

# 阳光财产保险股份有限公司

## 个人医疗费用保险 C 款条款

(阳光财险) (备-医疗保险) 【2021】 (主) 009 号

(注册号: C00009332512020012222971)

### 第一部分 总则

#### 第一条 合同构成

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

#### 第二条 合同的成立

投保人提出保险申请,经保险人同意承保,本合同成立。

#### 第三条 投保人

本合同的投保人应为中华人民共和国境内(不含港澳台地区)具有完全民事行为能力的被保险人本人或对被保险人有保险利益的其他人。

#### 第四条 被保险人

出生后满 28 天至 65 周岁,身体健康,且能正常工作、生活的自然人,均可作为本合同的被保险人。

#### 第五条 受益人

除本合同另有约定外,本合同保险金的受益人为被保险人本人。

### 第二部分 保障内容

#### 第六条 保险责任

本合同的医疗保险责任分为两个部分,投保人必须全部投保,不得选择投保:

##### (一) 一般医疗保险责任

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患疾病需在医院接受治疗的,保险人对下述四类费用,按照本合同的约定承担给付一般医疗保险金的责任:

##### 1. 住院医疗费用

指被保险人经医院诊断必须住院治疗时,被保险人需个人支付的、必需且合理的住院医疗费用,包括床位费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、医生费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费。

到本合同保险期间届满日时,被保险人未结束本次住院治疗的,保险人继续承担因本次住院发生的、最高不超过本合同保险期间届满日后 30 日内(含第 30 日)的住院医疗费用。如第 30 日仍未结束本次住院治疗的,自第 30 日后发生的住院医疗费用不属于本合同保险责任。

## 2. 特殊门诊医疗费用

指被保险人在医院接受特殊门诊治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的特殊门诊医疗费用，包括：

(1) 门诊肾透析费；

(2) 门诊恶性肿瘤治疗费，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法治疗费用；

(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费。

## 3. 门诊手术医疗费用

指被保险人经医院诊断必须接受门诊手术治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的门诊手术医疗费用。

## 4. 住院前后门急诊医疗费用

指被保险人经医院诊断必须接受住院治疗，在住院前（含住院当日）30日（含第30日）和出院后（含出院当日）30日（含第30日）内，因与该次住院相同原因接受门急诊治疗，所发生的必需且合理的门急诊医疗费用。此项费用不包含一般医疗保险责任中第2项、第3项约定的特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用。

对于以上四类费用，保险人对于被保险人需个人支付的、必需且合理的金额，在扣除约定的免赔额后，依照约定的给付比例进行赔付。保险人在本项下累计给付保险金金额之和以本合同约定的一般医疗保险金的保险金额为限，当保险人在本项下累计给付金额达到本项保险金额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

### （二）重大疾病医疗保险责任

在保险期间内，被保险人在等待期后经医院初次确诊罹患本合同约定的重大疾病，并在医院接受治疗的，保险人首先按照第六条第（一）款的约定给付一般医疗保险金，当保险人累计给付金额达到一般医疗保险金的保险金额后，保险人再对下述四类费用中未能以一般医疗保险金受偿的部分，按照本合同的约定承担给付重大疾病医疗保险金的责任：

#### 1. 重大疾病住院医疗费用

指被保险人在等待期后经医院诊断自出生以来初次罹患重大疾病必须接受住院治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的治疗重大疾病住院医疗费用，包括床位费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、医生费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费。

到本合同保险期间届满日时，被保险人未结束本次住院治疗的，保险人继续承担因本次住院发生的、最高不超过本合同保险期间届满日后30日内（含第30日）的住院医疗费用。如第30日仍未结束本次住院治疗的，自第30日后发生的住院医疗费用不属于本合同保险责任。

#### 2. 重大疾病特殊门诊医疗费用

指被保险人在等待期后经医院诊断自出生以来初次罹患重大疾病，在医院接受重大疾病特殊门诊治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的重大疾病特殊门诊医疗费用，包括：

(1) 门诊肾透析费；

(2) 门诊恶性肿瘤治疗费，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法治疗费用；

(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费。

### 3. 重大疾病门诊手术医疗费用

指被保险人在等待期后经医院诊断自出生以来初次罹患重大疾病，必须接受门诊手术治疗的，被保险人需个人支付的、必需且合理的重大疾病门诊手术医疗费用。

### 4. 重大疾病住院前后门急诊医疗费用

指被保险人在等待期后经医院诊断自出生以来初次罹患重大疾病，必须接受住院治疗，在住院前（含住院当日）30日（含第30日）和出院后（含出院当日）30日（含第30日）内，因与该次住院相同原因接受重大疾病门急诊治疗，被保险人需个人支付的、必需且合理的重大疾病门急诊医疗费用。此项费用不包含重大疾病医疗保险责任中第2项、第3项约定的重大疾病特殊门诊医疗费用和重大疾病门诊手术医疗费用。

对于以上四类费用中未能以一般医疗保险金受偿的部分，保险人对于被保险人需个人支付的、必需且合理的金额，依照约定的给付比例进行赔付。保险人在本项下累计给付保险金金额之和以本合同约定的重大疾病医疗保险金的保险金额为限，当保险人在本项下累计给付金额达到本项保险金额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

## 第七条 免赔额

免赔额由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在本合同中载明。

本合同中所指免赔额均指年免赔额，指在本合同保险期间内应由被保险人自行承担，保险人不予赔付的部分。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过社会医疗保险和公费医疗保险获得的医疗费用补偿，不可用于抵扣免赔额。

## 第八条 补偿原则和赔付标准

(一) 本合同中一般医疗保险金和重大疾病医疗保险金适用医疗费用补偿原则。被保险人同时拥有多份有效的费用补偿型医疗保险保险单的，可以自主决定理赔申请顺序。若被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本合同的约定进行赔付。社保卡个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

(二) 若被保险人以参加社会医疗保险身份投保，但未以参加社会医疗保险身份就诊并结算的，则保险人根据保险单中单独约定的给付比例进行赔付。

## 第九条 责任免除

在下列期间发生导致被保险人支出医疗费用的，保险人不承担保险金给付责任：

- (一) 被行政或司法机关依法采取强制措施期间或入狱服刑期间；
- (二) 被保险人受酒精或毒品影响期间；
- (三) 战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱期间；

因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的，保险人不承担保险金给付责任：

- （一）投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；
- （二）被保险人实施违法犯罪行为、抗拒依法被采取的行政、刑事强制措施；
- （三）被保险人自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （四）被保险人故意自伤或因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；
- （五）被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶或者驾驶无有效行驶证的机动车辆；
- （六）被保险人未遵医嘱，擅自服用、涂用、注射药物；
- （七）被保险人在初次投保前所患既往症；等待期内出现的疾病、症状或体征；等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；
- （八）被保险人在不符合本合同约定的医院就诊发生的医疗费用；
- （九）被保险人患精神性疾病（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD10）分类为精神和行为障碍的疾病）；
- （十）整形手术、美容或整容手术、变性手术及前述手术的并发症或因前述手术导致的医疗事故；
- （十一）被保险人患遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD10））；
- （十二）被保险人怀孕（含宫外孕）、流产、分娩（含剖腹产）、避孕、绝育手术、治疗不孕不育症、人工受孕及由此导致的并发症；
- （十三）牙科疾病及相关治疗，视力矫正手术，但因意外事故所致的不受此限；
- （十四）被保险人因预防、康复、保健性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具的费用；
- （十五）被保险人从事职业运动或可获得报酬的运动或竞技，在训练或比赛中受伤；被保险人从事或参加高风险运动，如：潜水、滑水、冲浪、赛艇、漂流、跳伞或其他高空运动、蹦极、乘坐或驾驶商业民航飞机以外的飞行器、攀岩、攀登海拔 3500 米以上的独立山峰、滑雪、武术、摔跤、马术、赛马、赛车、特技表演（含训练）、替身表演（含训练）、探险或考察活动（洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等）；
- （十六）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（因本合同约定的职业关系、输血感染或器官移植导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病除外）；
- （十七）任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
- （十八）恐怖袭击。

#### 第十条 保险金额

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本合同的一般医疗保险金额和重大

疾病医疗保险金额由投保人、保险人双方在签订合同时协商约定，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。**

#### **第十一条 保险期间**

本合同保险期间由保险人和投保人协商确定，以保险单载明的起讫时间为准，但最长不超过一年。

#### **第十二条 非保证续保**

本合同保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，交纳保险费，并获得新的保险合同。

### **第三部分 保险人的义务**

#### **第十三条 提示和说明**

订立本合同时，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。

#### **第十四条 保险单和保险凭证**

本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

#### **第十五条 补充索赔证明和资料的通知**

保险人认为保险金申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人补充提供。

#### **第十六条 及时核定、赔付义务**

保险人收到保险金申请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，但保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知保险金申请人；对属于保险责任的，在与保险金申请人达成给付保险金的协议后十日内，履行赔偿保险金义务。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保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

#### **第十七条 先行赔付义务**

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

#### **第十八条 退还保险费义务**

投保人符合保险法规定的退还保险费相关要求的，保险人应当按照保险法相关规定退还未到期保险费。

### **第四部分 投保人、被保险人义务**

#### **第十九条 交费义务**

投保人应当在本合同成立时交清保险费。**投保人未按约定交付全部保险费的，本保险**

合同不生效。

## **第二十条 如实告知**

订立保险合同，投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，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，不承担给付保险金的责任，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，不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

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

## **第二十一条 住址或通讯地址变更告知义务**

投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

## **第二十二条 变更批注**

在保险期间内，投保人需变更保险合同内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本合同中批注。

## **第二十三条 职业或工种的变更**

被保险人变更其职业或工种时，投保人或被保险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，本合同终止。

