务院药品监督管理部门批准用于临床治疗。**

二十一、初次确诊

指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊患有某种疾病，而不是指自本保险合同生效之日起第一次经医院确诊患有某种疾病。**其中恶性肿瘤确诊之日为手术病理取材或病理活检取材日期。**

二十二、重大疾病

本保险合同约定的重大疾病如下：

（一）恶性肿瘤——重度

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经**组织病理学检查（释义六十五，涵盖骨髓病理学检查）**结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO, World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，不在保障范围内：

1. ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；

b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

2. TNM 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

3. TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或更轻分期的前列腺癌；

4. 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

5. 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

6. 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病（或霍奇金淋巴瘤）；

7. 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 < 10/50 HPF 和 ki-67 ≤ 2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

TNM 分期采用 AJCC 癌症分期手册标准。该标准由美国癌症联合委员会与国际抗癌联合会 TNM 委员会联合制定，是目前肿瘤医学分期的国际通用标准。T 指原发肿瘤的大小、形态等；N 指淋巴结的转移情况；M 指有无其他脏器的转移情况。

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

甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hürthle 细胞癌和未分化癌

pT_x：原发肿瘤不能评估

pT₀：无肿瘤证据

pT₁：肿瘤局限在甲状腺内，最大径 ≤ 2cm

T_{1a} 肿瘤最大径 ≤ 1cm

T_{1b} 肿瘤最大径 > 1cm，≤ 2cm

pT₂：肿瘤 2~4cm

pT₃：肿瘤 > 4cm，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}：肿瘤 > 4cm，局限于甲状腺内

pT_{3b}：大体侵犯甲状腺外带状肌，无论肿瘤大小

带状肌包括：胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT₄：大体侵犯甲状腺外带状肌外

pT_{4a}：侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT_{4b}：侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pT_x：原发肿瘤不能评估

pT₀：无肿瘤证据

pT₁：肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T_{1a}肿瘤最大径≤1cm

T_{1b}肿瘤最大径>1cm，≤2cm

pT₂：肿瘤 2~4cm

pT₃：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内

pT_{3b}：大体侵犯甲状腺外带状肌，无论肿瘤大小

带状肌包括：胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT₄：进展期病变

pT_{4a}：中度进展，任何大小的肿瘤，侵犯甲状腺外颈部周围器官和软组织，如喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT_{4b}：重度进展，任何大小的肿瘤，侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管

区域淋巴结：适用于所有甲状腺癌

pN_x：区域淋巴结无法评估

pN₀：无淋巴结转移证据

pN₁：区域淋巴结转移

pN_{1a}：转移至VI、VII区（包括气管旁、气管前、喉前/Delphian 或上纵隔）淋巴结，可以为单侧或双侧。

pN_{1b}：单侧、双侧或对侧颈淋巴结转移（包括I、II、III、IV或V区）淋巴结或咽后淋巴结转移。

远处转移：适用于所有甲状腺癌

M₀：无远处转移

M₁：有远处转移

乳头状或滤泡状癌（分化型）			
年龄<55岁			
	T	N	M
I期	任何	任何	0

II 期	任何	任何	1
年龄 ≥ 55 岁			
I 期	1	0/x	0
	2	0/x	0
II 期	1~2	1	0
	3a~3b	任何	0
III 期	4a	任何	0
IVA 期	4b	任何	0
IVB 期	任何	任何	1
髓样癌（所有年龄组）			
I 期	1	0	0
II 期	2~3	0	0
III 期	1~3	1a	0
IVA 期	4a	任何	0
	1~3	1b	0
IVB 期	4b	任何	0
IVC 期	任何	任何	1
未分化癌（所有年龄组）			
IVA 期	1~3a	0/x	0
IVB 期	1~3a	1	0
	3b~4	任何	0
IVC 期	任何	任何	1

注：以上表格中“年龄”指患者病理组织标本获取日期时的年龄。

（二）较重急性心肌梗死

急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合：

1. 检测到肌酸激酶同工酶（CK-MB）或肌钙蛋白（cTn）升高和/或降低的动态变化，至少一次达到或超过心肌梗死的临床诊断标准；

2. 同时存在下列之一的证据，包括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的病理性 Q 波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。

较重急性心肌梗死指依照上述标准被明确诊断为急性心肌梗死，并且必须同时满足下列至少一项条件：

1. 心肌损伤标志物肌钙蛋白（cTn）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 15 倍（含）以上；

2. 肌酸激酶同工酶（CK-MB）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 2 倍（含）以上；

3. 出现左心室收缩功能下降，在确诊 6 周以后，检测左室射血分数（LVEF）低于 50%（不含）；

4. 影像学检查证实存在新发的乳头肌功能失调或断裂引起的中度（含）以上的二尖瓣反流；

5. 影像学检查证实存在新出现的室壁瘤；

6. 出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。

其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在保障范围内。

（三）严重脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：

1. 一肢（含）以上肢体（释义六十六）肌力（释义六十七）2 级（含）以下；

2. 语言能力完全丧失（释义六十八），或严重咀嚼吞咽功能障碍（释义六十九）；

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（释义七十）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、肺脏或小肠的异体移植手术。

造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的移植手术。

（五）冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）

指治疗严重的冠心病，已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。

（六）严重慢性肾衰竭

指双肾功能慢性不可逆（释义七十一）性衰竭，依据肾脏病预后质量倡议（K/DOQI）制定的指南，分期达到慢性肾脏病 5 期，且经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗。规律性透析是指每周进行血液透析或每天进行腹膜透析。

