



请扫描以查询验证条款

阅读提示

本阅读提示是为了帮助您更好理解条款，对本合同内容的解释以条款正文为准。

- **您拥有的重要权益**
- ◆ 被保险人可以享有本合同提供的保障利益.....2.4
 - ◆ 您有权解除合同.....5.1
- **您应当特别注意的事项**
- ◆ 本合同的有效期为一年，若保险期间届满时续保成功，本合同将延续有效.....2.2
 - ◆ 在某些情况下，我们不承担保险责任.....2.3、2.4、2.6、3.2、6.1、7.1
 - ◆ 您应及时向我们通知保险事故.....3.2
 - ◆ 保险金的申请权应在一定期间内行使.....3.7
 - ◆ 您应按时支付保险费.....4.1
 - ◆ 解除合同会给您造成一定的损失，请您慎重决策.....5.1
 - ◆ 在某些情况下，本合同效力终止.....5.2
 - ◆ 我们对一些重要术语进行了解释，请您注意.....9
- **条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本条款。**

→ 条款目录

1 您与我们订立的合同	3.1 受益人	5.2 合同效力的终止
1.1 合同构成	3.2 保险事故通知	6 如实告知
1.2 保险合同成立与生效	3.3 保险金的申请	6.1 明确说明与如实告知
1.3 投保年龄	3.4 医疗费用收据	6.2 本公司合同解除权的限制
2 我们提供的保障	3.5 身体检查及司法鉴定	7 其他需要关注的事项
2.1 年度给付限额	3.6 保险金的给付	7.1 风险程度变化的告知及处理
2.2 保险期间及续保	3.7 诉讼时效	7.2 年龄错误
2.3 等待期	4 保险费的支付	7.3 合同内容变更
2.4 保险责任	4.1 保险费的支付	7.4 联系方式变更
2.5 补偿原则、免赔额和给付比例	4.2 保险费支付的宽限期	7.5 争议处理
2.6 责任免除	4.3 保险费率调整	8 25 种重大疾病的定义及范围
3 保险金的申请	5 合同解除与效力终止	9 释义
	5.1 解除合同的手续及风险	



中意乐尊享医疗保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指中意人寿保险有限公司，“本合同”指您与我们之间订立的“中意乐尊享医疗保险”保险合同。

1 您与我们订立的合同

- | | | |
|-----|------------------|--|
| 1.1 | 合同构成 | 本合同是您与我们约定保险权利义务关系的协议，包括本保险条款、保险单或其他保险凭证、投保单、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单及其他您与我们共同认可的书面协议。 |
| 1.2 | 保险合同成立与生效 | 您提出保险申请、我们同意承保，本合同成立。
除另有约定外，本合同自我们同意承保、收取首期保险费并签发保险单后开始生效，合同生效日期在保险单上载明。 保险费约定支付日 （见9.1）以该日期计算。 我们自保险单上约定的生效日的次日零时起开始承担本合同约定的保险责任。 |
| 1.3 | 投保年龄 | 指您投保时被保险人的年龄，年龄以 周岁 （见9.2）计算。
本合同接受的投保年龄为出生满30天至60周岁。 |

2 我们提供的保障

- | | | |
|-------|----------------|--|
| 2.1 | 年度给付限额 | 本合同的年度给付限额根据投保份数计算确定。
年度给付限额是指我们在本合同 保险期间内累计 （见9.3）给付的特定疾病住院保险金、一般医疗保险金和重大疾病医疗保险金之和的上限。
本合同每份约定的年度给付限额（包括特定疾病住院保险金、一般医疗年限额和重大疾病医疗年限额）见本合同附表1 所示。 每一被保险人仅可投保一份有效的本产品。 |
| 2.2 | 保险期间及续保 | |
| 2.2.1 | 保险期间 | 本合同的保险期间为1年，自生效日的次日零时起至下一个 保险单周年日 （见9.4）的二十四时止，并于保险单上载明。 |
| 2.2.2 | 续保 | 在每个保险期间届满时，我们将审核被保险人是否符合续保条件。若我们审核后同意您续保，您可于每个保险期间届满时向我们支付续期保险费，则本合同将延续有效1年；若我们审核后不同意您续保，我们会以书面形式通知您。
各年度续保保险费将根据续保时本合同的基本保险金额和保险费率计算。
本合同最长可续保至被保险人年满80周岁后的首个保险单周年日。 若我们停止本产品的销售，将会及时通知您，我们自停止销售时起不再接受本合同续保申请。 |
| 2.3 | 等待期 | 从本合同生效日起 90天内发病 （见9.5）或因该疾病发生相关就诊，在保 |

险期间及以后的续保保险期间内，我们不对该疾病的治疗、复发（见9.6）或其并发症承担给付相应保险金的责任。这90天的时间称为等待期。因在本合同有效期内发生的意外伤害（见9.7）事故引发的住院治疗、特定门诊治疗、住院前后门急诊治疗及门诊手术治疗无等待期。续保合同无等待期。

