

中国大地财产保险股份有限公司 个人医疗保险（未成年人专用 B 款）条款

【注册编号：C00001032512024081912423】

总则

第一条 本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单或者其他投保文件、保险单或者其他保险凭证、批单以及其他有关书面约定构成。凡涉及本合同的约定，均应当采用书面形式。

第二条 投保时年龄在出生满三十日至十七周岁（含）之间，身体健康、能正常工作或者生活的自然人，可作为本保险的被保险人。

第三条 有完全民事行为能力的被保险人本人或者对被保险人具有保险利益的其他人，可作为本保险的投保人。

第四条 除本合同另有约定外，本合同保险金的受益人（以下简称“受益人”）为被保险人本人。

保险责任

第五条 一般医疗保险责任

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或者经过等待期后（免除等待期的不在此限）患疾病，在保险人指定或者认可的医疗机构（以下简称“医疗机构”）的普通部接受治疗的，由此发生的必需且合理的下列第（一）至（四）项列明的医疗费用（以下简称“合理医疗费用”），保险人按照本保险条款“保险金计算和给付”中第十四条的约定计算给付一般医疗保险金。

（一）住院医疗费用

住院医疗费用即被保险人接受住院治疗而发生的、经社会基本医疗保险或者公费医疗报销后应由被保险人个人支付的住院医疗费用，包括床位费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费、救护车使用费（仅限同城）。

保险期间届满时，被保险人住院治疗仍未结束且投保人未重新向保险人投保本保险的，保险人继续承担保险责任，直至被保险人该次住院出院之时或者保险期间届满之日起第三十日二十四时（以先发生者为准）止。

（二）特殊门诊医疗费用

特殊门诊医疗费用即被保险人接受特殊门诊治疗时发生的、经社会基本医疗保险或者公费医疗报销后应由被保险人个人支付的特殊门诊医疗费用。

特殊门诊医疗费用为：

1. 门诊肾透析费；
2. “恶性肿瘤——重度”或者“恶性肿瘤——轻度”

门诊治疗费，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；

3. 器官移植后的门诊抗排异治疗费。

（三）门诊手术医疗费用

门诊手术医疗费用即被保险人接受门诊手术治疗时发生的、经社会基本医疗保险或者公费医疗报销后应由被保险人个人支付的门诊手术医疗费用。

（四）住院前后门急诊医疗费用

住院前后门急诊医疗费用即被保险人在住院前三十日内（含入院当日）和出院后三十日内（含出院当日），因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗时发生的、经社会基本医疗保险或者公费医疗报销后应由被保险人个人支付的门急诊医疗费用（不包括本条（二）特殊门诊医疗费用和本条（三）门诊手术医疗费用）。

第六条 重大疾病医疗保险责任

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或者经过等待期后（免除等待期的不在此限）患疾病，并经医疗机构首次确诊（非首次投保本保险的不在限制）患本合同约定的重大疾病（无论一种或者多种），并在医疗机构的普通部或者特需医疗部接受治疗的，由此发生的必需且合理的本保险条款第五条第（一）至（四）项列明的医疗费用（以下简称为“重大疾病合理医疗费用”），保险人按照本保险条款“保险金计算和给付”中第十五条的约定计算给付重大疾病医疗保险金。

责任免除

第七条 由于下列任何原因发生的医疗费用，保险人不承担给付保险金的责任：

- （一）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- （二）被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施，因挑衅或者故意行为导致争执、打斗而引发意外或者因此被攻击、被伤害、被杀害；
- （三）被保险人故意自杀或者自伤，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （四）首次投保前或者脱保后重新投保（视为首次投保）本保险前被保险人所患的既往症及其并发症；
- （五）被保险人在等待期内所患的疾病；
- （六）未遵医嘱而私自服用、涂用或者注射药物；
- （七）牙科疾病及相关治疗，视力矫正手术，但因意外伤害所致的不受此限；

（八）被保险人怀孕（含宫外孕）、流产、分娩（含剖宫产）、避孕、绝育手术、治疗不孕症、人工受孕以及由此导致的并发症，但意外所致的流产、分娩不在此限；

（九）肥胖症相关手术、袖状胃切除术（用于治疗糖尿病除外）、包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗术；

（十）被保险人从事潜水、跳伞、攀岩、探险、武术比赛、摔跤、特技、赛马、赛车或者蹦极以及其他风险程度类似的高风险活动，竞技性、职业性运动；

（十一）任何生物武器、化学武器、核武器、核能装置造成的爆炸、灼伤、污染或者辐射，恐怖活动，邪教组织活动，战争、军事行动、暴动或者武装叛乱；

（十二）遗传性疾病，先天性畸形、变形或者染色体异常（以世界卫生组织（WHO, World Health Organization）颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）为准），性传播疾病。

第八条 在下列任何情形下发生的医疗费用，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）被保险人醉酒或者受酒精、毒品或者管制药品的影响期间；

（二）被保险人被司法机关采取强制措施期间；

（三）被保险人精神和行为障碍（以世界卫生组织（WHO, World Health Organization）颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）为准）或者癫痫发作期间，被保险人感染艾滋病病毒或者患艾滋病期间，但因职业原因、输血原因或者器官移植原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染除外；

（四）被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或者驾驶无合法有效行驶证的机动车期间。

第九条 对下列任何费用，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）与基因疗法、细胞免疫疗法治疗相关的费用；

