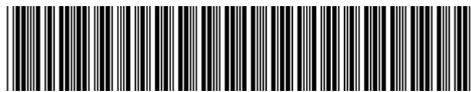


个人人身意外伤害保险A款(互联网)



保险单号：88888888

DZCC24000645214645

鉴于投保人已向本保险人投保个人人身意外伤害保险A款(互联网)，并按本保险合同约定交付保险费，保险人同意按照条款约定承担保险责任，特立本保险单为凭。

本保险合同由保险条款、电子投保手续、保险单或其他保险凭证以及批单组成。

投保人名称：慧女士

投保人证件类型：身份证

投保人证件号码：88888888

投保人手机号：13800138000

投保人电子邮箱：chanpin@huize.com

被保险人姓名：慧宝宝

被保险人证件类型：身份证

证件号码：66666666

被保险人手机号码：13800138000

邮箱地址：

购买份数：1

险种名称	保障内容	保险金额
个人人身意外伤害保险条款A款(互联网)	意外伤害(身故、伤残)	30000.00元
附加君安行人身意外伤害保险(互联网)	乘坐客运民航航班机意外伤害(身故、伤残)	500000.00元
附加君安行人身意外伤害保险(互联网)	乘坐客运轮船意外伤害(身故、伤残)	100000.00元
附加君安行人身意外伤害保险(互联网)	乘坐客运轨道交通车辆意外伤害(身故、伤残)	100000.00元
附加君安行人身意外伤害保险(互联网)	乘坐客运机动车意外伤害(身故、伤残)	100000.00元
附加意外伤害医疗保险E款(互联网)	意外医疗(含门急诊)	10000.00元
个人重大疾病保险(H2022A互联网)	重大疾病保险金A	20000.00元
个人重大疾病保险(H2022A互联网)	重大疾病保险金B	20000.00元
个人重大疾病保险(H2022A互联网)	重大疾病保险金C	20000.00元
个人重大疾病保险(H2022A互联网)	重大疾病保险金D	20000.00元
个人重大疾病保险(H2022A互联网)	重大疾病保险金E	20000.00元
个人重大疾病保险(H2022A互联网)	重大疾病保险金F	20000.00元
附加个人住院医疗保险(互联网)	疾病身故保险	50000.00元
附加个人住院医疗保险(互联网)	住院医疗费用保险(含意外、疾病)	50000.00元
附加个人住院医疗保险(互联网)	住院医疗津贴保险	9000.00元(50.00元/人/天)
附加意外伤害骨折保险(互联网)	意外伤害骨折	1000.00元
附加就医保障费用保险条款	120救护车费用	1000.00元
监护人责任保险(2016版)	监护人责任	10000.00元

保险费：人民币 壹佰贰拾元整 (RMB: 120.00元)

签单公司信息	中国太平洋财产保险股份有限公司 深圳分公司		
地址：	深圳市福田区华富街道皇岗路5001号深业上城(南区)二期60层、59层5901		
邮编：	518027		
电话：	075583298888	传真：	075522695555
核保	周豪健	制单	周豪健
经办	周豪健	公司签章	2024-08-16

保险期间：自 (From) 2024年08月17日 00:00起至 (To) 2025年08月17日 00:00止 共 (Total) 365天 (days)

免赔：

详见保险条款及特别约定

特别约定：

- 1、本保险产品承保年龄为3-25周岁（含），身体健康、能正常生活的中国境内（不含港澳台）各类大、中、小学、幼儿园或中等专业学校全日制非体育类专业或院校的在籍学生，若被保险人投保时患有精神、行为障碍或患有恶性肿瘤、心脏病、肢体瘫痪、白血病、心律失常、心功能不全II级或II级以上、癫痫、阿尔茨海默病、帕金森病、系统性红斑狼疮、接受过器官移植、先天性疾病则不在承保范围内。
 - 2、同一被保险人同一保险期间内限投一份，多投无效。
 - 3、本保险保险期限为一年，保单生效时间最早为投保成功并缴纳保费后的第2天零时。
 - 4、如本保险产品的被保险人为未成年人，需由未成年人的父母或法定监护人代为投保。
 - 5、根据《中国保监会关于父母为其未成年子女投保以死亡为给付保险金条件人身保险有关问题的通知》【保监发（2015）90号】规定，对于被保险不满10周岁的，死亡给付保险金额总和不得超过人民币20万元；被保险人已满10周岁但未满18周岁的，死亡给付保险金额总和不得超过人民币50万元。本保险可承保的未成年被保险人身故保险金额为中国保监会规定的限额扣除其在本公司及其他保险公司已经参保的身故保险金额后的差额部分（不包含航空意外死亡保险金额及重大自然灾害意外死亡保险金额）。
 - 6、本保险产品保障范围为中华人民共和国境内（不含港澳台地区）发生的保险事故。
 - 7、医院机构就诊、等待期及医疗责任报销范围：
 - (1) 医院范围：限中国境内（不含港澳台）二级及二级以上的公立医院普通部；但不包括特需部、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP部、联合医院、诊所、康复中心或类似机构，被保险人在上述医院进行治疗的保险人均不予以理赔。
 - (2) 等待期：意外伤害无等待期；疾病医疗、疾病身故、疾病住院津贴责任等待期为60天；重大疾病等待期为90天；续保无等待期。
 - (3) 报销范围：“意外伤害医疗”责任，不限制社保范围，意外医疗每次事故免赔0元，赔付比例100%；“住院医疗费用”责任，仅限社保范围内赔付，每次事故免赔额100元，经社保报销后赔付比例为100%，未经社保报销，则赔付比例为80%，自费药赔付比例为70%（仅限自费药不含其它自费项目）。
 - (4) 除外医院：
 - a. 北京市的平谷区、密云区、怀柔区所有医院；
 - b. 江苏省的南通市所有医院；
 - c. 天津市的滨海、静海地区所有医院；
 - d. 辽宁省的铁岭市所有医院；
 - e. 吉林省的长春市、四平市所有医院；
 - f. 黑龙江省中医院、鸡西市、黑河市所有医院；
 - g. 河南省的信阳市、焦作市、新乡市、开封市所有医院；
 - h. 山东省的禹城市、栖霞市所有医院、青岛市即墨区中医医院、济宁市金乡县人民医院、鱼台县人民医院；
 - i. 山西省运城市盐湖区人民医院；
 - j. 四川省的宜宾市、内江市、雅安市所有医院。
 - k. 河北省保定市、三河市、青龙县、廊坊市、承德市所有医院。
 - l. 内蒙古自治区赤峰市所有医院。
 - m. 以及主要作为诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构。
- 请注意：被保险人在上述医院进行治疗的保险人均不予以理赔，建议您去其他区域的二级或二级以上公立医院就医。被保险人须在保险人认可的医疗机构治疗。意外伤害急救不受此医疗机构级别的限制，但经急救情况稳定后，须转入指定就诊医院治疗。
- 8、本保险“住院医疗津贴”责任，每次事故免赔3天，单次住院最高给付天数以30天为限，累计给付以180天为限。
- 9、本保险合同提供保障的重大疾病共有110种，分六组，两次重大疾病的确诊间隔时间需不少于180天。若间隔时间不满足前述约定的，则保险人不承担再行给付重大疾病保险金的保险责任；若本保险合同所约定的重大疾病已发生过保险金赔付的，重新投保时保险人对该重大疾病所属组别中包括的所有重大疾病均不再提供保障。
- 10、本保险“附加君安行人身意外伤害保险（互联网）”的乘坐交通意外保险责任，含被保险人乘坐校车在行驶过程中或为维护车辆继续运行（包括加油、加水、故障修理、换胎等）的临时停放过程中在机动车车厢内遭受意外伤害。
- 11、本产品意外伤害骨折保险，保障被保险人遭受意外伤害事故被符合本产品医疗机构的专科医生确诊为《意外伤害骨折和关节脱位类型与保险金给付比例表》所列骨折或关节脱位之一的，按被保险人骨折或关节脱位所对应的给付比例乘以保险金额给付骨折保险金。被保险人因同一意外伤害事故导致一项以上骨折或关节脱位时，按高者给付。
- 12、本保险监护人责任的被监护人为本主险产品的被保险人本人。
- 13、本保险附加就医保障费用保险中的120救护车费用保障，无等待期，每次事故免赔0元，累计给付金额以保险单载明的救护车费用保险金额为限。
- 14、太平洋产险全国统一客户投诉电话：95500语音提示或按#号键-3-2-4

中国国际进口博览会
指定保险服务商

签单公司信息	中国太平洋财产保险股份有限公司 深圳分公司				
地址：	深圳市福田区华富街道皇岗路5001号深业上城（南区）二期60层、59层5901				
邮编：	518027				
电话：	075583298888		传真：	075522695555	
核保	周豪健	制单	周豪健	经办	周豪健
					保单专用章 2024-08-16

委托销售机构/营销员名称： 深圳市得同保险代理有限公司

明示告知：

- 1、保险人已向投保人说明保险合同的条款内容，并就免除保险人责任的条款进行了明确说明，投保人已了解该条款的真实含义和法律后果。
- 2、收到本保险单后即请核对，如有不符或疏漏请及时通知保险人并办理变更或补充手续。

理赔服务提示：

如您在保险合同生效期间不幸发生保险事故，请在24小时内通过热线电话95500报案，我们将在接到您报案后的1个工作日内与您联系，指导并协助您办理理赔事宜。

您也可以扫描右方二维码，关注公众微信号后，选择“享服务”进行小额案件的自助报案理赔，意外险、健康险请选择“意健险小额理赔”；家财险、责任险等请选择“非车险专享赔线上理赔”。



合同争议解决方式： 诉讼 仲裁 仲裁机构名称：



中国国际进口博览会
指定保险服务商

签单公司信息		中国太平洋财产保险股份有限公司 深圳分公司	
地址：		深圳市福田区华富街道皇岗路5001号深业上城（南区）二期60层、59层5901	
邮编：		518027	
电话：		075583298888 传真： 075522695555	
核保	周豪健	制单	周豪健
经办	周豪健	承保	周豪健
		保单专用章	
		2024-08-16	



中国太平洋财产保险股份有限公司

个人人身意外伤害保险 A 款（互联网）条款

注册号：C00001432312022022417463

第一部分 基本条款

第一条 保险合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。

第二条 被保险人和投保人

一、被保险人

身体健康、能正常生活或正常工作的自然人，均可作为本保险合同的被保险人。

二、投保人

投保人应为具有完全民事行为能力的被保险人本人、对被保险人有保险利益的其他人。

第三条 受益人

本保险合同的受益人包括：

一、身故保险金受益人

订立本保险合同时，被保险人或投保人可指定一人或数人为身故保险金受益人。身故保险金受益人为数人时，应确定其受益顺序和受益份额；未确定受益份额的，各身故保险金受益人按照相等份额享有受益权。

被保险人死亡后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人的遗产，由保险人依照《中华人民共和国民法典》的规定履行给付保险金的义务：

- （一）没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；
- （二）受益人先于被保险人死亡，没有其他受益人的；
- （三）受益人依法丧失受益权或者放弃受益权，没有其他受益人的。

受益人与被保险人在同一事件中死亡，且不能确定死亡先后顺序的，推定受益人死亡在先。

受益人故意造成被保险人死亡或者残疾的，或者故意杀害被保险人未遂的，该受益人丧失受益权。

被保险人或投保人可以变更身故保险金受益人，但需书面通知保险人，由保险人在本保险合同上批注。对因身故保险金受益人变更发生的法律纠纷，保险人不承担任何责任。

投保人指定或变更身故保险金受益人的，应经被保险人书面同意。

二、残疾保险金受益人

除另有约定外，本保险合同的残疾保险金的受益人为被保险人本人。

第四条 如实告知

订立保险合同，保险人就保险标的或者被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本保险合同。

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

投保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，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。

保险人依据本条所述取得的保险合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

第五条 被保险人职业变更

一、被保险人变更职业或工种时，投保人或被保险人应在 15 日内以书面形式通知保险人。

二、被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人在接到通知后有权解除本保险合同并按照接到通知之日退还原职业或工种所对应的未满期净保险费。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类仍可承保的或在拒保范围内但保险人认定可以继续承保的，保险人按照接到通知之日计算并退还原职业或工种所对应的未满期净保险费，投保人补交按照保险人接到通知之日计算的新职业或工种所对应的未满期净保险费。

三、被保险人所变更的职业或工种，依照保险人职业分类其危险性增加，且未依本条约定通知保险人而发生保险事故的，保险人按其原交保险费与新职业或工种所对应的保险费的比例计算并给付保险金。**被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内，保险人不承担给付保险金的责任。**

第六条 合同变更

一、在本保险合同有效期内，经投保人和保险人协商，可以变更本保险合同的有关内容。变更时应当由保险人在保险单或者其他保险凭证上予以批注或附贴批单，或由投保人和保险人订立变更的书面协议。

二、投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第七条 合同解除与终止

在本保险合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本保险合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

- 一、保险合同解除申请书；
- 二、保险单原件；
- 三、保险费交付凭证；
- 四、投保人身份证明或投保单位证明。

投保人要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还保险单的未满期净保险费。

第八条 争议处理

一、因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国（不含港、澳、台地区，下同）法院起诉。

二、与本保险合同有关的以及履行本保险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律。

三、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。

第二部分 保险责任和责任免除

第九条 保险责任

在本保险合同的保险期间内，被保险人遭受意外伤害，保险人按下列约定给付保险金。

本保险合同所称意外伤害，指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。

一、身故保险责任

被保险人自意外伤害发生之日起 180 日内以该次意外伤害为直接原因身故的，保险人按保险单所载该被保险人意外伤害保险金额给付身故保险金。

被保险人因遭受意外伤害事故且自该事故发生日起下落不明，后经中华人民共和国法院宣告死亡的，保险人按保险金额给付身故保险金。但若被保险人被宣告死亡后生还的，保险金申请人应于知道或应当知道被保险人生还后 30 日内退还保险人给付的身故保险金。

被保险人身故或被宣告死亡前保险人已给付本条款约定的残疾保险金的，身故保险金应扣除已给付的保险金。

二、残疾保险责任

在本保险合同的保险期间内，被保险人遭受意外伤害并自意外伤害发生之日起 180 日内以该次意外伤害为直接原因致《人身保险伤残评定标准及代码》[中国保险监督管理委员会发布(保监发[2014]6 号)并经国家标准化委员会备案(JR/T 0083-2013)，以下简称《伤残评定标准》]所列残疾之一的，保险人按本保险合同所载的该被保险人意外伤害保险金额及该项残疾所对应的给付比例给付残疾保险金。如自意外伤害发生之日起第 180 日时治疗仍未结束，按第 180 日的身体情况进行鉴定，并据此给付残疾保险金。**如被保险人的残疾程度不在《人身保险伤残评定标准及代码》之列，保险人不承担给付残疾保险金责任。**

人身保险伤残程度等级相对应的保险金给付比例分为十档，伤残程度第一级对应的保险金给付比例为 100%，伤残程度第十级对应的保险金给付比例为 10%，每级相差 10%。

当同一保险事故造成两处或两处以上残疾时，应首先对各处残疾程度分别进行评定，如果几处残疾等级不同，以最重的残疾等级作为最终的评定结论；如果最重的两处或两处以上残疾等级相同，残疾等级在原评定基础上最多晋升一级，最高晋升至第一级。同一部位和性质的残疾，不应采用《伤残评定标准》条文两条以上或者同一条文两次以上进行评定。

被保险人如在本次保险事故之前已有残疾，保险人按合并后的残疾程度在《伤残评定标准》中所对应的给付比例给付残疾保险金，**但应扣除原有残疾程度在《伤残评定标准》所对应的给付比例给付残疾保险金。**

三、保险人对被保险人所负身故、残疾保险金给付责任以保险单所载被保险人的意外伤害保险金额为限，一次或累计给付的保险金达到意外伤害保险金额时，保险人对被保险人的保险责任终止。

第十条 责任免除

一、因下列原因之一，直接或间接造成被保险人身故、残疾的，保险人不负任何给付保险金责任：

- (一) 投保人对被保险人的故意杀害或伤害；
- (二) 被保险人自致伤害或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- (三) 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；
- (四) 被保险人违法、犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (五) 被保险人因疾病导致的伤害，包括但不限于猝死、食物中毒、高原反应、中暑、病毒和细菌感染（意外伤害导致的伤口感染不在此限）；
- (六) 被保险人因妊娠、流产、分娩导致的伤害，但意外伤害所致的流产或分娩不在此限；
- (七) 被保险人因药物过敏、整容手术、内外科手术或其他医疗行为导致的伤害；
- (八) 被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；
- (九) 被保险人因意外伤害、自然灾害事故以外的原因失踪而被法院宣告死亡的；
- (十) 被保险人从事高风险运动、参加任何职业或半职业体育运动期间；
- (十一) 任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
- (十二) 恐怖袭击。

二、下列任一情形下，保险人对被保险人身故、残疾不负任何给付保险金责任：

- (一) 被保险人精神失常或精神错乱期间；
- (二) 战争、军事行动、暴动或武装叛乱期间；
- (三) 被保险人醉酒或受毒品、管制药物的影响期间；
- (四) 被保险人酒后驾车、无有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车期间。

第三部分 保险期间、保险金额和保险费

第十一条 保险期间

本保险合同保险期间由保险人和投保人协商确定，并在保单中载明。

第十二条 保险金额和保险费

- 一、本保险合同保险金额由投保人与保险人在投保时约定。
- 二、投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。

本保险合同约定一次性交付保险费或对保险费交付方式、交付时间没有约定的，投保人应在保险责任起始日前一次性交付保险费；约定以分期付款方式交付保险费的，投保人应按期交付第一期保险费。投保人未按本款约定交付保险费的，本保险合同不生效，保险人不承担保险责任。

如果发生投保人未按期足额交付保险费或不按约定日期交付第二期或以后任何一期保险费的情形，从违约之日起，保险人有权解除本保险合同并追收已经承担保险责任期间的保险费和利息，本保险合同自解除通知送达投保人时解除。被保险人在合同解除前发生保险事故的，保险人应当按照合同约定承担保险金赔付责任，但需扣减欠交的保险费。

第四部分 保险金的申请和给付

第十三条 保险事故通知

投保人、被保险人或者保险金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除外。**

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

第十四条 保险金的申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。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该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

一、身故保险金申请

- (一) 保险金给付申请书；
- (二) 保险单原件；
- (三) 保险金申请人的身份证明；

(四) 公安部门出具的被保险人户籍注销证明、中华人民共和国境内二级以上(含二级)或保险人认可的医疗机构出具的被保险人身故证明书。若被保险人为宣告死亡，保险金申请人应提供中华人民共和国法院出具的宣告死亡证明文件；

