

阳光财产保险股份有限公司
特定心脑血管疾病保险条款
(注册号: C00009332612021010603112)

第一部分 总则

第一条 合同构成

本保险合同(以下简称“本合同”)由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证、批单等组成。凡涉及本合同的约定,均采用书面形式。

第二条 合同的成立

投保人提出保险申请,经保险人同意承保,本合同成立。

第三条 投保人

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具有完全民事行为能力且对被保险人有保险利益的其他人。

第四条 被保险人

凡身体健康,且能正常工作、生活的自然人,均可作为本合同的被保险人。

第五条 受益人

除本合同另有约定外,本合同保险金的受益人为被保险人本人。

第二部分 保障内容

第六条 保险责任

本合同的保险责任分为基本部分和可选部分。可选部分是在投保人已选择投保基本部分的前提下可以选择投保的部分,若可选部分未在保险单中载明或批注,可选部分不产生任何效力。

如果被保险人在等待期内发生或确诊罹患本合同约定的特定心脑血管重大疾病或特定心脑血管轻症疾病的,本合同终止,保险人无息退还投保人已交付的本合同的保险费。

一、基本部分

特定心脑血管重大疾病保险责任

在保险期间内,被保险人自保险期间起始日起经过本合同约定的等待期(续保则不受等待期的限制,下同)后,经医院诊断自出生以来初次罹患本合同约定的特定心脑血管重大疾病的,保险人按照本合同的约定承担给付特定心脑血管重大疾病保险金,本保险合同终止。

二、可选部分

特定心脑血管轻症疾病保险责任

在保险期间内,被保险人自保险期间起始日起经过本合同约定的等待期后,经医院诊断自出生以来初次罹患本合同约定的特定心脑血管轻症疾病的,保险人按照本合同的约定承担给付特定心脑血管轻症疾病保险金,本项保险责任终止。

保险人在本保险合同项下对特定心脑血管轻症疾病保险金的给付以一次为限。

如果投保人选择投保了本合同可选部分特定心脑血管轻症疾病保险责任，被保险人经医院诊断自出生以来初次罹患特定心脑血管重大疾病时，该疾病同时也符合特定心脑血管轻症疾病的定义的，保险人仅负责给付特定心脑血管重大疾病保险金，不再给付特定心脑血管轻症疾病保险金。

如果被保险人在申请特定心脑血管重大疾病保险金前已经申请并获得特定心脑血管轻症疾病保险金赔付的，且该特定心脑血管轻症疾病的确诊发生在被保险人符合特定心脑血管重大疾病保险金给付条件之前，则保险人在给付特定心脑血管重大疾病保险金时，将把已经给付的特定心脑血管轻症疾病保险金扣除。

第七条 责任免除

由于以下任何一种情形，导致被保险人罹患本合同约定的特定心脑血管重大疾病或特定心脑血管轻症疾病的，保险人不承担保险金给付责任，同时本合同终止：

- （一）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- （二）被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- （三）被保险人服用、吸食或注射毒品；
- （四）被保险人故意自伤；
- （五）被保险人酒后驾驶，无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无有效行驶证的机动车；
- （六）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- （七）核爆炸、核辐射或核污染；
- （八）遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常；
- （九）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病。

第八条 保险金额

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本合同的保险金额由投保人、保险人双方在签订合同时协商约定，并在保险单中载明。保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。

第九条 保险期间

本合同保险期间由保险人和投保人协商确定，以保险单载明的起讫时间为准，但最长不超过1年。

第十条 续保

本合同保险期间届满后15日内（含第15日），投保人可向保险人申请续保本合同。续保不再计算等待期。若投保人在投保时同时选择了投保特定心脑血管重大疾病保险责任和特定心脑血管轻症疾病保险责任，当在保险期间内发生了特定心脑血管轻症疾病保险理赔时，则本项责任不再接受续保，当在保险期间内发生了特定心脑血管重大疾病保险理赔时，则本合同不再接受续保。

本合同为非保证续保合同。

若被保险人超过 80 周岁，保险人不再接受投保人的续保申请或重新投保。

若本合同统一停售的，保险人不再接受投保人的续保申请。

第三部分 保险人的义务

第十一条 提示和说明

订立本合同时，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 保险单和保险凭证

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 补充索赔证明和资料的通知

保险人认为保险金申请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保险金申请人补充提供。

第十四条 及时核定、赔付义务

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，但保险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，履行赔偿保险金义务。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 先行赔付义务

