

黄河财产保险股份有限公司

综合医疗保险条款

(注册号: C00023132512019122522562)

总则

第一条 本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 除另有约定外，出生满 30 天至 100 周岁（含），身体健康且能正常工作、生活的自然人，可作为本保险合同的被保险人，但首次投保本保险的被保险人的年龄上限为 60 周岁（含），满足连续投保要求的被保险人的年龄上限为 100 周岁（含）。

第三条 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、对被保险人有保险利益的合法团体或个人。

订立本保险合同时，投保人对被保险人不具有保险利益的，本保险合同无效，保险人扣减相应手续费后退还剩余保险费。

第四条 除另有约定外，本保险合同的保险金的受益人为被保险人本人或被保险人的监护人。

保险责任

第五条 在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或因在等待期（除另有约定外，本保险合同的等待期为30日，连续投保者不受该等待期的限制）后罹患疾病，在中华人民共和国境内（不含港、澳、台地区）保险人指定或认可的医疗机构（以下简称为“医院”或“医疗机构”）接受治疗（以下简称“保险责任范围内事故”）的，对被保险人所实际支出的合理且必要的下列医疗费用，保险人将按照以下约定承担保险责任：

（一）一般医疗保险金

1. 住院医疗费用

在保险期间内，被保险人因发生保险责任范围内事故而经医生诊断必须住院治疗，对于住院期间产生的合理且必要的住院医疗费用，扣除本保险合同中约定的免赔额后，按约定给付比例进行赔付。除另有约定外，保险人承担的住院医疗费用给付日数累计不超过 180 日且不超过保险单约定的保险金额。

住院医疗费用包括住院期间发生的床位费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费等，但不包括下列情形下发生的住院费用：

- （1）被保险人在医院的门诊观察室、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。

2. 住院前后门急诊医疗费用

在保险期间内，被保险人因发生保险责任范围内事故经医生诊断必须住院治疗，在本保险合同约定的住院前后期间内，因该次住院相同原因所进行的门急诊（不含特需门诊）治疗所实际支出的合理且必要的住院前后门急诊医疗费用（不包括门诊肾透析费、门诊恶性肿瘤治疗费、器官移植后的门诊抗排异治疗费、门诊手术费），扣除本保险合同中约定的免赔额后，按约定给付比例进行赔付。具体住院前后期间以保险合同载明期间为准。

门急诊医疗费用以当地卫生局或当地政府核准的收费标准为限，给付范围包括医生诊断、处方、手术费、救护车费、药品费、X 光检查、护理、医疗用品等在医院内发生的费用，但不包括特需门诊费用。

3. 特殊门诊医疗费用

在保险期间内，被保险人因发生保险责任范围内事故经医生诊断需要接受特殊门诊（不含特需门诊）治疗而产生的合理且必要的特殊门诊医疗费用，扣除本保险合同中约定的免赔额后，按约定给付比例进行赔付。

特殊门诊医疗费用包括：

(1) 门诊肾透析费；

(2) 门诊恶性肿瘤治疗费，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法治疗费用；

(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费。

4. 门诊手术医疗费用

在保险期间内，被保险人因发生保险责任范围内事故经医生诊断需要接受门诊（不含特需门诊/病房）手术治疗而产生的合理且必要的门诊手术费用，扣除本保险合同中约定的免赔额后，按约定给付比例进行赔付。

保险人对于以上四类费用的累计赔偿金额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，一次或累计赔偿的金额达到本保险合同一般医疗保险金额时，保险人对于被保险人在一般医疗保险金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，被保险人经医院初次确诊因意外伤害导致罹患本保险合同所定义的重大疾病（无论一种或者多种），或者在等待期（除另有约定外，本保险合同的等待期为 30 日，连续投保者不受该等待期的限制）后经医院初次确诊非因意外伤害导致罹患本保险合同所定义的重大疾病（无论一种或者多种），并在医院接受治疗的，保险人首先按照一般医疗保险金约定给付一般医疗保险金，当对被保险人一次或累计给付金额达到一般医疗保险金额后，保险人再按照约定的给付比例，根据以下约定给付重大疾病医疗保险金。

1. 重大疾病住院医疗费用

在保险期间内，被保险人因罹患本保险合同所定义的重大疾病（无论一种或者

多种)，经医院诊断必须住院治疗，对于住院期间产生的合理且必要的重大疾病（无论一种或多种）住院医疗费用，保险人按本保险合同约定的保险金计算方法，在重大疾病医疗保险金额内给付重大疾病住院医疗保险金。除另有约定外，保险人承担的住院医疗费用给付日数累计不超过 180 日且不超过保险单约定的重大疾病医疗保险金额。

住院医疗费用包括住院期间发生的床位费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费等，但不包括下列情形下发生的住院费用：

(1) 被保险人在医院的门诊观察室、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。

2. 重大疾病住院前后门急诊医疗费用

在保险期间内，被保险人因罹患本保险合同所定义的重大疾病（无论一种或者多种），经医生诊断必须住院治疗，在本保险合同约定的住院前后期间内，因与该次住院相同原因而接受重大疾病门急诊（不含特需门诊）治疗所实际支出的合理且必要的住院前后门急诊医疗费用（不包括重大疾病特殊门诊医疗费用、重大疾病门诊手术医疗费用），保险人将按照本保险合同约定的保险金计算方法，在重大疾病医疗保险金额内给付重大疾病住院前后门急诊保险金。具体住院前后期间以保险合同载明期间为准。

