

中国人民财产保险股份有限公司 个人住院医疗保险条款（A款）

注册号：C00000232512021020412892

1 总则

1.1 合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、保险单以及经投保人与保险人认可的、与保险合同有关的其它书面协议（包括但不限于健康问卷、声明、批单）组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

1.2 投保人

具有完全民事行为能力的被保险人本人，或在本保险合同订立时对被保险人有保险利益的其他自然人或团体可作为投保人。

1.3 被保险人

年龄在0至100周岁（含）（见释义）、首次投保时或非续保时身体健康、能正常工作、生活的自然人可作为本保险合同的被保险人。投保时被保险人为0周岁的，应当为出生满30日且已健康出院的婴儿。除另有约定外，被保险人为65周岁（不含）以上的，保险人不接受首次投保，只接受续保。

1.3.1 被保资格的获得

本保险合同为首次投保或非续保的，被保险人获得被保资格的日期为本保险合同的保险期间起始日；本保险合同为续保的，被保险人获得被保资格的日期为续保对应首张保险合同的保险期间起始日。

1.3.2 被保资格的丧失或终止

被保险人因非保险事故身故的，则自其身故之日起该被保险人的被保资格丧失，保险人对该被保险人所承担的保险责任随即终止。

本保险合同保险期间终止且被保险人未在“2.5续保”所约定的续保宽限期截止日前续保的，则被保险人的被保资格随保险期间终止而终止，保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

本保险合同解除，则自解除之日起被保险人的被保资格终止，保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

1.4 受益人

除另有约定外，本保险合同的受益人为被保险人本人。

2 保障内容

2.1 保险责任

本保险合同的保险责任包括“一般医疗保险金”、“重大疾病医疗保险金”、“指定药店购买特定药品费用保险金”和“质子重离子医疗保险金”。所投保的保险责任一经确定，在本合同保险期间内不得变更。

2.1.1 一般医疗保险金

被保险人自获得被保资格之日起遭受意外伤害（见释义）或自获得被保资格之日起经过本保险合同约定的等待期（见释义）后罹患疾病在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门和台湾地区）二级（含）及以上公立医院（见释义）或保险人认可的医疗机构（见释义）的普通部接受治疗的，对于其在保险期间内向上述医院或医疗机构累计支出的2.1.1.1-2.1.1.4中必需且合理（见释义）的医疗费用，保险人按照2.1.6.1一般医疗、重大疾病医疗保险金给付标准的约定，在一般医疗保险金额范围内计算并给付保险金。

除另有约定外，保险人承担保险责任的范围不包括上述医院或医疗机构的家

庭病床（房）、特需医疗、外宾医疗、国际部、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 部，以及其他不属于社会基本医疗保险（见释义）范畴的门诊、急诊、病房、住院部。

2.1.1.1 住院医疗费用

被保险人接受符合本保险合同约定的住院（见释义）治疗时，发生的必需且合理的住院医疗费用（见释义）。

保险期间届满被保险人仍在住院治疗的，保险人承担给付保险金的期限可自保险期间届满次日起延长至出院之日止，但最长以 30 日为限。

2.1.1.2 特殊门诊医疗费用

被保险人接受符合本保险合同约定的特殊门诊治疗时，发生的必需且合理的如下特殊门诊治疗费用：

（1）门诊肾透析费；

（2）恶性肿瘤——重度（见释义 9.15 中“（一）”）门诊治疗费，包括化学疗法（见释义）、放射疗法（见释义）、肿瘤免疫疗法（见释义）、肿瘤内分泌疗法（见释义）、肿瘤靶向疗法（见释义）的治疗费用；

（3）器官移植后的门诊抗排异治疗费。

2.1.1.3 门诊手术费用

被保险人接受符合本保险合同约定的门诊治疗且必须接受门诊手术时，发生的必需且合理的手术费。

2.1.1.4 住院前后门急诊医疗费用

被保险人接受符合本保险合同约定的住院的，在住院前 7 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受符合本保险合同约定的门急诊治疗时，发生的必需且合理的门急诊医疗费用（但不包括特殊门诊医疗费用和门诊手术费用）。

2.1.2 重大疾病医疗保险金

被保险人自获得被保资格之日起发生以下情形之一，在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门和台湾地区）二级（含）及以上公立医院或保险人认可的医疗机构的普通部接受治疗的，保险人先按照 2.1.1 的约定给付一般医疗保险金，当保险人累计给付的保险金达到一般医疗保险金的保险金额后，保险人在本保险责任项下，对于被保险人在保险期间内向上述医院或医疗机构累计支出的 2.1.2.1-2.1.2.4 中必需且合理的医疗费用，保险人按照“2.1.6.1 一般医疗、重大疾病医疗保险金给付标准”的约定，在重大疾病医疗保险金额范围内计算并给付保险金：

（一）因遭受意外伤害被专科医生（见释义）初次确诊（见释义）罹患本保险合同所约定的重大疾病（见释义）中的一种或多种；

（二）经过本保险合同约定的等待期后被专科医生初次确诊罹患本保险合同所约定的重大疾病中的一种或多种。

除另有约定外，保险人承担保险责任的范围不包括上述医院或医疗机构的家庭病床（房）、特需医疗、外宾医疗、国际部、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 部，以及其他不属于社会基本医疗保险（见释义）范畴的门诊、急诊、病房、住院部。

2.1.2.1 重大疾病住院医疗费用

被保险人因重大疾病接受符合本保险合同约定的住院治疗时，发生的必需且合理的重大疾病住院医疗费用（见释义）。

保险期间届满被保险人仍在住院治疗的，保险人承担给付保险金的期限可自保险期间届满次日起延长至出院之日止，但最长以 30 日为限。

2.1.2.2 重大疾病特殊门诊医疗费用

被保险人因重大疾病接受符合本保险合同约定的特殊门诊治疗时，发生的必需且合理的如下特殊门诊治疗费用：

- (1) 门诊肾透析费；
- (2) 恶性肿瘤——重度门诊治疗费，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法的治疗费用；
- (3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费。

2.1.2.3 重大疾病门诊手术费用

被保险人因重大疾病接受符合本保险合同约定的门诊治疗且必须接受重大疾病门诊手术时，发生的必需且合理的手术费。

2.1.2.4 重大疾病住院前后门急诊医疗费用

被保险人因重大疾病接受符合本保险合同约定的住院的，在住院前7日（含住院当日）和出院后30日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受符合本保险合同约定的门急诊治疗时，发生的必需且合理的重大疾病门急诊医疗费用（但不包括重大疾病特殊门诊医疗费用和重大疾病门诊手术费用）。

2.1.3 指定药店购买特定药品费用保险金

被保险人自获得被保资格之日起，经过本保险合同约定的等待期后被专科医生初次确诊罹患本合同所定义的“恶性肿瘤——重度”，对于被保险人在保险期间内发生且同时满足“2.1.3.1特定药品费用使用条件”的**特定药品（见释义）**费用，保险人按照“2.1.6.2指定药店购买特定药品费用保险金给付标准”的约定，在指定药店购买特定药品费用保险金额范围内计算并给付保险金。