(五) 事发当地政府有关部门出具的意外伤害事故证明或者中华人民共和国驻该国的使、领馆出具的意外伤害事故证明；

(六) 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；

(七) 若保险金申请人委托他人申请的，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。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。

二、残疾保险金申请

- (一) 保险金给付申请书；
- (二) 保险单原件；
- (三) 保险金申请人的身份证明；

(四) 中华人民共和国境内二级以上(含二级)或保险人认可的医疗机构或司法鉴定机构出具的残疾程度鉴定诊断书；

(五) 事发当地政府有关部门出具的意外伤害事故证明或者中华人民共和国驻该国的使、领馆出具的意外伤害事故证明；

(六) 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；

(七)若保险金申请人委托他人申请的,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。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。

三、保险人认为保险金申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的,将及时一次性通知补充提供。

第十五条 保险金的给付

一、保险人收到被保险人的给付保险金的请求后,应当及时作出是否属于保险责任的核定;情形复杂的,应当在三十日内作出核定,但保险合同另有约定的除外。

二、保险人应当将核定结果通知被保险人;对属于保险责任的,在与被保险人达成给付保险金的协议后十日内,履行给付保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的,保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后,对不属于保险责任的,应当自作出核定之日起三日内向被保险人发出拒绝给付保险金通知书,并说明理由。

三、保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内,对其给付的数额不能确定的,应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付;保险人最终确定给付的数额后,应当支付相应的差额。

第五部分 其他事项

第十六条 释义

除另有约定外,本保险合同中的下列词语具有如下含义:

保险人:指与投保人签订本保险合同的中国太平洋财产保险股份有限公司。

高风险运动:指比一般常规性的运动风险等级更高、更容易发生人身伤害的运动,在进行此类运动前需有充分的心理准备和行动上的准备,必须具备一般人不具备的相关知识和技能或者必须在接受专业人士提供的培训或训练之后方能掌握。被保险人进行此类运动时须具备相关防护措施或设施,以避免发生损失或减轻损失,包括但不限于潜水,滑水,滑雪,滑冰,驾驶或乘坐滑翔翼、滑翔伞,跳伞,攀岩运动,探险活动,武术比赛,摔跤比赛,柔道,空手道,跆拳道,马术,拳击,特技表演,驾驶卡丁车,赛马,赛车,各种车辆表演、蹦极。

醉酒:指被保险人血液中的酒精含量大于或者等于80mg/100mL。

无有效驾驶证驾驶:指下列情形之一:

- 1、没有取得驾驶资格;
- 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。

无有效行驶证:指下列情形之一:

- 1、机动车被依法注销登记的;
- 2、未依法按时进行或通过机动车安全技术检验(有证据证明出险时的机动车符合机动车安全技术条件的除外)。

未到期净保险费:

除保单另有约定外, 未到期净保险费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]×(1-费用比例), 经过天数不足一天的按一天计算, 费用比例为35%。

保险金申请人: 指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

不可抗力: 指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

中国太平洋财产保险股份有限公司

附加君安行人身意外伤害保险(互联网)条款

注册号: C00001432322021122029373

第一部分 基本条款

第一条 合同效力

本保险合同附加于含意外伤害保险责任的各类个人人身保险合同(以下简称“主险合同”),依主险合同投保人的申请,经保险人审核同意而订立。主险合同效力终止,本保险合同效力亦终止;主险合同无效,本保险合同亦无效。主险合同与本保险合同相抵触之处,以本保险合同为准。本保险合同未约定事项,以主险合同为准。

第二条 被保险人

凡主险合同的被保险人,均可作为本保险合同的被保险人。

第三条 受益人

本保险合同的受益人包括:

一、身故保险金受益人

订立本保险合同时,被保险人或投保人可指定一人或数人为身故保险金受益人。身故保险金受益人为数人时,应确定其受益顺序和受益份额;未确定受益份额的,各身故保险金受益人按照相等份额享有受益权。

被保险人死亡后,有下列情形之一的,保险金作为被保险人的遗产,由保险人依照《中华人民共和国民法典》的规定履行给付保险金的义务:

- (一) 没有指定受益人,或者受益人指定不明无法确定的;
- (二) 受益人先于被保险人死亡,没有其他受益人的;
- (三) 受益人依法丧失受益权或者放弃受益权,没有其他受益人的。

受益人与被保险人在同一事件中死亡,且不能确定死亡先后顺序的,推定受益人死亡在先。

受益人故意造成被保险人死亡或者残疾的,或者故意杀害被保险人未遂的,该受益人丧失受益权。

被保险人或投保人可以变更身故保险金受益人,但需书面通知保险人,由保险人在本保险合同上批注。**对因身故保险金受益人变更发生的法律纠纷,保险人不承担任何责任。**

投保人指定或变更身故保险金受益人的,应经被保险人书面同意。

二、残疾保险金受益人

除另有约定外,本保险合同的残疾保险金的受益人为被保险人本人。

第二部分 保险责任和责任免除

第四条 保险责任

一、在本保险合同的保险期间内,保险人按照与投保人的约定对被保险人遭受的以下风险中的一类或几类承担保险责任:

驾驶意外:被保险人驾驶非营运性质的机动车,在行驶过程中或为维护车辆继续运行(包括加油、加水、故障修理、换胎等)的临时停放过程中在机动车车厢内遭受意外伤害;

乘坐意外:被保险人乘坐他人合法驾驶的非营运性质的机动车,在行驶过程中或为维护车辆继续运行(包括加油、加水、故障修理、换胎等)的临时停放过程中在机动车车厢内遭受意外伤害;

公共交通意外:被保险人以乘客身份乘坐保险单中载明的客运公共交通工具期间遭受的交通意外伤害;其中,被保险人乘坐客运轮船时,该期间指自被保险人踏上轮船甲板时至离开轮船甲板时止;被保险人乘坐客运民航班机时,该期间指自被保险人进入客运民航班机的舱门时起至飞抵目的地走出舱门时止;

本保险合同所称意外伤害,指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。

二、在本保险合同的保险期间内,被保险人遭受投保时约定的风险,保险人按下列约定给付保险金。

(一)身故保险责任

被保险人自意外伤害发生之日起 180 日内以该次意外伤害为直接原因身故的,保险人按保险单所载该类风险所对应的该被保险人意外伤害保险金额给付身故保险金。

被保险人因遭受意外伤害事故且自该事故发生日起下落不明,后经中华人民共和国法院宣告死亡的,保险人按保险金额给付身故保险金。但若被保险人被宣告死亡后生还的,保险金申请人应于知道或应当知道被保险人生还后 30 日内退还保险人给付的身故保险金。

被保险人身故或被宣告死亡前保险人已给付本条款约定的残疾保险金的,身故保险金应扣除已给付的保险金。

(二)残疾保险责任

被保险人自意外伤害发生之日起 180 日内以该次意外伤害为直接原因致《人身保险伤残评定标准及代码》[中国保险监督管理委员会发布(保监发[2014]6 号)并经国家标准化委员会备案(JR/T 0083-2013),以下简称《人身保险伤残评定标准及代码》]所列残疾之一的,保险人按保险单所载该类风险所对应的该被保险人意外伤害保险金额及该项残疾所对应的给付比例给付残疾保险金。如自意外伤害发生之日起第 180 日时治疗仍未结束,按第 180 日的身体情况进行鉴定,并据此给付残疾保险金。**如被保险人的残疾程度不在所附《人身保险伤残评定标准及代码》之列,保险人不承担给付残疾保险金责任。**

人身保险伤残程度等级相对应的保险金给付比例分为十档,伤残程度第一级对应的保险金给付比例为 100%,伤残程度第十级对应的保险金给付比例为 10%,每级相差 10%。

当同一保险事故造成两处或两处以上残疾时,应首先对各处残疾程度分别进行评定,如果几处残疾等级不同,以最重的残疾等级作为最终的评定结论;如果最重的两处或两处以上伤残等级相同,残疾等级在原评定基础上最多晋升一级,最高晋升至第一级。**同一部位和性质的伤残,不应采用《人身保险伤残评定标准及代码》条文两条以上或者同一条文两次以上进行评定。**

被保险人如在本次保险事故之前已有残疾,保险人按合并后的残疾程度在《人身保险伤残评定标准及代码》中所对应的给付比例给付残疾保险金,但应扣除原有残疾程度在《人身保险伤残评定标准及代码》所对应的给付比例给付残疾保险金。

(三)保险人对每一被保险人遭遇投保时约定的任一类风险所负的身故保险金、残疾保险金给付责任,以保险单所载该类风险所对应的该被保险人意外伤害保险金额为限,一次或累计给付的保险金达到该类风险所对应的意外伤害保险金额时,保险人对该被保险人

所负的该类风险的保险责任终止。

第五条 责任免除

一、因下列原因之一，直接或间接造成被保险人身故、残疾的，保险人不负任何给付保险金责任：

- (一) 投保人对被保险人的故意杀害或伤害；
- (二) 被保险人自致伤害或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- (三) 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；
- (四) 被保险人违法、犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (五) 被保险人因疾病导致的伤害，包括但不限于猝死、食物中毒、高原反应、中暑、病毒和细菌感染（意外伤害导致的伤口感染不在此限）；
- (六) 被保险人因妊娠、流产、分娩导致的伤害，但意外伤害所致的流产或分娩不在此限；
- (七) 被保险人因药物过敏、整容手术、内外科手术或其他医疗行为导致的伤害；
- (八) 被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；
- (九) 被保险人因意外伤害、自然灾害事故以外的原因失踪而被法院宣告死亡的；
- (十) 被保险人从事高风险运动、参加任何职业或半职业体育运动，包括但不限于各种车辆表演、车辆竞赛或训练等；
- (十一) 被保险人不遵守有关安全驾驶或乘坐的规定；
- (十二) 被保险人驾驶超载机动车辆，因车辆超载引起的意外事故而遭受的伤害；
- (十三) 任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
- (十四) 恐怖袭击。

二、下列任一情形下，保险人对被保险人身故、残疾不负任何给付保险金责任：

- (一) 被保险人精神失常或精神错乱期间；
- (二) 战争、军事行动、暴动或武装叛乱期间；
- (三) 被保险人醉酒或受毒品、管制药物的影响期间；
- (四) 被保险人酒后驾车、无有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车期间。

第三部分 保险期间和保险金额

第六条 保险期间

本保险合同保险期间由保险人和投保人协商确定，并在保单中载明。

第七条 保险金额

本保险合同保险金额由投保人与保险人在投保时约定。

第四部分 保险金的申请和给付

第八条 保险金的申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时,应提交以下材料。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该申请的真实性的,保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

一、身故保险金申请

(一) 保险金给付申请书;

(二) 保险单原件;

(三) 保险金申请人的身份证明;

(四) 公安部门出具的被保险人户籍注销证明、中华人民共和国境内二级以上(含二级)或保险人认可的医疗机构出具的被保险人身故证明书。若被保险人为宣告死亡,保险金申请人应提供中华人民共和国法院出具的宣告死亡证明文件;

(五) 事发当地政府有关部门出具的意外伤害事故证明或者中华人民共和国驻该国的使、领馆出具的意外伤害事故证明;

(六) 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;

(七) 若保险金申请人委托他人申请的,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。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。

二、残疾保险金申请

(一) 保险金给付申请书;

(二) 保险单原件;

(三) 保险金申请人的身份证明;

(四) 中华人民共和国境内二级以上(含二级)或保险人认可的医疗机构或司法鉴定机构出具的残疾程度鉴定诊断书;

(五) 事发当地政府有关部门出具的意外伤害事故证明或者中华人民共和国驻该国的使、领馆出具的意外伤害事故证明;

(六) 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;

(七) 若保险金申请人委托他人申请的,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。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。

三、保险人认为保险金申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的,将及时一次性通知补充提供。

第九条 保险金的给付

一、保险人收到被保险人的给付保险金的请求后,应当及时作出是否属于保险责任的核定;情形复杂的,应当在三十日内作出核定,但保险合同另有约定的除外。

二、保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向被保险人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

三、保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

第五部分 其他事项

第十条 释义

除另有约定外，本保险合同中的下列词语具有如下含义：

保险人：指与投保人签订本保险合同的中国太平洋财产保险股份有限公司。

公共交通工具：主要指具有政府部门登记许可，从事旅客运输的各种公共汽车、大中型出租车、火车（包含其他轨道交通工具）、轮船（包含轮渡）、飞机等正在运营中的交通工具。

高风险运动：指比一般常规性的运动风险等级更高、更容易发生人身伤害的运动，在进行此类运动前需有充分的心理准备和行动上的准备，必须具备一般人不具备的相关知识和技能或者必须在接受专业人士提供的培训或训练之后方能掌握。被保险人进行此类运动时须具备相关防护措施或设施，以避免发生损失或减轻损失，包括但不限于潜水，滑水，滑雪，滑冰，驾驶或乘坐滑翔翼、滑翔伞，跳伞，攀岩运动，探险活动，武术比赛，摔跤比赛，柔道，空手道，跆拳道，马术，拳击，特技表演，驾驶卡丁车，赛马，赛车，各种车辆表演、蹦极。

醉酒：指被保险人血液中的酒精含量大于或者等于80mg/100mL。

无有效驾驶证驾驶：指下列情形之一：

- （1）没有取得驾驶资格；
- （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。

无有效行驶证：指下列情形之一：

- （1）机动车被依法注销登记的；
- （2）未依法按时进行或通过机动车安全技术检验（有证据证明出险时的机动车符合机动车安全技术条件的除外）。

保险金申请人：指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

中国太平洋财产保险股份有限公司
附加意外伤害医疗保险 E 款（互联网）条款

注册号：C00001432522022111128141

第一部分 基本条款

第一条 合同效力

本保险合同附加于含意外伤害保险责任的各类个人人身保险合同（以下简称“主险合同”），依主险合同投保人的申请，经保险人审核同意而订立。主险合同效力终止，本保险合同效力亦终止；主险合同无效，本保险合同亦无效。主险合同与本保险合同相抵触之处，以本保险合同为准。本保险合同未约定事项，以主险合同为准。

第二条 被保险人

凡主险合同的被保险人，均可作为本保险合同的被保险人。

第三条 受益人

除另有约定外，本保险合同的保险金受益人为被保险人本人。

第四条 合同终止

发生下列情形之一，本保险合同即时终止：

- 一、主险合同无效、解除、终止或保险期间届满；
- 二、本保险合同保险期间届满；
- 三、本保险合同约定的其他情形。

主险合同无效、解除、终止而导致本保险合同终止的，保险人向投保人退还现金价值，但保险人已根据本保险合同约定给付保险金的除外；主险合同按约定不退还保险费的，本保险合同也不退还现金价值。

第二部分 保险责任和责任免除

第五条 保险责任

在本保险合同的保险期间内，被保险人遭受主险合同责任范围内的意外伤害，在保险人认可的医疗机构治疗所支出的合理且必要的医疗费用，保险人按下列约定承担保险金给付责任：

一、保险人对于每次事故的医疗费用，按保险单约定的给付范围、免赔额及给付比例，在保险单所载该被保险人意外伤害医疗保险金额内给付意外伤害医疗保险金。保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，保险人继续承担保险金给付保险责任，除另有约定外，住院治疗者最长至意外伤害发生之日起第一百八0日止，门诊治疗者最长至意外伤害发生之日起第十五日止。

应当给付的保险金=(被保险人发生的医疗费用的有效金额-免赔额)*给付比例

说明：

(1) 被保险人发生的医疗费用的有效金额=被保险人每次就诊发生的合理且必要的属于保险责任范围内的医疗费用-被保险人实际从公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险取得的医疗费用补偿金额总和-被保险人实际从工作单位、保险人在内的商业保险公司等任何其他途径取得的医疗费用补偿金额总和。

(2) 免赔额：除另有约定外，本合同的免赔额为 100 元。

(3) 给付比例：指医疗费用给付比例，除另有约定外，本合同的给付比例为 80%。若被保险人已从保险人在内的商业保险机构获得医疗费用补偿，则给付比例较保险单约定的给付比例增加 5 个百分点，但同时，增加后的给付比例最高不超过 100%。

免赔额、给付比例分别按照被保险人是否享有社会医疗保险、公费医疗保障、城乡居民大病保险及其他商业保险由投保人和保险人在投保时约定。

二、在保险期间内，保险人按照本条约定对被保险人所负的意外伤害医疗保险金给付责任以保险单所载被保险人的意外伤害医疗保险金额为限，一次或累计给付的保险金达到意外伤害医疗保险金额时，保险人对被保险人的本条保险责任终止。

三、本保险合同为费用补偿型保险合同，适用医疗费用补偿原则。若被保险人除本保险合同外还可从其它保险计划（包括但不限于社会医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，保险人以意外伤害医疗保险金额为限，对被保险人获得补偿后的医疗费用的余额按照合同约定给付保险金。

第六条 责任免除

一、主险合同中列明的“责任免除”事项，未列入本保险合同保险责任的，也适用于本保险合同。

二、下列情形或者下列费用，保险人不负任何给付保险金责任：

(一) 非因主险合同所列意外伤害事故而发生的治疗；

(二) 用于矫形、洗牙、洁齿、整容、美容或修复、安装及购买残疾用具（包括但不限于特别支架、器材、轮椅、拐杖、义肢、助听器、假牙、假眼、配镜等）的费用，与购置移植器官、捐献器官、保存和运输器官相关费用，实验性治疗费用；

(三) 被保险人进行一般身体检查、疗养、特别护理、静养、康复性治疗、物理治疗、整脊治疗或心理治疗；

(四) 被保险人在非保险人认可的医疗机构的治疗费用；

(五) 交通费、住宿费、生活补助费，及被保险人的误工补贴费；

(六) 被保险人为就医所支付的交通费（包括救护车费和转院费）；

(七) 不必要的转院治疗引发的额外费用。

第三部分 保险期间

第七条 保险期间

除另有约定外，本保险合同保险期间为一年，自保险单载明的起始日零时开始，至约定的终止日24时止。

第四部分 保险金的申请

第八条 保险金的申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。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该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

一、保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。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该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

（一）保险金给付申请书；

（二）保险单原件；

（三）保险金申请人的身份证明；

（四）保险人认可的医疗机构出具的附有病理检查、化验检查及其他医疗仪器检查报告的医疗诊断证明、病历及医疗、医药费原始单据、结算明细表和处方。**如投保时被保险人有社会基本医疗保险或公费医疗，医疗费用属于当地社会医疗保险报销范围的，但保险金申请人未能提供社会基本医疗保险或公费医疗保障的医疗费用的补偿证明，保险人均视同被保险人未参加社会基本医疗保险或公费医疗保障的情况给付保险金，给付比例将按保险单约定的给付比例降低20个百分点；**

