



请扫描以查询验证条款

# 平安安医保（尊享版）医疗保险

## 阅读指引

**平安安医保（尊享版）医疗保险产品提供医疗费用保障**

**为了帮助您更好地了解产品，我们先介绍几个保险条款中常用的术语**

- ❖ 被保险人就是受保险合同保障的人。
- ❖ 投保人就是购买保险并交纳保险费的人。
- ❖ 受益人就是发生保险事故后享有保险金请求权的人。
- ❖ 保险人就是保险公司。

**与您有重大利害关系的条款事关您的切身利益，请您务必仔细、认真阅读**

- ❖ 本保险条款中背景突出的内容属于免除保险人责任的条款。
- ❖ 本保险条款中加了下划直线的标题及该标题下的所有内容属于其他与您有重大利害关系的条款。
- ❖ 本保险条款中加了下划波浪线的内容为其他我们认为需要特别提示您注意的内容。

**您拥有的重要权益**

- ❖ 犹豫期为15日，犹豫期内您可以要求全额退还保险费.....6.1
- ❖ 被保险人可以享受本合同提供的保障.....1.5
- ❖ 被保险人可以享受本合同提供的健康管理服务.....3.1
- ❖ 您有退保的权利.....6.2

**您应当特别注意的事项**

- ❖ 本合同有30日的等待期.....1.5
- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策.....6.2
- ❖ 您有如实告知的义务.....8.4
- ❖ 您应当按时支付保险费.....4.1
- ❖ 您有及时向我们通知保险事故的义务.....5.2
- ❖ 重大疾病的释义请您留意，其中一些释义中包含免责条款，请您注意.....7
- ❖ 费用补偿型医疗保险适用补偿原则.....1.7
- ❖ 基本医疗保险或公费医疗结算可能会影响保险金给付比例，请您注意.....1.6
- ❖ 本合同为不保证续保合同，保险期间为1年，保险期间届满需重新投保.....1.9
- ❖ 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.....脚注
- ❖ 请留意条款所称医院的特定含义.....脚注3、17、18、20、35

**条款目录**

### 1. 我们保什么、保多久

- 1.1 保险计划
- 1.2 保障区域
- 1.3 投保范围
- 1.4 药品和医疗器械保障目录
- 1.5 保险责任
- 1.6 保险金计算方法
- 1.7 补偿原则
- 1.8 保险金给付限额
- 1.9 保险期间与不保证续保

### 2. 我们不保什么

- 2.1 责任免除
- 2.2 其他免责条款

### 3. 我们提供的健康管理服务

- 3.1 健康管理服务

### 4. 如何支付保险费

- 4.1 保险费的支付

### 5. 如何领取保险金

- 5.1 受益人
- 5.2 保险事故通知
- 5.3 保险金申请
- 5.4 保险金给付

### 6. 如何退保

- 6.1 犹豫期
- 6.2 您解除合同的  
手续及风险

### 7. 重大疾病释义

### 8. 需关注的其他内容

- 8.1 合同构成
- 8.2 合同成立与生效
- 8.3 年龄错误的处理
- 8.4 明确说明与如实告知
- 8.5 本公司合同解除权的限制
- 8.6 未还款项
- 8.7 合同内容变更
- 8.8 联系方式变更
- 8.9 合同终止
- 8.10 争议处理

### 附录

# 中国平安人寿保险股份有限公司

## 平安安医保（尊享版）医疗保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指中国平安人寿保险股份有限公司。

### ① 我们保什么、保多久

这部分讲的是我们提供的保障以及我们提供保障的期间。

- 
- 1.1 保险计划** 本合同的保险计划分为计划一、计划二、计划三，由您在投保时选择确定并在保险单上载明。  
本合同保险期间内保险金总给付限额、各项责任给付限额、给付比例、免赔额等内容详见保险计划表（附录2）。
- 1.2 保障区域** 本合同“恶性肿瘤（重度）海外特定药品及医疗费用保险金”的保障区域为除中华人民共和国（含香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区）以外的区域。  
本合同其他保险责任的保障区域为中华人民共和国（不含香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区）（以下简称“中国内地”）。
- 1.3 投保范围** 本合同接受的被保险人投保年龄为0**周岁**<sup>1</sup>（须出生满28日）至70周岁，且须符合投保当时我们的规定。  
若您在被保险人71周岁至100周岁期间投保本产品的，需要满足如下情形之一，并经我们审核同意：  
（1）非首次投保且在上一个保险期间届满后60日内提出重新投保申请；  
（2）您已投保指定的产品，并在我们指定的期限内首次投保本产品。  
  
您可以在一次投保行为中同时为符合我们承保条件的家庭成员投保本产品，家庭成员仅指投保人本人、投保时与投保人具有合法婚姻关系的配偶、投保人的父母以及投保人的子女。
- 1.4 药品和医疗器械保障目录** 本合同根据保险责任承担范围设定对应的药品和医疗器械保障目录，对于被保险人在保险期间内因使用药品和医疗器械保障目录内的药品、医疗器械而发生的药品费、医疗器械使用费，我们按照1.5条约定承担保险责任。  
本合同药品和医疗器械保障目录分为一般药品和医疗器械保障目录与特定药品和医疗器械保障目录（特定药品和医疗器械保障目录为1.5条对应责任中明确约定的药品或医疗器械清单），您和被保险人可以登录我们的官方网站

---

<sup>1</sup> **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0周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。过了周岁生日，从第二天起，为已满××周岁。如被保险人出生日期为2018年10月1日，则2019年10月2日至2020年10月1日期间，被保险人年龄为1周岁。

(<https://life.pingan.com/>)查看本合同现行有效的药品和医疗器械保障目录。我们会根据实际经营情况更新如下药品和医疗器械保障目录,并按就诊时有效的药品和医疗器械目录评估是否满足保险金给付条件。

各项保险责任与目录的对应关系如下:

保险责任	药品和医疗器械保障目录
1.5.2 一般医疗保险金	一般药品和医疗器械保障目录
1.5.3 重大疾病医疗保险金	一般药品和医疗器械保障目录
1.5.4 特需医疗保险金	一般药品和医疗器械保障目录
1.5.5 重大疾病特需医疗保险金	一般药品和医疗器械保障目录
1.5.6 住院期间及住院前后院外特定药品费用保险金	一般药品和医疗器械保障目录 互联网医院特定药品清单
1.5.7 住院期间及住院前后重大疾病院外特定药品费用保险金	一般药品和医疗器械保障目录 互联网医院特定药品清单
1.5.8 住院期间及住院前后院外特定医疗器械费用保险金	特定医疗器械清单
1.5.9 住院期间及住院前后重大疾病院外特定医疗器械费用保险金	特定医疗器械清单
1.5.10 质子重离子医疗保险金	一般药品和医疗器械保障目录
1.5.11 细胞免疫疗法医疗保险金	指定细胞免疫疗法药品 一般药品和医疗器械保障目录
1.5.13 恶性肿瘤(重度)院外特定药品费用保险金	恶性肿瘤(重度)特定药品清单
1.5.14 恶性肿瘤(重度)临床急需进口药品费用保险金	恶性肿瘤(重度)临床急需进口药品清单
1.5.15 恶性肿瘤(重度)海外特定药品及医疗费用保险金	恶性肿瘤(重度)海外特定药品清单

## 1.5 保险责任

在本合同保险期间内,我们承担以下保险责任:

### 1.5.1 等待期

自本合同生效之日起(含生效当日)30日内,被保险人经医院确诊疾病,无论治疗该疾病的时间与本合同生效之日是否间隔超过30日,因治疗该疾病发生的费用,我们都不承担给付任何保险金的责任。

自本合同生效之日起(含生效当日)30日内,被保险人经医院确诊本合同“7. 重大疾病释义”所定义的“重大疾病”或本合同第1.5.17条所定义的“恶性肿瘤——重度”,我们不承担给付任何保险金的责任,向您返还所交保险费,本合同终止。

上述30日的时间为等待期。

以下三种情形,无等待期:

1. 被保险人因**意外伤害**<sup>2</sup>发生上述情形的;
2. 您在不迟于上一保险期间届满后60日重新投保本产品且经我们审核同意的;
3. 您已投保指定的产品,并在我们指定的期限内首次投保本产品且经我们审核同意的。

<sup>2</sup> **意外伤害**指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

## 1.5.2 一般医疗保险金

被保险人经**二级及以上医保定点医院普通部**<sup>3</sup>确诊除本合同“7. 重大疾病释义”所定义的“重大疾病”以外的疾病或因遭受意外伤害，在二级及以上医保定点医院普通部接受治疗的，我们依照下列约定给付一般医疗保险金。一般医疗保险金包含住院医疗费用、指定门诊医疗费用和住院前后门诊急诊医疗费用三项。

### 1. 住院医疗费用

被保险人因本项责任约定的疾病或意外伤害经二级及以上医保定点医院普通部诊断必须**住院**<sup>4</sup>治疗的，对于住院期间发生的**合理且必要**<sup>5</sup>的住院医疗费用，我们按照本合同第1.6条约定的保险金计算方法计算并在一般医疗保险金的给付限额内（见附录2）给付。

本合同约定的“住院医疗费用”包含如下内容：

#### (1) 床位费

指住院期间实际发生的、不高于**普通单人间病房**<sup>6</sup>的住院床位费（不包括套房、家庭病床）。

#### (2) 加床费

指未满18周岁的被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定给付其合法监护人（限一人）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定给付其1周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

#### (3) 重症监护室床位费

指住院期间出于**医学必要**<sup>7</sup>被保险人需在**重症监护病房**<sup>8</sup>进行合理且必要的

<sup>3</sup> **二级及以上医保定点医院普通部**指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级以上（含二级）的基本医疗保险定点的医院普通部（不包含医院的**特需部**、外宾部、干部病房、国际部、VIP部等），不包括**昂贵医院**、康复医院、疗养院、护理院、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心以及无相应医护人员或设备的二级或三级医院的联合医院或联合病房。

**特需部**指设立于基本医疗保险定点的医院中，医疗费收费主体为基本医疗保险定点的医院，且产生的医疗费用满足以下条件之一的诊疗部门：

(1) 在医疗费票据或清单中明确属特需医疗，如包含“特需”、“特需部”、“特需医疗”、“特需门诊”、“特需病房”、“特需床位”等表述；

(2) 虽然未明确属特需医疗，但相关医疗费用与当地发改委、物价局等医疗服务价格管理部门发布的公立医院医疗服务价格相比有明显升高且部分或全部应当可以经基本医疗保险结算的医疗费项目因医院的原因无法经基本医疗保险结算。

**昂贵医院**指超出惯常医疗费用水平的医院。由于各医疗机构的收费水平可能发生变化，我们会跟踪分析并适时更新和公布昂贵医院列表，您可通过我们的官方网站（<https://life.pingan.com/>）查询，我们保留对昂贵医院列表进行变更的权利，以就诊时我们最新的列表为准。

<sup>4</sup> **住院**指被保险人因疾病或意外伤害而入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，不包括入住门诊观察室、家庭病床、**挂床住院**或其他不合理的住院。

**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小时在床、在院。具体表现包括在住院期间连续1日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。

<sup>5</sup> **合理且必要**指同时满足下列要求：

(1) 治疗所必需的；  
(2) 不超过安全、足量治疗原则的；  
(3) 非试验性、研究性项目所产生的；  
(4) 符合接受治疗当地通行的医疗标准。

对是否合理且必要由我们根据客观、审慎、合理的原则进行核定，若被保险人对核定结果有不同意见，可委托双方认可的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

<sup>6</sup> **普通单人间病房**指病房为单间设计，除独立卫生间外无其他隔间。病房设一张病床加独立卫生间的单人病房。若某一医院的病房有两种或以上符合定义的病房，则应按其中床位费相对较低的病房计算。