2.1.3.1 特定药品费用使用条件

保险人承担保险责任的特定药品费用须同时满足以下条件：

1. 该特定药品须由医院专科医生开具**处方（见释义）**且为被保险人当前治疗必需的药品；
2. 每次特定药品处方剂量不超过一个月；
3. 每次特定药品处方须在保险期间内开具；
4. 该特定药品必须为处方开具时已被中国国家药品监督管理局批准，且已在中国上市的**靶向药物（见释义）**和**免疫治疗药物（见释义）**；
5. 特药药品在**约定的药品清单（见释义）**列表中；
6. 该特定药品必须在保险人指定药店购买；
7. 须按照“2.1.3.2”的约定申请和购买药品。

2.1.3.2 授权申请、药品处方审核及购药流程

在保险期间内，被保险人需按照以下流程进行授权申请、药品处方审核和药品购买：

1. 授权申请和药品处方审核：

保险金申请人（见释义）向保险人提交恶性肿瘤指定药店购买特定药品授权申请（以下简称“授权申请”），并提供下列授权申请材料：

- (1) 保险金给付申请书；
- (2) 被保险人的**有效身份证件（见释义）**；
- (3) 支持审核的全部证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的门诊及住院病历资料、医学诊断书、病理检查报告、影像报告、检查化验报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等原件。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料；

(4) 医生开具的特定药品处方；

(5) 医院开具的外购药证明；

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

(7) 若保险金申请人委托他人申请的，还应提供保险金转账授权书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等材料。

保险人基于提交的资料进行药品处方审核。若保险金申请人提交的相关材料不足以支持药品处方审核，或者医学材料中相关的科学方法检验报告结果不支持药品处方的开具，保险人有权要求并一次性通知保险金申请人补充提供有关证明和资料。

如果保险金申请人未提交授权申请或者处方审核未通过，保险人不承担赔偿恶性肿瘤指定药店购买特定药品费用保险金的责任。

2. 药品购买

特定药品授权申请及特定药品处方首次经保险人审核通过后，保险人将指引保险金申请人，携带有效药品处方、保险金申请人及被保险人的有效身份证件、被保险人的中华人民共和国社会保障卡（如有）到保险人与保险金申请人确认取药的指定药店自取药品。

非首次购药经保险人审核通过后，保险金申请人可选择去指定药店自取药品或送药上门服务，若选择送药上门服务，保险人将协调药店进行冷链配送到保险金申请人的指定地址，保险金申请人收到药品时须提供有效药品处方、保险金申请人及被保险人的有效身份证件、被保险人的中华人民共和国社会保障卡（如有）。

2.1.4 质子重离子医疗保险金

被保险人自获得被保资格之日起经过本保险合同约定的等待期后被专科医生初次确诊罹患本保险合同约定的“恶性肿瘤——重度”，在保险单载明的特定医疗机构接受质子、重离子放射治疗的，对于其在保险期间内向特定医疗机构支付的必需且合理的**质子重离子医疗费用（见释义）**，保险人按照“2.1.6.3 质子重离子医疗保险金给付标准”的约定，在质子重离子医疗保险金额范围内计算并给付保险金。

保险期间届满被保险人仍在住院治疗的，保险人承担给付保险金的期限可自保险期间届满次日起延长至出院之日止，但最长以 30 日为限。

2.1.5 免赔额

免赔额的具体金额以及相关适用情况由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在保险单中载明。

本保险合同中所指免赔额均指年免赔额，指在本保险合同保险期间内，应由被保险人自行承担，本保险合同不予赔付的部分。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**社会基本医疗保险（见释义）、公费医疗保险**和大病保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

2.1.6 保险金给付标准

2.1.6.1 一般医疗、重大疾病医疗保险金给付标准

对于每一被保险人在保险期间内累计支出的符合本保险合同 2.1.1 和 2.1.2 约定的医疗费用（以下公式中简称为“累计合理医疗费用”），保险人按照下列公式计算保险金：

(1) 若被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿金额（**不含社会基本医疗保险、公费医疗和大病保险（见释义）已补偿金额**）超过免赔额的，保险金计算公

式为：

保险金=（累计合理医疗费用-社会基本医疗保险、公费医疗和大病保险已补偿金额以及其他途径已获得的医疗费用补偿金额）×给付比例

（2）若被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿金额（不含社会基本医疗保险、公费医疗和大病保险已补偿金额）不超过免赔额的，保险金计算公式为：

保险金=（累计合理医疗费用-社会基本医疗保险、公费医疗和大病保险已补偿金额-免赔额）×给付比例

前述免赔额、给付比例由投保人、保险人双方协商确定，并在保险单中载明。若被保险人以参加社会基本医疗保险身份投保，但未以参加社会基本医疗保险身份就诊并结算的，则保险人根据另行约定的给付比例及上述保险金计算公式计算保险金，该给付比例由投保人和保险人双方协商确定，并在保险单中载明。被保险人参加公费医疗的，视同参加社会基本医疗保险。

2.1.6.2 指定药店购买特定药品费用保险金给付标准

指定药店购买特定药品费用保险金包括医保范围内药品费用保险金及非医保范围内药品费用保险金。

（1）医保范围内药品费用保险金的计算方法

医保范围内药品费用保险金=（发生的符合社会基本医疗保险报销范围的癌症特种药品费用-从社会基本医疗保险、公费医疗和大病保险已补偿金额以及其他途径已获得的补偿金额）×医保范围内药品费用给付比例

基本医疗保险报销范围以处方开具时被保险人社会基本医疗保险参加地政策为准，被保险人未参加社会基本医疗保险的，以本保险合同签发地政策为准。医保范围内药品费用给付比例由投保人、保险人双方协商确定，并在保险单中载明。若被保险人以参加社会基本医疗保险身份投保，但购药时未以参加社会基本医疗保险身份结算的，则保险人根据另行约定的医保范围内药品费用给付比例及上述保险金计算公式计算保险金，该给付比例由投保人和保险人双方协商确定，并在保险单中载明。被保险人参加公费医疗的，视同参加社会基本医疗保险。

（2）非医保范围内药品费用保险金的计算方法

非医保范围内药品费用保险金=（发生的不符合社会基本医疗保险报销范围的癌症特种药品费用-从其他途径已获得的补偿金额）×非医保范围内药品费用给付比例

基本医疗保险报销范围以处方开具时被保险人社会基本医疗保险参加地政策为准，被保险人未参加社会基本医疗保险的，以本保险合同签发地政策为准。非医保范围内药品费用给付比例由投保人、保险人双方协商确定，并在保险单中载明。

2.1.6.3 质子重离子治疗保险金给付标准

对于每一被保险人在保险期间内累计支出的符合本保险合同 2.1.4 约定的质子重离子医疗费用（以下公式中简称为“累计质子重离子医疗费用”），保险人按照下列公式计算保险金：

