

黄河财产保险股份有限公司

综合医疗保险（2021 版）条款

（注册号：C00023132512021060176812）

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，均采用书面形式。

第二条 除另有约定外，出生满 30 天至 99 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。

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。

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，被保险人遭受意外伤害事故，或自本保险合同生效后且在经过保单约定的等待期之后罹患疾病，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

是指在保险期间内，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。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。

保险期间届满时，前述住院治疗仍未结束的，保险人继续对前述费用承担责任至本次住院结束，**但最长不超过保险期间届满后 90 日（含）。**

2. 住院前后门急诊医疗费用

是指在保险期间内，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**）。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

是指在保险期间内，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。

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

是指在保险期间内，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。

5. 质子重离子医疗费用

是指在保险期间内，被保险人因罹患本保险合同所定义的“恶性肿瘤——重度”，经专科医生诊断需要接受质子重离子治疗的，被保险人在保险期间内治疗时实际发生的合理且必要的质子重离子医疗费用。

保险人对于以上五类费用将按照本保险合同约定的保险金计算方法，在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，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），或者在本保险合同生效后且在经过保单约定的等待期之后经专科医生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

是指在保险期间内，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），经专科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重

大疾病（无论一种或多种）住院医疗费用。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。

保险期间届满时，前述住院治疗仍未结束的，保险人继续对前述费用承担责任至本次住院结束，但最长不超过保险期间届满后 90 日（含）。

2. 重大疾病住院前后门急诊医疗费用

是指在保险期间内，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），经专科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）。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

是指在保险期间内，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）经专科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。

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

是指在保险期间内，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）经专科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。

5. 质子重离子医疗费用

是指在保险期间内,被保险人因罹患本保险合同所定义的“恶性肿瘤——重度”,经专科医生诊断需要接受质子重离子治疗的,被保险人在保险期间内治疗时实际发生的合理且必要的质子重离子医疗费用。

保险人对于以上五类费用将按照本保险合同约定的保险金计算方法,按约定给付比例进行赔付,除另有约定外,重大疾病医疗保险金不适用免赔额或免赔率。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。

(三)本保险合同所称等待期是指自本保险合同生效日起计算的一段时间。等待期内发生的疾病,无论治疗时间是否超过等待期,保险人均不承担给付保险金责任。除另有约定外,续保的保险合同不适用等待期。

上述(一)(二)两项责任的等待期均为自保险合同生效起30天(含第30天),本保险合同对等待期另有约定的从其约定,但最长不得超过180天。

第六条 本保险合同为费用补偿型保险合同,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。基本医疗保险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。

责任免除

第七条 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。

第八条 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（但因输血、职业关系、和器官移植导致的不在其限，具体以重大疾病释义第（39）、（52）、（62）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) 被保险人首次投保前的既往症或在等待期内罹患的疾病；

(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）

第九条 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。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，具体由投保人、保险人协商确定，并在保险单中载明。

第十条 保险费由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。保险期间不足一年的，按日比例计算短期保险费。

第十一条 免赔额或免赔率指被保险人自行承担, 本保险合同不予给付的部分。本保险合同的免赔额为年免赔额, 由投保人、保险人双方约定, 并在保险单中载明。

保险期间

第十二条 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, 但最长不超过一年。

保险人义务

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交清保险费, 保险费交清前, 本保险合同不生效。

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未满期保险费。

投保人或被保险人未依本条约定通知保险人，发生保险事故的，如被保险人变更后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 对被保险人保险责任范围内的医疗费用，保险人按照如下公式计算应当给付的保险金：

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合理且必要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医疗费用补偿后的余额。

“免赔额抵扣部分”指被保险人已通过其他途径获得的医疗费用补偿，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。免赔额抵扣金额最高以免赔金额为限。

第二十七条 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。

第二十八条 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三年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

争议处理和法律适用

第二十九条 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

第三十一条 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。

第三十二条 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。

保险责任开始前，投保人要求解除本保险合同的，保险人扣除总保费3%手续费后，剩余部分的保险费退还投保人；保险人要求解除本保险合同的，不得向投保人收取手续费并应退还已收取的保险费。

