

京东安联财产保险有限公司
个人人身意外伤害保险条款（2025 互联网 A 版）
（报备文件编号：京东安联发（2025）366 号）
（注册号：C00005032312025112840013）

一、总则

本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

本保险合同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。

本保险合同的被保险人应为身体健康，能正常工作或正常生活，且符合投保条件的自然人。

本保险合同的受益人包括：

（一）身故保险金受益人

订立本保险合同时，被保险人或投保人可指定一人或数人为身故保险金受益人。身故保险金受益人为数人时，应确定其受益顺序和受益份额；未确定受益份额的，各身故保险金受益人按照相等份额享有受益权。投保人指定受益人时须经被保险人同意，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。

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**（见释义 1）依照有关法律的规定履行给付保险金的义务：

1. 没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；
2. 受益人先于被保险人死亡，没有其他受益人的；
3. 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。

被保险人或投保人可以变更身故保险金受益人，但需书面通知保险人，由保险人在本保险合同上批注。**对因身故保险金受益人变更发生的法律纠纷，保险人不承担任何责任。**

投保人指定或变更身故保险金受益人的，应经被保险人书面同意。被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，应由其监护人指定或变更身故保险金受益人。

（二）伤残保险金受益人

除另有约定外，本保险合同的伤残保险金的受益人为被保险人本人。

二、保险责任

本保险合同的保险责任包括“意外身故保险责任”和“意外伤残保险责任”，其中“意外身故保险责任”为必选责任，“意外伤残保险责任”为可选责任，经投保人与保险人协商，可只投保必选责任，也可在投保必选责任的同时选择投保可选责任，但**不能单独投保可选责任。所投保的保险责任一经确定，在本保险合同保险期间内不得变更。**

在保险期间内，被保险人因遭受**意外伤害**（见释义 2）事故导致死亡或伤残的，保险人依照下列约定给付保险金。

（一）意外身故保险责任

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并**自事故发生之日起 180 日内**因该事故死亡的，保险人按保险金额给付身故保险金（**除下述特定情形外**），**对该被保险人的保险责任终止。**

被保险人因遭受意外伤害事故且自该事故发生日起下落不明，后经人民法院依法宣告死亡的，保险人按保险金额给付身故保险金（**除下述特定情形外**）。但若被保险人被宣告死亡后生还的，**保险金受领人应于知道或应当知道被保险人生还后 30 日内退还保险人给付的身故保险金。**

在保险期间内，被保险人因**自驾**（见释义 3）、**溺水**（见释义 4）、**坠楼**（见释义 5）或**一氧化碳中毒**（见释义 6）遭受意外伤害事故，并**自事故发生之日 180 日内**因该事故导致死亡的，身故保险金按“（一）意外身

故保险责任”计算的金额再乘以 30%比例给付。

在保险期间内，意外身故责任给付金额以保险单载明的意外身故保险金为限。

（二）意外伤残保险责任

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并自该事故发生之日起 180 日内因该事故造成《人身保险伤残评定及代码》（标准号为 GB/T44893-2024，以下简称《伤残评定》）（见释义 7）所列伤残之一的，保险人按该《伤残评定》所列给付比例乘以意外伤害保险金额给付伤残保险金（除下述特定情形外）。如第 180 日治疗仍未结束的，按当日的身体情况进行伤残鉴定，并据此给付伤残保险金。

1. 当同一保险事故造成两处或两处以上伤残时，应首先对各处伤残程度分别进行评定，如果几处伤残等级不同，以最重的伤残等级作为最终的评定结论；如果两处或两处以上伤残等级相同，伤残等级在原评定基础上最多晋升一级，最高晋升至第一级。同一部位和性质的伤残，不应采用《伤残评定》条文两条以上或者同一条文两次以上进行评定。

2. 被保险人如在本次意外伤害事故之前已有伤残，保险人按合并后的伤残程度在《伤残评定》中所对应的给付比例给付伤残保险金，但应扣除原有伤残程度在《伤残评定》所对应的伤残保险金。

在保险期间内，被保险人因自驾、溺水、坠楼或一氧化碳中遭受意外伤害事故，并自事故发生之日 180 日内因该事故导致伤残的，伤残保险金按“（二）意外伤残保险责任”计算的金额再乘以 30%比例给付。

在保险期间内，意外伤残责任的给付金额以保险单载明的意外伤残保险金为限。

三、责任免除

（一）因下列任一情形导致被保险人死亡或伤残的，或具备下列任一情形/行为的，保险人不承担给付保险金责任：

1. 投保人、被保险人或受益人的故意行为；
2. 被保险人自致伤害或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
3. 因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
4. 被保险人妊娠（含宫外孕）、流产（含任何原因所导致的流产和人工流产）、分娩（含剖腹产）、不孕不育治疗；
5. 被保险人疾病、食物中毒、药物过敏、中暑、高原反应特定疾病（见释义 8）及其并发症、潜水特定疾病（见释义 9）及其并发症、猝死（见释义 10）；
6. 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
7. 任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
8. 保险合同生效前已存在的受伤及其并发症；
9. 细菌或病毒感染（但因意外伤害致有伤口而发生感染者除外）；
10. 被保险人任何因整容、整形手术、内外科手术或其他医疗行为导致的伤害。

（二）被保险人在下列期间遭受意外伤害导致死亡或伤残的，保险人也不承担给付保险金责任：

1. 战争（见释义 11）、军事行动、暴动或武装叛乱期间；
2. 被保险人从事违法、犯罪活动期间或被依法拘留、服刑、在逃期间；
3. 被保险人在酒精或毒品、管制药物的影响期间；
4. 被保险人患艾滋病或感染艾滋病病毒期间；
5. 被保险人酒后驾驶（见释义 12）、无有效驾驶证（见释义 13）驾驶或驾驶无有效行驶证（见释义 14）的机动车期间；
6. 被保险人进行各种车辆表演、车辆竞赛或练习期间；
7. 被保险人作为军人（含特种兵）、警务人员（含防暴警察）在训练或执行公务期间；
8. 被保险人参与任何职业体育活动或任何设有奖金或报酬的体育运动期间；

9. 被保险人进行滑翔翼、滑翔伞、跳伞、探险活动（见释义 15）、非固定路线洞穴探险、特技表演（见释义 16），任何海拔 6,000 米以上的户外运动及潜水深度大于 18 米的活动期间。如保险人进行风险评估后同意拓展承保时，不受本责任免除的限制；
10. 被保险人必须借助登山绳索、登山向导（非旅行社导游）完成的登山活动期间；借助水下供气瓶（非呼吸管）设备完成的潜水活动期间（但在旅游景点的专业潜水教练指导下进行休闲潜水活动的除外）；
11. 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）期间（包括但不限于服药治疗或心理行为治疗期间）；
12. 被保险人在矿洞、地下、高速路、高架桥、水上、建筑工地作业期间；
13. 被保险人从事 5 米以上高空作业的职业相关活动期间；
14. 被保险人从事航空或飞行活动期间，包括身为飞行驾驶员或空勤人员，但以缴费乘客身份乘坐客运民航航班或参与飞行活动的除外。

四、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。保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

本保险合同的保险费按照被保险人的年龄、职业和所选计划确定。投保人须按本保险合同约定支付保险费。本保险合同的保险费支付方式由投保人与保险人投保时约定。

1. 一次性缴付保险费

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

2. 分期缴付保险费

若分期缴付保险费的，在缴纳首期保险费后，投保人应当在每个保险费约定缴纳日（见释义 17）前足额缴纳对应的保险费。如未缴付首期保险费，保险合同不生效，保险人不承担保险责任。

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

延长期由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

五、保险期间

除另有约定外，保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

六、保险人义务

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。

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。

保险人认为被保险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、被保险人补充提供。

保险人收到被保险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，但因投保人未如实告知、索赔人原因、事故情况异常复杂需要查证或需要等待第三方意见等客观原因需要更长处理时间的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险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。

七、投保人、被保险人义务

订立保险合同，保险人就保险标的或者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。

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。

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。

被保险人变更职业或工种时，投保人或被保险人应在10日内以书面形式通知保险人。

被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内或保险人不愿承保变更后的风险的，保险人在接到通知后有权解除本保险合同并按照接到通知之日退还原职业或工种所对应的未满期净保费（见释义18）。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类仍可承保的或在拒保范围内但保险人认定可以继续承保的，保险人按照接到通知之日计算并退还原职业或工种所对应的未满期净保费，投保人补交按照保险人接到通知之日计算的新职业或工种所对应的未满期净保费。

被保险人变更职业或工种，未依本条约定通知保险人，因危险程度增加导致发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

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，均视为已送达投保人。

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19）而导致的迟延。

八、保险金申请

保险金申请人（见释义20）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有关材料。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）身故保险金申请

1. 索赔申请表
2. 身故保险金受益人/法定继承人的有效身份证明文件；
3. 二级以上（含二级）医疗机构（见释义21）或保险人认可的机构出具的被保险人死亡证明书。若被保险人为宣告死亡，保险金申请人应提供人民法院出具的宣告死亡证明文件；

4. 被保险人的户籍注销证明；
5. 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；
6. 若保险金申请人委托他人申请的，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。

（二）伤残保险金申请

1. 索赔申请表；
2. 被保险人的有效身份证明文件；
3. 二级以上（含二级）或保险人认可的医疗机构或司法鉴定机构出具的伤残鉴定意见书；
4. 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；
5. 若保险金申请人委托他人申请的，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。

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

九、争议处理和法律适用

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或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

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）。

十、其他事项

在本保险合同成立后，投保人 can 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：

1. 保险合同解除通知书；
2. 投保人身份证明。

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费。**若本保险合同已发生保险金赔偿，则未满期净保费为零。**

十一、释义

释义 1：保险人

指与投保人签订本保险合同的京东安联财产保险有限公司及其分支机构。

释义 2：意外伤害

指外来的、突发的、非本意的和非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

释义 3：自驾

指被保险人作为驾驶员或操作者，驾驶或操作私家轿车、货车、摩托车、公共交通工具及商业营运车辆等机动车辆，在公共道路或允许通行的区域发生交通事故，并因此造成身体伤害或死亡的事件。**若该交通事故情形符合本保险合同第三条“责任免除”的规定，保险人不承担赔偿责任。**

释义 4：溺水

指被保险人因突发意外落入液体（包括但不限于水、油、化学溶液等）中，导致液体进入呼吸道引发窒息，并因此造成身体伤害或死亡的事件。**若该溺水情形符合本保险合同第三条“责任免除”的规定，保险人不承担赔偿责任。**

释义 5：坠楼

指被保险人因突发意外，自基准平面垂直距离 3 米以上（含 3 米）的建筑物、构筑物或其他固定平台（包括但不限于楼梯、阳台、屋顶、脚手架、护墙、高架桥等）非主动跳下而坠落，并因此造成身体伤害或死亡的情形。**若该坠楼情形符合本保险合同第三条“责任免除”的规定，保险人不承担赔偿责任。**

释义 6：一氧化碳中毒

指被保险人因突发意外事件（如燃气泄漏、热水器故障、燃料不完全燃烧等）吸入过量一氧化碳，经医疗机构或者鉴定机构明确诊断为一氧化碳中毒，并因此造成身体伤害或死亡的情形。**若该一氧化碳中毒情形符合本保险合同第三条“责任免除”的规定，保险人不承担赔偿责任。**

释义 7：《人身保险伤残评定及代码》

标准号为 GB/T44893-2024，是由国家市场监督管理总局、国家标准化管理委员会联合发布的国家标准。如有修订，则以最新修订的版本为准。

释义 8：高原反应特定疾病

指急性高原脑水肿、急性高原肺水肿、高原反应和平原反应，其成立必须由医院相应专科医师确诊。

释义 9：潜水特定疾病

指潜水减压病、氮醉、及二氧化碳中毒，其成立必须由医院相应专科医师确诊。

释义 10：猝死

表面健康的人因潜在疾病、机能障碍或其他原因在出现症状后，在一定时间内发生的非暴力性突然死亡。除另有约定外，上述自出现症状至死亡时所经过的时间最高不超过 72 小时。

释义 11：战争

是指不管宣战与否，主权国家为达到其经济、疆域的扩张、民族主义、种族、宗教或其他目的而进行的任何战争或军事行动。

释义 12：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，被公安机关交通管理部门依法认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

释义 13：无有效驾驶证

被保险人存在下列情形之一者：

- （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。

释义 14: 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) 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辆；
- (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辆；
- (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。

释义 15: 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，而故意使自己置身其中的行为。如极地探险、江河漂流、徒步穿越沙漠或人迹罕见的原始森林等活动。

释义 16: 特技表演

指马术、杂技、驯兽等特殊技能。

释义 17: 保险费约定缴纳日

指保险合同生效日在每期的对应日。如果当期无对应的同一日，则以该期最后一日为对应日。

释义 18: 未到期净保费

若保险费为一次性缴付的：未到期净保费=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：未到期净保费=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保险金赔偿，则未到期净保费为零。

释义 19: 不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

释义 20: 保险金申请人

指被保险人；被保险人身故时，指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

释义 21: 医疗机构

指在中国大陆境内（不包括香港、澳门、台湾地区）合法的**二级或二级以上公立医院**，或保险人认可的，根据法律合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构：

- (1) 主要运营目的是以住院病人形式提供接待患病、伤者并为其提供医疗护理和治疗；
- (2) 在一名或若干医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊；
- (3) 维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗，并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备；
- (4) 有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。

本保险合同中所指医疗机构不包括以下或类似的医疗机构：

- (1) 精神病院；

- (2) 老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
(3) 健康中心或天然治疗所、疗养或康复医院。

(本页结束)

京东安联财产保险有限公司
意外伤害保险附加人身意外伤害医疗费用补偿保险条款（仅限社保内互联网版）
(报备文件编号：京东安联发（2023）344号)
(注册号：C00005032522023110787661)

一、附加保险合同订立

本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）须附加于保险人主保险合同使用。

二、保险责任

在保险期间内，若被保险人遭受主合同所约定的**意外伤害**，并在意外事故发生之日起180日内在中华人民共和国境内的**医疗机构**（见释义1）进行治疗，保险人对于被保险人在每次意外伤害中所支出的**必需且合理的**（见释义2）且符合当地社会基本医疗保险报销范围内的实际医疗费用，保险人在扣除社会基本医疗保险或任何第三方（包括任何商业医疗保险）已经补偿或给付部分及保险单所载明的免赔额后，按赔付比例补偿意外医疗保险金。

保险期间届满被保险人治疗仍未满上述约定180天的，保险人继续承担保险期间内发生的该次意外事故的医疗责任：住院治疗者，自保险期间届满次日起计算至出院之日止，最多延长30日；门诊治疗者，自保险期间届满次日起计算，最多延长15日。

被保险人无论一次或多次遭受意外事故而造成合理医疗费用的，保险人均按上述约定补偿意外医疗保险金，但累积给付金额之和以保单载明的保险金额为限，当保险人累积给付金额达到保险金额时，保险人对被保险人的本项保险责任终止。

三、补偿原则和标准

本附加条款适用医疗费用补偿原则。

- 1) 若被保险人拥有公费医疗、社会基本医疗保险或其他费用补偿型的商业医疗保险且已获得其医药费用补偿，保险人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**并扣除约定的免赔额后，依照保单载明的给付比例赔付**。社保卡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。
- 2) 若被保险人没有公费医疗、社会基本医疗保险或其他费用补偿型的商业医疗保险，或被保险人从公费医疗、社会基本医疗保险、其他费用补偿型的商业医疗保险中未取得医药费用补偿，保险人对被保险人实际发生的医疗费用，**在扣除约定的免赔额后，依照保单载明的给付比例赔付**。

四、责任免除

(一) 主保险合同中所有责任免除均适用于本附加合同，若主保险合同中责任免除与本附加合同有相抵触之处，则应以本附加合同为准。

(二) 任何因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的，或具备下列情形/行为的，或在下列期间的，保险人不承担保险金给付责任：

1. 投保人或被保险人的故意行为；
2. 自杀，故意自伤，斗殴，醉酒，服用、吸食或注射毒品；
3. 被保险人因从事违法、犯罪的活动或因拒捕或因遭受司法当局拘禁或被判入狱发生的意外伤害；
4. 遗传性疾病（见释义3），先天性畸形、变形或染色体异常（见释义4）（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；

5. 保险合同生效前已存在的受伤及其并发症；
6. 一般身体检查、疗养、特别护理或静养、康复性治疗或心理治疗；
7. 因各类医疗鉴定、预防接种、康复、保健、美容整形、内外科手术、视力矫正、牙齿保健/修复或其他医疗行为发生的医疗费用；
8. 生育相关的治疗费用，包括被妊娠（包括异位妊娠）、产前产后检查、流产（含任何原因所导致的流产和人工流产）、分娩（含剖腹产）、不孕不育治疗、人工受孕、男女生育控制、输精管切除术、避孕、绝育手术、绝育恢复手术；
9. 戒烟戒酒药物、食欲抑制剂、头发再生药物、抗老化药物、美容用品、维生素、矿物质等营养保健药品和食品、营养滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂；
10. 眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具及所有非处方医疗器械；
11. 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）、心理疾病、性病等的治疗和康复所产生的费用；
12. 被保险人接受传统中医治疗或中西医结合治疗，传统中医或中西医结合治疗包括但不限于脊椎指压治疗、足科治疗、营养师治疗、理疗、针灸、顺势治疗、整骨治疗、推拿、按摩等；
13. 任何原因导致的脊椎治疗费用（但因意外导致的脊椎骨折治疗除外）；
14. 被保险人罹患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒期间所致意外伤害；
15. 被保险人酒后驾驶（释义5）、无有效驾驶证（释义6）驾驶或驾驶无有效行驶证（释义7）的机动车期间；
16. 住院体检、不符合入院标准、挂床住院及其他不合理的住院，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）；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小时在床、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，但遵医嘱到外院接受临时治疗的不在此限；
17. 在如下机构接受治疗或接受如下的医疗服务：康复科或康复病区、（门）急诊观察室、诊所、家庭病床、护理机构、精神病院、老人院、疗养院、戒毒中心、戒酒中心、健康中心、天然治疗所、康复医院，特需医疗（特需病房、特诊病房）、外宾医疗（外宾病房）、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP部、联合医院或其他不属于社会医疗保险范畴的高等级病房或服务；
18. 本附加合同约定的医疗机构外产生的医疗费用。

五、保险期间

除另有约定外，本附加合同的“保险期间”同主保险合同一致。

六、不保证续保

本附加合同为不保证续保合同，本产品保险期间不超过一年，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。

七、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。

1. 索赔申请表；
2. 保险金申请人的有效身份证件复印件；
3. 医疗机构出具的诊断书、完整的门、急诊病历、出院小结及医疗费用原始收据；
4. 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其它证明和资料；
5. 其它与本项索赔有关的证明文件；
6. 若保险金申请人委托他人申请的，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。受益人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，由其监护人代为申请保险金，并提供监护人的身份证明等资料。

八、本附加合同效力终止

本附加合同所附属的主保险合同效力终止，本附加合同效力即行终止。主保险合同无效，本附加合同亦无效。解除合同的具体约定和退保计算方式以主保险合同为准。

九、其他条款的适用

本附加合同与主保险合同不一致之处，以本附加合同为准；本附加合同未尽之处，以主保险合同为准。

十、释义

释义 1：医疗机构

是指中国大陆境内（不包括香港、澳门、台湾地区）的合法的**二级或二级以上公立医院普通部**，或保险人认可的，根据法律合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构：

- （1）主要运营目的是以住院病人形式提供接待患病、伤者并为其提供医疗护理和治疗，
- （2）在一名或若干医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊，
- （3）维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗，并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备，
- （4）有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。

本附加合同中所指医疗机构不包括以下或类似的医疗机构：

- （1）精神病院；
- （2）老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
- （3）健康中心或天然治疗所、疗养或康复医院。

释义 2：必需且合理的

（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。

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。

（2）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）与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

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。

释义 3：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。

释义 4：先天性畸形、变形或染色体异常

指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）确定。

释义 5：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，被公安机关交通管理部门依法认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

释义 6：无有效驾驶证

被保险人存在下列情形之一者：

- 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。

释义 7: 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) 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交通工具;
- 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交通工具;
- 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。

(本页结束)

京东安联财产保险有限公司
意外伤害保险附加意外每日 ICU 住院津贴保险条款 (互联网版)
(报备文件编号: 京东安联发 (2025) 320 号)
(注册号: C00005032522025102214913)

一、附加保险合同订立

本附加保险合同 (以下简称 “ 本附加合同 ”) 须附加于保险人主保险合同使用。除另有约定外, 本附加合同的保险金受益人为被保险人本人。本附加险合同仅用于互联网渠道销售。

二、保险责任

在保险期间内, 若被保险人遭受主保险合同约定的意外伤害事故, 在保险人认可的医疗机构 (见释义 1) 因该事故导致被保险人接受 ICU (见释义 2) 住院 (见释义 3) 治疗, 保险人按被保险人在上述医疗机构的每次实际 ICU 住院天数 (见释义 4) 扣除约定的每次事故免赔天数后, 乘以约定的意外 ICU 住院津贴保险金日额, 向被保险人给付意外 ICU 住院津贴保险金, 即:

被保险人每次住院获得的意外 ICU 住院津贴保险金 = (实际 ICU 住院天数 - 每次事故免赔天数) × 意外 ICU 住院津贴保险金日额。

因同一住院原因的给付, 最高以保险单载明的单次最高给付住院天数为限。若被保险人因同一原因间歇性入住医疗机构, 且前次出院和后次入院间隔未滿 90 日, 则视为因同一住院原因予以给付保险金。

保险期间内, 本项责任项下累计最高给付的住院日数以保险单载明的累计最高给付住院日数为限。

意外 ICU 住院津贴保险金的每次事故免赔天数、意外 ICU 住院津贴保险金日额、单次最高给付住院天数及累计最高给付住院天数由投保人与保险人约定, 并在保险单上载明。

三、责任免除

(一) 主保险合同中所有责任免除均适用于本附加合同, 若主保险合同中责任免除与本附加合同有相抵触之处, 则应以本附加合同为准。

(二) 任何因下列情形之一导致被保险人发生保险事故, 或具备下列情形/行为的, 或在下列期间的, 保险人不承担保险金给付责任:

1. 投保人或被保险人的故意行为；
2. 自杀，故意自伤，斗殴，醉酒，服用、吸食或注射毒品；
3. 被保险人因从事违法、犯罪的活动或因拒捕或因遭受司法当局拘禁或被判入狱发生的意外伤害；
4. 遗传性疾病（见释义 5），先天性畸形、变形或染色体异常（见释义 6）（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）；
5. 本附加合同生效前已存在的受伤及其并发症；
6. 一般身体检查、疗养、特别护理或静养、康复性治疗或心理治疗；
7. 各类医疗鉴定、预防接种、康复、保健、美容整形、内外科手术、视力矫正、牙齿保健/修复或其他医疗行为；
8. 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）、心理疾病、性病等的治疗和康复；
9. 被保险人罹患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒期间；
10. 被保险人酒后驾驶（释义 7）、无有效驾驶证（释义 8）驾驶或驾驶无有效行驶证（释义 9）的机动车期间；
11. 住院体检、不符合入院标准、挂床住院及其他不合理的住院，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）；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 小时在床、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，但遵医嘱到外院接受临时治疗的不在此限；
12. 在如下机构接受治疗或接受如下的医疗服务：康复科或康复病区、（门）急诊观察室、诊所、家庭病床、护理机构、精神病院、老人院、疗养院、戒毒中心、戒酒中心、健康中心、天然治疗所、康复医院，特需医疗（特需病房、特诊病房）、外宾医疗（外宾病房）、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 部、联合医院或其他不属于社会医疗保险范畴的高等级病房或服务。

四、保险期间

除另有约定外，本附加合同的“保险期间”同主保险合同一致。

五、不保证续保

本附加合同为不保证续保合同，本产品保险期间不超过一年，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。

六、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。

1. 索赔申请表；
2. 保险金申请人的有效身份证件复印件；
3. 中国大陆境内（不含港澳台地区）二级及以上公立医院或保险人认可的医院出具的诊断证明（写明诊断全称、简单病史及治疗过程）、入住 ICU 病房相关医学证明资料（重症监护记录、医嘱单等）、门诊病历、处方、出院小结、入院记录、住院病案首页及各种检查、化验报告等单据及医疗费用收据复印件等；
4. 投保人、被保险人、保险金申请人所能提供的其他与确认事故的性质、原因、伤害程度等有关的证明和资料，其他与本项索赔相关的必要的证明和资料；
5. 若保险金申请人委托他人申请的，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；受益人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，由其监护人代为申请保险金，并提供监护人的身份证明等资料；
6. 如涉及交通意外、工伤意外等特定场景发生的意外导致的治疗，须提供有关部门出具的意外事故证明。

七、本附加合同效力终止

本附加合同所附属的主保险合同效力终止，本附加合同效力即行终止。主保险合同无效，本附加合同亦无效。解除合同的具体约定和退保计算方式以主保险合同为准。

八、其他条款的适用

本附加合同与主保险合同不一致之处，以本附加合同为准；本附加合同未尽之处，以主保险合同为准。

九、释义

释义 1：医疗机构

在中国大陆境内（不包括香港、澳门、台湾地区）的医疗机构是指合法的**二级或二级以上公立医院普通部**或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。

在中国大陆境外（包括香港、澳门、台湾地区）的医疗机构是指保险人认可的，根据所在国家法律合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构：

- （1）主要运营目的是以住院病人形式提供接待患病、伤者并为其提供医疗护理和治疗，
- （2）在一名或若干医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊，
- （3）维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗，并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备，
- （4）有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。

本附加合同中所指医疗机构（中国境内或中国境外）不包括以下或类似的医疗机构：

- （1）精神病院；
- （2）老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
- （3）健康中心或天然治疗所、疗养或康复医院。

释义 2：ICU

ICU：Intensive Care Unit 的缩写，指重症加强护理病房，又称加强监护病房综合治疗室，治疗、护理、康复均可同步进行，为重症或昏迷患者提供隔离场所和设备，提供最佳护理、综合治疗、医养结合，术后早期康复、关节护理运动治疗等服务。

释义 3：住院

指被保险人因意外伤害经医生诊断必须住院治疗。所住之病房为医院正式病房并须办理入、出院手续，但不包括入住门诊观察室、家庭病床、其他非正式病房或挂床病房。

释义 4：住院天数

指被保险人在医院住院部病房实际的住院治疗日数。住院满二十四小时为一日。住院期间请假或外出离开医院的当日的住院津贴将不予给付，具体请假或外出日期以医院的记录为准。

释义 5：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。

释义 6：先天性畸形、变形或染色体异常

指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）确定。

释义 7：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，被公安机关交通管理部门依法认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