（二）矫形、洗牙、洁齿、整容、美容、变性、心理咨询、体检、疗养、静养、康复治疗、健康护理、家庭病床治疗费用，修复、安装或者购买残疾用具（包括但不限于特别支架、器材、轮椅、拐杖、义肢、助听器、义牙、义眼、配镜）费用，除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节、心脏起搏器、人工肺、人工肾、人工食管、人工血管外的其他人工器官材料购买、置换、安装费用，与购置移植器官、捐献器官、保存和运输器官相关费用，体外医疗装置或者器材费用；

（三）椎间盘突出症（包括椎间盘膨出、椎间盘突出、椎间盘脱出、游离性椎间盘等类型）、痔疮、颈椎病、鼻中隔偏曲、静脉曲张、睡眠呼吸障碍、性早熟、生长发育迟滞、腺样体肥大治疗费用；

（四）各类医疗鉴定费用，包括但不限于医疗事故

鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定费用；

（五）不必要的转院治疗引发的额外费用。

保险金额和保险费

第十条 一般医疗保险金额和重大疾病医疗保险金额由投保人与保险人协商确定，并在本合同中载明。

第十一条 保险费由保险人在承保时根据适用的保险费率计算确定。

保险期间和等待期

第十二条 保险期间为一年，具体起讫时间由投保人与保险人约定，并在本合同中载明。

第十三条 等待期由投保人与保险人协商确定，并在本合同中载明；未在本合同中载明的，则为三十日。同时满足以下三个条件的，免除等待期：

（一）非首次投保本保险；

（二）投保人在上一个保险期间届满前重新向保险人投保本保险；

（三）本合同的保险期间与上一个保险合同的保险期间之间连续不间断。

保险金计算和给付

第十四条 保险人对于被保险人每次就诊发生的合理医疗费用，按照如下公式计算给付一般医疗保险金：

一般医疗保险金 = （该次就诊发生的合理医疗费用 - 免赔额）× 给付比例。

免赔额由投保人与保险人协商确定，并在本合同中载明。

当该次就诊发生的合理医疗费用大于免赔额时，按照上述公式计算给付保险金；当该次就诊发生的合理医疗费用小于等于免赔额时，保险人不给付保险金，但该次就诊发生的合理医疗费用可用于抵扣免赔额。被保险人从互助保险、除本保险外的其他商业保险、其所在的工作单位、公益慈善机构等非社保途径获得的医疗费用补偿也可用于抵扣免赔额。免赔额经上述抵扣至零时，保险人不再扣除免赔额。

保险人针对被保险人给付的一般医疗保险金累计以本合同约定的一般医疗保险金额为上限，当达到该保险金额时，本合同约定的对被保险人的般医疗保险责任终止。

第十五条 保险人对于被保险人每次就诊发生的重大疾病合理医疗费用，按照如下公式计算给付重大疾病医疗保险金：

重大疾病医疗保险金 = 该次就诊发生的重大疾病合理医疗费用 × 给付比例。

保险人针对被保险人给付的重大疾病医疗保险金累计以本合同约定的重大疾病医疗保险金额为上限，当达到该保险金额时，本合同约定的对被保险人的重大疾病医疗保险责任终止。

第十六条 本保险为费用补偿型医疗保险。被保险人每次通过各个途径所获得的费用补偿金额总和以其实际发生的费用为限。

第十七条 给付比例由投保人与保险人协商确定，并在本合同中载明。若被保险人以参加社会基本医疗保险或者拥有公费医疗的身份投保，但未以参加社会基本医疗保险或者拥有公费医疗的身份就诊并结算医疗费用，则保险人按照被保险人参加社会基本医疗保险或者拥有公费医疗的身份投保，且以参加社会基本医疗保险或者拥有公费医疗的身份结算的给付比例的 60% 进行赔付。

保险人义务

第十八条 保险人同意承保的，应当及时向投保人签发保险单或者其他保险凭证。

第十九条 保险人认为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保险金申请人补充提供。

第二十条 保险人收到保险金申请人提供的本保险条款“保险金申请”部分约定的保险金请求证明和资料后，应当及时作出核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但本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，履行给付保险金的义务；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。

第二十一条 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付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，支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第二十二条 投保人应当在订立本合同时一次交清保险费。投保人未按照本合同的约定交清保险费的，本合同不生效。

第二十三条 订立本合同时，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约定的义务，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。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于本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，保险人对于本合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但退还保险费。

保险人在本合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除本合同；发生保险事故的，保险人承担给付保险金的责任。

第二十四条 投保人、被保险人或者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，不承担给付保险金的责任，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不在此限。

前款约定的未及时通知，不包括因不可抗力而导致的通知迟延。

第二十五条 投保人住所或者通讯地址变更时，应当及时以书面形式通知保险人。投保人未及时通知的，保险人按本合同所载的投保人的最后住所或者通讯地址发送的有关通知或者其他文件，均视为已发送给投保人。

