

利宝保险有限公司

个人重大疾病保险条款（2023版A款）（互联网专属）

（注册号：C00006032612023013020673）

总则

第一条 合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证、批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 合同成立与生效

投保人提出保险申请、**保险人（释义1）**同意承保，本保险合同成立，具体生效日以保险单所载日期为准。

第三条 投保人

本保险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对被保险人有保险利益的其他自然人。

第四条 被保险人

投保人为被保险人首次投保本保险的，本保险合同的被保险人应为年龄介于出生满三十天至六十五周岁（含）、身体健康、能正常工作或正常生活的自然人。本保险合同保险期间届满时投保人为被保险人不间断再次投保本保险的，被保险人最高年龄可至八十周岁（含）。

未满十六周岁的未成年人作为本保险合同被保险人的，投保人应为被保险人法定监护人。

第五条 受益人

除另有约定外，本保险合同的受益人为被保险人本人。

投保人指定或变更受益人时须经被保险人同意。被保险人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，可以由其监护人指定受益人。

被保险人死亡后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人的遗产，由保险人依照《中华人民共和国民法典》的规定履行给付保险金的义务：

- （一）没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；
- （二）受益人先于被保险人死亡，没有其他受益人的；
- （三）受益人依法丧失受益权或者放弃受益权，没有其他受益人的。

受益人与被保险人在同一事件中死亡，且不能确定死亡先后顺序的，推定受益人死亡在先。

第六条 保险区域

本保险合同约定的保险区域为中国大陆境内，**保险人仅对被保险人在中国大陆境内发生的保险事故承担保险责任。**

保险责任

第七条 等待期

等待期是指本保险合同生效后的一段时间。等待期具体由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险合同中载明。

被保险人在等待期内初次确诊（释义 2）罹患本保险合同约定的重大疾病或特定疾病的，保险人不承担给付保险金的责任，保险人向投保人无息退还其所交保险费，本保险合同终止。

被保险人在等待期内被怀疑罹患本保险合同约定的重大疾病或特定疾病，并已在中国大陆境内（不含港澳台地区）医院（释义 3）接受了相关检验检查（释义 4），但在等待期后初次确诊罹患本保险合同约定的重大疾病或特定疾病的，保险人不承担给付保险金的责任，保险人向投保人无息退还所交保险费，本保险合同终止。

被保险人不间断再次投保本保险或被保险人因遭受意外伤害（释义 5）发生的保险事故不计等待期。

第八条 保险责任

本保险合同的保险责任分为必选责任和可选责任，必选责任为投保人在投保时必须选择的部分，可选责任可由投保人决定是否投保，并载明于保险单或批单上，但不能单独投保可选责任。投保人选择投保的保险责任在保险期间内不可变更。

（一）必选责任：重大疾病保险金

本保险合同约定的重大疾病共分为六组（A 组-F 组），详细疾病分组详见重大疾病分组一览表（释义 6）。除首次给付重大疾病保险金外，保险人给付其他组别重大疾病保险金须要求重大疾病的确诊日与导致前次保险金给付的重大疾病确诊日相隔日数不小于间隔期，间隔期由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在本保险合同中载明。

在保险期间内，若被保险人因同一疾病原因或同次医疗行为或同次意外伤害事故被中国大陆境内（不含港澳台地区）医院专科医生（释义 7）初次确诊罹患本保险合同约定的两种或两种以上重大疾病，保险金申请人需自行选择一种重大疾病向保险人申请给付保险金，保险人因该组重大疾病给付重大疾病保险金后，该重大疾病所属组别的保险责任终止，因导致该重大疾病的同一疾病原因或同次意外伤害事故导致的其它重大疾病不可再用于申请本保险合同约定的其它组别重大疾病保险金，但其它组别的保险责任仍然有效。

在保险期间内，被保险人因不同疾病原因或不同医疗行为或不同意外伤害事故被中国大陆境内（不含港澳台地区）医院专科医生初次确诊罹患本保险合同约定的不同组的两种或两种以上重大疾病的，若相邻确诊的重大疾病的确诊日相隔日数不小于本保险合同约定的间隔期，则保险人依据本保险合同约定对上述不同组的重大疾病多次给付重大疾病保险金。若相邻确诊的重大疾病的确诊日相隔日数小于本保险合同约定的间隔期，保险人仅对先确诊的重大疾病依据本保险合同约定给付重大疾病保险金，之后相邻确诊的不同组的重大疾病不可再用于申请本保险合同约定的其它组别重大疾病保险金，但其它未发生保险金给付的重大疾病组别的保险责任仍然有效。

1. A 组重大疾病保险金

在保险期间内，若被保险人在等待期后（因遭受意外伤害而导致保险事故不受等待期限制）经中国大陆境内（不含港澳台地区）医院的专科医生初次确诊罹患本保险合同约定的 A 组重大疾病（一种或多种），保险人按保险合同载明的重大疾病保险金额给付 A 组重大疾病保险金，若被保险人同时被确诊罹患两种 A 组重大疾病，该保险金给付以一次为限，给付后 A 组重大疾病保险责任继续有效；若被保险人在满足间隔期要求情况下被确诊罹患一种或多种 A 组重大疾病，该保险金给付以二次为限，给付后 A 组重大疾病保险责任终止。

2. B 组重大疾病保险金

在保险期间内，若被保险人在等待期后（因遭受意外伤害而导致保险事故不受等待期限制）经中国大陆境内（不含港澳台地区）医院的专科医生初次确诊罹患本保险合同约定的 B 组重大疾病（一种或多种），保险人按保险合同载明的重大疾病保险金额给付 B 组重大疾病保险金，若被保险人同时被确诊罹患两种或两种以上 B 组重大疾病，该保险金给付以一次为限，给付后 B 组重大疾病保险责任终止。

3. C 组重大疾病保险金

在保险期间内，若被保险人在等待期后（因遭受意外伤害而导致保险事故不受等待期限制）经中国大陆境内（不含港澳台地区）医院的专科医生初次确诊罹患本保险合同约定的 C 组重大疾病（一种或多种），保险人按保险合同载明的重大疾病保险金额给付 C 组重大疾病保险金，若被保险人同时被确诊罹患两种或两种以上 C 组重大疾病，该保险金给付以一次为限，给付后 C 组重大疾病保险责任终止。

4. D 组重大疾病保险金

在保险期间内，若被保险人在等待期后（因遭受意外伤害而导致保险事故不受等待期限制）经中国大陆境内（不含港澳台地区）医院的专科医生初次确诊罹患本保险合同约定的 D 组重大疾病（一种或多种），保险人按保险合同载明的重大疾病保险金额给付 D 组重大疾病保险金，若被保险人同时被确诊罹患两种或两种以上 D 组重大疾病，该保险金给付以一次为限，给付后 D 组重大疾病保险责任终止。

5. E 组重大疾病保险金

在保险期间内，若被保险人在等待期后（因遭受意外伤害而导致保险事故不受等待期限制）经中国大陆境内（不含港澳台地区）医院的专科医生初次确诊罹患本保险合同约定的 E 组重大疾病（一种或多种），保险人按保险合同载明的重大疾病保险金额给付 E 组重大疾病保险金，若被保险人同时被确诊罹患两种或两种以上 E 组重大疾病，该保险金给付以一次为限，给付后 E 组重大疾病保险责任终止。

6. F 组重大疾病保险金

在保险期间内，若被保险人在等待期后（因遭受意外伤害而导致保险事故不受等待期限制）经中国大陆境内（不含港澳台地区）医院的专科医生初次确诊罹患本保险合同约定的 F 组重大疾病（一种或多种），保险人按保险合同载明的重大疾病保险金额给付 F 组重大疾病保险金，若被保险人同时被确诊罹患两种或两种以上 F 组重大疾病，该保险金给付以一次为限，给付后 F 组重大疾病保险责任终止。

（二）可选责任：恶性肿瘤-重度特定药品费用保险金

在保险期间内，被保险人在等待期后经医院专科医生初次确诊罹患恶性肿瘤-重度，对于治疗该疾病发生的且同时满足以下条件的特定药品（释义 8）费用，保险人在扣除本保险合同约定的免赔额后，根据本保险合同“恶性肿瘤-重度特定药品费用医疗保险金计算方法”的约定给付恶性肿瘤-重度特定药品费用保险金，累计给付金额以本保险合同载明的恶性肿瘤-重度特定药品费用保险金额为限，当达到本保险合同载明的恶性肿瘤-重度特定药品费用保险金额时，本项保险责任终止。

保险人承担恶性肿瘤-重度特定药品费用保险金给付责任的药品须同时满足以下要求：

（1）初次确诊罹患恶性肿瘤-重度后用于治疗恶性肿瘤-重度的药品处方（释义 9）是由医院专科医生开具的、且为被保险人当前治疗必需且合理（释义 10）的药品；

（2）初次确诊罹患恶性肿瘤-重度时间在保险期间内且在等待期后；

（3）用于治疗恶性肿瘤-重度的药品处方中所列明的药品属于保险人指定的药品清单（释义 11）中的药品；

(4) 用于治疗恶性肿瘤-重度的药品处方中所列明的药品是在医院或保险人指定或认可的药店(释义12)购买的药品;

(5) 在保险人指定或认可的药店购买的药品须符合本保险合同第二十三条“特定药品或医疗器械处方审核及申请流程”的约定;

(6) 每次的处方计量不超过一个月。

对于不满足上述条件的药品费用保险人不承担给付恶性肿瘤-重度特定药品费用保险金的责任。

若被保险人在等待期后初次确诊罹患恶性肿瘤-重度, 保险人承担保险责任直至保险期间届满。但保险期间届满时该恶性肿瘤-重度治疗仍未结束的, 除另有约定外, 保险人对于被保险人在保险期间内发生的保险事故继续承担给付保险金的责任, 并以初次确诊罹患恶性肿瘤-重度之日起一定时期为限。相关期限由投保人和保险人协商确定并在保险单中载明。

