



中意人寿保险有限公司免除保险人责任条款的书面说明
中意乐优享互联网专属医疗保险（费率可调）

尊敬的客户，您好！感谢您对中意人寿保险有限公司（以下简称“本公司”或“我们”）的信任。为维护您的权益，本公司向您披露产品条款中免除保险人责任的条款，具体内容如下：

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10.1）以该日期计算。

1.5 犹豫期

自您签收本合同的次日起，有15日的犹豫期。在此期间，请您仔细阅读本合同，如果您认为本合同与您的需求不相符，您可以在犹豫期结束前解除本合同，我们将在扣除不超过10元的工本费后无息退还您所支付的保险费。

解除合同时，您需要填写申请书，并提供您的保险合同及有效身份证件（见10.3）。自我们收到解除合同申请书时起，本合同即被解除，我们自本合同生效日起不承担保险责任。

2.1 保障计划

本合同保障计划的保证续保期间内给付限额、您为被保险人首次投保或者非连续投保的各项保险金年度给付限额、给付比例及年度免赔额见附表1。

2.2 保险期间及保证续保

本合同为保证续保合同，保证续保期间为20年。本合同的保险期间为1年，并于保险单上载明。

在保证续保期间内，您享有如下保证续保权：

- （1）每个保证续保期间内，我们不因被保险人的健康状况或历史理赔情况而拒绝您的续保申请；
- （2）每个保证续保期间内，您的保证续保权不因本产品的停售而终止。

在保证续保期间内，若发生下列情形之一，我们不再接受续保：

- （1）续保时被保险人的年龄超过105周岁；
- （2）您于保险期间届满之前或在本合同约定的宽限期内，未按照续保当时被保险人的保障计划、年龄、性别、基本医疗保险（见10.4）、公费医疗（见10.5）或城乡居民大病保险（见10.6）身份等所对应的保险费率和本合同约定的保险费支付方式支付相应的续期保险费；
- （3）若您未履行如实告知义务，我们有权终止您的保证续保权。

每个保证续保期间届满时，您将不再享有保证续保的权利。在每个保证续保期间届满时，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，您可于每个保证续保期间届满时，按照续保时被保险人的保障计划、年龄、性别、基本医疗保险、公费医疗或城乡居民大病保险身份等所对应的保险费率和本合同约定的保险费支付方式支付相应的续期保险费，本合同继续有效。若我们审核后不同意您续保，我们会以书面形式通知您。若保证续保期间届满时本产品已停止销售，我们不再接受续保申请，但会向您提供投保其他保险产品的建议。

2.3 等待期

自您为被保险人首次投保或者非连续投保本合同的合同生效日起90天内（含第90天）的期间为等待期。

若被保险人在等待期内确诊患有任何一项符合本合同第9条约定保障范围及定义的重度疾病，我们向您无息退





还保险费，本合同效力终止。

若被保险人在等待期内确诊患有除本合同第9条约定保障范围及定义的重度疾病以外的疾病，并接受下列治疗，无论治疗是否延续至等待期后，我们均不承担给付保险金的责任，但本合同继续有效。

(1) 接受住院治疗，或者与该住院治疗原因相同的所有治疗，或者与该住院视为同一次住院（见10.7）的治疗；

(2) 接受特定门诊治疗，或者与该特定门诊治疗原因相同的所有治疗；

(3) 接受门诊手术治疗，或者与该门诊手术治疗原因相同的所有治疗；

(4) 接受门急诊治疗，或者与该门急诊治疗原因相同的所有治疗。

以下情形无等待期：

(1) 因**意外伤害**（见10.8）事故引起的保险事故；

(2) 您为被保险人续保本合同。

2.4 保险责任

2.4.1 一般医疗保险金

被保险人因意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因，经本合同约定的**医院**（见10.9）诊断并接受治疗的，我们按以下约定给付一般医疗保险金：

(1) 住院医疗费用

若被保险人因意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因，经本合同约定的医院诊断必须住院治疗的，对于被保险人实际发生的合理且必需（见10.10）的住院医疗费用，在扣除约定的免赔额后我们按本合同约定的给付比例给付一般医疗保险金。

