

中华联合财产保险股份有限公司

综合医疗保险（C款）条款

总则

第一条 保险合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、保险单（包含电子保险单，下同）或其他保险凭证、批单等组成。

凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式（包括电子文档形式）。

第二条 投保人

本保险合同的投保人应为具有完全民事行为能力的被保险人本人、或在本保险合同订立时对被保险人有保险利益的其他自然人。

第三条 被保险人

本保险合同的被保险人应为身体健康，能正常学习、工作和生活的自然人。

第四条 受益人

除另有约定外，本保险合同的受益人为被保险人本人。

投保人指定或变更受益人时须经被保险人同意。

被保险人死亡后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人的遗产，由保险人依照中华人民共和国有关法律法规的规定履行给付保险金的义务：

- （一）没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；
- （二）受益人先于被保险人死亡，没有其他受益人的；
- （三）受益人依法丧失受益权或者放弃受益权，没有其他受益人的。

受益人与被保险人在同一事件中死亡，且不能确定死亡先后顺序的，推定受益人死亡在先。

投保人为与其有劳动关系的劳动者投保人身保险，不得指定被保险人及其近亲属以外的人为受益人。

第五条 保险区域

本保险合同约定的保险区域为中国大陆境内（不包含香港、澳门和台湾地区），**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。**

保险责任

第六条 等待期

投保人为被保险人首次投保本保险或者非续保本保险时，自本保险合同生效之日起一定期间为等待期，具体期间在保险单中载明，最长不超过 90 天。续保本保险无等待期。

若被保险人在等待期内罹患疾病（不包括本保险合同定义的重大疾病）需要接受住院治疗、特殊门诊治疗、门诊手术治疗或住院前后门急诊治疗的，保险人不承担保险金给付责任，本保险合同继续有效；被保险人在等待期内初次确诊罹患本保险合同所定义的重大疾病的，保险人不承担给付保险金的责任，本保险合同终止，保险人向投保人退还所交保险费。

被保险人因遭受意外伤害发生的保险事故无等待期。

本附加保险合同期满后 30 天内（含第 30 日），投保人重新提出投保申请、保险人重新审核同意后签发的保险单，不计算等待期；本附加保险合同期满后第 31 日起，投保人重新提出投保申请、保险人重新审核同意后签发的保险单，需重新计算等待期。

第七条 保险责任

本保险合同的保险责任分为“一般医疗保险金责任”和“重大疾病医疗保险金责任”，投保人可以选择投保一项或两项，由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险单载明。

（一）一般医疗保险金

在保险期间内，被保险人在本保险合同约定的保险区域内因意外伤害或等待期后因疾病在保险人指定或认可的医疗机构接受治疗的，保险人对被保险人支付的以下医疗费用，依照本保险合同约定的医疗保险金计算方法给付一般医疗保险金：

1. 住院医疗费用

被保险人经保险人指定或认可的医疗机构专科医生诊断必须住院治疗的，对于住院期间发生的合理且必要的住院医疗费用，保险人将按照本保险合同约定的医疗保险金计算方法，在一般医疗保险金额内给付住院医疗保险金。

在保险期间内，因意外伤害或疾病住院的最高给付天数为 180 日（含），同一被保险人累计住院天数超过 180 日后发生的医疗费用，不属于保险责任范围。

经过等待期后在本保险合同到期日前发生的并延续至本保险合同到期日后 30 日内（含第 30 日）的住院治疗，对此期间发生的合理且必要的住院医疗费用，保险人仍将按照本保险合同的约定在一般医疗保险金额内给付住院医疗保险金。

2. 特殊门诊医疗费用

被保险人在保险人指定或认可的医疗机构进行治疗期间发生以下合理且必要的特殊门诊医疗费用，保险人将按照本保险合同约定的医疗保险金计算方法，在一般医疗保险金额内给付特殊门诊医疗保险金：

(1) 门诊肾透析费；

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

(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费。

3. 门诊手术医疗费用

被保险人经保险人指定或认可的医疗机构医生诊断必须接受门诊手术治疗时，发生的合理且必要的门诊手术费用。

4. 住院前后门急诊费用

被保险人经医疗机构具有合法资质的医生诊断必须接受住院治疗，在住院前 7 日（含住院当日）和出院后 15 日（含出院当日）内，与该次住院相同原因而发生的门急诊医疗费用，**不包括门诊肾透析、门诊恶性肿瘤治疗、器官移植后的门诊抗排异治疗费和门诊手术费。**

保险人对于以上四类费用的累计给付金额之和以本保险合同约定的一般医疗保险金额为限。一次或累计给付的金额达到一般医疗保险金额时，保险人对该被保险人在一般医疗保险金项下的保险责任终止。

(二) 重大疾病医疗保险金

在保险期间内，被保险人在本保险合同约定的保险区域内因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因，经**专科医生初次确诊**罹患本保险合同所定义的重大疾病（无论一种或者多种），在保险人指定或认可的医疗机构接受治疗的，保险人对被保险人支付的以下医疗费用，依照本保险合同约定的医疗保险金计算方法给付重大疾病医疗保险金：

1. 重大疾病住院医疗费用

被保险人经专科医生初次确诊罹患本保险合同所定义的重大疾病（无论一种或者多种），经保险人指定或认可的医疗机构诊断必须住院治疗的，对于住院期间发生的合理且必要的住院医疗费用，保险人将按照本保险合同约定的医疗保险金计算方法，在重大疾病医疗保险金额内给付住院医疗保险金。

在保险期间内，因重大疾病住院的最高给付天数为 180 日（含），累计重大疾病住院天数超过 180 日后发生的医疗费用，不属于保险责任范围。

经过等待期后在本保险合同到期日前发生的并延续至本保险合同到期日后 30 日内（含第 30 日）的住院治疗，对此期间发生的合理且必要的住院医疗费用，保险人仍将按照本保险合同的约定在重大疾病医疗保险金额内给付住院医疗保险金。

2. 重大疾病特殊门诊医疗费用

被保险人经专科医生初次确诊罹患本保险合同所定义的重大疾病（无论一种或者多种），在保险人指定或认可的医疗机构进行治疗期间发生的合理且必要的特殊门诊医疗费用，保险人将按照本保险合同约定的医疗保险金计算方法，在重大疾病医疗保险金额内给付特殊门诊医疗保险金：

（1）门诊肾透析费；

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

（3）器官移植后的门诊抗排异治疗费。

3. 重大疾病门诊手术医疗费用

被保险人经专科医生诊断罹患本保险合同约定的重大疾病必须接受门诊手术治疗时，发生合理且必要的治疗重大疾病的门诊手术费用。

4. 重大疾病住院前后门急诊费用

被保险人经医疗机构具有合法资质的专科医生诊断必须接受住院治疗，在住院前7日（含住院当日）和出院后15日（含出院当日）内，与该次住院相同原因而发生的重大疾病门急诊医疗费用，**不包括门诊肾透析、门诊恶性肿瘤治疗、器官移植后的门诊抗排异治疗费和门诊手术费。**

保险人对于以上四类费用的累计给付金额之和以本保险合同约定的重大疾病医疗保险金额为限。一次或累计给付的金额达到重大疾病医疗保险金额时，保险人对该被保险人在重大疾病医疗保险金项下的保险责任终止。

