

**中国平安财产保险股份有限公司**  
**平安产险医疗费用保险（A款）条款**  
注册编号：C00001732512021081702723

**总则**

**第一条** 本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证、批单等组成。凡涉及本合同的约定，均采用书面形式。

**第二条** 本合同的投保人应为具有完全民事行为能力的被保险人本人或对被保险人有保险利益的其他人。

**第三条** 凡身体健康，能正常工作、生活且符合本合同约定投保年龄范围的自然人，均可作为本合同的被保险人。

**第四条** 除另有约定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

**保险责任**

**第五条** 本保险合同的保险责任分为“必选责任”及“可选责任”。投保人在已选择投保“必选责任”的前提下，可以选择投保“可选责任”，若投保人未投保“必选责任”，不得投保“可选责任”。保险责任由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险合同中载明。

**第六条** 保险期间内，保险人按照约定可承担下列保险责任：

**（一）必选责任：**

**1. 一般医疗费用保险责任**

保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或自保险期间开始且**保险单载明的等待期满后**（续保者自续保生效后），因疾病必须在符合本保险合同释义的医院（以下简称“释义医院”）接受治疗的，对于其实际支出的**必需且合理的各项医疗费用**，保险人按照保险合同约定扣除**保险单载明的免赔额后按赔付比例**承担一般医疗费用保险责任，**最高不超过一般医疗费用保险金额**。

**（1）住院医疗费用**

被保险人经释义医院诊断必须住院治疗，对于被保险人住院期间发生的合理且必要的住院医疗费用，保险人按本保险合同约定承担给付住院医疗费用的保险责任。

被保险人在保险期间内接受上述治疗，本合同保险期间届满时，被保险人未结束本次住院治疗的，保险人继续承担因本次住院发生的（至多不超过本合同保险期间届满之日起第三十日二十四时）住院医疗费用。如本合同保险期间届满之日起第三十日仍未结束本次住院治疗的，自第三十一日起发生的住院医疗费用保险人不承担保险责任。

**（2）住院前后门急诊医疗费用**

保险期间内，被保险人在住院前七日（含住院当日，以住院病历或出院小结为准）和出院后三十日（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需且合理的门急诊医疗费用，保险人按本保险合同约定承担给付住院前后门急诊医

疗费用的保险责任。此项费用不包含特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用。

对于以上住院医疗费用及住院前后门急诊医疗费用，保险人对于被保险人需个人支付的、合理且必要的金额，在保险人按照保险合同约定扣除保险单载明的免赔额后按赔付比例赔付，累计给付费用之和以本合同约定的一般医疗费用保险金额为限，当保险人在本项下累计给付金额达到本项保险金额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

## 2. 特定疾病医疗费用保险责任

保险期间内，保险单载明的等待期满之日后（续保者自续保生效后），经释义医院初次确诊罹患本保险合同释义规定并在合同中载明的特定疾病（无论一种或多种），因疾病必须在符合本保险合同释义医院接受治疗的，对于其实际支出的必需且合理的医疗费用，保险人按照保险合同约定扣除保险单载明的免赔额后按赔付比例首先在上述一般医疗保险费用责任的赔付范围内承担给付一般医疗费用的保险责任，当保险人累计给付金额达到一般医疗费用保险金额后，保险人依照下列约定承担给付特定疾病医疗费用的保险责任，最高不超过特定疾病医疗费用保险金额，具体如下：

### （1）特定疾病住院医疗费用

被保险人经释义医院初次确诊罹患特定疾病必须住院治疗，对于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，保险人按本保险合同约定给付特定疾病住院医疗费用。

被保险人在保险期间内接受上述治疗，本保险合同保险期间届满时，被保险人未结束本次住院治疗的，保险人继续承担因本次住院发生的（至多不超过本保险合同保险期间届满之日起第三十日二十四时）住院医疗费用。如本保险合同保险期间届满之日起第三十日仍未结束本次住院治疗的，自第三十一日起发生的住院医疗费用保险人不承担保险责任。

### （2）特定疾病住院前后门急诊医疗费用

保险期间内，被保险人在住院前七日（含住院当日，以住院病历或出院小结为准）和出院后三十日（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需且合理的门急诊医疗费用，保险人按照本合同约定承担给付特定疾病住院前后门急诊医疗费用的保险责任。此项费用不包含特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用。

