

**利宝保险有限公司**  
**个人住院医疗保险条款（2025 版 J 款）（互联网专属）**

（注册号：C00006032512025070227573）

**总则**

**第一条 合同构成**

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

**第二条** 凡投保时年龄在出生满三十天（且已健康出院）至六十周岁（见释义 1）（含六十周岁），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。本保险合同保险期间届满时投保人为被保险人不间断再次投保本保险的，被保险人最高年龄可至一百周岁（含一百周岁）。

**第三条** 具有完全民事行为能力的被保险人本人、对被保险人具有保险利益的其他自然人可作为本保险合同的投保人。

**第四条** 除另有约定外，本保险合同的各项保险金受益人均为被保险人本人。

**第五条** 本保险合同约定的保险区域为中国大陆境内（不包含香港、澳门和台湾地区），保险人（见释义 2）仅对被保险人在约定保险区域内发生的保险事故承担保险责任。

**保险责任**

**第六条 等待期**

除另有约定外，投保人为被保险人首次投保本保险或非不间断再次投保本保险时，自本保险合同生效之日起的三十天为等待期（释义 3）。被保险人在等待期内确诊罹患疾病，无论治疗时间是否超过等待期，保险人均不承担给付保险金的责任。

投保人在保险期间届满时申请不间断再次投保本保险且经保险人审核同意后获得的新保险合同，不受等待期的限制。

被保险人在等待期内确诊初次罹患（释义 4）本保险合同约定的重大疾病（释义 5）的，保险人不承担给付保险金的责任，保险人向投保人无息退还其所交保险费，本保险合同终止。

被保险人因遭受意外伤害（见释义 6）事故而接受治疗的，也不受等待期的限制。

**第七条** 本保险合同的保险责任包括“一般医疗保险金”、“重大疾病医疗保险金”和“重大疾病住院津贴保险金”共三项保险责任。

#### **（一）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意外伤害以外的原因初次罹患疾病，在本保险合同约定的医院（见释义7）经专科医生（见释义8）诊断必须接受治疗而实际发生的、需个人支付的、医学必需且合理的如下医疗费用，保险人扣除保险单载明的各项费用免赔额后，依照本合同约定和保险单载明的各项费用的年限额、日（次）限额和日（次数）限制，在一般医疗保险金金额内给付一般医疗保险金，且各项保险金的一次或多次累计给付金额不超过本合同一般医疗保险金额。

各项费用的免赔额、年限额、日（次）限额和日数（次数）限制由投保人和被保险人在投保时协商确定，并在保险单中载明。

##### **1. 住院医疗费用**

被保险人经医院诊断必须接受住院（见释义9）治疗的，在该医院住院期间发生的必需且合理（见释义10）的住院医疗费用（见释义11），保险人按照本保险合同的约定，在一般医疗保险金金额内给付住院医疗保险金。

在保险期间内，住院医疗费用的最高给付日数为一百八十日，一次或多次累计住院超过一百八十日发生的医疗费用，不属于保险责任范围。

对等待期后（因意外伤害导致的住院医疗费用无等待期限制）至保险期间届满发生的且延续至保险期间届满后三十日内的同一次住院治疗，对于必需且合理的住院医疗费用，保险人仍然按照本保险合同约定的方法计算并给付住院医疗费用。

##### **2. 指定门诊医疗费用**

对于被保险人在本保险合同约定的医院接受如下治疗发生的必需且合理的门诊医疗费用，保险人按照本保险合同的约定，在一般医疗保险金额内给付指定门诊医疗费用保险金。本保险合同所称“指定门诊医疗费用”仅包含以下四项：

（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、肿瘤靶向疗法的治疗费用；

(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费。

(4) 门诊手术费

门诊手术费仅指与**门诊手术**相关的麻醉费、手术费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费、麻醉师和助理麻醉师费。门诊手术是指被保险人因疾病或意外伤害，以治疗疾病或挽救生命为目的，由外科医生在门诊用手术刀、手术剪、针线等医疗器具在病人身体进行切除、缝合等治疗的手术。门诊手术必须有明确的手术名称和手术报告。

门诊手术不包括活检、穿刺、造影等创伤性检查、胃肠镜检查、康复性手术、激光、冷冻、光动力、电灼疗法等物理治疗，门诊手术费不包括手术植入材料、细胞移植、组织移植和器官移植费用。

### 3. 住院前后门（急）诊医疗费用

指被保险人在**住院前（含住院当日）七日（含）和出院后（含出院当日）三十日（含）内**，因与该次住院相同的原因而在本保险合同约定的医院接受门（急）诊治疗，在该医院发生的必需且合理的门（急）诊医疗费用，但不包括门诊肾透析费、门诊恶性肿瘤治疗费、器官移植后的门诊抗排异治疗费和门诊手术费。保险人按照本保险合同的约定，在一般医疗保险金金额内给付住院医疗保险金。

## （二）重大疾病医疗保险金

在保险期间内，被保险人因意外伤害或在**等待期后**因意外伤害之外的其他原因，经医院**专科医生确诊初次罹患**本保险合同所定义的一百种**重大疾病**中的一种或者多种，并在本保险合同约定的医院接受重大疾病治疗的，对于被保险人发生的必需且合理的医疗费用，**保险人首先按照约定给付一般医疗保险金**，当保险人一次或多次累计给付的一般医疗保险金达到本合同一般医疗保险金额后，**保险人依照约定以及本保险条款的保险金计算方法给付重大疾病医疗保险金**。保险人一次或多次累计给付的重大疾病医疗保险金以本保险合同重大疾病医疗保险金额为限。

### 1. 重大疾病住院医疗费用

指被保险人因罹患本合同约定的重大疾病经医院诊断必须住院治疗的，对于住院期间发生的必需且合理的住院医疗费用，**保险人按照本保险合同的约定，在重大疾病医疗保险金额内给付重大疾病住院医疗费用保险金**。

在保险期间内，重大疾病住院医疗费用的最高给付日数为一百八十日，一次或多次累计重大疾病住院超过一百八十日发生的医疗费用，不属于保险责任范围。

对等待期后（因意外伤害导致的重大疾病住院医疗费用无等待期限限制）至保险期间届满发生的且延续至保险期间届满后三十日内的同一次住院治疗，对于必需且合理的住院医疗费用，保险人仍然按照本保险合同约定的方法计算并给付重大疾病住院医疗费用保险金。

## 2. 重大疾病指定门诊医疗费用

指被保险人因罹患重大疾病在本保险合同约定的医院接受如下四项门诊治疗发生的必需且合理的门诊医疗费用：

(1) 门诊肾透析费；

(2) 门诊恶性肿瘤（仅限符合释义 5 重大疾病中“恶性肿瘤——重度”定义的恶性肿瘤）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、肿瘤靶向疗法的治疗费用；

(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费；

(4) 重大疾病门诊手术医疗费用

重大疾病门诊手术医疗费用指被保险人因罹患本保险合同约定的重大疾病在本保险合同约定的医院接受以治疗该重大疾病和挽救生命为目的，且由外科医生在门诊用手术刀、手术剪、针线等医疗器具在病人身体进行切除、缝合等门诊手术治疗期间发生的必需且合理的门诊手术医疗费用。保险人按照本保险合同的约定，在重大疾病医疗保险金额内给付重大疾病门诊手术医疗费用保险金，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。

重大疾病门诊手术不包括活检、穿刺、造影等创伤性检查、胃肠镜检查、康复性手术、激光、冷冻、光动力、电灼疗法等物理治疗。重大疾病门诊手术必须有明确的手术名称和手术报告。重大疾病门诊手术医疗费用不包括手术植入材料、细胞移植、组织移植和器官移植费用。

本保险合同所称“重大疾病指定门诊医疗费用”仅包括以上四项。保险人按照本保险合同的约定，在重大疾病医疗保险金额内给付重大疾病指定门诊医疗费用保险金。

## 3. 重大疾病住院前后门（急）诊医疗费用

指被保险人因罹患本保险合同约定的重大疾病在**住院治疗前（含住院当日）七日（含）至出院后（含出院当日）三十日（含）内**，因与该次住院相同原因而在本保险合同约定的医院接受重大疾病门（急）诊治疗，对于被保险人在该医院发生的必需且合理的医疗费用（**不包括门诊肾透析费、门诊恶性肿瘤治疗费、器官移植后的门诊抗排异治疗费和门诊手术费费用**），保险人按照本保险合同的约定，在重大疾病医疗保险金额内给付重大疾病住院前后门（急）诊医疗费用保险金。