2.4 保险责任

在本合同保险期间内且本合同有效，我们对被保险人因意外伤害事故或等待期后因疾病在本合同约定的医院（见 9.8）内发生的合理且必需（见 9.9）的医疗费用或因本合同约定的特定疾病住院（见 9.10），按照下列约定承担给付相应保险金的责任：

一、 特定疾病住院保险金

如果被保险人在等待期后首次发病（见 9.11）并经专科医生（见 9.12）首次确诊（见 9.13）患以下几种特定恶性肿瘤必须住院治疗，或在医院首次确诊需要进行重大器官移植术（有关定义，请参见本合同“8.4 重大器官移植术或造血干细胞移植术”中“重大器官移植术”定义）治疗，且已进入重大器官移植术术前治疗阶段，我们将给付五万元特定疾病住院保险金予受益人：

1. 肝部恶性肿瘤

指原发于肝组织的恶性肿瘤。

2. 肺部恶性肿瘤

指原发于肺组织的恶性肿瘤。

3. 胃部恶性肿瘤

指原发于胃组织的恶性肿瘤。

4. 恶性脑肿瘤

指原发于脑组织的恶性肿瘤。

5. 恶性骨肿瘤

指原发于骨组织的恶性肿瘤。

6. 白血病

指一种造血系统的恶性肿瘤，其主要表现为白血病细胞在骨髓或其他造血组织中进行性、失控制的异常增生，并浸润至其他组织与器官，使正常血细胞生成减少，周围白细胞有质和量的变化，产生相应的临床表现。被保险人所患白血病必须根据骨髓的活组织检查和周围血象由专科医生（儿科、血液科或肿瘤科）确诊。

相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病不在保障范围内。

以上（1）至（6）条中的**恶性肿瘤**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它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床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）的恶性肿瘤范畴。

下列疾病不在保障范围内：

- ①原位癌；
- ②继发性恶性肿瘤；
- ③感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

7. 重大器官移植术术前治疗阶段

指被保险人因终末期肾病，肝脏、心脏、肺脏功能慢性不可逆性衰竭，经医院确诊需要进行重大器官移植术治疗。为进行该手术被保险人已在

本合同约定医院住院，且开始移植手术的准备性治疗。

终末期肾病，肝脏、心脏、肺脏功能慢性不可逆性衰竭是指被保险人达到以下疾病严重程度：

(1) 双肾功能慢性不可逆性衰竭，须达到尿毒症期，经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗。

(2) 肝脏功能不可逆性衰竭，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。

(3) 心脏功能不可逆性衰竭，必须满足所有以下条件：①心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能 IV 级，或左室射血分数低于 30%；②心功能 IV 级状态持续不间断 180 天以上；③被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

(4) 肺脏功能不可逆性衰竭，必须符合下列所有条件：①休息时出现呼吸困难；②动脉血氧分压 (PaO₂) < 50mmHg；③动脉血氧饱和度 (SaO₂) < 80%；④因缺氧必须接受持续的输氧治疗。

在本合同有效期间，对同一被保险人我们只给付一次特定疾病住院保险金，一经给付，该项保险责任终止，我们不再于续保保险期间承担该项保险责任。

二、一般医疗保险金

1. 住院医疗费用

如果被保险人因意外伤害事故或等待期后因疾病经本合同约定的医院诊断必须住院治疗，我们对被保险人每次住院实际发生的合理且必需的住院医疗费用按本合同的约定给付一般医疗保险金。

住院医疗费用具体包括**床位费**（见 9.14）、**医生诊疗费**（见 9.15）、**治疗费**（见 9.16）、**手术费**（见 9.17）、**药品费**（见 9.18）、**检查化验费**（见 9.19）、**护理费**（见 9.20）、**膳食费**（见 9.21）。

2. 特定门诊医疗费用

如果被保险人因意外伤害事故或等待期后因疾病接受特定门诊治疗，我们对被保险人在保险期间内实际发生的合理且必需的特定门诊医疗费用按本合同的约定给付一般医疗保险金。

特定门诊治疗包括以门诊方式接受：

(1) 肾透析治疗；

(2) 恶性肿瘤（有关恶性肿瘤，请参见本合同“8.1 恶性肿瘤”）治疗，包括**化学疗法**（见 9.22）、**放射疗法**（见 9.23）、**肿瘤免疫疗法**（见 9.24）、**肿瘤内分泌疗法**（见 9.25）、**肿瘤靶向疗法**（见 9.26）；

(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗。

3. 住院前后门急诊费用

如果被保险人因意外伤害事故或等待期后因疾病经本合同约定的医院诊断必须接受住院治疗，我们对被保险人在住院前 7 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗时实际发生的合理且必需的门诊医疗费用按本合同的约定给付一般医疗保险金。

