

泰康在线财产保险股份有限公司
个人住院医疗保险 T 款（互联网专属）条款

总则

第一条 本保险合同（以下简称为“本合同”）由保险条款、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、合法有效的声明、批注、批单及其他投保人与**保险人**共同认可的书面或者电子协议组成。凡涉及本合同的约定，均采用书面或者电子形式。

第二条 凡投保时身体健康，0周岁（出生满30日，不含第30日）至99周岁（含）的自然人，均可作为本合同的被保险人。首次投保或非续保时须为0周岁（出生满30日，不含第30日）至65周岁（含）的身体健康的自然人。

第三条 具有完全民事行为能力的被保险人本人或在本合同订立时对被保险人具有保险利益的其他人，均可作为本合同的投保人。

第四条 除另有约定外，本合同的保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 投保人为被保险人首次投保本保险或者非续保本保险时，自本合同生效之日起一定期限为等待期，最长不超过90天，等待期期限由投保人和保险人在投保时协商确定，并在保险单上载明。

被保险人在等待期内非因意外伤害罹患本合同所定义的重大疾病以外的疾病，无论治疗该疾病所发生的费用是否发生在等待期内，保险人不承担赔偿保险金的责任，但本合同继续有效。

被保险人在等待期内经医院初次确诊罹患本合同所定义的重大疾病的，保险人不承担赔偿保险金的责任，但无息退还投保人所交保险费，本合同终止。

投保人续保本保险或被保险人因遭受意外伤害事故需要接受本合同约定的治疗的无等待期。

第六条 在本合同保险期间内，保险人根据合同约定承担以下保险责任：

（一）一般医疗保险金

在本合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患本合同所定义的重大疾病以外的疾病，在医院经**专科医生**诊断必须接受治疗的，对于被保险人支付的以下**必需且合理**的医疗费用，保险人在扣除本合同约定的一般医疗保险金免赔额后，依照本合同约定的赔偿比例赔偿一般医疗保险金：

1. 住院医疗费用

被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患本合同所定义的重大疾病以外的疾病，

在医院经专科医生诊断必须住院治疗的，保险人对被保险人在住院期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的住院医疗费用，在扣除本合同约定的免赔额后，依照本合同约定的赔偿比例赔偿。

2. 特殊门诊医疗费用

被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患本合同所定义的重大疾病以外的疾病，在医院经专科医生诊断必须接受以下特殊门诊治疗的，保险人对被保险人在接受特殊门诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的特殊门诊医疗费用，在扣除本合同约定的免赔额后，依照本合同约定的赔偿比例赔偿。

特殊门诊治疗包括：

- (1) 门诊肾透析；
- (2) 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；
- (3) 器官移植后的门诊抗排异治疗。

3. 门诊手术医疗费用

被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患本合同所定义的重大疾病以外的疾病，在医院经专科医生诊断必须接受门诊手术治疗的，保险人对被保险人在接受门诊手术治疗期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的门诊手术医疗费用，在扣除本合同约定的免赔额后，依照本合同约定的赔偿比例赔偿。

4. 住院前后门（急）诊医疗费用

被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患本合同所定义的重大疾病以外的疾病，在医院经专科医生诊断必须接受住院治疗，在住院前（含住院当日）三十日（含）和出院后（含出院当日）三十日（含）内，被保险人因与该次住院相同原因而接受门（急）诊治疗的，保险人对被保险人在接受门（急）诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的门（急）诊医疗费用（此项费用不包括本条第（一）款第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），在扣除本合同约定的免赔额后，依照本合同约定的赔偿比例赔偿。

保险人对于以上四项医疗费用的一次或累计赔偿金额以本合同约定的一般医疗保险金额为限，保险人一次或累计赔偿金额达到本合同约定的一般医疗保险金额时，保险人对被保险人在一般医疗保险项下的保险责任终止。

（二）重大疾病医疗保险金

在本合同保险期间内，被保险人经医院初次确诊因意外伤害导致罹患本合同所定义的重大疾病（无论一种或多种），或者在等待期后经医院初次确诊非因意外伤害导致罹患本合同所定义的重大疾病（无论一种或多种），且无论前述哪一种情形，在医院经专科医生诊断并接受相关治疗的，对于被保险人支付的以下医疗费用，在扣除本合同约定的重大疾病医疗保险金免赔额后，依照本合同约定的赔偿比例赔偿重大疾病医疗保险金：

1. 重大疾病住院医疗费用

被保险人经医院初次确诊因意外伤害导致罹患本合同所定义的重大疾病（无论一种或多种），或者在等待期后经医院初次确诊非因意外伤害导致罹患本合同所定义的重大疾病（无

论一种或多种），并在医院经专科医生诊断必须住院治疗的，保险人对被保险人在住院期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的重大疾病住院医疗费用，在扣除本合同约定的免赔额后，按照本合同约定的赔偿比例进行赔偿。

2. 重大疾病特殊门诊医疗费用

被保险人经医院初次确诊因意外伤害导致罹患本合同所定义的重大疾病（无论一种或多种），或者在等待期后经医院初次确诊非因意外伤害导致罹患本合同所定义的重大疾病（无论一种或多种），并在医院经专科医生诊断必须接受特殊门诊治疗的，保险人对被保险人在接受特殊门诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的重大疾病特殊门诊医疗费用，在扣除本合同约定的免赔额后，按照本合同约定的赔偿比例进行赔偿。

特殊门诊治疗包括：

- （1）门诊肾透析；
- （2）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；
- （3）器官移植后的门诊抗排异治疗。

3. 重大疾病门诊手术医疗费用

被保险人经医院初次确诊因意外伤害导致罹患本合同所定义的重大疾病（无论一种或多种），或者在等待期后经医院初次确诊非因意外伤害导致罹患本合同所定义的重大疾病（无论一种或多种），并在医院经专科医生诊断必须接受门诊手术治疗的，保险人对被保险人在接受门诊手术治疗期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的重大疾病门诊手术医疗费用，在扣除本合同约定的免赔额后，按照本合同约定的赔偿比例进行赔偿。

4. 重大疾病住院前后门（急）诊医疗费用

被保险人经医院初次确诊因意外伤害导致罹患本合同所定义的重大疾病（无论一种或多种），或者在等待期后经医院初次确诊非因意外伤害导致罹患本合同所定义的重大疾病（无论一种或多种），并在医院经专科医生诊断必须接受住院治疗，在住院前（含住院当日）三十日（含）和出院后（含出院当日）三十日（含）内，因与该次住院相同原因而接受门（急）诊治疗的，保险人对被保险人在接受门（急）诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的重大疾病门（急）诊医疗费用（不包括本条第（二）款第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），在扣除本合同约定的免赔额后，按照本合同约定的赔偿比例进行赔偿。

保险人对于以上四项医疗费用的一次或累计赔偿金额以本合同约定的重大疾病医疗保险金额为限，保险人一次或累计赔偿金额达到本合同约定的重大疾病医疗保险金额时，保险人对被保险人在重大疾病医疗保险金项下的保险责任终止。

（三）质子重离子医疗保险金

在本合同保险期间内，被保险人经医院初次确诊因意外伤害导致罹患本合同所定义的重大疾病（无论一种或多种），或者在等待期后经医院初次确诊非因意外伤害导致罹患本合同所定义的重大疾病（无论一种或多种），对被保险人在保险单上载明的**特定医疗机构**住院接受质子、重离子放射治疗期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的质子、重离子医疗费用，保险人在扣除本合同约定的质子重离子医疗保险金免赔额后，按照本合同约定的

质子重离子医疗赔偿比例进行赔偿。

保险人对于质子重离子医疗费用的一次或累计赔偿金额以本合同约定的质子重离子医疗保险金的保险金额为限，保险人一次或累计赔偿金额达到本合同约定的质子重离子医疗保险金的保险金额时，保险人对被保险人在质子重离子医疗保险金项下的保险责任终止。

特定医疗机构以在保险单中载明的名单为准。保险期间内保险人有权调整特定医疗机构名单，但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。

第七条 补偿原则和赔偿标准

（一）本合同为费用补偿型保险合同，适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括但不限于社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、侵权人或侵权责任承担方、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从其他途径所获医疗费用补偿后的余额按照本合同的约定进行赔偿。被保险人的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，不进行前述扣除；

（二）本合同中所指免赔额指年免赔额。被保险人已获得的医疗费用补偿（指除社会基本医疗保险和公费医疗以外被保险人从其他途径获得的医疗费用补偿）可抵扣年免赔额；

（三）一般医疗保险金及重大疾病医疗保险金赔偿比例：被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，并以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，赔偿比例为A；被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，但未以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，赔偿比例为B；被保险人以未参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，赔偿比例为C；

赔偿比例A、赔偿比例B、赔偿比例C由投保人和保险人在投保时协商确定，并在保险单中载明；

（四）质子重离子医疗保险金的赔偿比例：无论被保险人是否以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保及就诊结算，赔偿比例均为100%。

（五）被保险人在本合同保险期间届满前一百八十天内（含）经医院专科医生诊断必须接受住院治疗的，如果在本合同保险期间届满之日该次住院治疗仍未结束的，保险人对于被保险人自该次住院开始之日起（含住院当日）一百八十天内（含第一百八十天）所发生的同一次住院的一般医疗住院医疗费用、重大疾病医疗住院医疗费用、质子重离子医疗费用，保险人按照本合同的约定承担保险责任，同时本合同终止。

责任免除

第八条 对于被保险人因以下任何情形而发生的任何费用，保险人不承担赔偿保险金的责任：

（一）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

（二）被保险人故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施，或被国家机关依法拘禁、采取刑事强制措施或服刑期间伤病；

- (三) 被保险人酗酒、殴斗、主动吸食或注射毒品，违反规定使用麻醉或精神药品；
- (四) 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无合法有效行驶证的机动车；
- (五) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (六) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (七) 被保险人从事潜水、滑水、滑雪、滑冰、滑翔翼、热气球、跳伞、攀岩、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、柔道、空手道、跆拳道、拳击、特技表演、蹦极、赛马、赛车、各种车辆表演及车辆竞赛等高风险运动；
- (八) 被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；
- (九) 被保险人分娩（含剖腹产）、流产、宫外孕、不孕不育治疗、人工受精、怀孕、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症；
- (十) 被保险人患精神和行为障碍（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》第十次修订版（ICD-10）为准）；
- (十一) 被保险人接受矫形、视力矫正手术、美容、变性手术、牙科保健及非意外伤害事故所致的整容手术；
- (十二) 被保险人在保单生效前罹患的、投保时尚未治愈的疾病；被保险人在投保时未如实告知的既往症；
- (十三) 被保险人在非本合同约定的医院就诊发生的医疗费用；
- (十四) 被保险人患遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常（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》第十次修订版（ICD-10）为准）；
- (十五) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（但符合本合同“输血原因致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染”、“职业原因致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染”及“器官移植原因导致 HIV 感染”定义的不在其限，但上述职业类型应当符合中华人民共和国相关法律法规及公序良俗要求）；
- (十六) 减肥、胃减容术(包括可调节式束带手术、袖状胃切除手术、胃旁路手术、胃内水囊手术、胃肠转流术)；
- (十七) 康复治疗或训练、修养或疗养、健康体检、隔离治疗、保健食品及用品、体外或植入的医疗辅助装置或用具（义肢、轮椅、拐杖、助听器、眼镜或隐形眼镜、义眼等等）及其安装；
- (十八) 未经医生出具处方自行购买的药品、非医院药房购买的药品、医生开具的单次处方超过 30 天部分的药品费用；
- (十九) 预防性治疗、实验性或试验性治疗。

保险金额和保险费

第九条 保险金额是保险人承担赔偿责任的最高限额。本合同的一般医疗保险金额、重大疾病医疗保险金额、质子重离子医疗保险金额以及本合同的年度累计保险金额由

投保人和保险人在投保时协商确定，并在保险单中载明。重大疾病医疗保险金与质子重离子医疗保险金共用重大疾病医疗保险金额。保险人对于被保险人的所有赔偿不超过本合同保险单载明的年度累计保险金额。

第十条 保险费按照您选择的保障计划和被保险人的年龄等因素共同确定，在保险单中载明。保险费支付方式由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单上载明。

免赔额

第十一条 本合同一般医疗保险金免赔额、重大疾病医疗保险金免赔额、质子重离子医疗保险金免赔额由投保人和保险人在投保时协商确定，并在保险单中载明。

犹豫期

第十二条 自本合同生效之日起15日（含第15日）为犹豫期。投保人在此期间提出解除本合同，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费。

自保险人收到投保人解除合同的申请时起，本合同即被解除，保险人自始不承担保险责任。

犹豫期后申请解除合同会遭受一定经济损失，保险人将退还保单的未到期保险费。

保险期限

第十三条 本合同的保险期间为一年（或不超过一年），自保险单或其他保险凭证中载明的合同生效日零时起至保险期间期满日的二十四时止。

续保

第十四条 本产品为不保证续保合同。本产品保险期间为一年（或不超过一年）。保险期间届满或保险期间届满前三十日内，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。

保险人义务

第十五条 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。

第十六条 订立本合同时，保险人应当向投保人说明本合同的内容。对本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。

第十七条 保险人认为被保险人或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、被保险人或受益人补充提供。

第十八条 保险人收到被保险人或受益人的赔偿保险金请求及完整材料后,事实清晰、责任明确且无需调查的,应当在5个工作日内作出是否属于保险责任的核定;情形复杂需要调查的,应当在30日内作出核定。

保险人应当将核定结果在1个工作日内通知被保险人或受益人;对属于保险责任的,在与被保险人或受益人达成赔偿保险金的协议后10日内,履行赔偿保险金义务。本合同对赔偿保险金的期限有约定的,保险人应当按照约定履行赔偿保险金的义务。

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在1个工作日内向被保险人或受益人发出拒绝赔偿保险金通知书,并说明理由。

第十九条 保险人自收到赔偿保险金的请求和有关证明、资料之日起60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赔偿;保险人最终确定赔偿保险金的数额后,应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第二十条 投保人应该按照本合同约定向保险人交纳保险费。

投保人选择一次性交纳保险费的,应当在本合同成立时一次性交清保险费。**投保人未按本款约定交清保险费的,本合同不生效,对本合同生效前发生的保险事故,保险人不承担保险责任。**

投保人选择分期交纳保险费的,应当在本合同成立时交清首期保险费。**投保人未按本款约定交清首期保险费的,本合同不生效,对本合同生效前发生的保险事故,保险人不承担保险责任。**

投保人选择分期交纳保险费的,在交纳首期保险费后,投保人应当在每个**保险费约定支付日**交纳其余各期的保险费。若投保人未按约定交纳保险费,保险人允许投保人在保险人催告之日起三十日内(含第三十日)补交保险费,如果被保险人在此期限内发生保险事故,保险人将扣减投保人欠交的**保险费**后按照本合同约定赔偿保险金。

