

众惠财产相互保险社

团体医疗费用保险（2018款）条款

总则

第一条 合同构成

本保险合同（以下简称“本合同”）由保险单或其他保险凭证及所附条款、投保单、与本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。凡涉及本合同的约定，均采用书面形式。

第二条 保险人

本合同的保险人为众惠财产相互保险社（以下简称“本社”）。

第三条 投保人

本合同的投保人为对被保险人有保险利益的特定团体。“特定团体”指法人、非法人组织以及其他不以购买保险为目的而组成的团体。特定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；特定团体属于其他不以购买保险为目的而组成的团体的，投保人可以是特定团体中的自然人。

在本合同成立并生效以后，投保人即成为本社会员。

第四条 被保险人

除本合同另有约定外，凡符合本社承保条件的身体健康、能正常生活的特定团体成员，均可作为本合同的被保险人。经保险人书面同意，特定团体成员的配偶、子女、父母也可作为本合同的被保险人。

第五条 受益人

除本合同另有约定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

会 员

第六条 会员权利及义务

会员应当承认并遵守《众惠财产相互保险社章程》（以下简称“《章程》”），按照《章程》规定，享有各项权利。

投保人成为本社会员后不得损害本社及其他会员利益。会员违反法律法规或《章程》规定给本社及其他会员造成损失的，应当承担赔偿责任。

第七条 盈余分配

按照《章程》的规定，本社在弥补以前年度亏损、提取公积金以及偿债基金以后，向会员进行盈余分配。

本社偿付能力未达到监管要求时或未全部偿还初始运营资金借款利息前，本社不向会员分配盈余。

第八条 会员资格终止

会员出现以下行为时，经本社董事会办公室认定，会员资格终止：

- (一) 保险合同效力中止；
- (二) 保险合同终止；
- (三) 滥用会员权利，损害本社或其他会员的合法权益；
- (四) 《众惠财产相互保险社会员管理办法》规定的其他情形。

保险责任

第九条 保险责任

(一) 一般医疗保险金

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（释义三）**，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（释义四）**普通部或保险人认可的医疗机构接受治疗的，保险人对下述1-4类费用，按照本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，被保险人需个人支付的、必需且合理的住院医疗费用（释义六），包括床位费（释义七）、膳食费（释义八）、护理费（释义九）、重症监护室床位费（释义十）、诊疗费（释义十一）、医事服务费（释义十二）、检查检验费（释义十三）、治疗费（释义十四）、药品费（释义十五）、手术费（释义十六）、救护车使用费（释义十七）等。

到本合同满期日时，被保险人未结束本次住院治疗的，保险人继续承担因本次住院发生的、最高不超过本合同满期日后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，保险人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，在扣除约定的免赔额后，依照约定的给付比例赔付。特殊门诊医疗费用包括：

(1) 门诊肾透析费；

(2) 门诊**恶性肿瘤（释义十八）**治疗费，包括**化学疗法（释义十九）、放射疗法（释义二十）、肿瘤免疫疗法（释义二十一）、肿瘤内分泌疗法（释义二十二）、肿瘤靶向疗法（释义二十三）**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合同期间内初次罹患并接受住院手术治疗的（续保时不受初次罹患并接受住院手术治疗限制），且根据出院医嘱必须进行门诊检查的，被保险人在本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）。

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

（二）重大疾病医疗保险金

在保险期间内，被保险人在等待期（因意外伤害事故导致的本合同约定的重大疾病无等待期）后经医院初次确诊罹患本合同约定的**重大疾病（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保险人认可的医疗机构接受治疗的，保险人首先按照第九条第（一）款的约定给付一般医疗保险金，当保险人累计给付金额达到一般医疗保险金的保险金额后，保险人再对下述1-4类费用，按照本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

指被保险人经医院诊断罹患本合同约定的重大疾病必须接受住院治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的治疗重大疾病住院医疗费用，包括床位费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、医事服务费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费、救护车使用费等。

到本合同满期日时，被保险人未结束本次住院治疗的，保险人继续承担因本次住院发生的、最高不超过本合同满期日后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）门诊恶性肿瘤治疗费，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法的治疗费用；

（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合同期间内初次罹患并接受住院手术治疗的（续保时不受初次罹患并接受住院手术治疗限制），且根据出院医嘱必须进行门诊检查的，被保险人在本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合同约定的重大疾病必须接受住院治疗，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）。

对于以上四类费用，保险人对于被保险人需个人支付的、必需且合理的金额，依照约定的给付比例进行赔付。保险人在本项下累计给付之和以本合同约定的重大疾病医疗保险金的保险金额为限，当保险人在本项下累计给付金额达到本项保险金额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

被保险人在等待期内，初次确诊罹患本合同约定的重大疾病，保险人不承担给付保险金的责任，但向投保人无息退还已缴纳的保险费，同时本合同终止。

责任免除

第十条 因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的或发生如下列明的医疗费用，保险人不承担保险金给付责任：

