



请扫描以查询验证条款

长生人寿保险有限公司

长生彩虹桥尊享医疗保险条款

目录

第一章	保险合同构成及投保范围.....	3
第一条	保险合同构成.....	3
第二条	投保范围.....	3
第二章	保险责任及责任免除.....	3
第三条	等待期.....	3
第四条	保险责任.....	3
第五条	补偿原则和赔付比例.....	7
第六条	免赔额.....	8
第七条	责任免除.....	8
第八条	其他责任免除.....	10
第九条	推荐或认可的医院.....	10
第三章	保障计划、保险金额、保险费及宽限期.....	10
第十条	保障计划.....	10
第十一条	保险金额.....	10
第十二条	保险费及宽限期.....	10
第四章	保险期间、续保、保险合同成立与生效、解除及终止.....	10
第十三条	保险期间.....	10
第十四条	保证续保期间.....	11
第十五条	保证续保权.....	11
第十六条	保证续保权终止.....	11
第十七条	续保.....	11
第十八条	保险合同成立与生效.....	11
第十九条	投保人解除合同.....	11
第二十条	合同效力终止.....	12
第五章	保险金申请.....	12
第二十一条	保险事故通知.....	12
第二十二条	诉讼时效.....	12
第二十三条	保险金申请.....	12

第二十四条 保险金给付.....	13
第二十五条 货币.....	13
第六章 一般条款.....	14
第二十六条 如实告知.....	14
第二十七条 年龄错误.....	14
第二十八条 犹豫期.....	14
第二十九条 医疗保险状态变更.....	14
第三十条 受益人指定与变更.....	15
第三十一条 合同内容变更.....	15
第三十二条 通讯地址变更.....	15
第三十三条 司法鉴定.....	15
第三十四条 争议处理.....	15
第七章 附表.....	16
附表一：重大疾病种类表	16
附表二：特定疾病种类表	31
附表三：保障计划表	32

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指长生人寿保险有限公司，“本合同”指您与我们之间订立的《长生彩虹桥尊享医疗保险》合同。

第一章 保险合同构成及投保范围

第一条 保险合同构成

本合同由保险单及其所附条款、声明、批注，以及与本合同有关的投保单、其他投保文件、体检报告书及其他约定书共同构成。

第二条 投保范围

本合同接受的被保险人应具有中华人民共和国国籍，且投保年龄为出生满三十天至六十四周岁¹。

第二章 保险责任及责任免除

第三条 等待期

自本合同生效之日起，被保险人在等待期内发生与本合同约定的保障计划所保障的疾病有关的诊断、医学咨询、治疗、服用药物或者发病²，无论诊断、医学咨询、治疗、服用药物或者发病是否延续至等待期后，我们均不承担给付保险金的责任。

首次投保或以非续保形式投保本合同时，一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金的等待期为自本合同生效日起三十天，特定疾病赴日医疗保险金、特殊情况下的一次性补偿保险金的等待期为自本合同生效日起六十天。

续保或因意外伤害³发生诊断、医学咨询、治疗、服用药物或者发病的，无等待期。

第四条 保险责任

一、一般医疗保险金

在本合同有效期内，被保险人因意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因发病且经我们认可的中国大陆地区医院的专科医生⁴确诊需至医院接受相关治疗的，我们对下述 1 至 4 类费用，在扣除约定的免赔额后按约定的赔付比例给付一般医疗保险金。

¹周岁：以有效身份证件中记载的出生日期为基准计算。

²发病：指被保险人出现本合同所定义的疾病的前兆或者异常的身体状况，且已经显现足以使一般人引起关注并寻求诊断、治理或护理的病症。

³意外伤害：指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

⁴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。

1、住院⁵医疗费用

指被保险人在该中国大陆地区医院住院期间内实际支出的**必要且合理的**⁶住院医疗费用。住院医疗费用包括：

- 1) 床位费⁷；
- 2) 膳食费⁸、护理费⁹；
- 3) 检查检验费¹⁰；
- 4) 手术费用¹¹、药品费¹²、诊疗费¹³；
- 5) 治疗费¹⁴；
- 6) 加床费¹⁵。

若被保险人在本合同等待期后、保险期间届满前开始住院治疗，且在保险期间届满时治疗仍未结束的，我们将延续承担因本次住院发生的、不超过该保险期间届满后三十天（含）内的必要且合理的住院医疗费用，并且该延续期间住院医疗费用计入该次住院治疗开始日所属的

⁵**住院**：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全天候二十四小时监护治疗的过程，住院期间以被保险人正式办理入院、出院手续为准计算。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) 被保险人在特需医疗部病房、国际医疗部病房、VIP 病房、干部病房或其他不属于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日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或一日内住院不满二十四小时；但遵医嘱到外院接受临时治疗的不受此限；
- 5) 被保险人住院体检；
- 6) 挂床住院及其他不合理的住院或住院病人应当出院而拒不出院。挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非二十四小时在床、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。

⁶**必要且合理的**：指符合通常惯例且医学必需的。其定义下的医疗费用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，且必须符合下列所有条件：

- 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。

对是否符合通常惯例和医学必需由我们根据客观、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。

⁷**床位费**：指被保险人在住院期间发生的医院床位的费用，包括普通床位费和重症监护室床位费，**不包括**陪床、观察床位和家庭病床的费用。

⁸**膳食费**：指住院期间根据我们认可的专科医生的医嘱，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；根据各医院的惯例，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。

⁹**护理费**：指根据我们认可的专科医生的医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

¹⁰**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 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。

¹¹**手术费用**：指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费。

¹²**药品费**：住院期间实际发生的合理且必须的由我们认可的专科医生开具的具有国家相关监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用。**药品费不包括在治疗时当地政府适用的《城镇职工基本医疗保险药品目录》及相关规定中不予给付的下列药品：营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品以及中草药类药品。**

¹³**诊疗费**：指由我们认可的专科医生所实施的病情咨询及检查、各种器械或仪器检查、诊断、治疗方案拟定等各项医疗服务所收取的费用。

¹⁴**治疗费**：指住院期间以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，包括注射费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

¹⁵**加床费**：指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间，根据合同约定给付其合法监护人（限 1 人）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院医疗期间，根据合同约定给付其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

保险期间。

2、特殊门诊医疗费用

指被保险人在该中国大陆地区医院进行特殊门诊治疗期间内实际支出的必要且合理的特殊门诊医疗费用。特殊门诊治疗包括：

- 1) 门诊肾透析；
- 2) 门诊恶性肿瘤¹⁶治疗，包括化学疗法¹⁷、放射疗法¹⁸、肿瘤免疫疗法¹⁹、肿瘤内分泌疗法²⁰、肿瘤靶向疗法²¹；
- 3) 器官移植后抗排异治疗。

3、门诊手术医疗费用

指被保险人在该中国大陆地区医院进行门诊手术治疗期间内实际支出的必要且合理的门诊手术医疗费用。

4、住院前后门急诊医疗费用

指被保险人在该中国大陆地区医院住院前（含住院当日）三十天（含）和出院后（含出院当日）三十天（含）内，因与该次住院相同原因接受门急诊治疗实际支出的必要且合理的医疗费用（此项费用不包含特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用）。

在同一保险期间内，我们给付的一般医疗保险金总额以本合同约定的一般医疗保险金年度给付限额为限，一次或累计给付的一般医疗保险金总额达到本合同约定的一般医疗保险金年度给付限额时，一般医疗保险金责任终止。

二、重大疾病医疗保险金

在本合同有效期内，被保险人因意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因首次发病且经我们认可的中国大陆地区医院的专科医生确诊初次罹患²²本合同所定义的重大疾病²³，并在我们认可的中国大陆地区医院进行治疗的，我们先按本合同第四条第一款的约定给付一般医

