信美相互[2022]医疗保险 022 号

请扫描以查询验证条款

信美相互 i 守护中端团体医疗保险条款

阅 读 指 引

本阅读指引有助于投保人理解条款，对本合同内容的解释凡条款已有约定的，以条款约定为准。

投保人拥有的重要权益

- 本合同提供的保障在保险责任条款中列明.....1.7
- 投保人有解除合同的权利.....5.1

投保人应当特别注意的事项

- 本合同设有等待期.....1.4
- 我们给付保险金时遵循补偿原则.....1.9
- 在某些情况下，我们不承担保险责任.....2.1
- 保险事故发生后，请投保人及时通知我们.....4.2
- 解除合同会给投保人造成一定的损失，请投保人慎重决策.....5.1
- 投保人有如实告知的义务.....6.5
- 我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请投保人注意.....8

条款是保险合同的重要内容，为充分保障投保人的权益，请投保人仔细阅读本条款

条款目录

1. 我们保什么
1.1 保障计划
1.2 保险金额及各项责任限额
1.3 保险期间
1.4 等待期
1.5 免赔额
1.6 给付比例
1.7 保险责任
1.8 保险金计算方法
1.9 补偿原则

2. 我们不保什么
2.1 责任免除

3. 如何交纳保险费
3.1 保险费的交纳
3.2 不保证续保
3.3 保障计划的变更
3.4 投保身份的变更

4. 如何领取保险金
4.1 受益人
4.2 保险事故通知
4.3 保险金申请
4.4 保险金给付
4.5 诉讼时效

5. 如何退保
5.1 投保人解除合同的手续及风险

6. 其他需要关注的事项
6.1 合同构成
6.2 合同成立及生效
6.3 投保范围
6.4 投保年龄
6.5 明确说明与如实告知
6.6 我们合同解除权的限制
6.7 职业或工种的确定与变更
6.8 年龄性别错误
6.9 被保险人变动
6.10 未还款项
6.11 合同内容变更
6.12 联系方式变更
6.13 争议处理
6.14 合同终止

7. 疾病定义
7.1 重度疾病

8. 释义
8.1 意外伤害
8.2 医院
8.3 住院
8.4 初次确诊
8.5 基本医疗保险
8.6 公费医疗
8.7 政府主办补充医疗
8.8 合理且必需
8.9 住院医疗费用
8.10 化学疗法
8.11 放射疗法
8.12 肿瘤免疫疗法
8.13 肿瘤内分泌疗法
8.14 肿瘤靶向疗法
8.15 遗传性疾病
8.16 先天性畸形、变形或染色体异常
8.17 感染艾滋病病毒或患艾滋病
8.18 毒品
8.19 酒后驾驶
8.20 无合法有效驾驶证驾驶
8.21 无合法有效行驶证
8.22 机动车
8.23 潜水

8.24 攀岩
8.25 探险
8.26 武术比赛
8.27 特技表演
8.28 保险费约定交纳日
8.29 周岁
8.30 有效身份证件
8.31 复利
8.32 未满期净保险费
8.33 团体
8.34 专科医生
8.35 组织病理学检查
8.36 《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）
8.37 TNM 分期
8.38 甲状腺癌的 TNM 分期
8.39 肢体
8.40 肌力
8.41 语言能力完全丧失
8.42 严重咀嚼吞咽功能障碍
8.43 六项基本日常生活活动
8.44 永久不可逆
8.45 美国纽约心脏病学会（New York Heart Association，NYHA）心功能状态分级

