

注册编号：C00020832512020042407021

新疆前海联合财产保险股份有限公司

个人医疗保险（B款）条款

总则

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

第二条 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或对被保险人有保险利益的其他人。

第三条 凡符合下述全部条件的自然人，均可作为本保险合同的被保险人：

（一）身体健康，且能正常工作、生活的自然人。

（二）除另有约定外，本保险合同接受的初次投保年龄为0周岁（投保时被保险人为0周岁的，应当为出生满30天且已健康出院的婴儿）至60周岁。

（三）投保前一年内，被保险人需在中华人民共和国境内（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区，下同）居住时长合计达到275日或以上。在保险期间内，被保险人在中华人民共和国境内居住时长合计也需达到275日或以上，发生本保险合同约定的保险事故后因治疗和休养需要长期离开中华人民共和国境内从而无法满足居住时长要求的情形不受此要求限制。

第四条 除另有约定外，本保险合同保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 在保险期间内，对于被保险人因下列情形发生的医疗费用，保险人将按照以下约定承担保险责任：

（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事故或在等待期满后首次发病，在医院接受治疗的，对于下述需由被保险人个人支付的、合理且必要的医疗费用，保险人在扣除约定的免赔额后按照保险单载明的给付比例给付一般医疗保险金。保险人在本项下累计给付之和以本保险合同约定的一般医疗保险金额为限，当保险人在本项下累计给付金额达到一般医疗保险金额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

1. **住院医疗费用**。指被保险人经医生诊断并接受住院治疗时，需由被保险人个人支付的、合理且必要的住院医疗费用。到本保险合同期满日时，如被保险人尚未结束住院治疗的，保险人将继续承担自保险期间届满次日起至出院之日止期间的住院医疗费用，但最长以30日为限。

2. **特殊门诊医疗费用**。指被保险人在医院接受特殊门诊治疗时，需由被保险人个人支付的、合理且必要的特殊门诊医疗费用，具体包括：（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。

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，需由被保险人个人支付的、合理且必要的门诊手术费用。

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，需由被保险人个人支付的、合理且必要的门急诊医疗费用（但不包括特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用）。

（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导致罹患本保险合同所定义的重大疾病，或在等待期满后初次确诊罹患本保险合同所定义的重大疾病，并在医院接受治疗的，保险人首先按照第五条第（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保险金额后，对于需由被保险人个人支付的、合理且必要的下述费用，保险人按照保险单载明的给付比例给付重大疾病医疗保险金。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。

1. 重大疾病住院医疗费用。指被保险人经医院诊断罹患重大疾病必须接受住院治疗时，需由被保险人个人支付的、合理且必要的住院医疗费用。到本保险合同期满日时，如被保险人尚未结束住院治疗的，保险人将继续承担自保险期间届满次日起至出院之日止期间的重大疾病住院医疗费用，但最长以30日为限。

2. 重大疾病特殊门诊医疗费用。指被保险人因罹患重大疾病，在医院接受下述特殊门诊治疗时，需由被保险人个人支付的、合理且必要的特殊门诊医疗费用，具体包括：（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。

3. 重大疾病门诊手术医疗费用。指被保险人因罹患重大疾病，经医院诊断必须接受门诊手术治疗时，需由被保险人个人支付的、合理且必要的门诊手术费用。

4. 重大疾病住院前后门急诊费用。指被保险人经医院诊断罹患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，需由被保险人个人支付的、合理且必要的门急诊医疗费用（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）。

第六条 本保险合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括但不限于社会医疗保险、公费医疗、工作单位、事故责任方、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保险责任范围内的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照保险单载明的给付比例进行赔付。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。

若被保险人以参加社会医疗保险身份投保，但理赔时未在社会医疗保险结算的，保险人对被保险人实际发生的保险责任范围内的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照保险单载明的给付比例（如保单未载明，则该赔付比例为60%）进行赔付。

责任免除

第七条 因下列原因之一直接或间接导致被保险人支出医疗费用的，或存在下列情形之一的，保险人不承担保险金给付责任：

（一）被保险人在初次投保前所患既往症；等待期内发生的疾病；等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；

（二）被保险人在不符合本保险合同约定的医院就诊发生的医疗费用；

（三）被保险人接受质子重离子治疗而产生的质子重离子医疗费用；

（四）非合理且必要的医疗费用，包括但不限于已明确出现药物耐药后发生的购买该药品的费用等；

（五）被保险人的病情未达到入院标准而入院、住院期间挂床治疗、达到出院标准而未出院；

（六）被保险人在初次投保或不满足第十一条约定的无等待期的续保合同生效之日起一百二十天内接受扁桃体、甲状腺、疝气、女性生殖系统疾病的检查与治疗；

（七）被保险人存在精神和行为障碍（以世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD10）分类为准）；

（八）被保险人接受非因意外伤害而进行的整形、美容手术、变性手术、以减重为目的的手术及前述手术的并发症或因前述手术导致的医疗事故；

（九）被保险人患先天性疾病、遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常（以世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD10）为准）；

（十）被保险人怀孕（含宫外孕）、保胎、产前产后检查、非意外原因导致的流产、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；

（十一）被保险人非因意外伤害而进行的牙科治疗或手术、视力矫正及相关检查，以及因任何原因导致的牙齿修复或牙齿整形；

（十二）被保险人购买及安装残疾人辅助器具，如轮椅、义肢、假牙助听器等；购买及安装除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节外的其他人工器官；购买、安装、租赁物理治疗和康复设备；

（十三）医疗事故、医疗过错和职业病；

（十四）被保险人接受包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

（十五）投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；

（十六）被保险人故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施；被依法采取刑事拘留或

行政拘留期间、在看守所或监狱服刑期间；

(十七) 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；

(十八) 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；

(十九) 被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶或者驾驶无有效行驶证的机动车辆；

(二十) 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；

(二十一) 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、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班机以外的飞行器、攀岩、攀登海拔 3500 米以上的独立山峰、滑雪、武术、摔跤、马术、赛马、赛车、特技表演（含训练）、替身表演（含训练）、探险或考察活动（洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等）；