门急诊医疗费用以当地卫生局或当地政府核准的收费标准为限，给付范围包括医生诊断、处方、手术费、救护车费、药品费、X 光检查、护理、医疗用品等在医院内发生的费用，但不包括特需门诊费用。

3. 重大疾病特殊门诊医疗费用

在保险期间内，被保险人因罹患本保险合同所定义的重大疾病（无论一种或者多种）经医生诊断必须接受特殊门诊（不含特需门诊）治疗而发生的合理且必要的特殊门诊医疗费用，保险人将按照本保险合同约定的保险金计算方法，在重大疾病医疗保险金额内给付重大疾病特殊门诊医疗保险金。

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、肿瘤靶向疗法治疗费用；

(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费。

4. 重大疾病门诊手术医疗费用

在保险期间内，被保险人因罹患本保险合同所定义的重大疾病（无论一种或者

多种)经医生诊断需要接受门诊(不含特需门诊/病房)手术治疗而产生的合理且必要的重大疾病门诊手术费用,保险人将按照本保险合同约定的保险金计算方法,在重大疾病医疗保险金额内给付重大疾病门诊手术医疗保险金。

保险人对于以上四类费用的累计赔偿金额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,一次或累计赔偿的金额达到本保险合同约定的重大疾病医疗保险金额时,保险人对于被保险人在重大疾病医疗保险金项下的保险责任终止。

责任免除

第六条 以下损失、费用,保险人不承担给付保险金责任:

(一)减肥治疗、戒酒治疗、戒毒治疗、心理治疗、脱发健发治疗、性功能障碍治疗、睡眠障碍治疗、饮食障碍(贪食症、厌食症)治疗、视力矫正治疗的费用;

(二)康复治疗或训练、休养或疗养、健康体检、隔离治疗(在释义中医院或医疗机构内进行的隔离治疗除外)、保健食品及用品、体外或植入的医疗辅助装置或用具(假牙、义肢、轮椅、拐杖、助听器、眼镜或隐形眼镜、验光、义眼等等)及其安装的费用;

(三)如下项目的治疗的费用:皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗;雀斑、老年斑、痣的治疗和去除;对浅表静脉曲张、蜘蛛痣、瘢痕、纹身去除、皮肤变色的治疗或手术;激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗斑秃、白发、秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸等整容整形治疗;包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术;

(四)各种健美治疗项目的费用:包括但不限于营养、减肥、增胖、增高;

(五)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)的购买或租赁费用;

(六)未经医生处方自行购买的药品或非医院药房购买的药品、滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂、医生开具的超过30天部分的药品费用;

(七)各种医疗咨询和健康预测的费用:如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询(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)确定的精神和行为障碍以外的一般心理问题,如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等)等;

(八)不符合入院标准、挂床住院部分的费用,住院病人应当出院而拒不出院情况下,从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用;

(九)各类医疗鉴定的费用: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;

(十)被保险人接受矫形、视力矫正手术、美容、非意外事故所致整容、洗牙、洁齿、牙科保健、变性手术等行为的费用;

(十一)预防性治疗、实验性或试验性治疗的费用,未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物的费用。

第七条 以下原因造成的任何损失、费用,保险人不承担给付保险金责任:

(一)战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱;

(二)核爆炸、核辐射或核污染;

- (三) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (四) 被保险人故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (五) 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；
- (六) 被保险人酗酒、殴斗、吸食或注射毒品，违反规定使用麻醉或精神药品；
- (七) 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证照的机动车；
- (八) 被保险人从事潜水、滑水、滑雪、滑冰、滑翔翼、热气球、跳伞、攀岩、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、柔道、空手道、跆拳道、拳击、特技表演、蹦极、赛马、赛车、各种车辆表演及车辆竞赛等高风险运动；
- (九) 被保险人未遵医嘱服用、涂用、注射药物；
- (十) 食物中毒，药物过敏；
- (十一) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（但因职业关系、输血和器官移植导致的不在其限，具体以重大疾病释义第（三十三）、（三十四）、（九十五）三项为准）；
- (十二) 遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常；
- (十三) 在诊疗过程中发生的医疗事故；
- (十四) 被保险人在投保前罹患的、投保时尚未治愈的疾病；被保险人在投保时未如实告知的既往疾病以及在本保险合同签发日之前的既往疾病；
- (十五) 被保险人分娩、流产、宫外孕、不孕不育治疗、人工受精、怀孕、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；
- (十六) 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）；
- (十七) 被保险人患精神和行为障碍疾病的（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）。

保险金额、保险费和免赔额（率）

第八条 保险金额是保险人对本保险合同约定的一项保险责任承担给付保险金责任的最高限额。年度累计保险金额是保险人在保单年度内对本保险合同约定的所有保险责任承担给付保险金责任的最高限额。

本保险合同的保险金额包括一般医疗保险金额和重大疾病医疗保险金额。本保险合同的保险金额、累计保险金额具体由投保人、保险人协商确定，并在保险单中载明。

第九条 保险费依据保险金额与保险费率计收，在保险单中载明。保险费支付方式由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单上载明，投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。

