



光大永明人寿保险有限公司

请扫描以查询验证条款

光大永明百万安康（2019 版）医疗保险条款

感谢您选择了光大永明人寿。为了帮助您更好地理解本条款，在阅读本条款前，请您注意阅读提示和说明。

阅读提示

您所享有的重要权益

本合同所提供的保障 第 十 一 条

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 第 十 四 条

发生保险事故后，您应该及时通知我们 第 十 五 条

如何申请保险金 第 十 六 条

如何给付保险金 第 十 七 条

您有解除合同的权利，请您慎重决定 第 二 十 条

释义 第 六 部 分

说明

我们 : 指光大永明人寿保险有限公司。

您 : 指投保人。

保险条款 : 指本条款。

条款目录

第一部分 您与我们的合同	3
第一条 保险合同的构成	3
第二条 投保年龄	3
第三条 保险合同的成立与生效	3
第四条 保险期间	3
第五条 续保	3
第六条 保险费的支付	3
第七条 保险费率调整	4
第八条 基本保险金额	4
第九条 保险合同的终止	4
第二部分 我们提供的保障	4
第十条 等待期	4
第十一条 保险责任	5
第十二条 免赔额	9
第十三条 补偿原则和赔付标准	10
第十四条 责任免除	10
第三部分 如何申请给付保险金	11
第十五条 保险事故通知	11
第十六条 保险金申请	11
第十七条 保险金给付	12
第十八条 欠款的扣除	12
第四部分 您所拥有的重要权益	12
第十九条 合同内容变更权	12
第二十条 合同解除权	12
第五部分 您必须了解的事项	12
第二十一条 明确说明和如实告知义务	12
第二十二条 年龄计算及错误处理	13
第二十三条 本公司合同解除权的限制	13
第二十四条 受益人	13
第二十五条 宽限期	13
第二十六条 职业或工种变更	14
第二十七条 司法鉴定	14
第二十八条 争议处理与法律适用	14
第二十九条 诉讼时效	14
第三十条 住所或通讯地址变更	14
第六部分 释义	14
附表:	34

第一部分 您与我们的合同

第一条 保险合同的构成

本保险合同（以下简称“本合同”）由保险单、保险条款、投保书、投保提示以及与本合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注和其它书面协议共同构成。

第二条 投保年龄

指投保时被保险人的年龄，投保年龄以**周岁**（见释义 1）计算。本合同接受的投保年龄为 0 周岁（指出生满 30 日且已健康出院的婴儿）至 65 周岁。

本合同最高续保年龄为 105 周岁（含），如果被保险人年龄超过 105 周岁，我们不再接受续保。

第三条 保险合同的成立与生效

您向我们提出投保申请且我们同意承保，本合同成立。

自本合同成立且我们签发保险单后，本合同生效。本合同的生效时间以保险单载明的日期为准，我们自本合同生效日的零时起开始承担保险责任。但自本合同生效之日起 30 天内，我们仍未收到您应支付的保险费，该合同自始无效。

本合同的**保险单周年日**（见释义 2）、**保险单年度**（见释义 3）、**保险单月份**、**保险费到期日**（见释义 4）和**保险单满期日**均以本合同生效日为基础计算。

第四条 保险期间

本合同的保险期间为 1 年，自本合同生效日零时起开始计算。

第五条 续保

续保时，我们将按“**保险费率调整**”的约定，计算被保险人的续保保险费。

我们不会因为被保险人的健康状况变化或历史理赔情况而拒绝被保险人**不间断续保**（见释义 5）或单独调整被保险人的不间断续保费率。

若在保险单满期日次日零时满足以下全部条件，且您在续保宽限期届满前已足额支付续保保险费，本合同保险期间将从该保险单满期日次日零时起顺延 1 年：

- 一、被保险人年龄不超过 105 周岁；
- 二、您未曾提出不续保本合同的书面申请；
- 三、本产品未停售；
- 四、我们未做出不同意续保的决定。

第六条 保险费的支付

本合同的交费方式由您与我们约定，并在保险单上载明。

第七条 保险费率调整

我们保留调整保险费率的权力。

如果整体理赔经验和医疗消费水平发生显著变化，我们将根据本合同计算费率所依据的计算基础与实际情况的偏差程度，决定保险费率是否调整及调整幅度。保险费率的调整将针对所有被保险人，或同一投保年龄、同一投保区域等某一类人群的被保险人。

您不间断续保时，须按该保险单满期日次日的保险费率支付续保保险费，保险费率调整前您已经支付的保险费不受影响。

如果您不同意费率调整的，我们将不再为您办理续保。

第八条 基本保险金额

本合同的基本保险金额是我们承担给付保险金责任的最高限额。基本保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。我们对被保险人在保险期间内的所有赔付不超过本保险合同载明的基本保险金额。

第九条 保险合同的终止

发生下列情况之一时，本合同终止：

- 一、您申请解除本合同；
- 二、被保险人身故；
- 三、自本合同生效之日起 30 天内，我们仍未收到您应支付的保险费，该合同自始无效；
- 四、自保险单满期日次日（含该日）起 60 天续保宽限期内，我们未收到您支付的续保保险费，本合同自续保宽限期结束的次日零时起终止；
- 五、分期支付保险费的，宽限期结束之后您仍未支付保险费；
- 六、我们不同意您续保本合同，本合同自保险单满期日的次日零时终止；
- 七、被保险人年满 106 周岁（含）后的首个保险单周年日；
- 八、本合同条款所列其他终止情形。

第二部分 我们提供的保障

第十条 等待期

您为被保险人首次投保或间断续保本保险时，自本合同生效日起 30 日（含）内为等待期，您为被保险人不间断续保本保险的，无等待期。

被保险人在等待期内因**意外伤害**（见释义 6）以外的原因发生的医疗费用支出，我们不承担给付保险金的责任，但本合同继续有效。

被保险人在等待期内因意外伤害以外的原因发生的 E. 恶性肿瘤赴日医疗费用支出，我们不承担给付保险金的责任，且向您无息退还该项保险责任对应的保险费，该项保险责任终止。

第十一条 保险责任

在本合同有效期内，我们将按照您在投保时为被保险人所选择的保险产品计划，向被保险人承担保险责任。

本合同的保险责任分为必选责任和可选责任，必选责任为您在投保时必须选择的部分，必选责任按保险产品计划分为：

- （一） 计划一及计划二：“A. 恶性肿瘤医疗费用保险金”责任；
- （二） 计划一及计划二之外的计划：“B. 一般医疗费用保险金”责任和“C. 重大疾病医疗费用保险金”责任。

可选责任可由您决定是否投保其中一项或者多项。

一、必选责任

（一）计划一及计划二

A. 恶性肿瘤医疗费用保险金

若被保险人在等待期后因意外伤害以外的原因经**我们认可的医疗机构**（见释义7）确诊**首次患有**（见释义8）本合同所定义的**恶性肿瘤**（见释义23.1），并在我们认可的医疗机构接受治疗的，我们对下述A.1-A.4项费用，按照本合同的约定承担给付恶性肿瘤医疗费用保险金的责任：

A.1 恶性肿瘤住院医疗费用

指被保险人经我们认可的医疗机构确诊首次患有本合同所定义的恶性肿瘤必须接受**住院**（见释义9）治疗时，被保险人需个人支付的、**必需且合理**（见释义10）的治疗恶性肿瘤住院医疗费用，包括**床位费**（见释义11）、**膳食费**（见释义12）、**护理费**（见释义13）、重症监护室床位费、诊疗费、**检查检验费**（见释义14）、**治疗费**（见释义15）、**药品费**（见释义16）、**手术费**（见释义17）等。

特别提示和说明：到本合同满期日时，被保险人未结束本次住院治疗的，我们继续承担因本次住院发生的、最高不超过本合同满期日后30日（含）内的住院医疗费用。

A.2 恶性肿瘤特殊门急诊医疗费用

指被保险人在我们认可的医疗机构接受本合同所定义的恶性肿瘤特殊门急诊治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的治疗恶性肿瘤特殊门急诊医疗费用，包括**化学疗法**（见释义18）、**放射疗法**（见释义19）、**肿瘤免疫疗法**（见释义20）、**肿瘤内分泌疗法**（见释义21）、**肿瘤靶向疗法**（见释义22）的治疗费用。