(二十二) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；

(二十三) 战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱；

(二十四) 核爆炸、核辐射或者核污染；

(二十五) 被保险人接受的治疗处于临床试验阶段或未获得相关主管部门批准；

(二十六) 被保险人治疗过程中使用处于临床试验阶段或未获得相关主管部门许可或批准的药品。

保险金额、免赔额

第八条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本保险合同的一般医疗保险金额和重大疾病医疗保险金额由投保人、保险人双方在签订保险合同时写上确定，并在本保险合同中载明。保险金额一经确定，保险期间内不得进行变更。

第九条 本保险合同的免赔额由投保人与保险人在订立本保险合同时协商确定，并在本保险合同中载明。

本保险合同中所指免赔额均指年免赔额，指在本保险合同保险期间内，应由被保险人自行承担的、本保险合同不予给付的部分。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。

保险期间内，若被保险人因遭受意外伤害事故导致罹患本保险合同所定义的重大疾病，或在等待期后经医院初次确诊罹患本保险合同所定义的重大疾病，并在医院接受住院治疗的，对于自意外发生之日起或首次发病之日起所发生的符合本保险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。若符合第十一条约定的无等待期续保的，若被保险人在以往保险期间内初次确诊罹患重大疾病的，对于本保险合同保险期间内发生的符合本保险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。

保险期间和续保

第十条 本保险合同的保险期间由投保人、保险人双方协商确定，并在保险合同中载明，且最长不得超过一年。

第十一条 本保险合同为非保证续保。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保，交纳保险费，并获得新的保险合同。

除另有约定外，投保人在上一保险合同期满后 15 日内（含第 15 日）成功重新投保本产品并缴纳应缴保险费的，无等待期；否则，保险人需重新计算等待期。

续保时保险人有权根据被保险人的年龄、社会医疗费用水平变化、本保险合同整体经营状况调整被保险人续保时的费率。费率调整适用于本保险合同的所有被保险人或同一投保年龄段的所有被保险人，保险人不会因为某一被保险人的健康状况变化或历史理赔情况而单独调整该被保险人的续保费率。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。

第十二条 若存在下列任一情形的，保险人有权不再接受投保人的续保申请：

- （一）被保险人不符合第三条约定的全部条件；
- （二）保险人就被保险人的有关情况提出询问，投保人未依法履行如实告知义务；
- （三）投保人、被保险人存在保险欺诈情形；
- （四）符合经投保人、保险人协商一致并在保险单载明的停售情形。

保险人义务

第十二条 订立保险合同时，保险人向投保人提供的投保单应当附本格式条款，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。

第十三条 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。

第十四条 保险人认为被保险人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人补充提供。

第十五条 保险人收到被保险人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，保险人将在确定是否属于保险责任的基本材料收集齐全后尽快作出核定。

第十六条 保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向被保险人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十七条 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给

付的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十八条 订立本保险合同时，保险人就被保险人的有关情况提出询问，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，保险人有权解除本保险合同。

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

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

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

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

第十九条 除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时一次性交付保险费。

第二十条 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，均视为已发送给投保人。

第二十一条 在保险期间内，投保人需变更保险合同内容的，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 被保险人变更其职业或工种时，投保人应于三十日内以书面形式通知保险人。若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，并退还未满期净保险费。

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

第二十三条 被保险人的投保年龄，以法定身份证件登记的周岁年龄为准，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，保险人有权解除本保险合同，并向投保人退还未满期净保险费；

（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 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。故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。

第二十五条 保险期间内若投保人或被保险人预知或已知被保险人在中华人民共和国境内居住时长无法达到 275 日时，投保人或被保险人应于三十日内以书面形式通知保险人。保险人自收到书面通知后三十日内解除本保险合同并退还未满期净保险费，若保险人已给付任何保险金的除外。

投保人或被保险人未履行本条约定的通知义务而发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任，并自其预知或已知被保险人在中华人民共和国大陆地区居住的时长无法达到 275 日之时计算退还未满期净保险费，本保险合同终止。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

保险金申请与给付

第二十六条 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。被保险人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。

（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）申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；

（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。

争议处理

第二十七条 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，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构或争议发生后未达成仲裁协议的，依法向

保险人所在地人民法院起诉。

第二十八条 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（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区法律）。

第二十九条 保险金申请人向保险人请求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。法律另有规定的，从其规定。

其他事项

第三十条 在本保险合同成立后，投保人可以通过书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本保险合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

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

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书之日次日零时起，本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还未满期净保险费。

释义

周岁：指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。

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。

等待期：指自本保险合同生效日起计算的一段时间，如未另行约定，本保险合同的等待期为自合同生效日起 30 日（含第 30 日）。

首次发病：是指自本保险合同签发之日起，在等待期（续保不受此限）后，被保险人首次确诊罹患的疾病。

医院：是指在中华人民共和国境内合法经营的二级及以上公立医院的普通部，不包括如下机构或提供下述医疗服务的部门、机构、形式：特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心（部）、VIP 部、联合医院或医疗联合体中的二级以下医疗机构；以提供护理、疗养、康复、戒酒、戒毒、心理或精神疾病治疗为主要服务的各类医疗机构，包括但不限于护理机构、疗养机构、戒毒机构等。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。

住院：是指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院的正式病房接受全日 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报销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。具体表现如下：

(1) 办理正式住院手续的被保险人，在住院期间非每日 24 小时在院。(2) 住院期间连续若干日未接受任何治疗，只发生护理费、诊查费、床位费等费用，或连续若干日接受仅限于口服药、物理治疗等在门诊即可进行的检查和治疗。

合理且必要：本合同所指的合理且必要，如保单无另行约定，仅指医学上的合理且必要。

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. **医学必要：**指被保险人接受的医疗服务需满足下列所有条件：

- (1) 治疗意外伤害或者疾病所必要；
- (2) 不超过安全、足量治疗原则；
- (3) 药品均为处方药；
- (4) 非试验性、研究性；
- (5) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致。

对是否属于医学必要由保险人根据客观、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具有资质的鉴定机构进行鉴定。

重大疾病：本保险合同所保障的重大疾病，是指被保险人在本保险合同的责任有效期内经医院明确诊断初次患下列疾病或初次达到下列疾病状态或在医院初次接受下列手术，其中第(1)至(25)种重大疾病为中国保险行业协会颁布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范》(以下简称“规范”)规定的疾病，且疾病名称和疾病定义与“规范”一致，第(26)至(120)种重大疾病为“规范”规定范围之外的疾病。重大疾病的名称及定义如下：

