

京东安联财产保险有限公司
少儿中端医疗保险条款（2025 互联网版）

(注册号: C00005032512025093013063)

总则

第一条 本保险合同由保险条款、投保文件及其他投保资料、保险单、批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。本保险合同仅用于互联网渠道销售。

第二条 投保人提出投保申请，经保险人（见释义 1）同意承保后，本保险合同成立，具体生效日以保险单所载的日期为准。

第三条 经保险人同意，凡投保时年龄在出生满 30 天至 17 周岁身体健康、在中华人民共和国大陆境内（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区）长期居住（见释义 2）的所有国籍人士均可作为本保险合同的被保险人。

投保人应为被保险人的法定监护人。

第四条 除另有约定外，本保险合同的各项保险金受益人均为被保险人本人。

第五条 本保险合同约定的保险区域为中华人民共和国境内（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区），保险人仅对被保险人在约定保险区域内发生的保险事故承担保险责任。

第六条 第三方管理机构是指经保险人委托为被保险人提供本保险合同相关的日常医疗协助及理赔协助等各项服务的机构，第三方管理机构的名称和联系电话等信息将在保险单中载明。

保险责任

第七条 本保险合同的保险责任包括：住院及日间治疗保险金、视同住院的特殊门诊医疗保险金、恶性肿瘤（重度）（见释义 3）特许医疗保险金、指定疾病门急诊医疗保险金。

(一) 住院及日间治疗保险金

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害（见释义 4）事故或在等待期（见释义 5）届满后初次出现症状（见释义 6）或体征（见释义 7）且确诊罹患疾病，在保险人指定或认可的医疗机构（见释义 8，以下简称“医疗机构”或“医院”）经诊断必须接受住院（见释义 9）治疗或日间治疗（见释义 10）的，对于被保险人治疗期间实际发生的、需个人支付的、医学必需（见释义 11）且符合通常惯例水平（见释义 12）的下列医疗费用，保险人按照本保险合同的约定，在扣除本保险合同约定的免赔额后，依照本保险合同约定的赔付比例，在各项费用的给付日数限制及赔偿限额内给付住院及

日间治疗保险金。各项费用的免赔额、赔付比例、给付日数限制、赔偿限额由投保人在投保时和保险人协商确定，并在保险单中载明。

1. 住院治疗费用：

包含在住院和日间治疗过程中所涉及的以下常见且必要的费用项目：

- (1) **床位费**：指被保险人在住院期间实际发生的住院床位费，本保险合同约定的住院床位费标准为不高于标准单人病房（不包括套房），床位费每日赔偿限额以保险单载明为准。
- (2) **膳食费**：指被保险人在住院期间实际发生的、根据医生的医嘱、由医院内专设的为住院病人配餐的食堂配送的、符合惯常标准的膳食费，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、也可以合并在病房费等其他款项内。
- (3) **护理费**：指被保险人在住院期间实际发生的，由该医院执业护士对被保险人提供临床护理服务而产生的费用。
- (4) **陪床费**：指被保险人在住院期间实际发生的，因被保险人的近亲属（见释义 13）（限一人）在医院陪护而产生的加床费用，陪床费每日赔偿限额以保险单载明为准。
- (5) **医生费**：指被保险人在住院期间实际发生的，因医生为患者提供诊疗服务而收取的费用。
- (6) **检查检验费**：指被保险人在住院期间实际发生的，由专科医生（见释义 14）或专业医技人员实施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产生的费用，包括 X 光费、心电图费、B 超费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费以及其它大型检查检验（见释义 15）费。
- (7) **处方药品费**：指被保险人在住院期间实际发生的，由医生开具处方（见释义 16）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处方药品的费用，但不包括营养补充类药品，免疫功能调节类药品（肿瘤免疫疗法不受此限），美容及减肥类药品，预防类药品，以及以下中药类药品：(1) 主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药品，如花旗参、冬虫草、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；(2) 部分可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸、海马、胎盘、鞭、尾、筋、骨等；(3) 用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

- (8) **治疗费:** 指被保险人在住院期间实际发生的,由医生实施的以治疗疾病为目的的必要医学手段而产生的技术劳务费和医疗器械使用费,以及消耗品的费用,输血、血浆、血浆扩容药物的费用等,具体以被保险人就诊医疗机构的费用项目划分为准。
- (9) **重症监护室费:** 指被保险人在住院期间实际产生的,因入住针对危重病人配备专门医务人员及各种复杂生命监测设备、且提供不间断密切监视和救治技术的重症监护病房、心监室等类似病房或病区而产生的费用。
- (10) **救护车费:** 在紧急情况下,出于医疗必要,以专业地面救护车将被保险人运至就近医疗机构所发生的必需且合理的救护车运送费用,不包括空中或水上救护车服务。

2. 耐用医疗设备费:

指被保险人在治疗期间实际发生的购买或租赁本保险合同约定的医疗机构医生处方要求的、满足基本医疗需要的康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备所发生的购买费或租赁费,以及上述设备或支具的后续修理、更换费用。康复设备和矫形支具包括但不限于腿、臂、背和颈支具,人造腿、臂、眼等设备;耐用医疗设备不包括轮椅或自动床、助听器、血压监测仪、人工耳蜗、舒适设备(如电话托臂和床上多用桌)、空气质量或温度调控设备(如空调、湿度调节器、除湿器和空气净化器)、健身脚踏车、太阳能或加热灯、加热垫、坐浴盆、盥洗凳、浴缸凳、桑拿浴、升降机、涡流按摩浴、健身器材及其他类似设备,以及非医疗必需的设备。

3. 手术费:

指被保险人在住院期间接受手术治疗过程中所产生的手术医师操作费、手术辅料费、麻醉费、手术室费、恢复室费、手术监测费、手术辅助费和手术设备费等手术相关费用。本项手术费也包含被保险人接受由医生确认为无需住院即可进行的、必需且合理的日间手术治疗而实际产生的上述费用。

4. 手术植入材料费:

指医生认为手术中必不可少的通过手术植入手体内,以治疗、诊断或者替换加强器官功能为目的的物体或材料,包括:

- (1) **植入器材:** 骨板、骨钉、骨针、骨棒、脊柱内固定器材、结扎丝、聚髌器、骨蜡、骨修复材料、脑动脉瘤夹、银夹、血管吻合夹(器)、心脏或组织修补材料、眼内充填材料、神经补片等;

- (2) 植入性人工器官：人工食道、人工血管、人工椎体、人工关节、人工尿道、人工瓣膜、人工肾、人工颅骨、人工颌骨、人工心脏、人工肌腱、人工耳蜗、人工肛门封闭器等；
- (3) 接触式人工器官：人工喉、人工皮肤、人工角膜等；
- (4) 钛网/支架等组织成型材料：心脏支架、血管支架、前列腺支架、胆道支架、食道支架等；
- (5) 其它：脑起搏器、心脏起搏器等。

上述手术植入材料不包括任何非手术中医疗必需的物体或材料。

5. 器官移植费：

指以被保险人为受体，经保险人指定或认可的医疗机构的专科医生明确诊断，被保险人在具备开展器官移植手术资质的医疗机构内，根据医学必需而接受的**肝脏移植、肾脏移植、心脏移植、肺移植和骨髓移植**而产生的手术费、辅助治疗费、排异药品费、检验费等。但不包括任何寻找器官供体、配型、获取以及从供体切除器官、储藏、运送的相关费用。

器官移植费不包括任何器官本身的费用和获取器官过程中产生的任何费用。

6. 住院物理治疗费：

指由具有相应医疗职业资格的医师实施的**物理治疗（见释义 17）**、职业疗法、语言治疗（包括为治疗吞咽障碍由语言治疗师实施的电子喉镜检查）的费用。该类治疗应当满足下列全部条件：

- (1) 为该被保险人医师书面治疗计划（包括短期和长期目标，并提交保险人评估）的一部分；
- (2) 被保险人接受该治疗后，在合理的、可预测的时间内症状会明显好转；
- (3) 疗法复杂或者被保险人病症使得只有具有相应医疗职业资格的医师（包括注册物理治疗师或者职业医疗师）才能安全、有效实施。

7. 化学疗法（见释义 18）、放射疗法（见释义 19）、质子重离子治疗（见释义 20）、肿瘤靶向疗法（见释义 21）、肿瘤免疫疗法（见释义 22）、肿瘤内分泌疗法（见释义 23）、肿瘤介入疗法（见释义 24）的费用。

