

华泰财险慢性代谢性疾病并发症医疗费用保险（互联网专属）条款

阅读指引

本阅读指引有助于您理解条款，对本合同内容的解释以条款为准。



您拥有的重要权益

- ❖ 本合同提供的保障在保险责任条款中列明2.5
- ❖ 您有退保的权利5.2



您应当特别注意的事项

- ❖ 本合同有等待期的约定，请您注意2.3
- ❖ 本合同有责任免除条款，请您注意2.6
- ❖ 保险事故发生后，请及时通知我们3.2
- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策5.2
- ❖ 您有如实告知的义务6.1
- ❖ 本合同对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请您注意7



保险条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本保险条款。



条款目录(不含三级目录)

1. 您与我们订立的合同	5.2 合同的解除	7.15 感染艾滋病病毒或患艾滋病
1.1 合同构成	6. 其他需要关注的事项	7.16 毒品
1.2 合同成立与生效	6.1 明确说明与如实告知	7.17 症状
1.3 被保险人	6.2 我们合同解除权的限制	7.18 体征
1.4 投保人	6.3 年龄错误	7.19 社会药房
2. 我们提供的保障	6.4 联系方式变更	7.20 遗传性疾病
2.1 保险金额	6.5 合同内容变更	7.21 先天性畸形、变形或染色体异常
2.2 保险期间	6.6 争议处理	7.22 未到期保险费
2.3 等待期	6.7 法律适用	7.23 有效身份证件
2.4 不保证续保	7. 释义	7.24 ICD-10
2.5 保险责任	7.1 意外伤害	7.25 原发性高血压
2.6 责任免除	7.2 周岁	7.26 2型糖尿病
2.7 免赔额	7.3 指定医疗机构	7.27 高脂血症
2.8 补偿原则和赔付标准	7.4 专科医生	7.28 较重急性心肌梗死
3. 保险金的申请	7.5 住院	7.29 严重脑中风
3.1 受益人	7.6 必需且合理的住院医疗费用	7.30 慢性肾衰竭尿毒症期
3.2 保险事故通知	7.7 床位费	7.31 糖尿病足导致的截肢
3.3 保险金申请	7.8 膳食费	7.32 糖尿病视网膜病变导致的失明
3.4 保险金给付	7.9 护理费	7.33 主动脉夹层动脉瘤
3.5 诉讼时效	7.10 检查检验费	
4. 保险费的支付	7.11 治疗费	
4.1 保险费的支付	7.12 药品费	
5. 合同的终止、解除	7.13 手术费	
5.1 合同的自动终止	7.14 初次确诊	

华泰财险慢性代谢性疾病并发症医疗费用保险（互联网专属）条款

“华泰财险慢性代谢性疾病并发症医疗费用保险（互联网专属）”简称“慢性代谢性疾病并发症医疗费用保险”。在本保险条款中，“您”指投保人，“我们”指华泰财产保险有限公司，“本合同”指您与我们之间订立的“华泰财险慢性代谢性疾病并发症医疗费用保险合同”。

1. 您与我们订立的合同

- 1.1 合同构成 本合同是您与我们约定保险权利义务关系的协议，包括本保险条款、保险单及其他保险凭证、投保单及其他投保文件、合法有效的声明、批注、批单及其他您与我们共同认可的书面协议。
- 1.2 合同成立与生效 您提出保险申请、我们同意承保，本合同成立。合同生效日期在保险单上载明。
- 1.3 被保险人 本合同接受的投保年龄范围为 18 周岁（含）至 65 周岁（含）。被保险人应当为符合我们承保条件的，能正常工作、正常生活的自然人。
- 1.4 投保人 您作为本合同的投保人，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对被保险人具有保险利益且具有完全民事行为能力的其他人。

2. 我们提供的保障

- 2.1 保险金额 保险金额是我们承担赔偿责任或给付保险金责任的最高限额。本合同的保险金额由您和我们协商确定，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。
- 2.2 保险期间 本合同的保险期间为一年，保险期间在保险单上载明。
- 2.3 等待期 等待期是指本合同生效且保险期间开始后我们不承担保险责任的一段时间，等待期从保险期间起始日开始计算。具体天数由我们和您在投保时约定并在保险单上载明。符合以下情形的无等待期：您在本合同保险期间届满前重新为被保险人向我们申请投保本产品而获得的新的保险合同，在新的保险合同项下无等待期。
- 2.4 不保证续保 本合同为不保证续保合同。本合同的保险期间为一年。保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本合同，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。
- 2.5 保险责任 在本合同保险期间内，且本合同有效的前提下，我们按以下约定承担保险责任：