保险金申请

第二十六条 保险金申请人向保险人请求给付保险金时，应当提交下列证明和资料：

（一）保险金给付申请书；

（二）保险单或者其他保险凭证、批单；

（三）保险金申请人的身份证明，若保险金申请人系受托申请，还应当提供授权委托书和授权委托人的身份证明；

（四）医疗机构出具的医疗费用原始收据及明细、诊断证明、病历、出院小结；

（五）投保人、被保险人或者受益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。

保险金申请人未能提供有关证明和资料，导致保险人无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

第二十七条 发生保险事故的，保险人有权对投保人、被保险人、受益人和有关医疗机构等进行调查和检查，投保人、被保险人、受益人等应当尽量予以配合。

第二十八条 保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

年龄的计算及年龄错误的处理

第二十九条 被保险人的投保年龄以周岁计算。

第三十条 投保人在投保时，应当如实告知被保险人的年龄。若被保险人年龄发生错误，按照下列约定办理：

（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条款第二条所约定条件的，**保险人有权依法解除本合同，并向投保人退还相应的现金价值；**

（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，或者在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付；**

（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，**保险人应当退还多收的保险费。**

保险合同的变更与解除

第三十一条 除本合同另有约定外，投保人和保险人双方经协商同意，在不违反法律和监管规定的前提下，可变更本合同的有关内容，在本合同保险单或者其他保险凭证上加以批注或者附贴批单后生效，或者在订立合同变更书面协议后生效。

第三十二条 在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除本合同。保险人根据本合同的约定已给付保险金，或者已发生本合同约定的保险事故但是尚未给付保险金的，投保人不得解除本合同，但是受益人放弃保险金请求权的不在此限。

投保人解除本合同时，应当提供下列证明和资料：

- （一）解除合同通知书；
- （二）保险单或者其他保险凭证、批单；
- （三）投保人身份证明；
- （四）保险费发票或者收据；
- （五）保险人合理要求的其他有关证明和资料。

本合同的效力至保险人接到解除合同通知书之日二十四时或者通知书上载明的合同终止时间（以较晚者为准）终止。自收到前款约定的证明和资料之日起三十日内，保险人退还相应的现金价值。

健康管理服务

第三十三条 保险人委托的服务机构可以依法合规为被保险人提供互联网在线问诊、门诊预约、住院安排、手术安排等就医服务。具体服务内容以本合同载明的为准。

不保证续保

第三十四条 本合同为不保证续保合同。本合同保险期间届满前，投保人可重新向保险人投保本保险，经保

险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同，**但本保险不保证续保。**

争议处理与法律适用

第三十五条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交本合同载明的仲裁机构仲裁；本合同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。

第三十六条 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）。

释义

周岁：指按法定身份证明文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。

首次投保：指投保人为被保险人自其出生之日起第一次投保本保险。如果投保人此前为被保险人投保了保险人其他类似保障责任的保险产品，经保险人同意，可以视为非首次投保本保险。

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。

等待期：指自保险合同生效之日起连续计算的一个期间，在等待期内发生事故的，**保险人不承担给付保险金的责任。**

首次确诊：除本合同另有约定外，指被保险人出生之日起第一次经医疗机构确诊患有某种疾病，而不是指本合同等待期届满后第一次经医疗机构确诊患有某种疾病。

保险人指定或者认可的医疗机构：包括保险人指定的医疗机构，以及中华人民共和国境内（不包括港澳台地区）依法经营的二级以上（含）公立医院，**但不包括境外医院、中外合资医院、民营医院、康复中心、联合诊所以及主要为门诊、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者相类似目的提供服务的医疗机构。**

必需且合理：指医疗费用同时满足以下条件：

（一）符合通常惯例：指医疗费用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。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）医学必需：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. 由医生开具的处方药；

4. 非试验性的、非研究性的项目；

5. 与接受治疗当地普通接受的医疗专业实践标准一致的项目。

住院：指入住医疗机构的正式病房接受全日 24 小时监护治疗的过程，并办理入院手续，不包括门（急）诊观察室诊疗、家庭病床、挂床住院、其他非正式的病床住院及不合理住院。被保险人因非医疗目的自行离开病房十二小时以上（含）的，视为自动出院。

挂床：指住院过程中一日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗或者一日内住院不满二十四小时，遵医嘱到外院接受临时诊疗的不在其限。

社会基本医疗保险：指包括职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

公费医疗：是指国家为保障国家工作人员而实行的、通过医疗卫生部门按规定向享受人员提供免费医疗及预防服务的一项社保制度。

床位费：指被保险人不高于双人病房的住院床位费用（不包括单人病房、套房、家庭病床）。

膳食费：指根据医生的嘱咐，由作为医疗机构内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。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 in 病房费等其他款项内。

护理费：指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

检查检验费：指以诊断疾病为目的，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。

治疗费：指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。**因物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法引起的治疗费不在保障范围之内。**

物理治疗：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；

中医理疗：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；

其他特殊疗法：包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

药品费：指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：

（一）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，阿胶珠，血宝胶囊，红桃 K 口服液，十全大补丸，十全大补膏等；

（二）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；

（三）用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

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

救护车使用费：指为抢救生命由急救中心派出的救护车费用及根据医生建议发生的医疗机构转诊过程中的医疗机构用车费。仅限于同一城市中的医疗运送。

化学疗法：指针对恶性肿瘤的化学治疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。

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，**但不包括质子重离子放射治疗。**本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。

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。

肿瘤内分泌疗法：指针对恶性肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制激素生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞的生长。