被保险人在本合同保险期间内开始住院治疗，到本合同保险期间届满日时仍未结束本次住院治疗且未续保的，我们将继续承担因本次住院发生的一般医疗保险金给付责任，但最长不超过本合同保险期间届满日后30天。

住院医疗费用包括**床位费**（见10.11）、**医生诊疗费**（见10.12）、**治疗费**（见10.13）、**手术费**（见10.14）、**药品费**（见10.15）、**检查化验费**（见10.16）、**护理费**（见10.17）、**膳食费**（见10.18）、**重症监护室床位费**（见10.19）、**救护车使用费**（见10.20）。

(2) 特定门诊医疗费用

若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因，经本合同约定的医院诊断必须接受特定门诊治疗的，对于被保险人实际发生的合理且必需的特定门诊医疗费用，在扣除约定的免赔额后我们按本合同约定的给付比例给付一般医疗保险金。

特定门诊治疗包括：

① 门诊肾透析治疗；

② 门诊“恶性肿瘤——重度”（有关“恶性肿瘤——重度”，参照本合同第9.1条）治疗，包括**化学疗法**（见10.21）、**放射疗法**（见10.22）、**肿瘤免疫疗法**（见10.23）、**肿瘤内分泌疗法**（见10.24）、**肿瘤靶向疗法**（见10.25）；

③ 器官移植后的门诊抗排异治疗。

(3) 门诊手术医疗费用

若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因，经本合同约定的医院诊断必须接受门诊手术治疗的，对于被保险人实际发生的合理且必需的门诊手术医疗费用，在扣除约定的免赔额后我们按本合同约定的给付比





例给付一般医疗保险金。

(4) 住院前后门急诊医疗费用

若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因，经本合同约定的医院诊断必须接受住院治疗的，对于被保险人在住院前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实际发生的合理且必需的门诊医疗费用（但不包括上述特定门诊医疗费用和门诊手术医疗费用），在扣除约定的免赔额后我们按本合同约定的给付比例给付一般医疗保险金。

在本合同保险期间内，我们累计给付的一般医疗保险金以本合同约定的一般医疗保险金年度给付限额为限。

2.4.2 重度疾病医疗保险金

若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因经**专科医生**（见10.26）**首次确诊**（见10.27）患有任何一项符合本合同第9条约定保障范围及定义的重度疾病，我们首先按以下约定给付**重度疾病医疗保险金**，当累计给付的重度疾病医疗保险金达到本合同约定的重度疾病医疗保险金年度给付限额后，再按第2.4.1条的约定给付**一般医疗保险金**：

(1) 重度疾病住院医疗费用

若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因经**专科医生**首次确诊患有任何一项符合本合同第9条约定保障范围及定义的重度疾病，经本合同约定的医院诊断必须住院治疗的，对于**被保险人实际发生的合理且必需的重度疾病住院医疗费用**，我们按本合同约定的给付比例给付**重度疾病医疗保险金**。

被保险人在本合同保险期间内开始住院治疗，到本合同保险期间届满日时仍未结束本次住院治疗且未续保的，我们将继续承担因本次住院发生的**重度疾病医疗保险金**给付责任，**但最长不超过本合同保险期间届满日后30天**。

重度疾病住院医疗费用包括床位费、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、重症监护室床位费、救护车使用费。

(2) 重度疾病特定门诊医疗费用

若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因经**专科医生**首次确诊患有任何一项符合本合同第9条约定保障范围及定义的重度疾病，经本合同约定的医院诊断必须接受特定门诊治疗的，对于**被保险人实际发生的合理且必需的重度疾病特定门诊医疗费用**，我们按本合同约定的给付比例给付**重度疾病医疗保险金**。

特定门诊治疗包括：

① 门诊肾透析治疗；

② 门诊“恶性肿瘤——重度”（有关“恶性肿瘤——重度”，参照本合同第9.1条）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) 重度疾病门诊手术医疗费用

