利宝保险有限公司

团体住院医疗保险条款（2026 版 A 款）

（注册号：C00006032512026050921833）

总则

第一条 本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证、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 对被保险人有保险利益的机关、企业、事业单位、社会团体及自然人，均可作为投保人向保险人投保本保险。

第三条 凡投保时年龄在出生满三十天（且已健康出院）至**六十五周岁（见释义 1）**（含六十五周岁），身体健康、能正常工作、生活的自然人可作为本合同的被保险人。本合同保险期间届满时投保人为被保险人不间断再次投保本保险的，被保险人最高年龄可至一百周岁（含一百周岁）。

在本保险合同签发时被保险人不得少于三人。

任何情形下，本保险合同不承保任何国家或国际组织认定的恐怖分子或恐怖组织成员或非法从事毒品、核武器、生物或化学武器交易的人员。

在中国大陆境内**（不包括港、澳、台地区）**居住的外籍人士可作为本保险合同的被保险人，但其需持有中华人民共和国政府部门颁发的工作签证或者拥有中国大陆境内**（不包含港澳台地区，下同）**居留证或者长期居住权，并能提供中国大陆境内固定居住地址。

第四条 除另有约定外，本合同的各项保险金受益人均为被保险人本人。

第五条 本合同约定的保险区域为中国大陆境内（不包含香港、澳门和台湾地区），**保险人（见释义 2）**仅对被保险人在约定保险区域内发生的保险事故承担保险责任。

保险责任

第六条 本合同的保险责任分为必选责任和可选责任，必选责任为投保人在投保时必须选择的部分，可选责任可由投保人自主决定是否投保，并载明于保险单或批单上，但投保人不能单独投保可选责任。如投保人未选择投保可选责任，则本合同中涉及可选责任的约定不发生效力。

本合同的保险责任包括“一般医疗保险金（必选）”、“重大疾病医疗保险金（必选）”、“质子重离子医疗保险金（必选）”、“重大疾病异地转诊公共交通费用保险金（必选）”、“住院外购药品费用保险金（可选）”。

（一）一般医疗保险金（必选）

在保险期间内，被保险人因遭受**意外伤害（见释义 3）**事故或在**等待期（见释义 4）**后因罹患疾病，在本合同约定的**医院（见释义 5）**接受治疗而实际产生如下医疗费用的，在扣除已从其他途径获得的医疗费用补偿以及本合同约定的免赔额后，保险人依照本合同约定给付比例，在一般医疗保险金额内给付保险金：

1. 住院医疗费用

被保险人经医院诊断必须接受**住院（见释义 6）**治疗的，对于住院期间发生的**必需且合理（见释义 7）**的**住院医疗费用（见释义 8）**，保险人按照本合同的约定，在一般医疗保险金额内给付住院医疗保险金。

2. 特殊门诊医疗费用

对于被保险人在**医院**接受特殊门诊治疗期间发生的必需且合理的特殊门诊医疗费用，保险人按照本合同的约定，在一般医疗保险金额内给付特殊门诊医疗保险金。

本合同所称“特殊门诊医疗费用”仅包含以下三项：

（1）门诊肾透析费；

（2）门诊恶性肿瘤（见释义 9）治疗费，包括化学疗法（见释义 10）、放射疗法（见释义 11）、肿瘤免疫疗法（见释义 12）、肿瘤内分泌疗法（见释义 13）、肿瘤靶向疗法（见释义 14）的治疗费用；

（3）器官移植后的门诊抗排异治疗费。

3. 门诊手术医疗费用

对于被保险人在医院接受**门诊手术（见释义 15）**治疗期间发生的必需且合理的门诊手术费用，保险人按照本合同的约定，在一般医疗保险金额内给付门诊手术医疗保险金，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。

4. 住院前后门诊急诊医疗费用

被保险人在住院前三十日（含住院当日）和出院后三十日（含出院当日）内，因与该次住院相同的原因而在医院接受门急诊治疗的，对于被保险人发生的必需且合理的门诊或急诊医疗费用**（不包括前述特殊门诊医疗费用、门诊手术医疗费用）**，保险人按照本合同的约定，在一般医疗保险金额内给付住院前后门诊急诊医疗保险金。

5. 住院期间同一病因门诊急诊医疗费用

指被保险人在住院治疗期间，因治疗所需，但住院部无法提供对应药品或治疗设备，仅在该院门诊急诊部能够获取所需要的药品或治疗情况的，被保险人需向保险人提供相关书面证明，经审核通过后，保险人按被保险人所投保计划进行给付。

保险人对于以上五类医疗费用的累计保险金给付金额之和以本合同约定的一般医疗保险金额为

限，一次或累计给付金额达到保险单载明的一般医疗保险金额时，保险人对于被保险人在一般医疗保险金项下的保险责任终止。

当保险期间届满时，被保险人尚未结束本次住院治疗的，保险人按照本合同的约定，在一般医疗保险金额内继续承担本次住院发生的必需且合理的、**最高不超过本合同保险期间届满日后三十日（含）的住院医疗费用。**

（二）重大疾病医疗保险金（必选）

在保险期间内，被保险人因意外伤害或**在等待期后**因意外伤害之外的其他原因，经医院**专科医生（见释义 16）初次确诊罹患（见释义 17）**本合同所定义的**重大疾病（见释义 18）**（无论一种或者多种），并在医院接受治疗而实际产生如下医疗费用的，在扣除已从其他途径获得的医疗费用补偿以及本合同约定的免赔额后，保险人依照本合同约定给付比例，在重大疾病医疗保险金额内给付保险金：

1. 重大疾病住院医疗费用

被保险人因罹患重大疾病经医院诊断必须住院治疗的，对于住院期间发生的必需且合理的**重大疾病住院医疗费用（见释义 19）**，保险人按照本合同的约定，在重大疾病医疗保险金额内给付重大疾病住院医疗保险金。

2. 重大疾病特殊门诊医疗费用

对于被保险人因罹患重大疾病在医院接受特殊门诊治疗期间发生的必需且合理的重大疾病特殊门诊医疗费用，保险人按照本合同的约定，在重大疾病医疗保险金额内给付重大疾病特殊门诊医疗保险金。

本合同所称“重大疾病特殊门诊医疗费用”仅包括以下三项：

（1）门诊肾透析费；

（2）门诊恶性肿瘤（仅限符合释义 18 中“恶性肿瘤——重度”定义的恶性肿瘤）治疗费，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法的治疗费用；

（3）器官移植后的门诊抗排异治疗费。

3. 重大疾病门诊手术医疗费用

对于被保险人因罹患重大疾病在医院接受门诊手术治疗期间发生的必需且合理的重大疾病门诊手术医疗费用，保险人按照本合同的约定，在重大疾病医疗保险金额内给付重大疾病门诊手术医疗保险金，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。

4. 重大疾病住院前后门诊急诊医疗费用

被保险人在住院治疗前三十日（含住院当日）至出院后三十日（含出院当日）内，因与该次住院相同的原因而接受重大疾病门诊或急诊治疗，对于被保险人发生的必需且合理的医疗费用**（不包括前述重大疾病特殊门诊医疗费用、重大疾病门诊手术医疗费用），**保险人按照本合同的约定，在

重大疾病医疗保险金额内给付重大疾病住院前后门诊急诊医疗保险金。

5. 重大疾病住院期间同一病因门诊急诊医疗费用

指被保险人因罹患重大疾病住院治疗期间，因治疗所需，但住院部无法提供对应药品或治疗设备，仅在该院门诊急诊部能够获取所需要的药品或治疗情况的，被保险人需向保险人提供相关书面证明，经审核通过后，保险人按被保险人所投保计划进行给付。

保险人对于以上五类医疗费用的累计保险金给付金额之和以本合同约定的重大疾病医疗保险金额为限，一次或累计给付的金额达到保险单载明的重大疾病医疗保险金额时，保险人对于被保险人在重大疾病医疗保险金项下的保险责任终止。

当保险期间届满时，被保险人尚未结束本次住院治疗的，保险人按照本合同的约定，在重大疾病医疗保险金额内继续承担本次住院发生的必需且合理的、**最高不超过本合同保险期间届满日后三十日（含）的重大疾病住院医疗费用。**

若被保险人在保险单载明的等待期内罹患本合同约定的重大疾病（一种或多种），保险人不承担给付保险金的责任，本合同终止，保险人无息退还投保人所缴纳的全部保险费。

（三）质子重离子医疗保险金（必选）

在保险期间内，被保险人**在等待期后**经医院或**质子重离子医院（见释义 20）**初次确诊罹患本合同释义 9 所定义的恶性肿瘤，并在质子重离子医院接受质子重离子治疗，对于被保险人需个人支付的、必需且合理的**质子重离子医疗费用（见释义 21）**，在扣除已从其他途径获得的医疗费用补偿以及本合同约定的免赔额后，保险人依照本合同约定给付比例，在质子重离子医疗保险金额内给付质子重离子医疗保险金。

保险人在本项下累计保险金给付金额以本合同约定的质子重离子医疗保险金的保险金额为限，当保险人在本项下的累计保险金给付金额达到保险单载明的质子重离子医疗保险金额时，保险人对被保险人在质子重离子医疗保险金项下的保险责任终止。

