

阳光财产保险股份有限公司
个人医疗费用保险 B 款（支付宝版）条款
（阳光财险）（备-医疗保险）【2021】（主）025 号
（注册号：C00009332512020111903412）

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中华人民共和国境内（不含港、澳、台地区）具有完全民事行为能力的被保险人本人或对被保险人有保险利益的其他人。

第四条 被保险人

除本合同另有约定外，投保时年龄为出生满 28 日至 65 周岁（含）（续保可至 100 周岁），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

本合同的保险责任包括“一般医疗保险金”、“重大疾病和罕见病医疗保险金”、“质子重离子医疗保险金”、“重大疾病津贴保险金”和“指定疾病及手术特需医疗保险金”，其中“一般医疗保险金”、“重大疾病和罕见病医疗保险金”和“质子重离子医疗保险金”为必选责任，“重大疾病津贴保险金”和“指定疾病及手术特需医疗保险金”为可选责任。投保人可只投保必选责任，也可在投保必选责任的同时选择投保可选责任，但不能单独投保可选责任。

（一）一般医疗保险金（必选责任）

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本合同约定的重大疾病及罕见病以外的其它疾病，在医院经专科医生诊断需接受治疗的，保险人对下述四类医疗费用，按照本合同的约定承担给付一般医疗保险金的责任：

1. 住院医疗费用

指被保险人经医院诊断必须住院治疗时，被保险人需个人支付的、**必需且合理**的住院医疗费用，包括床位费、加床费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、医生费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费、救护车使用费。

至本合同保险期间届满日时，被保险人未结束本次住院治疗且未续保的，保险人继续承担因本次住院发生的、**最高不超过本合同保险期间届满日后 30 日内（含第 30 日）**的住院医疗费用。

2. 特殊门诊医疗费用

指被保险人经医院诊断必须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) 门诊恶性肿瘤治疗费，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法治疗费用；
- (3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费。

3. 门诊手术医疗费用

指被保险人经医院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

指被保险人经医院诊断必须接受住院治疗，在住院前 30 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因接受门急诊治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的门急诊医疗费用（但不包含特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用）。

对于以上四类费用，保险人对于被保险人需个人支付的、必需且合理的金额，在扣除约定的免赔额后，依照约定的给付比例进行赔付。保险人在一般医疗保险金责任项下累计给付保险金金额之和以本合同约定的一般医疗保险金的保险金额为限，当保险人在一般医疗保险金责任项下累计给付金额达到一般医疗保险金的保险金额时，保险人对被保险人在一般医疗保险金责任项下的保险责任终止。

（二）重大疾病和罕见病医疗保险金（必选责任）

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经医院确诊初次（续保的或者本合同另有约定的不在此限）罹患本合同约定的重大疾病或罕见病，并在医院经专科医生诊断需接受治疗的，保险人对下述四类医疗费用，按照本合同的约定承担给付重大疾病或罕见病医疗保险金的责任：

1. 重大疾病和罕见病住院医疗费用

指被保险人经医院诊断罹患重大疾病或罕见病必需接受住院治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的治疗重大疾病或罕见病的住院医疗费用，包括床位费、加床费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、医生费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费、救护车使用费。

至本合同保险期间届满日时，被保险人未结束本次住院治疗且未续保的，保险人继续承担因本次住院发生的、最高不超过本合同保险期间届满日后 30 日内（含第 30 日）的住院医疗费用。

2. 重大疾病和罕见病特殊门诊医疗费用

指被保险人经医院诊断罹患重大疾病或罕见病必需接受特殊门诊治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的重大疾病或罕见病特殊门诊医疗费用，包括：

- (1) 门诊肾透析费；
- (2) 门诊恶性肿瘤治疗费，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法治疗费用；
- (3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费。

3. 重大疾病和罕见病门诊手术医疗费用

指被保险人经医院诊断罹患重大疾病或罕见病，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或罕见病门诊手术医疗费用。

4. 重大疾病和罕见病住院前后门急诊医疗费用

指被保险人经医院诊断罹患重大疾病或罕见病，必须接受住院治疗，在住院前 30 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因接受重大疾病或罕见病门急诊治疗，被保险人需个人支付的、必需且合理的重大疾病或罕见病门急诊医疗费用（但不包含重大疾病和罕见病特殊门诊医疗费用及重大疾病和罕见病门诊手术医疗费用）。

对于以上四类费用，保险人对于被保险人需个人支付的、必需且合理的金额，依照本合同约定的给付比例进行赔付。保险人在重大疾病和罕见病医疗保险金责任项下累计给付保险金金额之和以本合同约定的重大疾病和罕见病医疗保险金的保险金额为限，当保险人在重大疾病和罕见病医疗保险金责任项下累计给付金额达到重大疾病和罕见病医疗保险金的保险金额时，保险人对被保险人在重大疾病和罕见病医疗保险金责任项下的保险责任终止。

（三）质子重离子医疗保险金（必选责任）

在保险期间内，被保险人在等待期后经医院确诊初次（续保的或者本合同另有约定的不在此限）罹患恶性肿瘤-重度，并在保险人认可的**特定医疗机构**接受质子重离子治疗的，对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，依照本合同约定的给付比例进行赔付。保险人在质子重离子医疗保险金责任项下累计给付保险金的金额以本合同约定的质子重离子医疗保险金的保险金额为限，当保险人在质子重离子医疗保险金责任项下的累计给付金额达到质子重离子医疗保险金的保险金额时，保险人对被保险人在质子重离子医疗保险金责任项下的保险责任终止。

本合同中所指的特定医疗机构由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在本合同中载明。

（四）重大疾病津贴保险金（可选责任）

在保险期间内，被保险人经医院的专科医生诊断因遭受意外伤害事故导致初次罹患本合同所定义的重大疾病中列明的任何一种或者多种重大疾病的，或者在等待期后经医院确诊非因意外伤害导致初次罹患本合同所定义的重大疾病中列明的任何一种或者多种重大疾病的，保险人按照重大疾病津贴保险金额向被保险人给付重大疾病津贴保险金，同时保险人对被保险人的本项保险责任终止。

（五）指定疾病及手术特需医疗保险金（可选责任）

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确诊初次罹患本合同约定的指定疾病而接受下述一种或多种治疗项目的，保险人将上述（一）一般医疗保险金责任和（二）重大疾病和罕见病医疗保险金责任中的医院范围扩展至**特定医疗机构**，对于被保险人在特定医疗机构所发生的对应的各项医疗费用，在**一般医疗保险金额或重大疾病和罕见病医疗保险金额**的范围内予以给付，且**累计不超过指定疾病及手术特需医疗保险金额**：

1. 恶性肿瘤-重度、严重非恶性颅内肿瘤或重型再生障碍性贫血的治疗；
2. 指定移植手术；
3. 指定重大手术。

对于被保险人在特定医疗机构的治疗，当保险人累计给付保险金的金额之和达到本合同约定的指定疾病及手术特需医疗保险金额时，保险人对被保险人在指定疾病及手术特需医疗保险责任项下的保险责任终止。

对于被保险人在等待期内非因意外伤害罹患本合同所定义的重大疾病中列明的任何一种或者多种疾病的，保险人不承担保险责任并向投保人无息返还本合同所交保险费，同时本合同终止。

