

百年人寿保险股份有限公司
AEON LIFE INSURANCE COMPANY, Ltd

百年人寿[2021]医疗保险045号



请扫描以查询验证条款

百年附加医惠通费用补偿医疗保险条款

阅读指引

本阅读指引有助于您理解条款，对本附加合同内容的解释以条款为准。

☞ 您拥有的重要权益

- ❖ 签收本附加合同之日起15日（即犹豫期）内您可以要求解除合同并退还已交的保险费
- ❖ 您有退保的权利

☞ 您应当特别注意的事项

- ❖ 请您认真阅读免除我们责任的条款，本附加合同的各项保险金额、免赔额见附表二
- ❖ 保险事故发生后请您及时通知我们
- ❖ 您有如实告知的义务
- ❖ 本保险条款每个第一次出现的释义名词在下面有脚注，其他相同的释义名词不另作标注
- ❖ 本附加合同的保险期间为一年，每6年为一个保证续保期间

☞ 条款目录

| | | |
|--|--|--|
| 1. 保什么、保多久 1.1 投保年龄 1.2 保险期间 1.3 保证续保条款 1.4 保险责任 | 4. 如何领取保险金 4.1 受益人 4.2 保险事故通知 4.3 保险金申请 4.4 保险金给付 4.5 保险费豁免 4.6 诉讼时效 | 6.2 合同成立与生效 6.3 合同效力终止 6.4 与主合同不一致的解决 6.5 年龄性别错误 6.6 明确说明与如实告知 6.7 合同内容变更 6.8 联系方式变更 6.9 争议处理 |
| 2. 不保什么 2.1 责任免除 2.2 其他免责条款 | 5. 如何退保 5.1 犹豫期 5.2 您解除合同的手续 | 7. 特定疾病 7.1 特定疾病定义 |
| 3. 如何支付保险费 3.1 保险费的交纳 3.2 宽限期 | 6. 还需要注意哪些事项 6.1 合同构成 | |

在本条款中，“您”指投保人，“我们”指百年人寿保险股份有限公司，“本附加合同”指您与我们之间订立的“百年附加医惠通费用补偿医疗保险合同”。

1. 保什么、保多久

这部分描述的是您通过本附加合同可以获得哪些保障及我们提供保障的期间。

- | | | |
|-----|---------------|--|
| 1.1 | 投保年龄 | 指您投保时被保险人的年龄，投保年龄以周岁 ¹ 计算，本附加合同接受的投保年龄为出生满 28 日至 60 周岁。 |
| 1.2 | 保险期间 | 本附加合同的保险期间为一年，自本附加合同生效日起算。 |
| 1.3 | 保证续保条款 | 您可于保险期间届满时，按续保时年龄对应的费率向我们交纳续期保险费，则本附加合同将延续有效。 |

自您首次投保本附加合同的生效日起，或自您非连续投保本附加合同的生效日起，每6年为一个保证续保期间。

在保证续保期间内，您享有如下保证续保权利：

- (1) 每个保证续保期间内，投保人按该保证续保期初约定的费率表依被保险人年龄变化交纳相应的保险费；
- (2) 每个保证续保期间内，我们不因被保险人的健康状况或历史理赔情况而拒绝投保人的续保申请；
- (3) 每个保证续保期间内，投保人的保证续保权不因该保险的统一停售而终止。

保证续保期间内每一保险期间届满时存在下列情形之一时，本附加合同不再接受续保：

- (1) 续保时被保险人年满105周岁；
- (2) 主合同效力中止、终止。

每个保证续保期间届满时，我们会审核被保险人是否符合续保条件。如果我们审核同意，在此后一个保证续保期间内，您按时向我们交纳续期保险费，则本附加合同将延续有效；审核后如果我们不接受续保，我们会以书面形式通知您。每个保证续保期间届满，若您要继续享有本产品提供的保障，您需要重新向我们申请投保本产品，并经我们审核同意且交纳保险费。每个保证续保期间届满时，若产品已停售，我们将不再接受续保。

- | | | |
|-------|-------------|--|
| 1.4 | 保险责任 | 在本附加合同有效期内，我们承担下列保险责任（本附加合同的各项保险金额、免赔额见附表二）： |
| 1.4.1 | 等待期 | 您首次投保或非连续投保本附加合同时，若被保险人在本附加合同生效之日起 30 日内发生保险事故，我们不承担给付保险金的责任。这 30 日的时间称为等待期。被保险人于等待期内发生疾病，由此而导致住院²治疗、特殊门诊治疗、门诊手术治疗、住院前后门诊急诊治疗或质子、重离子放射治疗的，无论治疗时间与生效之日是否间隔超过等待期，我们均不承担给付保险金的责任。 |

¹ 周岁指按法定有效身份证明文件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。

² 住院指被保险人因疾病或意外伤害而入住医院的正式病房，接受全天 24 小时监护、护理、治疗的过程，并正式办理入出院手续，**不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院或其他不合理的住院。**挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非 24 小时在床、在院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。

被保险人在等待期内因发生疾病住院及与该住院视为同一次住院³的治疗，无论是否延续至等待期后，我们均不承担给付保险金的责任。

以下情形，无等待期：

- (1) 被保险人因意外伤害⁴发生上述情形的；
- (2) 您在保证续保期间内申请续保本产品的；
- (3) 您在保证续保期间届满前申请重新投保本产品且非首次投保的。

1.4.2 一般医疗保险金 若被保险人在等待期后在认可的医院⁵的普通医疗部⁶住院治疗的，我们扣除免赔额之后，在该项保险金额内按照以下约定向受益人给付一般医疗保险金：

1. 住院医疗费用⁷

³ 同一次住院指若被保险人因同一原因需间歇性入住医院治疗，并且前次出院与后次入院日期的间隔未达 30 日，则视为同一次住院。

⁴ 意外伤害指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件直接致使身体受到的伤害。

⁵ 认可的医院指经国家卫生行政部门评审确定的二级或二级以上的公立医院，但不包括精神病院及专供康复、休养、戒毒、戒酒、护理、养老等非以直接诊治病人为目的的医疗机构。该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天 24 小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。

⁶ 普通医疗部指认可的医院的普通病房，但不包括特需医疗部、国际医疗部、外宾病房、干部病房或其它不属于基本医疗保险范畴的高等级病房。

⁷ 住院医疗费用指被保险人住院期间发生的医疗费用，包括：

- (1) 床位费指住院期间实际发生的、不高于双人病房的住院床位费（不包括单人病房、套房、家庭病床）。
- (2) 加床费指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定给付其合法监护人（限一人）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，我们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。
- (3) 重症监护室床位费指住院期间出于医学必要被保险人需在重症监护室进行必要且合理的医疗而产生的床位费。重症监护室指配有中心监护台、心电监护仪及其他监护抢救设施，相对封闭管理，符合重症监护病房（ICU）、冠心病重症监护病房（CCU）标准的单人或多人监护病房。
- (4) 护理费指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。
- (5) 膳食费指住院期间根据医生的医嘱，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。膳食费的给付以每日不超过 100 元为限。
- (6) 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必要且合理的医疗费用，包括 X 光费、心电图费、B 超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。
- (7) 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必要且合理的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，具体以就诊医院费用项目划分为准。不包括物理治疗、中医疗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 中医疗疗指以治疗疾病为目的，被保险人接受由具有相应资格的医生实施的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗；
 - ③ 其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。
- (8) 药品费指实际发生的必要且合理的、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。
- (9) 医生费指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。
- (10) 手术费指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、

被保险人经认可的医院诊断必须接受住院治疗时，被保险人须个人支付的、**必要且合理**⁸的住院医疗费用。

到本附加合同满期日时，被保险人未结束本次住院治疗的，我们继续承担因本次住院发生的、最高不超过本附加合同满期日后 30 日内的住院医疗费用。

2. 特殊门诊医疗费用

被保险人在认可的医院的普通医疗部进行如下治疗发生的被保险人须个人支付的、必要且合理的医疗费用：

(1) 门诊肾透析费；

(2) 门诊恶性肿瘤治疗费：指因恶性肿瘤——重度或恶性肿瘤——轻度导致的治疗费用，包括**化学疗法**⁹、**放射疗法**¹⁰、**肿瘤免疫疗法**¹¹、**肿瘤内分泌疗法**¹²、**肿瘤靶向疗法**¹³治疗费用；

(3) 器官移植后的门诊抗排斥治疗费。

3. 门诊手术医疗费用

被保险人经认可的医院诊断必须接受门诊手术治疗时，被保险人须个人支付的、必要且合理的门诊手术费用。

4. 住院前后门诊急诊费用

被保险人在认可的医院的普通医疗部住院前 7 日后 30 日内，与该次住院相同

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**。

(11) **救护车使用费**指住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，根据医生建议，被保险人需医院转诊过程中的医院用车费用，且救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送。