8. 手术机器人使用费：

包括手术导航定位机器人（如神经外科脊柱外科 ROSA 机器人，Mako 骨科机器人等）、手术操作机器人（如达芬奇手术机器人等），含手术机器人专用医用耗材费。

9. 重大疾病（见释义 25）住院津贴：

被保险人在**等待期后**（连续投保的不在此限）初次出现症状或体征且经专科医生诊断，初次确

诊（见释义 26）本保险合同约定的重大疾病，在保险人指定或认可的医疗机构接受住院治疗的，保险人按被保险人实际住院日数，扣除本保险合同约定的免赔天数后乘以本保险合同约定的重大疾病住院津贴限额计算重大疾病住院津贴保险金。

除另有约定外，被保险人在保险期间内一次或多次住院的累计给付天数以 30 日为限，重大疾病住院津贴的累计给付天数达到总给付天数时，本项保险责任终止。

10. 重大疾病康复医疗费

指在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后经医院初次确诊罹患本保险合同约定的重大疾病，且经住院治疗后，医院的专科医生诊断必须接受康复治疗的，对于被保险人在医院进行康复治疗期间发生的需个人支付的、必需且合理康复治疗费用（见释义 27）。

本保险合同保险期间届满前发生的并延续至保险期间届满后 30 日内（含第 30 日）的住院及日间治疗，对此期间发生的必需且合理的上述医疗费用（不包括重大疾病住院津贴），保险人按照本保险合同的约定，在住院及日间治疗保险金额内给付。

（二）视同住院的特殊门诊医疗保险金

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期届满后初次出现症状或体征且确诊罹患疾病，在保险人指定或认可的医疗机构经诊断必须接受视同住院的特殊门诊治疗的，对于被保险人治疗期间实际发生的、需个人支付的、医学必需且符合通常惯例水平的下列医疗费用，保险人按照本保险合同的约定，在扣除本保险合同约定的免赔额后，依照本保险合同约定的赔付比例，在各项费用的给付日数限制及赔偿限额内给付视同住院的特殊门诊医疗保险金。各项费用的免赔额、赔付比例、给付日数限制、赔偿限额由投保人在投保时和保险人协商确定，并在保险单中载明。

1. 特定疾病门诊医疗费：

（1）门诊恶性肿瘤（见释义 28）治疗费：指被保险人在门诊接受恶性肿瘤的化学治疗、放射治疗、肿瘤靶向疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法的费用。

（2）门诊肾透析费：指被保险人在门诊接受肾脏透析治疗的费用。

（3）器官移植后门诊抗排异治疗费：指被保险人在门诊接受器官移植后的抗排异治疗的费用。

2. 门诊或日间手术费：

指被保险人由医生诊断无需住院，在门诊、急诊期间进行的手术治疗，手术指被保险人因疾病或意外伤害后，医护人员为其治疗疾病、挽救生命而施行的手术，是外科医生用手术刀、手术剪、

针线等医疗器具在病人身体进行切除、缝合等治疗的方法（不包括活检、穿刺、造影等创伤性检查，腔镜检查，康复性手术，射频消融治疗，激光、冷冻、光动力、电灼疗法等物理治疗和手术植入材料、细胞移植、组织移植、器官移植费用）。

3. 门诊手术或住院前后门急诊医疗费：

指被保险人经医院的专科医生诊断必须接受住院治疗，在住院前后三十天（含入院和出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受的治疗期间实际发生的符合通常惯例水平的、医学必需的门急诊治疗而产生的诊疗费、检查检验费和处方药费（但不包含特定疾病门诊医疗费、门诊或日间手术费）。

（三）恶性肿瘤（重度）特许医疗保险金

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期届满后初次出现症状或体征且经专科医生诊断，初次确诊本保险合同所定义的恶性肿瘤（重度）（见释义 25 序号（一）），对于被保险人实际发生的、需个人支付的、医学必需且符合通常惯例水平的下列费用，保险人按照本保险合同的约定，在扣除本保险合同约定的免赔额后，依照本保险合同约定的赔付比例，在各项费用的给付日数限制及赔偿限额内给付恶性肿瘤（重度）特许医疗保险金。各项费用的免赔额、给付日数限制、赔偿限额和次数由投保人在投保时和保险人协商确定，并在保险单中载明。

1. 临床急需进口药品费

被保险人经保险人指定或认可医疗机构的专科医生诊断，初次确诊本保险合同所定义的恶性肿瘤（重度），且经专科医生诊断必须使用临床急需进口药品治疗而发生实际药品费用。实际药品费用须同时满足以下所有条件：

- (1) 该药品处方或用药医嘱须由保险人指定或认可的医疗机构的专科医生开具、且属于被保险人当前治疗必需的药品；
- (2) 该药品当前国内无其他已上市且疗效相同、可替代的药品；
- (3) 该药品须经相关监管部门审批通过并获得进口许可；
- (4) 被保险人须在保险人指定医疗机构购买上述处方中所列药品，且该药品在保险人指定的药品清单中；
- (5) 被保险人所罹患的疾病须与该药品的适应症范围相对应；
- (6) 每次的处方剂量不超过三十日。

本项保险责任仅承担临床急需进口药品本身的费用，不承担因临床急需进口药品而产生的其他

费用（如运输费、存储费等）。

2. 恶性肿瘤（重度）精准治疗检测费

被保险人经保险人指定或认可医疗机构的专科医生诊断，初次确诊本保险合同所定义的**恶性肿瘤（重度）**，为治疗该恶性肿瘤而发生的**恶性肿瘤基因检测**（见释义 29）费。检测费用须同时满足以下所有条件：

- (1) 恶性肿瘤精准检测必须是为了确定被保险人初次确诊的恶性肿瘤的用药方案所发生的合理且必须的检测；
- (2) 恶性肿瘤精准检测必须在本保险合同指定的检测机构内发生；
- (3) 若被保险人在保险人指定或认可的医疗机构之外的检测机构接受恶性肿瘤精准检测，必须经保险人授权的医疗服务供应商（见释义 30）授权同意；

因下列情形之一导致的恶性肿瘤精准检测费用，保险人不承担赔付保险金的责任：

- (1) 未经医生建议自行进行的恶性肿瘤精准检测；
- (2) 所需进行的恶性肿瘤精准检测与确定恶性肿瘤的用药方案无关。

（四）指定疾病门急诊医疗保险金

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在**等待期**后罹患本合同约定的指定疾病，在保险人指定或认可的医疗机构接受门急诊治疗（不包括视同住院的特殊门诊治疗），对于被保险人治疗期间实际发生的、需个人支付的、医学必需且符合通常惯例水平的下列医疗费用，保险人按照本保险合同的约定，在扣除本保险合同约定的免赔额后，依照本保险合同约定的赔付比例，在各项费用的给付日数限制、赔偿限额内给付门急诊医疗保险金。各项费用的免赔额、给付日数限制、赔偿限额由投保人在投保时和保险人协商确定，并在保险单中载明。

本保险合同约定的“指定疾病”包括：流行性感冒（限甲型或乙型流感）、手足口病、新型冠状病毒感染、肺炎（释义31）、中耳炎（释义32）、幼年型皮肌炎（释义33）、肠套叠（释义34）、儿童过敏性紫癜（释义35）、儿童急性乳突炎（释义36）、川崎病（释义37）、幼年型骨软骨病（释义38）、幼年特发性关节炎（释义39）、气胸（释义40）、脑膜炎（释义41）、心肌炎（释义42）、骨髓炎（释义43）、急性肾炎（释义44）、热性惊厥（释义45）、传染性单细胞增多症（释义46）、红斑狼疮（释义47）。

1. 挂号费：

2. 医师诊疗费：

3. 检查检验费（不含大型检查检验）：

指被保险人在接受门急诊治疗期间实际发生的，由医生或专业医技人员实施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产生的费用，包括X光费、心电图费、B超费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。**不包括大型检查检验项目。**

4. 大型检查检验费：

指被保险人在接受门急诊治疗期间实际发生的，由医生或专业医技人员实施的以诊断疾病为目的、采取必要的医学手段进行大型检查检验项目而产生的费用。

5. 处方药品费：

指依据医师的处方开具的药品的费用。**每次门诊开药量以三十日为上限**，每次门诊开药量应当与开药时间间隔相匹配。

6. 急诊室费：

7. 耐用医疗设备费：

指被保险人在实际治疗期间实际发生的、因医学必需而必须购买或租赁非一次性耐用医疗设备，以及随后修理，更换的费用。

上述所称“非一次性耐用医疗设备”指医师医嘱要求的、满足基本医疗需要的康复设备、矫形支具和其他耐用医疗设备。对于患癌症接受属于保险责任范围的乳房切除术的被保险人，其两义乳及可放入义乳的胸衣费用也属于保险责任范围。康复设备和矫形支具包括但不限于腿、臂、背和颈支具，人造腿、臂、眼。但**不包括任何非医疗必需的设备**。