¹⁶**恶性肿瘤**：指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。下列疾病不在保障范围内：

- 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AnnArbor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；
- 6) 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

¹⁷**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。本合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化疗。

¹⁸**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。本合同所指的放疗为被保险人根据医嘱，在医院的专门科室进行的放疗。

¹⁹**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使用的药物需符合法律、法规要求并经过国家相关监督管理部门批准用于临床治疗。

²⁰**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。本合同所指的内分泌疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过国家相关监督管理部门批准用于临床治疗。

²¹**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。本合同所指的靶向疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过国家相关监督管理部门批准用于临床治疗。

²²**确诊初次罹患**：指被保险人自出生之日起第一次经医院确诊患有某种疾病，而不是指自本合同生效、复效之后第一次经医院确诊患有某种疾病。

²³**重大疾病**：重大疾病种类及定义见《附表一：重大疾病种类表》。

疗保险金,当我们累计给付的一般医疗保险金总额达到本合同约定的一般医疗保险金年度给付限额时,我们对因治疗该重大疾病而产生的下述 1 至 5 类费用,按本合同第五条约定的赔付比例给付重大疾病医疗保险金。

1、重大疾病住院医疗费用

指被保险人在该中国大陆地区医院住院期间内实际支出的必要且合理的重大疾病住院医疗费用。住院医疗费用包括:

- 1) 床位费;
- 2) 膳食费、护理费;
- 3) 检查检验费;
- 4) 手术费、药品费、诊疗费;
- 5) 治疗费;
- 6) 加床费。

若被保险人在本合同等待期后、保险期间届满前开始住院治疗,且在保险期间届满时治疗仍未结束的,我们将延续承担因本次重大疾病住院发生的、不超过该保险期间届满后三十天(含)内的必要且合理的重大疾病住院医疗费用,并且该延续期间重大疾病住院医疗费用计入该次重大疾病住院治疗开始日所属的保险期间。

2、重大疾病特殊门诊医疗费用

指被保险人在该中国大陆地区医院进行特殊门诊治疗期间内实际支出的必要且合理的重大疾病特殊门诊医疗费用。特殊门诊治疗包括:

- 1) 门诊肾透析;
- 2) 门诊恶性肿瘤治疗,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;
- 3) 器官移植后抗排异治疗。

3、重大疾病门诊手术医疗费用

指被保险人在该中国大陆地区医院进行门诊手术治疗期间内实际支出的必要且合理的重大疾病门诊手术医疗费用。

4、重大疾病住院前后门急诊医疗费用

指被保险人在该中国大陆地区医院住院前(含住院当日)三十天(含)和出院后(含出院当日)三十天(含)内,因与该次重大疾病住院相同原因接受门急诊治疗实际支出的必要且合理的医疗费用(此项费用不包含重大疾病特殊门诊医疗费用和重大疾病门诊手术医疗费用)。

5、质子重离子医疗费用

指被保险人在上海市质子重离子医院接受质子、重离子放射治疗²⁴期间实际支出的必要且合理的质子重离子医疗费用。

在同一保险期间内,我们给付的重大疾病医疗保险金总额以本合同约定的重大疾病医疗保险金年度给付限额为限,一次或累计给付的重大疾病医疗保险金总额达到本合同约定的重大疾病医疗保险金年度给付限额时,重大疾病医疗保险金责任终止。

三、特定疾病赴日医疗保险金

在本合同有效期内,被保险人因意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因首次发病且经我们认可的中国大陆地区医院的专科医生确诊初次罹患本合同所定义的特定疾病²⁵,被保险

²⁴质子、重离子放射治疗:指利用质子和重离子对肿瘤进行放射治疗的技术。本合同所指的质子、重离子放射治疗是指被保险人根据医嘱,在上海市质子重离子医院的专门治疗室内接受的质子和重离子放射治疗。

²⁵特定疾病:特定疾病种类及定义见《附表二:特定疾病种类表》。

人在**特定疾病确诊之日**²⁶后，通过我们授权的**海外医疗服务机构**²⁷的安排前往推荐的日本地区医院进行治疗的，我们对其在该日本地区医院内实际支出的因为治疗该特定疾病而发生的必要且合理的医疗费用，给付特定疾病赴日医疗保险金。

若被保险人在本合同等待期后、保险期间届满前通过我们授权的海外医疗服务机构的安排前往推荐的日本地区医院进行治疗，且在保险期间届满时治疗仍未结束的，我们将延续承担因本次治疗发生的、不超过该保险期间届满后三十天（含）内的必要且合理的医疗费用，并且该延续期间的医疗费用计入该次特定疾病治疗开始日所属的保险期间。

在同一保险期间内，我们给付的特定疾病赴日医疗保险金总额以本合同约定的特定疾病赴日医疗保险金年度给付限额为限。一次或累计给付的特定疾病赴日医疗保险金总额达到本合同约定的特定疾病赴日医疗保险金年度给付限额时，特定疾病赴日医疗保险金责任终止。

四、特殊情况下的一次性补偿保险金

在本合同有效期内，被保险人因意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因首次发病且经我们认可的中国大陆地区医院的专科医生确诊初次罹患本合同《附表二：特定疾病种类表》所定义的特定疾病，但尚未发生第四条第三款约定的赔付，由于客观因素（例如签证拒签等）或被保险人主观意愿，被保险人不能或者不愿前往我们授权的海外医疗服务机构推荐的日本地区医院进行治疗的，被保险人可向我们申请特殊情况下的一次性补偿，我们按人民币68,000元（大写：陆万捌仟元）给付特殊情况下的一次性补偿保险金，本合同终止。

第五条 补偿原则和赔付比例

若被保险人发生的属于保险责任范围内的医疗费用已通过**基本医疗保险**²⁸、公费医疗、商业性**费用补偿型医疗保险**²⁹、互助机构或其他机构等途径得到了部分补偿，我们仅对剩余部分按照本合同的约定进行给付。基本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。

本合同约定的医疗费用赔付比例为100%，但以下两种情况例外：

- 1、若被保险人在我们认可的中国大陆地区医院进行治疗的，质子重离子医疗费用的赔付比例为60%。
- 2、若被保险人在我们认可的中国大陆地区医院进行治疗，且投保时被保险人享有基本医疗保险或公费医疗保障，但**保险事故**³⁰发生时不再享有基本医疗保险或公费医疗保障，或在理赔时未从基本医疗保险或公费医疗获得医疗费用补偿的，我们按照本合同约定的医疗费用的60%比例给付。

²⁶**特定疾病确诊之日**：指保险期间内经病理学检查结果明确诊断特定疾病的日期，以手术病理取材或病理活检取材日期为特定疾病确诊之日。

²⁷**海外医疗服务机构**：指由我们授权的，负责向被保险人提供海外医疗服务安排的服务机构，其代表我们提供服务。

²⁸**基本医疗保险**：指城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保险项目。

²⁹**费用补偿型医疗保险**：指根据被保险人实际发生的医疗费用支出，按照约定的标准确定保险金数额的医疗保险。

³⁰**保险事故**：指保险合同约定的保险责任范围内的事故。

第六条 免赔额

本合同中所指免赔额均指年免赔额，指在本合同保险期间内，应由被保险人自行承担，本合同不予赔付的部分。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，**但通过基本医疗保险和公费医疗保障获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。**

