

京东安联财产保险有限公司
个人人身意外伤害保险条款（2020 版）
（京东安联）（备-普通意外保险）【2020】（主）007 号

1. 总则

本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

身体健康的自然人，可作为本保险合同的被保险人（见释义 11.1）。是否接受投保、承保，由保险人决定。

被保险人本人、对被保险人有保险利益的其他人可作为投保人。后者作为投保人投保时必须经被保险人书面同意。

本保险合同的受益人包括：

一、身故保险金受益人

订立本保险合同时，被保险人或投保人可指定一人或数人为身故保险金受益人。身故保险金受益人为数人时，应确定其受益顺序和受益份额；未确定受益份额的，各身故保险金受益人按照相等份额享有受益权。投保人指定受益人时须经被保险人同意，投保人为与其有劳动关系的劳动者投保人身保险，不得指定被保险人及其近亲属以外的人为受益人。

被保险人死亡后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人的遗产，由保险人依照《中华人民共和国继承法》的规定履行给付保险金的义务：

- 1) 没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；
- 2) 受益人先于被保险人死亡，没有其他受益人的；
- 3) 受益人依法丧失受益权或者放弃受益权，没有其他受益人的。

受益人与被保险人在同一事件中死亡，且不能确定死亡先后顺序的，推定受益人死亡在先。

被保险人或投保人可以变更身故保险金受益人，但需书面通知保险人，由保险人在本保险合同上批注。对因身故保险金受益人变更发生的法律纠纷，保险人不承担任何责任。

投保人指定或变更身故保险金受益人的，应经被保险人书面同意。被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，应由其监护人指定或变更身故保险金受益人。

二、伤残保险金受益人

除另有约定外，本保险合同的伤残保险金的受益人为被保险人本人。

2. 保险责任

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害（见释义 11.2）事故导致身故、伤残的，保险人依照下列约定给付保险金，且**给付各项保险金之和不超过保险金额**。

一、身故保险责任

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并**自事故发生之日起 180 日内**因该事故身故的，保险人按保险金额给付身故保险金，对该被保险人的保险责任终止。

被保险人因遭受意外伤害事故且自该事故发生日起下落不明，后经人民法院依法宣告死亡的，保险人按保险金额给付身故保险金。但若被保险人被宣告死亡后生还的，保险金受领人应于知道或应当知道被保险人生还后 **30 日内**退还保险人给付的身故保险金。

被保险人身故前已领有伤残保险金的，身故保险金为扣除已给付保险金后的余额（如有）。

二、伤残保险责任

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并自该事故发生之日起 180 日内因该事故造成本保险合同所附《人身保险伤残评定标准及代码》（标准编号为 JR/T 0083-2013，以下简称《伤残评定标准》）（见释义 11.3）所列伤残之一的，保险人按该表所列给付比例乘以意外伤害保险金额给付伤残保险金。如第 180 日治疗仍未结束的，按当日的身体情况进行伤残鉴定，并据此给付伤残保险金。

1) 当同一保险事故造成两处或两处以上伤残时，应首先对各处伤残程度分别进行评定，如果几处伤残等级不同，以最重的伤残等级作为最终的评定结论；如果两处或两处以上伤残等级相同，伤残等级在原评定基础上最多晋升一级，最高晋升至第一级。同一部位和性质的伤残，不应采用《伤残评定标准》条文两条以上或者同一条文两次以上进行评定。

2) 被保险人如在本次意外伤害事故之前已有伤残，保险人按合并后的伤残程度在《伤残评定标准》中所对应的给付比例给付伤残保险金，但应扣除原有伤残程度在《伤残评定标准》所对应的伤残保险金。

在保险期间内，身故及伤残保险责任的保险金累计给付金额以保险单载明的意外伤害保险金额为限。

3. 责任免除

因下列任一情形导致被保险人身故或伤残的，或具备下列任一情形的，保险人不承担给付保险金责任：

- 1) 投保人、被保险人或受益人的故意行为；
- 2) 被保险人自致伤害或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- 3) 因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
- 4) 被保险人妊娠（含宫外孕）、流产（含任何原因所导致的流产和人工流产）、分娩（含剖腹产）、不孕不育；
- 5) 被保险人疾病、食物中毒、药物过敏、中暑、高原反应特定疾病（见释义 11.4）及其并发症、潜水特定疾病（见释义 11.5）及其并发症、猝死（见释义 11.6）；

- 6) 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
- 7) 任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
- 8) 保单生效前已存在的受伤及其并发症；
- 9) 细菌或病毒感染（但因意外伤害致有伤口而发生感染者除外）；
- 10) 被保险人任何因整容、整形手术、内外科手术或其他医疗行为导致的伤害；

被保险人在下列期间遭受伤害导致身故或伤残的，保险人也不承担给付保险金责任：

- 1) 战争(见释义 11.7)、军事行动、暴动或武装叛乱期间；
- 2) 被保险人从事违法、犯罪活动期间或被依法拘留、服刑、在逃期间；
- 3) 被保险人在酒精或毒品、管制药物的影响期间；
- 4) 被保险人患艾滋病或感染艾滋病病毒期间发生的意外伤害；
- 5) 被保险人酒后驾驶（见释义 11.8）、无有效驾驶证（见释义 11.9）驾驶或驾驶无有效行驶证（见释义 11.10）的机动车期间；
- 6) 被保险人进行各种车辆表演、车辆竞赛或练习期间；
- 7) 被保险人作为军人(含特种兵)、警务人员(含防暴警察)在训练或执行公务期间；
- 8) 被保险人参与任何职业体育活动或任何设有奖金或报酬的体育运动期间；
- 9) 被保险人进行滑翔翼、滑翔伞、跳伞、探险活动（见释义 11.11）、非固定路线洞穴探险、特技表演（见释义 11.12），任何海拔 6,000 米以上的户外运动及潜水深度大于 18 米的活动期间。如保险人进行风险评估后同意拓展承保时，不受本责任免除的限制；
- 10) 被保险人必须借助登山绳索、登山向导(非旅行社导游)完成的登山活动期间；借助水下供气瓶（非呼吸管）设备完成的潜水活动期间（但除外在旅游景点的专业潜水教练指导下进行的休闲潜水活动）；
- 11) 被保险人存在精神和行为障碍（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）期间（包括但不限于服药治疗或心理行为治疗期间）；
- 12) 被保险人从事采矿业、地下作业、山洞作业、水上作业、5 米以上高处作业的职业活动期间；
- 13) 被保险人从事航空或飞行活动期间，包括身为飞行驾驶员或空勤人员，但以缴费乘客身份乘坐客运民航飞机或参与飞行活动的除外。

4. 保险金额和保险费

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。本合同的保费按照被保险人的年龄和所选计划确定。投保人须按合同约定支付保险费。本合同保险费支付方式由投保人投保时选择确定，并在保险单上载明。

若投保人选择一次性缴付保险费的，投保人应当在保险合同成立时交清保险费。

若投保人选择分期缴付保险费的，在缴纳首期保险费后，投保人应当在保险费约定缴纳日（见释义 11.13）缴纳其余各期对应月份的保险费。缴费周期为 1 个自然月，如未缴付首期保费，保险合同不成立，保险人不承担保险责任。

如投保人未按约定缴纳保险费，保险人允许投保人在保单约定的宽限期内补缴保险费，如被保险人在宽限期内发生保险事故，保险人承担保险责任，保险金将扣除年度续期月的所有剩余未缴保费。如投保人在宽限期届满时仍未缴纳当期保费的，本保险合同在宽限期届满之日的 24 时起终止，对于保险合同终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

5. 保险期间

除另有约定外，保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

6. 保险人义务

订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

保险人认为被保险人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人补充提供。保险人收到被保险人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但因投保人未如实告知、索赔人原因、事故情况异常复杂需要查证或需要等待第三方意见等客观原因需要更长处理时间的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险人达成给付保险金的协议后十日内，履行赔偿保险金义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向被保险人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

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

7. 投保人、被保险人义务

订立保险合同，保险人就保险标的或者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。自合同成立之日起超过二年的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，并不退还保险费。

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

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

被保险人变更职业或工种时，投保人或被保险人应在10日内以书面形式通知保险人。

被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内或保险人不愿承保变更后的风险的，保险人在接到通知后有权解除本合同并按照接到通知之日退还原职业或工种所对应的未到期净保费（见释义11.14）。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类仍可承保的或在拒保范围内但保险人认定可以继续承保的，保险人按照接到通知之日计算并退还原职业或工种所对应的未到期净保费，投保人补交按照保险人接到通知之日计算的新职业或工种所对应的未到期净保费。

被保险人变更职业或工种，未依本条约定通知保险人，因危险程度增加导致发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

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，均视为已送达投保人。

投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。**故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任，**但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。

上述约定，不包括因不可抗力（见释义11.15）而导致的迟延。

8. 保险金申请

保险金申请人（见释义11.16）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该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

一、身故保险金申请

- 1) 索赔申请表
- 2) 身故保险金受益人/法定继承人的身份证明及其他相关材料；
- 3) 二级以上（含二级）医疗机构（见释义11.17）或保险人认可的机构出具的被保险人身故证明书。若被保险人为宣告死亡，保险金申请人应提供人民法院出具的宣告死亡证明文件；
- 4) 被保险人的户籍注销证明；
- 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；
- 6) 保险金申请人所能提供的其他与本项申请相关的材料。

二、伤残保险金申请

- 1) 索赔申请表；
- 2) 被保险人身份证明；
- 3) 二级以上（含二级）或保险人认可的医疗机构或司法鉴定机构出具的伤残鉴定诊断书；
- 4) 保险金申请人所能提供的其他与本项申请相关的材料；
- 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。

保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间按法律规定，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

9. 争议处理和法律适用

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

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

10. 其他事项

在本保险合同成立后，投保人可以通过书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本保险合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

- 1) 保险合同解除通知书；
- 2) 投保人身份证明。

投保人要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除通知书之时起，本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还保险单的未到期净保费。

11. 释义

- 11.1 保险人** 指与投保人签订本保险合同的京东安联财产保险有限公司及其分支机构。
- 11.2 意外伤害** 指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。
- 11.3 《人身保险伤残评定标准及代码》** 标准标号为 JR/T0083-2013，是由原中国保险监督管理委员会发布（保监发[2014]6号）并经国家标准化委员会备案的中华人民共和国金融行业标准。
- 11.4 高原反应特定疾病** 指急性高原脑水肿、急性高原肺水肿、高原反应、和平原反应，其成立必须由医院相应专科医师确诊。
- 11.5 潜水特定疾病** 指潜水减压病、氮醉、及二氧化碳中毒，其成立必须由医院相应专科医师确诊。
- 11.6 猝死** 外表看似健康的人由于潜在的疾病或者功能障碍所引起的突然的出乎意料的死亡，且医疗机构出具的被保险人死亡诊断为猝死。
- 11.7 战争** 是指不管宣战与否，主权国家为达到其经济、疆域的扩张、民族主义、种族、宗教或其他目的而进行的任何战争或军事行动。
- 11.8 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，被公安机关交通管理部门依法认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。
- 11.9 无有效驾驶证** 被保险人存在下列情形之一者：
 - 1) 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
 - 2) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
 - 3) 实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
 - 4) 持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
 - 5) 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；
 - 6) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。
- 11.10 无有效行驶证** 指下列情形之一：
 - 1) 机动车被依法注销登记的；
 - 2) 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动交通工具；
 - 3) 未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动交通工具；
 - 4) 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。
- 11.11 探险活动** 指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身其中的行为。如极地探险、江河漂流、徒步穿越沙漠或人迹罕见的原始森林等活动。
- 11.12 特技表演** 指马术、杂技、驯兽等特殊技能。
- 11.13 保险费约定缴纳日** 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。
- 11.14 未到期净保费** 若保险费为分期缴付的：未到期净保费=当期保险费×[1-（当期保障已过天数/当期保障总天数）]×（1-10%）。

经过天数不足一天的按一天计算。

若保险费为一次性缴付的：未到期净保费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]×(1-10%)。经过天数不足一天的按一天计算。

若本保险合同已发生保险金赔偿，则未到期净保费为零。

11.15 不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

11.16 保险金申请人

指被保险人；被保险人身故时，指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

11.17 医疗机构

在中国大陆境内（不包括香港、澳门、台湾地区）的医疗机构是指合法的二级或二级以上公立医院普通病房或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。

在中国大陆境外（包括香港、澳门、台湾地区）的医疗机构是指保险人认可的，根据所在国家法律合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构：

- 1) 主要运营目的是以住院病人形式提供接待患病、伤者并为其提供医疗护理和治疗，
- 2) 在一名或若干医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊，
- 3) 维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗，并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备，
- 4) 有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。

本条款中所指医疗机构(中国境内或中国境外)不包括以下或类似的医疗机构：

- 1) 精神病院；
- 2) 老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
- 3) 健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

附件:

人身保险伤残评定标准

中国保险行业协会、中国法医学会
联合发布

二零一三年六月八日

前言

人身保险伤残评定标准（行业标准）

- 1 神经系统的结构和精神功能
 - 1.1 脑膜的结构损伤
 - 1.2 脑的结构损伤，智力功能障碍
 - 1.3 意识功能障碍
- 2 眼，耳和有关的结构和功能
 - 2.1 眼球损伤或视功能障碍
 - 2.2 视功能障碍
 - 2.3 眼球的晶状体结构损伤
 - 2.4 眼睑结构损伤
 - 2.5 耳廓结构损伤或听功能障碍
 - 2.6 听功能障碍
- 3 发声和言语的结构和功能
 - 3.1 鼻的结构损伤
 - 3.2 口腔的结构损伤
 - 3.3 发声和言语的功能障碍
- 4 心血管，免疫和呼吸系统的结构和功能
 - 4.1 心脏的结构损伤或功能障碍
 - 4.2 脾结构损伤
 - 4.3 肺的结构损伤
 - 4.4 胸廓的结构损伤
- 5 消化、代谢和内分泌系统有关的结构和功能
 - 5.1 咀嚼和吞咽功能障碍
 - 5.2 肠的结构损伤
 - 5.3 胃结构损伤
 - 5.4 胰结构损伤或代谢功能障碍
 - 5.5 肝结构损伤
- 6 泌尿和生殖系统有关的结构和功能
 - 6.1 泌尿系统的结构损伤
 - 6.2 生殖系统的结构损伤
- 7 神经肌肉骨骼和运动有关的结构和功能
 - 7.1 头颈部的结构损伤
 - 7.2 头颈部关节功能障碍
 - 7.3 上肢的结构损伤，手功能或关节功能障碍
 - 7.4 骨盆部的结构损伤
 - 7.5 下肢的结构损伤，足功能或关节功能障碍
 - 7.6 四肢的结构损伤，肢体功能或关节功能障碍
 - 7.7 脊柱结构损伤和关节活动功能障碍
 - 7.8 肌肉力量功能障碍
- 8 皮肤和有关的结构和功能
 - 8.1 头颈部皮肤结构损伤和修复功能障碍
 - 8.2 各部位皮肤结构损伤和修复功能障碍

前言

根据保险行业业务发展要求，制订本标准。

本标准制定过程中参照世界卫生组织《国际功能、残疾和健康分类》（以下简称“ICF”）的理论与方法，建立新的残疾标准的理论架构、术语体系和分类方法。

本标准制定过程中参考了国内重要的伤残评定标准，如《劳动能力鉴定，职工工伤与职业病致残等级》、《道路交通事故受伤人员伤残评定》等，符合国内相关的残疾政策，同时参考了国际上其他国家地区的伤残分级原则和标准。

本标准建立了保险行业人身保险伤残评定和保险金给付比例的基础，各保险公司应根据自身的业务特点，根据本标准的方法、内容和结构，开发保险产品，提供保险服务。

本标准负责起草单位：中国保险行业协会。

本标准规定了人身保险伤残程度的评定等级以及保险金给付比例的原则和方法，人身保险伤残程度分为一至十级，保险金给付比例分为 100%至 10%。

1 适用范围

本标准适用于意外险产品或包括意外责任的保险产品中的伤残保障，用于评定由于意外伤害因素引起的伤残程度。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。

2.1 伤残：因意外伤害损伤所致的人体残疾。

2.2 身体结构：指身体的解剖部位，如器官、肢体及其组成部分。

2.3 身体功能：指身体各系统的生理功能。

3 标准的内容和结构

本标准参照 ICF 有关功能和残疾的分类理论与方法，建立“神经系统的结构和精神功能”、“眼，耳和有关的结构和功能”、“发声和言语的结构和功能”、“心血管，免疫和呼吸系统的结构和功能”、“消化、代谢和内分泌系统有关的结构和功能”、“泌尿和生殖系统有关的结构和功能”、“神经肌肉骨骼和运动有关的结构和功能”和“皮肤和有关的结构和功能” 8 大类，共 281 项人身保险伤残条目。

本标准对功能和残疾进行了分类和分级，将人身保险伤残程度划分为一至十级，最重为第一级，最轻为第十级。

与人身保险伤残程度等级相对应的保险金给付比例分为十档，伤残程度第一级对应的保险金给付比例为 100%，伤残程度第十级对应的保险金给付比例为 10%，每级相差 10%。

4 伤残的评定原则

4.1 确定伤残类别：评定伤残时，应根据人体的身体结构与功能损伤情况确定所涉及的伤残类别。

4.2 确定伤残等级：应根据伤残情况，在同类别伤残下，确定伤残等级。

4.3 确定保险金给付比例：应根据伤残等级对应的百分比，确定保险金给付比例。

4.4 多处伤残的评定原则：当同一保险事故造成两处或两处以上伤残时，应首先对各处伤残程度分别进行评定，如果几处伤残等级不同，以最重的伤残等级作为最终的评定结论；如果两处或两处以上伤残等级相同，伤残等级在原评定基础上最多晋升一级，最高晋升至第一级。同一部位和性质的伤残，不应采用本标准条文两条以上或者同一条文两次以上进行评定。

5 说明

本标准中“以上”均包括本数值或本部位。

人身保险伤残评定标准（行业标准）

说明：本标准对功能和残疾进行了分类和分级，将人身保险伤残程度划分为一至十级，最重为第一级，最轻为第十级。与人身保险伤残程度等级相对应的保险金给付比例分为十档，伤残程度第一级对应的保险金给付比例为 100%，伤残程度第十级对应的保险金给付比例为 10%，每级相差 10%。

1 神经系统的结构和精神功能

1.1 脑膜的结构损伤

外伤性脑脊液鼻漏或耳漏	10 级
-------------	------

1.2 脑的结构损伤, 智力功能障碍

颅脑损伤导致极度智力缺损 (智商小于等于 20), 日常生活完全不能自理, 处于完全护理依赖状态	1 级
颅脑损伤导致重度智力缺损 (智商小于等于 34), 日常生活需随时有人帮助才能完成, 处于完全护理依赖状态	2 级
颅脑损伤导致重度智力缺损 (智商小于等于 34), 不能完全独立生活, 需经常有人监护, 处于大部分护理依赖状态	3 级
颅脑损伤导致中度智力缺损 (智商小于等于 49), 日常生活能力严重受限, 间或需要帮助, 处于大部分护理依赖状态	4 级

注: ①护理依赖: 应用“基本日常生活活动能力”的丧失程度来判断护理依赖程度。

②基本日常生活活动是指: (1) 穿衣: 自己能够穿衣及脱衣; (2) 移动: 自己从一个房间到另一个房间; (3) 行动: 自己上下床或上下轮椅; (4) 如厕: 自己控制进行大小便; (5) 进食: 自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中; (6) 洗澡: 自己进行淋浴或盆浴。

③护理依赖的程度分三级: (1) 完全护理依赖指生活完全不能自理, 上述六项基本日常生活活动均需护理者; (2) 大部分护理依赖指生活大部不能自理, 上述六项基本日常生活活动中三项或三项以上需要护理者; (3) 部分护理依赖指部分生活不能自理, 上述六项基本日常生活活动中一项或一项以上需要护理者。

1.3 意识功能障碍

意识功能是指意识和警觉状态下的一般精神功能, 包括清醒和持续的觉醒状态。本标准中的意识功能障碍是指颅脑损伤导致植物状态。

颅脑损伤导致植物状态	1 级
------------	-----

注: 植物状态指由于严重颅脑损伤造成认知功能丧失, 无意识活动, 不能执行命令, 保持自主呼吸和血压, 有睡眠-醒觉周期, 不能理解和表达语言, 能自动睁眼或刺激下睁眼, 可有无目的性眼球跟踪运动, 丘脑下部及脑干功能基本保存。

2 眼, 耳和有关的结构和功能

2.1 眼球损伤或视功能障碍

视功能是指与感受存在的光线和感受视觉刺激的形式、大小、形状和颜色等有关的感觉功能。本标准中的视功能障碍是指眼盲目或低视力。

双侧眼球缺失	1 级
一侧眼球缺失, 且另一侧眼盲目 5 级	1 级
一侧眼球缺失, 且另一侧眼盲目 4 级	2 级
一侧眼球缺失, 且另一侧眼盲目 3 级	3 级
一侧眼球缺失, 且另一侧眼低视力 2 级	4 级
一侧眼球缺失, 且另一侧眼低视力 1 级	5 级
一侧眼球缺失	7 级

2.2 视功能障碍

除眼盲目和低视力外, 本标准中的视功能障碍还包括视野缺损。

双眼盲目 5 级	2 级
双眼视野缺损, 直径小于 5°	2 级
双眼盲目大于等于 4 级	3 级
双眼视野缺损, 直径小于 10°	3 级
双眼盲目大于等于 3 级	4 级
双眼视野缺损, 直径小于 20°	4 级
双眼低视力大于等于 2 级	5 级
双眼低视力大于等于 1 级	6 级
双眼视野缺损, 直径小于 60°	6 级
一眼盲目 5 级	7 级
一眼视野缺损, 直径小于 5°	7 级
一眼盲目大于等于 4 级	8 级
一眼视野缺损, 直径小于 10°	8 级
一眼盲目大于等于 3 级	9 级
一眼视野缺损, 直径小于 20°	9 级