第八条 免赔额与医疗保险金的计算方法

（一）免赔额的确定：

免赔额指在本保险合同保险期间内，符合第七条约定的医疗费用中应由被保险人自行承担，保险人不承担给付保险金责任的部分。免赔额的计算方法为：

免赔额=基础免赔额-其他商业保险机构获得的医疗费用补偿

免赔额最低为零。通过上述公式计算得到负数时，免赔额计为零。

通过基本医疗保险和公费医疗保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

本保险合同中被保险人的一般医疗保险金基础免赔额和重大疾病医疗保险金基础免赔额由投保人和保险人在订立本保险合同时协商确定，并在保险单中分别载明。一般医疗保险金免赔额、重大疾病医疗保险金免赔额根据上述公式分别计算。

（二）本保险合同的医疗保险金按照以下公式进行计算：

医疗保险金的计算方法：

医疗保险金=（保险期间内累计合理医疗费用-其他途径累计已获得的医疗费用补偿金额-免赔额）×给付比例

其他途径累计已获得的医疗费用补偿包含已从基本医疗保险、公费医疗、商业性医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构获得医疗费用补偿。

给付比例由保险人与投保人在投保时协商约定，并在保险单中载明。一般医疗保险金、重大医疗保险金根据上述公式分别计算。

如果投保人同时投保“一般医疗保险金”责任和“重大疾病医疗保险金”责任，当被保险人在本保险合同约定的保险区域内因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因经专科医生初次确诊罹患本保险合同所定义的重大疾病时，对于被保险人自确认重大疾病之日起所发生的符合本保险合同约定的、因治疗重大疾病支出的医疗费用，保险人优先在重大疾病医疗保险金范围内承担给付保险金的责任。当保险人一次或累计给付的金额达到重大疾病医疗保险金时，保险人将在本保险合同约定的一般医疗保险金范围内继续承担重大疾病医疗费用给付责任，此种情况下，保险人在一般医疗报销金额范围内计算重大疾病医疗保险金时不再扣减免赔额。

第九条 费用补偿原则

若被保险人的医疗费用可依法律及政府之规定有所补偿，或从其它福利计划及医疗保险计划中取得部分或全部补偿，保险人遵循损失补偿原则，仅负责补偿剩余部分，并以相应保险金额为限。

责任免除

第十条 责任免除

因下列情形之一造成被保险人医疗费用支出的，保险人不承担保险金给付责任：

（一）因被保险人在投保前已罹患的既往症引起的索赔；

（二）遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常引起的医疗费用；

（三）疗养、视力矫正手术、各种健康体检项目及预防性医疗项目、牙科保健及牙科治疗、康复治疗、非意外事故所致整容手术；

（四）如下项目的治疗：皮肤色素沉着、痤疮治疗；红斑痤疮治疗；雀斑、老年斑、痣的治疗和去除；对浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、纹身去除；皮肤变色的治疗或手术；激光美容；除皱；除眼袋；开双眼皮；治疗斑秃、白发、秃发、脱发；植毛；脱毛；隆鼻；隆胸；

（五）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、矫形手术费用；

（六）各种健美治疗项目，包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用；

（七）不孕不育治疗、人工受精、怀孕（含宫外孕）、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;

(八)包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗;

(九)除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其他人工器官材料费、安装和置换等费用、各种康复治疗器械、假体、义肢、自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械;

(十)耐用医疗设备(指各种康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备)的购买或租赁费用;

(十一)被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间因疾病导致的;

(十二)被保险人患性病引起的医疗费用;

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

(十四)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)确定的精神和行为障碍(见释义 20)以外的一般心理问题,如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等)等费用;

(十五)投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害;

(十六)被保险人故意自伤、故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施;

(十七)被保险人殴斗、醉酒,主动吸食或注射毒品;

(十八)被保险人从事高风险运动导致的伤害引起的治疗;

(十九)由于职业病、医疗事故引起的医疗费用;

(二十)被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车导致交通意外引起的医疗费用;

(二十一)核爆炸、核辐射或核污染、化学污染;恐怖袭击、战争、军事冲突、暴乱或恐怖主义活动;

(二十二)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(从医疗机构确定出院之日起发生的一切医疗费用);

(二十三)被保险人接受实验性治疗,即未经科学或医学认可的医疗;

(二十四)未被治疗所在地权威部门批准的治疗,未获得国家药品监督管理局或省级药品监管部门许可或批准的药品或药物;

(二十五)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。

保险金额和保险费

第十一条 保险金额和保险费

本保险合同的各项保险金额与保险费由投保人和保险人在投保时约定并于保险单上载明。

保险期间和续保

第十二条 保险期间

本保险合同的保险期间最长不超过一年,具体由投保人和保险人协商确定,并在保险单中载明。

第十三条 续保

本保险合同为不保证续保合同。保险期间届满,投保人需要重新向保险人申请投保,保险人有权对重新提出的投保申请进行审核,经保险人同意后,投保人交纳保险费,获得新的保险合同。

保险人义务

第十四条 明确说明义务

订立保险合同时,采用保险人提供的格式条款的,保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款,保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款,保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示,并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明,未作提示或者明确说明的,该条款不产生效力。

第十五条 资料补充通知义务

保险人认为被保险人或被保险人的受益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、被保险人或受益人补充提供。

第十六条 保险金给付义务

保险人收到被保险人或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,但保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人或保险金申请人,对属于保险责任的,在与被保险人或受益人达成给付保险金的协议后十日内,履行给付保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的,保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。

保险人依照前款约定作出核定后,对不属于保险责任的,应当自作出核定之日起三日内向被保险人或保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书,并说明理由。

保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内,对其给付的数额不能确定的,应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付;保险人最终确定给付的数额后,应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十七条 保险费交付义务

本保险合同保险费交付方式可由投保人与保险人在投保时约定，并于保险单上载明。

若约定一次性缴付保险费的，投保人应在投保时一次性交清保险费。**投保人未按约定交付保险费的，本保险合同不生效。**

若投保人选择分期缴付保险费的，需经投保人申请并经保险人同意，并在保险单中载明保险费分期缴付的周期。投保人在交付首期保险费后，投保人应当在每个保险费约定支付日交纳其余各月对应期次的保险费。

若投保人未按照本保险合同约定的付款时间足额交付当期保险费，保险人允许投保人在本保险合同约定的缴费宽限期内补交对应期次的保险费。

除本保险合同另有约定外，如被保险人在正常缴费对应的保险期间内或缴费宽限期内发生保险事故，保险人依照本保险合同约定给付保险金，**但可以扣减欠交的保险费。**

投保人在宽限期结束后仍未支付保险费的，本保险合同自宽限期满的次日零时起效力终止。

除另有约定外，本保险合同的缴费宽限期为从保险费约定交付日起至第 30 天（含），并在保险单上载明。

第十八条 如实告知义务

订立本保险合同，保险人就投保人、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如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除保险合同。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金的责任。

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，不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

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

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的责任。

第十九条 通讯地址的变更义务

投保人住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，应及时以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达给投保人。

第二十条 保险事故通知义务

投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当在 48 小时内或经保险人书面同意延长的期限内通知保险人。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，不包括因不可抗力而导致的迟延。

保险金申请与给付

第二十一条 保险金申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。**保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