第十条 免赔额或免赔率由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险期间

第十一条 除另有约定外，本保险合同保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

保险人义务

第十二条 本保险合同期满，投保人可向保险人申请连续投保本保险合同。连续投保不计算等待期。

本保险合同为非保证续保合同。投保人连续投保本保险合同须经保险人审核同意。连续投保时保险人有权根据医疗费用水平变化、本保险产品整体经营状况及被保险人年龄对费率进行调整。

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连续投保手续。

上述连续投保是指新保险合同的保险期限开始时间应在本保险合同终止日期后的30个自然日内，超过终止日期30个自然日的视为新投保业务。

第十三条 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。

第十四条 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。

第十五条 保险人依据本保险条款第二十条、第二十一条、第二十三条所取得的保险合同解除权，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。

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。

第十六条 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。

第十七条 保险人收到被保险人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险人达成给付保险金的协议后十日内，履行赔偿保险金义务。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。

第十八条 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清保险费。

约定一次性交付保险费的，保险费未交清前，本保险合同不生效。

约定分期交付保险费的，投保人未缴付首期保费时，保险合同不成立，保险人不承担保险责任。如投保人未按照合同约定的付款时间足额缴付当期保费，且在保险合同约定的付款宽限期内仍未足额补缴当期保费的，本保险合同的保险期间在上

一个缴费周期结束时终止。对于保险期间终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。保费分期缴付方式及付款宽限期由投保人和保险人协商确定，并在保险合同中载明。

第二十条 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，不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。

第二十一条 被保险人变更职业或工种时，投保人或被保险人应在十日内以书面形式通知保险人。

被保险人所变更的职业或工种依照保险人确定的职业分类在拒保范围内的，保险人在接到通知后有权解除本保险合同，并按照接到通知之日退还原职业或工种所对应的未到期保险费。被保险人所变更的职业或工种依照保险人确定的职业分类仍可承保的，或在拒保范围内但保险人认定可以继续承保的，保险人按照接到通知之日计算并退还原职业或工种所对应的未到期保险费，投保人补交按照保险人接到通知之日计算的新职业或工种所对应的未到期保险费。

被保险人所变更的职业或工种，依照保险人确定的职业分类其危险性增加且未依本条约定通知保险人，发生保险事故的，保险人按其原交保险费比新职业或工种所对应的保险费的比率计算并给付保险金。被保险人所变更的职业或工种依照保险人确定的职业分类在拒保范围内，保险人不承担给付保险金的责任。

第二十二条 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，均视为已送达投保人。

第二十三条 投保人申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。

投保人申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本保险合同约定的年龄限制的，保险人有权解除合同，并退还保险费。

投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人支付的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。

投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人支付的保险费多于应付保险费的，保险人应当将多收的保险费退还投保人。

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。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，不包括因不可抗力而导致的迟延。

保险金申请与给付

第二十五条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。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。受益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，并提供监护人的身份证明等资料。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。

(一) 索赔申请书；

(二) 保险单或其他保险凭证；

(三) 保险金申请人的身份证明；

(四) 保险人指定或者认可的医疗机构出具的完整病历资料(包括门急诊病历、住院病历、出院小结以及相关的检查报告)；

(五) 保险人指定或者认可的医疗机构出具的附有病历、病理检验、血液检验、影像学报告及其他科学方法检验报告的疾病诊断证明书或手术证明；

(六) 医疗费用原始收据、医疗费用明细清单及医疗费用分割单；

(七) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料。

被保险人若已通过其它途径获得了部分医疗费用的补偿并无法提供医疗费用原始凭证时，需提供医疗费用凭证复印件，同时出具注明已给付比例和金额、加盖支付费用单位公章的分割单等相关证明，保险人按本保险合同约定在剩余医疗费用内承担保险责任。

本保险合同所指分割单应符合财政部《会计基础工作规范》的有关要求。涉及基本医疗保险时，分割单指基本医疗保险费用结算表，或当地基本医疗保险结算办法所规定的其他类似费用结算证明。

第二十六条 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。

赔偿处理

第二十七条 在保险期间及本保险条款第二十八条约定的延长期内，被保险人保险责任范围内的医疗费用，按照如下公式计算每次就诊应当给付的保险金：

应当给付的保险金 = [被保险人发生的医疗费用的有效金额 - (免赔额 - 免赔额抵扣部分)] × 给付比例

被保险人发生的医疗费用的有效金额等于被保险人每次就诊发生的必要的、合理的属于保险责任范围内的医疗费用减去被保险人已从其他途径获得的费用补偿部分后的余额。

免赔额抵扣金额最高以免赔金额为限。

第二十八条 保险人按照如下约定承担保险责任：

(一) 保险期间届满时，被保险人仍在接受住院治疗的，保险人继续承担保险责任至被保险人当次出院止，但最长不超过从保险期间截止日的次日起后延连续30日，且依照本保险合同所给付的各项医疗费用之和以相应保险金额为限。

(二) 保险期间内, 保险人给付的医疗费用金额达到相应保险金额时, 保险人该项保险责任终止。

第二十九条 在本保险合同有效期内, 保险人按照如下约定承担保险金赔偿责任:

(一) 医疗费用赔偿适用费用补偿原则。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保险合同的约定进行给付。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) 本保险合同中“免赔额”指被保险人自行承担, 本保险合同不予给付的部分。被保险人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, 但从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。

(三) 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, 保险人可以另行约定给付比例并按照在保险合同中载明的条件和方式进行各项医疗费用给付。

争议处理和法律适用

第三十条 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者争议发生后未达成仲裁协议的, 依法向中华人民共和国法院起诉。

第三十一条 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(不包括港澳台地区法律)。

其他事项

第三十二条 除本保险合同另有约定外, 经投保人和保险人协商同意后, 可变更本保险合同的有关内容。变更本保险合同时, 投保人应填写变更合同申请书, 经保险人审核同意, 并在本保险合同的保险单或其它保险凭证上加以批注, 或由投保人和保险人订立变更的书面协议后生效。

第三十三条 在本保险合同成立后, 投保人可以书面形式通知保险人解除合同, 但保险人已根据本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) 保险单原件;
- (三) 保险费交付凭证;
- (四) 投保人身份证明或投保单位证明。

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时起, 本保险合同的效力终止。除另有约定外, 保险人收到上述证明文件和资料之日起三十日内退还保险单的未到期保险费。

释义

第三十四条 除另有约定外，本保险合同中的下列词语具有如下含义：

1. 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。

2. 保险人：指与投保人签订本保险合同的黄河财产保险股份有限公司及其分支机构。

3. 满足连续投保要求的被保险人：是指本保险合同期满前，投保人向保险人申请连续投保的被保险人，保险人将遵循本保险合同保险费率调整的规定，评估被保险人的连续投保申请及计算保费。保险人不会因为被保险人的健康状况变化或者使用保险情况而拒绝被保险人连续投保或者单独调整被保险人的连续投保保费。但若发生下列情形之一的，本保险合同不再接受连续投保：

(1) 本产品已停售；

(2) 连续投保时被保险人的年龄超过100周岁；

(3) 被保险人身故；

(4) 本保险合同因其他条款所列情况而导致效力终止。

保险人会在本保险合同保险期间届满之前通知被保险人，若投保人有连续投保意愿，保险人也接受了投保人的连续投保申请，且投保人也按连续投保时对应的费率及时缴纳保险费，连续投保的合同不再有等待期。

4. 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。

5. 保险人指定或者认可的医疗机构：指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或以上的公立医院或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。意外伤害急救不受此限，但经急救情况稳定后，须根据病情及时转入前述指定或认可的医疗机构治疗。

本保险合同所指医院不包括以下或类似的医疗机构：

(1) 精神病院；

(2) 老人院、疗养院、美容整形医疗机构、戒毒中心和戒酒中心；

(3) 健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

6. 合理且必要的医疗费用：指同时满足以下条件的医疗费用：

(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：

i. 治疗意外伤害或疾病所必须的项目；

ii. 不超过安全、足量治疗原则的项目；

iii. 由医生开具的处方药；

iv. 非试验性的、非研究性的项目；

v. 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。

7. 住院：指被保险人因疾病或意外伤害而入住合同约定的医疗机构的正式病房并接受全日24小时监护治疗，并正式办理入出院手续，但不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院或其他不合理的住院。

8. 住院医疗费用：具体内容如下：

(1) 床位费：指被保险人使用医院床位的费用，但不包括陪人床、观察病床位和家庭病床的费用；

(2) 膳食费：指实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准（最高以二级及以上医院普通病房订餐标准为限）的膳食费用，但不包括购买的个人用品；

(3) 护理费：指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用；

(4) 重症监护室床位费：指被保险人使用医院重症监护室床位的费用；

(5) 诊疗费：指住院治疗期间实际发生的，以诊察、检查、治疗为目的的医生诊断费用；

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

(7) 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；

(8) 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：如花旗参，冬虫夏草，白糖参，朝鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝，红参，琥珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，燕窝，野山参，移山参，珍珠（粉），紫河车，阿胶，阿胶珠，血宝胶囊，红桃K口服液，十全大补丸，十全大补膏等；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；用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

(9) 手术费：指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用，包括手术室费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费；若因器官移植而发生的手术费用，不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。

9. 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。

10. 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。

11. 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，激发和最强机体抗肿瘤免疫应答。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。

12. 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局批准用于临床治疗。

13. 肿瘤靶向疗法：指在细胞分子水平上，针对已明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本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局批准用于临床治疗。

14. 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后第一次经医院确诊患有某种疾病。

15. 重大疾病：被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病，应当由专科医生明确诊断。其中，前25种重大疾病定义完全采用了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》中的疾病定义，其他为保险人增加的疾病。

（一）恶性肿瘤

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

下列疾病不在恶性肿瘤保障范围内：

- 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 AnnArbor 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（GCS, GlasgowComaScale）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

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

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

（十四）双目失明

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。

（十五）瘫痪

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

（十六）心脏瓣膜手术

指为治疗心脏瓣膜疾病，实际实施了开胸进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

（十七）严重阿尔茨海默病

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

神经官能症和精神疾病不在保障范围内。

（十八）严重脑损伤

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

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

（十九）严重帕金森病

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

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

继发性帕金森综合征不在保障范围内。

（二十）严重III度烧伤指烧伤程度为III度，且III度烧伤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

