



请扫描以查询验证条款

中国人民健康保险股份有限公司

人保健康附加互联网特定疾病医疗保险条款

阅读指引

本阅读指引旨在帮助投保人理解条款，具体内容以条款约定为准。



投保人拥有的重要权益

- ❖ 除另有约定外，若投保人在签收本附加险合同之日起十五天内要求解除合同，本公司将无息退还保险费.....3.2
- ❖ 本附加险合同为被保险人提供的保障内容在保险责任条款中列明.....2.2
- ❖ 投保人有解除本附加险合同的权利.....3.3



投保人需要特别注意的事项

- ❖ 在某些情况下，本公司不承担保险责任.....2.3/2.4
- ❖ 投保人应当按约定支付保险费.....4.1
- ❖ 投保人有如实告知的义务.....6.1
- ❖ 保险事故发生后，请及时通知本公司.....5.1
- ❖ 犹豫期后解除合同会造成一定的损失，请慎重抉择.....3.3
- ❖ 本附加险合同对条款中出现的一些重要术语进行了解释，请投保人注意.....7



条款中凡以**黑体字**加下划线标示的内容均为免除或减轻本公司责任的条款，请投保人特别注意。



条款是保险合同的重要内容，为充分保障投保人的权益，请投保人仔细阅读本条款。



条款目录

- | | |
|--------------------|-----------------|
| 1. 被保险人范围 | 5.1 保险事故通知 |
| 1.1 被保险人范围 | 5.2 受益人 |
| 2. 保险责任及责任免除 | 5.3 保险金申请资料 |
| 2.1 保险期间 | 5.4 保险金的给付 |
| 2.2 保险责任 | 5.5 诉讼时效 |
| 2.3 责任免除 | 6. 其他事项 |
| 2.4 其他免责条款 | 6.1 明确说明与如实告知 |
| 3. 合同效力 | 6.2 本公司合同解除权的限制 |
| 3.1 合同成立与生效 | 6.3 合同内容变更 |
| 3.2 犹豫期 | 6.4 联系方式变更 |
| 3.3 犹豫期后解除合同的手续及风险 | 6.5 年龄确定与错误处理 |
| 3.4 不保证续保 | 6.6 争议处理 |
| 4. 保险费 | 6.7 款项扣除 |
| 4.1 保险费 | 6.8 特别提示 |
| 4.2 合同效力的中止与恢复 | 7. 名词释义 |
| 5. 保险金的申请及给付 | |

人保健康附加互联网特定疾病医疗保险条款

1 被保险人范围

1.1 **被保险人范围** 凡投保时出生满 28 天至 60 周岁^{7.1}，身体健康状况符合约定的个人均可作为被保险人参加本保险，投保时需符合本公司的投保规定。

若投保人在被保险人 61 周岁至 100 周岁期间投保本保险的，需要同时满足以下所有条件：

- 1) 非首次投保；
- 2) 在本保险上一保险合同的保险期间届满前提出重新投保申请。

2 保险责任及责任免除

2.1 **保险期间** 本附加险合同的保险期间与主险合同相同，并于保险单上载明。

2.2 **保险责任** 本附加险合同有效期内，本公司承担下列保险责任：

2.2.1 等待期设置

自本附加险合同生效之日起，本公司将对一段时间内发生的保险事故不承担给付保险金的责任，这段时间称为等待期。除另有约定外，本附加险合同的等待期为 90 天。

发生以下一个或多个情形时，无论是否延续至等待期后，本公司均不承担给付保险金的责任，并向投保人无息返还已缴纳的保险费，同时本附加险合同效力终止：

- 1) 等待期届满前被保险人发生的保险事故；
- 2) 等待期届满前被保险人接受医学检查或治疗，且延续至等待期后确诊的同一种疾病，且该疾病符合本附加险合同特定疾病医疗保险责任中约定的疾病。

若主险合同等待期届满前因发生主险合同约定的情形导致合同效力终止的，本附加险合同效力随之终止，本公司向投保人无息返还已缴纳的保险费。

以下情形，无等待期：

- 1) 被保险人因**意外伤害**^{7.2}引起的保险事故；
- 2) 本保险上一保险合同的保险期间届满前重新投保的。

2.2.2 **特定疾病医疗保险责任** 在本附加险合同有效期内，被保险人因意外伤害或等待期届满后因意外伤害之外的其它原因，经**本公司认可的医院**^{7.3}**专科医生**^{7.4}确诊初次（在本附加险合同保险期间届满前重新投保的不受此限）发生需要进行下列治疗的疾病，并在本公司认可的医院接受下列治疗：