4. 门诊手术医疗费用

如果被保险人因意外伤害事故或等待期后因疾病接受门诊手术治疗，我们对被保险人在保险期间内实际发生的合理且必需的门诊手术医疗费用按本合同的约定给付一般医疗保险金。

对于以上四类费用，保险人对被保险人需个人支付的、合理且必需的金
额，在扣除约定的免赔额后按约定的给付比例进行给付。**我们在同一保
单年度内累计给付的一般医疗保险金数额以本合同约定的一般医疗年限
额为限，当本项下累计给付金额达到一般医疗年限额时，本项保险责任
终止。**

三、 重大疾病医疗保险金

1. 重大疾病住院医疗费用

如果被保险人因意外伤害事故或等待期后首次发病并经专科医生首次确
诊患本合同约定的 25 种重大疾病经本合同约定的医院诊断必须住院治
疗，我们对被保险人每次住院实际发生的合理且必需的重大疾病住院医
疗费用按本合同的约定给付重大疾病医疗保险金。

重大疾病住院医疗费用具体包括床位费、医生诊疗费、治疗费、手术费、
药品费、检查化验费、护理费、膳食费。

2. 重大疾病特定门诊医疗费用

如果被保险人因意外伤害事故或等待期后首次发病并经专科医生首次确
诊患本合同约定的 25 种重大疾病并接受特定门诊治疗，我们对被保险人在
保险期间内实际发生的合理且必需的重大疾病特定门诊医疗费用按本
合同的约定给付重大疾病医疗保险金。

特定门诊治疗包括以门诊方式接受：

(1) 肾透析治疗；

(2) 恶性肿瘤（有关恶性肿瘤，请参见本合同“8.1 恶性肿瘤”）治疗，
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；

(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗。

3. 重大疾病住院前后门急诊医疗费用

如果被保险人因意外伤害事故或等待期后首次发病并经专科医生首次确
诊患本合同约定的 25 种重大疾病必须接受住院治疗，我们对被保险人在
住院前 30 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）内，因与该
次住院相同原因而接受重大疾病门急诊治疗时，实际发生的合理且必需
的治疗重大疾病门急诊医疗费用按本合同的约定给付重大疾病医疗保险
金。

4. 重大疾病门诊手术医疗费用

如果被保险人因意外伤害事故或等待期后首次发病并经专科医生首次确
诊患本合同约定的 25 种重大疾病并接受门诊手术治疗，我们对被保险人在
保险期间内实际发生的合理且必需的重大疾病门诊手术医疗费用按本
合同的约定给付重大疾病医疗保险金。

被保险人因意外伤害事故或等待期后因初次罹患重大疾病接受医院治疗的，
对于以上四类费用，我们首先按照第二项的约定给付一般医疗保险金。
当我们累计给付的一般医疗保险金金额达到一般医疗年限额后，对于超
出一般医疗年限额的重大疾病医疗保险金部分我们按照约定的给付比
例承担第三项重大疾病医疗保险金责任。**我们在同一保单年度内累计
给付的特定疾病住院保险金、一般医疗保险金和重大疾病医疗保险金数
额之和达到本合同约定的年度给付限额时，本项责任终止。**

2.5 补偿原则、免赔 额和给付比例

(1) 补偿原则

对于一般医疗保险金和重大疾病医疗保险金，若被保险人已从其他途径
（包括工作单位、基本医疗保险机构、以及我们在内的任何商业保险机
构等）获得补偿，我们将不再对已经获得补偿的部分进行赔付。我们的

赔付与被保险人已从其他途径获得的补偿总额不得超过被保险人实际发生的费用。

(2) 免赔额

本合同中所指免赔额均为年免赔额，指在本合同保险期间内，应由被保险人自行承担，本合同不予赔付的部分。本合同免赔额为1万元，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，但通过基本医疗保险（见9.27）和公费医疗（见9.28）获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

若被保险人因意外伤害事故或等待期后初次罹患本合同约定的25种重大疾病，从被保险人确诊之日起，在后续给付一般医疗保险金和重大疾病医疗保险金时，不再扣除后续应由被保险人自行承担的免赔额。

(3) 给付比例

对于被保险人在保险责任范围内的每次住院治疗、特定门诊治疗、住院前后门急诊治疗及门诊手术治疗，本主险合同约定的给付比例为100%，但若被保险人以参加基本医疗保险身份投保，而未以参加基本医疗保险身份就诊并结算的，则约定的给付比例为60%。

