利宝保险有限公司

团体住院医疗保险条款（2026 版 B 款）

（注册号：C000060325120261103967 33）

总则

第一条 合同构成

本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及与本合同有关的投保文件、合法有效的声明、批单及投保人与**保险人（见释义 1）**共同认可的书面或者电子协议等组成。凡涉及本合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 合同成立与生效

投保人提出保险申请、保险人同意承保，本合同成立，具体生效日以保险单所载日期为准。

第三条 投保人

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，或非法人组织以及其他不以购买保险为目的而组成的团体，均可作为投保人向保险人投保本保险。

第四条 被保险人

除另有约定外，本合同被保险人应为符合保险单所载的年龄要求、身体健康、能正常工作、生活的团体全职在职成员。此外，经保险人审核同意的被保险人的配偶、子女或父母，也可作为连带被保险人投保本保险。

在中国大陆境内**（不含港澳台地区，下同）**居住的外籍人士，经过保险人审核同意的，可作为本合同的被保险人，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。

在本合同签发时被保险人不得少于三人。

第五条 受益人

除另有约定外，本合同的受益人为被保险人本人。

投保人指定或变更受益人时须经被保险人同意。

被保险人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，可以由其监护人指定受益人。

第六条 保险区域

本合同约定的保险区域为中国大陆境内（不含港澳台地区），保险人仅对被保险人在中国大陆境内发生的保险事故承担保险责任。

保险责任

第七条 等待期

等待期为自本合同生效日起计算的一段时间。等待期具体由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险合同中载明。投保人为被保险人不间断投保本保险的无等待期。

在等待期内，若被保险人确诊本合同约定的疾病，保险人不承担保险责任，无息退还投保人已交纳的保险费，本合同终止。

被保险人不间断再次投保本保险或被保险人因遭受**意外伤害（见释义 2）**发生的保险事故不计等待期。

第八条 保险责任

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。

本合同的必选责任包括“一般医疗保险金”，可选责任包括“重大疾病医疗保险金”、“质子重离子医疗保险金”、“恶性肿瘤院外特定药品费用医疗保险金”、“工伤意外住院医疗保险金”。

（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**事故或在**等待期（见释义 3）**后因罹患疾病，在本合同约定的**医院（见释义 4）**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赔付比例，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 5）**治疗的，对于住院期间发生的**必需且合理（见释义 6）**的**住院医疗费用（见释义 7）**，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 8）治疗费，包括化学疗法（见释义 9）、放射疗法（见释义 10）、肿瘤免疫疗法（见释义 11）、肿瘤内分泌疗法（见释义 12）、肿瘤靶向疗法（见释义 13）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 14）**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，包括外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、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。

保险人对于以上四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。

除另有约定外，在每一保单年度内，因疾病或意外住院的最高给付日数为一百八十日，累计疾病或意外住院超过一百八十日发生的医疗费用，不属于保险责任范围。

（二）重大疾病医疗保险金（可选）

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 15）初次确诊罹患（见释义 16）**本合同所定义的**重大疾病（见释义 17）**（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赔付比例，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 18）**，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 17 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，包括外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、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。

保险人对于以上四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。

除另有约定外，在每一保单年度内，因重大疾病住院的最高给付日数为一百八十日，累计重大疾病住院超过一百八十日发生的医疗费用，不属于保险责任范围。

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（可选）

在保险期间内，被保险人**在等待期后**经医院或本合同约定的**质子重离子医院（见释义19）**初次确诊罹患本合同释义 8 所定义的恶性肿瘤，并在本合同约定的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20）**，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赔付比例，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）恶性肿瘤院外特定药品费用医疗保险金（可选）

在保险期间内，被保险人在等待期后经医院的专科医生初次确诊罹患本合同释义 8 所定义的恶性肿瘤，如医院内药房无法提供治疗必需且合理的相关**特定药品（见释义 21）**，对于被保险人因治疗该恶性肿瘤实际支出的，在同时满足下列条件的**医院外指定药店（见释义 22）**产生的特定药品费用，保险人在扣除本合同约定的免赔额后，按本合同约定的赔付比例，在恶性肿瘤院外特定药品费用医疗保险金额内给付保险金。

保险人承担本项保险责任的院外特定药品费用必须同时满足以下所有条件：

(1) 用于治疗恶性肿瘤的特定药品**处方（见释义 23）**是由二级以上（含二级）公立医院的专科医生开具的；

(2) 该特定药品是被保险人治疗当前恶性肿瘤的必须且合理的特定药品；

(3) 该特定药品是在保险人指定药店内购买；

(4) 该特定药品必须为本合同期满日前在国家药品监督管理局批准且已在中国大陆境内（不包含港澳台地区）上市的靶向药物、免疫治疗药物，且在约定的**药品清单（见释义 24）**目录中；

(5) 特定药品处方的开具与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及用法、用量相符；

(6) 该特定药品符合**本合同“恶性肿瘤特定药品处方审核及购药流程”**的约定；

(7) 被保险人每次购买药品的处方剂量不超过三十天；

(8) 每次处方的开具时间和被保险人购买特定药品的时间须在保险期间内；

(9) 保险人承担在本合同保险期间内开始发生并延续至本合同期满日后三十日内（含第三十日）的特定药品治疗。

对于不满足上述任何一个条件的院外特定药品费用，保险人不承担给付恶性肿瘤院外特定药品费用医疗保险金的责任。

特定药品涉及慈善援助的，被保险人从**慈善机构（见释义 25）**获得援助的特定药品费用不纳入该项责任的给付范围。

被保险人不论一次或多次发生恶性肿瘤院外特定药品费用，保险人均按本合同约定的恶性肿瘤院外特定药品费用医疗保险金额给付保险金，累计给付金额达到保险单载明的保险金额时，保险人对被保险人在该医疗保险金下的保险责任终止。

若被保险人在保险单载明的等待期内罹患本合同约定的恶性肿瘤，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。

（五）工伤意外住院医疗保险金（可选）

在保险期间内，被保险人因遭受**工伤意外（见释义 26）**伤害事故、并在本合同约定的医院接受住院治疗的，保险人就该次工伤意外伤害事故发生之日起一百八十日内、住院期间发生的必需且合理住院医疗费用，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赔付比例，在工伤意外住院医疗保险金额内给付工伤意外住院医疗保险金。

被保险人不论一次或多次遭受工伤意外伤害事故而发生必需且合理的住院医疗费用支出的，保险人均按上述约定给付工伤意外住院医疗保险金，累计给付金额以本合同约定的工伤意外住院医疗保险金额为限，累计给付金额达到保险单载明的工伤意外住院医疗保险金额时，保险人对于被保险人在工伤意外住院医疗保险金下的责任终止。

第九条 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 27）、公费医疗及政府救助获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

