



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“平安 e 生保住院（2023 版）互联网医疗保险”内容的解释以条款为准。

您拥有的重要权益

- ❖ 签收本主险合同后 15 日内您可以要求全额退还保险费.....1.6
- ❖ 被保险人可以享受本主险合同提供的保障.....2.2
- ❖ 您有退保的权利.....7.1

您应当特别关注的事项

- ❖ 我们对免除保险人责任的条款作了特别提示，详见条款正文中背景突出显示的内容.....2.2、3.1、3.2、8.1、8.2、脚注
- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策7.1
- ❖ 费用补偿型医疗险是适用补偿原则的.....2.2.11
- ❖ 您有及时向我们通知保险事故的责任6.2
- ❖ 我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请您注意脚注
- ❖ 本主险合同的保险期间为 1 年.....1.7

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。条款目录如下：

<ol style="list-style-type: none"> 1. 您与我们的合同 <ol style="list-style-type: none"> 1.1 合同构成 1.2 合同成立与生效 1.3 保险对象 1.4 投保年龄 1.5 保障区域 1.6 犹豫期 1.7 保险期间与不保证续保 2. 我们提供的保障 <ol style="list-style-type: none"> 2.1 保险计划 2.2 保险责任 3. 责任免除 <ol style="list-style-type: none"> 3.1 责任免除 3.2 其他免责条款 4. 我们提供的服务 <ol style="list-style-type: none"> 4.1 健康管理服务 5. 如何支付保险费 <ol style="list-style-type: none"> 5.1 保险费的支付 	<ol style="list-style-type: none"> 6. 如何领取保险金 <ol style="list-style-type: none"> 6.1 受益人 6.2 保险事故通知 6.3 保险金申请 6.4 保险金的赔付 6.5 诉讼时效 7. 如何解除保险合同 <ol style="list-style-type: none"> 7.1 您解除合同的手续及风险 8. 其他需要关注的事项 <ol style="list-style-type: none"> 8.1 明确说明与如实告知 8.2 年龄错误 8.3 合同内容变更 8.4 联系方式变更 8.5 效力终止 <p>附表 1：平安 e 生保住院（2023 版）互联网医疗保险计划表</p> <p>附表 2：平安 e 生保住院（2023 版）互联网医疗保险特定疾病清单</p>
---	--

平安 e 生保住院（2023 版）互联网医疗保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指平安健康保险股份有限公司。

① 您与我们的合同

- 1.1 合同构成** 本保险条款、保险合同、保险单或其他保险凭证、投保书、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单、附加险合同、其他书面或电子协议都是您与我们之间订立的保险合同的构成部分。
“平安 e 生保住院（2023 版）互联网医疗保险合同”以下简称为“本主险合同”。
- 1.2 合同成立与生效** 您提出投保申请，我们审核您的投保申请和被保险人健康状况后同意承保，本主险合同成立。
本主险合同自我们同意承保，并签发保险合同时开始生效，我们承担保险责任的时间以保险合同记载的保险期间为准。
- 1.3 保险对象** 本主险合同的保险对象（即被保险人）须满足以下全部条件：
1. 被保险人于本主险合同生效日前365天内在中华人民共和国（香港、澳门及台湾地区除外）境内累计居住至少183天。若被保险人投保时不满1周岁，则被保险人在中华人民共和国（香港、澳门及台湾地区除外）境内累计居住时间不少于自出生之日起至投保之日止累计日数的二分之一；
2. 被保险人在保险期间开始之日符合1.4条投保年龄要求；
3. 被保险人的身体健康状况能够通过我们的核保审核。
您及您的家庭成员若均满足上述条件，可以**同时参保**¹本保险，形成家庭保单。家庭成员仅指您的父母、子女以及投保时具有合法婚姻关系的配偶。
- 1.4 投保年龄** 指保险期间开始时被保险人的年龄，投保年龄以**周岁**²计算。
本主险合同接受的首次投保年龄为0周岁至65周岁，投保时被保险人为0周岁的，应当为出生满28日且已健康出院的婴儿。被保险人年满99周岁前（含99周岁），保险期间届满，可以重新向我们申请投保本产品，并经过我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。
- 1.5 保障区域** 本主险合同的保障区域为中国大陆（不包括港澳台）。除本主险合同另行约定外，被保险人在保险合同载明的保障区域外就医的，不属于保险责任范围。
- 1.6 犹豫期** 自您收到本主险合同电子保险单次日起，有15日的犹豫期。在此期间请您认真审视本主险合同，如果您认为本主险合同与您的需求不相符，您可以在此期间提出解除本主险合同，我们将无息退还您所支付的全部保险费。

¹同时参保指您在一次投保行为中为两名及以上符合本主险合同约定条件的被保险人申请投保且所有被保险人均被我们同意承保的情况。

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。

解除本主险合同时，您需要填写申请书，并提供您的保险合同及有效身份证件。自我们收齐上述资料时起，本主险合同即被解除。犹豫期内解除保险合同的，合同解除前发生的**保险事故**³我们不承担保险责任，已经承担保险责任的情况下，被保险人应当向我们退还已经支付的保险金，您对被保险人退还保险金应承担连带责任。

- 1.7 **保险期间与不保证续保** 本主险合同的保险期间为 1 年，**不保证续保**。保险期间届满，您需要重新向我们申请投保本产品，并经我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。若保险期间届满时，本主险产品已停止销售，我们不再接受投保申请，但会向您提供投保其他保险产品的合理建议。

② 我们提供的保障

- 2.1 **保险计划** 本主险合同的保险计划由您在投保时选择并在保险合同中载明。各保险计划的赔付比例、免赔额和各项保险金赔付限额等条款未尽内容详见保险计划表。

- 2.2 **保险责任** 在本主险合同保险期间内，我们承担如下保险责任：

- 2.2.1 **等待期** 除另有约定外，自本主险合同保险期间开始日起 30 天内（含第 30 天）为**等待期**。在等待期内被保险人确诊疾病，因该疾病所产生的医疗费用，无论此等费用是否发生在等待期内，我们都不承担保险责任。
被保险人在投保后至等待期结束前确诊本主险合同所附**特定疾病清单**（详见附件 2）定义的特定疾病的，**我们不承担保险责任**，本主险合同将终止，我们会向您无息退还您所支付的全部保险费。

以下两种情形，无等待期：

- （1）因**意外伤害**⁴发生的保险事故；
- （2）根据本条款 1.7 条的约定获得新的保险合同并经我们审核免除被保险人的等待期的。

- 2.2.2 **免赔额** 除另有约定外，本主险合同中的免赔额是指单一被保险人在一个保险期间内发生的、虽然属于一般医疗保险金和特定疾病医疗保险金保险责任范围内的医疗费用，但依照本主险合同约定仍旧由被保险人个人自行承担，我们不予赔付的金额。只有当免赔额因以下两种情况抵扣完毕时，我们才开始按照约定承担保险金赔付责任：

1. 被保险人个人自行承担的属于一般医疗保险金和特定疾病医疗保险金保险责任范围内的医疗费用，包括其**基本医疗保险**⁵个人账户支出的医疗费用；
2. 从基本医疗保险和公费医疗之外的其他途径获得的属于一般医疗保险金和特定疾病医疗保险金保险责任范围内的医疗费用补偿。

举例来说，假设免赔额为 10000 元，如被保险人在保险期间内第一次就诊累计的保险责任范围内医疗费用为 8000 元，针对本次就诊理赔后免赔额

³保险事故指发生本主险合同保险责任范围内的事件。

⁴意外伤害指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

⁵基本医疗保险指《中华人民共和国社会保险法》所规定的基本医疗保险，包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

余额为 2000 元，本次赔付为 0 元；如第二次就诊累计的保险责任范围内医疗费用为 6000 元，则针对本次就诊理赔后的免赔额余额为 0 元，本次赔付为 4000 元乘以赔付比例。由于免赔额已抵扣完毕，在该被保险人剩余的保险期间内，不再需要抵扣免赔额。

请注意：通过基本医疗保险和公费医疗获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

2.2.3 一般医疗保险金

在本主险合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患疾病，在本主险合同约定的**医院⁶**接受治疗产生如下医疗费用的，我们依照下列约定在一般医疗保险金赔付限额内赔付保险金。一般医疗保险金保险责任包含住院医疗保险金、指定门诊急诊医疗保险金和住院前后门诊急诊医疗保险金三个责任项目。如无特别约定，被保险人在本主险合同约定的**医院范围外接受诊疗，尤其是在私立医院，公立医院特需部、vip 部、国际部或国际医疗中心接受诊疗的，对于因此产生的医疗费用我们将不承担保险责任。**

具体如下：

1. 住院医疗保险金

被保险人因疾病或意外伤害经医院诊断必须住院治疗的，对于被保险人在住院期间发生的必须由被保险人个人自行承担的**合理且必要的床位费⁷、陪床费⁸、重症监护室床位费⁹、膳食费¹⁰、护理费¹¹、治疗费¹²、检查检验费¹³、**

⁶**医院**指中华人民共和国境内（香港、澳门及台湾地区除外）合法经营的二级以上（含二级）属事业单位编制的公立医院的普通部（不包含公立医院的**特需部**、vip 部、国际部或国际医疗中心）以及本主险合同约定的其他医院，不包括疗养院、护理院、以康复治疗为主要职能的医疗机构（如康复医院）、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心以及无相应医护人员或设备的二级或三级医院的联合医院或联合病房。

