

中国平安财产保险股份有限公司
平安意外伤害医疗和疾病医疗保险（平安e生保2020款）条款
注册号：C00001732512019122628112

1 您与我们的合同

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指中国平安财产保险股份有限公司；

1.1 合同构成

本保险条款、保险单或其他保险凭证、投保书、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单、附加险合同、其他书面或电子协议都是您和我们之间订立的保险合同的构成部分。

“平安意外伤害医疗和疾病医疗保险（平安e生保2020款）合同”以下简称为“本主险合同”。

1.2 合同成立与生效

您提出投保申请，我们审核您的投保申请和被保险人健康状况后同意承保，本主险合同成立。本主险合同自我们同意承保，并签发保险单时开始生效，我们开始承担保险责任的时间以保单记载的起讫时间为准。

1.3 投保年龄

指投保时被保险人的年龄，投保年龄以周岁（见7.1）计算。本产品接受的首次投保年龄为0周岁至65周岁，投保时被保险人为0周岁的，应当为出生满28日且已健康出院的婴儿。被保险人年满99周岁前（含99周岁），如您在上一个保险期间届满60日内提出重新投保申请且经我们审核符合承保条件的，我们仍然同意承保。

如您在上一个保险期间届满60日后提出重新投保申请，视为首次投保，需要重新核保，投保成功的需要重新计算等待期。

1.4 保险区域

本主险合同的保障区域为中国大陆（不含港澳台）。

1.5 犹豫期

自您签收本主险合同或收到本主险合同电子保险单之日起，有10日的犹豫期。在此期间请您认真审视本主险合同，如果您认为本主险合同与您的需求不相符，您可以在此期间提出解除本主险合同，我们将无息退还您所支付的全部保险费。

解除本主险合同时，您需要填写申请书，并提供您的保险合同及有效身份证件（见7.2）。自我们收齐上述资料时起，本主险合同即被解除，犹豫期内解除保险合同的，合同解除前发生的保险事故（见7.3）我们不承担保险责任。

1.6 保险期间

本主险合同的保险期间为1年。保险期间届满后，若您要继续享有本产品提供的保障，您需要重新投保。

若您在上一个保险期间届满后60日内申请重新投保，我们不会因被保险人在投保后健康状况的变化或我们承担保险责任的情况而拒绝您的重新投保申请。

若保险期间届满时，本主险产品已停止销售，我们不再接受投保申请，但会向您提供投保其他保险产品的合理建议。

1.7 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、对被保险人有保险利益的其他人。

1.8 被保险人

本保险合同的被保险人应为符合本保险合同投保年龄（见 1.3）约定的自然人。

2 我们提供的保障

2.1 保险计划

本主险合同的保险金赔付总限额、免赔额、保险责任（详见 2.2 条）中各项保险金的限额、各项保险金范围内不同的细分项目限额等本条款未提及的约定，均在保险计划中约定。保险计划由您在投保时与我们确定，并以本条款 1.1 条所列明的形式明确。

2.2 保险责任

本主险合同的保险责任分为基本责任和可选责任。根据我们与您在投保时的约定，本主险合同可能仅包括基本责任，也可能在基本责任的基础上增加可选责任，但不能仅包括可选责任。

2.2.1 免赔额

本主险合同中的免赔额是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本主险合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本主险合同约定仍旧由被保险人自行承担，我们不予赔付的金额。只有当保险期间内的免赔额因以下两种情况抵扣完毕时，我们才开始按照约定承担一般医疗保险金的赔付责任：

(1) 被保险人自行承担的属于本主险合同保险责任范围内的医疗费用，包括其基本医疗保险个人账户支出的医疗费用；

(2) 从基本医疗保险和公费医疗保险之外的其他途径获得的属于本主险合同保险责任范围内的医疗费用补偿。

举例来说，假设免赔额为 10000，如被保险人在保险期间内未就诊过，则免赔额余额为 10000；如第一次就诊累计的“保险责任范围内医疗费用”为 8000，针对本次就诊理赔后免赔额余额为 2000，本次赔付为 0；如第二次就诊累计的“保险责任范围内医疗费用”为 6000，则针对本次就诊理赔后免赔额余额为 0，本次赔付为 4000 乘以赔付比例。由于免赔额已抵扣完毕，在该被保险人剩余的保险期间内，不再需要抵扣免赔额。

请注意：通过基本医疗保险和公费医疗保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

2.2.2 等待期

除另有约定外，本主险合同生效日起 30 天内（含第 30 天）为等待期。被保险人在投保后至等待期结束之日前确诊的疾病、发生的疾病症状、异常体征或检验指标异常，由此而导致的医疗费用，无论此等费用是否发生在等待期内，我们都不承担本主险合同所有赔付保险金的责任。被保险人在等待期内在医院就医或接受检查，无论检查结果是否发生在等待期内，因此等就医和检查所导致的所有后续医疗费用，我们都不承担本主险合同所有赔付保险金的责任。

被保险人在投保后至等待期结束之日前罹患本主险合同所附特定疾病清单（详见附表 2）定义的特定疾病的，我们不承担给付保险金的责任，本主险合同终止，我们向您无息退还所有保险费。

以下两种情形，无等待期：

(1) 因意外伤害（见 7.5）发生上述情形的；

(2) 您在本主险合同上一保险期间届满后 60 日内，在不增加我们的保险责任的前提下经我们审核同意成功重新投保本产品的。在此情形下，您首次投保保险期间内因等待期而除外的保险责任在新的保险合同的保险期间内将继续除外。

如果在等待期后发生保险事故，我们按照下列方式赔付保险金：

2.2.3 基本责任

以下为本主险合同的基本责任，共计四项保险责任。请您特别关注本主险合同基本责任约定的医院范围，如无特别约定，被保险人在本主险合同约定的医院范围（见 7.6）外接受诊疗，尤其是在私立医院、公立医院特需部、vip 部、国际部或国际医疗中心接受诊疗的，对于因此产生的医疗费用我们将不承担基本责任项下的所有保险责任。

2.2.3.1 一般医疗保险金

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患疾病，在本主险合同约定的医院（见 7.6）接受治疗产生如下医疗费用的，我们依照下列约定在一般医疗保险金赔付限额内给付保险金。一般医疗保险金责任包含住院医疗保险金、指定门急诊医疗保险金和住院前后门急诊医疗保险金三个责任项目，具体如下：

住院医疗保险金：

被保险人因疾病或意外伤害经医院诊断必须住院治疗，对于被保险人住院（见 7.7）期间发生的必须由被保险人自行承担的合理且必要的住院医疗费用（见 7.8），我们在确定免赔额已抵扣完毕后，在一般医疗保险金的给付限额内按约定的赔付比例给付住院医疗保险金。

对等待期后本主险合同到期日前发生的且延续至本主险合同到期日后 30 日内的住院治疗，对于合理且必要的住院医疗费用，我们仍然按照上述约定计算并给付一般医疗保险金，但累计给付金额不超过本项保险金给付限额。

在保险期限内，被保险人因疾病或意外住院累积超过 180 日后发生的医疗费用，不属于一般医疗保险金的保险责任范围。

指定门急诊医疗保险金：

被保险人因疾病或意外伤害在医院进行如下治疗发生的必须由被保险人个人自行承担的合理且必要的医疗费用：

(1) 门诊肾透析；

(2) 门诊恶性肿瘤治疗，包括化学疗法（见 7.11）、放射疗法（见 7.12）、肿瘤免疫疗法（见 7.13）、肿瘤内分泌疗法（见 7.14）、肿瘤靶向疗法（见 7.15）治疗费用；

(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗；

(4) 门诊手术费（见 7.16）。

我们在确定免赔额已抵扣完毕后，在一般医疗保险金的给付限额内按约定的赔付比例给付指定门急诊医疗保险金。

住院前后门急诊医疗保险金：

被保险人在住院前 30 日（含住院当日，以住院病历或出院小结为准）和出院后 30 日（含出院当日，以住院病历或出院小结为准）内发生的，与本次住院相同原因而发生的，必须由被保险人自行承担的门诊急诊医疗费用（见 7.17）。

我们在确定免赔额已抵扣完毕后，按照本主险合同约定的各项费用对应的赔付比例，在一般医疗保险金的给付限额内按约定的赔付比例给付住院前后门急诊医疗保险金。

住院前后门急诊医疗保险金中的赔付范围不包括上述指定门诊医疗保险金项目中的治疗项目。

2.2.3.2 特定疾病医疗保险金

在本主险合同保险期间内，因意外伤害或等待期满后因意外伤害之外的其它原因，被保险人自其出生以来初次经我们认可的医院专科医生（见7.18）确诊罹患符合本主险合同所附**特定疾病清单**（详见附件2）定义的特定疾病，在医院接受治疗的，我们首先在上述一般医疗保险金的赔付范围内赔付一般医疗保险金，当我们累计给付金额达到一般医疗保险金的保险金额后，我们依照下列约定给付特定疾病医疗保险金。特定疾病医疗保险金包含特定疾病住院医疗保险金、特定疾病指定门急诊医疗保险金和特定疾病住院前后门急诊医疗保险金三个责任项目，具体如下：

特定疾病住院医疗保险金：

在本主险合同保险期间内，因意外伤害或等待期满后因意外伤害之外的其它原因，被保险人自其出生以来初次经我们认可的医院专科医生确诊罹患本主险合同约定的指定疾病和重大疾病，经医院诊断必须住院治疗，对于被保险人住院期间发生的必须由被保险人自行承担的合理且必要的**住院医疗费用**（见7.8），我们在特定疾病医疗保险金的给付限额内按约定的赔付比例给付特定疾病住院医疗保险金。

对等待期后本主险合同到期日前发生的且延续至本主险合同到期日后30日内的特定疾病住院治疗，对于合理且必要的住院医疗费用，我们仍然按照上述约定计算并给付特定疾病医疗保险金，但累计给付金额不超过本项保险金给付限额。

在保险期限内，被保险人因特定疾病住院累积超过180日后发生的医疗费用，不属于特定疾病医疗保险金的保险责任范围。

特定疾病指定门急诊医疗保险金：

在本主险合同保险期间内，因意外伤害或等待期满后因意外伤害之外的其它原因，被保险人自其出生以来初次经我们认可的医院专科医生确诊罹患本主险合同约定的指定疾病和重大疾病，在医院进行如下治疗发生的必须由被保险人个人自行承担的合理且必要的医疗费用：

(1) 门诊肾透析；

(2) 门诊恶性肿瘤治疗，包括**化学疗法**（见7.11）、**放射疗法**（见7.12）、**肿瘤免疫疗法**（见7.13）、**肿瘤内分泌疗法**（见7.14）、**肿瘤靶向疗法**（见7.15）治疗费用；

(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗；

(4) **门诊手术费**（见7.16）。

我们在特定疾病医疗保险金的给付限额内按约定的赔付比例给付特定疾病指定门急诊医疗保险金。

特定疾病住院前后门急诊医疗保险金：

在本主险合同保险期间内，被保险人因意外伤害或等待期满后因意外伤害之外的其它原因，被保险人自其出生以来初次经我们认可的医院专科医生确诊罹患本主险合同约定的指定疾病和重大疾病，在住院前30日（含住院当日，以住院病历或出院小结为准）和出院后30日（含出院当日，以住院病历或出院小结为准）内，与该次住院相同原因而发生的，必须由被保险人自行承担的**门诊急诊医疗费用**（见7.17）。

我们在特定疾病医疗保险金的给付限额内按约定的赔付比例给付特定疾病住院前后门急诊医疗保险金。

特定疾病住院前后门诊急诊医疗费用中不包括上述特定疾病指定门诊医疗费用项目中的治疗项目。

被保险人在等待期内罹患特定疾病医疗保险金保障范围内的特定疾病的，我们不承担给付保险金的责任，本主险合同终止，我们向您无息退还所有保险费。

2.2.3.3 住院就医安排费用保险金

在本主险合同保险期间内，被保险人在等待期后因疾病或意外伤害经医院诊断必须住院治疗，经过向我们申请并审核通过后，我们将安排被保险人在我们指定范围内的医院住院治疗。由此产生相关医疗服务费用，我们将在本项保险责任限额范围内承担住院就医安排费用保险金。本项保险责任不涉及免赔额亦不包括任何被保险人住院治疗的医院所收取的费用。

在本主险合同保险期间内，我们仅承担一次住院就医安排费用保险金。住院就医安排费用保险金将由我们直接支付给提供就医安排服务的第三方服务机构，被保险人无需支付该部分费用且不当向我们申请该部分保险金的支付。