- （一）投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；
- （二）被保险人故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施；被政府依法拘禁或入狱期间；
- （三）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；
- （四）被保险人故意自伤或因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；
- （五）被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶（释义二十五）或者驾驶无有效行驶证（释义二十六）的机动车辆；
- （六）被保险人受酒精或毒品的影响，或未遵医嘱，擅自服用、涂用、注射药物；
- （七）被保险人在初次投保前所患既往症（释义二十七）；等待期内出现的疾病、症状（释义二十八）或体征（释义二十九）；等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；
- （八）被保险人在不符合本合同约定的医院就诊发生的医疗费用；
- （九）被保险人在初次投保的合同生效之日起九十天内接受扁桃腺、甲状腺、疝气、女性生殖系统疾病的检查与治疗；
- （十）被保险人患精神性疾病（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD10）分类为精神和行为障碍的疾病）；
- （十一）整形手术、美容或整容手术、变性手术及前述手术的并发症或因前述手术导致的医疗事故；
- （十二）被保险人患遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD10）确定）；
- （十三）被保险人患椎间盘突出症（包括椎间盘膨出、椎间盘突出、椎间盘脱出、游

离型椎间盘等类型)、慢性咽炎、慢性鼻炎、慢性喉炎;

(十四) 被保险人在初次投保前接受过器官切除手术治疗的;

(十五) 痔疮及相关治疗;

(十六) 被保险人怀孕(含宫外孕)、流产、分娩(含剖腹产)、避孕、绝育手术、治疗不孕不育症、人工受孕及由此导致的并发症;

(十七) 牙科疾病及相关治疗, 视力矫正手术, 但因意外所致的不受此限;

(十八) 被保险人因预防、康复、保健性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用; 眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具; 包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗;

(十九) 被保险人从事职业运动或可获得报酬的运动或竞技, 在训练或比赛中受伤; 被保险人从事或参加高风险运动, 如: 潜水(释义三十)、滑水、冲浪、赛艇、漂流、跳伞或其他高空运动、蹦极、乘坐或驾驶商业民航飞机以外的飞行器、攀岩(释义三十一)、攀登海拔3500米以上的独立山峰、滑雪、武术(释义三十二)、摔跤、马术、赛马、赛车、特技(释义三十三)表演(含训练)、替身表演(含训练)、探险(释义三十四)或考察活动(洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等等);

(二十) 被保险人感染艾滋病病毒(HIV)或患艾滋病(AIDS)(释义三十五);

(二十一) 战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱;

(二十二) 核爆炸、核辐射或者核污染;

(二十三) 投保人与保险人约定的其他免责事项。

免赔额

第十一条 免赔额由投保人与保险人在订立本合同时协商确定, 并在本合同中载明。

本合同中所指免赔额均指年免赔额, 指在本合同保险期间内, 应由被保险人自行承担, 本合同不予赔付的部分。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。但通过社会医疗保险和公费医疗保险获得的补偿, 不可用于抵扣免赔额。

若被保险人在等待期后经医院初次确诊罹患本合同约定的重大疾病且在医院接受住院治疗的, 对于自确诊重大疾病之日起所发生的符合本合同约定的全部医疗费用, 保险人在给付保险金时, 不再扣除免赔额。

投保人续保本合同的, 若被保险人在以往保险期间内已确诊罹患本合同约定的重大疾病且接受住院治疗的, 对于本合同保险期间内发生的符合本合同约定的全部医疗费用, 保险人在给付保险金时, 不再扣除免赔额。

第十二条 补偿原则和赔付标准

(一) 本合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径(包括社会医疗保险、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, 则保险人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) 若被保险人以参加社会医疗保险身份投保, 但未以参加社会医疗保险身份就诊并结算的, 则保险人根据本合同单独约定的给付比例进行赔付。

保险金额

第十三条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本合同的一般医疗保险金金额和重大疾病医疗保险金金额由投保人、保险人双方约定, 并在本合同中载明。保险金额一经确定, 保险期间内不能进行变更。

当以家庭为单位进行投保时, 投保人、保险人双方可约定家庭成员共用保额, 当约定共用保额后, 本合同及列明的其他附加险合同的保险金额及免赔额为合同约定的家庭成员共同使用。合同约定的被保险人所有人员累计赔付数额超过共用保额时, 该项保险责任终止。

保险期间

第十四条 保险期间由投保人和保险人协商确定, 以保险单上载明的保险期间为准, 最长不超过一年。

保险人的权利和义务

第十五条 明确说明义务

订立保险合同时, 采用保险人提供的格式条款的, 保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款, 保险人应当向投保人说明保险合同的内容。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。

第十六条 签发保单义务

本合同成立后, 保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十七条 补充索赔证明和资料的通知

保险人认为保险金申请人(释义三十六)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。

第十八条 核定、赔付义务

保险人收到被保险人或受益人的给付保险金的请求后, 应及时就是否属于保险责任做出核定, 情形复杂的, 保险人在收到保险金申请人的上述请求后 30 日内未能核定保险责任的, 保险人与保险金申请人根据实际情形商议合理期间, 保险人在商定的期间内做出核定结果并通知保险金申请人。

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, 保险人应在与保险金申请人达成有关给付保险金数额的协议后 10 日内, 履行给付保险金义务; 对不属于保险责任的, 应当自做出核定之日起 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。

第十九条 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 60 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

第二十条 交费义务

除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时一次性交清保险费。投保人未按约定交付保险费的，对保险费交付前发生的保险事故，保险人不承担保险赔偿责任。

第二十一条 如实告知义务

投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

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在拒保范围内的，保险人对该被保险人所负保险责任自其职业或工种变更之日起终止，并退还未满期净保费（释义三十七）。

被保险人未履行本条约定的通知义务而发生保险事故的，且被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人不承担给付保险金的责任，并自其职业或工种变更之日起，本合同终止，保险人退还未满期净保费。