恶性肿瘤-重度特定药品费用保险金包括社保目录外药品费用(释义13)保险金及社保目录内药品费用(释义14)保险金(以购药时药品属于社保目录外或社保目录内为标准)。

(1) 社保目录外恶性肿瘤-重度特定药品费用保险金的计算方法

社保目录外恶性肿瘤-重度特定药品费用保险金给付金额=(发生的社保目录外恶性肿瘤-重度药品费用-从其他途径已获得的社保目录外恶性肿瘤-重度药品费用补偿)×100%

从其他途径已获得的社保目录外药品费用补偿, 包含已从公费医疗(释义15)、其他政府机构或者社会福利机构、除本保险外的其他商业保险、公益慈善机构、第三方责任人等其他途径实际获得的药品费用补偿。

(2) 社保目录内恶性肿瘤-重度特定药品费用保险金的计算方法

社保目录内恶性肿瘤-重度药品费用保险金给付金额=(发生的社保目录内恶性肿瘤-重度药品费用-从其他途径已获得的社保目录内恶性肿瘤-重度药品费用补偿)×发生的社保目录内药品费用对应的给付比例

从其他途径已获得的社保目录内药品费用补偿, 包含已从社会基本医疗保险(释义16)、公费医疗、其他政府机构或者社会福利机构、除本保险外的其他商业保险、公益慈善机构、第三方责任人等其他途径实际获得的药品费用补偿。

除另有约定外, 发生的社保目录内药品费用对应的给付比例按照以下方式确定:

给付条件	给付比例
如果被保险人已从社会基本医疗保险、公费医疗获得药品费用补偿	100%
如果被保险人未从社会基本医疗保险、公费医疗获得药品费用补偿	60%

本保险责任适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径(包括基本医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等)获得医疗费用补偿, 则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本保险合同的约定进行给付。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。

(三) 可选责任: 特定医疗器械费用保险金

在保险期间内，被保险人在等待期后经医院专科医生初次确诊罹患本保险合同所定义的特定疾病，对治疗实际发生的、必需且合理的且同时满足以下条件的特定医疗器械（释义 17）费用，保险人在扣除本保险合同约定的免赔额后按照本保险合同约定的给付比例给付特定医疗器械费用保险金。

给付特定医疗器械费用医疗保险金须同时满足以下条件：

（1）该医疗器械须由医院专科医生建议，且相关治疗须在提出该建议的医生所执业的医院进行，且为被保险人当前治疗必需的医疗器械；

（2）该特定医疗器械仅限治疗被保险人在等待期后初次确诊的特定疾病，且符合本保险合同约定的特定医疗器械限定支付范围及特定医疗器械使用条件；

（3）该特定医疗器械必须为本保险合同期满日前在中国国家药品监督管理局批准且已在中国上市，且在约定的医疗器械清单（释义 18）列表中；

（4）被保险人须在保险人认可的医院或保险人指定药店内购买特定医疗器械；

（5）被保险人购买特定医疗器械前，需按保险人指定流程提交相应材料并通过审核，具体流程见本保险合同第二十三条“特定药品或医疗器械处方审核及申请流程”。

若本保险合同保险期间届满时本保险合同约定的特定疾病治疗仍未结束，对被保险人在等待期后初次确诊本保险合同约定的特定疾病的，保险人仍按照本保险合同保险责任约定承担给付保险金的责任，但最长不超过本保险合同期满之日起三十日。保险人累计承担的特定医疗器械费用保险金以本保险合同约定的特定医疗器械费用保险金额为限。

对于不满足上述条件的医疗器械费用，保险人不承担给付特定医疗器械费用保险金的责任。本项保险责任仅承担特定医疗器械本身的费用，不承担因医疗器械而产生的住院医疗费用。被保险人在投保前或在等待期内已确诊本保险合同约定的特定疾病，保险人不承担给付特定医疗器械费用保险金的责任。

特定医疗器械费用保险金由投保人和保险人按照以下情况分别约定给付比例，并在保险单中载明：

1. 若被保险人以参加基本医疗保险身份投保：

（1）如特定医疗器械为基本医疗保险器械目录内且已经过基本医疗保险报销，给付比例为 100%；

（2）如特定医疗器械为基本医疗保险器械目录内但未经过基本医疗保险报销，给付比例为 60%；

（3）如特定医疗器械为基本医疗保险器械目录外，给付比例为 100%。

2. 若被保险人未以参加基本医疗保险身份投保，则基本医疗保险器械目录内器械和基本医疗保险器械目录外器械给付比例均为 100%。

本保险责任适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本保险合同的约定进行给付。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。

责任免除

第九条 责任免除

因下列情形之一，导致被保险人发生疾病、达到疾病状态或进行手术的，保险人不承担保险责任：

1. 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
2. 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
3. 被保险人故意自伤、自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
4. 被保险人服用、吸食或注射毒品（释义 19）；
5. 被保险人酒后驾驶（释义 20）、无合法有效驾驶证驾驶（释义 21），或驾驶无合法有效行驶证（释义 22）的机动车；
6. 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（释义 23）；
7. 战争（释义 24）、军事冲突（释义 25）、暴乱（释义 26）或武装叛乱；
8. 核爆炸、核辐射或核污染；
9. 任何职业病、遗传性疾病（释义 27），先天性畸形、变形或染色体异常（释义 28）；
10. 被保险人在中华人民共和国领土以外的国家或地区以及香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区接受治疗；
11. 药品处方的开具与国家药品监督管理部门批准的该药品说明书中所列明的适应症用法用量不符；医疗器械的使用与医疗器械许可证中所列明的适应症和用法用量不符；
12. 被保险人的疾病状况对恶性肿瘤-重度特定药品已经耐药（耐药是指肿瘤病灶按照 RECIST（释义 29）（实体瘤治疗疗效评价标准）评价为疾病进展）；
13. 未在医院、保险人指定或认可的药店或保险人认可的网上药店购买的药品、医疗器械；
14. 在保险人指定或认可的药店、保险人认可的网上药店购买药品或医疗器械，未按本保险合同约定的流程进行购买药品或医疗器械申请或经申请未审核通过；
15. 被保险人用药时长符合援助用药项目（以下简称“援助项目”）申请条件，但因被保险人未提交相关申请或者提交的申请材料不全，导致援助项目申请未通过而发生的药品费用；被保险人通过援助审核，但因被保险人原因未领取援助药品，视为被保险人自愿放弃本合同项下适用的保险权益；
16. 被保险人在本合同生效前所患既往疾病（释义 30），但保险人在承保时已知晓并做出书面认可的不在此限；
17. 被保险人接种预防癌症的疫苗，进行基因测试以鉴定癌症的遗传性，未经国家药品监督管理部门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；
18. 被保险人曾经或正在使用大剂量的镇静安眠药、迷幻剂、毒品或其他违禁药物，有麻醉剂成瘾、酒精或药物滥用成瘾；
19. 使用未获得国家药品监督管理部门许可或者批准的药品、药物、医疗器械；
20. 进行未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及前述治疗产生的后果所产生的费用；
21. 被保险人提交审核的医学材料不能证明该医疗器械对被保险人当前的疾病状态产生有益的治疗疗效；

22. 特定医疗器械的使用不符合医疗器械清单中列明的特定医疗器械限定支付范围及特定医疗器械使用条件。

保险金额

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。本保险合同的保险金额分为重大疾病保险金额、恶性肿瘤-重度特定药品费用保险金额、特定医疗器械费用保险金额，每项保险金额由投保人、保险人在投保时协商确定，并在保险合同中载明。各项保险金额一经确认在保险期间内不可变更。

保险期间

第十一条 保险期间

除另有约定外，本保险合同的保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

第十二条 不保证续保

本保险合同为非保证续保合同。

保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请不间断再次投保本保险合同，经保险人审核并同意，投保人按申请当时被保险人的年龄、性别所对应的费率交纳保险费后，获得新的保险合同，保险人将根据新保险合同中的约定承担相应的保险责任。

如果投保人未按照本保险合同约定提出不间断再次投保本保险的申请并缴纳保险费，或保险人审核后不同意投保人不间断再次投保本保险的申请，则本保险合同在保险期间届满时终止。

若本保险合同约定的任意一组重大疾病已发生保险金给付，在不间断再次投保的新保险合同中，保险人不再对已给付过保险金的重大疾病组承担保险责任。

除本保险合同另有约定外，若发生下列情形之一的，保险人不再接受投保人为被保险人再次投保本保险的申请：

- (一) 提出不间断再次投保的申请时，被保险人的年龄超过八十周岁；
- (二) 被保险人身故；
- (三) 本保险合同在投保人申请不间断再次投保时已因其他条款所列情况而导致效力终止；
- (四) 投保人或被保险人有不如实告知、欺诈等其它不符合不间断再次投保本保险条件的情形；
- (五) 针对本保险合同约定的六组重大疾病，保险人均已给付保险金；
- (六) 本保险统一停售。
- (七) 保险人不再接受投保人为被保险人不间断再次投保本保险的其他情形，具体以投保人申请不间断再次投保本保险时保险人公示为准。

除另有约定外，本保险合同期满后三十天内，经投保人申请、保险人审核同意并签发的新保险合同，视同不间断再次投保的保险合同，不计等待期，但保险人不对自本保险合同保险期间届满日至新保险合同保险期间生效日期间发生的保险事故承担保险责任。

投保人如在本保险合同期满后三十日以外重新向保险人申请投保本保险，保险人不视为不间断再次投保本保险，如经保险人审核同意后签发新保险合同，需重新计算等待期。

保险人义务

第十三条 明确说明义务

订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立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。