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

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

精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。

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

（二十四）重型再生障碍性贫血

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

- 1) 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断；
- 2) 外周血象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。

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75种重大疾病为保险人增加的疾病。

（二十六）慢性呼吸功能衰竭

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

- 1) 休息时出现呼吸困难；
- 2) 动脉血氧分压 (PaO₂) < 50mmHg；
- 3) 动脉血氧饱和度 (SaO₂) < 80%；
- 4) 因缺氧必须接受输氧治疗。

（二十七）多发性硬化

多发性硬化症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。多发性硬化症必须由医院的神经科专科医生确诊。必须伴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。

多发性硬化症必须造成神经系统永久性功能损害并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。

（二十八）主动脉夹层血肿

是指主动脉壁在受到某些病理因素的破坏后，高速、高压的主动脉血流将其内膜撕裂，以致主动脉腔内的血流通过主动脉内膜的破裂口进入主动脉内壁而形成血肿。被保险人需通过电脑断层扫描（CT）、磁共振扫描（MRI）、磁共振血管检验法（MRA）或血管扫描等检查，并且实施了胸腹切开的直视主动脉手术。

（二十九）严重全身性重症肌无力

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。

（三十）严重冠心病

指根据冠状动脉造影检查结果明确诊断为三支主要血管严重狭窄性病变（至少一支血管管腔减少75%以上和其他两支血管管腔减少到60%以上）。冠状动脉的主要血管指左冠状动脉主干、前降支、回旋支以及右冠状动脉，**不包括前降支、左旋支及右冠状动脉的分支血管。**

（三十一）严重心肌病

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

(三十二) 系统性红斑狼疮并发肾功能损害

指一种自身免疫性结缔组织病，于体内有大量致病性自身抗体和免疫复合物，造成组织损伤。系统性红斑狼疮的诊断必须经专科医生明确诊断，并须同时满足下列条件：

1) 临床表现至少具备下列条件中的四项：

- ①蝶形红斑或盘形红斑；
- ②光敏感；
- ③口鼻腔黏膜溃疡；
- ④非畸形性关节炎或多关节痛；
- ⑤胸膜炎或心包炎；
- ⑥神经系统损伤（癫痫或精神症状）；
- ⑦血象异常（白细胞小于4000/ μ l 或血小板小于100000/ μ l 或溶血性贫血）。

2) 检测结果至少具备下列条件中的两项：

- ①抗 dsDNA 抗体阳性；
- ②抗 Sm 抗体阳性；
- ③抗核抗体阳性；
- ④皮肤狼疮带试验（非病损部位）或肾活检阳性；
- ⑤C3 低于正常值。

3) 狼疮肾炎致使肾功能减退（或损害），且符合以下条件之一：

①系统性红斑狼疮造成肾脏功能损害，尿蛋白 $>2g/24$ 小时且持续性蛋白尿 $>+++$ ；

②符合下列 WHO 诊断标准定义的III型至 V 型狼疮性肾炎。

世界卫生组织（WHO）狼疮性肾炎分型：

- I 型（微小病变型）镜下阴性，尿液正常；
- II 型（系膜病变型）中度蛋白尿，偶有尿沉渣改变；
- III 型（局灶及节段增生型）蛋白尿，尿沉渣改变；
- IV 型（弥漫增生型）急性肾炎伴有尿沉渣改变及/或肾病综合征；
- V 型（膜型）肾病综合征或重度蛋白尿。

(三十三) 因职业关系导致的感染艾滋病病毒

指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艾滋病病毒。

必须满足下列全部条件：

1) 感染必须是在被保险人正在从事其职业工作中发生，该职业必须属于以下列表内的职业：

医生和牙科医生、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、警察和狱警；

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人体内存在 HIV 病毒或者 HIV 抗体。任何因其他传播方式(包括：性传播或静脉注射毒品)导致艾滋病病毒(HIV)感染不在本项疾病保障范围内。保险人具有获得和使用被保险人的所有血液样本的权利以及能够对这些样本进行独立检验的权利。

(三十四) 因输血感染艾滋病病毒

指被保险人感染艾滋病病毒 (HIV)，且须满足下列全部条件：

1) 因输血而感染；

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，或者法院终审判决或裁定为医疗责任；

3) 受感染的被保险人不是血友病患者。

任何因其他传播方式(包括：性传播或静脉注射毒品)导致艾滋病病毒(HIV)感染不在本项疾病保障范围内。保险人具有获得和使用被保险人的所有血液样本的权利以及能够对这些样本进行独立检验的权利。

(三十五) 严重克隆病

指一种慢性肉芽肿性肠炎。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引起急性腹膜炎的肠穿孔，诊断必须有结肠镜检查和组织病理学证据支持。

(三十六) 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瘻术。溃疡性结肠炎必须根据组织病理学特点诊断，并且被保险人已经接受了结肠切除和(或)回肠造瘻术。

(三十七) 1 型糖尿病

指因严重的胰岛素缺乏导致的一组糖、脂肪、蛋白质代谢异常综合症，且须依赖外源性胰岛素进行机体的葡萄糖代谢和维持生命。本病须经血胰岛素测定、血 C 肽测定或尿 C 肽测定