一眼低视力大于等于1级。	10级
一眼视野缺损，直径小于60°	10级

注：①视力和视野

级别		低视力及盲目分级标准	
		最好矫正视力	
		最好矫正视力低于	最低矫正视力等于或优于
低视力	1	0.3	0.1
	2	0.1	0.05（三米指数）
盲目	3	0.05	0.02（一米指数）
	4	0.02	光感
	5	无光感	

如果中心视力好而视野缩小，以中央注视点为中心，视野直径小于20°而大于10°者为盲目3级；如直径小于10°者为盲目4级。本标准视力以矫正视力为准，经治疗而无法恢复者。

②视野缺损指因损伤导致眼球注视前方而不转动所能看到的空间范围缩窄，以致难以从事正常工作、学习或其他活动。

2.3 眼球的晶状体结构损伤

外伤性白内障	10级
--------	-----

注：外伤性白内障：凡未做手术者，均适用本条；外伤性白内障术后遗留相关视功能障碍，参照有关条款评定伤残等级。

2.4 眼睑结构损伤

双侧眼睑显著缺损	8级
双侧眼睑外翻	8级
双侧眼睑闭合不全	8级
一侧眼睑显著缺损	9级
一侧眼睑外翻	9级
一侧眼睑闭合不全	9级

注：眼睑显著缺损指闭眼时眼睑不能完全覆盖角膜。

2.5 耳廓结构损伤或听功能障碍

听功能是指与感受存在的声音和辨别方位、音调、音量和音质有关的感觉功能。

双耳听力损失大于等于91dB，且双侧耳廓缺失	2级
双耳听力损失大于等于91dB，且一侧耳廓缺失	3级
一耳听力损失大于等于91dB，另一耳听力损失大于等于71dB，且一侧耳廓缺失，另一侧耳廓缺失大于等于50%	3级
双耳听力损失大于等于71dB，且双侧耳廓缺失	3级
双耳听力损失大于等于71dB，且一侧耳廓缺失	4级
双耳听力损失大于等于56dB，且双侧耳廓缺失	4级
一耳听力损失大于等于91dB，另一耳听力损失大于等于71dB，且一侧耳廓缺失大于等于50%	4级
双耳听力损失大于等于71dB，且一侧耳廓缺失大于等于50%	5级
双耳听力损失大于等于56dB，且一侧耳廓缺失	5级
双侧耳廓缺失	5级
一侧耳廓缺失，且另一侧耳廓缺失大于等于50%	6级
一侧耳廓缺失	8级
一侧耳廓缺失大于等于50%	9级

2.6 听功能障碍

双耳听力损失大于等于91dB	4级
双耳听力损失大于等于81dB	5级
一耳听力损失大于等于91dB，且另一耳听力损失大于等于71dB	5级
双耳听力损失大于等于71dB	6级
一耳听力损失大于等于91dB，且另一耳听力损失大于等于56dB	6级
一耳听力损失大于等于91dB，且另一耳听力损失大于等于41dB	7级
一耳听力损失大于等于71dB，且另一耳听力损失大于等于56dB	7级
一耳听力损失大于等于71dB，且另一耳听力损失大于等于41dB	8级

一耳听力损失大于等于 91dB	8 级
一耳听力损失大于等于 56dB, 且另一耳听力损失大于等于 41dB	9 级
一耳听力损失大于等于 71dB	9 级
双耳听力损失大于等于 26dB	10 级
一耳听力损失大于等于 56dB	10 级

3 发声和言语的结构和功能

3.1 鼻的结构损伤

外鼻部完全缺失	5 级
外鼻部大部分缺损	7 级
鼻尖及一侧鼻翼缺损	8 级
双侧鼻腔或鼻咽部闭锁	8 级
一侧鼻翼缺损	9 级
单侧鼻腔或鼻孔闭锁	10 级

3.2 口腔的结构损伤

舌缺损大于全舌的 2/3	3 级
舌缺损大于全舌的 1/3	6 级
口腔损伤导致牙齿脱落大于等于 16 枚	9 级
口腔损伤导致牙齿脱落大于等于 8 枚	10 级

3.3 发声和言语的功能障碍

本标准中的发声和言语的功能障碍是指语言功能丧失。

语言功能完全丧失	8 级
----------	-----

注：语言功能完全丧失指构成语言的口唇音、齿舌音、口盖音和喉头音的四种语言功能中，有三种以上不能构声、或声带全部切除，或因大脑语言中枢受伤害而患失语症，并须有资格的耳鼻喉科医师出具医疗诊断证明，但不包括任何心理障碍引致的失语。

4 心血管，免疫和呼吸系统的结构和功能

4.1 心脏的结构损伤或功能障碍

胸部损伤导致心肺联合移植	1 级
胸部损伤导致心脏贯通伤修补术后，心电图有明显改变	3 级
胸部损伤导致心肌破裂修补	8 级

4.2 脾结构损伤

腹部损伤导致脾切除	8 级
腹部损伤导致脾部分切除	9 级
腹部损伤导致脾破裂修补	10 级

4.3 肺的结构损伤

胸部损伤导致一侧全肺切除	4 级
胸部损伤导致双侧肺叶切除	4 级
胸部损伤导致同侧双肺叶切除	5 级
胸部损伤导致肺叶切除	7 级

4.4 胸廓的结构损伤

本标准中的胸廓的结构损伤是指肋骨骨折或缺失。

胸部损伤导致大于等于 12 根肋骨骨折	8 级
胸部损伤导致大于等于 8 根肋骨骨折	9 级
胸部损伤导致大于等于 4 根肋骨缺失	9 级
胸部损伤导致大于等于 4 根肋骨骨折	10 级

胸部损伤导致大于等于 2 根肋骨缺失	10 级
--------------------	------

5 消化、代谢和内分泌系统有关的结构和功能

5.1 咀嚼和吞咽功能障碍

咀嚼是指用后牙（如磨牙）碾、磨或咀嚼食物的功能。吞咽是指通过口腔、咽和食道把食物和饮料以适宜的频率和速度送入胃中的功能。

咀嚼、吞咽功能完全丧失	1 级
-------------	-----

注：咀嚼、吞咽功能丧失指由于牙齿以外的原因引起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。

5.2 肠的结构损伤

腹部损伤导致小肠切除大于等于 90%	1 级
腹部损伤导致小肠切除大于等于 75%，合并短肠综合症	2 级
腹部损伤导致小肠切除大于等于 75%	4 级
腹部或骨盆部损伤导致全结肠、直肠、肛门结构切除，回肠造瘘	4 级
腹部或骨盆部损伤导致直肠、肛门切除，且结肠部分切除，结肠造瘘	5 级
腹部损伤导致小肠切除大于等于 50%，且包括回盲部切除	6 级
腹部损伤导致小肠切除大于等于 50%	7 级
腹部损伤导致结肠切除大于等于 50%	7 级
腹部损伤导致结肠部分切除	8 级
骨盆部损伤导致直肠、肛门损伤，且遗留永久性乙状结肠造口	9 级
骨盆部损伤导致直肠、肛门损伤，且瘢痕形成	10 级

5.3 胃结构损伤

腹部损伤导致全胃切除	4 级
腹部损伤导致胃切除大于等于 50%	7 级

5.4 胰结构损伤或代谢功能障碍

本标准中的代谢功能障碍是指胰岛素依赖。

腹部损伤导致胰完全切除	1 级
腹部损伤导致胰切除大于等于 50%，且伴有胰岛素依赖	3 级
腹部损伤导致胰头、十二指肠切除	4 级
腹部损伤导致胰切除大于等于 50%	6 级
腹部损伤导致胰部分切除	8 级

5.5 肝结构损伤

腹部损伤导致肝切除大于等于 75%	2 级
腹部损伤导致肝切除大于等于 50%	5 级
腹部损伤导致肝部分切除	8 级

6 泌尿和生殖系统有关的结构和功能

6.1 泌尿系统的结构损伤

腹部损伤导致双侧肾切除	1 级
腹部损伤导致孤肾切除	1 级
骨盆部损伤导致双侧输尿管缺失	5 级
骨盆部损伤导致双侧输尿管闭锁	5 级
骨盆部损伤导致一侧输尿管缺失，另一侧输尿管闭锁	5 级
骨盆部损伤导致膀胱切除	5 级
骨盆部损伤导致尿道闭锁	5 级
骨盆部损伤导致一侧输尿管缺失，另一侧输尿管严重狭窄	7 级
骨盆部损伤导致一侧输尿管闭锁，另一侧输尿管严重狭窄	7 级
腹部损伤导致一侧肾切除	8 级

骨盆部损伤导致双侧输尿管严重狭窄	8级
骨盆部损伤导致一侧输尿管缺失，另一侧输尿管狭窄	8级
骨盆部损伤导致一侧输尿管闭锁，另一侧输尿管狭窄	8级
腹部损伤导致一侧肾部分切除	9级
骨盆部损伤导致一侧输尿管缺失	9级
骨盆部损伤导致一侧输尿管闭锁	9级
骨盆部损伤导致尿道狭窄	9级
骨盆部损伤导致膀胱部分切除	9级
腹部损伤导致肾破裂修补	10级
骨盆部损伤导致一侧输尿管严重狭窄	10级
骨盆部损伤导致膀胱破裂修补	10级

6.2 生殖系统的结构损伤

会阴部损伤导致双侧睾丸缺失	3级
会阴部损伤导致双侧睾丸完全萎缩	3级
会阴部损伤导致一侧睾丸缺失，另一侧睾丸完全萎缩	3级
会阴部损伤导致阴茎体完全缺失	4级
会阴部损伤导致阴道闭锁	5级
会阴部损伤导致阴茎体缺失大于50%	5级
会阴部损伤导致双侧输精管缺失	6级
会阴部损伤导致双侧输精管闭锁	6级
会阴部损伤导致一侧输精管缺失，另一侧输精管闭锁	6级
胸部损伤导致女性双侧乳房缺失	7级
骨盆部损伤导致子宫切除	7级
胸部损伤导致女性一侧乳房缺失，另一侧乳房部分缺失	8级
胸部损伤导致女性一侧乳房缺失	9级
骨盆部损伤导致子宫部分切除	9级
骨盆部损伤导致子宫破裂修补	10级
会阴部损伤导致一侧睾丸缺失	10级
会阴部损伤导致一侧睾丸完全萎缩	10级
会阴部损伤导致一侧输精管缺失	10级
会阴部损伤导致一侧输精管闭锁	10级

7 神经肌肉骨骼和运动有关的结构和功能

7.1 头颈部的结构损伤

双侧上颌骨完全缺失	2级
双侧下颌骨完全缺失	2级
一侧上颌骨及对侧下颌骨完全缺失	2级
同侧上、下颌骨完全缺失	3级
上颌骨、下颌骨缺损，且牙齿脱落大于等于24枚	3级
一侧上颌骨完全缺失	3级
一侧下颌骨完全缺失	3级
一侧上颌骨缺损大于等于50%，且口腔、颜面部软组织缺损大于20cm ²	4级
一侧下颌骨缺损大于等于6cm，且口腔、颜面部软组织缺损大于20cm ²	4级
面颊部洞穿性缺损大于20cm ²	4级
上颌骨、下颌骨缺损，且牙齿脱落大于等于20枚	5级
一侧上颌骨缺损大于25%，小于50%，且口腔、颜面部软组织缺损大于10cm ²	5级
一侧下颌骨缺损大于等于4cm，且口腔、颜面部软组织缺损大于10cm ²	5级
一侧上颌骨缺损等于25%，且口腔、颜面部软组织缺损大于10cm ²	6级
面部软组织缺损大于20cm ² ，且伴发涎瘘	6级
上颌骨、下颌骨缺损，且牙齿脱落大于等于16枚	7级
上颌骨、下颌骨缺损，且牙齿脱落大于等于12枚	8级
上颌骨、下颌骨缺损，且牙齿脱落大于等于8枚	9级
上颌骨、下颌骨缺损，且牙齿脱落大于等于4枚	10级
颅骨缺损大于等于6cm ²	10级

7.2 头颈部关节功能障碍

单侧颞下颌关节强直，张口困难Ⅲ度	6级
双侧颞下颌关节强直，张口困难Ⅲ度	6级
双侧颞下颌关节强直，张口困难Ⅱ度	8级
一侧颞下颌关节强直，张口困难Ⅰ度	10级

注：张口困难判定及测量方法是以患者自身的食指、中指、无名指并列垂直置入上、下中切牙切缘间测量。正常张口度指张口时上述三指可垂直置入上、下切牙切缘间（相当于4.5cm左右）；张口困难Ⅰ度指大张口时，只能垂直置入食指和中指（相当于3cm左右）；张口困难Ⅱ度指大张口时，只能垂直置入食指（相当于1.7cm左右）；张口困难Ⅲ度指大张口时，上、下切牙间距小于食指之横径。

7.3 上肢的结构损伤，手功能或关节功能障碍

双手完全缺失	4级
双手完全丧失功能	4级
一手完全缺失，另一手完全丧失功能	4级
双手缺失（或丧失功能）大于等于90%	5级
双手缺失（或丧失功能）大于等于70%	6级
双手缺失（或丧失功能）大于等于50%	7级
一上肢三大关节中，有两个关节完全丧失功能	7级
一上肢三大关节中，有一个关节完全丧失功能	8级
双手缺失（或丧失功能）大于等于30%	8级
双手缺失（或丧失功能）大于等于10%	9级
双上肢长度相差大于等于10cm	9级
双上肢长度相差大于等于4cm	10级
一上肢三大关节中，因骨折累及关节面导致一个关节功能部分丧失	10级

注：手缺失和丧失功能的计算：一手拇指占一手功能的36%，其中末节和近节指节各占18%；食指、中指各占一手功能的18%，其中末节指节占8%，中节指节占7%，近节指节占3%；无名指和小指各占一手功能的9%，其中末节指节占4%，中节指节占3%，近节指节占2%。一手手掌占一手功能的10%，其中第一掌骨占4%，第二、第三掌骨各占2%，第四、第五掌骨各占1%。本标准中，双手缺失或丧失功能的程度是按前面方式累加计算的结果。

7.4 骨盆部的结构损伤

骨盆环骨折，且两下肢相对长度相差大于等于8cm	7级
髌骨骨折，且两下肢相对长度相差大于等于8cm	7级
骨盆环骨折，且两下肢相对长度相差大于等于6cm	8级
髌骨骨折，且两下肢相对长度相差大于等于6cm	8级
骨盆环骨折，且两下肢相对长度相差大于等于4cm	9级
髌骨骨折，且两下肢相对长度相差大于等于4cm	9级
骨盆环骨折，且两下肢相对长度相差大于等于2cm	10级
髌骨骨折，且两下肢相对长度相差大于等于2cm	10级

7.5 下肢的结构损伤，足功能或关节功能障碍

双足跗跖关节以上缺失	6级
双下肢长度相差大于等于8cm	7级
一下肢三大关节中，有两个关节完全丧失功能	7级
双足足弓结构完全破坏	7级
一足跗跖关节以上缺失	7级
双下肢长度相差大于等于6cm	8级
一足足弓结构完全破坏，另一足足弓结构破坏大于等于1/3	8级
双足足趾完全缺失	8级
一下肢三大关节中，有一个关节完全丧失功能	8级
双足足趾完全丧失功能	8级
双下肢长度相差大于等于4cm	9级
一足足弓结构完全破坏	9级
双足足趾中，大于等于五趾缺失	9级
一足足趾完全丧失功能	9级
一足足弓结构破坏大于等于1/3	10级
双足足趾中，大于等于两趾缺失	10级
双下肢长度相差大于等于2cm	10级
一下肢三大关节中，因骨折累及关节面导致一个关节功能部分丧失	10级

注：① 足弓结构破坏：指意外损伤导致的足弓缺失或丧失功能。

② 足弓结构完全破坏指足的内、外侧纵弓和横弓结构完全破坏，包括缺失和丧失功能；足弓 1/3 结构破坏指足三弓的任一弓的结构破坏。

③ 足趾缺失：指自趾关节以上完全切断。

7.6 四肢的结构损伤，肢体功能或关节功能障碍

三肢以上缺失(上肢在腕关节以上,下肢在踝关节以上)	1 级
三肢以上完全丧失功能	1 级
二肢缺失(上肢在腕关节以上,下肢在踝关节以上),且第三肢完全丧失功能	1 级
一肢缺失(上肢在腕关节以上,下肢在踝关节以上),且另二肢完全丧失功能	1 级
二肢缺失(上肢在肘关节以上,下肢在膝关节以上)	2 级
一肢缺失(上肢在肘关节以上,下肢在膝关节以上),且另一肢完全丧失功能	2 级
二肢完全丧失功能	2 级
一肢缺失(上肢在腕关节以上,下肢在踝关节以上),且另一肢完全丧失功能	3 级
二肢缺失(上肢在腕关节以上,下肢在踝关节以上)	3 级
两上肢、或两下肢、或一上肢及一下肢,各有三大关节中的两个关节完全丧失功能	4 级
一肢缺失(上肢在肘关节以上,下肢在膝关节以上)	5 级
一肢完全丧失功能	5 级
一肢缺失(上肢在腕关节以上,下肢在踝关节以上)	6 级
四肢长骨一骺板以上粉碎性骨折	9 级

注：① 骺板：骺板的定义只适用于儿童，四肢长骨骺板骨折可能影响肢体发育，如果存在肢体发育障碍的，应当另行评定伤残等级。

② 肢体丧失功能指意外损伤导致肢体三大关节(上肢腕关节、肘关节、肩关节或下肢踝关节、膝关节、髋关节)功能的丧失。

③ 关节功能的丧失指关节永久完全僵硬、或麻痹、或关节不能随意活动。

7.7 脊柱结构损伤和关节活动功能障碍

本标准中的脊柱结构损伤是指颈椎或腰椎的骨折脱位，本标准中的关节活动功能障碍是指颈部或腰部活动度丧失。

脊柱骨折脱位导致颈椎或腰椎畸形愈合,且颈部或腰部活动度丧失大于等于 75%	7 级
脊柱骨折脱位导致颈椎或腰椎畸形愈合,且颈部或腰部活动度丧失大于等于 50%	8 级
脊柱骨折脱位导致颈椎或腰椎畸形愈合,且颈部或腰部活动度丧失大于等于 25%	9 级

7.8 肌肉力量功能障碍

肌肉力量功能是指与肌肉或肌群收缩产生力量有关的功能。本标准中的肌肉力量功能障碍是指四肢瘫、偏瘫、截瘫或单瘫。

四肢瘫(三肢以上肌力小于等于 3 级)	1 级
截瘫(肌力小于等于 2 级)且大便和小便失禁	1 级
四肢瘫(二肢以上肌力小于等于 2 级)	2 级
偏瘫(肌力小于等于 2 级)	2 级
截瘫(肌力小于等于 2 级)	2 级
四肢瘫(二肢以上肌力小于等于 3 级)	3 级
偏瘫(肌力小于等于 3 级)	3 级
截瘫(肌力小于等于 3 级)	3 级
四肢瘫(二肢以上肌力小于等于 4 级)	4 级
偏瘫(一肢肌力小于等于 2 级)	5 级
截瘫(一肢肌力小于等于 2 级)	5 级
单瘫(肌力小于等于 2 级)	5 级
偏瘫(一肢肌力小于等于 3 级)	6 级
截瘫(一肢肌力小于等于 3 级)	6 级
单瘫(肌力小于等于 3 级)	6 级
偏瘫(一肢肌力小于等于 4 级)	7 级
截瘫(一肢肌力小于等于 4 级)	7 级
单瘫(肌力小于等于 4 级)	8 级

注：① 偏瘫指一侧上下肢的瘫痪。

② 截瘫指脊髓损伤后，受伤平面以下双侧肢体感觉、运动、反射等消失和膀胱、肛门括约肌功能丧失的病症。

③ 单瘫指一个肢体或肢体的某一部分瘫痪。

④ 肌力：为判断肢体瘫痪程度，将肌力分级划分为 0-5 级。

0级：肌肉完全瘫痪，毫无收缩。

1级：可看到或触及肌肉轻微收缩，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，但不能对抗外加的阻力。

4级：能对抗一定的阻力，但较正常人为低。

5级：正常肌力。

8 皮肤和有关的结构和功能

8.1 头颈部皮肤结构损伤和修复功能障碍

皮肤的修复功能是指修复皮肤破损和其他损伤的功能。本标准中的皮肤修复功能障碍是指瘢痕形成。

头颈部Ⅲ度烧伤，面积大于等于全身体表面积的 8%	2 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于面部皮肤面积的 90%	2 级
颈部皮肤损伤导致瘢痕形成，颈部活动度完全丧失	3 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于面部皮肤面积的 80%	3 级
颈部皮肤损伤导致瘢痕形成，颈部活动度丧失大于等于 75%	4 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于面部皮肤面积的 60%	4 级
头颈部Ⅲ度烧伤，面积大于等于全身体表面积的 5%，且小于 8%	5 级
颈部皮肤损伤导致瘢痕形成，颈部活动度丧失大于等于 50%	5 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于面部皮肤面积的 40%	5 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于面部皮肤面积的 20%	6 级
头部撕脱伤后导致头皮缺失，面积大于等于头皮面积的 20%	6 级
颈部皮肤损伤导致颈前三角区瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于颈前三角区面积的 75%	7 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于 24cm ²	7 级
头颈部Ⅲ度烧伤，面积大于等于全身体表面积的 2%，且小于 5%	8 级
颈部皮肤损伤导致颈前三角区瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于颈前三角区面积的 50%	8 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于 18cm ²	8 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于 12cm ² 或面部线条状瘢痕大于等于 20cm	9 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于 6cm ² 或面部线条状瘢痕大于等于 10cm	10 级