信美人寿相互保险社

信美相互 i 守护中端团体医疗保险条款

在本条款中，“我们”指信美人寿相互保险社，“本合同”、“本产品”均指投保人与我们之间订立的“信美相互 i 守护中端团体医疗保险合同”。

1. 我们保什么

这部分讲的是我们提供的保障

1.1	**保障计划**	本合同项下每一被保险人的保障计划由投保人在投保时与我们约定，并在保险单或保险凭证上载明。
1.2	**保险金额及各项责任限额**	**本合同项下每一被保险人名下的保险金额及各项责任的年限额、日限额、次限额、最高给付天数、最高给付次数、给付标准，根据投保人与我们约定的保障计划确定。**
1.3	**保险期间**	本合同的保险期间为 1 年，自本合同生效日零时开始，到保险期间终止日 24 时止。 被保险人的保险期间是指我们对该被保险人承担保险责任的期间。保险期间为 1 年，自其保险责任开始日零时起，到其保险期间终止日 24 时止。 每个被保险人的保险期间、保险责任开始日在保险单或保险凭证上载明。
1.4	**等待期**	自被保险人保险责任开始之日起 30 日（含第 30 日）为等待期。 **被保险人在等待期内非因意外伤害（见 8.1）在医院（见 8.2）接受住院（见 8.3）治疗（无论该住院是否延续至等待期后）、住院前后门急诊治疗、特殊门诊治疗或门诊手术治疗的，我们不承担保险责任。** **被保险人在等待期内经医院初次确诊（见 8.4）非因意外伤害导致患有本合同所定义的重度疾病，该被保险人的保险责任终止，我们向投保人退还该被保险人对应的已交纳的保险费。** 本合同所定义的重度疾病指载明于本合同“7.1 重度疾病”的疾病、疾病状态或手术。 被保险人因意外伤害导致保险事故的无等待期。
1.5	**免赔额**	本合同中的免赔额为年免赔额，**年免赔额是指被保险人在同一保险期间发生的本合同保险责任范围内的医疗费用中应自行承担的金额。对于免赔额及以下的金额，我们不承担给付保险金的责任。** 本合同每一被保险人对应的各项保险责任的年免赔额，由投保人在投保时与我们约定，并在保险单或保险凭证上载明，其中重度疾病医疗保险金的年免赔额为零。 被保险人从其他途径已获得的属于本合同保险责任范围内的医疗费用补偿可抵扣免赔额，但从**基本医疗保险**（见 8.5）、**公费医疗**（见 8.6）和**政府主办补**

充医疗（见 8.7）获得的医疗费用补偿不可抵扣免赔额。

1.6 **给付比例**

本合同每一被保险人对应的各项保险责任的给付比例由投保人在投保时与我们约定，并在保险单或保险凭证上载明。

如果被保险人以参加基本医疗保险、公费医疗或政府主办补充医疗的身份投保，但未以参加基本医疗保险、公费医疗或政府主办补充医疗的身份就诊并结算，给付比例为保险单或保险凭证上载明的该被保险人对应的给付比例的60%。

1.7 **保险责任**

在被保险人的保险期间内，我们承担下列保险责任：

1.7.1 **一般医疗保险金**

被保险人因意外伤害或在等待期后非因意外伤害在医院接受治疗，对于该被保险人在医院治疗期间发生并由医院收取的以下四类**合理且必需**（见 8.8）的医疗费用，我们按照下列约定给付一般医疗保险金。

住院医疗费用

被保险人经医院诊断必须接受住院治疗的，对于住院期间发生的合理且必需的**住院医疗费用**（见 8.9），我们按照本合同约定的保险金计算方法计算并给付一般医疗保险金。

被保险人接受住院治疗且在该被保险人的保险期间届满时治疗仍未结束的，对于被保险人该次住院治疗在其保险期间届满日次日起 30 日内发生的住院医疗费用，我们仍在本合同约定的保险责任范围内承担责任。

住院前后门急诊医疗费用

被保险人经医院诊断必须接受住院治疗，在住院前 7 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗的，对于治疗期间发生的合理且必需的住院前后门急诊医疗费用**（但不包括本条约定的特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用）**，我们按照本合同约定的保险金计算方法计算并给付一般医疗保险金。

特殊门诊医疗费用

被保险人经医院诊断必须接受下列特殊门诊治疗的，对于治疗期间发生的合理且必需的特殊门诊医疗费用，我们按照本合同约定的保险金计算方法计算并给付一般医疗保险金。

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**（见 8.10）、**放射疗法**（见 8.11）、**肿瘤免疫疗法**（见 8.12）、**肿瘤内分泌疗法**（见 8.13）、**肿瘤靶向疗法**（见 8.14）；