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。

第十六条 退还保险费义务

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到期保险费。

第四部分 投保人、被保险人义务

第十七条 交费义务

投保人应按照本合同的约定交付保险费。

本合同约定一次性交付保险费或对保险费交付方式、交付时间没有约定的，投保人应在保险合同成立时一次性交付保险费。**投保人未按照约定交付全部保险费，本合同不生效。**

本合同约定以分期付款方式交付保险费的，投保人应按期交付各期保险费。**投保人未按约定交付首期保险费的，保险合同不生效。**除本合同另有约定外，在交付首期保险费后，投保人未按约定在应付之日交付第二期或以后任何一期应付保险费的，自当期保险费应付之日起 15 日为保险费交付的宽限期。宽限期内发生的保险事故，保险人仍承担本合同约定的保险责任，**但有权从给付的保险金中扣除投保人欠付的保险费。若投保人至宽限期届满时仍未交付当期保险费的，则本合同自当期保险费应付之日起终止。**

第十八条 如实告知

订立保险合同，保险人就被保险人有关情况提出的询问，投保人应当履行如实告知义务，并如实填写保险单。

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，保险人有权解除合同。

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 联系方式变更告知义务

投保人住所、通讯地址及电话等联系方式变更时，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 变更批注

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

第二十一条 职业或工种的变更

被保险人变更职业或工种时，投保人或被保险人应在 30 日内以书面形式通知保险人。

被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人在接到通知后有权终止对该被保险人的保险责任并按照接到通知之日退还该被保险人原职业或工种所对应的未到期保险费。

被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类仍可承保的或在拒保范围内但保险人认定可以继续承保的，保险人按照接到通知之日计算并退还该被保险人原职业或工种所对应的未到期保险费，投保人补交按照保险人接到通知之日计算的该被保险人新职业或工种所对应的未到期保险费。

被保险人所变更的职业或工种，依照保险人职业分类其危险性增加，且未依本条约定

通知保险人而发生保险事故的，保险人按其原交保险费与新职业或工种所对应的保险费的比例计算并给付保险金。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内，保险人不承担给付保险金的责任。

第二十二条 出生日数、年龄的确定及错误的处理

被保险人的投保出生日数、年龄，以出生医学证明等法定身份证件记载的出生日数、周岁年龄为准，本合同所承保的被保险人的投保出生日数、年龄应符合本合同约定。投保人在申请投保时，应按被保险人的出生日数、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出生日数、年龄不真实，且真实出生日数、年龄不符合本合同约定的出生日数、年龄限制的，保险人有权解除本合同，并向投保人退还未满期保险费。

（二）投保人申报的被保险人出生日数、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出生日数、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。

第二十三条 保险事故通知义务

投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，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。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

第五部分 保险金申请与给付

第二十四条 保险金的申请

保险金申请人请求赔偿时，应向保险人提供以下证明和资料。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）保险金申请人填具的索赔申请书；
- （二）保险单或其他保险凭证正本；
- （三）被保险人身份证明；

（四）支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查、化验检查报告、医疗费用单据、费用明细单据等。若被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得相应补偿，且赔付单位留存了相关原始收据的，可提供加盖留存单位鲜章的相关收据复印件或其他法定证明材料；

(五) 保险金申请人所能提供的其他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；

(六) 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；

(七) 若被保险人住院的，则须提供医院出具的被保险人入出院记录。

第六部分 争议处理与法律适用

第二十五条 合同的争议处理

因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，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，依法向人民法院起诉。

第二十六条 法律适用

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

第七部分 保险合同的解除与终止

第二十七条 合同的解除

在本合同成立后，投保人可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。

投保人解除本合同时，应提供下列证明文件和资料：

- (一) 保险合同解除申请书；
- (二) 保险合同凭据；
- (三) 保险费交付凭证；
- (四) 投保人身份证明。

投保人要求解除本合同，自保险人接到保险合同解除申请书之日次日零时起，本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还未满期保险费。

第二十八条 合同效力终止

发生以下情况之一时，本合同效力即时终止：

- (一) 保险期间届满；
- (二) 被保险人身故；
- (三) 依据本合同其他条款约定的情况而终止。

第八部分 释义

一、保险人：

指阳光财产保险股份有限公司。

二、周岁：

指按法定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 1 年增加 1 岁，不足 1 年的不计。

三、等待期：

指自保险期间起始日起计算的一段时间，具体天数由保险人和投保人在投保时约定并在保险合同中载明。在等待期内发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