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

下列疾病不在保障范围内：

1. 原位癌；
2. 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
3. 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

4. 皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；

5. TNM 分期为 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。

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

1. 典型临床表现，例如急性胸痛等；

2. 新近的心电图改变提示急性心肌梗塞；

3. 心肌酶或肌钙蛋白有诊断意义的升高，或呈符合急性心肌梗塞的动态性变化；

4. 发病 90 天后，经检查证实左心室功能降低，如左心室射血分数低于 50%。

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

1 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；

2. 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；

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

（4）重大器官移植术或造血干细胞移植术：重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏或肺脏的异体移植手术。**造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的异体移植手术。**

（5）冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）：指为治疗严重的冠心病，实际实施了开胸进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。**冠状动脉支架植入术、心导管球囊扩张术、激光射频技术及其它非开胸的介入手术、腔镜手术不在保障范围内。**

（6）终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）：指双肾功能慢性不可逆性衰竭，达到尿毒症期，经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗或实施了肾脏移植手术。

（7）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。

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

1. 重度黄疸或黄疸迅速加重；

2. 肝性脑病；

3. B 超或其它影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；

4. 肝功能指标进行性恶化。

（9）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。

（10）慢性肝功能衰竭失代偿期：指因慢性肝脏疾病导致肝功能衰竭。须满足下列全部条件：

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

因酗酒或药物滥用导致的肝功能衰竭不在保障范围内。

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

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

（12）深度昏迷：指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级（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。**

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

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

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

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

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

（15）瘫痪：指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体机能永久完全丧失。**肢体机**

能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后或意外伤害发生 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意识活动。

(16) 心脏瓣膜手术：指为治疗心脏瓣膜疾病，实际实施了开胸进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

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

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

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

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

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

继发性帕金森综合征不在保障范围内。

(20) 严重Ⅲ度烧伤：指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤的面积达到全身体表面积的 20% 或 20% 以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

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

(22) 严重运动神经元病：是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症。须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上的条件。

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

精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。

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

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

1. 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断；
2. 外周血象须具备以下三项条件：
 - (1) 中性粒细胞绝对值 $\leq 0.5 \times 10^9 /L$ ；
 - (2) 网织红细胞 $< 1\%$ ；
 - (3) 血小板绝对值 $\leq 20 \times 10^9 /L$ 。

(25) 主动脉手术：指为治疗主动脉疾病，实际实施了开胸或开腹进行的切除、置换、修补病损主动脉血管的手术。主动脉指胸主动脉和腹主动脉，不包括胸主动脉和腹主动脉的分支血管。动脉内血管成形术不在保障范围内。

以上 25 种重大疾病为中国保险行业协会制定的《重大疾病保险的疾病定义使用规范》中列明的疾病，以下 95 种重大疾病为保险人增加的疾病。

(26) 严重原发性心肌病：指不明原因引起的一类心肌病变，包括原发性扩张型心肌病、原发性肥厚型心肌病及原发性限制型心肌病三种，病变必须已造成事实上心室功能障碍而出现明显的心功能衰竭，且有相关住院医疗记录显示达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级的心功能衰竭状态持续至少 180 天。

本病须经专科医生明确诊断。继发于全身性疾病或其它器官系统疾病造成的心肌病变不在本保障范围内。

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

1. 静息时出现呼吸困难；
2. 肺功能第一秒用力呼气容积 $ron (FEV1)$ 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 (PaO_2) $< 50mmHg$ 。

(28) 严重多发性硬化症：指严重的中枢神经系统白质多灶性脱髓鞘病变。须满足下列全部条件：

1. 获得神经科专科医生确诊；
2. 有典型的脱髓鞘症状和运动及感觉功能障碍的证据并有核磁共振检查 (MRI) 和脑脊液检查的典型改变；
3. 已造成神经系统永久性功能损害且已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持续达 180 天以上。

(29) 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/或回肠造瘘术。

(30) 严重全身性重症肌无力：是一种神经肌肉接头传递障碍性疾病，表现为局部或全身骨骼肌（特别是眼外肌）极易疲劳。疾病可以累及呼吸肌、上肢或下肢的近端肌群或全身肌肉，**必须满足下列所有条件：**

1. 经药物治疗和胸腺切除治疗一年以上仍无法控制病情；
2. 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(31) 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或关节组（如：**双手（多手指）关节、双足（多足趾）关节、双腕关节、双膝关节和双髋关节**）。严重类风湿性关节炎必须明确诊断并已达到美国风湿病学会类风湿性关节炎分级中的 IV 级，**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。

美国风湿病学会类风湿性关节炎分级：

I 级：关节能自由活动，能完成平常的任务而无妨碍。

II 级：关节活动中度限制，一个或几个关节疼痛不适，但能料理日常生活。

III 级：关节活动显著限制，不能胜任工作，料理生活也有困难。

IV 级：大部分或完全失去活动能力，病人长期卧床或依赖轮椅，生活不能自理。

(32) 严重克隆氏病：克隆病是一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克隆病病理组织学变化。严重克隆氏病的诊断必须由病理检查结果证实且已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

(33) 原发性系统性淀粉样变性：指原因不明的一组蛋白质代谢障碍性疾病，病理表现为淀粉样蛋白沉积于组织或器官，常累及肾脏和/或心脏。需经活检组织病理学检查明确诊断为淀粉样变性，**并满足下列条件之一：**

1. 心脏淀粉样变性，存在限制性心肌病及其所致的充血性心力衰竭，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 III 级，并持续 180 天以上；
2. 肾脏淀粉样变性，存在肾病综合征及其所致的严重的肾脏功能衰竭，达到尿毒症诊断标准，并持续 180 天以上。

继发性淀粉样变性不在保障范围内。

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

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

(35) 严重弥漫性系统性硬皮病：弥漫性系统性硬皮病一种系统性胶原血管病引起进行性的皮肤/血管和内脏器官的弥漫性纤维化。严重弥漫性系统性硬皮病的诊断须由活检和血清学证据支持且疾病已经影响到心脏、肺或肾脏等器官，**同时达到下列标准之一：**

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

下列疾病不在保障范围内：

1. 局限硬皮病；
2. 嗜酸细胞筋膜炎；
3. CREST 综合征。

(36) 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% 以上且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，不包括前降支、左旋支及右冠状动脉的分支血管。