若投保人在保险人催告之日起三十日内(含第三十日)未补交保险费,本合同自上述期限届满之日的二十四时起效力中止,如果被保险人在合同效力中止期间发生保险事故的,保险人不承担保险责任。

本合同效力依照前款约定中止的,经投保人申请并经保险人审核同意,同时经投保人补交欠交保险费后,合同效力恢复。

第二十一条 订立本合同,保险人就被保险人的有关情况提出询问的,投保人应当如实告知。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的义务,足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的,保险人有权解除本合同。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

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，不承担赔偿保险金责任，并不退还保险费。

投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿保险金责任，但应当退还保险费。

保险人在本合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除本合同；发生保险事故的，保险人应当承担赔偿保险金的责任。

第二十二条 投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本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。

第二十三条 年龄的计算及年龄、性别错误的处理

(一) 被保险人的投保年龄按周岁计算；

(二) 投保人在投保时应将被保险人的真实年龄与性别在投保单上填明，若发生错误，保险人按照下列规定办理：

(1) 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，保险人对该被保险人不负保险责任，保险人可以解除本合同，并向投保人退还未满期保险费；

(2) 投保人申报的被保险人年龄或性别不真实，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，或在赔偿保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例赔偿；

(3) 投保人申报的被保险人年龄或性别不真实，导致投保人实付保险费多于应付保险费，保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

第二十四条 保险事故发生后，投保人、被保险人或受益人应当及时通知保险人，保险人接收到投保人、被保险人或者受益人的保险事故通知后，将在1个工作日内一次性给予理赔指导。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，不承担赔偿保险金责任，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。

保险金申请与赔偿

第二十五条 保险金申请人向保险人申请赔偿保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法核实部分不承担赔偿保险金的责任。

(1) 理赔申请书；

(2) 保险金申请人的**有效身份证件**；

(3) 医院出具的完整病历资料（包括门急诊病历、处方，住院病历或出院记录以及检查报告、检验报告等）；

(4) 若被保险人未从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用收据原件、医疗费用明细清单；

若被保险人已从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用明细清单、医疗费用收据复印件、医疗费用分割单原始凭证（如社会基本医疗保险或公费医疗结算单、保险人在内的任何商业保险机构出具的理赔分割单、与工作单位及侵权人或侵权责任承担方达成的赔偿协议或和解协议或法院判决、调解生效的法律文书等取得医疗费用补偿的证明）；

(5) 被保险人罹患本合同所定义的重大疾病的，还应提供由医院专科医生出具的对被保险人的疾病诊断证明书以及由医院出具的与该疾病诊断证明书相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告（相关检验报告如已在病历中提交则无需重复提交）；

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

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

以上证明和资料不完整的，保险人将及时一次性通知投保人、保险金申请人补充提供有关证明和资料。

诉讼时效期间

第二十六条 保险金申请人向保险人请求赔偿保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

争议处理和法律适用

第二十七条 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，依法向中华人民共和国（不含港、澳、台地区）有管辖权的人民法院起诉。

第二十八条 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）。

其他事项

第二十九条 本合同成立后将持续有效，直至保险单约定的保险期间届满或达到本合同

约定的终止条件。

保险责任开始前，投保人要求解除本合同的，保险人应当无息全额退还投保人已缴纳的保险费。

保险责任开始后，犹豫期内投保人要求解除本合同的，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费；犹豫期后投保人要求解除本合同的，自保险人接到解除保险合同申请书之时起，本合同解除，**保险人自收到解除保险合同申请之日起三十日内向投保人退还本合同的未到期保险费。若本合同已发生保险金赔偿，未到期保险费为零。**

第三十条 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。

释义

第三十一条 除另有约定外，本合同中的下列词语具有如下含义：

【合法有效】 本合同所指合法有效均以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。

【保险人】 本合同所指的保险人指泰康在线财产保险股份有限公司。

【周岁】 指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。例如，出生日期为2020年9月1日，2020年9月1日至2021年8月31日期间为0周岁，2021年9月1日至2022年8月31日期间为1周岁，以此类推。

【意外伤害】 指外来的、突发的、不可预见的、非本意的和非疾病的导致被保险人身体受到伤害的客观事件。

【重大疾病】 本合同所定义的重大疾病共有一百二十种，是指被保险人在本合同的责任有效期内经专科医生明确诊断初次患下列疾病或初次达到下列疾病状态或在医院初次接受下列手术，其中第（一）至（二十八）种重大疾病为中国保险行业协会颁布的《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”）规定的疾病，且疾病名称和疾病定义与“规范”一致，第（二十九）至（一百二十）种重大疾病为“规范”规定范围之外的疾病。重大疾病的名称及定义如下：

（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）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO，World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，不在保障范围内：

(1) ICD-0-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；

b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

(2) TNM 分期为 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。

(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。

(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。

（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在保障范围内。

（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）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)。

(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：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 周岁之前因疾病或意外伤害导致的双耳失聪不在本合同保障范围内。先天性疾病所致的听力丧失不在本合同保障范围内。

(十四) 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 周岁之前因疾病或意外伤害导致的双目失明不在本合同保障范围内。先天性疾病所致的视力丧失不在本合同保障范围内。

(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在保障范围内。

（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在保障范围内。

（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在保障范围内。

（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 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：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 周岁之前因疾病或意外伤害导致的语言能力丧失不在本合同保障范围内。先天性失聪导致的语言能力丧失不在本合同保障范围内。

(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 \geq 正常的 25% 但 < 50%，则残存的造血细胞应 < 30%；

(2) 外周血象须具备以下三项条件中的两项：

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在保障范围内。

(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：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：**

(1) 移动：自己从一个房间移动到另一个房间；或者

(2) 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

(三十) 严重 1 型糖尿病：1 型糖尿病的特征为由于胰岛素分泌绝对不足引起严重胰岛素缺乏导致慢性血糖升高，需要依赖外源性胰岛素进行机体的葡萄糖代谢和维持生命。被保险人的 1 型糖尿病必须明确诊断，而且有血胰岛素测定及血 C 肽或尿 C 肽测定结果支持诊断，并且满足下列全部条件：

(1) 已经持续性地接受外源性胰岛素注射治疗连续 180 天以上；

(2) 因需要已经接受了下列治疗：因严重心律失常植入了心脏起搏器；或因坏疽自趾趾关节或以上切除了一趾或多趾。

(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、双膝关节和双髌关节。**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级Ⅲ级以上的功能障碍（关节活动严重限制，不能完成大部分的日常工作和活动）并且满足下列全部条件：**

(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。

(三十二) 严重幼年型类风湿性关节炎：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。

本合同仅对实际接受了膝关节或髌关节置换手术治疗的严重的幼年型类风湿性关节炎予以理赔。

(三十三) 重症急性坏死性筋膜炎截肢：是一种由细菌侵入皮下组织和筋膜引起的急性坏死性软组织感染，可伴有毒血症、败血症、中毒性休克、弥漫性血管内凝血及多器官衰竭。**必须满足下列所有条件：**

(1) 细菌培养和临床表现符合坏死性筋膜炎诊断标准；

(2) 病情迅速恶化，有脓毒血症表现；

(3) 受感染肢体被截肢（自腕关节或踝关节近端）。

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

(1) 肺脏：肺部病变进而发展为肺间质纤维化和肺动脉高压；

(2) 心脏：心功能受损达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级Ⅳ级；

(3) 肾脏：肾脏受损导致双肾功能慢性不可逆衰竭，达到尿毒症期。

下列疾病不在本合同保障范围内：

- ①局部性硬皮病（如：带状硬皮病、硬斑病）；
- ②嗜酸性粒细胞性筋膜炎；
- ③CREST 综合征。

（三十五）**急性坏死性胰腺炎开腹手术**：指为治疗急性坏死性胰腺炎，实际实施了开腹进行的坏死组织清除术、病灶切除术或胰腺部分切除术。

因酒精作用所致的急性胰腺炎以及腹腔镜手术不在本合同保障范围内。

（三十六）**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、肝外胆道因纤维化性炎症逐渐狭窄，并最终导致完全阻塞而发展为肝硬化。**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，血清 ALP>200U/L；
- （3）出现继发性胆汁性肝硬化和门静脉高压。

因肿瘤或胆管损伤等继发性的硬化性胆管炎不在本合同保障范围内。

（三十七）**颅脑手术**：被保险人确已实施全麻下的开颅手术（不包括颅骨钻孔手术和经鼻蝶窦入颅手术）。

因外伤及除脑垂体瘤、脑囊肿、颅内血管性疾病以外的良性颅内肿瘤而实施的脑外科手术不在保障范围之内。

理赔时必须提供由神经外科医生出具的诊断书及手术报告。

（三十八）**系统性红斑狼疮-III型或以上狼疮性肾炎**：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。

此处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 型至V 型狼疮性肾炎）的系统性红斑狼疮。**其他类型的红斑性狼疮，如盘状狼疮、仅累及血液及关节的狼疮不在本合同保障范围内。**

世界卫生组织(WHO)狼疮性肾炎分型：

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

（三十九）**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本合同保障范围内。

(四十) 经输血导致的人类免疫缺陷病毒(HIV)感染：被保险人感染上人类免疫缺陷病毒(HIV)并且满足下列全部条件：

(1) 在保障起始日或复效日之后，被保险人因输血而感染 HIV；

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

(3) 受感染的被保险人不是血友病患者。

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

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

(四十一) 丝虫病所致严重象皮肿：指因丝虫感染导致淋巴阻塞性出现严重淋巴水肿，达到国际淋巴学会淋巴肿分期第III期，临床表现为肢体象皮肿，患肢较健肢增粗 30%以上，日常生活不能自理。此病症须经专科医生根据临床表现和微丝蚴的化验结果确诊。

(四十二) 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。

单纯胰岛移植、部分胰腺组织或细胞移植不在本合同保障范围内。

(四十三) 严重慢性复发性胰腺炎：指慢性反复发作（3次及以上）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) 医疗记录证实存在有腹痛等典型症状的慢性胰腺炎急性反复发作超过三次；

(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合同保障范围内。

(四十四) 严重肾髓质囊性病：髓质囊性病的诊断须同时符合下列要求：

(1) 肾髓质有囊肿、肾小管萎缩及间质纤维化等病理改变；

(2) 肾功能衰竭；

(3) 诊断须由肾组织活检确定。

以下情况不在本合同保障范围内：

(1) 多囊肾；

(2) 多囊性肾发育不良和髓质海绵肾。

(四十五) 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。

(四十六) 特发性慢性肾上腺皮质功能衰竭：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、必须由专科医生明确诊断，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，>100pg/ml；

(2) 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本合同保障范围内。

(四十七) 严重进行性核上性麻痹(Steele-Richardson-Olszewski 综合征)：进行性核上性麻痹(PSP)又称 Steele-Richardson-Olszewski 综合征，是一种少见的神经系统变性疾病，以假球麻痹、垂直性核上性眼肌麻痹、锥体外系肌僵直、步态共济失调和轻度痴呆为主要临床特征。PSP 必须由三级甲等医院的神经内科专科医生确诊，并且被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(四十八) 严重哮喘：指一种反复发作的严重支气管阻塞性疾病，经我们认可的专科医生确诊，且必须同时符合下列所有标准：

(1) 过去两年中曾因哮喘持续状态（指哮喘持续发作 24 小时以上不能缓解）住院治疗；

(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六个月。

(四十九) 严重冠状动脉粥样硬化性心脏病：指经冠状动脉造影检查明确诊断为主要血管严重狭窄性病变，须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，至少一支血管官腔堵塞 75%以上，其他两支血管官腔堵塞 60%以上。

左前降支的分支血管、左旋支的分支血管及右冠状动脉的分支血管的狭窄不作为本合同保障的衡量指标。

(五十) 植物人状态：指由于严重颅脑外伤造成大脑和/或脑干严重损害导致完全永久

性的对自身和环境的意识丧失和中枢神经系统功能丧失，仅残存植物神经功能的疾病状态。诊断必须明确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。**

由于酗酒或滥用药物所致的植物人状态除外。

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

疑似病例不在本合同保障范围内。

(五十二) 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。**必须满足所有以下条件：**

- (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。

(五十三) 一肢及单眼缺失：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，如果使用其它视力表应进行换算）；
- (3) 视野半径小于 5 度。

被保险人在 3 周岁之前因疾病或意外伤害导致的一肢及单眼缺失不在本合同保障范围内。投保时已有单眼缺失或有一肢缺失的不在本合同保障范围内。

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

- (1) 感染必须是在被保险人正在从事其职业工作中发生，该职业必须属于以下列职业：
医生和牙科医生、护士、医院化验室工作人员、医院护工、医生助理和牙医助理、救护车工作人员、助产士、消防队员、警察、狱警。
- (2) 血清转化必须出现在事故发生后的 6 个月以内；
- (3) 必须提供被保险人在所报事故发生后的 5 天以内进行的检查报告，该报告必须显示被保险人血液 HIV 病毒阴性和/或 HIV 抗体阴性；
- (4) 必须在事故发生后的 12 个月内证实被保险人体内存在 HIV 病毒或者 HIV 抗体。

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

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

(五十五) 严重瑞氏综合征: 瑞氏综合征(Reye 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专科医生确诊,并满足下列所有条件:

- (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。

(五十六) 严重川崎病: 指一种原因未明的血管炎综合征,临床表现为急性发热,皮肤粘膜病损和淋巴结肿大。本病必须经专科医生明确诊断,且必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一百八十天;
- (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。

(五十七) 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。

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

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

(五十九) 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。

(六十) 严重Ⅲ度房室传导阻滞: 指心房激动在房室交界区、房室束及其分支内发生阻滞,不能正常地传到心室的传导性疾病,须满足下列所有条件:

- (1) 心电图显示房室搏动彼此独立,心室率<50 次/分钟;

(2) 出现阿-斯综合征或心力衰竭的表现；

(3) 必须持续性依赖心脏起搏器维持心脏正常功能，且已经放置永久性心脏起搏器。

(六十一) 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儿科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。

(六十二) 严重感染性心内膜炎：指因感染性病原体造成心脏内膜发炎，并符合下列所有条件：

1、血液培养测试结果为阳性，证实存在感染病原体：

(1) 微生物：在赘生物、栓塞的赘生物或心脏内脓疡经培养或组织检查证实有微生物；
或

(2) 病理性病灶：组织病理学检查证实赘生物或心脏内脓疡有活动性心内膜炎；或

(3) 分别两次血液培养证实有典型的病原体且与心内膜炎吻合；或

(4) 持续血液培养证实有病原体阳性反应，且与心内膜炎吻合。

2、心内膜炎引起中度心瓣膜闭锁不全（指返流分数 20%或以上）或中度心瓣膜狭窄（指心瓣膜开口范围小于或等于正常的 30%）；及

3、心内膜炎及心瓣膜病损须经心脏专科医生确诊。

(六十三) 败血症导致的多器官功能障碍综合症：指由医院专科医生确诊为败血症，并由血液或骨髓检查证实致病菌，伴发一个或多个器官系统生理功能障碍，并因该疾病入住重症监护病房至少 96 小时，同时至少满足以下一条标准：