以上“（一）一般医疗保险金”、“（二）重大疾病和罕见病医疗保险金”和“（五）指定疾病及手术特需医疗保险金”保险责任，由医院的专科医生开具的当前治疗必需的药品处方中所列药品若无法在本次住院医院内获得，被保险人可从院外购买药品，保险人分别在各项责任保险金额下予以赔付，**但被保险人需遵循以下流程：**

（1）授权申请：

被保险人作为申请人向保险人提交院外药品购买授权申请（以下简称“授权申请”），并按照保险人的要求提交相应授权申请材料，包括但不限于与被保险人相关的个人信息、诊断证明、与诊断证明相关的检查检验报告、药品处方及其他所需要的医学材料。

（2）药品处方审核：

保险人或保险人指定机构对被保险人进行药品处方审核。若申请人的药品处方审核未通过，则申请人的授权申请不予通过，保险人不承担给付相应药品费用医疗保险金的责任。

保险人或保险人指定机构对被保险人进行药品处方审核标准和依据：

- 药品处方真实性审核；
- 处方用药是否医学必需且合理。

对是否医学必需由保险人或保险人指定机构根据客观、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。

被保险人每次院外购买药品的处方剂量不得超过 30 日，且药品需为本合同保险期间届满日前在中国国家药品监督管理局批准且已在中国境内（不包括港、澳、台地区）上市的药品。

（3）药品购买

药品处方审核通过后，保险人通过申请人的授权申请，保险人将提供购药凭证，被保险人可根据保险人指引，携带其有效身份证件、社会保障卡、有效药品处方和购药凭证在**保险人指定的药店**自取药物，并在店内进行理赔实时结算，若被保险人自行在**保险人认可的药店**购药，亦可事后凭发票及上述相关材料，向保险人提出理赔申请。

在保险期间内，若保险人在上述必选责任和可选责任项下累计给付保险金的总额达到本合同载明的总保险金额时，本合同终止。

第七条 免赔额

免赔额的具体金额以及相关适用情况由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在本合同中载明。

本合同中所指免赔额均指一个保单年度内对应的免赔额，指在本合同保险期间内应由被保险人自行承担，保险人不予赔付的部分。

被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过社会医疗保险和公费医疗获得的医疗费用补偿，不可用于抵扣免赔额。

计入本保单年度免赔额的范围：

可以计入本保单年度免赔额的内容	不可以计入本保单年度免赔额的内容
被保险人社会基本医疗保险个人账户支出的医疗费用	被保险人社会医疗保险统筹支付的医疗费用
被保险人从除社会基本医疗保险和公费医疗保险以外（包括工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得的医疗费用补偿	被保险人公费医疗支付的医疗费用

第八条 补偿原则和赔付标准

（一）本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合同的约定进行赔付。社会医疗保险个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿，不进行前述扣除。

（二）若被保险人以参加社会医疗保险身份投保，但未以参加社会医疗保险身份就诊并结算医疗费用的，则保险人根据保险单中单独约定的给付比例进行赔付。

第九条 责任免除

因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的或发生如下列明的医疗费用，保险人不承担保险金给付责任：

（一）既往疾病：先天性疾病（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定）；被保险人在初次投保或非续保前所患既往症及保险单中特别约定的除外疾病引起的相关费用；等待期内被保险人接受医学检查或治疗，在等待期后确诊的同一种疾病。

（二）故意行为或违法犯罪行为：故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；自杀，故意自伤，斗殴，醉酒，服用、吸食或注射毒品；被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶或者驾驶无有效行驶证的机动车辆。

（三）非疾病性治疗：预防性、康复性、保健性、美容整形等相关医疗；眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具。生育或牙科相关治疗：妊娠（含宫外孕）、流产、分娩（含剖宫产）、避孕、绝育手术、治疗不孕不育症、人工受孕及由此导致的并发症；牙科治疗。

（四）未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及其产生的后果所产生的费用；未获得治疗所在地政府许可或批准的治疗、药品或药物；各类医疗鉴定费用；被保险人在不符合本合同约定的医院就诊发生的医疗费用。

（五）职业运动或高风险运动：从事职业运动或可获得报酬的运动或竞技；参加潜水、跳伞或其他空中运动、攀登海拔 3500 米以上的独立山峰、攀岩或攀爬建筑物、探险、武术、摔跤、特技表演（含训练）、赛马、赛车等高风险运动。

（六）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（但符合本合同约定的“因职业关系导致的艾滋病病毒（HIV）感染”、“经输血感染艾滋病病毒（HIV）”、“器官移植导致的 HIV 感染”不在此限）；被保险人患精神性疾病（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD10）分类为精神和行为障碍的疾病）。

第十条 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。本合同的一般医疗保险金额、重大疾病和罕见病医疗保险金额、质子重离子医疗保险金额、重大疾病津贴保险金额、指定疾病及手术特需医疗保险金额和总保险金额，具体由投保人和保险人双方在签订合同时协商约定，并在保险单中载明。

第十一条 保险期间

除另有约定外，本合同保险期间为一年，以本合同载明的起讫时间为准。自保险单或其他保险凭证上记载的保险期间起始日零时起至保险期间期满日的 24 时止。

第十二条 续保

本合同为非保证续保合同。本合同保险期间届满，投保人需重新向保险人申请续保本产品，交纳保险费获得新的保险合同，续保不再计算等待期。自上一保险期间届满日的次日零时起 30 日为保险费缴纳的宽限期。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缴的保险费。**如果投保人在宽限期届满时仍未缴纳保险费，则本合同自保险期间届满日的 24 时止效力终止。

续保时保险人有权根据被保险人的年龄、医疗费用水平变化、本保险整体经营状况调整被保险人续保时的费率。费率调整适用于本合同的所有被保险人或同一投保年龄段的所有被保险人，保险人不会因为某一被保险人的健康状况变化或历史理赔情况而单独调整该被保险人的续保费率或拒绝被保险人续保。在投保人接受费率调整的前提下，保险人方可为投保人办理续保手续。

对于同一被保险人，保险人在其投保本产品的所有保单年度内，仅负责给付一次重大疾病津贴保险金，且一旦给付，在续保保单年度内，保险人将不再承担重大疾病津贴保险金保险责任。

若被保险人超过 100 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。

第十三条 保险费

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。**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 30 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。

第三部分 保险人的义务

第十四条 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。

第十五条 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，保险人按照约定的时间开始承担保险责任。保险单或者其他保险凭证载明双方约定的合同内容。

第十六条 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。

第十七条 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。

第十八条 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。

第十九条 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

第二十条 交费义务

投保人应按照本合同的约定交付保险费。

第二十一条 如实告知

订立本合同时，保险人就投保人或者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。

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。

第二十二条 住址或通讯地址变更告知义务

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。

第二十三条 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。

第二十四条 职业或工种的变更

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

若被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人对该被保险人所负保险责任自其职业或工种变更之日起终止，并退还未满期保险费。

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。

第二十五条 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，本合同所承保的被保险人的投保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合同约定的年龄限制的，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。

第二十六条 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，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。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

第二十七条 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) 保险合同凭证；
- (三) 保险金申请人的有效身份证件；