检查证实，且被保险人已经接受了持续的胰岛素治疗180天以上，并须满足下列至少一项条件：

1) 并发增殖性视网膜病变；

2) 并发心脏病变，并须植入心脏起搏器进行治疗；

3) 至少一个脚趾发生坏疽并已实施手术切除。

(三十八) 肺源性心脏病

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

(三十九) 植物人状态

指被保险人已丧失大脑皮层功能，对外界刺激或体内需求皆无反应，人呈无意识状态，但脑干功能仍然保留，并持续依赖外界生命支持系统至少3 天以上，该病须由神经科专科医生确诊并证明有永久性神经系统损害。

由于酗酒或滥用药物所致的植物人状态不在保障范围内。

（四十）严重类风湿性关节炎

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

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

（四十一）非阿尔茨海默病所致严重痴呆

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

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。

（四十二）重症急性坏死性筋膜炎截肢

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。必须满足下列所有条件：

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

（四十三）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，且必须同时符合下列标准：

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

被保险人申请理赔时年龄必须在年满25周岁之前。

（四十四）严重川崎病

指一种血管炎综合征，临床表现为急性发热，皮肤粘膜病损和淋巴结肿大。本病须经专科医生明确诊断，同时须由血管造影或超声心动图检查证实，**满足下列至少一项条件：**

- 1) 伴有冠状动脉瘤，且冠状动脉瘤于最初急性发病后持续至少180天；
- 2) 伴有冠状动脉瘤，且实际接受了对冠状动脉瘤进行的手术治疗。

（四十五）严重弥漫性系统性硬皮病

是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。本病症须经专科医生明确诊断，并须满足下列全部条件：

- 1) 由活检和血清学证据支持；
- 2) 疾病已经影响到肺脏、心脏或肾脏等内脏器官并且达到下列标准之一：
 - ①肺脏：已造成肺脏纤维化，并同时出现肺动脉高压和肺心病；
 - ②心脏：心脏功能衰竭程度达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级IV级；
 - ③肾脏：已造成肾脏损害，并出现肾功能衰竭。

局限性硬皮病、嗜酸细胞筋膜炎和 CREST 综合征不在保障范围内。

（四十六）丝虫病所致象皮病

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。

（四十七）胰腺移植

指因胰腺功能衰竭，已经实施了在全身麻醉下进行的胰腺的异体器官移植手术（供体必须是人体器官）。**单纯胰岛移植、部分胰腺组织或细胞的移植不在保障范围内。**

（四十八）急性坏死性胰腺炎开腹手术

指由专科医生确诊为急性坏死性胰腺炎，并已经接受了开腹手术进行坏死组织清除、病灶切除或胰腺部分切除的治疗。

因酗酒或饮酒过量所致的急性坏死性胰腺炎以及腹腔镜手术不在保障范围内。

（四十九）严重慢性复发性胰腺炎

指慢性反复发作的胰腺炎症导致胰腺的广泛纤维化、坏死、弥漫性钙化及假性囊肿形成，造成胰腺功能障碍出现严重糖尿病和营养不良。**必须满足下列所有条件：**

- 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) 持续接受胰岛素替代治疗和酶替代治疗180天以上。

（五十）克雅氏病

指一种不可治愈的脑部感染，导致急剧而渐进性的智力功能与活动衰退。须有保险人认可的专科医生根据临床测试、脑电图和影像结果做出诊断，并发现被保险人出现神经系统异常及严重的渐进性痴呆

（五十一）严重肾髓质囊性病

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。

(五十二) 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。

(五十三) 特发性慢性肾上腺皮质功能减退

指自身免疫性肾上腺炎（既往称：特发性肾上腺皮质萎缩）导致肾上腺萎缩和慢性肾上腺皮质功能减退。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 感染或者艾滋病、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。

(五十四) 溶血性链球菌引起的坏疽

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

(五十五) 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。

(五十六) 严重肌营养不良症

指一组肌肉变性病变，临床特征为与神经系统病变无关的肌肉无力和肌肉萎缩。本险种仅对肌营养不良症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的情况予以理赔。

(五十七) 严重心肌炎

指被保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。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IV级，或左室射血分数低于30%；

2)持续不间断180天以上;

3)被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限,不能从事任何体力活动。

(五十八)肝豆状核变性

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)经肝脏活检确诊。

(五十九)路易体痴呆

指一组在临床和病理表现上以波动性认知功能障碍、视幻觉和帕金森综合征为临床特点,以路易体为病理特征的神经营养性疾病。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。

(六十)破裂脑动脉瘤夹闭手术

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

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

(六十一)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。

(六十二)进行性核上性麻痹

中枢神经系统变性疾病,临床表现为眼球运动障碍、假性球麻痹、帕金森综合征等。被保险人自主生活能力完全丧失,无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上,日常生活必须持续受到他人监护。

(六十三)严重幼年型类风湿性关节炎

幼年型类风湿性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。

本病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性关节炎予以理赔。

(六十四)严重肠道疾病并发症

指严重肠道疾病或外伤导致小肠损害并发症,并须满足下列全部条件:

1)至少切除了三分之二小肠;

2)完全肠外营养支持三个月以上。

本项保险责任仅在被保险人18周岁以前提供保障。

(六十五) 严重瑞氏综合症 (Reye综合征, 也称赖氏综合征、雷氏综合征)

瑞氏综合症为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。

瑞氏综合症必须满足以下所有条件:

