

融盛财产保险股份有限公司

个人意外和疾病医疗保险（互联网专属 2026 版）条款

总则

第一条 合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、保险单以及经投保人和保险人认可的与保险合同有关的其他书面凭证（包括但不限于健康问卷、声明、批单）组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 投保人

具有完全民事行为能力的被保险人本人或者对被保险人具有保险利益的其他自然人、法人或者非法人组织，可作为本保险合同的投保人。

第三条 被保险人

除另有约定外，年龄为出生满28天（含）至99周岁（含），身体健康且能正常工作、生活的自然人，可作为本保险合同的被保险人，但首次投保或非续保投保时被保险人年龄应为出生满28天（含）至70周岁（含）。

第四条 受益人

除另有约定外，本保险合同保险金的受益人为被保险人本人。

第五条 保障区域

本保险合同的保障区域为中华人民共和国境内（不含港澳台地区）。被保险人在本保险合同约定的保障区域外就医的，不属于保险责任范围。

第六条 互联网产品

本保险合同仅限于互联网渠道销售。

保险责任

第七条 保险责任

本保险合同的保险责任分为“必选责任”及“可选责任”。投保人在已选择投保“必选责任”的前提下，方可以选择投保“可选责任”中的一项或多项；投保人未投保“必选责任”的，不得单独投保“可选责任”。本保险合同所承保的具体保险责任由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险单中载明。投保人所投保的保险责任一经确定，在保险期间内不得变更。发生保险事故后，保险人依照本保险合同的约定承担保险责任。

本保险合同的必选责任包括：一般医疗保险金责任和重大疾病医疗保险金责任；可选责任包括：质子重离子医疗保险金责任和恶性肿瘤——重度特定药品医疗保险金责任。

（一）必选责任

1. 一般医疗保险金

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后因罹患疾病，在指定医疗机构接受治疗的，对被保险人在保险期间内实际发生的必要的、合理的下列医疗费用，保

险人按照本保险合同的约定给付保险金：

（1）住院医疗费用

指被保险人经指定医疗机构诊断必须接受住院治疗时，被保险人住院期间实际发生的、需个人支付的、必需且合理的住院医疗费用。

前述“住院医疗费用”指住院期间发生的床位费、加床费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费、救护车使用费、医生诊疗费等。

到本保险合同满期日时，被保险人未结束本次住院治疗的，保险人继续承担因本次住院发生的、**最高不超过本保险合同满期日后30日（若保险合同另有约定的，以合同约定为准）**的符合上述约定的住院医疗费用。

（2）特殊门诊医疗费用

指被保险人在指定医疗机构接受特殊门诊治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的特殊门诊医疗费用，包括：

①门诊肾透析费；

②门诊恶性肿瘤——轻度治疗费，包括为治疗恶性肿瘤——轻度而采用化学疗法、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）门诊手术医疗费用

指被保险人经指定医疗机构诊断必须接受门诊手术治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的门诊手术医疗

费用。

（4）住院前后门急诊医疗费用

指被保险人经指定医疗机构诊断必须接受住院治疗，在住院前保险单载明的治疗天数内以及出院后保险单载明的治疗天数内，因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的门急诊医疗费用（但不包括特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用）。

上述住院前、出院后的“保险单载明的治疗天数”，由投保人、保险人协商确定，并在保险单中载明；如未载明的，则默认为住院前七日（含住院当日，以住院病历或出院小结为准）和出院后三十日（含出院当日，以住院病历或出院小结为准）。

对于以上（1）-（4）类费用，保险人在扣除约定的免赔额后，依照约定的赔付比例进行赔付。保险人对于以上（1）-（4）类费用的累计给付金额之和以本保险合同约定的一般医疗保险金额为限，当累计给付金额之和达到一般医疗保险金额时，保险人对该被保险人在一般医疗保险金项下的保险责任终止。

本项保险责任不包括本条款“重大疾病医疗保险金”责任、“恶性肿瘤——重度特定药品医疗保险金”责任应赔付部分。

2. 重大疾病医疗保险金

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故或在等待期满后，经指定医疗机构的专科医生初次确诊罹患的本保险合同中定义的重大疾病（无论一种或多种，但不包括因被保险人投保前已罹患的既往症及其并发症导致的本保险合同中定义的重大疾病），并因此在指定医疗机构接受治疗的，对被保险人在保险期间内实际发生的必要的、合理的下列医疗费用，保险人按照本保险合同的约定给付保险金：

（1）重大疾病住院医疗费用

被保险人经医生诊断必须入住指定医疗机构正式病房并接受全日24小时监护治疗，且办理了正式入、出院手续的情形下，其产生的必要的、合理的重大疾病（无论一种或多种）住院医疗费用。

前述“重大疾病住院医疗费用”指住院期间发生的床位费、加床费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费、救护车使用费、医生诊疗费等。

保险期间届满时，被保险人仍在接受住院治疗的，保险人继续对前述医疗费用承担保险责任至被保险人当次出院止，**最高不超过本保险合同期满日后30日**（若保险合同另有约定的，以合同约定为准）。

（2）重大疾病特殊门诊医疗费用

被保险人经医生诊断必须接受特殊门诊治疗的情形下，其产生的必要的、合理的特殊门诊医疗费用，**但不包括重大疾病住院前后门（急）诊医疗费用。**

重大疾病特殊门诊医疗费用包括：

①门诊肾透析费；

②门诊恶性肿瘤——重度治疗费，包括为治疗恶性肿瘤——重度而采用化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法治疗费用；本款所述“恶性肿瘤——重度”的定义以释义为准；

③器官移植后的门诊抗排异治疗费。

（3）重大疾病门诊手术医疗费用

指被保险人经指定医疗机构诊断罹患重大疾病必须接受门诊手术治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的重大疾病门诊手术费用。

（4）重大疾病住院前后门急诊医疗费用

指被保险人经指定医疗机构诊断罹患重大疾病必须接受住院治疗，在住院前保险单载明的治疗天数内以及出院后保险单载明的治疗天数内，因与该次住院相同原因而接受重大疾病门急诊治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的治疗重大疾病门急诊医疗费用（**但不包括重大疾病特殊门诊医疗费用、重大疾病门诊手术医疗费用和本条款“质子重离子医疗保险金”责任应赔付部分**）。

上述住院前、出院后的“保险单载明的治疗天数”，由

投保人、保险人协商确定，并在保险单中载明；如未载明的，则默认为住院前七日（含住院当日，以住院病历或出院小结为准）和出院后三十日（含出院当日，以住院病历或出院小结为准）。

对于以上（1）-（4）类费用，保险人在扣除约定的免赔额后，依照约定的赔付比例进行赔付。保险人对于以上（1）-（4）类费用的累计给付金额之和以本保险合同约定的重大疾病医疗保险金额为限，当累计给付金额之和达到重大疾病医疗保险金额时，保险人对该被保险人在重大疾病医疗保险金项下的保险责任终止。

（二）可选责任

1. 质子重离子医疗保险金

在保险期间内，被保险人在等待期后经指定医疗机构的专科医生初次确诊罹患本保险合同所定义的恶性肿瘤（本款所述“恶性肿瘤”的定义以释义为准，包括“恶性肿瘤——重度”和“恶性肿瘤——轻度”），且不属于保险合同中载明的除外疾病，并在本保险合同约定的质子重离子医院接受质子治疗或重离子治疗的，对于被保险人需个人支付的、必需且合理的质子重离子医疗费用，保险人在扣除约定的免赔额后，按照本保险合同约定的赔付比例给付质子重离子医疗保险金。

前述“质子重离子医疗费用”指被保险人接受质子治疗或重离子治疗而发生的床位费、加床费、膳食费、护理费、

重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费、救护车使用费、医生诊疗费等医疗费用；其不包括其他疗法如化学疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法所产生的费用。

当保险期间届满时，被保险人必须继续接受质子治疗或重离子治疗的，保险人继续给付自保险期间届满之日起最长30天（若保险合同另有约定的，以合同约定为准）的质子重离子医疗费用。

2. 恶性肿瘤——重度特定药品医疗保险金

在保险期间内，被保险人在等待期后因罹患疾病，经医疗机构的专科医生初次确诊罹患本保险合同约定的疾病且需使用本保险合同约定承保的特定药品清单中的药品，对于被保险人保险期间内在保险人认可的特定药品医疗机构或药店实际支出的本保险合同约定承保的特定药品清单中药品的费用，保险人在扣除已从其他途径获得的医疗费用补偿以及约定的免赔额后，按照本保险合同约定的赔付比例给付特定药品医疗保险金。

给付特定药品医疗保险金须同时满足以下条件：

（1）该特定药品须由医疗机构专科医生开具处方，且为被保险人当前治疗必需的药品；

（2）该特定药品必须为本保险合同期满日前在中国国家药品监督管理局批准且已在中国上市的靶向药物和免疫治疗药物，且在约定承保的特定药品清单列表中；

(3) 每次特定药品处方剂量不超过30日（含30日）；

(4) 被保险人须在保险人认可的特定药品医疗机构或药店购买上述处方中所列的特定药品；

(5) 被保险人购买处方中所列特定药品前，需按保险人指定流程提交相应材料并通过处方审核，具体流程见本条款“特定药品理赔申请、药品处方审核及购药流程”。

特定药品清单中特定药品涉及慈善援助的，被保险人从慈善组织获得援助的药品费用不纳入特定药品医疗保险金的赔付范围。

第八条 等待期

等待期是指自保险期间起始时间起计算的一段时间，经过该段时间后，保险人才对被保险人承担给付保险金责任。被保险人在投保后至等待期结束前发生的疾病所导致的医疗费用，无论此等费用是否发生在等待期内，保险人均不承担保险金给付责任。