（五）事发当地政府有关部门出具的意外伤害事故证明或者中华人民共和国驻该国的使、领馆出具的意外伤害事故证明；

（六）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；

（七）若保险金申请人委托他人申请的，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。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。

二、保险人认为保险金申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，将及时一次性通知补充提供。

三、被保险人支出医疗费用并提出索赔申请后，应向保险人提交相关病历记录及医疗费用收据原件。当赔付金额未达实际支出医疗费用的全额时，索赔申请人可以书面形式向保险人申请发还收据原件。保险人在加盖印戳并注明已赔付金额后发还收据原件。

第五部分 投保人解除保险合同

第九条 若投保人解除主险合同，本保险合同一并解除，合同解除后，保险人参照主险合同有关规定退还本保险合同的未满期净保险费。如投保人申请解除本保险合同，须填写解除合同申请书并向保险人提供下列资料：

一、保险合同；

二、投保人的有效身份证件。

自保险人收到解除合同申请书时起，本保险合同终止。保险人自收到解除合同申请书之

日起 30 日内向投保人退还本保险合同的未到期净保险费。

第六部分 其他事项

第十条 注意事项

一、被保险人须在保险人认可的医疗机构治疗。意外伤害急救不受此医疗机构级别的限制，但经急救情况稳定后，须转入规定级别或保险人认可的医疗机构治疗。

二、被保险人因医疗条件限制，确需转院治疗，必须有转出医院主治医师以上级别人员签署的会诊报告及转院证明。

三、本保险合同所记载事项，如与主险合同相抵触之处，以本保险合同为准，未尽事宜，适用主险合同的规定。

第十一条 释义

除另有约定外，本保险合同中的下列词语具有如下含义：

合理且必要的医疗费用：指被保险人发生的各项医疗费用应符合下列所有条件：

(1) 治疗当前疾病所需药品符合国务院药品监督管理部门批准的药品说明书中所列明的适应症及用法用量；

(2) 由医师开具的处方药或医嘱；

(3) 非试验性的、研究性的项目；

(4) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

保险人认可的医疗机构：保险公司在保险单、批单或者批注中列明的医疗机构。未约定定点医院的，则指中华人民共和国境内（港、澳、台地区除外）合法经营的二级以上（含二级）公立医院。

社会医疗保险：指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基本医疗保障项目。

现金价值：现金价值 = 净保险费 × [1 - (保险单已经过天数 / 保险期间天数)] = 保险费 × (1 - 费用比例) × [1 - (保险单已经过天数 / 保险期间天数)]。费用比例同主险规定。除另有约定外，经过日数不足一日的按一日计算。

中国太平洋财产保险股份有限公司 个人重大疾病保险（H2022A 互联网）

注册号：C00001432612021122021623

阅读指引

本阅读指引有助于您理解条款，对本合同内容的解释以条款为准。



您拥有的重要权益

- ❖ 本合同提供的保障在保险责任条款中列明2.6
- ❖ 您有退保的权利5.1



您应当特别注意的事项

- ❖ 本合同有等待期的约定，请您注意2.4
- ❖ 本合同有责任免除条款，请您注意 2.7、2.8
- ❖ 保险事故发生后，请及时通知我们3.2
- ❖ 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6.1
- ❖ 本合同有重大疾病定义的约定，请您注意7
- ❖ 本合同有轻症疾病定义的约定，请您注意8
- ❖ 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9



保险条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本保险条款。



条款目录(不含三级目录)

1. 您与我们订立的合同	6. 其他需要关注的事项	9.10 无合法有效驾驶证驾驶
1.1 合同构成	6.1 明确说明与如实告知	9.11 无合法有效行驶证
1.2 合同成立与生效	6.2 我们合同解除权的限制	9.12 机动车
1.3 投保年龄	6.3 合同效力的终止	9.13 感染艾滋病病毒或患艾滋病
2. 我们提供的保障	6.4 年龄错误	9.14 遗传性疾病
2.1 基本保险金额	6.5 联系方式变更	9.15 先天性畸形、变形或染色体异常
2.2 保险期间	6.6 合同内容变更	9.16 情形复杂
2.3 犹豫期	6.7 争议处理	9.17 未到期净保费
2.4 等待期	7. 重大疾病	9.18 组织病理学检查
2.5 不保证续保	7.1 重大疾病定义	9.19 ICD-10
2.6 保险责任	7.2 重大疾病所属组别	9.20 ICD-0-3
2.7 责任免除	8. 轻症疾病	9.21 TNM 分期
2.8 其他责任免除	8.1 轻症疾病定义	9.22 肢体
3. 保险金的申请	9. 释义	9.23 肌力
3.1 受益人	9.1 首次投保	9.24 语言能力完全丧失或严重咀嚼吞咽功能障碍
3.2 保险事故通知	9.2 周岁	9.25 六项基本日常生活活动
3.3 保险金申请	9.3 有效身份证件	9.26 永久不可逆
3.4 保险金给付	9.4 意外伤害	9.27 美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级
3.5 诉讼时效	9.5 医院	
4. 保险费的支付	9.6 专科医生	
4.1 保险费的支付	9.7 初次罹患	
5. 合同解除	9.8 毒品	
5.1 您解除合同的手续及风险	9.9 酒后驾驶	

中国太平洋财产保险股份有限公司 个人重大疾病保险（H2022A 互联网）

“中国太平洋财产保险股份有限公司个人重大疾病保险（H2022A 互联网）”简称“个人重大疾病保险（H2022A 互联网）”。在本保险条款中，“您”指投保人，“我们”指中国太平洋财产保险股份有限公司，“本合同”指您与我们之间订立的“中国太平洋财产保险股份有限公司个人重大疾病保险（H2022A 互联网）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、保险单及其他保险凭证、投保单及其他投保文件、合法有效的声明、批注、批单及其他您与我们共同认可的书面协议。
- 1.2 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。合同生效日期在保险单上载明。
- 1.3 投保年龄 指您投保时被保险人的年龄，本合同接受的**首次投保年龄**范围为出生满30天至65周岁，且须符合我们当时的投保规定。若您在本合同保险期间届满前提出投保申请，视为重新投保申请，最高可重新投保年龄为100周岁，新的保险合同自本合同保险期间届满之时起生效，等待期不重新计算。若您在本合同保险期间届满前未提出投保申请，以后若再向我们申请投保的，则按首次投保处理，新的保险合同自我们同意承保并收到保险费后开始生效，等待期重新计算。

2. 我们提供的保障

- 2.1 基本保险金额 本合同的基本保险金额由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。
- 2.2 保险期间 本合同的保险期间为1年，保险期间在保险单上载明。
- 2.3 犹豫期 自本合同生效之日起有15日的犹豫期。在此期间，请您认真审视本合同，如果您认为本合同与您的需求不相符，您可以在在此期间提出解除本合同，我们将无息退还您所支付的全部保险费。解除合同时，您需要填写申请书，并提供您的保险合同或电子保险单号及有效身份证件。自我们收到您解除合同的书面申请时起，本合同即被解除，合同解除前发生的保险事故我们不承担保险责任。
- 2.4 等待期 等待期是指本合同生效后我们不承担保险责任的一段时间。自本合同生效之日起90日内为等待期。因意外伤害导致的保险事故，不受等待期的限制。
- 2.5 不保证续保 本合同为不保证续保合同。本产品保险期间为1年。保险期间届满，您需要重新向我们申请投保本产品，并经我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。若我们停止本保险的销售，将会及时通知您，我们自停止销售时起不再接受投保申请。

- 2.6 保险责任 本合同的保险责任分为基本保障和可选保障。您可以单独投保基本保障，也可以在投保基本保障的基础上增加投保可选保障，但不能单独投保可选保障。
- 在本合同保险期间内，且本合同有效的前提下，我们按以下约定承担保险责任，**若本合同的重大疾病保险金或轻症保险金已发生赔付，连续投保时不再承担已发生给付的该组重大疾病的保险责任或轻症保险金：**
- 2.6.1 重大疾病保险金（基本保障） 本合同保障的重大疾病共有 110 种，分 A、B、C、D、E、F 组，重大疾病及所属组别载明于本保险条款“7. 重大疾病”。
- 每组重大疾病我们仅给付一次重大疾病保险金，给付后该组重大疾病的保险责任终止，但本合同下其他不同分组的重大疾病可以再行给付，再行给付的重大疾病与最近一次已给付的重大疾病的确诊日的间隔时间不少于 180 天，否则我们不承担再行给付重大疾病保险金的责任。
- 被保险人因同一疾病原因或同次意外伤害，由医院的**专科医生确诊初次罹患**本合同所约定的两种或两种以上的重大疾病，我们仅按一种重大疾病给付所属组别的重大疾病保险金，未给付的重大疾病所属组别的重大疾病保险金责任继续有效。
- 2.6.1.1 重大疾病保险金（A 组） 被保险人因遭受意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因由医院的专科医生确诊初次罹患本合同所约定的 A 组重大疾病（无论一种或多种），我们将按本合同基本保险金额给付重大疾病保险金（A 组），给付后该重大疾病所属组别的保险责任终止。
- 2.6.1.2 重大疾病保险金（B 组） 被保险人因遭受意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因由医院的专科医生确诊初次罹患本合同所约定的 B 组重大疾病（无论一种或多种），我们将按本合同基本保险金额给付重大疾病保险金（B 组），给付后该重大疾病所属组别的保险责任终止。
- 2.6.1.3 重大疾病保险金（C 组） 被保险人因遭受意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因由医院的专科医生确诊初次罹患本合同所约定的 C 组重大疾病（无论一种或多种），我们将按本合同基本保险金额给付重大疾病保险金（C 组），给付后该重大疾病所属组别的保险责任终止。
- 2.6.1.4 重大疾病保险金（D 组） 被保险人因遭受意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因由医院的专科医生确诊初次罹患本合同所约定的 D 组重大疾病（无论一种或多种），我们将按本合同基本保险金额给付重大疾病保险金（D 组），给付后该重大疾病所属组别的保险责任终止。
- 2.6.1.5 重大疾病保险金（E 组） 被保险人因遭受意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因由医院的专科医生确诊初次罹患本合同所约定的 E 组重大疾病（无论一种或多种），我们将按本合同基本保险金额给付重大疾病保险金（E 组），给付后该重大疾病所属组别的保险责任终止。
- 2.6.1.6 重大疾病保险金（F 组） 被保险人因遭受意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因由医院的专科医生确诊初次罹患本合同所约定的 F 组重大疾病（无论一种或多种），我们将按本合同基本保险金额给付重大疾病保险金（F 组），给付后该重大疾病所属组别的保险责任终止。

- 2.6.2 轻症疾病保险金（可选保障） 该项责任属于可选保障，我们仅对您选定的可选保障承担保险责任。被保险人因遭受意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因由医院的专科医生确诊初次罹患本合同所约定的轻症疾病（无论一种或多种），我们将按本合同基本保险金额的 30% 给付轻症疾病保险金，给付后本项保险责任终止。若申请轻症疾病保险金时被保险人所患疾病已符合本合同约定的重大疾病保险金给付条件，我们将按照本合同约定的重大疾病保险金责任进行给付，不再承担给付轻症疾病保险金的责任。本合同定义的轻症疾病载明于本合同“8. 轻症疾病”。
- 2.7 责任免除 因下列情形之一，导致被保险人发生疾病、达到疾病状态或进行手术的，我们不承担保险责任：
 (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；
 (4) 被保险人服用、吸食或注射毒品；
 (5) 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无合法有效行驶证的机动车；
 (6) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（但若属于本保险条款“7.1.105”、“7.1.106”、“7.1.107”约定情况的，则不在此限）；
 (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，先天性畸形、变形或染色体异常（但若属于本保险条款“7.1.38”、“7.1.74”、“7.1.79”、“7.1.83”、“7.1.102”、“8.1.45”约定情况的，则不在此限）。
 (10) 被保险人在首次投保本合同前所患或出现的疾病（或其并发症）、症状、体征、生理缺陷、残疾
- 2.8 其他责任免除 除“2.7 责任免除”外，本合同还有一些免除我们责任的条款，详见“2.4 等待期”、“2.6 保险责任”、“3.2 保险事故通知”、“6.4 年龄错误”、“7. 重大疾病”、“8. 轻症疾病”、“9. 释义”中背景突出显示的内容。

3. 保险金的申请

- 3.1 受益人 除另有指定外，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。若您、被保险人或受益人未及时将保险事故通知我们，而该保险事故的发生足以影响我们决定是否同意重新投保的，我们对重新投保生效后发生的任何保险事故不承担保险责任，但向您无息退还重新投保的保险费。

- 3.3 保险金申请 在申请保险金时，申请人须填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：
- (1) 保险合同或电子保险单号；
 - (2) 申请人的有效身份证件；
 - (3) 医院出具的附有病理显微镜检查报告、血液检查及其他科学方法检验报告的病史资料及疾病诊断报告书；如有必要，我们有权对被保险人进行复检，复检费用由我们承担；
 - (4) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料；
- 以上各项保险金申请的证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知申请人补充提供有关证明和资料。
- 3.4 保险金给付 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。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。前述“损失”是指根据中国人民银行公布的同时期的人民币活期存款基准利率计算的利息损失。
- 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。
- 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。
- 3.5 诉讼时效 受益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 本合同保险费根据投保年龄、性别、基本保险金额和所选保障计划等情况确定。您须按合同约定支付保险费。本合同保险费支付方式由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。
- 若您选择一次性支付保险费的，您应当在投保时一次性支付保险费。
- 若您选择分月支付保险费的，在交纳首月保险费后，您应当在每个**保险费约定支付日**交纳其余各月对应月份的保险费。若您未按约定交纳保险费，我们允许您在我们催告之日起 30 日（含第 30 日）内补交保费，如果被保险人在此 30 日内发生保险事故，我们仍按照合同约定给付保险金，但需扣减欠交的保险费。
- 若您在我们催告之日起 30 日（含第 30 日）内未补交保费，本合同自上述期限届满之日的 24 时效力中止，如果被保险人在合同效力中止期间发生保险事故的，我们不承担保险责任。
- 合同效力依照前款约定中止的，经我们同意，同时在您补交保险费后，合同效力恢复。
- 重新投保时，我们按照重新投保保险费费率标准收取保险费；如您不接受，可不申请重新投保本合同。

5. 合同解除

- 5.1 您解除合同的手续及风险 如您在犹豫期后申请解除本合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：
- (1) 保险合同或电子保险单号；
 - (2) 您的有效身份证件。
- 自我们收到解除合同申请书时起，本合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还本合同保险单的**未到期净保费**。
- 如已发生过保险金给付，我们不退还本合同保险单的未到期净保费。
- 您在犹豫期后解除合同会遭受一定损失。

6. 其他需要关注的事项

- 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 我们合同解除权的限制 本保险条款“6.1 明确说明与如实告知”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。
- 6.3 合同效力的终止 发生下列情况之一时，本合同效力即时终止：
- (1) 您向我们申请解除本合同；
 - (2) 被保险人身故；
 - (3) 本合同保险期间届满；
 - (4) 本合同因其他条款所列情况而终止效力。
- 6.4 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，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，并向您退还本合同保险单的未到期净保费。我们行使合同解除权适用本保险条款“6.2 我们合同解除权的限制”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，我们在给付保险金时按保险事故发生时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。

(4) 您申报的被保险人年龄不真实,致使本合同保险单的未到期净保费与实际不符的,我们有权根据被保险人的实际年龄调整。

- 6.5 **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,我们按本合同载明的最后住所、通讯地址或电话等联系方式发送的有关通知,均视为已送达给您。
- 6.6 **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。
您通过我们同意或认可的网站提交的合同变更申请,视为您的书面申请,并与书面申请文件具有同等法律效力。
- 6.7 **争议处理** 本合同履行过程中,双方发生争议时,可以从下列两种方式中选择一种争议处理方式:
(1) 因履行本合同发生的争议,由双方协商解决,协商不成的,提交双方同意的仲裁委员会仲裁;
(2) 因履行本合同发生的争议,由双方协商解决,协商不成的,依法向人民法院起诉。

7. 重大疾病

- 7.1 **重大疾病定义** 被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病,应当由专科医生明确诊断。以下疾病名称仅供理解使用,具体保障范围以每项疾病具体定义为准。以下“7.1.1 恶性肿瘤——重度”至“7.1.28 严重溃疡性结肠炎”所列重大疾病定义根据中国保险行业协会与中国医师协会 2020 年联合公布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》作出,其他重大疾病由我们增加,其定义由我们根据通行的医学标准制定。
以下重大疾病,除 Brugada 综合征、严重克-雅氏病、严重进行性核上性麻痹须在卫生行政部门认定的三级以上(含三级)公立医院确诊外,其他重大疾病均须在卫生行政部门认定的二级以上(含二级)公立医院确诊。
- 7.1.1 **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**(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。**

7.1.2 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。

7.1.3 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。

7.1.4 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、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。