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。

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：

（一）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：

1. 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；

2. 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；

（二）TNM 分期为 I 期或者更轻分期的甲状腺癌；

（三）TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或者更轻分期的前列腺癌；

（四）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；

（五）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

（六）相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

（七）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%）或者更轻分级的神经内分泌肿瘤。

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，但是不在“恶性肿瘤——重度”保障范围的疾病。且特指下列六项之一：

（一）TNM 分期为 I 期的甲状腺癌；

（二）TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期的前列腺癌；

（三）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；

（四）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

（五）相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

（六）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：

（一）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；

（二）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。

重大疾病：本合同所规定的重大疾病指被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病：

（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-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-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：

（1）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；

（2）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 期或者更轻分期的甲状腺癌；

3. TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或者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%）或者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者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）或者肌钙蛋白（cTn）升高和 / 或降低的动态变化，至少一次达到或者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

性丧失或者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 倍以上（含）；
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 倍以上（含）；
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者断裂引起的中度以上（含）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、心室颤动或者心源性休克。

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、栓塞或者梗塞，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. 一肢以上（含）肢体肌力 2 级以下（含）；
2. 语言能力完全丧失，或者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以上（含）。

（四）重大器官移植术或者造血干细胞移植术

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、肺脏或者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者造血系统恶性肿瘤，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（或者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者每天进行腹膜透析。

（七）多个肢体缺失

指因疾病或者意外伤害导致两个以上（含）肢体自腕关节或者踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

（八）急性重症肝炎或者亚急性重症肝炎

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，且经血清学或者病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：

1. 重度黄疸或者黄疸迅速加重；
2. 肝性脑病；
3. B 超或者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者神经系统功能损害，出现视乳头水肿或者视觉受损、听觉受损、面部或者肢体瘫痪、癫痫等，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或者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者部分切除手术；
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者食管胃底静脉曲张。

因酗酒或者药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。

（十一）严重脑炎后遗症或者严重脑膜炎后遗症

指因患脑炎或者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，仍遗留下述至少一种障碍：

1. 一肢以上（含）肢体肌力 2 级以下（含）；
2. 语言能力完全丧失，或者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以上（含）。

（十二）深度昏迷

指因疾病或者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分以下（含），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之内。

（十三）双耳失聪 - 三周岁始理赔

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90分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

被保险人申请理赔时年龄必须要在三周岁以上，并且提供理赔当时的听力丧失诊断及检查证据。

（十四）双目失明 - 三周岁始理赔

指因疾病或者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，如果使用其他视力表应进行换算）；
3. 视野半径小于5度。

本合同仅对被保险人三周岁以后出现症状的情况予以理赔，并且提供理赔当时的双目失明诊断及检查证据。

（十五）瘫痪

指因疾病或者意外伤害导致两肢以上（含）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天后或者意外伤害发生180天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或者肢体肌力在2级以下（含）。

（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者修复的手术。

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者丧失，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）或者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以上（含）。

阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不在保障范围内。

（十八）严重脑损伤

指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或者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. 一肢以上（含）肢体肌力2级以下（含）；
2. 语言能力完全丧失，或者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以上（含）。

（十九）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、静止性震颤或者肌强直等，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以上（含）。

继发性帕金森综合征、帕金森叠加综合征不在保障范围内。

（二十）严重Ⅲ度烧伤

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

（二十一）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以上（含）。

（二十二）严重运动神经元病

是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症，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天以上（含）；
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以上（含）。

（二十三）语言能力丧失 - 三周岁始理赔

指因疾病或者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，且本合同仅对被保险人3周岁以后出现症状的情况予以理赔。

（二十四）重型再生障碍性贫血

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

1. 骨髓穿刺检查或者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% 但是＜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＜ $20 \times 10^9/L$ 。

（二十五）主动脉手术

指为治疗主动脉疾病或者主动脉创伤，已经实施了开胸（含胸腔镜下）或者开腹（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。

所有未实施开胸或者开腹的动脉内介入治疗不在保障范围内。

（二十六）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（ PaO_2 ）＜ 50mmHg。

（二十七）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者肠穿孔。

（二十八）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者回肠造瘘术。

以下重大疾病是保险人在中国保险行业协会与中医师协会制定的《重大疾病保险的疾病定义适用规范（2020 年修订版）》之外增加的疾病。

（二十九）胰腺移植

指胰腺功能衰竭，已经实施了在全身麻醉下进行的胰腺的异体器官移植手术。

单纯胰岛移植、部分胰腺组织或细胞的移植不在本保障范围内。

（三十）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。

（三十一）丝虫病所致象皮肿

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。此病症须经本公司认可的专科医生根据临床表现和微丝蚴的化验结果确诊。

（三十二）主动脉夹层血肿

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

（三十三）克雅氏病

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；

诊断必须由神经科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）。

（三十四）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。

（三十五）经输血导致的 HIV 感染

指被保险人感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）并且符合下列所有条件：

1. 被保险人因治疗必需而接受输血，并且因输血而感染人类免疫缺陷病毒（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人类免疫缺陷病毒（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。

本公司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。

（三十六）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。

（三十七）特发性慢性肾上腺皮质功能减退

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。

慢性肾上腺皮质功能衰竭只对由自身免疫功能紊乱引起的承担保险责任，其他原因引起的除外。

（三十八）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

（三十九）严重类风湿性关节炎

类风湿性关节炎为广泛分布的慢性进行性多关节病变，表现为关节严重变形，侵犯至少三个主要关节或关节组（如：双手（多手指）关节、双足（多足趾）关节、双腕关节、双膝关节和双髋关节）。