(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、医疗费用原始单据、费用明细单据等；

(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。

在保险人的理赔审核过程中，**保险人有权在合理的范围内要求被保险人到保险人认可的医院进行医疗检查。**此外，经被保险人家属同意，保险人有权在法律允许情况下，要求尸检，由此产生的检查或检验费用由保险人承担。

第六部分 争议处理与法律适用

第二十八条 合同的争议处理

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，依法向人民法院起诉。

第二十九条 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

第三十条 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。

第三十一条 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所约定的情况而终止。

第八部分 释义

一、保险人

指阳光财产保险股份有限公司。

二、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、等待期

指自本合同保险期间起始之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、疾病

指等待期届满后被保险人所患疾病或症状，但不包括本合同生效前、等待期内已接受或曾被医生建议需采取诊疗措施的任何疾病或症状。

五、医院

是指经中华人民共和国卫生部门审核认定的二级或以上的公立医院或保险人认可的医疗机构，且仅限于上述医院的普通部，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；
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。

六、住院

是指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院之正式病房接受监护治疗的过程，并正式办理入出院手续。但不包括下列情况：

1. 被保险人在医院的（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 1 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。

七、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医疗费用。

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。

八、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费用（不包括单人病房、套房、家庭病床的床位费用），但若投保人选择投保了指定疾病及手术特需医疗保险金责任，在接受指定疾病及手术特需医疗时产生的床位费不在此列，每日限额由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在本合同中载明。

九、加床费

（一）未满 18 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。

（二）女性被保险人在住院期间，其出生未满 1 周岁的新生婴儿所发生的住院加床费。

十、膳食费

指住院期间实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用，但不包括购买个人用品的费用。

十一、护理费

指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

十二、重症监护室床位费

指住院期间出于医学必需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、心电图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。

十三、医生费

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

十四、检查检验费

指实际发生的、以诊断意外伤害或疾病为目的，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、便常规检验费等。

十五、治疗费

指以治疗意外伤害或疾病为目的，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和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

十六、药品费

指实际发生在医院、保险人指定或认可的药店的合理且必需的，由医生开具的，具有中国国家药品监督管理局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，以及下列中药类药品：

1. 主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药，如花旗参，冬虫草，白糖参，朝鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝，红参，琥珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，燕窝，野山参，移山参，珍珠（粉），紫河车，阿胶，阿胶珠，血宝胶囊，红桃K口服液，十全大补丸，十全大补膏等；
2. 部分可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸，海马，胎盘，鞭，尾，筋，骨等；
3. 用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

十七、手术费

指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用，包括手术室费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费；若因器官移植而发生的手术费用，不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。

十八、救护车使用费

指根据医生建议发生的医院转诊过程中的医院用车费，仅限于同一城市中的医疗运送。

十九、化学疗法

指对于恶性肿瘤的化学治疗。化学疗法是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。本合同所指的化学疗法为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化学疗法。本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、放射疗法

指针对恶性肿瘤的放射治疗。放射疗法是使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以抑制和杀灭癌细胞为目的而进行的治疗。本合同所指的放射疗法为被保险人根据医嘱，在医院的专门科室进行的放射疗法。

二十一、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，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本合同所指的肿瘤免疫疗法中使用的治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。

二十二、肿瘤内分泌疗法

指对于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。本合同所指的肿瘤内分泌疗法中使用的内分泌治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。

二十三、肿瘤靶向疗法

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

二十四、重大疾病

本合同所规定的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：

(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。**下列疾病不属于本保险合同约定的“恶性肿瘤——重度”：**

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<10/50 HPF和ki-67≤2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

(2) 较重急性心肌梗塞

急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合：1) 检测到肌酸激酶同工酶（CK-MB）或肌钙蛋白（cTn）升高和/或降低的动态变化，至少一次达到或超过心肌梗死的临床诊断标准；2) 同时存在下列之一的证据，包括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的病理性Q波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。

较重急性心肌梗死指依照上述标准被明确诊断为急性心肌梗死，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) 升高不属于本保险合同约定的“较重急性心肌梗死”。

(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属于本保险合同约定的“冠状动脉搭桥术 (或称冠状动脉旁路移植术)”。

(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超或其它影像学检查显示肝脏体积急速萎缩;
- 4) 肝功能指标进行性恶化。

(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-0-3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。

下列疾病不属于本保险合同约定的“严重非恶性颅内肿瘤”：

- 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-3岁始理赔

指因疾病或意外伤害导致双耳听力**永久不可逆**性丧失，在500赫兹、1000赫兹和2000赫兹语音频率下，平均听阈大于等于91分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

被保险人申请理赔时年龄必须在3周岁以上，并且提供理赔当时的听力丧失诊断及检查证据。

(14) 双目失明-3岁始理赔

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。

被保险人申请理赔时年龄必须在3周岁以上，并且提供理赔当时的双目失明诊断及检查证据。

(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属于本保险合同约定的“心脏瓣膜手术”。

(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属于本保险合同约定的“严重阿尔茨海默病”。

(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属于本保险合同约定的“严重原发性帕金森病”。

(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-3 岁始理赔

指因疾病或意外伤害导致语言能力完全丧失，经过积极治疗至少12个月（声带完全切除不受此时间限制），仍无法通过现有医疗手段恢复。

精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。

被保险人申请理赔时年龄必须在 3 周岁以上，并且提供理赔当时的语言能力丧失诊断及检查证据。

(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：
 - a. 中性粒细胞绝对值 $<0.5 \times 10^9/L$ ；
 - b. 网织红细胞计数 $<20 \times 10^9/L$ ；
 - c. 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属于本保险合同约定的“主动脉手术”。

(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。

(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) 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，必须满足下列全部条件：

- 1) 经药物治疗和胸腺切除治疗一年以上仍无法控制病情；
- 2) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(30) 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。

(31) 严重心肌病

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协会心功能分类标准心功能达四级），且有相关住院医疗记录及检查显示四级心功能衰竭状态持续至少 180 天。

继发于全身性疾病或其它器官系统疾病造成的心肌病不属于本保险合同约定的“严重心肌病”；因酒精和药物滥用造成的心肌病变不在保障范围内。

(32) 系统性红斑狼疮——III 型或以上狼疮性肾炎

是指由于病理性自身抗体和免疫复合物的沉积破坏了血管和细胞而导致的多系统损害的一种自体免疫性疾病。本合同所指的系统性红斑狼疮仅限于累及肾脏（经肾脏病理检查或临床确诊，并符合下列世界卫生组织(WHO)诊断标准定义III型至V型狼疮性肾炎）的系统性红斑狼疮。**其他类型的红斑性狼疮，如盘状狼疮，仅累及血液及关节等其他系统的系统性红斑狼疮不包含在内。**

世界卫生组织(WHO)狼疮性肾炎分型：

I型(微小病变型)镜下阴性，尿液正常；

II型(系膜病变型)中度蛋白尿，偶有尿沉渣改变；

III型(局灶及节段增生型)蛋白尿，尿沉渣改变；

IV型(弥漫增生型)急性肾炎伴有尿沉渣改变及/或肾病综合征；

V型(膜型)肾病综合征或重度蛋白尿。

(33) 因职业关系导致的艾滋病病毒(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艾滋病病毒(HIV)。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；
- 2) 血清转化必须出现在事故发生后的6个月(含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艾滋病病毒(HIV)阴性和/或HIV抗体阴性；
- 4) 必须在事故发生后的12个月(含12个月)内证实被保险人体内存在艾滋病病毒(HIV)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