第十四条 资料补充通知义务

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

第十五条 保险金给付义务

保险人收到被保险人或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，应当在三十日内作出核定，但保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人或保险金申请人，对属于保险责任的，在与被保险人或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。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三日内向被保险人或保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，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。

投保人、被保险人义务

第十六条 保险费支付

本保险合同保险费支付方式可由投保人与保险人在投保时约定，并于保险单上载明。

若约定一次性缴付保险费的，投保人应在投保时一次性交清保险费。**投保人未按约定缴付保险费的，本保险合同不生效。对保险费交清前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**

若投保人选择分期缴付保险费的，需经投保人申请并经保险人同意，并在保险单中载明保险费分期缴付的周期。投保人在交付首月保险费后，投保人应当在每个保险费约定支付日交纳其余各月对应期次的保险费。

若投保人未按照本保险合同约定的付款时间足额交付当期保险费，保险人允许投保人在本保险合同约定的缴费宽限期内补交对应期次的保险费。

除本保险合同另有约定外，如被保险人在正常缴费对应的保险期间内或缴费宽限期内发生保险事故，保险人依照本保险合同约定给付保险金，**但可以扣减欠交的保险费。**

投保人在宽限期结束后仍未支付保险费的，本保险合同自宽限期满的次日零时起效力终止。

除另有约定外，本保险合同的缴费宽限期为从保险费约定交付日起的十五天（含），并在保险合同中载明。

第十七条 如实告知

订立本保险合同，保险人就被保险人健康状况等投保人、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，超过三十日不行使而消灭。发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金的责任。

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。

第十八条 通讯地址的变更

投保人住所、通讯地址、或数据电文联系方式等联系方式变更时，应及时以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本保险合同所载的最后住所、通讯地址或数据电文联系方式发送的有关通知，均视为已送达给投保人。

第十九条 职业或工种的变更

本保险合同的被保险人变更其职业或工种时，投保人或被保险人应于十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，依照保险人的职业分类属于拒保职业范围的，保险人于收到通知后，**自职业或工种变更之日起，保险人有权解除本保险合同或取消该被保险人的保险资格**，如果该被保险人未发生理赔或提出理赔申请，保险人向投保人退还保险单的**未满期保险费（释义 31）**。

被保险人所变更的职业或工种，依照保险人的职业分类属于拒保职业范围的，但未通知保险人而发生保险事故的，**保险人不承担保险金的给付责任**，仅向投保人退还保险单的未满期保险费。

第二十条 年龄的计算及错误的处理

（一）被保险人的年龄以**周岁（释义 32）**计算。

（二）在申请投保时，投保人应将有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保单上填明，如果发生错误按照下列方式办理：

1. 投保人申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本保险合同约定的年龄限制的，保险人有权解除本保险合同，并按照合同约定退还保险单的保险费；

2. 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人支付的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，或者在给付保险金时按照实付保险费和应付保险费的比例支付；

3. 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实交保险费多于应交保险费的，保险人向投保人退还多收的保险费。

第二十一条 及时通知

投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当在四十八小时内或经保险人书面同意延长的期限内通知保险人。**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。

保险金申请

第二十二条 保险金申请

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

(一) 保险金给付申请书；

(二) 保险单或其他保险凭证正本；

(三) 保险金申请人的身份证明；

(四) 医院出具的完整病历资料（包括门急诊病历、处方，住院病历或出院记录以及检查报告）；

(五) 由医院专科医生出具的对被保险人的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（相关检验报告如已在病历中提交则无需重复提交）；

(六) 若被保险人未从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用收据原件、医疗费用明细清单；

若被保险人已从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用明细清单、医疗费用收据复印件、医疗费用分割单原始凭证（如社会基本医疗保险或公费医疗结算单、保险人在内的任何商业保险机构出具的理赔分割单、与工作单位及侵权人或侵权责任承担方达成的赔偿协议或和解协议或法院判决、调解生效的法律文书等取得医疗费用补偿的证明）；

(七) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；

(八) 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。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

第二十三条 特定药品或医疗器械处方审核及申请流程

在保险期间内，被保险人依据本保险合同约定须在保险人认可或指定医院或药房购买药品或医疗器械处方中所列明的药品或医疗器械，须按照以下流程进行：

对于已经与保险人合作的医院或药店直接结算的药品或医疗器械费用，保险人不再接受保险金申请人对该部分保险金的申请。

特定药械处方审核及申请流程：如果被保险人申请在保险人认可或合作的医院或药店购买本合同约定的特定药械，被保险人、受益人或被保险人授权的其他人作为申请人须按照以下流程进行授权申请、药械处方审核、药械领取，否则保险人不承担给付保险金的责任：

(一) 申请人须向保险人提交特定药械授权申请（以下简称“授权申请”），并按照保险人的要求提交相关授权申请材料，主要包括与被保险人相关的个人信息、诊断证明、药械处方及其他所需要的医学材料。

如果申请人未提交授权申请或者授权申请审核未通过，保险人不承担给付保险金的责任。

(二) 保险人安排授权的第三方服务商按本保险合同约定对被保险人进行药械处方初核, 并由保险人对初核结果进行复核。

对于药械处方审核中的特殊情况, 保险人有权要求申请人补充其他与药械处方审核相关的医学材料。

(三) 药械处方审核通过后, 若申请人选择到保险人合作的医院或药店自取特定药械的, 须在药械处方审核通过后的十五日内携带药械处方、被保险人的身份证件到保险人合作的医院或药店购买药械; 若申请人选择送货上门服务的, 则需在药品处方审核通过后的十五日内预约送药时间和地点, 保险人授权的第三方服务商协调药房配送到申请人的指定地点。

(四) 如果被保险人用药时长符合保险人认可的慈善机构援助项目赠药(以下简称“慈善赠药”)申请条件, 保险人将通知申请人并安排授权的第三方服务商协助申请人进行申请材料准备, 申请人如申请慈善赠药应当提交相关申请材料。慈善赠药项目审核通过后, 申请人须到慈善赠药项目的指定药店领取赠药; 如果申请人未通过慈善赠药项目审核, 申请人须将药品处方按照上述第(二)款的约定进行药品处方审核。

特定药品涉及慈善援助的, 被保险人从慈善机构获得援助的药品费用不纳入本合同的给付范围。

第二十四条 诉讼时效

保险金申请人向保险人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。

争议处理和法律适用

第二十五条 争议处理

因履行本保险合同发生的争议, 由当事人协商解决。协商不成的, 提交保险单载明的仲裁机构仲裁; 保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的, 依法向人民法院起诉。

第二十六条 法律适用

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

其他事项

第二十七条 合同变更

除本保险合同另有约定外, 经投保人和保险人协商同意后, 可变更本保险合同的有关内容。变更本保险合同时, 投保人应填写变更合同申请书, 经保险人审核同意, 并在本保险合同的保险单或其它保险凭证上加以批注, 或由投保人和保险人订立变更的书面协议后生效。

第二十八条 合同解除

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

投保人解除本保险合同时, 应提供下列证明文件和资料:

- (一) 保险合同解除申请书;
- (二) 保险单或其他保险凭证原件;
- (三) 保险费交付凭证;
- (四) 投保人身份证明;
- (五) 保险人需要的其它有关文件和资料。

投保人要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起三十日内退还保险单的未满期保险费。

若投保人选择一次性缴付保险费，保险人收到上述证明文件和资料之日起三十日内退还保险单的未满期保险费。

若投保人选择分期缴付保险费，保险人收到上述证明文件和资料之日起三十日内退还投保人已交付期次保险费的未满期保险费。

释义

第二十九条 除另有约定外，在本保险合同中，以下词语具有如下含义：

1. **保险人：**指与投保人签署本保险合同的利宝保险有限公司。

2. **初次确诊：**指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊患有某种疾病，而不是指自本保险合同生效之后第一次经医院确诊患有某种疾病。特别的，本保险合同所约定的重大疾病中“恶性肿瘤—重度”的确诊日应为手术病理取材或病理活检取材日期，未经手术治疗但后续行放射疗法（简称“放疗”）或化学疗法（简称“化疗”）的，以首次放疗或化疗日期为“恶性肿瘤—重度”确诊日期。

3. **医院：**指中国大陆境内（不含港澳台地区）经中华人民共和国卫生主管部门评审确定的二级或二级以上公立医院（包含普通部和非普通部）或保险人认可的医疗机构，医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务，但不包括以下或类似医疗机构：

- (1) 精神病院，精神心理治疗中心；
- (2) 老人院、疗养院、戒毒中心或戒酒中心；
- (3) 健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

4. **相关检验检查：**指被保险人在医院接受的以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行的检查及检验，包括不限于 X 光、CT、PET-CT、B 超、彩超等影像学检查；心电图、脑电图；核磁共振；胃镜、肠镜等内镜检查；分子生化检验；血、尿、便常规检验；病理学检验等。

5. **意外伤害：**指以外来的、突发的、非本意的、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。以下情形属于疾病范畴，非本条款所指意外伤害：

- (1) 猝死：指由潜在疾病、身体机能障碍或其他非外来性原因所导致的、在出现急性症状后发生的突然死亡，以医院的诊断或公安、司法机关的鉴定为准；
- (2) 过敏及由过敏引发的变态反应性疾病；
- (3) 高原反应；
- (4) 中暑；
- (5) 细菌、病毒或其他病原体导致的感染性疾病。

6. **重大疾病分组一览表**（标*的疾病为中国保险行业协会和中国医师协会联合颁布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》中规定的 28 种重大疾病，其余疾病为保险人自主定义的重大疾病）：

A 组（2 种）	B 组（41 种）	C 组（23 种）	D 组（13 种）	E 组（24 种）	F 组（17 种）
----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

