

# 华泰财险个人医疗费用保险（B款）条款

## 总则

### 第一条 保险合同

本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证、批单、批注、合法有效的声明及与保险合同有关的投保文件等组成。凡涉及本合同的约定，均应采用书面形式。

### 第二条 投保人

本合同的投保人应为中华人民共和国境内（不含港澳台地区）具有完全民事行为能力的被保险人本人或在本合同订立时对被保险人具有保险利益的具有完全民事行为能力的其他人。

### 第三条 被保险人

符合本合同的约定，初次投保时年龄为出生满30天（含，已健康出院）至65周岁（含），身体健康，且能正常工作、生活的自然人，均可作为本合同的被保险人。

经投保人提出投保申请，且经保险人同意后，本合同的被保险人可续保至80周岁（含）。

### 第四条 受益人

除本合同另有约定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

订立本合同时，被保险人或投保人可指定一人或数人为保险金受益人。保险金受益人为数人时，被保险人或者投保人可以确定其受益顺序和受益份额；未确定受益份额的，各保险金受益人按照相等份额享有受益权。

被保险人身故后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人的遗产，由保险人依照《中华人民共和国继承法》的规定履行给付保险金的义务：

- （一）没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；
- （二）受益人先于被保险人身故，没有其他受益人的；
- （三）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身故，且不能确定身故先后顺序的，推定受益人身故在先。

被保险人或投保人可以变更保险金受益人，但需书面通知保险人，由保险人在收到变更受益人的书面通知后在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单。对因被保险人或投保人变更保险金受益人而发生的法律纠纷，保险人不承担任何责任。

投保人指定或变更保险金受益人的，应经被保险人同意。被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，可以由其监护人指定或变更保险金受益人。

## 保险责任

### 第五条 保险责任

在本合同的保险期间内，保险人依照本合同约定承担下列保险责任：

#### （一）一般医疗保险金

在本合同约定的保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在**等待期（具体等待期在保险单中载明，续保不受等待期的限制）**届满后首次发病，经保险人指定的医疗机构具有合法资质的专科医生确诊初次罹患疾病，导致其在保险人指定的医疗机构接受治疗的，保险人对于被保险人因接受前述治疗支付的下述 1-4 类费用，依照本合同的约定承担给付一般医疗保险金的责任：

##### 1. 住院医疗费用

被保险人经保险人指定的医疗机构具有合法资质的专科医生确诊初次罹患疾病必须接受住院治疗的，被保险人在前述医疗机构住院期间发生的应当由被保险人支付的、必需且合理的住院医疗费用，包括床位费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费、医生费。

如果在本合同约定的保险期间届满之日，被保险人仍未结束该次住院治疗的，对于自本合同保险期间届满之日起 30 日内（含第 30 日）因该次住院治疗发生的必需且合理的住院医疗费用，保险人继续承担保险责任。

##### 2. 特殊门诊医疗费用

被保险人经保险人指定的医疗机构具有合法资质的专科医生确诊初次罹患疾病必须接受特殊门诊（**不含特需门诊**）治疗的，被保险人在前述特殊门诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的、必需且合理的特殊门诊医疗费用，包括：

（1）门诊肾透析费；

（2）门诊恶性肿瘤治疗费，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法的治疗费用；

（3）器官移植后的门诊抗排异治疗费。

##### 3. 门诊手术医疗费用

被保险人经保险人指定的医疗机构具有合法资质的专科医生确诊初次罹患疾病必须接受门诊手术治疗时，被保险人在前述医疗机构接受门诊手术治疗期间发生的应当由被保险人

支付的、必需且合理的门诊手术费用。

#### **4. 住院前后门急诊医疗费用**

被保险人经保险人指定的医疗机构具有合法资质的专科医生确诊初次罹患疾病必须接受住院治疗的，在同一次住院前 7 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）内（含第 30 日），因与该次住院相同原因而接受保险人指定的医疗机构的门急诊治疗时，被保险人在前述医疗机构接受门急诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的、必需且合理的门急诊医疗费用（但不包括本条第（一）款第 2、3 项约定的特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用）。

对于以上四类费用，保险人在扣除约定的免赔额后，依照本合同约定的给付比例进行赔付。保险人对于在一般医疗保险金项下四类费用的累计给付金额以本合同约定的一般医疗保险金的每一保单年度保险金额为限，当保险人在一般医疗保险金项下四类费用的累计给付金额达到一般医疗保险金的每一保单年度保险金额时，保险人对该被保险人在一般医疗保险金项下的保险责任终止。

#### **（二）重大疾病医疗保险金**

在本合同约定的保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期（具体等待期在保险单中载明，续保不受等待期的限制）届满后首次发病，经保险人指定的医疗机构具有合法资质的专科医生确诊初次罹患本合同约定的重大疾病，导致其在保险人指定的医疗机构接受治疗的，对被保险人因治疗重大疾病而发生的应当由被保险人支付的、必需且合理的医疗费用，保险人首先按照本合同第五条第（一）款的约定给付一般医疗保险金，当保险人累计给付金额达到一般医疗保险金的保险金额后，保险人针对被保险人下述 1-4 类剩余的医疗费用，按照本合同的约定承担给付重大疾病医疗保险金的责任：

##### **1. 重大疾病住院医疗费用**

被保险人经保险人指定的医疗机构具有合法资质的专科医生确诊初次罹患本合同约定的重大疾病必须接受住院治疗的，被保险人在前述医疗机构住院期间发生的应当由被保险人支付的、必需且合理的重大疾病住院医疗费用，包括床位费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费、医生费。

如果在本合同约定的保险期间届满之日，被保险人仍未结束该次住院治疗的，对于自本合同保险期间届满之日起 30 日内（含第 30 日）因该次住院治疗发生的必需且合理的重大疾病住院医疗费用，保险人继续承担保险责任。

##### **2. 重大疾病特殊门诊医疗费用**

被保险人经保险人指定的医疗机构具有合法资质的专科医生确诊初次罹患本合同约定

的重大疾病必须接受特殊门诊（不含特需门诊）治疗的，被保险人在前述特殊门诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的、必需且合理的重大疾病特殊门诊医疗费用，包括：

（1）门诊肾透析费；

（2）门诊恶性肿瘤治疗费，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法的治疗费用；

（3）器官移植后的门诊抗排异治疗费。

### 3. 重大疾病门诊手术医疗费用

被保险人经保险人指定的医疗机构具有合法资质的专科医生确诊初次罹患本合同约定的重大疾病必须接受门诊手术治疗时，被保险人在前述医疗机构接受重大疾病门诊手术治疗期间发生的应当由被保险人支付的、必需且合理的重大疾病门诊手术费用。

### 4. 重大疾病住院前后门急诊医疗费用

被保险人经保险人指定的医疗机构具有合法资质的专科医生确诊初次罹患本合同约定的重大疾病必须接受住院治疗的，在同一次住院前 7 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）内（含第 30 日），因与该次住院相同原因而接受在保险人指定的医疗机构的重大疾病门急诊治疗时，被保险人在前述医疗机构接受门急诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的、必需且合理的治疗重大疾病门急诊医疗费用（但不包括本条第（二）款第 2、3 项约定的重大疾病特殊门诊医疗费用和重大疾病门诊手术医疗费用）。

对于以上四类费用，保险人依照本合同约定的给付比例进行赔付。保险人在本重大疾病医疗保险金项下四类费用的累计给付金额以本合同约定的重大疾病医疗保险金的每一保单年度保险金额为限，当保险人在重大疾病医疗保险金项下四类费用的累计给付金额达到本项重大疾病医疗保险金的每一保单年度保险金额时，保险人对该被保险人在本合同约定的重大疾病医疗保险金项下的保险责任终止。

