

阳光财产保险股份有限公司
个人轻症疾病保险条款
(注册编号：C00009332612018091302481)

总则

第一条 本保险合同（以下简称为“本合同”）由保险条款、投保单、保险单或者其他保险凭证、与本合同有关的投保文件、合法有效（见释义 1）的声明等组成。凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。

第二条 本合同的被保险人应为身体健康、能正常工作或正常生活的自然人。凡出生满 30 天至 18 周岁（见释义 2）（含）、身体健康、能正常学习生活的、被保险人的未成年子女，或被保险人的配偶、父母，经保险人同意可作为连带被保险人，由投保人统一向保险人投保本保险。

以下所称“被保险人”无特别说明的，均指被保险人和连带被保险人。

第三条 本合同的投保人应为具有完全民事行为能力的被保险人本人或年满 18 周岁具有完全民事行为能力且在本合同订立时对被保险人有保险利益的其他人。

第四条 除另有约定外，本合同的轻症疾病保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 投保人为被保险人首次投保本保险或者非连续投保本保险时，自本合同生效之日起一定期限为等待期，等待期期限由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单中载明；不间断连续投保本保险的续保合同或被保险人因意外伤害（见释义 3）导致罹患本合同所定义的轻症疾病（无论一种或者多种）的无等待期。

在等待期内，被保险人经医院（见释义 4）初次确诊（见释义 5）非因意外伤害导致罹患本合同所定义的轻症疾病（无论一种或者多种），保险人不承担保险责任，并无息退还保险费，本合同终止。

第六条 在本合同约定的保险期间内，保险人承担下列保险责任：

被保险人经医院初次确诊因意外伤害导致罹患本合同所定义的轻症疾病（见释义 21）（无论一种或者多种），或者在等待期后经医院初次确诊非因意外伤害导致罹患本合同所定义的轻症疾病（无论一种或者多种），保险人按本合同约定的保险金额向轻症疾病保险金受益人给付轻症疾病保险金，本合同终止。

上述轻症疾病的具体疾病种类及疾病定义以本合同释义部分为准。

责任免除

第七条 因下列情形之一导致被保险人罹患本合同定义的轻症疾病的，保险人不承担给付保险金的责任：

- (一) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (二) 被保险人故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (三) 被保险人因酗酒（见释义 6）或受酒精、毒品（见释义 7）、管制药物的影响；
- (四) 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
- (五) 被保险人酒后驾驶（见释义 8）、无合法有效驾驶证驾驶（见释义 9），或者驾驶无合法有效行驶证（见释义 10）的机动车（见释义 11）；
- (六) 遗传性疾病（见释义 12）、先天性畸形、变形或者染色体异常（见释义 13），被保险人感染艾滋病病毒或者患艾滋病（见释义 14）；
- (七) 战争、军事冲突、暴乱或者武装叛乱；
- (八) 任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、辐射或者污染。

保险金额和保险费

第八条 本合同的保险金额由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单上载明。

第九条 本合同的保险费由保险人依据保险金额与被保险人具体风险状况对应的保险费率计收，在保险单中载明。

保险期间

第十条 本合同的保险期间自保险单或其他保险凭证上记载的合同生效日零时起至保险期间期满日的 24 时止，最长不超过 1 年。

保险人义务

第十一条 订立本保险合同时，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。

第十二条 本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十三条 保险人按照本合同的约定，认为**保险金申请人（见释义 15）**提供的有关请求给付保险金的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、保险金申请人补充提供。

第十四条 保险人收到保险金申请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，但本合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知保险金申请人；对属于保险责任的，在与保险金申请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保险金给付义务。

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 日内向保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十五条 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，对其给付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保险金的数额后，应当支付相应的差额。

第十六条 投保人符合保险法规定的退还保险费相关要求的，保险人应当按照保险法相关规定退还未满期净保险费（见释义 16）。

投保人、被保险人义务

第十七条 除另有约定外，投保人应当在合同成立时一次性交清保险费。投保人未按约定交付保险费的，对保险费交清前发生的保险事故，保险人不承担给付保险金责任。

第十八条 订立本合同时，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

投保人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，保险人有权解除保险合同。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。自合同成立之日起超过二年的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

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

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金的责任。

第十九条 投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第二十条 保险事故发生后，投保人、保险金申请人应当及时通知保险人。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，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任，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。