（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）急性重症肝炎或亚急性重症肝炎

指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：

1. 重度黄疸或黄疸迅速加重；

2. 肝性脑病；

3. B 超或其他影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；

4. 肝功能指标进行性恶化。

(九) 严重非恶性颅内肿瘤

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

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

下列疾病不在保障范围内：

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

(十) 严重慢性肝衰竭

指因慢性肝脏疾病导致的肝衰竭，且须满足下列全部条件：

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

因酗酒（释义七十二）或药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。

(十一) 严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症

指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指经相关专科医生确诊疾病 180 天后，仍遗留下述至少一种障碍：

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

(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（GCS, Glasgow Coma Scale）结果为 5 分或 5 分以下，且已经持续使用呼吸机及其他生命维持系统 96 小时以上。

因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。

(十三) 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，平均听阈大于等于 91 分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发

电位检测等证实。

本保险合同仅对被保险人 3 周岁以后出现症状的情况予以理赔。

(十四) 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。

本保险合同仅对被保险人 3 周岁以后出现症状的情况予以理赔。

(十五) 瘫痪

指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体随意运动功能永久完全丧失。肢体随意运动功能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后或意外伤害发生 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或肢体肌力在 2 级（含）以下。

(十六) 心脏瓣膜手术

指为治疗心脏瓣膜疾病，已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。

(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，临床表现为严重的认知功能障碍、精神行为异常和社交能力减退等，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，并经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：

1. 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）评估结果为 3 分；
2. 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不在保障范围内。

(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，仍遗留下列至少一种障碍：

1. 一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；
2. 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
3. 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(十九) 严重原发性帕金森病

是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为运动迟缓、静止性震颤或肌强直等，经相关专科医生确诊，且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。

继发性帕金森综合征、帕金森叠加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。

（二十一）严重特发性肺动脉高压

指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级（释义七十三）IV级，且静息状态下肺动脉平均压在 36mmHg（含）以上。

（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，经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：

1. 严重咀嚼吞咽功能障碍；
2. 呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难，且已经持续使用呼吸机 7 天（含）以上；
3. 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

本保险合同仅对 60 周岁之前的被保险人予以理赔。

（二十三）语言能力丧失

指因疾病或意外伤害导致语言能力完全丧失，经过积极治疗至少 12 个月（声带完全切除不受此时间限制），仍无法通过现有医疗手段恢复。

精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。

本保险合同仅对被保险人 3 周岁以后出现症状的情况予以理赔。

（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，且须满足下列全部条件：

1. 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断：骨髓细胞增生程度 < 正常的 25%；如 ≥ 正常的 25% 但 < 50%，则残存的造血细胞应 < 30%；

2. 外周血象须具备以下三项条件中的两项：

- （1）中性粒细胞绝对值 < $0.5 \times 10^9/L$ ；
- （2）网织红细胞计数 < $20 \times 10^9/L$ ；
- （3）血小板绝对值 < $20 \times 10^9/L$ 。

（二十五）主动脉手术

指为治疗主动脉疾病或主动脉创伤，已经实施了开胸（含胸腔镜下）或开腹（含腹腔镜下）进行的切除、置换、修补病损主动脉血管、主动脉创伤后修复的手术。主动脉指升主动脉、主动脉弓和降主动脉（含胸主动脉和腹主动脉），不包括升主动脉、主动脉弓和降主动脉的分支血管。

所有未实施开胸或开腹的动脉内介入治疗不在保障范围内。

(二十六) 严重慢性呼吸衰竭

指因慢性呼吸系统疾病导致永久不可逆性的呼吸衰竭,经过积极治疗 180 天后满足以下所有条件:

1. 静息时出现呼吸困难;
2. 肺功能第一秒用力呼气容积 (FEV1) 占预计值的百分比 < 30%;
3. 在静息状态、呼吸空气条件下, 动脉血氧分压 (PaO₂) < 50mmHg。

(二十七) 严重克罗恩病

指一种慢性肉芽肿性肠炎, 具有特征性的克罗恩病 (Crohn 病) 病理组织学变化, 须根据组织病理学特点诊断, 且已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

(二十八) 严重溃疡性结肠炎

指伴有致命性电解质紊乱的急性暴发性溃疡性结肠炎, 病变已经累及全结肠, 表现为严重的血便和系统性症状体征, 须根据组织病理学特点诊断, 且已经实施了结肠切除或回肠造瘘术。

(二十九) 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。**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%。

(三十) 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, 而且已经造成永久的神经系统功能损害, 导致被保险人持续 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。

(三十一) 侵蚀性葡萄胎 (或称恶性葡萄胎)

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。

(三十二) 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, 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。

(三十三) 严重冠心病

指经冠状动脉造影检查结果明确诊断为三支主要血管严重狭窄性病变(至少一支血管管腔直径减少 75%以上和其他两支血管管腔直径减少 60%以上)。冠状动脉的主要血管指左冠状动脉主干、前降支、左旋支及右冠状动脉。

前降支、左旋支及右冠状动脉的分支血管的狭窄不作为本保障的衡量指标。

(三十四) 原发性心肌病

指因原发性心肌病导致慢性心功能损害造成永久不可逆性的心功能衰竭。心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会心功能分级状态分级IV级并至少持续 180 天。必须由心脏专科医生确诊，并有包括超声心动图在内的相关检查证实。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。

继发于全身性疾病或者其他器官系统疾病及酗酒或滥用药物引起的心肌病不在保障范围内。

(三十五) 系统性红斑狼疮—(并发) III型或以上狼疮性肾炎

指累及肾脏的系统性红斑狼疮，须经肾脏活检确认，符合 WHO 诊断标准定义的III型或者III型以上，并且临床出现肾功能衰竭达到尿毒症期。须经本社认可医院的风湿科专科医生明确诊断。