（3） 器官移植后的门诊抗排异治疗。

门诊手术医疗费用

被保险人经医院诊断必须接受门诊手术治疗的，对于治疗期间发生的合理且必需的门诊手术医疗费用，我们按照本合同约定的保险金计算方法计算并给付一般医疗保险金。

对于每一个被保险人，以上四类费用累计给付的一般医疗保险金之和以该被保险人对应的一般医疗保险金的年限额为限，当累计给付金额达到一般医疗保险金的年限额时，我们对该被保险人在本项下的保险责任终止。

1.7.2 **重度疾病医疗保险金**

被保险人经医院初次确诊因意外伤害导致患有本合同所定义的重度疾病并在医院接受治疗，或在等待期后经医院初次确诊非因意外伤害导致患有本合同所定义的重度疾病并在医院接受治疗，对于该被保险人在医院治疗期间发生并由医院收取的以下四类合理且必需的医疗费用，我们按照下列约定给付重度疾病医疗保险金。

重度疾病住院医疗费用

被保险人因患有重度疾病经医院诊断必须住院治疗的，对于住院期间发生的合理且必需的住院医疗费用，我们按照本合同约定的保险金计算方法计算并给付重度疾病医疗保险金。

被保险人接受住院治疗且在该被保险人的保险期间届满时治疗仍未结束的，对于被保险人该次住院治疗在其保险期间届满日次日起 30 日内发生的住院医疗费用，我们仍在本合同约定的保险责任范围内承担责任。

重度疾病住院前后门急诊医疗费用

被保险人因患有重度疾病经医院诊断必须接受住院治疗，在住院前 7 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗的，对于治疗期间发生的合理且必需的重度疾病住院前后门急诊医疗费用**（但不包括本条约定的重度疾病特殊门诊医疗费用和重度疾病门诊手术医疗费用）**，我们按照本合同约定的保险金计算方法计算并给付重度疾病医疗保险金。

重度疾病特殊门诊医疗费用

被保险人因患有重度疾病经医院诊断必须接受下列特殊门诊治疗的，对于治疗期间发生的合理且必需的重度疾病特殊门诊医疗费用，我们按照本合同约定的保险金计算方法计算并给付重度疾病医疗保险金。

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。

重度疾病门诊手术医疗费用

被保险人因患有重度疾病经医院诊断必须接受门诊手术治疗的，对于治疗期间发生的合理且必需的重度疾病门诊手术医疗费用，我们按照本合同约定的保险金计算方法计算并给付重度疾病医疗保险金。

对于每一被保险人实际发生的以上四类费用我们仅给付重度疾病医疗保险金，并且我们累计给付的重度疾病医疗保险金之和以该被保险人对应的重度疾病医疗保险金的年限额为限，当累计给付金额达到重度疾病医疗保险金的年限额时，我们对该被保险人在本项下的保险责任终止。

对于每一被保险人累计给付的一般医疗保险金和重度疾病医疗保险金数额之和以保险单或保险凭证上载明的该被保险人对应的保险金额为限。当累计给付金额达到保险金额时，我们对该被保险人在本合同下的各项保险责任终止。

1.8 **保险金计算方法**

在本合同的保险期间内，被保险人因意外伤害或在等待期后非因意外伤害发生的本合同保险责任范围内的医疗费用，我们按照下列公式计算每次就诊应给付的保险金：

一次就诊应给付的保险金 =（当次就诊的医疗费用的有效金额 − 剩余年免赔额）×给付比例

如果当次就诊的医疗费用的有效金额未超过剩余年免赔额时，当次就诊应给付的保险金为零。

其中，

（1） 一次就诊指一次住院，或一次门诊（包括住院前后门急诊和特殊门诊）。

一次住院指被保险人因意外伤害或在等待期后非因意外伤害住院治疗，自入院日起至出院日止期间；但如果因同一原因再次住院，且前次出院与下次住院间隔未超过 30 日，视为同一次住院。

