



请扫描以查询验证条款

阅读指引

本阅读指引有助于您理解条款，对“**建信附加爱康医疗保险条款**”内容的解释以条款为准。

您拥有的重要权益

- ❖ 本附加合同提供犹豫期，您可在犹豫期内要求撤销合同，我们退还本附加合同已支付保险费..... 1.4
- ❖ 被保险人可以享受本附加合同提供的保障..... 2.5
- ❖ 您有退保的权利..... 5.1

您应当特别注意的事项

- ❖ 本附加合同设有等待期..... 2.4
- ❖ 我们对免除保险人责任的条款作了特别提示，详见条款正文中字体加粗的内容..... 2.8
- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策..... 5.1
- ❖ 我们给付保险金时，遵循补偿原则..... 2.7
- ❖ 请注意理解保险金计算方法条款..... 2.6
- ❖ 请注意理解保险金申请条款..... 3.2
- ❖ 您有如实告知的义务..... 6.1
- ❖ 主合同终止等一些情况下会导致本附加合同终止..... 6.5
- ❖ 主合同条款中部分条款适用于本附加合同，请您仔细阅读..... 6.7
- ❖ 我们对重大疾病进行了明确释义，请您仔细阅读..... 7
- ❖ 我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请您注意..... 8

条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本条款。

条款目录

1. 您与我们的合同	3. 保险金的申请	6.3 年龄错误
1.1 合同构成	3.1 受益人	6.4 职业或工种的变更
1.2 合同成立与生效	3.2 保险金申请	6.5 效力终止
1.3 投保年龄	3.3 诉讼时效	6.6 争议处理
1.4 犹豫期		6.7 适用主合同条款
2. 我们提供的保障	4. 保险费的支付	7. 重大疾病的释义
2.1 基本保险金额	4.1 保险费的支付	8. 其他名词的释义
2.2 保险期间	4.2 宽限期	
2.3 保证续保和续保	5. 合同解除	
2.4 等待期	5.1 您解除合同的手续及风险	
2.5 保险责任		附件 1: 保险保障利益表
2.6 保险金计算方法	6. 其他需要关注的事项	
2.7 补偿原则	6.1 明确说明与如实告知	
2.8 责任免除	6.2 我们合同解除权的限制	

建信人寿保险股份有限公司

建信附加爱康医疗保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”指建信人寿保险股份有限公司，“本附加合同”指您与我们之间订立的“建信附加爱康医疗保险合同”。

1. 您与我们的合同

- 1.1 合同构成** 本附加合同依您的申请，经我们同意而订立。本附加合同须附加于主合同后始为有效。主合同的构成中与本附加合同相关的部分均为本附加合同的构成部分。若主合同与本附加合同的条款内容互有冲突，则以本附加合同为准。
- 本附加合同的代码为 BMRB。
- 1.2 合同成立与生效** 您提出保险申请、我们同意承保，本附加合同成立。
- 合同生效日期在保险单上载明，**保单年度（见释义）、保险费约定支付日**以该日期计算。
- 我们自合同生效日 24 时起开始承担保险责任。
- 1.3 投保年龄** 投保年龄指投保时被保险人的年龄，投保年龄以**周岁（见释义）**计算。本附加合同接受的投保年龄为出生满30日（含）至59周岁。
- 1.4 犹豫期** 自您收到本附加合同并书面签收之日起 15 个自然日为犹豫期。您可在犹豫期内向我们要求撤销合同，我们将向您退还本附加合同已支付保险费。
- 犹豫期在续保时不适用。**

2. 我们提供的保障

- 2.1 基本保险金额** 本附加合同的基本保险金额由您投保时与我们约定并在保险单中载明，详见本附加合同所附《**保险保障利益表**》（见附件 1）。
- 2.2 保险期间** 本附加合同的保险期间为 1 年，自合同生效日 24 时起，至保险单上载明的合同满期日 24 时止。本附加合同的保险期间载于本附加合同的保险单上。
- 2.3 保证续保和续保** 自首次投保本附加合同的合同生效日起，每 3 年为一个保证续保期间。若非连续投保本附加合同，则自非连续投保本附加合同的合同生效日起，每 3 年为一个保证续保期间。
- 在保证续保期间的每个保险期间届满前，若我们未收到您不再续保的通知，且我们根据续保时被保险人的年龄及被保险人的**公费医疗（见释义）、基本医疗保险（见释义）**状态计算并收取续保保险费，则本附加合同自合同满期日的 24 时起延续有效 1 年。
- 在保证续保期间内，我们不会因为被保险人的健康状况或理赔情况而拒绝您的续保要求、对被保险人个别作加费或批注处理。
- 每个保证续保期间届满前，我们将重新审核被保险人是否符合续保条件。若我们同意续保，则保证续保期间再延续 3 年。若我们不同意续保，我们将在保证续保期间届满前以书面形式通知您。

若发生下列情形之一，则本附加合同不再接受续保：

(1) 本产品已停售（但保证续保期间届满前不受影响）；

(2) 续保时被保险人年满 101 周岁；

(3) 本附加合同因其他条款所列情况而导致效力终止。

2.4 等待期

您为被保险人首次投保或非连续投保本附加合同时，被保险人自本附加合同的合同生效日起30日内发生本附加合同保险责任范围内的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，这30日的时间称为等待期。

被保险人因遭受意外伤害（见释义）事故而导致发生本附加合同保险责任范围内的保险事故的，则不受等待期限制。续保无等待期。

若被保险人在等待期内因非意外伤害事故而导致发生本附加合同保险责任范围内的保险事故，无论保险事故是否延续至等待期后，我们均不承担给付保险金的责任。

2.5 保险责任

在本附加合同有效期限内，我们承担下列保险责任：

2.5.1 一般医疗费用保险金

若被保险人在等待期后经我们认可医院（见释义）的医生诊断必须在认可医院治疗的，我们依照本附加合同下列约定给付一般医疗费用保险金。

住院医疗费用保险金

若被保险人经认可医院的医生诊断必须在认可医院住院（见释义）治疗的，对于被保险人在认可医院内实际发生并支付的医疗必需且合理（见释义）的本附加合同约定的住院医疗费用，我们按本附加合同约定的保险金计算方法计算所得的金额给付住院医疗费用保险金。

本附加合同约定的住院医疗费用，指被保险人在认可医院住院期间实际发生的床位费（见释义）、药品费（见释义）、膳食费（见释义）、诊疗费（见释义）、治疗费（见释义）、护理费（见释义）、检查检验费（见释义）、手术费（见释义）、材料费（见释义）以及当地救护车使用费（见释义）。

若被保险人在本附加合同有效期限内，在认可医院住院治疗且在合同满期日治疗仍未结束的，则对于被保险人本次住院延续至合同满期日次日起30日内发生的符合本附加合同住院医疗费用保险金责任的费用，我们仍承担给付住院医疗费用保险金的责任，但上述30日内发生的符合本附加合同住院医疗费用保险金责任的费用加上本附加合同有效期限内应承担的各项一般医疗费用保险金的总额不超过本附加合同的一般医疗费用保险金的基本保险金额。对于被保险人本次住院延续至合同满期日次日起30日后发生的医疗费用，我们不承担给付一般医疗费用保险金的责任。

住院前后门急诊医疗费用保险金

若被保险人经认可医院的医生诊断必须在认可医院住院治疗的，对于被保险人在同一认可医院内因与该次住院相同的原因在该次住院前7日内（含住院当日）以及出院后30日内（含出院当日），实际发生并支付的医疗必需且合理（见释义）的本附加合同约定的住院前后门诊或急诊医疗费用，我们按本附加合同约定的保险金计算方法计算所得的金额给付住院前后门急诊医疗费用保险金。