- ① **恶性肿瘤**^{7.5}的治疗；
- ② **严重非恶性颅内肿瘤**^{7.6}的治疗；
- ③ **重型再生障碍性贫血**^{7.7}的治疗；
- ④ **特定手术**^{7.8}；

则本公司在上述治疗范围内，承担下列保险责任：

1) 特定疾病住院医疗费用保险金

被保险人经本公司认可的医院专科医生诊断必须**住院**^{7.9}治疗的，对于在本公司认可的医院住院期间，在就诊医院内实际发生的**合理且必需**^{7.10}的**住院医疗费用**^{7.11}，本公司根据与投保人的约定比例给付特定疾病住院医疗费用保险金。其中，对床位费、膳食费和加床费的每日给付金额之和以人民

币1500元为限。

被保险人在本附加险合同有效期内开始住院治疗，到本附加险合同保险期间届满日时仍未结束本次住院治疗且未在本附加险合同保险期间届满前重新投保的，本公司将继续承担因本次住院发生的特定疾病住院医疗费用保险金给付责任，但最长不超过本附加险合同保险期间届满日后30天（含）。

2) 特定疾病特殊门诊医疗费用保险金

被保险人经本公司认可的医院专科医生诊断并根据医嘱在门诊接受以下特殊门诊治疗的，对于在本公司认可的医院接受特殊门诊治疗期间，在就诊医院内实际发生的合理且必需的特殊门诊医疗费用，本公司根据与投保人的约定比例给付特定疾病特殊门诊医疗费用保险金。

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^{7.12}、放射疗法^{7.13}、肿瘤免疫疗法^{7.14}、肿瘤内分泌疗法^{7.15}、肿瘤靶向疗法^{7.16}；
- ③ 器官移植后抗排异治疗。

3) 特定疾病门诊手术医疗费用保险金

被保险人经本公司认可的医院专科医生诊断必须接受门诊手术治疗的，对于在本公司认可的医院接受门诊手术治疗期间，在就诊医院内实际发生的合理且必需的门诊手术医疗费用^{7.17}，本公司根据与投保人的约定比例给付特定疾病门诊手术医疗费用保险金。

4) 特定疾病住院前后门急诊医疗费用保险金

被保险人经本公司认可的医院专科医生诊断必须接受住院治疗，对于在本公司认可的医院住院前（含住院当日）7天（含）和出院后（含出院当日）30天（含）内，因与该次住院相同原因接受门急诊治疗的，在就诊医院内实际发生的合理且必需的门急诊医疗费用^{7.18}（此项费用不包含前述第2)、第3)项约定的特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用），本公司根据与投保人的约定比例给付特定疾病住院前后门急诊医疗费用保险金。

对于未由被保险人就诊医院实际收取的费用（以相关费用的原始凭证为准），本公司不承担特定疾病医疗保险责任。

2.2.3 年度累计给付限额

本附加险合同与主险合同共用主险合同的年度累计给付限额。本附加险合同特定疾病医疗保险金的给付计入主险合同医疗保险金的给付，且给付规则同主险合同。

主险合同须为由本公司承保的其他医疗保险合同，且约定的医疗保险责任的年度累计给付总限额为人民币400万元。

主险合同医疗保险金的给付（含本附加险合同计入）达到其约定的最高年度累计总限额时，本附加险合同特定疾病医疗保险责任终止。

本附加险合同所对应的主险合同由投保人与本公司共同约定，并于保险单上载明。

2.2.4 补偿原则和赔付标准

- 1) 被保险人实际发生的属于本附加险合同保险责任范围内的医疗费用已通过基本医疗保险^{7.19}、公费医疗、政府主办补充医疗^{7.20}及其他费用补偿型商业医疗保险等其他途径得到了部分补偿，

本公司仅对剩余部分按照本附加险合同的约定进行给付；

- 2) 对于被保险人实际发生的、符合本条款第 2.2.2 条保险责任的医疗费用，本附加险合同的赔付比例为 100%；
- 3) 若被保险人以有基本医疗保险或公费医疗身份参加本保险，本公司仅对基本医疗保险或公费医疗未予报销的医疗费用按照本附加险合同的约定进行给付。