若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因经**专科医生**首次确诊患有任何一项符合本合同第9条约定保障范围及定义的重度疾病，经本合同约定的医院诊断必须接受门诊手术治疗的，对于**被保险人实际发生的合理且必需的重度疾病门诊手术医疗费用**，我们按本合同约定的给付比例给付**重度疾病医疗保险金**。

(4) 重度疾病住院前后门急诊医疗费用

若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因经**专科医生**首次确诊患有任何一项符合本合同第9条约定保障范围及定义的重度疾病，经本合同约定的医院诊断必须接受住院治疗的，对于**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实际发生的合理且必需的重度疾病门急诊医疗费用(但不包括上述重度疾病特定门诊医疗费用和重度疾病门诊手术医疗费用),我们按本合同约定的给付比例给付重度疾病医疗保险金。

在本合同保险期间内,我们累计给付的重度疾病医疗保险金以本合同约定的重度疾病医疗保险金年度给付限额为限。

2.4.3 特定药品费用医疗保险金

若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因经专科医生首次确诊患有任何一种符合本合同约定保障范围及定义的**恶性肿瘤**(包括“恶性肿瘤——重度”,参照本合同第9.1条,和“恶性肿瘤——轻度”,见10.28,以下简称“恶性肿瘤”),对于被保险人治疗该恶性肿瘤实际发生的、同时满足以下条件的特定药品费用,我们首先按本合同约定的给付比例给付特定药品费用医疗保险金,当累计给付的特定药品费用医疗保险金达到本合同约定的特定药品费用医疗保险金年度给付限额后,再依次按照第2.4.2条和第2.4.1条的约定给付重度疾病医疗保险金和一般医疗保险金。

特定药品费用须同时满足以下条件:

- (1) 该药品处方(见10.29)由医院专科医生开具;
- (2) 该药品是被保险人当前治疗合理且必需的药品;
- (3) 每次的处方剂量不超过1个月;
- (4) 该药品在附表2《特定药品清单》或附表3《Car-T治疗药品清单》中;
- (5) 该药品是在医院或我们指定的药店(见10.30)购买的药品;
- (6) 在我们指定的药店购买药品时须符合本合同第3.3.5条约定。

不满足上述条件的药品费用,我们不承担给付保险金的责任。

若上述药品须在非就诊医院药房购买或领取,则您或受益人须作为申请人在购买或领取上述药品前按照本合同第3.3.5条约定的院外药店购买或领取药品流程进行药品申请、药品处方审核、药品购买或领取及申请慈善赠药。

您或受益人根据本合同第3.3.5条约定流程获得药品的,对于我们已经向指定的药店直接结算并支付的上述药品费用,我们不再接受该部分费用的保险金给付申请。

被保险人在本合同保险期间内开始接受恶性肿瘤治疗,到本合同保险期间届满日时仍未结束本次治疗且未续保的,我们将继续承担因本次治疗发生的特定药品费用医疗保险金给付责任,但最长不超过本合同保险期间届满日后30天。

在本合同保险期间内,我们累计给付的特定药品费用医疗保险金以本合同约定的特定药品费用医疗保险金年度给付限额为限。

2.4.4 质子重离子医疗保险金

若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因经专科医生首次确诊患有符合本合同第9.1条约定保障范围及定义的“恶性肿瘤——重度”,并于**特定医疗机构**(见10.31)接受质子重离子治疗的,对于被保险人实际发生的合理且必需的质子重离子医疗费用,我们首先按本合同约定的给付比例给付质子重离子医疗保险金,当累计给付的质子重离子医疗保险金达到本合同约定的质子重离子医疗保险金年度给付限额后,再依次按照第2.4.3条、第2.4.2条和第2.4.1条的约定给付特定药品费用医疗保险金、重度疾病医疗保险金和一般医疗保险金。

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。

在本合同保险期间内，我们累计给付的质子重离子医疗保险金以本合同约定的质子重离子医疗保险金年度给付限额为限。

2.6 保证续保期间内给付限额

本产品保证续保期间内累计给付的一般医疗保险金、重度疾病医疗保险金、特定药品费用医疗保险金和质子重离子医疗保险金的总和不超过保证续保期间内给付限额。

2.7 补偿原则及给付标准

2.7.1 补偿原则

若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险、工作单位、公益慈善机构，以及我们在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，则我们仅对被保险人实际发生的合理且必需的医疗费用扣除其已获得的医疗费用补偿后的余额按本合同的约定进行给付。包括本合同在内的各种途径所给付的所有补偿金额之和不得超过被保险人实际发生的医疗费用。社保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。