2.2.3.4 恶性肿瘤第三方诊疗费用保险金

在本主险合同保险期间内且等待期满后，被保险人自其出生以来初次经我们认可的医院专科医生确诊罹患或疑似恶性肿瘤的，经过向我们的申请，可获取中国大陆境内三级甲等医院副主任医师以上医疗专家根据被保险人提供的书面医疗检查报告作出的独立第三方诊疗意见。由此产生的专家诊疗费用，我们在本项保险责任限额范围内承担恶性肿瘤第三方诊疗费用保险金。本项保险责任不涉及免赔额。

在本主险合同保险期间内，我们仅承担一次恶性肿瘤第三方诊疗费用保险金。恶性肿瘤第三方诊疗费用保险金将由我们直接支付给提供专家诊断意见的第三方服务机构，被保险人无需支付该部分费用且不当向我们申请该部分保险金的支付。

2.2.4 可选责任质子重离子医疗保险金

以下为本主险合同可选责任，共计一项保险责任。

在保险期间内，被保险人在等待期后因其本人自出生以来初次被确诊罹患恶性肿瘤，在上海质子重离子医院，暨复旦大学附属肿瘤医院质子重离子中心接受质子重离子治疗的，治疗期间所发生的质子重离子医疗费用，本公司根据合同约定的赔付比例给付质子重离子医疗保险金，且以本合同约定的质子重离子医疗保险金累计给付限额或限制为限。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、医生费、检查检验费、治疗费、药品费，但本项责任下不包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法和肿瘤靶向疗法所产生的医疗费用。

本项保险责任指定医疗机构为上海质子重离子医院，暨复旦大学附属肿瘤医院质子重离子中心，我们会根据实际情况调整质子重离子医疗保险金的指定医疗机构，并在我们的官方网站进行公开展示。

2.2.5 赔付比例

除本主险合同另有约定外，对于一般医疗保险金和特定疾病医疗保险金两项保险责任，我们在确认免赔额已抵扣完毕后，对于属于上述两项保险金赔付责任范围内的医疗费用按照下列比例进行赔付：

(1) 被保险人以参加基本医疗保险身份投保，并以参加基本医疗保险身份就诊且医疗费经过基本医疗保险结算的，赔付比例为 100%。

(2) 被保险人在投保时选择以有社保或公费医疗身份投保，但在就诊治疗时未使用基本医疗保险或公费医疗的，则赔付比例为 60%

(3) 被保险人以未参加基本医疗保险身份投保，赔付比例为 100%。

(4) 除本主险合同另有约定外，质子重离子医疗保险金赔付比例为 100%。

2.2.6 最高给付金额

对于上述各项保险责任，我们均按上述约定赔付各项费用责任的保险金，但各项费用的累计赔付日数不超过各对应保险金项目最高赔付日数为限，各项费用的累计赔付日数达到其对应项最高赔付日数时，我们对被保险人的该项保险责任终止；

各项保险金责任的累计赔付金额以不超过各对应项的保险金赔付限额为限，各项费用的累计赔付金额达到其对应项的限额时，我们对被保险人的该项保险金赔付责任终止。对于某项保险赔付责任同时包含最高赔付日数和赔付限额的，只要该项责任的累计赔付日数达到最高赔付日数或者累计赔付金额达到该项责任限额二者之一，该项保险责任都会终止。

保险期间内我们赔付的保险金总额以本主险合同约定的保险金赔付总限额为限，各项费用的累积赔付金额达到保险金赔付总限额的，不管是否某一项保险金责任达到其单项限额，本主险合同均完全终止。

2.2.7 补偿原则

被保险人已从其他途径（包括**基本医疗保险**（见 7.19）、公费医疗、城乡居民大病保险、工作单位、本公司在内的任何商业保险机构等）取得补偿的，我们将按上述约定计算并给付保险金，且最高给付金额不超过被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获补偿后的余额。

2.3 责任免除

因下列情形之一，造成被保险人发生医疗费用的，我们不承担赔付保险金的责任：

- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 被保险人故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (3) 被保险人殴斗、**醉酒**（见 7.20）、主动吸食或注射**毒品**（见 7.21）；
- (4) 被保险人**酒后驾驶**（见 7.22）、**无合法有效驾驶证驾驶**（见 7.23），或**驾驶无有效行驶证**（见 7.24）的**机动车**（见 7.25）；
- (5) 被保险人**感染艾滋病病毒或患艾滋病**（见 7.26）导致的；
- (6) 核爆炸、核辐射或核污染、化学污染；恐怖袭击、战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (7) 特定疾病以外的**遗传性疾病**（见 7.27）、**先天性畸形、或染色体变形或染色体异常**（见 7.28）；
- (8) 保险单中特别约定的除外疾病及其并发症；
- (9) 被保险人所患**既往症**（见 7.29）及保险单中特别约定的除外疾病、等待期内出现疾病、症状或体征、等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；等待期内药物过敏、食物中毒、细菌或病毒感染（但因意外事故导致伤口感染者除外）或其他医疗导致的伤害。
- (10) 不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症；
- (11) 精神和行为障碍（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）（见 7.30）确定）、性病；
- (12) 疗养、矫形、视力矫正手术、美容、牙科保健及康复治疗、非意外事故所致整容手术；
- (13) 被保险人在进行符合以下一项或多项标准的高风险运动过程中发生意外事故导致的医疗：
 - 运动过程中必然涉及 2 米以上水深的水面或水下运动，包括但不限于各类、各级别的**潜水**（见 7.31）、自然水域游泳（包括人工湖或人工水库）、跳水运动；
 - 运动过程中必然涉及距离普通正常理解的地面超过 10 米的高空的运动，包括但不限于跳伞、蹦极、非商业性的驾驶飞机等飞行器飞行、滑翔机或滑翔伞、**攀岩**（见 7.32）等；
 - 运动过程中必然涉及冰面高速运动或雪地高速运动的业余或职业运动竞赛，包括但不限于各类竞速滑冰运动或花样滑冰运动、冰球、滑雪运动；

- 运动过程中进入未经人工开发的区域，包括但不限于各类**探险**（详见 7.33）运动和除商业航线飞行外的航空航天活动；

- 各类搏击或军事运动，如**武术比赛**（见 7.34）、摔跤比赛、彩弹射击等仿真枪战运动；

- 各类**特技表演**（见 7.35）；

- 除竞走、跑步以外的竞速运动，如赛马、赛车等；

(14) 如下项目的治疗：皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗；雀斑、老年斑、痣的治疗和去除；对浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、纹身去除、皮肤变色的治疗或手术；激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗斑秃、白发、秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸；

(15) 各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗项目，包括但不限于平足及各种非功能性整容、矫形手术费用；

(16) 各种健美治疗项目，包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用；

(17) 除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其他人工器官材料费、安装和置换等费用、各种康复治疗器械、假体、义肢、自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械；

(18) 本主险合同中未列明的耐用医疗设备的购买或租赁费用；

(19) 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（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）确定的精神和行为障碍以外的一般心理问题，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；

(20) 不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院而拒不出院（从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用）；

(21) 各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定费用；

(22) 代诊，无原始发票的费用，电话咨询费，没有按时就诊的预约费用，非医师处方要求的服务费用，不在执业范围的医疗服务费用，不符合专业认可标准或者为进行适当治疗所不必要的医疗和牙科服务费用，非医学必需的费用，超过通常惯例水平的费用；

(23) 包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

(24) 符合以下任一条件的相关医疗费用，我们不承担保险责任：

- 未经医生建议自行进行的任何治疗或未经医生处方自行购买的药品；

- 虽然有医生处方，但药品不是自开具该处方的医生所执业的医院购买的（以药品费票据为准）；

- 虽然有医生建议，但相关治疗不是在医院进行的或相关费用不是由医院收取的（以相关医疗费票据为准）；

- 滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂涉及的药品费用；

虽然有医生处方，但剂量的超过 30 天部分的药品费用。

2.4 其他免除责任

除“2.3 责任免除”外，本主险合同中还有一些免除保险人责任的条款，详见“2.2 保险责任”、“3.2 保险事故通知”、“6.2 年龄错误”、“7 释义”及附表中背景突出显示的内容。

3 如何申请领取保险金

3.1 受益人

除另有指定外，本主险合同的受益人为被保险人本人。

3.2 保险事故通知

请您、被保险人或受益人在知道保险事故发生后 10 日内通知我们。

如果您、被保险人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，不承担赔付保险金的责任，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。

被保险人应在本主险合同约定的医院就诊，若因急诊未在本主险合同约定的医院就诊的，应在 3 日内通知我们，并在病情好转后及时转入本主险合同约定的医院。

3.3 保险金申请

在申请本主险合同保险金时，请按照下列方式办理：

由受益人填写保险金赔付申请书，并提供下列证明和资料：

- (1) 保险合同；
- (2) 受益人的有效身份证件；
- (3) 医出具的入出院证明或门急诊证明；
- (4) 医院出具的医疗诊断书及住院或门急诊发生医疗费用的原始凭证、医疗费用结算清单、病历（若发生手术费用还需提供手术费用的原始凭证）；
- (5) 检查检验报告及药品明细和处方；
- (6) 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。

以上证明和资料不完整的，我们将一次性通知受益人补充提供有关证明和资料。经我们同意，受益人可以免于提供部分以上列明的证明和资料。

3.4 保险金的赔付

我们在收到保险金赔付申请书及上述有关证明和资料后，将在 5 日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定。

对属于保险责任的，我们在与受益人达成赔付保险金的协议后 10 日内，履行赔付保险金义务；若我们在收到保险金赔付申请书及上述有关证明和资料后第 30 日仍未作出核定，除支付保险金外，我们将从第 31 日起按超过天数赔偿受益人因此受到的利息损失。如我们要求投保人、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料的，上述 30 日期间会扣除投保人、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料期间，扣除期间自我们作出的通知到达投保人、被保险人或者受益人之日起，至投保人、被保险人或者受益人按照通知要求补充提供的有关证明和资料到达保险人之日止。利息按照我们公示的利率按单利计算，且保证该利率不低于中国人民银行公布的同时金融机构人民币活期存款基准利率。

对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝赔付保险金通知书并说明理由。

我们在收到保险金赔付申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，对赔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；我们最终确定赔付保险金的数额后，将支付相应的差额。

3.5 诉讼时效

受益人向我们请求保险金的诉讼时效，按照有关法律规定执行，自其知道或者应当知道保险事故之日起计算。

4 如何支付保险费

4.1 保险费的支付

本主险合同的保险费按照被保险人的年龄、是否参加基本医疗保险、公费医疗以及投保人投保时选择的保险计划确定。您可以选择一次性全额支付保险费，也可以根据合同约定分期支付保险费。

若您在上一保险期间届满后60日内申请重新投保，您应于上述60日内支付应缴保险费；若您未在上述60日内支付应缴保险费，本主险合同效力自本主险合同约定的保险期间届满时终止。

4.2 宽限期

在本主险合同1年的保险期间内分期支付保险费的，在支付首期保险费后，除本主险合同另有约定外，如果您到期未支付应缴保险费，自**保险费约定支付日**（见7.36）的次日零时起30日为宽限期。

如果您在宽限期结束之后仍未支付应缴保险费，则我们自宽限期满的次日零时起不再承担保险责任，本主险合同效力终止。

4.3 保险费率调整

您的保费会随着您的年龄增长而变化。同时，我们每年都会检视费率，使其反映我们的整体理赔经验和医疗通胀等在内的一系列因素。我们将根据本主险合同计算费率所用的计算基础与实际情况的偏差程度，决定保险费率是否调整及调整幅度。本保险的费率调整针对所有被保险人，或同一投保年龄、同一投保区域等某一类人群的被保险人。

我们进行保险费率调整后，您在重新投保时须按调整后的重新投保当时的保险费率支付保险费，保险费率调整前您已经投保成功的保单的保险费不受影响。

如果您不同意费率调整的，您可以放弃重新投保本保险。

5 如何解除保险合同

5.1 您解除合同的手续及风险

您可以申请解除本主险合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：

- (1) 保险合同；
- (2) 您的有效身份证件。

自我们收到解除合同申请书时起，本主险合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起30日内向您退还本主险合同的**现金价值**（见7.37）。

您申请解除合同会遭受一定损失。

解除合同后，您会失去原有的保障。

6 其他需要关注的事项

6.1 明确说明与如实告知

订立本主险合同时，我们会向您说明本主险合同的内容。对本主险合同中免除我们责任的条款，我们在订立合同时会在投保书、保险单或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，我们有权解除本主险合同。

如果您故意不履行如实告知义务，对于本主险合同解除前发生的保险事故，我们不承担赔付保险金的责任，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，对于本主险合同解除前发生的保险事故，我们不承担赔付保险金的责任，但会退还保险费。