释义 8：无有效驾驶证

被保险人存在下列情形之一者：

- (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。

释义 9：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) 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交通工具；
- (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交通工具；
- (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。

(本页结束)

京东安联财产保险有限公司
意外伤害保险附加意外骨折保险条款（互联网版）

（报备文件编号：京东安联发〔2025〕330 号）

（注册号：C00005032322025110316253）

一、附加保险合同订立

本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）须附加于保险人主保险合同使用。除另有约定外，本附加合同的保险金受益人为被保险人本人。本附加险合同仅用于互联网渠道销售。

二、保险责任

本附加保险合同的保险责任包括“**意外伤害骨折保险金**”和“**意外伤害关节脱位保险金**”，其中“**意外伤害骨折保险金**”为必选责任，“**意外伤害关节脱位保险金**”为可选责任，投保人可只投保必选责任，也可在投保必选责任的同时选择投保可选责任，但不能单独投保可选责任。所投保的保险责任一经确定，在本保险合同保险期间内不得变更。

（一）意外伤害骨折保险金

在保险期间内，若被保险人遭受主保险合同所约定的意外伤害，并在意外伤害发生之日起 180 日内，在保险人认可的**医疗机构**（释义 1），经**专科医生**（释义 2）确诊，因该意外伤害导致符合本附加合同约定的**骨折**（释义 3），保险人将以保险单载明的意外伤害骨折保险金金额为基数，按《**骨折给付比例表（单次给付标准）**》（见附件一）所列相应骨折部位对应的给付比例给付意外伤害骨折保险金。

当同一保险事故造成两处或两处以上部位骨折时，不论发生几处骨折，保险人仅按其中最高的一项给付比例给付意外伤害骨折保险金。对于本附加合同《**骨折给付比例表（单次给付标准）**》所约定的任一骨折部位，保险人在给付该部位对应的意外伤害骨折保险金后，对此骨折部位的本项保险责任随即终止。对于被保险人于本附加合同生效前同一骨已存在或发生过骨折的，则保险人将不给付该骨对应的本项保险金。

（二）意外伤害关节脱位保险金

在保险期间内，若被保险人遭受主保险合同所约定的意外伤害，并在意外伤害发生之日起 180 日内，在保险人认可的医疗机构，经专科医生确诊因该意外伤害导致符合本附加合同约定的关节脱位（释义 4），保险人将以保险单载明的意外伤害关节脱位保险金金额为基数，按《关节脱位给付比例表（单次给付标准）》（见附件二）所列相应关节脱位对应的给付比例给付意外伤害关节脱位保险金。

当同一保险事故造成两处或两处以上部位关节脱位时，不论发生几处脱位，保险人仅按其中最高的一项给付比例给付意外伤害关节脱位保险金。对于本附加合同《关节脱位给付比例表（单次给付标准）》所约定的任一关节脱位部位，保险人在给付该部位对应的意外伤害关节脱位保险金后，对此部位的本项保险责任随即终止。对于被保险人于本附加合同生效前同一部位已存在或发生过关节脱位的，则保险人将不给付该部位对应的本项保险金。

在保险期间内，保险人对意外伤害骨折保险金和意外伤害关节脱位保险金两项之和的累计给付的保险金额，以保险单上所载明的保险金额为限。这两项保险金在一次或累计给付的保险金额达到本附加合同载明的保险金额时，本附加合同终止。

三、责任免除

（一）主保险合同中所有责任免除（如适用）均适用于本附加合同，若主保险合同中责任免除与本附加合同有相抵触之处，则应以本附加合同为准。

（二）任何因下列情形之一导致被保险人发生骨折或关节脱位的，或具备下列情形/行为的，或在下列期间的，保险人不承担保险金给付责任：

1. 先天性疾病和先天性畸形；
2. 妊娠（含宫外孕）、流产、分娩及由此引起的伤害；
3. 被保险人任何因整容、整形手术、内外科手术或其他医疗行为导致的伤害；
4. 被保险人病理性骨折（释义 5）或疲劳性骨折（释义 6）；
5. 被保险人于本附加合同生效前同一骨已存在的或发生过的骨折及其并发症；被保险人投保时已存在的或发生过的关节脱位；
6. 未能取得医疗机构或医生证明。
7. 被保险人参与任何职业体育活动或任何设有奖金或报酬的体育运动期间；
8. 被保险人进行各种车辆表演、车辆竞赛；
9. 被保险人于海军、空军、陆军服役或以警察身份执行任务期间；
10. 被保险人从事采矿、地下作业、山洞作业、水上作业、五米以上高处作业的职业活动期间。

四、保险期间

除另有约定外，本附加合同的“保险期间”同主保险合同一致。

五、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。

1. 索赔申请表；
2. 保险金申请人的身份证明；
3. 医疗机构出具的诊断书、完整的门、急诊病历及出院小结，X 射线或 CT 等放射科检查报告；

4. 其它与本项索赔有关的证明文件；

5. 若保险金申请人委托他人申请的，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。

受益人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，由其监护人代为申请保险金，并提供监护人的身份证明等资料。

六、本附加合同效力终止

本附加合同所附属的主保险合同效力终止，本附加合同效力即行终止。主保险合同无效，本附加合同亦无效。解除合同的具体约定和退保计算方式以主保险合同为准。

七、其他条款的适用

本附加合同与主保险合同不一致之处，以本附加合同为准；本附加合同未尽之处，以主保险合同为准。

八、释义

释义 1：医疗机构

是指在中国大陆境内（不包括香港、澳门、台湾地区）合法的**二级（含）以上公立医院**，或保险人认可的医疗机构：

本附加合同中所指医疗机构不包括以下或类似的医疗机构：

- （1）精神病院；
- （2）老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
- （3）健康中心或天然治疗所、疗养或康复医院。

释义 2：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．中国大陆境内在二级或二级以上公立医院的相应科室从事临床工作三年以上。

释义 3：骨折

指以意外伤害为直接原因导致骨的完整性及连续性的破坏且相应骨的完全断裂，包括发生于椎体的压缩性骨折，**不包括骨的不完全断裂（如骨裂）**。

释义 4：关节脱位

指构成关节的上下两个骨端失去了正常的位置，发生了错位。

释义 5：病理性骨折

指骨质有病变，破坏了骨骼原来的正常结构，从而失去原来的坚固性，在正常活动或轻微外力作用下发生的骨折。包括骨软化症、骨质疏松症、骨结核、骨肿瘤等引起的骨折。

释义 6：疲劳性骨折

指骨骼在长期反复地操作、过度使用中造成骨骼疲劳衰弱，而导致骨骼部分或完全断裂。

附件一：《骨折给付比例表（单次给付标准）》

骨折项目	骨折类型	给付比例
颧骨、上颌骨、鼻骨骨折	开放性骨折（注 3）	8%
	闭合性骨折（注 4）	5%
	行切开复位（注 16）	
	本项目下其他骨折	3%
下颌骨骨折	开放性骨折（注 3）	12%

	闭合性骨折（注 4） 行切开复位（注 16）	10%
	本项目下其他骨折	5%
颅骨（注 5）骨折	凹陷骨折（须经手术治疗）	10%
	本项目下其他骨折	8%
肋骨（注 12）、胸骨骨折	多处骨折（注 2）、至少一处为开放性骨折	10%
	单处开放性骨折（注 3）	8%
	多处闭合性骨折（注 4）	5%
	本项目下其他骨折	3%
锁骨、肩胛骨骨折	开放性骨折（注 3）	10%
	闭合性骨折（注 4） 行切开复位（注 16）	8%
	本项目下其他骨折	8%
椎骨（注 10）骨折 （包括颈椎、胸椎、腰椎，不包括骶骨尾骨）	椎体压缩性骨折（注 11）且棘突、横突或椎弓根骨折	10%
	椎体压缩性骨折（注 11）或棘突、横突或椎弓根骨折	15%
	本项目下其他骨折	8%
盆骨（注 1）骨折	开放性骨折（注 3）	50%
	闭合性骨折（注 4） 行切开复位（注 16）	10%
	本项目下其他骨折	15%
尾骨骨折	开放性骨折（注 3）	8%
	本项目下其他骨折	3%
肱骨、桡骨、尺骨骨折 （不包括桡骨远端骨折）	桡尺骨双骨折	30%
	开放性骨折（注 3）	20%
	闭合性骨折（注 4） 行切开复位（注 16）	15%
	本项目下其他骨折	10%
桡骨远端骨折	开放性骨折（注 3）	10%
	本项目下其他骨折	8%
腕骨（注 6）骨折	开放性骨折（注 3）	20%
	闭合性骨折（注 4） 行切开复位（注 16）	10%
	本项目下其他骨折	15%
掌骨（注 7）、指骨（注 14）骨折	开放性骨折（注 3）	8%
	本项目下其他骨折	3%
股骨骨折	股骨颈骨折	20%
	开放性骨折（注 3）	40%
	闭合性骨折（注 4） 行切开复位（注 16）	15%
	本项目下其他骨折	12%

胫骨、腓骨骨折	胫骨腓骨双骨折	35%
	开放性骨折（注3）	30%
	闭合性骨折（注4） 行切开复位（注16）	25%
	本项目下其他骨折	10%
跖骨（注8）、跗骨（注9）、趾骨（注13）、根骨骨折	开放性骨折（注3）	8%
	本项目下其他骨折	3%
髌骨、髌关节骨折	开放性骨折（注3）	20%
	本项目下其他骨折	10%
上肢关节脱位（注15）	肘关节脱位	15%
	肩关节脱位	15%
下肢关节脱位（注15）	膝关节脱位	25%
	髋关节脱位	30%
关节替换	人工全髋关节替换	50%
	人工单膝关节替换（单膝）	20%

注：

1. 盆骨作为同一块骨处理，包括：趾骨、髌骨、坐骨、骶骨，不包括尾骨。
2. 多处骨折指同一骨上有一处以上的骨折。
3. 开放性骨折指骨折附近的皮肤和粘膜破裂，骨折处与外界相通。
4. 闭合性骨折是指骨折处皮肤或黏膜完整，骨骼未暴露的骨折类型。
5. 颅骨作为同一块骨处理，包括额、顶、枕、筛、颞、蝶骨。
6. 所有同侧腕骨作为同一骨处理。
7. 所有同侧掌骨作为同一骨处理。
8. 所有同侧跖骨作为同一骨处理。
9. 所有同侧跗骨作为同一骨处理。
10. 所有同侧椎骨作为同一骨处理，包括：椎体、棘突、横突和椎弓根。
11. 压缩性骨折指因外力导致松质骨因压缩而变形。
12. 所有肋骨作为同一骨处理。
13. 所有同侧趾骨作为同一骨处理。
14. 所有同侧指骨作为同一骨处理。
15. 关节脱位特指施行切开复位手术的关节脱位。
16. 切开复位指施行手术、切开骨折部的软组织，暴露骨折断端，在直视下将折复位。不包括清创术、植骨、骨头切除、骨片切除、假体置换术、陈旧性骨折切开复位或陈旧性关节脱位切开复位等。

附件二：《关节脱位给付比例表（单次给付标准）》

给付项目	给付比例
髋关节、膝关节、腕关节、肘关节、踝关节、肩关节、颌关节	10%
脚趾或拇指（每个）	5%
其他部位	0

（本页结束）

京东安联财产保险有限公司
意外伤害保险附加救护车费用保险条款（互联网版）
（报备文件编号：京东安联发（2024）197号）
（注册号：C00005032522024080602403）

一、附加保险合同订立

本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）须附加于保险人主保险合同使用。除另有约定外，本附加合同的保险金受益人为被保险人本人。本附加合同仅用于互联网渠道销售。

二、保险责任

在保险期间内，若被保险人遭受主合同所约定的**意外伤害**（见释义1），并在事故发生之日起**24小时**内因该事故直接且独立原因导致被保险人发生的合理、必要的**救护车**（见释义2）费用，保险人以保险单上本附加合同所载明的保险金额为限，按实际支出赔偿救护车费用。**救护车费用不包括医生诊疗费、医药费、出诊费、担架费和转院时发生的其他费用。**

三、补偿原则和标准

本附加合同适用医疗费用补偿原则。

- 若被保险人拥有公费医疗、社会医疗保险或其他费用补偿型的商业医疗保险且已获得其医药费用补偿，保险人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并扣除约定的免赔额后，依照保险单载明的赔付比例赔付。社保卡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。
- 若被保险人没有公费医疗、社会医疗保险或其他费用补偿型的商业医疗保险，或被保险人未从公费医疗、社会医疗保险、其他费用补偿型的商业医疗保险中取得医药费用补偿，保险人对被保险人实际发生的医疗费用，在扣除约定的免赔额后，依照保险单载明的赔付比例赔付。

四、责任免除

- （一）主保险合同中所有责任免除（如适用）均适用于本附加合同，若主保险合同中责任免除与本附加合同有相抵触之处，则应以本附加合同为准；
- （二）被保险人非因责任范围内的意外伤害导致的救护车费用。

五、保险期间

除另有约定外，本附加合同的“保险期间”同主保险合同一致。

六、不保证续保

本附加合同为不保证续保合同，本产品保险期间不超过一年，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。

七、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。

- 索赔申请表；
- 保险金申请人的有效身份证件复印件；

3. 医疗机构出具的诊断书、完整的门、急诊病历、出院小结及医疗费用原始收据；
4. 救护车费用发票，及其它相关证明材料；
5. 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其它证明和资料；
6. 其它与本项索赔有关的证明文件；
7. 若保险金申请人委托他人申请的，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。受益人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，由其监护人代为申请保险金，并提供监护人的身份证明等资料。

八、本附加合同效力终止

本附加合同所附属的主保险合同效力终止，本附加合同效力即行终止。主保险合同无效，本附加合同亦无效。解除合同的具体约定和退保计算方式以主保险合同为准。

九、其他条款的适用

本附加合同与主保险合同不一致之处，以本附加合同为准；本附加合同未尽之处，以主保险合同为准。

十、释义

释义 1：意外伤害

指外来的、突发的、非本意的和非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

释义 2：救护车

指由当地急救中心派出的救护车，中国境内特指 120 急救中心或 999 紧急救援中心。

（本页结束）

京东安联财产保险有限公司
附加除外承保特定区域医疗机构保险条款（互联网版）
（报备文件编号：京东安联发（2023）261 号）
（注册号：C00005032322023073113801）

一、附加保险合同订立

本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）须附加于保险人主保险合同使用。

二、保险责任

保险期间内，若被保险人在本附加合同约定的除外承保特定区域医疗机构（见释义）接受治疗的，保险人不予承担保险金赔付责任。除外承保特定区域以保险单上列明的区域为准。

三、保险期间

除另有约定外，本附加合同的“保险期间”同主保险合同一致。

四、本附加合同效力终止

本附加合同所附属的主保险合同效力终止，本附加合同效力即行终止。主保险合同无效，本附加合同亦无效。

五、其他条款的适用

本附加合同与主保险合同不一致之处，以本附加合同为准；本附加合同未尽之处，以主保险合同为准。

六、释义

除外承保特定区域医疗机构：指保险单上列明的行政区域内医疗机构，该区域范围内经营的医疗机构实施的治疗，本附加合同不予承保。

（ 本页结束 ）

京东安联财产保险有限公司
个人人身意外伤害保险条款（2025 互联网 A 版）
（报备文件编号：京东安联发（2025）366 号）
（注册号：C00005032312025112840013）

一、总则

本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

本保险合同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。

本保险合同的被保险人应为身体健康，能正常工作或正常生活，且符合投保条件的自然人。

本保险合同的受益人包括：

（一）身故保险金受益人

订立本保险合同时，被保险人或投保人可指定一人或数人为身故保险金受益人。身故保险金受益人为数人时，应确定其受益顺序和受益份额；未确定受益份额的，各身故保险金受益人按照相等份额享有受益权。投保人指定受益人时须经被保险人同意，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。

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**（见释义 1）依照有关法律的规定履行给付保险金的义务：

1. 没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；
2. 受益人先于被保险人死亡，没有其他受益人的；
3. 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。

被保险人或投保人可以变更身故保险金受益人，但需书面通知保险人，由保险人在本保险合同上批注。**对因身故保险金受益人变更发生的法律纠纷，保险人不承担任何责任。**

投保人指定或变更身故保险金受益人的，应经被保险人书面同意。被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，应由其监护人指定或变更身故保险金受益人。

（二）伤残保险金受益人

除另有约定外，本保险合同的伤残保险金的受益人为被保险人本人。

二、保险责任

本保险合同的保险责任包括“意外身故保险责任”和“意外伤残保险责任”，其中“意外身故保险责任”为必选责任，“意外伤残保险责任”为可选责任，经投保人与保险人协商，可只投保必选责任，也可在投保必选责任的同时选择投保可选责任，但**不能单独投保可选责任。所投保的保险责任一经确定，在本保险合同保险期间内不得变更。**

在保险期间内，被保险人因遭受**意外伤害**（见释义 2）事故导致死亡或伤残的，保险人依照下列约定给付保险金。

（一）意外身故保险责任

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并**自事故发生之日起 180 日内**因该事故死亡的，保险人按保险金额给付身故保险金（**除下述特定情形外**），**对该被保险人的保险责任终止。**

被保险人因遭受意外伤害事故且自该事故发生日起下落不明，后经人民法院依法宣告死亡的，保险人按保险金额给付身故保险金（**除下述特定情形外**）。但若被保险人被宣告死亡后生还的，**保险金受领人应于知道或应当知道被保险人生还后 30 日内退还保险人给付的身故保险金。**

在保险期间内，被保险人因**自驾**（见释义 3）、**溺水**（见释义 4）、**坠楼**（见释义 5）或**一氧化碳中毒**（见释义 6）遭受意外伤害事故，并**自事故发生之日 180 日内**因该事故导致死亡的，身故保险金按“（一）意外身

故保险责任”计算的金额再乘以 30%比例给付。

在保险期间内，意外身故责任给付金额以保险单载明的意外身故保险金为限。

（二）意外伤残保险责任

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并自该事故发生之日起 180 日内因该事故造成《人身保险伤残评定及代码》（标准号为 GB/T44893-2024，以下简称《伤残评定》）（见释义 7）所列伤残之一的，保险人按该《伤残评定》所列给付比例乘以意外伤害保险金额给付伤残保险金（除下述特定情形外）。如第 180 日治疗仍未结束的，按当日的身体情况进行伤残鉴定，并据此给付伤残保险金。

1. 当同一保险事故造成两处或两处以上伤残时，应首先对各处伤残程度分别进行评定，如果几处伤残等级不同，以最重的伤残等级作为最终的评定结论；如果两处或两处以上伤残等级相同，伤残等级在原评定基础上最多晋升一级，最高晋升至第一级。同一部位和性质的伤残，不应采用《伤残评定》条文两条以上或者同一条文两次以上进行评定。

2. 被保险人如在本次意外伤害事故之前已有伤残，保险人按合并后的伤残程度在《伤残评定》中所对应的给付比例给付伤残保险金，但应扣除原有伤残程度在《伤残评定》所对应的伤残保险金。

在保险期间内，被保险人因自驾、溺水、坠楼或一氧化碳中遭受意外伤害事故，并自事故发生之日 180 日内因该事故导致伤残的，伤残保险金按“（二）意外伤残保险责任”计算的金额再乘以 30%比例给付。

在保险期间内，意外伤残责任的给付金额以保险单载明的意外伤残保险金为限。

三、责任免除

（一）因下列任一情形导致被保险人死亡或伤残的，或具备下列任一情形/行为的，保险人不承担给付保险金责任：

1. 投保人、被保险人或受益人的故意行为；
2. 被保险人自致伤害或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
3. 因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
4. 被保险人妊娠（含宫外孕）、流产（含任何原因所导致的流产和人工流产）、分娩（含剖腹产）、不孕不育治疗；
5. 被保险人疾病、食物中毒、药物过敏、中暑、高原反应特定疾病（见释义 8）及其并发症、潜水特定疾病（见释义 9）及其并发症、猝死（见释义 10）；
6. 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
7. 任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
8. 保险合同生效前已存在的受伤及其并发症；
9. 细菌或病毒感染（但因意外伤害致有伤口而发生感染者除外）；
10. 被保险人任何因整容、整形手术、内外科手术或其他医疗行为导致的伤害。

（二）被保险人在下列期间遭受意外伤害导致死亡或伤残的，保险人也不承担给付保险金责任：

1. 战争（见释义 11）、军事行动、暴动或武装叛乱期间；
2. 被保险人从事违法、犯罪活动期间或被依法拘留、服刑、在逃期间；
3. 被保险人在酒精或毒品、管制药物的影响期间；
4. 被保险人患艾滋病或感染艾滋病病毒期间；
5. 被保险人酒后驾驶（见释义 12）、无有效驾驶证（见释义 13）驾驶或驾驶无有效行驶证（见释义 14）的机动车期间；
6. 被保险人进行各种车辆表演、车辆竞赛或练习期间；
7. 被保险人作为军人（含特种兵）、警务人员（含防暴警察）在训练或执行公务期间；
8. 被保险人参与任何职业体育活动或任何设有奖金或报酬的体育运动期间；

9. 被保险人进行滑翔翼、滑翔伞、跳伞、探险活动（见释义 15）、非固定路线洞穴探险、特技表演（见释义 16），任何海拔 6,000 米以上的户外运动及潜水深度大于 18 米的活动期间。如保险人进行风险评估后同意拓展承保时，不受本责任免除的限制；
10. 被保险人必须借助登山绳索、登山向导（非旅行社导游）完成的登山活动期间；借助水下供气瓶（非呼吸管）设备完成的潜水活动期间（但在旅游景点的专业潜水教练指导下进行休闲潜水活动的除外）；
11. 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）期间（包括但不限于服药治疗或心理行为治疗期间）；
12. 被保险人在矿洞、地下、高速路、高架桥、水上、建筑工地作业期间；
13. 被保险人从事 5 米以上高空作业的职业相关活动期间；
14. 被保险人从事航空或飞行活动期间，包括身为飞行驾驶员或空勤人员，但以缴费乘客身份乘坐客运民航航班或参与飞行活动的除外。

四、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。保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

本保险合同的保险费按照被保险人的年龄、职业和所选计划确定。投保人须按本保险合同约定支付保险费。本保险合同的保险费支付方式由投保人与保险人投保时约定。

1. 一次性缴付保险费

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

2. 分期缴付保险费

若分期缴付保险费的，在缴纳首期保险费后，投保人应当在每个保险费约定缴纳日（见释义 17）前足额缴纳对应的保险费。如未缴付首期保险费，保险合同不生效，保险人不承担保险责任。

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

延长期由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

五、保险期间

除另有约定外，保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

六、保险人义务

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。

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。

保险人认为被保险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、被保险人补充提供。

保险人收到被保险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，但因投保人未如实告知、索赔人原因、事故情况异常复杂需要查证或需要等待第三方意见等客观原因需要更长处理时间的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险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。

七、投保人、被保险人义务

订立保险合同，保险人就保险标的或者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。

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。

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。

被保险人变更职业或工种时，投保人或被保险人应在10日内以书面形式通知保险人。

被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内或保险人不愿承保变更后的风险的，保险人在接到通知后有权解除本保险合同并按照接到通知之日退还原职业或工种所对应的未满期净保费（见释义18）。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类仍可承保的或在拒保范围内但保险人认定可以继续承保的，保险人按照接到通知之日计算并退还原职业或工种所对应的未满期净保费，投保人补交按照保险人接到通知之日计算的新职业或工种所对应的未满期净保费。

被保险人变更职业或工种，未依本条约定通知保险人，因危险程度增加导致发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

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，均视为已送达投保人。

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19）而导致的迟延。

八、保险金申请

保险金申请人（见释义20）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有关材料。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）身故保险金申请

1. 索赔申请表
2. 身故保险金受益人/法定继承人的有效身份证明文件；
3. 二级以上（含二级）医疗机构（见释义21）或保险人认可的机构出具的被保险人死亡证明书。若被保险人为宣告死亡，保险金申请人应提供人民法院出具的宣告死亡证明文件；

4. 被保险人的户籍注销证明；
5. 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；
6. 若保险金申请人委托他人申请的，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。

（二）伤残保险金申请

1. 索赔申请表；
2. 被保险人的有效身份证明文件；
3. 二级以上（含二级）或保险人认可的医疗机构或司法鉴定机构出具的伤残鉴定意见书；
4. 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；
5. 若保险金申请人委托他人申请的，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。

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

九、争议处理和法律适用

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或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

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）。

十、其他事项

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：

1. 保险合同解除通知书；
2. 投保人身份证明。

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费。**若本保险合同已发生保险金赔偿，则未满期净保费为零。**

十一、释义

释义 1：保险人

指与投保人签订本保险合同的京东安联财产保险有限公司及其分支机构。

释义 2：意外伤害

指外来的、突发的、非本意的和非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

释义 3：自驾

指被保险人作为驾驶员或操作者，驾驶或操作私家轿车、货车、摩托车、公共交通工具及商业营运车辆等机动车辆，在公共道路或允许通行的区域发生交通事故，并因此造成身体伤害或死亡的事件。**若该交通事故情形符合本保险合同第三条“责任免除”的规定，保险人不承担赔偿责任。**

释义 4：溺水

指被保险人因突发意外落入液体（包括但不限于水、油、化学溶液等）中，导致液体进入呼吸道引发窒息，并因此造成身体伤害或死亡的事件。**若该溺水情形符合本保险合同第三条“责任免除”的规定，保险人不承担赔偿责任。**

释义 5：坠楼

指被保险人因突发意外，自基准平面垂直距离 3 米以上（含 3 米）的建筑物、构筑物或其他固定平台（包括但不限于楼梯、阳台、屋顶、脚手架、护墙、高架桥等）非主动跳下而坠落，并因此造成身体伤害或死亡的情形。**若该坠楼情形符合本保险合同第三条“责任免除”的规定，保险人不承担赔偿责任。**

释义 6：一氧化碳中毒

指被保险人因突发意外事件（如燃气泄漏、热水器故障、燃料不完全燃烧等）吸入过量一氧化碳，经医疗机构或者鉴定机构明确诊断为一氧化碳中毒，并因此造成身体伤害或死亡的情形。**若该一氧化碳中毒情形符合本保险合同第三条“责任免除”的规定，保险人不承担赔偿责任。**

