

中意财产保险有限公司
附加团体住院津贴保险条款
(中意财险)(备-医疗保险)【2022】(附) 357 号

总则

第一条

本附加保险合同是团体类意外伤害保险合同（以下简称“主险合同”）的附加合同。本附加保险合同的未尽事宜，以主险合同为准。主险合同效力终止，本附加保险合同同时终止；主险合同无效，本附加保险合同亦无效。若主险合同与本附加保险合同条款互有冲突，则以本附加保险合同条款为准。

本附加保险合同由保险单及所附条款、主险合同条款、投保单、合法有效的声明、批注、附贴批单及其他有关书面文件构成。

第二条

本附加保险合同的被保险人为主险合同的被保险人。

第三条

本附加保险合同的投保人与主险合同一致。

第四条

除另有约定外，本附加保险合同的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条

在主保险合同有效的前提下，本附加保险合同的保险责任分为基本部分和可选部分。可选部分是在投保人已选择基本部分的前提下可以选择投保的部分，若可选部分未在保险单上载明或批注，可选部分不产生任何效力。

一、基本部分

普通住院津贴保险金

在本附加保险合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故住院，或自本附加保险合同生效之日起 30 天期满后（续保者自续保合同生效之日起）因疾病住院治疗，对于被保险人的每次合理住院天数，保险人按如下规则计算并给付普通住院津贴保险金。

普通住院津贴保险金=（普通住院合理住院天数-普通住院免赔住院天数）×普通住院日给付金额

二、可选部分

（一）重度疾病住院津贴保险金

在本附加保险合同保险期间内，自本附加保险合同生效之日起 30 天期满后（续保者自续保合同生效之日起）因初次罹患本附加保险合同约定的重度疾病住院治疗的，对于被保险人的每次合理住院天数，保险人按如下规则计算并给付重度疾病住院津贴保险金。

重度疾病住院津贴保险金=（重度疾病住院合理住院天数-重度疾病住院免赔住院天数）×重度疾病住院日给付金额

（二）重症监护住院津贴保险金

在本附加保险合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故，或自本附加保险合同生效之日起 30 天期满后（续保者自续保合同生效之日起）首次发病，并经医院诊断必须入住重症监护病房治疗，保险人按如下规则计算并给付重症监护住院津贴保险金。

重症监护住院津贴保险金=（实际入住重症监护病房天数-重症监护免赔住院天数）×重症监护住院日给付金额

本附加保险合同中基本部分和可选部分的免赔住院天数、日给付金额、累计给付最高天数由投保人和保险人在投保时一次性协商确定，在本附加保险合同保险期间内不得变更。

被保险人因保险事故须到医院进行合理且必需的住院治疗，在本附加保险合同载明的保险期间内，每次保险事故给付天数以 90 日为限，保险人对超出部分不承担给付保险金责任。

被保险人因保险事故须到医院进行合理且必需的住院治疗，若至本附加保险合同终止日治疗仍未结束的，保险人继续承担给付保险金责任，并最长延续至本附加保险合同终止日起第 30 日或该次保险事故给付天数满 90 日（以较早发生者为准）。

无论被保险人一次或多次发生保险事故，保险人均按上述约定承担给付保险金责任，但累计给付的保险金额达到本附加保险合同所载的该被保险人对应的基本部分或可选部分保险金额时，本附加保险合同对该被保险人对应的基本部分或可选部分保险责任终止。

责任免除

第六条

因下列情形导致本附加保险合同的被保险人住院治疗，保险人不承担保险金给付责任：

- 1、投保人、被保险人的任何故意行为；
- 2、被保险人故意自伤或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- 3、被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
- 4、被保险人不遵守医院规章制度，不配合治疗的行为造成的后果；
- 5、被保险人在参加本附加保险合同前已经存在的既往症、受伤或异常检查结果（续保者除外）；
- 6、被保险人妊娠（含宫外孕）、流产、分娩、不孕不育症（包括人工受孕、试管婴儿等）、

避孕及节育手术或由妊娠、分娩、流产、节育所导致的任何并发症；

7、被保险人患先天性疾病、遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常；或被保险人患艾滋病或感染艾滋病病毒期间；或被保险人患性传播疾病、法定传染病；