注：① 瘢痕：指创面愈合后的增生性瘢痕，不包括皮肤平整、无明显质地改变的萎缩性瘢痕或疤痕。

② 面部的范围和瘢痕面积的计算：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。面部瘢痕面积的计算采用全面部和 5 等分面部以及实测瘢痕面积的方法，分别计算瘢痕面积。面部多处瘢痕，其面积可以累加计算。

③ 颈前三角区：两边为胸锁乳突肌前缘，底为舌骨体上缘及下颌骨下缘。

8.2 各部位皮肤结构损伤和修复功能障碍

皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 90%	1 级
躯干及四肢Ⅲ度烧伤，面积大于等于全身皮肤面积的 60%	1 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 80%	2 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 70%	3 级
躯干及四肢Ⅲ度烧伤，面积大于等于全身皮肤面积的 40%	3 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 60%	4 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 50%	5 级
躯干及四肢Ⅲ度烧伤，面积大于等于全身皮肤面积的 20%	5 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 40%	6 级
腹部损伤导致腹壁缺损面积大于等于腹壁面积的 25%	6 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 30%	7 级
躯干及四肢Ⅲ度烧伤，面积大于等于全身皮肤面积的 10%	7 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 20%	8 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 5%	9 级

注：① 全身皮肤瘢痕面积的计算：按皮肤瘢痕面积占全身体表面积的百分数来计算，即中国新九分法：在 100% 的体表总面积中：头颈部占 9% (9×1) (头部、面部、颈部各占 3%)；双上肢占 18% (9×2) (双上臂 7%，双前臂 6%，双手 5%)；躯干前后包括会阴占 27% (9×3) (前躯 13%，后躯 13%，会阴 1%)；双下肢 (含臀部) 占 46% (双臀 5%，双大腿 21%，双小腿 13%，双足 7%) (9×5+1) (女性双足和臀各占 6%)。

② 烧伤面积和烧伤深度：烧伤面积的计算按中国新九分法，烧伤深度按三度四分法。Ⅲ度烧伤指烧伤深达皮肤全层甚至达到皮下、肌肉和骨骼。烧伤事故不包括冻伤、吸入性损伤（又称呼吸道烧伤）和电击伤。烧伤后按烧伤面积、深度评定伤残等级，待医疗终结后，可以依据造成的功能障碍程度、皮肤瘢痕面积大小评定伤残等级，最终的伤残等级以严重者为淮。

京东安联财产保险有限公司
附加个人住院和特定重大疾病特殊门诊医疗费用补偿保险条款（2020 版特需）
C00005032522020041600151

1. 附加保险合同订立

本附加保险合同条款（以下简称“本附加条款”）须附加于保险人主保险合同条款使用。本附加条款仅接受完全符合健康调查问卷所列全部内容的自然人作为被保险人的投保申请，**投保人应如实填写健康调查问卷，未如实填写健康调查问卷任一项目的，将直接影响保险人决定是否承保，并将导致保险人依法解除保险合同，不承担赔偿责任的后果。**

2. 保险责任

（一）一般医疗保险金

在保险期间内，若被保险人因遭受主合同所约定的**意外伤害**，或在**等待期**（见释义 12.1）后因初次出现症状（见释义 12.2）或**体征**（见释义 12.3）且确诊罹患**疾病**，在**境内**（见释义 12.4）**医疗机构**（见释义 12.5）接受治疗的，保险人按下列约定补偿保险金：

1. 住院医疗费用

被保险人经**医疗机构**诊断必须**住院**（见释义 12.6）治疗的，保险人对于被保险人需个人支付的、必需且合理的**住院医疗费用**（见释义 12.7），保险人在扣除保险单载明的免赔额后，依照保险单载明的补偿比例赔付。住院医疗费用包括**床位费**（见释义 12.8）、**膳食费**（见释义 12.9）、**护理费**（见释义 12.10）、重症监护室床位费、**诊疗费**、**检查检验费**（见释义 12.11）、**治疗费**（见释义 12.12）、**药品费**（见释义 12.13）、**手术费**（见释义 12.14）。

2. 6 种重大疾病的特殊门诊医疗费用

被保险人在**医疗机构**接受针对**6 种重大疾病**的特殊门诊治疗的，保险人对于本附加条款约定**6 种重大疾病特殊门诊保险金补偿项目**范围内需被保险人个人支付的、必需且合理的**6 种重大疾病特殊门诊医疗费用**，在扣除保险单载明的免赔额后，依照保险单载明的补偿比例赔付。

本项责任承保的 6 种重大疾病特殊门诊保险金补偿项目范围包括：

- 1) 恶性肿瘤门诊治疗：包括**化学疗法**（见释义 12.15）、**放射疗法**（见释义 12.16）、**肿瘤免疫疗法**（见释义 12.17）、**肿瘤内分泌疗法**（见释义 12.18）、**肿瘤靶向疗法**（见释义 12.19）治疗费用；
- 2) 急性心肌梗塞手术后门诊行血管造影、冠状动脉增强 CT 检查（冠脉 CTA）、心脏导管检查；
- 3) 脑中风后遗症手术后门诊行头颅 CT 检查、脑血管造影检查；
- 4) 重大器官移植术或造血干细胞移植术后门诊行抗排斥治疗；
- 5) 冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）后门诊行血管造影术、心肌灌注扫描；
- 6) 终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）门诊肾透析治疗。

保险人对住院医疗费用和 6 种重大疾病特殊门诊医疗费用的累积补偿之和以保险单载明的一般医疗保险金的保险金额为限，当保险人全年累积补偿金额达到本项保险金额时，保险人对被保险人在本一般医疗保险金项下的保险责任终止。

（二）重大疾病医疗保险金

在保险期间内，若被保险人因遭受主合同所约定的**意外伤害**导致罹患本附加条款约定的一种或多种重大疾病，或在**等待期**后因初次出现症状或体征且确诊罹患本附加条款约定的一种或多种**重大疾病**（见释义 12.20），在境内**医疗机构**接受治疗的，保险人首先按照上述“一般医疗保险金”的约定补偿一般医疗保险金，当保险人累积补偿金额达到一般医疗保险金的保险金额后，保险人依照下列约定补偿医疗保险金：

1. 住院医疗费用

被保险人经**医疗机构**诊断必须**住院**治疗的，保险人对于本附加条款约定**重大疾病住院医疗保险金补偿项目**范围内需被保险人个人支付的、必需且合理的**住院医疗费用**，依照保险单载明的补偿比例赔付。

重大疾病住院医疗保险金补偿项目范围包括**床位费**、**膳食费**、**护理费**、**重症监护室床位费**、**诊疗费**、**检查检**

验费、治疗费、药品费、手术费等。

2. 6种重大疾病的特殊门诊医疗费用

被保险人在医疗机构接受针对6种重大疾病的特殊门诊治疗的，保险人对于本附加条款约定6种重大疾病门诊保险金补偿项目范围内需被保险人个人支付的、必需且合理的6种重大疾病门诊医疗费用，依照保险单载明的补偿比例赔付。

本项责任承保的6种重大疾病特殊门诊保险金补偿项目范围包括：

- 1) 恶性肿瘤门诊治疗：包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法治疗费用；
- 2) 急性心肌梗塞手术后门诊行血管造影、冠状动脉增强CT检查（冠脉CTA）、心脏导管检查；
- 3) 脑中风后遗症手术后门诊行头颅CT检查、脑血管造影检查；
- 4) 重大器官移植术或造血干细胞移植术后门诊行抗排异治疗；
- 5) 冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）后门诊行血管造影术、心肌灌注扫描；
- 6) 终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）门诊肾透析治疗。

保险人对重大疾病住院医疗费用和6种重大疾病特殊门诊医疗费用的累积补偿之和以保险单载明的重大疾病医疗保险金的保险金额为限，当保险人全年累积补偿金额达到本项保险金额时，保险人对被保险人在本附加险下的全部保险责任终止。

3. 免赔额

（一）本附加条款所指免赔额均指年免赔额，指在本附加条款保险期间内，应由被保险人自行承担，本附加条款不予补偿的部分。被保险人从商业保险或其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过社会医疗保险和公费医疗保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

（二）若被保险人在等待期后经医疗机构初次确诊罹患本附加条款约定的重大疾病且在境内医疗机构接受治疗的或因主要诊断为甲状腺疾病而接受住院治疗的，对于自确诊重大疾病或甲状腺疾病之日起所发生的符合本附加条款约定的重大疾病或甲状腺疾病医疗费用，保险人在补偿保险金时，不再扣除免赔额。

（三）免赔额由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在保单中载明。

（如同一次住院中涉及重大疾病确诊之日前后的医疗费用的，则对于该次住院所发生的符合本附加条款约定的医疗费用，保险人在补偿保险金时，不再扣除免赔额。）

4. 补偿原则和标准

（一）本附加条款适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本附加条款的约定进行补偿。社保卡个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

（二）若被保险人以参加社会医疗保险身份投保，但未以参加社会医疗保险身份就诊并结算的，则保险人按照保险单载明的比例进行补偿。

（三）若投保人和保险人另有约定，则对于被保险人实际发生的医疗费用，保险人按照另行约定并在保险单中载明的条件和方式进行补偿。

5. 责任免除

主保险合同中所有责任免除条款（如适用）除第一部分的第5）项和第9）项以外，均适用于本附加合同，若主保险合同中责任免除条款与本附加条款有相抵触之处，则应以本附加条款为准。

一、任何因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的，或具备下列情形/行为的，保险人不承担补偿责任：

（一）故意行为

- 1) 投保人或被保险人的故意行为；
- 2) 自杀，故意自伤，斗殴，醉酒，服用、吸食或注射毒品。

（二）既往疾病及未如实告知疾病

- 1) 先天性疾病（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；
- 2) 被保险人在初次投保或非连续投保前所患的既往病症（见释义12.21）及其并发症；
- 3) 初次投保或非连续投保前被保险人已经患有的未如实告知的疾病或症状。

（三）生育相关的治疗费用

- 1) 怀孕(含宫外孕)、产前产后检查、分娩(含剖腹产);
- 2) 被保险人助孕、妊娠(包括异位妊娠)、流产(含任何原因所导致的流产和人工流产)、分娩(含剖腹产)、不孕不育、人工受孕、男女生育控制、输精管切除术、避孕、绝育手术、绝育恢复手术、性别转换等治疗和手术,及由以上原因导致的并发症的相关医疗费用;性障碍治疗、伟哥及其他用于提高性功能的药物费用。

(四) 不符合条款约定的医疗费用

- 1) 无主治医生处方和院外购药原因说明的院外自购药品费用;
- 2) 本附加条款约定医疗机构外产生的医疗费用(持本条款约定医疗机构主治医生处方和院外购药原因说明的院外购药费用不在此限);
- 3) 任何滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂;
- 4) 医生开具的超过 30 天部分的药品费用;
- 5) 未被治疗所在地权威部门批准的治疗,未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物;
- 6) 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(从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用);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,但遵医嘱到外院接受临时治疗的不在限;
- 7) 在医院的(门)急诊观察室、家庭病床(房)入住;
- 8) 在康复科、康复病床、健康中心、天然治疗所、康复院入住;或接受康复治疗;
- 9) 在联合医院、诊所、精神病院、老人院、疗养院、戒毒中心、戒酒中心入住;
- 10) 被保险人住院体检;
- 11) 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不在限;
- 12) 整形手术、美容、变性手术、矫形、视力矫正手术、屈光不正、牙科治疗、牙齿修复;
- 13) 眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具及所有非处方医疗器械(医生认为治疗必不可少的不在限);
- 14) 因预防、康复、保健型或非疾病治疗类项目发生的医疗费用;
- 15) 包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗;
- 16) 精神病、精神分裂症、心理疾病、性病等的治疗和康复所产生的费用;
- 17) 被保险人接受实验性治疗,即未经科学或医学认可的医疗;
- 18) 被保险人因职业病(见释义 12.22)产生的医疗费用;
- 19) 各类医疗鉴定,包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定费用。

二、被保险人在下列期间发生的医疗费用,保险人也不承担补偿保险金责任:

- 1) 自本附加条款等待期内(续保无等待期规定)罹患的疾病或出现的症状;
- 2) 等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病;
- 3) 被保险人罹患艾滋病(AIDS)或感染艾滋病病毒(HIV)期间(上述定义,应按世界卫生组织所订的定义为准。若在被保险人的血液样本中发现上述病毒或其抗体,则认定被保险人已受该病毒感染);
- 4) 被保险人进行各种车辆表演、车辆竞赛期间。

6. 保险金额和保险费

保险金额是保险人承担补偿保险金责任的最高限额。本附加条款的一般医疗保险金额和重大疾病医疗保险金额由投保人、保险人双方约定,并在保险单中载明。投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。

7. 保险期间

除另有约定外,本附加条款的“保险期间”同主保险合同一致。

保险期间内,被保险人因本合同所约定的意外伤害、疾病或重大疾病在医院接受住院治疗或特殊门诊治疗与检查,且在合同终止日治疗仍未结束的,对于该次住院延续至本合同终止日次日起 30 日内发生的住院医疗费用,本公司仍在本合同的保险责任范围内承担补偿保险金的责任;对于该次住院延续至本合同终止日次日起 30 日后发生的住院医疗费用,本公司不再承担补偿保险金的责任。

8. 非保证续保

本附加合同保险期间届满时,投保人可向保险人申请投保本产品,交纳保费后重新获得新的保险合同。新的合同不计算等待期。

本附加合同为非保证续保合同,投保人获得新的本合同须经保险人审核同意,请投保人投保前充分理解此产品因盈利偏离预期导致保险人停售或调整产品的可能性。保险人评估投保人的新合同申请时,有权根据医疗费用水平变

化、本保险合同整体经营状况及被保险人年龄对费率等进行调整。在投保人接受费率调整的前提下，保险人方可
为投保人办理新合同办理手续。

本附加合同保险期间届满时，如下情形保险人将不再接受投保人重新投保新单的申请：1）被保险人的年龄超过保
单载明的最高重新投保年龄；2）本保险合同统一停售；3）保险人根据自身的风险评估原则，审核不同意重新投
保。

9. 保险金申请

保险金申请人向保险人申请补偿保险金时，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该申请的真实性的，保险人对
无法核实部分不承担补偿保险金的责任。**

- 1) 被保险人完整填写的索赔申请表并签名确认；
- 2) 被保险人的身份证复印件；
- 3) 监护人的身份证复印件及与被保险人的关系证明复印件（未成年人适用）；
- 4) 既往体检报告、既往医疗病历及检查报告；
- 5) 本次医疗资料原件，如门诊/住院病历、医疗费用发票、费用清单、诊断证明、检查检验单据、社会医疗保
险结算单、第三方保险公司结算单等；
- 6) 其它与本项索赔有关的证明文件；
- 7) 若保险金申请人委托他人申请等，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。
在保险人的理赔审核过程中，保险人有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。此外，保险人应有权
在法律允许情况下，要求尸检。此类检验费用由保险人承担。

10. 本附加条款效力终止

本附加条款所附属的主保险合同效力终止，本附加条款效力即行终止。主保险合同无效，本附加条款亦无效。

11. 其他条款的适用

本附加条款与主保险合同条款不一致之处，以本附加条款为准；本附加条款未尽之处，以主保险合同条款为准。

12. 释义

12.1 等待期

以保单约定时间为准。在等待期内发生保险事故的，保险人不承担补偿保险金的责任。

12.2 症状

指被保险人病后对机体生理功能异常的自身体验和感觉。

12.3 体征

指被保险人的体表或内部结构发生可以察觉的改变。

12.4 境内

指中华人民共和国大陆地区，不含香港特别行政区、澳门特别行政区及台湾地区。

12.5 医疗机构

是指在中国大陆境内（不包括香港、澳门、台湾地区）合法的二级（含）以上公立医院（含自主制定价格并在特定
区域内提供的特需医疗服务，包括但不限于特需病区、国际医疗、干部病房等），或保险人认可的，根据法律合法
成立、运营并符合以下标准的医疗机构：

- 1) 主要运营目的是以住院病人形式提供接待患病、伤者并为其提供医疗护理和治疗，
- 2) 在一名或若干医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊，
- 3) 维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗，并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备，
- 4) 有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。

12.6 住院

是指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院之正式病房接受全日 24 小时监护治疗的过程，并正式办理入出院手
续。

- 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：
 - 2.1) 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
 - 2.2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；
 - 2.3) 由医生开具的处方药；

- 2.4) 非试验性的、非研究性的项目;
- 2.5) 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。

- 12.7 必需且合理的住院医疗费用** 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。
- 12.8 床位费** 指被保险人使用的医院床位的费用。
- 12.9 膳食费** 指实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用, 但不包括购买的个人用品。
- 12.10 护理费** 指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。
- 12.11 检查检验费** 指实际发生的、以诊断疾病为目的, 采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用, 包括诊查费、妇检费、X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。
- 12.12 治疗费** 指以治疗疾病为目的, 提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费, 以及消耗品的费用, 包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。
- 12.13 药品费** 指实际发生的合理且必要的由医生开具的具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用。但不包括营养补充类药品, 免疫功能调节类药品, 美容及减肥类药品, 预防类药品, 以及下列中药类药品:
- 1) 主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药, 如花旗参, 冬虫草, 白糖参, 朝鲜红参, 玳瑁, 蛤蚧, 珊瑚, 狗宝, 红参, 琥珀, 灵芝, 羚羊角尖粉, 马宝, 玛瑙, 牛黄, 麝香, 西红花, 血竭, 燕窝, 野山参, 移山参, 珍珠(粉), 紫河车, 阿胶, 阿胶珠, 血宝胶囊, 红桃K口服液, 十全大补丸, 十全大补膏等;
 - 2) 部分可以入药的动物及动物脏器, 如鹿茸, 海马, 胎盘, 鞭, 尾, 筋, 骨等;
 - 3) 用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。
- 12.14 手术费** 指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术室费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费; 若因器官移植而发生的手术费用, 不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。
- 12.15 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。本附加条款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, 服用药物等方式的化疗。
- 12.16 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。本附加条款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。
- 12.17 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。本附加条款所指的肿瘤免疫治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监管总局批准用于临床治疗。
- 12.18 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。本附加条款所指的内分泌治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监管总局批准用于临床治疗。
- 12.19 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。本附加条款所指的靶向治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监管总局批准用于临床治疗。
- 12.20 重大疾病** 指符合以下定义所述条件的疾病、疾病状态或手术, 共计一百种, 重大疾病的名称和定义如下:

序号	疾病名称	释义
1	恶性肿瘤	指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。
2	急性心肌梗塞	指因冠状动脉阻塞导致的相应区域供血不足造成部分心肌坏死。 须满足下列至少三项条件： （1）典型临床表现，例如急性胸痛等； （2）新近的心电图改变提示急性心肌梗塞； （3）心肌酶或肌钙蛋白有诊断意义的升高，或呈符合急性心肌梗塞的动态性变化； （4）发病 90 天后，经检查证实左心室功能降低，如左心室射血分数低于 50%。
3	脑中风后遗症	指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍： （1）一肢或一肢以上肢体机能完全丧失； （2）语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失； （3）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
4	重大器官移植术或造血干细胞移植术	重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏或肺脏的异体移植手术。造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的异体移植手术。
5	冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）	指为治疗严重的冠心病，实际实施了开胸进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。冠状动脉支架植入术、心导管球囊扩张术、激光射频技术及其它非开胸的介入手术、腔镜手术不在保障范围内。
6	终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）	指双肾功能慢性不可逆性衰竭，达到尿毒症期，经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗或实施了肾脏移植手术。
7	多个肢体缺失	指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。
8	急性或亚急性重症肝炎	指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列全部条件： （1）重度黄疸或黄疸迅速加重； （2）肝性脑病； （3）B 超或其它影像学检查显示肝脏体积急速萎缩； （4）肝功能指标进行性恶化。
9	良性脑肿瘤	指脑的良性肿瘤，已经引起颅内压增高，临床表现为视神经乳头水肿、精神症状、癫痫及运动感觉障碍等，并危及生命。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，并须满足下列至少一项条件： （1）实际实施了开颅进行的脑肿瘤完全切除或部分切除的手术； （2）实际实施了对脑肿瘤进行的放射治疗。 脑垂体瘤、脑囊肿、脑血管性疾病不在保障范围内。

10	慢性肝功能衰竭失代偿期	指因慢性肝脏疾病导致肝功能衰竭。须满足下列全部条件： (1) 持续性黄疸； (2) 腹水； (3) 肝性脑病； (4) 充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。 因酗酒或药物滥用导致的肝功能衰竭不在保障范围内。
11	脑炎后遗症或脑膜炎后遗症	指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍： (1) 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失； (2) 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失； (3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
12	深度昏迷	指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级 (Glasgow coma scale) 结果为 5 分或 5 分以下，且已经持续使用呼吸机及其它生命维持系统 96 小时以上。 因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。
13	双耳失聪	指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆性丧失，在 500 赫兹、1000 赫兹和 2000 赫兹语音频率下，平均听阈大于 90 分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。
14	双目失明	指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失，双眼中较好眼须满足下列至少一项条件： (1) 眼球缺失或摘除； (2) 矫正视力低于 0.02 (采用国际标准视力表，如果使用其它视力表应进行换算)； (3) 视野半径小于 5 度。
15	瘫痪	指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体机能永久完全丧失。肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后或意外伤害发生 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意识活动。
16	心脏瓣膜手术	指为治疗心脏瓣膜疾病，实际实施了开胸进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。
17	严重阿尔茨海默症	指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描 (CT)、核磁共振检查 (MRI) 或正电子发射断层扫描 (PET) 等影像学检查证实，且自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。 神经官能症和精神疾病不在保障范围内。
18	严重脑损伤	指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描 (CT)、核磁共振检查 (MRI) 或正电子发射断层扫描 (PET) 等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤 180 天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍： (1) 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失； (2) 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失； (3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
19	严重帕金森病	是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为震颤麻痹、共济失调等。须满足下列全部条件： (1) 药物治疗无法控制病情； (2) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。 继发性帕金森综合征不在保障范围内。
20	严重 III 度烧伤	指烧伤程度为 III 度，且 III 度烧伤的面积达到全身体表面积的 20% 或 20% 以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。
21	严重原发性肺动脉高压	指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级，且静息状态下肺动脉平均压超过 30mmHg。
22	严重运动神经元病	是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症。须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上的条件。
23	语言能力丧失	指因疾病或意外伤害导致完全丧失语言能力，经过积极治疗至少 12 个月 (声带完全切除不受此时间限制)，仍无法通过现有医疗手段恢复。

