



阅读指引

请扫描以查询验证条款

本阅读指引有助于您理解条款，对“平安互联网少儿宝贝 2.0 医疗保险 B 款”内容的解释以条款为准。

您拥有的重要权益

- ❖ 签收本主险合同后 15 日内您可以要求全额退还保险费.....1.6
- ❖ 被保险人可以享受本主险合同提供的保障.....2.2
- ❖ 您有退保的权利.....7.1

您应当特别注意的事项

- ❖ 我们对需要您仔细阅读的条款作了特别提示，详见条款正文中背景突出显示的内容.....2.2、3.1、3.2、6.2、8.1、8.2、脚注
- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策.....7.1
- ❖ 费用补偿型医疗保险是适用补偿原则的.....2.2.11
- ❖ 您有及时向我们通知保险事故的责任.....6.2
- ❖ 我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请您注意.....脚注
- ❖ 本主险合同的保险期间为 1 年.....1.7

条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本条款。条款目录如下：

1. 您与我们的合同

- 1.1 合同构成
- 1.2 合同成立与生效
- 1.3 保险对象
- 1.4 投保年龄
- 1.5 保障区域
- 1.6 犹豫期
- 1.7 保险期间与不保证续保

2. 我们提供的保障

- 2.1 保险计划
- 2.2 保险责任

3. 责任免除及其他

- 3.1 责任免除
- 3.2 其他需要您仔细阅读的条款

4. 我们提供的服务

- 4.1 健康管理服务

5. 如何支付保险费

- 5.1 保险费的支付

6. 如何领取保险金

- 6.1 受益人
- 6.2 保险事故通知
- 6.3 保险金申请
- 6.4 保险金的赔付
- 6.5 诉讼时效

7. 如何解除保险合同

- 7.1 您解除合同的手续及风险

8. 其他需要关注的事项

- 8.1 明确说明与如实告知
- 8.2 年龄错误
- 8.3 合同内容变更
- 8.4 联系方式变更
- 8.5 效力终止

附表 1：平安互联网少儿宝贝 2.0 医疗保险 B 款计划表

附表 2：平安互联网少儿宝贝 2.0 医疗保险 B 款特定疾病清单

附表 3：甲状腺癌的 TNM 分期

平安互联网少儿宝贝 2.0 医疗保险 B 款条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指平安健康保险股份有限公司。

① 您与我们的合同

- 1.1 合同构成** 本保险条款、保险合同、保险单或其他保险凭证、投保书、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单、附加险合同、其他书面或电子协议都是您与我们之间订立的保险合同的组成部分。
“平安互联网少儿宝贝 2.0 医疗保险 B 款合同”以下简称为“本主险合同”。
- 1.2 合同成立与生效** 您提出投保申请，我们审核您的投保申请和被保险人健康状况后同意承保，本主险合同成立。
本主险合同自我们同意承保，并签发保险合同时开始生效，我们承担保险责任的时间以保险合同记载的保险期间为准。
- 1.3 保险对象** 本主险合同的保险对象（即被保险人）须满足以下全部条件：
1. 被保险人于本主险合同生效日前365天内在中华人民共和国境内（除香港、澳门及台湾地区）累计居住至少183天。若被保险人投保时不满1周岁，则被保险人在中华人民共和国境内（除香港、澳门及台湾地区）累计居住时间不少于自出生之日起至投保之日止累计日数的二分之一；
2. 被保险人在保险期间开始之日符合1.4条投保年龄要求；
3. 被保险人的身体健康状况能够通过我们的核保审核。
您的两位及以上家庭成员若均满足上述条件，可以**同时参保**¹本保险，形成家庭保单。家庭成员仅指您的子女。
- 1.4 投保年龄** 指保险期间开始时被保险人的年龄，投保年龄以**周岁**²计算。
本主险合同接受的首次投保年龄为0周岁至18周岁，投保时被保险人为0周岁的，应当为出生满28日且已健康出院的婴儿。被保险人年满18周岁前（含18周岁），保险期间届满，可以重新向我们申请投保本产品，并经过我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。
- 1.5 保障区域** 本主险合同的保障区域为中华人民共和国境内（除香港、澳门及台湾地区）。除本主险合同另行约定外，被保险人在保险合同载明的保障区域外就医的，不属于保险责任范围。
- 1.6 犹豫期** 自您收到本主险合同电子保险单之日起，有15日的犹豫期。在此期间请您认真审视本主险合同，如果您认为本主险合同与您的需求不相符，您可以在此期间提出解除本主险合同，我们将无息退还您所支付的全部保险费。
解除本主险合同时，您需要填写申请书，并提供您的保险合同及有效身份证件。自我们收齐上述资料时起，本主险合同即被解除。犹豫期内解除保险合同

¹同时参保指您在一次投保行为中为两名及以上符合本主险合同约定条件的被保险人申请投保且所有被保险人均被我们同意承保的情况。

²周岁指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。

同的，合同解除前发生的**保险事故**³我们不承担保险责任，已经承担保险责任的情况下，被保险人应当向我们退还已经支付的保险金，您对被保险人退还保险金应承担连带责任。

- 1.7 **保险期间与不保证续保** 本主险合同的保险期间为1年，**不保证续保**。保险期间届满，您需要重新向我们申请投保本产品，并经我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。若保险期间届满时，本主险产品已停止销售，我们不再接受投保申请，但会向您提供投保其他保险产品的合理建议。

② 我们提供的保障

- 2.1 **保险计划** 本主险合同的保险计划由您在投保时选择并在保险合同中载明。各保险计划的赔付比例、各项保险金赔付限额等条款未尽内容详见保险计划表。

- 2.2 **保险责任** 在本主险合同保险期间内，根据您投保时选择的保险计划，我们承担如下一项或多项保险责任：

- 2.2.1 **等待期** 除另有约定外，被保险人在本主险合同保险期间开始之日起7日内（含第7日）确诊本主险合同约定的传染病，由该疾病所产生的医疗费用，无论此等费用是否发生在7日内（含第7日），我们都不承担保险责任。

被保险人在本主险合同保险期间开始之日起30日内（含第30日）确诊本主险合同约定的传染病以外的其他疾病，由该疾病所产生的医疗费用，无论此等费用是否发生在30日内（含第30日），我们都不承担保险责任。

被保险人在本主险合同保险期间开始之日起30日内（含第30日）确诊本主险合同所附特定疾病清单（详见附表2）中定义的特定疾病的，我们不承担保险责任，本主险合同将终止，我们会向您无息退还本主险合同您所支付的全部保险费。

上述7日或30日的时间称为等待期。

以下两种情形，无等待期：

- （1）因**意外伤害**⁴发生的保险事故；
- （2）根据本条款1.7条的约定获得新的保险合同并经我们审核免除被保险人的等待期的。

基本责任 以下为本主险合同的必选责任。

- 2.2.2 **一般医疗保险金** 在本主险合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患不属于本主险合同所附的**特定疾病清单（详见附表2）**定义的疾病，在本主险合同约定的**医院**⁵接受治疗产生如下医疗费用的，我们依照下列约定在一

³保险事故指发生本主险合同保险责任范围内的事件。

⁴意外伤害指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

⁵医院指中华人民共和国境内（除香港、澳门及台湾地区）合法经营的二级以上（含二级）属事业单位性质的公立医院的普通部（不包含公立医院的**特需部**、vip部、国际部或国际医疗中心）以及本主险合同约定的其他医院，不包括疗养院、护理院、以康复治疗为主要职能的医疗机构（如康复医院）、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心以及无相应医护人员或设备的二级或三级医院的联合医院或联合病房以及其他我们不承担保险责任的医院（具体以保险合同约定为准）。

特需部指设立于属事业单位编制的公立医院中，医疗费收费主体为属事业单位编制的公立医院，且产生的医疗费用满足以下条件之一的诊疗部门：

般医疗保险金赔付限额内赔付保险金。一般医疗保险金保险责任包含住院医疗保险金、指定门诊急诊医疗保险金和住院前后门诊急诊医疗保险金三个责任项目。

如无特别约定,被保险人在本主险合同约定的医院范围外接受诊疗,尤其是在私立医院,公立医院特需部、vip部、国际部或国际医疗中心接受诊疗的,对于因此产生的医疗费用我们将不承担保险责任。

具体如下:

1. 住院医疗保险金

被保险人因疾病或意外伤害经医院诊断必须住院治疗的,对于被保险人住院期间发生的必须由被保险人个人自行承担的**合理且必要**⁶的**床位费**⁷、**陪床费**⁸、**重症监护室床位费**⁹、**膳食费**¹⁰、**护理费**¹¹、**治疗费**¹²、**检查检验费**¹³、**药品**

(1) 在医疗费票据或清单中明确属特需医疗,如包含“特需”、“特需部”、“特需医疗”、“特需门诊”、“特需病房”、“特需床位”等表述;

(2) 虽然未明确属特需医疗,但相关医疗费用与当地发改委、物价局等医疗服务价格管理部门发布的公立医院医疗服务价格相比有明显升高且部分或全部应当可以经基本医疗保险结算的医疗费项目因医院的原因无法经基本医疗保险结算。

⁶合理且必要指

(一) 符合通常惯例

(1) 指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法;(2) 医疗费用没有超过当地对类似情形治疗的常规费用,类似情形是指在同一地区、对相同性别、近似年龄的人所患的同类疾病或身体伤害实施的类似治疗或服务;(3) 药品处方开具的药品与医疗器械必须是被保险人当前治疗所必备的且必须与国家药品监督管理机构批准的该药品说明书中所列明的适应症和用法用量相符合。

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。

(二) 医学必要指医疗费用符合下列所有条件:

(1) 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目;(2) 不超过安全、足量治疗原则的项目;(3) 未出现**耐药**情况或符合临床联合用药方案的;(4) 非试验性的、非研究性的项目;(5) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目;(6) 接受的医疗服务范围是合适的而且经济有效的;(7) 医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需;(8) 在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需的水平;(9) 非主要为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他医疗提供方的方便;(10) 非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关。

对是否**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者权威医学专家进行审核鉴定。

耐药指以下两种情况之一:

(1) 实体肿瘤病灶按照 RECIST (实体瘤治疗疗效评价标准) 出现疾病进展;

(2) 非实体肿瘤(包含白血病、多发性骨髓瘤、淋巴瘤等血液系统恶性肿瘤)在临床上常无明确的肿块或者肿块较难以发现,经规范治疗后,按权威医学机构(如中国临床肿瘤学会、中华医学会血液分会等)的指南规范,对患者的骨髓形态学、流式细胞、特定基因检测等结果进行综合评价,得出疾病进展的结论。

⁷**床位费**指住院期间不超过普通单人间病房(不包括套房)标准的费用。

普通单人间病房指:病房为单间设计,除独立卫生间外无其他隔间。病房设一张病床加独立卫生间的单人病房。

若某一医院的病房有两种或以上符合定义的病房,则应按其中相对床位费较低的病房计算。

⁸**陪床费**指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间,我们根据合同约定赔付其合法监护人(限一人)在医院留宿发生的加床费;或女性被保险人在住院治疗期间,我们根据合同约定赔付其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