8、被保险人投保前已有残疾的治疗和康复；

9、被保险人因精神类疾病如精神分裂症、抑郁症、厌食症、失眠症等发作而导致的事
故；

10、被保险人在本附加保险合同生效之日起 30 天内因非意外伤害事故发生住院，以及
在本附加保险合同生效之日起 30 天后因被保险人在本附加保险合同生效之日起 30 天内发
生疾病的复发、转移、并发症或直接关联疾病而住院；

11、被保险人健康护理（含体检、健康体检、疗养、特别护理或静养）等非治疗性的行
为、整形手术、牙齿治疗、屈光不正治疗、心理疾病、器官移植、无客观病征证明其不健康
的医疗行为；

12、被保险人因任何医疗行为导致的医疗事故；

13、预防性手术（如预防性阑尾切除、预防性扁桃体切除）；

14、战争、军事行动、暴乱、恐怖活动或武装叛乱；

15、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；

16、被保险人挂床或不属于本附加保险合同医院定义、住院定义的行为；

17、属于主保险合同的责任免除事项。

保险金额和保险费

第七条

本附加保险合同基本部分和可选部分各项责任的保险金额是各项责任日给付金额与各
项责任累计给付最高天数的乘积，各项责任的日给付金额与累计给付最高天数由投保人与保
险人双方约定，并在保险单中载明。

本附加保险合同的保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

投保人应该按照合同约定向保险人交付保险费。

保险期间

第八条

若本附加保险合同与主保险合同同时投保，则本附加保险合同的保险期间与主保险合同
的保险期间相同，最长不超过一年；

若投保人在主保险合同保险期间内申请投保本附加保险合同，则本附加保险合同保险期
间开始日自保险人同意承保并收取保险费时开始（以保险人的批注或批单载明的日期为准），
本附加保险合同的满期日与主保险合同的满期日相同，最长不超过一年。

续保

第九条

本附加险产品为非保证续保产品。保险期间届满前，投保人向保险人提出续保申请（前提是投保人已就主保险合同向保险人提出续保申请），经保险人审核同意接受投保人的续保申请并收取保险费后，续保合同生效。续保合同的具体生效日以保险人另行签发的保险单载明的日期为准。

如本保险产品或主险产品统一停售，则保险人不再接受投保人续保申请。

保险人义务

第十条

本附加保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十一条

保险人按照本附加保险合同的约定，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。

第十二条

保险人收到被保险人或受益人的给付请求后，应当及时就是否属于保险责任作出核定，并将核定结果通知被保险人或受益人；情形复杂的，保险人在收到赔偿请求后 30 日内未能核定保险责任的，保险人与被保险人或受益人根据实际情形商议合理期间，保险人在商定的期间内作出核定结果并通知被保险人或受益人。

保险人应当将核定结果通知被保险人或受益人。对属于保险责任的，在与被保险人达成有关赔偿金额的协议后十日内，履行赔偿义务。本附加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义务。

保险人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三日内向被保险人或受益人发出拒绝赔偿或拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十三条

保险人自收到给付的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对属于保险责任但其赔偿的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定赔偿的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十四条

除另有约定外，投保人应当在本附加保险合同成立时一次性交清保险费。如投保人未按约定缴纳保险费的，保险人有权解除合同。

第十五条

订立本附加保险合同，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，保险人应当承担赔偿或者给付保险金的责任。

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，保险人应当承担赔偿或者给付保险金的责任。

第十六条

投保人住址或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本附加保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第十七条

在保险期间内，投保人因其人员变动需增加、减少被保险人时，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单。

被保险人人数增加时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时开始承担保险责任，并按约定增收保险费。

被保险人人数减少时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时或投保人要求的退保日期零时（以后发生者为准）起，对减少的被保险人终止本附加保险合同，并按约定退还未满期保险费。

如减少的被保险人属于已离职的，保险人对其所负的保险责任自其离职之日起终止。

第十八条

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，不包括因不可抗力而导致的迟延。

第十九条

投保人应保存每一被保险人的个人资料，详细记录其姓名、性别、年龄、出生日期、保险费以及其他与本附加保险合同有关的一切资料，必要时投保人应按照保险人的要求提供上述资料。