1.恶性肿瘤— —重度*	1.严重脑中风 后遗症*	1.较重急性心 肌梗死*	1.严重慢性肾 衰竭*	1.重大器官移 植术或造血干 细胞移植术*	1.多个肢体缺 失*
2.侵蚀性葡萄 胎（恶性葡萄 胎）	2.严重非恶性 颅内肿瘤*	2.冠状动脉搭 桥术（或称冠 状动脉旁路移 植术）*	2.埃博拉病毒 感染	2.急性重症肝 炎或亚急性重 症肝炎*	2.双耳失聪*
	3.严重脑炎后 遗症或严重脑 膜炎后遗症*	3.心脏瓣膜手 术*	3.经输血导致 的人类免疫缺 陷病毒（HIV） 感染	3.严重慢性肝 衰竭*	3.双目失明*
	4.深度昏迷*	4.严重特发性 肺动脉高压*	4.特发性慢性 肾上腺皮质功 能衰竭	4.重型再生障 碍性贫血*	4.严重Ⅲ度烧 伤*
	5.瘫痪*	5.主动脉手术*	5.系统性红斑 狼疮-Ⅲ型或 以上狼疮性肾 炎	5.严重慢性呼 吸衰竭*	5.丝虫病所致 严重象皮肿
	6.严重阿尔茨 海默病*	6.严重继发性 肺动脉高压	6.严重系统性 硬皮病	6.严重克罗恩 病*	6.严重类风湿 性关节炎
	7.严重脑损伤*	7.严重原发性 心肌病	7.因职业关系 导致的人类免 疫缺陷病毒感 染	7.严重溃疡性 结肠炎*	7.严重幼年型 类风湿性关节 炎
	8.严重原发性 帕金森病*	8.严重心肌炎	8.严重肾髓质 囊性病	8.胰腺移植	8.重症急性坏 死性筋膜炎
	9.严重运动神 经元病*	9.严重感染性 心内膜炎	9.需手术切除 的嗜铬细胞瘤	9.严重原发性 硬化性胆管炎	9.一肢及单眼 缺失
	10.语言能力丧 失*	10.肺源性心脏 病	10.因器官移植 导致的艾滋病 病毒感染	10.急性坏死胰 腺炎开腹手术	10.严重面部烧 伤
	11.严重疯牛病 （克-雅氏病 /CJD/人类疯牛 病）	11.严重慢性缩 窄型心包炎	11.弥漫性血管 内凝血	11.严重慢性复 发性胰腺炎	11.严重哮喘
	12.严重肌营养 不良症	12.严重川崎病	12.严重出血性 登革热	12.严重肺淋巴 管肌瘤病	12.严重骨生长 不全症
	13.植物人状态	13.艾森门格综 合征	13.溶血性尿毒 综合征	13.肝豆状核变 性	13.严重1型糖 尿病
	14.非阿尔茨海 默病所致严重 痴呆	14.主动脉夹层 血肿		14.严重自身免 疫性肝炎	14.急性肺损伤 （ALI）或急性 呼吸窘迫综合 征（ARDS）

	15.严重多发性硬化症	15.严重冠状动脉粥样硬化性心脏病		15.严重原发性骨髓纤维化	15.严重气性坏疽
	16.严重全身性(型)重症肌无力	16.严重III度房室传导阻滞		16.肺泡蛋白质沉积症	16.严重 III 度冻伤导致截肢
	17.严重进行性核上性麻痹 (Steele-Richardson-Olszewski 综合征)	17.严重大动脉炎		17.严重肠道疾病并发症	17.创伤弧菌感染截肢
	18.颅脑手术	18.严重巨细胞动脉炎		18.严重骨髓增生异常综合征	
	19.严重瑞氏综合征	19.室壁瘤切除手术		19.严重席汉氏综合征	
	20.重症手足口病	20.严重心脏衰竭 CRT 心脏再同步治疗		20.败血症导致的多器官功能障碍综合症	
	21.严重进行性多灶性白质脑病	21.Brugada 综合征		21.范可尼综合征	
	22.严重脊髓小脑变性症	22.心脏粘液瘤		22.肺孢子菌肺炎	
	23.严重多处臂丛神经根性撕脱	23.重症心肌炎伴充血性心力衰竭		23.严重肺结节病	
	24.脑型疟疾			24.特发性肺纤维化	
	25.库鲁病				
	26.特定的横贯性脊髓炎后遗症				
	27.脊柱裂				
	28.严重脊髓灰质炎				
	29.严重癫痫				
	30.严重肾上腺脑白质营养不良				
	31.自身免疫性脑炎				

	32.严重强直性 脊柱炎				
	33.严重的脊髓 空洞症或严重 的延髓空洞症				
	34.神经白塞病				
	35.闭锁综合征				
	36.严重亚历山 大病				
	37.皮质基底节 变性				
	38.严重脊髓血 管病后遗症				
	39.严重血管性 痴呆				
	40.严重额颞叶 痴呆				
	41.严重路易体 痴呆				

7. **专科医生：**专科医生应当同时满足以下四项资格条件：

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

8. **特定药品：**是指国家卫健委在《新型抗肿瘤药物临床应用指导原则（2018年版）》中对新型抗肿瘤药物的定义，即小分子靶向药物和大分子单克隆抗体类药物。

9. **处方：**指由注册的执业医师和在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书。处方包括医疗机构病区用药医嘱单。

10. **必需且合理：**指符合以下两个条件：

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

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) **医学必要：**指被保险人接受治疗或服务、使用器械或服用药品符合以下条件：

a. 医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需；

b. 在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需的水平；

- c.与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；
- d.非主要为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他医疗提供方的方便；
- e.非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；
- f.非试验性或研究性。

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。

11. 药品清单：保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的符合保险计划表约定的各保障计划的药品清单。

12. 指定或认可的药店：经保险人审核认可，能够满足下列全部条件，为被保险人提供恶性肿瘤-重度药品处方审核、购药或配送服务的药店，**具体以保险人提供的名单为准。**

- (1) 取得国家药品经营许可证、GSP 认证；
- (2) 具有完善的冷链药品送达能力；
- (3) 提供专业的药品资讯、患者教育、追踪随访、慈善赠药服务；
- (4) 该药店内具有药师等专业人员提供服务；
- (5) 具有或者正在申报当地城乡居民大病医疗保险定点资质的、由大型医药公司经营的全国性连锁药店。

13. 社保目录外药品费用：满足条件的药品费用中未被纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》（以药品处方开具时的有效版本为准）的药品所发生的费用。

14. 社保目录内药品费用：满足条件的药品费用中被纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》（以药品处方开具时的有效版本为准）的药品所发生的费用。

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

16. 社会基本医疗保险：本保险合同所称的社会基本医疗保险包括职工基本医疗保险、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障项目。

17. 特定医疗器械：指对安全性有严格要求、价格相对较高的、接受手术过程中由医生植入体内的或其他治疗的过程中直接作用于人体的医疗器械耗材。

18. 约定的医疗器械清单：指保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的医疗器械清单，以保险人最新公布信息为准，保险人保留对医疗器械清单进行变更的权利，将根据医疗水平的发展对医疗器械清单进行更新。

19. 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。

20. 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。

21. 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。

22. 无合法有效行驶证：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。

23. **感染艾滋病病毒或患艾滋病：**艾滋病病毒是指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文缩写为 AIDS。在人体血液或其他样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

24. **战争：**是指国家与国家、民族与民族、政治集团与政治集团之间为了一定的政治目的、经济目的而进行的武装斗争。以政府宣布为准。

25. **军事冲突：**国家或民族之间在一定范围内的武装对抗，以政府宣布为准。

26. **暴乱：**破坏社会秩序的武装骚动，以政府宣布为准。

27. **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。

28. **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。

29. **RECIST：**实体瘤疗效评价标准，描述了实体瘤测量和肿瘤大小变化客观评估的标准，由世界卫生组织（WHO）出版。

30. **既往疾病：**指被保险人在本合同生效前罹患的且医生已有明确诊断的有关疾病。

31. **未到期保险费：**若保险费为一次性支付的，未到期保险费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]

32. **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。

附录：重大疾病的疾病定义

重大疾病

本保险合同所称“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（共 120 种），应当由专科医生明确诊断。下列有*所标注的第 1 至第 28 项为中国保险行业协会和中国医师协会联合颁布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》规定的 28 种重大疾病定义，第 29 至第 120 项为保险人自行增加的疾病种类并自行制定的疾病定义。

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（见注 1）**（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）（见注 2）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，不在保障范围内：

I 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：

（1）原位癌（见注 3），癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；

（2）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；

II TNM 分期(见注 4)为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

III TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌；

IV 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；

V 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

VI 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

VII 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 $ki-67 \leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

注 1：组织病理学检查是通过局部切除、钳取、穿刺等手术方法，从患者机体采取病变组织块，经过包埋、切片后，进行病理检查的方法。

通过采集病变部位脱落细胞、细针吸取病变部位细胞、体腔积液分离病变细胞等方式获取病变细胞，制成涂片，进行病理检查的方法，属于细胞病理学检查，不属于组织病理学检查。

注 2：《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10），是世界卫生组织（WHO）发布的国际通用的疾病分类方法。《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3），是 WHO 发布的针对 ICD 中肿瘤形态学组织学细胞类型、动态、分化程度的补充编码。其中形态学编码：0 代表良性肿瘤；1 代表动态未定性肿瘤；2 代表原位癌和非侵袭性癌；3 代表恶性肿瘤（原发性）；6 代表恶性肿瘤（转移性）；9 代表恶性肿瘤（原发性或转移性未肯定）。如果出现 ICD-10 与 ICD-O-3 不一致的情况，以 ICD-O-3 为准。

注 3：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，所谓的积极治疗包含手术、化疗或放疗等治疗方式。

