

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）
C00005032312022011677283

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。是否接受投保、承保，由**保险人**(见释义 11.1)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，由保险人依照有关法律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《**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保险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，保险人按本保险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。

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

11.15 不可抗力

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。

11.16 保险金申请人

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。

11.17 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。

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（2021 通用版）

（京东安联）(备-医疗保险)【2021】(附) 109 号

1. 附加保险合同订立

本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）须附加于保险人主保险合同使用。除另有约定外，本附加合同的保险金受益人为被保险人本人。

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**意外伤害**，或在**等待期**（见释义 12.1）（续保无等待期约定）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**需被保险人个人支付的、必需且合理的**（见释义 12.7）**住院医疗费用**，在扣除保险单载明的免赔额后，依照保险单载明的比例补偿。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**特殊门诊治疗的，保险人对于本附加合同约定**6 种重大疾病特殊门诊**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 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**保险单载明的比例补偿**。

本项责任承保的 6 种重大疾病特殊门诊医疗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) 严重急性心肌梗死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) 严重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) 严重慢性肾衰竭（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，若被保险人因遭受意外伤害导致罹患本附加合同约定的一种或多种重大疾病（见释义 12.20），或在等待期（续保无等待期约定）后因初次出现症状或体征且确诊罹患本附加合同约定的一种或多种重大疾病，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重大疾病医疗保险金：

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，保险人对于本附加合同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，依照保险单载明的比例补偿。

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。

2. 6 种重大疾病特殊门诊医疗费用

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，保险人对于本附加合同约定 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，依照保险单载明的比例补偿。

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) 严重急性心肌梗死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) 严重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) 严重慢性肾衰竭（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合同下的全部保险责任终止。

3. 免赔额

一、本附加合同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合同约定的重大疾病且在境内医疗机构接受治疗的，对于自确诊重大疾病之日起所发生的符合本附加合同约定的重大疾病医疗费用，保险人在补偿保险金时，不再扣除免赔额。（如投保的产品有更多不扣除免赔额的疾病类型，以保险合同约定为准。）

三、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合同约定的医疗费用，保险人在补偿保险金时，不再扣除免赔额。

四、免赔额由投保人与保险人在订立本附加合同时协商确定，并在保险单中载明。

4. 补偿原则和标准

一、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合同的约定进行补偿。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），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合同有相抵触之处，则应以本附加合同为准。

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：

1. 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。

2. 既往疾病及未如实告知疾病

- 1) 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；
- 2) 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。

3. 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。

4. 不符合本附加合同约定的医疗费用

- 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) 本附加合同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；
- 9) 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；
- 10) 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；
- 11) 被保险人住院体检；
- 12) 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；
- 13) 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；
- 14) 眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器、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）；
- 15) 因预防、康复、保健型或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；
- 16) 包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；
- 17) 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；
- 18) 被保险人接受实验性治疗，即未经科学或医学认可的医疗；
- 19) 被保险人因职业病（见释义 12.22）产生的医疗费用；
- 20) 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；
- 21) 等待期内罹患的疾病或等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；
- 22) 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）；

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) 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）；
- 2) 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。本附加合同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，本附加合同的“保险期间”同主保险合同一致。

保险期间内，被保险人因本附加合同约定的意外伤害、疾病或重大疾病在医院接受住院治疗或特定重大疾病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附加合同终止日次日起 30 日内发生的住院医疗费用，保险人仍在本附加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附加合同终止日次日起 30 日后发生的住院医疗费用，保险人不再承担补偿保险金的责任。

8. 不保证续保

本附加合同为不保证续保合同，保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

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相关材料。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. 本附加合同效力终止

本附加合同所附属的主保险合同效力终止，本附加合同效力即行终止。主保险合同无效，本附加合同亦无效。

11. 其他条款的适用

本附加合同与主保险合同不一致之处，以本附加合同为准；本附加合同未尽之处，以主保险合同为准。

12. 释义

12.1 等待期

等待期又称观察期或免责期，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。

12.6 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。

12.7 必需且合理的

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。

12.8 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。本附加合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化疗，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。本附加合同所指的放疗为被保险人根据医嘱，在医院的专门科室进行的放疗。