		精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。
24	重型再生障碍性贫血	指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少。须满足下列全部条件： （1）骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断； （2）外周血象须具备以下三项条件： ① 中性粒细胞绝对值 $\leq 0.5 \times 10^9/L$ ； ② 网织红细胞 $< 1\%$ ； ③ 血小板绝对值 $\leq 20 \times 10^9/L$ 。
25	主动脉手术	指为治疗主动脉疾病，实际实施了开胸或开腹进行的切除、置换、修补病损主动脉血管的手术。主动脉指胸主动脉和腹主动脉，不包括胸主动脉和腹主动脉的分支血管。 动脉内血管成形术不在保障范围内。
26	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。
27	埃博拉病毒感染	指埃博拉病毒感染导致的出血性发热。埃博拉病必须经国家机关认可的有合法资质的传染病专家确诊，并须满足下列全部条件： （1）埃博拉病毒的存在必须经过实验室检查证实； （2）存在皮肤粘膜出血，呕血，咯血，便血或血尿等临床表现； （3）感染埃博拉病毒并出现出血性发热持续三十(30)天以上，且持续出现并发症。 单纯实验室诊断但没有临床出血表现的不在保障范围内。
28	丝虫病所致象皮肿	指因丝虫感染导致淋巴阻塞，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。
29	主动脉夹层血肿	指主动脉的内膜破裂导致血液流入主动脉壁中形成夹层动脉瘤。在本定义中，主动脉指胸主动脉及腹主动脉而非其旁支。诊断必须由专科医生及检验结果证实，检验包括电脑扫描，磁共振扫描及磁共振血管造影或心导管检查的证明，并有必要进行紧急修补手术。
30	克雅氏病（CJD、人类疯牛病）	一种由动物传染而来的中枢神经系统变性性疾病，大脑呈海绵状改变伴神经元缺失和胶质化。临床表现为进行性痴呆、不随意运动及抽搐、行动困难等等。疯牛病必须由权威医疗机构根据致病蛋白的发现而明确诊断。 疑似诊断不作为理赔依据。
31	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保障范围内。
32	经输血导致的人类免疫缺陷病毒感染	指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）被保险人等待期后因输血而感染 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。 任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致的 HIV 感染不在保障范围内。我们保留获得使用被保险人的所有血液样本的权利，并对这些样本进行独立检验。 我们承担本项疾病责任不受合同“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。
33	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。须经逆行胰胆管造影（ERCP）或经皮胆管造影（PTC）等影像学检查证实，且须满足下列全部条件： （1）总胆红素和直接胆红素同时升高，血清 ALP $> 200U/L$ ； （2）持续性黄疸病史； （3）出现胆汁性肝硬化或门脉高压。 因肿瘤或胆管损伤等导致的继发性硬化性胆管炎不在保障范围内。

34	特发性慢性肾上腺皮质功能减退	<p>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。必须明确诊断，符合所有以下诊断标准：</p> <p>（1）血浆促肾上腺皮质激素（ACTH）水平测定大于 100pg/ml；</p> <p>（2）血浆和尿游离皮质醇及尿 17 羟皮质类固醇、17 酮皮质类固醇测定、血浆肾素活性、血管紧张素 II 和醛固酮测定，显示为原发性肾上腺皮质功能减退症；</p> <p>（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。</p>
35	系统性红斑狼疮 -（并发）III 型或以上狼疮性肾炎	<p>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。</p> <p>本合同所指的系统性红斑狼疮仅限于累及肾脏（经肾脏活检确认的，符合 WHO 诊断标准定义 III 型或 III 型以上狼疮性肾炎）的系统性红斑狼疮。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保障范围内。</p> <p>世界卫生组织（WHO）狼疮性肾炎分型：</p> <p>I 型 微小病变型</p> <p>II 型 系膜病变型</p> <p>III 型 局灶及节段增生型</p> <p>IV 型 弥漫增生型</p> <p>V 型 膜型 VI 型 肾小球硬化型</p>
36	严重类风湿性关节炎	<p>指广泛分布的慢性进行性多关节病变，表现为关节严重变形，侵犯至少三个主要关节（腕关节、肘关节、肩关节、踝关节、膝关节、髋关节）或关节组（如手的多个指间、掌指关节，足的多个足趾、跖趾关节等）。类风湿性关节炎须明确诊断，并已达到类风湿性关节炎功能分类 IV 级的永久不可逆性关节功能障碍，且须满足下列全部条件：</p> <p>（1）晨僵；</p> <p>（2）对称性关节炎；</p> <p>（3）类风湿性皮下结节；</p> <p>（4）类风湿因子滴度升高；</p> <p>（5）X 线显示严重的关节（软骨和骨）破坏和关节畸形。</p>
37	重症急性坏死性筋膜炎	<p>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。必须满足以下所有条件：</p> <p>（1）细菌培养和临床表现符合坏死性筋膜炎诊断标准；</p> <p>（2）病情迅速恶化，有脓毒血症表现；</p> <p>（3）受感染肢体被截肢（自腕关节或踝关节近端）。</p>
38	急性坏死性胰腺炎开腹手术	<p>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。为治疗因酒精中毒引起的急性坏死性胰腺炎的开腹手术不在保障范围内。</p>
39	系统性硬皮病	<p>一种系统性胶原血管病引起进行性的皮肤、血管和内脏器官的弥漫性纤维化。本病症须经本公司认可医院的专科医生明确诊断，并须满足下列全部条件：</p> <p>（1）由活检和血清学证据支持；</p> <p>（2）疾病已经影响到肺脏、心脏或肾脏等内脏器官并且达到下列标准之一：</p> <p>①肺脏：已造成肺脏纤维化，并同时出现肺动脉高压和肺心病；</p> <p>②心脏：心脏功能衰竭程度达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级；</p> <p>③肾脏：已造成肾脏损害，并出现肾功能衰竭。</p> <p>局限性硬皮病、嗜酸细胞筋膜炎和 CREST 综合征不在保障范围内。</p> <p>美国纽约心脏协会分类标准心功能 IV 级是指有医院的医疗记录显示病人不能进行任何活动，休息时仍有心悸、呼吸困难等心力衰竭表现。</p>
40	慢性复发性胰腺炎	<p>指有腹痛等典型症状的胰腺炎反复发作，导致胰腺进行性破坏，并导致胰腺功能紊乱而导致严重糖尿病以及营养不良、恶液质。断层扫描（CT）证实胰腺存在广泛钙化，且必须接受酶替代以及胰岛素替代治疗 6 个月以上。诊断必须由消化科专科医生确诊。</p> <p>酒精导致的慢性复发性胰腺炎不在保障范围内。</p>

41	严重肌营养不良症	指一组原发于肌肉的遗传性疾病，临床表现为与神经系统无关的肌肉无力和肌肉萎缩。且须满足下列全部条件： （1）肌肉组织活检结果满足肌营养不良症的肌肉细胞变性、坏死等阳性改变； （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。 我们承担本项疾病责任不受本合同中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。
42	严重克隆病（Crohn's 病）	克隆病是一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克隆病病理组织学变化。诊断必须由病理检查结果证实。被保险人所患的克隆病必须已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。
43	严重溃疡性结肠炎	指伴有致命性电解质紊乱的急性暴发性溃疡性结肠炎，病变累及全结肠，表现为严重的血便和系统性症状体征，治疗通常采取全结肠切除和回肠造瘘术。溃疡性结肠炎必须根据组织病理学特点诊断，并且被保险人已经接受了结肠切除和回肠造瘘术。
44	溶血性链球菌引起的坏疽	包围肢体或躯干的浅筋膜和/或深筋膜受到溶血性链球菌的感染，病情在短时间内急剧恶化，已经立刻进行了手术及清创术。最后的诊断必须由微生物或病理学专家进行相关检查后证实。
45	因职业关系导致的 HIV 感染	被保险人在其常规职业工作过程中遭遇外伤，或职业需要处理血液或其它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，该职业必须属于下列限定职业范围内的职业； （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人类免疫缺陷病毒（HIV）阴性和/或人类免疫缺陷病毒（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人类免疫缺陷病毒（HIV）或人类免疫缺陷病毒（HIV）抗体。 限定职业： 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。 我们承担本项疾病责任不受合同“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。
46	脊髓灰质炎	脊髓灰质炎指由于脊髓灰质炎病毒感染所致的瘫痪性疾病，临床表现为运动功能损害或呼吸无力。脊髓灰质炎必须明确诊断。本合同所称“脊髓灰质炎”仅指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形。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。 若无因此感染而导致麻痹性瘫痪的事实结果，以及其它病因所致的麻痹，例如格林巴利综合征则不属于本合同所指的脊髓灰质炎。
47	植物人状态	指由于严重颅脑外伤、缺氧持续状态、严重的脑炎或者某种神经毒素造成大脑或脑干严重损害，并导致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，且植物人状态须已持续 30 天以上。 因酗酒或者药物滥用导致的植物人状态不在保障范围内。
48	非阿尔茨海默病所致严重痴呆	指因阿尔茨海默病以外的脑的器质性疾病造成脑功能衰竭导致永久不可逆性严重痴呆，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退。被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，日常生活必须持续受到他人监护。导致痴呆的疾病必须明确诊断，并且由完整的临床、实验室和影像学检查结果证实。 神经官能症，精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在保障范围内。
49	严重冠状动脉粥样硬化性心脏病（严重冠心病）	指根据冠状动脉造影检查结果确诊的三支主要血管（左冠状动脉主干和右冠状动脉，或前降支、左旋支和右冠状动脉）严重狭窄性病变（至少一支血管管腔直径减少 75%以上和其他两支血管管腔直径减少 60%以上）。前降支、左旋支及右冠状动脉的分支血管的狭窄不作为本保障的衡量指标。
50	多发性硬化	指中枢神经系统白质多灶性脱髓鞘病变，病变有时累及灰质。多发性硬化症必须由我们认可的医院的神经专科医生确诊。诊断须包括：永久的运动及感觉功能障碍必须不间断地持续至少六个月，必须有典型的脱髓鞘症状和运动及感觉功能障碍的客观证据，如腰穿、听觉诱发反应、视觉诱发反应和 MRI 检查的典型改变。 以下不在保障范围内： 德韦克综合症 其他脱髓鞘疾病

51	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。
52	严重原发性心脏病	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（美国纽约心脏协会心功能分类标准心功能达 IV 级），且有相关住院医疗记录显示 IV 级心功能衰竭状态持续至少一百八十天。该疾病索赔时须经心内科专科医生做出明确诊断。继发于全身性疾病或其它器官系统疾病以及由于酒精和药物滥用导致的心肌病不在保障范围内。 美国纽约心脏协会分类标准心功能 IV 级是指有医院的医疗记录显示病人不能进行任何活动，休息时仍有心悸、呼吸困难等心力衰竭表现。
53	慢性呼吸功能衰竭终末期肺病	慢性肺部疾病导致永久不可逆性的慢性呼吸功能衰竭，必须由呼吸专科医师确认并符合下列所有条件： （1）休息时出现呼吸困难； （2）动脉氧分压（PaO ₂ ）< 50mmHg； （3）动脉血氧饱和度（SaO ₂ ）< 80%； （4）因缺氧必须接受持续的输氧治疗。
54	严重心肌炎	指心肌局限性或弥漫性的急性或慢性炎症病变，导致心脏功能障碍，达到纽约心脏学会心功能分级状态分级 IV 级，且需持续至少 90 天。 美国纽约心脏协会分类标准心功能 IV 级是指有医院的医疗记录显示病人不能进行任何活动，休息时仍有心悸、呼吸困难等心力衰竭表现。
55	肺淋巴管肌瘤病	指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）血气提示低氧血症，动脉血氧分压（PaO ₂ ）持续<50mmHg。
56	侵蚀性葡萄胎（或称恶性葡萄胎）	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，需要本公司认可的医院的专科医生诊断并提供病理与血液检测以支持诊断。
57	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，且已经放置心脏起搏器。
58	感染性心内膜炎	是指由感染性微生物导致的心脏内膜炎症，并须符合下列所有条件： （1）血液细菌培养结果呈阳性，证明感染性微生物的存在； （2）感染性心内膜炎导致最少中度的心脏瓣膜关闭不全（即返流部分面积达 20%或以上）或中度的心脏瓣膜狭窄（即心脏瓣膜面积为正常值的 30%或以下）； （3）感染性心内膜炎的诊断及瓣膜受损的严重程度必须由本公司认可医院的心脏病专科注册医生确定，并提供超声心动图或放射影像学检查结果报告以支持诊断。
59	肝豆状核变性（Wilson's disease）	威尔逊氏病是一种可能危及生命的铜代谢疾病，以铜沉积造成的渐进性肝功能损害及/或神经功能恶化为特征。必须由本公司认可医院的专科注册医生通过肝脏活组织检查结果确定诊断并配合整合剂治疗持续至少 6 个月。
60	肺源性心脏病	指由于各种胸肺及支气管病变而继发的肺动脉高压，最后导致以右室肥大特征的心脏病。须经呼吸专科医生确诊，且必须同时满足如下诊断标准： （1）左心房压力增高（不低于 20 个单位）； （2）肺血管阻力高于正常值 3 个单位（Pulmonary Resistance）； （3）肺动脉血压不低于 40 毫米汞柱； （4）肺动脉楔压不低于 6 毫米汞柱； （5）右心室心脏舒张期末压力不低于 8 毫米汞柱；

		(6) 右心室过度肥大、扩张, 出现右心衰竭和呼吸困难。
61	肾髓质囊性病	肾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。 我们承担本项疾病责任不受本合同中“遗传性疾病, 先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。
62	严重继发性肺动脉高压	继发性肺动脉压力持续增高, 导致右心室肥厚, 已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限, 达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级。诊断需要由心脏科专家确诊, 并且心导管检查报告显示静息状态下肺动脉平均压超过 40mmHg。 美国纽约心脏协会分类标准心功能 IV 级是指有医院的医疗记录显示病人不能进行任何活动, 休息时仍有心悸、呼吸困难等心力衰竭表现。 所有先天性心脏疾病直接或间接引起的肺动脉高压也不在保障责任范围内。
63	进行性核上性麻痹	一种隐袭起病、逐渐加重的神经系统变性疾病。本疾病必须由本公司认可医院的神经科专科医生确诊, 并须满足下列所有条件: (1) 步态共济失调; (2) 对称性眼球垂直运动障碍; (3) 假性球麻痹, 表现为构音障碍和吞咽困难。
64	失去一肢及一眼	因疾病或意外伤害导致单眼视力丧失及任何一肢自腕关节或踝关节近端(靠近躯干端)以上完全性断离。 单眼视力丧失指单眼视力永久不可逆性丧失, 患眼须满足下列至少一项条件: (1) 眼球缺失或摘除; (2) 矫正视力低于 0.02 (采用国际标准视力表, 如果使用其它视力表应进行换算); (3) 视野半径小于 5 度。 被保险人在 3 周岁之前因疾病导致单眼视力丧失不在保障范围内。
65	嗜铬细胞瘤	是指肾上腺或嗜铬外组织出现神经内分泌肿瘤, 并分泌过多的儿茶酚胺类, 嗜铬细胞瘤的诊断必须由本公司认可医院的内分泌专科医生确定, 并且已经接受手术以切除肿瘤。
66	小肠移植	指因肠道疾病或外伤, 已经实施了在全身麻醉下进行的小肠的异体器官移植手术。此手术必须由本公司认可医院的专科医生认为是医学上必需的情况下进行。
67	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。
68	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。
69	骨髓纤维化	一种因纤维组织取代正常骨髓从而导致贫血、白血球及血小板含量过低及脾脏肿大的疾病。申请理赔时, 被保险人须已经接受输血治疗至少六个月, 并且每个月至少一次。骨髓纤维化的诊断必须由我们认可医院的专科医师作出。理赔时需提供骨髓穿刺检查诊断报告。
70	严重获得性或继发性肺泡蛋白质沉积症	因获得性或继发性原因或导致双肺肺泡和细支气管腔内充满不可溶性富磷脂蛋白的疾病。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。

71	严重慢性缩窄性心包炎	<p>由于慢性心包炎症导致心包广泛瘢痕粘连、增厚和钙化，心包腔闭塞使心脏和大血管根部受压，致使心脏舒张充盈受限而产生血液循环障碍。</p> <p>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条件之一：</p> <p>(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；</p> <p>(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。</p> <p>胸骨正中切口；双侧前胸切口；左前胸肋间切口。</p> <p>经胸腔镜、胸壁打孔进行的手术、心包粘连松解手术不在保障范围内。</p> <p>美国纽约心脏协会分类标准心功能 IV 级是指有医院的医疗记录显示病人不能进行任何活动，休息时仍有心悸、呼吸困难等心力衰竭表现。</p>
72	胆道重建手术	<p>指因疾病或胆道创伤导致接受涉及胆总管小肠吻合术的胆道重建手术。手术必须在本公司认可医院的专科医生认为是医疗所需的情况下进行。</p> <p>胆道闭锁并不在保障范围内。</p>
73	细菌性脑脊髓膜炎后遗症	<p>指因脑膜炎双球菌感染引起脑脊髓膜化脓性病变，且导致永久性神经损害，持续 90 天以上，并且脑脊液检查显示脑膜炎双球菌阳性。永久性神经损害是指由细菌性脑脊髓膜炎引起的耳聋、失明、动眼神经麻痹、瘫痪、脑积水的损害，且上述症状持续 90 天以上仍无改善迹象。</p>
74	斯蒂尔病 Still's Disease	<p>斯蒂尔病须满足下列全部条件：</p> <p>(1) 因该病引致广泛性关节破坏，以致需要进行髌及膝关节置换；</p> <p>(2) 由本公司认可医院的风湿病专科医生确诊。</p>
75	重症手足口病	<p>是由肠道病毒引起的急性传染病，主要症状表现为手、足、口腔等部位的斑丘疹、疱疹。重症手足口病必须符合下列全部条件：</p> <p>(1) 本公司认可医院的专科医生诊断为手足口病；</p> <p>(2) 伴有所列危重并发症之一：脑膜炎、脑炎、脑脊髓炎、肺水肿或心肌炎；</p> <p>(3) 接受了住院治疗。</p>
76	严重结核性脑膜炎	<p>由结核杆菌引起的脑膜和脊膜的非化脓性炎症性疾病。需满足以下全部条件：</p> <p>(1) 出现颅内压明显增高，表现头痛、呕吐和视乳头水肿；</p> <p>(2) 出现部分性、全身性癫痫发作或癫痫持续状态；</p> <p>(3) 视力减退、复视和面神经麻痹。</p> <p>(4) 昏睡或意识模糊；</p>
77	川崎病	<p>为一种病因不明的系统性血管炎。本合同仅对诊断性检查证实川崎病并发动脉瘤或其他心血管异常并且实际接受了手术治疗的情况予以理赔。</p>
78	严重肠道疾病并发症	<p>严重肠道疾病或外伤导致小肠损害并发症，满足以下所有条件：</p> <p>(1) 至少切除了三分之二小肠；</p> <p>(2) 完全场外营养支持三个月以上。</p>
79	雷伊氏综合症 (严重瑞氏综合征)	<p>指急性脑病合并肝脂肪变性和线粒体功能障碍，可有上呼吸道感染和水痘，而后出现持续性呕吐，谵妄，木僵，癫痫，昏迷；肝脏肿大，肝功能异常，肝脂肪变性。此诊断需由本公司认可医院的专科医生确诊，并且肝脏活检结果显示脂肪变性，电子显微镜下显示独特的线粒体形态学改变。</p>
80	严重骨髓异常增生综合征	<p>骨髓增生异常综合征是起源于造血干细胞的一组骨髓克隆增生异常的疾病，表现为无效造血、难治性血细胞减少，有转化为急性髓系白血病的风险。被保险人根据外周血和骨髓活检被明确诊断为骨髓增生异常综合征，并且满足以下所有条件：</p> <p>(1) FAB 分类为难治性贫血伴原始细胞增多 (RAEB)；</p> <p>(2) 根据“骨髓增生异常综合征修订国际预后积分系统 (IPSS-R)”积分 ≥ 3，属于中危及以上组。</p>
81	冠状动脉血管成形术 (冠状动脉粥样斑块切除术)	<p>是指有心绞痛等心脏不适症状，经过血管造影技术检查证实同时存在两支 (其中一支为左冠状动脉主干、左前降支或左回旋支) 或更多支的冠状动脉血管发生严重的狭窄 (狭窄程度在 70% 以上)，需要并且已实施冠状动脉粥样斑块切除术以改善血管的血流状况。索赔时必须提供血管造影的影像资料、报告、手术记录和病历。</p>
82	骨生长不全	<p>是指一种胶原病，特征为骨易碎，骨质疏松和易骨折。主要临床特点包括：发展迟缓、多发性骨折、进行性脊柱后侧凸及听力损害。该病种的检查必须依据身体检查，家族史，X 线检查和皮肤活检报告资料确诊。</p>

