

# 华泰财险中老年医疗费用保险条款

## 总则

### 第一条

本保险合同由保险条款、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。凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。

### 第二条

凡投保时年龄在 46 周岁（含）至 80 周岁（含），身体健康、能正常工作或正常生活的自然人均可成为本保险合同的被保险人。

经投保人申请，且保险人同意后，本保险合同的被保险人可续保至 100 周岁（含）。

### 第三条

本保险合同的投保人应为具有完全民事行为能力的被保险人本人或在本保险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。

### 第四条

除另有约定外，本保险合同的保险金受益人为被保险人本人。

订立本保险合同时，被保险人或投保人可指定一人或数人为保险金受益人。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。投保人指定受益人时须经被保险人同意。

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

本保险合同的保险责任包括特定疾病医疗保险金（基本责任）、一般医疗保险金（升级责任），投保人可以选择只投保基本责任，也可以在投保基本责任后选择投保升级责任，但不能直接投保升级责任，投保的保险责任由投保人与保险人双方约定，并在保险单中载明。在本保险合同的保险期间内，保险人依照本保险合同约定承担下列保险责任：

#### （一）特定疾病医疗保险金（基本责任）

在本保险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，经本保险合同约定的医疗机构确诊初次罹患本保险合同约定的特定疾病，导致其在本保险合同约定的医疗机构接受治疗的，保险人对被保险人因接受前述治疗支付的下述 1-4 类必需且合理的医疗费用，将按照本保险合同约定的保险金计算方法，在本保险合同约定的医疗费用保险金额内给付特定疾病医疗保险金：

##### 1. 住院医疗费用

被保险人经本保险合同约定的医疗机构具有合法资质的专科医生确诊初次罹患本保险合同约定的特定疾病必须住院治疗的，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。

如果在本保险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，对于自本保险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，保险人继续在本保险合同约定的医疗费用保险金额内承担保险责任。在每一保险单保险期间内，因本保险合同约定的特定疾病住院的累计最高给付日数为 180 日（含第 180 日），**因本保险合同约定的特定疾病累计住院超过 180 日后发生的医疗费用，不属于保险责任范围。**

##### 2. 特殊门诊医疗费用

被保险人经本保险合同约定的医疗机构具有合法资质的专科医生确诊初次罹患本保险合同约定的特定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、必需且合理的以下特殊门诊医疗费用：

###### （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；

(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费。

### 3. 门诊手术医疗费用

被保险人经本保险合同约定的医疗机构具有合法资质的专科医生确诊初次罹患本保险合同约定的特定疾病必须接受特殊门诊手术（不含特需门诊）治疗的，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

被保险人经本保险合同约定的医疗机构具有合法资质的专科医生确诊初次罹患本保险合同约定的特定疾病必须住院治疗的，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）。

**保险人对于以上四类费用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。**

## （二）一般医疗保险金（升级责任）

在本保险合同约定的升级责任保险期间内，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，意外伤害事故及续保不受等待期的限制）**届满后，经本保险合同约定的医疗机构确诊初次罹患一般疾病，导致其在本合同约定的医疗机构接受治疗的，保险人对被保险人因接受前述治疗支付的下述 1-4 类必需且合理的医疗费用，将按照本保险合同约定的保险金计算方法，在本保险合同约定的医疗费用保险金额内给付一般医疗保险金：

### 1. 住院医疗费用

被保险人因经本保险合同约定的医疗机构的专科医生确诊初次罹患本保险合同约定的**一般疾病或意外伤害**必须住院治疗的，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。

如果在本保险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，对于自本保险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，保险人继续按照本保险合同的约定在医疗费用保险金额内承担保险责任。在每一保险单保险期间内，因疾病住院的累计最高给付日数为 180 日（含第 180 日），**累计疾病住院超过 180 日后发生的医疗费用，不属于保险责任范围。**

## 2. 特殊门诊医疗费用

被保险人因经本保险合同约定的医疗机构的专科医生确诊初次罹患本保险合同约定的一般疾病或意外伤害必须接受特殊门诊（**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、必需且合理的以下特殊门诊医疗费用：

（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；

（3）器官移植后的门诊抗排异治疗费。

## 3. 门诊手术医疗费用

被保险人因经本保险合同约定的医疗机构具有合法资质的专科医生确诊初次罹患本保险合同约定的一般疾病或意外伤害必须接受特殊门诊手术（不含特需门诊）治疗的，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