2.3 责任免除

因下列一个或者多个情形引起的保险事故或造成的费用支出，本公司不承担给付保险金的责任：

- 1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- 2) 被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- 3) 被保险人自杀或故意自伤，但被保险人自杀或故意自伤时为无民事行为能力人的除外；
- 4) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- 5) 核爆炸、核辐射或核污染；
- 6) 职业病^{7.21}、医疗事故^{7.22}、精神或行为能力障碍（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）；
- 7) 在中国大陆境外^{7.23}的国家或者地区接受治疗；
- 8) 被保险人在首次投保时或上一保险合同的保险期间届满后重新投保时所患既往症^{7.24}，保险单中特别约定的除外疾病；
- 9) 被保险人未在本公司认可的医院就诊；
- 10) 被保险人接受实验性或试验性治疗，使用未经过中国国家药品监督管理部门批准的疗法、药物或器械治疗；
- 11) 未经本公司认可的医院专科医生处方自行购买的药品或器械；
- 12) 临床不能证明医嘱或处方所列药品对被保险人所患的恶性肿瘤治疗有效；
- 13) 被保险人患有遗传性疾病^{7.25}，先天性畸形、变形或染色体异常^{7.26}；
- 14) 预防性治疗、康复治疗或训练、休养或疗养、保健治疗、健康体检、医疗鉴定^{7.27}、医疗咨询和健康预测^{7.28}；
- 15) 矫正、矫形、视力矫正手术、美容整容整形^{7.29}、生育或生殖相关^{7.30}、变性手术、牙科治疗及保健、生理缺陷的手术及相关检查；
- 16) 保健食品及用品，矫治和防护器械、康复治疗医疗器械和辅助装置^{7.31}的安装、购买、租赁和置换；
- 17) 被保险人进行高风险活动^{7.32}、代诊及非正常住院行为^{7.33}；
- 18) 基因疗法^{7.34}、细胞免疫疗法^{7.35}；
- 19) 除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节、心脏起搏器、人工肺、人工肾、人工食管、人工胰、人工血管之外的其他人工器官的安装和置换等。

被保险人在下列期间内发生的费用和后果，本公司不承担相应的保险责任：

- 1) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病^{7.36}（在本附加险合同有效期内，因本附加险合同约定的职业关系^{7.37}、输血^{7.38}或器官移植^{7.39}导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病的除外）；

- 2) 被保险人斗殴、酗酒^{7.40}、吸食或注射毒品^{7.41}；
3) 被保险人酒后驾驶^{7.42}、无合法有效驾驶证驾驶^{7.43}，或驾驶无合法有效行驶证^{7.44}的机动车^{7.45}。
- 2.4 其他免责条款 除本条款第 2.3 条“责任免除”外，本附加险合同中还有一些免除本公司责任的条款，详见本条款第 2.2 条“保险责任”、第 3.3 条“犹豫期后解除合同的手续及风险”、第 4.2 条“合同效力的中止与恢复”、第 7 条“名词释义”等部分中以黑体字加下划线标示的内容。

3 合同效力

3.1 合同成立与生效

投保人提出保险申请，本公司同意承保，本附加险合同成立，合同成立日期于保险单上载明。
除另有约定外，自本附加险合同成立，本公司收取保险费并签发保险单的次日零时起本附加险合同生效，本公司自载明于保险单上的生效日开始承担本附加险合同约定的保险责任。

3.2 犹豫期

除另有约定外，自投保人签收保险单之日起有 15 天的犹豫期。
如投保人在犹豫期内申请解除本附加险合同，应填写解除合同申请书并向本公司提供下列资料：
1) 保险合同；
2) 投保人的有效身份证件。
自本公司收到解除合同申请书时起，本附加险合同即被解除，本公司自始不承担任何保险责任。
投保人犹豫期内解除合同，本公司将无息退还投保人所交的全部保险费。

3.3 犹豫期后解除合同的手续及风险

如投保人在犹豫期后申请解除本附加险合同，应填写解除合同申请书并向本公司提供下列资料：
1) 保险合同；
2) 投保人的有效身份证件。
自本公司收到解除合同申请书时起，本附加险合同效力终止。本公司自收到解除合同申请书之日起 30 日内向投保人退还本附加险合同的现金价值^{7.46}。