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感染不在本保单保障范围内。保险公司必须拥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。

本疾病不受本合同第九条责任免除中关于“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

(34) 经输血感染艾滋病病毒(HIV)

是指被保险人感染上艾滋病病毒(HIV)并且符合下列所有条件：

- 1) 在保障起始日之后，被保险人因治疗必需而接受输血，并且因输血而感染艾滋病病毒；
- 2) 提供输血治疗的输血中心或医疗机构出具该项输血感染属医疗责任事故的报告，或法院终审裁定为医疗责任并且不准上诉；
- 3) 提供输血治疗的输血中心或医疗机构必须拥有合法经营执照；

4) 受感染的被保险人不是血友病患者；

本疾病不受本合同第九条责任免除中关于“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致的艾滋病病毒感染不在保障范围内。

保险人必须拥有获得使用被保险人的血液样本的权利和能够对这些样本进行独立检验的权利。

(35) 严重多发性硬化

多发性硬化为中枢神经系统白质多灶性脱髓鞘病变，病变有时累及灰质。多发性硬化必须明确诊断并由核磁共振(MRI)等影像学检验证实，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：

- 1) 移动：自己从一个房间到另一个房间；或
- 2) 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

(36) 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。

本合同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。

肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意活动。

(37) 胰岛素依赖型糖尿病（I 型糖尿病）

胰岛素依赖型糖尿病是由于胰岛素分泌不足引起的慢性血糖升高，并需持续性地依赖外源性胰岛素维持一百八十天以上，须由内分泌专科医生确诊并在本合同保险责任有效期内，满足下述至少一个条件：

- 1) 内分泌专科医生确认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) 因坏疽需切除一只或以上脚趾。

(38) 肺源性心脏病

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

(39) 植物人状态

指脑皮质广泛性坏死而导致对自身及周边的认知能力完全丧失，但脑干功能依然存在，必须经神经科专科医生明确诊断，并有头颅断层扫描（CT），核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实。上述情况必须有至少一个月的病历记录加以证实。

因酗酒或滥用药物所致的植物人状态不在保障范围内。

(40) 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（腕关节、肘关节、肩关节、踝关节、膝关节、髋关节）或关节组（如手的多个指间、掌指关节，足的多个足趾、跖趾关节等），并已达到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，且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。

(41) 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。

神经官能症和精神疾病不在本保障范围内。

(42) 多处臂丛神经根性撕脱

由于疾病或意外导致至少两根臂丛神经根性撕脱，所造成的手臂感觉功能与运动功能完全永久性丧失。该病须有电生理检查结果证实。

(43) 严重哮喘（25 周岁前理赔）

指一种反复发作的严重支气管阻塞性疾病，必须同时符合下列标准：

- 1) 过去两年中曾因哮喘持续状态住院治疗，并提供完整住院记录；
- 2) 因慢性过度换气导致胸廓畸形；
- 3) 在家中需要医生处方的氧气治疗法；
- 4) 持续日常服用口服类固醇激素治疗持续至少 6 个月。

被保险人申请理赔时年龄必须在年满 25 周岁之前。

(44) 严重川崎病

是指原因不明的系统性血管炎，本病须满足下列全部条件：

- 1) 超声心动图显示川崎病并发冠状动脉瘤或其他心血管异常；
- 2) 已接受了针对川崎病并发冠状动脉瘤或其他心血管异常所进行的手术治疗。

(45) 严重系统性硬皮病

指一种以局限性或弥漫性皮肤增厚和皮肤、血管、内脏器官异常纤维化为特征的结缔组织病。本病须满足下列至少一项条件：

- 1) 肺脏：肺部病变进而发展为肺间质纤维化和肺动脉高压；
- 2) 心脏：心功能受损达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级；
- 3) 肾脏：肾脏受损导致双肾功能慢性不可逆衰竭，达到尿毒症期。

下列疾病不属于本保险合同约定的“严重系统性硬皮病”：

- 1) 局部性硬皮病（如：带状硬皮病、硬斑病）；
- 2) 嗜酸性粒细胞性筋膜炎；
- 3) CREST 综合征。

（46）丝虫病所致象皮肿

指因丝虫感染导致淋巴阻塞性出现严重淋巴水肿，达到国际淋巴学会淋巴肿分期第Ⅲ期，临床表现为肢体象皮肿，患肢较健肢增粗 30%以上，日常生活不能自理。此病症须根据临床表现和微丝蚴的化验结果确诊。

（47）胰腺移植

指因胰腺功能衰竭，已经实施了在全身麻醉下进行的胰腺的异体器官移植手术（供体必须是人体器官）。

单纯胰岛移植、部分胰腺组织或细胞的移植不属于本保险合同约定的“胰腺移植”。

（48）急性坏死性胰腺炎开腹手术

指为治疗急性坏死性胰腺炎，实际实施了开腹手术进行的坏死组织清除术、病灶切除术或胰腺部分切除术。

因酒精作用所致的急性坏死性胰腺炎不在保障范围内。

（49）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) CT 显示胰腺广泛钙化或逆行胰胆管造影（ERCP）显示胰管扭曲、扩张和狭窄；
- 2) 持续接受胰岛素替代治疗和酶替代治疗 180 天以上。

因酒精导致的慢性复发性胰腺炎不在保障范围内。

（50）疯牛病

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。

本病须根据 WHO 诊断标准明确诊断，并且被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

（51）肾髓质囊性病

肾髓质囊性病的诊断必须同时符合下列要求：

- 1) 肾髓质有囊肿、肾小管萎缩及间质纤维化等病理改变；
- 2) 贫血、多尿及肾功能衰竭等临床表现；
- 3) 诊断须由肾组织活检确定。

（52）严重的原发性硬化性胆管炎

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

- 1) 持续性黄疸病史；

- 2) 总胆红素和直接胆红素同时升高，血清 ALP>200U/L；
- 3) 经内镜逆行胰胆管造影（ERCP）影像学检查确诊；
- 4) 出现胆汁淤积性肝硬化或门脉高压。

因肿瘤或胆管损伤等继发性的硬化性胆管炎不属于本保险合同约定的“严重的原发性硬化性胆管炎”。

(53) 特发性慢性肾上腺皮质功能减退

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，须满足下列全部条件：

- 1) 必须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 血浆肾素活性、血管紧张素 II 和醛固酮测定结果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。

肾上腺结核、艾滋病病毒（HIV）感染或者艾滋病、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属于本保险合同约定的“特发性慢性肾上腺皮质功能减退”。

(54) 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，必须立刻进行手术及清创术。最后的诊断必须由微生物或病理学专家进行相关检查后证实。