被保险人因经本保险合同约定的医疗机构具有合法资质的专科医生确诊初次罹患本保险合同约定的一般疾病或意外伤害必须住院治疗的，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（二）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）。

**投保人选择投保升级责任且保险人最终承保的，保险人对于以上四类费用在扣除约定的免赔额后，依照本保险合同约定的给付比例进行赔付。**

保险人的累计给付特定疾病医疗保险金与一般医疗保险金金额之和以本保险合同约定的医疗费用保险金额为限，一次或累计给付的金额达到医疗费用保险金额时，本保险合同终止。

## 责任免除

## 第六条 责任免除

因下列情形之一或者存在下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的，保险人不承担保险金给付责任：

- （一）被保险人故意或因重大过失在投保时未如实告知的疾病；
- （二）被保险人在投保前罹患的、投保时尚未治愈的疾病；
- （三）被保险人在等待期内罹患疾病或者出现症状或接受检查但在等待期届满后确诊的疾病；
- （四）被保险人患有先天性疾病未治愈的；
- （五）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）；
- （六）被保险人故意自伤；
- （七）被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施，或被政府依法拘禁或入狱期间伤病；
- （八）被保险人主动吸食或注射毒品，违反规定使用麻醉或精神药品；
- （九）被保险人酒后驾驶机动车或电动自行车、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证证照的机动车；
- （十）被保险人从事或参加高风险运动导致的伤害引起的治疗，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）；
- （十一）被保险人从事职业运动或可获得报酬的运动或竞技，在训练或比赛中受伤；
- （十二）被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；
- （十三）被保险人分娩（含剖腹产）、宫外孕、不孕不育治疗、人工受精、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查、非因意外导致的流产；

(十四) 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治疗不受此限；

(十五) 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、假体、义肢、义齿、自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械；

(十六) 包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

(十七) 被保险人在非本保险合同约定的医疗机构就诊发生的医疗费用，但被保险人因情况紧急必须立即就医的除外；

(十八) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

(十九) 因被保险人故意挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；

(二十) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

(二十一) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（因本保险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）；

(二十二) 核爆炸、核辐射或者核污染；

(二十三) 在每一保险单保险期间内，被保险人因本保险合同约定的疾病住院的累计住院天数超过 180 日（不含）后发生的医疗费用。

若由于本保险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保险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满期净保险费。

### 保险金额、免赔额和保险费

**第七条** 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

本保险合同的保险金额为医疗费用保险金额，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保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

本保险合同中所指免赔额指在本保险合同约定的保险期间内，应由被保险人自行承担，

本保险合同不予给付的部分。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已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。

## 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。投保人应该按照本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

本保险合同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、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保险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保险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险单中载明,累计给付金额以保险单载明的相应保险金额为限。

(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、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保险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保险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。

(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保险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保险合同相关约定的医疗费用-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,且该赔付比例应低于第十条第(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。

### 保险期间

## 第十一条 保险期间

本保险合同的保险期间最长为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

## 续保

### 第十二条 续保

本保险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），投保人可为同一被保险人向保险人申请续保本保险合同，投保人申请续保并一次性交纳续保保险费，且保险人签发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、批单载明的日期为准。本保险合同约定的保险期间届满后 15 日内（含第 15 日）投保人未一次性交纳续保保险费的，投保人需重新申请投保，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并重新填写健康告知。

本保险合同为非保证续保合同，不保证续保费率。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 100 周岁；
- （二）被保险人身故；
- （三）投保人或被保险人不如实告知、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，应在本保险合同保险期间届满之前通知投保人。

## 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**

本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

#### **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；对属于保险责任的，在与被保险人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金义务。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**

除另有约定外，投保人应当在本保险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，本保险合同生效。对保险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，保险人有权解除本保险合同。

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

#### **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，并在本保险合同中批注，本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净保险费，本保险合同终止。变更之日后发生保险事故的，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，本保险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保险合同约定的被保险人年龄限制的，保险人有权解除本保险合同，并向投保人退还未满期净保险费。

（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）保险金给付申请书；

（二）保险合同原件；

（三）申请人的有效身份证件；

（四）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；

（五）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；

（六）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；

（七）若保险金申请人为监护人时，还需提供能够证明监护关系的证明文件。

（八）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继承关系证明。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。

## 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

因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构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

与本保险合同有关的以及履行本保险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不含港澳台地区）。

## 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，本保险合同自动终止：

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

### 第三十一条 合同的解除

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

投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险合同原件；
- （三）保险费交付凭证；
- （四）投保人身份证明。

