



请扫描以查询验证条款

## 复星联合超越保 2020 医疗保险条款

### 阅读指引


本阅读指引助您理解复星联合健康保险股份有限公司（以下简称“本公司”）《复星联合超越保2020 医疗保险条款》（以下简称“本保险条款”）

#### 拥有的重要权益

- ◇ 被保险人享有的保险保障·····2. 4
- ◇ 投保人有解除合同的权利·····5. 1

#### 应当特别注意的事项

- ◇ 在某些情况下，本公司不承担保险责任·····2. 8
- ◇ 及时向本公司通知保险事故的责任·····3. 2
- ◇ 应当按时交纳保险费·····4. 1
- ◇ 退保会给投保人造成一定的损失，请慎重决策·····5. 1
- ◇ 投保人有如实告知的义务·····6. 1
- ◇ 本公司对可能影响本合同保障的重要内容进行显著标识，请仔细阅读背景突出显示的内容

 条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请仔细阅读本条款。

#### 条款目录

<p><b>1. 合同订立</b></p> <p>1.1 合同构成</p> <p>1.2 合同成立与生效</p> <p>1.3 投保范围</p> <p>1.4 犹豫期</p> <p><b>2. 提供的保障</b></p> <p>2.1 保险计划</p> <p>2.2 保险期间</p> <p>2.3 等待期</p> <p>2.4 保险责任</p> <p>2.5 免赔额</p> <p>2.6 保险金额</p> <p>2.7 补偿原则与给付标准</p> <p>2.8 责任免除</p> <p><b>3. 保险金申领</b></p> <p>3.1 受益人</p> <p>3.2 保险事故通知</p> <p>3.3 保险金申请</p> <p>3.4 代理申请及其他</p> <p>3.5 配合调查</p> <p>3.6 保险金的给付</p> <p>3.7 诉讼时效</p>	<p><b>4. 保险费交纳</b></p> <p>4.1 保险费的交纳</p> <p>4.2 宽限期</p> <p>4.3 续保</p> <p><b>5. 合同解除</b></p> <p>5.1 解除合同的手续及风险</p> <p><b>6. 其他事项</b></p> <p>6.1 明确说明与如实告知</p> <p>6.2 本公司合同解除权的限制</p> <p>6.3 年龄错误</p> <p>6.4 未还款项</p> <p>6.5 合同内容变更</p> <p>6.6 联系方式变更</p> <p>6.7 争议处理</p>
---	---

# 复星联合超越保 2020 医疗保险条款

(本公司在每页底部对一些专业名词做了释义, 这些释义为本条款的重要组成部分。同一专业名词在条款中出现多次的, 本公司仅在该专业名词第一次出现的地方做了释义, 该释义适用于全文。)

## 1 合同订立

- 1.1 **合同构成** 本保险条款、投保单或其他投保文件、保险利益表、保险单或其他保险凭证、附贴批单和其他约定书, 均为投保人与本公司订立的《复星联合超越保 2020 医疗保险合同》(以下简称“本合同”)的构成部分。凡涉及本合同的约定, 均应当采用书面形式。
- 1.2 **合同成立与生效** 投保人提出投保申请、本公司同意承保, 本合同成立。  
合同生效日期在本合同中载明。保单年度、保险费的**约定交纳日**<sup>1</sup>均以该日期计算。
- 1.3 **投保范围** 符合本公司承保条件者均可向本公司投保本保险, 成为本合同的被保险人。投保年龄按**周岁**<sup>2</sup>计算。
- 1.4 **犹豫期** 自投保人签收本合同或收到本合同电子保险单(二者较早之日)起, 有 15 日犹豫期。在此期间请投保人认真审阅本合同, 如果投保人认为本合同与投保人的需求不相符, 可以在此期间提出解除本合同, 本公司将无息退还投保人所支付的全部保险费。首次投保或重新投保本合同时有犹豫期, 续保没有犹豫期。  
解除本合同时, 投保人须填写解除合同申请书, 并提供保险合同及**有效身份证件**<sup>3</sup>。自本公司收到投保人的解除合同申请书起, 本合同即被解除, 对于合同解除前发生的保险事故, 本公司不承担保险责任。

## 2 提供的保障

- 2.1 **保险计划** 被保险人的保险计划, 以及保险计划中涉及的保险金给付限额、免赔额、医疗机构及赔付比例见附表一。具体由投保人在投保时与本公司约定, 并在本合同中载明。
- 2.2 **保险期间** 本合同有效期为一年。自本合同生效之日零时起至保单终止日的二十四时止。

<sup>1</sup> **约定交纳日**: 指本合同生效日在每月、每季或每半年(根据交费方式确定)的对应日。当月无对应的同一日, 则以该月最后一日为对应日。

<sup>2</sup> **周岁**: 指按有效身份证件(见注脚 3)中记载的出生日期计算的实足年龄, 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。

<sup>3</sup> **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、户口簿等证件。

**2.3 等待期** 本合同自生效日起 30 天内（含第 30 天）为等待期，续保时无等待期。  
被保险人在等待期内因非**意外**<sup>4</sup>的原因，在本公司指定或认可的**医疗机构**<sup>5</sup>**确诊初次发生**<sup>6</sup>本合同所定义的**特定疾病**<sup>7</sup>（一种或者多种），本公司不承担保险责任，并无息退还投保人所支付的全部保险费，同时本合同终止。

**2.4 保险责任** 在本合同有效期内，本公司按下列规定承担保险责任：

**2.4.1 一般医疗保险金** 被保险人在其保险期间内遭受意外，或在本合同等待期后罹患本合同所定义的特定疾病以外的疾病，在本公司指定或认可的医疗机构接受由具有相应资质的**医护人员**<sup>8</sup>治疗的，本公司依照下列约定给付一般医疗保险金：

#### 1. 住院医疗费用

被保险人在其保险期间内遭受意外，或在本合同等待期后罹患本合同所定义的特定疾病以外的疾病，在本公司指定或认可的医疗机构接受由具有相应资质的医护人员诊断必须**住院**<sup>9</sup>的，对住院期间发生的**医学必需**<sup>10</sup>的并需要由被保险人个人支付的下列医疗费用，本公司将按约定承担保险责任。

被保险人在本合同有效期内开始住院治疗，到本合同满期日时仍未结束本次住院治疗且未续保的，本公司将继续承担因本次住院发生的住院医疗费用保险金给付责任，**但最长不超过本合同满期日后 180 天。**

住院医疗费用包括：

- (1) 床位费；
- (2) **膳食费**<sup>11</sup>；
- (3) **护理费**<sup>12</sup>；
- (4) 重症监护室费；

<sup>4</sup> **意外**：指外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。不包括无明确外来意外伤害导致的后果。

<sup>5</sup> **本公司指定或认可的医疗机构**：包括本公司指定医疗机构，以及符合下列所有条件的机构：（1）位于境内（不包括港、澳、台地区），拥有合法经营执照，当地基本医疗保险管理机构最新公布的二级以上（含二级）的公立医院的普通部。公立医院的特需部、VIP 部及国际部是否开放视具体保险计划而定，不包括观察室、联合病房和康复病房。（2）设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；（3）有合格的医生和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务；（4）非主要作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。

<sup>6</sup> **确诊初次发生**：指被保险人自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、复效之后第一次经医院确诊患有某种疾病。**

<sup>7</sup> **特定疾病**：本合同所定义的特定疾病见附表二。

<sup>8</sup> **医护人员**：包括医生（见注脚 15）、护士。护士，指在卫生管理机构合法注册的具有护士执业资格且正在执业的护理人员。

<sup>9</sup> **住院**：指确因临床需要，正式办理入院及出院手续，并确实入住医疗机构正式病房接受治疗的行为过程，但不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院、以及休养、疗养、身体检查和健康护理等非治疗性行为。

<sup>10</sup> **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。

<sup>11</sup> **膳食费**：根据医生的医嘱，由作为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。膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并病房费等其他款项内。若一些医疗机构自身不设内部专属的食堂而将病人膳食外包给独立经营的商业餐饮单位、从而膳食费不包含在医疗账单内，受益人提供证明上述情况属实并经本公司证实后，按照膳食费发票金额的 50%作为与医疗相关的膳食费金额进行后续的理赔计算。

<sup>12</sup> **护理费**：指根据医生的医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

- (5) 诊疗费<sup>13</sup>、医生<sup>14</sup>费；
- (6) 检查检验费<sup>15</sup>；
- (7) 治疗费；
- (8) 陪床费<sup>16</sup>；
- (9) 药品费<sup>17</sup>；
- (10) 手术费<sup>18</sup>；
- (11) 体外膜肺氧合（ECMO）费；
- (12) 救护车使用费<sup>19</sup>。

## 2. 特殊门诊医疗费用

被保险人在其保险期间内遭受意外,或在本合同等待期后罹患本合同所定义的特定疾病以外的疾病,在本公司指定或认可的医疗机构接受由具有相应资质的医护人员的特殊门诊治疗的,对由此发生的医学必需的并需要由被保险人个人支付的下列医疗费用,本公司将按约定承担保险责任。

特殊门诊医疗费用包括:

- (1) 门诊肾透析费；
- (2) 门诊治疗费,包括化学疗法<sup>20</sup>、放射疗法<sup>21</sup>、肿瘤免疫疗法<sup>22</sup>、肿瘤内分泌疗法<sup>23</sup>、肿瘤靶向疗法<sup>24</sup>的治疗费用；

