

现代财产保险（中国）有限公司

住院医疗费用保险（B款）条款

注册号：C00011132512021091019533

总则

第一条 本保险合同（以下简称为“本合同”）由保险条款、保险单或者其他保险凭证、投保单、与本合同有关的投保文件、**合法有效**的声明、批注、批单及其他投保人与**保险人**共同认可的书面协议组成。凡涉及本合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 年龄在**0周岁**至**100周岁**（含）、首次投保或非**续保**时身体健康、能正常工作、生活的自然人可作为本保险合同的被保险人。投保时年龄为**0周岁**的，应当为出生满**30日**（含第**30日**）且已健康出院的婴儿。除另有约定外，被保险人为**65周岁**以上的（不含**65周岁**），保险人不接受首次投保或非续保，只接受续保。

第三条 具有完全民事行为能力的被保险人本人或在本合同订立时对被保险人具有保险利益的其他人，均可作为本合同的投保人。

第四条 除另有约定外，本合同的保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 投保人为被保险人首次投保本合同或者非续保本合同时，自本合同生效之日起**30日**为等待期。

被保险人在等待期内非因意外伤害罹患本合同所定义的重大疾病以外的疾病，无论治疗该疾病所发生的费用是否发生在等待期内，保险人都不承担一般医疗保险金的赔偿责任，但本合同继续有效。

被保险人在等待期内经医院初次确诊罹患本合同所定义的重大疾病的，保险人不承担赔偿保险金的责任，本合同终止，保险人向投保人无息退还所有保险费。

投保人续保本保险或被保险人因遭受意外伤害事故需要接受本合同约定的治疗的无等待期。

第六条 在本合同保险期间内，保险人根据以下内容承担保险责任：

（一）一般医疗保险金

在本合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患本合同所定义的重大疾病以外的疾病，在医院经医生诊断必须接受治疗的，对于被保险人支付的以下必需且合理的医疗费用，保险人在扣除本合同约定的免赔额后，按照下列比例进行赔付：

(1) 被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，并以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，赔付比例为100%；

(2) 被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，但未以社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，赔付比例为60%；

(3) 被保险人以未参加社会基本医疗保险或公费医疗身份投保，赔付比例为100%。

1.住院医疗费用

被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患本合同所定义的重大疾病以外的疾病，在医院经医生诊断必须住院治疗的，保险人对被保险人在住院期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的住院医疗费用，按照本合同的约定在保险金额内承担向被保险人赔偿保险金的责任。

2.特殊门诊医疗费用

被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患本合同所定义的重大疾病以外的疾病，在医院经医生诊断必需接受以下特殊门诊治疗的，保险人对被保险人在接受特殊门诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的特殊门诊医疗费用，按照本合同的约定在保险金额内承担向被保险人赔偿保险金的责任。

特殊门诊治疗包括：

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

3.门诊手术医疗费用

被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患本合同所定义的重大疾病以外的疾病，在医院经医生诊断必须接受门诊手术治疗的，保险人对被保险人在接受门诊手术治疗期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的门诊手术医疗费用，按照本合同的约定在保险金额内承担向被保险人赔偿保险金的责任。

4.住院前后门急诊医疗费用

被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患本合同所定义的重大疾病以外的疾病，在医院经医生诊断必须接受住院治疗，在住院前（含住院当日）30日（含）和出院后（含出院当日）30日（含）内，被保险人因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗的，保险人对被保险人在接受门急诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的门急诊医疗费用（此项费用不包括本条第（一）款第2项、第3项约定的特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用），按照本合同的约定在保险金额内承担向被保险人赔偿保险金的责任。

保险人对于以上四项医疗费用的一次或累计赔偿金额以本合同约定的一般医疗保险金的保险金额为限，保险人一次或累计赔偿金额达到本合同约定的一般医疗保险金的保险金额时，保险人对被保险人在一般医疗保险金项下的保险责任终止。

（二）重大疾病医疗保险金

在本合同保险期间内，被保险人经医院**初次确诊**因意外伤害导致罹患本合同所定义的重大疾病（无论一种或多种），或者在等待期后经医院初次确诊非因意外伤害导致罹患本合同所定义的重大疾病（无论一种或多种），无论前述哪一种情形，在医院经诊断并接受相关治疗，对于被保险人支付的以下医疗费用，**保险人按照下列比例进行赔付：**

- (1) 被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，并以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，赔付比例为**100%**；

(2) 被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，但未以社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，赔付比例为60%；

