



恒大附加尊享安康费用补偿医疗保险条款

阅读指引

本阅读指引有助于您理解条款，对本附加合同内容的解释以条款为准。



您拥有的重要权益

- ❖ 被保险人可以享受本附加合同提供的保障(2.2)
- ❖ 您有解除合同的权利(5.1)



您应当特别注意的事项

- ❖ 在某些情况下，我们不承担保险责任(2.4及其他本公司不予承担保险责任的情形等)
- ❖ 保险事故发生后，请及时通知本公司(3.2)
- ❖ 您应当按时交纳保险费(4.1)
- ❖ 犹豫期后退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策(5.1)
- ❖ 您有如实告知的义务(6.2)
- ❖ 我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请您注意(8)



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（特别是以黑体字标识的内容）。



条款目录

1. 您与我们订立的合同

- 1.1 合同构成
- 1.2 合同成立与生效
- 1.3 投保年龄
- 1.4 犹豫期

2. 我们提供的保障

- 2.1 等待期
- 2.2 保险责任
- 2.3 医疗保险金的计算方法
- 2.4 责任免除
- 2.5 基本保险金额
- 2.6 保险期间及续保

3. 保险金的申请

- 3.1 受益人
- 3.2 保险事故通知
- 3.3 保险金申请
- 3.4 保险金的给付
- 3.5 诉讼时效

4. 保险费的交纳

- 4.1 保险费的交纳
- 4.2 宽限期

5. 合同解除和变更

- 5.1 您解除合同的手续及风险

5.2 合同变更

- 5.3 联系方式变更

6. 明确说明与如实告知

- 6.1 明确说明
- 6.2 如实告知
- 6.3 本公司合同解除权的限制

7. 其他需要关注的事项

- 7.1 年龄错误
- 7.2 附加保险合同的效力
- 7.3 争议处理

8. 释义

恒大附加尊享安康费用补偿医疗保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”和“本公司”指恒大人寿保险有限公司，“本附加合同”指您与本公司之间订立的“恒大附加尊享安康费用补偿医疗保险合同”。

① 您与本公司订立的合同

- 1.1 合同构成** 本附加合同是您与本公司约定保险权利义务关系的协议，包括本附加险条款、保险单、投保单及其他投保文件、合法有效的声明、批注、批单及其他您与本公司共同认可的书面协议。
若本附加合同和主保险合同约定不一致的，以本附加合同的约定为准；若本附加合同没有约定的，以主保险合同的约定为准。
- 1.2 合同成立与生效** 一、本附加合同由主保险合同（以下简称“主险合同”）投保人申请，经本公司同意承保而成立。
二、本附加合同生效日在保险单上载明。
- 1.3 投保年龄** 指投保时被保险人的年龄，投保年龄以**周岁**（见释义8.1）计算，本附加合同接受的投保年龄为0周岁（出生满30日且已健康出院的婴儿）至65周岁（含65周岁）。
- 1.4 犹豫期** 本附加合同的犹豫期，以主保险合同的约定为准。