第十条 补偿原则和赔付比例

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。

除另有约定外，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”、“（四）恶性肿瘤院外特定药品费用医疗保险金”、（五）“工伤意外住院医疗保险金”五项保险责任，投保人和保险人在扣除免赔额后，按照以下情况分别约定赔付比例：

（一）一般医疗保险金与重大疾病医疗保险金

1. 经过社会基本医疗保险结算的，基本医疗保险范围内医疗费用赔付比例为 100%；基本医疗保险范围外医疗费用赔付比例 100%；

2. 未经过社会基本医疗保险结算的，按前述赔付比例乘以 60%；

若有其他特别约定的赔付比例以及相关适用情况，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。

（二）质子重离子医疗保险金

赔付比例：100%；

（三）恶性肿瘤院外特定药品费用医疗保险金

1．经过社会基本医疗保险结算的，赔付比例为 100%；

2．未经过社会基本医疗保险结算的，按前述赔付比例乘以 60%；

（四）工伤意外住院医疗保险金

赔付比例：100%；

针对本条各项的保险责任，若有其他特别约定的赔付比例以及相关适用情况，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。

恶性肿瘤特定药品处方审核及购药流程

第十一条 在保险期间内，被保险人依据本合同约定须在保险人指定医院外药店购买药品处方中所列明的药品，须按照以下流程进行：

（一）购药申请

保险金申请人向保险人提交指定药店特定药品购药申请（以下简称“购药申请”），并提供下列购药申请材料：

(1) 保险金给付申请书；

(2) 被保险人的有效身份证件；

(3) 支持审核的全部证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的门诊及住院病历资料、医学诊断书、病理检查报告、影像报告、检查化验报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等原件。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料；

(4) 医生开具的特定药品处方；

(5) 医院开具的院外购药证明；

(6) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；

(7) 若保险金申请人委托他人申请的，还应提供保险金转账授权书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。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材料。

（二）恶性肿瘤药品处方审核

购药申请通过后，须进行药品处方审核。

保险人或**相关第三方服务商（见释义 28）**基于提交的资料进行药品处方审核。若保险金申请人提交的相关材料不足以支持药品处方审核，或者医学材料中相关的科学方法检验报告结果不支持药品处方的开具，保险人有权要求并一次性通知保险金申请人补充提供有关证明和资料。

如果保险金申请人未提交购药申请或者处方审核未通过，保险人不承担给付保险金的责任。

（三）药品自取、送药上门服务

药品处方经相关第三方服务商审核通过后，被保险人或其委托的购药人须从保险人指定的医院外药店购药。经相关第三方服务商提供**购药凭证（见释义 29）**后，被保险人或其委托的购药人须在购药凭证生成后的连续三十个自然日内完成到药店自取或送药上门预约，取药时需提供恶性肿瘤药品处方、购药凭证、被保险人的有效身份证明及被保险人的中华人民共和国社会保障卡以作核实。

如果申请人未能提供上述资料，相关药店、送药机构有权不提供该恶性肿瘤药品，保险人不承担保险金给付责任。

健康管理服务

第十二条 健康管理服务

在保险期间内，经投保人和保险人协商确定后，保险人可向被保险人提供健康管理服务，具体服务细则由保险人另行约定。

责任免除

第十三条 下列费用或因下列情形之一造成的费用，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）投保人与保险人在订立保险合同时协商确定的既往症（见释义 30），保险合同特别约定载明除外的疾病或除外项目；

（二）遗传性疾病（见释义 31），先天性畸形、变形或染色体异常（见释义 32）（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）代谢综合征（见释义 33）及其并发症导致的医疗费用；

（四）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；

（五）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）；

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

（七）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；

（八）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；

（九）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）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、节育（含绝育）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症；

（十一）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；

（十二）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；

（十三）购买或租用耐用医疗设备（指各种康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备）；

（十四）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保险人指定医疗机构药房购买的药品；

（十五）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）；

（十六）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；

（十七）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；

（十八）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；

（十九）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）；

（二十）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（见释义 34）引起的治疗；

（二十一）被保险人患性病引起的医疗费用；

（二十二）被保险人入住日间病床（房）、疗养院、中医科病房、康复科病房、康复病床或接受康复治疗；

（二十三）被保险人在本合同约定医院以外的医疗机构或药房发生的医疗费用；

（二十四）被保险人在住院期间内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，但遵医嘱到院外接受临时治疗的除外。

（二十五）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

（二十六）被保险人故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；

（二十七）被保险人殴斗、醉酒（见释义 35）；服用、吸食或注射毒品（见释义 36）；

（二十八）被保险人酒后驾驶（见释义 37）、无合法有效驾驶证（见释义 38）驾驶或驾驶无合法有效行驶证（见释义 39）的机动车（见释义 40）导致交通意外引起的医疗费用；

（二十九）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 41）导致的伤害引起的治疗；

（三十）除另有约定外，由于职业病（见释义 42）、医疗事故（见释义 43）引起的医疗费用；

（三十一）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；

（三十二）被保险人与投保人以外的其他单位或个人存在劳动关系或雇佣关系且因此发生的事故并产生的医疗费用；

（三十三）被保险人出险时存在驾驶工具超限、超重、超载等违法违规行为；

第十四条 除上述情形外，因下列原因或情形，导致被保险人发生恶性肿瘤院外特定药品费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）医院专科医生开具的恶性肿瘤药品处方与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、用法用量不符；

（二）未按本合同约定的购药流程及要求提交购药申请或者购药申请审核未通过、处方审核未通过；

（三）经医院专科医生审核确定被保险人的疾病状况对申领药品已经耐药，被保险人仍继续使用耐药药品（耐药是指肿瘤病灶按照 RECIST（实体瘤治疗疗效评价标准）评价标准有进展）；

（四）除另有约定外，任何职业病、遗传性疾病，先天性恶性肿瘤（BRCA1/BRCA2 基因突变家族性乳腺癌，遗传性非息肉病性结直肠癌，肾母细胞瘤即 Wilms 瘤，李-佛美尼综合症即 Li-Fraumeni 综合症），先天性畸形、变形或染色体异常（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）引起的院外特定药品费用；

（五）被保险人购买、使用不属于本合同所约定的药品清单中所列的药品而产生的费用；

（六）在保险人指定的药房发生的恶性肿瘤院外特定药品医疗费用以外的其他医疗费用；

（七）被保险人接种预防恶性肿瘤的疫苗、因恶性肿瘤治疗用药所必需的基因检测、进行基因测试以鉴定恶性肿瘤的遗传性、接受实验性医疗或研究性治疗或采取未经科学或医学认可的医疗手段所产生的费用；

（八）接受未被治疗所在地权威部门批准的治疗，使用未获得治疗所在地政府许可或者批准的药品或药物所产生的费用。

保险金额

第十五条 保险金额

保险金额是保险人承担给付各项保险金责任的最高限额。

保单年度保险金额是保险人在保单年度内承担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、恶性肿瘤院外特定药品费用医疗保险金额、工伤意外住院医疗保险金额。