(3) 被保险人以未参加社会基本医疗保险或公费医疗身份投保，赔付比例为100%。

1.重大疾病住院医疗费用

被保险人经医院初次确诊因意外伤害导致罹患本合同所定义的重大疾病（无论一种或多种），或者在等待期后经医院初次确诊非因意外伤害导致罹患本合同所定义的重大疾病（无论一种或多种），并在医院经**专科医生**诊断必须住院治疗的，保险人对被保险人在住院期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的重大疾病住院医疗费用，按照本合同的约定在保险金额内承担向被保险人赔偿保险金的责任。

2.重大疾病特殊门诊医疗费用

被保险人经医院初次确诊因意外伤害导致罹患本合同所定义的重大疾病（无论一种或多种），或者在等待期后经医院初次确诊非因意外伤害导致罹患本合同所定义的重大疾病（无论一种或多种），并在医院经**专科医生**诊断必须接受特殊门诊治疗的，保险人对被保险人在接受特殊门诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的重大疾病特殊门诊医疗费用，按照本合同的约定在保险金额内承担向被保险人赔偿保险金的责任。

特殊门诊治疗包括：

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

3.重大疾病门诊手术医疗费用

被保险人经医院初次确诊因意外伤害导致罹患本合同所定义的重大疾病（无论一种或多种），或者在等待期后经医院初次确诊非因意外伤害导致罹患本合同所定义的重大疾病（无论一种或多种），并在医院经**专科医生**诊断必须接受门诊手术治疗的，保险人对被保险人在接受门诊手术治疗期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的重大疾病门诊手术医疗费用，按照本合同的约定在保险金额内承担向被保险人赔偿保险金的责任。

4.重大疾病住院前后门急诊医疗费用

被保险人经医院初次确诊因意外伤害导致罹患本合同所定义的重大疾病（无论一种或多种），或者在等待期后经医院初次确诊非因意外伤害导致罹患本合同所定义的重大疾病（无论一种或多种），并在医院经**专科医生**诊断必须接受住院治疗，在住院前（含住院当日）30日（含）和出院后（含出院当日）30日（含）内，因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗的，保险人对被保险人在接受门急诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的重大疾病门急诊医疗费用（**不包括本条第（二）款第2项、第3项约定的重大疾病特殊门诊医疗费用和重大疾病门诊手术医疗费用**），按照本合同的约定在保险金额内承担向被保险人赔偿保险金的责任。保险人对于以上四项医疗费用的一次或累计赔偿金额以本合同约定的重大疾病医疗保险金的保险金额为限，保险人一次或累计赔偿金额达到本合同约定的重大疾病医疗保险金的保险金额时，保险人对被保险人在重大疾病医疗保险金项下的保险责任终止。

在保险期间内，若保险人上述（一）、（二）项责任下的累计赔偿保险金的总额达到本合同保险单载明的年度累计保险金额，本合同终止。

第七条 补偿原则和赔偿标准

(一) 本合同为费用补偿型保险合同，适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括但不限于社会基本医疗保险、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从其

他途径所获医疗费用补偿后的余额按照本合同的约定进行赔偿。被保险人的社保卡个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿，不进行前述扣除；

（二）被保险人在本合同保险期间届满前180天内（含）经医院医生诊断必须接受住院治疗的，如果在本合同保险期间届满之日该次住院治疗仍未结束的，对于被保险人自该次住院开始之日起（含住院当日）180天内（含第180天）所发生的同一次住院的医疗费用，保险人按照本合同的约定承担保险责任，同时本合同终止。

责任免除

第八条 对于被保险人因以下任何情形而发生的任何费用，保险人不承担赔偿保险金的责任：

- （一）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- （二）被保险人故意自伤，但被保险人自伤时为无民事行为能力人的除外；
- （三）被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施，或被国家机关依法拘禁、采取刑事强制措施或服刑期间伤病；
- （四）被保险人酗酒、殴斗、主动吸食或注射毒品，违反规定使用麻醉或精神药品；
- （五）被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无合法有效行驶证的机动车；
- （六）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- （七）核爆炸、核辐射或核污染；
- （八）被保险人从事潜水、滑水、滑雪、滑冰、滑翔翼、热气球、跳伞、攀岩、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、柔道、空手道、跆拳道、拳击、特技表演、蹦极、赛马、赛车、各种车辆表演及车辆竞赛等高风险运动；
- （九）被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；
- （十）被保险人分娩（含剖腹产）、流产、宫外孕、不孕不育治疗、人工受精、怀孕、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；
- （十一）被保险人患精神和行为障碍（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）为准）；
- （十二）被保险人接受矫形、视力矫正手术、美容、变性手术、牙科保健及非意外伤害事故所致的整容手术；
- （十三）被保险人在投保前罹患的、投保时尚未治愈的疾病；被保险人在投保时未如实告知的既往疾病；
- （十四）被保险人在非本合同约定的医院就诊发生的医疗费用；
- （十五）被保险人患遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常（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）为准）；