② 我们提供的保障

- 2.1 等待期** 一、您为被保险人首次投保或非连续投保本附加合同时，自本附加合同生效之日起**30日内**（含第30日）称为等待期。您为被保险人不间断连续投保本保险的续保合同无等待期。
二、被保险人发生**意外伤害**（见释义8.2），由此而导致经本附加合同约定的**医疗机构**（见释义8.3）诊断必须**住院**（见释义8.4）治疗或接受**特殊门诊**（见释义8.5）治疗的，无等待期。
三、您为被保险人首次投保或非连续投保本附加合同时，被保险人于等待期内发生疾病，由此而导致住院治疗或特殊门诊治疗的，无论治疗时间与生效之日是否间隔超过等待期，我们均不承担给付保险金的责任。被保险人在等待期内因发生疾病住院及与该住院视为**同一次住院**（见释义8.6）的治疗，或在等待期内因发生疾病接受特殊门诊治疗及与该特殊门诊治疗原因相同的所有治疗，无论是否延续至等待期后，我们均不承担给付保险金的责任。
- 2.2 保险责任** 在本附加合同有效期内，我们按照以下约定承担保险责任：
一般医疗保险金 一、住院医疗保险金
若被保险人因意外伤害或于等待期后因意外伤害以外的原因发生疾病，并经本附加合同约定的医疗机构诊断必须住院治疗的，我们对于被保险人需**个人支付**（见释义8.7）的合理且必要的**住院医疗费用**（见释义8.8）以及**住院前后门诊急诊费用**（见释义8.9），按本附加合同医疗保险金的计算方法的约定给付住院医疗保险金。
二、特殊门诊医疗保险金
若被保险人因意外伤害或于等待期后因意外伤害以外的原因发生疾病，并经本附加合同约定的医疗机构诊断必须在医院接受以下特殊门诊治疗的：
(一) 门诊**恶性肿瘤放化疗**（见释义8.10）；

(二) 门诊肾透析(见释义 8.11)；

(三) 器官移植后的门诊抗排异治疗。

我们对于被保险人需个人支付的上述合理且必要的门诊医疗费用，按本附加合同医疗保险金的计算方法的约定给付特殊门诊医疗保险金。

三、我们在本附加合同保险期间内累计给付的一般医疗保险金之和以本附加合同约定的**一般医疗保险金的保险金额**为限。

重大疾病医疗保险金

若被保险人因意外伤害或于等待期后因意外伤害以外的原因导致**初次患本附加合同所列的重大疾病**(见释义 8.12)，并经本附加合同约定的医疗机构诊断必须住院治疗或接受特殊门诊治疗的，我们首先按照一般医疗保险金的约定给付一般医疗保险金，当累计给付金额达到一般医疗保险金的保险金额后，我们将按以下约定给付**重大疾病**(见释义 8.13)医疗保险金：

一、重大疾病住院医疗保险金

若被保险人因意外伤害或于等待期后因意外伤害以外的原因导致初次患本附加合同所列的重大疾病，并经本附加合同约定的医疗机构诊断必须住院治疗的，我们对于被保险人需个人支付的合理且必要的住院医疗费用以及住院前后门诊急诊费用，按本附加合同医疗保险金的计算方法的约定给付重大疾病住院医疗保险金。

二、重大疾病特殊门诊医疗保险金

若被保险人因意外伤害或于等待期后因意外伤害以外的原因导致初次患本附加合同所列的重大疾病，并经本附加合同约定的医疗机构诊断必须在医院接受以下特殊门诊治疗的：

(一) 门诊恶性肿瘤放化疗；

(二) 门诊肾透析；

(三) 器官移植后的门诊抗排异治疗。

我们对于被保险人需个人支付的上述合理且必要的门诊医疗费用，按本附加合同医疗保险金的计算方法的约定给付重大疾病特殊门诊医疗保险金。

三、我们在本附加合同保险期间内累计给付的**重大疾病医疗保险金之和**以本附加合同约定的**重大疾病医疗保险金的保险金额**为限。

2.3 医疗保险金的计算方法

一、在本附加合同保险期间内，我们对被保险人发生的属于本附加合同保险责任范围内的医疗保险金的计算公式如下：

$$\text{医疗保险金} = (\text{保险期间内累计个人支付的合理且必要的医疗费用} - \text{免赔额}) \times \text{给付比例}$$

二、每一保险期间内，免赔额按照下列情形计算：

(一) 若从商业保险、侵权方或第三方获得的针对该医疗费用的补偿大于等于人民币 1 万元，则免赔额为从商业保险、侵权方或第三方获得的针对该医疗费用的补偿之和；

(二) 若从商业保险、侵权方或第三方获得的针对该医疗费用的补偿小于人民币 1 万元，则免赔额为人民币 1 万元。

三、对于被保险人在保险责任范围内的每次住院或特殊门诊的就诊，本附加合同约定的给付比例如下：

(一) 若被保险人以社会基本医疗保险身份投保，并以社会基本医疗保险统筹结算的，医疗保险金的给付比例为 100%。若被保险人以社会基本医疗保险身份投保，但未以社会基本医疗保险统筹结算的，医疗保险金的给付比例为 60%。