(1) 呼吸衰竭，需要进行气管插管机械通气；

(2) 凝血血小板计数 $<50 \times 10^3$ /微升；

(3) 肝功能不全，胆红素 $>6\text{mg/dl}$ 或 $>102 \mu\text{mol/L}$ ；

(4) 已经使用强心剂；

(5) 昏迷：格拉斯哥昏迷评分(GCS) ≤ 9 ；

(6) 肾功能衰竭，血清肌酐 $>300 \mu\text{mol/L}$ 或 $>3.5\text{mg/dl}$ 或尿量 $<500\text{ml/d}$ ；

非败血症引起的多器官功能障碍综合征不在本合同保障范围内。

(六十四) 因器官移植导致的艾滋病病毒感染：被保险人因接受器官移植感染上人类免疫缺陷病毒(HIV)并且满足下列全部条件：

(1) 在保障起始日或复效日之后，被保险人接受器官移植，并因此感染人类免疫缺陷病毒(HIV)；

(2) 提供器官移植治疗的器官移植中心或医院出具该项器官移植感染，属于医疗事故的报告，或者法院终审裁定为医疗责任；

(3) 提供器官移植治疗的器官移植中心或医院必须拥有合法经营执照。

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

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

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

1. 经组织病理学诊断；
2. CT 显示双肺弥漫性囊性改变；
3. 休息时出现呼吸困难或并经本公司认可医院的专科医生认可有必要进行肺移植手术。

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

- (1) 血红蛋白 $<100\text{g/L}$ ；
- (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 $<100 \times 10^9/\text{L}$ 。

任何其它病因导致的继发性骨髓纤维化不在本合同保障范围内。

(六十七) 严重骨髓异常增生综合征：指符合世界卫生组织（WHO，WorldHealthOrganization）2008 分型方案中的难治性贫血伴原始细胞增多（RAEB）或 2016 年分型方案中的骨髓异常增生综合征伴原始细胞增多（MDS-EB）、骨髓异常增生综合征伴单纯 del（MDS-5q）、骨髓异常增生综合征未分类型（MDS-U）。

且需满足下列所有条件：

- (1) 骨髓穿刺或骨髓活检结果支持诊断；
- (2) 已接受至少累计三十日的化疗或已接受造血干细胞移植治疗或骨髓移植治疗。化疗天数的计算以被保险人实际服用、注射化疗药物的天数为准。

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

- (1) 有实验室检查证据证实存在埃博拉病毒感染，经国家认可的有合法资质的传染病专家确诊、并上报国家疾病预防控制中心接受了隔离和治疗；

(2) 存在广泛出血的临床表现；

(3) 病程持续 30 天以上。

单纯实验室诊断但没有临床出血表现的或者在确诊之前已经死亡的不在本合同保障范围内。

(六十九) 严重面部烧伤：指面部烧伤程度为III度，且III度烧伤的面积达到面部表面积的 80%或 80%以上。面部的范围指上至发际、下至下颌下缘、两侧至下颌支后缘之间的区域，包括额部、眼部、眶部、鼻部、口唇部、颞部、颧部、颊部和腮腺咬肌部。

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

(七十一) 严重慢性缩窄型心包炎：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必须满足以下所有条件：**

(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) 实际接受了以下任何一种手术路径的心包剥脱或心包切除手术：

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本合同保障范围内。

(七十二) 艾森门格综合征：因心脏病导致的严重肺动脉高压及右向左分流。**诊断必须由心脏专科医生经超声心动图和心导管检查证实及需符合以下所有标准：**

(1) 平均肺动脉压高于 40mmHg；

(2) 肺血管阻力高于 3mm/L/min (Wood 单位)；

(3) 正常肺微血管楔压低于 15mmHg。

先天性心脏病所致的艾森门格综合征不在本保障范围。

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

(1) 脊髓小脑变性症必须由医院诊断，并有以下证据支持：

①影像学检查证实存在小脑萎缩；

②临床表现存在共济失调、语言障碍和肌张力异常。

(2) 被保险人运动功能严重障碍，自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(七十四) 严重进行性多灶性白质脑病：是一种亚急性脱髓鞘脑病，其病原体多为乳

头多瘤空泡病毒，常常发生于免疫缺陷病人。**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。

(七十五) 严重强直性脊柱炎：强直性脊柱炎是一种慢性全身性炎性疾病，主要侵犯脊柱导致脊柱畸形。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。

(七十六) 严重多处臂丛神经根性撕脱：由于疾病或意外导致至少两根臂丛神经根性撕脱，且自确诊 180 天后仍遗留双侧手臂感觉功能与运动功能完全永久性丧失。须有电生理检查结果证实。

(七十七) 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**满足下列所有条件：**

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

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

(七十八) Brugada 综合征：被保险人必须由三级医院心脏专科医生明确诊断为 Brugada 综合征，并且**满足下列所有条件：**

- (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。

(七十九) 严重巨细胞动脉炎：巨细胞动脉炎又称颞动脉炎、颞动脉炎、肉芽肿性动脉炎，须经本公司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。

(八十) 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 (New York Heart Association, NYHA) 心功能状态分级 IV 级，且静息状态下肺动脉平均压在 36mmHg（含）以上。

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合同保障责任范围内。

(八十一) 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 等影相学检查做出。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）不在本合同保障范围内。

(八十二) 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。

(八十三) 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。

(八十四) 脑型疟疾：恶性疟原虫严重感染导致的脑病或脑型疟疾，以昏迷为主要特征。脑型疟疾的诊断须由注册医生确认，且外周血涂片存在恶性疟原虫。

其他明确病因导致的脑病不在本合同保障范围内。

(八十五) 严重 III 度冻伤导致截肢：冻伤是由于寒冷潮湿作用引起的人体局部或全身损伤。指冻伤程度达到 III 度，且导致一个或一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。

(八十六) 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。**须提供同时具有下列条件中的至少三项的检验报告：**

- (1) 血小板计数 $<100 \times 10^9/L$ 或者呈进行性下降；
- (2) 血浆纤维蛋白原含量 $<1.5g/L$ 或者 $>4g/L$ 或者呈进行性下降；
- (3) 3P 试验阳性或者血浆 FDP $>20mg/L$ ；
- (4) 凝血酶原时间 >15 秒或者超过对照组 3 秒以上。

(八十七) 急性肺损伤 (ALI) 或急性呼吸窘迫综合征 (ARDS)：指一种由于肺泡毛细血管和肺泡上皮细胞损伤引起的弥漫性肺间质及肺泡水肿，以进行性低氧血症、呼吸窘迫为特征的急性呼吸综合征。须由呼吸科或者重症监护室专科医生明确诊断，**并须满足下列全部条件：**

- (1) 急性发作（原发疾病起病后 7 天内发病）；
- (2) 影像学检查证实双肺浸润影；
- (3) PEEP(呼气末正压) $\geq 5cmH_2O$ 时， PaO_2/FiO_2 (动脉氧分压/吸入氧浓度) 低于 200mmHg；
- (4) 非心源性导致的肺水肿。

(八十八) 心脏粘液瘤：指经本公司认可医院的心脏专科医师确诊的心脏原发性良性心脏肿瘤，并经术后病理或细胞学诊断。

(八十九) 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。须经专科医生诊断，且须满足下列至少三项条件：

- (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。

被保险人在 3 周岁之前罹患该疾病不在本合同保障范围内。

(九十) 严重出血性登革热：是由登革热病毒引起的急性传染病，须经专科医生明确诊断，并须出现下列一种或多种严重登革热的临床表现：

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

非出血性登革热不在本合同保障范围内。

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

- (1) 延髓麻痹呈现显著舌肌萎缩、构音困难和吞咽困难；
- (2) 双手萎缩呈“爪形手”，肌力 2 级或以下。

(九十二) 侵蚀性葡萄胎（恶性葡萄胎）：该类疾病是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。

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

- (1) 心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能 III 级或 IV 级；
- (2) 左室射血分数低于 35%；
- (3) 左室舒张末期内径 \geq 55mm；
- (4) QRS 时间 \geq 130msec；
- (5) 药物治疗效果不佳，仍有症状。

(九十四) 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) $PaO_2 < 60\text{mmHg}$ ， $PaCO_2 > 50\text{mmHg}$ 。

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

- (1) 产后大出血休克病史；
- (2) 严重腺垂体功能破坏，破坏程度>95%；
- (3) 影像学检查显示脑垂体严重萎缩或消失；
- (4) 实验室检查显示：

①垂体前叶激素全面低下；

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

- (5) 需要终身激素替代治疗以维持身体功能，持续服用各种替代激素超过一年。

垂体功能部分低下及其他原因所致垂体功能低下不在本合同保障范围之内。

(九十六) 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。经医院的专科医生明确诊断，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。

(九十七) 严重气性坏疽：指由梭状芽胞杆菌所致的肌坏死或肌炎。须经本公司认可的医院的专科医生明确诊断，且须满足下列全部条件：

- (一) 符合气性坏疽的一般临床表现；
- (二) 细菌培养检出致病菌；
- (三) 受感染肢体被截肢（自腕关节或踝关节近端）。

清创术不在本合同保障范围内。

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

未明确诊断的疑似病例不在本合同保障范围之内。

(九十九) 严重骨生长不全症：是一种胶原病，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。**本合同只保障III型成骨不全的情形**，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。

(一百) 严重肾上腺脑白质营养不良：指一种最常见的过氧化物酶体病，主要累及肾上腺和脑白质，主要表现为进行性的精神运动障碍，视力及听力下降和（或）肾上腺皮质功能低下等。**须经专科医生诊断，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。**

被保险人在3周岁之前罹患该疾病不在本合同保障范围内。

(一百零一) 肺泡蛋白质沉积症：肺泡蛋白质沉积症是一种弥漫性肺部疾病，其组织学特征为肺泡腔内及终末细支气管内堆积过量的磷脂蛋白样物质。**理赔时须满足下列所有条件：**

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

(2) 被保险人因中重度呼吸困难或低氧血症而实际已行全身麻醉下的全肺灌洗治疗。

(一百零二) 严重脊髓灰质炎：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。**肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊180天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意识活动。

(一百零三) 严重原发性心肌病：指不明原因引起的一类心肌病变，包括原发性扩张型心肌病、原发性肥厚型心肌病及原发性限制型心肌病三种，病变必须已造成事实上心室功能障碍而出现明显的心功能衰竭(指按照美国纽约心脏病学会提出的新功能状态分级的标准判定，心功能状态已达IV级)，且IV级心功能衰竭状态已持续至少180日。本病须经专科医生明确诊断。

继发于全身性疾病或其他器官系统疾病造成的心肌病变不在本合同保障范围内。

(一百零四) 严重全身性(型)重症肌无力：重症肌无力是一种神经肌肉接头传递障碍所致的疾病，表现为局部或全身骨骼肌(特别是眼外肌)极易疲劳。疾病可以累及呼吸肌、上肢或下肢的近端肌群或全身肌肉，**必须满足下列全部条件：**

(1) 经药物治疗和胸腺切除治疗一年以上仍无法控制病情；

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

(一百零五) 严重肌营养不良症：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骨骼肌肉对称地进行性无力和萎缩。**其诊断需满足下列全部条件：**

(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) 已导致被保险人持续超过三个月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。

(一百零六) 肝豆状核变性: 肝豆状核变性是一种遗传性铜代谢障碍疾病。表现为体内的铜离子在肝、脑、肾、角膜等处沉积,引起进行性加重的肝硬化、锥体外系症状、精神症状、肾损害及角膜色素环。**肝豆状核变性必须明确诊断并且满足以下条件之一:**

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

(2) 失代偿性肝硬化,临床已经出现腹水、食道静脉曲张和脾肿大等表现;

(3) 慢性肾功能衰竭,已开始肾脏透析治疗;

(4) 接受了肝移植或肾移植手术。

(一百零七) 闭锁综合征: 由于双侧脑桥基底部病变,脑干腹侧的皮质核束和皮质脊髓束受损,而导致的缄默和四肢瘫痪。临床表现为意识清醒或仅有轻微损害,除睁闭眼和眼球上下运动外其它全部运动、吞咽、语言功能均丧失。诊断必须经神经科医生确认,并必须持续至少一个月病史记录。

(一百零八) 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,并至少合并下列异常中的一项:

(1) 大小便失禁;

(2) 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。

(一百零九) 库鲁病: 指一种亚急性传染性朊蛋白病。临床表现为共济失调、震颤、不自主运动,在病程晚期出现进行性加重的痴呆,神经异常。该病必须由专科医生根据检测出的脑组织中的致病蛋白而明确诊断。

(一百一十) 自身免疫性脑炎: 自身免疫性脑炎(Autoimmune Encephalitis, AE)泛指一类由自身免疫机制介导的脑炎。临床以精神行为异常、癫痫发作、近事记忆障碍等多灶或弥漫性脑损害为主要表现。

自身免疫性脑炎须经保险人认可的医院的专科医生明确诊断,并须满足下列全部条件:

(1) 急性或亚急性起病,具备以下 1 个或多个神经与精神症状或临床综合征。

①边缘系统症状:近事记忆减退、癫痫发作、精神行为异常,3 个症状中的 1 个或多个

②脑炎综合征:弥漫性或多灶性脑损害的临床表现;

③基底核和(或)间脑/下丘脑受累的临床表现;

④精神障碍,且精神心理专科认为不符合非器质疾病。

(2) 具有以下 1 个或多个的辅助检查发现,或者合并相关肿瘤。

①脑脊液异常:脑脊液白细胞增多;或者脑脊液细胞学呈淋巴细胞性炎症;或者脑脊液寡克隆区带阳性;

②神经影像学或电生理异常：MRI 边缘系统 T2 或者 FLAIR 异常信号，单侧或双侧，或者其他区域的 T2 或 FLAIR 异常信号（除外非特异性白质改变和卒中）；或者 PET 边缘系统高代谢改变，或者多发的皮质和（或）基底核高代谢；或者脑电图异常：局灶性癫痫或癫痫样放电（位于颞叶或颞叶以外），或者弥漫或多灶分布的慢波节律；

③与自身免疫性脑炎相关的特定类型的肿瘤，如边缘性脑炎合并小细胞肺癌，抗 NMDAR 脑炎合并畸胎瘤。

(3) 抗神经元表面抗原的自身抗体阳性，其中抗 NMDAR 抗体检测主要以脑脊液阳性为准。

(4) 合理地排除其他病因。

(一百一十一) 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%。

(一百一十二) 严重脊髓血管病后遗症：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。永久性不可逆的神经系统功能损害指疾病确诊 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。