本合同中一般医疗保险金责任的免赔额为1万元，其他保险金责任均无免赔额。

在本合同有效期内，若被保险人因意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因首次发病且经我们认可的中国大陆地区医院的专科医生确诊初次罹患本合同所定义的重大疾病，并在我们认可的中国大陆地区医院进行治疗的，我们先按本合同第四条第一款的约定给付一般医疗保险金时，不再扣除免赔额。自确诊重大疾病之日起，我们就当个保险期间内的医疗费用给付一般医疗保险金时，也不再扣除免赔额。

第七条 责任免除

因下列情形之一而发生保险事故或导致医疗费用支出的，我们不承担给付各项保险金的责任：

- 一、**投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；**
- 二、**被保险人醉酒³¹、斗殴、故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；**
- 三、**被保险人酒后驾驶³²、无合法有效驾驶证驾驶³³，或驾驶无有效行驶证³⁴的机动车³⁵；**
- 四、**被保险人主动吸食或注射毒品³⁶；**
- 五、**战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；**
- 六、**核爆炸、核辐射或核污染；**
- 七、**被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物、使用管制药品³⁷；**
- 八、**被保险人患精神疾病³⁸；**
- 九、**遗传性疾病³⁹，先天性畸形、变形或染色体异常⁴⁰（不包括《附表一：重大疾病种类表》中的第三十八类、第五十类、第六十三类、第八十类）；**
- 十、**被保险人妊娠（包括病理妊娠）、流产、分娩、不孕不育症、人工受孕、避孕、绝育手术以及由以上原因引起之并发症；**

³¹**醉酒**：指每百毫升血液的酒精含量大于或等于80毫克。

³²**酒后驾驶**：指经检测或鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

³³**无合法有效驾驶证驾驶**：指下列情形之一：

- 1) 没有取得驾驶资格；
- 2) 驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
- 3) 持审验不合格的驾驶证驾驶；
- 4) 持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习驾车。

³⁴**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) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

³⁵**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。

³⁶**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。

³⁷**管制药品**：指根据《中华人民共和国药品管理法》及有关法规被列为特殊管理的药品，包括麻醉药品、精神药品、毒性药品及放射性药品。

³⁸**精神疾病**：指依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）分类为精神和行为障碍的疾病。

³⁹**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。

⁴⁰**先天性畸形、变形或染色体异常**：指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定。

- 十一、被保险人进行**潜水⁴¹**、滑水、滑雪、滑冰、滑翔翼、热气球、跳伞、**攀岩运动⁴²**、**探险活动⁴³**、**武术⁴⁴**、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、拳击、蹦极、赛马、赛车、驾驶卡丁车或**特技⁴⁵**等高风险活动；
- 十二、被保险人进行**高处作业⁴⁶**；
- 十三、被保险人**感染艾滋病病毒或患艾滋病⁴⁷**（不包括《附表一：重大疾病种类表》中的第四十七类、第五十七类、第九十七类）；
- 十四、因器官移植所产生的器官供体本身以及因器官供体寻找、获取、储藏、运送器官而发生的费用，以及为了移植目的而对器官捐赠人进行的器官摘除及/或骨髓取材，及与此相关的并发症的治疗费用；
- 十五、购买或租用任何类型的体外辅助器械，包括但不限于矫形器具、紧身胸衣、绷带、拐杖、人造部件或器官、假发（即使化疗过程中有必要使用）、疝带等其他类似器具用品产生的费用；
- 十六、实验性治疗以及安全性和可靠性未经相关科学证明的诊断、治疗及/或外科手术；
- 十七、被保险人在本合同生效日前所患**既往症⁴⁸**，但在投保单上告知并经我们同意承保的，不在此限；
- 十八、被保险人接受矫形、视力矫正手术、美容、变性手术、牙科治疗、牙科保健及非意外伤害事故所致的整容手术以及任何植入体内的材料费用；
- 十九、康复治疗或训练、休养或疗养、健康体检、隔离治疗（我们推荐或认可的医院除外）、保健食品及用品、体外或植入的医疗辅助装置或用具（义肢、轮椅、拐杖、助听器、眼镜或隐形眼镜、义眼等等）及其安装；
- 二十、未经医生处方自行购买的药品或非医院药房购买的药品、滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂、医生开具的超过三十天部分的药品费用；
- 二十一、各种医疗咨询和健康预测：如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询（一般心理问题，如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等）等费用；
- 二十二、任何**替代疗法⁴⁹**产生的费用；
- 二十三、任何由**脑综合症⁵⁰**、脑衰老或脑损伤产生的治疗后的监护费用或住院费用；
- 二十四、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。

⁴¹**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。

⁴²**攀岩运动**：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

⁴³**探险活动**：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、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。

⁴⁴**武术**：指两人或两人以上对抗柔道、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。

⁴⁵**特技**：指马术、杂技、驯兽等特殊训练或表演。

⁴⁶**高处作业**：指在坠落高度基准面2米以上（含2米）有可能坠落的高处进行的作业。

⁴⁷**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。

⁴⁸**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。

⁴⁹**替代疗法**：指目前传统医学或标准治疗之外的医学和健康管理系统、操作和产品，包括但不限于芳香疗法、脊椎指压疗法、顺势疗法和自然疗法。

⁵⁰**脑综合症**：指导致大脑功能部分或全部受损的脑疾病或脑损伤。

第八条 其他责任免除

被保险人在我们推荐或认可的医院进行治疗时发生与上述医疗机构的任何纠纷和争议，我们不承担责任。

除第七条“责任免除”外，本合同中还有一些免除我们责任的条款，详见第四条“保险责任”、第五条“补偿原则和赔付比例”、第六条“免赔额”、第九条“推荐或认可的医院”、第十条“保障计划”、第十九条“投保人解除合同”、第二十一条“保险事故通知”、第二十三条“保险金申请”、第二十六条“如实告知”、第二十七条“年龄错误”、附表一“重大疾病种类表”、附表二“特定疾病种类表”、脚注 5“住院”、脚注 7“床位费”、脚注 12“药品费”及脚注 16“恶性肿瘤”中背景突出显示的内容。

第九条 推荐或认可的医院

- 一、我们授权的海外医疗服务机构将依据您的病情推荐适合的日本地区医院，届时由您或被保险人选择确认。
- 二、我们认可的中国大陆地区医院是指国务院卫生行政主管部门医院等级分类中的二级或者二级以上的、基本医疗保险规定的定点公立医院（不含其特需门诊、特需病房和国际医疗部），但不包括康复医院或康复病房、精神病医院、疗养院、美容医院、护理院、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心、二级或二级以上公立医院的联合医院或联合病房（联合医院或联合病房本身是符合基本医疗保险规定的定点公立医院的不受此限）。
- 三、若认可的医院违反当地卫生行政主管部门的有关费用收取规定，我们有权取消该医院作为认可的医院之资格，并书面通知您。

第三章 保障计划、保险金额、保险费及宽限期

第十条 保障计划

我们提供三种保障计划供您在投保时选择，具体计划由您与我们约定并于保险单上载明。各保障计划的保险金额、年度给付限额、各项保险责任的年度给付限额、免赔额及赔付比例等详见《附表三：保障计划表》。

第十一条 保险金额

保险金额是指我们承担赔偿责任或者给付保险金责任的最高限额。本合同的基本保险金额等于保险金额，由您与我们约定并于保险单上载明。

第十二条 保险费及宽限期

您应按本合同约定向我们一次性交纳当个保险期间的保险费。

保证续保期间内，自满期日的次日零时起六十日为宽限期。保证续保期间届满时，我们同意您续保的，则自满期日的次日零时起六十日为宽限期。宽限期内本合同继续有效，若被保险人发生保险事故，我们仍承担保险责任，但给付保险金时须扣除已到期而未交的保险费。