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（释义三十八）年龄为准，本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合同约定的年龄限制的，保险人有权解除本合同，并向投保人退还未满期净保费。

（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 住址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。

第二十五条 被保险人变动

(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费。

第二十六条 变更批注

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

第二十七条 保险事故通知义务

投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后, 应当及时通知保险人, 并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。

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、原因难以确定的, 保险人对无法确定的部分, 不承担给付保险金责任, 但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。

上述约定, 不包括因不可抗力(释义三十九)而导致的迟延。

保险金申请与给付

第二十八条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时, 应提供如下材料:

(一) 保险金给付申请书;

(二) 保险合同凭证;

(三) 申请人的有效身份证件;

(四) 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、医疗费用原始单据、费用明细单据等。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的, 应提供其它合法有效的材料;

(五) 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;

(六) 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。

保险金申请人向本社申请保险金, 如有社会医疗保险之后须在基本医疗保险赔付之后进行。保险金作为被保险人遗产时, 必须提供可证明合法继承权的相关权利文件及保险金领取确认函。

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。**

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

第二十九条 诉讼时效期间

保险金申请人向保险人请求赔偿或者给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算，法律另有约定的除外。

争议处理和法律适用

第三十条 争议处理

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

第三十一条 法律适用

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

保险合同的解除、终止

第三十二条 合同解除

在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同，投保人解除本合同时，应提供下列证明文件和资料：

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

投保人要求解除本合同，自保险人接到保险合同解除申请书之日次日零时起，本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还本合同的未满期净保费。

第三十三条 合同的自动终止

发生下列情形时，本合同自动终止：

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

释 义

一、意外伤害：指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且单独的

原因致使身体受到的伤害。**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：指自本合同生效日起计算的一段时间，具体天数由保险人和投保人在投保时约定并在保险合同上载明。**在等待期内发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。**

三、疾病：是指本合同签发之日起，经等待期（续保不受此限）后被保险人所患疾病或症状，**但不包括本合同生效前、等待期内已接受或曾被医生建议需采取诊疗措施的任何疾病或症状。**

四、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。

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社会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、必需且合理的住院医疗费用：

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

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

2、医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

- ①治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
- ②不超过安全、足量治疗原则的项目；
- ③由医生开具的处方药；

④非试验性的、非研究性的项目；

⑤与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

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

七、床位费：指被保险人使用的医院床位的费用。

八、膳食费：指实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用，但不包括购买的个人用品。

九、护理费：指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

十、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。

上述医学必要指被保险人接受治疗或服务、使用器械或服用药品符合以下条件：医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需；在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需的水平；与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；非主要为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他医疗提供方的方便；非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；非试验性或研究性。

十一、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。

十二、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。

十三、检查检验费：指实际发生的、以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用，包括诊查费、妇检费、X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

十四、治疗费：指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

十五、药品费：指实际发生的合理且必要的由医生开具的具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用。但不包括营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品，以及下列中药类药品：

（1）主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药，如花旗参，冬虫草，白糖参，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。

十六、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。

十七、救护车使用费：住院前或住院期间转诊时，以抢救生命或治疗疾病为目的而发生的同城救护车费用。

十八、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，其中**不包含：**

- (1) 原位癌；
- (2) 相当于Binet分期方案A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- (3) 相当于Ann Arbor分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- (4) 皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；
- (5) TNM 分期为T1N0M0期或者更轻分期的前列腺癌；
- (6) 感染艾滋病病毒或罹患艾滋病期间所罹患恶性肿瘤。

十九、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。

二十、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。

二十一、肿瘤免疫疗法：指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和增强机体抗肿瘤免疫应答，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本合同所指的肿瘤免疫治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。

二十二、肿瘤内分泌疗法：指针对恶性肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制激素生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞的生长。本合同所指的内分泌治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。

二十三、肿瘤靶向疗法：指在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本合同所指的靶向治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。

二十四、重大疾病：本合同约定的重大疾病如下：

（一）恶性肿瘤

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。

下列疾病不在保障范围内：

1. 原位癌；
2. 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
3. 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
4. 皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；
5. TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或更轻分期的前列腺癌；
6. 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

（二）急性心肌梗塞

指因冠状动脉阻塞导致的相应区域供血不足造成部分心肌坏死。须满足下列至少三项条件：

1. 典型临床表现，例如急性胸痛等；
2. 新近的心电图改变提示急性心肌梗塞；
3. 心肌酶或肌钙蛋白有诊断意义的升高，或呈符合急性心肌梗塞的动态性变化；
4. 发病 90 天后，经检查证实左心室功能降低，如左心室射血分数低于 50%。

（三）脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

1. 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
2. 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
3. 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

（四）重大器官移植术或造血干细胞移植术

重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏或肺脏的异体移植手术。

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

（五）冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）

指为治疗严重的冠心病，实际实施了开胸进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

冠状动脉支架植入术、心导管球囊扩张术、激光射频技术及其它非开胸的介入手术、腔镜手术不在保障范围内。

（六）终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）

指双肾功能慢性不可逆性衰竭，达到尿毒症期，经诊断后已经进行了至少 90 天的规律

性透析治疗或实施了肾脏移植手术。

(七) 多个肢体缺失

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

(八) 急性或亚急性重症肝炎

指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，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。