<sup>7</sup> **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。

医疗而产生的床位费。

(4) 护理费

指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

(5) 膳食费

指住院期间根据医生的医嘱，由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为医院独立的款项、也可以合并病房费等其他款项内。

(6) 检查检验费

指住院期间实际发生的，以诊断为目的，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。

(7) 治疗费

指住院期间以治疗为目的，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以及消耗品的费用，具体以就诊医院的费用项目划分为准。

本项责任不包含如下费用：**物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法<sup>9</sup>费用。**

(8) 药品费和医疗器械使用费

药品费指住院期间实际发生的合理且必要的由医生开具的一般药品和医疗器械保障目录范围内的药品费用。**药品费中不包含中草药费用。**

医疗器械使用费指以治疗为目的，提供必要的医学手段而购买、租用和使用在一般药品和医疗器械保障目录范围内的医疗器械发生的费用。

(9) 医生费

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、**专科医生<sup>10</sup>**的费用。

(10) 手术费

指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括麻醉费、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。**

(11) 转诊救护车使用费

指住院期间以抢救生命或治疗为目的，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，**救护车的使用仅限于同一地级市或直辖市中的医疗运送。**

(12) 住院期间门诊费用

指住院期间因与该次住院相同原因而产生的门诊费用，包括医生诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费和医疗器械使用费。

医生诊疗费指主诊医生或会诊医生的劳务费用，包括挂号费；

检查检验费、治疗费、药品费和医疗器械使用费同以上第（6）（7）（8）项约定。

<sup>8</sup> **重症监护病房**指经医疗卫生行政主管部门批准，在医院内正式设立的重症监护病房。该病房为危重患者提供 24 小时持续护理及治疗，配备有重症监护专科医生、护士以及相应的监护、复苏抢救设备，例如：心脏除颤机、人工呼吸机、紧急药物、各项生命体征（如心率、血压等）持续测试的仪器等。

<sup>9</sup> **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。

<sup>10</sup> **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。

## 2. 指定门诊医疗费用

被保险人因本项责任约定的疾病或意外伤害在二级及以上医保定点医院普通部进行如下治疗发生的合理且必要的医疗费用，我们按照本合同第1.6条约定的保险金计算方法计算并在一般医疗保险金的给付限额内（见附录2）给付。

- (1) 门诊肾透析费；
- (2) 门诊恶性肿瘤治疗费，包括**肿瘤化学疗法<sup>11</sup>、肿瘤放射疗法<sup>12</sup>、肿瘤免疫疗法<sup>13</sup>、肿瘤内分泌疗法<sup>14</sup>、肿瘤靶向疗法<sup>15</sup>**的治疗费用；
- (3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费；
- (4) **门诊手术费<sup>16</sup>**。

## 3. 住院前后门诊急诊医疗费用

被保险人在住院前30日内或出院后30日内（含住院和出院当日），因与该次住院治疗相同原因而发生的合理且必要的门诊急诊医疗费用（不包括上述第2项“指定门诊医疗费用”中的治疗项目），我们按照本合同第1.6条约定的保险金计算方法计算并在一般医疗保险金的给付限额内（见附录2）给付。

本合同约定的“住院前后门诊急诊医疗费用”包含如下内容：

- (1) 医生诊疗费  
指被保险人门急诊期间发生的主诊医生或会诊医生的劳务费用，包括挂号费。
- (2) 治疗费  
指门急诊期间发生的以治疗为目的，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以及消耗品的费用，具体以就诊医院费用项目划分为准。  
本项责任不包含如下费用：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。
- (3) 检查检验费  
指门急诊期间发生的以诊断为目的，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。
- (4) 药品费和医疗器械使用费

<sup>11</sup> **肿瘤化学疗法**指针对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、服用药物等方式的化疗。

<sup>12</sup> **肿瘤放射疗法**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，**不包括质子束放疗、重离子束放疗和中子束放疗。**

<sup>13</sup> **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，**不包括细胞免疫疗法。**

<sup>14</sup> **肿瘤内分泌疗法**指针对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。

<sup>15</sup> **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的药物需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。

<sup>16</sup> **门诊手术费**指门急诊发生的合理且必要的手术医疗费用，包括外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。

药品费指门急诊期间发生的，合理且必要的由医生开具的一般药品和医疗器械保障目录范围内的药品费用。药品费中不包含中草药费用。

医疗器械使用费指以治疗为目的，提供必要的医学手段而购买、租用和使用在一般药品和医疗器械保障目录范围内的医疗器械发生的费用。

(5) 救护车使用费

指为抢救生命由急救中心派出的救护车运送被保险人至医院的费用，救护车的使用仅限于同一地级市或直辖市中的医疗运送。

### 1.5.3 重大疾病医疗保险金

被保险人经二级及以上医保定点医院普通部确诊初次发生本合同“7. 重大疾病释义”所定义的“重大疾病”，并在二级及以上医保定点医院普通部接受治疗的，我们依照下列约定给付重大疾病医疗保险金。

重大疾病医疗保险金包含重大疾病住院医疗费用、重大疾病指定门诊医疗费用和重大疾病住院前后门诊急诊医疗费用三项。

#### 1. 重大疾病住院医疗费用

被保险人因发生重大疾病经二级及以上医保定点医院普通部诊断必须住院治疗的，对于住院期间发生的合理且必要的住院医疗费用，我们按照本合同第1.6条约定的保险金计算方法计算并在重大疾病医疗保险金的给付限额内（见附录2）给付。

本合同约定的“重大疾病住院医疗费用”包含内容同“1.5.2 一般医疗保险金”中的“住院医疗费用”。

#### 2. 重大疾病指定门诊医疗费用

被保险人因发生重大疾病在二级及以上医保定点医院普通部进行如下治疗发生的合理且必要的医疗费用，我们按照本合同第1.6条约定的保险金计算方法计算并在重大疾病医疗保险金的给付限额内（见附录2）给付。