## **第二十四条 年龄的确定及错误的处理**

被保险人的投保年龄，以法定身份证件登记的周岁年龄为准，本合同所承保的被保险人的投保年龄必须符合年龄要求。投保人在申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。若发生错误，保险人按照以下规定处理：

（一）投保人申报的被保险人年龄不真实，且真实年龄不符合本合同约定的年龄限制的，保险人有权解除本合同，并向投保人退还未满期保险费。

（二）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人实付保险费少于应付保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费，或在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例支付。

（三）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人支付保险费多于应付保险费的，保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

## 第二十五条 保险事故通知义务

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，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

## 第五部分 保险金申请与给付

### 第二十六条 保险金的申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提供如下材料：

- (一) 保险金给付申请书；
- (二) 保险合同凭证；
- (三) 保险金申请人的有效身份证件；
- (四) 支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查、化验检查报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其他合法有效的材料；
- (五) 保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；
- (六) 若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。

保险金申请人未能提供上述索赔申请材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

在保险人的理赔审核过程中，保险人有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。

## 第六部分 争议处理与法律适用

### 第二十七条 合同的争议处理

因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向保险人所在地人民法院起诉。

### 第二十八条 法律适用

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

## 第七部分 保险合同的解除与终止

### 第二十九条 合同的解除

在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本合同约定给付保险金的除外。投保人解除本合同时，应提供下列证明文件和资料：

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

投保人要求解除本合同，自保险人接到保险合同解除申请书之日次日零时起，本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还未满期保险费。

### 第三十条 合同的争议处理

因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向保险人所在地人民法院起诉。

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

### 第三十一条 效力终止

发生以下情况之一时，本合同效力即时终止：

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

## 第八部分 释义

### 一、保险人：

指阳光财产保险股份有限公司。

### 二、意外伤害：

指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。**自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。**

### 三、等待期：

指自本合同生效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合同上载明。**等待期内发生疾病或症状，无论等待期内治疗还是等待期外治疗，均不承担给付保险金责任。**



**四、疾病：**指经等待期后被保险人所患疾病或症状，但不包括此合同生效前、等待期内已接受或曾被医生建议需采取诊疗措施的任何疾病或症状。

**五、医院：**

是指经中华人民共和国境内（港、澳、台地区除外）合法经营的二级或以上公立医院的普通部，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；
2. 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；
3. 休养、戒酒、戒毒中心。

该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及提供二十四小时的医疗与护理服务的能力和资质。

**六、住院：**

是指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院之正式病房接受全日 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. 被保险人在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；
2. 被保险人在特需病房、外宾病房或其他不属于社会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，或一天内住院不满二十四小时；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 小时在床、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。

**七、必需且合理的住院医疗费用：**

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。

对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. **医学必需：**指医疗费用符合下列所有条件：

- （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）与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

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。

#### **八、床位费：**

指被保险人使用的医院床位的费用。

#### **九、膳食费：**

指实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用，**但不包括购买的个人用品。**

#### **十、护理费：**

指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

#### **十一、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）标准的单人或多人监护病房。

#### **十二、医生费：**

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

#### **十三、检查检验费：**

指实际发生的、以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用，包括诊查费、妇检费、X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

#### **十四、治疗费：**

指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

#### **十五、药品费：**

指实际发生的合理且必要的由医生开具的具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用。**但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：**

1. 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，阿胶珠，血宝胶囊，红桃K口服液，十全大补丸，十全大补膏等；

2. 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；

3. 用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

#### **十六、手术费：**

指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术室费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费；若因器官移植而发生的手术费用，**不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。**

#### **十七、化学疗法：**

指对于恶性肿瘤的化学治疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。本合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化疗。

#### **十八、放射疗法：**

指对于恶性肿瘤的放射治疗。放疗是使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以抑制和杀灭癌细胞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，在医院的专门科室进行的放疗。

#### **十九、肿瘤免疫疗法：**

指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和增强机体抗肿瘤免疫应答，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本合同所指的肿瘤免疫治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。

#### **二十、肿瘤内分泌疗法：**

指对于恶性肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制激素生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞的生长。本合同所指的内分泌治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。

#### **二十一、肿瘤靶向疗法：**

指在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本合同所指的靶向治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。

#### **二十二、重大疾病**

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

##### **(1) 恶性肿瘤**

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。

**下列疾病不在恶性肿瘤保障范围内：**

##### **1) 原位癌；**

##### **2) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；**

- 3) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- 4) 皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；
- 5) TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌；
- 6) 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

#### (2) 急性心肌梗塞

指因冠状动脉阻塞导致的相应区域供血不足造成部分心肌坏死。须满足下列至少三项条件：

- 1) 典型临床表现，例如急性胸痛等；
- 2) 新近的心电图改变提示急性心肌梗塞；
- 3) 心肌酶或肌钙蛋白有诊断意义的升高，或呈符合急性心肌梗塞的动态性变化；
- 4) 发病 90 天后，经检查证实左心室功能降低，如左心室射血分数低于 50%。

#### (3) 脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 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。

#### (4) 重大器官移植术或造血干细胞移植术

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

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

#### (5) 冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）

指为治疗严重的冠心病，实际实施了开胸进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。**冠状动脉支架植入术、心导管球囊扩张术、激光射频技术及其他非开胸的介入手术、腔镜手术不在保障范围内。**

#### (6) 终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）

指双肾功能慢性不可逆性衰竭，达到尿毒症期，经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗或实施了肾脏移植手术。

#### (7) 多个肢体缺失

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

(8) 急性或亚急性重症肝炎

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

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

(9) 良性脑肿瘤

指脑的良性肿瘤，已经引起颅内压增高，临床表现为视神经乳头水肿、精神症状、癫痫及运动感觉障碍等，并危及生命。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，并须满足下列至少一项条件：

- 1) 实际实施了开颅进行的脑肿瘤完全切除或部分切除的手术；
- 2) 实际实施了对脑肿瘤进行的放射治疗。

**脑垂体瘤、脑囊肿、脑血管性疾病不在保障范围内。**

(10) 慢性肝功能衰竭失代偿期

指因慢性肝脏疾病导致肝功能衰竭。须满足下列全部条件：

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

**因酗酒或药物滥用导致的肝功能衰竭不在保障范围内。**

(11) 脑炎后遗症或脑膜炎后遗症

指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 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。

(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它生命维持系统 96 小时以上。

**因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。**

### (13) 双耳失聪

指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆性丧失，在 500 赫兹、1000 赫兹和 2000 赫兹语音频率下，平均听阈大于 90 分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

被保险人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。

### (14) 双目失明

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

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

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机能永久完全丧失。肢体机能永久完全丧失，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，或不能随意活动。

### (16) 心脏瓣膜手术

指为治疗心脏瓣膜疾病，实际实施了开胸进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

### (17) 严重阿尔茨海默病

指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

**神经官能症和精神疾病不在保障范围内。**

### (18) 严重脑损伤

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

### (19) 严重帕金森病

是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为震颤麻痹、共济失调等。须满足下列全部条件：

- 1) 药物治疗无法控制病情；
- 2) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

**继发性帕金森综合征不在保障范围内。**

(20) 严重Ⅲ度烧伤

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) 严重原发性肺动脉高压

指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级Ⅳ级，且静息状态下肺动脉平均压超过 30mmHg。

(22) 严重运动神经元病

是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症。须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上的条件。

(23) 语言能力丧失

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

**精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。**

**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。须满足下列全部条件：

- 1) 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断；
- 2) 外周血象须具备以下三项条件：
  - ① 中性粒细胞绝对值 $\leq 0.5 \times 10^9/L$ ；
  - ② 网织红细胞 $< 1\%$ ；
  - ③ 血小板绝对值 $\leq 20 \times 10^9/L$ 。

(25) 主动脉手术

指为治疗主动脉疾病，实际实施了开胸或开腹进行的切除、置换、修补病损主动脉血管的手术。主动脉指胸主动脉和腹主动脉，**不包括胸主动脉和腹主动脉的分支血管。**

### 动脉内血管成形术不在保障范围内。

以上 25 种重大疾病为中国保险行业协会于 2007 年 4 月 3 日发布，2007 年 8 月 1 日施行的《重大疾病保险的疾病定义使用规范》中列明的疾病，以下 75 种重大疾病为保险人增加的疾病。

#### (26) 慢性呼吸功能衰竭

指慢性肺部疾病导致永久不可逆性的慢性呼吸功能衰竭。慢性呼吸功能衰竭必须明确诊断并满足下列全部条件：

- 1) 休息时出现呼吸困难；
- 2) 动脉血氧分压 (PaO<sub>2</sub>) <50mmHg；
- 3) 动脉血氧饱和度 (SaO<sub>2</sub>) <80%；
- 4) 因缺氧必须接受输氧治疗。

#### (27) 多发性硬化症

多发性硬化症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。多发性硬化症必须由医院的神经科专科医生确诊。必须伴有典型的脱髓鞘症状和运动及感觉功能障碍的证据并有核磁共振检查 (MRI) 和脑脊液检查的典型改变。多发性硬化症必须造成神经系统永久性功能损害并且已导致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持续达 180 天以上。

#### (28) 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，并已经进行化疗或手术治疗的。

#### (29) 严重全身性重症肌无力

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，必须满足下列所有条件：

- 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。

#### (30) 严重冠心病

指根据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 (至少一支血管管腔减少 75%以上和其他两支血管管腔减少到 60%以上)。冠状动脉的主要血管指左冠状动脉主干、前降支、回旋支以及右冠状动脉，**不包括前降支、左旋支及右冠状动脉的分支血管。**

#### (31) 严重心肌病

指被保险人因心肌病导致慢性心功能损害造成永久不可逆性的心功能衰竭。心功能衰竭程度达到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。



