

中国大地财产保险股份有限公司 个人住院医疗保险（A款，互联网专属）条款

【注册编号：C00001032512023060105653】

【报备文件编号：大地财保发（2023）290号】

总则

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

第二条 投保时年龄在出生满三十日（含）至七十周岁（含，保险人另有要求的除外），身体健康，能正常工作或者生活的自然人，可作为本保险的被保险人。

投保时年龄在七十周岁（不含，保险人另有要求的除外）至一百周岁（含），身体健康，能正常工作或者生活的自然人，同时满足以下三个条件的，可作为本保险的被保险人：

（一）非首次投保本保险；

（二）投保人在上一个保险期间届满前重新向保险人投保本保险；

（三）本合同的保险期间与上一个保险合同的保险期间之间连续不间断。

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

人。

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

第五条 本合同约定的保险区域限中国境内（不包含港澳台地区），保险人仅按照本合同的约定对被保险人在保险区域内发生的保险事故承担保险责任。

保险责任

第六条 重大疾病医疗保险责任

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或者在**等待期届满后**（免除等待期的不在此限）患疾病，经保险人指定或者认可的医疗机构的专科医生确诊首次患本合同约定的重大疾病（无论一种或者多种），并在保险人指定或者认可的医疗机构接受治疗的，由此发生的需被保险人个人支付的、必需且合理的下列第（一）至（六）项医疗费用（以下简称：重大疾病合理费用），保险人按照本保险条款“保险金计算和给付”中第十八条的约定计算给付重大疾病医疗保险金。

（一）住院医疗费用

被保险人接受住院治疗的，由此发生的住院医疗费用，包括床位费、加床费、重症监护室床位费、药品费、膳食费、治疗费、护理费、检查检验费、手术费、诊疗费、救护车使用费（限同城）。

保险期间届满时被保险人住院治疗仍未结束的，保险人继

续承担保险责任至被保险人该次住院出院之时或者保险期间届满之日起第三十日二十四时（以先发生者为准）止。

（二）门诊手术医疗费用

被保险人接受门诊手术治疗的，由此发生的门诊手术医疗费用。

（三）住院前后门急诊医疗费用

被保险人经诊断必须接受住院治疗，在住院前三十日内（含住院当日）和出院后三十日内（含出院当日），因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗的，由此发生的的门急诊医疗费用（不包括特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用）。

（四）特殊门诊医疗费用

被保险人接受特殊门诊治疗的，由此发生下列特殊门诊医疗费用：

1. 门诊肾透析费；
2. “恶性肿瘤——重度”门诊治疗费，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法治疗费；
3. 器官移植后的门诊抗排异治疗费。

（五）质子重离子医疗费用

被保险人在保险人指定的医疗机构接受质子重离子治疗的，由此发生的的质子重离子医疗费用。其中，床位费每日最高以人民币一千五百元为限。保险人针对被保险人累计给付的质子重离子医疗费用保险金的上限以本合同载明的为准。

（六）异地转诊费用

由于当地医疗条件限制的原因，经被保险人申请，由转出医院开具转院证明，需赶赴异地至保险人指定或者认可的医疗机构进行重大疾病治疗的，由此发生的公共交通费用及救护车使用费。其中，飞机以经济舱为限，火车（含地铁、轻轨、动车、其他高速列车）最高以一等座为限。保险人针对被保险人累计给付的重大疾病异地转诊费用保险金的上限以本合同载明的为准。

第七条 一般疾病医疗保险责任

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或者在等待期届满后（免除等待期的不在此限）患疾病，经保险人指定或者认可的医疗机构的专科医生确诊首次患不在本合同约定的重大疾病范围内的疾病，并在保险人指定或者认可的医疗机构接受治疗的，由此发生的需由被保险人个人支付的、必需且合理的下列第（一）至（三）项医疗费用（以下简称“一般疾病合理费用”），保险人按照本保险条款“保险金计算和给付”中第十九条的约定计算给付一般医疗保险金。

（一）住院医疗费用

被保险人接受住院治疗的，由此发生的住院医疗费用，包括床位费、加床费、重症监护室床位费、药品费、膳食费、治疗费、护理费、检查检验费、手术费、诊疗费、救护车使用费（限同城）。

保险期间届满时被保险人住院治疗仍未结束的，保险人继

续承担保险责任至被保险人该次住院出院之时或者保险期间届满之日起第三十日二十四时（以先发生者为准）止。

（二）门诊手术医疗费用

被保险人接受门诊手术治疗的，由此发生的门诊手术医疗费用。

（三）住院前后门急诊医疗费用

被保险人接受住院治疗的，由此发生的在住院前三十日内（含住院当日）和出院后三十日内（含出院当日），因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗的，由此发生的门急诊医疗费用（不包括特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用）。

责任免除

第八条 由于下列任何原因，被保险人发生医疗费用的，保险人不承担保险责任：

（一）被保险人在等待期届满前接受医学检查或者治疗且延缓至等待期后确诊的疾病；

（二）被保险人在等待期届满前所患既往症；

（三）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

（四）被保险人故意自伤或者自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；

（五）被保险人从事违法活动或者拒捕，因挑衅或者故意行为导致争执、打斗而引发意外伤害或者因此被攻击、被伤害、被杀害；

(六) 被保险人未遵医嘱而私自服用、涂用或者注射药物；

(七) 牙科疾病及相关治疗，视力矫正手术，但因意外伤害所致的不受此限；

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

(九) 被保险人从事潜水、跳伞、攀岩、探险、武术比赛、摔跤、特技、赛马、赛车或者蹦极以及其他风险程度类似的高风险运动，竞技性、职业性运动，本合同另有约定的不在此限；

(十) 战争、军事冲突、暴乱或者武装叛乱、恐怖活动或者邪教组织活动，任何生物武器、化学武器、核武器，核能装置造成的爆炸、辐射、灼伤或者污染；

(十一) 遗传性疾病，先天性畸形、变形或者染色体异常；

(十二) 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》第十次修订版（ICD-10）为准）；

(十三) 被保险人不符合入院标准、挂床住院或者应当出院而拒不出院；

(十四) 被保险人接受实验性治疗，或者其他未经科学或者医学认可的医疗；

(十五) 被保险人接受未被治疗所在地权威部门批准的治疗，或者获得未经治疗所在地政府许可或者批准的药品或者药物；

（十六）被保险人存在临床不适症状，但其入院诊断和出院诊断均未显示患有明确疾病（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》第十次修订版（ICD-10）为准）。

第九条 下列任何情形下，被保险人发生医疗费用的，保险人不承担保险责任：

（一）被保险人醉酒或者受酒精、毒品或者管制药品影响期间；

（二）被保险人被司法机关采取强制措施期间或者被判入狱期间；

（三）被保险人感染艾滋病病毒或者患艾滋病期间；

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

第十条 对被保险人发生的下列任何费用，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）矫形及生理缺陷的手术和检查治疗项目、美容、疗养、变性手术及非意外伤害事故所致的整容手术的费用；

（二）体外或者植入的医疗辅助装置或者用具（义肢、轮椅、拐杖、助听器、眼镜或者隐形眼镜、义眼等等）及其安装的费用；

（三）因预防、康复、保健性或者非疾病治疗类项目发生的费用；包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗类项目发生的费用；

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

（五）各种健美治疗项目的费用，包括但不限于营养、减肥、增胖、增高的费用；

（六）耐用医疗设备（指各种康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备）的购买或者租赁的费用；

（七）各种医疗咨询和健康预测的费用，如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询（依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）确定的精神和行为障碍以外的一般心理问题，如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等）等费用；