本附加合同约定的住院前后门诊或急诊医疗费用，指被保险人在认可医院门诊、急诊期间实际发生的挂号费、诊疗费、治疗费、护理费、药品费、检查检验费、材料费以及当地救护车使用费。

住院前后门急诊医疗费用保险金的给付以住院医疗费用保险金的给付为前提。若被保险人依约定不能取得住院医疗费用保险金，则不能取得本项保险金。

若被保险人的住院前后门急诊发生在本附加合同等待期内或合同满期日后，则我们不承担给付住院前后门急诊医疗费用保险金的责任。

门诊手术医疗费用保险金

若被保险人经认可医院的医生诊断必须在认可医院接受门诊手术治疗的，对于被保险人在认可医院内实际发生并支付的医疗必需且合理的门诊手术医疗费用，我们按本附加合同约定的保险金计算方法计算所得的金额给付门诊手术医疗费用保

险金。

特定门诊医疗费用保险金 若被保险人经认可医院的医生诊断必须在认可医院接受以下任意一项特定门诊治疗的，对于被保险人在认可医院内实际发生并支付的医疗必需且合理的特定门诊医疗费用，我们按本附加合同约定的保险金计算方法计算所得的金额给付特定门诊医疗费用保险金：

- (1) 门诊肾透析；
- (2) 门诊恶性肿瘤治疗，包括化学疗法（见释义）、放射疗法（见释义）、肿瘤免疫疗法（见释义）、肿瘤内分泌疗法（见释义）、肿瘤靶向疗法（见释义）；
- (3) 门诊血液透析、腹膜透析；
- (4) 器官移植后的门诊抗排异治疗。

若被保险人在认可医院内发生的门诊医疗费用同时符合住院前后门急诊医疗费用保险金、门诊手术医疗费用保险金或特定门诊医疗费用保险金中的二项（含）或以上给付条件，则我们仅给付其中的一项保险金。

2.5.2 质子重离子医疗费用保险金 若被保险人于本附加合同等待期后被医疗机构（见释义）的专科医生（见释义）确诊初次发生本附加合同 7.1.1 条约定的恶性肿瘤（无论一种或多种），且经我们指定质子重离子医院（见释义）的专科医生诊断必须在指定质子重离子医院治疗，对于被保险人在指定质子重离子医院内实际发生并支付的医疗必需且合理的质子重离子医疗费用（见释义），我们按本附加合同约定的保险金计算方法计算所得的金额给付质子重离子医疗费用保险金。

若被保险人在指定质子重离子医院内发生的医疗费用同时符合上述一般医疗费用保险金、质子重离子医疗费用保险金的给付条件，则我们给付质子重离子医疗费用保险金，但不再给付一般医疗费用保险金。

若被保险人在本附加合同有效期限内指定质子重离子医院进行质子重离子住院治疗且在合同满期日治疗仍未结束的，则对于被保险人本次住院延续至合同满期日次日起 30 日内发生的符合本附加合同质子重离子医疗费用保险金责任的费用，我们仍承担给付质子重离子医疗费用保险金的责任，但上述 30 日内发生的符合本附加合同质子重离子医疗费用保险金责任的费用加上本附加合同有效期限内应承担的质子重离子医疗费用保险金的总额不超过本附加合同的质子重离子医疗费用保险金的基本保险金额。对于被保险人本次住院延续至合同满期日次日起 30 日后发生的质子重离子医疗费用，我们不承担给付质子重离子医疗费用保险金的责任。

同一保险期间内本附加合同一般医疗费用保险金和质子重离子医疗费用保险金的累计住院天数以180日为限，若被保险人发生上述合同满期日次日起30日内的住院情形，则上述30日内的住院天数需纳入180日限额计算。

2.6 保险金计算方法 在本附加合同保险期间内，对于被保险人实际发生并支付的属于本附加合同保险责任范围内的医疗费用，我们将在扣除被保险人从公费医疗、基本医疗保险、其他费用补偿型商业医疗保险保障计划等任何其他途径获得的补偿或赔偿基础上，按照附件1《保险保障利益表》中载明的年免赔额、给付比例，按如下计算公式计算每次就医的医疗费用保险金。

一般医疗费用保险金计算 一般医疗费用保险金=（保险责任范围内的医疗费用 - 从公费医疗、基本医疗保险、其他费用补偿型商业医疗保险保障计划等任何其他途径获得的补偿或赔偿 - 适用年免赔额）× 给付比例

在本附加合同保险期间内，被保险人实际发生的属于本附加合同保险责任范围内的医疗费用或从其他费用补偿型商业医疗保险保障计划获得的医疗费用补偿金额可抵扣本附加合同年免赔额，但公费医疗、基本医疗保险以及非费用补偿型商业

医疗保险保障计划等其他途径获得的补偿或赔偿不可抵扣年免赔额。在本附加合同保险期间内，受益人不同情形下申请本附加合同一般医疗费用保险金时的适用年免赔额如下：

- (1) 若受益人首次申请理赔，则首次一般医疗费用保险金的适用年免赔额按如下公式计算，且不低于零。

适用年免赔额=本附加合同的年免赔额-被保险人因首次申请理赔的保险事故从其他费用补偿型商业医疗保险保障计划获得的医疗费用补偿金额

- (2) 若受益人非首次申请理赔，则本次申请理赔的一般医疗费用保险金的适用年免赔额按如下公式计算，且不低于零。

适用年免赔额=本附加合同的年免赔额-（被保险人在该保险期间内且在本次理赔申请之前发生的本附加合同一般医疗费用保险金保险责任范围内的累计医疗费用-被保险人因前述保险事故从公费医疗、基本医疗保险获得的累计补偿或赔偿）-被保险人因本次申请理赔的保险事故从其他费用补偿型商业医疗保险保障计划获得的医疗费用补偿金额

同一保险期间内，我们对被保险人累计给付的住院医疗费用保险金、住院前后门急诊医疗费用保险金、门诊手术医疗费用保险金以及特定门诊医疗费用保险金之和以本附加合同约定的一般医疗费用保险金的基本保险金额为限。

若被保险人于本附加合同等待期后被医疗机构的专科医生确诊初次发生本附加合同第7.1条约定的重大疾病（无论一种或多种），则本附加合同约定的一般医疗费用保险金的基本保险金额增加50%，且对于自重大疾病确诊的当次治疗（含）起所发生的符合本附加合同约定的医疗费用，我们在计算一般医疗费用保险金时不再扣除年免赔额，但质子重离子医疗费用保险金的基本保险金额不变。若被保险人再次被医疗机构的专科医生确诊发生重大疾病（无论一种或多种），则本附加合同约定的一般医疗费用保险金的基本保险金额不再增加。

质子重离子医疗费用保险金计算 质子重离子医疗费用保险金=（保险责任范围内的医疗费用-从公费医疗、基本医疗保险、其他费用补偿型商业医疗保险保障计划等任何其他途径获得的补偿或赔偿）×给付比例

同一保险期间内，我们对被保险人累计给付的质子重离子医疗费用保险金之和以本附加合同约定的质子重离子医疗费用保险金的基本保险金额为限。

同一保险期间内，若质子重离子医疗费用保险金的累计给付金额已达到质子重离子医疗费用保险金的基本保险金额，且一般医疗费用保险金的累计给付金额尚未达到一般医疗费用保险金的基本保险金额，则我们在本附加合同约定的一般医疗费用保险金责任范围内继续承担相应的保险责任。

若被保险人以公费医疗或基本医疗保险身份投保，但未以公费医疗或基本医疗保险身份就医，则我们在上述一般医疗费用保险金、质子重离子医疗费用保险金计算基础上按50%折算并给付相应的医疗费用保险金。若指定质子重离子医院不接受公费医疗或基本医疗保险身份就医，则不受本条所限。