### (32) 系统性红斑狼疮并发肾功能损害

指一种自身免疫性结缔组织病，于体内有大量致病性自身抗体和免疫复合物，造成组织损伤。系统性红斑狼疮的诊断必须经专科医生明确诊断，并须同时满足下列条件：

1) 临床表现至少具备下列条件中的四项：

- ① 蝶形红斑或盘形红斑；
- ② 光敏感；
- ③ 口鼻腔黏膜溃疡；
- ④ 非畸形性关节炎或多关节痛；
- ⑤ 胸膜炎或心包炎；
- ⑥ 神经系统损伤（癫痫或精神症状）；
- ⑦ 血象异常（白细胞小于  $4000/\mu\text{l}$  或血小板小于  $100000/\mu\text{l}$  或溶血性贫血）。

2) 检测结果至少具备下列条件中的两项：

- ① 抗 dsDNA 抗体阳性；
- ② 抗 Sm 抗体阳性；
- ③ 抗核抗体阳性；
- ④ 皮肤狼疮带试验（非病损部位）或肾活检阳性；
- ⑤ C3 低于正常值。

3) 狼疮肾炎致使肾功能减退（或损害），且符合以下条件之一：

- ① 系统性红斑狼疮造成肾脏功能损害，尿蛋白  $>2\text{g}/24$  小时且持续性蛋白尿  $>+++$ ；
- ② 符合下列 WHO 诊断标准定义的 III 型至 V 型狼疮性肾炎。

世界卫生组织（WHO）狼疮性肾炎分型：

- I 型（微小病变型）镜下阴性，尿液正常；
- II 型（系膜病变型）中度蛋白尿，偶有尿沉渣改变；
- III 型（局灶及节段增生型）蛋白尿，尿沉渣改变；
- IV 型（弥漫增生型）急性肾炎伴有尿沉渣改变及/或肾病综合征；
- V 型（膜型）肾病综合征或重度蛋白尿。

### (33) 因职业关系导致的感染艾滋病病毒

指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艾滋病病毒。

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、警察和狱警

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。

**任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致艾滋病病毒（HIV）感染不在本项疾病保障范围内。**保险人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。

(34) 因输血感染艾滋病病毒

指被保险人感染艾滋病病毒（HIV），且须满足下列全部条件：

1) 因输血而感染；

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，或者法院终审判决或裁定为医疗责任；

3) 受感染的被保险人不是血友病患者。

**任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致艾滋病病毒（HIV）感染不在本项疾病保障范围内。**保险人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。

(35) 严重克隆病

指一种慢性肉芽肿性肠炎。被保险人所患的克隆病必须已经造成瘻管形成并伴有肠梗阻或引起急性腹膜炎的肠穿孔，诊断必须有结肠镜检查和组织病理学证据支持。

(36) 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，病变累及全结肠，表现为严重的血便和系统性症状体征，治疗通常采取全结肠切除和回肠造瘘术。溃疡性结肠炎必须根据组织病理学特点诊断，并且被保险人已经接受了结肠切除和（或）回肠造瘘术。

(37) 1 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，并须植入心脏起搏器进行治疗；

3) 至少一个脚趾发生坏疽并已实施手术切除。

#### (38) 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。

#### (39) 植物人状态

指被保险人已丧失大脑皮层功能，对外界刺激或体内需求皆无反应，人呈无意识状态，但脑干功能仍然保留，并持续依赖外界生命支持系统至少 30 天以上，该病须由神经科专科医生确诊并证明有永久性神经系统损害。

**由于酗酒或滥用药物所致的植物人状态不在保障范围内。**

#### (40) 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）。类风湿性关节炎须明确诊断，并已达到类风湿性关节炎功能分类IV级的永久不可逆性关节功能障碍，且须满足下列全部条件：

- 1) 晨僵；
- 2) 对称性关节炎；
- 3) 类风湿性皮下结节；
- 4) 类风湿因子滴度升高；
- 5) X 线显示严重的关节（软骨和骨）破坏和关节畸形。

#### (41) 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的严重痴呆，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退。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。导致痴呆的疾病必须经专科医生明确诊断，并且由完整的临床、实验室和影像学检查结果证实。**神经官能症、精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在保障范围内。**

#### (42) 重症急性坏死性筋膜炎截肢

指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）。

#### (43) 严重哮喘

指一种反复发作的严重支气管阻塞性疾病，经专科医生确诊，且必须同时符合下列标准：

- 1) 过去两年中曾因哮喘持续状态住院治疗，并提供完整住院记录；

- 2) 因慢性过度换气导致胸廓畸形;
- 3) 在家中需要医生处方的氧气治疗法;
- 4) 持续日常服用口服类固醇激素治疗持续至少 6 个月。

被保险人申请理赔时年龄必须在年满 25 周岁之前。

#### (44) 严重川崎病

指一种血管炎综合征, 临床表现为急性发热, 皮肤粘膜病损和淋巴结肿大。本病须经专科医生明确诊断, 同时须由血管造影或超声心动图检查证实, 满足下列至少一项条件:

- 1) 伴有冠状动脉瘤, 且冠状动脉瘤于最初急性发病后持续至少 180 天;
- 2) 伴有冠状动脉瘤, 且实际接受了对冠状动脉瘤进行的手术治疗。

#### (45) 严重弥漫性系统性硬皮病

是一种系统性胶原血管病引起进行性的皮肤、血管和内脏器官的弥漫性纤维化。本病症须经专科医生明确诊断, 并须满足下列全部条件:

- 1) 由活检和血清学证据支持;
- 2) 疾病已经影响到肺脏、心脏或肾脏等内脏器官并且达到下列标准之一:
  - 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心功能状态分级IV级;
  - ③ 肾脏: 已造成肾脏损害, 并出现肾功能衰竭。

**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。**

#### (46) 丝虫病所致象皮病

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。

#### (47) 胰腺移植

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。**

#### (48) 急性坏死性胰腺炎开腹手术

指由专科医生确诊为急性坏死性胰腺炎, 并已经接受了开腹手术进行坏死组织清除、病灶切除或胰腺部分切除的治疗。

**因酗酒或饮酒过量所致的急性坏死性胰腺炎以及腹腔镜手术不在保障范围内。**

#### (49) 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和营养不良。必须满足下列所有条件:

- 1) 医疗记录证实存在慢性胰腺炎反复急性发作病史;

- 2) CT 显示胰腺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) 持续接受胰岛素替代治疗和酶替代治疗 180 天以上。

#### (50) 克雅氏病

指一种不可治愈的脑部感染，导致急剧而渐进性的智力功能与活动衰退。须有保险人认可的专科医生根据临床测试、脑电图和影像结果做出诊断，并发现被保险人出现神经系统异常及严重的渐进性痴呆。

#### (51) 严重肾髓质囊性病

指经专科医生明确诊断为肾髓质囊性病，且须同时满足下列条件：

- 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。

#### (52) 严重的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、肝外胆道因纤维化性炎症逐渐狭窄，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，并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。**

#### (53) 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。须满足下列全部条件：

- 1) 明确诊断，符合所有以下诊断标准：
  - 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、艾滋病病毒（HIV）感染或者艾滋病、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。**

#### (54) 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，且已经立刻进行了手术治疗。最后的诊断必须由微生物或病理学专家进行相关检查后证实。

#### (55) 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。**

#### (56) 严重肌营养不良症

指一组肌肉变性病变，临床特征为与神经系统病变无关的肌肉无力和肌肉萎缩。本险种仅对肌营养不良症导致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的情况予以理赔。

#### (57) 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。

#### (58) 肝豆状核变性

指一种常染色体隐性遗传的铜代谢缺陷病，以不同程度的肝细胞损害、脑退行性病变和角膜边缘有铜盐沉着环为其临床特征，并须满足下列全部条件：

- 1) 典型症状；
- 2) 角膜色素环（K-F 环）；
- 3) 血清铜和血清铜蓝蛋白降低，尿铜增加；
- 4) 经肝脏活检确诊。

#### (59) 路易体痴呆

指一组在临床和病理表现上以波动性认知功能障碍、视幻觉和帕金森综合征为临床特点，以路易体为病理特征的神经变性疾病。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。导致痴呆的疾病必须明确诊断，并且有完整的临床、实验室和影像学检查结果证实。

**神经官能症，精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在保障范围内。**

#### (60) 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，被保险人实际接受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本保障范围内。**

**（61）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。嗜铬细胞瘤必须由内分泌专科医生诊断，并且满足以下所有条件：

- 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。

**（62）进行性核上性麻痹**

中枢神经系统变性疾病，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。

**（63）严重幼年型类风湿性关节炎**

幼年型类风湿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。

**本保险仅对实际接受了膝关节或髋关节置换手术治疗的严重的幼年型类风湿关节炎予以理赔。**

**（64）严重肠道疾病并发症**

指严重肠道疾病或外伤导致小肠损害并发症，并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。

**本项保险责任仅在被保险人 18 周岁以前提供保障。**

**（65）严重瑞氏综合症（Reye 综合征，也称赖氏综合征、雷氏综合征）**

瑞氏综合征为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。

瑞氏综合征必须满足以下所有条件：

- 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 3 倍；
- 3) 临床出现昏迷，病程至少达到疾病分期的第Ⅲ期。

**（66）严重自身免疫性肝炎**

指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，进而发展为肝硬化。必须满足所有以下条件：

- 1) 高  $\gamma$  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。

#### (67) 完全性房室传导阻滞

指因慢性心脏疾病导致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。必须明确诊断并且满足下列所有条件:

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。

#### (68) 细菌性脑脊髓膜炎

指因脑膜炎双球菌感染引起的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、智力或性情中度以上的损害, 且上述症状持续 90 天以上仍无改善迹象。