（八）由于职业病、医疗事故引起的费用；

（九）各类医疗鉴定的费用，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定的费用；

（十）被保险人患性病引起的费用；

（十一）被保险人在非本合同指定或者认可的医疗机构获得的药品费用、其他医用材料的费用、其他医疗项目的费用。

保险金额、累计给付限额和保险费

第十一条 保险金额由投保人与保险人协商确定，并在本合同中载明。

第十二条 一般疾病医疗保险金累计给付限额由投保人与保险人协商确定，并在本合同中载明。

第十三条 保险费由保险人在承保时计算确定。保险费交付方式由投保人与保险人协商确定，并在本合同中载明。

保险期间和等待期

第十四条 保险期间为一年，具体起讫时间由投保人与保险人约定，并在本合同中载明。

第十五条 等待期由投保人与保险人协商确定，并在本合同中载明；未在本合同中载明的，则为三十日。同时满足以下三个条件的，免除等待期：

（一）非首次投保本保险；

（二）投保人在上一个保险期间届满，投保人重新向保险人投保本保险；

（三）本保险合同的保险期间与上一个保险合同的保险期间之间连续不间断。

免赔额和给付比例

第十六条 免赔额由投保人与保险人协商确定，并在本合同中载明。

第十七条 给付比例按照如下标准执行：

（一）被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身

份投保，且以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，给付比例为 100%；

（二）被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，但未以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，给付比例为 60%；但因被保险人在异地就医不能以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算，且参保所在地的社会基本医疗保险经办机构不予社会基本医疗保险或者公费医疗报销的，除本合同另有约定外，给付比例为 80%；

（三）被保险人未以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保的，给付比例为 100%。

保险金计算和给付

第十八条 重大疾病医疗保险金计算公式如下：

重大疾病医疗保险金=重大疾病合理费用×给付比例

第十九条 当该次就诊发生的一般疾病合理费用大于免赔额时，一般疾病医疗保险金计算公式如下：

一般疾病医疗保险金=（一般疾病合理费用-免赔额）×给付比例

当该次就诊发生的一般疾病合理费用小于等于免赔额时，保险人不给付保险金，但该次就诊发生的一般疾病合理费用可用于扣减免赔额。被保险人从互助保险、除本保险外的其他商业保险、其所在的工作单位、公益慈善机构等非社保途径获得

的一般疾病医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。免赔额经上述扣减或抵扣至零时，保险人不再扣减免赔额。

第二十条 本保险为费用补偿型医疗保险。被保险人通过各个途径所获得的费用补偿金额总和以其实际发生的费用为限。若被保险人已从其他途径（包括社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、除本保险外的其他商业险等）获得费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的费用扣除其已获得的费用补偿后的余额按照本合同的约定进行赔付。

社会基本医疗保险个人账户支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

第二十一条 保险人在本合同项下针对被保险人累计给付的一般疾病医疗保险金的数额达到本合同约定的一般疾病医疗保险金累计给付限额时，本合同约定的一般疾病医疗保险责任终止。

保险人在本合同项下针对被保险人累计给付的一般疾病医疗保险金和重大疾病医疗保险金的数额之和达到保险金额时，本合同约定的各项保险责任终止。

健康管理服务

第二十二条 保险人委托的服务机构可以依法合规为被保险人提供门诊预约、住院安排、手术安排等就医服务。具体服务内容以本合同载明的为准。

不保证续保

第二十三条 本合同为不保证续保合同。保险期间届满，投保人可重新向保险人投保本保险，经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同，**但本保险不保证续保。**

保险人义务

第二十四条 保险人同意承保的，应当及时向投保人签发保险单或者其他保险凭证。

第二十五条 保险人认为保险金申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。

第二十六条 保险人收到保险金申请人提供的本保险条款“保险金申请与给付”部分约定的保险金请求证明和资料后，应当及时作出核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但本合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知保险金申请人。对属于保险责任的，在与保险金申请人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金的义务；对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第二十七条 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付保险金的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终

确定给付的数额后，支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第二十八条 本合同保险费支付方式由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单中载明。

若投保人选择一次性支付保险费，投保人应当在订立本合同时一次交清保险费，投保人未按照本合同约定交清保险费的，本合同不生效。若投保人选择分期支付保险费，需取得保险人同意，并在本合同中载明保险费分期支付的方式，且每期支付金额应保持一致。投保人未支付首期保险费的，本合同不生效。在支付首期保险费后，投保人应当在约定的各分期保险费支付日结束前支付其余各当期保险费。投保人未按约定支付当期保险费的，除本合同另有约定外，保险人允许投保人在催告之日起三十日内（含三十日）补交保险费；在此催告期间被保险人发生保险事故的，保险人仍按照本合同约定给付保险金，但可以扣减欠交的保险费；在此催告期间届满时投保人仍未交清当期保险费的，保险人有权解除本合同。

第二十九条 订立本合同时，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

投保人故意或者因重大过失未履行前款约定的义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本合同。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，

超过三十日不行使而消灭。

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

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

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

第三十条 投保人、被保险人或者受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的，不在此限。

前款约定的未及时通知，不包括因不可抗力而导致的通知迟延。

第三十一条 被保险人遭受保险事故的，保险人有权对投保人、被保险人、受益人和有关医疗机构等进行调查和检查，投保人、被保险人、受益人等应当尽量予以配合。

第三十二条 投保人住所或者通讯地址变更时，应当及时以书面形式通知保险人。投保人未及时通知的，保险人按本合

同所载的投保人的最后住所或者通讯地址发送有关通知，均视为正确送达。

保险金申请

第三十三条 保险金申请人向保险人请求给付保险金时，应当提交下列证明和资料：

- （一）保险金给付申请书；
- （二）保险单或者其他保险凭证、批单；
- （三）保险金申请人的身份证明，若保险金申请人系受托申请，还应当提供授权委托书和授权委托人的身份证明；
- （四）保险人指定或者认可的医疗机构出具的医疗费用原始收据及明细、诊断证明、病历、出院小结；
- （五）重大疾病异地转诊费用，需提供保险人指定或者认可的医疗机构出具的转院证明、公共交通工具费用和救护车使用费支出的正式发票或收据原件；
- （六）投保人、被保险人或者受益人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料。

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

第三十四条 被保险人、受益人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

年龄的计算及年龄错误的处理

第三十五条 被保险人的投保年龄以周岁计算。

第三十六条 投保人在投保时，应当如实告知被保险人的年龄。若被保险人年龄发生错误，按照下列约定办理：

（一）投保人申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本保险条款第二条所约定条件的，保险人有权依法解除本合同，并向投保人退还相应的现金价值，对于本合同解除前发生的事故，保险人不承担保险责任。

（二）投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实交保险费少于应交保险费的，若发生保险事故，保险人按实交保险费与应交保险费的比例给付保险金。

（三）投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实交保险费多于应交保险费的，保险人应当退还多收的保险费。

保险合同的变更与解除

第三十七条 除本合同另有约定外，投保人和保险人双方经协商同意后，在不违反法律和监管规定的前提下，可变更本合同的有关内容，在本合同保险单或者其他保险凭证上加以批注或者附贴批单后生效，或者在订立合同变更书面协议后生效。

第三十八条 在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除本合同，但保险人根据本合同约定已给付保险金，或者已发生本合同约定的保险事故但是尚未给付保险金的，投