注 4: TNM 分期采用 AJCC 癌症分期手册标准。该标准由美国癌症联合委员会与国际抗癌联合会 TNM 委员会联合制定，是目前肿瘤医学期国际通用标准。T 指原发肿瘤的大小、形态等；N 指淋巴结的转移情况；M 指有无其他脏器的转移情况。

甲状腺癌的 TNM 分期采用目前现行的 AJCC 第八版定义标准，我国国家卫生健康委员会 2018 年发布的《甲状腺癌诊疗规范（2018 年版）》也采用此定义标准，具体见下：

甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hürthle 细胞癌和未分化癌

pTx: 原发肿瘤不能评估

pT₀: 无肿瘤证据

pT₁: 肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T_{1a} 肿瘤最大径≤1cm

T_{1b} 肿瘤最大径>1cm, ≤2cm

pT₂: 肿瘤 2~4cm

pT₃: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内

pT_{3b}: 大体侵犯甲状腺外带状肌, 无论肿瘤大小

带状肌包括: 胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT₄: 大体侵犯甲状腺外带状肌外

pT_{4a}: 侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT_{4b}: 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管 甲状腺髓样癌

pTx: 原发肿瘤不能评估

pT₀: 无肿瘤证据

pT₁: 肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T_{1a} 肿瘤最大径≤1cm

T_{1b} 肿瘤最大径>1cm, ≤2cm

pT₂: 肿瘤 2~4cm

pT₃: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内

pT_{3b}: 大体侵犯甲状腺外带状肌, 无论肿瘤大小

带状肌包括: 胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT₄: 进展期病变

pT_{4a}: 中度进展, 任何大小的肿瘤, 侵犯甲状腺外颈部周围器官和软组织, 如喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT_{4b}: 重度进展, 任何大小的肿瘤, 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管

区域淋巴结: 适用于所有甲状腺癌

pN_x: 区域淋巴结无法评估

pN₀: 无淋巴结转移证据

pN₁: 区域淋巴结转移

pN_{1a}: 转移至VI、VII区（包括气管旁、气管前、喉前/Delphian 或上纵隔）淋巴结，可以为单侧或双侧。

pN_{1b}: 单侧、双侧或对侧颈淋巴结转移（包括I、II、III、IV或V区）淋巴结或咽后淋巴结转移。

远处转移：适用于所有甲状腺癌

M₀: 无远处转移

M₁: 有远处转移

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

IVB 期	1~3a	1	0
	3b~4	任何	0
IVC 期	任何	任何	1

注：以上表格中“年龄”指患者病理组织标本获取日期时的年龄。

2. 较重急性心肌梗死*

急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合：

(1) 检测到肌酸激酶同工酶(CK-MB)或肌钙蛋白(cTn)升高和/或降低的动态变化，至少一次达到或超过心肌梗死的临床诊断标准；

(2) 同时存在下列之一的证据，包括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的病理性 Q 波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。

较重急性心肌梗死指依照上述标准被明确诊断为急性心肌梗死，并且必须同时满足下列至少一项条件：

(1) 心肌损伤标志物肌钙蛋白(cTn)升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 15 倍(含)以上；

(2) 肌酸激酶同工酶(CK-MB)升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 2 倍(含)以上；

(3) 出现左心室收缩功能下降，在确诊 6 周以后，检测左室射血分数(LVEF)低于 50% (不含)；

(4) 影像学检查证实存在新发的乳头肌功能失调或断裂引起的中度(含)以上的二尖瓣反流；

(5) 影像学检查证实存在新出现的室壁瘤；

(6) 出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。

其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白(cTn)升高不在保障范围内。

3. 严重脑中风后遗症*

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

(1) 一肢(含)以上肢体(见注 5)肌力(见注 6) 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(见注 7)；

(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(见注 8)中的三项或三项以上。

注 5：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。

注 6: 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。

注 7: 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。

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。

注 8: 六项基本日常生活活动是指：①穿衣：自己能够穿衣及脱衣；②移动：自己从一个房间到另一个房间；③行动：自己上下床或上下轮椅；④如厕：自己控制进行大小便；⑤进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；⑥洗澡：自己进行淋浴或盆浴。

六项基本日常生活活动能力的鉴定不适用于 0-3 周岁幼儿。

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）*

指治疗严重的冠心病，已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。

6. 严重慢性肾衰竭*

指双肾功能慢性不可逆性衰竭，依据肾脏病预后质量倡议（K/DOQI）制定的指南，分期达到慢性肾脏病 5 期，且经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗。规律性透析是指每周进行血液透析或每天进行腹膜透析。

7. 多个肢体缺失*

指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

8. 急性重症肝炎或亚急性重症肝炎*

指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：

- (1) 重度黄疸或黄疸迅速加重；
- (2) 肝性脑病；
- (3) B 超或其他影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；
- (4) 肝功能指标进行性恶化。

9. 严重非恶性颅内肿瘤*

指起源于脑、脑神经、脑被膜的非恶性肿瘤，ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）范畴，并已经引起颅内压升高或神经系统功能损害，出现视乳头水肿或视觉受损、听觉受损、面部或肢体瘫痪、癫痫等，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且须满足下列至少一项条件：

- (1) 已经实施了开颅进行的颅内肿瘤完全或部分切除手术；
- (2) 已经实施了针对颅内肿瘤的放射治疗，如 γ 刀、质子重离子治疗等。

下列疾病不在保障范围内：

- (1) 脑垂体瘤；
- (2) 脑囊肿；
- (3) 颅内血管性疾病（如脑动脉瘤、脑动静脉畸形、海绵状血管瘤、毛细血管扩张症等）。

10. 严重慢性肝衰竭*

指因慢性肝脏疾病导致的肝衰竭，且须满足下列全部条件：

- (1) 持续性黄疸；
- (2) 腹水；
- (3) 肝性脑病；
- (4) 充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。

因酗酒或药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。

11. 严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症*

指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指经相关专科医生确诊疾病 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：

- (1) 一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；
- (2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
- (3) 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）评估结果为 3 分；
- (4) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以

上。

12. 深度昏迷*

指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级（GCS，Glasgow Coma Scale）结果为 5 分或 5 分以下，且已经持续使用呼吸机及其他生命维持系统 96 小时以上。

因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。

13. 双耳失聪*

指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆（见注 9）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。

注 9：永久不可逆指自疾病确诊或意外发生之日起，经过积极治疗 180 天后，仍无法通过现有医疗手段恢复。

14. 双目失明*

指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失，双眼中较好眼须满足下列至少一项条件：

- （1）眼球缺失或摘除；
- （2）矫正视力低于 0.02（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）；
- （3）视野半径小于 5 度。

被保险人申请理赔时年龄必须在 3 周岁以上（眼球缺失或摘除的不受此限），并且提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。

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在保障范围内。

17. 严重阿尔茨海默病*

指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为严重的认知功能障碍、精神行为异常和社交能力减退等，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，并经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：

(1)由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表(CDR, Clinical Dementia Rating)评估结果为3分;

(2)自主生活能力完全丧失,无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不在保障范围内。

18. 严重脑损伤*

指因头部遭受机械性外力,引起脑重要部位损伤,导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描(CT)、核磁共振检查(MRI)或正电子发射断层扫描(PET)等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍,指脑损伤180天后,仍遗留下列至少一种障碍:

(1) 一肢(含)以上肢体肌力2级(含)以下;

(2) 语言能力完全丧失,或严重咀嚼吞咽功能障碍;

(3) 自主生活能力完全丧失,无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

19. 严重原发性帕金森病*

是一种中枢神经系统的退行性疾病,临床表现为运动迟缓、静止性震颤或肌强直等,经相关专科医生确诊,且须满足自主生活能力完全丧失,无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

继发性帕金森综合征、帕金森叠加综合征不在保障范围内。

20. 严重III度烧伤*

指烧伤程度为III度,且III度烧伤的面积达到全身体表面积的20%或20%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

21. 严重特发性肺动脉高压*

指不明原因的肺动脉压力持续性增高,进行性发展而导致的慢性疾病,已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限,达到美国纽约心脏病学会(New York Heart Association, NYHA)心功能状态分级(见注10)IV级,且静息状态下肺动脉平均压在36mmHg(含)以上。

注10: 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。

22. 严重运动神经元病*

是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病,包括进行性脊肌萎缩症、进行性延

髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症,经相关专科医生确诊,且须满足下列至少一项条件:

- (1) 严重咀嚼吞咽功能障碍;
- (2) 呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难,且已经持续使用呼吸机7天(含)以上;
- (3) 自主生活能力完全丧失,无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

23. 语言能力丧失*

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

精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。

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:

- ① 中性粒细胞绝对值< $0.5 \times 10^9/L$;
- ② 网织红细胞计数< $20 \times 10^9/L$;
- ③ 血小板绝对值< $20 \times 10^9/L$ 。

25. 主动脉手术*

指为治疗主动脉疾病或主动脉创伤,已经实施了开胸(含胸腔镜下)或开腹(含腹腔镜下)进行的切除、置换、修补病损主动脉血管、主动脉创伤后修复的手术。主动脉指升主动脉、主动脉弓和降主动脉(含胸主动脉和腹主动脉),不包括升主动脉、主动脉弓和降主动脉的分支血管。

所有未实施开胸或开腹的动脉内介入治疗不在保障范围内。

26. 严重慢性呼吸衰竭*

指因慢性呼吸系统疾病导致永久不可逆性的呼吸衰竭,经过积极治疗180天后满足以下所有条件:

- (1) 静息时出现呼吸困难;
- (2) 肺功能第一秒用力呼气容积(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. 严重多发性硬化症