(55) 颅脑手术

被保险人确已实施全麻下的开颅手术（以切开硬脑膜为准）（不包括颅骨钻孔手术和经鼻蝶窦入颅手术）。

因外伤而实施的脑外科手术不属于本保险合同约定的“颅脑手术”。

理赔时必须提供由神经外科医生出具的诊断书及手术报告。

(56) 严重肌营养不良症

指一组原发于肌肉的遗传性疾病，临床表现为与神经系统无关的骨骼肌肉对称地进行性无力和萎缩，且须满足下列全部条件：

- 1) 肌电图显示典型肌营养不良症的阳性改变；
- 2) 肌肉组织活检的病理学诊断符合肌营养不良症的肌肉细胞变性、坏死等阳性改变；
- 3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(57) 严重心肌炎

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纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能IV级，或左室射血分数低于 30%；
- 2) 持续不间断 180 天以上；

3) 被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

(58) 肝豆状核变性(或称 Wilson 病)

指一种常染色体隐性遗传的铜代谢缺陷病，以不同程度的肝细胞损害、脑退行性病变和角膜边缘有铜盐沉着环为其临床特征，并须满足下列全部条件：

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

(59) 侵蚀性葡萄胎

该类疾病是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。

(60) 破裂脑动脉瘤夹闭手术

指因脑动脉瘤破裂造成蛛网膜下腔出血，被保险人实际接受了在全麻下进行的开颅动脉瘤夹闭手术。**脑动脉瘤（未破裂）预防性手术、颅骨打孔手术、动脉瘤栓塞手术、血管内手术及其他颅脑手术不属于本保险合同约定的“破裂脑动脉瘤夹闭手术”。**

(61) 需手术切除的嗜铬细胞瘤

是指肾上腺或嗜铬外组织出现神经内分泌肿瘤，并分泌过多的儿茶酚胺类，需要并实际进行了手术切除肿瘤。嗜铬细胞瘤的诊断必须由内分泌专科医生确定。

(62) 进行性核上性麻痹（Steele-Richardson-Olszewski 综合征）

进行性核上性麻痹（PSP）又称 Steele-Richardson-Olszewski 综合征，是一种少见的神经系统变性疾病，以假球麻痹、垂直性核上性眼肌麻痹、锥体外系肌僵直、步态共济失调和轻度痴呆为主要临床特征。PSP 必须由神经内科专科医生确诊，并且被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(63) 范可尼综合征

也称 Fanconi 综合征，指近端肾小管的功能异常引起的一组症候群。须满足下列至少三项条件：

- 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。

(64) 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，必须满足下列全部条件：

- 1) 至少切除了三分之二小肠；
- 2) 完全肠外营养支持三个月以上。

(65) 严重瑞氏综合征（Reye 综合征，也称赖氏综合征、雷氏综合征）

瑞氏综合征为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。

瑞氏综合征必须满足以下所有条件：

- 1) 有脑水肿和颅内压升高的脑脊液检查和影像学检查证据；
- 2) 血氨超过正常值 3 倍；
- 3) 临床出现昏迷，病程至少达到疾病分期的第 3 期。

(66) 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。

(67) 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心脏病，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 <40 次/分钟；
- 2) 动态心电图显示至少 3 秒的 RR 间期；
- 3) 出现阿-斯综合征或心力衰竭的表现；
- 4) 必须持续性依赖心脏起搏器维持心脏正常功能，且已经放置永久性心脏起搏器。

(68) 细菌性脑脊髓膜炎

指因细菌引起脑和脊髓的脑脊膜炎性感染，经脑脊液细菌学检查确诊，且导致永久性神经损伤。永久性神经损伤是指经神经科专科医生明确诊断，遗留下列残疾之一而无法复原并持续达 180 日以上者：

- 1) 符合神经精神病学标准的严重认知功能障碍，而需持续监护；
- 2) 听力丧失或失明；
- 3) 语言机能丧失；
- 4) 肌体功能障碍，导致无法完成其中三项或三项以上的日常生活活动。

(69) 严重感染性心内膜炎

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

- 1) 血液培养测试结果为阳性，并至少符合以下条件之一：
 - a. 微生物：在赘生物、栓塞的赘生物或心脏内脓疡经培养或组织检查证实有微生物；

- b. 病理性病灶：组织病理学检查证实赘生物或心脏内脓疡有活动性心内膜炎；
- c. 分别两次血液培养证实有典型的病原体且与心内膜炎吻合；
- d. 持续血液培养证实有病原体阳性反应，且与心内膜炎吻合；

2) 心内膜炎引起中度心瓣膜闭锁不全（指返流分数 20%或以上）或中度心瓣膜狭窄（指心瓣膜开口范围小于或等于正常的 30%）；

3) 心内膜炎及心瓣膜病损须经心脏专科医生确诊。

(70) 严重的骨髓增生异常综合征

骨髓增生异常综合征 (Myelodysplastic syndromes, MDS) 是起源于造血干细胞的一组异质性髓系克隆性疾病，特点是髓系细胞发育异常，表现为无效造血、难治性血细胞减少，本合同所指的严重骨髓异常增生综合征需满足下列所有条件：

- 1) 由血液科专科的主治级别以上的医师确诊；
- 2) 骨髓涂片检查同时符合发育异常细胞比例 >10%、原始细胞比例 >15%；
- 3) 已接受至少累计 30 天的化疗或已接受骨髓移植治疗。

化疗日数的计算以被保险人实际服用、注射化疗药物的天数为准。

(71) 严重癫痫

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

发热性惊厥以及没有全身性发作的失神发作（癫痫小发作）不属于本保险合同约定的“严重癫痫”。

(72) 心脏粘液瘤开胸切除术

指经保险人认可医院的医生明确诊断为心脏粘液瘤，并且实际实施了开胸打开心脏进行的心脏粘液瘤切除手术。

(73) 肺淋巴管肌瘤病

是一种弥漫性肺部疾病，主要病理改变为肺间质、支气管、血管和淋巴管内出现未成熟的平滑肌异常增生，同时须满足下列全部条件：

- 1) 经组织病理学诊断；
- 2) CT 显示双肺弥漫性囊性改变；
- 3) 血气提示低氧血症，动脉血氧分压 (PaO₂) 持续 <50mmHg。

(74) 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。

(75) 小肠移植

指因肠道疾病或外伤，已经实施了在全身麻醉下进行的小肠异体器官移植手术，此手术必须由专科医生认为是医学上必须的情况下进行。

(76) 疾病或外伤所致智力障碍

指因严重头部创伤或疾病造成被保险人智力低常（智力低于常态）。根据智商（IQ）监测分类，智力低常分为轻度（IQ50-70）、中度（IQ35-50）、重度（IQ20-35）和极重度（IQ<20）。智商的检测必须由保险人认可的专职心理测验工作者进行，心理测验工作者必须持有由心理测量专业委员会资格认定书。根据被保险人年龄采用对应的智力量表如韦克斯勒智力量表（儿童智力量表或成人智力量表），理赔时必须满足下列全部条件：

- 1) 造成被保险人智力低常（智力低于常态）的严重头部创伤或疾病（以入院日期为准）发生在被保险人 6 周岁以后；
- 2) 儿科专科医师确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低常；
- 3) 专职合格心理检测工作者适时做的心理检测证实被保险人智力低常（轻度、中度、重度或极重度）；
- 4) 被保险人的智力低常自确认日起持续 180 日以上。