2.6 责任免除

因下列情形之一而导致的医疗费用，我们不承担给付保险金的责任：

- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 被保险人故意自伤、故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施或者自杀（但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外）；
- (3) 被保险人未经医师（见9.29）处方注射、吸食、服用毒品（见9.30）或处方药品；
- (4) 被保险人挑衅或者故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；
- (5) 被保险人酒后驾驶（见9.31）、无合法有效驾驶证驾驶（见9.32），或驾驶无有效行驶证（见9.33）的机动车（见9.34）；
- (6) 核爆炸、核辐射、核污染、战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱，被保险人从事或参与军事行动；
- (7) 被保险人参加攀岩（见9.35）、攀登海拔3500米以上山峰、驾驶滑翔机或滑翔伞、气球驾驶、跳伞、空中飞行（不包括以乘客身份乘坐作为公共交通工具的民航班机）、蹦极；或参加洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等探险（见9.36）和考察；以职业运动员身份参加的运动；或参与可获得报酬的运动；或者参加以下项目的竞赛、表演或专业训练：赛马、马术、马球、机动车、自行车、赛艇、滑板、冲浪、滑水、跳水、潜水（见9.37）、跳高滑雪、雪橇、滑冰、冰球、拳击、武术、摔跤；
- (8) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（见9.38）；
- (9) 戒毒、戒酒、戒烟、性功能异常、包皮环切、视力矫正、牙齿修复、牙科治疗或牙科手术（因意外事故导致的除外）；美容、外科整形；先天性疾病（见9.39）、遗传性疾病（见9.40）及精神疾病（见9.41）；妊娠、分娩、流产、不孕不育、节育、避孕、辅助生育技术（包括但不限于人工受精、应用促排卵药、胚胎移植或配子输卵管移植）及应用辅助生育技术后发生的异位妊娠，以及被保险人献血、捐赠骨髓或任何人体器官、组织；
- (10) 未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及其产生的后果所产生的费用；
- (11) 未书面告知的既往症（见9.42）、本合同特别约定除外的疾病；
- (12) 在中国大陆以外（见9.43）的国家或者地区接受治疗；
- (13) 质子治疗（见9.44）、重离子治疗（见9.45）。

3 保险金的申请

3.1 受益人

除另有约定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

- 3.2 **保险事故通知** 您、被保险人或受益人知道或应当知道保险事故后应当在10日内通知我们。
如果您、被保险人或受益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，我们对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但我们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或者虽未及时通知但不影响我们确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。
- 3.3 **保险金的申请** 受益人或者其他有权领取保险金的人（简称“保险金申请人”）可以申请保险金。
- 3.3.1 **特定疾病住院保险金申请** 在申请特定疾病住院保险金时，保险金申请人须填写保险金申请书，并提供下列证明和资料：
 （1）保险合同；
 （2）保险金申请人的**有效身份证件**（见9.46）；
 （3）医院出具的诊断证明、住院病历及检查报告；
 （4）所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。
 若以上申请资料和证明不完整，我们将及时一次性通知保险金申请人补充提供有关证明和资料。
- 3.3.2 **一般医疗保险金申请** 在申请一般医疗保险金时，保险金申请人须填写保险金申请书，并提供下列证明和资料：
 （1）保险合同；
 （2）保险金申请人的有效身份证件；
 （3）完整的门、急诊病历，住院还应提供住院病历、出院小结；
 （4）门、急诊、住院医疗费用收据，清单及结算单；
 （5）所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。
 若以上申请资料和证明不完整，我们将及时一次性通知保险金申请人补充提供有关证明和资料。
- 3.3.3 **重大疾病医疗保险金申请** 在申请重大疾病医疗保险金时，保险金申请人须填写保险金申请书，并提供下列证明和资料：
 （1）保险合同；
 （2）保险金申请人的有效身份证件；
 （3）医院出具的诊断证明、病历及检查报告；
 （4）完整的门、急诊病历，住院还应提供住院病历、出院小结；
 （5）门、急诊、住院医疗费用收据，清单及结算单；
 （6）所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。
 若以上申请资料和证明不完整，我们将及时一次性通知保险金申请人补充提供有关证明和资料。
- 3.4 **医疗费用收据** 被保险人支出医疗费用并提出索赔申请后，应向我们递交就诊医院签发的、由政府财政税务部门监制的医疗费用原始收据。
- 3.5 **身体检查及司法鉴定** 保险事故发生后，我们有权要求被保险人做身体检查或提供有关的检验报告，费用由我们承担。
- 3.6 **保险金的给付** 我们在收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后，将在5个工作日内作出核定；情形复杂的，在30日内作出核定。
 对属于保险责任的，我们在与保险金申请人达成给付保险金的协议后10日内，履行给付保险金义务；若我们在收到保险金给付申请书及上述有关证明和资料后第30日仍未作出核定，除支付保险金外，我们将从第31

日起按超过天数赔偿保险金申请人因此受到的利息损失。利息按照中国人民银行公布的同期金融机构人民币一年期定期存款利率单利计算。若我们要求保险金申请人补充提供有关证明和资料的，则上述的30日不包括补充提供有关证明和资料的期间。