以上“（一）一般医疗保险金”、“（二）重大疾病医疗保险金”、“（三）质子重离子医疗保险金”三项保险责任不包含本合同约定的医院内的医生开具的无法在本合同约定的医院内获得的药品或者其他任何在本合同约定的医院内无法获得的医用材料或者任何其他医疗项目。

（四）重大疾病异地转诊公共交通费用保险金（必选）

在保险期间内，被保险人因意外伤害或在等待期后因意外伤害之外的其他原因，经医院专科医生初次确诊罹患本合同所定义的重大疾病（无论一种或者多种），因病情需要跨省级行政区（仅限中国大陆境内，含省、自治区、直辖市，**但不包括香港、澳门、台湾地区**）住院治疗，经被保险人申请，由转出医院开具转院证明，对于被保险人发生的必需且合理的因异地转诊产生的**客运公共交通（见释义 22）**往返费用（包含一位陪同人员费用（陪同人员的行程、往返日期、航班或车次必须

与被保险人的一致），**保险人根据实际发生的交通费用（以交通行程单或发票金额为准），依照本合同的约定的给付比例，在重大疾病异地转诊公共交通费用保险金额内给付保险金。**

针对前述重大疾病异地转诊公共交通，被保险人飞机舱位级别最高以经济舱（包含超级经济舱）为限，火车（含地铁、轻轨、动车、其他高速列车）座位级别以软卧或一等座为限。

（五）住院外购药品费用保险金（可选）

指因被保险人所就诊的医院没有被保险人治疗所必需的相关药品，被保险人在**本合同约定的医院住院期间以及出院当日凭主治医师开具的当前治疗必需的处方**到院外保险人**认可的药店**购买而发生的**需个人支付的、必需且合理的费用**。给付外购药品费必须且同时满足以下全部条件：

(1) 该外购药品须由**本合同约定的医院专科医生开具处方，且外购药品处方符合中国国家药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症和用法用量，且为被保险人当前治疗必需的外购药品；**

(2) 每次处方剂量**不超过三十日（含第三十日）**；

(3) 外购药品需具有中国国家药品监督管理局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；

(4) 住院外购药品费用**按照保险单载明的免赔额、给付比例及限额进行给付；**

(5) 保险人认可的药店必须同时满足以下条件：i.取得国家药品经营许可证；ii.该药店内具有医师、执业药师等专业人员提供服务。

本责任项下的住院外购药品均不包括治疗恶性肿瘤的靶向药物、免疫治疗药物和临床急需进口药品等特定药品、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：

主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药品，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、血宝胶囊、红桃 K 口服液、十全大补丸、十全大补膏等；

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；

用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

第七条 免赔额

本合同免赔额的具体金额以及相关适用情况由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并

在保险单中载明。

本合同中所称免赔额均指年度免赔额，指在本合同保险期间内，被保险人发生保险责任范围内的累计医疗费用中须由被保险人自行承担、本合同不予给付的部分。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过社会基本医疗保险（见释义 23）、公费医疗及政府救助获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

第八条 补偿原则和给付比例

本合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括但不限于社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得本合同责任范围内的医疗费用补偿，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合同的约定给付保险金。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。

除特别约定外，一般情况下针对本条前述“（一）一般医疗保险金”、“（二）重大疾病医疗保险金”、“（三）质子重离子医疗保险金”、“（五）住院外购药品费用保险金”四项保险责任，在投保时，投保人和保险人在扣除免赔额后，按照以下情况分别约定给付比例，并在保险单中载明：

1. 一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金及住院外购药品费用保险金：

(1) 若被保险人以参加社会基本医疗保险身份投保，并以社会基本医疗保险身份就诊并结算的，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投保，但未以社会基本医疗保险身份就诊并结算的，给付比例为 60%。

若同时符合以下三个要件，给付比例调整为 80%：①跨省级行政区（仅限中国大陆境内，包含省、自治区、直辖市，不包括香港、澳门、台湾地区）在本合同约定的医院就医；②前述第①项所述的异地就医医院无法使用被保险人参保所在地的社会基本医疗保险结算；③被保险人已向参保所在地的社会基本医疗保险经办机构申请报销，但参保地社会基本医疗保险经办机构无法给予社会基本医疗保险报销。

(3) 若被保险人未以参加社会基本医疗保险身份投保，给付比例为 100%。

2. 质子重离子医疗保险金，给付比例为 100%，床位费每日限额为 1,500 元。

3. 重大疾病异地转诊公共交通费用保险金，给付比例为 100%。

责任免除

第九条 下列费用或因下列情形之一导致的费用，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）本合同约定的既往症（见释义 24）中定义的疾病或疾病伴并发症导致的相关医疗费用，特别约定除外；

（二）被保险人初次投保前或非连续重新投保前已发生意外事故导致的相关医疗费用；

（三）等待期内药物过敏、食物中毒、细菌或病毒感染（但因意外事故致有伤口而生感染者除外）；

（四）因任何原因造成的椎间盘（包含颈椎、胸椎、腰椎、骶椎、尾椎间盘）突出症（包括椎间盘膨出、椎间盘突出、椎间盘脱出、游离性椎间盘）、脊椎退行性病变/椎间盘病变的相关检查和治疗；

（五）腹股沟疝、痔疮、肛裂、肛瘘相关检查和治疗；

（六）代谢综合征（见释义 25）及其并发症导致的医疗费用；

（七）扁桃体肥大、腺样体肥大及肥胖症相关检查治疗，胃减容术（包括可调节式束带手术、袖状胃切除手术、胃旁路手术、胃内水囊手术、胃肠转流术等的胃减容术）；

（八）阻塞性睡眠呼吸暂停综合征、行为紊乱、多动症、自闭症、矮小症、性早熟相关的内分泌检测和治疗；

（九）遗传性疾病（见释义 26），先天性畸形、变形或染色体异常（见释义 27）（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；

（十）被保险人接受未经科学或者医学认可的实验性或研究性治疗或替代疗法及其产生的后果所产生的费用；

（十一）虽有临床不适症状，但入院诊断和出院诊断均不是明确疾病（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）；

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

（十三）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、隆胸等整形、美容或整容治疗、变性手术及前述治疗或手术的并发症或因前述治疗或手术导致的医疗事故；

（十四）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；

（十五）各种健美治疗项目，包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用；

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

（十七）包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗、包皮过长/包茎的相关治疗；

（十八）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；

（十九）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；

（二十）任何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用量的药品、未经医生处方自行购买的药品或在非本合同约定的医院或药房购买的药品；

（二十一）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）；

（二十二）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

（二十三）被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；

（二十四）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；

（二十五）被保险人殴斗、醉酒（见释义 28），服用、吸食或注射毒品（见释义 29）；

（二十六）被保险人酒后驾驶（见释义 30）、无合法有效驾驶证（见释义 31）驾驶或驾驶无合法有效行驶证（见释义 32）的机动车（见释义 33）导致交通意外引起的医疗费用；

（二十七）从事潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动（见释义 34）导致的伤害引起的治疗；

（二十八）由于职业病（见释义 35）、医疗事故（见释义 36）引起的医疗费用；

（二十九）核爆炸、核辐射或核污染、化学污染；恐怖袭击、战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

（三十）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（从本合同约定的医院确定出院之日起发生的一切医疗费用）；

（三十一）未被治疗所在地政府部门批准的治疗，未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物；

（三十二）各类医疗鉴定产生的费用，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；

（三十三）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）；

（三十四）被保险人非因职业原因或器官移植原因感染艾滋病病毒或患艾滋病（见释义 37）引起的治疗（但涉及本合同释义 18 中第（八十八）项、第（八十九）项、第（九十）项约定的情况除外）；

（三十五）被保险人患性病引起的医疗费用。

保险金额

第十条 保险金额是保险人承担赔偿或者给付保险金责任的最高限额。年度累计保险金额是保险人在保单年度内承担赔偿或者给付保险金责任的累计最高限额。

本合同的保险金额包括一般医疗保险金额、重大疾病医疗保险金额、质子重离子医疗保险金额、重大疾病异地转诊公共交通费用保险金额及住院外购药品费用保险金额。以上每项责任的保险金额和年度累计保险金额由投保人与保险人在投保时约定，并在保险单中载明。

保险期间

第十一条 本合同保险期间最长为一年。具体保险起始日期和终止日期由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单中载明。

不保证续保

第十二条 本合同为非保证续保合同。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本保险，经保险人审核同意，交纳保险费，并获得新的保险合同。

当发生下列情形之一的，保险人不再接受投保人的不间断再次投保本保险申请：

（一）保险期间届满，投保人申请不间断再次投保本保险时被保险人的年龄超过八十周岁；

（二）被保险人身故；

（三）投保人申请不间断再次投保本保险时，本保险已因本合同其他条款所列情况而导致效力终止；

（四）投保人或被保险人有不如实告知、欺诈等不符合续保条件的情形；

（五）本保险统一停售。

保险人义务

第十三条 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。

第十四条 本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。投保人要求提供电子保险单或其他保险凭证的，保险人应及时提供。

第十五条 保险人依据本合同相关约定所取得的保险合同解除权，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。

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。

第十六条 保险人按照本合同的约定，认为投保人、被保险人或者受益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、被保险人或者受益人补充提供。

第十七条 保险人收到被保险人或者受益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。但保险责任的核定必须依赖于特定证明、鉴定、判决、裁定或其他证据材料的，保险人应在被保险人或者受益人提供或自行取得上述证据材料起三十日内作出核定，本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或者受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十八条 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，对其赔偿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；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