#### (69) 严重感染性心内膜炎

指因细菌、真菌和其他微生物制剂感染而产生心脏瓣膜的炎症或心室壁内膜的炎症, 引起心脏瓣膜关闭不全。须满足下列全部条件:

1) 急性或亚急性感染性心内膜炎临床表现;

2) 血培养病原体阳性;

3) 心脏功能衰竭程度达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级IV级并持续 180 天, 或接受了心脏瓣膜置换手术。

#### (70) 严重骨髓增生异常综合征

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, 本合同所指的严重骨髓异常增生综合征需满足下列所有条件:

1) 由设有专门血液病专科的公立三级甲等医院血液病专科的主治级别以上的医师确诊;

2) 骨髓涂片检查同时符合发育异常细胞比例 > 10%、原始细胞比例 > 15%;

3) 已接受至少累计 30 天的化疗或已接受骨髓移植治疗。

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。

(71) 严重癫痫

本病的诊断须由神经科或儿科专科医生根据典型临床症状和脑电图及 MRI、PET、CT 等影像学检查做出。理赔时必须提供 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，且已行神经外科手术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）不在本保障范围内。**

(72) 自体造血干细胞移植

指由于患者自身骨髓造血功能异常或为了达到治疗肿瘤的目的，采集患者自己的一部分造血干细胞，分离并深低温保存，再回输给患者使患者的造血功能和免疫功能重新恢复的一种治疗方法。该治疗须由保险人认可的专科医生认为在临床上是必需的。

(73) 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，同时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) 血气提示低氧血症。

(74) 肺泡蛋白质沉积症

指肺泡和细支气管腔内充满不可溶性富磷脂蛋白的疾病，胸部 X 线呈双肺弥漫性肺部磨玻璃影，病理学检查肺泡内充满有过碘酸雪夫（PAS）染色阳性的蛋白样物质，并且接受了肺灌洗治疗。

(75) 小肠移植

指因肠道疾病或外伤，已经实施了在全身麻醉下进行的小肠异体器官移植手术，次手术必须由专科医生认为是医学上必须的情况下进行。

(76) 疾病或外伤所致智力障碍

指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）。智力低常分为轻度（IQ50-70）、中度（IQ35-50）、重度（IQ20-35）和极重度（IQ<20）。智商的检测必须由保险人认可的专职心理测验工作者进行，心理测验工作者必须持有由心理测量专业委员会资格认定书。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）。必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) 专科医师确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低常；
- 3) 专职合格心理检测工作者适时做的心理检测证实被保险人智力低常（轻度、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。

### (77) 成骨不全症第三型

成骨不全症，又称脆骨病、瓷娃娃，患儿易发骨折、轻微的碰撞也会造成严重的骨折，是一种罕见的遗传性骨病。成骨不全症第三型须有专科医生明确诊断，同时符合下列所有条件：

- 1) 成骨不全症第三型之诊断进行的皮肤切片的病理检查结果为阳性；
- 2) X光片结果显示有多处骨折及逐步脊柱后侧凸畸形；
- 3) 有证明是因此疾病引致发育迟缓及听力损伤。

### (78) 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。

### (79) 亚急性硬化性全脑炎

是麻疹或麻疹样病毒所导致的一种中枢神经系统慢性感染。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。亚急性硬化性全脑炎必须满足以下所有条件：

- 1) 脑电图存在周期性复合波、脑脊液  $\gamma$  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，自主生活能力完全丧失，无法独立完成各项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

### (80) 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。本病必须符合以下全部条件：

- 1) 脊髓小脑变性症必须由医院诊断，并有以下证据支持：
  - ① 影响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，无法独立完成基本日常生活或者活动中的三项或者三项以上。

### (81) 进行性多灶性白质脑病

是一种亚急性脱髓鞘性脑病，常常发现于免疫缺陷的病人。必须由保险人认可的神经科医生根据脑组织活检确定。

### (82) 埃博拉病毒感染

指埃博拉病毒感染导致的烈性传染病，并须满足下列全部条件：

- 1) 实验室检查证实埃博拉病毒的存在；
- 2) 从发病开始有超过 30 天的进行性感染症状。

### (83) 严重继发性肺动脉高压

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心功能状态分级 IV 级。诊断需要由心脏科专家确诊，并且心导管检查报告显示静息状态下肺动脉平均压超过 30mmHg。

**所有先天性心脏疾病直接或间接引起的肺动脉高压不在本保障范围内。**

(84) 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。

(85) 重症手足口病

指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。经保险人认可的医疗机构的专科医生确诊为患有手足口病，并伴有下列三项中的任意一项并发症：

- 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。

(86) 湿性年龄相关性黄斑变性

又称为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，发生脉络膜新生血管（CNV）异常生长穿透玻璃膜进入视网膜，新生血管渗漏，渗出及出血。该病必须由荧光素眼底血管造影检查提示黄斑区新生血管形成，并且必须由眼科专科医生确诊为湿性年龄相关性黄斑变性。被保险人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、诊断证明及病历报告。

(87) 脊柱裂

指脊椎或颅骨不完全闭合，导致脊髓脊膜突出，脑（脊）膜突出或脑膨出，合并大小便失禁，部分或完全性下肢瘫痪或畸形等神经学上的异常，**但不包括由 X 线摄片发现的没有合并脊椎脊膜突出或脑（脊）膜突出的隐形脊椎裂。**

(88) 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。

(89) 血管性痴呆

指由缺血性卒中、出血性卒中和造成记忆、认知和行为等脑区低灌注的脑血管疾病所致的严重认知功能障碍综合征。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。导致痴呆的疾病必须明确诊断，并且有完整的临床、实验室和影像学检查结果证实。

**神经官能症，精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在本保障范围内。**

**(90) 原发性骨髓纤维化**

原发性骨髓纤维化以骨髓纤维增生和髓外造血为特点，表现为进行性贫血、脾肿大、外周血幼稚细胞等。被保险人须经由骨髓活检明确诊断为原发性骨髓纤维化，并满足下列所有条件且持续 180 天：

- 1) 血红蛋白 $<100\text{g/l}$ ；
- 2) 白细胞计数 $>25\times 10^9/\text{L}$ ；
- 3) 外周血原始细胞 $\geq 1\%$ ；
- 4) 血小板计数 $<100\times 10^9/\text{L}$ 。

**恶性肿瘤、中毒、放射线和感染所致的继发性骨髓纤维化不在本保障范围内。**

**(91) 失去一肢及一眼**

指因疾病或者意外伤害导致单眼视力丧失及单肢肢体机能完全丧失。

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

单肢肢体机能完全丧失，须满足下列至少一条件：

- 1) 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；
- 2) 任何一肢肢体机能完全丧失。

**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。**

**(92) 婴儿进行性脊肌萎缩症**

该病是累及脊髓前角细胞及延髓运动核的神经元退行性变性病。在出生后两年内出现的脊髓和脑干颅神经前角细胞进行性机能障碍，伴随肌肉无力和延髓机能障碍。

**(93) 多处臂丛神经根性撕脱**

指由于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。该病必须由保险人认可的医院的专科医生确诊，并且有完整的电生理检查结果证实。

**(94) 艾森门格综合征**

是一种先天性心脏病发展的后果。房、室间隔缺损、动脉导管未闭等先天性心脏病，可由原来的左向右分流，由于进行肺动脉高压发展至器官性肺动脉阻塞性病变，出现右向左分流，皮肤黏膜从无青紫发展到有青紫时，称为艾森门格综合征。本病诊断须有专科医生经超声心动图和心导管检查证实及须符合以下所有标准：

- 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。

#### (95) 因器官移植导致的艾滋病病毒感染

指因器官移植而感染上艾滋病病毒 (HIV) 或患艾滋病。本病须满足如下全部条件:

- 1) 在保障起始日或复效日之后, 被保险人因治疗必须而实施器官移植, 并且因器官移植而感染艾滋病病毒或艾滋病;
- 2) 提供器官治疗的器官移植中心或医院出具的此次因器官移植感染艾滋病病毒或艾滋病, 属于医疗事故的报告, 或者法院终审裁定医疗事故并且不准上诉;
- 3) 提供器官治疗的器官移植中心或医院必须具有合法经营执照。

**任何因其他传播方式 (包括: 性传播或静脉注射毒品) 导致艾滋病病毒 (HIV) 感染不在本项疾病保障范围内。** 保险人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。

#### (96) 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。急性主动脉夹层血肿必须明确诊断, 并且满足下列所有条件:

- 1) 有典型的临床表现;
- 2) 有电子计算机断层扫描 (CT)、磁共振扫描 (MRI)、磁共振血管造影 (MRA) 等影像学证据支持诊断;
- 3) 被保险人实际接受了急诊条件下进行的传统或微创开胸或开腹主动脉手术。

**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。**

#### (97) 肌萎缩脊髓侧索硬化后遗症

以肌肉无力及萎缩为特征, 并有以下情况作为证明: 脊髓前角细胞功能失调、可见的肌肉颤动、痉挛、过度活跃之深层肌腱反射和外部足底反射、影响皮质脊髓束、构音障碍及吞咽困难。必须由专科医生以适当的神经肌肉检查如肌电图 (EMG) 证实。本疾病必须导致严重的生理功能损坏 (由被保险人永久性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作为证明)。

#### (98) 严重结核性脑膜炎

由结核杆菌引起的脑膜和脊膜的非化脓性炎症性疾病。需满足以下全部条件:

- 1) 出现颅内压明显增高, 表现为头痛、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。

(99) 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。慢性缩窄性心包炎必须被明确诊断并且满足下列所有条件：

- 1) 心功能衰竭达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级IV级，并持续 180 天以上；
- 2) 已经接受了经下列任何一种手术路径进行的开胸心包剥离手术或心包切除手术。
  - ① 胸骨正中切口；
  - ② 双侧前胸切口；
  - ③ 左前胸肋间切口。

