

利宝保险有限公司
个人住院医疗保险条款（C款）
（注册号：C00006032512021043058102）

总则

第一条 本合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 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均可作为本合同的投保人。

第三条 凡投保时身体健康，能正常工作或正常生活的自然人可作为本合同的被保险人。投保人为被保险人首次投保本保险的，被保险人年龄范围应在出生满30天至60周岁（含）之间。除另有约定外，投保时被保险人为60周岁（含）至80周岁（含）的，保险人只接受不间断再次投保本保险。

第四条 除另有约定外，本合同的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 投保人为被保险人首次投保本保险或非不间断再次投保本保险时，自本合同生效之日起三十日（含第三十日）为等待期。

在等待期内，被保险人罹患疾病的，无论治疗时间是否超过等待期，保险人都不承担给付保险金的责任。

若被保险人在等待期内罹患本合同约定的一种或多种重大疾病，本合同终止，保险人无息退还投保人所缴纳的全部保险费。

投保人在保险期间届满时不间断再次投保本保险且经保险人审核同意后获得的新保险合同，不受等待期的限制。

被保险人因遭受意外伤害事故而进行的治疗，也不受等待期的限制。

第六条 本合同的保险责任包括“一般医疗保险金”、“重大疾病医疗保险金”两部分。

（一）一般医疗保险金

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患疾病，经医院专科医生诊断必须接受治疗的，保险人依照下列约定给付保险金：

1. 住院医疗保险金

被保险人罹患疾病或发生意外伤害事故，经医院专科医生诊断必须住院治疗的，对其住院期间个人实际支出的合理且必需的住院医疗费用，保险人在扣除保险单约定的免赔额后，根据保险单约定的医院范围及给付比例在一般医疗保险金的保险金额内给付住院医疗保险金。

2. 特殊门诊医疗保险金

被保险人因罹患疾病或发生意外伤害事故在医院进行特殊门诊治疗的，对其个人实际支出的合理且必需的特殊门诊医疗费用，保险人在扣除保险单约定的免赔额后，根据保险单约定的医院范围及给付比例在一般医疗保险金的保险金额内给付特殊门诊医疗保险金。

特殊门诊治疗包括：

（1）门诊肾透析；

（2）门诊恶性肿瘤治疗，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法；

（3）器官移植后的门诊抗排斥治疗；

（4）门诊手术治疗。

3. 住院前后门急诊医疗保险金

被保险人发生本条第（一）款第1点“住院医疗保险金”项下的保险事故，经医院专科医生诊断必须住院治疗的，对其在该次住院前七日内（含住院当日）以及出院后三十日内（含出院当日）因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗时发生的合理且必需的门诊医疗费用（不包括本条第（一）款第2点“特殊门诊医疗保险金”项下的特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用），保险人在扣除保险单约定的免赔额后，根据保险单约定的医院范围及给付比例在一般医疗保险金的保险金额内给付住院前后门急诊医疗保险金。

（二）重大疾病医疗保险金

在保险期间内，被保险人因发生意外伤害事故或在等待期后因意外伤害以外的其他原因，经医院专科医生初次确诊罹患本合同所约定的重大疾病（无论一种或者多种），并在医院接受治疗的，保险人首先按照本条第（一）款的约定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，保险人依照下列约定给付重大疾病医疗保险金：

1. 重大疾病住院医疗保险金

被保险人因罹患本合同所约定的重大疾病（无论一种或者多种）经医院专科医生诊断必须住院治疗的，对其住院期间个人实际支出的合理且必需的重大疾病住院医疗费用，保险人根据保险单约定的医院范围及给付比例在重大疾病医疗保险金的保险金额内给付重大疾病住院医疗保险金。

被保险人在本合同保险期间届满前一百八十天内（含）经医院初次确诊罹患本合同所约定的重大疾病（无论一种或者多种），并在医院接受住院治疗的，如果在本合同保险期间届满之日该次住院治疗仍未结束的，保险人对于被保险人自该次住院开始之日起（含住院当日）的一百八十天内（含第一百八十天）所发生的同一次住院的医疗费用，也按照本合同的约定承担保险责任。但保险人有权不再接受该被保险人再次投保本保险。