释义 7：《人身保险伤残评定及代码》

标准号为 GB/T44893-2024，是由国家市场监督管理总局、国家标准化管理委员会联合发布的国家标准。如有修订，则以最新修订的版本为准。

释义 8：高原反应特定疾病

指急性高原脑水肿、急性高原肺水肿、高原反应和平原反应，其成立必须由医院相应专科医师确诊。

释义 9：潜水特定疾病

指潜水减压病、氮醉、及二氧化碳中毒，其成立必须由医院相应专科医师确诊。

释义 10：猝死

表面健康的人因潜在疾病、机能障碍或其他原因在出现症状后，在一定时间内发生的非暴力性突然死亡。除另有约定外，上述自出现症状至死亡时所经过的时间最高不超过 72 小时。

释义 11：战争

是指不管宣战与否，主权国家为达到其经济、疆域的扩张、民族主义、种族、宗教或其他目的而进行的任何战争或军事行动。

释义 12：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，被公安机关交通管理部门依法认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

释义 13：无有效驾驶证

被保险人存在下列情形之一者：

- （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。

释义 14：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) 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辆；
- (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辆；
- (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。

释义 15：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，而故意使自己置身其中的行为。如极地探险、江河漂流、徒步穿越沙漠或人迹罕见的原始森林等活动。

释义 16：特技表演

指马术、杂技、驯兽等特殊技能。

释义 17：保险费约定缴纳日

指保险合同生效日在每期的对应日。如果当期无对应的同一日，则以该期最后一日为对应日。

释义 18：未到期净保费

若保险费为一次性缴付的：未到期净保费=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：未到期净保费=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保险金赔偿，则未到期净保费为零。

释义 19：不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

释义 20：保险金申请人

指被保险人；被保险人身故时，指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

释义 21：医疗机构

指在中国大陆境内（不包括香港、澳门、台湾地区）合法的二级或二级以上公立医院，或保险人认可的，根据法律合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构：

- (1) 主要运营目的是以住院病人形式提供接待患病、伤者并为其提供医疗护理和治疗；
- (2) 在一名或若干医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊；
- (3) 维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗，并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备；
- (4) 有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。

本保险合同中所指医疗机构不包括以下或类似的医疗机构：

- (1) 精神病院；

- (2) 老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心;
- (3) 健康中心或天然治疗所、疗养或康复医院。

(本页结束)

京东安联财产保险有限公司
意外伤害保险附加人身意外伤害医疗费用补偿保险条款 (互联网版)
(报备文件编号: 京东安联发 (2023) 261 号)
(注册号: C00005032522023073113691)

一、附加保险合同订立

本附加保险合同 (以下简称 “ 本附加合同 ”) 须附加于保险人主保险合同使用。除另有约定外, 本附加合同的保险金受益人为被保险人本人。

二、保险责任

在保险期间内, 若被保险人遭受主保险合同所约定的意外伤害, 并在意外伤害事故发生之日起 180 日内在本附加合同约定的医疗机构 (见释义 1) 进行治疗, 保险人按下列约定赔付意外医疗保险金:

1. 中华人民共和国境内 (不包括港、澳、台地区): 对于被保险人在每次意外伤害事故中所支出的必需且合理的 (见释义 2) 实际医疗费用, 保险人在扣除社会医疗保险或任何第三方 (包括任何商业医疗保险) 已经补偿或给付部分及保险单载明的免赔额后, 按保险单所载明的赔付比例赔付意外医疗保险金。
2. 中华人民共和国境外 (包括港、澳、台地区): 对于被保险人在事故发生地所在国家或地区的医疗机构进行治疗所支出的必需且合理的实际医疗费用, 扣除任何第三方 (包括任何商业医疗保险) 已经补偿或给付部分及保险单载明的免赔额后, 按保险单所载明的赔付比例赔付意外医疗保险金。
3. 保险期间届满被保险人治疗仍未结束的, 保险人按如下约定继续承担保险期间内发生的该次意外伤害事故的保险金给付责任, 但最长不超过上述约定的 180 天: 住院治疗者, 自保险期间届满次日起, 最多延长 90 日 (若另有约定的, 以保险单载明为准); 门诊治疗者, 自保险期间届满次日起, 最多延长 15 日 (若另有约定的, 以保险单载明为准)。

被保险人无论一次或多次遭受意外伤害事故而产生合理医疗费用的, 保险人均按上述约定补偿意外医疗保险金, 但累积给付金额之和以保险单载明的保险金额为限, 当保险人全年累积补偿金额达到保险金额时, 保险人对被保险人的本项保险责任终止。

三、补偿原则和标准

本附加合同适用医疗费用补偿原则。

1. 若被保险人拥有公费医疗、社会医疗保险或其他费用补偿型的商业医疗保险且已获得其医药费用补偿, 保险人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并扣除约定的免赔额后, 依照保险单载明的赔付比例赔付。社保卡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。
2. 若被保险人没有公费医疗、社会医疗保险或其他费用补偿型的商业医疗保险, 或被保险人未从公费医疗、社会医疗保险、其他费用补偿型的商业医疗保险中取得医药费用补偿, 保险人对被保险人实际发生的医疗费用, 在扣除约定的免赔额后, 依照保险单载明的赔付比例赔付。

四、责任免除

(一) 主保险合同中所有责任免除 (如适用) 均适用于本附加合同, 若主保险合同中责任免除与本附加合同有相抵触之处, 则应以本附加合同为准。

(二) 任何因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的, 或具备下列情形/行为的, 或在下列期间的, 保险人不承担保险金给付责任:

1. 投保人或被保险人的故意行为;
2. 自杀, 故意自伤, 斗殴, 醉酒, 服用、吸食或注射毒品;
3. 被保险人因从事违法、犯罪的活动或因拒捕或因遭受司法当局拘禁或被判入狱发生的意外伤害;
4. 遗传性疾病(见释义3), 先天性畸形、变形或染色体异常(见释义4)(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);
5. 保险合同生效前已存在的受伤及其并发症;
6. 一般身体检查、疗养、特别护理或静养、康复性治疗或心理治疗;
7. 因各类医疗鉴定、预防接种、康复、保健、美容整形、内外科手术、视力矫正、牙齿保健/修复或其他医疗行为发生的医疗费用;
8. 生育相关的治疗费用, 包括被妊娠(包括异位妊娠)、产前产后检查、流产(含任何原因所导致的流产和人工流产)、分娩(含剖腹产)、不孕不育治疗、人工受孕、男女生育控制、输精管切除术、避孕、绝育手术、绝育恢复手术;
9. 戒烟戒酒药物、食欲抑制剂、头发再生药物、抗老化药物、美容用品、维生素、矿物质等营养保健药品和食品、营养滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂;
10. 眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具及所有非处方医疗器械;
11. 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)、心理疾病、性病等的治疗和康复所产生的费用;
12. 被保险人接受传统中医治疗或中西医结合治疗, 传统中医或中西医结合治疗包括但不限于脊椎指压治疗、足科治疗、营养师治疗、理疗、针灸、顺势治疗、整骨治疗、推拿、按摩等;
13. 任何原因导致的脊椎治疗费用(但因意外导致的脊椎骨折治疗除外);
14. 被保险人罹患艾滋病(AIDS)或感染艾滋病病毒期间所致意外伤害;
15. 住院体检、不符合入院标准、挂床住院及其他不合理的住院, 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); 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小时在床、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, 但遵医嘱到外院接受临时治疗的不在此限;
16. 在如下机构接受治疗或接受如下的医疗服务:(门)急诊观察室、诊所、家庭病床、护理机构、精神病院、老人院、疗养院、戒毒中心、戒酒中心、健康中心、天然治疗所、康复医院, 特需医疗(特需病房)、外宾医疗(外宾病房)、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP部、联合医院或其他不属于社会医疗保险范畴的高等级病房或服务;
17. 本附加合同约定的医疗机构外产生的医疗费用, 持有符合本附加合同约定的医疗机构医生处方和院外购药原因说明的院外自购药品不受此限。

五、保险期间

除另有约定外, 本附加合同的“保险期间”同主保险合同一致。

六、不保证续保

本附加合同为不保证续保合同, 本产品保险期间不超过一年, 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。

七、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。**

1. 索赔申请表；
2. 保险金申请人的身份证明；
3. 医疗机构出具的诊断书、完整的门、急诊病历、出院小结及医疗费用原始收据；
4. 其它与本项索赔有关的证明文件；
5. 若保险金申请人委托他人申请的，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。受益人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，由其监护人代为申请保险金，并提供监护人的身份证明等资料。

八、本附加合同效力终止

本附加合同所附属的主保险合同效力终止，本附加合同效力即行终止。主保险合同无效，本附加合同亦无效。解除合同的具体约定和退保计算方式以主保险合同为准。

九、其他条款的适用

本附加合同与主保险合同不一致之处，以本附加合同为准；本附加合同未尽之处，以主保险合同为准。

十、释义

释义 1：医疗机构

在中国大陆境内（不包括香港、澳门、台湾地区）的医疗机构是指合法的二级或二级以上公立医院普通部或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。

在中国大陆境外（包括香港、澳门、台湾地区）的医疗机构是指保险人认可的，根据所在国家法律合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构：

- （1）主要运营目的是以住院病人形式提供接待患病、伤者并为其提供医疗护理和治疗，
- （2）在一名或若干医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊，
- （3）维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗，并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备，
- （4）有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。

本附加合同中所指医疗机构(中国境内或中国境外)不包括以下或类似的医疗机构：

- （1）精神病院；
- （2）老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
- （3）健康中心或天然治疗所、疗养或康复医院。

释义 2：必需且合理的

（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。

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。

（2）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) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

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。

释义 3：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。

释义 4：先天性畸形、变形或染色体异常

指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）确定。

（本页结束）

京东安联财产保险有限公司
意外伤害保险附加意外每日 ICU 住院津贴保险条款（互联网版）
（报备文件编号：京东安联发（2025）320 号）
（注册号：C00005032522025102214913）

一、附加保险合同订立

本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）须附加于保险人主保险合同使用。除另有约定外，本附加合同的保险金受益人为被保险人本人。本附加险合同仅用于互联网渠道销售。

二、保险责任

在保险期间内，若被保险人遭受主保险合同约定的意外伤害事故，在保险人认可的**医疗机构**（见释义 1）**因该事故导致被保险人接受 ICU（见释义 2）住院（见释义 3）治疗**，保险人按被保险人在上述医疗机构的每次实际 ICU 住院天数（见释义 4）扣除约定的每次事故免赔天数后，乘以约定的意外 ICU 住院津贴保险金日额，向被保险人给付意外 ICU 住院津贴保险金，即：

被保险人每次住院获得的意外 ICU 住院津贴保险金＝（实际 ICU 住院天数－每次事故免赔天数）×意外 ICU 住院津贴保险金日额。

因同一住院原因的给付，最高以保险单载明的单次最高给付住院天数为限。若被保险人因同一原因间歇性入住医疗机构，且前次出院和后次入院间隔未满 90 日，则视为因同一住院原因予以给付保险金。

保险期间内，本项责任项下累计最高给付的住院日数以保险单载明的累计最高给付住院日数为限。

意外 ICU 住院津贴保险金的每次事故免赔天数、意外 ICU 住院津贴保险金日额、单次最高给付住院天数及累计最高给付住院天数由投保人与保险人约定，并在保险单上载明。

三、责任免除

（一）主保险合同中所有责任免除均适用于本附加合同，若主保险合同中责任免除与本附加合同有相抵触之处，则应以本附加合同为准。

（二）任何因下列情形之一导致被保险人发生保险事故，或具备下列情形/行为的，或在下列期间的，保险人不承担保险金给付责任：

1. 投保人或被保险人的故意行为；
2. 自杀，故意自伤，斗殴，醉酒，服用、吸食或注射毒品；

3. 被保险人因从事违法、犯罪的活动或因拒捕或因遭受司法当局拘禁或被判入狱发生的意外伤害；
4. 遗传性疾病（见释义 5），先天性畸形、变形或染色体异常（见释义 6）（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）；
5. 本附加合同生效前已存在的受伤及其并发症；
6. 一般身体检查、疗养、特别护理或静养、康复性治疗或心理治疗；
7. 各类医疗鉴定、预防接种、康复、保健、美容整形、内外科手术、视力矫正、牙齿保健/修复或其他医疗行为；
8. 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）、心理疾病、性病等的治疗和康复；
9. 被保险人罹患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒期间；
10. 被保险人酒后驾驶（释义 7）、无有效驾驶证（释义 8）驾驶或驾驶无有效行驶证（释义 9）的机动车期间；
11. 住院体检、不符合入院标准、挂床住院及其他不合理的住院，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）；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 小时在床、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，但遵医嘱到外院接受临时治疗的不在此限；
12. 在如下机构接受治疗或接受如下的医疗服务：康复科或康复病区、（门）急诊观察室、诊所、家庭病床、护理机构、精神病院、老人院、疗养院、戒毒中心、戒酒中心、健康中心、天然治疗所、康复医院，特需医疗（特需病房、特诊病房）、外宾医疗（外宾病房）、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 部、联合医院或其他不属于社会医疗保险范畴的高等级病房或服务。

四、保险期间

除另有约定外，本附加合同的“保险期间”同主保险合同一致。

五、不保证续保

本附加合同为不保证续保合同，本产品保险期间不超过一年，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。

六、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。

1. 索赔申请表；
2. 保险金申请人的有效身份证件复印件；
3. 中国大陆境内（不含港澳台地区）二级及以上公立医院或保险人认可的医院出具的诊断证明（写明诊断全称、简单病史及治疗过程）、入住 ICU 病房相关医学证明材料（重症监护记录、医嘱单等）、门诊病历、处方、出院小结、入院记录、住院病案首页及各种检查、化验报告等单据及医疗费用收据复印件等；
4. 投保人、被保险人、保险金申请人所能提供的其他与确认事故的性质、原因、伤害程度等有关的证明和资料，其他与本项索赔相关的必要的证明和资料；
5. 若保险金申请人委托他人申请的，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；受益人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，由其监护人代为申请保险金，并提供监护人的身份证明等资料；
6. 如涉及交通意外、工伤意外等特定场景发生的意外导致的治疗，须提供有关部门出具的意外事故证明。

七、本附加合同效力终止

本附加合同所附属的主保险合同效力终止，本附加合同效力即行终止。主保险合同无效，本附加合同亦无效。解除合同的具体约定和退保计算方式以主保险合同为准。

八、其他条款的适用

本附加合同与主保险合同不一致之处，以本附加合同为准；本附加合同未尽之处，以主保险合同为准。

九、释义

释义 1：医疗机构

在中国大陆境内（不包括香港、澳门、台湾地区）的医疗机构是指合法的**二级或二级以上公立医院普通部**或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。

在中国大陆境外（包括香港、澳门、台湾地区）的医疗机构是指保险人认可的，根据所在国家法律合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构：

- （1）主要运营目的是以住院病人形式提供接待患病、伤者并为其提供医疗护理和治疗，
- （2）在一名或若干医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊，
- （3）维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗，并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备，
- （4）有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。

本附加合同中所指医疗机构（中国境内或中国境外）不包括以下或类似的医疗机构：

- （1）精神病院；
- （2）老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
- （3）健康中心或天然治疗所、疗养或康复医院。

释义 2：ICU

ICU：Intensive Care Unit 的缩写，指重症加强护理病房，又称加强监护病房综合治疗室，治疗、护理、康复均可同步进行，为重症或昏迷患者提供隔离场所和设备，提供最佳护理、综合治疗、医养结合，术后早期康复、关节护理运动治疗等服务。

释义 3：住院

指被保险人因意外伤害经医生诊断必须住院治疗。所住之病房为医院正式病房并须办理入、出院手续，但不包括入住门诊观察室、家庭病床、其他非正式病房或挂床病房。

释义 4：住院天数

指被保险人在医院住院部病房实际的住院治疗日数。住院满二十四小时为一日。住院期间请假或外出离开医院的当日的住院津贴将不予给付，具体请假或外出日期以医院的记录为准。

释义 5：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。

释义 6：先天性畸形、变形或染色体异常

指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）确定。

释义 7：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，被公安机关交通管理部门依法认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

释义 8：无有效驾驶证

被保险人存在下列情形之一者：

- （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。

释义 9：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) 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交通工具；
- (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交通工具；
- (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。

(本页结束)

京东安联财产保险有限公司
意外伤害保险附加意外骨折保险条款（互联网版）
（报备文件编号：京东安联发（2025）330 号）
（注册号：C00005032322025110316253）

一、附加保险合同订立

本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）须附加于保险人主保险合同使用。除另有约定外，本附加合同的保险金受益人为被保险人本人。本附加险合同仅用于互联网渠道销售。

二、保险责任

本附加保险合同的保险责任包括“意外伤害骨折保险金”和“意外伤害关节脱位保险金”，其中“意外伤害骨折保险金”为必选责任，“意外伤害关节脱位保险金”为可选责任，投保人可只投保必选责任，也可在投保必选责任的同时选择投保可选责任，但不能单独投保可选责任。所投保的保险责任一经确定，在本保险合同保险期间内不得变更。

（一）意外伤害骨折保险金

在保险期间内，若被保险人遭受主保险合同所约定的意外伤害，并在意外伤害发生之日起 180 日内，在保险人认可的医疗机构（释义 1），经专科医生（释义 2）确诊，因该意外伤害导致符合本附加合同约定的骨折（释义 3），保险人将以保险单载明的意外伤害骨折保险金额为基数，按《骨折给付比例表（单次给付标准）》（见附件一）所列相应骨折部位对应的给付比例给付意外伤害骨折保险金。

当同一保险事故造成两处或两处以上部位骨折时，不论发生几处骨折，保险人仅按其中最高的一项给付比例给付意外伤害骨折保险金。对于本附加合同《骨折给付比例表（单次给付标准）》所约定的任一骨折部位，保险人在给付该部位对应的意外伤害骨折保险金后，对此骨折部位的本项保险责任随即终止。对于被保险人于本附加合同生效前同一骨已存在或发生过骨折的，则保险人将不给付该骨对应的本项保险金。

（二）意外伤害关节脱位保险金

在保险期间内，若被保险人遭受主保险合同所约定的意外伤害，并在意外伤害发生之日起180日内，在保险人认可的医疗机构，经专科医生确诊因该意外伤害导致符合本附加合同约定的关节脱位（释义4），保险人将以保险单载明的意外伤害关节脱位保险金金额为基数，按《关节脱位给付比例表（单次给付标准）》（见附件二）所列相应关节脱位对应的给付比例给付意外伤害关节脱位保险金。

当同一保险事故造成两处或两处以上部位关节脱位时，不论发生几处脱位，保险人仅按其中最高的一项给付比例给付意外伤害关节脱位保险金。对于本附加合同《关节脱位给付比例表（单次给付标准）》所约定的任一关节脱位部位，保险人在给付该部位对应的意外伤害关节脱位保险金后，对此部位的本项保险责任随即终止。对于被保险人于本附加合同生效前同一部位已存在或发生过关节脱位的，则保险人将不给付该部位对应的本项保险金。

在保险期间内，保险人对意外伤害骨折保险金和意外伤害关节脱位保险金两项之和的累计给付的保险金额，以保险单上所载明的保险金额为限。这两项保险金在一次或累计给付的保险金额达到本附加合同载明的保险金额时，本附加合同终止。

三、责任免除

（一）主保险合同中所有责任免除（如适用）均适用于本附加合同，若主保险合同中责任免除与本附加合同有相抵触之处，则应以本附加合同为准。

（二）任何因下列情形之一导致被保险人发生骨折或关节脱位的，或具备下列情形/行为的，或在下列期间的，保险人不承担保险金给付责任：

1. 先天性疾病和先天性畸形；
2. 妊娠（含宫外孕）、流产、分娩及由此引起的伤害；
3. 被保险人任何因整容、整形手术、内外科手术或其他医疗行为导致的伤害；
4. 被保险人病理性骨折（释义5）或疲劳性骨折（释义6）；
5. 被保险人于本附加合同生效前同一骨已存在的或发生过的骨折及其并发症；被保险人投保时已存在的或发生过的关节脱位；
6. 未能取得医疗机构或医生证明。
7. 被保险人参与任何职业体育活动或任何设有奖金或报酬的体育运动期间；
8. 被保险人进行各种车辆表演、车辆竞赛；
9. 被保险人于海军、空军、陆军服军役或以警察身份执行任务期间；
10. 被保险人从事采矿业、地下作业、山洞作业、水上作业、五米以上高处作业的职业活动期间。

四、保险期间

除另有约定外，本附加合同的“保险期间”同主保险合同一致。

五、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。

1. 索赔申请表；
2. 保险金申请人的身份证明；
3. 医疗机构出具的诊断书、完整的门、急诊病历及出院小结，X射线或CT等放射科检查报告；
4. 其它与本项索赔有关的证明文件；

5. 若保险金申请人委托他人申请的，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。

受益人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，由其监护人代为申请保险金，并提供监护人的身份证明等资料。

六、本附加合同效力终止

本附加合同所附属的主保险合同效力终止，本附加合同效力即行终止。主保险合同无效，本附加合同亦无效。解除合同的具体约定和退保计算方式以主保险合同为准。

七、其他条款的适用

本附加合同与主保险合同不一致之处，以本附加合同为准；本附加合同未尽之处，以主保险合同为准。

八、释义

释义 1：医疗机构

是指在中国大陆境内（不包括香港、澳门、台湾地区）合法的**二级（含）以上公立医院**，或保险人认可的医疗机构：

本附加合同中所指医疗机构不包括以下或类似的医疗机构：

- （1）精神病院；
- （2）老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
- （3）健康中心或天然治疗所、疗养或康复医院。

释义 2：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. 中国大陆境内在二级或二级以上公立医院的相应科室从事临床工作三年以上。

释义 3：骨折

指以意外伤害为直接原因导致骨的完整性及连续性的破坏且相应骨的完全断裂，包括发生于椎体的压缩性骨折，**不包括骨的不完全断裂（如骨裂）**。

释义 4：关节脱位

指构成关节的上下两个骨端失去了正常的位置，发生了错位。

释义 5：病理性骨折

指骨质有病变，破坏了骨骼原来的正常结构，从而失去原来的坚固性，在正常活动或轻微外力作用下发生的骨折。包括骨软化症、骨质疏松症、骨结核、骨肿瘤等引起的骨折。

释义 6：疲劳性骨折

指骨骼在长期反复地操作、过度使用中造成骨骼疲劳衰弱，而导致骨骼部分或完全断裂。

附件一：《骨折给付比例表（单次给付标准）》

骨折项目	骨折类型	给付比例
颧骨、上颌骨、鼻骨骨折	开放性骨折（注 3）	8%
	闭合性骨折（注 4） 行切开复位（注 16）	5%
	本项目下其他骨折	3%
下颌骨骨折	开放性骨折（注 3）	12%
	闭合性骨折（注 4）	10%

	行切开复位（注 16）	
	本项目下其他骨折	5%
颅骨（注 5）骨折	凹陷骨折（须经手术治疗）	10%
	本项目下其他骨折	8%
肋骨（注 12）、胸骨骨折	多处骨折（注 2）、至少一处为开放性骨折	10%
	单处开放性骨折（注 3）	8%
	多处闭合性骨折（注 4）	5%
	本项目下其他骨折	3%
锁骨、肩胛骨骨折	开放性骨折（注 3）	10%
	闭合性骨折（注 4） 行切开复位（注 16）	8%
	本项目下其他骨折	8%
椎骨（注 10）骨折 （包括颈椎、胸椎、腰椎，不包括骶骨尾骨）	椎体压缩性骨折（注 11）且棘突、横突或椎弓根骨折	10%
	椎体压缩性骨折（注 11）或棘突、横突或椎弓根骨折	15%
	本项目下其他骨折	8%
盆骨（注 1）骨折	开放性骨折（注 3）	50%
	闭合性骨折（注 4） 行切开复位（注 16）	10%
	本项目下其他骨折	15%
尾骨骨折	开放性骨折（注 3）	8%
	本项目下其他骨折	3%
肱骨、桡骨、尺骨骨折 （不包括桡骨远端骨折）	桡尺骨双骨折	30%
	开放性骨折（注 3）	20%
	闭合性骨折（注 4） 行切开复位（注 16）	15%
	本项目下其他骨折	10%
桡骨远端骨折	开放性骨折（注 3）	10%
	本项目下其他骨折	8%
腕骨（注 6）骨折	开放性骨折（注 3）	20%
	闭合性骨折（注 4） 行切开复位（注 16）	10%
	本项目下其他骨折	15%
掌骨（注 7）、指骨（注 14）骨折	开放性骨折（注 3）	8%
	本项目下其他骨折	3%
股骨骨折	股骨颈骨折	20%
	开放性骨折（注 3）	40%
	闭合性骨折（注 4） 行切开复位（注 16）	15%
	本项目下其他骨折	12%
胫骨、腓骨骨折	胫骨腓骨双骨折	35%

	开放性骨折（注3）	30%
	闭合性骨折（注4） 行切开复位（注16）	25%
	本项目下其他骨折	10%
跖骨（注8）、跗骨（注9）、趾骨（注13）、根骨骨折	开放性骨折（注3）	8%
	本项目下其他骨折	3%
髌骨、髌关节骨折	开放性骨折（注3）	20%
	本项目下其他骨折	10%
上肢关节脱位（注15）	肘关节脱位	15%
	肩关节脱位	15%
下肢关节脱位（注15）	膝关节脱位	25%
	髌关节脱位	30%
关节替换	人工全髌关节替换	50%
	人工单膝关节替换（单膝）	20%

注：

1. 盆骨作为同一块骨处理，包括：趾骨、髌骨、坐骨、骶骨，不包括尾骨。
2. 多处骨折指同一骨上有一处以上的骨折。
3. 开放性骨折指骨折附近的皮肤和粘膜破裂，骨折处与外界相通。
4. 闭合性骨折是指骨折处皮肤或黏膜完整，骨骼未暴露的骨折类型。
5. 颅骨作为同一块骨处理，包括额、顶、枕、筛、颞、蝶骨。
6. 所有同侧腕骨作为同一骨处理。
7. 所有同侧掌骨作为同一骨处理。
8. 所有同侧跖骨作为同一骨处理。
9. 所有同侧跗骨作为同一骨处理。
10. 所有同侧椎骨作为同一骨处理，包括：椎体、棘突、横突和椎弓根。
11. 压缩性骨折指因外力导致松质骨因压缩而变形。
12. 所有肋骨作为同一骨处理。
13. 所有同侧趾骨作为同一骨处理。
14. 所有同侧指骨作为同一骨处理。
15. 关节脱位特指施行切开复位手术的关节脱位。
16. 切开复位指施行手术、切开骨折部的软组织，暴露骨折断端，在直视下将折复位。不包括清创术、植骨、骨头切除、骨片切除、假体置换术、陈旧性骨折切开复位或陈旧性关节脱位切开复位等。