第十九条 保险人有权对理赔进行核查，投保人和被保险人有义务提供保险人所要求的相关材料。如果受益人向保险人提起虚假的保险金申请，保险人有权追回已支付的相应保险金，并对其它虚假理赔的申请且尚未支付的款项拒绝支付，且有权解除或者部分解除本合同。

投保人、被保险人义务

第二十条 本合同保险费缴付方式由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单中载明。

若投保人选择一次性缴付保险费，投保人应当在本合同成立时一次性缴清保险费。**保险费缴清前，本合同不生效，对保险费交清前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**

若投保人选择分期缴付保险费，在交纳首月保险费后，投保人应当在每个保险费约定支付日（见释义 38）交纳其余各月对应的保险费。如投保人未按照本合同约定的付款时间足额缴付当期保险费，保险人允许投保人在本合同约定的缴费延长期内补交对应月份的保险费，如被保险人在缴费延长期内发生保险事故，保险人仍按照本合同约定给付保险金。

除本合同另有约定外，如被保险人在正常缴费对应的保险期间内或缴费延长期内发生保险事故，保险人仍然依照本合同约定给付保险金，但需投保人先行补交所有未缴期间的保险费。

如投保人未按照本合同约定的付款时间足额缴付当期保险费，且在本合同约定的缴费延长期内仍未足额补缴当期保险费的，则保险合同的保险期间终止在上一缴费周期支付日二十四时，**对于保险期间终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任；缴费延长期内发生的保险事故也不承担保险责任。**

本合同的缴费延长期为二十一天。

第二十一条 订立保险合同，保险人就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。

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。

第二十二条 投保人申请投保时，应按被保险人的周岁年龄和性别填写，如果发生错误按照下列方式办理：

（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合同约定投保年龄限制的，保险人有权解除本合同，并向投保人退还未满期保险费（见释义 39）。对于本合同解除前发生的保险事故，保险人不承担给付保险金的责任。

（二）投保人申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使投保人实交保险费少于应交保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费。如果已经发生保险事故，在给付保险金时按实际缴纳保险费和应交保险费的比例给付。

（三）投保人申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使投保人实交保险费多于应交保险费的，保险人会将多收的保险费无息退还给投保人。

第二十三条 投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第二十四条 被保险人变更其职业或工种时，投保人应于三十日内以书面形式通知保险人。若被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人对该被保险人所负保险责任自其职业或工种变更之日起终止，并退还未满期保险费。

被保险人未履行本条约定的通知义务而发生保险事故的，且被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人不承担给付保险金的责任，并自其职业或工种变更之日起，按日计算退还未满期保险费，本合同终止。

第二十五条 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（见释义 40）**而导致的迟延。

保险金申请

第二十六条 保险金申请人（见释义 41）请求给付保险金时，应向保险人提供以下证明和资料。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的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

（一）保险金申请人填具的索赔申请书；

（二）保险单或其他保险凭证正本；

（三）保险金申请人的**有效身份证件（见释义 42）**；

（四）本合同约定的医院出具的完整病历资料（包括门急诊病历、住院病历、出院小结以及相关的检查报告）；

（五）本合同约定的医院出具的附有病历、病理检验、血液检验、影像学报告及其他科学方法检验报告的疾病诊断证明书；

（六）医疗费用原始收据、医疗费用明细清单及医疗费用分割单（若发生手术费用，还需提供手术费用的原始凭证，被保险人享有社会基本医疗保险或公费医疗保障的，需包含社会基本医疗保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿证明）；

（七）被保险人罹患本合同约定的重大疾病，还应提供由医院具有相应资质的医生出具的对被保险人的疾病诊断证明书以及由医院出具的与该疾病诊断证明书相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告；

（八）首次申请理赔时，应提供合同约定的医院出具的被保险人在本合同保险期间内历次的医疗诊断证明、病历及医疗、医药费原始单据、结算明细表与处方正本；

（九）重大疾病异地转诊费用报销公共交通及救护车费用需提供转出医院出具的转院证明、交通费用支出的正式发票或收据原件；

（十）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；

（十一）若被保险人委托他人申请的，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。

（十二）受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

第二十七条 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二年，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

第二十八条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，可依法向中华人民共

和国境内（不包括港澳台地区）有管辖权的人民法院起诉。

第二十九条 与本合同有关的以及履行本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

第三十条 除本合同另有约定外，经投保人和保险人协商同意后，可变更本合同的有关内容。变更本合同时，投保人应填写变更合同申请书，经保险人审核同意，并在本合同的保险单或其它保险凭证上加以批注，或由投保人和保险人订立变更的书面协议后生效。

第三十一条 在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本合同时，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）保险人需要的其它有关文件和资料。

投保人要求解除本合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起三十日内退还保险单的未满期保险费。

第三十二条 发生以下情况之一时，本合同效力即时终止：

（一）保险期间届满；

（二）被保险人身故；

（三）因本合同其他条款所约定的情况而终止效力。

释义

第三十三条 除另有约定外，在本合同中，以下词语具有如下含义：

1. 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。

2. 保险人：

指与投保人签订本合同的利宝保险有限公司。

3. 意外伤害：

指以外来的、突发的、非本意的、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。以下情形属于疾病范畴，非本合同所指意外伤害：

（1）猝死：指由潜在疾病、身体机能障碍或其他非外来性原因所导致的、在出现急性症状后发生的突然死亡，以医院的诊断或公安、司法机关的鉴定为准；

（2）过敏及由过敏引发的变态反应性疾病；

（3）高原反应；

（4）中暑；

（5）细菌、病毒或其他病原体导致的感染性疾病。

4. 等待期：

指自保险合同生效之日起计算的一段时间，具体天数由保险人和投保人在投保时约定并在保险单中载明。被保险人在等待期内发生的保险事故，保险人不承担给付保险金的责任。不间断再次投保的保险合同不受等待期的限制。

5. 医院：

指经中华人民共和国卫生部门审核认定的二级或二级以上的公立医院，且仅限于上述医院的普通部，不包括如下机构或医疗服务：

（1）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、A 级病房；

（2）诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；

（3）休养、戒酒、戒毒中心；

该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。

此外，质子重离子医院以在保险单中载明的名单为准。保险期间内保险人调整质子重离子医院的，以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知的名单为准。

6. 住院：

是指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院的正式病房接受全日 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、日间病床（房）、家庭病床（房）入住；

（2）被保险人在特需病房、外宾病房或其它不属于基本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，但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；

（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。

7. 必需且合理：

指符合以下两个条件

（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）医学必要：

指被保险人接受治疗或服务、使用器械或服用药品符合以下条件：

a. 医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需；

b. 在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需的水平；

c. 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；

d. 非主要为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他医疗提供方的方便；

e. 非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；

f. 非试验性或研究性。

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。**如果被保险人与保险人就上述医学机构或医学专家的选择无法达成一致的，由保险人所在地的医疗行业自律组织指定一家权威医学机构或者一名权威医学专家进行审核鉴定。**

8. 住院医疗费用：

（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

指未满十八周岁的被保险人在住院治疗期间，保险人根据合同约定给付其合法监护人（限一人）在合同约定的医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，保险人根据合同约定给付其一周岁以下哺乳期婴儿在合同约定的医院或医疗机构留宿发生的加床费。

（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需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）药品费

指住院期间实际发生的必需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：**

a.主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药品，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，血宝胶囊，红桃 K 口服液，十全大补丸，十全大补膏等；

b.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；

c.用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

（5）膳食费

指住院期间根据医生的医嘱，由作为合同约定的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,根据各医院的惯例，可以作为独立的款项,也可以合并在病房费等其他款项内。

（6）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，具体以就诊合同约定的医院的费用项目划分为准。**本项责任不包含如下费用：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。**

物理治疗是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；

中医理疗是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；

其他特殊疗法包括顺势疗法（见释义 43）、职业疗法（见释义 44）及语言治疗。

（7）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。

（8）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 X 光费、心电图费、B 超费、计算机断层扫描（CT）费、核磁共振检查（MRI）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）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。**

（10）医生费

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

（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。**

9. 恶性肿瘤：

本合同“一般医疗保险金”、“质子重离子医疗保险金”项下所称“恶性肿瘤”涵盖中国保险行业协会发布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》中“恶性肿瘤-重度”和“恶性肿瘤-轻度”的范畴。

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（见释义 45）**（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）（见释义 46）**的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

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）范畴的疾病不在恶性肿瘤范围内，如：

（1）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；

（2）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。

10. 化学疗法：

指针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。本合同所指的化疗为被保险人根据医嘱,在合同约定的医院进行的静脉注射化疗。

11. 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。本附加条款所指的放疗为被保险人根据医嘱，在合同约定的医院的专门科室进行的放疗。

12. 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。

13. 肿瘤内分泌疗法：

指针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。

14. 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。

15. 门诊手术：

指以治疗疾病或挽救生命为目的，被保险人在门诊手术室进行切除、缝合等治疗的手术，但不包括康复性手术，活检、穿刺、造影等创伤性检查，腔镜检查，激光、冷冻、光动力、电灼疗法等物理治疗。

16. 专科医生：

专科医生应当同时满足以下四项资格条件，

（1）具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；

（2）具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；

（3）具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；

（4）在国家《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。

17. 初次确诊罹患：

指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊患有某种疾病，而不是指自本合同生效之后第一次经医院确诊患有某种疾病。