A.3 恶性肿瘤门诊手术医疗费用

指被保险人经我们认可的医疗机构确诊首次患有本合同所定义的恶性肿瘤必须接受门诊手术治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的治疗恶性肿瘤门诊手术费用。

A.4 恶性肿瘤住院前后门急诊医疗费用

指被保险人经我们认可的医疗机构确诊首次患有本合同所定义的恶性肿瘤必须接受住院治疗，在住院前7日（含住院当日）和出院后30日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受恶性肿瘤门急诊治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的治疗恶性肿瘤门急诊医疗费用（**但不包括A.2恶性肿瘤特殊门急诊医疗费用和A.3恶性肿瘤门诊手术医疗费用**）。

特别提示和说明：

1. 对于 A.1-A.4 项费用，我们对于被保险人需个人支付的、必需且合理的金额，依照约定的给付比例进行赔付。

2. 我们在本合同保险期间内累计给付的 A. 恶性肿瘤医疗费用保险金之和以本合同

约定的基本保险金额为限。

（二）计划一及计划二之外的计划

B. 一般医疗费用保险金

若被保险人因意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因，在我们认可的医疗机构接受治疗的，我们对下述 B. 1-B. 4 项费用，按照本合同的约定承担给付一般医疗费用保险金的责任：

B. 1 住院医疗费用

指被保险人经我们认可的医疗机构诊断必须接受住院治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的住院医疗费用，包括床位费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费等。

特别提示和说明：到本合同满期日时，被保险人未结束本次住院治疗的，我们继续承担因本次住院发生的、最高不超过本合同满期日后 30 日（含当日）内的住院医疗费用。

B. 2 特殊门急诊医疗费用

指被保险人在我们认可的医疗机构接受特殊门急诊治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的特殊门急诊医疗费用，包括：

- （1）门急诊肾透析费；
- （2）门急诊恶性肿瘤治疗费，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法的治疗费用；
- （3）器官移植后的门急诊抗排异治疗费。

B. 3 门诊手术医疗费用

指被保险人经我们认可的医疗机构诊断必须接受门诊手术治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的门诊手术费用。

B. 4 住院前后门急诊医疗费用

指被保险人经我们认可的医疗机构诊断必须接受住院治疗，在住院前 7 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的门急诊医疗费用（但不包括 B. 2 特殊门急诊医疗费用和 B. 3 门诊手术医疗费用）。

特别提示和说明：

1. 对于 B. 1-B. 4 项费用，我们对于被保险人需个人支付的、必需且合理的金额，在扣除约定的免赔额后，依照约定的给付比例进行赔付。
2. 我们在本合同保险期间内累计给付的 B. 一般医疗费用保险金之和不超过本合同约定的一般医疗费用保险金的限额（见附表）。

C. 重大疾病医疗费用保险金

若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因经确诊首次患有本合同所定义的重大疾病（见释义23），并在我们认可的医疗机构接受治疗的，我们对下述C. 1-C. 4项费用，按照本合同的约定承担给付重大疾病医疗费用保险金的责任：

C. 1 重大疾病住院医疗费用

指被保险人经我们认可的医疗机构确诊首次患有本合同所定义的重大疾病必须接受住院治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的治疗重大疾病住院医疗费用，包括床位费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费等。

特别提示和说明：到本合同满期日时，被保险人未结束本次住院治疗的，我们继续承担因本次住院发生的、最高不超过本合同满期日后30日（含当日）内的住院医疗费用。

C. 2 重大疾病特殊门急诊医疗费用

指被保险人在我们认可的医疗机构接受本合同所定义的重大疾病特殊门急诊治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的治疗重大疾病特殊门急诊医疗费用，包括：

- (1) 门急诊肾透析费；
- (2) 门急诊恶性肿瘤治疗费，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法的治疗费用；
- (3) 器官移植后的门急诊抗排异治疗费。

C. 3 重大疾病门诊手术医疗费用

指被保险人经我们认可的医疗机构确诊首次患有本合同所定义的重大疾病必须接受门诊手术治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的治疗重大疾病门诊手术费用。

C. 4 重大疾病住院前后门急诊医疗费用

指被保险人经我们认可的医疗机构确诊首次患有本合同所定义的重大疾病必须接受住院治疗，在住院前7日（含住院当日）和出院后30日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受重大疾病门急诊治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的治疗重大疾病门急诊医疗费用（**但不包括C. 2重大疾病特殊门急诊医疗费用和C. 3重大疾病门诊手术医疗费用**）。

特别提示和说明：

1. 对于C. 1-C. 4项费用，我们对于被保险人需个人支付的、必需且合理的金额，依照约定的给付比例进行赔付。
2. 我们在本合同保险期间内累计给付的C. 重大疾病医疗费用保险金之和以本合同约定的基本保险金额为限。

二、可选责任

如果您为被保险人选择了下列可选责任中的一项或者多项，在本合同有效期内，被保险人因意外伤害或者在等待期后因意外伤害以外的原因发生的医疗费用，我们承担相应保险责任：

D. 质子重离子医疗费用保险金

若被保险人在等待期后因意外伤害以外的原因经我们认可的医疗机构确诊首次患有本合同所定义的恶性肿瘤，并在我们指定的医疗机构接受质子重离子治疗的，我们对被保险人需个人支付的、必需且合理的**质子重离子医疗费用**（见释义29），按照本合同的约定承担给付质子重离子医疗费用保险金的责任。

特别提示和说明：

1. 对于D项费用，我们对于被保险人需个人支付的、必需且合理的金额，依照约定的给付比例进行赔付。

2. 我们指定的医疗机构每日床位费的上限为1,000元。
3. 我们在本合同保险期间内累计给付的D. 质子重离子医疗费用保险金之和以本合同约定的基本保险金额为限。
4. 本项责任下我们指定的医疗机构以本公司网站的最新公布信息为准。

E. 恶性肿瘤赴日医疗费用保险金

若被保险人在等待期后因意外伤害以外的原因经我们认可的医疗机构确诊首次患有本合同所定义的恶性肿瘤，向我们提出恶性肿瘤赴日本治疗书面申请，并经我们授权的第三方服务商（以下简称“授权服务提供商”）安排的诊疗意见确认，可前往我们认可的日本的医疗机构进行治疗的，我们对被保险人在授权服务提供商安排在日本接受恶性肿瘤治疗期间在我们认可的日本的医疗机构发生的需个人支付的、必需且合理的医疗费用，按照本合同的约定承担给付恶性肿瘤赴日医疗费用保险金。

医疗费用包括床位费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费等。

特别提示和说明：

1. 对于E项费用，我们对于被保险人需个人支付的、必需且合理的金额，依照约定的给付比例进行赔付。

2. 我们仅承担被保险人1次赴日本治疗的医疗费用。若在本合同保险期间内发生E. 恶性肿瘤赴日医疗费用保险金给付，我们不接受您为被保险人续保时选择“E. 恶性肿瘤赴日医疗费用保险金”责任。

3. 我们在本合同保险期间内累计给付的E. 恶性肿瘤赴日医疗费用保险金之和以本合同约定的基本保险金额为限。

4. 本合同保险期间届满时，若被保险人已向我们提出恶性肿瘤赴日本治疗书面申请且经授权服务提供商安排的诊疗确认可赴日本治疗，但尚未赴日本接受恶性肿瘤治疗，或已赴日本进行恶性肿瘤治疗尚未结束的，我们继续承担因本次治疗发生的、最高不超过被保险人首次向我们提出恶性肿瘤赴日本治疗书面申请之日起的365日（含当日）内的医疗费用。

5. 本项责任下我们认可的日本的医疗机构以本公司网站的最新公布信息为准。

6. 若被保险人发生下列费用支出，我们不承担给付保险金的责任：

- (1) 无医生处方而自行购买的药物费用；
- (2) 被保险人接种预防恶性肿瘤的疫苗、进行基因检测、鉴定恶性肿瘤的遗传性、接受实验性治疗以及采取未经科学或医学认可的医疗手段所产生的任何费用。实验性治疗指用于药物治疗或外科手术、未被国际医学研究组织普遍接受为对疾病或损伤安全、有效的医疗手段、医学设备或药物；以及处于学习、研究、测试等任何临床试验阶段的治疗、医学操作、疗程治疗、医疗设备或药物；
- (3) 被保险人在**感染艾滋病病毒或患艾滋病**（见释义30）期间所发生的医疗费用；
- (4) 被保险人未在授权服务提供商安排的我们认可的日本的医疗机构发生的任何医疗费用；
- (5) 被保险人前往日本治疗过程中发生的非医疗费用，包括不限于交通费用、食宿费用、护照费用、签证费用等；
- (6) 被保险人在日本治疗过程中不幸身故，遗体运回或者火化运回的费用；