### （三）医疗机构外恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗保险金

在本合同约定的保险期间内，被保险人在等待期（具体等待期在保险单中载明，续保不受等待期的限制）届满后首次发病，经保险人指定的医疗机构具有合法资质的专科医生确诊初次罹患本合同约定的一种或多种恶性肿瘤，对于被保险人遵医嘱或处方在**医疗机构外的、保险人认可的社会药房**购买治疗该恶性肿瘤的必需且合理的恶性肿瘤新特药靶向治疗（**保险人指定的药品清单在保险单中载明**）的**药品费用**（须按照保险单载明的购药申请、药品处方审核、药品自取、送药上门服务及援助赠药申请流程进行），在保险单载明的约定的治疗期间内，保险人首先在本合同约定的一般医疗保险金额内依照下列约定予以给付，当

保险人累计给付金额达到一般医疗保险金额后，保险人依照下列约定继续承担给付医疗机构外恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗保险金的责任。

被保险人每次的在医疗机构外恶性肿瘤新特药靶向治疗的取药量不能超过 30 天（1 个月）用量，但若保险单载明了特别指定购药数量的，则以保险单载明的特别指定购药数量为准。

本合同约定的保险人认可的社会药房以《网络药房列表》形式在保险单中载明，并及时向投保人和被保险人予以通报，投保人、被保险人亦可登陆保险人指定的网站或致电查询相关信息。

保险人对于医疗机构外恶性肿瘤新特药靶向治疗药品费用的累计赔偿金额之和以本合同约定的医疗机构外恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗保险金额为限，在保险单载明的约定治疗期间内，一次或累计赔偿的金额达到本合同约定的医疗机构外恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗保险金额时，保险人向被保险人给付医疗机构外恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗保险金的保险责任终止。

如果在本合同约定的保险期间届满之日，被保险人医疗机构外恶性肿瘤新特药靶向治疗仍未结束的，除另有约定外，保险人对于被保险人在保险期间发生的该恶性肿瘤新特药靶向治疗继续承担赔偿医疗机构外恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗保险金的责任，并以初次确诊罹患该恶性肿瘤之日起一定时期为限。具体期限由投保人和保险人协商确定并在保险单中载明。

被保险人申请索赔的恶性肿瘤新特药如果在保险人指定的药品清单中有慈善赠药援助用药项目的，被保险人必须按保险单约定的援助赠药申请流程进行慈善援助用药申请。

若被保险人用药时长符合保险人指定或认可的慈善机构援助项目申请条件，保险人将通知被保险人并安排保险人指定的第三方服务商协助被保险人进行申请材料准备，被保险人须提供申请援助项目合理且必须的材料。援助项目经保险人指定或认可的慈善机构审核通过后，被保险人须到援助项目指定的药房领取援助药品；若被保险人未通过援助项目审核，保险人按照前述约定给付医疗机构外恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗保险金。

若被保险人通过援助用药申请可以使用慈善赠药治疗但因被保险人原因未领取援助药品或坚持自付费购药的，视为被保险人自愿放弃本合同项下适用的保险权益，保险人不承担赔偿恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗保险金的责任。

#### （四）重大疾病住院津贴保险金

在本合同约定的保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期（具体等待期在保险单中载明，续保不受等待期的限制）届满后首次发病，经保险人指定的医疗机构具有

合法资质的专科医生确诊初次罹患本合同约定的重大疾病，导致其在保险人指定的医疗机构必须住院治疗的，保险人按照保险单中载明的每日重大疾病住院津贴金额乘以实际住院天数（需扣除每次免赔天数，具体在保险单中载明）向被保险人给付重大疾病住院津贴保险金。在本合同约定的保险期间内，同一原因住院的给付天数不超过 90 天，累计给付天数最高以 180 天为限，保险人一次或累计给付金额达到重大疾病住院津贴保险金额时，对该被保险人的此项保险责任终止。

## 责任免除

### 第六条 责任免除

（一）出现下列情形之一导致被保险人发生保险事故时，保险人不承担保险金给付责任：

1. 被保险人故意或因重大过失在投保时未如实告知的既往症；
2. 被保险人在投保前罹患的、投保时尚未治愈的既往症；
3. 被保险人在投保前或者等待期内罹患疾病而接受检查但在等待期内或等待期届满后确诊的疾病；
4. 被保险人患有先天性疾病未治愈的；
5. 被保险人罹患精神和行为障碍，遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常（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）；
6. 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（因本合同约定的职业关系、输血感染或器官移植导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病除外）。

（二）因下列原因之一导致被保险人发生保险事故的，保险人不承担保险金给付责任：

1. 被保险人购买使用的恶性肿瘤新特药超过其药品使用说明书的适应症（包括被保险人罹患的恶性肿瘤类型或其基因靶点检测结果不符合使用该药物的要求）；
2. 被保险人使用恶性肿瘤新特药，按照实体瘤治疗疗效评价标准（RECIST 评价标准）诊断，被保险人恶性肿瘤有进展对该药物已耐药；
3. 被保险人购买恶性肿瘤新特药无医生的医嘱或处方；
4. 被保险人接受矫形、视力矫正手术、美容、变性手术、整容手术、牙科治疗、牙科保健，但因意外事故所致的以减轻被保险人疼痛为目的或者保障被保险人生命安全的紧急牙科治疗不受此限；
5. 被保险人怀孕（含宫外孕）、流产、保胎、分娩（含剖腹产）、避孕、绝育手术、治疗不孕不育症、人工受孕及由此导致的并发症；

6. 康复治疗或训练、休养或疗养、健康体检、非处方药物、保健食品及用品、各种康复治疗器械、眼镜、假体、义肢、义齿、义眼、助听器、自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械；

7. 被保险人因包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍、性早熟、发育迟缓治疗发生的医疗费用；

8. 投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；

9. 被保险人故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施；被政府依法拘禁或入狱期间伤病；

10. 被保险人故意自伤；

11. 因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；

12. 被保险人酒后驾驶机动车或者电动自行车、无合法有效驾驶证驾驶或者驾驶无有效行驶证的机动车；

13. 被保险人醉酒，服用、吸食或注射毒品，或未遵医嘱，擅自服用、涂用、注射药物；

14. 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；

15. 被保险人从事或参加高风险运动，如：潜水、滑水、冲浪、赛艇、漂流、跳伞或其他高空运动、蹦极、乘坐或驾驶商业民航班机以外的飞行器、攀岩、攀登海拔 3500 米以上的独立山峰、滑雪、武术、摔跤、马术、赛马、赛车、特技表演（含训练）、替身表演（含训练）、脱险表演（含训练）、探险或考察活动（洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等）；

16. 战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱；

17. 核爆炸、核辐射或者核污染。

（三）下列损失、费用和责任，保险人不承担保险金给付责任：

1. 被保险人在非保险人指定的医疗机构就诊，但被保险人因情况紧急必须立即就医的除外；

2. 被保险人在初次投保或非有效续保的合同起保之日起 120 日内（含第 120 日）出现扁桃腺、甲状腺、疝气、女性乳腺、女性生殖系统疾病的症状、体征或接受检查与治疗，在此 120 日内或在此 120 日后确诊扁桃腺、甲状腺、疝气、女性乳腺、女性生殖系统疾病；

3. 被保险人未在保险人认可的社会药房购买的恶性肿瘤新特药而产生的费用；

4. 被保险人用于购买不符合相关法律法规或监管规定的要求，或不具备中华人民共和国药品监督管理部门等相关管理部门要求具备、符合的资质而产生的恶性肿瘤新特药的费用；

5. 被保险人在医疗机构外购买使用的恶性肿瘤新特药不在保险单载明的恶性肿瘤新特

药的清单范围内而产生的费用；

6. 被保险人在医疗机构外购买恶性肿瘤新特药时未提交购药申请或者申请审核未通过，自行购买恶性肿瘤新特药而产生的费用；

7. 被保险人在医疗机构外购买恶性肿瘤新特药时，被保险人用药时长符合援助用药项目申请条件，但因被保险人未提交相关申请或者提交的申请材料不全，导致援助项目申请未通过而发生的自付费药品费用；

