

中银保险有限公司

医疗保险条款

(注册编号: C00004632512022111128101)

总则

第一条 本保险合同(以下简称“本合同”)由保险条款、投保单或者其他投保文件、保险单或者其他保险凭证、保险卡、网络医疗机构名册、附贴批单和其他有关约定书构成。凡涉及本合同的约定,均应当采用书面形式。

第二条 被保险人本人或者对被保险人依法具有保险利益的其他具有完全民事行为能力的自然人、法人、非法人组织,可作为投保人。

第三条 凡身体健康、能正常工作或生活且符合以下要求的自然人,申请投保后经保险人同意,可作为本合同的被保险人;本合同的被保险人可以为单一被保险人,也可以由主被保险人和附属被保险人组成,主被保险人在投保时的配偶和符合承保条件的子女可作为附属被保险人。

(一)单一被保险人或主被保险人年龄应为18周岁(含)至100周岁(含),且已终止在全日制学校接受教育。作为附属被保险人的配偶年龄要求与主被保险人相同。

(二)投保时,被保险人的惯常居住地需为中国大陆,即被保险人一年中居住在中国大陆超过185天。被保险人为非中国国籍的,需持有中国政府部门签发的**工作签证或拥有中国大陆居留证或长期居住权,并且能够提供中国大陆固定居住地址且一年中居住在中国大陆超过185天。**

第四条 除特别指明外,本保险条款中与被保险人相关的表述适用于每一被保险人(即:包括单一被保险人或主被保险人和附属被保险人)。

第五条 除法律另有规定或者本合同另有约定外,保险金受益人为被保险人本人。

第六条 保险人将为每一被保险人发放保险卡,该保险卡将载明被保险人姓名、保险单号码、保险期间、保障类型、一般自付比例、年免赔额、可选责任、医疗服务网络、第三方医疗服务供应商(以下简称“医疗服务供应商”)、理赔申请等有关信息。

第七条 本保险条款涉及的给付限额币种为人民币表示,经投保人、保险人双方约定,也可为其他币别,并在本合同中载明。

保险责任

第八条 保障区域

保险人提供以下四种保障区域:全球计划、国际计划、中国计划和中国大陆计划,由投保人在投保时与保险人协商确定并在本合同中载明。

- (一)全球计划:保障地域为全球任何国家和地区。
- (二)国际计划:保障地域为**除美国外的**全球任何国家和地区。
- (三)中国计划:保障区域为中国。
- (四)中国大陆计划:保障区域为中国大陆。

附属被保险人的保障区域必须等同于主被保险人的保障区域,并在本合同中载明。

保险人对符合本合同约定的被保险人在**保障区域外地区发生的紧急医疗费用**也承担保险责任。

被保险人在与其保障类型相对应的保障地域以外地区接受紧急医疗前，应当获得医疗服务供应商的许可，该医疗服务供应商将引导该被保险人至最近且合适的网络医疗机构就医。保险人对被保险人未经医疗服务供应商许可，在与其保障类型相对应的保障地域以外地区接受治疗发生的任何费用不承担保险责任，被保险人在接受紧急医疗前根本无法联系医疗服务供应商的情形不在此限，但该被保险人应当在开始接受治疗后四十八小时内联系医疗服务供应商。

第九条 保险责任

在本合同保险期间内，被保险人遭受意外伤害或在等待期后罹患疾病，在本合同中约定的保障区域范围内符合本合同约定的医疗机构就医的，保险人依据本合同的约定承担保险责任。

对于被保险人发生的本条第（一）至（六）列明的保险责任范围内的费用，保险人根据被保险人适用的免赔额类型，分别按照以下公式计算保险金：**被保险人适用无免赔额的，保险人按照“保险期间内累计发生的保险责任范围内的费用×（1—一般自付比例）”计算给付保险金；被保险人适用年免赔额的，保险人按照“（保险期间内累计发生的保险责任范围内的费用—一年免赔额）×（1—一般自付比例）”计算给付保险金。**

（一）一般疾病（伤害）和一般项目门诊医疗保险责任如下：

保险期间内，被保险人在与其保障类型相对应的保障地域内因遭受意外伤害或者在等待期后罹患疾病接受医师推荐的、医学必需的一般疾病（伤害）和一般项目门诊治疗，由此发生的、符合通常惯例水平的以下类型费用：

1. 医师诊疗费：指被保险人门急诊期间发生的主诊医生或会诊医生的劳务费用，包括挂号费。

2. 治疗费和检查检验费：治疗费指门急诊中为治疗疾病而提供必要的医学手段所产生的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，具体以就诊医疗机构和诊所的费用项目划分为准。检查检验费指门急诊中为诊断疾病而采取必要的医学手段进行检查及检验所导致的医疗费用，包括X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

3. 手术室和恢复室费。

4. 急诊室费。

5. 手术医师费和麻醉师费。

6. 放射治疗、化学治疗、肿瘤靶向疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、质子重离子治疗费。

7. 理疗及中医治疗费。具体包括下列三项类型费用：

(1) 由具有专业理疗资格的医师实施的针灸治疗、顺势疗法费。

(2) 由具有相应医疗职业资格的医师实施的物理治疗、脊椎矫正、职业疗法、语言治疗（包括为治疗吞咽障碍由语言治疗师实施的电子喉镜检查）费。

该类治疗应当满足下列全部条件：

i. 应当为被保险人的主治医师书面治疗计划（包括短期和长期目标，并提交保险人评估）的一部分；

ii. 在合理的、可预测的时间内症状会明显好转；

iii. 疗法复杂或者被保险人病症使得只有具有相应医疗职业资格的医师（包括注册物理治疗师或者职业治疗师）才能安全、有效实施。

(3) 依据注册中医医师的处方开具的中草药费用，中医挂号费、诊察费及相关费用。

保险人对每一被保险人给付的每年治疗发生的理疗及中医治疗费总保险金和每次治疗就诊金额的上限以本合同载明的为准。

8. 药品费。指依据医师的处方开具的药品费用。每次治疗门诊开药量以 30 日用量为上限。每次治疗门诊开药量应当与开药时间间隔相匹配。

9. 指定药房自购药服务：被保险人可以在指定的药房自行购买（或者由医疗服务商提供的送药上门服务中提供的）保险单约定限额内的药品及其他相关医疗用品（**但由既往症导致的除外**）。被保险人购买药品需为医疗合理且必需的，并需同时提交病历或处方供保险人审核，保险人对于审批通过符合保险责任的，**对每一被保险人在指定药房购药（包括医疗服务商送药上门的药品）的药品及其他相关医疗用品给付的保险金上限以本合同载明的为准。**

10. 救护车费用。被保险人因疾病或意外伤害就医往返医疗机构的医学必须的救护车服务而产生的费用。

11. 紧急意外门诊牙科治疗（本项保障内容不受保障区域限制，但应符合本合同约定条件）

(1) 被保险人因遭遇意外事故导致其自然牙齿或牙龈伤害而在意外事故发生后 24 小时内进行医学必须的牙科急症诊疗的费用。

(2) 在意外事故发生后 7 天内的后续诊疗的费用（包括处方医药用品和药品的费用）。

12. 紧急意外门诊治疗（本项保障内容不受保障区域限制，但应符合本合同约定条件）

(1) 被保险人在意外事故发生后 24 小时内对其因该意外事故造成的伤害进行急症诊疗的费用。

(2) 在意外事故发生后 7 天内提供的后续诊疗的费用（包括处方医药用品和药品的费用）。

一般疾病（伤害）和一般项目门诊医疗保险责任范围内，保险人对每一被保险人给付的门诊医疗保险金及就诊次数上限以本合同载明的为准。保险人对每位被保险人给付的门诊医疗保险金或就诊次数达到上限（以累计给付总金额低者为限）时，对该被保险人的门诊医疗责任终止，不再承担门诊医疗保险责任。

（二）一般疾病（伤害）和一般项目住院医疗保险责任如下：

保险期间内，被保险人在与其保障类型相对应的保障地域内因遭受意外伤害或者在等待期后罹患疾病接受医师推荐的、医学必需的一般疾病（伤害）和一般项目住院治疗（日间住院治疗视同住院治疗，下同），由此发生的、符合通常惯例水平的以下类型费用：

1. 标准单人间床位费，急诊室费，重症监护病房费，医疗机构提供并出具发票的膳食和营养配餐费。保险人对每一被保险人给付的每日住院床位费保险金的上限以本合同载明的为准。