## 4. 质子重离子医疗费用

指在保险期间内，被保险人在等待期后经医院确诊初次罹患（不间断再次投保的保险合同或者本保险合同另有约定的不受等待期限限制）本保险合同约定的“恶性肿瘤——重度”定义的恶性肿瘤，且被保险人在上海市质子重离子医院接受质子重离子放射治疗所发生的合理且必要的质子重离子医疗费用。

若被保险人未实际接受质子重离子放射治疗的，保险人对被保险人在上海市质子重离子医院发生的所有费用不承担给付保险金的责任。

若被保险人不是在上海市质子重离子医院进行的质子重离子治疗，保险人不承担给付质子重离子医疗费用保险金的责任。

保险人对于重大疾病住院医疗费用、重大疾病指定门诊医疗费用、重大疾病住院前后门（急）诊医疗费用和质子重离子医疗费用的累计保险金给付金额之和以本保险合同约定的重大疾病医疗保险金额为限，一次或累计给付的金额达到保险单载明的重大疾病医疗保险金额时，保险人对于被保险人在重大疾病医疗保险金项下的保险责任终止。

若被保险人在保险单载明的等待期内罹患本保险合同约定的重大疾病（一种或多种），本保险合同终止，保险人无息退还投保人所缴纳的全部保险费。

以上“（一）一般医疗保险金”和“（二）重大疾病医疗保险金”保险责任均不包含本保险合同约定的医院的医生开具的无法在医院内获得的药品和其他任何在本保险合同约定的医院内无法获得的医用材料或者其他医疗项目。

### （三）重大疾病住院津贴保险金

在保险期间内，被保险人因意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的其他原因，经医院专科医生初次确诊罹患本保险合同所定义的重大疾病（无论一种或者多种），在本保险合同约定的医疗机构接受住院治疗重大疾病的，保险人按本保险合同约定的每日“重大疾病住院津贴”补贴金额人民币100元乘以实际住院天数给付重大疾病住院津贴保险金。

在保险期间内，不论被保险人一次或多次发生住院治疗，重大疾病住院津贴的累计最高给付天数以一百八十日为限。

### 免赔额

## 第八条 免赔额

本保险合同中所称免赔额均指年度免赔额，指在本保险合同保险期间内，被保险人发生保险责任范围内的累计医疗费用中须由被保险人自行承担、本保险合同不予赔付的部分。在保险期间内，被保险人通过公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险获得的医疗费用补偿，不可用于抵扣免赔额，但从工作单位、本保险人在内的商业保险机构等任何其他途径取得的医疗费用补偿可抵扣免赔额。

本保险合同免赔额的具体金额以及相关适用情况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。

本保险合同的“一般医疗保险金”责任的免赔额为人民币一万元，重大疾病医疗保险金的免赔额为人民币零元。

## 补偿原则和赔付标准

### 第九条 补偿原则和赔付标准

本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）获得本保险合同责任范围内的医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本保险合同的约定给付保险金。社会基本医疗保险个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

针对“（一）一般医疗保险金”和“（二）重大疾病医疗保险金”保险责任，投保人和保险人按照以下保险金计算方法约定赔付比例，并在保险单中载明：

在本保险合同有效期内，被保险人因疾病或意外伤害经确诊需要住院治疗、指定门诊治疗、住院前后门（急）诊治疗或质子重离子治疗的，对于在指定医疗机构及上海市质子重离子医院内进行上述治疗发生的、合理且必要的医疗费用，即保险责任范围内的医疗费用，按照如下公式计算每次就诊应当给付的保险金：

每次就诊应当给付的保险金=（被保险人发生的医疗费用的有效金额-被保险人从工作单位、本

公司在内的商业保险机构等任何途径取得的医疗费用补偿金额总和-年免赔额余额)\*赔付比例。说明：

(1)每次就诊指一次住院，或一次门诊(包括指定门诊或住院前后门(急)诊)。一次住院指被保险人因疾病或意外伤害住院治疗，自入院日起至出院日止之期间；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三十日，视为同一次住院。一次门诊指被保险人在一日在同一所指定医疗机构同一个科室的就诊。

(2)被保险人发生的医疗费用的有效金额=被保险人每次就诊发生的合理且必要的属于保险责任范围内的医疗费用-被保险人从公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险取得的医疗费用补偿金额总和。被保险人多次就诊累计发生的医疗费用的有效金额等于被保险人单次就诊发生的医疗费用的有效金额相加。

(3)当某次就诊保险责任范围内的医疗费用>年免赔额余额时，本次赔付金额>0；

当某次就诊保险责任范围内的医疗费用≤年免赔额余额时，本次赔付金额=0。

(4)赔付比例：如投保时被保险人有公费医疗或基本医疗保险，但本次就诊时被保险人未使用公费医疗也未使用基本医疗保险也未使用城乡居民大病保险，则该赔付比例为60%；被保险人有公费医疗或基本医疗保险，且就诊时使用了公费医疗或基本医疗保险或城乡居民大病保险，该赔付比例为100%，被保险人无公费医疗和基本医疗保险，该赔付比例为100%。

#### 责任免除

第十条 下列费用或因下列情形之一导致的费用，保险人不承担给付保险金的责任：

(一)任何既往症(见释义12)、被保险人在首次投保本保险人的保险产品之前已被确诊的疾病、被保险人首次投保本保险时在等待期内被确诊罹患的疾病；

(二)遗传性疾病(见释义13)，先天性畸形、变形或染色体异常(见释义14)(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)；

(三)被保险人接受未经科学或者医学认可的实验性或研究性治疗或替代疗法及其产生的后果所产生的费用；

(四)虽有临床不适症状，但入院诊断和出院诊断均不是明确疾病(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)；

(五)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；

(六) 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；

(七) 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；

(八) 各种健美治疗项目，包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用；一般健康检查、特别护理、康复性治疗、物理治疗；以捐献身体器官为目的的医疗行为；

(九) 不孕不育治疗、人工受精、怀孕（含宫外孕）、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含绝育）、避孕、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症；

(十) 包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗、包皮过长/包茎的相关治疗；

(十一) 腹股沟疝、腰椎间盘突出疾病（包含但不限于腰椎间盘突出/膨出/移位/滑脱）、痔疮的相关检查和治疗；

(十二) 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；

(十三) 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；

(十四) 任何滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂、医生开具的超过三十天用量的药品、未经医生处方自行购买的药品或在非本保险合同约定的医院或保险人指定医疗机构药房购买的药品；

(十五) 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）；心理治疗；

(十六) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

(十七) 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；

(十八) 被保险人故意自伤、或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；

(十九) 被保险人殴斗、醉酒（见释义 15），服用、吸食或注射毒品（见释义 16）；

(二十) 被保险人酒后驾驶（见释义 17）、无合法有效驾驶证（见释义 18）驾驶或驾驶无合法有效行驶证（见释义 19）的机动车（见释义 20）导致交通意外引起的医疗费用；

(二十一) 从事潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动（见释义 21）导致的伤害引起的治疗；

(二十二) 由于职业病（见释义 22）、医疗事故（见释义 23）引起的医疗费用；

(二十三) 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；

(二十四) 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（从本保险合同约定的医院或保险人指定医疗机构确定出院之日起发生的一切医疗费用）；

(二十五) 未被治疗所在地政府部门批准的治疗，未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物；

(二十六) 各类医疗鉴定产生的费用，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；

(二十七) 被保险人存在精神和行为障碍（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）；

(二十八) 被保险人非因职业原因或器官移植原因感染艾滋病病毒或患艾滋病（见释义 24）引起的治疗（但涉及本保险合同第三十二条释义 5 重大疾病中第（四十）项、第（五十四）项、第（六十四）项约定的情况除外）；