四、医院：

是指经中华人民共和国境内（不包括港、澳、台地区）合法经营的二级或以上（根据国家《医院分级管理标准》确定）公立医院，不包括如下机构或医疗服务：

（一）诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；

（二）休养、戒酒、戒毒中心。

该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及提供 24 小时的医疗与护理服务的能力和资质。

五、特定心脑血管重大疾病：

本合同中的特定心脑血管重大疾病，包括以下种类的疾病：

1、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所标准，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。

2、严重脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：

(1) 一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；

(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。

3、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。

4、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。

5、严重原发性肺动脉高压：

指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会（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。

6、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。

7、肺源性心脏病：

指被保险人因慢性肺部疾病导致慢性心功能损害造成永久不可逆性的心功能衰竭。心功能衰竭程度达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）的心功能分级标准之心功能 IV 级。被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

8、严重传染性心内膜炎：

指由感染性微生物引致的心脏内膜炎症，并须符合下列所有准则：

(1) 血液培植结果呈阳性反应，证明感染性微生物的存在；

(2) 出现最少中度之心脏瓣膜功能不全（即返流部分达 20%或以上）或中度之心脏瓣膜狭窄（即心脏瓣膜面积为正常值的 30%或以下），导致传染性心内膜炎；

(3) 传染性心内膜炎的诊断及瓣膜受损的严重程度必须由专科医生确定。

9、原发性心肌病：

指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美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）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。

10、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。诊断必须由心脏专科医生经超声心动图和心导管检查证实及需符合以下所有标准：

(1) 平均肺动脉压高于 40mmHg；

(2) 肺血管助力高于 3mm/L/min（Wood 单位）；

(3) 正常肺微血管楔压低于 15mmHg。

11、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，必须满足下列全部条件：

(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。

12、严重冠心病：

指根据冠状动脉造影检查结果确诊的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有一支血管管腔直径减少 75%以上且另一支血管管腔直径减少 60%以上。

(2) 前降支、左旋支和右冠状动脉至少一支血管管腔直径减少 75%以上且其他两支血管管腔直径减少 60%以上。

前降支、左旋支及右冠状动脉的分支血管的狭窄不作为本保障的衡量指标。

13、主动脉夹层血肿：

指主动脉壁在受到某些病理因素的破坏后，高速、高压的主动脉血液将其内膜撕裂，以致主动脉腔内的血流通过主动脉内膜的破裂口进入主动脉内壁而形成血肿。被保险人需通过

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

14、严重川崎病：

指川崎病为一种病因不明的系统性血管炎。

本合同仅对诊断性检查证实川崎病并发冠状动脉瘤或其他心血管异常并且实际接受了手术治疗的情况予以理赔。

15、严重心肌炎：

指心肌局限性或弥漫性的急性或慢性炎症病变，导致心脏功能障碍，达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能分级状态分级IV级，且需持续至少90天。

16、破裂脑动脉瘤夹闭手术：

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

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

17、严重慢性缩窄性心包炎：

指由于慢性心包炎症导致心包脏层和壁层广泛瘢痕粘连、增厚和钙化，心包腔闭塞，形成一个纤维瘢痕外壳，使心脏和大血管根部受压，妨碍心脏的舒张。必须经保险人认可医院的专科医生确诊为慢性狭窄性心包炎，并且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，并持续180天以上。

18、严重大动脉炎：

指经心脏或血管外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。

19、心脏粘液瘤：

指为了治疗心脏粘液瘤，实际实施了开胸开心脏粘液瘤切除手术。

20、室壁瘤切除手术：

指被明确诊断为左室室壁瘤，并且实际接受了开胸开心进行的室壁瘤切除手术治疗。

经导管心室内成型手术治疗不在本保障范围内。

六、特定心脑血管轻症疾病种类：

本合同中的特定心脑血管轻症疾病，包括以下种类的疾病：

1、轻度脑中风后遗症：

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，但未达到“严重脑中风后遗症”的给付标准，在疾病确诊 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：

（1）一肢（含）以上肢体肌力为 3 级；

（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。

2、心脏瓣膜介入手术（非开胸手术）：

指为了治疗心脏瓣膜疾病，实际实施了非开胸的经胸壁打孔内镜手术或经皮经导管介入手术进行的心脏瓣膜置换或修复手术。

3、主动脉内手术（非开胸手术）：

指为了治疗主动脉疾病，实际实施了经皮经导管进行的动脉内手术。

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。**

4、较轻急性心肌梗死：

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）监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。