⁸ **必要且合理**指合理的、符合通常惯例且**医疗必需**的医疗费用。符合通常惯例指被保险人接受的医疗服务满足以下条件：

(1) 该服务满足医疗需要而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。

医疗必需指针对意外伤害或疾病本身的医疗服务及医疗费用满足以下条件：

(1) 治疗意外伤害或疾病合适且必需的、有医生处方的项目；

(2) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；

(3) 非为了医师或其他医疗提供方的方便；

(4) 接受的医疗服务范围是合适的而且经济有效的。

⁹ **化学疗法**指对于恶性肿瘤的化学治疗。化学治疗是使用医学界公认的化学治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。本附加合同所指的化学治疗为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化学治疗。

¹⁰ **放射疗法**指针对恶性肿瘤的放射治疗。放射治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。本附加合同所指的放射治疗为被保险人根据医嘱，在医院的专门科室进行的放射治疗。

¹¹ **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。本附加合同所指的肿瘤免疫治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。

¹² **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。本附加合同所指的内分泌治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。

¹³ **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。本附加合同所指的靶向治疗的药物需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。

原因而发生的被保险人须个人支付的、必要且合理的门急诊医疗费用。**不包括门诊肾透析费、门诊恶性肿瘤治疗费、器官移植后的门诊抗排异治疗费和门诊手术费。**

5. 质子、重离子医疗费用¹⁴

被保险人因患上本附加合同特定疾病中约定的恶性肿瘤——重度或恶性肿瘤——轻度，在指定的医疗机构接受**质子、重离子放射治疗¹⁵**的，被保险人须个人支付的、必要且合理的质子、重离子医疗费用。

对于上述五类费用，我们对于被保险人需个人支付的、必要且合理的金额进行赔付，其中**质子、重离子医疗费用按 60%进行赔付**。我们在本项下累计给付之和以本附加合同约定的一般医疗保险金的保险金额为限。

1.4.3 特定疾病医疗保险金

被保险人在等待期以后经认可的医院确诊初次患上一种或多种本附加合同约定的特定疾病（101 种），在认可的医院的普通医疗部接受住院治疗、特殊门诊治疗、门诊手术治疗、住院前后门诊急诊治疗或在我们**指定的医疗机构¹⁶**接受质子、重离子放射治疗的，我们按照本附加合同第 1.4.2 款中约定向受益人给付一般医疗保险金，当累计给付金额达到一般医疗保险金的保险金额后，我们在该项保险金额内按照以下约定向受益人给付特定疾病医疗保险金：

1. 特定疾病住院医疗费用

被保险人因患上特定疾病经认可的医院诊断必须接受住院治疗时，被保险人须个人支付的、必要且合理的住院医疗费用。

到本附加合同满期日时，被保险人未结束本次住院治疗的，我们继续承担因本次住院发生的、最高不超过本附加合同满期日后 30 日内的住院医疗费用。

2. 特定疾病特殊门诊医疗费用

被保险人因患上特定疾病在认可的医院的普通医疗部进行治疗发生的被保险人须个人支付的、必要且合理的医疗费用：

（1）门诊肾透析费；

（2）门诊恶性肿瘤治疗费：指因恶性肿瘤——重度或恶性肿瘤——轻度导致的治疗费用，包括**化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法**治疗费用；

（3）器官移植后的门诊抗排异治疗费。

3. 特定疾病门诊手术医疗费用

被保险人因患上特定疾病经认可的医院诊断必须接受门诊手术治疗时，被保险人须个人支付的、必要且合理的门诊手术费用。

4. 特定疾病住院前后门诊急诊费用

被保险人因患上特定疾病在认可的医院的普通医疗部住院前 7 日后 30 日内，与该次住院相同原因而发生的被保险人须个人支付的、必要且合理的门诊急诊医疗费用。**不包括门诊肾透析费、门诊恶性肿瘤治疗费、器官移植后的**

¹⁴ **质子、重离子医疗费用**指被保险人因接受质子、重离子放射治疗而发生的相关费用，包括定位及制定放射治疗计划费用以及质子、重离子放射治疗实施费用。

¹⁵ **质子、重离子放射治疗**指利用质子和重离子对肿瘤进行放射治疗的技术。本附加合同所指的质子、重离子放射治疗是指被保险人根据医嘱，在指定的医疗机构的专门治疗室内接受的质子和重离子放射治疗。

¹⁶ **指定的医疗机构**指经我们认可的医疗机构，我们会在百年人寿官网（www.aeonlife.com.cn）上进行公示。

门诊抗排异治疗费和门诊手术费。**5. 质子、重离子医疗费用**

被保险人因患上本附加合同特定疾病中约定的恶性肿瘤——重度或恶性肿瘤——轻度，在指定的医疗机构接受质子、重离子放射治疗的，被保险人须个人支付的、必要且合理的质子、重离子医疗费用。

对于上述五类费用，我们对于被保险人需个人支付的、必要且合理的金额进行赔付，其中质子、重离子医疗费用按 60%进行赔付。我们在本项下累计给付之和以本附加合同约定的特定疾病医疗保险金的保险金额为限。

1. 4. 4 特定疾病豁免保险费

被保险人在等待期以后经认可的医院确诊初次患上一种或多种本附加合同约定的特定疾病，如在该保证续保期间内，您继续续保的，我们免于收取该保证续保期间内剩余各保单年度的保险费。该保证续保期间结束后，我们不再承担豁免保险费的责任，本项保险责任终止。

我们仅对被保险人初次发生的一种特定疾病承担豁免保险费的责任。

1. 4. 5 免赔额

本附加合同的免赔额在附表二中载明。

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。被保险人从其他途径（包括除本附加合同之外的商业性医疗费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构）已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。但通过基本医疗保险¹⁷、城乡居民大病保险¹⁸和公费医疗获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

若被保险人在等待期后因初次发生并确诊患上特定疾病在认可的医院或指定医疗机构接受住院治疗的，对于自确诊特定疾病之日起所发生的符合本附加合同约定的全部医疗费用，我们在给付保险金时，不再扣除免赔额。投保人连续投保本附加合同的，若被保险人在以往保险期间内已确诊患上特定疾病且接受住院治疗的，对于本附加合同保险期间内符合本附加合同约定的全部医疗费用，我们在扣除免赔额后给付保险金。

1. 4. 6 补偿原则和赔付标准

本附加合同适用医疗费用补偿原则。

（1）若被保险人在当次就诊时已从基本医疗保险、城乡居民大病保险、公费医疗和其他途径（包括除本附加合同之外的商业性医疗费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构）获得医疗费用补偿，则我们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第 1. 4. 2 项、1. 4. 3 项保险责任进行赔付。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。

（2）若投保时被保险人以有基本医疗保险、城乡居民大病保险或公费医疗身份投保，但当次就诊时被保险人未使用基本医疗保险、城乡居民大病保险或公费医疗，则我们仅对被保险人实际发生的医疗费用按照本附加合同第 1. 4. 2 项、1. 4. 3 项保险责任再乘以 60%的比例进行赔付。

（3）质子、重离子医疗费用不受上述第（2）项的限制。

¹⁷ 基本医疗保险包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗。

¹⁸ 城乡居民大病保险是基本医疗保障制度的拓展和延伸，是对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障的一项新的制度性安排。主要保障对象为城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗或者城乡居民基本医疗保险的参保（合）人以及部分地区建立的覆盖城镇职工、城镇居民、农村居民的统一的大病保险制度参保人。

2. 不保什么

这部分描述的是我们不承担保险责任的情况。

2.1 责任免除

因下列情形之一，导致被保险人支出医疗费用的，我们不承担给付保险金和豁免保险费的责任：

- (1) 投保人对被保险人的故意伤害；**
- (2) 被保险人故意自伤、故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；**
- (3) 被保险人服用、吸食或注射毒品¹⁹或未遵医嘱使用管制药品²⁰；**
- (4) 被保险人酒后驾驶²¹机动车²²、无合法有效驾驶证驾驶²³机动车或驾驶无有效行驶证²⁴的机动车；**
- (5) 战争、军事冲突、恐怖活动、暴乱、武装叛乱、核爆炸、核辐射或核污染；**
- (6) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病²⁵期间；**
- (7) 遗传性疾病²⁶，先天性畸形、变形或染色体异常²⁷；**
- (8) 在中国大陆以外的国家或地区（包括香港、澳门和台湾）接受治疗；**
- (9) 被保险人所患既往症²⁸及保险单中特别约定的除外疾病引起的相关**