(7) 其他不属于本保险责任范围内的损失和费用。

7. 我们给付的E. 恶性肿瘤赴日医疗费用保险金以人民币为结算支付单位, 被保险人在日本以外币支付的医疗费用, 我们在给付保险金时所用的汇率以医疗费用保险金申请人填写保险金给付申请书当日中国人民银行公布的人民币汇率中间价为准。

F. 特需医疗费用保险金

若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因经我们认可的医疗机构确诊首次患有本合同所定义的重大疾病, 且因患重大疾病接受下列一种或多种治疗项目的, 我们对于被保险人在我们认可的医疗机构的特需医疗部或国际医疗部发生的需个人支付的、必需且合理的必选责任对应的住院医疗费用, 按照本合同的约定在必选责任范围内向被保险人给付特需医疗费用保险金:

1. 恶性肿瘤或**良性脑肿瘤**(见释义23.9)的住院治疗;
2. **指定移植手术**(见释义31);
3. **指定重大手术**(见释义32)。

住院医疗费用包括床位费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费等。

特别提示和说明:

1. 对于F项费用, 我们对于被保险人需个人支付的、必需且合理的金额, 依照约定的给付比例进行赔付。

2. 我们认可的医疗机构的特需医疗部或国际医疗部每日床位费的上限为1,000元。

3. 我们在本合同保险期间内累计给付的F. 特需医疗费用保险金之和以本合同约定的基本保险金额为限。

特别提示和说明: 我们在本合同保险期间内给付的必选责任和可选责任项下的各项医疗费用保险金不能超过本合同约定的各项责任下的限额, 并且累计给付的各项医疗费用保险金之和以本合同约定的基本保险金额为限。

第十二条 免赔额

免赔额由您与我们在订立本合同时协商确定, 并在本合同中载明。

本合同中所指免赔额均指年免赔额, 指在本合同保险期间内, 应由被保险人自行承担, 我们不予赔付的部分。被保险人通过社会基本医疗保险或公费医疗保险获得的补偿, 不可用于抵扣免赔额。被保险人通过其他商业医疗保险获得的补偿, 且符合本合同保险责任范围的医疗费用, 可用于抵扣免赔额。

若被保险人因意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因确诊首次患有本合同所定义的一种或多种重大疾病, 且在我们认可的医疗机构接受治疗的, 对于自确诊重大疾病之日起所发生的符合本合同约定的全部医疗费用, 我们在给付保险金时, 不再扣除免赔额。

您为被保险人不间断续保本保险的, 若被保险人在以往保险期间内因意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因已确诊首次患有本合同所定义的一种或多种重大疾病且接受治疗的, 对于本合同保险期间内发生的符合本合同约定的全部医疗费用, 我们在给付保险金时, 不再扣除免赔额。

第十三条 补偿原则和赔付标准

一、本合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括社会基本医疗保险、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，我们仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本合同的约定进行赔付。社保卡个人账户支出部分也视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

二、本合同约定的给付比例见下表：

保险责任	给付比例
A. 恶性肿瘤医疗费用保险金	给付比例为 100%；若投保时被保险人享有 当地社会基本医疗保险 （见释义 33）或公费医疗保障，但在保险事故发生时不再享有当地社会基本医疗保险或公费医疗保障，或在理赔申请时未从当地社会基本医疗保险或公费医疗管理部门获得医疗费用补偿的，我们按照本合同约定的医疗费用的 60% 比例给付。
B. 一般医疗费用保险金	
C. 重大疾病医疗费用保险金	
D. 质子重离子医疗费用保险金	100%
E. 恶性肿瘤赴日医疗费用保险金	70%
F. 特需医疗费用保险金	80%

第十四条 责任免除

因下列情形之一导致被保险人医疗费用支出，我们不承担给付保险金的责任：

1. 您对被保险人的故意杀害、故意伤害；
2. 被保险人故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
3. 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；
4. 被保险人服用、吸食或注射**毒品**（见释义 34）；
5. 被保险人**酒后驾驶**（见释义 35）、**无合法有效驾驶证驾驶**（见释义 36）或**驾驶无有效行驶证**（见释义 37）的**机动车**（见释义 38）；
6. 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；
7. 战争、军事冲突、暴乱或者武装叛乱；
8. 核爆炸、核辐射或者核污染；
9. **遗传性疾病**（见释义 39）、**先天性畸形、变形或染色体异常**（见释义 40）；
10. 被保险人在初次投保或间断续保前所患**既往症**（见释义 41），等待期内出现的**疾病症状**（见释义 42）或**体征**（见释义 43），等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；
11. 被保险人在不符合本合同约定的医疗机构就诊发生的医疗费用；
12. 被保险人在初次投保或间断续保的合同生效之日起 180 天（含）内接受扁桃腺、甲状腺、疝气、女性生殖系统疾病的检查与治疗；
13. 被保险人患精神性疾病（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD10）分类为精神和行为障碍的疾病）发生的医疗费用；

14. 整形手术、美容或整容手术、变性手术及前述手术的并发症或因前述手术导致的医疗事故；
15. 被保险人怀孕、流产、分娩（含剖腹产）、避孕、绝育手术、治疗不孕不育症、人工受孕及由此导致的并发症；
16. 牙科疾病及相关治疗，视力矫正手术，但因意外伤害所致的不受此限；
17. 被保险人因预防、康复、保健性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具；包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；
18. 未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及其产生的后果所产生的费用；
19. 被保险人从事职业运动或可获得报酬的运动或竞技，在训练或比赛中受伤；被保险人从事或参加高风险运动，如：**潜水**（见释义 44）、滑水、冲浪、赛艇、漂流、跳伞或其他高空运动、蹦极、乘坐或驾驶商业民航班机以外的飞行器、**攀岩**（见释义 45）、攀登海拔 3500 米以上的独立山峰、滑雪、**武术**（见释义 46）、摔跤、马术、赛马、赛车、**特技表演**（见释义 47）（含训练）、替身表演（含训练）、**探险**（见释义 48）或考察活动（洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等）。

第三部分 如何申请给付保险金

第十五条 保险事故通知

您、被保险人或受益人应于知道**保险事故发生之日**（见释义 49）起 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。**

第十六条 保险金申请

若被保险人符合医疗费用保险金给付条件时，医疗费用保险金申请人需填写保险金给付申请书，并凭下列证明材料向我们申请理赔：

1. 本合同；
2. 医疗费用保险金申请人的**有效身份证件**（见释义 50）。当医疗费用保险金申请人为监护人时，还须提供能够证明监护关系的证明文件；
3. 我们认可的医疗机构出具的诊断证明、门诊急诊病历、住院病历、医疗原始发票、费用清单、处方；
4. 若被保险人在日本接受治疗，还须提供护照或其他出入境旅行证件、签证；
5. 所能提供的与确认保险事故的性质、原因有关的其他证明和资料。

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。

以上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。

第十七条 保险金给付

我们在收到保险金给付申请书及本合同约定的证明材料后,将在3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约定义务的,除支付保险金外,应当赔偿受益人因此受到的损失。

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按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,给付相应的差额。

第十八条 欠款的扣除

我们在给付各项保险金或退还未满期净保险费(见释义51)时,如果您有尚未偿还的保险单借款或尚未支付的保险费,我们将在扣除上述欠款及利息后再行给付。

第四部分 您所拥有的重要权益

第十九条 合同内容变更权

您在本合同有效期内,经您与我们协商一致,可申请变更本合同内容。变更本合同的,应当由我们在保险单或者其他凭证上批注或者附贴批单,或者由您与我们订立书面的变更协议。

第二十条 合同解除权

一、在本合同有效期内,您可申请解除本合同。我们收到解除合同申请书时,本合同终止。

二、我们收到解除合同申请书时,对于未发生保险金给付的,我们将于收到本条第三款所列证明材料后30日内向您退还合同解除时的未满期净保险费;但对于已发生保险金给付的,我们不退还未满期净保险费。

三、您要求解除本合同时,应提供下列证明材料:

1. 本合同;
2. 解除合同申请书;
3. 您的有效身份证件。

第五部分 您必须了解的事项

第二十一条 明确说明和如实告知义务

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。

第二十二条 年龄计算及错误处理

被保险人的投保年龄为有效身份证件载明的出生日期为基础计算的周岁年龄。您在申请投保时，应将被保险人的真实年龄在投保书上填明，若发生错误按下列规定办理：

一、您申报的被保险人年龄不真实、且真实投保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，并向您退还解除保险合同时保险单的未满期净保险费。我们行使合同解除权适用“本公司合同解除权的限制”的规定。

二、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；若补交保险费前已发生保险事故，我们按照实付保险费与应付保险费的比例给付保险金。

三、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，我们将多收的保险费退还给您。

四、您申报的被保险人的年龄不真实，且对本合同的未满期净保险费产生实质影响的，我们有权根据被保险人的实际年龄予以调整。

第二十三条 本公司合同解除权的限制

本合同第二十一条和第二十二条所指的合同解除权，自我们知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。

第二十四条 受益人

除另有约定外，本合同保险金受益人为被保险人本人。

第二十五条 宽限期

分期支付保险费的，自支付首期保险费后，每个保险费到期日次日起（含该日）60 天为交付保险费的宽限期。宽限期内发生保险事故，我们仍承担保险责任，但我们给付的保险金将扣除您未支付的保险费。如果在宽限期结束时，您仍未支付保险费，则自宽限期结束的次日起本合同效力终止。

自每个保险单满期日次日（含该日）起 60 天为支付续保保险费的续保宽限期。续保宽限期内发生保险事故，我们仍承担保险责任，但我们给付的保险金将扣除您未支付的保险费。如果在续保宽限期结束时，您仍未支付保险费，则自续保宽限期结束的次日零时起本合同效力终止。

第二十六条 职业或工种变更

一、被保险人变更其职业或工种时，您或被保险人应于 10 日内以书面形式通知我们。被保险人变更的职业或工种依照我们的职业分类在拒保范围内的，我们对该被保险人所承担的全部保险责任自其职业或工种变更之日起终止，并退还本合同终止时的未到期净保险费，但对于已发生保险金给付的，我们不退还未到期净保险费。

二、您或被保险人未履行本条约定的通知义务而发生保险事故的，且被保险人所变更的职业或工种在我们拒保范围内的，我们不承担给付保险金的责任，并退还被保险人职业或工种变更之日的未到期净保险费，本合同终止，但对于已发生保险金给付的，我们不退还未到期净保险费。

第二十七条 司法鉴定

如果保险金申请人与我们就是否达到本合同约定的理赔程度或条件发生争议时，保险金申请人和我们均有权申请司法鉴定机构进行相关鉴定，以确定其原因及程度等。

第二十八条 争议处理与法律适用

本合同履行过程中发生任何争议，双方首先通过协商加以解决。若双方协商未达成协议的，可依法向有管辖权的人民法院提起诉讼。

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（不包括港澳台地区法律）。

第二十九条 诉讼时效

本合同的被保险人或者受益人向我们请求给付保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或应当知道保险事故发生之日起计算。

第三十条 住所或通讯地址变更

您的住所、通讯地址、邮箱或电话等联系方式变更时，您应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、邮箱或电话等联系方式发送有关通知，均视为已送达给您。

第六部分 释义

- 1. 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。
- 2. 保险单周年日** 指在本合同有效期内的每一个保险单年度内本合同生效日的对应日。第一个保险单周年日是指保险单生效一年后的本合同生效日期的对应日。

3. **保险单年度** 从本合同生效日或保险单周年日零时起至下一年度的保险单周年日零时止为一个保险单年度。
4. **保险费到期日** 指本合同生效日在每月、每季、每半年或每年（根据交费方式确定）的对应日。若当月没有对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。
5. **不间断续保** 指本合同续保的生效日为上一保险单满期日次日零时。
6. **意外伤害** 指因遭受意外事故并以此为直接且单独原因导致的身体伤害。意外事故指外来的、非本意的、突然的、剧烈的、非疾病的意外事件。**猝死不属于意外伤害。**
猝死是指貌似健康的人因潜在疾病、机能障碍或其他原因在出现症状后 24 小时内发生的非暴力性突然死亡，属于疾病身故。
7. **我们认可的医疗机构** 对于A. 恶性肿瘤医疗费用保险金、B. 一般医疗费用保险金、C. 重大疾病医疗费用保险金、D. 质子重离子医疗费用保险金、E. 恶性肿瘤赴日医疗费用保险金项下的各项费用，我们认可的医疗机构指，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的普通病房及普通门诊，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。
不包括如下机构或医疗服务：
(1) 特需医疗、国际医疗部、外宾病房、干部病房、VIP病房、联合病房、联合医院、精神病院；
(2) 诊所、康复中心、家庭病床；
(3) 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。
- 对于 F. 特需医疗费用保险金项下的各项费用，我们认可的医疗机构指，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的特需医疗、国际医疗部，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。
不包括如下机构或医疗服务：
(1) 外宾病房、干部病房、VIP病房、联合病房、联合医院、精神病院；
(2) 诊所、康复中心、家庭病床；
(3) 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。
8. **首次患有** 指被保险人自出生后第一次患有本合同所定义的**重大疾病**（见释义23）。
9. **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社会基本医疗保险范畴的高等级病房入住（对于因D. 质子重离子医疗费用保险金责任、E. 恶性肿瘤赴日医疗费用保险金责任及F. 特需医疗费用保险金责任发生的住院除外）；
(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。挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非 24 小时在院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。

10. 必需且合理 指合理的、符合通常惯例且医疗必需的医疗费用。

(1) 符合通常惯例指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的费用。

对是否符合通常惯例由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

(2) 医疗必需指医疗费用符合下列所有条件：

1) 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；

2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；

3) 由医生开具的处方药；

4) 非试验性的、非研究性的项目；

5) 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。

对是否医疗必需由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

11. 床位费 指被保险人使用的医院床位的费用。

12. 膳食费 指实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用，但不包括购买的个人用品。

13. 护理费 指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

14. 检查检验费 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检验而发生的合理的医疗费用，包括诊查费、妇检费、X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

15. 治疗费 指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而合理发生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，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

16. 药品费 指实际发生的合理且必要的、由医生开具的、具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用。

但不包括营养补充类药品、免疫功能调节类药品、美容及减肥类药品、预防类药品以及下列中药类药品：

(1) 主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药，如花旗参、冬虫草、白糖参、朝鲜红参、玳瑁、蛤蚧、珊瑚、狗宝、红参、琥珀、灵芝、羚羊角尖粉、马宝、玛瑙、牛黄、麝香、西红花、血竭、燕窝、野山参、移山参、珍珠（粉）、紫河车、阿胶、阿胶珠、血宝胶囊、红桃K口服液、十全大补丸、十全大补膏等；

(2) 部分可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸、海马、胎盘、鞭、尾、筋、骨等；

(3) 用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

- 17. 手术费** 指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术室费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费；若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。**
- 18. 化学疗法** 指对于恶性肿瘤的化学治疗。化学疗法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。本合同所指的化学疗法为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化学疗法。
- 19. 放射疗法** 指对于恶性肿瘤的放射治疗。放射疗法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。本合同所指的放射疗法为被保险人根据医嘱，在医院的专门科室进行的放射疗法。
- 20. 肿瘤免疫疗法** 指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和增强机体抗肿瘤免疫应答。本合同所指的肿瘤免疫治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。
- 21. 肿瘤内分泌疗法** 指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治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。
- 22. 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。本合同所指的靶向治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。
- 23. 重大疾病** 指被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病（共 100 种），应当由**专科医生（见释义 24）**明确诊断。第 1 至第 25 项为中国保险行业协会与中国医师协会共同制定的重大疾病保险的疾病定义。
- 23.1 恶性肿瘤** 指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。
- 下列疾病不在保障范围内：**
- （1）原位癌；
 - （2）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
 - （3）相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
 - （4）皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；
 - （5）TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或更轻分期的前列腺癌；
 - （6）感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。
- 23.2 急性心肌梗塞** 指因冠状动脉阻塞导致的相应区域供血不足造成部分心肌坏死。须满足下列至少三项条件：
- （1）典型临床表现，例如急性胸痛等；
 - （2）新近的心电图改变提示急性心肌梗塞；
 - （3）心肌酶或肌钙蛋白有诊断意义的升高，或呈符合急性心肌梗塞的动态性变化；
 - （4）发病 90 天后，经检查证实左心室功能降低，如左心室射血分数低于 50%。

