

利宝保险有限公司

附加指定疾病住院医疗保险条款（2026 版 A 款）（互联网专属）

（注册号：C00006032522026060438243）

总则

第一条 本附加保险合同（以下简称“本附加险合同”）由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证、批单等组成。凡涉及本附加险合同的约定，均采用书面形式。

第二条 凡投保了利宝保险有限公司意外险、健康险类产品（以下简称“主险”）的投保人，可投保本附加险。

第三条 除另有约定外，本附加险合同的各项保险金受益人均为被保险人本人。

保险责任

第四条 指定疾病医疗保险金

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（见释义 1）专科医生（见释义 2）确诊初次罹患（见释义 3）本附加险合同所定义的指定疾病（见释义 4）（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，**保险人将按照以下约定在指定疾病医疗保险金额内给付指定疾病医疗保险金：**

（一）指定疾病住院医疗费用

被保险人因罹患指定疾病经医院诊断必须住院（见释义 5）治疗的，对于住院期间发生的必需且合理（释义 6）的指定疾病住院医疗费用（见释义 7），**保险人按照本附加险合同的约定，在指定疾病医疗保险金额内给付指定疾病医疗保险金。**

保险人承担被保险人在保险期间内开始的、延续至本附加险合同到期日后三十日内（含第三十日）的指定疾病住院治疗，对此期间发生的必需且合理的指定疾病住院医疗费用，**保险人将按照本附加险合同的约定，在指定疾病医疗保险金额内给付指定疾病住院医疗保险金。**

（二）指定疾病特殊门诊医疗费用

对于被保险人因罹患指定疾病在医院接受特殊门诊治疗期间发生的必需且合理的指定疾病特殊门诊医疗费用，**保险人按照本附加险合同的约定，在指定疾病医疗保险金额内给付指定疾病特殊门诊医疗保险金。**

本附加险合同所称“指定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 8 中“恶性肿瘤——重度”定义的恶性肿瘤）治疗费，包括化化学疗法（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。

（三）指定疾病门诊手术医疗费用

对于被保险人因罹患指定疾病在医院接受门诊手术治疗期间发生的必需且合理的指定疾病门诊手术医疗费用，保险人按照本附加险合同的约定，在指定疾病医疗保险金额内给付指定疾病门诊手术医疗保险金。

（四）指定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）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接受指定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（不包括前述指定疾病特殊门诊医疗费用、指定疾病门诊手术医疗费用），保险人按照本附加险合同的约定，在指定疾病医疗保险金额内给付指定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附加险合同约定的指定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指定疾病医疗保险金额时，保险人对于被保险人在指定疾病医疗保险金项下的保险责任终止。

若被保险人在保险单载明的等待期内罹患本附加险合同约定的指定疾病（一种或多种），本附加险合同终止，保险人无息退还投保人所缴纳的全部保险费。

本附加险合同保险责任不包含本附加险合同约定的医院或保险人指定医疗机构内的医生开具的无法在本附加险合同约定的医院或保险人指定医疗机构内获得的药品或者其他任何在本附加险合同约定的医院或保险人指定医疗机构内无法获得的医用材料或者其他任何医疗项目。本附加险合同中所称“保险人指定医疗机构”由投保人与保险人在订立本附加险合同时确定，并在保险单中载明。

第五条 免赔额

本附加险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。

本附加险合同中所称免赔额均指年免赔额，指在本附加险合同保险期间内，应由被保险人自行

承担，本附加险合同不予赔付的部分。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过社会基本医疗保险（见释义 14）、公费医疗及政府救助获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

第六条 补偿原则和赔付标准

本附加险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）获得本附加险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附加险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。

针对指定疾病医疗保险金保险责任，投保人和保险人按照以下情况分别约定赔付比例，并在保险单中载明：

（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，赔付比例为 80%。

（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，赔付比例为 50%。

（3）若被保险人未以参加社会基本医疗保险身份投保，赔付比例为 80%。

责任免除

第七条 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）任何既往症（见释义 15）、被保险人在首次投保本保险前已被确诊的疾病或被保险人首次投保本保险时在等待期内被确诊罹患的疾病；

（二）遗传性疾病（见释义 16），先天性畸形、变形或染色体异常（见释义 17）（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，但涉及指定疾病病种释义中约定的情况除外）；

（三）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；

（四）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）；

（五）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；

（六）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；

（七）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；

（八）各种健美治疗项目，包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用；

（九）不孕不育治疗、人工受精、怀孕、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）包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

（十一）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；

（十二）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；

（十三）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附加险合同约定的医院或保险人指定医疗机构药房购买的药品；

（十四）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）；

（十五）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

（十六）被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；

（十七）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；

（十八）被保险人殴斗、醉酒（见释义 18），服用、吸食或注射毒品（见释义 19）；

（十九）被保险人酒后驾驶（见释义 20）、无合法有效驾驶证（见释义 21）驾驶或驾驶无合法有效行驶证（见释义 22）的机动车（见释义 23）导致交通意外引起的医疗费用；