<sup>13</sup> **诊疗费**:指被保险人门急诊间发生的主诊医生或会诊医生的劳务费用,包括挂号费。

<sup>14</sup> **医生**:指在卫生管理机构合法注册的具有医生资格、拥有处方权且正在执业的医疗服务人员,并需要满足下列全部条件:  
(1) 对其从事的医疗操作经过培训和训练从而具有相应的治疗资格;(2) 其从事的医疗操作在其执业医师资格允许的范围;  
(3) 不是被保险人本人或其直系亲属;(4) 与被保险人没有商业联系。

<sup>15</sup> **检查检验费**:指实际发生的,以诊断疾病为目的的,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。

<sup>16</sup> **陪床费**:未满18周岁被保险人住院期间其父亲或母亲(限一名)或被保险人住院期间其出生未满16周的新生儿陪同住院加床费以及医疗机构提供的膳食费。

<sup>17</sup> **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、非医院药房购买的药品以及下列中药类药品:(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;(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。

<sup>18</sup> **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。

<sup>19</sup> **救护车使用费**:住院前或住院期间转诊时发生的同城急救车费。

<sup>20</sup> **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,在医院进行的静脉注射化疗。

<sup>21</sup> **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,在医院的专门科室进行的放疗。

<sup>22</sup> **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。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食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。

<sup>23</sup> **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,杀死癌细胞或抑制癌细胞的生长。

(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费。

### 3. 门诊手术医疗费用

被保险人在其保险期间内遭受意外,或在本合同等待期后罹患本合同所定义的特定疾病以外的疾病,在本公司指定或认可的医疗机构接受由具有相应资质的医护人员的门诊手术的,对由此发生的医学必需的并需要由被保险人个人支付的医疗费用,本公司将按约定承担保险责任。

### 4. 住院前后门急诊医疗费用

被保险人在其保险期间内遭受意外,或在本合同等待期后罹患本合同所定义的特定疾病以外的疾病,在本公司指定或认可的医疗机构接受由具有相应资质的医护人员诊断必须住院的,在住院前7日(含住院当日)和出院后30日(含出院当日)内,因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗的,对由此发生的医学必需的并需要由被保险人个人支付的医疗费用(不包括特殊门诊医疗费用及门诊手术医疗费用),本公司将按约定承担保险责任。

本公司对于以上四类医疗费用的累计赔偿金额之和以本合同约定的一般医疗保险金给付限额为限。累计赔偿金额达到本项一般医疗保险金给付限额时,本公司对于被保险人在一般医疗保险金项下的保险责任终止。

#### 2.4.2 特定疾病医疗保险金

被保险人在其保险期间内遭受意外,或在本合同等待期后确诊初次发生本合同所定义的特定疾病(一种或者多种),在本公司指定或认可的医疗机构接受由具有相应资质的医护人员治疗的,本公司依照下列约定给付特定疾病医疗保险金:

##### 1. 特定疾病住院医疗费用

被保险人在其保险期间内遭受意外,或在本合同等待期后确诊初次发生本合同所定义的特定疾病(一种或者多种),在本公司指定或认可的医疗机构接受由具有相应资质的医护人员诊断必须住院的,对住院期间发生的医学必需的并需要由被保险人个人支付的下列医疗费用,本公司将按约定承担保险责任。

被保险人在本合同有效期内开始住院治疗,到本合同满期日时仍未结束本次住院治疗且未续保的,本公司将继续承担因本次住院发生的住院医疗费用保险金给付责任,但最长不超过本合同满期日后180天。

特定疾病住院医疗费用包括:

- (1) 床位费;
- (2) 膳食费;
- (3) 护理费;

---

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食品药品监督管理局批准用于临床治疗。

<sup>24</sup> **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食品药品监督管理局批准用于临床治疗。

- (4) 重症监护室费；
- (5) 诊疗费、医生费；
- (6) 检查检验费；
- (7) 治疗费；
- (8) 陪床费；
- (9) 药品费；
- (10) 手术费；
- (11) 体外膜肺氧合（ECMO）费；
- (12) 救护车使用费。

## 2. 特定疾病特殊门诊医疗费用

被保险人在其保险期间内遭受意外，或在本合同等待期后确诊初次发生本合同所定义的特定疾病（一种或者多种），在本公司指定或认可的医疗机构接受由具有相应资质的医护人员的特定疾病特殊门诊治疗的，对由此发生的医学必需的并需要由被保险人个人支付的下列医疗费用，本公司将按约定承担保险责任。

特定疾病特殊门诊医疗费用包括：

- (1) 门诊肾透析费；
- (2) 门诊**严重恶性肿瘤**<sup>25</sup>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. 特定疾病门诊手术医疗费用

被保险人在其保险期间内遭受意外，或在本合同等待期后确诊初次发生本合同所定义的特定疾病（一种或者多种），在本公司指定或认可的医疗机构接受由具有相应资质的医护人员的特定疾病门诊手术的，对由此发生的医学必需的并需要由被保险人个人支付的医疗费用，本公司将按约定承担保险责任。

## 4. 特定疾病住院前后门急诊医疗费用

<sup>25</sup> **严重恶性肿瘤**：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，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO, World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

下列疾病不属于严重恶性肿瘤，不在保障范围内：（1）ICD-O-3肿瘤形态学编码属于0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：a. 原位癌，癌前病变，非浸润性，非侵袭性，未侵犯基底层，上皮内瘤变等，不典型性增生等；b. 交界性肿瘤，交界恶性，低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；（2）TNM分期为I期或更轻分期的甲状腺癌；（3）TNM分期为T1N0M0期或更轻分期的前列腺癌；（4）黑色素细胞瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤癌；（5）相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；（6）相当于Ann Arbor分期方案I期程度的何杰金氏病；（7）未发生淋巴结和远处转移且WHO分级为G1级别（有丝分裂数 $<2/10\text{HPF}$ 和 $\text{ki-67} \leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

被保险人在其保险期间内遭受意外,或在本合同等待期后确诊初次发生本合同所定义的特定疾病(一种或者多种),在本公司指定或认可的医疗机构接受由具有相应资质的医护人员诊断必须住院的,在住院前7日(含住院当日)和出院后30日(含出院当日)内,因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗的,对由此发生的医学必需的并需要由被保险人个人支付的医疗费用(不包括特定疾病特殊门诊医疗费用及特定疾病门诊手术医疗费用),本公司将按约定承担保险责任。

#### 5. 质子重离子医疗费用

被保险人在等待期后确诊初次发生本合同所定义的严重恶性肿瘤(一种或者多种),在本公司指定的医疗机构<sup>26</sup>接受质子、重离子放射治疗<sup>27</sup>的,对由此发生的医学必需的并需要由被保险人个人支付的医疗费用,本公司将按约定承担保险责任。

#### 6. 严重恶性肿瘤院外特定药品费用

被保险人在等待期后确诊初次发生本合同所定义的严重恶性肿瘤(一种或者多种),对由此发生的医学必需的、治疗所罹患的严重恶性肿瘤的且同时满足以下条件的药品费用,本公司将按约定承担保险责任:

- (1) 用于治疗严重恶性肿瘤的药品处方是由本公司指定或认可的医疗机构专科医生开具的、被保险人当前治疗医学必需的药品;
- (2) 每次的处方剂量不超过1个月;
- (3) 处方中所列明的药品属于本公司指定的药品清单<sup>28</sup>中的药品;
- (4) 处方中所列明的药品是在本公司认可的药店<sup>29</sup>购买的药品;
- (5) 在本公司指定或认可的药店购买的药品须经本公司处方审核通过。

本公司对于以上六类医疗费用的累计赔偿金额之和以本合同约定的特定疾病医疗保险金给付限额为限。累计赔偿金额达到本项特定疾病医疗保险金给付限额时,本公司对于被保险人在特定疾病医疗保险金项下的保险责任终止。

**2.4.3 甲类及按甲类管理的乙类法定传染病危重型疾病** 被保险人在保险期间内经本公司指定或认可的医疗机构或卫生健康委员会指定的特定传染病诊治定点医院初次确诊罹患甲类及按甲类管理的乙类法定传染病<sup>30</sup>的,因该传染病达到国家卫生健康管理部门或其他权威机构规定

<sup>26</sup> **本公司指定的医疗机构:** 上海市质子重离子医院。以本公司最新公布信息为准。本公司保留对上述指定医疗机构进行变更的权利。

<sup>27</sup> **质子、重离子放射治疗:** 指利用质子和重离子对肿瘤进行放射治疗的技术。本合同所指的质子、重离子放射治疗是指被保险人根据医嘱,在指定的医疗机构的专门治疗室内接受的质子和重离子放射治疗。

<sup>28</sup> **本公司指定的药品清单:** 以本公司最新公布信息为准。本公司保留对药品清单进行变更的权利,将根据医疗水平的发展对药品清单进行更新。药品必须为本合同保险期间届满前,经中国国家食品药品监督管理局批准并已在我国上市的靶向药物和免疫治疗药物。药品的适应症以国家食品药品监督管理局批准的药品说明书为准。

<sup>29</sup> **本公司认可的药店:** 本公司认可的药店必须同时满足以下条件:(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)该药店内具有医师、执业药师等专业人员提供服务;(4)当地医保定点零售药房或大病保险特药定点零售药店。

<sup>30</sup> **按甲类管理的乙类法定传染病:** 新型冠状病毒感染肺炎、传染性非典型肺炎、炭疽中的肺炭疽和人感染高致病性禽流感。

## 保险金

的危重型<sup>31</sup>疾病的，本公司按甲类及按甲类管理的乙类法定传染病危重型疾病保险金给付限额给付甲类及按甲类管理的乙类法定传染病危重型疾病保险金，本公司对于被保险人在甲类及按甲类管理的乙类法定传染病危重型疾病保险金项下的保险责任终止。

