



请扫描以查询验证条款

泰康泰享年年医疗保险（费率可调）条款

阅读指引

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



您拥有的重要权益

- ❖ 在犹豫期内您若要求解除合同，我们向您无息退还保险费..... 1.5
- ❖ 本合同提供的保障在保险责任条款中列明..... 2.4
- ❖ 您有解除合同的权利..... 5.1



您应当特别注意的事项

- ❖ 本合同为保证续保合同，保险期间为1年，保证续保期间为20年..... 2.2
- ❖ 本合同设有等待期..... 2.3
- ❖ 我们给付医疗保险金时遵循补偿原则..... 2.5
- ❖ 在某些情况下，我们不承担保险责任..... 2.6
- ❖ 保险事故发生后，请您及时通知我们..... 3.2
- ❖ **本保险为费率可调的长期医疗保险，在保证续保期间内费率可能调整**..... 4.4
- ❖ 您有如实告知的义务..... 6.1
- ❖ 本合同对特定疾病进行了明确定义，请您仔细阅读..... 7
- ❖ 我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请您注意..... 8



条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本条款。



条款目录

1. 您与我们订立的合同

- 1.1 合同构成
- 1.2 合同成立及生效
- 1.3 投保范围
- 1.4 投保年龄
- 1.5 犹豫期

2. 我们提供的保障

- 2.1 基本保险金额、年度给付限额、保证续保期间内给付限额
- 2.2 保险期间
- 2.3 等待期
- 2.4 保险责任
- 2.5 补偿原则
- 2.6 责任免除

3. 保险金的申请

- 3.1 受益人
- 3.2 保险事故通知
- 3.3 保险金申请
- 3.4 保险金给付

4. 保险费的交纳

- 4.1 保险费的交纳
- 4.2 效力中止
- 4.3 效力恢复
- 4.4 保险费率调整
- 4.5 保证续保
- 4.6 新续保合同的宽限期
- 4.7 风险组别变更

5. 合同解除

- 5.1 您解除合同的手续及风险

6. 其他需要关注的事项

- 6.1 明确说明与如实告知
- 6.2 年龄性别错误
- 6.3 被保险人基本医疗保险或者公费医疗状态错误
- 6.4 职业或者工种确定与变更
- 6.5 合同内容变更
- 6.6 争议处理

7. 特定疾病定义

8. 释义

- 8.1 合法有效
- 8.2 常住地
- 8.3 中国境内
- 8.4 同时投保
- 8.5 周岁
- 8.6 有效身份证件
- 8.7 保险期间内累计
- 8.8 基本医疗保险
- 8.9 公费医疗
- 8.10 政府主办补充医疗
- 8.11 意外伤害
- 8.12 医院
- 8.13 专科医生
- 8.14 初次确诊
- 8.15 主要诊断

8.16 住院

- 8.17 符合通常惯例
- 8.18 医学必需
- 8.19 住院医疗费用
- 8.20 门诊医疗费用
- 8.21 化学疗法
- 8.22 放射疗法
- 8.23 肿瘤免疫疗法
- 8.24 肿瘤内分泌疗法
- 8.25 肿瘤靶向疗法
- 8.26 肾透析
- 8.27 门急诊医疗费用
- 8.28 医疗保险金的计算方法
- 8.29 每次治疗
- 8.30 中国境外
- 8.31 既往症
- 8.32 医生
- 8.33 遗传性疾病
- 8.34 先天性畸形、变形或染色体异常
- 8.35 ICD-10 与 ICD-O-3
- 8.36 康复治疗
- 8.37 牙齿治疗
- 8.38 医用康复器械
- 8.39 潜水
- 8.40 攀岩
- 8.41 探险
- 8.42 武术比赛

8.43 特技表演
8.44 质子治疗
8.45 重离子治疗
8.46 中子治疗
8.47 基因疗法
8.48 细胞免疫疗法
8.49 感染艾滋病病毒或患艾滋病
8.50 醉酒
8.51 毒品
8.52 酒后驾驶
8.53 无合法有效驾驶证驾驶
8.54 无合法有效行驶证
8.55 机动车
8.56 赔付率
8.57 行业平均赔付率
8.58 欺诈
8.59 欠交的保险费
8.60 现金价值
8.61 组织病理学检查
8.62 TNM 分期
8.63 肢体
8.64 肌力
8.65 语言能力完全丧失
8.66 严重咀嚼吞咽功能障碍
8.67 六项基本日常生活活动
8.68 永久不可逆
8.69 美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级
8.70 护士
8.71 床位费及膳食费
8.72 监护人陪护床位费
8.73 重症监护室床位费
8.74 药品费
8.75 治疗费
8.76 护理费
8.77 检查化验
8.78 手术相关费用
8.79 医生费（诊疗费）
8.80 材料费
8.81 救护车使用费
8.82 物理治疗
8.83 中医理疗
8.84 顺势治疗
8.85 职业治疗
8.86 肿瘤靶向疗法基因学检查

泰康人寿保险有限责任公司

泰康泰享年年医疗保险（费率可调）条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指在保险单上签章的泰康人寿保险有限责任公司的分公司，“本合同”指您与我们之间订立的“泰康泰享年年医疗保险（费率可调）合同”，“被保险人”指本合同的被保险人，投保人、被保险人的姓名在保险单上载明。

1. 您与我们订立的合同

- 1.1 合同构成** 本合同是您与我们约定保险权利义务关系的协议，包括本保险条款、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**（见 8.1）的声明、批注、批单及其他您与我们共同认可的书面或者电子协议。
- 1.2 合同成立及生效** 您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、生效日以保险单记载的日期为准。保险费约定交纳日依据本合同的生效日为基础进行计算。
- 1.3 投保范围** **常住地**（见 8.2）为**中国境内**（见 8.3）的中华人民共和国国籍人士可作为本合同的被保险人。持有中华人民共和国政府部门颁发的工作签证或者拥有中国境内居住证或者长期居住权，并提供中国境内固定居住地址的非中华人民共和国国籍人士亦可作为本合同的被保险人。
您的三个及以上的家庭成员（包括您本人）若满足前述条件，可以**同时投保**（见 8.4）本保险，形成家庭保单。家庭成员仅指您本人，以及投保及续保时与您具有合法婚姻关系的配偶、您的父母以及您的子女。
我们不接受非同时投保的被保险人保险单合并为家庭保单。
- 1.4 投保年龄** 投保年龄指您投保时被保险人的年龄，以**周岁**（见 8.5）计算。
- 1.5 犹豫期** 自您签收本合同的次日零时起，有**15 日**的犹豫期。在此期间，请您认真审视本合同，如果您认为本合同与您的需求不相符，您可以在此期间提出解除本合同，我们将向您**无息退还保险费**。
解除本合同时，您须填写解除合同申请书，并提供本合同、您的**有效身份证件**（见 8.6）及您所交保险费的发票。自我们收到前述材料时起，本合同即被解除，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担保险责任。
您首次投保或者中断后再次投保本合同时有犹豫期，续保没有犹豫期。

2. 我们提供的保障

- 2.1 基本保险金额、年度给付限额、保证续保期间内给付限额** 本合同的基本保险金额、各项保险金的年度给付限额、保证续保期间内给付限额由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。
- 2.2 保险期间** 本合同为保证续保合同，保证续保期间为 20 年。本合同保险期间为 1 年，自本合同生效日零时开始。本合同保险期间届满，您若继续投保本保险，则新续保合同自本合同期满日次日零时起生效，新续保合同的保险期间为新的保险期间，有效期为 1 年。每次续保，均依此类推。本合同的保证续保条款具体见 4.5 条的约定。
- 2.3 等待期** 您为被保险人首次投保或者中断后再次投保本保险时，自本合同生效（或者最后复

效)之日起 90 日为等待期。

被保险人在等待期内罹患疾病,因该疾病导致的医疗费用无论发生在等待期内或者等待期后,我们均不承担保险责任。

被保险人在等待期内罹患疾病,经确诊为本合同所定义的特定疾病,无论确诊日期在等待期内或者等待期后,我们均不承担保险责任,本合同终止,我们向您无息退还所交保险费。

被保险人因上述疾病导致的医疗费用均不计入本合同**保险期间内累计**(见 8.7)的合理医疗费用,且因上述疾病从其他途径已获得的医疗费用补偿均不计入本合同**保险期间内累计**的从其他途径已获得的医疗费用补偿。

从其他途径已获得的医疗费用补偿包含已从**基本医疗保险**(见 8.8)、**公费医疗**(见 8.9)、**政府主办补充医疗**(见 8.10)等非商业保险途径以及从除本合同之外的商业性费用补偿型医疗保险获得的医疗费用补偿。

被保险人因**意外伤害**(见 8.11)发生保险事故的,保险责任无等待期;您为被保险人续保保险时无等待期。

本合同所定义的特定疾病共有 123 种,具体见本合同“7. 特定疾病定义”的约定。

2.4 保险责任

在本合同保险期间内,我们承担特定疾病住院津贴保险金、特定疾病医疗保险金及非因特定疾病医疗保险金责任,特定疾病医疗保险金及非因特定疾病医疗保险金统称为医疗保险金。

2.4.1 特定疾病住院津贴保险金

在本合同保险期间内,如果被保险人在等待期后经**医院**(见 8.12)及**专科医生**(见 8.13) **初次确诊**(见 8.14)罹患本合同所定义的特定疾病(无论一种或者多种),且该特定疾病满足本合同所定义的特定疾病所列明的给付条件,对于被保险人必须在医院接受的以该特定疾病为**主要诊断**(见 8.15)的**住院**(见 8.16)治疗,我们按照被保险人每次在医院的实际住院天数和本合同约定的特定疾病住院日额给付特定疾病住院津贴保险金,即:

特定疾病住院津贴保险金=实际住院天数×特定疾病住院日额

如果被保险人接受保险责任范围内的住院治疗,且在本合同期满日治疗仍未结束的,对于被保险人该次住院治疗在本合同期满日次日起 30 日内的实际住院天数,我们仍在本合同约定的保险责任范围内承担给付特定疾病住院津贴保险金的责任,对于被保险人该次住院治疗在本合同期满日次日起 30 日后的住院天数,我们不在本合同约定的保险责任范围内承担保险责任。

您为被保险人续保本保险,若被保险人在以往保险期间内经医院及专科医生初次确诊罹患本合同所定义的特定疾病,且符合特定疾病住院津贴保险金给付条件的,对于本合同保险期间内因治疗同一种特定疾病而发生的实际住院天数,我们仍按照上述约定给付特定疾病住院津贴保险金。

本合同保险期间内累计的特定疾病住院津贴保险金以您与我们约定的特定疾病住院津贴保险金的年度给付限额为限。

本保险各保险期间内累计的特定疾病住院津贴保险金以您与我们约定的特定疾病住院津贴保险金的保证续保期间内给付限额为限。

本合同约定的特定疾病住院日额、特定疾病住院津贴保险金的年度给付限额及保证续保期间内给付限额见本合同附表 1 所示。

2.4.2 医疗保险金: 特定疾病医疗保险金

在本合同保险期间内,如果被保险人在等待期后经医院及专科医生初次确诊罹患本合同所定义的特定疾病,且该特定疾病满足本合同所定义的特定疾病所列明的给付条件,对于被保险人必须在医院接受的以该特定疾病为**主要诊断**的治疗而发生的**符合通常惯例**(见 8.17)的且**医学必需**(见 8.18)的合理医疗费用(以下简称“特定疾病合理医疗费用”),我们按照本合同合理医疗费用的说明、医疗保险金的计算方法的约定给付特定疾病医疗保险金。

您为被保险人续保本保险,若被保险人在以往保险期间内经医院及专科医生初次确诊罹患本合同所定义的特定疾病,且符合特定疾病医疗保险金给付条件的,对于本

合同保险期间内因治疗同一种特定疾病而发生的特定疾病合理医疗费用，我们仍按照上述约定给付特定疾病医疗保险金。

2.4.3 医疗保险金：
非因特定疾病
医疗保险金

在本合同保险期间内，如果被保险人在等待期后经医院确诊非本合同所定义的特定疾病必须在医院接受治疗的，对于被保险人发生的符合通常惯例的且医学必需的合理医疗费用（以下简称“非因特定疾病合理医疗费用”），我们按照本合同合理医疗费用的说明、医疗保险金的计算方法的约定给付非因特定疾病医疗保险金。

合理医疗费
用的说明

特定疾病合理医疗费用及非因特定疾病合理医疗费用统称为合理医疗费用。

合理医疗费用种类及其对应的治疗方式说明如下表所示：

合理医疗费用种类	治疗方式说明
1. 住院医疗费用（见 8.19）	接受住院治疗
2. 特殊门诊医疗费用（见 8.20）	接受如下门诊治疗： （1）门诊恶性肿瘤（包括 恶性肿瘤——重度 （见 7.1）及 恶性肿瘤——轻度 （见 7.121），以下简称“恶性肿瘤”）治疗，包括 化学疗法 （见 8.21）、 放射疗法 （见 8.22）、 肿瘤免疫疗法 （见 8.23）、 肿瘤内分泌疗法 （见 8.24）、 肿瘤靶向疗法 （见 8.25） （2）门诊 肾透析 （见 8.26） （3）器官移植后的门诊抗排异治疗 （4）门诊手术治疗
3. 住院前后门急诊医疗费用（见 8.27），不包括特殊门诊医疗费用	在住院前 7 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）接受与该住院原因相同的门急诊治疗