83	严重癫痫	<p>本病的诊断须由神经科或儿科专科医生根据典型临床症状和脑电图及 MRI、PET、CT 等影像学检查做出。理赔时必须提供 6 个月以上的相关病历记录证明被保险人存在经抗癫痫药物治疗无效而反复发作的强直阵挛性发作或癫痫大发作，或者已行神经外科手术以治疗反复发作的癫痫。</p> <p>除外：</p> <ul style="list-style-type: none"> - 热性惊厥 - 没有全身性发作的失神发作（癫痫小发作）
84	疾病或外伤所致的智力障碍	<p>因严重头部外伤或疾病造成被保险人智力低常（智力低于常态）。根据智商（IQ）智力低常分为轻度（IQ50-70）；中度（IQ35-50）；重度（IQ20-35）和极重度（IQ<20）。根据被保险人年龄采用对应的智力量表如韦克斯勒智力量表（儿童智力量表或成人智力量表）检测证实。智商的检测必须由本公司认可的专职心理测验工作者进行，心理检测工作者必须持有心理测量专业委员会资格认定书。</p> <p>理赔时必须满足下列全部条件：</p> <ul style="list-style-type: none"> （1）造成被保险人智力低常的严重头部外伤或疾病（以诊断日期为准）发生在被保险人五周岁以后。 （2）由儿科专科的主任医师级别的医生确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低常； （3）本公司认可的专职合格心理检测工作者做的心理检测证实被保险人智力低常 IQ<50（中度、重度或极重度）； （4）被保险人的智力低常自诊断确认日起持续 180 天以上。
85	自体造血干细胞移植	指由于患者自身骨髓造血功能异常或为了达到治疗肿瘤的目的，采集患者自己的一部分造血干细胞，分离并深低温保存，再回输给患者使患者的造血功能和免疫功能重新恢复的一种治疗方法。此治疗必须由通过本公司认可医院的专科医生认为是医学上必需的情况下进行。
86	婴儿进行性脊肌萎缩症	<p>该病是累及脊髓前角细胞及延髓运动核的神经元退行性变性病，在出生后两年内出现的脊髓和脑干前角细胞进行性机能障碍，伴随肌肉无力和延髓机能障碍。</p> <p>该病必须经由本公司认可医院的神经科医师通过肌肉活检而确诊。理赔时必须提供肌肉活检的病理报告。其它类型的脊肌萎缩症如 II 型中间型进行性脊肌萎缩症，III 型少年型脊肌萎缩症 (Kugelberg-Welander 氏病) 不在本保障范围之内。</p>
87	因器官移植导致的人类免疫缺陷病毒感染	<p>指因进行器官移植而感染上人类免疫缺陷病毒（HIV），且须满足下列全部条件：</p> <ul style="list-style-type: none"> （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人类免疫缺陷病毒； （2）提供器官移植治疗的器官移植中心或医院出具的此次因器官移植感染人类免疫缺陷病毒，属于医疗事故的报告，或者法院终审裁定为医疗事故并且不准上诉； （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； <p>任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致的 HIV 感染不在保障范围内。</p> <p>我们承担本项疾病责任不受合同“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。</p>
88	亚急性硬化性全脑炎	<p>是麻疹或麻疹样病毒所致的一种中枢神经系统慢性感染。中枢神经系统呈现灰质和白质破坏为特征的慢性和急性混合存在的炎症。必须满足以下所有条件：</p> <ul style="list-style-type: none"> （1）脑电图存在周期性复合波、脑脊液 r-球蛋白升高、脑脊液和血清中麻疹抗体滴度升高； （2）被保险人出现运动障碍，自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
89	严重面部烧伤	指面部烧伤程度为 III 度，即全层皮肤烧伤，包括表皮、真皮和皮下组织，且 III 度烧伤的面积达到面部表面积 80% 或者 80% 以上。
90	进行性多灶性白质脑病	是一种亚急性脱髓鞘性脑病，常常发现于免疫缺陷的病人。必须根据脑组织活检以及本公司认可医院的神经专科医生的确诊。
91	艾森门格综合征	<p>因心脏病导致的严重肺动脉高血压及右向左分流。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：</p> <ul style="list-style-type: none"> （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。
92	风湿热导致的心脏瓣膜疾病	<p>本保障须满足下列所有条件：</p> <ul style="list-style-type: none"> （1）经由本公司认可的儿科专科医生根据已修订的 Jones 标准诊断证实罹患急性风湿热。

		(2) 因风湿热所导致一个或以上最少轻度心脏瓣膜关闭不全(即返流部份达 20%或以上)或狭窄的心瓣损伤(即心脏瓣面积为正常值的 30%或以下)。有关诊断必须由本公司认可医院的的心脏专科医生根据心瓣功能的定量检查证实。
93	脊髓小脑变性症	<p>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:</p> <p>(1) 脊髓小脑变性症必须由本公司认可医院的神经专科医生诊断, 并有以下证据支持</p> <p>① 影像学检查证实存在小脑萎缩;</p> <p>② 临床表现存在共济失调、语言障碍和肌张力异常;</p> <p>(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。</p>
94	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, 所造成的手臂感觉功能与运动功能完全永久性丧失。该病必须由本公司认可医院的专科医生确诊, 并且有完整的电生理检查结果证实。
95	原发性脊柱侧弯的矫正手术	指被保险人因原发性脊柱侧弯, 在本公司认可医院实际实施了对该病的矫正外科手术。但由于先天性脊柱侧弯以及其他疾病或意外导致的继发性脊柱侧弯而进行的手术治疗不属于本保障责任。
96	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, 被保人已经接受 ICU 重症监护病房的治疗, 诊断必须由专科医生的确诊。
97	严重出血性登革热	<p>它涵盖了登革出血热世界卫生组织 3 期或 4 期的定义, 需要登革休克综合症的明确证据和登革热感染的确认, 以及登革热确诊血清学检测; 并满足所有下列条件:</p> <p>(1) 持续高烧的历史 (至少两天),</p> <p>(2) 轻微或严重出血表现,</p> <p>(3) 血小板减少症 (小于等于 100000 每立方毫米),</p> <p>(4) 浓血症 (haematocrit 增加了 20% 或更多)</p> <p>(5) 血浆渗漏 (即胸水, 腹水或低蛋白血症等)</p> <p>(6) 登革休克综合征 (DSS), 由专科医生证实, 并满足以下标准:</p> <p>① 低血压 (小于 80 毫米汞柱) 或窄脉冲压力 (20 毫米汞柱或更小)</p> <p>② 组织低灌注, 如冷, 皮肤湿冷, 尿少, 或代谢性酸中毒。</p> <p>WHO 分期标准:</p> <p>第一期: 发烧伴随有非特异性体质症状: 血压带试验阳性是唯一出血现象。</p> <p>第二期: 第一期加上有自发性出血。</p> <p>第三期: 已呈现循环衰竭现象, 如: 脉搏弱、脉搏压变窄, 血压变低, 伴随有皮肤湿冷, 坐立不安。</p> <p>第四期: 严重休克, 血压脉搏量不到。</p>
98	败血症导致的多器官功能障碍综合症	<p>多器官功能障碍指败血症导致的并发症, 一个或多个器官系统生理功能障碍, 因该疾病住院至少 96 小时, 并至少满足以下一条标准:</p> <p>(1) 呼吸衰竭, 需要进行气管插管机械通气</p> <p>(2) 凝血血小板计数 $< 50 \times 10^3$ / 微升</p> <p>(3) 肝功能不全, 胆红素 $> 6\text{mg/dl}$ 或 $> 102\mu\text{mol/L}$</p> <p>(4) 需要用强心剂</p> <p>(5) 昏迷格拉斯哥昏迷评分 (GCS) ≤ 9</p> <p>(6) 肾功能衰竭, 血清肌酐 $> 300\mu\text{mol/L}$ 或 $>$ 为 3.5mg/dl 或尿量 $< 500\text{ml/d}$</p> <p>附加标准, 也必须满足:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 败血症有血液和影像学检查证实 • 住院重症监护病房最低 96 小时 • 器官功能障碍维持至少 15 天 <p>败血症引起的 MODS 的诊断应由专科医生证实。非败血症引起的 MODS 不在保障范围内</p>
99	Brugada 综合征	由本公司认定医院的心脏科专科医生根据临床症状和典型心电图表现, 明确诊断为 Brugada 综合征。经医生判断认为医疗必须并且已安装永久性心脏除颤器。

100	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本公司认可医院的专科医生确认，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保障范围内。
-----	------	--

- 12.21 既往病症** 指被保险人在保单生效前已患有的疾病，或存在任何足以引致普通人寻求诊断、医疗护理或医药治疗的症状、体征，或曾经医生推荐接受医药治疗或医疗意见。
- 12.22 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。

京东安联财产保险有限公司
附加住院前后门急诊医疗费用补偿保险条款（A款 2020版）
C00005032522020050804771

- 1. 附加保险合同订立** 本附加保险合同条款（以下简称“本附加条款”）须附加于保险人主保险合同条款使用。本附加条款仅接受完全符合健康调查问卷所列全部内容的自然人作为被保险人的投保申请，**投保人应如实填写健康调查问卷，未如实填写健康调查问卷任一项目的，将直接影响保险人决定是否承保，并将导致保险人依法解除保险合同，不承担赔偿责任的后果。**
- 2. 保险责任** 保险期间内，被保险人经**医疗机构**（见释义 10.1）诊断必须**住院**（见释义 10.2）治疗的，对于被保险人住院治疗前（含住院当日）7日（含）和出院后（含出院当日）30日（含）内，因与**该次住院相同原因**而接受门急诊治疗的，应当由被保险人支付的必需且合理的门急诊医疗费用，保险人在**扣除保险单载明的免赔额后，依照保险单上所载明的补偿比例予以赔付。**
- 保险人对门急诊医疗保险金的医疗费用累积补偿金额以保险单的载明为限，当保险人全年累积补偿金额达到保险单所载明时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。
- 3. 保险期间** 除另有约定外，本附加条款的“保险期间”同主保险合同一致。
- 4. 本附加条款效力终止** 本附加条款所附属的主保险合同效力终止，本附加条款效力即行终止。主保险合同无效，本附加条款亦无效。
- 5. 其他条款的适用** 保险合同中，本附加条款与主条款或其它附加条款不一致之处，以本附加条款约定为准；本附加条款未尽之处，以主条款约定为准。
- 6. 责任免除** 主保险合同中所有责任免除条款（如适用）除第一部分的第5条和第9条以外，均适用于本附加合同，若主保险合同中责任免除条款与本附加条款有相抵触之处，则应以本附加条款为准。
- 一、任何因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的，或具备下列情形/行为的，保险人不承担补偿责任：
- （一）故意行为
- 1) 投保人或被保险人的故意行为；
 - 2) 自杀，故意自伤，斗殴，醉酒，服用、吸食或注射毒品。
- （二）既往疾病及未如实告知疾病
- 1) 先天性疾病（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；
 - 2) 被保险人在初次投保或非连续投保前所患的既往病症（见释义 10.3）及其并发症；
 - 3) 初次投保或非连续投保前被保险人已经患有的未如实告知的疾病或症状。
- （三）生育相关的治疗费用
- 1) 怀孕（含宫外孕）、产前后检查、分娩（含剖腹产）；
 - 2) 被保险人助孕、妊娠（包括异位妊娠）、流产（含任何原因所导致的流产和人工流产）、分娩（含剖腹产）、不孕不育、人工受孕、男女生育控制、输精管切除术、避孕、绝育手术、绝育恢复手术、性别转换等治疗和手术，及由以上原因导致的并发症的相关医疗费用；性障碍治疗，伟哥及其他用于提高性功能的药物费用。

（四） 不符合条款约定的医疗费用

- 1) 无主治医生处方和院外购药原因说明的院外自购药品费用；
- 2) 本附加条款约定医疗机构外产生的医疗费用(持本条款约定医疗机构主治医生处方和院外购药原因说明的院外购药费用不在此限)；
- 3) 任何滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂；
- 4) 医生开具的超过 30 天部分的药品费用；
- 5) 在如下机构接受治疗或接受如下的医疗服务：诊所、家庭病床、护理机构、特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 部、联合医院；
- 6) 未被治疗所在地权威部门批准的治疗，未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物；
- 7) 整形手术、美容、变性手术、矫形、视力矫正手术、屈光不正、牙科治疗、牙齿修复；
- 8) 眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具及所有非处方医疗器械（医生认为治疗必不可少的不在此限）；
- 9) 因预防、康复、保健型或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；
- 10) 包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；
- 11) 精神病、精神分裂症、心理疾病、性病等的治疗和康复所产生的费用；
- 12) 被保险人接受实验性治疗，即未经科学或医学认可的医疗；
- 13) 被保险人因职业病（见释义 10.4）产生的医疗费用；
- 14) 各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定费用；
- 15) 各种健康检查，功能医学检查（包括但不限于全套个人化营养评估、抗氧化维生素 分析、氧化压力分析、营养与毒性元素分析、肠道免疫功能分析）费用，免疫费用，出于行政或管理事务目的（包括但不限于与投保保险、招聘、入学或运动相关的体格检查）发生的检查费用，旅行和宾馆住宿费用，预防保健（包括但不限于保健按摩、自动按摩床治疗、药物蒸气治疗、药浴、体疗健身、疾病普查）费用，本保险合同另有约定属于保险责任范围内的不在此限；
- 16) 非处方药品和设备，戒烟戒酒药物、食欲抑制剂、头发再生药物、抗老化药物、美容用品、维生素、矿物质等营养保健药品和食品、营养滋补类中草药；本保险合同另有约定属于保险责任范围内的不在此限；
- 17) 各种自用的按摩保健和治疗用品：颈托（急救中使用的颈托不在此限）、腰托、胃托、肾托、阴囊托、子宫托、疝气带、护膝带、钢头颈、矫正器具、药带、药枕、拐杖、轮椅、健身按摩器和各种磁疗用品及家用检测治疗仪器等费用。

二、被保险人在下列期间发生的医疗费用，保险人也不承担补偿保险金责任：

- 1) 自本附加条款等待期内（续保等待期规定）罹患的疾病或出现的症状；
- 2) 等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；
- 3) 被保险人罹患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV）期间（上述定义，应按世界卫生组织所订的定义为准。若在被保险人的血液样本中发现上述病毒或其抗体，则认定病人已受该病毒感染）；
- 4) 被保险人进行各种车辆表演、车辆竞赛期间。

7. 保险金申请

保险金申请人向保险人申请补偿保险金时，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该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担补偿保险金的责任。

- 8) 被保险人完整填写的索赔申请表并签名确认；
- 9) 被保险人的身份证复印件；
- 10) 监护人的身份证复印件及与被保险人的关系证明复印件（未成年人适用）；
- 11) 既往体检报告、既往医疗病历及检查报告；
- 12) 本次医疗资料原件，如门诊/住院病历、医疗费用发票、费用清单、诊断证明、检查检验单据、社会医疗保险结算单、第三方保险公司结算单等；
- 13) 其它与本项索赔有关的证明文件；
- 14) 若保险金申请人委托他人申请等，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。在保险人的理赔审核过程中，保险人有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。此外，保险人应有权在法律允许情况下，要求尸检。此类检验费用由保险人承担。

8. 非保证续保

本附加合同保险期间届满时，投保人可向保险人申请投保本产品，交纳保费后重新获得新的保险合同。新的合同不计算等待期。

本附加合同为非保证续保合同，投保人获得新的本合同须经保险人审核同意，请投保人投保前充分理解此产品因盈利偏离预期导致保险人停售或调整产品的可能性。保险人评估投保人的新合同申请时，有权根据医疗费用水平变化、本保险合同整体经营状况及被保险人年龄对费率等进行调整。在投保人接受费率调整的前提下，保险人方可为投保人办理新合同办理手续。

本附加合同保险期间届满时，如下情形保险人将不再接受投保人重新投保新单的申请：1）被保险人的年龄超过保单载明的最高重新投保年龄；2）本保险合同统一停售；3）保险人根据自身的风险评估原则，审核不同意重新投保。

9. 免赔额

（一）本附加条款所指免赔额均指年免赔额，指在本附加条款保险期间内，应由被保险人自行承担，本附加条款不予补偿的部分。被保险人从商业保险或其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过社会医疗保险和公费医疗保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

（二）若被保险人在等待期后经医疗机构初次确诊罹患本附加条款约定的重大疾病且在境内医疗机构接受治疗的或因主要诊断为甲状腺疾病而接受住院治疗的，对于自确诊重大疾病或甲状腺疾病之日起所发生的符合本附加条款约定的重大疾病或甲状腺疾病医疗费用，保险人在补偿保险金时，不再扣除免赔额。

（三）免赔额由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在保险单中载明。

10. 释义

10.1 医疗机构

是指在中国大陆境内（不包括香港、澳门、台湾地区）合法的二级（含）以上公立医院普通病房或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。

本附加条款中所指医疗机构不包括以下或类似的医疗机构：

- 1) 精神病院；
- 2) 老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
- 3) 健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

10.2 住院

是指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院之正式病房接受全日 24 小时监护治疗的过程，并正式办理入院出院手续。但不包括下列情况：

- 1) 被保险人在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；
- 2) 被保险人在特需病房、外宾病房或其他不属于社会医疗保险范畴的高等级病房入住；
- 3) 被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；
- 4) 被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或一天内住院不满二十四小时；但遵医嘱到外院接受临时治疗的不在限；
- 5) 被保险人住院体检；
- 6) 挂床住院及其他不合理的住院。挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非 24 小时在床、在院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。但遵医嘱到外院接受临时治疗的不在限。

10.3 既往病症

指被保险人在保单生效前已患有的疾病，或存在任何足以引致普通人寻求诊断、医疗护理或医药治疗的症状、体征，或曾经医生推荐接受医药治疗或医疗意见。

10.4 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。

附加质子重离子医疗保险条款（2020 版）

1. 附加保险合同订立

本附加保险合同条款（以下简称“本附加条款”）须附加于保险人主保险合同条款使用。本附加条款仅接受完全符合健康调查问卷所列全部内容的自然人作为被保险人的投保申请，投保人应如实填写健康问卷，未如实填写健康问卷任一项目的，将直接影响保险人决定是否承保，并将导致保险人依法解除保险合同、不承担赔偿责任的后果。除另有约定外，本附加条款的保险金的受益人为被保险人本人。

2. 保险责任

在保险期间内，若被保险人在等待期（见释义 12.1）后出现症状且经医疗机构（见释义 12.2）初次确诊罹患恶性肿瘤（见释义 12.3），并于保险人指定的质子重离子医疗机构（见释义 12.4）接受质子重离子治疗的，对于被保险人需个人支付的、必需且合理的质子重离子医疗费用（见释义 12.5），保险人在扣除本保险合同载明的免赔额后，依照约定的赔付比例赔付。当保险人全年累积赔付金额达到质子重离子保险金额时，保险人对被保险人在本质子重离子保险金额项下的保险责任终止。

3. 免赔额

（一）本附加条款所指免赔额均指年免赔额，指在本附加条款保险期间内，应由被保险人自行承担，本附加条款不予赔偿的部分。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。但通过社会医疗保险和公费医疗保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

（二）若被保险人在等待期后经医疗机构初次确诊罹患本附加条款约定的恶性肿瘤且在医疗机构接受治疗的，对于自确诊恶性肿瘤之日起所发生的符合本附加条款约定的医疗费用，保险人在赔付保险金时，不再扣除免赔额。

（如同一次住院中涉及恶性肿瘤确诊之日前后的医疗费用的，则对于该次住院所发生的符合本附加条款约定的医疗费用，保险人在赔付保险金时，不再扣除免赔额。）

4. 补偿原则和赔付标准

（一）本附加条款适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本附加条款的约定进行赔付。社保卡个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。不同社保状态的赔付比例，以在保险单中载明的为准。

（二）若被保险人的病症符合保险条款约定的恶性肿瘤诊断，在门诊或住院期间，被保险人按保险条款约定医疗机构的主治医生开具的处方和医院外购药原因说明在非医院内自购药物的，保险人按照保单载明的比例赔付。

（三）若投保人和保险人另有约定，则对于被保险人实际发生的医疗费用，保险人按照另行约定并在保单中载明的条件和方式进行赔付。

5. 责任免除

主保险合同中所有责任免除条款（如适用）除第一部分的第 5）条和第 9）条以外，均适用于本附加合同，若主保险合同中责任免除条款与本附加条款有相抵触之处，则应以本附加条款为准。

一、任何因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的，或具备下列情形/行为的，保险人不承担赔付责任：

（一）故意行为

- 3) 投保人或被保险人的故意行为；
- 4) 自杀，故意自伤，斗殴，醉酒，服用、吸食或注射毒品；
- 3) 先天性疾病（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；
- 4) 任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
- 5) 被保险人在初次投保或非连续投保前所确诊的胃部恶性肿瘤及其并发症；
- 6) 投保时被保险人的疾病症状不符合健康告知内容，但投保人未如实告知投保的。

（二）既往疾病及未如实告知疾病

- 1) 先天性疾病（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；
- 2) 被保险人在初次投保或非连续投保前所患的既往病症（见释义 12.6）及其并发症；
- 3) 初次投保或非连续投保前被保险人已经患有的未如实告知的疾病或症状；

（三）不符合条款约定的医疗费用

- 1) 无符合本条款约定医疗机构的主治医生处方和院外购药原因说明的院外自购药品费用；
- 2) 本条款约定医疗机构外产生的医疗费用（持符合条款约定医疗机构的主治医生处方和院外购药原因说明的的院

外自购药费用不适用);

- 3) 任何滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂;
- 4) 医生开具的超过 30 天部分的药品费用;
- 5) 在如下机构接受治疗或接受如下的医疗服务: 诊所、家庭病床、护理机构、特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 部、联合医院;
- 6) 未被治疗所在地权威部门批准的治疗, 未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物;
- 7) 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(从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用)。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。但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外;
- 8) 非住院期间产生的医疗费用(门诊期间不在此限);
- 9) 被保险人住院体检;
- 10) 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。

二、被保险人在下列期间发生的医疗费用, 保险人也不承担赔付保险金责任:

- 1) 等待期内罹患的疾病或出现的症状;
- 2) 等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病;
- 3) 被保险人罹患艾滋病(AIDS)或感染艾滋病病毒(HIV)期间(上述定义, 应按世界卫生组织所订的定义为准。若在被保险人的血液样本中发现上述病毒或其抗体, 则认定病人已受该病毒感染)。