其他类型的红斑性狼疮，如盘状狼疮、仅累及血液及关节的狼疮不在保障范围内。

世界卫生组织(WHO) 狼疮性肾炎分型：

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

(三十六) 因职业关系导致的人类免疫缺陷病毒 (HIV) 感染

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

1. 感染必须是在被保险人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. 必须提供被保险人在所报事故发生后的 5 天以内进行的检查报告，该报告必须显示被保险人血液 HIV 病毒阴性和/或 HIV 抗体阴性；
3. 必须在事故发生后的 6 个月内证实被保险人体内存在 HIV 病毒或者 HIV 抗体，即血液 HIV 病毒阳性和/或 HIV 抗体阳性。

职业限制如下所示：

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

本疾病不受本保险合同责任免除中关于“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

(三十七) 经输血导致的人类免疫缺陷病毒 (HIV) 感染

被保险人感染上人类免疫缺陷病毒 (HIV) 并且满足下列全部条件:

1. 在本保险合同生效日或最后复效日 (以较迟者为准) 后因输血而感染 HIV;
2. 提供输血治疗的输血中心或医院出具该项输血感染属医疗责任事故的报告, 或者法院终审裁判为医疗责任;
3. 受感染的被保险人不是血友病患者。

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

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

本疾病不受本保险合同责任免除中关于“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

(三十八) 严重 I 型糖尿病

严重的 I 型糖尿病为由于胰岛素分泌绝对不足引起的慢性血糖升高, 且已经持续性依赖外源性胰岛素维持 180 天以上。须经血胰岛素测定、血 C 肽测定或尿 C 肽测定结果异常, 并由内分泌科专科医生明确诊断。并须在本保险合同保险期间内, **满足下述至少 1 个条件:**

- (1) 已经植入心脏起搏器治疗心脏病;
- (2) 因坏疽已切除至少一个脚趾。

(三十九) 肺源性心脏病

指投保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的心功能状态分级 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。

(四十) 持续植物人状态

指大脑和/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。必须经神经科医生确诊并且具有严重脑损害的证据。

植物人状态必须持续 30 天以上方可申请理赔。

(四十一) 严重类风湿性关节炎

指广泛分布的慢性进行性多关节病变, 表现为关节严重变形, 侵犯至少三个主要关节 (腕关节、肘关节、肩关节、踝关节、膝关节、髋关节) 或关节组 (如手的多个指间、掌指关节, 足的多个足趾、跖趾关节等)。类风湿性关节炎须明确诊断, 并已达到类风湿性关节炎功能活动分级 (注) IV 级的永久不可逆性关节功能障碍, 且须满足下列全部条件:

1. 晨僵;

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

注：类风湿性关节炎功能活动分级：

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

（四十二）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，并经头颅断层扫描(CT)、核磁共振检查(MRI)或者正电子发射断层扫描(PET)等影像学检查证实。

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。

（四十三）严重坏死性筋膜炎

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

1. 符合坏死性筋膜炎的一般临床表现；
2. 细菌培养检出致病菌；
3. 出现广泛性肌肉及软组织坏死，并导致身体受影响部位的功能永久不可逆性丧失。

（四十四）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、服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，并有所有以下临床证据支持。

1. 急性发作（原发疾病起病后 6 至 72 小时）；
2. 急性发作的临床症状体征，包括呼吸急促、呼吸困难、心动过速、大汗、面色苍白及辅助呼吸肌活动加强（点头呼吸、提肩呼吸）；
3. 肺浸润影；
4. PaO₂/FiO₂（动脉血氧分压/吸入氧分数值）低于 200mmHg；
5. 肺动脉嵌入压低于 18mmHg，临床无左房高压表现。

（四十五）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被实施了经胸部切开进行的无名动脉（头臂干）、颈总动脉、锁骨下动脉旁路移植手术。

非开胸的血管旁路移植手术、因其他病因而进行的旁路移植手术，对其他动脉进行的旁路移植手术，经皮经导管进行的血管内手术不在本保险合同保障范围内。

（四十六）系统性硬化病（硬皮病）

指一种以局限性或者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。本病须经专科医师明确诊断，并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。

下列疾病不在保障范围内：

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

（四十七）丝虫病所致象皮肿

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

（四十八）胰腺移植术

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

单纯胰岛移植、部分胰腺组织或细胞的移植不在保障范围内。

（四十九）急性出血坏死性胰腺炎开腹手术

指由本社认可医院的专科医生确诊为急性出血坏死性胰腺炎，并实际实施了外科开腹手术治疗，以进行坏死组织清除、坏死病灶切除或者胰腺切除。

因饮酒所致的急性出血坏死性胰腺炎或者经腹腔镜手术进行的治疗不在保障范围内。

（五十）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。**且须满足以下所有条件：**

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. 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。

（五十一）克-雅氏病（CJD、人类疯牛病）

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生根据 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。

CJD 疑似病例不在本保障范围内。

（五十二）严重肾髓质囊性病

严重肾髓质囊性病的诊断须同时符合下列要求：

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

（五十三）严重的原发性硬化性胆管炎

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

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

因肿瘤或胆管损伤等继发性的硬化性胆管炎不在保障范围内。

（五十四）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。且满足下列全部条件：

1. 须由专科医生明确诊断，符合所有以下诊断标准：
 - （1）血浆促肾上腺皮质激素 (ACTH) 水平测定 > 100pg/ml；
 - （2）血浆和尿游离皮质醇及尿 17 羟皮质类固醇、17 酮皮质类固醇测定、血浆肾素活性、血管紧张素 II 和醛固酮测定，显示为原发性肾上腺皮质功能减退症；
 - （3）促肾上腺皮质激素 (ACTH) 刺激试验显示为原发性肾上腺皮质功能减退症。
2. 已经采用皮质类固醇替代治疗 180 天以上。

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

（五十五）溶血性链球菌引起的坏疽

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

（五十六）开颅手术（含破裂脑动脉瘤夹闭手术）

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。

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。

（五十七）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肌肉无力和肌肉萎缩。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）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。

本疾病不受本保险合同责任免除中关于“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（五十八）心肌炎导致的严重心功能衰竭