宽限期期满日保险费仍未交付的，本合同自宽限期期满日的次日零时起效力终止。

第四章 保险期间、续保、保险合同成立与生效、解除及终止

第十三条 保险期间

本合同的保险期间为一年，自生效日的零时起至满期日的零时止。

第十四条 保证续保期间

自您首次投保本合同的生效日起，或自您以非续保形式投保本合同的生效日起，每三年为一保证续保期间。

第十五条 保证续保权

- 一、每个保证续保期间内，您按该保证续保期初约定的费率表依被保险人的保障计划、年龄变化、有无基本医疗保险/公费医疗保障等交纳相应的保险费，该保险费不因本产品的整体费率调整而改变；
- 二、每个保证续保期间内，我们不因被保险人的健康状况或历史理赔情况而拒绝投保人的续保申请；
- 三、每个保证续保期间内，投保人的保证续保权不因该产品的统一停售而终止。

第十六条 保证续保权终止

在保证续保期间内，若被保险人发生下列情形之一，我们不再接受续保：

- 一、您在本合同保险期间届满之前向我们提出停止续保申请；
- 二、被保险人续保时的年龄超过《附表三：保障计划表》中对应保障计划约定的最高续保年龄；
- 三、您在本合同约定的宽限期期满日前未按照续保当时被保险人的保障计划、年龄、有无基本医疗保险/公费医疗保障等所对应的保险费率交纳相应的续保保险费。

第十七条 续保

每一保证续保期间届满前，我们会审核被保险人是否符合续保条件。如果审核后我们不接受续保，我们会以书面形式通知您；如果我们审核同意，在此后一个保证续保期间内，您按时向我们交纳续保保险费，则本合同将延续有效。续保保险费按续保时我们核定的费率计算。

我们有权根据社会医疗费用水平变化、本产品整体经营状况调整被保险人在续保时的续保保险费。如果我们认为需要调整续保保险费，调整后的续保保险费自下一个保证续保期间起适用，我们将在本合同当个保证续保期间届满前以书面形式通知您，届时在您接受费率调整的前提下，我们方可为您办理续保手续。

续保保险费的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，我们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保险费。

每一保证续保期间届满时，若本产品已统一停售，我们不再接受续保。

第十八条 保险合同成立与生效

您提出保险申请、我们同意承保，本合同成立。我们将签发保险单作为本合同成立的标志。除本合同另有约定外，本合同自我们收到首期保险费并签发保险单的次日零时起开始生效。本合同的成立日、生效日均载明于保险单或保险单批注上。除本合同另有约定外，我们自本合同的生效日零时起开始承担保险责任。

第十九条 投保人解除合同

在本合同有效期内，且在犹豫期后，您请出具下列文件申请解除本合同：

- 一、保险合同；

- 二、解除合同申请书；
- 三、您的**有效身份证件**⁵¹。

自我们收到解除合同申请文件时，本合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起三十日内，向您退还本合同的**现金价值**⁵²。若已发生保险金给付，我们不退还现金价值。您在犹豫期后解除本合同会遭受一定损失。

第二十条 合同效力终止

发生下列情形之一时，本合同效力终止：

- 一、您申请解除本合同；
- 二、同一保险期间内一次或累计给付的各项保险金总额达到《附表三：保障计划表》中对应保障计划约定的保险金额；
- 三、本合同保险期间届满，未续保；
- 四、被保险人身故；
- 五、本合同约定的其他终止情形。

第五章 保险金申请

第二十一条 保险事故通知

您或受益人在知道保险事故发生之日起十日内通知我们。否则，您或受益人应承担由于通知迟延致使我们增加的勘查、检验等项费用，但因**不可抗力**⁵³导致的延迟除外。

如果您或受益人故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，我们对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但我们通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生或者虽未及时通知但不影响我们确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

第二十二条 诉讼时效

受益人向我们请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

第二十三条 保险金申请

一、一般医疗保险金

在申请一般医疗保险金时，申请人须填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

- 1、保险合同；
- 2、申请人的有效身份证件；
- 3、我们认可的中国大陆地区医院出具的完整的门急诊病历、医疗费用原始单据，施行手术者则需提供手术证明文件，住院者还需提供住院证明、出院小结原始件及住院费用清单；
- 4、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。

二、重大疾病医疗保险金

⁵¹**有效身份证件**：指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，如居民身份证、户口簿、按规定可使用的护照等。

⁵²**现金价值**：指本合同所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由我们退还的那部分金额。本合同的现金价值=70%×保险费×当期未经过天数÷365。

⁵³**不可抗力**：指无法预见、不可避免并不能克服的客观情况。

在申请重大疾病医疗保险金时，申请人须填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

- 1、 保险合同；
- 2、 申请人的有效身份证件；
- 3、 我们认可的中国大陆地区医院出具的被保险人病理、血液及其他科学方法检验报告的诊断证明文件；
- 4、 我们认可的中国大陆地区医院出具的完整的门急诊病历、医疗费用原始单据，施行手术者则需提供手术证明文件，住院者还需提供住院证明、出院小结原始件及住院费用清单；
- 5、 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。

三、特定疾病赴日医疗保险金、特殊情况下的一次性补偿保险金

在申请特定疾病赴日医疗保险金或特殊情况下的一次性补偿保险金时，申请人须填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

- 1、 保险合同；
- 2、 申请人的有效身份证件；
- 3、 我们认可的中国大陆地区医院出具的被保险人病理、血液及其他科学方法检验报告的诊断证明文件；
- 4、 我们推荐的日本地区医院出具的完整的门急诊病历、诊断书、医疗费用原始单据，施行手术者则需提供手术证明文件，住院者还需提供住院证明、出院小结原始件及住院费用清单；若申请特殊情况下的一次性补偿保险金，则无需提供该项材料；
- 5、 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。

被保险人同意通过我们授权的海外医疗服务机构的安排前往推荐的日本地区医院进行治疗，且医疗费用已由我们或我们授权的海外医疗机构实际垫付的，视为我们已支付保险金，我们不再另行支付受益人特定疾病赴日医疗保险金。

保险金作为被保险人遗产时，必须提供可证明合法继承权的相关权利文件。

以上证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知申请人补充提供有关证明和资料。

第二十四条 保险金给付

我们在收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后，将在五个工作日内作出核定；情形复杂的，在三十日内作出核定。对属于保险责任的，我们在与受益人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金义务。

我们未及时履行前款规定义务的，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的损失。

对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起三日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

我们在收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起六十日内，对给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；我们最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

第二十五条 货币

本合同的各项保险金均以人民币支付。

若实际支出的费用为外币时，我们将按照费用**结算当日**⁵⁴中国人民银行授权中国外汇交易中心公布的人民币汇率中间价计算应给付的保险金。

⁵⁴**结算当日：**指与医院结算医疗费用的日期，即医疗费用原始单据上的日期。

第六章 一般条款

第二十六条 如实告知

订立本合同时，我们应向您说明本合同的内容。

对保险条款中免除我们责任的条款，我们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您注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向您作出明确说明，未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

我们就您和被保险人的有关情况提出询问，您应当如实告知。

如果您故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本合同。

如果您故意不履行如实告知义务，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

如果您因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

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

本条规定的合同解除权，自我们知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

第二十七条 年龄错误

您在申请投保时，应将被保险人有效身份证件载明的出生日期在投保单上填明。该被保险人的投保年龄以有效身份证件载明的出生日期计算的周岁年龄为准。若发生错误，我们依下列约定处理：

一、您申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本合同约定投保年龄限制的，在保险事故发生之前我们有权解除合同，并向您退还本合同的现金价值。