18. 重大疾病：本合同所规定的重大疾病指被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病，其中前 28 种疾病定义依据中国保险行业协会发布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》，后 92 种为保险人自行定义的疾病：

（一） 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（见释义 47）为I期或更轻分期的甲状腺癌（见释义 48）；

（3）TNM 分期为 $T_1N_0M_0$ 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 HPF 和 ki-67≤2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

（二） 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。

（三） 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，指疾病确诊一百八十天后，仍遗留下列至少一种障碍：

（1）一肢（含）以上**肢体肌力（见释义 49）**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（见释义 50）**；

（3）自主生活能力完全丧失，无法独立完成**六项基本日常生活活动（见释义 51）**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、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。

（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，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。

（六） 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九十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。

（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。

（九） 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）。

（十） 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（见释义 52）或药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。

（十一） 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一百八十天后，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。

（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（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。

（十三） 双耳失聪-三周岁始理赔

指因疾病或意外伤害导致双耳听力**永久不可逆（见释义 53）**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。

（十四） 双目失明-三周岁始理赔

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双目失明诊断及检查证据。

（十五） 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，或肢体肌力在 2 级（含）以下。

（十六） 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。

（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。

（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。

（十九） 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。

（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（见释义 54）**IV 级，且静息状态下肺动脉平均压在 36mmHg（含）以上。

（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,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七天（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。

（二十三） 语言能力丧失-三周岁始理赔

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。

（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，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$<0.5\times10^9$/L；

② 网织红细胞计数$<20\times10^9$/L；

③ 血小板绝对值$<20\times10^9$/L。

（二十五） 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。

（二十六） 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，经过积极治疗一百八十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。

（二十七） 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。

（二十八） 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。

以上 28 种重大疾病为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）》中列明的疾病，以下 92 种重大疾病为保险人增加的疾病。

（二十九） 严重心肌病

指被保险人因心肌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。

（三十） 严重多发性硬化症

多发性硬化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。多发性硬化必须明确诊断，并且已经造成永久不可逆的神经系统功能损害。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续一百八十天无法独立完成下列基本日常生活活动之一：

① 移动：自己从一个房间到另一个房间；

② 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

（三十一） 严重全身性重症肌无力

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，必须满足下列所有条件：

① 经药物治疗和胸腺切除治疗一年以上仍无法控制病情；

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

（三十二） 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】。类风湿性关节炎必须明确诊断并且已经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（生活不能自理，且丧失活动能力）。

美国风湿病学会类风湿性关节炎分级

I 级：关节能自由活动，能完成平常的任务而无妨碍。

II 级：关节活动中度限制，一个或几个关节疼痛不适，但能料理日常生活。

III 级：关节活动显著限制，不能胜任工作，料理生活也有困难。

IV 级：大部分或完全失去活动能力，病人长期卧床或依赖轮椅，生活不能自理。

（三十三） 原发性系统性淀粉样变性

淀粉样变性是一组蛋白质代谢障碍性疾病，病理表现为淀粉样蛋白沉积于组织或器官。原发性系统性淀粉样变性原因不明，通常累及肾脏和/或心脏。

被保险人经活检组织病理学检查被明确诊断为淀粉样变性，并满足下列条件之一：

① 心脏淀粉样变性，被保险人存在限制性心肌病及其所致的充血性心力衰竭，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 III 级，并持续一百八十天以上；

② 肾脏淀粉样变性，被保险人存在肾病综合征及其所致的严重的肾脏功能衰竭，达到尿毒症诊断标准，并持续一百八十天以上。

继发性淀粉样变性不在保障范围内。

（三十四） 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脑动脉瘤夹闭手术。

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本保障范围内。

（三十五） 严重弥漫性系统性硬皮病

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。诊断必须明确并由活检和血清学证据支持并且疾病已经影响到心脏、肺或肾脏等内脏器官并且达到下列所有标准：

① 肺纤维化，已经出现肺动脉高压、肺心病；

② 心脏损害，心脏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；

③ 肾脏损害，已经出现肾功能衰竭。

下列疾病不在保障范围内：

① 局限硬皮病；

② 嗜酸细胞筋膜炎；

③ CREST 综合征。

（三十六） 严重冠心病

指经冠状动脉造影检查结果明确诊断为三支主要血管严重狭窄性病变（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）。冠状动脉的主要血管指左冠状动脉主干、前降支、左旋支及右冠状动脉。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。

（三十七） 严重慢性复发性胰腺炎

指慢性反复发作的胰腺炎症导致胰腺的广泛纤维化、坏死、弥漫性钙化及假性囊肿形成，造成

胰腺功能障碍出现严重糖尿病和营养不良。必须满足下列所有条件：

① 医疗记录证实存在慢性胰腺炎反复急性发作病史；

② CT 显示胰腺广泛钙化或逆行胰胆管造影（ERCP）显示胰管扭曲、扩张和狭窄；

③ 持续接受胰岛素替代治疗和酶替代治疗一百八十天以上。

酒精导致的慢性复发性胰腺炎不在本保障范围内。

（三十八） 植物人状态

植物人状态系指由于严重颅脑外伤造成大脑和/或脑干严重损害导致完全永久性的对自身和环境的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。诊断必须明确并且具有严重颅脑外伤和脑损害的证据。植物人状态必须持续三十天以上方可申请理赔。

（三十九） 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。必须满足下列所有条件：

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）。

（四十） 特发性慢性肾上腺皮质功能不全

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。必须满足所有以下条件：

① 明确诊断，符合以下所有诊断标准：

a. 血浆促肾上腺皮质激素（ACTH）水平测定，>100pg/ml；

b. 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；

c. 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一百八十天以上。

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不在本保障范围内。

（四十一） 严重心肌炎

指被保险人因严重心肌炎症性病变导致心功能损害造成持续的永久不可逆性的心功能衰竭。必须满足下列所有条件：

① 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，或左室射血分数低于 30%；

② 持续不间断一百八十天以上；

③ 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。

（四十二） 慢性肺源性心脏病

指被保险人因慢性肺部疾病导致慢性肺源性心脏病并且引起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。

（四十三） 严重原发性硬化性胆管炎

为一种特发型淤胆性疾病，特点为肝内及肝外胆道系统胆管壁增厚和管腔狭窄。必须满足下列所有条件：

① 诊断由逆行胰胆管造影（ERCP）或经皮胆管造影（PTC）确认；

② 持续性黄疸伴碱性磷酸酶（ALP）显著升高；

③ 出现继发性胆汁性肝硬化和门静脉高压。

（四十四） 严重自身免疫性肝炎

自身免疫性肝炎是一种原因不明的慢性肝脏的坏死性炎性疾病，机体免疫机制被破坏，产生针对肝脏自身抗原的抗体导致自身免疫反应，从而破坏肝细胞造成肝脏炎症坏死，进而发展为肝硬化。必须满足下列所有条件：

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 肝脏活检确诊免疫性肝炎；

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。

（四十五） 原发性骨髓纤维化（PMF）

原发性骨髓纤维化以骨髓纤维增生和髓外造血为特点，表现为进行性贫血、脾肿大、外周血幼稚细胞等等。

被保险人须经由骨髓活检明确诊断为原发性骨髓纤维化，并满足下列所有条件且持续一百八十天：

① 血红蛋白<100g/l；

② 白细胞计数>25x10^9/l；

③ 外周血原始细胞≥1%；

④ 血小板计数<100x10^9/l。

恶性肿瘤、中毒、放射线和感染所致的继发性骨髓纤维化不在保障范围内。

（四十六） 严重骨髓增生异常综合征（MDS）

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。

被保险人须经由外周血和骨髓活检明确诊断为骨髓增生异常综合征，并且满足下列所有条件：

① 根据 WHO 分型，分型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。

（四十七） 严重急性主动脉夹层血肿

指主动脉壁在受到某些病理因素破坏后，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。被保险人需有典型的临床表现并通过电脑断层扫描（CT）、磁共振扫描（MRI）、磁共振血管检验法（MRA）或血管扫描等检查明确诊断，并在急性期内（发病两周内）实际接受了传统或微创开胸或开腹主动脉手术。

慢性期主动脉夹层择期手术、经导管主动脉内介入手术治疗不在保障范围内。

（四十八） 严重缩窄性心包炎

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，阻碍心脏的舒张。慢性缩窄性心包炎必须被明确诊断并且满足下列所有条件：