**经胸腔镜、胸壁打孔进行的手术、心包粘连松解手术不在保障范围内。**

(100) 胆道重建手术

指因疾病或胆道创伤导致接受涉及胆总管小肠吻合术的胆道重建手术。手术必须由保险人认可的专科医生认为是医疗必须进行的情况下进行。**胆道闭锁并不在保障范围内。**

**二十三、无有效驾驶证：**

被保险人存在下列情形之一者：

1. 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
2. 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
3. 实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
4. 持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
5. 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，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；
6. 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

**二十四、无有效行驶证：**

指下列情形之一：

1. 机动车被依法注销登记的；
2. 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动交通工具；
3. 未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动交通工具。未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

## **二十五、既往症：**

指在本合同生效前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病。通常有以下情况：

1. 本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
2. 本合同生效前，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. 本合同生效前，未经医生诊断和治疗，但症状或体征明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

## **二十六、症状：**

指被保险人病后对机体生理功能异常的自身体验和感觉。

## **二十七、体征：**

指被保险人的体表或内部结构发生可以察觉的改变。

## **二十八、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或作业。

## **二十九、攀岩：**

指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

## **三十、武术：**

指两人或者两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。

## **三十一、特技表演：**

指从事马术、杂技、驯兽等特殊技能。

## **三十二、探险：**

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，而故意使自己置身其中的行为，如江河漂流、徒步穿越沙漠或者人迹罕至的原始森林等活动。

## **三十三、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。在人体血液或其它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；同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

## **三十四、周岁：**

以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。

## **三十五、未到期保险费：**

除另有约定外，未到期保险费=保险费×（1-保险单已经过天数/保险期间天数）。经过天数不足一天的按一天计算。

### **三十六、不可抗力：**

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

### **三十七、保险金申请人：**

指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

### **三十八、肢体机能完全丧失：**

重大疾病定义中所指的“肢体机能完全丧失”是指肢体的三大关节中的两大关节僵硬，或不能随意识活动。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。

### **三十九、语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失：**

重大疾病定义中所指的“语言能力”是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。

重大疾病定义中所指的“咀嚼吞咽能力完全丧失”是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。

### **四十、六项基本日常生活活动：**

重大疾病定义中所指的“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。

### **四十一、永久不可逆：**

重大疾病定义中所指的“永久不可逆”是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。



阳光财产保险股份有限公司  
附加恶性肿瘤海外（赴日本）医疗保险条款  
(注册号:C00009332522019103103391)

**第一部分 总则**

**第一条 合同构成**

在投保阳光财产保险股份有限公司健康保险类保险合同（以下简称“主险”）的基础上，投保人可以投保本附加险。主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。本附加险合同未约定事项，以主险合同为准；主险合同与本附加险合同相抵触之处，以本附加险合同为准。凡涉及本附加险合同的约定，均应采用书面形式。

**第二条 投保人**

本附加险合同的投保人为主险合同的投保人。

**第三条 被保险人**

本附加险合同的被保险人为主险合同的被保险人。

**第四条 受益人**

除本附加险合同另有约定外，本附加险合同保险金的受益人为被保险人本人。

**第二部分 保险责任**

**第五条 保险责任**

在保险期间内，被保险人在本附加险合同约定的等待期后（续保则不受等待期的限制）经医院初次确诊罹患本附加险合同所定义的恶性肿瘤并需要接受医学必需的治疗，对于被保险人在日本接受的，由保险人授权的第三方服务提供商（以下简称“授权服务提供商”）安排的治疗所产生的必需且合理的恶性肿瘤海外医疗费用，**保险人在扣除本附加险合同约定的免赔额后，按照约定的给付比例向被保险人给付恶性肿瘤海外医疗保险金。在保险期间内，当累计给付的恶性肿瘤海外医疗保险金达到本附加险合同保险金额时，本附加险合同即行终止。**

保险期间届满时，若被保险人在保险期间内已向保险人提出前往日本进行恶性肿瘤治疗的书面申请且经保险人同意但尚未前往日本接受恶性肿瘤治疗，或已由授权服务商安排前往日本进行恶性肿瘤治疗但治疗尚未结束的，则保险人继续承担保险金给付责任直至治疗结束，但最长以被保险人首次向保险人提出前往日本进行恶性肿瘤治疗书面申请之日起365日为限。

若被保险人在本附加险合同生效前已发生恶性肿瘤，本附加险合同生效后再次发生恶性肿瘤的，保险人不承担给付保险金的责任。

**第三部分 保险金额、免赔额与补偿原则**

## 第六条 保险金额

本附加险合同的恶性肿瘤海外医疗保险金额由投保人、保险人双方在签订本附加险合同时协商约定，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。

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。保险人在保险期间内累计给付的保险金之和以本附加险合同约定的恶性肿瘤海外医疗保险金额为限。

## 第七条 免赔额

免赔额由投保人与保险人在订立本附加险合同时协商确定，并在保险单中载明。

本附加险合同中所指免赔额均指年免赔额，指在本附加险合同保险期间内应由被保险人自行承担，保险人不予赔付的部分。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过社会医疗保险和公费医疗保险获得的医疗费用补偿，不可用于抵扣免赔额。

## 第八条 补偿原则

本附加险合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本附加险合同的约定进行赔付。

## 第四部分 责任免除

第九条 因下列情形之一导致被保险人发生海外医疗费用，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）既往症；

（二）任何职业病、遗传性疾病、先天性恶性肿瘤（BRCA1/BRCA2 基因突变家族性乳腺癌、遗传性非息肉病性结直肠癌，肾母细胞瘤即 Wilms 瘤，李-佛美尼综合症即 Li-Fraumeni 综合症）、先天性畸形、变形和染色体异常（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；

（三）感染艾滋病病毒或者患艾滋病、性病、精神和行为障碍（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；

（四）被保险人曾经或正在吸食或者注射毒品；

（五）战争、恐怖主义行为、军事行动、暴乱、武装叛乱；

（六）核爆炸、核辐射、核污染、化学污染；

（七）政府部门正式宣布的疫情。

第十条 对于被保险人发生的下列费用，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）被保险人在保险事故通知日（不含）前 12 个月内在中国地区累计居住时间未超过 240 日的，被保险人产生的海外医疗费用；

(二) 被保险人在授权服务提供商出具治疗方案授权书之前产生的海外医疗费用；

(三) 被保险人接受授权服务提供商出具的治疗方案授权书所载治疗内容以外的治疗产生的海外医疗费用；

(四) 被保险人在接受治疗过程中购买或者租用任何类型的假体、矫形器具、紧身胸衣、绷带、拐杖、人造部件或者器官、假发（即使化疗过程中有必要使用）、矫形鞋、疝带等其他类似器具用品产生的费用，购买或者租用轮椅、专用床、空调器、空气净化器和和其他类似物品或者设备产生的费用；

(五) 任何替代疗法产生的海外医疗费用；

(六) 任何与认知障碍相关的海外医疗费用，无论其疾病发展状况；

(七) 被保险人在日本完成治疗之后接受任何随访和检查产生的海外医疗费用；

(八) 被保险人前往日本接受治疗过程中发生的任何非医疗费用，包括但不限于交通费、食宿费用、护照费用、签证费用等；

(九) 被保险人接种预防恶性肿瘤的疫苗，进行基因测试，鉴定恶性肿瘤的遗传性，接受实验性治疗以及安全性和可靠性未经相关科学证明的诊断、治疗或者外科手术所产生的海外医疗费用。

## 第五部分 保险期间

### 第十一条 保险期间

本附加险合同的保险期间与主险合同一致。

## 第六部分 其他约定

### 第十二条 续保

本附加险合同续保条件与主险合同相同，只有在续保主险合同基础上，才能申请续保本附加险合同。若被保险人已向保险人提出前往日本进行恶性肿瘤治疗（不论最终是否成行），本附加险合同不再接受投保人的续保申请。

续保不再计算等待期。续保时保险人根据被保险人的年龄、医疗费用水平变化、本附加险合同整体经营状况调整被保险人续保时的费率。费率调整适用于本附加险合同的所有被保险人或同一投保年龄段的所有被保险人，保险人不会因为某一被保险人的健康状况变化或历史理赔情况而单独调整该被保险人的续保费率。在投保人接受费率调整的前提下，保险人方可为投保人办理续保手续。

若本附加险合同统一停售的，保险人不再接受投保人的续保申请。

## 第七部分 释义

### 一、 保险人

指阳光财产保险股份有限公司。

## 二、医院

指符合下列条件的医疗机构：

- (1) 拥有所在地区的合法经营执照；
- (2) 设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；
- (3) 有在所在地区合法注册的医生和护士常驻执业，并提供全日 24 小时的医疗和护理服务。

其中，中国大陆地区（不包括港、澳、台地区）的医院指国务院卫生行政主管部门医院等级分类中的二级合格或者二级合格以上的公立医院。

上述医院均不包括护理机构、矿泉疗养院、水疗所、疗养所、康复机构、戒酒机构、酒精或者药物滥用看护机构、戒毒机构、疗养院或者养老院等其他类似目的的机构。

## 三、初次确诊

指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊患有某种疾病，而不是指自本附加险合同生效之后第一次经医院确诊患有某种疾病。

被保险人经手术治疗或病理检查确诊罹患恶性肿瘤的，以手术病理取材或病理活检取材日期为恶性肿瘤确诊日期；被保险人未经手术治疗但后续进行恶性肿瘤放射疗法或恶性肿瘤化学疗法的，以首次放疗或化疗日期为恶性肿瘤确诊日期。

## 四、恶性肿瘤

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。

下列疾病不在恶性肿瘤保障范围内：

- (1) 原位癌；
- (2) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- (3) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- (4) 皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；
- (5) M 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌；
- (6) 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