(二) 若被保险人以未参加社会基本医疗保险身份投保，医疗保险金的给付比例

为 100%。

四、被保险人在本附加合同有效期内开始住院治疗，在本附加合同终止时仍未结束住院治疗的，本公司将继续承担本附加合同规定的保险金给付责任至住院结束，但给付责任最长不超过本附加合同终止之日起第 30 日，且累计给付金额不超过本附加合同的各项责任对应的保险金额。

2.4 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，我们不承担给付保险金的责任：

- (一) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (二) 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (三) 被保险人自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- (四) 被保险人主动吸食或注射毒品（见释义 8.14）；
- (五) 因被保险人斗殴、挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
- (六) 被保险人酒后驾驶（见释义 8.15）、无合法有效驾驶证驾驶（见释义 8.16）或驾驶无有效行驶证（见释义 8.17）的机动车（见释义 8.18）；
- (七) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（见释义 8.19）；
- (八) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (九) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (十) 被保险人从事任何潜水（见释义 8.20）、滑水、跳伞、动力伞、滑翔翼、蹦极跳、搭乘或驾驶有固定航线的付费民用商业航空班机以外的飞行器具、攀岩（见释义 8.21）、探险（见释义 8.22）、武术比赛、摔跤比赛、特技（见释义 8.23）表演、赛马、赛车等高风险运动；
- (十一) 被保险人因精神疾病、酗酒或受酒精的影响、未遵医嘱使用管制药物或处方药物、未按照说明书所示的内容使用非处方药物或有毒物质；
- (十二) 被保险人因妊娠（含异位妊娠）、流产、分娩（含难产）、避孕及节育（含绝育）手术、绝育后复通、药物过敏、食物中毒、椎间盘突出症、整容手术导致的伤害，或因疾病而实施内外科治疗或手术导致的伤害；
- (十三) 被保险人因美容手术、外科整形手术、视力矫正、义眼或助听器、义肢等其他类似设施的装配、一般身体检查、疗养、特别护理或静养、康复性治疗、非手术或药物治疗；
- (十四) 被保险人在本附加合同生效前的既往症，但在投保单上告知并经我们同意承保的，不在此限；
- (十五) 遗传性疾病（见释义 8.24）、先天性畸形、变形或染色体异常（见释义 8.25）；
- (十六) 被保险人作为器官捐献者摘除捐献器官；
- (十七) 被保险人接受实验性治疗（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。

2.5 基本保险金额

- 一、本附加合同的基本保险金额由您在投保时与本公司约定并在保险单上载明，一般医疗保险金和重大疾病医疗保险金的保险金额均等于投保时本附加合同的基本保险金额。
- 二、您为被保险人首次投保本附加合同或非连续投保本附加合同的各续保合同保险期间内基本保险金额不得变更。

2.6 保险期间及续保

- 一、本附加合同的保险期间为 1 年，自本附加合同生效日零时起算。
- 二、本附加合同保险期间届满之前，若我们未收到您不再续保的书面通知，则视为您同意续保，我们将按本附加合同约定的续保条件续保本附加合同。新续保合同的保险期间为新的保险期间，有效期为 1 年，自本附加合同期满日次日零时起算。每次续保，均依此类推。
- 三、自投保人首次投保本保险合同的生效日起，或自投保人非连续投保本保险合同的

生效日起，每5年为一保证续保期间。在保证续保期间内每一保险期间届满时，本公司按续保时被保险人年龄对应的费率收取保险费后，本保险合同将延续有效，本保险合同效力延续有效至下一保险合同周年日零时止，但若于保证续保期间内每一保险期间届满时发生下列情形之一时，本保险合同自动不再接受续保：