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，并持续一百八十天以上；

② 已经接受了经下列任何一种手术路径进行的开胸心包剥离手术或心包切除手术。

a. 胸骨正中切口；

b. 双侧前胸切口；

c. 左前胸肋间切口。

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。

（四十九） 心脏粘液瘤

指为了治疗心脏粘液瘤，实际实施了开胸开心心脏粘液瘤切除手术。

经导管介入手术治疗不在保障范围内。

（五十） 严重心脏衰竭 CRT 心脏同步治疗

指因缺血性心脏病或扩张性心肌病导致慢性严重心脏衰竭，被保险人实际接受了 CRT 治疗，以矫正心室收缩不协调和改善心脏功能。接受治疗之前必须满足下列所有条件：

① 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 III 级或 IV 级；

② 左室射血分数低于 35%；

③ 左室舒张末期内径≥55mm；

④ QRS 时间≥130msec；

⑤ 药物治疗效果不佳，仍有症状。

（五十一） 完全性房室传导阻滞

指因慢性心脏疾病导致 III 度或完全性房室传导阻滞。完全性房室传导阻滞是心房的激动不能正

常地传导到心室，造成心室率过于缓慢，出现心力衰竭和因大脑供血不足导致的晕厥、阿-斯综合征。必须明确诊断并且满足下列所有条件：

① 患有慢性心脏疾病；

② 曾经有晕厥、阿-斯综合征发作；

③ 心电图表现为持续室性逸搏心律，心室率持续低于 40 次/分；

④ 已经植入永久性心脏起搏器。

（五十二） 头臂动脉型多发性大动脉炎旁路移植手术

多发性大动脉炎（高安氏动脉炎）是一种发生在主动脉和其主要分支的慢性炎症性动脉疾病，表现为受累动脉狭窄或闭塞。头臂动脉型多发性大动脉炎是指多发性大动脉炎头臂动脉型（I 型），又称为无脉症。被保险人被明确诊断为头臂动脉型多发性大动脉炎并且实际接受了经胸部切开进行的无名动脉（头臂干）、颈总动脉、锁骨下动脉旁路移植手术。

（五十三） 肺淋巴管肌瘤病

肺淋巴管肌瘤病是一种弥漫性肺部疾病，其特征性病理表现为囊性病变及不成熟的平滑肌细胞和血管周上皮细胞异常增生形成多发结节。必须满足下列全部条件：

① 经组织病理学检查明确诊断；

② CT 显示双肺弥漫性囊性改变；

③ 肺功能检查显示 FEV1 和 DLCO（CO 弥散功能）下降；

④ 动脉血气分析显示低氧血症。

疑似肺淋巴管肌瘤病除外。

（五十四） 严重肺结节病

结节病是一种原因未明的慢性肉芽肿病，可侵犯全身多个器官，以肺和淋巴结受累最为常见。严重肺结节病表现为肺的广泛纤维化导致慢性呼吸功能衰竭。必须满足下列所有条件：

①（肺结节病的 X 线分期为 IV 期，即广泛肺纤维化；

② 永久不可逆性的慢性呼吸功能衰竭，临床持续一百八十天动脉血氧分压（PaO_2）<50mmHg 和动脉血氧饱和度（SaO_2）<80%。

（五十五） 非阿尔茨海默病致严重痴呆

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，日常生活必须持续受到他人监护。

导致痴呆的疾病必须明确诊断，并且由完整的临床、实验室和影像学检查结果证实。

神经官能症,精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在保障范围内。

（五十六） 进行性核上性麻痹

进行性核上性麻痹是中枢神经系统变性疾病，临床表现为眼球运动障碍、假性球麻痹、帕金森综合征等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。

（五十七） 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病毒感染。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。必须满足下列所有条件：

① 必须由三级医院诊断，临床检查证实脑电图存在周期性复合波、脑脊液Y-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，永久不可逆丧失自主生活能力，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。

（五十八） 进行性多灶性白质脑病

是一种亚急性脱髓鞘脑病，常常发生于免疫缺陷病人。必须满足下列所有条件

① 根据脑组织活检确诊；

② 永久不可逆丧失自主生活能力，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。

进行性多灶性白质脑病必须在生前诊断，尸检诊断不作为理赔依据。

（五十九） 丧失独立生活能力（六周岁始理赔）

指由于疾病或外伤导致被保险人永久不可逆的完全丧失独立生活能力，无法独立完成六项基本日常生活活动中的四项或四项以上。

被保险人理赔时年龄在六周岁以上。

（六十） 脊髓灰质炎后遗症

脊髓灰质炎是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。本保险单仅对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况予以理赔。

（六十一） 脊髓内肿瘤

指脊髓内良性或恶性肿瘤。肿瘤造成脊髓损害导致瘫痪。须满足下列所有条件：

① 被保险人实际接受了肿瘤切除的手术治疗；

② 手术一百八十天后遗留下列神经系统损害，无法独立完成下列基本日常生活活动之一：

a. 移动：自己从一个房间到另一个房间；

b. 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

非脊髓内的其他椎管内肿瘤、脊柱肿瘤、神经纤维瘤不在保障范围内。

（六十二） 脊髓空洞症

脊髓空洞症为慢性进行性的脊髓变性性疾病，其特征为脊髓内空洞形成。表现为感觉异常、肌

萎缩及神经营养障碍。脊髓空洞症累及延髓的称为延髓空洞症，表现为延髓麻痹。脊髓空洞症必须明确诊断并且造成永久不可逆的神经系统功能障碍，存在持续至少一百八十天以上的神经系统功能缺失并满足下列条件之一：

① 延髓麻痹呈现显著舌肌萎缩、构音困难和吞咽困难；

② 双手萎缩呈“爪形手”，肌力 2 级或以下。

（六十三） 脊髓血管病后遗症

指脊髓血管的突发病变引起脊髓梗塞或脊髓出血，导致永久性不可逆的神经系统功能损害，表现为截瘫或四肢瘫。神经系统永久性的功能障碍指疾病确诊一百八十天后，仍然遗留后遗症并且无法独立完成下列基本日常生活活动之一：

① 移动：自己从一个房间到另一个房间；

② 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

（六十四） 横贯性脊髓炎后遗症

脊髓炎是一种炎症性脊髓疾病。横贯性脊髓炎是指炎症扩展横贯整个脊髓，表现为运动障碍、感觉障碍和自主神经功能障碍。横断性脊髓炎必须明确诊断，并且已经造成永久不可逆的神经系统功能损害。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续一百八十天无法独立完成下列任何一项基本日常生活活动：

① 移动：自己从一个房间到另一个房间；

② 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

（六十五） 严重哮喘

严重哮喘诊断必须明确诊断，并且满足下列标准中的三项或三项以上：

① 过去两年中有哮喘持续状态（哮喘发作持续 24 小时以上不能缓解）医疗病史；

② 身体活动耐受能力显著且持续下降（轻微体力活动既有呼吸困难，至少持续六个月以上）；

③ 慢性肺部过度膨胀充气导致的胸廓畸形；

④ 持续每日口服皮质类固醇激素（至少持续六个月以上）。

（六十六） 严重强直性脊柱炎

强直性脊柱炎是一种慢性全身性炎性疾病，主要侵犯脊柱导致脊柱畸形。强直性脊柱炎必须明确诊断并且满足下列所有条件：

① 严重脊柱畸形；

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。

（六十七） 开颅手术

指因外伤、颅内肿瘤或脑动脉瘤破裂，被保险人实际接受了在全麻下进行的颅骨切开手术，以清除脑内血肿、切除肿瘤或夹闭破裂动脉瘤的手术治疗。

颅骨打孔手术、硬膜下血肿清除术、硬膜外血肿清除、未破裂动脉瘤预防性手术、动脉瘤栓塞手术、血管内手术、颅骨切开或切除减压术、脑积水脑脊液分流手术、经蝶骨肿瘤切除术及其他原因的开颅手术不在保障范围内。

（六十八） 系统性红斑狼疮性肾炎尿毒症

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。

本保险单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，并且临床出现肾功能衰竭达到尿毒症期。

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单保障范围内。

（六十九） 席汉氏综合征

指因产后大出血并发休克、全身循环衰竭、弥漫性血管内凝血导致脑垂体缺血坏死和垂体分泌激素不足，造成性腺、甲状腺、肾上腺皮质功能减退。必须满足下列所有条件：

① 产后大出血休克病史；

② 严重腺垂体功能破坏，破坏程度>95%；

③ 影像学检查显示脑垂体严重萎缩或消失；

④ 实验室检查显示：

a. 垂体前叶激素全面低下；

b. 性激素、甲状腺素、肾上腺皮质激素全面低下（包括生长激素、促甲状腺素、促肾上腺皮质激素、卵泡刺激素和黄体生成素）；

⑤ 需要终身激素替代治疗以维持身体功能，持续服用各种替代激素超过一年。

垂体功能部分低下及其他原因所致垂体功能低下不在保障范围之内。

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。

（七十） 神经白塞病

白塞病是一种慢性全身性血管炎症性疾病，主要表现为复发性口腔溃疡、生殖器溃疡、眼炎及皮肤损害，可累及大血管、神经系统、消化道、肺、肾等等。累及神经系统损害的白塞病称为神经白塞病。神经白塞病必须明确诊断，并且已经造成永久不可逆的神经系统功能损害。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续一百八十天无法独立完成下列基本日常生活活动之一：

① 移动：自己从一个房间到另一个房间；

② 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

（七十一） 严重幼年型类风湿关节炎

幼年型类风湿关节炎是一种儿童期发病的慢性关节炎，其特点为在高热和系统性病征出现数月后发生关节炎。

本保险单仅对实际接受了膝关节或髋关节置换手术治疗的严重的幼年型类风湿关节炎予以理赔。

（七十二） 重症急性出血坏死性胰腺炎开腹手术

指被保险人被确诊为重症急性出血坏死性胰腺炎，并实际接受了外科剖腹直视手术治疗，进行坏死组织清除、坏死病灶切除或胰腺切除。

腹腔镜手术治疗不在保障范围内。

因酗酒或饮酒过量所致的急性坏死性胰腺炎不在保障范围内。

（七十三） 溶血性链球菌感染引起的坏疽

由于急性溶血性链球菌感染导致广泛的皮肤、皮下组织和深层组织的坏死。必须满足以下所有条件：

① 细菌培养证实致病菌为溶血性链球菌；

② 受感染肢体被截肢（自腕关节或踝关节近端）。

（七十四） 因疾病或外伤导致智力缺陷（六周岁始理赔）

因严重头部创伤或疾病造成被保险人智力低常（智力低于常态）或智力残疾。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）。**智商 70-85 为智力临界低常，不在本保障范围内。**智商的检测必须由保险人认可的专职心理测验工作者进行，心理测验工作者必须持有由心理测量专业委员会资格认定书。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）。