指被保险人因严重心肌炎症性病变导致心功能损害造成持续的永久不可逆性的心功能衰竭。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的心功能状态分级 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。

（五十九）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、脑退行性病变更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。

本疾病不受本保险合同责任免除中关于“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（六十）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不在保障范围内。

本疾病不受本保险合同责任免除中关于“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体

体异常”的限制。

（六十一）主动脉夹层动脉瘤

指主动脉的内膜破裂导致血液流入主动脉壁中形成夹层动脉瘤。主动脉指胸主动脉及腹主动脉而非其旁支。诊断必须由专科医生通过检验结果证实，检查包括超声心动图、数字减影血管造影，磁共振扫描及磁共振血管造影或心导管检查的证明，并有必要进行紧急修补手术。

（六十二）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，实际实施了手术以切除肿瘤。嗜铬细胞瘤必须由内分泌专科医生明确诊断。

（六十三）进行性核上性麻痹

进行性核上性麻痹（PSP）又称 Steele-Richardson—Olszewski 综合征，是一种少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 必须由三级甲等医院的神经内科专科医生确诊，并且被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

（六十四）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。

本保险合同仅对实际被实施了膝关节或髋关节置换手术治疗的严重的幼年型类风湿关节炎予以理赔。

（六十五）严重肠道疾病并发症

指由严重肠道疾病导致小肠损害并发症，须满足以下所有条件：

1. 经手术至少切除了三分之二小肠；
2. 完全肠外营养支持 90 天以上。

（六十六）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。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。

（六十七）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。且须满足下列所有条件：

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。

（六十八）Ⅲ度房室传导阻滞

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

1. 心电图显示房室搏动彼此独立，心室率 <40 次/分钟；
2. 出现阿-斯综合征或心力衰竭的表现；
3. 必须持续性依赖心脏起搏器维持心脏正常功能，且已经放置永久性心脏起搏器。

（六十九）细菌性脑脊髓膜炎导致的永久性神经损害

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。

（七十）严重感染性心内膜炎

指因感染性微生物引致的心脏内膜炎症，且满足下列全部条件：

1. 以下方法之一检查结果为阳性，证实存在感染性微生物：
 - （1）经培养或者组织检查证实赘生物或者心脏内脓疡有微生物；
 - （2）组织检查证实赘生物或者心脏内脓疡有活动性心内膜炎；
 - （3）分别两次血液培养证实有微生物，且与心内膜炎符合。
2. 出现明显的心功能障碍，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级Ⅳ级。

药物滥用者所患感染性心内膜炎不在保障范围内。

（七十一）严重骨髓异常增生综合征

骨髓增生异常综合征（myelodysplastic syndromes, MDS）是起源于造血干细胞的一组骨髓克隆增生异常的疾病，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。被保险人根据外周血和骨髓活检被明确诊断为骨髓增生异常综合征，并须满足下列全部条件：

1. FAB 分类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。

（七十二）心脏粘液瘤切除手术

指为了治疗心脏粘液瘤，实际被开胸开心以实施心脏粘液瘤切除手术。

经导管介入手术治疗不在本保险合同保障范围内。

（七十三）溶血性尿毒综合征

一种由于感染导致的急性综合征，引起红细胞溶血，肾功能衰竭及尿毒症。溶血尿毒综合征必须由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. 因肾脏功能衰竭实际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。

（七十四）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，须满足下列全部条件：

1. 经组织病理学检查明确诊断；
2. 计算机断层扫描（CT）显示双肺弥漫性囊性改变；
3. 动脉血气提示低氧血症。

疑似肺淋巴管肌瘤病除外。

（七十五）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，本病必须由专科医生确诊，并且实际实施了肺灌洗治疗。

（七十六）严重创伤弧菌感染截肢

因创伤弧菌感染导致败血症和肢体损害。必须满足下列所有条件：

1. 近期被海产品刺伤或肢体创口接触海水史；
2. 病原学检查证实致病菌为创伤弧菌；
3. 出现脓毒败血症或休克；
4. 受感染肢体（一肢体或多肢体）自腕关节或踝关节近端截肢。

（七十七）疾病或外伤所致智力障碍

指因严重头部创伤或者疾病造成智力低于常态，智力商数（IQ）不高于 70。须满足下列全部条件：

1. 造成智力低常的严重头部创伤或者疾病发生在 6 周岁以后（以入院日期为准）；
2. 由本社认可的专科医生确诊由于严重头部创伤或者疾病造成智力低常；
3. 由本社认可的专合格心理检测工作者根据年龄采用对应的智力量表检测证实智力低常，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；
4. 智力低常自确认之日起持续 180 天以上。

（七十八）Brugada 综合征

被保险人必须由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，并提供完整的诊疗记录；
2. 心电图有典型的 I 型 Brugada 波；
3. 已经安装了永久性心脏除颤器。

（七十九）严重面部烧伤

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

（八十）亚急性硬化性全脑炎

是由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。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Y-球蛋白升高、脑脊液和血清中麻疹抗体滴定度升高；
2. 被保险人出现运动障碍，永久不可逆丧失自主生活能力，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

（八十一）脊髓小脑变性症

该病是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。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：
 - （1）影像学检查证实存在小脑萎缩；
 - （2）临床表现存在共济失调、语言障碍和肌张力异常。

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

本疾病不受本保险合同责任免除中关于“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（八十二）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。须满足下列所有条件：

1. 根据脑组织病理活检确诊；
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。

（八十三）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。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，须满足下列全部条件：