- 7.1.5 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。
- 7.1.6 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。
- 7.1.7 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。
- 7.1.8 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。
- 7.1.9 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)。
- 7.1.10 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。
- 7.1.11 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。
7.1.12	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。
7.1.13	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。 本保障仅对 3 周岁以上的被保险人予以理赔。先天性疾病所致的听力丧失不在本保障范围内。
7.1.14	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。 本保障仅对 3 周岁以上的被保险人予以理赔。先天性疾病所致的视力丧失不在本保障范围内。
7.1.15	瘫痪	指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体随意运动功能永久完全丧失。肢体随意运动功能永久完全丧失，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，或肢体肌力在 2 级（含）以下。
7.1.16	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。
7.1.17	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。
7.1.18	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。
- 7.1.19 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。
- 7.1.20 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。
- 7.1.21 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。
- 7.1.22 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，经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：
- （1） 严重咀嚼吞咽功能障碍；
 - （2） 呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难，且已经持续使用呼吸机 7 天（含）以上；
 - （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。
- 7.1.23 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。
本保障仅对 3 周岁以上的被保险人予以理赔。先天性失聪导致的语言能力丧失不在本保障范围内。
- 7.1.24 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，且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：骨髓细胞增生程度<正常的 25%；如≥正常的 25%但<50%，则残存的造血细胞应<30%；
 - （2）外周血象须具备以下三项条件中的两项：
 - ①中性粒细胞绝对值<0.5×10⁹/L；
 - ②网织红细胞计数<20×10⁹/L；
 - ③血小板绝对值<20×10⁹/L。
- 7.1.25 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。
- 7.1.26 严重慢性呼吸衰竭 指因慢性呼吸系统疾病导致永久不可逆性的呼吸衰竭，经过积极治疗 180 天后满足以下所有条件：
(1) 静息时出现呼吸困难；
(2) 肺功能第一秒用力呼气容积（FEV1）占预计值的百分比 < 30%；
(3) 在静息状态、呼吸空气条件下，动脉血氧分压（PaO₂） < 50mmHg。
- 7.1.27 严重克罗恩病 指一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克罗恩病（Crohn 病）病理组织学变化，须根据组织病理学特点诊断，且已经造成瘻管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。
- 7.1.28 严重溃疡性结肠炎 指伴有致命性电解质紊乱的急性暴发性溃疡性结肠炎，病变已经累及全结肠，表现为严重的血便和系统性症状体征，须根据组织病理学特点诊断，且已经实施了结肠切除或回肠造瘻术。
- 7.1.29 嗜铬细胞瘤 是指源于肾上腺髓质、交感神经节或其他部位的嗜铬组织发生的肿瘤，分泌过多的儿茶酚胺，确实需要进行手术以切除肿瘤。嗜铬细胞瘤的诊断必须由内分泌专科医生确认。
- 7.1.30 侵蚀性葡萄胎（或称恶性葡萄胎） 该种疾病是指异常增生的绒毛组织浸润性生长侵入子宫肌层或转移至其他器官或组织的葡萄胎，并已经进行化疗或手术治疗。
- 7.1.31 严重骨髓增生异常综合征 骨髓增生异常综合征是起源于造血干细胞的一组骨髓克隆异常的疾病，表现为无效造血、难治性血细胞减少，有转化为急性髓系白血病的风险。被保险人须经由外周血和骨髓活检明确诊断为骨髓增生异常综合征，并且满足下列所有条件：
(1) 根据 WHO 分型，分型为难治性贫血伴原始细胞增多（RAEB）；
(2) 根据“骨髓增生异常综合征修订国际预后积分系统（IPSS-R）”积分 ≥ 3，属于中危及以上组。
- 7.1.32 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（美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）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。
本病须经专科医生明确诊断。继发于全身性疾病或其他器官系统疾病造成的心肌病变不在保障范围内。
- 7.1.33 严重川崎病 是一种血管炎综合征，临床表现为急性发热，皮肤粘膜病损和淋巴结肿大。本病须经专科医生明确诊断，同时须由血管造影或超声心动图检查证实，满足下列至少一项条件：
(1) 伴有冠状动脉瘤，且冠状动脉瘤于最初急性发病后持续至少 180 天；
(2) 伴有冠状动脉瘤，且实际接受了对冠状动脉瘤进行的手术治疗。
- 7.1.34 严重心肌炎 指因严重心肌炎症性病变导致心功能损害造成持续的永久不可逆性的

- 功能衰竭，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。
- 7.1.35 肺源性心脏病 指因慢性肺部疾病导致慢性肺源性心脏病，并且引起慢性心功能损害造成永久不可逆性的心功能衰竭，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。
- 7.1.36 严重继发性肺动脉高压 继发性肺动脉压力持续增高，导致右心室肥厚，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。诊断需要由心脏科专科医生确诊，并且心导管检查报告显示静息状态下肺动脉平均压超过 36mmHg（含）。
所有先天性心脏疾病直接或间接引起的肺动脉高压均不在保障范围内。
- 7.1.37 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（New York Heart Association, NYHA）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。
- 7.1.38 艾森门格综合征 因心脏病导致的严重肺动脉高压及右向左分流。诊断必须由心脏专科医生经超声心动图和心导管检查证实及需符合以下所有标准：
（1）平均肺动脉压高于 40mmHg；
（2）肺血管阻力高于 3mm/L/min（Wood 单位）；
（3）正常肺微血管楔压低于 15mmHg。
本公司承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。
- 7.1.39 严重感染性心内膜炎 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。

- 7.1.40 **严重冠状动脉粥样硬化性心脏病** 指经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。
- 7.1.41 **心脏粘液瘤切除手术** 为了治疗心脏粘液瘤，实际实施了开胸心脏粘液瘤切除手术。
经导管介入手术治疗不在保障范围内。
- 7.1.42 **Brugada 综合征** 被保险人必须由三级公立医院心脏专科医生明确诊断为 Brugada 综合征，并且满足下列所有条件：
(1) 有晕厥或心脏骤停病史，并提供完整的诊疗记录；
(2) 心电图有典型的 I 型 Brugada 波；
(3) 已经安装了永久性心脏除颤器。
- 7.1.43 **头臂动脉型多发性大动脉炎旁路移植手术** 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。
- 7.1.44 **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，且已经放置永久性心脏起搏器。
- 7.1.45 **严重心脏衰竭心脏再同步(CRT)治疗** 指因缺血性心脏病或扩张性心肌病导致慢性严重心脏衰竭，被保险人实际接受了 CRT 治疗，以矫正心室收缩不协调和改善心脏功能。接受治疗之前必须满足下列所有条件：
(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 III 级或 IV 级；
(2) 左室射血分数低于 35%；
(3) 左室舒张末期内径大于等于 55mm；
(4) QRS 时间大于等于 130msec；
(5) 药物治疗效果不佳，仍有症状。
- 7.1.46 **主动脉夹层动脉瘤** 指主动脉的内膜破裂导致血液流入主动脉壁中形成夹层动脉瘤。主动脉指胸主动脉及腹主动脉而非其旁支。诊断必须由专科医生通过检验结果证实，检查包括超声心动图、数字减影血管造影，磁共振扫描及磁共振血管造影或心导管检查的证明，并有必要进行紧急修补手术。

- 7.1.47 **严重1型糖尿病** 1型糖尿病的特征为由于胰岛素分泌绝对不足引起严重胰岛素缺乏导致慢性血糖升高，需要依赖外源性胰岛素进行机体的葡萄糖代谢和维持生命。被保险人的1型糖尿病必须明确诊断，而且有血胰岛素测定及血C肽或尿C肽测定结果支持诊断，并且满足下列所有条件：
 (1) 已经持续性地接受外源性胰岛素注射治疗连续180天以上；
 (2) 因需要已经接受了下列治疗：
 ①因严重心律失常植入了心脏起搏器；或
 ②因坏疽自跖趾关节或以上切除了一趾或多趾。
- 7.1.48 **肠系膜上动脉栓塞致严重肠坏死** 因肠系膜上动脉栓塞或血栓形成引起广泛小肠缺血坏死，临床表现为突发剧烈腹痛。被保险人实际接受了下列两项外科开腹手术治疗：
 (1) 肠系膜上动脉血栓摘除术（血栓内膜剥脱术）或搭桥手术；
 (2) 坏死肠管切除术。
- 7.1.49 **严重克-雅氏病** 是一种传染性海绵状脑病，临床表现为快速进行性痴呆、肌阵挛和特征性脑电图变化。本病须经三级公立医院的专科医生根据WHO诊断标准明确诊断，并且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。
 疑似病例不在本保障范围内。
- 7.1.50 **重症手足口病** 由肠道病毒引起的急性传染病，主要症状表现为手、足、口腔等部位的斑丘疹、疱疹。经本公司认可的医院的专科医生确诊为患有手足口病，并伴有下列三项中的任意一项并发症：
 (1) 有脑膜炎或脑炎并发症，且导致意识障碍或瘫痪的临床表现及实验室检查证据；
 (2) 有肺炎或肺水肿并发症，且导致呼吸衰竭的临床表现及实验室检查证据；
 (3) 有心肌炎并发症，且导致心脏扩大或心力衰竭的临床表现及实验室检查证据。
- 7.1.51 **细菌性脑脊髓膜炎** 指因脑膜炎双球菌感染引起脑脊髓膜化脓性病变，且导致永久性神经损害，持续180天以上，并且脑脊液检查显示脑膜炎双球菌阳性。
 永久性神经损害是指由细菌性脑脊髓膜炎引起的耳聋、失明、动眼神经麻痹、瘫痪、脑积水、智力或性情中度以上的损害，且上述症状持续180天以上仍无改善迹象。
- 7.1.52 **严重多发性硬化** 多发性硬化为中枢神经系统白质多灶性脱髓鞘病变，病变有时累及灰质。多发性硬化必须明确诊断，并且已经造成永久不可逆的神经系统功能损害。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续180天无法独立完成下列基本日常生活活动之一：
 (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。
- 7.1.53 **严重重症肌无力** 重症肌无力是一种神经肌肉接头传递障碍所致的疾病，表现为局部或全身骨骼肌（特别是眼外肌）极易疲劳。疾病可以累及呼吸肌、上肢或下肢的近端肌群或全身肌肉，必须满足下列全部条件：

- (1) 经药物治疗和胸腺切除治疗一年以上仍无法控制病情；
 (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。
- 7.1.54 植物人状态 指脑皮质广泛性坏死而导致对自身及周边的认知能力完全丧失，但脑干功能依然存在。必须由神经专科医生明确诊断，并有头颅断层扫描（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。上述情况必须有至少一个月的病历记录加以证实。
 由于酗酒或滥用药物所致的植物人状态不在保障范围内。
- 7.1.55 非阿尔茨海默病所致严重痴呆 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本合同保障范围内。
- 7.1.56 严重进行性核上性麻痹 进行性核上性麻痹（PSP）又称 Steele-Richardson-Olszewski 综合征，是一种少见的神经系统变性疾病，以假性球麻痹、垂直性核上性眼肌麻痹、锥体外系肌僵直、步态共济失调和轻度痴呆为主要临床特征。PSP 必须由三级公立医院的神经内科专科医生确诊，并且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。
- 7.1.57 颅脑手术 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本合同保障范围内。
- 7.1.58 疾病或外伤所致智力障碍 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）。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）检测证实，智商的检测必须由本公司认可的医院的儿童或成人精神卫生科、心理科或神经科专科医生进行。并须满足下列全部条件：
 (1) 造成被保险人智力低常（智力低于常态）的严重头部创伤或疾病（以入院日期为准）发生在被保险人 6 周岁以后；
 (2) 本公司认可的医院的专科医师确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低常；
 (3) 本公司认可的医院的儿童或成人精神卫生科、心理科或神经科专科医生证实被保险人智力低常（IQ<50）（中度、重度或极重度）。
- 7.1.59 严重结核性脑膜炎 由结核杆菌引起的脑膜和脊膜的非化脓性炎症性疾病。需满足以下全部条件：
 (1) 出现颅内压明显增高，表现头痛、呕吐和视乳头水肿；
 (2) 出现部分性、全身性癫痫发作或癫痫持续状态；

- (3) 昏睡或意识模糊；
 (4) 视力减退、复视和面神经麻痹。
- 7.1.60 **严重瑞氏综合征** 瑞氏综合征是线粒体功能障碍性疾病。导致脂肪代谢障碍，引起短链脂肪酸、血氨升高，造成脑水肿。主要临床表现为急性发热、反复呕吐、惊厥及意识障碍等。
 肝脏活检是确诊的重要手段。瑞氏综合征需由专科医生确诊，并符合下列所有条件：
 (1) 有脑水肿和颅内压升高的脑脊液检查和影像学检查证据；
 (2) 血氨超过正常值的 3 倍；
 (3) 临床出现昏迷，病程至少达到疾病分期第 3 期。
- 7.1.61 **进行性多灶性白质脑病** 是一种亚急性脱髓鞘性脑病，常常发现于免疫缺陷的病人。必须由神经科专科医生根据脑组织活检确诊。
- 7.1.62 **脊髓小脑变性症** 脊髓小脑变性症为一组以小脑萎缩和共济失调为主要临床特点的疾病。必须符合以下所有条件：
 (1) 脊髓小脑变性症必须由医院诊断，并有以下证据支持：
 ①影像学检查证实存在小脑萎缩；
 ②临床表现存在共济失调、语言障碍和肌张力异常。
 (2) 被保险人运动功能严重障碍，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。
- 7.1.63 **多处臂丛神经根性撕脱** 由于疾病或意外导致至少两根臂丛神经根性撕脱，所造成的手臂感觉功能与运动功能完全永久性丧失。该病须由医院专科医生明确诊断，并且有电生理检查结果证实。
- 7.1.64 **严重脊髓灰质炎** 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。本保单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。
- 7.1.65 **严重强直性脊柱炎** 强直性脊柱炎是一种慢性全身性炎性疾病，主要侵犯脊柱导致脊柱畸形。强直性脊柱炎须同时满足下列全部条件：
 (1) 严重脊柱畸形；
 (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。
- 7.1.66 **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专科医生确认，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。
- 7.1.67 **亚急性硬化性全脑炎** 指一种以大脑白质和灰质损害为主的全脑炎。本病的发生是由于缺损型麻疹病毒慢性持续感染所致的一种罕见的致命性中枢神经系统退变性疾病。早期以炎症性病变为主，晚期主要为神经元坏死和胶质增生，核内包涵体是本病的特征性改变之一。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。
- 7.1.68 **进行性风疹性全脑炎** 指由风疹病毒感染引起的儿童和青少年的慢性脑炎。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。
- 7.1.69 **神经白塞病** 是一种慢性全身性血管炎症性疾病，主要表现为复发性口腔溃疡、生殖器溃疡、眼炎及皮肤损害，并可累及大血管、神经系统、消化道、肺、肾等等。累及神经系统损害的白塞病称为神经白塞病。神经白塞病必须明确诊断，并且已经造成永久不可逆的神经系统功能损害。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续 180 天无法独立完成下列基本日常生活活动之一：
 (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。
- 7.1.70 **脊髓血管病后遗症** 指脊髓血管的突发病变引起脊髓梗塞或脊髓出血，导致永久性不可逆的神经系统功能损害，表现为截瘫或四肢瘫。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续 180 天无法独立完成下列基本日常生活活动之一：
 (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。
- 7.1.71 **皮质基底节变性** 指一种慢性进展性神经变性疾病，以不对称发作的无动性强直综合征、失用、肌张力障碍及姿势异常为其临床特征。须经临床医生明确诊断，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。
- 7.1.72 **脊髓内肿瘤** 指脊髓内良性肿瘤。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 天后遗留永久不可逆的神经系统损害，无法独立完成下列基本日常生活活动之一：
 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、神经纤维瘤不在本保障范围内。
- 7.1.73 **横贯性脊髓炎后遗症** 脊髓炎是一种炎症性脊髓疾病。横贯性脊髓炎是指炎症扩展横贯整个脊髓，表现为运动障碍、感觉障碍和自主神经功能障碍。横断性脊髓炎必须明确诊断，并且已经造成永久不可逆的神经系统功能损害。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续 180 天无法独立完成下列任何一项基本日常生活活动：
 (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。

- 7.1.74 **严重肌营养不良症** 指一组原发于肌肉的遗传性疾病，临床表现为与神经系统无关的肌肉无力和肌肉萎缩。须满足下列全部条件：
 (1) 肌肉组织活检结果满足肌营养不良症的肌肉细胞变性、坏死等阳性改变；
 (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。
 本公司承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。
- 7.1.75 **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。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科医生确诊。
 世界卫生组织（WHO, World Health Organization）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
- 7.1.76 **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。
 腹腔镜手术治疗、因酗酒或饮酒过量所致的急性坏死性胰腺炎不在本合同保障范围内。
- 7.1.77 **严重系统性硬皮病** 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，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（New York Heart Association, NYHA）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。
- 7.1.78 **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。
- 7.1.79 肾髓质囊性病 肾髓质囊性病的诊断须同时符合下列要求：
 (1) 肾髓质有囊肿、肾小管萎缩及间质纤维化等病理改变；
 (2) 肾功能衰竭；
 (3) 诊断须由肾组织活检确定。
 本公司承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。
- 7.1.80 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。必须满足下列所有条件：
 (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) 持续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。
- 7.1.81 胰腺移植术 指因胰腺功能衰竭，已经实际接受了胰腺的同种（人类）异体器官移植手术。
 单纯胰岛移植、部分胰腺组织或细胞移植不在本合同保障范围内。
- 7.1.82 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。必须满足以下所有条件：
 (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。
- 7.1.83 肝豆状核变性 肝豆状核变性是一种可能危及生命的铜代谢疾病，以铜沉积造成的渐进性肝功能损害及/或神经功能恶化为特征。必须由本公司认可医院的专科医生通过肝脏活组织检查结果确定诊断并配合螯合剂治疗持续至少 6 个月。本公司承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。
- 7.1.84 严重哮喘 指一种反复发作的严重支气管阻塞性疾病，经本公司认可的专科医生确诊，且必须同时符合下列全部标准：
 (1) 过去两年中曾因哮喘持续状态住院治疗，并提供完整住院记录；
 (2) 因慢性过度换气导致胸廓畸形；
 (3) 在家中需要医生处方的氧气治疗法；
 (4) 持续日常服用口服类固醇激素治疗持续至少 6 个月。
- 7.1.85 慢性肾上腺皮质功能减退 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：
 ① 血浆促肾上腺皮质激素（ACTH）水平测定， $>100\text{pg/ml}$ ；

- ②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；
- ③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。
- 7.1.86 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）动脉血气分析显示低氧血症。
- 疑似肺淋巴管肌瘤病除外。
- 7.1.87 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。
- 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 天以上：
- （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 $<100\times 10^9/\text{l}$ 。
- 7.1.88 肺泡蛋白质沉积症 指肺泡和细支气管腔内充满不可溶性富磷脂蛋白的疾病，胸部 X 线呈双肺弥漫性肺部磨玻璃影，病理学检查肺泡内充满有过碘酸雪夫（PAS）染色阳性的蛋白样物质，并且接受了肺灌洗治疗。
- 7.1.89 严重肠道疾病并发症 严重肠道疾病或外伤导致小肠损害并发症，本疾病须满足以下所有条件：
- （1）至少切除了三分之二小肠；
- （2）完全肠外营养支持 3 个月以上。
- 7.1.90 败血症导致的多器官功能障碍综合征 指由本公司认可的医院的专科医生确诊为败血症，并由血液或骨髓检查证实致病菌，伴发一个或多个器官系统生理功能障碍，并因该疾病入住重症监护病房至少 96 小时，同时至少满足以下任意一条标准：
- （1）呼吸衰竭，需要进行气管插管机械通气；
- （2）凝血血小板计数 $<50\times 10^3/\text{微升}$ ；
- （3）肝功能不全，胆红素 $>6\text{mg/dl}$ 或 $>102\ \mu\text{mol/L}$ ；
- （4）已经使用强心剂；
- （5）昏迷：格拉斯哥昏迷分级（GCS, Glasgow Coma Scale）结果为 9 分或 9 分以下；
- （6）肾功能衰竭，血清肌酐 $>300\ \mu\text{mol/L}$ 或 $>3.5\text{mg/dl}$ 或尿量 $<500\text{ml/d}$ ；
- 非败血症引起的多器官功能障碍综合征不在保障范围内。