¹⁹ **毒品**指中华人民共和国刑法规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，但不包括由医生开具用于治疗疾病的含有毒品成分的处方药品。

²⁰ **管制药品**指根据《中华人民共和国药品管理法》及有关法规被列为特殊管理的药品，包括麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品及放射性药品。

²¹ **酒后驾驶**指经检测或鉴定，发生保险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道路交通安全法规定的标准。

²² **机动车**指以动力装置驱动或者牵引，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（两轮、三轮、四轮等各类电动车属性分类以当地公安机关交通管理部门认定为准）。

²³ **无合法有效驾驶证驾驶**指下列情形之一：

- (1) 没有驾驶证驾驶；
- (2) 驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
- (3) 驾驶员持审验不合格的驾驶证驾驶；
- (4) 未经公安机关交通管理部门同意，持未审验的驾驶证驾驶；
- (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) 公安机关交通管理部门规定的其他无有效驾驶证驾驶的情况；
- (7) 两轮、三轮、四轮等各类电动车相关事故是否属于“无合法有效驾驶证驾驶”的情形以当地公安机关交通管理部门认定为准。

²⁴ **无有效行驶证**指下列情形之一：

- (1) 没有机动车行驶证；
- (2) 未在法律规定期限内按时进行或通过安全技术检验；
- (3) 两轮、三轮、四轮等各类电动车相关事故是否属于“无有效行驶证”的情形以当地公安机关交通管理部门认定为准。

²⁵ **感染艾滋病病毒或患艾滋病**，艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合症，英文缩写为 AIDS。

在人体血液或其他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。

²⁶ **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。

²⁷ **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。

²⁸ **既往症**指被保险人在本附加合同生效日之前已患的经医生明确诊断的有关疾病。

费用；

(10) 疗养、视力矫正手术、各种健康体检项目及预防性医疗项目、牙科保健及牙科治疗、康复治疗、非意外事故所致整容手术；

(11) 如下项目的治疗：皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗；雀斑、老年斑、痣的治疗和去除；对浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、纹身去除、皮肤变色的治疗或手术；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；

(12) 各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗项目，包括但不限于平足及各种非功能性整容、矫形手术费用；

(13) 各种健美治疗项目，包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用；

(14) 不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症；

(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) 除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其他人工器官材料费、安装和置换等费用、各种康复治疗器械、假体、义肢、自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械；

(17) 耐用医疗设备（指各种康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备）的购买或租赁费用；

(18) 被保险人患性病引起的医疗费用；

(19) 未经医生处方自行购买的药品或非医院药房购买的药品、滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂、医生开具的超过 30 天部分的药品费用；

(20) 各种医疗咨询和健康预测：如健康咨询、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》

（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）等费用；

(21) 从事潜水²⁹、跳伞、攀岩³⁰、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险³¹、武术比赛³²、摔跤比赛、特技表演³³、赛马、赛车等高风险运动导致的伤害引起的治疗；

(22) 由于职业病³⁴、医疗事故³⁵引起的医疗费用；

(23) 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）；

(24) 被保险人接受实验性治疗，即未经科学或医学认可的医疗；

(25) 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；

²⁹ 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运动。

³⁰ 攀岩指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

³¹ 探险指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身于其中的行为，如：江河漂流、登山、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。

³² 武术比赛指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。

³³ 特技表演指进行马术、杂技、驯兽等表演。

³⁴ 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。

³⁵ 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。

(26) 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。

- 2.2 其他免责条款 除以上“2.1 责任免除”外，本附加合同中还有其他免除我们责任的条款，详见本附加合同“1.4 保险责任”、“3.2 宽限期”、“4.2 保险事故通知”、“5.1 犹豫期”、“5.2 您解除合同的手续”、“6.3 合同效力终止”、“6.5 年龄性别错误”、“6.6 明确说明与如实告知”、“7.1 特定疾病定义”中背景突出显示的内容。

3. 如何支付保险费

这部分描述的是您应当按照约定支付保险费。

- 3.1 保险费的交纳 本附加合同的保险费按照被保险人的年龄和约定的费率标准确定，并在保险单上载明。
- 3.2 宽限期 本附加合同一年保险期间届满时，若我们同意续保，则自本附加合同期满日的次日零时起60日为宽限期。宽限期内发生的保险事故，我们仍会承担保险责任，但在给付保险金时会扣除您欠交的保险费。
如果您在宽限期结束之后仍未交纳当期保险费，则本附加合同的保险期间自上一交费周期结束时终止。对于保险期间终止后发生的保险事故，我们不再承担保险责任。

4. 如何领取保险金

这部分描述的是如何领取保险金。

- 4.1 受益人 除另有约定外，本附加合同保险金的受益人为被保险人本人。
- 4.2 保险事故通知 请您、被保险人、受益人或其他有权领取保险金的人在知道保险事故发生之日起10日内通知我们，否则您、被保险人、受益人或其他有权领取保险金的人需承担由于延迟通知致使我们增加的勘查、检验等费用，因不可抗力导致的通知延迟除外。
如果您、被保险人、受益人或其他有权领取保险金的人故意或者因重大过失未及时通知我们，致使保险事故的性质、原因、伤害程度等难以确定的，我们对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但我们通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生或者虽未及时通知但不影响我们确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。
- 4.3 保险金申请 申请各项保险金时，申请人³⁶应提供相关证明文件和资料。
- 4.3.1 一般医疗保险金申请 申请保险金时，申请人须填写保险金给付申请书，并须提供下列证明和资料：
(1) 理赔申请书；
(2) 保险合同；
(3) 被保险人法定有效身份证明³⁷；

³⁶ 申请人，保险金的申请人为受益人，豁免保险费的申请人为投保人、被保险人或受益人。

³⁷ 法定有效身份证明指依据法律规定，由有权机构制作颁发的证明身份的证件、文件等，如：居民身份证、户

- (4) 申请人的法定有效身份证明及关系证明；
- (5) 认可的医院或指定的医疗机构出具的住院及出院证明、医学诊断书及医疗病历（门诊或住院）；
- (6) 医疗费原始凭证及医疗收费明细清单；
- (7) 申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的意外事故证明和资料。

- 4.3.2 特定疾病医疗保险金或特定疾病豁免保险费申请** 申请特定疾病医疗保险金或特定疾病豁免保险费时，申请人须填写保险金给付申请书，并须提供下列证明和资料：
- (1) 理赔申请书；
 - (2) 保险合同；
 - (3) 被保险人法定有效身份证明；
 - (4) 申请人的法定有效身份证明及关系证明；
 - (5) 能够证明符合约定特定疾病定义的认可的医院或指定的医疗机构出具的医学诊断书、医疗病历、检查报告、出院证明、医疗病历（门诊或住院），以及其他医学证明文件或司法鉴定机构出具的法医鉴定报告；
 - (6) 医疗费原始凭证及医疗收费明细清单；
 - (7) 申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的意外事故证明和资料。
- 4.3.3 委托他人代为申请** 若申请人委托他人代为申请保险金，受委托人还应提供申请人亲笔签字的授权委托书、受委托人的法定有效身份证明等相关证明文件。
- 4.3.4 提供补充材料** 以上保险金申请的证明和资料不完整的，我们将一次性书面通知申请人补充提供有关的证明和资料。
- 4.4 保险金给付**
- (1) 我们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，但合同另有约定的除外。我们应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行给付保险金义务。本附加合同对给付保险金的期限有约定的，我们应当按照约定履行给付保险金义务。
 - (2) 我们未及时履行前款规定义务的，除支付保险金外，应当赔偿被保险人或者受益人因此受到的损失。
 - (3) 我们依照前款的规定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起 3 日内向被保险人或者受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。
 - (4) 我们自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起 60 日内，对给付保险金的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；我们最终确定给付保险金的数额后，应当支付相应的差额。
- 4.5 保险费豁免**
- (1) 我们在收到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，但合同另有约定的除外。我们应当将核定结果通知投保人、被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与投保人、被保险人或者受益人达成豁免保险费的协议后 10 日内，履行豁免保险费义务。
 - (2) 我们未及时履行前款规定义务的，除豁免保险费外，应当赔偿投保人、

口簿、护照、军人证等。

被保险人或者受益人因此受到的损失。

(3) 我们依照前款的规定作出核定后,对不属于保险责任的,应当自作出核定之日起 3 日内向投保人、被保险人或者受益人发出拒绝豁免保险费通知书,并说明理由。

- 4.6 诉讼时效 申请人向我们申请给付保险金的诉讼时效期间为 2 年,自其知道或应当知道保险事故发生之日起计算。

5. 如何退保

这部分描述的是您可以随时退保,但我们不承担保险责任,您退保会有损失。

- 5.1 犹豫期 自您签收本附加合同之日起,有 15 日的犹豫期。在此期间请您认真审视本附加合同,如果您认为本附加合同与您的需求不相符,您可以在此期间提出解除本附加合同,我们将无息退还您所支付的全部保险费。
解除本附加合同时,您需要填写申请书,并提供您的保险合同及有效身份证件。**自我们收到您解除合同的书面申请时,本附加合同即被解除,合同解除前发生的保险事故我们不承担保险责任。**