各项合理医疗费用的日限额、年限额见本合同附表 1 所示。

如果被保险人接受保险责任范围内的住院治疗，且在本合同期满日治疗仍未结束的，对于被保险人该次住院治疗在本合同期满日次日起 30 日内的合理医疗费用，我们仍在本合同约定的保险责任范围内承担给付医疗保险金的责任，对于被保险人该次住院治疗在本合同期满日次日起 30 日后的医疗费用，我们不在本合同约定的保险责任范围内承担保险责任。

医疗保险金
的计算方法
（见 8.28）

医疗保险金 = （每次治疗（见 8.29）发生的有效医疗费用 - 年度免赔额余额） × 每次治疗对应的给付比例

其中：

- （1）有效医疗费用 = 合理医疗费用 - 从基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗等非商业保险途径已获得的医疗费用补偿金额；
- （2）年度免赔额余额按照以下方式确定：
 - ① 特定疾病医疗保险金的年度免赔额余额为 0；
 - ② 非因特定疾病医疗保险金的年度免赔额余额 = 非因特定疾病医疗保险金的年度免赔额 - 本合同保险期间内截至该次治疗前累计的非因特定疾病有效医疗费用。

其中：

- 非因特定疾病医疗保险金的年度免赔额见本合同附表 1 所示；
- 若本合同保险期间内截至该次治疗前累计的非因特定疾病有效医疗费用 > 非因特定疾病医疗保险金的年度免赔额，则非因特定疾病医疗保险金的年度免赔额余额为 0；
- 若本合同保险期间内（含该次治疗）累计的非因特定疾病有效医疗费用 ≤ 非因特定疾病医疗保险金的年度免赔额，则该次治疗对应的非因

特定疾病医疗保险金为 0。

(3) 每次治疗对应的给付比例按照以下方式确定：

适用情形	给付比例
如果被保险人以拥有基本医疗保险、公费医疗的状态投保，且以参加基本医疗保险、公费医疗的身份就诊并结算	100%
如果被保险人以拥有基本医疗保险、公费医疗的状态投保，但未以参加基本医疗保险、公费医疗的身份就诊并结算	60%
如果被保险人以无基本医疗保险、公费医疗的状态投保	100%

我们给付医疗保险金时遵循本合同 2.5 条的约定。

本合同保险期间内累计的特定疾病医疗保险金以您与我们约定的特定疾病医疗保险金的年度给付限额为限。

本合同保险期间内累计的非因特定疾病医疗保险金以您与我们约定的非因特定疾病医疗保险金的年度给付限额为限。

本合同保险期间内累计的医疗保险金以您与我们约定的基本保险金额为限。

本保险各保险期间内累计的医疗保险金以您与我们约定的医疗保险金的保证续保期间内给付限额为限。

本合同约定的基本保险金额、特定疾病医疗保险金的年度给付限额、非因特定疾病医疗保险金的年度给付限额、医疗保险金的保证续保期间内给付限额见本合同附表 1 所示。

2.5 补偿原则

我们在向受益人给付医疗保险金时，若被保险人发生的属于本合同保险责任范围内的合理医疗费用已通过其他途径获得了补偿，且其他途径的补偿金额与我们按本合同约定给付的医疗保险金之和超过了被保险人实际发生的合理医疗费用，我们将按被保险人实际发生的合理医疗费用扣除其他途径的补偿金额后的余额向受益人给付医疗保险金，即包括本合同在内的各种途径所给付的所有补偿金额之和不得超过被保险人实际发生的合理医疗费用。

2.6 责任免除

因下列情形之一导致被保险人发生保险事故或者发生医疗费用的，我们不承担保险责任，且该次发生的医疗费用不计入本合同保险期间内累计的合理医疗费用，该次从其他途径已获得的医疗费用补偿不计入本合同保险期间内累计的从其他途径已获得的医疗费用补偿：

- (1) 在中国境外（见 8.30）的国家或者地区接受治疗；
- (2) 未书面告知的既往症（见 8.31）、本合同特别约定除外的疾病；
- (3) 非医院收取的医疗费用、未经医生（见 8.32）开具的处方或者申请单而自行发生的医疗费用、医生开具的超过 30 天部分的药品费用；
- (4) 遗传性疾病（见 8.33），先天性畸形、变形或染色体异常（见 8.34）；
- (5) 性病、精神和行为障碍（以世界卫生组织（WHO, World Health Organization）颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10（见 8.35））为准）；
- (6) 不孕不育治疗、避孕、节育（含绝育）、子宫体腔内妊娠、产前产后检查、流产、堕胎、分娩（含难产）、变性手术、人体试验、人工生殖，或者由前述任一原因引起的并发症；
- (7) 疗养、康复治疗（见 8.36）、心理治疗、美容、矫形、视力矫正手术、牙齿治疗（见 8.37）、非意外事故所致的整容手术、医用康复器械（见 8.38）、体外或者植入的医疗辅助装置或者用具（义齿、义肢、义眼、义乳、眼镜或者隐形眼镜等）及其安装费用；
- (8) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (9) 被保险人故意自伤、自杀（但被保险人故意自伤、自杀时为无民事行为能力

力人的除外)；

- (10) 被保险人挑衅或者故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；
- (11) 被保险人从事下列高风险运动：**潜水**（见 8.39）、跳伞、**攀岩**（见 8.40）、蹦极、驾驶滑翔机或者滑翔伞、**探险**（见 8.41）、摔跤、**武术比赛**（见 8.42）、**特技表演**（见 8.43）、赛马、赛车；
- (12) 战争、军事行动、暴乱、武装叛乱、核爆炸、核辐射、核污染；
- (13) 未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及其产生的后果所产生的费用；
- (14) 未获得中华人民共和国国家或者地方政府主管部门批准的治疗或者药物；
- (15) 各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定费用；
- (16) **质子治疗**（见 8.44）、**重离子治疗**（见 8.45）、**中子治疗**（见 8.46）；
- (17) **基因疗法**（见 8.47）、**细胞免疫疗法**（见 8.48）。

被保险人在下列期间内发生保险事故的，我们不承担保险责任，且该次发生的医疗费用不计入本合同保险期间内累计的合理医疗费用，该次从其他途径已获得的医疗费用补偿不计入本合同保险期间内累计的从其他途径已获得的医疗费用补偿：

- (1) 被保险人**感染艾滋病病毒或患艾滋病**（见 8.49）（但符合本合同特定疾病定义中**因职业关系导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病**（见 7.31）、**经输血导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病**（见 7.35）、**因器官移植原因导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病**（见 7.84）定义的不在此限）；
- (2) 被保险人故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施、被政府依法拘禁或者服刑；
- (3) 被保险人**醉酒**（见 8.50），服用、吸食或注射**毒品**（见 8.51），违反规定使用麻醉或者精神药品；
- (4) 被保险人**酒后驾驶**（见 8.52）、**无合法有效驾驶证驾驶**（见 8.53），或驾驶**无合法有效行驶证**（见 8.54）的**机动车**（见 8.55）。

除上述“责任免除”外，本合同中还有一些免除本公司责任的条款，如“2.3 等待期”、“2.4 保险责任”、“2.5 补偿原则”、“3.2 保险事故通知”、“4.2 效力中止”、“4.5 保证续保”、“6.1 明确说明与如实告知”、“6.2 年龄性别错误”、“6.3 被保险人基本医疗保险或者公费医疗状态错误”、“6.4 职业或者工种的确定与变更”、“7. 特定疾病定义”、“8. 释义”及其他以黑体字体显示的内容。

3. 保险金的申请

- 3.1 **受益人** 除另有指定外，本合同的各项保险金受益人均为被保险人本人。
- 3.2 **保险事故通知** 您或者受益人知道保险事故发生后应当在 10 日内通知我们。故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，我们对无法确定的部分不承担保险责任，但我们通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生或者虽未及时通知但不影响我们确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。
- 3.3 **保险金申请** 在申请保险金时，受益人作为申请人须填写理赔申请书，并须提供下列证明和资料的原件：
 - (1) 本合同；
 - (2) 受益人的有效身份证件；
 - (3) 下表所示的申请各项保险金时须提供的特殊证明和资料：

申请类别	申请人须提供的特殊证明和资料
特定疾病住院津贴保险金	① 医院专科医生出具的被保险人的诊断证明；

	② 医院出具的被保险人入出院记录及与诊断证明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。
医疗保险金	① 医院出具的被保险人的医疗费用收据或者发票，我们留存其原件； ② 医院专科医生出具的被保险人的诊断证明； ③ 医院出具的被保险人的处方、医疗费用清单、门诊及住院病历、入出院记录以及与诊断证明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； ④ 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； ⑤ 首次申请非因特定疾病医疗保险金时，应提供被保险人在本合同保险期间内历次治疗的上述第①项至第④项资料。

(4) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

以上证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知受益人补充提供有关的证明和资料。

委托他人领取保险金时，受托人还必须提供本人的有效身份证件及委托人亲笔签名的授权委托书。

保险金作为被保险人遗产时，继承人还必须提供可证明其合法继承权的相关权利文件。

受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人时，由其合法监护人代其申请领取保险金，其合法监护人还必须提供受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的证明和监护人具有合法监护权的证明。

3.4 保险金给付

我们在收到理赔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单利计算，且我们确定的利率不低于中国人民银行公布的金融机构人民币活期存款基准利率。

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

4. 保险费的交纳

4.1 保险费的交纳

您所交纳的本合同的保险费根据被保险人所在的风险组别确定，并在保险单上载明。

本保险被保险人的风险组别包括：

- (1) 被保险人基本医疗保险或者公费医疗状态；
- (2) 被保险人年龄；
- (3) 被保险人性别。

我们有权根据本合同 4.4 条的约定调整保险费。

本合同保险费的交纳方式由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。

分期交纳保险费的，在交纳首期保险费后，您应当在每个保险费约定交纳日交纳其余各期的保险费。若您未按约定交纳保险费，我们允许您在保险费约定交纳日的次日零时起 10 日内补交保险费。

如果被保险人在此 10 日内发生保险事故，我们仍承担保险责任，但在给付保险金

时会扣除您在保险事故发生前未交纳的期交保险费。

如果您在保险费约定交纳日的次日零时起 10 日内未交纳保险费，则本合同自上述期限届满之日的 24 时起效力中止。

- 4.2 效力中止 在本合同效力中止期间，我们不承担保险责任。
- 4.3 效力恢复 本合同效力中止之日起至保险期间届满日，您可以向我们申请恢复合同效力。经我们审核且经您与我们协商并达成协议，在您交纳本合同约定的保险费之日的次日零时起，本合同效力恢复。您与我们未就本合同效力恢复达成一致的，本合同效力不恢复。
自本合同效力中止之日起至保险期间届满日止仍未达成协议的，本合同效力终止。
- 4.4 保险费率调整 您为被保险人续保本合同时，我们按照以下约定对保险费率进行调整。
- 4.4.1 首次保险费率调整的时间以及后续保险费率调整的时间间隔 本保险的首次保险费率调整的时间不早于本保险上市销售之日起满 3 年，每次保险费率调整的时间间隔不短于 1 年。
我们会在泰康人寿官网（www.taikanglife.com）“公开信息披露”专栏的“专项信息”栏目下设“长期医疗保险”子栏目中披露本保险的上市销售日期。本保险的上市销售日期是指本保险最早可被购买的日期，不是本合同的生效日。
- 4.4.2 保险费率调整的触发条件 保险费率调整的触发条件的具体指标中的一项或者多项发生变化，导致发生以下一种或者多种情形时，我们有权决定是否调整保险费率：
(1) 上一年度本保险**赔付率**（见 8.56）超过 75%；
(2) 上一年度本保险赔付率高于**行业平均赔付率**（见 8.57）。
若上一年度本保险赔付率低于 85%，且低于行业平均赔付率 10 个百分点及以上，我们当年度不上浮本保险的费率。
保险费率调整的触发条件的具体指标包括：
(1) 社会平均医疗服务的成本或者使用情况发生变化；
(2) 国家卫生政策、医保政策或者其他相关政策发生重大变化；
(3) 本保险实际赔付情况发生变化。
- 4.4.3 每次保险费率调整的上限 每次保险费率调整不超过调整前保险费率的 30%。
保险费率调整适用于本保险的所有被保险人或者同一风险组别的所有被保险人。我们不会因为单个被保险人健康状况的差异实行差别化的保险费率调整政策。
- 4.4.4 每次保险费率调整的流程、我们向您告知保险费率调整事项的时间、方式以及您对于保险费率调整的权利及义务 我们会将保险费率调整情况在泰康人寿官网（www.taikanglife.com）“公开信息披露”专栏的“专项信息”栏目下设“长期医疗保险”子栏目中公示 30 个自然日，并说明该次保险费率调整的生效时间，同时以书面形式或者双方认可的其他形式通知您，通知形式在保险单上载明。您为被保险人续保本合同时，须自该次保险费率调整生效后的首个新续保合同的生效日起按照新的保险费率支付保险费，该次保险费率调整生效前您已经支付的保险费不受该次保险费率调整的影响。
我们将在保险费率调整生效后的首个新续保合同生效日前 45 日以书面形式或者双方认可的其他形式通知您，并说明保险费率调整的原因、保险费率调整的决策流程及保险费率的调整结果，通知形式在保险单上载明。
如果您不接受保险费率调整且要求解除本合同，我们将按照本合同 5.1 条的约定为您办理解除合同的手续。如果您不接受保险费率调整且不再继续投保本合同，您须在本合同期满日前以书面形式通知我们，本合同自期满日的 24 时起效力终止。
- 4.5 保证续保 本保险的保证续保期间为 20 年，自您首次投保本保险的合同生效日零时开始生效，如果您中断投保后又再次投保本保险的，将视为重新投保，本保险的保证续保期间