(十六) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（但符合本合同“输血原因致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染”、“职业原因致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染”及“器官移植原因导致 HIV 感染”定义的不在其限，但上述职业类型应当符合中华人民共和国相关法律法规及公序良俗要求）；

(十七) 康复治疗或训练、修养或疗养、健康体检、隔离治疗、保健食品及用品、体外或植入的医疗辅助装置或用具（义肢、轮椅、拐杖、助听器、眼镜或隐形眼镜、义眼等等）及其安装；

(十八) 被保险人接受各类医疗鉴定，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、遗传基因鉴定所发生的费用；

(十九) 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（从合同约定的医院或指定医疗机构确定出院之日起发生的一切医疗费用）；

(二十) 未经医生处方自行购买的药品或非医院药房购买的药品、医生开具的单次处方超过 30 天部分的药品费用；

(二十一) 预防性治疗、实验性或试验性治疗；

(二十二) 被保险人患性病引起的医疗费用。

保险金额和免赔额

第九条 保险金额是保险人承担赔偿责任的最高限额。本合同的一般医疗保险金的保险金额、重大疾病医疗保险金的保险金额及年度累计保险金额由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明。保险人对于被保险人的所有赔偿不超过本合同保险单载明的年度累计保险金额。

第十条 本合同中所指免赔额指年免赔额。被保险人已获得的医疗费用补偿（指除社会基本医疗保险和公费医疗以外被保险人从其他途径获得的医疗费用补偿）可抵扣年免赔额。本合同一般医疗保险金免赔额由投保人和保险人在投保时协商确定，并在保险单中载明。

保险期限

第十一条 本合同的保险期间由保险人和投保人协商确定，以保险单载明的起讫时间为准，本产品保险期间为一年（或不超过一年）。

不保证续保

第十二条 本合同为不保证续保合同。本产品保险期间为一年（或不超过一年）。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

当发生下列情形之一时，本合同不再接受续保：

- (1) 被保险人的年龄超过100周岁；
- (2) 被保险人身故；
- (3) 本合同在投保人申请续保时已因其他条款所列情况而导致效力终止；
- (4) 投保人不如实告知、欺诈等不符合续保条件的情形。

若保险人不再接受续保，保险人会在本合同保险期间届满之前通知投保人。

保险人义务

第十三条 本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十四条 订立本合同时，保险人应当向投保人说明本合同的内容。对本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口头形式向投保人作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十五条 保险人认为被保险人或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。

第十六条 保险人收到被保险人或受益人的赔偿保险金请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在30日内作出核定，但本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受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或受益人达成赔偿保险金的协议后 10 日内，履行赔偿保险金义务。本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。

保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起 3 日内向被保险人或受益人发出拒绝赔偿保险金通知书，并说明理由。

第十七条 保险人自收到赔偿保险金的请求和有关证明、资料之日起60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赔偿；保险人最终确定赔偿保险金的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十八条 投保人应该按照本合同约定向保险人交纳保险费。

投保人选择一次性交纳保险费的，应当在本合同成立时一次性交清保险费。**投保人未按本款约定交清保险费的，本合同不生效，对本合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**

投保人选择分期交纳保险费的，应当在本合同成立时交清首期保险费。**投保人未按本款约定交清首期保险费的，本合同不生效，对本合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**

投保人选择分期交纳保险费的，在交纳首期保险费后，投保人应当在每个**保险费约定支付日**交纳其余各期的保险费。若投保人未按约定交纳保险费，保险人允许投保人在保险人催告之日起30日内（含第30日）补交保险费，如果被保险人在此期限内发生保险事故，**保险人将扣减投保人欠交的保险费后按照本合同约定赔偿保险金。**

若投保人在**保险人催告之日起30日内（含第30日）**未补交保险费，本合同自上述期限届满之日的24时起效力中止，如果被保险人在合同效力中止期间发生保险事故的，**保险人不承担保险责任。**