(37) 严重慢性复发性胰腺炎：指慢性反复发作的胰腺炎症造成胰腺的广泛纤维化、坏死、弥漫性钙化及假性囊肿形成，导致胰腺功能障碍，出现严重糖尿病和营养不良。**必须满足下列全部条件：**

1. 医疗记录证实存在慢性胰腺炎反复急性发作病史；
2. CT 显示胰腺广泛钙化或逆行胰胆管造影（ERCP）显示胰管扭曲、扩张和狭窄；
3. 持续接受胰岛素替代治疗和酶替代治疗 180 天以上。

酒精导致的慢性复发性胰腺炎不在本保障范围内。

(38) 植物人状态：指由于严重颅脑外伤造成大脑和/或脑干严重损害导致完全永久性的对自身和环境的意识丧失和中枢神经系统功能丧失，仅残存植物神经功能的疾病状态。诊断必须明确并且具有严重颅脑外伤和脑损害的证据。植物人状态必须持续 30 天以上方可申请理赔。

(39) 重症急性坏死性筋膜炎：是一种由细菌侵入皮下组织和筋膜引起的急性坏死性软组织感染，可伴有毒血症、败血症、中毒性休克、弥漫性血管内凝血及多器官衰竭。**必须满足下列全部条件：**

1. 细菌培养和临床表现符合坏死性筋膜炎诊断标准；
2. 病情迅速恶化，有脓毒血症表现；
3. 受感染肢体被截肢（自腕关节或踝关节近端）。

(40) 特发性慢性肾上腺皮质功能不全：指自身免疫性肾上腺炎（既往称：特发性肾上腺皮质萎缩）导致肾上腺萎缩和慢性肾上腺皮质功能减退。**必须满足下列全部条件：**

1. 明确诊断，符合以下所有诊断标准：

- (a) 血浆促肾上腺皮质激素 (ACTH) 水平测定, >100pg/ml;
 - (b) 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;
 - (c) 促肾上腺皮质激素 (ACTH) 刺激试验显示为原发性肾上腺皮质功能减退症。
2. 已经采用皮质类固醇替代治疗 180 天以上。

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

(41) 严重心肌炎: 指因严重心肌炎症性病变导致心功能损害, 造成持续的永久不可逆性的心功能衰竭。**必须满足下列全部条件:**

- 1. 心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能 IV 级, 或左室射血分数低于 30%;
- 2. 持续不间断 180 天以上;
- 3. 被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限, 不能从事任何体力活动。

(42) 慢性肺源性心脏病: 指因慢性肺部疾病导致慢性肺源性心脏病并引起慢性心功能损害造成永久不可逆性的心功能衰竭。心功能衰竭程度需达到纽约心脏病学会的心功能分级标准 IV 级, **且存在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。**

(43) 严重原发性硬化性胆管炎: 指病因不明的严重的慢性胆汁淤积性疾病, 特点为肝内及肝外胆道系统胆管壁增厚和管腔狭窄。**必须满足下列所有条件:**

- 1. 诊断由逆行胰胆管造影 (ERCP) 或经皮胆管造影 (PTC) 确认;
- 2. 持续性黄疸伴碱性磷酸酶 (ALP) 显著升高;
- 3. 出现继发性胆汁性肝硬化和门静脉高压。

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。

(44) 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。**严重自身免疫性肝炎必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. 肝脏活检确诊免疫性肝炎;
- 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。

(45) 原发性骨髓纤维化 (PMF): 以骨髓纤维增生和髓外造血为特点, 表现为进行性贫血、脾肿大、外周血幼稚细胞等等。须经骨髓活检明确诊断, **并持续 180 天满足下列全部条件:**

- 1. 血红蛋白 < 100g/l;
- 2. 白细胞计数 > $25 \times 10^9/l$;

3. 外周血原始细胞 $\geq 1\%$;
4. 血小板计数 $< 100 \times 10^9/l$ 。

恶性肿瘤、中毒、放射线和感染所致的继发性骨髓纤维化不在保障范围内。

(46) 严重骨髓增生异常综合征 (MDS)：骨髓增生异常综合征是起源于造血干细胞的一组骨髓克隆异常的疾病，表现为无效造血、难治性血细胞减少，有转化为急性髓系白血病的风险。严重骨髓增生异常综合征需满足下列所有条件：

1. 由设有专门血液病专科的公立三级甲等医院血液病专科的主治级别以上的医师确诊；
2. 骨髓涂片检查同时符合发育异常细胞比例 $> 10\%$ 、原始细胞比例 $> 15\%$ ；
3. 已接受至少累计 30 天的化疗或已接受骨髓移植治疗。化疗日数的计算以被保险人实际服用、注射化疗药物的天数为准。**疑似病例不在保障范围之内。**

(47) 严重急性主动脉夹层血肿：急性中动脉夹层血肿指由于血液通过内膜破口进入主动脉壁中层形成夹层血肿，并延伸剥离而引起的严重心血管急症。严重急性主动脉夹层血肿须有明确诊断，且满足下列全部条件：

1. 有典型的临床表现；
2. 有电子计算机断层扫描 (CT)、磁共振扫描 (MRI)、磁共振血管造影 (MRA) 等影像学证据支持诊断；
3. 被保险人实际接受了急诊条件下进行的传统或微创开胸或开腹主动脉手术。

慢性期主动脉夹层择期手术、经导管主动脉内介入手术治疗不在保障范围内。

(48) 严重缩窄性心包炎：指心脏被致密增厚的纤维化或钙化心包所包裹，导致心室舒张期充盈受限而产生一系列循环障碍的疾病。严重缩窄性心包炎必须被明确诊断且满足下列全部条件：

- 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 已经接受了经下列任何一种手术路径进行的开胸心包剥离手术或心包切除手术：
 - (a) 胸骨正中切口；
 - (b) 双侧前胸切口；
 - (c) 左前胸肋间切口。

经胸腔镜、胸壁打孔进行的手术、心包粘连松解手术不在保障范围内。

(49) 心脏粘液瘤切除术：指为了治疗心脏粘液瘤，实际实施了开胸开心脏粘液瘤切除手术。

经导管介入手术治疗不在保障范围内。

(50) 严重心脏衰竭 CRT 心脏同步治疗：指因缺血性心脏病或扩张性心肌病导致慢性严重心脏衰竭，被保险人实际接受了 CRT 治疗，以矫正心室收缩不协调和改善心脏功能。接受治疗之前必须满足下列所有条件：