(77) 骨生长不全症

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。本合同只保障 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。

(78) 严重面部烧伤

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

(79) 亚急性硬化性全脑炎

是麻疹或麻疹样病毒所导致的一种中枢神经系统慢性感染。中枢神经系统呈现灰质和蛋白质破坏为特征的慢性和急性混合存在的炎症。亚急性硬化性全脑炎必须满足以下所有条件：

- 1) 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度升高；
- 2) 被保险人出现运动障碍，自主生活能力完全丧失，无法独立完成各项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(80) 脊髓小脑变性症

脊髓小脑变性症为一组以小脑萎缩和共济失调为主要临床特点的疾病。必须符合以下全部条件：

- 1) 脊髓小脑变性症必须由神经科专科医生确诊，并有以下全部证据支持：
 - ① 影响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，无法独立完成基本日常生活或者活动中的三项或者三项以上。

(81) 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，必须由神经科专科医生根据脑组织活检确定。

(82) 弥漫性血管内凝血

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

(83) 失去一肢及一眼

因疾病或受伤导致一眼视力永久性完全丧失以及任何一肢于腕骨或踝骨部位或以上完全性切断。

(84) 独立能力丧失

指疾病或外伤造成被保险人至少持续 6 个月以上完全无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。被保险人的日常生活活动能力丧失必须是永久性的。

(85) 器官移植导致的 HIV 感染

指因进行器官移植而感染上人类免疫缺陷病毒（HIV），且须满足下列全部条件：

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

本疾病不受本保险合同第九条责任免除中关于“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

(86) 溶血性尿毒症综合征

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。溶血性尿毒症综合征必须由血液和肾脏专科医师诊断，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，不属于本保险合同约定的“溶血性尿毒症综合征”。

(87) 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，并可累及大血管、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 日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。

(88) 埃博拉病毒感染

受埃博拉病毒感染导致出血性发热。埃博拉病必须经传染病专科医生确诊，并且埃博拉病毒的存在必须经过实验室检查证实。该病必须从症状开始后 30 日后持续出现并发症。

(89) 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、高压的主动脉血流将其内膜撕裂，以致主动脉腔内的血流通过主动脉内膜的破裂口进入主动脉内壁而形成血肿。被保险人需通过 X 线断层扫描（CT）、磁共振扫描（MRI）、磁共振血管检验法（MRA）或血管扫描等检查，并且实施了胸腹切开的直视主动脉手术。

(90) 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，必须满足以下所有条件：

- 1) 细菌培养和临床表现符合坏死性筋膜炎诊断标准；
- 2) 病情迅速恶化，有脓毒血症表现；
- 3) 受感染肢体被截肢（自腕关节或踝关节近端）。

(91) 骨髓纤维化

原发性骨髓纤维化为原因不明的骨髓中成纤维细胞增殖，伴有髓外造血，表现为进行性贫血、脾肿大等症状。本疾病须根据骨髓的活组织检查和周围血象检查由医院血液科专科医生明确诊断，并至少符合下列条件中的三项，且符合条件的状态持续 180 日及以上，并已经实际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 $<100 \times 10^9/\text{L}$ 。

任何其他病因导致的继发性骨髓纤维化不属于本保险合同约定的“骨髓纤维化”。

(92) 严重慢性缩窄性心包炎

由于慢性心包炎症导致心包脏层和壁层广泛瘢痕粘连、增厚和钙化，心包腔闭塞，形成一个纤维瘢痕外壳，使心脏和大血管根部受压，阻碍心脏的舒张。被保险人被明确诊断为慢性缩窄性心包炎且必须满足以下所有条件：

- 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 日以上；
- 2) 实际接收了以下任何一种手术路径的心包剥脱或心包切除手术；手术路径：胸骨正中切口；双侧前胸切口；左前胸肋间切口。

经胸腔镜、胸壁打孔进行的手术、心包粘连松解手术不属于本保险合同约定的“严重慢性缩窄性心包炎”。

(93) 主动脉夹层瘤

指主动脉的内膜破裂导致血液流入主动脉壁中形成夹层动脉瘤。在本定义中，主动脉指胸主动脉及腹主动脉而非其旁支。诊断必须由检验结果证实，检验包括电脑扫描，磁共振扫描及磁共振血管造影或心导管检查的证明，并有必要进行紧急修补手术。

(94) 严重大动脉炎

指医院心脏或血管外科专科医生确诊的大动脉炎，须满足下列全部条件：

- 1) 红细胞沉降率及 C 反应蛋白高于正常值；

2) 超声检查、CTA 检查或血管造影检查证实主动脉及其主要分支存在狭窄。

(95) 严重结核性脑膜炎

由结核杆菌引起的脑膜和脊膜的非化脓性炎症性疾病。需满足以下全部条件：

- 1) 出现颅内压明显增高，表现头痛、呕吐和视乳头水肿；
- 2) 出现部分性、全身性癫痫发作或癫痫持续状态；
- 3) 昏睡或意识模糊；
- 4) 视力减退、复视和面神经麻痹。

(96) 重症手足口病

由肠道病毒引起的急性传染病，主要症状表现为手、足、口腔等部位的斑丘疹、疱疹。经确诊为患有手足口病，并伴有下列三项中的任意一项并发症：

- 1) 有脑膜炎或脑炎并发症，且导致意识障碍或瘫痪的临床表现及实验室检查证据；
- 2) 有肺炎或肺水肿并发症，且导致呼吸衰竭的临床表现及实验室检查证据；
- 3) 有心肌炎并发症，且导致心脏扩大或心力衰竭的临床表现及实验室检查证据。

(97) 严重甲型及乙型血友病

被保险人必须是患上严重甲型血友病（缺乏Ⅷ凝血因子）或严重乙型血友病（缺乏Ⅸ凝血因子），而凝血因子Ⅷ或凝血因子Ⅸ的活性水平少于百分之一。诊断必须由医院的血液病专科医生确认。

(98) 艾森门格综合症

因心脏病导致的严重肺动脉高压及右向左分流。诊断必须由心脏专科医生经超声心动图和心导管检查证实及需符合以下所有标准：

- 1) 平均肺动脉压高于 40mmHg；
- 2) 肺血管阻力高于 3mm/L/min（Wood 单位）；
- 3) 正常肺微血管楔压低于 15mmHg。

(99) 湿性年龄相关性黄斑变性

又称为新生血管性年龄相关性黄斑变性或“渗出性”年龄相关性黄斑变性，发生脉络膜新生血管（CNV）异常生长穿透玻璃膜进入视网膜，新生血管渗漏，渗出及出血。该病必须由荧光素眼底血管造影检查提示黄斑区新生血管形成，并且必须由医院的眼科专科医生确诊为湿性年龄相关性黄斑变性。

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

(100) 严重肾上腺脑白质营养不良

肾上腺脑白质营养不良是一种脂质代谢障碍，由于体内缺乏过氧化物酶而致长链脂肪酸在体内沉淀，造成脑白质和肾上腺皮质破坏。主要表现为情感障碍、运动功能障碍、肾上腺皮质功能减退等。须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 日。

