请扫描以查询验证条款

华夏人寿保险股份有限公司
小宇宙少儿特定疾病医疗保险条款
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合同提供的保障……2.2
- 您有解除合同的权利……6.1

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……2.1;2.2;2.3;2.4;3.2;4.2;5.1;7.2;8.1;9
- 保险事故发生后请您及时通知我们……3.2
- 您应当按时交纳保险费……4.1
- 解除合同可能会给您造成一定的损失，请您慎重决策……6.1
- 您有如实告知的义务……7.2
- 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……9

条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本条款。

条款目录

1.您与我们订立的合同
- 1.1 合同构成
- 1.2 合同成立与生效
- 1.3 投保年龄

2.我们提供的保障
- 2.1 等待期
- 2.2 保险责任
- 2.3 补偿原则及给付标准
- 2.4 责任免除
- 2.5 年度给付限额
- 2.6 保险期间

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.合同中止和复效
- 5.1 合同中止
- 5.2 合同复效

6.合同解除和变更
- 6.1 您解除合同的手续及风险
- 6.2 合同变更
- 6.3 联系方式变更

7.明确说明与如实告知
- 7.1 明确说明
- 7.2 如实告知
- 7.3 本公司合同解除权的限制

8.其他需要关注的事项
- 8.1 年龄错误
- 8.2 未还款项
- 8.3 争议处理

9.释义

华夏人寿保险股份有限公司
小宇宙少儿特定疾病医疗保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”和“本公司”指华夏人寿保险股份有限公司，“本合同”指您与我们之间订立的“华夏小宇宙少儿特定疾病医疗保险合同”。

❶ 您与我们订立的合同

1.1 **合同构成**

本合同是您与我们约定保险权利义务关系的协议，包括本保险条款、保险单或其他保险凭证、投保单、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、健康告知书、变更申请书、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**

一、您提出保险申请、我们同意承保，本合同成立。

二、本合同生效日在保险单上载明，**保险费约定支付日**[见9.1]以该日期计算。

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9.2]计算，本合同接受的投保年龄为0周岁（出生且出院满28日）至17周岁（含17周岁）。若您在被保险人18周岁（含18周岁）至25周岁（含25周岁）期间投保的，应为非首次投保本产品，且需在上一个保险期间届满后60日内提出重新投保申请。

❷ 我们提供的保障

2.1 **等待期**

一、您为被保险人投保本合同时，自本合同生效之日起90日（含第90日）称为等待期。被保险人在等待期内因**意外伤害**[见9.3]以外的原因发生本合同约定的**保险事故**[见9.4]，无论治疗是否延续至等待期后，我们均不承担给付保险金的责任，同时本合同继续有效。

二、以下两种情形，无等待期：

（一）因意外伤害进行治疗的；

（二）您在不迟于上一个保险期间届满后60日重新投保本产品的。

2.2 **保险责任**

在本合同有效期间内，我们按照以下约定承担保险责任：

少儿特定疾病医疗保险金

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**初次患本合同所列的少儿特定疾病**[见9.5]，并经本合同约定的**医疗机构**[见9.6]确诊并接受治疗的，我们将按以下约定给付少儿特定疾病医疗保险金：

一、少儿特定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合同所列的**少儿特定疾病**[见9.7]，并经本合同约定的医疗机构确诊必须**住院**[见9.8]治疗的，我们对于被保险人实际支出的合理且必要的少儿特定疾病**住院医疗费用**[见9.9]按约定的给付比例给付少儿特定疾病住院医疗保险金。

被保险人在本合同有效期内开始住院治疗，到本合同保险期间届满时仍未结束本次住院治疗的，本公司将继续承担因本次住院发生的少儿特定疾病住院医疗保险金给付责任，但最长不超过本合同保险期间届满次日起180天。

二、少儿特定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合同所列的少儿特定疾病，并经本合同约定的医疗机构确诊必须在医院接受以下**特殊门诊**[见9.10]治疗的：

(一)门诊**恶性肿瘤**[见9.11]治疗，包括**化学疗法**[见9.12]、**放射疗法**[见9.13]、**肿瘤免疫疗法**[见9.14]、**肿瘤内分泌疗法**[见9.15]、**肿瘤靶向疗法**[见9.16]；