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，我们承担赔付保险金的责任。

6.2 年龄错误

您在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保书上填明，如果发生错误按照下列方式办理：

(1) 您申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本主险合同约定投保年龄限制的，我们有权解除合同，并向您退还本主险合同的现金价值。

(2) 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，在赔付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例赔付。

(3) 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退还给您。

6.3 合同内容变更

在本主险合同有效期内，经您与我们协商一致，可以变更本主险合同的有关内容。变更本主险合同的，应当由我们在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由您与我们订立书面的变更协议。

您通过我们同意或认可的网站等互联网渠道提出对本主险合同进行变更，视为您的书面申请，您向我们在线提交的电子信息与您向我们提交的书面文件具有相同的法律效力。

6.4 联系方式变更

为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址、电话或电子邮箱等联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。若您未以书面形式或双方认可的其他形式通知我们，我们按本主险合同载明的最后住所或通讯地址所发送的有关通知，均视为已送达给您。

6.5 效力终止

当发生下列情形之一时，本主险合同效力终止：

(1) 被保险人身故；

(2) 本主险合同中列明的其他合同解除的情形。

6.6 争议处理

本主险合同履行过程中，双方发生争议不能协商解决的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国人民法院起诉。

7 释义

7.1 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。

7.2 有效身份证件

指政府有权机关颁发的能够证明其合法真实身份的证件或文件等，如居民身份证、按规定可使用的有效护照、营业执照等。

7.3 保险事故

指保险合同约定的保险责任范围内的事故。

7.4 恶性肿瘤

指由医院的专科医生明确诊断，被保险人发生的符合以下定义的恶性肿瘤：

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他部位的疾病。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，

其中不包含：

（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期或者更轻分期的前列腺癌；

（6）感染艾滋病病毒或罹患艾滋病期间所罹患恶性肿瘤。

7.5 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。

7.6 医院

指中华人民共和国境内（港、澳、台地区除外）合法经营的二级以上（含二级）公立医院的普通部（不包含公立医院的特需医疗、外宾医疗、干部病房），不包括疗养院、护理院、康复中心、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心以及无相应医护人员或设备的二级或三级医院的联合医院或联合病房。

本主险合同另有约定的，按该约定执行。

7.7 住院

指被保险人因疾病或意外伤害而入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，不包括入住门诊观察室、家庭病床、其他挂床住院及不合理的住院。

7.8 住院医疗费用

指被保险人住院期间发生的，由医院收取并开具收费凭证的医疗费用，包括：

（1）床位费

指住院期间实际发生的、不高于单人病房的住院床位费（不包括套房）。

(2) 加床费

指未满18周岁的被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定赔付其合法监护人（限一人）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定赔付其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

(3) 重症监护室床位费

指住院期间出于**医学必要**（见7.9）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。

(4) 护理费

指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

(5) 膳食费

指住院期间根据医生的医嘱，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；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并病房费等其他款项内。

(6) 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。

(7) 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，具体以就诊医院的费用项目划分为准。

本项责任不包含如下费用：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法（见7.10）费用。

(8) 药品费

指住院期间实际发生的合理且必要的由医生开具的具有国家药品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。药品费中不含中草药费用、营养补充类药品费用，免疫功能调节类药品费用，美容即减肥类药品费用和预防类药品费用。

(9) 医生费

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

(10) 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。

(11) 救护车使用费

指住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，根据医生建议，被保险人需医院转诊过程中的医院用车费用，且救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送。

7.9 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：

- (1) 医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需；

(2) 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；

(3) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；

(4) 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；

(5) 非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；

(6) 非试验性或研究性。

7.10 物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法

物理治疗是指应用人工物理因子（如光、电、磁、声等）来治疗疾病，具体疗法包括电疗、光疗、磁疗、热疗等；

中医理疗是指以治疗疾病为目的，被保险人接受由具有相应资格的医生实施的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗；

其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

7.11 化学疗法

指对于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。本主险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、服用药物等方式的化疗。

7.12 放射疗法

指对于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。本主险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。

7.13 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。本主险合同所指的肿瘤免疫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。

7.14 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。本主险合同所指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。

7.15 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。本主险合同所指的靶向治疗的药物需具有国家药品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。

7.16 门诊手术费

指门急诊发生的合理且必要的手术医疗费用，包括外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。

7.17 门诊急诊医疗费用

指被保险人在医院进行门诊急诊发生的医疗费用，包括：

(1) **医生诊疗费**：指被保险人门、急诊期间发生的主诊医生或会诊医生的劳务费用，包括挂号费。

(2) **治疗费**：指门、急诊发生的以治疗疾病为目的，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，具体以就诊医院的费用项目划分为准。

本项责任不包含如下费用：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。

(3) **检查检验费**：指门、急诊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。

(4) **药品费**：被保险人每次门、急诊发生的，合理且必要的由医生开具的具有国家药品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处方药品的费用。**药品费中不包含中草药费用。**

(5) **救护车使用费**：指为抢救生命由急救中心派出的救护车运送被保险人至医疗机构的费用，**救护车的使用权限仅限于同一城市中的医疗转送。**

7.18 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。

7.19 基本医疗保险

本主险合同所称的基本医疗保险是指《中华人民共和国社会保险法》所规定的基本医疗保险，包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

7.20 醉酒

指每百毫升血液的酒精含量大于或等于 100 毫克。

7.21 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。

7.22 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《中华人民共和国道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

7.23 无合法有效驾驶证驾驶

指下列情形之一：（1）没有取得驾驶资格的情况下驾驶任何按中华人民共和国法律法规规定应当持有驾驶资格才能够驾驶的交通工具或在驾驶此等交通工具时驾驶资格证件处于暂扣、吊销或注销状态；（2）驾驶与驾驶资格不符合的交通工具或进行与驾驶资格不符合的交通运输行为，如驾驶与所持机动车驾驶证准驾车型不相符合的机动车；（3）持审验不合格的驾驶证或持应审验未审验的驾驶证驾驶；（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。

7.24 无有效行驶证

指下列情形之一：（1）被保险人所驾驶的交通工具未按中国法律规定取得行驶证等公共道路行驶资格证明；（2）被保险人所驾驶的交通工具被依法注销登记的；（3）被保险人所驾驶的交通工具未依法按时进行或通过机动车安全技术检验等法律规定的定期或不定期安全检验。

7.25 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车辆。

7.26 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。

7.27 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。

7.28 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、变形或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。

7.29 既往症

指在首次投保等待期结束前被保险人已经罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：

- （1）本主险合同等待期结束前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- （2）本主险合同等待期结束前，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）本主险合同等待期结束前发生，医生已有明确诊断，但未予治疗；或者未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

7.30 《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）

指世界卫生组织（WHO）制定的国际统一的疾病分类方法，它根据疾病的病因、病理、临床表现和解剖位置等特性，用一种系统有序的组合编码的方法对疾病进行分类。目前世界通用的是第 10 次修订本《疾病和有关健康问题的国际统计分类》，（ICD-10）是该分类第 10 次修订本的简称。

7.31 潜水

指使用辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。

7.32 攀岩

指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

7.33 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，而故意使自己置身于其中的行为，如：江河漂流、登山、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。

7.34 武术比赛

指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。

7.35 特技表演

指进行马术、杂技、驯兽等表演。

7.36 保险费约定支付日

指保险合同生效日在每月、每季或每半年（根据交费方式确定）的对应日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。

7.37 现金价值

现金价值的计算分两种情况：（1）首次投保或在上一保险期间届满 60 日后重新投保的：

如果保险经过天数 ≤ 30 天，现金价值=已交保险费 $\times (1-35\%)$ ；

如果保险经过天数 > 30 天，现金价值=已交保险费 $\times (1-35\%) \times [1 - (\text{保险经过天数}-30) / (\text{本合同生效日至保险费交至日的天数}-30)]$ ，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。（2）上一保险期间届满 60 日内重新投保的：现金价值=已交保险费 $\times (1-35\%) \times (1 - \text{保险经过天数} / \text{本合同生效日至保险费交至日的天数})$ ，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。

附表 1：平安意外伤害医疗和疾病医疗保险（平安 e 生保 2020 款）

保险计划表

单位：人民币元

保障计划		计划一	计划二	计划三	计划四
基本责任年度保险金赔付限额	一般医疗保险金	20 万	50 万	100 万	200 万
	特定疾病医疗保险金	20 万	50 万	100 万	200 万
	住院就医安排费用保险金	共 10 万	共 10 万	共 10 万	共 10 万
	恶性肿瘤第三方诊疗费用保险金				
一般医疗保险金和特定疾病医疗保险金免赔额		1 万			
赔付比例		100%赔付 (如被保险人以有基本医疗保险或公费医疗的身份参保, 但就诊时未使用基本医疗保险或公费医疗的, 则赔付比例为 60%)			
保障项目		保险金赔付限额			
一般医疗保险金	住院医疗费用	同年度保险金赔付限额			
	指定门诊医疗费用				
	住院前后门诊急诊费用				
特定疾病医疗保险金	特定疾病住院医疗费用	同年度保险金赔付限额			
	特定疾病特殊门诊医疗费用				
	特定疾病住院前后门诊急诊费用				
可选责任年度保险金赔付限额	质子重离子医疗保险金	100 万, 床位费限 1500 元/天			

附表 2：平安意外伤害医疗和疾病医疗保险（平安 e 生保 2020 款） 特定疾病清单

1、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。

2、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）心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 90 日后，经检查证实左心室功能降低，如左心室射血分数低于 50%。

3、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180日后，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（注释1）；
- （2）语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失（注释2）；
- （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（注释3）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。

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，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。

6、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90日的规律性透析治疗或实施了肾脏移植手术。

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、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。

10、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。

11、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180日后，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（注释1）；
- （2）语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失（注释2）；
- （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（注释3）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（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（注释4）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。

被保险人投保时在0至3周岁的保单，被保险人双耳失聪不在保障范围内。

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（注释4）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。

15、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180日后或意外伤害发生180日后，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。

16、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。

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（注释3）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。

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日后，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（注释1）；
- （2）语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失（注释3）；
- （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（注释3）中的三项或三项以上。

19、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（注释3）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。

20、严重Ⅲ度烧伤

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（注释4）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（注释5）IV级，且静息状态下肺动脉平均压超过30mmHg。

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。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（注释3）中的三项或三项以上的条件。

23、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。

在0至3周岁保单周年日期间，被保险人语言能力丧失不在保障范围内。

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。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 $\leq 20 \times 10^9/L$ 。

25、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。

26、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（注释4）的神经系统功能损害。永久不可逆（注释4）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。

27、严重原发性心肌病

指因原发性心肌病导致心室功能损害造成永久不可逆（注释4）性的心功能衰竭，心功能衰竭程度达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级（注释5）IV级。必须由心脏专科医生确诊，并有包括超声心动图在内的相关检查证实。

酗酒或滥用药物引起的心肌病不在保障范围内。

28、严重冠心病

指被保险人经由冠状动脉造影检查结果明确诊断为三支主要血管严重狭窄性病变（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）。冠状动脉的主要血管指左冠状动脉主干、前降支、左旋支及右冠状动脉。

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。

29、慢性呼吸功能衰竭终末期肺病

慢性肺部疾病导致永久不可逆（注释4）性的慢性呼吸功能衰竭。慢性呼吸功能衰竭必须明确诊断并满足下列全部条件：

- （1）休息时出现呼吸困难；
- （2）动脉血氧分压（ PaO_2 ） $<50\text{mmHg}$ ；
- （3）动脉血氧饱和度（ SaO_2 ） $<80\%$ ；
- （4）因缺氧必须接受持续的输氧治疗。

30、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。

31、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。

32、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（注释4）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。

33、坏死性筋膜炎

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。其诊断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、严重全身性重症肌无力

指一种神经与肌肉接头部位传递障碍的自身免疫性疾病，临床特征是局部或全身横纹肌于活动时易于疲劳无力，颅神经眼外肌最易累及，也可涉及呼吸肌、下肢近端肌群以至全身肌肉。且须满足下列全部条件：

- (1) 经药物、胸腺手术治疗一年以上无法控制病情；
- (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（注释3）中的三项或三项以上。

35、经输血导致的人类免疫缺陷病毒感染（HIV）

是指被保险人感染上人类免疫缺陷病毒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，并且因输血而感染人类免疫缺陷病毒；
- (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罹患者。

在任何治愈艾滋病或阻止人类免疫缺陷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等）导致的人类免疫缺陷病毒感染不在保障范围内。