二十五、罕见病

本合同所规定的罕见病指被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病：

(1) 亨廷顿舞蹈病

又称亨廷顿病，是一种隐匿起病，以舞蹈样不自主运动、精神障碍和痴呆为特征的遗传性神经系统变性病。须经保险人认可医院的专科医生明确诊断。

(2) 卡尔曼综合征

是特发性低促性腺激素性性腺功能减退症（idiopathic hypogonadotropic hypogonadism, IHH）的一种亚型，由 GnRH 合成、分泌和作用障碍引起，表现为不孕不育和青春不发育，伴有嗅觉丧失。须经保险人认可医院的专科医生明确诊断。

(3) 四氢生物喋呤缺乏症

是芳香族氨基酸羟化酶的辅助因子——四氢生物喋呤（tetrahydrobiopterin, BH4）的合成或代谢途径中酶的先天性缺陷导致的氨基酸代谢障碍，导致神经递质合成受影响，出现高苯丙氨酸血症以及严重的神经系统损害症状和智能障碍。须经保险人认可医院的专科医生明确诊断，且满足：

由保险人认可的专职合格心理检测工作者根据年龄采用对应的智力量表检测证实智力低常（智商<70），心理测验工作者必须持有心理测量专业委员会资格认定书。

(4) 苯丙酮尿症

由于苯丙氨酸羟化酶缺乏，引起血苯丙氨酸浓度增高，影响中枢神经系统发育，并导致苯丙酮酸、苯乙酸和苯乳酸等从尿中大量排出，使尿液具有特殊的鼠尿气味。须经保险人认可医院的专科医生明确诊断，并有基因检测支持诊断，且满足：

由保险人认可的专职合格心理检测工作者根据年龄采用对应的智力量表检测证实智力低常（智商<70），心理测验工作者必须持有心理测量专业委员会资格认定书。

(5) 线粒体脑肌病

指一组由线粒体基因（mitochondrial DNA mtDNA）或细胞核基因（nuclear DNA nDNA）发生突变导致线粒体结构和功能异常，以脑和肌肉受累为主要临床表现的多系统受累的疾病。须经保险人认可医院的专科医生明确诊断，并有基因检测或肌肉活检支持诊断。

(6) 异戊酸血症

是由亮氨酸分解代谢中异戊酰辅酶 A 脱氢酶缺乏引起，导致有机酸蓄积，引起严重的代谢性酸中毒、低血糖、高血氨，从而引起脑损伤等多脏器损害。须经保险人认可医院的专科医生明确诊断，并有基因检测或血、尿有机酸检测支持诊断，且满足下列任一条件：

A 诊断为典型或急性型异戊酸血症；

B 由保险人认可的专职合格心理检测工作者根据年龄采用对应的智力量表检测证实智力低常（智商<70），心理测验工作者必须持有心理测量专业委员会资格认定书。

(7) 法布雷病

指一种罕见的 X 连锁遗传性疾病，由于 X 染色体长臂中段编码 α -半乳糖苷酶 A（ α -Gal A）的基因突变，导致 α -半乳糖苷酶 A 结构和功能异常，使其代谢底物三己糖神经酰胺（Globotriaosylceramide, GL-3）和相关鞘糖脂在全身多个器官内大量堆积所导致的临床综合征。根据基因检测明确诊断，并须满足以下任一条件：

A.中枢神经系统受累，存在短暂性脑缺血发作或缺血性卒中；

- B. 肾脏器官受累，达肾病综合征水平；
- C. 冠状动脉受累导致心肌缺血、心脏瓣膜病变或肥厚性心肌病。

(8) 戈谢病

指一种常染色体隐性遗传的溶酶体贮积病，以葡萄糖脑苷脂在巨噬细胞溶酶体贮积导致多器官受累为表现特征。根据葡萄糖脑苷脂酶活性检测明确诊断，实际实施了脾切除手术或造血干细胞移植术。

(9) 朗格汉斯组织细胞增生症

指一组多表现为皮肤、骨质损害等的组织细胞增生性疾患。根据病理检查明确诊断，并且累及全身多系统，进行了联合化疗。

(10) 尼曼匹克病

指鞘磷脂胆固醇酯沉积症，其特点是全单核巨噬细胞和神经系统有大量的含有神经鞘磷脂的泡沫细胞。本病主要表现为肝脾肿大、各种神经功能障碍以及鞘磷脂贮积。须经保险人指定或者认可的医疗机构的专科医生明确诊断，并有基因检测或酸性鞘磷脂酶活性检测支持诊断。

(11) 黏多糖贮积症

指一种进行性多系统受累的溶酶体贮积病，以面容异常、骨骼畸形、肝脾增大、心脏病变等为表现特征。根据酶活性测定或基因突变分析明确诊断，且满足以下任一条件：

A. 由保险人认可的专职合格心理检测工作者（持有心理测量专业委员会资格认定书）根据年龄采用对应的智力量表检测证实智力低常，智力商数（IQ）不高于70，并且智力低常自确认之日起持续180天以上；

B. 实施了骨髓移植手术。

(12) 庞贝氏病（糖原累积病Ⅱ型）

指一种因糖原代谢异常，大量沉积于组织中而致病的常染色体隐性遗传病。以肝大、低血糖、肌无力、发育受限等为表现特征。根据GAA酶活性检测或基因检测明确诊断，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者三项以上的条件。

(13) 21-羟化酶缺乏症

指由于编码21-羟化酶的CYP21A2基因缺陷，导致肾上腺皮质类固醇激素合成障碍。临床表现包括不同程度的失盐和高雄激素血症两大类。须经保险人认可的医院的专科医生明确诊断，并有21-羟化酶活性检查，且检查结果低于1%。

(14) Angelman氏症候群（天使综合征）

指一种由于母源15q11-13染色体区域的UBE3A基因表达异常或功能缺陷引发的神经发育障碍性疾病。临床表现为精神发育迟滞或智力低下，语言、运动或平衡发育障碍，小头畸形，癫痫等。须经保险人指定或者认可的医疗机构的专科医生明确诊断，并有基因检测支持诊断，且满足以下任一条件：

A 实施了手术干预来治疗脊柱侧凸症状；

B 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或者三项以上。

(15) Castleman 综合征

又称巨大淋巴结病或血管滤泡性淋巴结增生症，是一种病因不明的慢性淋巴组织增生性疾病，分为局灶型（unicentric CD，UCD）与多中心型（multicentric CD，MCD）两类。必须经病理活检，并经专科医生确诊。**本合同仅对多中心型 castleman 病进行赔付。**

（16）Prader-Willi 综合征

指一种罕见的、涉及基因印记的遗传性疾病。须经保险人指定或者认可的医疗机构的专科医生明确诊断，并有基因检测支持诊断，且已出现肺源性心脏病或糖尿病。

（17）范科尼贫血

指一种表现为血细胞减少、躯体畸形、智力发育障碍的遗传性再生障碍性贫血。须经保险人指定或者认可的医疗机构的专科医生明确诊断，并有染色体或基因检测支持诊断，且已经接受了雄激素或粒细胞集落刺激因子的治疗。