保人不得解除本合同，但是受益人放弃保险金请求权的不在此限。

投保人解除本合同时，应当提交下列证明和资料：

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

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

争议处理与法律适用

第三十九条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交本合同载明的仲裁机构仲裁；本合同未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

第四十条 与本合同有关的以及履行本合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括港澳台地区法律）。

释义

一、**周岁**：指以法定身份证明文件中记载的出生日期为基

基础计算的实足年龄。

二、保险事故：指本合同约定的保险责任范围内的事故。

三、重大疾病：指被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病：

（一）恶性肿瘤——重度

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

下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”的保障范围内：

1. ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

（1）原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；

（2）交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

2. TNM 分期为 I 期或者更轻分期的甲状腺癌；

3. TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或者更轻分期的前列腺癌；

4. 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

5. 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

6. 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

7. 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 $<10/50$ HPF 和 $ki-67 \leq 2\%$ ）或者更轻分级的神经内分泌肿瘤。

（二）较重急性心肌梗塞

急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或者梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合（1）检测到肌酸激酶同工酶（CK-MB）或者肌钙蛋白（cTn）升高和/或者降低的动态变化，至少一次达到或者超过心肌梗死的临床诊断标准；（2）同时存在下列之一的证据，包括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的病理性 Q 波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或者新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。

较重急性心肌梗死指依照上述标准被明确诊断为急性心肌梗死，并且必须同时满足下列至少一项条件：

1. 心肌损伤标志物肌钙蛋白（cTn）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 15 倍（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者断裂引起的中度（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、心室颤动或者心源性休克。

其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在保障范围内。

（三）严重脑中风后遗症

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

1. 一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；

2. 语言能力完全丧失，或者严重咀嚼吞咽功能障碍；

3. 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或者三项以上。

（四）重大器官移植术或者造血干细胞移植术

重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏、肺脏或者小肠的异体移植手术。

造血干细胞移植术，指因造血功能损害或者造血系统恶性

肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的移植手术。

（五） 冠状动脉搭桥术（或者称冠状动脉旁路移植术）

指为治疗严重的冠心病，已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。

（六） 严重慢性肾衰竭

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

（七） 多个肢体缺失

指因疾病或者意外伤害导致两个或者两个以上肢体自腕关节或者踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

（八） 急性重症肝炎或者亚急性重症肝炎

指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或者病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：

1. 重度黄疸或者黄疸迅速加重；
2. 肝性脑病；
3. B 超或者其他影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；
4. 肝功能指标进行性恶化。

（九） 严重非恶性颅内肿瘤

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

1. 已经实施了开颅进行的颅内肿瘤完全或者部分切除手术；
2. 已经实施了针对颅内肿瘤的放射治疗，如 γ 刀、质子重离子治疗等。

下列疾病不在保障范围内：

1. 脑垂体瘤；
2. 脑囊肿；
3. 颅内血管性疾病（如脑动脉瘤、脑动静脉畸形、海绵状血管瘤、毛细血管扩张症等）。

（十）严重慢性肝衰竭

指因慢性肝脏疾病导致的肝衰竭，且须满足下列全部条件：

1. 持续性黄疸；
2. 腹水；
3. 肝性脑病；
4. 充血性脾肿大伴脾功能亢进或者食管胃底静脉曲张。

因酗酒或者药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。

（十一） 严重脑炎后遗症或者严重脑膜炎后遗症

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

1. 一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；
2. 语言能力完全丧失，或者严重咀嚼吞咽功能障碍；
3. 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）评估结果为 3 分；
4. 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或者三项以上。

（十二） 深度昏迷

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

因酗酒或者药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。

（十三） 双耳失聪-3周岁始理赔

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

被保险人申请理赔时年龄必须在3周岁以上，并且提供理赔当时的听力丧失诊断及检查证据。

（十四） 双目失明-3周岁始理赔

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

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

被保险人申请理赔时年龄必须在3周岁以上，并且提供理赔当时的双目失明诊断及检查证据。

（十五） 瘫痪

指因疾病或者意外伤害导致两肢或者两肢以上肢体随意运动功能永久完全丧失。肢体随意运动功能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后或者意外伤害发生 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或者肢体肌力在 2 级（含）以下。

（十六） 心脏瓣膜手术

指为治疗心脏瓣膜疾病，已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或者修复的手术。

所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。

（十七） 严重阿尔茨海默病

指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或者丧失，临床表现为严重的认知功能障碍、精神行为异常和社交能力减退等，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层

扫描(CT)、核磁共振检查(MRI)或者正电子发射断层扫描(PET)等影像学检查证实,并经相关专科医生确诊,且须满足下列至少一项条件:

1. 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表(CDR, Clinical Dementia Rating)评估结果为 3 分;
2. 自主生活能力完全丧失,无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或者三项以上。

阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不在保障范围内。

(十八) 严重脑损伤

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

1. 一肢(含)以上肢体肌力 2 级(含)以下;
2. 语言能力完全丧失,或者严重咀嚼吞咽功能障碍;
3. 自主生活能力完全丧失,无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或者三项以上。

(十九) 严重原发性帕金森病

是一种中枢神经系统的退行性疾病,临床表现为运动迟缓、静止性震颤或者肌强直等,经相关专科医生确诊,且须满足自主生活能力完全丧失,无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或者三项以上。

继发性帕金森综合征、帕金森叠加综合征不在保障范围内。

(二十) 严重Ⅲ度烧伤

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

(二十一) 严重特发性肺动脉高压

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

(二十二) 严重运动神经元病

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

1. 严重咀嚼吞咽功能障碍；
2. 呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难，且已经持续使用呼吸机 7天（含）以上；
3. 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或者三项以上。

(二十三) 语言能力丧失-3周岁始理赔

指因疾病或者意外伤害导致语言能力完全丧失，经过积极治疗至少 12 个月（声带完全切除不受此时间限制），仍无法

通过现有医疗手段恢复。

精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。

被保险人申请理赔时年龄必须在3周岁以上，并且提供理赔当时的语言能力丧失诊断及检查证据。

（二十四） 重型再生障碍性贫血

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

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

2. 外周血象须具备以下三项条件中的两项：

（1）中性粒细胞绝对值 $<0.5 \times 10^9 /L$ ；

（2）网织红细胞计数 $<20 \times 10^9 /L$ ；

（3）血小板绝对值 $<20 \times 10^9 /L$ 。

（二十五） 主动脉手术

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

所有未实施开胸或者开腹的动脉内介入治疗不在保障范围内。

（二十六） 严重慢性呼吸衰竭

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

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

（二十七） 严重克罗恩病

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

（二十八） 严重溃疡性结肠炎

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

以上 28 种重大疾病为中国保险行业协会制定的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》中列明的疾病，以下 92 种重大疾病为保险人增加的疾病。

（二十九） 严重心肌病

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

动能力受限，不能从事任何体力活动。

（三十） 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180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者碟中取食物放入口中。

（三十一） 严重全身性重症肌无力

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

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者三项以上。

（三十二） 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者关节组【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类IV级的永久不可逆性关节功能障碍（生活不能自理，且丧失活动能力）。