自中断后再次投保本保险的合同生效日零时开始生效。

若您选择了自动申请续保，在保证续保期间内的每一保险期间届满之前，若我们未收到您停止继续投保本合同的书面通知，在按续保时对应的费率收取保险费后，我们将按保证续保期间开始时约定的承保条件为您续保本合同。每次续保，均按前述规则类推。

若您未选择自动申请续保，且未在本合同期满日前向我们提出继续投保本保险的书面申请的，本合同自期满日的 24 时起效力终止。

每一保证续保期间届满之前，若您要继续享有本保险提供的保障，您需要向我们提出继续投保本保险的书面申请。经我们审核做出同意您继续投保本保险决定，且经您与我们协商并达成协议的，在按继续投保本保险时对应的费率交纳保险费后，本合同将延续有效且进入下一个保证续保期间。如果经审核，我们做出不同意您继续投保本保险决定的，我们将以书面形式通知您，本合同自该保证续保期间届满日的 24 时起效力终止。

保证续保期间内，若发生下列情形之一，本合同不再续保且保证续保将自行终止，您在下列任一情形之后的投保或者续保申请，均视为重新投保：

- (1) 被保险人所变更的职业或者工种依照我们职业分类在本合同拒保范围内；
- (2) 在上一保险期间届满时，您未按照本合同 4.6 条的约定在新续保合同的宽限期内交纳新续保合同的保险费；
- (3) 发生投保人不如实告知或者投保人、被保险人、受益人**欺诈**（见 8.58）等其他不符合续保条件的情形。

每一保证续保期间届满时，若发生下列情形之一，我们不再接受您继续投保本保险的申请：

- (1) 被保险人的年龄超过 80 周岁；
- (2) 本保险已停售；
- (3) 未通过上述继续投保本保险的审核。

4.6 新续保合同的宽限期

如果您与我们按照本合同 4.5 条的约定续保，则自本合同期满日次日零时起 60 日为新续保合同保险费交纳的宽限期。该宽限期内发生保险事故的，我们承担保险责任，但在给付保险金时会扣除您**欠交的保险费**（见 8.59）。如果您未在新续保合同的宽限期内交纳约定的保险费，新续保的合同自该宽限期期满日的 24 时起效力终止。

4.7 风险组别变更

您可以申请变更被保险人基本医疗保险或者公费医疗状态。

如果被保险人基本医疗保险或者公费医疗状态发生了变更，您须于变更时所在有效的保险合同的保险期间届满前 30 日内通知我们。

我们将以书面形式或者双方认可的其他形式确认您上述风险组别的变更申请，您须自风险组别变更后的首个新续保合同生效日起按照新的保险费率支付保险费，风险组别变更前您已经支付的保险费不受影响。

我们将在每个有效的保险合同的保险期间届满前 30 日内受理变更风险组别的申请，其他时间我们不予受理该申请。

5. 合同解除

5.1 您解除合同的手续及风险

如果被保险人未发生保险事故，且您在犹豫期后要求解除本合同，您须填写解除合同申请书，并向我们提供下列资料的原件：

- (1) 本合同；
- (2) 您的有效身份证件。

自我们收到前述材料时起，本合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还本合同终止时的**现金价值**（见 8.60）。

您在犹豫期后解除合同会遭受一定损失。如果已发生保险金给付的，您不得要求解

除本合同。

6. 其他需要关注的事项

- 6.1 明确说明与如实告知**
- 订立本合同时，我们应当向您说明本合同的内容。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、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起您注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向您作出明确说明，未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。
- 我们会就您和被保险人的有关情况提出书面询问，您应当如实告知。
- 如果您故意或者因重大过失未履行前款约定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保、续保或者提高保险费率的，我们有权解除本合同。
- 如果您故意不履行如实告知义务，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担保险责任，并不退还保险费。
- 如果您因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担保险责任，但应当向您退还保险费。
- 我们在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得以您未履行如实告知义务为由解除合同；发生保险事故的，我们不得以您未履行如实告知义务为由不承担保险责任。
- 上述合同解除权，自我们知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。
- 6.2 年龄性别错误**
- 您在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期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) 您申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本合同约定投保年龄限制的，我们有权解除本合同。对于解除本合同的，本合同自解除之日起终止，我们向您退还本合同终止时的现金价值。对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担保险责任；
 - (2) 您申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使您实交保险费少于应交保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。如果已经发生保险事故，在给付保险金时按实交保险费和应交保险费的比例给付；
 - (3) 您申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使您实交保险费多于应交保险费的，我们向您无息退还多收的保险费。
- 6.3 被保险人基本医疗保险或者公费医疗状态错误**
- 您在申请投保时，应将被保险人基本医疗保险或者公费医疗状态在投保单上填明。如果您申报的被保险人基本医疗保险或者公费医疗状态不真实，或者您在被保险人基本医疗保险或者公费医疗状态变更后未按照本合同 4.7 条的约定通知我们的，按照下列方式办理：
- (1) 致使您实交保险费少于应交保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。如果已经发生保险事故，在给付保险金时按实交保险费和应交保险费的比例给付；
 - (2) 致使您实交保险费多于应交保险费的，我们向您无息退还多收的保险费。
- 6.4 职业或者工种的确定与变更**
- 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，您可以通过我们的服务场所工作人员查询到此表。
- 被保险人变更其职业或者工种时，您应于 10 日内以书面形式通知我们。被保险人所变更的职业或者工种依照我们职业分类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，并按约定退还本合同终止时的现金价值。
- 被保险人的职业或者工种变更之后，未依前项约定通知我们而发生保险事故的，若被保险人职业或者工种变更之后在本合同拒保范围内的，我们不承担保险责任，并按本合同约定退还本合同终止时的现金价值，本合同终止。

- 6.5 **合同内容变更** 在本合同有效期内，经您与我们协商一致，可以变更本合同的有关内容。
当您的住所、通讯地址、电话或者电子邮件等联系方式变更时，请及时以书面形式或者双方认可的其他形式通知我们。我们按最后知道的住所、通讯地址、电话或者电子邮件发送的有关通知，均视为已送达给您。
- 6.6 **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。

7. 特定疾病定义

本合同所定义的特定疾病共有 123 种，其中加“*”的 28 种特定疾病为中国保险行业协会发布的《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”）规定的重度疾病，其中加“**”的 3 种特定疾病为“规范”规定的轻度疾病，且疾病名称和疾病定义与“规范”一致，其他特定疾病为“规范”规定范围之外的疾病。

- 7.1 **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 8.61）（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 8.35））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**（见 8.62）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 ≤ 2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

- 7.2 **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。

7.3 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 8.63）**肌力**（见 8.64）2 级（含）以下；
- （2） **语言能力完全丧失**（见 8.65），或**严重咀嚼吞咽功能障碍**（见 8.66）；
- （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 8.67）中的三项或三项以上。

7.4 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。

7.5 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。

7.6 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。

7.7 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。

7.8 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。

7.9 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)。

- 7.10 **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。
- 7.11 **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。
- 7.12 **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。
- 7.13 **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 8.68）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的双耳失聪不在保障范围内。
- 7.14 **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的双目失明不在保障范围内。
- 7.15 **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。
- 7.16 **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。
- 7.17 **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。

- 7.18 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。
- 7.19 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。
- 7.20 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。
- 7.21 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8.69)Ⅳ级,且静息状态下肺动脉平均压在36mmHg(含)以上。
- 7.22 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。
- 7.23 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。
被保险人在3周岁之前因疾病导致的语言能力丧失不在保障范围内。
- 7.24 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< $0.5 \times 10^9/L$;
 - ② 网织红细胞计数< $20 \times 10^9/L$;
 - ③ 血小板绝对值< $20 \times 10^9/L$ 。
- 7.25 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。

- 7.26 **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 (PaO₂) < 50mmHg。
- 7.27 **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。
- 7.28 **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。
- 7.29 **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，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。经相关专科医生明确诊断。
- 申请理赔时须提供超声心动图或其他支持性检查结果及诊断报告。
- 酗酒或滥用药物引起的心肌病不在保障范围内。
- 7.30 **严重多发性硬化** 指被保险人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，经相关专科医生明确诊断，且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。
- 7.31 **因职业关系导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病** 被保险人在其常规职业工作过程中遭遇外伤，或职业需要处理血液或其他体液时感染上艾滋病病毒或患上艾滋病。且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，该职业必须属于下列职业：医生、护士 (见 8.70)、实验室工作人员、医院护工、医生助理、救护车工作人员、助产士、消防队员、警察；
 - (2) 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；
 - (3) 必须在事故发生后的 6 个月内证实被保险人体内存在 HIV 病毒或 HIV 抗体，即血液 HIV 病毒阳性和/或 HIV 抗体阳性。
- 7.32 **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。经相关专科医生明确诊断，且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。
- 7.33 **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)，经相关专科医生明确诊断，并已达到类风湿性关节炎功能分级 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。

- 7.34 脊髓灰质炎** 指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。
经相关专科医生明确诊断,且疾病已经导致被保险人一肢(含)以上肢体肌力2级(含)以下。
- 7.35 经输血导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病** 指被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病,且须满足下列全部条件:
(1) 在保险责任起始日或复效日之后因输血而感染;
(2) 提供输血治疗的输血中心或医院出具的该项输血感染属医疗事故的报告,或法院确认被保险人系因输血导致感染艾滋病病毒或患艾滋病的生效判决;
(3) 受感染的被保险人不是血友病患者。
本公司具有获得和使用被保险人的所有血液样本的权利以及能够对这些样本进行独立检验的权利。
任何因其他传播方式(包括:性传播或静脉注射毒品)导致感染艾滋病病毒或患艾滋病不在保障范围内。
- 7.36 肌营养不良症** 指一组遗传性肌肉变性病变,临床特征为与神经系统无关的肌肉无力和萎缩。且须满足下列全部条件:
(1) 肌电图显示典型肌营养不良症的阳性改变;
(2) 肌肉活检的病理学诊断符合肌营养不良症的肌肉细胞变性、坏死等阳性改变;
(3) 已导致被保险人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。
- 7.37 破裂脑动脉瘤夹闭手术** 指因脑动脉瘤破裂造成蛛网膜下腔出血,被保险人已经实施了在全麻下进行的开颅动脉瘤夹闭手术。
脑动脉瘤(未破裂)预防性手术、颅骨打孔手术、动脉瘤栓塞手术、血管内手术及其他颅脑手术不在保障范围内。
- 7.38 严重系统性硬皮病** 指一种以皮肤及各系统胶原纤维化为特征的结缔组织疾病。经相关专科医生明确诊断,且须满足下列全部条件:
(1) 明确的病理活检及自身抗体免疫血清学证据;
(2) 疾病已经影响到肺脏、心脏或肾脏等内脏器官,且满足下列至少一项条件:
① 肺脏:已造成肺脏纤维化,并同时出现肺动脉高压和肺心病;
② 心脏:心脏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;
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。
局限性硬皮病、嗜酸细胞筋膜炎和CREST综合征不在保障范围内。
- 7.39 严重冠心病** 指经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在保障范围内。