以上每项责任的保险金额以及保单年度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

第十六条 保险期间

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

第十七条 不保证续保

本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保险，经保险人审核同意，交纳保险费，并获得新的保险合同。

第十八条 保险人在收到投保人的续保申请后，保险人有权根据被保险人续保当时的情况决定是否调整续保费率或有条件续保。

如果投保人未按照本合同约定提出不间断再次投保本保险的申请并缴纳保险费，或保险人审核后不同意投保人不间断再次投保本保险的申请，则本合同在保险期间届满时终止。

若保险期间届满时，本合同对应保险产品统一停售，保险人将不再接受投保申请。

保险人义务

第十九条 明确说明义务

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。

本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发电子保险单或其他保险凭证。投保人要求提供纸质保险单或其他保险凭证的，保险人应及时提供。

保险人依据本合同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。

保险人在本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。

第二十条 资料补充通知义务

保险人按照本合同条款的约定，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。

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。

投保人、被保险人义务

第二十一条 保险费支付

本合同保险费交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。

除另有约定外，投保人应当在本合同成立时一次交清保险费。**投保人未按约定交付保险费的，本合同不生效。对保险费交清前发生的保险事故，保险人不承担任何保险责任。**

第二十二条 如实告知

订立本合同，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。

第二十三条 年龄的计算及错误的处理

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 44）。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交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。

第二十四条 通讯地址的变更

投保人所在地、通讯地址或数据电文变更时，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所在地、通讯地址或数据电文联系方式发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第二十五条 职业或工种的变更

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。

第二十六条 及时通知

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 45）**而导致的迟延。

保险金申请与给付

第二十七条 保险金申请

保险金申请人（见释义 46）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 47）**；

（四）本合同约定的医院或保险人指定医疗机构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）、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；

（五）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）；

（六）首次申请理赔时，应提供合同约定的医院或保险人指定医疗机构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；

（七）若被保险人未从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用收据原件、医疗费用明细清单；

（八）若被保险人已从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用明细清单、医疗费用收据复印件、医疗费用分割单原始凭证（如社会基本医疗保险或公费医疗结算单、保险人在内的任何商业保险机构出具的理赔分割单、与工作单位及侵权人或侵权责任承担方达成的赔偿协议或和解协议或法院判决、调解生效的法律文书等取得医疗费用补偿的证明）；

（九）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）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。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。

第二十八条 保险金给付

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。

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。

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。

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。

第二十九条 诉讼时效

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

第三十条 争议处理

因履行本合同发生的争议，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且争议发生后未达成仲裁协议的，可依法向人民法院起诉。

第三十一条 法律适用

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

第三十二条 合同变更

除另有约定外，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。

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，投保人应以书面形式或投保人与保险人共同认可的其他方式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本合同中批注。

除另有约定外，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。

除另有约定外，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起，对减少的被保险人终止保险责任，并按约定退还对应的未满期净保费，但减少的被保险人本人或其他保险金申请人已申请理赔，并领取过任何保险金的，保险人不退还该被保险人对应的未满期净保费。减少后的被保险人人数不足三人时，保险人有权解除本合同，并按约定退还未满期净保费。

第三十三条 合同解除

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。

除另有约定外，保险金申请人向保险人请求给付保险金且保险人已承担给付保险金责任后，若投保人要求解除本合同的，则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，保险人退还保险单的未满期保险费金额为零元。

第三十四条 合同终止

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

第三十五条 除另有约定外，在本合同中，以下词语具有如下含义：

1．保险人：

指与投保人签署本合同的利宝保险有限公司。

2．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。

3．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。

4．医院：

除另有约定外，一般情况下

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 24 小时的医疗与护理服务的能力或资质。

经过投保人和保险人协商同意，医院范围可扩展至二级或二级以上的公立医院普通部以外，具体由保险人和投保人在投保时约定并在保险单中载明。

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。

5．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。

6．必须且合理：

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。

7．住院医疗费用：

（1）床位费

指住院期间实际发生的、不超过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、人参、阿胶、鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、犀角、鹿茸、铁皮枫斗等；

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 48）、职业疗法（见释义 49）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

指就诊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，被保险人需医院间转诊过程中的医院用车费用，且救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送。

8．恶性肿瘤：

本合同“一般医疗保险金”、“质子重离子医疗保险金”、“恶性肿瘤院外特定药品费用医疗保险金”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（见注 1）**（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）（见注 2）**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。

注 1：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。

注 2：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。

9．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。

10．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。本合同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。

11．肿瘤免疫疗法：

指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和增强机体抗肿瘤免疫应答，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本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药品监督管理局批准用于临床治疗。

12．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药品监督管理局批准用于临床治疗。

13．肿瘤靶向疗法：

指在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本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。

14．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。

15．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。

16．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。

17．重大疾病：

指被保险人发生符合**附表一：重大疾病**中所述条件的疾病（共一百二十种），应当由专科医生明确诊断。

标*的疾病为中国保险行业协会和中国医师协会联合颁布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》中规定的二十八种重大疾病，其余疾病为保险人自主定义的重大疾病。

18．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。上述各项费用的具体定义以“住院医疗费用”中各项费用定义为准。

19．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。

20．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、床位费、膳食费、护理费、医生费、检查检验费、治疗费、药品费，**但本项责任下不包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法和肿瘤靶向疗法所产生的医疗费用。**

21．特定药品：

指本合同期满日前在国家药品监督管理局批准且已在中国上市的靶向药物和免疫治疗药物并由保险人指定的药品清单。**药品的适应症以国家药品监督管理局批准的药品说明书为准。**

22．医院外指定药店：

指经保险人审核认可，能够满足下列条件，为被保险人提供恶性肿瘤药品处方购药或配送服务的医院外药店，具体以保险人提供的名单为准。

(1) 取得国家药品经营许可证、GSP 认证；

(2) 具有完善的冷链药品送达能力；

(3) 提供专业的药品资讯、患者教育、追踪随访、慈善赠药服务；

(4) 该药房内具有药师等专业人员提供服务；

(5) 具有或者正在申报当地城乡居民大病医疗保险定点资质的、由大型医药公司经营的全国性连锁药房。

23．处方：

指由注册的执业医生和在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书。处方包括医疗机构病区用药医嘱单。

24．药品清单：

保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的符合保险保障计划的药品（含医疗器械）

清单。具体药品清单以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）的通知为准，保险人保留对药品清单做出调整的权利。