2.7 补偿原则

我们在向受益人给付保险金时，若被保险人所发生的属于本附加合同保险责任范围内的医疗费用已通过公费医疗、基本医疗保险、其他费用补偿型商业医疗保险保障计划等其他任何途径获得了补偿或赔偿，且该补偿或赔偿金额与我们按本附加合同约定给付的保险金之和超过了被保险人实际发生的医疗费用，我们将按被保险人实际发生的医疗费用扣除被保险人从其他任何途径获得的补偿或赔偿金额后的余额向受益人给付保险金，即包括本附加合同在内的各种途径所给付的所有补偿或赔偿金额之和不得超过被保险人实际发生的医疗费用。

2.8 责任免除

因下列情形之一导致被保险人发生医疗费用的，我们不承担给付本附加合同保险金的责任：

- (1) 您对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (3) 被保险人自杀或故意自伤，但被保险人自杀或故意自伤时为无民事行为能力人的除外；
- (4) 被保险人斗殴、酗酒、**醉酒（见释义）**，受**毒品（见释义）**、**管制药物（见释义）**的影响；
- (5) 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用或注射药物（但按使用说明的规定使用非处方药不在此限）；
- (6) 被保险人**酒后驾驶（见释义）**、**无合法有效驾驶证驾驶（见释义）**或**驾驶无有效行驶证（见释义）**的**机动车（见释义）**；
- (7) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱、核爆炸、核辐射或核污染、**恐怖主义行为（见释义）**；
- (8) 被保险人参加**潜水（见释义）**、跳伞或其他空中运动、**攀岩运动（见释义）**或**攀爬建筑物、探险活动（见释义）**、**武术比赛（见释义）**、**摔跤比赛、特技（见释义）**、赛马、赛车、飞行等高风险运动；
- (9) 怀孕（含宫外孕、葡萄胎）、不孕不育治疗、避孕、节育（含绝育）、产前产后检查、流产、堕胎、分娩（含难产、剖腹产）、人工受孕，或由前述任一原因引起的并发症；
- (10) 被保险人患**性病（见释义）**、**感染艾滋病病毒或患艾滋病（见释义）**；
- (11) 被保险人患**遗传性疾病（见释义）**、**先天性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常（见释义）**（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）；
- (12) 被保险人的精神和行为障碍（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）；
- (13) 被保险人在投保前已存在的疾病或症状；
- (14) 被保险人戒酒或戒毒治疗、**物理治疗（见释义）**、**中医理疗及其他特殊疗法（见释义）**、心理治疗、整容整形或矫形手术、变性手术，以及前述治疗或手术的并发症；
- (15) 疗养、**康复治疗（见释义）**、包皮环切、非医学必需的激素治疗、脱发治疗、美容、减肥、丰胸或者缩胸手术、睡眠有关的研究或者治疗、戒烟、视力矫正手术、牙科治疗及保健；
- (16) 使用假体装置、各种矫正器（包括义肢、义眼，及非急救中使用的颈托、夹板）、轮椅及各种电动助行器械、助听器；常规视力检查、配制眼镜或隐形眼镜、视力治疗或视力训练；
- (17) 被保险人为器官捐献者而进行的器官或组织摘除，器官供体寻找、获取以及从供体切除、储藏、运送器官；
- (18) 未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗所引起的后果及产生的费用；
- (19) 因**医疗事故（见释义）**导致的医疗费用；
- (20) 被保险人在香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区或中国境外发生的费用；

(21) 法律规定的其他情形。

3. 保险金的申请

3.1 受益人 除另有指定外，本附加合同保险金的受益人为被保险人本人。

3.2 保险金申请 在申请本附加合同保险金时，请按照下列方式办理：

申请人须填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

- (1) 保险合同；
- (2) 申请人的**有效身份证件**（见释义）；
- (3) 被保险人的有效身份证件；
- (4) 接受住院治疗的，需提供入院、出院证明、出院小结或住院病历（加盖认可医院病历专用章）及各项住院费用的原始凭证及清单，接受住院前后门急诊治疗、门诊手术治疗、特定门诊治疗的，还需提供门急诊病历、处方及门急诊治疗费用的原始凭证及清单；
- (5) 若被保险人确诊重大疾病的，需提供由医疗机构的专科医生出具的疾病诊断书及相关所必需的检查结果证明（如病理检查报告、血液检查报告、超声波、影像学及其他医学诊断检查报告等），若接受外科手术者，还需提供外科手术证明文件；
- (6) 被保险人已从基本医疗保险获得医疗费用补偿的，需提供基本医疗保险协议管理医疗机构开具的医疗费用报销分割单原件；被保险人已从公费医疗获得医疗费用补偿的，需提供已注明给付比例或给付金额的医疗费用收据原件或复印件；被保险人已从其他途径获得了补偿的，需提供从其他途径报销的凭证，我们留存其原件；
- (7) 受益人的有效身份证件；
- (8) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

以上证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知申请人补充提供有关的证明和资料。

3.3 诉讼时效 受益人向我们请求给付保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

4. 保险费的支付

4.1 保险费的支付 本附加合同的缴费方式由您和我们约定并在保险单上载明。

分期支付保险费的，在支付首期保险费后，您应当按照约定，在保险费约定支付日支付其余各期的保险费。

4.2 宽限期 分期支付保险费的，您支付首期保险费后，除本附加合同另有约定外，若在保证续保期间内或者保证续保期间届满时我们同意续保的，您到期未支付保险费，自保险费约定支付日的次日零时起 60 日为宽限期。宽限期内发生的保险事故，我们仍会承担保险责任，但在给付保险金时会扣减您欠缴的保险费。

若您在宽限期结束后仍未支付保险费，则本附加合同自宽限期满的次日零时起效力终止。

5. 合同解除

5.1 您解除合同的手续及风险 如您在犹豫期后申请解除本附加合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：

(1) 保险合同；

(2) 您的有效身份证件。

自我们收到解除合同申请书时起，本附加合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起30日内向您退还本附加合同终止时的**现金价值**（见释义）。

您在犹豫期后解除本附加合同会遭受一定损失。

6. 其他需要关注的事项

6.1 明确说明与如实告知 订立本附加合同时，我们应向您说明本附加合同的内容。

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。

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，我们有权解除本附加合同。

如果您故意不履行如实告知义务，对于本附加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。

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，对于本附加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。

我们在本附加合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得解除本附加合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。

6.2 我们合同解除权的限制 前条规定的合同解除权，自我们知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭，发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。

6.3 年龄错误 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资料中填明，如果发生错误按照下列方式办理：

(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附加合同约定投保年龄限制的，在保险事故发生之前我们有权解除本附加合同，并向您退还本附加合同的**现金价值**。我们行使合同解除权适用“我们合同解除权的限制”的规定。

(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缴保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付。

(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。

6.4 职业或工种的变更 本附加合同的被保险人变更其职业或工种时，您或被保险人应于 10 日内以书面形式通知我们。

被保险人所变更的职业或工种，依照我们的职业分类属于拒保职业范围的，自职业或工种变更之日 24 时起，本附加合同效力终止，我们向您退还本附加合同的**现金价值**。自职业或工种变更之日 24 时之后发生保险事故的，我们不承担给付保险金的责任。

6.5 效力终止 出现下列情形之一时，本附加合同效力终止：

- (1) 主合同中止、终止，处于自动缓缴期或更改为减额付清保险；
- (2) 主合同在保单周年日（见释义）处于自动垫缴状态；
- (3) 被保险人身故；
- (4) 本附加合同已约定的效力终止情形。