甲类及按甲类管理的乙类法定传染病危重型疾病保险金给付仅限一次，给付后的续保或重新投保的保险期间内，本公司不再承担本项责任。

### 2.4.4 少儿接种意外住院津贴医疗保险金（可选）

被保险人在其保险期间内经人民政府卫生主管部门指定的医疗卫生机构接种疫苗<sup>32</sup>，自接种疫苗时起 180 日内，因接种该疫苗发生预防接种一般反应<sup>33</sup>、预防接种异常反应<sup>34</sup>或偶合症<sup>35</sup>，并经本公司指定或认可的医疗机构或接种疫苗的医疗卫生机构诊断而必须住院的，本公司将依据该被保险人的合理住院天数和本合同项下的少儿接种意外住院日津贴额，按照约定方式，向该被保险人给付少儿接种意外住院津贴医疗保险金。

本合同少儿接种意外住院津贴医疗保险金的累计给付天数最高以 30 日为限。

### 2.4.5 少儿一般意外住院津贴医疗保险金（可选）

被保险人在其保险期间内遭受意外伤害事故，经本公司指定或认可的医疗机构诊断而必须住院的，本公司将依据该被保险人的合理住院天数和本合同项下的少儿一般意外住院日津贴额，按照约定方式，向该被保险人给付少儿一般意外住院津贴医疗保险金。

本合同少儿一般意外住院津贴医疗保险金的累计给付天数最高以 30 日为限。

### 2.4.6 少儿特定疾病保险金（可选）

被保险人在其保险期间内遭受意外，或在本合同等待期后确诊初次发生本合同所定义的少儿特定疾病<sup>36</sup>（一种或者多种），本公司按照少儿特定疾病保险金给付限额给付少儿特定疾病保险金，本公司对于被保险人在少儿特定疾病保险金项下的保险责任终止。

少儿特定疾病保险金给付仅限一次，给付后的续保或重新投保的保险期间内，本公司不再承担本项责任。

## 2.5 免赔额

免赔额由投保人与本公司在签订本合同时协商确定，并在本合同中载明。

本合同免赔额指年免赔额，指在本合同保险期间内，应由被保险人自行承担，本公司不予赔付的部分。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于

<sup>31</sup> **危重型**：符合以下情况之一者：（1）出现呼吸衰竭，且需要机械通气；（2）出现休克；（3）合并其他器官功能衰竭需 ICU 监护治疗。

<sup>32</sup> **疫苗**：指为了预防、控制传染病的发生、流行，用于人体预防接种的疫苗类预防性生物制品，包括一类疫苗和二类疫苗。

<sup>33</sup> **预防接种一般反应**：包括预防接种后发生的，由合格的疫苗本身所固有的特性引起的，对机体只会造成一过性生理功能障碍的反应。主要有发热和局部红肿，同时可能伴有全身不适、倦怠、食欲不振、乏力等综合症状。

<sup>34</sup> **预防接种异常反应**：指合格的疫苗在实施规范接种过程中或者实施规范接种后造成的受种者机体组织器官、功能损害，相关各方均无过错的药品不良反应。常见的预防接种异常反应包括无菌性脓肿、热性惊厥、过敏性休克、过敏性皮疹、过敏性紫癜、血小板减少性紫癜、局部过敏反应、血管性水肿、多发性神经炎、臂丛神经炎、癫痫、脑病、脑炎和脑膜炎、脊灰疫苗相关病例以及接种卡介苗后的淋巴结炎、骨髓炎、全身散播性卡介苗感染等。

<sup>35</sup> **偶合症**：指受种者在接种时正处于某种疾病的潜伏期或前驱期，接种后偶合发病。

<sup>36</sup> **少儿特定疾病**：本合同所定义的少儿特定疾病见附表三。



抵扣免赔额，但通过**基本医疗保险**<sup>37</sup>和公费医疗获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

被保险人在其保险期间内遭受意外，或在本合同等待期后确诊初次发生本合同所定义的特定疾病（一种或者多种），在本公司指定或认可的医疗机构接受由具有相应资质的医护人员治疗的，对于自确诊之日起所发生的符合本合同约定的特定疾病医疗费用，本公司在给付保险金时，不再扣除免赔额。

**2.6 保险金给付限额** 本合同所指的保险金给付限额是指本公司对一项保险责任承担给付的最高限额。

**本合同的一般医疗保险金给付限额为 200 万，一般医疗保险金与特定疾病医疗保险金累计保险金给付限额为 400 万。**

**2.7 补偿原则与给付标准** 若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得费用补偿，则本公司仅对被保险人实际发生的费用扣除其所获费用补偿后的余额按照本合同的约定进行赔付。基本医疗保险个人账户支出部分视为个人支付，不属于已获得的费用补偿。

**2.7.1 计划一补偿原则与给付标准** (1) 若被保险人以参加基本医疗保险身份投保且以参加基本医疗保险身份就诊并结算的，或被保险人未以参加基本医疗保险身份投保的，则本公司对于符合保险责任的医疗费用，在扣除免赔额后按照保险金的 100%进行赔付；

(2) 若被保险人以参加基本医疗保险身份投保，但未以参加基本医疗保险身份就诊并结算的，则本公司对于符合保险责任的医疗费用，在扣除免赔额后按照保险金的 60%进行赔付；本公司对于符合质子重离子医疗费用保险责任的医疗费用，在扣除免赔额后按照保险金的 100%进行赔付。

**2.7.2 计划二补偿原则与给付标准** 本公司对于符合保险责任的医疗费用，在扣除免赔额后按照由投保人与本公司在签订本合同时协商确定并在本合同中载明的赔付比例进行赔付。

**2.8 责任免除**

**2.8.1 一般责任免除** 因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的，或发生如下列明的医疗费用的，本公司不承担给付保险金的责任：

- (1) 投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；
- (2) 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；
- (3) 被保险人故意自伤或因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；

<sup>37</sup> **基本医疗保险**：基本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。

- (4) 被保险人酒后驾驶<sup>38</sup>、无合法有效驾驶证驾驶<sup>39</sup>，或驾驶无有效行驶证<sup>40</sup>的机动车<sup>41</sup>；
- (5) 被保险人斗殴<sup>42</sup>、醉酒<sup>43</sup>，服用、吸食或注射毒品<sup>44</sup>，或未遵医嘱，擅自服用、涂用、注射药物；
- (6) 被保险人在初次投保或非连续投保前所患既往症<sup>45</sup>；等待期内出现的疾病、症状或体征<sup>46</sup>；等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；
- (7) 被保险人患精神性疾病（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD10）分类为精神和行为障碍的疾病）；
- (8) 整形手术、美容或整容手术、变性手术及前述手术的并发症或因前述手术导致的医疗事故；
- (9) 被保险人先天性疾病和症状<sup>47</sup>、遗传性疾病<sup>48</sup>、先天性畸形、变形或染色体异常<sup>49</sup>；
- (10) 被保险人怀孕（含宫外孕）、流产、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；
- (11) 牙科疾病及相关治疗，视力矫正手术，但因意外所致的医疗费用不受此限；
- (12) 被保险人因预防、康复、保健性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

<sup>38</sup> **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。

<sup>39</sup> **无合法有效驾驶证驾驶**：指下列任何驾驶情形：（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）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；（5）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；（6）驾驶证已过有效期的。

<sup>40</sup> **无有效行驶证**：指下列任何情形：（1）未取得行驶证；（2）机动车被依法注销登记的；（3）未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

<sup>41</sup> **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。

<sup>42</sup> **斗殴**：指双方或多方通过拳脚、器械等武力以求制胜的行为。斗殴的认定，如有司法机关、公安部门的有关法律文件，则以上述法律文件为准。

<sup>43</sup> **醉酒**：指因饮酒而表现出动作不协调、意识紊乱、舌重口吃或其他不能清醒地控制自己行为的状态。醉酒的认定，如有司法机关、公安部门的有关法律文件、医院的诊断书等，则以上述法律文件、诊断书等为准。

<sup>44</sup> **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。

<sup>45</sup> **既往症**：指在本公司对其保险责任生效之前被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：（1）在本公司对其保险责任生效之前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；（2）在本公司对其保险责任生效之前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断治疗情况；（3）在本公司对其保险责任生效之前，未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

<sup>46</sup> **体征**：指被保险人的体表或内部结构发生可以察觉的改变。

<sup>47</sup> **先天性疾病和症状**：指由于基因因素、先天性新陈代谢异常或其他因素导致的、出生时即存在的遗传性疾病和症状、出生缺陷、身体残疾、智障等发育不完全正常的疾病和症状，这些疾病和症状可能在出生时显现或在出生后逐步显现。

<sup>48</sup> **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。

<sup>49</sup> **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。

- (13) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病<sup>50</sup>；
- (14) 战争<sup>51</sup>、军事冲突<sup>52</sup>、恐怖主义活动<sup>53</sup>、暴乱<sup>54</sup>或武装叛乱；核爆炸、核辐射或核污染；
- (15) 被保险人从事潜水<sup>55</sup>、跳伞、攀岩<sup>56</sup>、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险<sup>57</sup>、摔跤、武术比赛<sup>58</sup>、特技表演<sup>59</sup>、赛马、赛车等高风险运动；被保险人参与任何水、陆、空交通工具的竞赛，或作为职业运动员参与任何体育竞赛。

### 2.8.2 其他免责条款

除“2.8.1 一般责任免除”外，本合同还有一些免除本公司责任的条款，详见“1.4 犹豫期”、“2.3 等待期”、“2.4 保险责任”、“2.5 免赔额”、“3.2 保险事故通知”、“3.3 保险金申请”、“6.1 明确说明与如实告知”、“6.3 年龄错误”、“附表二：特定疾病定义”、“附表三：少儿特定疾病定义”中背景突出显示的内容；“2.4.1 一般医疗保险金”中脚注背景突出显示的内容。