- 23.3 脑中
风后遗症** 指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：
- (1) 一肢或一肢以上**肢体机能完全丧失**（见释义 25）；
 - (2) **语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失**（见释义 26）；
 - (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**（释义 27）中的三项或三项以上。
- 23.4 重大
器官移植
术或造血
干细胞移
植术** 重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏或肺脏的异体移植手术。
造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的异体移植手术。
- 23.5 冠状
动脉搭桥
术（或称冠
状动脉旁
路移植术）** 指为治疗严重的冠心病，实际实施了开胸进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。
冠状动脉支架植入术、心导管球囊扩张术、激光射频技术及其他非开胸的介入手术、腔镜手术不在保障范围内。
- 23.6 终末
期肾病（或
称慢性肾
功能衰竭
尿毒症期）** 指双肾功能慢性不可逆性衰竭，达到尿毒症期，经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗或实施了肾脏移植手术。
- 23.7 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。
- 23.8 急性
或亚急性
重症肝炎** 指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：
- (1) 重度黄疸或黄疸迅速加重；
 - (2) 肝性脑病；
 - (3) B 超或其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。
- 23.9 良性
脑肿瘤** 指脑的良性肿瘤，已经引起颅内压增高，临床表现为视神经乳头水肿、精神症状、癫痫及运动感觉障碍等，并危及生命。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，并须满足下列至少一项条件：
- (1) 实际实施了开颅进行的脑肿瘤完全切除或部分切除的手术；
 - (2) 实际实施了对脑肿瘤进行的放射治疗。
- 脑垂体瘤、脑囊肿、脑血管性疾病不在保障范围内。**
- 23.10 慢性
肝功能衰
竭失代偿
期** 指因慢性肝脏疾病导致肝功能衰竭。须满足下列全部条件：
- (1) 持续性黄疸；
 - (2) 腹水；
 - (3) 肝性脑病；
 - (4) 充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。
- 因酗酒或药物滥用导致的肝功能衰竭不在保障范围内。**

- 23.11 脑炎后遗症或脑膜炎后遗症** 指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍残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。
- 23.12 深度昏迷** 指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级（Glasgow coma scale）结果为 5 分或 5 分以下，且已经持续使用呼吸机及其它生命维持系统 96 小时以上。
因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。
- 23.13 双耳失聪-三周岁始理赔** 指因疾病或意外伤害导致双耳听力**永久不可逆（见释义 28）**性丧失，在 500 赫兹、1000 赫兹和 2000 赫兹语音频率下，平均听阈大于 90 分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。
被保险人申请理赔时年龄必须在三周岁以上，并且提供理赔当时的听力丧失诊断及检查证据。
- 23.14 双目失明-三周岁始理赔** 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。
- 23.15 瘫痪** 指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体机能永久完全丧失。肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后或意外伤害发生 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意识活动。
- 23.16 心脏瓣膜手术** 指为治疗心脏瓣膜疾病，实际实施了开胸进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。
- 23.17 严重阿尔茨海默病** 指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
神经官能症和精神疾病不在保障范围内。
- 23.18 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。

- 23.19 严重帕金森病** 是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为震颤麻痹、共济失调等。须满足下列全部条件：
(1) 药物治疗无法控制病情；
(2) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
继发性帕金森综合征不在保障范围内。
- 23.20 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。
- 23.21 严重原发性肺动脉高压** 指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级，且静息状态下肺动脉平均压超过 30mmHg。
- 23.22 严重运动神经元病** 是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症。须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上的条件。
- 23.23 语言能力丧失-三周岁始理赔** 指因疾病或意外伤害导致完全丧失语言能力，经过积极治疗至少 12 个月（声带完全切除不受此时间限制），仍无法通过现有医疗手段恢复。
精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。
被保险人申请理赔时年龄必须在三周岁以上，并且提供理赔当时的语言能力丧失诊断及检查证据。
- 23.24 重型再生障碍性贫血** 指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少。须满足下列全部条件：
(1) 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断；
(2) 外周血象必须具备以下三项条件：
① 中性粒细胞绝对值 $\leq 0.5 \times 10^9/L$ ；
② 网织红细胞 $< 1\%$ ；
③ 血小板绝对值 $\leq 20 \times 10^9/L$ 。
- 23.25 主动脉手术** 指为治疗主动脉疾病，实际实施了开胸或开腹进行的切除、置换、修补病损主动脉血管的手术。主动脉指胸主动脉和腹主动脉，不包括胸主动脉和腹主动脉的分支血管。
动脉内血管成形术不在保障范围内。
- 23.26 慢性呼吸功能衰竭** 慢性肺部疾病导致永久不可逆性的慢性呼吸功能衰竭。慢性呼吸功能衰竭必须明确诊断并满足下列全部条件：
(1) 休息时出现呼吸困难；
(2) 动脉血氧分压（PaO₂） $< 50\text{mmHg}$ ；
(3) 动脉血氧饱和度（SaO₂） $< 80\%$ ；
(4) 因缺氧必须接受持续的输氧治疗。
- 23.27 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：
(1) 移动：自己从一个房间到另一个房间；或者
(2) 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

23.28 严重冠心病 指经根据冠状动脉造影检查结果明确诊断为三支主要血管严重狭窄性病变（至少一支血管管腔直径减少 75%以上和其他两支血管管腔直径减少 60%以上）。冠状动脉的主要血管指左冠状动脉主干、前降支、左旋支及右冠状动脉。

前降支、左旋支及右冠状动脉的分支血管的狭窄不作为本保障的衡量指标。

23.29 严重心肌病 指被保险人因心肌病（包括扩张型心肌病、肥厚型心肌病及限制型心肌病）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 IV 级。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。

继发于酒精滥用性的心肌病不在此保障范围之内。

23.30 系统性红斑狼疮性肾炎 指系统性红斑狼疮患者并发狼疮性肾炎而影响和损害肾脏功能，且肌酐清除率持续低于 30ml/分。系统性红斑狼疮性肾炎的诊断必须经专科医生确诊，并满足下列条件：

(1) 临床表现至少具备下列条件的四个：

- ① 蝶形红斑或盘形红斑；
- ② 光敏感；
- ③ 口鼻腔黏膜溃疡；
- ④ 非畸形性关节炎或多关节痛；
- ⑤ 胸膜炎或心包炎；
- ⑥ 癫痫或精神症状；
- ⑦ 血象异常(白细胞小于 $4 \times 10^9/L$ 或血小板小于 $100 \times 10^9/L$ 或溶血性贫血)。

(2) 检测结果至少具备下列条件的两个：

- ① 抗 dsDNA 抗体阳性；
- ② 抗 Sm 抗体阳性；
- ③ 抗核抗体阳性；
- ④ 皮肤狼疮带试验(非病损部位)或肾活检阳性；
- ⑤ C3 降低。

23.31 由输血或输液而感染艾滋病病毒 被保险人感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）并且满足下列全部条件：

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

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

任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致的HIV感染不在本保单保障范围内。

保险公司必须拥有获得使用被保险人的所有血液样本的权利和能够对这些样本进行独立检验的权利。

23.32 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，或者职业需要处理血液或者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，该职业必须属于以下列表内的职业；
- (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发生后的5天以内进行的检查报告，该报告必须显示被保险人血液HIV病毒阴性和/或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HIV病毒或者HIV抗体。

职业限制如下所示：

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

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

- (1) 明确诊断，符合所有以下诊断标准：血浆促肾上腺皮质激素(ACTH)水平测定，>100pg/ml；血浆肾素活性、血管紧张素II和醛固酮测定，显示为原发性肾上腺皮质功能减退症；促肾上腺皮质激素(ACTH)刺激试验显示为原发性肾上腺皮质功能减退症。
- (2) 已经采用皮质类固醇替代治疗180天以上。

本保障仅包括由自身免疫功能紊乱所导致的慢性肾上腺功能减退，其他成因（包括但不限于：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均不在保障范围内。

23.34 植物人状态 植物人状态系指由于严重颅脑外伤造成大脑和/或脑干严重损害导致完全永久性的对自身和环境的意识丧失和中枢神经系统功能丧失，仅残存植物神经功能的疾病状态。诊断必须明确并且具有严重颅脑外伤和脑损害的证据。