6.6 争议处理

本附加合同争议解决方式由您投保时在投保单上约定从下列两种方式中选择一种：

- (1) 因履行本附加合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，提交××仲裁委员会仲裁；
- (2) 因履行本附加合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向法院提起诉讼，适用中华人民共和国法律。

6.7 适用主合同条款

下列各项条款适用主合同条款：

- (1) 保险事故通知；
- (2) 保险金给付；
- (3) 欠款的扣除；
- (4) 联系方式的变更。

7. 重大疾病的释义

7.1 重大疾病的定义

本附加合同所指的重大疾病共有 80 种，其中第 1 种至第 25 种采用中国保险行业协会 2007 年 3 月发布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范》中规定的重大疾病种类及定义，第 26 种至第 80 种为我们增加的 55 种重大疾病。

本附加合同的重大疾病定义可能与临床医学在概念和范围上有所不同，您投保本附加合同即表明认可并遵从本附加合同条款中对重大疾病的定义。

本附加合同所指的重大疾病为符合下列定义的疾病、疾病状态或手术。被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的重大疾病，应当由医疗机构的专科医生明确诊断。

7.1.1 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。

7.1.2 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%。

7.1.3 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);
- (2) 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失 (见释义);
- (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) 中的三项或三项以上。

7.1.4 重大器官移植术或造血干细胞移植术

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。

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。

7.1.5 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。

7.1.6 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。

7.1.7 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。

7.1.8 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 超或其他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。

7.1.9 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、脑血管性疾病不在保障范围内。

7.1.10 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。

7.1.11 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) 一侧或一侧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。

7.1.12 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保障范围内。

7.1.13 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）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。

除内耳结构损伤等情形外，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听力丧失诊断及检查证据。

7.1.14 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，如使用其他视力表应进行换算）；
- (3) 视野半径小于 5 度。

除眼球缺失或摘除等情形外，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。

7.1.15 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。

7.1.16 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。

7.1.17 严重阿尔茨海默 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

病

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。

7.1.18 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；
- （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。

7.1.19 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中的三项或三项以上。

继发性帕金森综合征不在保障范围内。

7.1.20 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。

7.1.21 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。

7.1.22 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中的三项或三项以上的条件。

7.1.23 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。

除声带完全切除等情形外，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语言能力丧失诊断及检查证据。精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。

7.1.24 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） 外周血象必须具备以下三项条件：

① 中性粒细胞绝对值 $\leq 0.5 \times 10^9/L$ ；

②网织红细胞 < 1%;

③血小板绝对值 $\leq 20 \times 10^9/L$ 。

- 7.1.25 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。**
- 7.1.26 系统性红斑狼疮合并狼疮性肾炎** 系统性红斑狼疮是一种累及多系统的自体免疫性疾病。本保障仅限于被保险人因系统性红斑狼疮并发狼疮性肾炎并引起肾功能损害，且肾脏病理诊断符合以下列明的世界卫生组织（WHO）对狼疮性肾炎分类中的第 III、IV、V、VI 型。诊断须由医疗机构的风湿病专科医生确认。
- 世界卫生组织（WHO）对狼疮性肾炎的分类标准：
- | | |
|-------|----------|
| I 型 | 微小病变型 |
| II 型 | 系膜增生性 |
| III 型 | 局灶及节段增生性 |
| IV 型 | 弥漫增生性 |
| V 型 | 膜性 |
| VI 型 | 肾小球硬化性 |
- 7.1.27 严重慢性复发性胰腺炎** 有腹痛等典型症状的胰腺炎反复发作，导致胰腺进行性破坏及胰腺功能紊乱，从而导致严重糖尿病以及营养不良、恶液质。CT 检查证实胰腺存在广泛钙化，或由内窥镜逆行胰胆管造影（ERCP）或病理学检查所证实，必须接受酶替代以及胰岛素替代治疗 6 个月以上。诊断必须由医疗机构的消化科专科医生确诊。
- 因酒精所致的慢性复发性胰腺炎不在保障范围内。**
- 7.1.28 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、肝外胆道因纤维化炎症逐渐狭窄，并最终导致完全阻塞而发展为肝硬化。本疾病须经内镜逆行胰胆管造影等影像学检查证实，并须满足下列全部条件：
- （1）总胆红素和直接胆红素同时升高，血清 ALP>200U/L;
 - （2）持续性黄疸病史;
 - （3）出现胆汁性肝硬化或门脉高压。
- 因肿瘤或胆管损伤等继发性的硬化性胆管炎不在保障范围内。**
- 7.1.29 急性坏死性胰腺炎** 指由医疗机构的专科医生确诊为急性出血坏死性胰腺炎，并已经接受了外科开腹手术治疗，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或经腹腔镜手术进行的治疗不在保障范围内。**
- 7.1.30 胰腺移植** 指因胰腺功能衰竭，已经实施了在全身麻醉下进行的胰腺的异体器官移植手术。**单纯胰岛移植、部分胰腺组织或细胞的移植不在保障范围内。**
- 7.1.31 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。诊断必须由医疗机构的专科医生经过病理检查结果证实。被保险人所患的克隆病必须已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。
- 7.1.32 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或回肠造瘘

术。

7.1.33 严重急性出血性坏死性肠炎 指以严重的腹泻、便血和肠段坏死为特征的肠道急性蜂窝织炎。大肠或小肠的一处或多处已经手术切除，且经病理检查证实存在肠壁小动脉内类纤维蛋白沉着、栓塞。

7.1.34 严重自身免疫性肝炎 自身免疫性肝炎是一种原因不明的非化脓性肝脏炎性疾病，因机体免疫耐受机制被破坏，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病理性炎症性损伤。必须满足所有以下条件中的三项或三项以上（其中第（3）项、第（4）项为必须满足）：

- （1）高 γ 球蛋白血症，超过正常水平 1.5 倍；
- （2）血液中存在高水平的自身免疫抗体，如成人 ANA（抗核抗体）、SMA（抗平滑肌抗体）或抗 LKM1 抗体滴度大于 1:80，未成年人滴度大于 1:20；
- （3）肝脏活检证实免疫性肝炎；
- （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。

7.1.35 原发性骨髓纤维化 指原因不明的骨髓中成纤维细胞增殖，伴有髓外造血，表现为进行性贫血、脾肿大等症状。本疾病须根据骨髓的活组织检查和周围血象检查由医疗机构的血液科专科医生明确诊断，并至少符合下列条件中的三项，且符合条件的状态持续 180 天及以上，并已经实际实施了针对此症的治疗：

- （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 $<100\times 10^9/\text{L}$ 。

继发性骨髓纤维化不在保障范围内。

7.1.36 严重骨髓异常增生综合征 指符合世界卫生组织（WHO）2008 年分型方案中的难治性贫血细胞减少伴原始细胞增多-1（RAEB-1）、难治性贫血细胞减少伴原始细胞增多-2（RAEB-2）、MDS-未分类（MDS-U）、MDS 伴单纯 del（5q）（5q⁻综合征），且需满足下列所有条件：

- （1）由医疗机构的血液科专科医生确诊；
- （2）骨髓穿刺或骨髓活检结果支持诊断；
- （3）被保险人已持续接受一个月以上的化疗或已接受骨髓移植治疗。

7.1.37 自体造血干细胞移植术 指为治疗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）的自体移植手术。该治疗须由医疗机构的专科医生认为在临床上必需的。

7.1.38 肝豆状核变性 指一种常染色体隐性遗传的铜代谢缺陷病，以不同程度的肝细胞损害、脑退行性病变和角膜边缘有铜盐沉着环为其临床特征。本疾病须经医疗机构的专科医生确认并同时具备下列情况：