本合同效力依照前款约定中止的，**经投保人申请并经保险人审核同意，同时经投保人补交欠交保险费后，合同效力恢复。**

第十九条 订立本合同，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，保险人有权解除本合同。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿保险金责任，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，不承担赔偿保险金责任，但应当退还保险费。

保险人在本合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除本合同；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 投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第二十一条 年龄的计算及年龄、性别错误的处理

(一) 被保险人的投保年龄按周岁计算；

(二) 投保人在投保时应将被保险人的真实年龄与性别在投保单上填明，若发生错误，保险人按照下列规定办理：

(1) 投保人申报的被保险人年龄不真实，且真实年龄不符合本合同约定的年龄限制，保险人对该被保险人不负保险责任，保险人可以解除本合同，并向投保人退还剩余部分保险费；

(2) 投保人申报的被保险人年龄或性别不真实，导致投保人实付保险费少于应付保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费，或在赔偿保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例赔偿；

(3) 投保人申报的被保险人年龄或性别不真实，导致投保人实付保险费多于应付保险费，保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

第二十二条 保险事故发生后，投保人、被保险人或受益人应当及时通知保险人。故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担赔偿保险金责任，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。

保险金申请与赔偿

第二十三条 保险金申请人向保险人申请赔偿保险金时，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赔偿保险金的责任。

(1) 保险金赔偿申请书；

(2) 保险合同或其他保险凭证；

(3) 保险金申请人的有效身份证件；

(4) 医院出具的完整病历资料（包括门急诊病历、住院病历或出院小结）；

(5) 医院出具的病理检验、血液检验、影像学检查等相关检验检查报告；

(6) 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)；

(7) 被保险人罹患本合同所定义的重大疾病的，还应提供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；

(8) 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；

(9) 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；

(10) 被保险人继承人作为索赔申请人索赔时，需提供公安局户籍单位出具的继承关系证明。对于继承权或继承份额有争议的，继承人还需提供已生效的法院判决或仲裁裁决。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。

诉讼时效期间

第二十四条 保险金申请人向保险人请求赔偿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 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国（不含港、澳、台地区）有管辖权的人民法院起诉。

第二十六条 与本合同有关的以及履行本合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括港、澳、台地区法律）。

其他事项

第二十七条 本合同成立后将持续有效，直至保险单约定的保险期间届满或达到本合同约定的终止条件。

保险责任开始前，投保人要求解除本合同的，保险人应当无息全额退还投保人已缴纳的保险费。

保险责任开始后，投保人要求解除本合同的，自保险人接到解除合同申请书之时起，本合同解除，保险人自收到解除保险合同申请之日起 30 日内向投保人退还本合同的未到期净保险费。若本合同已发生保险金赔偿，未到期净保险费为零。

第二十八条 投保人解除本合同时，应提供下列证明文件和资料：

(一) 保险合同解除申请书；

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

释义

【合法有效】本合同所指合法有效均以中华人民共和国法律、行政法规、地方性法规、行政规章及有关规范性文件的规定为判定依据。

【保险人】指现代财产保险（中国）有限公司及其分支机构。

【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。例如，出生日期为2020年9月1日，2020年9月1日至2021年8月31日期间为0周岁，2021年9月1日至2022年8月31日期间为1周岁，以此类推。

【续保】指在保单期满前，投保人和保险人双方约定以原合同承保条件或者以一定附加条件继续承保的行为。

【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。

【重大疾病】本合同所定义的重大疾病共有110种，是指被保险人在本合同的责任有效期内经专科医生明确诊断初次患下列疾病或初次达到下列疾病状态或在医院初次接受下列手术，其中第（一）至（二十八）种重大疾病为中国保险行业协会颁布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020年修订版）》（以下简称“规范”）规定的疾病，且疾病名称和疾病定义与规范一致，第（二十九）至（一百一十）种重大疾病为规范规定范围之外的疾病。重大疾病的名称及定义如下：

（一）恶性肿瘤—重度

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经**组织病理学检查**（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO，World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

下列疾病不属于“恶性肿瘤—重度”，不在保障范围内：

（1）ICD-O-3肿瘤形态学编码属于0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

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

b.交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

（2）TNM分期为I期或更轻分期的甲状腺癌；

（3）TNM分期为T1N0M0期或更轻分期的前列腺癌；

（4）黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

（5）相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；

（6）相当于Ann Arbor分期方案I期程度的何杰金氏病；

（7）未发生淋巴结和远处转移且WHO分级为G1级别（核分裂像 $<10/50$ HPF和ki-67 $\leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