2. 未满十八周岁的附属被保险人住院期间其父亲或者母亲（限一人）陪同住院的加床费；女性主被保险人或者作为配偶的女性附属被保险人住院期间其出生未满 16 周的新生婴儿住院的加床费。

3. 手术室和恢复室费，手术敷料费。

4. 输血、血浆、血浆扩容药物以及所有相关化验、操作设备和服务费用。

5. 药品费。

6. 医师诊疗费。

7. 手术医师费和麻醉师费。

8. 护理费。

9. 吸氧费。

10. 化验费。

11. 检查费。包括但不限于 X 光检查、超声波检查、超声波心动描记术、计算机断层扫描、正电子发射计算机断层扫描、核磁共振检查费。

12. 被保险人作为受体接受器官、骨髓移植费。

13. 放射治疗、化学治疗、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、质子重离子治疗费、物理治疗。

14. 救护车费用。被保险人因疾病或意外伤害就医往返医疗机构的医学必须的救护车服务而产生的费用。

本合同的保险期间届满，被保险人因意外伤害或者疾病接受合理且必需的住院治疗仍未结束的，保险人所负给付保险金的期限，自保险期满次日起计算，至出院之日止，最长不得超过 30 日。

一般疾病（伤害）和一般项目住院医疗保险责任范围内，保险人对每一被保险人给付的住院医疗保险金上限以本合同载明的为准，保险人对每一被保险人给付的住院医疗保险金达到上限时，对该被保险人的住院医疗责任终止，不再承担住院医疗保险责任。

（三）特定严重疾病医疗保险责任如下：

指被保险人因未被认定为既往症的特定严重疾病接受医师推荐的、医学必需的治疗，由此发生的、符合通常惯例水平的医疗费用。

在本合同保险期间内，被保险人在与其保障类型相对应的保障地域内因遭受意外伤害或者在等待期后罹患特定严重疾病接受医师推荐的、医学必需的门诊治疗和住院治疗（日间住院治疗视同住院治疗，下同），由此发生的、符合通常惯例水平的以下类型费用：

1. 医师诊疗费：指被保险人门急诊期间发生的主诊医生或会诊医生的劳务费用，包括挂号费。

2. 治疗费和检查检验费：治疗费指门急诊中为治疗疾病而提供必要的医学手段所导致的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，具体以就诊医疗机构和诊所的费用项目划分为准。检查检验费指门急诊中为诊断疾病而采取必要的医学手段进行检查及检验所导致的医疗费用，包括 X 光费、心电图费、B 超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

3. 手术室和恢复室费。

4. 急诊室费。

5. 手术医师费和麻醉师费。

6. 放射治疗、化学治疗、肿瘤靶向疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、质子重离子治疗费。

7. 理疗及中医治疗费。具体包括下列三项类型费用：

(1) 由具有专业理疗资格的医师实施的针灸治疗、顺势疗法费。

(2) 由具有相应医疗职业资格的医师实施的物理治疗、脊椎矫正、职业疗法、语言治疗（包括为治疗吞咽障碍由语言治疗师实施的电子喉镜检查）费。

该类治疗应当满足下列全部条件：

i. 应当为被保险人的主治医师书面治疗计划（包括短期和长期目标，并提交保险人评估）的一部分；

ii. 在合理的、可预测的时间内症状会明显好转；

iii. 疗法复杂或者被保险人病症使得只有具有相应医疗职业资格的医师（包括注册物理治疗师或者职业治疗师）才能安全、有效实施。

（3）依据注册中医医师的处方开具的中草药费用，中医挂号费、诊察费及相关费用。

保险人对每一被保险人给付的每年治疗发生的理疗及中医治疗费总保险金和每次治疗就诊金额的上限以本合同载明的为准。

8. 药品费。指依据医师的处方开具的药品费用。每次治疗门诊开药量以 30 日用量为上限。每次治疗门诊开药量应当与开药时间间隔相匹配。

9. 标准单人间床位费，急诊室费，重症监护病房费，医疗机构提供并出具发票的膳食和营养配餐费。保险人对每一被保险人给付的每日住院床位费保险金的上限以本合同载明的为准。

10. 未满十八周岁的附属被保险人住院期间其父亲或者母亲（限一人）陪同住院的加床费；女性主被保险人或者作为配偶的女性附属被保险人住院期间其出生未满 16 周的新生婴儿住院的加床费。

11. 手术室和恢复室费，手术敷料费。

12. 输血、血浆、血浆扩容药物以及所有相关化验、操作设备和服务费用。

13. 药品费。

14. 医师诊疗费。

15. 手术医师费和麻醉师费。

16. 护理费。

17. 吸氧费。

18. 化验费。

19. 检查费。包括但不限于 X 光检查、超声波检查、超声波心动描记术、计算机断层扫描、正电子发射计算机断层扫描、核磁共振检查费。

20. 被保险人作为受体接受器官、骨髓移植费。

21. 放射治疗、化学治疗、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、质子重离子治疗费、物理治疗。

22. 救护车费用。被保险人因疾病或意外伤害就医往返医疗机构的医学必须的救护车服务而产生的费用。

本合同的保险期间届满，被保险人因意外伤害或者疾病接受合理且必需的住院治疗仍未结束的，保险人所负给付保险金的期限，自保险期满次日起计算，至出院之日止，最长不得超过 30 日。

特定严重疾病医疗保险责任范围内，保险人对每一被保险人给付的特定严重疾病医疗保险金及就诊次数上限以本合同载明的为准，保险人对每位被保险人给付的特定严重疾病医疗保险金或就诊次数达到上限（以累计给付总金额低者为限）时，对该被保险人的特定严重疾病医疗责任终止，不再承担特定严重疾病医疗保险责任。但若同时符合特定严重疾病医疗保险责任和本条款（四）特殊疾病和特殊项目医疗保险责任中约定的情况，该责任的赔偿范围应当以特殊疾病和特殊项目医疗保险责任中约定为准。

（四）特殊疾病和特殊项目医疗保险责任如下：

在本合同的保险期间内，被保险人在与其保障类型相对应的保障地域内因遭受意外伤害或者在等待期后罹患疾病接受医师推荐的、医学必需的下列特殊疾病和特殊项目治疗，由此发生的、符合通常惯例水平的以下类型费用：

1. 专业护士家庭护理费

指被保险人出院后随即在其家中接受医师推荐的、医学必需的专业护士护理费用。专业护士家庭护理费应当满足以下全部条件：

(1) 被保险人对专业护士护理确有需要，非出于方便家庭成员目的；

(2) 每日专业护士护理时间不超过 12 小时，但下列情形不在此限：住院治疗的被保险人被运送回家当日；被保险人病情急重，应当接受 12 小时以上专业护士护理以免入院接受治疗；根据医疗实践和标准被保险人需要在专业护理机构接受护理，但专业护理机构没有空余床位。

保险人仅对每一被保险人累计 90 日内发生的专业护士家庭护理费承担保险责任。

保险人对每一被保险人累计给付的专业护士家庭护理费用保险金累计上限为以本合同约定为准。

2. 耐用医疗设备购买或者租赁费

指医师医嘱要求的、满足基本医疗需要的康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备购买或者租赁费（以相应符合通常惯例水平的购买价格为上限），以及随后修理、更换费。对于患癌症且接受属于保险责任范围的乳房切除术的被保险人，两义乳及可放入义乳的胸衣费用也属于保险责任范围内的费用。

康复设备和矫形支具包括但不限于腿、臂、背和颈支具，人造腿、臂、眼。

耐用医疗设备不包括自动轮椅或者自动床、舒适设备（如电话托臂和床上多用桌）、空气质量或者温度调控设备（如空调、湿度调节器、除湿器和空气净化器）、太阳能或者加热灯、加热垫、坐浴盆、盥洗凳、浴缸凳、桑拿浴、升降机、涡流按摩浴、健身器材及其他类似设备。

保险人对每一被保险人累计给付的耐用医疗设备购买或者租赁费用保险金累计上限为以本合同约定为准。

3. 精神和心理障碍医疗费用

指在经过等待期后，经医师诊断并要求被保险人在医学认可的精神心理专科医疗机构或者设有精神心理科室的医疗机构，为治疗精神和心理障碍接受由具有相应医疗职业资格的医师或者心理学家实施的医疗费用和咨询费用。