本款规定的合同解除权，自我们知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。自本合同成立之日起超过二年的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。

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

三、您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费多于应付保险费的，我们会将多收的保险费无息退还给您。

第二十八条 犹豫期

自您签收本合同起十五日内为犹豫期。在犹豫期内，若未发生保险金给付，您可以书面申请解除本合同。自我们收到解除申请时起（若为邮寄，则以寄发邮戳为准），本合同自始无效。您向我们退回保险合同，我们无息向您退还已收到的保险费。

第二十九条 医疗保险状态变更

在本合同有效期内，若被保险人的基本医疗保险或公费医疗保障状态发生变化，您应以书面形式通知我们进行变更，经我们审核同意，我们对批单载明的变更生效日之后发生的保险事故，按变更后的医疗保险状态承担保险责任。

我们有权根据该被保险人的医疗保险状态变更情况调整相应保险费。

第三十条 受益人指定与变更

除本合同另有约定外，各项保险金的受益人为被保险人本人。

第三十一条 合同内容变更

在本合同有效期内，经与我们协商一致，您可以变更本合同的有关内容，并经我们在保险单上批注。

第三十二条 通讯地址变更

您的通讯地址变更时，应及时书面通知我们。您不作前项通知时，我们按本合同所载的最新通讯地址发送的通知，视为已送达您。

第三十三条 司法鉴定

我们有权要求司法鉴定机构对保险事故进行鉴定。

第三十四条 争议处理

本合同受中华人民共和国的法律管辖。合同争议解决方式由当事人在合同约定从下列两种方式中选择一种：

- 一、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××仲裁委员会仲裁；
- 二、因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。

第七章 附表

附表一：重大疾病种类表

以下第一至二十五类重大疾病是中国保险行业协会与中国医师协会制定了规范定义的疾病，第二十六至一百类重大疾病是我们在中国保险行业协会与中国医师协会制定了规范定义的疾病范围之外增加的疾病。被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病，应当由专科医生明确诊断。

一、恶性肿瘤	指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。 下列疾病不在保障范围内： (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； (6) 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。
二、急性心肌梗塞	指因冠状动脉阻塞导致的相应区域供血不足造成部分心肌坏死。须满足下列至少三项条件： (1) 典型临床表现，例如急性胸痛等； (2) 新近的心电图改变提示急性心肌梗塞； (3) 肌酶或肌钙蛋白有诊断意义的升高，或呈符合急性心肌梗塞的动态性变化； (4) 发病九十天后，经检查证实左心室功能降低，如左心室射血分数低于 50%。
三、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，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，指疾病确诊一百八十天后，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⁵⁵； (2) 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失⁵⁶； (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。
四、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、心脏或肺脏的异体移植手术。 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）的异体移植手术。

⁵⁵ **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。

⁵⁶ **语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失**：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。咀嚼吞咽能力完全丧失，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、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，实际实施了开胸进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。 冠状动脉支架植入术、心导管球囊扩张术、激光射频技术及其它非开胸的介入手术、腔镜手术不在保障范围内。
六、终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）	指双肾功能慢性不可逆性衰竭，达到尿毒症期，经诊断后已经进行了至少九十天的规律性透析治疗或实施了肾脏移植手术。
七、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。
八、急性或亚急性重症肝炎	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。
九、良性脑肿瘤	指脑的良性肿瘤，已经引起颅内压增高，临床表现为视神经乳头水肿、精神症状、癫痫及运动感觉障碍等，并危及生命。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，并须满足下列至少一项条件： (1) 实际实施了开颅进行的脑肿瘤完全切除或部分切除的手术； (2) 实际实施了对脑肿瘤进行的放射治疗。 脑垂体瘤、脑囊肿、脑血管性疾病不在保障范围内。
十、慢性肝功能衰竭失代偿期	指因慢性肝脏疾病导致肝功能衰竭。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功能衰竭不在保障范围内。
十一、脑炎后遗症或脑膜炎后遗症	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，指疾病确诊一百八十天后，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) 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失； (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。
十二、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（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九十六小时以上。 因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。
十三、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 90 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。

十四、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，如果使用其它视力表应进行换算）； (3) 视野半径小于 5 度。
十五、瘫痪	指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体机能永久完全丧失。肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊一百八十天后或意外伤害发生一百八十天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意识活动。
十六、心脏瓣膜手术	指为治疗心脏瓣膜疾病，实际实施了开胸进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。
十七、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，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退，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，且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。 神经官能症和精神疾病不在保障范围内。
十八、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，指脑损伤一百八十天后，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) 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失； (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。
十九、严重帕金森病	是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为震颤麻痹、共济失调等。须满足下列全部条件： (1) 药物治疗无法控制病情； (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。 继发性帕金森综合征不在保障范围内。
二十、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。
二十一、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心功能状态分级 IV 级，且静息状态下肺动脉平均压超过 30mmHg。
二十二、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。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的条件。
二十三、语言能力丧失	指因疾病或意外伤害导致完全丧失语言能力，经过积极治疗至少十二个月（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。

二十四、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。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) 外周血象须具备以下三项条件： ① 中性粒细胞绝对值$\leq 0.5 \times 10^9/L$； ② 网织红细胞$< 1\%$； ③ 血小板绝对值$\leq 20 \times 10^9/L$。
二十五、主动脉手术	指为治疗主动脉疾病，实际实施了开胸或开腹进行的切除、置换、修补病损主动脉血管的手术。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。 动脉内血管成形术不在保障范围内。
二十六、植物人状态	指由于严重颅脑外伤造成大脑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。
二十七、急性脊髓灰质炎	指由于脊髓灰质炎病毒感染所导致的运动功能障碍或呼吸功能减弱的瘫痪性疾病。诊断必须由我们认可的神经科主任级专科医生确认并提供相关的脊髓灰质炎病毒感染的证据（例如：脑脊液检查或血清学抗体检查报告）被保险人若无因此感染而导致的瘫痪，则不符合理赔条件。 其它病因所致的瘫痪，例如格林—巴利综合症(急性感染性多神经炎)则不在保障范围内。
二十八、多发性硬化症	多发性硬化症为中枢神经系统脱髓鞘病变。其诊断必须由我们认可医院的神经内科主任级专科医生确诊，并应由 CT 或 MRI 确认的中枢神经系统病灶证实。神经内科专科医生提供的病历文件必须载明不可逆性的神经系统功能障碍与缺失的详情。诊断须包括： (1) 神经异常症状必须不间断地持续至少六个月，或 (2) 有至少两次发作的临床记录且发作间隔至少一个月，或 (3) 至少有一次临床发作记录且有典型的脑脊液改变并伴 MRI 的损伤表现。 必须伴有典型的脱髓鞘症状和运动及感觉功能障碍的证据并有 MRI 检查的典型改变。 由于其它病因（如：血管疾病、细菌或病毒疾病）引起的中枢神经系统疾病不在保障范围内。
二十九、原发性心肌病	指不明原因引起的一类心肌病变，包括原发性扩张型心肌病、原发性肥厚型心肌病及原发性限制型心肌病三种，病变必须已造成事实上心室功能障碍而出现明显的心功能衰竭（美国纽约心脏协会心功能分类标准心功能达IV级^注），且有相关住院医疗记录显示IV级心功能衰竭状态持续至少一百八十天。 本病须经专科医生明确诊断。继发于全身性疾病或其它器官系统疾病造成的心肌病变不在保障范围内。 注：美国纽约心脏协会分类标准心功能IV级是指有医院的医疗记录显示病人不能进行任何活动，休息时仍有心悸、呼吸困难等心力衰竭表现。
三十、严重的类风	类风湿性关节炎是指以关节滑膜炎为主要病理改变的慢性全身性自身免