(一百一十三) 特定的横贯性脊髓炎后遗症：脊髓炎是一种炎症性脊髓疾病。横贯性脊髓炎是指炎症扩展横贯整个脊髓，表现为运动障碍、感觉障碍和自主神经功能障碍。

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

(1) 移动：自己从一个房间到另一个房间；

(2) 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

(一百一十四) 特发性肺纤维化：是一种原因不明的、进行性的、局限于肺部的以纤维化伴蜂窝状改变为特征的疾病，可表现为呼吸困难、咳嗽咳痰、消瘦、乏力，终末期可出现呼吸衰竭和右心衰竭体征。诊断需经外科肺活检病理证实或高分辨率 CT(HRCT)证实为典型的普通型间质性肺炎(UIP)。

其他已知原因(例如环境和职业暴露、结缔组织病、药物毒性)导致的间质性肺疾病(ILD)不在本合同保障范围内。

(一百一十五) 严重血管性痴呆：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合同保障范围内。

（一百一十六）严重额颞叶痴呆：指一组以额颞叶萎缩为特征的痴呆综合征，临床以明显的人格、行为改变和认知障碍为特征。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合同保障范围内。

（一百一十七）严重路易体痴呆：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本合同保障范围内。

（一百一十八）创伤弧菌感染截肢：因创伤弧菌感染导致败血症和肢体损害。**必须满足下列所有条件：**

- （1）近期被海鲜刺伤或肢体创口接触海水史；
- （2）病原学检查证实致病菌为创伤弧菌；
- （3）出现脓毒败血症或休克；
- （4）受感染肢体被截肢（自腕关节或踝关节近端）。

（一百一十九）重症心肌炎伴充血性心力衰竭：指心肌的局限性或弥漫性炎性病变，心肌纤维发生变性和坏死，导致心脏功能衰竭，但先天性疾病造成的除外。**其诊断标准必须同时符合下列所有条件：**

（一）明确的心肌炎诊断，须同时具备下列临床表现及检查结果：

- ①胸痛、心悸、全身乏力的症状；
- ②新近的心电图改变提示心肌炎；
- ③体检有心脏扩大、心音减弱、心动过速或过缓等体征。

（二）心力衰竭诊断，满足下列临床表现及检查结果达4项：

- ①突发呼吸困难；
- ②心动过速、室性奔马律；
- ③心脏肿大、肺部啰音；
- ④颈静脉压 $>2.1\text{kPa}$ 并有肝肿大或身体水肿；
- ⑤新近的心电图改变提示心力衰竭；

⑥X线胸片：肺淤血或心影扩大；

⑦超声心动图检查：心脏及大血管的解剖结构改变、血液动力学改变、心功能情况改变提示心力衰竭。

（一百二十）严重主动脉炎：指经心脏或血管外科专科医生确诊的大动脉炎，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。

主动脉及其主要分支指：升主动脉、主动脉弓及其分支（头臂干、左颈总动脉、左锁骨下动脉）、胸主动脉、腹主动脉及其主要分支（腹腔干、肠系膜上动脉、肠系膜下动脉、肾动脉）。

【住院】指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院的正式病房接受全日二十四小时监护治疗的过程，并正式办理入住院手续。但不包括下列情况：

- （一）被保险人在医院的门（急）诊观察室，家庭病床（房）入住；
- （二）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；
- （三）被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；
- （四）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；
- （五）被保险人住院体检；
- （六）挂床住院及其他不合理的住院。

【医院】指国家卫生部医院等级分类中的二级或二级以上公立医院普通部及保险人扩展承保的指定医疗机构普通部，但不包括观察室、特需医疗、国际医疗、联合病房、康复病房和干部病房以及附属于前述医院或单独作为诊所、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒等或相类似的医疗机构或保险人不予承保的医院。同时该医院必须具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且全日二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗和护理等服务。

注：保险人扩展承保的指定医疗机构名单和保险人不予承保的医院名单将在保险单中载明。保险人保留新增扩展承保指定医疗机构的权利。对于新增后的扩展承保指定医疗机构名单，保险人将会在泰康在线官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

【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。

【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。

【必需且合理】必需且合理指：

(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。

【住院医疗费用】指被保险人住院期间发生的医疗费用，包括：

(一) 床位费

指被保险人在住院期间发生的医院床位的费用，包括普通床位费和重症监护室床位费，**不包括陪人床、观察病床位和家庭病床的费用。**

(二) 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：**(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。

(三) 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，包括注射费、机疗费、理疗费(中式理疗费：顺势疗法、正骨治疗、针灸治疗费；西式理疗费：物理治疗、美式脊椎矫正、职业疗法、语音治疗费)、输血费、输氧费、体外反搏费等。

(四) 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。

（五）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。

（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。**

【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。

【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。

【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疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理部门批准用于临床治疗。

【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疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理部门批准用于临床治疗。

【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。本合同所指的靶向疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理部门批准用于临床治疗。

【质子、重离子放射治疗】指利用质子和重离子对肿瘤进行放射治疗的技术。本合同所指的质子、重离子放射治疗是指被保险人根据医嘱，在保险单载明的特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。

【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、护理费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费等，**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。**

【社会基本医疗保险】指《社会保险法》第三章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。

【同一次住院】与前次住院原因相同，且前次出院与下次入院间隔未超过三十日（含第三十日）的再次住院视为同一次住院。

【酗酒】指没有节制地喝酒，以医疗机构或司法部门出具的酒精中毒或酒精摄入过量的

相关证明为依据。

【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。

【酒后驾驶】指经检测或鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

【无合法有效驾驶证驾驶】指下列情形之一：

（一）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或驾驶证已过有效期的；

（二）驾驶与合法有效驾驶证准驾车型不相符合的车辆；

（三）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；

（四）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或持审验不合格的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；

（五）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，驾驶营业性车辆的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；

（六）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。

【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：

（一）未办理行驶证或者行驶证在申办过程中的；

（二）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车交通工具；

（三）机动车或机动车行驶证被依法注销登记的或行驶证已过有效期的；

（四）未在行驶证检验有效期内依法按时进行机动车安全技术检验或者未通过机动车安全技术检验的；

（五）依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许机动车行驶的其他情况。

【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。

【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。

【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。

【探险活动】指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，而使自己置身于其中的行为，如江河漂流、徒步穿越沙漠或原始森林等活动。

【武术比赛】指两人或两人以上对抗柔道、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。

【特技表演】指从事马术、杂技、驯兽、飞车等特殊技能训练或比赛。

【《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）】指世界卫生组织（WHO）制定的国际统一的疾病分类方法，它根据疾病的病因、病理、临床表现和解剖位置等特性，用一种系统有序的组合编码的方法对疾病进行分类。目前世界通用的是第10次修订本《疾病和有关健康问题的国际统计分类》，（ICD-10）是该分类第10次修订本的简称。

【既往症】指在保单生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

【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。

【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。

【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症，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；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

【未到期保险费】指本合同所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由保险人退还的那部分金额。

犹豫期内退保的，未到期保险费=投保人已交纳保险费。犹豫期后退保的，

若保险费为一次性支付的：

未到期保险费=投保人已交纳保险费×[1-(保险单已生效天数/保险期间天数)]

若保险费为分期支付的：

未到期保险费=投保人已交纳当期保险费×[1-(保险单当期已经过天数/当期总天数)]

已生效或已经过天数不足一天的按一天计算。若本合同已发生保险金赔偿，未到期保险费为零。

【保险费约定支付日】指保险合同生效日在每月的对应日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。如保险合同生效日为2020年6月8日，则次月的保险费约定支付日为2020年7月8日，以此类推，则最后一个月的保险费约定支付日为2021年5月8日。

【不可抗力】指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

【保险金申请人】指被保险人、受益人，被保险人、受益人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

【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。

【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。

【ICD-0-3】《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-0-3），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-0-3不一致的情况，以ICD-0-3为准。

【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】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。

【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。

【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。

【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。

【六项基本日常生活活动】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：自己上下床或者上下轮椅；（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者碟中取食物放入口中；（6）洗澡：自己进行淋浴或者盆浴。

【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。

【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。

【挂床住院】指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非二十四小时在院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。

泰康在线财产保险股份有限公司 附加个人重大疾病保险（互联网专属）条款

总则

第一条 本附加保险合同（以下简称为“本附加险合同”）须附加于医疗保险合同（以下简称“主险合同”）。主险合同所附条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等，凡与本附加险合同相关者，均为本附加险合同的构成部分。凡涉及本附加险合同的约定，均应采用书面或电子形式。

若主险合同与本附加险合同的条款互有冲突，则以本附加险合同的条款为准。本附加险合同未尽事宜，以主险合同的条款规定为准。

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。

第二条 本附加险合同的投保人、被保险人、受益人均与主险合同一致。

保险责任

第三条 投保人为被保险人首次投保本附加险或者非续保本附加险时，自本附加险合同生效之日起一定期限为等待期，最长不超过九十天，等待期期限由投保人和保险人在投保时协商确定，并在保险单上载明。

在等待期内，被保险人非因意外伤害导致罹患主险合同所约定的重大疾病（无论一种或者多种），保险人不承担给付保险金的责任，但无息退还所交保险费，同时本附加险合同终止。

被保险人续保本附加险或因遭受意外伤害导致罹患主险合同所定义的重大疾病的无等待期。

第四条 在保险期间内，保险人承担下列保险责任：

被保险人因意外伤害或者在等待期后非因意外伤害经医院专科医生初次确诊罹患主险合同所定义的重大疾病（无论一种或者多种），保险人按保险单载明的重大疾病保险金额向重大疾病保险金受益人给付重大疾病保险金，本附加险合同终止。

上述重大疾病的具体疾病种类及疾病定义以主险合同释义部分为准。

责任免除

第五条 对于被保险人因以下任何情形而导致被保险人罹患主险合同定义的重大疾病的，保险人不承担给付保险金的责任：

- （一）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- （二）被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- （三）被保险人故意自伤、或自本附加险合同生效或效力恢复之日起自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （四）被保险人主动吸食或者注射毒品；
- （五）被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶，或者驾驶无合法有效行驶证的机动车；
- （六）被保险人感染艾滋病病毒或者患艾滋病（但符合本附加险合同“输血原因致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染”及“职业原因致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染”定义的不在其限）；
- （七）战争、军事冲突、暴乱或者武装叛乱；
- （八）核爆炸、核辐射或者核污染；
- （九）遗传性疾病，先天性畸形、变形或者染色体异常。

保险金额

第六条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本附加险合同重大疾病保险金额由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单中载明。

保险费与保险费支付

第七条 保险费依据保险金额与保险费率计收，在保险单中载明。保险费支付方式由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单上载明。除另有约定外，本附加险合同的保险费支付方式与主险合同一致。

犹豫期

第八条 除另有约定外，本附加险合同的犹豫期与主险合同一致。投保人在此期间提出解除合同，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费。

自保险人收到投保人解除合同的申请时起，本附加险合同即被解除，保险人自始不承担保险责任。

犹豫期后申请解除合同会遭受一定经济损失，保险人将退还保单的未到期保险费。

保险期间

第九条 除另有约定外，本附加险合同的保险期间与主险合同一致。

续保

第十条 本产品为不保证续保合同。本产品保险期间为一年（或不超过一年）。保险期间届满或保险期间届满前三十日内，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

保险金申请与给付

第十一条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实保险事故的性质、原因的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

（一）理赔申请书；

（二）保险金申请人的有效身份证件；

（三）医院出具的被保险人出院记录、由医院专科医生出具的对被保险人的疾病诊断证明书以及由医院出具的与该疾病诊断证明书相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告；

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

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

以上证明和资料不完整的，保险人将及时一次性通知投保人、保险金申请人补充提供有关证明和资料。

第十二条 如果被保险人本人作为重大疾病保险金受益人已向保险人书面申领重大疾病保险金，但在实际领取重大疾病保险金前身故，重大疾病保险金将作为其遗产，由保险人向其合法继承人给付。

第十三条 保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道

或者应当知道保险事故发生之日起计算。

其他事项

第十四条 本附加险合同成立后将持续有效，直至保险单约定的保险期间届满或达到本附加险合同约定的终止条件或主险合同终止条件。

保险责任开始前，投保人要求解除本附加险合同的，保险人应当无息全额退还投保人已缴纳的保险费。

保险责任开始后，犹豫期内投保人要求解除本附加险合同的，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费；犹豫期后投保人要求解除本附加险合同的，自保险人接到解除合同申请书之时起，保险合同解除，保险人自收到解除保险合同申请之日起三十日内向投保人退还本附加险合同的未到期保险费。

第十五条 投保人要求解除合同时，需提供下列证明和资料原件：

- （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）投保人身份证明或投保单位证明。

释义

第十六条 本附加险合同涉及下列术语时，适用以下释义：

【意外伤害】指外来的、突发的、不可预见的、非本意的和非疾病的导致被保险人身体受到伤害的客观事件。

【医院】指国家卫生部医院等级分类中的二级或二级以上公立医院以及保险人扩展承保的医院，但前述医院不包括单独作为诊所、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒等或相类似的医疗机构或保险人不予承保的医院。同时该医院必须具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且全日二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗和护理等服务。

注：保险人扩展承保的医院名单和保险人不予承保的医院名单将在保险单中载明。保险人保留新增扩展承保医院的权利。对于新增后的扩展承保医院名单，保险人将会在泰康在线官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

【专科医生】专科医生应当同时满足以下三项资格条件：

- （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。

【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。**

【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。

【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，是否达到前述标准由公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定，保险人根据公安机关交通管理部门的认定确认是否属于酒后驾驶。

【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。

【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。

【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。

【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。

【输血原因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）**并且满足下列所有条件：**

- (1) 在保障起始日之后，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。

保险人拥有获得使用被保险人的所有血液样本的权利和能够对这些样本进行独立检验的权利。

【职业原因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），并且满足下列所有条件：

- （1）感染必须是在被保险人正在从事其职业工作中发生；
- （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

保险人拥有获得使用被保险人的所有血液样本的权利和能够对这些样本进行独立检验的权利。

【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。

【先天性畸形、变形或者染色体异常】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。

【未到期保险费】指本附加险合同所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由保险人退还的那部分金额。

犹豫期内退保的，未到期保险费=投保人已交纳保险费。犹豫期后退保的，

若保险费为一次性支付的：

未到期保险费=投保人已交纳保险费×[1-(保险单已生效天数/保险期间天数)]

若保险费为分期支付的：

未到期保险费=投保人已交纳当期保险费×[1-(保险单当期已经过天数/当期总天数)]

已生效或已经过天数不足一天的按一天计算。

【不可抗力】指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

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

【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。

本附加险合同的未释义名词，以本附加险合同所附属主险合同中的释义为准。

泰康在线财产保险股份有限公司

附加个人重大疾病住院津贴保险 C 款（互联网专属）条款

总则

第十七条 本附加保险合同（以下简称为“本附加合同”）须附加于健康险类保险合同（以下简称为“主险合同”）。主险合同所附条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等，凡与本附加合同相关者，均为本附加合同的构成部分。凡涉及本附加合同的约定，均应采用书面或电子形式。