美国风湿病学会类风湿性关节炎分级：

I级：关节能自由活动，能完成平常的任务而无妨碍。

II级：关节活动中度限制，一个或者几个关节疼痛不适，但能料理日常生活。

III级：关节活动显著限制，不能胜任工作，料理生活也有困难。

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

（三十三） 原发性系统性淀粉样变性

淀粉样变性是一组蛋白质代谢障碍性疾病，病理表现为淀粉样蛋白沉积于组织或者器官。原发性系统性淀粉样变性原因不明，通常累及肾脏和/或者心脏。

被保险人经活检组织病理学检查被明确诊断为淀粉样变性，并满足下列条件之一：

1. 心脏淀粉样变性，被保险人存在限制性心肌病及其所致的充血性心力衰竭，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级III级，并持续180天以上；

2. 肾脏淀粉样变性，被保险人存在肾病综合征及其所致的严重的肾脏功能衰竭，达到尿毒症诊断标准，并持续180天以上。

继发性淀粉样变性不在保障范围内。

（三十四） 破裂脑动脉瘤夹闭手术

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

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

（三十五） 严重弥漫性系统性硬皮病

一种系统性胶原血管病引起进行性的皮肤/血管和内脏器官的弥漫性纤维化。诊断必须明确并由活检和血清学证据支持并且疾病已经影响到心脏、肺或者肾脏等内脏器官并且达到下列所有标准：

1. 肺纤维化，已经出现肺动脉高压、肺心病；
2. 心脏损害，心脏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；
3. 肾脏损害，已经出现肾功能衰竭。

下列疾病不在保障范围内：

1. 局限硬皮病；
2. 嗜酸细胞筋膜炎；
3. CREST综合征。

（三十六） 严重冠心病

指经冠状动脉造影检查结果明确诊断为三支主要血管严重狭窄性病变（至少一支血管管腔直径减少75%以上和其他两支血管管腔直径减少60%以上）。冠状动脉的主要血管指左冠状动脉主干、前降支、左旋支及右冠状动脉。前降支、左旋支及右冠状动脉的分支血管的狭窄不作为本保障的衡量指标。

（三十七） 严重慢性复发性胰腺炎

指慢性反复发作的胰腺炎症导致胰腺的广泛纤维化、坏死、

弥漫性钙化及假性囊肿形成，造成胰腺功能障碍出现严重糖尿病和营养不良。必须满足下列所有条件：

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

酒精导致的慢性复发性胰腺炎不在本保障范围内。

（三十八） 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/或者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30天以上方可申请理赔。

（三十九） 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。必须满足下列所有条件：

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

（四十） 特发性慢性肾上腺皮质功能不全

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. 明确诊断，符合以下所有诊断标准：

(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180天以上。

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

(四十一) 严重心肌炎

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

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

2. 持续不间断180天以上；

3. 被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

(四十二) 慢性肺源性心脏病

指被保险人因慢性肺部疾病导致慢性肺源性心脏病并且引起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。

（四十三） 严重原发性硬化性胆管炎

为一种特发型淤胆性疾病，特点为肝内及肝外胆道系统胆管壁增厚和管腔狭窄。必须满足下列所有条件：

1. 诊断由逆行胰胆管造影（ERCP）或者经皮胆管造影（PTC）确认；
2. 持续性黄疸伴碱性磷酸酶（ALP）显著升高；
3. 出现继发性胆汁性肝硬化和门静脉高压。

（四十四） 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。必须满足下列所有条件：

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抗体或者抗-SLA/LP抗体；
3. 肝脏活检确诊免疫性肝炎；
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。

（四十五） 原发性骨髓纤维化（PMF）

原发性骨髓纤维化以骨髓纤维增生和髓外造血为特点，表现为进行性贫血、脾肿大、外周血幼稚细胞等等。

被保险人须经由骨髓活检明确诊断为原发性骨髓纤维化，并满足下列所有条件且持续180天：

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

恶性肿瘤、中毒、放射线和感染所致的继发性骨髓纤维化不在保障范围内。

（四十六） 严重骨髓增生异常综合征（MDS）

骨髓增生异常综合征是起源于造血干细胞的一组骨髓克隆异常的疾病，表现为无效造血、难治性血细胞减少，有转化为急性髓系白血病的风险。

被保险人须经由外周血和骨髓活检明确诊断为骨髓增生异常综合征，并且满足下列所有条件：

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

（四十七） 严重急性主动脉夹层血肿

指主动脉壁在受到某些病理因素破坏后，高速、高压的主动脉血流将其内膜撕裂，以致主动脉腔内的血流通过主动脉内膜的破裂口进入主动脉内壁而形成血肿。被保险人需有典型的临床表现并通过电脑断层扫描（CT）、磁共振扫描（MRI）、磁共

磁共振血管造影法（MRA）或者血管扫描等检查明确诊断，并在急性期内（发病两周内）实际接受了传统或者微创开胸或者开腹主动脉手术。

慢性期主动脉夹层择期手术、经导管主动脉内介入手术治疗不在保障范围内。

（四十八） 严重缩窄性心包炎

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

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

2. 已经接受了经下列任何一种手术路径进行的开胸心包剥离手术或者心包切除手术。

（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。

（四十九） 心脏粘液瘤

指为了治疗心脏粘液瘤，实际实施了开胸开心脏粘液瘤切除手术。

经导管介入手术治疗不在保障范围内。

(五十) 严重心脏衰竭CRT心脏同步治疗

指因缺血性心脏病或者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级或者IV级；
2. 左室射血分数低于35%；
3. 左室舒张末期内径 $\geq 55\text{mm}$ ；
4. QRS时间 $\geq 130\text{msec}$ ；
5. 药物治疗效果不佳，仍有症状。

(五十一) 完全性房室传导阻滞

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

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

(五十二) 头臂动脉型多发性大动脉炎旁路移植手术

多发性大动脉炎（高安氏动脉炎）是一种发生在主动脉和其主要分支的慢性炎症性动脉疾病，表现为受累动脉狭窄或者

闭塞。头臂动脉型多发性大动脉炎是指多发性大动脉炎头臂动脉型（I型），又称为无脉症。被保险人被明确诊断为头臂动脉型多发性大动脉炎并且实际接受了经胸部切开进行的无名动脉（头臂干）、颈总动脉、锁骨下动脉旁路移植手术。

（五十三） 肺淋巴管肌瘤病

肺淋巴管肌瘤病是一种弥漫性肺部疾病，其特征性病理表现为囊性病变及不成熟的平滑肌细胞和血管周上皮细胞异常增生形成多发结节。必须满足下列全部条件：

1. 经组织病理学检查明确诊断；
2. CT显示双肺弥漫性囊性改变；
3. 肺功能检查显示FEV₁和DLCO（CO弥散功能）下降；
4. 动脉血气分析显示低氧血症。

疑似肺淋巴管肌瘤病除外。

（五十四） 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180天动脉血氧分压（PaO₂）<50mmHg和动脉血氧饱和度（SaO₂）<80%。

（五十五） 非阿尔茨海默病致严重痴呆

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者三项以上，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。

(五十六) 进行性核上性麻痹

进行性核上性麻痹是中枢神经系统变性疾病，临床表现为眼球运动障碍、假性球麻痹、帕金森综合征等被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或者三项以上，日常生活必须持续受到他人监护。