- 7.1.91 范可尼综合征 指近端肾小管的功能异常引起的一组症候群。须满足下列至少三个条件：
 (1) 尿液检查出现肾性糖尿、全氨基酸糖尿或磷酸盐尿；
 (2) 血液检查出现低磷血症、低尿酸血症或近端肾小管酸中毒；
 (3) 出现骨质疏松、骨骼畸形或尿路结石；
 (4) 通过骨髓片、白细胞、直肠黏膜中的结晶分析或裂隙灯检查角膜有胱氨酸结晶。
- 7.1.92 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%；
 (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）；
 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。
- 7.1.93 胆道重建手术 指因胆道创伤导致接受涉及胆总管小肠吻合术的胆道重建手术。手术必须在专科医生认为是医疗所需的情况下进行。
 胆道闭锁不在保障范围内。
- 7.1.94 严重肺结节病 结节病是一种原因未明的慢性肉芽肿病，可侵犯全身多个器官，以肺和淋巴结受累最为常见。严重肺结节病表现为肺的广泛纤维化导致慢性呼吸功能衰竭。必须满足下列所有条件：
 (1) 肺结节病的X线分期为IV期，即广泛肺纤维化；
 (2) 永久不可逆性的慢性呼吸功能衰竭，临床持续180天动脉血氧分压(PaO₂)<50mmHg和动脉血氧饱和度(SaO₂)<80%。
- 7.1.95 肺孢子菌肺炎 指由肺孢子菌引起的间质性浆细胞性肺炎，且满足下列全部条件：
 (1) 第一秒末用力呼气量(FEV₁)小于1升；
 (2) 气道内阻力增加，至少达到0.5kPa/L/s；
 (3) 残气容积占肺总量(TLC)的60%以上；
 (4) 胸内气体容积升高，超过基值的170%；
 (5) PaO₂<60mmHg, PaCO₂>50mmHg。
- 7.1.96 急性肺损伤 (ALI)或急性呼吸窘迫综合征 (ARDS) 一种表现为无心脏衰竭的肺水肿，为创伤、脓毒血症等临床多种疾病的并发症，造成多器官衰竭，死亡率高。
 急性肺损伤或急性呼吸窘迫综合征必须由呼吸系统专科医师诊断，被保险人理赔时年龄在25周岁以下，并有所有以下临床证据支持：
 (1) 急性发作（原发疾病起病后6至72小时）；
 (2) 急性发作的临床症状体征包括呼吸急促、呼吸困难、心动过速、大汗、面色苍白及辅助呼吸肌活动加强（点头呼吸、提肩呼吸）；
 (3) 双肺浸润影；

- (4) PaO₂/FiO₂（动脉血压分压/吸入气氧分压）低于 200mmHg；
- (5) 肺动脉嵌入压低于 18mmHg；
- (6) 临床无左房高压表现。

- 7.1.97 **溶血尿毒综合征** 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。溶血尿毒综合征必须由血液和肾脏专科医师诊断，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，不在本保障范围内。
- 7.1.98 **严重类风湿性关节炎** 类风湿性关节炎为广泛分布的慢性进行性多关节病变，表现为关节严重变形，侵犯至少三个主要关节或关节组[如：双手（多手指）关节、双足（多足趾）关节、双腕关节、双膝关节和双髋关节]。类风湿性关节炎必须明确诊断并且已经达到类风湿性关节炎功能分类IV级的永久不可逆性关节功能障碍（生活不能自理，且丧失活动能力）。
- 美国风湿病学会类风湿性关节炎分级
- I级：关节能自由活动，能完成平常的任务而无妨碍。
 - II级：关节活动中度限制，一个或几个关节疼痛不适，但能料理日常生活。
 - III级：关节活动显著限制，不能胜任工作，料理生活也有困难。
 - IV级：大部分或完全失去活动能力，病人长期卧床或依赖轮椅，生活不能自理。
- 7.1.99 **严重幼年型类风湿性关节炎** 幼年型类风湿性关节炎是一种儿童期发病的慢性关节炎，其特点为在高热和系统性病征出现数月后发生关节炎。
- 本合同仅对实际接受了膝关节或髋关节置换手术治疗的严重的幼年型类风湿性关节炎予以理赔。
- 被保险人疾病诊断时年龄必须在年满十八周岁之前。
- 其他类型的儿童类风湿性关节炎不在保障范围内。
- 7.1.100 **重症急性坏死性筋膜炎** 重症急性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，并导致身体受影响部位永久完全失去功能。
- 所谓永久完全失去功能是指受影响部位的全部功能完全丧失超过 180 天。
- 7.1.101 **失去一肢及一眼** 被保险人因同一次意外伤害事件或疾病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，如果使用其它视力表应进行换算）；

③视野半径小于 5 度。

- 7.1.102 成骨不全症 指一种胶原病，特征为骨易碎，骨质疏松和易骨折。该病有 4 种类型：I 型、II 型、III 型、IV 型。只保障 III 型成骨不全的情形。其主要临床特点有：发展迟缓、多发性骨折、进行性脊柱后侧凸及听力损害。III 型成骨不全的诊断必须根据身体检查，家族史，X 线检查和皮肤活检报告资料确诊。本公司承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。
- 7.1.103 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。
- 7.1.104 严重面部烧伤 指面部 III 度烧伤且烧伤面积达到面部表面积的 2/3 或全身体表面积的 2%。体表面积根据《中国新九分法》计算，面部总面积为全身体表面积的 3%。面部面积不包括发部和颈部。
- 7.1.105 因职业关系导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染 被保险人在其常规职业工作过程中遭遇外伤，或职业需要处理血液或其他体液时感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）。必须满足下列全部条件：
（1）感染必须是在被保险人正在从事其职业工作中发生，该职业必须属于下列限定职业范围内的职业；
（2）血清转化必须出现在事故发生后的 6 个月以内；
（3）必须提供被保险人在所报事故后发生的 5 天以内进行的检查报告，该报告必须显示被保险人血液人类免疫缺陷病毒（HIV）阴性和/或人类免疫缺陷病毒（HIV）抗体阴性；
（4）必须在事故发生后的 12 个月内证实被保险人体内存在人类免疫缺陷病毒（HIV）或人类免疫缺陷病毒（HIV）抗体。
限定职业：
医生和牙科医生、护士、医院化验室工作人员、医院护工、医生助理和牙医助理、救护车工作人员、助产士、消防队员、警察、狱警。
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。
在任何治愈艾滋病或阻止人类免疫缺陷病毒（HIV）病毒作用的疗法被发现以后，或能防止艾滋病发生的医疗方法被研究出来以后，本项疾病责任将不再予以赔付。
本公司承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。
- 7.1.106 器官移植导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染 指因进行器官移植而感染上人类免疫缺陷病毒（HIV），且须满足下列全部条件：
（1）被保险人因治疗必须而实施器官移植，并且因器官移植而感染人类免疫缺陷病毒（HIV）；
（2）提供器官移植治疗的器官移植中心或医院出具该项器官移植感染，

属于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）提供器官移植治疗的器官移植中心或医院必须拥有合法经营执照。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。

在任何治愈艾滋病或阻止人类免疫缺陷病毒（HIV）病毒作用的疗法被发现以后，或能防止艾滋病发生的医疗方法被研究出来以后，本项疾病责任将不再予以赔付。

本公司承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

- 7.1.107 经输血导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染 指被保险人感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）并且符合下列所有条件：
 （1）被保险人因治疗必须而接受输血，并且因输血而感染人类免疫缺陷病毒（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）提供输血治疗的输血中心或医院必须拥有合法经营执照；
 （4）受感染的被保险人不是血友病患者。
 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。
 在任何治愈艾滋病或阻止人类免疫缺陷病毒（HIV）病毒作用的疗法被发现以后，或能防止艾滋病发生的医疗方法被研究出来以后，本项疾病责任将不再予以赔付。
 本公司承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。
- 7.1.108 弥漫性血管内凝血 指血液凝固系统和纤溶系统的过度活动导致微血管血栓形成、血小板及凝血因子耗竭和严重出血，需要输注血浆和浓缩血小板进行治疗。
- 7.1.109 丝虫病所致象皮肿 指末期丝虫病，按国际淋巴学会分级为三度淋巴液肿，其临床表现为肢体非凹陷性水肿伴畸形增大、硬皮症和疣状增生。此病症须经本公司认可的专科医生根据临床表现和微丝蚴的化验结果确诊。
- 7.1.110 严重气性坏疽 指由梭状芽胞杆菌所致的肌坏死或肌炎。须经本公司认可的医院的专科医生明确诊断，且须满足下列全部条件：
 （一）符合气性坏疽的一般临床表现；
 （二）细菌培养检出致病菌；
 （三）受感染肢体被截肢（自腕关节或踝关节近端）。
 清创术不在保障范围内。
- 7.2 重大疾病所属组别 重大疾病具体分组信息如下：
A组（4种）
 恶性肿瘤——重度（7.1.1）
 嗜铬细胞瘤（7.1.29）
 侵蚀性葡萄胎（或称恶性葡萄胎）（7.1.30）
 严重骨髓增生异常综合征（7.1.31）

B 组（22 种）

较重急性心肌梗死（7.1.2）
冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）（7.1.5）
心脏瓣膜手术（7.1.16）
严重特发性肺动脉高压（7.1.21）
主动脉手术（7.1.25）
严重心肌病（7.1.32）
严重川崎病（7.1.33）
严重心肌炎（7.1.34）
肺源性心脏病（7.1.35）
严重继发性肺动脉高压（7.1.36）
严重慢性缩窄性心包炎（7.1.37）
艾森门格综合征（7.1.38）
严重感染性心内膜炎（7.1.39）
严重冠状动脉粥样硬化性心脏病（7.1.40）
心脏粘液瘤切除手术（7.1.41）
Brugada 综合征（7.1.42）
头臂动脉型多发性大动脉炎旁路移植手术（7.1.43）
III 度房室传导阻滞（7.1.44）
严重心脏衰竭心脏再同步（CRT）治疗（7.1.45）
主动脉夹层动脉瘤（7.1.46）
严重 1 型糖尿病（7.1.47）
肠系膜上动脉梗塞致严重肠坏死（7.1.48）

C 组（36 种）

严重脑中风后遗症（7.1.3）
严重非恶性颅内肿瘤（7.1.9）
严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症（7.1.11）
深度昏迷（7.1.12）
瘫痪（7.1.15）
严重阿尔茨海默病（7.1.17）
严重脑损伤（7.1.18）
严重原发性帕金森病（7.1.19）
严重运动神经元病（7.1.22）
语言能力丧失（7.1.23）

严重克-雅氏病（7.1.49）
重症手足口病（7.1.50）
细菌性脑脊髓膜炎（7.1.51）
严重多发性硬化（7.1.52）
严重重症肌无力（7.1.53）
植物人状态（7.1.54）
非阿尔茨海默病所致严重痴呆（7.1.55）
严重进行性核上性麻痹（7.1.56）
颅脑手术（7.1.57）
疾病或外伤所致智力障碍（7.1.58）
严重结核性脑膜炎（7.1.59）
严重瑞氏综合征（7.1.60）
进行性多灶性白质脑病（7.1.61）
脊髓小脑变性症（7.1.62）
多处臂丛神经根性撕脱（7.1.63）
严重脊髓灰质炎（7.1.64）
严重强直性脊柱炎（7.1.65）
脑型疟疾（7.1.66）
亚急性硬化性全脑炎（7.1.67）
进行性风疹性全脑炎（7.1.68）
神经白塞病（7.1.69）
脊髓血管病后遗症（7.1.70）
皮质基底节变性（7.1.71）
脊髓内肿瘤（7.1.72）
横贯性脊髓炎后遗症（7.1.73）
严重肌营养不良症（7.1.74）

D组（31种）

重大器官移植术或造血干细胞移植术（7.1.4）
严重慢性肾衰竭（7.1.6）
急性重症肝炎或亚急性重症肝炎（7.1.8）
严重慢性肝衰竭（7.1.10）
重型再生障碍性贫血（7.1.24）
严重慢性呼吸衰竭（7.1.26）
严重克罗恩病（7.1.27）
严重溃疡性结肠炎（7.1.28）

系统性红斑狼疮一（并发）III型或以上狼疮性肾炎（7.1.75）
重症急性出血坏死性胰腺炎开腹手术（7.1.76）
严重系统性硬皮病（7.1.77）
原发性硬化性胆管炎（7.1.78）
肾髓质囊性病（7.1.79）
严重慢性复发性胰腺炎（7.1.80）
胰腺移植术（7.1.81）
严重自身免疫性肝炎（7.1.82）
肝豆状核变性（7.1.83）
严重哮喘（7.1.84）
慢性肾上腺皮质功能减退（7.1.85）
肺淋巴管肌瘤病（7.1.86）
原发性骨髓纤维化（7.1.87）
肺泡蛋白质沉积症（7.1.88）
严重肠道疾病并发症（7.1.89）
败血症导致的多器官功能障碍综合征（7.1.90）
范可尼综合征（7.1.91）
席汉氏综合征（7.1.92）
胆道重建手术（7.1.93）
严重肺结节病（7.1.94）
肺孢子菌肺炎（7.1.95）
急性肺损伤（ALI）或急性呼吸窘迫综合征（ARDS）（7.1.96）
溶血尿毒综合征（7.1.97）

E 组（11 种）

多个肢体缺失（7.1.7）
双耳失聪（7.1.13）
双目失明（7.1.14）
严重III度烧伤（7.1.20）
严重类风湿性关节炎（7.1.98）
严重幼年型类风湿性关节炎（7.1.99）
重症急性坏死性筋膜炎（7.1.100）
失去一肢及一眼（7.1.101）
成骨不全症（7.1.102）
埃博拉病毒感染（7.1.103）
严重面部烧伤（7.1.104）

F 组（6 种）

因职业关系导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染（7.1.105）
 器官移植导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染（7.1.106）
 经输血导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染（7.1.107）
 弥漫性血管内凝血（7.1.108）
 丝虫病所致象皮肿（7.1.109）
 严重气性坏疽（7.1.110）

8. 轻症疾病

8.1 轻症疾病定义 被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病，应当由专科医生明确诊断。以下疾病名称仅供理解使用，具体保障范围以每项疾病具体定义为准。以下“8.1.1 恶性肿瘤——轻度”至“8.1.3 轻度脑中风后遗症”所列轻症疾病定义根据中国保险行业协会与中国医师协会 2020 年联合公布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》作出，其他轻症疾病由我们增加，其定义由我们根据通行的医学标准制定。以下轻症疾病，除早期脑退化症（包括早期阿尔茨海默病）须在卫生行政部门认定的三级以上（含三级）公立医院确诊外，其他轻症疾病均须在卫生行政部门认定的二级以上（含二级）公立医院确诊。

8.1.1 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。

- 8.1.2 **较轻急性心肌梗死** 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。
- 较轻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，但未达到“较重急性心肌梗死”的给付标准。
- 其他非冠状动脉阻塞性疾病引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在保障范围内。
- 8.1.3 **轻度脑中风后遗症** 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，但未达到“严重脑中风后遗症”的给付标准，在疾病确诊180天后，仍遗留下列至少一种障碍：
- （1）一肢（含）以上肢体肌力为3级；
- （2）自主生活能力部分丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项。
- 8.1.4 **冠状动脉介入手术** 为了治疗明显的冠状动脉狭窄性疾病，首次实际实施了冠状动脉球囊扩张成形术、冠状动脉支架植入术、冠状动脉粥样斑块切除术或者激光冠状动脉成形术。
- 本合同对“冠状动脉介入手术”和“较轻急性心肌梗死”两项中的其中一项承担保险责任，给付其中一项保险金后，对其他项轻症疾病保险责任同时终止。
- 8.1.5 **心脏瓣膜介入手术** 为了治疗心脏瓣膜疾病，实际实施了非开胸的经胸壁打孔内镜手术或经皮经导管介入手术进行的心脏瓣膜置换或修复手术。
- 8.1.6 **主动脉内手术** 为了治疗主动脉疾病实际实施了经皮经导管进行的主动脉内手术，但未达到本合同重大疾病“主动脉手术”的标准。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。
- 8.1.7 **重度头部外伤** 指因头部遭受机械性外力伤害，引起脑重要部位损伤，并且由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实脑损伤180天后仍然遗留一肢体肌力3级或3级以下的运动功能障碍，但未达到重大疾病“严重脑损伤”的给付标准。
- 8.1.8 **较轻再生障碍性贫血** 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。未达到重大疾病“重型再生障碍性贫血”的给付标准，且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中的二项：

- 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 $\leq 20 \times 10^9/L$ 。

- 8.1.9 丝虫感染所致早期象皮病 指因丝虫感染导致淋巴阻塞性出现严重淋巴水肿,达到国际淋巴学会淋巴水肿分期第Ⅱ期,临床表现为肢体象皮肿,夜间卧床休息后不能消退,患肢较健肢增粗 20%以上,但未达到重大疾病“丝虫病所致象皮肿”的给付标准。
- 8.1.10 胆道重建手术 指被保险人因疾病或创伤造成胆总管阻塞,实际实施了胆总管与小肠(空肠或十二指肠)吻合的手术。
先天性胆道闭锁不在本保障范围内。”
- 8.1.11 急性坏死性胰腺炎腹腔镜手术 指被保险人被确诊为急性坏死性胰腺炎,并实际接受了腹腔镜手术治疗,以进行坏死组织清除、坏死病灶切除或胰腺切除。
因酗酒或饮酒过量所致的急性坏死性胰腺炎不在本保障范围内。
- 8.1.12 视力严重损害 - 三岁始理赔 指因疾病或意外伤害导致双目视力永久不可逆(见 9.25)性丧失,未达到重大疾病“双目失明”的给付标准,且须满足下列条件之一:
(1)双眼中较好眼矫正视力低于 0.1(采用国际标准视力表,如果使用其他视力表应进行换算);
(2)双眼中较好眼视野半径小于 20 度。
保险事故发生时被保险人年龄必须满三周岁以上,并且提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。
理赔后角膜移植手术保障同时终止。
- 8.1.13 较小面积烧伤 指烧伤程度为Ⅲ度,且Ⅲ度烧伤面积达到全身体表面积的 10%或 10%以上,但未达到重大疾病“严重Ⅲ度烧伤”的给付标准。体表面积根据《中国新九分法》计算。
- 8.1.14 单肢体缺失 指因疾病或意外伤害导致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,但未达到重大疾病“多个肢体缺失”的给付标准。
- 8.1.15 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心功能状态分级Ⅲ级,且静息状态下肺动脉平均压超过 30mmHg(含),但未达到重大疾病“严重特发性肺动脉高压”的标准。
继发性肺动脉高压不在本保障范围内。
- 8.1.16 原发性心肌病心功能损害 指被保人因原发性心肌病导致慢性心功能损害造成永久不可逆性的心功能衰竭。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Ⅲ级。被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限,不能从事体力活动,但未达到重大疾病“严重心肌病”的给付标准。
- 8.1.17 植入心脏起搏器 指因心脏疾病导致慢性的无法通过药物治疗控制的严重心律失常,且被保险人实际植入了永久性心脏起搏器。