- (1) 门诊肾透析费；
- (2) 门诊恶性肿瘤治疗费，包括肿瘤化学疗法、肿瘤放射疗法、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) 器官移植后的门诊抗排异治疗费；
- (4) 门诊手术费。

#### 3. 重大疾病住院前后门诊急诊医疗费用

被保险人因重大疾病住院前30日内或出院后30日内（含住院和出院当日），因为重大疾病而发生的合理且必要的门诊急诊医疗费用（不包括上述第2项“重大疾病指定门诊医疗费用”中的治疗项目），我们按照本合同第1.6条约定的保险金计算方法计算并在重大疾病医疗保险金的给付限额内（见附录2）给付。

本合同约定的“重大疾病住院前后门诊急诊医疗费用”包含内容同“1.5.2 一般医疗保险金”中的“住院前后门诊急诊医疗费用”。

### 1.5.4 特需医疗保险金

本项保险责任仅在您投保计划二、计划三时适用。

被保险人经本合同约定的特需医疗机构<sup>17</sup>确诊除本合同“7. 重大疾病释义”所定

<sup>17</sup> 本合同约定的特需医疗机构指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级以上（含二级）的基本医疗保险定点的医院特需部、外宾部、干部病房、国际部、VIP部等，不包括昂贵医院、康复医院、疗养院、护理院、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心以及无相应医护人员或设备的二级或三级医院的联合医院或联合病房。

义的“重大疾病”以外的疾病或因遭受意外伤害，在本合同约定的特需医疗机构接受治疗的，我们依照下列约定给付特需医疗保险金。特需医疗保险金包含特需住院医疗费用、特需指定门诊医疗费用和特需住院前后门诊急诊医疗费用三项。

### 1. 特需住院医疗费用

被保险人因本项责任约定的疾病或意外伤害经本合同约定的特需医疗机构诊断必须住院治疗的，对于住院期间发生的合理且必要的住院医疗费用，我们按照本合同第1.6条约定的保险金计算方法计算并在特需医疗保险金的给付限额内（见附录2）给付。

本合同约定的“特需住院医疗费用”包含如下内容：

(1) 床位费

指住院期间实际发生的、不高于普通单人间病房的住院床位费（不包括套房、家庭病床）。

(2) 加床费

指未满18周岁的被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定给付其合法监护人（限一人）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定给付其1周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

(3) 重症监护室床位费

指住院期间出于医学必要被保险人需在重症监护病房进行合理且必要的医疗而产生的床位费。

(4) 护理费

指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

(5) 膳食费

指住院期间根据医生的医嘱，由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为医院独立的款项、也可以合并并在病房费等其他款项内。

(6) 检查检验费

指住院期间实际发生的，以诊断为目的，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。

(7) 治疗费

指住院期间以治疗为目的，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以及消耗品的费用，具体以就诊医院的费用项目划分为准。

本项责任不包含如下费用：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。

(8) 药品费和医疗器械使用费

药品费指住院期间实际发生的合理且必要的由医生开具的一般药品和医

---

**特需部**指设立于基本医疗保险定点的医院中，医疗费收费主体为基本医疗保险定点的医院，且产生的医疗费用满足以下条件之一的诊疗部门：

(1) 在医疗费票据或清单中明确属特需医疗，如包含“特需”、“特需部”、“特需医疗”、“特需门诊”、“特需病房”、“特需床位”等表述；

(2) 虽然未明确属特需医疗，但相关医疗费用与当地发改委、物价局等医疗服务价格管理部门发布的公立医院医疗服务价格相比有明显升高且部分或全部应当可以经基本医疗保险结算的医疗费项目因医院的原因无法经基本医疗保险结算。

**昂贵医院**指超出惯常医疗费用水平的医院。由于各医疗机构的收费水平可能发生变化，我们会跟踪分析并适时更新和公布昂贵医院列表，您可通过我们的官方网站（<https://life.pingan.com/>）查询，我们保留对昂贵医院列表进行变更的权利，以就诊时我们最新的列表为准。

疗器械保障目录范围内的药品费用。药品费中不包含中草药费用。

医疗器械使用费指以治疗为目的，提供必要的医学手段而购买、租用和使用在一般药品和医疗器械保障目录范围内的医疗器械发生的费用。

(9) 医生费

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

(10) 手术费

指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括麻醉费、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。

(11) 转诊救护车使用费

指住院期间以抢救生命或治疗为目的，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，救护车的使用仅限于同一地级市或直辖市中的医疗运送。

(12) 住院期间门诊费用

指住院期间因与该次住院相同原因而产生的门诊费用，包括医生诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费和医疗器械使用费。

医生诊疗费指主诊医生或会诊医生的劳务费用，包括挂号费；

检查检验费、治疗费、药品费和医疗器械使用费同以上第（6）（7）（8）项约定。

## 2. 特需指定门诊医疗费用

被保险人因本项责任约定的疾病或意外伤害在本合同约定的特需医疗机构进行如下治疗发生的合理且必要的医疗费用，我们按照本合同第1.6条约定的保险金计算方法计算并在特需医疗保险金的给付限额内（见附录2）给付。

(1) 门诊肾透析费；

(2) 门诊恶性肿瘤治疗费，包括肿瘤化学疗法、肿瘤放射疗法、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) 器官移植后的门诊抗排异治疗费；

(4) 门诊手术费。

## 3. 特需住院前后门诊急诊医疗费用

被保险人在住院前30日内或出院后30日内（含住院和出院当日），因与该次住院治疗相同原因而发生的合理且必要的门诊急诊医疗费用（不包括上述第2项“特需指定门诊医疗费用”中的治疗项目），我们按照本合同第1.6条约定的保险金计算方法计算并在特需医疗保险金的给付限额内（见附录2）给付。