## 五、必需且合理的医疗费用

指同时符合下列两项条件的医疗费用：

### （一）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医疗费用。

对是否符合通常惯例由保险人的理赔人员根据客观、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。

## （二）医学必需

指医疗费用符合下列所有条件：

- （1） 旨在治疗被保险人的疾病，而非仅为缓解症状或提高被保险人的生活质量；
- （2） 兼顾成本和医疗质量情况下的最佳医疗方式和医疗服务实施类型；
- （3） 治疗类型、频率、时长与保险人认可的医学机构、研究机构、医疗保险组织或政府机构所给出的科学的医疗指导一致；
- （4） 与疾病的诊断情况一致；
- （5） 不以为被保险人或其医生谋利为目的；
- （6） 主流医学文献有以下记载之一：
  - a) 被论证可对该疾病进行安全有效的诊断或治疗；
  - b) 临床对照研究证明可对危及生命的伤害或疾病进行安全有效的治疗。

对是否为医学必需由保险人的理赔人员根据客观、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。

## 六、医疗费用

指被保险人按照授权服务商的安排和出具的治疗方案授权书在日本的指定医疗机构进行的恶性肿瘤治疗所发生的符合当地法律法规的必需且合理的如下费用：

### （1） 床位费、陪床费和膳食费

被保险人在日本接受治疗过程中，在日本住院发生的床位费、陪床费和膳食费。

床位费指被保险人住院期间在病房、重症监护室和观察室治疗期间使用床位的费用。

陪床费指医疗机构为陪同人员提供床位产生的费用（陪同人员限一名）。

膳食费指根据医生的医嘱且由医疗机构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水平的膳食的费用。

### （2） 药品费

被保险人在日本接受治疗过程中，在日本期间使用的根据医生开具的处方产生的药品费用。

### （3） 材料费

被保险人在日本接受治疗过程中，在日本期间进行手术过程中由医生植入患者体内、术后无法自由取摘、只能由医生进行开创手术才能取出的生物相容性材料的费用。

### （4） 医生费（诊疗费）

被保险人在日本接受治疗过程中，在日本期间由医生所实施的病情咨询以及检查、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。

#### (5) 护理费及门诊服务费

护理费指被保险人在日本接受治疗过程中，在日本住院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、重症监护和专项护理费用。

门诊服务费指被保险人在日本接受治疗过程中，在日本的医疗机构门诊部或诊所产生的费用。

#### (6) 检查化验费

被保险人在日本接受治疗过程中，在日本期间由医生开具的由医疗机构专项检查科室的专业检查、检验人员实施的各种检查化验项目所产生的费用，包括实验室检查、病理检查、放射线检查、CT、核磁共振检查（MRI）、B超、血管造影、脊髓造影、同位素、心电图、脑电图、心功能、肺功能、骨密度、基因学检查和其他类似检查产生的费用。

#### (7) 治疗及手术费用

被保险人在日本接受治疗过程中，在日本期间由以下治疗、手术和用药产生的费用：

- a) 由执业麻醉师进行的麻醉；
- b) 使用手术室以及进行手术；
- c) 由医生或者在医生监督下进行的化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法和肿瘤质子重离子疗法费用。
- d) 输血、注射血浆或者血清；
- e) 输氧、输液或者注射针剂。

#### (8) 转运费

被保险人在日本接受治疗过程中，在日本期间遵循医嘱且预先通过授权服务商批准使用救护车在同一城市内进行转院或者运送时产生的费用。

#### (9) 翻译费

被保险人在日本接受治疗过程中，在日本的医疗机构就诊时产生的与治疗相关的医学翻译费用。

#### (10) 远程咨询费

指被保险人在日本接受治疗过程中，在中国以书面形式咨询其日本的主治医生，日本的主治医生以书面形式回答时产生的费用。远程咨询在保险期间内以2次为限。

#### (11) 治疗直接并发症的费用

指治疗由保险人根据本附加险安排的治疗所引起的直接并发症的费用。这些治疗需同时满足以下条件：

- a) 需要立即在日本的医疗机构进行医疗处置；

b) 保证被保险人结束在日本的治疗之后的身体状况可以适合归国行程。

**因接受保险人根据本附加险安排的治疗所引起并发症但并不满足上述条件的相关治疗费用不在本附加险保障范围内。**

## **七、既往症**

指在本合同生效前罹患的被保险人已知或应该知道的有关恶性肿瘤。通常有以下情况：

(一) 本附加险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

(二) 本附加险合同生效前，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；

(三) 本附加险合同生效前，未经医生诊断和治疗，但症状或体征明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

## **八、职业病**

指企业、事业单位和个体经济组织等用人单位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。

## **九、遗传性疾病**

指生殖细胞或者受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或者畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。

## **十、先天性畸形、变形和染色体异常**

指被保险人出生时就具有的畸形、变形或者染色体异常。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》（ICD-10）确定。

## **十一、感染艾滋病病毒或者患艾滋病**

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

## **十二、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。**

## **十三、治疗方案授权书**

指被保险人在日本的指定医疗机构接受与保险责任相关的检查、化验、治疗、用药和其他医疗服务之前，由授权服务提供商出具的包含指定医疗机构名称、保险人承担的治疗项目以及治疗开始的时间等相关信息的书面文件。

## **十四、假体**

指能够完全或者部分替代某器官，或者替代身体无效故障部位行使全部或者部分功能的装置。

## 十五、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**。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。

## 十六、替代疗法

指目前传统医学或标准治疗之外的医学和健康管理系统、操作和产品，包括但不限于针灸、芳草疗法、脊椎指压疗法、顺势疗法、自然疗法、整骨疗法、印度韦达养生学和传统中医。

## 十七、护士

指在所在国合法注册的具有护士执业资格且正在执业的护理人员。

## 十八、指定医疗机构

指根据治疗方案授权书的约定，由授权服务提供商指定的医院、日间诊所或者独立的福利中心。

## 十九、医生

指在所在国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。

## 二十、化学疗法

指对于恶性肿瘤的化学治疗，简称“化疗”。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。本附加险合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在指定医疗机构进行的静脉注射化疗。本附加险合同所指的化学疗法使用的药物需符合日本的法律、法规要求并经过日本的相关监管机构批准用于临床治疗。

## 二十一、放射疗法

指针对恶性肿瘤的放射治疗，简称“放疗”。放疗是使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以抑制和杀灭癌细胞为目的而进行的治疗。本附加险合同所指的放疗为被保险人根据医嘱，在日本指定医疗机构的专门科室进行的放疗。

## 二十二、肿瘤免疫疗法

指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和增强机体抗肿瘤免疫应答，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本附加险合同所指的肿瘤免疫疗法使用的药物需符合日本的法律、法规要求并经过日本的相关监管机构批准用于临床治疗。

## 二十三、肿瘤内分泌疗法

指对于恶性肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制激素生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞的生长。本附加险合同所指的内分泌疗法使用的药物需符合日本的法律、法规要求并



经过日本的相关监管机构批准用于临床治疗。

#### **二十四、肿瘤靶向疗法**

指在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本附加险合同所指的靶向疗法使用的药物需符合日本的法律、法规要求并经过日本的相关监管机构批准用于临床治疗。

#### **二十五、肿瘤质子重离子疗法**

指利用质子和重离子对肿瘤进行放射治疗的技术。本附加险合同所指的质子、重离子放射治疗是指被保险人根据医嘱，在日本指定医疗机构的专门治疗室内接受的质子和重离子放射治疗。

# 阳光财产保险股份有限公司

## 附加家庭保单共享免赔额保险条款

(阳光财险) (备-医疗保险) [2020] (附) 144 号

(注册号: C00009332522020050900332)

### 总则

**第一条** 在投保阳光财产保险股份有限公司个人医疗费用保险 C 款保险 (以下简称“主险”) 的基础上, 投保人可以投保本附加险。主险合同效力终止, 本附加险合同效力亦同时终止; 主险合同无效, 本附加险合同亦无效。本附加险合同未约定事项, 以主险合同为准; 主险合同与本附加险合同相抵触之处, 以本附加险合同为准。凡涉及本附加险合同的约定, 均采用书面形式。

### 保险责任

**第二条** 投保人为多名家庭成员投保家庭保单, 在下述条件**全部符合**的前提下, 家庭保单保障的被保险人可共享保单载明的年度累计免赔额:

- (1) 投保人同时为多人投保家庭保单且被保险人具有相同的保险起期和保险止期;
- (2) 主险合同的被保险人应为投保人本人、或与投保人具有合法婚姻关系的配偶、或投保人的父母、子女;

当各被保险人全年累计免赔额达到保险合同载明的共享免赔额金额时, 保险人在补偿医疗保险金时不再扣除保险单载明的免赔额。

### 保险期间

**第三条** 除另有约定外, 本附加险合同保险期间与主险合同保险期间一致。

### 保险金申请

**第四条** 保险金申请人向保险人申请给付保险金时, 应提供如下材料:

- (一) 保险金给付申请书;
- (二) 保险合同凭证;
- (三) 保险金申请人的有效身份证件;
- (四) 支持索赔的全部账单、证明、信息和证据, 包括但不限于医院出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查、化验检查报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的, 应提供其他合法有效的材料;
- (五) 保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料;
- (六) 若保险金申请人委托他人申请的, 还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件;

(七) 家庭关系证明，包括但不限于居民户口簿。

保险金申请人未能提供上述索赔申请材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，**保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

在保险人的理赔审核过程中，**保险人有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。**

#### 责任免除

**第五条 具有下列任一情形时，保险人不承担保险责任：**

- (1) 投保人与被保险人关系不符合本附加条款约定的关系（本人、配偶、父母、子女）。
- (2) 索赔时无法提供保险人要求的家庭关系证明。

# 阳光财产保险股份有限公司

## 附加特定疾病住院津贴保险条款

(阳光财险) (备-医疗保险) [2020] (附) 146 号

(注册号: C00009332522020050900352)