对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起3日内向保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

我们在收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起60日内，对给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；我们最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

- 3.7 **诉讼时效** 保险金申请人向我们请求给付保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

4 保险费的支付

- 4.1 **保险费的支付** 本合同保险费的支付方式为一次性付清。

- 4.2 **保险费支付的宽限期** 若您选择了自动续保，且符合我们的续保条件的，则自本合同期满日次日零时起60日为新续保合同的宽限期。宽限期内发生保险事故的，我们承担保险责任，但在给付保险金时会扣除您欠交的保险费。如果宽限期结束之后您仍未支付新续保合同的保险费，则本合同自宽限期满的次日零时起效力终止。

- 4.3 **保险费率调整** 您的保费会随着您的年龄增长而上升。同时，我们每年都会检视费率，使其反映我们的整体理赔经验和医疗通胀等在内的一系列因素。我们将根据本保险计算费率所用的计算基础与实际情况的偏差程度，决定保险费率是否调整及调整幅度。本保险的费率调整针对所有被保险人，或同一投保年龄、同一投保区域等某一类被保险人。我们进行保险费率调整后，将及时通知您，您须按调整后续保当时的保险费率支付续期保险费，保险费率调整前您已经支付的保险费不受影响。如果您不同意费率调整的，我们将不再为您续保本保险。

5 合同解除与效力终止

- 5.1 **解除合同的手续及风险** 如您申请解除本合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：

- (1) 保险合同；
- (2) 您的有效身份证件。

自我们收到解除合同申请书时起，本合同效力终止。当您申请解除本合同时，若本合同尚未发生保险金赔付，我们在收到上述证明和资料之日起 30 日内向您退还未满期净保险费（见 9.47）。若本合同已发生保险金给付，我们不退还未满期净保险费。

您解除合同会遭受一定损失。

- 5.2 **合同效力的终止** 发生下列情况之一时，本合同效力终止：
- (1) 我们收到解除合同申请书；
 - (2) 被保险人身故；
 - (3) 保险期间届满或本产品已停止销售；
 - (4) 因本合同其他条款所列情况而终止。

6 如实告知

- 6.1 **明确说明与如实告知** 订立本合同时，我们应向您说明本合同的内容。对保险条款中免除我们责任的条款，我们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您注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向您作出明确说明，未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

我们就您和被保险人的有关情况提出询问，您应当如实告知。

如果您故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本合同。

如果您故意不履行如实告知义务，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

如果您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，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

我们在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。

- 6.2 本公司合同解除权的限制 前条规定的合同解除权，自我们知道有解除事由之日起，超过30日不行使而消灭。

7 其他需要关注的事项

- 7.1 风险程度变化的告知及处理 我们将按照事先公布的职业分类表确定被保险人的职业分类，您可以通过我们的网站、服务热线或服务场所工作人员查询到此表。

被保险人变更其职业或工种时，您或被保险人应于10日内以书面形式通知我们。被保险人所变更的职业或者工种依照我们职业分类在本合同拒保范围内的，自我们接到通知之日起，本合同终止，我们将无息退还未到期净保险费。

被保险人的职业或工种变更之后，依照职业分类表在本合同拒保范围内的，我们不承担给付保险金责任。

- 7.2 年龄错误 本合同中被保险人的投保年龄以有效身份证件登记的周岁年龄为准，如果发生错误按照下列方式办理：

(1) 您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，我们有权解除合同。我们行使合同解除权适用“本公司合同解除权的限制”的规定。

(2) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费少于应付保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付。

(3) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费多于应付保险费的，我们会将多收的保险费退还给您。

- 7.3 合同内容变更 在本合同有效期内，经您与我们协商一致，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，应当由我们在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由您与我们订立书面的变更协议。

- 7.4 联系方式变更 为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址或电话变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。否则我们按本合同载明的最后住所、通讯地址或电话发送的有关通知，均视为已送达给您。

- 7.5 争议处理 本合同争议解决方式由当事人约定从下列二种方式中选择一种：
(1) 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，提交双方共同选择的仲裁委员会仲裁；
(2) 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。