上述投保人、保险金申请人的义务，不包括因不可抗力（见释义 17）导致的延迟。

保险金申请与给付

第二十一条 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) 保险金申请人的**有效身份证件**（见释义 18）；

(三) 由医院**专科医生**（见释义 19）出具的被保险人疾病诊断证明书以及由医院出具的与该疾病诊断证明书相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告，具体结合释义 21；

(四) 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；

(五) 若保险金申请人委托他人申请的，还应提供委托人亲笔签字的授权委托书原件、受托人的有效身份证件等相关证明文件；

(六) 轻症疾病保险金作为被保险人遗产时，继承人还应提供可证明其合法继承权的相关权利文件；

(七) 保险金申请人为限制民事行为能力人或者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，其合法监护人还必须提供保险金申请人为限制民事行为能力人或者无民事行为能力人的证明和监护人具有合法监护权的证明。

第二十二条 如果被保险人本人作为轻症疾病保险金受益人已向保险人书面申领轻症疾病保险金，但在实际领取轻症疾病保险金前身故，轻症疾病保险金将作为其遗产，由保险人向其合法继承人给付。

争议处理和法律适用

第二十三条 因履行本合同发生的争议，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人民法院（**不包括港、澳、台地区法院**）起诉。

第二十四条 本合同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

第二十五条 在本保险合同成立后，投保人 can 以书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本合同约定给付保险金的除外。

保险责任开始前，投保人要求解除本合同的，应当按照本合同约定向保险人支付25%手续费，保险人应当退还剩余部分保险费。

保险责任开始后，投保人要求解除保险合同的，自保险人接到解除合同申请书之时起，本保险合同效力终止。保险人于收到上述证明和资料之日起 30 日内向投保人退还保险单的未到期净保险费。

第二十六条 投保人要求解除合同时，需提供下列证明和资料原件：

- (一) 保险单或其他保险凭证正本；
- (二) 解除合同申请书；
- (三) 投保人有效身份证件。

释义

第二十七条 本合同涉及下列术语时，适用以下释义：

【1. 合法有效】本合同所指合法有效均以中华人民共和国法律（不含港、澳、台地区法律，下同）、法规、行政法规、地方性法规、行政规章及有关规范性法律文件的规定为判定依据。

【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。例如，出生日期为2000年9月1日，2000年9月1日至2001年8月31日期间为0周岁，2001年9月1日至2002年8月31日期间为1周岁，以此类推。

【3. 意外伤害】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实，并以此客观事件为直接且单独原因导致身体蒙受伤害或者身故。**猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。**

猝死指表面健康的人因潜在疾病、机能障碍或者其他原因在出现症状后24小时内发生的非暴力性突然死亡。猝死的认定以医院的诊断和公安部门的鉴定为准。

【4. 医院】指国务院卫生行政主管部门医院等级分类中的二级合格或者二级合格以上的医院，**不包括以康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者类似功能为主要功能的医疗机构。**

【5. 初次确诊】指自被保险人出生之日起至保险期间起期前未出现相关体征且未确诊而在保险期间内第一次经医院确诊患有某种疾病。

【6. 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。

【7. 毒品】指中华人民共和国刑法规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，**但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。**

【8. 酒后驾驶】指经检测或者鉴定，发生保险事故时每百毫升血液中的酒精含量达到或者超过一定的标准，是否达到前述标准由公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定，保险人根据公安机关交通管理部门的认定确认是否属于酒后驾驶。

【9. 无合法有效驾驶证驾驶】指下列情形之一：

- (一) 没有取得中华人民共和国有关主管部门颁发或者认可的驾驶资格证书；
- (二) 驾驶与合法有效驾驶证准驾车型不相符合的车辆；

(三) 持审验不合格的驾驶证驾驶；

(四) 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；

(五) 驾驶证已过有效期的。

【10. 无合法有效行驶证】指发生保险事故时没有按照公安机关交通管理部门机动车登记制度的规定进行登记并领取机动车行驶证或者临时通行牌证等法定证件。包括下列情形之一：

(一) 未办理行驶证或者行驶证在申办过程中的；

(二) 机动车行驶证被依法注销登记的；

(三) 未在行驶证检验有效期内依法按时进行或者未通过机动车安全技术检验的。

【11. 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。

【12. 遗传性疾病】指生殖细胞或者受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或者畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。

【13. 先天性畸形、变形或者染色体异常】指被保险人出生时就具有的畸形、变形或者染色体异常。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。