对于以上特定疾病住院医疗费用及特定疾病住院前后门急诊医疗费用，保险人对于被保险人需个人支付的、合理且必要的金额，在保险人按照保险合同约定扣除保险单载明的免赔额后按赔付比例赔付。保险人在本项下累计给付费用之和以本合同约定的特定疾病医疗费用保险金额为限，当保险人在本项下累计给付金额达到本项保险金额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

## （二）可选责任

### 1. 特殊门诊诊疗费用及门诊手术医疗费用保险责任

#### （1）一般医疗特殊门诊医疗费用

保险期间内，被保险人在因意外伤害事故或自保险期间开始且保险单载明的等待期满后（续保者自续保生效后），因疾病必须在符合本保险合同释义的医院接受特殊门诊治疗，保险人对于其实际支出的必需且合理的医疗费用，在一般医疗费用保险金额内保险人按照保险合同约定承担给付一般医疗特殊门诊医疗费用的保险责任。

## **(2) 特定疾病特殊门诊医疗费用**

保险期间内，在保险单载明的等待期满之日后（续保者自续保生效后），被保险人经释义医院初次确诊罹患本保险合同释义规定并在合同中载明的特定疾病（无论一种或多种），因疾病必须在符合本保险合同释义的医院接受特殊门诊治疗，对于其实际支出的必需且合理的医疗费用，保险人首先承担上述一般医疗特殊门诊医疗费用的保险责任，当保险人累计给付金额达到一般医疗费用保险金额后，保险人依照下列约定承担给付特定疾病特殊门诊医疗费用的保险责任，在特定疾病医疗费用保险金额内保险人按照保险合同约定承担给付特定疾病特殊门诊医疗费用的保险责任。

特殊门诊医疗费用包括：

1) 门诊肾透析费；

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、肿瘤靶向疗法治疗费用；

3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费。

## **(3) 一般医疗门诊手术医疗费用**

保险期间内，自保险期间开始且保险单载明的等待期满后（续保者自续保生效后），因疾病必须在符合本保险合同释义的医院接受门诊手术治疗，保险人对于其实际支出的必需且合理的医疗费用，在一般医疗费用保险金额限额内，保险人按照保险合同约定承担给付一般医疗门诊手术医疗费用的保险责任。

## **(4) 特定疾病门诊手术医疗费用**

保险期间内，在保险单载明的等待期满之日后（续保者自续保生效后）被保险人经释义医院初次确诊罹患本保险合同释义规定并在合同中载明的特定疾病（无论一种或多种），因疾病必须在符合本保险合同释义的医院接受门诊手术治疗，对于其实际支出的必需且合理的医疗费用，保险人首先承担上述一般医疗门诊手术医疗费用的保险责任，当保险人累计给付金额达到一般医疗费用保险金额后，保险人依照约定给付特定疾病门诊手术医疗费用，在特定疾病医疗费用保险金额限额内保险人按照保险合同约定承担给付特定疾病门诊手术医疗费用的保险责任。

## **2. 质子重离子医疗费用保险责任**

保险期间内，被保险人在等待期后经释义医院初次确诊罹患恶性肿瘤，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放射治疗的，对于其实际支出的合理且必要的质子重离子医疗费用，保险人按照保险合同约定承担给付质子重离子医疗费用的保险责任，最高不超过质子重离子医疗费用保险金额。

被保险人在保险期间内接受上述治疗，本合同保险期间届满时，被保险人未结束本次住院治疗的，保险人继续承担因本次住院发生的（至多不超过本合同保险期间届满之日起第三十日二十四时）质子重离子医疗费用。如本合同保险期间届满之日起第三十日仍未结束本次住院治疗的，自第三十一日起发生的住院医疗费用保险人不承担保险责任。

## **3. 特定疾病保险责任**

保险期间内，在保险单载明的等待期满之日后（续保者自续保生效后），经释义医院初次确诊罹患本保险合同释义规定并在合同中载明的特定疾病（无论一种或多种），保险人按合同约定的特定疾病保险金额给付特定疾病保险金。无论被保险人在一个保单年度或

多个保单年度，初次发生一种或多种特定疾病，特定疾病保险金给付仅限一次。

对于“一般医疗费用保险责任”、“特定疾病医疗费用保险责任”、“特殊门诊诊疗费用及门诊手术医疗费用保险责任”，被保险人在本保险合同约定的医院内就诊的，一般情况下，赔付比例为 100%。投保时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%。