8. 被保险人在医疗机构外购买恶性肿瘤新特药时，被保险人通过援助用药申请但因被保险人原因未领取援助药品或坚持自付费购药的，其自付费购药产生的费用。

若由于本合同中责任免除情形导致被保险人身故的，保险人对被保险人在本合同项下的保险责任终止，除因投保人、被保险人故意制造保险事故外，保险人退还相应的未到期保险费。

## 保险金额、免赔额和保险费

### 第七条 保险金额

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

本合同的一般医疗保险金额、重大疾病医疗保险金额、医疗机构外恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗保险金额、重大疾病住院津贴保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

医疗机构外恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗保险责任与重大疾病医疗保险责任共用保险金额。

一般医疗保险金额、重大疾病医疗保险金额、医疗机构外恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗保险金额的累计赔偿金额不能超过年度累计保险金额，年度累计保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。

### 第八条 免赔额

免赔额由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在保险单中载明。

本合同中所指免赔额指在本合同约定的保险期间内，应由被保险人自行承担，本合同不予赔付的部分。在保险期间内，一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金和恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗保险金共用同一个免赔额。被保险人通过社会医疗保险统筹账户和公费医疗保障获得的补偿，不可用于抵扣免赔额，被保险人从其他途径（其他商业性医疗费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构等）已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔

额。

若被保险人在等待期届满后经保险人指定的医疗机构具有合法资质的专科医生确诊初次罹患重大疾病且在保险人指定的医疗机构接受住院治疗的,对于自确诊初次罹患重大疾病之日起所发生的符合本合同约定的全部重大疾病医疗费用,保险人在给付保险金时,不再扣除免赔额。

若被保险人在等待期届满后经保险人指定的医疗机构具有合法资质的专科医生确诊初次罹患恶性肿瘤且被保险人遵医嘱或处方在医疗机构外、保险人认可的社会药房购买治疗该恶性肿瘤新特药,对于自确诊恶性肿瘤之日起所发生的符合本合同约定的全部医疗机构外恶性肿瘤新特药靶向治疗药品费用,保险人在给付保险金时,不再扣除免赔额。

投保人续保本合同的,若被保险人在本产品以往保险期间内已确诊初次罹患重大疾病且接受住院治疗的,对于本合同保险续保期间内发生的符合本合同约定的重大疾病医疗费用,保险人在给付保险金时,不再扣除免赔额。

#### **第九条 保险费**

保险费依据保险金额与保险费率计收,并于保险单中载明。投保人应该按照保险合同约定向保险人交纳保险费。

### **补偿原则和赔付标准**

#### **第十条 补偿原则和赔付标准**

本合同第五条中的第(一)、(二)、(三)项保险责任适用医疗费用补偿原则。保险人按如下约定给付医疗保险金:

(一)若被保险人以未参加社会医疗保险身份投保,未从社会医疗保险、公费医疗、其他商业性医疗费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构获得医疗费用补偿,保险人按如下公式根据本合同的约定给付医疗保险金:

**医疗保险金=(被保险人实际支出的符合本合同相关约定的医疗费用-免赔额)×赔付比例**

(二)若被保险人以参加社会医疗保险身份投保,已从社会医疗保险、公费医疗、其他商业性医疗费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构获得医疗费用补偿(以下简称已获得的医疗费用补偿)保险人按如下公式根据本合同的约定给付医疗保险金:

**医疗保险金=(被保险人实际支出的符合本合同相关约定的医疗费用-已获得的医疗费用补偿-免赔额)×赔付比例**

(三)社保卡的个人账户支出部分视为个人支付,不属于已获得的医疗费用补偿。

(四) 被保险人以参加社会医疗保险身份投保，但未以参加社会医疗保险身份就诊并结算的，则保险人按如下公式根据本合同的约定给付医疗保险金：

医疗保险金=（被保险人实际支出的符合本合同相关约定的医疗费用-免赔额）×赔付比例

该赔付比例不应高于本条第（二）项约定的已从社会医疗保险等途径获得补偿时的赔付比例。

针对本条第（一）到（四）项保险金额、免赔额及赔付比例在保险单中载明。保险人累计给付金额以保险单载明的相应保险金额为限。

### 保险期间

#### 第十一条 保险期间

本合同的保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

### 续保

#### 第十二条 续保

本合同约定的保险期间届满前 30 日内（含第 30 日）及届满后 15 日内（含第 15 日），投保人需要为同一被保险人重新向保险人申请投保本合同，投保人应重新申请投保并一次性交纳保险费，保险人签发新的保险单的视为保险人同意续保，续保合同不适用等待期。

续保合同具体的生效日以保险人另行签发的保险单载明的日期为准。本合同约定的保险期间届满后 15 日后（不含第 15 日）投保人为同一被保险人重新向保险人申请投保本合同，投保人需重新填写健康告知，并一次性交纳保险费，经保险人审核同意后签发保险单，且前述重新申请投保需适用等待期的约定。

本合同为非保证续保合同，不保证续保费率。本产品保险期间为一年。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，交纳保险费，并获得新的保险合同。投保人为同一被保险人提出续保申请时保险人有权根据该被保险人的年龄、医疗费用水平变化、本险种整体经营状况调整该被保险人在续保时对应的费率。费率调整适用于本险种的所有被保险人或同一投保年龄段的所有被保险人，保险人不会因为某一被保险人的健康状况变化或历史理赔情况而单独调整该被保险人的续保费率。在投保人接受费率调整的前提下，保险人方可为投保人办理续保手续。

当发生下列情形之一的，保险人不再接受投保人续保申请：

- （一）申请续保时被保险人的年龄超过 80 周岁；
- （二）被保险人身故；

(三) 投保人不如实告知、欺诈等不符合续保条件的情形；

(四) 本保险产品统一停售。

若保险人不再接受续保申请，应当及时告知投保人。

## 保险人义务

### 第十三条 明确说明义务

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，保险人在订立保险合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

### 第十四条 保险合同解除权行使期限

保险人依据第二十条（投保人、被保险人义务中“如实告知义务”条款）所取得的保险合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

### 第十五条 签发保险单的义务

本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

### 第十六条 补充索赔证明和资料的通知

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、被保险人或者受益人补充提供。

### 第十七条 及时核定、赔付义务

保险人收到被保险人或者受益人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金义务。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或者受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

### 第十八条 先行赔付义务

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。

## 投保人、被保险人义务

### 第十九条 缴费义务

投保人应当在本合同成立时一次性足额交纳全部保险费。

自投保人按约定缴纳保险费之日起，本合同生效。对本合同生效之日前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

### 第二十条 如实告知义务

投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

投保人应在订立保险合同时如实告知被保险人是否享有社会医疗保险、公费医疗保障或其他费用补偿型商业医疗保险。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，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。

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，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，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的责任。

### 第二十一条 住址或通讯地址变更告知义务

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。投保人未及时通知的，保险人按本合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达给投保人。

### 第二十二条 变更批注

在保险期间内，投保人需变更保险合同内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本合同中批注，保险合同的变更自保险人出具批单之日起生效。

### 第二十三条 职业或工种的变更

被保险人变更其职业或工种时，投保人应于三十日内以书面形式通知保险人。若被保险人变更后的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人对该被保险人所负保险责任自其职业或工种变更之日起终止，并按日计算退还未满期保险费，本合同终止。发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

被保险人变更后的职业或工种依照保险人职业分类在承保范围内的，依照保险人职业分类其危险程度增加而未依前项约定通知而发生保险事故的，保险人按其原收保险费与应

收保险费的比例计算并给付保险金。

#### **第二十四条 年龄的确定及错误的处理**

被保险人的投保年龄，以法定身份证件登记的周岁年龄为准，本合同所承保的被保险人的投保年龄必须符合年龄要求。投保人在申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。若发生错误，保险人按照以下规定处理：

（一）投保人申报的被保险人年龄不真实，且真实年龄不符合本合同约定的被保险人年龄限制的，保险人有权解除本合同，并向投保人退还未满期保险费。

（二）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人实付保险费少于应付保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费，或在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例支付。

（三）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人支付保险费多于应付保险费的，保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