本合同约定的“特需住院前后门诊急诊医疗费用”包含如下内容：

(1) 医生诊疗费

指被保险人门急诊期间发生的主诊医生或会诊医生的劳务费用，包括挂号费。

(2) 治疗费

指门急诊期间发生的以治疗为目的，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以及消耗品的费用，具体以就诊医院费用项目划分为准。

本项责任不包含如下费用：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。

(3) 检查检验费

指门急诊期间发生的以诊断为目的，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。

(4) 药品费和医疗器械使用费

药品费指门急诊期间发生的，合理且必要的由医生开具的一般药品和医疗器械保障目录范围内的药品费用。药品费中不包含中草药费用。

医疗器械使用费指以治疗为目的，提供必要的医学手段而购买、租用和使用在一般药品和医疗器械保障目录范围内的医疗器械发生的费用。

(5) 救护车使用费

指为抢救生命由急救中心派出的救护车运送被保险人至医院的费用，救护车的使用仅限于同一地级市或直辖市中的医疗运送。

### 1.5.5 重大疾病特需医疗保险金

被保险人经本合同约定的特需医疗机构确诊初次发生本合同“7. 重大疾病释义”所定义的“重大疾病”，并在本合同约定的特需医疗机构接受治疗的，我们依照下列约定给付重大疾病特需医疗保险金。重大疾病特需医疗保险金包含重大疾病特需住院医疗费用、重大疾病特需指定门诊医疗费用和重大疾病特需住院前后门诊急诊医疗费用三项。

#### 1. 重大疾病特需住院医疗费用

被保险人因发生重大疾病经本合同约定的特需医疗机构诊断必须住院治疗的，对于住院期间发生的合理且必要的住院医疗费用，我们按照本合同第1.6条约定的保险金计算方法计算并在重大疾病特需医疗保险金的给付限额内（见附录2）给付。

本合同约定的“重大疾病特需住院医疗费用”包含内容同“1.5.4 特需医疗保险金”中的“特需住院医疗费用”。

#### 2. 重大疾病特需指定门诊医疗费用

被保险人因发生重大疾病在本合同约定的特需医疗机构进行如下治疗发生的合理且必要的医疗费用，我们按照本合同第1.6条约定的保险金计算方法计算并在重大疾病特需医疗保险金的给付限额内（见附录2）给付。

- (1) 门诊肾透析费；
- (2) 门诊恶性肿瘤治疗费，包括肿瘤化学疗法、肿瘤放射疗法、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) 器官移植后的门诊抗排异治疗费；
- (4) 门诊手术费。

#### 3. 重大疾病特需住院前后门诊急诊医疗费用

被保险人因重大疾病住院前30日内或出院后30日内（含住院和出院当日），因为重大疾病而发生的合理且必要的门诊急诊医疗费用（不包括上述第2项“重大疾病特需指定门诊医疗费用”中的治疗项目），我们按照本合同第1.6条约定的保险金计算方法计算并在重大疾病特需医疗保险金的给付限额内（见附录2）给付。

本合同约定的“重大疾病特需住院前后门诊急诊医疗费用”包含内容同“1.5.4 特需医疗保险金”中的“特需住院前后门诊急诊医疗费用”。

### 1.5.6 住院期间及住院前后院外特定药品费用保险金

被保险人因疾病或意外伤害经**二级及以上医保定点医院**<sup>18</sup>确诊必须住院治疗的，在住院期间以及住院前 30 日内或出院后 30 日内（含住院和出院当日），由于本次住院治疗所必需的特定药品无法在医院内获得，而发生需从医院外购买满足以下所有条件的特定药品的费用，我们按照购买特定药品费用乘以本项保险金的给付比例后在住院期间及住院前后院外特定药品费用保险金的给付限额内（见附录 2）给付。

本合同约定的从医院外购买特定药品的费用须同时满足以下所有条件：

1. 购买特定药品须持有当前住院治疗所在的二级及以上医保定点医院的专科医生开具的**外配处方**<sup>19</sup>或持有我们**指定互联网医院**<sup>20</sup>的医生开具的**互联网医院特定药品清单**<sup>21</sup>中的**药品处方**<sup>22</sup>，且为被保险人本次住院治疗所必需的药品；
2. 外配处方或药品处方开具时该特定药品在一般药品和医疗器械保障目录范围内，且符合中国国家药品监督管理部门批准的药品说明书所列明的适应症和用法用量；
3. 我们承担责任的每次院外购药的外配处方或药品处方剂量不超过 30 天，不包括为未来治疗提前购买的药物，购买特定药品前您需提交院外购药预审申请并经我们审核同意；
4. 通过我们指定互联网医院购买院外特定药品的，还须按照本合同约定的购买流程取药（见“附录 3 互联网医院特定药品购买流程”）。

本项责任所称特定药品不包含本合同第 1.5.11 条约定的指定细胞免疫疗法药品、第 1.5.13 条约定的恶性肿瘤（重度）特定药品、第 1.5.14 条约定的恶性肿瘤（重度）临床急需进口药品、第 1.5.15 条约定的恶性肿瘤（重度）海外特定药品。

### 院外购药预审

您在院外购买特定药品前须先向我们提交院外购药预审申请，申请时需提供的材料详见“5.3.2 院外购药预审、重大疾病院外购药预审、住院期间及住院前后院外特定药品费用保险金、住院期间及住院前后重大疾病院外特定药品费用保险金申请所需的证明和资料”。

您在院外购买特定药品前按本合同约定提交院外购药预审申请并经我们审核同意的，住院期间及住院前后院外特定药品费用保险金的给付比例为 100%；若您在院外购买特定药品前未提交院外购药预审申请，购买特定药品后再向我们申请住院期间及住院前后院外特定药品费用保险金并经我们审核通过的，我们按 60%的给付比例给付住院期间及住院前后院外特定药品费用保险金；对于不

<sup>18</sup> **二级及以上医保定点医院**指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级以上（含二级）的基本医疗保险定点的医院，不包括昂贵医院、康复医院、疗养院、护理院、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心以及无相应医护人员或设备的二级或三级医院的联合医院或联合病房。