若主险合同与本附加合同的条款互有冲突，则以本附加合同的条款为准。本附加合同未尽事宜，以主险合同的条款约定为准。

第十八条 本附加合同的投保人、被保险人、受益人均与主险合同一致。

保险责任

第十九条 除另有约定外，本附加合同的等待期与主险合同一致。

第二十条 在保险期间内，保险人承担下列保险责任：

被保险人因意外伤害或者在本附加合同等待期后非因意外伤害经医院专科医生初次确诊罹患主险合同所定义的重大疾病（无论一种或者多种），且经诊断必须接受住院治疗的，保险人按照被保险人每次住院的实际住院日数，乘以本附加合同约定的重大疾病住院津贴日额给付重大疾病住院津贴保险金，具体计算公式如下：

重大疾病住院津贴保险金 = 每次住院实际住院日数 × 重大疾病住院津贴日额

重大疾病住院津贴日额由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

在本附加合同保险期间内，保险人一次或累计给付重大疾病住院津贴保险金日数达到 180 日时，本附加合同终止。

在本附加合同保险期间届满日，若被保险人仍未结束住院治疗的，对于被保险人在保险期间届满日起 30 日内（含第 30 日）的住院治疗，保险人继续按照本附加合同的约定在重大疾病住院津贴最高给付日数内承担给付重大疾病住院津贴保险金责任。但无论被保险人一次或多次住院，保险人累计给付的重大疾病住院津贴日数以 180 日为限。

上述重大疾病的具体疾病种类及疾病定义以主险合同释义部分为准。

责任免除

第二十一条 因主险合同列明的责任免除事项导致被保险人罹患重大疾病的，保险人不承担给付重大疾病住院津贴保险金的责任。

保险金额

第二十二条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本附加合同的重度疾病住院津贴日额由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单中载明。

保险费与保险费支付

第二十三条 保险费依据保险金额与保险费率计收，在保险单中载明。保险费支付方式由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单中载明。除另有约定外，本附加合同的保险费支付方式与主险合同一致。

犹豫期

第二十四条 除另有约定外，本附加合同的犹豫期与主险合同一致。

保险期间

第二十五条 除另有约定外，本附加合同的保险期间与主险合同一致。

续保

第二十六条 本产品为不保证续保合同。本产品保险期间为1年（或不超过1年）。保险期间届满或保险期间届满前30日内，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

保险金申请与给付

第二十七条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

- (1) 理赔申请书；
- (2) 保险金申请人的有效身份证件；
- (3) 医院出具的被保险人出院记录、由医院专科医生出具的对被保险人的疾病诊断证明书以及由医院出具的与该疾病诊断证明书相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告；
- (4) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；
- (5) 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。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其

监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

以上证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知投保人、保险金申请人补充提供有关证明和资料。

第二十八条 如果被保险人本人作为重大疾病住院津贴保险金受益人已向保险人书面申领重大疾病住院津贴保险金，但在实际领取重大疾病住院津贴保险金前身故，重大疾病住院津贴保险金将作为其遗产，由保险人向其合法继承人给付。

第二十九条 保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

其他事项

第三十条 本附加合同成立后将持续有效，直至保险单约定的保险期间届满或达到本附加合同约定的终止条件。

保险责任开始前，投保人要求解除本附加合同的，保险人应当无息全额退还投保人已缴纳的保险费。

保险责任开始后，犹豫期内投保人要求解除本附加合同的，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费；犹豫期后投保人要求解除本附加合同的，自保险人接到解除合同申请书之时起，本附加合同解除，保险人自收到解除合同申请之日起 30 日内向投保人退还本附加合同的未到期保险费。若本附加合同已发生保险金给付，未到期保险费为零。

如主险合同解除，本附加合同须同时解除。

第三十一条 投保人要求解除合同时，需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。

释义

第三十二条 本附加合同涉及下列术语时，适用以下释义：

【医院】指国家卫生部医院等级分类中的二级或二级以上公立医院以及保险人扩展承保的医院，但前述医院不包括单独作为诊所、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒等或相类似的医疗机构或保险人不予承保的医院。同时该医院必须具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且全日二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗和护理等服务。

注：保险人扩展承保的医院名单和保险人不予承保的医院名单将在保险单中载明。保险人保留新增扩展承保医院的权利。对于新增后的扩展承保医院名单，保险人将会在泰康在线官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

【住院】指被保险人因罹患主险合同所定义的重大疾病入住医院的正式病房进行治疗，

并正式办理入院、出院手续，不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院或其他不合理的住院。

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。

【未到期保险费】指本附加合同所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由保险人退还的那部分金额。

犹豫期内退保的，未到期保险费=保险费。犹豫期后退保的，

保险费为一次性支付的：

未到期保险费=保险费×[1-（保险单已生效天数/保险期间的天数）]

保险费为分期支付的：

未到期保险费=当期保险费×[1-（当期已经过天数/当期的总天数）]

已生效或已经过天数不足一天的按一天计算。若本附加合同已发生保险金给付，未到期保险费为零。

本附加合同的未释义名词，以本附加合同所附属主险合同中的释义为准。

泰康在线财产保险股份有限公司

附加个人住院补偿费用医疗保险（互联网专属）条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指泰康在线财产保险股份有限公司。

1 您与我们的合同

- | | |
|--------------------|--|
| 1.1 合同构成 | <p>本附加险保险合同（以下简称“本附加险合同”）须附加于医疗险保险合同（互联网专属）（以下简称“主险合同”）。</p> <p>本附加险合同的保险条款、保险单或其他保险凭证、投保书、与本附加险合同有关的投保文件、合法有效（见 7.1）的声明、批注、批单、其他书面或电子协议都是您与我们之间订立的本附加险合同的构成部分。</p> |
| 1.2 合同成立及生效 | <p>您提出保险申请、我们同意承保，本附加险合同成立。</p> <p>本附加险合同自我们同意承保、收取保险费并签发电子保险单开始生效，具体生效日以电子保险单所载的日期为准。</p> <p>本附加险合同作为主险合同的组成部分，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。</p> |
| 1.3 合同约定事项 | <p>本附加险合同与主险合同相抵触之处，以本附加险合同的约定为准；本附加险合同未约定事项，以主险合同的约定为准。</p> |

1.4 投保条件 本附加险合同的投保人和被保险人与主险合同一致。

2 我们保什么、保多久

2.1 保障计划 本附加险合同的投保计划由您在投保时与我们约定,并在保险单中载明。

2.2 等待期 您为被保险人首次投保本保险或非续保本保险时,自本附加险合同生效日起一定期限为等待期,最长不超过 90 日,等待期期限由您在投保时与我们约定,并在保险单中载明。

被保险人在等待期内因罹患疾病导致住院(见7.2)治疗的,无论该住院治疗行为是否延续到等待期后,我们都不承担赔偿保险金的责任,但本附加险合同继续有效。

您为被保险人续保本保险或被保险人因遭受意外伤害(见7.3)导致住院治疗的无等待期。

2.3 保险责任 在本附加险合同保险期间内,我们承担下列保险责任:

住院补偿费用医疗保险金

在本附加险合同保险期间内,被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患疾病,在医院(见7.4)经专科医生(见7.5)诊断必须接受相关住院治疗的,对于被保险人因此发生的属于主险合同约定的免赔额部分的必需且合理(见7.6)的住院医疗费用(见7.7),我们在扣除本附加险合同约定的免赔额后,依照以下赔偿比例承担保险责任:

1. 被保险人以参加社会基本医疗保险(见7.8)或者公费医疗(见7.9)身份投保,并以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的,赔偿比例为A。

2. 被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保,但未以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的,赔偿比例为B。

3. 被保险人以未参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保,赔偿比例为C。

赔偿比例A、B、C由您在投保时与我们约定,并在保险单上载明。

我们对于住院补偿费用医疗保险金的累计赔偿金额以本附加险合同约定的住院补偿费用医疗保险金额为限,一次或累计赔偿的金额达到住院补偿费用医疗保险金额时,本附加险合同终止。

2.4 保险金额 保险金额是我们承担赔偿保险金责任的最高限额。本附加险合同的住院补偿费用医疗保险金额由您在投保时与我们约定,并在保险单上载明。

2.5 犹豫期 除另有约定外,本附加险合同的犹豫期与主险合同一致。

2.6 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(包括但不限于社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、包括我们在内的任何商业保险机构等)获得本附加险合同责任范围内医疗费用

补偿，我们仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其从上述途径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偿。被保险人社保卡个人账户支出部分视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿，不进行前述扣除。

2.7 免赔额

本附加险合同住院补偿费用医疗保险金责任中所指免赔额指单次住院免赔额，指保险期间内被保险人自行承担，我们依据本附加险合同不予赔偿的部分。

本附加险合同中住院补偿费用医疗保险金单次住院免赔额由您和我们协商确定，并在保险单中载明。

可以计入单次住院免赔额的范围：

哪些内容可以计入单次住院免赔额？	哪些内容不可以计入单次住院免赔额？
被保险人从商业保险获得的医疗费用补偿	社会基本医疗保险和公费医疗支付的医疗费用
除社会基本医疗保险和公费医疗以外，被保险人从其他途径获得的医疗费用补偿	

2.8 保险期间

除另有约定外，本附加险合同的保险期间与主险合同一致。

2.9 续保

本附加险合同为不保证续保合同。本产品保险期间为一年（或不超过一年）。保险期间届满或保险期间届满前 30 日内，您需要重新向我们申请投保本产品，并经我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

3 我们不保什么

3.1 责任免除

在下列期间发生的或因下列情形之一导致被保险人支出的任何费用，我们不承担赔偿保险金的责任：

- (1) 主险合同中列明的“责任免除”事项；
- (2) 被保险人因脊柱类疾病(包括但不限于各种颈椎病，胸、腰椎间盘突出/膨出/移位/滑脱)、病理性骨折(见7.10)、腹股沟疝(见7.11)治疗所产生的医疗费用；任何原因导致的中草药费用；
- (3) 疗养、康复治疗(见7.12)、心理治疗、美容、矫形、视力矫正手术、牙齿治疗、安装假肢、整容手术；
- (4) 减肥、胃减容术(包括但不限于：可调节式束带手术、袖状胃切除手术、胃旁路手术、胃内水囊手术、胃肠转流术)；
- (5) 包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、痔疮手术、性功能障碍、性早熟、发育迟缓治疗。

4 如何领取保险金

- 4.1 受益人** 除另有约定外，本附加险合同的受益人为被保险人本人。
- 4.2 保险事故通知** 保险事故发生后，您、被保险人或受益人应当及时通知我们，我们接收到您、被保险人或者受益人的保险事故通知后，将在 1 个工作日内一次性给予理赔指导。**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，不承担赔偿保险金责任，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的除外。**
- 4.3 保险金申请** **保险金申请人（见 7.13）** 向我们申请赔偿保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。**保险金申请人未能提供有关材料，导致我们无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，我们对无法核实部分不承担赔偿保险金的责任。**
- (1) 理赔申请书；
 - (2) 保险金申请人的**有效身份证件（见 7.14）**；
 - (3) 医院出具的完整病历资料（包括处方，住院病历或出院记录以及检查报告、检验报告等）；
 - (4) 若被保险人未从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用收据原件、医疗费用明细清单；
若被保险人已从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用明细清单、医疗费用收据复印件、医疗费用分割单原始凭证（如社会基本医疗保险或公费医疗结算单、我们在内的任何商业保险机构出具的理赔分割单、与工作单位及侵权人或侵权责任承担方达成的赔偿协议或和解协议或法院判决、调解生效的法律文书等取得医疗费用补偿的证明）；
 - (5) 被保险人罹患主险合同所定义的特定疾病的，还应提供由医院专科医生出具的对被保险人的疾病诊断证明书以及由医院出具的与该疾病诊断证明书相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告（相关检验报告如已在病历中提交则无需重复提交）；
 - (6) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；
 - (7) 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。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

我们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您、保险金申请人补充提供。

4.4 保险金赔偿

我们收到保险金申请人的赔偿保险金请求及完整材料后，事实清晰、责任明确且无需调查的，应当在 5 个工作日内作出是否属于保险责任的核定；情形复杂需要调查的，应当在 30 日内作出核定。

我们应当将核定结果在 1 个工作日内通知保险金申请人；对属于保险责任的，在与保险金申请人达成赔偿保险金的协议后 10 日内，履行赔偿保险金义务。本附加险合同对赔偿保险金的期限有约定的，我们应当按照约定履行赔偿保险金的义务。

我们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在 1 个工作日内向保险金申请人发出拒绝赔偿保险金通知书，并说明理由。

我们自收到赔偿保险金的请求和有关证明、资料之日起 60 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；我们最终确定赔偿保险金的数额后，应当支付相应的差额。

4.5 诉讼时效

保险金申请人向我们请求赔偿保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

5 如何支付保险费

5.1 保险费的支付

本附加险合同的保险费按照被保险人的年龄和所选保障计划确定。您须按合同约定支付保险费。本附加险合同保险费支付方式由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。

若您选择一次性支付保险费的，您应当在投保时一次性交清保险费。**您未按本款约定交清保险费的，本附加险合同不生效，对本附加险合同生效前发生的保险事故，我们不承担保险责任。**

若您选择分期支付保险费的，您应当在投保时交清首期保险费。**您未按本款约定交清首期保险费的，本附加险合同不生效，对本附加险合同生效前发生的保险事故，我们不承担保险责任。**

您选择分期支付保险费的，在交纳首期保险费后，您应当在每个**保险费约定支付日（见 7.15）**交纳其余各期对应的保险费。**若您未按约定交纳保险费，我们允许您在我们催告之日起 30 日内（含第 30 日）补交保险费，如果被保险人在此 30 日内发生保险事故，我们仍按照本附加险合同约定赔偿保险金，但需扣减欠交的保险费。**

若您在我们催告之日起 30 日内（含第 30 日）未补交保险费，本附加险合同自上述期限届满之日的 24 时起效力中止，如果被保险人在合同效力中止期间发生保险事故的，我们不承担保险责任。

本附加险合同效力依照前款约定中止的，**经您申请并经我们审核同意，同时在您补交保险费后，合同效力恢复。**

6 如何退保

6.1 您解除合同的手续及

本附加险合同成立后将持续有效，直至保险单约定的保险期间届满或

风险

达到本附加险合同约定的终止条件。

如您申请解除本附加险合同,请填写解除合同申请书并向我们提供您的有效身份证件。

保险责任开始前,您要求解除本附加险合同的,我们应当无息全额退还您已缴纳的保险费。

保险责任开始后,犹豫期内您要求解除本附加险合同的,我们将无息退还您所支付的全部保险费;犹豫期后您要求解除本附加险合同的,自我们接到解除保险合同申请书之时起,本附加险合同解除,我们自收到解除保险合同申请之日起 30 日内向您退还本附加险合同的未到期保险费(见 7.16)。若本附加险合同已发生保险金赔偿,未到期保险费为零。