- 7.40 严重慢性复发性胰腺炎** 指慢性反复发作的胰腺炎症导致胰腺的广泛纤维化、坏死、弥漫性钙化及假性囊肿形成，造成胰腺功能障碍出现严重糖尿病或营养不良。**必须满足下列全部条件：**
- (1) 医疗记录证实存在慢性胰腺炎反复急性发作病史；
 - (2) CT 检查证实胰腺存在广泛钙化或逆行胰胆管造影（ERCP）显示胰管扭曲、扩张和狭窄；
 - (3) 必须接受酶替代或胰岛素替代治疗六个月以上。
- 酒精导致的慢性复发性胰腺炎不在保障范围内。**
- 7.41 持续植物人状态** 指因疾病或意外伤害导致被保险人躯体反射和自主反射全部丧失的深昏迷，但呼吸和心跳是正常的，经相关专科医生明确诊断，**且须满足下列全部条件：**
- (1) 诊断为植物人状态后并继续维持治疗 30 天以上；
 - (2) 治疗 30 天前后的脑电图检查均为等电位（完全平坦）。
- 7.42 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。**且须满足下列全部条件：**
- (1) 符合坏死性筋膜炎的一般临床表现；
 - (2) 细菌培养检出致病菌；
 - (3) 受感染肢体已被截肢（自腕关节或踝关节近端）。
- 7.43 嗜铬细胞瘤** 指肾上腺或嗜铬组织出现神经内分泌肿瘤，并分泌过多的儿茶酚胺类，已经实施了肿瘤切除手术。
- 7.44 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。须经相关专科医生根据临床表现和微丝蚴的化验结果明确诊断。
- 7.45 胰腺移植术** 指因胰腺功能衰竭，已经实施了在全身麻醉下进行的胰腺的异体器官移植手术，供体必须是人体器官。
- 单纯胰岛移植、部分胰腺组织或细胞的移植不在保障范围内。**
- 7.46 特发性慢性肾上腺皮质功能减退** 指自身免疫性肾上腺炎（既往称：特发性肾上腺皮质萎缩）导致肾上腺萎缩和慢性肾上腺皮质功能减退。经相关专科医生明确诊断，**且须满足下列全部条件：**
- (1) 明确诊断，符合下列全部诊断标准：
 - ① 血浆促肾上腺皮质激素（ACTH）水平测定大于 100pg/ml；
 - ② 血浆和尿游离皮质醇及尿 17 羟皮质类固醇、17 酮皮质类固醇测定、血浆肾素活性、血管紧张素 II 和醛固酮测定，显示为原发性肾上腺皮质功能减退症；
 - ③ 促肾上腺皮质激素（ACTH）刺激试验显示为原发性肾上腺皮质功能减退症。
 - (2) 已经采用皮质类固醇替代治疗 180 天以上。
- 肾上腺结核、HIV 感染或艾滋病、感染、肿瘤所致的原发性肾上腺皮质功能减退和继发性肾上腺皮质功能减退不在保障范围内。**
- 7.47 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。经相关专科医生明确诊断，**且须满足下列全部条件：**
- (1) 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，或左室射血分数低于 30%；
 - (2) 心功能衰竭的症状和体征持续不间断 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。

- 7.48 **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美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级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。
- 7.49 **严重原发性硬化性胆管炎** 指一种胆汁淤积综合征，其特征是肝内、肝外胆道因纤维化炎症逐渐狭窄，并最终导致完全阻塞而发展为肝硬化。本病须经内镜逆行胰胆管造影等影像学检查证实，且须满足下列全部条件：
(1) 总胆红素和直接胆红素同时升高，血清 ALP>200U/L；
(2) 持续性黄疸病史；
(3) 出现胆汁性肝硬化或门脉高压。
因肿瘤或胆管损伤等继发性的硬化性胆管炎不在保障范围内。
- 7.50 **严重自身免疫性肝炎** 自身免疫性肝炎是一种原因不明的慢性肝脏的坏死性炎性疾病，机体免疫机制被破坏，产生针对肝脏自身抗原的抗体导致自身免疫反应，从而破坏肝细胞造成肝脏炎症坏死。且须满足下列全部条件：
(1) 高 γ 球蛋白血症；
(2) 血液中存在高水平的自身免疫抗体，如 ANA（抗核抗体）、SMA（抗平滑肌抗体）、抗 LKM1 抗体或抗-SLA/LP 抗体；
(3) 肝脏活检证实免疫性肝炎；
(4) 临床已经出现腹水、食道静脉曲张和脾肿大等肝硬化表现。
- 7.51 **Brugada 综合征** 被保险人须经医院的心脏专科医生明确诊断，且须满足下列全部条件：
(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起搏器。
- 7.52 **严重急性主动脉夹层血肿** 指主动脉壁在受到某些病理因素破坏后，高速、高压的主动脉血流将其内膜撕裂，以致主动脉腔内的血流通过主动脉内膜的破裂口进入主动脉内壁而形成血肿。被保险人需有典型的临床表现并通过电脑断层扫描（CT）、磁共振扫描（MRI）、磁共振血管检验法（MRA）或血管扫描等检查明确诊断，并在急性期内（发病两周内）实际接受了开胸（含胸腔镜下）或开腹（含腹腔镜下）主动脉手术。
慢性期主动脉夹层择期手术、经导管主动脉内介入手术治疗不在保障范围内。
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。
- 7.53 **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。被保险人被明确诊断为慢性缩窄性心包炎，且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) 已经接受了开胸（含胸腔镜下）进行的心包剥脱或心包切除手术。
心包粘连松解手术不在保障范围内。
- 7.54 **心脏粘液瘤** 指为了治疗心脏粘液瘤，已经实施了开胸（含胸腔镜下）进行的心脏粘液瘤切除手术。
经导管介入手术治疗不在保障范围内。
- 7.55 **严重心脏衰竭 CRT 治疗** 指因缺血性心脏病或扩张性心肌病导致慢性严重心脏衰竭，被保险人实际接受了 CRT 治疗，以矫正心室收缩不协调和改善心脏功能。接受治疗之前必须满足下列全

部条件：

- (1) 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Ⅲ级或Ⅳ级；
- (2) 左室射血分数低于 35%；
- (3) 左室舒张末期内径 $\geq 55\text{mm}$ ；
- (4) QRS 时间 $\geq 130\text{msec}$ ；
- (5) 药物治疗效果不佳，仍有症状。

- 7.56 完全性房室传导阻滞** 指因慢性心脏疾病导致Ⅲ度或完全性房室传导阻滞。完全性房室传导阻滞是心房的激动不能正常地传导到心室，造成心室率过于缓慢，出现心力衰竭和因大脑供血不足导致的晕厥、阿-斯综合征。经相关专科医生明确诊断，且须满足下列全部条件：
- (1) 患有慢性心脏疾病；
 - (2) 曾经有晕厥、阿-斯综合征发作；
 - (3) 心电图表现为持续室性逸搏心律，心室率持续低于 40 次/分；
 - (4) 已经植入永久性心脏起搏器。
- 7.57 风湿热导致的心脏瓣膜病变** 指经相关专科医生根据已修订的 Jones 标准诊断证实罹患风湿热。且因风湿热所导致一个或以上最少轻度心脏瓣膜关闭不全（即返流部分达 20%或以上）或狭窄的心瓣损伤（即心脏瓣面积为正常值的 30%或以下）。有关诊断须经相关专科医生根据心瓣功能的定量检查证实。
- 7.58 多发性大动脉炎旁路移植术** 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（含胸腔镜下）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。因其他病因而进行的旁路移植手术，对其他动脉进行的旁路移植手术，经皮经导管进行的血管内手术不在保障范围内。
- 7.59 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，经相关专科医生明确诊断，且须满足下列全部条件：
- (1) 经组织病理学诊断；
 - (2) CT 显示双肺弥漫性囊性改变；
 - (3) 动脉血氧分压（ PaO_2 ） $< 55\text{mmHg}$ 。
- 7.60 严重肺结节病** 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，且须满足下列全部条件：
- (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_2 ） $< 50\text{mmHg}$ 和动脉血氧饱和度（ SaO_2 ） $< 80\%$ 。
- 7.61 非阿尔茨海默病所致严重痴呆** 指因阿尔茨海默病以外的脑的器质性疾病造成脑功能衰竭导致永久不可逆性严重痴呆，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) 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。

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。

- 7.62 **进行性核上性麻痹** 指一种隐袭起病、逐渐加重的神经系统变性疾病。本病须由医院的神经科专科医生确诊，且须满足下列全部临床特征：
- (1) 共济失调；
 - (2) 对称性眼球垂直运动障碍；
 - (3) 假性球麻痹（构音障碍和吞咽困难）。
- 7.63 **克雅氏病** 是一种由动物传染而来的中枢神经系统变性疾病，大脑呈海绵状改变伴神经元缺失和胶质化。临床表现为进行性痴呆、不随意运动及抽搐、行动困难等，须经相关专科医生明确诊断。
- 7.64 **亚急性硬化性全脑炎** 指麻疹或麻疹样病毒所致的一种中枢神经系统慢性病毒感染。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。经相关专科医生明确诊断，且须满足下列全部条件：
- (1) 临床检查证实脑电图存在周期性复合波、脑脊液 Y-球蛋白升高、脑脊液和血清中麻疹抗体滴度升高；
 - (2) 被保险人出现运动障碍，永久不可逆丧失自主生活能力，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。
- 7.65 **进行性多灶性白质脑病** 是一种亚急性脱髓鞘脑病，常发生于免疫缺陷病人。经相关专科医生明确诊断，且须满足下列全部条件：
- (1) 根据脑组织活检确诊；
 - (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。
- 7.66 **丧失独立生活能力** 指由于疾病或外伤导致被保险人永久不可逆的完全丧失独立生活能力，无法独立完成六项基本日常生活活动中的四项或四项以上。
被保险人在 6 周岁之前因疾病导致的丧失独立生活能力不在保障范围内。
- 7.67 **脊髓小脑变性症** 指一组以小脑萎缩和共济失调为主要临床特点的与遗传有关的疾病，临床表现存在共济失调、语言障碍和肌张力异常，经相关专科医生明确诊断，且须满足下列全部条件：
- (1) 影像学检查证实存在小脑萎缩；
 - (2) 被保险人运动功能严重障碍，自主生活能力永久完全丧失，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。
- 7.68 **神经白塞病** 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。累及神经系统损害的白塞病称为神经白塞病。经相关专科医生明确诊断，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。
- 7.69 **严重非恶性脊髓内肿瘤** 指脊髓内的非恶性肿瘤，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。肿瘤造成脊髓损害导致瘫痪，且须满足下列全部条件：
- (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：
 - 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。

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。

- 7.70 亚历山大病** 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。经相关专科医生明确诊断，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，日常生活必须持续受到他人护理。
- 7.71 脊髓空洞症** 为慢性进行性的脊髓变性疾病，其特征为脊髓内空洞形成。表现为感觉异常、肌萎缩及神经营养障碍。脊髓空洞症累及延髓的称为延髓空洞症，表现为延髓麻痹。经相关专科医生明确诊断，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，且须满足下列至少一项条件：
- (1) 延髓麻痹呈现显著舌肌萎缩、构音困难和吞咽困难；
 - (2) 双手萎缩呈“爪形手”，肌力2级（含）以下。
- 7.72 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，导致永久不可逆性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。
- 7.73 颅脑手术** 指被保险人因疾病已经实施全麻下的开颅手术，开颅以切开硬脑膜为准；且不包括颅骨钻孔手术、不包括经鼻蝶窦入颅的手术。
申请理赔时须提供由医院的神经外科医生出具的诊断报告及手术报告。
因外伤而实施的颅脑手术不在保障范围内。
- 7.74 系统性红斑狼疮并发重度的肾功能损害** 系统性红斑狼疮是一种有多系统损害的慢性自身免疫性疾病，其血清具有以抗核抗体为代表的多种自身抗体。本疾病指系统性红斑狼疮累及肾脏，由相关专科医生明确诊断，且经肾脏活检确认的，符合WHO诊断标准定义III型（含）以上的狼疮性肾炎。
其他类型的红斑性狼疮，如盘状红斑狼疮、未累及肾脏的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：
- (1) I型微小病变型；
 - (2) II型系膜病变型；
 - (3) III型局灶及节段增生型；
 - (4) IV型弥漫增生型；
 - (5) V型膜型；
 - (6) VI型肾小球硬化型。
- 7.75 严重I型糖尿病** 指因严重的胰岛素缺乏导致的一组糖、脂肪、蛋白质代谢异常综合症，且须依赖外源性胰岛素进行机体的葡萄糖代谢和维持生命。本病须经血胰岛素测定、血C肽测定或尿C肽测定检查证实，且被保险人已经接受了持续的胰岛素治疗180天以上，并须满足下列至少一项条件：
- (1) 并发增殖性视网膜病变；
 - (2) 并发心脏病变，已经植入心脏起搏器；
 - (3) 至少一个脚趾发生坏疽并已经实施手术切除。
- 7.76 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。且须满足下列全部条件：
- (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内。

- 7.77 严重强直性脊柱炎** 是一种慢性全身性炎性疾病，主要侵犯脊柱导致脊柱畸形。经相关专科医生明确诊断，且须满足下列全部条件：
- (1) 严重脊柱畸形：椎体钙化形成骨桥，脊柱出现“竹节样改变”；骶髂关节硬化、融合、强直；
 - (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。
- 7.78 严重肾髓质囊性病** 经相关专科医生明确诊断，且须满足下列全部条件：
- (1) 肾髓质有囊肿、肾小管萎缩及间质纤维化等病理改变；
 - (2) 贫血、多尿及肾功能衰竭等临床表现；
 - (3) 诊断须由肾组织活检确定。
- 单独或良性肾囊肿则不在保障范围内。
- 7.79 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。经相关专科医生明确诊断，且须满足下列至少一项条件：
- (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。
- 7.80 急性出血坏死性胰腺炎开腹手术** 指被保险人因为急性出血坏死性胰腺炎已经接受了外科开腹（含腹腔镜下）手术治疗，以进行坏死组织清除、坏死病灶切除或胰腺切除。
- 因饮酒所致的急性出血坏死性胰腺炎不在保障范围内。
- 7.81 重症手足口病** 由肠道病毒引起的急性传染病，主要症状表现为手、足、口腔等部位的斑丘疹、疱疹。经相关专科医生明确诊断，且须伴有下列至少一项并发症：
- (1) 有脑膜炎或脑炎并发症，且导致意识障碍或瘫痪的临床表现及实验室检查证据；
 - (2) 有肺炎或肺水肿并发症，且导致呼吸衰竭的临床表现及实验室检查证据；
 - (3) 有心肌炎并发症，且导致心脏扩大或心力衰竭的临床表现及实验室检查证据。
- 7.82 严重的结核性脊髓炎** 指因结核杆菌引起的脊髓炎，导致永久不可逆的神经系统功能障碍，经相关专科医生明确诊断，诊断必须经微生物或病理学相关检查后证实，且初次确诊 180 天后仍须遗留下列至少一项症状：
- (1) 两肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；
 - (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。