(二十九) 被保险人患性病引起的医疗费用；

(三十) 被保险人支出的医疗费用中依法已由第三者赔偿的部分。

## 保险金额

**第十一条 保险金额是保险人承担赔偿责任或者给付保险金责任的最高限额。**本保险合同的保险金额由投保人与保险人在投保时约定，并在保险单中载明。保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。累计保险金额是保险人在保险期间内承担给付保险金责任的累计最高限额。

本保险合同的保险金额包括一般医疗保险金额和重大疾病医疗保险金额。以上每项责任的保险金额和年度累计保险金额由投保人与保险人在投保时约定，并在保险单中载明。

### 保险期间

**第十二条** 本保险合同保险期间最长为一年。具体保险起止日期由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单中载明。

### 不保证续保

**第十三条** 本保险合同为非保证续保合同。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本保险，经保险人审核同意，交纳保险费，并获得新的保险合同。

当发生下列情形之一的，保险人不再接受投保人的不间断再次投保本保险申请：

- （一）保险期间届满，投保人申请不间断再次投保本保险时被保险人的年龄超过一百周岁；
- （二）被保险人身故；
- （三）投保人申请不间断再次投保本保险时，本保险已因本保险合同其他条款所列情况而导致效力终止；
- （四）投保人或被保险人有不如实告知、欺诈等不符合续保条件的情形；
- （五）本保险统一停售。

### 保险人义务

**第十四条** 订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

**第十五条** 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。投保人要

求提供电子保险单或其他保险凭证的，保险人应及时提供。

**第十六条** 保险人依据第十九条、第二十条所取得的保险合同解除权，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。

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。

**第十七条** 保险人按照第二十七条的约定，认为投保人、被保险人或者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、被保险人或者受益人补充提供。

**第十八条** 保险人收到被保险人或者受益人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定。但保险责任的核定必须依赖于特定证明、鉴定、判决、裁定或其他证据材料的，保险人应在被保险人或者受益人提供或自行取得上述证据材料起三十日内作出核定，**本保险合同另有约定的除外。**

保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向被保险人或者受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

**第十九条** 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；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

**第二十条** 保险人有权对理赔进行核查，投保人和被保险人有义务提供保险人所要求的相关材料。如果受益人向保险人提起虚假的保险金申请，保险人有权追回已支付的相应保险金，并对其它虚假理赔的申请且尚未支付的款项拒绝支付，并有权解除或者部分解除本保险合同。

### 投保人、被保险人义务

**第二十一条** 本保险合同保险费缴付方式由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单中载明。

若投保人选择一次性缴付保险费，投保人应当在本保险合同成立时一次性缴清保险费。**保险费缴清前，本保险合同不生效，对保险费缴清前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**

若投保人选择分期缴付保险费，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（见释义 25）交纳其余各月对应的保险费。如投保人未按照本保险合同约定的付款时间足额缴付当期保险费，保险人允许投保人在本保险合同约定的缴费延长期内补交对应月份的保险费，如被保险人在缴费延长期内发生保险事故，保险人仍按照本保险合同约定给付保险金。

除本保险合同另有约定外，如被保险人在正常缴费对应的保险期间内或缴费延长期内发生保险事故，保险人仍然依照本保险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。

如投保人未按照本保险合同约定的付款时间足额缴付当期保险费，且在本保险合同约定的缴费延长期内仍未足额补缴当期保险费的，则保险合同的保险期间终止在上一缴费周期支付日二十四时，对于保险期间终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任；缴费延长期内发生的保险事故也不承担保险责任。

本保险合同的缴费延长期为二十一天。

**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。

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。

**第二十三条** 投保人申请投保时，应按被保险人的周岁年龄和性别填写，如果发生错误按照下列方式办理：

（一）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投保年龄限制的，保险人有权解除本保险合同，并向投保人退还未满期保险费（见释义 26）。

对于本保险合同解除前发生的保险事故，保险人不承担给付保险金的责任。

（二）投保人申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使投保人实交保险费少于应交保险费的，保险人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，在给付保险金时按实际缴纳保险费和应交保险费的比例给付。

(三) 投保人申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使投保人实交保险费多于应交保险费的，保险人会将多收的保险费无息退还给投保人。

**第二十四条** 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，保险人按本保险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。

**第二十五条** 被保险人变更其职业或工种时，投保人应于三十日内以书面形式通知保险人。若被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人对该被保险人所负保险责任自其职业或工种变更之日起终止，并退还未满期保险费。

被保险人未履行本条约定的通知义务而发生保险事故的，且被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人不承担给付保险金的责任，并自其职业或工种变更之日起，按日计算退还未满期保险费，本保险合同终止。

**第二十六条** 投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。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（见释义 27）而导致的迟延。

### 保险金申请

**第二十七条** 保险金申请人（见释义 28）请求给付保险金时，应向保险人提供以下证明和资料。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的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

(一) 保险金申请人填具的索赔申请书；

(二) 保险单或其他保险凭证正本；

(三) 保险金申请人的有效身份证件（见释义 29）；

(四) 本保险合同约定的医院或保险人指定医疗机构出具的完整病历资料（包括门急诊病历、住院病历、出院小结以及相关的检查报告）；

（五）本保险合同约定的医院或保险人指定医疗机构出具的附有病历、病理检验、血液检验、影像学报告及其他科学方法检验报告的疾病诊断证明书；

（六）医疗费用原始收据、医疗费用明细清单及医疗费用分割单（若发生手术费用，还需提供手术费用的原始凭证，被保险人享有社会基本医疗保险或公费医疗保障的，需包含社会基本医疗保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿证明）；

（七）被保险人罹患本保险合同约定的重大疾病，还应提供由医院或保险人指定医疗机构具有相应资质的医生出具的对被保险人的疾病诊断证明书以及由医院或指定医疗机构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；

（八）首次申请理赔时，应提供合同约定的医院或保险人指定医疗机构出具的被保险人在本保险合同保险期间内历次的医疗诊断证明、病历及医疗、医药费原始单据、结算明细表与处方正本；

（九）重大疾病异地转诊费用报销公共交通及救护车费用需提供转出医院出具的转院证明、交通费用支出的正式发票或收据原件；

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

（十一）若被保险人委托他人申请的，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。

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

**第二十八条** 保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

### 争议处理和法律适用

**第二十九条** 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，可依法向中华人民共和国境内（不包括港澳台地区）有管辖权的人民法院起诉。

**第三十条** 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

**第三十一条** 除本保险合同另有约定外，经投保人和保险人协商同意后，可变更本保险合同的有关内容。变更本保险合同时，投保人应填写变更合同申请书，经保险人审核同意，并在本保险合同的保险单或其它保险凭证上加以批注，或由投保人和保险人订立变更的书面协议后生效。

**第三十二条** 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) 保险单原件；
- (三) 保险费交付凭证；
- (四) 投保人身份证明；
- (五) 保险人需要的其它有关文件和资料。

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

**第三十三条** 发生以下情况之一时，本保险合同效力即时终止：

- (一) 保险期间届满；
- (二) 被保险人身故；
- (三) 因本保险合同其他条款所约定的情况而终止效力。

#### 释义

**第三十四条** 除另有约定外，在本保险合同中，以下词语具有如下含义：

1. **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。
2. **保险人**：指与投保人签订本保险合同的利宝保险有限公司。
3. **等待期**：指自保险合同生效之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单中载明。被保险人在等待期内发生的保险事故，保险人不承担给付保险金的责任。不间断再次投保的保险合同不受等待期的限制。
4. **确诊初次罹患**：指自被保险人出生之日起第一次经医院或保险人指定医疗机构确诊患有某种疾病，而不是指自本保险合同生效之后第一次经医院或保险人指定医疗机构确诊患有某种疾病。