(一) 保险金给付申请书；

(二) 保险单或其他保险凭证正本；

(三) 保险金申请人的身份证明；

(四) 医院出具的被保险人的医疗费用收据或者发票，或基本医疗保险机构及其他医疗费用补偿途径（如商业保险公司）出具的报销凭证或医疗费用分割单；

(五) 医疗机构出具的附有病理检查、化验检查，影像学检查及其他医疗检查报告的医疗诊断证明、手术记录、检查报告单，门、急诊及住院病历、出院小结等；

(六) 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；

(七) 若被保险人或受益人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。

第二十二条 诉讼时效

保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

争议处理和法律适用

第二十三条 争议处理

因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

第二十四条 法律适用

与本保险合同有关的以及履行本保险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律(不包括港澳台地区法律)。

其他事项

第二十五条 合同变更

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。

第二十六条 合同解除

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

投保人解除本保险合同时,应提供下列证明文件和资料:

- (1) 保险合同解除申请书;
- (2) 保险单或其他保险凭证原件;
- (3) 保险费交付凭证;
- (4) 投保人身份证明;
- (5) 保险人需要的其它有关文件和资料。

投保人要求解除本保险合同,自保险人接到保险合同解除申请书之时起,本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还保险单的未到期净保费。

若投保人选择一次性交纳保险费,保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还保险单的未到期净保费。

若投保人选择分期交纳保险费,保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还投保人已交纳期次保险费的未到期净保费。

释义

1、中国大陆境内:指除香港特别行政区、澳门以及台湾地区之外的中华人民共和国领土。

2、意外伤害:指以外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。以下情形属于疾病范畴,非本条款所指意外伤害:

- (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,以医疗机构的诊断或公安、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。

3、疾病：指被保险人于本保险合同等待期后首次出现的疾病或症状，但不包括本保险合同生效前的任何疾病或症状。

4、医疗机构：指中华人民共和国境内（港、澳、台地区除外）经中国卫生部门评审确定的二级或二级以上公立医院普通部，但前述医院并不包括观察室、特需医疗、国际医疗、联合病房、联合医院、康复病房和干部病房。也不包括以下或类似医疗机构：

(1) 精神病院，精神心理治疗中心；

(2) 老人院、疗养院、戒毒中心或戒酒中心；

(3) 健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

5、住院：指被保险人入住医院之正式病房进行治疗，并正式办理出入院手续，不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院及被保险人未达到入院标准而办理入院手续或者已达到出院标准而不办理出院手续的情形。

其中挂床住院指被保险人非治疗需要，一次离开医院 12 小时以上，视为自动离开医院，保险人仅对离开日及以前属于保险责任范围内的住院治疗承担保险金给付责任。

6、合理且必要：指符合以下两个条件：

(1) **符合通常惯例：**指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的费用。

(2) **医学必要：**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：

a. 医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需；

b. 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；

c. 与接受治疗地普遍的医疗专业实践标准一致；

d. 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；

e. 非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；

f. 非试验性或研究性。

对是否为合理且必要，由保险人理赔人员根据客观、审慎的原则进行审核；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。

7、住院医疗费用：

(1) **床位费：**指住院期间实际发生的、不高于双人病房的住院床位费（不包括单人病房、套房、家庭病床）。

(2) **重症监护室床位费：**指住院期间出于医学必需，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。

(3) 药品费：指住院期间实际发生的合理且必要的由医生开具的具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用。但不包括营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品，以及下列中药类药品：**①主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药，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，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。**

(4) 治疗费：指住院期间以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，具体以就诊合同约定的医疗机构的费用项目划分为准。本项责任不包含如下费用：**物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。**

(5) 护理费：指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

(6) 检查检验费：指住院期间实际发生的，以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用，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。

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

(8) 医生费：指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

(9) 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，被保险人需医院转诊过程中的医院用车费用，且救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送。

8、肾透析：指根据半透膜的膜平衡原理，使用一定浓度的电解质和葡萄糖组成的透析液和血液中积累的代谢产物、水及电解质进行渗透交换，从而达到治疗终末期肾病目的的治疗方式。

9、化学疗法：指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，在合同约定的医疗机构进行的静脉注射化疗。

10、放射疗法：指针对恶性肿瘤的放射治疗。放疗是使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以抑制和杀灭癌细胞为目的而进行的治疗。本保险合同所指的放疗为被保险人根据医嘱，在合同约定的医疗机构的专门科室进行的放疗。

11、肿瘤免疫疗法：指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和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药品监督管理局批准用于临床治疗。

12、肿瘤内分泌疗法：指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药品监督管理局批准用于临床治疗。

13、肿瘤靶向疗法：指在细胞分子水平上，针对已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。

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) 在二级或二级以上合同约定的医疗机构的相应科室从事临床工作三年以上。

15、初次确诊：指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊患有某种疾病，而不是指自本保险合同生效之后第一次经医院确诊患有某种疾病。

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

- (1) 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- (2) 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；
- (3) 本保险合同生效前发生，医生已有明确诊断，但未予治疗；
- (4) 本保险合同生效前出现症状，未经医生诊断和治疗，但症状明显以普通人医学常识应当知晓。

17、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。常见的遗传性疾病包括但不限于：遗传性共济失调（FRIEDREICH、遗传性侧索硬化、腓骨肌萎缩症、遗传性小脑共济失调、橄榄脑桥小脑萎缩）、遗传代谢病、神经皮肤综合症（多发性神经纤维瘤、结节性硬化、脑-面血管瘤病）、遗传性球形细胞增多症、葡萄糖 6 磷酸脱氢酶缺乏症、血红蛋白病（异常血红蛋白、海洋性贫血）、遗传性出血性毛细血管扩张症、血友病、血管性血友病、粘多糖病、先天性多关节弯曲、多动综合症、进行性骨化性肌炎。

18、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。

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

20、精神和行为障碍：精神和行为障碍的范围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。

21、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。

22、高风险运动：本保险合同所定义的高风险运动是指潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等运动。其中：

(1) **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。

(2) **攀岩：**指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

(3) **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。

(4) **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。

(5) **特技表演：**指进行马术、杂技、驯兽等表演。

23、职业病：2013年12月23日，国家卫生计生委、人力资源社会保障部、安全监管总局、全国总工会4部门联合印发《[职业病分类和目录](#)》。该《分类和目录》将职业病分为职业性尘肺病及其他呼吸系统疾病、职业性皮肤病、职业性眼病、职业性耳鼻喉口腔疾病、职业性化学中毒、物理因素所致职业病、职业性放射性疾病、职业性传染病、职业性肿瘤、其他职业病10类132种。

24、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《道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

25、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；(2)驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；(3)持审验不合格的驾驶证驾驶；(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。

26、无有效行驶证：指下列情形之一，(1)机动车被依法注销登记的；(2)未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

27、战争：是指国家与国家、民族与民族、政治集团与政治集团之间为了一定的政治目的、经济目的而进行的武装斗争。以政府宣布为准。

28、军事冲突：国家或民族之间在一定范围内的武装对抗，以政府宣布为准。

29、暴乱：破坏社会秩序的武装骚动，以政府宣布为准。

30、恐怖主义活动：指声称或未声称其以取得经济、种族、民族主义的、政治、人种或宗教利益为目的，无论是否宣布该利益，而对任何自然人、财产或政府实施的任何实际或威胁使用武力或暴力直接造成或导致其损害、伤害、危害或破坏，或危及人类生命或财产的行为。抢劫或其他主要为私人利益的犯罪行为，或任何主要起因于受害者与加害者之间先前的私人关系的犯罪行为应不被视为恐怖行为。恐怖分子行为应包括任何由当地国家政府证实或认定为恐怖分子行为的任何行