(九) 良性脑肿瘤

指脑的良性肿瘤，已经引起颅内压增高，临床表现为视神经乳头水肿、精神症状、癫痫及运动感觉障碍等，并危及生命。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，并须满足下列至少一项条件：

1. 实际实施了开颅进行的脑肿瘤完全切除或部分切除的手术；
2. 实际实施了对脑肿瘤进行的放射治疗。

脑垂体瘤、脑囊肿、脑血管性疾病不在保障范围内。

(十) 慢性肝功能衰竭失代偿期

指因慢性肝脏疾病导致肝功能衰竭。须满足下列全部条件：

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

因酗酒或药物滥用导致的肝功能衰竭不在保障范围内。

(十一) 脑炎后遗症或脑膜炎后遗症

指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

1. 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
2. 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
3. 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(十二) 深度昏迷

指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级（Glasgow coma scale）结果为 5 分或 5 分以下，且已经持续使用呼吸机及其它生命维持系统 96 小时以上。

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（保障自 3 周岁的保单周年日始）

指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆性丧失，在 500 赫兹、1000 赫兹和 2000 赫兹语音频率下，平均听阈大于 90 分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

（十四）双目失明（保障自 3 周岁的保单周年日始）

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。

（十五）瘫痪

指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体机能永久完全丧失。肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后或意外伤害发生 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意识活动。

（十六）心脏瓣膜手术

指为治疗心脏瓣膜疾病，实际实施了开胸进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

（十七）严重阿尔茨海默病

指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

神经官能症和精神疾病不在保障范围内。

（十八）严重脑损伤

指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤 180 天后，仍遗留下下列一种或一种以上障碍：

1. 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
2. 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
3. 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

（十九）严重帕金森病

是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为震颤麻痹、共济失调等。须满足下列全部条件：

1. 药物治疗无法控制病情；
2. 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

继发性帕金森综合征不在保障范围内。

（二十）严重Ⅲ度烧伤

指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤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）严重原发性肺动脉高压

指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级Ⅳ级，且静息状态下肺动脉平均压超过 30mmHg。

（二十二）严重运动神经元病（保障至 60 周岁的保单周年日止）

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。

（二十三）语言能力丧失（保障自 3 周岁的保单周年日始）

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。

（二十四）重型再生障碍性贫血

指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少。须满足下列全部条件：

1. 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断；
2. 外周血象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 $\leq 20 \times 10^9/L$ 。

（二十五）主动脉手术

指为治疗主动脉疾病，实际实施了开胸或开腹进行的切除、置换、修补病损主动脉血管的手术。主动脉指胸主动脉和腹主动脉，不包括胸主动脉和腹主动脉的分支血管。

动脉内血管成形术不在保障范围内。

（二十六）肾髓质囊性病

肾髓质囊性病的诊断须同时符合下列要求：

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

（二十七）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。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。

（二十八）持续植物人状态

是指由脑外伤、缺氧持续状态、严重的脑炎或者某种神经毒素造成大脑皮层广泛性损害，而脑干功能相对保留所致的一种丧失生理、意识和交流功能后的临床状态，并且该状态已持续 30 天以上。患者无法从事主动或者有目的的活动，但保留了躯体生存的基本功能，如新陈代谢、生长发育等。

（二十九）全身性重症肌无力

重症肌无力是一种神经肌肉接头传递障碍所致的疾病，表现为局部或全身骨骼肌（特别是眼外肌）极易疲劳。疾病可以累及呼吸肌、上肢或下肢的近端肌群或全身肌肉，必须满足下列全部条件：

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）坏死性筋膜炎

坏死性筋膜炎的诊断须同时符合下列要求：

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。

（三十一）终末期肺病

指患有终末期肺病而出现慢性呼吸功能衰竭。须满足下列全部条件：

1. 肺功能测试其 FEV1 持续低于 1 升；
2. 病人血氧不足必须持续地进行输氧治疗；
3. 动脉血气分析氧分压等于或低于 55mmHg；
4. 休息时出现呼吸困难。

（三十二）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。

（三十三）肌营养不良症

由专科医师确认的诊断 Duchenne, Becker, 或 Limb Girdle 肌营养不良症（所

有其他类型的肌营养不良症均不在保障范围内），已进行了至少 90 天的治疗，并提供肌肉活检和血 CPK 检测证实。

该疾病须导致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，或者导致被保险人永久性的卧床，没有外部帮助无法起床。

（三十四）严重多发性硬化

多发性硬化为中枢神经系统白质多灶性脱髓鞘病变，病变有时累及灰质。多发性硬化必须明确诊断并由核磁共振（MRI）等影像学检验证实，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。

（三十五）严重克隆病

克隆病是一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克隆病病理组织学变化。诊断必须由病理检查结果证实。被保险人所患的克隆病必须已经造成瘻管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

（三十六）严重哮喘

被保险人必须在过去两年内曾发生哮喘持续状态，并满足以下标准中的两项或两项以上标准：

1. 运动耐受力永久并持续地减少并且轻微的运动能引起气促；
2. 长期胸腔过度膨胀而导致胸腔畸形；
3. 在家及在静息状态下需要吸氧；
4. 持续的每天服用类固醇药物（至少持续 6 个月以上）。