- 5.2 您解除合同的手续 您可以书面通知要求解除本附加合同,并向我们提供下列证明和资料:
(1) 保险合同;
(2) 解除合同申请书;
(3) 您的法定有效身份证明。
自您书面申请解除合同之日起,本附加合同效力终止。我们自接到解除合同通知之日起 30 日内向您退还本附加合同的**现金价值³⁸**。
您申请解除合同会遭受一定损失。
若本附加合同在终止前已发生保险金给付或被保险人已发生本附加合同约定的保险事故但我们尚未给付保险金的,我们不退还本附加合同的现金价值。

6. 还需要注意哪些事项

这部分描述的是您应当注意的其他事项。

- 6.1 合同构成 本附加合同是您与我们约定保险权利义务关系的协议,包括本保险条款、保险单或其他保险凭证、投保书副本、与本附加合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单及其他您与我们共同认可的书面协议。
若上述构成本附加合同的文件正本需留我们存档,则其复印件或电子影像印刷件亦视为本附加合同的构成部分,其效力与正本相同;若复印件或电子影像印刷件的内容与正本不同时,则以正本为准。
- 6.2 合同成立与生效 如果本附加合同与主合同同时投保,本附加合同成立及生效日与主合同相同。如果您在主合同有效期内投保本附加合同,本附加合同生效日以批注或附贴批单所载的日期为准。

³⁸ 现金价值 = 本期应交保险费 × (1 - 本期保险费已经过日数 / 本期保险费承保日数) × (1 - 35%)。

本期保险费已经过日数不足 1 日的按 1 日计算。

本期保险费承保日数按照如下方式确定: 年交: 365 日; 半年交: 180 日; 季交: 90 日; 月交: 30 日。

- 6.3 合同效力终止 有下列情况之一时，本附加合同的效力终止：
 (1) 被保险人身故；
 (2) 主合同解除或效力终止；
 (3) 主合同或本附加合同内的其他约定终止的情形。
本附加合同效力终止后，除另有规定外，我们不退还本附加合同的现金价值。
- 6.4 与主合同不一致的解决 主合同的条款中与本附加合同相关的部分均为本附加合同的构成部分，若主合同与本附加合同的条款相抵触的，则以本附加合同的条款为准。
- 6.5 年龄性别错误 您在申请投保时，应将与法定有效身份证明相符的被保险人的出生日期和性别在投保书上填明，如果发生错误按照下列方式办理：
 (1) **您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合同约定投保年龄限制的，在保险事故发生之前我们有权解除合同，并向您退还本附加合同的现金价值。我们行使合同解除权适用本附加合同“6.6 明确说明与如实告知”中合同解除权限制的规定。**
 (2) 您申报的被保险人年龄或性别不真实，致使您实交保险费少于应交保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。若已经发生保险事故，我们在给付保险金时按实交保险费和应交保险费的比例给付。
 (3) 您申报的被保险人年龄或性别不真实，致使您实交保险费多于应交保险费的，我们会将多收的保险费无息退还给您。
- 6.6 明确说明与如实告知 订立本附加合同时，我们会向您明确说明本附加合同的条款内容，特别是免除责任条款内容。我们会就您、被保险人或受益人的有关情况提出书面询问，您应当如实告知。
 如果您故意或因重大过失不履行如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本附加合同。
对于故意不履行如实告知义务的，我们对本附加合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。
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，我们对本附加合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但退还保险费。
 上述合同解除权自我们知道有解除事由之日起，经过 30 日不行使而消灭。我们在合同订立时已经知道未如实告知的情况的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。
- 6.7 合同内容变更 在本附加合同有效期内，经与我们协商一致，您可以变更本附加合同的有关内容。变更本附加合同的，应当由我们在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由您与我们订立变更的书面协议。若被保险人身故，我们不接受本附加合同任何内容的变更申请。
- 6.8 联系方式变更 为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址、电话或电子邮箱等联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。若您未以书面形式或双方认可的其他形式通知我们，我们按本附加合同载明的最后联系方式发送的有关通知，均视为已送达给您。
- 6.9 争议处理 本附加合同履行过程中，双方发生争议不能协商解决的，可以达成仲裁协议

通过仲裁解决，也可以依法向人民法院起诉。

7. 特定疾病

这部分描述的是本附加合同所称特定疾病的释义。

- 7.1 特定疾病定义** 本附加合同所指特定疾病，是被保险人发生经认可的医院的**专科医生**³⁹明确诊断，符合以下定义所述条件的疾病、疾病状态或手术，共 101 种（特定疾病定义中的第 7.1.1 项至第 7.1.28 项采用了《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》中的重度疾病定义，第 7.1.101 项采用了《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》中的轻度疾病定义）。特定疾病的名称及定义如下：
- 7.1.1 恶性肿瘤——重度** 指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经**组织病理学检查**⁴⁰（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO，World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）⁴¹的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。
下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，不在保障范围内：
- (1) ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：**
 - a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；**
 - b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；**
 - (2) TNM 分期⁴²为 I 期或更轻分期的甲状腺癌（甲状腺癌的 TNM 分期见附表一）；**
 - (3) TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或更轻分期的前列腺癌；**
 - (4) 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；**
 - (5) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；**

³⁹ 专科医生应当同时满足以下四项资格条件：

- (1) 具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；
- (2) 具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；
- (3) 具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；
- (4) 在国家《医院分级管理标准》二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

⁴⁰ **组织病理学检查**是通过局部切除、钳取、穿刺等手术方法，从患者机体采取病变组织块，经过包埋、切片后，进行病理检查的方法。**通过采集病变部位脱落细胞、细针吸取病变部位细胞、体腔积液分离病变细胞等方式获取病变细胞，制成涂片，进行病理检查的方法，属于细胞病理学检查，不属于组织病理学检查。**

⁴¹ **ICD-10 与 ICD-O-3**：《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10），是世界卫生组织（WHO）发布的国际通用的疾病分类方法。《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3），是 WHO 发布的针对 ICD 中肿瘤形态学组织学细胞类型、动态、分化程度的补充编码。其中形态学编码：0 代表良性肿瘤；1 代表动态未定性肿瘤；2 代表原位癌和非侵袭性癌；3 代表恶性肿瘤（原发性）；6 代表恶性肿瘤（转移性）；9 代表恶性肿瘤（原发性或转移性未肯定）。如果出现 ICD-10 与 ICD-O-3 不一致的情况，以 ICD-O-3 为准。

⁴² **TNM 分期**采用 AJCC 癌症分期手册标准。该标准由美国癌症联合委员会与国际抗癌联合会 TNM 委员会联合制定，是目前肿瘤医学分期的国际通用标准。T 指原发肿瘤的大小、形态等；N 指淋巴结的转移情况；M 指有无其他脏器的转移情况。

(6) 相当于Ann Arbor分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

(7) 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 $<10/50$ HPF 和 ki-67 $\leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

7.1.2 较重急性心肌梗死

急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合（1）检测到肌酸激酶同工酶（CK-MB）或肌钙蛋白（cTn）升高和/或降低的动态变化，至少一次达到或超过心肌梗死的临床诊断标准；（2）同时存在下列之一的证据，包括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的病理性Q波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。

较重急性心肌梗死指依照上述标准被明确诊断为急性心肌梗死，并且必须同时满足下列至少一项条件：

（1）心肌损伤标志物肌钙蛋白（cTn）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的15倍（含）以上；

（2）肌酸激酶同工酶（CK-MB）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的2倍（含）以上；

（3）出现左心室收缩功能下降，在确诊6周以后，检测左室射血分数（LVEF）低于50%（不含）；

（4）影像学检查证实存在新发的乳头肌功能失调或断裂引起的中度（含）以上的二尖瓣反流；

（5）影像学检查证实存在新出现的室壁瘤；

（6）出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。

其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在保障范围内。

7.1.3 严重脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊180天后，仍遗留下述至少一种障碍：