动。

31、未到期净保费：指保险费×(1-已经过天数/保险期间天数)×(1-费用比例)，除保单另有约定外，该费用比例为20%。

32、已交纳期次保险费的未到期净保费：是指已交纳期次保险费×(1-已经过天数/已交纳期次对应的保险期次期间)×(1-费用率)。除另有约定外，本保险合同的费用率为20%。

33、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。

附录：重大疾病目录

指被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病(共103种)，应当由专科医生明确诊断。下列有*所标注的第1至第28项为中国保险行业协会颁布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范(2020年修订版)》规定的28种重度疾病定义，第29至第103项为本公司增加的疾病种类并自行制定的疾病定义。

1、恶性肿瘤——重度

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

下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，不在保障范围内：

(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 $ki-67 \leq 2\%$)或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

2、较重急性心肌梗死

急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合(1)检测到肌酸激酶同工酶(CK-MB)或肌钙蛋白(cTn)升高和/或降低的动态变化，至少一次达到或超过心肌梗死的临床诊断标准；(2)同

时存在下列之一的证据，包括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的病理性 Q 波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。较重急性心肌梗死指依照上述标准被明确诊断为急性心肌梗死，并且必须同时满足下列至少一项条件：

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

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

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

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

(5) 影像学检查证实存在新出现的室壁瘤；

(6) 出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白 (cTn) 升高不在保障范围内。

3、严重脑中风后遗症

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

(1) 一肢 (含) 以上肢体肌力 2 级 (含) 以下；

(2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；

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

4、重大器官移植术或造血干细胞移植术

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

5、冠状动脉搭桥术 (或称冠状动脉旁路移植术)

指为治疗严重的冠心病，已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。

6、严重慢性肾衰竭

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

7、多个肢体缺失

指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端 (靠近躯干端) 以上完全性断离。

8、急性重症肝炎或亚急性重症肝炎

指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查

证实，并须满足下列全部条件：

- (1) 重度黄疸或黄疸迅速加重；
- (2) 肝性脑病；
- (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。

9、严重非恶性颅内肿瘤

指起源于脑、脑神经、脑被膜的非恶性肿瘤，ICD-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）。

10、严重慢性肝衰竭

指因慢性肝脏疾病导致的肝衰竭，且须满足下列全部条件：

- (1) 持续性黄疸；
- (2) 腹水；
- (3) 肝性脑病；

(4) 充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。因酗酒或药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。

11、严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症

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

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

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

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

12、深度昏迷

指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级（GCS，Glasgow Coma Scale）结果为 5 分或 5 分以下，且已经持续使用呼吸机及其他生命维持系统 96 小时以上。

因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。

13、双耳失聪

指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆性丧失，在 500 赫兹、1000 赫兹和 2000 赫兹语音频率下，平均听阈大于等于 91 分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

14、双目失明

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

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

15、瘫痪

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

16、心脏瓣膜手术

指为治疗心脏瓣膜疾病，已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。

17、严重阿尔茨海默病

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

- (1) 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）评估结果为 3 分；
- (2) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不在保障范围内。

18、严重脑损伤

指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：

- (1) 一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；
- (2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
- (3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

19、严重原发性帕金森病

是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为运动迟缓、静止性震颤或肌强直等，经相关专

科医生确诊，且须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

继发性帕金森综合征、帕金森叠加综合征不在保障范围内。

20、严重Ⅲ度烧伤

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

21、严重特发性肺动脉高压

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

22、严重运动神经元病

是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症，经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：

- （1）严重咀嚼吞咽功能障碍；
- （2）呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难，且已经持续使用呼吸机 7 天（含）以上；
- （3）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

23、语言能力丧失

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

精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。

24、重型再生障碍性贫血

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

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

（2）外周血象须具备以下三项条件中的两项：

- 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 $<20 \times 10^9/L$ 。

25、主动脉手术

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

所有未实施开胸或开腹的动脉内介入治疗不在保障范围内。

26、严重慢性呼吸衰竭

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

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

27、严重克罗恩病

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

28、严重溃疡性结肠炎

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

29、严重多发性硬化

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

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

30、全身性重症肌无力

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。

31、严重冠心病

指经根据冠状动脉造影检查结果明确诊断为三支主要血管（左冠状动脉主干和右冠状动脉，或前降支、左旋支和右冠状动脉）严重狭窄性病变（至少一支血管管腔直径减少 75%以上和其他两支血管管腔直径减少 60%以上）。前降支、左旋支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。

32、因职业关系导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

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

必须满足下列全部条件：

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

保障范围内的职业如下:

医生和牙科医生	护士
实验室工作人员	医院护工
医生助理和牙医助理	救护车工作人员
助产士	消防队员
警察	狱警

(2) 血清转化必须出现在事故发生后的 6 个月以内;

(3) 必须提供被保险人在所报事故发生后的 5 天以内进行的检查报告, 该报告必须显示被保险人血液 HIV 病毒阴性和/或 HIV 抗体阴性;

(4) 必须在事故发生后的 12 个月内证实被保险人体内存在 HIV 病毒或者 HIV 抗体。

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

33、严重系统性红斑狼疮性肾炎

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。

本保单保障的严重系统性红斑狼疮性肾炎必须满足下列条件之一:

(1) 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;

(2) 临床出现肾功能衰竭且达到尿毒症期。

其他类型的红斑性狼疮, 如盘状狼疮、仅累及血液及关节的狼疮不在本保单保障范围内。

世界卫生组织 WHO 狼疮性肾炎分型见下表:

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

34、慢性呼吸功能衰竭

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

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

35、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，并已经进行化疗或手术治疗的。

36、严重心肌病

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

37、严重克隆病

指一种慢性肉芽肿性肠炎。被保险人所患的克隆病必须已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或引起急性腹膜炎的肠穿孔，诊断必须有结肠镜检查和组织病理学证据支持。

38、严重溃疡性结肠炎

指伴有致命性电解质紊乱的急性暴发性溃疡性结肠炎，病变累及全结肠，表现为严重的血便和系统性症状体征，治疗通常采取全结肠切除和回肠造瘘术。溃疡性结肠炎必须根据组织病理学特点诊断，并且被保险人已经接受了结肠切除和（或）回肠造瘘术。

39、1 型糖尿病

指因严重的胰岛素缺乏导致的一组糖、脂肪、蛋白质代谢异常综合症，且须依赖外源性胰岛素进行机体的葡萄糖代谢和维持生命。本病须经血胰岛素测定、血 C 肽测定或尿 C 肽测定检查证实，且被保险人已经接受了持续的胰岛素治疗 180 天以上，并须满足下列至少一项条件：