6. 保险金额和保险费

保险金额是保险人承担赔付保险金责任的最高限额。本附加条款的质子重离子保险金额由投保人、保险人双方约定, 并在保险单中载明。投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。

7. 保险期间

除另有约定外, 本附加条款的“保险期间”同主保险合同一致。

保险期间内, 被保险人因本合同所约定的意外伤害、疾病或重大疾病在医院接受住院治疗或特殊门诊治疗与检查, 且在合同终止日治疗仍未结束的, 对于该次住院延续至本合同终止日次日起 30 日内发生的住院医疗费用, 保险人仍在本合同的保险责任范围内承担赔付保险金的责任; 对于该次住院延续至本合同终止日次日起 30 日后发生的住院医疗费用, 保险人不再承担赔付保险金的责任。

8. 非保证续保

本附加合同保险期间届满时, 投保人可向保险人申请投保本产品, 交纳保费后重新获得新的保险合同。新的合同不计算等待期。

本附加合同为非保证续保合同, 投保人获得新的本合同须经保险人审核同意, 请投保人投保前充分理解此产品因盈利偏离预期导致保险人停售或调整产品的可能性。保险人评估投保人的新合同申请时, 有权根据医疗费用水平变化、本保险合同整体经营状况及被保险人年龄对费率等进行调整。在投保人接受费率调整的前提下, 保险人方可为投保人办理新合同办理手续。

本附加合同保险期间届满时, 如下情形保险人将不再接受投保人重新投保新单的申请: 1) 被保险人的年龄超过保单载明的最高重新投保年龄; 2) 本保险合同统一停售; 3) 保险人根据自身的风险评估原则, 审核不同意重新投保。

9. 保险金申请

保险金申请人向保险人申请赔付保险金时, 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该申请的真实性的, 保险人对无法核实部分不承担赔付保险金的责任。

- 15) 被保险人完整填写的索赔申请表并签名确认;
- 16) 被保险人的身份证复印件;
- 17) 监护人的身份证复印件及与被保险人的关系证明复印件(未成年人适用);
- 18) 既往体检报告、医疗检查结果原件或复印件;
- 19) 本次医疗资料原件, 如门诊/住院病历、医疗费用发票、费用清单、诊断证明、检查检验单据、第三方保险公司结算单等;
- 20) 院外购药原因说明;
- 21) 其它与本项索赔有关的证明文件;

22) 若保险金申请人委托他人申请等, 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。在保险人的理赔审核过程中, 保险人有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。此外, 保险人应有权在法律允许情况下, 要求尸检。此类检验费用由保险人承担。在拒赔的情形下, 保险人将承担因投保人提供索赔要求所必须的证明、收据、信息和证据而产生的费用。

10. 本附加条款效力终止

本附加条款所附属的主保险合同效力终止, 本附加条款效力即行终止。主保险合同无效, 本附加条款亦无效。

11. 其他条款的适用

本附加条款与主保险合同条款不一致之处, 以本附加条款为准; 本附加条款未尽之处, 以主保险合同条款为准。

12. 释义

12.1 等待期

以保单约定时间为准。在等待期内发生罹患疾病或出现症状的, 保险人不承担赔付保险金的责任。

12.2 医疗机构

在中国大陆境内(不包括香港、澳门、台湾地区)的医疗机构是指合法的二级或二级以上公立医院普通病房或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。

本附加条款中所指医疗机构不包括以下或类似的医疗机构:

- 1) 精神病院;
- 2) 老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心;
- 3) 健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

12.3 恶性肿瘤

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

12.4 质子重离子医疗机构

保险人认可的, 可以提供质子重离子治疗的特定医疗机构以在保险单中载明的名单为准。

12.5 必需且合理的质子重离子医疗费用

1) 符合通常惯例: 指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的费用。对是否符合通常惯例由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核; 如果被保险人对审核结果有不同意见, 可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

2) 医学必需: 指医疗费用符合下列所有条件:

- 2.1) 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目;
- 2.2) 不超过安全、足量治疗原则的项目;
- 2.3) 由医生开具的处方药;
- 2.4) 非试验性的、非研究性的项目;
- 2.5) 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。

12.6 既往病症

指被保险人在保单生效前已患有的疾病, 或存在任何足以引致普通人寻求诊断、医疗护理或医药治疗的症状、体征, 或曾经医生推荐接受医药治疗或医疗意见。

京东安联财产保险有限公司
附加个人特定恶性肿瘤赴德治疗医疗保险条款（2020版）
C00005032522020031316351

1. 合同构成 本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）条款须附加于保险人主保险合同条款使用。由主保险条款、附加保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本附加合同的约定，均采用书面形式。
2. 合同的成立 投保人提出保险申请，经保险人（释义 15.1）同意承保，本附加合同成立。
3. 投保人 本附加合同的投保人应为具有完全民事行为能力的被保险人本人或对被保险人有保险利益的其他人。
4. 被保险人 符合本附加合同的约定，身体健康、能正常工作或生活的自然人，可作为本附加合同的被保险人。
5. 受益人 除本附加合同另有约定外，本附加合同保险金的受益人为被保险人本人。
6. 保险责任 在保险期间内，被保险人在等待期（释义 15.2）后出现症状且经医疗机构（释义 15.3）初次确诊罹患特定恶性肿瘤（释义 15.4），向保险人提出特定恶性肿瘤赴德国治疗书面申请，并经保险人授权的**第三方服务提供商**（以下简称“授权服务提供商”）安排提供的**第二诊疗意见服务**（释义 15.5）确定，可前往德国的指定医院（释义 15.6）进行治疗的，则对于授权服务提供商在保险人授权范围内安排被保险人在德国接受特定恶性肿瘤治疗期间所发生的必需且合理（释义 15.7）的医疗费用（释义 15.8），保险人在扣除约定的免赔额后，按照约定的比例向被保险人补偿特定恶性肿瘤赴德治疗医疗保险金。
医疗费用包括诊疗费（释义 15.9）、治疗费（释义 15.10）、床位费（释义 15.11）、膳食费（释义 15.12）、护理费（释义 15.13）、检查检验费（释义 15.14）、药品费（释义 15.15）、手术费（释义 15.16）等。
本附加合同针对被保险人赴德国治疗设有累计次数限制，累计次数限制将在保险单中载明。若被保险人赴德国治疗的次数达到本附加合同约定的累计次数，则保险人不再接受被保险人新的赴德国治疗的申请。
保险人累计给付特定恶性肿瘤赴德治疗医疗保险金之和以本附加合同约定的保险金额为限，当保险人累计给付的金额达到保险金额时，本附加合同终止。
7. 免赔额 免赔额由投保人与保险人在订立本附加合同时协商确定，并在保单中载明。
本附加合同中所指免赔额均指年免赔额，指在本附加合同保险期间内，应由被保险人自行承担，本附加合同不予赔付的部分。被保险人从商业保险或其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过社会医疗保险和公费医疗保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。
8. 补偿原则 本附加合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本附加合同的约定进行赔付。对于保险人直付的费用，保险人将不再重复补偿至被保险人。
9. 责任免除 （一）发生下列情形或因下列原因导致的医疗费用，保险人不承担给付保险金的责任：
1）投保人、受益人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
2）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；
3）被保险人在投保前及等待期内被确诊为特定恶性肿瘤，或出现与所患特定恶性肿瘤相关的症状（释义 15.17）或体征（释义 15.18）在等待期内接受检查但在等待期后确诊特定恶性肿瘤的；
4）被保险人服用、吸食或注射毒品；
5）核爆炸、核辐射或核污染、化学污染；
6）任何职业病（释义 15.19）、遗传性疾病（释义 15.20）或染色体异常（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）；
7）无医生处方而自行购买的药物费用；

- 8) 被保险人接种预防特定恶性肿瘤的疫苗、进行基因检测、鉴定特定恶性肿瘤的遗传性、接受实验性治疗(释义 15.21)以及采取未经科学或医学认可的医疗手段所产生的任何费用;
- 9) 被保险人在感染艾滋病病毒或患艾滋病(释义 15.22)期间所发生的医疗费用;
- 10) 被保险人未在授权服务提供商安排的指定医院发生的任何医疗费用;
- 11) 被保险人前往德国治疗过程中发生的非医疗费用,包括不限于交通费用、食宿费用、护照费用、签证费用、陪护人员费用等;
- 12) 被保险人在德国治疗过程中不幸身故,遗体运回或者火化运回的费用,;
- 13) 非本条款约定的特定恶性肿瘤治疗费用;
- 14) 保险人为顺利开展赴德服务,要求投保人或被保险人提供必要资料,但投保人或被保险人不配合提供导致的相关费用损失。

10. 保险金额

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本附加合同的保险金额由投保人、保险人双方约定,并在保险单中载明。保险金额一经确定,保险期间内不能进行变更。

11. 保险期间

本附加合同保险期间为一年,以保险单载明的起讫时间为准。本附加合同保险期间届满时,若被保险人已向保险人提出特定恶性肿瘤赴德国治疗书面申请,但尚未赴德国接受特定恶性肿瘤治疗,或已赴德国进行特定恶性肿瘤治疗尚未结束的,则保险人继续承担保险责任,直至被保险人首次向保险人提出特定恶性肿瘤赴德国治疗书面申请之日起的第 365 日。

12. 非保证续保

本附加合同保险期间届满时,投保人可向保险人申请投保本产品,交纳保费后重新获得新的保险合同。新的合同不计算等待期。

本附加合同为非保证续保合同投保人获得新的本合同须经保险人审核同意,请投保人投保前充分理解此产品因盈利偏离预期导致保险人停售或调整产品的可能性。保险人评估投保人的新合同申请时,有权根据医疗费用水平变化、本保险合同整体经营状况及被保险人年龄对费率等进行调整。费率调整适用于本附加合同的所有被保险人或同一投保年龄段的所有被保险人,保险人不会因为某一被保险人的健康状况变化或历史理赔情况而单独调整该被保险人的新合同费率。在投保人接受费率调整的前提下,保险人方可为投保人办理新合同办理手续。

本附加合同保险期间届满时,被保险人的年龄超过保单载明的最高连续投保年龄或本保险合同统一停售,保险人不再接受投保人投保新单的申请。

13. 保险金的申请

(一) 网络医院就医:

被保险人无须提供任何索赔资料,由保险人认可的合作机构直接收集相应的索赔单证后,与保险人进行结算。

(二) 非网络医院就医:

保险金申请人向保险人申请补偿保险金时,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该申请的真实性的,保险人对无法核实部分不承担补偿保险金的责任。**

- 1) 被保险人完整填写的索赔申请表并签名确认;
- 2) 被保险人的身份证复印件;
- 3) 监护人的身份证复印件及与被保险人的关系证明复印件(未成年人适用);
- 4) 既往体检报告、既往医疗病历及检查报告;
- 5) 本次医疗资料原件,如门诊/住院病历、医疗费用发票、费用清单、诊断证明、检查检验单据、社会医疗保险结算单、第三方保险公司结算单等;
- 6) 其它与本项索赔有关的证明文件;
- 7) 若保险金申请人委托他人申请等,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。

在保险人的理赔审核过程中,保险人有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。此外,保险人应有权在法律允许情况下,要求尸检。此类检验费用由保险人承担。

- 授权服务提供商有权代表保险人在索赔期间内的任何时间检查和/或调查被保险人,并可以随时提出调阅病史记录的合理需求。被保险人应当提供所有的赴德委托文件、医学报告、病历以及相关资料,并签署所有的授权文件使保险人可以获得全部完整的病史记录。
14. 病史记录
15. 释义
- 15.1 保险人 指京东安联财产保险有限公司。
- 15.2 等待期 以保单约定时间为准。在等待期内发生保险事故的,保险人不承担给付保险金的责任。
- 15.3 医疗机构 是指在中国大陆境内(不包括香港、澳门、台湾地区)合法的二级(含)以上公立医院,或保险人认可的,根据法律合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构:
- 1) 主要运营目的是以住院病人形式提供接待患病、伤者并为其提供医疗护理和治疗,
 - 2) 在一名或若干医生的指导下为病人治疗,其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊,
 - 3) 维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗,并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备,
 - 4) 有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务
- 15.4 特定恶性肿瘤 指被保险人通过手术或穿刺取活组织,进行病理检查确诊罹患特定恶性肿瘤。特定恶性肿瘤确诊之日为手术病理取材或病理活检取材日期。
- 特定恶性肿瘤指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散,浸润和破坏周围正常组织,可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断,临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD-10)的恶性肿瘤范畴。特定恶性肿瘤清单,以保单约定为准。
- 下列疾病不在保障范围内:
- 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 AnnArbor 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 期或者更轻分期的前列腺癌;
 - 6) 感染艾滋病病毒或罹患艾滋病期间所罹患恶性肿瘤。
- 15.5 第二诊疗意见服务 基于对被保险人医疗信息和相关诊断资料的深度研究,由德国专科医疗专家提供的独立诊疗意见服务。该项目需由授权服务提供商安排提供。
- 授权服务商由保险人指定,保险人有调整服务商的权利。
- 15.6 指定医院 指由保险人或授权服务提供商指定、安排被保险人前往就医或接受医疗服务的、符合德国当地法律法规要求合法设立的医疗机构。该医疗机构应有常住执业医师管理或提供医疗服务,并在专业护士指导下每日二十四小时连续提供护理服务。医疗机构不包括护理机构、疗养机构、康复机构、养老院、家居服务机构、酒精或药物滥用看护机构、以及其他类似目的的机构。
- 指定医院的清单可以通过保险人的官方正式渠道(包括但不限于官网)进行查询,保险人会对医院的名单进行不定期的调整。
- 15.7 必需且合理 指发生的医疗费用需满足以下要求:
- (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。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。
 - (二) 医学必需:指医疗费用符合下列所有条件:
 1. 治疗疾病所必需的项目;
 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；
6. 非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关。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。

- 15.8 医疗费用** 指在进行治疗过程中发生的费用，包括不限于诊疗费、治疗费、床位费、膳食费、护理费、检查检验费、药品费、手术费等。
- 15.9 诊疗费** 指被保险人门急诊或住院期间发生的主诊医生或会诊医生的劳务费用，包括挂号费。
- 15.10. 治疗费** 指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而合理发生的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费以及消耗品的费用，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费，以及化学疗法（释义 15.15）、放射疗法（释义 15.31）、肿瘤免疫疗法（释义 15.32）、肿瘤内分泌疗法（释义 15.33）、肿瘤靶向疗法（释义 15.34）和肿瘤质子重离子疗法（释义 15.35）等费用。
- 15.11 床位费** 指被保险人使用的医院床位的费用。
- 15.12 膳食费** 指实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用，但不包括购买的个人用品。
- 15.13 护理费** 指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。
- 15.14 检查检验费** 指实际发生的、以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用，包括诊查费、妇检费、X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。
- 15.15 药品费** 指实际发生的合理且必要的、由医生开具的、与治疗疾病相关的具有德国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。
- 15.16 手术费** 指被保险人进行本附加合同约定的手术治疗的费用。
- 15.17 症状** 指被保险人病后对机体生理功能异常的自身体验和感觉。
- 15.18 体征** 指被保险人的体表或内部结构发生可以察觉的改变。
- 15.19 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。
- 15.20 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。
- 15.21 实验性治疗** 指用于药物用途或外科手术、未被国际医学科学研究组织普遍接受为对疾病或损伤安全、有效的医疗手段、医疗设备或药物；以及处于学习、研究、测试等任何临床试验阶段的治疗、医学操作、疗程治疗、医疗设备或药物。
- 15.22 感染艾滋病病毒** 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

或患艾滋病
病毒

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。

京东安联财产保险有限公司
附加 100 种重疾每日住院津贴保险条款（2020 版）
C00005032622020102600071

1. 附加保险合同订立

本附加保险合同条款（以下简称“本附加条款”）须附加于保险人主保险合同条款使用。

2. 保险责任

在保险期间内，若被保险人在**等待期**（见释义 9.1）后出现症状且经医疗机构初次确诊罹患本附加条款约定的一种或多种**重大疾病**（见释义 9.2），被保险人经保险人认可的**医疗机构**（见释义 9.3）诊断必须**住院**（见释义 9.4）治疗的，保险人按被保险人在符合本附加条款约定的医疗机构内的实际**住院天数**（见释义 9.5）给付每日住院津贴保险金，但**最高给付住院天数以保险单所载明的日数为限**。如果被保险人入住重症监护室病房治疗，则在此期间每日以双倍保险金额给付保险金。

除另有约定（载于投保单及保险单上）外，**保险期间内因同一住院原因或不同住院原因的津贴保险金给付，最高给付住院天数以 180 日为限**。若被保险人因同一原因间歇性入住医院，前次出院和后次入院间隔日期未达 90 日，则视为因同一住院原因予以给付保险金。**免赔住院日数由投保人与保险人约定，并在保险单上载明**。

保险人对本项责任累积给付金额以保险单的约定为限，当保险人全年累积给付金额达到保险单约定时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

3. 责任免除

主保险合同中所有责任免除条款（如适用）除第一部分的第 5）项和第 9）项以外，均适用于本附加合同，若主保险合同中责任免除条款与本附加条款有相抵触之处，则应以本附加条款为准。

一、任何因下列情形之一导致被保险人住院的，或具备下列情形/行为的，保险人不承担给付责任：

- 1) 投保人或被保险人的故意行为；
- 2) 先天性疾病（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；
- 3) 被保险人在初次投保或非连续投保前所患的既往病症（见释义 9.6）及其并发症；
- 4) 初次投保或非连续投保前被保险人已经患有的未如实告知的疾病或症状。
- 5) 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（从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用）。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，但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；
- 6) 在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；
- 7) 在特需病房、外宾病房、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 部或其他不属于社会医疗保险范畴的高等级病房入住；
- 8) 在康复科、康复病床或接受康复治疗入住；或在健康中心或天然治疗所、疗养或康复院入住；
- 9) 在联合医院、诊所、精神病院、老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心入住；
- 10) 被保险人住院体检；
- 11) 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。
- 12) 等待期内罹患的疾病或出现症状但在等待期后确诊的疾病；
- 13) 等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；

二、被保险人在下列期间发生的医疗费用，保险人也不承担给付保险金责任：

被保险人罹患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV）期间（上述定义，应按世界卫生组织所订的定义为准。若在被保险人的血液样本中发现上述病毒或其抗体，则认定病人已受该病毒感染）。

4. 保险期间

除另有约定外，本附加条款的“保险期间”同主保险合同一致。

5. 保险金申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。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有关材料。保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

- 1) 被保险人完整填写的索赔申请表并签名确认；
- 2) 被保险人的身份证复印件；
- 3) 监护人的身份证复印件及与被保险人的关系证明复印件（未成年人适用）；
- 4) 本次医疗资料原件，如门诊/住院病历、医疗费用发票、费用清单、诊断证明、检查检验单据、社会医疗保险结算单、第三方保险公司结算单等。
- 5) 既往体检报告、医疗检查结果原件或复印件；
- 6) 其它与本项索赔有关的证明文件；
- 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。

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

6. 本附加条款效力终止

本附加条款所附属的主保险合同效力终止，本附加条款效力即行终止。主保险合同无效，本附加条款亦无效。

7. 其他条款的适用

本附加条款与主保险合同条款不一致之处，以本附加条款为准；本附加条款未尽之处，以主保险合同条款为准。

8. 非保证续保

本保险合同保险期间届满时，投保人可向保险人申请投保本产品，经保险人审核同意并交纳保险费后重新获得新的保险合同。新的合同不计算等待期。

本保险合同为非保证续保合同，投保人获得新的本合同须经保险人审核同意，请投保人投保前充分理解此产品因盈利偏离预期导致保险人停售或调整产品的可能性。保险人评估投保人的新合同申请时，有权根据医疗费用水平变化、本保险合同整体经营状况及被保险人年龄对费率等进行调整。在投保人接受费率调整且保险人同意的前提下，保险人方可为投保人办理新合同手续。

本保险合同保险期间届满时，如下情形保险人将不再接受投保人重新投保新单的申请：1) 被保险人的年龄超过保单载明的最高重新投保年龄；2) 本保险合同统一停售；3) 保险人根据自身的风险评估原则，审核不同意重新投保。

9. 释义

9.1 等待期

以保险单约定时间为准。等待期自本保险合同生效之日起计算，在等待期内发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

9.2 重大疾病

指符合以下定义所述条件的疾病、疾病状态或手术，共计一百种，重大疾病的名称和定义如下：

序号	疾病名称	释义
1	恶性肿瘤	指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。
2	急性心肌梗塞	指因冠状动脉阻塞导致的相应区域供血不足造成部分心肌坏死。 须满足下列至少三项条件： （1）典型临床表现，例如急性胸痛等； （2）新近的心电图改变提示急性心肌梗塞； （3）心肌酶或肌钙蛋白有诊断意义的升高，或呈符合急性心肌梗塞的动态性变化； （4）发病90天后，经检查证实左心室功能降低，如左心室射血分数低于50%。
3	脑中风后遗症	指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊180天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍： （1）一肢或一肢以上肢体机能完全丧失； （2）语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；