25．慈善机构：

指依法成立、符合《中华人民共和国慈善法》规定，以面向社会开展慈善活动为宗旨的非营利性组织机构。慈善机构可以采取基金会、社会团体、社会服务机构等组织形式。

26．工伤意外：

指员工在工作时间及为完成本职工作所需要的加班期间发生的意外伤害。

针对“工伤意外住院医疗保险金”责任项下的工伤意外，具体包含以下情形：

(1) 在工作时间（含加班时间）及工作场所内，因工作原因受到事故伤害；

(2) 工作时间前后在工作场所内，从事与工作有关的预备性或者收尾性工作受到事故伤害；

(3) 在工作时间和加班时间及工作场所内，因履行工作职责受到暴力等意外伤害；

(4) 因工外出期间，由于工作原因受到伤害或者发生事故下落不明的；

(5) 在上下班途中，受到机动车事故伤害的；

(6) 法律、行政法规规定应当认定为意外工伤的其他情形。

27．社保基本医疗保险：

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。

28．相关第三方服务商：

保险人授权的为被保险人提供处方审核及药事等服务的第三方服务机构。

29．购药凭证：

保险理赔审核通过之后，服务商通过平台派发或保险人给投保人/被保险人可用于在服务商合作药房领取保险赔付药品的凭证。

30．既往症：

指在本保险首次投保的保险合同生效之前被保险人罹患的其已知或应该知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：

（1）本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

（2）本合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；

（3）本合同生效前发生，未经医生诊断和治疗，但症状已经显现足以促使一般普通谨慎人士引起注意并寻求诊断、治疗或护理的症状。

本合同既往症的具体范围，由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单中载明。

31．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。

32．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。

33．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。

34．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。

35．醉酒：

指每百毫升血液的酒精含量大于或等于 80 毫克。

36．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。

37．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。

38．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规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

39．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；

40．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。

41．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。

42．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。

43．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。

44．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：

未满期保险费=已收保费*（1-25%）（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。

45．不可抗力：

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

46．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。

47．有效身份证件：

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。

48．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。

49．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。

附表一：

本合同所称“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（共一百二十种），应当由专科医生明确诊断。

（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（见注 1）**（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）（见注 2）**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，如原位癌（见注 3），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；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（见注 4）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<10/50HPF 和 ki-67≤2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

注 1：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。

注 2：《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。

注 3：原位癌指恶性细胞局限于上皮内尚未穿破基底膜浸润周围正常组织的癌细胞新生

物。原位癌必须经对固定活组织的组织病理学检查明确诊断。被保险人必须已经接受了针对原位癌病灶的积极治疗，所谓的积极治疗包含手术、化疗或放疗等治疗方式。

注 4：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。

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

pT_X：原发肿瘤不能评估

pT_0：无肿瘤证据

pT_1：肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T_{1a} 肿瘤最大径≤1cm

T_{1b} 肿瘤最大径＞1cm，≤2cm

pT_2：肿瘤 2～4cm

pT_3：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内

pT_{3b}：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

pT_4：大体侵犯甲状腺外带状肌外

pT_{4a}：侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT_{4b}：侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pT_X：原发肿瘤不能评估

pT_0：无肿瘤证据

pT_1：肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T_{1a} 肿瘤最大径≤1cm

T_{1b} 肿瘤最大径＞1cm，≤2cm

pT_2：肿瘤 2～4cm

pT_3：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内

pT_{3b}：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

pT_4：进展期病变

pT_{4a}：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

pT_{4b}：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

pN_x：区域淋巴结无法评估

pN_0：无淋巴结转移证据

pN_1：区域淋巴结转移

pN_{1a}：转移至VI、VII区（包括气管旁、气管前、喉前/Delphian 或上纵隔）淋巴结，可为单侧或双侧。

pN_{1b}：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

M_0：无远处转移

M_1：有远处转移

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

未分化癌（所有年龄组）			
IVA 期	1～3a	0/x	0
IVB 期	1～3a	1	0
	3b～4	任何	0
IVC 期	任何	任何	1

注：以上表格中“年龄”指患者病理组织标本获取日期时的年龄。

（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（见注 5）肌力（见注 6）**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（见注 7）**；

（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（见注 8）**中的三项或三项以上。

注 5：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。

注 6：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。

注 7：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。

注 8：六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零-三周岁幼儿。

（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九十六小时以上。

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（见注 9）**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。

注 9：永久不可逆指自疾病确诊或意外发生之日起，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。

（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（眼球缺失或摘除的不受此限），并且提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。

（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（见注 10）**IV 级，且静息状态下肺动脉平均压在 36mmHg（含）以上。

注 10：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。

（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

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<0.5×10⁹/L；

② 网织红细胞计数<20×10⁹/L；

③ 血小板绝对值<20×10⁹/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（PaO_2）＜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。

（二十九）侵蚀性葡萄胎（或称恶性葡萄胎）

指异常增生的绒毛组织浸润性生长浸入子宫肌层或转移至其他器官或组织的葡萄胎，并已经进行化疗或手术治疗的。

（三十）严重的原发性心肌病

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（指按照美国纽约心脏病学会提出的心功能状态分级的标准判定，心功能状态已达IV级），且有相关住院医疗记录显示IV级心功能衰竭状态已持续至少 180 日。本病须经相关专科医生明确诊断。

继发于全身性疾病或其他器官系统疾病造成的心肌病变不在保障范围内。

（三十一）严重感染性心内膜炎

指因感染性微生物造成心脏内膜发炎，经由相关专科医生确诊，并符合下列所有条件：

(1) 血液培养结果呈阳性反应，证明感染性微生物的存在；

(2) 出现明显的心功能衰竭（指按照美国纽约心脏病学会提出的心功能状态分级的标准判定，心功能状态已达IV级）。

（三十二）严重肺源性心脏病

指因慢性肺部疾病导致慢性心功能损害造成永久不可逆性的心功能衰竭。心功能衰竭程度至少达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级IV级。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。

（三十三）严重的III度房室传导阻滞

指心房激动在房室交界区、房室束及其分支内发生阻滞，不能正常地传到心室的心脏传导性疾病，须满足下列全部条件：

（1）心电图显示房室搏动彼此独立，心室率<50 次/分钟；

（2）出现阿-斯综合征或心力衰竭的表现；

（3）必须持续性依赖心脏起搏器维持心脏正常功能，且已经放置心脏起搏器。

（三十四）严重冠心病

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。

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。

（三十五）严重心肌炎

指心肌局限性或弥漫性的急性或慢性炎症病变，导致心脏功能障碍（指按照美国纽约心脏病学会提出的心功能状态分级的标准判定，心功能状态已达 IV 级），且有相关住院医疗记录显示IV级心功能障碍状态已持续至少 180 日。