#### **第二十五条 保险事故通知义务**

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。

### **保险金申请与给付**

#### **第二十六条 保险金申请与给付**

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提供如下材料：

（一）通用理赔材料：

1. 保险金给付申请书；

2. 保险合同原件；

3. 被保险人、保险金申请人的有效身份证件；

4. 支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括但不限于医疗机构出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查、化验检查报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料；

5. 保险金申请人所能提供的其他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. 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；

7. 若保险金申请人为被保险人的监护人时，还需提供能够证明监护关系的证明文件；

8. 被保险人继承人作为保险金申请人索赔时，需提供公安局户籍单位出具的能够证明继承关系的相关材料。对于继承权或继承份额有争议的，继承人还需提供已生效的法院判决或仲裁裁决。

**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。**

**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。**

## **(二) 医疗机构外恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗保险金特殊理赔材料及流程：**

### **1. 特殊理赔材料：**

(1) 服务知情同意书；

(2) 理赔授权委托书：（仅限于被保险人院外购药费用由保险人认可的社会药房垫付药品费用时使用）

(3) 药品协助购买服务完成确认书；

(4) 保险人、保险人指定的第三方服务商与被保险人依法签订的其他协议、法律文件。

### **2. 医疗机构外恶性肿瘤新特药的处方审核及购药流程**

在本合同有效期内，被保险人在等待期届满后经保险人指定的医疗机构具有合法资质的专科医生确诊初次罹患恶性肿瘤，在该恶性肿瘤的治疗过程中，根据上述医疗机构具有合法资质的专科医生开具的用于治疗该恶性肿瘤的药品处方购药的，如果被保险人在就诊医疗机构外、保险人认可的社会药房购买药品处方中所列明的药品，且该药品属于保险单中载明的保险人指定的药品清单中的药品，须按照以下流程进行购药申请、药品处方审核、药品自取、送药上门服务及援助赠药申请：

#### **(1) 购药申请**

在保险人认可的社会药房（以《网络药房列表》形式在保险单中载明）购买保险单中载明的药品清单中的药品，必须先进行购药申请。被保险人作为申请人向保险人提交恶性肿瘤新特药药品购药申请，并按照保险人的要求提交相关申请材料，主要包括与被保险人相关的个人信息、保险人指定的医疗机构具有合法资质的医疗机构专科医生确诊初次罹患恶性肿瘤的诊断证明（包含确诊日期）、与诊断证明相关的检查检验报告、药品处方及其他所需要的

医学材料。

**如果申请人未提交购药申请或者申请审核未通过，保险人不承担赔偿恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗保险金的责任。**

#### **(2) 药品处方审核（处方审核时效在保险单中载明）**

在保险人认可的社会药房（以《网络药房列表》形式在保险单中载明）购买保险单中载明的恶性肿瘤新特药清单中的药品，必须先进行药品处方审核。保险人安排指定的第三方服务商（具体服务商在保险单中载明）进行药品处方审核。在药品处方审核中，申请人提交的与被保险人相关的医学材料，不足以支持药品处方审核要求的，或者上述医学材料中相关的检查检验报告结果，不支持药品处方开具的，保险人有权要求被保险人补充其他与药品处方审核相关的医学材料。

**如果申请人的药品处方未经第三方服务商及保险人审核通过，保险人不承担赔偿恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗保险金的责任。**

#### **(3) 药品自取、送药上门服务**

**送药上门服务仅限在保险人认可的社会药房购买保险人指定的药清单中的药品。**

药品处方经保险人指定的第三方服务商审核通过后，申请人必须从保险人认可的社会药房（以《网络药房列表》形式在保险单中载明）中选定购药药房，经保险人指定的第三方服务商提供购药凭证后，**申请人必须在购药凭证生成后的 30 日（含）内完成到店自取或送药上门服务预约**，取药时需提供药品处方、购药凭证、被保险人的有效身份证件。**每次取药量不能超过 30 天（1 个月）用量（或者保险单载明的特别约定购药数量）。**

#### **(4) 援助用药申请**

**被保险人申请索赔的恶性肿瘤新特药如果在保险单载明的药清单中有慈善赠药援助用药项目的，必须进行慈善援助用药申请。**

若被保险人用药时长符合保险人指定或认可的慈善机构援助项目申请条件，保险人将通知被保险人并安排保险人指定的第三方服务商协助被保险人进行申请材料准备，被保险人须提供申请援助项目合理且必须的材料。援助项目经保险人指定或认可的慈善机构审核通过后，被保险人须到援助项目指定的药房领取援助药品；若被保险人未通过援助项目审核，被保险人须按照上述第（2）条药品处方审核的约定重新进行药品处方审核。

**若被保险人通过援助用药申请可以使用慈善赠药治疗但因被保险人原因未领取援助药品或坚持自付费购药的，视为被保险人自愿放弃本合同项下适用的保险权益，保险人不承担给付恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗保险金的责任。**

## **(5) 费用结算**

申请人在保险人认可的的社会药房（以《网络药房列表》形式在保险单中载明）购药，可选择自付药品费用，申请人自付药品费用在完成前述购药流程后的由被保险人按照正常保险金申请理赔流程向保险人申请赔付。申请人选择由保险人认可的的社会药房（以《网络药房列表》形式在保险单中载明）垫付药品费用的，保险人与该药房直接结算药品费用，**视为保险人已承担给付恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗保险金的责任。**

## **诉讼时效期间**

### **第二十七条 诉讼时效期间**

保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效依据中华人民共和国（不含港澳台地区）相关法律规定处理。

## **争议处理和法律适用**

### **第二十八条 争议处理**

因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国（不含港澳台地区）有管辖权的人民法院起诉。

### **第二十九条 法律适用**

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（不含港澳台地区）。

## **保险合同的解除、终止**

### **第三十条 合同的自动终止**

发生下列情形时，本合同自动终止：

- （一）保险合同期满；
- （二）被保险人死亡；
- （三）法律法规规定或本合同约定的其他导致本合同效力终止的情形。

### **第三十一条 合同的解除**

在本合同成立后，投保人可以通过书面形式通知保险人解除合同，**但保险人已根据本合同约定给付保险金的除外。**

投保人解除本合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险合同原件；

(三) 投保人身份证明。

投保人要求解除本合同，自保险人接到上述证明文件和资料之时起，本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还未满期保险费。

## 释义

### 1. 意外伤害：

指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤、过敏及过敏引发的变态反应性疾病、中暑、蚊虫叮咬、高原反应均不属于意外伤害。

### 2. 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保险单上载明。在等待期内发生因意外伤害之外的其他原因导致的保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。在等待期内发生意外伤害导致的保险事故的，保险人依本合同承担给付保险金的责任。

### 3. 疾病：

是指本合同签发之日起，经等待期（续保不受此限）后被保险人所患任何疾病或症状，但不包括本合同生效前、等待期内已接受或曾被保险人指定的医疗机构具有合法资质的专科医生建议需采取诊疗措施的任何疾病或症状。

### 4. 指定的医疗机构：

是指经中华人民共和国境内（不含港、澳、台地区）卫生部门审核认定的二级或以上的综合性或专科医院或其他保险人认可的医疗机构，且仅限于上述医疗机构院的普通部，不包括如下机构或医疗服务：

- (1) 特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 部、联合医院；
- (2) 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；
- (3) 休养、戒酒、戒毒中心。

该医疗机构必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。

### 5. 住院：

指被保险人因意外伤害或疾病而入住医疗机构之正式病房接受全日 24 小时监护治疗的过程，并正式办理入出院手续。但不包括下列情况：

- (1) 被保险人在医疗机构院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；
- (2) 被保险人在特需病房、外宾病房或其它不属于社会医疗保险范畴的高等级病房入住；
- (3) 被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；
- (4) 被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或一天内住院不满二十四小时；但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；
- (5) 被保险人住院体检；
- (6) 挂床住院及其他不合理的住院。挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非 24 小时在床、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。

#### 6. 必需且合理的住院医疗费用：

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。

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。

#### 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) 在二级或二级以上保险人指定的医疗机构的相应科室从事临床工作三年以上

#### 8. 床位费：

指住院期间实际发生的、不高于双人病房的住院床位费（**不包括单人病房、套房、家庭病床**）。**重症监护室床位费：**指住院期间出于**医学必需**被保险人需在重症监护室进行合理且必要的医疗而产生的床位费。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）标准的单人或多人监护病房。