**昂贵医院**指超出惯常医疗费用水平的医院。由于各医疗机构的收费水平可能发生变化，我们会跟踪分析并适时更新和公布昂贵医院列表，您可通过我们的官方网站（<https://life.pingan.com/>）查询，我们保留对昂贵医院列表进行变更的权利，以就诊时我们最新的列表为准。

<sup>19</sup> **外配处方**也称院外调配处方，指在住院、门诊或急诊诊疗中因诊疗需要使用当前医疗机构未配备的药品或因就诊患者主动要求，由医师开具，经医疗机构管理部门审核，患者自行到院外购买的药品处方。

<sup>20</sup> **指定互联网医院**您可通过我们的官方网站（<https://life.pingan.com/>）查询，我们保留对指定互联网医院列表进行变更的权利。

<sup>21</sup> **互联网医院特定药品清单**您可通过我们的官方网站（<https://life.pingan.com/>）查询，我们保留对互联网医院特定药品清单进行变更的权利。

<sup>22</sup> **药品处方**指由专科医生在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书，包括医疗机构病区用药医嘱单。

符合约定条件的购药费用，无法通过预审核及保险金申请审核，我们不承担给付保险金的责任。

### 1.5.7 住院期间及住院前后重大疾病院外特定药品费用保险金

被保险人经二级及以上医保定点医院确诊初次发生本合同“7. 重大疾病释义”所定义的“重大疾病”，并经二级及以上医保定点医院诊断必须住院治疗的，在住院期间以及住院前 30 日内或出院后 30 日内（含住院和出院当日），由于本次住院治疗所必需的重大疾病特定药品无法在医院内获得，而发生需从医院外购买满足以下所有条件的重大疾病特定药品的费用，我们首先按照第 1.5.6 条约定给付住院期间及住院前后院外特定药品费用保险金，当我们累计给付金额达到住院期间及住院前后院外特定药品费用保险金的保险金给付限额后，我们再按照购买重大疾病特定药品费用乘以本项保险金的给付比例后在住院期间及住院前后重大疾病院外特定药品费用保险金的给付限额内（见附录 2）给付。本合同约定的从医院外购买重大疾病特定药品的费用须同时满足以下所有条件：

1. 购买重大疾病特定药品须持有当前住院治疗所在的二级及以上医保定点医院的专科医生开具的外配处方或持有我们指定互联网医院的医生开具的互联网医院特定药品清单中的药品处方，且为被保险人本次住院治疗所必需的药品；
2. 外配处方或药品处方开具时该重大疾病特定药品在一般药品和医疗器械保障目录范围内，且符合中国国家药品监督管理部门批准的药品说明书所列的适应症和用法用量；
3. 我们承担责任的每次重大疾病院外购药的外配处方或药品处方剂量不超过 30 天，不包括为未来治疗提前购买的药物，购买重大疾病特定药品前您需提交重大疾病院外购药预审核申请并经我们审核同意；
4. 通过我们指定互联网医院购买重大疾病院外特定药品的，还须按照本合同约定的购买流程取药（见“附录 3 互联网医院特定药品购买流程”）。

本项责任所称重大疾病特定药品不包含本合同第 1.5.11 条约定的指定细胞免疫疗法药品、第 1.5.13 条约定的恶性肿瘤（重度）特定药品、第 1.5.14 条约定的恶性肿瘤（重度）临床急需进口药品、第 1.5.15 条约定的恶性肿瘤（重度）海外特定药品。

### 重大疾病院外购药预审核

您在院外购买重大疾病特定药品前须先向我们提交重大疾病院外购药预审核申请，申请时需提供材料详见“5.3.2 院外购药预审核、重大疾病院外购药预审核、住院期间及住院前后院外特定药品费用保险金、住院期间及住院前后重大疾病院外特定药品费用保险金申请所需的证明和资料”。

您在院外购买重大疾病特定药品前按本合同约定提交重大疾病院外购药预审核申请并经我们审核同意的，住院期间及住院前后重大疾病院外特定药品费用保险金的给付比例为 100%；若您在院外购买重大疾病特定药品前未提交重大疾病院外购药预审核申请，购买重大疾病特定药品后再向我们申请住院期间及住院前后重大疾病院外特定药品费用保险金并经我们审核通过的，我们按 60%的给付比例给付住院期间及住院前后重大疾病院外特定药品费用保险金；对于不符合约定条件的购药费用，无法通过预审核及保险金申请审核，我们不承担给付保险金的责任。

**1.5.8 住院期间及住院前后院外特定医疗器械费用保险金**

被保险人因疾病或意外伤害经二级及以上医保定点医院确诊必须住院治疗的，在住院期间以及住院前 30 日内或出院后 30 日内（含住院和出院当日），由于本次住院治疗所必需的特定医疗器械无法在医院内获得，而发生需从医院外购买满足以下所有条件的特定医疗器械的费用，我们在住院期间及住院前后院外特定医疗器械费用保险金的给付限额内（见附录 2）给付。

本合同约定的从医院外购买特定医疗器械的费用须同时满足以下所有条件：

1. 该特定医疗器械的使用须由二级及以上医保定点医院的专科医生明确诊断建议开具，且属于**特定医疗器械清单**<sup>23</sup>中的医疗器械并为被保险人当前治疗所必需；
2. 该特定医疗器械的使用须符合中国国家药品监督管理部门批准的医疗器械说明书所列明的适用范围。