2. 重大疾病特殊门诊医疗保险金

被保险人因罹患本合同所约定的重大疾病（无论一种或者多种）在医院进行特殊门诊治疗的，对其个人实际支出的合理且必需的重大疾病特殊门诊医疗费用，保险人根据保险单约定的医院范围及给付比例在重大疾病医疗保险金的保险金额内给付重大疾病特殊门诊医疗保险金。

重大疾病特殊门诊治疗包括：

（1）门诊肾透析；

（2）门诊恶性肿瘤治疗，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法；

（3）器官移植后的门诊抗排斥治疗。

3. 重大疾病门诊手术医疗保险金

被保险人因罹患本合同所约定的重大疾病（无论一种或者多种）在医院进行重大疾病门诊手术治疗的，对其个人实际发生的合理且必需的重大疾病门诊手术医疗费用，保险人根据保险单约定的医院范围及给付比例在重大疾病医疗保险金的保险金额内给付重大疾病门诊手术医疗保险金。

4. 重大疾病住院前后门急诊医疗保险金

被保险人因本条第（二）款第1点“重大疾病住院医疗保险金”项下的保险事故，经医院专科医生诊断必须住院治疗的，对其在该次住院前七日内（含住院当日）以及出院后三十日内（含出院当日）因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗而个人实际发生的合理且必需的重大疾病门急诊医疗费用（不包括本条第（二）款第2点“重大疾病特殊门诊医疗保险金”项下的重大疾病特殊门诊医疗费用和第3点“重大疾病门诊手术医疗保险金”项下的重大疾病门诊手术医疗费用），保险人根据保险单约定的医院范围及给付比例在重大疾病医疗保险金的保险金额内给付重大疾病住院前后门急诊医疗保险金。

第七条 对于上述各项保险责任，被保险人不论一次或多次在医院进行治疗，保险人均按上述约定给付各项保险金，但各项保险金的累计给付金额以各对应项的保险金额为限，各项保险金的累计给付金额达到其对应项的保险金额时，保险人对被保险人的该项保险责任终止；上述各项保险责任的累计给付金额以该被保险人的保单保险金额为限，累计给付金额达到被保险人的保单保险金额时，保险人对该被保险人的保险责任终止。

第八条 本保险适用费用补偿原则。保险事故发生时，被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的医疗费用总额为限。若被保险人已经从其它途径（包括但不限于社会基本医疗保险、城乡居民大病保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构、其它责任方等）获得相关医疗费用补偿的，保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获得医疗费用补偿后的剩余部分按照本合同的约定承担保险责任。被保险人不得就其已经获得补偿的医疗费用再次向保险人申请保险金。社会基本医疗保险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。

第九条 本合同中所指免赔额均指年免赔额，指在本保险合同保险期间内，应由被保险人自行承担，本合同不予赔付的部分。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿用于抵扣免赔额。但通过社会基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险等途径获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

若被保险人在等待期后经医院初次确诊罹患重大疾病并在医院接受治疗的，对于自确诊重大疾病之日起所发生的符合本合同约定的全部医疗费用，保险人在给付保险金时，不再扣除免赔额。