特需部指设立于属事业单位编制的公立医院中，医疗费收费主体为属事业单位编制的公立医院，且产生的医疗费用满足以下条件之一的诊疗部门：

（1）在医疗费票据或清单中明确属特需医疗，如包含“特需”、“特需部”、“特需医疗”、“特需门诊”、“特需病房”、“特需床位”等表述；

（2）虽然未明确属特需医疗，但相关医疗费用与当地发改委、物价局等医疗服务价格管理部门发布的公立医院医疗服务价格相比有明显升高且部分或全部应当可以经基本医疗保险结算的医疗费项目因医院的原因无法经基本医疗保险结算。

⁷**床位费**指住院期间不超过普通单人间病房（不包括套房）标准的费用。

普通单人间病房指：病房为单间设计，除独立卫生间外无其他隔间。病房设一张病床加独立卫生间的单人病房。

若某一医院的病房有两种或以上符合定义的病房，则应按其中相对床位费较低的病房计算。

⁸**陪床费**指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定赔付其合法监护人（限一人）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定赔付其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

⁹**重症监护室床位费**指出于**医学必要**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。

医学必要指被保险人接受治疗或服务、使用医疗器械或服用药品符合以下全部条件：（1）医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需；（2）在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需的水平；（3）与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；（4）非主要为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他医疗提供方的方便；（5）非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；（6）非试验性或研究性。

¹⁰**膳食费**指住院期间，由作为医院内部专门部门的、为住院病人配餐的机构配送的膳食所产生的费用。本项费用仅包括条款约定的医院收取的费用（以收费票据为准）。

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。

¹¹**护理费**指住院期间由该医院执业护士根据医嘱所示的护理等级提供医疗护理所发生的护理费用。

¹²**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以及相关消耗品的费用，具体以就诊医院费用项目划分为准。

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。

物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法：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、热疗等；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治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗等；其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗等。

¹³**检查检验费**指实际发生的，以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用，包括 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。

药品费¹⁴、医疗器械使用费¹⁵、医生诊疗费¹⁶、手术费¹⁷和转院救护车使用费¹⁸（上述费用统称为“住院医疗费用”），我们依据 2.2.9 条的保险金计算方法结合补偿原则在一般医疗保险金赔付限额内赔付住院医疗保险金。如果保险期间到期时，被保险人尚处于住院状态中，则在被保险人办理出院手续前，我们将继续按前一保险期间的赔付限额与免赔额约定承担保险责任，直至被保险人办理出院手续。

2. 指定门诊急诊医疗保险金

被保险人因疾病或意外伤害经医院诊断必须在医院门诊部门或急诊部门进行如下治疗发生的必须由被保险人个人自行承担的合理且必要的**门诊急诊医疗费用¹⁹**：

- (1) 门诊肾透析；
- (2) 门诊肿瘤治疗，包括**肿瘤化学疗法²⁰、肿瘤放射疗法²¹、肿瘤靶向疗法²²、肿瘤内分泌疗法²³、肿瘤免疫疗法²⁴**的治疗费用；
- (3) 器官移植后的门诊抗排异治疗；
- (4) **门诊手术²⁵**。

我们依据 2.2.9 条的保险金计算方法结合补偿原则在一般医疗保险金赔付限额内赔付指定门诊急诊医疗保险金。

3. 住院前后门诊急诊医疗保险金

被保险人在住院前30日和出院后30日（含住院和出院当日，以住院病历或出院小结为准）内在医院门诊部门或急诊部门，与本次住院相同原因而发生的，必须由被保险人个人自行承担的门诊急诊医疗费用。

我们依据2.2.9条的保险金计算方法结合补偿原则在一般医疗保险金赔付限额内赔付住院前后门诊急诊医疗保险金。

¹⁴**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。药品费中不包含根据中医药方组合一种或多种中药材进行内服或外用的中草药药品费（中草药饮片、中草药颗粒和中草药膏方等）。本项费用仅包括条款约定的医院收取的费用（以收费票据为准）。

¹⁵**医疗器械使用费**指以治疗疾病为目的，为提供必要的医学手段而购买、租用和使用医疗器械所发生的费用。本项费用仅包括条款约定的医院收取的费用（以收费票据为准）。

¹⁶**医生诊疗费**指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的诊疗费用。

¹⁷**手术费**指住院期间发生的合理且必要的治疗性手术医疗费用，包括外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费；若因器官移植而发生手术费用，则不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。本项费用仅包括条款约定的医院收取的费用（以收费票据为准）。

¹⁸**转院救护车使用费**指住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，根据医生建议，被保险人在不同医院转诊过程中的医院用车费用。

¹⁹**门诊急诊医疗费用**指发生在医院门诊部门或急诊部门的医生诊疗费、治疗费、检查检验费、药品费。

²⁰**肿瘤化学疗法**指针对于肿瘤的化学治疗。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。本主险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。

²¹**肿瘤放射疗法**指被保险人根据医嘱，在医院的专门科室进行的光子束放射疗法和电子束放射疗法，除本主险合同约定的指定医疗机构外**不包括质子束放疗、重离子束放疗（如碳离子放疗）和中子束放疗**。

²²**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。本主险合同所指的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。本项费用仅包括条款约定的医院收取的费用（以收费票据为准）。

²³**肿瘤内分泌疗法**指针对于肿瘤的内分泌疗法，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。本主险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局批准用于临床治疗。本项费用仅包括条款约定的医院收取的费用（以收费票据为准）。

²⁴**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，促进机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本主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药品监督管理局批准用于临床治疗。本项费用仅包括条款约定的医院收取的费用（以收费票据为准）。

²⁵**门诊手术**指发生在医院门诊部门或急诊部门的合理且必要的手术医疗，门诊手术费包括外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。本项费用仅包括条款约定的医院收取的费用（以收费票据为准）。

住院前后门诊急诊医疗不包括上述第 2 项所列明的指定门诊急诊医疗。

2.2.4 特定疾病医疗保险金

在本主险合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后，自其出生以来经本主险合同约定的医院的**专科医生**²⁶确诊初次罹患符合本主险合同所附**特定疾病清单**（详见附件2）定义的特定疾病，并在医院接受治疗产生如下医疗费用的，我们首先在上述一般医疗保险金的赔付范围内赔付一般医疗保险金，当我们累计赔付金额达到一般医疗保险金的赔付限额后，我们依照下列约定赔付特定疾病医疗保险金。特定疾病医疗保险金包含特定疾病住院医疗保险金、特定疾病指定门诊急诊医疗保险金和特定疾病住院前后门诊急诊医疗保险金三个责任项目。

如无特别约定，被保险人在本主险合同约定的医院范围外接受诊疗，尤其是在私立医院，公立医院特需部、vip部、国际部或国际医疗中心接受诊疗的，对于因此产生的医疗费用我们将不承担保险责任。

具体如下：

1. 特定疾病住院医疗保险金

被保险人因在等待期后初次罹患本主险合同约定的特定疾病，经医院诊断必须住院治疗的，对于被保险人在住院期间发生的必须由被保险人个人自行承担的合理且必要的床位费、陪床费、重症监护室床位费、膳食费、护理费、治疗费、检查检验费、药品费、医疗器械使用费、医生诊疗费、手术费和转院救护车使用费，我们依据 2.2.9 条的保险金计算方法结合补偿原则在特定疾病医疗保险金赔付限额内赔付特定疾病住院医疗保险金。

如果保险期间到期时，被保险人尚处于住院状态中，则在被保险人办理出院手续前，我们将继续按前一保险期间的赔付限额与免赔额约定承担保险责任，直至被保险人办理出院手续。

2. 特定疾病指定门诊急诊医疗保险金

被保险人因在等待期后初次罹患本主险合同约定的特定疾病，经医院诊断必须在医院门诊部门或急诊部门进行如下治疗发生的必须由被保险人个人自行承担的合理且必要的门诊急诊医疗费用：

- （1）门诊肾透析；
- （2）门诊肿瘤治疗，包括肿瘤化学疗法、肿瘤放射疗法、肿瘤靶向疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤免疫疗法的治疗费用；
- （3）器官移植后的门诊抗排异治疗；
- （4）门诊手术。

我们依据 2.2.9 条的保险金计算方法结合补偿原则在特定疾病医疗保险金赔付限额内赔付特定疾病指定门诊急诊医疗保险金。

3. 特定疾病住院前后门诊急诊医疗保险金

被保险人因在等待期后初次罹患的本主险合同约定的特定疾病，在住院前30日和出院后30日（含住院和出院当日，以住院病历或出院小结为准）内在医院门诊部门或急诊部门，与本次住院相同原因而发生的，必须由被保险人个人自行承担的门诊急诊医疗费用。

我们依据2.2.9条的保险金计算方法结合补偿原则在特定疾病医疗保险金

²⁶专科医生指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。

赔付限额内赔付特定疾病住院前后门诊急诊医疗保险金。

特定疾病住院前后门诊急诊医疗不包括上述第 2 项所列明的特定疾病指定门诊急诊医疗。

2.2.5 质子重离子治疗保险金

被保险人在等待期满后经本主险合同约定的医院的专科医生确诊初次罹患**恶性肿瘤—重度**²⁷的，对于其在本主险合同约定的医疗机构接受质子重离子放射治疗期间发生的**必须由被保险人个人自行承担的合理且必要的床位费、陪床费、重症监护室床位费、膳食费、护理费、治疗费、检查检验费、药品费、医疗器械使用费、医生诊疗费、手术费和转院救护车使用费**，我们按 100%的赔付比例在保险金总赔付限额内赔付质子重离子治疗保险金。
请注意质子重离子治疗保险金保险责任不适用 2.2.9 条的保险金计算方法。

2.2.6 院外恶性肿瘤特定用药基因检测费用保险金

被保险人在等待期满后经本主险合同约定的医院的专科医生确诊初次罹患**恶性肿瘤**²⁸，为治疗该恶性肿瘤而发生的合理且必要的、且满足下列条件的**基因检测**²⁹费用，我们按本主险合同约定的赔付比例在保险金总赔付限额内赔付院外恶性肿瘤特定用药基因检测费用保险金：