类风湿性关节炎必须明确诊断并且已经达到类风湿性关节炎功能分级Ⅲ级以上的功能障碍（关节活动严重

限制，不能完成大部分的日常工作和活动）并且自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

（四十）重症急性坏死性筋膜炎

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全部功能完全丧失超过 180 天者。

（四十一）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治疗不在保障范围内。

（四十二）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

（四十三）慢性复发性胰腺炎

胰腺炎反复发作超过三次以上并导致胰腺功能紊乱和营养不良，需要接受酶替代治疗。诊断必须有消化科专科医生确认并且有内窥镜逆行胰胆管造影所证实。

因酒精所致的慢性复发性胰腺炎除外。

（四十四）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。

本公司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。

（四十五）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。

（四十六）因职业关系导致的 HIV 感染

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它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后发生的 5 天以内进行的检查报告，该报告必须显示被保险人血液人类免疫缺陷病毒（HIV）阴性和 / 或人类免疫缺陷病毒（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人类免疫缺陷病毒（HIV）或人类免疫缺陷病毒（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人类免疫缺陷病毒（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。

本公司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。

（四十七）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。

由于酗酒或滥用药物所致的植物人状态不在保障范围内。

（四十八）亚历山大病

是一种遗传性中枢神经系统退行性病变，特点为脑白质营养不良。临床表现为惊厥发作、智力下降、球麻痹、共济失调、痉挛性瘫痪。亚历山大病必须被明确诊断，并且造成永久性神经系统功能损害。被保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。

未诊断的疑似病例不在保障范围之内。（四十九）原发性脊柱侧弯矫正手术

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。

（四十九）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. 昏睡或意识模糊；
4. 视力减退、复视和面神经麻痹。

（五十）严重冠状动脉粥样硬化性心脏病

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。

（五十一）多发性硬化

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 个月以内有一次以上（不包含一次）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。

（五十二）全身性（型）重症肌无力

是指一种神经与肌肉接头部位传递障碍的自身免疫性疾病，临床特征是局部或全身横纹肌于活动时易于疲劳无力，颅神经眼外肌最易累及，也可涉及呼吸肌、下肢近端肌群以至全身肌肉，须经本公司认可的神经科医师确诊。其诊断必须同时具有下列情况：

1. 经药物、胸腺手术治疗一年以上无法控制病情，丧失正常工作能力；
2. 出现眼睑下垂，或延髓肌受累引起的构音困难、进食呛咳，或由于肌无力累及延髓肌、呼吸肌而致机体呼吸功能不正常的危急状态即肌无力危象；
3. 症状缓解、复发及恶化交替出现，临床接受新斯的明等抗胆碱酯酶药物治疗的病史。

（五十三）严重心肌病

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四级心功能衰竭状态持续至少一百八十天。

本病须经专科医生明确诊断。继发于全身性疾病或其它器官系统疾病造成的心肌病变除外。

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。

（五十四）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。

（五十五）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；
2. CT 显示双肺弥漫性囊性改变；
3. 休息时出现呼吸困难或并经本公司认可医院的专科医生认可有必要进行肺移植手术。

（五十六）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侵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。

（五十七）心脏粘液瘤

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。

（五十八）感染性心内膜炎

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，并符合以下所有条件：

1. 血液培养测试结果为阳性，并至少符合以下条件之一：
 - 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；
 - 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；
 - 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；
 - 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。
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%）；
3. 心内膜炎及心瓣膜损毁程度需经由心脏专科医生确诊。

（五十九）肝豆状核变性

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。必须由本公司认可医院的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。

本公司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。

（六十）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（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。

（六十一）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。

本公司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。

（六十二）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 36mmHg（含）。

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范围内。

（六十三）严重破伤风

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。

（六十四）失去一肢及一眼

因疾病或受伤导致以下两项情形同时不可复原及永久性完全丧失：

1. 一眼视力；
2. 任何一肢于腕骨或踝骨部位或以上切断。

（六十五）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，需要确实进行手术以切除肿瘤。嗜铬细胞瘤的诊断必须由内分泌专科医生确定。

（六十六）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。

理赔时必须提供由神经外科医生出具的诊断书及手术报告。

（六十七）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。

（六十八）原发性骨髓纤维化

原发性骨髓纤维化为原因不明的骨髓中成纤维细胞增殖，伴有髓外造血，表现为进行性贫血、脾肿大等症状。本疾病须根据骨髓的活组织检查和周围血象检查由我们认可的医院血液科专科医生明确诊断，并至少符合下列条件中的三项，且符合条件的状态持续 180 天及以上，并已经实际实施了针对此症的治疗：

1. 血红蛋白 $<100\text{g/L}$ ；
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 $<100 \times 10^9/\text{L}$ 。