## 3 保险金申领

- 3.1 受益人 除另有约定外，保险金受益人为被保险人本人。
- 3.2 保险事故通知 请投保人、被保险人或受益人在知道保险事故发生后 10 日内通知本公司。
- 若投保人、被保险人或受益人故意或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，本公司对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但本公司通过其他途径已经及时知道或应当及时知道保险事故发生或虽未及时通知但不影响本公司确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。
- 3.3 保险金申请 受益人向本公司申请给付保险金时，应当填写保险金给付申请书，并以书面形式提交下列证明和资料。受益人因特殊原因不能提供下列证明和资料的，应当提供其他合法、有效的证明和资料。受益人未能提供有关证明和资料，导致本公司无法核实事故的性质、原因、损失程度的，本公司对无法核实部

<sup>50</sup> **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人类免疫缺陷综合征，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。

<sup>51</sup> **战争：**指国家与国家、民族与民族、政治集团与政治集团之间为了一定的政治、经济目的而进行的武装斗争，以政府宣布为准。

<sup>52</sup> **军事冲突：**指国家或民族之间在一定范围内的武装对抗，以政府宣布为准。

<sup>53</sup> **恐怖主义活动：**指以制造社会恐慌、危害公共安全或胁迫国家机关、国际组织为目的，采取暴力、破坏、恐吓等手段，造成或意图造成人员伤亡、重大财产损失、公共设施损坏、社会秩序混乱等严重社会危害的行为，以及煽动、资助或以其他方式协助实施上述活动的行为。

<sup>54</sup> **暴乱：**指破坏社会秩序的武装骚动，以政府宣布为准。

<sup>55</sup> **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。

<sup>56</sup> **攀岩：**指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

<sup>57</sup> **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。

<sup>58</sup> **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。

<sup>59</sup> **特技表演：**指进行马术、杂技、驯兽等表演。

分不承担给付保险金的责任。

须提供的证明和资料：

- (1) 受益人有效身份证件；
- (2) 本公司指定或认可的医疗机构出具的支持索赔的账单明细、证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查报告、化验检查报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等。受益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，如被保险人诊断证明、门急诊病历、出院小结或出院病历（加盖医院病历专用章）、医疗费用发票及明细；
- (3) 所能提供的与确认事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

如未能提供有关材料，导致本公司无法核实该申请的真实性的，本公司对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

- |            |                |   |
|------------|----------------|---|
| <b>3.4</b> | <b>代理申请及其他</b> | 受益人委托他人申请给付保险金的，还应当提供受托人身份证明、授权委托书。保险金作为遗产时，还应当提供可证明合法继承权的相关权利文件。受益人或继承人为未成年人或无民事行为能力人时，由其合法监护人代其申请领取保险金，并提供未成年人或无民事行为能力证明和合法监护权证明。   |
| <b>3.5</b> | <b>配合调查</b>    | 被保险人遭受事故的，除法律禁止的情况外，本公司有权对投保人、被保险人、受益人等，就事故的性质、原因、结果及被保险人的损伤程度和身体情况等，进行调查、检查、评估和鉴定（包括但不限于提请作必要、合理的解剖检验），投保人、被保险人、受益人等应当予以充分配合。  |
| <b>3.6</b> | <b>保险金的给付</b>  | <p>收到保险金给付申请书及有关证明和资料后，本公司将在 10 个工作日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定。</p> <p>本公司应当将核定结果通知受益人。对属于保险责任的，在与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；对不属于保险责任的，本公司自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。对属于保险责任情形，本公司未履行前两款约定的义务的，除履行给付保险金的义务外，还应当赔偿受益人因此受到的利息损失。利息按照中国人民银行公布的金融机构人民币活期存款基准利率，就超过日数以单利方式计算。</p> <p>自收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，本公司对给付保险金的数额不能确定的，本公司应当按照根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；最终确定给付保险金的数额后，本公司支付相应的差额。</p> |
| <b>3.7</b> | <b>诉讼时效</b>    | 受益人向本公司请求给付保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或应当知道保险事故发生之日起计算。  |

## 4 保险费交纳

4.1 保险费的交纳 本合同的交费方式和交费期间由投保人和本公司约定，并在保单上载明。分期支付保险费的，在交纳首期保险费后，投保人应当在每个保险费的约定交纳日交纳其余各期保险费。

4.2 宽限期、效力中止与恢复 (1) 在每一保险期间内：

分期支付保险费的，在支付首期保险费后，除本合同另有约定外，如果到期未支付保险费，自保险费约定支付日的次日零时起 30 日为宽限期。宽限期内发生保险事故的，本公司仍会承担保险责任，但在给付保险金时会扣减欠交保险费。如投保人在宽限期内申请解除合同，合同解除后本公司不承担宽限期内发生的保险责任。

如果投保人在宽限期届满时仍未缴纳保险费，且在保险期间届满前，则本合同自宽限期届满日的次日零时起效力中止，在本合同效力中止后发生保险事故的，本公司不承担给付保险金的责任，且投保人失去保证续保权。

自本合同效力中止之日起至保险期间届满前，投保人可以向本公司申请恢复合同效力。本公司有权对被保险人的健康状况进行核保。经本公司与投保人协商并达成协议，在投保人补缴保险费后，本合同效力恢复，不重新计算等待期，保证续保权不恢复。

自本合同效力中止之日起至保险期间届满日止仍未达成协议的，本合同效力终止，且不可进行续保。

(2) 在保险期间届满时：

分期支付保险费的，每一保险期间届满时，如在保险期间内无未缴纳保险费的，自期满日的次日零时起 30 日为宽限期；一次性支付保险费的，每一保险期间届满时，自期满日的次日零时起 60 日为宽限期。宽限期内发生保险事故的，本公司仍会承担保险责任，但在给付保险金时会扣减欠交保险费。如投保人在宽限期届满时仍未交纳保险费，则本合同自保险期间届满时终止。对于保险期间终止后发生的保险事故，本公司不再承担保险责任。

4.3 续保 自投保人首次投保本合同的生效日起，或自非连续投保本合同的生效日起，每 6 年为一个保证续保期间，最高可续保至 100 周岁。

(1) 在保证续保期间内，享有如下保证续保权利：

1. 每个保证续保期间内，投保人按该保证续保期初约定的费率表依被保险人年龄变化交纳相应的保险费；
2. 每个保证续保期间内，本公司不因被保险人的健康状况或历史理赔情况而拒绝投保人的续保申请；

3. 每个保证续保期间内，投保人的保证续保权不因该保险的统一停售而终止。
- (2) 在保证续保期间内，如发生以下情形之一，保证续保权终止：
1. 投保人未履行如实告知义务；
  2. 投保人在本合同保险期间届满前申请解除合同；
  3. 在本合同约定的宽限期内，未按投保时被保险人的年龄、有无基本医疗保险等所对应的保险费率和约定的保险费缴纳方式缴纳相应的保险费。
- (3) 保证续保期间届满时：
1. 在本合同约定的宽限期内，如本保险仍然在售，本公司不会因被保险人的健康状况或历史理赔情况拒绝续保申请，但本公司有权根据被保险人的年龄、医疗费用水平变化等调整被保险人在续保时的费率。续保不重新计算等待期，也无需重新填写健康告知；
  2. 在本合同约定的宽限期内，如本保险已停止销售，投保人可重新投保本公司指定医疗保险产品。经本公司审核同意，重新投保的合同无等待期，也无需重新填写健康告知。

## 5 合同解除

5.1 解除合同的<sup>60</sup>手续及风险 本合同成立后，投保人可申请解除合同。

投保人申请解除本合同时，应当向本公司送达：

- (1) 解除合同申请书；
- (2) 本合同；
- (3) 投保人有效身份证件；
- (4) 本公司要求的其他有关证明和资料。

本合同的效力至本公司接到解除合同申请书之日的次日零时或解除合  
同申请书上载明的合同终止时间（二者中以较晚者为准）终止。本公司自收到完整的证明和资料之日起 30 日内向投保人退还本合同的**未到期净保费**<sup>60</sup>。

投保人在犹豫期后解除合同会遭受一定损失。本公司根据本合同已承担保险

<sup>60</sup> **未到期净保费**：计算分两种情况：(1) 若保费为一次性支付的：未到期净保费=  $P \times (1 - N \div M) \times (1 - 35\%)$ 。其中：P 指为该被保险人一次性缴纳的保险费，M 指该被保险人的保险期间所包含的日数（计算日数时不足一日部分按一日计，下同），N 指从该被保险人的保险期间起始之日至本公司对该被保险人的保险责任提前终止之日实际经过的日数；(2) 若保费为分期支付的：未到期净保费=  $P_i \times (1 - N \div M) \times (1 - 35\%)$ 。其中：P<sub>i</sub> 指为该被保险人缴纳的最近一期保险费（以下简称“当期保险费”），M 指从当期保险费的约定交纳日至下一期保险费的约定交纳日之间所包含的日数，N 指从当期保险费的约定交纳日至本公司对该被保险人的保险责任提前终止之日实际经过的日数。若本合同已发生保险金给付、处于宽限期或中止期，未到期净保费为零。