理赔时必须满足下列全部条件：

① 被保险人大于或等于六周岁；

② 儿科主任医师确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低下；

③ 专职合格心理检测工作者适时做的心理检测证实被保险人智力低常（轻度、中度、重度或极重度）；

④ 被保险人的智力低常自确认日起持续一百八十天以上。

（七十五） 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，必须满足以下所有条件：

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。

（七十六） 严重瑞氏综合征

瑞氏综合征是线粒体功能障碍性疾病。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、惊厥及意识障碍等等。肝脏活检是确诊的重要手段。瑞氏综合征需由三级医院的儿科专科医生确诊，并符合下列所有条件：

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。

（七十七） 急性肺损伤（ALI）或急性呼吸窘迫综合征（ARDS）

一种表现为无心脏衰竭的肺水肿，为创伤、脓毒血症等临床多种疾病的并发症，造成多器官衰竭，死亡率高。

急性肺损伤或急性呼吸窘迫综合征必须由呼吸系统专科医师诊断，并有所有以下临床证据支持。

① 急性发作（原发疾病起病后 6 至 72 小时）；

② （急性发作的临床症状体征，包括呼吸急促、呼吸困难、心动过速、大汗、面色苍白及辅助呼吸肌活动加强（点头呼吸、提肩呼吸）；

③ 双肺浸润影；

④ PaO_2/FiO_2（动脉血压分压/吸入气氧分压）低于 200mmHg；

⑤ 肺动脉嵌入压低于 18mmHg，

⑥ 临床无左房高压表现。

（七十八） 溶血性尿毒综合征

一种由于感染导致的急性综合征，引起红细胞溶血，肾功能衰竭及尿毒症。溶血尿毒综合征必须由血液和肾脏专科医师诊断，并且符合所有以下条件：

① 实验室检查确认有溶血性贫血、血尿、尿毒症、血小板减少性紫癜；

② 因肾脏功能衰竭实施了肾脏透析治疗。

任何非因感染导致的溶血性贫血，如：自身免疫性溶血性贫血、与红细胞末缺陷有关的溶血性贫血、红细胞酶病、血红蛋白病等，不在本保险单保障范围内。

（七十九） 严重登革热

登革热是由登革热病毒引起的急性传染病，为一种自限性疾病，通常预后良好。本保险单仅对严重的登革热给予保障，被保险人的登革热必须满足下列所有条件：

① 根据《登革热诊疗指南（2014 版）》诊断的确诊病例；

② 出现下列一种或多种严重登革热的临床表现：

a. 血浆渗漏致休克或胸腔积液伴呼吸困难；

b. 严重出血：消化道出血、阴道大出血、颅内出血、肉眼血尿或皮下血肿（不包括皮下出血点）；

c. 严重器官损害或衰竭：肝脏损伤(ALT 或 AST>1000IU/L)、ARDS（急性呼吸窘迫综合征、急性心功能衰竭、急性肾功能衰竭、脑病。

（八十） 危重手足口病

手足口病是由肠道病毒引起的急性传染病，主要症状表现为手、足、口腔等部位的斑丘疹、疱

疹。

危重手足口病必须满足下列所有条件：

① 病原学检查确诊为手足口病；

② 伴有所列危重并发症之一：脑膜炎、脑炎、脑脊髓炎、肺水肿或心脏衰竭；

③ 接受了 2 周以上的住院治疗。

（八十一） 意外导致的重度面部烧伤

指面部III度烧伤且烧伤面积达到面部表面积的 2/3 或全身体表面积的 2%。

体表面积根据《中国新九分法》计算，面部总面积为全身体表面积的 3%。面部面积不包括发部和颈部。

（八十二） 失去一肢及一眼（三周岁始理赔）

被保险人因同一次意外伤害事件导致一肢体丧失和一眼视力丧失。必须满足下列所有条件：

① 一肢体丧失指任何一肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

② 一眼视力丧失指一只眼视力永久不可逆性丧失，患眼须满足下列至少一项条件：

a. 眼球摘除；

b. 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）；

c. 视野半径小于 5 度。

除眼球摘除以外，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。

（八十三） 艾森门格综合征

指一组先天性心脏病发展的后果，特点为进行性肺动脉高压所致的动脉阻塞性病变，也称为肺动脉高压性右向左分流综合征。必须满足下列全部条件：

① 缺氧、青紫、杵状指；

② 静息状态下肺动脉平均压超过 40mmHg；

③ 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。

本疾病不受本合同第七条责任免除中关于“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（八十四） 室壁瘤切除手术

指因心肌梗死导致室壁瘤，实际实施了开胸开心室壁瘤切除手术治疗。

（八十五） 丝虫感染所致严重象皮病

指因丝虫感染导致淋巴阻塞性出现严重淋巴水肿，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。

（八十六） 克-雅氏病（CJD）

CJD 是一种传染性海绵状脑病，临床表现为快速进行性痴呆、肌阵挛和特征性脑电图变化。本病须经三级医院的专科医师根据 WHO 诊断标准明确诊断，并且被保险人永久不可逆丧失自主生活能力，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。

（八十七） 埃博拉病毒感染

指埃博拉病毒感染导致的急性出血性传染病。埃博拉病毒病必须经国家认可的有合法资质的传染病专家确诊并且上报国家疾病控制中心接受了隔离和治疗，必须满足以下所有条件：

① 实验室检查证据证实存在埃博拉病毒感染；

② 存在持续三十天以上广泛出血的临床表现。

埃博拉病毒感染疑似病例，在确诊之前已经死亡的不在本保障范围内。

（八十八） 职业原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

被保险人的职业归属于下列职业列表内的职业，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）。必须满足下列全部条件：

① 感染必须发生在被保险人从事其职业工作过程中；

② 血清转化必须出现在事故发生后的六个月以内；

③ 必须提供被保险人在所报事故发生后的五天以内进行的检查报告，该报告必须显示被保险人血液 HIV 病毒阴性和/或 HIV 抗体阴性；

④ 必须在事故发生后的十二个月内证实被保险人体内存在 HIV 病毒或者 HIV 抗体。

职业列表：

医生（包括牙医）	护士
医院化验室工作人员	医院护工
救护车工作人员	助产士
警察（包括狱警）	消防人员

在任何治愈艾滋病（AIDS）或阻止 HIV 病毒作用的疗法被发现以后，或能防止 AIDS 发生的医疗方法被研究出来以后，本保障将不再予以给付。

任何因其他传播方式（包括：输血、性传播或静脉注射毒品）导致的 HIV 感染不在本保险单保障范围内。保险人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。

本疾病不受本合同责任免除中关于“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

（八十九） 输血原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

被保险人因输血感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）并且根据 HIV 感染分类及 AIDS 诊断标准被确诊为艾滋病（AIDS）期。满足下列全部条件：

① 在等待期满保障起始日之后，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；

③ 受感染的被保险人不是血友病患者。

在任何治愈艾滋病（AIDS）或阻止 HIV 病毒作用的疗法被发现以后，或能防止 AIDS 发生的医疗方法被研究出来以后，本保障将不再予以给付。

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 感染不在本保险单保障范围内。保险人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。

本疾病不受本合同责任免除中关于“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

（九十） 器官移植原因导致 HIV 感染

被保险人因接受器官移植感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）并且满足下列全部条件：

① 在等待期满保障起始日之后，被保险人接受器官移植，并因此感染 HIV；

② 实施器官移植的医院为三级医院;

③ 实施移植医院出具具有法律效力的证明确认移植器官来自 HIV 感染者；

在任何治愈艾滋病（AIDS）或阻止 HIV 病毒作用的疗法被发现以后，或能防止 AIDS 发生的医疗方法被研究出来以后，本保障将不再予以给付。

本疾病不受本合同责任免除中关于“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

（九十一） 胰腺移植术

胰腺移植术指因胰腺功能衰竭，已经实际接受了胰腺的同种（人类）异体器官移植手术。

胰岛、组织、细胞移植不在保障范围内。

（九十二） 角膜移植

指因角膜病变或意外伤害导致视力丧失或视力严重损害，被保险人实际接受了同种（人类）异体角膜移植手术以恢复视力。

角膜移植手术包括全层角膜移植术、板层角膜移植术和角膜内皮移植术。

单纯角膜细胞移植，自体角膜缘细胞移植，非同种来源角膜或人工角膜的移植不在保障范围内。

（九十三） 嗜铬细胞瘤

指发生在肾上腺或肾上腺外嗜铬组织的以分泌过多的儿茶酚胺为表现的神经内分泌肿瘤。嗜铬细胞瘤必须由内分泌专科医生诊断，并且满足以下所有条件：

① 临床有高血压症候群表现；

② 已经实施了嗜铬细胞瘤切除手术。

（九十四） 严重结核性脑膜炎

由结核肌肉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：

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。

（九十五） 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，须经保险人认可医院的专科医师明确诊断，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。