任何其它病因导致的继发性骨髓纤维化不在保障范围内。

（六十九）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。

（七十）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。

被保险人被明确诊断为慢性缩窄性心包炎且必须满足以下所有条件：

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

2. 实际接收了以下任何一种手术路径的心包剥脱或心包切除手术：

手术路径：

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。

（七十一）脑型疟疾

恶性疟原虫严重感染导致的脑病或脑型疟疾，以昏迷为主要特征。脑型疟疾的诊断须由注册医生确认，且外周血涂片存在恶性疟原虫。

其他明确病因导致的脑病不在保障范围内。

（七十二）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。

（七十三）主动脉夹层瘤

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。

（七十四）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。必须由我们认可的医院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最少 3 项基本日常生活活动作为证明）。

（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，本疾病须满足以下所有条件：

1. 至少切除了三分之二小肠；
2. 完全肠外营养支持三个月以上。

（七十六）瑞氏综合征

瑞氏综合征是线粒体功能障碍性疾病。导致脂肪代谢障碍，引起短链脂肪酸、血氨升高，造成脑水肿。主要临床表现为急性发热、反复呕吐、惊厥及意识障碍等等。

肝脏活检是确诊的重要手段。瑞氏综合征需由三级医院的儿科专科医生确诊，并符合下列所有条件：

1. 有脑水肿和颅内压升高的脑脊液检查和影像学检查证据；

2. 血氨超过正常值的 3 倍；

3. 临床出现昏迷，病程至少达到疾病分期第 3 期。

（七十七）严重骨髓异常增生综合征

严重骨髓异常增生综合征是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-，且需满足下列所有条件：

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。

（七十八）严重面部烧伤

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

（七十九）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。

（八十）重症手足口病

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

1. 有脑膜炎或脑炎并发症，且导致意识障碍或瘫痪的临床表现及实验室检查证据；

2. 有肺炎或肺水肿并发症，且导致呼吸衰竭的临床表现及实验室检查证据；

3. 有心肌炎并发症，且导致心脏扩大或心力衰竭的临床表现及实验室检查证据。

（八十一）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六个月。

被保险人申请理赔时年龄必须在年满二十五周岁之前。

（八十二）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。

本公司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。

（八十四）器官移植导致的 HIV 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. 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（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人类免疫缺陷病毒（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。

本公司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。

（八十五）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。

（八十六）脊髓小脑变性症

脊髓小脑变性症为一组以小脑萎缩和共济失调为主要临床特点的疾病。必须符合所有以下条件：

1. 脊髓小脑变性症必须由医院诊断，并有以下证据支持：

a. 影像学检查证实存在小脑萎缩；

b. 临床表现存在共济失调、语言障碍和肌张力异常。

2. 被保险人运动功能严重障碍，自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

（八十七）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进行性变性病。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功能障碍，伴随肌肉无力和延髓机能障

碍。

本公司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。

（八十八）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。该病须由医院专科医生明确诊断，并且有电生理检查结果证实。

（八十九）艾森门格综合征

因心脏病导致的严重肺动脉高压及右向左分流。诊断必须由心脏专科医生经超声心动图和心导管检查证实及需符合以下所有标准：

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

本公司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。

（九十）细菌性脑脊髓膜炎

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 180 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 180 天以上仍无改善迹象。

（九十一）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。该病必须由权威医疗机构根据致病蛋白的发现而明确诊断。

（九十二）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）。智商的检测必须由我们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（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。

（九十三）严重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年龄必须在年满十八周岁之前。

（九十四）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）膜突出的隐性脊椎裂。

本公司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。

（九十五）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。

（九十六）亚急性硬化性全脑炎

指一种以大脑白质和灰质损害为主的全脑炎。本病的发生是由于缺损型麻疹病毒慢性持续感染所致的一种罕见的致命性中枢神经系统退变性疾病。早期以炎症性病变为主，晚期主要为神经元坏死和胶质增生，核内包涵体是本病的特征性改变之一。疾病确诊 180 天后，仍遗留下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。

（九十七）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。

（九十八）败血症导致的多器官功能障碍综合征

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 $<50 \times 10^3$ / 微升；
3. 肝功能不全，胆红素 $>6\text{mg/dl}$ 或 $>102\mu\text{mol/L}$ ；
4. 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 $>300\mu\text{mol/L}$ 或 $>$ 为 3.5mg/dl 或尿量 $<500\text{ml/d}$ ；
 7. 败血症有血液和影像学检查证实；
 8. 住院重症监护病房最低96小时；
 9. 器官功能障碍维持至少15天。
- 败血症引起的MODS的诊断应由专科医生证实。

非败血症引起的MODS不在保障范围内。

（九十九）头臂动脉型多发性大动脉炎旁路移植手术

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。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。

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本保障范围内。

（一百）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。

重症监护室：指配有中心监护胎、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）标准的单人或者多人监护病房。

既往症：指在本合同生效前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病。通常有以下情况：

- （一）本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- （二）本合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；
- （三）本合同生效前，医生已有明确诊断，但未予治疗。

并发症：一种是指一种疾病在发展过程中引起另一种疾病或症状的发生，后者即为前者的并发症；另一种并发症是指在诊疗护理过程中，病人由患一种疾病合并发生了与这种疾病有关的另一种或几种疾病。

潜水：指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下活动。

攀岩：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

探险：指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或者使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身其中的行为。如江河漂流、徒步穿越沙漠或者人迹罕至的原始森林等活动。