（1）一肢（含）以上肢体⁴³肌力⁴⁴2级（含）以下；

（2）语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍⁴⁵；

（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⁴⁶中的三

⁴³ 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。

⁴⁴ 肌力指肌肉收缩时的力量。肌力划分为0-5级，具体为：

0级：肌肉完全瘫痪，毫无收缩。

1级：可看到或者触及肌肉轻微收缩，但不能产生动作。

2级：肌肉在不受重力影响下，可进行运动，即肢体能在床面上移动，但不能抬高。

3级：在和地心引力相反的方向中尚能完成其动作，但不能对抗外加阻力。

4级：能对抗一定的阻力，但较正常人为低。

5级：正常肌力。

⁴⁵ 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍：语言能力完全丧失，指无法发出四种语音（包括口唇音、齿舌音、口盖音和喉头音）中的任何三种、或声带全部切除，或因大脑语言中枢受伤害而患失语症。严重咀嚼吞咽功能障碍，指因牙齿以外的原因导致器质障碍或机能障碍，以致不能作咀嚼吞咽运动，除流质食物外不能摄取或吞咽的状态。

⁴⁶ 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；

项或三项以上。

- 7.1.4 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、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。
- 7.1.5 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，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。
- 7.1.6 严重慢性肾衰竭** 指双肾功能慢性不可逆性衰竭，依据肾脏病预后质量倡议（K/DOQI）制定的指南，分期达到慢性肾脏病5期，且经诊断后已经进行了至少90天的规律性透析治疗。规律性透析是指每周进行血液透析或每天进行腹膜透析。
- 7.1.7 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。
- 7.1.8 急性重症肝炎或亚急性重症肝炎** 指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：
(1) 重度黄疸或黄疸迅速加重；
(2) 肝性脑病；
(3) B超或其他影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；
(4) 肝功能指标进行性恶化。
- 7.1.9 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）。**
- 7.1.10 严重慢性肝衰竭** 指因慢性肝脏疾病导致的肝衰竭，且须满足下列全部条件：
(1) 持续性黄疸；
(2) 腹水；
(3) 肝性脑病；

-
- (3) 行动：自己上下床或上下轮椅；
(4) 如厕：自己控制进行大小便；
(5) 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；
(6) 洗澡：自己进行淋浴或盆浴。

六项基本日常生活活动能力的鉴定不适用于0-3周岁幼儿。

(4) 充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。

因酗酒或药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。

- 7.1.11 **严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症** 指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指经相关专科医生确诊疾病180天后，仍遗留下列至少一种障碍：
- (1) 一肢（含）以上肢体肌力2级（含）以下；
 - (2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
 - (3) 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）评估结果为3分；
 - (4) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

- 7.1.12 **深度昏迷** 指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级（GCS, Glasgow Coma Scale）结果为5分或5分以下，且已经持续使用呼吸机及其他生命维持系统96小时以上。

因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。

- 7.1.13 **双耳失聪** 指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆⁴⁷性丧失，在 500 赫兹、1000 赫兹和 2000 赫兹语音频率下，平均听阈大于等于 91 分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。
- 在0周岁至3周岁期间，被保险人首次患有双耳失聪除外。** 申请理赔时需提供理赔当时的听力丧失诊断及检查证据。

- 7.1.14 **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，如果使用其他视力表应进行换算）；
 - (3) 视野半径小于5度。

在0周岁至3周岁期间，被保险人首次患有双目失明除外。 申请理赔时需提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。

- 7.1.15 **瘫痪** 指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体随意运动功能永久完全丧失。肢体随意运动功能永久完全丧失，指疾病确诊180天后或意外伤害发生180天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或肢体肌力在2级（含）以下。

- 7.1.16 **心脏瓣膜手术** 指为治疗心脏瓣膜疾病，已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。

- 7.1.17 **严重阿尔茨海默病** 指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为严重的认知功能障碍、精神行为异常和社交能力减退等，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，并经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：
- (1) 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）评估结果为3分；

⁴⁷ 永久不可逆指自疾病确诊或意外伤害发生之日起，经过积极治疗 180 天后，仍无法通过现有医疗手段恢复。

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

阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不在保障范围内。

- 7.1.18 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，仍遗留下列至少一种障碍：
- (1) 一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；
 - (2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
 - (3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
- 7.1.19 严重原发性帕金森病** 是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为运动迟缓、静止性震颤或肌强直等，经相关专科医生确诊，且须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
- 继发性帕金森综合征、帕金森叠加综合征不在保障范围内。**
- 7.1.20 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。
- 7.1.21 严重特发性肺动脉高压** 指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到**美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）⁴⁸**心功能状态分级 IV 级，且静息状态下肺动脉平均压在 36mmHg（含）以上。
- 7.1.22 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，经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：
- (1) 严重咀嚼吞咽功能障碍；
 - (2) 呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难，且已经持续使用呼吸机 7 天（含）以上；
 - (3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
- 7.1.23 语言能力丧失** 指因疾病或意外伤害导致语言能力完全丧失，经过积极治疗至少12个月（声带完全切除不受此时间限制），仍无法通过现有医疗手段恢复。
- 精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。**
- 7.1.24 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，且须满足下列全部条件：
- (1) 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断：骨髓细胞增生程度<正常的25%；如≥正常的25%但<50%，则残存的造血细胞应<30%；
 - (2) 外周血象须具备以下三项条件中的两项：

⁴⁸ 美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）将心功能状态分为四级：

I 级：心脏病病人日常活动量不受限制，一般活动不引起乏力、呼吸困难等心衰症状。

II 级：心脏病病人人体力活动轻度受限制，休息时无自觉症状，一般活动下可出现心衰症状。

III 级：心脏病病人人体力活动明显受限，低于平时一般活动即引起心衰症状。

IV 级：心脏病病人不能从事任何体力活动，休息状态下也存在心衰症状，活动后加重。

- 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 $<20 \times 10^9/L$ 。

- 7.1.25 **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。
- 7.1.26 **严重慢性呼吸衰竭** 指因慢性呼吸系统疾病导致永久不可逆性的呼吸衰竭，经过积极治疗 180 天后满足以下全部条件：
（1）静息时出现呼吸困难；
（2）肺功能第一秒用力呼气容积（FEV₁）占预计值的百分比 $<30\%$ ；
（3）在静息状态、呼吸空气条件下，动脉血氧分压（PaO₂） $<50\text{mmHg}$ 。
- 7.1.27 **严重克罗恩病** 指一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克罗恩病（Crohn 病）病理组织学变化，须根据组织病理学特点诊断，且已经造成瘻管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。
- 7.1.28 **严重溃疡性结肠炎** 指伴有致命性电解质紊乱的急性暴发性溃疡性结肠炎，病变已经累及全结肠，表现为严重的血便和系统性症状体征，须根据组织病理学特点诊断，且已经实施了结肠切除或回肠造瘻术。
- 7.1.29 **严重多发性硬化症** 指因中枢神经系统脱髓鞘所致的不可逆的神经系统功能障碍，须由计算机断层扫描（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，且已经造成自主生活能力完全丧失，无法独立完成**六项基本日常生活活动**中的三项或三项以上，持续至少 180 日。
- 7.1.30 **严重原发性心肌病** 指一组不明原因所致的心肌病变，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，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，且持续至少90日。
继发性的心肌病变不在保障范围内。
- 7.1.31 **严重冠心病** 指经心脏科专科医生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。
- 7.1.32 **植物人状态** 指因脑皮质广泛性坏死导致对自身及周边的认知能力完全丧失，但脑干功能依然存在，须由专科医生明确诊断，且由头颅断层扫描（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，这种状态持续至少 30 日。
因酗酒或滥用药物所致的植物人状态不在保障范围内。
- 7.1.33 **系统性红斑狼疮性肾炎** 指系统性红斑狼疮累及肾脏导致的功能损害，经肾脏活检，病理结果符合世界卫生组织（WHO）诊断标准定义中的III型至VI型的狼疮性肾炎，血肌酐清除率持续每分钟 30ml。

世界卫生组织（WHO）狼疮性肾炎分型：

- I 型：微小病变型
- II 型：系膜增殖性狼疮性肾炎
- III 型：局灶节段增殖性狼疮性肾炎
- IV 型：弥漫增殖性狼疮性肾炎
- V 型：膜性狼疮性肾炎
- VI 型：肾小球硬化性狼疮性肾炎