- (一) 主保险合同保险期间届满；
- (二) 主保险合同效力中止或终止。

每个保证续保期间届满时，本公司将审核被保险人是否符合续保条件。如果本公司审核同意续保，在此后一个保证续保期间内，投保人按时向本公司支付续期保险费，则本附加合同将延续有效；除上述自动不再续保情形以外本公司不接受续保的，本公司会以书面形式通知投保人。

3 保险金的申请

- | | |
|--------------------|--|
| 3.1 受益人 | 除另有约定外，本附加合同受益人为被保险人本人。 |
| 3.2 保险事故通知 | <p>一、您、被保险人或受益人应于知道保险事故发生之日起10日内通知我们。若故意或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应当及时知道保险事故发生或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。</p> <p>二、若被保险人因急诊未在约定的医疗机构就诊，应在就诊之日起三日内向我们提出书面申请，并根据病情好转情况及时转入约定的医疗机构；我们在接到书面申请后三日内给予答复，对于我们同意被保险人在非约定的医疗机构就诊的，我们依据本附加合同约定给付保险金。</p> |
| 3.3 保险金申请 | <p>一、在本附加合同有效期内，若发生符合本附加合同约定的保险金给付情形，受益人或被保险人的继承人可向我们申请给付保险金，但应当按照下列约定的程序和条件进行：</p> |
| 一般医疗保险金申请 | <p>申请一般医疗保险金的，申请人须填写保险金给付申请书，并向我们提供下列资料：</p> <ul style="list-style-type: none"> (一) 保险合同； (二) 申请人的有效身份证件（见释义8.26）； (三) 本附加合同约定的医疗机构出具的门、急诊医疗手册或病历，诊断书、出院小结及住院病历、医疗费用原始收据或医疗保险分割单，医疗费用明细表或处方； (四) 若已从其它途径获得了医疗费用补偿，则须提供从其他途径报销的凭证； (五) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因及伤害程度等有关的其他资料。 |
| 重大疾病医疗保险金申请 | <p>申请重大疾病医疗保险金的，申请人须填写保险金给付申请书，并向我们提供下列资料：</p> <ul style="list-style-type: none"> (一) 保险合同； (二) 申请人的有效身份证件； (三) 本附加合同约定的医疗机构出具的门、急诊医疗手册或病历，诊断书、出院小结及住院病历、医疗费用原始收据或医疗保险分割单，医疗费用明细表或处方，可证明被保险人所患重大疾病的诊断证明和诊断所患重大疾病必需的检查报告； (四) 若已从其它途径获得了医疗费用补偿，则须提供从其他途径报销的凭 |

证；

(五) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因及伤害程度等有关的其他资料。

二、保险金作为被保险人遗产时，申请人还须提供可证明合法继承权的相关权利文件。

三、上述申请资料不完整的，我们将及时一次性通知申请人补充提供有关资料。

3.4 保险金的给付

一、我们在收到保险金给付申请书及本附加合同约定的资料后，将及时作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定。对属于保险责任的，我们在与受益人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行给付保险金义务。

二、我们未及时履行前款规定义务的，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的损失。

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

四、我们在收到保险金给付申请书及本附加合同约定的资料之日起 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，再给付相应的差额。

3.5 诉讼时效

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

4 保险费的交纳

4.1 保险费的交纳

一、本附加合同的交费方式为您在投保时一次交清。

二、在本附加合同有效期内，若被保险人的社会基本医疗保险状态发生变更时，您或被保险人须及时通知本公司。本公司在接到通知后的下一保单年度按照变更后的社会基本医疗保险状态收取保险费。

4.2 宽限期

一、在本附加合同保险期间届满时，若您符合本附加合同约定的续保条件，则每一保险期间期满日次日零时起 60 日为宽限期。宽限期内发生的保险事故，我们仍会承担保险责任，但在给付保险金时会扣减您欠交的保险费。