武术比赛：指两人或者两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。

特技：指从事马术、杂技、驯兽等方面的表演、运动或者其他专门活动的特殊技能。

恐怖活动：指恐怖主义性质的下列行为：

（一）组织、策划、准备实施、实施造成或者意图造成人员伤亡、重大财产损失、公共设施损坏、社会秩序混乱等严重社会危害的活动的；

（二）宣扬恐怖主义，煽动实施恐怖活动，或者非法持有宣扬恐怖主义的物品，强制他人在公共场所穿戴宣扬恐怖主义的服饰、标志的；

（三）组织、领导、参加恐怖活动组织的；

（四）为恐怖活动组织、恐怖活动人员、实施恐怖活动或者恐怖活动培训提供信息、资金、物资、劳务、技术、场所等支持、协助、便利的；

（五）其他恐怖活动。

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。

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（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）确定。

性传播疾病：指发生在生殖器官的内源性或者外源性通过性行为或者非性行为传播的传播性疾病，包括但不限于梅毒、淋病、尖锐湿疣、疱疹、软下疳、淋巴肉芽肿、非淋菌性尿道炎（包括支原体、衣原体阳性）。

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。

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

在人体血液或者其他样本中检测到艾滋病病毒或者其抗体呈阳性，没有出现临床症状或者体征的，为感染

艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或者体征的，为患艾滋病。

器官移植：本合同约定的器官移植，指重大器官移植术或造血干细胞移植术。重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏或肺脏的异体移植手术。造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的异体移植手术。其他器官、组织、细胞的移植不在保障范围之内。

酒后驾驶：指经检测或者鉴定，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者超过道路交通法规或相关国家标准中规定的饮酒后驾驶标准。

无合法有效驾驶证驾驶：包括下列任何情形：

（一）无驾驶证驾驶或者持有效期已届满的驾驶证驾驶；

（二）驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；

（三）实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性物品等危险物品的机动车，实习期内驾驶机动车牵引挂车；

（四）持未按规定审验的驾驶证驾驶，以及驾驶证被暂扣、扣留、吊销或者注销期间驾驶机动车；

（五）使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；

（六）在依照法律法规或者公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾驶机动车。

无合法有效行驶证：包括下列任何情形：

（一）机动车被依法注销登记；

（二）机动车无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或者临时号牌或者临时移动证；

（三）机动车未在规定检验期限内进行安全技术检验或者检验未通过，未依法按时进行或者通过安全技术检验。

基因疗法：指通过各种手段修复缺陷基因，已实现减缓或治愈疾病目的的技术。

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，然后向患者转输，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。

每次就诊：指一次住院或者一次门诊（包括特殊门诊或住院前后的门急诊）。

免赔额：指应由被保险人自行承担，本合同不予赔

偿的那部分金额。

社保途径：指包括社会基本医疗保险、公费医疗、大病保险，以及政府举办的其他补充医疗保险的途径。

社会基本医疗保险：指包括职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

保险事故：指本合同约定的保险责任范围内的事故。

不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

保险金申请人：指受益人或者依法享有保险金请求权的其他人。

语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失：指无法发出四种声音（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。咀嚼吞咽能力完全丧失，指因牙齿以外的原因导致器质障碍或机能障碍，以致不能做咀嚼吞咽运动，除流质食物外不能摄取或吞咽的状态。

六项基本日常生活活动：

（一）穿衣：自己能否穿衣及脱衣；

（二）移动：自己从一个房间到另一个房间；

（三）行动：自己上下床或上下轮椅；

（四）如厕：自己控制进行大小便；

（五）进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；

（六）洗澡：自己进行淋浴或盆浴。

六项基本日常生活能力的鉴定不适用于 0-3 周岁幼儿。

现金价值：指本合同保险单所具有的价值，通常体现在解除合同时，根据精算原理计算的，由保险人退还的那部分金额。现金价值 = 净保费 × [1 - m/n]。其中，m 为保险合同已生效天数，n 为保险合同保险期间的天数，保险合同已生效天数不足一天的，按一天计算。净保费 = 保费 × (1 - 35%)。

组织病理学检查：指通过局部切除、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。

ICD-10 与 ICD-O-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-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（原发性或者转移性未肯定）。如果出现 ICD-10 与 ICD-O-3 不一致的情况，以 ICD-O-3 为准。

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。

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，局限于甲状腺内或者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、喉反神经及皮下组织

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，局限于甲状腺内或者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，或者包裹颈动脉、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 或者上纵隔）淋巴结，可以为单侧或者双侧。
- pN_{1b}：单侧、双侧或者对侧颈淋巴结转移（包括 I、II、III、IV 或者 V 区）淋巴结或者咽后淋巴结转移。

- 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

乳头状或者滤泡状癌（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
IV A 期	4b	任何	0
IV B 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
IV A 期	4a	任何	0
	1～3	1b	0
IV B 期	4b	任何	0
IV C 期	任何	任何	1
未分化癌（所有年龄组）			
IV A 期	1～3a	0/x	0
IV B 期	1～3a	1	0
	3b～4	任何	0
IV C 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。

肢：指人体的四肢，即左上肢、右上肢、左下肢和右下肢。

肢体：指包括肩关节的整个上肢或者包括髋关节的整个下肢。

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，但是不能产生动作。
- 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，但是不能抬高。
- 3 级：在和地心引力相反的方向中尚能完成其动作，