（九十六） 狂犬病

指狂犬病毒所致的急性传染病，人多因被病兽咬伤而感染。临床表现为特有的恐水、怕风、咽肌痉挛、进行性瘫痪等。须经专科医生明确诊断。

（九十七） 皮质基底节变性

指一种慢性进展性神经变性疾病，以不对称发作的无动性强直综合征、失用、肌张力障碍及姿势异常为其临床特征。须经临床医生明确诊断，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。

（九十八） 肌营养不良症

肌营养不良症是一组遗传性肌肉变性性病变，临床特征为与神经系统无关的肌肉无力和肌肉萎缩。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。

（九十九） 脑型疟疾

恶性疟原虫严重感染导致的脑病或脑型疟疾，以昏迷为主要特征。脑型疟疾的诊断须由专科医生确认，且外周血涂片存在恶性疟原虫。

其他明确病因导致的脑病不在保障范围内。

（一百） 败血症导致的多器官功能障碍综合征

由败血症导致的多器官功能障碍综合征（MODS），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：

1.呼吸衰竭，需要进行气管插管机械通气；

2.凝血血小板计数<50x10³/微升；

3.肝功能不全，胆红素>6mg/dl 或>102μmol/L；

4.需要用强心剂；

5.昏迷，格拉斯哥昏迷评分（GCS）≤9；

6.肾功能衰竭，血清肌酐>300μmol/L 或>3.5mg/dl 或尿量<500ml/d；

7.败血症有血液和影像学检查证实。

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。**

（一百〇一） 大面积植皮手术

指为修复皮肤与其下的组织缺损所进行的皮肤移植手术，要求皮肤移植的面积达到全身体表面积的 30%或 30%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

（一百〇二） 进行性风疹性全脑炎

指由风疹病毒感染引起的慢性脑炎，且导致神经系统永久性的功能障碍。须由神经专科医师确诊。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。

（一百〇三） 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与遗传有关的疾病。必须满足下列所有条件：

（1）脊髓小脑变性症必须由三级医院诊断，并有下列所有证据支持：

a.影像学检查证实存在小脑萎缩；

b.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。

（一百〇四） 肾髓质囊性病

肾髓质囊性病，一种遗传性肾脏疾病，特点为肾髓质多发大小不等的囊肿并且伴有小管炎症和间质性肾炎。必须满足下列所有条件：

（1）经肾组织活检明确诊断；

（2）临床有肾脏衰竭和肾小管功能障碍表现；

（3）影像学证据显示肾髓质多发囊肿。

其他肾脏囊性病变不在本保障范围内。

（一百〇五） 严重肝豆状核变性

肝豆状核变性是一种遗传性铜代谢障碍疾病。表现为体内的铜离子在肝、脑、肾、角膜等处沉

积，引起进行性加重的肝硬化、锥体外系症状、精神症状、肾损害及角膜色素环。肝豆状核变性必须明确诊断并且满足以下条件之一：

（1）失代偿性肝硬化，临床已经出现腹水、食道静脉曲张和脾肿大等表现；

（2）慢性肾功能衰竭，已开始肾脏透析治疗；

（3）接受了肝移植或肾移植手术。

（一百〇六） 严重大动脉炎

指经保险人认可医院的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。

（一百〇七） 多处臂丛神经根性撕脱

由于疾病或意外伤害导致至少两根臂丛神经根性撕脱，造成永久不可逆性的手臂感觉功能与运动功能完全丧失。须由保险人认可的医院的专科医生确诊，并且有电生理检查结果证实。

（一百〇八） 风湿热导致的心脏瓣膜病

指风湿热反复发作并发心脏瓣膜损害，导致慢性心脏瓣膜病，引起心脏瓣膜狭窄、关闭不全。必须满足下列所有条件：

（1）风湿热病史；

（2）慢性心脏瓣膜病病史；

（3）实际接受了开胸开心进行的心脏瓣膜置换手术。

经导管进行的瓣膜置换手术或瓣膜成型手术不在本保障范围内。

（一百〇九） 严重获得性或继发性肺泡蛋白质沉积症

因获得性或继发性原因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。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。

（一百一十） 细菌性脑脊髓膜炎后遗症

指因脑膜炎双球菌感染引起脑脊髓膜化脓性病变，且导致永久性神经损害，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，且上述症状持续九十天以上仍无改善迹象。

（一百一十一） 侵蚀性葡萄胎（恶性葡萄胎）

被保险人被明确诊断为恶性葡萄胎。

恶性葡萄胎又称侵蚀性葡萄胎，发生自胚胎组织，侵入子宫肌层或其他组织，也可能转移。被

保险人实际接受了子宫切除手术治疗。

索赔时需提交组织病理学检查报告，非侵蚀性的葡萄胎除外。

（一百一十二） 严重感染性心内膜炎

指由感染性微生物引致的心脏内膜炎症，并须符合下列所有标准：

(1)血液培养结果呈阳性反应，证明感染性微生物的存在；

(2)出现最少中度的心脏瓣膜功能不全（即返流部分达 20%或以上）或中度的心脏瓣膜狭窄（即心脏瓣瓣口面积为正常值的 30%或以下），导致感染性心内膜炎；

(3)感染性心内膜炎的诊断及瓣膜受损的严重程度必须由心脏病专科医生确定。

（一百一十三） 严重破伤风

指破伤风梭菌经由皮肤或粘膜伤口侵入人体，在缺氧环境下生长繁殖，产生毒素而引起肌痉挛的一种特异性感染。须经专科医生明确诊断。

（一百一十四） 库鲁病

指一种亚急性传染性朊蛋白病。临床表现为共济失调、震颤、不自主运动，在病程晚期出现进行性加重的痴呆，神经异常。该病必须由权威医疗机构根据致病蛋白的发现而明确诊断。

（一百一十五） 严重斯蒂尔病

须经风湿病专科医生明确诊断，并至少满足下列两项条件：

（1）因该病导致心包炎；

（2）因该病导致肺间质病变；

（3）巨噬细胞活化综合征（MAS）。

（一百一十六） 肺孢子菌肺炎

肺孢子菌肺炎：指由肺孢子菌引起的间质性浆细胞性肺炎。并须满足下列全部条件：

（1）第一秒末用力呼气量（FEV1）小于 1 升；

（2）气道内阻力增加，至少达到 0.5kPa/l/s；

（3）残气容积占肺总量(TLC)的 60%以上；

（4）胸内气体容积升高，超过 170(基值的百分比)；

（5）PaO2<60mmHg，PaCO2>50mmHg。

感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患肺孢子菌肺炎不在保障范围内。

（一百一十七） 严重 III 度冻伤导致截肢

冻伤是由于寒冷潮湿作用引起的人体局部或全身损伤，并且冻伤程度达到 III 度，且导致一个或一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。

（一百一十八） 成骨不全症（III 型）

指由于多种致病基因突变导致骨基质蛋白数量减少或质量异常，从而引起以骨量低下、骨骼脆

性增加和反复骨折为主要特征的骨骼疾病。须经专科医生根据体格检查，骨折史，家族史，X 线检查，骨密度和皮肤活检报告资料明确诊断为成骨不全症 III 型，且须在理赔时提供检查，家族史，骨代谢生化指标、X 线检查及基因检测等资料。

成骨不全症 I 型、II 型和 IV 型不在本保障范围内。

（一百一十九） 严重甲型及乙型血友病

被保险人必须经保险人认可的血液科专科医生确诊为甲型或乙型血友病，并且必须满足下列所有条件：

（1）VIII 因子或 IX 因子活性小于 1%；

（2）出现以下任一种临床表现：

a. 反复关节血肿，大关节畸形和活动受限；或

b. 内脏器官出血如：肾脏出血、消化道出血、腹腔出血、颅内出血。

（一百二十） 严重气性坏疽

指由梭状芽胞杆菌所致的肌坏死或肌炎。须经专科医生明确诊断，且须同时符合下列要求：

（1）符合气性坏疽的一般临床表现；

（2）细菌培养检出致病菌；

（3）出现广泛性肌肉及组织坏死，并已经实施了坏死组织和筋膜以及肌肉的切除手术。**清创术不在保障范围内。**

19. 重大疾病住院医疗费用：

包括床位费、加床费、重症监护室床位费、护理费、膳食费、检查检验费、治疗费、药品费、医生费、手术费、救护车使用费。

20. 质子重离子医院：

以在保险单中载明的名单为准。保险期间内保险人调整质子重离子医院的，以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知的名单为准。

21. 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，包括定位及制定放疗计划费用以及质子、重离子放射治疗实施费用。

22. 客运公共交通：

（1）民航班机：本合同所指民航班机为经相关政府部门登记许可合法运营、以客运为目的的飞机；

（2）火车：本合同所指火车为经相关政府部门登记许可合法运营、以客运为目的的火车（含地铁、轻轨、动车、其他高速列车）；

（3）轮船：本合同所指轮船为经相关政府部门登记许可合法运营、以客运为目的的轮船；

（4）合法商业运营的客运汽车：本合同所指汽车为经相关政府部门登记许可合法运营、以客运为目的的公共汽车（含电车）。

23. 社会基本医疗保险：

本合同所称的社会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、新型农村合作医疗等政府举办的社会基本医疗保障项目。