附件二：《关节脱位给付比例表（单次给付标准）》

给付项目	给付比例
髌关节、膝关节、腕关节、肘关节、踝关节、肩关节、颌关节	10%
脚趾或拇指（每个）	5%
其他部位	0

（本页结束）

京东安联财产保险有限公司
意外伤害保险附加救护车费用保险条款（互联网版）
（报备文件编号：京东安联发（2024）197号）
（注册号：C00005032522024080602403）

一、附加保险合同订立

本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）须附加于保险人主保险合同使用。除另有约定外，本附加合同的保险金受益人为被保险人本人。本附加险合同仅用于互联网渠道销售。

二、保险责任

在保险期间内，若被保险人遭受主合同所约定的**意外伤害**（见释义1），并在**事故发生之日起24小时内**因**该事故直接且独立原因导致**被保险人发生的合理、必要的**救护车**（见释义2）费用，保险人以保险单上本附加合同所载明的保险金额为限，按实际支出赔偿救护车费用。**救护车费用不包括医生诊疗费、医药费、出诊费、担架费和转院时发生的其他费用。**

三、补偿原则和标准

本附加合同适用医疗费用补偿原则。

- 若被保险人拥有公费医疗、社会医疗保险或其他费用补偿型的商业医疗保险且已获得其医药费用补偿，保险人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并扣除约定的免赔额后，依照保险单载明的赔付比例赔付**。社保卡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。
- 若被保险人没有公费医疗、社会医疗保险或其他费用补偿型的商业医疗保险，或被保险人未从公费医疗、社会医疗保险、其他费用补偿型的商业医疗保险中取得医药费用补偿，保险人对被保险人实际发生的医疗费用，**在扣除约定的免赔额后，依照保险单载明的赔付比例赔付。**

四、责任免除

（一）主保险合同中所有责任免除（如适用）均适用于本附加合同，若主保险合同中责任免除与本附加合同有相抵触之处，则应以本附加合同为准；

（二）被保险人非因责任范围内的意外伤害导致的救护车费用。

五、保险期间

除另有约定外，本附加合同的“保险期间”同主保险合同一致。

六、不保证续保

本附加合同为不保证续保合同，本产品保险期间不超过一年，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。

七、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。**

- 索赔申请表；
- 保险金申请人的有效身份证件复印件；
- 医疗机构出具的诊断书、完整的门、急诊病历、出院小结及医疗费用原始收据；

4. 救护车费用发票，及其它相关证明材料；
5. 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其它证明和资料；
6. 其它与本项索赔有关的证明文件；
7. 若保险金申请人委托他人申请的，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。受益人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，由其监护人代为申请保险金，并提供监护人的身份证明等资料。

八、本附加合同效力终止

本附加合同所附属的主保险合同效力终止，本附加合同效力即行终止。主保险合同无效，本附加合同亦无效。解除合同的具体约定和退保计算方式以主保险合同为准。

九、其他条款的适用

本附加合同与主保险合同不一致之处，以本附加合同为准；本附加合同未尽之处，以主保险合同为准。

十、释义

释义 1：意外伤害

指外来的、突发的、非本意的和非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

释义 2：救护车

指由当地急救中心派出的救护车，中国境内特指 120 急救中心或 999 紧急救援中心。

（本页结束）

京东安联财产保险有限公司
附加除外承保特定区域医疗机构保险条款（互联网版）
（报备文件编号：京东安联发〔2023〕261 号）
（注册号：C00005032322023073113801）

一、附加保险合同订立

本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）须附加于保险人主保险合同使用。

二、保险责任

保险期间内，若被保险人在本附加合同约定的除外承保特定区域医疗机构（见释义）接受治疗的，保险人不予承担保险金赔付责任。除外承保特定区域以保险单上列明的区域为准。

三、保险期间

除另有约定外，本附加合同的“保险期间”同主保险合同一致。

四、本附加合同效力终止

本附加合同所附属的主保险合同效力终止，本附加合同效力即行终止。主保险合同无效，本附加合同亦无效。

五、其他条款的适用

本附加合同与主保险合同不一致之处，以本附加合同为准；本附加合同未尽之处，以主保险合同为准。

六、释义

除外承保特定区域医疗机构：指保险单上列明的行政区域内医疗机构，该区域范围内经营的医疗机构实施的治疗，本附加合同不予承保。

(本页结束)

京东安联财产保险有限公司
个人人身意外伤害保险条款（2025 互联网 A 版）
（报备文件编号：京东安联发（2025）366 号）
（注册号：C00005032312025112840013）

一、总则

本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

本保险合同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。

本保险合同的被保险人应为身体健康，能正常工作或正常生活，且符合投保条件的自然人。

本保险合同的受益人包括：

（一）身故保险金受益人

订立本保险合同时，被保险人或投保人可指定一人或数人为身故保险金受益人。身故保险金受益人为数人时，应确定其受益顺序和受益份额；未确定受益份额的，各身故保险金受益人按照相等份额享有受益权。投保人指定受益人时须经被保险人同意，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。

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**（见释义 1）依照有关法律的规定履行给付保险金的义务：

1. 没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；
2. 受益人先于被保险人死亡，没有其他受益人的；
3. 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。

被保险人或投保人可以变更身故保险金受益人，但需书面通知保险人，由保险人在本保险合同上批注。**对因身故保险金受益人变更发生的法律纠纷，保险人不承担任何责任。**

投保人指定或变更身故保险金受益人的，应经被保险人书面同意。被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，应由其监护人指定或变更身故保险金受益人。

（二）伤残保险金受益人

除另有约定外，本保险合同的伤残保险金的受益人为被保险人本人。

二、保险责任

本保险合同的保险责任包括“意外身故保险责任”和“意外伤残保险责任”，其中“意外身故保险责任”为必选责任，“意外伤残保险责任”为可选责任，经投保人与保险人协商，可只投保必选责任，也可在投保必选责任的同时选择投保可选责任，但**不能单独投保可选责任。所投保的保险责任一经确定，在本保险合同保险期间内不得变更。**

在保险期间内，被保险人因遭受**意外伤害**（见释义 2）事故导致死亡或伤残的，保险人依照下列约定给付保险金。

（一）意外身故保险责任

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并**自事故发生之日起 180 日内**因该事故死亡的，保险人按保险金额给付身故保险金（**除下述特定情形外**），**对该被保险人的保险责任终止。**

被保险人因遭受意外伤害事故且自该事故发生日起下落不明，后经人民法院依法宣告死亡的，保险人按保险金额给付身故保险金（**除下述特定情形外**）。但若被保险人被宣告死亡后生还的，**保险金受领人应于知道或应当知道被保险人生还后 30 日内退还保险人给付的身故保险金。**

在保险期间内，被保险人因**自驾**（见释义 3）、**溺水**（见释义 4）、**坠楼**（见释义 5）或**一氧化碳中毒**（见释义 6）遭受意外伤害事故，并**自事故发生之日 180 日内**因该事故导致死亡的，身故保险金按“（一）意外身

故保险责任”计算的金额再乘以 30%比例给付。

在保险期间内，意外身故责任给付金额以保险单载明的意外身故保险金为限。

（二）意外伤残保险责任

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并自该事故发生之日起 180 日内因该事故造成《人身保险伤残评定及代码》（标准号为 GB/T44893-2024，以下简称《伤残评定》）（见释义 7）所列伤残之一的，保险人按该《伤残评定》所列给付比例乘以意外伤害保险金额给付伤残保险金（除下述特定情形外）。如第 180 日治疗仍未结束的，按当日的身体情况进行伤残鉴定，并据此给付伤残保险金。

1. 当同一保险事故造成两处或两处以上伤残时，应首先对各处伤残程度分别进行评定，如果几处伤残等级不同，以最重的伤残等级作为最终的评定结论；如果两处或两处以上伤残等级相同，伤残等级在原评定基础上最多晋升一级，最高晋升至第一级。同一部位和性质的伤残，不应采用《伤残评定》条文两条以上或者同一条文两次以上进行评定。

2. 被保险人如在本次意外伤害事故之前已有伤残，保险人按合并后的伤残程度在《伤残评定》中所对应的给付比例给付伤残保险金，但应扣除原有伤残程度在《伤残评定》所对应的伤残保险金。

在保险期间内，被保险人因自驾、溺水、坠楼或一氧化碳中遭受意外伤害事故，并自事故发生之日 180 日内因该事故导致伤残的，伤残保险金按“（二）意外伤残保险责任”计算的金额再乘以 30%比例给付。

在保险期间内，意外伤残责任的给付金额以保险单载明的意外伤残保险金为限。

三、责任免除

（一）因下列任一情形导致被保险人死亡或伤残的，或具备下列任一情形/行为的，保险人不承担给付保险金责任：

1. 投保人、被保险人或受益人的故意行为；
2. 被保险人自致伤害或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
3. 因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
4. 被保险人妊娠（含宫外孕）、流产（含任何原因所导致的流产和人工流产）、分娩（含剖腹产）、不孕不育治疗；
5. 被保险人疾病、食物中毒、药物过敏、中暑、高原反应特定疾病（见释义 8）及其并发症、潜水特定疾病（见释义 9）及其并发症、猝死（见释义 10）；
6. 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
7. 任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
8. 保险合同生效前已存在的受伤及其并发症；
9. 细菌或病毒感染（但因意外伤害致有伤口而发生感染者除外）；
10. 被保险人任何因整容、整形手术、内外科手术或其他医疗行为导致的伤害。

（二）被保险人在下列期间遭受意外伤害导致死亡或伤残的，保险人也不承担给付保险金责任：

1. 战争（见释义 11）、军事行动、暴动或武装叛乱期间；
2. 被保险人从事违法、犯罪活动期间或被依法拘留、服刑、在逃期间；
3. 被保险人在酒精或毒品、管制药物的影响期间；
4. 被保险人患艾滋病或感染艾滋病病毒期间；
5. 被保险人酒后驾驶（见释义 12）、无有效驾驶证（见释义 13）驾驶或驾驶无有效行驶证（见释义 14）的机动车期间；
6. 被保险人进行各种车辆表演、车辆竞赛或练习期间；
7. 被保险人作为军人（含特种兵）、警务人员（含防暴警察）在训练或执行公务期间；
8. 被保险人参与任何职业体育活动或任何设有奖金或报酬的体育运动期间；

9. 被保险人进行滑翔翼、滑翔伞、跳伞、探险活动（见释义 15）、非固定路线洞穴探险、特技表演（见释义 16），任何海拔 6,000 米以上的户外运动及潜水深度大于 18 米的活动期间。如保险人进行风险评估后同意拓展承保时，不受本责任免除的限制；
10. 被保险人必须借助登山绳索、登山向导（非旅行社导游）完成的登山活动期间；借助水下供气瓶（非呼吸管）设备完成的潜水活动期间（但在旅游景点的专业潜水教练指导下进行休闲潜水活动的除外）；
11. 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）期间（包括但不限于服药治疗或心理行为治疗期间）；
12. 被保险人在矿洞、地下、高速路、高架桥、水上、建筑工地作业期间；
13. 被保险人从事 5 米以上高空作业的职业相关活动期间；
14. 被保险人从事航空或飞行活动期间，包括身为飞行驾驶员或空勤人员，但以缴费乘客身份乘坐客运民航航班或参与飞行活动的除外。

四、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。保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

本保险合同的保险费按照被保险人的年龄、职业和所选计划确定。投保人须按本保险合同约定支付保险费。本保险合同的保险费支付方式由投保人与保险人投保时约定。

1. 一次性缴付保险费

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

2. 分期缴付保险费

若分期缴付保险费的，在缴纳首期保险费后，投保人应当在每个保险费约定缴纳日（见释义 17）前足额缴纳对应的保险费。如未缴付首期保险费，保险合同不生效，保险人不承担保险责任。

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

延长期由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

五、保险期间

除另有约定外，保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

六、保险人义务

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。

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。

保险人认为被保险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、被保险人补充提供。

保险人收到被保险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，**但因投保人未如实告知、索赔人原因、事故情况异常复杂需要查证或需要等待第三方意见等客观原因需要更长处理时间的除外。**

保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险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。

七、投保人、被保险人义务

订立保险合同，保险人就保险标的或者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。

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。

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。

被保险人变更职业或工种时，投保人或被保险人应在10日内以书面形式通知保险人。

被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内或保险人不愿承保变更后的风险的，保险人在接到通知后有权解除本保险合同并按照接到通知之日退还原职业或工种所对应的未到期净保费（见释义18）。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类仍可承保的或在拒保范围内但保险人认定可以继续承保的，保险人按照接到通知之日计算并退还原职业或工种所对应的未到期净保费，投保人补交按照保险人接到通知之日计算的新职业或工种所对应的未到期净保费。

被保险人变更职业或工种，未依本条约定通知保险人，因危险程度增加导致发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

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，均视为已送达投保人。**

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19）而导致的迟延。

八、保险金申请

保险金申请人（见释义20）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有关材料。**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）身故保险金申请

1. 索赔申请表
2. 身故保险金受益人/法定继承人的有效身份证明文件；
3. 二级以上（含二级）**医疗机构**（见释义21）或保险人认可的机构出具的被保险人死亡证明书。若被保险人为宣告死亡，保险金申请人应提供人民法院出具的宣告死亡证明文件；

4. 被保险人的户籍注销证明；
5. 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；
6. 若保险金申请人委托他人申请的，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。

（二）伤残保险金申请

1. 索赔申请表；
2. 被保险人的有效身份证明文件；
3. 二级以上（含二级）或保险人认可的医疗机构或司法鉴定机构出具的伤残鉴定意见书；
4. 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；
5. 若保险金申请人委托他人申请的，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。

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

九、争议处理和法律适用

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或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

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）。

十、其他事项

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：

1. 保险合同解除通知书；
2. 投保人身份证明。

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费。**若本保险合同已发生保险金赔偿，则未满期净保费为零。**

十一、释义

释义 1：保险人

指与投保人签订本保险合同的京东安联财产保险有限公司及其分支机构。

释义 2：意外伤害

指外来的、突发的、非本意的和非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

释义 3：自驾

指被保险人作为驾驶员或操作者，驾驶或操作私家轿车、货车、摩托车、公共交通工具及商业营运车辆等机动车辆，在公共道路或允许通行的区域发生交通事故，并因此造成身体伤害或死亡的事件。**若该交通事故情形符合本保险合同第三条“责任免除”的规定，保险人不承担赔偿责任。**

释义 4：溺水

指被保险人因突发意外落入液体（包括但不限于水、油、化学溶液等）中，导致液体进入呼吸道引发窒息，并因此造成身体伤害或死亡的事件。**若该溺水情形符合本保险合同第三条“责任免除”的规定，保险人不承担赔偿责任。**

释义 5：坠楼

指被保险人因突发意外，自基准平面垂直距离 3 米以上（含 3 米）的建筑物、构筑物或其他固定平台（包括但不限于楼梯、阳台、屋顶、脚手架、护墙、高架桥等）非主动跳下而坠落，并因此造成身体伤害或死亡的情形。**若该坠楼情形符合本保险合同第三条“责任免除”的规定，保险人不承担赔偿责任。**

释义 6：一氧化碳中毒

指被保险人因突发意外事件（如燃气泄漏、热水器故障、燃料不完全燃烧等）吸入过量一氧化碳，经医疗机构或者鉴定机构明确诊断为一氧化碳中毒，并因此造成身体伤害或死亡的情形。**若该一氧化碳中毒情形符合本保险合同第三条“责任免除”的规定，保险人不承担赔偿责任。**

释义 7：《人身保险伤残评定及代码》

标准号为 GB/T44893-2024，是由国家市场监督管理总局、国家标准化管理委员会联合发布的国家标准。如有修订，则以最新修订的版本为准。

释义 8：高原反应特定疾病

指急性高原脑水肿、急性高原肺水肿、高原反应和平原反应，其成立必须由医院相应专科医师确诊。

释义 9：潜水特定疾病

指潜水减压病、氮醉、及二氧化碳中毒，其成立必须由医院相应专科医师确诊。

释义 10：猝死

表面健康的人因潜在疾病、机能障碍或其他原因在出现症状后，在一定时间内发生的非暴力性突然死亡。除另有约定外，上述自出现症状至死亡时所经过的时间最高不超过 72 小时。

释义 11：战争

是指不管宣战与否，主权国家为达到其经济、疆域的扩张、民族主义、种族、宗教或其他目的而进行的任何战争或军事行动。

释义 12：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，被公安机关交通管理部门依法认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

释义 13：无有效驾驶证

被保险人存在下列情形之一者：

- （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。

释义 14：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) 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辆；
- (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辆；
- (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。

释义 15：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，而故意使自己置身其中的行为。如极地探险、江河漂流、徒步穿越沙漠或人迹罕见的原始森林等活动。

释义 16：特技表演

指马术、杂技、驯兽等特殊技能。

释义 17：保险费约定缴纳日

指保险合同生效日在每期的对应日。如果当期无对应的同一日，则以该期最后一日为对应日。

释义 18：未到期净保费

若保险费为一次性缴付的：未到期净保费=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：未到期净保费=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保险金赔偿，则未到期净保费为零。

释义 19：不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

释义 20：保险金申请人

指被保险人；被保险人身故时，指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

释义 21：医疗机构

指在中国大陆境内（不包括香港、澳门、台湾地区）合法的**二级或二级以上公立医院**，或保险人认可的，根据法律合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构：

- (1) 主要运营目的是以住院病人形式提供接待患病、伤者并为其提供医疗护理和治疗；
- (2) 在一名或若干医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊；
- (3) 维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗，并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备；
- (4) 有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。

本保险合同中所指医疗机构不包括以下或类似的医疗机构：

- (1) 精神病院；

- (2) 老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心;
- (3) 健康中心或天然治疗所、疗养或康复医院。

(本页结束)

京东安联财产保险有限公司
意外伤害保险附加人身意外伤害医疗费用补偿保险条款 (互联网版)
(报备文件编号: 京东安联发 (2023) 261 号)
(注册号: C00005032522023073113691)

一、附加保险合同订立

本附加保险合同 (以下简称 “ 本附加合同 ”) 须附加于保险人主保险合同使用。除另有约定外, 本附加合同的保险金受益人为被保险人本人。

二、保险责任

在保险期间内, 若被保险人遭受主保险合同所约定的意外伤害, 并在意外伤害事故发生之日起 180 日内在本附加合同约定的医疗机构 (见释义 1) 进行治疗, 保险人按下列约定赔付意外医疗保险金:

1. 中华人民共和国境内 (不包括港、澳、台地区): 对于被保险人在每次意外伤害事故中所支出的必需且合理的 (见释义 2) 实际医疗费用, 保险人在扣除社会医疗保险或任何第三方 (包括任何商业医疗保险) 已经补偿或给付部分及保险单载明的免赔额后, 按保险单所载明的赔付比例赔付意外医疗保险金。
2. 中华人民共和国境外 (包括港、澳、台地区): 对于被保险人在事故发生地所在国家或地区的医疗机构进行治疗所支出的必需且合理的实际医疗费用, 扣除任何第三方 (包括任何商业医疗保险) 已经补偿或给付部分及保险单载明的免赔额后, 按保险单所载明的赔付比例赔付意外医疗保险金。
3. 保险期间届满被保险人治疗仍未结束的, 保险人按如下约定继续承担保险期间内发生的该次意外伤害事故的保险金给付责任, 但最长不超过上述约定的 180 天: 住院治疗者, 自保险期间届满次日起, 最多延长 90 日 (若另有约定的, 以保险单载明为准); 门诊治疗者, 自保险期间届满次日起, 最多延长 15 日 (若另有约定的, 以保险单载明为准)。

被保险人无论一次或多次遭受意外伤害事故而产生合理医疗费用的, 保险人均按上述约定补偿意外医疗保险金, 但累积给付金额之和以保险单载明的保险金额为限, 当保险人全年累积补偿金额达到保险金额时, 保险人对被保险人的本项保险责任终止。

三、补偿原则和标准

本附加合同适用医疗费用补偿原则。

1. 若被保险人拥有公费医疗、社会医疗保险或其他费用补偿型的商业医疗保险且已获得其医药费用补偿, 保险人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并扣除约定的免赔额后, 依照保险单载明的赔付比例赔付。社保卡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。
2. 若被保险人没有公费医疗、社会医疗保险或其他费用补偿型的商业医疗保险, 或被保险人未从公费医疗、社会医疗保险、其他费用补偿型的商业医疗保险中取得医药费用补偿, 保险人对被保险人实际发生的医疗费用, 在扣除约定的免赔额后, 依照保险单载明的赔付比例赔付。

四、责任免除

(一) 主保险合同中所有责任免除 (如适用) 均适用于本附加合同, 若主保险合同中责任免除与本附加合同有相抵触之处, 则应以本附加合同为准。

(二) 任何因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的, 或具备下列情形/行为的, 或在下列期间的, 保险人不承担保险金给付责任:

1. 投保人或被保险人的故意行为;
2. 自杀, 故意自伤, 斗殴, 醉酒, 服用、吸食或注射毒品;
3. 被保险人因从事违法、犯罪的活动或因拒捕或因遭受司法当局拘禁或被判入狱发生的意外伤害;
4. 遗传性疾病(见释义3), 先天性畸形、变形或染色体异常(见释义4)(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);
5. 保险合同生效前已存在的受伤及其并发症;
6. 一般身体检查、疗养、特别护理或静养、康复性治疗或心理治疗;
7. 因各类医疗鉴定、预防接种、康复、保健、美容整形、内外科手术、视力矫正、牙齿保健/修复或其他医疗行为发生的医疗费用;
8. 生育相关的治疗费用, 包括被妊娠(包括异位妊娠)、产前产后检查、流产(含任何原因所导致的流产和人工流产)、分娩(含剖腹产)、不孕不育治疗、人工受孕、男女生育控制、输精管切除术、避孕、绝育手术、绝育恢复手术;
9. 戒烟戒酒药物、食欲抑制剂、头发再生药物、抗老化药物、美容用品、维生素、矿物质等营养保健药品和食品、营养滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂;
10. 眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具及所有非处方医疗器械;
11. 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)、心理疾病、性病等的治疗和康复所产生的费用;
12. 被保险人接受传统中医治疗或中西医结合治疗, 传统中医或中西医结合治疗包括但不限于脊椎指压治疗、足科治疗、营养师治疗、理疗、针灸、顺势治疗、整骨治疗、推拿、按摩等;
13. 任何原因导致的脊椎治疗费用(但因意外导致的脊椎骨折治疗除外);
14. 被保险人罹患艾滋病(AIDS)或感染艾滋病病毒期间所致意外伤害;
15. 住院体检、不符合入院标准、挂床住院及其他不合理的住院, 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); 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小时在床、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, 但遵医嘱到外院接受临时治疗的不在此限;
16. 在如下机构接受治疗或接受如下的医疗服务:(门)急诊观察室、诊所、家庭病床、护理机构、精神病院、老人院、疗养院、戒毒中心、戒酒中心、健康中心、天然治疗所、康复医院, 特需医疗(特需病房)、外宾医疗(外宾病房)、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP部、联合医院或其他不属于社会医疗保险范畴的高等级病房或服务;
17. 本附加合同约定的医疗机构外产生的医疗费用, 持有符合本附加合同约定的医疗机构医生处方和院外购药原因说明的院外自购药品不受此限。

五、保险期间

除另有约定外, 本附加合同的“保险期间”同主保险合同一致。

六、不保证续保

本附加合同为不保证续保合同, 本产品保险期间不超过一年, 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。

七、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。**

1. 索赔申请表；
2. 保险金申请人的身份证明；
3. 医疗机构出具的诊断书、完整的门、急诊病历、出院小结及医疗费用原始收据；
4. 其它与本项索赔有关的证明文件；
5. 若保险金申请人委托他人申请的，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。受益人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，由其监护人代为申请保险金，并提供监护人的身份证明等资料。

八、本附加合同效力终止

本附加合同所附属的主保险合同效力终止，本附加合同效力即行终止。主保险合同无效，本附加合同亦无效。解除合同的具体约定和退保计算方式以主保险合同为准。

九、其他条款的适用

本附加合同与主保险合同不一致之处，以本附加合同为准；本附加合同未尽之处，以主保险合同为准。

十、释义

释义 1：医疗机构

在中国大陆境内（不包括香港、澳门、台湾地区）的医疗机构是指合法的二级或二级以上公立医院普通部或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。

在中国大陆境外（包括香港、澳门、台湾地区）的医疗机构是指保险人认可的，根据所在国家法律合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构：

- （1）主要运营目的是以住院病人形式提供接待患病、伤者并为其提供医疗护理和治疗，
- （2）在一名或若干医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊，
- （3）维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗，并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备，
- （4）有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。

本附加合同中所指医疗机构(中国境内或中国境外)不包括以下或类似的医疗机构：

- （1）精神病院；
- （2）老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
- （3）健康中心或天然治疗所、疗养或康复医院。

释义 2：必需且合理的

（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。

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。

（2）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) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

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。

释义 3：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。

释义 4：先天性畸形、变形或染色体异常

指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）确定。

（本页结束）

京东安联财产保险有限公司
意外伤害保险附加意外每日 ICU 住院津贴保险条款（互联网版）
（报备文件编号：京东安联发（2025）320 号）
（注册号：C00005032522025102214913）

一、附加保险合同订立

本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）须附加于保险人主保险合同使用。除另有约定外，本附加合同的保险金受益人为被保险人本人。本附加险合同仅用于互联网渠道销售。

二、保险责任

在保险期间内，若被保险人遭受主保险合同约定的意外伤害事故，在保险人认可的**医疗机构**（见释义 1）**因该事故导致被保险人接受 ICU（见释义 2）住院（见释义 3）治疗**，保险人按被保险人在上述医疗机构的每次实际 ICU 住院天数（见释义 4）扣除约定的每次事故免赔天数后，乘以约定的意外 ICU 住院津贴保险金日额，向被保险人给付意外 ICU 住院津贴保险金，即：

被保险人每次住院获得的意外 ICU 住院津贴保险金＝（实际 ICU 住院天数－每次事故免赔天数）×意外 ICU 住院津贴保险金日额。

因同一住院原因的给付，最高以保险单载明的单次最高给付住院天数为限。若被保险人因同一原因间歇性入住医疗机构，且前次出院和后次入院间隔未满 90 日，则视为因同一住院原因予以给付保险金。

保险期间内，本项责任项下累计最高给付的住院日数以保险单载明的累计最高给付住院日数为限。

意外 ICU 住院津贴保险金的每次事故免赔天数、意外 ICU 住院津贴保险金日额、单次最高给付住院天数及累计最高给付住院天数由投保人与保险人约定，并在保险单上载明。