#### **9. 膳食费：**

指实际发生的、由医疗机构提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用，**但不包括购买的个人用品的费用。**

#### **10. 护理费：**

指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

#### **11. 检查检验费：**

指实际发生的、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，包括诊查费、妇检费、X光费、CT费、MRI费、心电图费、超声费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等医疗检验费用。

#### **12. 治疗费：**

指住院期间以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，具体以就诊保险人指定的医疗机构的费用项目划分为准。包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费、中医理疗及其他特殊疗法费用。

#### **13. 药品费：**

指实际发生的合理且必要的由医生开具的具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用。**但不包括营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品，以及下列中药类药品：**

（1）单方、复方中药或中成药，如花旗参，冬虫草，白糖参，朝鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝，红参，琥珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，燕窝，野山参，移山参，珍珠（粉），紫河车，阿胶，阿胶珠，血宝胶囊，红桃K口服液，十全大补丸，十全大补膏等；

（2）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；

（3）用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

#### **14. 手术费：**

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

**15. 化学疗法：**

指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，在医疗机构进行的静脉注射化疗。

**16. 放射疗法：**

指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，在医疗机构的专门科室进行的放疗。

**17. 肿瘤免疫疗法：**

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部门批准用于临床治疗。

**18. 肿瘤内分泌疗法：**

指对于恶性肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制激素生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞的生长。本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部门批准用于临床治疗。

**19. 肿瘤靶向疗法：**

指在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本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部门批准用于临床治疗。

**20. 初次罹患：**

指被保险人自出生之日起第一次出现而不是自本合同等待期后第一次出现与本合同所约定的疾病相关的症状或体征，而该症状或体征已足以引起一般人士注意并去医疗机构寻求医疗检查，且被诊断为本合同所约定的疾病或在其后发展为本合同约定的疾病。

**21. 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。

**22. 无有效行驶证：**

指下列情形之一：

- (1) 发生保险事故时无公安机关交通管理部门核发的合法有效的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动号牌；
- (2) 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，未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

**23. 既往症：**

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

- (1) 本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- (2) 本合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；
- (3) 本合同生效前，未经医生诊断和治疗，但症状或体征存在，以普通人医学常识应当知晓。

**24. 症状：**

指被保险人病后对机体生理功能异常的自身体验和感觉。

**25. 体征：**

指被保险人的体表或内部结构发生可以察觉的改变。

**26. 潜水：**

指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动或作业。

**27. 攀岩：**

指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

**28. 武术：**

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

**29. 特技表演：**

指从事马术、杂技、驯兽等表演。

**30. 探险：**

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，如江河漂流、徒步穿越沙漠或者人迹罕至的原始森林等活动。

**31. 感染艾滋病病毒或患艾滋病：**

艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。

艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文缩写为 AIDS。在人体血液或其它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；同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

**32. 周岁：**

以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。

**33. 未到期保险费：**

除另有约定外，未到期保险费=保险费×[1-(保险单已生效天数/保险期间天数)]。经过天数不足一天的按一天计算。

**34. 不可抗力：**

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

**35. 该次住院：**

因意外伤害或疾病而入住医疗机构之正式病房接受全日 24 小时监护治疗，自正式入院日起至正式出院日止期间。

**36. 同一次住院：**

指被保险人因同一疾病或意外伤害事故需间歇性住院治疗，前次出院与后次入院间隔时间少于 90 天（含第 90 天），则视为同一次住院。

**37. 重大疾病：**

本合同所保障的重大疾病，是指被保险人在本合同的保险期间内经保险人指定的医疗机

构具有合法资质的专科医生明确诊断初次罹患下列疾病或初次达到下列疾病状态或在医疗机构初次接受下列手术，其中第 1 至 25 种重大疾病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》（以下简称“规范”）规定的疾病，且疾病名称和疾病定义与“规范”一致，第 26 至 100 种重大疾病为“规范”规定范围之外的疾病。

**重大疾病的名称及定义如下：**

**(1) 恶性肿瘤：**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它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断，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》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。

**下列疾病不在保障范围内：**

- 1) 原位癌；
- 2) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- 3) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- 4) 皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；
- 5) TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌；
- 6) 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

**(2) 急性心肌梗塞：**指因冠状动脉阻塞导致的相应区域供血不足造成部分心肌坏死。须满足下列至少三项条件：

- 1) 典型临床表现，例如急性胸痛等；
- 2) 新近的心电图改变提示急性心肌梗塞；
- 3) 心肌酶或肌钙蛋白有诊断意义的升高，或呈符合急性心肌梗塞的动态性变化；
- 4) 发病 90 天后，经检查证实左心室功能降低，如左心室射血分数低于 50%。

**(3) 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，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，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

- 1) 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失（见释义 39）；
- 2) 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失（见释义 40、41）；
- 3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动（见释义 38）中的三项或三项以上。

**(4) 重大器官移植术或造血干细胞移植术：**

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

2) 造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的异体移植手术。

(5) **冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）**：指为治疗严重的冠心病，实际实施了开胸进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

**冠状动脉支架植入术、心导管球囊扩张术、激光射频技术及其它非开胸的介入手术、腔镜手术不在保障范围内。**

(6) **终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）**：指双肾功能慢性不可逆性衰竭，达到尿毒症期，经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗或实施了肾脏移植手术。

(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 超或其它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) **良性脑肿瘤**：指脑的良性肿瘤，已经引起颅内压增高，临床表现为视神经乳头水肿、精神症状、癫痫及运动感觉障碍等，并危及生命。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，并须满足下列至少一项条件：

- 1) 实际实施了开颅进行的脑肿瘤完全切除或部分切除的手术；
- 2) 实际实施了对脑肿瘤进行的放射治疗。

**脑垂体瘤、脑囊肿、脑血管性疾病不在本合同保障范围内。**

(10) **慢性肝功能衰竭失代偿期**：指因慢性肝脏疾病导致肝功能衰竭。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功能衰竭不在保障范围内。**

**(11) 脑炎后遗症或脑膜炎后遗症：**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，指疾病确诊 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机能完全丧失（见释义 39）；
- 2) 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失（见释义 40、41）；
- 3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动（见释义 38）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（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 96 小时以上。

**因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在本合同保障范围内。**

**(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（见释义 42）性丧失，在 500 赫兹、1000 赫兹和 2000 赫兹语音频率下，平均听阈大于 90 分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

**被保险人在 3 周岁之前因疾病导致的双耳失聪不在保障范围内。**

**本合同仅对 3 周岁以上的被保险人予以理赔。先天性疾病所致的听力丧失不在本合同保障范围内。**

**(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（见释义 42）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，如果使用其它视力表应进行换算）；
- 3) 视野半径小于 5 度。

**本合同仅对 3 周岁以上的被保险人予以理赔。先天性疾病所致的视力丧失不在本合同保障范围内。**

**(15) 瘫痪：**指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体机能永久完全丧失。肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后或意外伤害发生 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意识活动。

**(16) 心脏瓣膜手术：**指为治疗心脏瓣膜疾病，实际实施了开胸进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

**(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三项或三项以上。

**神经官能症和精神疾病不在保障范围内。**

**(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 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机能完全丧失（见释义 39）；
- 2) 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失（见释义 40、41）；
- 3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动（见释义 38）中的三项或三项以上。

**(19) 严重帕金森病：**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。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（见释义 38）中的三项或三项以上。

**继发性帕金森综合征不在本合同保障范围内。**

**(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。

**(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。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（见释义 38）中的三项或三项以上的条件。

**(23) 语言能力丧失：**指因疾病或意外伤害导致完全丧失语言能力，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本合同保障范围内。

本合同仅对 3 周岁以上的被保险人予以理赔。先天性失聪导致的语言能力丧失不在本合同保障范围内。

**(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。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；
- 2) 外周血象须具备以下三项条件：
  - i. 中性粒细胞绝对值 $\leq 0.5 \times 10^9/L$ ；
  - ii. 网织红细胞 $< 1\%$ ；
  - iii. 血小板绝对值 $\leq 20 \times 10^9/L$ 。