保险人对每一被保险人累计给付的精神和心理障碍医疗费用保险金累计上限为以本合同约定为准。

4. 人体免疫缺陷病毒/艾滋病的治疗费用

指在保险期间内且经过等待期后，被保险人由于以下所列范围的因从事合法职业导致的意外事故或输血导致的人体免疫缺损病毒(HIV 艾滋病病毒)、及获得性免疫缺损综合症(艾滋病)的治疗费用。艾滋病病毒/艾滋病的迹象或症状是在等待期后首次出现并被医师确诊的，方可适用本保障。

(1) 若被保险人由于输血感染艾滋病病毒，则必须同时满足以下全部条件：

i. 输血是医疗上合理且必需的医学治疗；

ii. 输血是在本合同保险期间开始后进行的；

iii. 由医疗机构证实感染源来自医疗机构，且医疗机构有能力追踪并找出艾滋病病毒血液的来源；

iv. 被保险人未患有重型地中海贫血或血友病。

(2) 若由于被保险人在惯常居住地从事正当职业所遭受意外事故导致的人体免疫缺损病毒(HIV)感染, 必须向保险人提供如下令人信服的证明:

i. 事故发生之日起 30 天内必须通知保险人并提交事故证明;

ii. 事故证明必须明确感染艾滋病病毒血液的来源;

iii. 事故发生之日起 180 天内提供由阴性转化为阳性的艾滋病抗体血清检测证明。该证明必须包括事故发生之日起 5 天内进行的结果为阴性的艾滋病病毒检测;

iv. 艾滋病病毒感染不是由于任何其他方式(包括性行为 and 静脉注射毒品)而导致的。

保险人对每一被保险人累计给付的人体免疫缺陷病毒/艾滋病的治疗费用保险金累计上限为以本合同约定为准。

5. 康复治疗费用

指被保险人入住经医疗服务供应商许可的机构接受康复治疗所发生的康复费用。

保险人仅对每一被保险人累计 90 日内发生的康复治疗费用承担保险责任。

保险人对每一被保险人累计给付的康复治疗费用保险金累计上限为以本合同约定为准。

6. 先天性疾病和症状医疗费用

指被保险人因未被认定为既往症的先天性疾病和症状接受医师推荐的、医学必需的治疗, 由此发生的、符合通常惯例水平的医疗费用。

保险人对每一被保险人累计给付的先天性疾病和症状医疗费用保险金累计上限为以本合同约定为准。

7. 既往症医疗费用

指投保人、被保险人投保前如实告知的既往症, 经保险人审核通过后, 在保险期间内, 被保险人自本合同生效之日起经过一百八十日等待期(经保险人同意续保的不在限)后因该既往症接受医师推荐的、医学必需的治疗, 由此发生的医疗费用。

保险人对每一被保险人累计给付的既往症医疗费用保险金的上限以本合同载明的为准。

(五) 齿科医疗保险责任

保险期间内, 被保险人在自本合同生效之日起经过 90 日的等待期后在医疗机构发生的下列齿科医疗费用, 保险人按照“齿科医疗费用×80%”计算给付齿科医疗保险金:

1. **常规齿科治疗费用**, 包括涂氟治疗、治疗性洗牙费、窝沟封闭治疗、简单补牙(包括银汞合金或复合树脂充填)、简单拔牙和牙周治疗(包括牙周刮治、牙根平整术等)以及相关口腔 X 光费;

2. **重大治疗费**, 包括根管充填、根管治疗、牙冠和嵌体、桥式义齿(包括化验和麻醉费)、智齿拔除费、牙齿矫正治疗费, 以及相关口腔 X 光费。牙齿矫正治疗费包括模型研究、牙齿印模、活动矫治器、固定矫治器(包括调整)、正畸拔牙、托槽的粘接费。

保险人对每一被保险人累计给付的附加齿科医疗保险金的上限以本合同载明的为准, 当达到该限额时, 该被保险人的附加齿科医疗保险责任终止, 保险人不再承担齿科医疗保险责任。

本项保障内容不可单独享有, 仅限与本条第(一)至(四)项保障内容同时享有。本项保障内容由投保人和保险人在投保时约定并在保险单中载明。未经投保人与被保险人双方约定并载明于本合同中的, 保险人对上述费用不承担给付保险金的责任。

(六) 医疗及身故紧急援助保险责任如下:

被保险人发生的、符合通常惯例水平的以下类型费用:

1. 紧急医疗运送费用

指在本合同的保险期间内在与被保险人保障类型相对应的保障地域内，紧急情况下出于医学必需以专业救护车将其运送至医疗机构而发生的紧急医疗运送费用。

2. 紧急医疗转运费

指下列三项费用：

(1) 在本合同的保险期间内，被保险人在与其保障类型相对应的保障地域内遇有生命危险、得不到及时治疗将导致身故或者严重伤害的，如果在当地不能获得适当治疗，被保险人或者相关人员可联系医疗服务供应商，经医疗服务供应商许可，医疗服务供应商负责安排将被保险人以及该被保险人的一位陪同人员转运至其保障类型相对应的保障地域内距离被保险人最近的、能够提供其所需医疗服务的医疗机构，由此发生的紧急医疗转运费；

(2) 在该被保险人住院期间，医疗服务供应商将安排该陪同人员就近住宿，由此发生的住宿费。

(3) 被保险人治疗完成或者病情稳定后，保险人将根据医嘱安排被保险人以及该被保险人的陪同人员搭乘公共交通工具（**飞机限经济舱**）返回常住地，由此发生的交通费。

根据被保险人病情或者伤势，保险人可结合被保险人意见决定转运的目的地和医疗机构。如果被保险人不在医疗服务供应商安排的医疗机构接受治疗，或者未经医疗服务供应商许可被保险人自行安排转运的，保险人不承担保险责任。

3. 遗体运返或者安葬费用

指保险期间内被保险人在其国籍国以外的国家和地区身故的，在事发地等涉及遗体运送国家及地区的法律法规许可的情况下，根据被保险人其遗愿或者其近亲属意愿（在被保险人没有遗愿或该遗愿无法实现时），医疗服务供应商安排将其遗体运送至其国籍国所花费的费用，或者安排其死亡当地安葬发生的费用。

遗体运返费用仅限于：

- (1) 公证文件费用，包括尸检费用和尸检报告、死亡证明等相关公证文件费用；
- (2) 转运公司为转运遗体而发生的相关服务费。

安葬费用仅限于：

- (1) 转运费，即遗体从医疗机构(含生育中心)或者警察局转运至当地殡仪馆而发生的转运费；
- (2) 遗体储存费；
- (3) 火化费，即殡仪馆对遗体进行火化而发生的火化费用；
- (4) 骨灰盒费用，即符合通常惯例水平的骨灰盒（不包含墓地相关费用或亲属带骨灰盒回国籍国发生的相关费用）。

健康管理服务

第十条 健康管理服务

在保险期间内，可由保险人认可并委托的第三方服务机构向被保险人提供健康体检、健康咨询、健康促进、疾病预防、就医服务等，其中健康体检服务属于健康体检类别、健康咨询服务属于健康咨询类别、健康促进服务属于健康促进类别、疾病预防服务属于疾病预防类别、就医服务属于就医服务类别。具体健康管理服务内容、流程、标准、期限、注意事项、可能发生的风险及指定服务机构等，保险人在订立本合同时告知投保人并取得投保人知情同意。

（一）健康体检服务

由专业医务人员，综合被保险人的健康状况提供专业化的健康检查服务建议及安排。

（二）健康咨询服务

由医学专业的人员，向被保险人提供和其病症相关的问题、疑问等的解答，增加被保险人对其病症的了解，并采取积极有效的措施防治疾病发生。服务包括图文健康咨询、电话健康咨询、视频健康咨询、三甲专家电话/视频咨询等。

（三）健康促进服务

通过关注和预防导致疾病的起因，促进被保险人维护和提高自身健康，防范和及早发现伤害或疾病发生，保护被保险人的健康和生活质量，如中医调理安排、儿童附加服务（儿童眼科检查服务安排、儿童成长发育安排）等。

（四）疾病预防服务

由专业医疗人员，综合被保险人的健康状况、生活习惯和风险因素，结合被保险人需求和权益提供例如女性妇科癌症早筛（TCT 检查和/或 HPV 检查）、肺部低剂量 CT、胃肠镜检查等重疾专项预防检查服务安排及检后报告解读服务。