（三十七）严重心肌炎

指心肌局限性或弥漫性的急性或慢性炎症病变，导致心脏功能障碍，达到纽约心脏病学会心功能分级状态分级 IV 级，且持续至少 90 天。

（三十八）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。

（三十九）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。

（四十）急性坏死性胰腺炎

指胰酶在胰腺内激活后引起胰腺组织自身消化的急性化学性炎症。本病须经专科医生明确诊断，并已经实际实施了坏死组织清除、病灶切除或胰腺部分切除的手术治疗。

因酒精作用所致的急性胰腺炎不在保障范围内。

（四十一）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，须满足下列所有条件：

1. 心电图显示房室搏动彼此独立，心室率<50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，且已经放置心脏起搏器。

（四十二）肝豆状核变性（或称 Wilson 病）

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

1. 典型症状；
2. 角膜色素环（K-F 环）；
3. 血清铜和血清铜蓝蛋白降低，尿铜增加；
4. 经皮做肝脏活检来定量分析肝脏铜的含量。

（四十三）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：

医生和牙科医生	护士
实验室工作人员	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

（四十四）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。须满足下列全部条件：

1. 明确诊断，符合所有以下诊断标准：
 - （1）血浆促肾上腺皮质激素 (ACTH) 水平测定大于 100pg/ml；

(2) 血浆和尿游离皮质醇及尿 17 羟皮质类固醇、17 酮皮质类固醇测定、血浆肾素活性、血管紧张素 II 和醛固酮测定，显示为原发性肾上腺皮质功能减退症；

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

2. 已经采用皮质类固醇替代治疗 180 天以上。

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

(四十五) 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。

(四十六) 脊髓灰质炎

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

(四十七) 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 日以上。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。并须在本合同保险期间内，满足下述至少 1 个条件：

- (1) 已出现增殖性视网膜病变；
- (2) 须植入心脏起搏器治疗心脏病；
- (3) 因坏疽需切除至少一个脚趾。

(四十八) 系统性红斑狼疮 (并发) III 型或以上狼疮性肾炎

系统性红斑狼疮是由多种因素引起，累及多系统的自身免疫性疾病。其特点是生成自身抗体对抗多种自身抗原。多见于育龄妇女。本合同所指的系统性红斑狼疮仅限于累及肾脏 (经肾脏活检确认的，符合 WHO 诊断标准定义 III 型或 III 型以上狼疮性肾炎) 的系统性红斑狼疮。其他类型的红斑性狼疮，如盘状狼疮、仅累及血液及关节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

(四十九) 非阿尔茨海默病所致严重痴呆

指因阿尔茨海默病以外的脑的器质性疾病造成脑功能衰竭导致永久不可逆性的严重痴呆，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退。被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，日常生活

必须持续受到他人监护。导致痴呆的疾病必须明确诊断，并且有完整的临床、实验室和影像学检查结果证实。

神经官能症，精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在保障范围内。

（五十）严重类风湿性关节炎

指广泛分布的慢性进行性多关节病变，表现为关节严重变形，侵犯至少三个主要关节（腕关节、肘关节、肩关节、踝关节、膝关节、髋关节）或关节组（如手的多个指间、掌指关节，足的多个足趾、跖趾关节等）。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。

（五十一）胰腺移植

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

单纯胰岛移植、部分胰腺组织或细胞的移植不在保障范围内。

（五十二）埃博拉病毒感染

指埃博拉病毒感染导致的烈性传染病，并须满足下列全部条件：

1. 实验室检查证实埃博拉病毒的存在；
2. 从发病开始有超过 30 天的进行性感染症状。

（五十三）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。

（五十四）丝虫病所致象皮肿

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水肿分期第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。

（五十五）嗜铬细胞瘤

是指肾上腺或嗜铬外组织出现神经内分泌肿瘤，并分泌过多的儿茶酚胺类，需要确实进行手术以切除肿瘤。嗜铬细胞瘤的诊断必须由内分泌专科医生确定。

(五十六) 系统性硬化病（硬皮病）

是指一种以皮肤、血管和内脏器官出现异常纤维化为特征的系统性结缔组织病，表现为进行性的皮肤和内脏器官的胶原化和纤维化，以及伴有皮肤和器官损害的阻塞性血管病（血管栓塞）。须提供下列一项或一项以上内脏器官受累的检查报告及诊疗记录：

1. 肺脏：肺部病变进而发展为肺动脉高压、肺心病；

2. 心脏：心室功能受损而导致的体力活动受限并至少达到纽约心脏协会对心脏损害分类的**心功能 IV 级**；

3. 肾脏：肾脏受损导致出现肾功能不全。

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。

(五十七) 疯牛病

一种由动物传染而来的中枢神经系统变性性疾病，大脑呈海绵状改变伴神经元缺失和胶质化。临床表现为进行性痴呆、不随意运动及抽搐、行动困难等等。疯牛病必须由权威医疗机构根据致病蛋白的发现而明确诊断。

(五十八) 慢性复发性胰腺炎

指有腹痛等典型症状的胰腺炎反复发作，导致胰腺进行性破坏，并导致胰腺功能紊乱而导致严重糖尿病以及营养不良、恶液质。CT 检查证实胰腺存在广泛钙化，且必须接受酶替代以及胰岛素替代治疗 6 个月以上。诊断必须由消化科专科医生确诊。