**(25) 主动脉手术：**指为治疗主动脉疾病，实际实施了开胸或开腹进行的切除、置换、修补病损主动脉血管的手术。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。

动脉内血管成形术不在保障范围内。

**(26) 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。

**(27) 慢性肺功能衰竭：**指慢性肺部疾病导致永久不可逆性的慢性呼吸功能衰竭。须满足下列全部条件：

- 1) 休息时出现呼吸困难；
- 2) 动脉血氧分压 ( $PaO_2$ )  $< 50\text{mmHg}$ ；
- 3) 动脉血氧饱和度 ( $SaO_2$ )  $< 80\%$ ；
- 4) 因缺氧必须接受持续的输氧治疗。

**(28) 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碟中取食物放入口中。

**(29) 职业原因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) 感染必须是在被保险人正在从事其职业工作中发生；
- 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 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
医疗机构化验室工作人员	医疗机构护工
救护车工作人员	助产士
警察（包括狱警）	消防人员

**除外事项：**

1) 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，本保障将不再予以赔付。

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

保险人应当拥有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。

**(30) 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，病变累及全结肠，表现为严重的血便和系统性症状体征，治疗通常采取全结肠切除和回肠造瘘术。

溃疡性结肠炎必须根据组织病理学特点诊断，并且被保险人已经接受了结肠切除和/或回肠造瘘术。

**(31) 全身性重症肌无力：**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（见释义 38）中的三项或三项以上。

**(32) 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：大部分或完全失去活动能力，病人长期卧床或依赖轮椅，生活不能自理。

**(33) 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 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意识活动。

**(34) 输血原因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）并且满足下列全部条件：

1) 在保障起始日之后，被保险人因输血而感染 HIV；

2) 提供输血治疗的输血中心或医疗机构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，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 感染不在本保单保障范围内。

保险人应当拥有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。

**(35) 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。诊断必须由病理检查结果证实。被保险人所患的克隆病必须已经造成瘻管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

**(36) 肌营养不良症：**肌营养不良症是一组遗传性肌肉变性性病变，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（见释义 38）中的三项或三项以上。

**(37) 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保障范围内。**

**(38) 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、肺或肾脏等内脏器官并且达到下列标准之一：

- 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。

**下列疾病不在本保障范围内：**

- 1) 局限硬皮病；
- 2) 嗜酸细胞筋膜炎；
- 3) CREST 综合征。

**(39) 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。**

**(40) 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。**

**(41) 植物人状态:** 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。**

**(42) 重症急性坏死性筋膜炎截肢:** 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(自腕关节或踝关节近端)。

**(43) 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。

**(44) 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。

**(45) 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。**

**(46) 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) 明确诊断,符合所有以下诊断标准:
  - i. 血浆促肾上腺皮质激素 (ACTH) 水平测定, >100pg/ml;
  - ii. 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;
  - iii. 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。

**(48) 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。

**(49) 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。

**(50) 严重慢性自身免疫性肝炎：**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  $\gamma$  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。

**(51) 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本保障范围内。**

**(52) 严重骨髓增生异常综合征：**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 $\geq 3$ ，属于中危及以上组。

**(53) 自体造血干细胞移植：**被保险人因急性白血病、恶性淋巴瘤或多发性骨髓瘤实际接受了自体造血干细胞移植。

**以下情况不在本保障范围内：**

- 1) 因上述所列疾病以外疾病接受自体造血干细胞移植；
- 2) 非造血干细胞移植。

**(54) 严重感染性心内膜炎：**感染性心内膜炎是指因细菌或其他致病菌感染造成心脏内膜感染，瓣膜为最常受累部位，引起心脏瓣膜关闭不全。必须满足下列至少三项条件：

- 1) 急性或亚急性感染性心内膜炎临床表现；
- 2) 血培养病原体阳性；
- 3) 心功能衰竭并实际接受了心脏瓣膜置换手术；
- 4) 并发动脉栓塞导致脑梗塞、肾梗塞或心肌梗塞。

**药物滥用者所患感染性心内膜炎不在本保障范围内。**

**(55) 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层而形成血肿。

急性主动脉夹层血肿必须明确诊断，并且满足下列所有条件：

- 1) 有典型的临床表现；
- 2) 有电子计算机断层扫描（CT）、磁共振扫描（MRI）、磁共振血管造影（MRA）等影像学证据支持诊断；
- 3) 被保险人实际接受了急诊条件下进行的传统或微创开胸或开腹主动脉手术。

**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。**

**(56) 严重慢性缩窄性心包炎：**由于慢性心包炎症导致心包脏层和壁层广泛瘢痕粘连、增厚和钙化，心包腔闭塞，形成一个纤维瘢痕外壳，使心脏和大血管根部受压，阻碍心脏的舒张。

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心包切除手术。
  - i. 胸骨正中切口；
  - ii. 双侧前胸切口；
  - iii. 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本保障范围内。**

**(57) 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本保障范围内。**

**(58) 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  $\geq 55\text{mm}$ ；
- 4) QRS 时间  $\geq 130\text{msec}$ ；
- 5) 药物治疗效果不佳，仍有症状。

**(59) 完全性房室传导阻滞：**指因慢性心脏疾病导致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。

**(60) 风湿热导致的心脏瓣膜病变：**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瓣膜成型手术不在本保障范围内。**

**(61) 头臂动脉型多发性大动脉炎旁路移植手术：**多发性大动脉炎（高安氏动脉炎）是一种发生在主动脉和其主要分支的慢性炎症性动脉疾病，表现为受累动脉狭窄或闭塞。头臂动脉型多发性大动脉炎是指多发性大动脉炎头臂动脉型（I 型），又称为无脉症。被保险人被明确诊断为头臂动脉型多发性大动脉炎并且实际接受了经胸部切开进行的无名动脉（头臂干）、颈总动脉、锁骨下动脉旁路移植手术。

**非开胸的血管旁路移植手术、因其他病因而进行的旁路移植手术，对其他动脉进行的旁路移植手术，经皮经导管进行的血管内手术不在本保障范围内。**

**(62) 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围上皮细胞异常增生形成多发结节。必须满足下列所有条件：

- 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。**

**(63) 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（ $\text{PaO}_2$ ） $<50\text{mmHg}$  和动脉血氧饱和度（ $\text{SaO}_2$ ） $<80\%$ 。

**(64) 非阿尔茨海默病至严重痴呆：**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本保障范围内。**

**(65) 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。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。

**(66) 克-雅氏病 (CJD, 人类疯牛病)：**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。本病须经三级医疗机构的专科医师根据 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三项以上。

**(67) 亚急性硬化性全脑炎：**是麻疹或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) 必须由三级医疗机构诊断，临床检查证实脑电图存在周期性复合波、脑脊液 Y-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三项以上。

**(68) 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三项以上。

**(69) 进行性风疹性全脑炎：**指由风疹病毒感染引起的儿童和青少年的慢性脑炎。疾病确诊 180 天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

1) 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；

2) 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；

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

**(70) 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疗机构诊断，并有下列所有证据支持：

- i. 影像学检查证实存在小脑萎缩；
- ii. 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。

**(71) 神经白塞病：**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 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碟中取食物放入口中。

**(72) 脊髓内肿瘤：**指脊髓内良性或恶性肿瘤。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：
  - i. 移动：自己从一个房间到另一个房间；
  - ii. 进食：自己从已准备好的碗或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、神经纤维瘤不在本保障范围内。**

**(73) 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碟中取食物放入口中。

**(74) 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；
- 2) 双手萎缩呈“爪形手”，肌力 2 级或以下。

**(75) 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。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碟中取食物放入口中。

**(76) 开颅手术：**指因外伤、颅内肿瘤或脑动脉瘤破裂，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、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本保障范围内。**

**(77) 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 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本保障范围内。**