2.7.2 免赔额

本合同中所指免赔额均为年度免赔额，指被保险人自行承担，本合同不予赔偿的部分。被保险人从工作单位、公益慈善机构，以及我们在内的任何商业保险机构等途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。被保险人通过基本医疗保险、公费医疗和城乡居民大病保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因经专科医生首次确诊患有任何一项符合本合同第9条约定保障范围及定义的重度疾病，从被保险人确诊之日起，对于被保险人实际发生的、与治疗该重度疾病相关的、合理且必需的全部医疗费用，我们在给付保险金时不再扣除免赔额。

2.7.3 给付比例

本合同约定的给付比例见附表1。若被保险人以参加基本医疗保险、公费医疗或城乡居民大病保险的身份投保，但未以参加基本医疗保险、公费医疗或城乡居民大病保险身份就诊且结算的，约定的给付比例为60%。

2.8 责任免除

因下列情形之一导致被保险人发生医疗费用支出的，我们不承担给付各项保险金的责任：

- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (3) 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；
- (4) 被保险人服用、吸食或注射毒品（见10.32）；
- (5) 被保险人酒后驾驶（见10.33）、无合法有效驾驶证驾驶（见10.34），或驾驶无合法有效行驶证（见10.35）的机动车（见10.36）；
- (6) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（见10.37），但本合同第9.31、9.35以及9.88条约定的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染不在责任免除范围内；
- (7) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (8) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (9) 遗传性疾病（见10.38）、先天性畸形、变形或染色体异常（见10.39），但本合同第9.36、9.70、9.81、9.82、9.84、9.98、9.105以及9.108条约定的遗传性疾病不在责任免除范围内；





(10) 被保险人从事潜水（见10.40）、跳伞、攀岩（见10.41）、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险（见10.42）、摔跤、武术比赛（见10.43）、特技表演（见10.44）、赛马、赛车等高风险运动；

(11) 被保险人妊娠（含宫外孕）、流产、分娩（含剖腹产）、不孕不育、避孕、节育（含绝育）；

(12) 美容手术、非意外事故所致的外科整形手术、视力矫正、义眼、助听器、义肢、一般身体检查、疗养、康复治疗（见10.45）、牙齿治疗（见10.46）；

(13) 被保险人未遵医嘱使用管制药物或处方药物、未按照说明书所示内容使用非处方药物或有毒物质、于非就诊医院药房购买的药品（特定药品费用医疗保险金责任不受此除外条件限制）或未经医生处方自行购买的药品、医生开具的超过30天部分的药品费用；

(14) 未以书面形式或者双方认可的其他形式告知的既往症（见10.47）、本合同特别约定除外的疾病；

(15) 被保险人献血、捐赠骨髓或任何人体器官、组织；

(16) 基因疗法（见10.48）和细胞免疫疗法（见10.49），但本合同附表2《特定药品清单》或附表3《Car-T治疗药品清单》中列明的药品不在责任免除范围内；

(17) 被保险人接受试验性治疗（即未经科学或医学认可的医疗），或接受未被治疗所在地权威部门批准的治疗。

除上述情形外，因下列情形之一导致被保险人发生特定药品费用支出的，我们不承担给付特定药品费用医疗保险金的责任：

(1) 未经我们审核在医院外药店购买的药品；

(2) 被保险人使用未被治疗所在地权威部门批准或未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物；

(3) 恶性肿瘤特定药品处方的开具与国家食品药品监督管理局批准的说明书中所列明的适应症及用法用量不符；

(4) 相关医学材料不能证明药品对被保险人所罹患的恶性肿瘤有效；

(5) 经审核确定，被保险人的疾病状况对申领药品已经耐药（见10.50）后产生的该药品费用。

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。

4.2 宽限期

若您申请续保，且符合我们的续保条件的，则自保险费约定支付日的次日零时起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，则本合同自宽限期届满的次日零时起效力终止。