三、责任免除

（一）主保险合同中所有责任免除均适用于本附加合同，若主保险合同中责任免除与本附加合同有相抵触之处，则应以本附加合同为准。

（二）任何因下列情形之一导致被保险人发生保险事故，或具备下列情形/行为的，或在下列期间的，保险人不承担保险金给付责任：

1. 投保人或被保险人的故意行为；
2. 自杀，故意自伤，斗殴，醉酒，服用、吸食或注射毒品；

3. 被保险人因从事违法、犯罪的活动或因拒捕或因遭受司法当局拘禁或被判入狱发生的意外伤害；
4. 遗传性疾病（见释义 5），先天性畸形、变形或染色体异常（见释义 6）（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）；
5. 本附加合同生效前已存在的受伤及其并发症；
6. 一般身体检查、疗养、特别护理或静养、康复性治疗或心理治疗；
7. 各类医疗鉴定、预防接种、康复、保健、美容整形、内外科手术、视力矫正、牙齿保健/修复或其他医疗行为；
8. 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）、心理疾病、性病等的治疗和康复；
9. 被保险人罹患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒期间；
10. 被保险人酒后驾驶（释义 7）、无有效驾驶证（释义 8）驾驶或驾驶无有效行驶证（释义 9）的机动车期间；
11. 住院体检、不符合入院标准、挂床住院及其他不合理的住院，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）；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 小时在床、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，但遵医嘱到外院接受临时治疗的不在此限；
12. 在如下机构接受治疗或接受如下的医疗服务：康复科或康复病区、（门）急诊观察室、诊所、家庭病床、护理机构、精神病院、老人院、疗养院、戒毒中心、戒酒中心、健康中心、天然治疗所、康复医院，特需医疗（特需病房、特诊病房）、外宾医疗（外宾病房）、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 部、联合医院或其他不属于社会医疗保险范畴的高等级病房或服务。

四、保险期间

除另有约定外，本附加合同的“保险期间”同主保险合同一致。

五、不保证续保

本附加合同为不保证续保合同，本产品保险期间不超过一年，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。

六、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。

1. 索赔申请表；
2. 保险金申请人的有效身份证件复印件；
3. 中国大陆境内（不含港澳台地区）二级及以上公立医院或保险人认可的医院出具的诊断证明（写明诊断全称、简单病史及治疗过程）、入住 ICU 病房相关医学证明资料（重症监护记录、医嘱单等）、门诊病历、处方、出院小结、入院记录、住院病案首页及各种检查、化验报告等单据及医疗费用收据复印件等；
4. 投保人、被保险人、保险金申请人所能提供的其他与确认事故的性质、原因、伤害程度等有关的证明和资料，其他与本项索赔相关的必要的证明和资料；
5. 若保险金申请人委托他人申请的，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；受益人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，由其监护人代为申请保险金，并提供监护人的身份证明等资料；
6. 如涉及交通意外、工伤意外等特定场景发生的意外导致的治疗，须提供有关部门出具的意外事故证明。

七、本附加合同效力终止

本附加合同所附属的主保险合同效力终止，本附加合同效力即行终止。主保险合同无效，本附加合同亦无效。解除合同的具体约定和退保计算方式以主保险合同为准。

八、其他条款的适用

本附加合同与主保险合同不一致之处，以本附加合同为准；本附加合同未尽之处，以主保险合同为准。

九、释义

释义 1：医疗机构

在中国大陆境内（不包括香港、澳门、台湾地区）的医疗机构是指合法的**二级或二级以上公立医院普通部**或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。

在中国大陆境外（包括香港、澳门、台湾地区）的医疗机构是指保险人认可的，根据所在国家法律合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构：

- （1）主要运营目的是以住院病人形式提供接待患病、伤者并为其提供医疗护理和治疗，
- （2）在一名或若干医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊，
- （3）维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗，并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备，
- （4）有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。

本附加合同中所指医疗机构（中国境内或中国境外）不包括以下或类似的医疗机构：

- （1）精神病院；
- （2）老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
- （3）健康中心或天然治疗所、疗养或康复医院。

释义 2：ICU

ICU：Intensive Care Unit 的缩写，指重症加强护理病房，又称加强监护病房综合治疗室，治疗、护理、康复均可同步进行，为重症或昏迷患者提供隔离场所和设备，提供最佳护理、综合治疗、医养结合，术后早期康复、关节护理运动治疗等服务。

释义 3：住院

指被保险人因意外伤害经医生诊断必须住院治疗。所住之病房为医院正式病房并须办理入、出院手续，但不包括入住门诊观察室、家庭病床、其他非正式病房或挂床病房。

释义 4：住院天数

指被保险人在医院住院部病房实际的住院治疗日数。住院满二十四小时为一日。住院期间请假或外出离开医院的当日的住院津贴将不予给付，具体请假或外出日期以医院的记录为准。

释义 5：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。

释义 6：先天性畸形、变形或染色体异常

指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）确定。

释义 7：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，被公安机关交通管理部门依法认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

释义 8：无有效驾驶证

被保险人存在下列情形之一者：

- （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。

释义 9：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) 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辆；
- (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辆；
- (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。

(本页结束)

京东安联财产保险有限公司
意外伤害保险附加意外骨折保险条款（互联网版）
（报备文件编号：京东安联发（2025）330 号）
（注册号：C00005032322025110316253）

一、附加保险合同订立

本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）须附加于保险人主保险合同使用。除另有约定外，本附加合同的保险金受益人为被保险人本人。本附加险合同仅用于互联网渠道销售。

二、保险责任

本附加保险合同的保险责任包括“意外伤害骨折保险金”和“意外伤害关节脱位保险金”，其中“意外伤害骨折保险金”为必选责任，“意外伤害关节脱位保险金”为可选责任，投保人可只投保必选责任，也可在投保必选责任的同时选择投保可选责任，但不能单独投保可选责任。所投保的保险责任一经确定，在本保险合同保险期间内不得变更。

（一）意外伤害骨折保险金

在保险期间内，若被保险人遭受主保险合同所约定的意外伤害，并在意外伤害发生之日起 180 日内，在保险人认可的医疗机构（释义 1），经专科医生（释义 2）确诊，因该意外伤害导致符合本附加合同约定的骨折（释义 3），保险人将以保险单载明的意外伤害骨折保险金额为基数，按《骨折给付比例表（单次给付标准）》（见附件一）所列相应骨折部位对应的给付比例给付意外伤害骨折保险金。

当同一保险事故造成两处或两处以上部位骨折时，不论发生几处骨折，保险人仅按其中最高的一项给付比例给付意外伤害骨折保险金。对于本附加合同《骨折给付比例表（单次给付标准）》所约定的任一骨折部位，保险人在给付该部位对应的意外伤害骨折保险金后，对此骨折部位的本项保险责任随即终止。对于被保险人于本附加合同生效前同一骨已存在或发生过骨折的，则保险人将不给付该骨对应的本项保险金。

（二）意外伤害关节脱位保险金

在保险期间内，若被保险人遭受主保险合同所约定的意外伤害，并在意外伤害发生之日起180日内，在保险人认可的医疗机构，经专科医生确诊因该意外伤害导致符合本附加合同约定的关节脱位（释义4），保险人将以保险单载明的意外伤害关节脱位保险金金额为基数，按《关节脱位给付比例表（单次给付标准）》（见附件二）所列相应关节脱位对应的给付比例给付意外伤害关节脱位保险金。

当同一保险事故造成两处或两处以上部位关节脱位时，不论发生几处脱位，保险人仅按其中最高的一项给付比例给付意外伤害关节脱位保险金。对于本附加合同《关节脱位给付比例表（单次给付标准）》所约定的任一关节脱位部位，保险人在给付该部位对应的意外伤害关节脱位保险金后，对此部位的本项保险责任随即终止。对于被保险人于本附加合同生效前同一部位已存在或发生过关节脱位的，则保险人将不给付该部位对应的本项保险金。

在保险期间内，保险人对意外伤害骨折保险金和意外伤害关节脱位保险金两项之和的累计给付的保险金额，以保险单上所载明的保险金额为限。这两项保险金在一次或累计给付的保险金额达到本附加合同载明的保险金额时，本附加合同终止。

三、责任免除

（一）主保险合同中所有责任免除（如适用）均适用于本附加合同，若主保险合同中责任免除与本附加合同有相抵触之处，则应以本附加合同为准。

（二）任何因下列情形之一导致被保险人发生骨折或关节脱位的，或具备下列情形/行为的，或在下列期间的，保险人不承担保险金给付责任：

1. 先天性疾病和先天性畸形；
2. 妊娠（含宫外孕）、流产、分娩及由此引起的伤害；
3. 被保险人任何因整容、整形手术、内外科手术或其他医疗行为导致的伤害；
4. 被保险人病理性骨折（释义5）或疲劳性骨折（释义6）；
5. 被保险人于本附加合同生效前同一骨已存在的或发生过的骨折及其并发症；被保险人投保时已存在的或发生过的关节脱位；
6. 未能取得医疗机构或医生证明。
7. 被保险人参与任何职业体育活动或任何设有奖金或报酬的体育运动期间；
8. 被保险人进行各种车辆表演、车辆竞赛；
9. 被保险人于海军、空军、陆军服军役或以警察身份执行任务期间；
10. 被保险人从事采矿业、地下作业、山洞作业、水上作业、五米以上高处作业的职业活动期间。

四、保险期间

除另有约定外，本附加合同的“保险期间”同主保险合同一致。

五、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。

1. 索赔申请表；
2. 保险金申请人的身份证明；
3. 医疗机构出具的诊断书、完整的门、急诊病历及出院小结，X射线或CT等放射科检查报告；
4. 其它与本项索赔有关的证明文件；

5. 若保险金申请人委托他人申请的，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。

受益人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，由其监护人代为申请保险金，并提供监护人的身份证明等资料。

六、本附加合同效力终止

本附加合同所附属的主保险合同效力终止，本附加合同效力即行终止。主保险合同无效，本附加合同亦无效。解除合同的具体约定和退保计算方式以主保险合同为准。

七、其他条款的适用

本附加合同与主保险合同不一致之处，以本附加合同为准；本附加合同未尽之处，以主保险合同为准。

八、释义

释义 1：医疗机构

是指在中国大陆境内（不包括香港、澳门、台湾地区）合法的**二级（含）以上公立医院**，或保险人认可的医疗机构：

本附加合同中所指医疗机构不包括以下或类似的医疗机构：

- （1）精神病院；
- （2）老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
- （3）健康中心或天然治疗所、疗养或康复医院。

释义 2：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. 中国大陆境内在二级或二级以上公立医院的相应科室从事临床工作三年以上。

释义 3：骨折

指以意外伤害为直接原因导致骨的完整性及连续性的破坏且相应骨的完全断裂，包括发生于椎体的压缩性骨折，**不包括骨的不完全断裂（如骨裂）**。

释义 4：关节脱位

指构成关节的上下两个骨端失去了正常的位置，发生了错位。

释义 5：病理性骨折

指骨质有病变，破坏了骨骼原来的正常结构，从而失去原来的坚固性，在正常活动或轻微外力作用下发生的骨折。包括骨软化症、骨质疏松症、骨结核、骨肿瘤等引起的骨折。

释义 6：疲劳性骨折

指骨骼在长期反复地操作、过度使用中造成骨骼疲劳衰弱，而导致骨骼部分或完全断裂。

附件一：《骨折给付比例表（单次给付标准）》

骨折项目	骨折类型	给付比例
颧骨、上颌骨、鼻骨骨折	开放性骨折（注 3）	8%
	闭合性骨折（注 4） 行切开复位（注 16）	5%
	本项目下其他骨折	3%
下颌骨骨折	开放性骨折（注 3）	12%
	闭合性骨折（注 4）	10%

	行切开复位（注 16）	
	本项目下其他骨折	5%
颅骨（注 5）骨折	凹陷骨折（须经手术治疗）	10%
	本项目下其他骨折	8%
肋骨（注 12）、胸骨骨折	多处骨折（注 2）、至少一处为开放性骨折	10%
	单处开放性骨折（注 3）	8%
	多处闭合性骨折（注 4）	5%
	本项目下其他骨折	3%
锁骨、肩胛骨骨折	开放性骨折（注 3）	10%
	闭合性骨折（注 4） 行切开复位（注 16）	8%
	本项目下其他骨折	8%
椎骨（注 10）骨折 （包括颈椎、胸椎、腰椎，不包括骶骨尾骨）	椎体压缩性骨折（注 11）且棘突、横突或椎弓根骨折	10%
	椎体压缩性骨折（注 11）或棘突、横突或椎弓根骨折	15%
	本项目下其他骨折	8%
盆骨（注 1）骨折	开放性骨折（注 3）	50%
	闭合性骨折（注 4） 行切开复位（注 16）	10%
	本项目下其他骨折	15%
尾骨骨折	开放性骨折（注 3）	8%
	本项目下其他骨折	3%
肱骨、桡骨、尺骨骨折 （不包括桡骨远端骨折）	桡尺骨双骨折	30%
	开放性骨折（注 3）	20%
	闭合性骨折（注 4） 行切开复位（注 16）	15%
	本项目下其他骨折	10%
桡骨远端骨折	开放性骨折（注 3）	10%
	本项目下其他骨折	8%
腕骨（注 6）骨折	开放性骨折（注 3）	20%
	闭合性骨折（注 4） 行切开复位（注 16）	10%
	本项目下其他骨折	15%
掌骨（注 7）、指骨（注 14）骨折	开放性骨折（注 3）	8%
	本项目下其他骨折	3%
股骨骨折	股骨颈骨折	20%
	开放性骨折（注 3）	40%
	闭合性骨折（注 4） 行切开复位（注 16）	15%
	本项目下其他骨折	12%
胫骨、腓骨骨折	胫骨腓骨双骨折	35%

	开放性骨折（注3）	30%
	闭合性骨折（注4） 行切开复位（注16）	25%
	本项目下其他骨折	10%
跖骨（注8）、跗骨（注9）、趾骨（注13）、根骨骨折	开放性骨折（注3）	8%
	本项目下其他骨折	3%
髌骨、髌关节骨折	开放性骨折（注3）	20%
	本项目下其他骨折	10%
上肢关节脱位（注15）	肘关节脱位	15%
	肩关节脱位	15%
下肢关节脱位（注15）	膝关节脱位	25%
	髌关节脱位	30%
关节替换	人工全髌关节替换	50%
	人工单膝关节替换（单膝）	20%

注：

1. 盆骨作为同一块骨处理，包括：趾骨、髌骨、坐骨、骶骨，不包括尾骨。
2. 多处骨折指同一骨上有一处以上的骨折。
3. 开放性骨折指骨折附近的皮肤和粘膜破裂，骨折处与外界相通。
4. 闭合性骨折是指骨折处皮肤或黏膜完整，骨骼未暴露的骨折类型。
5. 颅骨作为同一块骨处理，包括额、顶、枕、筛、颞、蝶骨。
6. 所有同侧腕骨作为同一骨处理。
7. 所有同侧掌骨作为同一骨处理。
8. 所有同侧跖骨作为同一骨处理。
9. 所有同侧跗骨作为同一骨处理。
10. 所有同侧椎骨作为同一骨处理，包括：椎体、棘突、横突和椎弓根。
11. 压缩性骨折指因外力导致松质骨因压缩而变形。
12. 所有肋骨作为同一骨处理。
13. 所有同侧趾骨作为同一骨处理。
14. 所有同侧指骨作为同一骨处理。
15. 关节脱位特指施行切开复位手术的关节脱位。
16. 切开复位指施行手术、切开骨折部的软组织，暴露骨折断端，在直视下将折复位。不包括清创术、植骨、骨头切除、骨片切除、假体置换术、陈旧性骨折切开复位或陈旧性关节脱位切开复位等。

附件二：《关节脱位给付比例表（单次给付标准）》

给付项目	给付比例
髌关节、膝关节、腕关节、肘关节、踝关节、肩关节、颌关节	10%
脚趾或拇指（每个）	5%
其他部位	0

（本页结束）

京东安联财产保险有限公司
意外伤害保险附加救护车费用保险条款（互联网版）
（报备文件编号：京东安联发（2024）197号）
（注册号：C00005032522024080602403）

一、附加保险合同订立

本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）须附加于保险人主保险合同使用。除另有约定外，本附加合同的保险金受益人为被保险人本人。本附加险合同仅用于互联网渠道销售。

二、保险责任

在保险期间内，若被保险人遭受主合同所约定的**意外伤害**（见释义1），并在**事故发生之日起24小时内**因**该事故直接且独立原因导致**被保险人发生的合理、必要的**救护车**（见释义2）费用，保险人以保险单上本附加合同所载明的保险金额为限，按实际支出赔偿救护车费用。**救护车费用不包括医生诊疗费、医药费、出诊费、担架费和转院时发生的其他费用。**

三、补偿原则和标准

本附加合同适用医疗费用补偿原则。

- 若被保险人拥有公费医疗、社会医疗保险或其他费用补偿型的商业医疗保险且已获得其医药费用补偿，保险人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并扣除约定的免赔额后，依照保险单载明的赔付比例赔付**。社保卡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。
- 若被保险人没有公费医疗、社会医疗保险或其他费用补偿型的商业医疗保险，或被保险人未从公费医疗、社会医疗保险、其他费用补偿型的商业医疗保险中取得医药费用补偿，保险人对被保险人实际发生的医疗费用，**在扣除约定的免赔额后，依照保险单载明的赔付比例赔付。**

四、责任免除

（一）主保险合同中所有责任免除（如适用）均适用于本附加合同，若主保险合同中责任免除与本附加合同有相抵触之处，则应以本附加合同为准；

（二）被保险人非因责任范围内的意外伤害导致的救护车费用。

五、保险期间

除另有约定外，本附加合同的“保险期间”同主保险合同一致。

六、不保证续保

本附加合同为不保证续保合同，本产品保险期间不超过一年，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。

七、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。**

- 索赔申请表；
- 保险金申请人的有效身份证件复印件；
- 医疗机构出具的诊断书、完整的门、急诊病历、出院小结及医疗费用原始收据；

4. 救护车费用发票，及其它相关证明材料；
5. 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其它证明和资料；
6. 其它与本项索赔有关的证明文件；
7. 若保险金申请人委托他人申请的，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。受益人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，由其监护人代为申请保险金，并提供监护人的身份证明等资料。

八、本附加合同效力终止

本附加合同所附属的主保险合同效力终止，本附加合同效力即行终止。主保险合同无效，本附加合同亦无效。解除合同的具体约定和退保计算方式以主保险合同为准。

九、其他条款的适用

本附加合同与主保险合同不一致之处，以本附加合同为准；本附加合同未尽之处，以主保险合同为准。

十、释义

释义 1：意外伤害

指外来的、突发的、非本意的和非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

释义 2：救护车

指由当地急救中心派出的救护车，中国境内特指 120 急救中心或 999 紧急救援中心。

（本页结束）

京东安联财产保险有限公司

个人失能收入损失保险条款（互联网 2025 版 A 款）

（报备文件编号：京东安联发（2025）162 号）

（注册号：C00005032812025051318533）

一、总则

（一）保险合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。本保险合同仅用于互联网渠道销售。

（二）保险合同的成立与生效

投保人提出保险申请，经**保险人（释义 1）**同意承保，本保险合同成立。具体生效时间以保险单载明为准。

（三）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对被保险人有保险利益的其他人。

（四）被保险人

具有中华人民共和国国籍（含港澳台地区）、身体健康且能正常工作、生活的自然人，均可作为本保险合同的被保险人。除另有约定外，初次投保时年龄为 18 周岁（释义 2）至 60 周岁（含 60 周岁）。

（五）受益人

除另有约定外，本保险合同的保险金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。

二、等待期

等待期是指本保险合同生效后的一段时间，等待期自本保险合同生效之日起计算，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。等待期具体由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险合同中载明。

被保险人在等待期内初次确诊（释义 3）罹患本保险合同约定的任何一种疾病，保险人不承担给付保险金的责任，保险人向投保人无息退还其所交保险费，本保险合同终止。

被保险人在等待期内已经发生了疾病症状、体征，或接受了相关检验检查（释义 4），但在等待期后初次确诊罹患本保险合同约定的任何一种疾病，保险人不承担给付保险金的责任，保险人向投保人无息退还所交保险费，本保险合同终止。

被保险人不间断再次投保本保险或被保险人因遭受意外伤害（释义 5）发生的保险事故不计等待期。

三、保险责任

本保险合同的保险责任包括“重度疾病收入保障保险金”、“中度疾病收入保障保险金”、“轻度疾病收入保障保险金”、“高发特定恶性肿瘤Ⅲ期疾病收入保障保险金”、“高发特定恶性肿瘤Ⅳ期疾病收入保障保险金”、“罕见特定恶性肿瘤——重度疾病收入保障保险金”、“疾病全残收入保障保险金”、“意外伤残 1-3 级收入保障保险金”八项责任，其中“重度疾病收入保障保险金”为必选责任，其他责任为可选责任。投保人可只投保必选责任，也可在投保必选责任的同时选择投保一项或多项可选责任，但不能单独投保可选责任。所投保的保险责任一经确定，在本保险合同保险期间内不得变更。

（一）重度疾病收入保障保险金

若被保险人因遭受意外伤害或于等待期届满之日后经中国大陆境内（不含港澳台地区）医院（见释义 6）的专科医生（见释义 7）初次确诊罹患不属于既往症（见释义 8）或其并发症的本保险合同约定的重度疾病（见释义 9）中的一种或多种且满足持续治疗状态（见释义 10），保险人将自该疾病初次确诊日的次月起，按照约定的每月重度疾病收入保障保险金额，在保险金给付日（见释义 11）给付首次重度疾病收入保障保险金。

此后，无论保险期间是否届满，若被保险人在每个保险金给付日处于生存状态且满足持续治疗状态，并按照本保险合同“十、保险金申请”提供相关证明的，保险人将在每个保险金给付日按照约定的每月重度疾病收入保障保险金额给付重度疾病收入保障保险金。

（二）中度疾病收入保障保险金

若被保险人因遭受意外伤害或于**等待期届满之日**后经中国大陆境内（不含港澳台地区）医院的专科医生**初次确诊罹患不属于既往症或其并发症**的本保险合同约定的中度疾病（见释义12）中的一种或多种且满足持续治疗状态，保险人将自该疾病初次确诊日的次月起，按照约定的每月中度疾病收入保障保险金额，在保险金给付日给付首次中度疾病收入保障保险金。

此后，无论保险期间是否届满，若被保险人在每个保险金给付日处于生存状态，且满足持续治疗状态，并按照本保险合同“十、保险金申请”提供相关证明的，保险人将在保险金给付日按照约定的每月中度疾病收入保障保险金额给付中度疾病收入保障保险金。

（三）轻度疾病收入保障保险金

若被保险人因遭受意外伤害或于**等待期届满之日**后经中国大陆境内（不含港澳台地区）医院的专科医生**初次确诊罹患不属于既往症或其并发症**的本保险合同约定的轻度疾病（见释义13）中的一种或多种且满足持续治疗状态，保险人将自该疾病初次确诊日的次月起，按照约定的每月轻度疾病收入保障保险金额，在保险金给付日给付首次轻度疾病收入保障保险金。

此后，无论保险期间是否届满，若被保险人在每个保险金给付日处于生存状态，且满足持续治疗状态要求，并按照本保险合同“十、保险金申请”提供相关证明的，保险人将在保险金给付日按照约定的每月轻度疾病收入保障保险金额给付轻度疾病收入保障保险金。

若被保险人因同一疾病原因或同次意外伤害事故同时满足上述（一）至（三）中多项责任收入保障保险金给付条件的，保险人按照保额最高的一项责任给付，不再给付其他责任。

在保险期间内，如被保险人经确诊的轻度疾病因疾病进展发展为中度疾病或重度疾病的，经被保险人申请，保险人审核，如符合中度疾病收入保障保险金或重度疾病收入保障保险金给付条件的，将终止原轻度疾病收入保障保险金给付，于下一个保险金给付日，给付中度疾病收入保障保险金或重度疾病收入保障保险金。

在保险期间内，如被保险人经确诊的中度疾病如因疾病进展发展为重度疾病的，经被保险人申请，保险人审核，如符合重度疾病收入保障保险金申领条件的，将终止原中度疾病收入保障保险金给付，于下一个保险金给付日，给付重度疾病收入保障保险金。

在保险期间届满后，被保险人原已确诊的轻度疾病如进展为中度或重度疾病，保险人仅按原轻度疾病收入保障保险金标准给付，不给付中度疾病收入保障保险金或重度疾病收入保障保险金。

在保险期间届满后，被保险人原已确诊的中度疾病如进展为重度疾病，保险人仅按原中度疾病收入保障保险金标准给付，不给付重度疾病收入保障保险金。

（四）高发特定恶性肿瘤Ⅲ期疾病收入保障保险金

在保险期间内，被保险人在等待期届满之日后经医院的专科医生初次确诊罹患不属于既往症或其并发症的一种或多种本保险合同约定的高发特定恶性肿瘤（见释义 14）Ⅲ期疾病且满足持续治疗状态，保险人将自该疾病初次确诊日的次月起，按照约定的每月高发特定恶性肿瘤Ⅲ期疾病收入保障保险金额，在保险金给付日给付首次高发特定恶性肿瘤Ⅲ期疾病收入保障保险金。

此后，无论保险期间是否届满，若被保险人在每个保险金给付日处于生存状态，且满足持续治疗状态，并按照本保险合同“十、保险金申请”提供相关证明的，保险人将在保险金给付日按照约定的每月高发特定恶性肿瘤Ⅲ期疾病收入保障保险金额给付高发特定恶性肿瘤Ⅲ期疾病收入保障保险金。

（五）高发特定恶性肿瘤Ⅳ期疾病收入保障保险金

在保险期间内，被保险人在等待期届满之日后经医院的专科医生初次确诊罹患不属于既往症或其并发症的一种或多种本保险合同约定的高发特定恶性肿瘤Ⅳ期疾病且满足持续治疗状态，保险人将自该疾病初次确诊日的次月起，按照约定的每月高发特定恶性肿瘤Ⅳ期疾病收入保障保险金额，在保险金给付日给付首次高发特定恶性肿瘤Ⅳ期疾病收入保障保险金。

此后，无论保险期间是否届满，若被保险人在每个保险金给付日处于生存状态，且满足持续治疗状态，并按照本保险合同“十、保险金申请”提供相关证明的，保险人将在保险金给付日按照约定的每月高发特定恶性肿瘤Ⅳ期疾病收入保障保险金额给付高发特定恶性肿瘤Ⅳ期疾病收入保障保险金。