(二)门诊肾透析；

(三)器官移植后的门诊抗排异治疗。

我们对于被保险人实际支出的上述合理且必要的少儿特定疾病特殊门诊医疗费用按约定的给付比例给付少儿特定疾病特殊门诊医疗保险金。

三、少儿特定疾病住院前后门急诊医疗保险金

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合同所列的少儿特定疾病，并经本合同约定的医疗机构确诊必须住院治疗的，我们对于住院前（含住院当日）7 日（含）和出院后（含出院当日）30 日（含）内被保险人实际支出的与该次住院相同原因而发生的合理且必要的门诊急诊费用（但不包括上述少儿特定疾病特殊门诊医疗费用）按约定的给付比例给付少儿特定疾病住院前后门急诊医疗保险金。

我们在本合同保险期间内累计给付的少儿特定疾病医疗保险金之和以本合同约定的少儿特定疾病医疗保险金年度给付限额为限。

2.3 补偿原则及给付标准

一、本合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其它途径（包括**基本医疗保险**[见9.17]、**城乡居民大病保险**[见9.18]、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，则我们仅对被保险人实际发生的合理且必要的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按本合同的约定进行给付。社保个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

二、本合同约定的给付比例如下：

(一)若被保险人以参加基本医疗保险或者公费医疗身份投保，且以参加基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算，则约定的给付比例为 100%。

(二)若被保险人以参加基本医疗保险或者公费医疗身份投保，但未以参加基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算，则约定的给付比例为 60%。

(三)若被保险人未以参加基本医疗保险或者公费医疗身份投保，则约定的给付比例为 100%。

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)被保险人主动吸食或注射**毒品**[见9.19]；

(四)被保险人殴斗、故意自伤；

(五)被保险人**感染艾滋病病毒或患艾滋病**[见9.20]；

(六)战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

(七)核爆炸、核辐射或核污染；

(八)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；

(九)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)被保险人在投保前的**既往症**[见9.21]，但在投保单上告知并经我们同意承保的，不在此限；

(十一)**遗传性疾病**[见9.22]、**先天性畸形、变形或染色体异常**[见9.23](本合同所列第19、28种少儿特定疾病除外)；

(十二)被保险人接种预防恶性肿瘤的疫苗，进行基因测试以鉴定恶性肿瘤的遗传性，接受实验性治疗（即未经科学或医学认可的医疗），接受未被治疗所在地权威部门批准的治疗；

(十三)**质子重离子医疗费用**[见9.24]；

(十四)**物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用**[见9.25]；

(十五)由于**职业病**[见9.26]、**医疗事故**[见9.27]引起的医疗费用；

(十六)各种健美治疗项目，包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用；

(十七)各种医疗咨询和健康预测：如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询（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)**[见9.28]确定的精神和行为障碍以外的一般心理问题，如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等）等费用；

(十八)未经医生处方自行购买的药品或非医院药房购买的药品、滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂、医生开具的超过30天部分的药品费用；

(十九)各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定费用。

2.5 年度给付限额

本合同少儿特定疾病医疗保险金年度给付限额为人民币300万元。

2.6 保险期间

一、本合同的保险期间为1年，自本合同生效日零时起算。

二、本产品为不保证续保产品。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，您交纳保险费后，新的保险合同生效，我们将向您提供新的保险合同。

三、若保险期间届满时，本产品已停止销售，则我们不再接受投保申请。

❸ 保险金的申请

3.1 受益人

除另有约定外，本合同受益人为被保险人本人。

3.2 保险事故通知

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。

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，我们依据本合同约定给付保险金。

3.3 保险金申请

一、在本合同有效期间内，若发生符合本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：

少儿特定疾病医疗保险金申请

申请少儿特定疾病医疗保险金的，申请人须填写保险金给付申请书，并向我们提供下列资料：

(一)保险合同；

(二)申请人的**有效身份证件**[见9.29]；

(三)国家卫生行政部门认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少儿特定疾病的诊断证明和诊断所患少儿特定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合同约定的资料后,将在5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。

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。

❹ 保险费的交纳

4.1 **保险费的交纳**

一、本合同的交费方式分为一次交清和月交，由您和我们约定并在保险单上载明。

二、月交支付保险费的，您在支付首期保险费后，应当在每个保险费约定支付日之前交纳当期保险费。

4.2 **宽限期**

一、月交支付保险费的，您在支付首期保险费后，除本合同另有约定外，若您到期未支付保险费，自保险费约定支付日的次日零时起 60 日为宽限期。保险期间届满前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。保险期间届满后发生的保险事故，我们不承担保险责任。