- 7.83 **溶血性链球菌引起的坏疽** 指包围肢体或躯干的浅筋膜或深筋膜受到溶血性链球菌的感染，病情在短时间内急剧恶化，且已经立刻实施了手术治疗。诊断必须经微生物或病理学相关检查后证实。
- 7.84 **因器官移植原因导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病** 指被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病，且须满足下列全部条件：
(1) 在保险责任起始日或复效日之后接受器官移植，并因此感染艾滋病病毒或患艾滋病；
(2) 实施器官移植的医院为三级医院；
(3) 实施移植医院出具具有法律效力的证明确认移植器官来自 HIV 感染者。
本公司具有获得和使用被保险人的所有血液样本的权利以及能够对这些样本进行独立检验的权利。
任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致感染艾滋病病毒或患艾滋病不在保障范围内。
- 7.85 **埃博拉病毒感染** 指埃博拉病毒感染导致的出血性发热。本病须经医院的传染病专科医生确诊，且须满足下列全部条件：
(1) 埃博拉病毒的存在必须经过实验室检查证实；
(2) 存在皮肤粘膜出血，呕血，咯血，便血或血尿等临床表现；
(3) 感染埃博拉病毒并出现出血性发热持续 30 天以上。
单纯实验室诊断但没有临床出血表现的不在保障范围内。
- 7.86 **成骨不全症 III 型** 指一种胶原病，特征为骨易碎，骨质疏松和易骨折。该病有 4 种类型：I 型、II 型、III 型、IV 型。本合同仅将 III 型成骨不全的情形列入本合同所定义的特定疾病范围。其主要临床特点有：发展迟缓、多发性骨折、进行性脊柱后侧凸及听力损害。
III 型成骨不全的诊断必须根据身体检查，家族史，X 线检查和皮肤活检报告资料确诊。
- 7.87 **严重川崎病** 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。经相关专科医生明确诊断，且经血管造影或超声心动图检查证实，并须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，且已经实施了对冠状动脉瘤进行的手术治疗。
- 7.88 **严重幼年型类风湿性关节炎** 指为了治疗幼年型类风湿性关节炎，已经实施了膝关节或髋关节置换手术。
幼年型类风湿性关节炎是一种儿童期发病的慢性关节炎，其特点为在高热和系统性病征出现数月后发生关节炎。
- 7.89 **疾病或外伤所致智力障碍** 因严重头部创伤或疾病造成被保险人智力低常（智力低于常态）。根据智商（IQ），智力低常分为轻度（IQ50-69）、中度（IQ35-49）、重度（IQ20-34）和极重度（IQ<20）。根据被保险人年龄采用对应的智力量表如韦克斯勒智力量表（儿童智力量表或成人智力量表）检测证实，智商的检测必须由医院的儿童或成人精神卫生科、心理科或神经科专科医生进行，且须满足下列全部条件：
(1) 造成被保险人智力低常（智力低于常态）的严重头部创伤或疾病（以入院日期为准）发生在被保险人 6 周岁以后；
(2) 相关专科医生确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低常；
(3) 医院的儿童或成人精神卫生科、心理科或神经科专科医生证实被保险人智力低常（IQ<50）（中度、重度或极重度）；
(4) 被保险人的智力低常自确认日起持续 180 天以上。
- 7.90 **严重小肠损害并发症** 由疾病或外伤导致小肠损害并发症，且须满足下列全部条件：

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

- 7.91 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。经相关专科医生明确诊断，且须满足下列全部条件：
- (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（含）以上；
 - (3) 临床出现昏迷，病程至少达到疾病分期第 3 期。
- 7.92 急性呼吸窘迫综合征（ARDS）** 一种表现为无心脏衰竭的肺水肿，为创伤、脓毒血症等临床多种疾病的并发症，造成多器官衰竭，死亡率高。经医院的呼吸系统专科医生明确诊断，且须满足下列全部临床特征：
- (1) 急性发作（原发疾病起病后 6 至 72 小时），临床症状体征，包括呼吸急促、呼吸困难、心动过速、大汗、面色苍白及辅助呼吸肌活动加强（点头呼吸、提肩呼吸）；
 - (2) 影像学提示：双肺浸润影；
 - (3) 检查证实： $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ （动脉氧分压/吸入氧浓度）低于 200mmHg；肺动脉嵌入压低于 18mmHg；
 - (4) 临床无左房高压表现。
- 7.93 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。本病须经医院的血液或肾脏专科医生明确诊断，且须满足下列全部条件：
- (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，不在保障范围内。
- 7.94 严重登革出血热** 经相关专科医生明确诊断，且须满足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) 伴发下列一种或一种以上严重器官损害：肝脏损伤（ALT 或 AST > 1000IU/L）、急性呼吸窘迫综合征（ARDS）、急性心功能衰竭、急性肾功能衰竭、脑病。
- 7.95 严重癫痫症** 经医院的神经科或儿科专科医生明确诊断，根据典型临床症状和脑电图及头颅断层扫描（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。
- 申请理赔时须提供 6 个月以上的相关病历记录证明被保险人存在经抗癫痫药物治疗无效而反复发作的强直阵挛性发作或癫痫大发作，且已经实施了神经外科手术以治疗反复发作的癫痫。
- 发热性惊厥以及没有全身性发作的失神发作（癫痫小发作）不在保障范围内。
- 7.96 左室室壁瘤切除手术** 被保险人已明确诊断为左室室壁瘤，且已经实施了左心室壁瘤切除手术治疗。
- 7.97 侵蚀性葡萄胎（或称恶性葡萄胎）** 指异常增生的绒毛组织浸润性生长侵入子宫肌层或转移至其他器官或组织的葡萄胎，被保险人已明确诊断为侵蚀性葡萄胎（或称恶性葡萄胎），且已经进行了化疗或手术治疗。

- 7.98 严重感染性心内膜炎** 指由感染性微生物引致的心脏内膜炎症，本病须经医院的心脏病专科医生明确诊断，且须满足下列全部条件：
- (1) 血液细菌培养结果呈阳性，证明感染性微生物的存在，导致感染性心内膜炎；
 - (2) 由感染性心内膜炎导致至少中度的心脏瓣膜关闭不全（即返流部分达百分之二十或以上）或中度的心脏瓣膜狭窄（即心脏瓣面积为正常值的百分之三十或以下）；
 - (3) 超声心动图或放射影像学检查结果支持感染性心内膜炎的诊断及明确瓣膜受损的严重程度。
- 7.99 肺泡蛋白质沉积症全肺灌洗治疗** 指双肺肺泡和细支气管腔内充满不可溶性富磷脂蛋白的疾病，经支气管镜活检或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，且已经实施全身麻醉下的全肺灌洗治疗。
- 7.100 严重面部烧伤** 指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤的面积达到面部表面积的 80% 或 80% 以上。
- 7.101 失去一肢及一眼** 因疾病或意外伤害导致单眼视力丧失及任何一肢自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。单眼视力丧失指单眼视力永久不可逆性丧失，患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单眼视力丧失不在保障范围内。
- 7.102 严重哮喘** 指经相关专科医生明确诊断，因慢性肺部过度膨胀充气导致的由影像学检查证实的胸廓畸形，且须满足下列至少两项条件：
- (1) 过去两年中有哮喘持续状态病史；
 - (2) 身体活动耐受能力显著下降，轻微体力活动即有呼吸困难，且持续六个月以上；
 - (3) 每日服用皮质类固醇激素，至少持续六个月以上。
- 7.103 严重大动脉炎** 指经医院的心脏或血管外科专科医生确诊为大动脉炎，且须满足下列全部条件：
- (1) 红细胞沉降率及 C 反应蛋白高于正常值；
 - (2) 超声检查、CTA 检查或血管造影检查证实主动脉及其主要分支存在狭窄。
- 7.104 艾森门格综合征** 指因心脏病导致的严重肺动脉高压及右向左分流。诊断必须经相关专科医生经超声心动图和心导管检查证实，且须满足下列全部条件：
- (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。
- 7.105 严重结核性脑膜炎** 指由结核杆菌引起的脑膜非化脓性炎症性疾病，经相关专科医生明确诊断，诊断必须经微生物或病理学相关检查后证实，且须满足下列全部条件：
- (1) 出现颅内压明显增高，表现头痛、呕吐和视乳头水肿；
 - (2) 出现部分性、全身性癫痫发作或癫痫持续状态；
 - (3) 昏睡或意识模糊；
 - (4) 视力减退、复视和面神经麻痹。

- 7.106 急性弥漫性血管内凝血** 指血液凝固系统和纤溶系统的过度活动导致微血管血栓形成、血小板及凝血因子耗竭和严重出血，需要输注血浆和浓缩血小板进行治疗。经相关专科医生明确诊断，且须满足下列全部条件：
- (1) 突发性起病，一般持续数小时或数天；
 - (2) 严重广泛的出血；
 - (3) 伴有休克；
 - (4) 已经实施了血浆或浓缩血小板进行治疗。
- 7.107 败血症导致的多器官功能障碍综合征** 指经血液检查证实败血症，且导致的一个或多个器官系统生理功能障碍（MODS），因该疾病连续住院至少 96 小时，并须满足下列至少一项条件：
- (1) 凝血血小板计数 $<50\times 10^3$ /微升；
 - (2) 肝功能不全，胆红素 $>6\text{mg/dl}$ 或 $>102\mu\text{mol/L}$ ；
 - (3) 已经应用强心剂；
 - (4) 昏迷，格拉斯哥昏迷评分（GCS） ≤ 9 ；
 - (5) 肾功能衰竭，血清肌酐 $>300\mu\text{mol/L}$ 或 $>3.5\text{mg/dl}$ 或尿量 $<500\text{ml/d}$ 。
- 败血症引起的 MODS 的诊断应经相关专科医生明确诊断。非败血症引起的 MODS 不在保障范围内。
- 7.108 范可尼综合征** 也称 Fanconi 综合征，指近端肾小管的功能异常引起的一组症候群。经相关专科医生明确诊断，且须满足下列至少两项条件：
- (1) 尿液检查出现肾性糖尿、全氨基酸糖尿或磷酸盐尿；
 - (2) 血液检查出现低磷血症、低尿酸血症或近端肾小管酸中毒；
 - (3) 出现骨质疏松、骨骼畸形或尿路结石；
 - (4) 通过骨髓片、白细胞、直肠黏膜中的结晶分析或裂隙灯检查角膜有胱氨酸结晶。
- 7.109 严重继发性肺动脉高压** 指继发性肺动脉压力持续增高，导致右心室肥厚，已经造成永久不可逆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。须由医院的心脏专科医生确诊，并且心导管检查报告显示静息状态下肺动脉平均压超过 36mmHg。
- 先天性心脏疾病直接或间接引起的肺动脉高压不在保障范围内。
- 7.110 严重气性坏疽** 指由梭状芽胞杆菌所致的肌坏死或肌炎。经相关专科医生明确诊断，且须满足下列全部条件：
- (1) 符合气性坏疽的临床表现；
 - (2) 细菌培养检出致病菌；
 - (3) 出现广泛性肌肉及组织坏死，并已经实施了坏死组织和筋膜以及肌肉的切除手术。清创术不在保障范围内。
- 7.111 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的慢性脑炎。疾病确诊 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) 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。
- 7.112 多处臂丛神经根性撕脱** 指由疾病或意外导致至少两根臂丛神经根性撕脱，所造成的手臂感觉功能与运动功能完全永久性丧失。该病须经相关专科医生明确诊断，并且有电生理检查结果证实。

- 7.113 **皮质基底节变性** 指一种慢性进展性神经变性疾病，以不对称发作的无动性强直综合征、失用、肌张力障碍及姿势异常为其临床特征。经相关专科医生明确诊断，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。
- 7.114 **糖尿病导致双足截除** 指因糖尿病引起的神经及血管病变累及足部，为了维持生命已经实施了足踝或以上（靠近躯干端）位置的双足截除手术。
切除多只脚趾或因任何其他原因引起的截除术不在保障范围内。
- 7.115 **闭锁综合征** 指严重脑功能障碍，但剩余脑干功能完整。障碍的特征是缺失基本的认知功能，缺失对任何刺激的反应，不能与其他人互动。经相关专科医生明确诊断，且有持续至少 30 天的病史记录。
- 7.116 **严重巨细胞动脉炎** 巨细胞动脉炎又称颅动脉炎、颞动脉炎、肉芽肿性动脉炎，须经相关专科医生明确诊断，并造成永久不可逆性的单个肢体功能障碍或单眼失明。功能障碍指肢体机能完全丧失；单眼失明指单眼视力永久不可逆性丧失，患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。
- 7.117 **肺孢子菌肺炎** 指由肺孢子菌引起的间质性浆细胞性肺炎，且须满足下列全部条件：
(1) 第一秒末用力呼气量（FEV₁）小于 1 升；
(2) 气道内阻力增加，至少达到 0.5kPa/l/s；
(3) 残气容积占肺总量（TLC）的 60% 以上；
(4) 胸内气体容积升高，超过基值的 170%；
(5) PaO₂<60mmHg，PaCO₂>50mmHg。
- 7.118 **湿性年龄相关性黄斑变性** 又称新生血管性年龄相关性黄斑变性或渗出性年龄相关性黄斑变性，指发生脉络膜新生血管（CNV）异常生长进入视网膜，新生血管渗漏，渗出及出血。须经相关专科医生通过荧光素眼底血管造影检查提示黄斑区新生血管形成并确诊。
申请理赔时须提供近 3 个月内视力改变显示病情恶化的相关检查报告、诊断报告。
- 7.119 **异染性脑白质营养不良** 是一种严重的神经退化性代谢病，主要表现为行走困难、智力低下、废用性肌萎缩、四肢痉挛性瘫痪、视神经萎缩、失语等。须经相关专科医生诊断，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。
- 7.120 **严重斯蒂尔病** 经风湿病专科医生明确诊断，且须满足下列至少两项条件：
(1) 因该病导致心包炎；
(2) 因该病导致肺间质病变；
(3) 巨噬细胞活化综合征（MAS）。
- 7.121 **恶性肿瘤——轻度**** 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》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，但不在“恶性肿瘤——重度”保障范围的疾病。且特指下列六项之一：
(1) TNM 分期为 I 期的甲状腺癌；