责任的，不退还本合同的未到期净保费。

## 6 其他事项

- 6.1 **明确说明与如实告知** 订立本合同时，本公司会向投保人明确说明本合同的内容。对本合同中免除本公司责任的条款，本公司在订立合同时会在投保单、保险单或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口头形式向投保人作出明确说明，未作提示或明确说明的，该条款不产生效力。
- 本公司就投保人、被保险人的有关情况提出询问，投保人应当如实告知。
- 投保人故意或因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响本公司决定是否同意承保或提高保险费率的，本公司有权解除本合同。
- 投保人故意不履行如实告知义务的，本公司对于本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，本公司对于本合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但会退还保险费。
- 本公司在本合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，本公司不得解除合同；发生保险事故的，本公司承担给付保险金的责任。
- 6.2 **本公司合同解除权的限制** 6.1 款规定的合同解除权，自本公司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** 投保人在申请投保时，应将有效身份证件相符的被保险人的出生日期或周岁年龄在投保单或其他投保文件上填明，若发生错误按照下列方式办理：
- （1）投保人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，本公司有权取消该被保险人的被保资格，并向投保人退还本合同的未到期净保费。本公司行使被保险人的被保资格取消权适用“6.2 本公司合同解除权的限制”的规定。
- （2）投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实交保险费少于应交保险费的，本公司有权更正并要求投保人补交保险费，但若已经发生保险事故，本公司有权按实收保险费占应交保险费的比例给付第 2 部分“提供的保障”约定的保险金。
- （3）投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实交保险费多于应交保险费的，本公司会将多收的保险费无息退还给投保人。
- 6.4 **未还款项** 本公司在给付各项保险金、未到期净保费或保险费等款项时，若投保人有欠交或未还清款项，本公司会在投保人偿清款项后给付。

- 6.5 **合同内容变更** 在本合同有效期内，经投保人与本公司协商一致，可以变更本合同的有关内容，并由本公司在保险单或其他保险凭证上批注或附贴批单，或由投保人与本公司订立书面的变更协议。
- 6.6 **联系方式变更** 为保障投保人的合法权益，投保人的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，请及时以书面形式或投保人与本公司约定的其他形式通知本公司。若投保人未通知本公司，本公司按本合同载明的最后住所或通讯地址所发送的有关通知，均视为已送达。
- 6.7 **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，可向仲裁机构提交仲裁；本合同未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。
- 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（不包括港、澳、台地区法律）。

[本页内容结束]



附表一：

复星联合超越保 2020 医疗保险计划表

单位：人民币元

保险计划		计划一 - 标准版	计划二 - 特需版
保险金 给付限 额	一般医疗保险金	200 万	200 万
	特定疾病医疗保险金*	400 万	400 万
	甲类及按甲类管理的乙类法定传染病危重型疾病保险金*	1 万	1.5 万
	少儿接种意外住院津贴 医疗保险金（可选）*	200 元/日	200 元/日
	少儿一般意外住院津贴 医疗保险金（可选）*	200 元/日	200 元/日
	少儿特定疾病保险金 （可选）*	1 万	1.5 万
免赔额		1 万	1.5 万
		每一个保证续保期间内，如被保险人在上一保单年度内未从本保险获得任何保险金赔付，则在成功续保的首个保单年度内，免赔额在上一保单年度免赔额的基础上减少 1 千元； 如被保险人在当前保单年度前的任一保单年度内已从本保险获得保险金赔付，则免赔额维持上一保单年度免赔额，直至保证续保期间结束。	
赔付比例		100% （若被保险人以参加基本医疗保险身份投保，但未以参加基本医疗保险身份就诊并结算的，则本公司对于符合保险责任的医疗费用，在扣除免赔额后按照保险金的 60%进行赔付）	100%/70% （本公司对于符合保险责任的医疗费用，在扣除免赔额后按照由投保人与本公司在签订本合同时协商确定并在本合同中载明的赔付比例进行赔付）
医疗机构		二级以上（含二级）公立医院普通部	二级以上（含二级）公立医院普通部、特需部、VIP 部及国际部

\* 一般医疗保险金与特定疾病医疗保险金累计保险金给付限额为 400 万。

\* 少儿接种意外住院津贴医疗保险金、少儿一般意外住院津贴医疗保险金各累计给付天数最高以 30 日为限。

\* 甲类及按甲类管理的乙类法定传染病危重型疾病保险金、少儿特定疾病保险金给付各仅限一次，给付后的续保或重新投保的保险期间内，本公司不再承担本项责任。

## 附表二：特定疾病定义

### 1) 严重恶性肿瘤：

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，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO，World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

下列疾病不属于严重恶性肿瘤，不在保障范围内：

- (1) ICD-0-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：
  - a. 原位癌，癌前病变，非浸润性，非侵袭性，未侵犯基层，上皮内瘤变等，不典型性增生等；
  - b. 交界性肿瘤，交界恶性，低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；
- (2) TNM 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；
- (3) TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌；
- (4) 黑色素细胞瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤癌；
- (5) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- (6) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- (7) 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（有丝分裂数  $< 2/10\text{HPF}$  和  $\text{ki-67} \leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

### 2) 侵蚀性葡萄胎：

指异常增生的绒毛组织浸润性生长侵入子宫肌层或转移至其他器官或组织的葡萄胎，并已经进行化疗或手术治疗。

### 3) 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、肺脏或小肠的异体移植手术；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）的移植手术。

### 4) 严重慢性肾脏病：

指双肾功能慢性不可逆性衰竭，达到慢性肾脏病 5 期，且经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗。规律性透析是指每周进行血液透析或每天进行腹膜透析。

### 5) 急性重症肝炎或亚急性重症肝炎：

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。

### 6) 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；
- (5) 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) 自体造血干细胞移植术：

指由于患者自身骨髓造血功能异常或为了达到治疗肿瘤的目的，采集患者自己的一部分造血干细胞，分离

并深低温保存，再回输给患者使患者的造血功能和免疫功能重新恢复的一种治疗方法。该治疗须由专科医生认为在临床上必需的。

#### 8) 器官移植导致的人类免疫缺陷病毒 (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:

- (1) 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 (HIV);
- (2) 提供器官移植治疗的器官移植中心或医院出具该项器官移植感染，属于医疗责任事故的报告，或者法院终审裁定为医疗责任并且不准上诉;
- (3) 提供器官移植治疗的器官移植中心或医院必须拥有合法经营执照。

#### 9) 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: 骨髓细胞增生程度 < 正常的 25%; 如  $\geq$  正常的 25% 但 < 50%, 则残存的造血细胞应 < 30%;
- (2) 外周血象须具备以下三项条件中的两项:
  - ① 中性粒细胞绝对值 <  $0.5 \times 10^9/L$ ;
  - ② 网织红细胞计数 <  $0 \times 10^9/L$ ;
  - ③ 血小板绝对值 <  $20 \times 10^9/L$ 。

#### 10) 严重自身免疫性肝炎:

指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。须满足下列全部条件:

- (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。

#### 11) 严重骨髓增生异常综合征:

指起源于造血干细胞的一组异质性髓系克隆性疾病，特点是髓系细胞发育异常，表现为无效造血、难治性血细胞减少，本合同需满足下列所有条件:

- (1) 由设有专门血液病专科的公立三级甲等医疗机构血液病专科的主治级别以上的医师确诊;
- (2) 骨髓涂片检查同时符合发育异常细胞比例 > 10%、原始细胞比例 > 15%;
- (3) 已接受至少累计三十日的化疗或已接受骨髓移植治疗。

化疗日数的计算以被保险人实际服用、注射化疗药物的天数为准。

疑似病例不在保障范围内。

#### 12) 系统性红斑狼疮 — (并发) III 型或以上狼疮性肾炎:

是由多种因素引起，累及多系统的自身免疫性疾病。多侵犯育龄女性。其特点是生成自身抗体对抗多种自身抗原。本合同所指的系统性红斑狼疮仅限于累及肾脏 (经肾脏病理检查或临床确诊，并符合下列世界卫生组织 (WHO) 诊断标准定义 III 型至 V 型狼疮性肾炎) 的系统性红斑狼疮。其他类型的红斑性狼疮，如盘状狼疮，仅累及血液及关节等其他系统的系统性红斑狼疮不在保障范围。

本病必须由免疫和风湿科专家医师确诊。

世界卫生组织 (WHO) 狼疮性肾炎分型:

I 型 (微小病变型) 镜下阴性，尿液正常;

II 型 (系膜病变型) 中度蛋白尿，偶有尿沉渣改变;

III 型 (局灶及节段增生型) 蛋白尿，尿沉渣改变;

IV 型 (弥漫增生型) 急性肾炎伴有尿沉渣改变和/或肾病综合征;

V 型 (膜型) 肾病综合征或重度蛋白尿。

#### 13) 经输血导致的人类免疫缺陷病毒 (HIV) 感染:

被保险人感染人类免疫缺陷病毒 (HIV)，且须满足下列全部条件:

- (1) 在保障起始日或复效日之后，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，或者法院终审裁定为医疗责任；
- (3) 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）导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染不在保障范围内。本公司具有获得和使用被保险人的所有血液样本的权利以及能够对这些样本进行独立检验的权利。

#### 14) 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和间质性肾炎。肾髓质囊性病的诊断必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) 诊断需由肾组织活检确定。

本公司承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

#### 15) 严重原发性硬化性胆管炎：

指一种胆汁淤积综合症，其特征是肝内、肝外胆道因非细菌性炎症、慢性纤维化逐渐狭窄，并最终导致完全阻塞而发展为胆汁淤积性肝硬化。须满足下列全部条件：

- (1) 持续性黄疸病史；
- (2) 总胆红素和直接胆红素同时升高，血清 ALP > 200U/L；
- (3) 经内镜逆行胰胆管造影（ERCP）影像学检查确诊；
- (4) 出现胆汁淤积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。

#### 16) 原发性骨髓纤维化：

原发性骨髓纤维化为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。本病必须根据骨髓的活组织检查和周围血象检查由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，并已经实际接受了针对此症的治疗：