保险金=（累计质子重离子医疗费用-社会基本医疗保险、公费医疗和大病保险已补偿金额以及其他途径已获得的医疗费用补偿金额）×给付比例

给付比例由投保人、保险人双方协商确定，并在保险单中载明。

2.1.7 补偿原则

本保险合同适用补偿原则。被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的医疗费用金额为限。

2.2 责任免除

2.2.1 因下列情形之一，导致被保险人支出医疗费用的，保险人不承担给付保险金责任：

（1）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

（2）被保险人故意自伤或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除

外；

(3) 被保险人因挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；

(4) 被保险人受酒精、毒品、管制药物的影响，但遵医嘱使用药物的情形不在此限；

(5) 被保险人未遵医嘱服用、涂用、注射药物，但按使用说明的规定使用非处方药不在此限；

(6) 被保险人在获得被保资格前所患既往症（见释义）及保险单中特别约定的除外疾病和情形；

(7) 被保险人在获得被保资格之日起 120 天内接受扁桃体腺、甲状腺、疝气、女性生殖系统疾病的检查与治疗；

(8) 遗传性疾病（见释义），先天性畸形、变形或染色体异常（见释义）；

(9) 被保险人存在精神和行为障碍（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；

(10) 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；

(11) 被保险人接受以保健（见释义）为目的的疗养、特别护理、静养，康复性治疗、物理治疗、心理治疗或预防性治疗；

(12) 被保险人接受包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

(13) 被保险人作为器官捐赠方接受器官捐赠手术；

(14) 被保险人接受美容手术、矫形手术、变性手术或非因意外伤害而进行的整形手术；

(15) 被保险人接受试验性药物或治疗；

(16) 被保险人进行或接受健康检查、看护、保健或任何与疾病、意外伤害无直接关系的咨询、检查和治疗；

(17) 战争、军事行动、暴乱或武装叛乱及政府强制行为；

(18) 核爆炸、核辐射或核污染；

(19) 被保险人酒后驾驶（见释义）、无有效驾驶证（见释义）驾驶，或驾驶无有效行驶证（见释义）的机动交通工具；

(20) 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（见释义）；

(21) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（见释义）；

(22) 被保险人非因意外伤害而进行的牙科治疗或手术、视力矫正、因矫正视力而作的眼科验光检查，以及任何原因导致的牙齿修复或牙齿整形、安装及购买残疾用具（如轮椅、假肢、假眼、假牙或者助听器等）；

(23) 被保险人分娩、流产、宫外孕、不孕不育治疗、人工受精、怀孕、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查、变性以及由以上原因引起的并发症；

(24) 职业病（见释义）、医疗事故（见释义）。

2.2.2 对于以下医疗费用，保险人不承担给付保险金责任：

(1) 等待期内被保险人非因意外伤害发生的医疗费用；

(2) 等待期内被保险人已经发生的疾病、症状或病理改变且延续到等待期以后进行的任何诊断或治疗所发生的医疗费用；

(3) 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；

(4) 未经医生处方自行购买的药品费用；

(5) 被保险人不符合入院标准、挂床住院（见释义）产生的医疗费用；被保险人应当出院而拒不出院，从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用。

2.2.3 因下列情形之一导致被保险人在指定药店购买特定药品产生的费用，保险人不承担给付保险金的责任：

(1) 被保险人仅有临床不适症状，入院诊断和出院诊断均不是“恶性肿瘤—重度”的治疗；

(2) 被保险人进行未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗；

(3) 被保险人未在保险人指定药店购买药品；

(4) 被保险人未按本附加合同约定的流程进行购药申请或经申请未审核通过；

(5) 被保险人首次购买特定药品的日期在获得被保资格之前；

(6) 特定药品处方的开具与中国国家药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症和用法用量不符；

(7) 被保险人提交审核的医学材料不能证明该药品对被保险人当前的疾病状态产生有益的治疗疗效（见释义）。

2.3 保险金额

每一被保险人的保险金额是保险人承担给付该被保险人保险金责任的最高限额。

一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金、指定药店购买特定药品费用保险金和质子重离子医疗保险金的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

每一被保险人的保险金额一经确定，在保险期间内不得变更。

2.4 保险期间

保险期间为1年，以保险单载明的起讫时间为准。

2.5 续保

保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。投保人可在保险期间届满前或在保险期间届满后的续保宽限期内提出申请，续保合同保险期间的起始日期与续保对应上一保险合同保险期间的终止日期相连不间断。除另有约定外，续保宽限期为15日。

续保费率根据被保险人在续保保险合同保险期间起始日时的年龄确定。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。

保险人有权根据医疗费用水平变化、本保险产品整体经营状况等调整被保险人在续保时的费率。费率调整适用于本保险产品的所有被保险人或同一投保年龄段的所有被保险人，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。

本保险合同为不保证续保合同，若发生下列情形之一的，本保险合同不再接受续保：

(1) 本产品已停售；

(2) 续保时被保险人的年龄超过100周岁；

(3) 被保险人身故；

(4) 投保人对于保险人就投保人或者被保险人的有关情况提出的询问未履行如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保，保险人已经解除保险合同的；

(5) 本保险合同因其他条款所列情况而导致效力终止。

3 投保人、被保险人义务

3.1 交费义务

保险费根据投保人选择的保障计划、被保险人的风险状况（如健康状况、年龄等）和交费方式而定，并在保险单中载明。

若投保人选择一次性交付保险费的，投保人应当在本合同成立时一次性交清保险费。**保险费交清前，本保险合同不生效，对保险合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**

若投保人选择分期交付保险费的，需经投保人申请并经保险人同意，并在本合同中载明保险费分期交付的周期。**如投保人未交付首期保险费，保险合同不生效，保险人不承担保险责任。**如投保人未按照保险合同约定的付款时间足额交付当期保险费，允许在宽限期内补交保险费；如果被保险人在宽限期内发生保险事故，并在宽限期内补交保险费的，保险人仍按照合同约定赔偿保险金。除本合同另有约定外，如被保险人在正常交费对应的保险期间内或宽限期内发生保险事故，保险人依照合同约定赔偿保险金的，需扣减保险期间内所有未交期间的保险费，投保人已缴纳的保险费与保险人扣减的保险费之和应等于本合同约定的保险费总额。**如投保人未按照保险合同约定的付款时间足额交付当期保险费，且在本合同约定的宽限期截止日前仍未足额补交当期保险费的，保险期间在上一交费周期结束之日起终止，对于保险期间终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**

宽限期由投保人与保险人协商确定，并在保险单中载明。

3.2 如实告知义务

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。

3.3 住址或通讯地址变更通知义务

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。

3.4 其他内容变更通知义务

在保险期间内，投保人需变更合同内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。**若被保险人已身故，则保险人不接受本保险合同中有关该被保险人的任何内容的变更申请。**

3.5 被保险人职业或工种变动通知义务

被保险人变更其职业或工种时，投保人应于三十日内以书面形式通知保险人。若被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人对该被保险人所负保险责任自其职业或工种变更之日起终止，并退还现金价值（见释义）。