第八条 保险人对于以上“住院及日间治疗保险金”“视同住院的特殊门诊医疗保险金”“恶性肿瘤（重度）特许医疗保险金”和“指定疾病门急诊医疗保险金”四项费用的累计保险金给付金额之和以本保险合同约定的最高保险金额为限，一次或累计给付金额达到保险单载明的最高保险金额时，保险人对于被保险人在本保险合同项下的保险责任终止。

第九条 免赔额

免赔额的具体金额以及相关适用情况由投保人与保险人在订立本保险合同时协商确定，并在本保险合同中载明。

本保险合同中所指免赔额均指年累计免赔额，指在本保险合同保险期间内发生的，虽符合本保

险合同保险责任范围内的医疗费用，但应由被保险人自行承担，保险人不予赔付的部分。

医疗费用中已从基本医疗保险、大病保险或公费医疗、所有费用补偿型商业医疗保险获得的费用补偿以及被保险人个人账户支出部分是否可用于抵扣免赔额以投保人与保险人具体约定为准。

第十条 补偿原则

本保险合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、公费医疗、工作单位、事故责任方、保险公司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赔付。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。

第十一条 赔付标准

本条款前述“住院及日间治疗保险金”“视同住院的特殊门诊医疗保险金”“恶性肿瘤（重度）特许医疗保险金”和“指定疾病门急诊医疗保险金”由投保人和保险人按照以下情况分别约定赔付比例，并在保险单中载明：

1、住院及日间治疗保险金、视同住院的特殊门诊医疗保险金、指定疾病门急诊医疗保险金：

(1) 若被保险人以参加基本医疗保险身份投保，并以基本医疗保险身份就诊并结算，保险责任范围内赔付比例以保险单约定为准；

(2) 若被保险人以参加基本医疗保险身份投保，但未以基本医疗保险身份就诊并结算，则保险人按照保险单载明的比例进行赔付；

(3) 若被保险人未以参加基本医疗保险身份投保，保险责任范围内赔付比例以保险单约定为准。

2、恶性肿瘤（重度）特许医疗保险金，保险责任范围内赔付比例为 100%。

第十二条 指定医疗机构与特殊约定

本保险合同中所指的指定医疗机构由投保人与保险人在订立本保险合同时确定，并在本保险合同中载明。

本条款前述“住院及日间治疗保险金”“视同住院的特殊门诊医疗保险金”及“恶性肿瘤（重度）特许医疗保险金”保险责任，因保险人指定或认可的医疗机构没有被保险人治疗所必需的相关药品，凭主治医师开具的处方或外购单到院外保险人认可的药店购买而发生的费用，视同被保险人在保险人认可的医疗机构发生的费用。

本条款前述“指定疾病门急诊医疗保险金”保险责任，不包含保险人指定或认可的医疗机构内

的医生开具的当前治疗必需的药品处方中所列的，但无法在保险人指定或认可的医疗机构内获得的药品、医用材料或者任何其他医疗项目。

责任免除

第十三条 任何因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的，或具备下列情形/行为的，或在下列期间的，保险人不承担给付保险金责任：

- (一) 被保险人在初次投保或非连续投保前所患有的既往症（见释义 48）及其并发症，但投保时如实告知并经保险人审核同意承保的不在此限；
- (二) 等待期内罹患的疾病或等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；
- (三) 未经中国临床医疗管理部门认可的试验性或研究性治疗（包括但不限于检查方法、治疗方法、手段、设备、药品等）费用；
- (四) 投保人或被保险人的故意行为（包括但不限于自残、自杀）引起的或者在这一过程中发生的伤害、病症治疗及其他相关费用；自伤或自杀时被保险人为无民事行为能力人除外；
- (五) 已从政府、慈善机构、其他福利计划或医疗保险计划等第三方获得补偿的治疗费用；
- (六) 非被保险人本人的就医费用，或被保险人冒用他人身份的就医费用，或被保险人本人未亲自前往医疗机构就医产生的费用，无原始发票的费用，电话咨询费，没有按时就诊的预约挂号费用，在不符合本保险合同约定的医疗机构所产生的费用，不在执业范围的医疗服务费用；
- (七) 遗传性疾病（见释义 49），先天性畸形或染色体异常（见释义 50）引起的医疗费用（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，但涉及重大疾病病种释义中约定的情况除外）；
- (八) 精神和行为障碍（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）的治疗和康复所产生的费用；
- (九) 被保险人罹患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV）（上述定义，应按世界卫生组织所订的定义为准，若在被保险人的血液样本中发现上述病毒或其抗体，则认定病人已受该病毒感染）；
- (十) 基因咨询、筛查、检查及其他相关费用，但恶性肿瘤治疗所必需的基因检测费用不受此限；
- (十一) 过敏源检测相关费用，但经保险人或其授权的医疗服务供应商批准的情形不在此限；
- (十二) 各种自用的按摩保健和治疗用品：颈托（急救中使用的颈托不在此限）、腰托、胃托、

肾托、护膝带、钢头颈、矫正器具、药带、药枕、拐杖、轮椅、健身按摩器和各种磁疗用品及家用检测治疗仪器等费用；

（十三）矫正鞋或其他脚支撑器材费（包括但不限于足弓支撑器、矫正器或任何其他预防性的服务或器材），任何用于治疗弱足、矫形足、不稳定足、扁平足或足弓塌陷的器材费，任何与跗骨、跖骨相关的医疗及其他相关费用，对脚表面损害（如鸡眼、老茧、角质化）医疗费用；但因意外伤害引起的诊疗，或有关骨外露、肌腱或韧带的手术不在此限；

（十四）生长激素治疗及其他相关费用，但经保险人或其授权的第三方管理机构批准的情形不在此限；

（十五）因儿童行为或发育问题所导致的诊疗费用，包括但不限于学习障碍、多动症、注意力集中缺陷、语言障碍矫正、头型检查、髋关节发育检查；

（十六）各种医疗鉴定费用，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、各种验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定等；

（十七）包茎/包皮过长环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、包皮环口扩张、粘连松解术费用及其并发症和其他任何包皮切除相关费用；

（十八）因疲劳、乏力而产生的任何费用；因睡眠紊乱而产生的任何费用，包括但不限于鼾症、失眠、睡眠呼吸暂停低通气综合征及睡眠测试；

（十九）儿童身体和心理发育迟缓、性早熟、学习障碍、行为问题的治疗、评估和评级费用；

（二十）任何内外科手术或其他医疗行为导致的伤害；

（二十一）任何因酗酒、滥用酒精、吸毒、使用管制药物、非法药物、非医生处方要求药物或者非医生处方要求用量药物导致的治疗及与其有关的并发症的治疗费用；

（二十二）因任何原因导致的口腔科治疗费用，但经保险人或其授权的第三方管理机构批准的情形不在此限；

（二十三）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）；

（二十四）因个人舒适或方便而产生的费用，包括但不限于电视、电话、食品保温箱、雇佣护工、房屋打扫、访客膳食、住宿、家庭设备、旅行费用，本保险合同没有列明的急救费用及其他非医学必要的服务和设备；

(二十五) 各种健康检查或筛查（保险单约定承保的则不受此限），功能医学检查（包括但不限于全套个人化营养评估、抗氧化维生素分析、氧化压力分析、营养与毒性元素分析、肠道免疫功能分析）费用，免疫费用，出于行政或管理事务目的（包括但不限于与投保保险、招聘、入学或运动相关的体格检查）发生的检查费用，旅行和宾馆住宿费用，预防保健（包括但不限于保健按摩、自动按摩床治疗、药物蒸气治疗、药浴、体疗健身、疾病普查）费用；