投保人犹豫期后解除合同会遭受一定损失。

3.4 不保证续保

本附加险合同为不保证续保合同。
本附加险合同保险期间为 1 年。保险期间届满，投保人需要重新向本公司申请投保本保险，经本公司同意且缴纳保险费，投保人获得新的保险合同。
如本保险统一停售，本公司将不再接受投保申请。

4 保险费

4.1 保险费

本附加险合同的保险费由被保险人的年龄、首续保以及有无基本医疗保险等因素共同确定。
本附加险合同的保险费和缴费方式由投保人与本公司约定，并在保险单上载明。
保险费的缴费方式分为一次缴清和月缴，由投保人在投保时选择。
如果投保人选择月缴方式缴纳保险费，在缴纳首期保险费后，应当在每个保险费约定缴纳日^{7.47}或之前缴纳对应各期的保险费。

4.2 合同效力的中止与恢复

如果投保人选择月缴方式，且在本附加险合同有效期内到保险费约定缴纳日仍未缴纳保险费，除另有约定外，自催告之日零时起 30 日内，若被保险人发生保险事故，本公司仍按本附加险合同的约定承担保险责任，但有权先从给付的保险金中扣除投保人欠缴的保险费。

除另有约定外，如果投保人自催告之日零时起超过 30 日仍未缴纳保险费，则自催告之日起满 30 日的次日零时起，本附加险合同效力中止，在本附加险合同效力中止期间发生保险事故的，本公司不承担给付保险金的责任。

自本附加险合同效力中止之日起至保险期间届满前，投保人可以向本公司申请恢复合同效力。**本公司有权对被保险人的身体状况进行核保。**经本公司与投保人协商并达成协议，在投保人补缴保险费后，自投保人缴纳保险费的次日零时起，本附加险合同效力恢复。

自本附加险合同效力中止之日起至保险期间届满日止仍未达成协议的，本附加险合同效力终止。

5 保险金的申请及给付

5.1 保险事故通知

投保人、被保险人或受益人知道保险事故发生后应当在 10 日内通知本公司。

如果投保人、被保险人或受益人故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，本公司对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但本公司通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生或者虽未及时通知但不影响本公司确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

5.2 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。

5.3 保险金申请资料 申请人应提供下列资料，本公司有权保留申请资料的原件或复印件：

特定疾病医疗保险责任

- 1) 申请人和受益人的有效身份证件；
- 2) 由本公司认可的医院专科医生出具的疾病诊断证明书、病历记录，以及由本公司认可的医院出具的确诊疾病必需的病理显微镜检查、血液检查、影像学检查及其他科学检验报告；
- 3) 医疗费用收据原件和费用清单；
- 4) 所能提供的其他与确认保险事故性质、原因等有关的证明和资料。

以上证明和资料不完整的，本公司将及时一次性通知申请人补充提供有关证明和资料。

若被保险人发生的属于保险责任范围内的医疗费用已通过基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗或其他费用补偿型商业医疗保险等途径得到了部分补偿的，申请人需提供已注明给付比例或给付金额的发票或结算单的原件（或复印件），发票或结算单的原件（或复印件）上应同时加盖给付单位的印章。

5.4 保险金的给付

本公司在收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后，将在 5 日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定。对属于保险责任的，本公司在与受益人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行给付保险金义务。

本公司未及时履行前款规定义务的，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的损失。

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

理由。

本公司在收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，对给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；本公司最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

- 5.5 诉讼时效** 受益人向本公司请求给付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。

6 其他事项

6.1 明确说明与如实告知

订立本附加险合同时，本公司应向投保人说明本附加险合同的内容。

本公司就投保人和被保险人的有关情况提出询问，投保人应当如实告知。

如果投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响本公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，本公司有权解除本附加险合同。

如果投保人故意不履行如实告知义务，对于本附加险合同解除前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

如果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，对于本附加险合同解除前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

本公司在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，本公司不得解除合同；发生保险事故的，本公司承担给付保险金的责任。

- 6.2 本公司合同解除权的限制** 前条规定的合同解除权，自本公司知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。

- 6.3 合同内容变更** 投保人和本公司可以协商变更合同内容。变更本附加险合同的，由本公司在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由投保人和本公司订立变更的书面协议。

6.4 联系方式变更

本附加险合同有效期内，投保人的联系地址或联系电话发生变更时，应及时通知本公司。

如果未通知本公司，本公司将按本附加险合同注明的最后联系地址或联系电话发送有关通知，并视为已送达投保人。

6.5 年龄确定与错误处理

被保险人的年龄按周岁计算，其中投保年龄以本附加险合同生效日时的周岁为准。在投保本保险时，投保人应将被保险人的真实年龄在投保单上填明，如果发生错误，本公司将按照下列规则处理：