- (1) 并发增殖性视网膜病变；
- (2) 并发心脏病变，并须植入心脏起搏器进行治疗；
- (3) 至少一个脚趾发生坏疽并已实施手术切除。

40、肺源性心脏病

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

41、植物人状态

指被保险人已丧失大脑皮层功能，对外界刺激或体内需求皆无反应，人呈无意识状态，但脑干功能仍然保留，并持续依赖外界生命支持系统至少 30 天以上，该病须由神经科专科医生确诊并证

明有永久性神经系统损害。

由于酗酒或滥用药物所致的植物人状态不在保障范围内。

42、严重类风湿性关节炎

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

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

43、非阿尔茨海默病所致严重痴呆

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

神经官能症、精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在保障范围内。

44、重症急性坏死性筋膜炎截肢

指一种由细菌侵入皮下组织和筋膜引起的急性坏死性软组织感染,可伴有毒血症、败血症、中毒性休克、弥漫性血管内凝血及多器官衰竭。必须满足下列所有条件:

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

45、严重哮喘

指一种反复发作的严重支气管阻塞性疾病,经专科医生确诊,且必须同时符合下列标准:

- 1)过去两年中曾因哮喘持续状态住院治疗,并提供完整住院记录;
- 2)因慢性过度换气导致胸廓畸形;

- 3) 在家中需要医生处方的氧气治疗法；
- 4) 持续日常服用口服类固醇激素治疗持续至少 6 个月。

被保险人申请理赔时年龄必须在年满 25 周岁之前。

46、严重川崎病

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

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

47、严重弥漫性系统性硬皮病

是一种系统性胶原血管病引起进行性的皮肤、血管和内脏器官的弥漫性纤维化。本病症须经专科医生明确诊断，并须满足下列全部条件：

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

局限性硬皮病、嗜酸细胞筋膜炎和 CREST 综合征不在保障范围内。

48、丝虫病所致象皮病

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

49、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。**

50、急性坏死性胰腺炎开腹手术

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

因酗酒或饮酒过量所致的急性坏死性胰腺炎以及腹腔镜手术不在保障范围内。

51、严重慢性复发性胰腺炎

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

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

52、克雅氏病

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

53、严重肾髓质囊性病

指经专科医生明确诊断为肾髓质囊性病，且须同时满足下列条件：

- 1) 肾髓质有囊肿、肾小管萎缩及间质纤维化等病理改变；
- 2) 贫血、多尿及肾功能衰竭等临床表现；
- 3) 诊断须由肾组织活检确定。

54、严重的原发性硬化性胆管炎

指一种胆汁淤积综合征，其特征是肝内、肝外胆道因纤维化性炎症逐渐狭窄，并最终导致完全阻塞而发展为肝硬化。本病须经内镜逆行胰胆管造影等影像学检查证实，并须满足下列全部条件：

- 1) 总胆红素和直接胆红素同时升高，血清 ALP>200U/L；
- 2) 持续性黄疸病史；
- 3) 出现胆汁性肝硬化或门脉高压。

因肿瘤或胆管损伤等继发性的硬化性胆管炎不在保障范围内。

55、特发性慢性肾上腺皮质功能减退

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

- 1) 明确诊断，符合所有以下诊断标准；

① 血浆促肾上腺皮质激素 (ACTH) 水平测定大于 100pg/ml ；

② 血浆和尿游离皮质醇及尿 17 羟皮质类固醇、17 酮皮质类固醇测定、血浆肾素活性、血管紧张素 II 和醛固酮测定，显示为原发性肾上腺皮质功能减退症；

③ 促肾上腺皮质激素（ACTH）刺激试验显示为原发性肾上腺皮质功能减退症。

2) 已经采用皮质类固醇替代治疗 180 天以上。

肾上腺结核、艾滋病病毒（HIV）感染或者艾滋病、感染、肿瘤所致的原发性肾上腺皮质功能减退和继发性肾上腺皮质功能减退不在保障范围内。

56、溶血性链球菌引起的坏疽

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

57、开颅手术

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

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

58、严重肌营养不良症

指一组肌肉变性病变，临床特征为与神经系统病变无关的肌肉无力和肌肉萎缩。本险种仅对肌营养不良症导致被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上的情况予以理赔。

59、严重心肌炎

指被保险人因严重心肌炎症性病变导致心功能损害造成持续的永久不可逆性的心功能衰竭。必须满足下列所有条件：

1) 心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能IV级，或左室射血分数低于30%；

2) 持续不间断 180 天以上；

3) 被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

60、肝豆状核变性

指一种常染色体隐性遗传的铜代谢缺陷病，以不同程度的肝细胞损害、脑退行性病变和角膜边缘有铜盐沉着环为其临床特征，并须满足下列全部条件：

1) 典型症状；

2) 角膜色素环（K-F 环）；

3)血清铜和血清铜蓝蛋白降低，尿铜增加；

4)经肝脏活检确诊。

61、路易体痴呆

指一组在临床和病理表现上以波动性认知功能障碍、视幻觉和帕金森综合征为临床特点，以路易体为病理特征的神经变性疾病。被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，日常生活必须持续受到他人监护。导致痴呆的疾病必须明确诊断，并且有完整的临床、实验室和影像学检查结果证实。

神经官能症，精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在保障范围内。

62、破裂脑动脉瘤夹闭手术

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

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

63、嗜铬细胞瘤

指发生在肾上腺或肾上腺外嗜铬组织的以分泌过多的儿茶酚胺为表现的神经内分泌肿瘤。嗜铬细胞瘤必须由内分泌专科医生诊断，并且满足以下所有条件：

- 1)临床有高血压症候群表现；
- 2)已经实施了嗜铬细胞瘤切除手术。

64、进行性核上性麻痹

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

65、严重幼年型类风湿性关节炎

幼年型类风湿性关节炎是一种儿童期发病的慢性关节炎，其特点为在高热和系统性病征出现数月后发生关节炎。

本病仅对实际接受了膝关节或髋关节置换手术治疗的严重的幼年型类风湿性关节炎予以理赔。

66、严重肠道疾病并发症

指严重肠道疾病或外伤导致小肠损害并发症，并须满足下列全部条件：

- 1)至少切除了三分之二小肠；

2)完全肠外营养支持三个月以上。

本项保险责任仅在被保险人 18 周岁以前提供保障。

67、严重瑞氏综合征（Reye 综合征，也称赖氏综合征、雷氏综合征）

瑞氏综合征为线粒体功能障碍性疾病，导致脂肪代谢障碍，引起短链脂肪酸、血氨升高，造成脑水肿。瑞氏综合征必须满足以下所有条件：

- 1)有脑水肿和颅内压升高的脑脊液检查和影像学检查证据；
- 2)血氨超过正常值 3 倍；
- 3)临床出现昏迷，病程至少达到疾病分期的第Ⅲ期。

68、严重自身免疫性肝炎

指一种原因不明的慢性肝脏的坏死性炎性疾病，机体免疫机制被破坏，产生针对肝脏自身抗原的抗体导致自身免疫反应，从而破坏肝细胞造成肝脏炎症坏死，进而发展为肝硬化。必须满足所有以下条件：