7.1 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。

8.1 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，并向您退还本合同的未满期净保险费。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。

8.3 联系方式变更

为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址、电子邮件或电话变更时，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、电子邮件或电话发送的有关通知，均视为已送达给您。

9 重度疾病的定义及范围

9.1 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10.57）（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，见10.58）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10.59）的肿瘤形态学编码属于3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，不在保障范围内：

(1) ICD-O-3肿瘤形态学编码属于0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；

b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

(2) TNM分期（见10.60）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 $<10/50$ HPF和 $ki-67 \leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

9.2 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。

9.5 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，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。

9.9 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）。

9.10 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。

9.12 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（GCS，Glasgow Coma Scale）结果为5分或5分以下，且已经持续使用呼吸机及其他生命维持系统96小时以上。

因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。

9.13 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10.65）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。

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。

9.14 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，如果使用其他视力表应进行换算）；
- (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。

9.16 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。

9.17 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。

9.19 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。

9.23 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。

9.25 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。

9.29 严重心肌病

指被保险人因心肌病导致慢性心功能损害造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级IV级。

心肌病必须经医院的超声心动图检查来确认。

因酗酒或药物滥用导致的心肌病不在保障范围内。

9.34 脊髓灰质炎

脊髓灰质炎是由于脊髓灰质炎病毒感染所致的瘫痪性疾病，临床表现为运动功能损害或呼吸无力。脊髓灰质炎必须明确诊断。本合同仅对脊髓灰质炎造成的神经系统功能损害导致被保险人一肢或一肢以上肢体机能永久完全丧失的情况予以理赔。肢体机能永久完全丧失，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，或不能随意识活动。

9.35 经输血导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

被保险人感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）并且满足下列全部条件：

- （1）在保障起始日或复效日之后，被保险人因输血而感染HIV；
- （2）提供输血治疗的输血中心或医院出具该项输血感染属医疗责任事故的报告，或者法院终审裁定为医疗责任并且不准上诉；
- （3）受感染的被保险人不是血友病患者。

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

任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致的HIV感染不在本合同保障范围内。保险公司必须拥有获得使用被保险人的所有血液样本的权利和能够对这些样本进行独立检验的权利。

9.38 严重弥漫性系统性硬皮病

一种系统性胶原血管病引起进行性的皮肤/血管和内脏器官的弥漫性纤维化。诊断必须明确并由活检和血清学证据支持并且疾病已经影响到心脏、肺或肾脏等内脏器官并且达到下列标准之一：

- （1）肺纤维化，已经出现肺动脉高压、肺心病；
- （2）心脏损害，心脏功能衰竭程度达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级IV级；
- （3）肾脏损害，已经出现肾功能衰竭。

下列疾病除外：

- （1）局限硬皮病；





(2) 嗜酸细胞筋膜炎；

(3) CREST综合征。

9.39 严重冠心病

指根据冠状动脉造影检查结果明确诊断为三支主要血管严重狭窄性病变（至少一支血管管腔直径减少75%以上和其他两支血管管腔直径减少60%以上）。冠状动脉的主要血管指左冠状动脉主干、前降支、左旋支及右冠状动脉。前降支、左旋支及右冠状动脉的分支血管的狭窄不作为本保障的衡量指标。