1. 心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能 III 级或 IV 级；

2. 左室射血分数低于 35%;
3. 左室舒张末期内径 \geq 55mm;
4. QRS 时间 \geq 130msec;
5. 药物治疗效果不佳, 仍有症状。

(51) 完全性房室传导阻滞: 指因慢性心脏疾病导致的 III 度或完全性房室传导阻滞。完全性房室传导阻滞是心房的激动不能正常地传导到心室, 造成心室率过于缓慢, 出现心力衰竭和因大脑供血不足导致的晕厥、阿-斯综合征。必须明确诊断并且**满足下列所有条件:**

1. 患有慢性心脏疾病;
2. 曾经有晕厥、阿-斯综合征发作;
3. 心电图表现为持续室性逸搏心律, 心室率持续低于 40 次/分;
4. 已经植入永久性心脏起搏器。

(52) 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。需被专科医生明确诊断为头臂动脉型多发性大动脉炎并且实际接受了经胸部切开进行的无名动脉(头臂干)、颈总动脉、锁骨下动脉旁路移植手术。

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

(53) 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上皮细胞异常增生形成多发结节。**必须满足下列全部条件:**

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。

(54) 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%。

(55) 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。导致痴呆的疾病必须经专科医生明确诊断, 并且由完整的临床、实验室和影像学

检查结果证实。需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。

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。

(56) 进行性核上性麻痹: 是一种中枢神经系统变性疾病, 以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。需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。

(57) 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。

(58) 进行性多灶性白质脑病: 是一种亚急性脱髓鞘脑病, 常常发生于免疫缺陷病人。**必须满足下列所有条件:**

1. 根据脑组织活检确诊;

2. 永久不可逆丧失自主生活能力, 无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

进行性多灶性白质脑病必须在生前诊断, 尸检诊断不作为理赔依据。

(59) 丧失独立生活能力(6周岁始理赔): 指由于疾病或外伤导致被保险人永久不可逆的完全丧失独立生活能力, 无法独立完成基本日常生活活动中的四项或四项以上。

被保险人理赔时年龄在6周岁以上。

(60) 脊髓灰质炎后遗症: 指因脊髓灰质炎病毒感染导致的运动神经功能障碍。需获得专科医生的诊断且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, 每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬, 或不能随意活动。

(61) 脊髓内良性肿瘤: 指脊髓内良性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. 实施手术180天后仍遗留下述一种或一种以上障碍:

(a) 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失;

(b) 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。

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。

(62) 脊髓空洞症: 是一种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。须获得专科医生的明确诊断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。

(63) 脊髓血管病后遗症：指脊髓血管的突发病变引起脊髓梗塞或脊髓出血，导致永久性不可逆的神经系统功能损害，表现为截瘫或四肢瘫。神经系统永久性的功能障碍指疾病确诊 180 天后，**仍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. 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。

(64) 横贯性脊髓炎后遗症：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。横断性脊髓炎必须获得明确诊断，并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. 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。

(65) 严重哮喘：指一种反复发作的严重支气管阻塞性疾病，经专科医生确诊，**且须同时符合下列标准：**

1. 过去两年中曾因哮喘持续状态住院治疗，并提供完整住院记录；
2. 因慢性过度换气导致胸廓畸形；
3. 在家中需要医生处方的氧气治疗法；
4. 持续日常服用口服类固醇激素治疗持续至少 6 个月。

被保险人申请理赔时年龄必须在年满 25 周岁之前。

(66) 严重强直性脊柱炎：强直性脊柱炎是一种慢性全身性炎性疾病，主要侵犯脊柱导致脊柱畸形。严重强直性脊柱炎必须获得明确诊断并**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。

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

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

(68) I 型糖尿病导致的双脚截肢：因糖尿病引起的神经及血管病变而经认可的医院的专科医生确认，由踝关节或踝关节近端（**靠近躯干端**）以上位置截除双脚是维持生命的唯一方法。

切除一只或多只脚趾或因任何其他原因引起的截肢不在保障范围内。

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

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

(a) 垂体前叶激素全面低下;

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

5. 需要终身激素替代治疗以维持身体功能,持续服用各种替代激素超过一年。

垂体功能部分低下及其他原因所致垂体功能低下不在保障范围之内。

(70) 神经白塞病:白塞病是一种慢性全身性血管炎症性疾病,主要表现为复发性口腔溃疡、生殖器溃疡、眼炎及皮肤损害,可累及大血管、神经系统、消化道、肺、肾等等。累及神经系统损害的白塞病称为神经白塞病。神经白塞病必须获得明确诊断,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 天无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(71) 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。

本保险单仅对实际接受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。

(72) 重症急性出血坏死性胰腺炎开腹手术:指因重症急性出血坏死性胰腺炎而实际接受了外科剖腹直视手术治疗,进行坏死组织清除、坏死病灶切除或胰腺切除。

腹腔镜手术治疗不在保障范围内。

因酗酒或饮酒过量所致的急性坏死性胰腺炎不在保障范围内。

(73) 溶血性链球菌感染引起的坏疽:指因急性溶血性链球菌感染导致的广泛的皮肤、皮下组织和深层组织的坏死。**必须满足下列全部条件:**

1. 细菌培养证实致病菌为溶血性链球菌;
2. 受感染肢体被截肢(自腕关节或踝关节近端);
3. 被保险人因本次溶血性链球菌引起坏疽的肢体在首次投保前无残缺。

(74) 因疾病或外伤导致智力障碍: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)。根据智商(IQ)监测分类,智力低常分为轻度(IQ50-70)、中度(IQ35-50)、重度(IQ20-35)和极重度(IQ<20)。

智商的检测必须由保险人认可的专职心理测验工作者进行,心理测验工作者必须持有心

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. 被保险人大于或等于 6 周岁；
2. 专科医师确诊被保险人系由严重头部创伤或疾病造成智力低下；
3. 专职合格心理检测工作者适时做的心理检测证实被保险人智力低常（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。