5. **重大疾病**：指被保险人发生符合附表一：重大疾病中所述条件的疾病（共一百种），应当由专科医生明确诊断。标\*的疾病为中国保险行业协会和中国医师协会联合颁布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020年修订版）》中规定的二十八种重大疾病，其余疾病为保险人自主定义的重大疾病。
6. **意外伤害**：指以外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。以下情形属于疾病范畴，非本保险合同所指意外伤害：
- （1）**猝死**：指由潜在疾病、身体机能障碍或其他非外来性原因所导致的、在出现急性症状后发生的突然死亡，以医院的诊断或公安、司法机关的鉴定为准；
- （2）**过敏及由过敏引发的变态反应性疾病**；
- （3）**高原反应**；
- （4）**中暑**；
- （5）**细菌、病毒或其他病原体导致的感染性疾病**。
7. **医院**：指中国大陆境内（不含港澳台地区）经中华人民共和国卫生行政管理部门正式评定的二级或二级以上的公立医院普通部，该医院必须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。**不包括如下机构或医疗服务**：
- （1）**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、A级病房**；
- （2）**诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；精神病院，精神心理治疗中心**；
- （3）**休养、戒酒中心、戒毒中心；老人院、疗养院**；
- （4）**无相应医护人员或设备的二级或二级以上的联合医院或联合病房**。
8. **专科医生**：专科医生应当同时满足以下四项资格条件：
- （1）具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；
- （2）具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；
- （3）具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；
- （4）在国家《医院分级管理标准》二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。
9. **住院**：是指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院或指定医疗机构的正式病房接受全日24小时监护治疗的过程，并正式办理入出院手续。**但不包括下列情况**：
- （1）**被保险人在医院或指定医疗机构的（门）急诊观察室、日间病床（房）、家庭病床（房）入住**；

- (2) 被保险人在特需病房、外宾病房或其它不属于基本医疗保险范畴的高等级病房入住；
- (3) 被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；
- (4) 被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；
- (5) 被保险人住院体检；
- (6) 挂床住院及其他不合理的住院。挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非 24 小时在院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。

**10. 必需且合理：指同时符合以下两个条件**

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

是否符合通常惯例由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

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

- a. 医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需；
- b. 在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需的水平；
- c. 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；
- d. 非主要为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他医疗提供方的方便；
- e. 非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；
- f. 非试验性或研究性。

对是否医学必需由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

**11. 住院医疗费用：**指被保险人经指定医疗机构诊断必须接受住院治疗时（不包括急诊留观室治疗），被保险人需个人支付的、在指定医疗机构发生的合理且必要的住院医疗费用，包括床位费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费等。药品费不包括营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品，以及下列中药类药品：

- a. 主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药，如花旗参，冬虫草，白糖参，朝鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝、红参，琥珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，

西红花，血竭，燕窝，野山参，移山参，珍珠（粉），紫河车，阿胶，血宝胶囊，红桃K口服液，十全大补丸，十全大补膏等；

b. 部分可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸，海马，胎盘，鞭，尾，筋，骨等；

c. 用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

12. **既往症**：指在本保险合同（不间断连续投保的，指在本保险公司投保的首张保险合同）生效之前罹患的被保险人已就此接受诊断、医学咨询或者治疗，或者服用药物，或者显现症状的疾病或者损伤。通常有以下情况：

(1) 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

(2) 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，或有间断用药情况；

(3) 本合同生效前，医师已有明确诊断，但未予治疗；

(4) 本保险合同生效前发生，未经医生诊断和治疗，但足以促使一般普通谨慎人士引起注意并寻求诊断、治疗或护理的检查结果异常、症状或者体征。

13. **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。

14. **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》第十次修订版（ICD-10）确定。

15. **醉酒**：指每百毫升血液的酒精含量大于或等于 80 毫克。

16. **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。

17. **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。

18. **无合法有效驾驶证**：指下列情形之一

(1) 没有取得驾驶资格；

(2) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不相符合；

(3) 持审验不合格的驾驶证驾驶，或使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证；

(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；

(5) 无驾驶证，驾驶证被依法扣留、暂扣、吊销、注销期间或驾驶证载明的有效期已届满，被保险人未及时更换新驾驶证；

(6) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关约定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

19. **无合法有效行驶证：**指下列情形之一：

(1) 发生保险事故时无公安机关交通管理部门核发的合法有效的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动号牌；

(2) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验；

20. **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轮式车辆。

21. **高风险运动：**本保险合同所定义的高风险运动是指潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等运动。其中：

(1) 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。

(2) 攀岩：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

(3) 探险活动：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。

(4) 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。

(5) 特技表演：指进行马术、杂技、驯兽等表演。

22. **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。

23. **医疗事故：**指医院或指定医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范及常规，过失造成患者人身损害的事故。

24. **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。

在人体血液或其他样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

25. **保险费约定支付日：**指保险合同生效日在每月的对应日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。如保险合同生效日为 2023 年 6 月 8 日，则次月的保险费约定支

付日为 2023 年 7 月 8 日，以此类推，则最后一个月的保险费约定支付日为 2024 年 5 月 8 日。

**26. 未到期保险费：**除另有约定外，按下述公式计算未到期保险费：

若选择一次性缴付保险费，未到期保险费=保费× $(1-m/n)$ ，其中， $m$ 为已生效天数， $n$ 为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。

若选择分期缴付保险费，未到期保险费=当期保费× $(1-m/n)$ ，其中， $m$ 为当期已生效天数， $n$ 为当期天数，经过日期不足一日的按一日计算。

**27. 不可抗力：**指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

**28. 保险金申请人：**指被保险人、受益人，被保险人、受益人的继承人或其他依法享有保险金请求权的其他自然人。

**29. 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，包括但不限于居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。

### **30. 组织病理学检查**

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

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

### **31. TNM 分期**

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

### **32. 甲状腺癌的 TNM 分期**

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

甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hürthle 细胞癌和未分化癌

pTX：原发肿瘤不能评估

pT0：无肿瘤证据

pT1：肿瘤局限在甲状腺内，最大径 $\leq 2\text{cm}$

T1a 肿瘤最大径 $\leq$ 1cm

T1b 肿瘤最大径 $>$ 1cm,  $\leq$ 2cm

pT2: 肿瘤 2~4cm

pT3: 肿瘤 $>$ 4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT3a: 肿瘤 $>$ 4cm, 局限于甲状腺内

pT3b: 大体侵犯甲状腺外带状肌, 无论肿瘤大小

带状肌包括: 胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT4: 大体侵犯甲状腺外带状肌外

pT4a: 侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT4b: 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pTX: 原发肿瘤不能评估

pT0: 无肿瘤证据

pT1: 肿瘤局限在甲状腺内, 最大径 $\leq$ 2cm

T1a 肿瘤最大径 $\leq$ 1cm

T1b 肿瘤最大径 $>$ 1cm,  $\leq$ 2cm

pT2: 肿瘤 2~4cm

pT3: 肿瘤 $>$ 4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT3a: 肿瘤 $>$ 4cm, 局限于甲状腺内

pT3b: 大体侵犯甲状腺外带状肌, 无论肿瘤大小

带状肌包括：胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT4：进展期病变

pT4a：中度进展，任何大小的肿瘤，侵犯甲状腺外颈部周围器官和软组织，如喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT4b：重度进展，任何大小的肿瘤，侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管

区域淋巴结：适用于所有甲状腺癌

pNx：区域淋巴结无法评估

pN0：无淋巴结转移证据

pN1：区域淋巴结转移

pN1a：转移至VI、VII区（包括气管旁、气管前、喉前/Delphian 或上纵隔）淋巴结，可以为单侧或双侧。

pN1b：单侧、双侧或对侧颈淋巴结转移（包括 I、II、III、IV或V区）淋巴结或咽后淋巴结转移。

远处转移：适用于所有甲状腺癌

M0：无远处转移

M1：有远处转移

| 乳头状或滤泡状癌（分化型） |    |    |   |
|---------------|----|----|---|
| 年龄 < 55 岁     |    |    |   |
|               | T  | N  | M |
| I 期           | 任何 | 任何 | 0 |
| II 期          | 任何 | 任何 | 1 |

| 年齡≥55 岁     |       |     |   |
|-------------|-------|-----|---|
| I 期         | 1     | 0/x | 0 |
|             | 2     | 0/x | 0 |
| II 期        | 1~2   | 1   | 0 |
|             | 3a~3b | 任何  | 0 |
| III 期       | 4a    | 任何  | 0 |
| IVA 期       | 4b    | 任何  | 0 |
| IVB 期       | 任何    | 任何  | 1 |
| 髓样癌（所有年龄组）  |       |     |   |
| I 期         | 1     | 0   | 0 |
| II 期        | 2~3   | 0   | 0 |
| III 期       | 1~3   | 1a  | 0 |
| IVA 期       | 4a    | 任何  | 0 |
|             | 1~3   | 1b  | 0 |
| IVB 期       | 4b    | 任何  | 0 |
| IVC 期       | 任何    | 任何  | 1 |
| 未分化癌（所有年龄组） |       |     |   |
| IVA 期       | 1~3a  | 0/x | 0 |
| IVB 期       | 1~3a  | 1   | 0 |
|             | 3b~4  | 任何  | 0 |

|       |    |    |   |
|-------|----|----|---|
| IVC 期 | 任何 | 任何 | 1 |
|-------|----|----|---|