**(78) 1 型糖尿病严重并发症：**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，并且满足下列所有条件：

- 1) 已经持续性地接受外源性胰岛素注射治疗连续 180 天以上；
- 2) 因需要已经接受了下列治疗：
  - i. 因严重心律失常植入了心脏起搏器；或
  - ii. 因坏疽自跖趾关节或以上切除了一趾或多趾。

**(79) 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：

i. 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）；

ii. 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。

**垂体功能部分低下及其他原因所致垂体功能低下不在本保障范围内。**

**(80) 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（见释义 38）中的三项或三项以上。

**(81) 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。

**其他肾脏囊性病变不在本保障范围内。**

**(82) 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。

**(83) 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、坏死病灶切除或胰腺切除。

**腹腔镜手术治疗、因酗酒或饮酒过量所致的急性坏死性胰腺炎不在本保障范围内。**

**(84) 严重获得性或继发性肺泡蛋白质沉积症：**因获得性或继发性原因或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，必须满足下列所有条件：

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

2) 被保险人因中重度呼吸困难或低氧血症而实际已行全身麻醉下的全肺灌洗治疗。

**(85) 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。

**(86) 失去一肢及一眼：**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：

- i. 眼球摘除；
- ii. 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）；
- iii. 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。**

**(87) 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（自腕关节或踝关节近端）。

**(88) 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) 被保险人接受器官移植，并因此感染 HIV；

2) 实施器官移植的医疗机构为三级医疗机构；

3) 实施移植医疗机构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，本保障将不再予以赔付。

**(89) 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病例不在本保障范围内。**

**(90)Brugada 综合征：**被保险人必须由三级医疗机构心脏专科医生明确诊断为 Brugada 综合征，并且满足下列所有条件：

- 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起搏器。

**(91) 严重结核性脑膜炎：**由结核杆菌引起的脑膜和脊膜的非化脓性炎症性疾病。需满足以下全部条件：

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

**(92)婴儿进行性脊肌萎缩症：**该病是累及脊髓前角细胞及延髓运动核的神经元退行性变性病，指被保险人出现脊髓和脑干颅神经前角细胞进行性机能障碍，伴随肌肉无力和延髓机能障碍。

该病必须经由医疗机构的神经科医师通过肌肉活检而确诊，理赔时必须提供肌肉活检的病理报告。

但以下情形均不在保障范围：

1) 其它类型的脊肌萎缩症如 II 型中间型进行性脊肌萎缩症，III 型少年型脊肌萎缩症 (Kugelberg-Welander 氏病)；

2) 被保险人在年满 2 周岁之后确诊该疾病。

**(93) 因疾病或外伤导致智力缺陷：**因严重头部创伤或疾病造成被保险人智力低常（智

力低于常态)或智力残疾。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)。

**轻度(IQ50-70)智力低常,不在保障范围内。**

智商的检测必须由本公司认可的专职心理测验工作者进行,心理测验工作者必须持有由心理测量专业委员会资格认定书。根据被保险人年龄采用对应的智力量表如韦克斯勒智力量表(儿童智力量表或成人智力量表)。

理赔时必须满足下列全部条件:

- 1) 被保险人大于或等于6周岁,且在做智力鉴定并确诊时小于25周岁;
- 2) 主任医师确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低下;
- 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、重度或极重度);
- 4) 被保险人的智力低常自确认日起持续180天以上。

**(94)艾森曼格综合征:**因心脏病导致的严重肺动脉高血压及右向左分流,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。

**(95)严重瑞氏综合征:**瑞氏综合征(Reye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疗机构的专科医生确诊,并满足下列所有条件:

- 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。

**(96)多处臂丛神经根性撕脱:**由于疾病或意外伤害导致至少两根臂丛神经根性撕脱,所造成的手臂感觉功能与运动功能完全永久性丧失。该病必须由医疗机构的专科医生确诊,并且有完整的电生理检查结果证实。

**(97)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在25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、与红细胞末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。

**(98) 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（见释义38），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。**

**(99) 多发性骨髓瘤：**多发性骨髓瘤指浆细胞异常增生的恶性肿瘤。必须满足下列所有条件：

- 1) 骨髓活组织检查符合多发性骨髓瘤的典型骨髓改变；
- 2) 至少存在下列一项：
  - i. 异常球蛋白血症；
  - ii. 溶骨性损害。

**(100) 室壁瘤切除手术：**被保险人被明确诊断为左室室壁瘤，并且实际接受了开胸开心进行的室壁瘤切除手术治疗。

**经导管心室内成型手术治疗不在本保障范围内。**

**38. 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。

**39. 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失：**

指肢体的三大关节中的两大关节僵硬，或不能随意活动。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。

**40. 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。

**41. 咀嚼吞咽能力完全丧失：**

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

**42. 永久不可逆：**

指自疾病确诊或意外伤害发生之日起，经过积极治疗 180 天后，仍无法通过现有医疗手段恢复。

**43. 主要诊断：**

指在医疗机构治疗过程中由医生出具的、该治疗期间对被保险人身体健康危害最大、花费医疗费用最多的诊断。

**44. 恶性肿瘤新特药靶向治疗：**

**包括用于治疗恶性肿瘤的靶向药物治疗和靶向免疫检查点抑制剂治疗。**

**靶向药物：**靶向药物（targeted medicine）是目前最先进的用于治疗癌症的药物，它通过与癌症发生、肿瘤生长所必需的特定分子靶点的作用来阻止癌细胞的生长。靶向药物是随着当代分子生物学、细胞生物学的发展产生的高科技药物。

靶向药物与常规化疗药物最大的不同在于其作用机理：常规化疗药物通过对细胞的毒害发挥作用，由于不能准确识别肿瘤细胞，因此在杀灭肿瘤细胞的同时也会殃及正常细胞，所以产生了较大的毒副作用。而靶向药物是针对肿瘤基因开发的，它能够识别肿瘤细胞上由肿瘤细胞特有的基因所决定的特征性位点，通过与之结合（或类似的其他机制），阻断肿瘤细胞内控制细胞生长、增殖的信号传导通路，从而杀灭肿瘤细胞、阻止其增殖。由于这样的特点，靶向药物不仅效果好，而且副作用要比常规的化疗方法小得多。

**靶向免疫检查点抑制剂：**靶向免疫检查点治疗的基本原理是采用共抑制分子（或配体）的单克隆抗体来阻断信号，从而活化 T 细胞，增强其杀伤肿瘤细胞的能力，是一种新的治疗恶性肿瘤的方法。目前临床上最常用的免疫检查点抑制剂有：1）细胞毒 T 淋巴细胞相关抗原 4（cytotoxic T lymphocyte-associated antigen-4, CTLA-4）；2）程序性死亡受体 1（programmed cell death protein 1, PD-1）；3）程序性死亡配体 1（programmed death-ligand 1, PD-L1）抗体。

**45. 实体瘤治疗疗效评价标准（RECIST 评价标准）（ Response Evaluation Criteria in Solid Tumors, RECIST ）**

## （1）肿瘤病灶的测量

1) 肿瘤病灶基线分为可测量病灶（至少有一个可测量病灶）：用常规技术，病灶直径长度  $\geq 20\text{mm}$  或螺旋 CT  $\geq 10\text{mm}$  的可以精确测量的病灶。不可测量病灶：所有其它病变（包括小病灶即常规技术长径  $< 20\text{mm}$  或螺旋 CT  $< 10\text{mm}$ ）包括骨病灶、脑膜病变、腹水、胸水、心包积液、炎症乳腺癌、皮肤或肺的癌性淋巴管炎、影像学不能确诊和随诊的腹部肿块和囊性病灶。