⁹**重症监护室床位费**指出于医学必要被保险人需在重症监护室进行合理且必要的医疗而产生的床位费。重症监护室指配有中心监护台、心电监护仪及其他监护抢救设施,相对封闭管理,符合重症监护病房(ICU)、冠心病重症监护病房(CCU)标准的单人或多人监护病房。

¹⁰**膳食费**指住院期间,由作为医院内部专门部门的、为住院病人配餐的机构配送的膳食所产生的费用。本项费用仅包括条款约定的医院收取的费用(以收费票据为准)。

膳食费应包含在医疗账单内,根据各医疗机构的惯例,可以作为独立的款项,也可以合并病房费等其他款项内。

¹¹**护理费**指住院期间由该医院执业护士根据医嘱所示的护理等级提供医疗护理所发生的护理费用。

¹²**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以及相关消耗品的费用,具体以就诊医院费用项目划分为准。

本项责任不包含如下费用:物理治疗、中医疗疗及其他特殊疗法费用。

费¹⁴、医疗器械使用费¹⁵、医生诊疗费¹⁶、手术费¹⁷和转院救护车使用费¹⁸（上述费用统称为“住院医疗费用”），我们依据 2.2.9 条的保险金计算方法结合补偿原则在一般医疗保险金赔付限额内赔付住院医疗保险金。

如果保险期间到期时，被保险人尚处于住院状态中，则在被保险人办理出院手续前，我们将继续按前一保险期间的赔付限额与赔付比例约定承担保险责任，直至被保险人办理出院手续。

2. 指定门诊急诊医疗保险金

被保险人因疾病或意外伤害经医院诊断必须在医院门诊部门或急诊部门进行如下治疗发生的必须由被保险人个人自行承担的合理且必要的门诊急诊医疗费用¹⁹：

- (1) 门诊肾透析；
- (2) 门诊肿瘤治疗，包括**肿瘤化学疗法²⁰、肿瘤放射疗法²¹、肿瘤靶向疗法²²、肿瘤内分泌疗法²³、肿瘤免疫疗法²⁴**的治疗费用；
- (3) 器官移植后的门诊抗排异治疗；

物理治疗、中医疗及其他特殊疗法：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；中医疗是指以治疗疾病为目的，被保险人接受由具有相应资格的医生实施的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗等；其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗等。

¹³**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 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。

¹⁴**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。药品费中不包含根据中医药方组合一种或多种中药材进行内服或外用的中草药药品费（中草药饮片、中草药颗粒和中草药膏方等），本项费用仅包括条款约定的医院收取的费用（以收费票据为准）。

¹⁵**医疗器械使用费**指以治疗疾病为目的，为提供必要的医学手段而购买、租用和使用医疗器械所发生的费用。本项费用仅包括条款约定的医院收取的费用（以收费票据为准）。

¹⁶**医生诊疗费**指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的诊疗费用。

¹⁷**手术费**指住院期间发生的合理且必要的治疗性手术医疗费用，包括外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费；若因器官移植而发生的手术费用，则不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。本项费用仅包括条款约定的医院收取的费用（以收费票据为准）。

¹⁸**转院救护车使用费**指住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，根据医生建议，被保险人在不同医院转诊过程中的医院用车费用。

¹⁹**门诊急诊医疗费用**指发生在医院门诊部门或急诊部门的医生诊疗费、治疗费、检查检验费、药品费和救护车使用费。

救护车使用费指为抢救生命由急救中心派出的救护车运送被保险人至医疗机构的费用，救护车的使用仅限于同一城市中的医疗转送。

²⁰**肿瘤化学疗法**指针对于肿瘤的化学治疗。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。本主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。

²¹**肿瘤放射疗法**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。本主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。

²²**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。本主险合同所指的靶向治疗的药物需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。本项费用仅包括条款约定的医院收取的费用（以收费票据为准）。

²³**肿瘤内分泌疗法**指针对于肿瘤的内分泌疗法，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。本主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药品监督管理局批准用于临床治疗。本项费用仅包括条款约定的医院收取的费用（以收费票据为准）。

²⁴**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，促进机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本主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药品监督管理局批准用于临床治疗。本项费用仅包括条款约定的医院收取的费用（以收费票据为准）。

(4) 门诊手术²⁵。

我们依据 2.2.9 条的保险金计算方法结合补偿原则在一般医疗保险金赔付限额内赔付指定门诊急诊医疗保险金。

3. 住院前后门诊急诊医疗保险金

被保险人在住院前30日和出院后30日(含住院和出院当日,以住院病历或出院小结为准)内在医院门诊部门或急诊部门,与本次住院相同原因而发生的,必须由被保险人个人自行承担的门诊急诊医疗费用。

我们依据2.2.9条的保险金计算方法结合补偿原则在一般医疗保险金赔付限额内赔付住院前后门诊急诊医疗保险金。

住院前后门诊急诊医疗不包括上述第2项所列明的指定门诊急诊医疗。

本项保险金的赔付比例和赔付限额,根据您投保时选择的保险计划而有所不同,详见保险计划表。

2.2.3 特定疾病医疗保险金

在本主险合同保险期间内,被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后,经本主险合同约定的医院(见脚注5)的**专科医生**²⁶确诊自其出生以来**初次**罹患符合本主险合同所附**特定疾病清单**(详见附件2)定义的特定疾病,并在本主险合同约定的医院接受治疗产生如下医疗费用的,我们依照下列约定赔付特定疾病医疗保险金。特定疾病医疗保险金包含特定疾病住院医疗保险金、特定疾病指定门诊急诊医疗保险金和特定疾病住院前后门诊急诊医疗保险金三个责任项目。

如无特别约定,被保险人在本主险合同约定的医院范围外接受诊疗,尤其是在**私立医院,公立医院特需部、vip部、国际部或国际医疗中心接受诊疗的**,对于因此产生的医疗费用我们将不承担保险责任。

具体如下:

1. 特定疾病住院医疗保险金

被保险人因初次罹患本主险合同约定的特定疾病,经医院诊断必须住院治疗的,对于被保险人在住院期间发生的**必须由被保险人个人自行承担的合理且必要的床位费、陪床费、重症监护室床位费、膳食费、护理费、治疗费、检查检验费、药品费、医疗器械使用费、医生诊疗费、手术费和转院救护车使用费**,我们依据 2.2.9 的保险金计算方法结合补偿原则在特定疾病医疗保险金赔付限额内赔付特定疾病住院医疗保险金。

如果保险期间到期时,被保险人尚处于住院状态中,则在被保险人办理出院手续前,我们将继续按前一保险期间的赔付限额与赔付比例约定承担保险责任,直至被保险人办理出院手续。

2. 特定疾病指定门诊急诊医疗保险金

被保险人因初次罹患本主险合同约定的特定疾病,经医院诊断必须在医院门诊部门或急诊部门进行如下治疗发生的**必须由被保险人个人自行承担的合理且必要的**门诊急诊医疗费用:

²⁵门诊手术指发生在医院门诊部门或急诊部门的合理且必要的手术医疗,门诊手术费包括外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。本项费用仅包括条款约定的医院收取的费用(以收费票据为准)。

²⁶专科医生指应当同时满足以下四项资格条件:

- (1) 具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》;
- (2) 具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》,并按期到相关部门登记注册;
- (3) 具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》;
- (4) 在二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

- (1) 门诊肾透析；
- (2) 门诊肿瘤治疗，包括肿瘤化学疗法、肿瘤放射疗法、肿瘤靶向疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤免疫疗法的治疗费用；
- (3) 器官移植后的门诊抗排异治疗；
- (4) 门诊手术。

我们依据 2.2.9 的保险金计算方法结合补偿原则在特定疾病医疗保险金赔付限额内赔付特定疾病指定门诊急诊医疗保险金。

3. 特定疾病住院前后门诊急诊医疗保险金

被保险人因初次罹患本主险合同约定的特定疾病，在住院前30日和出院后30日（含住院和出院当日，以住院病历或出院小结为准）内在医院门诊部门或急诊部门，与本次住院相同原因而发生的，必须由被保险人个人自行承担的门诊急诊医疗费用。

我们依据2.2.9的保险金计算方法结合补偿原则在特定疾病医疗保险金赔付限额内赔付特定疾病住院前后门诊急诊医疗保险金。

特定疾病住院前后门诊急诊医疗不包括上述第2项所列明的特定疾病指定门诊急诊医疗。

本项保险金的赔付比例和赔付限额，根据您投保时选择的保险计划而有所不同，详见保险计划表。

2.2.4 意外门诊急诊医疗保险金

在本主险合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故，在本主险合同约定的医院（见脚注5）的门诊部门或急诊部门接受治疗的，对于发生的必须由被保险人个人自行承担的合理且必要的门诊急诊医疗费用，我们依据2.2.9条的保险金计算方法结合补偿原则在意外门诊急诊医疗保险金赔付限额内赔付意外门诊急诊医疗保险金。

被保险人因罹患疾病接受治疗发生的门诊急诊医疗费用，我们将不承担保险责任。

如无特别约定，被保险人在本主险合同约定的医院范围外接受诊疗，尤其是在私立医院，公立医院特需部、vip部、国际部或国际医疗中心接受诊疗的，对于因此产生的医疗费用我们将不承担保险责任。

意外门诊急诊医疗不包括“2.2.2 一般医疗保险金”所列明的指定门诊急诊医疗和住院前后门诊急诊医疗、“2.2.3 特定疾病医疗保险金”所列明的特定疾病指定门诊急诊医疗和特定疾病住院前后门诊急诊医疗，也不包括“2.2.5 特定疾病特需医疗保险金”所列明的特定疾病特需指定门诊急诊医疗和特定疾病特需住院前后门诊急诊医疗。

本项保险金的赔付比例和赔付限额，根据您投保时选择的保险计划而有所不同，详见保险计划表。

可选责任

以下责任为可选责任。可选责任根据您选择的保险计划有所不同，由您在投保时选择，并在保险合同中载明。

2.2.5 特定疾病特需医疗保险金

在本主险合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后，经本主险合同约定的医院（见脚注5）或特需医疗机构²⁷的专科医生确诊自其出

²⁷特需医疗机构指中华人民共和国境内（除香港、澳门及台湾地区）合法经营的二级以上（含二级）属事业单位性质的公立医院的特需部、vip部、国际部或国际医疗中心以及本主险合同约定的其他医院，不包括疗养院、护理院、以康复治疗为主要职能的医疗机构（如康复医院）、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心以及无相应医护人员或设备的二级或三级医院的联合医院或联合病房以及其他我们不承担保险责任的医院（具体以保险合同约定为准）。