1. 基因检测必须是为了确定被保险人初次确诊的恶性肿瘤的用药方案所发生的；

2. 基因检测必须在本主险合同指定的**基因检测机构**³⁰内发生，若未在本主险合同指定的基因检测机构内发生，我们只承担 60%的保险金赔付责任。

因下列情形之一导致的基因检测费用，我们不承担赔付保险金的责任：

1. 未经医生建议自行进行的基因检测；

2. 所需进行的基因检测与确定恶性肿瘤的用药方案无关。

若被保险人在本主险合同指定的基因检测机构内进行基因检测，属于本主险合同保险责任范围内的检测费用将由我们与本主险合同指定的基因检测机构直接结算，被保险人无需支付且不应向我们申请相关保险金的赔付。

请注意院外恶性肿瘤特定用药基因检测费用保险金保险责任不适用 2.2.9 条的保险金计算方法。

²⁷恶性肿瘤—重度的定义详见附表 2 特定疾病清单。

²⁸恶性肿瘤应当包含恶性肿瘤—重度和恶性肿瘤—轻度。

恶性肿瘤—轻度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他部位，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》第十次修订版（ICD-10）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，但不在“恶性肿瘤—重度”保障范围的疾病。且特指下列六项之一：

- （1）TNM 分期为 I 期的甲状腺癌；
- （2）TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期的前列腺癌；
- （3）黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；
- （4）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- （5）相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- （6）未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 < 10/50HPF 和 ki-67 ≤ 2%）的神经内分泌肿瘤。

下列疾病不属于“恶性肿瘤—轻度”，不在保障范围内：

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，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底膜，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；
- b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等。

²⁹**基因检测**指将外周血、手术或活检术留取的恶性肿瘤病理切片组织或恶性肿瘤转移所致的胸腹水等样本，进行恶性肿瘤相关的特定基因的结构（DNA 水平）或功能（RNA 水平）检测。医院的专科医生可根据其基因检测结果，给出针对其分子异常特征的药物的用药方案。

³⁰**基因检测机构**指在中华人民共和国境内（香港、澳门及台湾地区除外）取得合法有效资质且合法提供基因临床检验服务的机构。

2.2.7 院外恶性肿瘤特定药品费用医疗保险金

被保险人在等待期满后经本主险合同约定的医院的专科医生确诊初次罹患恶性肿瘤的，对于其用于治疗该恶性肿瘤而产生的合理且必要的，必须由被保险人个人自行承担的，满足以下条件的特定药品与医疗器械费用，我们根据本主险合同约定的赔付比例在保险金总赔付限额内赔付院外恶性肿瘤特定药品费用医疗保险金：

1. 特定药品的处方必须是由医院专科医生开具的且处方药量不超过30天；
2. 药品处方开具的特定药品与医疗器械必须是被保险人当前治疗所必备的，且必须与国家药品监督管理机构批准的该药品说明书与医疗器械说明书中所列明的适应症相符合；
3. 购买药品前，使用药品的处方必须经我们的药品处方审核并按本主险合同约定的流程购药（见6.3）；
4. 药品处方开具的特定药品与医疗器械属于本主险合同约定的药品与医疗器械清单；
5. 药品处方开具的特定药品与医疗器械必须自我们指定或认可的药店购买，且购买票据必须出自我们指定或认可的药店。

本主险合同所称的处方，是指由专科医生在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书，包括医疗机构病区用药医嘱单。

属于本主险合同保险责任范围内的院外恶性肿瘤特定药品费用将由我们与指定药店直接结算，被保险人无需支付且不应向我们申请相关保险金的赔付。但若被保险人在投保时选择以有基本医疗保险或公费医疗身份投保，但在用药时未按基本医疗保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿，则赔付比例为60%。

请注意院外恶性肿瘤特定药品费用医疗保险金保险责任不适用 2.2.9 条的保险金计算方法。

2.2.8 院外特定疾病急需药品费用保险金

被保险人在等待期满后经本主险合同约定的医院的专科医生确诊初次罹患恶性肿瘤或符合本主险合同所附**特定疾病清单**（详见附件2）定义的特定疾病的，对于其用于治疗而产生的合理且必要的，必须由被保险人个人自行承担的，满足以下条件的院外特定疾病急需药品费用，我们根据本主险合同约定的赔付比例在本项保险金赔付限额内赔付院外特定疾病急需药品费用保险金：

1. 药品处方必须是由我们认可的医院专科医生开具的；
2. 药品处方开具的药品必须属于本主险合同约定的药品清单；
3. 药品处方开具的药品必须符合本主险合同约定的药品清单中该药品对应的适用疾病种类。

请注意院外特定疾病急需药品费用保险金保险责任不适用 2.2.9 条的保险金计算方法。

2.2.9 保险金计算方法

我们赔付的保险金数额=（被保险人个人自行承担的保险责任范围内的医疗费用-未抵扣完毕的免赔额）×赔付比例

一般情况下，赔付比例为100%，但若被保险人在投保时选择以有基本医疗保险或公费医疗身份投保，但在就诊时未按基本医疗保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿，则赔付比例为60%。

2.2.10 赔付限额

对于上述各项保险责任，被保险人不论一次或多次进行治疗，我们均按上述约定赔付保险金。但各项保险金保险责任的累计赔付金额以不超过各对应项的保险金赔付限额为限，各项保险金保险责任的累计赔付金额达到其对应项的限额时，我们对被保险人的该项保险金赔付责任终止。

各项保险金赔付金额之和达到约定的保险金总赔付限额时，本主险合同终止。

2.2.11 补偿原则

若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险、工作单位、第三方侵权责任人（包含法人）或本公司在内的任何商业保险机构等）取得补偿的，我们将按上述约定计算并赔付保险金，且最高赔付金额不超过被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获补偿后的余额。

3 责任免除

3.1 责任免除

1. 因下列情形之一导致被保险人发生保险事故或造成医疗费用支出的，我们不承担赔付保险金的责任：

- (1) 您对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 被保险人故意自杀或自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (3) 被保险人殴斗、醉酒³¹、主动吸食或注射毒品³²；
- (4) 被保险人酒后驾驶³³、无合法有效驾驶证驾驶³⁴或驾驶无有效行驶证的交通工具³⁵；
- (5) 核爆炸、核辐射与核污染、战争、军事冲突、恐怖袭击、暴乱或武装叛乱；
- (6) 精神和行为障碍治疗以及各种医疗咨询和健康预测：如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询（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）³⁶确定的精神和行为障碍以外的一般心理问题，如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等）；
- (7) 各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定费用；

³¹醉酒指每百毫升血液的酒精含量大于或等于 100 毫克。

³²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。

³³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《中华人民共和国道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

³⁴无合法有效驾驶证驾驶指下列情形之一：

- (1) 没有取得驾驶资格的情况下驾驶任何按中华人民共和国法律法规规定应当持有驾驶资格才能够驾驶的交通工具或在驾驶此等交通工具时驾驶资格证件处于暂扣、吊销或注销状态；
- (2) 驾驶与驾驶资格不符合的交通工具或进行与驾驶资格不符合的交通运输行为，如驾驶与所持机动车驾驶证准驾车型不符合的机动车；
- (3) 持审验不合格的驾驶证或持应审验未审验的驾驶证驾驶；
- (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。

³⁵驾驶无有效行驶证的交通工具指以下情形之一：

- (1) 被保险人所驾驶的交通工具未按中国法律规定取得行驶证等公共道路、公共水域或空域行驶资格证明；
- (2) 被保险人所驾驶的交通工具被依法注销登记的；
- (3) 被保险人所驾驶的交通工具未依法按时进行或通过机动车安全技术检验等法律规定的定期或不定期安全检验。

³⁶《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）指世界卫生组织（WHO）制定的国际统一的疾病分类方法，它根据疾病的病因、病理、临床表现和解剖位置等特性，用一种系统有序的组合编码的方法对疾病进行分类。目前世界通用的是第 10 次修订本《疾病和有关健康问题的国际统计分类》，（ICD-10）是该分类第 10 次修订本的简称。

- (8) 除特定疾病外的遗传性疾病和**先天性畸形、变形或染色体异常**³⁷；
- (9) **既往症**³⁸及保险合同特别约定的除外疾病；
- (10) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患疾病，但特定疾病清单中特定原因引起的艾滋病除外；
- (11) 被保险人感染苍白（梅毒）螺旋体、淋病奈瑟菌；
- (12) 体检、疗养、胃减容术（包括但不限于：可调节式束带手术、袖状胃切除手术、胃旁路手术、胃内水囊手术、胃肠转流术）、视力矫正手术、斜视矫正手术、非意外事故所致的整容手术、各种美容整形项目，包括但不限于皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗、良性皮肤损害（雀斑、老年斑、痣、疣等）的治疗和去除。对上肢肘关节远端及面部静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕治疗和去除。纹身去除、皮肤变色的治疗或手术。激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗斑秃、白发、秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸以及各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗项目，包括但不限于平足及各种非功能性整容、整形和矫形手术费用。各种健美治疗项目，如营养、减肥、增胖、增高；
- (13) 不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症；
- (14) 包皮环切术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；
- (15) 除口腔肿瘤治疗外的口腔科（牙科）保健与口腔科（牙科）疾病的治疗；
- (16) 被保险人在进行符合以下一项或多项标准的高风险活动过程中发生意外伤害事故导致的就医治疗：
- 从事本主险合同所附《特殊职业类别表》中的职业；
 - 活动过程中必然涉及 2 米以上水深的自然水域水面或水下运动，包括但不限于各类、各级别的**潜水**³⁹、自然水域游泳（包括人工湖或人工水库）、跳水运动；
 - 活动过程中必然涉及距离地面超过 10 米的高空运动，包括但不限于跳伞、蹦极、非商业性的驾驶飞机等飞行器飞行、滑翔机或滑翔伞、翼装飞行、**攀岩**⁴⁰等；
 - 故意进入一般认知中存在生命危险的环境中或进入未经人工开发的自然区域活动，包括但不限于各类**探险**⁴¹和除商业航线飞行外的航空航天活动；
 - 各类搏击或类军事活动，如摔跤、**武术比赛**⁴²、彩弹射击等仿真枪战运动；
 - 各类**特技表演**⁴³；
 - 除竞走、跑步以外的竞速运动如赛马、赛车、竞速冰雪运动等；
- (17) 冒名住院、被保险人未到达医院就诊即代诊、不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院而拒不出院（从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用）；