较轻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，但未达到“较重急性心肌梗死”的给付标准。

其他非冠状动脉阻塞性疾病引起的肌钙蛋白（cTn）升高不再保障范围内。

5、冠状动脉介入手术（非开胸手术）：

为了治疗明显的冠状动脉狭窄性疾病，首次实际实施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。

6、激光心肌血运重建术：

指因患有顽固性心绞痛，实际实施了开胸手术下或胸腔镜下的激光心肌血运重建术。

7、原发性肺动脉高压：

指由于原发性肺动脉高压进行性发展而导致右心室肥厚，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Ⅲ级及以上，但尚未达到Ⅳ级，且静息状态下肺动脉平均压超过 25mmHg，但尚未超过 30mmHg。

8、微创冠状动脉动脉搭桥术：

指为矫正一条或以上冠状动脉狭窄或闭塞，实际实施了通过微型的胸壁锁孔（于肋骨之间开一个细小的切口）进行的非体外循环下的冠状动脉搭桥手术，亦称“锁孔”式冠状动脉手术。

9、早期原发性心肌病：

指满足下列全部条件的原发性心肌病：

（1）导致永久不可逆的心室功能受损，其受损程度达到美国纽约心脏疾病学会心功能状态分级III级；

（2）180天后，左室射血分数LVEF<50%；

（3）须经保险人认可医院的心脏专科医生确诊，并提供心脏超声检查结果报告。

本保障范围的心肌病仅包括扩张型心肌病、肥厚型心肌病及限制型心肌病。**继发于全身性疾病或其他器官系统疾病及酒精滥用造成的心肌病不在本保障范围内。**

10、风湿性心脏瓣膜疾病：

须满足下列全部条件：

（1）根据已修订的 Jones 标准诊断证实罹患急性风湿热；

（2）因风湿热导致心脏瓣膜存在狭窄或者关闭不全，且已经心脏超声检查证实。

11、特定周围动脉疾病的血管介入治疗：

指为治疗一条或者一条以上的下列动脉狭窄而实施的血管介入治疗：

（1）为下肢或者上肢供血的动脉。上肢动脉指：肱动脉及其下行分支血管；下肢血管指：股动脉及其下行分支血管；

（2）肾动脉；

（3）肠系膜动脉；

须满足下列全部条件：

（1）经血管造影术证实一条或者一条以上的上述动脉狭窄达到 50%或者以上；

（2）对一条或者一条以上的上述动脉实施了血管介入治疗，如血管成形术及/或者进行植入支架或者动脉粥样瘤清除手术。

以上动脉疾病的诊断以及相关治疗的必要性必须由血管疾病的专科医生确定。

12、植入心脏除颤器：

指因严重心率失常而实际实施了植入永久性心脏除颤器的手术，理赔时，需提供完整病历资料及手术记录。

13、植入心脏起搏器：

因严重心率失常而确实已经实施永久性心脏起搏器的植入手术。理赔时须提供完整病历资料及手术记录，诊断及治疗均须在保险人认可医院专科医生认为是医疗必须进行。

由于心脏再同步化治疗而实施的植入心脏起搏器包括在本保障范围内。

14、脑垂体瘤、脑囊肿、脑动脉瘤及脑血管瘤：

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；

15、微创颅脑手术：

因疾病被保险人确已实施全麻下的颅骨钻孔技术或者经鼻蝶窦入颅手术。

因外伤而实施的脑外科手术不在本保障范围内。

七、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、在二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

八、无有效驾驶证：

被保险人存在下列情形之一者：

- 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。

九、无有效行驶证：

指下列情形之一：

- 1.机动车被依法注销登记的；
- 2.无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动交通工具；

3.未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动车交通工具。未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

十、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。

十一、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。

十二、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。

十三、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。

十四、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。

十五、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外一个房间；（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：自己进行淋雨或盆浴。

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。

十六、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。

在人体血液或其它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。

十七、症状：

指被保险人病后对机体生理功能异常的自身体验和感觉。

十八、体征：

指被保险人的体表或内部结构发生可以察觉的改变。

十九、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。

二十、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。

二十一、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。

二十二、ICD-10 与 ICD-0-3：

《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-0-3），是 WHO 发布的针对 ICD 中肿瘤的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-0-3 不一致的情况，以 ICD-0-3 为准。

二十三、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。

二十四、未到期保险费：

除另有约定外，未到期保险费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]。经过天数不足一天的按一天计算。

二十五、保险费应付之日

指保险期间起始日在每月的对应日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。以保险期间 1 年的保险合同为例，若保险期间起始日为 2020 年 7 月 1 日，则次月的

保险费应付之日为 2020 年 8 月 1 日，以此类推，则最后一个月的保险费应付日为 2021 年 6 月 1 日。

二十六、不可抗力：

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

二十七、保险金申请人：

指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。