（五）就医服务

由专业医疗人员，根据被保险人临床表现和检查结果，给予诊前就诊的合理化建议，推荐最适合的医疗机构、就诊科室或就诊专家，或者需要入院治疗的，尽量缩短入院时间，或为被保险人预约专家进行手术。如绿色通道（就诊预约，含齿科、眼科）、专家预约、多学科会诊、陪诊/异地代诊/送药服务、手术、住院安排、全球紧急救援、影像服务等。

责任免除

第十一条 下列原因之一导致被保险人支出的医疗费用，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）被保险人在保障区域之外就医，但符合释义中“在保障区域外地区发生的紧急医疗费用”的情形除外；

（二）被保险人在限制医疗机构就医，限制医疗机构以本合同载明的清单为准；

（三）被保险人自杀或自杀未遂，自残伤害或任何此类尝试，无论自杀或自残时精神是否正常；

（四）因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；

（五）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱、核爆炸、核辐射或核污染、恐怖主义行为；

（六）被保险人违反法律或试图违反法律或抗拒依法采取的刑事强制措施。

第十二条 下列费用，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）被保险人罹患的既往症或任何相关的或后续的病症由此引发的任何费用，但被保险人已在投保单中载明的、经保险人书面认可承保的既往症除外；

（二）购置个人用品及使用电话、电视、广播、报纸、访客餐饮、报告费、打印费以及任何非医疗的行政费用；

（三）妊娠、人工受孕、分娩、流产、人工终止妊娠、宫外孕、不孕症和由此引发的所有并发症或由此引发的任何费用，但由投保人和保险人约定的并在保险单中明确列明承保的除外；

（四）节育措施，辅助生育措施、绝育或任何由此引发或与此相关的任何费用；

（五）包皮环切、阳痿或勃起障碍和由此引发或与此相关的任何费用；

(六) 性病、人乳头瘤病毒 (HPV) 感染、人体免疫缺损病毒 (HIV) 相关疾病 (包括艾滋病及与艾滋病相关的综合症状 (ARC) 及其任何突变、衍化或变异, 但本保险条款第九条保险责任项下第 (四) 部分第 4 项约定和本合同特别约定的除外) 的任何治疗或检查费用;

(七) 变性手术及其任何相关治疗费用;

(八) 不符合本合同中关于先天性疾病和症状医疗费用责任约定的任何先天性疾病、先天性畸形或缺陷及其任何相关治疗费用, 但本保险单中明确为本合同承保的先天性疾病治疗除外;

(九) 不符合本合同中关于专业护士家庭护理费责任约定的非医疗机构内护理费用、休养治疗或疗养院治疗费用, 任何老年精神病学或任何因精神性、心理性、精神或神经混乱及其任何生理或身心原因或表现、酗酒和药物滥用、成瘾品滥用引起的治疗费用, 但保险单中明确为本合同承保的精神病治疗除外;

(十) 视力测试、屈光缺陷 (包括近视、远视及散光) 的任何治疗费用; 眼镜、单片眼镜、隐形眼镜、太阳眼镜、激光援助屈光角膜层状重塑术、激光眼科手术或类似的产品或矫正手术费用;

(十一) 由于以下运动导致意外伤害或疾病而产生的医疗费用: 专业运动或职业竞赛、定点跳伞、悬崖跳水、乘坐或学习驾驶无飞行许可证的飞行器、潜水深度达到或超过 20 米、徒步行至海拔 3500 米或以上的高度、乘坐热气球、徒手攀岩、使用或不使用绳索的登山、蹦极、峡谷漂流、滑翔、空中滑翔跳伞运动、驾乘机动滑翔伞、跳伞或洞穴探险;

由于以下运动导致意外伤害或疾病而产生的医疗费用: 武术、水肺潜水深度达到或超过 10 米但小于 20 米、徒步行至海拔 2500 米但低于海拔 3500 米的高度、在滑雪道外的滑雪或进行的任何其他冬季运动, 除非该活动同时满足如下条件:

1. 被保险人不是单独行动的;
2. 被保险人是在获得当地认证的合格的导游或教练的陪同下, 或被保险人本身拥有资质且在相关机构或组织的允许范围内进行的;
3. 被保险人没有违背医嘱;
4. 被保险人没有违背当地政府等的严令警告或劝导;
5. 被保险人在进行活动时采取所有合理的防御措施并使用适当的设备。

(十二) 使用任何未经用药所在国家官方批准的药物或因未按照医嘱或用药说明用药的费用以及由此引起的任何治疗费用; 任何维生素及营养品费用, 任何滋补类中药费用, 包括但不限于膏方、人参、阿胶、鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、珊瑚、玳瑁、冬虫夏草、藏红花、羚羊、犀角、牛黄、麝香、鹿茸、铁皮枫斗;

(十三) 任何实验性治疗费用, 任何未经公开权威机构证实安全有效的治疗费用;

(十四) 儿童身体和心理发育迟缓、性早熟、学习障碍、行为问题的治疗、评估和评级费用;

(十五) 脱发的相关治疗费用。整容或整形外科手术/治疗, 或与以前整容或整形外科手术/治疗相关的任何治疗费用, 但因意外事故或外科手术后在恰当的医学阶段实施的, 且在手术前已得到保险人批准用于恢复功能或外形的手术或治疗除外;

(十六) 从身体任何部分抽除脂肪或多余组织引发的任何费用, 无论是否存在医学或心理需要; 治疗肥胖、减轻或增加体重的费用;

(十七) 获得器官所需要的费用 (包括但不限于交通费用) 或捐献者引起的任何费用;

(十八) 购置任何肾透析用设备、仪器、器材、机器以及用品的费用;

(十九) 酒精依赖综合症或毒瘾的治疗费用；

(二十) 睡眠紊乱治疗费用，包括但不限于鼾症、疲劳、失眠、睡眠呼吸暂停低通气综合征及睡眠测试；

(二十一) 因进食导致的牙齿意外损坏引发的任何费用；

(二十二) 对于永久性神经损伤或持续性植物人状态超过 90 天的住院治疗费用。持续性植物人状态为：对周围环境无反应，完全丧失对自身和周围的认知能力，即使病人能够睁开双眼和自主呼吸，该状态持续超过 4 周且无好转或康复迹象；

(二十三) 由正常生理变化（如衰老、更年期、青春期等）的非疾病症状引起的用于缓解身体或生理变化的医疗费用；

(二十四) 任何预防或预测性质的基因检测费用；

(二十五) 除紧急意外门诊牙科治疗外的其他牙科相关医疗费用，但由投保人和保险人约定的并在保险单中明确列明承保的除外；

(二十六) 在非本合同载明的医疗机构发生的就诊费用。

等待期

第十三条 等待期是指投保人和保险人双方约定并在保险单中载明的，自本合同保险期间开始时间或者被保险人成为本合同的被保险人首日（以较晚者为准）起计算的一段时间。本合同除精神和心理障碍医疗费用的等待期为 180 天，人体免疫缺陷病毒/艾滋病的治疗费用的等待期为 180 天，既往症医疗费用的等待期为 180 天以及牙科医疗保险责任的等待期为 90 天以外，其他责任的等待期为 30 天，但因意外伤害导致的不受此限。

被保险人在此期间内罹患疾病的，保险人不承担给付保险金的责任。经保险人同意续保后的新保险合同与上一年度保险合同的保险期间在时间上连续未间断的，续保后的新保险合同不再计算等待期；否则，重新计算等待期。

犹豫期

第十四条 投保人在收到本合同之后享有 14 个工作日的犹豫期以审阅本合同。若投保人在犹豫期内认为本合同不符合其需求，可以书面通知保险人解除本合同，并将本合同和保险人发放的医疗卡等相关资料以邮寄方式归还给保险人。保险人自收到解除合同通知书之日起 30 日内，无息退还全额保险费，本合同自始无效，保险人不承担任何保险责任。

本犹豫期不适用于投保人在主被保险人的保险期间内，增加其他附属被保险人投保的情形。

免赔额

第十五条 免赔额是保险人不承担给付的部分，由被保险人自行承担或支付的金额。本合同的免赔额由投保人、保险人双方约定，并在保险单或批单中详细载明。

(一) 投保人有选择免赔额的权利，选择有免赔额的保险费将低于选择无免赔额的保险费。若投保人选择有免赔额，请在投保申请中注明。

(二) 本保险合同所指免赔额均指年免赔额，如果投保人在保障中选择了免赔额，保险人将对保险期间内的理赔扣除免赔额，直到累积扣除的额度达到了该保险期间内的年免赔额。

(三) 免赔额将按每一被保险人、每个保险期间单独计算。

一般自付比例

第十六条 自付比例是在扣除免赔额后，被保险人还必须自己承担或支付的医疗费用的比例。一般自付比例具体由投保人、保险人双方约定，并在保险单或批单中详细载明。

保险金额

第十七条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本合同的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。