注：以上表格中“年龄”指患者病理组织标本获取日期时的年龄。

33. **酗酒**：指酒精摄入过量。长期过量饮酒导致身体脏器严重损害，或一次大量饮酒导致急性酒精中毒或自制力丧失造成自身伤害、斗殴肇事或交通肇事。酒精过量由医院或指定医疗机构或公安部门判定。

## 附表一：重大疾病的疾病定义

### 重大疾病

本保险合同所称“重大疾病”指被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病（共 120 种），应当由专科医生明确诊断。下列有\*所标注的第 1 至第 28 项为中国保险行业协会和中国医师协会联合颁布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》规定的 28 种重大疾病定义，第 29 至第 100 项为保险人自行增加的疾病种类并自行制定的疾病定义。

#### 1. 恶性肿瘤——重度\*

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经**组织病理学检查（见释义 30）**（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）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（见释义 31）为 I 期或更轻分期的甲状腺癌（见释义 32）；

（3）TNM 分期为 T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> 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≤2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

#### 2. 较重急性心肌梗死\*

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

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

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

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

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

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

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

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

(5) 影像学检查证实存在新出现的室壁瘤;

(6) 出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。

**其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白(cTn)升高不在保障范围内。**

### **3. 严重脑中风后遗症\***

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

(1) 一肢(含)以上肢体(见注1)肌力(见注2)2级(含)以下;

(2) 语言能力完全丧失,或严重咀嚼吞咽功能障碍(见注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(见注4)中的三项或三项以上。

**注1:** 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2:** 肌力指肌肉收缩时的力量。肌力划分为0-5级,具体为:

0级: 肌肉完全瘫痪,毫无收缩。

1级: 可看到或者触及肌肉轻微收缩,但不能产生动作。

2级: 肌肉在不受重力影响下,可进行运动,即肢体能在床面上移动,但不能抬高。

3级：在和地心引力相反的方向中尚能完成其动作，但不能对抗外加阻力。

4级：能对抗一定的阻力，但较正常人为低。

5级：正常肌力。

**注3：**语言能力完全丧失，指无法发出四种语音（包括口唇音、齿舌音、口盖音和喉头音）中的任何三种、或声带全部切除，或因大脑语言中枢受伤害而患失语症。

严重咀嚼吞咽功能障碍，指因牙齿以外的原因导致器质障碍或机能障碍，以致不能作咀嚼吞咽运动，除流质食物外不能摄取或吞咽的状态。

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

**六项基本日常生活活动能力的鉴定不适用于0-3周岁幼儿。**

#### **4. 重大器官移植术或造血干细胞移植术\***

重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏、肺脏或小肠的异体移植手术。

造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的移植手术。

#### **5. 冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）\***

指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。**

#### **6. 严重慢性肾衰竭\***

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

#### **7. 多个肢体缺失\***

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

#### **8. 急性重症肝炎或亚急性重症肝炎\***

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

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

#### **9. 严重非恶性颅内肿瘤\***

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

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

**下列疾病不在保障范围内：**

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

#### **10. 严重慢性肝衰竭\***

指因慢性肝脏疾病导致的肝衰竭，且须满足下列全部条件：

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

**因酗酒（释义 33）或药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。**

#### **11. 严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症\***

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

- (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。

## 12. 深度昏迷\*

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

**因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。**

## 13. 双耳失聪\*

指因疾病或意外伤害导致双耳听力**永久不可逆**(见注 5)性丧失, 在 500 赫兹、1000 赫兹和 2000 赫兹语音频率下, 平均听阈大于等于 91 分贝, 且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

**被保险人申请理赔时年龄必须在 3 周岁以上, 并且提供理赔当时的听力丧失诊断及检查证据。**

**注 5:** 永久不可逆指自疾病确诊或意外发生之日起, 经过积极治疗 180 天后, 仍无法通过现有医疗手段恢复。

## 14. 双目失明\*

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

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

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

## 15. 瘫痪\*

指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体随意运动功能永久完全丧失。肢体随意运动功能永久完全丧失, 指疾病确诊 180 天后或意外伤害发生 180 天后, 每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬, 或肢体肌力在 2 级 (含) 以下。

## 16. 心脏瓣膜手术\*

指为治疗心脏瓣膜疾病, 已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

**所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。**

### 17. 严重阿尔茨海默病\*

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

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

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

**阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不在保障范围内。**

### 18. 严重脑损伤\*

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

（1）一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；

（2）语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；

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

### 19. 严重原发性帕金森病\*

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

**继发性帕金森综合征、帕金森叠加综合征不在保障范围内。**

### 20. 严重Ⅲ度烧伤\*

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

### 21. 严重特发性肺动脉高压\*

指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）**心功能状态分级（见注 6）IV 级**，且静息状态下肺动脉平均压在 36mmHg（含）以上。

**注 6：**美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）将心功能状态分为四级：

I级：心脏病病人日常活动量不受限制，一般活动不引起乏力、呼吸困难等心衰症状。

II级：心脏病病人体力活动轻度受限制，休息时无自觉症状，一般活动下可出现心衰症状。

III级：心脏病病人体力活动明显受限，低于平时一般活动即引起心衰症状。

IV级：心脏病病人不能从事任何体力活动，休息状态下也存在心衰症状，活动后加重。

## **22. 严重运动神经元病\***

是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症，经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：

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

## **23. 语言能力丧失\***

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

**精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。**

**被保险人申请理赔时年龄必须在3周岁以上，并且提供理赔当时的语言能力丧失诊断及检查证据。**

## **24. 重型再生障碍性贫血\***

指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少，且须满足下列全部条件：

(1) 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断：骨髓细胞增生程度<正常的25%；如 $\geq$ 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：

(一) ①中性粒细胞绝对值 $<0.5 \times 10^9 /L$ ；

②网织红细胞计数 $<20 \times 10^9 /L$ ；

③血小板绝对值 $<20 \times 10^9 /L$ 。

## **25. 主动脉手术\***

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

降主动脉（含胸主动脉和腹主动脉），不包括升主动脉、主动脉弓和降主动脉的分支血管。

**所有未实施开胸或开腹的动脉内介入治疗不在保障范围内。**

#### **26. 严重慢性呼吸衰竭\***

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

- （1）静息时出现呼吸困难；
- （2）肺功能第一秒用力呼气容积（FEV1）占预计值的百分比<30%；
- （3）在静息状态、呼吸空气条件下，动脉血氧分压（PaO<sub>2</sub>）<50mmHg。

#### **27. 严重克罗恩病\***

指一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克罗恩病（Crohn 病）病理组织学变化，须根据组织病理学特点诊断，且已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

#### **28. 严重溃疡性结肠炎\***

指伴有致命性电解质紊乱的急性暴发性溃疡性结肠炎，病变已经累及全结肠，表现为严重的血便和系统性症状体征，须根据组织病理学特点诊断，且已经实施了结肠切除或回肠造瘘术。