- 1) 投保人申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本附加险合同约定投保年龄限制的，本公司有权解除合同，并对合同解除前发生的保险事故不承担给付保险金的责任。解除本附加险合同的，本公司向投保人退还本附加险合同的现金价值。本公司行使合同解除权适用本条款第 6.2 条“本公司合同解除权的限制”的规定。
- 2) 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实付保险费少于应付保险费的，本公司有权更正并要求投保人补缴保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付。

3) 投保人申报的被保险人年龄不真实,致使投保人实付保险费多于应付保险费的,本公司会将多收的保险费无息退还给投保人。

6.6 争议处理 因履行本附加险合同发生的争议,由当事人协商解决,协商不成的,依法向具有管辖权的人民法院起诉。

6.7 款项扣除 本公司在给付保险金、退还现金价值或保险费时,如果投保人或被保险人有欠交的保险费或其他未还清款项,本公司在扣除上述欠款后给付。

6.8 特别提示

主险合同效力终止,本附加险合同效力亦即行终止,若不属于本附加险合同前述约定的合同效力终止事项,则本公司向投保人退还本附加险合同的现金价值。

主险合同效力中止,本附加险合同效力亦即行中止,主险合同效力中止期间,本附加险合同不得单独申请复效。

主险合同无效,本附加险合同亦无效。

当本附加险合同条款与主险合同条款内容不一致时,以本附加险合同条款中的规定为准;本附加险合同条款中未约定的事项,以主险合同条款为准。

7 名词释义

7.1 周岁 以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算。

7.2 意外伤害 因遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件而使身体受到伤害。

7.3 本公司认可的医院 指依法设立的国家卫生行政管理部门医院等级分类中的二级以上(含二级)公立医院的特需医疗部、国际部或VIP部, 但不包括疗养院、护理院、康复中心、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心、质子重离子治疗机构以及无相应医护人员或设备的二级或三级医院的联合医院或联合病房。

7.4 专科医生

指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。

7.5 恶性肿瘤

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散,浸润和破坏周围正常组织,可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断,临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版(ICD-10)的恶性肿瘤范畴。

下列疾病不在恶性肿瘤保障范围内:

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

- 5) TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或更轻分期的前列腺癌；
- 6) 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

7.6 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。

下列疾病不在保障范围内：

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

7.7 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 $< 20 \times 10^9/L$ 。

7.8 特定手术 指符合以下定义的手术治疗：

(1) 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。

(2) **胰腺移植** 指因胰腺功能衰竭，已经实施了在全身麻醉下进行的胰腺的异体器官移植手术（供体必须是人体器官）。单纯胰岛移植、部分胰腺组织或细胞的移植不在保障范围内。

(3) 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。

(4) 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。

(5) 急性坏死性胰腺炎开腹手术

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

因酗酒或饮酒过量所致的急性坏死性胰腺炎以及腹腔镜手术不在保障范围内。

(6) 严重感染性心内膜炎瓣膜置换手术

指被保险人因急性或亚急性感染性心内膜炎接受了心脏瓣膜置换手术。

急性或亚急性感染性心内膜炎必须满足以下全部条件：

- 1) 急性或亚急性感染性心内膜炎临床表现；
- 2) 血培养病原体阳性。

因其他心脏瓣膜病接受的瓣膜置换手术不在保障范围内。

(7) 严重溃疡性结肠炎全结肠切除手术

指被保险人因急性暴发性溃疡性结肠炎接受了全结肠切除手术。

部分结肠切除或因其他疾病接受全结肠切除手术不在保障范围内。

(8) 破裂脑动脉瘤夹闭手术

指因脑动脉瘤破裂造成蛛网膜下腔出血，被保险人实际接受了在全麻下进行的开颅动脉瘤夹闭手术。

脑动脉瘤（未破裂）预防性手术、颅骨打孔手术、动脉瘤栓塞手术、血管内手术及其他颅脑手术不在本保障范围内。

(9) 重症急性坏死性筋膜炎截肢手术

指由专科医生确诊为重症急性坏死性筋膜炎，并实际接受了受感染肢体的截肢手术（自腕关节或踝关节近端）。

重症急性坏死性筋膜炎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。

7.9 住院 指被保险人以治疗疾病为目的，正式办理入住院手续进行治疗的行为，不包括入住门急诊观察室、家庭病床、挂床住院等不合理住院以及康复、休养、疗养、身体检查和健康护理等非治疗性行为。