【14. 感染艾滋病病毒或者患艾滋病】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。

在人体血液或者其他样本中检测到艾滋病病毒或者其抗体呈阳性，没有出现临床症状或者体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或者体征的，为患艾滋病。

【15. 保险金申请人】指受益人、被保险人，受益人或被保险人的监护人，或其他依法享有保险金请求权的自然人。

【16. 未到期净保险费】未到期净保险费=保险费×（1-保险期间经过天数/保险期间的天数）×（1-25%）。经过天数不足一天的按一天计算。

【17. 不可抗力】指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

【18. 有效身份证件】指由中华人民共和国政府主管部门规定的能够证明其身份的证件，如：居民身份证、军官证、警官证、士兵证、户口簿以及中华人民共和国政府主管部门颁发或者认可的有效护照或者其他身份证明文件。

【19. 专科医生】专科医生应当同时满足以下四项资格条件：

(一) 具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；

(二) 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；

(三) 具有有效的中华人民共和国主治医师或者主治医师以上职称的《医师职称证书》；

(四) 在二级或者二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

【20. 永久不可逆】指自疾病确诊或者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。

【21. 轻症疾病】指由专科医生明确诊断的下列疾病：

（一）非危及生命的（极早期的）恶性病变：指被保险人经组织病理学检查被明确诊断为下列恶性病变，并且接受了相应的治疗。

- （1）原位癌；
- （2）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- （3）相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- （4）皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；
- （5）TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌。

原位癌指恶性细胞局限于上皮内尚未穿破基底膜浸润周围正常组织的癌细胞新生物。原位癌必须经对固定活组织的组织病理学检查明确诊断。被保险人必须已经接受了针对原位癌病灶的积极治疗。

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

被保险人被明确诊断为恶性葡萄胎，并且实际接受了子宫切除手术治疗。

索赔时必须提交组织病理学检查报告。

非侵蚀性的葡萄胎不在本保障范围内。

（三）较轻再生障碍性贫血：指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少。须**满足下列全部条件：**

- （1）骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断；
- （2）在本公司认可医院内，由专科医生明确诊断为非重型再生障碍性贫血（NSAA）。

（四）不典型急性心肌梗塞：指被临床诊断为急性心肌梗塞并接受了急性心肌梗塞

治疗虽然未达到重大疾病“急性心肌梗塞”的给付标准，但**满足下列所有条件：**

- （1）肌钙蛋白有诊断意义的升高；
- （2）心电图有损伤性的 ST 段改变但未出现病理 Q 波。

冠状动脉介入手术治疗中出现的肌钙蛋白升高不在本保障范围内。

如果被保险人在出现不典型急性心肌梗塞后接受冠状动脉介入手术治疗，该冠状动脉介入手术与不典型急性心肌梗塞视为同一轻症疾病。

（五）冠状动脉介入手术：为了治疗明显的冠状动脉狭窄性疾病，首次实际接受了冠状动脉球囊扩张成形术、冠状动脉支架植入术、冠状动脉粥样斑块切除术或激光冠状动脉成形术。

如果被保险人在出现不典型急性心肌梗塞后接受冠状动脉介入手术治疗，该冠状动脉

介入手术与不典型急性心肌梗塞视为同一轻症疾病。

(六) 心脏瓣膜介入手术: 为了治疗心脏瓣膜疾病, 实际接受了经皮经导管介入手术进行的心脏瓣膜置换或修复手术。

(七) 主动脉内手术: 为了治疗主动脉疾病实际接受了经皮经导管进行的主动脉内手术。

主动脉指胸主动脉和腹主动脉, 不包括胸主动脉和腹主动脉的分支血管。

(八) 原发性肺动脉高压: 指不明原因的肺动脉压力持续性增高, 进行性发展而导致的慢性疾病, 已经造成永久不可逆(见释义 18)性的体力活动能力受限, 达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 III 级, 且静息状态下肺动脉平均压超过 30mmHg。

继发性肺动脉高压不在本保障范围内。

(九) 主动脉夹层血肿血管内手术: 指主动脉壁在受到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。主动脉夹层血肿必须明确诊断, 并且**满足下列所有条件:**

(1) 有典型的临床表现;

(2) 有电子计算机断层扫描(CT)、磁共振扫描(MRI)、磁共振血管造影(MRA)等影像学证据支持诊断;