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

## 释义

- 1、**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。
- 2、**等待期**：指自本保险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**。在等待期内发生因意外伤害导致的保险事故的，**保险人依保险合同承担给付保险金的责任**。
- 3、**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。**过敏及过敏引发的变态反应性疾病、高原反应、中暑、自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害**。
- 4、**一般疾病**：是指本保险合同签发之日起，经等待期（意外伤害事故、续保不受此限）后被保险人所患任何疾病或症状，**但不包括本保险合同生效前、等待期内已接受或曾被医生建议需采取诊疗措施的任何疾病或症状**。
- 5、**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的公立医疗机构，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；
  - （4）精神病院、精神心理治疗中心、老人院、疗养院、健康中心。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。
- 6、**住院**：指被保险人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、必需且合理的医疗费用：**指符合通常惯例、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。

**8、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) 在二级或二级以上本保险合同约定的医疗机构的相应科室从事临床工作三年以上。

上。

**9、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保险合同等待期后第一次出现与本保险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，且被诊断为本保险合同所约定的疾病或在其后发展为本保险合同约定的疾病。

**10、住院医疗费用：**

- (1) 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**）。

#### （2）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。

#### （3）药品费

指住院期间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，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。

#### （4）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，具体以就诊合同约定的医疗机构的费用项目划分为准。**本项责任不包含如下费用：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。**

#### （5）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。

#### （6）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。

#### （7）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。**

(8) 医生费

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

(9) 救护车使用费

指住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，根据医生建议，被保险人需医疗机构转诊过程中的医疗机构用车费用，且救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送。

**11、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。本保险合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在合同约定的医疗机构进行的静脉注射化疗。

**12、放射疗法：**指对于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。本保险合同所指的放射治疗为被保险人根据医嘱，在合同约定的医疗机构的专门科室进行的放疗。

**13、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。本保险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食品药品监督管理局批准用于临床治疗。

**14、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。本保险合同所指的肿瘤内分泌治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。

**15、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。本保险合同所指的肿瘤靶向治疗的药物需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。

**16、社会医疗保险：**本保险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。



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

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

**19、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。**

**20、无合法有效驾驶证驾驶指下列情形之一：**

- （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相符合；
- （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。

**21、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；
- （3）无驾驶证，驾驶证被依法扣留、暂扣、吊销、注销期间或驾驶证载明的有效期已届满，被保险人未及时更换新驾驶证。

**22、机动车：**指以动力装置驱动或者牵引，上道路行驶的供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆。

**23、高风险运动：**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、武术比赛、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），其中：

（1）**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。

（2）**攀岩：**指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

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

（4）**武术比赛：**指两人或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。

（5）**特技表演：**指进行杂技、驯兽等表演。

**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、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。

**27、未到期净保险费：**除另有约定外，未到期净保险费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]×(1-25%)。经过天数不足一天的按一天计算。

**28、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。

**29、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。

**30、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。

**31、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。

**32、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。

**33、特定疾病：**本保险合同所保障的特定疾病，是指被保险人在本保险合同的责任有效期内经专科医生初次确诊患下列疾病或达到下列疾病状态或在医疗机构初次接受下列手术，特定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：

i. 原位癌；

ii. 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

iii. 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

iv. 皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；

v. TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌；

vi. 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

(2) **重大器官移植术或造血干细胞移植术：**

i. 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。

ii. 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。

(3) **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。

**(4) 失去一肢及一眼：**被保险人因同一次意外伤害事件或疾病导致一肢体丧失和一眼视力丧失。必须满足下列所有条件：

- i. 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。
- ii. 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。**

**(5) 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。

**(6) 严重面部烧伤：**指面部烧伤程度为Ⅲ度，即全层皮肤烧伤，包括表皮、真皮和皮下组织，且Ⅲ度烧伤的面积达到面部表面积的 80% 或者 80% 以上。

**(7) 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：

- i. 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失（见释义 33）；
- ii. 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失（见释义 34、35）；
- iii. 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 32）中的三项或三项以上。

**(8) 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：

- i. 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失（见释义 33）；
- ii. 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失（见释义 34、35）；
- iii. 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 32）中的三项或三项以上。