生以来初次罹患本主险合同所附**特定疾病清单**（详见附表2）定义的特定疾病，在约定的**特需医疗机构**接受治疗产生如下医疗费用的，我们依照100%赔付比例在特定疾病特需医疗保险金赔付限额内赔付保险金。特定疾病特需医疗保险金包含特定疾病特需住院医疗保险金、特定疾病特需指定门诊急诊医疗保险金和特定疾病特需住院前后门诊急诊医疗保险金三个责任项目。如无特别约定，被保险人在本主险合同约定的特需医疗机构以外的医疗机构接受诊疗，对于因此产生的医疗费用我们将不承担保险责任。

具体如下：

1. 特定疾病特需住院医疗保险金

被保险人因初次罹患本主险合同约定的特定疾病，经诊断必须住院治疗的，对于被保险人在特需医疗机构住院期间发生的必须由被保险人个人自行承担的**合理且必要的床位费、陪床费、重症监护室床位费、膳食费、护理费、治疗费、检查检验费、药品费、医疗器械使用费、医生诊疗费、手术费和转院救护车使用费**，我们按100%的赔付比例在特定疾病特需医疗保险金赔付限额内赔付特定疾病特需住院医疗保险金。

如果保险期间到期时，被保险人尚处于住院状态中，则在被保险人办理出院手续前，我们将继续按前一保险期间的赔付限额与赔付比例约定承担保险责任，直至被保险人办理出院手续。

2. 特定疾病特需指定门诊急诊医疗保险金

被保险人因初次罹患本主险合同约定的特定疾病，在特需医疗机构门诊部门或急诊部门进行如下治疗发生的**必须由被保险人个人自行承担的合理且必要的门诊急诊医疗费用**：

- （1）门诊肾透析；
- （2）门诊肿瘤治疗，包括肿瘤化学疗法、肿瘤放射疗法、肿瘤靶向疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤免疫疗法的治疗费用；
- （3）器官移植后的门诊抗排异治疗；
- （4）门诊手术。

我们按100%的赔付比例在特定疾病特需医疗保险金赔付限额内赔付特定疾病特需指定门诊急诊医疗保险金。

3. 特定疾病特需住院前后门诊急诊医疗保险金

被保险人因初次罹患本主险合同约定的特定疾病，在住院前30日和出院后30日（含住院和出院当日，以住院病历或出院小结为准）内在特需医疗机构门诊部门或急诊部门，与本次住院相同原因而发生的，必须由被保险人个人自行承担的门诊急诊医疗费用，我们按100%的赔付比例在特定疾病特需医疗保险金赔付限额内赔付特定疾病特需住院前后门诊急诊医疗保险金。

特需部指设立于属事业单位性质的公立医院中，医疗费收费主体为属事业单位性质的公立医院，且产生的医疗费用满足以下条件之一的诊疗部门：

- （1）在医疗费票据或清单中明确属特需医疗，如包含“特需”、“特需部”、“特需医疗”、“特需门诊”、“特需病房”、“特需床位”等表述；
- （2）虽然未明确属特需医疗，但相关医疗费用与当地发改委、物价局等医疗服务价格管理部门发布的公立医院医疗服务价格相比有明显升高且部分或全部应当可以经基本医疗保险结算的医疗费项目因医院的原因无法经基本医疗保险结算。

特定疾病特需住院前后门诊急诊医疗不包括上述第 2 项所列明的特定疾病特需指定门诊急诊医疗。

请注意,特定疾病特需医疗保险金保险责任不适用 2.2.9 条的保险金计算方法。

2.2.6 质子重离子医疗保险金

被保险人在等待期满后经本主险合同约定的医院(见脚注 5)或特需医疗机构(见脚注 27)的专科医生确诊初次罹患**特定疾病清单**(详见附表 2)中定义的**恶性肿瘤—重度**的,对于其在本主险合同指定的医疗机构接受质子重离子放射治疗期间发生的**必须由被保险人个人自行承担的合理且必要的床位费、陪床费、重症监护室床位费、膳食费、护理费、治疗费、检查检验费、药品费、医疗器械使用费、医生诊疗费、手术费和转院救护车使用费**,我们按照 100%赔付比例在质子重离子医疗保险金赔付限额内赔付质子重离子医疗保险金。

请注意,质子重离子医疗保险金保险责任不适用 2.2.9 条的保险金计算方法。

2.2.7 院外恶性肿瘤特定药品费用医疗保险金

被保险人在等待期满后经本主险合同约定的医院(见脚注 5)或特需医疗机构(见脚注 27)的专科医生确诊初次罹患**恶性肿瘤²⁸**的,对于其用于治疗该恶性肿瘤而产生的**合理且必要的,必须由被保险人个人自行承担的**,满足以下条件的特定药品与医疗器械费用,我们根据本主险合同约定的赔付比例在院外恶性肿瘤特定药品费用医疗保险金赔付限额内赔付保险金:

1. 特定药品的处方必须是由医院专科医生开具的;
2. 药品处方开具的特定药品必须是被保险人当前治疗所必备的,且**必须与国家药品监督管理机构批准的该药品说明书与医疗器械说明书中所列明的适应症和用法用量相符合**;
3. 购买药品前,使用药品的处方必须经我们的药品处方审核并按本主险合同约定的流程购药(见 6.3);
4. 药品处方开具的特定药品与医疗器械属于本主险合同约定的药品与医疗器械清单;
5. 药品处方开具的特定药品与医疗器械必须自我们指定或认可的药店购买,且购买票据必须出自我们指定或认可的药店。

本主险合同所称的处方,是指由专科医生在诊疗活动中为患者开具的、由取

²⁸恶性肿瘤应当包含恶性肿瘤—重度和恶性肿瘤—轻度。

恶性肿瘤—重度的定义详见附表 2 特定疾病清单。

恶性肿瘤—轻度指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散,浸润和破坏周围正常组织,可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位,病灶经组织病理学检查(涵盖骨髓病理学检查)结果明确诊断,临床诊断属于世界卫生组织(WHO, World Health Organization)《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版(ICD-10)的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版(ICD-O-3)的肿瘤形态学编码属于 3、6、9(恶性肿瘤)范畴,但不在“恶性肿瘤—重度”保障范围的疾病。且特指下列六项之一:

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

下列疾病不属于“恶性肿瘤—轻度”,不在保障范围内:

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

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

得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书，包括医疗机构病区用药医嘱单。

属于本主险合同保险责任范围内的院外恶性肿瘤特定药品费用将由我们与指定药店直接结算，被保险人无需支付且不应向我们申请相关保险金的赔付。一般情况下，赔付比例为100%，但若被保险人在投保时选择以有**基本医疗保险**²⁹或公费医疗身份投保，但在用药时对于医保目录内的特定药品未经基本医疗保险、公费医疗或城乡居民大病保险结算，则赔付比例为60%。请注意，院外恶性肿瘤特定药品费用医疗保险金保险责任不适用2.2.9条的保险金计算方法。

2.2.8 指定疾病门诊急诊医疗保险金

在本主险合同保险期间内，被保险人因在等待期后罹患本主险合同约定的指定疾病，在本主险合同约定的**医院（见脚注5）**的门诊部门或急诊部门接受治疗的，对于发生的必须由被保险人个人自行承担的**合理且必要**的门诊急诊医疗费用，我们依据2.2.9条的保险金计算方法结合补偿原则在指定疾病门诊急诊医疗保险金赔付限额内赔付指定疾病门诊急诊医疗保险金。

上述本主险合同约定的“指定疾病”，包括：

（1）本主险合同约定的传染病，包括《中华人民共和国传染病防治法》所称的鼠疫、霍乱、传染性非典型肺炎、病毒性肝炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感、麻疹、流行性出血热、狂犬病、流行性乙型脑炎、登革热、炭疽、细菌性和阿米巴痢疾、伤寒和副伤寒、流行性脑脊髓膜炎、百日咳、白喉、新生儿破伤风、猩红热、布鲁氏菌病、钩端螺旋体病、血吸虫病、疟疾、新型冠状病毒感染、猴痘、流行性感冒（限甲型或乙型流感）、流行性腮腺炎、风疹、手足口病、包虫病、丝虫病、黑热病、结核病（限肺结核）、急性出血性结膜炎、麻风病、流行性和地方性斑疹伤寒，合计36种。

（2）本主险合同约定的其他疾病，包括：**肺炎**³⁰、**蛔虫病**³¹、**中耳炎**³²、**幼年型皮炎**³³、**肠套叠**³⁴、**肠系膜淋巴结炎**³⁵、**儿童过敏性紫癜**³⁶、**泌尿道感染**³⁷、**儿童急性外阴炎**³⁸、**儿童急性乳突炎**³⁹、**川崎病**⁴⁰、**鹅口疮（口腔念珠菌病）**⁴¹、**幼年特发性关节炎**⁴²、**热射病**⁴³、**肺气肿**⁴⁴、**急性外耳道炎**⁴⁵、**急性心肌炎**

²⁹基本医疗保险指《中华人民共和国社会保险法》所规定的基本医疗保险，包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

³⁰肺炎指终末气道、肺泡和肺间质的炎症，可由病原微生物、理化因素、免疫损伤、过敏及药物所致。

³¹蛔虫病指蛔虫寄生在人体小肠或其他器官所致的疾病，异位寄生虫可导致胆道蛔虫病、肠梗阻等严重并发症。

³²中耳炎是一种位于人耳中部，即鼓膜后区域的病毒或细菌感染引发的炎症，主要临床症状包括耳痛、听力下降、耳道内流水、流脓甚至流血等。

³³幼年型皮炎指患病年龄小于16岁，是一种免疫介导的多系统疾病，以横纹肌和皮肤的急性或慢性非化脓性炎症为特征，也可伴发各种内脏损害。

³⁴肠套叠指一段肠管及其系膜套入相邻的肠腔内，导致肠内容物通过障碍和局部血液循环受阻，常见表现为突发性腹部剧痛、呕吐、果酱样血便。

³⁵肠系膜淋巴结炎是由病毒或细菌感染引发的肠系膜淋巴结非特异性炎症，常见表现为发烧、腹痛、恶心呕吐等。

³⁶儿童过敏性紫癜是一种侵犯皮肤和其他器官细小动脉和毛细血管的过敏性血管炎，典型临床表现为紫癜、关节痛和腹痛。

³⁷泌尿道感染指病原微生物侵袭包括肾脏、输尿管、膀胱、尿道引起的炎症反应。

³⁸儿童急性外阴炎指外生殖器皮肤及其周围组织发生的急性炎症反应，常伴外阴瘙痒、疼痛、灼烧感、阴道分泌物增多等症状。

³⁹儿童急性乳突炎指位于颞骨内的乳突气房黏膜及骨质发生的炎症，通常伴随急性中耳炎发生。

⁴⁰川崎病是一种急性自限性血管炎，主要影响中小型动脉，特别是冠状动脉。该疾病的特征性表现包括持续高热、皮疹、结膜炎、口腔黏膜改变（如草莓舌、唇干裂）、四肢末端变化（如手足硬肿）和颈部淋巴结肿大。