(3) 被保险人实际接受了经导管主动脉内介入手术治疗。

(十) 头臂动脉型大动脉炎非开胸旁路移植手术: 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非开胸的无名动脉(头臂干)、颈总动脉、锁骨下动脉旁路移植手术。

经导管血管内手术不在本保障范围内。

(十一) 原发性心肌病心功能损害: 指被保险人因原发性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 III 级。被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限, 不能从任何事体力活动。

(十二) 植入心脏起搏器: 因心脏疾病导致慢性的不能通过药物治疗控制的严重心律失常, 被保险人实际植入了永久性心脏起搏器。

安装临时心脏起搏器不在本保障范围内。

(十三) 感染性心内膜炎: 感染性心内膜炎是指因细菌或其他致病菌感染造成心脏内膜感染, 瓣膜为最常受累部位, 引起心脏瓣膜关闭不全。**必须满足下列所有条件:**

(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) 实际接受了经导管瓣膜修补手术。

药物滥用者所患感染性心内膜炎不在本保障范围内。

(十四) 肺泡蛋白沉积症肺灌流治疗：肺泡蛋白质沉积症是一种弥漫性肺部疾病，其组织学特征为肺泡腔内及终末细支气管内堆积过量的磷脂蛋白样物质。**必须满足下列所有条件：**

- (1) 经组织病理学检查明确诊断；
- (2) 实际接受了至少 2 次支气管肺泡灌洗治疗。

(十五) 轻度中风后遗症：指实际发生了脑血管的突发病变出现神经系统功能障碍表现，头颅断层扫描(CT)、核磁共振(MRI)等影像学检查证实存在对应病灶，确诊为脑出血、脑栓塞或脑梗塞，在确诊 180 天后仍然遗留一肢或一肢以上肢体肌力 III 级或 III 级以下的运动功能障碍，但未达到严重中风后遗症程度。

(十六) 中度昏迷：指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级(Glasgow coma scale)结果为 5 分或 5 分以下，且已经持续使用呼吸机及其它生命维持系统 48 小时以上。

因酗酒或药物滥用导致的昏迷不在本保障范围内。

(十七) 轻度脑膜炎后遗症或脑炎后遗症：指因患脑炎或脑膜炎接受了住院治疗，在疾病首次确诊 180 天后，**仍残留下列一种或一种以上障碍：**

- (1) 一肢体肌力 IV 级或 IV 级以下的运动功能障碍；
- (2) 脑积水，实际接受了脑脊液分流手术治疗；
- (3) 智力减退，MMSE 简易智能精神状态量表检查 20 分(含)以下。

(十八) 颈动脉内膜切除手术：指因颈动脉狭窄性疾病，被保险人实际接受了直视颈动脉内膜剥脱术或颈动脉内膜切除术。

颈动脉包括颈总动脉、颈内动脉和颈外动脉。

经导管颈动脉内手术不在本保障范围内。

(十九) 垂体肿瘤、脑囊肿、脑血管瘤手术或放射治疗：指经头颅断层扫描(CT)、核磁共振(MRI)或其他影像学检查被确诊为下列病变，并实际接受了手术或放射治疗：

- (1) 脑垂体瘤；
- (2) 脑囊肿；
- (3) 脑动脉瘤、脑血管瘤。

(二十) 无颅内压增高的微小良性脑肿瘤：指直径小于 2cm 的脑的微小良性肿瘤，临床上无颅内压升高表现，无危及生命征象。微小良性脑肿瘤由头颅断层扫描(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，未实施开颅切除肿瘤的手术治疗，仅接受了针对该脑肿瘤的放射治疗。

脑垂体瘤、脑囊肿、脑血管性疾病不在本保障范围内。

(二十一) 颅内血肿清除术：指因外伤性急性硬膜下血肿、硬膜外血肿或脑内血肿，被保险人实际接受了颅骨打孔血肿清除手术治疗。

微创颅内血肿穿刺针治疗、脑血管意外所致脑出血血肿清除术不在本保障范围内。

如果颅内血肿清除术和重度头部外伤为同一事件所致，则颅内血肿清除术和重度头部外伤视为同一轻症。理赔后颅内血肿清除术和重度头部外伤保障同时终止。

(二十二) 重度头部外伤：指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤 180 天后仍然遗留一肢体肌力 IV 级或 IV 级以下的运动功能障碍。