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

3.6 保险事故通知义务

发生保险责任范围内的事故后，投保人、被保险人或受益人应及时通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。

4 保险人义务

(1) 本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

(2) 保险人认为投保人、被保险人或者受益人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人或者受益人补充提供。

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

(4) 保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益人达成给付保险金的协议后十日内，履行赔偿保险金义务。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被保险人或者受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

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

5 保险金申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应填写保险金给付申请书，并提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。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。保险人按照本保险合同的约定，认为有关的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。**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。**

- (1) 保险金给付申请书；
- (2) 保险单；
- (3) 保险金申请人的身份证明；

(4) 中华人民共和国境内（不包括港、澳、台地区）二级（含）及以上公立医院或保险人认可的医疗机构出具的医疗费用收据及明细清单/帐、诊断证明、病历、出院小结等；

(5) 对于已经从社会基本医疗保险、公费医疗、大病保险或任何第三方包括任何商业医疗保险获得相关医疗费用补偿的，应提供社会基本医疗保险机构、商业保险机构或其他第三方的医疗费用分割单或医疗费用结算证明；

(6) 被保险人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料。

6 保险合同解除

本保险合同成立后，除本保险合同另有约定外，投保人可以要求解除本保险合同。但已发生任何保险金给付或已发生本保险合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，投保人不得要求解除本保险合同。投保人要求解除本保险合同时，应填写保险合同解除申请书，并提交保险单原件、保险费交付凭证和投保人身份证明。

本保险合同自本保险人接到保险合同解除申请书时终止。本保险人于接到保险合同解除申请书之日起三十日内向投保人退还本保险合同的现金价值；但若投保人在保险责任开始前就要求解除合同，则保险人全额退还已交纳的保险费。

7 争议处理和法律适用

7.1 争议处理

合同争议解决方式由当事人在合同约定时从下列两种方式中选择一种：

(一) 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委员会仲裁；

(二) 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。

7.2 法律适用及合法性保证

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

8 合法性保证

本保险合同约定与《中华人民共和国保险法》等法律规定相悖之处，以法律规

定为准。本保险合同未尽事宜，以法律规定为准。

9 释义

9.1 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。

9.2 意外伤害

指以外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。**以下情形属于疾病范畴，非本条款所指意外伤害：**

(1) **猝死：**指由潜在疾病、身体机能障碍或其他非外来性原因所导致的、在出现急性症状后发生的突然死亡，以医院的诊断或公安、司法机关的鉴定为准；

(2) 过敏及由过敏引发的变态反应性疾病；

(3) 高原反应；

(4) 中暑；

(5) 细菌、病毒或其他病原体导致的感染性疾病。

9.3 等待期

是指自被保险人获得被保资格之日起计算的一段时间，经过该段时间后，保险人才对被保险人因疾病而发生的医疗费用承担保险责任。**在此期间，尽管保险合同已经生效，被保险人已获得被保资格，但保险人并不承担给付保险金义务。**

9.4 医院、医疗机构

本保险合同约定的医院或医疗机构是指符合下列所有条件的机构：

(1) 拥有合法经营执照；

(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) 有合格的医生和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务；

(4) 非主要作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。

9.5 必需且合理

指同时符合以下两个条件：

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

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。**

9.6 住院

是指被保险人确因临床需要、经医生诊断必须留院治疗，正式办理入院及出院手续，并确实入住医疗机构正式病房接受治疗的行为过程；**被保险人必须连续留院 24 小时以上且由医疗机构收取病房或床位费用，但住院并不包括门诊观察室、急诊观察室、其他非正式病房、联合病房或挂床住院。**

9.7 住院医疗费用

(1) 床位费

指住院期间实际发生的、不高于双人病房的住院床位费（不包括单人病房、套房、家庭病床）。

(2) 加床费

指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间，保险人根据合同约定给付其合法监护人（限一人）在本保险合同约定的医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，保险人根据合同约定给付其一周岁以下哺乳婴幼儿在本保险合同约定的医院或医疗机构留宿发生的加床费。

(3) 重症监护室床位费

指住院期间出于医学必要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。

(4) 药品费

指住院期间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：

- a. 主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药，如花旗参，冬虫草，白糖参，朝鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝、红参，琥珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，燕窝，野山参，移山参，珍珠（粉），紫河车，阿胶，血宝胶囊，红桃 K 口服液，十全大补丸，十全大补膏等；
- b. 部分可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸，海马，胎盘，鞭，尾，筋，骨等；
- c. 用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

(5) 膳食费

指住院期间根据医生的医嘱，由作为合同约定的医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内，根据各医院的惯例，可以作为独立的款项，也可以合并并在病房费等其他款项内。

(6) 治疗费

指住院期间以治疗疾病为目的，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，具体以就诊合同约定的医院费用项目划分为准。本项责任不包含如下费用：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。

(7) 护理费

指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

(8) 检查检验费

指住院期间实际发生的，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 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。

(9) 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。

(10) 医生费

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

(11) 救护车使用费

指住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，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。

9.8 化学疗法

指针对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。

9.9 放射疗法

指针对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。

9.10 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。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。

9.11 肿瘤内分泌疗法

指针对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。

9.12 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。

9.13 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) 在二级（含）及以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

9.14 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，而不是指自本合同生效之后第一次经医院确诊患有某种疾病。

9.15 重大疾病¹

本保险合同所规定的重大疾病指被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病：

(一) 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（涵盖骨髓病理学检查）**（见释义）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）（见释义）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）（见释义）的肿瘤形态学编码属于3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。下列疾病不属于本保险合同约定的“恶性肿瘤——重度”：

- (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：

¹释义 9.15 重大疾病中，第1种至第28种疾病的名称和释义为中国保险行业协会制定的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020年修订版）》中的疾病名称和释义；第29种至第100种疾病为保险人增加的疾病类型。

- 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（见释义）分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌（见释义）；
 - (3) TNM分期为T1NOMO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 $\leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

（二）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）升高不属于本保险合同约定的“较重急性心肌梗死”。

（三）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（见释义）肌力（见释义）2级（含）以下；
- (2) 语言能力完全丧失（见释义），或严重咀嚼吞咽功能障碍（见释义）；
- (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（见释义）中的三项或三项以上。

（四）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。

（五）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属于本保险合同约定的“冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）”。

（六） 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。

（七） 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。

（八） 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。

（九） 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-0-3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。

下列疾病不属于本保险合同约定的“严重非恶性颅内肿瘤”：

- （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）。

（十） 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（见释义）或药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。

（十一） 严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症

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

- （1）一肢（含）以上肢体肌力2级（含）以下；
- （2）语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
- （3）由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）评估结果为3分；
- （4）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(十二) 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。