二、若您宽限期结束之后仍未支付保险费，则本合同自宽限期满的次日零时起中止。

❺ 合同中止和复效

5.1 **合同中止**

在本合同中止期间，我们不承担保险责任。

5.2 **合同复效**

一、自本合同中止之日起，且在保险期间届满前，您可以申请恢复合同效力（即复效）。我们有权对您的健康状况进行核保。经我们与您协商并达成协议，自您补交复效时应交纳的全部保险费的次日零时起，本合同效力恢复。

二、自本合同中止之日起，且在保险期间届满前，您和我们未达成协议的，我们有权解除合同。我们解除合同的，向您退还合同中止时的**现金价值**[见9.30]。

❻ 合同解除和变更

6.1 **您解除合同的手续及风险**

一、若您申请解除本合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：

(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，本合同终止。若本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 日内退还本合同的现金价值。

三、您解除合同可能会遭受一定损失。

6.2 **合同变更**

本合同生效后，您和我们可以协商变更本合同的内容。变更本合同时，您应当向我们提出变更合同的申请，经我们审核同意后，由我们在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由您和我们订立变更的书面协议。

6.3 **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。

❼ 明确说明与如实告知

7.1 **明确说明**

一、订立本合同时，我们应向您说明本合同的内容。

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。

7.2 **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，我们有权解除本合同。

三、若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。

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。

7.3 **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。

❽ 其他需要关注的事项

8.1 **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，并向您退还本合同的现金价值。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。

8.2 **未还款项**

我们在给付各项保险金、退还现金价值或返还保险费时，若您有欠交的保险费（包含宽限期内欠交的保险费），我们将在您偿清上述款项后支付保险金、退还现金价值或返还保险费。

8.3 **争议处理**

在本合同履行过程中发生任何争议，当事人应根据本合同约定选择下列两种方式之一予以解决：

(一) 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，提交双方共同选定的仲裁委员会，按其当时有效的仲裁规则仲裁解决。

(二) 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向有管辖权的人民法院起诉。

❾ 释义

9.1 **保险费约定支付日**

指本合同生效日在每月的对应日。若当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。

9.2 **周岁**

指按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。

9.3 **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。

9.4 **保险事故**

指保险合同约定的保险责任范围内的事故。

9.5 **初次患本合同所列的少儿特定疾病**

指被保险人患有同时符合以下条件的少儿特定疾病：

（1）被保险人自出生后首次被专科医生确诊患该少儿特定疾病；

（2）该少儿特定疾病已在本合同中列明，且符合本合同的定义。

对于被保险人在本合同生效日前被专科医生确诊患本合同所列少儿特定疾病的，我们不承担保险责任。

9.6 **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的普通部，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。

9.7 **少儿特定疾病**

指被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病（共 30 种），应当由**专科医生**

[见 9.31]明确诊断。

1. **白血病**

白血病是一种造血系统的恶性肿瘤，其主要表现为白血病细胞在骨髓或其他造血组织中进行性、失控制的异常增生，并浸润至其他组织与器官，使正常血细胞生成减少，周围白细胞有质和量的变化，产生相应临床表现。被保险人所患白血病必须根据骨髓的活组织检查和周围血象由专科（儿科、血液科或肿瘤科）医生确诊，《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）编码主码在 C90-95 范围内。

下列白血病除外：相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病。

2. **重大器官移植术或造血干细胞移植术**

重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏或肺脏的异体移植手术。

造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的异体移植手术。

3. **终末期肾病**

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。

4. **良性脑肿瘤**

指脑的良性肿瘤，已经引起颅内压增高，临床表现为视神经乳头水肿、精神症状、癫痫及运动感觉障碍等，并危及生命。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，并须满足下列至少一项条件：

（1）实际实施了开颅进行的脑肿瘤完全切除或部分切除的手术；

（2）实际实施了对脑肿瘤进行的放射治疗。

脑垂体瘤、脑囊肿、脑血管性疾病不在保障范围内。

5. **脑炎后遗症或脑膜炎后遗症**

指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

（1）一肢或一肢以上**肢体机能完全丧失**[见 9.32]；

（2）**语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失**[见 9.33]；

（3）自主生活能力完全丧失，无法独立完成**六项基本日常生活活动**[见 9.34]中的三项或三项以上。

6. **深度昏迷**

指因疾病或意外伤害导致意识丧失,对外界刺激和体内需求均无反应,昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级（Glasgow coma scale）结果为5分或5分以下，且已经持续使用呼吸机及其它生命维持系统96小时以上。