### 总则

**第一条** 在投保阳光财产保险股份有限公司个人医疗费用保险 C 款保险 (以下简称“主险”) 的基础上, 投保人可以投保本附加险。主险合同效力终止, 本附加险合同效力亦同时终止; 主险合同无效, 本附加险合同亦无效。本附加险合同未约定事项, 以主险合同为准; 主险合同与本附加险合同相抵触之处, 以本附加险合同为准。凡涉及本附加险合同的约定, 均应采用书面形式。

### 保险责任

**第二条** 本附加险合同的特定疾病责任分为两个部分, 投保人可以根据实际的医疗保障需求选择投保, 组成本保险合同项下的保险责任, 并由保险人在保险单中载明:

#### 一、恶性肿瘤住院津贴保险金

在保险期间内, 被保险人自本附加险合同生效之日起经过三十日的等待期后(本附加险合同另有约定的不在此限), 经国家卫生行政部门评定的二级以上(含二级)医院的专科医生确诊初次罹患恶性肿瘤并住院治疗的, 对于被保险人的每次合理住院天数, 保险人按照如下规则计算并给付恶性肿瘤住院津贴保险金。

恶性肿瘤住院津贴保险金 = 恶性肿瘤住院合理住院天数 × 恶性肿瘤住院日给付金额

#### 二、特定手术住院津贴保险金

在保险期间内, 被保险人自本附加险合同生效之日起经过三十日的等待期后(本附加险合同另有约定的不在此限), 经国家卫生行政部门评定的二级以上(含二级)医院的专科医生确诊必须接受本附加险合同保险条款约定的 10 种特定手术, 并实施相应手术并住院治疗的, 对于被保险人的每次合理住院天数, 保险人按照如下规则计算并给付特定手术住院津贴保险金。

特定手术住院津贴保险金 = 特定手术住院合理住院天数 × 特定手术住院日给付金额

本附加险合同保险条款约定的 10 种特定手术具体包括:

- (一) 重大器官移植术 (心脏、肺、肝脏、肾脏、胰腺、小肠)
- (二) 血液系统疾病造血干细胞移植术
- (三) 心脏瓣膜修复手术
- (四) 冠状动脉搭桥术 (或称冠状动脉旁路移植术)
- (五) 主动脉手术
- (六) 严重感染性心内膜炎瓣膜置换手术
- (七) 严重溃疡性结肠炎全结肠切除手术
- (八) 角膜移植术
- (九) 截肢手术 (自腕关节、踝关节以上)

#### (十) 脑动脉瘤夹闭手术

本附加险合同中恶性肿瘤住院津贴保险金和特定手术住院津贴保险金的日给付金额、累计给付最高天数由投保人和保险人在投保时一次性协商确定，在本附加险合同保险期间内不得变更。

被保险人因保险事故须到医院进行合理且必需的住院治疗，在本附加险合同载明的保险期间内，每次保险事故累计住院天数以 90 日为限，**保险人对超出部分不承担给付保险金责任。**

被保险人因保险事故须到医院进行合理且必需的住院治疗，若至本附加险合同终止日治疗仍未结束的，保险人继续承担给付保险金责任，并最长延续至本附加险合同终止日起第 30 日，且该次保险事故累计住院天数不超过 90 日。

无论被保险人一次或多次发生保险事故，保险人均按上述约定承担给付保险金责任，但累计给付的保险金天数达到保险单所载的该被保险人对应的累计给付最高天数时，本附加险合同对该被保险人对应的恶性肿瘤住院津贴保险金或特定手术住院津贴保险金责任终止。

若被保险人同时满足恶性肿瘤住院津贴保险金和特定手术住院津贴保险金给付条件时，保险人仅按其中一项进行给付，累计给付的保险金天数以保险单所载明的该被保险人对应的其中一项的累计给付最高天数为限。

### 保险金额

#### 第三条

(一)本附加险合同的保险金额包括恶性肿瘤住院津贴保险金额和特定手术住院津贴保险金额，其中：

恶性肿瘤住院津贴保险金额=恶性肿瘤住院日给付金额×恶性肿瘤住院累计给付最高天数

特定手术住院津贴保险金额=特定手术住院日给付金额×特定手术住院累计给付最高天数

(二) 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

### 保险期间

**第四条** 除另有约定外，本附加险合同保险期间与主险合同保险期间一致。

### 责任免除

**第五条** 除另有约定外，本附加险条款的“责任免除”同主险条款中的“责任免除”。

### 保险金的申请与给付

**第六条** 保险金申请人向保险人申请给付保险金时,应提交作为索赔依据的证明和材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的,应提供其它合法有效的材料。若保险金申请人委托他人申请的,还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。**保险金申请人未能提供有关材料,导致保险人无法核实该申请的真实性的,保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

由被保险人作为申请人填写保险金给付申请书,并凭下列证明和资料向保险人申请给付住院津贴保险金:

(一) 保险单正本原件或其它保险凭证原件;

(二) 被保险人户籍证明或身份证明;

(三) 卫生行政部门批准的二级以上(含二级)医院出具的出院证明或住院天数证明、诊断证明、住院病历;

(四) 恶性肿瘤住院还需出具:卫生行政部门批准的二级以上(含二级)医院出具的附有病理显微镜检查、血液检验及其它科学方法检验报告的疾病诊断证明书;

(五) 特定手术住院还需出具:卫生行政部门批准的二级以上(含二级)医院的专科医生出具的附有病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告的疾病诊断证明书、手术报告、出院记录(以上证明皆须原件或加盖医院公章的复印件),保险人保留对被保险人的病情做进一步会诊的权利;

(六) 保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的证明和资料。

**第七条** 保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

## 释义

### 1. 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)在二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

### 2. 恶性肿瘤

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散,浸润和破坏周围正常组织,可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断,临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD-10)的恶性肿瘤范畴。

下列疾病不在恶性肿瘤保障范围内:

- 1) 原位癌;
- 2) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病;
- 3) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病;
- 4) 皮肤癌(不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌);
- 5) TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌;

6) 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

### 3. 重大器官移植术（心脏、肺、肝脏、肾脏、胰腺、小肠）

被保险人因器官功能衰竭接受了重大器官移植手术，重大器官包括心脏、肺、肝脏、肾脏、胰腺和小肠。其他器官、组织、细胞的移植不在保障范围内。

### 4. 血液系统疾病造血干细胞移植术

被保险人因血液系统疾病导致骨髓造血功能衰竭接受了造血干细胞移植手术，包括骨髓移植和外周血造血干细胞移植。因其他疾病接受的干细胞移植不在保障范围内。

### 5. 心脏瓣膜修复手术

指为治疗心脏瓣膜疾病，实施了开胸进行的心脏瓣膜修复手术。

### 6. 冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）

被保险人因冠状动脉病接受了冠状动脉搭桥术（冠状动脉旁路移植术）。经皮经导管冠状动脉介入治疗不在保障范围内，如冠状动脉球囊血管成形术、冠状动脉支架植入术、冠状动脉旋磨术、冠状动脉内血栓抽吸、切割球囊成型术、冠状动脉激光成形术等。

### 7. 主动脉手术

被保险人因主动脉疾病接受了开胸或开腹进行的主动脉置换或修补手术。主动脉包括升主动脉、主动脉弓、降主动脉和腹主动脉，不包括主动脉的分支血管。经皮经导管进行的主动脉内手术不在保障范围内。

### 8. 严重感染性心内膜炎瓣膜置换手术

被保险人因急性或亚急性感染性心内膜炎接受了瓣膜置换手术。因其他心脏瓣膜病接受的瓣膜置换手术不在保障范围内。

### 9. 严重溃疡性结肠炎全结肠切除手术

被保险人因溃疡性结肠炎接受了全结肠切除手术。部分结肠切除或因其他疾病接受全结肠切除手术不在保障范围内。

### 10. 角膜移植术

被保险人因角膜外伤或疾病接受了角膜移植术。

### 11. 截肢手术（自腕关节、踝关节以上）

被保险人因外伤或疾病接受了上肢或下肢的截肢手术。上肢截肢指自腕关节或以上全手截除，下肢截肢指自踝关节或以上全足截除。自掌骨、跖骨的截除，截指或截趾不在保障范围内。

### 12. 脑动脉瘤夹闭手术

被保险人因脑动脉瘤接受了开颅进行的脑动脉瘤夹闭手术。经皮经导管脑动脉瘤栓塞手术不在保障范围内。

### 13. 住院

指被保险人因疾病或意外伤害入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，不包括入住门诊观察室、其他非正式病房或挂床住院。若被保险人非治疗需要离开保险人指定或认可的医院视为自动离开医院，保险人仅对该日以前住院治疗负保险责任。

#### **14. 每次住院**

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的期间；但如果被保险人因同一疾病及其引发的并发症或同一意外伤害及其引发的并发症而住进医院两次（含）以上，若其前次住院出院之日与下次住院治疗入院之日间隔期间未超过 90 日，视为同一次住院。

#### **15. 合理住院天数**

指被保险人因意外伤害或疾病入住医院住院部病房进行治疗，并正式办理入出院手续，一日 24 小时住在医院的天数，不包括挂床等不合理住院天数。

挂床是指被保险人虽然办理了住院手续，但在住院过程中一日内未接受与住院诊断相关的检查和治疗，或一日内住在医院不满 24 小时的情形，遵医嘱到外院接受临时诊疗的除外。



# 阳光财产保险股份有限公司

## 附加特定疾病特需医疗扩展保险条款

(阳光财险) (备-医疗保险) [2020] (附) 145 号

(注册号: C00009332522020050900372)