(二十六) 未经医生处方自行购买的药品和设备；

(二十七) 戒烟戒酒药物、食欲抑制剂、头发再生药物、抗老化药物、美容用品、维生素、矿物质等营养保健药品和食品、营养滋补类中草药；

(二十八) 静养疗法、监护及家居照料费，在护理之家、养老院接受的护理，为休息、观察而实施的环境疗法，在任何长期护理机构、矿泉疗养地、水疗院门诊、康复机构、疗养院、养老院、康复科、康复病床、健康中心、天然治疗所、康复院、联合医院、诊所、精神病院、老人院、戒毒中心、戒酒中心、家庭病床（房）等非本保险合同规定的医疗机构接受的服务或治疗；

(二十九) 选择性手术和治疗及其他相关费用，包括但不限于扁桃体/腺样体切除术、腹股沟疝/脐疝修补术、皮脂腺囊肿（粉瘤）切除术、睾丸鞘膜积液手术等；

(三十) 仅为改善或提高目前身体状况（包括但不限于中医调理）而发生的、非医学必需的费用，如分子矫正法治疗（见释义 51）；

(三十一) 无论是否出于心理目的而进行的各种美容、整形（包括但不限于非意外牙科治疗、非意外整形，如激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗白发、秃发、脱发、植发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸、缩胸、减肥、增胖、增高）费用；

(三十二) 对良性皮肤损害（包括但不限于黄褐斑、皮肤白斑、色素沉着、雀斑、痣、疣、痤疮等）的治疗、祛除及其他相关费用；对浅表静脉曲张、蜘蛛脉、瘢痕、白癜风、纹身去除、皮肤变色的治疗、手术、并发症的治疗及其他相关费用；

(三十三) 视力测试、屈光缺陷（包括近视、远视及散光）的任何医疗费用及配镜费用；

(三十四) 被保险人因戒毒、戒酒、戒烟或以戒除成瘾为目的所发生的费用；

(三十五) 器官移植供体费用、器官来源费用、器官组织或活体细胞的低温储藏费用；

(三十六) 医疗咨询和健康预测（包括但不限于健康咨询、营养咨询、生长发育咨询、家庭咨询、性咨询）费用，智能测试、教育测试的医疗服务费；

(三十七) 因健康原因被医师建议不宜旅行的被保险人执意旅行引起的伤害或者病症的治疗及其他相关费用;

(三十八) 核爆炸、核辐射或核污染; 化学污染;

(三十九) 战争、军事冲突、暴乱、武装叛乱或恐怖主义活动; 无必要但主动置身于风险的情况。

(四十) 被保险人参与任何职业体育活动或任何设有奖金或报酬的体育运动, 在训练或比赛期间;

(四十一) 被保险人进行滑翔翼、滑翔伞、跳伞、探险活动(见释义 52)、非固定路线洞穴探险、特技表演(见释义 53), 任何海拔 6000 米以上的户外运动及潜水深度大于 18 米的活动期间;

(四十二) 被保险人必须借助登山绳索、登山向导(非旅行社导游)完成的登山活动期间; 借助水下供气瓶(非呼吸管)设备完成的潜水活动期间;

(四十三) 被保险人从事违法、犯罪活动期间或被依法拘留、服刑、在逃期间。

保险金额

第十四条 保险金额是保险人对本保险合同约定的保险责任承担给付保险金责任的最高限额。保险金额由投保人与保险人约定, 并在保险单中载明。

保险期间

第十五条 本保险合同的保险期间为一年, 由投保人与保险人在订立本保险合同时协商确定, 以保险单载明的起讫时间为准。

不保证续保

第十六条 本保险合同为不保证续保合同。本保险合同保险期间为一年, 保险期间届满, 投保人需要重新向保险人申请投保本产品, 并经保险人同意, 交纳保险费, 获得新的保险合同。

保险人义务

第十七条 订立保险合同时, 采用投保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。

第十八条 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。

第十九条 保险人依据第二十五条、二十六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。

第二十条 保险人按照第三十条的约定，认为投保人、保险金申请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、被保险人或者受益人补充提供。

第二十一条 保险人收到保险金申请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。但保险责任的核定必须依赖于特定证明、鉴定、判决、裁定或其他证据材料的，保险人应在保险金申请人提供或自行取得上述证据材料起三十日内作出核定。本保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知保险金申请人；对属于保险责任的，在与保险金申请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保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第二十二条 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，对其赔偿保险金的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

第二十三条 保险人有权对理赔进行核查，投保人和被保险人有义务提供保险人所要求的相关材料。如果受益人向保险人提起虚假的保险金申请，保险人有权追回已支付的相应保险金，并对其它虚假理赔的申请且尚未支付的款项拒绝支付，并有权解除本保险合同。

投保人、被保险人义务

第二十四条 本保险合同保险费缴付方式由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单上载明。

本保险合同的保险费支付方式由投保人与保险人投保时约定。

1. 一次性缴付保险费

若一次性缴付保险费的，投保人应当在保险合同成立时一次性交清保险费。未交清保险费的，保险合同不生效；发生保险事故的，保险人不承担责任。

2. 分期缴付保险费

若分期缴付保险费的，在缴纳首期保险费后，投保人应当在每个保险费约定缴纳日（见释义 54）前足额缴纳对应的保险费。如未缴付首期保险费，保险合同不生效，保险人不承担保险责任。

如投保人未按约定缴纳其余各期保险费，保险人允许投保人在保险单约定的延长期内补缴保险费，如被保险人在延长期内发生保险事故，保险人承担保险责任。投保人在正常交费对应的保险期间内或本条约定的延长期内发生保险事故，保险人依照合同约定给付保险金的，需投保人先行补交所有未缴期间的保险费，或经投保人和保险人协商同意后，在给付的保险金中扣除所有未缴期间的所有未缴保险费。如投保人在延长期届满时仍未缴纳当期保险费的，保险合同自上一期保险费对应保险期间届满之日的次日零时起终止，对于保险合同终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

延长期由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

第二十五条 订立保险合同，保险人就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。

第二十六条 投保人申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保单上填明，如果发生错误按照下列方式办理：

（一）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投保年龄限制的，保险人有权解除本保险合同，并向投保人退还未满期净保险费（见释义 55）。对于本保险合同解除前发生的保险事故，保险人不承担给付保险金的责任。

（二）投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实交保险费少于应交保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费，或者在给付或赔偿保险金时按实付保险费和应付保险费的比例赔偿。

（三）投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实交保险费多于应交保险费的，保险人

会将多收的保险费无息退还给投保人。

第二十七条 投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。**投保人未通知的，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。**

第二十八条 被保险人变更其职业或工种时，投保人应于三十日内以书面形式通知保险人。若被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人对该被保险人所负保险责任自其职业或工种变更之日起终止，并退还未满期净保险费。

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

第二十九条 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者应当及时知道保险事故发生的除外。

上述约定，不包括因不可抗力（见释义 56）而导致的迟延。

保险金申请与给付

第三十条 保险金申请人请求赔偿时，应向保险人提供以下证明和资料。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。**保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

- (一) 保险金申请人填具的索赔申请书；
- (二) 保险金申请人的有效身份证件；
- (三) 保险人指定或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）；
- (四) 保险人指定或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；
- (五) 医疗费用原始收据、医疗费用明细清单及医疗费用分割单（若发生手术费用，还需提供手术费用的原始凭证，被保险人享有基本医疗保险或公费医疗保障的，需包含基本医疗保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿证明）；

(六) 被保险人罹患本保险合同约定的重大疾病，还应提供由保险人指定或认可的医疗机构具有相应资质的医生出具的对被保险人的疾病诊断证明书以及由保险人指定或认可的医疗机构出具的与该疾病诊断证明书相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告；

(七) 首次申请理赔时，应提供保险人指定或认可的医疗机构出具的被保险人在本保险合同保险期间内历次的医疗诊断证明、病历及医疗、医药费原始单据、结算明细表与处方正本；

(八) 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；

(九) 委托他人领取保险金时，受托人还必须提供本人的有效身份证件及委托人亲笔签名的授权委托书；

(十) 被保险人继承人作为索赔申请人索赔时，需提供公证机构出具的证明。对于继承权或继承份额有争议的，继承人还需提供已生效的法院判决或仲裁裁决。继承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，并需要提供监护人的身份证明等资料。

以上证明和资料不完整的，保险人将及时一次性通知保险金申请人补充提供有关的证明和资料。

第三十一条 保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间依法律规定，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

争议处理和法律适用

第三十二条 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，可依法向中华人民共和国境内（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区）有管辖权的人民法院起诉。