保险金的申请及给付

第二十条

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，应提供其它合法有效的材料。**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。**

(1) 保险金给付申请书；

(2) 保险单；

(3) 被保险人身份证明；

(4) 卫生行政部门批准的二级以上（含二级）或保险人认可的医疗机构出具的被保险人入院及出院证明或住院天数证明、诊断证明、住院病历、医疗费用明细清单；

(5) 重度疾病住院还需出具：卫生行政部门批准的二级以上（含二级）或保险人认可的医院机构出具的附有病理显微镜检查、血液检验及其它科学方法检验报告的疾病诊断证明书；

(6) 保险金申请人所能提供的其他与本项申请相关的材料；

(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。

第二十一条

保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间根据相关法律法规确定，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

第二十二条

因履行本附加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，依法向中华人民共和国有管辖权的人民法院起诉。

第二十三条

与本附加保险合同有关的以及履行本附加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

第二十四条

在本附加合同有效期内，经投保人和保险人协商，可以变更本附加保险合同的有关内容。变更本保险合同的，应当由保险人在原保险单或者其他保险凭证上批准或者附贴批单，或者由投保人和保险人订立变更的书面协议。

第二十五条

在本附加保险合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同。投保人解除本附加保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

- (一) 保险合同解除申请书；
- (二) 保险单原件；
- (三) 保险费交付凭证；
- (四) 投保人身份证明；
- (五) 保险人需要的其他有关文件和资料。

保险责任开始前，投保人要求解除本附加保险合同的，保险人于收到上述资料起 30 日内按总保险费的 5%扣除手续费后，保险人应当退还剩余部分保险费。保险责任开始后，投保人要求解除本附加保险合同的，保险人应当将已收取的保险费，按照本附加保险合同约定扣除自保险责任开始之日起至合同解除之日止应收的部分后，退还投保人。

第二十六条

本附加保险合同中被保险人的投保年龄，以法定身份证件登记的出生日期为准。投保人在申请投保时，应在提供给保险人的被保险人清单中载明被保险人的周岁年龄及出生日期。

若投保人提供的被保险人年龄与实际不符，足以影响保险人对团体风险程度的判断时，保险人将重新评估承保风险，并有权据此重新确定整个团体的承保费率和保费，或者根据实际情况对单个被保险人进行保费调整或作其他处理。

第二十七条

保险事故发生后，保险人有权要求被保险人做身体检查或提供有关的检验报告。

释义

(一) **保险人：**指与投保人签订本附加保险合同的中意财产保险有限公司。

(二) **保险金申请人：**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。

(三) **医院：**包括境外的医院和境内的医院。

境外的医院：指符合下列所有条件的医院或医疗机构：

- (1) 拥有合法经营执照；
- (2) 设立的主要目的为向受伤者和患病者提供治疗和护理服务；

(3)有合格的医生和护士提供全日 24 小时的医疗和护理服务；

(4)不包括主要作为康复医院、整形美容医院、精神病医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。

境内的医院：指二级或二级以上的医院，包括保险人认可的与二级或二级以上医院相同规模的医院。

被保险人须在本定义规定的医院治疗。急救不受此限制，但在急救情况稳定后，须转入本定义规定的医院治疗。

(四) 住院：指被保险人因疾病或意外伤害入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，不包括入住门诊观察室、其他非正式病房或挂床住院。若被保险人非治疗需要离开保险人指定或认可的医院视为自动离开医院，保险人仅对该日以前住院治疗负保险责任。

(五) 每次住院：指被保险人因疾病或意外伤害住院治疗，自入院日起至出院日止的期间；但如果被保险人因同一疾病及其引发的并发症或同一意外伤害及其引发的并发症而住进医院两次（含）以上，若其前次住院出院之日与下次住院治疗入院之日间隔期间未超过 90 日，视为同一次住院。

(六) 合理住院天数：指被保险人因意外伤害或疾病入住医院住院部病房进行治疗，并正式办理入出院手续，一日 24 小时住在医院的天数，不包括挂床等不合理住院天数。

挂床是指被保险人虽然办理了住院手续，但在住院过程中一日内未接受与住院诊断相关的检查和治疗，或一日内住在医院不满 24 小时的情形，遵医嘱到外院接受临时诊疗的除外。