一次门诊指被保险人在一日内（零时起至 24 时止）在同一所医院同一个科室的就诊。

（2） 当次就诊的医疗费用的有效金额 = 当次就诊发生的本合同保险责任范围内的医疗费用 − 被保险人已通过其他途径（包括但不限于基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗、商业保险等）获得的医疗费用补偿

（3） 剩余年免赔额 = 年免赔额 − 累计可抵扣的年免赔额

累计可抵扣的年免赔额 = 截至上一次理赔，各次就诊对应的医疗费用的有效金额的合计 + 截至当次理赔，各次就诊从基本医疗保险、公费医疗和政府主办补充医疗以外的途径获得的医疗费用补偿的合计

如果累计可抵扣的年免赔额大于或等于年免赔额时，剩余年免赔额为零。

1.9 补偿原则

我们在向受益人给付保险金时，若被保险人发生的保险责任范围内的医疗费用已通过其他途径（包括但不限于基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗、商业保险等）获得了补偿，且其他途径的补偿金额与我们按本合同上述约定计算出的保险金之和超过了该被保险人实际发生的医疗费用，我们将按该被保险人实际发生的医疗费用扣除从其他途径获得的补偿金额后的余额向受益人给付保险金，即从包括本合同在内的各种途径获得的所有补偿金额之和不得超过该被保险人实际发生的医疗费用。

2. 我们不保什么

这部分讲的是我们不承担保险责任的情况

2.1 责任免除

因下列第（1）至第（6）项情形之一导致被保险人发生医疗费用的，我们不承担给付保险金的责任，本合同继续有效：

（1） 被保险人保险责任开始日前已患的经医生明确诊断的有关疾病、本合同中特别约定除外的疾病，**遗传性疾病**（见 8.15），**先天性畸形、变形或染色体异常**（见 8.16）；

（2） 不孕不育治疗、人工受孕、怀孕（含宫外孕）、分娩（含剖腹产）、流产、堕胎、避孕、节育（含绝育）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症；康复治疗或训练、疗养、健康体检、预防性治疗、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、义眼等）及其安装；矫形、视力矫正手术、美容、变性手术、牙齿治疗以及非意外伤

害事故所致的整容手术；

（3）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（见 8.17）、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）；

（4）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；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）、故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；被保险人挑衅或故意行为导致的打斗、被袭击、被谋杀；被保险人醉酒、主动吸食或注射毒品（见 8.18）、未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；

（5）被保险人酒后驾驶（见 8.19）、无合法有效驾驶证驾驶（见 8.20），或驾驶无合法有效行驶证（见 8.21）的机动车（见 8.22）；

（6）被保险人从事下列高风险运动：潜水（见 8.23）、跳伞、攀岩（见 8.24）、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险（见 8.25）、摔跤、武术比赛（见 8.26）、特技表演（见 8.27）、赛马、赛车。

3. 如何交纳保险费

这部分讲的是投保人应当按时交纳保险费，以及未按时交纳的影响

3.1 保险费的交纳

本合同的交费方式和交费期间由投保人在投保时与我们约定，并在保险单或保险凭证上载明。投保人应当在每个**保险费约定交纳日**（见 8.28）交纳保险费。

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交纳日交纳其余各期保险费。若投保人未按约定交纳保险费，我们允许投保人在保险费约定交纳日的次日零时起 60 日内补交保险费。

如果被保险人在此 60 日内发生保险事故，我们仍承担保险责任，但在给付保险金时会扣除投保人在保险事故发生前未交纳的期交保险费。

如果投保人在保险费约定交纳日的次日零时起 60 日内未交纳保险费，则本合同自上述期限届满之日的 24 时起终止，但本合同另有约定的除外。

3.2 不保证续保

本产品保险期间为 1 年，不保证续保。保险期间届满，投保人需要重新向我们申请投保本产品，并经我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

