

华泰财险附加重大疾病轻度疾病保险条款

总则

第一条 本附加险合同须附加于保险合同列明的主险合同使用。凡涉及本附加险合同的约定，均采用书面形式。主险合同与本附加险合同相抵触之处，以本附加险合同为准；本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。

保险责任

第二条 本附加险合同中的重大疾病轻度疾病（以下简称“轻症”）分为基本轻症和可选轻症两类，基本轻症投保人在投保时必须投保，可选轻症投保人在投保时可以选择其中一项或多项投保并在保险单中载明，具体轻症种类及定义以本附加险合同释义为准。

在本附加险合同的保险期间内，被保险人因意外伤害原因或自**等待期届满后（续保者不受等待期的限制，具体等待期在保险单中载明）**初次发生疾病或出现疾病症状、体征并经保险人指定的医疗机构专科医生确诊初次罹患本附加险合同约定的轻症，保险人按照本附加险合同中约定的轻症保险金额给付轻症保险金，**同时保险人在本附加险合同项下对该被保险人的保险责任终止。保险人不重复给付轻症保险金，仅给付一次。**

释义

1、基本轻症：指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）》（以下简称“《规范》”）规定的轻度疾病，且轻度疾病名称和轻度疾病定义与《规范》一致。

（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：

- a. TNM 分期为 I 期的甲状腺癌；
- b. TNM 分期为 T1N0M0 期的前列腺癌；
- c. 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；
- d. 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- e. 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- f. 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180天后，仍遗留下述至少一种障碍：

- a. 一肢（含）以上肢体肌力为3级；
- b. 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。

2、可选轻症： 为《规范》规定范围之外的疾病。

(1) 冠状动脉介入手术（非开胸手术）

指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。

如果被保险人在冠状动脉介入治疗时发生较轻急性心肌梗死，本合同只给予在本疾病项下的理赔，不再给予较轻急性心肌梗死理赔。理赔后冠状动脉介入手术和较轻急性心肌梗死保障同时终止。

(2) 心脏瓣膜介入手术（非开胸手术）

指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。

(3) 微创冠状动脉搭桥手术（或称微创冠状动脉旁路移植术）

指为纠正冠状动脉的狭窄或堵塞，而实际实施的微创冠状动脉旁路移植手术。手术通过微创开胸术（肋骨间小切口）进行，且诊断须由冠状动脉血管造影检查确诊狭窄或堵塞。微创冠状动脉旁路也包括“锁孔”冠脉搭桥手术。必须满足下列全部条件：

- a. 血管造影显示至少两支冠状动脉狭窄超过50%或一支冠状动脉狭窄超过70%；
- b. 手术须由心脏专科医生进行，并确认该手术的必要性。

(4) III度房室传导阻滞-已放置心脏起搏器

指心房激动在房室交界区、房室束及其分支内发生阻滞，全部由心脏窦房结产生的自动节律性电生理激动都不能传导至心室的传导性心脏病，须满足下列所有条件：

- a. 心电图显示房室搏动彼此独立，心室率<50次/分钟；
- b. 出现阿-斯综合征或心力衰竭的表现；
- c. 必须持续性依赖心脏起搏器维持心脏正常功能，经心脏专科医生明确诊断、并且已经实施了植入永久性心脏起搏器的手术。

(5) 主动脉内手术（非开胸手术）

指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。**

(6) 心包膜切除术

指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。

(7) 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。

- a. 脑垂体瘤；
- b. 脑囊肿；
- c. 脑动脉瘤、脑血管瘤。

(8) 脑炎或脑膜炎

指因感染脑炎或脑膜炎住院至少 3 个月。诊断必须由保险人认可的医院专科医生证实。

(9) 硬脑膜下血肿手术

指需于头部进行开颅或钻孔手术，以清除或引流因意外导致的血肿。开颅或钻孔手术必须由保险人认可的医院专科医生认为是医学上必需的情况下进行。

(10) 中度阿尔兹海默病

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。

(11) 植入大脑内分流器

指因疾病或外伤导致脑积水，经保险人认可的医院神经外科专科医生确诊，并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。**但先天性脑积水不在保障范围内。**

(12) 中度帕金森氏症

指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：

- a. 药物治疗无法控制病情；
- b. 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。

(13) 早期运动神经元病

指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严重丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项。