二、若您宽限期结束之后仍未支付保险费，则本附加合同自宽限期届满的次日零时起终止。

5 合同解除和变更

5.1 您解除合同的手续及风险

一、若您在犹豫期后申请解除本附加合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：

(一) 保险合同；

(二) 您的有效身份证件。

二、自我们收到解除合同申请书时起，本附加合同终止。若本附加合同在终止之前未发生保险金给付，我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内退还本附加合同的 **未到期净保费**（见释义 8.27）。

5.2 合同变更

本附加合同生效后，若您需变更合同内容，应当向我们提出变更合同的申请，在您与我们达成一致后，可以对合同约定事项进行变更，变更可以用在保险合同上批注、粘贴批单的方式进行。

5.3 联系方式变更

为保障您的合法权益，您的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。若您未以书面形式或双方认可的其他形式通知

我们，我们按本附加合同载明的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达给您。

⑥ 明确说明与如实告知

- | | |
|------------------------|---|
| 6.1 明确说明 | 一、订立本附加合同时，我们应向您说明本附加合同的内容。
二、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口头形式向您作出明确说明，未作提示或明确说明的，该条款不产生效力。 |
| 6.2 如实告知 | 一、我们就您和被保险人的有关情况提出询问的，您应当如实告知。
二、若您故意或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提高保险费率的，我们有权解除本附加合同。
三、您故意不履行如实告知义务，对于本附加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。
四、若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，对于本附加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。
五、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。 |
| 6.3 本公司合同解除权的限制 | 前款约定的合同解除权，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 年龄错误 | 您在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保单上填明，若发生错误按照下列方式办理：
(一) 您申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本附加合同约定的投保年龄限制的，在保险事故发生之前我们有权解除合同，并向您退还本附加合同的未满期净保费。我们行使合同解除权适用“本公司合同解除权的限制”的约定。
(二) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实交保险费少于应交保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。若已经发生保险事故，我们在给付保险金时按实交保险费与应交保险费的比例给付。
(三) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实交保险费多于应交保险费的，我们会将多收的保险费退还给您。 |
| 7.2 附加保险合同的效力 | 出现下列情况时，本附加合同终止：
一、主保险合同撤销、解除、期满、终止；
二、本附加合同约定的终止情形。 |
| 7.3 争议处理 | 在合同履行过程中，双方发生争议的，应协商解决。不能协商解决的，可以达成仲裁协议通过仲裁解决，也可以直接向有管辖权的人民法院提起诉讼。 |

⑧ 释义

- | | |
|---------------|---|
| 8.1 周岁 | 指按法定身份证明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，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。 |
|---------------|---|