（三十六）艾森门格综合征

指因心脏病导致的严重肺动脉高压及右向左分流。经超声心动图和心导管检查证实及需符合以下全部标准：

（1）平均肺动脉压≥40mmHg

（2）肺血管阻力≥3mm/L/min（Wood单位）；

（3）正常肺微血管楔压＜15mmHg。

（三十七）风湿热导致的心脏瓣膜疾病

指经由相关专科医生根据已修订的 Jones 标准诊断证实罹患急性风湿热。且因风湿热所导致一个或以上最少轻度心脏瓣膜关闭不全（即返流部分达 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）。有关诊断须由相关专科医生根据心瓣功能的定量检查证实。

（三十八）心脏粘液瘤手术

指为了治疗心脏粘液瘤，实际实施了切开心脏进行的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。

（三十九）严重大动脉炎

指经相关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。

（四十）Brugada 综合征

指由相关专科医生根据临床症状和典型心电图表现明确诊断,并且经相关专科医生判断认为必须安装且实际已安装了永久性心脏除颤器。

（四十一）严重继发性肺动脉高压

指继发性肺动脉压力持续增高，导致右心室肥厚，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级。诊断需要由心脏科专家确诊，并且心导管检查报告显示静息状态下肺动脉平均压超过 36mmHg。

所有先天性心脏疾病直接或间接引起的肺动脉高压不在保障范围内。

（四十二）室壁瘤切除手术

被保险人被明确诊断为左心室室壁瘤，并且实际接受了切开心脏进行的室壁瘤切除手术治疗。

经导管心室内成型手术治疗不在保障范围内。

（四十三）严重心脏衰竭 CRT 心脏再同步治疗

指缺血性心脏病或扩张性心肌病导致慢性严重心脏功能衰竭，为矫正心室收缩不协调和改善心脏功能，实际实施了CRT治疗。实施治疗前须满足下列全部条件：

（1）心功能衰竭程度至少达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级III级；

（2）左心室射血分数≤35%；

（3）左心室舒张末期内径≥55mm；

（4）QRS 波群时限≥130 毫秒。

（四十四）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。指冻伤程度达到 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。

（四十五）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。须经相关专科医生明确诊断，并造成永久不可逆的单个肢体随意运动功能完全丧失或单眼失明。肢体随意运动功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，或肢体肌力在2级（含）以下。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）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）；

（2）视野半径小于 5 度。

（四十六）多发性大动脉炎旁路移植手术

指因中枢神经系统脱髓鞘而导致的不可逆的身体部位的功能障碍，需由相关专科医生提供明确诊断，并有头颅断层扫描（CT）或核磁共振检查MRI结果诊断报告。不可逆的身体部位功能障碍指诊断为功能障碍后需已经持续180日以上。

必须同时满足下列所有条件：

（1）明确出现因视神经、脑干和脊髓损伤而导致的临床表现；

（2）神经系统散在的多部位病变；

（3）有明确的上述症状及神经损伤反复恶化、减轻的病史纪录。

（四十七）严重的多发性硬化

指因中枢神经系统脱髓鞘而导致的不可逆的身体部位的功能障碍，需由相关专科医生提供明确诊断，并有头颅断层扫描（CT）或核磁共振检查MRI结果诊断报告。不可逆的身体部位功能障碍指诊断为功能障碍后需已经持续180日以上。

必须同时满足下列所有条件：

（1）明确出现因视神经、脑干和脊髓损伤而导致的临床表现；

（2）神经系统散在的多部位病变；

（3）有明确的上述症状及神经损伤反复恶化、减轻的病史纪录。

（四十八）非阿尔茨海默病所致严重痴呆

指因阿尔茨海默病以外的脑的器质性疾病造成脑功能衰竭导致永久不可逆性的严重痴

呆，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退。被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，日常生活必须持续受到他人监护。导致痴呆的疾病必须经相关专科医生明确诊断，并且由完整的临床、实验室和影像学检查结果证实。

神经官能症、精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在保障范围内。

（四十九）植物人状态

指由于意外事故或疾病所致大脑皮质全面坏死，意识完全丧失，但脑干及脑干以下中枢神经功能仍保持完好，且此情况持续30天或以上。必须由相关专科医生明确诊断。

由于酗酒或滥用药物所致的植物人状态不在保障范围内。

（五十）进行性核上性麻痹

指一种隐袭起病、逐渐加重的神经系统变性疾病。此病症须由相关专科医生明确，并满足以下全部临床特征：

（1）步态共济失调；

（2）对称性眼球垂直运动障碍；

（3）假性球麻痹（构音障碍和吞咽困难）。

（五十一）开颅手术

被保险人因疾病或意外伤害已实施全麻下的开颅手术，不包括颅骨钻孔手术和经鼻蝶窦入颅手术。

理赔时必须提供由相关专科医生出具的诊断书及手术证明。

因脑垂体瘤、脑囊肿、脑动脉瘤及脑血管瘤而进行的开颅手术不在保障范围内。

（五十二）克雅氏病

指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。须由医院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。

（五十三）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。必须由相关专科医生根据脑组织活检确诊。

（五十四）严重药物难治性癫痫手术治疗

本疾病的诊断须由专科医生根据典型临床症状和脑电图及MRI、PET、CT等

影像学检查做出。须提供六个月以上的相关病历记录证明被保险人存在经抗癫痫药物治

疗无效而反复发作的强直阵挛性发作或癫痫大发作，且已经实施了神经外科手术。

发热性惊厥以及没有全身性发作的失神发作（癫痫小发作）不在保障范围内。

（五十五）脊髓小脑变性症

指一组以小脑萎缩和共济失调为主要临床特点的疾病。必须符合所有以下条件：

（1）脊髓小脑变性症必须由相关专科医生诊断，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。

（五十六）严重的神经白塞病

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。神经白塞病必须经相关专科医生明确诊断，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180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。

（五十七）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注册医生确认，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。

（五十八）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。该病必须由专科医生根据检测出的脑组织中的致病蛋白而明确诊断。

（五十九）严重的脊髓空洞症

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180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）闭锁综合征

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。横贯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180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。

（六十一）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。横贯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180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。

（六十二）严重结核性脊髓炎

指因结核杆菌引起的脊髓炎，导致永久不可逆的神经系统功能障碍。经相关专科医生明确诊断，诊断必须经微生物或病理学相关检查后证实，且初次确诊180天后仍须遗留下列至少一项症状：

（1）两肢或两肢以上肢体肌力2级（含）以下的运动功能障碍；

（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。

（六十三）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临床特征。须经相关专科医生明确诊断，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。

（六十四）异染性脑白质营养不良

是一种严重的神经退化性代谢病，主要表现为行走困难、智力低下、废用性肌萎缩、四肢痉挛性瘫痪、视神经萎缩、失语等。须经相关专科医生诊断，且已经造成自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，持续至少 180 天。