如果重度头部外伤和的颅内血肿清除术为同一事件所致，则重度头部外伤和颅内血肿清除术视为同一轻症。理赔后重度头部外伤和颅内血肿清除术保障同时终止。

(二十三) 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。被保险人被明确诊断为运动神经元病，必须满足下列至少三项条件：

- (1) 特征性肌电图改变；
- (2) 肌肉活检显示神经原性束性肌萎缩；
- (3) 进行性肌肉萎缩伴肌束颤动和一支或一支以上肢体肌力 IV 级或 IV 级以下；
- (4) 进行性延髓（球）麻痹。

(二十四) 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。多发性硬化症必须明确诊断，并且满足下列所有条件：

- (1) 计算机断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实存在中枢神经系统白质内多发病灶；
- (2) 完整的医疗记录证实被保险人的疾病呈缓解复发和进展加重病程；
- (3) 存在持续 180 天以上的永久不可逆的以运动障碍为表现的神经系统功能损害。

(二十五) 单肢体瘫痪：指因疾病或意外伤害导致一肢体机能永久完全丧失。肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后或意外伤害发生 180 天后，肢体三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意意识活动。

(二十六) 脊髓灰质炎轻度后遗症：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，并且造成被保险人任何肢体任何程度的永久不可逆性瘫痪。

(二十七) 慢性肾功能衰竭早期尿毒症：指被保险人因双肾功能慢性不可逆性损害，达到肾功能衰竭期，必须满足下列所有条件：

- (1) 肾小球滤过率（GFR） $< 25\text{ml/min}$ 或肌酐清除率（Ccr） $< 25\text{ml/min}$ ；
- (2) 血肌酐（Scr） $> 5\text{mg/dl}$ 或 $>442\mu\text{mol/L}$ ；
- (3) 持续 180 天。

(二十八) 系统性红斑狼疮性肾炎：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。必须根据

“系统性红斑狼疮诊断标准”明确诊断，并且已经造成肾脏损害。

临床证据证实被保险人存在持续 180 天以上的**满足下列所有条件**的肾脏损害：

- (1) 血尿、蛋白尿；
- (2) 高血压；
- (3) 血肌酐 (Scr) >1.5mg/dl 或 >133umol/L；

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。

(二十九) 急性重型肝炎人工肝治疗：指被保险人被明确诊断为急性重型肝炎，并且实际接受了人工肝支持系统 (ALSS) 治疗。

ALSS 又称体外肝脏支持装置，指借助体外机械、化学或生物性装置暂时部分替代肝脏功能，协助治疗肝脏功能不全或相关疾病的治疗方法。

慢性重型肝炎 ALSS 治疗不在保障范围内。

(三十) 强直性脊柱炎手术治疗：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) 脊柱、髋、膝关节疼痛活动受限；
- (2) 脊柱后凸畸形，髋、膝关节强直；
- (3) X 线关节结构破坏征象；
- (4) 实际接受了下列之一手术治疗：

- ① 脊柱截骨手术；
- ② 全髋关节置换手术
- ③ 膝关节置换手术。

非因强直性脊柱炎而实施上述手术的不在本保障范围内。

(三十一) 肝硬化失代偿早期：指因慢性肝脏疾病引起肝硬化导致肝功能衰竭，须**满足下列所有条件**：

- (1) 持续性黄疸，胆红素 > 2mg%；
- (2) 白蛋白 < 3g%；
- (3) 凝血酶原时间延长 > 4 秒；
- (4) 持续 180 天。

因酗酒或药物滥用导致的肝功能衰竭不在本保障范围内。

(三十二) 胆道重建手术：指被保险人因疾病或创伤造成胆总管阻塞，实际接受了胆总管与小肠（空肠或十二指肠）吻合的手术。

因先天性胆道闭锁实施的胆道重建手术不在本保障范围内。

(三十三) 急性坏死性胰腺炎腹腔镜手术: 指被保险人被确诊为急性坏死性胰腺炎, 并实际接受了腹腔镜手术治疗, 以进行坏死组织清除、坏死病灶切除或胰腺切除。

因酗酒或饮酒过量所致的急性坏死性胰腺炎不在本保障范围内。

(三十四) 坏死性筋膜炎组织肌肉切除术: 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) 出现广泛肌肉及软组织坏死, 实际接受了坏死组织、筋膜及肌肉的广泛切除手术。