保险期间届满前重新投保的合同自本合同期满日次日零时起生效，保险期间在保险单或保险凭证上载明，该保险合同无等待期。每次保险期间届满前重新投保，均按前述规则类推。

如果我们做出不同意投保人重新投保本合同决定的，我们将向投保人发出通知，自本合同期满日的 24 时起，本合同终止。

当发生下列情形之一时，我们不再接受重新投保：

（1）被保险人的年龄超过 100 周岁（见 8.29）；

（2）因条款所列其他情况导致被保险人的保险责任终止；

（3）本产品统一停售。

3.3 保障计划的变更

投保人为被保险人重新投保本产品时可以变更被保险人的保障计划，**但须于该被保险人的保险期间届满前 30 日内通知我们，我们将对是否同意投保人变更**

该被保险人的保障计划作出决定。

如果我们同意投保人变更被保险人的保障计划，我们将以书面形式或双方认可的其他形式通知投保人，投保人须自该被保险人的保障计划变更后的首个重新投保合同生效日起按照新的保险费率支付保险费，该被保险人的保障计划变更前投保人已经支付的保险费不受影响。

如果我们不同意投保人变更被保险人的保障计划，我们将以书面形式或双方认可的其他形式通知投保人。

在被保险人的同一保险期间内不可变更该被保险人已选定的保障计划。

3.4 **投保身份的变更**

如果被保险人是否参加基本医疗保险、公费医疗或政府主办补充医疗的身份发生了变更，投保人须在重新投保本产品时变更该被保险人的投保身份，且须于该被保险人的保险期间届满前 30 日内通知我们。我们将以书面形式或双方认可的其他形式确认投保人的投保身份变更申请，投保人须自投保身份变更后的首个重新投保合同生效日起按照新的保险费率支付保险费，投保身份变更前投保人已经支付的保险费不受影响。

我们将在被保险人的保险期间届满前 30 日内受理投保身份变更的申请，其他时间我们不受理该申请。

4. 如何领取保险金

这部分讲的是发生保险事故后受益人如何领取保险金

4.1 **受益人**

除另有约定外，本合同的受益人为被保险人本人。

投保人为与其有劳动关系的劳动者投保本产品，不得指定被保险人及其近亲属以外的人为受益人。

4.2 **保险事故通知**

投保人或受益人知道保险事故发生后应当在 10 日内通知我们。**故意或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应当及时知道保险事故发生或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。

4.3 **保险金申请**

在申请保险金时，请按照下列方式办理：

医疗保险金申请

受益人作为申请人须填写领取保险金申请书，并须提供下列证明和资料的原件：

（1） 申请人的**有效身份证件**（见 8.30）；

（2） 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以及相关的检查报告）；

（3） 医院出具的附有病历、必要病理检查、血液检查、影像学报告及其他科学方法检验报告的疾病诊断证明书；

（4） 医院出具的被保险人的医疗费用发票、医疗费用明细清单，我们留存其原件（如果发生手术费用，还需提供手术费用的原始凭证）；

（5） 如果已从其他途径获得了补偿，则须提供从其他途径报销的凭证，我们

留存其原件；

（6）与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

特别注意事项 以上证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知申请人补充提供有关的证明和资料。

4.4 **保险金给付** 我们在收到领取保险金申请书及本合同约定的证明和资料后，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给付保险金的协议后 10 日内，履行给付保险金义务。

我们未及时履行前款约定义务的，对属于保险责任的，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的利息损失。利息按照我们确定的利率按**复利**（见 8.31）计算，且我们确定的利率不低于中国人民银行一年期居民定期储蓄存款利率。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给付保险金通知书并说明理由。

我们在收到领取保险金申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，对给付保险金的数额不能确定的，将根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；我们最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

4.5 **诉讼时效** 权利人向我们申请给付保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或应当知道保险事故发生之日起计算。

5. 如何退保

这部分讲的是投保人可以随时申请退保，退保会有一定损失

5.1 **投保人解除合同的手续及风险** 如果被保险人未发生保险事故且投保人要求解除本合同，请填写解除合同申请书并签章，并向我们提供经办人的有效身份证件。

自我们收到解除合同申请书时起，本合同终止。除另有约定外，我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内按本合同约定向投保人退还本合同终止时的**未满期净保险费**（见 8.32）。

投保人解除合同会遭受一定损失。

6. 其他需要关注的事项

这部分讲的是投保人应当注意的其他事项

6.1 **合同构成** 本合同包括本保险条款、保险单或保险凭证、投保单、被保险人名册、与本合同有关的投保文件、合法有效的声明、批单及其他投保人与我们共同认可的书面协议。