第三十三条 与本保险合同有关的以及履行本保险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区法律）。

其他事项

第三十四条 被保险人因非保险事故身故的，则自其身故之日起，保险人对该被保险人所承担的保险责任随即终止。

本保险合同保险期间终止，则保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

本保险合同解除，则自解除之日起保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

第三十五条 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。

第三十六条 在保险期间内，投保人可以通过互联网通知保险人解除本保险合同。

投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

(一) 保险合同解除通知书；

(二) 其他保险人要求提供的资料。投保人要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除通知书之时起，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满期净保险费。若保险人已根据本保险合同约定给付任何保险金，则退还的未满期净保险费为零。

释义

1. 保险人：指与投保人签订本保险合同的京东安联财产保险有限公司及其分支机构。

2. 长期居住：指在投保前 1 年内以及在保险期间内，在中国大陆境内（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区）累计居住时间不少于相应时间段的三分之二。新生儿则指自出生之日起至投保时，累计居住的时间不少于该时间段的三分之二。

3. 恶性肿瘤（重度）：即恶性肿瘤——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（见释义 57）（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-0-3）（见释义 58）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-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（见释义 59）为 I 期或更轻分期的甲状腺癌（见释义 60）；

(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<10/50 HPF 和 ki-67≤2%)或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

4. 意外伤害：指外来的、突发的、非本意的、非疾病使身体受到伤害的客观事件。以下情形属于疾病范畴，非本保险合同所指意外伤害：

(1) 猝死：指由潜在疾病、身体机能障碍或其他非外来性原因所导致的、在出现急性症状后发生的突然死亡，以医院的诊断或公安、司法机关的鉴定为准；

(2) 过敏及由过敏引发的变态反应性疾病；

(3) 高原反应；

(4) 中暑；

(5) 细菌、病毒或其他病原体导致的感染性疾病。

5. 等待期：指自保险合同生效之日起计算的一段时间，具体天数由保险人和投保人在投保时约定并在本保险合同上载明。在等待期内发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

6. 症状：指被保险人病后对机体生理功能异常的自身体验和感觉。

7. 体征：指被保险人的体表或内部结构发生可以察觉的改变。

8. 指定或认可的医疗机构：是指经中华人民共和国卫生部门审核认定的二级或二级以上公立医院的普通部、特需部、国际部及其他保险人指定或认可并在保险合同中载明的医疗机构，但不包括如下机构或医疗服务：

(1) 诊所、康复中心、家庭病床（房）、护理机构；

(2) 休养、戒酒、戒毒中心。

该医疗机构必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。

上述医院的特需部、国际部、VIP 部以及保险人指定的医疗机构列表是否开放，视保险计划而定，投保人在投保时可选择并于保险单中载明。若保险人根据医疗水平的发展对指定的医疗机构列表进行更新，具体以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微、官方客服）公布或通知为准。

9. 住院：是指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院或指定医疗机构的正式病房接受全日 24 小时监护治疗的过程，并正式办理入出院手续。但不包括下列情况：

(1) 被保险人在医院或指定医疗机构的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；

(2) 被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；

(3) 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;

(4) 被保险人住院体检;

(5) 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。

10. 日间治疗: 指出于医学必需的治疗目的,被保险人以占用医疗机构病床但不过夜的方式接受的医疗服务,如肾透析、高压氧治疗等。

11. 医学必需: 指被保险人接受治疗或服务、使用器械或服用药品符合以下条件:

(1) 医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需;

(2) 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;

(3) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致;

(4) 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;

(5) 非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关;

(6) 非试验性或研究性。

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

12. 符合通常惯例水平: 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。

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。

13. 近亲属: 具有血缘、婚姻或收养关系的下列人员:

(1) 父母;

(2) 兄弟姐妹;

(3) 配偶;

(4) 子女;

(5) 祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女。

14. 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。

15. 大型检查检验: 本保险合同约定的大型检检验项目包括: 计算机断层扫描(CT)、正电子发射计算机断层扫描(PET-CT)、计算机辅助断层血管成像(CTA)、核磁共振检查(MRI)、磁共振血管成像(MRA)、磁共振胰胆管成像(Magnetic Resonance Cholangio Paneretography)、数字减影血管造影(Digital Subtraction Angiography)、消化道造影、穿刺活检术、内窥镜检查(如胃镜检查、结肠镜检查、膀胱镜检查等)。

16. 处方: 指由注册的执业医师和在诊疗活动中为患者开具的、由取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。处方包括医疗机构病区用药医嘱单。

17. 物理疗法: 指由具有相应医疗职业资格的专业医师实施的、应用人工物理因子(如光、电、磁、声、温热、寒冷、力等)来治疗疾病, 包括电疗、光疗、磁疗、热疗、冷疗、水疗, 超声波疗法以及功能训练和手法治疗, **但不包括泥疗、蜡敷治疗、气泡浴与药物浸浴治疗**。

18. 化学疗法: 指针对于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, 在保险人指定或认可的医疗机构进行的静脉注射化疗。

19. 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, 在保险人指定或认可的医疗机构的专门科室进行的放疗。

20. 质子重离子治疗: 指被保险人因接受质子、重离子放射治疗而发生的相关费用, 包括定位及制定放疗计划费用以及质子、重离子放射治疗实施费用。

21. 肿瘤靶向疗法: 指在细胞分子水平上, 针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物, 利用具有一定特异性的载体, 将药物或其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本保险合同所指的靶向治疗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。

22. 肿瘤免疫疗法: 指应用免疫学原理和方法, 使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性, 激发和增强机体抗肿瘤免疫应答, 并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内, 协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本保险合同所指的肿瘤免疫治疗药物需符

合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。

23. 肿瘤内分泌疗法：指针对于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。

24. 肿瘤介入疗法：指在影像设备引导下，将特制的穿刺针、导管等插入人体肿瘤或相关管道内，进行插管、灌注药物、引流、动脉栓塞等手段以杀灭肿瘤的治疗方法。本保险合同所指的介入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。

25. 重大疾病：指被保险人初次发生符合以下定义的疾病、疾病状态或初次接受符合下列定义的手术，共 100 种，其中第 1 至 26 种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 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 27 至 100 种为“规范”规定范围之外保险人增加的疾病。重大疾病的名称和定义如下：

(一) 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-0-3）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：

(1) ICD-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<10/50 HPF 和 ki-67≤2%)或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

(二) 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。

(三) 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（见释义 61）肌力（见释义 62）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（见释义 63）；

(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（见释义 64）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、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。

(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，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。

(六) 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。

(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。

(九) 严重非恶性的颅内肿瘤

指起源于脑、脑神经、脑被膜的非恶性肿瘤，ICD-0-3 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）。

(十) 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（见释义 65）或药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。

(十一) 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。

(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, 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。

（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（见释义 66）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 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，如果使用其他视力表应进行换算）；
- (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双目失明诊断及检查证据。

（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。

（十六）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。

（十七）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。

（十八）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。

(十九) 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（见释义 67）IV 级，且静息状态下肺动脉平均压在 36mmHg（含）以上。

(二十) 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。

(二十一) 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。

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。

(二十二) 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< $0.5 \times 10^9 /L$ ；
 - ②网织红细胞计数< $20 \times 10^9 /L$ ；
 - ③血小板绝对值< $20 \times 10^9 /L$ 。

(二十三) 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。

(二十四) 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) 0 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。

(二十五) 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，且已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

(二十六) 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瘘术。

(二十七) 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（供体必须是人本器官）。

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。

(二十八) 埃博拉病毒感染

指埃博拉病毒感染导致的出血性发热。埃博拉病必须经国家机关认可的有合法资质的传染病专家确诊，并须满足下列全部条件：

- (1) 埃博拉病毒的存在必须经过实验室检查证实；
- (2) 存在皮肤粘膜出血，呕血，咯血，便血或血尿等临床表现；
- (3) 感染埃博拉病毒并出现出血性发热持续三十(30)天以上，且持续出现并发症。

单纯实验室诊断但没有临床出血表现的不在保障范围内。

(二十九) 丝虫病所致象皮肿

指因丝虫感染导致淋巴阻塞，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。

(三十) 主动脉夹层

指主动脉的内膜破裂导致血液流入主动脉壁中形成夹层动脉瘤。在本定义中，主动脉指胸主动脉及腹主动脉而非其旁支。诊断必须由专科医生及检验结果证实，检验包括电脑扫描，磁共振扫描及磁共振血管造影或心导管检查的证明，并有必要进行紧急修补手术。