（六十五）重症肌无力

指一种神经与肌肉接头部位传递障碍的自身免疫性疾病，临床特征是局部或全身横纹肌

于活动时易于疲劳无力，颅神经眼外肌最易累及，也可累及呼吸肌、下肢近端肌群乃至全身肌肉。本病须经相关专科医生出具医学诊断证明，并且同时满足下列条件：

（1）出现眼睑下垂，或构音困难、进食呛咳，或由于肌无力累及呼吸肌而致机体呼吸功能不正常的危急状态即肌无力危象；

（2）经胸腺切除或药物治疗180日以上仍无法控制病情。

单纯眼肌型重症肌无力不在保障范围内。

（六十六）系统性红斑狼疮并发肾功能损害

系统性红斑狼疮是累及多系统、多器官的具有多种自身抗体的免疫性疾病。系统性红斑狼疮性肾病，又称为狼疮性肾炎，是系统性红斑狼疮累及肾脏，造成肾功能损伤。须由肾脏病理学检查结果证实或经临床确诊，并符合下列WHO诊断标准定义的III型至V型狼疮性肾炎。世界卫生组织狼疮性肾炎分型：

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内。

（六十七）胰腺移植

指因胰腺功能衰竭，已经实施了在全身麻醉下进行的胰腺的异体器官移植手术。

单纯胰岛移植、部分胰腺组织或细胞的移植不在保障范围内。

（六十八）严重的急性坏死性胰腺炎

指由相关专科医生确诊为急性坏死性胰腺炎，并进行坏死组织清除、病灶切除或胰腺部分切除的手术治疗。

因酒精作用所引致的急性坏死性胰腺炎不在保障范围内。

（六十九）严重肾髓质囊性病

指经相关专科医生明确诊断为肾髓质囊性病，且须同时满足下列条件：

（1）肾髓质有囊肿、肾小管萎缩及间质纤维化等病理改变；

（2）贫血、多尿及肾功能衰竭等临床表现；

（3）诊断须由肾组织活检确定。

（七十）严重自身免疫性肝炎

指一种原因不明的慢性肝脏的坏死性炎性疾病，机体免疫机制被破坏，产生针对肝脏自身抗原的抗体导致自身免疫反应，从而破坏肝细胞造成肝脏炎症坏死，进而发展为肝硬化。必须满足所有以下条件：

（1）高γ球蛋白血症；

（2）血液中存在高水平的自身免疫抗体，如ANA（抗核抗体）、SMA（抗平滑肌抗体）、抗LKM1抗体或抗-SLA/LP抗体；

（3）肝脏活检证实免疫性肝炎；

（4）临床已经出现腹水、食道静脉曲张和脾肿大等肝硬化表现。

（七十一）严重弥漫性系统性硬皮病

指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。本病症须经相关专科医生明确诊断，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标准之一：

（1）肺纤维化，已经出现肺动脉高压、肺心病；

（2）心脏功能损害，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）肾脏功能损害，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。

（七十二）慢性复发性胰腺炎

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、胰腺功能紊乱致糖尿病、营养不良。CT检查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180天以上、手术或介入治疗。此病症须经相关专科医生明确诊断。