您在犹豫期后申请解除合同会遭受一定经济损失。

7 释义

7.1 合法有效

本附加险合同所指合法有效均以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。

7.2 住院

指被保险人因疾病或意外伤害而入住医院的正式病房进行治疗,并正式办理入院手续,不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院或其他不合理的住院。

不合理住院指:

- (1) 被保险人在特需病房、外宾病房或其他不属于社会基本医疗保险保障范畴的高等级病房入住;
- (2) 被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗;
- (3) 被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查、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;
- (4) 被保险人住院体检。

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

7.3 意外伤害

指外来的、突发的、不可预见的、非本意的和非疾病的导致被保险人身体受到伤害的客观事件。

7.4 医院

指国家卫生部医院等级分类中的二级或二级以上公立医院普通部及我们扩展承保的医院普通部,但不包括观察室、特需医疗、国际医疗、联合病房、康复病房和干部病房以及附属于前述医院或单独作为诊所、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒等或相类似的医疗机构或我们不予承保的医院。同时该医院必须具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备,并且全日二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗和护理等服务。

注：我们扩展承保的医院名单和我们不予承保的医院名单将在保险单中载明。我们保留新增扩展承保医院的权利。对于新增后的扩展承保医院名单，我们将会**在泰康在线官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。**

7.5 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。

7.6 必需且合理

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。

对于是否符合通常惯例由我们根据客观、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：指被保险人接受的针对意外伤害或疾病本身的医疗服务以及相关医疗费用，**符合下列所有条件：**

- (1) 治疗意外伤害或者疾病合适且必须的、有医生处方或书面医嘱的项目；
- (2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；
- (3) 接受的医疗服务范围是合适的而且经济有效的；
- (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。

对于是否医学必需由我们根据客观、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。

7.7 住院医疗费用

指被保险人住院期间发生的医疗费用，包括：

(1) 床位费

指被保险人在住院期间发生的医院床位的费用，包括普通床位费和重症监护室床位费，**不包括陪人床、观察病床位和家庭病床的费用。**

(2) 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。**

(3) 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,包括注射费、机疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等,但是**针灸治疗费、理疗费除外**。

(4) 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。

(5) 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。

(6) 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;**对于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**。

(7) 膳食和营养配餐费

指被保险人住院期间实际发生的、根据医生的医嘱、由医院内专设的为住院病人配餐的食堂配送的、符合惯常标准的膳食费。**膳食和营养配餐费应包含在医疗账单内**;根据各医疗机构的惯例,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。

(8) 医生费

指被保险人在住院期间所发生的外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用及会诊医生的劳务费。

(9) 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,**但救护车的使用仅限于同一地级市中的医疗运送**。

- | | | |
|-------------|-----------------|--|
| 7.8 | 社会基本医疗保险 | 本附加险合同所称的社会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障项目。 |
| 7.9 | 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预防。 |
| 7.10 | 病理性骨折 | 指因年龄、各种营养不良和内分泌等因素引起全身性骨质疏松,表现为骨皮质萎缩变薄,骨小梁变细、数量减少,进而在外在诱因下导致骨的完整性、连续性遭到破坏。 |
| 7.11 | 腹股沟疝 | 指腹腔内脏器通过腹股沟区的缺损向体表突出所形成的包块,俗称“疝气”。 |

- 7.12 康复治疗** 指在康复医院、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，如理疗、按摩、推拿、生物反馈疗法、康复营养、康复护理等。
- 7.13 保险金申请人** 指被保险人、受益人，被保险人、受益人的继承人或其他依法享有保险金请求权的自然人。
- 7.14 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，如：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。
- 7.15 保险费约定支付日** 指保险合同生效日在每月的对应日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。如保险合同生效日为 2021 年 6 月 1 日，则次月的保险费约定支付日为 2021 年 7 月 1 日，以此类推，则最后一个月的保险费约定支付日为 2022 年 5 月 1 日。
- 7.16 未到期保险费** 指本附加险合同所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由我们退还的那部分金额。
- 犹豫期内退保的，未到期保险费=您已交纳保险费。
- 犹豫期后退保的，若保险费为一次性支付的：
未到期保险费=您已交纳保险费×[1-(保险单已生效天数/保险期间天数)]
- 若保险费为分期支付的：
未到期保险费=您已交纳当期保险费×[1-(当期已经过天数/当期总天数)]
- 已生效或已经过天数不足一天的按一天计算。若本附加险合同已发生保险金赔偿，未到期保险费为零。

泰康在线财产保险股份有限公司

附加特定药品医疗保险 A 款（互联网专属）条款

总则

第三十三条 本附加保险合同（以下简称为“本附加险合同”）须附加于医疗保险（互联网专属）合同（以下简称“主险合同”）。主险合同所附条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等，凡与本附加险合同相关者，均为本附加险合同的构成部分。凡涉及本附加险合同的约定，均应采用书面或电子形式。

若主险合同与本附加险合同的约定互有冲突，则以本附加险合同的约定为准。本附加险合同未尽事宜，以主险合同的约定为准。

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。

第三十四条 本附加险合同的投保人、被保险人、受益人均与主险合同一致。

保险责任

第三十五条 投保人为被保险人首次投保本保险或者非续保本保险时，自本附加险合同生效之日起一定期限为等待期，最长不超过九十天，等待期期限由投保人和保险人在投保时协商确定，并在保险单上载明。

在等待期内，被保险人经医院专科医生初次确诊罹患本附加险合同所定义的癌症或《临床急需进口药品及适用疾病清单》中的一种或多种适用疾病的，保险人不承担赔偿保险金的责任，但无息退还投保人已交保险费，同时本附加险合同终止。

投保人续保本保险的无等待期。

第三十六条 本附加险合同保险责任包括“癌症院外特定药品医疗保险金”、“特定医疗机构临床急需进口药品医疗保险金”和“特定医疗机构住院医疗保险金”，其中“癌症院外特定药品医疗保险金”为必选责任，“特定医疗机构临床急需进口药品医疗保险金”和“特定医疗机构住院医疗保险金”为可选责任。投保人在投保“癌症院外特定药品医疗保险金”的基础上，可以选择投保“特定医疗机构临床急需进口药品医疗保险金”和“特定医疗机构住院医疗保险金”，但投保“特定医疗机构住院医疗保险金”时必须同时投保“特定医疗机构临床急需进口药品医疗保险金”，具体投保责任由投保人和保险人协商确定并在保险单上载明。

第三十七条 在本附加险合同保险期间内，保险人按以下约定承担保险责任：

一、癌症院外特定药品医疗保险金（必选）

在本附加险合同保险期间内，被保险人在等待期后经医院专科医生初次确诊罹患本附加险合同所定义的癌症且必须治疗的，对于被保险人因治疗该癌症实际发生的必需且合理的且同时满足以下条件的院外特定药品费用，保险人在扣除本附加险合同约定的免赔额后，按本附加险合同约定的癌症院外特定药品医疗保险金的赔偿比例赔偿癌症院外特定药品费用，但累计赔偿金额以本附加险合同约定的癌症院外特定药品医疗保险金额为限。

赔偿癌症院外特定药品费用须同时满足以下条件：

（一）该院外特定药品须由医院专科医生开具处方且为被保险人当前治疗癌症所必需的药品；

（二）被保险人初次确诊罹患本附加险合同所定义的癌症的时间在保险期间内且在等待期后；

（三）该院外特定药品必须为中国国家药品监督管理部门批准且已在中国上市的靶向药物和免疫治疗药物；

（四）用于治疗癌症的药品处方中所列明的院外特定药品是在保险人指定或认可的院外药店购买；

（五）每次院外特定药品处方剂量不超过一个月；

（六）被保险人在保险人指定或者认可的院外药店购买院外特定药品须符合本附加险合同第十六条所约定的“癌症院外特定药品购药流程”。

对于不满足上述条件的癌症院外特定药品费用，保险人不承担赔偿癌症院外特定药品

医疗保险金的责任。

若本附加险合同保险期间届满时癌症治疗仍未结束的，对被保险人初次确诊罹患本附加险合同所定义的癌症之日起三百六十五天内（含第三百六十五天）发生的癌症院外特定药品费用，保险人仍按照本附加险合同的约定承担赔偿癌症院外特定药品医疗保险金的责任。保险期间内及保险期间届满后累计赔偿金额以本附加险合同约定的癌症院外特定药品医疗保险金额为限。

癌症院外特定药品医疗保险金的赔偿比例：

被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，并以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，赔偿比例为 A；被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，但未以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，赔偿比例为 B；被保险人以未参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，赔偿比例为 C。赔偿比例 A、赔偿比例 B、赔偿比例 C 由投保人和保险人在投保时协商确定，并在保险单中载明。

二、特定医疗机构临床急需进口药品医疗保险金（可选）

在本附加险合同保险期间内，被保险人在等待期后经医院专科医生初次确诊罹患本附加险合同约定的《临床急需进口药品及适用疾病清单》中的一种或多种适用疾病，对于被保险人在特定医疗机构治疗该疾病实际发生的、必需且合理的且同时满足以下条件的临床急需进口药品费用，保险人在扣除本附加险合同约定的免赔额后，按本附加险合同约定的特定医疗机构临床急需进口药品医疗保险金的赔偿比例赔偿临床急需进口药品费用，但累计赔偿金额以本附加险合同约定的特定医疗机构临床急需进口药品医疗保险金额为限。

赔偿特定医疗机构临床急需进口药品费用须同时满足以下条件：

（一）临床急需进口药品须为《临床急需进口药品及适用疾病清单》中所列药品，由特定医疗机构专科医生开具处方，且为被保险人当前治疗该适用疾病必需且合理的药品；

（二）每次临床急需进口药品处方剂量不超过一个月；

（三）被保险人购买处方中所列临床急需进口药品前，需按保险人指定流程提交相应材料并通过处方审核，具体流程见第十七条“特定医疗机构临床急需进口药品、住院医疗使用评估及就医安排流程”。

对于不满足上述条件的临床急需进口药品费用，保险人不承担赔偿特定医疗机构临床急需进口药品医疗保险金的责任。

特定医疗机构临床急需进口药品医疗保险金的赔偿比例由投保人与保险人约定，并在保险单中载明。

若本附加险合同保险期间届满时适用疾病治疗仍未结束的，对被保险人初次确诊罹患本附加险合同约定《临床急需进口药品及适用疾病清单》中的适用疾病之日起三百六十五天内（含第三百六十五天）发生的临床急需进口药品费用，保险人仍按照本附加险合同的约定承担赔偿特定医疗机构临床急需进口药品医疗保险金的责任。保险期间内及保险期间届满后累计赔偿金额以本附加险合同约定的特定医疗机构临床急需进口药品医疗保险金额为限。

三、特定医疗机构住院医疗保险金（可选）

在本附加险合同保险期间内，被保险人在等待期后经医院专科医生初次确诊罹患本附加险合同约定的《临床急需进口药品及适用疾病清单》中的一种或多种适用疾病，经特定医疗机构评估须使用临床急需进口药品的，对于被保险人因使用临床急需进口药品，在特定医疗机构住院治疗期间实际发生的、必需且合理的住院医疗费用，保险人在扣除本附加险合同约定的免赔额后，按本附加险合同约定的特定医疗机构住院医疗保险金的赔偿比例赔偿特定医疗机构住院医疗费用，但累计赔偿金额以本附加险合同约定的特定医疗机构住院医疗保险金额为限。

被保险人接受特定医疗机构住院医疗前，需按保险人指定流程提交相应材料并通过审核，具体流程见第十七条“特定医疗机构临床急需进口药品、住院医疗使用评估及就医安排流程”。

特定医疗机构住院医疗保险金的赔偿比例：

被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，并以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，赔偿比例为D；被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，但未以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，赔偿比例为E；被保险人以未参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，赔偿比例为F。赔偿比例D、赔偿比例E、赔偿比例F由投保人和保险人在投保时协商确定，并在保险单中载明。

若本附加险合同保险期间届满时被保险人住院治疗仍未结束的，对被保险人初次确诊罹患本附加险合同约定《临床急需进口药品及适用疾病清单》中的适用疾病之日起三百六十五天内（含第三百六十五天）发生的同一次住院的医疗费用，保险人仍按照本附加险合同的约定承担赔偿特定医疗机构住院医疗保险金的责任。保险期间内及保险期间届满后累计赔偿金额以本附加险合同约定的特定医疗机构住院医疗保险金额为限。

第三十八条 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（包括但不限于社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、侵权人或侵权责任承担方、其他政府机构或者社会福利机构、保险人在内的任何商业保险机构、慈善机构等）获得本附加险合同责任范围内医疗费用补偿，保险人仅对该被保险人实际发生的医疗费用扣除其从上述其他途径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偿。被保险人社保卡个人账户支出部分视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿，不进行前述扣除。

责任免除

第三十九条 对于被保险人因以下任何情形而发生的任何费用，保险人不承担赔偿保险金的责任：

（一）被保险人接种预防癌症的疫苗、进行基因测试以鉴定癌症的遗传性、接受未经中国国家药品监督管理部门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；

（二）被保险人在投保时已经患癌症及《临床急需进口药品及适用疾病清单》中适用疾病的，但保险人已知晓并作出书面认可的除外；

（三）被保险人曾经或正在使用大剂量的镇静安眠药、迷幻剂、毒品或其他违禁药物，有麻醉剂成瘾、酒精或药物滥用成瘾；

（四）被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；

(五) 被保险人感染艾滋病病毒或者患艾滋病；

(六) 核爆炸、核辐射或者核污染。

第四十条 对于被保险人因以下任何情形而发生的癌症院外特定药品费用，保险人也不承担赔偿癌症院外特定药品医疗保险金的责任：

(一) 在中国大陆境外的国家或者地区接受治疗所产生的院外特定药品费用；

(二) 院外特定药品处方的开具与中国国家药品监督管理部门批准的该药品说明书中所列明的适应症、用法用量不符；

(三) 未在保险人指定或认可的院外药店购买的院外特定药品；

(四) 使用未获得中国国家药品监督管理部门许可或批准上市的院外特定药品；

(五) 未按本附加险合同约定的“癌症院外特定药品购药流程”进行购药申请或经申请未审核通过；

(六) 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、变形或染色体异常引起的医疗费用；

(七) 癌症院外特定药品取药或送药上门而产生的非药品费用。

第四十一条 对于因以下任何情形而发生的特定医疗机构临床急需进口药品费用和特定医疗机构住院医疗费用，保险人也不承担赔偿特定医疗机构临床急需进口药品医疗保险金和特定医疗机构住院医疗保险金的责任：