因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。

7. **双耳失聪－3 周岁始理赔**

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 3 周岁以上，并且提供理赔当时的听力丧失诊断及检查证据。

8. **双目失明－3 周岁始理赔**

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。
被保险人申请理赔时年龄必须在 3 周岁以上，并且提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。

9. 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。

10. 严重脑损伤 指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤 180 天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：
（1）一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
（2）语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
（3）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

11. 严重Ⅲ度烧伤 指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤面积达到全身体表面积的 20%或 20%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

12. 重型再生障碍性贫血 指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少。须满足下列全部条件：
（1）骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断；
（2）外周血象必须具备以下三项条件：
①中性粒细胞绝对值≤0.5×10^9/L；
②网织红细胞＜1%；
③血小板绝对值≤20×10^9/L。

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

14. 脊髓灰质炎 脊髓灰质炎是由于脊髓灰质炎病毒感染所致的瘫痪性疾病，临床表现为运动功能损害或呼吸无力。脊髓灰质炎必须明确诊断。
本合同仅对脊髓灰质炎造成的神经系统功能损害导致被保险人一肢或一肢以上肢体机能永久完全丧失的情况予以理赔。
肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意识活动。

15. 严重Ⅰ型糖尿病 Ⅰ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Ⅰ型糖尿病必须诊断明确，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，并且已经持续性地接受外源性胰岛素注射治疗连续 180 天以上。

16. 严重哮喘 指一种反复发作的严重支气管阻塞性疾病，经我们认可的专科医生确诊，且必须同时符合下列标准：
（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六个月。

17. 严重肌营养不良症

指一组遗传性肌肉变性病变，临床特征为与神经系统无关的骨骼肌肉对称地进行性无力和萎缩。其诊断需满足下列全部条件：

（1）肌电图显示典型肌营养不良症的阳性改变；

（2）肌肉活检的病理学诊断符合肌营养不良症的肌肉细胞变性、坏死等阳性改变；

（3）已导致被保险人持续超过三个月无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

18. 严重心肌炎

指被保险人因严重心肌炎性病变导致心功能损害造成持续的永久不可逆性的心功能衰竭。必须满足所有以下条件：

（1）心功能衰竭程度达到美国纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能Ⅳ级，或左室射血分数低于30%；

（2）持续不间断180天以上；

（3）被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

19. 肝豆状核变性（或称 Wilson 病）

指一种常染色体隐性遗传的铜代谢缺陷病，以不同程度的肝细胞损害、脑退行性病变和角膜边缘有铜盐沉着环为其临床特征，并须满足下列全部条件：

（1）典型症状；

（2）角膜色素环（K-F 环）；

（3）血清铜和血清铜蓝蛋白降低，尿铜增加；

（4）经肝脏活检确诊。

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。

20. 严重幼年型类风湿性关节炎

幼年型类风湿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关节炎予以理赔。

21. 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，必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。

22. 严重瑞氏综合征（Reye 综合征，也称赖氏综合征、雷氏综合征）

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、惊厥及意识障碍等等。

瑞氏综合征需由三级医院的儿科专科医生确诊，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。

23. 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90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 90 天以上仍无改善迹象。

24. 严重的骨髓增生异常综合征

骨髓增生异常综合征（myelodysplastic syndromes，MDS）是起源于造血干细胞的一组异质性髓系克隆性疾病，特点是髓系细胞发育异常，表现为无效造血、难治性血细胞减少，本合同所指的严重的骨髓异常增生综合征需满足下列所有条件：

（1）由设有专门血液病专科的公立三级甲等医院血液病专科的主治级别以上的医师确诊；

（2）骨髓涂片检查同时符合发育异常细胞比例>10%、原始细胞比例>15%；

（3）已接受至少累计三十日的化疗或已接受骨髓移植治疗。

化疗日数的计算以被保险人实际服用、注射化疗药物的天数为准。

疑似病例不在保障范围之内。

25. 自体造血干细胞移植

指由于患者自身骨髓造血功能异常或为了达到治疗肿瘤的目的，采集患者自己的一部分造血干细胞，分离并深低温保存，再回输给患者使患者的造血功能和免疫功能重新恢复的一种治疗方法。该治疗须由专科医生认为在临床上是必需的。

26. 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）。根据智商（IQ），智力低常分为中度（IQ35-50）、重度（IQ20-35）和极重度（IQ<20）。智商的检测必须由我们认可的专职心理测验工作者进行，心理测验工作者必须持有由心理测量专业委员会资格认定书。根据被保险人年龄采用对应的智力量表如韦克斯勒智力量表（儿童智力量表或成人智力量表）。