³⁷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。

³⁸既往症指在本主险合同生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

³⁹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。

⁴⁰攀岩指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

⁴¹探险指明知在某种特定的人工或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：攀爬建筑物、在离地超过 10 米的建筑物的顶部或建筑物外无护栏部位逗留、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。

⁴²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。

⁴³特技表演指进行马术、杂技、飞车、驯兽等表演。

(18) 被保险人接受实验性治疗（未经科学或医学认可的医疗）。

2. 符合以下任意一项情形的相关医疗费用，我们不承担保险责任：

(1) 未经医生建议自行进行的任何治疗或未经医生处方自行购买的药品；

(2) 虽然有医生建议，但相关治疗和检查检验不是在医院进行的或相关费用不是由医院收取的（以相关医疗费票据为准）；

(3) 未被治疗所在地权威部门批准的治疗，未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物；

(4) 未按照本主险合同约定的流程（详见 6.3）购买本主险合同指定药品清单中的药品或医疗器械而产生的费用；

(5) 医院康复科、康复中心等以康复治疗为主要功能的科室所产生的费用；

(6) 中草药及其泡制的各类酒制剂涉及的药品费用；

(7) 虽然有医生处方，但剂量超过 30 天部分的药品费用；

(8) 所有**基因疗法**⁴⁴和本主险合同未明确约定包含在保险责任内的**细胞免疫疗法**⁴⁵造成的医疗费用；

(9) 除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其他**人工器官**⁴⁶的购买、安装和置换等费用；

(10) 各种矫治和防护医疗器械、各种康复治疗医疗器械、假体、义肢、轮椅、自用的按摩保健和治疗用品等所有非一次性使用医疗器械和非处方医疗器械的购买、租赁和置换费用。

3.2 其他免责条款

除“3.1 责任免除”外，本主险合同中还有一些免除保险人责任的条款，详见“2.2 保险责任”、“6.2 保险事故通知”、“8.1 明确说明与如实告知”、“8.2 年龄错误”、脚注和附表中背景突出显示的内容。

4 我们提供的服务

4.1 健康管理服务

在本主险合同保险期间内，我们为被保险人提供如下健康管理服务，包括：

- (1) 就医服务；
- (2) 健康咨询；
- (3) 康复护理。

健康管理服务的详细内容及次数限制详见服务手册，您可以在投保时获取并查看服务手册。

5 如何支付保险费

5.1 保险费的支付

本主险合同的保险费按照被保险人的年龄、是否参加基本医疗保险或公费医疗和您投保时选择的保险计划确定。您可以选择一次性全额支付保险费，

⁴⁴基因疗法指通过各种手段修复缺陷基因，以减缓或治愈疾病的技术。

⁴⁵细胞免疫疗法指通过采集人体免疫细胞，在体外进行扩增和功能鉴定，然后向患者转输，达到杀灭血液及组织中的病原体、癌细胞、突变的细胞，从而打破机体免疫耐受，激活和增强机体免疫力的治疗方法。

⁴⁶人工器官指长期的、植入人体的用人工材料和电子技术制成部分或全部替代人体自然器官、骨骼、血管、神经等功能的替代物、机械装置或电子装置，包括但不限于：人工食道、人工血管、人工椎体、人工尿道、人工肾、人工颅骨、人工颌骨、人工心脏、人工肌腱、人工耳蜗、人工肛门封闭器、人工喉、人工皮肤和人工角膜等。

也可以根据合同约定分期支付保险费。

⑥ 如何领取保险金

- 6.1 受益人 除另有约定外，本主险合同的受益人为被保险人本人。
- 6.2 保险事故通知 请您、被保险人或受益人在知道保险事故发生后 10 日内通知我们。
如果您、被保险人或受益人故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，我们对无法确定的部分，不承担赔付保险金的责任，但我们通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生或者虽未及时通知但不影响我们确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。
被保险人应在本主险合同中约定的医院就诊，若因急诊未在约定的医院就诊的，应在 3 日内通知我们，并在病情好转后及时转入约定的医院。被保险人未在约定的医院就诊产生的医疗费用，我们不承担保险责任。
- 6.3 保险金申请 在申请保险金时，请按照下列方式办理：
- 6.3.1 一般医疗保险金、特定疾病医疗保险金、质子重离子医疗保险金及院外特定疾病急需药品费用保险金的申请 由受益人填写保险金赔付申请书，并提供下列证明和资料：
(1) 保险合同；
(2) 受益人的有效身份证件；
(3) 医院出具的医疗诊断书、医疗病历或出院小结、检查检验报告及费用清单；
(4) 医院出具的医疗费用原始凭证和医疗费用结算清单（被保险人享有基本医疗保险或公费医疗保障的，需包含按基本医疗保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿的证明）；
(5) 在本主险合同指定的医疗机构接受指定治疗项目的，还需要提供接受指定项目治疗的证明；
(6) 申请院外特定疾病急需药品费用保险金的，还需要另外提供医院开具的处方笺复印件及院外药房的收费票据；
(7) 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受益人补充提供有关证明和资料。
- 6.3.2 院外恶性肿瘤特定用药基因检测费用保险金的申请和赔付 院外恶性肿瘤特定用药基因检测费用保险金必须按照以下流程申请：
1. 提交基因检测申请和保险金赔付申请
被保险人应向我们提交如下材料：
(1) 个人医疗保险理赔申请书原件；
(2) 被保险人的有效身份证件正反面复印件；
(3) 医院出具的病历资料、医学诊断书、病理检查报告、化验检查报告、血液检验报告等原件或复印件；
(4) 专科医生出具的所需基因检测项目的证明及其他所需要的医学材料；
(5) 被保险人不在指定的基因检测机构进行基因检测的，还需提供实际检测机构出具的发票及检测报告；
(6) 被保险人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的证明和资料原件。

我们将对上述材料进行审核，如被保险人提交的相关医学材料不足以支持材料审核或不支持进行基因检测的，我们有权要求被保险人补充其他必要的医学材料。

首次申请院外恶性肿瘤特定用药基因检测的，我们将在收到上述所有证明和资料之日起最长 30 日内作出核定。非首次申请检测和保险金赔付的，我们将在收到上述所有证明和资料之日起最长 5 日内作出核定。

2. 基因检测

上述材料经我们审核通过后，我们将安排被保险人前往本主险合同指定的基因检测机构进行基因检测。

若被保险人未在本主险合同指定的基因检测机构进行基因检测，则我们按照 60% 的赔付比例承担保险责任。

若被保险人在本主险合同指定的基因检测机构内进行基因检测，属于本主险合同保险责任范围内的检测费用将由我们与本主险合同指定的基因检测机构直接结算，被保险人无需支付且不应向我们申请相关保险金的赔付。

6.3.3 院外恶性肿瘤特定药品费用医疗保险金的申请和赔付

院外恶性肿瘤特定药品费用医疗保险金必须按以下流程申请保险金：

1. 提交用药和保险金赔付申请

被保险人取得了符合本主险合同约定标准的药品处方，最晚应在处方有效期到期前 1 个工作日内通过我们指定的渠道提交如下材料：

- (1) 个人医疗保险理赔申请书原件；
- (2) 被保险人的有效身份证件正反面复印件；
- (3) 支持处方审核的全部证明、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、基因检测结果报告、处方原件（收取不返还）、病理检查报告、化验检查报告、费用明细单据等原件或复印件。被保险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原件；
- (4) 被保险人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的证明和资料原件。

如果药品处方审核出现以下情况，我们有权要求被保险人提供其他与药品处方审核相关的医学材料：

- (1) 被保险人申请时提交的医学材料不足以支持药品处方的开具或审核；
- (2) 医学材料中相关的科学检验方法报告结果不支持药品处方的开具。

首次申请用药和保险金赔付的，我们将在收到上述所有证明和资料之日起最长 30 日内作出核定。非首次申请用药和保险金赔付的，我们将在收到上述所有证明和资料之日起最长 5 日内作出核定。

如果被保险人的药品处方审核未通过，我们不承担赔付保险金的责任。

2. 药品购买和保险金赔付

用药和保险金赔付申请核定通过后，我们将会提供购药凭证。被保险人前往指定药店购买药品。如果被保险人因赔付比例原因需要自行承担部分药品费，则需要在领取药品时支付自负部分的药品费。