保险责任开始后，投保人要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，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日内退还保险单的未到期保险费，如被保险人已领取过保险金的，不得要求解除合同。保险人亦可解除本保险合同，但需提前十五天通知投保人解除本保险合同，向投保人退还保险单的未到期保险费。

第三十三条 本保险合同为非保证续保合同，保险期间不超过一年。保险期间届满，需要续保的，投保人需要重新向保险人申请投保本产品。如保险人接受投保申请，并同意承保的，投保人需交纳保险费，获得新的保险合同。

第三十四条 本保险合同包含健康体检、健康咨询、慢病管理、就医服务、康复护理等五大类健康管理服务，具体服务项目、服务时效、服务频次、服务使用条件、服务形式与覆盖范围及使用流程详见健康管理服务手册。

释义

第三十五条 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. 续保：是指本保险合同期满前，投保人向保险人重新申请投保，保险人将重新评估被保险人的投保申请并计算保费。但若发生下列情形之一的，本保险合同不再接受重新投保申请：
 - (1) 本产品已停售；
 - (2) 续保时被保险人的年龄超过99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。
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总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总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28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（2020年修订版）》中列明中的疾病定义，其他为保险人增加的疾病。

(1) 恶性肿瘤——重度

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

下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，不在保障范围内：

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

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

b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

②TNM 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

③TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌；

④黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

⑤相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

⑥相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

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

（2）较重急性心肌梗死

急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合（1）检测到肌酸激酶同工酶（CK-MB）或肌钙蛋白（cTn）升高和/或降低的动态变化，至少一次达到或超过心肌梗死的临床诊断标准；（2）同时存在下列之一的证据，包括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的病理性 Q 波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。

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

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

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

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

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

⑤ 影像学检查证实存在新出现的室壁瘤；

⑥ 出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。

其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在保障范围内。

（3）严重脑中风后遗症

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

① 一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；

② 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；

③ 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或

三项以上。

(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、肺脏或小肠的异体移植手术。

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

(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，已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。

(6) 严重慢性肾衰竭

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

(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) 急性重症肝炎或亚急性重症肝炎

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

- ①重度黄疸或黄疸迅速加重；
- ②肝性脑病；
- ③B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) 严重非恶性颅内肿瘤

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

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

下列疾病不在保障范围内：

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

(10) 严重慢性肝衰竭

指因慢性肝脏疾病导致的肝衰竭，且须满足下列全部条件：

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

因酗酒或药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。

(11) 严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症

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

- ①一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；
- ②语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；

③由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）评估结果为 3 分；

④自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(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他生命维持系统 96 小时以上。

因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。

(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，平均听阈大于等于 91 分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

(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。

(15) 瘫痪

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

(16) 心脏瓣膜手术

指为治疗心脏瓣膜疾病，已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。

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

①由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR，Clinical Dementia Rating）评估结果为3分；

②自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不在保障范围内。

（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，仍遗留下列至少一种障碍：

①一肢（含）以上肢体肌力2级（含）以下；

②语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；

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

（19）严重原发性帕金森病

是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为运动迟缓、静止性震颤或肌强直等，经相关专科医生确诊，且须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

继发性帕金森综合征、帕金森叠加综合征不在保障范围内。

（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）严重特发性肺动脉高压

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

（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，经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：

①严重咀嚼吞咽功能障碍；

②呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难，且已经持续使用呼吸机7天（含）以上；

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

（23）语言能力丧失

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

精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。

（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，且须满足下列全部条件：

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

②外周血象须具备以下三项条件中的两项：

I. 中性粒细胞绝对值 $\leq 0.5 \times 10^9/L$ ；

II. 网织红细胞计数 $< 20 \times 10^9/L$ ；

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

所有未实施开胸 或 开腹的动脉内介入治疗不在保障范围内。

（26）严重慢性呼吸衰竭

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

①静息时出现呼吸困难；

②肺功能第一秒用力呼气容积（FEV1）占预计值的百分比 $< 30\%$ ；

③在静息状态、呼吸空气条件下，动脉血氧分压（PaO₂） $< 50\text{mmHg}$ 。

（27）严重克罗恩病

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

（28）严重溃疡性结肠炎

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

以上28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（2020年修订版）》中列明的疾病，以下72种重大疾病为保险人增加的疾病。