7.10 合理且必需

指合理的、符合通常惯例且医疗必需的医疗费用。

“合理”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，需满足以下条件：

- 1) 须由被保险人自行承担的、本附加险合同保障范围内的费用；
- 2) 药品的使用须符合中国国家药品监督管理部门批准的该药品说明书适应症，且每次药品处方剂量应符合《处方管理办法》（中华人民共和国卫生部令第53号）的相关规定；

- 3) 药品及医疗器械的使用需符合中华人民共和国相关法律、法规要求并经过中国国家药品监督管理部门批准用于临床治疗（以使用时的批准结果为准）。

“符合通常惯例”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，需满足以下条件：

- 1) 满足医疗需要且根据治疗当地通行治疗规范，采用了通行治疗方法；
- 2) 医疗费用没有超过当地对类似情形治疗的常规费用，类似情形是指在同一地区、对相同性别、近似年龄的人所患的同类疾病或身体伤害实施的类似治疗或服务。

“医疗必需”指被保险人针对意外伤害或疾病本身的医疗服务以及相关医疗费用，需满足以下条件：

- 1) 治疗意外伤害或疾病合适且必须的、有医生处方或书面医嘱的项目；
- 2) 非试验性的、非研究性的项目；
- 3) 不超过安全、足量治疗原则的项目；
- 4) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；
- 5) 接受的医疗服务范围是合适的而且经济有效的。

对是否合理且必需由本公司理赔人员根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

7.11 住院医疗费用

指被保险人在本公司认可的医院内发生的符合本附加险合同约定的保险责任范围内的医疗费用，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，不包括陪床、观察床位和家庭病床的费用。

2) 药品费

指住院期间实际发生的、合理且必需的、由本公司认可的医院专科医生开具的、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。

3) 膳食费

指住院期间根据本公司认可的医院专科医生的书面医嘱，由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的、合理且符合惯常标准的膳食费用。膳食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、也可以合并病房费等其他款项内。

4) 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、合理且必需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、输血费、输氧费、体外反搏费等。具体以就诊医院的费用项目划分为准。不包括物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。

① 物理治疗：指应用人工物理因子（如光、电、磁、声等）来治疗疾病，具体疗法包括电疗、光疗、磁疗、热疗等；

② 中医理疗：指以治疗疾病为目的，被保险人接受的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗等；

③ 其他特殊疗法：包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

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且必需的医疗费用，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

指住院期间实际发生的、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。

7) 加床费

指未满18周岁的被保险人在住院治疗期间，根据合同约定给付其合法监护人（限1人）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院医疗期间，根据合同约定给付其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

8) 诊疗费

指被保险人住院期间发生的主诊或会诊医生（包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生）的劳务费用。

9) 救护车使用费

指在住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，根据就诊医院专科医生建议，被保险人需医院转诊过程中的医院用车费用，救护车的使用仅限于同一城市的医疗运送。

10) 护理费

指住院期间根据就诊医院专科医生的书面医嘱所示的，护理等级确定的护理费用。

7.12 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。本附加险合同所指的化疗为被保险人根据书面医嘱，在就诊医院进行的采用静脉注射、服用药物等方式的化疗。本附加险合同约定的化学疗法不包括肿瘤靶向疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法。本附加险合同所指的化学疗法药物需符合中华人民共和国相关法律、法规要求，并经过中国国家药品监督管理部门批准用于临床治疗（以使用时的批准结果为准）。

7.13 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。本附加险合同所指的放射治疗为被保险人根据书面医嘱，在就诊医院的专门科室进行的光子治疗、电子治疗、快中子治疗，且治疗仪器需符合中华人民共和国相关法律、法规要求，并经过中国国家药品监督管理部门批准用于临床治疗（以使用时的批准结果为准）。

7.14 肿瘤免疫疗法 指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和增强机体抗肿瘤免疫应答，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本附加险合同所指的肿瘤免疫疗法使用的药物需符合中华人民共和国相关法律、法规要求并经过中国国家药品监督管理部门批准用于临床治疗。

7.15 肿瘤内分泌疗法 指对于恶性肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制激素生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞的生长。本附加险合同所指的内分泌疗法使用的药物需符合中华人民共和国相关法律、法规要求并经过中国国家药品监督管理部门批准用于临床治疗（以使用时的批准结果为准）。