**1.5.9 住院期间及住院前后重大疾病院外特定医疗器械费用保险金**

被保险人经二级及以上医保定点医院确诊初次发生本合同“7. 重大疾病释义”所定义的“重大疾病”，经二级及以上医保定点医院诊断必须住院治疗的，在住院期间以及住院前 30 日内或出院后 30 日内（含住院和出院当日），由于本次住院治疗所必需的重大疾病特定医疗器械无法在医院内获得，而发生需从医院外购买满足以下所有条件的重大疾病特定医疗器械的费用，我们首先按照第 1.5.8 条约定给付住院期间及住院前后院外特定医疗器械费用保险金，当我们累计给付金额达到住院期间及住院前后院外特定医疗器械费用保险金的保险金给付限额后，我们再按照购买重大疾病特定医疗器械费用乘以本项保险金的**给付比例**后在住院期间及住院前后重大疾病院外特定医疗器械费用保险金的给付限额内（见附录 2）给付。

本合同约定的从医院外购买重大疾病特定医疗器械的费用须同时满足以下所有条件：

1. 该重大疾病特定医疗器械的使用须由二级及以上医保定点医院的专科医生明确诊断建议开具，且属于特定医疗器械清单中的医疗器械并为被保险人当前治疗“重大疾病”所必需；
2. 该重大疾病特定医疗器械的使用须符合中国国家药品监督管理部门批准的医疗器械说明书所列明的适用范围。

**1.5.10 质子重离子医疗保险金**

被保险人经二级及以上医保定点医院确诊初次发生本合同第 1.5.17 条所定义的“恶性肿瘤——重度”，并在我们**指定质子重离子医疗机构**<sup>24</sup>接受质子重离子放射治疗的，对于被保险人因接受质子重离子放射治疗所实际支出的合理且必要的质子重离子医疗费用，我们在质子重离子医疗保险金的给付限额内（见附录 2）给付。

本合同约定的“质子重离子医疗费用”包含如下内容：

(1) 床位费

指住院期间实际发生的、不高于普通单人间病房的住院床位费（**不包括套**

<sup>23</sup> **特定医疗器械清单**您可通过我们的官方网站 (<https://life.pingan.com/>) 查询，我们保留对特定医疗器械清单进行变更的权利。

<sup>24</sup> **指定质子重离子医疗机构**您可通过我们的官方网站 (<https://life.pingan.com/>) 查询，我们保留对质子重离子医疗机构列表进行变更的权利。

房、家庭病床)。

(2) 护理费

指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

(3) 膳食费

指住院期间根据医生的医嘱，由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为医院独立的款项、也可以合并病房费等其他款项内。

(4) 检查检验费

指住院期间实际发生的，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 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。

(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以及消耗品的费用，具体以就诊医院的费用项目划分为准。

本项责任不包含如下费用：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。

(6) 医生费

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

(7) 药品费和医疗器械使用费

药品费指住院期间实际发生的合理且必要的由医生开具的一般药品和医疗器械保障目录范围内的药品费用。药品费中不包含中草药费用。

医疗器械使用费指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而购买、租用和使用在一般药品和医疗器械保障目录范围内的医疗器械发生的费用。

本合同约定的“质子重离子医疗费用”不包括肿瘤化学疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法和肿瘤靶向疗法所产生的医疗费用。

因本产品为费用补偿型医疗保险，对于符合重大疾病医疗保险金、重大疾病特需医疗保险金给付条件的质子重离子医疗费用，我们将按质子重离子医疗保险金给付，不会重复给付重大疾病医疗保险金、重大疾病特需医疗保险金。

### 1.5.11 细胞免疫疗法医疗保险金

本合同保险期间内被保险人经二级及以上医保定点医院确诊初次发生本合同第 1.5.17 条所定义的“恶性肿瘤——重度”，并在**确诊后 3 年内**符合本合同约定的**指定细胞免疫疗法适应症**<sup>25</sup>，对于被保险人按照本合同“细胞免疫疗法审核评估及就医安排流程”（见附录 4）的约定、在经我们安排的医疗机构接受满足以下约定的细胞免疫疗法医学治疗的，对于被保险人在细胞免疫疗法医学治疗时所实际支出的合理且必要的评估费用和治疗费用，我们在细胞免疫疗法医疗保险金的给付限额内（见附录 2）给付。

我们承担的细胞免疫疗法医疗保险金包含评估费用和治疗费用两项：

#### 1. 评估费用

指被保险人经我们安排通过细胞免疫疗法就医资格评估认为适合接受细胞

<sup>25</sup> **指定细胞免疫疗法适应症**：您可通过我们的官方网站 (<https://life.pingan.com/>) 查询，我们保留对指定细胞免疫疗法适应症进行变更的权利。

免疫疗法的，在此评估过程中发生的下列医疗费用。

(1) 医生费

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

(2) 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 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。

## 2. 治疗费用

指被保险人经我们安排在细胞免疫疗法治疗期内发生的下列医疗费用。

(1) 床位费

指住院期间实际发生的、不高于普通单人间病房的住院床位费（**不包括套房、家庭病床**）。

(2) 重症监护室床位费

指住院期间出于医学必要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。

(3) 护理费

指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

(4) 膳食费

指住院期间根据医生的医嘱，由作为经我们安排的细胞免疫疗法医疗机构内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为医院独立的款项、也可以合并病房费等其他款项内。

(5) 药品费和医疗器械使用费

药品费指被保险人实际发生的合理且必要的由医生开具的一般药品和医疗器械保障目录范围内的药品费用及指定细胞免疫疗法药品费用。**药品费中不包含中草药费用。**

**指定细胞免疫疗法药品的使用次数以一次为限，被保险人使用本合同约定的指定细胞免疫疗法药品所产生的药品费用我们仅给付一次。**

医疗器械使用费指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而购买、租用和使用在一般药品和医疗器械保障目录范围内的医疗器械发生的费用。

(6) 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 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。

(7) 治疗费

指以治疗疾病为目的，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以及消耗品的费用，具体以就诊经我们安排的细胞免疫疗法医疗机构的费用项目划分为准。