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

69、完全性房室传导阻滞

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

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

70、细菌性脑脊髓膜炎

指因脑膜炎双球菌感染引起的脑脊髓膜化脓性病变，且导致永久性神经损害，持续 90 天以上，并且脑脊液检查显示脑膜炎双球菌阳性。

永久性神经损害是指由细菌性脑脊髓膜炎引起的耳聋、失明、动眼神经麻痹、瘫痪、脑积水、智力或性情中度以上的损害，且上述症状持续 90 天以上仍无改善迹象。

71、严重感染性心内膜炎

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

1) 急性或亚急性感染性心内膜炎临床表现；

2) 血培养病原体阳性；

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

72、严重骨髓增生异常综合征

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

1) 由设有专门血液病专科的公立三级甲等医院血液病专科的主治级别以上的医师确诊；

2) 骨髓涂片检查同时符合发育异常细胞比例 > 10%、原始细胞比例 > 15%；

3) 已接受至少累计 30 天的化疗或已接受骨髓移植治疗。

化疗日数的计算以被保险人实际服用、注射化疗药物的天数为准。疑似病例不在保障范围之内。

73、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 等影像学检查做出。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反复治疗的癫痫。

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。

74、自体造血干细胞移植

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

该治疗须由保险人认可的专科医生认为在临床上必需的。

75、肺淋巴管肌瘤病

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

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

76、肺泡蛋白质沉积症

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

77、小肠移植

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

78、疾病或外伤所致智力障碍

指因严重头部创伤或疾病造成被保险人智力低常 (智力低于常态)。智力低常分为轻度 (IQ50-70)、中度 (IQ35-50)、重度 (IQ20-35) 和极重度 (IQ<20)。智商的检测必须由保险人认可的专职心理测验工作者进行，心理测验工作者必须持有由心理测量专业委员会资格认定书。根据被保险人年龄采用对应的智力量表如韦克斯勒智力量表 (儿童智力量表或成人智力量表)。必须满足下列全部条件：

- 1) 造成被保险人智力低常 (智力低于常态) 的严重头部创伤或疾病 (以入院日期为准) 发生在被保险人 6 周岁以后；
- 2) 专科医师确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低常；
- 3) 专职合格心理检测工作者适时做的心理检测证实被保险人智力低常 (轻度、中度、重度或极重度)；
- 4) 被保险人的智力低常自确认日起持续 180 天以上。

79、成骨不全症第三型

成骨不全症，又称脆骨病、瓷娃娃，患儿易发骨折、轻微的碰撞也会造成严重的骨折，是一种罕见的遗传性骨病。成骨不全症第三型须有专科医生明确诊断，同时符合下列所有条件：

- 1) 成骨不全症第三型之诊断进行的皮肤切片的病理检查结果为阳性；
- 2) X 光片结果显示有多处骨折及逐步脊柱后侧凸畸形；
- 3) 有证明是因此疾病引致发育迟缓及听力损伤。

80、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。

81、亚急性硬化性全脑炎

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

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

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

82、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。本病必须符合以下全部条件：

1) 脊髓小脑变性症必须由医院诊断，并有以下证据支持：

① 影响检查证实存在小脑萎缩；

② 临床表现存在共济失调、语言障碍和肌张力异常。

2) 被保险人运动功能严重障碍，自主生活能力完全丧失，无法独立完成基本日常生活或者活动中的三项或者三项以上。

83、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。**必须由保险人认可的神经科医生根据脑组织活检确定。**

84、埃博拉病毒感染

指埃博拉病毒感染导致的烈性传染病，并须满足下列全部条件：

1) 实验室检查证实埃博拉病毒的存在；

2) 从发病开始有超过 30 天的进行性感染症状。

85、严重继发性肺动脉高压

继发性肺动脉压力持续增高，导致右心室肥厚，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级。诊断需要由心脏科专家确诊，并且心导管检查报告显示静息状态下肺动脉平均压超过 30mmHg。

所有先天性心脏疾病直接或间接引起的肺动脉高压不在本保障范围内。

86、进行性风疹性全脑炎

指由风疹病毒感染引起的儿童和青少年的慢性脑炎。疾病确诊 180 天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

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

87、重症手足口病

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

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

88、湿性年龄相关性黄斑变性

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

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

89、脊柱裂

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

90、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。

91、血管性痴呆

指由缺血性卒中、出血性卒中和造成记忆、认知和行为等脑区低灌注的脑血管疾病所致的严重认知功能障碍综合征。被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，日常生活必须持续受到他人监护。导致痴呆的疾病必须明确诊断，并且有完整的临床、实验室和影像学检查结果证实。

神经官能症，精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在本保障范围内。

92、原发性骨髓纤维化

原发性骨髓纤维化以骨髓纤维增生和髓外造血为特点，表现为进行性贫血、脾肿大、外周血幼稚细胞等。被保险人须经由骨髓活检明确诊断为原发性骨髓纤维化，并满足下列所有条件且持续180天：

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

恶性肿瘤、中毒、放射线和感染所致的继发性骨髓纤维化不在本保障范围内。

93、失去一肢及一眼

指因疾病或者意外伤害导致单眼视力丧失及单肢肢体机能完全丧失。

单眼视力丧失指单眼视力永久不可逆性丧失，患眼须满足下列至少一项条件：

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

单肢肢体机能完全丧失，须满足下列至少一条件：

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

被保险人在 3 周岁之前因疾病导致单眼视力丧失不在保障范围内。

94、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。

95、多处臂丛神经根性撕脱

指由于疾病或意外导致至少两根臂丛神经根性撕脱，所造成的手臂感觉功能与运动功能完全永久性丧失。该病必须由保险人认可的医院的专科医生确诊，并且有完整的电生理检查结果证实。

96、艾森门格综合征

是一种先天性心脏病发展的后果。房、室间隔缺损、动脉导管未闭等先天性心脏病，可由原来的左向右分流，由于进行肺动脉高压发展至器官性肺动脉阻塞性病变，出现右向左分流，皮肤黏膜

从无青紫发展到有青紫时，称为艾森门格综合征。本病诊断须有专科医生经超声心动图和心导管检查证实及须符合以下所有标准：

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

97、因器官移植导致的艾滋病病毒感染

指因器官移植而感染上艾滋病病毒 (HIV) 或患艾滋病。本病须满足如下全部条件：

- 1) 在保障起始日之后，被保险人因治疗必须而实施器官移植，并且因器官移植而感染艾滋病病毒或艾滋病；
- 2) 提供器官治疗的器官移植中心或医院出具的此次因器官移植感染艾滋病病毒或艾滋病，属于医疗事故的报告，或者法院终审裁定医疗事故并且不准上诉；
- 3) 提供器官治疗的器官移植中心或医院必须具有合法经营执照。

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

98、严重急性主动脉夹层血肿

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

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

慢性期主动脉夹层择期手术、经导管主动脉内介入手术治疗不在保障范围内。

99、肌萎缩脊髓侧索硬化后遗症

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

100、严重结核性脑膜炎

由结核杆菌引起的脑膜和脊膜的非化脓性炎症性疾病。需满足以下全部条件：

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

101、严重慢性缩窄性心包炎

由于慢性心包炎症导致心包脏层和壁层广泛瘢痕粘连、增厚和钙化，心包腔闭塞，形成一个纤维瘢痕外壳，使心脏和大血管根部受压，阻碍心脏的舒张。慢性缩窄性心包炎必须被明确诊断并且满足下列所有条件：