- 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3倍;
- 3) 临床出现昏迷, 病程至少达到疾病分期的第3期。

(六十六) 严重自身免疫性肝炎

指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) 完全性房室传导阻滞

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

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

(六十八) 细菌性脑脊髓膜炎

指因脑膜炎双球菌感染引起的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、智力或性情中度以上的损害, 且上述症状持续90天以上仍无改善迹象。

(六十九) 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。

(七十) 重症骨髓增生异常综合征

重症骨髓增生异常综合征（Myelodysplastic syndromes, MDS）是起源于造血干细胞的一组异质性髓系克隆性疾病，特点是髓系细胞发育异常，表现为无效造血、难治性血细胞减少，本保险合同所指的严重的骨髓异常增生综合征需满足下列所有条件：

- 1) 由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。

（七十一）严重癫痫

本病的诊断须由神经科或儿科专科医生根据典型临床症状和脑电图及 MRI、PET、CT 等影相学检查做出。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治疗反复发作的癫痫。

发热性惊厥以及没有全身性发作的失神发作（癫痫小发作）不在本保障范围。

（七十二）自体造血干细胞移植

指由于患者自身骨髓造血功能异常或为了达到治疗肿瘤的目的，采集患者自己的一部分造血干细胞，分离并深低温保存，再回输给患者使患者的造血功能和免疫功能重新恢复的一种治疗方法。

该治疗须由保险人认可的专科医生认为在临床上是必需的。

（七十三）肺淋巴管肌瘤病

是一种弥漫性肺部疾病，主要病理改变为肺间质、支气管、血管和淋巴管内出现未成熟的平滑肌异常增生，同时须满足下列全部条件：

- 1) 经组织病理学诊断；
- 2) CT 显示双肺弥漫性囊性改变；
- 3) 血气提示低氧血症。

（七十四）肺泡蛋白质沉积症

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

（七十五）小肠移植

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

（七十六）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。

（七十七）骨生长不全症

指一种胶原病，特征为骨易碎，骨质疏松和易骨折。该病有4 种类型：I 型、II 型、III型、IV型。只保障III型成骨不全的情形。其主要临床特点有：发展迟缓、多发性骨折、进行性脊柱后侧凸及听力损害。III型成骨不全的诊断必须根据身体检查，家族史，X 线检查和皮肤活检报告资料确诊。

（七十八）严重面部烧伤

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

（七十九）亚急性硬化性全脑炎

是麻疹或麻疹样病毒所导致的一种中枢神经系统慢性感染。中枢神经系统呈现灰质和白质破坏为特征的慢性和急性混合存在的炎症。亚急性硬化性全脑炎必须满足以下所有条件：

1)脑电图存在周期性复合波、脑脊液 r-球蛋白升高、脑脊液和血清中麻疹抗体滴度升高；

2)被保险人出现运动障碍，自主生活能力完全丧失，无法独立完成各项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

（八十）脊髓小脑变性症

指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疾病。本病必须符合以下全部条件：

1)脊髓小脑变性症必须由医院诊断，并有以下证据支持：

①影响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，无法独立完成基本日常生活或者活动中的三项或者三项以上。

（八十一）进行性多灶性白质脑病

是一种亚急性脱髓鞘性脑病，常常发现与免疫缺陷的病人。必须由保险人认可的神经科医生根据脑组织活检确定。

（八十二）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。

（八十三）严重继发性肺动脉高压

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。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本保障范围内。

(八十四) 进行性风疹性全脑炎

指由风疹病毒感染引起的儿童和青少年的慢性脑炎。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。

(八十五) 重症手足口病

指由肠道病毒引起的急性传染病，主要症状表现为手、足、口腔等部位的斑丘疹、疱疹。经保险人认可的医疗机构的专科医生确诊为患有手足口病，并伴有下列三项中的任意一项并发症：

- 1) 有脑膜炎或脑炎并发症，且导致意识障碍或瘫痪的临床表现及实验室检查证据；
- 2) 有肺炎或肺水肿并发症，且导致呼吸衰竭的临床表现及实验室检查证据；
- 3) 有心肌炎并发症，且导致心脏扩大或心力衰竭的临床表现及实验室检查证据。

(八十六) 湿性年龄相关性黄斑变性

又称为新生血管性年龄相关性黄斑变性或“渗出性”年龄相关性黄斑变性，发生脉络膜新生血管(CNV)异常生长穿透玻璃膜进入视网膜，新生血管渗漏，渗出及出血。该病必须由荧光素眼底血管造影检查提示黄斑区新生血管形成，并且必须由眼科专科医生确诊为湿性年龄相关性黄斑变性。

被保险人申请理赔时须提供近3个月内视力改变显示病情恶化的相关检查报告、诊断证明及病历报告。

(八十七) 脊柱裂

指脊椎或颅骨不完全闭合，导致脊髓脊膜突出，脑(脊)膜突出或脑膨出，合并大小便失禁，部分或完全性下肢瘫痪或畸形等神经学上的异常，但不包括由X线摄片发现的没有合并脊椎脊膜突出或脑(脊)膜突出的隐形脊柱裂。

(八十八) 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。

(八十九) 血管性痴呆

指由缺血性卒中、出血性卒中和造成记忆、认知和行为等脑区低灌注的脑血管疾病所致的严重认知功能障碍综合征。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本保障范围内。