1. 实验室检查证据证实存在埃博拉病毒感染；

2. 存在广泛出血的临床表现；
3. 病程持续 30 天以上。

单纯实验室诊断但没有临床出血表现的或者在确诊之前已经身故的不在保障范围内。

（八十四）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。

（八十五）重症手足口病

手足口病是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。

重症手足口病指诊断为手足口病，且满足下列所有条件：

1. 病原学检查确诊为手足口病；
2. 伴有所列危重并发症之一：脑膜炎、脑炎、脑脊髓炎、肺水肿或心脏衰竭；
3. 接受了住院治疗。

（八十六）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。

（八十七）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. 被保险人实际实施了肿瘤切除的手术治疗；
2. 手术 180 天后遗留下列神经系统损害，无法独立完成下列基本日常生活活动之一：
 - （1）移动：自己从一个房间到另一个房间；
 - （2）进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

非脊髓内的其他椎管内肿瘤、脊柱肿瘤、神经纤维瘤不在保障范围内。

（八十八）严重急性弥漫性血管内凝血

指血液凝固系统和纤溶系统的过度活动导致微血管血栓形成、血小板及凝血因子耗竭和严重出血，须经本社认可医院的专科医生明确诊断，并且已经达到临床分期的中期（消耗性低凝期）或者后期（继发性纤溶亢进期），已经输注血浆和浓缩血小板进行治疗。

（八十九）严重出血性登革热

是由登革热病毒引起的急性传染病，为一种自限性疾病。本保险合同仅对严重的登革热给予保障，**被保险人的登革热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：

- （1）血浆渗漏致休克或胸腔积液伴呼吸困难；
- （2）严重出血：消化道出血、阴道大出血、颅内出血、肉眼血尿或皮下血肿（不包括皮下出血点）；
- （3）严重器官损害或衰竭：肝脏损伤(ALT 或 AST>1000IU/L)、ARDS（急性呼吸窘迫综合征、急性心功能衰竭、急性肾功能衰竭、脑病。

（九十）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。

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>25×10⁹/L；
3. 外周血原始细胞≥1%；
4. 血小板计数<100×10⁹/L。

恶性肿瘤、中毒、放射线和感染所致的继发性骨髓纤维化不在保障范围内。

（九十一）失去一肢及一眼

被保险人因同一次意外伤害事件或疾病导致一肢体丧失和一眼视力丧失。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。

（九十二）严重脊髓灰质炎导致的瘫痪

指由于脊髓灰质炎病毒感染所致的瘫痪性疾病，临床表现为运动功能损害或呼吸无力。脊髓灰质炎必须明确诊断，且需提供脊髓灰质炎病毒检查的证据(如粪便或脑脊液检查，血液中抗体检查)。本保险合同仅对脊髓灰质炎造成的神经系统功能损害导致被保险人一肢或一肢以上肢体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。

（九十三）多处臂丛神经根性撕脱

指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。该病必须由保险人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。

（九十四）艾森门格综合征

指因心脏病导致的严重肺动脉高压及右向左分流。须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或本社指定或认可的医疗机构的心脏专科医生经超声心动图和心导管检查明确诊断，**并须符合下列全部条件：**

1. 平均肺动脉压高于或者等于 36mmHg；
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。

本疾病不受本保险合同责任免除中关于“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（九十五）器官移植原因导致 HIV 感染

因进行器官移植感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）并且根据 HIV 感染分类及 AIDS 诊断标准被确诊为艾滋病（AIDS）期。须满足下列全部条件：

1. 提供器官移植治疗的器官移植中心或者医院出具该项器官移植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；
2. 提供器官移植治疗的器官移植中心或者医院必须拥有合法经营执照。

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，本保险合同对该病将不再予以赔付。

任何因其他传播方式（包括：性传播或者静脉注射毒品）导致的 HIV 感染不在保障范围内。本社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。

本疾病不受本保险合同责任免除中关于“被保险人感染艾滋病病毒或者患艾滋病”的限制。

（九十六）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。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：

（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本保险合同保障范围内。

（九十七）严重强直性脊柱炎

指一种慢性全身性炎性疾病，主要侵犯脊柱导致脊柱畸形。强直性脊柱炎须由本社认可医院的医生明确诊断并且满足下列全部条件：

1. 有 X 片证实的双侧或者单侧骶髂关节炎；
2. 腰椎在前屈、侧屈和后伸的 3 个方向运动均受限严重；
3. 胸廓扩展范围小于 2.5cm；
4. 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或者三项以上。

（九十八）室壁瘤切除手术

被保险人被明确诊断为左室室壁瘤，并且实际被实施了开胸进行的室壁瘤切除手术治疗。

经导管心室内成型手术治疗不在本保险合同保障范围内。

（九十九）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须满足下列全部条件：

1. 心功能衰竭达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级，并持续 180 天以上；
2. 已经实施了开胸进行的心包剥脱或心包切除手术。

经胸腔镜、胸壁打孔进行的手术、心包粘连松解手术不在保障范围内。

（一百）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 $\geq 55\text{mm}$ ；
4. QRS 时间 $\geq 130\text{msec}$ ；
5. 药物治疗效果不佳，仍有症状。

以上“（一）恶性肿瘤——重度”至“（二十八）严重溃疡性结肠炎”所列重大疾病定义根据中国保险行业协会2020年公布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020年修订版）》做出，其他重大疾病由本社增加，其定义由本社根据通行的医学标准制定。

《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10），是世界卫生组织（WHO）发布的国际通用的疾病分类方法。《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3），是WHO发布的针对ICD中肿瘤形态学组织学细胞类型、动态、分化程度的补充编码。其中形态学编码：0代表良性肿瘤；1代表动态未定性肿瘤；2代表原位癌和非侵袭性癌；3代表恶性肿瘤（原发性）；6代表恶性肿瘤（转移性）；9代表恶性肿瘤（原发性或转移性未肯定）。如果出现ICD-10与ICD-O-3不一致的情况，以ICD-O-3为准。

二十三、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。

二十四、恶性肿瘤—重度

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经**组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）**结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO, World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