必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）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）专职合格心理检测工作者适时做的心理检测证实被保险人智力低常（中度、重度或极重度）；

（4）被保险人的智力低常自确认日起持续 180 天以上。

27. 骨生长不全症

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。本合同只保障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。

28. 婴儿进行性脊肌萎缩症

该病是累及脊髓前角细胞及延髓运动核的神经元退行性变性病。在出生后两年内出现的脊髓和脑干颅神经前角细胞进行性机能障碍，伴随肌肉无力和延髓机能障碍。

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。

29. 骨髓纤维化

原发性骨髓纤维化为原因不明的骨髓中成纤维细胞增殖，伴有髓外造血，表现为进行性贫血、脾肿大等症状。本疾病须根据骨髓的活组织检查和周围血象检查由我们认可的医院血液科专科医生明确诊断，并至少符合下列条件中的三项，且符合条件的状态持续 180 天及以上，并已经实际实施了针对此症的治疗：

（1）血红蛋白<100g/L；

（2）白细胞计数>25*10^9/L；

（3）外周血原始细胞≥1%；

（4）血小板计数<100*10^9/L。

任何其它病因导致的继发性骨髓纤维化不在保障范围内。

30. 严重慢性缩窄性心包炎 由于慢性心包炎症导致心包脏层和壁层广泛瘢痕粘连、增厚和钙化，心包腔闭塞，形成一个纤维瘢痕外壳，使心脏和大血管根部受压，阻碍心脏的舒张。

被保险人被明确诊断为慢性缩窄性心包炎且必须满足以下所有条件：

（1）心功能衰竭达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级Ⅳ级，并持续 180 天以上；

（2）实际接收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。

9.8 住院

指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院的正式病房接受全日 24 小时监护治疗的过程，并正式办理入出院手续。但不包括下列情况：

（1）被保险人在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；

（2）被保险人在特需病房、外宾病房或其它不属于基本医疗保险范畴的高等级病房入住；

（3）被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；

（4）被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗或一天内住院不满二十四小时,但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；

（5）被保险人住院体检；

（6）挂床住院及其他不合理的住院。

“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；挂床住院的住院日数，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，入出院标准按当地卫生部门规定标准执行；不合理住院日数，我们不承担给付保险金的责任。

9.9 住院医疗费用

指被保险人住院期间发生的医疗费用，包括：

1. 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（不包括单人病房、套房、家庭病床的费用）。

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：

（1）所有医院外其他营利性餐饮服务机构提供的餐饮费用；

（2）不是根据医嘱配送的、在医院对外营业的餐厅或食堂的餐饮费用；

（3）不在医院开具的医疗费用清单上的餐饮费用；

（4）住院期间购买的个人用品。

2. 药品费

指在住院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。

3. 材料费

指在住院期间医生或**护士**[见 9.35]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。

4. 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。

5.治疗费

指住院期间以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，具体以就诊医院的费用项目划分为准。

6.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。

7.检查化验费

指实际发生的、以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及化验而发生的合理的医疗费用。检查及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。

8.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**[见9.36]费；若因器官移植而发生的手术费用，不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。

9.重症监护室床位费

指住院期间出于**医学必要**[见 9.37]被保险人需在重症监护室进行合理且必要的医疗而产生的床位费。重症监护室指配有中心监护台，心电监护仪及其他监护抢救设施，相对封闭管理，符合重症监护病房（ICU）、冠心病重症监护病房（CCU）标准的单人或多人监护病房。

10.加床费

指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间，根据合同约定给付其合法监护人（限 1 人）在医院留宿发生的加床费。

11.救护车使用费

指在住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，根据医生建议，被保险人需医院转诊过程中的医院用车费用，且救护车的使用权限仅限于同一城市的医疗运送。

9.10　特殊门诊

指按照基本医疗保险规定，能按照住院的流程报销的大病或者慢性病门诊，且该大病或者慢性病门诊治疗需在本合同保险责任约定范围内，但不包括特需门诊、外宾门诊或其它不属于基本医疗保险范畴的高等级门诊。

9.11　恶性肿瘤

指被保险人初次发生符合下列定义的恶性肿瘤，该疾病应当由专科医生明确诊断。

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的疾病。该病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。下列疾病不在保障范围内：

（1）**原位癌**[见9.38]；

（2）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

（3）相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

（4）皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；

（5）TNM 分期为 $T_1N_0M_0$ 期或者更轻分期的前列腺癌；

（6）感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

9.12 **化学疗法** 指针对于恶性肿瘤的化学治疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。本合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化疗。