保险金将由我们与指定药店直接结算。属于本主险合同保险责任范围内的费用，被保险人无需支付该部分费用且不应向我们申请该部分保险金的支付。

- 6.4 保险金的赔付** 我们在收到保险金的赔付申请书及上述有关证明和资料后，将在 5 日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定。
- 对属于保险责任的，我们在与受益人达成赔付保险金的协议后 10 日内，履行赔付保险金义务；若我们在收到保险金赔付申请书及上述有关证明和资料后第 30 日仍未作出核定，除支付保险金外，我们将从第 31 日起按超过天数赔偿受益人因此受到的利息损失。利息按照我们公示的利率按单利计算，且保证该利率不低于中国人民银行公布的同期金融机构人民币活期存款基准利率。
- 如我们要求您、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料的，那么自您、被保险人或者受益人收到补充提供有关证明和资料的通知之日起直至我们收到补充提供的有关证明和资料的期间将不计入上述 30 日。
- 对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起 1 个工作日内向受益人发出拒绝赔付保险金通知书并说明理由。
- 我们在收到受益人的保险金赔付申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，对赔付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；我们最终确定赔付保险金的数额后，将支付相应的差额。
- 6.5 诉讼时效** 受益人向我们请求赔付保险金的诉讼时效适用现行有效法律规定，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

7 如何解除保险合同

- 7.1 您解除合同的手续及风险** 您可以申请解除本主险合同，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，本主险合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还本主险合同的**现金价值**⁴⁷。
- 您解除合同会遭受一定损失。

8 其他需要关注的事项

- 8.1 明确说明与如实告知** 订立本主险合同时，我们会向您说明本主险合同的内容。对本主险合同中免除我们责任的条款，我们在订立合同时会在投保书、保险单或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。**我们的询问**

⁴⁷现金价值的计算分两种情况：

(1) 本主险合同包含等待期的情况：

如果保险经过天数 ≤ 30 天，现金价值 = 已交保险费 × (1 - 35%)；

如果保险经过天数 > 30 天，现金价值 = 已交保险费 × (1 - 35%) × [1 - (保险经过天数 - 30) / (本合同生效日至保险费交至日的天数 - 30)]，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。

(2) 本主险合同免除等待期的情况：

现金价值 = 已交保险费 × (1 - 35%) × (1 - 保险经过天数 / 本合同生效日至保险费交至日的天数)，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。

和您的告知将记载于本主险合同中作为保险合同的重要组成部分。

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，我们有权解除本主险合同。

如果您故意不履行如实告知义务，对于本主险合同解除前发生的保险事故，我们不承担赔付保险金的责任，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，对于本主险合同解除前发生的保险事故，我们不承担赔付保险金的责任，但会退还保险费。

我们在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担赔付保险金的责任。

8.2 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书上填明，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主险合同约定投保年龄限制的，我们有权解除合同，并向您退还本主险合同的现金价值；

(2) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费少于应付保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。若已经发生保险事故，在赔付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例赔付；

(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。

8.3 合同内容变更

在本主险合同有效期内，经您与我们协商一致，可以变更本主险合同的有关内容。变更本主险合同的，应当由我们在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由您与我们订立书面的变更协议。

您通过我们同意或认可的网站等互联网渠道提出对本主险合同进行变更，视为您的书面申请，您向我们在线提交的电子信息与您向我们提交的书面文件具有相同的法律效力。

8.4 联系方式变更

为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址、电话或电子邮箱等联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。若您未以书面形式或双方认可的其他形式通知我们，我们按本主险合同载明的最后住所或通讯地址所发送的有关通知，均视为已送达给您。

8.5 效力终止

当发生下列情形之一时，本主险合同效力终止：

(1) 被保险人身故；

(2) 本主险合同中列明的其他合同解除或终止的情形。

附表 1:

平安e生保住院（2023版）互联网医疗保险计划表

单位：人民币元

保险计划		计划一	计划二	计划三
保险金总赔付限额		400 万		
各项保险金赔付限额	一般医疗保险金	200 万		
	特定疾病医疗保险金	200 万		
	质子重离子医疗保险金	同保险金总赔付限额 床位费限 1500 元/日		
	院外恶性肿瘤特定用药基因检测费用保险金	同保险金总赔付限额		
	院外恶性肿瘤特定药品费用医疗保险金	同保险金总赔付限额		
	院外特定疾病急需药品费用保险金	2 万		
各项保险金免赔额	一般医疗保险金	1 万	5000 元	2 万
	特定疾病医疗保险金			
	质子重离子医疗保险金	0 元		
	院外恶性肿瘤特定用药基因检测费用保险金			
	院外恶性肿瘤特定药品费用医疗保险金			
	院外特定疾病急需药品费用保险金			
各项保险金赔付比例	一般医疗保险金	100%		
	特定疾病医疗保险金	但若被保险人在投保时选择以有基本医疗保险或公费医疗身份投保，但在就诊时未按基本医疗保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿，则赔付比例为 60%。		
	质子重离子医疗保险金	100%		
	院外恶性肿瘤特定用药基因检测费用保险金	在本主险合同指定的基因检测机构为 100% 未在本主险合同指定的基因检测机构为 60%		
	院外恶性肿瘤特定药品费用医疗保险金	100% 但若被保险人在投保时选择以有基本医疗保险或公费医疗身份投保，但在用药时未按基本医疗保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿，则赔付比例为 60%		
	院外特定疾病急需药品费用保险金	100%		

附表 2:

平安 e 生保住院（2023 版）互联网医疗保险特定疾病清单

指被保险人初次发生符合下列定义的疾病，或初次接受符合下列定义的手术。该疾病或手术应当由专科医生明确诊断。本主险合同所定义的特定疾病共有 120 种，其中第 1 至 28 种特定疾病为中国保险行业协会、中国医师协会联合颁布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》（以下简称“规范”）规定的疾病，且疾病名称和疾病定义与“规范”一致，第 29 至 120 种特定疾病为“规范”规定范围之外的疾病，来自我们的运营经验。

1-恶性肿瘤-重度

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**⁴⁸（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《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）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**⁴⁹）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，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；

b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

（2）**TNM 分期**⁵⁰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）黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

（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（核分裂像 < 10/50HPF 和 ki-67 ≤ 2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

2-较重急性心肌梗死

急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合

（1）检测到肌酸激酶同工酶（CK-MB）或肌钙蛋白（cTn）升高和/或降低的动态变化，至少一次达到或超过心肌梗死的临床诊断标准；（2）同时存在下列之一的证据，包括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的病理性 Q 波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。

⁴⁸**组织病理学检查**指组织病理学检查是通过局部切除、钳取、穿刺等手术方法，从患者机体采取病变组织块，经过包埋、切片后，进行病理检查的方法。通过采集病变部位脱落细胞、细针吸取病变部位细胞、体腔积液分离病变细胞等方式获取病变细胞，制成涂片，进行病理检查的方法，属于细胞病理学检查，不属于组织病理学检查。

⁴⁹**ICD-O-3**指《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3），是 WHO 发布的针对 ICD 中肿瘤形态学组织学细胞类型、动态、分化程度的补充编码。其中形态学编码：0 代表良性肿瘤；1 代表动态未定性肿瘤；2 代表原位癌和非侵袭性癌；3 代表恶性肿瘤（原发性）；6 代表恶性肿瘤（转移性）；9 代表恶性肿瘤（原发性或转移性未肯定）。如果出现 ICD-10 与 ICD-O-3 不一致的情况，以 ICD-O-3 为准。

⁵⁰**TNM 分期**指采用 AJCC 癌症分期手册标准。该标准由美国癌症联合委员会与国际抗癌联合会 TNM 委员会联合制定，是目前肿瘤医学分期的国际通用标准。T 指原发肿瘤的大小、形态等；N 指淋巴结的转移情况；M 指有无其他脏器的转移情况。

甲状腺癌的 TNM 分期采用目前现行的 AJCC 第八版定义标准，我国国家卫生健康委员会 2018 年发布的《甲状腺癌诊疗规范（2018 年版）》也采用此定义标准。

较重急性心肌梗死指依照上述标准被明确诊断为急性心肌梗死，并且必须同时满足下列至少一项条件：

(1) 心肌损伤标志物肌钙蛋白(cTn)升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的15倍(含)以上；

(2) 肌酸激酶同工酶(CK-MB)升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的2倍(含)以上；

(3) 出现左心室收缩功能下降，在确诊6周以后，检测左室射血分数(LVEF)低于50%(不含)；

(4) 影像学检查证实存在新发的乳头肌功能失调或断裂引起的中度(含)以上的二尖瓣反流；

(5) 影像学检查证实存在新出现的室壁瘤；

(6) 出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。

其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白(cTn)升高不在保障范围内。

3-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⁵¹肌力⁵²**2级(含)以下；

(2) **语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍⁵³**；

(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⁵⁴**中的三项或三项以上。

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、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。

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，已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。

6-严重慢性肾衰竭

指双肾功能慢性不可逆性衰竭，依据肾脏病预后质量倡议(K/DOQI)制定的指南，分期达到慢性肾脏病5期，且经诊断后已经进行了至少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。

⁵¹肢体指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。

⁵²肌力指肌肉收缩时的力量。肌力划分为0-5级，具体为：0级：肌肉完全瘫痪，毫无收缩。1级：可看到或者触及肌肉轻微收缩，但不能产生动作。2级：肌肉在不受重力影响下，可进行运动，即肢体能在床面上移动，但不能抬高。3级：在和地心引力相反的方向中尚能完成其动作，但不能对抗外加阻力。4级：能对抗一定的阻力，但较正常人为低。5级：正常肌力。

⁵³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。

严重咀嚼吞咽功能障碍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。

⁵⁴六项基本日常生活活动指(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。六项基本日常生活活动能力的鉴定不适用于0-3周岁幼儿。

- 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。
- 8-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。
- 9-严重非恶性颅内肿瘤** 指起源于脑、脑神经、脑被膜的非恶性肿瘤，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）范畴，并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，且须满足下列至少一项条件：
(1) 已经实施了开颅进行的颅内肿瘤完全或部分切除手术；
(2) 已经实施了针对颅内肿瘤的放射治疗，如 γ 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）。
- 10-严重慢性肝衰竭** 指因慢性肝脏疾病导致的肝衰竭，且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衰竭不在保障范围内。
- 11-严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症** 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；
(2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
(3) 由具有评估资格的专科医生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。
- 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（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他生命维持系统 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。