因酗酒或饮酒过量所致的慢性复发性胰腺炎不在保障范围内。

（七十三）特发性慢性肾上腺皮质功能减退

指原发性自身免疫性肾上腺炎，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，符合所有以下诊断标准：

①血浆促肾上腺皮质激素（ACTH）水平测定大于100pg/ml；

②血浆和尿游离皮质醇及尿17羟皮质类固醇、17酮皮质类固醇测定、血浆肾素活性、血管紧张素II和醛固酮测定，显示为原发性肾上腺皮质功能减退症；

③促肾上腺皮质激素（ACTH）刺激试验显示为原发性肾上腺皮质功能减退症。

（2）已经采用皮质类固醇替代治疗180天以上。

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

（七十四）严重小肠疾病并发症

指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：

（1）切除部分或全部小肠；

（2）完全肠外营养支持 90 天以上。

（七十五）胆道重建手术

指因疾病或胆道创伤导致接受涉及胆总管小肠吻合术的胆道重建手术。手术必须在相关专科医生认为是医疗所需的情况下进行。

胆道闭锁并不在保障范围内。

（七十六）败血症导致的多器官功能障碍综合征

指败血症导致的一个或多个器官系统生理功能障碍，败血症须经血液检查证实有致病病原体侵入血液系统导致全身感染，并至少满足以下一条标准：

（1）呼吸衰竭，需要进行经气管插管的有创机械通气治疗；

（2）凝血功能异常，出现弥漫性血管内凝血（DIC），血小板计数<50×10^9/L；

（3）肝功能不全，血总胆红素>102μmol/L；

（4）心功能衰竭，已经应用强心剂；

（5）出现神志不清或昏迷，格拉斯哥昏迷分级（GCS，Glasgow Coma Scale）结果为9分或9分以下；

（6）肾功能衰竭，血清肌酐>300μmol/L且每日总尿量<500ml。

败血症引起的多器官功能障碍综合征的诊断应由相关专科医生证实。

非败血症引起的多器官功能障碍综合征不在保障范围内。

（七十七）湿性年龄相关性黄斑变性

又称新生血管性年龄相关性黄斑变性或渗出性年龄相关性黄斑变性，指发生脉络膜新生

血管（CNV）异常生长进入视网膜，新生血管渗漏，渗出及出血。须经相关专科医生通过荧光素眼底血管造影检查提示黄斑区新生血管形成并确诊。

申请理赔时须提供近 90 天内视力改变显示病情恶化的相关检查报告、诊断证明。

（七十八）严重的席汉氏综合征

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。

并须满足下列全部条件：

（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：

① 垂体前叶激素全面低下；

② 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内。

（七十九）严重肝豆状核变性（Wilson 病）

指由于铜代谢障碍所引起的一种疾病，其特点为肝硬化与双侧脑基底神经节变性同时存在，且须经相关专科医生明确诊断，并同时必须具备下列情况：

（1）临床表现包括：进行性加剧的肢体震颤，肌强直，吞咽及发音困难精神异常；

（2）角膜色素环（K-F环）；

（3）血清铜和血清铜蓝蛋白降低，尿铜增加；

（4）食管静脉曲张；

（5）腹水。

（八十）范可尼综合征

指近端肾小管的功能异常引起的一组症候群。须满足下列至少两个条件：

（1）尿液检查出现肾性糖尿、全氨基酸糖尿或磷酸盐尿；

（2）血液检查出现低磷血症、低尿酸血症或近端肾小管酸中毒；

（3）出现骨质疏松、骨骼畸形或尿路结石；

（4）通过骨髓片、白细胞、直肠黏膜中的结晶分析或裂隙灯检查角膜有胱氨酸结晶。

（八十一）严重原发性轻链型淀粉样变（AL 型）

是一种多系统受累的单克隆浆细胞病。须满足下列全部条件：

（1）须经肾脏或血液科相关专科医生确诊；

（2）组织活检可见无定形粉染物质沉积，且刚果红染色阳性（偏振光下呈苹果绿色双折光）；

（3）沉积物经免疫组化、免疫荧光、免疫电镜或质谱蛋白质组学证实为免疫球蛋白轻链沉积；

（4）具有受累器官的典型临床表现和体征，至少出现下列两项异常：

①肾脏：出现大量蛋白尿或表现为肾病综合征，24小时尿蛋白定量＞0.5g，以白蛋白为主；

②心脏：心脏超声平均心室壁厚度＞12mm，排除其他心脏疾病，或在无肾功能不全及心房颤动时N末端前体脑钠肽（NT-proBNP）>332ng/L；

③肝脏：肝上下径（肝叩诊时锁骨中线上量得的肝上界到肝下界的距离）＞15cm，或碱性磷酸酶超过正常上限的1.5倍；

④外周神经：临床出现对称性的双下肢感觉运动神经病变；

⑤肺：影像学提示肺间质病变。

非 AL 型的淀粉样变性不在保障范围内。

（八十二）肺淋巴管肌瘤病

是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，并须同时满足下列全部条件：

（1）经组织病理学诊断；

（2）CT显示双肺弥漫性囊性改变；

（3）血气提示低氧血症。

（八十三）肺泡蛋白质沉积症

指肺泡和细支气管腔内充满不可溶性富磷脂蛋白的疾病，胸部 X 线呈双肺弥漫性肺部磨玻璃影，病理学检查肺泡内充满有过碘酸雪夫（PAS）染色阳性的蛋白样物质，并且接受了肺灌洗治疗。

（八十四）严重哮喘

指经相关专科医生明确诊断为严重哮喘，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病史；

（2）身体活动耐受能力显著下降，轻微体力活动即有呼吸困难，且持续180天以上；

（3）慢性肺部过度膨涨充气导致的由影像学检查证实的胸廓畸形；

（4）每日口服皮质类固醇激素，至少持续 180 天以上。

（八十五）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，疾病确诊后180天，在静息状态，呼吸空气条件下，动脉血氧分压（PaO2）<55mmHg。

（八十六）肺孢子菌肺炎

指由肺孢子菌引起的间质性浆细胞性肺炎，且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，超过基值的170%；

（5）PaO_2<60mmHg，$PaCO_2$>50mmHg。

（八十七）严重特发性肺纤维化

指一种原因不明的、进行性的、局限于肺部的以纤维化伴蜂窝状改变为特征的疾病（表现为呼吸困难、咳嗽咳痰、消瘦、乏力，终末期可出现呼吸衰竭和右心衰竭体征）。本病症须经相关专科医生明确诊断，并经外科肺活检病理证实或高分辨率 CT（HRCT）证实为典型的普通型间质性肺炎（UIP），并且静息状态下肺动脉平均压在 36mmHg（含）以上。

（八十八）丧失一眼及一肢

指因疾病或意外伤害导致单眼视力丧失及单肢肢体机能完全丧失。

单眼视力丧失指单眼视力永久不可逆性丧失，患眼须满足下列至少一项条件：

（1）眼球缺失或摘除；

（2）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。

单肢肢体机能完全丧失，须满足下列至少一项条件：

（1）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；

（2）任何一肢肢体机能完全丧失。

（八十九）严重的 1 型糖尿病

指由于胰岛素分泌绝对不足引起的慢性血糖升高，且已经持续性地依赖外源性胰岛素维持180日以上。须经血胰岛素测定、血C肽测定或尿C肽测定，结果异常，并由相关专科医生明确诊断。满足下列至少1个条件：

（1）已出现增殖性视网膜病变；

（2）须植入心脏起搏器治疗心脏病；

（3）因坏疽需切除至少一个脚趾。

（九十）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）。被保险人所患的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级IV级的永久不可逆性关节功能障碍（生活不能自理，且丧失工作能力）并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。

类风湿性关节炎功能分级标准：

I级 胜任日常生活各项活动（包括生活自理，职业和非职业活动）；

II级 生活自理和工作，非职业活动受限；

III级 生活自理和工作，职业和非职业活动受限；

IV级 生活不能自理，且丧失工作能力。

（九十一）象皮病

指末期丝虫病，已经到达国际淋巴学会分级为三度淋巴水肿，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。此病症须经相关专科医生根据临床表现和微丝蚴的化验结果确诊。

（九十二）严重肌营养不良症

指一组原发于肌肉的疾病，临床表现为与神经系统无关的肌肉无力和肌肉萎缩。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。

（九十三）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。

（九十四）嗜铬细胞瘤

指肾上腺或肾上腺外嗜铬组织出现神经内分泌肿瘤，并分泌过多的儿茶酚胺类的疾病。且已经由组织病理检查证实，并已经进行了切除嗜铬细胞肿瘤的手术治疗。嗜铬细胞瘤须经相关专科医生明确诊断。

（九十五）严重的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、肝外胆道因纤维化性炎症逐渐狭窄，并最终导致完全阻塞而发展为肝硬化。须经内镜逆行胰胆管造影等影像学检查证实，并须满足下列全部条件：

（1）总胆红素和直接胆红素同时升高，血清ALP>200U/L；

（2）持续性黄疸病史；

（3）出现胆汁性肝硬化或门脉高压。

因肿瘤或胆管损伤等继发性的硬化性胆管炎不在保障范围内。

（九十六）经输血导致的艾滋病病毒感染或患艾滋病

指被保险人因输血而感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）或患艾滋病必须满足以下全部条件：

（1）被保险人因输血而感染HIV或患艾滋病；

（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。

任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品等）导致的 HIV 感染或患艾滋病不在保障范围内。本公司具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。

（九十七）因职业关系导致的艾滋病病毒感染或患艾滋病

被保险人在其常规职业工作过程中遭遇外伤，或者职业需要处理血液或者其他体液时感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）或患艾滋病。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，该职业必须属于以下列表内的职业；

（2）必须提供被保险人在所报事故发生后的5天以内进行的检查报告，该报告必须显示

被保险人血液HIV病毒阴性和或HIV抗体阴性；

（3）必须在事故发生后的180天内证实被保险人体内存在HIV病毒或者HIV抗体。

职业限制如下所示：

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

（九十八）因器官移植导致的艾滋病病毒感染或患艾滋病

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

（1）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或患艾滋病；

（2）提供器官移植治疗的器官移植中心或医院出具的此次因器官移植感染人类免疫缺陷病毒或患艾滋病，属于医疗事故的报告，或者法院终审裁定为医疗事故并且不准上诉；

（3）提供器官移植治疗的器官移植中心或医院必须拥有合法经营执照。

任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致的 HIV 感染或患艾滋病不在保障范围内。

（九十九）脊柱裂

指脊椎或颅骨不完全闭合，导致脊髓膜突出，脑（脊）膜突出或脑膨出，合并大小便失禁，部分或完全性下肢瘫痪畸形等神经学上的异常，但不包括由 X 线摄片发现的没有合并脊髓膜突出或脑（脊）膜突出的隐形脊柱裂。