- (1) 血红蛋白 < 100g/L；
- (2) 白细胞计数 >  $25 \times 10^9/L$ ；
- (3) 外周血原始细胞  $\geq 1\%$ ；
- (4) 血小板计数 <  $100 \times 10^9/L$ 。

任何其它病因导致的继发性骨髓纤维化不在保障范围内。

#### 17) 特定职业导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染：

被保险人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），且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，该职业必须属于以下列表内的职业；
- (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。

职业限制如下所示：

医生和牙科医生	护士
医院化验室工作人员	医院护工
医生助理和牙医助理	救护车工作人员
助产士	消防队员
警察	狱警

#### 18) 严重甲型及乙型血友病：

被保险人必须是患上严重甲型血友病（缺乏 VIII 凝血因子）或严重乙型血友病（缺乏 IX 凝血因子），而凝血

因子VIII或凝血因子 IX 的活性水平少于百分之一。诊断必须由本公司指定或认可的医疗机构的血液病专科医生确认。

本公司承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

#### 19) 严重 1 型糖尿病:

严重 1 型糖尿病为由于胰岛素分泌绝对不足引起的慢性血糖升高,且已经持续性地依赖外源性胰岛素维持 180 日以上。须经血胰岛素测定、血 C 肽测定或尿 C 肽测定,结果异常,并由内分泌科专科医生明确诊断。须满足下列至少一项条件:

- (1) 已出现增殖性视网膜病变;
- (2) 须植入心脏起搏器治疗心脏病;
- (3) 在本公司指定或认可的医疗机构内已经进行了医疗必须的由足踝或以上位置的单足截除手术。

#### 20) 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。(供体必须是人体器官)单纯胰岛移植、部分胰腺组织或细胞的移植不在本保障范围内。

#### 21) 急性坏死性胰腺炎开腹手术:

指由专科医生确诊为急性坏死性胰腺炎,并已经接受了开腹手术进行坏死组织清除、病灶切除或胰腺部分切除的治疗。

因酗酒或饮酒过量所致的急性坏死性胰腺炎以及腹腔镜手术不在保障范围内。

#### 22) 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。须满足下列全部条件:

- (1) 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;
- (2) 接受胰岛素代替治疗和酶替代治疗 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。

#### 23) 严重慢性呼吸功能衰竭:

指因慢性呼吸系统疾病导致永久不可逆性的呼吸功能衰竭,经过积极治疗 180 天后满足以下所有条件:

- (1) 静息时出现呼吸困难;
- (2) 肺功能第一秒用力呼气容积(FEV1)占预计值的百分比<30%;
- (3) 在静息状态、呼吸空气条件下,动脉血氧分压(PaO<sub>2</sub>)<50mmHg。

#### 24) 终末期肺病:

慢性肺部疾病导致永久不可逆性的慢性呼吸功能衰竭,必须由呼吸专科医师确认并符合下列全部条件:

- (1) 肺功能测试其 FEV1 持续低于 0.75 升;
- (2) 病人缺氧,且必须广泛而持续地进行输氧治疗;
- (3) 动脉血气分析氧分压低于 55mmHg;

理赔时必须提供以上三项相应的证明文件或检查报告。

#### 25) 双目失明:

指因疾病或意外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,如果使用其它视力表应进行换算);
- (3) 视野半径小于 5 度。

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。

#### 26) 多个肢体缺失:

指因疾病或者意外导致两个或者两个以上肢体自腕关节或者踝关节近端(靠近躯干端)以上完全性断离。

#### 27) 失去一肢及一眼:

指因疾病或意外伤害导致单眼视力丧失及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。单眼视力丧失指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。

除眼球缺失或摘除等情形外，被保险人申请理赔时须提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。

#### **28) 特发性慢性肾上腺皮质功能减退:**

指因自身免疫功能紊乱，导致肾上腺萎缩和慢性肾上腺皮质功能减退。必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。

本保障仅包括由自身免疫功能紊乱所导致的慢性肾上腺功能不全，其他成因（包括但不限于：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均不在保障范围内。

#### **29) 系统性硬皮病:**

指一种全身性的胶原血管性疾病，可以导致皮肤、血管及内脏器官进行性弥漫性纤维化。诊断必须经活检及血清学检查证实，疾病必须是全身性，且须满足下列至少一项条件:

(1) 肺脏：肺部病变进而发展为肺间质纤维化和肺动脉高压;

(2) 心脏：心功能受损达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级;

(3) 肾脏：肾脏受损导致双肾功能慢性不可逆衰竭，达到尿毒症期。

#### **30) 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。此手术必须由专科医生认为是医学上必需的情况下进行。

#### **31) 肺泡蛋白质沉积症:**

指肺泡和细支气管腔内充满不可溶性富磷脂蛋白的疾病，胸部 X 线呈双肺弥漫性肺部磨玻璃影，病理学检查肺泡内充满有过碘酸雪夫 (PAS) 染色阳性的蛋白样物质，并且接受了肺灌洗治疗。

#### **32) 肺淋巴管肌瘤病:**

肺淋巴管肌瘤病是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，同时须满足下列全部条件:

(1) 经组织病理学诊断;

(2) CT 显示双肺弥漫性囊性改变;

(3) 血气提示低氧血症。

#### **33) 严重哮喘:**

指一种反复发作的严重支气管阻塞性疾病，经本公司认可的专科医生确诊，且必须同时符合下列标准:

(1) 过去两年中曾因哮喘持续状态住院治疗，并提供完整住院记录;

(2) 因慢性过度换气导致胸廓畸形;

(3) 在家中需要医生处方的氧气治疗法;

(4) 持续日常服用口服类固醇激素治疗持续至少六个月。

#### **34) 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，须满足下列全部条件:

(1) 至少切除了三分之二小肠;

(2) 完全肠外营养支持 3 个月以上。

#### **35) 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。

胆道闭锁不在保障范围内。

### 36) 较重急性心肌梗塞:

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,且必须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。

### 37) 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,实际实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

所有非切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。

### 38) 心脏瓣膜手术:

指为治疗心脏瓣膜疾病,实际实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

### 39) 严重特发性肺动脉高压:

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在36mmHg(含)以上。

### 40) 主动脉手术:

指为治疗主动脉疾病,实际实施了开胸、开腹(含胸腹腔镜下)进行的切除、置换、修补病主动脉血管、主动脉创伤后修复的手术。主动脉指升主动脉、主动脉弓和降主动脉(含胸主动脉和腹主动脉),不包括升主动脉、主动脉弓和降主动脉的分支血管。

所有未实施开胸、开腹的动脉内介入治疗不在保障范围内。

### 41) 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。

### 42) 严重冠心病:

指经根据冠状动脉造影检查结果明确诊断为三支主要血管(左冠状动脉主干和右冠状动脉,或前降支、左旋支和右冠状动脉)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)。

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。

### 43) 严重心肌炎:

指被保险人因严重心肌炎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。必须满足下列全部条件:

- (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。

### 44) 肺源性心脏病:

指被保险人因慢性肺部疾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。

#### 45) 感染性心内膜炎：

指因细菌、真菌和其他微生物（如病毒、立克次体、衣原体、螺旋体等）直接感染而产生心瓣膜或心室壁内膜的炎症，须经心脏专科医生确诊，并符合以下至少 3 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。

#### 46) 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。

被保险人被明确诊断为慢性缩窄性心包炎且必须满足下列全部条件：

- (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) 实际接收了以下任何一种手术路径的心包剥脱或心包切除手术；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。

#### 47) 严重川崎病：

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。本病须经专科医生明确诊断，同时须由血管造影或超声心动图检查证实，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。

#### 48) 严重Ⅲ度房室传导阻滞：

指心房激动在房室交界区、房室束及其分支内发生阻滞，不能正常地传到心室的传导性疾病，须满足下列全部条件：

- (1) 心电图显示房室搏动彼此独立，心室率 < 50 次/分钟；
- (2) 出现阿-斯综合症或心力衰竭的表现；
- (3) 必须持续性依赖心脏起搏器维持心脏正常功能，且已经放置心脏起搏器。

#### 49) 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。在本定义中，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的证明，并有必要进行紧急修补手术。

#### 50) 艾森门格综合征：

因心脏病导致的严重肺动脉高压及右向左分流。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。

本公司承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

#### 51) 弥漫性血管内凝血：

指血液凝固系统和纤溶系统的过度活动导致微血管血栓形成、血小板及凝血因子耗竭和严重出血，此症必须由本公司认可的专科医生确诊，并且已经达到临床分期的中期（消耗性低凝期）或后期（继发性纤溶亢进期），需要输注血浆和浓缩血小板进行治疗。

#### 52) 主动脉夹层血肿：

是指主动脉壁在受到某些病理因素的破坏后，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壁而形成血肿。被保险人需通过 X 线断层扫描（CT）、磁共振



扫描（MRI）、磁共振血管检验法（MRA）或血管扫描等检查，并且实施了胸腹切开的直视主动脉手术。

#### **53) 严重继发性肺动脉高压：**

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 IV 级。诊断需要由心脏科专家确诊，并且心导管检查报告显示静息状态下肺动脉平均压超过 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。

#### **54) 严重大动脉炎：**

指经本公司认可医院的心脏或血管外科专科医生确诊的大动脉炎，须满足下列全部条件：

- (1) 红细胞沉降率及 C 反应蛋白高于正常值；
- (2) 超声检查、CTA 检查或血管造影检查证实主动脉及其主要分支存在狭窄；
- (3) 已经针对狭窄的动脉进行了手术治疗。