免赔额的具体约定及金额由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在本合同中载明。

第十条 本合同保险金给付比例的约定如下：

1、若被保险人以参加社会基本医疗保险身份或公费医疗身份投保，并以社会基本医疗保险身份或公费医疗身份就诊并结算，保险金给付比例为100%。

2、若被保险人以参加社会基本医疗保险身份或公费医疗身份投保，但未以社会基本医疗保险身份或公费医疗身份就诊并结算，保险金给付比例为60%。

3、若被保险人以未参加社会基本医疗保险或公费医疗身份投保，保险金给付比例为100%。

第十一条 被保险人同时拥有多份有效的费用补偿型医疗保险保险单的，其可以自主决定理赔申请顺序。

责任免除

第十二条 对于下列费用，或因以下任何情形而发生的任何费用，保险人不承担给付保险金的责任：

- (一) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (二) 被保险人故意自伤与自杀、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (三) 被保险人殴斗、醉酒，主动吸食或注射毒品；
- (四) 被保险人酒后驾驶机动车或电动自行车、无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无有效行驶证的机动车；
- (五) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间因疾病导致的；
- (六) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (七) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (八) 遗传性疾病、先天性畸形、变形和染色体异常；
- (九) 被保险人在初次投保或非续保前所患既往症、等待期内出现的疾病、等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病，及保险单中特别约定的除外疾病及其并发症；
- (十) 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）；
- (十一) 不孕不育治疗、人工受精、怀孕（含异位妊娠、宫外孕）、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含绝育）、产前后检查以及由以上原因引起的并发症；
- (十二) 皮肤色素沉着、痤疮治疗、红痣痤疮治疗；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、隆胸等；
- (十三) 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；各种健美治疗项目，包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用；
- (十四) 包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；
- (十五) 除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其他人造器官材料费、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；
- (十六) 耐用医疗设备（指各种康复设备、矫形器具以及其他耐用医疗设备）的购买或租赁费用；
- (十七) 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、医生开具的超过三十天部分的药品费用；
- (十八) 精神和行为障碍（依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定）、性病；
- (十九) 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；
- (二十) 疗养、矫形、视力矫正手术、美容、非意外事故所致整容手术、非意外事故所致牙科疾病治疗及康复；
- (二十一) 由于职业病、医疗事故引起的医疗费用；
- (二十二) 从事潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、摔跤、武术比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动；
- (二十三) 被保险人接受实验性治疗，即未经科学或医学认可的医疗；
- (二十四) 未被治疗所在地权威部门批准的治疗方式，未获得治疗所在地政府许可或批

准的药品或药物；

(二十五) 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。

保险金额和保险费

第十三条 本合同保险金额由投保人与保险人双方约定，并在保险合同中载明。保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

第十四条 本合同保险费在保险单中载明。投保人应该按照本合同约定向保险人一次性交纳全部保险费。

保险期间

第十五条 本合同的保险期间为一年，以保险合同载明的起讫时间为准。

第十六条 本合同不保证续保。本合同保险期间届满，投保人须重新向保险人申请投保，经过保险人审核同意，缴纳保险费，并获得新的保险合同。保险费会随着被保险人的年龄增长而改变。

再次投保的新保险单的保险期间以新保险单载明的起讫时间为准。

当发生下列情形之一的，保险人不再接受不间断再次投保本保险的申请：

- (一) 投保人申请时被保险人的年龄已超过本合同约定的不间断再次投保最大承保年龄；
- (二) 被保险人身故；
- (三) 本合同在投保人申请时已因其他条款所列情况而导致效力终止；
- (四) 投保人或被保险人不如实告知、欺詐等不符合续保条件的情形；
- (五) 本保险统一停售。

保险人义务

第十七条 订立保险合同时，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。

第十八条 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。

第十九条 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。

第二十条 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，但合同另有约定的除外。

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，履行给付保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起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。

第二十一条 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。

投保人、被保险人义务

第二十二条 订立本合同时，保险人就被保险人的有关情况提出询问，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如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本合同。

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

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

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。

第二十三条 投保人、被保险人或者受益人自其知道或应当知道保险事故发生之日起十

日内通知保险人。**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，不包括因不可抗力而导致的迟延。

保险金申请与给付

第二十四条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。**保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

(一) 由被保险人作为申请人填写保险金给付申请书，并提供下列证明材料向保险人申请保险金：

1. 保险金理赔申请书；
2. 申请人的法定身份证明；
3. 本保险合同约定的医院出具的病历资料，包含但不限于门诊病历记录、出入院记录、手术记录、必要的病理检查或其他科学检查检验报告；
4. 医疗费用的原始凭证、医疗费用结算清单、住院每日费用结算清单（若保期终止但治疗尚未结束时需提供）、手术费用清单（若发生手术时需提供）；
5. 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