（二十）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 24）导致的伤害引起的治疗；

（二十一）由于职业病（见释义 25）、医疗事故（见释义 26）引起的医疗费用；

（二十二）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；

（二十三）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（从本附加险合同约定的医院或保险人指定医疗机构确定出院之日起发生的一切医疗费用）；

（二十四）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；

（二十五）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；

（二十六）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）；

（二十七）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 27）引起的治疗；

（二十八）被保险人患性病引起的医疗费用。

保险金额

第八条 保险金额是保险人承担赔偿责任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责任或者给付保险金责任的累计最高限额。

本附加险合同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

第九条 除另有约定外，本附加险保险合同的保险期间与主险合同一致。

保险金申请

第十条 保险金申请人（见释义 28）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 29）**；

（四）本附加险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）；

（五）本附加险合同约定的医院或保险人指定医疗机构出具的附有病历、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（见释义 30）**（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）被保险人罹患本附加险合同约定的指定疾病，还应提供由医院或保险人指定医疗机构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或指定医疗机构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或保险人指定医疗机构出具的被保险人在本附加险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）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。

（十一）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。

第十一条 保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，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

第十二条 因履行本附加险合同发生的争议，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。

第十三条 与本附加险合同有关的以及履行本附加险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（**不包括港澳台地区法律**）。

其他事项

第十四条 发生下列情况之一者，本附加险合同即行终止：

- （一）主险合同终止；
- （二）投保人单独解除本附加险合同。

第十五条 本附加险条款与主险条款内容相悖之处，以本附加险条款为准；未尽之处，以主险条款为准。

释义

第十六条 除另有约定外，在本附加险合同中，以下词语具有如下含义：

1. 医院：是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。

2. 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。

3. 确诊初次罹患：指自被保险人出生之日起第一次经医院或保险人指定医疗机构确诊患有某种疾病，而不是指自本附加险合同生效之后第一次经医院或保险人指定医疗机构确诊患有某种疾病。

4. 指定疾病：指被保险人发生符合本附加险合同附录 1 中所述定义的疾病（共 10 种），应当由专科医生明确诊断。

5. 住院：是指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院或指定医疗机构的正式病房接受全日二十四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) 被保险人在医院或指定医疗机构的(门)急诊观察室、家庭病床(房)入住;

(2) 被保险人在特需病房、外宾病房或其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或一天内住院不满二十四小时,但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外;

(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,在住院期间每日非二十四小时在院。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。

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。

7. 指定疾病住院医疗费用: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。

8. 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，WorldHealthOrganization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）（见注 2）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：

I 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：

（1）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；

（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；

II TNM 分期（见注 4）为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

III TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌；

IV 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；

V 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

VI 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

VII 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 $<10/50\text{HPF}$ 和 $\text{ki-67}\leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

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

pT₀：无肿瘤证据

pT₁：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

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

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

pT₄：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

pT₀: 无肿瘤证据

pT₁: 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

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

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

pT₄: 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

pN₀: 无淋巴结转移证据

pN₁: 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，可以为单侧或双侧。

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

M₀: 无远处转移

M₁: 有远处转移

乳头状或滤泡状癌（分化型）			
年龄<55 岁			
	T	N	M
I 期	任何	任何	0
II 期	任何	任何	1
年龄≥55 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。

9. 化学疗法：指针对恶性肿瘤的化学治疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行治疗。本附加险合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在合同约定的医院或指定医疗机构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，在合同约定的医院或指定医疗机构的专门科室进行的放疗。

11. 肿瘤免疫疗法：指在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本附加险合同所指的靶向治疗的药物需具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书。

12. 肿瘤内分泌疗法：指针对恶性肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制激素生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞的生长。本附加险合同所指的内分泌治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理总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。本附加险合同所指的靶向治疗的药物需具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书。

14. 社会基本医疗保险：本附加险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。

15. 既往症：指在本附加险合同（不间断连续投保的，指首张保险合同）生效之前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：

- （1）本附加险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- （2）本附加险合同生效前，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) 本附加险合同生效前发生，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。

16. 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。

17. 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。

18. 醉酒：指每百毫升血液的酒精含量大于或等于 80 毫克。

19. 毒品毒品：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。

20. 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《道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

21. 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。

22. 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；

23. 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。

24. 高风险运动：本附加险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。

25. 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。

26. 医疗事故：指医院或指定医疗机构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。

27. 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。

28. 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。

29. 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。

30. 分割单：本附加险合同所指分割单应符合财政部《会计基础工作规范》的有关要求。涉及社会基本医疗保险时，分割单指社会基本医疗保险费用结算表，或当地社会基本医疗保险结算办法所规定的其他类似费用结算证明。

31. 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。

附录 1

（一） 特发性慢性肾上腺皮质功能减退

因为自身免疫功能紊乱，使肾上腺组织逐渐受损，而需要长期接受糖皮质激素及肾上腺皮质激素替代疗法。该病必须经内分泌专科医生确诊，并有以下报告作为证据：

- （1）促肾上腺皮质激素 (ACTH) 刺激试验；
- （2）胰岛素血糖减少测试；
- （3）血浆促肾上腺皮质激素 (ACTH) 水平测定；
- （4）血浆肾素活性 (PRA) 测定。