下列疾病不属于“恶性肿瘤—重度”，不在保障范围内：

1. ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；

b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

2. TNM 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

3. TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或更轻分期的前列腺癌；

4. 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

5. 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

6. 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病（或霍奇金淋巴瘤）；

7. 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 < 10/50 HPF 和 ki-67 ≤ 2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

TNM 分期采用 AJCC 癌症分期手册标准。该标准由美国癌症联合委员会与国际抗癌联合会 TNM 委员会联合制定，是目前肿瘤医学分期的国际通用标准。T 指原发肿瘤的大小、形态等；N 指淋巴结的转移情况；M 指有无其他脏器的转移情况。

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

甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hürthle 细胞癌和未分化癌

pT_x：原发肿瘤不能评估

pT₀：无肿瘤证据

pT₁：肿瘤局限在甲状腺内，最大径 ≤ 2cm

T_{1a} 肿瘤最大径 ≤ 1cm

T_{1b} 肿瘤最大径 > 1cm, ≤ 2cm

pT₂: 肿瘤 2~4cm

pT₃: 肿瘤 > 4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}: 肿瘤 > 4cm, 局限于甲状腺内

pT_{3b}: 大体侵犯甲状腺外带状肌, 无论肿瘤大小

带状肌包括: 胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT₄: 大体侵犯甲状腺外带状肌外

pT_{4a}: 侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT_{4b}: 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pT_x: 原发肿瘤不能评估

pT₀: 无肿瘤证据

pT₁: 肿瘤局限在甲状腺内, 最大径 ≤ 2cm

T_{1a} 肿瘤最大径 ≤ 1cm

T_{1b} 肿瘤最大径 > 1cm, ≤ 2cm

pT₂: 肿瘤 2~4cm

pT₃: 肿瘤 > 4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}: 肿瘤 > 4cm, 局限于甲状腺内

pT_{3b}: 大体侵犯甲状腺外带状肌, 无论肿瘤大小

带状肌包括: 胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT₄: 进展期病变

pT_{4a}: 中度进展, 任何大小的肿瘤, 侵犯甲状腺外颈部周围器官和软组织, 如喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT_{4b}: 重度进展, 任何大小的肿瘤, 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管

区域淋巴结: 适用于所有甲状腺癌

pN_x: 区域淋巴结无法评估

pN₀: 无淋巴结转移证据

pN₁: 区域淋巴结转移

pN_{1a}: 转移至VI、VII区(包括气管旁、气管前、喉前/Delphian 或上纵隔)淋巴结, 可以为单侧或双侧。

pN_{1b}: 单侧、双侧或对侧颈淋巴结转移(包括I、II、III、IV或V区)淋巴结或咽后淋巴结转移。

远处转移: 适用于所有甲状腺癌

M₀: 无远处转移

M₁: 有远处转移

乳头状或滤泡状癌（分化型）			
年龄 < 55 岁			
	T	N	M
I 期	任何	任何	0
II 期	任何	任何	1
年龄 ≥ 55 岁			
I 期	1	0/x	0
	2	0/x	0
II 期	1~2	1	0
	3a~3b	任何	0
III 期	4a	任何	0
IVA 期	4b	任何	0
IVB 期	任何	任何	1
髓样癌（所有年龄组）			
I 期	1	0	0
II 期	2~3	0	0
III 期	1~3	1a	0
IVA 期	4a	任何	0
	1~3	1b	0
IVB 期	4b	任何	0
IVC 期	任何	任何	1
未分化癌（所有年龄组）			
IVA 期	1~3a	0/x	0
IVB 期	1~3a	1	0
	3b~4	任何	0
IVC 期	任何	任何	1

注：以上表格中“年龄”指患者病理组织标本获取日期时的年龄。

二十五、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，包括床位费、护理费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费等，但不包括化学疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法和肿瘤靶向疗法所产生的药品费。

二十六、恶性肿瘤——轻度

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO， World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿

瘤学专辑》第三版（ICD-0-3）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴，但在“恶性肿瘤——重度”保障范围的疾病。且特指下列六项之一：

- （1）TNM 分期为 I 期的甲状腺癌；
- （2）TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期的前列腺癌；
- （3）黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；
- （4）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- （5）相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- （6）未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 <10/50 HPF 和 ki-67 ≤2%）的神经内分泌肿瘤。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”：

ICD-0-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

- a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；
- b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等。

二十七、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，且须满足全部以下两个条件：

- （1）必须经对固定活组织的组织病理学检查明确诊断，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）的原位癌范畴（D00-D09）；
- （2）被保险人必须已经接受了针对原位癌病灶的手术治疗。

二十八、处方

指由注册的执业医师和在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书。处方包括医疗机构病区用药医嘱单。

二十九、境内上市特定药品清单

指本社与投保人约定的中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）符合国家药品监督管理局批准的特定药品清单。初始清单见本条款附录《境内上市特定药品清单》，本社保留对上述清单进行变更的权利。具体承保的《境内上市特定药品清单》以产品销售页面或投保文件中展示为准。

三十、指定或认可的药店

经本社审核认可，能够满足下列全部条件，为被保险人提供恶性肿瘤药品处方审核，购药服务或配送服务的药店。该指定或认可的药店将在产品销售页面或投保文件中展示，本社保留对指定或认可的药店进行变更的权利。

- (1) 取得国家药品经营许可证、GSP认证；
- (2) 具有完善的冷链药品送达能力；
- (3) 提供专业的药品资讯、患者教育、追踪随访服务；
- (4) 该药店内具有药师等专业人员提供服务；

(5) 具有或者正在申报当地城乡居民大病医疗保险定点资质的、由大型医药公司经营的全国性连锁药店。

三十一、指定医院

指海南博鳌超级医院、博鳌恒大国际医院、博鳌国际医院、海南省人民医院乐城院区和海南省妇女儿童医学中心乐城分院。该指定医院将在产品销售页面或投保文件中展示，本社保留对上述指定医院进行变更的权利。