- 1) 心功能衰竭达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级IV级，并持续 180 天以上；
- 2) 已经接受了经下列任何一种手术路径进行的开胸心包剥离手术或心包切除手术。
 - ① 胸骨正中切口；
 - ② 双侧前胸切口；
 - ③ 左前胸肋间切口。

经胸腔镜、胸壁打孔进行的手术、心包粘连松解手术不在保障范围内。

102、胆道重建手术

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

胆道闭锁并不在保障范围内。

103、因输血感染艾滋病病毒

指被保险人感染艾滋病病毒（HIV），且须满足下列全部条件：

- 1) 因输血而感染；
- 2) 提供输血治疗的输血中心或医院出具该项输血感染属医疗责任事故的报告，或者法院终审判决或裁定为医疗责任；
- 3) 受感染的被保险人不是血友病患者。

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

独立检验的权利。

中华联合财产保险股份有限公司

癌症特种药品费用医疗保险（D款）条款

总则

第一条 保险合同构成

本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、保险单（包含电子保险单，下同）或其他保险凭证、批单等组成。

凡涉及本合同的约定，均应采用书面形式（包括电子文档形式）。

第二条 保险合同成立

投保人提出保险申请、保险人同意承保，本合同成立。

第三条 被保险人

本合同的被保险人为投保时出生 30 天以上（已健康出院）至 85 周岁（含），身体健康，能正常工作或正常生活的自然人。

第四条 投保人

本合同的投保人应为具有完全民事行为能力的被保险人本人、对被保险人有保险利益的其他人。

第五条 受益人

除另有约定外，本合同的受益人为被保险人本人。

投保人指定或变更受益人时须经被保险人同意。

被保险人死亡后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人的遗产，由保险人依照中华人民共和国有关法律法规的规定履行给付保险金的义务：

- （一）没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；
- （二）受益人先于被保险人死亡，没有其他受益人的；
- （三）受益人依法丧失受益权或者放弃受益权，没有其他受益人的。

受益人与被保险人在同一事件中死亡，且不能确定死亡先后顺序的，推定受益人死亡在先。

投保人为与其有劳动关系的劳动者投保人身保险，不得指定被保险人及其近亲属以外的人为受益人。

等待期

第六条 等待期

投保人为被保险人首次投保本保险或者非续保本保险时,自本合同生效之日起一定期间为等待期,具体期间在保险单中载明,最长不超过 90 天。续保本保险无等待期。

被保险人在等待期内经医院确诊患癌症,保险人不承担给付保险金的责任。保险人对投保人返还所交保险费后,本合同终止。

本合同保险期间届满后 30 日内(含第 30 日),投保人重新提出投保申请、保险人重新审核同意后签发的保险单,不计算等待期;本合同保险期间届满后第 31 日起,投保人重新提出投保申请、保险人重新审核同意后签发的保险单,需重新计算等待期。

保险责任

第七条 保险责任

在本合同保险期间内,被保险人在等待期后经医院专科医生确诊初次患癌症,对于在保险期间内专科医生开具的用于治疗该癌症的且同时满足以下条件的药品费用(以下简称“满足条件的药品费用”),保险人根据本合同“癌症特种药品费用医疗保险金计算方法”的约定给付癌症特种药品费用医疗保险金,累计以保险单载明的保险金额为限,当达到该限额时,保险责任终止。

(一) 满足条件的药品费用须同时满足以下要求:

- (1) 药品处方是在被保险人等待期满后确诊初次患癌症之后由医院专科医生开具的,且该药品为被保险人当前治疗癌症所必需;
- (2) 每次的处方剂量不超过 1 个月,且开具时间须在本合同保险期间内;
- (3) 该药品属于保险人指定或认可的药品,保险人指定或认可的药品范围由保险人与投保人在投保时约定,并在保险单中载明;
- (4) 该药品是在保险人指定或认可的药店购买的药品;
- (5) 该药品须通过本合同约定的药品处方审核,且购买过程符合本合同约定的购药流程,具体的处方审核及购药流程于投保时在保险单中载明。

对不满足条件的药品费用,保险人不承担给付癌症特种药品费用医疗保险金的责任。

(二) 癌症特种药品费用医疗保险金计算方法

癌症特种药品费用医疗保险金给付金额=(符合本合同要求的癌症药品费用-从其他途径已获得的癌症药品费用补偿)×给付比例

给付比例具体如下:

1. 若被保险人以参加基本医疗保险身份投保:

- (1) 如药品为基本医疗保险药品目录内且已经过基本医疗保险报销,给付比例为 100%;

(2) 如药品为基本医疗保险药品目录内但未经过基本医疗保险报销, 给付比例为 60% ;

(3) 如药品为基本医疗保险药品目录外, 给付比例为 100%。

2. 若被保险人未以参加基本医疗保险身份投保, 则基本医疗保险药品目录内药品和基本医疗保险药品目录外药品给付比例均为 100%。

从其他途径已获得的癌症药品费用补偿, 包含已从基本医疗保险、公费医疗、其他政府机构或者社会福利机构、除本保险外的其他商业保险、公益慈善机构、第三方责任人等其他途径实际获得的癌症药品费用补偿。

第八条 费用补偿原则

若被保险人的药品费用可依法律及政府之规定有所补偿, 或从其它福利计划及医疗保险计划中取得部分或全部补偿, 保险人遵循损失补偿原则, **仅负责补偿剩余部分**, 并以相应保险金额为限。

责任免除

第九条 责任免除

因下列情形的一种或多种导致被保险人发生癌症药品费用, 或癌症药品符合下列情况的一种或多种的, 保险人不承担给付保险金的责任:

(一) 在中国大陆境外的国家或者地区接受治疗;

(二) 药品处方的开具与国家食品药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症用法用量不符;

(三) 被保险人的疾病状况, 经审核, 确定对申领药品已经耐药, 而产生的费用(耐药是指肿瘤病灶按照 RECIST (实体瘤治疗疗效评价标准) 评价标准有进展);

(四) 被保险人在本合同生效前所患既往症、癌症或已出现的症状、体征, 但保险人在承保时已知晓并做出书面认可的不在此限;

(五) 投保前或等待期间已出现症状、体征并于等待期后确诊的疾病;

(六) 任何职业病、遗传性疾病, 先天性癌症 (BRCA1/BRCA2 基因突变家族性乳腺癌, 遗传性非息肉病性结直肠癌, 肾母细胞瘤即 Wilms 瘤, 李 - 佛美尼综合症即 Li-Fraumeni 综合症), 先天性畸形、变形或染色体异常(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)引起的医疗费用;

(七) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间;

(八) 被保险人接种预防癌症的疫苗, 进行基因测试以鉴定癌症的遗传性, 未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及其产生的后果所产生的费用;

(九) 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者批准的药品或者

药物。

保险金额和保险费

第十条 保险金额和保险费

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本合同的保险金额与保险费由投保人和保险人在投保时约定并于保险单上载明。

保险期间和续保

第十一条 保险期间

本合同的保险期间为一年（或不超过一年），以保险单载明的起讫时间为准。

第十二条 续保

本合同为不保证续保合同。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保，保险人有权对重新提出的投保申请进行审核，经保险人同意后，投保人交纳保险费，获得新的保险合同。

保险人义务

第十三条 明确说明义务

订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明，未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十四条 资料补充通知义务