（29）严重多发性硬化症

多发性硬化为中枢神经系统白质多灶性脱髓鞘病变，病变有时累及灰质。多发性硬化必须明确诊断，并且已经造成永久不可逆的神经系统功能损害。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续180 天无法独立完成下列基本日常生活活动：

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

(30) 严重1型糖尿病

1型糖尿病的特征为由于胰岛素分泌绝对不足引起严重胰岛素缺乏导致慢性血糖升高，需要依赖外源性胰岛素进行机体的葡萄糖代谢和维持生命。被保险人的1型糖尿病必须明确诊断，而且有血胰岛素测定及血C肽或尿C肽测定结果支持诊断，并且满足下列全部条件：

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

(31) 严重类风湿性关节炎

类风湿性关节炎为广泛分布的慢性进行性多关节病变，表现为关节严重变形，侵犯至少三个主要关节或关节组，如：双手（多手指）关节、双足（多足趾）关节、双腕关节、双膝关节和双髋关节。类风湿性关节炎必须明确诊断并且已经达到类风湿性关节炎功能分级Ⅲ级以上的功能障碍（关节活动严重限制，不能完成大部分的日常工作和活动）并且满足下列全部条件：

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

(32) 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。

本保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性关节炎予以理赔。

(33) 重症急性坏死性筋膜炎

是一种由细菌侵入皮下组织和筋膜引起的急性坏死性软组织感染，可伴有毒血症、败血症、中毒性休克、弥漫性血管内凝血及多器官衰竭。必须满足以下所有条件：

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

(34) 严重系统性硬皮病

指一种以局限性或弥漫性皮肤增厚和皮肤、血管、内脏器官异常纤维化为特征的结缔组织病。本病须经专科医师明确诊断，并须满足下列至少一项条件：

- ①肺脏：肺部病变进而发展为肺间质纤维化和肺动脉高压；
- ②心脏：心功能受损达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级Ⅳ级；
- ③肾脏：肾脏受损导致双肾功能慢性不可逆衰竭，达到尿毒症期。

下列疾病不在保障范围内：

- ①局部性硬皮病（如：带状硬皮病、硬斑病）；
- ②嗜酸性粒细胞性筋膜炎；
- ③CREST综合征。

（35）急性坏死胰腺炎开腹手术

指为治疗急性坏死性胰腺炎，实际实施了开腹进行的坏死组织清除术、病灶切除术或胰腺部分切除术。

因酒精作用所致的急性胰腺炎以及腹腔镜手术不在保障范围内。

（36）严重原发性硬化性胆管炎

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、肝外胆道因非细菌性炎症、慢性纤维化逐渐狭窄，并最终导致完全阻塞而发展为胆汁淤积性肝硬化。须满足下列全部条件：

- ①持续性黄疸病史；
- ②总胆红素和直接胆红素同时升高，血清ALP>200U/L；
- ③经内镜逆行胰胆管造影（ERCP）影像学检查确诊；
- ④出现胆汁淤积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。

（37）颅脑手术

被保险人确已实施全麻下的开颅手术（不包括颅骨钻孔手术和经鼻蝶窦入颅手术）。

因外伤及除脑垂体瘤、脑囊肿、颅内血管性疾病以外的良性颅内肿瘤而实施的脑外科手术不在保障范围之内。

理赔时必须提供由神经外科医生出具的诊断书及手术报告。

（38）系统性红斑狼疮-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。

此处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型至V型狼疮性肾炎）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本保单保障范围内。

世界卫生组织（WHO）狼疮性肾炎分型：

- I型（微小病变型）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

（39）经输血导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

被保险人感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）并且满足下列全部条件：

- ①在保障起始日或复效日之后，被保险人因输血而感染HIV；

②提供输血治疗的输血中心或医院出具该项输血感染属医疗责任事故的报告，或者法院终审裁定为医疗责任并且不准上诉；

③受感染的被保险人不是血友病患者。

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

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

（40）丝虫病所致严重象皮肿

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。此病症须经专科医生根据临床表现和微丝蚴的化验结果确诊。