9.13 **放射疗法** 指针对恶性肿瘤的放射治疗。放疗是使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以抑制和杀灭癌细胞为目的而进行的治疗。本合同所指的放疗为被保险人根据医嘱，在医院的专门科室进行的放疗。

9.14 **肿瘤免疫疗法** 指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和增强机体抗肿瘤免疫应答，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本合同所指的肿瘤免疫疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理局批准用于临床治疗。

9.15 **肿瘤内分泌疗法** 指针对于恶性肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制激素生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞的生长。本合同所指的内分泌疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理局批准用于临床治疗。

9.16 **肿瘤靶向疗法** 指在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本合同所指的靶向疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理局批准用于临床治疗。

9.17 **基本医疗保险** 指包括职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗。

9.18 **城乡居民大病保险** 城乡居民大病保险是基本医疗保障制度的拓展和延伸，是对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障的一项新的制度性安排。主要保障对象为城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗或者城乡居民基本医疗保险的参保（合）人以及部分地区建立的覆盖城镇职工、城镇居民、农村居民的统一的大病保险制度参保人。

9.19 **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。

9.20 **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。

9.21 **既往症** 指在投保前已患的、被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：

（1）在投保前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

（2）在投保前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；

（3）在投保前发生，医生已有明确诊断，但未予治疗；或者未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在。

9.22 **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。

9.23	**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。
9.24	**质子重离子医疗费用**	指被保险人因接受质子、重离子放射治疗，而发生的定位及制定放疗计划费用以及质子、重离子放射治疗实施费用。
9.25	**物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法**	物理治疗是指应用人工物理因子（如光、电、磁、声等）来治疗疾病，具体疗法包括电疗、光疗、磁疗、热疗等； 中医理疗是指以治疗疾病为目的，被保险人接受由具有相应资格的医生实施的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗； 其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。
9.26	**职业病**	指企业、事业单位和个体经济组织的劳动者在职业活动中，因接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害物质等因素而引起的疾病。职业病的认定需遵循《中华人民共和国职业病防治法》中的相关规定及鉴定程序。
9.27	**医疗事故**	指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范及常规，过失造成患者人身损害的事故。
9.28	**《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）**	指世界卫生组织（WHO）制定的国际统一的疾病分类方法，它根据疾病的病因、病理、临床表现和解剖位置等特性，用一种系统有序的组合编码的方法对疾病进行分类。目前世界通用的是第 10 次修订本《疾病和有关健康问题的国际统计分类》，（ICD-10）是该分类第 10 次修订本的的简称。
9.29	**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。
9.30	**现金价值**	一次交清保险费的，现金价值等于一次交清保险费×（1-25%）×（1-保单经过天数/保险期间的天数），经过天数不足一天的按一天计算。 月交支付保险费的，现金价值等于月交保险费×（1-25%）×（1-当月经过天数/当月的天数），经过天数不足一天的按一天计算。
9.31	**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。
9.32	**肢体机能完全丧失**	指肢体的三大关节中的两大关节僵硬，或不能随意识活动。肢体是指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。
9.33	**语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失**	语言能力完全丧失，指无法发出四种语音（包括口唇音、齿舌音、口盖音和喉头音）中的任何三种、或声带全部切除，或因大脑语言中枢受伤害而患失语症。咀嚼吞咽能力完全丧失，指因牙齿以外的原因导致器质障碍或机能障碍，以致不能作咀嚼吞咽运动，除流质食物外不能摄取或吞咽的状态。

9.34 六项基本日常生活活动

六项基本日常生活活动是指：

（1）穿衣：自己能够穿衣及脱衣；

（2）移动：自己从一个房间到另一个房间；

（3）行动：自己上下床或上下轮椅；

（4）如厕：自己控制进行大小便；

（5）进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；

（6）洗澡：自己进行淋浴或盆浴。

9.35 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。

9.36 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。

9.37 医学必要

指被保险人接受治疗或服务、使用器械或服用药品符合以下条件：

（1）医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需；

（2）在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需的水平；

（3）与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；

（4）非主要为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他医疗提供方的方便；

（5）非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；

（6）非试验性或研究性。

9.38 原位癌

指恶性细胞局限于上皮内尚未穿破基底膜浸润周围正常组织的癌细胞新生物。原位癌必须经对固定活组织的组织病理学检查明确诊断。