本保险合同的等待期由投保人和保险人双方约定，并在保险单中载明。如未载明的，则默认为30天。被保险人因意外伤害发生保险事故的，没有等待期。

续保的情况下，等待期为0天。本保险合同期满前，投保人可向保险人申请续保，经保险人审核后予以承保；续保合同保险期间的起始日期与续保对应上一保险合同保险期间的终止日期相连不间断。

第九条 补偿原则

本保险合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构，以及依法承担侵权损害赔偿责任的第三人等）获得医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本保险合同的约定进行赔付。

责任免除

第十条 情形除外

除另有约定外，在下列任一情形下，保险人不承担赔付保险金的责任：

- （一）投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；
- （二）被保险人故意自杀、自伤，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （三）被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施、被政府依法拘禁以及入狱期间伤病；
- （四）被保险人殴斗、醉酒、主动吸食或注射毒品，违反规定使用麻醉或精神药品；
- （五）被保险人未遵医嘱擅自服用、涂用、注射药物；
- （六）被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或者驾驶无合法有效行驶证的机动车辆；
- （七）被保险人所患既往症及本保险合同中特别约定的除外疾病引起的相关费用，但投保时保险人已知晓并作出书面认可的除外；

（八）等待期内药物过敏、食物中毒、细菌或病毒感染（但因意外事故导致形成伤口而发生的感染除外）或其他医疗导致的伤害；

（九）被保险人从事的职业不属于本保险合同的承保范围；被保险人从事职业运动或可获得报酬的运动、竞技，在训练或比赛中受伤；被保险人从事或参加高风险运动，如：潜水、滑水、冲浪、赛艇、漂流、滑翔翼、热气球、跳伞或其他高空运动、蹦极、乘坐或驾驶商业民航班机以外的飞行器、攀岩、攀登海拔3500米以上的独立山峰、攀爬建筑物、滑雪、滑冰、武术、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、拳击、马术、赛马、赛车、特技表演（含训练）、替身表演（含训练）、探险或考察活动（洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等）；

（十）被保险人患性病，精神和行为障碍，在本保险合同承保范围外的遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定）；

（十一）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（但符合本保险合同约定的“职业原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染”“输血原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染”“器官移植原因导致HIV感染”不在此限）；

（十二）战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱；

（十三）核爆炸、核辐射、核污染、化学污染。

第十一条 费用除外

对于如下列明的所有费用，保险人不承担赔付保险金的责任：

（一）未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及其后果所产生的费用；

（二）未被治疗所在地权威部门批准的治疗，使用未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物，以及上述治疗或药品药物导致的后续医疗费用；

（三）特定药品的处方与中国国家药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症或用法用量不符；

（四）非法进口药品的费用；

（五）中草药及其泡制的各类酒制剂的购买费用；

（六）所有基因疗法和细胞免疫疗法造成的医疗费用；

（七）各类医疗鉴定、检测费用，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；

（八）因职业病、医疗事故导致的医疗费用；

（九）被保险人在不符合本保险合同约定的医疗机构或药店就诊发生的医疗费用；

（十）未经医生建议自行进行任何治疗或未经医生处方自行购买药品产生的费用；虽持有医生处方或建议，但未在开具处方的医生执业的医疗机构购买药品、医疗器械或医疗耗材产生的费用（以收费票据载明信息为准）；虽持有医生建议，但治疗在非医疗机构/药店进行或由非医疗机构/药

店收取的费用（以医疗费票据载明信息为准）；虽持有医生处方，但处方剂量超过30天部分的药品费用；

（十一）恶性肿瘤特定药品的使用与中国国家药品监督管理部门批准的该恶性肿瘤特定药品说明书所列明的适应症及用法用量不符的药品费用；临床不能证明医嘱或处方所列恶性肿瘤特定药品是对被保险人所患的恶性肿瘤治疗有效的药品所产生的费用；被保险人的疾病状况对购买或领取的恶性肿瘤特定药品已经形成耐药后产生的该药品费用；

（十二）冒名住院、被保险人未到达医疗机构就诊即代诊、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（从医疗机构确定出院之日起发生的一切医疗费用）所产生的费用；

（十三）肥胖症相关手术、袖状胃切除术（用于治疗糖尿病时除外）、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；被保险人怀孕、流产、分娩（含剖宫产）、避孕、节育（含绝育）、绝育后复通、治疗不孕不育症、人工受孕、产前产后检查及由以上原因导致的并发症；牙科疾病及相关治疗，视力矫正手术，但因意外所致的不受此限；被保险人因预防、康复、休养或疗养、医疗咨询、健康体检、非处方药物、以捐献身体器官为目的的医疗行为、保健性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；眼镜或隐形眼镜、义齿、义眼、义肢、轮椅、拐杖、助听器等康复性器具，所有非处方医疗器械所产生的费

用；包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗的费用；除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节、心脏起搏器、人工肺、人工肾、人工食管、人工胰、人工血管以外的人工器官材料费、安装和置换等费用。

保险金额、免赔额、赔付比例

第十二条 保险金额

本保险合同的保险金额是保险人承担给付该被保险人保险金责任的最高限额。

本保险合同的一般医疗保险金额、重大疾病医疗保险金额、质子重离子医疗保险金额和恶性肿瘤——重度特定药品医疗保险金额由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

第十三条 免赔额

本保险合同的免赔额是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本保险合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本保险合同约定仍旧由被保险人自行承担，本保险合同不予赔付的金额。只有当保险期间内的免赔额因以下两种情况抵扣完毕时，保险人才开始按照约定承担赔付责任：

（一）被保险人自行承担的属于本保险合同保险责任范围内的医疗费用，包括其社会基本医疗保险个人账户支出的医疗费用；

（二）从社会基本医疗保险和公费医疗保险之外的其他途径获得的属于本保险合同保险责任范围内的医疗费用补

偿。

通过社会基本医疗保险和公费医疗保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

本保险合同的免赔额由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

第十四条 赔付比例

本保险合同的赔付比例由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并根据被保险人在投保时有无社会基本医疗保险或公费医疗的不同情况约定对应的赔付比例，在保险单中载明。

若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，但未以参加基本医疗保险或公费医疗身份就诊并结算的，则保险人根据保险单单独约定的赔付比例进行赔付。

犹豫期

第十五条 犹豫期

除另有约定外，自本保险合同生效之日起零时起**15日（含第15日）**为**犹豫期**。在此期间请投保人认真审视本保险合同，如果投保人认为本保险合同与投保人的需求不相符，投保人可以在此期间提出解除本保险合同，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费。

自保险人收到投保人解除合同的书面申请或双方认可的其他形式起，本保险合同即被解除，**合同解除前发生的保险事故保险人不承担保险责任。**

投保人通过保险人同意或认可的网站等互联网渠道提出解除本保险合同的申请，视为投保人的书面申请。

保险费

第十六条 保险费

本保险合同的保险费及其支付方式由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

保险期间与续保

第十七条 保险期间

本保险合同的保险期间由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明，且最长不得超过一年。

第十八条 不保证续保条款

本保险产品为不保证续保合同，保险期间不超过一年，保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

若保险期间届满时，本保险合同对应保险产品统一停售，保险人将不再接受投保申请。

保险人义务

第十九条 格式条款的提示与说明

订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立保险合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示，并对该条

款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第二十条 签发保单

本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第二十一条 及时一次性通知补充索赔证明和资料

保险人认为投保人、被保险人或者受益人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人或者受益人补充提供。

第二十二条 及时核定赔付

保险人收到被保险人或者受益人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在30日内作出核定，但保险责任的核定必须依赖于特定证明、鉴定、判决、裁定或其他证据材料的，保险人应在被保险人或者受益人提供或自行取得上述证据材料起30日内作出核定。

保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者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。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起3日内向被保险人或者受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起60日内，对其赔偿保险金的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第二十三条 交费义务

除另有约定外，投保人应当在订立本保险合同时一次性足额交清保险费。投保人未按照本保险合同的约定一次性足额交清保险费的，保险合同不生效，保险合同生效前发生的保险事故，保险人不承担给付保险金的责任。

第二十四条 如实告知义务

投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

投保人故意或者因重大过失未履行前款约定的义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本保险合同。

前款约定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于本保险合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对于本保险合同解除前发生

的保险事故，不承担给付保险金的责任，但退还保险费。

保险人在本保险合同订立时已经知道投保人、被保险人未如实告知的情况的，保险人不得解除本保险合同；发生保险事故的，保险人承担给付保险金的责任。

第二十五条 住址或通讯地址变更通知义务

为确保保险人的通知能有效送达，请投保人务必正确填写投保人、被保险人及受益人的住所、通讯地址、电话及电子邮箱等联系方式。当这些联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。如果未能通知保险人，保险人按所知的最后联系方式所发送的有关通知，均视为已经送达给投保人、被保险人及受益人。