#### 补偿原则

第七条 本保险合同遵循医疗费用补偿原则（不包括特定疾病保险责任）。保险人给付的“一般医疗费用保险责任”、“特定疾病医疗费用保险责任”、“特殊门诊诊疗费用及门诊手术医疗费用保险责任”及“质子重离子医疗费用保险责任”与被保险人从其所参加的基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险、除本产品之外的其他商业保险、其他政府机构或者社会福利机构、公益慈善机构、第三方责任人等其他任何途径取得医疗费用补偿总额，以被保险人实际发生的医疗费用金额为限。

#### 责任免除

第八条 因下列原因导致的损失、费用，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）投保人、被保险人的故意行为；
- （二）被保险人自致伤害或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （三）因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
- （四）遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常；
- （五）核爆炸、核辐射或核污染、化学污染；
- （六）既往症及其并发症；
- （七）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；
- （八）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）确定）、性病；
- （九）疗养、视力矫正手术、各种健康体检项目及预防性医疗项目、牙科保健及牙科治疗、康复治疗、非意外事故所致整容手术；
- （十）被保险人从事高风险运动或参加职业或半职业体育运动；
- （十一）被保险人主动吸食或注射毒品；
- （十二）被保险人等待期内出现疾病、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。

第九条 被保险人在下列期间发生的保险事故，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）被保险人酒后驾车、无有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车期间；
- （二）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间，因职业关系导致的感染艾滋病病毒

(□特定疾病”释义第42条)、输血原因导致艾滋病病毒感染(“特定疾病”释义第35条)及器官移植原因导致艾滋病病毒感染(“特定疾病”释义第107条)不在此限;

(三)所在国家或地区处于战争、军事行动、暴动、恐怖袭击或武装叛乱期间。

第十条 下列费用或损失,保险人不承担给付保险金责任:

(一)如下项目的治疗费用: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;

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

(三)人工器官材料费、安装和置换等费用(心脏瓣膜、人工晶体、人工关节不受此限),各种康复治疗器械、假体、义肢、自用的按摩保健和治疗用品等所有非处方医疗器械费用;

(四)耐用医疗设备(指各种康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备)的购买或租赁费用;

(五)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;

(六)由于职业病、医疗事故引起的医疗费用;

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

(八)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;

(九)包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗;

(十)各类医疗鉴定费用,鉴定类型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;

(十一)各种健美治疗项目,包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用;

(十二)下列药品费用:

1. 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;

2. 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);

3. 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);

4. 滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂涉及的药品费用;

5. 虽然有医生处方,但剂量的超过30天部分的药品费用。

## 保险金额、免赔额与赔付比例

**第十一条** 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

本保险合同中的免赔额是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本保险合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本保险合同约定仍旧由被保险人自行承担，保险人不予赔付的金额。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过基本医疗保险、政府主办补充医疗、公费医疗获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

本保险合同的一般医疗费用保险金额、特定疾病医疗费用保险金额、质子重离子医疗费用保险金额、特定疾病保险金额由投保人、保险人在投保时协商确定，并在保险单中载明。

免赔额、赔付比例由投保人、保险人在投保时协商确定，并在保险单中载明。

## 保险期间与续保

**第十二条** 本保险合同保险期间由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明，且最长不得超过一年。

**第十三条** 本保险产品遵循不保证续保条款：本产品保险期间不超过一年。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

若发生下列情形之一的，本合同不再接受续保：

- （一）本合同统一停售；
- （二）被保险人身故；
- （三）投保人对于保险人就投保人或者被保险人的有关情况提出的询问未履行如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保；
- （四）投保人未如实告知，被保险人不符合投保条件或存在欺诈情形的；

## 等待期

**第十四条** 本保险合同的等待期由投保人和保险人双方约定，并在保险单中载明，最长不得超过 180 天；如未载明的，则默认为 30 天。

因意外伤害发生保险责任的，无等待期。

如为连续不间断续保的（同一被保险人连续在本保险人处投保本条款为基础的保险合同，保险期间衔接不中断），从第二期保险合同起的连续不间断续保保险合同不适用等待期。

若保险合同未连续不间断续保，则需重新适用等待期。

## 缴费方式与宽限期

**第十五条** 投保人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。

若投保人选择一次性支付保险费的，投保人应当在投保时一次性交清保险费。

若投保人选择分期支付保险费的，在交纳首月保险费后，投保人应当在每个保险费约定支付日交纳其余各月对应月份的保险费。

**第十六条** 若投保人分期支付保险费，在支付首期保险费后未按约定在应付之日交纳保险费，保险人允许投保人在催告之日起三十日（含第三十日）内补交保险费，如果被保险人在此三十日内发生保险事故，保险人仍按照合同约定给付保险金，**但需投保人先行补交所有未缴期间的保险费。**