6.2 **合同成立及生效** 投保人提出保险申请且我们同意承保，本合同成立。本合同的成立日、生效日以保险单或保险凭证载明的日期为准。本合同生效，我们开始承担保险责任。除另有约定外，保险费约定交纳日依据本合同的生效日为基础进行计算。

6.3 **投保范围** 投保人可将**团体**（见 8.33）成员作为被保险人向我们投保本合同，团体成员的配偶、子女、父母也可以作为被保险人参加本合同。另有约定的按约定内容执

行。

6.4 **投保年龄** 投保年龄指投保时被保险人的年龄，以周岁计算。

6.5 **明确说明与如实告知** 订立本合同时，我们应当向投保人说明本合同的内容。对保险条款中免除我们责任的条款，我们在订立合同时应当在投保单、保险单或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，未作提示或明确说明的，该条款不产生效力。

我们会就投保人和被保险人的有关情况提出询问，投保人应当如实告知。

如果投保人故意或因重大过失未履行前款约定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或提高保险费率的，我们有权解除或部分解除本合同。

如果投保人故意不履行如实告知义务，对于本合同解除或部分解除前发生的保险事故，我们对所涉及的被保险人不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

如果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，对于本合同解除或部分解除前发生的保险事故，我们对所涉及的被保险人不承担给付保险金的责任，但应当向投保人退还相应的保险费。

我们在合同订立时已经知道投保人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。

6.6 **我们合同解除权的限制** 前款约定的合同解除权，自我们知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。

6.7 **职业或工种的确定与变更** 我们将按照事先公布的职业分类表确定被保险人的职业分类，投保人可以通过我们的网站、服务热线或服务人员查询到此表。

被保险人变更其职业或工种时，投保人应于 10 日内通知我们。被保险人所变更的职业或工种依照职业分类表在本合同拒保范围内的，我们对该被保险人所承担保险责任自接到通知之日起终止，并向投保人退还保险责任终止时该被保险人对应的本合同的未满期净保险费。

被保险人的职业或工种变更之后，依照职业分类表其危险程度增加但未依前项约定通知我们且发生保险事故的，**若被保险人职业或工种变更之后在本合同拒保范围内的，我们不承担给付保险金的责任，对该被保险人的保险责任终止，并向投保人退还保险责任终止时该被保险人对应的本合同的未满期净保险费**。

6.8 **年龄性别错误** 投保人在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期和性别在投保单上填明，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我们规定的投保年龄限制的，我们有权终止对该被保险人的保险责任，但向投保人退还保险责任终止时该被保险人对应的本合同的未满期净保险费，对于该被保险人在保险责任终止前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任。对前述被保险人的保险责任终止权适用“我们合同解除权的限制”的约定；**

（2）**投保人申报的被保险人年龄或性别不真实，致使投保人实交保险费少于该被保险人对应的应交保险费的，我们有权更正并要求投保人补交保险费。如果已经发生保险事故，在给付保险金时按照该被保险人对应的实**

交保险费和应交保险费的比例给付；

（3）投保人申报的被保险人年龄或性别不真实，致使投保人实交保险费多于该被保险人对应的应交保险费的，我们向投保人无息退还多收的保险费。

6.9 **被保险人变动** 投保人因团体成员变动需要增加被保险人的，应书面通知我们。我们审核同意后将收取相应的保险费。我们将自约定的新增加被保险人保险责任开始日零时起对该新增加的被保险人承担保险责任。

投保人需要减少被保险人的，应书面通知我们，我们对减少的被保险人分别按以下方式进行处理：

（1） 如果投保人向我们申请依本合同的约定对减少的被保险人继续承担保险责任，经我们审核同意，我们对该被保险人的保险责任继续有效；

（2） 如果投保人向我们申请终止对减少的被保险人的保险责任，我们自收到投保人书面通知时起对该被保险人的保险责任终止。投保人在通知书中载明的保险责任终止日如果晚于通知书送达我们的日期，则我们对该被保险人的保险责任自通知书中载明的保险责任终止日的零时起终止。除另有约定外，我们向投保人退还保险责任终止时该被保险人对应的本合同的未满期净保险费。