(十三) 双耳失聪-3周岁始理赔

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

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

(十四) 双目失明-3周岁始理赔

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

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

被保险人申请理赔时年龄必须在3周岁以上，并且提供理赔当时的双目失明诊断及检查证据。

(十五) 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。

(十六) 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属于本保险合同约定的“心脏瓣膜手术”。

(十七) 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属于本保险合同约定的“严重阿尔茨海默病”。

(十八) 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。

（十九） 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属于本保险合同约定的“严重原发性帕金森病”。

（二十） 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。

（二十一） 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（见释义）Ⅳ级，且静息状态下肺动脉平均压在36mmHg（含）以上。

（二十二） 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。

（二十三） 语言能力丧失-3周岁始理赔

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

精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。

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

（二十四） 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 $<20 \times 10^9/L$ 。

（二十五） 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属于本保险合同约定的“主动脉手术”。

（二十六） 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。

(二十七) 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，且已经造成瘻管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

(二十八) 严重溃疡性结肠炎

本保险合同所保障的溃疡性结肠炎是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瘻术。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/或回肠造瘻术。

(二十九) 严重多发性硬化症

多发性硬化为中枢神经系统白质多灶性脱髓鞘病变，病变有时累及灰质。多发性硬化必须明确诊断，并且已经造成永久不可逆的神经系统功能损害。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续180天无法独立完成下列基本日常生活活动之一：

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

(三十) 严重全身性重症肌无力

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

- 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。

(三十一) 严重类风湿性关节炎

类风湿性关节炎为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或关节组【如：双手（多手指）关节、双足（多足趾）关节、双腕关节、双膝关节和双髋关节】。类风湿性关节炎必须明确诊断并且已经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（生活不能自理，且丧失活动能力）。

美国风湿病学会类风湿性关节炎分级

I级：关节能自由活动，能完成平常的任务而无妨碍。

II级：关节活动中度限制，一个或几个关节疼痛不适，但能料理日常生活。

III级：关节活动显著限制，不能胜任工作，料理生活也有困难。

IV级：大部分或完全失去活动能力，病人长期卧床或依赖轮椅，生活不能自理。

(三十二) 严重克隆氏病

克隆氏病是一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克隆氏病病理组织学变化。诊断必须由病理检查结果证实。被保险人所患的克隆氏病必须已经造成瘻管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

(三十三) 原发性系统性淀粉样变性

淀粉样变性是一组蛋白质代谢障碍性疾病，病理表现为淀粉样蛋白沉积于组织或器官。原发性系统性淀粉样变性原因不明，通常累及肾脏和/或心脏。

被保险人经活检组织病理学检查被明确诊断为淀粉样变性，并满足下列条件之一：

- ① 心脏淀粉样变性，被保险人存在限制性心肌病及其所致的充血性心力衰竭，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级III级，并持续180天以上；
- ② 肾脏淀粉样变性，被保险人存在肾病综合征及其所致的严重的肾脏功能衰竭，达到尿毒症诊断标准，并持续180天以上。

继发性淀粉样变性不属于本保险合同约定的原发性系统性淀粉样变性。

(三十四) 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脑动脉瘤夹闭手术。

脑动脉瘤（未破裂）预防性手术、颅骨打孔手术、动脉瘤栓塞手术、血管内手

术及其他颅脑手术不属于本保险合同约定的破裂脑动脉瘤夹闭手术。

(三十五) 严重弥漫性系统性硬皮病

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。诊断必须明确并由活检和血清学证据支持并且疾病已经影响到心脏、肺或肾脏等内脏器官并且达到下列所有标准：

- ① 肺纤维化，已经出现肺动脉高压、肺心病；
- ② 心脏损害，心脏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；

- ③ 肾脏损害，已经出现肾功能衰竭。

下列疾病不属于本保险合同约定的严重弥漫性系统性硬皮病：

- ① 局限硬皮病；
- ② 嗜酸细胞筋膜炎；
- ③ CREST综合征。

(三十六) 严重冠心病

指经根据冠状动脉造影检查结果明确诊断为主要血管严重狭窄性变形，需满足下列至少一项条件：

(1) 左冠状动脉主干和右冠状动脉中，一支血管管腔堵塞75%以上，另一支血管管腔堵塞60%以上；

(2) 左前降支、左旋支和右冠状动脉中，至少一支血管堵塞75%以上，其他两支血管管腔堵塞60%以上。

前降支、左旋支及右冠状动脉的分支血管的狭窄不作为本疾病的衡量指标。

(三十七) 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。

酒精导致的慢性复发性胰腺炎不在本保障范围内。

(三十八) 植物人状态

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

(三十九) 重症急性坏死性筋膜炎

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。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）。

(四十) 特发性慢性肾上腺皮质功能不全

指自身免疫性肾上腺炎（既往称：特发性肾上腺皮质萎缩）导致肾上腺萎缩和慢性肾上腺皮质功能减退。必须满足所有以下条件：

- ① 明确诊断，符合以下所有诊断标准：
 - (a) 血浆促肾上腺皮质激素（ACTH）水平测定，>100pg/ml；
 - (b) 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；
 - (c) 促肾上腺皮质激素（ACTH）刺激试验显示为原发性肾上腺皮质功能减退症。
- ② 已经采用皮质类固醇替代治疗180天以上。

肾上腺结核、HIV感染或艾滋病、感染、肿瘤所致的原发性肾上腺皮质功能减

退和继发性肾上腺皮质功能减退不属于本保险合同约定的特发性慢性肾上腺皮质功能不全。

（四十一） 严重心肌炎

指被保险人因严重心肌炎症性病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。

（四十二） 慢性肺源性心脏病

指被保险人因慢性肺部疾病导致慢性肺源性心脏病并且引起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。

（四十三） 严重原发性硬化性胆管炎

为一种特发型淤胆性疾病，特点为肝内及肝外胆道系统胆管壁增厚和管腔狭窄。必须满足下列所有条件：

- ① 诊断由逆行胰胆管造影（ERCP）或经皮胆管造影（PTC）确认；
- ② 持续性黄疸伴碱性磷酸酶（ALP）显著升高；
- ③ 出现继发性胆汁性肝硬化和门静脉高压。

（四十四） 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，进而发展为肝硬化。必须满足下列所有条件：

- 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 肝脏活检确诊免疫性肝炎；
- 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。

（四十五） 原发性骨髓纤维化（PMF）

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属于本保险合同约定的原发性骨髓纤维化（PMF）。

（四十六） 严重骨髓增生异常综合征（MDS）

骨髓增生异常综合征是起源于造血干细胞的一组骨髓克隆异常的疾病，表现为无效造血、难治性血细胞减少，有转化为急性髓系白血病的风险。

被保险人须经由外周血和骨髓活检明确诊断为骨髓增生异常综合征，并且满足下列所有条件：

- ① 根据WHO分型，分型为难治性贫血伴原始细胞增多（RAEB）；
- ② 根据“骨髓增生异常综合征修订国际预后积分系统（IPSS-R）”积分 ≥ 3 ，属于中危及以上组。

（四十七） 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属于本保险合同约定的严重急性主动脉夹层血肿。