保险公司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。

36、肌营养不良

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肌肉无力和肌肉萎缩。且须满足下列全部条件：

- (1) 肉组织活检结果满足肌营养不良症的肌肉细胞变性、坏死等阳性改变；
- (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（注释3）中的三项或三项以上。

37、严重脊髓灰质炎

由脊髓灰质炎病毒感染所导致的运动功能障碍或呼吸减弱持续三个月以上，须导致一肢或一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识活动。

38、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瘻管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

39、严重溃疡性结肠炎

本保单所保障的溃疡性结肠炎是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，已经造成瘻管并伴有肠梗阻或肠穿孔，治疗通常采取全结肠切除和回肠造瘻术。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瘻术。

40、I型糖尿病严重并发症

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，并且满足下列所有条件：

- (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
 - 因坏疽自趾趾关节或以上切除了一趾或多趾。

41、急性坏死性胰腺炎开腹手术

指被保险人被确诊为重症急性出血坏死性胰腺炎，并实际接受了外科剖腹直视手术治疗，进行坏死组织清除、坏死病灶切除或胰腺切除。

腹腔镜手术治疗不在保障范围内。

因酗酒或饮酒过量所致的急性坏死性胰腺炎不在保障范围内。

42、因职业关系导致的 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；
- (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。

职业列表：

医生（包括牙医）	救护车工作人员
护士	助产士
医院化验室工作人员	警察（包括狱警）
医院护工	消防人员

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，本保障将不再予以赔付。

43、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。必须满足下列所有条件：

（1）明确诊断，符合下列所有诊断标准：

- ①血浆促肾上腺皮质激素（ACTH）水平 $>100\text{pg/ml}$ ；
- 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、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保障范围内。

44、主动脉夹层

指主动脉壁在受到某些病理因素破坏后，高速、高压的主动脉血流将其内膜撕裂，以致主动脉腔内的血流通过主动脉内膜的破裂口进入主动脉内壁而形成血肿。急性主动脉夹层血肿必须明确诊断，并且满足下列所有条件：

（1）有典型的临床表现；

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

（3）被保险人实际接受了急诊条件下进行的传统或微创开胸或开腹主动脉手术。

慢性期主动脉夹层择期手术、经导管主动脉内介入手术治疗不在保障范围内。

45、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。

46、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（注释4）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（注释3）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。

47、肾髓质囊性病

肾髓质囊性病，一种遗传性肾脏疾病，特点为肾髓质多发大小不等的囊肿并且伴有小管炎症和间质性肾炎。必须满足下列所有条件：

（1）经肾组织活检明确诊断；

(2) 临床有肾脏衰竭和肾小管功能障碍表现；

(3) 影像学证据显示肾髓质多发囊肿。

其他肾脏囊性病变不在保障范围内。

48、进行性核上性麻痹

进行性核上性麻痹是中枢神经系统变性性疾病，临床表现为眼球运动障碍、假性球麻痹、帕金森综合征等。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（注释3）中的三项或三项以上，日常生活必须持续受到他人监护。

49、胰腺移植

胰腺移植术指因胰腺功能衰竭，已经实际接受了在全麻下进行的胰腺的同种（人类）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。

50、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在保障范围内。

51、丝虫病所致象皮肿

指因丝虫感染导致淋巴循环阻塞出现严重淋巴水肿，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。

52、感染性心内膜炎导致的心脏瓣膜病

感染性心内膜炎是指因细菌或其他致病菌感染造成心脏内膜感染，瓣膜为最常受累部位，引起心脏瓣膜关闭不全。必须满足下列至少三项条件：

- (1) 急性或亚急性感染性心内膜炎临床表现；
- (2) 血培养病原体阳性；
- (3) 心功能衰竭并实际接受了心脏瓣膜置换手术；
- (4) 并发动脉栓塞导致脑梗塞、肾梗塞或心肌梗塞。

药物滥用者所患感染性心内膜炎不在保障范围内。

53、系统性硬皮病

一种系统性胶原血管病引起进行性的皮肤、血管和内脏器官的弥漫性纤维化。诊断必须明确并由活检和血清学证据支持并且疾病已经影响到心脏、肺或肾脏等内脏器官并且达到下列标准之一：

- (1) 肺纤维化，已经出现肺动脉高压、肺心病；
- (2) 心脏损害，心脏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；
- (3) 肾脏损害，已经出现肾功能衰竭。

下列疾病不在保障范围内：(1) 局限硬皮病；(2) 嗜酸细胞筋膜炎；(3) CREST综合征。

54、原发性硬化性胆管炎

为一种特发型淤胆性疾病，特点为肝内及肝外胆道系统胆管壁增厚和管腔狭窄。必须满足以下所有条件：

- (1) 诊断由逆行胰胆管造影（ERCP）或经皮胆管造影（PTC）确认；

(2) 持续性黄疸超过30天，伴碱性磷酸酶（ALP）显著升高，血清ALP>200U/L；

(3) 出现继发性胆汁性肝硬化和门静脉高压。

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。

55、严重克-雅二氏病

CJD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师根据WHO诊断标准明确诊断，并且被保险人永久不可逆（注释4）地丧失自主生活能力，无法独立完成六项基本日常生活活动（注释3）中的三项或三项以上。

56、开颅手术

指因外伤、颅内肿瘤或脑动脉瘤破裂，被保险人实际接受了在全麻下进行的颅骨切开手术，以清除颅内血肿、切除肿瘤或夹闭破裂动脉瘤的手术治疗。

颅骨打孔手术、硬膜下血肿清除术、未破裂动脉瘤预防性手术、动脉瘤栓塞手术、血管内手术、颅骨切开或切除减压术、脑积水脑脊液分流手术、经蝶骨肿瘤切除术及其他原因的开颅手术不在保障范围内。

57、一肢及单眼缺失

被保险人因同一次意外伤害事件导致一肢体丧失和一眼视力丧失。必须满足下列所有条件：

(1) 一肢体丧失指任何一肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

(2) 一眼视力丧失指一只眼视力永久不可逆（注释4）性丧失，患眼须满足下列至少一项条件：

①眼球摘除；

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。

除眼球摘除以外，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。

58、糖尿病导致的双脚截肢

因糖尿病引起的神经及血管病变而经认可的医院的专科医生确认，由踝关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上位置截除双脚是维持生命的唯一方法。

切除一只或多只脚趾或因任何其他原因引起的截肢不在保障范围内。

59、原发性骨髓纤维化

原发性骨髓纤维化以骨髓纤维增生和髓外造血为特点，表现为进行性贫血、脾肿大、外周血幼稚细胞等等。被保险人须经由骨髓活检明确诊断为原发性骨髓纤维化，并满足下列所有条件且持续180天：

(1) 血红蛋白<100g/L；

(2) 白细胞计数>25x10⁹/L；

(3) 外周血原始细胞≥1%；

(4) 血小板计数<100x10⁹/L。

恶性肿瘤、中毒、放射线和感染所致的继发性骨髓纤维化不在保障范围内。

60、严重获得性或继发性肺泡蛋白质沉淀症

因获得性或继发原导致双肺泡和细支气管腔内充满不可溶富磷脂蛋白的疾病。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）染色阳性的蛋白物质；

(2) 被保险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。

61、肺淋巴管肌瘤病

肺淋巴管肌瘤病是一种弥漫性肺部疾病，其特征性病理表现为囊性病变及不成熟的平滑肌细胞和血管周围上皮细胞异常增生形成多发结节。必须满足下列所有条件：

(1) 经组织病理学检查明确诊断；

(2) CT显示双肺弥漫性囊性改变；

(3) 肺功能检查显示FEV1和DLC0（CO弥散功能）下降；

(4) 动脉血气分析显示低氧血症。

疑似肺淋巴管肌瘤病不在保障范围内。

62、慢性肺源性心脏病

指被保险人因慢性肺部疾病导致慢性肺源性心脏病并且引起慢性心功能损害造成永久不可逆（注释4）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（注释4）性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

63、心脏粘液瘤

指为了治疗心脏粘液瘤，实际实施了开胸开心脏粘液瘤切除手术。

经导管介入手术治疗不在保障范围内。

64、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。

65、完全性房室传导阻滞

指因慢性心脏疾病导致完全性房室传导阻滞。完全性房室传导阻滞是心房的激动不能正常地传导到心室，造成心室率过于缓慢，出现心力衰竭和因大脑供血不足导致的晕厥、阿-斯综合征。必须明确诊断并且满足下列所有条件：

(1) 患有慢性心脏疾病；

(2) 曾经有晕厥、阿-斯综合征发作；

(3) 心电图表现为持续室性逸搏心律，心室率持续低于40次/分；

(4) 已经植入永久性心脏起搏器。

66、自体造血干细胞移植

被保险人因急性白血病、恶性淋巴瘤或多发性骨髓瘤实际接受了自体造血干细胞移植。以下情况不在保障范围内：

(1) 因上述所列疾病以外疾病接受自体造血干细胞移植；

(2) 非造血干细胞移植。

67、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。慢性缩窄性心包炎必须被明确诊断并且满足下列所有条件：

(1) 心功能衰竭达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级（注释5）IV级，并持续180天以上；

(2) 已经接受了经下列任何一种手术路径进行的开胸心包剥离手术或心包切除手术：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。

68、出血性登革热

严重登革热（出血性登革热），出现全部四种症状，包括发高烧、出血现象、肝肿大和循环衰竭（登革热休克综合症即符合WHO登革热第III级及第IV级）。

69、肝豆状核变性（威尔逊氏病）

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（注释3）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。

70、斯蒂尔病（全身型幼年类风湿性关节炎）

指未成年时期的一种全身结缔组织病。可表现为弛张热、皮疹、关节炎、脾肿大、淋巴结肿大、浆膜炎、体重减轻、中性粒细胞增多等，全身症状可以先于关节炎出现。本病须在年满18周岁前经专科医生出具医学诊断证明，并且满足下列条件之一：

(1) 临床及X线检查发现明显的关节畸形，以下关节中至少其中三个关节受累：手关节、腕关节、肘关节、膝关节、髌关节、踝关节、脊椎关节或跖趾关节；

(2) 因病情严重在医生的建议下已接受以治疗为目的的膝或髌关节的置换手术。

未成年人其他类型的类风湿性关节炎不在保障范围内。

71、严重心脏衰竭CRT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。

72、严重肠道疾病并发症

严重肠道疾病或外伤导致小损害并发症，满足以下所有条件：

- (1) 至少切除了三分之二小肠；
- (2) 完全肠外营养支持三个月以上。

73、多发性大动脉炎旁路移植手术

多发性大动脉炎（高安氏动脉炎）是一种发生在主动脉和其主要分支的慢性炎症性动脉疾病，表现为受累动脉狭窄或闭塞。头臂动脉型多发性大动脉炎是指多发性大动脉炎头臂动脉型（I型），又称为无脉症。被保险人被明确诊断为头臂动脉型多发性大动脉炎并且实际接受了经胸部切开进行的无名动脉（头臂干）、颈总动脉、锁骨下动脉旁路移植手术。

非开胸的血管旁路移植手术、因其他病因而进行的旁路移植手术，对其他动脉进行的旁路移植手术，经皮经导管进行的血管内手术不在保障范围内。

74、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（注释4）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（注释4）性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

75、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（注释4）性的慢性呼吸功能衰竭，临床持续180天动脉血氧分压（ PaO_2 ） $< 50\text{mmHg}$ 和动脉血氧饱和度（ SaO_2 ） $< 80\%$ 。

76、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。埃博拉病毒病必须经国家认可的有合法资质的传染病专家确诊并且上报国家疾病预防控制中心接受了隔离和治疗，必须满足以下所有条件：

- (1) 实验室检查证据证实存在埃博拉病毒感染；
- (2) 存在持续30天以上广泛出血的临床表现。

埃博拉病毒感染疑似病例，在确诊之前已经死亡的病例不在保障范围内。

77、严重瑞氏综合征（Reye综合症）

瑞氏综合征（Reye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，并满足下列所有条件：

- （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。

78、重症手足口病

由肠道病毒引起的急性传染，主要症状表现为手、足口腔等部位斑丘疹、疱疹。经保险公司认可的医疗机构儿科专生确诊为患有手足口病，并伴有下列三项中的任意一发病：

- （1）有脑膜炎或并发症，且导致意识障碍瘫痪的临床表现及实验室检有脑膜炎或并发症，且导致意识障碍瘫痪的临床表现及实验室检查证据；
- （2）有肺炎或水肿并发症，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，且导致脏扩大或力衰竭的临床表现及实验室检查证据。

79、骨生长不全症

是一种胶原病，特征为骨易碎质疏松和折。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、多性骨折进行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。