保险费的支付

第十八条 投保人应按照本合同的约定，在本合同保险期间起始日前，向保险人全额一次性交纳保险费。

投保人未按本合同约定交纳保险费的，本合同不生效，对本合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

保险期间

第十九条 本合同保险期间为一年，具体起讫时间由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

续保

第二十条 本保险为非保证续保保险。本产品保险期间为一年。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保，经保险人审核通过并交纳保险费后，方可获得新的保险合同。

重新申请投保时，投保人可变更保险合同的保障内容或保障区域。

若保险期间届满时，本产品已统一停止销售，保险人将不再接受投保申请。

医疗服务网络和事先授权

第二十一条 本合同医疗服务网络如下：

（一）保险人直接付费

保险人建立了医疗服务网络，并将定期或者不定期向投保人和被保险人通报，被保险人也可登陆保险人指定的互联网站或者致电查询相关信息。被保险人在保险人医疗服务网络内的医疗机构（即“网络医疗机构”）接受治疗，对于被保险人发生的保险责任范围内的费用中应当由保险人承担部分，被保险人可向保险人申请直接与相关医疗机构结算。

（二）被保险人在网络医疗机构接受治疗的，对其发生的不属于保险责任范围，应当由其负担但医疗机构未向其本人收取的医疗费用，在接到保险人或者医疗机构服务商的通知后，被保险人应当在 30 日内支付相应款项；未在 30 日内支付相应款项的，保险人或者医疗机构服务商有权向其追偿相应费用。

第二十二条 有关事先授权事项如下：

（一）事先授权接受下列治疗前，被保险人应当在预定开始治疗日期前至少 5 个工作日内向医疗服务供应商提交事先授权申请表：

1. 住院治疗；
2. 接受全身麻醉的门诊手术、化学治疗、放射治疗、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、质子重离子治疗、血液或者腹膜透析；
3. 购买或者租用非一次性耐用医疗设备，包括但不限于胰岛素泵及其配套器械；
4. 紧急医疗转运；
5. 牙科意外伤害修补治疗；
6. 购买或者接种每剂超过人民币 8 千元的药剂。

对于被保险人事先授权申请，医疗服务供应商将予以书面回复并有权要求被保险人在医疗服务网络内接受治疗。被保险人应当在收到书面许可回复后开始接受治疗，保险人要求被保险人在网络医疗机构接受治疗的，被保险人应当予以配合。**未获得医疗服务供应商书面许可回复擅自接受治疗的，保险人保留不承担相关保险责任的权利。**

发生紧急情况的，被保险人可在就近网络或者非网络医疗机构接受治疗，但应当在开始接受治疗后四十八小时内联系医疗服务供应商。保险人将对该次治疗是否属紧急情况予以审核。

（二）其他

1. 被保险人、相关人员或者医疗机构可致电医疗服务供应商，了解事先授权、网络医疗机构相关情况；

2. **被保险人获得医疗服务供应商许可回复，不意味着其发生的全部或者部分医疗费用均属于保险责任范围内，保险人按照本合同约定承担保险责任。**

保险人义务

第二十三条 保险人同意承保的，应当及时向投保人签发保险单或者其他保险凭证。

第二十四条 保险人认为投保人、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。

第二十五条 保险人收到投保人、被保险人或者受益人提供给付保险金请求后，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 30 日内作出核定。

保险人应当将核定结果通知被保险人或受益人。对属于保险责任范围内的，在与被保险人或受益人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行给付保险金的义务；对不属于保险责任范围内的，应当自作出核定之日起 3 日内向被保险人或受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第二十六条 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起 60 日内，对其给付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给付；保险人最终确定给付保险金的数额后，给付相应的差额。

第二十七条 保险期间内保险人将定期或者不定期向投保人及相应被保险人通报不符合通常惯例水平的医疗机构，供被保险人就诊参考。

投保人、被保险人义务

第二十八条 订立本合同时，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，投保人、被保险人应当如实告知。**投保人、被保险人故意或者因重大过失未履行前款约定的义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本合同。**

前款约定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。

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

投保人、被保险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，保险人对于本合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但退还保险费。

保险人在本合同订立时已经知道投保人、被保险人未如实告知的情况的，保险人不得解除本合同；发生保险事故的，保险人承担给付保险金的责任。

第二十九条 投保时，被要求填写健康问卷调查表的投保人或者被保险人应当如实告知既往症及保险人要求的其他医疗、症状等信息，保险人将进行医疗核保。**根据被保险人具体情况，保险人对本合同约定的既往症承担一定保险责任或者不承担保险责任，并具体载明在保险单上。**

第三十条 保险期间内，投保人可申请增减被保险人，保险人按下列（一）至（二）项的约定予以受理：

（一）因主被保险人婚姻状态发生变化需要增加附属被保险人的，投保人应当在 30 日内书面通知保险人，经保险人同意，保险人自通知书载明的起始时间开始按照相关约定对其承担保险责任，并根据加人前后不同参保方式保险费的差额乘以未到期天数收取相应保险费。

（二）因主被保险人婚姻状态发生变化或者其他原因需要减少附属被保险人的，投保人应当在 10 日内书面通知保险人，并向保险人退还保险卡。保险人自收到通知书之日起次日零时或者通知书载明的终止时间（以较晚者为准）起终止对相应附属被保险人的保险保障，并根据减人前后不同参保方式保险费的差额乘以未到期天数退还保险费。

第三十一条 如果被保险人住址、婚姻状态以及投保本保险时提供的其他信息等发生重大变化，或者身故，投保人或者被保险人（身故则由保险金申请人）应当及时通知保险人。保险人有权调整承保条件或者解除本合同。

第三十二条 投保人、被保险人或者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，不承担给付保险金的责任，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不在此限。

前款约定的未及时通知，不包括因不可抗力而导致的通知迟延。

第三十三条 投保人住所或者通讯地址变更时，应当及时以书面形式通知保险人。投保人未及时通知的，保险人按本合同所载的最后住所或者通讯地址发送的有关通知，均视为已发送到投保人。

保险金申请与给付

第三十四条 被保险人在网络医疗机构接受治疗，该医疗机构受保险人委托免向被保险人收取与保险人根据本合同本应向保险金申请人给付的保险金数额对应的医疗费用的，或者保险人已承担相应费用的，保险金申请人不得就此向保险人申请保险金。除前述描述情况以外的，被保险人在网络医疗机构接受治疗，由被保险人事先自行承担相应费用的其他情形，保险金申请人可根据本合同向保险人申请保险金。

向保险人申请保险金时，保险金申请人可在本合同中载明的网站下载保险金申请表；经保险金申请人要求，保险人也可通过传真或者电子邮件向其发送申请表。保险金申请人应当完整地填写申请表的第一部分，并请被保险人主治医师完整填写申请表的第二部分，且在当次治疗完成后 180 日内与医疗费用原始收据一并寄至本合同指定地址。被保险人提供的所有保险金申请资料归保险人所有。

对于已从其他途径(包括且不限于基本医疗保险、公费医疗、互助保险、除本保险外的其他商业保险、公益慈善机构、第三方责任人等)取得医疗费用补偿的，应提供医疗费用分割单或医疗费用结算证明。在此情况下，如无法提供医疗费用原始收据的，需提供医疗费用原始收据复印件。

第三十五条 保险人可对被保险人进行身体检查或者理赔问卷调查，但需经被保险人同意。被保险人同意后有义务向保险人提供保险人要求的所有医疗报告、记录及相关资料，若为处理本合同相关事宜，经保险人要求，被保险人应当授权许可保险人取得其完整全面的医疗病历。被保险人身故的，保险人可要求对该被保险人进行尸检，法律和宗教禁止情形不在此限。

第三十六条 收到保险金后 60 个工作日内，如果保险金申请人对理赔结果有争议，可通过邮寄或者发送电子邮件方式向保险人提交书面申诉书及相关资料，并自行承担获取资料有关费用，保险人将及时予以处理。