(75) 严重肠道疾病并发症：指严重肠道疾病或外伤导致的小肠并发症，须满足下列全部条件：

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。

(76) 严重瑞氏综合征：瑞氏综合征是一种急性进行性脑病。病理特点是急性脑水肿和肝、肾、胰、心脏等器官的脂肪变性，主要临床表现为急性发热、反复呕吐、惊厥及意识障碍等等。严重瑞氏综合征需由三级医院的儿科专科医生确诊，并满足下列全部条件：

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。

(77) 急性肺损伤（ALI）或急性呼吸窘迫综合征（ARDS）：是一种表现为无心脏衰竭的肺水肿，为创伤、脓毒血症等临床多种疾病的并发症，需获得呼吸专科医师诊断，并满足下列全部条件：

1. 急性发作（原发疾病起病后 6 至 72 小时）；
2. （急性发作的临床症状体征，包括呼吸急促、呼吸困难、心动过速、大汗、面色苍白及辅助呼吸肌活动加强（点头呼吸、提肩呼吸））；
3. 双肺浸润影；
4. PaO_2 / FiO_2 （动脉血压分压/吸入气氧分压）低于 200mmHg；
5. 肺动脉嵌入压低于 18mmHg，
- 6 临床无左房高压表现。

(78) 溶血性尿毒综合征：是以溶血性贫血溶血、血小板减少和急性肾功能衰竭为特征的一种急性综合征，须获得血液和肾脏专科医师诊断，并满足下列全部条件：

1. 实验室检查确认有溶血性贫血、血尿、肾功能衰竭、血小板减少；
2. 因肾脏功能衰竭实施了肾脏透析治疗。

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

(79) 严重登革热：指由登革热病毒引起的急性传染病。严重登革热须满足下列全部条

件：

1. 根据《登革热诊疗指南（2014 版）》诊断的确诊病例；

2. 出现下列一种或多种严重登革热的临床表现：

(a) 血浆渗漏致休克或胸腔积液伴呼吸困难；

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

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

(80) 危重手足口病：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。危重手足口病必须**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 2 周以上的住院治疗。

(81) 意外导致的重度面部烧伤：指面部Ⅲ度烧伤且烧伤面积达到面部表面积的 2/3 或全身体表面积的 2%。

体表面积根据《中国新九分法》计算，面部总面积为全身体表面积的 3%。面部面积**不包括发部和颈部**。

(82) 失去一肢及一眼（3 周岁始理赔）：指因同一次意外伤害事件导致一肢体丧失和一眼视力丧失。必须**满足下列所有条件**：

1. 一肢体丧失指任何一肢体自腕关节或踝关节近端（**靠近躯干端**）以上完全性断离。

2. 一眼视力丧失指一只眼视力永久不可逆性丧失，患眼须满足下列至少一项条件：

(a) 眼球摘除；

(b) 矫正视力低于 0.02（采用国际标准视力表，如果使用其它视力表应进行换算）；

(c) 视野半径小于 5 度。

除眼球摘除以外，被保险人申请理赔时年龄**必须在 3 周岁以上，并且提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据**。

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

1. 缺氧、青紫、杵状指；

2. 静息状态下肺动脉平均压超过 40mmHg；

3. 已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级。

本疾病不受本合同第七条责任免除中关于“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

(84) **室壁瘤切除手术**:指因心肌梗死导致室壁瘤,实际实施了开胸开心室壁瘤切除手术治疗。

(85) **丝虫感染所致严重象皮病**:指因丝虫感染导致淋巴阻塞性出现严重淋巴水肿,达到国际淋巴学会淋巴肿分期第 III 期,临床表现为肢体象皮肿,患肢较健肢增粗 30%以上,日常生活不能自理。

(86) **克-雅氏病 (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。须经三级医院的专科医师明确诊断,且被保险人永久不可逆丧失自主生活能力,无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(87) **埃博拉病毒感染**:指埃博拉病毒感染导致的急性出血性传染病。埃博拉病毒病必须经中华人民共和国境内具备传染病救治条件和能力的医疗机构确诊,病例已向卫生行政部门相关机构报告并按规定接受了隔离和治疗,且必须满足以下所有条件:

1. 实验室检查证据证实存在埃博拉病毒感染;
2. 存在持续 30 天以上广泛出血的临床表现。

埃博拉病毒感染疑似病例,在确诊之前已经死亡的不在本保障范围内。

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

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

职业列表:

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

任何因其他传播方式 (包括但不限于输血、性传播、静脉注射毒品) 导致的 HIV 感染均不在本保障范围内。

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

本疾病不受本合同第七条责任免除中关于“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

(89) **输血原因导致人类免疫缺陷病毒 (HIV) 感染**:在接受输血治疗时因输入的血液中

带有人类免疫缺陷病毒（HIV）从而导致被保险人被感染。必须满足下列全部条件：

1. 被保险人接受输血的时间在保单有效期内；
2. 相关机构出具的具有法律效力的证明文件证实被保险人输入的血液（包括全血和成分血）中带有 HIV 病毒；
3. 被保险人输入的血液质量符合《全血及成分血质量要求》的规定；
4. 被保险人非血友病患者。

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 感染不在本保单保障范围内。保险公司必须拥有获得使用被保险人的所有血液样本的权利和能够对这些样本进行独立检验的权利。

本疾病不受本合同第七条责任免除中关于“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

(90) 器官移植原因导致 HIV 感染：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. 导致被保险人感染接受器官移植，并因此感染 HIV；
2. 实施器官移植的医院为三级医院；
3. 相关机构出具的具有法律效力的证明文件确认移植器官来自 HIV 感染者。

本疾病不受本合同第七条责任免除中关于“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

(91) 胰腺移植术：指因胰腺功能衰竭，已经实际接受了胰腺的同种（人类）异体器官移植手术。

胰岛、组织、细胞移植不在保障范围内。

(92) 小肠移植术：指因疾病或外伤导致严重小肠损害必须切除三分之二以上肠段，为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。