- 8.2 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。
- 8.3 医疗机构** 指经中华人民共和国卫生部门正式评定的二级或以上之公立医院，但不包括上述医院的分院、联合病房或联合病床，精神病院，专供康复、休养、戒毒、戒酒、护理、养老等非以直接诊治病人为目的的医疗机构。不包含特需病房、国际部。
- 8.4 住院** 指被保险人因疾病或意外伤害而入住医院之正式病房，接受全天 24 小时监护、护理、治疗的过程，并正式办理入院手续，不包括入住门诊观察室、其他非正式病房、家庭病床、挂床住院及不合理住院形式。
“挂床住院”指被保险人住院期间未全天（连续 24 小时）在医院入住的情况；挂床住院发生的医疗费用，我们不承担给付保险金的责任。
“不合理住院”指被保险人未达到入院标准而办理入院手续或已达到出院标准而不办理出院手续的情形，入院标准按当地卫生部门规定标准执行；不合理住院发生的医疗费用，我们不承担给付保险金的责任。
- 8.5 特殊门诊** 指门诊恶性肿瘤放化疗、门诊肾透析和器官移植后的门诊抗排异治疗。
- 8.6 同一次住院** 若被保险人因同一原因需间歇性入住医院治疗，并且前次出院与后次入院日期的间隔未达 30 日，则视为同一次住院。
- 8.7 个人支付** 个人支付：不包括社会基本医疗保险支付部分，但社保卡个人账户部分支出视为个人支付。
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、医疗救助等政府举办的基本医疗保障项目。
- 8.8 住院医疗费用** 指被保险人住院期间发生的医疗费用，包括：
一、床位费和膳食费
床位费指被保险人住院期间使用的医院床位的费用。膳食费是指根据医生的医嘱且由医院内设的专门为住院病人配餐的食堂配送的并符合通常惯例的膳食费用。
膳食费不包括：
（一）所有医院外其他营利性餐饮服务机构提供的餐饮费用；
（二）不是根据医嘱配送的；
（三）在医院对外营业的餐厅或食堂的餐饮费用；
（四）不在医院开具的医疗费用清单上的餐饮费用。
二、药品费
指在住院以及特殊门诊就医期间根据医生开具的处方所发生的西药、中成药和中草药的费用。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。
三、材料费
指在住院以及特殊门诊就医期间医生或护士（见释义 8.28）在为被保险人进行的各种治疗中所使用的一次性敷料费用。
四、医生费（诊疗费）
指由医生所实施的病情咨询及检查、各种器械或仪器检查、诊断、治疗方案拟定等各项医疗服务所收取的费用。
五、治疗费
指由医生或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、瘻管烧灼、血管穿刺、输血、输液、注射、肌肉封闭、吸氧、冷冻、激光、急救治疗、心肺复苏等而发生的治疗费，具体以所就诊医院的费用项目划分为准。
六、护理费

指住院期间由护士对被保险人提供临床护理服务所收取的费用。包括各级护理、重症监护与专项护理费用。

七、检查化验

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，包括实验室检查、病理检查、放射线检查、CT、核磁共振检查（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。

八、手术费用

包括手术费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、未独立记账的术中用药费、手术设备费、合理且必要的**手术植入材料费**（见释义 8.29）。

九、器官移植费

指经相关**专科医生**（见释义 8.30）明确诊断，根据医学需要必须进行肝脏移植、肾脏移植、心脏移植、肺脏移植或骨髓移植而发生的手术费、辅助治疗费、检验费等。但不包括因器官供体寻找、获取以及从供体切除、储藏、运送器官而发生的相关费用。

8.9 住院前后门诊急诊费用

指住院前后各 7 日内与该次住院相同原因而发生的门诊急诊费用，不包括门诊恶性肿瘤的放化疗费用、门诊肾透析，以及门诊手术费用。

8.10 恶性肿瘤放化疗

恶性肿瘤释义详见本条款第 8.13.1 条

(一) 化疗是指针对肿瘤的化学治疗。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，在医院进行的静脉注射化疗；