湿性关节炎	疫性疾病，诊断须符合国际认可的疾病诊断标准；严重的类风湿性关节炎是指符合下列三项标准的类风湿性关节炎： (1) 至少包括下列关节中的三组或三组以上有广泛受损和畸形改变：手指关节、腕关节、肘关节、膝关节、髌关节、踝关节、脊椎或脚趾关节； (2) 手和腕的后前位 X 线检查可见类风湿性关节炎的典型变化，包括骨质侵蚀或钙流失，在受累关节及其临近部位尤其明显； (3) 关节的畸形改变伴功能障碍至少持续六个月。
三十一、系统性红斑狼疮性肾炎	是由多种因素引起，累及多系统的自身免疫性疾病。多侵犯育龄女性。其特点是生成自身抗体对抗多种自身抗原。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在保障范围内。 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。
三十二、严重慢性呼吸衰竭	指慢性肺部疾病导致永久不可逆性的慢性呼吸功能衰竭，必须由呼吸科专科医生确认并符合下列全部条件： (1) 肺功能测试其 FEV1 持续低于 0.75L； (2) 病人缺氧必须广泛而持续地进行输氧治疗； (3) 动脉血气分析氧分压低于 55mmHg。 理赔时必须提供以上三项相应的证明文件或检查报告。
三十三、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。
三十四、严重克隆病	克隆病是一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克隆病病理组织学变化。诊断必须由病理检查结果证实。被保险人所患的克隆病必须已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。
三十五、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，病变累及全结肠，表现为严重的血便和系统性症状体征，治疗通常采取全结肠切除和回肠造瘘术。溃疡性结肠炎必须根据组织病理学特点诊断，并且被保险人已经接受了结肠切除和回肠造瘘术。
三十六、坏死性筋膜炎	坏死性筋膜炎的诊断须同时符合下列要求： (1) 符合坏死性筋膜炎的一般临床表现； (2) 细菌培养检出致病菌； (3) 出现广泛性肌肉及组织坏死，并确实实施了坏死组织和筋膜以及肌肉的切除手术。

	清创术不在保障范围内。
三十七、慢性复发性胰腺炎	指胰腺炎反复发作超过三次以上并导致胰腺功能紊乱和营养不良，需要接受酶替代治疗。 诊断必须有消化科专科医生确认并且有内窥镜逆行胰胆管造影所证实。 因酒精所致的慢性复发性胰腺炎不在保障范围内。
三十八、肌营养不良症	指一组遗传性肌肉变性病变,临床特征为与神经系统无关的骨骼肌肉对称地进行性无力和萎缩。其诊断需满足下列全部条件: (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) 已导致被保险人持续超过三个月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。 我们承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病,先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。
三十九、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。
四十、严重川崎病	是一种血管炎综合征,临床表现为急性发热,皮肤粘膜病损和淋巴结肿大。本病须经专科医生明确诊断,同时须由血管造影或超声心动图检查证实,并同时满足下列两项条件: (1) 伴有冠状动脉瘤,且冠状动脉瘤于最初急性发病后持续至少 180 天; (2) 伴有冠状动脉瘤,且实际接受了对冠状动脉瘤进行的手术治疗
四十一、严重幼年型类风湿性关节炎	幼年型类风湿性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征出现数月后发生关节炎。 本合同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性关节炎予以理赔。 被保险人疾病诊断时年龄必须在年满十八周岁之前。
四十二、疾病或外伤所致智力障碍（残疾）	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（IQ50-70）；中度（IQ35-50）；重度（IQ20-35）和极重度（IQ<20）。 智商70-85为智力临界低常，不在保障范围内。 智商的检测必须由我们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) 被保险人大于或等于六周岁； (2) 主任医师确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低下； (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一百八十天以上。
四十三、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，达到纽约心脏病学会心功能分级状态分级IV级，且持续至少九十天。
四十四、原发性硬化性胆管炎	指一种胆汁淤积综合征，其特征是肝内、肝外胆道因纤维化性炎症逐渐狭窄，并最终导致完全阻塞而发展为肝硬化。本病须经内镜逆行胰胆管造影等影像学检查证实，并须满足下列全部条件： (1) 总胆红素和直接胆红素同时升高，血清 ALP>200U/L； (2) 持续性黄疸病史； (3) 出现胆汁性肝硬化或门脉高压。 因肿瘤或胆管损伤等继发性的硬化性胆管炎不在保障范围内。
四十五、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，须满足下列全部条件： (1) 心电图显示房室搏动彼此独立，心室率<50 次/分钟； (2) 出现阿-斯综合征或心力衰竭的表现； (3) 必须持续性依赖心脏起搏器维持心脏正常功能，且已经放置心脏起搏器。
四十六、急性坏死性胰腺炎开腹手术	指为治疗急性坏死性胰腺炎，实际实施了开腹进行的坏死组织清除术、病灶切除术或胰腺部分切除术。 为治疗因酒精中毒引起的急性坏死性胰腺炎的开腹手术不在保障范围内。
四十七、经输血导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染	指被保险人感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）并且符合下列所有条件： (1) 在保障起始日或复效日之后，被保险人因治疗必需而接受输血，并且因输血而感染 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并且不准上诉； (3) 提供输血治疗的输血中心或医院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。 在任何治愈艾滋病或阻止人类免疫缺陷病毒（HIV）病毒作用的疗法被发现以后，或能防止艾滋病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病毒感染不在保障范围内。 我们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。 我们承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。
四十八、系统性硬化	系统性硬化病又称硬皮病，是以弥漫性皮肤、血管及内脏器官结缔组织纤维化、硬化及萎缩为特点的结缔组织病。必须由风湿免疫科专科医生确诊。必须有活体组织检查和血清学的检查作为确诊依据，并且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。

	下列疾病不在保障范围内： (1) 局限性硬皮病（包括带状硬皮病、硬斑病）； (2) 嗜酸细胞性筋膜炎； (3) CREST 综合征。
四十九、象皮病	指末期丝虫病，按国际淋巴学会分级为三度淋巴液肿，其临床表现为肢体非凹陷性水肿伴畸形增大、硬皮症和疣状增生。此病症须经专科医生根据临床表现和微丝蚴的化验结果确诊。
五十、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) 同时存在肾髓质囊肿、肾小管萎缩和间质纤维化的病理改变； (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。
五十一、侵蚀性葡萄胎（或称恶性葡萄胎）	指异常增生的绒毛组织浸润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。
五十二、原发性慢性肾上腺皮质功能减退	指自身免疫性肾上腺炎导致肾上腺萎缩和慢性肾上腺皮质功能减退。须满足下列全部条件： (1) 明确诊断，符合全部以下诊断标准： ① 血浆促肾上腺皮质激素(ACTH)水平测定大于100pg/ml； ② 血浆和尿游离皮质醇及尿17羟皮质类固醇、17酮皮质类固醇测定、血浆肾素活性、血管紧张素II和醛固酮测定，显示为原发性肾上腺皮质功能减退症； ③ 促肾上腺皮质激素(ACTH)刺激试验显示为原发性肾上腺皮质功能减退症。 (2) 已经采用皮质类固醇替代治疗一百八十天以上。 肾上腺结核、HIV感染或患艾滋病、感染、肿瘤所致的肾上腺皮质功能减退不在保障范围内。
五十三、严重的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绝对不足而引起以血浆葡萄糖水平增高为特征的代谢内分泌疾病，需持续利用外源性胰岛素治疗。必须明确诊断为胰岛素依赖型糖尿病（I型糖尿病）并满足下列至少一个条件： (1) 出现增殖性糖尿病视网膜病变； (2) 糖尿病肾病，且尿蛋白>0.5g/24h； (3) 因糖尿病足趾坏疽进行足趾或下肢截断术。
五十四、原发性骨髓纤维化	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。本病必须根据骨髓的活组织检查和周围血象检查由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一百八十天及以上，并已经实际接受了针对此症的治疗： (1) 血红蛋白<100g/L； (2) 白细胞计数>25×10⁹/L； (3) 外周血原始细胞>1%； (4) 血小板计数<100×10⁹/L。 任何其它病因导致的继发性骨髓纤维化不在保障范围内。
五十五、严重骨髓	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