		(3) 自主生活能力完全丧失, 无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
4	重大器官移植术或造血干细胞移植术	重大器官移植术, 指因相应器官功能衰竭, 已经实施了肾脏、肝脏、心脏或肺脏的异体移植手术。造血干细胞移植术, 指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤, 已经实施了造血干细胞(包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞)的异体移植手术。
5	冠状动脉搭桥术(或称冠状动脉旁路移植术)	指为治疗严重的冠心病, 实际实施了开胸进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。 冠状动脉支架植入术、心导管球囊扩张术、激光射频技术及其它非开胸的介入手术、腔镜手术不在保障范围内。
6	终末期肾病(或称慢性肾功能衰竭尿毒症期)	指双肾功能慢性不可逆性衰竭, 达到尿毒症期, 经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗或实施了肾脏移植手术。
7	多个肢体缺失	指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端(靠近躯干端)以上完全性断裂。
8	急性或亚急性重症肝炎	指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死, 导致急性肝功能衰竭, 且经血清学或病毒学检查证实, 并须满足下列全部条件: (1) 重度黄疸或黄疸迅速加重; (2) 肝性脑病; (3) B 超或其它影像学检查显示肝脏体积急速萎缩; (4) 肝功能指标进行性恶化。
9	良性脑肿瘤	指脑的良性肿瘤, 已经引起颅内压增高, 临床表现为视神经乳头水肿、精神症状、癫痫及运动感觉障碍等, 并危及生命。须由头颅断层扫描(CT)、核磁共振检查(MRI)或正电子发射断层扫描(PET)等影像学检查证实, 并须满足下列至少一项条件: (1) 实际实施了开颅进行的脑肿瘤完全切除或部分切除的手术; (2) 实际实施了对脑肿瘤进行的放射治疗。 脑垂体瘤、脑囊肿、脑血管性疾病不在保障范围内。
10	慢性肝功能衰竭失代偿期	指因慢性肝脏疾病导致肝功能衰竭。须满足下列全部条件: (1) 持续性黄疸; (2) 腹水; (3) 肝性脑病; (4) 充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。 因酗酒或药物滥用导致的肝功能衰竭不在保障范围内。
11	脑炎后遗症或脑膜炎后遗症	指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍, 指疾病确诊 180 天后, 仍遗留下列一种或一种以上障碍: (1) 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失; (2) 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失; (3) 自主生活能力完全丧失, 无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
12	深度昏迷	指因疾病或意外伤害导致意识丧失, 对外界刺激和体内需求均无反应, 昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级(Glasgow coma scale) 结果为 5 分或 5 分以下, 且已经持续使用呼吸机及其它生命维持系统 96 小时以上。 因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。
13	双耳失聪	指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆性丧失, 在 500 赫兹、1000 赫兹和 2000 赫兹语音频率下, 平均听阈大于 90 分贝, 且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。
14	双目失明	指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失, 双眼中较好眼须满足下列至少一项条件: (1) 眼球缺失或摘除; (2) 矫正视力低于 0.02 (采用国际标准视力表, 如果使用其它视力表应进行换算); (3) 视野半径小于 5 度。
15	瘫痪	指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体机能永久完全丧失。肢体机能永久完全丧失, 指疾病确诊 180 天后或意外伤害发生 180 天后, 每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬, 或不能随意活动。

16	心脏瓣膜手术	指为治疗心脏瓣膜疾病，实际实施了开胸进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。
17	严重阿尔茨海默症	指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。 神经官能症和精神疾病不在保障范围内。
18	严重脑损伤	指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤 180 天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍： （1）一肢或一肢以上肢体机能完全丧失； （2）语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失； （3）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
19	严重帕金森病	是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为震颤麻痹、共济失调等。须满足下列全部条件： （1）药物治疗无法控制病情； （2）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。 继发性帕金森综合征不在保障范围内。
20	严重 III 度烧伤	指烧伤程度为 III 度，且 III 度烧伤的面积达到全身体表面积的 20% 或 20% 以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。
21	严重原发性肺动脉高压	指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级，且静息状态下肺动脉平均压超过 30mmHg。
22	严重运动神经元病	是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症。须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上的条件。
23	语言能力丧失	指因疾病或意外伤害导致完全丧失语言能力，经过积极治疗至少 12 个月（声带完全切除不受此时间限制），仍无法通过现有医疗手段恢复。 精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。
24	重型再生障碍性贫血	指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少。须满足下列全部条件： （1）骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断； （2）外周血象须具备以下三项条件： ① 中性粒细胞绝对值 $\leq 0.5 \times 10^9/L$ ； ② 网织红细胞 $< 1\%$ ； ③ 血小板绝对值 $\leq 20 \times 10^9/L$ 。
25	主动脉手术	指为治疗主动脉疾病，实际实施了开胸或开腹进行的切除、置换、修补病损主动脉血管的手术。主动脉指胸主动脉和腹主动脉，不包括胸主动脉和腹主动脉的分支血管。 动脉内血管成形术不在保障范围内。
26	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。
27	埃博拉病毒感染	指埃博拉病毒感染导致的出血性发热。埃博拉病必须经国家机关认可的有合法资质的传染病专家确诊，并须满足下列全部条件： （1）埃博拉病毒的存在必须经过实验室检查证实； （2）存在皮肤粘膜出血，呕血，咯血，便血或血尿等临床表现； （3）感染埃博拉病毒并出现出血性发热持续三十（30）天以上，且持续出现并发症。 单纯实验室诊断但没有临床出血表现的不在保障范围内。
28	丝虫病所致象皮肿	指因丝虫感染导致淋巴阻塞，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。
29	主动脉夹层血肿	指主动脉的内膜破裂导致血液流入主动脉壁中形成夹层动脉瘤。在本定义中，主动脉指胸主动脉及腹主动脉而非其旁支。诊断必须由专科医生及检验结果证实，检验包括电脑扫描，磁共振扫描及磁共振血管造影

		或心导管检查的证明，并有必要进行紧急修补手术。
30	克雅氏病（CJD、人类疯牛病）	一种由动物传染而来的中枢神经系统变性性疾病，大脑呈海绵状改变伴神经元缺失和胶质化。临床表现为进行性痴呆、不随意运动及抽搐、行动困难等等。疯牛病必须由权威医疗机构根据致病蛋白的发现而明确诊断。 疑似诊断不作为理赔依据。
31	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保障范围内。
32	经输血导致的人类免疫缺陷病毒感染	指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）被保险人等待期后因输血而感染 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。 任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致的 HIV 感染不在保障范围内。 我们保留获得使用被保险人的所有血液样本的权利，并对这些样本进行独立检验。 我们承担本项疾病责任不受合同“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。
33	原发性硬化性胆管炎	指一种胆汁淤积综合征，其特征是肝内、肝外胆道因纤维化炎症逐渐狭窄，并最终导致完全阻塞而发展为肝硬化。须经逆行胰胆管造影（ERCP）或经皮胆管造影（PTC）等影像学检查证实，且须满足下列全部条件： （1）总胆红素和直接胆红素同时升高，血清 ALP>200U/L； （2）持续性黄疸病史； （3）出现胆汁性肝硬化或门脉高压。 因肿瘤或胆管损伤等导致的继发性硬化性胆管炎不在保障范围内。
34	特发性慢性肾上腺皮质功能减退	指自身免疫性肾上腺炎（既往称：特发性肾上腺皮质萎缩）导致肾上腺萎缩和慢性肾上腺皮质功能减退。必须明确诊断，符合所有以下诊断标准： （1）血浆促肾上腺皮质激素（ACTH）水平测定大于 100pg/ml； （2）血浆和尿游离皮质醇及尿 17 羟皮质类固醇、17 酮皮质类固醇测定、血浆肾素活性、血管紧张素 II 和醛固酮测定，显示为原发性肾上腺皮质功能减退症； （3）促肾上腺皮质激素（ACTH）刺激试验显示为原发性肾上腺皮质功能减退症。
35	系统性红斑狼疮 -（并发）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。 本合同所指的系统性红斑狼疮仅限于累及肾脏（经肾脏活检确认的，符合 WHO 诊断标准定义 III 型或 III 型以上狼疮性肾炎）的系统性红斑狼疮。 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 II 型 系膜病变型 III 型 局灶及节段增生型 IV 型 弥漫增生型 V 型 膜型 VI 型 肾小球硬化型
36	严重类风湿性关节炎	指广泛分布的慢性进行性多关节病变，表现为关节严重变形，侵犯至少三个主要关节（腕关节、肘关节、肩关节、踝关节、膝关节、髋关节）或关节组（如手的多个指间、掌指关节，足的多个足趾、跖趾关节等）。类风湿性关节炎须明确诊断，并已达到类风湿性关节炎功能分类 IV 级的永久不可逆性关节功能障碍，且须满足下列全部条件： （1）晨僵； （2）对称性关节炎； （3）类风湿性皮下结节； （4）类风湿因子滴度升高；

		(5) X线显示严重的关节(软骨和骨)破坏和关节畸形。
37	重症急性坏死性筋膜炎	<p>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。必须满足以下所有条件:</p> <p>(1) 细菌培养和临床表现符合坏死性筋膜炎诊断标准;</p> <p>(2) 病情迅速恶化,有脓毒血症表现;</p> <p>(3) 受感染肢体被截肢(自腕关节或踝关节近端)。</p>
38	急性坏死性胰腺炎开腹手术	<p>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。</p> <p>为治疗因酒精中毒引起的急性坏死性胰腺炎的开腹手术不在保障范围内。</p>
39	系统性硬皮病	<p>一种系统性胶原血管病引起进行性的皮肤、血管和内脏器官的弥漫性纤维化。本病症须经本公司认可医院的专科医生明确诊断,并须满足下列全部条件:</p> <p>(1) 由活检和血清学证据支持;</p> <p>(2) 疾病已经影响到肺脏、心脏或肾脏等内脏器官并且达到下列标准之一:</p> <p>①肺脏:已造成肺脏纤维化,并同时出现肺动脉高压和肺心病;</p> <p>②心脏:心脏功能衰竭程度达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级IV级;</p> <p>③肾脏:已造成肾脏损害,并出现肾功能衰竭。</p> <p>局限性硬皮病、嗜酸细胞筋膜炎和CREST综合征不在保障范围内。</p> <p>美国纽约心脏协会分类标准心功能IV级是指有医院的医疗记录显示病人不能进行任何活动,休息时仍有心悸、呼吸困难等心力衰竭表现。</p>
40	慢性复发性胰腺炎	<p>指有腹痛等典型症状的胰腺炎反复发作,导致胰腺进行性破坏,并导致胰腺功能紊乱而导致严重糖尿病以及营养不良、恶液质。断层扫描(CT)证实胰腺存在广泛钙化,且必须接受酶替代以及胰岛素替代治疗6个月以上。诊断必须由消化科专科医生确诊。</p> <p>酒精导致的慢性复发性胰腺炎不在保障范围内。</p>
41	严重肌营养不良症	<p>指一组原发于肌肉的遗传性疾病,临床表现为与神经系统无关的肌肉无力和肌肉萎缩。且须满足下列全部条件:</p> <p>(1) 肌肉组织活检结果满足肌营养不良症的肌肉细胞变性、坏死等阳性改变;</p> <p>(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。</p> <p>我们承担本项疾病责任不受本合同中“遗传性疾病,先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。</p>
42	严重克隆病(Crohn's病)	<p>克隆病是一种慢性肉芽肿性肠炎,具有特征性的克隆病病理组织学变化。诊断必须由病理检查结果证实。被保险人所患的克隆病必须已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。</p>
43	严重溃疡性结肠炎	<p>指伴有致命性电解质紊乱的急性暴发性溃疡性结肠炎,病变累及全结肠,表现为严重的血便和系统性症状体征,治疗通常采取全结肠切除和回肠造瘘术。溃疡性结肠炎必须根据组织病理学特点诊断,并且被保险人已经接受了结肠切除和回肠造瘘术。</p>
44	溶血性链球菌引起的坏疽	<p>包围肢体或躯干的浅筋膜和/或深筋膜受到溶血性链球菌的感染,病情在短时间内急剧恶化,已经立刻进行了手术及清创术。最后的诊断必须由微生物或病理学专家进行相关检查后证实。</p>
45	因职业关系导致的HIV感染	<p>被保险人在其常规职业工作过程中遭遇外伤,或职业需要处理血液或其它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:</p> <p>(1) 感染必须是在被保险人正在从事其职业工作中发生,该职业必须属于下列限定职业范围内的职业;</p> <p>(2) 血清转化必须出现在事故发生后的6个月以内;</p> <p>(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人类免疫缺陷病毒(HIV)阴性和/或人类免疫缺陷病毒(HIV)抗体阴性;</p> <p>(4) 必须在事故发生后的12个月内证实被保险人体内存在人类免疫缺陷病毒(HIV)或人类免疫缺陷病毒(HIV)抗体。</p> <p>限定职业:</p>

		<p>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。</p> <p>我们承担本项疾病责任不受合同“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。</p>
46	脊髓灰质炎	<p>脊髓灰质炎指由于脊髓灰质炎病毒感染所致的瘫痪性疾病，临床表现为运动功能损害或呼吸无力。脊髓灰质炎必须明确诊断。本合同所称“脊髓灰质炎”仅指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形。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，或不能随意活动。</p> <p>若无因此感染而导致麻痹性瘫痪的事实结果，以及其它病因所致的麻痹，例如格林巴利综合征则不属于本合同所指的脊髓灰质炎。</p>
47	植物人状态	<p>指由于严重颅脑外伤、缺氧持续状态、严重的脑炎或者某种神经毒素造成大脑或脑干严重损害，并导致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，且植物人状态须已持续 30 天以上。</p> <p>因酗酒或者药物滥用导致的植物人状态不在保障范围内。</p>
48	非阿尔茨海默病所致严重痴呆	<p>指因阿尔茨海默病以外的脑的器质性疾病造成脑功能衰竭导致永久不可逆性严重痴呆，临床表现为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。</p> <p>神经官能症，精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在保障范围内。</p>
49	严重冠状动脉粥样硬化性心脏病（严重冠心病）	<p>指根据冠状动脉造影检查结果确诊的三支主要血管（左冠状动脉主干、前降支、左旋支及右冠状动脉）严重狭窄性病变（至少一支血管管腔直径减少 75%以上和其他两支血管管腔直径减少 60%以上）。前降支、左旋支及右冠状动脉的分支血管的狭窄不作为本保障的衡量指标。</p>
50	多发性硬化	<p>指中枢神经系统白质多灶性脱髓鞘病变，病变有时累及灰质。多发性硬化症必须由我们认可的医院的神经专科医生确诊。诊断须包括：永久的运动及感觉功能障碍必须不间断地持续至少六个月，必须有典型的脱髓鞘症状和运动及感觉功能障碍的客观证据，如腰穿、听觉诱发反应、视觉诱发反应和 MRI 检查的典型改变。</p> <p>以下不在保障范围内： 德韦克综合症 其他脱髓鞘疾病</p>
51	全身性（型）重症肌无力	<p>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：</p> <p>（1）经药物治疗和胸腺切除治疗一年以上仍无法控制病情；</p> <p>（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。</p>
52	严重原发性心脏病	<p>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（美国纽约心脏协会心功能分类标准心功能达 IV 级），且有相关住院医疗记录显示 IV 级心功能衰竭状态持续至少一百八十天。该疾病索赔时须要经心内科专科医生做出明确诊断。继发于全身性疾病或其它器官系统疾病以及由于酒精和药物滥用导致的心肌病不在保障范围内。</p> <p>美国纽约心脏协会分类标准心功能 IV 级是指有医院的医疗记录显示病人不能进行任何活动，休息时仍有心悸、呼吸困难等心力衰竭表现。</p>
53	慢性呼吸功能衰竭终末期肺病	<p>慢性肺部疾病导致永久不可逆性的慢性呼吸功能衰竭，必须由呼吸专科医师确认并符合下列所有条件：</p> <p>（1）休息时出现呼吸困难；</p> <p>（2）动脉氧分压（PaO₂）< 50mmHg；</p> <p>（3）动脉血氧饱和度（SaO₂）< 80%；</p> <p>（4）因缺氧必须接受持续的输氧治疗。</p>
54	严重心肌炎	<p>指心肌局限性或弥漫性的急性或慢性炎症病变，导致心脏功能障碍，达到纽约心脏学会心功能分级状态分</p>

		级 IV 级，且需持续至少 90 天。 美国纽约心脏协会分类标准心功能 IV 级是指有医院的医疗记录显示病人不能进行任何活动，休息时仍有心悸、呼吸困难等心力衰竭表现。
55	肺淋巴管肌瘤病	指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) 血气提示低氧血症，动脉血氧分压 (PaO ₂) 持续 < 50mmHg。
56	侵蚀性葡萄胎 (或称恶性葡萄胎)	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，需要本公司认可的医院的专科医生诊断并提供病理与血液检测以支持诊断。
57	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，且已经放置心脏起搏器。
58	感染性心内膜炎	是指由感染性微生物导致的心脏内膜炎症，并须符合下列所有条件： (1) 血液细菌培养结果呈阳性，证明感染性微生物的存在； (2) 感染性心内膜炎导致最少中度的心脏瓣膜关闭不全（即返流部分面积达 20%或以上）或中度的心脏瓣膜狭窄（即心脏瓣膜面积为正常值的 30%或以下）； (3) 感染性心内膜炎的诊断及瓣膜受损的严重程度必须由本公司认可医院的心脏病专科注册医生确定，并提供超声心动图或放射影像学检查结果报告以支持诊断。
59	肝豆状核变性 (Wilson's disease)	威尔逊氏病是一种可能危及生命的铜代谢疾病，以铜沉积造成的渐进性肝功能损害及/或神经功能恶化为特征。必须由本公司认可医院的专科注册医生通过肝脏活组织检查结果确定诊断并配合螯合剂治疗持续至少 6 个月。
60	肺源性心脏病	指由于各种胸肺及支气管病变而继发的肺动脉高压，最后导致以右室肥大特征的心脏病。须经呼吸专科医生确诊，且必须同时满足如下诊断标准： (1) 左心房压力增高（不低于 20 个单位）； (2) 肺血管阻力高于正常值 3 个单位 (Pulmonary Resistance)； (3) 肺动脉血压不低于 40 毫米汞柱； (4) 肺动脉楔压不低于 6 毫米汞柱； (5) 右心室心脏舒张期末压力不低于 8 毫米汞柱； (6) 右心室过度肥大、扩张，出现右心衰竭和呼吸困难。
61	肾髓质囊性病	肾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。 我们承担本项疾病责任不受本合同中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。
62	严重继发性肺动脉高压	继发性肺动脉压力持续增高，导致右室肥厚，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级。诊断需要由心脏科专家确诊，并且心导管检查报告显示静息状态下肺动脉平均压超过 40mmHg。 所有先天性心脏疾病直接或间接引起的肺动脉高压也不在保障责任范围内。 美国纽约心脏协会分类标准心功能 IV 级是指有医院的医疗记录显示病人不能进行任何活动，休息时仍有心悸、呼吸困难等心力衰竭表现。
63	进行性核上性麻痹	一种隐袭起病、逐渐加重的神经系统变性疾病。本疾病必须由本公司认可医院的神经科专科医生确诊，并须满足下列所有条件： (1) 步态共济失调； (2) 对称性眼球垂直运动障碍； (3) 假性球麻痹，表现为构音障碍和吞咽困难。

64	失去一肢及一眼	<p>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：</p> <p>（1）眼球缺失或摘除；</p> <p>（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）；</p> <p>（3）视野半径小于 5 度。</p> <p>被保险人在 3 周岁之前因疾病导致单眼视力丧失不在保障范围内。</p>
65	嗜铬细胞瘤	是指肾上腺或嗜铬外组织出现神经内分泌肿瘤，并分泌过多的儿茶酚胺类，嗜铬细胞瘤的诊断必须由本公司认可医院的内分泌专科医生确定，并且已经接受手术以切除肿瘤。
66	小肠移植	指因肠道疾病或外伤，已经实施了在全身麻醉下进行的小肠的异体器官移植手术。此手术必须由本公司认可医院的专科医生认为是医学上必需的情况下进行。
67	颅脑手术	<p>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）。</p> <p>因外伤而实施的脑外科手术不在保障范围之内。</p> <p>理赔时必须提供由神经外科医生出具的诊断及手术报告。</p>
68	严重自身免疫性肝炎	<p>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：</p> <p>（1）高 γ 球蛋白血症；</p> <p>（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；</p> <p>（3）肝脏活检证实免疫性肝炎；</p> <p>（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。</p>
69	骨髓纤维化	一种因纤维组织取代正常骨髓从而导致贫血、白血球及血小板含量过低及脾脏肿大的疾病。申请理赔时，被保险人须已经接受输血治疗至少六个月，并且每个月至少一次。骨髓纤维化的诊断必须由我们认可医院的专科医师作出。理赔时需提供骨髓穿刺检查诊断报告。
70	严重获得性或继发性肺泡蛋白质沉积症	<p>因获得性或继发性原因或导致双肺肺泡和细支气管腔内充满不可溶性富磷脂蛋白的疾病。理赔时须满足下列所有条件：</p> <p>（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；</p> <p>（2）被保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。</p>
71	严重慢性缩窄性心包炎	<p>由于慢性心包炎导致心包广泛瘢痕粘连、增厚和钙化，心包腔闭塞使心脏和大血管根部受压，致使心脏舒张充盈受限而产生血液循环障碍。</p> <p>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条件之一：</p> <p>（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；</p> <p>（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。</p> <p>胸骨正中切口；双侧前胸切口；左前胸肋间切口。</p> <p>经胸腔镜、胸壁打孔进行的手术、心包粘连松解手术不在保障范围内。</p> <p>美国纽约心脏病协会分类标准心功能 IV 级是指有医院的医疗记录显示病人不能进行任何活动，休息时仍有心悸、呼吸困难等心力衰竭表现。</p>
72	胆道重建手术	<p>指因疾病或胆道创伤导致接受涉及胆总管小肠吻合术的胆道重建手术。手术必须在本公司认可医院的专科医生认为是医疗所需的情况下进行。</p> <p>胆道闭锁并不在保障范围内。</p>
73	细菌性脑脊髓膜炎后遗症	指因脑膜炎双球菌感染引起脑脊髓膜化脓性病变，且导致永久性神经损害，持续 90 天以上，并且脑脊液检查显示脑膜炎双球菌阳性。永久性神经损害是指由细菌性脑脊髓膜炎引起的耳聋、失明、动眼神经麻痹、瘫痪、脑积水的损害，且上述症状持续 90 天以上仍无改善迹象。
74	斯蒂尔病 Still's Disease	<p>斯蒂尔病须满足下列全部条件：</p> <p>（1）因该病引致广泛性关节破坏，以致需要进行髌及膝关节置换；</p> <p>（2）由本公司认可医院的风湿病专科医生确诊。</p>
75	重症手足口病	是由肠道病毒引起的急性传染病，主要症状表现为手、足、口腔等部位的斑丘疹、疱疹。重症手足口病必须符合下列全部条件：