- 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⁵⁵**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。
- 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，如果使用其他视力表应进行换算）；
(3) 视野半径小于5度。
- 15-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，或肢体肌力在2级（含）以下。
- 16-心脏瓣膜手术** 指为治疗心脏瓣膜疾病，已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。
所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。
- 17-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) 由具有评估资格的专科医生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。
阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不在保障范围内。
- 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，仍遗留下列至少一种障碍：
(1) 一肢（含）以上肢体肌力2级（含）以下；
(2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
(3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
- 19-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。

⁵⁵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。

- 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。
- 21-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（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级⁵⁶IV级**，且静息状态下肺动脉平均压在36mmHg（含）以上。
- 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，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；
(2) 呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难，且已经持续使用呼吸机7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。
- 23-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。
- 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，且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≥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< $20 \times 10^9/L$ ；
③血小板绝对值< $20 \times 10^9/L$ 。
- 25-主动脉手术** 指为治疗主动脉疾病或主动脉创伤，已经实施了开胸（含胸腔镜下）或开腹（含腹腔镜下）进行的切除、置换、修补病损主动脉血管、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。
所有未实施开胸或开腹的动脉内介入治疗不在保障范围内。
- 26-严重慢性呼吸衰竭** 指因慢性呼吸系统疾病导致永久不可逆性的呼吸衰竭，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（PaO₂）<50mmHg。

⁵⁶美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）将心功能状态分为四级：

I级：心脏病病人日常活动量不受限制，一般活动不引起乏力、呼吸困难等心衰症状。

II级：心脏病病人人体力活动轻度受限制，休息时无自觉症状，一般活动下可出现心衰症状。

III级：心脏病病人人体力活动明显受限，低于平时一般活动即引起心衰症状。

IV级：心脏病病人不能从事任何体力活动，休息状态下也存在心衰症状，活动后加重。

- 27-严重克罗恩病** 指一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克罗恩病（Crohn病）病理组织学变化，须根据组织病理学特点诊断，且已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。
- 28-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瘘术。
- 29-侵蚀性葡萄胎（或称恶性葡萄胎）** 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的。
- 30-严重的原发性心肌病** 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（指按照美国纽约心脏病学会提出的心功能状态分级的标准判定，心功能状态已达Ⅳ级），且有相关住院医疗记录显示Ⅳ级心功能衰竭状态已持续至少 180 日。本病须经相关专科医生明确诊断。
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。
- 31-严重感染性心内膜炎** 指因感染性微生物造成心脏内膜发炎，经由相关专科医生确诊，并符合下列所有条件：
（1）血液培养结果呈阳性反应，证明感染性微生物的存在；
（2）出现明显的心功能衰竭（指按照美国纽约心脏病学会提出的心功能状态分级的标准判定，心功能状态已达Ⅳ级）。
- 32-严重肺源性心脏病** 指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。心功能衰竭程度至少达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级Ⅳ级。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。
- 33-严重的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病变须满足下列所有条件：
（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-斯综合征或心力衰竭的表现；
（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。
- 34-严重冠心病** 指经冠状动脉造影检查明确诊断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。

- 35-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（指按照美国纽约心脏病学会提出的心功能状态分级的标准判定，心功能状态已达IV级），且有相关住院医疗记录显示IV级心功能障碍状态已持续至少180日。
- 36-艾森门格综合征** 指因心脏病导致的严重肺动脉高压及右向左分流。经超声心动图和心导管检查证实及需符合以下全部标准：
(1) 平均肺动脉压 $\geq 40\text{mmHg}$ ；
(2) 肺血管阻力 $\geq 3\text{mm/L/min}$ （Wood单位）；
(3) 正常肺微血管楔压 $< 15\text{mmHg}$ 。
- 37-风湿热导致的心脏瓣膜疾病** 指经由相关专科医生根据已修订的Jones标准诊断证实罹患急性风湿热。且因风湿热所导致一个或以上最少轻度心脏瓣膜关闭不全（即返流部分达20%或以上）或狭窄的心瓣损伤（即心脏瓣面积为正常值的30%或以下）。有关诊断须由相关专科医生根据心瓣功能的定量检查证实。
- 38-心脏粘液瘤手术** 指为了治疗心脏粘液瘤，实际实施了切开心脏进行的心脏粘液瘤切除手术。经导管介入手术治疗不在保障范围内。
- 39-严重大动脉炎** 指经相关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。
- 40-Brugada综合征** 指由相关专科医生根据临床症状和典型心电图表现明确诊断，并且经相关专科医生判断认为必须安装且实际已安装了永久性心脏除颤器。
- 41-严重继发性肺动脉高压** 指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 36mmHg 。
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。
- 42-室壁瘤切除手术** 被保险人被明确诊断为左心室室壁瘤，并且实际接受了切开心脏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保障范围内。
- 43-严重心脏衰竭CRT心脏再同步治疗** 指缺血性心脏病或扩张性心肌病导致慢性严重心脏功能衰竭，为矫正心室收缩不协调和改善心脏功能，实际实施了CRT治疗。实施治疗前须满足下列全部条件：
(1) 心功能衰竭程度至少达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级III级；
(2) 左心室射血分数 $\leq 35\%$ ；
(3) 左心室舒张末期内径 $\geq 55\text{mm}$ ；
(4) QRS波群时限 ≥ 130 毫秒。

- 44-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。指冻伤程度达到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。
- 45-严重巨细胞动脉炎** 巨细胞动脉炎又称颅动脉炎、颞动脉炎、肉芽肿性动脉炎。须经相关专科医生明确诊断，并造成永久不可逆的单个肢体随意运动功能完全丧失或单眼失明。肢体随意运动功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，或肢体肌力在 2 级（含）以下。单眼失明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) 矫正视力低于 0.02（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）；
(2) 视野半径小于 5 度。
- 46-多发性大动脉炎旁路移植手术** 指经相关专科医生明确诊断为头臂动脉型多发性大动脉炎，且实际接受了经胸部切开进行的无名动脉（头臂干）、颈总动脉、锁骨下动脉旁路移植手术。
非开胸的血管旁路移植手术、因其他病因而进行的旁路移植手术、对其他动脉进行的旁路移植手术、经皮经导管进行的血管内手术不在保障范围内。
- 47-严重的多发性硬化** 指因中枢神经系统脱髓鞘而导致的不可逆的身体部位的功能障碍，需由相关专科医生提供明确诊断，并有头颅断层扫描（CT）或核磁共振检查（MRI）结果诊断报告。不可逆的身体部位功能障碍指诊断为功能障碍后需已经持续 180 日以上。
必须同时满足下列所有条件：
(1) 明确出现因视神经、脑干和脊髓损伤而导致的临床表现；
(2) 神经系统散在的多部位病变；
(3) 有明确的上述症状及神经损伤反复恶化、减轻的病史纪录。
- 48-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经相关专科医生明确诊断，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、精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在保障范围内。
- 49-植物人状态** 指由于意外事故或疾病所致大脑皮质全面坏死，意识完全丧失，但脑干及脑干以下中枢神经功能仍保持完好，且此情况持续 30 天或以上。必须由相关专科医生明确诊断。
由于酗酒或滥用药物所致的植物人状态不在保障范围内。
- 50-进行性核上性麻痹** 指一种隐袭起病、逐渐加重的神经系统变性疾病。此病症须由相关专科医生明确，并满足以下全部临床特征：
(1) 步态共济失调；
(2) 对称性眼球垂直运动障碍；

(3) 假性球麻痹（构音障碍和吞咽困难）。

51-开颅手术

被保险人因疾病或意外伤害已实施全麻下的开颅手术，不包括颅骨钻孔手术和经鼻蝶窦入颅手术。

理赔时必须提供由相关专科医生出具的诊断书及手术证明。

因脑垂体瘤、脑囊肿、脑动脉瘤及脑血管瘤而进行的开颅手术不在保障范围内。

52-克雅氏病

指一种由动物传染而来的中枢神经系统变性性疾病，大脑呈海绵状改变伴神经元缺失和胶质化。临床表现为进行性痴呆、不随意运动及抽搐、行动困难等等。须由医院根据致病蛋白的发现而明确诊断。疑似诊断不作为理赔依据。

53-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。必须由相关专科医生根据脑组织活检确诊。

54-严重药物难治性癫痫手术治疗

本疾病的诊断须由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。须提供六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，且已经实施了神经外科手术。

发热性惊厥以及没有全身性发作的失神发作（癫痫小发作）不在保障范围内。

55-脊髓小脑变性症

指一组以小脑萎缩和共济失调为主要临床特点的疾病。必须符合所有以下条件：

(1) 脊髓小脑变性症必须由相关专科医生诊断，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。

56-严重的神经白塞病

白塞病是一种慢性全身性血管炎症性疾病，主要表现为复发性口腔溃疡、生殖器溃疡、眼炎及皮肤损害，可累及大血管、神经系统、消化道、肺、肾等等。累及神经系统损害的白塞病称为神经白塞病。神经白塞病必须经相关专科医生明确诊断，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基本日常生活活动之一：

(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。

57-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注册医生确认，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。

58-库鲁病

指一种亚急性传染性朊蛋白病。临床表现为共济失调、震颤、不自主运动，

在病程晚期出现进行性加重的痴呆，神经异常。该病必须由专科医生根据检测出的脑组织中的致病蛋白而明确诊断。

59-严重的脊髓空洞症

脊髓空洞症为慢性进行性的脊髓变性性疾病，其特征为脊髓内空洞形成。表现为感觉异常、肌萎缩及神经营养障碍。脊髓空洞症累及延髓的称为延髓空洞症，表现为延髓麻痹。脊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条件之一：