(二) 放疗是指针对肿瘤的放射治疗。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。

8.11 肾透析

指根据半透膜的膜平衡原理，使用一段浓度的电解质和葡萄糖组成的透析液和血液中积累的代谢产物、水及电解质进行的透析交换，从而达到治疗终末期肾病目的治疗方式。

8.12 初次患本附加合同所列的重大疾病

指被保险人患同时符合以下条件的重大疾病：

(一) 被保险人自出生后首次出现重大疾病之症状体征；

(二) 被保险人在本附加合同有效期内首次出现重大疾病之症状体征并被确诊患该重大疾病；

(三) 该重大疾病之症状体征符合本附加合同的定义；

(四) 该重大疾病已在本附加合同中列明。

对于被保险人在本附加合同生效日前出现的本附加合同所列的重大疾病之症状、体征或所患的重大疾病，我们均不承担保险责任。

8.13 重大疾病

指被保险人发生符合中国保险行业协会与中国医师协会共同制定的重大疾病保险的疾病定义（共 25 种），应当由专科医生明确诊断。

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。

下列疾病不在本附加合同保障范围内：

(一) 原位癌；

(二) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

(三) 相当于 AnnArbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

(四) 皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；

(五) TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或更轻分期的前列腺癌；

(六) 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

- 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：
- (一) 典型临床表现，例如急性胸痛等；
 - (二) 新近的心电图改变提示急性心肌梗塞；
 - (三) 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；
 - (四) 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%。
- 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：
- (一) 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
 - (二) 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
 - (三) 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。
- 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（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。
- 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、激光射频技术及其他非开胸的介入手术、腔镜手术不在本附加合同保障范围内。
- 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。
- 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. 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：
- (一) 重度黄疸或黄疸迅速加重；
 - (二) 肝性脑病；
 - (三) B 超或其他影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；
 - (四) 肝功能指标进行性恶化。
- 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：
- (一) 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；
 - (二) 实际实施了对脑肿瘤进行的放射治疗。
- 脑垂体瘤、脑囊肿、脑血管性疾病不在本附加合同保障范围内。
- 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：
- (一) 持续性黄疸；
 - (二) 腹水；
 - (三) 肝性脑病；
 - (四) 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本附加合同保障范围内。

- 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：
- (一) 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
 - (二) 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
 - (三) 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。
- 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本附加合同保障范围内。
- 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。
- 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。
- 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：
- (一) 眼球缺失或摘除；
 - (二) 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）；
 - (三) 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，并且提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。
- 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，或不能随意活动。
- 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。
- 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。须从头颅断层扫描（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本附加合同保障范围内。
- 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。神经性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：
- (一) 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
 - (二) 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
 - (三) 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。
- 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：
- (一) 药物治疗无法控制病情；

(二)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。

继发性帕金森综合症不在本附加合同保障范围内。

- 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。
- 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，且静息状态下肺动脉平均压超过 30mmHg。
- 22. 严重运动神经元病** 是一组中枢神经系统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。
- 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本附加合同保障范围内。
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。
- 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：
(一)骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断；
(二)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 $\leq 20 \times 10^9/L$
- 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本附加合同保障范围内。
- 8.14 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。
- 8.15 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。
- 8.16 无合法有效驾驶证驾驶** 指下列情形之一：
(一) 没有驾驶证驾驶；
(二) 驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
(三) 持审验不合格的驾驶证驾驶；
(四) 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。
- 8.17 无有效行驶证** 指下列情形之一：
(一) 机动车被依法注销登记的；
(二) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。
- 8.18 机动车** 指以动力装置驱动或牵引，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。
- 8.19 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；若同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。
- 8.20 潜水** 指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。
- 8.21 攀岩** 攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
- 8.22 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，而故意使自己置身其中的行为。如江河漂流、徒步穿越沙漠或人迹罕见的原始森林等活动。
- 8.23 特技** 指从事马术、杂技、驯兽等特殊活动。
- 8.24 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。
- 8.25 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》（ICD-10）确定。
- 8.26 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，如：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、户口簿等证件。
- 8.27 未到期净保费** 首次投保或非连续投保等于 $\text{保险费} \times (1-25\%) \times (1-\text{经过天数}/\text{保险期间的天数})$ ，经过天数不足一天的按一天计算。
续保等于 $\text{保险费} \times (1-20\%) \times (1-\text{经过天数}/\text{保险期间的天数})$ ，经过天数不足一天的按一天计算。
- 8.28 护士** 指在医院内合法注册的具有护士执业资格且正在执业的护理人员。
- 8.29 手术植入材料** 指在手术过程中由医生植入患者体内、术后无法自由取摘、只能由医生进行开创手术才能取出的材料。手术植入材料包括起搏器、钛钉、钛板、钛网、各种支架、人工关节、人工心脏瓣膜等植入式人工器官等手术中留置体内的生物相容性材料。
- 8.30 专科医生** 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。