若被保险人同时符合上述（四）和（五）收入保障保险金给付条件的，保险人按照高发特定恶性肿瘤Ⅳ期疾病收入保障保险金额给付高发特定恶性肿瘤Ⅳ期疾病收入保障保险金，不再给付高发特定恶性肿瘤Ⅲ期疾病收入保障保险金。

在保险期间内，如被保险人经确诊的高发特定恶性肿瘤Ⅲ期疾病如因疾病进展发展为高发特定恶性肿瘤Ⅳ期疾病的，经被保险人申请，保险人审核，如符合高发特定恶性肿瘤Ⅳ期疾病给付条件的，将终止原高发特定恶性肿瘤Ⅲ期疾病收入保障保险金给付，于下一个保险金给付日，给付高发特定恶性肿瘤Ⅳ期疾病收入保障保险金。

在保险期间届满后，被保险人原已确诊的高发特定恶性肿瘤Ⅲ期疾病如进展为高发特定恶性肿瘤Ⅳ期疾病，保险人仅按原高发特定恶性肿瘤Ⅲ期疾病收入保障保险金额给付标准给付，不承担高发特定恶性肿瘤Ⅳ期疾病收入保障保险金给付。

（六）罕见特定恶性肿瘤——重度疾病收入保障保险金

在保险期间内，被保险人在等待期届满之日后经医院的专科医生初次确诊罹患不属于既往症或其并发症的一种或多种本保险合同约定的罕见特定恶性肿瘤——重度疾病（见释义 15）且满足持续治疗状态，保险人将自该疾病初次确诊日的次月起，按照约定的每月罕

见特定恶性肿瘤——重度疾病收入保障保险金额，在保险金给付日给付首次罕见特定恶性肿瘤——重度疾病收入保障保险金。

此后，无论保险期间是否届满，若被保险人在每个保险金给付日处于生存状态，且满足持续治疗状态，并按照本保险合同“十、保险金申请”提供相关证明的，保险人将在保险金给付日按照本保险合同的每月罕见特定恶性肿瘤——重度疾病收入保障保险金额给付罕见特定恶性肿瘤——重度疾病收入保障保险金。

（七）疾病全残收入保障保险金

在保险期间内，被保险人在等待期届满之日后初次确诊罹患不属于既往症或其并发症的疾病导致身体全残（见释义 16）的，保险人将自定残日的次月起，按照约定的每月疾病全残收入保障保险金额，在保险金给付日给付首次疾病全残收入保障保险金。

此后，无论保险期间是否届满，若被保险人在每个保险金给付日处于生存状态，并按照本保险合同“十、保险金申请”提供相关证明的，保险人将在保险金给付日按照本保险合同的每月疾病全残收入保障保险金额给付疾病全残收入保障保险金。

（八）意外伤残 1-3 级收入保障保险金

在保险期间内，被保险人因意外伤害且自该意外伤害发生之日起 180 日（含第 180 日）内因该意外伤害为直接原因导致达到《人身保险伤残评定标准及代码》（编号为 GB/T 44893-2024）（下简称“伤残评定标准”）中所列 1-3 级伤残程度之一，保险人将自定残日的次月起，按照约定的每月意外伤残 1-3 级收入保障保险金额，在保险金给付日给付首次意外伤残 1-3 级收入保障保险金。

此后，无论保险期间是否届满，若被保险人在每个的保险金给付日处于生存状态，并按照本保险合同“十、保险金申请”提供相关证明的，保险人将在保险金给付日按照约定的每月意外伤残 1-3 级收入保障保险金额给付意外伤残 1-3 级收入保障保险金。

针对上述（一）至（八）项保险责任，如发生下列情形之一的，保险人不再给付收入保障保险金：

1. 收入保障保险金约定的最高给付期限届满；
2. 被保险人的身体状况不再满足本保险合同约定的持续治疗状态要求，疾病全残收入保障保险金、意外伤残 1-3 级收入保障保险金不受此项限制；
3. 被保险人身故。

每月收入保障保险金额及最高给付期限由投保人与保险人在订立保险合同时约定，并在保险单中载明。除另有约定外，最高给付期限为三年，自被保险人首次领取收入保障保险金的月份开始起计算。最高给付期限到达后，保险人对被保险人的保险责任终止。

四、生存状态与持续治疗状态的核验

保险人有权对被保险人是否处于本保险合同约定的生存状态与持续治疗状态进行核验，被保险人应予以配合。如果因被保险人的原因，导致保险人无法对被保险人进行生存状态与持续治疗状态的核验的，保险人不承担给付相应保险金的责任。

除另有约定外，符合首次保险金给付条件的，后续每 6 个月核验一次被保险人生存状态与持续治疗状态，当次核验的判定最多适用于当月及当月之后的 5 个月。按此规则循序推进。

五、责任免除

因下列情形之一，导致被保险人发生意外、疾病、达到疾病状态或进行手术的，或存在下列情形的，或在下列期间的，保险人不承担本保险合同的所有保险责任：

- （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抗拒依法采取的刑事强制措施；
- （三）被保险人故意自伤、自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （四）被保险人服用、吸食或注射毒品（释义 17）；
- （五）被保险人酒后驾驶（释义 18）、无合法有效驾驶证驾驶（释义 19），或驾驶无合法有效行驶证（释义 20）的机动车；
- （六）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（释义 21），本保险合同约定属于保障范围情形的除外；
- （七）战争（释义 22）、军事冲突（释义 23）、暴乱（释义 24）或武装叛乱；
- （八）核爆炸、核辐射或核污染；
- （九）遗传性疾病（释义 25），先天性畸形、变形或染色体异常（释义 26）；
- （十）被保险人在初次投保或非连续投保前所患的既往症及其并发症，保险合同生效前已存在的受伤及其并发症；
- （十一）被保险人患性病、精神性疾病（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）（见释义 27）分类为精神和行为障碍的疾病）；
- （十二）被保险人未遵医嘱私自使用、服用、注射药物，但按使用说明的规定使用非处方药除外。
- （十三）被保险人妊娠（含宫外孕）、流产（含任何原因所导致的流产和人工流产）、分娩（含剖腹产）、不孕不育治疗；
- （十四）被保险人从事职业运动或可获得报酬的运动或竞技，在训练或比赛中受伤；
- （十五）被保险人从事或参加高风险运动，如滑翔翼、滑翔伞、跳伞、探险活动（见释义 28）、非固定路线洞穴探险、特技表演（见释义 29），任何海拔 6,000 米以上的户外运动及潜水深度大于 18 米的活动期间。如保险人进行风险评估后同意拓展承保时，不受本责任免除的限制；被保险人必须借助登山绳索、登山向导（非旅行社导游）完成的登山活动期

间；借助水下供气瓶（非呼吸管）设备完成的潜水活动期间（但在旅游景点的专业潜水教练指导下进行休闲潜水活动的除外）；

（十六）被保险人在矿洞、地下、高速路、高架桥、水上、建筑工地作业期间；被保险人从事5米（含）以上高空作业的职业相关活动期间；

（十七）被保险人进行各种车辆表演、车辆竞赛或练习、驾驶卡丁车；

（十八）被保险人置身于任何飞机或空中运输工具（以乘客身份搭乘民用或商业航班者除外）期间。

六、保险金额和保险费

（一）本保险合同的保险金额按照每月收入保障保险金额与最高给付期限确定，投保人、保险人在投保时确定，并在保险合同中载明。保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。

（二）本保险合同的保险费按照被保险人的年龄和所选计划确定。投保人须按本保险合同约定支付保险费。

本保险合同的保险费支付方式由投保人与保险人投保时约定。缴费途径为通过互联网线上支付。

1. 一次性缴付保险费

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

2. 分期缴付保险费

若分期缴付保险费的，在缴纳首期保险费后，投保人应当在每个保险费约定缴纳日（见释义30）前足额缴纳对应的保险费。如未缴付首期保险费，保险合同不生效，保险人不承担保险责任。

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

延长期由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

七、保险期间与不保证续保

除另有约定外，保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

本保险合同为不保证续保合同，本产品保险期间不超过一年，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。**若被保险人在上一保险期间内已发生保险金赔偿的，保险人有权不接受投保人的重新投保申请。**

八、保险人义务

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。

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。

保险人认为被保险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、被保险人补充提供。

保险人收到被保险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，**但因客观原因、不可抗力（见释义31）、资料欠缺、被保险人因素等原因导致的延期除外。**

保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险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。

九、投保人、被保险人义务

投保人应当按本保险合同的约定缴纳保险费。

订立保险合同环节，保险人就保险标的或者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。

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。

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。

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，均视为已送达投保人。

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，不包括因不可抗力而导致的迟延。

十、保险金申请

保险金申请人向保险人申请保险金时，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相关材料。**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。**
本保险合同支持通过互联网线上提交保险金给付申请。

（一）保险金申请人完整填写的索赔申请表并签名确认；

（二）被保险人、保险金申请人的有效身份证件；

（三）受益人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，由其监护人代为申请保险金，需提供监护人的身份证明等资料及与被保险人的关系证明复印件（未满18周岁适用）；

（四）申请首月收入保障保险金的，需提供与索赔相关的全部证明材料，包括但不限于医院出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查报告、化验检查报告、医疗费用单据及费用明细单据等。如申请疾病全残收入保障保险金、意外伤残1-3级收入保障保险金的，还需提供医院或保险人认可的医疗机构或司法鉴定机构出具的伤残鉴定书。

（五）再次申请收入保障保险金的，需提供被保险人的**生存证明（见释义32）**；如再次申请“重度疾病失能收入损失保险金收入损失保障保险金收入保障保险金”、“中度疾病失能收入损失保险金收入损失保障保险金收入保障保险金”、“轻度疾病失能收入损失保险金收入损失保障保险金收入保障保险金”、“高发特定恶性肿瘤Ⅲ期疾病失能收入损失保险金收入损失保障保险金收入保障保险金”、“高发特定恶性肿瘤Ⅳ期疾病失能收入损失保险金收入损失保障保险金收入保障保险金”、“罕见特定恶性肿瘤——重度疾病失能收入损失保险金收入损失保障保险金收入保障保险金”，还需按照本条第（四）项提供有关证明材料，以证明被被保险人持续治疗的状态。

（六）若受益人委托他人申请等，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；

（七）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。

如申请人在保险金给付日（含当日）之前未能提交被保险人的生存证明及持续治疗状态证明（疾病全残收入保障保险金、意外伤残1-3级收入保障保险金除外）的，保险人将

暂停持续给付该项收入保障保险金，并在申请人下一次提交生存证明及持续治疗状态证明（疾病全残收入保障保险金、意外伤残 1-3 级收入保障保险金除外）给付该项收入保障保险金。

若被保险人在下次核验前身故，自被保险人身故次月起，保险不再支付保险金，对于保险人已支付的、超出被保险人实际应得部分的保险金，保险公司有权向保险金受益人、遗产继承人或法定代理人追回。

在保险人的理赔审核过程中，保险人有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。此类检验费用由保险人承担。

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，自其知道或应当知道保险事故发生之日起计算。

十一、合同解除

在本保险合同成立后，投保人可以通过互联网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）保险人要求提供的其他资料；

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日内退还保险合同的未到期净保费（见释义33）。若保险人已根据本保险合同约定给付任何保险金，则退还的未到期净保费为零。对于合同终止前发生的保险事故，保险人按照保单本保险合同约定，承担给付保险金责任。

十二、争议及法律适用

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或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

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）。

十三、释义

1. **保险人：**指与投保人签订本保险合同的京东安联财产保险有限公司及其分支机构。
2. **周岁：**指投保时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。
3. **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。

本保险合同所约定的重度疾病中“恶性肿瘤一重度”的确诊日期应为手术病理取材或病理活检取材日期；

手术相关疾病（如重大器官移植术或造血干细胞移植术等）：以手术实际实施开始日期

作为确诊日；

需第三方鉴定的疾病（如脑中风后遗症、意外伤残、疾病全残等）：以具有鉴定资质的机构出具正式鉴定报告的签发日期作为确诊日；

临床诊断疾病（如急性心肌梗死等）：若入院诊断与出院诊断一致，以首次确诊的入院日期作为确诊日；若入院诊断与出院诊断不一致，以出院诊断日期作为确诊日。

（注：所有确诊日均需以本合同约定的医院或保险公司认可的医疗机构出具的正式医疗文书为认定依据。）

4. 相关检验检查：指被保险人接受的以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行的检查及检验，包括但不限于X光、CT、PET-CT、B超、彩超等影像学检查；心电图、脑电图；核磁共振；胃镜、肠镜等内镜检查；分子生化检验；血、尿、便常规检验；肿瘤标志物；病理学检验等。

肿瘤标志物：指甲胎蛋白（AFP）、癌胚抗原（CEA）、前列腺特异性抗原（PSA）、癌抗原125（CA125）、癌抗原199（CA199）、癌抗原15-3（CA15-3）、癌抗原50（CA50）、糖类抗原242（CA242）、胃癌相关抗原（CA72-4）、铁蛋白（SF）、 β 2微球蛋白（ β 2-MG）、神经元特异性烯醇化酶（NSE）、鳞状癌细胞抗原（SCCA）、核基质蛋白-22（NMP-22）、 α -L岩藻糖苷酶等；

5. 意外伤害：指外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到的伤害的客观事件。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。

6. 医院：指中国大陆境内（不含港澳台地区）经中华人民共和国卫生主管部门评审确定的二级或二级以上公立医院普通部或保险人认可的医疗机构，医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务，但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。

7. 专科医生：专科医生应当同时满足以下四项资格条件：

（1）具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；

（2）具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；

(3) 具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》;

(4) 在国家《医院分级管理标准》二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

8. 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:

(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, 医生已有明确诊断, 但未接受任何治疗;

(4) 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。

9. 重度疾病: 指被保险人发生符合**附表一: 重度疾病**中所述条件的疾病(共一百二十种), 应当由专科医生明确诊断。

列有*标注的第一至第二十八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)》规定的二十八种重度疾病定义, 第二十九至第一百二十项为保险人增加的疾病种类并自行制定的疾病定义。

10. 持续治疗状态: 指被保险人在保险期间内因同一疾病或意外伤害, 需要连续接受本保险合同约定的医院提供的必要治疗, 且治疗过程具有连贯性和不间断性。该状态通常包括住院治疗、门诊治疗或医生认定的长期康复护理等情形。**若被保险人的就医行为仅限于检查、检验或医学观察, 且经医疗机构或执业医师确认无需进一步药物、手术、物理治疗或其他医学干预措施的, 则该次就诊不构成持续治疗状态。治疗需针对同一疾病或意外伤害的直接关联症状, 而非新增或无关疾病。**

11. 保险金给付日: 指首个保险金给付日及首个保险金给付日以后每月的对应日, 如果当月没有对应的同一日, 则以该月最后一日为对应日。

首个保险金给付日即为被保险人首次符合保险金的给付条件的日期。

12. 中度疾病: 指被保险人发生符合**附表二: 中度疾病**中所述条件的疾病(共二十八种), 应当由专科医生明确诊断。

13. 轻度疾病: 指被保险人发生符合**附表三: 轻度疾病**中所述条件的疾病(共四十五种), 应当由专科医生明确诊断。

标*的疾病为中国保险行业协会和中国医师协会联合颁布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范(2020年修订版)》中规定的三种轻度疾病定义, 其余疾病为保险人自主定义的轻度疾病。

14. 高发特定恶性肿瘤: 指以下13种恶性肿瘤: 肺恶性肿瘤、结直肠恶性肿瘤、甲状腺恶性肿瘤、肝恶性肿瘤、胃恶性肿瘤、乳腺恶性肿瘤、食管恶性肿瘤、子宫颈恶性肿瘤、前

列腺恶性肿瘤、胰腺恶性肿瘤、膀胱恶性肿瘤、子宫体恶性肿瘤、卵巢恶性肿瘤；高发特定恶性肿瘤Ⅲ期指 TNM 分期为Ⅲ期的上述恶性肿瘤；高发特定恶性肿瘤Ⅳ期指 TNM 分期为Ⅳ期的上述恶性肿瘤。

15. 罕见特定恶性肿瘤——重度疾病：指达到恶性肿瘤——重度标准的以下 8 种恶性肿瘤：肾透明细胞肉瘤、皮肤神经内分泌癌（梅克尔细胞癌）、胶质母细胞瘤、恶性胸膜间皮瘤、神经母细胞瘤、骨肉瘤、骨巨细胞瘤、淋巴浆细胞淋巴瘤。

16. 身体全残：身体全残指下列情形之一：

- （1）双目永久完全失明（见释义 34）；
- （2）两上肢腕关节以上或两下肢踝关节以上缺失；
- （3）一上肢腕关节以上及一下肢踝关节以上缺失；
- （4）一目永久完全失明及一上肢腕关节以上缺失；
- （5）一目永久完全失明及一下肢踝关节以上缺失；
- （6）四肢关节机能永久完全丧失（见释义 35）；
- （7）咀嚼、吞咽机能永久完全丧失（见释义 36）；
- （8）中枢神经系统机能或胸、腹部脏器机能极度障碍，导致终身不能从事任何工作，

为维持生命必要的日常生活活动，全需他人扶助（见释义 37）的。

身体全残的鉴定及确诊机构限二级及以上公立医院或合法司法鉴定机构。

17. 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。

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

19. 无合法有效驾驶证驾驶：

被保险人存在下列情形之一者：

- （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。

20. 无合法有效行驶证：

指下列情形之一：

- (1) 机动车被依法注销登记的；
- (2) 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌、临时号牌或临时移动证的机动车工具；
- (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工具。

21. 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。

22. 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。

23. 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。

24. 暴乱：破坏社会秩序的武装骚动，以政府宣布为准。

25. 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。

26. 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。

27. ICD-10：《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。

28. 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，而故意使自己置身其中的行为。如极地探险、江河漂流、徒步穿越沙漠或人迹罕见的原始森林等活动。

29. 特技表演：指马术、杂技、驯兽等特殊技能。

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

31. 不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

32. 生存证明：指能证明被保险人生存的方式，可采用以下任一方式：

(1) 线上核验：被保险人通过保险人指定的互联网路径完成线上核验，以确认生存状态；

(2) 提交书面生存证明材料：书面生存证明材料可以是如下材料之一：

1) 公安部门或其他相关机构出具的保险金给付日前一个月内的户籍证明；

2) 公安部门或其他相关机构出具的日期不早于保险金给付日前3日的实有人口证明；
3) 人力资源和社会保障部门或其他相关机构出具的保险金给付日前一个月内的社保缴费记录；

4) 国家税务部门或其他相关机构出具的保险金给付日前一个月内的个税完税证明；

5) 保险金给付日前一个月内的养老金发放和工资性收入银行入账流水等；

33. 未到期净保费：除合同另有约定外，未到期净保费计算公式如下：

若保险费为分期缴付的：未到期净保费=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。

若保险费为一次性缴付的：未到期净保费=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。

若本保险合同已发生保险金赔偿，则未到期净保费为零。

34. 失明：包括眼球缺失或摘除或不能辨别明暗或仅能辨别眼前手动者，最佳矫正视力低于国际标准视力表 0.02，或视野半径小于 5 度，且病程持续超过一百八十天（眼球缺失或摘除不在此限），并由保险人认可的鉴定机构出具鉴定书。

35. 关节机能永久完全丧失：指关节永久完全僵硬或麻痹或关节不能随意识活动。

36. 咀嚼、吞咽机能永久完全丧失：指由于牙齿以外的原因引起器质障碍或机能障碍，以至永久完全不能作咀嚼、吞咽运动，除流质食物外永久完全不能摄取或吞咽的状态。

37. 为维持生命必要的日常生活活动，全需他人扶助：指食物摄取、大小便始末、穿脱衣服、起居、步行、入浴等，都不能自理，需要他人帮助。

附表一：重度疾病

本保险合同所称“重度疾病”指被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病（共一百二十种），应当由专科医生明确诊断。下列有*所标注的第一至第二十八项为中国保险行业协会和中国医师协会联合颁布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》规定的二十八种重大疾病定义，第二十九至第一百二十项为保险人自行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（见注 1）**（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）（见注 2）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：

I 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（见注 3），癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；

（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；

II TNM 分期(见注 4)为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

III TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌；

IV 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；

V 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

VI 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

VII 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。

注 1：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。

注 2：《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10），是世界卫生组织（WHO）发布的国际通用的疾病分类方法。《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-0-3），是 WHO 发布的针对 ICD 中肿瘤形态学组织学细胞类型、动态、分化程度的补充编码。其中形态学编码：0 代表良性肿瘤；1 代表动态未定性肿瘤；2 代表原位癌和非侵袭性癌；3 代表恶性肿瘤（原发性）；6 代表恶性肿瘤（转移性）；9 代表恶性肿瘤（原发性或转移性未肯定）。如果出现 ICD-10 与 ICD-0-3 不一致的情况，以 ICD-0-3 为准。

注 3：原位癌指恶性细胞局限于上皮内尚未突破基底膜浸润周围正常组织的癌细胞新生物。原位癌必须经对固定活组织的组织病理学检查明确诊断。被保险人必须已经接受了针对原位癌病灶的积极治疗，所谓的积极治疗包含手术、化疗或放疗等治疗方式。

注 4：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 分期采用目前现行的 AJCC 第八版定义标准，我国国家卫生健康委员会 2018 年发布的《甲状腺癌诊疗规范（2018 年版）》也采用此定义标准，具体见下：

甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hürthle 细胞癌和未分化癌

pT_x：原发肿瘤不能评估

pT₀：无肿瘤证据

pT₁: 肿瘤局限在甲状腺内, 最大径≤2cm

T_{1a} 肿瘤最大径≤1cm

T_{1b} 肿瘤最大径>1cm, ≤2cm

pT₂: 肿瘤 2~4cm

pT₃: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内

pT_{3b}: 大体侵犯甲状腺外带状肌, 无论肿瘤大小

带状肌包括: 胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT₄: 大体侵犯甲状腺外带状肌外

pT_{4a}: 侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT_{4b}: 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管 甲状腺髓样癌

pT_x: 原发肿瘤不能评估

pT₀: 无肿瘤证据

pT₁: 肿瘤局限在甲状腺内, 最大径≤2cm

T_{1a} 肿瘤最大径≤1cm

T_{1b} 肿瘤最大径>1cm, ≤2cm

pT₂: 肿瘤 2~4cm

pT₃: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内

pT_{3b}: 大体侵犯甲状腺外带状肌, 无论肿瘤大小

带状肌包括: 胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT₄: 进展期病变

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

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

区域淋巴结: 适用于所有甲状腺癌

pN_x: 区域淋巴结无法评估

pN₀: 无淋巴结转移证据

pN₁: 区域淋巴结转移

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

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

远处转移: 适用于所有甲状腺癌

M₀: 无远处转移

M₁: 有远处转移

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

注：以上表格中“年龄”指患者病理组织标本获取日期时的年龄。

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，指疾病确诊一百八十天后，仍遗留下列至少一种障碍：

(1) 一肢 (含) 以上**肢体 (见注 5) 肌力 (见注 6) 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 (见注 7)**；

(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 (见注 8) 中的三项或三项以上**。

注 5：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。

注 6：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。

注 7：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。

注 8：六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零-三周岁幼儿。

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九十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-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

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一百八十天后，仍遗留下述至少一种障碍：

- （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九十六小时以上。

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（见注9）性丧失，在500赫兹、1000赫兹和2000赫兹语音频率下，平均听阈大于等于91分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

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

注 9：永久不可逆指自疾病确诊或意外发生之日起，经过积极治疗一百八十天后，仍无法通过现有医疗手段恢复。

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。

被保险人申请理赔时年龄必须在三周岁以上（眼球缺失或摘除的不受此限），并且提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。

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，指疾病确诊一百八十天后或意外伤害发生一百八十天后，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，指脑损伤一百八十天后，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 (见注 10) IV 级，且静息状态下肺动脉平均压在 36mmHg (含) 以上。

注 10: 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。

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七天 (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，经过积极治疗至少十二个月 (声带完全切除不受此时间限制)，仍无法通过现有医疗手段恢复。

精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。

被保险人申请理赔时年龄必须在三周岁以上，并且提供理赔当时的语言能力丧失诊断及检查证据。

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≥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，经过积极治疗一百八十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. 严重多发性硬化症

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一百八十天无法独立完成下列基本日常生活活动：

- (1) 移动：自己从一个房间移动到另一个房间；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. 严重 1 型糖尿病

1 型糖尿病的特征为由于胰岛素分泌绝对不足引起严重胰岛素缺乏导致慢性血糖升高，需要依赖外源性胰岛素进行机体的葡萄糖代谢和维持生命。被保险人的 1 型糖尿病必须明确诊断，而且有血胰岛素测定及血 C 肽或尿 C 肽测定结果支持诊断，并且满足下列全部条件：

- (1) 已经持续性地接受外源性胰岛素注射治疗连续一百八十天以上；
- (2) 因需要已经接受了下列治疗：因严重心律失常植入了心脏起搏器；或因坏疽自跖趾关节或以上切除了一趾或多趾。

31. 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。

32. 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。

本保险合同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。

33. 重症急性坏死性筋膜炎

是一种由细菌侵入皮下组织和筋膜引起的急性坏死性软组织感染，可伴有毒血症、败血症、中毒性休克、弥漫性血管内凝血及多器官衰竭。必须满足以下所有条件：

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

34. 严重系统性硬皮病

指一种以局限性或弥漫性皮肤增厚和皮肤、血管、内脏器官异常纤维化为特征的结缔组织病。本病须经专科医师明确诊断，并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。

下列疾病不在本险种保障范围内：

- (1) 局部性硬皮病（如：带状硬皮病、硬斑病）；
- (2) 嗜酸性粒细胞性筋膜炎；
- (3) CREST 综合征。

35. 急性坏死性胰腺炎开腹手术

指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。

因酒精作用所致的急性胰腺炎以及腹腔镜手术不在保障范围内。

36. 严重原发性硬化性胆管炎

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、肝外胆道因非细菌性炎症、慢性纤维化逐渐狭窄，并最终导致完全阻塞而发展为胆汁淤积性肝硬化。须满足下列全部条件：

- (1) 持续性黄疸病史；
- (2) 总胆红素和直接胆红素同时升高，血清 ALP>200U/L；
- (3) 经内镜逆行胰胆管造影（ERCP）影像学检查确诊；
- (4) 出现胆汁淤积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。

37. 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）。

因外伤及除脑垂体瘤、脑囊肿、颅内血管性疾病以外的良性颅内肿瘤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。