三十二、临床急需进口特定药品清单

指本社与投保人约定的指定医院因临床急需，经国务院药品监督管理部门或者国务院授权的省、自治区、直辖市人民政府批准后，进口的少量药品的清单。初始清单见本条款附录《临床急需进口特定药品清单》，本社保留对上述清单进行变更的权利。具体承保的《临床急需进口特定药品清单》以产品销售页面或投保文件中展示为准。

三十三、特定医疗器械清单

指本社与投保人约定的医疗器械清单，包括：

(1) 符合国务院药品监督管理部门或者国务院授权的省、自治区、直辖市人民政府批准的国产医疗器械和进口医疗器械；

(2) 指定就诊医院因临床急需，经国务院药品监督管理部门或者国务院授权的省、自治区、直辖市人民政府批准后，进口的少量医疗器械。

初始清单见本条款附录《特定医疗器械清单》，本社保留对上述清单进行变更的权利。具体承保的《特定医疗器械清单》以产品销售页面或投保文件中展示为准。

三十四、约定的药品、器械、诊疗项目

指保险人在本保险合同订立时与投保人约定的、经保险人审核认可并属于保险责任的药品、器械、诊疗项目清单中的药品、器械、诊疗项目。具体药品、器械、诊疗项目清单将在产品销售页面或投保文件中展示。

三十五、医嘱

指经治医师在医疗活动过程中为诊治患者下达的医学指令。医嘱按照内容分为用药医嘱、诊疗医嘱、护理医嘱、嘱托医嘱和特殊医嘱，内容包含药品、器械、耗材、检查、治疗等。

三十六、互联网医院

指包括作为实体医疗机构第二名称的互联网医院，以及依托实体医疗机构独立设置的互联网医院，具体以保险单中载明为准。保险人可在确保被保险人利益的前提下有权调整互联网医院目录，并通知投保人、被保险人。

三十七、互联网医院药品清单

指保险人与投保人约定的互联网医院药品目录，具体以保险人公布为准。保险人可在确保被保险人利益的前提下有权调整互联网医院药品目录，并通知投保人、被保险人。

三十八、特定疾病

本保险合同约定的特定疾病如下：

（一）恶性肿瘤——重度

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO, World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，不在保障范围内：

1. ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；

b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

2. TNM 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

3. TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或更轻分期的前列腺癌；

4. 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

5. 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

6. 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

7. 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 < 10/50 HPF 和 ki-67 ≤ 2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

（二）较重急性心肌梗死

急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合：

1. 检测到肌酸激酶同工酶（CK-MB）或肌钙蛋白（cTn）升高和/或降低的动态变化，至少一次达到或超过心肌梗死的临床诊断标准；

2. 同时存在下列之一的证据，包括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的病理性 Q 波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。

较重急性心肌梗死指依照上述标准被明确诊断为急性心肌梗死，并且必须同时满足下列至少一项条件：

1. 心肌损伤标志物肌钙蛋白（cTn）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 15 倍（含）以上；

2. 肌酸激酶同工酶（CK-MB）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 2 倍（含）以上；

3. 出现左心室收缩功能下降，在确诊 6 周以后，检测左室射血分数（LVEF）低于 50%（不含）；

4. 影像学检查证实存在新发的乳头肌功能失调或断裂引起的中度（含）以上的二尖瓣反流；

5. 影像学检查证实存在新出现的室壁瘤；

6. 出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。

其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在保障范围内。

（三）严重脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：

1. 一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；

2. 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；

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

（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、肺脏或小肠的异体移植手术。

造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的移植手术。

（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，已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。

（六）严重慢性肾衰竭

指双肾功能慢性不可逆性衰竭，依据肾脏病预后质量倡议（K/DOQI）制定的指南，分期达到慢性肾脏病 5 期，且经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗。规律性透析是指每周进行血液透析或每天进行腹膜透析。

以上所列疾病定义根据中国保险行业协会 2020 年公布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》做出。

三十九、特需医疗机构

指经中华人民共和国卫生部门审核认定的二级或二级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。该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。**但上述医院不包括观察室、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。保险期间内保险人调整除外名单的将在产品销售页面或投保文件中展示。

四十、无合法有效驾驶证驾驶

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，以及在被暂扣、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。

四十一、无合法有效行驶证

指下列情形之一：

- (1) 机动车被依法注销登记的；
- (2) 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动车辆；
- (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车辆。

四十二、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。

四十三、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》第十次修订版（ICD-10）确定。

四十四、感染艾滋病病毒（HIV）或患艾滋病（AIDS）

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。

四十五、既往症

指在本保险合同生效日之前被保险人已患且已知晓的疾病

四十六、基因疗法

指通过各种手段修复缺陷基因，以实现减缓或治愈疾病目的的技术。

四十七、细胞免疫疗法

指通过采集人体免疫细胞，在体外进行扩增和功能鉴定，然后向患者转输，达到杀灭血液及组织中的病原体、癌细胞、突变的细胞，从而打破机体免疫耐受，激活和增强机体免疫力的治疗方法。

四十八、职业病

指企业、事业单位和个体经济组织的劳动者在职业活动中，因接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害物质等因素而引起的疾病。职业病的认定需遵循《中华人民共和国职业病防治法》中的相关规定及鉴定程序。

四十九、医疗事故

指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，过失造成患者人身损害的事故，具体以《医疗事故处理条例》（中华人民共和国国务院令第 351 号）为准。