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。本附加合同所指的靶向治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监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，其中序号 1-28 的重大疾病属于中国保险行业协会制定的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》（以下简称规范）的重大疾病范围，序号 29-100 的重大疾病为保险公司增加的规范重大疾病范围以外的其他疾病，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，病灶经组织病理学检查（见释义 12.23）（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，WorldHealthOrganization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）（见释义 12.24）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）（见释义 12.24）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。
2	较重急性心肌梗死	<p>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。</p> <p>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：</p> <p>（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；</p> <p>（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；</p> <p>（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）；</p> <p>（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；</p> <p>（5）影像学检查证实存在新出现的室壁瘤；</p> <p>（6）出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。</p> <p>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。</p>
3	严重脑中风后遗症	<p>指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：</p> <p>（1）一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；</p> <p>（2）语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；</p> <p>（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（见释义 12.25）活动中的三项或三项以上。</p>
4	重大器官移植术或造血干细胞移植术	<p>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。</p>
5	冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）	<p>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。</p> <p>所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。</p>
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	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	急性重症肝炎或亚急性重症肝炎	<p>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：</p> <p>（1）重度黄疸或黄疸迅速加重；</p> <p>（2）肝性脑病；</p> <p>（3）B 超或其它影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；</p>

		(4) 肝功能指标进行性恶化。
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-O-3肿瘤形态学编码属于0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）范畴，并已经引起颅内压升高或神经系统功能损害，出现视乳头水肿或视觉受损、听觉受损、面部或肢体瘫痪、癫痫等，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且须满足下列至少一项条件： （1）已经实施了开颅进行的颅内肿瘤完全或部分切除手术； （2）已经实施了针对颅内肿瘤的放射治疗，如 γ 刀、质子重离子治疗等。 下列疾病不在保障范围内： （1）脑垂体瘤； （2）脑囊肿； （3）颅内血管性疾病（如脑动脉瘤、脑动静脉畸形、海绵状血管瘤、毛细血管扩张症等）。
10	严重慢性肝衰竭	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	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，ClinicalDementiaRating）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。
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，GlasgowComaScale）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。
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。
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。
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。
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，ClinicalDementiaRating）评估结果为3分； （2）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。 阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不在保障范围内。

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。
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。
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(NewYorkHeartAssociation, NYHA)心功能状态分级 IV 级,且静息状态下肺动脉平均压在 36mmHg(含)以上。
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。
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,且须满足下列全部条件: (1) 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断:骨髓细胞增生程度<正常的25%;如≥正常的25%但<50%,则残存的造血细胞应<30%; (2) 外周血象须具备以下三项条件中的两项: ①中性粒细胞绝对值<0.5×10 ⁹ /L; ②网织红细胞计数<20×10 ⁹ /L; ③血小板绝对值<20×10 ⁹ /L。
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。
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天后满足以下所有条件: (1) 静息时出现呼吸困难; (2) 肺功能第一秒用力呼气容积(FEV ₁)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(PaO ₂)<50mmHg。
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,且已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。
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瘘术。
29	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。
30	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。
31	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。
32	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。
33	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。
34	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。
35	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。 保险人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。 保险人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。
36	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。
37	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。
38	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

39	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。
40	重症急性坏死性筋膜炎	是一种由细菌侵入皮下组织和筋膜引起的急性坏死性软组织感染，可伴有毒血症、败血症、中毒性休克、弥漫性血管内凝血及多器官衰竭。必须满足以下所有条件： (1) 细菌培养和临床表现符合坏死性筋膜炎诊断标准； (2) 病情迅速恶化，有脓毒血症表现； (3) 受感染肢体被截肢（自腕关节或踝关节近端）。
41	急性坏死性胰腺炎开腹手术	指为治疗急性坏死性胰腺炎，实际实施了开腹进行的坏死组织清除术、病灶切除术或胰腺部分切除术。 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。
42	系统性硬皮病	一种系统性胶原血管病引起进行性的皮肤、血管和内脏器官的弥漫性纤维化。本病症须经本附加合同约定医院的专科医生明确诊断，并须满足下列全部条件： (1) 由活检和血清学证据支持； (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： 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； 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； ③肾脏：已造成肾脏损害，并出现肾功能衰竭。 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。 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。
43	慢性复发性胰腺炎	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。 酒精导致的慢性复发性胰腺炎不在保障范围内。
44	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。 保险人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。
45	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。
46	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。 保险人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。