植物人状态必须持续30天以上方可申请理赔。

23.35 额颞叶痴呆 指一组以额颞叶萎缩为特征的痴呆综合征，临床以明显的人格、行为改变和认知障碍为特征。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，并且有完整的临床、实验室和影像学检查结果证实。

神经官能症，精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在保障范围内。

23.36 重症急性坏死性筋膜炎 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。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) 受感染肢体被截肢（自腕关节或踝关节近端）。

- 23.37 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，且丧失工作能力)并且满足下列全部条件：
(1) 晨僵；
(2) 对称性关节炎；
(3) 类风湿性皮下结节；
(4) 类风湿因子滴度升高；
(5) X 线显示严重的关节(软骨和骨)破坏和关节畸形。
- 23.38 严重克隆病** 克隆病是一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克隆病病理组织学变化。诊断必须由病理检查结果证实。被保险人所患的克隆病必须已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。
- 23.39 严重溃疡性结肠炎** 本保单所保障的溃疡性结肠炎是指伴有致命性电解质紊乱的急性暴发性溃疡性结肠炎，病变累及全结肠，表现为严重的血便和系统性症状体征，治疗通常采取全结肠切除和回肠造瘘术。溃疡性结肠炎必须根据组织病理学特点诊断，并且被保险人已经接受了结肠切除和回肠造瘘术。
- 23.40 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。
- 23.41 II 级重症急性胰腺炎** II 级重症急性胰腺炎是指急性胰腺炎伴有脏器功能障碍。被保险人所患的 II 级重症急性胰腺炎必须明确诊断，按 APACHE II 评分达到 8 分或 8 分以上和 Balthazar 分级系统达到 II 级或 II 级以上，并且接受了外科剖腹手术治疗，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以及腹腔镜手术不在保障范围内。
- 23.42 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保障范围内。
- 23.43 脑动脉瘤破裂开颅手术** 指脑动脉瘤破裂引起蛛网膜下腔出血，导致突发神经系统功能损害。被保险人在蛛网膜下腔出血后实际实施了在全麻下经骨瓣开颅进行的脑动脉瘤的外科手术治疗。脑动脉瘤诊断必须由脑动脉造影或其他影像学检查证据支持。
未破裂之脑动脉瘤的手术、钻孔或小骨窗开颅或其他颅内或脑内出血清除或吸除手术、非开颅的脑立体定向手术或伽玛刀手术、血管内介入治疗、脑囊肿切除、垂体瘤切除及颅内血管畸形手术不在保障范围内。

- 23.44 主动脉夹层瘤** 指主动脉壁在受到某些病理因素的破坏后，高速、高压的主动脉血流将其内膜撕裂，以致主动脉腔内的血流通过主动脉内膜的破裂口进入主动脉内壁而形成血肿。被保险人需通过电脑断层扫描（CT）、磁共振扫描（MRI）、磁共振血管检验法（MRA）或血管扫描等检查，并须经专科医生确诊。
- 23.45 系统性硬皮病** 系统性硬皮病（须累及内脏器官），指一种以局限性或弥漫性皮肤增厚和皮肤、血管、内脏器官异常纤维化为特征的结缔组织病。本病须经专科医师明确诊断，并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。
- 下列疾病不在本险种保障范围内：
- ① 局部性硬皮病（如：带状硬皮病、硬斑病）；
 - ② 嗜酸性粒细胞性筋膜炎；
 - ③ CREST 综合征。
- 23.46 严重慢性复发性胰腺炎** 指慢性反复发作的胰腺炎症导致胰腺的广泛纤维化、坏死、弥漫性钙化及假性囊肿形成，造成胰腺功能障碍出现严重糖尿病和营养不良。必须满足以下所有条件：
- （1）CT 显示胰腺广泛钙化或逆行胰胆管造影（ERCP）显示胰管扭曲、扩张和狭窄；
 - （2）接受胰岛素替代治疗和酶替代治疗 180 天以上。
- 因酒精所致的慢性复发性胰腺炎除外。
- 23.47 胰腺移植术** 指因胰腺功能衰竭，已经实施了在全身麻醉下进行的胰腺的异体器官移植手术。单纯胰岛移植、部分胰腺组织或细胞的移植不在本保障范围内。
- 23.48 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。
- 23.49 肺源性心脏病** 指被保险人因慢性肺部疾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 IV 级。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。
- 23.50 嗜铬细胞瘤** 指发生在肾上腺或肾上腺外嗜铬组织的以分泌过多的儿茶酚胺为表现的神经内分泌肿瘤。嗜铬细胞瘤必须由内分泌专科医生诊断，并且满足以下所有条件：
- （1）临床有高血压症候群表现；
 - （2）已经实施了嗜铬细胞瘤切除手术。
- 23.51 范可尼综合征** 也称 Fanconi 综合征，指近端肾小管的功能异常引起的一组症候群。须经专科医生诊断，且须满足下列至少三项条件：
- （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。
- 被保险人在三周岁之前患该疾病，本公司不承担保险责任。

23.52 疾病或外伤所致智力障碍（残疾） 因严重头部创伤或疾病造成被保险人智力低常（智力低于常态）或智力残疾。根据智商（IQ）智力低常分为轻度（IQ50-70）；中度（IQ35-50）；重度（IQ20-35）和极重度（IQ<20）。智商 70-85 为智力临界低常，不在本保障范围内。智商的检测必须由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）。

理赔时必须满足下列全部条件：

- （1）被保险人大于或等于六周岁；
- （2）专科医生确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低下；
- （3）专职合格心理检测工作者适时做的心理检测证实被保险人智力低常（轻度、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。

23.53 亚急性硬化性全脑炎 是麻疹或麻疹样病毒所致的一种中枢神经系统慢感染。中枢神经系统呈现灰质和白质破坏为特征的慢性和急性混合存在的炎症。必须符合所有以下条件：

- （1）必须由三甲医院诊断，临床检查证实脑电图存在周期性复合波、脑脊液 γ -球蛋白升高、脑脊液和血清中麻疹抗体滴度升高；
- （2）被保险人出现运动障碍，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。

23.54 克-雅氏病（CJD、人类疯牛病） 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。本病须经三级医院的专科医师根据 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。克-雅氏病疑似病例除外。

23.55 丝虫病所致象皮病 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肿分期第 III 期，临床表现为肢体象皮肿，患肢较健肢增粗 30% 以上，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。

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

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

单纯实验室诊断但没有临床出血表现的或者在确诊之前已经死亡的不在本保障范围内。

23.57 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。必须满足所有以下条件：

- （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。

- 23.58 严重组织细胞增生症** 是指一组单核-巨噬细胞（组织细胞）异常增生的疾病。理赔时须满足下列所有条件：
- （1）支气管镜活检或开胸肺活检病理检查证实；
 - （2）已导致呼吸衰竭和右心衰竭；
 - （3）影像学检查显示蜂窝肺。
- 23.59 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）；和
 - ②性激素、甲状腺素、肾上腺皮质激素全面低下；
 - （5）需要终身激素替代治疗以维持身体功能，持续服用各种替代激素超过一年。
- 23.60 原发性骨髓纤维化** 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。
- 被保险人被明确诊断为原发性骨髓纤维化，并符合以下条件中的三项且持续 180 天：
- （1）血红蛋白<100g/l；
 - （2）白细胞计数>25×10⁹/l；
 - （3）外周血原始细胞≥1%；
 - （4）血小板计数<100×10⁹/l；
- 恶性肿瘤、中毒、放射线和感染所致的继发性骨髓纤维化除外。
- 23.61 重症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、难治性贫血、难治性血细胞减少，有转化为急性髓系白血病的风险。
- 被保险人根据外周血和骨髓活检被明确诊断为骨髓增生异常综合征，并且符合所有以下条件：
- （1）FAB 分类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。
- 23.62 进行性多灶性白质脑病** 是一种亚急性脱髓鞘脑病，常常发生于免疫缺陷病人。必须根据脑组织活检确诊。
- 23.63 传染性心内膜炎** 传染性心内膜炎是指因细菌、真菌和其他微生物制剂感染而产生心瓣膜或心室壁内膜的炎症，引起心脏瓣膜关闭不全。必须符合下列所有条件：
- （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）心功能衰竭达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级且持续 180 天或接受了心脏瓣膜置换手术。