第二十六条 年龄的确定及错误的处理

被保险人的投保年龄，以法定身份证件登记的周岁年龄为准，本保险合同所承保的被保险人的投保年龄必须符合年龄要求。投保人在申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。若发生错误，保险人按照以下规定处理：

（一）投保人申报的被保险人年龄不真实，且真实年龄不符合本保险合同约定的年龄限制的，保险人有权解除本保险合同，并向投保人退还未满期净保费。

（二）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人实付保险费少于应付保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费，或在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例支付。

（三）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人支付保险费多于应付保险费的，保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

第二十七条 保险事故通知义务

发生保险责任范围内的事故后，保险人及时了解保险事故的性质、发生原因、损失情况，对给付保险金至关重要。投保人、被保险人或受益人应在知道保险事故发生之日起10日内书面说明事故发生的原因、经过和损失情况并通知保险人。

如果投保人、被保险人或受益人因故意或重大过失未及时通知，导致保险事故的性质、发生原因、损失情况等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。

第二十八条 指定医疗机构就医

保险事故发生后，被保险人需要治疗的，应在指定医疗机构治疗，若因急诊未在指定医疗机构治疗的，应在三日内通知保险人，并根据病情及时转入指定医疗机构。若确需转入非指定医疗机构治疗的，应向保险人提出书面申请，保险人在接到申请后三日内给予答复，对于保险人同意在非指定医疗机构治疗的，对该期间发生的费用按本保险合同规定给付保险金。

第二十九条 其他内容变更通知义务

在保险期间内，投保人需变更合同内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

保险金申请与给付

第三十条 保险金的申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

（一）保险金给付申请书；

（二）保险单；

（三）被保险人身份证明、保险金申请人身份证明；

（四）支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，指定医疗机构出具的病历资料、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；

（五）按本保险合同约定，被保险人适用不同赔付标准的，应提供相应证明材料，包括社会基本医疗保险或公费医疗参保证明、被保险人发生医疗费用的结算证明、无法使用参保地社会基本医疗保险（或其他费用补偿型医疗保险）结算的证明、无法给予社会基本医疗保险（或其他费用补偿型医疗保险）报销的证明等；

（六）保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性

质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；

（七）若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。

被保险人经社会基本医疗保险（或其他费用补偿型医疗保险）报销后又通过其他途径获得了部分费用的补偿并无法提供费用原始凭证时，需提供费用凭证复印件等相关证明并注明已给付的比例和金额，加盖支付费用单位的印章后，保险人按本保险合同约定承担剩余合理费用的保险责任。

第三十一条 特定药品理赔申请、药品处方审核及购药流程

在本保险合同保险期间内，如果被保险人需在保险人认可的特定药品医疗机构或药店购买专科医生开具的药品处方中所列明的药品，需按照以下流程进行理赔申请、药品处方审核和药品购买：

（一）理赔申请和药品处方审核

保险金申请人向保险人提交特定药品医疗保险金理赔申请（以下简称“理赔申请”），并提供保险金申请所需提供的材料。保险人基于提交的资料进行药品处方审核。若保险金申请人提交的相关材料不足以支持药品处方审核，或者医学材料中相关的科学方法检验报告结果不支持药品处方的开具，保险人有权要求并一次性通知保险金申请人补充提供有关证明和资料。

如果保险金申请人未提交理赔申请或者处方审核未通过，保险人不承担赔偿特定药品医疗保险金的责任。

（二）药品购买

特定药品理赔申请及特定药品处方首次经保险人审核通过后，保险人将指引保险金申请人，携带有效药品处方、保险金申请人及被保险人的有效身份证件、被保险人的中华人民共和国社会保障卡（如有）到保险人与保险金申请人确认取药的指定药店自取药品。

非首次购药经保险人审核通过后，保险金申请人可选择去指定药店自取药品或送药上门服务，若选择送药上门服务，保险人将协调药店进行冷链配送到保险金申请人的指定居住地点，保险金申请人收到药品时须提供有效药品处方、保险金申请人及被保险人的有效身份证件、被保险人的中华人民共和国社会保障卡（如有）。

第三十二条 保险金的计算

单次就诊赔付的保险金 = （该次就诊医疗机构收取的被保险人自行承担的符合保险责任定义的医疗费用 - 未抵扣完毕的免赔额）× 约定的赔付比例。

医疗机构收取的被保险人自行承担的符合保险责任定义的医疗费用未超过免赔额的，保险人无需赔付保险金。

累计赔付的保险金以本保险合同约定的对应保险金额为限。

争议处理和法律适用

第三十三条 争议处理

因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国境内（不含港澳台地区）有管辖权的人民法院起诉。

第三十四条 法律适用

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

其他事项

第三十五条 保险合同变更

在本保险合同有效期内，经与保险人协商一致，投保人可以变更本保险合同的有关内容。合同变更可以通过对本保险合同批注或附贴批单以及双方订立书面变更协议来实现。

第三十六条 保险合同解除

本保险合同成立后，除另有约定外，投保人可以要求解除本保险合同。但已发生任何保险金给付或已发生本保险合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，投保人不得要求解除本保险合同。

投保人要求解除本保险合同时，应填写保险合同解除申请书，并提交保险单、保险费交付凭证和投保人身份证明。本保险合同自保险人接到保险合同解除申请书时终止。

保险责任开始前或犹豫期结束前，投保人要求解除保

险合同的，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费。

犹豫期结束后，投保人要求解除保险合同的，保险人应向投保人退还本保险合同的未满期净保费。

第三十七条 保险合同终止

发生下列情形之一的，本保险合同自动终止：

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

释义

第三十八条 本保险合同涉及下列术语时，适用以下释义：

（一）周岁

指以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。

（二）意外伤害

指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。**自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。**

（三）指定医疗机构

指保险人与投保人约定的定点医疗机构，未约定定点医疗机构的，则指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级

或二级以上的公立医疗机构，且仅限于上述医疗机构的普通部，不包括如下机构或医疗服务：

1. 特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP部、联合医院、A级病房；
2. 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；
3. 休养、戒酒、戒毒中心。

该医疗机构必须具有符合国家有关医疗机构管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。

（四）住院

指被保险人因意外伤害或疾病而入住医疗机构的正式病房进行治疗的过程，并正式办理入出院手续，包含日间住院（指完全出于接受医学必需的治疗目的被保险人以占用医疗机构病床但不过夜的方式接受的医疗）。但不包括下列情况：

1. 被保险人在医疗机构的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；
2. 被保险人在特需病房、外宾病房或其他不属于社会基本医疗保险范畴的高等级病房入住；
3. 被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；
4. 被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；
5. 被保险人住院体检；

6. 挂床住院及其他不合理的住院。挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非24小时在床、在院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。

（五）必需且合理

1. 符合通常惯例：指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的费用。

对是否符合通常惯例由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

2. 医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

（1）治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；

（2）不超过安全、足量治疗原则的项目；

（3）由医生开具的处方药；

（4）非试验性的、非研究性的项目；

（5）与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

对是否医学必需由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

（六）当地

指保险事故发生后，被保险人医疗费用实际发生地/支出地。

（七）床位费

指被保险人住院期间实际发生的、不高于双人病房的住院床位的费用（不包括单人病房、套房、家庭病床）。

（八）加床费

指未满十八周岁的被保险人在住院期间，其父母或法定监护人陪同住院所发生的加床费，但此费用仅限一人；或女性被保险人在住院期间，其出生未满一周岁的新生儿所发生的住院加床费。

（九）膳食费

指住院期间根据医生的嘱咐，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用。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，也可以合并并在病房费等其他款项内。

（十）护理费

指住院期间由医疗机构对被保险人提供临床护理服务所收取的费用，包括各级护理（根据2023年发布的中华人民共和国国家卫生健康委员会WS/T 431-2023《护理分级标准》确定）、重症监护和专项护理费用（不包含护工护理费用）。若前述标准有更新的按最新标准执行。

（十一）重症监护室床位费

指被保险人使用医院重症监护室床位的费用。

（十二）检查检验费

指住院期间实际发生的，以诊断疾病为目的，采取必要

的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用，包括诊查费、妇检费、X光费、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、便常规检查费等。

（十三）治疗费

指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而合理发生的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费以及消耗品的费用，具体以就诊医院的费用项目划分为准。

本项责任不包含物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法。

（1）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；

（2）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；

（3）其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

（十四）药品费

指治疗期间实际发生的必需且合理的、由医生开具的、具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用。但不包括营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品，以及滋补类中草药，即以提高人体

免疫力为主要用途使用的中草药及中成药，包括但不限于人参、阿胶、鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、珊瑚、玳瑁、冬虫夏草、藏红花、羚羊、犀角、牛黄、麝香、鹿茸、铁皮枫斗以及用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

（十五）手术费

手术指被保险人因疾病或意外伤害事故住院后，为治疗疾病、挽救生命而施行的手术，不包括活检、穿刺、造影等创伤性检查以及康复性手术。

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、手术医疗装备费；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；除另有约定外，手术医疗装备费赔付金额不得超过合同约定的限额。

（十六）手术医疗装备费

指以下三类医疗设备或材料的实际费用：

1. 内置医疗设备：指手术过程中因医疗所需用于植入或置换的修复体/设备；

2. 外置医疗设备：指于手术期间或手术后立即需要的、医疗必要并且符合通常医疗惯例的修复性设备，或在病后恢复阶段内短期内需要的、医疗必要并且符合通常医疗惯例的修复性设备；