6.10 **未还款项** 我们在给付各项保险金、退还未满期净保险费或返还保险费时，如果投保人有欠交的保险费或其他未还清款项，我们在扣除上述各项欠款及应付利息后给付。

6.11 **合同内容变更** 在本合同有效期内，经投保人与我们协商一致，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，应当由我们出具批单，或由投保人与我们订立书面的变更协议。

6.12 **联系方式变更** 为了保障投保人的合法权益，投保人的住所、通讯地址、邮箱或联系电话等联系方式变更时，请以书面形式或双方认可的其他形式及时通知我们。如果投保人未以书面形式或双方认可的其他形式通知我们，**我们按本合同载明的最后住所、通讯地址或邮箱发送的有关通知，均视为已送达给投保人。**

6.13 **争议处理** 本合同履行过程中，双方发生争议不能协商解决的，可以达成仲裁协议通过仲裁解决，也可依法直接向法院提起诉讼。

6.14 **合同终止** 发生下列情况之一时，本合同终止：

（1） 在本合同有效期内解除本合同；

（2） 因本合同其他条款约定情形而终止。

被保险人在其保险期间内身故，或被保险人的保险期间届满，我们对该被保险人的保险责任终止。

7. 疾病定义

这部分是对本合同所保障的疾病进行了定义

7.1 **重度疾病** 本合同所定义的重度疾病指如下约定的疾病、疾病状态或手术，共有 100 种。

其中第 1 至第 28 种重度疾病为中国保险行业协会颁布的“规范”规定的疾病，且疾病名称和疾病定义与“规范”一致，第 29 至第 100 种疾病为“规范”规定范围之外的疾病。被保险人确诊如下重度疾病必须经医院的**专科医生**（见 8.34）明确诊断。

以下疾病名称仅供理解使用，具体保障范围以每项疾病具体定义为准。

7.1.1 **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 8.35）（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 8.36）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，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；

b）交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

（2）TNM 分期（见 8.37）为Ⅰ期或更轻分期的甲状腺癌（见 8.38 甲状腺癌的 TNM 分期）；

（3）TNM 分期为 $T_1N_0M_0$ 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 <10/50HPF 和 ki-67≤2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

7.1.2 **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。

7.1.3 **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 8.39）**肌力**（见 8.40）2 级（含）以下；

（2）**语言能力完全丧失**（见 8.41），或**严重咀嚼吞咽功能障碍**（见 8.42）；

（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 8.43）中的三项或三项以上。

7.1.4 **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。

7.1.5 **冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）** 指为治疗严重的冠心病，已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。

7.1.6 **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。

7.1.7 **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。

7.1.8 **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。

7.1.9 **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）。

7.1.10 **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。

7.1.11 **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。

7.1.12 **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。

7.1.13 **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 8.44）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。

被保险人在 3 周岁之前因疾病导致双耳失聪不在保障范围内。

7.1.14 **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。

被保险人在 3 周岁之前因疾病导致双目失明不在保障范围内。

7.1.15 **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。

7.1.16 **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。

7.1.17 **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。

7.1.18 **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。

7.1.19 **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。

7.1.20 **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。

7.1.21 **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 8.45）Ⅳ级，且静息状态下肺动脉平均压在 36mmHg（含）以上。

7.1.22 **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。

我们承担本项疾病责任不受本合同 2.1 责任免除中“（1）遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

7.1.23 **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。

7.1.24 **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$<0.5\times10^9$/L；

② 网织红细胞计数$<20\times10^9$/L；

③ 血小板绝对值$<20\times10^9$/L。

7.1.25 **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。

7.1.26 **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（FEV_1）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（PaO_2）＜50mmHg。

7.1.27 **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，且已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

7.1.28 **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瘘术。

7.1.29 **严重心肌病**

指因心肌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

程度达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association，NYHA）心功能状态分级Ⅳ级，并至少持续 180 天。本病须经医院的专科医生明确诊断。

