

京东安联财产保险有限公司  
个人住院医疗费用保险条款（互联网版）  
(注册号：C00005032512023120810061)

**总则**

**第一条** 本保险合同由保险条款、保险单或其他保险凭证、批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

**第二条** 具有完全民事行为能力的被保险人本人、对被保险人具有保险利益的其他自然人可作为本保险合同的投保人。

**第三条** 凡初次投保时年龄不超过七十周岁（见释义1），能正常工作、生活的自然人，可作为本保险合同的主被保险人。

凡初次投保时年龄不超过七十周岁，能正常工作、生活的主被保险人配偶，经保险人同意，可作为本保险合同的附属被保险人。

凡初次投保时年龄不超过二十一周岁（含二十一周岁）（若为全日制在校学生，年龄应不超过二十六周岁（含二十六周岁））、未婚、经济上完全依赖主被保险人的主被保险人子女，经保险人同意，亦可作为本保险合同的附属被保险人。

除另有约定外，本保险合同所称“被保险人”及任何与被保险人相关的表述均适用于主被保险人和附属被保险人。

**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。除另有约定外，本保险合同项下所有的主被保险人、附属被保险人的保障地域范围应当一致。

**保险责任**

**第六条** 本保险合同的保险责任分为基本保险责任（包括：住院及日间治疗费用保险金、视同住院的特殊门诊医疗费用保险金、未成年人先天性疾病医疗费用保险金、医疗运送和异地就医费用保险金、恶性肿瘤（重度）（见释义2）特许医疗费用保险金），以及可选保险责任（包括：门急

诊医疗费用保险金）。投保人可以单独投保基本保险责任，也可以在投保基本保险责任的同时选择投保可选保险责任，但不能单独投保可选保险责任。

本保险合同的保险责任由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单中载明。

**第七条** 本保险合同的基本保险责任包括“住院及日间治疗费用保险金”、“视同住院的特殊门诊医疗费用保险金”、“未成年人先天性疾病医疗费用保险金”“医疗运送和异地就医费用保险金”和“恶性肿瘤（重度）特许医疗费用保险金”。

### **(一) 住院及日间治疗费用保险金**

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害（见释义3）事故或在等待期（见释义4）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（见释义5）经诊断必须接受住院（见释义6）治疗或日间治疗（见释义7）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8）且符合通常惯例水平（见释义9）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、赔偿限额内给付住院及日间治疗费用保险金。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，由专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10）（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11）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**大型检查检验费（见释义 12）**。

- (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 13）**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。
- (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。

## 2. 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。**

## 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，以及与不孕不育或者生殖医学相关的移植费用。

**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 14）**、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. **化学治疗（见释义 15）、放射治疗（见释义见 16）、质子重离子治疗（见释义 17）、肿瘤靶向疗法（见释义 18）、肿瘤免疫疗法（见释义 19）、肿瘤内分泌疗法（见释义 20）、肿瘤介入疗法（见释义 21）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 22）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 23）**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. **住院护工费：**

指被保险人住院治疗期间实际发生的，经保险人**指定或认可的医疗服务机构（见释义 24）**提供住院护工服务而产生的住院护工费用。住院护工费每日赔偿限额及赔偿天数上限以保险单载明为准。

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，在住院及日间治疗费用保险金额内给付。

## **（二）视同住院的特殊门诊医疗费用保险金**

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、赔偿限额内给付视同住院的特殊门诊医疗费用保险金。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（释义 25）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即可进行的医学必需的、符合通常惯例水平的手术而产生的费用，包括手术操作费、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，但不包括手术植入材料、细胞移植、组织移植和器官移植费用。

## 3. 门诊手术或住院前后门急诊医疗费：

指被保险人在门诊手术前后三十天（含门诊手术当日）内，或住院前后三十天（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和门诊或日间手术费**）。