3. 重建装置或重建材料：因重建手术而需要使用的医疗装置或材料。

（十七）救护车使用费

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

（十八）医生诊疗费

指住院治疗期间实际发生的，以诊察、检查、治疗为目的的医生诊断费用。

（十九）肾透析

指肾脏透析治疗，是急性肾功能衰竭或肾病终末期的体内存在水、电解质、酸碱失衡及代谢废物排除障碍的一种替代治疗方式，包括血液透析、腹膜透析和结肠透析。临床上多采用血液透析和腹膜透析。

（二十）恶性肿瘤

包括“恶性肿瘤——重度”和“恶性肿瘤——轻度”。

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）范畴的疾病。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，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. 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<10/50 HPF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。

（二十一）组织病理学检查

指通过局部切除、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。

（二十二）【ICD-10】与【ICD-O-3】

《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10），是世界卫生组织（WHO）发布的国际通用的疾病分类方法。

《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。

（二十三）TNM分期

TNM分期采用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。

（二十四）甲状腺癌的TNM分期

甲状腺癌的TNM分期采用现行的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，具体见下：

甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hürthle细胞癌和未分化癌

pTx： 原发肿瘤不能评估

pT0： 无肿瘤证据

pT1： 肿瘤局限在甲状腺内，最大径 $\leq 2\text{cm}$

T1a肿瘤最大径 $\leq 1\text{cm}$

T1b肿瘤最大径 $> 1\text{cm}$ ， $\leq 2\text{cm}$

pT2： 肿瘤 $2 \sim 4\text{cm}$

pT3： 肿瘤 $> 4\text{cm}$ ，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT3a： 肿瘤 $> 4\text{cm}$ ，局限于甲状腺内

pT3b： 大体侵犯甲状腺外带状肌，无论肿瘤大小

带状肌包括：胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT4： 大体侵犯甲状腺外带状肌外

pT4a： 侵犯喉、气管、食管、喉返神经及皮下软组织

pT4b： 侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pTx: 原发肿瘤不能评估

pT0: 无肿瘤证据

pT1: 肿瘤局限在甲状腺内, 最大径 $\leq 2\text{cm}$

T1a肿瘤最大径 $\leq 1\text{cm}$

T1b肿瘤最大径 $> 1\text{cm}$, $\leq 2\text{cm}$

pT2: 肿瘤2 ~ 4cm

pT3: 肿瘤 $> 4\text{cm}$, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT3a: 肿瘤 $> 4\text{cm}$, 局限于甲状腺内

pT3b: 大体侵犯甲状腺外带状肌, 无论肿瘤大小

带状肌包括: 胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT4: 进展期病变

pT4a: 中度进展, 任何大小的肿瘤, 侵犯甲状腺外颈部周围器官和软组织, 如喉、气管、食管、喉返神经及皮下软组织

pT4b: 重度进展, 任何大小的肿瘤, 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管

区域淋巴结: 适用于所有甲状腺癌

pNx: 区域淋巴结无法评估

pN0: 无淋巴结转移证据

pN1: 区域淋巴结转移

pN1a: 转移至VI、VII区（包括气管旁、气管前、喉前/Deiphian或上纵隔）淋巴结，可以为单侧或双侧。

pN1b: 单侧、双侧或对侧颈淋巴结转移（包括I、II、III、IV或V区）淋巴结或咽后淋巴结转移。

远处转移：适用于所有甲状腺癌

M0: 无远处转移

M1: 有远处转移

乳头状或滤泡状癌（分化型）			
年龄 < 55岁			
	T	N	M
I 期	任何	任何	0
II 期	任何	任何	1
年龄 ≥ 55岁			
I 期	1	0/x	0
	2	0/x	0
II 期	1 ~ 2	1	0
	3a ~ 3b	任何	0
III 期	4a	任何	0
IV A 期	4b	任何	0
IV B 期	任何	任何	1
髓样癌（所有年龄组）			
I 期	1	0	0

II 期	2 ~ 3	0	0
III 期	1 ~ 3	1a	0
IV A 期	4a	任何	0
	1 ~ 3	1b	0
IV B 期	4b	任何	0
IV C 期	任何	任何	1
未分化癌（所有年龄组）			
IV A 期	1 ~ 3a	0/x	0
IV B 期	1 ~ 3a	1	0
	3b ~ 4	任何	0
IV C 期	任何	任何	1

注：以上表格中“年龄”指患者病理组织标本获取日期时的年龄。

（二十五）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。本保险合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医疗机构进行的静脉注射化疗。本保险合同所指的化学疗法使用的药物需符合法律法规要求并经过中国国家药品监督管理局批准用于临床治疗。

（二十六）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，**不包括质子束放疗、重离子束放疗和中子束放疗**。本保险合同所指的放疗为被保险人根据医嘱，在医疗机构的专门科室进行的放疗。

（二十七）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。本保险合同所指的肿瘤免疫治疗使用的药物需符合法律法规要求并经过中国国家药品监督管理局批准用于临床治疗。

（二十八）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。本保险合同所指的内分泌治疗使用的药物需符合法律法规要求并经过中国国家药品监督管理局批准用于临床治疗。

（二十九）肿瘤靶向疗法

指在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本保险合同所指的靶向治疗使用的药物需符合法律法规要求并经过中国国家药品监督管理局批准用于临床治疗。

（三十）门诊手术

指被保险人因疾病或意外伤害，在门急诊发生的为治疗疾病、挽救生命而施行的手术，是外科医生用手术刀、手术剪、针线等医疗器具在病人身体进行切除、缝合等治疗的方法；但不包括活检、穿刺、造影等创伤性检查，康复性手术，激光、冷冻、光动力、电灼疗法等物理治疗。

（三十一）专科医生

专科医生应当同时满足以下四项资格条件：

1. 具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；
2. 具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；
3. 具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；
4. 在国家《医院分级管理标准》二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

（三十二）初次确诊

指自被保险人出生之日起第一次经医疗机构确诊患有某种疾病，而不是指自本保险合同生效之日起第一次经医疗机构确诊患有某种疾病。其中恶性肿瘤确诊之日为手术病理取材或病理活检取材日期，未经手术治疗但后续行放射性疗法或化学药物性疗法的，以首次放疗或化疗日期为恶性肿瘤确诊日期。

（三十三）重大疾病

指被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病、疾

病状态或手术，应当由专科医生明确诊断。其中第1款到第28款为2020年中国保险行业协会与中国医师协会制定的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020年修订版）》规范定义的28种疾病、疾病状态或手术，第29款到第120款为保险人在此之外增加的疾病、疾病状态或手术。

以下疾病名称仅供理解使用，具体保障范围以每项疾病具体定义为准。

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）范畴的疾病。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，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 $< 10/50\text{HPF}$ 和 $\text{ki-67} \leq 2\%$ ）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。

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, 仍遗留下述至少一种障碍:

(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。

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。

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。

被保险人在3周岁之前的双耳失聪不在保障范围内。

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。

被保险人在3周岁之前的双目失明不在保障范围内。

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。

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Ⅳ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(FEV_1)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_2)
 $<50\text{mmHg}$ 。

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，
且已经造成瘻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
造瘻术。

29. 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
可逆性的心力衰竭。心力衰竭程度达到美国纽约心脏病学会
的心功能状态分级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。

30. 严重多发性硬化症

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。

31. 严重全身性重症肌无力

重症肌无力是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，必须满足下列所有条件：

（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。

32. 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、双肘关节、双肩关节、双踝关节、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美国风湿病学会（American College of Rheumatology）类风湿性关节炎功能分类IV级的永久不可逆性关节功能障碍（生活不能自理，且

丧失活动能力)。

美国风湿病学会类风湿性关节炎分级:

I级: 关节能自由活动, 能完成平常的任务而无妨碍。

II级: 关节活动中度限制, 一个或几个关节疼痛不适, 但能料理日常生活。

III级: 关节活动显著限制, 不能胜任工作, 料理生活也有困难。

IV级: 大部分或完全失去活动能力, 病人长期卧床或依赖轮椅, 生活不能自理。

33. 原发性系统性淀粉样变性

淀粉样变性是一组蛋白质代谢障碍性疾病, 病理表现为淀粉样蛋白沉积于组织或器官。原发性系统性淀粉样变性原因不明, 通常累及肾脏和/或心脏。

被保险人经活检组织病理学检查被明确诊断为淀粉样变性, 并满足下列条件之一:

(1) 心脏淀粉样变性, 被保险人存在限制性心肌病及其所致的充血性心力衰竭, 达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级III级, 并持续180天以上;

(2) 肾脏淀粉样变性, 被保险人存在肾病综合征及其所致的严重的肾脏功能衰竭, 达到尿毒症诊断标准, 并持续180天以上。

继发性淀粉样变性不在保障范围内。

保险人承担本项疾病责任不受本保险合同责任免除中

“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

34. 破裂脑动脉瘤夹闭手术

指因脑动脉瘤破裂造成蛛网膜下腔出血，被保险人实际接受了在全麻下进行的开颅脑动脉瘤夹闭手术。

脑动脉瘤（未破裂）预防性手术、颅骨钻孔手术、动脉瘤栓塞手术、血管内手术及其他颅脑手术不在保障范围内。

35. 严重弥漫性系统性硬皮病

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。诊断必须明确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所有标准：