- 23.64 完全性房室传导阻滞** 三度房室传导阻滞又称完全性房室传导阻滞是指心房的激动不能正常地传导到心室，造成心室率过于缓慢，出现心力衰竭和因大脑供血不足导致的晕厥、阿-斯综合征。必须由专科医生明确诊断并且满足下列所有条件：
- (1) 心电图表现为室性逸搏心律，心室率持续低于 40 次/分；
 - (2) 曾经有晕厥、阿-斯综合征发作；
 - (3) 已经植入人工永久性心脏起搏器。
- 23.65 川崎病** 川崎病为一种病因不明的系统性血管炎。
本保单仅对诊断性检查证实川崎病并发冠状动脉瘤或其他心血管异常并且实际接受了手术治疗的情况予以理赔。
- 23.66 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，妨碍心脏的扩张。
被保险人被明确诊断为慢性缩窄性心包炎，并符合所有以下条件：
- (1) 心功能IV级持续180天；
 - (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：
 - ①胸骨正中切口；
 - ②双侧前胸切口；
 - ③左前胸肋间切口。
- 经胸腔镜、胸壁打孔进行的手术，心包粘连松解手术除外。
- 23.67 1型糖尿病一严重并发症** 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，并且满足下列全部条件：
- (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因坏疽自趾趾关节或以上切除了一趾或多趾。
- 23.68 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。
- 23.69 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，是一种罕见的神经系统变性疾病，以假球麻痹、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 必须由我们认可的医疗机构的专科医生确诊，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。
- 23.70 严重幼年风湿关节炎** 幼年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。
本保单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类风湿关节炎予以理赔。

- 23.71 Brugada 综合征** 由心脏科专科医生根据临床症状和典型心电图表现，明确诊断为 Brugada 综合征。经医生判断认为医疗必须已安装永久性心脏除颤器。
- 23.72 冠状动脉血管成形术** 是指有心绞痛等心脏不适症状，经过血管造影技术检查证实同时存在两支（其中一支为左冠状动脉主干、左前降支或左回旋支）或更多支的冠状动脉血管发生严重的狭窄（狭窄程度在70%以上），需要并且已实施冠状动脉粥样斑块切除术以改善血管的血流状况。
索赔时必须提供血管造影的影像资料、报告、手术记录和病历。
- 23.73 室壁瘤切除术** 被保险人被明确诊断为左室室壁瘤，并且实际接受了开胸开心进行的室壁瘤切除手术治疗。
经导管心室内成型手术治疗不在本保障范围内。
- 23.74 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) 视力减退、复视和面神经麻痹；
(4) 昏睡或意识模糊。
- 23.75 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。必须符合所有以下条件：
(1) 脊髓小脑变性症必须由神经专科专家医生的诊断，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。
- 23.76 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。**该病必须由我们认可的医疗机构的专科医生确诊，并且有完整的电生理检查结果证实。**
- 23.77 严重瑞氏综合征** 瑞氏综合征（Reye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。瑞氏综合征需由三级医院的专科医生确诊，并满足下列所有条件：
(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。
- 23.78 溶血性尿毒综合征** 溶血性尿毒综合征，一种由于感染导致的急性综合征，引起红细胞溶血，肾功能衰竭及尿毒症。溶血性尿毒综合征必须由血液和肾脏专科医师诊断，并且符合下列所有条件：
(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，不在本保单保障范围内。

- 23.79 脊髓空洞症** 脊髓空洞症为慢性进行性的脊髓变性性疾病，其特征为脊髓内空洞形成。表现为感觉异常、肌萎缩及神经营养障碍。脊髓空洞症累及延髓称为延髓空洞症，表现为延髓麻痹。脊髓空洞症必须明确诊断并且造成永久不可逆的神经系统功能障碍，存在持续至少180天以上的神经系统功能缺失并满足下列任一条件：
- (1) 延髓麻痹呈现显著舌肌萎缩、构音困难和吞咽困难；或
 - (2) 双手萎缩呈“爪形手”，肌力2级或以下。
- 23.80 细菌性脑脊髓膜炎后遗症** 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日以上，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、脑积水的损害，且上述症状持续180天以上仍无改善迹象。
- 23.81 严重癫痫** 本病的诊断须由神经科或儿科专科医生根据典型临床症状和脑电图及MRI、PET、CT等影相学检查做出。理赔时必须提供6个月内发作三次及以上和6个月以上的相关病历记录证明被保险人存在经抗癫痫药物治疗无效而反复发作的强直阵挛性发作或癫痫大发作，或者已行神经外科手术以治疗反复发作的癫痫。
热性惊厥或没有全身性发作的失神发作（癫痫小发作）不在保障范围之内。
- 23.82 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。强直性脊柱炎必须明确诊断并且满足下列所有条件：
- (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。
- 23.83 小肠移植术** 指因肠道疾病或外伤，已经实施了在全身麻醉下进行的小肠的异体器官移植手术。
此手术必须由专科医生认为是医学上必需的情况下进行。
- 23.84 败血症导致的多器官功能障碍综合征** 多器官功能障碍指败血症导致的并发症，一个或多个器官系统生理功能障碍，因该疾病住院至少96小时，并至少满足以下一条标准：
- (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 $<50 \times 10^3$ /微升；
 - (3) 肝功能不全，胆红素 $>6\text{mg/dl}$ 或 $>102\mu\text{mol/L}$ ；
 - (4) 需要用强心剂；
 - (5) 昏迷格拉斯哥昏迷评分（GCS） ≤ 9 ；
 - (6) 肾功能衰竭，血清肌酐 $>300\mu\text{mol/L}$ 或 $>3.5\text{mg/dl}$ 或尿量 $<500\text{ml/d}$ ；
 - (7) 败血症有血液和影像学检查证实；
 - (8) 住院重症监护病房最低96小时；
 - (9) 器官功能障碍维持至少15天。
- 败血症引起的MODS的诊断应由专科医生证实。非败血症引起的MODS不在保障范围内。**
- 23.85 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。
此治疗必须由通过认可的专科医生认为是医学上必需的情况下进行。

- 23.86 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。
被保险人已经接受 ICU 重症监护病房的治疗，诊断必须由专科医生的确诊。
- 23.87 胆道重建手术** 指因疾病或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。
胆道闭锁并不在保障范围内。
- 23.88 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，满足以下所有条件：
(1) 至少切除了三分之二小肠；
(2) 完全场外营养支持三个月以上。
- 23.89 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（19 岁及以下人群）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。
- 23.90 意外导致的重度面部烧伤** 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。**
- 23.91 失去一肢及一眼** 因疾病或意外伤害导致单眼视力丧失及任何一肢自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。
单眼视力丧失指单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) 眼球缺失或摘除；
(2) 矫正视力低于 0.02（采用国际标准视力表，如果使用其它视力表应进行换算）；
(3) 视野半径小于 5 度。
被保险人在 3 周岁之前因疾病导致单眼视力丧失不在保障范围内。
- 23.92 肺淋巴管肌瘤病** 指一种弥漫性肺部疾病，主要病理改变为肺间质、支气管、血管和淋巴管内出现未成熟的平滑肌异常增生，同时需满足下列全部条件：
(1) 经组织病理学诊断；
(2) CT 显示双肺弥漫性囊性改变；
(3) 血气提示低氧血症，动脉血氧分压（PaO₂）持续<50mmHg。
- 23.93 严重获得性或继发性肺泡蛋白质沉积症** 因获得性或继发性原因或导致双肺肺泡和细支气管腔内充满不可溶性富磷脂蛋白的疾病。理赔时须满足下列所有条件：
(1) 支气管镜活检或开胸肺活检病理检查证实肺泡内充满有过碘酸雪夫（PAS）染色阳性的蛋白样物质；
(2) 被保人因中重度呼吸困难或低氧血症而实际已行全身麻醉下的全肺灌洗治疗。