- (2) TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期的前列腺癌；
- (3) 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；
- (4) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- (5) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- (6) 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%）的神经内分泌肿瘤。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”，不在保障范围内：

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。

7.122 较轻急性心肌梗死**

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。

较轻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，但未达到“较重急性心肌梗死”的给付标准。

其他非冠状动脉阻塞性疾病引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在保障范围内。

7.123 轻度脑中风后遗症**

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，但未达到“严重脑中风后遗症”的给付标准，在疾病确诊 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：

- （1） 一肢（含）以上肢体肌力为 3 级；
- （2） 自主生活能力部分丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项。

8. 释义

8.1	合法有效	本合同所指合法有效均以现行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法律文件的规定为判定依据。
8.2	常住地	指被保险人投保或者续保本保险之前 365 天内居住时间最长的地区。
8.3	中国境内	指除香港特别行政区、澳门特别行政区以及台湾地区之外的中华人民共和国领土。
8.4	同时投保	指同一投保人同时为两名或者两名以上符合本合同约定条件的被保险人申请投保且所有被保险人均被我们同意承保的情况。
8.5	周岁	指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起一年内为零周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。例如，出生日期为 2000 年 9 月 1 日，2000 年 9 月 1 日至 2001 年 8 月 31 日期间为 0 周岁，2001 年 9 月 1 日至 2002 年 8 月 31 日期间为 1 周岁，依此类推。
8.6	有效身份证件	指由中华人民共和国政府主管部门规定的能够证明其身份的证件，如：居民身份证、军官证、警官证、士兵证、户口簿以及中华人民共和国政府主管部门颁发或者认可的有效护照或者其他身份证明文件。

- 8.7 保险期间内累计** 指保险期间的生效日至期满日期间所发生的保险事故对应的累计值，其中：
- (1) 本合同保险期间内累计的合理医疗费用指本合同保险期间的生效日至期满日内发生的保险事故对应的合理医疗费用。本合同有效的保险期间或者相连的续保合同有效的保险期间内，被保险人接受住院治疗跨不同保险期间的，合理医疗费用按该次住院在各保险合同的保险期间内实际发生的住院天数分摊，并计入相应保险合同的保险期间的累计值；
 - (2) 本合同保险期间内累计的医疗保险金指本合同保险期间的生效日至期满日内发生的保险事故对应的我们给付的医疗保险金；
 - (3) 本合同保险期间内累计的从其他途径已获得的医疗费用补偿指本合同保险期间的生效日至期满日内发生的保险事故对应的从其他途径已获得的医疗费用补偿。本合同有效的保险期间或者相连的续保合同有效的保险期间内，被保险人接受住院治疗跨不同保险期间的，从其他途径已获得的医疗费用补偿按该次住院在各保险合同的保险期间内实际发生的住院天数分摊，并计入相应保险合同的保险期间的累计值。
- 8.8 基本医疗保险** 包括城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗、城镇居民基本医疗保险。
- 8.9 公费医疗** 公费医疗制度，是国家为保障国家工作人员身体健康而实行的一项社会保障制度。国家通过医疗卫生部门向享受人员提供制度规定范围内的免费医疗及预防。
- 8.10 政府主办补充医疗** 指城乡居民大病保险、城镇职工大额医疗保险、城镇居民大额医疗保险等由政府主办对基本医疗保险进行补充的医疗保障项目，大额医疗保险在各地的具体名称会有所不同，以投保所在地政府主管部门规定的名称为准。
- 8.11 意外伤害** 指外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件，并以此客观事件为直接原因导致身体蒙受伤害或者身故，猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。
猝死指表面健康的人因潜在疾病、机能障碍或者其他原因在出现症状后 24 小时内发生的非暴力性突然死亡。猝死的认定以医院的诊断和公安部门的鉴定为准。
- 8.12 医院** 本合同所指医院为泰康自有医院（见本合同附表 2 所示）及中华人民共和国卫生行政主管部门医院等级分类中的二级或者二级以上的公立医院普通部（不包括其附属的国际医疗、特需医疗、贵宾医疗、外宾医疗或者相类似的部门和科室），不包括以康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者类似功能为主要功能的医疗机构（泰康自有医院不受该限制）。
- 8.13 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。
- 8.14 初次确诊** 指自被保险人出生之日起第一次经医院及专科医生确诊患有某种疾病，而不是指自本合同生效、复效之后第一次经医院及专科医生确诊患有某种疾病。例如，2021 年 1 月 1 日本合同经首次投保后生效，被保险人自出生后第一次经医院及专科医生确诊罹患“特定疾病”的时间以及保险金给付的核定结论见下表：

自出生后初次确诊时间	保险金给付的核定结论
2021 年 1 月 1 日之前	不属于保险责任范围，不承担保险责任；
2021 年 1 月 1 日起的 90 日（含）内	不承担保险责任，且本合同终止；

自出生后初次确诊时间	保险金给付的核定结论
2021 年 1 月 1 日起的 90 日后，且在 2021 年 1 月 1 日起的 90 日内被保险人未罹患本合同所定义的特定疾病	承担保险责任。

- 8.15 **主要诊断** 指在医院治疗过程中由医生出具的、该治疗期间对被保险人身体健康危害最大、花费医疗费用最多的诊断。
- 8.16 **住院** 指被保险人入住医院之正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院及被保险人未达到入院标准而办理入院手续或者已达到出院标准而不办理出院手续的情形。不符合前述约定范围内的住院不属于本合同约定条件的住院。其中挂床住院指被保险人非治疗需要，一次离开医院 12 小时以上，视为自动离开医院，我们仅对离开日及以前属于保险责任范围内的住院治疗承担保险责任。
- 8.17 **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。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。
- 8.18 **医学必需** 指符合下列所有条件：
 (1) 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
 (2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；
 (3) 由医生开具的处方药；
 (4) 非试验性的、非研究性的项目；
 (5) 与治疗所在地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。
 是否符合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。
- 8.19 **住院医疗费用** 指在医院接受住院治疗期间且在住院部所发生的床位费及膳食费（见 8.71）、监护人陪护床位费（见 8.72）、重症监护室床位费（见 8.73）、药品费（见 8.74）、治疗费（见 8.75）、护理费（见 8.76）、检查化验（见 8.77）费、手术相关费用（见 8.78）、医生费（诊疗费）（见 8.79）、材料费（见 8.80）、救护车使用费（见 8.81）。
- 8.20 **门诊医疗费用** 指在医院接受门诊治疗期间且在门诊部所发生的药品费、治疗费、检查化验费、手术相关费用、医生费（诊疗费）、材料费。
- 8.21 **化学疗法** 指针对恶性肿瘤的化学治疗（以下简称“化疗”）。化疗是使用医学界公认的化疗药物，以杀伤肿瘤细胞、抑制肿瘤细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。
- 8.22 **放射疗法** 指针对恶性肿瘤的放射治疗（以下简称“放疗”）。放疗是使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以杀伤肿瘤细胞、抑制肿瘤细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。本合同所指的放疗为被保险人根据医嘱，在医院的专业科室进行的放疗。
- 8.23 **肿瘤免疫疗法** 指使用免疫治疗药物激发或者增强机体抗肿瘤免疫应答，以杀伤肿瘤细胞、抑制肿瘤细胞生长为目的而进行的治疗。本合同定义的肿瘤免疫疗法不包括因治疗肿瘤而发生的细胞免疫疗法、基因疗法。
- 8.24 **肿瘤内分泌疗法** 指用药物抑制激素生成和激素反应，以杀伤肿瘤细胞、抑制肿瘤细胞生长为目的而进行的治疗。

- 8.25 **肿瘤靶向疗法** 指使用靶向治疗药物作用于肿瘤细胞的特定部位，以杀伤肿瘤细胞、抑制肿瘤细胞生长为目的而进行的治疗。本合同定义的肿瘤靶向疗法不包括因治疗肿瘤而发生的细胞免疫疗法、基因疗法。
- 8.26 **肾透析** 指根据半透膜的膜平衡原理，使用一定浓度的电解质和葡萄糖组成的透析液和血液中积累的代谢产物、水及电解质进行渗透交换，从而达到治疗终末期肾病目的的治疗方式。
- 8.27 **门急诊医疗费用** 指在医院接受门急诊治疗期间且在门诊或者急诊部所发生的药品费、治疗费、检查化验费、医生费（诊疗费）、材料费（不含手术材料费）。
- 8.28 **医疗保险金的计算方法** 举例说明：投保人王某为被保险人李某（有基本医疗保险和除本合同之外的商业性费用补偿型医疗保险）购买本保险。假设本合同的生效日为 2021 年 1 月 1 日，本合同的保险期间为 1 年，自 2021 年 1 月 1 日零时开始，至 2021 年 12 月 31 日 24 时止。被保险人在本合同保险期间内共计发生三次治疗，每次治疗情况及医疗费用情况具体如下：

治疗编号	首次治疗	第二次治疗	第三次治疗
治疗时间	2021 年 5 月 1 日至 2021 年 6 月 7 日	2021 年 9 月 1 日至 2021 年 10 月 7 日	2021 年 12 月 1 日至 2021 年 12 月 25 日
治疗项目	因特定疾病住院	非因特定疾病住院	非因特定疾病住院
实际发生的医疗费用	12 万元	8 万元	6 万元
合理医疗费用	11.8 万元	7.7 万元	5.5 万元
是否以参加基本医疗保险的身份就诊并结算	是	是	否
从基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗等非商业保险途径已获得的医疗费用补偿金额	3 万元	2 万元	0 万元
是否已从除本合同之外的商业性费用补偿型医疗保险获得医疗费用补偿	否	是	是
从除本合同之外的商业性费用补偿型医疗保险已获得的医疗费用补偿金额	0 万元	1.5 万元	1 万元

则医疗保险金的计算方法如下：

- (1) 被保险人首次治疗，因特定疾病住院，实际发生的医疗费用为 12 万元，其中合理医疗费用为 11.8 万元，本次治疗的特定疾病医疗保险金的计算方法如下：

- ① 本次治疗发生的特定疾病有效医疗费用：8.8 万元（特定疾病合理医疗费用 11.8 万元-从基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗等非商业保险途径已获得的特定疾病医疗费用补偿金额 3 万元）；
- ② 特定疾病医疗保险金的年度免赔额余额：0 万元；
- ③ 本次治疗对应的给付比例：被保险人以拥有基本医疗保险的状态投保，且以参加基本医疗保险的身份就诊并结算，因此，本次治疗对应的给付比例为 100%；

根据公式，本次治疗的特定疾病医疗保险金为 8.8 万元（（本次治疗发生的特定疾病有效医疗费用 8.8 万元-特定疾病医疗保险金的年度免赔额余额 0 万元）×本次治疗对应的给付比例 100%）。

- ④ 补偿原则：本次治疗按特定疾病医疗保险金的计算公式得到的特定疾病医疗保险金 8.8 万元+本次治疗从基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗等非商业保险途径已获得的特定疾病医疗费用补偿金额 3 万元=11.8 万元，未超过被保险人本合同保险期间内实际发生的合理医疗费用 11.8 万元。

根据补偿原则，我们本次向受益人给付特定疾病医疗保险金 8.8 万元。

- (2) 被保险人第二次治疗，非因特定疾病住院，实际发生的医疗费用为 8 万元，其中合理医疗费用为 7.7 万元，本次治疗的非因特定疾病医疗保险金的计算方法如下：

- ① 本次治疗发生的非因特定疾病有效医疗费用：5.7 万元（非因特定疾病合理医疗费用 7.7 万元-从基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗等非商业保险途径已获得的非因特定疾病医疗费用补偿金额 2 万元）；
- ② 非因特定疾病医疗保险金的年度免赔额余额：1 万元（非因特定疾病医疗保险金的年度免赔额 1 万元-本合同保险期间内截至该次治疗前累计的非因特定疾病有效医疗费用 0 万元）；
- ③ 本次治疗对应的给付比例：被保险人以拥有基本医疗保险的状态投保，且以参加基本医疗保险的身份就诊并结算，因此，本次治疗对应的给付比例为 100%；