（1）肺纤维化，已经出现肺动脉高压、肺心病；

（2）心脏损害，心脏功能衰竭程度达到美国纽约心脏病学会的心功能状态分级IV级；

（3）肾脏损害，已经出现肾功能衰竭，并达到尿毒症阶段，有尿毒症症状。

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；

③CREST综合征（它是系统性硬皮病的一个亚型，名字来源于疾病典型表现：钙质沉着（Calcinosis,C）、雷诺现象（Raynaud's syndrome,R）、食道运动功能障碍（Esophageal dysmotility,E）、指端硬化（Sclerodactyly,S）、毛细血管扩

张（Telangiectasis,T））。

36. 严重冠心病

指经冠状动脉造影检查结果明确诊断为三支主要血管严重狭窄性病变（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）。冠状动脉的主要血管指左冠状动脉主干、前降支、左旋支及右冠状动脉。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。

37. 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。必须满足下列所有条件：

（1）医疗记录证实存在慢性胰腺炎反复急性发作病史；

（2）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；

（3）持续接受胰岛素替代治疗和酶替代治疗180天以上。

酒精导致的慢性复发性胰腺炎不在保障范围内。

38. 植物人状态

植物人状态系指由于严重颅脑外伤造成大脑和/或脑干严重损害导致完全永久性的对自身和环境的意识丧失和中枢神经系统功能丧失，仅残存植物神经功能的疾病状态。诊断必须明确并且具有严重颅脑外伤和脑损害的证据。植物人状态必须持续三十天以上方可申请理赔。

39. 重症急性坏死性筋膜炎

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。必须满足下列所有条件：

- (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（靠近躯干端）以上）。

40. 特发性慢性肾上腺皮质功能不全

指自身免疫性肾上腺炎（既往称：特发性肾上腺皮质萎缩）导致肾上腺萎缩和慢性肾上腺皮质功能减退。必须满足所有以下条件：

- (1) 明确诊断，符合以下所有诊断标准：
 - a. 血浆促肾上腺皮质激素 (ACTH) 水平测定, >100pg/ml;
 - b. 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；
 - c. 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、感染艾滋病病毒或患艾滋病、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。

41. 严重心肌炎

指被保险人因严重心肌炎症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。**必须满足下列所有条件：**

（1）心功能衰竭程度达到美国纽约心脏病学会的心功能状态分级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。

42. 慢性肺源性心脏病

指被保险人因慢性肺部疾病导致慢性肺源性心脏病并且引起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美国纽约心脏病学会的心功能状态分级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。

43. 严重原发性硬化性胆管炎

为一种特发型淤胆性疾病，特点为肝内及肝外胆道系统胆管壁增厚和管腔狭窄。**必须满足下列所有条件：**

（1）诊断由逆行胰胆管造影（ERCP）或经皮胆管造影（PTC）确认；

（2）持续性黄疸伴碱性磷酸酶（ALP）显著升高；

（3）出现继发性胆汁性肝硬化和门静脉高压。

44. 严重自身免疫性肝炎

自身免疫性肝炎是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。必须满足下列所有条件：

（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）肝脏活检确诊免疫性肝炎；

（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。

45. 原发性骨髓纤维化（PMF）

原发性骨髓纤维化（primary myelofibrosis, PMF）以骨髓纤维增生和髓外造血为特点，表现为进行性贫血、脾肿大、外周血幼稚细胞等等。

被保险人须经由骨髓活检明确诊断为原发性骨髓纤维化，并满足下列所有条件且持续**180天**：

（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 $<100 \times 10^9/\text{l}$ 。

恶性肿瘤、中毒、放射线和感染所致的继发性骨髓纤维化不在保障范围内。

46. 严重骨髓增生异常综合征（MDS）

骨髓增生异常综合征(myelodysplastic syndromes,MDS)是起源于造血干细胞的一组骨髓克隆异常的疾病,表现为无效造血、难治性血细胞减少,有转化为急性髓系白血病的风险。

被保险人须经由外周血和骨髓活检明确诊断为骨髓增生异常综合征,并且满足下列所有条件:

(1) 根据世界卫生组织(WHO)的骨髓增生异常综合征分型,分型为难治性贫血伴原始细胞增多(refractory anemia with excess blasts, RAEB);

(2) 根据“骨髓增生异常综合征修订国际预后积分系统(IPSS-R)”积分 ≥ 3 ,属于中危及以上组。

47. 严重急性主动脉夹层血肿手术

指主动脉壁在受到意外或某些病理因素破坏后,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。被保险人需有典型的临床表现并通过电脑断层扫描(CT)、磁共振扫描(MRI)、磁共振血管检验法(MRA)或血管扫描等检查明确诊断,并在急性期内(发病两周内)实际接受了传统或微创开胸或开腹主动脉手术。

慢性期主动脉夹层择期手术、经导管主动脉内介入手术治疗不在保障范围内。

48. 严重缩窄性心包炎手术

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。须由专科医生明确诊断发生慢性缩窄性心包炎，并且满足下列所有条件：

（1）心功能衰竭达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级IV级，并持续180天以上；

（2）已经接受了经下列任何一种手术路径进行的开胸心包剥离手术或心包切除手术：

- a.胸骨正中切口；
- b.双侧前胸切口；
- c.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。

49. 心脏黏液瘤手术

指为了治疗心脏黏液瘤，实际实施了开胸开心脏黏液瘤切除手术。

经导管介入手术治疗不在保障范围内。

50. 严重心脏衰竭CRT心脏同步治疗

指因缺血性心脏病或扩张型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（cardiac resynchronization therapy, CRT）方法的治疗，以矫正心室收缩不协调和改善心脏功能。接受治疗之前必须满足下列所有条件：

（1）心功能衰竭程度达到美国纽约心脏病学会的心功

能状态分级Ⅲ级或Ⅳ级；

(2) 左室射血分数低于35%；

(3) 左室舒张末期内径 $\geq 55\text{mm}$ ；

(4) 心电图QRS时间 $\geq 130\text{msec}$ ；

(5) 药物治疗效果不佳，仍有心功能状态分级标准之心功能Ⅲ级或Ⅳ级症状。

51. 完全性房室传导阻滞

指因慢性心脏疾病导致Ⅲ度或完全性房室传导阻滞。完全性房室传导阻滞是心房的激动不能正常地传导到心室，造成心室率过于缓慢，出现心力衰竭和因大脑供血不足导致的晕厥、阿-斯综合征。必须明确诊断并且满足下列所有条件：

(1) 患有慢性心脏疾病；

(2) 曾经有晕厥、阿-斯综合征发作；

(3) 心电图表现为持续室性逸搏心律，心室率持续低于40次/分；

(4) 已经植入永久性心脏起搏器。

52. 头臂动脉型多发性大动脉炎旁路移植手术

多发性大动脉炎（高安氏动脉炎）是一种发生在主动脉和其主要分支的慢性炎症性动脉疾病，表现为受累动脉狭窄或闭塞。头臂动脉型多发性大动脉炎是指多发性大动脉炎头臂动脉型（Ⅰ型），又称为无脉症。被保险人被明确诊断为头臂动脉型多发性大动脉炎并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。

53. 肺淋巴管肌瘤病

肺淋巴管肌瘤病是一种弥漫性肺部疾病，其特征性病理表现为囊性病变及不成熟的平滑肌细胞和血管周上皮细胞异常增生形成多发结节。**必须满足下列全部条件：**

(1) 经组织病理学检查明确诊断；

(2) CT显示双肺弥漫性囊性改变；

(3) 肺功能检查显示FEV1和DLCO（CO弥散功能）下降；（FEV1是最大深吸气后做最大呼气,最大呼气第一秒呼出的气量的容积。DLCO,即肺一氧化碳弥散量,指一氧化碳气体在单位时间及单位压力差条件下所能转移的量,是反映肺弥散功能的主要指标。）

(4) 动脉血气分析显示低氧血症（指血液中含氧不足，动脉血氧分压（PaO₂）低于83mmHg，主要表现为血氧分压与血氧饱和度下降）。

本保障不包括疑似肺淋巴管肌瘤病。

54. 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) 肺结节病依据X线胸片分期为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，临床持续180天动脉血氧分压(PaO₂)<50mmHg和动脉血氧饱和度(SaO₂)<80%。

55. 非阿尔茨海默病致严重痴呆

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、精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在保障范围内。

56. 进行性核上性麻痹

进行性核上性麻痹是中枢神经系统变性疾病，临床表现为眼球运动障碍、假性球麻痹、帕金森综合征等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。

57. 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病毒感染。中枢神经系统呈现灰质和白质破坏为特征的慢性和急性混合存在的炎症。**必须满足下列所有条件：**

(1) 必须由专科医生明确诊断，临床检查证实脑电图存

在周期性复合波、脑脊液 γ -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，永久不可逆丧失自主生活能力，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

58. 进行性多灶性白质脑病

是一种亚急性脱髓鞘脑病，常发生于免疫缺陷病人。必须满足下列所有条件：

(1)根据脑组织活检确诊；

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

进行性多灶性白质脑病必须在生前诊断，尸检诊断不作为理赔依据。

59. 丧失独立生活能力（保障自年满6周岁起）

指由于疾病或外伤导致被保险人永久不可逆地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四项或四项以上。