- 2.5.1 慢性代谢性疾病
并发症医疗费用
保险金 被保险人在等待期届满后发生以下慢性代谢性疾病的并发症，并在我们指定医疗机构具有合法资质的**专科医生初次确诊**的，导致其在我们指定**医疗机构**接受治疗的，我们对于被保险人因接受前述治疗支付的下述2.5.1.1-2.5.1.4类费用，依照本合同的约定承担给付慢性代谢性疾病并发症医疗保险金的责任。
- 慢性代谢性疾病指原发性高血压病、2型糖尿病、高脂血症。
- 慢性代谢性疾病并发症指：
- (1) 较重急性心肌梗死
 - (2) 严重脑中风
 - (3) 慢性肾衰竭尿毒症期
 - (4) 糖尿病足导致的截肢
 - (5) 糖尿病视网膜病变导致的失明
 - (6) 主动脉夹层动脉瘤
- 2.5.1.1 住院医疗费用 被保险人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。
- 如果在本合同约定的保险期间届满之日，被保险人仍未结束本次住院治疗的，对于自本合同保险期间届满之日起30日内（含第30日）因本次住院治疗发生的必需且合理的住院医疗费用，我们继续承担保险责任。但我们对于本项住院医疗费用的累计给付之和以本合同约定的慢性代谢性疾病并发症医疗保险金的保险金额为限。
- 2.5.1.2 特殊门诊医疗费用 被保险人在门诊（不含特需门诊）接受门诊透析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。
- 2.5.1.3 门诊手术医疗费用 被保险人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。
- 2.5.1.4 住院前后门急诊
医疗费 在本合同约定的保险期间内，被保险人在住院前7日（含住院当日）和出院后30日（含出院当日）内，因与本次住院相同原因而接受门急诊治疗时，被保险人在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（但不包括本合同第2.5.1.2和2.5.1.3项约定的特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用）。
- 我们对于以上四类费用的累计赔偿金额以本合同约定的慢性代谢性疾病并发症医疗保险金为限，一次或累计赔偿的金额达到保险单载明的慢性代谢性疾病并发症医疗保险金额时，保险责任终止。

2.6 责任免除

出现下列情形之一导致被保险人发生保险事故，我们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情形；
- (2) 被保险人在初次投保或非有效续保前所患的慢性代谢性疾病并发症；
- (3) 被保险人在本合同生效前或者等待期内接受检查或治疗，在等待期内或等待期届满后确诊的慢性代谢性疾病并发症；
- (4) 非糖尿病视网膜病变导致的失明；
- (5) 非慢性代谢性疾病导致的慢性肾衰竭尿毒症期；
- (6) 被保险人患有先天性疾病未治愈的；
- (7) 被保险人患有精神和行为障碍，**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）；
- (8) 被保险人在**感染艾滋病病毒或患艾滋病**期间内发生的保险事故。

因下列原因之一导致被保险人发生保险事故的，我们不承担保险金给付责任：

- (1) 任何意外伤害；
- (2) 投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；
- (3) 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；
- (4) 被保险人故意自伤；
- (5) 因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；
- (6) 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；
- (7) 战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱；
- (8) 核爆炸、核辐射或者核污染。

下列损失、费用和责任，我们不承担保险金给付责任：

- (1) 被保险人在我们指定医疗机构外产生的任何费用，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**社会药房**产生的任何费用。

若由于本合同中责任免除情形导致被保险人身故的，我们对被保险人在本合同项下的保险责任终止，除法律规定不退还保险费的情形外，我们退还相应的**未到期保险费**。

2.7 免赔额

本合同中所指免赔额均为年免赔额，指一个保单年度内，应由被保险人自行承担，本合同不予赔付的部分。免赔额由您和我们协商确定并在保险单中载明。

以下可以计入年免赔额的范围：

- (1) 被保险人从其它商业性费用补偿型医疗保险获得的医疗费用补偿；
- (2) 除社会医疗保险和公费医疗保障以外，被保险人从其他途径获得的医疗费用补偿。

注：被保险人通过社会医疗保险和公费医疗保障获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

2.8 补偿原则和赔付标准

本合同适用医疗费用补偿原则。我们按如下约定给付医疗保险金：

(1) 若被保险人未从社会医疗保险、公费医疗、其它商业性费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构、其他责任方获得医疗费用补偿，我们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

免赔额及赔付比例在保单中载明，累计给付金额以保险单载明的相应保险金额为限。

(2) 若被保险人已从社会医疗保险、公费医疗、其它商业性费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构、其他责任方获得医疗费用补偿（以下简称已获得的医疗费用补偿），我们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

保险金额、免赔额及赔付比例在保险单中载明，且该赔付比例应高于前述未从基本医疗保险等途径获得补偿时的赔付比例。

(3) 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。

(4) 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或结算金额为 0 的，我们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。