(二) 若委托他人代为申请保险金，被委托人还应提供以下证明和资料：

1. 保险金受益人签字的授权委托书、被委托人的有效身份证件等相关证明文件；
2. 受益人或继承人为未成年人或无民事行为能力人时，由其合法监护人代其申请领取保险金，其合法监护人还必须提供受益人或继承人为未成年人或无民事行为能力人的证明和监护人具有合法监护权的证明。

第二十五条 保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为两年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

争议处理和法律适用

第二十六条 因履行本合同产生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

第二十七条 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）。

其他事项

第二十八条 被保险人的投保年龄按周岁计算。投保人应在投保本保险时将被保险人的真实年龄与性别在投保单上填明，如果发生错误，保险人按照下列规定办理：

(一) 投保人申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本保险合同约定的年龄限制的，保险人有权解除本合同，并向投保人退还本合同的未到期保险费。

(二) 投保人申报的被保险人年龄或性别不真实，致使投保人支付的保险费少于应付保险费的，保险人有权更正并要求投保人补缴保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按照实缴保险费与应缴保险费的^{比例}支付。

(三) 投保人申报的被保险人年龄或性别不真实，致使投保人支付的保险费多于应缴保险费的，保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

第二十九条 投保人的电话等联系方式变更时，应及时以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。**投保人未以书面形式或双方认可的其他形式通知的，保险人将按本保险合同载明的最后联系方式发送有关通知，并视为已送达给投保人。**

第三十条 投保人可以通过书面通知要求解除本合同，并向保险人提供下列证明和资料：

- (一) 保险合同或其他保险凭证；
- (二) 解除合同申请书；
- (三) 投保人的有效身份证明；
- (四) 保险人要求的其他证明或资料。

自保险人收到解除合同申请书之日起，本合同终止。保险人在收到上述证明和资料之日起30日内退还本合同的未到期保险费。

释义

第三十一条 本合同具有特定含义的名词，其定义如下：

【**社会基本医疗保险**】本保险合同所称的社会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、医疗救助等政府举办的基本医疗保障项目。

【**周岁**】指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。

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

【**意外伤害**】指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

【**保险事故**】指保险合同约定的保险责任范围内的事故。

【**医院**】指经国家卫生部门审核的二级或二级以上的综合性公立医院或专科公立医院，**但不包括**作为**诊所、康复、联合病房、家庭病床、护理、休养或戒酒、戒毒等医疗机构**。该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备并提供二十四小时的医疗与护理服务。**医院中的特需医疗、外宾医疗、干部病房不在本保险合同保障范围。**

【**专科医生**】专科医生应当同时满足以下四项资格条件：

- (一) 具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；
- (二) 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；
- (三) 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》；
- (四) 在二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

【**住院医疗费用**】包括床位费、膳食费、医生费、药品费、治疗费、护理费、检查检验费、手术费、救护车使用费等各项由医院开具发票的费用。

【**床位费**】指被保险人住院期间使用的医院床位的费用。**不包括陪人床、观察病床位和家庭病床的费用。**

【**膳食费**】指住院期间实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用，**但不包括住院期间购买的个人用品。**

【**医生费**】包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

【**药品费**】指住院期间实际发生的合理且必要的由医生开具的具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用。**但不包括**营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品，以及下列**中药类药品**：①**主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药**，如花旗参，冬虫草，白糖参，朝鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝，红参，琥珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，燕窝，野山参，移山参，珍珠（粉），紫河车，阿胶，阿胶珠，血宝胶囊，红桃K口服液，十全大补丸，十全大补膏等；②**部分可以入药的动物及动物脏器**，如鹿茸，海马，胎盘，鞭，尾，筋，骨等；③**用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂**等。

【**治疗费**】指住院期间以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，包括诊疗费、注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

【**护理费**】指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定，并由医院开具票据的护理费用。

【**检查检验费**】指住院期间实际发生的、以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用，包括检查费、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。

【**手术费**】指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费；**若因器官移植而发生的手术费用，不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。**