## （三）未成年人先天性疾病医疗保险金

在保险期间内，未满 18 周岁的被保险人在等待期届满后在保险人指定或认可的医疗机构首次确诊先天性疾病（见释义 26），必须接受住院治疗或门诊手术治疗的，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，在赔偿限额内给付未成年人先天性疾病医疗保险金。该项费用免赔额、赔付比例、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。

## （四）医疗运送和异地就医保险金

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罹患疾病，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医疗运送和异地就医费用，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、赔偿限额内给付医疗运送和异地就医保险金。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. 救护车费：

指在本保险合同保障地域内，在保险人同意的情况下，由于被保险人发生紧急情况，出于医学必需以专业地面救护车将其运至就近医疗机构而产生的费用以及一位陪同人员的费用。

2. **重大疾病异地就医交通、住宿费:**

指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初次确诊**罹患本保险合同约定的重大疾病,由于当地医疗条件限制的原因,需要在中国大陆境内跨省或自治区或直辖市住院治疗,经被保险人申请由转出医院开具转院证明,并经**保险人授权的医疗服务供应商**(见释义 26) **授权同意后**,对被保险人及其一位陪同人员发生的合理且必需的因异地就诊产生的公共交通工具使用费(公共交通限飞机及火车,且飞机限经济舱及以下,火车限软卧或高铁动车一等座及以下)、酒店住宿费,保险人按照本保险合同约定在给付限额内给付重大疾病异地就诊交通、住宿费保险金。

**(五) 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)**,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、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 28）费、恶性肿瘤类器官药敏检测（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，其中，恶性肿瘤类器官药敏检测仅限二线治疗（见释义 30）及以上的治疗方案，且仅适用于特定器官的原发恶性肿瘤（具体包括：食管恶性肿瘤、胆管恶性肿瘤、胃恶性肿瘤、结直肠恶性肿瘤、肝脏恶性肿瘤、肾脏恶性肿瘤、乳房恶性肿瘤）；
- (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。

**第八条 本保险合同的可选保险责任包括“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届满后确诊罹患疾病，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。

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. 理疗和中医治疗费：

包括下列三项费用：

(1) 由具有专业资格的医师实施的针灸疗法、**顺势疗法（见释义31）**的费用。

(2) 由具有相应医疗职业资格的医师实施的物理治疗、美式脊椎矫正、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。这类治疗应当满足下列全部条件：

- 1) 为被保险人医师书面治疗计划（包含短期和长期目标，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。

(3) 依据注册中医医师的处方开具的中草药费，中医挂号费，诊察费及其他相关费用。

8. 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。

保险人对于“门急诊医疗费用保险金”的累计保险金给付金额之和以本保险合同约定的门急诊医疗保险金额为限，一次或累计给付金额达到保险单载明的门急诊医疗保险金额时，保险人对于被保险人在本保险责任项下的保险责任终止。

**第九条** 保险人对于以上“住院及日间治疗费用保险金”、“视同住院的特殊门诊医疗费用保险金”、“未成年人先天性疾病医疗费用保险金”“医疗运送和异地就医保险金”、“恶性肿瘤（重度）特许医疗费用保险金”和“门急诊医疗费用保险金”六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。

#### **第十条 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。

本保险合同项下“基本保险责任”和“可选保险责任”共享免赔额，被保险人在上述任一保险金项下申请索赔的，保险人均须扣除共享免赔额。上述各项保险金累计扣除免赔额以保险单载明的共享免赔额为限。

#### **第十一条 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。

#### **第十二条 赔付标准**

本条款前述“住院及日间治疗费用保险金”、“视同住院的特殊门诊医疗费用保险金”、“未

成年人先天性疾病医疗费用保险金”“医疗运送和异地就医保险金”、“恶性肿瘤（重度）特许医疗费用保险金”和“门急诊医疗费用保险金”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、住院及日间治疗费用保险金、视同住院的特殊门诊医疗费用保险金、未成年人先天性疾病医疗费用保险金、门急诊医疗费用保险金：