增生异常综合征	育异常，表现为无效造血、难治性血细胞减少，本合同所指的严重的骨髓增生异常综合征需满足下列全部条件： (1) 由设有专门血液病专科的公立三级甲等医院血液病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) 已接受至少累计三十日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。 疑似病例不在保障范围内。
五十六、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，此症必须由我们认可的专科医生确诊，并且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。
五十七、因职业关系导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染	在本合同生效日或复效日（以较迟者为准）之后，感染艾滋病病毒必须是在被保险人正在从事其职业工作中发生。 并且证实满足以下全部条件者： (1) 导致感染艾滋病病毒的意外事故必须在意外发生后三十天内（含第三十天）向我们报告； (2) 导致意外事故的明确的艾滋病病毒感染的液体的证据； (3) 在书面报告意外发生后的一百八十天内（含第一百八十天）出现血清 HIV 阴性转变为 HIV 阳性的证据。这个证据必须包括一个意外事故发生后五天内（含第五天）HIV 抗体阴性的检查报告。 意外事故后十二个月内需要进行进一步的血液检查以确认存在艾滋病病毒抗体的存在。 我们仅在被保险人的职业为从业医生、医学院学生、国家注册护士、医学检验技师、牙医（外科医生和护士）或辅助医务工作者、医学中心或医院工作人员时承担此项保险责任。 在任何治愈艾滋病或阻止人类免疫缺陷病毒（HIV）病毒作用的疗法被发现以后，或能防止艾滋病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病毒感染不在保障范围内。 我们承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。
五十八、严重哮喘	是一种可逆性、反复发作的支气管阻塞型疾病。需满足下列至少三项条件： (1) 过去两年中有哮喘持续状态（哮喘持续发作二十四小时以上不能缓解）病史； (2) 肺部慢性过度膨胀充气导致的胸廓畸形； (3) 在家中需要医师处方的氧气治疗法； (4) 持续日常服用口服可的松类固醇激素（至少持续服用六个月以上）。 被保险人申请理赔时年龄必须在年满二十五周岁之前。
五十九、严重自身	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，

免疫性肝炎	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。必须满足全部以下条件： (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。
六十、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。理赔时必须提供六个月以上的相关病历记录证明被保险人存在经抗癫痫药物治疗无效而反复发作的强直阵挛性发作或癫痫大发作，或者已进行神经外科手术以治疗反复发作的癫痫。发热性惊厥以及没有全身性发作的失神发作（癫痫小发作）不在保障范围内。
六十一、严重细菌性脑脊髓膜炎	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（注），持续一百八十天以上，并且脑脊液检查显示脑膜炎双球菌阳性。注：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、智力或性情中度以上的损害，且上述症状持续一百八十天以上仍无改善迹象。
六十二、克雅氏症（疯牛病）	神经系统疾病及致命的成胶质状脑病，并有以下症状： (1) 不能控制的肌肉痉挛及震颤； (2) 逐渐痴呆； (3) 小脑功能不良，共济失调； (4) 手足徐动症； (5) 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。 诊断必须由神经科专科医生基于以下检查报告作出：脑电图、脑脊液报告、电脑断层扫描(CT)及核磁共振(MRI)。
六十三、骨生长不全症	是一种胶原病，特征为骨易碎，骨质疏松和易骨折。该病有四种类型：I 型、II 型、III 型、IV 型。只保障 III 型成骨不全的情形。其主要临床特点有：发展迟缓、多发性骨折、进行性脊柱后侧凸及听力损害。III 型成骨不全的诊断必须根据身体检查，家族史，X 线检查和皮肤活检报告资料确诊。
六十四、进行性核上性麻痹	进行性核上性麻痹（PSP）又称 Steele-Richardson-Olszewski 综合症，是一种神经系统变性疾病，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 必须由三级甲等医院的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。
六十五、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。瑞氏综合征需由三级医院的儿科专科医生确诊，并符合下列全部条件： (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。

六十六、肾上腺脑白质营养不良	是一种最常见的过氧化物酶体病，主要累及肾上腺和脑白质，主要表现为进行性的精神运动障碍，视力及听力下降和（或）肾上腺皮质功能低下等。须经专科医生诊断，且已经造成自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，持续至少一百八十天。
六十七、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保障范围内。
六十八、冠状动脉粥样斑块切除术	指有心绞痛等心脏不适症状，经过血管造影技术检查证实同时存在两支（其中一支为左冠状动脉主干、左前降支或左回旋支）或更多支的冠状动脉血管发生严重的狭窄（狭窄程度在70%以上），需要并且已实施冠状动脉粥样斑块切除术以改善血管的血流状况。索赔时必须提供血管造影的影像资料、报告、手术记录和病历。
六十九、肺源性心脏病	指由于各种胸肺及支气管病变而继发的肺动脉高压，最后导致以右室肥大特征的心脏病。须经呼吸科专科医生确诊，且必须同时满足如下诊断标准： (1) 左心房压力增高（不低于 20 个单位）； (2) 肺血管阻力高于正常值 3 个单位（Pulmonary Resistance）； (3) 肺动脉血压不低于 40mmHg； (4) 肺动脉楔压不低于 6mmHg； (5) 右心室心脏舒张期末压力不低于 8mmHg； (6) 右心室过度肥大、扩张，出现右心衰竭和呼吸困难。
七十、主动脉夹层瘤	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。被保险人需通过电脑断层扫描（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，并须经专科医生确诊。
七十一、严重的成人斯蒂尔病	严重的成人斯蒂尔病须满足下列全部条件： (1) 因该病引致广泛性关节破坏，以致需要进行膝关节或髋关节置换，并且实际进行了膝关节或髋关节置换； (2) 由风湿病科专科医生确定诊断； (3) 理赔时被保险人已满十八周岁。
七十二、严重传染性心内膜炎	指因感染性微生物造成心脏内膜发炎，并符合下列全部条件： (1) 血液培养测试结果为阳性，证实存在感染性微生物： ① 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；或 ② 病理性病灶：组织检查证实赘生物或心脏内脓疡有活动性心内膜炎；或 ③ 分别两次血液培养证实有典型之微生物且与心内膜炎符合；或 ④ 持续血液培养证实有微生物阳性反应，且与心内膜炎符合。 (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（指心瓣膜开口范围少于或等于正常的 30%）；