24. 既往症：

除特别约定外，指被保险人在初次投保前、等待期内或非连续重新投保前已罹患下列一至五类疾病或疾病伴并发症：

(1) 肿瘤类：

恶性肿瘤*、原位癌、颅内肿瘤或占位、脊髓肿瘤或占位、**高危结节***；

(2) 肺肝肾疾病类：

慢性阻塞性肺病、呼吸衰竭、间质性肺病、肺纤维化、肾功能不全、慢性肾病（CKD4 期及以上）、肝硬化、肝功能不全、肝衰竭、肝内胆管炎；

(3) 心脑血管及糖脂代谢类：

冠心病、心肌梗死、心功能不全（心功能 III 级及以上）、主动脉夹层、动脉狭窄或闭塞、动脉瘤、心肌病、心包炎、房颤/房扑、肺动脉高压、脑梗死、脑出血、心瓣膜病、**高血压伴并发症***、1 型糖尿病，**糖尿病伴并发症***；

(4) 自身免疫类：

系统性红斑狼疮、溃疡性结肠炎、克罗恩病、类风湿性关节炎、重症肌无力、银屑病、多发性肌炎/皮炎、特应性皮炎、毒性弥漫性甲状腺肿、**甲状腺眼病***、血管炎；

(5) 其他：

帕金森病、阿尔兹海默病、多发性硬化、癫痫、再生障碍性贫血、骨髓增生异常综合征、嗜（噬）血细胞综合征、血友病、胰腺炎、骨坏死、**脊髓/脊椎/脊柱/胸廓相关疾病***、瘫痪、发育迟缓、**罕见病***。

注释：

(1) 恶性肿瘤：

指首次投保前已罹患恶性肿瘤（包括癌、肉瘤、白血病、淋巴瘤等经病理诊断证实符合本保险合同释义 9 中对于“恶性肿瘤”的定义）的持续、复发、转移。

明确为投保后新发的恶性肿瘤不在此范围内，可正常赔付；

(2) 高危结节：

包含 4 级及以上结节；大于 8mm 的肺结节；以及检查报告或临床诊断时存在高危、恶性、疑似恶性或建议穿刺活检表述类型的结节/肿物/肿块/占位/新生物/赘生物/息肉/包块。

但是针对首次投保前，手术切除并经组织病理学检查已确诊为良性且不属于颅内、脊髓部位的，则不在此范围内；

(3) 高血压伴并发症：

a. 高血压伴脑血管病（含动脉狭窄或闭塞、脑缺血、脑出血、 脑梗死、脑血栓）；

b. 高血压心脏病；

c. 高血压肾脏病；

d. 高血压性视网膜病变。

(4) 糖尿病伴并发症：

a. 糖尿病酮症酸中毒、高渗高血糖综合征；

b. 糖尿病肾病；

c. 糖尿病视网膜病变；

d. 糖尿病伴心脑血管疾病（含动脉狭窄或闭塞、冠心病、脑缺血、脑出血、脑梗死、脑血栓）；

e. 糖尿病周围神经病变；

f. 糖尿病足。

(5) 甲状腺眼病：

包括甲状腺功能亢进伴眼球突出、甲状腺相关性眼病、甲状腺功能障碍性突眼、甲状腺毒症[甲状腺功能亢进症]，以及由前述疾病引起的暴露性角膜炎。

(6) 脊髓/脊椎/脊柱疾病/胸廓相关疾病：

包括脱髓鞘病变、渐冻症、强直性脊柱炎、脊柱侧弯、胸廓畸形、椎间盘疾患、椎骨滑脱、椎管狭窄、脊髓型颈椎病。

(7) 罕见病：

指国家卫生健康委员会印发的《86 个罕见病病种诊疗指南（2025 年版）》和《罕见病诊疗指南（2019 年版）》中的病种，具体以国家卫生健康委员会最新颁布的文件为准。 此外我们也不承担初次投保前或非连续重新投保前已发生意外事故导致的相关医疗费用。 注：保险条款中涉及的遗传性疾病、艾滋病等疾病不在本保险的保障范围，请仔细阅读本产品保险条款和责任免除。

25. 代谢综合征：

一组以胰岛素抵抗为核心、多种代谢紊乱同时出现的临床综合征。本项疾病须经专科医生明确诊断。

根据中华医学会糖尿病学分会（CDS）2020 年发布的标准，具备以下 5 项组成成分中的 3 项及以上者，可诊断代谢综合征：

（1）腹型肥胖（即中心型肥胖）：腰围男性≥90cm，女性≥85cm；

（2）FPG≥6.1mmol/L 和（或）2hPG≥7.8mmol/L，和（或）已确诊糖尿病并治疗者；

（3）血压≥130/85mmHg，和（或）已确诊高血压并治疗者；

（4）空腹 TG≥1.7mmol/L；

（5）空腹 HDL-C<1.04mmol/L。

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》第十次修订版（ICD-10）确定。

28. 醉酒：

指每百毫升血液的酒精含量大于或等于 80 毫克。

29. 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。

30. 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。

31. 无合法有效驾驶证：

指下列情形之一

（1）没有取得驾驶资格；

（2）驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不相符合；

（3）持审验不合格的驾驶证驾驶，或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；

（4）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；

（5）无驾驶证，驾驶证被依法扣留、暂扣、吊销、注销期间或驾驶证载明的有效期已届满，被保险人未及时更换新驾驶证；

（6）依照法律法规或公安机关交通管理部门有关约定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

32. 无合法有效行驶证：

指下列情形之一：

（1）发生保险事故时无公安机关交通管理部门核发的合法有效的行驶证、号牌，或临时号牌或

临时移动号牌；

（2）未依法按时进行或通过机动车安全技术检验；

33. 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。

34. 高风险运动：

本合同所定义的高风险运动是指潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等运动。其中：

（1）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。

（2）攀岩：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

（3）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。

（4）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。

（5）特技表演：指进行马术、杂技、驯兽等表演。

35. 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。

36. 医疗事故：

指医院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。

37. 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。

38. 保险费约定支付日：

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。如保险合同生效日为 2026 年 6 月 8 日，则次月的保险费约定支付日为 2026 年 7 月 8 日，以此类推，则最后一个月的保险费约定支付日为 2027 年 5 月 8 日。

39. 未满期保险费：

除另有约定外，按下述公式计算未满期保险费：

若选择一次性缴付保险费，未满期保险费=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。

若选择分期缴付保险费，未满期保险费=当期保费×（1-m/n）,其中，m 为当期已生效天数，n 为当期天数，经过日期不足一日的按一日计算。

40. 不可抗力：

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

41. 保险金申请人：

指被保险人、受益人，被保险人、受益人的继承人或其他依法享有保险金请求权的其他自然人。

42. 有效身份证件：

指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，包括但不限于居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。

43. 顺势疗法：

指一种通过小剂量药物治疗以使病人症状渐渐接近常人的治疗方法，比如通过给予小剂量的放松剂治疗腹泻。

44. 职业疗法：

指对因疾病或损伤而使职业能力（如职业需要的语言、运动等能力）受损的被保险人，使用特定的职业能力康复手段对其能力受损进行的治疗。

45. 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。

46. 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。

47. TNM 分期：

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。

48. 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≤2cm

T1a 肿瘤最大径≤1cm

T1b 肿瘤最大径＞1cm，≤2cm

pT2：肿瘤 2～4cm

pT3：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT3a：肿瘤>4cm，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≤2cm

T1a 肿瘤最大径≤1cm

T1b 肿瘤最大径＞1cm，≤2cm

pT2：肿瘤 2～4cm

pT3：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT3a：肿瘤>4cm，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

<table>
<tr><td colspan="4">乳头状或滤泡状癌（分化型）</td></tr>
<tr><td colspan="4">年龄＜55 周岁</td></tr>
<tr><td></td><td>T</td><td>N</td><td>M</td></tr>
<tr><td>I期</td><td>任何</td><td>任何</td><td>0</td></tr>
<tr><td>II期</td><td>任何</td><td>任何</td><td>1</td></tr>
<tr><td colspan="4">年龄≥55 周岁</td></tr>
<tr><td rowspan="2">I期</td><td>1</td><td>0/x</td><td>0</td></tr>
<tr><td>2</td><td>0/x</td><td>0</td></tr>
<tr><td rowspan="2">II期</td><td>1～2</td><td>1</td><td>0</td></tr>
<tr><td>3a～3b</td><td>任何</td><td>0</td></tr>
<tr><td>III期</td><td>4a</td><td>任何</td><td>0</td></tr>
</table>

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。

49. 肢体：

指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。

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。

50. 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。

51. 六项基本日常生活活动：

六项基本日常生活活动是指：（1）穿衣：自己能够穿衣及脱衣；（2）移动：自己从一个房间到另一个房间；（3）行动：自己上下床或上下轮椅；（4）如厕：自己控制进行大小便；（5）进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；（6）洗澡：自己进行淋浴或盆浴。

六项基本日常生活活动能力的鉴定不适用于零至三周岁幼儿。

52. 酗酒：

指酒精摄入过量。长期过量饮酒导致身体脏器严重损害，或一次大量饮酒导致急性酒精中毒或自制力丧失造成自身伤害、斗殴肇事或交通肇事。酒精过量由医院或公安部门判定。

53. 永久不可逆：

指自疾病确诊或意外伤害发生之日起，经过积极治疗一百八十天后，仍无法通过现有医疗手段恢复。

54. 美国纽约心脏病学会（New York Heart Association，NYHA）心功能状态分级：

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。