慢性肾上腺皮质功能衰竭只对由自身免疫功能紊乱引起的承担保险责任，其他原因引起的除外。

（二） 严重亚历山大病

是一种遗传性中枢神经系统退行性病变，特点为脑白质营养不良。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。亚历山大病必须被明确诊断，并且造成永久性神经系统功能损害。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，日常生活必须持续接受他人护理。

未诊断的疑似病例不在保障范围之内。

保险人承担本项疾病责任不受本附加险合同责任免除中“遗传性疾病”、“先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（三） 埃博拉病毒感染

指埃博拉病毒感染导致的烈性传染病，并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。

（四） 婴儿进行性脊肌萎缩症

该病是累及脊髓前角细胞及延髓运动核的神经元退行性变性病。在出生后两年内出现的脊髓和脑干颅神经前角细胞进行性机能障碍，伴随肌肉无力和延髓机能障碍。

保险人承担本项疾病责任不受本附加险合同责任免除中“遗传性疾病”、“先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（五） 黑斑息肉综合征

黑斑息肉综合征（Peutz—Jeghers 综合征）又称色素沉着息肉综合征，是常染色体显性遗传病。临床表现为面部、口唇、颊粘膜、手指脚趾色素沉着，以及肠道多发性息肉。须经专科医生明确诊断，并有合并肠套叠或肠梗阻须进行手术治疗。

保险人承担本项疾病责任不受本附加险合同责任免除中“遗传性疾病”、“先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（六） POEMS 综合征

POEMS 综合征是一种罕见的单克隆浆细胞疾病。名称中的五个英文字母分别代表了疾病的 5 种主要表现，P：多发性神经病；O：脏器肿大；E：内分泌异常；M：单克隆免疫球蛋白；S：皮肤改变。

须经专科医生确诊，且必须满足下列所有条件：

- （1）多发性周围神经病；
- （2）单克隆浆细胞增殖性疾病；
- （3）高水平血清或血浆血管内皮生长因子（VEGF）；
- （4）Castleman 病；
- （5）硬化性骨病。

保险人承担本项疾病责任不受本附加险合同责任免除中“遗传性疾病”、“先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（七） 严重原发性轻链型淀粉样变性(AL型)

是一种多系统受累的单克隆浆细胞病。须经专科医生明确诊断，并满足以下全部条件：

- （1）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）；
- （2）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；
- （3）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 $>0.5\text{g}$ ，以白蛋白为主；

②心脏：心脏超声平均心室壁厚度 $>12\text{mm}$ ，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） $>332\text{ng/L}$ ；

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。

（八） 多灶性运动神经病

多灶性运动神经病（MMN）又称多灶性脱髓鞘性运动神经病，是一种以运动神经受累为主的慢性多发性单神经病，是少见的脱髓鞘性周围神经病。须经专科医生明确诊断，并须满足下列所有条件：

（1）临床表现为以周围神经分布的慢性进行性肌无力、肌萎缩及病状左右不对称；

（2）神经电生理检查显示其特征性的改变为持续性、多灶性、部分性运动传导阻滞，同时发生于多条周围神经或同一条神经的不同节段；

（3）自主生活能力部分永久丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动（见释义 31）中的三项或三项以上。

（九） 谷固醇血症

又称植物固醇血症或豆固醇血症（phytosterolemia），是一种罕见的常染色体隐性遗传的脂质代谢异常疾病。过量植物固醇被吸收后，刺激巨噬细胞产生炎症因子，促进泡沫细胞和斑块的形成。临床表现为肌腱或皮下的多发性黄瘤、动脉粥样硬化、早发性冠心病、肝损害和关节炎等。**必须经专科医生明确诊断，并须满足以下所有条件：**

（1）基因检测发现 ABCG5 或 ABCG8 变异；

（2）血液谷固醇、豆固醇浓度明显增高；

（3）血细胞形态检查发现口型细胞增多、巨大血小板和血小板减少三联征；

（4）进行肝脏移植手术治疗。

家族性高胆固醇血症和其他类别的高胆固醇血症不在本保障范围内。

保险人承担本项疾病责任不受本附加险合同责任免除中“遗传性疾病”、“先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（十） 进行性家族性肝内胆汁淤积症

进行性家族性肝内胆汁淤积症（progressive familial intrahepaticcholestasis, PFIC）是一组常染色体隐性遗传性疾病。因基因突变导致胆汁排泌障碍，发生肝内胆汁淤积，主要临床表现为进行性的黄疸、严重瘙痒、伴有不同程度生长多重障碍，肝肿大、脂溶性维生素缺乏为特点，最终可发展为肝衰竭。须经专科医生明确诊断，并有生化学检测、肝脏影像学、肝脏病理学及基因检测结果证实，且进行肝脏移植手术治疗。

其他原因所致的胆汁淤积性肝病不在本保障范围内。

保险人承担本项疾病责任不受本附加险合同责任免除中“遗传性疾病”、“先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。