（41）胰腺移植

指因胰腺功能衰竭，已经实施了在全身麻醉下进行的胰腺的异体器官移植手术。单纯胰岛移植、部分胰腺组织或细胞的移植不在本保障范围之内。

（42）严重慢性复发性胰腺炎

指慢性反复发作（3次及以上）的胰腺炎症导致胰腺的广泛纤维化、坏死、弥漫性钙化及假性囊肿形成，造成胰腺功能障碍出现严重糖尿病和营养不良。必须满足以下所有条件：

- ①医疗记录证实存在有腹痛等典型症状的慢性胰腺炎急性反复发作超过三次；
- ②CT显示胰腺广泛钙化或逆行胰胆管造影（ERCP）显示胰管扭曲、扩张和狭窄；
- ③接受胰岛素替代治疗和酶替代治疗180天以上。

酒精导致的慢性复发性胰腺炎不在本保障范围内。

（43）严重肾髓质囊性病

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肾功能衰竭；
- ③诊断须由肾组织活检确定。

以下情况不在本保障范围内：

- ①多囊肾；
- ②多囊性肾发育不良和髓质海绵肾。

（44）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。

（45）特发性慢性肾上腺皮质功能衰竭

指自身免疫性肾上腺炎（既往称：特发性肾上腺皮质萎缩）导致肾上腺萎缩和慢性肾上腺皮质功能减退。必须满足所有以下条件：

- ①必须由专科医生明确诊断，符合所有以下诊断标准：

- 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。

(46) 严重进行性核上性麻痹 (Steele-Richardson-Olszewski综合征)

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。

(47) 严重哮喘

指一种反复发作的严重支气管阻塞性疾病, 经我们认可的专科医生确诊, 且必须同时符合下列所有标准:

①过去两年中曾因哮喘持续状态 (指哮喘持续发作24小时以上不能缓解) 住院治疗;

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六个月。

(48) 植物人状态

植物人状态系指由于严重颅脑外伤造成大脑和/或脑干严重损害导致完全永久性的对自身和环境的意识丧失和中枢神经系统功能丧失, 仅残存植物神经功能的疾病状态。诊断必须明确诊断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。**

由于酗酒或滥用药物所致的植物人状态除外。

(49) 严重疯牛病 (克-雅氏病/CJD/人类疯牛病)

是一种传染性海绵状脑病, 临床表现为快速进行性痴呆、肌阵挛和特征性脑电图变化。本病须经三级医院的专科医生根据WHO诊断标准明确诊断, 并且被保险人自主生活能力完全丧失, 无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

疑似病例不在本保障范围内。

(50) 严重自身免疫性肝炎

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

①高 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。

(51) 一肢及单眼缺失

因疾病或意外伤害导致单眼视力丧失及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。

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三周岁以上，并且提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。

投保时已有单眼缺失或有一肢缺失的不在本保障范围内。

(52) 因职业关系导致的人类免疫缺陷病毒感染

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

①感染必须是在被保险人正在从事其职业工作中发生，该职业必须属于以下列职业：

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、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体内存在HIV病毒或者HIV抗体。

在任何治愈艾滋病（AIDS）或阻止人类免疫缺陷病毒（HIV）作用的疗法被发现以后，或能防止艾滋病（AIDS）发生的医疗方法被研究出来以后，则保险人不再予以赔付。

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

(53) 严重瑞氏综合征

瑞氏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儿科专科医生确诊，并符合下列所有条件：

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。

(54) 严重川崎病

指一种原因未明的血管炎综合征，临床表现为急性发热，皮肤粘膜病损和淋巴结肿大。本病必须经专科医生明确诊断，且必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一百八十天；