(五十七) 亚急性硬化性全脑炎

是麻疹或者麻疹样病毒所致的一种中枢神经系统慢病毒感染。中枢神经系统呈现灰质和白质破坏为特征的慢性和急性混合存在的炎症。必须满足下列所有条件：

1. 必须由三级医院诊断，临床检查证实脑电图存在周期性复合波、脑脊液 γ -球蛋白升高、脑脊液和血清中麻疹抗体滴定度升高；

2. 被保险人出现运动障碍，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者三项以上。

(五十八) 进行性多灶性白质脑病

是一种亚急性脱髓鞘脑病，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者三项以上。

进行性多灶性白质脑病必须在生前诊断，尸检诊断不作为理赔依据。

（五十九） 丧失独立生活能力（6周岁始理赔）

指由于疾病或者外伤导致被保险人永久不可逆的完全丧失独立生活能力，无法独立完成基本日常生活活动中的四项或者四项以上。

被保险人理赔时年龄在6周岁以上。

（六十） 脊髓灰质炎后遗症

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者呼吸无力。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者一肢以上肢体机能永久完全丧失的情况予以理赔。

（六十一） 脊髓内肿瘤

指脊髓内良性或者恶性肿瘤。肿瘤造成脊髓损害导致瘫痪。须满足下列所有条件：

1. 被保险人实际接受了肿瘤切除的手术治疗；
2. 手术180天后遗留下列神经系统损害，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者碟中取食物放入口中。

非脊髓内的其他椎管内肿瘤、脊柱肿瘤、神经纤维瘤不在保障范围内。

(六十二) 脊髓空洞症

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的称为延髓空洞症，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180天以上的神经系统功能缺失并满足下列条件之一：

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

(六十三) 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者脊髓出血，导致永久性不可逆的神经系统功能损害，表现为截瘫或者四肢瘫。神经系统永久性的功能障碍指疾病确诊180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者碟中取食物放入口中。

(六十四) 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。横断性脊髓炎必须明确诊断，并且已经造成永久不可逆的神经系统功能损害。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续180天无法独立完成下列任何一项基本日常生活活动：

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者碟中取食物放入口中。

（六十五） 严重哮喘

严重哮喘诊断必须明确诊断，并且满足下列标准中的三项或者三项以上：

1. 过去两年中有哮喘持续状态（哮喘发作持续24小时以上不能缓解）医疗病史；
2. 身体活动耐受能力显著且持续下降（轻微体力活动既有呼吸困难，至少持续6个月以上）；
3. 慢性肺部过度膨胀充气导致的胸廓畸形；
4. 持续每日口服皮质类固醇激素（至少持续六个月以上）。

（六十六） 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. 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者三项以上。

（六十七） 开颅手术

指因外伤、颅内肿瘤或者脑动脉瘤破裂，被保险人实际接

受了在全麻下进行的颅骨切开手术，以清除脑内血肿、切除肿瘤或者夹闭破裂动脉瘤的手术治疗。

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

（六十八） 系统性红斑狼疮性肾炎尿毒症

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

本保单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型或者III型以上狼疮性肾炎）的系统性红斑狼疮，并且临床出现肾功能衰竭达到尿毒症期。

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

（六十九） 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者消失；

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。

（七十） 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，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180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者碟中取食物放入口中。

（七十一） 严重幼年型类风湿关节炎

幼年型类风湿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。

本保单仅对实际接受了膝关节或者髋关节置换手术治疗的严重的幼年型类风湿关节炎予以理赔。

（七十二） 重症急性出血坏死性胰腺炎开腹手术

指被保险人被确诊为重症急性出血坏死性胰腺炎，并实际接受了外科剖腹直视手术治疗，进行坏死组织清除、坏死病灶切除或者胰腺切除。

腹腔镜手术治疗不在保障范围内。

因酗酒或者饮酒过量所致的急性坏死性胰腺炎不在保障范围内。

（七十三） 溶血性链球菌感染引起的坏疽

由于急性溶血性链球菌感染导致广泛的皮肤、皮下组织和深层组织的坏死。必须满足以下所有条件：

1. 细菌培养证实致病菌为溶血性链球菌；
2. 受感染肢体被截肢（自腕关节或者踝关节近端）。

（七十四） 因疾病或者外伤导致智力缺陷（6周岁始理赔）

因严重头部创伤或者疾病造成被保险人智力低常（智力低于常态）或者智力残疾。根据智商（IQ）智力低常分为轻度（IQ50-70）；中度（IQ35-50）；重度（IQ20-35）和极重度（IQ<20）。智商70-85为智力临界低常，不在本保障范围内。智商的检测必须由保险人认可的专职心理测验工作者进行，心理测验工作者必须持有由心理测量专业委员会资格认定书。根据被保险人年龄采用对应的智力量表如韦克斯勒智力量表（儿童智力量表或者成人智力量表）。

理赔时必须满足下列全部条件：

1. 被保险人大于或者等于6周岁；
2. 儿科主任医师确诊被保险人由于严重头部创伤或者疾病造成智力低下；
3. 专职合格心理检测工作者适时做的心理检测证实被保险人智力低常（轻度、中度、重度或者极重度）；
4. 被保险人的智力低常自确认日起持续180天以上。

（七十五） 严重肠道疾病并发症

严重肠道疾病或者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3个月以上。

（七十六） 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。

（七十七） 急性肺损伤（ALI）或者急性呼吸窘迫综合征（ARDS）

一种表现为无心脏衰竭的肺水肿，为创伤、脓毒血症等临床多种疾病的并发症，造成多器官衰竭，死亡率高。

急性肺损伤或者急性呼吸窘迫综合征必须由呼吸系统专科医师诊断，并有所有以下临床证据支持。

1. 急性发作（原发疾病起病后6至72小时）；
2. 急性发作的临床症状体征，包括呼吸急促、呼吸困难、心动过速、大汗、面色苍白及辅助呼吸肌活动加强（点头呼吸、提肩呼吸）；
3. 双肺浸润影；
4. PaO_2/FiO_2 （动脉血压分压/吸入气氧分压）低于200mmHg；
5. 肺动脉嵌入压低于18mmHg，
6. 临床无左房高压表现。

（七十八） 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，并且符合所有以下条件：

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，不在本保单保障范围内。

（七十九） 严重登革热

登革热是由登革热病毒引起的急性传染病，为一种自限性疾病，通常预后良好。本保单仅对严重的登革热给予保障，被保险人的登革热必须满足下列所有条件：

1. 根据《登革热诊疗指南（2014版）》诊断的确诊病例；
2. 出现下列一种或者多种严重登革热的临床表现：
 - （1）血浆渗漏致休克或者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、肉眼血尿或者皮下血肿（不包括皮下出血点）；
 - （3）严重器官损害或者衰竭：肝脏损伤（ALT或者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。

（八十） 危重手足口病

手足口病是由肠道病毒引起的急性传染病，主要症状表现为手、足、口腔等部位的斑丘疹、疱疹。

危重手足口病必须满足下列所有条件：

1. 病原学检查确诊为手足口病；
2. 伴有所列危重并发症之一：脑膜炎、脑炎、脑脊髓炎、肺水肿或者心脏衰竭；
3. 接受了2周以上的住院治疗。

（八十一） 意外导致的重度面部烧伤

指面部III度烧伤且烧伤面积达到面部表面积的2/3或者全身体表面积的2%。

体表面积根据《中国新九分法》计算，面部总面积为全身

体表面积的3%。面部面积不包括发部和颈部。

（八十二） 失去一肢及一眼（3周岁始理赔）

被保险人因同一次意外伤害事件导致一肢体丧失和一眼视力丧失。必须满足下列所有条件：

1. 一肢体丧失指任何一肢体自腕关节或者踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

2. 一眼视力丧失指一只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。

除眼球摘除以外，被保险人申请理赔时年龄必须在3周岁以上，并且提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。