(三十一) 克雅氏病（CJD、人类疯牛病）

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

疑似诊断不作为理赔依据。

(三十二) 破裂脑动脉瘤夹闭手术

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

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

(三十三) 经输血导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

指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) 被保险人等待期后因输血而感染 HIV；
- (2) 提供输血治疗的输血中心或医院出具该项输血感染属医疗责任事故的报告，或者法院终审裁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。

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。保险人保留获得使用被保险人的所有血液样本、并对这些样本进行独立检验的权利。

满足条件的免疫缺陷病毒感染，保险人承担本项疾病责任不受合同责任免除第 9) 点“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

(三十四) 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。须经逆行胰胆管造影(ERCP)或经皮胆管造影(PTC)等影像学检查证实，且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导致的继发性硬化性胆管炎不在保障范围内。

(三十五) 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。必须明确诊断，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。

(三十六) 系统性红斑狼疮 — (并发) III 型或以上狼疮性肾炎

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

本保险合同所指的系统性红斑狼疮，仅限于经肾脏活检确认符合 WHO 诊断标准定义 III 型或 III 型以上狼疮性肾炎者。如未累及肾脏，或狼疮性肾炎分型为 I 型、II 型的，不在保障范围内。

世界卫生组织(WHO)狼疮性肾炎分型：

I 型 微小病变型

II 型 系膜病变更型

III 型 局灶及节段增生型

IV 型 弥漫增生型

V型 膜型

VI型 肾小球硬化型

(三十七) 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）。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。

(三十八) 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) 已接受植皮手术或受感染肢体被截肢（自腕关节或踝关节近端）。

(三十九) 急性坏死性胰腺炎开腹手术

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。

为治疗因酒精中毒引起的急性坏死性胰腺炎的开腹手术不在保障范围内。

(四十) 系统性硬皮病

一种系统性胶原血管病引起进行性的皮肤、血管和内脏器官的弥漫性纤维化。本病症须经本保险合同约定医院的专科医生明确诊断，并须满足下列全部条件：

- (1) 由活检和血清学证据支持；
- (2) 疾病已经影响到肝脏、心脏或肾脏等内脏器官并且达到下列标准之一：
①肝脏：已造成肝脏纤维化，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。

美国纽约心脏协会分类标准心功能 IV 级是指有医院的医疗记录显示病人不能进行任何活动，休息时仍有心悸、呼吸困难等心力衰竭表现。

(四十一) 慢性复发性胰腺炎

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

酒精导致的慢性复发性胰腺炎不在保障范围内。

(四十二) 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。且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。

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

(四十三) 溶血性链球菌引起的坏疽

包围肢体或躯干的浅筋膜和/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，已经立刻进行了手术及清创术。最后的诊断必须由微生物或病理学专家进行相关检查后证实。

(四十四) 脊髓灰质炎

脊髓灰质炎指由于脊髓灰质炎病毒感染所致的瘫痪性疾病，临床表现为运动功能损害或呼吸无力。脊髓灰质炎必须明确诊断。本保险合同所称“脊髓灰质炎”仅指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形。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。

若无因此感染而导致麻痹性瘫痪的事实结果，以及其它病因所致的麻痹，例如格林巴利综合征则不属于本保险合同所指的脊髓灰质炎。

(四十五) 植物人状态

指由于严重颅脑外伤、缺氧持续状态、严重的脑炎或者某种神经毒素造成大脑或脑干严重损害，并导致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，且植物人状态须已持续 30 天以上。

因酗酒或者药物滥用导致的植物人状态不在保障范围内。

(四十六) 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、精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在保障范围内。

(四十七) 严重冠状动脉粥样硬化性心脏病（严重冠心病）

指经冠状动脉造影检查明确诊断为主要血管严重狭窄性病变，须满足下列至少一项条件： 1. 左冠状动脉主干和右冠状动脉中，一支血管管腔堵塞 75% 以上，另一支血管管腔堵塞 60% 以上； 2. 左前降支、左旋支和右冠状动脉中，至少一支血管官腔堵塞 75% 以上，其他两支血管官腔堵塞 60% 以上。

左前降支的分支血管、左旋支的分支血管及右冠状动脉的分支血管的狭窄不作为本保障的衡量指标。

(四十八) 多发性硬化

指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本保险合同约定医院的神经专科医生确诊。诊断须包括：永久的运动及感觉功能障碍必须不间断地持续至少六个月，必须有典型的脱髓鞘症状和运动及感觉功能障碍的客观证据，如腰穿、听觉诱发反应、视觉诱发反应和 MRI 检查的典型改变。

以下不在保障范围内：

德韦克综合症

其他脱髓鞘疾病

(四十九) 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。

(五十) 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(美国纽约心脏协会心功能分类标准心功能达 IV 级)，且有相关住院医疗记录显示 IV 级心功能衰竭状态持续至少一百八十天。该疾病索赔时须要经本保险合同约定心内科专科医生做出明确诊断。**继发于全身性疾病或其它器官系统疾病以及由于酒精和药物滥用导致的心肌病不在保障范围内。**

美国纽约心脏协会分类标准心功能 IV 级是指有医院的医疗记录显示病人不能进行任何活动，休息时仍有心悸、呼吸困难等心力衰竭表现。

(五十一) 严重心肌炎

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

美国纽约心脏协会分类标准心功能 IV 级是指有医院的医疗记录显示病人不能进行任何活动，休息时仍有心悸、呼吸困难等心力衰竭表现。

(五十二) 肺淋巴管肌瘤病

指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；
- (2) CT 显示双肺弥漫性囊性改变；
- (3) 血气提示低氧血症，动脉血氧分压 (PaO₂) 持续<50mmHg。

(五十三) 侵蚀性葡萄胎(或称恶性葡萄胎)

该类疾病是指异常增生的绒毛组织浸润性生长浸入子宫肌层或转移至其他器官或组织的葡萄胎，并已经进行化疗或手术治疗的，需要本保险合同约定医院的专科医生诊断并提供病理与血液检测以支持诊断。

(五十四) III度房室传导阻滞

指心房激动在房室交界区、房室束及其分支内发生阻滞，不能正常地传到心室的心脏传导性疾病须满足下列所有条件：

- (1) 心电图显示房室搏动彼此独立，心室率<50 次/分钟；
- (2) 出现阿-斯综合征或心力衰竭的表现；
- (3) 必须持续性依赖心脏起搏器维持心脏正常功能，且已经放置心脏起搏器。

(五十五) 感染性心内膜炎

是指由感染性微生物导致的心脏内膜炎症，并须符合下列所有条件：

- (1) 血液细菌培养结果呈阳性，证明感染性微生物的存在；
- (2) 感染性心内膜炎导致最少中度的心脏瓣膜关闭不全（即返流部分面积达 20%或以上）或中度的心脏瓣膜狭窄（即心脏瓣膜面积为正常值的 30%或以下）；
- (3) 感染性心内膜炎的诊断及瓣膜受损的严重程度必须由本保险合同约定医院的心脏病专科注册医生确定，并提供超声心动图或放射影像学检查结果报告以支持诊断。

(五十六) 肝豆状核变性（威尔逊氏病）

威尔逊氏病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。必须由本保险合同约定医院的专科注册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。

(五十七) 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。须经本合同约定的呼吸专科医生确诊，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 (Pulmonary Resistance)；
- (3) 肺动脉血压不低于 40 毫米汞柱；
- (4) 肺动脉楔压不低于 6 毫米汞柱；
- (5) 右心室心脏舒张期末压力不低于 8 毫米汞柱；
- (6) 右心室过度肥大、扩张，出现右心衰竭和呼吸困难。

(五十八) 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。

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

(五十九) 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 40mmHg。

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。

美国纽约心脏协会分类标准心功能 IV 级是指有医院的医疗记录显示病人不能进行任何活动，休息时仍有心悸、呼吸困难等心力衰竭表现。

(六十) 进行性核上性麻痹

一种隐袭起病、逐渐加重的神经系统变性疾病。本疾病必须由本保险合同约定医院的神经科专科医生确诊，并须满足下列所有条件：

- (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。

(六十一) 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，如果使用其它视力表应进行换算）；
- (3) 视野半径小于 5 度。

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。

(六十二) 嗜铬细胞瘤

是指肾上腺或嗜铬外组织出现神经内分泌肿瘤，并分泌过多的儿茶酚胺类，嗜铬细胞瘤的诊断必须由本保险合同约定医院的内分泌专科医生确定，并且已经接受手术以切除肿瘤。

(六十三) 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的异体器官移植手术。此手术必须由本保险合同医院的专科医生认为是医学上必需的情况下进行。