#### **29. 严重多发性硬化症**

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

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

#### **30. 严重冠心病**

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。

#### **31. 严重心肌炎**

指被保险人因严重心肌炎症性病变导致心功能损害造成持续的永久不可逆性的心功能衰竭。必须满足下列所有条件：

(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 IV 级，或左室射血分数低于 30%；

(2) 持续不间断 180 天以上；

(3) 被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

### 32. 恶性疟疾并发黑尿热

被保险人被明确诊断为恶性疟疾，并且引起急性溶血和排泄酱油色尿液，必须满足下列全部条件：

(1) 反复疟疾发作病史或血检疟原虫阳性；

(2) 血红蛋白尿；

(3) 黄疸，血胆红素升高；

(4) 中、重度溶血性贫血，血红蛋白 $<9\text{g/dl}$ ，网织红细胞显著增加 $>3\%$ 。

其他原因引起的急性溶血性贫血不在保障范围内。

### 33. 自体造血干细胞移植 (AHSCT)

指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。

### 34. 严重系统性硬皮病

指一种以局限性或弥漫性皮肤增厚和皮肤、血管、内脏器官异常纤维化为特征的结缔组织病。本病须经专科医师明确诊断，并须满足下列至少一项条件：

(1) 肺脏：肺部病变进而发展为肺间质纤维化和肺动脉高压；

(2) 心脏：心功能受损达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级Ⅳ级；

(3) 肾脏：肾脏受损导致双肾功能慢性不可逆衰竭，达到尿毒症期。

下列疾病不在本险种保障范围内：

(1) 局部性硬皮病（如：带状硬皮病、硬斑病）；

(2) 嗜酸性粒细胞性筋膜炎；

(3) CREST 综合征。

### 35. 重症急性出血坏死性胰腺炎开腹手术

指由保险人认可的医院的专科医生为治疗急性出血坏死性胰腺炎，实际实施了外科开腹手术，并进行了坏死组织清除术、坏死病灶切除术或胰腺部分切除术。

因酒精作用所致的急性胰腺炎以及腹腔镜手术不在保障范围内。

### 36. 多发性骨髓瘤

指被保险人被三级医院专科医生明确诊断为多发性骨髓瘤，必须符合以所有条件：

(1) 骨髓涂片浆细胞>10%或存在浆细胞瘤；

(2) 血清 M 蛋白>30g/L；

(3) 尿中出现 M-成分(轻链)；

(4) 溶骨性病灶。

### 37. 肺泡蛋白质沉积症

肺泡蛋白质沉积症是一种弥漫性肺部疾病，其组织学特征为肺泡腔内及终末细支气管内堆积过量的磷脂蛋白样物质。理赔时须满足下列所有条件：

(1) 支气管镜活检或开胸肺活检病理检查证实肺泡内充满有过碘酸雪夫（PAS）染色阳性的蛋白样物质；

(2) 被保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。

### 38. 严重心脏衰竭 CRT 心脏再同步治疗

严重心脏衰竭 CRT 心脏再同步治疗指因缺血性心脏病或扩张性心肌病导致慢性严重心脏衰竭，被保险人实际接受了 CRT 治疗，以矫正心室收缩不协调和改善心脏功能。接受治疗之前必须满足下列所有条件：

(1) 心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能 III 级或 IV 级；

(2) 左室射血分数低于 35%；

(3) 左室舒张末期内径 $\geq$ 55mm；

(4) QRS 时间 $\geq$ 130msec；

(5) 药物治疗效果不佳，仍有症状。

### 39. 风湿热导致的心脏瓣膜病

指风湿热反复发作并发心脏瓣膜损害，导致慢性心脏瓣膜病，引起心脏瓣膜狭窄、关闭不全。

必须满足下列所有条件：

(1) 风湿热病史；

(2) 慢性心脏瓣膜病病史；

(3) 实际接受了开胸开心进行的心脏瓣膜置换手术。

经导管进行的瓣膜置换手术或瓣膜成型手术不在保障范围内。

### 40. 经输血导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

被保险人感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）并且满足下列全部条件：

(1) 在保障起始日或复效日之后，被保险人因输血而感染 HIV；

(2) 提供输血治疗的输血中心或医院出具该项输血感染属医疗责任事故的报告，或者法院终审裁定为医疗责任并且不准上诉；

(3) 受感染的被保险人不是血友病患者。

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

任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致的 HIV 感染不在保障范围内。保险人必须拥有获得使用被保险人的所有血液样本的权利和能够对这些样本进行独立检验的权利。

本保险合同第八条责任免除第二十八项不适用于此病种。

### 41. 丝虫病所致严重象皮病

指因丝虫感染导致淋巴阻塞性出现严重淋巴水肿，达到国际淋巴学会淋巴肿分期第 III 期，临床表现为肢体象皮肿，患肢较健肢增粗 30% 以上，日常生活不能自理。此病症须经专科医生根据临床表

现和微丝蚴的化验结果确诊。

#### 42. 3 头臂动脉型多发性大动脉炎旁路移植手术

指多发性大动脉炎(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,。

#### 43. 严重原发性心肌病

指不明原因引起的一类心肌病变,包括原发性扩张型心肌病、原发性肥厚型心肌病及原发性限制型心肌病三种,病变必须已造成事实上心室功能障碍而出现明显的心功能衰竭(指按照美国纽约心脏病学会提出的新功能状态分级的标准判定,心功能状态已达IV级),且IV级心功能衰竭状态已持续至少180日。本病须经专科医生明确诊断。

继发于全身性疾病或其他器官系统疾病造成的心肌病变不在保障范围内。

#### 44. 严重肾髓质囊性病

肾髓质囊性病的诊断须同时符合下列要求:

- (1) 肾髓质有囊肿、肾小管萎缩及间质纤维化等病理改变;
- (2) 肾功能衰竭;
- (3) 诊断须由肾组织活检确定。

以下情况不在本保障范围内:

- (1) 多囊肾;
- (2) 多囊性肾发育不良和髓质海绵肾。

本保险合同责任免除第十条第二项不适用于此病种。

#### 45. 慢性肺源性心脏病

指被保险人因慢性肺部疾病导致慢性心功能损害造成永久不可逆性的心功能衰竭。心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能IV级。被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限,不能从事任何体力活动。

#### 46. 特定的横贯性脊髓炎后遗症

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

特定的横贯性脊髓炎后遗症指诊断为横贯性脊髓炎且已经造成永久不可逆的神经系统功能障碍，无法独立完成下列基本日常生活活动之一：

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

#### 47. 破裂脑动脉瘤开颅夹闭手术

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脑动脉瘤夹闭手术。

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本保障范围内。

#### 48. 严重肺结节病

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

- (1) 肺结节病的 X 线分期为 IV 期，即广泛肺纤维化；
- (2) 永久不可逆性的慢性呼吸功能衰竭，临床持续 180 天动脉血氧分压 (PaO<sub>2</sub>) <50mmHg 和动脉血氧饱和度 (SaO<sub>2</sub>) <80%。

#### 49. 严重全身性(型)重症肌无力

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

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

#### 50. 持续植物人状态

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

由于酗酒或滥用药物所致的植物人状态除外。

#### 51. 严重疯牛病(克-雅氏病/CJD/人类疯牛病)

是一种传染性海绵状脑病，临床表现为快速进行性痴呆、肌阵挛和特征性脑电图变化。本病须经三级医院的专科医生根据 WHO 诊断标准明确诊断，并且被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

**疑似病例不在本保障范围内。**

#### **52. 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中的三项或三项以上，日常生活必须持续受到他人监护。

#### **53. 肌营养不良症**

肌营养不良症是一组遗传性肌肉变性性病变，临床特征为与神经系统无关的肌肉无力和肌肉萎缩。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。

#### **54. 因职业关系导致的人类免疫缺陷病毒感染**

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

（1）感染必须是在被保险人正在从事其职业工作中发生，该职业必须属于以下列职业：

医生和牙科医生、护士、医院化验室工作人员、医院护工、医生助理和牙医助理、救护车工作人员、助产士、消防队员、警察、狱警。

（2）血清转化必须出现在事故发生后的 6 个月以内；

（3）必须提供被保险人在所报事故发生后的 5 天以内进行的检查报告，该报告必须显示被保险人血液 HIV 病毒阴性和/或 HIV 抗体阴性；

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

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

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

本保险合同第八条责任免除第二十八项不适用于此病种。

#### **55. 严重瑞氏综合征**

瑞氏综合征是线粒体功能障碍性疾病。导致脂肪代谢障碍，引起短链脂肪酸、血氨升高，造成脑水肿。主要临床表现为急性发热、反复呕吐、惊厥及意识障碍等等。肝脏活检是确诊的重要手段。瑞氏综合征需由三级医院的儿科专科医生确诊，并符合下列所有条件：

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

#### 56. 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。肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意活动。

#### 57. 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定度升高；

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

#### 58. 需手术切除的嗜铬细胞瘤

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

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

#### 59. 脊髓内肿瘤

指脊髓内良性或恶性肿瘤。肿瘤造成脊髓损害导致瘫痪。必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，无法独立完成下列基本日常生活活动之一：
  - 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。