【**救护车使用费**】指为抢救生命由急救中心派出的救护车费用及医院转诊过程中的医院用车费。

【**化学疗法**】指针对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。本保险合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化疗。

【**放射疗法**】指针对恶性肿瘤的放射治疗。放疗是使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以抑制和杀灭癌细胞为目的而进行的治疗。本保险合同所指的放疗为被保险人根据医嘱，在医院的专门科室进行的放疗。

【**肿瘤免疫疗法**】指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免

疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和增强机体抗肿瘤免疫应答，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本保险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局批准用于临床治疗。

【肿瘤内分泌疗法】指针对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。本保险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局批准用于临床治疗。

【肿瘤靶向疗法】指在细胞分子水平上，针对已经明确的致瘤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。本保险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。

【器官移植】本保险合同约定的器官移植，指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。

【重大疾病】被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病，应当由专科医生明确诊断。其中，前 25 种重大疾病定义完全采用了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》中的疾病定义，其他为保险人增加的疾病。

（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）发病九十天后，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，指疾病确诊一百八十天后，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。

（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九十天规律性透析治疗或实施了肾脏移植手术。

（七）多个肢体缺失

指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

（八）急性或亚急性重症肝炎

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。

（九）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。

（十）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。

（十一）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，指疾病确诊一百八十天后，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。

（十二）深度昏迷

指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级（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。

（十三）双耳失聪

指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆性丧失，在500赫兹、1000赫兹和2000赫兹语音频率下，平均听阈大于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。

被保险人在3周岁之前因疾病导致的双耳失聪不在保障范围内。

(十四) 双目失明

指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失，双眼中较好眼须满足下列至少一项条件：

- (1) 眼球缺失或摘除；
- (2) 矫正视力低于0.02（采用国际标准视力表，如果使用其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的双目失明不在保障范围内。

(十五) 瘫痪

指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体机能永久完全丧失。肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊一百八十天后或意外伤害发生一百八十天后，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。

(十六) 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。

(十七) 严重阿尔茨海默病

指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为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。

(十八) 严重脑损伤

指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤一百八十天后，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。

(十九) 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。

(二十) 严重III度烧伤

指烧伤程度为III度，且III度烧伤的面积达到全身体表面积的20%或20%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

(二十一) 严重原发性肺动脉高压

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。

(二十二) 严重运动神经元病

是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症。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。

(二十三) 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，经过积极治疗至少十二个月（声带完全切除不受此时间限制），仍无法通过现有医疗手段恢复。

精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。

被保险人在3周岁之前因疾病导致的语言能力丧失不在保障范围内。

(二十四) 重型再生障碍性贫血

指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少。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 $\leq 20 \times 10^9/L$ 。

(二十五) 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。

(二十六) 严重类风湿性关节炎

类风湿性关节炎为广泛分布的慢性进行性多关节病变，表现为关节严重变形，侵犯至少三个主要关节或关节组，【如：双手（多手指）关节、双足（多足趾）关节、双腕关节、双膝关节和双髋关节】。被保人所患的类风湿性关节炎必须已经达到类风湿性关节炎功能分级III级以上的功能障碍（关节活动严重限制，不能完成大部分的日常工作和活动）并须满足下列全部条件：

- 晨僵；
- 对称性关节炎；
- 类风湿皮下结节；
- 类风湿因子滴度升高；
- X线显示严重的关节（软骨和骨）破坏和关节畸形。

(二十七) 系统性红斑狼疮——III型或以上狼疮性肾炎

是由多种因素引起，累及多系统的自身免疫性疾病。多侵犯育龄女性。其特点是生成自身抗体对抗多种自身抗原。本合同所指的系统性红斑狼疮仅限于累及肾脏（经肾脏病理检查或临床确诊，并符合下列世界卫生组织（WHO）诊断标准定义III型至V型狼疮性肾炎）的系统性红斑狼疮。