根据公式，本次治疗的非因特定疾病医疗保险金为 4.7 万元（（本次治疗发生的非因特定疾病有效医疗费用 5.7 万元-非因特定疾病医疗保险金的年度免赔额余额 1 万元）×本次治疗对应的给付比例 100%）。

- ④ 补偿原则：首次治疗的特定疾病医疗保险金 8.8 万元+第二次治疗按非因特定疾病医疗保险金的计算公式得到的非因特定疾病医疗保险金 4.7 万元+首次治疗从基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗等非商业保险途径已获得的特定疾病医疗费用补偿金额 3 万元+第二次治疗从基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗等非商业保险途径已获得的非因特定疾病医疗费用补偿金额 2 万元+第二次治疗从除本合同之外的商业性费用补偿型医疗保险获得的非因特定疾病医疗费用补偿金额 1.5 万元=20 万元，超过了被保险人本合同保险期间内实际发生的合理医疗费用共计 19.5 万元。

根据补偿原则，我们本次向受益人给付非因特定疾病医疗保险金 4.2 万元（按照被保险人实际发生的合理医疗费用扣除从其他途径的补偿金额后的余额给付非因特定疾病医疗保险金，即两次治疗实际发生的合理医疗费用共计 19.5 万元-两次治疗从基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗等非商业保险途径已获得的医疗费用补偿金额共计 5 万元-两次治疗从除本合同之外的商业性费用补偿型医疗保险获得的医疗费用补偿金额共计 1.5 万元-首次治疗的特定疾病医疗保险金 8.8 万元）。

- (3) 被保险人第三次治疗，非因特定疾病住院，实际发生的医疗费用为 6 万元，其中合理医疗费用为 5.5 万元，本次治疗的非因特定疾病医疗保险金的计

算方法如下：

- ① 本次治疗发生的非因特定疾病有效医疗费用：5.5 万元（非因特定疾病合理医疗费用 5.5 万元-从基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗等非商业保险途径已获得的非因特定疾病医疗费用补偿金额 0 万元）；
- ② 非因特定疾病医疗保险金的年度免赔额余额：0 万元（本合同保险期间内截至该次治疗前累计的非因特定疾病有效医疗费用 5.7 万元>非因特定疾病医疗保险金的年度免赔额 1 万元）；
- ③ 本次治疗对应的给付比例：被保险人以拥有基本医疗保险的状态投保，但未以参加基本医疗保险的身份就诊并结算，因此，本次治疗对应的给付比例为 60%。

根据公式，本次治疗的非因特定疾病医疗保险金为 3.3 万元（（本次治疗发生的非因特定疾病有效医疗费用 5.5 万元-非因特定疾病医疗保险金的年度免赔额余额 0 万元）×本次治疗对应的给付比例 60%）。

- ④ 补偿原则：首次治疗的特定疾病医疗保险金 8.8 万元+第二次治疗的非因特定疾病医疗保险金 4.2 万元+第三次治疗按非因特定疾病医疗保险金的计算公式得到的非因特定疾病医疗保险金 3.3 万元+首次治疗从基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗等非商业保险途径已获得的特定疾病医疗费用补偿金额 3 万元+第二次治疗从基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗等非商业保险途径已获得的非因特定疾病医疗费用补偿金额 2 万元+第二次治疗从除本合同之外的商业性费用补偿型医疗保险获得的非因特定疾病医疗费用补偿金额 1.5 万元+第三次治疗从除本合同之外的商业性费用补偿型医疗保险获得的非因特定疾病医疗费用补偿 1 万元=23.8 万元，未超过被保险人本合同保险期间内实际发生的合理医疗费用共计 25 万元。

根据补偿原则，我们本次向受益人给付非因特定疾病医疗保险金 3.3 万元。

因此，本合同保险期间内累计的医疗保险金为 16.3 万元（首次治疗的特定疾病医疗保险金 8.8 万元+第二次治疗的非因特定疾病医疗保险金 4.2 万元+第三次治疗的非因特定疾病医疗保险金 3.3 万元）。

- 8.29 每次治疗** 每次治疗指一次住院，或者一次门诊（包括特殊门诊或者住院前后门急诊）。一次住院指被保险人进行一次住院治疗自入院日起至出院日止的期间。一次门诊指被保险人在一日（零时起至二十四时止）内在同一所医院同一个科室的就诊。如果被保险人以拥有基本医疗保险、公费医疗的状态投保，判断被保险人是否以参加基本医疗保险、公费医疗的身份就诊并结算时，住院及与该住院原因相同的住院前后门急诊可视为同一次治疗，特殊门诊不可与任何住院及住院前后门急诊视为同一次治疗。
- 8.30 中国境外** 指中华人民共和国领土之外的地区以及香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。
- 8.31 既往症** 指在本合同生效日之前罹患的被保险人已知或者应该知道的有关疾病或者症状。包括下列情形之一：
- （1） 本合同生效日之前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
 - （2） 本合同生效日之前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；
 - （3） 本合同生效日之前，医生已有明确诊断，但未予治疗；
 - （4） 本合同生效日之前，未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在，以普通人医学常识应该知晓。
- 8.32 医生** 指在医院内合法注册的具有医师执业资格和诊断处方权且正在执业的医师。

8.33	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。
8.34	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。
8.35	ICD-10 与 ICD-O-3	《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10），是世界卫生组织（WHO）发布的国际通用的疾病分类方法。《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3），是 WHO 发布的针对 ICD 中肿瘤形态学组织学细胞类型、动态、分化程度的补充编码。其中形态学编码：0 代表良性肿瘤；1 代表动态未定性肿瘤；2 代表原位癌和非侵袭性癌；3 代表恶性肿瘤（原发性）；6 代表恶性肿瘤（转移性）；9 代表恶性肿瘤（原发性或转移性未肯定）。如果出现 ICD-10 与 ICD-O-3 不一致的情况，以 ICD-O-3 为准。
8.36	康复治疗	指在康复医院、康复中心、医院的康复科诊治或者接受以促进机体各项功能恢复为目的的医疗方法，如 物理治疗 （见 8.82）、 中医理疗 （见 8.83）、生物反馈疗法、康复营养、康复护理、 顺势治疗 （见 8.84）、 职业治疗 （见 8.85）及言语康复治疗等。
8.37	牙齿治疗	指牙齿的保健、洁牙、美白、矫形及种牙、镶牙、补牙、拔牙手术。
8.38	医用康复器械	指医用康复器械类医疗器械，主要有认知言语视听障碍康复设备、运动康复训练器械、助行器械、矫形固定器械，具体以中华人民共和国国家食品药品监督管理总局发布的 2017 年第 104 号公告中《医疗器械分类目录》第 19 章医用康复器械产品类别为准。
8.39	潜水	指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。
8.40	攀岩	指攀登悬崖、建筑物外墙、人造悬崖、冰崖、冰山和雪山等运动。
8.41	探险	指在某种特定的自然条件下有失去生命或者使身体受到伤害的危险，而使自己置身于其中的行为，如江河漂流、登山、徒步穿越沙漠或者原始森林等活动。
8.42	武术比赛	指两人或者两人以上对抗柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。
8.43	特技表演	指从事马术、杂技、驯兽、飞车等特殊技能训练或者比赛。
8.44	质子治疗	指应用质子放射线治疗肿瘤的方法。
8.45	重离子治疗	指应用重离子放射线治疗肿瘤的方法。
8.46	中子治疗	指应用中子放射线治疗肿瘤的方法。
8.47	基因疗法	指增加、减少或者改变人体活细胞的遗传物质的临床医学治疗方法。
8.48	细胞免疫疗法	指利用人体自身或者供者来源或者动物体来源的细胞，经过体外培养、扩增或者改造，再回输到人体内，激发或者增强机体的免疫功能，从而清除肿瘤细胞、病原体或者病毒感染等异常细胞的治疗方法。
8.49	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。

- 8.50 **醉酒** 指发生事故时每百毫升血液中的酒精含量大于或者等于 80 毫克。
- 8.51 **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。
- 8.52 **酒后驾驶** 指经检测或者鉴定，发生保险事故时每百毫升血液中的酒精含量达到或者超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或者醉酒后驾驶。
- 8.53 **无合法有效驾驶证驾驶** 指下列情形之一：
(1) 没有取得中华人民共和国有关主管部门颁发或者认可的驾驶资格证书；
(2) 驾驶与合法有效驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
(3) 持审验不合格的驾驶证驾驶；
(4) 在驾驶证有效期内未按照中华人民共和国法律、行政法规的规定，定期对机动车驾驶证实施审验的；
(5) 驾驶证已过有效期的。
- 8.54 **无合法有效行驶证** 指发生保险事故时没有按照公安机关交通管理部门机动车登记制度的规定进行登记并领取机动车行驶证或者临时通行牌证等法定证件。包括下列情形之一：
(1) 未办理行驶证或者行驶证在申办过程中的；
(2) 机动车行驶证被依法注销登记的；
(3) 未在行驶证检验有效期内依法按时进行或者未通过机动车安全技术检验的。
- 8.55 **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。
- 8.56 **赔付率**
$$\text{赔付率} = (\text{本保险年度赔款金额} + \text{年末未决赔款准备金} - \text{年初未决赔款准备金}) \div (\text{本保险年度保费收入} + \text{年初未到期责任准备金} - \text{年末未到期责任准备金}) \times 100\%。$$
- 8.57 **行业平均赔付率** 指行业费率可调的同类长期医疗保险产品平均赔付率，以中国保险行业协会发布为准。
- 8.58 **欺诈** 本合同所指的欺诈包括下列情形：
(1) 未发生保险事故，但被保险人或者受益人谎称发生了保险事故，向我们提出赔偿或者给付保险金请求的；
(2) 投保人或者被保险人故意制造保险事故的。
- 8.59 **欠交的保险费** 保险费按年交纳的，欠交的保险费为新续保合同的保险费；保险费分期交纳的，欠交的保险费数额等于您最后一次交纳保险费之日（不含当日）至您补交欠交的保险费之日的期间内应交纳的各期保险费数额之和。
- 8.60 **现金价值** (1) 如果您选择按年交纳保险费：
首次投保或者中断后再次投保本合同时，现金价值的计算公式为“当年保险费×(1-35%)×(1-经过天数÷365)”；续保本合同时，现金价值的计算公式为“当年保险费×(1-32%)×(1-经过天数÷365)”，其中：当年保险费为您已交纳的本合同的保险费，“经过天数”指本合同从生效之日至终止之日实际经过的天数（不足一天的不计）。
(2) 如果您选择按月交纳保险费：

首次投保或者中断后再次投保本合同时，现金价值的计算公式为“当月保险费×(1-35%)×(1-n÷m)”；续保本合同时，现金价值的计算公式为“当月保险费×(1-32%)×(1-n÷m)”，其中：当月保险费为您已交纳的本合同最近一个月的保险费，m指从当月保险费约定交纳日至下一个月的保险费约定交纳日之间所包含的天数（不足一天的不计），n指从当月保险费约定交纳日至本合同终止之日实际经过的天数（不足一天的不计）。

8.61 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。

8.62 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。

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

pT_x: 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≤2cm

T_{1a} 肿瘤最大径≤1cm

T_{1b} 肿瘤最大径>1cm，≤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

pT_{3a}: 肿瘤>4cm，局限于甲状腺内

pT_{3b}: 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

pT_{4a}: 侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT_{4b}: 侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pT_x: 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≤2cm

T_{1a} 肿瘤最大径≤1cm

T_{1b} 肿瘤最大径>1cm，≤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

pT_{3a}: 肿瘤>4cm，局限于甲状腺内

pT_{3b}: 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

pT_{4a}: 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

pT_{4b}: 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pN_x: 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pN_{1a}: 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。pN_{1b}: 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
年龄≥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。

8.63 肢体

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。

8.64 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。

8.65 语言能力完全丧失

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。

8.66	严重咀嚼吞咽功能障碍	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。
8.67	六项基本日常生活活动	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。
8.68	永久不可逆	指自疾病确诊或意外伤害发生之日起，经过积极治疗 180 天后，仍无法通过现有医疗手段恢复。
8.69	美国纽约心脏病学会 (New York Heart Association, NYHA) 心功能状态分级	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。
8.70	护士	指在医院内合法注册的具有护士执业资格且正在执业的护理人员。
8.71	床位费及膳食费	床位费指被保险人在医院住院部住院期间使用的医院床位的费用，但不包括重症监护室床位费。 膳食费指根据医生的医嘱且由医院内设的专门为住院病人配餐的食堂配送的并符合通常惯例的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内。 膳食费不包括： (1) 所住医院外其他营利性餐饮服务机构提供的餐饮费用； (2) 不是根据医嘱配送的、在医院对外营业的餐厅或者食堂的餐饮费用； (3) 不在医院开具的医疗费用清单上的餐饮费用。
8.72	监护人陪护床位费	指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定给付其监护人（限 1 人）在医院留宿发生的陪护床位费；或者女性被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定给付其 1 周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。
8.73	重症监护室床位费	指住院期间出于医学必需被保险人需在重症监护室进行合理且必要的医疗而产生的床位费。 重症监护室指配有中心监护台、心电监护仪及其他监护抢救设施，相对封闭管理，符合重症监护病房（ICU）、冠心病重症监护病房（CCU）标准的单人或者多人监护病房。
8.74	药品费	指在住院、特殊门诊以及住院前后门急诊治疗期间根据医生开具的处方所发生，且截至本保险上市销售日期前经中华人民共和国国家或者地方政府药品主管部门批准上市的西药、中成药和中药饮片的费用。