(九十) 原发性骨髓纤维化

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 $<100\text{g/L}$;
- 2) 白细胞计数 $>25\times 10^9/\text{L}$;
- 3) 外周血原始细胞 $\geq 1\%$;
- 4) 血小板计数 $<100\times 10^9/\text{L}$ 。

恶性肿瘤、中毒、放射线和感染所致的继发性骨髓纤维化不在本保障范围内。

(九十一) 失去一肢及一眼

指因疾病或者意外伤害导致单眼视力丧失及单肢肢体机能完全丧失。

单眼视力丧失指单眼视力永久不可逆性丧失，患眼须满足下列至少一项条件：

- 1) 眼球缺失或者摘除；
- 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。

单肢肢体机能完全丧失，须满足下列至少一项条件：

- 1) 任何一肢自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离；
- 2) 任何一肢肢体机能完全丧失。

被保险人在 3 周岁之前因疾病导致单眼视力丧失不在保障范围内。

(九十二) 婴儿进行性脊肌萎缩症

该病是累及脊髓前角细胞及延髓运动核的神经元退行性变性病。在出生后两年内出现的脊髓和脑干颅神经前角细胞进行性机能障碍，伴随肌肉无力和延髓机能障碍。

(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

是一种先天性心脏病发展的后果。房、室间隔缺损、动脉导管未闭等先天性心脏病，可由原来的左向右分流，由于进行肺动脉高压发展至器官性肺动脉阻塞性病变，出现右向左分流，皮肤黏膜从无青紫发展到有青紫时，称为艾森门格综合征。本病诊断须有专科医生经超声心动图和心导管检查证实及须符合以下所有标准：

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

(九十五) 因器官移植导致的人类免疫缺陷病毒感染

指因器官移植而感染上人类免疫缺陷病毒(HIV)或患艾滋病。本病须满足如下全部条件：

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

2) 提供器官治疗的器官移植中心或医院出具的此次因器官移植感染人类免疫缺陷病毒或艾滋病，属于医疗事故的报告，或者法院终审裁定医疗事故并且不准上诉；

3) 提供器官治疗的器官移植中心或医院必须具有合法经营执照。

任何因其他传播方式(包括:性传播或静脉注射毒品)导致艾滋病病毒(HIV)感染不在本项疾病保障范围内。保险人具有获得和使用被保险人的所有血液样本的权利以及能够对这些样本进行独立检验的权利。

(九十六) 严重急性主动脉夹层血肿

指主动脉壁在受到某些病理因素破坏后,高速、高压的主动脉血流将其内膜撕裂,以致主动脉腔内的血流通过主动脉内膜的破裂口进入主动脉内壁而形成血肿。急性主动脉夹层血肿必须明确诊断,并且满足下列所有条件:

1) 有典型的临床表现;

2) 有电子计算机断层扫描(CT)、磁共振扫描(MRI)、磁共振血管造影(MRA)等影像学证据支持诊断;

3) 被保险人实际接受了急诊条件下进行的传统或微创开胸或开腹主动脉手术。

慢性期主动脉夹层择期手术、经导管主动脉内介入手术治疗不在保障范围内。

(九十七) 肌萎缩脊髓侧索硬化后遗症

以肌肉无力及萎缩为特征,并有以下情况作为证明:脊髓前角细胞功能失调、可见的肌肉颤动、痉挛、过度活跃之深层肌腱反射和外部足底反射、影响皮质脊髓束、构音障碍及吞咽困难。必须由专科医生以适当的神经肌肉检查如肌电图(EMG)证实。本疾病必须导致严重的生理功能损坏(由被保险人永久性无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项上作为证明)。

(九十八) 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,表现为头痛、呕吐和视乳头水肿;

2) 出现部分性、全身性癫痫发作或癫痫持续状态;

3) 昏睡或意识模糊;

4) 视力减退、复视和面神经麻痹。

(九十九) 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。慢性缩窄性心包炎必须被明确诊断并且满足下列所有条件:

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

2) 已经接受了经下列任何一种手术路径进行的开胸心包剥离手术或心包切除手术。

①胸骨正中切口;

②双侧前胸切口;

③左前胸肋间切口。

经胸腔镜、胸壁打孔进行的手术、心包粘连松解手术不在保障范围内。

(一〇〇) 胆道重建手术

指因疾病或胆道创伤导致接受涉及胆总管小肠吻合术的胆道重建手术。手术必须由保险人认可的专科医生认为是医疗必须进行的情况下进行。

胆道闭锁并不在保障范围内。

16. 社会医疗保险：本保险合同所称的社会医疗保险包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗、医疗救助等政府举办的基本医疗保障项目。

17. 攀岩：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

18. 武术：指两人或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。

19. 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。

20. 特技：指从事马术、杂技、驯兽等特殊技能。

21. 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。

22. 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。

23. 毒品：指《中华人民共和国刑法》规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺(冰毒)、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。

24. 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。

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

26. 感染艾滋病病毒或患艾滋病：艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文缩写为AIDS。

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

27. 未到期保险费：未到期保险费=保险费×[1-（保险单已经过天数/保险期间天数）]。经过天数不足一天的按一天计算。

28. 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。

29. 不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。