酒精导致的慢性复发性胰腺炎不在保障范围内。

(五十九) 斯蒂尔病

斯蒂尔病须满足下列全部条件：

1. 因该病引致广泛性关节破坏，以致需要进行髌及膝关节置换；

2. 风湿病专科医生确定诊断。

(六十) 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。

(六十一) 出血性登革热

是由登革热病毒引起的急性传染病，为一种自限性疾病，通常预后良好。本保单仅对严重的登革热给予保障，被保险人的登革热必须满足下列所有条件：

1. 根据《登革热诊疗指南（2014 版）》诊断的确诊病例；

2. 出现下列一种或多种严重登革热的临床表现：

(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。

(六十二) 肺源性心脏病

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

(六十三) 严重肠道疾病并发症

严重肠道疾病导致小肠损害并发症，必须满足以下所有条件：

1. 至少切除了三分之二小肠；
2. 完全肠外营养支持 3 个月以上。

(六十四) 严重慢性呼吸功能衰竭

慢性肺部疾病导致永久不可逆性的慢性呼吸功能衰竭，必须由呼吸专科医师确认并符合下列所有条件：

1. 肺功能测试其 FEV1 持续低于 0.75 升；
2. 病人缺氧必须广泛而持续地进行输氧治疗；
3. 动脉血气分析氧分压低于 55mmHg。

理赔时必须提供以上三项相应的证明文件或检查报告。

(六十五) 器官移植原因导致 HIV 感染

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

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

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

(六十六) 严重自身免疫性肝炎

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

必须满足所有以下条件：

1. 高 γ 球蛋白血症；
2. 血液中存在高水平的自身免疫抗体，如 ANA（抗核抗体）、SMA（抗平滑肌抗体）、抗 LKM1 抗体或抗-SLA/LP 抗体；
3. 肝脏活检证实免疫性肝炎；
4. 临床已经出现腹水、食道静脉曲张和脾肿大等肝硬化表现。

（六十七）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，并且已经接受了肺灌洗治疗。

（六十八）亚急性硬化性全脑炎

是麻疹或麻疹样病毒所致的一种中枢神经系统慢病毒感染。中枢神经系统呈现灰质和白质破坏为特征的慢性和急性混合存在的炎症。必须满足下列所有条件：

1. 必须由三级医院诊断，临床检查证实脑电图存在周期性复合波、脑脊液 γ -球蛋白升高、脑脊液和血清中麻疹抗体滴定度升高；
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。

（六十九）肺淋巴管肌瘤病

肺淋巴管肌瘤病是一种弥漫性肺部疾病，其特征性病理表现为囊性病变及不成熟的平滑肌细胞和血管周围上皮细胞异常增生形成多发结节。必须满足下列所有条件：

1. 经组织病理学检查明确诊断；
2. CT 显示双肺弥漫性囊性改变；
3. 肺功能检查显示 FEV1 和 DLCO（CO 弥散功能）下降；
4. 动脉血气分析显示低氧血症。

疑似肺淋巴管肌瘤病除外。

（七十）严重感染性心内膜炎

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

1. 急性或亚急性感染性心内膜炎临床表现；
2. 血培养病原体阳性；
3. 心功能衰竭并实际接受了心脏瓣膜置换手术；
4. 并发动脉栓塞导致脑梗塞、肾梗塞或心肌梗塞。

药物滥用者所患感染性心内膜炎不在保障范围内。

（七十一）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。

（七十二）严重骨髓异常增生综合征

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。

（七十三）严重慢性缩窄性心包炎

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

1. 心功能衰竭达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级IV级，并持续 180 天以上；

2. 已经接受了开胸进行的心包剥脱或心包切除手术。

经胸腔镜、胸壁打孔进行的手术、心包粘连松解手术不在保障范围内。

（七十四）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。

（七十五）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。

（七十六）严重肺结节病

结节病是一种原因未明的慢性肉芽肿病，可侵犯全身多个器官，以肺和淋巴结受累最为常见。严重肺结节病表现为肺的广泛纤维化导致慢性呼吸功能衰竭。**必须满足下列所有条件：**

（1）肺结节病的 X 线分期为 IV 期，即广泛肺纤维化；

(2) 永久不可逆性的慢性呼吸功能衰竭，临床持续 180 天动脉血氧分压 (PaO₂) < 50mmHg 和动脉血氧饱和度 (SaO₂) < 80%。

(七十七) 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) 被保险人实际接受了肿瘤切除的手术治疗；
- (2) 手术 180 天后遗留下列神经系统损害，无法独立完成下列基本日常生活活动之一：

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

非脊髓内的其他椎管内肿瘤、脊柱肿瘤、神经纤维瘤不在保障范围内。

(七十八) 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。

(七十九) 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。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。

(八十) 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起搏器。

（八十一）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。

（八十二）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。

（八十三）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。

（八十四）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。

（八十五）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。诊断必须由心脏专科医生经超声心动图和心导管检查证实及需符合以下所有标准：

1. 平均肺动脉压高于 40mmHg；

2. 肺血管阻力高于 3mm/L/min (Wood 单位)；

3. 正常肺微血管楔压低于 15mmHg。

(八十六) 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，需要输注血浆和浓缩血小板进行治疗。

(八十七) 严重癫痫

本病的诊断须由神经科或儿科专科医生根据典型临床症状和脑电图及 MRI、PET、CT 等影像学检查做出。理赔时必须提供 6 个月以上的相关病历记录证明被保险人存在经抗癫痫药物治疗无效而反复发作的强直阵挛性发作或癫痫大发作，且已行神经外科手术以治疗反复发作的癫痫。