（八十三） 艾森门格综合征

指一组先天性心脏病发展的后果，特点为进行性肺动脉高压所致的动脉阻塞性病变，也称为肺动脉高压性右向左分流综合征。必须满足下列全部条件：

1. 缺氧、青紫、杵状指；

2. 静息状态下肺动脉平均压超过40mmHg；

3. 已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级IV级。

在本合同项下，本疾病按照不属于第八条责任免除中关于

“遗传性疾病，先天性畸形、变形或者染色体异常”的情形处理。

（八十四） 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。

（八十五） 丝虫感染所致严重象皮病

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

（八十六） 克-雅氏病（CJD）

CJD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师根据WHO诊断标准明确诊断，并且被保险人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者三项以上。

（八十七） 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。埃博拉病毒病必须经国家认可的有合法资质的传染病专家确诊并且上报国家疾病预防控制中心接受了隔离和治疗，必须满足以下所有条件：

1. 实验室检查证据证实存在埃博拉病毒感染；
2. 存在持续30天以上广泛出血的临床表现。

埃博拉病毒感染疑似病例，在确诊之前已经死亡的不在本保障范围内。

(八十八) 职业原因导致人类免疫缺陷病毒(HIV)感染

被保险人的职业归属于下列职业列表内的职业，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. 感染必须发生在被保险人从事其职业工作过程中；
2. 血清转化必须出现在事故发生后的6个月以内；
3. 必须提供被保险人在所报事故发生后的5天以内进行的检查报告，该报告必须显示被保险人血液HIV病毒阴性和/或者HIV抗体阴性；
4. 必须在事故发生后的12个月内证实被保险人体内存在HIV病毒或者HIV抗体。

职业列表：

医生（包括牙医）	护士
医院化验室工作人员	医院护工
救护车工作人员	助产士
警察（包括狱警）	消防人员

在任何治愈艾滋病(AIDS)或者阻止HIV病毒作用的疗法被发现以后，或者能防止AIDS发生的医疗方法被研究出来以后，本保障将不再予以给付。

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

在本合同项下，本疾病按照不属于第九条责任免除中关于“被保险人感染艾滋病病毒或者患艾滋病期间”的情形处理。

（八十九） 输血原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

被保险人因输血感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）并且根据HIV感染分类及AIDS诊断标准被确诊为艾滋病（AIDS）期。满足下列全部条件：

1. 在等待期满保障起始日之后，被保险人因输血而感染HIV；
2. 提供输血治疗的输血中心或者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；
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）或者阻止HIV病毒作用的疗法被发现以后，或者能防止AIDS发生的医疗方法被研究出来以后，本保障将不再予以给付。

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

在本合同项下，本疾病按照不属于第九条责任免除中关于“被保险人感染艾滋病病毒或者患艾滋病期间”的情形处理。

（九十） 器官移植原因导致HIV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. 在等待期满保障起始日之后，被保险人接受器官移植，并因此感染HIV；

2. 实施器官移植的医院为三级医院；

3. 实施移植医院出具具有法律效力的证明确认移植器官来自HIV感染者；

在任何治愈艾滋病(AIDS)或者阻止HIV病毒作用的疗法被发现以后，或者能防止AIDS发生的医疗方法被研究出来以后，本保障将不再予以给付。

在本合同项下，本疾病按照不属于第九条责任免除中关于“被保险人感染艾滋病病毒或者患艾滋病期间”的情形处理。

(九十一) 胰腺移植术

胰腺移植术指因胰腺功能衰竭，已经实际接受了胰腺的同种（人类）异体器官移植手术。

胰岛、组织、细胞移植不在保障范围内。

(九十二) 角膜移植

指因角膜病变或者意外伤害导致视力丧失或者视力严重损害，被保险人实际接受了同种（人类）异体角膜移植手术以恢复视力。

角膜移植手术包括全层角膜移植术、板层角膜移植术和角膜内皮移植术。

单纯角膜细胞移植，自体角膜缘细胞移植，非同种来源角膜或者人工角膜的移植不在保障范围内。

(九十三) 嗜铬细胞瘤

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

1. 临床有高血压症候群表现；
2. 已经实施了嗜铬细胞瘤切除手术。

（九十四） 严重结核性脑膜炎

由结核肌肉引起的脑膜和脊膜的非化脓性炎症性疾病。需满足以下全部条件：

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

（九十五） 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者单眼失明。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。

（九十六） 狂犬病

指狂犬病毒所致的急性传染病，人多因被病兽咬伤而感染。

临床表现为特有的恐水、怕风、咽肌痉挛、进行性瘫痪等。须经专科医生明确诊断。

（九十七） 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。须经临床医生明确诊断，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者三项以上，日常生活必须持续受到他人监护。

（九十八） 肌营养不良症

肌营养不良症是一组遗传性肌肉变性病，临床特征为与神经系统无关的肌肉无力和肌肉萎缩。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者三项以上。

在本合同项下，本疾病按照不属于第八条责任免除中关于“遗传性疾病，先天性畸形、变形或者染色体异常”的情形处理。

（九十九） 脑型疟疾

恶性疟原虫严重感染导致的脑病或者脑型疟疾，以昏迷为主要特征。脑型疟疾的诊断须由专科医生确认，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。

（一〇〇） 败血症导致的多器官功能障碍综合征

由败血症导致的多器官功能障碍综合征（MODS），一个或者

多个器官系统生理功能障碍，因该疾病住院至少 96 小时，并至少满足以下一条标准：

1. 呼吸衰竭，需要进行气管插管机械通气；
2. 凝血血小板计数 $<50 \times 10^3$ /微升；
3. 肝功能不全，胆红素 $>6\text{mg/dl}$ 或者 $>102 \mu\text{mol/L}$ ；
4. 需要用强心剂；
5. 昏迷，格拉斯哥昏迷评分（GCS） ≤ 9 ；
6. 肾功能衰竭，血清肌酐 $>300 \mu\text{mol/L}$ 或者 $>3.5\text{mg/dl}$ 或者尿量 $<500\text{ml/d}$ ；
7. 败血症有血液和影像学检查证实。

败血症引起的 MODS 的诊断应由专科医生证实。非败血症引起的 MODS 不在保障范围内。

（一〇一）大面积植皮手术

指为修复皮肤与其下的组织缺损所进行的皮肤移植手术，要求皮肤移植的面积达到全身体表面积的 30%或者 30%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

（一〇二）进行性风疹性全脑炎

指由风疹病毒感染引起的慢性脑炎，且导致神经系统永久性的功能障碍。须由神经专科医师确诊。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列一种或者一种以上障碍：

1. 一肢或者一肢以上肢体机能完全丧失；
2. 语言能力完全丧失或者严重咀嚼吞咽功能障碍；

3. 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或者三项以上。

（一〇三）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与遗传有关的疾病。必须满足下列所有条件：

1. 脊髓小脑变性症必须由三级医院诊断，并有下列所有证据支持：

（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者三项以上。

在本合同项下，本疾病按照不属于第八条责任免除中关于“遗传性疾病，先天性畸形、变形或者染色体异常”的情形处理。

（一〇四）肾髓质囊性病

肾髓质囊性病，一种遗传性肾脏疾病，特点为肾髓质多发大小不等的囊肿并且伴有小管炎症和间质性肾炎。必须满足下列所有条件：

1. 经肾组织活检明确诊断；

2. 临床有肾脏衰竭和肾小管功能障碍表现；

3. 影像学证据显示肾髓质多发囊肿。

其他肾脏囊性病不在本保障范围内。

在本合同项下，本疾病按照不属于第八条责任免除中关于

“遗传性疾病、先天性畸形、变形或者染色体异常”的情形处理。

（一〇五）严重肝豆状核变性

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. 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；
2. 慢性肾功能衰竭，已开始肾脏透析治疗；
3. 接受了肝移植或者肾移植手术。