38. 系统性红斑狼疮-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。

此处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。**

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

39. 非阿尔茨海默病所致严重痴呆

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

神经官能症、精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在保障范围内。

40. 经输血导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

被保险人感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）并且满足下列全部条件：

- （1）在保障起始日或复效日之后，被保险人因输血而感染 HIV；
- （2）提供输血治疗的输血中心或医院出具该项输血感染属医疗责任事故的报告，或者法院终审裁定为医疗责任并且不准上诉；
- （3）受感染的被保险人不是血友病患者。

在任何治愈艾滋病（AIDS）或阻止 HIV 病毒作用的疗法被发现以后，或能防止 AIDS 发生的医疗方法被研究出来以后，则保险人不再予以赔付。

任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致的 HIV 感染不在保障范围内。保险人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。

本保险合同责任免除条款第六项不适用于此病种。

41. 丝虫病所致严重象皮肿

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。此病症须经专科医生根据临床表现和微丝蚴的化验结果确诊。

42. 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。

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之内。

43. 严重慢性复发性胰腺炎

指慢性反复发作（3 次及以上）的胰腺炎症导致胰腺的广泛纤维化、坏死、弥漫性钙化及假性囊肿形成，造成胰腺功能障碍出现严重糖尿病和营养不良。必须满足以下所有条件：

- (1) 医疗记录证实存在有腹痛等典型症状的慢性胰腺炎急性反复发作超过三次;
- (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) 接受胰岛素替代治疗和酶替代治疗一百八十天以上。

酒精导致的慢性复发性胰腺炎不在本保障范围内。

44. 严重肾髓质囊性病

肾髓质囊性病的诊断须同时符合下列要求:

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

以下情况不在本保障范围内:

- (1) 多囊肾;
- (2) 多囊性肾发育不良和髓质海绵肾。

本保险合同责任免除条款第九项不适用于此病种。

45. 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。

46. 特发性慢性肾上腺皮质功能衰竭

指自身免疫性肾上腺炎(既往称:特发性肾上腺皮质萎缩)导致肾上腺萎缩和慢性肾上腺皮质功能减退。必须满足所有以下条件:

- (1) 必须由专科医生明确诊断,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, >100pg/ml;
 - ②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一百八十天以上。

肾上腺结核、HIV 感染或艾滋病、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本保障范围内。

47. 严重进行性核上性麻痹(Steele-Richardson-Olszewski 综合征)

进行性核上性麻痹 (PSP) 又称 Steele-Richardson-Olszewski 综合征,是一种罕见的神经系统变性疾病,以假球麻痹、垂直性核上性眼肌麻痹、锥体外系肌僵直、步态共济失调和轻度痴呆为主要临床特征。PSP 必须由三级甲等医院的神经内科专科医生确诊,并且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。

48. 严重哮喘

指一种反复发作的严重支气管阻塞性疾病，经保险人认可的专科医生确诊，且必须同时符合下列所有标准：

(1) 过去两年中曾因哮喘持续状态（指哮喘持续发作二十四小时以上不能缓解）住院治疗；

(2) 因慢性过度换气导致胸廓畸形；

(3) 在家中需要医生处方的氧气治疗法；

(4) 持续日常服用口服类固醇激素治疗持续至少六个月。

49. 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。

50. 植物人状态

植物人状态系指由于严重颅脑外伤造成大脑和/或脑干严重损害导致完全永久性的对自身和环境的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。诊断必须明确诊断并且具有严重颅脑外伤和脑损害的证据。**植物人状态必须持续三十天以上方可申请理赔。**

由于酗酒或滥用药物所致的植物人状态除外。

51. 严重疯牛病(克-雅氏病/CJD/人类疯牛病)

是一种传染性海绵状脑病，临床表现为快速进行性痴呆、肌阵挛和特征性脑电图变化。本病须经三级医院的专科医生根据 WHO 诊断标准明确诊断，并且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。

疑似病例不在本保障范围内。

52. 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。

53. 一肢及单眼缺失

因疾病或意外伤害导致单眼视力丧失及任何一肢自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

单眼视力丧失指单眼视力永久不可逆性丧失，患眼须满足下列至少一项条件：

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

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

投保时已有单眼缺失或有一肢缺失的不在本保障范围内。

54. 因职业关系导致的人类免疫缺陷病毒感染

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。
- (2) 血清转化必须出现在事故发生后的六个月以内；
- (3) 必须提供被保险人在所报事故发生后的五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十二个月内证实被保险人体内存在 HIV 病毒或者 HIV 抗体。

在任何治愈艾滋病（AIDS）或阻止人类免疫缺陷病毒（HIV）作用的疗法被发现以后，或能防止艾滋病（AIDS）发生的医疗方法被研究出来以后，则保险人不再予以赔付。

任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致的 HIV 感染不在本保障范围内。

本保险合同责任免除条款第六项不适用于此病种。

55. 严重瑞氏综合征

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。

56. 严重川崎病

指一种原因未明的血管炎综合征，临床表现为急性发热，皮肤粘膜病损和淋巴结肿大。本病必须经专科医生明确诊断，且必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一百八十天；
- （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。

57. 严重心肌炎

指被保险人因严重心肌炎性病变导致心功能损害造成持续的永久不可逆性的心功能衰竭。必须满足所有以下条件：

- （1）心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能IV级，或左室射血分数低于 30%；
- （2）持续不间断一百八十天以上；
- （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。

58. 需手术切除的嗜铬细胞瘤

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。嗜铬细胞瘤必须明确诊断，并且满足下列所有条件：

- （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。

59. 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，必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。

60. 严重Ⅲ度房室传导阻滞

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

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

61. 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儿科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；
- （2）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。

62. 严重感染性心内膜炎

指因感染性病原体造成心脏内膜发炎，并符合下列所有条件：

（1）血液培养测试结果为阳性，证实存在感染病原体：

① 微生物：在赘生物、栓塞的赘生物或心脏内脓疡经培养或组织检查证实有微生物；或

② 病理性病灶：组织病理学检查证实赘生物或心脏内脓疡有活动性心内膜炎；或

③ 分别两次血液培养证实有典型的病原体且与心内膜炎吻合；或

④ 持续血液培养证实有病原体阳性反应，且与心内膜炎吻合。

（2）心内膜炎引起中度心瓣膜闭锁不全（指返流分数 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%）；及

（3）心内膜炎及心瓣膜病损须经心脏专科医生确诊。

63. 败血症导致的多器官功能障碍综合症

指由保险人认可医院的专科医生确诊为败血症，并由血液或骨髓检查证实致病菌，伴发一个或多个器官系统生理功能障碍，并因该疾病入住重症监护病房至少九十六小时，同时至少满足以下一条标准：

（1）呼吸衰竭，需要进行气管插管机械通气；

（2）凝血血小板计数 $<50 \times 10^3$ /微升；

（3）肝功能不全，胆红素 $> 6\text{mg} / \text{dl}$ 或 $> 102 \mu\text{mol} / \text{L}$ ；

（4）已经使用强心剂；

（5）昏迷：格拉斯哥昏迷评分（GCS） ≤ 9 ；

（6）肾功能衰竭，血清肌酐 $>300 \mu\text{mol} / \text{L}$ 或 $>3.5\text{mg} / \text{dl}$ 或尿量 $<500\text{ml} / \text{d}$ ；

非败血症引起的多器官功能障碍综合征不在保障范围内。

64. 因器官移植导致的艾滋病病毒感染

被保险人因接受器官移植感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）并且满足下列全部条件：

（1）在保障起始日或复效日之后，被保险人接受器官移植，并因此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（AIDS）或阻止人类免疫缺陷病毒（HIV）作用的疗法被发现以后，或能防止艾滋病（AIDS）发生的医疗方法被研究出来以后，本保障将不再予以赔付。

任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致的 HIV 感染不在本保障范围内。

本保险合同责任免除条款第六项不适用于此病种。

65. 严重肺淋巴管肌瘤病

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保险人认可医院的专科医生认可有必要进行肺移植手术。

66. 严重原发性骨髓纤维化

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保险人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一百八十天及以上，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。

67. 严重骨髓增生异常综合征

严重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，本保单所指的严重的骨髓异常增生综合征需由保险人认可医院的骨髓检查支持诊断，并由血液科专科医生确诊；同时须满足下列条件之一：

- (1) 已接受至少累计三十日的化疗或已接受骨髓移植治疗。
- (2) 根据“骨髓增生异常综合征修订国际预后积分系统(IPSS-R)”积分 ≥ 3 ，属于中危及以上组。
- (3) 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。

68. 埃博拉病毒感染

埃博拉病毒感染指埃博拉病毒感染导致的急性出血性传染病。必须满足下列全部条件：

- (1) 有实验室检查证据证实存在埃博拉病毒感染，经国家认可的有合法资质的传染病专家确诊、并上报国家疾病预防控制中心接受了隔离和治疗；
- (2) 存在广泛出血的临床表现；
- (3) 病程持续三十天以上。

单纯实验室诊断但没有临床出血表现的或者在确诊之前已经死亡的不在保障范围内。

69. 严重面部烧伤

指面部烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤的面积达到面部表面积的 80%或 80%以上。面部的范围指上至发际、下至下颌下缘、两侧至下颌支后缘之间的区域，包括额部、眼部、眶部、鼻部、口唇部、颊部、颧部、颊部和腮腺咬肌部。

70. 主动脉夹层血肿

指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。被保险人需通过断层扫描（CT）、核磁共振检查（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。

71. 严重慢性缩窄型心包炎

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，并持续一百八十天以上；

（2）实际接受了以下任何一种手术路径的心包剥脱或心包切除手术：

- 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。

72. 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。

先天性心脏病所致的艾森门格综合征不在本保障范围。

本保险合同责任免除条款第九项不适用于此病种。

73. 严重脊髓小脑变性症

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：

- ①影像学检查证实存在小脑萎缩；
- ②临床表现存在共济失调、语言障碍和肌张力异常。

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

74. 严重进行性多灶性白质脑病

是一种亚急性脱髓鞘脑病，其病原体多为乳头多瘤空泡病毒，常常发生于免疫缺陷病人。必须满足下列所有条件：

(1) 根据脑组织活检确诊；

(2) 永久不可逆丧失自主生活能力，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。

75. 严重强直性脊柱炎

强直性脊柱炎是一种慢性全身性炎性疾病，主要侵犯脊柱导致脊柱畸形。强直性脊柱炎必须明确诊断并且满足下列所有条件：

(1) 严重脊柱畸形；

(2) 永久不可逆丧失自主生活能力，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。

76. 严重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，且自确诊一百八十天后仍遗留双侧手臂感觉功能与运动功能完全永久性丧失。须有电生理检查结果证实。

77. 溶血性尿毒综合征

一种由于感染导致的急性综合征，引起红细胞溶血，肾功能衰竭及尿毒症。溶血尿毒综合征必须由血液和肾脏专科医师诊断，被保险人理赔时年龄须在二十五周岁以下，并且满足下列所有条件：

(1) 实验室检查确认有溶血性贫血、血尿、尿毒症、血小板减少性紫癜；

(2) 因肾脏功能衰竭实施了肾脏透析治疗。

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

78. Brugada 综合征

指由心脏专科医生诊断为夜间呼吸骤停（Brugada）综合征，且满足下列全部条件：

(1) 有晕厥或心脏骤停病史，并提供完整的诊疗记录；

(2) 心电图有典型的 I 型 Brugada 波；

(3) 已经安装了永久性心脏除颤器。

79. 严重巨细胞动脉炎

巨细胞动脉炎又称颅动脉炎、颞动脉炎、肉芽肿性动脉炎，须经保险人认可医院的专科医师明确诊断，并造成永久不可逆性的单个肢体功能障碍或单眼失明。单眼失明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。

80. 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（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。

所有先天性心脏疾病直接或间接引起的肺动脉高压也不在保障责任范围内。

81. 严重癫痫

本病的诊断须由神经科或儿科专科医生根据典型临床症状和脑电图及 MRI、PET、CT 等影相学检查做出。理赔时必须提供六个月以上的相关病历记录证明被保险人存在经抗癫痫药物治疗无效而反复发作的强直阵挛性发作或癫痫大发作，且已行神经外科手术以治疗反复发作的癫痫。

发热性惊厥以及没有全身性发作的失神发作（癫痫小发作）不在本保障范围内。

82. 神经白塞病

白塞病是一种慢性全身性血管炎症性疾病，主要表现为复发性口腔溃疡、生殖器溃疡、眼炎及皮肤损害，并可累及大血管、神经系统、消化道、肺、肾等等。累及神经系统损害的白塞病称为神经白塞病。神经白塞病必须明确诊断，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一百八十天无法独立完成下列基本日常生活活动之一：

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

83. 室壁瘤切除手术

指因心肌梗死导致室壁瘤，实际实施了**开胸开心室壁瘤切除手术**治疗。

84. 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。

85. 严重 III 度冻伤导致截肢

冻伤是由于寒冷潮湿作用引起的人体局部或全身损伤。指冻伤程度达到 III 度，且导致一个或一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。

86. 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。须提供同时具有下列条件中的至少三项的检验报告：

- (1) 血小板计数 $<100 \times 10^9/L$ 或者呈进行性下降；
- (2) 血浆纤维蛋白原含量 $<1.5g/L$ 或者 $>4g/L$ 或者呈进行性下降；
- (3) 3P 试验阳性或者血浆 FDP $>20mg/L$ ；
- (4) 凝血酶原时间 >15 秒或者超过对照组 3 秒以上。

87. 急性肺损伤（ALI）或急性呼吸窘迫综合征（ARDS）

指一种由于肺泡毛细血管和肺泡上皮细胞损伤引起的弥漫性肺间质及肺泡水肿，以进行性低氧血症、呼吸窘迫为特征的急性呼吸综合征。须由呼吸科或者重症监护室专科医生明确诊断，并须满足下列全部条件：

- (1) 急性发作（原发疾病起病后七天内发病）；
- (2) 影像学检查证实双肺浸润影；
- (3) PEEP（呼气末正压） ≥ 5 cmH₂O 时，PaO₂/FiO₂（动脉氧分压/吸入氧浓度）低于 200mmHg；
- (4) 非心源性导致的肺水肿。

88. 心脏粘液瘤

指经保险人认可医院的心脏专科医师确诊的心脏原发性良性心脏肿瘤，并经术后病理或细胞学诊断。

89. 范可尼综合征

也称 Fanconi 综合征，指近端肾小管的功能异常引起的一组症候群。须经专科医生诊断，且须满足下列至少三项条件：

- (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。

被保险人在三周岁之前罹患该疾病，保险人不承担保险责任。

90. 严重出血性登革热

是由登革热病毒引起的急性传染病，须经专科医生明确诊断，并须出现下列一种或多种严重登革热的临床表现：

- (1) 血浆渗漏致休克或胸腔积液伴呼吸困难；
- (2) 严重出血：消化道出血、阴道大出血、颅内出血、肉眼血尿或皮下血肿（不包括皮下出血点）；

(3) 严重器官损害或衰竭：肝脏损伤（ALT 或 AST>1000IU/L）、ARDS（急性呼吸窘迫综合征）、急性心功能衰竭、急性肾功能衰竭、脑病。

非出血性登革热并不在保障范围内。

91. 严重的脊髓空洞症或严重的延髓空洞症

脊髓空洞症为慢性进行性的脊髓变性性疾病，其特征为脊髓内空洞形成。表现为感觉异常、肌萎缩及神经营养障碍。脊髓空洞症累及延髓称为延髓空洞症，表现为延髓麻痹。脊髓空洞症必须明确诊断并且造成永久不可逆的神经系统功能障碍，存在持续至少一百八十天以上的神经系统功能缺失并满足下列任一条件：

- (1) 延髓麻痹呈现显著舌肌萎缩、构音困难和吞咽困难；或
- (2) 双手萎缩呈“爪形手”，肌力 2 级或以下。

92. 侵蚀性葡萄胎（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。

93. 严重心脏衰竭 CRT 心脏再同步治疗

指因缺血性心脏病或扩张性心肌病导致慢性严重心脏衰竭，被保险人实际接受了 CRT 治疗，以矫正心室收缩不协调和改善心脏功能。接受治疗之前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 III 级或 IV 级；
- (2) 左室射血分数低于 35%；
- (3) 左室舒张末期内径 $\geq$ 55mm；
- (4) QRS 时间 $\geq$ 130msec；
- (5) 药物治疗效果不佳，仍有症状。

94. 肺孢子菌肺炎

指由肺孢子菌引起的间质性浆细胞性肺炎，且满足下列全部条件：

- (1) 第一秒末用力呼气量（FEV1）小于 1 升；
- (2) 气道内阻力增加，至少达到 0.5kPa/L/s；
- (3) 残气容积占肺总量（TLC）的 60%以上；
- (4) 胸内气体容积升高，超过基值的 170%；
- (5) PaO₂<60mmHg，PaCO₂>50mmHg。

95. 严重席汉氏综合征

指因产后大出血并发休克、全身循环衰竭、弥漫性血管内凝血导致脑垂体缺血坏死和垂体分泌激素不足，造成性腺、甲状腺、肾上腺皮质功能减退。必须满足下列所有条件：

- (1) 产后大出血休克病史；
- (2) 严重腺垂体功能破坏，破坏程度>95%；
- (3) 影像学检查显示脑垂体严重萎缩或消失；

(4) 实验室检查显示:

① 垂体前叶激素全面低下;

② 性激素、甲状腺素、肾上腺皮质激素全面低下 (包括生长激素、促甲状腺素、促肾上腺皮质激素、卵泡刺激素和黄体生成素);

(5) 需要终身激素替代治疗以维持身体功能,持续服用各种替代激素超过一年。

垂体功能部分低下及其他原因所致垂体功能低下不在保障范围之内。

96. 皮质基底节变性

指一种慢性进展性神经变性疾病,以不对称发作的无动性强直综合征、失用、肌张力障碍及姿势异常为其临床特征。经医院的专科医生明确诊断,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。

97. 严重气性坏疽

指由梭状芽胞杆菌所致的肌坏死或肌炎。须经保险人认可的医院的专科医生明确诊断,且须满足下列全部条件:

- (1) 符合气性坏疽的一般临床表现;
- (2) 细菌培养检出致病菌;
- (3) 受感染肢体被截肢 (自腕关节或踝关节近端)。

清创术不在保障范围内。

98. 严重亚历山大病

亚历山大病 (Alexander' s Disease) 是一种遗传性中枢神经系统退行性病变,特点为脑白质营养不良性。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障碍。被保险人自主生活能力完全丧失,无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上,日常生活必须持续接受他人护理。

未明确诊断的疑似病例不在本保障范围之内。

本保险合同责任免除条款第九项不适用于此病种。

99. 严重骨生长不全症

是一种胶原病,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。**本保险合同只保障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。

本保险合同责任免除条款第九项不适用于此病种。

100. 严重肾上腺脑白质营养不良

指一种最常见的过氧化物酶体病,主要累及肾上腺和脑白质,主要表现为进行性的精神运动障碍,视力及听力下降和 (或) 肾上腺皮质功能低下等。须经专科医生诊断,且已经造

成自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，持续至少一百八十天。**本保险合同仅对三周岁以上的被保险人予以理赔。**

本保险合同责任免除条款第九项不适用于此病种。

101. 肺泡蛋白质沉积症

肺泡蛋白质沉积症是一种弥漫性肺部疾病，其组织学特征为肺泡腔内及终末细支气管内堆积过量的磷脂蛋白样物质。理赔时须满足下列所有条件：

(1) 支气管镜活检或开胸肺活检病理检查证实肺泡内充满有过碘酸雪夫（PAS）染色阳性的蛋白样物质；

(2) 被保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。

102. 严重脊髓灰质炎

脊髓灰质炎是由于脊髓灰质炎病毒感染所致的瘫痪性疾病，临床表现为运动功能损害或呼吸无力。脊髓灰质炎必须明确诊断。**本保单仅对脊髓灰质炎造成的神经系统功能损害导致被保险人一肢或一肢以上肢体机能永久完全丧失的情况予以理赔。**肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊一百八十天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意识活动。

103. 严重原发性心肌病

指不明原因引起的一类心肌病变，包括原发性扩张型心肌病、原发性肥厚型心肌病及原发性限制型心肌病三种，病变必须已造成事实上心室功能障碍而出现明显的心功能衰竭（指按照美国纽约心脏病学会提出的新功能状态分级的标准判定，心功能状态已达IV级），且IV级心功能衰竭状态已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他器官系统疾病造成的心肌病变不在保障范围内。

104. 严重全身性（型）重症肌无力

重症肌无力是一种神经肌肉接头传递障碍所致的疾病，表现为局部或全身骨骼肌（特别是眼外肌）极易疲劳。疾病可以累及呼吸肌、上肢或下肢的近端肌群或全身肌肉，必须满足下列全部条件：

(1) 经药物治疗和胸腺切除治疗一年以上仍无法控制病情；

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

105. 严重肌营养不良症

指一组遗传性肌肉变性病变，临床特征为与神经系统无关的骨骼肌肉对称地进行性无力和萎缩。其诊断需满足下列全部条件：

(1) 肌电图显示典型肌营养不良症的阳性改变；

(2) 肌肉活检的病理学诊断符合肌营养不良症的肌肉细胞变性\坏死等阳性改变；

(3) 已导致被保险人持续超过三个月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。

106. 肝豆状核变性

肝豆状核变性是一种遗传性铜代谢障碍疾病。表现为体内的铜离子在肝、脑、肾、角膜等处沉积，引起进行性加重的肝硬化、锥体外系症状、精神症状、肾损害及角膜色素环。肝豆状核变性必须明确诊断并且满足以下条件之一：

(1) 帕金森综合征或其他神经系统功能损害，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；

(2) 失代偿性肝硬化，临床已经出现腹水、食道静脉曲张和脾肿大等表现；

(3) 慢性肾功能衰竭，已开始肾脏透析治疗；

(4) 接受了肝移植或肾移植手术。

本保险合同责任免除条款第九项不适用于此病种。

107. 闭锁综合征

由于双侧脑桥基底部病变，脑干腹侧的皮质核束和皮质脊髓束受损，而导致的缄默和四肢瘫痪。临床表现为意识清醒或仅有轻微损害，除睁闭眼和眼球上下运动外其它全部运动、吞咽、语言功能均丧失。诊断必须经神经科医生确认，并必须持续至少一个月病史记录。

108. 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，并至少合并下列异常中的一项：

(1) 大小便失禁；

(2) 部分或完全性下肢瘫痪或畸形等神经学上的异常。

但不包括由 X 线摄片发现的没有合并脊椎脊膜突出或脑（脊）膜突出的隐形脊椎裂。

本保险合同责任免除条款第九项不适用于此病种。

109. 库鲁病

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

110. 自身免疫性脑炎

自身免疫性脑炎（Autoimmune Encephalitis, AE）泛指一类由自身免疫机制介导的脑炎。临床以精神行为异常、癫痫发作、近事记忆障碍等多灶或弥漫性脑损害为主要表现。

自身免疫性脑炎须经保险人认可的医院的专科医生明确诊断，并须满足下列全部条件：

(1) 急性或亚急性起病，具备以下 1 个或多个神经与精神症状或临床综合征。

①边缘系统症状：近事记忆减退、癫痫发作、精神行为异常，3 个症状中的 1 个或多个；

②脑炎综合征：弥漫性或多灶性脑损害的临床表现；

③基底核和（或）间脑/下丘脑受累的临床表现；

④精神障碍，且精神心理专科认为不符合非器质疾病。

（2）具有以下 1 个或多个的辅助检查发现，或者合并相关肿瘤。

①脑脊液异常：脑脊液白细胞增多；或者脑脊液细胞学呈淋巴细胞性炎症；或者脑脊液寡克隆区带阳性；

②神经影像学或电生理异常：MRI 边缘系统 T2 或者 FLAIR 异常信号，单侧或双侧，或者其他区域的 T2 或 FLAIR 异常信号（除外非特异性白质改变和卒中）；或者 PET 边缘系统高代谢改变，或者多发的皮质和（或）基底核高代谢；或者脑电图异常：局灶性癫痫或癫痫样放电（位于颞叶或颞叶以外），或者弥漫或多灶分布的慢波节律；

③与自身免疫性脑炎相关的特定类型的肿瘤，如边缘性脑炎合并小细胞肺癌，抗 NMDAR 脑炎合并畸胎瘤。

（3）抗神经元表面抗原的自身抗体阳性，其中抗 NMDAR 抗体检测主要以脑脊液阳性为准。

（4）合理地排除其他病因。

111. 严重肺结节病

结节病是一种原因未明的慢性肉芽肿病，可侵犯全身多个器官，以肺和淋巴结受累最为常见。严重肺结节病表现为肺的广泛纤维化导致慢性呼吸功能衰竭。必须满足下列所有条件：

（1）肺结节病的 X 线分期为 IV 期，即广泛肺纤维化；

（2）永久不可逆性的慢性呼吸功能衰竭，临床持续一百八十天动脉血氧分压（PaO₂）<50mmHg 和动脉血氧饱和度（SaO₂）<80%。

112. 严重脊髓血管病后遗症

指脊髓血管的突发病变引起脊髓梗塞或脊髓出血，导致永久性不可逆的神经系统功能损害，表现为截瘫或四肢瘫。永久性不可逆的神经系统功能损害指疾病确诊一百八十天后，仍然遗留后遗症并且无法独立完成下列基本日常生活活动之一：

（1）移动：自己从一个房间到另一个房间；

（2）进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

113. 特定的横贯性脊髓炎后遗症

脊髓炎是一种炎症性脊髓疾病。横贯性脊髓炎是指炎症扩展横贯整个脊髓，表现为运动障碍、感觉障碍和自主神经功能障碍。

特定的横贯性脊髓炎后遗症指诊断为横贯性脊髓炎且已经造成永久不可逆的神经系统功能障碍，无法独立完成下列基本日常生活活动之一：

（1）移动：自己从一个房间到另一个房间；

（2）进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

114. 特发性肺纤维化

是一种原因不明的、进行性的、局限于肺部的以纤维化伴蜂窝状改变为特征的疾病，可表现为呼吸困难、咳嗽咳痰、消瘦、乏力，终末期可出现呼吸衰竭和右心衰竭体征。诊断需经外科肺活检病理证实或高分辨率 CT（HRCT）证实为典型的普通型间质性肺炎（UIP）。其他已知原因（例如环境和职业暴露、结缔组织病、药物毒性）导致的间质性肺疾病（ILD）不在保障范围内。

115. 严重血管性痴呆

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保障范围内。

116. 严重额颞叶痴呆

指一组以额颞叶萎缩为特征的痴呆综合征，临床以明显的人格、行为改变和认知障碍为特征。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保障范围内。