- （1）典型症状包括：进行性加剧的肢体震颤、肌强直、吞咽及发音困难、精神异常、食管静脉曲张、腹水；

- (2) 角膜色素环 (K-F 环)；
- (3) 血清铜和血清铜蓝蛋白降低，尿铜增加；
- (4) 经皮做肝脏活检来定量分析肝脏铜的含量。

7.1.39 特发性慢性肾上腺皮质功能减退 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。须满足下列全部条件：

- (1) 明确诊断，符合所有以下诊断标准：
 - ① 血浆促肾上腺皮质激素 (ACTH) 水平测定大于 100pg/ml；
 - ② 血浆和尿游离皮质醇及尿 17-羟皮质类固醇、17-酮皮质类固醇测定、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；
 - ③ 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、艾滋病病毒 (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保障范围内。

7.1.40 嗜铬细胞瘤 指肾上腺或嗜铬外组织出现神经内分泌肿瘤，并分泌过多的儿茶酚胺类，且确实已进行手术以切除肿瘤。嗜铬细胞瘤的诊断必须由医疗机构的内分泌科专科医生确定。

7.1.41 髓质海绵肾 髓质海绵肾的诊断须同时符合下列要求：

- (1) 肾髓质有囊肿、肾小管萎缩及间质纤维化等病理改变；
- (2) 贫血、多尿及肾功能衰竭等临床表现；
- (3) 诊断须由肾组织活检确定。

本保障不受责任免除中“遗传性疾病、先天性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

7.1.42 范可尼综合征 也称 Fanconi 综合征，指近端肾小管的功能异常引起的一组症候群。须经医疗机构的专科医生诊断，且须满足下列至少三项条件：

- (1) 尿液检查出现肾性糖尿、全氨基酸糖尿或磷酸盐尿；
- (2) 血液检查出现低磷血症、低尿酸血症或近端肾小管酸中毒；
- (3) 出现骨质疏松、骨骼畸形或尿路结石；
- (4) 通过骨髓片、白细胞、直肠黏膜中的结晶分析或裂隙灯检查角膜有胱氨酸结晶。

本保障不受责任免除中“遗传性疾病、先天性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

7.1.43 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）。被保险人所患的类风湿性关节炎必须已经达到类风湿性关节炎功能分级 IV 级的功能障碍（生活不能自理，且丧失工作能力）并须

满足下列全部条件:

- (1) 晨僵;
- (2) 对称性关节炎;
- (3) 类风湿性皮下结节;
- (4) X线显示严重的关节(软骨和骨)破坏和关节畸形。

7.1.44 严重脊髓空洞症或严重延髓空洞症

脊髓空洞症为慢性进行性的脊髓变性疾病,其特征为脊髓内形成管状空腔以及胶质(非神经细胞)增生,表现为感觉异常、肌萎缩及神经营养障碍,CT扫描或MRI可发现空洞。病变累及延髓称为延髓空洞症。严重脊髓空洞症或严重延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。

7.1.45 严重多发性硬化症

多发性硬化症为中枢神经系统脱髓鞘病变,必须由医疗机构的神经专科医生确诊。必须伴有典型的脱髓鞘症状和运动及感觉功能障碍的证据并有核磁共振检查(MRI)的典型改变。严重多发性硬化症必须造成神经系统永久性功能损害并且已导致被保险人独立生活能力完全丧失,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持续达180天以上。

7.1.46 严重脊髓灰质炎

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,且疾病确诊180天后脊髓灰质炎已造成神经系统功能损害,并导致被保险人一肢或一肢以上肢体机能完全丧失。

7.1.47 非阿尔茨海默病所致严重痴呆

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,并且有完整的临床、实验室和影像学检查结果证实。

精神疾病或酒精中毒所致脑损害不在保障范围内。

7.1.48 脑型疟疾

指因恶性疟原虫严重感染而导致的脑病或脑型疟疾,以昏迷为主要特征。本疾病须由医疗机构的专科医生确诊,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。

7.1.49 克雅氏病

是由变异蛋白粒子引起的可传递的神经系统变性疾病,并有以下症状:

- (1) 不能控制的肌肉痉挛及震颤;
- (2) 逐渐痴呆;
- (3) 小脑功能不良,共济失调;
- (4) 手足徐动症。

诊断必须由医疗机构的神经科专科医生基于以下检查报告作出:脑电图、脑脊液报告、电脑断层扫描(CT)及核磁共振检查(MRI)。

7.1.50 植物人状态

指由于大脑皮质严重损害导致完全永久性的意识丧失,仅残存植物神经功能的疾病

状态。本疾病须由医疗机构的神经专科医生确诊，且具有大脑皮质功能丧失的证据。植物人状态必须持续 180 天以上。

7.1.51 颅脑手术（含破裂脑动脉瘤夹闭手术） 指被保险人因疾病确已实施全麻下的开颅手术（以切开硬脑膜为准）（不包括颅骨钻孔手术）。理赔时必须提供由医疗机构的神经外科的专科医生出具的诊断书及手术报告。

因外伤而实施的颅脑手术不在保障范围内。

7.1.52 进行性核上性麻痹 进行性核上性麻痹（PSP）又称 Steele-Richardson-Olszewski 综合征，是一种神经系统变性疾病，以假球麻痹、垂直性核上性眼肌麻痹、锥体外系肌僵直、步态共济失调和轻度痴呆为主要临床特征。本疾病必须由三级甲等医院的神经内科医生确诊，并且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。

7.1.53 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。

本保障不受责任免除中“遗传性疾病、先天性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

7.1.54 严重瑞氏综合征 即 Reye 综合征，也称赖氏综合征、雷氏综合征。

瑞氏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。肝脏活检是确诊的重要手段。瑞氏综合征须由医疗机构的儿科专科医生确诊，并符合下列所有条件：

- （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。

7.1.55 肌营养不良症 是一组遗传性肌肉变性坏死性病变，临床特征为骨骼肌进行性无力和萎缩，其诊断需同时符合以下条件：

- （1） 肌电图显示典型肌营养不良症的阳性改变；
- （2） 血清肌酸磷酸激酶（CPK）升高；
- （3） 肌肉活检的病理学诊断符合肌营养不良症的肌肉细胞变性、坏死等阳性改变；
- （4） 疾病确诊 180 天以后，被保险人仍完全丧失独立生活能力，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。

7.1.56 坏死性筋膜炎 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。必须满足以下所有条件：

- (1) 符合坏死性筋膜炎的一般临床表现;
- (2) 细菌培养检出致病菌;
- (3) 出现广泛性肌肉及组织坏死, 并确实实施了坏死组织和筋膜以及肌肉的切除手术。

清创术不在保障范围内。

7.1.57 失去一肢及一眼 因疾病或意外伤害导致以下两项情形同时不可复原及永久性完全丧失:

- (1) 单眼视力永久不可逆性丧失, 患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。
- (2) 任何一肢自腕关节或踝关节近端 (靠近躯干端) 以上完全性断离。

因恶性肿瘤导致的单眼视力丧失及单个肢体缺失不在保障范围内。

7.1.58 全身性重症肌无力 指一种神经与肌肉接头部位传递障碍的自身免疫性疾病, 临床特征是局部或全身横纹肌于活动时易于疲劳无力, 颅神经眼外肌最易累及, 也可涉及呼吸肌、下肢近端肌群乃至全身肌肉, 须经医疗机构的神经科专科医生确诊。其诊断必须同时具有下列情况:

- (1) 经药物、胸腺手术治疗一年以上无法控制病情, 丧失正常工作能力;
- (2) 出现眼睑下垂, 或构音困难、进食呛咳, 或由于肌无力累及呼吸肌而致机体呼吸功能不正常的危急状态即肌无力危象;
- (3) 症状缓解、复发及恶化交替出现, 临床有接受新斯的明等抗胆碱酯酶药物治疗的病史。