47	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，或不能随意识活动。</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>
48	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>
49	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>
50	严重冠状动脉粥样硬化性心脏病（严重冠心病）	<p>指经冠状动脉造影检查明确诊断为主要血管严重狭窄性病变，须满足下列至少一项条件：1. 左冠状动脉主干和右冠状动脉中，一支血管管腔堵塞 75%以上，另一支血管管腔堵塞 60%以上；2. 左前降支、左旋支和右冠状动脉中，至少一支血管管腔堵塞 75%以上，其他两支血管管腔堵塞 60%以上。</p> <p>左前降支的分支血管、左旋支的分支血管及右冠状动脉的分支血管的狭窄不作为本保障的衡量指标。</p>
51	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本附加合同约定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：</p> <p>德韦克综合症</p> <p>其他脱髓鞘疾病</p>
52	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>
53	严重原发性心肌病	<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>
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级 IV 级，且需持续至少 90 天。</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>
55	肺淋巴管肌瘤病	<p>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：</p> <p>（1）经组织病理学诊断；</p> <p>（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（PaO₂）持续<50mmHg。</p>
56	侵蚀性葡萄胎（或称恶性葡萄胎）	<p>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，需要本附加合同约定医院的专科医生诊断并提供病理与血液检测以支持诊断。</p>
57	III度房室传导阻滞	<p>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：</p> <p>（1）心电图显示房室搏动彼此独立，心室率<50 次/分钟；</p>

		<p>(2) 出现阿-斯综合征或心力衰竭的表现；</p> <p>(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。</p>
58	感染性心内膜炎	<p>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：</p> <p>(1) 血液细菌培养结果呈阳性，证明感染性微生物的存在；</p> <p>(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）；</p> <p>(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附加合同约定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。</p>
59	肝豆状核变性 (Wilson's disease)	<p>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。必须由本附加合同约定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。</p>
60	肺源性心脏病	<p>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：</p> <p>(1) 左心房压力增高（不低于 20 个单位）；</p> <p>(2) 肺血管阻力高于正常值 3 个单位（Pulmonary Resistance）；</p> <p>(3) 肺动脉血压不低于 40 毫米汞柱；</p> <p>(4) 肺动脉楔压不低于 6 毫米汞柱；</p> <p>(5) 右心室心脏舒张期末压力不低于 8 毫米汞柱；</p> <p>(6) 右心室过度肥大、扩张，出现右心衰竭和呼吸困难。</p>
61	肾髓质囊性病	<p>肾髓质囊性病的诊断须同时符合下列要求：</p> <p>(1) 肾髓质有囊肿、肾小管萎缩及间质纤维化等病理改变；</p> <p>(2) 肾功能衰竭；</p> <p>(3) 诊断须由肾组织活检确定。</p> <p>保险人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>
62	严重继发性肺动脉高压	<p>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。</p> <p>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。</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>
63	进行性核上性麻痹	<p>一种隐袭起病、逐渐加重的神经系统变性疾病。本疾病必须由本附加合同约定医院的神经科专科医生确诊，并须满足下列所有条件：</p> <p>(1) 步态共济失调；</p> <p>(2) 对称性眼球垂直运动障碍；</p> <p>(3) 假性球麻痹，表现为构音障碍和吞咽困难。</p>
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。</p> <p>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	<p>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附加合同约定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。</p>
66	小肠移植	<p>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。此手术必须由本附加合同约定医院的专科医生认为是医学上必需的情况下进行。</p>
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书及手术报告。</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	<p>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本附加合同约定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。</p>
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。</p>
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。手术必须在本附加合同约定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変，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) 由本附加合同约定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) 本附加合同约定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)	<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，</p>