9.40 严重慢性复发性胰腺炎

指慢性反复发作的胰腺炎症导致胰腺的广泛纤维化、坏死、弥漫性钙化及假性囊肿形成，造成胰腺功能障碍出现严重糖尿病和营养不良。必须满足以下所有条件：

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

(2) 接受胰岛素替代治疗和酶替代治疗180天以上。

酒精导致的慢性复发性胰腺炎不在本保障范围内。

9.45 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本保障范围内。

9.46 慢性肾上腺皮质功能衰竭

指自身免疫性肾上腺炎（既往称：特发性肾上腺皮质萎缩）导致肾上腺萎缩和慢性肾上腺皮质功能减退。必须满足所有以下条件：

(1) 明确诊断，符合所有以下诊断标准：

血浆促肾上腺皮质激素（ACTH）水平测定， $>100\text{pg/ml}$ ；

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；

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。

肾上腺结核、HIV感染或艾滋病、感染、肿瘤所致的原发性肾上腺皮质功能减退和继发性肾上腺皮质功能减退不在本保障范围内。

9.51 原发性骨髓纤维化（PMF）

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

被保险人须经由骨髓活检明确诊断为原发性骨髓纤维化，并满足下列所有条件且持续180天：

(1) 血红蛋白 $<100\text{g/l}$ ；

(2) 白细胞计数 $>25 \times 10^9/\text{L}$ ；

(3) 外周血原始细胞 $\geq 1\%$ ；

(4) 血小板计数 $<100 \times 10^9/\text{L}$ 。

恶性肿瘤、中毒、放射线和感染所致的继发性骨髓纤维化不在保障范围内。

9.53 严重癫痫

本疾病的诊断须由神经科或儿科专科医生根据典型临床症状和脑电图及计算机断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查作出。理赔时必须提供6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痉挛发作或癫痫大发作，且已经实施了神经外科手术以治疗反复发作的癫痫。

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。

9.54 严重感染性心内膜炎

感染性心内膜炎是指因细菌或其他致病菌感染造成心脏内膜感染，瓣膜为最常受累部位，引起心脏瓣膜关闭不全。必须满足下列至少三项条件：

- (1) 急性或亚急性感染性心内膜炎临床表现；
- (2) 血培养病原体阳性；
- (3) 心功能衰竭并实际接受了心脏瓣膜置换手术；
- (4) 并发动脉栓塞导致脑梗塞、肾梗塞或心肌梗塞。

药物滥用者所患感染性心内膜炎除外。

9.56 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。慢性缩窄性心包炎必须被明确诊断并且满足下列所有条件：

- (1) 心功能衰竭达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级IV级，并持续180天以上；
- (2) 已经接受了经下列任何一种手术路径进行的开胸心包剥离手术或心包切除手术：

- ①胸骨正中切口；
- ②双侧前胸切口；
- ③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。

9.57 心脏粘液瘤

指为了治疗心脏粘液瘤，实际实施了开胸开心脏粘液瘤切除手术。

经导管介入手术治疗不在本保障范围内。

9.61 头臂动脉型多发性大动脉炎旁路移植手术

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

非开胸的血管旁路移植手术、因其他病因而进行的旁路移植手术，对其他动脉进行的旁路移植手术，经皮经导管进行的血管内手术不在保障范围内。

9.62 肺淋巴管肌瘤病

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

- (1) 经组织病理学检查明确诊断；
- (2) CT 显示双肺弥漫性囊性改变；
- (3) 肺功能检查显示FEV1和DLC0（CO弥散功能）下降；





(4) 动脉血气分析显示低氧血症。

疑似肺淋巴管肌瘤病除外。

9.64 非阿尔茨海默病致严重痴呆

指因阿尔茨海默病以外的脑的器质性疾病造成脑功能衰竭导致永久不可逆性的严重痴呆，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退。被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，日常生活必须持续受到他人监护。

导致痴呆的疾病必须明确诊断，并且由完整的临床、实验室和影像学检查结果证实。

神经官能症，精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在保障范围内。

9.67 原发性脊柱侧弯矫正手术

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导致的继发性脊柱侧弯而进行的手术治疗不在保障范围内。

9.69 丧失独立生活能力 - 六岁始理

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

被保险人理赔时年龄在六周岁以上。

9.72 脊髓内肿瘤

指脊髓内良性或恶性肿瘤。肿瘤造成脊髓损害导致瘫痪。须满足下列所有条件：

(1) 被保险人实际接受了肿瘤切除的手术治疗；

(2) 手术180天后遗留神经系统损害，无法独立完成下列基本日常生活活动之一或全部：

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。

非脊髓内的其他椎管内肿瘤、脊柱肿瘤、神经纤维瘤不在保障范围内。

9.76 开颅手术

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

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

9.77 系统性红斑狼疮性肾炎尿毒症

系统性红斑狼疮是指由多种因素引起、累及多系统的、并导致肾脏损害的自身免疫性疾病，其诊断须符合世界卫生组织（WHO）狼疮性肾炎分型诊断标准的III至V型、经肾脏活组织病理检查证实并由免疫专科医生确认。