医疗费用补偿原则

第三十七条 本保险为医疗费用补偿型保险，被保险人因遭受意外或者患疾病而接受治疗，由此发生的保险责任范围内的费用，扣除其已从其他途径(包括且不限于基本医疗保险、公费医疗、互助保险、除本保险外的其他商业保险、公益慈善机构、第三方责任人等)获得的补偿后剩余的费用，保险人按照本合同的约定承担保险责任。

年龄的计算及年龄错误的处理

第三十八条 被保险人的投保年龄以周岁计算。

第三十九条 投保人在投保时，应当如实告知被保险人的年龄。若被保险人年龄发生错误，按照下列约定办理：

(一) 投保人申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本合同条款第三条所约定条件的，保险人有权解除本合同，并退还保险费，对于本合同解除前发生的事故，保险人不承担保险责任；

(二) 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实交保险费少于应交保险费的，若发生保险事故，保险人按实交保险费与应交保险费的比例给付保险金；

(三) 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实交保险费多于应交保险费的，保险人应当退还多收的保险费。

保险合同的变更与解除

第四十条 除本合同另有约定外，经投保人、保险人双方协商同意后，可变更本合同的有关内容，在保险单或者其他保险凭证上加以批注或者附贴批单后生效，或者由投保人和保险人订立合同变更书面协议后生效。

第四十一条 未发生保险事故，被保险人或者受益人谎称发生了保险事故，向保险人提出赔偿或者给付保险金请求的，保险人有权解除本合同，并不退还保险费。

投保人、被保险人故意制造保险事故的，保险人有权解除本合同，不承担赔偿或者给付保险金的责任，并不退还保险费。

保险事故发生后，投保人、被保险人或者受益人以伪造、变造的有关证明、资料或者其他证据，编造虚假的事故原因或者夸大损失程度的，保险人对其虚报的部分不承担赔偿或者给付保险金的责任。

发生前三款约定的任何情形致使保险人给付保险金或者支出费用的，投保人、被保险人或者受益人应当退回或者赔偿。

第四十二条 在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除本合同，但已发生任何保险金给付或已发生本合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，投保人不得要求解除本合同。

投保人解除本合同时，应当提供下列证明和资料：

- (一) 解除合同通知书；
- (二) 保险单或者其他保险凭证、批单；
- (三) 投保人身份证明；
- (四) 保险费发票或者收据；
- (五) 保险人合理要求的其他有关证明和资料。

本合同的效力至保险人接到解除合同通知书之日起次日零时或者通知书上载明的合同终止时间(以较晚者为准)终止。自收到前款约定的证明和资料之日起30日内，保险人退还保险单的现金价值。

争议处理与法律适用

第四十三条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交本合同载明的仲裁机构仲裁；本合同未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区）有管辖权的人民法院起诉。

第四十四条 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（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区）法律。

释义

第四十五条 本合同涉及下列术语时，适用下列释义：

(一) 投保单：投保人填写的向保险人申请保险保障的表格，连同被保险人提交的信息、文档和声明，包括任何医疗检查报告和表格、被保险人的书面表述和声明及其完成的任何补充问卷；以上材料均包含了保险人将用于或已经用于判断是否接受投保人的申请并向各个被保险人提供保险保障的信息。

(二) 保险单：是记载投保人、被保险人的详情，被保险人在本合同项下可以享有的保障内容、包括保险金额在内的各项保障内容的给付限额、保险费金额以及可能适用于本合同项下的任何其他详情的表格文件。

(三) 批单：保险人签发的书面声明或通知，以确认和记录对本合同的任何修正，包括任何用词变化或本合同保障范围的变化，或在限制条件下承保时的限制条件。

(四) 投保人：是指有权与保险人订立本合同并按照保险合同负有支付保险费义务的人。

(五) 保险人：指与投保人签订本合同的中银保险有限公司或其各分支机构。

(六) 主被保险人：指在投保单中列明为主被保险人的人。

(七) 配偶：由法律承认的婚姻形成的丈夫或妻子。

(八) 符合承保条件的子女：指主被保险人的符合以下条件的亲生子女、继子女或合法收养的子女。

1. 18 周岁以下的未婚子女；

2. 18 周岁（含）—25 周岁（含）的未婚子女，限于尚在接受全日制学校教育（需提供其就读教育机构书面证明）。

(九) 周岁：指以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。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。

(十) 合理且必需：指符合通常惯例且属于医疗必需。符合通常惯例指被保险人接受的医疗服务满足以下条件：

1. 该服务是为了满足医疗需要且符合治疗当地的通行治疗规范、采用了治疗当地的通行治疗方法；

2. 医疗费用没有超过治疗当地对类似情形治疗的常规费用，类似情形是指在同一地区、对相同性别、近似年龄的人所患的同类疾病或身体伤害实施的类似治疗或服务。

(十一) 中国：指中华人民共和国大陆、香港特别行政区、澳门特别行政区以及台湾地区。

(十二) 中国大陆：指中华人民共和国大陆，不包括香港特别行政区、澳门特别行政区以及台湾地区。

(十三) 惯常居住地：被保险人一年中居住时间超过 185 天的国家或地区。被保险人的惯常居住地和居住地址将在保险单中载明。

(十四) 一般自付比例：指被保险人发生的保险责任范围内的费用扣除免赔额后剩余部分中应由被保险人自行负担的比例，保险人对此不负责给付保险金。

(十五)年免赔额：指保险期间被保险人发生的保险责任范围内的累计费用中应由被保险人自行负担的金额，保险人对此不负责给付保险金。

(十六)在保障区域外地区发生的紧急医疗费用：指被保险人在本合同约定的保障区域外的国家或地区旅行时，因遭受意外伤害事故或突发急性病需紧急医疗，由此产生的合理且必需的医疗费用。

(十七)急性病：指疾病病程短、病情相对严重（特别是严重急性病或外伤），需要短期治疗的疾病，包括：

1. 高热（成人摄氏 38.5 度、小儿摄氏 39 度以上）；
2. 急性腹痛、剧烈呕吐、严重腹泻；
3. 各种原因的休克；
4. 昏迷；
5. 癫痫发作；
6. 严重喘息、呼吸困难；
7. 急性胸痛、急性心力衰竭、严重心律失常；
8. 高血压危象、高血压脑病、脑血管意外；
9. 各种原因所致急性出血；
10. 急性泌尿道出积血、尿闭、肾绞痛；
11. 各种急性中毒（如食物或药物中毒），各种意外（如触电、溺水）；
12. 脑外伤、骨折、脱位、撕裂、烧伤、烫伤或其他急性外伤；
13. 各种有毒动物或昆虫咬伤或者急性过敏性疾病；
14. 五官及呼吸道或食道异物，急性眼痛、眼红或眼肿，突然视力障碍以及眼外伤；
15. 其他给予危、急、重病者的紧急治疗。

(十八)紧急医疗：指针对突然发生的、为避免严重终身伤害或者死亡应立即接受药物或者手术治疗的症，被保险人立即或者因不可抗力因素在症状发作后 24 小时内开始接受的相应医疗。以下情形不属于紧急医疗范围：

1. 以接受治疗为目的或者违背医嘱前往与其保障类型相对应的保障地域以外地区期间发生的任何医疗；
2. 常规医疗；
3. 可以推迟至被保险人返回与其保障类型相对应的保障地域后接受的医疗；
4. 被保险人事先计划好的治疗；
5. 因被保险人已知或者应该知道的情形而发生的治疗；
6. 妊娠、分娩、流产及相关情况。

(十九)等待期：指自本合同保险期间开始时间或者被保险人成为本合同的被保险人首日（以较晚者为准）起保险人与投保人约定长度的期间。保险人对被保险人在此时间段内发生的对约定病症的治疗和诊断费用不承担保险责任。等待期的具体时间规定参照本合同第十三条。

(二十)罹患疾病：被保险人于本合同相关各项保险责任对应的等待期后首次就诊的病症，不包括本合同生效前已存在的任何病症（但符合投保前已告知且保险人同意承保的既往症除外）。

(二十一) 门诊：指以除占用病床方式外的其他方式在医疗机构接受的治疗。

(二十二) 住院：指完全出于接受医学必需的治疗目的被保险人以彻夜占用医疗机构病床的方式接受治疗的过程。

(二十三) 疾病：就病理学而言偏离正常健康状态的身体状况

(二十四) 意外伤害：指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件导致身体受到的伤害。自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。