⁴¹鹅口疮（口腔念珠菌病）是由白色念珠菌主导的真菌性口腔黏膜感染，表现为口腔内出现白色斑膜或凝乳状斑块。

⁴²幼年特发性关节炎是一种在16岁之前开始的慢性关节炎，持续至少6周，以慢性滑膜炎为主要特征。

⁴³热射病是由于长时间暴露在高温环境中，身体无法有效散热，导致体内热量积聚，进而引发中枢神经系统受损和多器官功能障碍的一种疾病。

⁴⁴肺气肿指肺部终末细支气管远端气腔出现异常持久的扩张，并伴有肺泡和细支气管的破坏，而无明显的肺纤维化。

⁴⁵急性外耳道炎指外耳道皮肤和软组织的急性炎症，通常由细菌或真菌感染引起。

⁴⁶、带状疱疹⁴⁷、十二指肠溃疡⁴⁸，合计19种。

本主险合同对可承担的疾病另有约定的，按约定执行。

被保险人因本主险合同约定的指定疾病以外的其他疾病接受治疗发生的门诊急诊医疗费用，我们将不承担保险责任。

如无特别约定，被保险人在本主险合同约定的医院范围外接受诊疗，尤其是在私立医院，公立医院特需部、vip部、国际部或国际医疗中心接受诊疗的，对于因此产生的医疗费用我们将不承担保险责任。

指定疾病门诊急诊医疗不包括“2.2.2 一般医疗保险金”所列明的指定门诊急诊医疗和住院前后门诊急诊医疗、“2.2.3 特定疾病医疗保险金”所列明的特定疾病指定门诊急诊医疗和特定疾病住院前后门诊急诊医疗，也不包括“2.2.5 特定疾病特需医疗保险金”所列明的特定疾病特需指定门诊急诊医疗和特定疾病特需住院前后门诊急诊医疗。

2.2.9 保险金计算方法

一般医疗保险金、特定疾病医疗保险金、意外门诊急诊医疗保险金和指定疾病门诊急诊医疗保险金按如下方法计算：

我们赔付的保险金数额=被保险人个人自行承担的保险责任范围内的医疗费用×责任项赔付比例A×一般赔付比例B

(1) 责任项赔付比例 A:

各项责任对应的责任项赔付比例 A 详见保险计划表；

(2) 一般赔付比例 B:

一般情况下，一般赔付比例 B 为 100%，但若被保险人在投保时选择以有基本医疗保险或公费医疗身份投保，但该次就诊未经基本医疗保险、公费医疗或城乡居民大病保险结算，则一般赔付比例 B 为 60%。

2.2.10 保险金赔付限额

对于上述各项保险责任，被保险人不论一次或多次进行治疗，我们均按上述约定赔付保险金。但各项保险金保险责任的累计赔付金额以不超过各对应项的保险金赔付限额为限，各项保险金保险责任的累计赔付金额达到其对应项的限额时，我们对被保险人的该项保险金赔付责任终止。

各项保险金赔付金额之和达到约定的保险金总赔付限额时，本主险合同终止。

2.2.11 补偿原则

对于上述各项医疗保险金责任，若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险、工作单位、第三方侵权责任人（包含法人）或本公司在内的任何商业保险机构等）取得补偿的，我们将按上述约定计算并赔付保险金，且最高赔付金额不超过被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获补偿后的余额。

③ 责任免除及其他

3.1 责任免除

1. 因下列情形之一导致被保险人发生保险事故或造成医疗费用支出的，我们不承担赔付保险金的责任：

- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 被保险人故意自杀或自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制

⁴⁶急性心肌炎指心肌的急性炎症，通常由病毒感染、细菌感染或其他原因引起。

⁴⁷带状疱疹指水痘-带状疱疹病毒引起的感染性疾病。

⁴⁸十二指肠溃疡指十二指肠粘膜受到持续性的胃内酸性液体的刺激而发生的溃疡性病变。

措施：

(3) 被保险人**殴斗**⁴⁹、**醉酒**⁵⁰、主动吸食或注射**毒品**⁵¹；

(4) 被保险人**酒后驾驶**⁵²、**无合法有效驾驶证驾驶**⁵³或**驾驶无有效行驶证的交通工具**⁵⁴；

(5) **核爆炸、核辐射与核污染、战争、军事冲突、恐怖袭击、暴乱或武装叛乱**；

(6) **精神和行为障碍治疗以及各种医疗咨询和健康预测**：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）⁵⁵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）；

(7) **各类医疗鉴定**，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定费用；

(8) 除特定疾病以外的**遗传性疾病**⁵⁶；

(9) **先天性畸形、变形或染色体异常**⁵⁷；

(10) **既往症**⁵⁸及保险合同特别约定的除外疾病；

(11) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间因疾病导致的医疗费用，但若属于本主保险合同**特定疾病清单**（详见附表2）中特定原因引起的艾滋病除外；

(12) 被保险人感染苍白（梅毒）螺旋体、淋病奈瑟菌；

(13) **腺样体肥大**⁵⁹、**疝气**⁶⁰；

(14) 体检、疗养、**胃减容术**（包括但不限于：**可调节式束带手术、袖状胃切除手术、胃旁路手术、胃内水囊手术、胃肠转流术**）、视力矫正手术、斜视矫正手术、非意外事故所致的整容手术、各种美容整形项目，包括但不限于皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗、良性皮肤损害（雀斑、老年

⁴⁹殴斗指因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗。

⁵⁰醉酒指每百毫升血液的酒精含量大于或等于80毫克。醉酒的认定如有司法机关、公安部门的有关法律文件、医院的诊断书等，则以上述法律文件、诊断书等为准。

⁵¹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。

⁵²酒后驾驶指经检测或鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《中华人民共和国道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

⁵³无合法有效驾驶证驾驶指下列情形之一：

(1) 没有取得驾驶资格的情况下驾驶任何按中华人民共和国法律法规规定应当持有驾驶资格才能够驾驶的交通工具或在驾驶此等交通工具时驾驶资格证件处于暂扣、吊销或注销状态；

(2) 驾驶与驾驶资格不符合的交通工具或进行与驾驶资格不符合的交通运输行为，如驾驶与所持机动车驾驶证准驾车型不相符合的机动车；

(3) 持审验不合格的驾驶证或持应审验未审验的驾驶证驾驶；

(4) 持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习驾车。

⁵⁴驾驶无有效行驶证的交通工具指以下情形之一：

(1) 被保险人所驾驶的交通工具未按中国法律规定取得行驶证等公共道路、公共水域或空域行驶资格证明；

(2) 被保险人所驾驶的交通工具被依法注销登记的；

(3) 被保险人所驾驶的交通工具未依法按时进行或通过机动车安全技术检验等法律规定的定期或不定期安全检验。

⁵⁵《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）指世界卫生组织（WHO）制定的国际统一的疾病分类方法，它根据疾病的病因、病理、临床表现和解剖位置等特性，用一种系统有序的组合编码的方法对疾病进行分类。目前世界通用的是第10次修订本《疾病和有关健康问题的国际统计分类》，（ICD-10）是该分类第10次修订本的简称。

⁵⁶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。

⁵⁷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。

⁵⁸既往症指在本合同生效日之前被保险人已患且已知晓的疾病。

⁵⁹腺样体肥大包括因炎症因素反复刺激进而发生的，或因发育性原因出现的腺样体增生肥大。

⁶⁰疝气包括腹股沟疝、股疝、脐疝、腹壁疝、膈疝、手术切口疝。

斑、痣、疣等)的治疗和去除、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕治疗和去除。对上肢肘关节远端及面部静脉曲张、蜘蛛脉的治疗和去除。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、隆胸以及各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗项目,包括但不限于平足及各种非功能性整容、整形和矫形手术费用。各种健美治疗项目,如营养、减肥、增胖、增高;

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

(16) 包皮环切术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗;

(17) 发育迟缓治疗;

(18) 除口腔肿瘤治疗外的口腔科(牙科)治疗;

(19) 被保险人在进行符合以下一项或多项标准的高风险活动过程中发生意外伤害事故导致的就医治疗:

- 活动过程中必然涉及2米以上水深的自然水域水面或水下运动,包括但不限于各类、各级别的**潜水⁶¹**、自然水域游泳(包括人工湖或人工水库)、跳水运动;

- 活动过程中必然涉及距离地面超过10米的高空运动,包括但不限于跳伞、蹦极、非商业性的驾驶飞机等飞行器飞行、滑翔机或滑翔伞、翼装飞行、**攀岩⁶²**等;

- 故意进入一般认知中存在生命危险的环境中或进入未经人工开发的自然区域活动,包括但不限于各类**探险⁶³**和除商业航线飞行外的航空航天活动;

- 各类搏击或类军事活动,如摔跤、**武术比赛⁶⁴**、彩弹射击等仿真枪战运动;

- 各类**特技表演⁶⁵**;

- 除竞走、跑步以外的竞速运动如赛马、赛车、竞速冰雪运动等;

(20) 冒名住院、被保险人未到达医院就诊即代诊、不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院而拒不出院(从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用);

(21) 被保险人接受实验性治疗(未经科学或医学认可的医疗)。

2. 符合以下任意一项情形的相关医疗费用,我们不承担保险责任:

(1) 未经医生建议自行进行的任何治疗或未经医生处方自行购买的药品;

(2) 虽然有医生建议,但相关治疗和检查检验不是在医院进行的或相关费用不是由医院收取的(以相关医疗费票据为准);

(3) 未被治疗所在地权威部门批准的治疗,未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物;

(4) 未按照本主险合同约定的流程(详见6.3)购买本主险合同指定药品清单中的药品而产生的费用;

(5) 康复治疗费用;

⁶¹潜水指使用辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。

⁶²攀岩指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

⁶³探险指明知在某种特定的人工或自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险,而故意使自己置身于其中的行为,如:攀爬建筑物、在离地超过10米的建筑物的顶部或建筑物外无护栏部位逗留、江河漂流、登山、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。

⁶⁴武术比赛指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。

⁶⁵特技表演指进行马术、杂技、飞车、驯兽等表演。

(6) 中草药及其泡制的各类酒制剂涉及的药品费用；

(7) 所有**基因疗法**⁶⁶、本主险合同未明确约定包含在保险责任内的**细胞免疫疗法**⁶⁷及肿瘤放射疗法中的质子束放疗、重离子束放疗（如碳离子放疗）和中子束放疗造成的医疗费用；

(8) 除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其他**人工器官**⁶⁸的购买、安装和置换等费用；

(9) 各种矫治和防护医疗器械、各种康复治疗医疗器械、假体、义肢、轮椅、自用的按摩保健和治疗用品等所有非一次性使用医疗器械和非处方医疗器械的购买、租赁和置换费用。

3.2 其他需要您仔细阅读的条款

除“3.1 责任免除”外，本主险合同中还有一些需要您仔细阅读的条款，详见“2.2 保险责任”、“6.2 保险事故通知”、“8.1 明确说明与如实告知”、“8.2 年龄错误”、脚注和附表中背景突出显示的内容。