### 总则

**第一条** 在投保阳光财产保险股份有限公司个人医疗费用保险 C 款保险 (以下简称“主险”) 的基础上, 投保人可以投保本附加险。主险合同效力终止, 本附加险合同效力亦同时终止; 主险合同无效, 本附加险合同亦无效。本附加险合同未约定事项, 以主险合同为准; 主险合同与本附加险合同相抵触之处, 以本附加险合同为准。凡涉及本附加险合同的约定, 均应采用书面形式。

### 保险责任

**第二条** 本附加险合同的特定疾病特需医疗保险责任分为两个部分, 投保人可以根据实际的医疗保障需求选择投保, 组成本保险合同项下的保险责任, 并由保险人在保险单中载明:

#### 恶性肿瘤特需医疗保险金

在保险期间内, 被保险人自本附加险合同生效之日起经过三十日的等待期后 (本附加险合同另有约定的不在此限) 患疾病, 经保险人指定或者认可的医疗机构的专科医生确诊罹患恶性肿瘤并在特定医疗机构治疗的, 由此发生的符合主险合同约定的合理医疗费用, 保险人根据本附加险合同的约定, 按照“(合理医疗费用-免赔额)×给付比例”计算给付恶性肿瘤特需医疗保险金。

#### 特定手术特需医疗保险金

在保险期间内, 被保险人自本附加险合同生效之日起经过三十日的等待期后 (本附加险合同另有约定的不在此限) 患疾病, 经保险人指定或者认可的医疗机构的专科医生确诊必须接受本附加险合同保险条款约定的 10 种特定手术, 并在特定医疗机构治疗的, 由此发生的符合主险合同约定的合理医疗费用, 保险人根据本附加险合同的约定, 按照“(合理医疗费用-免赔额)×给付比例”计算给付特定手术特需医疗保险金。

本附加险合同保险条款约定的 10 种特定手术具体包括:

- (一) 重大器官移植术 (心脏、肺、肝脏、肾脏、胰腺、小肠)
- (二) 血液系统疾病造血干细胞移植术
- (三) 心脏瓣膜修复手术
- (四) 冠状动脉搭桥术 (或称冠状动脉旁路移植术)
- (五) 主动脉手术
- (六) 严重感染性心内膜炎瓣膜置换手术
- (七) 严重溃疡性结肠炎全结肠切除手术
- (八) 角膜移植术
- (九) 截肢手术 (自腕关节、踝关节以上)
- (十) 脑动脉瘤夹闭手术

## 保险金额与免赔额

**第三条** 本附加险合同的恶性肿瘤特需医疗保险金和特定手术特需医疗保险金的保险金额由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

本附加险合同的保险金额包含于主险合同的总保险金额（或累计给付上限）之内，若保险人在主险合同及本附加险合同项下累计给付保险金的金额达到主险合同中约定的总保险金额（或累计给付上限），则主险合同和本附加险合同同时终止，保险人对被保险人不再承担任何给付保险金的责任。

**第四条** 本附加险合同所称免赔额均指年免赔额。本附加险合同与主险合同共用免赔额。若免赔额在主险合同项下赔付时已经完全扣除，则本附加险合同不再扣除免赔额；若免赔额在本附加险合同项下赔付时已经完全扣除，则主险合同不再扣除免赔额。

## 保险期间

**第五条** 除另有约定外，本附加险合同保险期间与主险合同保险期间一致。

## 责任免除

**第六条** 除另有约定外，本附加险条款的“责任免除”同主险条款中的“责任免除”。

## 释义

### 1. 特定医疗机构

境内二级以上（含）医疗机构的特需医疗部、国际部或VIP部（不包括观察室、联合病房和康复病房），以及保险人指定的医疗机构。该医疗机构具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且提供二十四小时有合格医师及护士的医疗和护理等服务。上述医疗机构不包括境外医院、中外合资医院、民营医院、康复中心、联合诊所以及主要为门诊、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者类似目的提供服务的医疗机构。

保险人有权对部分医疗机构予以除外，并于保险单中载明。保险期间内保险人调整特定医疗机构的，以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网）的通知为准。

### 2. 恶性肿瘤

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。

下列疾病不在恶性肿瘤保障范围内：

- 1) 原位癌；
- 2) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- 3) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

4) 皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；

5) TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌；

6) 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

### 3. 重大器官移植术（心脏、肺、肝脏、肾脏、胰腺、小肠）

被保险人因器官功能衰竭接受了重大器官移植手术，重大器官包括心脏、肺、肝脏、肾脏、胰腺和小肠。其他器官、组织、细胞的移植不在保障范围内。

### 4. 血液系统疾病造血干细胞移植术

被保险人因血液系统疾病导致骨髓造血功能衰竭接受了造血干细胞移植手术，包括骨髓移植和外周血造血干细胞移植。因其他疾病接受的干细胞移植不在保障范围内。

### 5. 心脏瓣膜修复手术

指为治疗心脏瓣膜疾病，实施了开胸进行的心脏瓣膜修复手术。

### 6. 冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）

被保险人因冠状动脉病接受了冠状动脉搭桥术（冠状动脉旁路移植术）。经皮经导管冠状动脉介入治疗不在保障范围内，如冠状动脉球囊血管成形术、冠状动脉支架植入术、冠状动脉旋磨术、冠状动脉内血栓抽吸、切割球囊成型术、冠状动脉激光成形术等。

### 7. 主动脉手术

被保险人因主动脉疾病接受了开胸或开腹进行的主动脉置换或修补手术。主动脉包括升主动脉、主动脉弓、降主动脉和腹主动脉，不包括主动脉的分支血管。经皮经导管进行的主动脉内手术不在保障范围内。

### 8. 严重感染性心内膜炎瓣膜置换手术

被保险人因急性或亚急性感染性心内膜炎接受了瓣膜置换手术。因其他心脏瓣膜病接受的瓣膜置换手术不在保障范围内。

### 9. 严重溃疡性结肠炎全结肠切除手术

被保险人因溃疡性结肠炎接受了全结肠切除手术。部分结肠切除或因其他疾病接受全结肠切除手术不在保障范围内。

### 10. 角膜移植术

被保险人因角膜外伤或疾病接受了角膜移植术。

### 11. 截肢手术（自腕关节、踝关节以上）

被保险人因外伤或疾病接受了上肢或下肢的截肢手术。上肢截肢指自腕关节或以上全手截除，下肢截肢指自踝关节或以上全足截除。自掌骨、跖骨的截除，截指或截趾不在保障范围内。

### 12. 脑动脉瘤夹闭手术

被保险人因脑动脉瘤接受了开颅进行的脑动脉瘤夹闭手术。经皮经导管脑动脉瘤栓塞手

术不在保障范围内。

阳光财产保险股份有限公司  
附加扩展质子重离子医疗费用保险 C 款条款  
(阳光财险)(备-医疗保险)【2021】(附) 022 号  
(注册号: C00009332522020012222911)

**总则**

**第一条** 在投保阳光财产保险股份有限公司医疗类保险(以下简称“主险”)的基础上,投保人可以投保本附加险。主险合同效力终止,本附加险合同效力亦同时终止;主险合同无效,本附加险合同亦无效。本附加险合同未约定事项,以主险合同为准;主险合同与本附加险合同相抵触之处,以本附加险合同为准。凡涉及本附加险合同的约定,均采用书面形式。

**保险责任**

**第二条** 经投保人申请并经保险人同意,在保险期间内,被保险人在等待期后经医院诊断初次罹患恶性肿瘤,并于保险人指定的特定医疗机构接受质子重离子治疗的,则对于被保险人需个人支付的、必需且合理的质子重离子医疗费用,保险人按照约定的给付比例且以保险单所载本附加险合同项下的保险金额为限向被保险人给付质子重离子医疗保险金。

**第三条** 特定医疗机构以在保险单中载明的医疗机构名单为准。

**第四条** 被保险人在保险期间内住院治疗,到保险期间届满日时,被保险人未结束本次住院治疗的,保险人继续承担因本次住院发生的、最高不超过保险期间届满日后 30 日内(含第 30 日)的质子重离子医疗费用。如第 30 日仍未结束本次住院治疗的,自第 30 天后发生的质子重离子医疗费用不属于本合同保险责任。

**第五条** 本附加险合同遵循医疗费用补偿原则。被保险人同时拥有多份有效的费用补偿型医疗保险保险单的,可以自主决定理赔申请顺序。但保险人给付的医疗保险金与被保险人从其所参加的其他保险计划或从社会福利机构、按政府规定补偿等其他任何途径取得医疗费用补偿总额,以被保险人实际支出的质子重离子治疗医疗费用金额为限。

**保险金额**

**第六条** 本附加险合同的质子重离子医疗费用保险金的保险金额由投保人和保险人协商确定,并在保险单中载明。

本附加险合同的保险金额包含于主险合同的总保险金额(或累计给付上限)之内,若保险人在主险合同及本附加险合同项下累计给付保险金的金额达到主险合同中约定的总保险金额(或累计给付上限),则主险合同和本附加险合同同时终止,保险人对被保险人不再承担任何给付保险金的责任。

**保险期间**

**第七条** 除另有约定外,本附加险合同保险期间与主险合同保险期间一致。

## 释义

### 1. 恶性肿瘤

指主险合同中约定的恶性肿瘤，但下列疾病不在本附加险合同保障范围内：

- ①原位癌；
- ②相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- ③相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- ④皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；
- ⑤TNM 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；
- ⑥感染艾滋病病毒或罹患艾滋病期间所罹患恶性肿瘤。

### 2. 质子重离子医疗费用

指被保险人因接受质子重离子放射治疗而发生的相关费用，包括床位费、膳食费、护理费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费，但不包括化学疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法和肿瘤靶向疗法所产生的药品费。