80、细菌性脑脊髓膜炎

指因脑膜炎双球菌感染引起脊髓化脓性病变，且导致永久神经损害，持续90日以上，并且脑脊液检查显示膜炎双球菌阳性。

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、脑积水、智力或性情中度以上的损害，且上述症状持续90日以上仍无改善迹象。

81、严重川崎病

是指原因不明的系统性血管炎，并须满足下列全部条件：

- （1）超声心动图显示川崎病并发冠状脉瘤或其他血管异常；
- （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。

82、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。

83、严重骨髓增生异常综合症

骨髓增生异常综合征是起源于造血干细胞的一组骨髓克隆异常的疾病，表现为无效造血、难治性血细胞减少，有转化为急性髓系白血病的风险。被保险人须经由外周血和骨髓活检明确诊断为骨髓增生异常综合征，并且满足下列所有条件：

- （1）根据WHO分型，分型为难治性贫血伴原始细胞增多（RAEB）；
- （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。

84、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，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（注释4）的神经系统功能损害。永久不可逆（注释4）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。

85、婴儿进行性脊肌萎缩症

该病是累及脊髓前角细胞延运动核的神经元退行性变性病。在出生后两年内出现的脊髓和脑干颅神经前角细胞进行性功能障碍，伴随肌肉无力和延髓机能障碍。

该病必须经由神经科医师通过肌肉活检而确诊。理赔时提供检的病理报告。其它类型脊肌萎缩症如II型中间型进行性脊肌萎缩症，III型少年型脊肌萎缩症(Kugelberg-Welander氏病)不在保障范围内。

86、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。

87、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（注释4）的体力活动能受限，达到美国纽约心脏病学会功状态分级IV级。诊断必须由心脏科专家确诊，并且心导管检查报告显示静息状态下肺动脉平均压超过30mmHg。

所有先天性心脏疾病直接或间接引起的肺动脉高压不在保障范围内。

88、艾森门格尔综合症

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。

89、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多与遗传有关的疾病。必须满足下列所有条件：

(1) 脊髓小脑变性症必须由三级医院诊断，并有下列所有证据支持：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（注释3）中的三项或三项以上。

90、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（注释3）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。

91、Brugada综合征

被保险人被三级医院心脏专科医生明确诊断为Brugada综合征，并且满足下列所有条件：

- (1) 有45岁以下猝死家族史；
- (2) 有晕厥或心脏骤停病史，并且具有完整的诊疗记录；
- (3) 心电图有典型的I型Brugada波；
- (4) 安装了永久性心脏起搏器。

92、进行性多灶性白质脑病

是一种亚急性脱髓鞘脑病，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（注释4）丧失自主生活能力，无法独立完成六项基本日常生活活动（注释3）中的三项或三项以上。

93、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病毒感染。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。必须满足下列所有条件：

- (1) 必须由三级医院诊断，临床检查证实脑电图存在周期性复合波、脑脊液Y-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，永久不可逆（注释4）丧失自主生活能力，无法独立完成六项基本日常生活活动（注释3）中的三项或三项以上。

94、进行性风疹性全脑炎

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（注释3）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。

95、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) 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（注释3）中的三项或三项以上。

96、严重结核性脑膜炎

由结核杆菌引起的脑膜和脊非化脓性炎症疾病。需满足以下全部条件：

- (1) 出现颅内压明显增高，表头痛、呕吐和视乳水肿；
- (2) 出现部分性、全身癫痫发作或持续状态；
- (3) 昏睡或意识模糊；
- (4) 视力减退、复和面神经麻痹。

97、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，须经保险公司认可医院的专科医师明确诊断，并造成永久不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（注释4）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。

98、意外导致的重度面部烧伤

指面部III度烧伤且烧伤面积达到面部表面积的2/3或全身体表面积的2%。

体表面积根据《中国新九分法》计算，面部总面积为全身体表面积的3%。面部面积不包括发部和颈部。

99、溶血性链球菌引起的坏疽

由于急性溶血性链球菌感染导致广泛的皮肤、皮下组织和深层组织的坏死。必须满足以下所有条件：

- (1) 细菌培养证实致病菌为溶血性链球菌；
- (2) 受感染肢体被截肢（自腕关节或踝关节近端）。

100、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表现为进行性的精神运动障碍，视力及听下降和（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（注释3）中的三项或三项以上，持续至少180天。

101、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。

102、严重小肠疾病并发症

指严重肠道疾病或外伤导致小肠损害并发症，满足以下所有条件：

- (1) 切除部分或全部小肠；

(2) 完全肠外营养支持三个月以上。

103、严重哮喘

指经专科医生明确诊断为严重哮喘，并且满足下列标准中的三项或三项以上：

- (1) 过去两年中有哮喘持续状态病史；
- (2) 身体活动耐受能力显著下降，轻微体力活动即有呼吸困难，且持续六个月以上；
- (3) 慢性肺部过度膨胀充气导致的由影像学检查证实的胸廓畸形；
- (4) 每日口服皮质类固醇激素，至少持续六个月以上。

104、胆道重建手术

指因疾病或胆道创伤导致接受涉及胆总管小肠吻合术的胆道重建手术。手术必须在专科医生认为是医疗所需的情况下进行。胆道闭锁并不在保障范围内。

105、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。

106、多处臂丛神经根性撕脱

指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。该病须由医院专科医生明确诊断，并且有电生理检查结果证实。

107、因器官移植导致艾滋病病毒感染或患艾滋病

指因进行器官移植而感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）或患艾滋病，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或患艾滋病；
- (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或患艾滋病，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 感染或患艾滋病不在保障范围内。

108、范可尼综合征

指近端肾小管的功能异常引起的一组症候群。须满足下列至少两个条件：

- (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。

109、严重的脊髓内肿瘤

指脊髓内良性或恶性肿瘤，并且此肿瘤造成脊髓损害导致瘫痪。须满足下列所有条件：

- (1) 被保险人实际接受了肿瘤切除的手术治疗；

(2) 手术 180 天后遗留下列神经系统损害，无法独立完成下列任何一项基本日常生活活动：a. 移动：自己从一个房间到另一个房间；b. 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

非脊髓内的其他椎管内肿瘤、脊柱肿瘤、神经纤维瘤不在保障范围内。

110、败血症导致的多器官功能障碍综合症

指败血症导致的一个或多个器官系统生理功能障碍，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 $<50 \times 10^3$ /微升；
- (3) 肝功能不全，胆红素 $>6\text{mg/dl}$ 或 $>102 \mu\text{mol/L}$ ；
- (4) 已经应用强心剂；
- (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 $<500\text{ml/d}$ ；
- (7) 败血症有血液检查证实。

败血症引起的 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。

111、严重气性坏疽

严重气性坏疽：指由梭状芽胞杆菌所致的肌坏死或肌炎。须经专科医生明确诊断，且须同时符合下列要求：

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. 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。

112、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。横断性脊髓炎必须明确诊断，并且已经造成永久不可逆（注释 4）的神经系统功能损害。永久不可逆（注释 4）的神经系统损害指被保险人持续 180 天无法独立完成下列任何一项基本日常生活活动：

- (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、严重的脊髓空洞症

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的称为延髓空洞症，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（注释 4）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条件之一：

- (1) 延髓麻痹呈现显著舌肌萎缩、构音困难和吞咽困难；
- (2) 双手萎缩呈“爪形手”，肌力 2 级或以下。

114、闭锁综合征

严重脑功能障碍，但剩余脑干功能完整。障碍的特征是缺失基本的认知功能，缺失对任何刺激的反应，不能与其他人互动。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。

115、疾病或外伤所致智力障碍

因严重头部外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）智力低常分为轻度（IQ50-70）；中度（IQ35-50）；重度（IQ20-35）和极重度（IQ<20）。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）检测证实。

智商的检测必须由本公司认可的专职心理测验工作者进行，心理检测工作者必须持有心理测量专业委员会资格认定书。

理赔时必须满足下列全部条件：

- （1）造成被保险人智力低常的严重头部外伤或疾病（以诊断日期为准）发生在被保险人五周岁以后；
- （2）由儿科专科的主任医师级别的医生确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低常；
- （3）由专职合格心理检测工作者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诊断确认日起持续 180 天以上。

116、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。溶血性尿毒综合征必须由血液和肾脏专科医师诊断，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，不在本保单保障范围内。

117、急性肺损伤（ALI）或急性呼吸窘迫综合征（ARDS）

一种表现为无心脏衰竭的肺水肿，为创伤、脓毒血症等临床多种疾病的并发症。急性呼吸窘迫综合征必须由本公司认可的医院的呼吸科或者重症监护室专科医生明确诊断，并须满足下列全部临床特征：

- （1）急性发作（原发疾病起病后 6 至 72 小时内发病）；
- （2）急性发作的临床症状体征，包括呼吸急促、呼吸困难、心动过速、大汗、面色苍白及辅助呼吸肌活动加强（点头呼吸、提肩呼吸）；
- （3）双肺浸润影；
- （4） PaO_2/FiO_2 （动脉氧分压/吸入氧浓度）低于 200mmHg；
- （5）肺动脉嵌入压低于 18mmHg；
- （6）临床无左房高压表现。

118、结核性脊髓炎

结核性脊髓炎：指因结核杆菌引起的脊髓炎，导致永久性神经系统功能障碍，即该疾病首次确诊一百八十天后，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（注释 1）；
- （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（注释 3）中的三项或三项以上。

119、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。

120、严重的破伤风

指破伤风梭菌经由皮肤或黏膜伤口侵入人体，在缺氧环境下生长繁殖，产生毒素而引起严重持续肌痉挛的一种特异性感染。须经专科医生明确诊断。

注释 1：肢体机能完全丧失是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。

注释2：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）中的任何一种、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。

注释3：六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。

注释 4：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。

注释5：心功能状态分级是指美国纽约心脏协会心功能状态的分级标准：

I 级：体力活动不受限制，日常活动不引起乏力、心悸、呼吸困难或心绞痛等症状。

II 级：体力活动轻度受限，休息时无症状，日常活动即可引起乏力、心悸、呼吸困难或心绞痛。

III 级：体力活动明显受限，休息时无症状，轻于日常的活动即可引起上述症状。

IV 级：不能从事任何体力活动，休息时亦有症状，体力活动后加重。

中国平安财产保险股份有限公司
平安恶性肿瘤国际会诊医疗保险条款

注册号：C00001732512019122628092

总则

第一条 本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。

第二条 除另有约定外，28 天至 80 周岁（含），在投保前连续 12 个月内在我国日常居住地的居住天数超过 240 天，身体健康且能正常工作、生活的自然人，可作为本保险合同的被保险人，但首次承保自然人的年龄上限为 60 周岁（含），满足续保要求的可续保自然人的年龄上限为 80 周岁（含）。

第三条 年满 18 周岁，具有完全民事行为能力且对被保险人具有保险利益的人，均可作为本保险合同的投保人。

前款中对被保险人具有保险利益的人员，是指被保险人本人、被保险人的配偶、父母、子女以及其他符合法律规定情形的近亲属或经被保险人同意的人员等。

订立本保险合同时，投保人对被保险人不具有保险利益的，本保险合同无效，保险人扣减相应手续费后退还剩余保险费。

第四条 除另有约定外，本保险合同的医疗保险金的受益人为被保险人本人。

第五条 在保险期间内，若被保险人身故的，则自其身故之日起该被保险人的被保资格丧失，未发生保险金给付的，保险人将向投保人退还该被保险人项下保险单的未到期净保费，保险人所承担的保险责任终止。

保险期间内，若被保险人在等待期内，罹患本保险合同约定的恶性肿瘤（无论一种或多种），保险人不承担给付保险金的责任，本保险合同终止，保险人向投保人退还未到期净保费；若被保险人在等待期内，罹患本保险合同约定的恶性肿瘤之外的其他疾病（无论一种或多种），保险人不承担给付保险金责任，本保险合同继续有效。

本保险合同的等待期为 90 天（含），续保的被保险人无等待期限制。

第六条 自投保人签收本主险合同或收到本主险合同电子保险单之日起，有 10 日的犹豫期。如果投保人认为本主险合同与其保障需求不相符，投保人可以在此期间提出解除本主险合同，保险人将无息退还投保人支付的全部保险费。

保险责任

第七条 保险期间内，被保险人在保险单载明的等待期后，经符合本保险合同释义的医院（以下简称“释义医院”）的专科医生确诊初次罹患本保险合同约定的恶性肿瘤，且经被保险人同意、由保险合同载明的保险人授权的服务商（以下简称“授权服务商”）安排进行国际会诊的，保险人对被保险人在会诊期间所支出的下列必要且合理的医疗费用，按照本保险合同约定的方式给付保险金，对该被保险人的保险责任终止，给付金额不超过保险单载明的恶性肿瘤国际会诊医疗保险金额。