发热性惊厥以及没有全身性发作的失神发作（癫痫小发作）不在保障范围内。

(八十八) 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。

(八十九) 小肠移植

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。

(九十) 细菌性脑脊髓膜炎

指因脑膜炎双球菌感染引起脑脊髓膜化脓性病变，且导致永久性神经损害，持续 90 天以上，并且脑脊液检查显示脑膜炎双球菌阳性。永久性神经损害是指由细菌性脑脊髓膜炎引起的耳聋、失明、动眼神经麻痹、瘫痪、脑积水的损害，且上述症状持续 180 天以上仍无改善迹象。

(九十一) 严重强直性脊柱炎

是一种慢性全身性炎性疾病，主要侵犯脊柱导致脊柱畸形。强直性脊柱炎必须明确诊断并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。

(九十二) 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。必须满足下列

所有条件：

1. 脊髓小脑变性症必须由三级医院诊断，并有下列所有证据支持：

- (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。

(九十三) 结核性脑膜炎后遗症

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

1. 经脑脊液检查找到结核菌或伴有其他部位结核病；

2. 遗留下列后遗症之一：

- (1) 蛛网膜粘连导致脑积水，放置了永久性脑脊液引流管；
- (2) 因视神经损害导致永久性视力损害，双眼中较好眼矫正视力低于 0.1（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）或双眼中较好眼视野半径小于 20 度。
- (3) 因结核瘤、脑梗塞或脑软化导致偏瘫。

(九十四) 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 30% 或 30% 以上，但未达到面部表面积的 80%。

(九十五) 疾病或外伤所致智力障碍

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

1. 造成被保险人智力低常（智力低于常态）的严重头部创伤或疾病（以入院日期为准）发生在被保险人 6 周岁以后；

2. 专科医师确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低常；

3. 专职合格心理检测工作者适时做的心理检测证实被保险人智力低常（轻度、中度、重度或极重度）；

4. 被保险人的智力低常自确认日起持续 180 天以上。

(九十六) 颅脑手术

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

因外伤而实施的颅脑手术不在保障范围内。

（九十七）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。

（九十八）严重胃肠炎

以严重的腹泻、便血和肠段坏死为特征的胃肠道严重感染。大肠或小肠的一处或多处需手术切除，且经病理检查证实存在严重感染和坏死。

（九十九）原发性骨髓纤维化

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

1. 血红蛋白 $<100\text{g/L}$ ；
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 $<100\times 10^9/\text{L}$ 。

任何其它病因导致的继发性骨髓纤维化不在保障范围内。

（一百）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. $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ （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。

以上“（一）恶性肿瘤”至“（二十五）主动脉手术”所列重大疾病定义根据中国保险行业协会 2007 年公布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范》做出，其他重大疾病由我们增加，其定义由我们根据通行的医学标准制定。

以上重大疾病，除原发性心肌病须在卫生行政部门认定的三级以上（含三级）医院确诊外，其他疾病均须在卫生行政部门认定的二级以上（含二级）医院确诊。

二十五、无有效驾驶证驾驶：

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。

二十六、无有效行驶证：指下列情形之一：

- (1) 机动车被依法注销登记的；
- (2) 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，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。未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

二十七、既往症：指被保险人在保单生效日之前所患的已知的疾病或症状。

二十八、症状：是指当机体在病理生理或病理解剖学的基础上发生改变时，病人主观感觉到的异常感觉或不适感觉。

二十九、体征：是指医生给病人检查时发现的具有诊断意义的征候。

三十、潜水：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或作业。

三十一、攀岩：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

三十二、武术：指两人或者两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。

三十三、特技：指从事马术、杂技、驯兽等特殊技能。

三十四、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、徒步穿越沙漠或者人迹罕至的原始森林等活动。

三十五、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。在人体血液或其它样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

三十六、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。

三十七、未到期净保费：未到期净保费=保险费×[1-(保险期间已经过天数/保险期间天数)]×(1-费用比例)；除合同另有约定外，费用比例为 25%，经过天数不足一天的按一天计算。

三十八、周岁：以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄，自出生之日起为 0 周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。

三十九、不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

众惠财产相互保险社

附加扩展质子重离子医疗保险（2018款）条款

总则

第一条 合同构成

本附加保险合同须附加于主保险合同项下。

主保险合同所附条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等构成主保险合同的全部书面文件，凡与本附加保险合同相关者，均为本附加保险合同的构成部分。

本附加保险合同与主保险合同相抵触之处，以本附加保险合同为准。本附加保险合同未约定事项，以主保险合同为准。**主保险合同效力终止，本附加保险合同效力亦同时终止；主保险合同无效，本附加保险合同亦无效。**

凡涉及本附加保险合同的约定，均应采用书面形式，其中书面形式包括电子数据等形式。

第二条 受益人

除另有约定外，本附加保险合同的受益人为被保险人本人。

保险责任

第三条 在保险期间内，被保险人在等待期后经医院诊断初次罹患**恶性肿瘤（释义一）**的，投保人或被保险人申请并经保险人同意后，就医于保险人指定的特定医疗机构接受质子重离子治疗，对于被保险人个人支付的、必需且合理的**质子重离子医疗费用（释义二）**，保险人在扣除免赔额后，按照约定的给付比例且在各分项限额范围内向被保险人给付质子重离子医疗保险金，**但累计给付金额最高不超过本附加保险合同约定的质子重离子医疗保险金的保险金额。**