因酗酒或滥用药物引起的心肌病不在保障范围内。

7.1.30 **严重感染性心内膜炎**

因感染性微生物引致的心脏内膜炎症，并满足下列全部条件：

（1）以下方法之一血液培养测试结果为阳性，证实存在感染性微生物：

① 微生物：在赘生物或心脏内脓疡经培养或组织检查证实有微生物；

② 病理性病灶：组织检查证实赘生物或心脏内脓疡有活动性心内膜炎；

③ 分别两次血液培养证实有微生物，且与心内膜炎符合；

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

（3）感染性心内膜炎的诊断以及心瓣膜损害程度必须由医院的专科医生确定。

7.1.31 **严重冠心病**

指根据冠状动脉造影检查结果确诊的三支主要血管（左冠状动脉主干、右冠状动脉、前降支、左旋支中的任意三支）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在保障范围内。

7.1.32 **主动脉夹层动脉瘤**

指主动脉的内膜破裂导致血液流入主动脉壁中形成夹层动脉瘤。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。诊断必须由医院的专科医生及检验结果证实，检验包括电脑扫描，磁共振扫描及磁共振血管造影或心导管检查的证明，并有必要进行紧急修补手术。

7.1.33 **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。须明确诊断为慢性缩窄性心包炎且必须满足下列全部条件：

（1）心功能衰竭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，并持续 180 天以上；

（2）已经实施了开胸进行的心包剥脱或心包切除手术。

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。

7.1.34 **肺源性心脏病**

指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美国纽约心脏病学会（New York Heart Association，NYHA）心功能状态分级Ⅳ级。

7.1.35 **严重心肌炎**

指心肌局限性或弥漫性的急性或慢性炎症病变，导致心脏功能障碍，达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association，NYHA）心功能状态分级Ⅳ级，且持续至少 90 天。

7.1.36 **象皮病**

指末期丝虫病，按国际淋巴学会分级为三度淋巴液肿，其临床表现为肢体非凹陷性水肿伴畸形增大、硬皮症和疣状增生。须经医院的专科医生根据临床表现和微丝蚴的化验结果确诊。

7.1.37 **严重川崎病伴冠状动脉瘤**

是一种血管炎综合征，临床表现为急性发热，皮肤粘膜病损和淋巴结肿大。本病须经医院的专科医生明确诊断，同时须由血管造影或超声心动图检查证实，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 180 天；

（2） 伴有冠状动脉瘤，且实际实施了对冠状动脉瘤进行的手术治疗。

7.1.38 **非阿尔茨海默病致严重痴呆**

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。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。

7.1.39 **严重进行性核上性麻痹**

是一种少见的神经系统变性疾病，以假球麻痹、垂直性核上性眼肌麻痹、锥体外系肌僵直、步态共济失调和轻度痴呆为主要临床特征。本病须由医院的专科医生确诊，并且自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

7.1.40 **严重多发性硬化**

指因脑及脊髓内的脱髓鞘病变而出现神经系统多灶性（多发性）多时相（至少 6 个月以内有一次以上（不包含一次）的发作）的病变，须由计算机断层扫描（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。

7.1.41 **颅脑手术（含破裂脑动脉瘤夹闭手术）**

指因疾病确已实际实施全身麻醉下的开颅手术，以切开硬脑膜为准（不包括颅骨钻孔手术）。理赔时必须提供由神经外科医生出具的诊断书及手术报告。

因外伤而实施的颅脑手术不在保障范围内。

7.1.42 **严重重症肌无力**

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） 经药物治疗和胸腺手术治疗一年以上仍无法控制病情；

（2） 严重肌肉无力，符合下列条件之一：

① 临床分型为Ⅴ型重症肌无力；

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。

美国重症肌无力协会临床分型：

Ⅰ型：任何眼肌无力，其他肌群肌力正常；

Ⅱ型：无论眼肌无力程度，其他肌群轻度无力；

Ⅲ型：无论眼肌无力程度，其他肌群中度无力；

Ⅳ型：无论眼肌无力程度，其他肌群重度无力；

Ⅴ型：气管插管。

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/875204334214012031