#### **55) 需手术切除的嗜铬细胞瘤：**

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，需要确实进行手术以切除肿瘤。嗜铬细胞瘤的诊断必须由内分泌专科医生确定。

#### **56) 严重脑中风后遗症：**

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，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。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：

- (1) 一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下，或不能随意运动；
- (2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍且已经留置胃管 90 天（含）以上；
- (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。

#### **57) 严重良性颅内肿瘤：**

指起源于脑、脑神经、脑被膜的良性肿瘤，已经引起颅内压升高或神经系统功能损害，出现视乳头水肿或视觉受损、听觉受损、面部或肢体瘫痪、癫痫等，须经头颅断层扫描（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，且必须满足下列至少一项条件：

- (1) 实际接受了开颅进行的颅内肿瘤完全或部分切除手术；
- (2) 实际接受了针对颅内肿瘤的放射治疗，如  $\gamma$  刀、质子重离子治疗等。

下列疾病不在保障范围内：

- (1) 脑垂体瘤；
- (2) 脑囊肿；
- (3) 颅内血管性疾病（如脑动脉瘤、脑动静脉畸形、海绵状血管瘤、毛细血管扩张症等）。

#### **58) 严重脑炎或脑膜炎后遗症：**

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，指经相关专科医生确诊疾病 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：

- (1) 一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下，或不能随意运动；
- (2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍且已经留置胃管 90 天（含）以上；
- (3) 根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）评估结果为 3 分；
- (4) 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。

#### **59) 严重原发性帕金森病：**

是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为运动迟缓、静止性震颤或肌强直等。经相关专科医生确诊，且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。

继发性帕金森综合征、帕金森叠加综合征不在保障范围内。

#### **60) 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。经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：

- (1) 严重咀嚼吞咽功能障碍且已经留置胃管 90 天（含）以上；

- (2) 呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难，且已经使用呼吸机 30 天以上；
- (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的条件。

#### **61) 严重多发性硬化：**

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至少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。

#### **62) 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)或者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，仍遗留下列一种或者一种以上障碍：

- (1) 一肢或者一肢以上肢体机能完全丧失；
- (2) 语言能力或者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者三项以上。

#### **63) 重症肌无力：**

指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，必须满足下列全部条件：

- (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中的三项或三项以上。

#### **64) 严重脊髓灰质炎：**

脊髓灰质炎指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。

本合同所称“严重脊髓灰质炎”仅指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形。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，或不能随意活动。

若无因此感染而导致麻痹性瘫痪的事实结果，以及其它病因所致的麻痹，例如格林巴利综合征则不属于本合同所说的脊髓灰质炎。

#### **65) 严重肌营养不良症：**

指一组遗传性肌肉变性病变，临床特征为与神经系统无关的骨骼肌肉对称地进行性无力和萎缩。其诊断需满足下列全部条件：

- (1) 肌电图显示典型肌营养不良症的阳性改变；
- (2) 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；
- (3) 已导致被保险人持续超过三个月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。

本公司承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

#### **66) 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(GCS, 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。

#### **67) 植物人状态：**

指脑皮质广泛性坏死而导致对自身及周边的认知能力完全丧失，但脑干功能仍然存在，必须经神经科专科医生明确诊断，并有头颅断层扫描(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，且植物人状态须已持续 30 天以上。

由于酗酒或滥用药物所致的植物人状态不在保障范围内。

#### **68) 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，临床表现为严重的认知功能障碍、精神行为异

常和社交能力减退等，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，并经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：

- （1） 根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）评估结果为 3 分；
- （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。

神经官能症和精神疾病不在保障范围内。

#### **69) 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，并且由完整的临床、实验室和影像学检查结果证实。

神经官能症和精神疾病不在保障范围内。

#### **70) 语言能力丧失：**

指因疾病或意外伤害导致语言能力完全丧失，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保障范围内。

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。

#### **71) 瘫痪：**

指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体随意运动功能永久完全丧失。肢体随意运动功能永久完全丧失，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，或不能随意运动，或肢体肌力在 2 级（含）以下。

#### **72) 进行性核上性麻痹（Steele-Richardson-Olszewski 综合征）：**

进行性核上性麻痹（PSP）指一种少见的神经系统变性疾病，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。PSP 必须由三级甲等医疗机构的神经内科专科医生确诊，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。

#### **73) 肝豆状核变性（Wilson 病）：**

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，并须满足下列全部条件：

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

本公司承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

#### **74) 严重癫痫：**

本病的诊断须由神经科或儿科专科医生根据典型临床症状和脑电图及 MRI、PET、CT 等影像学检查做出。理赔时必须提供 6 个月以上的相关病历记录证明被保险人存在经抗癫痫药物治疗无效而反复发作的强直阵挛性发作或癫痫大发作，且已行神经外科手术以治疗反复发作的癫痫。

发热性惊厥以及没有全身性发作的失神发作（癫痫小发作）不在本保障范围内。

#### **75) 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本保障范围内。

#### **76) 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。经本公司指定或认可的医疗机构的专科医生确诊患有手足口病，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。

#### **77) 严重瑞氏综合症：**

瑞氏综合症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。瑞氏综合症需由本公司指定或认可的医疗机构的专科医生确诊，并符合下列全部条件：

- (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。

#### **78) 进行性多灶性白质脑病：**

是一种亚急性脱髓鞘性脑病，常常发现于免疫缺陷的病人。此症必须由本公司认可的神经科专科医生根据脑组织活检确诊。

#### **79) 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疾病。必须满足下列全部条件：

- (1) 脊髓小脑变性症必须由医院诊断，并有以下证据支持：
  - ①影像学检查证实存在小脑萎缩；
  - ②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。

#### **80) 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。在出生后两年内出现的脊髓和脑干前角细胞进行性机能障碍，伴随肌肉无力和延髓机能障碍。

本公司承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

#### **81) 细菌性脑脊髓膜炎：**

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、智力或性情中度以上的损害，且上述症状持续 90 天以上仍无改善迹象。

#### **82) 疾病或外伤所致智力障碍：**

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）。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）。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）。必须满足下列全部条件：

- (1) 造成被保险人智力低常（智力低于常态）的严重头部创伤或疾病（以入院日期为准）发生在被保险人 6 周岁以后；
- (2) 专科医师确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低常；
- (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。

#### **83) 脊柱裂：**

指脊椎或颅骨不完全闭合，导致脊髓脊膜突出，脑（脊）膜突出或脑膨出，并至少合并下列异常中的一项：

- (1) 大小便失禁；
- (2) 部分或完全性下肢瘫痪或畸形等神经学上的异常。

但不包括由 X 线摄片发现的没有合并脊椎脊膜突出或脑（脊）膜突出的隐形脊椎裂。

本公司承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

#### **84) 丝虫病所致象皮肿：**

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，罹患患肢较健肢增粗 30% 以上，日常生活不能自理。此病症须经专科医生根据临床表现和微丝蚴的化验结果确诊。

#### 85) 疯牛病:

指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生根据 WHO 诊断标准明确诊断, 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。

疑似病例不在本保障范围内。

#### 86) 颅脑手术:

被保险人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和经鼻蝶窦入颅手术。

因外伤而实施的脑外科手术不在保障范围之内。

理赔时必须提供由神经外科医生出具的诊断书及手术报告。

#### 87) 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性感染。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。必须满足下列全部条件:

- (1) 脑电图存在周期性复合波、脑脊液 r-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, 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。

#### 88) 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。

#### 89) 独立能力丧失:

指疾病或外伤造成被保险人至少持续 6 个月以上完全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。被保险人的日常生活活动能力丧失必须是永久性的。

#### 90) 肌萎缩脊髓侧索硬化后遗症:

以肌肉无力及萎缩为特征, 并有以下情况作为证明: 脊髓前角细胞功能失调、可见的肌肉颤动、痉挛、过度活跃之深层肌腱反射和外部足底反射、影响皮质脊髓束、构音障碍及吞咽困难。必须由我本公司指定或认可的医疗机构专科医生以适当的神经肌肉检查如肌电图(EMG)证实。本疾病必须导致严重的生理功能损坏(由被保险人永久性无法独立完成最少 3 项基本日常生活活动作为证明)。

#### 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) 昏睡或意识模糊;
- (4) 视力减退、复视和面神经麻痹。

#### 92) 血管性痴呆:

指由缺血性卒中、出血性卒中和造成记忆、认知和行为等脑区低灌注的脑血管疾病所致的严重认知功能障碍综合征。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。

神经官能症, 精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在保障范围内。

#### 93) 额颞叶痴呆:

指一组以额颞叶萎缩为特征的痴呆综合征, 临床以明显的人格、行为改变和认知障碍为特征。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。

神经官能症, 精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在保障范围内。

#### 94) 路易体痴呆:

指一组在临床和病理表现上以波动性认知功能障碍、视幻觉和帕金森综合征为临床特点，以路易体为病理特征的神经变性疾病。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。

神经官能症，精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在保障范围内。

#### 95) 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。

#### 96) 双耳失聪：

指因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，平均听阈大于等于 91 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。

#### 97) 严重克隆病：

指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。

#### 98) 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，病变已经累及全结肠，表现为严重的血便和系统性症状体征，须根据组织病理学特点诊断，且已经实施了结肠切除或回肠造瘻术。

#### 99) 严重的类风湿性关节炎：

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级 III 级以上的功能障碍（关节活动严重限制，不能完成大部分的日常工作和活动）并且满足下列全部条件：

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

#### 100) 溶血性链球菌引起的坏疽：

包围肢体或躯干的浅筋膜或深筋膜受到溶血性链球菌的感染，病情在短时间内急剧恶化，必须立刻进行手术及清创术。最后的诊断必须由微生物或病理学专家进行相关检查后证实。

#### 101) 严重面部烧伤：

指面部烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤的面积达到面部表面积的 80%或者 80%以上，体表面积根据《中国新九分法》计算。