(六十四) 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。

理赔时必须提供由本保险合同约定医院神经外科医生出具的诊断书及手术报告。

(六十五) 严重自身免疫性肝炎

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

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

(六十六) 骨髓纤维化

一种因纤维组织取代正常骨髓从而导致贫血、白血球及血小板含量过低及脾脏肿大的疾病。申请理赔时，被保险人须已经接受输血治疗至少六个月，并且每个月至少一次。骨髓纤维化的诊断必须由本保险合同约定医院的专科医师作出。理赔时需提供骨髓穿刺检查诊断报告。

(六十七) 严重获得性或继发性肺泡蛋白质沉积症

因获得性或继发性原因或导致双肺肺泡和细支气管腔内充满不可溶性富磷脂蛋白的疾病。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。

(六十八) 严重慢性缩窄性心包炎

由于慢性心包炎症导致心包广泛瘢痕粘连、增厚和钙化，心包腔闭塞使心脏和大血管根部受压，致使心脏舒张充盈受限而产生血液循环障碍。

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条件之一：

- (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。

胸骨正中切口；双侧前胸切口；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。

美国纽约心脏协会分类标准心功能 IV 级是指有医院的医疗记录显示病人不能进行任何活动，休息时仍有心悸、呼吸困难等心力衰竭表现。

(六十九) 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。手术必须在本保险合同约定医院的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。

(七十) 细菌性脑脊髓膜炎后遗症

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

(七十一) 斯蒂尔病

斯蒂尔病须满足下列全部条件：

- (1) 因该病引致广泛性关节破坏，以致需要进行髋及膝关节置换；
- (2) 由本保险合同约定医院的风湿病专科医生确诊。

(七十二) 重症手足口病

是由肠道病毒引起的急性传染病，主要症状表现为手、足、口腔等部位的斑丘疹、疱疹。重症手足口病必须符合下列全部条件：

- (1) 本保险合同约定医院的专科医生诊断为手足口病；

- (2) 伴有所列危重并发症之一：脑膜炎、脑炎、脑脊髓炎、肺水肿或心肌炎；
- (3) 接受了住院治疗。

(七十三) 严重结核性脑膜炎

由结核杆菌引起的脑膜和脊膜的非化脓性炎症性疾病。需满足以下全部条件：

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

(七十四) 川崎病

为一种病因不明的系统性血管炎。本保险合同仅对诊断性检查证实川崎病并发动脉瘤或其他心血管异常并且实际接受了手术治疗的情况予以理赔。

(七十五) 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，满足以下所有条件：

- (1) 至少切除了三分之二小肠；
- (2) 完全场外营养支持三个月以上。

(七十六) 雷伊氏综合症（严重瑞氏综合征）

指急性脑病合并肝脂肪变性和线粒体功能障碍，可有上呼吸道感染和水痘，而后出现持续性呕吐，谵妄，木僵，癫痫，昏迷；肝脏肿大，肝功能异常，肝脂肪变性。此诊断需由本保险合同约定医院的专科医生确诊，并且肝脏活检结果显示脂肪变性，电子显微镜下显示独特的线粒体形态学改变。

(七十七) 严重骨髓异常增生综合征

骨髓增生异常综合征是起源于造血干细胞的一组骨髓克隆增生异常的疾病，表现为无效造血、难治性血细胞减少，有转化为急性髓系白血病的风险。被保险人根据外周血和骨髓活检被明确诊断为骨髓增生异常综合征，并且满足以下所有条件：

- (1) FAB 分类为难治性贫血伴原始细胞增多 (RAEB)；
- (2) 根据“骨髓增生异常综合征修订国际预后积分系统 (IPSS-R)”积分 ≥ 3 ，属于中危及以上组。

(七十八) 冠状动脉血管成形术（冠状动脉粥样斑块切除术）

是指有心绞痛等心脏不适症状，经过血管造影技术检查证实同时存在两支（其中一支为左冠状动脉主干、左前降支或左回旋支）或更多支的冠状动脉血管发生严重的狭窄（狭窄程度在70%以上），需要并且已实施冠状动脉粥样斑块切除术以改善血管的血流状况。索赔时必须提供血管造影的影像资料、报告、手术记录和病历。

（七十九）骨生长不全

是指一种胶原病，特征为骨易碎，骨质疏松和易骨折。主要临床特点包括：发展迟缓、多发性骨折、进行性脊柱后侧凸及听力损害。该病种的检查必须依据身体检查，家族史，X线检查和皮肤活检报告资料确诊。

（八十）严重癫痫

本病的诊断须由本保险合同约定医院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，或者已行神经外科手术以治疗反复发作的癫痫。

除外：

- 热性惊厥
- 没有全身性发作的失神发作（癫痫小发作）

（八十一）疾病或外伤所致的智力障碍

因严重头部外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）智力低常分为轻度（IQ50-70）；中度（IQ35-50）；重度（IQ20-35）和极重度（IQ<20）。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）检测证实。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，心理检测工作者必须持有心理测量专业委员会资格认定书。

理赔时必须满足下列全部条件：

- (1) 造成被保险人智力低常的严重头部外伤或疾病（以诊断日期为准）发生在被保险人满五周岁以后。
- (2) 由本保险合同约定医院儿科专科的主任医师级别的医生确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低常；

(3) 保险人认可的专职合格心理检测工作者做的心理检测证实被保险人智力低常 IQ<50(中度、重度或极重度)；

(4) 被保险人的智力低常自诊断确认日起持续 180 天以上。

(八十二) 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。此治疗必须由通过本保险合同约定医院的专科医生认为是医学上必需的情况下进行。

(八十三) 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。

该病必须经由本保险合同医院的神经科医师通过肌肉活检而确诊。理赔时必须提供肌肉活检的病理报告。

其它类型的脊肌萎缩症如Ⅱ型中间型进行性脊肌萎缩症，Ⅲ型少年型脊肌萎缩症(Kugelberg-Welander 氏病)不在本保障范围之内。

(八十四) 因器官移植导致的人类免疫缺陷病毒感染

指因进行器官移植而感染上人类免疫缺陷病毒(HIV)，且须满足下列全部条件：

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

(2) 提供器官移植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，属于医疗事故的报告，或者法院终审裁定为医疗事故并且不准上诉；

(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；

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。

保险人承担本项疾病责任不受合同“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

(八十五) 亚急性硬化性全脑炎

是麻疹或麻疹样病毒所致的一种中枢神经系统慢性感染。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。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定度升高；

(2) 被保险人出现运动障碍，自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中三项或三项以上。

(八十六) 严重面部烧伤

指面部烧伤程度为III度，即全层皮肤烧伤，包括表皮、真皮和皮下组织，且III度烧伤的面积达到面部表面积的 80% 或者 80% 以上。

(八十七) 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。必须根据脑组织活检以及本保险合同约定医院的神经专科医生的确诊。

(八十八) 艾森门格综合征

因心脏病导致的严重肺动脉高血压及右向左分流。诊断必须由本保险合同约定医院心脏专科医生经超声心动图和心导管检查证实及需符合以下所有标准：

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

(八十九) 风湿热导致的心脏瓣膜疾病

本保障须满足下列所有条件：

- (1) 经由本保险合同约定医院的儿科专科医生根据已修订的 Jones 标准诊断证实罹患急性风湿热。
- (2) 因风湿热所导致一个或以上最少轻度心脏瓣膜关闭不全（即返流部份达 20% 或以上）或狭窄的心瓣损伤（即心脏瓣面积为正常值的 30% 或以下）。有关诊断必须由本保险合同约定医院的心脏专科医生根据心瓣功能的定量检查证实。

(九十) 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本保险合同约定医院的神经专科医生诊断，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。

(九十一) 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，所造成的手臂感觉功能与运动功能完全永久性丧失。该病必须由本保险合同约定医院的专科医生确诊，并且有完整的电生理检查结果证实。

(九十二) 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，在本保险合同约定医院实际实施了对该病的矫正外科手术。但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属于本保障责任。

(九十三) 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，被保险人已经接受 ICU 重症监护病房的治疗，诊断必须由本保险合同约定医院专科医生的确诊。