（一）国外专家会诊费用

保险期间内，经保险人或者授权服务商根据被保险人病情认可属于保险责任范围内事故后，由授权服务商安排本合同约定的国外医疗机构专家为被保险人提供国际会诊而产生的国外专家诊疗费用。

（二）国内专家诊疗费用

保险期间内，经保险人或者授权服务商根据被保险人病情认可属于保险责任范围内事故后，由授权服务商安排国内专家为被保险人提供的国内专家诊疗费用，包括国内专家通过问诊和分析资料为被保险人总结病情及整理并提出问题的费用、国内专家为被保险人提供一对一解读国际会诊报告的费用。

（三）咨询服务费用

保险期间内，经保险人或者授权服务商根据被保险人病情认可属于保险责任范围内事故后，由授权服务商为被保险人提供的为国际会诊做准备而发生的国内咨询服务费用，包括病例收集整理、病历翻译、影像资料传递、病例电子化等项目所产生的费用。

责任免除

第八条 因下列情形之一，导致被保险人支出医疗费用的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）被保险人在初次投保或非续保前所患恶性肿瘤；
- （二）等待期内出现与所患恶性肿瘤相关的疾病、症状或体征；
- （三）等待期内接受检查但在等待期后确诊的恶性肿瘤；
- （四）既往症；
- （五）被保险人患职业病、遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常；
- （六）接种预防恶性肿瘤的疫苗，进行基因测试（不包含因治疗恶性肿瘤用药所必需的基因检测），鉴定恶性肿瘤的遗传性，接受实验性治疗，以及采取未经科学或医学认可的医疗手段；
- （七）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；
- （八）核爆炸、核辐射或者核污染；
- （九）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱、恐怖袭击；
- （十）投保人对被保险人的故意或重大过失行为；
- （十一）被保险人故意自伤、自杀（被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外），故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施以及其他故意和重大过失行为；
- （十二）被保险人酗酒、殴斗、吸食或注射毒品，违反规定使用麻醉或精神药品；
- （十三）被保险人未遵医嘱服用、涂用、注射药物。

第九条 下列费用，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）被保险人罹患恶性肿瘤以外疾病所支出的任何费用；
- （二）被保险人在非保险人指定或认可医疗机构产生的费用；
- （三）保险单中特别约定的除外疾病引起的相关费用；
- （四）任何与授权服务商安排的医学诊断无直接关系的费用；
- （五）根据本保险合同其他部分内容中的相关约定，保险人应不承担或免除保险责任的各种情形下的损失、费用或责任，或保险人有权予以扣除、减少的部分。

第十条 其他不属于本保险责任范围内的损失或费用，保险人不承担给付保险金责任。

保险金额

第十一条 保险金额是保险人承担赔偿责任的最高限额。本保险合同的恶性肿瘤国际会诊医疗保险金额由投保人和保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险期间

第十二条 除双方另有约定外，本保险合同的保险期间为一年，以保险合同载明的起讫时间为准。

保险人义务

第十三条 本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十四条 保险人按照本保险合同的约定，认为被保险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、被保险人补充提供。

第十五条 保险人收到被保险人的赔偿保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，保险人将在确定是否属于保险责任的基本材料收集齐全后，尽快做出核定。

保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险人达成赔偿保险金的协议后十日内，履行赔偿保险金义务。保险合同对赔偿保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行赔偿保险金的义务。保险人依照前款的规定作出核定后，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发出拒绝赔偿保险金通知书，并说明理由。

第十六条 保险人自收到赔偿保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其赔偿保险金的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定赔偿的数额后，应当支付相应的差额。

第十七条 投保人符合保险法规定的退还保险费相关要求的，保险人应当按照保险法相关规定退还未到期净保费。

被保险人的义务

第十八条 除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时缴纳保险费。

第十九条 订立保险合同，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除保险合同。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。自合同成立之日起超过二年的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担赔偿保险金的责任。

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，不承担赔偿保险金的责任，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，不承担赔偿保险金的责任，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，保险人应当承担赔偿保险金的责任。

第二十条 投保人申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。

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，保险人可以解除合同，并退还保险单的保险费。

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与应付保险费的比例支付。

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多于应付保险费的，保险人应当将多收的保险费退还投保人。

第二十一条 知道保险事故发生后，被保险人应该：

（一）尽力采取必要、合理的措施，防止或减少损失，否则，对因此扩大的损失，保险人不承担赔偿责任；

（二）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，不承担赔偿责任，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；

（三）投保人、被保险人及合法代表应配合保险人或授权服务商为界定保险责任所进行的必要探访或必要调查，提供与厘定损失有关的医学报告、病历以及相关资料。

第二十二条 投保人、被保险人应遵循以下流程：

（一）恶性肿瘤确诊通知及评估

投保人或被保险人应在保险期间内初次确诊罹患恶性肿瘤后及时通知保险人，经由保险人或授权服务商审核属于本保险合同约定的恶性肿瘤后，根据被保险人意愿进行国际会诊申请。

（二）签署书面申请

被保险人需提供授权服务商要求相关医学诊断的化验和医疗信息证明材料，保险人或授权服务商根据证明材料进行审核，通过后，授权服务商将在申请审核通过之日起十日内告知被保险人进行国际会诊的必要步骤。

若保险人或授权服务商根据证明材料审核未通过，授权服务商将在申请审核未通过之日起十日内告知被保险人无法进行国际会诊。

（三）签署服务书面授权

医疗服务书面授权包括以下内容：

1. 被保险人同意由授权服务商提供国际会诊的服务；

2. 被保险人同意由授权服务商制定的服务流程及相关安排；

3. 被保险人同意授权服务商对保险责任范围内相关费用向保险人申请理赔，费用明细以在美指定医疗机构账单及授权服务商提供服务的账单为准。

（四）保险金垫付

当完成本条（一）（二）（三）项，被保险人进行国际会诊时，除另有约定外，对于需由被保险人支出的符合本保险合同约定的费用，经被保险人书面申请可由授权服务商先行垫付。

赔偿处理

第二十三条 保险金申请人请求赔偿时，应向保险人提供下列证明和资料：

（一）被保险人支出医疗费用的，由保险金申请人填写保险金给付申请书，并凭下列证明和资料向保险人申请给付保险金：

1.保险金给付申请书；

2.保单号；

3.申请人的有效身份证件；

4.费用垫付书面申请资料；

5.中华人民共和国境内二级及二级以上释义医院或者保险人指定或认可的医疗机构出具的附有病历、必需的病理检验、血液检验及其他科学诊断报告的诊断书或手术证明（包括门诊病历、住院病历或出院小结以及相关的检查报告）；

6.费用支出的账单明细和原始发票（如果中国大陆以外地区需附收据），且应当包含就诊人姓名、医疗执业医师姓名、检查项目；

7.被保险人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料。

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。

保险金申请人按照本条提供相关材料后，保险人与授权服务商在相关保险金额的范围内据实结算授权服务商垫付的、属于保险责任的费用，保险人完成前述结算后，即视为已向保险金申请人给付了全部保险金。

第二十四条 保险金申请人未履行前款约定的索赔材料提供义务，导致保险人或授权服务商无法核实该申请的真实性和其记载的内容的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金责任。

续保

第二十五条 本保险合同保险期间届满后三十日内（含第三十日），投保人申请续保并一次性交纳续保保险费，且保险人签发保险单的，视为保险人同意续保，续保合同无等待期。续保合同具体的生效日以保险人另行签发的保险单、批单、批记载明的日期为准。本保险合同保险期间届满期后三十日内（含第三十日）投保人未一次性交纳续保保险费的，投保人需重新申请投保，经保险人审核同意后签发保险单，且前述重新申请投保需适用等待期的约定并重新填写健康告知。

本保险合同为非保证续保合同，不保证续保费率。

连续投保时保险人有权根据被保险人的年龄、医疗费用水平变化、本保险合同整体经营状况调整被保险人在连续投保时的费率。费率调整适用于本保险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连续投保费率。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连续投保手续。

当发生下列情形之一的，保险人不再接受投保人续保申请：

（一）申请续保时被保险人的年龄超过 80 周岁；

（二）不符合保险人、投保人就具体的保险产品约定的续保条件的（该续保条件会在保险单中载明）；

（三）被保险人身故；

(四) 投保人或被保险人存在不如实告知、欺诈等不符合续保条件的情形；

(五) 本保险产品统一停售。

若保险人不再接受续保申请，应在本保险合同保险期间届满之前通知投保人。

争议处理和法律适用

第二十六条 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，依法向中华人民共和国人民法院起诉。

第二十七条 本保险合同的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

第二十八条 保险金申请人向保险人请求保险金的诉讼时效，按照有关法律规定执行，自其知道或者应当知道保险事故之日起计算。

第二十九条 投保人和保险人可以协商变更合同内容。

变更保险合同的，应当由保险人在保险单或者其他保险凭证上批注或附贴批单，或者投保人和保险人订立变更的书面协议。

第三十条 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；
- (三) 保险费交付凭证；
- (四) 投保人身份证明。

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到期净保费。

犹豫期内解除保险合同的，合同解除前发生的保险事故保险人不承担保险责任。

释义

第三十一条

【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，不足一年的不计算。

【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。

下列疾病不在恶性肿瘤保障范围内：

- (一) 原位癌；
- (二) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- (三) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- (四) 皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；
- (五) TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌；
- (六) 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

【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（不含港、澳、台地区），且仅限于上述医院的普通部，但不包括如下机构或医疗服务：

- (一) 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；
- (二) 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；
- (三) 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能够提供二十四小时 的医疗与护理服务的能力或资质。

【医疗机构】是指依法定程序设立的从事疾病诊断、治疗活动的卫生机构的总称。本保险合同的医疗机构特指经国家卫生部门审核通过的综合性或专科医院。不包括疗养院、卫生所（室）。

【专科医生】 专科医生应当同时满足以下四项资格条件：

- (一) 具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；
- (二) 具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；
- (三) 具有有效的中华人民共和国主治医师或者主治医师以上职称的《医师职称证书》；
- (四) 在二级或者二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

【确诊】指被保险人经手术治疗或病理检查确诊罹患恶性肿瘤。恶性肿瘤确诊之日为以手术病理取材或病理活检取材日期；被保险人未经手术治疗但后续行放射性疗法或化学药物性疗法的，以首次放疗或化疗日期为恶性肿瘤确诊之日。

【必要且合理的医疗费用】：

- (一) 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。

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。

- (二) 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。

【国际会诊】国际会诊分为确诊计划和多学科会诊计划，确诊计划由本合同约定的国外医疗机构（见下表）的病理及放射专家出具单学科会诊意见报告，提供给被保险人与其国内主治医生参考。多学科会诊由本合同约定的国外医疗机构（见下表）专家进行的多学科、多机构或同机构的个性化会诊，将形成包括会诊意见、下步治疗建议、医院专家背景介绍与科普材料的书面会诊报告，提供给被保险人与其国内主治医生参考。

国外医疗机构的列表如下：

1	Mayo Clinic	梅奥诊所
2	Massachusetts General Hospital	哈佛大学麻省总医院
3	Boston Children's Hospital	波士顿儿童医院
4	Dana Farber Cancer Institute	哈佛大学丹娜法伯癌症研究所
5	Brigham and Women's Hospital	哈佛大学布列根和妇女医院
6	McLean Hospital	哈佛大学麦克莱恩医院
7	Spaulding Rehabilitation Hospital	哈佛大学斯波尔丁康复医院
8	UCLA Health	加州大学洛杉矶医学中心
9	Children's Mercy Kansas City	堪萨斯儿童慈善医院
1	Jefferson Hospital	杰佛逊大学医学中心
1	Northwestern Memorial Hospital	西北纪念医院

【等待期】指自本保险合同生效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上载明。

【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。

【体征】指被保险人的体表或内部结构发生可以察觉的改变。

【职业病】指企业、事业单位和个体经济组织的劳动者在职业活动中，因接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害物质等因素而引起的疾病。职业病的认定需遵循《中华人民共和国职业病防治法》中的相关规定及鉴定程序。

【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。

【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。

【实验性治疗】用于药物用途或者外科手术，未被国际医学科研组织普遍接受为对疾病或损伤安全、有效的医疗手段、医学设备或药品；以及处于学习、研究、测试等任何临床试验阶段的治疗、医学操作、疗程治疗、医疗设备或药品。