在本保障项下，保险人仅承担被保险人在年满6周岁之后的保障责任。

60. 脊髓灰质炎后遗症

脊髓灰质炎是由于脊髓灰质炎病毒感染所致的瘫痪性疾病，临床表现为运动功能损害或呼吸无力。脊髓灰质炎必须明确诊断。本保障仅对脊髓灰质炎造成的神经系统功能损

害导致被保险人一肢或一肢以上肢体机能永久完全丧失的情况予以理赔。

61. 脊髓内肿瘤导致瘫痪

指脊髓内的肿瘤（包括良性肿瘤或恶性肿瘤等）造成脊髓损害导致瘫痪。必须满足下列所有条件：

（1）被保险人实际接受了肿瘤切除的手术治疗；

（2）手术180天后遗留下列神经系统损害，无法独立完成下列基本日常生活活动之一：

a.移动：自己从一个房间到另一个房间；

b.进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

非脊髓内的其他椎管内肿瘤、脊柱肿瘤、神经纤维瘤不在保障范围内。脊髓外的肿瘤不在保障范围内。

62. 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。

63. 脊髓血管病后遗症

指脊髓血管的突发病变引起脊髓梗塞或脊髓出血，导致

永久不可逆的神经系统功能损害，表现为截瘫或四肢瘫。永久不可逆的神经系统功能损害指疾病确诊180天后，仍然遗留后遗症并且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。

64. 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。横断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。

65. 严重哮喘

严重哮喘诊断必须明确诊断，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（哮喘发作持续24小时以上不能缓解）医疗病史；

（2）身体活动耐受能力显著且持续下降（轻微体力活动既有呼吸困难，至少持续6个月以上）；

（3）慢性肺部过度膨胀充气导致的胸廓畸形；

（4）持续每日口服皮质类固醇激素（至少持续六个月以

上)。

66. 严重强直性脊柱炎

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且满足下列所有条件：

(1) 严重脊柱畸形；

(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。

67. 开颅手术

指因外伤、颅内肿瘤或脑动脉瘤破裂，被保险人实际接受了在全麻下进行的颅骨切开手术，以清除脑内血肿、切除肿瘤或夹闭破裂动脉瘤的手术治疗。

颅骨钻孔手术、硬膜外血肿清除术、硬膜下血肿清除术、硬膜外血肿清除、未破裂动脉瘤预防性手术、动脉瘤栓塞手术、血管内手术、颅骨切开减压术、颅骨去骨瓣减压术、脑积水脑脊液分流手术、经蝶骨肿瘤切除术及其他原因的开颅手术不在保障范围内。

68. 系统性红斑狼疮性肾炎尿毒症（仅限于女性）

该疾病保障仅限于女性。

系统性红斑狼疮是由多种因素引起，累及多系统的自身免疫性疾病。其特点是生成自身抗体对抗多种自身抗原。多见于育龄妇女。

本保障所指的系统性红斑狼疮仅限于累及肾脏（经肾脏

活检确认的，符合WHO诊断标准定义Ⅲ型或Ⅲ型以上狼疮性肾炎）的系统性红斑狼疮，并且临床出现肾功能衰竭达到尿毒症期。

其他类型的红斑性狼疮，如盘状狼疮、仅累及血液及关节的狼疮不在本保障范围内。

69. 席汉氏综合征（仅限于女性）

该疾病保障仅限于女性。

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性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。必须满足下列所有条件：

- （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：

a.垂体前叶激素全面低下；

b.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之内。

70. 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。

71. 严重幼年型类风湿关节炎

幼年型类风湿关节炎是一种儿童期发病的慢性关节炎，其特点为在高热和系统性病症出现数月后发生关节炎。

本保障仅对实际接受了膝关节或髋关节置换手术治疗的严重的幼年型类风湿关节炎予以理赔。

72. 重症急性出血坏死性胰腺炎开腹手术

指被保险人被确诊为重症急性出血坏死性胰腺炎，并实际接受了外科剖腹直视手术治疗，进行坏死组织清除、坏死病灶切除或胰腺切除。

腹腔镜手术治疗不在保障范围内。

因酗酒或饮酒过量所致的急性坏死性胰腺炎不在保障范围内。

73. 溶血性链球菌感染引起的坏疽

由于急性溶血性链球菌感染导致广泛的皮肤、皮下组织

和深层组织的坏死。必须满足以下所有条件：

（1）细菌培养证实致病菌为溶血性链球菌；

（2）受感染肢体被截肢（自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上）。

74. 因疾病或外伤导致智力缺陷（保障自年满6周岁起）

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）或智力残疾。根据智商（IQ）智力低常分为轻度（IQ50-69）；中度（IQ35-49）；重度（IQ20-34）和极重度（IQ<20）。

智商70-85为智力临界低常，不在保障范围内。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）。

理赔时必须满足下列全部条件：

（1）被保险人大于或等于6周岁；

（2）儿科专科医生明确诊断被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低下；

（3）专科医生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。

在本保障项下，保险人仅承担被保险人在年满6周岁之后的保障责任。

75. 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，必须满足以下所有条件：

- (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。

76. 严重瑞氏综合征

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、惊厥及意识障碍等等。肝脏活检是确诊的重要手段。瑞氏综合征需由儿科专科医生明确诊断,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。

77. 急性肺损伤(ALI)或急性呼吸窘迫综合征(ARDS)

急性肺损伤是各种直接和间接致伤因素导致的肺泡上皮细胞及毛细血管内皮细胞损伤,造成弥漫性肺间质及肺泡水肿,导致的急性低氧性呼吸功能不全。

急性呼吸窘迫综合征是由肺内原因和/或肺外原因引起的,以顽固性低氧血症为显著特征的临床综合征。

急性肺损伤(acute lung injury, ALI)或急性呼吸窘迫综合征(Acute Respiratory Distress Syndrome, ARDS)必须由呼吸系统专科医师诊断,并有所有以下临床证据支持。

- (1) 急性发作(原发疾病起病后6至72小时);
- (2) 急性发作的临床症状体征,包括呼吸急促、呼吸困

难、心动过速、大汗、面色苍白及辅助呼吸肌活动加强（点头呼吸、提肩呼吸）；

（3）双肺浸润影；

（4） $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ （动脉血氧分压/吸入气氧分压）低于200mmHg；

（5）肺动脉嵌压低于18mmHg，

（6）临床心电图检查无左房高压表现。

78. 溶血性尿毒综合征

一种由于感染导致的急性综合征，引起红细胞溶血，肾功能衰竭及尿毒症。溶血尿毒综合征必须由血液和肾脏专科医师明确诊断，并且符合所有以下条件：

（1）实验室检查确认有溶血性贫血、血尿、尿毒症、血小板减少性紫癜；

（2）因肾脏功能衰竭实施了肾脏透析治疗。

任何非因感染导致的溶血性贫血，如：自身免疫性溶血性贫血、与红细胞膜缺陷有关的溶血性贫血、红细胞酶病、血红蛋白病等，不在保障范围内。

79. 严重登革热

登革热是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。本保障仅对严重的登革热给予保障，被保险人的登革热必须满足下列所有条件：

（1）根据登革热诊断标准诊断的确诊病例；

（2）出现下列一种或多种严重登革热的临床表现：

- a. 血浆渗漏致休克或胸腔积液伴呼吸困难；
- b. 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）；
- c. 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。

80. 危重手足口病

手足口病是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。

危重手足口病必须满足下列所有条件：

- （1）病原学检查确诊为手足口病；
- （2）伴有下列危重并发症之一：脑膜炎、脑炎、脑脊髓炎、肺水肿或心脏衰竭；
- （3）接受了2周以上的住院治疗。

81. 重度面部烧伤

指面部Ⅲ度烧伤且烧伤面积达到面部表面积的2/3或全身体表面积的2%。

体表面积根据《中国新九分法》计算，面部总面积为全身体表面积的3%。面部包括前额发际下，两耳根前与下颌下缘之间的区域，包括额部、眶部、鼻部、口唇部、颏部、颧部、颊部和腮腺咬肌部，**不包括耳廓。**

82. 意外导致失去一肢及一眼（保障自年满3周岁起）

被保险人因同一次意外伤害事件导致一肢体丧失和一

眼视力丧失。必须满足下列所有条件：

（1）一肢体丧失指任何一肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

（2）一眼视力丧失指一只眼视力永久不可逆性丧失，患眼须满足下列至少一项条件：

a.眼球摘除；

b.矫正视力低于0.02（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）；

c.视野半径小于5度。

在本保障项下，保险人仅承担被保险人在年满3周岁之后的保障责任；但一肢体丧失合并一眼眼球摘除不在此限。被保险人申请理赔时应提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。