## 2) 测量方法

基线和随诊应用同样的技术和方法评估病灶。1) 临床表浅病灶如可扪及的淋巴结或皮肤结节可作为可测量病灶，皮肤病灶应用有标尺大小的彩色照片。2) 胸部 X 片：有清晰明确的病灶可作为可测量病灶，但最好用 CT 扫描。3) CT 和 MRI：对于判断可测量的目标病灶评价疗效，CT 和 MRI 是目前最好的并可重复随诊的方法。对于胸、腹和盆腔，CT 和 MRI 用  $10\text{mm}$  或更薄的层面扫描，螺旋 CT 用  $5\text{mm}$  层面连续扫描，而头颈部及特殊部位要用特殊的方案。4) 超声检查：当研究的 End point 是客观肿瘤疗效时，超声波不能用于测量肿瘤病灶，仅可用于测量表浅可扪及的淋巴结、皮下结节和甲状腺结节，亦可用于确认临床查体后浅表病灶的完全消失。5) 内窥镜和腹腔镜：作为客观肿瘤疗效评价至今尚未广泛充分的应用，仅在有争议的病灶或有明确验证目的高水平的研究中心中应用。这种方法取得的活检标本可证实病理组织上的 CR。6) 肿瘤标志物：不能单独应用判断疗效。但治疗前肿瘤标志物高于正常水平时，临床评价 CR 时，所有的标志物需恢复正常。疾病进展的要求是肿瘤标志物的增加必须伴有可见病灶进展。7) 细胞学和病理组织学：在少数病例，细胞学和病理组织学可用于鉴别 CR 和 PR，区分治疗后的良性病变还是残存的恶性病变。治疗中出现的任何渗出，需细胞学区别肿瘤的缓解、稳定及进展。

## （2）肿瘤缓解的评价

### 1) 肿瘤病灶基线的评价

要确立基线的全部肿瘤负荷，对此在其后的测量中进行比较，可测量的目标病灶至少有一个，如是有限的孤立的病灶需组织病理学证实。1) 可测量的目标病灶：应代表所有累及的器官，每个脏器最多 5 个病灶，全部病灶总数最多 10 个作为目标病灶，并在基线时测量并记录。目标病灶应根据病灶长径大小和可准确重复测量性来选择。所有目标病灶的长度总和，作为有效缓解记录的参考基线。2) 非目标病灶：所有其它病灶应作为非目标病灶并在基线上记录，不需测量的病灶在随诊期间要注意其存在或消失。

### 2) 缓解的标准

### 目标病灶的评价

CR：所有目标病灶消失。

PR：基线病灶长径总和缩小  $\geq 30\%$ 。

SD：基线病灶长径总和未达 PR 或有增加但未达 PD。

PD：基线病灶长径总和增加  $\geq 20\%$  或出现新病灶。

### 非目标病灶的评价

CR：所有非目标病灶消失和肿瘤标志物水平正常。

PD：出现一个或多个新病灶或/和存在非目标病灶进展。

SD：一个或多个非目标病灶和/或肿瘤标志物高于正常持续存在。

## (3) 总的疗效评价 (见表 1)

### 1) 最佳缓解评估

最佳缓解评估是指治疗开始后最小的测量记录直到疾病进展/复发 (最小测量记录作为进展的参考); 虽然没有 PD 证据, 但因全身情况恶化而停止治疗者应为“症状恶化”并在停止治疗后详细记录肿瘤客观进展情况。要明确早期进展、早期死亡及不能评价的病人。在某些情况下, 很难辨别残存肿瘤病灶和正常组织, 评价 CR 时, 在 4 周后确认前, 应使用细针穿刺或活检检查残存病灶。

### 2) 肿瘤重新评价的频率

肿瘤重新评价的频率决定于治疗方案, 实际上治疗的获益时间是不清楚的, 每 2 周期 (6~8 周) 的重新评价是合理的, 在特殊的情况下应调整为更短或更长的时间。治疗结束后, 需重新评价肿瘤决定于临床试验的 end points, 是缓解率还是到出现事件时间 (Time to event、TTE) 即到进展/死亡时间 (Time to progression、TTP/Time to death、TTD) 如为 TTP/TTD 那需要常规重复的评估, 二次评估间隔时间没有严格的规定。

### 3) 确认

客观疗效确认的目的是避免 RR 的偏高, CR、PR 肿瘤测量的变化必须反复判断证实, 必须在首次评价至少 4 周后复核确认, 由试验方案决定的更长时间的确认同样也是合适的。SD 病人在治疗后最少间隔 6~8 周, 病灶测量至少有一次 SD。对于以无进展生存 (Progression-free survival、PFS) 和总生存 (Overall survival、OS) 为 end points 的临床研究并不需要反复的确证肿瘤大小的变化。

### 4) 缓解期

是从首次测量 CR 或 PR 时直到首次疾病复发或进展时。

#### 5) 稳定期

是从治疗开始到疾病进展的时间，SD 期与临床的相关性因不同的肿瘤类型、不同的分化程度而变化。

缓解期、稳定期以及 PFS 受基线评价后随诊频率的影响，由于受到疾病的类型、分期、治疗周期及临床实践等多种因素的影响，至今尚不能确定基本的随诊频率，这在一定程度上影响了试验 end points 的准确度。

#### 6) PFS/TTP

在一些情况下（如脑肿瘤或非细胞毒药物的研究）PFS/TTP 可考虑为作为研究的 end points，尤其是非细胞毒作用机制的生物药物的初步评估。

#### 7) 独立的专家委员会

对于 CR、PR 是主要的研究 end points，强调所有缓解都必须被研究外的独立专家委员会检查。

#### (4) 结果报告

试验中的所有病人包括偏离了治疗方案或不合格的病人必须判断对治疗的疗效 (Intend to treatment、ITT)，每个病人都必须按如下分类 CR、PR、SD、PD、死于肿瘤、死于毒性、死于其它肿瘤、不明(没有足够的资料评估)。所有符合标准合格的病人都应包括在 RR 的分析中，所有 PD 和死亡都应考虑为治疗失败。结论是基于符合标准的病人，其后的进一步分析可在病人的不同亚群中，并提供 95%的可信限间隔。

#### (5) WHO 与 RECIST 疗效评价标准比较见表 2

表 1 总疗效评价

目标病灶	非目标病灶	新病灶	总疗效
CR	CR	无	CR
CR	未达 CR/SD	无	PR
PR	无 PD	无	PR
PD	任何	有/无	PD
任何	PD	有/无	PD
任何	任何	有	PD
SD	无 PD	无	SD

表 2 WHO 与 RECIST 疗效评价标准比较

疗效	WHO（两个最大垂直径乘积变化）	RECIST（最长径总和变化）
CR	全部病灶消失维持 4 周	全部病灶消失维持 4 周
PR	缩小 50%维持 4 周	缩小 30%维持 4 周
PD	增加 25%，病灶增加前非 CR/PR/SD	增加 20%，病灶增加前非 CR/PR/SD
SD	非 PR/PD	非 PR/PD

**46. 保险人指定的药品清单：**

保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的符合保险计划表约定的各保障计划的药品清单, 药品清单会在保险单中载明。

**47. 保险人认可的社会药房：**

经保险人审核认可，能够满足下列全部条件，为被保险人提供药品处方审核、购药或配送服务的药房，具体以保险单载明的《网络药房列表》为准。

- (1) 取得国家药品经营许可证、GSP 认证；
- (2) 具有完善的冷链药品送达能力；
- (3) 提供专业的药品资讯、患者教育、追踪随访、慈善赠药服务；
- (4) 该药房内具有药师等专业人员提供服务；
- (5) 具有或者正在申报当地城乡居民大病医疗保险定点资质的、由大型医药公司经营的全性连锁药房。

**48. 第三方服务商：**

保险人授权的为被保险人提供处方审核及药事服务的机构。

**49. 购药凭证：**

保险理赔审核通过后，第三方服务商通过平台派发给被保险人的可用于在第三方服务商合作药房领取保险赔付药品的凭证。

**50. 保险人指定或认可的慈善机构：**

指依法成立、符合《中华人民共和国慈善法》规定，以面向社会开展慈善活动为宗旨的非营利性组织机构。慈善机构可以采取基金会、社会团体、社会服务机构等组织形式。

**51. 医生费：**

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的诊疗费用。

**52. 社会医疗保险：**

本合同所称的社会医疗保险包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗、医疗救助、少儿医保等政府举办的基本医疗保障项目。