

华泰财险附加重大疾病轻症保险

总则

第一条 本附加保险条款（以下简称“本附加险条款”）须附加于保险合同列明的主险条款（以下简称“主险条款”）使用。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。凡涉及本附加险合同的约定，均采用书面形式。

第二条 本附加险条款与主险条款内容相悖之处，以本附加险条款为准；未尽之处，以主险条款为准。

保险责任

第三条 本附加险合同中的重大疾病轻症（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）因意外伤害之外的其他原因，初次发生并经保险人认可的医院专科医生确诊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。

责任免除

第四条 在本附加险合同的保险期间内，被保险人存在下列情形或者因下列情形罹患本附加险合同约定的轻症的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）被保险人在初次投保或非连续投保前所患的与本附加险合同保险责任一致的轻症；
- （二）等待期前或等待期内出现疾病症状、体征或接受与确诊疾病有关的检查但在等待期后确诊的本保险合同约定的轻症；
- （三）在等待期内（续保者除外）因意外伤害之外的其他原因，被保险人初次发生并经保险人认可的医院专科医生确诊罹患本合同约定的轻症；
- （四）主险条款列明的责任免除事项。

受益人

第五条 除另有约定外，本附加险合同的保险金的受益人为被保险人本人。

释义

1、基本轻症：指被保险人在本附加险合同的保险期间内经专科医生明确诊断初次患下列疾病或初次达到下列疾病状态或在医院初次接受下列手术：

(1) 极早期恶性肿瘤或恶性病变

指被保险人经组织病理学检查被明确诊断为下列恶性病变，并且接受了相应的治疗。

a. 原位癌：指异型增生的细胞在形态和生物学特性上与癌细胞相同，并累及上皮的全层，但没有突破基底膜向下浸润。须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）的原位癌范畴。被保险人必须经组织病理学检查被明确诊断为原位癌，并且接受了相应的治疗。原位癌必须在生前诊断。**被保险人所患癌症在被诊断时已经超越原位癌阶段者不在本保障范围内；**

b. 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

c. 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

d. 皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；

e. TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或更轻分期的前列腺癌（如被保险人为女性，则不包括该项）；

f. 癌前病变（包括宫颈上皮内瘤样病变 CIN-1，CIN-2，重度不典型增生但非原位癌）不在本保障范围之内；

g. 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患原位癌不在保障范围内。

(2) 不典型的急性心肌梗塞

指被临床诊断为急性心肌梗塞并接受了急性心肌梗塞治疗虽然未达到重大疾病“急性心肌梗塞”的给付标准，但满足下列全部条件：

a. 肌钙蛋白有诊断意义的升高；

b. 心电图有损伤性的ST 段改变但未出现病理Q波。

如果被保险人在不典型的急性心肌梗塞后90天内实施了冠状动脉介入手术，本附加险合同只给予在本疾病项下的理赔，不再给予冠状动脉介入手术理赔。理赔后不典型的急性心肌梗塞和冠状动脉介入手术保障同时终止。

(3) 轻微脑中风

指实际发生了脑血管的突发病变并出现神经系统功能障碍表现，头颅断层扫描（CT）、核磁共振（MRI）等影像学检查证实存在对应病灶，确诊为脑出血、脑栓塞或脑梗塞，在确诊180 天后神经系统功能障碍程度虽未达到重大疾病“脑中风后遗症”的给付标准，但仍遗留下列一种或一种以上障碍：

a. 一侧肢体（上肢和下肢）肌力2 级或2 级以下；

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或两项以上。

短暂性脑缺血发作(TIA) 和腔隙性脑梗塞不在保障范围内。

(4) 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不典型的急性心肌梗塞，本合同只给予在本疾病项下的理赔，不再给予不典型的急性心肌梗塞理赔。理赔后冠状动脉介入手术和不典型的急性心肌梗塞保障同时终止。

(5) 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。

(6) 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。

(7) 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。

(8) 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。

(9) 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。

(10) 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。

2、可选轻症：指被保险人在本附加险合同的保险期间内经专科医生明确诊断初次患下列疾病或初次达到下列疾病状态或在医院初次接受下列手术：

(1) 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。

(2) 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。

(3) 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。

(4) 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。

(5) 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。

(6) 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。

(7) 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。

(8) 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。

(9) 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。

(10) 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。

(11) 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。**

(12) 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。

(13) 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疾病，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。

(14) 中度瘫痪

指因疾病或意外伤害导致一肢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，该肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意活动。

(15) 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。

(16) 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。

(17) 早期运动神经元疾病

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完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项。

(18) 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。

(19) 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。**

(20) 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. 经血管造影证实一条或者一条以上的上述动脉狭窄达到50%或以上；

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。

(21) 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。

(22) 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。

(23) 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。

(24) 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。

(25) 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。

(26) 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。

(27) 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。

(28) 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。

(29) 因意外毁容而施行的面部整形手术

指为修复意外伤害或暴力袭击造成的面部毁损，实际接受了在全身麻醉的情况下，由整形外科医生实施的对严重缺陷、缺失、损害或变形的面部形态和结构进行修复或重建的面部整形手术。面部整形手术必须在意外伤害后的 180 天内实施。**因面部外伤后遗留的线条状瘰**

痕及色素沉着而施行的手术不在保障范围内。

意外伤害必须满足下列全部条件：

a. 由外在暴力引起并且造成表面可视性伤口和面部骨结构损害的，或面部皮肤三度或全层意外烧伤；

b. 是造成面部毁损的直接和独立的原因。

(30) 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 50 μ mol/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。

(31) 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。

(32) 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。

(33) 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，或不能随意意识活动。

(34) 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。**

(35) 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。

(36) 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。

(37) 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。

(38) 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。**

(39) 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。

(40) 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。**

3、等待期：指自本附加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疾病保险事故的，保险人依保险合同承担给付保险金的责任。

4、初次发生：指被保险人自出生之日起第一次出现而不是自本附加险合同等待期后第一次出现与本附加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院寻求医疗检查，且被诊断为本附加险合同所约定的疾病或在其后发展为本附加险合同约定的疾病。