五十、攀岩

指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

五十一、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。

五十二、高风险运动

指比一般常规性的运动风险等级更高、更容易发生人身伤害的运动，在进行此类运动前需有充分的心理准备和行动上的准备，必须具备一般人不具备的相关知识和技能或者必须在接受专业人士提供的培训或训练之后方能掌握。被保险人进行此类运动时须具备相关防护措施或设施，以避免发生损失或减轻损失，包括但不限于潜水，冲浪，滑水，滑雪，滑冰，乘坐或驾驶商业民航班机以外的飞行器，驾驶或乘坐滑翔翼，滑翔伞，跳伞或其他高空运动，攀岩运动，探险活动，武术，摔跤，柔道，空手道，跆拳道，马术，拳击，特技表演（含训练），替身表演（含训练），驾驶卡丁车，赛马，赛艇，赛车，各种车辆表演（含训练），蹦极。

五十三、《临床技术操作规范》：指由中华医学会编写的权威性技术操作规范（全套 43 册）。

五十四、耐药

指以下两种情况之一：

1. 实体肿瘤病灶按照 RECIST（实体瘤治疗疗效评价标准）出现疾病进展，即定义为耐药。

2. 非实体肿瘤（包含白血病、多发性骨髓瘤、骨髓纤维化、淋巴瘤等血液系统恶性肿瘤）在临床上常无明确的肿块或者肿块较小难以发现，经规范治疗后，按相关专业机构（包括：中国临床肿瘤学会（CSCO）、中华医学会血液学分会、中国抗癌协会血液肿瘤专业委员会、国家卫计委、美国国家综合癌症网络（NCCN）等）的指南规范，通过骨髓形态学、流式细胞仪、特定基因检测等结果进行综合评价，得出疾病进展的结论，即定义为耐药。

五十五、放射性物质的职业：指从事职业需接触或应用 X 射线或放射线，或从事放射性物质研究或废物处理，或曾接受放射治疗。

五十六、有毒物质的职业：指从事职业接触石棉，氯甲醚，双氯甲醚，砷及其化合物，

焦炉逸散物，六价铬化合物，毛沸石，β-萘胺，砷加工，镉，煤烟，煤焦油，煤焦油沥青，石油沥青等相关工业，树脂工，制革，制铝，品红制造等行业，接触异丙醇，石棉粉，芥子气，氯乙烯，接触橡胶轮胎的生产者和橡胶工人，或接触甲醛，接触苯（如印刷业），联苯胺（如染料行业）。

五十七、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。

五十八、承保职业范围：指属于《众惠财产相互保险社职业类别表》中1-4类职业或不属于《众惠财产相互保险社特殊职业分类表》所列职业，具体承保职业范围将在产品销售页面或投保文件中展示，本社保留对上述承保职业范围进行变更的权利。

五十九、未到期净保险费：指本保险合同所具有的最低现金价值，若保险费为一次性支付的：未到期净保险费=净保险费×(1-m/n)，其中，m为已生效天数，n为保险期间天数，经过日期不足一日的按一日计算，净保险费=保险费×(1-退保费用率)，具体退保费用率在保险单中载明，个人业务退保费用率不超过35%，团体业务退保费用率不超过25%。

若保险费为分期支付的：未到期净保险费=当期净保险费×(1-m/n)，其中，m为当期已生效天数，n为当期天数，经过日期不足一日的按一日计算，当期净保险费=当期保险费×(1-退保费用率)，具体退保费用率在保险单中载明，个人业务退保费用率不超过35%，团体业务退保费用率不超过25%。

六十、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0周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。

六十一、不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

六十二、有效基因检测报告

指由三级公立医院或本社认可的基因检测机构出具的基因检测报告，包含患者基本信息、基因检测结果和用药建议。本社认可的基因检测机构清单将在产品销售页面或投保文件中展示。

六十三、第三方服务商

本社授权的为保险用户提供处方审核及药事服务的机构，机构名单将在产品销售页面或投保文件中展示。

六十四、购药凭证

保险理赔审核通过之后，第三方服务商通过平台派发给用户可用于在第三方服务商合作药房领取保险赔付药品的凭证。

六十五、组织病理学检查

是通过局部切除、钳取、穿刺等手术方法，从患者机体采取病变组织块，经过包埋、切片后，进行病理检查的方法。

通过采集病变部位脱落细胞、细针吸取病变部位细胞、体腔积液分离病变细胞等方式获取病变细胞，制成涂片，进行病理检查的方法，属于细胞病理学检查，不属于组织病理学检查。

六十六、肢体

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。

六十七、肌力

指肌肉收缩时的力量。肌力划分为0-5级，具体为：

0级：肌肉完全瘫痪，毫无收缩。

1级：可看到或者触及肌肉轻微收缩，但不能产生动作。

2级：肌肉在不受重力影响下，可进行运动，即肢体能在床面上移动，但不能抬高。

3级：在和地心引力相反的方向中尚能完成其动作，但不能对抗外加阻力。

4级：能对抗一定的阻力，但较正常人为低。

5级：正常肌力。

六十八、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。

六十九、严重咀嚼吞咽功能障碍

指因牙齿以外的原因导致器质障碍或机能障碍，以致不能作咀嚼吞咽运动，除流质食物外不能摄取或吞咽的状态。

七十、六项基本日常生活活动

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

六项基本日常生活活动能力的鉴定不适用于 0-3 周岁幼儿。

七十一、不可逆

指自疾病确诊或意外伤害发生之日起，经过积极治疗 180 天后，仍无法通过现有医疗手段恢复。

七十二、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。

七十三、美国纽约心脏病学会心功能状态分级

美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）将心功能状态分为四级：
I级：心脏病病人日常活动量不受限制，一般活动不引起乏力、呼吸困难等心衰症状。II级：心脏病病人人体力活动轻度受限制，休息时无自觉症状，一般活动下可出现心衰症状。III级：心脏病病人人体力活动明显受限，低于平时一般活动即引起心衰症状。IV级：心脏病病人不能从事任何体力活动，休息状态下也存在心衰症状，活动后加重。