(三十五) 丝虫感染所致早期象皮肿: 指因丝虫感染导致淋巴阻塞出现严重淋巴水肿, 达到国际淋巴学会淋巴肿分期第 II 期, 临床表现为肢体象皮肿, 夜间卧床休息后不能消退, 患肢较健肢增粗 20%以上。

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

(三十七) 视力严重损害 - 三岁始理赔: 指因疾病或意外伤害导致双目视力永久不可逆性丧失, **满足下列条件之一:**

- (1) 双眼中较好眼矫正视力低于 0.1 (采用国际标准视力表, 如果使用其他视力表应进行换算);
- (2) 双眼中较好眼视野半径小于 20 度。

被保险人申请理赔时年龄必须在三周岁以上, 并且提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。

(三十八) 单眼失明: 指因疾病或意外伤害导致一眼视力永久不可逆性丧失, **满足下列条件之一:**

- (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三周岁以上，并且提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。

(三十九) 角膜移植：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。

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本保障范围内。

(四十) 人工耳蜗植入术：指因疾病或意外伤害导致严重听力障碍，助听器及其他助听装置不能改善听力，已经实际接受了人工耳蜗植入手术。

(四十一) 双侧卵巢切除术：指为治疗疾病实际接受了经腹部切开或腹腔镜进行的双侧卵巢完全切除手术。

部分卵巢切除不在保障范围。

(四十二) 较小面积烧伤：指烧伤程度为III度，且III度烧伤面积达到全身体表面积的10%或10%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

(四十三) 一肢体缺失：指因疾病或意外伤害导致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。

(四十四) 一侧肺切除：指因疾病或意外伤害导致肺部严重损害，已经实际接受了左侧全肺切除手术或右侧全肺切除手术。

下列情况不在本保障范围内：

- (1) 肺叶切除、肺段切除手术；
- (2) 因恶性肿瘤进行的肺切除手术；
- (3) 肺移植接受者肺切除；
- (4) 作为器官捐献者而实施的肺切除手术。

(四十五) 一侧肾切除：指因疾病或意外伤害导致肾脏严重损害，已经实际接受了左侧全肾切除手术或右侧全肾切除手术。

下列情况不在本保障范围内：

- (1) 部分肾切除手术；
- (2) 因恶性肿瘤进行的肾切除手术；
- (3) 肾移植接受者肾切除；
- (4) 作为器官捐献者而实施的肾切除手术。

(四十六) 半肝切除：指因疾病或意外伤害导致肝脏严重损害，已经实际接受了左肝切除手术或右肝切除手术。

下列情况不在本保障范围内：

- (1) 肝叶切除、肝段切除手术；
- (2) 因恶性肿瘤进行的肝切除手术；
- (3) 肝移植接受者肝切除；
- (4) 作为器官捐献者而实施的肝切除手术。

(四十七) 骨质疏松骨折髌关节置换手术：骨质疏松是一种系统性疾病。其特征为骨质量减少，骨小梁数目减少、变细和骨皮质变薄，导致骨脆性增加，骨折危险增加。根据世界卫生组织（WHO）建议，骨密度（BMD）较正常成人骨密度平均值降低 2.5 个标准差为骨质疏松症。必须满足下列所有条件：

- (1) 依照诊断标准确诊为骨质疏松症；
- (2) 实际发生了股骨颈骨折并接受了髌关节置换手术。

(四十八) 双侧睾丸切除术：指为治疗疾病实际接受了双侧睾丸完全切除手术。

部分睾丸切除不在保障范围。

(四十九) 急性肾衰竭肾脏透析治疗：急性肾衰竭（ARF）是指各种病因引起的肾功能在短期内（数小时或数周）急剧进行性下降，导致体内氮质产物潴留而出现的临床综合征，国际上近年来改称为急性肾损伤（AKI）。被保险人被明确诊断为急性肾衰竭并且满足下列所有条件：

- (1) 少尿或无尿 2 天以上；
- (2) 血肌酐（Scr） $> 5\text{mg/dl}$ 或 $>442\mu\text{mol/L}$ ；
- (3) 血钾 $> 6.5\text{mmol/L}$ ；
- (4) 接受了血液透析治疗。

(五十) 脑动脉瘤夹闭手术或栓塞手术：被保险人实际接受了对未破裂脑动脉瘤的动脉瘤夹闭手术或动脉瘤栓塞手术。