	(3) 心内膜炎及心瓣膜损毁程度需经由心脏专科医生确诊。
七十三、胰腺移植	指因胰腺功能衰竭，已经实施了在全身麻醉下进行的胰腺的异体器官移植手术。 单纯胰岛移植、部分胰腺组织或细胞的移植不在保障范围内。
七十四、肺淋巴瘤病	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，同时需满足下列条件： (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。
七十五、肺泡蛋白沉积症	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。
七十六、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，满足以下全部条件： (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。
七十七、埃博拉病毒感染	指埃博拉病毒感染导致的烈性传染病，并须满足下列全部条件： (1) 实验室检查证实埃博拉病毒的存在； (2) 从发病开始有超过三十天的进行性感染症状。
七十八、重症手足口病	指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。 经我们认可的医疗机构的儿科专科医生确诊为罹患手足口病，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。
七十九、溶血性链球菌引起的坏疽	指躯干或肢体的浅筋膜或涉及肌肉的深筋膜感染，呈暴发性进展，必须即刻手术清创。须在外科手术后进行组织培养证实溶血性链球菌坏疽并由专科医生确诊。
八十、肝豆状核变性	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。 我们承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。
八十一、严重冠心病	指根据冠状动脉造影检查结果确诊的三支主要血管(左冠状动脉主干和右冠状动脉，或前降支、左旋支和右冠状动脉)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)。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。

八十二、结核性脑膜炎	指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。
八十三、颅脑手术	指被保险人确已实施全麻下的开颅手术（不包括颅骨钻孔手术和经鼻蝶窦入颅手术）。 理赔时必须提供由神经外科专科医生出具的诊断书及手术报告。 因外伤而实施的脑外科手术不在保障范围内。
八十四、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，采集患者自己的一部分造血干细胞，分离并深低温保存，再回输给患者使患者的造血功能和免疫功能重新恢复的一种治疗方法。
八十五、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的异体器官移植手术。此手术必须由专科医生认为是医学上必需的情况下进行。
八十六、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。必须满足以下全部条件： (1) 脑电图存在周期性复合波、脑脊液 r-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，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
八十七、脊髓小脑变性症	指一组以小脑萎缩和共济失调为主要临床特点的疾病。必须符合全部以下条件： (1) 脊髓小脑变性症必须由我们认可的神经内科专科医生确诊，并有以下全部证据支持： ① 影像学检查证实存在小脑萎缩； ② 临床表现存在共济失调、语言障碍和肌张力异常。 (2) 被保险人运动功能严重障碍，自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
八十八、进行性多灶性白质脑病	是一种亚急性脱髓鞘性脑病，常发生于免疫缺陷的病人。 此症必须由我们认可的神经科专科医生根据脑组织活检确诊。
八十九、席汉氏综合征	指因产后大出血并发休克、全身循环衰竭、弥漫性血管内凝血导致脑垂体缺血坏死和垂体分泌激素不足，造成性腺、甲状腺、肾上腺皮质功能减退。必须满足下列全部条件： (1) 产后大出血休克病史； (2) 严重腺垂体功能破坏，破坏程度>95%； (3) 影像学检查显示脑垂体严重萎缩或消失； (4) 实验室检查显示： ① 垂体前叶激素全面低下（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）；和 ② 性激素、甲状腺素、肾上腺皮质激素全面低下。 (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。
九十、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，妨碍心脏的扩张。 被保险人被明确诊断为慢性缩窄性心包炎，并符合全部以下条件： (1) 心功能IV级持续一百八十天； (2) 实际接受了以下任何一种手术路径的心包剥脱或心包切除手术： ① 胸骨正中切口； ② 双侧前胸切口； ③ 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。
九十一、Brugada综合征	指由心脏专科医生根据临床症状和典型心电图表现，明确诊断为Brugada综合征。经医生判断认为医疗必须且实际已安装永久性心脏除颤器。
九十二、室壁瘤切除手术	指被保险人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保障范围内。
九十三、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，存在持续至少一百八十天以上的神经系统功能缺失并满足下列任一条件： (1) 延髓麻痹呈现显著舌肌萎缩、构音困难和吞咽困难；或 (2) 双手萎缩呈“爪形手”，肌力1级或以下。
九十四、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全部条件： (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。
九十五、败血症导致的多器官功能障碍综合征	多器官功能障碍指败血症导致的并发症，一个或多个器官系统生理功能障碍，因该疾病住院至少九十六小时，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$<50 \times 10^9/L$； (3) 肝功能不全，胆红素$>6mg/dl$ 或$>102\mu mol/L$； (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$>300\mu mol/L$ 或$>3.5mg/dl$ 或尿量$<500ml/d$； (7) 败血症有血液和影像学检查证实； (8) 住院重症监护病房最低九十六小时； (9) 器官功能障碍维持至少十五天。 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 MODS 不在保障范围内。
九十六、进行性风疹性全脑炎	指由风疹病毒感染引起的儿童和青少年（十九岁及以下人群）的慢性脑炎。疾病确诊一百八十天后，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) 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失； (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。
九十七、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) 在保障起始日或复效日之后，被保险人因治疗必需而实施器官移植，并且因器官移植而感染人类免疫缺陷病毒； (2) 提供器官移植治疗的器官移植中心或医院出具的此次因器官移植感染人类免疫缺陷病毒，属于医疗事故的报告，或者法院终审裁定为医疗事故并且不准上诉； (3) 提供器官移植治疗的器官移植中心或医院必须拥有合法经营执照。 任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致的HIV感染不在保障范围内。 我们承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。
九十八、脑型疟疾	指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。
九十九、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三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。
一百、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一百八十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。

附表二：特定疾病种类表

被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病，应当由专科医生明确诊断。

一、恶性肿瘤	指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。 下列疾病不在保障范围内： (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； (6) 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。
二、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，实际实施了开胸进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。 冠状动脉支架植入术、心导管球囊扩张术、激光射频技术及其它非开胸的介入手术、腔镜手术不在保障范围内。
三、心脏瓣膜手术	替换或修复一片或多片心脏瓣膜的手术，包括开胸手术、微创手术和心导管治疗。
四、神经外科手术	神经外科手术包括： (1) 任何脑部或其它颅内结构的外科手术； (2) 位于脊髓部位的良性肿瘤治疗。

附表三：保障计划表

单位：人民币

保障计划		计划一 (华计划)	计划二 (瀛计划)	计划三 (和计划)
保险金额/基本保险金额		200 万元	300 万元	500 万元
投保年龄		30 天-64 周岁	30 天-64 周岁	30 天-64 周岁
最高续保年龄		100 周岁	80 周岁	80 周岁
年度 给付 限额	一般医疗保险金	100 万元	/	100 万元
	重大疾病医疗保险金	100 万元	/	100 万元
	特定疾病赴日医疗保险金	/	300 万元	300 万元
	特殊情况下的一次性补偿保险金	/	68000 元	/
	合计	200 万元	300 万元	500 万元
年免 赔额	一般医疗保险金	1 万元	不适用	1 万元
	重大疾病医疗保险金	0 元	不适用	0 元
	特定疾病赴日医疗保险金	不适用	0 元	0 元
赔付 比例	一般医疗保险金	1) 以享有基本医疗保险或公费医疗保障身份投保并以基本医疗保险或公费医疗结算：100%；		
		2) 以享有基本医疗保险或公费医疗保障身份投保但未用基本医疗保险或公费医疗结算：60%；		
		3) 未以基本医疗保险或公费医疗保障身份投保：100%		
	重大疾病医疗保险金	1、质子重离子医疗费用：60%；		
		2、其他费用： 1) 以享有基本医疗保险或公费医疗保障身份投保并以基本医疗保险或公费医疗结算：100%； 2) 以享有基本医疗保险或公费医疗保障身份投保但未用基本医疗保险或公费医疗结算：60%； 3) 未以基本医疗保险或公费医疗保障身份投保：100%		
	特定疾病赴日医疗保险金	不适用	100%	100%

注：

1. “/”代表该计划不提供对应保险责任。
2. 计划二（瀛计划）中特定疾病赴日医疗保险金、特殊情况下的一次性补偿保险金两项保险责任不可兼得。

<本页结束>