（18）精氨酸酶缺乏症

指由于精氨酸酶 1（arginase 1，AI）缺陷而引起的尿素循环代谢障碍性疾病。临床表现为进行性痉挛性瘫痪、认知能力的退化、身材矮小。须经保险人指定或者认可的医疗机构的专科医生根据红细胞精氨酸酶测试或其他检测明确诊断，且血氨、血氨基酸分析等实验室检查支持诊断。

（19）戊二酸血症 I 型

指由于细胞内戊二酰辅酶 A 脱氢酶缺陷导致赖氨酸、羟赖氨酸及色氨酸代谢紊乱，造成体内大量戊二酸、3-羟基戊二酸堆积而致病。临床主要表现为大头畸形、进行性肌张力异常和运动障碍。须经保险人指定或者认可的医疗机构的专科医生明确诊断，并有戊二酰辅酶 A 脱氢酶活性或基因检测支持诊断。

（20）原发性肉碱缺乏症

指肉碱转运障碍或肉碱摄取障碍。是由于细胞膜上与肉碱高亲和力的肉碱转运蛋白基因突变所致的一种脂肪酸 β 氧化代谢病。表现为血浆肉碱水平明显降低及组织细胞内肉碱缺乏，引起心脏、骨骼肌、肝脏等多系统损害。须经保险人认可的医疗机构的专科医生明确诊断，并有血酰基肉碱谱检测、或肌肉活检、或基因检测支持诊断。本合同仅对出现肥厚型心肌病或扩张型心肌病的情况予以理赔。

（21）Gitelman 综合征

是一种由肾脏远曲小管钠氯协同转运蛋白（NCC）功能障碍所致的常染色体隐性遗传病。须经保险人认可的医疗机构的专科医生明确诊断，并有基因检测支持诊断，且已达到双肾功能慢性不可逆性衰竭，并已进行了规律性透析治疗或肾脏移植手术。

（22）先天性胆汁酸合成障碍一类由于合成胆汁酸过程中的酶缺陷引起的先天性胆固醇合成胆汁酸障碍的遗传代谢性疾病。本病须经保险人认可医院的专科医生根据血或尿的胆汁酸检测和基因检测明确诊断。须满足下列全部条件：

A 重度黄疸或者黄疸迅速加重；

B 肝功能指标进行性恶化。

（23）先天性肾上腺发育不良

是由 DAX-1 基因突变导致的 X 染色体连锁隐性遗传病。该基因影响类固醇激素的合成及相关器官发育，其突变主要导致肾上腺功能低下。须经保险人认可的医疗机构的专科医生明确诊断，且有基因检测支持诊断。

保险人承担上述（1）-（23）疾病责任不受本保险条款责任免除中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或者染色体异常”的限制。

二十六、质子重离子医疗费用：

指被保险人因接受质子重离子放射治疗而发生的相关费用，包括床位费、膳食费、护理费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费等其他费用。

二十七、特定医疗机构

是指经中华人民共和国卫生部门审核认定的二级或以上公立医院的特需医疗部、国际部或VIP部，以及保险人认可的医疗机构。该医疗机构必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。但上述医疗机构不包括观察室、联合病房和康复病房。

部分医疗机构虽符合上述定义，但保险人仍有权以列明清单的方式予以除外，不作为特定医疗机构。具体除外名单以保险单中载明的为准。

二十八、指定移植手术

指被保险人发生符合以下定义的手术治疗：

1. 重大器官移植术或造血干细胞移植术（释义二十四.4）
2. 胰腺移植术（释义二十四.47）
3. 小肠移植术（释义二十四.75）
4. 自体造血干细胞移植（释义五十四）
5. 角膜移植（释义五十三）

二十九、指定重大手术

指被保险人发生符合以下定义的手术治疗：

1. 冠状动脉搭桥术

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属于本保险合同约定的“冠状动脉搭桥术”。

2. 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属于本保险合同约定的“主动脉手术”。

3. 严重感染性心内膜炎瓣膜置换手术

被保险人因急性或亚急性感染性心内膜炎接受了瓣膜置换手术。

因其他心脏瓣膜病接受的瓣膜置换手术不在指定疾病及手术特需医疗保险金保障范围内。

4. 严重溃疡性结肠炎全结肠切除手术

被保险人因溃疡性结肠炎接受了全结肠切除手术。

部分结肠切除或因其他疾病接受全结肠切除手术不在保障范围内。

5. 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、颅骨打孔手术、动脉瘤栓塞手术、血管内手术及其他颅脑手术不属于本保险合同约定的“破裂脑动脉瘤夹闭手术”。

6. 截肢手术

被保险人因外伤或疾病接受了上肢或下肢的截肢手术。上肢截肢指自腕关节或以上全手截除，下肢截肢指自踝关节或以上全足截除。

自掌骨、跖骨的截除，截指或截趾不属于本保险合同约定的“截肢手术”。

三十、保险人指定的药店

指保险人授权的第三方服务商提供的药店名单。保险人保留对上述指定药店名单做出适当调整的权利。保险人指定的药店同时满足以下条件：

1. 取得国家药品经营许可证、GSP 认证；
2. 该药店内具有医师、执业药师等专业人员提供服务。

三十一、保险人认可的药店

保险人认可的药店应同时满足以下条件：

1. 取得国家药品经营许可证、GSP 认证；
2. 该药店内具有医师、执业药师等专业人员提供服务；
3. 需为当地医保定点零售药房或大病保险特药定点零售药店。

三十二、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。

三十三、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交通工具。

三十四、既往症：

指在本合同生效前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病。通常有以下情况：

1. 本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
2. 本合同生效前，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，以普通人医学常识应当知晓。

三十五、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。

三十六、体征

指被保险人的体表或内部结构发生可以察觉的改变。

三十七、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。

三十八、攀岩

指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

三十九、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。

四十、特技表演

指从事马术、杂技、驯兽等特殊技能。

四十一、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。

四十二、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；同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

四十三、拒保范围

以下职业或工种为拒保范围：

矿工、采石工、采砂工、爆破工、高压电工程设施人员、海洋船员、潜水员、火药炸药制造及处理人、特技演员、驯兽师、防暴警察、特种兵、战地记者。

四十四、周岁

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。

四十五、未到期保险费

除另有约定外，按下述公式计算未到期保费：

如投保人在本合同成立时选择交清保险费，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。

如投保人在本合同成立时选择保费分期缴付方式，未到期保险费 = 本合同的当期保险费×(1-当期实际经过天数/当期实际天数)，经过天数不足一天按一天计算。

若本合同已发生保险金给付的，未到期保险费为零。

四十六、不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

四十七、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。

四十八、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。

四十九、语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失

语言能力完全丧失是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。

咀嚼吞咽能力完全丧失是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。

五十、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。

五十一、酗酒

是指酒精摄入过量。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。

五十二、永久不可逆

是指自疾病确诊或意外伤害发生之日起，经过积极治疗 180 日后，仍无法通过现有医疗手段恢复。

五十三、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保障范围内。

五十四、自体造血干细胞移植

指由于患者自身骨髓造血功能异常或为了达到治疗肿瘤的目的，采集被保险人自己的一部分造血干细胞，分离并深低温保存，再回输给被保险人使被保险人的造血功能和免疫功能重新恢复的一种治疗方法。该治疗须由保险人认可的专科医生认为在临床上是必需的。