- (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。

60-闭锁综合征

严重脑功能障碍，但剩余脑干功能完整。障碍的特征是缺失基本的认知功能，缺失对任何刺激的反应，不能与其他人互动。诊断必须经相关专科医生确认，并必须持续至少 30 天病史记录。

61-横贯性脊髓炎后遗症

脊髓炎是一种炎症性脊髓疾病。横贯性脊髓炎是指炎症扩展横贯整个脊髓，表现为运动障碍、感觉障碍和自主神经功能障碍。横贯性脊髓炎必须明确诊断，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任何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-严重结核性脊髓炎

指因结核杆菌引起的脊髓炎，导致永久不可逆的神经系统功能障碍。经相关专科医生明确诊断，诊断必须经微生物或病理学相关检查后证实，且初次确诊 180 天后仍须遗留下列至少一项症状：

- (1) 两肢或两肢以上肢体肌力 2 级（含）以下的运动功能障碍；
- (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。

63-皮质基底节变性

指一种慢性进展性神经变性疾病，以不对称发作的无动性强直综合征、失用、肌张力障碍及姿势异常为临床特征。须经相关专科医生明确诊断，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-异染性脑白质营养不良

是一种严重的神经退化性代谢病，主要表现为行走困难、智力低下、废用性肌萎缩、四肢痉挛性瘫痪、视神经萎缩、失语等。须经相关专科医生诊断，且已经造成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，持续至少 180 天。

65-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，也可累及呼吸肌、下肢近端肌群乃至全身肌肉。本病须经相关专科医生出具医学诊断证明，并且同时满足下列条件：

- (1) 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；

(2) 经胸腺切除或药物治疗 180 日以上仍无法控制病情。

单纯眼肌型重症肌无力不在保障范围内。

66-系统性红斑狼疮并发肾功能损害

系统性红斑狼疮是累及多系统、多器官的具有多种自身抗体的免疫性疾病。系统性红斑狼疮性肾病，又称为狼疮性肾炎，是系统性红斑狼疮累及肾脏，造成肾功能损伤。须由肾脏病理学检查结果证实或经临床确诊，并符合下列 WHO 诊断标准定义的 III 型至 V 型狼疮性肾炎。世界卫生组织狼疮性肾炎分型：

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或肾病综合征；

V 型（膜型）：肾病综合征或重度蛋白尿。

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内。

67-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。

68-严重的急性坏死性胰腺炎

指由相关专科医生确诊为急性坏死性胰腺炎，并进行坏死组织清除、病灶切除或胰腺部分切除的手术治疗。因酒精作用所引致的急性坏死性胰腺炎不在保障范围内。

69-严重肾髓质囊性病

指经相关专科医生明确诊断为肾髓质囊性病，且须同时满足下列条件：

- (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。

70-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的抗体导致自身免疫反应，从而破坏肝细胞造成肝脏炎症坏死，进而发展为肝硬化。必须满足所有以下条件：

- (1) 高 γ 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。

71-严重弥漫性系统性硬皮病

指一种系统性胶原血管病引起进行性的皮肤/血管和内脏器官的弥漫性纤维化。本病症须经相关专科医生明确诊断，并由活检和血清学证据支持并且疾病已经影响到心脏、肺或肾脏等内脏器官并且达到下列标准之一：

- (1) 肺纤维化，已经出现肺动脉高压、肺心病；
- (2) 心脏功能损害，心脏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；
- (3) 肾脏功能损害，已经出现肾功能衰竭。

下列疾病不在保障范围内：

- (1) 局限硬皮病；
- (2) 嗜酸细胞筋膜炎；
- (3) CREST 综合征。

72-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、胰腺功能紊乱致糖尿病、营养不良。CT 检查证实胰腺存在广泛钙化，且必须接受酶替代以及胰岛素替代治疗 180 天以上、手术或介入治疗。此病症须经相关专科医生明确诊断。

因酗酒或饮酒过量所致的慢性复发性胰腺炎不在保障范围内。

73-特发性慢性肾上腺皮质功能减退

指原发性自身免疫性肾上腺炎，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：

- (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。

74-严重小肠疾病并发症

指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：

- (1) 切除部分或全部小肠；
- (2) 完全肠外营养支持 90 天以上。

75-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。手术必须在相关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。

76-败血症导致的多器官功能障碍综合征

指败血症导致的一个或多个器官系统生理功能障碍，败血症须经血液检查证实有致病病原体侵入血液系统导致全身感染，并至少满足以下一条标准：

- (1) 呼吸衰竭，需要进行经气管插管的有创机械通气治疗；
- (2) 凝血功能异常，出现弥漫性血管内凝血（DIC），血小板计数 $< 50 \times 10^9/L$ ；
- (3) 肝功能不全，血总胆红素 $> 102 \mu\text{mol/L}$ ；
- (4) 心功能衰竭，已经应用强心剂；
- (5) 出现神志不清或昏迷，格拉斯哥昏迷分级（GCS, Glasgow Coma Scale）结果为 9 分或 9 分以下；
- (6) 肾功能衰竭，血清肌酐 $> 300 \mu\text{mol/L}$ 且每日总尿量 $< 500\text{ml}$ 。

败血症引起的多器官功能障碍综合征的诊断应由相关专科医生证实。

非败血症引起的多器官功能障碍综合征不在保障范围内。

77-湿性年龄相关性黄斑变性

又称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）异常生长进入视网膜，新生血管渗漏，渗出及出血。须经相关专科医生通过荧光素眼底血管造影检查提示黄斑区新生血管形成并确诊。

申请理赔时须提供近 90 天内视力改变显示病情恶化的相关检查报告、诊断证明。

78-严重的席汉氏综合征

指因产后大出血并发休克、全身循环衰竭、弥漫性血管内凝血导致脑垂体缺血坏死和垂体分泌激素不足，造成性腺、甲状腺、肾上腺皮质功能减退。并须满足下列全部条件：

- (1) 产后大出血休克病史；
- (2) 严重腺垂体功能破坏，破坏程度>95%；
- (3) 影像学检查显示脑垂体严重萎缩或消失；
- (4) 实验室检查显示：
 - ① 垂体前叶激素全面低下；
 - ② 性激素、甲状腺素、肾上腺皮质激素全面低下（包括生长激素、促甲状腺素、促肾上腺皮质激素、卵泡刺激素和黄体生成素）；
- (5) 需要终身激素替代治疗以维持身体功能，持续服用各种替代激素超过一年。

垂体功能部分低下及其他原因所致垂体功能低下不在保障范围内。

79-严重肝豆状核变性 (Wilson 病)

指由于铜代谢障碍所引起的一种疾病，其特点为肝硬化与双侧脑基底神经节变性同时存在，且须经相关专科医生明确诊断，并同时必须具备下列情况：

- (1) 临床表现包括：进行性加剧的肢体震颤，肌强直，吞咽及发音困难，精神异常；
- (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) 食管静脉曲张；
- (5) 腹水。

80-范可尼综合征

指近端肾小管的功能异常引起的一组症候群。须满足下列至少两个条件：

- (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。

81-严重原发性轻链型淀粉样变 (AL 型)

是一种多系统受累的单克隆浆细胞病。须满足下列全部条件：

- (1) 须经肾脏或血液科相关专科医生确诊；
- (2) 组织活检可见无定形粉染物质沉积，且刚果红染色阳性（偏振光下呈苹果绿色双折光）；
- (3) 沉积物经免疫组化、免疫荧光、免疫电镜或质谱蛋白质组学证实为免疫球蛋白轻链沉积；
- (4) 具有受累器官的典型临床表现和体征，至少出现下列两项异常：

- ① 肾脏：出现大量蛋白尿或表现为肾病综合征，24 小时尿蛋白定量 > 0.5g，以白蛋白为主；
- ② 心脏：心脏超声平均心室壁厚度 > 12mm，排除其他心脏疾病，或在无肾功能不全及心房颤动时 N 末端前体脑钠肽（NT-proBNP） > 332ng/L；
- ③ 肝脏：肝上下径（肝叩诊时锁骨中线上量得的肝上界到肝下界的距离） > 15cm，或碱性磷酸酶超过正常上限的 1.5 倍；
- ④ 外周神经：临床出现对称性的双下肢感觉运动神经病变；
- ⑤ 肺：影像学提示肺间质病变。

非 AL 型的淀粉样变性不在保障范围内。

82-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，并须同时满足下列全部条件：

- (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。

83-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。

84-严重哮喘

指经相关专科医生明确诊断为严重哮喘，并且满足下列标准中的三项或三项以上：

- (1) 过去两年中有哮喘持续状态病史；
- (2) 身体活动耐受能力显著下降，轻微体力活动即有呼吸困难，且持续 180 天以上；
- (3) 慢性肺部过度膨涨充气导致的由影像学检查证实的胸廓畸形；
- (4) 每日口服皮质类固醇激素，至少持续 180 天以上。

85-严重肺结节病

结节病是一种原因未明的慢性肉芽肿病，可侵犯全身多个器官，以肺和淋巴结受累最为常见。严重肺结节病表现为肺的广泛纤维化导致慢性呼吸功能衰竭。必须满足下列所有条件：

- (1) 肺结节病的 X 线分期为 IV 期，即广泛肺纤维化；
- (2) 永久不可逆性的慢性呼吸功能衰竭，疾病确诊后 180 天，在静息状态，呼吸空气条件下，动脉血氧分压（PaO₂） < 55mmHg。