（一百）严重面部烧伤

指面部烧伤程度为III度，且III度烧伤的面积达到面部表面积的 80％或者 80％以上。

（一百〇一）成骨不全症第三型

指一种胶原病，特征为骨易碎，骨质疏松和易骨折。该病有 4 种类型：I型、II型、III型、IV型。只保障III型成骨不全的情形。其主要临床特点有：发展迟缓、多发性骨折、进行性脊柱后侧凸及听力损害。III型成骨不全的诊断必须根据身体检查、家族史，X 线检查和皮肤活检报告资料确诊。

（一百〇二）多处臂丛神经根性撕脱

指由于疾病或意外伤害导致至少两根臂丛神经根性撕脱，所造成的手臂感觉功能与运动

功能完全永久性丧失。该病须由相关专科医生明确诊断，并且有电生理检查结果证实。

（一百〇三）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，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伤害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。

（一百〇四）溶血性链球菌引起的坏疽

指包围肢体或躯干的浅筋膜或深筋膜受到溶血性链球菌的感染，病情在短时间内急剧恶化，须病原学诊断明确，且实际实施了手术及清创术治疗。

（一百〇五）埃博拉出血热

指埃博拉病毒感染导致的烈性传染病，且须满足下列全部条件：

（1）实验室检查证实埃博拉病毒的存在；

（2）从发病开始有超过 30 天的进行性感染症状。

（一百〇六）严重气性坏疽

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

（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。

清创术不在保障范围内。

（一百〇七）严重强直性脊柱炎

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，并须满足下列全部条件：

（1）严重脊柱畸形：椎体钙化形成骨桥，脊柱出现“竹节样改变”，骶髂关节硬化、融合、强直；

（2）自主生活能力部分丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项或两项以上。

（一百〇八）线粒体脑肌病

是一组由于线粒体结构、功能异常所导致的以脑和肌肉受累为主的多系统疾病，其中肌肉损害主要表现为骨骼肌极度不能耐受疲劳。须经相关专科医生明确诊断。须满足以下条件中的至少两项：眼外肌麻痹、共济失调、癫痫反复发作、视神经病变、智力障碍。

（一百〇九）嗜血细胞综合征

又称噬血细胞性淋巴组织细胞增生症（HLH），是一组由多种原因诱发的细胞因子瀑

布式释放，以组织细胞增生伴随其吞噬各种造血细胞为特征的综合征。须符合下列条件中的至少三项，并且经相关专科医生认为有必要进行异体骨髓移植手术：

（1）分子生物学诊断出现特异性的基因突变；

（2）铁蛋白>500ngml；

（3）外周血细胞减少，至少累及两系，Hb<90g/L（新生儿 Hb<100g/L），PLTS<100×10^9/L，中性粒细胞<1.0×10^9/L；

（4）骨髓、脑脊液、脾脏及淋巴结等器官有特征性噬血细胞的增加；

（5）血清可溶性 CD25≥2400U/ml。

（一百一十）严重斯蒂尔病

须经相关专科医生明确诊断，并至少满足下列条件的至少两项：

（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）。

（一百一十一）亚历山大病

是一种遗传性中枢神经系统退行性病变。临床表现为惊厥发作、智力下降、球麻痹、共济失调、痉挛性瘫痪。须经相关专科医生确诊 180 天后，仍存在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。

（一百一十二）重度面部毁损

因意外伤害导致面部瘢痕畸形，须满足下列三项或以上条件：

（1）双侧眉毛完全缺失；

（2）双睑外翻或者完全缺失；

（3）双侧耳廓完全缺失；

（4）外鼻完全缺失；

（5）上、下唇外翻或者小口畸形；

（6）颏颈粘连（中度以上）：即颈部后仰及旋转受到限制，饮食、吞咽有所影响，不流涎，下唇前庭沟并不消失，能闭合。

（一百一十三）严重的破伤风

指破伤风梭菌经由皮肤或黏膜伤口侵入人体，在缺氧环境下生长繁殖，产生毒素而引起严重持续肌痉挛的一种特异性感染。须经相关专科医生明确诊断。

（一百一十四）原发性骨髓纤维化

指原因不明的骨髓中成纤维细胞增殖，伴有髓外造血，表现为进行性贫血、脾肿大等症

状。须根据骨髓的活组织检查和周围血象检查由专科医生明确诊断，并至少符合下列条件中的三项，且符合条件的状态持续 180 天及以上，并已经实施了针对此症的治疗：

（1）血红蛋白<100g/L；

（2）白细胞计数>25×10^9/L；

（3）外周血原始细胞≥1%；

（4）血小板计数<100×10^9/L。

继发性骨髓纤维化不在保障范围内。

（一百一十五）大面积植皮手术

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

（一百一十六）脊髓血管病后遗症

指脊髓血管阻塞或破裂出血引起的脊髓功能障碍，导致永久不可逆的神经系统功能损害。须经相关专科医生确诊 180 天后，仍存在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。

（一百一十七）严重瑞氏综合征（Reye 综合征，也称赖氏综合征、雷氏综合征）

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。肝脏活检是确诊的重要手段。瑞氏综合征需由相关专科医生确诊，并符合以下所有条件：

（1）有脑水肿和颅内压升高的脑脊液检查和影像学检查证实；

（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的第 3 期。

（一百一十八）严重甲型及乙型血友病

指一种遗传性凝血功能异常的出血性疾病。仅包括严重甲型血友病（缺乏VIII凝血因子）或严重乙型血友病（缺乏IX凝血因子），并且凝血因子VIII或凝血因子IX的活性水平少于百分之一。被保险人必须经过相关专科医生明确诊断。

（一百一十九）进行性肌肉骨化症

主要表现为在肌肉、韧带和其他结缔组织中形成多余的骨质钙化有局部疼痛、肿胀，关节僵硬强直及屈伸活动受限，以颈、胸、腰椎向四肢及关节出现僵硬，限制机体正常运动。须经相关专科医生明确诊断。

（一百二十）获得性血栓性血小板减少性紫癜（TTP）

是一种严重的弥散性血栓性微血管病。须经相关专科医生诊断，满足下列至少四项条件：

（1）皮肤或其他部位出血症状；

（2）外周血化验提示：

①血小板计数≤50×10^9/L；

②网织红细胞增多；

③血片中出现多量裂红细胞，比值＞0.6%；

④血红蛋白计数≤90g/L。

（3）骨髓检查提示：

①巨核细胞成熟障碍；

②骨髓代偿性增生，粒/红比值降低。

（4）肾功能损害；

（5）实际实施了血浆置换治疗。

遗传性血栓性血小板减少性紫癜不在此保障范围内。