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。

(55) 严重心肌炎

指被保险人因严重心肌炎性病变导致心功能损害造成持续的永久不可逆性的心功能衰竭。必须满足所有以下条件：

①心功能衰竭程度达到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。

(56) 需手术切除的嗜铬细胞瘤

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。嗜铬细胞瘤必须明确诊断，并且满足下列所有条件：

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。

(57) 严重肠道疾病并发症

严重肠道疾病或外伤导致小肠损害并发症，必须满足以下所有条件：

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。

(58) 严重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，且已经放置永久性心脏起搏器。

(59) 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。经我们认可的医疗机构的儿科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。

(60) 严重感染性心内膜炎

指因感染性病原体造成心脏内膜发炎，并符合下列所有条件：

①血液培养测试结果为阳性，证实存在感染病原体：

a. 微生物：在赘生物、栓塞的赘生物或心脏内脓疡经培养或组织检查证实有微生物；或

b. 病理性病灶：组织病理学检查证实赘生物或心脏内脓疡有活动性心内膜炎；或

c. 分别两次血液培养证实有典型的病原体且与心内膜炎吻合；或

d. 持续血液培养证实有病原体阳性反应，且与心内膜炎吻合。

②心内膜炎引起中度心瓣膜闭锁不全（指返流分数20%或以上）或中度心瓣膜狭窄（指心瓣膜开口范围小于或等于正常的30%）；

③心内膜炎及心瓣膜病损须经心脏专科医生确诊。

（61）败血症导致的多器官功能障碍综合症

指由我司认可医院的专科医生确诊为败血症，并由血液或骨髓检查证实致病菌，伴发一个或多个器官系统生理功能障碍，并因该疾病入住重症监护病房至少96小时，同时至少满足以下一条标准：

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已经使用强心剂；

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 $<500\text{ml/d}$ ；

非败血症引起的多器官功能障碍综合征不在保障范围内。

（62）因器官移植导致的艾滋病病毒感染

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

①在保障起始日或复效日之后，被保险人接受器官移植，并因此感染人类免疫缺陷病毒（HIV）；

②提供器官移植治疗的器官移植中心或医院出具该项器官移植感染，属于医疗责任事故的报告，或者法院终审裁定为医疗责任并且不准上诉；

③提供器官移植治疗的器官移植中心或医院必须拥有合法经营执照。

在任何治愈艾滋病（AIDS）或阻止人类免疫缺陷病毒（HIV）作用的疗法被发现以后，或能防止艾滋病（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：性传播或静脉注射毒品）导致的HIV感染不在本保障范围内。

（63）严重肺淋巴管肌瘤病

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

①经组织病理学诊断；

②CT显示双肺弥漫性囊性改变；

③休息时出现呼吸困难或并经本公司认可医院的专科医生认可有必要进行肺移植手术。

（64）严重原发性骨髓纤维化

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<100g/L；
- ②白细胞计数>25*10⁹/L；
- ③外周血原始细胞≥ 1%；
- ④血小板计数<100*10⁹/L。

任何其它病因导致的继发性骨髓纤维化不在保障范围内。

(65) 严重骨髓增生异常综合征

严重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，本保单所指的严重的骨髓异常增生综合征需由我们认可医院的骨髓检查支持诊断，并由血液科专科医生确诊；同时须满足下列条件之一：

①已接受至少累计三十日的化疗或已接受骨髓移植治疗。

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。

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。

(66) 埃博拉病毒感染

埃博拉病毒感染指埃博拉病毒感染导致的急性出血性传染病。必须满足下列全部条件：

①有实验室检查证据证实存在埃博拉病毒感染，经国家认可的有合法资质的传染病专家确诊、并上报国家疾病预防控制中心接受了隔离和治疗；

②存在广泛出血的临床表现；

③病程持续30天以上。

单纯实验室诊断但没有临床出血表现的或者在确诊之前已经死亡的不在保障范围内。

(67) 严重面部烧伤

指面部烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤的面积达到面部表面积的80%或80%以上。面部的范围指上至发际、下至下颌下缘、两侧至下颌支后缘之间的区域，包括额部、眼部、眶部、鼻部、口唇部、颈部、颧部、颊部和腮腺咬肌部。

(68) 主动脉夹层血肿

指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。被保险人需通过断层扫描 (CT)、核磁共振检查 (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。