安装临时心脏起搏器不在本保障范围内。

- 8.1.18 结核性脊髓炎 指因结核杆菌引起的脊髓炎，导致永久不可逆的神经系统功能障碍。疾病初次确诊 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肌力 3 级或 3 级以下的运动功能障碍；
 (2) 自主生活能力部分丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项或两项以上。
 该诊断必须由医院的神经专科医生证实，并必须经医学检查证明为结核性脊髓炎。
- 8.1.19 中度昏迷 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 48 小时以上，但未达到重大疾病“深度昏迷”的给付标准。
 因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在本保障范围内。
- 8.1.20 轻度脑膜炎或脑炎后遗症 指因患脑炎或脑膜炎接受了住院治疗，未达到重大疾病“严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症”的给付标准，并且满足下列条件之一：
 (1) 脑积水，实际接受了脑脊液分流手术治疗；
 (2) 在疾病确诊 180 天后，仍残留一肢体肌力 3 级或 3 级以下的运动功能障碍。
- 8.1.21 脑垂体肿瘤、脑囊肿、脑动脉瘤及脑血管瘤 指经头颅断层扫描（CT）、核磁共振（MRI）或其他影像学检查被确诊为下列病变，并实际接受了手术或放射治疗。
 (1) 脑垂体瘤；
 (2) 脑囊肿；
 (3) 脑动脉瘤、脑血管瘤。
- 8.1.22 坏死性筋膜炎组织肌肉切除术 是一种由细菌侵入皮下组织和筋膜引起的急性坏死性软组织感染，可伴有毒血症、败血症、中毒性休克、弥漫性血管内凝血及多器官衰竭。未达到重大疾病“重症急性坏死性筋膜炎截肢”的给付标准，且必须满足以下所有条件：
 (1) 细菌培养和临床表现符合坏死性筋膜炎诊断标准；
 (2) 病情迅速恶化，有脓毒血症表现；
 (3) 出现广泛肌肉及软组织坏死，实际接受了坏死组织、筋膜及肌肉的切除手术。
- 8.1.23 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。被保险人被明确诊断为运动神经元病，未达到重大疾病“严重运动神经元病”的给付标准，且必须满足下列至少三项条件：
 (1) 特征性肌电图改变；
 (2) 肌肉活检显示神经源性束性肌萎缩；
 (3) 进行性肌肉萎缩伴肌束颤动和一肢或一肢以上肢体肌力减退；

- (4) 进行性延髓（球）麻痹症状。
- 8.1.24 肝硬化失代偿早期 指因慢性肝脏疾病引起肝硬化导致肝功能衰竭，须满足下列全部条件：
 (1) 持续性黄疸，胆红素>2mg%；
 (2) 白蛋白<3g%；
 (3) 凝血酶原时间延长>4 秒；
 (4) 持续 180 天以上。
 因酗酒或药物滥用导致的肝功能衰竭不在本保障范围内。
- 8.1.25 人工耳蜗植入术 指因疾病或意外伤害导致严重听力障碍，助听器及其他助听装置不能改善听力，已经实际接受了人工耳蜗植入手术。
 本公司对“人工耳蜗植入术”和“中度听力受损”两项中的其中一项承担保险责任，给付其中一项保险金后，对其他项轻症疾病保险责任同时终止。
- 8.1.26 一侧肺切除 指因疾病或意外伤害导致肺部严重损害，已经实际接受了左侧全肺切除手术或右侧全肺切除手术。
 下列情况不在保障范围内：
 (1) 肺叶切除、肺段切除手术；
 (2) 因恶性肿瘤进行的肺切除手术；
 (3) 肺移植接受者肺切除；
 (4) 作为器官捐献者而实施的肺切除手术。
- 8.1.27 中度听力受损 指因疾病或意外伤害导致一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，但未达到重大疾病“双耳失聪”的给付标准。
 保险事故发生时被保险人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。本公司对“人工耳蜗植入术”和“中度听力受损”两项中的其中一项承担保险责任，给付其中一项保险金后，对其他项轻症疾病保险责任同时终止。
- 8.1.28 多发性硬化 多发性硬化为中枢神经系统白质多灶性脱髓鞘病变，病变有时累及灰质。多发性硬化症必须明确诊断，未达到重大疾病“严重多发性硬化”的给付标准，且满足下列全部条件：
 (1) 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）等影像学检查证实存在中枢神经系统白质内多发病灶；
 (2) 完整的医疗记录证实被保险人的疾病呈缓解复发和进展加重病程；
 (3) 存在持续 180 天以上的永久不可逆的神经系统功能损害。
- 8.1.29 颈动脉内膜切除手术 指因颈动脉狭窄性疾病，被保险人实际接受了直视颈动脉内膜剥脱术或颈动脉内膜切除术。
 颈动脉包括颈总动脉、颈内动脉和颈外动脉。
 经导管颈动脉内手术不在本保障范围内。

- 8.1.30 糖尿病导致单足截除 因糖尿病引起的神经及血管病变累及足部,为了维持生命在本公司认可医院内已经进行了医疗必须的由足踝或以上位置的单足截除手术。
- 8.1.31 脊髓灰质炎轻度后遗症 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,并且造成被保险人任何肢体任何程度的永久不可逆性瘫痪,未达到重大疾病“严重脊髓灰质炎”的给付标准。
- 8.1.32 轻度颅脑手术/颅内血肿清除术 指因外伤性急性硬膜下血肿、硬膜外血肿或脑内血肿,被保险人实际接受了颅骨打孔手术血肿清除手术治疗。
微创颅内血肿穿刺针治疗、脑血管意外所致脑出血血肿清除术不在本保障范围内。”
- 8.1.33 严重登革热 登革热是由登革热病毒引起的急性传染病,为一种自限性疾病,通常预后良好。本保单仅对严重的登革热给予保障,被保险人的登革热必须满足下列所有条件:
(1) 根据《登革热诊疗指南(2014版)》诊断的确诊病例;
(2) 出现下列一种或多种严重登革热的临床表现:
① 血浆渗漏致休克或胸腔积液伴呼吸困难;
② 严重出血:消化道出血、阴道大出血、颅内出血、肉眼血尿或皮下血肿(不包括皮下出血点);
③ 严重器官损害或衰竭:肝脏损伤(ALT或AST>1000IU/L)、ARDS(急性呼吸窘迫综合征、急性心功能衰竭、急性肾功能衰竭、脑病)。
- 8.1.34 双侧卵巢或睾丸切除术 指为治疗疾病实际接受了双侧卵巢或睾丸完全切除手术。部分卵巢或睾丸切除不在本保障范围内。
- 8.1.35 角膜移植 指因角膜病变或意外伤害导致视力丧失或视力严重损害,被保险人实际接受了同种(人类)异体角膜移植手术以恢复视力。
角膜移植手术包括全层角膜移植术、板层角膜移植术和角膜内皮移植术。单纯角膜细胞移植,自体角膜缘细胞移植,非同种来源角膜或人工角膜的移植不在本保障范围内。
- 8.1.36 感染性心内膜炎 指因细菌或其他致病菌感染造成心脏内膜感染,并且累及心脏瓣膜,导致心脏瓣膜关闭不全。未达到重大疾病“严重感染性心内膜炎”的给付标准,且必须满足下列所有条件:
(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) 实际接受了经导管瓣膜修补手术。
药物滥用者所患感染性心内膜炎不在保障范围内。
- 8.1.37 特定周围动脉狭窄的血管介入治疗 指为治疗特定周围动脉的狭窄而实际实施的血管成型术、支架植入术或动脉粥样硬化斑块清除手术。诊断及治疗均须在本公司认可的医院内由专科医生认为是医疗必须进行的情况下进行,并须经血管造影术证实接受介入治疗的动脉有50%或以上的狭窄。特定周围动脉指肾动脉、肠系膜动脉和为下

肢或上肢供血的动脉。

- 8.1.38 早期脑退化症
（包括早期阿尔茨海默病） 指脑的器质性疾病造成脑功能衰竭导致永久不可逆性的痴呆，临床表现为明显的认知能力障碍。该疾病必须经本公司认可医院中三级公立医院的专科医生明确诊断并已经持续治疗了 180 天，且满足以下全部条件，但未达到重大疾病“严重阿尔茨海默病”或“非阿尔茨海默病所致严重痴呆”的标准：
（1）治疗前后两次简易智能量表（MMSE）评分均不超过 19 分（总分 30 分）；
（2）存在自主生活能力部分丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的二项。
神经官能症、精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在本保障范围内。
- 8.1.39 意外受伤所需的面部重建手术 指意外伤害造成面容损毁，被保险人实际接受了对严重缺失、缺陷、损害及变形的面部形态和结构进行修复或重建的面部整形手术。必须满足下列所有条件：
（1）导致面容损毁的意外伤害发生在保单有效期内；
（2）完整医疗文件证明：
①突发外在暴力造成面部开放性创口和骨结构损害，或Ⅲ度皮肤烧伤；
②意外伤害是导致面容损毁的直接和唯一原因；
（3）面部整形手术必须：
①在全麻条件下进行；
②在卫生健康委员会批准的正规整形医院实施。
因其他原因的整形手术，美容手术不在保障范围内。
- 8.1.40 慢性肾功能衰竭
早期尿毒症 指被保险人因双肾功能慢性不可逆性损害，达到肾功能衰竭期，未达到重大疾病“严重慢性肾衰竭”的给付标准，且必须满足下列所有条件。
（1）肾小球滤过率（GFR）<25ml/min 或肌酐清除率（Ccr）<25ml/min；
（2）血肌酐（Scr）>5mg/dl 或>442umol/L；
（3）持续 180 天以上。
- 8.1.41 系统性红斑狼疮
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。
必须根据“系统性红斑狼疮诊断标准”明确诊断，并且已经造成肾脏损害，但未达到重大疾病“系统性红斑狼疮一（并发）Ⅲ型或以上狼疮性肾炎”的给付标准。
临床证据显示被保险人存在持续 180 天以上的满足下列所有条件的肾脏损害：
（1）血尿、蛋白尿；
（2）高血压；
（3）血肌酐（Scr）>1.5mg/dl 或>133umol/L。
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本保

单保障范围内。

- 8.1.42 一侧肾切除 指因疾病或意外伤害导致肾脏严重损害,已经实际接受了左侧全肾切除手术或右侧全肾切除手术。
下列情况不在保障范围内:
(1) 部分肾切除手术;
(2) 因恶性肿瘤进行的肾切除手术;
(3) 肾移植接受者肾切除;
(4) 作为器官捐献者而实施的肾切除手术。
- 8.1.43 半肝切除 指因疾病或意外伤害导致肝脏严重损害,已经实际接受了左肝切除手术或右肝切除手术。
下列情况不在保障范围内:
(1) 肝区切除、肝段切除手术;
(2) 因恶性肿瘤进行的肝切除手术;
(3) 肝移植接受者肝切除;
(4) 作为器官捐献者而实施的肝切除手术。
- 8.1.44 急性重型肝炎人工肝治疗 指被保险人被明确诊断为急性重型肝炎,并且依照适应症实际接受了人工肝支持系统(ALSS)治疗。
ALSS 又称体外肝脏支持装置,为借助体外机械、化学或生物性装置,暂时不发达替代肝脏功能,协助治疗肝脏功能不全或相关疾病的方法。
慢性重型肝炎 ALSS 治疗不在保障范围内。
- 8.1.45 中度肌营养不良症 肌营养不良症是一组遗传性肌肉变性性病变,临床特征为与神经系统无关的肌肉无力和肌肉萎缩。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二项或二项以上,但并未达到重大疾病中“严重肌营养不良症”的给付标准。本公司承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病,先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。
- 8.1.46 中度进行性核上性麻痹 进行性核上性麻痹是中枢神经系统变性性疾病,临床表现为眼球运动障碍、假性球麻痹、帕金森综合征等。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二项,日常生活必须持续受到他人监护,但并未达到重大疾病中“严重进行性核上性麻痹”的给付标准。
- 8.1.47 中度肌无力 指一种神经与肌肉接头部位传递障碍的自身免疫性疾病,表现为局部或全身骨骼肌(特别是眼外肌)极易疲劳,须经专科医生明确诊断,并满足下列全部条件:
(1) 经药物治疗或胸腺手术治疗一年以上无法控制病情,症状缓解、复发及恶化交替出现;
(2) 自主生活能力严重丧失,无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项;
(3) 未达到重大疾病中“严重重症肌无力”的给付标准。

- 8.1.48 **糖尿病视网膜晚期增生性病变** 指因糖尿病而并发视网膜增生性病变，且满足下列全部条件：
 (1) 确诊糖尿病视网膜病变时已患有糖尿病；
 (2) 确诊时双眼中较好眼矫正视力低于 0.3（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）；
 (3) 已实际接受了激光治疗等以改善视力障碍；
 (4) 糖尿病视网膜病变的诊断、视力障碍的程度及治疗的医疗之必要性必须由医院的眼科专科医生确定。
- 8.1.49 **植入心脏除颤器** 因严重心律失常而确实已经实施植入永久性心脏除颤器的手术。理赔时必须提供完整病历资料及手术记录，诊断及治疗均须专科医生认为是医疗必须的情况下进行。
- 8.1.50 **中度帕金森病** 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。须同时符合下列所有条件，但未达到本合同所指重大疾病“严重原发性帕金森病”的给付标准：
 (1) 无法通过药物控制；
 (2) 出现逐步退化客观征状；
 (3) 自主生活能力部分丧失，经鉴定至少持续 180 天无法独立完成六项基本日常生活活动中的二项。
 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. 释义

- 9.1 **首次投保** 指您为被保险人向我们第一次投保本保险的情形。
- 9.2 **周岁** 指按有效身份证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。
- 9.3 **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、士兵证等证件。
- 9.4 **意外伤害** 指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。
- 9.5 **医院** 指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立医院，但不包括主要作为诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构。该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。
- 9.6 **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。

- 9.7 **初次罹患** 指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊患有某种疾病，而不是指自本合同生效之日起第一次经医院确诊患有某种疾病。其中恶性肿瘤——重度确诊之日为手术病理取材或病理活检取材日期，未经手术治疗但后续行放射性疗法或化学药物性疗法的，以首次放疗或化疗日期为恶性肿瘤——重度确诊日期。
- 9.8 **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。
- 9.9 **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驾驶。
- 9.10 **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；
 (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) 因道路交通安全违法行为，在一个记分周期内，被公安机关交通管理部门累积记分达到12分。
- 9.11 **无合法有效行驶证** 指下列情形之一：
 (1) 未依法取得行驶证，违法上道路行驶的；
 (2) 机动车被依法注销登记的；
 (3) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。
- 9.12 **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。
- 9.13 **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。
- 9.14 **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。
- 9.15 **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。
- 9.16 **情形复杂** 指保险事故的性质、原因、伤害程度等在我们收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后5个工作日内无法确定，需要进一步核实。

- 9.17 未到期净保费 指本合同保险单所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由我们退还的那部分金额。
1. 犹豫期内退保的，未到期保险费=保险费
2. 犹豫期后退保的：
- （1）若保险费为一次性支付的：
本合同保险单的未到期净保费=净保费×(1-m/n)，其中 m 为本合同已生效天数，n 为本合同保险期间的天数。
- （2）若保险费为分月支付的：
本合同保险单的未到期净保费=净保费×(1-m/n)，其中 m 为本合同当月已生效天数，n 为当月天数。
合同已生效的天数不足一天的不计。
- 若本合同已发生保险金给付，未到期保险费为零。
- 净保险费指投保人所支付的保险费扣除每个保险合同平均承担的保险人的各项费用（含营业费用、代理费、各项税金、保险保障基金等）后的余额，扣除部分占所交保险费的 35%。
- 9.18 组织病理学检查 指通过局部切除、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。
- 9.19 ICD-10 指《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。
- 9.20 ICD-0-3 指《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。
- 9.21 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。
- 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
IV A 期	4b	任何	0
IV B 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
IV A 期	4a	任何	0
	1~3	1b	0
IV B 期	4b	任何	0
IV C 期	任何	任何	1
未分化癌（所有年龄组）			
IV A 期	1~3a	0/x	0
IV B 期	1~3a	1	0
	3b~4	任何	0
IV C 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。

- 9.22 肢体 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。
- 9.23 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。
- 9.24 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。
- 9.25 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。
- 9.26 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。
- 9.27 美国纽约心脏病 美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）将心功能状

学会（New York 态分为四级：

Heart

Association,

NYHA) 心功能状

态分级

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。

中国太平洋财产保险股份有限公司

附加个人住院医疗保险（互联网）

注册号：C00001432522024071700883

总则

第一条 本附加险合同（以下简称“本保险合同”）附加于各类个人人身保险合同（以下简称“主险合同”）。本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。

第二条 被保险人应为主险合同的被保险人。

第三条 除另有约定外，本保险合同的住院医疗费用保险金、疾病全残保险金、住院医疗津贴保险金受益人为被保险人本人，疾病身故保险金受益人为被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

保险责任

第四条 在本保险合同保险期间内，保险人按下列约定承担保险责任：

一、住院医疗费用保险金

除另有约定外，自本保险合同生效日起 90 日为等待期，在本保险合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或者自等待期（及时续保者免等待期）后罹患疾病住院治疗，保险人依下列约定给付保险金：

（一）被保险人在保险人认可的医疗机构住院诊疗所支出的合理且必要的住院医疗费用，保险人在住院医疗费用保险金额范围内，在扣除约定免赔额后按投保时投保人选择的本保险合同所附的分级累进制《住院医疗费用分级累进给付比例表》给付比例档次所约定的级距分段和给付比例给付住院医疗费用保险金或扣除约定免赔额后按照非分级累进制约定的给付比例给付住院医疗费用保险金。