**(9) 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（见释义 32）中的三项或三项以上。

**(10) 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：

i. 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；

ii. 被保险人出现运动障碍，永久不可逆（见释义 36）丧失自主生活能力，无法独立完成六项基本日常生活活动（见释义 32）中的三项或三项以上。

**(11) 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：

i. 出现颅内压明显增高，表现头痛、呕吐和视乳头水肿；

ii. 出现部分性、全身性癫痫发作或癫痫持续状态；

iii. 视力减退、复视和面神经麻痹；

iv. 昏睡或意识模糊。

**(12) 脑型疟疾：**恶性疟原虫严重感染导致的脑病或脑型疟疾，以昏迷为主要特征。脑型疟疾的诊断须由本公司认可医疗机构的专科医生确认，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。**

**(13) 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，持续 90 天以上，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。

**(14) 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：

i. 根据脑组织活检确诊；

ii. 永久不可逆丧失（见释义 36）自主生活能力，无法独立完成六项基本日常生活活动（见释义 32）中的三项或三项以上。

**(15) 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（见释义 36）丧失自主生活能力，无法独立完成六项基本日常生活活动（见释义 32）中的三项或三项以上。

**(16) 肌萎缩性（脊髓）侧索硬化症：**是指持续的神经变性累及脊髓神经及脑干运动神经元，出现肌肉无力、挛缩、肌束颤动及萎缩症状和体征。须经神经专科医师做出明确诊断，且疾病进行性发展已导致不可逆转的永久性神经系统功能障碍。永久性神经系统功能障碍是指以下六项条件中的一项或一项以上：

- i. 一上肢或双上肢手腕以上部分的完全及永久瘫痪；
- ii. 一下肢或双下肢足踝以上部分的完全及永久瘫痪；
- iii. 四肢机能完全及永久丧失；
- iv. 完全及永久丧失语言能力；（见释义 34）
- v. 完全及永久丧失吞咽能力（吞咽困难）（见释义 35），必须永久使用喂饲管；
- vi. 无法独立进行六项日常生活活动（见释义 32）即穿衣、移动、行动、卫生、进食、洗澡中三项或三项以上，且上述日常生活活动经过三个月的持续治疗后仍无法完成。

**(17) 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。

**(18) 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瘻术。

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/或回肠造瘻术。

**(19) 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。**

**(20) 严重肠道疾病并发症：**严重肠道疾病或外伤导致小肠损害并发症，满足以下所有条件：

- i. 至少切除了三分之二小肠；
- ii. 完全场外营养支持三个月以上。

**(21) 肝脏切除：**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。

**因酗酒导致的肝脏损伤不在保障范围内。**

**(22) 小肠移植：**指因肠道疾病或外伤，已经实施了在全身麻醉下进行的小肠的异体器官移植手术。此手术必须由本公司认可医疗机构的专科医生认为是医学上必需的情况下进

行。

**(23) 严重原发性硬化性胆管炎：**指一种胆汁淤积综合征，其特征是肝内、肝外胆道因纤维化性炎症逐渐狭窄，并最终导致完全阻塞而发展为肝硬化。须经逆行胰胆管造影（ERCP）或经皮胆管造影（PTC）等影像学检查证实，且须满足下列全部条件：

- i. 总胆红素和直接胆红素同时升高，血清 ALP>200U/L；
- ii. 持续性黄疸病史；
- iii. 出现胆汁性肝硬化或门脉高压。

**因肿瘤或胆管损伤等导致的继发性硬化性胆管炎不在保障范围内。**

**(24) 肝豆状核变性：**肝豆状核变性是一种可能危及生命的铜代谢疾病，以铜沉积造成的渐进性肝功能损害及/或神经功能恶化为特征。必须由本公司认可医疗机构的专科注册医生通过肝脏活组织检查结果确定诊断并配合螯合剂治疗持续至少 6 个月。

**(25) 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。**

**(26) 器官移植原因导致 HIV 感染：**指因进行器官移植而感染上人类免疫缺陷病毒（HIV），且须满足下列全部条件：

i. 在保障起始日或复效日之后，被保险人因治疗必需而实施器官移植，并且因器官移植而感染人类免疫缺陷病毒；

ii. 提供器官移植治疗的器官移植中心或医疗机构出具的此次因器官移植感染人类免疫缺陷病毒，属于医疗事故的报告，或者法院终审裁定为医疗事故并且不准上诉；

iii. 提供器官移植治疗的器官移植中心或医疗机构必须拥有合法经营执照；

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

**(27) 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：

i. 在保障起始日之后，被保险人因输血而感染 HIV；

ii. 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；

iii. 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 感染不在本保险单保障范围内。

保险公司必须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。

**(28) 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：

- i. 根据 WHO 分型，分型为难治性贫血伴原始细胞增多（RAEB）；
- ii. 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。