- 23.94 器官移植导致的 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）在保障起始日或复效日之后，被保险人因治疗必需而实施器官移植，并且因器官移植而感染人类免疫缺陷病毒；
 - （2）提供器官移植治疗的器官移植中心或医院出具的此次因器官移植感染人类免疫缺陷病毒，属于医疗事故的报告，或者法院终审裁定为医疗事故并且不准上诉；
 - （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。
- 任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致的 HIV 感染不在保障范围内。**
- 23.95 脑型疟疾** 恶性疟原虫严重感染导致的脑病或脑型疟疾，以昏迷为主要特征。脑型疟疾的诊断须由注册医生确认，且外周血涂片存在恶性疟原虫。
其他明确病因导致的脑病不在保障范围内。
- 23.96 恶性葡萄胎** 该类疾病是指异常增生的绒毛组织浸润性生长浸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的，需要专家诊断并提供病理与血液检测以支持诊断。
- 23.97 湿性年龄相关性黄斑变性** 又称为新生血管性年龄相关性黄斑变性或“渗出性”年龄相关性黄斑变性，发生脉络膜新生血管（CNV）异常生长穿透玻璃膜进入视网膜，新生血管渗漏，渗出及出血。该病必须由荧光素眼底血管造影检查提示黄斑区新生血管形成，并且必须由医院的眼科专科医生确诊为湿性年龄相关性黄斑变性。
被保险人申请理赔时须提供近 3 个月内视力改变显示病情恶化的相关检查报告、诊断证明及病历报告。
- 23.98 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%。
- 23.99 神经白塞病** 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。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。
- 23.100 严重心脏衰竭 CRT 心脏再同步治疗** 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 ≥55mm；
 - （4）QRS 时间 ≥130msec；
 - （5）药物治疗效果不佳，仍有症状。

- 24. 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) 在二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。
- 25. 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。
- 26. 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。
- 27. 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。
- 28. 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。
- 29. 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相关费用，包括床位费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费等。
但不包括化学疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法和肿瘤靶向疗法所产生的药品费用。
- 30. 感染艾滋病病毒或患艾滋病** 艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文缩写为 AIDS。
在人体血液或其它样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。
- 31. 指定移植手术** 包含**重大器官移植术或造血干细胞移植术**（见释义 23.4）、**胰腺移植术**（见释义 23.47）、**小肠移植术**（见释义 23.83）、**自体造血干细胞移植**（见释义 23.85）。
- 32. 指定重大手术** 包含**冠状动脉搭桥术**（见释义 23.5）、**主动脉手术**（见释义 23.25）、**传染性心内膜炎**（见释义 23.63）**瓣膜置换手术**、**严重溃疡性结肠炎**（见释义 23.39）**全结肠切除手术**、**脑动脉瘤破裂开颅手术**（见释义 23.43）。
- 33. 当地社会基本医疗保险** 当地社会基本医疗保险：指被保险人社会基本医疗保险关系所在地的社会基本医疗保险。
社会基本医疗保险：指职工基本医疗保险、新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险。

- 34. 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它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。**
- 35. 酒后驾驶** 指经检测或者鉴定，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者超过一定的标准，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者醉酒后驾驶。
- 36. 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。
- 37. 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。
- 38. 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。
- 39. 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。
- 40. 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、变形或者染色体异常。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。
- 41. 既往症** 指在本合同生效前所患的被保险人已知或应该知道的有关疾病。通常有以下情况：
(1) 本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
(2) 本合同生效前，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) 本合同生效前，未经医生诊断和治疗，但症状或体征明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。
- 42. 症状** 指被保险人病后对机体生理功能异常的自身体验和感觉。
- 43. 体征** 指被保险人的体表或内部结构发生可以察觉的改变。
- 44. 潜水** 指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动或作业。
- 45. 攀岩** 指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
- 46. 武术** 指两人或者两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。
- 47. 特技表演** 指进行马术、杂技、驯兽等表演。
- 48. 探险** 指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身其中的行为，如江河漂流、徒步穿越沙漠或者人迹罕至的原始森林等活动。

49. 事故发生之日 事故发生之日的起算天数，均以事故发生当日计算第一日。

50. 有效身份证件 指由中华人民共和国政府主管部门规定的能够证明其身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、户口簿等证件。

51. 未到期净保险费 月交方式下，未到期净保险费=当期保险费×(1-35%)×(当期保险单月份未到期天数/当期保险单月份天数)；季度交方式下，未到期净保险费=当期保险费×(1-35%)×(当期保险单季度未到期天数/当期保险单季度天数)；半年度交方式下，未到期净保险费=当期保险费×(1-35%)×(当期保险单半年度未到期天数/当期保险单半年度天数)；年交方式下，未到期净保险费=当期保险费×(1-35%)×(当期保险单年度未到期天数/当期保险单年度天数)；经过天数不足一天的按一天计算。

附表：

我们将按照您在投保时为被保险人所选择的保险产品计划，承担相对应的保险责任，具体保险产品计划见下表：

光大永明百万安康（2019版）医疗保险产品计划表：计划一及计划二		
金额单位：人民币元		
保险产品计划	计划一	计划二
基本保险金额	200万	200万
必选责任	A. 恶性肿瘤医疗费用保险金	
投保时有（无）社会基本医疗保险	有	无
可选责任	D. 质子重离子医疗费用保险金	
	E. 恶性肿瘤赴日医疗费用保险金	

光大永明百万安康（2019版）医疗保险产品计划表：计划一及计划二之外的计划								
金额单位：人民币元								
保险产品计划	计划三	计划四	计划五	计划六	计划七	计划八	计划九	计划十
基本保险金额	200万	200万	200万	200万	400万	400万	400万	400万
一般医疗费用保险金限额	100万	100万	100万	100万	200万	200万	200万	200万
必选责任	B. 一般医疗费用保险金							
	C. 重大疾病医疗费用保险金							
一般医疗费用保险金的免赔额	5,000	5,000	10,000	10,000	5,000	5,000	10,000	10,000

投保时有(无)社会基本医疗保险	有	无	有	无	有	无	有	无
可选责任	D. 质子重离子医疗费用保险金							
	E. 恶性肿瘤赴日医疗费用保险金							
	F. 特需医疗费用保险金							

光大永明百万安康（2019版）医疗保险费率表

（版本号：BANC-BWAK-FLB-201906）

（保险期间：一年）

（金额单位：人民币元）

1、必选责任

保险产品计划	计划一		计划二	
基本保险金额	200万		200万	
投保时有（无）社会基本医疗保险	有		无	
年龄（周岁）	首次投保或间断续保	不间断续保	首次投保或间断续保	不间断续保
0-4	100	102	171	174
5-10	85	87	141	144
11-15	45	46	77	78
16-20	48	49	82	83
21-25	68	70	116	119
26-30	140	143	244	249
31-35	192	196	332	339
36-40	251	257	441	450
41-45	303	310	543	554
46-50	486	496	852	870
51-55	622	635	1,110	1,133
56-60	815	832	1,405	1,433
61-65	1,084	1,106	1,884	1,923
66-70		1,622		2,824
71-75		2,258		3,944
76-80		2,691		4,705
81-85		2,721		4,782
86-90		2,753		4,850
91-95		3,112		5,478
96-100		3,514		6,184
101-105		4,041		7,112

保险产品计划	计划七		计划八	
基本保险金额	400 万		400 万	
一般医疗费用保险金的免赔额	5,000		5,000	
投保时有(无)社会基本医疗保险	有		无	
年龄(周岁)	首次投保或间断续保	不间断续保	首次投保或间断续保	不间断续保
0-4	1,230	1,256	3,292	3,360
5-10	337	344	905	923
11-15	204	208	551	562
16-20	193	197	533	543
21-25	257	262	766	783
26-30	384	391	1,111	1,134
31-35	487	498	1,554	1,586
36-40	683	696	2,270	2,315
41-45	879	898	3,265	3,332
46-50	1,232	1,257	4,430	4,520
51-55	1,587	1,619	5,833	5,952
56-60	2,172	2,217	7,681	7,838
61-65	3,484	3,554	12,407	12,659
66-70		4,545		16,092
71-75		5,641		19,950
76-80		6,629		21,273
81-85		7,623		25,528
86-90		9,114		30,634
91-95		10,940		36,757
96-100		13,093		44,109
101-105		15,673		52,935

2、可选责任（默认勾选）

保险责任	质子重离子医疗费用保险金	
基本保险金额	与必选责任共用基本保险金额	
年龄（周岁）	首次投保或间断续保	不间断续保
0-4	27	28
5-10	11	11
11-15	5	6
16-20	5	6
21-25	5	6
26-30	5	6
31-35	5	6
36-40	11	11
41-45	16	17
46-50	16	17
51-55	16	17
56-60	16	17
61-65	27	28
66-70		28
71-75		28
76-80		28
81-85		56
86-90		56
91-95		56
96-100		56
101-105		56

注：本费率表为年交保险费方式的保险费。