4 我们提供的服务

4.1 健康管理服务

在本主险合同保险期间内，根据您投保时选择的保险计划，我们为被保险人提供如下健康管理服务，包括：

- (1) 疾病预防；
- (2) 就医服务；
- (3) 康复护理。

健康管理服务的详细内容及次数限制详见服务手册，您可以在投保时获取并查看服务手册。

5 如何支付保险费

5.1 保险费的支付

本主险合同的保险费按照被保险人的年龄、是否参加基本医疗保险或公费医疗和您投保时选择的保险计划确定。您可以选择一次性全额支付保险费，也可以根据合同约定分期支付保险费。

6 如何领取保险金

6.1 受益人

除另有约定外，本主险合同的受益人为被保险人本人。

6.2 保险事故通知

请您、被保险人或受益人在知道保险事故发生后 10 日内通知我们。

如果您、被保险人或受益人故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，我们对无法确定的部分，不承担赔付保险金的责任，但我们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或者虽未及时通知但不影响我们确定保险事故的性质、原因、损失

⁶⁶基因疗法指通过各种手段修复缺陷基因，以减缓或治愈疾病的技术。

⁶⁷细胞免疫疗法指通过采集人体免疫细胞，在体外进行扩增和功能鉴定，然后向患者转移，达到杀灭血液及组织中的病原体、癌细胞、突变的细胞，从而打破机体免疫耐受，激活和增强机体免疫力的治疗方法。

⁶⁸人工器官指长期的、植入人体的用人工材料和电子技术制成部分或全部替代人体自然器官、骨骼、血管、神经等功能的替代物、机械装置或电子装置，包括但不限于：人工食道、人工血管、人工椎体、人工尿道、人工肾、人工颅骨、人工颌骨、人工心脏、人工肌腱、人工耳蜗、人工肛门封闭器、人工喉、人工皮肤和人工角膜等。

程度的除外。

被保险人应在本主险合同中约定的医院就诊，若因急诊未在约定的医院就诊的，应在3日内通知我们，并在病情好转后及时转入约定的医院。被保险人未在约定的医院就诊产生的医疗费用，我们不承担保险责任。

6.3 保险金申请

在申请保险金时，请按照下列方式办理：

6.3.1 一般医疗保险金、特定疾病医疗保险金、意外门诊急诊医疗保险金、特定疾病特需医疗保险金、质子重离子医疗保险金和指定疾病门诊急诊医疗保险金的申请

由受益人填写保险金赔付申请书，并提供下列证明和资料：

- (1) 保险合同；
- (2) 受益人的有效身份证件；
- (3) 医院出具的医疗诊断书、医疗病历或出院小结、检查检验报告及费用清单；
- (4) 医院出具的医疗费用原始凭证和医疗费用结算清单（被保险人享有基本医疗保险或公费医疗保障的，需包含按基本医疗保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿的证明）；
- (5) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

以上证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知受益人补充提供有关证明和资料。

6.3.2 院外恶性肿瘤特定药品费用医疗保险金的申请和赔付

院外恶性肿瘤特定药品费用医疗保险金必须按以下流程申请保险金：

1. 提交用药和保险金赔付申请

被保险人取得了符合本主险合同约定标准的药品处方，**最晚应在处方有效期至到期前1个工作日内**通过我们指定的渠道提交如下材料：

- (1) 个人医疗保险理赔申请书原件；
- (2) 被保险人的有效身份证件正反面复印件；
- (3) 支持处方审核的全部证明、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、基因检测结果报告、处方原件（收取不返还）、病理检查报告、化验检查报告、费用明细单据等原件或复印件。被保险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原件；
- (4) 被保险人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的证明和资料原件。

如果药品处方审核出现以下情况，我们有权要求被保险人提供其他与药品处方审核相关的医学材料：

- (1) 被保险人申请时提交的医学材料不足以支持药品处方的开具或审核；
- (2) 医学材料中相关的科学检验方法报告结果不支持药品处方的开具。

首次申请用药和保险金赔付的，我们将在收到上述所有证明和资料之日起最长30日内作出核定。非首次申请用药和保险金赔付的，我们将在收到上述所有证明和资料之日起最长5日内作出核定。

如果被保险人的药品处方审核未通过，我们不承担赔付保险金的责任。

2. 药品购买和保险金赔付

用药和保险金赔付申请核定通过后，我们将会提供购药凭证。被保险人前往指定药店购买药品。**如果被保险人因赔付比例原因需要自行承担部分药品费，则需要在领取药品时支付自负部分的药品费。**

保险金将由我们与指定药店直接结算。属于本主险合同保险责任范围内的费用，被保险人无需支付该部分费用且不应向我们申请该部分保险金的支付。

6.4 保险金的赔付

我们在收到一般医疗保险金、特定疾病医疗保险金、意外门诊急诊医疗保险金、特定疾病特需医疗保险金、质子重离子医疗保险金和指定疾病门诊急诊医疗保险金的赔付申请书及上述有关证明和资料后，将在5日内作出核定；情形复杂的，在30日内作出核定。

对属于保险责任的，我们在与受益人达成赔付保险金的协议后10日内，履行赔付保险金义务；若我们在收到保险金赔付申请书及上述有关证明和资料后第30日仍未作出核定，除支付保险金外，我们将从第31日起按超过天数赔偿受益人因此受到的利息损失。利息按照我们公示的利率按单利计算，且保证该利率不低于中国人民银行公布的同期金融机构人民币活期存款基准利率。

如我们要求您、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料的，那么自您、被保险人或者受益人收到补充提供有关证明和资料的通知之日起直至我们收到补充提供的有关证明和资料的期间将不计入上述30日。

对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起1个工作日内向受益人发出拒绝赔付保险金通知书并说明理由。

我们在收到受益人的保险金赔付申请书及有关证明和资料之日起60日内，

6.5 诉讼时效

受益人向我们请求赔付保险金的诉讼时效适用现行有效法律规定，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

7 如何解除保险合同

7.1 您解除合同的手续及风险

犹豫期后申请解除本主险合同的，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：

- (1) 保险合同；
- (2) 您的有效身份证件。

自我们收到解除合同申请书时起，本主险合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起30日内向您退还本主险合同的**现金价值⁶⁹**。

您解除合同会遭受一定损失。

8 其他需要关注的事项

8.1 明确说明与如实告知

订立本主险合同时，我们会向您说明本主险合同的内容。对本主险合同中免除我们责任的条款，我们在订立合同时会在投保书、保险单或其他保险凭证

⁶⁹现金价值的计算分两种情况：

(1) 本主险合同包含等待期的情况：

如果保险经过天数 ≤ 30 天，现金价值=已交保险费 $\times (1-35\%)$ ；

如果保险经过天数 > 30 天，现金价值=已交保险费 $\times (1-35\%) \times [1 - (\text{保险经过天数}-30) / (\text{本合同生效日至保险费交至日的天数}-30)]$ ，经过天数不足1天的按1天计算。

(2) 本主险合同免除等待期的情况：

现金价值=已交保险费 $\times (1-35\%) \times (1 - \text{保险经过天数} / \text{本合同生效日至保险费交至日的天数})$ ，经过天数不足1天的按1天计算。

上作出足以引起您注意的提示,并对该条款的内容以书面或口头形式向您作出明确说明,未作提示或者明确说明的,该条款不产生效力。

我们就您和被保险人的有关情况提出询问,您应当如实告知。**我们的询问和您的告知将记载于本主险合同中作为保险合同的重要组成部分。**

如果您故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务,足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的,我们有权解除本主险合同。

如果您故意不履行如实告知义务,对于本主险合同解除前发生的保险事故,我们不承担赔付保险金的责任,并不退还保险费。

如果您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,对于本主险合同解除前发生的保险事故,我们不承担赔付保险金的责任,但会退还保险费。

我们在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的,我们不得解除合同;发生保险事故的,我们承担赔付保险金的责任。

8.2 年龄错误

您在申请投保时,应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保书上填明,如果发生错误按照下列方式办理:

(1) 您申报的被保险人年龄不真实,并且其真实年龄不符合本主险合同约定投保年龄限制的,我们有权解除合同,并向您退还本主险合同的现金价值;

(2) 您申报的被保险人年龄不真实,致使您实付保险费少于应付保险费的,我们有权更正并要求您补交保险费。若已经发生保险事故,在赔付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例赔付;

(3) 您申报的被保险人年龄不真实,致使您实付保险费多于应付保险费的,我们会将多收的保险费退还给您。

8.3 合同内容变更

在本主险合同有效期内,经您与我们协商一致,可以变更本主险合同的有关内容。变更本主险合同的,应当由我们在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单,或者由您与我们订立书面的变更协议。

您通过我们同意或认可的网站等互联网渠道提出对本主险合同进行变更,视为您的书面申请,您向我们在线提交的电子信息与您向我们提交的书面文件具有相同的法律效力。

8.4 联系方式变更

为了保障您的合法权益,您的住所、通讯地址、电话或电子邮箱等联系方式变更时,请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。若您未以书面形式或双方认可的其他形式通知我们,我们按本主险合同载明的最后住所、通讯地址、电话或电子邮箱等联系方式所发送的有关通知,均视为已送达给您。

8.5 效力终止

当发生下列情形之一时,本主险合同效力终止:

(1) 被保险人身故;

(2) 本主险合同中列明的其他合同解除或终止的情形。

附表 1:

平安互联网少儿宝贝2.0医疗保险B款计划表

单位: 人民币元

保险计划		计划一	计划二	计划三	计划四	计划五	
保险金总赔付限额		400 万				100 万	
各项保险金赔付限额	一般医疗保险金	同保险金总赔付限额					
	特定疾病医疗保险金	同保险金总赔付限额					
	意外门诊急诊医疗保险金	同保险金总赔付限额					
	特定疾病特需医疗保险金	同保险金总赔付限额				不包含	
	质子重离子医疗保险金	同保险金总赔付限额				不包含	
	院外恶性肿瘤特定药品费用医疗保险金	同保险金总赔付限额				不包含	
	指定疾病门诊急诊医疗保险金 ^{注1}	不包含		同保险金总赔付限额		不包含	
各项保险金赔付比例	一般医疗保险金	责任项赔付比例 A	对于被保险人个人自行承担的保险责任范围内的医疗费用: 0-5000元(含)部分: 50% 超过 5000元部分: 100%	对于被保险人个人自行承担的保险责任范围内的医疗费用: 0-5000元(含)部分: 60% 超过 5000元部分: 100%	对于被保险人个人自行承担的保险责任范围内的医疗费用: 0-5000元(含)部分: 50% 超过 5000元部分: 100%	对于被保险人个人自行承担的保险责任范围内的医疗费用: 0-5000元(含)部分: 60% 超过 5000元部分: 100%	50%
		一般赔付比例 B	100%, 若被保险人在投保时选择以有基本医疗保险或公费医疗身份投保, 但在该次就诊未经基本医疗保险、公费医疗或城乡居民大病保险结算, 一般赔付比例 B 为 60%。				
	特定疾病医疗保险金	责任项赔付比例 A	100%				50%
		一般赔付比例 B	100%, 若被保险人在投保时选择以有基本医疗保险或公费医疗身份投保, 但在该次就诊未经基本医疗保险、公费医疗或城乡居民大病保险结算, 一般赔付比例 B 为 60%。				
	意外门诊急诊医疗保险金	责任项赔付比例 A	80%				50%
		一般赔付比例 B	100%, 若被保险人在投保时选择以有基本医疗保险或公费医疗身份投保, 但在该次就诊未经基本医疗保险、公费医疗或城乡居民大病保险结算, 一般赔付比例 B 为 60%。				
	特定疾病特需医疗保险金	100%				不包含	
	质子重离子医疗保险金	100%				不包含	