**(29) 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：

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

**(30) 严重肌营养不良症：**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。且须满足下列全部条件：

- i. 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；
- ii. 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 32）中的三项或三项以上。

**(31) 严重多发性硬化症：**指中枢神经系统白质多灶性脱髓鞘病变，病变有时累及灰质。多发性硬化症必须由我们认可的医疗机构的神经专科医生确诊。诊断须包括：永久的运动及感觉功能障碍必须不间断地持续至少六个月，必须有典型的脱髓鞘症状和运动及感觉功能障碍的客观证据，如腰穿、听觉诱发反应、视觉诱发反应和 MRI 检查的典型改变。

以下不在保障范围内：

德韦克综合症

其他脱髓鞘疾病



**(32) 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。

本保险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（见释义 33）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。

**(33) 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：

- i. 有晕厥或心脏骤停病史，并提供完整的诊疗记录；
- ii. 心电图有典型的 I 型 Brugada 波；
- iii. 已经安装了永久性心脏起搏器。

**(34) 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。

**(35) 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：

- i. 平均肺动脉压高于40mmHg；
- ii. 肺血管阻力高于3mm/L/min（Wood单位）；
- iii. 正常肺微血管楔压低于15mmHg。

**(36) 腔静脉过滤器植入术：**指经本公司认可医疗机构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实施了手术。

**(37) 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：

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

**(38) 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：

i. 实验室检查证据证实存在埃博拉病毒感染；

ii. 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。**

**(39) 原发性脊柱侧弯的矫正手术：**指被保险人因原发性脊柱侧弯，在本保险合同约定的医疗机构实际实施了对该病的矫正外科手术。但由于先天性脊柱侧弯以及其他疾病或意外导致的继发性脊柱侧弯而进行的手术治疗不属于本保障责任。

**(40) 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 30%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

**(41) 严重 III 度冻伤导致截肢：**冻伤是由于寒冷潮湿作用引起的人体局部或全身损伤，并且冻伤程度达到 III 度，且导致一个或一个以上肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

**(42) 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。

**(43) 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：

i. 细菌培养和临床表现符合坏死性筋膜炎诊断标准；

ii. 病情迅速恶化，有脓毒血症表现；

iii. 受感染肢体被截肢（自腕关节或踝关节近端）。

**(44) 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。

**肺脏部分切除手术和肺脏捐献引起的手术不在保障范围内。**

**(45) 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。

**(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：

i. 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。

ii. 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) 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：

i. 经肾组织活检明确诊断；

ii. 临床有肾脏衰竭和肾小管功能障碍表现；

iii. 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。**

**(48) 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：

i. 经组织病理学检查明确诊断；

ii. CT 显示双肺弥漫性囊性改变；

iii. 肺功能检查显示 FEV1 和 DLCO (CO 弥散功能) 下降；

iv. 动脉血气分析显示低氧血症。

**疑似肺淋巴管肌瘤病除外。**

**(49) 出血性登革热：**涵盖了登革出血热世界卫生组织 3 期或 4 期的定义，需要登革休克综合征的明确证据和登革热感染的确认，以及登革热确诊血清学检测；并满足下列全部要求：

i. 持续高烧的历史 (至少两天)，

ii. 轻微或严重出血表现，

iii. 血小板减少症 (小于等于 100000 每立方毫米)，

iv. 浓血症 (haematocrit 增加了 20% 或更多)

v. 血浆渗漏 (即胸水，腹水或低蛋白血症等)

vi. 登革休克综合征 (DSS)，由专科医生证实，并满足以下标准：

i) 低血压 (小于 80 毫米汞柱) 或窄脉冲压力 (20 毫米汞柱或更小)

ii) 组织低灌注，如冷，皮肤湿冷，尿少，或代谢性酸中毒

WHO 分期标准：

第一期：发烧伴随有非特异性体质症状：血压带试验阳性是唯一出血现象

第二期：第一期加上有自发性出血

第三期：已呈现循环衰竭现象，如：脉搏弱、脉搏压变窄，血压变低，伴随有皮肤湿冷，坐立不安。

第四期：严重休克，血压脉搏量不到。

**(50) 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：

i. 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；

ii. 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（见释义 32）中的二项。

该诊断必须由本保险合同约定的医疗机构的神经专科医生证实，并必须由适当的检查证明为结核性脊髓炎。