(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单约定为准。

2、医疗运送和异地就医保险金、恶性肿瘤（重度）特许医疗费用保险金，保险责任范围内赔付比例为 100%。

### 第十三条 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费用保险金”、“未成年人先天性疾病医疗费用保险金”及“恶性肿瘤（重度）特许医疗费用保险金”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“门急诊医疗费用保险金”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

第十四条 因下列原因造成被保险人医疗费用支出的，或存在下列情形之一的，保险人不承担给付保险金的责任：

(一) 被保险人未如实告知的既往症（见释义 32），或被保险人在等待期内罹患的疾病，但投保时如实告知并经保险人书面同意承保的既往症不在此限；

(二) 遗传性疾病（见释义 33），先天性畸形、变形或染色体异常（见释义 34）（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），“未成年人先天性疾病医疗保险金”不在此限；

(三) 疗养、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、非意外事故所致整容手术；

(四) 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；戒烟治疗、变性；各种美容用品、抗光老化药物、大剂量维生素费用；

(五) 选择性手术和治疗及其他相关费用，仅为改善或者提高目前身体状况（包括但不限于中医调理）而发生的、非医学必需的费用；

(六) 矫正鞋或者其他脚支撑器材（包括但不限于足弓支撑器、矫正器或者任何其他预防性的服务或者器材）费，任何用于治疗弱足、矫形足、不稳定足、扁平足或者足弓塌陷的器材费，任何与跗骨、跖骨相关的医疗费，对脚表面损害的（如鸡眼、老茧、角质化）医疗费，但有关骨外露、肌腱或者韧带的手术不在此限；

(七) 各种健美治疗项目，包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用，与单纯性肥胖和病理性肥胖相关治疗（包括但不限于胃旁路术、胃球置放术、胃分隔术、空肠回肠旁路术）及减肥相应并发症治疗及其他相关费用；

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

(九) 包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

(十) 视觉治疗及其他相关费用，包括但不限于激光角膜切开术，准分子激光原位角膜磨镶术，老视、屈光不正（包括近视、远视、散光）校正手术，配置眼镜、隐形眼镜；

(十一) 自行购买的用于按摩、保健的医疗器械，所有非处方医疗器械；自动轮椅或自动床、舒适设备（如电话托臂和床上多用桌）、空气质量或温控设备(空调、湿度调节器、空气净化器等)、健身脚踏车、加热垫、坐浴盆、健身器材或其它类似设备；定制或者改造任何交通工具、洗浴设备或者住宅设备费，助听器、人工耳蜗、血压计、体温计、听诊器及其他类似设备费；非手术中必需

的假体、矫正器具或者相似的器具费，但医师认为治疗必不可少的假体或者耐用医疗设备不在此限；

(十二) 未经医生处方自行购买的药品或医疗器械、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（本保险合同另有约定的除外）；

(十三) 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；

(十四) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

(十五) 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；

(十六) 被保险人殴斗、醉酒（见释义 35），主动吸食或注射毒品（见释义 36）；

(十七) 被保险人酒后驾驶（见释义 37）、无合法有效驾驶证（见释义 38）驾驶或驾驶无有效行驶证照（见释义 39）的机动车（见释义 40）导致交通意外引起的医疗费用；

(十八) 从事潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动（见释义 41）导致的伤害引起的治疗；

(十九) 由于职业病（见释义 42）、医疗事故（见释义 43）引起的医疗费用；

(二十) 核爆炸、核辐射或核污染、化学污染；恐怖袭击、战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

(二十一) 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（从保险人指定或认可的医疗机构确定出院之日起发生的一切医疗费用）；