7.1.59 意外伤害面部整形手术 被保险人因意外伤害导致颈部以上的颜面部形态和结构的严重缺陷、缺失、损害或变形, 必须立刻住院治疗, 经医疗机构的整形专科医生确诊, 并已经接受了以修补和重建为目的的颜面部整形手术治疗, 切除毁损组织进行修复和再造, 以矫正面部畸形和缺损。**由于美容手术失败导致的损害不在保障范围内。**

7.1.60 慢性呼吸功能衰竭 指经医疗机构的呼吸科专科医生确诊患有慢性肺部疾病而出现慢性呼吸功能衰竭, 其诊断标准需同时满足以下各项:

- (1) 肺功能测试其 FEV1 持续低于 1 升;
- (2) 血氧不足必须持续地进行输氧治疗;
- (3) 动脉血气分析氧分压等于或低于 55mmHg;
- (4) 休息时出现呼吸困难。

7.1.61 特发性肺纤维化 是一种原因不明的、进行性的、局限于肺部的以纤维化伴蜂窝状改变为特征的疾病, 可表现为呼吸困难、咳嗽咳痰、消瘦、乏力, 终末期可出现呼吸衰竭和右心衰竭体征。诊断需经外科肺活检病理证实或高分辨率 CT (HRCT) 证实为典型的普通型间质性肺炎 (UIP)。

其他已知原因 (例如环境和职业暴露、结缔组织病、药物毒性) 导致的间质性肺疾

病（ILD）不在保障范围内。

7.1.62 肺淋巴管肌瘤病 指一种弥漫性肺部疾病，主要病理改变为肺间质、支气管、血管和淋巴管内出现未成熟的平滑肌异常增生，同时需满足下列全部条件：

- （1）经组织病理学诊断；
- （2）CT显示双肺弥漫性囊性改变；
- （3）休息时出现呼吸困难或经医疗机构的专科医生认可有必要进行肺移植手术。

7.1.63 严重自发性或继发性肺泡蛋白质沉积症 指因自发性或继发性原因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。理赔时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。

7.1.64 慢性肺源性心脏病 由医疗机构的呼吸科专科医生或心内科专科医生确诊为肺源性心脏病。诊断必须基于右心导管（心血管造影）的检查结果，且必须同时满足如下诊断标准：

- （1）肺血管阻力高于3个Wood单位；
- （2）平均肺动脉血压不低于40mmHg；
- （3）肺楔压不高于15mmHg；
- （4）右心室过度肥大和扩张，出现右心衰竭和呼吸困难。

因左心病变或者先天性心脏病引起的右心衰竭或者肺动脉高压不在保障范围内。

7.1.65 严重冠心病 指经医疗机构的心脏科专科医生根据冠状动脉造影检查结果确诊为主要血管严重狭窄性病变，须满足下列至少一项条件：

- （1）左冠状动脉主干和右冠状动脉中，一支血管管腔堵塞75%以上，另一支血管管腔堵塞60%以上；
- （2）左前降支、左旋支和右冠状动脉中，至少一支血管管腔堵塞75%以上，其他两支血管管腔堵塞60%以上。

左前降支的分支血管、左旋支的分支血管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。

7.1.66 严重心肌病 指不明原因引起的一类心肌病变，包括原发性扩张型心肌病、原发性肥厚型心肌病及原发性限制型心肌病三种，病变必须已造成事实上心室功能障碍而出现明显的心功能衰竭（指达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级IV级），且有相关住院医疗记录显示IV级心功能衰竭状态持续至少180天。本疾病须经医疗机构的专科医生明确诊断。

继发于全身性疾病或其他器官系统疾病造成的心肌病变不在保障范围内。

7.1.67 严重心肌炎 指心肌局限性或弥漫性的急性或慢性炎症病变，导致心脏功能障碍，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级IV级，且持续至少90天。

7.1.68 严重继发性肺动 指由于继发性因素（药物、毒素或疾病）导致的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

脉高压 能状态分级 IV 级。诊断需要由医疗机构的心脏科专科医生确诊，并且心导管检查报告显示静息状态下肺动脉平均压超过 30mmHg。

所有先天性心脏疾病直接或间接引起的肺动脉高压不在保障范围内。

7.1.69 严重慢性缩窄性心包炎 指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。被保险人被明确诊断为慢性缩窄性心包炎且必须满足以下所有条件：

- (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) 实际接受了以下任何一种手术路径的心包剥离或心包切除手术；手术路径：胸骨正中切口、双侧前胸切口、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保障范围内。

7.1.70 主动脉夹层瘤 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。诊断必须由医疗机构的专科医生及检验结果证实，检验包括电脑扫描，磁共振扫描及磁共振血管造影或心导管检查，并已进行紧急修补手术。

7.1.71 严重的 1 型糖尿病 1 型糖尿病是由于胰岛素分泌绝对不足而引起以血浆葡萄糖水平增高为特征的代谢内分泌疾病，需持续利用外源性胰岛素治疗。本疾病必须明确诊断为 1 型糖尿病，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，并满足下列至少一个条件：

- (1) 因严重心律失常植入了心脏起搏器；
- (2) 糖尿病肾病，且尿蛋白>0.5g/24h；
- (3) 因糖尿病足趾坏疽进行足趾或下肢截断术。

被保险人被确诊首次患病时年龄必须在 25 周岁以下。

7.1.72 严重心脏衰竭心脏再同步治疗 (CRT) 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心脏再同步治疗 (CRT)，以矫正心室收缩不协调和改善心脏功能。被保险人接受 CRT 治疗之前必须满足下列所有条件：

- (1) 心功能衰竭达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 III 级或 IV 级；
- (2) 左心室射血分数<35%；
- (3) 左心室舒张末期内径≥55mm；
- (4) QRS 时间≥130ms；
- (5) 药物治疗效果不佳，仍有心脏功能衰竭症状。

7.1.73 川崎病 是一种血管炎综合征，临床表现为急性发热，皮肤粘膜病损和淋巴结肿大。本疾病须经医疗机构的专科医生明确诊断，同时须由血管造影或超声心动图检查证实，且满足下列至少一项条件：

- (1) 伴有冠状动脉瘤，且冠状动脉瘤于最初急性发病后持续至少 180 天；
- (2) 伴有冠状动脉瘤，且实际接受了对冠状动脉瘤进行的手术治疗。

被保险人被确诊首次患病时年龄必须在 25 周岁以下。

7.1.74 因职业关系导致的艾滋病病毒感染

指被保险人在从事正常职业活动中感染艾滋病病毒（HIV），并且证实满足下列全部条件：

- （1）发生导致感染艾滋病病毒的意外事件（以下简称“意外事件”），必须在意外事件发生后 30 日内（含 30 日）向我们书面报告；
- （2）需要含有艾滋病病毒的液体作为证据证明感染由该意外事件导致；
- （3）在书面报告意外事件后的 180 日内（含 180 日）出现血清 HIV 阴性转变为 HIV 阳性的证据，这个证据必须包括意外事件发生后 5 日内（含第 5 日）HIV 抗体阴性的检查报告。

意外事件发生后 12 个月内需要进行进一步的血液检查以确认存在艾滋病病毒抗体。

我们仅在被保险人发生意外事件时的职业为医生、护士、医学检验技师、救护车工作人员、医院护工、警察时承担此项保险责任。

在任何治愈艾滋病（AIDS）或有效阻止艾滋病病毒（HIV）作用的疗法被发现以后，或能有效防止艾滋病（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（包括且不限于性传播或静脉注射毒品）导致的 HIV 感染不在保障范围内。