（1）免赔额：指每次住院免赔金额。**除另有约定外，本合同的免赔额为100元。**若被保险人已从保险人在内的商业保险机构获得医疗费用补偿，可用于抵扣免赔额但不可抵扣级距分段中的比例扣减金额或非分级累进制约定比例的扣减金额。商业保险机构以外的任何机构获得的医疗费用补偿，均不可抵扣免赔额及级距分段中的比例扣减金额或非分级累进制约定比例的扣减金额。

（2）给付比例：本合同给付比例分为分级累进制给付比例和非分级累进制给付比例，分级累进制给付比例是指《住院医疗费用分级累进给付比例表》级距分段对应的每次住院医疗费用给付比例，非分级累进制给付比例由双方约定。本合同采用分级累进制时，由投保人从《住院医疗费用分级累进给付比例表》中选择给付比例档次，投保人未选择时，**默认档次为A档。**本合同采用非分级累进制时，除另有约定外，**给付比例为80%。**（3）级距分段：指采用分级累进制时，《住院医疗费用分级累进给付比例表》中的每次住院医疗费用分段，每次住院医疗费用从第一分段开始计算，超出部分纳入第二分段进行计算，以此类推。

免赔额、给付比例分别按照被保险人是否享有社会医疗保险或公费医疗保障以及是否采用分级累进制由投保人和保险人在投保时约定。

（二）被保险人因疾病或意外伤害而住院治疗，到保险期间届满仍未结束的，保险人在本附加险合同保险责任范围内继续承担给付保险金责任，**其中疾病住院治疗最长可至保险期间届满之日起第 90 日止，意外伤害住院治疗最长可至意外伤害发生之日起第 180 日止。**

（三）本合同属于费用补偿型医疗保险合同，保险人在本保险合同保险责任范围内给付保险金，但若被保险人已从其它途径（包括但不限于公费医疗、基本医疗保险以及其他政

府举办的医疗保险保障项目、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）取得补偿，对于与当地基本医疗保险支付范围相符的合理医疗费用，保险人在扣除其他途径的补偿后，在住院医疗费用保险金额的限额内按照本保险合同约定给付住院医疗费用保险金。

（四）保险人按照本款约定对被保险人所负的住院医疗保险责任以保险单所载的住院医疗费用保险金额为限，一次或累计给付的保险金达到住院医疗费用保险金额时，保险人对被保险人的本款保险责任终止。

二、疾病身故保险金（可选）

除另有约定外，自本保险合同生效日起 90 日为等待期，被保险人在保险期间内自等待期（及时续保者免等待期）后初次罹患的疾病导致在保险期限内身故，保险人按疾病身故保险金额一次性给付疾病身故保险金。保险人对被保险人的保险责任终止。

上述责任为可选，如未在保险单中列明，保险人不承担赔偿责任。

三、疾病全残保险金（可选）

除另有约定外，自本保险合同生效日起 90 日为等待期，被保险人在保险期间内自等待期（及时续保者免等待期）后初次罹患的疾病并直接导致被保险人在保险期限内达到《人身保险伤残评定标准及代码》[中国保险监督管理委员会发布(保监发[2014]6号)并经国家标准化管理委员会备案(JR/T 0083-2013)]所列伤残程度第一级的任一者，保险人按疾病全残保险金额一次性给付疾病全残保险金。保险人对被保险人的本款保险责任终止。

四、住院医疗津贴保险金（可选）

除另有约定外，自本保险合同生效日起 90 日为等待期，在本保险合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或者自等待期（及时续保者免等待期）后因疾病住院治疗，保险人依下列约定给付保险金：

（一）被保险人遭受意外伤害或罹患疾病，经保险人认可的医疗机构诊断必须住院医疗的，保险人对被保险人每次住院的实际天数减去保险单载明的免赔天数，按照约定的日津贴金额给付住院津贴金。

（二）被保险人住院治疗，到保险期满仍未结束的，保险人继续给付住院津贴金，最长可至本保险合同期满之日起第30日止。

（三）被保险人每次住院治疗的住院津贴金的给付天数以保险单约定的每次给付天数为限；若被保险人多次住院，保险人对被保险人给付住院津贴金的，以保险单约定的累计给付天数为限。实际给付天数达到保险单约定的累计给付天数，保险人对被保险人的本条保险责任终止。住院津贴保险金单次给付天数最高不超过 30 天，累计给付天数最高不超过 90 天。

上述责任为可选，如未在保险单中列明，保险人不承担赔偿责任。

本附加险的主险合同为¹人身意外保险且投保人选择投保疾病身故保险责任的，被保险人在主险意外身故、疾病身故中只能选择一项索赔。

责任免除

第五条 本保险合同的责任免除如下：

一、主险合同各项责任免除，也适用于本保险合同；

二、因发生下列原因或情形之一而发生医疗费用的，保险人不负住院医疗费用保险金给付责任：

（一）投保人、被保险人的故意行为；

（二）先天性畸形、变形或染色体异常；

三、保险人对下列费用不负住院医疗费用保险金给付责任：

（一）用于矫形、整容、美容、器官移植或修复、安装及购买残疾用具（如轮椅、假肢、助听器、假眼、配镜等）的费用；

（二）被保险人体检、疗养、心理咨询或康复治疗的费用；

（三）被保险人在非保险人认可医疗机构的医疗费用；

（四）各种间接损失，包括交通费、住宿费、生活补助费、误工补贴费等；

（五）被保险人在首次投保或重新投保的生效日前或等待期内所患或出现的疾病（或其并发症）、生理缺陷、残疾；

（六）被保险人参加潜水、跳伞、攀岩、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、摔跤、武术比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险活动；

（七）椎间盘突出症、性病、精神疾病、遗传性疾病、先天性疾病、先天性畸形或缺陷、职业病；

（八）牙科保健或治疗，任何原因导致的牙齿修复或牙齿整形，验眼配镜，视力矫正手术，修复、安装或购买残疾用具（如轮椅、假肢、助听器、假眼等），但意外伤害所致的牙齿修复或牙齿整形除外。

四、出现下列情形之一，导致被保险人身故或全残，保险人不承担给付疾病身故保险金及疾病全残保险金的责任：

（一）投保人、被保险人的故意行为；

（二）被保险人犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；

（三）被保险人服用、吸食或注射毒品；

（四）被保险人未遵医嘱，私自使用药物，但按使用说明的规定使用非处方药不在此限；

（五）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

（六）核爆炸、核辐射或核污染；

（七）遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常；

（八）被保险人遭受意外伤害，并因本次意外伤害直接导致被保险人身故或全残。

五、保险人对下列费用不负住院医疗津贴保险金给付责任：

（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）被保险人醉酒，斗殴，主动吸食或注射毒品；

（五）被保险人酒后驾驶，无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无有效行驶证的机动车；

（六）被保险人参加潜水、跳伞、攀岩、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、摔跤、武术比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险活动；

（七）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱、恐怖主义；

（八）核爆炸、核辐射或核污染；

（九）被保险人在本合同生效前或等待期内所患或出现的疾病（或其并发症）、生理缺陷、残疾；

（十）被保险人怀孕、流产、堕胎、分娩（含剖宫产）、避孕、节育绝育手术、治疗不孕不育症、产前产后检查，或由前述情形导致的并发症，但宫外孕、意外伤害所致的流产或分娩除外；

（十一）一般健康检查、疗养、特别护理、康复性治疗、物理治疗、心理咨询、心理治疗或以捐献身体器官为目的的医疗行为；

（十二）椎间盘突出症（包括椎间盘膨出、椎间盘突出、椎间盘脱出、游离型椎间盘等类型）、性病、精神疾患、遗传性疾病、先天性疾病、先天性畸形或缺陷、职业病；

（十三）整容、整容手术、美容、美容手术、矫形、矫形手术、外科整形手术、变性手术、预防性手术（如预防性阑尾切除），但因意外伤害所致的矫形、矫形手术、外科整形手术除外；

（十四）牙科保健或治疗，任何原因导致的牙齿修复或牙齿整形，验眼配镜，视力矫正手术，修复、安装或购买残疾用具（如轮椅、假肢、助听器、假眼等），但意外伤害所致的牙齿修复或牙齿整形除外；

（十五）被保险人患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV 呈阳性）；

（十六）被保险人在非保险人指定医疗机构住院治疗，但本保险条款释义“急危重病及转院”另有约定的除外。

保险期间

第六条 除双方另有约定外，本保险合同的保险期间为一年，但无论如何不超过一年，以保险单载明的起讫时间为准。

保险金额和保险费

第七条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

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，中途不得变更。

投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。

保险金申请与给付

第八条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。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该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任：

一、住院医疗费用保险金申请

（一）保险金给付申请书；

（二）保险单原件；

（三）保险金申请人的身份证明；

（四）保险人认可的医疗机构出具的附有病理检查、化验检查、血液检查及其它诊断报告的疾病诊断证明书、病历、住院证明、出院小结、医疗费用原始发票、住院医疗费用结账明细清单等；如投保时被保险人有基本医疗保险，但保险金申请人未能提供被保险人已获

基本医疗保险保障的医疗费用补偿凭证，将被视同被保险人未参加基本医疗保险保障，给付比例将按保险单约定给付比例降低 5 个百分点；

（五）转院治疗者须提供转出医院的转院证明；

（六）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。

二、疾病身故保险金申请

（一）保险金给付申请书；

（二）保险单原件；

（三）保险金申请人的身份证明；

（四）公安部门出具的被保险人户籍注销证明、中华人民共和国境内二级以上（含二级）或保险人认可的医院出具的被保险人身故证明书；

（五）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；

（六）保险金作为被保险人遗产时，必须提供可证明合法继承权的相关权利文件。

保险人认为保险金申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，将及时一次性通知补充提供。

若保险金申请人委托他人申请的，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。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。

三、疾病全残保险金申请

（一）保险金给付申请书；

（二）保险单原件；

（三）保险金申请人的身份证明；

（四）保险人认可的残疾鉴定机构出具的被保险人残疾程度鉴定书；

（五）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。

保险人认为保险金申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，将及时一次性通知补充提供。

若保险金申请人委托他人申请的，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。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。

四、住院医疗津贴保险金申请

（一）保险金给付申请书；

（二）保险单原件；

（三）保险金申请人的身份证明；

（四）保险人认可的医疗机构出具的疾病诊断证明书、病历、住院证明、出院小结等；

（五）转院治疗者须提供转出医院的转院证明；

（六）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。

保险人认为保险金申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，将及时一次性通知补充提供。

若保险金申请人委托他人申请的，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。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。

投保人解除保险合同

第九条 若投保人解除主险合同，本保险合同一并解除，合同解除后，保险人参照主险合同有关规定退还本保险合同的未满期净保险费。如投保人申请解除本保险合同，须填写解除合同申请书并向保险人提供下列资料：

- 一、保险合同；
- 二、投保人的有效身份证件。

自保险人收到解除合同申请书时起，本保险合同终止。保险人自收到解除合同申请书之日起 30 日内向投保人退还本保险合同的未满期净保险费。

条款适用

第十条 本保险合同所记载事项，如与主险合同相抵触之处，以本保险合同为准，未尽事宜，适用主险合同的规定。

释义

第十一条 除另有约定外，本保险合同中的下列词语具有如下含义：

意外伤害：指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。

住院：指被保险人因意外或疾病而入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入院手续，**不包括入住门诊观察室、家庭病床、国际部、特需部、其他挂床住院及不合理的住院。同一原因多次住院治疗且相邻两次住院出入院间隔时间小于 90 天的，视作同一次住院。**

保险人认可的医疗机构：保险公司在保险单、批单或者批注中列明的医疗机构。未约定定点医院，则指中华人民共和国境内（港、澳、台地区除外）合法经营的二级以上（含二级）公立医院。

急危重病及转院：急危重病指疾病病程短、病情相对严重（特别是严重急性病或外伤），需要短期紧急治疗的疾病。急、危重病人就诊不受保险人指定医疗机构范围的限制（不含中国大陆以外的医疗机构），但经急救病情稳定后，须转入保险人指定医疗机构治疗，否则，**保险人对被保险人于病情稳定后在指定医疗机构范围外的其他医疗机构的诊疗将不承担保险责任。**

续保：投保人在合同终止之日起三十日内（含）提出继续投保申请且经保险人同意的，视为续保；投保人在合同终止之日后第三十日后提出继续投保申请的，为新投保。

疾病：被保险人在保单生效后初次罹患的疾病。

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。

政府举办的医疗保险保障项目：指政府举办的其他制度性医疗保障项目。包括职工补充医疗保险、职工重大疾病医疗补助、城乡居民大病保险等。

未到期净保费：未到期净保险费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]×(1-费用比例)。经过日数不足一日的按一日计算。净保险费指投保人所缴纳的保险费扣除每张保险单平均承担的保险人各项费用（含营业费用、代理费、各项税金、保险保障基金等）后的余额。除保险单另有约定外，费用比例为35%。

《住院医疗费用分级累进给付比例表》

级距分段	给付比例						
	A档	B档	C档	D档	E档	F档	G档
不超过1000元(含1000元)的部分	55%	50%	45%	40%	35%	30%	100%
1000元以上至5000元(含5000元)部分	65%	60%	55%	50%	45%	40%	100%
5000元以上至10000元(含10000元)部分	75%	70%	65%	60%	55%	50%	100%
10000元以上至30000元(含30000元)部分	85%	80%	75%	70%	65%	60%	100%
30000元以上部分	95%	90%	85%	80%	75%	70%	100%

注1：本表“给付比例”按被保险人索赔时可获得基本医疗保险保障设置。

中国太平洋财产保险股份有限公司
附加意外伤害骨折保险（互联网）条款
注册号：C00001432322021122029723

总则

第一条 本保险合同附加于含意外伤害保险责任的各类个人类人身保险合同（以下简称“主险合同”）。本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

保险责任

第二条 在本保险合同的保险期间内，被保险人遭受意外伤害，并因此致本保险合同所附《意外伤害骨折和关节脱位类型与保险金给付比例表》（简称《给付表》）所列骨折或关节脱位之一的，保险人按保险单所载的该被保险人保险金额及该项骨折或关节脱位所对应的给付比例给付保险金。如被保险人的骨折或关节脱位类型不在所附《给付表》之列，保险人不承担给付保险金责任。

被保险人因同一意外伤害事故导致一项以上骨折或关节脱位时，保险人给付其中比例较高一项的保险金。

保险人对于被保险人保险金的给付总额，以保险单所载明的该被保险人的保险金额为限。一次或累计给付的保险金达到保险金额时，保险人对该被保险人的上述保险责任终止。

责任免除

第三条 本保险合同的责任免除如下：

- 一、主险合同无效或失效，保险人不负任何给付保险金责任。
- 二、主险合同中列明的“责任免除”事项，也适用于本保险合同。
- 三、下列情形下，保险人不负任何给付保险金责任：

- （一）被保险人投保前已有的既往症；
- （二）被保险人先天性关节脱位、病理性脱位、习惯性脱位、陈旧性脱位或复发性脱位；
- （三）被保险人病理性骨折（指有病骨骼遭受轻微外力即发生的骨折）或被诊断为骨质疏松并因该病症而导致的骨折或关节脱位。

保险金额和保险费

第四条 本保险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，中途不得变更。

保险金申请与给付

第五条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。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该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

- 一、保险金给付申请书；
- 二、保险单原件；
- 三、保险金申请人的身份证明；

四、中华人民共和国境内二级以上（含二级）或保险人认可的医疗机构出具的骨折或关节脱位诊断证明、相关的病历记录、X光片或CT光片及其他医学影像诊断报告书或手术证明；

五、事发当地政府有关部门出具的意外伤害事故证明或者中华人民共和国驻该国的使、领馆出具的意外伤害事故证明；

六、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；

七、若保险金申请人委托他人申请的，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。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。

条款适用

第六条 本保险合同所记载事项，如与主险合同相抵触之处，以本保险合同为准，未尽事宜，适用主险合同的规定。

释义

第七条 除另有约定外，本保险合同中的下列词语具有如下含义：

骨折：指由于意外事故单独且直接导致骨的完整性及连续性的破坏且相应骨的完全断裂，包括发生于椎体的压缩性骨折，但不包括骨的不完全断裂，如裂缝骨折、青枝骨折、颅盖骨线形骨折。

给付表：意外伤害骨折和关节脱位类型与保险金给付比例表

骨折或关节脱位项目	骨折类型	给付比例
颧骨、上颌骨、鼻骨骨折	开放性骨折（注3）	8%
	闭合性骨折（注4）行切开复位（注17）	5%
	本项目下其他骨折	3%
下颌骨骨折	开放性骨折（注3）	12%
	闭合性骨折（注4）行切开复位（注17）	10%
	本项目下其他骨折	5%
颅骨（注5）骨折	凹陷骨折（须经手术治疗）	10%
	本项目下其他骨折	8%
肋骨（注12）、胸骨骨折	多处骨折（注2），至少一处为开放性骨折（注3）	10%
	单处开放性骨折（注3）	8%
	多处闭合性骨折（注4）	5%
	本项目下其他骨折	3%
锁骨、肩胛骨骨折	开放性骨折（注3）	20%
	闭合性骨折（注4）行切开复位（注17）	15%
	本项目下其他骨折	8%
椎骨（注10）骨折（包括颈椎、胸椎、腰椎骨折，但不包括骶骨或尾骨骨折）	椎体压缩性骨折（注11）且棘突、横突或椎弓根骨折	30%
	椎体压缩性骨折（注11）或棘突、横突或椎弓根骨折	15%
	本项目下其他骨折	8%
骨盆（注1）骨折	开放性骨折（注3）	60%
	闭合性骨折（注4）行切开复位（注17）	40%
	本项目下其他骨折	15%
尾骨骨折	开放性骨折（注3）	8%
	本项目下其他骨折	3%
肱骨、桡骨、尺骨骨折（但不包括桡骨远端骨折）	桡尺骨双骨折	30%
	开放性骨折（注3）	25%
	闭合性骨折（注4）行切开复位（注17）	20%
	本项目下其他骨折	10%
桡骨远端骨折	开放性骨折（注3）	15%
	本项目下其他骨折	8%
腕骨（注6）骨折	开放性骨折（注3）	20%

	闭合性骨折（注4）行切开复位（注17）	15%
	本项目下其他骨折	8%
掌骨（注7）、指骨（注14）骨折	开放性骨折（注3）	8%
	本项目下其他骨折	3%
股骨骨折	股骨颈骨折	50%
	开放性骨折（注3）	40%
	闭合性骨折（注4）行切开复位（注17）	25%
	本项目下其他骨折	12%
胫骨、腓骨骨折	胫腓骨双骨折	35%
	开放性骨折（注3）	30%
	闭合性骨折（注4）行切开复位（注17）	25%
	本项目下其他骨折	10%
跖骨（注8）、跗骨（注9）、趾骨（注13）、跟骨骨折	开放性骨折（注3）	8%
	本项目下其他骨折	3%
髌骨、踝关节骨折	开放性骨折（注3）	20%
	本项目下其他骨折	10%
上肢关节脱位（注15）	肘关节脱位	15%
	肩关节脱位	15%
下肢关节脱位（注15）	膝关节脱位	25%
	髋关节脱位	50%
关节替换	人工全髋关节替换	100%
	人工全膝关节替换（单膝）	50%