(九十四) 严重出血性登革热

它涵盖了登革出血热世界卫生组织 3 期或 4 期的定义，需要登革休克综合症的明确证据和登革热感染的确认，以及登革热确诊血清学检测；并满足所有下列条件：

- (1) 持续高烧的历史（至少两天），
- (2) 轻微或严重出血表现，
- (3) 血小板减少症（小于等于 100000 每立方毫米），
- (4) 浓血症（haemotocrit 增加了 20% 或更多）
- (5) 血浆渗漏（即胸水，腹水或低蛋白血症等）
- (6) 登革休克综合征（DSS），由专科医生证实，并满足以下标准：
 - ①低血压（小于 80 毫米汞柱）或窄脉冲压力（20 毫米汞柱或更小）
 - ②组织低灌注，如冷，皮肤湿冷，尿少，或代谢性酸中毒。

WHO 分期标准：

第一期：发烧伴随有非特异性体质症状：血压带试验阳性是唯一出血现象。

第二期：第一期加上有自发性出血。

第三期：已呈现循环衰竭现象，如：脉搏弱、脉搏压变窄，血压变低，伴随有皮肤湿冷，坐立不

安。

第四期：严重休克，血压脉搏量不到。

(九十五) 败血症导致的多器官功能障碍综合症

多器官功能障碍指败血症导致的并发症，一个或多个器官系统生理功能障碍，因该疾病住院至少 96 小时，并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 $<50\times10^3/\text{微升}$
- (3) 肝功能不全，胆红素 $>6\text{mg}/\text{dL}$ 或 $>102\mu\text{mol}/\text{L}$
- (4) 需要用强心剂
- (5) 昏迷格拉斯哥昏迷评分 (GCS) ≤ 9
- (6) 肾功能衰竭，血清肌酐 $>300\mu\text{mol}/\text{L}$ 或 $>3.5\text{mg}/\text{dL}$ 或尿量 $<500\text{ml}/\text{d}$

附加标准，也必须满足：

- 败血症有血液和影像学检查证实
- 住院重症监护病房最低 96 小时
- 器官功能障碍维持至少 15 天

败血症引起的 MODS 的诊断应由本保险合同约定医院专科医生证实。非败血症引起的 MODS 不在保障范围内。

(九十六) Brugada 综合征（布鲁格达综合征）

由本保险合同约定医院的心脏科专科医生根据临床症状和典型心电图表现，明确诊断为 Brugada 综合征。经医生判断认为医疗必须并且已安装永久性心脏除颤器。

(九十七) 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本保险合同约定医院的专科医生确认，且外周血涂片存在恶性疟原虫。

(九十八) 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。

(九十九) 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。

(一百) 严重巨细胞动脉炎

巨细胞动脉炎又称颞动脉炎、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 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。

其他明确病因导致的脑病不在保障范围内。

26. 初次确诊：指自被保险人出生之日起第一次经保险人指定或认可的医疗机构确诊患有某种疾病，而不是指自本保险合同生效之后第一次经保险人指定或认可的医疗机构确诊患有某种疾病。

27. 康复治疗费用：康复治疗费用是指在医院经专科医生通过各种有效的专科治疗手段，最大限度地改善病、伤、残者的功能障碍，就医场景包括门诊治疗、急诊治疗和住院治疗。康复治疗的具体治疗方法包括：物理治疗、作业治疗、言语治疗、康复工程、康复护理和中医治疗等。具体以医院或医疗行业诊疗规范约定为准。

28. 恶性肿瘤：指恶性肿瘤轻度和重度。

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-0-3）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<10/50 HPF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-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。

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-0-3）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：

(1) ICD-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<10/50 HPF 和 ki-67≤2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

29. 恶性肿瘤基因检测：指将外周血、手术或活检术留取的恶性肿瘤病理切片组织或恶性肿瘤转移所致的胸腹水等样本，进行恶性肿瘤相关的特定基因的结构（DNA 水平）或功能（RNA 水平）检测。医院的专科医生可根据其基因测结果，给出针对其分子异常特征的药物的用药方案。

30. 保险人授权的医疗服务供应商：指由保险人委托的、为被保险人提供与本保险合同相关的日常就医协助、健康管理及理赔协助等服务的第三方机构。

31. 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。

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. 幼年型皮肌炎：是一种以免疫介导的多系统疾病，患者一般为 16 岁以下，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，并引起肠内容物通过障碍所致的一种绞窄性肠梗阻，常见表现为突发性腹部剧痛、呕吐、果酱样血便。

35. 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。

36. 儿童急性乳突炎：是乳突气房粘膜及其骨比的急性化脓性炎症，通常伴随急性中耳炎发生。

37. 川崎病：是一种以全身血管炎变为主要病理特点的急性发热性出疹性小儿疾病，主要影响中小型动脉，特别是冠状动脉，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。

38. 幼年型骨软骨病：是儿童骨骼发育期因局部血供障碍或软骨发育异常导致的疾病，典型表现为关节疼痛、肿胀、活动受限。

39. 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，以慢性滑膜炎症为主要特征。

40. 气胸：指任何原因使胸膜破损，空气进入胸膜腔导致肺组织受压塌陷的疾病。

41. 脑膜炎：是脑膜或脑脊膜被感染的疾病。

42. 心肌炎：指心脏肌肉发生了有局灶性或弥漫性的炎症病变。

43. 骨髓炎：指化脓性细菌感染骨髓、骨皮质和骨膜而引起的炎症性疾病。

44. 急性肾炎：以血尿、蛋白尿、水肿、高血压和肾小球滤过率下降为特点的肾小球疾病。

45. 热性惊厥：指由高热诱发的突发性中枢神经系统功能障碍而出现的惊厥。

46. 传染性单细胞增多症：是由 EB 病毒（人类疱疹病毒 4 型）所致的急性自限性传染病。

47. 红斑狼疮：是一个累及关节、肾脏、皮肤、黏膜和血管壁的自身免疫性疾病，根据病变部位可分为皮肤型红斑狼疮（CLE）和系统性红斑狼疮（SLE）。

48. 既往症：在本保险合同生效前被保险人已知或应当知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：

(一)本保险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

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

(三)本保险合同生效前，医生已有明确诊断，但未接受任何治疗。

(四)本保险合同生效前，虽未经医生明确诊断和治疗，但症状已经明显足以促使被保险人引起注意并寻求诊断、治疗或护理的症状。

49. 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。

50. 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。根据《卫生部办公厅关于印发《疾病分类与代码（修订版）》的通知》（卫办综发〔2011〕166 号）发布的版本，包括以下 11 种类型：先天性畸形、变形和染色体异常；神经系统先天性畸形；眼、耳、面和颈部先天性畸形；循环系统先天性畸形；唇裂和腭裂；消化系统的其他先天性畸形；生

殖器官先天性畸形；泌尿系统先天性畸形；肌肉骨骼系统先天性畸形和变形；其他先天性畸形；染色体异常，不可归类在他处者。

51. 分子矫正法治疗：是指在生物化学的基础上通过改变分子缺陷来恢复人体细胞最佳生化环境的疗法。该疗法通常使用自然物质，例如维他命、矿物质、酶和荷尔蒙等。

52. 探险活动：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，而故意使自己置身于其中的行为，如：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；

53. 特技表演：指进行马术、杂技、驯兽等表演。

54. 保险费约定缴纳日：指保险合同生效日在每期的对应日。如果当期无对应的同一日，则以该期最后一日为对应日。

55. 未满期净保险费：

若保险费为一次性缴付的：未满期净保险费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]
×(1-20%)。经过天数不足一天的按一天计算。

若保险费为分期缴付的：未满期净保险费=当期保险费×[1-(当期保障已过天数/当期保障总天数)]
×(1-20%)。经过天数不足一天的按一天计算。

若本保险合同已发生过保险金给付，则未满期净保险费为零。

56. 不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

57. 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。

58. 《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-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。

59. 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。

60. 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≤2cm

T1a 肿瘤最大径≤1cm

T1b 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

pT3a: 肿瘤>4cm，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、喉返神经及皮下软组织

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≤2cm

T1a 肿瘤最大径≤1cm

T1b 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

pT3a: 肿瘤>4cm, 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

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

	1~2	1	0
II 期	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
	4a	任何	0
IVA 期	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
	1~3a	1	0
IVB 期	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。

61. 肢体：肢体是指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。

62. 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。

63. 语言能力完全丧失或严重咀嚼吞咽功能障碍: 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。

64. 六项基本日常生活活动:六项基本日常生活活动是指：（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。

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

66. 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。

67. 美国纽约心脏病学会 (New York Heart Association, NYHA) 心功能状态分级: 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。

（本页内容结束）