（四十八） 严重缩窄性心包炎

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。

- a) 胸骨正中切口；
- b) 双侧前胸切口；
- c) 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属于本保险合同约定的严重缩窄性心包炎。

（四十九） 心脏粘液瘤

指为了治疗心脏粘液瘤，实际实施了开胸开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。

（五十） 严重心脏衰竭CRT心脏同步治疗

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

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

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

（五十一） 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。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。

（五十二） 头臂动脉型多发性大动脉炎旁路移植手术

多发性大动脉炎（高安氏动脉炎）是一种发生在主动脉和其分支的慢性炎症性动脉疾病，表现为受累动脉狭窄或闭塞。头臂动脉型多发性大动脉炎是指多发性大动脉炎头臂动脉型（I型），又称为无脉症。被保险人被明确诊断为头臂动脉型多发性大动脉炎并且实际接受了经胸部切开进行的无名动脉（头臂干）、颈总动脉、锁骨下动脉旁路移植手术。

（五十三） 肺淋巴管肌瘤病

肺淋巴管肌瘤病是一种弥漫性肺部疾病，其特征性病理表现为囊性病变及不成熟的平滑肌细胞和血管周上皮细胞异常增生形成多发结节。必须满足下列全部条件：

- ① 经组织病理学检查明确诊断；
- ② CT显示双肺弥漫性囊性改变；

③ 肺功能检查显示FEV1和DLC0（CO弥散功能）下降；

④ 动脉血气分析显示低氧血症。

疑似肺淋巴管肌瘤病不属于本保险合同约定的肺淋巴管肌瘤病。

（五十四） 严重肺结节病

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

① （肺结节病的X线分期为IV期，即广泛肺纤维化；

② 永久不可逆性的慢性呼吸功能衰竭，临床持续180天动脉血氧分压（PaO₂）<50mmHg和动脉血氧饱和度（SaO₂）<80%。

（五十五） 非阿尔茨海默病致严重痴呆

指因阿尔茨海默病以外的脑的器质性疾病造成脑功能衰竭导致永久不可逆性的严重痴呆，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退。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。

（五十六） 进行性核上性麻痹

进行性核上性麻痹是中枢神经系统变性疾病，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。

（五十七） 亚急性硬化性全脑炎

是麻疹或麻疹样病毒所致的一种中枢神经系统慢病毒感染。中枢神经系统呈现灰质和白质破坏为特征的慢性和急性混合存在的炎症。必须满足下列所有条件：

① 必须由三级医院诊断，临床检查证实脑电图存在周期性复合波、脑脊液Y-球蛋白升高、脑脊液和血清中麻疹抗体滴定度升高；

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

（五十八） 进行性多灶性白质脑病

是一种亚急性脱髓鞘脑病，常常发生于免疫缺陷病人。必须满足下列所有条件

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。

进行性多灶性白质脑病必须在生前诊断，尸检诊断不作为理赔依据。

（五十九） 丧失独立生活能力（6周岁始理赔）

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，无法独立完成基本日常生活活动中的四项或四项以上。

被保险人理赔时年龄在6周岁以上。

（六十） 脊髓灰质炎后遗症

脊髓灰质炎是由于脊髓灰质炎病毒感染所致的瘫痪性疾病，临床表现为运动功能损害或呼吸无力。脊髓灰质炎必须明确诊断。本保险合同仅对脊髓灰质炎造成的神经系统功能损害导致被保险人一肢或一肢以上肢体机能永久完全丧失的情况予以理赔。

（六十一） 脊髓内肿瘤

指脊髓内良性或恶性肿瘤。肿瘤造成脊髓损害导致瘫痪。须满足下列所有条件：

① 被保险人实际接受了肿瘤切除的手术治疗；

② 手术180天后遗留下列神经系统损害，无法独立完成下列基本日常生活活动之一：

a) 移动：自己从一个房间到另一个房间；

b) 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

非脊髓内的其他椎管内肿瘤、脊柱肿瘤、神经纤维瘤不属于本保险合同约定的脊髓内肿瘤。

(六十二) 脊髓空洞症

脊髓空洞症为慢性进行性的脊髓变性性疾病，其特征为脊髓内空洞形成。表现为感觉异常、肌萎缩及神经营养障碍。脊髓空洞症累及延髓的称为延髓空洞症，表现为延髓麻痹。脊髓空洞症必须明确诊断并且造成永久不可逆的神经系统功能障碍，存在持续至少180天以上的神经系统功能缺失并满足下列条件之一：

- 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级或以下。

(六十三) 脊髓血管病后遗症

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

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

(六十四) 横贯性脊髓炎后遗症

脊髓炎是一种炎症性脊髓疾病。横贯性脊髓炎是指炎症扩展横贯整个脊髓，表现为运动障碍、感觉障碍和自主神经功能障碍。横断性脊髓炎必须明确诊断，并且已经造成永久不可逆的神经系统功能损害。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续180天无法独立完成下列任何一项基本日常生活活动：

- 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。

(六十五) 严重哮喘

严重哮喘诊断必须明确诊断，并且满足下列标准中的三项或三项以上：

- ① 过去两年中有哮喘持续状态（哮喘发作持续24小时以上不能缓解）医疗病史；
- ② 身体活动耐受能力显著且持续下降（轻微体力活动既有呼吸困难，至少持续6个月以上）；
- ③ 慢性肺部过度膨胀充气导致的胸廓畸形；
- ④ 持续每日口服皮质类固醇激素（至少持续六个月以上）。

(六十六) 严重强直性脊柱炎

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

- ① 严重脊柱畸形；
- ② 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。

(六十七) 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属于本保险合同约定的开颅手术。

(六十八) 系统性红斑狼疮性肾炎尿毒症

系统性红斑狼疮是由多种因素引起，累及多系统的自身免疫性疾病。其特点是生成自身抗体对抗多种自身抗原。多见于育龄妇女。

本保险合同所指的系统性红斑狼疮仅限于累及肾脏（经肾脏活检确认的，符合WHO诊断标准定义III型或III型以上狼疮性肾炎）的系统性红斑狼疮，并且临床出现肾功能衰竭达到尿毒症期。

其他类型的红斑性狼疮，如盘状狼疮、仅累及血液及关节的狼疮不属于本保险合同约定的系统性红斑狼疮性肾炎尿毒症。

(六十九) 席汉氏综合征

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

- ① 产后大出血休克病史；
- ② 严重腺垂体功能破坏，破坏程度>95%；
- ③ 影像学检查显示脑垂体严重萎缩或消失；
- ④ 实验室检查显示：
 - a) 垂体前叶激素全面低下；
 - b) 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属于本保险合同约定的席汉氏综合征。

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。

（七十） 神经白塞病

白塞病是一种慢性全身性血管炎症性疾病，主要表现为复发性口腔溃疡、生殖器溃疡、眼炎及皮肤损害，可累及大血管、神经系统、消化道、肺、肾等等。累及神经系统损害的白塞病称为神经白塞病。神经白塞病必须明确诊断，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。