世界卫生组织（WHO）狼疮性肾炎分型：

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

其他类型的红斑性狼疮，如盘状狼疮，仅累及血液及关节等其他系统的系统性红斑狼疮不在保障范围。

(二十八) 严重慢性呼吸功能衰竭

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：

- 肺功能测试其FEV1持续低于0.75升；
- 病人缺氧必须广泛而持续地进行氧疗治疗；
- 动脉血气分析氧分压低于55mmHg。

索赔时保险金申请人必须提供以上三项相应的证明文件或检查报告。

(二十九) 全身性重症肌无力

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：

- 经药物治疗和胸腺切除治疗一年以上仍无法控制病情；
- 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。

(三十) 严重的原发性心肌病

指因原发性心肌病导致心室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美国纽约心脏病学会心功能状态分级IV级。必须由心脏专科医生确诊，并有包括超声心动图在内的相关检查证实。

酗酒或滥用药物引起的心肌病不在保障范围内。

(三十一) 坏死性筋膜炎

坏死性筋膜炎的诊断须同时符合下列要求：

- 符合坏死性筋膜炎的一般临床表现；
- 细菌培养检出致病菌；
- 出现广泛性肌肉及组织坏死，并确实实施了坏死组织和筋膜以及肌肉的切除手术。

清创术不属于保障范围。

(三十二) 象皮病

指末期丝虫病，按国际淋巴学会分级为三度淋巴液肿，其临床表现为肢体非凹陷性水肿伴畸形增大、硬皮症和疣状增生。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。

【(三十三) 严重克隆病】

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。

【(三十四) 多发性硬化症】

多发性硬化症为中枢神经系统白质多灶性脱髓鞘病变，病变有时累及灰质。多发性硬化症必须由我们认可的医院的神经专科医生确诊。必须伴有典型的脱髓鞘症状和运动及感觉功能障碍的证据并有 MRI 和脑脊液检查的典型改变。多发性硬化症必须造成神经系统永久性功能损害并且已导致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持续达一百八十天以上。

【(三十五) 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。

【肢体机能完全丧失】

上述定义中所指的“肢体机能完全丧失”是指肢体的三大关节中的两大关节僵硬，或不能随意活动。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。

【语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失】

上述定义中所指的“语言能力完全丧失”是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。

上述定义中所指的“咀嚼吞咽能力完全丧失”是指因牙齿以外的原因导致器质障碍或机能障碍，以致不能作咀嚼吞咽运动，除流质食物外不能摄取或吞咽的状态。

【六项基本日常生活活动】

上述定义中所指的“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。

【永久不可逆】

上述定义中所指的“永久不可逆”是指自疾病确诊或意外伤害发生之日起，经过积极治疗一百八十天后，仍无法通过现有医疗手段恢复。

【毒品】指《中华人民共和国刑法》规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。

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

【无合法有效驾驶证驾驶】指下列情形之一：

- (一) 没有驾驶证驾驶；
- (二) 驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
- (三) 驾驶员持审验不合格的驾驶证驾驶；
- (四) 未经公安交通管理部门同意，持未审验的驾驶证驾驶；
- (五) 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；
- (六) 公安交通管理部门规定的其他无有效驾驶证驾驶的情况。

【无有效行驶证】指下列情形之一：

- (一) 没有机动车行驶证；
- (二) 未在法律规定期限内按时进行或通过安全技术检验。

【机动车】指以动力装置驱动或者牵引，上道路行驶的供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆。

【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。

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

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

【遗传性疾病】指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。

【先天性畸形、变形或染色体异常】指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定。

【既往症】指在本保险合同生效之前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或检查发现的异常。通常有以下情况：

(一) 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

(二) 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后检查发现的异常未完全消失，有间断用药情况；

(三) 本保险合同生效前发生，医生已有明确诊断，但未予治疗；或者未经医生诊断和治疗，但异常明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

【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。

【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。

【攀岩】指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

【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

【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。

【特技表演】指进行马术、杂技、驯兽等表演。

【有效身份证明】指由政府主管部门规定的证明个人身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。

【保险金申请人】除另有约定外，本保险保险金申请人是指被保险人本人。

【未到期保险费】

未到期保险费=年度保费×(1-m/n)，其中，m 为已生效天数，n 为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。

本页下方无内容