(一) 临床急需进口药品的开具与《临床急需进口药品及适用疾病清单》所列明的适用疾病不符；

(二) 临床急需进口药品的开具与中国国家药品监督管理部门批准的该药品说明书中所列明的用法用量不符；

(三) 被保险人未在特定医疗机构接受治疗、购买临床急需进口药品而产生的住院医疗费用、临床急需进口药品费用；

(四) 未按本附加险合同约定的“特定医疗机构临床急需进口药品、住院医疗使用评估及就医安排流程”进行使用评估或经评估未审核通过；

(五) 被保险人产生的除特定医疗机构临床急需进口药品费用和住院医疗费用之外的费用，如交通费、转诊费、住宿费等；

(六) 任何替代疗法或因医疗事故产生的费用；

(七) 仅有临床不适症状，入院诊断和出院诊断均不是《临床急需进口药品及适用疾病清单》中的适用疾病；

(八) 未经特定医疗机构医生处方自行购买的药品或非特定医疗机构药房购买的药品（特定医疗机构临床急需进口药品除外）；

(九) 被保险人患精神和行为障碍（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》第十次修订版（ICD-10）》为准）；

(十) 康复治疗或训练、修养或疗养、健康体检、保健食品及用品、体外或植入的医疗辅助装置或用具（义肢、轮椅、拐杖、助听器、眼镜或隐形眼镜、义眼等等）及其安装；

(十一) 被保险人接受整形矫形、视力矫正手术、美容整容手术、牙科保健及其并发症。

保险金额

第四十二条 本附加险合同癌症院外特定药品医疗保险金、特定医疗机构临床急需进口药品医疗保险金、特定医疗机构住院医疗保险金与主险合同共用保险金额，若保险人在主险合同及本附加险合同下累计赔偿金额达到主险合同约定的年度累计保险金额，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赔偿保险金的责任。

保险费与保险费支付

第四十三条 保险费依据保险金额与保险费率计收，在保险单中载明。保险费支付方式由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单上载明。除另有约定外，本附加险合同的保险费支付方式与主险合同一致。

免赔额

第四十四条 除另有约定外，本附加险合同与主险合同的重大疾病医疗保险金或癌症医疗保险金共用免赔额，若免赔额在主险合同的重大疾病医疗保险金或癌症医疗保险金赔偿时已经完全扣除，则在本附加险合同赔偿时不再扣除免赔额；若免赔额在本附加险合同赔偿时已经完全扣除，则在主险合同的重大疾病医疗保险金或癌症医疗保险金下赔偿时不再扣除免赔额。

犹豫期

第四十五条 除另有约定外，本附加险合同的犹豫期与主险合同一致。投保人在此期间提出解除合同，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费。

自保险人收到投保人解除合同的申请时起，本附加险合同即被解除，保险人自始不承担保险责任。

投保人在犹豫期后申请解除合同会遭受一定经济损失，保险人将向投保人退还本附加险合同的未到期保险费。

保险期间

第四十六条 除另有约定外，本附加险合同的保险期间与主险合同一致。

续保

第四十七条 本产品为不保证续保合同。本产品保险期间为一年（或不超过一年）。保险期间届满或保险期间届满前三十日内，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

癌症院外特定药品购药流程

第四十八条 在本附加保险合同保险期间内，被保险人在等待期后经医院专科医生初次确诊罹患本附加保险合同所定义的癌症且必须治疗的，在该癌症的治疗过程中，如果被保险人根据医院专科医生开具的药品处方在就诊医院外购买药品，且该药品属于本附加合同约定的院外特定药品，由**保险金申请人**作为院外特定药品购药流程的申请人，按照以下流程进行购药申请、药品处方审核、药品自取、送药上门服务：

（一）购药申请

保险金申请人须向保险人提交院外特定药品购药申请，并提供下列证明和资料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。**保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法核实部分不承担赔偿保险金的责任。**

（1）理赔申请书；

（2）保险金申请人的**有效身份证件**；

（3）医院出具的完整病历资料（包括门急诊病历、处方、住院病历或出院记录、检查报告等）；

（4）由医院专科医生出具的初次确诊被保险人罹患本附加保险合同所约定的癌症的疾病诊断证明书（含确诊日期）、以及由医院出具的与该疾病诊断证明书相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告；

（5）由医院专科医生出具的用于治疗该癌症的药品处方（含本附加合同约定的院外特定药品）；

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

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

以上证明和资料不完整的，保险人将及时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购药申请或者申请审核未通过，保险人不承担赔偿癌症院外特定药品费用的责任。

（二）药品处方审核

购药申请提交后，保险人将进行药品处方审核。对于以下两种特殊情况，保险人有权要求保险金申请人补充其他与药品处方审核相关的医学材料：

（1）保险金申请人申请时提交的与被保险人相关的医学材料不足以支持药品处方开具与审核；

（2）保险金申请人已提交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与审核。

药品处方审核主要包括以下两方面：

① 根据经国家药品监督管理部门批准上市的药品说明书（以药品处方开具时最新版本为准）所列明的适应症、用法、用量审核药品处方：**经审核，药品处方的开具与药品说明书中所列明的适应症、用法、用量不符的，保险人将不予通过保险金申请人的购药申请。**

② 根据被保险人的疾病状况审核被保险人是否对申请的院外特定药品已经耐药：**经审核，若被保险人的疾病状况确定对申请的院外特定药品已经耐药，保险人将不予通过保险金申请人的购药申请。**

如果保险金申请人的药品处方审核未通过，保险人不承担赔偿癌症院外特定药品费用的责任。

（三）药品自取、送药上门服务

药品自取、送药上门服务仅限在保险人指定或认可的院外药店购买本附加险合同约定的院外特定药品中的药品。

药品处方审核通过后，由保险人提供购药证明，保险金申请人应在**购药凭证生成后的三十日内（含第三十日）**携带药品处方、被保险人的有效身份证件及被保险人的中华人民共和国社会保障卡（如果被保险人不拥有社会基本医疗保险身份则无需提供社会保障卡）到**保险人指定或认可的院外药店购买或者领取本附加险合同责任范围的院外特定药品。**

特定医疗机构临床急需进口药品、住院医疗使用评估及就医安排流程

第四十九条 在本附加险合同保险期间内，被保险人在等待期后经医院专科医生初次确诊罹患本附加险合同约定的《临床急需进口药品及适用疾病清单》中的一种或多种适用疾病，需按照以下流程进行特定医疗机构临床急需进口药品、住院医疗使用评估及就医安排：

（一）报案申请

保险金申请人向保险人提交报案申请，并提供下列证明和材料：

- （1）理赔申请书；
- （2）保险金申请人的有效身份证件；
- （3）医院专科医生出具的被保险人的诊断证明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）由医院专科医生出具的用于治疗该适用疾病的药品处方；
- （5）保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料。

如果保险金申请人未提交报案申请或被保险人未通过报案申请审核，保险人不承担赔偿临床急需进口药品费用、特定医疗机构住院医疗费用的责任。

以上证明和资料不完整的，保险人将及时一次性通知保险金申请人补充提供有关证明和资料。

（二）疾病诊断审核

- （1）收到保险金申请人的报案申请后，保险人将在三个工作日内协助保险金申请人联

系特定医疗机构专科医生进行病情诊断,以确认被保险人申请药品的临床使用的必要性和适用性。诊疗方式包括但不限于和特定医疗机构专科医生以远程视频方式或提交电子版书面材料的方式。为充分评估患者疾病情况是否符合先行先试医疗自贸区相关医疗管理规定,特定医疗机构专科医生可能会要求保险金申请人补充必要的检查资料。

(2) 若特定医疗机构专科医生确认该药品临床使用的必要性和适用性,将向国家药品监督管理部门和卫生健康管理部门提出该药品的进口使用申请,国家药品监督管理部门及卫生健康管理部门审批通过后,被保险人可至特定医疗机构就医治疗及使用临床急需进口药品。

如果经特定医疗机构病情诊断评估被保险人不符合该药品临床使用的必要性和适用性,保险人不承担赔偿特定医疗机构临床急需进口药品费用、特定医疗机构住院医疗费用的责任。

(三) 就医安排

被保险人通过特定医疗机构病情诊断审核后,保险人将安排被保险人前往特定医疗机构使用临床急需进口药品及接受特定医疗机构住院医疗。

保险金申请和赔偿

第五十条 保险金申请人通过保险人指定或认可的院外药店购买符合本附加险合同保险责任的院外特定药品时,保险金申请人应将申请和受领癌症院外特定药品医疗保险金的权利转让给保险人指定或认可的院外药店,由保险人与保险人指定或认可的院外药店直接结算,保险金申请人无需支付该部分药品费用,保险人不再接受保险金申请人对该部分保险金的申请。但被保险人应自行承担不属于保险责任范围内或超出本附加险合同约定保险金额部分的特定药品费用及取药或送药上门而产生的非药品费用。

第五十一条 保险金申请人通过特定医疗机构购买符合本附加险合同保险责任的临床急需进口药品时,保险金申请人应将申请和受领特定医疗机构临床急需进口药品医疗保险金的权利转让给特定医疗机构,由保险人与特定医疗机构直接结算,被保险人无需支付该部分药品费用,保险人不再接受保险金申请人对该部分保险金的申请。但被保险人应自行承担不属于保险责任范围内或超出本附加险合同约定保险金额部分的特定医疗机构临床急需进口药品费用。

第五十二条 保险金申请人向保险人申请赔偿特定医疗机构住院医疗保险金时,应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的,应提供其他合法有效的材料。保险金申请人未能提供有关材料,导致保险人无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的,保险人对无法核实部分不承担赔偿保险金的责任。

- (一) 理赔申请书;
- (二) 保险金申请人的有效身份证件;
- (三) 医院出具的完整病历资料(包括门急诊病历、处方,住院病历或出院记录以及检查报告等);

(四) 由医院专科医生出具的对被保险人的疾病诊断证明书以及由医院出具的与该疾病诊断证明书相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告;

(五) 若被保险人未从其他途径获得医疗费用补偿,需提供医疗费用收据原件、医疗费用明细清单;

若被保险人已从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用明细清单、医疗费用收据复印件、医疗费用分割单原始凭证（如社会基本医疗保险或公费医疗结算单、保险人在内的任何商业保险机构出具的理赔分割单、与工作单位及侵权人或侵权责任承担方达成的赔偿协议或和解协议或法院判决、调解生效的法律文书等取得医疗费用补偿的证明）；

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

（七）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。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，并提供监护人的身份证明等资料。

以上证明和资料不完整的，保险人将及时一次性通知保险金申请人补充提供有关证明和资料。

以上证明和资料已在购药或报案申请中提交的，则无需重复提交。

其他事项

第五十三条 本附加保险合同成立后将持续有效，直至保险单约定的保险期间届满或达到本附加保险合同约定的终止条件。

保险责任开始前，投保人要求解除本附加保险合同的，保险人应当无息全额退还投保人已交纳的保险费。

保险责任开始后，犹豫期内投保人要求解除本附加保险合同的，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费；犹豫期后投保人要求解除本附加保险合同的，自保险人接到解除合同申请书之时起，本附加保险合同解除，保险人自收到解除保险合同申请之日起三十日内向投保人退还本附加保险合同的未到期保险费。

若本附加保险合同已发生保险金赔偿，未到期保险费为零。

第五十四条 投保人要求解除合同时，需提供下列证明和资料：

- （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。

释义

第五十五条 本附加保险合同涉及下列术语时，适用以下释义：

【医院】指国家卫生部医院等级分类中的二级或二级以上公立医院普通部及保险人扩展承保的医院普通部，但不包括观察室、特需医疗、国际医疗、联合病房、康复病房和干部病房以及附属于前述医院或单独作为诊所、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒等或相类似的医疗机构或保险人不予承保的医院。同时该医院必须具有符合有关医院管理规定设置标准

的医疗设备，并且全日二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗和护理等服务。

注：保险人扩展承保的医院名单和保险人不予承保的医院名单将在保险单中载明。保险人保留新增扩展承保医院的权利。对于新增后的扩展承保医院名单，保险人将会在泰康在线官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

【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。

【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。

【癌症】本附加险合同所定义的癌症指“恶性肿瘤——重度”、“恶性肿瘤——轻度”及原位癌。其中：

(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）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO, World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，不在保障范围内：

(1) ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；

b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

(2) TNM 分期为 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。

(二) 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）

ization) 《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。

(三) 原位癌: 指恶性细胞局限于上皮尚未突破基底膜浸润周围正常组织的癌细胞新生物。原位癌必须经对固定活组织的组织病理学检查明确诊断。

【临床急需进口药品】指特定医疗机构因临床急需, 经国家药品监督管理部门或者国务院授权的省、自治区、直辖市人民政府批准后, 进口的少量药品。

【临床急需进口药品及适用疾病清单】指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临床急需进口药品与适用疾病清单。具体药品清单、适用疾病将载明于保险单。保险人保留对清单中药品做出调整的权利, 对于调整后的药品清单, 保险人将会在泰康在线官方渠道 (包括但不限于官网、官微) 公示。

【院外特定药品】指本附加险合同期满日前经中国国家药品监督管理部门批准并已在中国注册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部门批准的药品说明书为准。

【特定医疗机构】指保险人认可的特定医疗机构的普通部, 但不包括其特需部、VIP 部、国际部、国际医疗中心、贵宾医疗部、外宾医疗部。本附加险合同特定医疗机构名单将载明于保险单中。保险期间内保险人有权调整特定医疗机构名单, 特定医疗机构名单及其变更将在泰康在线官方渠道 (包括但不限于官网、官微) 进行公示。

【必需且合理】指:

(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费用。

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

(二) 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。

【处方】指由注册的执业医师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。

【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。

【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。

【院外药店】指经保险人审核认可，能够满足下列全部条件，为被保险人提供癌症药品购药或配送服务的药店，**具体院外药店名单以保险单载明为准。保险人保留对院外药店名单做出适当调整的权利，调整后的院外药店名单将在泰康在线官方渠道（包括但不限于官网、官微）进行公示。**

- (1) 取得国家药品经营许可证、GSP认证；
- (2) 具有完善的冷链药品送达能力；
- (3) 该药店内具有药师等专业人员提供服务。

【社会基本医疗保险】指《社会保险法》第三章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。

【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预防。

【住院医疗费用】指被保险人因使用本附加险合同约定的临床急需进口药品，在特定医疗机构住院期间实际发生的、必需且合理的医疗费用，包括：

(七) 床位费

指被保险人在住院期间发生的医院床位的费用，包括普通床位费和重症监护室床位费，**不包括陪人床、观察病床位和家庭病床的费用。**

(八) 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：**(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。

（九）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，包括注射费、机疗费、理疗费（中式理疗费：顺势疗法、正骨治疗、针灸治疗费；西式理疗费：物理治疗、美式脊椎矫正、职业疗法、语音治疗费）、输血费、输氧费、体外反搏费等。

（十）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。

（十一）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。

（十二）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。**

【同一次住院】与前次住院原因相同，且前次出院与下次入院间隔未超过30天的再次住院视为同一次住院。

【慈善机构】指依法成立、符合《中华人民共和国慈善法》规定，以面向社会开展慈善活动为宗旨的非营利性组织机构。慈善机构可以采取基金会、社会团体、社会服务机构等组织形式。