7.16 肿瘤靶向疗法 指在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本附加险合同所指的靶向疗法使用的药物需符合中华人民共和国相关法律、法规要求，并需具有中国国家药品监督管理部门批准的药品批准文号或者进口注册证书、医药产品注册证书。

7.17 门诊手术医疗费用 指门诊发生的合理且必需的手术医疗费用，包括外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、术中用药费、手术设备费、检查检验费、护理费、一次性用品费。

7.18 门急诊医疗费用 指门急诊发生的合理且必需的医生诊疗费、治疗费、检查检验费、药品费。

7.19 基本医疗保险 指城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险（或城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗）等政府主办的基本医疗保障项目。

7.20 政府主办补充医疗 指城乡居民大病保险、城镇职工大额医疗保险、城镇居民大额医疗保险等由政府主办对基本医疗保险进行补充的医疗保障项目，大额医疗保险在各地的具体名称会有所不同，以投保所在地政府主管部门规定的名称为准。

7.21 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（在本附加险合同有效期内，因职业关系导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病的除外）。

7.22 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（在本附加险合同有效期内，因输血导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病的、因器官移植导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病的除外）。

7.23 中国大陆境外 指中华人民共和国领土之外的地区以及香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。

7.24 既往症

指本附加险合同生效之前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病。通常有以下情况：

- 1) 本附加险合同生效前，医生已有诊断，但未接受任何治疗；
- 2) 本附加险合同生效前，医生已有诊断，长期治疗未间断；

3) 本附加险合同生效前, 医生已有诊断, 治疗后症状未完全消失, 有间断用药情况;

4) 本附加险合同生效前, 医生已有诊断, 且达到临床缓解或临床治愈标准, 但未能彻底治愈。

7.25 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。

7.26 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。

7.27 医疗鉴定 指各类医疗鉴定, 包括但不限于医疗事故鉴定、精神疾病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定等。

7.28 医疗咨询和健康预测 包括但不限于健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询(依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版(ICD-10)确定的精神和行为障碍以外的一般心理问题, 如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等)等。

7.29 美容整容整形

指各种美容整形项目, 包括但不限于:

1) 非功能性整容及矫形、平足;

2) 皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗、良性皮肤损害(雀斑、老年斑、痣、疣等)的治疗和去除;

3) 对浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、纹身、皮肤变色的治疗或手术;

4) 激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗斑秃/白发/秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸/缩胸、狐臭;

5) 各种健美治疗项目, 如营养、减肥、增胖、增高费用。

7.30 生育或生殖相关 指被保险人分娩(含剖宫产)、流产、宫外孕、不孕不育治疗、人工受精、怀孕、堕胎、避孕、节育(含绝育及绝育恢复)、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症; 包皮环切术、包皮气囊扩充术、性功能障碍治疗、性病。

7.31 康复治疗医疗器械和辅助装置 包括康复治疗器械、康复设备、假体、义肢、义眼、义齿、轮椅、拐杖、助听器、眼镜或隐形眼镜、矫形支架、颈椎/腰椎牵引器、植入式心脏事件监测设备(植入式心脏检测仪/可插入循环记录器)、植入性神经刺激器、植入式药物泵等。

7.32 高风险活动

1) 从事的职业为: 矿工、采石工、采砂工、爆破工、高压电工程设施人员、海洋船员、潜水员、火药炸药制造及处理人、特技演员、驯兽师、防暴警察、特种兵、战地记者;

2) 活动过程中必然涉及2米以上水深的水域水面或水下活动, 包括但不限于各类、各级别的潜水(指使用辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下活动)、自然水域游泳(包括人工湖或人工水库)、跳水、滑水、滑冰等活动;

3) 活动过程中必然涉及距离普通正常理解的地面超过10米的高空的活动, 包括但不限于跳伞、蹦极、非商业性的驾驶飞机等飞行器飞行、滑翔机或滑翔伞、翼装飞行、滑翔翼、热气球、攀岩(指攀登悬崖、建筑物外墙、人造悬崖、冰崖、冰山和雪山等活动)等;