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

不包括仅累及血液及关节的狼疮或其他类型的红斑性狼疮（如盘状狼疮）。





9.79 席汉氏综合征

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

- (1) 产后大出血休克病史；
- (2) 严重腺垂体功能破坏，破坏程度>95%，临床症状严重；
- (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（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）；和
 - ②性激素、甲状腺素、肾上腺皮质激素全面低下；
- (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。

9.81 肾髓质囊性病

肾髓质囊性病是一种遗传性肾脏疾病，特点为肾髓质多发大小不等的囊肿并且伴有小管炎症和间质性肾炎。必须满足下列所有条件：

- (1) 经肾组织活检明确诊断；
- (2) 临床有肾脏衰竭和肾小管功能障碍表现；
- (3) 影像学证据显示肾髓质多发囊肿。

其他肾脏囊性病不在保障范围内。

9.83 重症急性出血坏死性胰腺炎开腹手术

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

因酗酒或饮酒过量所致的急性出血坏死性胰腺炎或经腹腔镜手术进行的治疗不在保障范围内。

9.86 失去一肢及一眼

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

- (1) 一肢体丧失指任何一肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离；
- (2) 一眼视力丧失指一只眼视力永久不可逆性丧失，患眼须满足下列至少一项条件：
 - ①眼球摘除；
 - 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。

除眼球摘除以外，被保险人申请理赔时年龄必须在三周岁以上，并且提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。

9.88 器官移植致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

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

- (1) 在等待期后，被保险人接受器官移植，并因此感染HIV；
- (2) 实施器官移植的医院为三级医院；
- (3) 实施移植医院出具具有法律效力的证明确认移植器官来自HIV感染者。

在任何治愈艾滋病（AIDS）或阻止HIV病毒作用的疗法被发现以后，或能防止AIDS发生的医疗方法被研究出来





以后，本保障将不再予以赔付。

9.89 埃博拉病毒感染

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

- (1) 实验室检查证据证实存在埃博拉病毒感染；
- (2) 存在持续30天以上广泛出血的临床表现。

埃博拉病毒感染疑似病例，在确诊之前已经死亡的不在保障范围内。

9.91 严重川崎病

川崎病（又称皮肤粘膜淋巴结综合征），指以皮肤粘膜出疹、淋巴结肿大和多发性动脉炎为特点的小儿急性发热性疾病。本合同仅对经诊断证实为川崎病且并发冠状动脉瘤或其他心血管异常，且实际接受了针对动脉瘤或其他心血管异常而进行外科手术治疗的情况予以理赔。

9.93 因疾病或外伤导致智力缺陷

因严重头部创伤或疾病造成被保险人智力低常（智力低于常态）或智力残疾。根据智商（IQ）智力低常分为轻度（IQ50-70）；中度（IQ35-50）；重度（IQ20-35）和极重度（IQ<20）。智商70-85为智力临界低常，不在本保障范围内。智商的检测必须由本公司认可的专职心理测验工作者进行，心理测验工作者必须持有心理测量专业委员会资格认定书。根据被保险人年龄采用对应的智力量表如韦克斯勒智力量表（儿童智力量表或成人智力量表）。

理赔时必须满足下列所有条件：

- (1) 被保险人大于或等于六周岁，且确诊时小于二十五周岁；
- (2) 主任医师确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低下；
- (3) 专职合格心理检测工作者适时做的心理检测证实被保险人智力低常（中度、重度或极重度）；
- (4) 被保险人的智力低常自确认日起持续180天以上。

9.97 溶血性尿毒综合征

一种由于感染导致的急性综合征，引起红细胞溶血，肾功能衰竭及尿毒症。溶血性尿毒综合征必须由血液和肾脏专科医师诊断，被保险人确诊时年龄在二十五周岁以下，并且满足下列所有条件：