多发性硬化为中枢神经系统白质多灶性脱髓鞘病变，病变有时累及灰质。多发性硬化必须明确诊断，并且已经造成永久不可逆的神经系统功能损害。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续 180 天无法独立完成下列基本日常生活活动：

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

30. 严重 1 型糖尿病

1 型糖尿病的特征为由于胰岛素分泌绝对不足引起严重胰岛素缺乏导致慢性血糖升高，需要依赖外源性胰岛素进行机体的葡萄糖代谢和维持生命。被保险人的 1 型糖尿病必须明确诊断，而且有血胰岛素测定及血 C 肽或尿 C 肽测定结果支持诊断，并且满足下列全部条件：

- (1) 已经持续性地接受外源性胰岛素注射治疗连续 180 天以上；
- (2) 因需要已经接受了下列治疗：因严重心律失常植入了心脏起搏器；或因坏疽自跖趾关节或以上切除了一趾或多趾。

31. 严重类风湿性关节炎

类风湿性关节炎为广泛分布的慢性进行性多关节病变，表现为关节严重变形，侵犯至少三个主要关节或关节组，如：双手（多手指）关节、双足（多足趾）关节、双腕关节、双膝关节和双髋关节。类风湿性关节炎必须明确诊断并且已经达到类风湿性关节炎功能分级Ⅲ级以上的功能障碍（关节活动严重限制，不能完成大部分的日常工作和活动）并且满足下列全部条件：

- (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。

32. 严重幼年型类风湿性关节炎

幼年型类风湿关节炎是一种儿童期发病的慢性关节炎，其特点为在高热和系统性病征出

现数月后发生关节炎。

本保险单仅对实际接受了膝关节或腕关节置换手术治疗的严重的幼年型类风湿关节炎予以理赔。

33. 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）。

34. 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。本病须经专科医师明确诊断，并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。

下列疾病不在本险种保障范围内：

- (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。

35. 急性坏死胰腺炎开腹手术

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。

因酒精作用所致的急性胰腺炎以及腹腔镜手术不在保障范围内。

36. 严重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在保障范围内。

37. 颅脑手术

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）。

因外伤及除脑垂体瘤、脑囊肿、颅内血管性疾病以外的良性颅内肿瘤而实施的脑外科手术不在保障范围之内。

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。

38. 系统性红斑狼疮-III型或以上狼疮性肾炎

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。

此处所指的系统性红斑狼疮仅限于累及肾脏（经肾脏活检确认的，符合 WHO 诊断标准定义 III 型至 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、仅累及血液及关节的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

39. 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。

40. 经输血导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

被保险人感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）并且满足下列全部条件：

（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）受感染的被保险人不是血友病患者。

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

任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致的 HIV 感染不在保障范围

内。保险人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。

本保险合同责任免除第九条第一款第六项不适用于此病种。

41. 丝虫病所致严重象皮肿

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。此病症须经专科医生根据临床表现和微丝蚴的化验结果确诊。

42. 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本保障范围之内。

43. 严重慢性复发性胰腺炎

指慢性反复发作（3 次及以上）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。必须满足以下所有条件：

- （1）医疗记录证实存在有腹痛等典型症状的慢性胰腺炎急性反复发作超过三次；
- （2）CT 显示胰腺广泛钙化或逆行胰胆管造影（ERCP）显示胰管扭曲、扩张和狭窄；
- （3）接受胰岛素替代治疗和酶替代治疗 180 天以上。

酒精导致的慢性复发性胰腺炎不在本保障范围内。

44. 严重肾髓质囊性病

肾髓质囊性病的诊断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）肾功能衰竭；
- （3）诊断须由肾组织活检确定。

以下情况不在本保障范围内：

- （1）多囊肾；
- （2）多囊性肾发育不良和髓质海绵肾。

本保险合同责任免除第九条第一款第九项不适用于此病种。

45. 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。

46. 特发性慢性肾上腺皮质功能衰竭

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

腺皮质功能减退。必须满足所有以下条件：

(1) 必须由专科医生明确诊断，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，>100pg/ml；
- ②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 180 天以上。

肾上腺结核、HIV 感染或艾滋病、感染、肿瘤所致的原发性肾上腺皮质功能减退和继发性肾上腺皮质功能减退不在本保障范围内。

47. 严重进行性核上性麻痹(Steele-Richardson-Olszewski 综合征)

进行性核上性麻痹 (PSP) 又称 Steele-Richardson-Olszewski 综合征，是一种罕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。

48. 严重哮喘

指一种反复发作的严重支气管阻塞性疾病，经保险人认可的专科医生确诊，且必须同时符合下列所有标准：

- (1) 过去两年中曾因哮喘持续状态(指哮喘持续发作 24 小时以上不能缓解)住院治疗；
- (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六个月。

49. 严重冠状动脉粥样硬化性心脏病

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，至少一支血管官腔堵塞 75%以上，其他两支血管官腔堵塞 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。

50. 植物人状态

植物人状态系指由于严重颅脑外伤造成大脑和/或脑干严重损害导致完全永久性的对自身和环境的意识丧失和中枢神经系统功能丧失，仅残存植物神经功能的疾病状态。诊断必须明确诊断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 30 天以上方可申请理赔。**

由于酗酒或滥用药物所致的植物人状态除外。

51. 严重疯牛病(克-雅氏病/CJD/人类疯牛病)

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。本病须经三级医院的专科医生根据 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。

疑似病例不在本保障范围内。

52. 严重自身免疫性肝炎

自身免疫性肝炎是一种原因不明的慢性肝脏的坏死性炎性疾病，机体免疫机制被破坏，产生针对肝脏自身抗原的抗体导致自身免疫反应，从而破坏肝细胞造成肝脏炎症坏死，进而发展为肝硬化。必须满足所有以下条件：

- (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。

53. 一肢及单眼缺失

因疾病或意外伤害导致单眼视力丧失及任何一肢自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

单眼视力丧失指单眼视力永久不可逆性丧失，患眼须满足下列至少一项条件：

- (1) 眼球缺失或摘除；
- (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。

投保时已有单眼缺失或有一肢缺失的不在本保障范围内。

54. 因职业关系导致的人类免疫缺陷病毒感染

被保险人在其常规职业工作过程中遭遇外伤，或者职业需要处理血液或者其他体液时感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）。必须满足下列全部条件：

- (1) 感染必须是在被保险人正在从事其职业工作中发生，该职业必须属于以下列职业：
医生和牙科医生、护士、医院化验室工作人员、医院护工、医生助理和牙医助理、救护车工作人员、助产士、消防队员、警察、狱警。
- (2) 血清转化必须出现在事故发生后的 6 个月以内；
- (3) 必须提供被保险人在所报事故发生后的 5 天以内进行的检查报告，该报告必须显示被

保险人血液 HIV 病毒阴性和/或 HIV 抗体阴性；

(4) 必须在事故发生后的 12 个月内证实被保险人体内存在 HIV 病毒或者 HIV 抗体。

在任何治愈艾滋病 (AIDS) 或阻止人类免疫缺陷病毒 (HIV) 作用的疗法被发现以后，或能防止艾滋病 (AIDS) 发生的医疗方法被研究出来以后，则保险人不再予以赔付。

任何因其他传播方式 (包括：性传播或静脉注射毒品) 导致的 HIV 感染不在本保障范围内。

本保险合同责任免除第九条第一款第六项不适用于此病种。

55. 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，并符合下列所有条件：

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

56. 严重川崎病

指一种原因未明的血管炎综合征，临床表现为急性发热，皮肤粘膜病损和淋巴结肿大。本病必须经专科医生明确诊断，且必须由血管造影或超声心动图检查证实，满足下列至少一项条件：

- (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一百八十天；
- (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。

57. 严重心肌炎

指被保险人因严重心肌炎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。必须满足所有以下条件：

- (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. 需手术切除的嗜铬细胞瘤

指发生在肾上腺或肾上腺外嗜铬组织的以分泌过多的儿茶酚胺为表现的神经内分泌肿瘤。嗜铬细胞瘤必须明确诊断，并且满足下列所有条件：

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

59. 严重肠道疾病并发症

严重肠道疾病或外伤导致小肠损害并发症，必须满足以下所有条件：

- (1) 至少切除了三分之二小肠；
- (2) 完全肠外营养支持 3 个月以上。

60. 严重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心脏传导性疾病，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<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，且已经放置永久性心脏起搏器。

61. 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。经保险人认可的医疗机构的儿科专科医生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；
- (2) 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。

62. 严重感染性心内膜炎

指因感染性病原体造成心脏内膜发炎，并符合下列所有条件：

- (1) 血液培养测试结果为阳性，证实存在感染病原体：
 - 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：组织病理学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的病原体且与心内膜炎吻合；或
 - ④ 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%）；及
- (3) 心内膜炎及心瓣膜病损须经心脏专科医生确诊。

63. 败血症导致的多器官功能障碍综合症

指由保险人认可医院的专科医生确诊为败血症，并由血液或骨髓检查证实致病菌，伴发一个或多个器官系统生理功能障碍，并因该疾病入住重症监护病房至少 96 小时，同时至少满足以下一条标准：

- (1) 呼吸衰竭，需要进行气管插管机械通气；

- (2) 凝血血小板计数 $<50 \times 10^3$ /微升；
- (3) 肝功能不全，胆红素 $> 6\text{mg/dl}$ 或 $> 102\mu\text{mol/L}$ ；
- (4) 已经使用强心剂；
- (5) 昏迷：格拉斯哥昏迷评分（GCS） ≤ 9 ；
- (6) 肾功能衰竭，血清肌酐 $>300\mu\text{mol/L}$ 或 $>3.5\text{mg/dl}$ 或尿量 $<500\text{ml/d}$ ；

非败血症引起的多器官功能障碍综合征不在保障范围内。

64. 因器官移植导致的艾滋病病毒感染

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

- (1) 在保障起始日或复效日之后，被保险人接受器官移植，并因此感染人类免疫缺陷病毒（HIV）；
- (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。