- 7.1.34 严重类风湿性关节炎** 指一种慢性自身免疫性疾病，主要表现为慢性、进行性多关节病变。本病须由专科医生明确诊断，须满足下列全部条件：
- （1）至少包括下列关节中的三组或以上有广泛受损和畸形改变：双手指关节、双腕关节、双肘关节、双膝关节、双髋关节、双踝关节、脊椎或双脚趾关节；
 - （2）X 线检查可见类风湿性关节炎的典型变化；
 - （3）关节的畸形改变至少持续 180 天；
 - （4）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，至少持续 180 天。
- 7.1.35 重症急性坏死性筋膜炎** 指一种由细菌侵入皮下组织和筋膜引起的急性坏死性软组织感染，可伴有毒血症、败血症、中毒性休克、弥漫性血管内凝血及多器官衰竭。必须满足下列全部条件：
- （1）细菌培养和临床表现符合坏死性筋膜炎诊断标准；
 - （2）病情迅速恶化，有脓毒血症表现；
 - （3）自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上受感染肢体被截肢。
- 7.1.36 重症肌无力** 指一种神经与肌肉接头部位传递障碍的自身免疫性疾病，临床特征是局部或全身肌肉于活动时易于疲劳无力，须由专科医生明确诊断，并满足下列全部条件：
- （1）经药物治疗或胸腺手术治疗一年以上无法控制病情，症状缓解、复发及恶化交替出现；
 - （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。
- 7.1.37 经输血导致的艾滋病病毒感染或患艾滋病** 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。**我们必须拥有获得使用被保险人的所有血液样本的权利和能够对这些样本进行独立检验的权利。
- 7.1.38 严重肌营养不良症** 指一组原发于肌肉的疾病，临床表现为与神经系统无关的肌肉无力和肌肉萎缩。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。
- 7.1.39 严重脊髓灰质炎** 指由脊髓灰质炎病毒感染所导致的运动功能障碍或呼吸功能减弱持续三个月

以上，须导致一肢或一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，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。

7.1.40 I 型糖尿病

指经内分泌专科医生明确诊断为 I 型糖尿病，且须同时满足下列条件：

- (1) 必须持续性地依赖外源性胰岛素维持生命至少 180 天以上；
- (2) 血胰岛素测定、血 C 肽测定或尿 C 肽测定结果异常；
- (3) 出现下述三种并发症之一或一种以上：
 - ① 并发增殖性视网膜病变；
 - ② 并发心脏病变，并须植入心脏起搏器进行治疗；
 - ③ 至少一个脚趾发生坏疽并已达到手术切除指征。

7.1.41 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，并已经接受了坏死组织清除、病灶切除或胰腺部分切除的手术治疗。

因酒精中毒引起的急性胰腺炎除外。

7.1.42 因职业关系导致的艾滋病病毒感染或患艾滋病

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人类免疫缺陷病毒（HIV）。

理赔必须符合下列全部条件：

- (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 |
| 实验室工作人员 | 医院护工 |
| 医生助理和牙医助理 | 救护车工作人员 |
| 助产士 | 消防队员 |
| 警察 | 狱警 |

- (2) 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，即血液 HIV 病毒阳性或 HIV 抗体阳性。

7.1.43 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。该病须由内分泌科专科医生确诊，并且必须满足下列全部条件：

- (1) 明确诊断，符合所有以下诊断标准：

- ① 血浆促肾上腺皮质激素（ACTH）水平测定大于 100pg/ml；
- ② 血浆和尿游离皮质醇及尿 17 羟皮质类固醇、17 酮皮质类固醇测定、血浆肾素活性、血管紧张素 II 和醛固酮测定，显示为原发性肾上腺皮质功能减退症；
- ③ 促肾上腺皮质激素（ACTH）刺激试验显示为原发性肾上腺皮质功能减退症。

- (2) 已经采用皮质类固醇替代治疗 180 天以上。

本保障仅包括由自身免疫功能紊乱所导致的慢性肾上腺功能减退，其他成因（包括但不限于：肾上腺结核、HIV 感染或艾滋病、感染、肿瘤）所致的原发性肾上腺皮质功能减退和继发性肾上腺皮质功能减退均不在保

障范围内。

7.1.44 **主动脉夹层** 指主动脉壁在受到某些病理因素的破坏后，高速、高压的主动脉血流将其内膜撕裂，以致主动脉腔内的血流通过主动脉内膜的破裂口进入主动脉内壁而形成血肿。被保险人需通过 X 线断层扫描（CT）、磁共振扫描（MRI）、磁共振血管检验法（MRA）或血管扫描等检查，并且经专科医生认可有必要进行紧急修补手术。

7.1.45 **嗜铬细胞瘤** 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的疾病。嗜铬细胞瘤须由专科医生确诊，并已经由组织病理检查证实，且已经进行了切除嗜铬细胞瘤的手术治疗。

7.1.46 **非阿尔茨海默病所致严重痴呆** 指因阿尔茨海默病以外的脑的器质性疾病造成脑功能衰竭导致永久不可逆性的严重痴呆，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退。被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。导致痴呆的疾病须由专科医生明确诊断，并且由完整的临床、实验室和影像学检查结果证实。

神经官能症、精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在保障范围内。

7.1.47 **肾髓质囊性病** 肾髓质囊性病须由专科医生确诊，并且必须符合下列全部要求：
（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，并且有临床及影像学证据支持。

其他的肾脏囊性病变不在保障范围内。

7.1.48 **进行性核上性麻痹** 指一种隐袭起病、逐渐加重的神经系统变性疾病。本疾病须由神经科专科医生确诊，并满足以下全部临床特征：
（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（构音障碍和吞咽困难）。

7.1.49 **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。

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。

7.1.50 **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。

7.1.51 **象皮病** 指因丝虫感染导致淋巴管阻塞而造成身体组织出现严重淋巴水肿，达到国际淋巴学会淋巴水肿分期第Ⅲ期，其临床表现为肢体非凹陷性水肿伴畸形增大，硬皮症及疣状增生。此病症须由专科医生根据临床表现和微丝蚴的化验结果确诊。

急性淋巴管炎或其它原因引起的淋巴水肿并不在保障范围内。

7.1.52 **感染性心内膜炎导致的心脏瓣膜病** 指由感染性微生物导致的心脏内膜炎症，并须符合下列全部条件：
（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中度或中度以上的心脏瓣膜关闭不全（即返流部分面积达 20%或以上）或中度或中度以上的心脏瓣膜狭窄（即心脏瓣膜面积为正常值的 30%或以下）；

(3) 感染性心内膜炎及瓣膜受损的严重程度须由心脏病专科医生确诊，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。

7.1.53 系统性硬皮病

指一种以局限性或弥漫性皮肤增厚和皮肤、血管、内脏器官异常纤维化为特征的结缔组织病。本病须由专科医生明确诊断，并须满足下列至少一项条件：

- (1) 肺脏：肺部病变进而发展为肺间质纤维化和肺动脉高压；
- (2) 心脏：心功能受损达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级Ⅳ级；
- (3) 肾脏：肾脏受损导致双肾功能慢性不可逆衰竭，达到尿毒症期。

下列疾病不在保障范围内：

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

7.1.54 原发性硬化性胆管炎

指一种胆汁淤积综合症，其特征是肝内、肝外胆道因纤维化性炎症逐渐狭窄，并最终导致完全阻塞而发展为肝硬化。本病须由内镜逆行胰胆管造影等影像学检查证实，且必须由专科医生确诊，同时并须满足下列全部条件：

- (1) 总胆红素和直接胆红素同时升高，血清 ALP > 200U/L；
- (2) 持续性黄疸病史；
- (3) 出现胆汁性肝硬化或门脉高压。

因肿瘤或胆管损伤等继发性的硬化性胆管炎不在保障范围内。

7.1.55 克雅氏病

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

7.1.56 开颅手术

指被保险人因疾病或意外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**）。

理赔时必须提供由专科医生出具的诊断书及手术证明。

因脑垂体瘤、脑囊肿、脑动脉瘤及脑血管瘤而进行的开颅手术不在保障范围内。

7.1.57 丧失一眼及一肢

指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) 被保险人年满 3 周岁且矫正视力低于 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) 被保险人年满 3 周岁且视野半径小于 5 度。

投保时已有单眼缺失或有一肢缺失的不在保障范围内。

7.1.58 糖尿病导致的双脚截肢

指因糖尿病引起的神经及血管病变，须由专科医生确认，由踝关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上位置截除双脚是维持生命的唯一方法。