#### 102) 埃博拉病毒感染：

受埃博拉病毒感染导致出血性发热。埃博拉病毒必须经传染病专科医生确诊，并且埃博拉病毒的存在必须经过实验室检查证实。该病必须从症状开始后三十天后持续出现并发症。

#### 103) III 型成骨不全症：

指一种胶原病，特征为骨易碎，骨质疏松和易骨折。主要临床特点包括：发展迟缓、多发性骨折、进行性脊柱后侧凸及听力损害。该病种的检查必须依据身体检查，家族史，X 线检查和皮肤活检报告资料确诊。成骨不全症第三型须同时符合下列所有条件：

- (1) 就成骨不全症第三型之诊断进行的皮肤切片的病理检查结果为阳性；
- (2) X 光片结果显示多处骨折及逐步脊柱后侧凸畸形；
- (3) 有证明是因此疾病引致发育迟缓及听力损伤；
- (4) 由本公司认可医院的儿科专科医生明确诊断。

本公司仅对被保险人年满 18 周岁前确诊本项疾病承担保险责任。

**104) 多处臂丛神经根性撕脱:**

由于疾病或意外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。该病须由医院专科医生明确诊断, 并且有电生理检查结果证实。

**105) 严重幼年性类风湿性关节炎:**

指一种少儿的结缔组织病, 以慢性关节炎为其主要特点, 并伴有全身多个系统的受累, 包括关节、肌肉、肝、脾、淋巴结等。本病须经专科医生明确诊断, 同时须已经实施膝关节或髋关节置换手术。

**106) 湿性年龄相关性黄斑变性:**

又称为新生血管性年龄相关性黄斑变性或“渗出性”年龄相关性黄斑变性。指发生脉络膜新生血管 (CNV) 异常生长穿透玻璃膜进入视网膜, 新生血管渗漏, 渗出及出血。

该病必须由荧光素眼底血管造影检查提示黄斑区新生血管形成, 并且必须由医院的眼科专科医生确诊为湿性年龄相关性黄斑变性。

被保险人申请理赔时须提供近 3 个月内视力改变显示病情恶化的相关检查报告、诊断证明及病历报告。

**107) 重症急性坏死性筋膜炎:**

指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) 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)。

**108) 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, 在本公司指定或认可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。

### 附表三：少儿特定疾病定义

#### 1) 白血病：

指一种造血系统的恶性肿瘤，其主要表现为白血病细胞在骨髓或其他造血组织中大量克隆、异常增生，大量聚集的白细胞抑制正常造血并浸润全身器官和组织。周围白细胞有质和量的变化，出现相应临床表现。被保险人所患白血病必须根据骨髓的活组织检查和周围血象由专科（儿科、血液科或肿瘤科）医生确诊。

下列疾病不在保障范围内：相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病。

#### 2) 淋巴瘤：

指原发于淋巴组织的恶性肿瘤，恶性肿瘤释义参考附表一特定疾病中的严重恶性肿瘤释义。

下列疾病不属于严重恶性肿瘤，不在保障范围内：

- (1) ICD-0-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：
  - a. 原位癌，癌前病变，非浸润性，非侵袭性，未侵犯基底层，上皮内瘤变等，不典型性增生等；
  - b. 交界性肿瘤，交界恶性，低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；
- (2) TNM 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；
- (3) TNM 分期为 T1NOMO 期或更轻分期的前列腺癌；
- (4) 黑色素细胞瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤癌；
- (5) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- (6) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- (7) 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（有丝分裂数 $<2/10\text{HPF}$  和  $\text{ki-67}\leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

#### 3) 神经母细胞瘤：

指原发于神经母细胞的恶性肿瘤，恶性肿瘤释义参考附表一特定疾病中的严重恶性肿瘤释义。

下列疾病不属于严重恶性肿瘤，不在保障范围内：

- (1) ICD-0-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：
  - a. 原位癌，癌前病变，非浸润性，非侵袭性，未侵犯基底层，上皮内瘤变等，不典型性增生等；
  - b. 交界性肿瘤，交界恶性，低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；
- (2) TNM 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；
- (3) TNM 分期为 T1NOMO 期或更轻分期的前列腺癌；
- (4) 黑色素细胞瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤癌；
- (5) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- (6) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- (7) 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（有丝分裂数 $<2/10\text{HPF}$  和  $\text{ki-67}\leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

#### 4) 肾母细胞瘤：

指原发于肾母细胞的恶性肿瘤，恶性肿瘤释义参考附表一特定疾病中的严重恶性肿瘤释义。

下列疾病不属于严重恶性肿瘤，不在保障范围内：

- (1) ICD-0-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：
  - a. 原位癌，癌前病变，非浸润性，非侵袭性，未侵犯基底层，上皮内瘤变等，不典型性增生等；
  - b. 交界性肿瘤，交界恶性，低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；
- (2) TNM 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；
- (3) TNM 分期为 T1NOMO 期或更轻分期的前列腺癌；
- (4) 黑色素细胞瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤癌；
- (5) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- (6) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；



- (7) 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（有丝分裂数 $<2/10\text{HPF}$  和  $\text{ki-67}\leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

#### 5) 严重 1 型糖尿病:

严重 1 型糖尿病为由于胰岛素分泌绝对不足引起的慢性血糖升高，且已经持续性地依赖外源性胰岛素维持 180 日以上。须经血胰岛素测定、血 C 肽测定或尿 C 肽测定，结果异常，并由内分泌科专科医生明确诊断。须满足下列至少一项条件：

- (1) 已出现增殖性视网膜病变；
- (2) 须植入心脏起搏器治疗心脏病；

在本公司指定或认可的医疗机构内已经进行了医疗必须的由足踝或以上位置的单足截除手术。

#### 6) 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：

- (3) 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断：骨髓细胞增生程度 $<$ 正常的 25%；如 $\geq$ 正常的 25%但 $<$ 50%，则残存的造血细胞应 $<$ 30%；
- (4) 外周血象须具备以下三项条件中的两项：
  - ① 中性粒细胞绝对值 $<0.5\times 10^9/\text{L}$ ；
  - ② 网织红细胞计数 $<0\times 10^9/\text{L}$ ；
  - ③ 血小板绝对值 $<20\times 10^9/\text{L}$ 。

#### 7) 严重哮喘:

指一种反复发作的严重支气管阻塞性疾病，经我们认可的专科医生确诊，且必须同时符合下列标准：

- (1) 过去两年中曾因哮喘持续状态住院治疗，并提供完整住院记录；
- (2) 因慢性过度换气导致胸廓畸形；
- (3) 在家中需要医生处方的氧气治疗法；
- (4) 持续日常服用口服类固醇激素治疗持续至少六个月。

#### 8) 严重心肌炎:

指被保险人因严重心肌炎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。必须满足下列全部条件：

- (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。

#### 9) 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。

#### 10) 严重川崎病:

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。本病须经专科医生明确诊断，同时须由血管造影或超声心动图检查证实，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。

#### 11) 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，仍遗留下列至少一种障碍：

- (1) 一肢(含)以上肢体肌力 2 级(含)以下，或不能随意运动；
- (2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍且已经留置胃管 90 天(含)以上；
- (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。

#### 12) 重症肌无力:

指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，必须满足下列全部条件：

- （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中的三项或三项以上。

#### 13) 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。经本公司指定或认可的医疗机构的专科医生确诊患有手足口病，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。

#### 14) 严重瑞氏综合症：

瑞氏综合症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。瑞氏综合症需由本公司指定或认可的医疗机构的专科医生确诊，并符合下列全部条件：

- （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。

#### 15) 严重肌营养不良症：

指一组遗传性肌肉变性病变，临床特征为与神经系统无关的骨骼肌肉对称地进行性无力和萎缩。其诊断需满足下列全部条件：

- （1）肌电图显示典型肌营养不良症的阳性改变；
- （2）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；
- （3）已导致被保险人持续超过三个月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。

本公司承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

#### 16) III型成骨不全症：

指一种胶原病，特征为骨易碎，骨质疏松和易骨折。主要临床特点包括：发展迟缓、多发性骨折、进行性脊柱后侧凸及听力损害。该病种的检查必须依据身体检查，家族史，X线检查和皮肤活检报告资料确诊。成骨不全症第三型须同时符合下列所有条件：

- （1）就成骨不全症第三型之诊断进行的皮肤切片的病理检查结果为阳性；
- （2）X光片结果显示多处骨折及逐步脊柱后侧凸畸形；
- （3）有证明是因此疾病引致发育迟缓及听力损伤；
- （4）由本公司认可医院的儿科专科医生明确诊断。

本公司仅对被保险人年满18周岁前确诊本项疾病承担保险责任。

#### 17) 严重癫痫：

本病的诊断须由神经科或儿科专科医生根据典型临床症状和脑电图及MRI、PET、CT等影相学检查做出。理赔时必须提供6个月以上的相关病历记录证明被保险人存在经抗癫痫药物治疗无效而反复发作的强直阵挛性发作或癫痫大发作，且已行神经外科手术以治疗反复发作的癫痫。

发热性惊厥以及没有全身性发作的失神发作（癫痫小发作）不在本保障范围内。

#### 18) 严重幼年性类风湿性关节炎：

指一种少儿的结缔组织病，以慢性关节炎为其主要特点，并伴有全身多个系统的受累，包括关节、肌肉、肝、脾、淋巴结等。本病须经专科医生明确诊断，同时须已经实施膝关节或髋关节置换手术。