特定医疗机构以在保险单中载明的名单为准。保险期间内保险人调整指定特定医疗机构的，以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）的通知为准。

免赔额和保险金额

第四条 本附加保险合同所称免赔额均指年免赔额。本附加保险合同与主保险合同**共用免赔额**。若免赔额在主保险合同下赔付时已经完全扣除，则本附加保险合同不再扣除免赔额；若免赔额在本附加保险合同下赔付时已经完全扣除，则主保险合同不再扣除免赔额。

本附加保险合同的**保险金额**包含于主保险合同的**总保险金额（或累计给付上限）**之内，若保险人在主保险合同及本附加保险合同项下累计给付保险金的金额达到主保险合同中约定的**总保险金额（或累计给付上限）**，则主保险合同和本附加保险合同同时终止，保险人对被保险人不再承担任何给付保险金的责任。

本附加保险合同中的质子重离子医疗保险金的**保险金额**可由投保人和保险人协商确定，并在保险合同中载明。

保险期间

第五条 除另有约定外，本附加保险合同的保险期间同主保险合同一致。

释义

一、恶性肿瘤：指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴，其中**不包含：**

- (1) 原位癌；
- (2) 相当于Binet分期方案A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- (3) 相当于Ann Arbor分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- (4) 皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；
- (5) TNM 分期为T1N0M0期或者更轻分期的前列腺癌；
- (6) 感染艾滋病病毒或罹患艾滋病期间所罹患恶性肿瘤。

二、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、膳食费、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。

本附加保险合同的未释义名词，以本附加保险合同所附属主保险合同条款中的释义为准。

众惠财产相互保险社

附加特定疾病特需医疗保险（2018款）条款

总则

第一条 合同构成

本附加保险合同须附加于主保险合同项下。

主保险合同所附条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等构成主保险合同的全部书面文件，凡与本附加保险合同相关者，均为本附加保险合同的构成部分。

本附加保险合同与主保险合同相抵触之处，以本附加保险合同为准。本附加保险合同未约定事项，以主保险合同为准。主保险合同效力终止，本附加保险合同效力亦同时终止；主保险合同无效，本附加保险合同亦无效。

凡涉及本附加保险合同的约定，均采用书面形式，其中书面形式包括电子数据等形式。

第二条 受益人

除另有约定外，本附加保险合同的受益人为被保险人本人。

保险责任

第三条 在保险期间内，被保险人在等待期后经医院诊断初次罹患本附加保险合同约定的**重大疾病（释义一）**的，经投保人或者被保险人申请并经保险人同意，在主保险合同下扩展承保**特定医疗机构（释义二）**接受医疗治疗时所发生的符合主保险合同约定的各项医疗费用。

免赔额和保险金额

第四条 本附加保险合同无免赔额。

本附加保险合同的保险金额包含于主保险合同的总保险金额（或累计给付上限）之内，若保险人在主保险合同及本附加保险合同项下累计给付保险金的金额达到主保险合同中约定的总保险金额（或累计给付上限），则主保险合同和本附加保险合同同时终止，保险人对被保险人不再承担任何给付保险金的责任。

第五条 本合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、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，则保险人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。

续保

第六条 本附加保险合同保险期间届满时，投保人可向保险人申请续保本附加保险合同。续保合同与前一附加保险合同的保险期间在时间上不中断。续保合同不计算等待期。

投保人的续保申请须经保险人审核同意。投保人申请续保时，保险人有权对费率进行调整。在投保人接受费率调整的前提下，保险人方可为投保人办理续保手续。

保险期间

第六条 除另有约定外，本附加保险合同的保险期间同主保险合同一致。

释义

一、**重大疾病**：本保险合同约定的重大疾病如下：

（一）恶性肿瘤

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。

下列疾病不在保障范围内：

- （1）原位癌；
- （2）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- （3）相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- （4）皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；
- （5）TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌；
- （6）感染艾滋病病毒或患艾滋病（释义十）期间所患恶性肿瘤。

（二）急性心肌梗塞

指因冠状动脉阻塞导致的相应区域供血不足造成部分心肌坏死。须满足下列至少三项条件：

- （1）典型临床表现，例如急性胸痛等；
- （2）新近的心电图改变提示急性心肌梗塞；
- （3）心肌酶或肌钙蛋白有诊断意义的升高，或呈符合急性心肌梗塞的动态性变化；
- （4）发病 90 天后，经检查证实左心室功能降低，如左心室射血分数低于 50%。

（三）脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

- （1）一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
- （2）语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；

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

(四) 重大器官移植术或造血干细胞移植术

重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏或肺脏的异体移植手术。

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

(五) 冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）

指为治疗严重的冠心病，实际实施了开胸进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

冠状动脉支架植入术、心导管球囊扩张术、激光射频技术及其它非开胸的介入手术、腔镜手术不在保障范围内。

(六) 终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）

指双肾功能慢性不可逆性衰竭，达到尿毒症期，经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗或实施了肾脏移植手术。

二、特定医疗机构：是指经中华人民共和国卫生部门审核认定的二级或以上公立医院的特需医疗部、国际部或VIP部，以及保险人认可的医疗机构。该医院必须具有系统的、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，以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）的通知为准。

本附加保险合同的未释义名词，以本附加保险合同所附属主保险合同条款中的释义为准。