- (1) 实验室检查确认有溶血性贫血、血尿、尿毒症、血小板减少性紫癜；
- (2) 因肾脏功能衰竭实施了肾脏透析治疗。

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

9.98 亚历山大病

亚历山大病（Alexander's Disease）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障碍。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护理。

未明确诊断的疑似病例除外。

9.99 多发性骨髓瘤

多发性骨髓瘤是浆细胞异常增生的恶性肿瘤。必须满足下列所有条件：





- (1) 骨髓活组织检查符合多发性骨髓瘤的典型骨髓改变;
- (2) 至少存在下列一项:

- ①异常球蛋白血症;
- ②溶骨性损害。

孤立性骨髓瘤不在保障范围内。

9.100 左室室壁瘤切除手术

被保险人被明确诊断为左室室壁瘤，并且实际接受了开胸开心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。

9.103 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。

9.107 严重气性坏疽

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

- (1) 符合气性坏疽的一般临床表现;
- (2) 细菌培养检出致病菌;
- (3) 出现广泛性肌肉及组织坏死，并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。

10.8 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。**

10.9 医院

指**中国境内**（即除香港特别行政区、澳门特别行政区以及台湾地区之外的中华人民共和国领土。）二级及以上社保定点医院普通部（不包括其附属的国际医疗、特需医疗、外宾医疗、干部病房等），不包括精神病院和以康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似功能为主要功能的医疗机构。

10.11 床位费

指被保险人住院期间使用的医院床位的费用，**不包括重症监护室床位费、单人病房、套房、家庭病床。**

10.14 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。**

10.15 药品费

指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，包括西药、中成药和中草药。**药品费不包括在治疗时当地政府适用的《城镇职工基本医疗保险药品目录》及相关规定中不予给付的下列药品：营养补充类药品、免疫功能调节类药品、美容及减肥类药品、预防类药品以及中草药类药品。**

10.18 膳食费

指根据医生的医嘱，由医院内设的专门为住院病人配餐的食堂配送的且符合通常惯例的膳食费用。





膳食费不包括：

- (1) 所住医院外其他营利性餐饮服务机构提供的餐饮费用；
- (2) 不是根据医嘱配送的、在医院对外营业的餐厅或食堂的餐饮费用；
- (3) 不在医院开具的医疗费用清单上的餐饮费用。

10.27 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所约定的某种疾病，而不是指自本合同生效之后第一次经医院确诊患有本合同所约定的某种疾病。

10.28 恶性肿瘤——轻度

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，但不在“恶性肿瘤——重度”保障范围的疾病。且特指下列六项之一：

- (1) TNM分期为 I 期的甲状腺癌；
- (2) TNM分期为T₁N₀M₀期的前列腺癌；
- (3) 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；
- (4) 相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- (5) 相当于Ann Arbor分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- (6) 未发生淋巴结和远处转移且WHO分级为G1级别（核分裂像<10/50 HPF和ki-67≤2%）的神经内分泌肿瘤。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”，不在保障范围内：

ICD-O-3肿瘤形态学编码属于0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

- a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；
- b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等。

10.57 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。

10.64 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。

其余释义内容详见保险条款第10条。

附表1

中意乐优享互联网专属医疗保险（费率可调）保障计划

单位：元

保险责任	年度给付限额	年免赔额	给付比例	
			以有基本医疗保险、有公费医疗或有城乡居民大病保险身份参保	以无基本医疗保险、无公费医疗且无城乡居民大病保险身份参保
保证续保期间内给付限额：800万				
一般医疗保险金	200万	1万	100%*	100%
重度疾病医疗保险金	400万	-		
特定药品费用医疗保险金	200万	-		
质子重离子医疗保险金	100万	-		

* 若被保险人以参加基本医疗保险、公费医疗或城乡居民大病保险的身份投保，但未以参加基本医疗保险、公费医疗或城乡居民大病保险身份就诊且结算的，给付比例为60%。

请您仔细阅读本公司产品条款，确保以上免除保险人责任条款的书面说明内容您已重点关注并理解。

投保人签名 _____

日期：_____年_____月_____日