(93) 角膜移植：指因角膜病变或意外伤害导致视力丧失或视力严重损害，被保险人实际接受了同种（人类）异体角膜移植手术以恢复视力。

角膜移植手术包括全层角膜移植术、板层角膜移植术和角膜内皮移植术。

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

(94) 自体造血干细胞移植：因急性白血病、恶性淋巴瘤或多发性骨髓瘤实际接受了自体造血干细胞移植。

以下情况不在保障范围内：

1. 因上述所列疾病以外疾病接受自体造血干细胞移植；
2. 非造血干细胞移植。

(95) 嗜铬细胞瘤：指发生在肾上腺或肾上腺外嗜铬组织的以分泌过多的儿茶酚胺为表

现的神经内分泌肿瘤。嗜铬细胞瘤必须由内分泌专科医生诊断，并且满足以下所有条件：

1. 临床有高血压症候群表现；
2. 已经实施了嗜铬细胞瘤切除手术。

(96) 严重结核性脑膜炎：由结核杆菌引起的脑膜和脊膜的非化脓性炎症性疾病。需满足以下全部条件：

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

(97) 严重川崎病：指原因不明的系统性血管炎，并须满足下列全部条件：

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

(98) 继发性肺动脉高压：指继发性肺动脉压力持续增高，导致右心室肥厚已经造成永久不可逆的体力活动受限，达到美国纽约心脏病学会功状态分级 IV 级。诊断需要由心脏科专家确诊，并且心导管检查报告显示静息状态下肺动脉平均压超过 30mmHg。

所有先天性心脏疾病直接或间接引起的肺动脉高压不在保障范围内。

(99) 狂犬病：指狂犬病毒所致的急性传染病，人多因被病兽咬伤而感染。临床表现为特有的恐水、怕风、咽肌痉挛、进行性瘫痪等。须经专科医生明确诊断。

(100) 皮质基底节变性：指一种慢性进展性神经变性性疾病，以不对称发作的无动性强直综合征、失用、肌张力障碍及姿势异常为其临床特征。须经临床医生明确诊断，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。

(101) 肌营养不良症：肌营养不良症是一组遗传性肌肉变性性病变，临床特征为与神经系统无关的肌肉无力和肌肉萎缩。须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

保险人承担本项疾病责任不受本保险合同第六条责任免除中“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

(102) 脑型疟疾：恶性疟原虫严重感染导致的脑病或脑型疟疾，以昏迷为主要特征。脑型疟疾的诊断须由专科医生确认，且外周血涂片存在恶性疟原虫。

其他明确病因导致的脑病或非脑型的疟疾不在保障范围内。

(103) 败血症导致的多器官功能障碍综合征：由败血症导致的多器官功能障碍综合征（MODS）。被保险人存在一个或多个器官系统生理功能障碍，因该疾病住院至少 96 小时，疾病确诊有血液学检查证实，且同时至少满足以下标准中的任意一条：

1. 呼吸衰竭，需要进行气管插管机械通气；

2. 凝血血小板计数 $<50 \times 10^3$ /微升；
3. 肝功能不全，胆红素 $>6\text{mg/dl}$ 或 $>102 \mu\text{mol/L}$ ；
4. 需要用强心剂；
5. 昏迷，格拉斯哥昏迷评分（GCS） ≤ 9 ；
6. 肾功能衰竭，血清肌酐 $>300 \mu\text{mol/L}$ 或 $>3.5\text{mg/dl}$ 或尿量 $<500\text{ml/d}$ ；

败血症引起的 MODS 的诊断应由专科医生证实。非败血症引起的 MODS 不在保障范围内。

（104）大面积植皮手术：指为修复皮肤与其下的组织缺损所进行的皮肤移植手术，要求接受移植的皮肤面积达到全身体表面积的 30%或 30%以上。**体表面积根据《中国新九分法》计算。**

（105）进行性风疹性全脑炎：指由风疹病毒感染引起的慢性脑炎，且导致神经系统永久性的功能障碍。须由神经专科医师确诊。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。

（106）脊髓小脑变性症：脊髓小脑变性症为一组以小脑萎缩和共济失调为主要临床特点的和与遗传有关的疾病。**必须满足下列所有条件：**

1. 脊髓小脑变性症必须由神经科专科医生诊断，并有下列所有证据支持：

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

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

（107）肾髓质囊性病：指经专科医生明确诊断为肾髓质囊性病，**且须同时满足下列条件：**

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。

保险人承担本项疾病责任不受本保险合同第六条责任免除中“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（108）严重肝豆状核变性：肝豆状核变性是一种遗传性铜代谢障碍疾病。表现为体内的铜离子在肝、脑、肾、角膜等处沉积，引起进行性加重的肝硬化、锥体外系症状、精神症状、肾损害及角膜色素环。肝豆状核变性必须明确诊断**并且满足以下条件之一：**

1. 失代偿性肝硬化，临床已经出现腹水、食道静脉曲张和脾肿大等表现；
2. 慢性肾功能衰竭，已开始肾脏透析治疗；

3. 接受了肝移植或肾移植手术。

保险人承担本项疾病责任不受本保险合同第六条责任免除中“遗传性疾病、先天性畸形变形或染色体异常”的限制。

(109) 胆道重建手术：指因疾病或胆道床上导致接受涉及胆总管小肠吻合术的胆道重建手术。手术必须在专科医生认为是医疗必须的情况下进行。

因胆道闭锁而接受的胆道重建术不在本保障范围内。

(110) 多处臂丛神经根性撕脱：由于疾病或意外伤害导致至少两根臂丛神经根性撕脱，造成永久不可逆性的手臂感觉功能与运动功能完全丧失。须由本公司认可的医院的专科医生确诊，并且有电生理检查结果证实。

(111) 感染性心内膜炎导致的心脏瓣膜病：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。

(112) 严重获得性或继发性肺泡蛋白质沉积症：因获得性或继发性原因导致双肺肺泡和细支气管腔内充满不可溶性富磷脂蛋白的疾病。**须满足下列全部条件：**

1. 支气管镜活检或开胸肺活检病理检查证实肺泡内充满有过碘酸雪夫（PAS）染色阳性的蛋白样物质；

2. 被保险人因中重度呼吸困难或低氧血症而实际已行全身麻醉下的全肺灌洗治疗。

(113) 细菌性脑脊髓膜炎后遗症：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，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90天以上仍无改善迹象。

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

- (1) 有45岁以下猝死家族史；
- (2) 有晕厥或心脏骤停病史，并且具有完整的诊疗记录；
- (3) 心电图有典型的I型 Brugada 波；
- (4) 安装了永久性心脏起搏器。