(二十二) 被保险人接受实验性治疗，即未经科学或医学认可的医疗；

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

(二十四) 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；

(二十五) 被保险人存在精神和行为障碍（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）；

(二十六) 被保险人非因职业原因或器官移植原因感染艾滋病病毒或患艾滋病（见释义 43）引起的治疗；

(二十七) 被保险人感染性传播疾病引起的医疗费用；

(二十八) 生长激素治疗及其它相关费用，但经医疗服务供应商审核同意的医学必需情形不在此限；

(二十九) 器官移植供体费用、器官来源费用、低温储藏费用；

(三十) 政府机构为了防止传染病扩散蔓延要求被保险人进行医学隔离观察等强制性措施期间发生的检查检测费、食宿费、服务费和运送费等与治疗不相关的费用；

(三十一) 睡眠检查和治疗费，对疑为发作性睡眠或者阻塞性呼吸暂停症状的检查和治疗费。

### 保险金额

**第十五条** 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

**第十六条** 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

**第十七条** 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

**第十八条** 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。

**第十九条** 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。

**第二十条** 保险人依据第二十六条、二十七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。

**第二十一条** 保险人按照第三十一条的约定，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。

**第二十二条** 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。

**第二十三条** 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。

**第二十四条** 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**

**第二十五条** 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。若投保人选择一次性缴付保险费，投保人应当在本保险合同成立时一次性缴清保险费。未交清保险费的，保险合同不生效；发生保险事故的，保险人不承担保险责任。

若投保人选择分期缴付保险费，在交纳首期保险费后，投保人应当在每个保险费约定支付日（见释义 45）当日或之前交纳其余各期对应的保费，且每期保险费金额一致。如投保人未按照本保险合同约定的付款时间足额缴付当期保费，保险人允许投保人在本保险合同约定的缴费延长期内补交对应的保费，如被保险人在缴费延长期内发生保险事故，保险人仍按照合同约定赔偿保险金。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延长期内发生保险事故，保险人仍然依照合同约定赔偿保险金，但需投保人先行补交所有未缴期间的所有保险费，或经投保人与保险人协商同意后，在给付的保险金中扣减保险期间内所有未缴期间的保险费。

如投保人未按照本保险合同约定的付款时间足额缴付当期保费，且在本保险合同约定的缴费延长期内仍未足额补缴当期保费的，则保险合同的保险期间终止在上一缴费周期期末，对于保险期间终止后发生的保险事故，保险人不承担给付保险金责任。

除另行约定以外，本保险合同的缴费延期为30天。

**第二十六条** 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。

**第二十七条** 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 46）。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。

**第二十八条** 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。

**第二十九条** 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。

**第三十条** 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 47）而导致的迟延。

### 保险金申请与给付

**第三十一条** 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。

**第三十二条** 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

**第三十三条** 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。

**第三十四条** 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

**第三十五条** 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。

**第三十六条** 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。

**第三十七条** 在本保险合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同。

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) 保险费交付凭证；
- (三) 投保人的身份证明；
- (四) 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. **周岁：**指有效身份证件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄，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。
2. **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 47）（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）（见释义 49）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（见释义 50）为 I 期或更轻分期的甲状腺癌（见释义 51）；
- (3) TNM 分期为 T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> 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。

3. **意外伤害：**指以外来的、突发的、非本意的、非疾病使身体受到伤害的客观事件为。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。

4. **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。

5. **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。

6. **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。

7. **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。

**8. 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。

**9. 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。

**10. 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。

**11. 专科医生:** 指取得了执业医生资格，经过专科医生培训合格，并取得某专科医生资格，经注册的临床医生，**不包括本保险合同保障下的被保险人或其任何家庭成员。**

**12. 大型检查检验费:** 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 Paneretigraphy）、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）。

**13. 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。

**14. 物理治疗：**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。

**15. 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。

**16. 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。

**17. 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。

**18. 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。

**19. 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。

**20. 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。

**21. 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。

**22. 重大疾病：**本保险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、疾病状态或手术，应当由专科医生明确诊断。

以下疾病名称仅供理解使用，具体保障范围以每项疾病具体定义为准。

### (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-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T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>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 52) 肌力 (见释义 53) 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 54) ;
- (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 55) 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) 严重非恶性颅内肿瘤**