免赔额及赔付比例在保单中载明，累计给付金额以保险单载明的相应保险金额为限。

3. 保险金的申请

3.1 受益人

除另有指定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

3.2 保险事故通知

您、被保险人或受益人知道保险事故发生后，应当及时通知我们，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。

如果您、被保险人或受益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，我们对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但我们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。

3.3 保险金申请

保险金申请人向我们申请给付保险金时，应提供如下材料：

- (1) 保险金给付申请书；
- (2) 保险合同；
- (3) 被保险人及申请人的**有效身份证件**；
- (4) 支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括但不限于指定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、手术记录、医疗费用发票原件、费用明细清单等。
- (5) 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) 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；
- (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，导致我们无法核实该申请的真实性的，我们对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

在我们的理赔审核过程中，基于理赔需要，我们有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。此外，我们应有权在法律允许情况下，要求尸检。此类检验费用由我们承担。

3.4 保险金给付

我们在收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后，会及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定，但保险合同另有约定的除外。

对属于保险责任的，我们在与被保险人或受益人达成给付保险金的协议后 10 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，我们应当按照约定履行给付保险金义务。

对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起 1 个工作日内向被保险人或受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

我们在收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，对给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；我们最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

3.5 诉讼时效

申请人向我们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。

4. 保险费的支付

- 4.1 保险费的支付 本合同保险费根据投保年龄、有无社保和所选保障计划等确定。您须按合同约定支付保险费。本合同保险费支付方式由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。
- 若您选择一次性支付保险费的，您应当在本合同成立时一次性缴清保险费。
- 若您未按约定足额交纳保险费，本合同不生效，对本合同生效之日前发生的保险事故，我们不承担相应的保险责任。
- 若您选择分期支付保险费的，您应当在每个保险费约定支付日交纳各期对应的保险费。
- 如您未在投保时支付首期保险费的，本合同不生效。对本合同生效之日前发生的保险事故，我们不承担保险责任。
- 您支付首期保险费后，如您未按照本合同约定的付款期限足额缴付当期保险费，且超过本合同约定的付款宽限期（具体宽限期在保险单中载明）仍未足额补缴当期保险费的，则本合同自动终止。
- 若您未按照约定支付分期保费，且本合同终止前发生保险事故的，我们扣减欠缴的保险费后按照本合同约定承担保险责任；对于本合同终止后发生的保险事故，我们不承担保险责任。

5. 合同的终止、解除

- 5.1 合同的自动终止 发生下列情形时，本合同自动终止：
- (1) 保险合同期满；
 - (2) 被保险人死亡；
 - (3) 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。
- 5.2 合同的解除 在本合同成立后，您可以书面形式通知保险人解除合同，但我们已根据本合同约定给付保险金的除外。
- 您解除本合同时，应提供下列证明文件和资料：
- (1) 保险合同解除申请书；
 - (2) 保险合同；
 - (3) 您的有效身份证件。
- 您要求解除本合同，自我们收到保险合同解除申请书之时起，本合同的效力终止。我们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。

6. 其他需要关注的事项

- 6.1 明确说明与如实告知 订立本合同时，我们应向您说明本合同的内容。
- 对保险条款中免除我们责任的条款，我们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您注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向您作出明确说明，未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。
- 我们就您和被保险人的有关情况提出询问，您应当如实告知。

		<p>如果您故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本合同。</p> <p>如果您故意不履行如实告知义务，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。</p> <p>如果您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，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。</p> <p>我们在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。</p>
6.2	我们合同解除权的限制	本保险条款“6.1 明确说明与如实告知”规定的合同解除权，自我们知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。
6.3	年龄错误	<p>您在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保单上填明，如果发生错误按照下列方式办理：</p> <p>(1) 您申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本合同约定投保年龄限制的，我们有权解除合同，并向您退还本合同保险单的未到期保险费。我们行使合同解除权适用本保险条款“6.2 我们合同解除权的限制”的规定。</p> <p>(2) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费少于应付保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。若在补足保险费之前已经发生保险事故，我们在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付。</p> <p>(3) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费多于应付保险费的，我们会将多收的保险费退还给您。</p>
6.4	联系方式变更	为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。若您未以书面形式或双方认可的其他形式通知我们，我们按本合同载明的最后住所、通讯地址或电话等联系方式发送的有关通知，均视为已送达给您。
6.5	合同内容变更	<p>在本合同有效期内，经您与我们协商一致，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，应当由我们在保险单上批注或者附贴批单，或者由您与我们订立书面的变更协议。</p> <p>您通过我们同意或认可的互联网渠道（包括但不限于网站、APP、微信公众号等）提交的合同变更申请，视为您的书面申请，并与书面申请文件具有同等法律效力，我们审核通过，且自我们审核通过的相关通知到达您之日起，变更协议成立并生效。</p>
6.6	争议处理	<p>本合同履行过程中，双方发生争议时，可以从下列两种方式中选择一种争议处理方式：</p> <p>(1) 因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，提交本合同约定的仲裁委员会仲裁；</p> <p>(2) 因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，依法向有管辖权的人民法院起诉。</p>