【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。

【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症，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；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

【中国大陆境外】指中华人民共和国领土之外的国家或地区，以及香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。

【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。

【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。

【保险金申请人】指被保险人、受益人，被保险人或受益人的继承人，或其他依法享有保险金请求权的自然人。

【未到期保险费】指本附加险合同所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由保险人退还的那部分金额。

犹豫期内退保的，未到期保险费=投保人已交纳保险费。犹豫期后退保的，

若保险费为一次性支付的：

未到期保险费=投保人已交纳保险费×[1-(保险单已生效天数/保险期间天数)]

若保险费为分期支付的：

未到期保险费=投保人已交纳当期保险费×[1-(保险单当期已经过天数/当期总天数)]

已生效或已经过天数不足一天的按一天计算。若本附加险合同已发生保险金赔偿，未到期保险费为零。

【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，如：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。

【购药凭证】指药品处方审核通过之后，保险人派发给保险金申请人可用于在保险人指定或认可的院外药店领取特定药品的凭证。

【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。

【ICD-0-3】《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-0-3），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-0-3不一致的情况，以ICD-0-3为准。

【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】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、喉返神经及皮下软组织

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。

【当地】指医疗费用的发生地。

本附加险合同的未释义名词，以本附加险合同所附属主险合同中的释义为准。

附加指定疾病扩展特需费用医疗保险（互联网专属）条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指泰康在线财产保险股份有限公司。

1 您与我们的合同

- 1.1 合同构成** 本附加险保险合同（以下简称“本附加险合同”）须附加于医疗保险合同（互联网专属）（以下简称“主险合同”）。
- 本附加险合同的保险条款、保险单或其他保险凭证、投保书、与本附加险合同有关的投保文件、合法有效（见 6.1）的声明、批注、批单、其他书面或电子协议都是您与我们之间订立的本附加险合同的构成部分。
- 1.2 合同成立及生效** 您提出保险申请、我们同意承保，本附加险合同成立。
- 本附加险合同自我们同意承保、收取保险费并签发电子保险单开始生效，具体生效日以电子保险单所载的日期为准。
- 本附加险合同作为主险合同的组成部分，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。
- 1.3 合同约定事项** 本附加险合同与主险合同相抵触之处，以本附加险合同为准。本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。

2 我们保什么、保多久

- 2.1 投保条件** 除另有约定外，本附加险合同的投保人、被保险人、受益人与主险合同一致。
- 2.2 等待期** 您为被保险人首次投保本保险或非续保本保险时，自本附加险合同生效日起 30 日（含第 30 日）为等待期。
- 在等待期内，被保险人经医院（见 6.2）初次确诊（见 6.3）非因意外伤害（见 6.4）导致罹患本附加险合同所定义的指定疾病（见 6.5）（无论一种或多种），我们不承担赔偿保险金的责任，但向您无息退还所交保险费，同时本附加险合同终止。
- 您为被保险人续保本保险或被保险人因遭受意外伤害导致罹患本附加险合同所定义的指定疾病的无等待期。
- 2.3 保险责任** 在本附加险合同保险期间内，被保险人因意外伤害导致罹患本附加险合同所定义的指定疾病，或在等待期后经医院初次确诊非因意外伤害导致罹患本附加险合同所定义的指定疾病，且无论前述哪一种情形，我们扩展承保被保险人在**特定医疗机构**（见 6.6）接受治疗所支付的符合主险合同保险责任范围的各项医疗费用。
- 2.4 保险金额** 保险金额是我们承担赔偿责任责任的最高限额。本附加险合同指定疾病扩展特需医疗保险金与主险合同的年度累计保险金共用保险金额。当本附加险合同指定疾病扩展特需医疗保险金及主险合同医疗保险金的累计赔偿金额达到主险合同约定的年度累计保险金额时，本附加险合同终止。
- 2.5 赔偿比例** 本附加险合同的赔偿比例为 100%。床位费限额（见 6.7）为 1500 元/日。

- 2.6 免赔额 本附加险合同的免赔额为 0 元。
- 2.7 保险期间 除另有约定外，本附加险合同的保险期间与主险合同一致。
- 2.8 犹豫期 除另有约定外，本附加险合同的犹豫期与主险合同一致。
- 2.9 续保 本产品为不保证续保合同。本产品保险期间为一年（或不超过一年）。保险期间届满或保险期间届满前 30 日内，您需要重新向我们申请投保本产品，并经我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

3 我们不保什么

- 3.1 责任免除 主险合同约定的各项责任免除事项均适用于本附加险合同。

4 如何支付保险费

- 4.1 保险费的支付 本附加险合同的保险费按照被保险人的年龄和保障计划确定。本附加险合同的保障计划由您和我们协商确定，并在保险单中载明。
- 除另有约定外，本附加险合同的保险费支付方式与主险合同保持一致。

5 如何退保

- 5.1 您解除合同的手续及风险 本附加险合同成立后将持续有效，直至保险单约定的保险期间届满或达到本附加险合同约定的终止条件。
- 如您申请解除本附加险合同，请填写解除合同申请书并向我们提供您的有效身份证件。
- 保险责任开始前，您要求解除本附加险合同的，我们应当无息全额退还您已交纳的保险费。
- 保险责任开始后，犹豫期内您要求解除本附加险合同的，我们将无息退还您所支付的全部保险费；犹豫期后您要求解除本附加险合同的，自我们接到解除保险合同申请书之时起，本附加险合同解除，我们自收到解除保险合同申请之日起 30 日内向您退还本附加险合同的未到期保险费。若本附加险合同已发生保险金赔偿，未到期保险费（见 6.8）为零。
- 如主险合同解除，本附加险合同须同时解除。
- 您在犹豫期后申请解除合同会遭受一定经济损失。

6 释义

- 6.1 合法有效 本附加险合同所指合法有效均以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文件的规定为判定依据。
- 6.2 医院 指国家卫生部医院等级分类中的二级或二级以上公立医院普通部及我们扩展承保的医院普通部，但不包括观察室、特需医疗、国际医疗、联合病房、康复病房和干部病房以及附属于前述医院或单独作为诊所、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒等或相类似的医疗机构或我们不予承保的医院。同时该医院必须具有符合

有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且全日二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗和护理等服务。

注：我们扩展承保的医院名单和我们不予承保的医院名单将在保险单中载明。我们保留新增扩展承保医院的权利。对于新增后的扩展承保医院名单，我们将会在泰康在线官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

- 6.3 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，而不是指自本附加保险合同生效之后第一次经医院确诊患有某种疾病。
- 6.4 意外伤害** 指外来的、突发的、不可预见的、非本意的和非疾病的导致被保险人身体受到伤害的客观事件。
- 6.5 指定疾病** 指由医院的专科医生明确诊断，被保险人发生的符合以下定义的疾病：

（一）恶性肿瘤：

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 6.9）（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）（见 6.10）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 6.11）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，不在保障范围内：

（1）ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

a.原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；

b.交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

（2）TNM 分期（见 6.12）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。

2、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，WorldHealth 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。

（二）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。

（三）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）。

（四）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。

（五）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 $<20 \times 10^9/L$ 。

- 6.6 特定医疗机构** 指经中华人民共和国卫生部门审核认定的二级或以上公立医院的**特需医疗部、国际部、VIP 部**。该医院必须有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供 24 小时的医疗与护理服务的能力或资质。**但上述医院不包括观察室、联合病房和康复病房。**
- 6.7 床位费限额** 指我们依据合同约定，每日所承担床位费赔偿的最高金额。
- 6.8 未到期保险费** 指本附加险合同所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由我们退还的那部分金额。
- 犹豫期内退保的，未到期保险费=您已交纳保险费。
- 犹豫期后退保的，若保险费为一次性支付的：
- 未到期保险费=您已交纳保险费 $\times [1 - (\text{保险单已生效天数} / \text{保险期间天数})]$
- 若保险费为分期支付的：
- 未到期保险费=您已交纳当期保险费 $\times [1 - (\text{当期已经过天数} / \text{当期总天数})]$
- 已生效或已经过天数不足一天的按一天计算。**若本附加险合同已发生保险金赔偿，未到期保险费为零。**
- 6.9 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。**
- 6.10 ICD-10** 《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。
- 6.11 ICD-O-3** 《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。
- 6.12 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。

本附加险合同的未释义名词，以本附加险合同所附属主险合同中的释义为准。

泰康在线财产保险股份有限公司

附加重大疾病异地转诊公共交通费用及救护车费用保险（互联网专属）条款

总则

第一条 本附加保险合同（以下简称为“本附加合同”）须附加于健康险类保险合同（互联网专属）（以下简称“主险合同”）。主险合同所附条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等，凡与本附加合同相关者，均为本附加合同的构成部分。凡涉及本附加合同的约定，均应采用书面或电子形式。

若主险合同与本附加合同的约定互有冲突，则以本附加合同的约定为准。本附加合同未尽事宜，以主险合同的约定为准。

第二条 本附加合同的投保人、被保险人、受益人均与主险合同一致。

保险责任

第三条 除另有约定外，本附加合同的等待期与主险合同一致。

第四条 在本附加合同保险期间内，保险人承担下列保险责任：

被保险人因意外伤害或者在本附加合同约定的等待期后非因意外伤害经医院专科医生初次确诊罹患主险合同所定义的重大疾病（无论一种或者多种），因病情需要跨省、自治区、直辖市（仅限中国大陆境内，不含港、澳、台地区）接受住院治疗，经被保险人申请并由转出医院开具转院证明，保险人对被保险人发生的、必需且合理的异地转诊公共交通费用及救护车费用，按照本附加合同约定的赔偿比例进行赔偿。

保险人对于被保险人异地转诊产生的单次往返公共交通费用及救护车费用，在单次重大疾病异地转诊公共交通费用及救护车费用保险金额内进行赔偿，保险人累计赔偿金额达到本合同约定的重大疾病异地转诊公共交通费用及救护车费用保险金额时，本附加合同终止。

公共交通工具为火车（含普通列车、高速铁路/动车）和飞机。其中，普通列车限硬座/硬卧，高速铁路/动车限二等座，飞机限经济舱。

上述重大疾病的具体疾病种类及疾病定义以主险合同释义部分为准。

责任免除

第五条 因主险合同列明的责任免除事项导致被保险人发生重大疾病异地转诊公共交通费用及救护车费用的，保险人不承担赔偿重大疾病异地转诊公共交通费用及救护车费用保险金的责任。

保险金额

第六条 保险金额是保险人承担赔偿保险金责任的最高限额。本附加合同的单次重

大疾病异地转诊公共交通费用及救护车费用保险金额和重大疾病异地转诊公共交通费用及救护车费用保险金额由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单中载明。

保险费与保险费支付

第七条 保险费依据保险金额与保险费率计收，在保险单中载明。保险费支付方式由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单中载明。除另有约定外，本附加合同的保险费支付方式与主险合同一致。

犹豫期

第八条 除另有约定外，本附加合同的犹豫期与主险合同一致。投保人在此期间提出解除合同，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费。

自保险人收到投保人解除合同的申请时起，本附加合同即被解除，保险人自始不承担保险责任。

犹豫期后申请解除合同会遭受一定经济损失，保险人将退还保险单的未满期保险费。

保险期间

第九条 除另有约定外，本附加合同的保险期间与主险合同一致。

续保

第十条 本产品为不保证续保合同。本产品保险期间为1年（或不超过1年）。保险期间届满或保险期间届满前30日内，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

保险金申请与赔偿

第十一条 保险金申请人向保险人申请赔偿保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法核实部分不承担赔偿保险金的责任。

（一）理赔申请书；

（二）保险金申请人的有效身份证件；

（三）转出医院出具的被保险人出院记录、由医院专科医生出具的对被保险人的疾病诊断证明书以及由医院出具的与该疾病诊断证明书相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告；

（四）转出医院出具的转院证明、转入医院出具的住院记录、纸质车票原件或电子乘车凭证、飞机票行程单原件及登机牌、救护车收据或发票；

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

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

以上证明和资料不完整的，保险人将及时一次性通知投保人、保险金申请人补充提供有关证明和资料。

其他事项

第十二条 本附加合同成立后将持续有效，直至保险单约定的保险期间届满或达到本附加合同约定的终止条件。

保险责任开始前，投保人要求解除本附加合同的，保险人应当无息全额退还投保人已缴纳的保险费。

保险责任开始后，犹豫期内投保人要求解除本附加合同的，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费；犹豫期后投保人要求解除本附加合同的，自保险人接到解除合同申请书之时起，本附加合同解除，保险人自收到解除合同申请之日起 30 日内向投保人退还本附加合同的未到期保险费。若本附加合同已发生保险金赔偿，未到期保险费为零。

如主险合同解除，本附加合同须同时解除。

第十三条 投保人要求解除合同时，需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。

释义

第十四条 本附加合同涉及下列术语时，适用以下释义：

【医院】指国家卫生部医院等级分类中的二级或二级以上公立医院以及保险人扩展承保的医院，但前述医院不包括单独作为诊所、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒等或相类似的医疗机构或保险人不予承保的医院。同时该医院必须具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且全日二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗和护理等服务。

注：保险人扩展承保的医院名单和保险人不予承保的医院名单将在保险单中载明。保险人保留新增扩展承保医院的权利。对于新增后的扩展承保医院名单，保险人将会在泰康在线官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

【住院】指被保险人因意外伤害或者在本附加合同约定的等待期后非因意外伤害罹患主险合同所定义的重大疾病入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入院、出院手续，不包

括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院或其他不合理的住院。

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。

【异地转诊公共交通费用】指被保险人乘坐公共交通工具从当前就诊地级市前往转诊医院所在地级市产生的交通费用。

【救护车费用】指救护车车辆使用费，不含医生诊疗费、检查费、医药费、治疗费。

【公共交通工具】指依照有关法律、行政法规、地方性法规、自治条例和单行条例、规章及其他规范性法律文件，办理了有关审批登记、注册手续，依法面向公众提供商业运营服务，有固定行驶路线、固定行驶时间表，驾驶或乘坐需要付费的交通工具，本附加合同所指公共交通工具仅为火车（含普通列车、高速铁路/动车）及飞机。

【未到期保险费】指本附加合同所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由保险人退还的那部分金额。

犹豫期内退保的，未到期保险费=投保人已交纳保险费。犹豫期后退保的，

保险费为一次性支付的：

未到期保险费=投保人已交纳保险费×[1-（保险单已生效天数/保险期间的天数）]

保险费为分期支付的：

未到期保险费=投保人已交纳当期保险费×[1-（当期已经过天数/当期的总天数）]

已生效或已经过天数不足一天的按一天计算。若本附加合同已发生保险金赔偿，未到期保险费为零。

本附加合同的未释义名词，以本附加合同所附属主险合同中的释义为准。