(七) 重度疾病：本保险合同所定义的重度疾病共有 28 种，是中国保险行业协会颁布的《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”）规定的疾病，且疾病名称和疾病定义与“规范”一致。

重度疾病指保险期间内被保险人初次罹患下列疾病：

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（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 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

(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；
- (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 $<10/50\text{HPF}$ 和 $\text{ki-67}\leq 2\%$) 或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

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。

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。

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。

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。

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

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。

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；
- (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。

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。

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 ComaScale) 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。

被保险人申请理赔时年龄必须在三周岁以上，并且提供理赔当时的听力丧失诊断及检查证据。

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。

被保险人申请理赔时年龄必须在三周岁以上, 并且提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。

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, Clinical Dementia Rating) 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, 仍遗留下述至少一种障碍:

(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（New York Heart Association, 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。

被保险人申请理赔时年龄必须在三周岁以上，并且提供理赔当时的语言能力丧失诊断及检查证据。

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 $<0.5 \times 10^9/L$ ；
 - ②网织红细胞计数 $<20 \times 10^9/L$ ；
 - ③血小板绝对值 $<20 \times 10^9/L$ 。

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（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）<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，且已经造成瘻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瘻术。

（八）重症监护：指对收治的各类危重病患者，运用各种先进的医疗技术，现代化的监护和抢救设备，对其实施集中的加强治疗和护理。以最大限度的确保病人的生存及随后的生命质量。

（九）先天性疾病：指一出生时就具有的疾病（症状或体征）。这些疾病是指因人的遗传物质（包括染色体以及位于其中的基因）发生了对人体有害的改变而引起的，或因母亲怀孕期间受到内外环境中某些物理、化学和生物等因素的作用，使胎儿局部体细胞发育异常，导致婴儿出生时有关器官、系统在结构或功能上呈现异常。

（十）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，通常具有由亲代至后代的垂直传递的特征。

（十一）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》（ICD10）确定。

（十二）既往症：指被保险人在保单生效日之前所患的已知或应该知道的疾病或已存在的症状。

（十三）并发症：指在某种原发疾病或情况发展进程中发生的、由于原发疾病或情况、或其他独立原因所导致的继发疾病或情况。

（十四）艾滋病：指人类免疫缺乏病毒引起的获得性/后天性免疫缺乏综合症，英文缩写为 AIDS。按世界卫生组织制定的定义为准，如在血液样本中发现后天性免疫力缺乏综合症病毒或其抗体，则可认定为感染艾滋病或艾滋病病毒。

艾滋病病毒：指后天性免疫力缺乏综合症病毒即人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。

在人类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的临床症状或体征的，为患艾滋病。

(十五) 性传播疾病：发生在生殖器官的内源性或外源性通过性行为或非性行为传播的传播性疾病。

(十六) 法定传染病：指《中华人民共和国传染病防治法》规定的传染病。分为甲类、乙类和丙类。

甲类传染病是指：鼠疫、霍乱。

乙类传染病是指：传染性非典型肺炎、艾滋病、病毒性肝炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感、麻疹、流行性出血热、狂犬病、流行性乙型脑炎、登革热、炭疽、细菌性和阿米巴性痢疾、肺结核、伤寒和副伤寒、流行性脑脊髓膜炎、百日咳、白喉、新生儿破伤风、猩红热、布鲁氏菌病、淋病、梅毒、钩端螺旋体病、血吸虫病、疟疾。

丙类传染病是指：流行性感冒、流行性腮腺炎、风疹、急性出血性结膜炎、麻风病、流行性和地方性斑疹伤寒、黑热病、包虫病、丝虫病，除霍乱、细菌性和阿米巴性痢疾、伤寒和副伤寒以外的感染性腹泻病。

上述规定以外的其他传染病，根据其暴发、流行情况和危害程度，需要列入乙类、丙类传染病的，由国务院卫生行政部门决定并予以公布。

(十七) 未到期保险费：未到期保险费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]。经过天数不足一天的按一天计算。