	瑞氏综合征)	癫痫, 昏迷; 肝脏肿大, 肝功能异常, 肝脂肪变性。此诊断需由本附加合同约定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。
80	严重骨髓异常增生综合征	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: (1) FAB 分类为难治性贫血伴原始细胞增多 (RAEB); (2) 根据“骨髓增生异常综合征修订国际预后积分系统 (IPSS-R)”积分 ≥ 3 , 属于中危及以上组。
81	冠状动脉血管成形术 (冠状动脉粥样斑块切除术)	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。
82	骨生长不全	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。
83	严重癫痫	本病的诊断须由神经科或儿科专科医生根据典型临床症状和脑电图及 MRI、PET、CT 等影相学检查做出。理赔时必须提供 6 个月以上的相关病历记录证明被保险人存在经抗癫痫药物治疗无效而反复发作的强直阵挛性发作或癫痫大发作, 或者已行神经外科手术以治疗反复发作的癫痫。 除外: -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	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附加合同约定医院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。 理赔时必须满足下列全部条件: (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) 本附加合同约定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附加合同约定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	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颅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。 该病必须经由本附加合同约定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。 保险人承担本项疾病责任不受本附加合同“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的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附加合同约定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) 经由本附加合同约定医院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）。有关诊断必须由本附加合同约定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附加合同约定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。该病必须由本附加合同约定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，在本附加合同约定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） (5) 血浆渗漏（即胸水，腹水或低蛋白血症等） (6) 登革休克综合征（DSS），由专科医生证实，并满足以下标准： 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） ②组织低灌注，如冷，皮肤湿冷，尿少，或代谢性酸中毒。 WHO 分期标准： 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。 第二期：第一期加上有自发性出血。 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。 第四期：严重休克，血压脉搏量不到。

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$>3.5\text{mg/dl}$ 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	<p>由本附加合同约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。</p>
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附加合同约定 s 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>

12.21 既往病症

指被保险人在保险合同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。

12.23 组织病理学检查

组织病理学检查是通过局部切除、钳取、穿刺等手术方法，从患者机体采取病变组织块，经过包埋、切片后，进行病理检查的方法。

通过采集病变部位脱落细胞、细针吸取病变部位细胞、体腔积液分离病变细胞等方式获取病变细胞，制成涂片，进行病理检查的方法，属于细胞病理学检查，不属于组织病理学检查。

12.24 ICD-10 与 ICD-0-3

《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-0-3)，是 WHO 发布的针对 ICD 中肿瘤形态学组织学细胞类型、动态、分化程度的补充编码。其中形态学编码：0 代表良性肿瘤；1 代表动态未定性肿瘤；2 代表原位癌和非侵袭性癌；3 代表恶性肿瘤 (原发性)；6 代表恶性肿瘤 (转移性)；9 代表恶性肿瘤 (原发性或转移性未肯定)。如果出现 ICD-10 与 ICD-0-3 不一致的情况，以 ICD-0-3 为准。

12.25 六项基本日常生活

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
附加扩展承保特定既往病症医疗费用补偿保险条款 (2021 版)
C00005032522022012901753

1. 附加保险合同订立

本附加保险合同 (以下简称“本附加合同”) 须附加于保险人主保险合同使用。除另有约定外，本附加合同的保险

金受益人为被保险人本人。

2. 保险责任

若被保险人首年投保时完全符合健康告知，且在保险期间因符合本附加合同约定的特定既往病症（见释义 9.1），经医疗机构（见释义 9.2）诊断必须住院（见释义 9.3）治疗的，保险人对于需被保险人个人支付的、必需且合理的（见释义 9.4）住院医疗费用和因与该次住院相同原因而接受的门急诊治疗费用（见释义 9.5），保险人在扣除本保险单载明的免赔额后，依照保险单上载明的比例补偿。住院医疗费用包括床位费（见释义 9.6）、膳食费（见释义 9.7）、护理费（见释义 9.8）、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费（见释义 9.9）、治疗费（见释义 9.10）、药品费（见释义 9.11）、手术费（见释义 9.12）。