在本合同项下，本疾病按照不属于第八条责任免除中关于“遗传性疾病,先天性畸形、变形或者染色体异常”的情形处理。

（一〇六）严重大动脉炎

指经保险人认可医院的心脏或者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检查或者血管造影检查证实主动脉及其主要分支存在狭窄。

（一〇七）多处臂丛神经根性撕脱

由于疾病或者意外伤害导致至少两根臂丛神经根性撕脱，造成永久不可逆性的手臂感觉功能与运动功能完全丧失。须由

保险人认可的医院的专科医生确诊，并且有电生理检查结果证实。

（一〇八）风湿热导致的心脏瓣膜病

指风湿热反复发作并发心脏瓣膜损害，导致慢性心脏瓣膜病，引起心脏瓣膜狭窄、关闭不全。必须满足下列所有条件：

1. 风湿热病史；
2. 慢性心脏瓣膜病病史；
3. 实际接受了开胸开心进行的心脏瓣膜置换手术。

经导管进行的瓣膜置换手术或者瓣膜成型手术不在本保障范围内。

（一〇九）严重获得性或者继发性肺泡蛋白质沉积症

因获得性或者继发性原因导致双肺肺泡和细支气管腔内充满不可溶性富磷脂蛋白的疾病。须满足下列全部条件：

1. 支气管镜活检或者开胸肺活检病理检查证实肺泡内充满有过碘酸雪夫（PAS）染色阳性的蛋白样物质；
2. 被保险人因中重度呼吸困难或者低氧血症而实际已行全身麻醉下的全肺灌洗治疗。

（一一〇）细菌性脑脊髓膜炎后遗症

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

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

（一一一）侵蚀性葡萄胎（恶性葡萄胎）

被保险人被明确诊断为恶性葡萄胎。

恶性葡萄胎又称侵蚀性葡萄胎，发生自胚胎组织，侵入子宫肌层或者其他组织，也可能转移。被保险人实际接受了子宫切除手术治疗。

索赔时需提交组织病理学检查报告，非侵蚀性的葡萄胎除外。

（一一二）严重感染性心内膜炎

指由感染性微生物引致的的心脏内膜炎症，并须符合下列所有标准：

1. 血液培养结果呈阳性反应，证明感染性微生物的存在；
2. 出现最少中度的心脏瓣膜功能不全（即返流部分达 20% 或者以上）或者中度的心脏瓣膜狭窄（即心脏瓣瓣口面积为正常值的 30% 或者以下），导致感染性心内膜炎；
3. 感染性心内膜炎的诊断及瓣膜受损的严重程度必须由心脏病专科医生确定。

（一一三）严重破伤风

指破伤风梭菌经由皮肤或者粘膜伤口侵入人体，在缺氧环境下生长繁殖，产生毒素而引起肌痉挛的一种特异性感染。须

经专科医生明确诊断。

(一一四) 库鲁病

指一种亚急性传染性朊蛋白病。临床表现为共济失调、震颤、不自主运动，在病程晚期出现进行性加重的痴呆，神经异常。该病必须由权威医疗机构根据致病蛋白的发现而明确诊断。

(一一五) 严重斯蒂尔病

须经风湿病专科医生明确诊断，并至少满足下列两项条件：

1. 因该病导致心包炎；
2. 因该病导致肺间质病变；
3. 巨噬细胞活化综合征 (MAS)。

(一一六) 肺孢子菌肺炎

肺孢子菌肺炎：指由肺孢子菌引起的间质性浆细胞性肺炎。并须满足下列全部条件：

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 170(基值的百分比)；
5. PaO₂<60mmHg，PaCO₂>50mmHg。

感染艾滋病病毒或者患艾滋病期间所患肺孢子菌肺炎不在保障范围内。

(一一七) 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者全身损伤，并且冻伤程度达到 III 度，且导致一个或者一个以上肢体自腕

关节或者踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

（一一八）成骨不全症（III型）

指由于多种致病基因突变导致骨基质蛋白数量减少或者质量异常，从而引起以骨量低下、骨骼脆性增加和反复骨折为主要特征的骨骼疾病。须经专科医生根据体格检查，骨折史，家族史，X线检查，骨密度和皮肤活检报告资料明确诊断为成骨不全症 III 型，且须在理赔时提供检查，家族史，骨代谢生化指标、X线检查及基因检测等资料。

成骨不全症 I 型、II 型和 IV 型不在本保障范围内。

（一一九）严重甲型及乙型血友病

被保险人必须经保险人认可的血液科专科医生确诊为甲型或者乙型血友病，并且必须满足下列所有条件：

1. VIII 因子或者 IX 因子活性小于 1%；
2. 出现以下任一种临床表现：
 - （1）反复关节血肿，大关节畸形和活动受限；或者
 - （2）内脏器官出血如：肾脏出血、消化道出血、腹腔出血、颅内出血。

（一二〇）严重气性坏疽

指由梭状芽胞杆菌所致的肌坏死或者肌炎。须经专科医生明确诊断，且须同时符合下列要求：

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. 出现广泛性肌肉及组织坏死，并已经实施了坏死组织和

筋膜以及肌肉的切除手术。清创术不在保障范围内。

四、肢体机能完全丧失：指肢体的三大关节中的两大关节僵硬或者不能随意识活动。肢体是指包括肩关节的整个上肢或者包括髋关节的整个下肢。

五、语言能力完全丧失或者严重咀嚼吞咽功能障碍：指语言能力完全丧失，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，或者声带全部切除，或者因大脑语言中枢受伤害而患失语症。

严重咀嚼吞咽功能障碍，指因牙齿以外的原因导致器质障碍或者机能障碍，以致不能作咀嚼吞咽运动，除流质食物外不能摄取或者吞咽的状态。

六、肢体：肢体是指包括肩关节的整个上肢或者包括髋关节的整个下肢。

七、六项基本日常生活活动：指

（一）穿衣：自己能够穿衣及脱衣；

（二）移动：自己从一个房间到另一个房间；

（三）行动：自己上下床或者上下轮椅；

（四）如厕：自己控制进行大小便；

（五）进食：自己从已准备好的碗或者碟中取食物放入口中；

（六）洗澡：自己进行淋浴或者盆浴。

六项基本日常生活活动能力的鉴定不适用于 0-3 周岁幼儿。

八、永久不可逆：指自疾病确诊或者意外伤害发生之日起，经过积极治疗 180 天后，仍无法通过现有医疗手段恢复。

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

（一）猝死：指由潜在疾病、身体机能障碍或者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，以医院的诊断或者公安、司法机关的鉴定为准；

（二）过敏及由过敏引发的变态反应性疾病；

（三）高原反应；

（四）中暑；

（五）细菌、病毒或者其他病原体导致的感染性疾病。

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

十一、本合同生效日：指本合同保险期间起始之日或者保险人开始对被保险人承担保险责任之日（以较晚者为准）。

十二、保险人指定或者认可的医疗机构：指保险人指定的医疗机构，以及符合下列条件的医疗机构：中国境内（不包含港澳台地区）二级以上（含），具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且提供二十四小时有合格医师及护士的医疗和护理等服务的公立医院的普通部。不包括境外医院、中外合资医院、民营医院、康复中心、联合诊所、特需（色）门诊、