#### 60. 严重完全性房室传导阻滞

指心房激动在房室交界区、房室束及其分支内发生阻滞，不能正常地传到心室的心脏传导性疾病，须满足下列所有条件：

- (1) 心电图显示房室搏动彼此独立，心室率 $<50$ 次/分钟；
- (2) 出现阿-斯综合征或心力衰竭的表现；
- (3) 必须持续性依赖心脏起搏器维持心脏正常功能，且已经放置永久性心脏起搏器。

#### 61. 脊髓血管病后遗症

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

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

#### 62. 严重感染性心内膜炎

感染性心内膜炎指因感染性病原体造成心脏内膜发炎，严重感染性心内膜炎需同时符合下列所有条件：

- (1) 血液培养测试结果为阳性，证实存在感染病原体：
  - ① 微生物：在赘生物、栓塞的赘生物或心脏内脓疡经培养或组织检查证实有微生物；或
  - ② 病理性病灶：组织病理学检查证实赘生物或心脏内脓疡有活动性心内膜炎；或
  - ③ 分别两次血液培养证实有典型的病原体且与心内膜炎吻合；或
  - ④ 持续血液培养证实有病原体阳性反应，且与心内膜炎吻合。
- (2) 心内膜炎引起中度心瓣膜闭锁不全（指返流分数 20%或以上）或中度心瓣膜狭窄（指心瓣膜开口范围小于或等于正常的 30%）；及
- (3) 心内膜炎及心瓣膜病损须经二级或二级以上的公立医院的专科医生确诊。

#### 63. 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，以清除脑内血肿、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、硬膜外血肿清除、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。

#### 64. 因器官移植导致的艾滋病病毒感染

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

- （1）在保障起始日或复效日之后，被保险人接受器官移植，并因此感染人类免疫缺陷病毒（HIV）；
- （2）提供器官移植治疗的器官移植中心或医院出具该项器官移植感染，属于医疗责任事故的报告，或者法院终审裁定为医疗责任并且不准上诉；
- （3）提供器官移植治疗的器官移植中心或医院必须拥有合法经营执照。

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

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

本保险合同第八条责任免除第二十八项不适用于此病种。

#### 65. 严重肺淋巴管肌瘤病

肺淋巴管肌瘤病是一种弥漫性肺部疾病，主要病理改变为肺间质、支气管、血管和淋巴管内出现未成熟的平滑肌异常增生，严重肺淋巴管肌瘤病需同时满足下列全部条件：

- （1）经二级或二级以上的公立医院的组织病理学诊断；
- （2）CT 显示双肺弥漫性囊性改变；
- （3）休息时出现呼吸困难或并经二级或二级以上的公立医院的专科医生认可有必要进行肺移植手术。

#### 66. 严重原发性骨髓纤维化

原发性骨髓纤维化为原因不明的骨髓中成纤维细胞增殖，伴有髓外造血，表现为进行性贫血、脾肿大等症状。本疾病须根据骨髓的活组织检查和周围血象检查由二级或二级以上的公立医院的血液科专科医生明确诊断，并至少符合下列条件中的三项，且符合条件的状态持续 180 天及以上，并已经实际实施了针对此症的治疗：

- （1）血红蛋白<100g/L；

- (2) 白细胞计数 $>25 \times 10^9/L$ ;
- (3) 外周血原始细胞 $\geq 1\%$ ;
- (4) 血小板计数 $<100 \times 10^9/L$ 。

任何其它病因导致的继发性骨髓纤维化不在保障范围内。

#### 67. 严重骨髓增生异常综合征

严重骨髓增生异常综合征(myelodysplastic syndromes, MDS)是起源于造血干细胞的一组异质性髓系克隆性疾病,特点是髓系细胞发育异常,表现为无效造血、难治性血细胞减少,本保单所指的严重的骨髓异常增生综合征需由保险人认可的二级或二级以上的公立医院的骨髓检查支持诊断,并由二级或二级以上的公立医院的血液科专科医生确诊;同时须满足下列条件之一:

- (1) 已接受至少累计三十日的化疗或已接受骨髓移植治疗。
- (2) 根据“骨髓增生异常综合征修订国际预后积分系统(IPSS-R)”积分 $\geq 3$ ,属于中危及以上组。
- (3) 化疗日数的计算以被保险人实际服用、注射化疗药物的天数为准。

疑似病例不在保障范围之内。

#### 68. 埃博拉病毒感染

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

- (1) 有实验室检查证据证实存在埃博拉病毒感染,经国家认可的有合法资质的传染病专家确诊、并上报国家疾病预防控制中心接受了隔离和治疗;
- (2) 存在广泛出血的临床表现;
- (3) 病程持续 30 天以上。

单纯实验室诊断但没有临床出血表现的或者在确诊之前已经死亡的不在保障范围内。

#### 69. 特发性慢性肾上腺皮质功能不全

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:
  - a. 血浆促肾上腺皮质激素(ACTH)水平 $>100\text{pg/ml}$ ;
  - b. 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;

c. 促肾上腺皮质激素 (ACTH) 刺激试验显示为原发性肾上腺皮质功能减退症。

(2) 已经采用皮质类固醇替代治疗 180 天以上。

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

#### 70. 主动脉夹层血肿

指主动脉腔内的血流通过主动脉内膜的破裂口进入主动脉内壁而形成血肿。被保险人需通过断层扫描 (CT)、核磁共振检查 (MRI)、磁共振血管检验法 (MRA) 或血管扫描等检查, 并且实施了胸腹切开的直视主动脉手术。

#### 71. 胆道重建术

指被保险人因恶性肿瘤造成胆总管阻塞, 实际实施了胆总管与小肠(空肠或十二指肠)吻合的手术。

先天性胆道闭锁除外。

#### 72. 严重艾森门格综合征

因心脏病导致的严重肺动脉高压及右向左分流。诊断必须由二级或二级以上的公立医院的心脏专科医生经超声心动图和心导管检查证实, 并且需符合以下所有标准:

- (1) 平均肺动脉压高于 40mmHg;
- (2) 肺血管阻力高于 3mm/L/min (Wood 单位);
- (3) 正常肺微血管楔压低于 15mmHg。

先天性心脏病所致的艾森门格综合征不在本保障范围。

本保险合同责任免除条款第一节第九项不适用于此病种。

#### 73. 严重脊髓小脑变性症

脊髓小脑变性症为一组以小脑萎缩和共济失调为主要临床特点的疾病。**严重脊髓小脑变性症必须符合所有以下条件:**

(1) 脊髓小脑变性症必须由二级或二级以上的公立医院诊断, 并有以下证据支持:

- ①影像学检查证实存在小脑萎缩;
- ②临床表现存在共济失调、语言障碍和肌张力异常。

(2) 被保险人运动功能严重障碍, 自主生活能力完全丧失, 无法独立完成六项基本日常生活活

动中的三项或三项以上。

#### 74. 严重进行性多灶性白质脑病

是一种亚急性脱髓鞘脑病，其病原体多为乳头多瘤空泡病毒，常常发生于免疫缺陷病人。**严重进行性多灶性白质脑病必须满足下列所有条件：**

- (1) 根据二级或二级以上的公立医院的脑组织活检确诊；
- (2) 永久不可逆丧失自主生活能力，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

#### 75. 严重强直性脊柱炎

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

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

#### 76. 严重多处臂丛神经根性撕脱

由于疾病或意外导致至少两根臂丛神经根性撕脱，且自确诊 180 天后仍遗留双侧手臂感觉功能与运动功能完全永久性丧失。须有二级或二级以上的公立医院的电生理检查结果证实。