【酗酒】指没有节制地喝酒，以医疗机构或司法部门出具的酒精中毒或酒精摄入过量的相关证明为依据。

【既往症】指在本主险合同生效之前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：

- 1、本主险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- 2、本主险合同生效前，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、本主险合同生效前发生，未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

【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症，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。

【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、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。

【未到期净保费】 除另有约定外，未到期净保费=保险费×（1-保险单已经过天数/保险期间天数）×（1-15%），经过天数不足一天的按一天计算。

附表：平安恶性肿瘤国际会诊医疗保险计划表

单位：人民币元

保障计划	保险金额
恶性肿瘤国际会诊医疗保险金额	20 万
赔付比例	100%赔付
保险期间	1 年

中国平安财产保险股份有限公司
平安附加海外特定医疗保险（亚洲版）条款
注册号：C00001732522019122628082

1 您与我们的合同

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指中国平安财产保险股份有限公司；

1.1 合同订立

“平安附加海外特定医疗保险（亚洲版）”合同（以下简称“本附加保险合同”）可附加于各种健康保险合同（以下简称“主险合同”）。主险合同所附条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等，凡与本附加保险合同相关者，均为本附加保险合同的构成部分。凡涉及本附加保险合同的约定，均采用书面形式。本附加保险合同由主险合同投保人提出申请，经我们同意而订立。

1.2 合同生效

本附加险合同必须与主险合同同时投保，不能单独投保。主险合同效力终止，本附加险合同效力一并终止；主险合同无效，本附加险合同一并无效。除投保年龄事项外，主险合同与本附加险合同相矛盾之处，以本附加险合同为准。本附加险合同未约定而主险合同有约定的事项，同样适用本附加险合同，以主险合同的约定为准。

本附加险合同的生效日与主险合同相同。

本附加险合同的保险期间同主险合同的保险期间。我们开始承担保险责任的时间以保单记载的起讫时间为准。

1.3 投保年龄

本附加险接受的首次投保年龄为0周岁至70周岁，投保时被保险人为0周岁的，应当为出生满28日且已健康出院的婴儿。被保险人年满99周岁前（含99周岁），如您在上一个保险期间届满60日内提出重新投保申请、且经我们审核符合承保条件的，我们仍然同意承保。您在上一个保险期间届满60日后提出的投保申请，视为首次投保，需要重新核保，投保成功的需要重新计算等待期。

如果本附加险合同所附加的主险合同接受的投保年龄范围小于本附加险合同的，以主险合同为准。

1.4 保险期限

本附加险合同保险期限同主险合同，保险期限届满后，您需要重新投保。

在本附加险合同保险期间内，只要您书面向我们提出了需要前往海外进行本附加险合同保障的**特定治疗**（详见2.3）申请，并填写了《出国就医申请表》，无论是否实际前往海外进行了特定治疗，也无论是否得到保险金赔付，在保险期间届满后，我们均不再接受您的重新投保申请。

1.5 个人信息授权

由于本附加险合同的保险责任涉及经我们指定的授权服务商（由我们授权向被保险人提供海外医疗服务安排的机构，以下简称“授权服务商”）提供海外就医服务，您投保本附加险合同意味着您和被保险人同意并授权我们将我们拥有的您或被保险人的个人信息提供给授权服务商。

1. 您已得到被保险人有关其个人信息（包括但不限于：姓名、证件类型与号码、联系方式、经我们询问的病历病史等）将被披露给我们和我们指定的授权服务商用于提供本附加险合同项下保险和医疗服务的充分授权；

2. 您和被保险人同意并授权我们将您的投保信息（包括但不限于您和被保险人姓名、身份证明文件、联系方式、投保时告知我们的被保险人身体健康状况等）提供给授权服务商供其提供相关服务使用；

3. 您或被保险人在本附加险合同期间内，填写《出国就医申请表》并向我们提交的行为，意味着被保险人同意我们将所有申请材料提供给指定的授权服务商用于评估治疗必要性和治疗方案。

我们承诺您提供的相关信息不会被用于提供本附加险合同项下保险服务和就医服务之外的其他用途且不会传递到境外。

2 我们提供的保障

2.1 等待期

除另有约定外，本附加险合同生效日起 90 天内（含第 90 天）为等待期。被保险人在等待期内确诊罹患疾病或被保险人在等待期内发生疾病症状、异常体征或检验指标异常或被保险人在等待期内在**医院**（7.1）就医或接受检查，因此等疾病、症状、异常体征、生理指标异常以及就医检查需要接受本附加险合同保障的特定治疗的，我们都不承担本附加险合同的任何保险责任，并无息返还您已缴纳的本合同的保险费，本附加险合同终止。

您在本附加险合同的上一保险期间届满后 60 日内重新投保成功的，新的保险期间没有等待期。

2.2 保险责任

2.2.1 保险责任概述

被保险人在等待期后经医院确诊初次罹患某种疾病，并且因该初次罹患的疾病需要接受本合同 2.3 条的特定治疗，在经我们指定的授权服务商确认前提下，我们对于被保险人在治疗期内接受授权服务商安排的在除中国（包括中国大陆及港、澳、台地区）以外的亚洲国家或地区（以下简称“特定亚洲地区”）的医院治疗所实际产生的符合通常惯例水平且医学必需（见 7.2）的以下医疗费用（见 2.2.2-2.2.3），在本附加险合同约定的赔付总限额和各单项限额（见附表）内按 70%的赔付比例赔付特定治疗医疗费用保险金：

2.2.2 医疗费用范畴

（1）床位费、陪床费和膳食费

a) 床位费指被保险人住院期间在病房、重症监护室和观察室治疗期间使用床位的费用。

b) 陪床费指医院为一名陪同人员（7.3）提供床位产生的费用。

c) 膳食费指根据医生（7.4）的医嘱且由医院内设的专门为住院病人配餐的食堂配送的并符合通常惯例水平的膳食的费用。

（2）药品费

指被保险人产生的以下费用：

a) 被保险人在特定亚洲地区接受治疗过程中，在海外期间使用的根据主诊医生处方开具的药品的费用；

b) 被保险人住院接受手术治疗的，在手术治疗结束并出院后且返回中国之前，在特定亚洲地区购买的、由治疗方案授权书（7.5）约定的治疗期间的主诊医生开具的、手术后治疗所需的处方药品产生的药品费用，且该处方药品的剂量在治疗期以30天为限。

(3) 材料费

指在手术过程中由医生植入患者体内、术后无法自由取摘、只能由医生进行开创手术才能取出的生物相容性材料的费用。

(4) 医生费（诊疗费）

指由医生所实施的病情咨询以及检查、各种器械或者仪器检查、诊断、治疗方案拟订等各项医疗服务所收取的费用。

(5) 护理费及门诊服务费

a) 护理费是指住院期间由护士（7.6）对被保险人提供临床护理服务所收取的费用。包括各级护理、重症监护和专项护理费用。

b) 门诊服务费指被保险人在医疗机构门诊部产生的费用。

(6) 检查化验费

指由医生开具的由指定医疗机构专项检查科室的专业检查、检验人员实施的各种检查化验项目，包括实验室检查、病理检查、放射线检查、CT、核磁共振检查（MRI）、B超、血管造影、脊髓造影、同位素、心电图、脑电图、心功能、肺功能、骨密度、基因学检查和其他类似检查。

(7) 治疗及手术费用

指由以下治疗、手术和用药产生的费用：

- a) 由执业麻醉师进行的麻醉；
- b) 使用手术室以及进行手术；
- c) 由医生或者在医生监督下进行的放射治疗、放射性同位素疗法、化学治疗等医学治疗；
- d) 输血、注射血浆或者血清；
- e) 输氧、输液或者注射针剂。

(8) 转运费

指在接受特定亚洲地区的治疗期间内遵循医嘱且预先通过授权服务商批准的使用救护车或者救护飞机进行治疗发生国的国境内转院或者运送时产生的费用。

(9) 器官移植相关费用

指被保险人接受活体捐献者器官移植过程中产生的下列费用：

a) 为活体捐献者提供的医疗机构服务，包括住院、膳食、一般护理，医疗机构工作人员提供的定期服务、化验和其他医疗仪器、设施服务产生的费用（不包括器官和组织摘除、移植过程中使用的非必需的个人用品产生的费用）；

b) 器官或者组织移植的手术和医疗服务产生的费用。

(10) 骨髓培养费用

指自治疗方案授权书出具之日起产生的，与被保险人的骨髓移植有关的骨髓培养费用。

(11) 再造手术费用

指本附加险合同安排的海外手术切除治疗后，该部位缺失器官的再造手术（7.7）费用。

(12) 治疗直接并发症的费用：

指治疗由本附加险合同安排的海外治疗所引起的直接并发症的费用。直接并发症是指在一种疾病的治疗过程中由于治疗方法、药物或原发疾病病情变化，而导致另一种或多种疾病或症状的发生，后者即为前者的直接并发症。

这些治疗需同时满足以下两个条件：

- a) 需要立即在医院或诊所进行医疗处置；
- b) 保证被保险人结束海外治疗之后的身体状况可以适合归国行程。

其它治疗因接受本附加险合同安排的海外治疗所引起的并发症的相关费用不在保障范围。

(13) 翻译费

指在指定医疗机构就诊时与治疗相关的医学翻译费用。

(14) 远程咨询费

指被保险人在特定亚洲地区接受治疗过程中，在中国以书面形式咨询其治疗国的主治医生，治疗国的主治医生以书面形式回答时产生的费用。远程咨询在治疗期内以2次为限。

我们累计给付的医疗费用保险金数额以本合同约定的保险金额为限，未在本条列明的任何费用均不属于本附加险合同的保险责任范围。

2.2.3 除外医疗费用范畴

下列情形不属于本附加险合同约定的合理且必要的医疗费用范畴：

(1) 购买或租用任何类型的假体（7.8）、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）、矫形鞋、疝带等其他类似器具用品产生的费用，但进行授权服务商安排的瓣膜替换或修复手术所需的瓣膜和授权服务商安排的乳房摘除手术后使用的乳房假体的费用除外；

(2) 无医生处方的药物产生的费用；

(3) 替代疗法产生的费用，即使有医生处方；

(4) 实验性治疗（7.9），安全性和可靠性未经相关科学证明的诊断、治疗和（或）外科手术（7.10）所产生的费用；

(5) 任何与认知障碍相关的费用。

2.2.4 治疗期

本附加险合同所称治疗期，是指本附加险合同的保险期间内被保险人书面向我们提出需要前往海外进行本附加险合同“2.3 特定治疗”中所描述的治疗并签署了《出国就医申请表》，则自签署《出国就医申请表》之日起365天为治疗期，在这段期间内，我们承担给付保险金的责任。

2.3 特定治疗

本附加险合同保障的特定治疗如下：

(1) 恶性肿瘤治疗

恶性肿瘤治疗指进行如下恶性肿瘤的治疗：

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：

a) 原位癌；

b) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

c) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

d) 皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；

e) TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或更轻分期的前列腺癌；

f) 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

（2）冠状动脉旁路移植手术（冠状动脉搭桥手术）

指在心脏科医生建议下借助冠状动脉旁路移植手术纠正一支乃至数支冠状动脉狭窄或者通过冠状动脉旁路移植手术（即冠状动脉搭桥手术）来治疗冠状动脉阻塞。

使用冠状动脉旁路移植手术以外的方式治疗冠状动脉疾病，例如冠状动脉支架植入术、心导管球囊扩张术、激光射频技术，不在保障范围内。

（3）心脏瓣膜置换或修复

指在心脏科医生建议下置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等。

（4）神经外科手术

指以下外科手术（包括微创和介入治疗）：

a) 任何改变脑部或者其它颅内结构的外科手术；

b) 脊髓良性肿瘤治疗。

（5）活体器官移植

指通过外科手术使被保险人接受来自异体配型合适的活体器官捐赠者的肾脏、肝叶、肺叶或部分胰腺器官的移植手术。

下列器官移植不在保障范围内：

a) 因酒精性肝病（如酒精性肝炎、酒精性肝硬化等）导致的活体器官移植；

b) 自体器官移植；

c) 被保险人作为活体捐献者，为其他第三方提供活体器官移植；

d) 任何涉及干细胞治疗的活体器官移植；

e) 通过购买获得活体器官或者活体器官移植资格的活体器官移植。

（6）骨髓移植

指骨髓移植（BMT）或者骨髓细胞的外周血干细胞移植（PBSCT），且被保险人从以下任一途径获取骨髓细胞：

a) 被保险人本人（自体骨髓移植）；

b) 配型合适的活体捐献者（异体骨髓移植）。

使用脐带血的造血干细胞移植（HCT）不在保障范围内。

2.4 责任免除

被本附加险合同附加的主险合同中的责任免除事项也适用本附加险合同，即属于主险合同的责任免除事项，在本附加险合同中一样属于责任免除事项，因主险合同的责任免除事项导致的任何医疗费用均不在本附加险合同的责任范围内。