本保障不受责任免除中“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

7.1.75 经输血导致的艾滋病病毒感染

指被保险人感染上艾滋病病毒（HIV）并且符合下列所有条件：

- （1）在本附加合同生效日或最后一次效力恢复日后，被保险人因治疗必需而接受输血，并且因输血而感染 HIV；
- （2）提供输血治疗的输血中心或医院出具该项输血感染属医疗责任事故的报告，或者法院终审判决为医疗责任；
- （3）提供输血治疗的输血中心或医院必须拥有合法经营执照；
- （4）受感染的被保险人不是血友病患者。

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。

在任何治愈艾滋病（AIDS）或有效阻止艾滋病病毒（HIV）作用的疗法被发现以后，或能有效防止艾滋病（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。

我们必须拥有获得使用被保险人的血液样本的权利和能够对这些样本进行独立检验的权利。

本保障不受责任免除中“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

7.1.76 埃博拉病毒感染

指埃博拉病毒感染导致的烈性传染病，并须满足下列全部条件：

- （1）实验室检查证实埃博拉病毒的存在；
- （2）从发病开始有超过 30 天的进行性感染症状。

7.1.77 重症手足口病

指由肠道病毒引起的急性传染病，主要症状表现为手、足、口腔等部位的斑丘疹、疱疹。经医疗机构的专科医生确诊为患有手足口病，并伴有下列三项中的任意一项

并发症:

- (1) 有脑膜炎或脑炎并发症, 且导致意识障碍或瘫痪的临床表现及实验室检查证据;
- (2) 有肺炎或肺水肿并发症, 且导致呼吸衰竭的临床表现及实验室检查证据;
- (3) 有心肌炎并发症, 且导致心脏扩大或心力衰竭的临床表现及实验室检查证据。

7.1.78 出血性登革热

指由登革热病毒引起的急性传染病, 为一种自限性疾病, 通常预后良好。本保障所指的出血性登革热必须符合下列所有条件:

- (1) 根据《登革热诊疗指南(2014版)》诊断的确诊病例;
- (2) 出现下列一种或多种严重登革热的临床表现:
 - ① 血浆渗漏致休克或胸腔积液伴呼吸困难;
 - ② 严重出血: 消化道出血、阴道大出血、颅内出血、肉眼血尿或皮下血肿(不包括皮下出血点);
 - ③ 严重器官损害或衰竭: 肝脏损伤(ALT或AST>1000IU/L)、急性呼吸窘迫综合征(ARDS)、急性心功能衰竭、急性肾功能衰竭、脑病。

7.1.79 室壁瘤切除手术

被保险人被医疗机构的专科医生明确诊断为左心室室壁瘤, 并且实际接受了开胸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。

7.1.80 Brugada 综合征

指由医疗机构的心脏科专科医生根据临床症状和典型心电图表现, 明确诊断为Brugada综合征。经专科医生判断认为医疗必需且实际已安装永久性心脏除颤器。

本保障不受责任免除中“遗传性疾病、先天性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

8. 其他名词的释义

- | | |
|-------------------|---|
| 8.1 保单年度 | 合同生效日 24 时起至第 1 个保单周年日 24 时止为第 1 个保单年度, 若连续投保, 则第 1 个保单周年日 24 时起至第 2 个保单周年日 24 时止为第 2 个保单年度, 第 2 个保单周年日 24 时起至第 3 个保单周年日 24 时止为第 3 个保单年度, 以此类推。 |
| 8.2 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。 |
| 8.3 公费医疗 | 根据《公费医疗管理办法》规定的公费医疗制度所提供的医疗保障。 |
| 8.4 基本医疗保险 | 指城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等《中华人民共和国社会保险法》规定的基本医疗保险项目。 |
| 8.5 意外伤害 | 指因外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件为直接且单独的原因导致身体受到的伤害。 |
| 8.6 认可医院 | 应符合以下所有条件: <ol style="list-style-type: none">(1) 经国家级医疗卫生行政管理部门批准, 有合法经营执照;(2) 设立的主要目的是为受伤者和患病者提供留院治疗和护理;(3) 有合法职称的专业医生和护士提供全日 24 小时的医疗和护理服务; |

- (4) 具有系统性诊疗等程序或手术设备的二级或以上公立医院，但不包括观察室、家庭病床、联合病房、临时病房、康复病房和特需门诊、特需病房、外宾门诊、外宾病房；
- (5) 不包括精神病院、私人诊所，以及作为康复、疗养、护理、戒酒、戒毒的医疗机构。

我们保留对认可医院变更的权利，今后若有变更，我们将及时通知您。

8.7 住院

指被保险人确因临床需要入住认可医院之正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院及以及休养、疗养、身体检查和健康护理等非治疗性行为导致的住院。

其中挂床住院指被保险人非治疗需要，离开医疗机构 12 小时以上，视为自动离开医疗机构。我们仅对离开日及以前属于保险责任范围内的住院治疗承担保险金给付责任。

8.8 医疗必需且合理

指合理的、符合通常惯例且医疗必须的医疗费用。符合通常惯例指被保险人接受的医疗服务满足以下条件：

- (1) 该服务满足医疗需要而且根据治疗当地通行治疗规范、采用了通行治疗方法；
- (2) 医疗费用没有超过当地对类似情形治疗的常规费用，类似情形是指在同一地区、对相同性别、近似年龄的人所患的同类疾病或身体伤害实施的类似治疗或服务。

医疗必需指针对意外伤害或疾病本身的医疗服务及医疗费用满足以下条件：

- (1) 治疗意外伤害或疾病合适且必须的、有医生处方的项目；
- (2) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；
- (3) 非为了医师或其他医疗提供方的方便；
- (4) 接受的医疗服务范围是合适的而且经济有效的。

对是否医疗必需由我们理赔人员根据客观、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。

8.9 床位费

指被保险人在住院期间发生的医疗机构床位的费用，不包括陪人床、观察病房床位和家庭病床的费用。

8.10 药品费

药品费是指根据医生处方使用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，包括西药、中成药和中草药。

药品费中不包含：

- (1) 单味使用的以下药物：阿胶、阿胶珠、鳖甲、鳖甲胶、龟甲、龟甲胶、鹿角胶、蝮蛇、蕲蛇、金钱白花蛇、乌梢蛇、全蝎、肉苁蓉、肉豆蔻、石斛、红花、川贝母、党参、何首乌；
- (2) 单味或复方使用的以下药物：
 - 1) 各种人参（包括参须、条、片）、鹿茸、猴枣、马宝、狗宝、牛黄、麝香、海马、海龙、玛脑、珊瑚、琥珀、玳瑁、蛤蚧、紫河车；
 - 2) 各种可以药用的动物脏器（鸡内金除外）以及动物的胎、鞭、尾、筋、骨、睛；

- 3) 蛤士蟆(油)、龟龄集、首乌延寿丹、定坤丹、蜂蜜(配制丸药除外)、燕窝、虫草、羚羊角粉、灵芝、珍珠(粉)、藏红花、西红花、血竭;
- 4) 人参鹿茸丸、参茸卫生丸、参茸丸、参桂鹿茸丸、全鹿丸、健身全鹿丸、三肾丸(粉)、人参膏、参鹿膏、人参露、人参酏(精)、人参糖浆、参茸精、鹿茸精以及其他以人参、鹿茸为主要成分的制剂;
- 5) 各种药酒、党参膏、桂圆膏、八珍膏、鹿胎膏及各类膏方制剂;
- 6) 各种口服葡萄糖、各种鱼肝油(治疗夜盲症、肺结核、佝偻病除外)、玉米油、维他麦精、蜂皇精、蜂王浆、王浆蜜、蜂乳、蜂乳胶丸、蜂皇胎、磷脂麦芽糖、血宝胶囊、红桃K口服液;
- 7) 胎盘球蛋白、胎盘丙种球蛋白、人血丙种球蛋白、人血白蛋白、胎盘血白蛋白。