切除一只或多只脚趾或因任何其他原因引起的截肢不在保障范围内。

- 7.1.59 骨髓纤维化** 指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。病况必须恶化至永久性且严重程度导致被保险人必须每月至少进行一次输血治疗才能维持生命。骨髓纤维化须由血液科专科医生确诊，并且理赔时需提供骨髓穿刺检查诊断报告。
其他任何原因导致的继发性骨髓纤维化均不在保障范围内。
- 7.1.60 肺泡蛋白质沉积症** 指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。理赔时须满足下列全部条件：
(1) 支气管镜活检或开胸肺活检病理检查证实肺泡内充满有过碘酸雪夫(PAS)染色阳性的蛋白样物质；
(2) 被保险人因中重度呼吸困难或低氧血症而实际已行全身麻醉下的全肺灌洗治疗。
- 7.1.61 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。
- 7.1.62 严重肺源性心脏病** 指被保险人因慢性肺部疾病导致慢性心功能损害造成永久不可逆性的心功能衰竭。心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能IV级。被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。
- 7.1.63 侵蚀性葡萄胎（或称恶性葡萄胎）** 指异常增生的绒毛组织浸润性生长浸入子宫肌层或转移至其他器官或组织的葡萄胎，经病理诊断明确，并已经进行化疗或手术治疗的。
- 7.1.64 严重自身免疫性肝炎** 指一种原因不明的慢性肝脏的坏死性炎性疾病，机体免疫机制被破坏，产生针对肝脏自身抗原的抗体导致自身免疫反应，从而破坏肝细胞造成肝脏炎症坏死，进而发展为肝硬化。必须满足下列全部条件：
(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。
- 7.1.65 严重的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心脏病，须满足下列全部条件：
(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-斯综合症或心力衰竭的表现；
(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。
- 7.1.66 自体造血干细胞移植** 指由于患者罹患血液系统恶性肿瘤导致自身骨髓造血功能异常，为了达到治疗该血液肿瘤的目的，采集患者自身的一部分造血干细胞，分离并深低温保存再回输给患者，以重建患者的造血功能和免疫功能的一种治疗方式。该治疗必须是医疗必须的且已经在认可的医院内由专科医生实施完成。
- 7.1.67 严重慢性缩窄性心包炎** 指由于慢性心包炎症导致心包脏层和壁层广泛瘢痕粘连、增厚和钙化，心包腔闭塞，形成一个纤维瘢痕外壳，使心脏和大血管根部受压，妨碍心脏的舒

张。必需经心脏科专科医生明确诊断为慢性缩窄性心包炎，并且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，并持续 180 天以上。

- 7.1.68 出血性登革热** 严重登革热（出血性登革热），出现全部四种症状，包括发高烧、出血现象、肝肿大和循环衰竭（登革热休克综合症即符合 WHO 登革热第Ⅲ级及第Ⅳ级）。出血性登革热须由专科医生确诊。
非出血性登革热并不在保障范围内。
- 7.1.69 严重肝豆状核变性（Wilson 病）** 指由于铜代谢障碍所引起的一种疾病，其特点为肝硬化与双侧脑基底神经节变性同时存在，且须由专科医生明确诊断，并必须满足下列全部条件：
（1）临床表现包括：进行性加剧的肢体震颤，肌强直，吞咽及发音困难，精神异常；
（2）角膜色素环（K-F 环）；
（3）血清铜和血清铜蓝蛋白降低，尿铜增加；
（4）食管静脉曲张；
（5）腹水。
- 7.1.70 斯蒂尔病（全身型幼年类风湿性关节炎）** 指未成年时期的一种全身结缔组织病。可表现为弛张热、皮疹、关节炎、脾肿大、淋巴结肿大、浆膜炎、体重减轻、中性粒细胞增多等，全身症状可以先于关节炎出现。本病须在被保险人年满 18 周岁前经专科医生出具医学诊断证明，并且满足下列条件之一：
（1）临床及 X 线检查发现明显的关节畸形，以下关节中至少其中三个关节受累：手关节、腕关节、肘关节、膝关节、髋关节、踝关节、脊椎关节或跖趾关节；
（2）因病情严重在医生的建议下已接受以治疗为目的的膝或髋关节的置换手术。
未成年人其他类型的类风湿性关节炎不在保障范围内。
- 7.1.71 严重甲型及乙型血友病** 被保险人必须是患上严重甲型血友病（缺乏Ⅷ凝血因子）或严重乙型血友病（缺乏Ⅸ凝血因子），而凝血因子Ⅷ或凝血因子Ⅸ的活性水平少于百分之一。诊断须由血液病专科医生确认。
- 7.1.72 严重肠道疾病并发症** 严重肠道疾病或外伤导致小肠损害并发症，满足下列全部条件：
（1）至少切除了三分之二小肠；
（2）完全肠外营养支持三个月以上。
- 7.1.73 严重哮喘** 指一种可逆性、反复发作的支气管阻塞型疾病，需满足下列至少三项条件：
（1）过去两年中有哮喘持续状态（哮喘持续发作 24 小时以上不能缓解）病史；
（2）身体活动耐受能力显著且持续下降；
（3）肺部慢性过度膨胀充气导致的胸廓畸形；
（4）在家中需要医师处方的氧气治疗法；
（5）持续日常服用口服可的松类固醇激素（至少持续服用 6 个月以上）。
- 7.1.74 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，达到纽约心脏病学会心功能状态分级Ⅳ级，且需持续至少 180 日。
- 7.1.75 胆道重建手术** 指因疾病或胆道创伤导致接受涉及胆总管小肠吻合术的胆道重建手术。手术

必须在专科医生认为是医疗必须进行的情况下进行。

胆道闭锁并不在保障范围内。

- 7.1.76 埃博拉病毒感染** 受埃博拉病毒感染导致出血性发热。埃博拉病必须经国家机关认可的有合法资质的认可的医院传染病专科医生确诊，并且埃博拉病毒的存在必须经过实验室检查证实。该病必须从症状开始后 30 日后持续出现并发症。
- 7.1.77 严重瑞氏综合症 (Reye 综合症)** 瑞氏综合症是线粒体功能障碍性疾病。广泛的线粒体受损，导致脂肪代谢障碍，引起短链脂肪酸、血氨升高，造成脑水肿。主要临床表现为急性发热、反复呕吐、惊厥及意识障碍等。肝脏活检是确诊的重要手段。瑞氏综合症需由三级医院儿科专科医生确诊，并符合下列全部条件：
 (1) 有脑水肿和颅内压升高的脑脊液检查和影像学检查证据；
 (2) 血氨超过正常值的 3 倍；
 (3) 临床出现昏迷，病程至少达到疾病分期第 3 期。
- 7.1.78 重症手足口病** 指由肠道病毒引起的急性传染病，主要症状表现为手、足、口腔等部位的斑丘疹、疱疹。经儿科专科医生确诊为患有手足口病，并伴有下列三项中的任意一项并发症：
 (1) 有脑膜炎或脑炎并发症，且导致意识障碍或瘫痪的临床表现及实验室检查证据；
 (2) 有肺炎或肺水肿并发症，且导致呼吸衰竭的临床表现及实验室检查证据；
 (3) 有心肌炎并发症，且导致心脏扩大或心力衰竭的临床表现及实验室检查证据。
- 7.1.79 成骨不全症第三型** 指一种胶原病，特征为骨易碎、骨质疏松和易骨折。该病有 4 种类型：I 型、II 型、III 型、IV 型。本附加合同只保障 III 型成骨不全的情形，其主要临床特点有：发展迟缓、多发性骨折、进行性脊柱后侧凸及听力损害。III 型成骨不全必须根据身体检查、家族史、X 线检查和皮肤活检报告资料确诊。
- 7.1.80 细菌性脑脊髓膜炎** 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 日以上，并且脑脊液检查显示脑膜炎双球菌阳性。
 永久性神经损害是指由细菌性脑脊髓膜炎引起的耳聋、失明、动眼神经麻痹、瘫痪、脑积水、智力或性情中度以上的损害，且上述症状持续 90 日以上仍无改善迹象。
- 7.1.81 严重川崎病** 指原因不明的系统性血管炎，并须满足下列全部条件：
 (1) 超声心动图显示川崎病并发冠状动脉瘤或其他心血管异常；
 (2) 已接受了针对川崎病并发冠状动脉瘤或其他心血管异常所进行的手术治疗。
- 7.1.82 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。此手术必须由专科医生认为是医学上必需的情况下进行。
- 7.1.83 严重骨髓增生异常综合症** 指起源于造血干细胞的一组骨髓克隆增生异常的疾病，符合世界卫生组织 (WHO) 分型方案中的、难治性贫血伴原始细胞增多-1 (RAEB)、难治性贫血伴原始细胞增多-2 (RAEB-2)、MDS-未分类 (MDS-U)、MDS 伴单纯 5q-且需满足下列全部条件：
 (1) 骨髓穿刺或骨髓活检结果支持诊断；

(2) 已持续接受一个月以上的化疗或已接受骨髓移植治疗。

此病症须由专科医生明确诊断。

7.1.84 严重癫痫

指经神经科或儿科专科医生根据典型临床症状和脑电图及 X 线断层扫描 (CT)、磁共振扫描 (MRI)、正电子发射断层扫描 (PET) 等影相学检查确诊。理赔时必须提供 6 个月以上的相关病历记录证明被保险人存在经抗癫痫药物治疗无效而反复发作的强直阵挛性发作或癫痫大发作, 且已行神经外科手术以治疗反复发作的癫痫。