保险人对本项的医疗费用累积给付金额以保险单载明的特定既往病症医疗费用保险金额为限，当保险人全年累积给付金额达到保险单载明的特定既往病症医疗费用保险金额时，保险人对被保险人在本附加合同下的保险责任终止。

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合同有相抵触之处，则应以本附加合同为准。

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）不符合本附加合同约定的特定既往疾病

1. 保险单载明的保险合同生效日前的 2 年（含）内，存在以下任一情形：

（1）已被诊断且住院治疗的疾病（但因急性胃肠炎/单次发作已痊愈的肺炎/上呼吸道感染住院不在此限）；

（2）因任何疾病已持续或间断进行药物治疗 30 天（含）以上；

2. 投保前曾患有如下疾病，或投保前存在以下任一行为/症状：

（1）恶性肿瘤、白血病、淋巴瘤、严重贫血（血红蛋白<60 克/升）、慢性阻塞性肺病、糖尿病、溃疡性结肠炎、乙型肝炎或乙肝病毒携带者、肝硬化、肝功能衰竭、肾脏疾病、脑卒中（脑中风、脑出血、脑梗塞）、老年性痴呆、脑瘫、精神性疾病（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计-分类》（ICD10）分类为精神和行为障碍的疾病）、系统性红斑狼疮、类风湿性关节炎、HIV 病毒感染、艾滋病、克隆病、溃疡性结肠炎、心肌梗塞、慢性肾功能不全、器官移植术；

（2）伴有边界不清或不规则的甲状腺结节、乳房（乳腺）结节、肺部结节或毛玻璃影；

（3）其他不明性质的肿块/息肉/囊肿/新生物/癌前病变（重度不典型增生）；

（4）自主生活能力完全丧失，无法独立完成如下六项基本日常生活活动中的三项（含）以上：洗澡、进食、移动（从一个房间到另一个房间）、行动（上下床或上下轮椅）、穿衣、如厕。

（二）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。

（三）不符合本附加合同约定的医疗费用

1. 无本附加合同约定医疗机构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. 本附加合同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. 本附加合同约定医疗机构医生开具的超过 30 天部分的药品费用；

5. 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除外；

7. 在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；

8. 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；

9. 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；

10. 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；

11. 被保险人住院体检；

12. 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；

13. 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；

14. 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（本附加合同约定医疗机构医生认为治疗必不可少的不在此限）；

15. 因预防、康复、保健型或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；

16. 包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；
17. 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；
18. 被保险人接受实验性治疗，即未经科学或医学认可的医疗；
19. 被保险人因职业病（见释义 9.13）产生的医疗费用；
20. 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；
21. 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；
22. 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；
23. 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：

- （一）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）；
- （二）被保险人进行各种车辆表演、车辆竞赛期间。

4. 保险期间

除另有约定外，本附加合同的“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。此外，保险人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。

6. 不保证续保

本附加合同为不保证续保合同，保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

7. 本附加合同效力终止

本附加合同所附属的主保险合同效力终止，本附加合同效力即行终止。主保险合同无效，本附加合同亦无效。

8. 其他条款的适用

保险合同中，本附加合同与主保险合同或其它附加条款不一致之处，以本附加合同约定为准；本附加合同未尽之处，以主合同约定为准。

9. 释义

9.1 特定既往病症

必须完全符合下列所有内容：

- 1、保险单载明的保险合同生效日前的 2 年（含）内，不存在以下任一情形：
 - 1) 已被诊断且住院治疗的疾病（但因急性胃肠炎/单次发作已痊愈的肺炎/上呼吸道感染住院不在此限）；
 - 2) 因任何疾病已持续或间断进行药物治疗 30 天（含）以上；
- 2、投保前未曾患有如下疾病，或投保前不存在以下任一行为/症状：
 - 1) 恶性肿瘤、白血病、淋巴瘤、严重贫血（血红蛋白<60 克/升）、慢性阻塞性肺病、糖尿病、溃疡性结肠炎、

乙型肝炎或乙肝病毒携带者、肝硬化、肝功能衰竭、肾脏疾病、脑卒中（脑中风、脑出血、脑梗塞）、老年性痴呆、脑瘫、精神性疾病（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计-分类》（ICD10）分类为精神和行为障碍的疾病）、系统性红斑狼疮、类风湿性关节炎、HIV 病毒感染、艾滋病、克隆病、溃疡性结肠炎、心肌梗塞、慢性肾功能不全、器官移植术；