83. 艾森门格综合征

指一组先天性心脏病发展的后果，特点为进行性肺动脉高压所致的动脉阻塞性病变，也称为肺动脉高压性右向左分流综合征。必须满足下列全部条件：

（1）缺氧、青紫、杵状指；

（2）静息状态下肺动脉平均压超过40mmHg；

（3）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。

本疾病不受本保险合同责任免除中关于“先天性疾病、遗传性疾病、先天性畸形、变形和染色体异常”的限制。

84. 室壁瘤切除手术

指因心肌梗死导致室壁瘤，实际实施了开胸开心室壁瘤切除手术治疗。

85. 丝虫感染所致严重象皮病

指因丝虫感染导致淋巴阻塞性出现严重淋巴水肿，达到国际淋巴学会淋巴肿分期第Ⅲ期，临床表现为肢体象皮肿，患肢较健肢增粗30%以上，日常生活不能自理。

86. 克-雅氏病（CJD）

克-雅氏病(Creutzfeldt-Jakob disease,CJD)是一种传染性海绵状脑病，临床表现为快速进行性痴呆、肌阵挛和特征性脑电图变化。本病须经专科医师根据世界卫生组织（WHO）的诊断标准明确诊断，并且被保险人永久不可逆丧失自主生活能力，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

87. 埃博拉病毒感染

指埃博拉病毒感染导致的急性出血性传染病。埃博拉病毒感染必须经专科医生明确诊断并且上报国家疾病预防控制中心接受隔离和治疗，必须满足以下所有条件：

（1）实验室检查证据证实存在埃博拉病毒感染；

（2）存在持续22天以上广泛出血的临床表现。

埃博拉病毒感染疑似病例，在确诊之前已经死亡的不在保障范围内。

88. 职业原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

被保险人的职业归属于下列职业列表内的职业，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）。必须满足下列全部条件：

（1）感染必须发生在被保险人从事其职业工作过程中；

（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。

职业列表：

医生（包括牙医）	护士
医院化验室工作人员	医院护工
救护车工作人员	助产士
警察（包括狱警）	消防人员

在任何治愈艾滋病（AIDS）或阻止HIV病毒作用的疗法被发现以后，或能防止AIDS发生的医疗方法被研究出来以后，本保障将不再予以赔付。

任何因其他传播方式（包括：输血、性传播或静脉注射毒品）导致的HIV感染不在保障范围内。被保险人必须授权保险公司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。

本疾病不受本保险合同责任免除中关于“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

89. 输血原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

被保险人因输血感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）并且根据HIV感染分类及AIDS诊断标准被确诊为艾滋病（AIDS）。必须满足下列全部条件：

（1）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。

在任何治愈艾滋病（AIDS）或阻止HIV病毒作用的疗法被发现以后，或能防止AIDS发生的医疗方法被研究出来以后，本保障将不再予以赔付。

任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致的HIV感染不在保障范围内。被保险人必须授权保险公司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。

本疾病不受本保险合同责任免除中关于“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

90. 器官移植原因导致HIV感染

被保险人因接受器官移植感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）并且满足下列全部条件：

（1）被保险人接受器官移植，并因此感染HIV；

(2) 实施器官移植的医院为合法开展人体器官移植的医疗机构;

(3) 实施移植医院出具具有法律效力的证明确认移植器官来自HIV感染者。

在任何治愈艾滋病(AIDS)或阻止HIV病毒作用的疗法被发现以后,或能防止AIDS发生的医疗方法被研究出来以后,本保障将不再予以赔付。

本疾病不受本保险合同责任免除中关于“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间”的限制。

91. 胰腺移植术

胰腺移植术指因胰腺功能衰竭,已经实际接受了胰腺的同种(人类)异体器官移植手术。

胰岛、组织、细胞移植不在保障范围内。

92. 角膜移植手术

指因角膜病变或意外伤害导致视力丧失或视力严重损害,被保险人实际接受了同种(人类)异体角膜移植手术以恢复视力。

视力丧失是指,患眼满足下列a/b/c中至少一项条件的状况:

a.眼球摘除;

b.矫正视力低于0.02(采用国际标准视力表,如果使用其他视力表应进行换算);

c.视野半径小于5度。

角膜移植手术包括全层角膜移植术、板层角膜移植术和角膜内皮移植术。

单纯角膜细胞移植，自体角膜缘细胞移植，非同种来源角膜或人工角膜的移植不在保障范围内。

93. 嗜铬细胞瘤切除手术

指发生在肾上腺或肾上腺外嗜铬组织的以分泌过多的儿茶酚胺为表现的神经内分泌肿瘤。嗜铬细胞瘤必须由内分泌专科医生诊断，并且必须满足以下所有条件：

- （1）临床有高血压症候群表现；
- （2）已经实施了嗜铬细胞瘤切除手术。

94. 严重结核性脑膜炎

由结核肌肉引起的脑膜和脊膜的非化脓性炎症性疾病。必须满足以下全部条件：

- （1）出现颅内压明显增高，表现头痛、呕吐和视乳头水肿；
- （2）出现局灶性、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。

95. 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，须经专科医师明确诊断，并造成永久不可逆性的单个肢体功能障碍或单眼失明。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) 眼球缺失或者摘除;

(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。

96. 狂犬病

指狂犬病毒所致的急性传染病, 人多因被病兽咬伤而感染。临床表现为特有的恐水、怕风、咽肌痉挛、进行性瘫痪等。须经专科医生明确诊断。

97. 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其临床特征。须经专科医生明确诊断, 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。

98. 肌营养不良症

肌营养不良症是一组遗传性肌肉变性性病变, 临床特征为与神经系统无关的肌肉无力和肌肉萎缩。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。

保险人承担本项疾病责任不受本保险合同责任免除中“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制

99. 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专科医生确认，且外周血涂片存在恶性疟原虫。

其他明确病因导致的脑病不在保障范围内。

100. 败血症导致的多器官功能障碍综合征

由败血症导致的多器官功能障碍综合征（multiple organ dysfunction syndrome, MODS），一个或多个器官系统生理功能障碍，因该疾病住院至少96小时，并至少满足以下一条标准：

- （1）呼吸衰竭，需要进行气管插管机械通气；
- （2）凝血血小板计数 $<50 \times 10^3$ /微升；
- （3）肝功能不全，胆红素 $>6\text{mg/dl}$ 或 $>102 \mu\text{mol/L}$ ；
- （4）需要用强心剂；
- （5）昏迷，格拉斯哥昏迷评分（GCS） ≤ 9 ；
- （6）肾功能衰竭，血清肌酐 $>300 \mu\text{mol/L}$ 或 $>3.5\text{mg/dl}$ 或尿量 $<500\text{ml/d}$ ；
- （7）败血症有血液和影像学检查证实。

败血症引起的多器官功能障碍综合征（MODS）的诊断应由专科医生证实。非败血症引起的多器官功能障碍综合征（MODS）不在保障范围内。

101. 大面积植皮手术

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

102. 进行性风疹性全脑炎

指由风疹病毒感染引起的慢性脑炎，且导致神经系统永久性的功能障碍。须由神经专科医师确诊。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；
- （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。

103. 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与遗传有关的疾病。**必须满足下列所有条件：**

（1）脊髓小脑变性症必须由专科医生明确诊断，并有下列所有证据支持：

- a.影像学检查证实存在小脑萎缩；
- b.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。

保险人承担本项疾病责任不受本保险合同责任免除中“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

104. 肾髓质囊性病

肾髓质囊性病，一种遗传性肾脏疾病，特点为肾髓质多

发大小不等的囊肿并且伴有小管炎症和间质性肾炎。

必须满足下列所有条件：

- (1) 经肾组织活检明确诊断；
- (2) 临床有肾脏衰竭和肾小管功能障碍表现；
- (3) 影像学证据显示肾髓质多发囊肿。

其他肾脏囊性病变不在保障范围内。

保险人承担本项疾病责任不受本保险合同责任免除中“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

105. 严重肝豆状核变性

肝豆状核变性是一种常染色体隐性遗传的铜代谢障碍性疾病，以铜代谢障碍引起的肝硬化、基底节损害为主的脑变性疾病为特点。肝豆状核变性必须明确诊断并且满足以下条件之一：

- (1) 失代偿性肝硬化，临床已经出现腹水、食道静脉曲张和脾肿大等表现；
- (2) 慢性肾功能衰竭，已开始肾脏透析治疗；
- (3) 接受了肝移植或肾移植手术。

保险人承担本项疾病责任不受本保险合同责任免除中“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

106. 严重大动脉炎

指经心脏或血管外科专科医生确诊的大动脉炎，必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、CT血管造影(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。

107. 多处臂丛神经根性撕脱

由于疾病或意外伤害导致至少两根臂丛神经根性撕脱，造成永久不可逆性的手臂感觉功能与运动功能完全丧失。须由保险人认可的医院的专科医生确诊，并且有电生理检查结果证实。

臂丛神经是指由颈C5~8与T1神经根组成的神经丛，分支主要分布于上肢，有些小分支分布到胸上肢肌、背部浅层肌和颈深肌。主要的分支有：胸背神经、胸长神经、腋神经、肌皮神经、正中神经、桡神经、尺神经。

108. 风湿热导致的心脏瓣膜病手术

指风湿热反复发作并发心脏瓣膜损害，导致慢性心脏瓣膜病，引起心脏瓣膜狭窄、关闭不全。必须满足下列所有条件：

- (1) 风湿热病史；
- (2) 慢性心脏瓣膜病病史；
- (3) 实际接受了开胸开心进行的心脏瓣膜置换手术。

经导管进行的瓣膜置换手术或瓣膜成形手术不在保障范围内。

109. 严重获得性或继发性肺泡蛋白质沉积症

因获得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。必须满足下列全部条件：

(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。

110. 细菌性脑脊髓膜炎后遗症

指因脑膜炎双球菌感染引起脑脊髓膜化脓性病变,且导致永久性神经损害,并且脑脊液检查显示脑膜炎双球菌阳性。永久性神经损害是指由细菌性脑脊髓膜炎引起的耳聋、失明、动眼神经麻痹、瘫痪、脑积水的损害,且上述症状持续90天以上仍无改善迹象。