（七十一） 严重幼年型类风湿关节炎

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。

本保险合同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。

（七十二） 重症急性出血坏死性胰腺炎开腹手术

指被保险人被确诊为重症急性出血坏死性胰腺炎，并实际接受了外科剖腹直视手术治疗，进行坏死组织清除、坏死病灶切除或胰腺切除。

腹腔镜手术治疗不属于本保险合同约定的重症急性出血坏死性胰腺炎开腹手术。因酗酒或饮酒过量所致的急性坏死性胰腺炎不在保障范围内。

（七十三） 溶血性链球菌感染引起的坏疽

由于急性溶血性链球菌感染导致广泛的皮肤、皮下组织和深层组织的坏死。必须满足以下所有条件：

- ① 细菌培养证实致病菌为溶血性链球菌；
- ② 受感染肢体被截肢（自腕关节或踝关节近端）。

（七十四） 因疾病或外伤导致智力缺陷（6周岁始理赔）

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）或智力残疾。根据智商（IQ）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70-85为智力临界低常，不在保障范围内。**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）。

理赔时必须满足下列全部条件：

- ① 被保险人大于或等于6周岁；
- ② 儿科主任医师确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低下；
- 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。

(七十五) 严重肠道疾病并发症

严重肠道疾病或外伤导致小肠损害并发症，必须满足以下所有条件：

- ① 至少切除了三分之二小肠；
- ② 完全肠外营养支持3个月以上。

(七十六) 严重瑞氏综合征

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

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

(七十七) 急性肺损伤（ALI）或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。

急性肺损伤或急性呼吸窘迫综合征必须由呼吸系统专科医师诊断，并有所有以下临床证据支持。

- ① 急性发作（原发疾病起病后6至72小时）；
- ② （急性发作的临床症状体征，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）；
- ③ 双肺浸润影；
- ④ PaO_2/FiO_2 （动脉血氧分压/吸入气氧分压）低于200mmHg；
- ⑤ 肺动脉嵌入压低于18mmHg；
- ⑥ 临床无左房高压表现。

(七十八) 溶血性尿毒综合征

一种由于感染导致的急性综合征，引起红细胞溶血，肾功能衰竭及尿毒症。溶血性尿毒综合征必须由血液和肾脏专科医师诊断，并且符合所有以下条件：

- 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、与红细胞末缺陷有关的溶血性贫血、红细胞酶病、血红蛋白病等，不属于本保险合同约定的溶血性尿毒综合征。

(七十九) 严重登革热

登革热是由登革热病毒引起的急性传染病，为一种自限性疾病，通常预后良好。本保险合同仅对严重的登革热给予保障，被保险人的登革热必须满足下列所有条件：

- ① 根据《登革热诊疗指南（2014版）》诊断的确诊病例；
- ② 出现下列一种或多种严重登革热的临床表现：
 - a) 血浆渗漏致休克或胸腔积液伴呼吸困难；
 - b) 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）；
 - c) 严重器官损害或衰竭：肝脏损伤（ALT或AST>1000IU/L）、ARDS（急性呼吸窘迫综合征）、急性心功能衰竭、急性肾功能衰竭、脑病。

(八十) 危重手足口病

手足口病是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。

危重手足口病必须满足下列所有条件：

- ① 病原学检查确诊为手足口病；
- ② 伴有所列危重并发症之一：脑膜炎、脑炎、脑脊髓炎、肺水肿或心脏衰竭；
- ③ 接受了2周以上的住院治疗。

(八十一) 意外导致的重度面部烧伤

指面部III度烧伤且烧伤面积达到面部表面积的2/3或全身体表面积的2%。

体表面积根据《中国新九分法》计算，面部总面积为全身体表面积的3%。面部面积不包括发部和颈部。

（八十二） 失去一肢及一眼（3周岁始理赔）

被保险人因同一次意外伤害事件导致一肢体丧失和一眼视力丧失。必须满足下列所有条件：

① 一肢体丧失指任何一肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

② 一眼视力丧失指一只眼视力永久不可逆性丧失，患眼须满足下列至少一项条件：

a) 眼球摘除；

b) 矫正视力低于0.02（采用国际标准视力表，如果使用其它视力表应进行换算）；

c) 视野半径小于5度。

除眼球摘除以外，被保险人申请理赔时年龄必须在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。

（八十三） 艾森门格综合征

指一组先天性心脏病发展的后果，特点为进行性肺动脉高压所致的动脉阻塞性病变，也称为肺动脉高压性右向左分流综合征。必须满足下列全部条件：

① 缺氧、青紫、杵状指；

② 静息状态下肺动脉平均压超过40mmHg；

③ 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。

本疾病不受本保险合同责任免除中关于“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（八十四） 室壁瘤切除手术

指因心肌梗死导致室壁瘤，实际实施了开胸开心室壁瘤切除手术治疗。

（八十五） 丝虫感染所致严重象皮病

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

（八十六） 克-雅氏病（CJD）

CJD是一种传染性海绵状脑病，临床表现为快速进行性痴呆、肌阵挛和特征性脑电图变化。本病须经三级医院的专科医师根据WHO诊断标准明确诊断，并且被保险人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。

（八十七） 埃博拉病毒感染

指埃博拉病毒感染导致的急性出血性传染病。埃博拉病毒病必须经国家认可的有合法资质的传染病专家确诊并且上报国家疾病预防控制中心接受了隔离和治疗，必须满足以下所有条件：

① 实验室检查证据证实存在埃博拉病毒感染；

② 存在持续30天以上广泛出血的临床表现。

埃博拉病毒感染疑似病例，在确诊之前已经死亡的不属于本保险合同的埃博拉病毒感染。

（八十八） 职业原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

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

① 感染必须发生在被保险人从事其职业工作过程中；

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。

职业列表：

医生（包括牙医）	护士
医院化验室工作人员	医院护工
救护车工作人员	助产士
警察（包括狱警）	消防人员

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

本疾病不受本合同责任免除中关于“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

（八十九） 输血原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

被保险人因输血感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）并且根据HIV感染分类及AIDS诊断标准被确诊为艾滋病（AIDS）期。满足下列全部条件：

- ① 在等待期满保障起始日之后，被保险人因输血而感染HIV；
- ② 提供输血治疗的输血中心或医院出具该项输血感染属医疗责任事故的报告，或者法院终审裁定为医疗责任；
- 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）导致的HIV感染不在保障范围内。保险人有获得使用被保险人的所有血液样本的权利和能够对这些样本进行独立检验的权利。

本疾病不受本合同责任免除中关于“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

（九十） 器官移植原因导致HIV感染

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

- ① 在等待期满保障起始日之后，被保险人接受器官移植，并因此感染HIV；
- 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；