(二十五) 医师：指具有医疗职业资格的任何人，包括内科医师、全科医师、专科医师、医学顾问以及其他任何在相应准许和训练范围内从事医疗服务的人员。不包括实习人员、在训人员。

(二十六) 医学必需：指被保险人接受、使用或者服用的治疗、服务、器械或者药品符合以下条件：

1. 医师医嘱要求且对治疗被保险人疾病或者意外伤害合适且必需。
2. 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致。
3. 非为了个人舒适或者为了被保险人父母、家庭、医师或者其他医疗提供方的方便。

4. 最恰当、合适水平；住院接受治疗时，无法以门诊的方式对相应疾病和症状提供安全的医疗，且当前病症处于急性或者亚急性状态需要持续接受治疗、专业护理或者康复治疗。主要出于接受慢性病治疗、长期看护、喘息照护、慢性病维持、协助从事日常生活活动目的而住院的、接受鼻饲或者胃造口管喂养的被保险人无其他对专业护士护理需要而在家接受的专业护士护理的，不属医学必需。

5. 非病人学术教育或者职业培训的一部分或者与之相关。

6. 非试验性或者研究性。该治疗手段如获当地国家政府法律批准通过的，在当地国家就诊手术发生的费用，且并未在责任免除中列出的。

(二十七) 急性：指疾病病程短、病情相对严重（特别是严重急性病或者外伤），需要短期治疗。

(二十八) 亚急性：指病情具有急性病一些特征，处于急性和慢性之间。

(二十九) 慢性病：指满足下列条件之一的伤害、疾病或者症状：

1. 持续接受三个月以上的医学必需的治疗；
2. 预期病程长久且无可合理预计的康复日期，可能复发、需要连续或者定期护理。

(三十) 喘息照护：指出于减轻患慢性或者终末期疾病病人护理提供者负担目的，病人住院接受的照料和护理。

(三十一) 日常生活活动：指与个人生活自理基本行为相关的活动，包括但不限于行走、个人卫生、睡眠、如厕（控制大小便的能力）、穿衣、做饭、进食、上下床。

(三十二) 通常惯例水平的医疗费用：指以下两者中较低者：

1. 提供相应医疗服务的医疗机构对该医疗服务通常收费水平，同一地区其他医疗机构对居住在同一地区的（以邮政编码为准）、病情性质和严重程度类似的人员提供同样医疗服务的平均收费水平。

2. 若某医疗服务在当地区不常见或者仅当地区少数医疗机构能够提供，保险人将参考下列因素确定通常惯例水平的医疗费用：治疗复杂性，治疗必要的专业程度，必要的医疗专业类型，相应医疗机构提供的医疗服务范围和种类，其他地区通常的收费水平。这里，地区指根据普遍认可的国际标准为取得类似医疗机构或者类似医疗服务平均水平所必要的地域范围，可为一个城市、国家或者更广的地域。

(三十三)放射治疗：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，在医疗机构的专门科室进行的放疗。**

(三十四)化学治疗：指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，在医疗机构进行的静脉注射化疗。**

(三十五)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，将药物或者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药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。**

(三十六)肿瘤内分泌疗法：指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，杀死癌细胞或者抑制癌细胞的生长。**本合同所指的内分泌疗法需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。**

(三十七)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疗法需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。**

(三十八)针灸治疗：针法和灸法的合称。针法是把毫针按一定穴位刺入患者体内，用捻、提等手法来实施治疗。灸法是把燃烧着的艾绒按一定穴位熏灼皮肤，利用热的刺激实施治疗。**针灸治疗应当由具有相应资格的医师实施。**

(三十九)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。

(四十)物理治疗：指由具有相应医疗职业资格的专业医师实施的、应用人工物理因子（如光、电、磁、声、温热、寒冷、力等）来治疗疾病，包括电疗、光疗、磁疗、热疗、冷疗、水疗，超声波疗法以及功能训练和手法治疗。**不包括泥疗、蜡敷治疗、气泡浴与药物浸浴治疗。具有相应医疗职业资格的专业医师必须开具处方和书面的治疗计划，并在合理的、可预测的时间内使得症状明显好转。**

(四十一)中草药：指在中医理论指导下应用的天然药物及其制品，包括中药材和中药饮片。

(四十二)日间住院治疗：指完全出于接受医学必需的治疗目的被保险人以占用医疗机构病床但不过夜的方式接受的医疗。

(四十三)康复治疗：指在既定的疗程内通过设计的维持项目改善病人身体状况，以免恶化并协助康复。被保险人住院接受康复治疗的，**应先经过医疗服务供应商批准，保险人仅对处于急性或者亚急性阶段的病人住院承担保险责任，且应经过医疗服务供应商批准。**

(四十四)专业护士：指国家护士注册机构护士登记名册中登记在案的护士。

(四十五)终末期疾病：指经医疗机构医师诊断确定已发展到末期的严重疾病，并经医疗机构医师认定所患疾病依现在医疗技术无法治愈，且根据医学以及临床经验，病人患该病后的平均存活期在六个月以下。

(四十六)注意力缺陷症：指一种生物学方面改变所致的病理状态，症状表现为：注意力涣散、活动过多、冲动任性等。

(四十七)注意缺陷多动障碍：指一种常见的儿童精神障碍，主要表现为超出了儿童年龄和发育正常范围的注意力集中困难、活动过多、冲动任性等症状。

(四十八) 药物滥用：指反复、大量服用具有依赖性特性或者依赖性潜力的药品、物质或者溶剂。**严格遵守医嘱服用处方药物导致上述情况不在此限。**

(四十九) 先天性疾病和症状：指由于基因因素、先天性新陈代谢异常或者其他因素导致的、出生时即存在的遗传性疾病和症状、出生缺陷、身体残疾、智障等发育不完全正常的疾病和症状，这些疾病和症状可能在出生时显现或者在出生后逐步显现。

(五十) 特定严重疾病：本合同约定的特定严重疾病包含以下种类：

1. 严重冠状动脉粥样硬化性心脏病

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。

2. 严重心肌病

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达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级达 IV 级，且有相关住院医疗记录显示 IV 级心功能衰竭状态持续至少 180 天。

3. 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，达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级 IV 级，且需持续至少 90 天。

4. 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，**须满足下列所有条件：**

(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。

5. 感染性心内膜炎

指因细菌、真菌和其他微生物（如病毒、立克次体、衣原体、螺旋体等）直接感染而产生心瓣膜或心室壁内膜的炎症，须经心脏专科医生确诊，并符合以下所有条件：

(1) 血液培养测试结果为阳性，**并至少符合以下条件之一：**

① 微生物：在赘生物，栓塞的赘生物或心脏内脓肿培养或组织检查证实有微生物；

② 病理性病灶：组织检查证实赘生物或心脏内脓肿有活动性心内膜炎；

③ 分别两次血液培养证实有典型的微生物且与心内膜炎符合；

④ 持续血液培养证实有微生物阳性反应，且与心内膜炎符合。

(2) 心内膜炎引起中度心瓣膜关闭不全（指返流指数 20%或以上）或中度心瓣膜狭窄（指心瓣膜开口范围小于或等于正常的 30%）；

(3) 心内膜炎及心瓣膜损毁程度需经由心脏专科医生确诊。

6. 肺源性心脏病

指由于各种胸肺及支气管病变而继发的肺动脉高压，最后导致以右室肥大为特征的心脏病。须经呼吸专科医生确诊，且必须同时满足如下诊断标准：

- (1) 左心房压力增高（不低于 20 个单位）；
- (2) 肺血管阻力高于正常值 3 个单位（Pulmonary Resistance）；
- (3) 肺动脉血压不低于 40 毫米汞柱；
- (4) 肺动脉楔压不低于 6 毫米汞柱；
- (5) 右心室心脏舒张期末压力不低于 8 毫米汞柱；
- (6) 右心室过度肥大、扩张，出现右心衰竭和呼吸困难。

7. 严重慢性缩窄性心包炎

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。

被保险人被明确诊断为慢性缩窄性心包炎且必须满足以下所有条件：

- (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 180 天以上；
- (2) 实际接受了以下任何一种手术路径的心包剥脱或心包切除手术；手术路径：胸骨正中切口；双侧前胸切口；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。