(69) 严重慢性缩窄型心包炎

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以下所有条件：

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实际接受了以下任何一种手术路径的心包剥脱或心包切除手术：

- 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。

(70) 艾森门格综合征

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。

先天性心脏病所致的艾森门格综合征不在本保障范围。

(71) 严重脊髓小脑变性症

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疾病。必须符合所有以下条件：

- ①脊髓小脑变性症必须由医院诊断，并有以下证据支持：
 - 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。

(72) 严重进行性多灶性白质脑病

是一种亚急性脱髓鞘脑病，其病原体多为乳头多瘤空泡病毒，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。

(73) 严重强直性脊柱炎

强直性脊柱炎是一种慢性全身性炎性疾病，主要侵犯脊柱导致脊柱畸形。强直性脊柱炎必须明确诊断并且满足下列所有条件：

- ①严重脊柱畸形；

②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。

(74) 严重多处臂丛神经根性撕脱

由于疾病或意外导致至少两根臂丛神经根性撕脱，且自确诊180天后仍遗留双侧手臂感觉功能与运动功能完全永久性丧失。须有电生理检查结果证实。

(75) 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，被保险人理赔时年龄须在二十五周岁以下，并且满足下列所有条件：

①实验室检查确认有溶血性贫血、血尿、尿毒症、血小板减少性紫癜；

②因肾脏功能衰竭实施了肾脏透析治疗。

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

(76) Brugada综合征

指由心脏专科医生诊断为夜间呼吸骤停（Brugada）综合征，且满足下列全部条件：

①有晕厥或心脏骤停病史，并提供完整的诊疗记录；

②心电图有典型的 I 型 Brugada波；

③已经安装了永久性心脏除颤器。

(77) 严重巨细胞动脉炎

巨细胞动脉炎又称颅动脉炎、颞动脉炎、肉芽肿性动脉炎，须经本公司认可医院的专科医师明确诊断，并造成永久不可逆性的单个肢体功能障碍或单眼失明。单眼失明指单眼视力永久不可逆性丧失，患眼须满足下列至少一项条件：

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。

(78) 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（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级IV级，且静息状态下肺动脉平均压在 36mmHg（含）以上。

所有先天性心脏疾病直接或间接引起的肺动脉高压也不在保障责任范围内。

(79) 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）不在本保障范围内。

(80) 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，并可累及大血管、神经系统、消化道、肺、肾等等。累及神经系统损害的白塞病称为神经白塞病。神经白塞病必须明确诊断，并且已经造成永久不可逆的神经系统功能损害。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续180天无法独立完成下列基本日常生活活动之一：

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。

(81) 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。

(82) 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注册医生确认，且外周血涂片存在恶性疟原虫。

其他明确病因导致的脑病不在保障范围内。

(83) 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。指冻伤程度达到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。

(84) 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。须提供同时具有下列条件中的至少三项的检验报告：

- ①血小板计数 $<100 \times 10^9/L$ 或者呈进行性下降；
- ②血浆纤维蛋白原含量 $<1.5g/L$ 或者 $>4g/L$ 或者呈进行性下降；
- ③3P试验阳性或者血浆FDP $>20mg/L$ ；
- ④凝血酶原时间 >15 秒或者超过对照组3秒以上。

(85) 急性肺损伤（ALI）或急性呼吸窘迫综合征（ARDS）

指一种由于肺泡毛细血管和肺泡上皮细胞损伤引起的弥漫性肺间质及肺泡水肿，以进行性低氧血症、呼吸窘迫为特征的急性呼吸综合征。须由呼吸科或者重症监护室专科医生明确诊断，并须满足下列全部条件：

- ①急性发作（原发疾病起病后7天内发病）；
- ②影像学检查证实双肺浸润影；
- ③PEEP（呼气末正压） ≥ 5 cmH₂O时，PaO₂/FiO₂（动脉氧分压/吸入氧浓度）低于200mmHg；
- ④非心源性导致的肺水肿。