8 25种重大疾病的定义及范围

本合同所指重大疾病，是被保险人发生符合以下定义所述条件的疾病、疾病状态或手术，应当由专科医生明确诊断。

- 8.1 **恶性肿瘤** 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它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床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）的恶性肿瘤范畴。
下列疾病不在保障范围内：
（1）原位癌；
（2）相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；
（3）相当于Ann Arbor分期方案I期程度的何杰金氏病；
（4）皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；
（5）TNM分期为T₁N₀M₀期或更轻分期的前列腺癌；
（6）感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。
- 8.2 **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%。
- 8.3 **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，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，仍遗留下列一种或一种以上障碍：
（1）一肢或一肢以上肢体机能完全丧失（见9.48）；
（2）语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失（见9.49）；
（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9.50）中的三项或三项以上。
- 8.4 **重大器官移植术或造血干细胞移植术** 重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏或肺脏的异体移植手术。
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）的异体移植手术。
- 8.5 **冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）** 指为治疗严重的冠心病，实际实施了开胸进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。
冠状动脉支架植入术、心导管球囊扩张术、激光射频技术及其它非开胸的介入手术、腔镜手术不在保障范围内。
- 8.6 **终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）** 指双肾功能慢性不可逆性衰竭，达到尿毒症期，经诊断后已经进行了至少90天的规律性透析治疗或实施了肾脏移植手术。
- 8.7 **多个肢体缺失** 指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。
- 8.8 **急性或亚急性重症肝炎** 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超或其它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。

- 8.9 **良性脑肿瘤** 指脑的良性肿瘤，已经引起颅内压增高，临床表现为视神经乳头水肿、精神症状、癫痫及运动感觉障碍等，并危及生命。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，并须满足下列至少一项条件：
 (1) 实际实施了开颅进行的脑肿瘤完全切除或部分切除的手术；
 (2) 实际实施了对脑肿瘤进行的放射治疗。
- 脑垂体瘤、脑囊肿、脑血管性疾病不在保障范围内。**
- 8.10 **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。**
- 8.11 **脑炎后遗症或脑膜炎后遗症** 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，指疾病确诊180天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：
 (1) 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
 (2) 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
 (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。
- 8.12 **深度昏迷** 指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级(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它生命维持系统96小时以上。
- 因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。**
- 8.13 **双耳失聪** 指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆(见9.51)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90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。
- 特别声明：我们将在被保险人年龄在三周岁或以上时受理理赔，并且保险金申请人必须提供理赔受理当时的听力丧失诊断及检查证据。若被保险人发病时不足三周岁，我们将延期到被保险人年满三周岁后予以受理和评估。
- 8.14 **双目失明** 指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失，双眼中较好眼须满足下列至少一项条件：
 (1) 眼球缺失或摘除；
 (2) 矫正视力低于0.02(采用国际标准视力表，如果使用其它视力表应进行换算)；
 (3) 视野半径小于5度。
- 特别声明：我们将在被保险人年龄在三周岁或以上时受理理赔，并且保险金申请人必须提供理赔受理当时的视力丧失诊断及检查证据。若被保险人发病时不足三周岁，我们将延期到被保险人年满三周岁后予以受理和评估。
- 8.15 **瘫痪** 指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体机能永久完全丧失。肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊180天后或意外伤害发生180天后，每肢

三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意识活动。

- 8.16 **心脏瓣膜手术** 指为治疗心脏瓣膜疾病，实际实施了开胸进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。
- 8.17 **严重阿尔茨海默病** 指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退，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，且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。
神经官能症和精神疾病不在保障范围内。
- 8.18 **严重脑损伤** 指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤180天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：
（1）一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
（2）语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
（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。
- 8.19 **严重帕金森病** 是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为震颤麻痹、共济失调等。须满足下列全部条件：
（1）药物治疗无法控制病情；
（2）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
继发性帕金森综合征不在保障范围内。
- 8.20 **严重Ⅲ度烧伤** 指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤的面积达到全身体表面积的20%或20%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。
- 8.21 **严重原发性肺动脉高压** 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心功能状态分级Ⅳ级**（见9.52），且静息状态下肺动脉平均压超过30mmHg。
- 8.22 **严重运动神经元病** 是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症。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的条件。
- 8.23 **语言能力丧失** 指因疾病或意外伤害导致完全丧失语言能力，经过积极治疗至少12个月（声带完全切除不受此时间限制），仍无法通过现有医疗手段恢复。
精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。

特别声明：我们将在被保险人年龄在三周岁或以上时受理理赔，并且保险金申请人必须提供理赔受理当时的语言能力丧失诊断及检查证据。若被保险人发病时不足三周岁，我们将延期到被保险人年满三周岁后予以受理和评估。
- 8.24 **重型再生障碍性贫血** 指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少。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；

(2) 外周血象须具备以下三项条件:

- ① 中性粒细胞绝对值 $\leq 0.5 \times 10^9/L$;
- ② 网织红细胞 $< 1\%$;
- ③ 血小板绝对值 $\leq 20 \times 10^9/L$ 。

8.25 **主动脉手术** 指为治疗主动脉疾病, 实际实施了开胸或开腹进行的切除、置换、修补病损主动脉血管的手术。主动脉指胸主动脉和腹主动脉, 不包括胸主动脉和腹主动脉的分支血管。
动脉内血管成形术不在保障范围内。