	院外恶性肿瘤特定药品费用医疗保险金	100%，若被保险人在投保时选择以有基本医疗保险或公费医疗身份投保，但在用药时对于医保目录内的特定药品未经基本医疗保险、公费医疗或城乡居民大病保险结算，一般赔付比例 B 为 60%。				不包含	
	指定疾病门诊 急诊医疗保险 金	责任项赔付比例 A	不包含	不包含	80%	80%	不包含
		一般赔付比例 B	不包含	不包含	100%，若被保险人在投保时选择以有基本医疗保险或公费医疗身份投保，但此次就诊未经基本医疗保险、公费医疗或城乡居民大病保险结算，一般赔付比例 B 为 60%。		不包含
健康管理服务	疾病预防； 就医服务； 康复护理。					就医服务。	

*注1：指定疾病门诊急诊医疗保险金仅承担被保险人因在等待期后罹患本主合同约定的疾病导致的门诊急诊医疗费用。

附表 2:

平安互联网少儿宝贝 2.0 医疗保险 B 款特定疾病清单

指被保险人初次发生符合下列定义的疾病，或初次接受符合下列定义的手术。该疾病或手术应当由专科医生明确诊断。本主险合同所定义的特定疾病共有 120 种，其中第 1 至 25 种特定疾病为中国保险行业协会、中国医师协会联合颁布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》（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 种特定疾病为“规范”规定范围之外的疾病，来自我们的运营经验。

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**⁷⁰（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《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-3⁷¹）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。下列疾病不属于“恶性肿瘤-重度”，不在保障范围内：

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

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

b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

（2）TNM 分期⁷²为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

（3）TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或更轻分期的前列腺癌；

（4）黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

（5）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

（6）相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

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

2-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。

⁷⁰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。

⁷¹ICD-O-3 指《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3），是 WHO 发布的针对 ICD 中肿瘤形态学组织学细胞类型、动态、分化程度的补充编码。其中形态学编码：0 代表良性肿瘤；1 代表动态未定性肿瘤；2 代表原位癌和非侵袭性癌；3 代表恶性肿瘤（原发性）；6 代表恶性肿瘤（转移性）；9 代表恶性肿瘤（原发性或转移性未肯定）。如果出现 ICD-10 与 ICD-O-3 不一致的情况，以 ICD-O-3 为准。

⁷²TNM 分期指采用 AJCC 癌症分期手册标准。该标准由美国癌症联合委员会与国际抗癌联合会 TNM 委员会联合制定，是目前肿瘤医学分期的国际通用标准。T 指原发肿瘤的大小、形态等；N 指淋巴结的转移情况；M 指有无其他脏器的转移情况。

甲状腺癌的 TNM 分期采用目前现行的 AJCC 第八版定义标准，我国国家卫生健康委员会 2018 年发布的《甲状腺癌诊疗规范（2018 年版）》也采用此定义标准，详见附表 3。

3-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⁷³肌力⁷⁴2 级（含）以下**；
- (2) **语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍⁷⁵**；
- (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⁷⁶**中的三项或三项以上。

4-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。

5-重型再生障碍性贫血

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

- (1) 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断：骨髓细胞增生程度<正常的25%；如≥正常的25%但<50%，则残存的造血细胞应<30%；
- (2) 外周血象须具备以下三项条件中的两项：
 - ①中性粒细胞绝对值<0.5×10⁹/L；
 - ②网织红细胞计数<20×10⁹/L；
 - ③血小板绝对值<20×10⁹/L。

6-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）。

⁷³肢体指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。

⁷⁴肌力指肌肉收缩时的力量。肌力划分为 0-5 级，具体为：0 级：肌肉完全瘫痪，毫无收缩。1 级：可看到或者触及肌肉轻微收缩，但不能产生动作。2 级：肌肉在不受重力影响下，可进行运动，即肢体能在床面上移动，但不能抬高。3 级：在和地心引力相反的方向中尚能完成其动作，但不能对抗外加阻力。4 级：能对抗一定的阻力，但较正常人为低。5 级：正常肌力。

⁷⁵语言能力完全丧失指无法发出四种语音（包括口唇音、齿舌音、口盖音和喉头音）中的任何三种、或声带全部切除，或因大脑语言中枢受伤害而患失语症。

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

⁷⁶六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。

六项基本日常生活活动能力的鉴定不适用于 0-3 周岁幼儿。

7-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。

8-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。

9-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。

10-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。

11-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。

12-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。

- 13-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。
- 14-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。
- 15-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。
- 16-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。
- 17-语言能力丧失——3 周岁始赔** 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。
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语言能力丧失诊断及检查证据。
- 18-急性重症肝炎或亚急性重症肝炎** 指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：
（1）重度黄疸或黄疸迅速加重；
（2）肝性脑病；
（3）B 超或其他影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；
（4）肝功能指标进行性恶化。
- 19-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。

20-严重慢性呼吸衰竭

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

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

21-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。

22-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。

23-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。

24-双耳失聪——3 周岁始赔

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。

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听力丧失诊断及检查证据。

25-双目失明

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

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

除眼球缺失或摘除情形外，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。

26-白血病

指符合“恶性肿瘤—重度”的定义标准，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》第十次修订版 (ICD-10) 的恶性肿瘤 C90.1、C91、C92、C93、C94、C95 范畴。

下列疾病不在保障范围内：

- (1) 继发性 (转移性) 恶性肿瘤；
- (2) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病。

27-严重川崎病

是一种血管炎综合征，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。

28-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。

29-重症幼年型 类风湿性关节炎

指为了治疗幼年型类风湿性关节炎，实际实施了膝关节或髋关节置换手术。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。

被保险人疾病诊断时必须在年满十八周岁之前。

30-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。经本公司认可的医院专科医生确诊为手足口病，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。

31-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⁷⁷**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。

32-严重瑞氏综合 征 (Reye 综合 征，也称赖氏综 合征、雷氏综合 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。肝脏活检是确诊的重要手段。瑞氏综合征需由相关专科医生确诊，并符合以下所有条件：

- (1) 有脑水肿和颅内压升高的脑脊液检查和影像学检查证实；
- (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的第3期。

33-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；

⁷⁷永久不可逆指自疾病确诊或意外伤害发生之日起，经过积极治疗 180 天后，仍无法通过现有医疗手段恢复。

(4) 持续日常服用口服类固醇激素治疗持续至少六个月。

34-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（指按照**美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级⁷⁸**的标准判定，心功能状态已达IV级），且有相关住院医疗记录显示IV级心功能衰竭状态已持续至少180日。本病须经相关专科医生明确诊断。

继发于全身性疾病或其他器官系统疾病造成的心肌病变不在保障范围内。

35-严重I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，且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。

36-疾病或外伤所致智力障碍

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），智力低常分为中度（IQ35-50）、重度（IQ20-35）和极重度（IQ<20）。智商的检测必须由本公司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) 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（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。

37-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。

38-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；

⁷⁸美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）将心功能状态分为四级：

I级：心脏病病人日常活动量不受限制，一般活动不引起乏力、呼吸困难等心衰症状。
II级：心脏病病人体力活动轻度受限制，休息时无自觉症状，一般活动下可出现心衰症状。
III级：心脏病病人体力活动明显受限，低于平时一般活动即引起心衰症状。
IV级：心脏病病人不能从事任何体力活动，休息状态下也存在心衰症状，活动后加重。

- (2) CT显示双肺弥漫性囊性改变;
- (3) 血气提示低氧血症。

39-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。

40-严重结核性脑膜炎

指由结核杆菌引起的脑膜和脊膜的非化脓性炎症性疾病。需满足下列全部条件：

- (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。

41-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。

42-破伤风

指破伤风梭菌经由皮肤或黏膜伤口侵入人体，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。

43-严重登革热

严重登革热病毒感染，必须满足下列所有条件：

- (1) 根据国家卫生计生委《登革热诊疗指南（2014年第2版）》明确诊断；
- (2) 出现下列一种或多种严重登革热的临床表现：
 - ①休克：心动过速、肢端湿冷，毛细血管充盈时间延长 >3 秒、脉搏细弱或测不到、脉压差减少或血压测不到；
 - 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 >1000 IU/L）、ARDS（急性呼吸窘迫综合征）、急性心肌炎、急性肾功能衰竭、脑病和脑炎。

44-脑桥髓鞘溶解

是一种代谢性脱髓鞘疾病，病理学上表现为髓鞘脱失不伴炎症反应。临床常见症状为突发四肢弛缓性瘫，咀嚼、吞咽及言语障碍，眼震及眼球凝视障碍等。须经由相关专科医生确诊疾病180天后，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两项或两项以上。

45-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。

- 46-严重心脏衰竭 CRT 心脏再同步治疗** 指缺血性心脏病或扩张性心肌病导致慢性严重心脏功能衰竭，为矫正心室收缩不协调和改善心脏功能，实际实施了CRT治疗。实施治疗前须满足下列全部条件：
- (1) 心功能衰竭程度至少达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级III级；
 - (2) 左心室射血分数 $\leq 35\%$ ；
 - (3) 左心室舒张末期内径 $\geq 55\text{mm}$ ；
 - (4) QRS波群时限 ≥ 130 毫秒。
- 47-原发性骨髓纤维化** 指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。须根据骨髓的活组织检查和周围血象检查由血液科专科医生明确诊断，并至少符合下列条件中的三项，且符合条件的状态持续 180 天及以上，并已经实际实施了针对此症的治疗：
- (1) 血红蛋白 $< 100\text{g/L}$ ；
 - (2) 白细胞计数 $> 25 \times 10^9 / \text{L}$ ；
 - (3) 外周血原始细胞 $\geq 1\%$ ；
 - (4) 血小板计数 $< 100 \times 10^9 / \text{L}$ 。
- 继发性骨髓纤维化不在保障范围内。
- 48-侵蚀性葡萄胎（或称恶性葡萄胎）** 指异常增生的绒毛组织浸润性生长浸入子宫肌层或转移至其他器官或组织的葡萄胎，并已经接受了化疗或手术治疗。
- 49-严重骨髓异常增生综合征：** 指符合世界卫生组织（WHO）2008 年分型方案中的难治性贫血细胞减少伴原始细胞增多-1（RAEB-1）、难治性贫血细胞减少伴原始细胞增多-2（RAEB-2）、MDS-未分类（MDS-U）、MDS 伴单纯 5q-，且须满足下列全部条件：
- (1) 由我们认可的医院中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) 骨髓穿刺或骨髓活检结果支持诊断；
 - (3) 被保险人已持续接受一个月以上的化疗或已接受骨髓移植治疗。
- 50-肺源性心脏病** 指由于各种胸肺及支气管病变而继发的肺动脉高压，最后导致以右室肥大为特征的心脏病。须经呼吸专科医生确诊，且必须同时满足如下诊断标准：
- (1) 左心房压力增高（不低于 20 个单位）；
 - (2) 肺血管阻力高于正常值 3 个单位；
 - (3) 肺动脉血压不低于 40mmHg；
 - (4) 肺动脉楔压不低于 6mmHg；
 - (5) 右心室心脏舒张期末压力不低于 8mmHg；
 - (6) 右心室过度肥大、扩张，出现右心衰竭和呼吸困难。
- 51-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、回旋支及右冠状动脉的分支血管。
- 52-严重感染性** 指因细菌、真菌和其他微生物（如病毒、立克次体、衣原体、螺旋体等）直