发热性惊厥以及没有全身性发作的失神发作 (癫痫小发作) 不在保障范围内。

7.1.85 婴儿进行性脊肌萎缩症

指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神经前角细胞进行性机能障碍, 伴随肌肉无力和延髓机能障碍。

该病须由神经科专科医生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) 不在保障范围内。

7.1.86 因器官移植导致的艾滋病病毒感染或患艾滋病

指因进行器官移植而感染上人类免疫缺陷病毒 (HIV) 或患艾滋病, 且须满足下列全部条件:

(1) 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或患艾滋病;

(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或患艾滋病, 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 感染或患艾滋病不在保障范围内。

7.1.87 严重继发性肺动脉高压

指继发性肺动脉压力持续增高, 导致右心室肥厚, 已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限, 达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级。诊断需要由心脏科专家确诊, 并且心导管检查报告显示静息状态下肺动脉平均压超过 30mmHg。

所有先天性心脏疾病直接或间接引起的肺动脉高压也不在保障范围内。

7.1.88 艾森门格综合症

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

(1) 平均肺动脉压高于 40mmHg;

(2) 肺血管阻力高于 3mm/L/min (Wood 单位);

(3) 正常肺微血管楔压低于 15mmHg。

7.1.89 脊髓小脑变性症

指一组以小脑萎缩和共济失调为主要临床特点的疾病。须满足下列全部条件:

(1) 脊髓小脑变性症必须由医院诊断, 并有以下证据支持:

① 影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。

- 7.1.90 **严重主动脉炎** 指经心脏或血管外科专科医生确诊的大动脉炎，须满足下列全部条件：
 (1) 红细胞沉降率及C反应蛋白高于正常值；
 (2) 超声检查、CTA检查或血管造影检查证实主动脉及其主要分支存在狭窄。
- 7.1.91 **Brugada 综合症** 指由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 综合症。
 经医生判断认为医疗必须安装且实际已安装永久性心脏除颤器。
- 7.1.92 **进行性多灶性白质脑病** 指一种亚急性脱髓鞘性脑病，常常发现于免疫缺陷的病人。必须由神经科专科医生根据脑组织活检确诊。
- 7.1.93 **亚急性硬化性全脑炎** 指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。须满足下列全部条件：
 (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定度升高；
 (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。
- 7.1.94 **原发性脊柱侧弯矫正手术** 指被保险人因原发性脊柱侧弯，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在保障范围内。**
- 7.1.95 **多处臂丛神经根性撕脱** 指由于疾病或意外导致至少两根臂丛神经根性撕脱，所造成的手臂感觉功能与运动功能完全永久性丧失。该病须由专科医生明确诊断，并且有电生理检查结果证实。
- 7.1.96 **严重结核性脑膜炎** 指由结核杆菌引起的脑膜和脊膜的非化脓性炎症性疾病。需满足下列全部条件：
 (1) 出现颅内压明显增高，表现头痛、呕吐和视乳头水肿；
 (2) 出现部分性、全身性癫痫发作或癫痫持续状态；
 (3) 昏睡或意识模糊；
 (4) 视力减退、复视和面神经麻痹。
- 7.1.97 **严重巨细胞动脉炎** 巨细胞动脉炎又称颅动脉炎、颞动脉炎、肉芽肿性动脉炎，须由专科医生明确诊断，并造成永久不可逆性的单个肢体功能障碍或单眼失明。单眼失明指单眼视力永久不可逆性丧失，患眼须满足下列至少一项条件：
 (1) 眼球缺失或者摘除；
 (2) 矫正视力低于 0.02（采用国际标准视力表，如果使用其它视力表应进行换算）；
 (3) 视野半径小于 5 度。
- 7.1.98 **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。
- 7.1.99 **溶血性链球菌引起的坏疽** 包围肢体或躯干的浅筋膜或深筋膜受到溶血性链球菌的感染，病情在短时间内急剧恶化，已经立刻进行了手术及清创术。最后须由认可的医院的微生物或病理学专家进行相关检查后确诊。

- 7.1.100 肾上腺脑白质营养不良** 指一种最常见的过氧化物酶体病，主要累及肾上腺和脑白质，主要表现为进行性的精神运动障碍，视力及听力下降或肾上腺皮质功能低下等。须由专科医生诊断，且已经造成自主生活能力完全丧失，无法独立完成**六项基本日常生活活动**中的三项或三项以上，持续至少 180 天。
- 7.1.101 恶性肿瘤——轻度** 指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO，World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴，但不在“恶性肿瘤——重度”保障范围的疾病。且特指下列六项之一：
- （1）TNM 分期为 I 期的甲状腺癌（甲状腺癌的 TNM 分期见附表一）；
 - （2）TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期的前列腺癌；
 - （3）黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；
 - （4）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
 - （5）相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
 - （6）未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 < 10/50 HPF 和 ki-67 ≤ 2%）的神经内分泌肿瘤。
- 下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”，不在保障范围内：**
- ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：**
- a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；
 - b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等。

附表一：甲状腺癌的 TNM 分期

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

甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hürthle细胞癌和未分化癌

pTX：原发肿瘤不能评估

pT0：无肿瘤证据

pT1：肿瘤局限在甲状腺内，最大径 $\leq 2\text{cm}$

T1a肿瘤最大径 $\leq 1\text{cm}$

T1b肿瘤最大径 $> 1\text{cm}$ ， $\leq 2\text{cm}$

pT2：肿瘤 $2\sim 4\text{cm}$

pT3：肿瘤 $> 4\text{cm}$ ，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT3a：肿瘤 $> 4\text{cm}$ ，局限于甲状腺内

pT3b：大体侵犯甲状腺外带状肌，无论肿瘤大小

带状肌包括：胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT4：大体侵犯甲状腺外带状肌外

pT4a：侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT4b：侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pTX：原发肿瘤不能评估

pT0：无肿瘤证据

pT1：肿瘤局限在甲状腺内，最大径 $\leq 2\text{cm}$

T1a肿瘤最大径 $\leq 1\text{cm}$

T1b肿瘤最大径 $> 1\text{cm}$ ， $\leq 2\text{cm}$

pT2：肿瘤 $2\sim 4\text{cm}$

pT3：肿瘤 $> 4\text{cm}$ ，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT3a：肿瘤 $> 4\text{cm}$ ，局限于甲状腺内

pT3b：大体侵犯甲状腺外带状肌，无论肿瘤大小

带状肌包括：胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT4：进展期病变

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

pT4b：重度进展，任何大小的肿瘤，侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管

区域淋巴结：适用于所有甲状腺癌

pNx：区域淋巴结无法评估

pN0：无淋巴结转移证据

pN1：区域淋巴结转移

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

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

远处转移：适用于所有甲状腺癌

M0：无远处转移

M1：有远处转移

| | | | |
|---------------|-------|-----|---|
| 乳头状或滤泡状癌（分化型） | | | |
| 年龄<55岁 | | | |
| | T | N | M |
| I 期 | 任何 | 任何 | 0 |
| II 期 | 任何 | 任何 | 1 |
| 年龄≥55岁 | | | |
| I 期 | 1 | 0/x | 0 |
| | 2 | 0/x | 0 |
| II 期 | 1~2 | 1 | 0 |
| | 3a~3b | 任何 | 0 |
| III 期 | 4a | 任何 | 0 |
| IVA 期 | 4b | 任何 | 0 |
| IVB 期 | 任何 | 任何 | 1 |
| 髓样癌（所有年龄组） | | | |
| I 期 | 1 | 0 | 0 |
| II 期 | 2~3 | 0 | 0 |
| III 期 | 1~3 | 1a | 0 |
| IVA 期 | 4a | 任何 | 0 |
| | 1~3 | 1b | 0 |
| IVB 期 | 4b | 任何 | 0 |
| IVC 期 | 任何 | 任何 | 1 |
| 未分化癌（所有年龄组） | | | |
| IVA 期 | 1~3a | 0/x | 0 |
| IVB 期 | 1~3a | 1 | 0 |
| | 3b~4 | 任何 | 0 |
| IVC 期 | 任何 | 任何 | 1 |

注：以上表格中“年龄”指患者病理组织标本获取日期时的年龄。

附表二：

| 百年附加医惠通费用补偿医疗保险计划表 | | |
|--------------------|-----------|--------|
| 年度保险金额 | 一般医疗保险金 | 200 万元 |
| | 特定疾病医疗保险金 | 200 万元 |
| 年免赔额 | 一般医疗保险金 | 1 万元 |
| | 特定疾病医疗保险金 | 0 万元 |