(86) 心脏粘液瘤

指经本公司认可医院的心脏专科医师确诊的心脏原发性良性心脏肿瘤，并经术后病理或细胞学诊断。

(87) 严重出血性登革热

是由登革热病毒引起的急性传染病，须经专科医生明确诊断，并须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。

非出血性登革热并不在保障范围内。

(88) 严重心脏衰竭CRT心脏再同步治疗

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

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

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

(89) 肺孢子菌肺炎

指由肺孢子菌引起的间质性浆细胞性肺炎，且满足下列全部条件：

- ①第一秒末用力呼气量（FEV1）小于1升；
- ②气道内阻力增加，至少达到0.5kPa/L/s；
- ③残气容积占肺总量（TLC）的60%以上；
- ④胸内气体容积升高，超过基值的170%；
- ⑤ $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ ， $\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$ 。

(90) 严重席汉氏综合征

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；和
 - 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。

(91) 严重亚历山大病

亚历山大病（Alexander's Disease）是一种遗传性中枢神经系统退行性病变，特点为脑白质营养不良。临床表现为惊厥发作、智力下降、球麻痹、共济失调、痉挛性瘫痪。亚历山大病必须被明确诊断，并且造成永久性神经系统功能障碍。被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，日常生活必须持续接受他人护理。

未明确诊断的疑似病例不在本保障范围之内。

(92) 严重骨生长不全症

是一种胶原病，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。本合同只保障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。

(93) 严重肾上腺脑白质营养不良

指一种最常见的过氧化物酶体病，主要累及肾上腺和脑白质，主要表现为进行性的精神运动障碍，视力及听力下降和（或）肾上腺皮质功能低下等。须经专科医生诊断，且已经造成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，持续至少180天。本合同仅对三周岁以上的被保险人予以理赔。

（94）肺泡蛋白质沉积症

肺泡蛋白质沉积症是一种弥漫性肺部疾病，其组织学特征为肺泡腔内及终末细支气管内堆积过量的磷脂蛋白样物质。理赔时须满足下列所有条件：

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。

（95）严重脊髓灰质炎

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

（96）严重全身性（型）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。

（97）严重肌营养不良症

指一组遗传性肌肉变性病变，临床特征为与神经系统无关的骨骼肌肉对称地进行性无力和萎缩。其诊断需满足下列全部条件：

①肌电图显示典型肌营养不良症的阳性改变；

②肌肉活检的病理学诊断符合肌营养不良症的肌肉细胞变性\坏死等阳性改变；

③已导致被保险人持续超过三个月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。

（98）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帕金森综合征或其他神经系统功能损害，自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上；

②失代偿性肝硬化，临床已经出现腹水、食道静脉曲张和脾肿大等表现；

③慢性肾功能衰竭，已开始肾脏透析治疗；

④接受了肝移植或肾移植手术。

(99) 自身免疫性脑炎

自身免疫性脑炎 (Autoimmune Encephalitis, AE) 泛指一类由自身免疫机制介导的脑炎。临床以精神行为异常、癫痫发作、近事记忆障碍等多灶或弥漫性脑损害为主要表现。

自身免疫性脑炎须经我们认可的医院的专科医生明确诊断，并须满足下列全部条件：

①急性或亚急性起病，具备以下1个或多个神经与精神症状或临床综合征：

a. 边缘系统症状：近事记忆减退、癫痫发作、精神行为异常，3个症状中的1个或多个

b. 脑炎综合征：弥漫性或多灶性脑损害的临床表现；

c. 基底核和（或）间脑/下丘脑受累的临床表现；

d. 精神障碍，且精神心理专科认为不符合非器质性疾病。

②具有以下1个或多个的辅助检查发现，或者合并相关肿瘤：

a. 脑脊液异常：脑脊液白细胞增多；或者脑脊液细胞学呈淋巴细胞性炎症；或者脑脊液寡克隆区带阳性；

b. 神经影像学或电生理异常：MRI边缘系统T2或者FLAIR异常信号，单侧或双侧，或者其他区域的T2或FLAIR异常信号（除外非特异性白质改变和卒中）；或者PET边缘系统高代谢改变，或者多发的皮质和（或）基底核高代谢；或者脑电图异常：局灶性癫痫或癫痫样放电（位于颞叶或颞叶以外），或者弥漫或多灶分布的慢波节律；