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

- (1) 已经实施了开颅进行的颅内肿瘤完全或部分切除手术；
- (2) 已经实施了针对颅内肿瘤的放射治疗，如  $\gamma$  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 56）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-3 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（见释义 56）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-3 周岁始理赔**

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。**

#### **(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。**

#### **(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%或20%以上。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（见释义58）IV级，且静息状态下肺动脉平均压在36mmHg（含）以上。

#### **(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（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。

#### **(二十三) 语言能力丧失-3周岁始理赔**

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

**精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。**

被保险人申请理赔时年龄必须在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 $<20 \times 10^9 /L$ 。

#### **(二十五) 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) 0 肺功能第一秒用力呼气容积 (FEV<sub>1</sub>) 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<sub>2</sub>)  $<50\text{mmHg}$ 。

#### **(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，且已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

#### **(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回肠造瘘术。

以上 28 种重大疾病为中国保险行业协会制定的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》中列明的疾病，以下 11 种重大疾病为保险人增加的疾病。

#### **(二十九) 严重心肌病**

指因心肌病导致慢性心功能损害，已经造成永久不可逆性心功能衰竭，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级，须满足永久不可逆性体力活动能力受限、无法从事任何体力活动的条件。

#### **(三十) 严重重症肌无力**

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。且须满足下列全部条件：

- (1) 经药物或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、复发及恶化的交替出现，临床接受新斯的明等抗胆碱酯酶药物治疗的病史。

### **(三十一) 严重多发性硬化症**

指因中枢神经系统脱髓鞘疾病，导致不可逆的运动或感觉功能障碍，临床表现为视力受损、截瘫、平衡失调、构音障碍、大小便机能失调等症状。不可逆指运动或感觉功能障碍初次诊断后需持续 180 天以上。须由断层扫描 (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，且须满足下列全部条件：

- (1) 明确出现因视神经、脑干或脊髓损伤等导致的上述临床症状；
- (2) 散在的、多样性的神经损伤；
- (3) 上述临床症状反复发作、恶化及神经损伤的病史纪录。

### **(三十二) 严重脊髓灰质炎**

指由脊髓灰质炎病毒感染所导致的运动功能障碍或呼吸功能减弱持续三个月以上，须导致一肢或一肢以上肢体机能永久完全丧失。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，或不能随意活动。

### **(三十三) 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。

#### **(三十四) 严重系统性红斑狼疮性肾病**

系统性红斑狼疮是累及多系统、多器官的具有多种自身抗体的免疫性疾病。系统性红斑狼疮性肾病，又称为狼疮性肾炎，是系统性红斑狼疮累及肾脏，造成肾功能损伤。须由肾脏病理学检查结果证实或经临床确诊，并符合下列 WHO 诊断标准定义的Ⅲ型至 V 型狼疮性肾炎。

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或肾病综合征；
- V 型（膜型）：肾病综合征或重度蛋白尿。

其它类型的红斑性狼疮，如盘状狼疮，仅累及血液及关节等其它系统的系统性红斑狼疮不在保障范围内。

#### **(三十五) 持续植物人状态**

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。

#### **(三十六) 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，至少一支血管管腔堵塞 75% 以上，其他两支血管管腔堵塞 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。

#### **(三十七) 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。

**23. 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。

**24. 指定或认可的医疗服务机构：**除另有约定外，指保险人在承保时与投保人约定的符合下述所有条件的机构：

(1) 依法成立并经营住院护理服务的专业服务机构；

(2) 服务机构需持有由政府相关部门核发的、包含住院护理资质的执业许可证。

**25. 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-O-3）的肿瘤形态学编码属于3、6、9（恶性肿瘤）范畴，但不在“恶性肿瘤——重度”保障范围的疾病。且特指下列六项之一：

(1) TNM分期为I期的甲状腺癌；

(2) TNM分期为T1N0M0期的前列腺癌；

(3) 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

(4) 相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；

(5) 相当于Ann Arbor分期方案I期程度的何杰金氏病；

(6) 未发生淋巴结和远处转移且WHO分级为G1级别（核分裂像<10/50 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-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。