但是不能对抗外加阻力。

4 级：能对抗一定的阻力，但是较正常人为低。

5 级：正常肌力。

语言能力完全丧失：指无法发出四种语音（包括口唇音、齿唇音、口盖音和喉头音）中的任何三种、或者声带全部切除，或者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者机能障碍，以致不能作咀嚼吞咽运动，除流质食物外不能摄取或者吞咽的状态。

专科医生：专科医生应当同时满足以下四项资格条件：

（一）具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；

（二）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；

（三）具有有效的中华人民共和国主治医师以上（含）职称的《医师职称证书》；

（四）在国家《医院分级管理标准》二级以上（含）医院的相应科室从事临床工作三年以上。

永久不可逆：指自疾病确诊或者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。

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

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。

美国风湿病学会（American College of Rheumatology, ACR）类风湿性关节炎分级：

I 级：关节能自由活动，能完成平常的任务而无妨碍。

II 级：关节活动中度限制，一个或者几个关节疼痛不适，但是能料理日常生活。

III 级：关节活动显著限制，不能胜任工作，料理生活也有困难。

IV 级：大部分或者完全失去活动能力，病人长期卧床或者依赖轮椅，生活不能自理。

中国大地财产保险股份有限公司
个人医疗保险（未成年人专用 B 款）费率规章

【注册编号：C00001032512024081912423】

一、基准赔付情景

指标	保险责任	基准
保险金额（万元）	一般医疗	300
	重大疾病医疗	300
免赔额（万元）	一般医疗	0
	重大疾病医疗	/
给付比例	一般医疗	一般医疗费用分段给付： 1) 0-2 万元（含）部分给付比例：50%， 2) 2 万元以上部分给付比例：100%
	重大疾病医疗	100%
等待期		30 天

备注：

1. 有社保指被保险人参加社会基本医疗保险或者享有公费医疗；其他为无社保，下同。
2. 上述“一般医疗费用”指“一般医疗保险责任的每次就诊发生的合理医疗费用—免赔额”。
3. 若被保险人以有社保身份投保，但未以有社保身份就诊并结算医疗费用，则保险人对被保险人的各项责任的给付比例为上述标准的 60%。

二、基准保费（元人民币）

年龄（周岁）	有社保	无社保
出生满 30 天-4	1,160	2,240
5-10	510	880
11-15	480	800
16-17	610	1,060

三、费率调整系数

根据下述风险因素对应的调整系数对基准保费做上

下浮动：

（一）保险金额调整系数

保险金额（万元）	50	100	200	300
调整系数	0.95	0.97	0.99	1.00

备注：

1. 该系数适用于一般医疗责任、重大疾病医疗责任。
2. 以上保险金额指一般医疗和重大疾病保险责任保险金额的最大值。
3. 如保额非上表所列值，采用线性插值法计算调整系数。

（二）等待期调整系数

是否免除等待期	疾病等待期天数	调整系数
否	30（含）-60 天	(0.9, 1.0]
	60（含）-90 天	(0.8, 0.9]
	90（含）-180（含）天	[0.6, 0.8]
是	/	1.1

（三）免赔额调整系数

一般医疗责任免赔额（元）	0	5,000	10,000	20,000
调整系数	1.0	0.9	0.8	0.7

（四）给付比例调整系数

给付比例调整系数 = 一般医疗给付比例调整系数 × 0.6 + 重大疾病医疗给付比例调整系数 × 0.4。

1. 一般医疗给付比例调整系数

一般医疗费用大于 2 万部分的给付比例	一般医疗费用 0-2（含）万部分的给付比例		
	30%	40%	50%

60%	0.60	0.68	0.76
70%	0.67	0.74	0.82
80%	0.73	0.80	0.88
90%	0.79	0.87	0.94
100%	0.85	0.93	1.00

备注：

1. 上述“一般医疗费用”指“一般医疗保险责任的每次就诊发生的合理医疗费用—免赔额”。

2. 若被保险人以有社保身份投保，但未以有社保身份就诊并结算医疗费用，则保险人对被保险人一般医疗保险责任的给付比例为上述给付比例的60%。

2. 重大疾病医疗给付比例调整系数

重大疾病医疗 给付比例	60%	70%	80%	90%	100%
调整系数	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0

备注：若被保险人以有社保身份投保，但未以有社保身份就诊并结算医疗费用，则保险人对被保险人重大疾病医疗保险责任的给付比例为上述给付比例的60%。

（五）健康状况调整系数

被保险人健康状况	调整系数
身体健康、无既往病史	[0.7, 1.0)
存在轻微健康问题，经核保人审核同意承保	[1.0, 1.2)
存在健康问题，经核保人审核同意加费承保	[1.2, 1.5]

（六）地区调整系数

被保险人所在地区	调整系数
人均医疗费用支出较低的地区	[0.7, 1.0)
人均医疗费用支出中等的地区	[1.0, 1.1)
人均医疗费用支出较高的地区	[1.1, 1.4]

（七）渠道类型调整系数

渠道类型	直销	非直销
调整系数	[0.7, 1.0)	[1.0, 1.3]

费率调整系数 = 保险金额调整系数 × 等待期调整系数 × 免赔额调整系数 × 给付比例调整系数 × 健康状况调整系数 × 地区调整系数 × 渠道类型调整系数；

当某项调整系数相关风险信息不确定时，该系数取1.0。

四、保险费（元人民币）

保险费 = 基准保费 × 费率调整系数