本疾病不受本合同责任免除中关于“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

（九十一） 胰腺移植术

胰腺移植术指因胰腺功能衰竭，已经实际接受了胰腺的同种（人类）异体器官移植手术。

胰岛、组织、细胞移植不在保障范围内。

（九十二） 胆道重建术

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。此手术必须由专科医生认为是医学上必需的情况下进行。

因胆道闭锁接受胆道重建手术不属于本保险合同约定的“胆道重建手术”。

（九十三） 角膜移植

指因角膜病变或意外伤害导致视力丧失或视力严重损害，被保险人实际接受了同种（人类）异体角膜移植手术以恢复视力。

角膜移植手术包括全层角膜移植术、板层角膜移植术和角膜内皮移植术。

单纯角膜细胞移植，自体角膜缘细胞移植，非同种来源角膜或人工角膜的移植不属于本保险合同约定的角膜移植。

（九十四） 自体造血干细胞移植

被保险人因急性白血病、恶性淋巴瘤或多发性骨髓瘤实际接受了自体造血干细胞移植。

以下情况不属于本保险合同约定的自体造血干细胞移植：

① 因上述所列疾病以外疾病接受自体造血干细胞移植；

② 非造血干细胞移植。

(九十五) 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。

(九十六) 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。

(九十七) 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，须经保险人认可医院的专科医师明确诊断，并造成永久不可逆性的单个肢体功能障碍或单眼失明。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。

(九十八) 多发性骨髓瘤

多发性骨髓瘤是浆细胞异常增生的恶性肿瘤。必须满足下列所有条件：

① 骨髓活组织检查符合多发性骨髓瘤的典型骨髓改变；

② 至少存在下列一项：

a) 异常球蛋白血症；

b) 溶骨性损害。

孤立性骨髓瘤不属于本保险合同约定的多发性骨髓瘤。

(九十九) 狂犬病

指狂犬病毒所致的急性传染病，人多因被病兽咬伤而感染。临床表现为特有的恐水、怕风、咽肌痉挛、进行性瘫痪等。须经专科医生明确诊断。

(一〇〇) 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。须经临床医生明确诊断，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。

9.16 重大疾病住院医疗费用

包括床位费、加床费、重症监护室床位费、护理费、膳食费、检查检验费、治疗费、药品费、医生费、手术费、救护车使用费。

9.17 特定药品

指合同期满日前在中国国家药品监督管理局批准并已在中国上市的靶向药物和免疫治疗药物。药品的适应症以中国国家药品监督管理局批准的药品说明书为准。

9.18 处方

指由注册的执业医师和在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书。处方包括医疗机构病区用药医嘱单。

9.19 靶向药物

指被赋予了靶向能力的药物或其制剂。其目的是使药物或其载体能瞄准特定的病变部位，并在目标部位蓄积或释放有效成分。靶向制剂可以使药物在目标局部形成相对较高的浓度，从而在提高药效的同时抑制毒副作用，减少对正常组织、细胞

的伤害。

9.20 免疫治疗药物

指通过重新启动并维持肿瘤-免疫循环，恢复机体正常的抗肿瘤免疫反应，从而控制与清除肿瘤的药物。

9.21 约定的药品清单

保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的符合保险保障计划的药品清单。具体药品清单以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）的通知为准，保险人保留对药品清单做出调整的权利。

9.22 保险金申请人

除另有约定外，本保险合同的保险金申请人是指被保险人本人。

9.23 有效身份证件

指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，包括但不限于居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。

9.24 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，包括定位及制定放疗计划费用以及质子、重离子放射治疗实施费用。

9.25 社会基本医疗保险

指国家最新修订颁布的《社会保险法》规定的基本医疗保险，包括职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保险。

9.26 大病保险

指城乡居民大病保险、城镇职工大病保险。

9.27 既往症

指在被保险人获得被保资格之前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。包括但不限于以下情况：

1. 被保险人获得被保资格前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
2. 被保险人获得被保资格前，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. 被保险人获得被保资格前发生，未经医生诊断和治疗，但症状已经显现足以促使一般普通谨慎人士引起注意并寻求诊断、治疗或护理的病症。

投保人在投保时告知保险人，经保险人审核同意并在保险单中单独载明不属于既往症的疾病或病症，不属于本保险合同约定的既往症。

9.28 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。

9.29 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》（ICD-10）确定。

9.30 保健

指为保护和增进人体健康、防止发生疾病而所采取的综合措施。

9.31 酒后驾驶

指经检测或者鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或者超过一定的标准，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。

9.32 无有效驾驶证

指驾驶人员有下列情形之一者：

- (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，实习期内驾驶机动车牵引挂车；
- (4) 持未按约定审验的驾驶证，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约定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

9.33 无有效行驶证

发生保险事故时被保险人驾驶的机动车无公安机关交通管理部门、农机部门等政府管理部门核发的行驶证或号牌，或行驶证不在有效期内，或该机动车未按规定检验或检验不合格。

9.34 高风险运动

指运动风险等级高、极易发生人身伤害的运动，包括潜水、滑水、滑雪、滑冰、跳伞、热气球运动、滑翔机、滑翔翼、滑翔伞、动力伞、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车、驾驶卡丁车、蹦极及保险单载明的其他运动。其中：

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，但穿着救生衣在水面进行的浮潜活动除外。

热气球运动：指乘热气球升空飞行的体育活动。

攀岩活动：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

探险活动：指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身其中的行为。如江河漂流、非固定路线徒步、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。

武术比赛：指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。

特技：指从事马术、杂技、驯兽等特殊技能。

9.35 感染艾滋病病毒或患艾滋病

(1) 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。

(2) 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；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

9.36 职业病

指企业、事业单位和个体经济组织的劳动者在职业活动中，因接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害物质等因素而引起的疾病。职业病的认定需遵循《中华人民共和国职业病防治法》中的相关规定及鉴定程序。

9.37 医疗事故

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

9.38 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，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、床位费的情况。

9.39 有益的治疗疗效

指按照 RECIST（实体瘤治疗疗效评价标准）评价标准，肿瘤病灶没有进展。

9.40 现金价值

除另有约定外，现金价值=净保费×(1-m/n)，其中，m为已生效天数，n为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。净保费=保险费×(1-25%)。

9.41 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。

9.42 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。

9.43 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。

9.44 甲状腺癌的 TNM 分期

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

甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hürthle 细胞癌和未分化癌

pT X：原发肿瘤不能评估

pT 0：无肿瘤证据

pT 1：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

pT 2：肿瘤 2~4cm

pT 3：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

pT 4：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

pT 0：无肿瘤证据

pT1：肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T1a 肿瘤最大径≤1cm

T1b 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

pT3a：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内

pT3b：大体侵犯甲状腺外带状肌，无论肿瘤大小

带状肌包括：胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT4：进展期病变

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

pT4b：重度进展，任何大小的肿瘤，侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管区域淋巴结：适用于所有甲状腺癌

pNx：区域淋巴结无法评估

pN0：无淋巴结转移证据

pN1：区域淋巴结转移

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

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

远处转移：适用于所有甲状腺癌

M0：无远处转移

M1：有远处转移

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

9.45 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。

9.46 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。

9.47 语言能力完全丧失或严重咀嚼吞咽功能障碍

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

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

9.48 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。

9.49 酗酒

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

9.50 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。

9.51 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。