117. 严重路易体痴呆

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。

118. 创伤弧菌感染截肢

因创伤弧菌感染导致败血症和肢体损害。必须满足下列所有条件：

- （1）近期被海鲜刺伤或肢体创口接触海水史；
- （2）病原学检查证实致病菌为创伤弧菌；
- （3）出现脓毒败血症或休克；
- （4）受感染肢体被截肢（自腕关节或踝关节近端）。

119. 重症心肌炎伴充血性心力衰竭

指心肌的局限性或弥漫性炎性病变，心肌纤维发生变性和坏死，导致心脏功能衰竭，但先天性疾病造成的除外。其诊断标准必须同时符合下列所有条件：

- （1）明确的心肌炎诊断，须同时具备下列临床表现及检查结果：

①胸痛、心悸、全身乏力的症状；

②新近的心电图改变提示心肌炎；

③体检有心脏扩大、心音减弱、心动过速或过缓等体征。

(2) 心力衰竭诊断，满足下列临床表现及检查结果达 4 项：

①突发呼吸困难；

②心动过速、室性奔马律；

③心脏肿大、肺部啰音；

④颈静脉压 $>2.1\text{KPa}$ 并有肝肿大或身体水肿；

⑤新近的心电图改变提示心力衰竭；

⑥X 线胸片：肺淤血或心影扩大；

⑦超声心动图检查：心脏及大血管的解剖结构改变、血液动力学改变、心功能情况改变提示心力衰竭。

120. 严重大动脉炎

指经心脏或血管外科专科医生确诊的大动脉炎，须满足下列全部条件：

(1) 红细胞沉降率及 C 反应蛋白高于正常值；

(2) 超声检查、CTA 检查或血管造影检查证实主动脉及其主要分支存在狭窄。这里的“主动脉及其主要分支”指：升主动脉、主动脉弓及其分支（头臂干、左颈总动脉、左锁骨下动脉）、胸主动脉、腹主动脉及其主要分支（腹腔干、肠系膜上动脉、肠系膜下动脉、肾动脉）。

附表二：中度疾病

指被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病（共二十八种），应当由专科医生明确诊断。

1. 慢性肾功能衰竭

指被保险人因双肾功能慢性不可逆性损害，达到肾功能衰竭期，诊断必须满足所有以下标准。

- （1）肾小球滤过率（GFR） $<25\text{ml/min}$ 或肌酐清除率（Ccr） $<25\text{ml/min}$ ；
- （2）血肌酐（Scr） $>5\text{mg/dl}$ 或 $>442\mu\text{mol/L}$ ；
- （3）持续一百八十天。

2. 单侧肺脏切除

因疾病或意外伤害实际实施的一侧肺脏切除术，肺脏部分切除手术和肺脏捐献引起的手术不在保障范围内。

3. 中度严重溃疡性结肠炎

本保障所指的溃疡性结肠炎须满足下列所有理赔条件：

- （1）须经由内窥镜检查证实该疾病侵犯全部结肠及直肠；
- （2）活检病理学组织切片检查证实为溃疡性结肠炎；
- （3）经专科医生以类固醇或免疫抑制剂连续治疗至少一百八十天。

诊断及治疗均须在保险人认可的医院内由专科医师认为是医疗必须进行的情况下进行。

4. 中度严重克隆病

克隆病是一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克隆病病理组织学变化。

诊断必须由保险人认可医院的专科注册医生经内窥镜及肠病理活检结果证实，同时经专科医生以类固醇或免疫抑制剂连续治疗至少一百八十天，方符合理赔条件。

5. 糖尿病肾病

指被保险人被确诊为糖尿病，且因该病导致糖尿病肾病，必须满足下列全部条件：

- （1）肾小球滤过率（使用MDRD公式或Cockcroft-Gault公式计算的结果），低于 25mL/min/1.73平方米 ，且此状态须持续至少九十天；
- （2）持续性大量蛋白尿（ $\text{UAE}>200\mu\text{g/min}$ ）或蛋白尿大于 500mg/d ；
- （3）慢性肾功能障碍的诊断必须由泌尿科或肾脏科医师确认。

6. 中度阿尔茨海默病

指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退，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，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两项。

7. 中度脑炎或脑膜炎后遗症

指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统的永久功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊一百八十天后，仍存在自主活动能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项。

8. 中度脑损伤

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，指脑损伤一百八十天后，仍完全丧失自主生活能力，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项或以上。

9. 中度运动神经元病

是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，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。

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两项。

10. 中度瘫痪

指因疾病或意外伤害导致一肢肢体机能永久完全丧失，肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊一百八十天后或意外伤害发生一百八十天后，该肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意识活动。

11. 深度昏迷七十二小时

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（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达到七十二小时。

12. 全身较小面积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 15%或 15%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

13. 意外受伤所需的面部重建手术

指为修复意外伤害或暴力袭击造成的面部毁损，实际接受了在全身麻醉的情况下，由整形外科医生实施的严重缺陷、缺失、损害或变形的面部形态和结构进行修复或重建的面部整形手术。面部整形手术必须在意外伤害后的一百八十天内实施。**因面部外伤后遗留的线条状瘢痕及色素沉着而施行的手术不在保障范围内。**意外伤害必须满足下列全部条件：

（1）由外在暴力引起并且造成表面可视性伤口和面部骨结构损害的，或面部皮肤三度或全层意外烧伤；

（2）是造成面部毁损的直接和独立的原因。

14. 中度严重类风湿性关节炎

指一种慢性自身免疫性疾病，主要表现为慢性、进行性多关节病变。本病须经专科医生明确诊断，须满足下列所有条件：

- (1) 至少包括下列关节中的二组或以上有广泛受损和畸形改变：双手指关节、双腕关节、双肘关节、双膝关节、双髋关节、双踝关节、脊椎或双脚趾关节；
- (2) X 线检查可见类风湿性关节炎的典型变化；
- (3) 关节的畸形改变至少持续一百八十天；
- (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二项或二项以上，至少持续一百八十天。

15. 中度严重系统性红斑狼疮

本保障所指的系统性红斑狼疮必须符合下列所有理赔条件：

- (1) 在下列 5 项情况中出现最少 2 项：
 - ①关节炎：非磨损性关节炎，需涉及两个或以上关节；
 - ②浆膜炎：胸膜炎或心包炎；
 - ③肾病：二十四小时尿蛋白定量达到 0.5 克，或尿液检查出现细胞管型；
 - ④血液学异常：溶血性贫血、白细胞减少、或血小板减少；
 - ⑤ 抗核抗体阳性、或抗 dsDNA 阳性，或抗 Smith 抗体阳性。
- (2) 系统性红斑狼疮的诊断必须由保险人认可医院的风湿科或免疫系统专科医生确定。

16. 中度肌营养不良症

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两项或两项以上。

本保险合同责任免除条款第九项不适用于此病种。

17. 中度帕金森氏病

是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为震颤麻痹、共济失调等。必须满足下列全部条件：

- (1) 药物治疗无法控制病情；
- (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两项。

继发性帕金森综合症不在保障范围内。

18. 结核性脊髓炎

因结核杆菌引起的脊髓炎，导致永久性神经系统功能中度障碍，即：疾病首次确诊一百八十天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

- (1) 一肢或一肢以上肢体肌力Ⅲ级或Ⅲ级以下的运动功能障碍；
- (2) 自主生活能力部分丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的二项或二项以上。

该诊断必须由保险人认可医院的神经专科医生证实，并必须由适当的检查证明为结核性脊髓炎。

19. 激光心肌血运重建术

指患有顽固性心绞痛，经持续药物治疗后无改善，冠状动脉搭桥手术及经皮血管成形手术已失败或者被认为不适合。在保险人认可医院内实际进行了开胸手术下或者胸腔镜下的激光心肌血运重建术。

20. 中度脊髓灰质炎

脊髓灰质炎是由于脊髓灰质炎病毒感染所致的瘫痪性疾病，临床表现为运动功能损害或呼吸无力。脊髓灰质炎必须明确诊断。

本保险合同仅对脊髓灰质炎造成的神经系统功能损害导致被保险人持续瘫痪九十天以上的情况予以理赔。

21. 中度肠道疾病并发症

严重肠道疾病或外伤导致小肠损害并发症，必须满足下列全部条件：

- (1) 至少切除了二分之一小肠；
- (2) 完全肠外营养支持二个月以上。

因“克罗恩病”所致中度肠道疾病并发症不在本保障范围内。

22. 中度多发性硬化症

指被保险人因脑及脊髓内的脱髓鞘病变而出现神经系统多灶性（多发性）多时相（至少六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严重丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项，持续至少一百八十天。

23. 中度进行性核上神经麻痹症

指一种罕见的神经系统变性疾病，以假球麻痹、垂直性核上性眼肌麻痹、锥体外系肌僵直、步态共济失调和轻度痴呆为主要临床特征。须满足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两项

24. 中度重症肌无力

指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) 经药物治疗或胸腺手术治疗一年以上无法控制病情，症状缓解、复发及恶化交替出现；
- (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两项。

25. 中度强直性脊柱炎

是一种慢性全身性炎性疾病，主要侵犯脊柱导致脊柱畸形。必须明确诊断并且满足下列全部条件：

- (1) 严重脊柱畸形；
- (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两项。

26. 中度克-雅氏病

指一种传染性海绵状脑病，临床表现为快速进行性痴呆、肌阵挛和特征性脑电图变化。

须由保险人认可的医疗机构的专科医师根据 WHO 诊断标准明确诊断，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两项，但未达到本保险合同重大疾病“疯牛病”的标准。

27. 中度急性心肌梗塞

指被临床诊断为急性心肌梗塞病接受了急性心肌梗塞治疗，虽然未达到本保险合同重大疾病“急性心肌梗塞”的给付标准，但须满足下列至少三项条件：

- (1) 典型临床表现，例如急性胸痛；或不典型临床表现，例如上背部左侧、左肩、左臂内侧疼痛等；
- (2) 心电图有损伤性的 ST 段改变但未出现病理 Q 波；
- (3) 肌钙蛋白和肌酸激酶同工酶同时出现有诊断意义的升高；
- (4) 超声心动图有局部室壁运动异常减弱的表现。

28. 糖尿病并发症引发的单足截除

因糖尿病引起的神经及血管病变累及足部，为了维持生命在保险人认可医院内已经进行了医疗必须的由足踝或以上位置的单足截除手术。

切除多只脚趾或因任何其他原因引起的截除术不在保障范围内。

附表三：轻度疾病

指被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病（共四十五种），应当由专科医生明确诊断。

下列有*所标注的第 1 至第 3 项为中国保险行业协会和中国医师协会联合颁布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》规定的 3 种轻症疾病定义，第 4 至第 45 项为保险人增加的疾病种类并自行制定的疾病定义。

1. 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 $\leq 2\%$ ）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。

2. 较轻急性心肌梗死*

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。

较轻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，但未达到“较重急性心肌梗死”的给付标准。

其他非冠状动脉阻塞性疾病引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在保障范围内。

3. 轻度脑中风后遗症*

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，但未达到“严重脑中风后遗症”的给付标准，在疾病确诊一百八十天后，仍遗留下列至少一种障碍：

- （1）一肢（含）以上肢体肌力为3级；
- （2）自主生活能力部分丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项。

4. 肾脏切除

因肾脏疾病或外伤而确实已经接受手术切除左肾和/或右肾。

手术必须被保险人认可医院的专科注册医生视为必要的。肾脏部分切除手术和肾脏捐献引起的手术不在本保障范围内。

5. 急性出血坏死性胰腺炎腹腔镜手术

指被保险人被确诊为急性出血性坏死性胰腺炎，并实际接受了腹腔镜手术治疗，以进行坏死组织清除、坏死病灶切除或胰腺切除。

因酗酒或饮酒过量所致的急性坏死性胰腺炎不在本保单保障范围内。

6. 肝叶切除

指因疾病或意外伤害实际实施的肝脏部分切除术，手术须有至少一个完整的肝叶切除。

肝脏捐献引起的手术不在本保障范围内。

7. 双侧卵巢或睾丸切除术

指为治疗疾病实际接受了双侧卵巢或双侧睾丸完全切除手术。

部分卵巢或睾丸切除不在保障范围。

8. 胆总管小肠吻合术

因疾病或胆道损伤导致实际接受涉及胆总管小肠吻合术的胆道重建手术。

诊断及治疗均须在保险人认可的医院内由专科医师认为是医疗必须的情况下进行。因胆道闭锁等先天性疾病而导致进行的胆道手术并不在本保障范围内。

9. 原位癌

指恶性细胞局限于上皮内尚未穿破基底膜浸润周围正常组织的癌细胞新生物。必须经对固定活组织的组织病理学检查明确诊断为原位癌，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的原位癌范畴，并且已经接受了针对原位癌病灶的手术切除治疗。

任何细胞病理学检查结果均不能作为诊断依据。

10. 早期肝硬化

肝硬化为各种慢性肝病发展的晚期阶段。肝硬化须由专科医生明确诊断。必须由活检证实有再生的肝细胞结节和典型的肝组织纤维化。下列条件必须全部满足并至少持续一年：

- (1) 持续性黄疸，胆红素水平升高超过 $50 \mu\text{mol/L}$ ；
- (2) 蛋白质合成异常，白蛋白水平低于 27g/L ；
- (3) 异常凝血功能，凝血酶原时间超过正常上限的 2 倍或以上，或者国际正常化比率（INR）在 2.0 以上。

因酒精、毒品或药物滥用导致的肝硬化不在保障范围内。

11. 因肾上腺腺瘤的肾上腺切除术

因肾上腺腺瘤所导致醛固酮分泌过多而产生的继发性恶性系统高血压而接受肾上腺切除术。恶性高血压无法由药物控制。

此肾上腺切除术需由专科医生确诊为处理高血压控制不佳的必要治疗行为。

12. 可逆性再生障碍性贫血

指因急性可逆性的骨髓造血功能衰竭而导致贫血、中性粒细胞减少和血小板减少，必须由血液科医生的诊断，且病历资料显示接受了下列任一治疗：

- (1) 骨髓刺激疗法至少累计三十日；
- (2) 免疫抑制剂治疗至少累计三十日；
- (3) 接受了骨髓移植。

13. 微创小切口冠状动脉搭桥术

微创小切口冠状动脉搭桥手术是指通过在肋骨之间开一个细小的切口，使用特制的加长器械，进行非体外循环下的冠状动脉搭桥手术，以矫正一条或一条以上冠状动脉狭窄或闭塞。该手术亦可称“锁孔”式冠状动脉搭桥手术。

手术须为医疗所需且由本保险合同约定的医院的专科医生施行。

14. 冠状动脉介入手术（非开胸手术）

为了治疗明显的冠状动脉狭窄性疾病，首次实际实施了冠状动脉球囊扩张成形术、冠状动脉支架植入术、冠状动脉粥样斑块切除术或激光冠状动脉成形术。

15. 心脏瓣膜介入手术（非开胸手术）

为了治疗心脏瓣膜疾病，实际实施了非开胸的经胸壁打孔内镜手术或经皮经导管介入手术进行的心脏瓣膜置换或修复手术。

16. 主动脉内手术（非开胸手术）

为了治疗主动脉疾病实际实施了经皮经导管进行的动脉内手术。

主动脉指胸主动脉和腹主动脉，不包括胸主动脉和腹主动脉的分支血管。

17. 心包膜切除术

因心包膜疾病导致已接受心包膜切除术或已进行任何需要心脏小切口技术的手术。手术必须在心脏科医生认为是医学上必需的情况下进行。

投保时已经缺失一侧的不在保障范围内。

18. 骨质疏松骨折导致的全髋关节置换手术

骨质疏松是一种系统性疾病。其特征为骨质量减少，骨小梁数目减少、变细和骨皮质变薄，导致脆性增加，骨折危险增加。根据世界卫生组织（WHO）建议，骨密度（BMD）较正常成人骨密度平均值降低 2.5 个标准差为骨质疏松症。必须满足下列所有条件：

- （1）依照诊断标准确诊为骨质疏松症；
- （2）实际发生了股骨颈骨折并接受了髋关节置换手术。

19. 颈动脉狭窄介入治疗

颈动脉血管介入治疗术是对一条或以上的颈动脉狭窄的治疗，疾病的诊断及治疗均须在保险人认可的医院内由专科医师认为是医疗必须的情况下进行。理赔时必须同时符合下列所有条件：

- （1）经由血管造影术证明一条或以上的颈动脉存在 50%或以上狭窄；
- （2）确实已针对以上狭窄血管进行介入治疗以减轻症状，介入治疗包括血管成形术及/或进行植入支架或颈动脉粥样斑块清除手术。

20. 特定周围动脉疾病的血管介入治疗

指为治疗一条或者一条以上的下列动脉狭窄而实施的血管介入治疗：

- （1）为下肢或者上肢供血的动脉。上肢动脉指：肱动脉及其下行分支血管；下肢血管指：股动脉及其下行分支血管；
- （2）肾动脉；
- （3）肠系膜动脉。

须满足下列全部条件：

- （1）经血管造影术证实一条或者一条以上的上述动脉狭窄达到 50%或者以上；
- （2）对一条或者一条以上的上述动脉施行了血管介入治疗，如血管成形术及/或者进行植入支架或者动脉粥样瘤清除手术。

上述动脉疾病的诊断以及相关治疗的必要性必须由血管疾病的专科医生确定。

21. 早期原发性心肌病

被诊断为原发性心肌病，并符合下列所有条件：

- （1）导致心室功能受损，其受损程度达到美国纽约心脏病学会心脏功能分级的第Ⅲ级，或其同等级别，即：体力活动明显受限，休息时无症状，轻于日常的活动即可引起充血性心力衰竭的症状；
- （2）左室射血分数 LVEF<35%；
- （3）原发性心肌病的诊断必须由保险人认可医院的心脏专科注册医师确认，并提供心脏超声检查结果报告。

本保障范围内的心肌病包括扩张型心肌病、肥厚型心肌病及限制型心肌病。继发于全身性疾病或其他器官系统疾病及酒精滥用造成的心肌病变不在保障范围内。

22. 心脏起搏器或除颤器植入

因严重心律失常而于心腔内进行植入永久性心脏起搏器或除颤器的手术，此严重心律失常并不能以其他方法治疗。

必须由相关专科医生确认植入心脏起搏器或除颤器为医疗所需。

23. 植入腔静脉过滤器

指患者因反复肺栓塞发作，抗凝血疗法无效而接受手术植入腔静脉过滤器。

此手术须在保险人认可医院内由专科医生认为是医疗必须的情况下进行。

24. 原发性肺动脉高压

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Ⅲ级，且静息状态下肺动脉平均压超过 25mmHg。

25. 脑垂体瘤、脑囊肿、脑动脉瘤及脑血管瘤

指经头颅断层扫描（CT）、核磁共振（MRI）或其他影像学检查被确诊为下列病变，并实际接受了手术或放射治疗。

- （1）脑垂体瘤；
- （2）脑囊肿；
- （3）脑动脉瘤、脑血管瘤。

26. 轻度颅脑手术

被保险人确已实施全麻下的颅骨钻孔手术或经鼻蝶窦入颅手术。

因外伤而实施的脑外科手术不在保障范围内。

27. 植入大脑内分流器

指被保险人因疾病或外伤导致脑积水，经保险人认可的神经外科专科医生确诊，并且确认因医疗需要必须且已经实际植入了大脑内分流器，以降低脑脊液压力。

先天性脑积水不在本保障范围内。

28. 单个肢体缺失

指因疾病或意外伤害导致一个肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全断离。

29. 单耳失聪

指因疾病或意外伤害导致单耳或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 80 分贝。需有纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

申请理赔时被保险人的年龄必须在三周岁以上，并需提供被保险人三周岁以后的听力受损诊断及相关检查报告。

30. 人工耳蜗植入术

指由于耳蜗的永久损害而实际实施了人工耳蜗植入手术。诊断须经专科医生确认在医学上是必要的，且在植入手术之前已经符合下列全部条件：

- (1) 双耳持续十二个月以上重度感音神经性耳聋；
- (2) 使用相应的听力辅助设备效果不佳。

申请理赔时被保险人的年龄必须在三周岁以上，并需提供被保险人三周岁以后的耳蜗受损诊断及相关检查报告。

31. 视力严重受损

指因疾病或意外伤害导致双目视力永久不可逆性丧失，虽然未达到重大疾病“双目失明”的给付标准，但满足下列全部条件：

- (1) 双眼中较好眼矫正视力低于 0.1（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）；
- (2) 双眼中较好眼视野半径小于 20 度。

申请理赔时，被保险人年龄必须在三周岁以上，并需提供被保险人三周岁以后的视力丧失诊断及相关检查报告，双侧眼球摘除不受此时间限制。

32. 角膜移植

指为增进视力或治疗某些角膜疾患，已经实施了异体的角膜移植手术。此手术必须在保险人认可医院内由专科医生认为是医疗必须的情况下进行。

33. 单目失明

指因疾病或意外伤害导致单眼视力永久不可逆性丧失，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。

34. 严重阻塞性睡眠窒息症

必须经保险人认可的呼吸科专科医生，通过多导睡眠监测仪检查明确诊断为严重阻塞性睡眠呼吸暂停综合征（OSA），并必须同时符合以下两项条件：

- (1) 被保险人目前须在夜间接受持续气道正压呼吸器（CPAP）的治疗；
- (2) 须提供睡眠测试的文件证明，显示呼吸暂停低通气指数(AHI)>30，并且夜间血氧饱和度监测平均值<85%。

35. 较小面积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 10%或 10%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

36. 强直性脊柱炎的特定手术治疗

指诊断为强直性脊柱炎，且满足下列全部条件：

- (1) 脊柱、髋、膝关节疼痛活动受限；
- (2) 脊柱后凸畸形，髋、膝关节强直；
- (3) X 线关节结构破坏征象；
- (4) 实际实施了下列手术治疗的一项或多项：

- ① 脊柱截骨手术；
- ② 全髋关节置换手术；
- ③ 膝关节置换手术。

37. 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严重丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项或两项以上，持续至少一百八十天，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。

38. 多发肋骨骨折

因一次意外伤害事故导致胸部损伤同时大于等于 12 根肋骨骨折，**陈旧性骨折不在保障范围之内。**

39. 风湿热导致的心脏瓣膜疾病

本保障须满足下列全部条件：

- (1) 经由保险人认可的儿科专科医生根据已修订的 Jones 标准诊断证实罹患急性风湿热。
- (2) 因风湿热所导致一个或以上最少轻度心脏瓣膜关闭不全或狭窄的心瓣损伤。有关诊断必须由保险人认可医院的的心脏专科医生根据心瓣功能的定量检查证实。

40. 无颅内压增高的微小良性脑肿瘤

指直径小于 2cm 的脑的微小良性肿瘤，临床上无颅内压升高表现，无危及生命征象。微小良性脑肿瘤由头颅断层扫描（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，未实施开颅或微创切除肿瘤的手术治疗，仅接受了针对该脑肿瘤的放射治疗。

脑垂体瘤、脑囊肿、脑动脉瘤及脑血管瘤不在本保障范围。

41. 硬脑膜下血肿手术

为清除或引流因意外导致的血肿，需于头部进行开颅或钻孔手术。开颅或钻孔手术必须由专科医生认为是医学上必需的情况下进行。

42. 早期象皮病

指因丝虫感染导致淋巴管阻塞而造成身体组织出现严重淋巴水肿。此病症须经保险人指定或认可的医疗机构的专科医生根据临床表现和微丝蚴的化验结果确诊。

急性淋巴管炎或其他原因引起的淋巴水肿并不在本保障范围。

43. 席汉氏综合症

指因产后大出血并发休克、全身循环衰竭、弥漫性血管内凝血导致脑垂体缺血坏死和垂体分泌激素不足，造成性腺、甲状腺、肾上腺皮质功能减退。必须满足下列全部条件：

- (1) 产后大出血休克病史；
- (2) 严重腺垂体功能破坏，破坏程度>95%；
- (3) 影像学检查显示脑垂体严重萎缩或消失；
- (4) 实验室检查显示：垂体前叶激素全面低下（包括生长激素、促甲状腺素、促肾上腺皮质激素、卵泡刺激素和黄体生成素）和性激素、甲状腺素、肾上腺皮质激素全面低下；
- (5) 需要终身激素替代治疗以维持身体功能，持续服用各种替代激素超过一年。

44. 肺功能衰竭

指因慢性呼吸系统疾病导致呼吸功能衰竭，未达到本保险合同重大疾病“慢性呼吸功能衰竭终末期肺病”的标准，且诊断必须满足以下所有条件：

- (1) 第一秒末用力呼吸量（FEV1）小于 1 升；
- (2) 残气容积占肺总量（TLC）的 50%以上；
- (3) $PaO_2 < 60\text{mmHg}$ 。

45. 早期系统性硬皮病

指一种以局限性或弥漫性皮肤增厚和皮肤、血管、内脏器官异常纤维化为特征的结缔组织病。本项疾病须经专科医生明确诊断，未达到本保险合同重大疾病“系统性硬皮病”的标准，并须满足下列所有条件：

- (1) 必须是经由保险人认可医院的风湿学专科医生根据美国风湿病学会（ACR）及欧洲抗风湿病联盟（EULAR）在 2013 年发布的系统性硬皮病诊断标准确认达到确诊标准（总分值由每一个分类中的最高比重（分值）相加而成，总分 ≥ 9 分的患者被分类为系统性硬皮病）；
- (2) 须提供明确的病理活检及自身抗体免疫血清学证据支持。

以下情况不在本保险合同保障范围内：

- (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。

京东安联财产保险有限公司
附加除外承保特定区域医疗机构保险条款（互联网版）
（报备文件编号：京东安联发（2023）261 号）
（注册号：C00005032322023073113801）

一、附加保险合同订立

本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）须附加于保险人主保险合同使用。

二、保险责任

保险期间内，若被保险人在本附加合同约定的除外承保特定区域医疗机构(见释义)接受治疗的，保险人不予承担保险金赔付责任。除外承保特定区域以保险单上列明的区域为准。

三、保险期间

除另有约定外，本附加合同的“保险期间”同主保险合同一致。

四、本附加合同效力终止

本附加合同所附属的主保险合同效力终止，本附加合同效力即行终止。主保险合同无效，本附加合同亦无效。

五、其他条款的适用

本附加合同与主保险合同不一致之处，以本附加合同为准；本附加合同未尽之处，以主保险合同为准。

六、释义

除外承保特定区域医疗机构：指保险单上列明的行政区域内医疗机构，该区域范围内经营的医疗机构实施的治疗，本附加合同不予承保。

(本页结束)