86-肺孢子菌肺炎

指由肺孢子菌引起的间质性浆细胞性肺炎，且须满足下列全部条件：

- (1) 第一秒末用力呼气量（FEV₁%）小于 1 升；
- (2) 气道内阻力增加，至少达到 0.5kPa/1/s；
- (3) 残气容积占肺总量（TLC）的 60%以上；
- (4) 胸内气体容积升高，超过基值的 170%；
- (5) PaO₂ < 60mmHg，PaCO₂ > 50mmHg。

87-严重特发性肺纤维化

指一种原因不明的、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（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）。本病症须经相关专科医生明确诊断，并经外科肺活检病

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), 并且静息状态下肺动脉平均压在 36mmHg (含) 以上。

88-丧失一眼及 一肢

指因疾病或意外伤害导致单眼视力丧失及单肢肢体机能完全丧失。

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, 如果使用其他视力表应进行换算);
- (3) 视野半径小于 5 度。

单肢肢体机能完全丧失, 须满足下列至少一项条件:

- (1) 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;
- (2) 任何一肢肢体机能完全丧失。

89-严重的 1 型 糖尿病

指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, 并由相关专科医生明确诊断。满足下列至少 1 个条件:

- (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) 因坏疽需切除至少一个脚趾。

90-严重类风湿 性关节炎

指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明确诊断并且已经达到类风湿性关节炎功能分级 IV 级的永久不可逆性关节功能障碍 (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) 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。

类风湿性关节炎功能分级标准:

I 级 胜任日常生活各项活动 (包括生活自理, 职业和非职业活动);

II 级 生活自理和工作, 非职业活动受限;

III 级 生活自理和工作, 职业和非职业活动受限;

IV 级 生活不能自理, 且丧失工作能力。

91-象皮病

指末期丝虫病, 已经到达国际淋巴学会分级为三度淋巴水肿, 其临床表现为肢体非凹陷性水肿伴畸形增大、硬皮症和疣状增生。此病症须经相关专科医生根据临床表现和微丝蚴的化验结果确诊。

92-严重肌营养 不良症

指一组原发于肌肉的疾病, 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:

- (1) 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;
- (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。

93-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，需要输注血浆和浓缩血小板进行治疗。

94-嗜铬细胞瘤

指肾上腺或肾上腺外嗜铬组织出现神经内分泌肿瘤，并分泌过多的儿茶酚胺类的疾病。且已经由组织病理检查证实，并已经进行了切除嗜铬细胞瘤的手术治疗。嗜铬细胞瘤须经相关专科医生明确诊断。

95-严重的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。

96-经输血导致的艾滋病病毒感染或患艾滋病

指被保险人因输血而感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）或患艾滋病必须满足以下全部条件：

- (1) 被保险人因输血而感染 HIV 或患艾滋病；
- (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等）导致的 HIV 感染或患艾滋病不在保障范围内。本公司具有获得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。

97-因职业关系导致的艾滋病病毒感染或患艾滋病

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）或患艾滋病。必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) 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；
- (3) 必须在事故发生后的 180 天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

98-因器官移植导致的艾滋病病毒感染或患艾滋病

指因进行器官移植而感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）或患艾滋病，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或患艾滋病；

(2) 提供器官移植治疗的器官移植中心或医院出具的此次因器官移植感染人类免疫缺陷病毒或患艾滋病，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；

(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。

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 感染或患艾滋病不在保障范围内。

99-脊柱裂

指脊椎或颅骨不完全闭合，导致脊髓膜突出，脑（脊）膜突出或脑膨出，合并大小便失禁，部分或完全性下肢瘫痪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髓膜突出或脑（脊）膜突出的隐形脊柱裂。

100-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。

101-成骨不全症第三型

指一种胶原病，特征为骨易碎，骨质疏松和易骨折。该病有 4 种类型：I 型、II 型、III 型、IV 型。只保障 III 型成骨不全的情形。其主要临床特点有：发展迟缓、多发性骨折、进行性脊柱后侧凸及听力损害。III 型成骨不全的诊断必须根据身体检查、家族史，X 线检查和皮肤活检报告资料确诊。

102-多处臂丛神经根性撕脱

指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。该病须由相关专科医生明确诊断，并且有电生理检查结果证实。

103-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，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伤害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。

104-溶血性链球菌引起的坏疽

指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，须病原学诊断明确，且实际实施了手术及清创术治疗。

105-埃博拉出血热

指埃博拉病毒感染导致的烈性传染病，且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。

106-严重气性坏疽

指由梭状芽胞杆菌所致的肌坏死或肌炎。须经相关专科医生明确诊断，且须同时符合下列条件：

(1) 符合气性坏疽的一般临床表现；

(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。

107-严重强直性脊柱炎

是一种慢性全身性炎性疾病，主要侵犯脊柱导致脊柱畸形。强直性脊柱炎必须明确诊断，并须满足下列全部条件：

(1) 严重脊柱畸形：椎体钙化形成骨桥，脊柱出现“竹节样改变”，骶髂关节硬化、融合、强直；

(2) 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。

108-线粒体脑肌病

是一组由于线粒体结构、功能异常所导致的以脑和肌肉受累为主的多系统疾病，其中肌肉损害主要表现为骨骼肌极度不能耐受疲劳。须经相关专科医生明确诊断。须满足以下条件中的至少两项：眼外肌麻痹、共济失调、癫痫反复发作、视神经病变、智力障碍。

109-嗜血细胞综合征

又称噬血细胞性淋巴组织细胞增生症 (HLH)，是一组由多种原因诱发的细胞因子瀑布式释放，以组织细胞增生伴随其吞噬各种造血细胞为特征的综合征。须符合下列条件中的至少三项，并且经相关专科医生认为有必要进行异体骨髓移植手术：

- (1) 分子生物学诊断出现特异性的基因突变；
- (2) 铁蛋白 $>500\text{ng/ml}$ ；
- (3) 外周血细胞减少，至少累及两系， $\text{Hb} < 90\text{g/L}$ (新生儿 $\text{Hb} < 100\text{g/L}$)， $\text{PLTS} < 100 \times 10^9/\text{L}$ ，中性粒细胞 $< 1.0 \times 10^9/\text{L}$ ；
- (4) 骨髓、脑脊液、脾脏及淋巴结等器官有特征性噬血细胞的增加；
- (5) 血清可溶性 CD25 $\geq 2400\text{U/ml}$ 。

110-严重斯蒂尔病

须经相关专科医生明确诊断，并至少满足下列条件的至少两项：

- (1) 因该病导致心包炎；
- (2) 因该病导致肺间质病变；
- (3) 巨噬细胞活化综合征 (MAS)。

111-亚历山大病

是一种遗传性中枢神经系统退行性病变。临床表现为惊厥发作、智力下降、球麻痹、共济失调、痉挛性瘫痪。须经相关专科医生确诊 180 天后，仍存在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。

112-重度面部毁损

因意外伤害导致面部瘢痕畸形，须满足下列三项或以上条件：

- (1) 双侧眉毛完全缺失；
- (2) 双睑外翻或者完全缺失；
- (3) 双侧耳廓完全缺失；
- (4) 外鼻完全缺失；
- (5) 上、下唇外翻或者小口畸形；
- (6) 颏颈粘连 (中度以上)：即颈部后仰及旋转受到限制，饮食、吞咽有所影响，不流涎，下唇前庭沟并不消失，能闭合。

113-严重的破伤风

指破伤风梭菌经由皮肤或黏膜伤口侵入人体，在缺氧环境下生长繁殖，产生毒素而引起严重持续肌痉挛的一种特异性感染。须经相关专科医生明确诊断。

114-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。须根据骨髓的活组织检查和周围血象检查由专科医生明确诊断，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。

115-大面积植皮手术

指为修复皮肤与其下的组织损害所进行的皮肤移植手术，且皮肤移植的面积达到全身体表面积的30%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

116-脊髓血管病后遗症

指脊髓血管阻塞或破裂出血引起的脊髓功能障碍，导致永久不可逆的神经系统功能损害。须经相关专科医生确诊180天后，仍存在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。

117-严重瑞氏综合征 (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。瑞氏综合征需由相关专科医生确诊，并符合以下所有条件：

- (1) 有脑水肿和颅内压升高的脑脊液检查和影像学检查证实；
- (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的第3期。

118-严重甲型及乙型血友病

指一种遗传性凝血功能异常的出血性疾病。仅包括严重甲型血友病（缺乏VIII凝血因子）或严重乙型血友病（缺乏IX凝血因子），并且凝血因子VIII或凝血因子IX的活性水平少于百分之一。被保险人必须经过相关专科医生明确诊断。

119-进行性肌肉骨化症

主要表现为在肌肉、韧带和其他结缔组织中形成多余的骨质钙化，有局部疼痛、肿胀，关节僵硬强直及屈伸活动受限，以颈、胸、腰椎向四肢及关节出现僵硬，限制机体正常运动。须经相关专科医生明确诊断。

120-获得性血栓性血小板减少性紫癜 (TTP)

是一种严重的弥散性血栓性微血管病。须经相关专科医生诊断，满足下列至少四项条件：

- (1) 皮肤或其他部位出血症状；
- (2) 外周血化验提示：
 - ①血小板计数 $\leq 50\times 10^9/\text{L}$ ；
 - ②网织红细胞增多；
 - ③血片中出现多量裂红细胞，比值 $>0.6\%$ ；
 - ④血红蛋白计数 $\leq 90\text{g/L}$ 。
- (3) 骨髓检查提示：
 - ①巨核细胞成熟障碍；
 - ②骨髓代偿性增生，粒/红比值降低。
- (4) 肾功能损害；
- (5) 实际实施了血浆置换治疗。

遗传性血栓性血小板减少性紫癜不在此保障范围内。