8.11 膳食费	指住院期间根据医生的医嘱,由作为认可医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。 膳食费应包含在医疗账单内;根据各认可医院的惯例,可以作为独立的款项、也可以合并并在病房费等其他款项内。
8.12 诊疗费	指由医生所实施的病情咨询及检查、各种器械或仪器检查、诊断、治疗方案拟定等各项医疗服务所收取的费用。
8.13 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。 本项费用不包含物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。
8.14 护理费	指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。
8.15 检查检验费	指在认可医院实际发生的、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。
8.16 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、手术用药费、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。
8.17 材料费	指医生或护士在为被保险人进行的各种治疗中所使用的医疗器材和医用材料的费用。
8.18 当地救护车使用费	指为抢救生命由急救中心派出的救护车费用及认可医院转诊过程中的认可医院用车费。 救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送,不包含县级市和地级市之间的医疗运送。
8.20 化学疗法	指针对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恶性肿瘤细胞、抑制恶性肿瘤细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。
8.21 放射疗法	指针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,以抑制和杀灭恶性肿瘤细胞为目的而进行的治疗。
8.22 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。本附加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。

- 8.23 肿瘤内分泌疗法** 指针对恶性肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制激素生成和激素反应，杀死恶性肿瘤细胞或抑制恶性肿瘤细胞的生长。本附加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。
- 8.24 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，将药物或其他杀伤恶性肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到肿瘤部位攻击恶性肿瘤细胞的疗法。本附加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食品药品监督管理局批准用于临床治疗。
- 8.25 医疗机构** 符合下列所有条件的机构：
- (1) 经国家级医疗卫生行政管理部门批准的有合法经营执照的二级或二级以上医院（前述医院中的门/急诊观察室、家庭病床、联合病房、临时病房、康复病房除外）；
 - (2) 不包括精神病院、私人诊所，以及作为康复、疗养、护理、戒酒、戒毒的医疗机构。
- 8.26 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) 在二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。
- 8.27 指定质子重离子医院** 我们将提供指定质子重离子医院清单，并保留对指定质子重离子医院变更的权利，今后若有变更，我们将及时通知您。您可以通过我们的网站、服务热线或服务场所查询当时适用的指定质子重离子医院。
- 8.28 质子重离子医疗费用** 指被保险人接受质子、重离子放射治疗而发生的相关医疗费用，包括床位费、药品费、膳食费、诊疗费、治疗费、护理费、检查检验费等，**但不包括肿瘤化学疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法所产生的药品费。**
- 8.29 醉酒** 指发生事故时被保险人每百毫升血液中的酒精含量大于或者等于80毫克。
- 8.30 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。
- 8.31 管制药物** 指麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品及兴奋剂。管制药物的范围以国家药品监督管理部门的最新规定为准。
- 8.32 酒后驾驶** 指经检测或鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。
- 8.33 无合法有效驾驶证驾驶** 指下列情形之一：
- (1) 没有取得驾驶资格；
 - (2) 驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
 - (3) 持审验不合格的驾驶证驾驶；
 - (4) 持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习

驾车；

- (5) 在驾驶证有效期内未按照中华人民共和国法律、行政法规的规定，定期对机动车驾驶证实施审验的；
- (6) 驾驶证已过有效期的；
- (7) 在机动车驾驶证丢失、损毁、超过有效期或者被依法扣留、暂扣期间以及记分达到12分，不得驾驶机动车；
- (8) 公安交通管理部门规定的其他无有效驾驶证驾驶情况。

8.34 无有效行驶证

指下列情形之一：

- (1) 机动车被依法注销登记的；
- (2) 未依法按时进行或未通过机动车安全技术检验；
- (3) 未办理行驶证或者行驶证在申办过程中的。

8.35 机动车

指以动力装置驱动或者牵引，能合法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。

8.36 恐怖主义行为

包括但并不仅限于以下行为：任何人或群体，以个人名义单独所为或代表组织、政府，出于政治、宗教、意识形态和种族等原因，使用武力（暴力）或以武力（暴力）相威胁，从而影响政府或使公众陷入恐惧。

8.37 潜水

指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域潜水。

8.38 攀岩运动

指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

8.39 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，而故意使自己置身其中的行为。如江河漂流、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。

8.40 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、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。

8.41 特技

指从事马术、杂技、驯兽等特殊技能。

8.42 性病

即性传播疾病（STD），系指以性接触或类似性接触为主要传播途径和传播方式的一组疾病的总称。

8.43 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。

8.44 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，其表现包括显性遗传（亲代和后代均表现出疾病特征）、不完全显性遗传（亲代表现出疾病特征而后代只表现出部分疾病特征）和隐性遗传（仅后代表现出疾病特征但亲代不发病）。

8.45 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。

8.46 物理治疗

物理治疗是指应用人工物理因子（如光、电、磁、声等）来治疗疾病，具体疗法包括电疗、光疗、磁疗、热疗、冷疗、水疗以及超声波疗法等符合《全国医疗服务价格项目规范》（以下简称《规范》，若主管部门对《规范》进行修订，则以最新颁布的为准）的项目。

8.47 中医理疗及其他

中医理疗是指以治疗疾病为目的，被保险人接受由具有相应资格的医生实施的针灸

	特殊疗法	治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗。 其他特殊疗法包括顺势治疗、正骨治疗、职业疗法及语音治疗。
8.48	康复治疗	指在康复医疗机构、康复科诊治或者接受以促进机体各项功能恢复为目的的医疗方法，如理疗、按摩、推拿、生物反馈疗法、康复营养、康复护理等。
8.49	医疗事故	指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，过失造成患者人身损害的事故。
8.50	有效身份证件	指由政府主管部门规定的证明个人身份的证件，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。
8.51	现金价值	现金价值的计算公式如下： $\text{现金价值} = \text{最近一期已支付保险费} \times (1 - \text{手续费比例}) \times (1 - \frac{\text{最近一期已支付保险费对应保障期间已经过的日数}}{\text{最近一期已支付保险费对应保障期间的总日数}})$ <p>手续费是指每张保单平均承担的销售费用和管理费用总额，手续费比例为已支付保险费的 35%。已经过日数不足一天的不计。</p>
8.52	保单周年日	指合同生效日在每年的对应日，如当月无对应的同一日，则以当月最后一日为对应的保单周年日。
8.53	肢体机能完全丧失	指肢体的三大关节中的两大关节僵硬，或不能随意识活动。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。
8.54	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。
8.55	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。
8.56	六项基本日常生活活动	六项基本日常生活活动是指： <ul style="list-style-type: none"> (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。
8.57	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。

附件 1:

保险保障利益表

单位: 人民币元

保险责任	一般医疗费用保险金 ^注	质子重离子医疗费用保险金
基本保险金额	100 万	100 万
年免赔额	1 万	-
给付比例	100%	100%

注: 若被保险人于本附加合同等待期后被医疗机构的专科医生确诊初次发生本附加合同第7.1条约定的重大疾病(无论一种或多种), 则本附加合同约定的一般医疗费用保险金的基本保险金额增加50%, 且对于自重大疾病确诊的当次治疗(含)起所发生的符合本附加合同约定的医疗费用, 我们在计算一般医疗费用保险金时不再扣除年免赔额, 但质子重离子医疗费用保险金的基本保险金额不变。若被保险人再次被医疗机构的专科医生确诊发生重大疾病(无论一种或多种), 则本附加合同约定的一般医疗费用保险金的基本保险金额不再增加。