2) 伴有边界不清或不规则的甲状腺结节、乳房（乳腺）结节、肺部结节或毛玻璃影；

3) 其他不明性质的肿块/息肉/囊肿/新生物/癌前病变（重度不典型增生）；

4) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成如下六项基本日常生活活动中的三项(含)以上：洗澡、进食、移动（从一个房间到另一个房间）、行动（上下床或上下轮椅）、穿衣、如厕。

9.2 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住院医师主诊；

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。

9.3 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。

9.4 必需且合理的

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) 由本附加合同约定医疗机构医生开具的处方药；

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。

9.5 门急诊治疗费用

指住院治疗前（含住院当日）7 日（含）和出院后（含出院当日）30 日（含）内的门急诊治疗费用。

9.6 床位费

指被保险人使用的医院床位的费用。

9.7 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。

9.8 护理费

指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

9.9 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。

9.10 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。

9.11 药品费

指实际发生的合理且必要的由本附加合同约定医疗机构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。

9.12 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。

9.13 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（2021版） C00005032522022012901803

1. 附加保险合同订立

本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）须附加于保险人主保险合同使用。除另有约定外，本附加合同的保险金受益人为被保险人本人。

2. 保险责任

保险期间内，被保险人因**意外**或在**等待期**（见释义 10.1）后罹患疾病经**医疗机构**（见释义 10.2）诊断必须住院（见释义 10.3）治疗的，对于被保险人住院治疗前（含住院当日）的约定天数和出院后（含出院当日）的约定天数内，因与**该次住院相同原因**而接受门急诊治疗的，应当由**被保险人个人支付的、必需且合理的**（见释义 10.4）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补偿。保险人仅补偿约定天数内的门急诊治疗费用，具体的住院前后约定天数以保险单载明为准。

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. 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合同有相抵触之处，则应以本附加合同为准。

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 10.5）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）不符合本附加合同约定的医疗费用

- 1) 无本附加合同约定医疗机构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) 本附加合同约定医疗机构外产生的医疗费用（如产品另有院外购药约定的不在此限）；
- 3) 任何滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂；
- 4) 本附加合同约定医疗机构医生开具的超过 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、痤疮、疤痕、色斑、植发等美容、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（本附加合同约定医疗机构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10.6）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；

18) 等待期内罹患的疾病或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，保险人也不承担补偿保险金责任：

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）。

3. 免赔额

一、本附加合同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、免赔额由投保人与保险人在订立本附加合同时协商确定，并在保险单中载明。

4. 补偿原则和赔付标准

一、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合同的约定进行赔付。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。

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赔付。

除另有约定外，本附加合同的“保险期间”同主保险合同一致。

被保险人因本附加合同所约定的意外伤害、疾病在医院接受住院治疗，且在本附加合同终止日治疗仍未结束的，对于该次住院延续至本附加合同终止日次日起30日内发生的门急诊医疗费用，保险人仍在本附加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附加合同终止日次日起30日后发生的门急诊医疗费用，保险人不再承担补偿保险金的责任。

5. 保险期间

6. 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。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。

- 7. 本附加合同效力终止** 本附加合同所附属的主保险合同效力终止，本附加合同效力即行终止。主保险合同无效，本附加合同亦无效。
- 8. 其他条款的适用** 保险合同中，本附加合同与主保险合同或其它附加条款不一致之处，以本附加合同约定为准；本附加合同未尽之处，以主保险合同约定为准。
- 9. 不保证续保** 本附加合同为不保证续保合同，保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。
- 10. 释义**
- 10.1 等待期** 等待期又称观察期或免责期，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，保险人不承担补偿保险金的责任。
- 10.2 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。
本附加合同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。
- 10.3 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。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此限；
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。
- 10.4 必需且合理的** 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) 由本保险合同约定的医疗机构医生开具的处方药；
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。

- 10.5 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。
- 10.6 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。

(本页结束)