#### 77. 溶血性尿毒综合征

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

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

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

#### 78. Brugada 综合征

指由二级或二级以上公立医院的心脏专科医生诊断为夜间呼吸骤停（Brugada）综合征，且需满足下列全部条件：

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

#### 79. 结核性脑膜炎后遗症

指结核杆菌感染导致的脑膜非化脓性炎症，可继发于粟粒性肺结核或其他器官结核。必须满足下列全部条件：

(1) 经脑脊液检查找到结核菌或伴有其他部位结核病；

(2) 遗留下列后遗症之一：

a. 蛛网膜粘连导致脑积水，放置了永久性脑脊液引流管；

b. 因视神经损害导致永久性视力损害，双眼中较好眼矫正视力低于 0.1 (采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算) 或双眼中较好眼视野半径小于 20 度。

c. 因结核瘤、脑梗塞或脑软化导致偏瘫。

#### 80. 肝豆状核变性

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

(1) 帕金森综合征或其他神经系统功能损害，自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上；

(2) 失代偿性肝硬化，临床已经出现腹水、食道静脉曲张和脾肿大等表现；

(3) 慢性肾功能衰竭，已开始肾脏透析治疗；

(4) 接受了肝移植或肾移植手术。

#### 81. 胰腺移植术

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。

胰岛、组织、细胞移植不在保障范围内。

#### 82. 神经白塞病

白塞病是一种慢性全身性血管炎症性疾病，主要表现为复发性口腔溃疡、生殖器溃疡、眼炎及皮肤损害，并可累及大血管、神经系统、消化道、肺、肾等等。累及神经系统损害的白塞病称为神经白塞病。神经白塞病必须由二级或二级以上公立医院的专科医生明确诊断，并且已经造成永久不可逆的神经系统功能损害。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续 180 天无法独立完成下列基本

日常生活活动之一：

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

### 83. 室壁瘤切除手术

指因心肌梗死导致室壁瘤，实际实施了**开胸开心室壁瘤切除手术**治疗。

非开胸的室壁瘤切除手术不在本保障范围内。

### 84. 严重减压病导致截瘫

指因潜水时减压过速导致血液内的气泡在血管内形成栓塞引起组织器官缺血和功能障碍。必须满足下列全部条件：

- (1) 在减压过程中发病或减压后数小时发病；
- (2) 脊髓血管栓塞导致截瘫，双下肢肌力 III 级或 III 级以下，持续 180 天以上。

### 85. 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。

### 86. 失去一肢及一眼

指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性丧失，患眼须满足下列至少一项条件：
  - a) 眼球摘除；
  - b) 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)；
  - c) 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。

### 87. 重症急性坏死性筋膜炎截肢

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。必须满足下列所有条件：

- (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)。

#### 88. 心脏粘液瘤切除手术

心脏粘液瘤必须经二级或二级以上公立医院的心脏专科医师确诊，并且为了治疗心脏粘液瘤，被保险人实际被开胸开心以实施心脏粘液瘤切除手术，并经术后病理或细胞学诊断明确。

#### 89. 溶血性链球菌感染引起的坏疽

指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)。

#### 90. 严重出血性登革热

是由登革热病毒引起的急性传染病，须经二级或二级以上公立医院的专科医生明确诊断，并须出现下列一种或多种严重登革热的临床表现：

- (1) 血浆渗漏致休克或胸腔积液伴呼吸困难；
- (2) 严重出血：消化道出血、阴道大出血、颅内出血、肉眼血尿或皮下血肿（不包括皮下出血点）；
- (3) 严重器官损害或衰竭：肝脏损伤（ALT 或 AST>1000IU/L）、ARDS（急性呼吸窘迫综合征）、急性心功能衰竭、急性肾功能衰竭、脑病。

**非出血性登革热并不在保障范围内。**

#### 91. 严重的脊髓空洞症或严重的延髓空洞症

脊髓空洞症为慢性进行性的脊髓变性性疾病，其特征为脊髓内空洞形成。表现为感觉异常、肌萎缩及神经营养障碍。脊髓空洞症累及延髓称为延髓空洞症，表现为延髓麻痹。脊髓空洞症必须明确诊断并且造成永久不可逆的神经系统功能障碍，存在持续至少 180 天以上的神经系统功能缺失并满足下列任一条件：

- (1) 延髓麻痹呈现显著舌肌萎缩、构音困难和吞咽困难；或

(2) 双手萎缩呈“爪形手”，肌力 2 级或以下。

## 92. 进行性风疹性全脑炎

指由风疹病毒感染引起的儿童和青少年(19 岁及以下人群)的慢性脑炎。疾病确诊 180 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；

(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。

## 93. 细菌性脑脊髓膜炎

指因脑膜炎双球菌感染引起脑脊髓膜化脓性病变，且导致永久性神经损害，持续 90 天以上，并且脑脊液检查显示脑膜炎双球菌阳性。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、瘫痪、脑积水的损害，且上述症状持续 180 天以上仍无改善迹象。

## 94. 视神经脊髓炎

为神经系统脱髓鞘疾病，表现为急性球后视神经炎和横断性脊髓炎。被保险人被明确诊断为视神经脊髓炎，必须满足下列全部条件：

(1) 临床检测证实，双眼视力进行性急剧显著下降，6 个月内视力下降 50%；

(2) 截瘫持续 6 个月以上，肌力 III 级或以下；

(3) 影像学检查证实脑干、脊髓多发脱髓鞘病灶。

## 95. 严重席汉氏综合征

指因产后大出血并发休克、全身循环衰竭、弥漫性血管内凝血导致脑垂体缺血坏死和垂体分泌激素不足，造成性腺、甲状腺、肾上腺皮质功能减退。必须满足下列所有条件：

(1) 产后大出血休克病史；

(2) 严重腺垂体功能破坏，破坏程度>95%；

(3) 影像学检查显示脑垂体严重萎缩或消失；

(4) 实验室检查显示：

① 垂体前叶激素全面低下；

② 性激素、甲状腺素、肾上腺皮质激素全面低下（包括生长激素、促甲状腺素、促肾上腺皮质激素、卵泡刺激素和黄体生成素）；

（5）需要终身激素替代治疗以维持身体功能，持续服用各种替代激素超过一年。

垂体功能部分低下及其他原因所致垂体功能低下不在保障范围之内。

#### 96. 有机磷中毒后遗症

指保险人因过量接触有机磷农药引起急性有机磷中毒，经抢救存活，但遗留严重神经系统后遗症。必须满足下列全部条件：

(1) 有急性有机磷中毒抢救病史；

(2) 遗留下列后遗症之一：

a. 植物人状态；

b. 严重神经系统功能损害，完全丧失自主生活能力，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，日常生活必须持续受到他人监护。

(3) 后遗症持续 180 天以上。

吞服农药自杀者不在保障范围内。

#### 97. 一氧化碳中毒后遗症

指被保险人因过量吸入一氧化碳中毒，经抢救存活，但遗留严重神经系统后遗症。必须满足下列全部条件：

(1) 有急性一氧化碳中毒抢救病史；

(2) 遗留下列后遗症之一：

a. 植物人状态；

b. 严重神经系统功能损害，完全丧失自主生活能力，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，日常生活必须持续受到他人监护。

(3) 后遗症持续 180 天以上。

自杀者不在保障范围内。

## 98. 严重亚历山大病

亚历山大病 (Alexander' s Disease) 是一种遗传性中枢神经系统退行性病变, 特点为脑白质营养不良性。临床表现为惊厥发作、智力下降、球麻痹、共济失调、痉挛性瘫痪。亚历山大病必须被二级或二级以上公立医院的专科医生明确诊断, 并且造成永久性神经系统功能障碍: 被保险人自主生活能力完全丧失, 无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上, 日常生活必须持续接受他人护理。

未明确诊断的疑似病例不在本保障范围之内。

本保险合同责任免除条款第十条第二项不适用于此病种。

## 99. 严重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。必须满足下列所有条件:

(1) 诊断由逆行胰胆管造影 (ERCP) 或经皮胆管造影 (PTC) 确认;

(2) 持续性黄疸伴碱性磷酸酶 (ALP) 显著升高;

(3) 出现继发性胆汁性肝硬化和门静脉高压。

## 100. 严重肾上腺脑白质营养不良

指一种最常见的过氧化物酶体病, 主要累及肾上腺和脑白质, 主要表现为进行性的精神运动障碍, 视力及听力下降和 (或) 肾上腺皮质功能低下等。须经二级或二级以上公立医院的专科医生诊断, 且已经造成自主生活能力完全丧失, 无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上, 持续至少 180 天。本保险合同仅对三周岁以上的被保险人予以理赔。

本保险合同责任免除条款第十条第二项不适用于此病种。