9 释义

- 9.1 **保险费约定支付日** 保险合同生效日在每月、每季、每半年或每年(根据支付方式确定)的对应日。如果当月无对应的同一日, 则以该月最后一日为对应日。
- 9.2 **周岁** 指按有效身份证件文件中记载的出生日期计算的年龄, 自出生之日起为零周岁, 每经过1年增加1岁, 不足1年的不计。
- 9.3 **保险期间内累计** 指同一个保险期间的生效日次日零时至期满日的24小时期间的累计值。在本合同有效的保险期间或者相连的续保合同有效的保险期间内, 被保险人接受住院治疗跨不同保险期间时, 符合通常惯例的且医学必需的合理医疗费用以及已通过其他途径获得的医疗费用补偿均按本次住院在各保险合同的保险期间内实际发生的住院天数分摊, 并计入相应保险合同的保险期间的累计值。
- 9.4 **保险单周年日** 指自本合同生效日起每隔1年(按公历计算)对应的日期。如果当月无对应的同一日, 则以该月最后一日为对应日。
- 9.5 **发病** 发病是指出现疾病的前兆和异常的身体状况, 该疾病的前兆或异常的身体状况足以引起注意或应当引起注意并寻求检查、诊断、治疗或护理。
- 9.6 **复发** 疾病经过一定的缓解或痊愈后又重复发作。
- 9.7 **意外伤害** 指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件直接致使身体受到的伤害。**猝死不属于意外伤害。**
- 9.8 **医院** 中华人民共和国卫生部医院等级分类中的二级或二级以上的社会基本医疗保险规定的定点医院普通部(不包含其中的特需医疗、外宾医疗、干部病房), **但不包括主要为门诊、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或相类似的医疗机构。**同时该医院必须具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备, 并且提供24小时有合格医师及护士驻院的医疗和护理等服务。
- 9.9 **合理且必需** 指合理的、符合通常惯例且医疗必需的医疗费用。本公司可要求独立的第三方机构判断相关费用的合理性。符合通常惯例指接受的医疗服务满足以下条件:
(一) 该服务满足医疗需要而且根据治疗当地通行治疗规范、采用了通行治疗方法;
(二) 医疗费用没有超过当地对类似情形治疗的常规费用, 类似情形治疗是指在同一地区、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。
必需的医疗费用指针对意外伤害或疾病本身的医疗服务及医疗费用满足以下条件:
(一) 治疗意外伤害或疾病合适且必需的、有医生处方的项目;
(二) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致;

- (三) 非为了医师或其他医疗提供方的方便；
- (四) 接受的医疗服务范围是合适的而且经济有效的。

对是否必需的医疗费用由本公司理赔人员根据客观、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。

- | | | |
|------|--------------|--|
| 9.10 | 住院 | 被保险人因疾病或意外伤害，经医生根据临床诊断，必须留院治疗，办理了正式住院手续且确实留院治疗的行为过程。 |
| 9.11 | 首次发病 | 指自被保险人出生之日起第一次发病， 而不是指自本合同生效之后第一次发病。 |
| 9.12 | 专科医生 | 指中国大陆境内的专科医生，应当同时满足以下四项资格条件：
（一）具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；
（二）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；
（三）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》；
（四）在二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。 |
| 9.13 | 首次确诊 | 指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊患有本合同约定的疾病， 而不是指自本合同生效之后第一次经医院确诊患有本合同约定的疾病。 |
| 9.14 | 床位费 | 指住院期间一张医院病床的每日费用，同时包括空调费、取暖费、卫生费。 |
| 9.15 | 医生诊疗费 | 指由医生所实施的病情咨询及检查、各种器械或者仪器检查、诊断、治疗方案拟定等各项医疗服务所收取的费用。 |
| 9.16 | 治疗费 | 指由医生或者护士对患者进行的除手术外的各种治疗项目而发生的治疗费，包括因清创、换药、拆线、脓肿切开引流、血管穿刺、输血、输液、注射、肌肉封闭、吸氧、放疗、化疗、冷冻、激光、肾透析、急救治疗、心肺复苏等而发生的治疗费，具体以所就诊医院费用项目划分为准。 |
| 9.17 | 手术费 | 据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。 若为器官移植而发生的手术费用，则不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。 |
| 9.18 | 药品费 | 指由主治医师开具处方，并且符合就诊所在地卫生监管部门的相关规定的 药品 （见9.53）费用。包含基本医疗保险、公费医疗支持范围内的药品费用及基本医疗保险、公费医疗支持范围外的药品费用。 |
| 9.19 | 检查化验费 | 指由医生开具的由医院专项检查科室的专业检查、检验人员实施的各检查化验项目产生的费用，检查化验项目包括实验室检查、病理检查、放射线检查、CT、MRI、B超、血管造影、同位素、心电图、心功能、肺功能、骨密度、基因学检查。 |
| 9.20 | 护理费 | 指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。 |
| 9.21 | 膳食费 | 指根据医生的医嘱，由医院专设或指定外包为住院病人配餐的食堂或饮食单位所配送膳食的费用，且该费用需符合惯常标准。 |
| 9.22 | 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的治疗。本合同所知的化疗 |