### **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≤2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

26. 先天性疾病：指由于基因因素、先天性新陈代谢异常或者其他因素导致的、出生时即存在的遗传性疾病和症状、出生缺陷、身体残疾、智障等发育不完全正常的疾病和症状，这些疾病和症状可能在出生时显现或者在出生后逐步显现。具体范围以世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）第十七章《先天性畸形、变形和染色体异常（Q00-Q99）》

的疾病范畴为准。

**27. 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、医疗转运及理赔协助等服务的第三方机构。

**28. 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。

**29. 恶性肿瘤类器官药敏检测:** 指一种针对于部分常见实体肿瘤的检测，具体方式为在体外培养系统培养一个可自我更新的干细胞群，该干细胞群可分化为多个器官特异性的细胞类型，针对患者肿瘤的不同用药方案进行试验，判断敏感度，帮助患者寻找到更适合的化疗方案，减少因药物与患者肿瘤不匹配导致的化疗效果不佳、不良反应增加。

**30. 二线治疗:** 指一种针对于肿瘤患者所采取的治疗方式，区别于一线治疗。一线治疗一般是首次治疗所采取的干预措施，其中包括手术以及化疗、用药等。当一线治疗失败以后，或经过一段时间治疗以后，患者身体对药物产生了耐药性，导致病情出现了复发加重的情况，则需要再次进行二线治疗，能够控制病情的发展。

**31. 顺势疗法:** 指一种通过小剂量药物治疗以使病人症状渐渐接近常人的治疗方法，比如通过给予小剂量的放松剂治疗腹泻。

**32. 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。

**33. 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。

**34. 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。

35. **醉酒**：指每百毫升血液的酒精含量大于或等于80毫克。

36. **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**。

37. **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。

38. **无合法有效驾驶证驾驶**指下列情形之一：

- (1) 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
- (2) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- (3) 实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
- (4) 持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
- (5) 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；
- (6) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

39. **无有效行驶证照**指下列情形之一：

- (1) 机动车被依法注销登记的；
- (2) 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动车；
- (3) 未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动车；
- (4) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许机动车行驶的其他情况。

40. **机动车**：指以动力装置驱动或者牵引，上道路行驶的供人员乘用或者用于运送物品以及进

行工程专项作业的轮式车辆。

**41. 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。

**42. 职业病:** 指企业、事业单位和个体经济组织的劳动者在职业活动中，因接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害物质等因素而引起的疾病。职业病的认定需遵循《中华人民共和国职业病防治法》中的相关规定及鉴定程序。

**43. 医疗事故:** 指医院或指定医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范及常规，过失造成患者人身损害的事故。

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

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

**45. 保险费约定支付日:** 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。

**46. 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)] ×(1-10%)。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)] × (1-10%)。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。

47. **不可抗力**: 指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。
48. **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。
49. 《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）：《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。
50. **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。
51. **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、Hüthle 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、喉反神经及皮下软组织

pT4b: 侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pTX: 原发肿瘤不能评估

pT0: 无肿瘤证据

pT1: 肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤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
II 期	1 ~ 2	1	0
	3a ~ 3b	任何	0
III 期	4a	任何	0
IVA 期	4b	任何	0
IVB 期	任何	任何	1
髓样癌（所有年龄组）			
I 期	1	0	0
II 期	2 ~ 3	0	0
III 期	1 ~ 3	1a	0
IVA 期	4a	任何	0
	1 ~ 3	1b	0
IVB 期	4b	任何	0
IVC 期	任何	任何	1
未分化癌（所有年龄组）			

IVA 期	1 ~ 3a	0/x	0
IVB 期	1 ~ 3a	1	0
	3b ~ 4	任何	0
IVC 期	任何	任何	1

注：以上表格中“年龄”指患者病理组织标本获取日期时的年龄。

52. **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。

53. **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。

54. **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。

55. **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。**

56. **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。

57. 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。

58. 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)