6.7 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）。

7. 释义

7.1 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、自杀以及自伤均不属于意外伤害。

7.2 周岁 指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。

7.3 指定医疗机构 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公立医院或保险人认可的医疗机构，且仅限于上述医疗机构的普通部，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。

7.4 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。

7.5 住院 是指被保险人因意外伤害或疾病而入住指定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）被保险人在指定医疗机构的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；

（2）被保险人在特需病房、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。

7.6	必需且合理的住院医疗费用	<p>(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。</p> <p>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。</p> <p>(2) 医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：</p> <p>①治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；</p> <p>②不超过安全、足量治疗原则的项目；</p> <p>③由医生开具的处方药；</p> <p>④非试验性的、非研究性的项目；</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
7.7	床位费	指被保险人使用的医院床位的费用。
7.8	膳食费	指实际发生的、由医院提供的合理的、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。
7.9	护理费	指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。
7.10	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、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、便常规检验费等医疗检验费用。
7.11	治疗费	指以治疗疾病为目的，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，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。
7.12	药品费	<p>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：</p> <p>(1) 主要起营养滋补作用的单方、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；</p> <p>(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；</p> <p>(3) 用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。</p>

7.13	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。
7.14	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，而不是指自本合同生效之日起第一次经医院确诊患有某种疾病。
7.15	感染艾滋病病毒或患艾滋病	艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文缩写为 AIDS。在人体血液或其他样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。
7.16	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。
7.17	症状	指疾病过程中机体内的一系列机能、代谢和形态结构异常变化所引起的被保险人主观上的异常感觉或某些客观病态改变，以普通人医学常识应当知晓。
7.18	体征	指医生在检查被保险人时所发现的异常变化。
7.19	社会药房	又称零售药房，指经药品监督管理机构批准，取得《药品经营许可证》后直接向消费者销售药品的药店。
7.20	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。
7.21	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》（ICD-10）确定。
7.22	未到期保险费	指解除保险合同时，由我们退还的那部分金额。 未到期保险费=保险费×(1-m/n)，其中 m 为本合同已生效天数，n 为本合同保险期间的天数。经过天数不足一天的按一天计算。
7.23	有效身份证件	指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。
7.24	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。

- 7.25 原发性高血压 基于目前的医学发展水平和检查手段，能够发现导致血压升高的确切病因，称之为继发性高血压；反之，不能发现导致血压升高的确切病因，则称为原发性高血压，指在未使用降压药的情况下，非同日 3 次测量血压收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ ，和/或舒张压大于等于 90mmHg。原发性高血压是一个由许多病因引起的处于不断进展状态的心血管综合征，可导致心脏和血管功能的改变，最主要的靶器官损害在心脏、肾脏、脑和眼底血管。
- 7.26 2 型糖尿病 是一种慢性代谢疾病，患者特征为高血糖、相对缺乏胰岛素、胰岛素抵抗等。常见症状有烦渴、频尿、不明原因的体重减轻，可能还包括多食、疲倦、或酸痛。高血糖带来的长期并发症包括心脏病、中风、糖尿病视网膜病变，这可能导致失明、肾脏衰竭、甚至四肢血流不畅而需要截肢。
- 7.27 高脂血症 指血脂水平过高，可直接引起一些严重危害人体健康的疾病，如动脉粥样硬化、冠心病等。
- 7.28 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。

- 7.29 严重脑中风 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。被保险人至少伴有下列一种障碍：
- （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。
- 腔隙性脑梗死和短暂性脑缺血发作（TIA）不在保障范围内。
- 7.30 慢性肾衰竭尿毒症期 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，且经诊断后需进行规律性透析治疗。规律性透析是指每周进行血液透析或每天进行腹膜透析。
- 7.31 糖尿病足导致的截肢 因 2 型糖尿病引起的神经及血管病变累及足部，为了维持生命在本公司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或双足截除手术。
- 7.32 糖尿病视网膜病变导致的失明 慢性进行性糖尿病导致的视网膜微血管渗漏和阻塞从而引起一系列的眼底病变，导致双眼视力永久不可逆性丧失，双眼中至少一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。
- 7.33 主动脉夹层动脉瘤 指主动脉的内膜破裂导致血液流入主动脉壁中形成夹层动脉瘤。主动脉指胸主动脉及腹主动脉而非其旁支。诊断必须由专科医生通过检验结果证实，检查包括超声心动图、数字减影血管造影，磁共振扫描及磁共振血管造影或心导管检查的证明，并有进行紧急修补手术。