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

任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致的 HIV 感染不在本保障范围内。

本保险合同责任免除条款第九条第一款第六项不适用于此病种。

65. 严重肺淋巴管肌瘤病

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，同时需满足下列全部条件：

- (1) 经组织病理学诊断；
- (2) CT 显示双肺弥漫性囊性改变；
- (3) 休息时出现呼吸困难或并经保险人认可医院的专科医生认可有必要进行肺移植手术。

66. 严重原发性骨髓纤维化

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。本疾病须根据骨髓的活组织检查和周围血象检查由保险人认可的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 天及以上，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 $<100 \times 10^9/L$ 。

任何其它病因导致的继发性骨髓纤维化不在保障范围内。

67. 严重骨髓增生异常综合征

严重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,本保单所指的严重的骨髓异常增生综合征需由保险人认可医院的骨髓检查支持诊断,并由血液科专科医生确诊;同时须满足下列条件之一:

(1) 已接受至少累计三十日的化疗或已接受骨髓移植治疗。

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

(3) 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之内。

68. 埃博拉病毒感染

埃博拉病毒感染指埃博拉病毒感染导致的急性出血性传染病。必须满足下列全部条件:

(1) 有实验室检查证据证实存在埃博拉病毒感染,经国家认可的有合法资质的传染病专家确诊、并上报国家疾病预防控制中心接受了隔离和治疗;

(2) 存在广泛出血的临床表现;

(3) 病程持续 30 天以上。

单纯实验室诊断但没有临床出血表现的或者在确诊之前已经死亡的不在保障范围内。

69. 严重面部烧伤

指面部烧伤程度为III度,且III度烧伤的面积达到面部表面积的 80%或 80%以上。面部的范围指上至发际、下至下颌下缘、两侧至下颌支后缘之间的区域,包括额部、眼部、眶部、鼻部、口唇部、颞部、颧部、颊部和腮腺咬肌部。

70. 主动脉夹层血肿

指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。被保险人需通过断层扫描(CT)、核磁共振检查(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。

71. 严重慢性缩窄型心包炎

由于慢性心包炎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 天以上;

(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。

72. 艾森门格综合征

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。

先天性心脏病所致的艾森门格综合征不在本保障范围。

本保险合同责任免除条款第一节第九项不适用于此病种。

73. 严重脊髓小脑变性症

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。必须符合所有以下条件：

(1) 脊髓小脑变性症必须由医院诊断，并有以下证据支持：

- 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。

74. 严重进行性多灶性白质脑病

是一种亚急性脱髓鞘脑病，其病原体多为乳头多瘤空泡病毒，常常发生于免疫缺陷病人。必须满足下列所有条件：

(1) 根据脑组织活检确诊；

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

75. 严重强直性脊柱炎

强直性脊柱炎是一种慢性全身性炎性疾病，主要侵犯脊柱导致脊柱畸形。强直性脊柱炎必须明确诊断并且满足下列所有条件：

(1) 严重脊柱畸形；

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

76. 严重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，且自确诊 180 天后仍遗留双侧手臂感觉功能与运动功能完全永久性丧失。须有电生理检查结果证实。

77. 溶血性尿毒综合征

一种由于感染导致的急性综合征，引起红细胞溶血，肾功能衰竭及尿毒症。溶血尿毒综合征必须由血液和肾脏专科医师诊断，**被保险人理赔时年龄须在二十五周岁以下**，并且满足下列所有条件：

- (1) 实验室检查确认有溶血性贫血、血尿、尿毒症、血小板减少性紫癜；
- (2) 因肾脏功能衰竭实施了肾脏透析治疗。

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

78. Brugada 综合征

指由心脏专科医生诊断为夜间呼吸骤停（Brugada）综合征，且满足下列全部条件：

- (1) 有晕厥或心脏骤停病史，并提供完整的诊疗记录；
- (2) 心电图有典型的I型 Brugada 波；
- (3) 已经安装了永久性心脏除颤器。

79. 严重巨细胞动脉炎

巨细胞动脉炎又称颅动脉炎、颞动脉炎、肉芽肿性动脉炎，须经保险人认可医院的专科医师明确诊断，并造成永久不可逆性的单个肢体功能障碍或单眼失明。单眼失明指单眼视力永久不可逆性丧失，患眼须满足下列至少一项条件：

- (1) 眼球缺失或者摘除；
- (2) 矫正视力低于 0.02（采用国际标准视力表，如果使用其它视力表应进行换算）；
- (3) 视野半径小于 5 度。

80. 严重继发性肺动脉高压

继发性肺动脉压力持续增高，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（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。

所有先天性心脏疾病直接或间接引起的肺动脉高压也不在保障责任范围内。

81. 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 等影相学检查做出。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）不在本保障范围内。

82. 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 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。

83. 室壁瘤切除手术

指因心肌梗死导致室壁瘤，实际实施了**开胸开心室壁瘤切除**手术治疗。

84. 脑型疟疾

恶性疟原虫严重感染导致的脑病或脑型疟疾，以昏迷为主要特征。脑型疟疾的诊断须由注册医生确认，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。

85. 严重 III 度冻伤导致截肢

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

86. 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，需要输注血浆和浓缩血小板进行治疗。须提供同时具有下列条件中的至少三项的检验报告：

- (1) 血小板计数 $<100 \times 10^9/L$ 或者呈进行性下降；
- (2) 血浆纤维蛋白原含量 $<1.5g/L$ 或者 $>4g/L$ 或者呈进行性下降；
- (3) 3P 试验阳性或者血浆 FDP $>20mg/L$ ；
- (4) 凝血酶原时间 >15 秒或者超过对照组 3 秒以上。

87. 急性肺损伤（ALI）或急性呼吸窘迫综合征（ARDS）

指一种由于肺泡毛细血管和肺泡上皮细胞损伤引起的弥漫性肺间质及肺泡水肿，以进行性低氧血症、呼吸窘迫为特征的急性呼吸综合征。须由呼吸科或者重症监护室专科医生明确诊断，并须满足下列全部条件：

- (1) 急性发作（原发疾病起病后 7 天内发病）；
- (2) 影像学检查证实双肺浸润影；
- (3) PEEP(呼气末正压) ≥ 5 cmH₂O 时，PaO₂/FiO₂（动脉氧分压/吸入氧浓度）低于 200mmHg；

(4) 非心源性导致的肺水肿。

88. 心脏粘液瘤

指经保险人认可医院的心脏专科医师确诊的心脏原发性良性心脏肿瘤，并经术后病理或细胞学诊断。

89. 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。须经专科医生诊断，且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。

被保险人在三周岁之前罹患该疾病，保险人不承担保险责任。

90. 严重出血性登革热

是由登革热病毒引起的急性传染病，须经专科医生明确诊断，并须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。

非出血性登革热并不在保障范围内。

91. 严重的脊髓空洞症或严重的延髓空洞症

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 180 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 2 级或以下。

92. 侵蚀性葡萄胎（恶性葡萄胎）

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。

93. 严重心脏衰竭 CRT 心脏再同步治疗

指因缺血性心脏病或扩张性心肌病导致慢性严重心脏衰竭，被保险人实际接受了 CRT

治疗，以矫正心室收缩不协调和改善心脏功能。接受治疗之前必须满足下列所有条件：

- (1) 心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能 III 级或 IV 级；
- (2) 左室射血分数低于 35%；
- (3) 左室舒张末期内径 $\geq 55\text{mm}$ ；
- (4) QRS 时间 $\geq 130\text{msec}$ ；
- (5) 药物治疗效果不佳，仍有症状。

94. 肺孢子菌肺炎

指由肺孢子菌引起的间质性浆细胞性肺炎，且满足下列全部条件：

- (1) 第一秒末用力呼气量（FEV1）小于 1 升；
- (2) 气道内阻力增加，至少达到 0.5kPa/L/s ；
- (3) 残气容积占肺总量（TLC）的 60%以上；
- (4) 胸内气体容积升高，超过基值的 170%；
- (5) $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ ， $\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$ 。

95. 严重席汉氏综合征

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。必须满足下列所有条件：

- (1) 产后大出血休克病史；
- (2) 严重腺垂体功能破坏，破坏程度 $>95\%$ ；
- (3) 影像学检查显示脑垂体严重萎缩或消失；
- (4) 实验室检查显示：
 - ① 垂体前叶激素全面低下；
 - ② 性激素、甲状腺素、肾上腺皮质激素全面低下（包括生长激素、促甲状腺素、促肾上腺皮质激素、卵泡刺激素和黄体生成素）；
- (5) 需要终身激素替代治疗以维持身体功能，持续服用各种替代激素超过一年。

垂体功能部分低下及其他原因所致垂体功能低下不在保障范围之内。

96. 皮质基底节变性

指一种慢性进展性神经变性疾病，以不对称发作的无动性强直综合征、失用、肌张力障碍及姿势异常为其临床特征。经医院的专科医生明确诊断，被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，日常生活必须持续受到他人监护。

97. 严重气性坏疽

指由梭状芽胞杆菌所致的肌坏死或肌炎。须经保险人认可的医院的专科医生明确诊断，且须满足下列全部条件：

- (1) 符合气性坏疽的一般临床表现；
- (2) 细菌培养检出致病菌；
- (3) 受感染肢体被截肢（自腕关节或踝关节近端）。

清创术不在保障范围内。

98. 严重亚历山大病

亚历山大病（Alexander's Disease）是一种遗传性中枢神经系统退行性病变，特点为脑白质营养不良性。临床表现为惊厥发作、智力下降、球麻痹、共济失调、痉挛性瘫痪。亚历山大病必须被明确诊断，并且造成永久性神经系统功能障碍。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，日常生活必须持续接受他人护理。