(14) 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：

- a. 为下肢或者上肢供血的动脉；

- b. 肾动脉；
- c. 肠系膜动脉。

须满足下列全部条件：

- a. 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；
- b. 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。

此诊断及治疗均须在保险人认可的医院，由血管疾病的专科医生确诊为医疗必须进行的情况下进行。

（15）于颈动脉进行血管成形术或内膜切除术

指根据颈动脉造影检查结果，确诊一条或以上颈动脉存在严重狭窄性病变（至少一支血管腔直径减少 50% 以上）。本病须经保险人认可的医院专科医生明确诊断，同时必须已经采取以下手术以减轻症状：

- a. 确实进行动脉内膜切除术；或
- b. 确实进行血管介入治疗，例如血管成形术及 / 或进行植入支架或动脉粥样瘤清除手术。

（16）严重原发性肺动脉高压

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心功能状态分级 IV 级，且静息状态下肺动脉平均压超过 30mmHg。

（17）继发性肺动脉高压

继发性肺动脉压力持续增高，导致右心室肥厚，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 III 级。诊断需要有心脏科专家确诊，并且心导管检查报告显示静息状态下肺动脉平均压超过25mmHg。

（18）严重阻塞性睡眠窒息症

指须由相关医学范畴的注册专科医生，经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)，并必须符合以下两项条件：

- a. 投保人必须现正接受持续气道正压呼吸器 (CPAP) 之夜间治疗；及
- b. 必须提供睡眠测试的文件证明，显示 AHI>30 及夜间血氧饱和平均值<85。

（19）慢性肺病

指诊断为间质性肺纤维化的肺病，并需要接受间歇性氧气治疗及在接受适当的药物下的第一秒末用力呼气量 (FEV1) 小于 1.2 升。诊断、严重程度及测试结果必须由保险人认可的医院专科医生确定。

（20）单侧肺脏切除

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

（21）腔静脉过滤器植入术

指经保险人认可的医院的专科医生证明有反复肺栓塞发作及抗凝治疗无效而必须接受手术植入腔静脉过滤器。理赔时需提供完整病历及手术记录以证明植入腔静脉过滤器有必要性及已确实施行了手术。

（22）川崎病

为一种病因不明的系统性血管炎，本附加险合同仅对由血管造影或超声心动图检查证实川崎病并发冠状动脉瘤并且实际接受了对冠状动脉瘤的手术治疗的情况予以理赔。

(23) 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，但满足下列条件之一：

- a. 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）；
- b. 双眼中较好眼视野半径小于20 度。

本合同仅对三周岁以上的被保险人予以理赔，并且须提供保险人认可的医院出具的视力丧失诊断及检查证据。

如果被保险人视力严重受损，同时也达到了单眼失明的诊断标准，本合同只给予在本疾病项下的理赔，不再给予单眼失明的理赔。理赔后视力严重受损和单眼失明保障同时终止。

(24) 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的医院内由专科医生认为是医疗必须的情况下进行。

(25) 单眼失明

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：

- a. 眼球缺失或摘除；
- b. 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）；
- c. 视野半径小于5 度。

如果被保险人单眼失明，同时也达到了视力严重受损的诊断标准，本合同只给予在本疾病项下的理赔，不再给予视力严重受损的理赔。理赔后视力严重受损和单眼失明保障同时终止。

(26) 听力严重受损

指疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆性丧失，在 500 赫兹、1000 赫兹和 2000 赫兹语音频率下，平均听阈大于 70 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。

被保险人发生前述疾病或意外伤害时年龄必须在三周岁以上，并且需提供保险人认可的医院出具的听力丧失诊断及检查证据。

如果被保险人听力严重受损，同时也达到了人工耳蜗植入术的治疗标准，本附加险合同只给予在本疾病项下的理赔，不再给予人工耳蜗植入术的理赔。理赔后听力严重受损和人工耳蜗植入术保障同时终止。

(27) 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：

- a. 双耳持续12个月以上重度感音神经性耳聋；
- b. 使用相应的听力辅助设备效果不佳。

如果被保险人达到了人工耳蜗植入术的治疗标准，同时听力严重受损，本附加险合同只给予在本疾病项下的理赔，不再给予听力严重受损的理赔。理赔后听力严重受损和人工耳蜗植入术保障同时终止。

(28) 特定面积Ⅲ度烧伤

指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤面积为全身体表面积的10%或10%以上，但尚未达到20%。体表面积根据《中国新九分法》计算。