因下列情形之一导致被保险人进行治疗的，我们不承担给付保险金的责任：

- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 被保险人故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (3) 被保险人主动吸食或注射毒品；
- (4) 被保险人酒后驾驶机动车；
- (5) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间因疾病导致的；
- (6) 被保险人患性病、精神和行为障碍（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；
- (7) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (8) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (9) 任何职业病、遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常；
- (10) 既往症；
- (11) 疗养、康复治疗、矫形、长期并发症的治疗、减缓慢性症状的治疗。

2.5 其他免责条款

除“2.4 责任免除”外，本附加险合同中还有一些免除保险人责任的条款，详见“2.1 等待期”、“2.2 保险责任”、“2.3 特定治疗”、“3.2 保险事故通知”、“3.3 保险金申请”、“6 其他需要关注的事项”、“7 释义”。

此外，主险合同中的责任免除事项也适用本附加险合同，即属于主险合同的责任免除事项，在本附加险合同中一样属于责任免除事项。

3 如何申请领取保险金

3.1 受益人

除另有约定外，本附加险合同的受益人为被保险人本人。

3.2 保险事故通知

请您、被保险人或受益人在知道保险事故发生后 10 日内通知我们。

如果您、被保险人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。

3.3 保险金申请

在申请保险金时，请按照下列方式办理：

授权服务商评估及建议

在本附加险合同保险期间内被保险人因意外伤害或者在等待期后经医院确诊初次罹患疾病,并且因该疾病需要接受“2.3 特定治疗”中所描述的治疗,且被保险人有意接受海外治疗,我们将做理赔资格审核。在被保险人理赔资格审核通过且提交海外就医书面申请后,授权服务商将根据被保险人的实际情况提供特定亚洲地区的推荐医疗机构名单。

提交海外就医书面申请前 12 个月内被保险人在中华人民共和国境内累计居住时间应不少于 240 日,若被保险人提交海外就医书面申请时不满 1 周岁,则被保险人在中国大陆累计居住时间不少于自出生之日起至提交海外就医书面申请时累计日数的三分之二,否则我们不承担本附加险合同的保险责任。

您和被保险人在未经我们和授权服务商评估和安排的情形下,自行前往海外接受治疗的,我们不承担本附加险合同的保险责任。

海外治疗及治疗方案授权书

被保险人在推荐医疗机构名单中选定接受特定亚洲地区治疗的医疗机构后,授权服务商将进行必要的部署和医疗安排以确保被保险人能够入院,并提供只对该医疗机构有效的治疗方案授权书。

非治疗方案授权书中列明的费用不属于本附加险合同保险责任范围;

治疗方案授权书作出之前发生的费用不属于本附加险合同保险责任范围。

授权服务商根据被保险人当时的健康状况给出推荐医疗机构名单和治疗方案授权书;由于被保险人的健康状况随时可能变化,推荐医疗机构名单和治疗方案授权书的有效期为 3 个月。在推荐医疗机构名单给出之后的 3 个月内,被保险人未选择医疗机构,或在治疗方案授权书给出的 3 个月内,被保险人未在指定医疗机构进行治疗的,授权服务商将根据被保险人此时的健康状况重新给出医疗机构名单和治疗方案授权书。

被保险人及其陪同人及活体器官捐赠者须接受授权服务商和/或其指派的医务工作人员认为必要的调查。被保险人和/或活体器官捐赠者应当提供所有的医学报告、病历以及相关资料,并签署所有的授权文件使我们可以获得全部完整的医学材料。

对于拒绝医疗调查或不提供相关医学材料的或不给予授权而导致我们未能获得全部完整医学资料的,我们不承担保险责任。

保险金申请所需材料

由受益人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) 受益人的有效身份证件;
- (3) 医院出具的医疗诊断书、医疗病历或出院小结、检查检验报告及药品明细处方;
- (4) 医院出具的医疗费用的原始凭证、医疗费用结算清单;
- (5) 检查检验报告及药品明细和处方;
- (6) 能证明被保险人在初次确诊罹患疾病并需要接受本合同 2.3 条定义特定治疗的必要性和合理性等与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料;
- (7) 个人信息处理同意书。
- (8) 被保险人护照和一年内的出入境记录。

以上证明和资料不完整的,我们将及时一次性通知受益人补充提供有关证明和资料。

3.4 保险金的给付

对于海外医疗费用保险金，我们将通过授权服务商直接给付给提供医疗服务的特定亚洲地区的指定医疗机构。

我们在收到保险金给付申请书及上述有关证明和资料后，将在 5 日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定。

对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

对于保险责任范围外的费用和 70%赔付比例之外的医疗费用，被保险人需要自行向指定医疗机构支付。

如果被保险人在海外治疗期间改变治疗方案导致不再需要进行本主附加险合同责任范围内的治疗，我们自改变治疗方案之日起不再承担给付保险金的责任。

3.5 诉讼时效

受益人向我们请求保险金的诉讼时效，按照有关法律规定执行，自其知道或者应当知道保险事故之日起计算。

4 如何支付保险费

4.1 保险费的支付

本附加险合同的费率按照被保险人年龄确定，保费会随着被保险人的年龄增长而变化，我们有权根据被保险人的年龄、社会整体医疗费用水平的变化、本产品的整体经营情况而调整费率，此等费率调整适用所有被保险人或某一年龄段的所有被保险人。如发生费率调整，调整后的费率将在您保险期间届满后重新投保时适用。保险费率调整前您已经支付的保险费不受影响。如果您不同意费率调整的，您可以放弃重新投保本附加险。

本附加险合同的保险费必须随主险合同保险费的支付方式同时支付，不能单独支付。

4.2 保险费支付相关的其他约定

鉴于上述 4.1 条第二款的约定，本附加险合同保险期间届满后重新投保的保险费支付期限和在保险期间内分期支付保费的宽限期等约定，以主险合同的约定为准。

5 如何解除保险合同

5.1 合同解除

您可以申请解除本附加险合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：

- (1) 保险合同；
- (2) 您的有效身份证件。

自我们收到解除合同申请书时起，本附加险合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还本附加险合同的现金价值。

现金价值的计算分两种情况：

- (1) 您为被保险人首次投保或在上一保险期间届满后超过 60 日投保本附加保险的：

如果保险经过天数 \leq 90 天，现金价值=已交保险费 \times （1-35%）；

如果保险经过天数>90天，现金价值=已交保险费×(1-35%)×[1-(保险经过天数-90)/(本合同生效日至保险费交至日的天数-90)]，经过天数不足1天的按1天计算。

(2) 您在上一保险期间届满后60日内重新投保本附加保险的：

现金价值=已交保险费×(1-35%)×(1-保险经过天数/本合同生效日至保险费交至日的天数)，经过天数不足1天的按1天计算。

您在犹豫期后解除合同会遭受一定损失。

6 其他需要关注的事项

6.1 明确说明与如实告知

订立本附加险合同时，我们会向您说明本附加险合同的内容，对本附加险合同中免除我们责任的条款，我们在订立合同时会在投保书、保险单或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。

我们会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，我们有权解除本附加险合同，已经支付的保险金我们有权向您追回。

如果您故意不履行如实告知义务，对于本附加险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，对于本附加险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，但会退还保险费。

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。

6.2 年龄错误

您在申请投保时，应将与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) 您申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本附加险合同约定投保年龄限制的，我们有权解除合同，并向您退还本附加险合同的现金价值。

(2) 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。

(3) 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退还给您。

6.3 效力终止

当发生下列情形之一时，本附加险合同效力终止：

(1) 主险合同效力终止；

(2) 您申请解除本附加险合同；

(3) 本附加险合同中列明的其他合同解除的情形。

6.4 因本附加险条款产生争议的，适用主险合同约定的争议解决办法。

7 释义

本附加险所附加的主险合同中的释义内容，亦适用本附加险合同，与本附加险合同矛盾的，适用本附加险合同的定义。

7.1 医院

指符合下列条件的医疗机构：

- (1) 拥有所在国家的合法经营执照；
- (2) 设立的主要目的为向受伤者和患病者提供治疗和护理服务；

(3) 有在所在国合法注册的医生和护士常驻执业，并提供全日 24 小时的医疗和护理服务。其中，中国大陆地区的医疗机构指国务院卫生行政部门医院等级分类中的二级或二级以上的公立医院。上述医疗机构均不包括护理机构、矿泉疗养院、水疗所、疗养所、康复机构、戒酒机构、酒精或者药物滥用看护机构、戒毒机构、疗养院或者养老院等其他类似目的的机构。

7.2 通常惯例水平且医学必需

通常惯例水平指以下两者中较低者：

- (1) 提供相应医疗服务的医疗机构对此医疗服务通常收费水平；

(2) 同一地区其他医疗机构对居住在同一地区的（以邮政编码为准）、病情性质和严重程度类似的人员提供同样医疗服务的平均收费水平。若某医疗服务在当地区不常见或仅当地区少数医疗机构能够提供，保险人将参考下列因素确定通常惯例水平的医疗费用，包括治疗复杂性，治疗必要的专业程度，必要的医疗专业类型，相应医疗机构提供的医疗服务范围和种类，其他地区通常的收费水平。这里，地区指根据普遍认可的国际标准为取得类似医疗机构或类似医疗服务平均水平所必要的地域范围，可为一个城市、国家或更广的区域。

医学必需

满足以下全部条件的医疗服务及用品：

- (1) 旨在治疗被保险人的疾病，而非仅为缓解症状或提高被保险人的生活质量；
- (2) 兼顾成本和医疗质量情况下的最佳医疗方式和医疗服务实施类型；

(3) 治疗类型、频率、时长与本公司认可的医学机构、研究机构、医疗保险组织或政府机构所给出的科学的医疗指导一致；

- (4) 与疾病的诊断情况一致；
- (5) 不以为被保险人或其医生谋利为目的；
- (6) 主流医学文献有以下记载之一：

a) 被论证可对该疾病进行安全有效的诊断或治疗；

b) 临床对照研究证明可对危及生命的伤害或疾病进行安全有效的治疗。

医生要求、命令、批准或推荐不等同于本附加险合同认可的医学必需。

本附加险合同中的“符合通常惯例水平且医学必需”指必须同时符合上述两项标准。

7.3 陪同人员

指被保险人认可的，在被保险人在特定亚洲地区接受治疗的过程中陪伴在被保险人和活体器官捐赠者身边的人员。若被保险人为未成年人，陪同人员的上限为两人，其中一人必须是被保险人的父母或监护人；若被保险人为成年人，陪同人员的上限为一人。被保险人在保险事故发生时无民事行为能力的，陪同人员必须为其法定监护人或法定监护人认可的人员。

7.4 医生

指在所在国合法注册的具有医师执业资格和诊断处方权且正在执业的医师。

7.5 治疗方案授权书

指“3.3 保险金申请”中的“治疗方案授权书”。被保险人在特定亚洲地区的指定医疗机构接受与保险责任相关的检查、化验、治疗、用药和其他医疗服务之前，由授权服务商出具的包含指定医疗机构名称、我们承担的治疗项目以及治疗开始时间等相关信息的书面文件。

7.6 护士

指在所在国合法注册的具有护士执业资格且正在执业的护理人员。

7.7 再造手术

重建一个人体的组织结构，以恢复失去的组织结构、形状或功能的手术。

7.8 假体

指能够完全或部分替代某器官，或替代身体无效故障部位行使全部或部分功能的人造装置。

7.9 实验性治疗

指未被国际医疗界认可的医学科研组织所普遍接受的对于治疗疾病或者损伤是安全、有效、合适的治疗、医学操作、治疗过程、医疗设备或者药品；以及处于学习、研究、测试或者任何临床试验阶段的治疗、医学操作、治疗过程、医疗设备或者药品。

7.10 外科手术

指医院外科医生为诊疗或治疗，通过切口或其他体内介入方法进行的操作，手术通常在手术室进行。

附表：平安附加海外特定治疗（亚洲版）医疗保险计划表

赔付总限额	600 万元	
各单项限额	恶性肿瘤治疗费用	600 万元
	冠状动脉旁路移植手术（冠状动脉搭桥手术）费用	300 万元 （五项合计）
	心脏瓣膜置换或修复	
	神经外科手术费用	
	活体器官移植术费用	
	骨髓移植术费用	
给付比例	70%	

注：“各单项限额”的累计给付以总限额为限，币种为人民币。