(二) 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。

（三）严重脑中风后遗症

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

（1）一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；

（2）语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；

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

（四）重大器官移植术或造血干细胞移植术

重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏、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。

（五）冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）

指为治疗严重的冠心病，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。

（六）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。

(七) 多个肢体缺失

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

(八) 急性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。

(九) 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）

(十) 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。

(十一) 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，仍遗留下述至少一种障碍：

- (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。

(十二) 深度昏迷

指因疾病或意外伤害导致意识丧失,对外界刺激和体内需求均无反应,昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级(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。

(十三) 双耳失聪 — 3周岁始理赔

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

被保险人申请理赔时年龄必须在三周岁以上,并且提供理赔当时的听力丧失诊断及检查证据。

(十四) 双目失明 — 3周岁始理赔

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

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

被保险人申请理赔时年龄必须在三周岁以上,并且提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。

(十五) 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。

(十六) 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。

(十七) 严重阿尔茨海默病

指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失,临床表现为严重的认知能力障碍、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。

(十八) 严重脑损伤

指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。
须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像

学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤 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。

(十九) 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。

(二十) 严重Ⅲ度烧伤

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

(二十一) 严重特发性肺动脉高压

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

(二十二) 严重运动神经元病

是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症，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。

(二十三) 语言能力丧失 — 3 周岁始理赔

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

精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。

被保险人申请理赔时年龄必须在三周岁以上，并且提供理赔当时的语言能力丧失诊断及检查证据。

(二十四) 重型再生障碍性贫血

指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少，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 \geq 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 $<20\times 10^9/L$ 。

(二十五) 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。

(二十六) 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） $<50\text{mmHg}$ 。

(二十七) 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。

(二十八) 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瘘术。

(二十九) 严重的 1 型糖尿病

1 型糖尿病是由于胰岛素分泌绝对不足而引起以血浆葡萄糖水平增高为特征的代谢内分泌疾病，需持续利用外源性胰岛素治疗。必须经本公司认可的专科医生明确诊断为 1 型糖尿病，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，并满足下列至少一个条件：

(1) 出现增殖性糖尿病视网膜病变；

(2) 糖尿病肾病，且尿蛋白 $>0.5\text{g}/24\text{h}$ ；

(3) 因糖尿病足趾坏疽进行足趾或下肢截断术。

(三十) 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）。

(三十一) 严重冠心病

指经根据冠状动脉造影检查结果明确诊断为三支主要血管（左冠状动脉主干和右冠状动脉，或前降支、左旋支和右冠状动脉）严重狭窄性病变（至少一支血管管腔直径减少75%以上和其他两支血管管腔直径减少60%以上）。

前降支、左旋支及右冠状动脉的分支血管的狭窄不作为本保障的衡量指标。

(三十二) 严重脊髓灰质炎后遗症

脊髓灰质炎是由于脊髓灰质炎病毒感染所致的瘫痪性疾病，临床表现为运动功能损害或呼吸无力。脊髓灰质炎必须明确诊断。

本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。

(三十三) 严重全身性重症肌无力

重症肌无力是一种神经肌肉接头传递障碍所致的疾病，表现为局部或全身骨骼肌（特别是眼外肌）极易疲劳。疾病可以累及呼吸肌、上肢或下肢的近端肌群或全身肌肉，必须满足下列全部条件：

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

(三十四) 严重心肌病

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心功能状态分级的标准判定，心功能状态已达IV级，表现为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。），且有相关住院医疗记录显示IV级心功能衰竭状态已持续至少3个月。

本病须经专科医生明确诊断。继发于全身性疾病或其它器官系统疾病造成的心肌病变不在保障范围内。

(三十五) 系统性红斑狼疮 - III型或以上狼疮性肾炎

系统性红斑狼疮是指由于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累及多系统损害的一种自体免疫性疾病。本保障仅限于被保险人因系统性红斑狼疮并发狼疮性肾炎并引起肾功能损害，且肾脏病理诊断符合以下列明的世界卫生组织（WHO）对狼疮性肾炎所分类中的第 III、IV、V、VI 型。

诊断须由有资格的风湿和免疫病专科医生确认。

世界卫生组织（WHO）对狼疮性肾炎的分类标准：

I 型-正常肾小球型；

II 型-系膜增生型；

III 型-局灶及节段增生型；

IV 型-弥漫增生型；

V 型-膜型；

VI 型-肾小球硬化型。

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本保单保障范围内。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。
。如要下载或阅读全文，请访问：

<https://d.book118.com/235221023100011314>