保险人认为被保险人或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、被保险人或保险金申请人补充提供。

第十五条 保险金赔付义务

保险人收到被保险人或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，但保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人或保险金申请人；对属于保险责任的，在与被保险人或受益人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。

保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向被保险人或保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付的数额不能确定

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

投保人、被保险人义务

第十六条 保险费交付

本合同保险费交付方式可由投保人与保险人在投保时约定，并于保险单上载明。

若约定一次性交付保险费的，投保人应在保险责任起始日前一次性交清保险费。**投保人未按约定交付保险费的，本合同不生效。**

若约定分月交付保险费的，投保人在交付首月保险费后，应当在每个保险费约定支付日交纳其余各月的保险费。若投保人未按约定交付保险费，投保人应自保险人催告之日起三十日（含第三十日）内补交保险费，**若投保人在上述三十日内未补交保险费的，本合同自第三十日二十四时起效力终止，保险人将不再承担效力终止后的保险责任。**

如果被保险人在此三十日内发生保险事故，保险人将扣减投保人欠交的保险费后按照合同约定给付保险金。

第十七条 如实告知

订立本合同，保险人就投保人、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如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费的，保险人有权解除保险合同。

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

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，不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

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

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的责任。

第十八条 地址变更

投保人住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，应及时以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达给投保人。

第十九条 保险事故通知

投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当在 48 小时内或经保险人书面同意延长的期限内通知保险人。**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。**

被保险人遭受事故的，除法律禁止的情况外，保险人有权对投保人、被保险人、受益人等，就事故的性质、原因、结果及被保险人的损伤程度和身体情况等，进行调查、检查、评估和鉴定（包括但不限于提请作必要、合理的检验），投保人、被保险人、受益人等应当予以充分配合。

保险金申请与给付

第二十条 保险金申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。**保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

（一）保险金给付申请书；

（二）保险单或其他保险凭证正本；

（三）保险金申请人的身份证明；

（四）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；

（五）医院出具的被保险人诊断证明(病理诊断或加盖医务处公章或具有同等效力公章的临床诊断)、保险人指定或认可的药店出具的药品费用收据或者发票；

（六）保险人指定或认可的药店出具的药品费用清单、医院出具的被保险人的处方、门诊及住院病历、入出院记录以及与诊断证明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）被保险人经基本医疗保险或其他任何第三方获得了部分药品费用的补偿并无法提供药品费用原始凭证时，应提供上述保险金申请材料及基本医疗保险机构或其他相应第三方出具的医疗费用分割单或医疗费用结算证明，保险人按本合同的约定承担剩余合理药品费用的保险责任；

（八）若被保险人或受益人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。

对于保险人已经与保险人指定或认可的药店直接结算的药品费用，保险人不再接受被保险人对该部分保险金的申请。

争议处理和法律适用

第二十一条 争议处理

因履行本合同发生的争议,由当事人协商解决。协商不成的,提交保险单载明的仲裁机构仲裁;保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的,依法向保险人所在地的人民法院起诉。

第二十二条 诉讼时效

受益人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年,自其知道或应当知道保险事故发生之日起计算。

第二十三条 法律适用

与本合同有关的以及履行本合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律(不包括港澳台地区法律)。

其他事项

第二十四条 合同变更

除本合同另有约定外,经投保人和保险人协商同意后,可变更本合同的有关内容。变更本合同时,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。

第二十五条 合同解除

在本合同成立后,投保人可以书面形式通知保险人解除合同,但保险人已根据本合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本合同时,应提供下列证明文件和资料:

- (1) 保险合同解除申请书;
- (2) 保险单或其他保险凭证原件;
- (3) 保险费交付凭证;
- (4) 投保人身份证明;
- (5) 保险人需要的其它有关文件和资料。

投保人要求解除本保险合同,自保险人接到保险合同解除申请书之时起,本保险合同的效力终止。若投保人选择一次性交纳保险费,保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还保险单的未到期净保费。若投保人选择分期交纳保险费,保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还投保人已交纳期次保险费的未到期净保费。

第二十六条 年龄错误

在申请投保时,投保人应将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：

(1) 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合同约定的年龄限制的，**保险人有权解除本合同，合同解除权自保险人知道有解除事由之日起超过 30 日不行使而消灭。对于解除本合同的，本合同自解除之日起终止，保险人向投保人退还本合同终止时的未到期净保费。对于本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；**

(2) 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人支付的保险费少于应付保险费的，**保险人有权更正并要求投保人补交保险费，或者在给付保险金时按照实付保险费和应付保险费的比例支付；**

(3) 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，**保险人向投保人无息退还多收的保险费。**

释义

1、保险人：指与投保人签订本合同的中华联合财产保险股份有限公司。

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。例如，出生日期为 2000 年 9 月 1 日，2000 年 9 月 1 日至 2001 年 8 月 31 日期间为 0 周岁，2001 年 9 月 1 日至 2002 年 8 月 31 日期间为 1 周岁，依此类推。

3、癌症：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的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD-10) 的恶性肿瘤范畴。

4、医院：本合同所指医院为**保险人指定或认可的医疗机构**。国务院卫生行政主管部门医院等级分类中的二级合格或者二级合格以上的基本医疗保险规定的定点医院，**不包括以康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者类似功能为主要功能的医疗机构。**

5、确诊初次患：指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊患有某种疾病，而不是指自本合同保险期间内第一次经医院确诊患有某种疾病。例如，本合同生效为 2018 年 12 月 1 日，被保险人自出生后第一次经医院确诊患“癌症”的时间，以及是否满足在本合同保险期间内初次确诊条件的核定结论见下表：

自出生后初次确诊时间	是否满足在本合同保险期间内初次确诊条件
2018 年 12 月 1 日之前	否
2018 年 12 月 1 日起的 30 日（含）内	否
2018 年 12 月 1 日起的 30 日后	是

6、专科医生：专科医生须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者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。

7、处方：指由注册的执业医师和执业助理医师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。

8、基本医疗保险：包括城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗保险、城镇居民基本医疗保险。

9、公费医疗：公费医疗制度，是国家为保障国家工作人员身体健康而实行的一项社会保障制度。国家通过医疗卫生部门向享受人员提供制度规定范围内的免费医疗预防。

10、中国大陆境外：指中华人民共和国领土之外的地区以及香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。

11、既往症：指在本合同生效日之前已患的疾病或者已有的症状。

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

13、先天性畸形、变形和染色体异常：指被保险人出生时就具有的畸形、变形或者染色体异常。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。

14、艾滋病/艾滋病病毒：指人类免疫缺陷病毒及相关疾病，包含获得性免疫缺陷综合症(AIDS，艾滋病)、艾滋病并发症及所有由此导致或由治疗该疾病而引发的疾病。

15、合法有效：本合同所指合法有效均以中华人民共和国法律、行政法规、地方性法规、行政规章及有关规范性法律文件的规定为判定依据。

16、有效身份证件：指由中华人民共和国政府主管部门规定的能够证明其身份的证件，如：居民身份证、军官证、警官证、士兵证、户口簿以及中华人民共和国政府主管部门颁发或者认可的有效护照或者其他身份证明文件。

17、未到期净保费：指保险费 $\times (1 - \text{已经过天数} / \text{保险期间天数}) \times (1 - \text{费用比例})$ ，除保单另有约定外，该费用比例为 20%。