未明确诊断的疑似病例不在本保障范围之内。

本保险合同责任免除条款第九条第一款第九项不适用于此病种。

99. 严重骨生长不全症

是一种胶原病，特征为骨易碎，骨质疏松和易骨折。该病有 4 种类型：I型、II型、III型、IV型。**本保险合同只保障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。

本保险合同责任免除条款第九条第一款第九项不适用于此病种。

100. 严重肾上腺脑白质营养不良

指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 180 天。**本保险合同仅对三周岁以上的被保险人予以理赔。**

本保险合同责任免除条款第九条第一款第九项不适用于此病种。

101. 肺泡蛋白质沉积症

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。理赔时须满足下列所有条件：

- (1) 支气管镜活检或开胸肺活检病理检查证实肺泡内充满有过碘酸雪夫（PAS）染色阳性的蛋白样物质；
- (2) 被保人因中重度呼吸困难或低氧血症而实际已行全身麻醉下的全肺灌洗治疗。

102. 严重脊髓灰质炎

脊髓灰质炎是由于脊髓灰质炎病毒感染所致的瘫痪性疾病，临床表现为运动功能损害或

呼吸无力。脊髓灰质炎必须明确诊断。本保单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。

103. 严重原发性心肌病

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（指按照美国纽约心脏病学会提出的新功能状态分级的标准判定，心功能状态已达IV级），且IV级心功能衰竭状态已持续至少 180 日。本病须经专科医生明确诊断。

继发于全身性疾病或其他器官系统疾病造成的心肌病变不在保障范围内。

104. 严重全身性（型）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。

105. 严重肌营养不良症

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。

106. 肝豆状核变性

肝豆状核变性是一种遗传性铜代谢障碍疾病。表现为体内的铜离子在肝、脑、肾、角膜等处沉积，引起进行性加重的肝硬化、锥体外系症状、精神症状、肾损害及角膜色素环。肝豆状核变性必须明确诊断并且满足以下条件之一：

- （1）帕金森综合征或其他神经系统功能损害，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；
- （2）失代偿性肝硬化，临床已经出现腹水、食道静脉曲张和脾肿大等表现；
- （3）慢性肾功能衰竭，已开始肾脏透析治疗；
- （4）接受了肝移植或肾移植手术。

本保险合同责任免除条款第九条第一款第九项不适用于此病种。

107. 闭锁综合征

由于双侧脑桥基底部病变，脑干腹侧的皮质核束和皮质脊髓束受损，而导致的缄默和四肢瘫痪。临床表现为意识清醒或仅有轻微损害，除睁闭眼和眼球上下运动外其它全部运动、吞咽、语言功能均丧失。诊断必须经神经科医生确认，并必须持续至少一个月病史记录。

108. 脊柱裂

指脊椎或颅骨不完全闭合，导致脊髓脊膜突出，脑（脊）膜突出或脑膨出，并至少合并下列异常中的一项：

- (1) 大小便失禁；
- (2) 部分或完全性下肢瘫痪或畸形等神经学上的异常。

但不包括由 X 线摄片发现的没有合并脊椎脊膜突出或脑（脊）膜突出的隐性脊柱裂。

本保险合同责任免除条款第九条第一款第九项不适用于此病种。

109. 库鲁病

指一种亚急性传染性朊蛋白病。临床表现为共济失调、震颤、不自主运动，在病程晚期出现进行性加重的痴呆，神经异常。该病必须由专科医生根据检测出的脑组织中的致病蛋白而明确诊断。

110. 自身免疫性脑炎

自身免疫性脑炎 (Autoimmune Encephalitis, AE) 泛指一类由自身免疫机制介导的脑炎。临床以精神行为异常、癫痫发作、近事记忆障碍等多灶或弥漫性脑损害为主要表现。

自身免疫性脑炎须经保险人认可的医院的专科医生明确诊断，并须满足下列全部条件：

- (1) 急性或亚急性起病，具备以下 1 个或多个神经与精神症状或临床综合征。
 - ①边缘系统症状：近事记忆减退、癫痫发作、精神行为异常，3 个症状中的 1 个或多个；
 - ②脑炎综合征：弥漫性或多灶性脑损害的临床表现；
 - ③基底核和（或）间脑/下丘脑受累的临床表现；
 - ④精神障碍，且精神心理专科认为不符合非器质性疾病。
- (2) 具有以下 1 个或多个的辅助检查发现，或者合并相关肿瘤。

①脑脊液异常：脑脊液白细胞增多；或者脑脊液细胞学呈淋巴细胞性炎症；或者脑脊液寡克隆区带阳性；

②神经影像学或电生理异常：MRI 边缘系统 T2 或者 FLAIR 异常信号，单侧或双侧，或者其他区域的 T2 或 FLAIR 异常信号（除外非特异性白质改变和卒中）；或者 PET 边缘系统高代谢改变，或者多发的皮质和（或）基底核高代谢；或者脑电图异常：局灶性癫痫或癫痫样放电（位于颞叶或颞叶以外），或者弥漫或多灶分布的慢波节律；

③与自身免疫性脑炎相关的特定类型的肿瘤，如边缘性脑炎合并小细胞肺癌，抗 NMDAR 脑炎合并畸胎瘤。

- (3) 抗神经元表面抗原的自身抗体阳性，其中抗 NMDAR 抗体检测主要以脑脊液阳性

为准。

(4) 合理地排除其他病因。

111. 严重肺结节病

结节病是一种原因未明的慢性肉芽肿病，可侵犯全身多个器官，以肺和淋巴结受累最为常见。严重肺结节病表现为肺的广泛纤维化导致慢性呼吸功能衰竭。必须满足下列所有条件：

(1) 肺结节病的 X 线分期为 IV 期，即广泛肺纤维化；

(2) 永久不可逆性的慢性呼吸功能衰竭，临床持续 180 天动脉血氧分压 (PaO₂) <50mmHg 和动脉血氧饱和度 (SaO₂) <80%。

112. 严重脊髓血管病后遗症

指脊髓血管的突发病变引起脊髓梗塞或脊髓出血，导致永久性不可逆的神经系统功能损害，表现为截瘫或四肢瘫。永久性不可逆的神经系统功能损害指疾病确诊 180 天后，仍然遗留后遗症并且无法独立完成下列基本日常生活活动之一：

(1) 移动：自己从一个房间到另一个房间；

(2) 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

113. 特定的横贯性脊髓炎后遗症

脊髓炎是一种炎症性脊髓疾病。横贯性脊髓炎是指炎症扩展横贯整个脊髓，表现为运动障碍、感觉障碍和自主神经功能障碍。

特定的横贯性脊髓炎后遗症指诊断为横贯性脊髓炎且已经造成永久不可逆的神经系统功能障碍，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。

114. 特发性肺纤维化

是一种原因不明的、进行性的、局限于肺部的以纤维化伴蜂窝状改变为特征的疾病，可表现为呼吸困难、咳嗽咳痰、消瘦、乏力，终末期可出现呼吸衰竭和右心衰竭体征。诊断需经外科肺活检病理证实或高分辨率 CT (HRCT)证实为典型的普通型间质性肺炎(UIP)。其他已知原因(例如环境和职业暴露、结缔组织病、药物毒性)导致的间质性肺疾病(ILD)不在保障范围内。

115. 严重血管性痴呆

指由缺血性卒中、出血性卒中和造成记忆、认知和行为等脑区低灌注的脑血管疾病所致的严重认知功能障碍综合征。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，并且有完整的临床、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。

116. 严重额颞叶痴呆

指一组以额颞叶萎缩为特征的痴呆综合征，临床以明显的人格、行为改变和认知障碍为特征。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，并且有完整的临床、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。

117. 严重路易体痴呆

指一组在临床和病理表现上以波动性认知功能障碍、视幻觉和帕金森综合征为临床特点，以路易体为病理特征的神经变性疾病。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，并且有完整的临床、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。

118. 创伤弧菌感染截肢

因创伤弧菌感染导致败血症和肢体损害。必须满足下列所有条件：

- (1) 近期被海鲜刺伤或肢体创口接触海水史；
- (2) 病原学检查证实致病菌为创伤弧菌；
- (3) 出现脓毒败血症或休克；
- (4) 受感染肢体被截肢（自腕关节或踝关节近端）。

119. 重症心肌炎伴充血性心力衰竭

指心肌的局限性或弥漫性炎性病变，心肌纤维发生变性和坏死，导致心脏功能衰竭，但先天性疾病造成的除外。其诊断标准必须同时符合下列所有条件：

(1) 明确的心肌炎诊断，须同时具备下列临床表现及检查结果：

- ①胸痛、心悸、全身乏力的症状；
- ②新近的心电图改变提示心肌炎；
- ③体检有心脏扩大、心音减弱、心动过速或过缓等体征。

(2) 心力衰竭诊断，满足下列临床表现及检查结果达4项：

- ①突发呼吸困难；
- ②心动过速、室性奔马律；
- ③心脏肿大、肺部啰音；
- ④颈静脉压 $>2.1\text{KPa}$ 并有肝肿大或身体水肿；
- ⑤新近的心电图改变提示心力衰竭；
- ⑥X线胸片：肺淤血或心影扩大；
- ⑦超声心动图检查：心脏及大血管的解剖结构改变、血液动力学改变、心功能情况改变

提示心力衰竭。

120. 严重大动脉炎

指经心脏或血管外科专科医生确诊的大动脉炎，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。这里的“主动脉及其主要分支”指：升主动脉、主动脉弓及其分支（头臂干、左颈总动脉、左锁骨下动脉）、胸主动脉、腹主动脉及其主要分支（腹腔干、肠系膜上动脉、肠系膜下动脉、肾动脉）。