**若投保人在保险人催告之日起三十日（含第三十日）内未补交保险费，则本合同自当期保费的应付之日起终止，对于保险合同终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**

## 保险人义务

**第十七条** 订立本保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明本保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上做出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人做出明确说明。未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

**第十八条** 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。

**第十九条** 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。

**第二十条** 保险人收到被保险人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，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，在与被保险人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向被保险人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

**第二十一条** 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

## 投保人、被保险人义务

**第二十二条** 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，保险人应当承担给付保险金责任。

**投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，并不退还保险费。**

**投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对**

于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

**第二十三条** 投保人、被保险人知道保险事故发生后，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，不承担给付保险金责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

**第二十四条** 保险事故发生后，被保险人需要住院的，应在释义医院住院治疗，若因急诊未在释义医院住院的，应在三日内通知保险人，并根据病情及时转入释义医院。若确需转入非释义医院住院的，应向保险人提出书面申请，保险人在接到申请后三日内给予答复，对于保险人同意在非释义医院住院的，对该期间发生的医疗费用按本保险合同规定给付住院医疗保险金。

### 保险金申请与给付

**第二十五条** 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。如保险人对保险金申请材料存疑，有权要求被保险人在保险人指定或认可的医疗机构进行复检确认；被保险人应予配合。保险金申请人未能提供有关材料或被保险人不予配合，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

（一）一般医疗保险金、特定疾病医疗保险金、质子重离子医疗保险金、特殊门诊医疗费用及门诊手术医疗费用申请

- 1、保险金给付申请书；
- 2、保单号；
- 3、被保险人身份证明、保险金申请人身份证明；

4、支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查、化验检查报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其他合法有效的材料；

5、保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；

6、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。

被保险人经基本医疗保险或公费医疗报销后又通过其它途径获得了部分医疗费用的补偿无法提供医疗费用原始凭证时，需提供住院医疗费用凭证复印件等相关证明并注明已给付的比例和金额，加盖支付费用单位的印章后保险人按本保险合同约定承担剩余合理医疗费用的保险责任。

（二）特定疾病保险金申请

- 2、保单号；



1、保险金给付申请书;

2、保单号;

3、被保险人身份证明、保险金申请人身份证明；

4、支持索赔的全部证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查、化验检查报告等。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其他合法有效的材料；

5、保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；

6、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。

### 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或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国法院（不包括港澳台地区）起诉。

**第二十七条** 与本保险合同有关的以及履行本保险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括港澳台地区法律）。

### 其他事项

**第二十八条** 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。

**第二十九条** 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现金价值，其计算方法如下：

保险单现金价值=保险费×[1-（保险期间已经过天数/保险期间天数）]，经过天数不足一天的按一天计算。

### 释义

**第三十条**

**【意外伤害】**指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。

【身份证明】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。

【医院】指保险人与投保人约定的定点医院，未约定定点医院的，则指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立医院普通部（不包含公立医院的特需医疗、外宾医疗、干部病房），但不包括主要作为诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构。该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。

【特定疾病】被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病，应当由保险人认可的医院专科医生明确诊断。

#### 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；
- （2）语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
- （3）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

#### 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；
- (2) 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
- (3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

#### 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；
- (2) 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
- (3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

#### 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性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级，且静息状态下肺动脉平均压超过 30mmHg。

#### 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。**

以上 25 种特定疾病为中国保险行业协会于 2007 年 4 月 3 日发布，2007 年 8 月 1 日施行的《特定疾病保险的疾病定义使用规范》中列明的疾病，以下 95 种特定疾病为保险人增加的疾病。

#### **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的神经系统功能损害。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续 180 天无法独立完成下列基本日常生活活动之一：

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

#### **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 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<sub>2</sub>) < 50mmHg；
- (3) 动脉血氧饱和度 (SaO<sub>2</sub>) < 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；

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/988002035044006133>