注：

1. 骨盆作为同一块骨处理，包括耻骨、髌骨、坐骨、骶骨，不包括尾骨。
2. 多处骨折指同一骨上有一处以上的骨折。
3. 开放性骨折指骨折附近的皮肤和粘膜破裂，骨折处与外界相通。
4. 闭合性骨折指骨折时骨折处皮肤或粘膜完整，不与外界相通。
5. 颅骨作为同一块骨处理，包括额、顶、枕、筛、颞、蝶骨。
6. 所有同侧腕骨作为同一块骨处理。
7. 所有同侧掌骨作为同一块骨处理。
8. 所有同侧跖骨作为同一块骨处理。
9. 所有同侧跗骨作为同一块骨处理。
10. 所有椎骨作为同一块骨处理，包括椎体、棘突、横突和椎弓根。
11. 压缩性骨折指因外力导致松质骨因压缩而变形。

12. 所有肋骨作为同一块骨处理。
13. 所有同侧趾骨作为同一块骨处理。
14. 所有同侧指骨作为同一块骨处理。
15. 关节脱位特指施行切开复位手术的关节脱位。

16. 因意外事故单独或直接导致肢体的断离则按照断离处骨的开放性骨折给付，肢体断离处远端任何骨的骨折将不获给付

17. 切开复位指施行手术，切开骨折部的软组织，暴露骨折断端，在直视下将骨折复位。不包括清创术、植骨、骨头切除、骨片切除、假体置换术、陈旧性骨折切开复位或陈旧性关节脱位切开复位等。

中国太平洋财产保险股份有限公司

附加就医保障费用保险条款

注册号：C00001431922023031542273

总 则

第一条 本附加险合同（以下简称“本保险合同”）附加于各类人身保险合同（以下简称“主险合同”），依主险合同投保人的申请，经保险人审核同意而订立。**主险合同效力终止，本保险合同效力亦终止；主险合同无效，本保险合同亦无效。**主险合同与本保险合同相抵触之处，以本保险合同为准。本保险合同未约定事项，以主险合同为准。

第二条 被保险人应为主险合同的被保险人。

第三条 除投保人或被保险人另有指定外，本保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条 在本保险合同保险期间内，保险人按照下述约定承担保险责任：

一、120 救护车费用保险责任

除另有约定外，自本保险合同生效日起 30 日为等待期。在保险期间内，被保险人自等待期（续保除外）后因遭受意外伤害或突发性疾病需要使用 120 救护车的，保险人对被保险人发生的实际且必要的同城救护车费用（包括救护车车费和院前急救费），**在每次扣除约定的免赔额后**，在保险单载明的救护车费用保险金额范围内给付保险金。

被保险人无论一次或多次发生 120 救护车费用，保险人均按上述规定分别给付保险金，**累计给付金额以保险单载明的救护车费用保险金额为限。**

二、问诊服务费用保险责任

除另有约定外，自本保险合同生效日起 30 日为等待期。在保险期间内，被保险人自等待期（续保除外）后在本合同约定的互联网医院进行线上问诊，对于被保险人发生的实际且必要的问诊服务费用（**不含医疗费用**），**保险人每次扣除约定的免赔额后**，在保险单载明的问诊服务费用保险金额范围内，按照本保险合同的约定给付保险金。

在保险期间内，问诊服务费用保险金累计给付金额以保险单载明的问诊服务费用保险金额为限。

三、陪诊费用保险责任

除另有约定外，自本保险合同生效日起 30 日为等待期。在保险期间内，被保险人自等待期（续保除外）后在本合同约定的互联网医院进行线上问诊，经问诊医生建议转为线下问诊且于该窗口申请陪诊的，对于被保险人发生的实际且必要的陪诊费用（**不含医疗费用**），**保险人每次扣除约定的免赔额后**，在保险单载明的陪诊费用保险金额范围内，按照本保险合同的约定给付保险金。

在保险期间内，陪诊费用保险金累计给付金额以保险单载明的陪诊费用保险金额为限。

责任免除

第五条 下列情形下的问诊陪诊或费用，保险人不负任何给付保险金责任：

一、被保险人进行产检、分娩、急诊、口腔美容保健、生殖科、感染科、精神病科、手术（含门诊手术）、门诊输液的陪诊费用；

二、被保险人进行住院前检查、办理住院手续、办理出院手续、院中陪护产生的陪诊费用；

三、被保险人为住院病人、门急诊留观病人、重症和急救病人、无亲属陪护的 70 岁以上的老人、无亲属陪伴的 12 岁以下的儿童、醉酒状态（每 100 毫升血液中酒精含量达到 20 毫克）的情况下不能提供陪诊服务，保险人不支付因此发生的陪诊费用；

四、被保险人未在本合同约定的互联网医院进行线上问诊或申请陪诊服务的；

五、被保险人在问诊陪诊过程中产生的挂号费等医疗费用。

第六条 主险中责任免除事项未纳入本附加险保险责任的，同样适用于本附加险责任免除。

保险金额与免赔额

第七条 本附加险项下保险金额、免赔额由投保人与保险人双方协商确定，并在保险合同中载明。

保险期间

第八条 本保险合同保险期间与主险合同一致，最长为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

保险金申请与给付

第九条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。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该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任：**

（一）保险金给付申请书；

（二）保险单或保险凭证正本；

（三）保险金申请人户籍证明或身份证明；

（四）120 救护车费用发票、费用收据及明细清单等；

（五）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；

（六）对符合本合同约定的问诊陪诊费用，将由保险人与提供问诊陪诊服务的机构直接结算，**保险人不再另向被保险人或受益人支付保险金。**

投保人解除保险合同

第十条 投保人解除主险合同，本保险合同一并解除，合同解除后，保险人参照主险合同有关规定退还本保险合同的未满期净保险费。如投保人申请解除本保险合同，须填写解除合同申请书并向保险人提供下列资料：

（一） 保险合同；

（二） 投保人的有效身份证件。

自保险人收到解除合同申请书时起，本保险合同终止。保险人自收到解除合同申请书之日起 30 日内向投保人退还本保险合同的未满期净保险费。

中国太平洋财产保险股份有限公司

监护人责任保险（2016版）条款

（注册号：C00001430912016111608452）

总 则

第一条 本保险合同（以下简称为“本合同”）由投保单、保险单或其他保险凭证及所附条款，与本合同有关的投保文件、声明、批注、附贴批单及其他书面文件构成。凡涉及本合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 凡无民事行为能力人或限制民事行为能力人的法定监护人，均可作为本保险的被保险人。

保险责任

第三条 在保险期间内，被保险人的监护对象（被监护人）造成第三者人身伤亡或财产损失，依照中华人民共和国法律（不含香港、澳门特别行政区和台湾地区，下同）应由作为其监护人的被保险人或其家庭成员承担经济赔偿责任的，保险人依据本合同的约定，在保险单载明的赔偿限额内负责赔偿。

第四条 保险事故发生后，被保险人或其家庭成员因保险事故而被提起仲裁或者诉讼的，对应由被保险人支付的仲裁或诉讼费用以及事先经保险人书面同意支付的其它必要的、合理的费用（以下简称“法律费用”），保险人也负责赔偿：

责任免除

第五条 下列原因造成的损失、费用和责任，保险人不负责赔偿：

（一） 被保险人或其家庭成员（不含被监护人）的违法行为、犯罪行为、故意行为、重大过失行为；

（二） 被保险人或其家庭成员对被监护人的教唆；

（三） 自然灾害或其次生原因；

（四） 战争、敌对行为、军事行动、武装冲突、恐怖活动、罢工、骚乱、暴动；

（五） 行政行为、司法行为；

（六） 核爆炸、核裂变、核聚变；

（七） 放射性污染及其他各种环境污染。

第六条 下列损失、费用和责任，保险人不负责赔偿：

（一） 被保险人及其家庭成员（包括被监护人本人）的人身伤亡、财产损失；

（二） 罚款、罚金及惩罚性赔款；

（三） 精神损害赔偿；

（四） 间接损失；

（五） 在合同或协议中约定应由被保险人或其家庭成员承担的赔偿责任，但即使没有这种合同或协议，被保险人或其家庭成员依照中华人民共和国法律仍应承担的赔偿责任不在本款责任免除范围内；

（六） 保险单中载明的应由被保险人自行承担的每次事故免赔额（率）。

第七条 其他不属于本保险责任范围内的一切损失、费用和责任，保险人不负责赔偿。

赔偿限额与免赔额（率）

第八条 本合同的累计赔偿限额、每次事故赔偿限额由投保人与保险人协商确定，并在保险单中载明。

第九条 每次事故免赔额（率）由投保人与保险人在签订保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

保险期间

第十条 除另有约定外，本合同的保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

一般事项

第十一条 订立保险合同，保险人就保险标的或者被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

投保人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，保险人有权解除保险合同。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。自合同成立之日起超过二年的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担赔偿保险金的责任。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿保险金的责任，并不退还保险费。

投保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，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿保险金的责任，但应当退还保险费。

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担赔偿保险金的责任。

第十二条 除另有约定外，投保人应在本合同成立时交清保险费。保险费未交清前，本合同不生效，保险人不承担保险责任。

第十三条 在保险合同有效期内，保险标的危险程度显著增加的，被保险人应当及时通知保险人，保险人有权增加保险费或者解除本合同。

被保险人未履行前款约定的通知义务的，因保险标的危险程度显著增加而发生的保险事故，保险人不承担赔偿保险金的责任。

第十四条 被保险人应当遵守国家有关法律法规，加强对其被监护人的安全教育和管理工作，采取合理的预防措施，尽力避免或减少事故的发生。

保险人可以对被保险人遵守前款约定的情况进行检查，向投保人、被保险人提出消除不安全因素和隐患的书面建议，投保人、被保险人应该认真付诸实施。

投保人、被保险人未按照约定履行上述安全义务的，保险人有权要求增加保险费或者解除合同。

赔偿处理

第十五条 知道保险事故发生后，被保险人应该：

（一）尽力采取必要、合理的措施，防止或减少损失，否则，对因此扩大的损失，保险人不承担赔偿责任；

（二）及时通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况；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，不承担赔偿责任，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除外；

（三）保护事故现场，允许并且协助保险人进行事故调查；对于拒绝或者妨碍保险人进行事故调查导致无法确定事故原因或核实损失情况的，对无法确定或核实的部分，保险人不承担赔偿责任。

第十六条 被保险人收到索赔人的损害赔偿请求时，应立即通知保险人。未经保险人书面同意，被保险人对索赔人作出的任何承诺、拒绝、出价、约定、付款或赔偿，保险人不受其约束。对于被保险人自行承诺或支付的赔偿金额，保险人有权重新核定，不属于本保险责任范围或超出应赔偿限额的，保险人不承担赔偿责任。在处理索赔过程中，保险人有权自行处理由其承担最终赔偿责任的任何索赔案件，被保险人有义务向保险人提供其所能提供的资料和协助。

第十七条 被保险人获悉可能发生诉讼、仲裁时，应立即以书面形式通知保险人；接到法院传票或其他法律文书后，应将其副本及时送交保险人。保险人有权以被保险人的名义处理有关诉讼或仲裁事宜，被保险人应提供有关文件，并给予必要的协助。

对因未及时提供上述通知或必要协助导致扩大的损失，保险人不承担赔偿责任。

第十八条 被保险人请求赔偿时，应向保险人提供下列证明和资料：

- （一）保险单正本和保险费收据；
- （二）与本次事故相关的事故鉴定书或事故证明；
- （三）涉及人身伤亡的，应提供有关部门或机构出具的伤残鉴定书、死亡证明或其他证明，二级以上（含）或保险人认可的医疗机构出具的医疗费用收据、诊断证明及病历；
- （四）涉及财产损失的，应提供财产损失清单及相关费用发票；
- （五）生效的法律文书（包括裁定书、裁决书、判决书、调解书等）；
- （六）投保人或被保险人所能提供的，与索赔有关的、必要的，并能证明损失性质、原因和程度的其他证明和资料。

被保险人未履行前款约定的索赔材料提供义务，导致保险人无法核实损失情况的，保险人对无法核实部分不承担赔偿责任。

第十九条 保险人按照前一条约定，认为被保险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、被保险人补充提供。

第二十条 保险人收到被保险人或直接向保险人提出赔偿请求的第三者或其他索赔权利人（以下简称为“索赔人”）的赔偿保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但本合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险人达成赔偿保险

金的协议后十日内，履行赔偿保险金义务。本合同对赔偿保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行赔偿保险金的义务。保险人依照前款的规定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向被保险人发出拒绝赔偿保险金通知书，并说明理由。

第二十一条 保险人自收到赔偿保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其赔偿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支付；保险人最终确定赔偿的数额后，应当支付相应的差额。

第二十二条 保险人的赔偿以下列方式之一确定的被保险人的赔偿责任为基础：

- （一）被保险人与索赔人协商并经保险人确认；
- （二）仲裁机构裁决；
- （三）人民法院判决；
- （四）保险人认可的其他方式。

第二十三条 保险事故发生后，保险人根据本合同约定，按以下方式计算赔偿：

- （一）对于每次事故造成的损失，在保险单载明的每次事故赔偿限额内计算赔偿；
- （二）在依据本条第（一）项计算的基础上，扣除保险单中载明的每次事故免赔额（率）后进行赔偿；
- （三）在保险期间内，保险人对多次事故损失的累计赔偿金额（不含法律费用）不超过保险单中载明的累计赔偿限额。

第二十四条 除合同另有约定外，保险人对每次事故法律费用的赔偿金额在第二十三条计算的赔偿金额以外另行计算，并且赔偿时不扣减每次事故免赔额（率），但每次事故法律费用赔偿金额不超过保险单中载明的每次事故赔偿限额的20%，保险期间内法律费用累计赔偿金额不超过保险单中载明的累计赔偿限额的20%。

如果被保险人的赔偿责任同时涉及保险事故和非保险事故，并且无法区分法律费用是因何种事故而产生的，保险人按照本合同保险赔偿金额（不含法律费用）占应由被保险人承担的全部赔偿金额总和（不含法律费用）的比例赔偿法律费用。

第二十五条 被保险人给第三者造成损害，被保险人未向该第三者赔偿的，保险人不得向被保险人赔偿保险金。

第二十六条 发生保险事故时，如果被保险人的损失在有相同保障的其他保险项下也能够获得赔偿，则本保险人按照本合同的赔偿限额与其他保险合同及本合同的赔偿限额总和的比例承担赔偿责任。

其他保险人应承担的赔偿金额，本保险人不负责垫付。若被保险人未如实告知导致保险人多支付赔偿金的，保险人有权向被保险人追回多支付的部分。

第二十七条 发生保险责任范围内的损失，应由有关责任方负责赔偿的，保险人自向被保险人赔偿保险金之日起，在赔偿金额范围内代位行使被保险人对有关责任方请求赔偿的权利，被保险人应当向保险人提供必要的文件和所知道的有关情况。

被保险人已经从有关责任方取得赔偿的，保险人赔偿保险金时，可以相应扣减被保险人已从有关责任方取得的赔偿金额。

保险事故发生后，在保险人未赔偿保险金之前，被保险人放弃对有关责任方请求赔偿权利的，保险人不承担赔偿责任；保险人向被保险人赔偿保险金后，被保险人未经保险人同意放弃对有关责任方请求赔偿权利的，该行为无效；由于被保险人故意或者因重大过失致使保险人不能行使代位请求赔偿权利的，保险人可以扣减或者要求返还相应的保险金。

第二十八条 保险赔偿结案后，保险人不再负责赔偿任何新增加的与该次保险事故相关的损失、费用或赔偿责任。

当一次保险事故涉及多名第三者时，如果保险人和被保险人双方已经确认了其中部分第三者的赔偿金额，保险人可根据被保险人的申请予以先行赔付。先行赔付后，保险人不再负责赔偿与这些第三者相关的任何新增加的赔偿金额。

第二十九条 被保险人向保险人请求赔偿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

第三十条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国人民法院起诉。

第三十一条 本合同的争议处理适用中华人民共和国法律。

合同解除

第三十二条 本合同成立后，投保人可要求解除本合同。投保人要求解除本合同的，应当向保险人提出书面申请，本合同自保险人收到书面申请时终止。

第三十三条 本合同成立后，保险人根据保险法规定或者本合同约定要求解除本合同的，除保险法另有规定或本合同另有约定外，本合同自解除通知送达投保人最后所留通讯地址时终止。

第三十四条 在保险单中载明的保险责任起始日前，投保人要求解除本合同的，除本合同另有约定外，投保人应当按照保险费 5%的比例向保险人支付手续费，保险人退还已收取的保险费。

在保险单中载明的保险责任起始日后解除本合同的，除本合同另有约定外，保险人应向投保人退还未满期保险费。

如果解除时，本合同项下仍有尚未赔偿结案的保险事故，保险人可在赔偿结案后再向投保人退还未满期保险费。

释 义

第三十五条 除另有约定外，本合同中的下列词语具有如下含义：

保险人：指中国太平洋财产保险股份有限公司。

家庭成员：指被保险人的近亲属或者在法律上与被保险人存在赡养、抚养、扶养关系的其他成员。

第三者：指被保险人及其家庭成员以外的人。

每次事故：指一名或多名索赔人基于同一原因或理由，单独或共同向被保险人提出的，属于保险责任范围内的一项或一系列索赔或民事诉讼，本合同将其视为一次保险事故，在本

合同中简称为每次事故。

累计赔偿金额：指在实际保险期间内，由保险人负责赔偿的保险赔偿金之和，但不包括保险人负责赔偿的法律费用。

实际保险期间：指自保险单载明的保险责任起始日零时起至本合同终止日二十四时止。

剩余保险期间：指自本合同终止日次日零时起至保险单载明的保险责任终止日二十四时止。

未到期保险费：指保险人应退还的剩余保险期间的保险费，未到期保险费按照以下公式计算：

未到期保险费=保险费×（剩余保险期间天数/保险期间天数）×（累计赔偿限额-累计赔偿金额）/累计赔偿限额

其中，累计赔偿金额指在实际保险期间内，保险人已支付的保险赔偿金和已发生保险事故但还未支付的保险赔偿金之和，但不包括保险人负责赔偿的法律费用。