对下列五类药品，本合同的保障范围与治疗时当地政府适用的《基本医疗保险药品目录》及相关规定保持一致：

- (1) 营养补充类药品；
- (2) 免疫功能调节类药品；
- (3) 美容及减肥类药品；
- (4) 预防类药品；
- (5) 中药饮片类药品。

本保险药品费的保障范围在上述基础上有可能进行扩展。扩展时我们会以本保险上市销售日期后经中华人民共和国国家或者地方政府药品主管部门批准上市的药品目录为依据进行调整。扩展时我们将在泰康人寿官网(www.taikanglife.com)“公开信息披露”专栏的“专项信息”栏目下设“长期医疗保险”子栏目中披露。

8.75	治疗费	指由医生或者护士对患者进行的除手术外的各种治疗项目而发生的治疗费，包括因输血、吸氧、化疗等而发生的治疗费。
8.76	护理费	指住院治疗期间由护士对被保险人提供临床护理服务所收取的费用。包括各级护理、重症监护与专项护理费用。
8.77	检查化验	指由医生开具的由医院专项检查科室的专业检查、检验人员实施的各检查化验项目，包括实验室检查、病理检查、影像检查、脑电图、 肿瘤靶向疗法基因学检查 （见8.86）等。
8.78	手术相关费用	包括手术费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、未独立记账的术中用药费、手术设备费， 不包括手术材料费 。若因器官移植而发生的手术费用， 不包括因器官供体寻找、获取以及从供体切除、储藏、运送器官而发生的相关费用 。
8.79	医生费（诊疗费）	指由医生所实施的病情咨询及检查、各种器械或者仪器检查、诊断、治疗方案拟订等各项医疗服务所收取的费用。
8.80	材料费	指在住院、特殊门诊以及住院前后门急诊治疗期间所使用的手术材料费和非手术材料费。手术材料费指手术过程中使用的， 经中华人民共和国国家或者地方政府药品主管部门批准的医用材料 。
8.81	救护车使用费	指住院期间以抢救生命或者治疗疾病为目的，根据医生建议，被保险人需医院转诊过程中的医院用车费用， 且救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送 。
8.82	物理治疗	指应用人工物理因子（如光、电、磁、声等）来治疗疾病，具体疗法包括电疗、光疗、磁疗、热疗等。
8.83	中医理疗	指以治疗疾病为目的，被保险人接受具有相应资格的医生实施的针灸治疗、推拿治疗、按摩治疗、拔罐治疗、刮痧治疗等。
8.84	顺势治疗	指一种通过小剂量药物治疗以使病人症状逐渐缓解或者消除的治疗方法，比如对于腹泻的顺势疗法是给予小剂量的放松剂。
8.85	职业治疗	指通过专业的指导及训练恢复职业所需的功能。
8.86	肿瘤靶向疗法基因学检查	指由医生开具的，由医院专项检查科室的专业检查、检验人员实施的 肿瘤靶向疗法基因学检查 。

附表 1

泰康泰享年年医疗保险（费率可调）保障表				
（以下所有金额均以人民币计算，单位为元）				
医院类别			泰康自有医院、二级及以上公立医院普通部（不含其附属的国际医疗、特需医疗、贵宾医疗、外宾医疗或者相类似的部门和科室）	
保证续保期间内给付限额	特定疾病住院津贴保险金		36,000	
	医疗保险金		8,000,000	
年度给付限额	特定疾病住院津贴保险金		18,000	
	特定疾病医疗保险金		4,000,000	
	非因特定疾病医疗保险金		2,000,000	
基本保险金额			4,000,000	
年度免赔额	特定疾病医疗保险金		0	
	非因特定疾病医疗保险金		10,000	
一、特定疾病住院津贴保险金			特定疾病住院日额	100
二、特定疾病合理医疗费用	1. 特定疾病住院医疗费用	（1）床位费及膳食费	日限额	1,000
		（2）材料费	年限额	200,000
		（3）监护人陪护床位费、重症监护室床位费、药品费、治疗费、护理费、检查化验费、手术相关费用、医生费（诊疗费）、救护车使用费	年限额	不设单项最高限额
	2. 特定疾病特殊门诊医疗费用	（1）门诊恶性肿瘤治疗费，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	年限额	200,000
		（2）门诊肾透析费		200,000
		（3）器官移植后的门诊抗排异治疗费		不设单项最高限额
		（4）门诊手术治疗费		不设单项最高限额
	3. 特定疾病住院前后门急诊医疗费用		年限额	100,000
	三、非因特定疾病合理医疗费用	1. 非因特定疾病住院医疗费用	（1）床位费及膳食费	日限额
（2）材料费			年限额	100,000
（3）监护人陪护床位费、重症监护室床位费、药品费、治疗费、护理费、检查化验费、手术相关费用、医生费（诊疗费）、救护车使用费			年限额	不设单项最高限额
2. 非因特定疾病特殊门诊医疗费用		（1）门诊肾透析费	年限额	100,000
		（2）器官移植后的门诊抗排异治疗费		不设单项最高限额
		（3）门诊手术治疗费		不设单项最高限额
3. 非因特定疾病住院前后门急诊医疗费用		年限额	50,000	

附表 2 泰康自有医院列表

序号	医院名称
1	泰康同济（武汉）医院
2	泰康仙林鼓楼医院
3	北京泰康燕园康复医院
4	上海泰康申园康复医院
5	广州泰康粤园医院
6	成都泰康蜀园医院
7	武汉泰康楚园康复医院

注：我们会定期更新“泰康自有医院”列表，更新后您可以拨打 24 小时服务热线 95522 咨询或者双方认可的其他形式查询。

泰康泰享年年医疗保险（费率可调）

费率表

本保险为费率可调的长期医疗保险，在保证续保期间内保险费率可能调整，保险费率调整后我们会变更费率表并进行公示。

有关“保险费率调整”请详见本合同条款 4.4 条的约定。

一、续保时费率表

单位：元

年龄（周岁）	有基本医疗保险或者公费医疗		无基本医疗保险和公费医疗	
	男性	女性	男性	女性
1	598	598	2,237	2,237
2	535	535	2,158	2,158
3	472	472	1,954	1,954
4	417	417	1,750	1,750
5	352	352	1,541	1,541
6	321	321	934	934
7	292	292	807	807
8	264	264	726	726
9	236	236	646	646
10	213	213	571	571
11	209	209	521	521
12	201	201	480	480
13	192	192	449	449
14	184	184	436	436
15	189	189	448	448
16	193	193	457	457
17	194	194	460	460
18	195	195	462	462
19	211	211	471	471
20	219	219	528	528
21	235	235	561	561
22	245	245	619	619
23	255	255	658	658
24	265	265	688	688
25	274	274	722	722
26	288	288	766	766

年龄（周岁）	有基本医疗保险或者公费医疗		无基本医疗保险和公费医疗	
	男性	女性	男性	女性
27	303	303	830	830
28	322	322	899	899
29	342	342	967	967
30	351	351	1,033	1,033
31	369	369	1,098	1,098
32	389	389	1,177	1,177
33	404	404	1,255	1,255
34	423	423	1,334	1,334
35	448	448	1,417	1,417
36	454	454	1,497	1,497
37	473	473	1,659	1,659
38	507	507	1,841	1,841
39	531	531	2,027	2,027
40	561	561	2,213	2,213
41	602	602	2,368	2,368
42	650	650	2,530	2,530
43	684	684	2,707	2,707
44	707	707	2,882	2,882
45	751	751	3,059	3,059
46	879	879	3,386	3,386
47	960	960	3,595	3,595
48	1,047	1,047	3,814	3,814
49	1,138	1,138	4,030	4,030
50	1,225	1,225	4,245	4,245
51	1,310	1,310	4,708	4,708
52	1,402	1,402	4,888	4,888
53	1,489	1,489	5,005	5,005
54	1,576	1,576	5,121	5,121
55	1,669	1,669	5,243	5,243
56	2,051	2,051	6,443	6,443
57	2,195	2,195	6,895	6,895
58	2,330	2,330	7,319	7,319
59	2,466	2,466	7,747	7,747
60	2,612	2,612	8,205	8,205
61	2,952	2,952	9,273	9,273
62	3,159	3,159	9,924	9,924
63	3,354	3,354	10,536	10,536
64	3,550	3,550	11,152	11,152
65	3,759	3,759	11,809	11,809
66	3,883	3,883	12,198	12,198
67	4,007	4,007	12,588	12,588

年龄（周岁）	有基本医疗保险或者公费医疗		无基本医疗保险和公费医疗	
	男性	女性	男性	女性
68	4,255	4,255	13,367	13,367
69	4,504	4,504	14,149	14,149
70	4,769	4,769	14,981	14,981
71	4,900	4,900	15,393	15,393
72	5,243	5,243	16,470	16,470
73	5,567	5,567	17,488	17,488
74	5,892	5,892	18,509	18,509
75	6,239	6,239	19,599	19,599
76	6,301	6,301	19,794	19,794
77	6,363	6,363	19,989	19,989
78	6,757	6,757	21,226	21,226
79	7,151	7,151	22,464	22,464
80	7,572	7,572	23,787	23,787
81	7,703	7,703	24,198	24,198
82	7,833	7,833	24,607	24,607
83	8,318	8,318	26,130	26,130
84	8,803	8,803	27,654	27,654
85	9,321	9,321	29,281	29,281
86	9,447	9,447	29,677	29,677
87	10,108	10,108	31,753	31,753
88	10,734	10,734	33,720	33,720
89	11,360	11,360	35,686	35,686
90	12,029	12,029	37,788	37,788
91	12,088	12,088	37,973	37,973
92	12,934	12,934	40,631	40,631
93	13,735	13,735	43,147	43,147
94	14,536	14,536	45,663	45,663
95	15,392	15,392	48,352	48,352
96	15,694	15,694	49,301	49,301
97	16,793	16,793	52,754	52,754
98	17,833	17,833	56,021	56,021
99	18,873	18,873	59,288	59,288

注：

（1）如果您选择按月交纳保险费：

按月交纳的保险费＝按年交纳的保险费÷12，计算结果四舍五入保留到角。

（2）如果您的三个及以上家庭成员（包括您本人）同时投保：

家庭保单中每一被保险人保险费＝每一被保险人按年或者按月交纳的保险费×95%，计算结果四舍五入保留到角。

家庭保单总保险费等于家庭保单中每一被保险人保险费之和。

二、首次投保或者中断后再次投保时费率表

单位：元

年龄（周岁）	有基本医疗保险或者公费医疗		无基本医疗保险和公费医疗	
	男性	女性	男性	女性
0	531	531	1,967	1,967
1	478	478	1,790	1,790
2	428	428	1,727	1,727
3	377	377	1,563	1,563
4	333	333	1,400	1,400
5	281	281	1,233	1,233
6	256	256	747	747
7	233	233	645	645
8	211	211	581	581
9	188	188	516	516
10	170	170	456	456
11	167	167	416	416
12	160	160	384	384
13	153	153	359	359
14	147	147	348	348
15	151	151	358	358
16	154	154	365	365
17	155	155	368	368
18	156	156	369	369
19	168	168	376	376
20	175	175	422	422
21	188	188	448	448
22	196	196	495	495
23	204	204	526	526
24	212	212	550	550
25	219	219	577	577
26	230	230	613	613
27	242	242	664	664
28	257	257	719	719
29	273	273	773	773
30	280	280	826	826
31	295	295	878	878
32	311	311	941	941
33	323	323	1,004	1,004
34	338	338	1,067	1,067
35	358	358	1,134	1,134
36	363	363	1,198	1,198
37	378	378	1,327	1,327

年龄（周岁）	有基本医疗保险或者公费医疗		无基本医疗保险和公费医疗	
	男性	女性	男性	女性
38	405	405	1,473	1,473
39	424	424	1,622	1,622
40	448	448	1,771	1,771
41	481	481	1,895	1,895
42	520	520	2,024	2,024
43	547	547	2,166	2,166
44	565	565	2,306	2,306
45	601	601	2,448	2,448
46	703	703	2,709	2,709
47	768	768	2,877	2,877
48	837	837	3,052	3,052
49	910	910	3,225	3,225
50	980	980	3,397	3,397
51	1,048	1,048	3,767	3,767
52	1,122	1,122	3,911	3,911
53	1,191	1,191	4,005	4,005
54	1,261	1,261	4,098	4,098
55	1,335	1,335	4,196	4,196

注：

（1）如果您选择按月交纳保险费：

按月交纳的保险费＝按年交纳的保险费÷12，计算结果四舍五入保留到角。

（2）如果您的三个及以上家庭成员（包括您本人）同时投保：

家庭保单中每一被保险人保险费＝每一被保险人按年或者按月交纳的保险费×95%，计算结果四舍五入保留到角。

家庭保单总保险费等于家庭保单中每一被保险人保险费之和。