(29) 重度头部外伤

指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤180天后，仍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两项以上。

(30) 慢性肾功能障碍

指慢性肾功能不全的晚期。必须满足下列全部条件：

- a. 肾小球滤过率（使用MDRD公式或cockcroft-Gault 公式计算的结果），低于30ml./min/1.73 平方米，且此状态须持续至少180天；
- b. 慢性肾功能障碍的诊断必须由泌尿科或肾脏科医师确诊。

(31) 单侧肾脏切除

指因疾病或意外事故实际实施的一侧肾脏切除术。肾脏部分切除手术和肾脏捐献引起的手术不在保障范围内。

(32) 肾上腺切除术

指为治疗因肾上腺腺瘤所导致醛固酮分泌过多产生的继发性恶性高血压，而接受肾上腺切除术。此项手术需由保险人认可的医院专科医生认定为处理恶性高血压的必要治疗行为。

(33) 双侧卵巢或睾丸切除术

指为治疗疾病实际接受了经腹部切开或腹腔镜进行的双侧卵巢或睾丸完全切除手术。部分卵巢或睾丸切除不在保障范围内。

(34) 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：

- a. 骨髓刺激疗法至少一个月；
- b. 免疫抑制剂治疗至少一个月；
- c. 接受了骨髓移植。

(35) 肝脏手术

指因疾病或意外事故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保障范围内。

(36) 胆道重建手术

指因疾病或胆道创伤导致接受涉及胆总管小肠吻合术的胆道重建手术。手术必须在专科医生认为是医疗所需的情况下进行。胆道闭锁并不在保障范围内。

(37) 早期肝硬化

肝硬化为各种慢性肝病发展的晚期阶段。肝硬化须由保险人认可的医院专科医生明确诊断。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：

- a. 持续性黄疸，胆红素水平升高超过 50μmol/L；
- b. 蛋白质合成异常，白蛋白水平低于 27g/L；

c. 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。

(38) 较轻多发性硬化症

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。较轻多发性硬化症必须明确诊断, 并且满足下列所有条件:

- a. 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) 等影像学检查证实存在中枢神经系统白质内多发病灶;
- b. 完整的医疗记录证实被保险人的疾病呈缓解复发和进展加重病程;
- c. 存在持续 180 天以上的永久不可逆的以运动功能障碍为表现的神经系统功能损害, 一肢体肌力 3 级 (含) 以下。

(39) 昏迷 48 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它生命维持系统达到 48 小时。

因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。

(40) 中度溃疡性结肠炎

溃疡性结肠炎是指伴有致命性电解质紊乱的急性暴发性溃疡性结肠炎, 病变累及全结肠, 表现为严重的血便和系统性症状体征。本症须经保险人认可的医院专科医生连续以免疫抑制剂或免疫调节剂治疗 3 个月以上, 方符合赔偿条件。**溃疡性结肠炎只局限在直肠不在保障范围内。**

(41) 急性坏死性胰腺炎腹腔镜手术

指由保险人认可的医院专科医生确诊为急性出血坏死性胰腺炎, 并已经接受了外科手术治疗, 以进行坏死组织清除、坏死病灶切除或胰腺切除。

因饮酒所致的急性出血坏死性胰腺炎不在保障范围内。

(42) 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 180 天后, 每肢三大关节中的至少一个大关节仍然完全僵硬, 或不能随意活动。

(43) 结核性脊髓炎

指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 180 天后, 仍遗留下列一种或一种以上障碍:

- (1) 一肢或一肢以上肢体肌力 III 级或 III 级以下的运动功能障碍;
- (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。

该诊断必须由保险人认可的医院的神经科专科医生证实, 并必须由检查证明为结核性脊髓炎。

(44) 单个肢体缺失

指因疾病或者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。

（45）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：

- a. 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；
- b. 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。

（46）轻度克罗恩病

克罗恩病是一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克罗恩病病理组织学变化。诊断必须在本公司认可的医疗机构内由专科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180天，但未达到重大疾病“严重克罗恩病”的给付标准，方符合理赔条件。

（47）糖尿病并发症导致的单足截除

指因糖尿病引起的神经及血管病变累及足部，为了维持生命已经实际进行由足踝或者以上位置的单足截除手术。此手术必须在本公司认可的医疗机构内由专科医生认为是医疗必需的情况下进行。**切除多只脚趾或者其他原因引起的截除术不在保障范围内。**