		<p>(1) 本公司认可医院的专科医生诊断为手足口病；</p> <p>(2) 伴有所列危重并发症之一：脑膜炎、脑炎、脑脊髓炎、肺水肿或心肌炎；</p> <p>(3) 接受了住院治疗。</p>
76	严重结核性脑膜炎	<p>由结核杆菌引起的脑膜和脊膜的非化脓性炎症性疾病。需满足以下全部条件：</p> <p>(1) 出现颅内压明显增高，表现头痛、呕吐和视乳头水肿；</p> <p>(2) 出现部分性、全身性癫痫发作或癫痫持续状态；</p> <p>(3) 视力减退、复视和面神经麻痹。</p> <p>(4) 昏睡或意识模糊；</p>
77	川崎病	<p>为一种病因不明的系统性血管炎。本合同仅对诊断性检查证实川崎病并发动脉瘤或其他心血管异常并且实际接受了手术治疗的情况予以理赔。</p>
78	严重肠道疾病并发症	<p>严重肠道疾病或外伤导致小肠损害并发症，满足以下所有条件：</p> <p>(1) 至少切除了三分之二小肠；</p> <p>(2) 完全场外营养支持三个月以上。</p>
79	雷伊氏综合症 (严重瑞氏综合征)	<p>指急性脑病合并肝脂肪变性和线粒体功能障碍，可有上呼吸道感染和水痘，而后出现持续性呕吐，谵妄，木僵，癫痫，昏迷；肝脏肿大，肝功能异常，肝脂肪变性。此诊断需由本公司认可医院的专科医生确诊，并且肝脏活检结果显示脂肪变性，电子显微镜下显示独特的线粒体形态学改变。</p>
80	严重骨髓异常增生综合征	<p>骨髓增生异常综合征是起源于造血干细胞的一组骨髓克隆增生异常的疾病，表现为无效造血、难治性血细胞减少，有转化为急性髓系白血病的风险。被保险人根据外周血和骨髓活检被明确诊断为骨髓增生异常综合征，并且满足以下所有条件：</p> <p>(1) FAB分类为难治性贫血伴原始细胞增多(RAEB)；</p> <p>(2) 根据“骨髓增生异常综合征修订国际预后积分系统(IPSS-R)”积分≥ 3，属于中危及以上组。</p>
81	冠状动脉血管成形术(冠状动脉粥样斑块切除术)	<p>是指有心绞痛等心脏不适症状，经过血管造影技术检查证实同时存在两支(其中一支为左冠状动脉主干、左前降支或左回旋支)或更多支的冠状动脉血管发生严重的狭窄(狭窄程度在70%以上)，需要并且已实施冠状动脉粥样斑块切除术以改善血管的血流状况。索赔时必须提供血管造影的影像资料、报告、手术记录和病历。</p>
82	骨生长不全	<p>是指一种胶原病，特征为骨易碎，骨质疏松和易骨折。主要临床特点包括：发展迟缓、多发性骨折、进行性脊柱后侧凸及听力损害。该病种的检查必须依据身体检查，家族史，X线检查和皮肤活检报告资料确诊。</p>
83	严重癫痫	<p>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，或者已行神经外科手术以治疗反复发作的癫痫。</p> <p>除外：</p> <ul style="list-style-type: none"> - 热性惊厥 - 没有全身性发作的失神发作(癫痫小发作)
84	疾病或外伤所致的智力障碍	<p>因严重头部外伤或疾病造成被保险人智力低常(智力低于常态)。根据智商(IQ)智力低常分为轻度(IQ50-70)；中度(IQ35-50)；重度(IQ20-35)和极重度(IQ<20)。根据被保险人年龄采用对应的智力量表如韦克斯勒智力量表(儿童智力量表或成人智力量表)检测证实。智商的检测必须由本公司认可的专职心理测验工作者进行，心理检测工作者必须持有心理测量专业委员会资格认定书。</p> <p>理赔时必须满足下列全部条件：</p> <p>(1) 造成被保险人智力低常的严重头部外伤或疾病(以诊断日期为准)发生在被保险人五周岁以后。</p> <p>(2) 由儿科专科的主任医师级别的医生确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低常；</p> <p>(3) 本公司认可的专职合格心理检测工作者做的心理检测证实被保险人智力低常 IQ<50(中度、重度或极重度)；</p> <p>(4) 被保险人的智力低常自诊断确认日起持续180天以上。</p>
85	自体造血干细胞移植	<p>指由于患者自身骨髓造血功能异常或为了达到治疗肿瘤的目的，采集患者自己的一部分造血干细胞，分离并深低温保存，再回输给患者使患者的造血功能和免疫功能重新恢复的一种治疗方法。此治疗必须由通过本公司认可医院的专科医生认为是医学上必需的情况下进行。</p>
86	婴儿进行性脊肌萎缩症	<p>该病是累及脊髓前角细胞及延髓运动核的神经元退行性变性病，在出生后两年内出现的脊髓和脑干前角细胞进行性机能障碍，伴随肌肉无力和延髓机能障碍。</p>

		该病必须由本公司认可医院的神经科医师通过肌肉活检而确诊。理赔时必须提供肌肉活检的病理报告。 其它类型的脊肌萎缩症如 II 型中间型进行性脊肌萎缩症, III 型少年型脊肌萎缩症 (Kugelberg-Welander 氏病) 不在本保障范围之内。
87	因器官移植导致的人类免疫缺陷病毒感染	指因进行器官移植而感染上人类免疫缺陷病毒 (HIV), 且须满足下列全部条件: (1) 在保障起始日或复效日之后, 被保险人因治疗必需而实施器官移植, 并且因器官移植而感染人类免疫缺陷病毒; (2) 提供器官移植治疗的器官移植中心或医院出具的此次因器官移植感染人类免疫缺陷病毒, 属于医疗事故的报告, 或者法院终审裁定为医疗事故并且不准上诉; (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; 任何因其他传播方式 (包括: 性传播或静脉注射毒品) 导致的 HIV 感染不在保障范围内。 我们承担本项疾病责任不受合同“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。
88	亚急性硬化性全脑炎	是麻疹或麻疹样病毒所致的一种中枢神经系统慢性感染。中枢神经系统呈现灰质和白质破坏为特征的慢性和急性混合存在的炎症。必须满足以下所有条件: (1) 脑电图存在周期性复合波、脑脊液 r-球蛋白升高、脑脊液和血清中麻疹抗体滴度升高; (2) 被保险人出现运动障碍, 自主生活能力完全丧失, 无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
89	严重面部烧伤	指面部烧伤程度为 III 度, 即全层皮肤烧伤, 包括表皮、真皮和皮下组织, 且 III 度烧伤的面积达到面部表面积 80% 或者 80% 以上。
90	进行性多灶性白质脑病	是一种亚急性脱髓鞘性脑病, 常常发现于免疫缺陷的病人。必须根据脑组织活检以及本公司认可医院的神经专科医生的确诊。
91	艾森门格综合征	因心脏病导致的严重肺动脉高血压及右向左分流。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。
92	风湿热导致的心脏瓣膜疾病	本保障须满足下列所有条件: (1) 经由本公司认可的儿科专科医生根据已修订的 Jones 标准诊断证实罹患急性风湿热。 (2) 因风湿热所导致一个或以上最少轻度心脏瓣膜关闭不全 (即返流部份达 20% 或以上) 或狭窄的心瓣损伤 (即心脏瓣面积为正常值的 30% 或以下)。有关诊断必须由本公司认可医院的的心脏专科医生根据心瓣功能的定量检查证实。
93	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本公司认可医院的神经专科医生诊断, 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。
94	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, 所造成的手臂感觉功能与运动功能完全永久性丧失。该病必须由本公司认可医院的专科医生确诊, 并且有完整的电生理检查结果证实。
95	原发性脊柱侧弯的矫正手术	指被保险人因原发性脊柱侧弯, 在本公司认可医院实际实施了对该病的矫正外科手术。但 由于先天性脊柱侧弯以及其他疾病或意外导致的继发性脊柱侧弯而进行的手术治疗不属于本保障责任。
96	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, 被保人已经接受 ICU 重症监护病房的治疗, 诊断必须由专科医生的确诊。
97	严重出血性登革热	它涵盖了登革出血热世界卫生组织 3 期或 4 期的定义, 需要登革休克综合症的明确证据和登革热感染的确认, 以及登革热确诊血清学检测; 并满足所有下列条件: (1) 持续高烧的历史 (至少两天), (2) 轻微或严重出血表现, (3) 血小板减少症 (小于等于 100000 每立方毫米), (4) 浓血症 (haematocrit 增加了 20% 或更多)

		<p>(5) 血浆渗漏 (即胸水, 腹水或低蛋白血症等)</p> <p>(6) 登革休克综合征 (DSS), 由专科医生证实, 并满足以下标准:</p> <p>① 低血压 (小于 80 毫米汞柱) 或窄脉冲压力 (20 毫米汞柱或更小)</p> <p>② 组织低灌注, 如冷, 皮肤湿冷, 尿少, 或代谢性酸中毒。</p> <p>WHO 分期标准:</p> <p>第一期: 发烧伴有非特异性体质症状: 血压带试验阳性是唯一出血现象。</p> <p>第二期: 第一期加上有自发性出血。</p> <p>第三期: 已呈现循环衰竭现象, 如: 脉搏弱、脉搏压变窄, 血压变低, 伴有皮肤湿冷, 坐立不安。</p> <p>第四期: 严重休克, 血压脉搏量不到。</p>
98	败血症导致的多器官功能障碍综合征	<p>多器官功能障碍指败血症导致的并发症, 一个或多个器官系统生理功能障碍, 因该疾病住院至少 96 小时, 并至少满足以下一条标准:</p> <p>(1) 呼吸衰竭, 需要进行气管插管机械通气</p> <p>(2) 凝血血小板计数$<50 \times 10^3$/微升</p> <p>(3) 肝功能不全, 胆红素$> 6\text{mg/dl}$ 或$> 102\mu\text{mol/L}$</p> <p>(4) 需要用强心剂</p> <p>(5) 昏迷格拉斯哥昏迷评分 (GCS) ≤ 9</p> <p>(6) 肾功能衰竭, 血清肌酐$>300\mu\text{mol/L}$ 或$> 3.5\text{mg/dl}$ 或尿量$<500\text{ml/d}$</p> <p>附加标准, 也必须满足:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 败血症有血液和影像学检查证实 • 住院重症监护病房最低 96 小时 • 器官功能障碍维持至少 15 天 <p>败血症引起的 MODS 的诊断应由专科医生证实。非败血症引起的 MODS 不在保障范围内。</p>
99	Brugada 综合征	由本公司认定医院的心脏科专科医生根据临床症状和典型心电图表现, 明确诊断为 Brugada 综合征。经医生判断认为医疗必须并且已安装永久性心脏除颤器。
100	脑型疟疾	<p>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本公司认可医院的专科医生确认, 且外周血涂片存在恶性疟原虫。</p> <p>其他明确病因导致的脑病不在保障范围内。</p>

9.3 医疗机构

在中国大陆境内 (不包括香港、澳门、台湾地区) 的医疗机构是指合法的二级或二级以上公立医院普通病房或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。

本附加条款中所指医疗机构不包括以下或类似的医疗机构:

- 1) 精神病院;
- 2) 老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心;
- 3) 健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

9.4 住院

指被保险人因疾病或意外伤害以及因此而产生的并发症, 经医生诊断必须住院治疗。所住之病房为医院正式病房并须办理入、出院手续, 但不包括入住门诊观察室、家庭病床、其他非正式病房或挂床病房。

9.5 住院天数

指被保险人在医院住院部病房实际的住院治疗日数。住院满二十四小时为一日。住院期间请假或外出离开医院的当日的住院津贴将不予给付, 具体请假或外出日期以医院的记录为准。

9.6 既往病症

指被保险人在保单生效前已患有的疾病, 或存在任何足以引致普通人寻求诊断、医疗护理或医药治疗的症状、体征, 或曾经医生推荐接受医药治疗或医疗意见。

附加个人6种重疾给付保险条款（2020版）

C00005032622020102600081

- 1. 附加保险合同订立**

本附加保险合同条款（以下简称“本附加条款”）须附加于保险人主保险合同条款使用。
- 2. 保险责任**

若被保险人在**等待期**（见释义9.1，续保或因意外导致的重大疾病无等待期规定）后因首次出现症状或体征并经境内**医疗机构**（见释义9.2）的**专科医生**（见释义9.3）首次确诊罹患本附加条款约定的一种或多种**重大疾病**（见释义9.4），保险人将按保险单约定的保险金额向被保险人给付保险金。给付后，保险人对该被保险人的此项保险责任随即终止。
- 3. 责任免除**

主保险合同中所有责任免除条款（如适用）均适用于本附加合同，若主合同中责任免除条款与本附加条款有相抵触之处，则应以本附加条款为准。

因下列情形之一，导致被保险人发生疾病、达到疾病状态或进行手术的，保险人不承担保险责任：

 - 1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
 - 2) 被保险人故意自伤、故意犯罪或拒捕；
 - 3) 被保险人服用、吸食或注射毒品；
 - 4) 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无有效行驶证的机动车；
 - 5) 战争、军事冲突、暴乱、武装叛乱、恐怖活动；
 - 6) 任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
 - 7) 遗传性疾病（见释义9.5），先天性畸形、变形或染色体异常（见释义9.6）；
 - 8) 既往病症（见释义9.7）及其并发症；
 - 9) 等待期内（续保无等待期规定）罹患的疾病或出现的症状但在等待期后确诊的疾病；
 - 10) 等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病。
- 4. 保险期间**

除另有约定外，本附加条款的“保险期间”同主保险合同一致。
- 5. 保险金申请**

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。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有关材料。保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

 - 8) 被保险人完整填写的索赔申请表并签名确认；
 - 9) 被保险人的身份证复印件；
 - 10) 监护人的身份证复印件及与被保险人的关系证明复印件（未成年人适用）；
 - 11) 本次医疗资料，如门诊/住院病历、医疗费用发票、费用清单、诊断证明、检查检验单据、社会医疗保险结算单、第三方保险公司结算单等。
 - 12) 既往体检报告、医疗检查结果原件或复印件；
 - 13) 其它与本项索赔有关的证明文件；
 - 14) 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。

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

本附加合同保险期间届满时，投保人可向保险人申请投保本产品，经保险人审核同意并交纳保险费后重新获得新的保险合同。新的合同不计算等待期。

本附加合同为非保证续保合同，投保人获得新的本合同须经保险人审核同意，请投保人投保前充分理解此产品因盈利偏离预期导致保险人停售或调整产品的可能性。保险人评估投保人的新合同申请时，有权根据医疗费用水平变化、本保险合同整体经营状况及被保险人年龄对费率等进行调整。在投保人接受费率调整且保险人同意的前提下，保险人方可为投保人办理新合同手续。

本附加合同保险期间届满时，如下情形保险人将不再接受投保人重新投保新单的申请：1) 被保险人的年龄超过保单载明的最高重新投保年龄；2) 本保险合同统一停售；3) 保险人根据自身的风险评估原则，审核不同意重新投保。
- 7. 本附加条款效力终止**

本附加条款所附属的主保险合同效力终止，本附加条款效力即行终止。主保险合同无效，本附加条款亦无效。
- 8. 其他条款的适用**

本附加条款与主保险合同条款不一致之处，以本附加条款为准；本附加条款未尽之处，以主保险合同条款为准。
- 9. 释义**
 - 9.1 等待期**

以保险单约定时间为准。等待期自本保险合同生效之日起计算，在等待期内发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。
 - 9.2 医疗机构**

在中国大陆境内（不包括香港、澳门、台湾地区）的医疗机构是指合法的二级或二级以上公立医院或投保人与保

险人协商共同指定的医院或医疗机构。

本附加条款中所指医疗机构不包括以下或类似的医疗机构：

- 1) 精神病院；
- 2) 老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
- 3) 健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

9.3 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. 在大陆境内（不包括香港、澳门、台湾地区）二级或二级以上公立医院的相应科室从事临床工作三年以上。

9.4 重大疾病

指符合以下定义所述条件的疾病，共计6种，重大疾病的名称和定义如下：

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

下列疾病不在保障范围内：

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。

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

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

三、 脑中风后遗症：指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

1. 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失（见释义 9.8）；
2. 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失（见释义 9.9）；
3. 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动（见释义 9.10）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、心脏或肺脏的异体移植手术。造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的异体移植手术。

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，实际实施了开胸进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

冠状动脉支架植入术、心导管球囊扩张术、激光射频技术及其它非开胸的介入手术、腔镜手术不在保障范围内。

六、 终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）：指双肾功能慢性不可逆性衰竭，达到尿毒症期，经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗或实施了肾脏移植手术。

- 9.5 遗传性疾病** 指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。
- 9.6 先天性畸形、变形或染色体异常** 指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定。
- 9.7 既往病症** 指被保险人在保单生效前已患有的疾病，或存在任何足以引致普通人寻求诊断、医疗护理或医药治疗的症状、体征，或曾经医生推荐接受医药治疗或医疗意见。
- 9.8 肢体机能完全丧失** 指肢体的三大关节中的两大关节僵硬，或不能随意识活动。肢体是指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。
- 9.9 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失** 语言能力完全丧失，指无法发出四种语音（包括口唇音、齿舌音、口盖音和喉头音）中的任何三种、或声带全部切除，或因大脑语言中枢受伤害而患失语症。
咀嚼吞咽能力完全丧失，指因牙齿以外的原因导致器质障碍或机能障碍，以致不能作咀嚼吞咽运动，除流质食物外不能摄取或吞咽的状态。
- 9.10 六项基本日常生活活动** 六项基本日常生活活动是指：1. 穿衣：自己能够穿衣及脱衣；2. 移动：自己从一个房间到另一个房间；3. 行动：自己上下床或上下轮椅；4. 如厕：自己控制进行大小便；5. 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；6. 洗澡：自己进行淋浴或盆浴。

京东安联财产保险有限公司
附加家庭保单共享免赔额保险条款（2020 通用版）
C00005032522020041600131

- 1. 附加保险合同订立** 本附加保险合同条款（以下简称“本附加条款”）须附加于保险人主保险合同条款使用。本附加条款仅接受完全符合健康调查问卷所列全部内容的自然人作为被保险人的投保申请，**投保人应如实填写健康调查问卷，未如实填写健康调查问卷任一项目的，将直接影响保险人决定是否承保，并将导致保险人依法解除保险合同，不承担赔偿责任的后果。**
- 2. 保险责任** 投保人为多名家庭成员投保家庭单，如首年投保时完全符合健康告知，保险期间在下列条件全部符合的前提下，家庭保单保障的被保险人可共享保单载明的年度累计豁免免赔额：
(1) 投保人同时为多名家庭成员投保保险人约定的家庭计划；
(2) 保险单的被保险人应为投保人本人，或投保人的父母或子女，或投保人的合法配偶、岳父母或公婆。
当各被保险人全年累积免赔额达到保险单载明的共享免赔额金额时，保险人在补偿医疗保险金时不再扣除保险单载明的免赔额。
- 3. 保险期间** 除另有约定外，本附加条款的“保险期间”同主保险合同一致。
- 4. 本附加条款效力终止** 本附加条款所附属的主保险合同效力终止，本附加条款效力即行终止。主保险合同无效，本附加条款亦无效。
- 5. 其他条款的适用** 保险合同中，本附加条款与主条款或其它附加条款不一致之处，以本附加条款约定为准；本附加条款未尽之处，以主条款约定为准。
- 6. 责任免除** 主保险合同中所有责任免除条款（如适用）除第一部分的第 5）项和第 9）项以外，均适用于本附加合同，若主保险合同中责任免除条款与本附加条款有相抵触之处，则应以本附加条款为准。
具有下列任一情形时，保险人不承担保险责任：
1) 投保人与被保险人关系不符合本附加条款约定的关系（本人、配偶、父母、子女、岳父母或公婆）。
2) 索赔时无法提供保险人要求的家庭关系证明。

7. 保险金申请

保险金申请人向保险人申请补偿保险金时，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该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担补偿保险金的责任。**

- 23) 被保险人完整填写的索赔申请表并签名确认；
- 24) 被保险人的身份证复印件；
- 25) 监护人的身份证复印件及与被保险人的关系证明复印件（未成年人适用）；
- 26) 既往体检报告、既往病历及检查报告；
- 27) 本次医疗资料原件，如门诊/住院病历、医疗费用发票、费用清单、诊断证明、检查检验单据、社会医疗保险结算单、第三方保险公司结算单等；
- 28) 家庭关系证明，包括但不限于居民户口本；
- 29) 其它与本项索赔有关的证明文件；
- 30) 若保险金申请人委托他人申请等，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。在保险人的理赔审核过程中，保险人有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。

8. 非保证续保

本附加合同保险期间届满时，投保人可向保险人申请投保本产品，交纳保费后重新获得新的保险合同。新的合同不计算等待期。

本附加合同为非保证续保合同，投保人获得新的本合同须经保险人审核同意，请投保人投保前充分理解此产品因盈利偏离预期导致保险人停售或调整产品的可能性。保险人评估投保人的新合同申请时，有权根据医疗费用水平变化、本保险合同整体经营状况及被保险人年龄对费率等进行调整。在投保人接受费率调整的前提下，保险人方可为投保人办理新合同办理手续。

本附加合同保险期间届满时，如下情形保险人将不再接受投保人重新投保新单的申请：1) 被保险人的年龄超过保单载明的最高重新投保年龄；2) 本保险合同统一停售；3) 保险人根据自身的风险评估原则，审核不同意重新投保。

（本页结束）