(115) 严重感染性心内膜炎：指因细菌、真菌和其他微生物制剂感染而产生心脏瓣膜的炎症或心室壁内膜的炎症，引起心脏瓣膜关闭不全。**须满足下列全部条件：**

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. 心脏功能衰竭程度达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级Ⅳ级并持续 180 天，或接受了心脏瓣膜置换手术。

(116) 严重破伤风：指破伤风梭菌经由皮肤或粘膜伤口侵入人体，在缺氧环境下生长繁殖，产生毒素而引起肌痉挛的一种特异性感染。**须经专科医生明确诊断。**

(117) 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。

(118) 严重斯蒂尔病（全身型幼年类风湿性关节炎）：指未成年时期的一种全身结缔组织病。可表现为弛张热、皮疹、关节炎、脾肿大、淋巴结肿大、浆膜炎、体重减轻、中性粒细胞增多等，全身症状可以先于关节炎出现。本病须在年满 18 周岁前经专科医生出具医学诊断证明，**并且满足下列条件之一：**

1. 临床及 X 线检查发现明显的关节畸形，以下关节中至少其中三个关节受累：手关节、腕关节、肘关节、膝关节、髋关节、踝关节、脊椎关节或跖趾关节；
2. 因病情严重在医生的建议下已接受以治疗为目的的膝或髋关节的置换手术。

未成年人其他类型的类风湿性关节炎不在保障范围内。

(119) 结核性脊髓炎：指因结核杆菌引起的脊髓炎，导致永久性神经系统功能障碍，即该疾病首次确诊一百八十天后，**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. 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。

(120) 严重 III 度冻伤导致截肢：冻伤是由于寒冷潮湿作用引起的人体局部或全身损伤，并且冻伤程度达到 III 度，且导致一个或一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。

肢体机能完全丧失：指肢体的三大关节中的两大关节僵硬，或不能随意识活动。肢体是指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。

语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失：**语言能力完全丧失**，指无法发出四种声音（包括口唇音、齿舌音、口盖音和喉头音）中的任何三种、或声带全部切除、或因大脑语言中枢受伤害而患失语症；**咀嚼吞咽能力完全丧失**，指因牙齿以外的原因导致器质障碍或机能障碍，以致不能作咀嚼吞咽运动，除流质食物外不能摄取或吞咽的状态。

六项基本日常生活活动：指：

1. 穿衣：自己能够穿衣及脱衣；
2. 移动：自己从一个房间到另一个房间；
3. 行动：自己上下床或上下轮椅；
4. 如厕：自己控制进行大小便；

5. 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；

6. 洗澡：自己进行淋浴或盆浴。

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

永久不可逆：指因疾病确诊或意外发生之日起，经过积极治疗 180 天后，仍无法通过现有医疗手段恢复。

未在社会医疗保险结算：包括因未参加社会医疗保险故不能申请社会医疗保险结算、已参保社会医疗保险但未申请在社会医疗保险结算、已参加社会医疗保险已申请在社会医疗保险结算但因**包括但不限于账户余额不足、不符合社保结算的规定等原因导致无法结算等情形。**

住院医疗费用：包括床位费、膳食费、护理费、重症监护病房床位费、治疗费、检查检验费、药品费、手术费。

床位费：被保险人在住院期间实际发生的住院床位费，费用标准不高于入住医院的标准双人病房标准。

膳食费：被保险人在住院期间根据医生的医嘱，由作为医疗机构内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用，且该膳食费用需包含在医疗账单内。

护理费：住院期间根据医嘱所示的护理等级所发生的护理服务费用。

重症监护病房床位费：需由被保险人入住重症监护病房所发生的床位费用。

治疗费：被保险人在住院治疗期间，因接受合理且必需的医疗服务而发生的治疗者的技术劳务费、医疗器械使用费及消耗品的费用等。**本项责任不包含接受物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法所产生的费用。。**

检查检验费：被保险人在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且必要的医疗费用，**包括但不限于 X 线检查费、磁共振(MRI)扫描费、X 线计算机体层 (CT) 扫描费、超声检查费、心电图检查费、血液学检查费、尿液检查费、粪便检查费等。**

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。**药品费中不包含中草药费用。**

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。**

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。

中医疗疗指针灸、推拿、拔罐、刮痧、中药涂擦、敷贴、热奄包治疗。

其他特殊疗法包括顺势疗法、职业疗法和语音疗法。

医生：并非被保险人或其近亲属或其业务关联者（如商业合作伙伴、雇员或雇主），且已获得其所执业国家的医疗卫生当局核发的行医执照的执业医师，其提供的治疗服务内容应在其执照和业经培训范围内。

重症监护病房：符合重症加强护理病房（ICU）、冠心病重症加强护理病房（CCU）、神经疾病重症加强病房（NCU）等标准的单人或多人监护病房，需配有中心监护台、心电监护仪及其它监护抢救设施，相对封闭管理。

处方药：指需凭医生处方才可调配、购买、使用的，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。

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。**

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。**

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、法规要求并经过国家食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。**

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

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

无有效驾驶证：被保险人存在下列情形之一者：

1. 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
2. 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
3. 实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
4. 持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；

5. 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；

6. 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

无有效行驶证：指下列情形之一：

1. 机动车被依法注销登记的；

2. 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动交通工具；

3. 未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动交通工具。未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

既往症：指在本保险合同生效前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病。通常有以下情况：

1. 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

2. 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；

3. 本保险合同生效前，未经医生诊断和治疗，但症状或体征明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

先天性疾病：指由于基因因素、先天性新陈代谢异常或其他因素导致的、出生时即存在的疾病和症状、出生缺陷、身体残疾、智障等发育不完全正常的疾病和症状，这些疾病和症状可能在出生时显现或在出生后逐步显现。

遗传性疾病：指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。

先天性畸形、变形和染色体异常：指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定。

症状：指被保险人病后对机体生理功能异常的自身体验和感觉。

体征：指被保险人的体表或内部结构发生可以察觉的改变。

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。

攀岩：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

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。

特技表演：指进行马术、杂技、驯兽等表演。

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。

感染艾滋病病毒或患艾滋病：艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为HIV。

艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，**英文缩写为 AIDS**。在人体血液或其它样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

未到期净保险费：除另有约定外，未到期净保险费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]×(1-退保手续费率)。**经过天数不足一天的按一天计算。退保手续费率由保险人和投保人在投保时约定，并在保险单上载明。**

不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

保险金申请人：指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。