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（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，肿瘤细胞未侵犯基层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；

b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

(2) TNM 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

(3) TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或更轻分期的前列腺癌；

(4) 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

(5) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

(6) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

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

9. 急性心肌梗塞

指因冠状动脉阻塞导致的相应区域供血不足造成部分心肌坏死。须满足下列至少三项条件：

- (1) 典型临床表现，例如急性胸痛等；
- (2) 新近的心电图改变提示急性心肌梗塞；
- (3) 心肌酶或肌钙蛋白有诊断意义的升高，或呈符合急性心肌梗塞的动态性变化；
- (4) 发病 90 天后，经检查证实左心室功能降低，如左心室射血分数低于 50%。

10. 严重脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：

- (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。

11. 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。

12. 冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）

指治疗严重的冠心病，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。

13. 严重慢性肾衰竭

指双肾功能慢性不可逆性衰竭，依据肾脏病预后质量倡议（K/DOQI）制定的指南，分期达到慢性肾脏病 5 期，且经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗。规律性透析是指每周进行血液透析或每天进行腹膜透析。

14. 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。

15. 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-0-3 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）。

16. 慢性肝功能衰竭失代偿期

指因慢性肝脏疾病导致肝功能衰竭。须满足下列全部条件：

- (1) 持续性黄疸；
- (2) 腹水；
- (3) 肝性脑病；
- (4) 充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。

因酗酒或药物滥用导致的肝功能衰竭不在保障范围内。

17. 严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症

指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指经相关专科医生确诊疾病 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：

- (1) 一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；
- (2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
- (3) 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）评估结果为 3 分；
- (4) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

18. 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。

19. 严重脑损伤

指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：

- (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。

20. 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。

21. 严重特发性肺动脉高压

指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级 IV 级，且静息状态下肺动脉平均压在 36mmHg（含）以上。

22. 系统性红斑狼疮 —（并发）III型或以上狼疮性肾炎

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。

本合同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 型至 V 型狼疮性肾炎）的系统性红斑狼疮并引起肾功能损害，且肾脏病理诊断符合以下列明的世界卫生组织（WHO）对狼疮性肾炎所分类中的第 III、IV、V、VI 型。**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障范围内。**

本病必须由免疫和风湿科专家医师确诊。

世界卫生组织（WHO）狼疮性肾炎分型：

I 型（微小病变型）：镜下阴性，尿液正常

II 型（系膜病变型）：中度蛋白尿，偶有尿沉渣改变

III 型（局灶及节段增生型）：蛋白尿，尿沉渣改变

IV 型（弥漫增生型）：急性肾炎伴有尿沉渣改变及/或肾病综合征

V 型（膜型）：肾病综合征或重度蛋白尿

VI 型（肾小球硬化型）：肾小球硬化，并发肾功能衰竭

23. 重症急性坏死性筋膜炎

坏死性筋膜炎的诊断须同时符合下列要求：

- （1）符合坏死性筋膜炎的一般临床表现；
- （2）细菌培养检出致病菌；
- （3）出现广泛性肌肉及软组织坏死，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。

24. 系统性硬皮病

指一种全身性的胶原血管性疾病，可以导致皮肤、血管及内脏器官进行性弥漫性纤维化。诊断必须经活检及血清学检查证实并由专科医生明确诊断，疾病必须是全身性，且须满足下列至少一项条件：

- （1）肺脏：肺部病变进而发展为肺间质纤维化和肺动脉高压；
- （2）心脏：心功能受损达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级；
- （3）肾脏：肾脏受损导致双肾功能慢性不可逆衰竭，达到尿毒症期。

以下情况不在保障范围内：

(1) 局限性硬皮病（带状硬皮病或斑状损害）；

(2) 嗜酸性筋膜炎；

(3) CREST 综合征。

25. 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。

26. 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。本病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。

27. 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。

28. 严重甲型及乙型血友病

被保险人必须是患上严重甲型血友病（缺乏Ⅷ凝血因子）或严重乙型血友病（缺乏Ⅸ凝血因子），而凝血因子Ⅷ或凝血因子Ⅸ的活性水平少于百分之一。**诊断必须由保险人认可医院的血液病专科医生确认。**

29. 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。

30. 多发性硬化

被保险人因脑及脊髓内的脱髓鞘病变而出现神经系统多灶性（多发性）多时相（至少 6 个月以内有一次以上（**不包含一次**）的发作）的病变，须由计算机断层扫描（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。**

(五十一) 艾滋病病毒：指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。

(五十二) 精神和心理障碍：包括但不限于神经性贪食症、神经性厌食症、注意力缺陷症、注意缺陷多动障碍。**但不包括酒精和药物滥用戒断治疗、智能测试、教育测试、婚姻和家庭心理咨询。**

(五十三)既往症：指在保单生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

(五十四)医疗机构：指被接受医疗服务所在地国家或者地区当地法律或者政府认可的、有常驻执业医师、执业护士，提供住院、门诊、急诊医疗服务的机构。不包括护理机构、疗养机构、康复机构、养老院、家居服务机构、酒精或者药物滥用看护机构以及其他类似目的的机构。医疗机构以医疗费用价格水平分为昂贵医院和非昂贵医院。昂贵医院指超出通常惯例水平的医疗机构（以本合同列明为准）。非昂贵医院指除昂贵医院和限制医疗机构以外的医疗机构。除本合同另有约定外，本合同涵盖的医疗机构包含昂贵医院和非昂贵医院。但对于投保时未选择包含昂贵医院保险责任的被保险人，保险人认可的医疗机构仅为中华人民共和国（但不包括香港特别行政区、澳门特别行政区以及台湾地区）的非营利性医院，包括且不限于非营利性医院内的普通病区、特需病区及国际病区。

(五十五)限制医疗机构：在保险单中载明的，其诊疗水平和医疗费用严重背离同业的医疗机构。保险人不承担被保险人在限制医疗机构发生的任何费用。

(五十六)性病：系指通过性接触的疾病或下列不论是否通过性接触传播的任何疾病：梅毒、淋病、生殖器疣（包括生殖器官人乳头状瘤病毒感染）、生殖器官疱疹、性病性肉芽肿、软下疳、毛滴虫、阴虱侵扰与衣原体、支原体感染。

(五十七)国籍国：指被保险人持有相应护照的国家或者地区。对于拥有多个护照的美国公民，其国籍国默认为美国；对于拥有多个护照的其他国家公民，其国籍国以本合同载明的国家或者地区为准。

(五十八)监护：包括以下任何情形：

1. 对其治疗医师认为已达到最大限度康复但仍存在身体或者智力残疾人员提供的床位、护理等服务；
2. 对预计医疗或者手术已不能使其在医疗机构外生活人员提供的床位、护理等服务；
3. 修养疗法、喘息照护，以及家庭成员提供的家庭看护。

(五十九)战争：指包括入侵、内战、敌对国家行为、叛乱、革命、武装叛变、武装夺权、战争武器爆炸等。类似战争的行为视为战争。

(六十)恐怖主义行为：指恐怖主义性质的下列行为：

1. 组织、策划、准备实施、实施造成或者意图造成人员伤亡、重大财产损失、公共设施损坏、社会秩序混乱等严重社会危害的活动的；
2. 宣扬恐怖主义，煽动实施恐怖活动，或者非法持有宣扬恐怖主义的物品，强制他人在公共场所穿戴宣扬恐怖主义的服饰、标志的；
3. 组织、领导、参加恐怖活动组织的；
4. 为恐怖活动组织、恐怖活动人员、实施恐怖活动或者恐怖活动培训提供信息、资金、物资、劳务、技术、场所等支持、协助、便利的；
5. 其他恐怖活动。

(六十一)保险金申请人：指受益人、被保险人的继承人或者依法享有保险金请求权的其他人。

(六十二)不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

(六十三)基本医疗保险：本合同所称的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。

(六十四)现金价值：现金价值=保险费×(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。

(六十五)学术释义

1. 原位癌：指恶性细胞局限于上皮内尚未突破基底膜浸润周围正常组织的癌细胞新生物，且须满足全部以下两个条件：（1）必须经对固定活组织的组织病理学检查明确诊断，属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的原位癌范畴（D00-D09）；（2）被保险人必须已经接受了针对原位癌病灶的手术治疗。

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. 肢体：指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。

4. 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。

5. 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。

6. 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0-3周岁幼儿。

7. 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180天后，仍无法通过现有医疗手段恢复。

8. ICD-10与ICD-0-3：

《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-0-3），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-0-3不一致的情况，以ICD-0-3为准。

9. 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。

10. 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。

11. 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

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。

12. 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。