心内膜炎	<p>接感染而产生心瓣膜或心室壁内膜的炎症，须经心脏专科医生确诊，并符合以下全部条件：</p> <p>(1) 血液培养测试结果为阳性，并至少符合以下条件之一：</p> <p>a. 微生物：在赘生物，栓塞的赘生物或心脏内脓肿培养或组织检查证实有微生物；</p> <p>b. 病理性病灶：组织检查证实赘生物或心脏内脓肿有活动性心内膜炎；</p> <p>c. 分别两次血液培养证实有典型的微生物且与心内膜炎符合；</p> <p>d. 持续血液培养证实有微生物阳性反应，且与心内膜炎符合。</p> <p>(2) 心内膜炎引起中度心瓣膜关闭不全（指返流指数 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%）；</p> <p>(3) 心内膜炎及心瓣膜损毁程度需经由心脏专科医生确诊。</p>
53-嗜铬细胞瘤	<p>是指肾上腺或嗜铬外组织出现神经内分泌肿瘤，并分泌过多的儿茶酚胺类，需要并实际进行了手术切除肿瘤。嗜铬细胞瘤须由内分泌专科医生确诊。</p>
54-严重继发性肺动脉高压	<p>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。诊断须由心脏科专家确诊，并且心导管检查报告显示静息状态下肺动脉平均压超过 36mmHg（含）。</p> <p>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。</p>
55-严重慢性缩窄性心包炎	<p>指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全部条件：</p> <p>(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；</p> <p>(2) 实际接受了特定手术路径（胸骨正中切口、双侧前胸切口、左前胸肋间切口中的任何一种）的心包剥脱或心包切除手术。</p> <p>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。</p>
56-艾森门格综合征	<p>指因心脏病导致的严重肺动脉高压及右向左分流。诊断必须由心脏专科医生经超声心动图和心导管检查证实并需符合以下全部标准：</p> <p>(1) 平均肺动脉压高于 40mmHg；</p> <p>(2) 肺血管阻力高于 3mm/L/min（Wood 单位）；</p> <p>(3) 正常肺微血管楔压低于 15mmHg。</p>
57-Brugada 综合征	<p>指被保险人须经心脏专科医生明确诊断为 Brugada 综合征，并须满足下列全部条件：</p> <p>(1) 有晕厥或心脏骤停病史，并提供完整的诊疗记录；</p> <p>(2) 心电图有典型的 I 型 Brugada 波；</p> <p>(3) 已经安装了永久性心脏除颤器。</p>
58-室壁瘤切除手术	<p>指被保险人被明确诊断为左心室室壁瘤，并且实际接受了开胸开心进行的室壁瘤切除手术治疗。</p> <p>经导管心室内成型手术治疗不在保障范围内。</p>

- 59-心脏粘液瘤手术** 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。
- 60-风湿热导致的心脏瓣膜疾病** 指风湿热反复发作并发心脏瓣膜损害，导致慢性心脏瓣膜病，引起心脏瓣膜狭窄、关闭不全。须满足下列全部条件：
(1) 根据已修订的 Jones 标准诊断证实罹患急性风湿热；
(2) 因风湿热引起中度心瓣膜关闭不全（指返流指数 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%）。
经导管进行的瓣膜置换手术或瓣膜成型手术不在保障范围内。
- 61-严重大动脉炎** 指被保险人由心脏或血管外科专科医生确诊患有大动脉炎，必须满足以下全部条件：
(1) 红细胞沉降率及 C 反应蛋白高于正常值；
(2) 超声检查、非创伤性血管成像检查（CTA 或 MRA）或血管造影检查证实主动脉及其主要分支存在狭窄；
(3) 实际实施了针对狭窄动脉的手术治疗。
- 62-头臂动脉型多发性大动脉炎旁路移植手术** 指被保险人被明确诊断为头臂动脉型多发性大动脉炎，并且实际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。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。
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。
- 63-严重肌营养不良症** 指一组原发于肌肉的遗传性疾病，临床表现为与神经系统无关的肌肉无力和肌肉萎缩。须满足下列全部条件：
(1) 肌肉组织活检结果满足肌营养不良症的肌肉细胞变性、坏死等阳性改变；
(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，且持续至少 180 天。
我们承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。
- 64-多发性硬化症** 指被保险人因脑及脊髓内的脱髓鞘病变而出现神经系统多灶性（多发性）多时相（至少 6 个月以内有两次及以上的发作）的病变，须由计算机断层扫描（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。
- 65-植物人状态** 指脑皮质广泛性坏死而导致对自身及周边的认知能力完全丧失，但脑干功能依然存在。必须由神经专科医生明确诊断，并有头颅断层扫描（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。上述情况必须有至少一个月的病历记录加以证实。
由于酗酒或药物滥用所致的植物人状态不在保障范围内。

- 66-严重脊髓灰质炎后遗症** 指因脊髓灰质炎病毒感染导致神经系统永久性的功能障碍，在疾病确诊 180 日后，仍存在一肢（含）以上肢体肌力为 2 级（含）以下。脊髓灰质炎病毒感染须检查证实。
- 67-非阿尔茨海默病所致严重痴呆** 指因阿尔茨海默病以外的脑的器质性疾病造成脑功能衰竭导致永久不可逆性的严重痴呆，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退。被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，日常生活必须持续受到他人监护。导致痴呆的疾病必须明确诊断，并且由完整的临床、实验室和影像学检查结果证实。
神经官能症和精神疾病不在保障范围内。
- 68-进行性核上性麻痹** 是一种隐袭起病、逐渐加重的神经系统变性疾病。本疾病必须由神经科专科医生确诊，并须满足下列全部条件：
（1）步态共济失调；
（2）对称性眼球垂直运动障碍；
（3）假性球麻痹，表现为构音障碍和吞咽困难。
- 69-颅脑手术** 指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）。
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。
- 70-进行性多灶性白质脑病** 是一种亚急性脱髓鞘性脑病，常常发现于免疫缺陷的病人。必须由神经科专科医生根据脑组织活检确诊。
- 71-脊髓小脑变性症** 是一组以小脑萎缩和共济失调为主要临床特点的疾病。必须满足以下全部条件：
（1）脊髓小脑变性症必须明确诊断，并有以下证据支持：
①影像学检查证实存在小脑萎缩；
②临床表现存在共济失调、语言障碍和肌张力异常。
（2）被保险人运动功能严重障碍，自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，且持续至少 180 天。
- 72-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。累及神经系统损害的白塞病称为神经白塞病。神经白塞病必须经专科医生明确诊断，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。
- 73-肾上腺脑白质营养不良** 指一种过氧化物酶体病，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。须经神经内科专科医生诊断，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。
- 74-严重强直性脊柱炎** 是一种慢性全身性炎性疾病，主要侵犯脊柱导致脊柱畸形。强直性脊柱炎必须明确诊断，并须满足下列全部条件：

- (1) 严重脊柱畸形：椎体钙化形成骨桥，脊柱出现“竹节样改变”；骶髂关节硬化、融合、强直；
- (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，且持续至少 180 天。

75-严重的脊髓空洞症

脊髓空洞症为慢性进行性的脊髓变性性疾病，其特征为脊髓内空洞形成。表现为感觉异常、肌萎缩及神经营养障碍。脊髓空洞症累及延髓称为延髓空洞症，表现为延髓麻痹。脊髓空洞症必须明确诊断并且造成永久不可逆的神经系统功能损害，存在持续至少 180 天以上的神经系统功能缺失并满足下列任一条件：

- (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。

76-结核性脊髓炎

指因结核杆菌引起的脊髓炎，导致神经系统永久性的功能障碍，即该疾病首次确诊 180 天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

- (1) 一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；
- (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，且持续至少 180 天。

77-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，并且造成神经系统永久性的功能障碍。被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，日常生活必须持续接受他人护理。

未明确诊断的疑似病例不在保障范围内。

78-脑型疟疾

指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明确诊断，且外周血涂片存在恶性疟原虫。

79-闭锁综合征

指严重脑功能障碍，但剩余脑干功能完整。障碍的特征是缺失基本认知功能，缺失任何刺激的反应，不能与他人互动。诊断必须由神经科医生确诊，且有持续至少一个月的病史记录。

80-异染性脑白质营养不良

指一种严重的神经退化性代谢病，主要表现为行走困难、智力低下、废用性肌萎缩、四肢痉挛性瘫痪、视神经萎缩、失语等。本病须经专科医生明确诊断，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。

81-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，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，日常生活必须持续受到他人监护。

82-克雅氏病

指神经系统疾病及致命的成胶质状脑病，并有以下症状：

- (1) 不能控制的肌肉痉挛及震颤；
- (2) 逐渐痴呆；

(3) 小脑功能不良，共济失调；

(4) 手足徐动症。

诊断必须经神经专科医生基于以下检查报告作出：脑电图、脑脊液报告、电脑断层扫描（CT）及核磁共振（MRI）。

83-库鲁病

指一种亚急性传染性朊蛋白病。临床表现为共济失调、震颤、不自主运动，在病程晚期出现进行性加重的痴呆，神经异常。该病必须由专科医生根据检测出的脑组织中的致病蛋白而明确诊断。

84-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，须行颞浅动脉或枕动脉活组织检查确诊，且须专科医生出具明确诊断，并且已造成永久不可逆的单目失明。

单目失明是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，如使用其他视力表应进行换算）；

(3) 视野半径小于 5 度。

除眼球缺失或摘除情形外，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。

85-严重系统性红斑狼疮性肾病

系统性红斑狼疮是由多种因素引起，累及多系统的自身免疫性疾病。其特点是生成自身抗体对抗多种自身抗原。多见于育龄妇女。

本合同所指的系统性红斑狼疮仅限于累及肾脏（经肾脏活检确认的，符合 WHO 诊断标准定义 III 型至 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保障范围内。