111. 侵蚀性葡萄胎(恶性葡萄胎,仅限于女性)

该疾病保障仅限于女性。

侵蚀性葡萄胎又称恶性葡萄胎,发生自胚胎组织,侵入子宫肌层或其他组织,也可能转移。

索赔时需提交组织病理学检查报告,且本保障不包括非侵蚀性的葡萄胎。

112. 严重感染性心内膜炎

指由感染性微生物引致的心脏内膜炎症,并须符合下列所有标准:

(1) 血液培养结果呈阳性反应,证明感染性微生物的存在;

(2) 出现最少中度的心脏瓣膜功能不全(即返流部分达20%或以上)或中度的心脏瓣膜狭窄(即心脏瓣瓣口面积为

正常值的30%或以下），导致感染性心内膜炎；

（3）感染性心内膜炎的诊断及瓣膜受损的严重程度必须由心脏病专科医生确定。

113. 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，产生毒素而引起肌痉挛的一种特异性感染。须经专科医生明确诊断。

114. 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。该病必须由权威医疗机构根据致病蛋白的发现而明确诊断。

115. 严重斯蒂尔病

须经风湿病专科医生明确诊断，并至少满足下列两项条件：

- （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）。

116. 肺孢子菌肺炎

肺孢子菌肺炎：指由肺孢子菌引起的间质性浆细胞性肺炎。并必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/l/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170(基值的百分比);
- (5) $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$, $\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$ 。

感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患肺孢子菌肺炎不在保障范围内。

117. 严重Ⅲ度冻伤导致截肢

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

118. 成骨不全症(Ⅲ型)

指由于多种致病基因突变导致骨基质蛋白数量减少或质量异常, 从而引起以骨量低下、骨骼脆性增加和反复骨折为主要特征的骨骼疾病。须经专科医生根据体格检查, 骨折史, 家族史, X线检查, 骨密度和皮肤活检报告资料明确诊断为成骨不全症Ⅲ型, 且须在理赔时提供检查, 家族史, 骨代谢生化指标、X线检查及基因检测等资料。

成骨不全症Ⅰ型、Ⅱ型和Ⅳ型不在保障范围内。

119. 严重甲型及乙型血友病

被保险人必须经保险人认可的血液科专科医生确诊为甲型或乙型血友病, 并且必须满足下列所有条件:

- (1) 凝血因子Ⅷ或凝血因子Ⅸ活性小于1%;
- (2) 出现以下任一种临床表现:
 - a. 反复关节血肿, 大关节畸形和活动受限; 或

b.内脏器官出血如：肾脏出血、消化道出血、腹腔出血、颅内出血。

保险人承担本项疾病责任不受本保险合同责任免除中“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

120. 严重气性坏疽

指由梭状芽孢杆菌所致的肌坏死或肌炎。须经专科医生明确诊断，且必须同时符合下列要求：

（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，并已经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。

（三十四）肢体

指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。

（三十五）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。

（三十六）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。

（三十七）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。

（三十八）六项基本日常生活活动

六项基本日常生活活动是指：

1. 穿衣：自己能够穿衣及脱衣；
2. 移动：自己从一个房间到另一个房间；
3. 行动：自己上下床或上下轮椅；
4. 如厕：自己控制进行大小便；
5. 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；
6. 洗澡：自己进行淋浴或盆浴。

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。

（三十九）酗酒

指酒精摄入过量。长期过量饮酒导致身体脏器严重损害，或一次大量饮酒导致急性酒精中毒或自制力丧失造成自身伤害、斗殴肇事或交通肇事。酒精过量由医疗机构或公安部门判定。

（四十）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。

（四十一）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。

（四十二）美国纽约心脏病学会（**New York Heart Association, NYHA**）心功能状态分级

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。

（四十三）约定的质子重离子医院

除另有约定外，指上海质子重离子医院（即复旦大学附属肿瘤医院质子重离子中心）。

（四十四）特定药品

指国家卫健委在《新型抗肿瘤药物临床应用指导原则（2022年版）》中对新型抗肿瘤药物的定义，即小分子靶向药物和大分子单克隆抗体类药物、已获得国家药品监督管理局（NMPA）正式批准上市的特定细胞免疫治疗药品，以及特定医疗机构因临床急需，经国务院药品监督管理局或者国务院授权的省、自治区、直辖市人民政府批准后，进口的少量药品。

（四十五）约定承保的特定药品清单

指保险人在承保时与投保人约定的属于“恶性肿瘤——重度特定药品医疗保险金”保险责任范围的特定药品清单，以保险人最新公布信息为准，保险人保留对前述清单进行变更的权利，将根据医疗水平的发展对前述清单进行更新。

药品分类以药品处方开具时《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》的有效版本为准。

（四十六）保险人认可的特定药品医疗机构或药店

指保险人指定的或当地社会基本医疗保险的管理部门公布的被保险人可购买特定药品的医院或药店，以保险单约定为准；未约定医院或药店的，则以被保险人所参加的社会基本医疗保险的管理部门规定的医院或药店范围为准。

保险人保留对上述指定药店名单作出适当调整的权利。
保险人指定的药店需同时满足以下条件：

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. 该药店内有医师、执业药师等专业人员提供服务。

（四十七）靶向药物

指被赋予了靶向能力的药物或其制剂。其目的是使药物或其载体能瞄准特定的病变部位，并在目标部位蓄积或释放有效成分。靶向制剂可以使药物在目标局部形成相对较高的浓度，从而在提高药效的同时抑制毒副作用，减少对正常组织、细胞的伤害。

（四十八）免疫治疗药物

指通过重新启动并维持肿瘤－免疫循环，恢复机体正常的抗肿瘤免疫反应，从而控制与清除肿瘤的药物。

（四十九）临床急需进口药品

指特定医疗机构因临床急需，经国务院药品监督管理部门或者国务院授权的省、自治区、直辖市人民政府批准后，进口的少量药品。

（五十）处方

指由注册的执业医师和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，并为患者用药凭证的医疗文书。处方包括医疗机构病区用药医嘱单。

（五十一）社会基本医疗保险

指国家最新修订颁布的《中华人民共和国社会保险法》规定的社会基本医疗保险，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。

（五十二）公费医疗

公费医疗制度，是国家为保障国家工作人员身体健康而实行的一项社会保障制度。国家通过医疗卫生部门向享受人员提供制度规定范围内的免费医疗预防。

（五十三）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。

（五十四）酒后驾驶

指经检测或者鉴定，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者超过一定的标准，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者醉酒后驾驶。

（五十五）无合法有效驾驶证

指被保险人存在下列情形之一：

1. 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
2. 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
3. 实习期内驾驶执行任务的警车、消防车、救护车、工程救险车；实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有

爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；

4. 持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；

5. 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；

6. 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

（五十六）无合法有效行驶证

指发生保险事故时被保险人驾驶的机动车无公安机关交通管理部门、农机部门等政府管理部门核发的行驶证或号牌，或行驶证不在有效期内，或该机动车未按规定检验或检验不合格。

（五十七）既往症

指在本保险合同生效日之前被保险人已患且已知晓的疾病。通常有以下情况：

1. 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

2. 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；

3. 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，但未予治疗；

4. 本保险合同生效前，未经医生诊断和治疗，但症状或

体征明显且持续存在，并以此症状或体征为主诉进行就诊治疗的疾病。

（五十八）潜水

指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动或作业。

（五十九）攀岩

指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

（六十）武术

指两人或者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。

（六十一）特技表演

指从事马术、杂技、驯兽等特殊技能性质的表演。

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

（六十三）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。

（六十四）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》第十次修订版（ICD-10）确定。

（六十五）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。

（六十六）基因疗法

指通过各种手段修复缺陷基因，以实现减缓或治愈疾病目的的技术。

（六十七）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。

（六十八）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及常规，过失造成患者人身损害的事故。

（六十九）职业病

指企业、事业单位和个体经济组织的劳动者在职业活动

中，因接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害物质等因素而引起的疾病。职业病的认定需遵循《中华人民共和国职业病防治法》中的相关规定及鉴定程序。

（七十）耐药

指以下两种情况之一：

1. 实体肿瘤病灶按照RECIST（实体瘤治疗疗效评价标准）出现疾病进展，即定义为耐药；

2. 非实体肿瘤（包含白血病、多发性骨髓瘤、淋巴瘤等血液系统恶性肿瘤）在临床上常无明确的肿块或者肿块较小难以发现，经规范治疗后，按权威医学机构（如中国临床肿瘤学会、中华医学会血液分会等）的指南规范，对患者的骨髓形态学、流式细胞、特定基因检测等进行综合评价，得出疾病进展的结论，即定义为耐药。

（七十一）未到期净保费

未到期净保费 = 保险费 × [1 - （保险单已经过天数/保险期间天数）] × （1 - 费用比例），经过天数不足一天的按一天计算。除另有约定外，费用比例为35%。

（七十二）院外

指非被保险人就诊医院或医疗机构。