c. 与自身免疫性脑炎相关的特定类型的肿瘤，如边缘性脑炎合并小细胞肺癌，抗NMDAR脑炎合并畸胎瘤。

③抗神经元表面抗原的自身抗体阳性，其中抗NMDAR抗体检测主要以脑脊液阳性为准；

④合理地排除其他病因。

(100) 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%。

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. 专科医生：专科医生应当同时满足以下四项资格条件：（1）具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；（2）具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；（3）具有有效的中华人民共和国主治医师或主

治医师以上职称的《医师职称证书》；（4）在国家《医院分级管理标准》二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

18. 攀岩：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

19. 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。

20. 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。

21. 特技：指从事马术、杂技、驯兽等特殊技能。

22. 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。

23. 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。

24. 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。

25. 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。

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

26. 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。

27. 先天性畸形、变形或染色体异常

指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）确定。

28. 组织病理学检查

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

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

29. ICD-10与ICD-0-3

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

30. TNM分期

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

31. 甲状腺癌的TNM分期

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

甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hürthle细胞癌和未分化癌

pTX：原发肿瘤不能评估

pT0：无肿瘤证据

pT1：肿瘤局限在甲状腺内，最大径 $\leq 2\text{cm}$

T1a 肿瘤最大径 $\leq 1\text{cm}$

T1b 肿瘤最大径 $> 1\text{cm}$ ， $\leq 2\text{cm}$

pT2：肿瘤 $2\sim 4\text{cm}$

pT3：肿瘤 $> 4\text{cm}$ ，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT3a：肿瘤 $> 4\text{cm}$ ，局限于甲状腺内

pT3b：大体侵犯甲状腺外带状肌，无论肿瘤大小

带状肌包括：胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT4：大体侵犯甲状腺外带状肌外

pT4a：侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT4b：侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pTX: 原发肿瘤不能评估

pT0: 无肿瘤证据

pT1: 肿瘤局限在甲状腺内, 最大径 $\leq 2\text{cm}$

T1a 肿瘤最大径 $\leq 1\text{cm}$

T1b 肿瘤最大径 $> 1\text{cm}$, $\leq 2\text{cm}$

pT2: 肿瘤 2~4cm

pT3: 肿瘤 $> 4\text{cm}$, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT3a: 肿瘤 $> 4\text{cm}$, 局限于甲状腺内

pT3b: 大体侵犯甲状腺外带状肌, 无论肿瘤大小

带状肌包括: 胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT4: 进展期病变

pT4a: 中度进展, 任何大小的肿瘤, 侵犯甲状腺外颈部周围器官和软组织, 如喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT4b: 重度进展, 任何大小的肿瘤, 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管

区域淋巴结: 适用于所有甲状腺癌

pNx: 区域淋巴结无法评估

pN0: 无淋巴结转移证据

pN1: 区域淋巴结转移

pN1a: 转移至VI、VII区(包括气管旁、气管前、喉前/Delphian 或上纵隔)淋巴结, 可以为单侧或双侧。

pN1b: 单侧、双侧或对侧颈淋巴结转移(包括I、II、III、IV或V区)淋巴结或咽后淋巴结转移。

远处转移: 适用于所有甲状腺癌

M0: 无远处转移

M1: 有远处转移

32. 首次投保: 指在黄河财产保险股份有限公司及其分支机构第一次投保本保险。

33. 既往症: 指被保险人在本保险合同生效日之前罹患的已知或应该知道的有关疾病、症状或健康上的异常状况。通常有以下情况:

(1) 本合同生效前, 医生已有明确诊断, 长期治疗未间断;

(2) 本合同生效前, 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) 本合同生效前, 医生已有明确诊断, 但未予治疗;

(4) 本合同生效前发生, 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。

34. 未到期保险费: 未到期保险费=保险费 $\times [1 - (\text{保险单已经过天数} / \text{保险期间天数})]$ 。经过天数不足一天的按一天计算。

35. 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。

36. 不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。