本病必须由免疫和风湿科专家医师确诊。

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。

86-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。

我们承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

87-严重弥漫性系统性硬皮病

指一种全身性的胶原血管性疾病，可以导致皮肤、血管及内脏器官进行性弥漫性纤维化。诊断必须经活检及血清学检查证实，疾病必须是全身性，且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。

以下情况不在保障范围内：

- (1) 局限性硬皮病（带状硬皮病或斑状损害）；
- (2) 嗜酸性筋膜炎；
- (3) CREST 综合征。

88-严重肝豆状核变性 (Wilson 病)

肝豆状核变性是一种可能危及生命的铜代谢疾病，以铜沉积造成的渐进性肝功能损害及/或神经功能恶化为特征。必须由专科医生通过肝脏活组织检查结果确定诊断并配合螯合剂治疗持续至少 6 个月。

我们承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

89-急性坏死性胰腺炎开腹手术

指被保险人因为急性出血坏死性胰腺炎已经接受了外科开腹手术治疗，以进行坏死组织清除、坏死病灶切除或胰腺切除。

因饮酒所致的急性出血坏死性胰腺炎或经腹腔镜手术进行的治疗不在保障范围内。

90-艾迪森氏病 (慢性肾上腺皮质功能衰竭)

指因为自身免疫功能紊乱，使肾上腺组织逐渐受损，而需要长期接受糖皮质激素及肾上腺皮质激素替代疗法。该病必须经内分泌专科医生确诊，并有以下报告作为证据：

- (1) 促肾上腺皮质激素 (ACTH) 刺激试验；
- (2) 胰岛素血糖减少测试；
- (3) 血浆促肾上腺皮质激素 (ACTH) 水平测定；
- (4) 血浆肾素活性 (PRA) 测定。

非由自身免疫功能紊乱引起的慢性肾上腺皮质功能衰竭不在保障范围内。

91-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。

92-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。必须满足以下全部条件：

- (1) 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；
- (2) 接受胰岛素替代治疗和酶替代治疗 180 天以上。

酒精导致的慢性复发性胰腺炎不在保障范围内。

93-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。

94-严重肠道疾

指严重肠道疾病或外伤导致小肠损害并发症，本疾病须满足以下全部条件：

病并发症

- (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。

95-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。

96-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。必须满足下列全部条件：

- (1) 产后大出血休克病史；
- (2) 严重腺垂体功能破坏；
- (3) 影像学检查显示脑垂体严重萎缩或消失；
- (4) 实验室检查显示：
 - ①垂体前叶激素全面低下（包括生长激素、促甲状腺素、促肾上腺皮质激素、卵泡刺激素和黄体生成素）；
 - ②性激素、甲状腺素、肾上腺皮质激素全面低下。
- (5) 需要终身激素替代治疗以维持身体功能，持续服用各种替代激素超过一年。

97-范可尼综合征

指近端肾小管的功能异常引起的一组症候群。须满足下列至少两个条件：

- (1) 尿液检查出现肾性糖尿、全氨基酸糖尿或磷酸盐尿；
- (2) 血液检查出现低磷血症、低尿酸血症或近端肾小管酸中毒；
- (3) 出现骨质疏松、骨骼畸形或尿路结石；
- (4) 通过骨髓片、白细胞、直肠黏膜中的结晶分析或裂隙灯检查角膜有胱氨酸结晶。

98-败血症导致的多器官功能障碍综合征

多器官功能障碍指由专科医生确诊为败血症，并由血液或骨骼检查证实致病菌，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) 已经应用强心剂；
- (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。

99-急性呼吸窘迫综合征 (ARDS)

指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。

急性呼吸窘迫综合征必须由呼吸科或者重症监护室专科医生明确诊断，并有下列所有临床证据支持：

- (1) 急性发作（原发疾病起病后 6 至 72 小时内发病）；
- (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) $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ （动脉氧分压/吸入氧浓度）低于 200mmHg；

(5) 肺动脉嵌入压低于 18mmHg;

(6) 临床无左房高压表现。

100-严重溶血性尿毒综合征

指一种由于感染导致的急性综合征，引起红细胞溶血，肾功能衰竭尿毒症期。溶血性尿毒综合征必须由血液和肾脏专科医师诊断，并且满足下列全部条件：

- (1) 实验室检查确认有溶血性贫血、血尿、尿毒症、血小板减少性紫癜；
- (2) 因肾脏功能衰竭实施了肾脏透析治疗。

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

101-严重甲型及乙型血友病

被保险人必须是患上严重甲型血友病（缺乏Ⅷ凝血因子）或严重乙型血友病（缺乏Ⅸ凝血因子），且凝血因子Ⅷ或凝血因子Ⅸ的活性水平少于百分之一。诊断必须由血液病专科医生明确诊断，且已接受髋关节置换。

102-肺孢子菌肺炎

指由肺孢子菌引起的间质性浆细胞性肺炎。并须满足下列全部条件：

- (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/1/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 170（基值的百分比）；
- (5) PaO₂<60mmHg，PaCO₂>50mmHg。

感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患肺孢子菌肺炎不在保障范围内。

103-胆道重建手术

指因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。手术必须在专科医生认为是医疗所需的情况下进行。

胆道闭锁并不在保障范围内。

104-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）。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；
- (5) 自主生活能力严重丧失，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，且持续至少 180 天。

105-坏死性筋膜炎

坏死性筋膜炎的诊断须同时符合下列要求：

- (1) 符合坏死性筋膜炎的一般临床表现；
- (2) 细菌培养检出致病菌；
- (3) 出现广泛性肌肉及软组织坏死，并导致身体受影响部位永久完全失去功能。

所谓永久完全失去功能是指受影响部位的功能丧失超过六个月。

106-失去一肢及一眼

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，如果使用其他视力表应进行换算）；
- (3) 视野半径小于 5 度。

除眼球缺失或摘除情形外，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。

107-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。

108-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。

我们承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

109-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。该病须由专科医生明确诊断，并且有电生理检查结果证实。

110-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）膜突出的隐形脊椎裂。我们承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

111-原发性脊柱侧弯的矫正手术

指被保险人因原发性脊柱侧弯，实际实施了对该病的矫正外科手术。

由于先天性脊柱侧弯以及其他疾病或意外导致的继发性脊柱侧弯而进行的手术治疗不在保障范围内。

112-严重气性坏疽

指由梭状芽胞杆菌所致的肌坏死或肌炎。须经专科医生明确诊断，且须同时符合下列条件：

- (1) 符合气性坏疽的一般临床表现；
- (2) 细菌培养检出致病菌；
- (3) 出现广泛性肌肉及组织坏死，并确实实施了坏死组织和筋膜以及肌肉的切除手术；
- (4) 导致身体受影响部位永久完全失去功能。所谓永久完全失去功能是指受影响部位的功能丧失超过六个月。

清创术不在保障范围内。

113-重度面部毁损

因意外伤害导致面部瘢痕畸形，并且满足下列中的三项或三项以上：

- (1) 双侧眉毛完全缺失；
- (2) 双睑外翻或者完全缺失；
- (3) 双侧耳廓完全缺失；

- (4) 外鼻完全缺失；
- (5) 上、下唇外翻或者小口畸形；
- (6) 颈颈粘连（中度以上）：即颈部后仰及旋转受到限制，饮食、吞咽有所影响，不流涎，下唇前庭沟不消失，能闭合。

114-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，要求皮肤移植的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。

115-骨质疏松骨折导致的全髋关节置换手术

骨质疏松指一种系统性疾病。其特征为骨质量减少，骨小梁数目减少，变细和骨皮质变薄，导致骨脆性增加，骨折风险增加。根据世界卫生组织（WHO）建议，骨密度（BMD）较正常成人骨密度平均值降低 2.5 个标准差为骨质疏松症。

骨质疏松导致的全髋关节置换手术指依据诊断标准确诊为骨质疏松症，实际发生了股骨颈骨折并实施了全髋关节置换手术。

116-经输血导致的艾滋病病毒感染

指被保险人感染上艾滋病病毒（HIV）并且符合下列全部条件：

- (1) 被保险人因治疗必需而接受输血，并且因输血而感染艾滋病病毒（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) 提供输血治疗的输血中心或医院必须拥有合法经营执照；
- (4) 受感染的被保险人不是血友病患者。

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

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。

我们承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

117-因职业关系导致的艾滋病病毒感染

指被保险人在其常规职业工作过程中遭遇外伤，或职业需要处理血液或其他体液时感染上艾滋病病毒（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，该职业必须属于下列限定职业范围内的职业；
- (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艾滋病病毒（HIV）阴性和/或艾滋病病毒（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艾滋病病毒（HIV）或艾滋病病毒（HIV）抗体。

限定职业：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。

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

我们承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

118-器官移植导

指因进行器官移植而感染上艾滋病病毒（HIV），且须满足下列全部条件：

**致的艾滋病病毒
感染**

(1) 被保险人因治疗必需而实施器官移植，并且因器官移植而感染艾滋病病毒（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。

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

我们承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

119-象皮病

指末期丝虫病，按国际淋巴学会分级为三度淋巴液肿，其临床表现为肢体非凹陷性水肿伴畸形增大、硬皮症和疣状增生。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。

**120-埃博拉病毒
感染**

指因埃博拉病毒感染导致出血性发热。埃博拉病必须经传染病专科医生确诊，并且埃博拉病毒的存在必须经过实验室检查证实。该病必须从症状开始后 30 日后持续出现并发症。

附表 3:

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

pT_x: 原发肿瘤不能评估

pT₀: 无肿瘤证据

pT₁: 肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T_{1a}肿瘤最大径≤1cm

T_{1b}肿瘤最大径>1cm, ≤2cm

pT₂: 肿瘤2~4cm

pT₃: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内

pT_{3b}: 大体侵犯甲状腺外带状肌, 无论肿瘤大小

带状肌包括: 胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT₄: 大体侵犯甲状腺外带状肌外

pT_{4a}: 侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT_{4b}: 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pT_x: 原发肿瘤不能评估

pT₀: 无肿瘤证据

pT₁: 肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T_{1a}肿瘤最大径≤1cm

T_{1b}肿瘤最大径>1cm, ≤2cm

pT₂: 肿瘤2~4cm

pT₃: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内

pT_{3b}: 大体侵犯甲状腺外带状肌, 无论肿瘤大小

带状肌包括: 胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT₄: 进展期病变

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

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

区域淋巴结: 适用于所有甲状腺癌

pN_x: 区域淋巴结无法评估

pN₀: 无淋巴结转移证据

pN₁: 区域淋巴结转移

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

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

远处转移: 适用于所有甲状腺癌

M₀: 无远处转移

M₁: 有远处转移

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

注：以上表格中“年龄”指患者病理组织标本获取日期时的年龄。