为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化疗。

- 9.23 **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医院的专门科室进行的放疗。
- 9.24 **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。本合同所指的肿瘤免疫治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。
- 9.25 **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局批准用于临床治疗。
- 9.26 **肿瘤靶向疗法** 指在细胞分子水平上，针对已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。
- 9.27 **基本医疗保险** 包括**新农合**（见9.54）、城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险等政府举办的基本医疗保障项目。
- 9.28 **公费医疗** 指国家为保障国家工作人员身体健康而实行的一项社会保障制度。国家通过医疗卫生部门向享受人员提供制度规定范围内的免费医疗。
- 9.29 **医师** 指在医院内行医并拥有处方权的医师，亦指在被保险人接受诊断、医疗、处方或手术的地区内合法注册且有行医资格的医师。**不包括投保人、受益人、被保险人本人及其近亲属。**
- 9.30 **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，但不包括由医师开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病的但含有毒品成分的处方药品。
- 9.31 **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》及其他相关法律法规的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。
- 9.32 **无合法有效驾驶证驾驶** 指下列情形之一：
（1）没有取得驾驶资格或被吊销驾驶证；
（2）驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
（3）持审验不合格的驾驶证驾驶；
（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）其他公安交通管理部门规定的属于无有效驾驶证的情况。
- 9.33 **无有效行驶证** 指下列情形之一：
（1）未取得行驶证；
（2）机动车被依法注销登记的；
（3）未在行驶证检验有效期内依法按时进行或者未通过机动车安全技术检验的。

9.34	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用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆。
9.35	攀岩	指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
9.36	探险	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。
9.37	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。
9.38	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。 在人体血液或其它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。
9.39	先天性疾病	单基因病（常染色体或性染色体遗传病，如血友病、Huntington舞蹈病等）或在《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）中归属于先天性畸形、变形和染色体异常（编码Q00至Q99）的疾病。
9.40	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。
9.41	精神疾病	在《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）中归属于精神和行为障碍（编码F00至F99）的疾病，或根据《中国精神障碍分类与诊断标准第3版（CCMD-3）》诊断的精神疾病。
9.42	既往症	指在本合同生效日之前被保险人已患的疾病或者已有的症状。
9.43	中国大陆以外	指中华人民共和国的直接统治区域之外的地区以及香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。
9.44	质子治疗	质子指氢原子剥去电子后带有正电荷的粒子。质子治疗指应用质子放射线治疗肿瘤的方法。
9.45	重离子治疗	重离子指比电子重的粒子。重离子治疗指应用重离子放射线治疗肿瘤的方法。
9.46	有效身份证件	指依据法律规定，由有权机构制作颁发的证明身份的证件等，如：居民身份证、户口簿、护照、军人证等。
9.47	未到期净保险费	其计算公式为：未到期净保险费=最后一期已付保险费×（1-35%）× $\left(1 - \frac{\text{该保险费所保障的已经过天数}}{\text{该保险费所保障的天数}}\right)$ ，经过天数不足一天的按一天计算。
9.48	肢体机能完全丧失	指肢体的三大关节中的两大关节僵硬，或不能随意识活动。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。
9.49	语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失	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。 咀嚼吞咽能力完全丧失，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。

- 9.50 **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。
- 9.51 **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。
- 9.52 **美国纽约心脏病学会心功能状态分级IV级** 心功能状态分级IV级是指被保险人不能无症状地进行任何体力活动，休息时也会出现心力衰竭或心绞痛的症状，任何体力活动都会加重病情。
- 9.53 **药品** 指根据医生处方使用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，包括西药、中成药和中草药，但不包括下列药品：
(1) 中药饮片和药材：冬虫夏草、海马、猴枣、琥珀、灵芝、羚角、玛瑙、麝香、藏红花、燕窝、野山参、西洋参、蜂蜜、阿胶、白果、当归、党参、甘草、金银花、芦荟、罗汉果、莲子、天麻等；
(2) 部分可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸、胎盘、鞭、尾、筋、骨等，以及用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等；
(3) 主要以美容、美白、减肥等非治疗性目的的药品；
(4) 保健品以及纯营养品类药品；
(5) 免疫功能调节类及预防类药品。
- 9.54 **新农合** 指新型农村合作医疗制度，是由政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度，并以政府不时颁布的有关规定为准。

附表1

中意乐尊享医疗保险年度给付限额表（每份）

类别	给付限额（单位：元）
年度给付限额	4,000,000
其中（1）一般医疗年限额	2,000,000
（2）重大疾病医疗年限额和特定疾病 住院保险金合计	2,000,000

（完）