特需病房以及主要为门诊、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者相类似目的提供服务的医疗机构。

十三、专科医生：指同时满足以下四项条件的医生：

（一）具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；

（二）具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；

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

（四）在国家《医院分级管理标准》二级或者二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

十四、首次：指自被保险人出生之日起算的第一次，而不是指自本合同生效之后起算的第一次。

十五、必需且合理：指医疗费用同时满足以下条件：

（一）符合通常惯例：指医疗费用与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致。对是否符合通常惯例，由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

（二）医学必需：指医疗费用同时符合下列所有条件：

1. 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
2. 不超过安全、足量治疗原则的项目；
3. 由医生开具的处方药；
4. 非试验性的、非研究性的项目；

5. 与接受治疗当地普通接受的医疗专业实践标准一致的项目。

对于是否医学必需，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。

十六、住院：指入住当地社会基本医疗保险管理机构指定或者认可的公立医院的普通部病房，并办理入出院手续，不包括门（急）诊观察室诊疗、家庭病床、挂床住院、其他非正式的病床住院及不合理住院。被保险人因非医疗目的自行离开病房十二小时以上（含）的，视为自动出院。

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

十八、床位费：指被保险人使用的医院床位的费用。

十九、加床费：指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间，保险人根据合同约定给付其合法监护人（限一人）在保险人指定或者认可的医疗机构留宿发生的加床费；或者女性被保险人在住院治疗期间，保险人根据合同约定给付其一周岁以下哺乳期婴儿在保险人指定或者认可的医疗机构留宿发生的加床费。

二十、重症监护室床位费：指住院期间出于医学必要被保险人需在重症监护室进行医疗而产生的床位费用。重症监护室指配有中心监护台、心电监护仪及其他监护抢救设施，相对封

闭管理，符合重症监护病房（ICU）、冠心病重症监护病房（CCU）标准的单人或者多人监护病房。

二十一、药品费：指住院期间由医生开具的具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或者进口药品的费用。不包括营养补充类药品费用，免疫功能调节类药品费用，美容及减肥类药品费用，预防类药品费用，以及下列中药类药品费用：

（一）主要起营养滋补作用的单方、复方中药或者中成药，如花旗参，冬虫草，白糖参，朝鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝、红参，琥珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，燕窝，野山参，移山参，珍珠（粉），紫河车，阿胶，血宝胶囊，红桃K口服液，十全大补丸，十全大补膏等；

（二）部分可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸，海马，胎盘，鞭，尾，筋，骨等；

（三）用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

二十二、膳食费：指住院期间根据医生的医嘱，由作为保险人指定或者认可的医疗机构内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内，根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项，也可以合并病房费等其他款项内。

二十三、治疗费：指由医生或者护士对患者进行的除手术外的各种治疗项目而发生的费用。包括因清创、换药、拆线、

脓肿切开引流、痿管烧灼、血管穿刺、输血、输液、注射、肌肉封闭、吸氧、冷冻、激光、急救治疗、心肺复苏等发生的治疗费，具体以所就诊医院的费用项目划分为准。**因物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法引起的治疗费不在本合同保障范围之内。**

二十四、护理费：指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

二十五、检查检验费：指住院期间实际发生的，以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用，包括 X 光费、心电图费、B 超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

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

二十七、诊疗费：指由医生所实施的病情咨询及检查、各种器械或者仪器检查、诊断、治疗方案拟定等除治疗费以外的各项费用。

二十八、救护车使用费：指住院期间以抢救生命或者治疗疾病为目的，根据医生建议，被保险人需医院转诊过程中的医院用车费用。

二十九、化学疗法：指针对于恶性肿瘤的化学治疗。化疗

是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。本合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化疗。

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

三十一、肿瘤免疫疗法：指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和增强机体抗肿瘤免疫应答，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本合同所指的肿瘤免疫治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理局批准用于临床治疗。

三十二、肿瘤内分泌疗法：指针对恶性肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制激素生成和激素反应，杀死癌细胞或者抑制癌细胞的生长。本合同所指的内分泌治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理局批准用于临床治疗。

三十三、肿瘤靶向疗法：指在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或者其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本合同所指的靶向治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理局批准用于临床治疗。

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

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

三十六、质子、重离子放射治疗：指利用质子和重离子对肿瘤进行放射治疗的技术。本合同所指的质子、重离子放射治疗是指被保险人根据医嘱，在保险单载明的特定医疗机构的专门治疗室内接受的质子和重离子放射治疗。

三十七、公共交通：指

（一）民航班机：本合同所指民航班机为经相关政府部门登记许可合法运营、以客运为目的的飞机；

（二）火车：本合同所指火车为经相关政府部门登记许可合法运营、以客运为目的的火车（含地铁、轻轨、动车、其他高速列车）；

（三）轮船：本合同所指轮船为经相关政府部门登记许可合法运营、以客运为目的的轮船；

（四）合法商业运营的客运汽车：本合同所指汽车为经相关政府部门登记许可合法运营、以客运为目的的公共汽车（含

电车)。

三十八、既往症：指医生已有诊断，被保险人未接受任何治疗，或长期治疗未间断，或治疗后症状未完全消失有间断用药情况的被保险人已知或应该知道的有关疾病，以及达到临床缓解或临床治愈标准的恶性肿瘤（以《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）为准）。

三十九、高风险运动：指潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或者滑翔伞、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等运动。其中：

（一）潜水：指使用辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。

（二）攀岩：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

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

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

（五）特技表演：指进行马术、杂技、驯兽等表演。

四十、恐怖活动：指恐怖主义性质的下列行为：

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

社会危害的活动的；

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

(三) 组织、领导、参加恐怖活动组织的；

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

(五) 其他恐怖活动。

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

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

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

性); 9 代表恶性肿瘤 (原发性或者转移性未肯定)。如果出现 ICD-10 与 ICD-0-3 不一致的情况, 以 ICD-0-3 为准。

四十四、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。

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

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

四十六、酒后驾驶: 指经检测或者鉴定, 发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或者超过道路交通安全法规或者相关国家标准中规定的饮酒后驾驶标准。

四十七、无合法有效驾驶证驾驶: 指下列任何情形:

- (一) 无驾驶证驾驶或者持有效期已届满的驾驶证驾驶;
- (二) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符;
- (三) 实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性物品等危险物品的机动车, 实习期内驾驶机动车牵引挂车;
- (四) 持未按规定审验的驾驶证驾驶, 以及驾驶证被暂扣、扣留、吊销或者注销期间驾驶机动车;
- (五) 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部

门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；

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

四十八、无合法有效行驶证：指下列任何情形：

（一）机动车被依法注销登记；

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

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

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

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

五十一、免赔额：指被保险人自行承担，本合同不负责给付的部分。

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

五十三、非社保途径：指互助保险、除本保险外的其他商

业保险、被保险人所在的工作单位、公益慈善机构等途径。

五十四、保险金申请人：指受益人或被保险人的继承人，或依法享有或行使保险金请求权的其他自然人。

五十五、不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

五十六、现金价值：若选择一次性支付保险费，现金价值=保险费 \times (1-m/n)，其中，m为已生效日数，n为保险期间的日数，已生效日数亦即保险责任期间已经过日数（不足一日的按一日计算）；若选择分期支付保险费，现金价值=当期保险费 \times (1-m/n)，其中，m为当期已生效日数，n为保险期间的当期日数，当期已生效日数亦即保险责任期间当期已经过日数（不足一日的按一日计算）。