- 4) 故意进入一般认知中存在生命危险的环境中或进入未经人工开发的自然区域活动，包括但不限于各类探险活动（指在某种特定的人工或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，如攀爬建筑、在离地超过 10 米的建筑物的顶部或建筑物外无护栏部位逗留、江河漂流、徒步穿越沙漠、无人区或原始森林等活动）和除商业航线飞行外的航空航天活动；
- 5) 各类搏击类或军事活动，如摔跤、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）、彩弹射击等仿真枪战活动；
- 6) 各类特技表演，指从事马术、杂技、驯兽、飞车等特殊技能活动；
- 7) 除竞走、跑步以外的竞速活动，如赛马、赛车、滑雪、滑冰等。

7.33 代诊及非正常住院行为

- 1) 冒名住院、被保险人未到达医院就诊即代诊；
- 2) 不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院而拒不出院。

7.34 基因疗法 指通过各种手段修复缺陷基因，以实现减缓或治愈疾病目的的技术。

7.35 细胞免疫疗法 指通过采集人体免疫细胞，在体外进行扩增和功能鉴定，然后向患者转输，达到杀灭血液及组织中的病原体、癌细胞、突变的细胞，从而打破机体免疫耐受，激活和增强机体免疫力的治疗方法。

7.36 感染艾滋病病毒或患艾滋病

艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文缩写为 AIDS。

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

7.37 因职业关系导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病

指被保险人在其常规职业工作过程中遭遇外伤，或者职业需要处理血液或者其他体液时感染上艾滋病病毒或患艾滋病。

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表内的职业：

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

- 2) 必须提供被保险人在所报事故发生后的 5 天以内进行的检查报告，该报告必须显示被保险人血液 HIV 病毒阴性和/或 HIV 抗体阴性；
- 3) 必须在事故发生后的 6 个月内证实被保险人体内存在 HIV 病毒或者 HIV 抗体。

任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致感染艾滋病病毒或患艾滋病不在保障范围内。本公司具有获得和使用被保险人的所有血液样本的权利以及能够对这些样本进行独立检验的权利。

7.38 因输血导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病

指被保险人感染上艾滋病病毒或患艾滋病，且须满足下列全部条件：

- 1) 因治疗必须接受输血，并因此而感染艾滋病病毒；
- 2) 提供输血治疗的输血中心或医院必须为正规医疗机构，并出具该项输血感染属医疗责任事故的报告，或由已生效的法院判决或裁定认定为医疗责任；
- 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）导致感染艾滋病病毒或患艾滋病不在保障范围内。本公司具有获得和使用被保险人的所有血液样本的权利以及能够对这些样本进行独立检验的权利。

7.39 因器官移植导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病

指因器官移植而感染上艾滋病病毒或患艾滋病。本病须满足如下全部条件：

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

任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致感染艾滋病病毒或患艾滋病不在保障范围内。本公司具有获得和使用被保险人的所有血液样本的权利以及能够对这些样本进行独立检验的权利。

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

7.41 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、可卡因以及中华人民共和国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。

7.42 酒后驾驶 指经检测或鉴定，发生事故时车辆驾驶人员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。

7.43 无合法有效驾驶证驾驶

指下列一个或多个情形：

- 1) 未依法取得驾驶证驾驶；
- 2) 驾驶证被依法扣留期间驾驶；
- 3) 驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
- 4) 持未经审验或超过有效期限的驾驶证驾驶；
- 5) 持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习驾车；
- 6) 公安交通管理部门认定的其他无有效驾驶证驾驶的情况。

7.44 无合法有效行驶证

指下列一个或多个情形：

- 1) 无机动车行驶证;
- 2) 机动车被依法注销登记的;
- 3) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

7.45 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。

7.46 现金价值

指保险单所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由本公司退还的那部分金额。

除另有约定外，本附加险合同的现金价值金额按下列两种方式中的一种进行计算：

1) 一次缴清方式

现金价值金额 = 本附加险合同的当期年度保险费 $\times (1-30\%) \times (1-n/m)$ ，其中，n 指从对该被保险人的保险期间生效之日至终止之日实际经过的天数，m 指当年实际天数，经过天数不足一天按一天算。

2) 月缴方式

现金价值金额 = 本附加险合同的当期月度保险费 $\times (1-30\%) \times (1-n/m)$ ，其中，n 指当月实际经过天数，m 为当月实际天数。经过天数不足一天按一天计算。

若投保人选择月缴方式且到期未缴纳保险费，或者本附加险合同已发生保险金给付或处于中止期，则本附加险合同的现金价值均为零。

7.47 保险费约定缴纳日 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。