**本项责任不包含如下费用：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。**

(8) 医生费

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

## 细胞免疫疗法医学治疗

我们承担被保险人按照本合同“细胞免疫疗法审核评估及就医安排流程”（见附录4）的约定、在我们安排的细胞免疫疗法医疗机构按照国家药品监督管理局批准的药品说明书使用**指定细胞免疫疗法药品**<sup>26</sup>进行的细胞免疫疗法医学治疗所产生的评估费用和治疗费用，细胞免疫疗法医学治疗包括以下八个步骤：

(1) 单采前的检查

被保险人经我们安排的细胞免疫疗法医疗机构评估确认适合使用指定细胞免疫疗法药品进行细胞免疫疗法并开具指定细胞免疫疗法药品处方后，在经我们安排的细胞免疫疗法医疗机构接受单采相关的各项检查，确保被保险人的身体状况适合单采。

(2) 单采

被保险人在经我们安排的细胞免疫疗法医疗机构进行单采，提取白细胞。

(3) CAR-T 细胞的制备

利用被保险人的白细胞，在制药中心制备 CAR-T 细胞。

(4) 回输前的检查

被保险人在经我们安排的细胞免疫疗法医疗机构接受 CAR-T 细胞回输相关的各项检查，确保被保险人的身体状况适合进行预处理化疗和回输。

(5) 预处理化疗

被保险人在经我们安排的细胞免疫疗法医疗机构接受 CAR-T 细胞回输前的预处理化疗。

(6) CAR-T 细胞的回输

在经我们安排的细胞免疫疗法医疗机构将 CAR-T 细胞回输到被保险人体内。

(7) 反应监控

经我们安排的细胞免疫疗法医疗机构监护被保险人，控制 CAR-T 治疗可能带来的不良反应。

(8) 治疗效果评估

被保险人到接受治疗的医疗机构接受各项检查，评估治疗效果。

## 细胞免疫疗法治疗期

细胞免疫疗法治疗期指自被保险人首次进行细胞免疫疗法医学治疗中的第 2 步“单采”的第 1 日起，至下列二者最早达到之日结束：

(1) 首次进行细胞免疫疗法医学治疗中的第 2 步“单采”第 1 日后的第 365 日（含当日）；

(2) 首次进行细胞免疫疗法医学治疗中的第 6 步“CAR-T 细胞回输”治疗之日后的第 30 日（含当日）。

未经我们安排自行进行细胞免疫疗法医学治疗所产生的治疗费用，我们不承担给付本项保险金的责任。

因本产品为费用补偿型医疗保险，对于符合重大疾病医疗保险金、重大疾病特需医疗保险金给付条件的细胞免疫疗法医学治疗的评估费用和治疗费用，我们将按细胞免疫疗法医疗保险金给付，不会重复给付重大疾病医疗保险金、重大疾病特需医疗保险金。

<sup>26</sup> 指定细胞免疫疗法药品：您可通过我们的官方网站（<https://life.pingan.com/>）查询，我们保留对指定细胞免疫疗法药品进行变更的权利。

### 1.5.12 恶性肿瘤特定用药基因检测费用保险金

被保险人经二级及以上医保定点医院确诊初次发生本合同第 1.5.17 条所定义的“恶性肿瘤”，为治疗该“恶性肿瘤”而经专科医生明确诊断建议发生的合理且必要的满足下列条件的**恶性肿瘤特定用药基因检测**<sup>27</sup>费用，我们在恶性肿瘤特定用药基因检测费用保险金的给付限额内（见附录 2）给付。

1. 恶性肿瘤特定用药基因检测以确定该恶性肿瘤的用药方案为目的，且该基因检测需有专科医生明确诊断建议；
2. 恶性肿瘤特定用药基因检测必须在中国内地具有合法有效资质且合法提供基因临床检验服务的基因检测机构内进行。

### 1.5.13 恶性肿瘤（重度）院外特定药品费用保险金

被保险人经二级及以上医保定点医院确诊初次发生本合同第 1.5.17 条所定义的“恶性肿瘤——重度”，对用于治疗该“恶性肿瘤——重度”而产生的合理且必要的满足下列所有条件的恶性肿瘤（重度）特定药品（以下简称“特定药品”）费用，我们乘以本项保险金的给付比例后在恶性肿瘤（重度）院外特定药品费用保险金的给付限额内（见附录 2）给付。

本合同约定的恶性肿瘤（重度）特定药品费用必须同时满足以下条件：

1. 该特定药品的药品处方必须由二级及以上医保定点医院专科医生开具，且属于**恶性肿瘤（重度）特定药品清单**<sup>28</sup>中的药品并为被保险人当前治疗“恶性肿瘤——重度”所必需；
2. 每次开具的特定药品处方需为当前治疗所必需的合理剂量，且药品剂量不超过 30 天；
3. 特定药品必须在**本合同约定的药店**<sup>29</sup>购买；
4. 在购买特定药品前，使用特定药品的药品处方必须经过我们的用药合理性审核流程并按本合同约定的流程取药（见“附录 5 恶性肿瘤（重度）特定药品购买流程”）；
5. 该特定药品的使用至少符合以下两个条件之一：
  - （1）符合中华人民共和国药品监督管理机构批准的药品说明书中所列明的适应症和用法用量；
  - （2）经我们特定药品用药合理性审核后，符合当前临床医学的先进治疗规范建议的用药标准。

恶性肿瘤（重度）院外特定药品费用保险金的给付比例为 100%；若您按被保险人拥有基本医疗保险或公费医疗的情况进行投保，但在用药时对于医保目录范围内的特定药品无法经基本医疗保险或公费医疗结算，我们将按 60%的给付比例给付恶性肿瘤（重度）院外特定药品费用保险金。

<sup>27</sup> **恶性肿瘤特定用药基因检测**指将外周血、手术或活检术留取的恶性肿瘤病理切片组织或恶性肿瘤转移所致的胸腹水等样本，进行恶性肿瘤相关的特定基因的结构（DNA 水平）或功能（RNA 水平）检测。医院的专科医生可根据其基因检测结果，给出针对其分子异常特征的药物的用药方案。

<sup>28</sup> **恶性肿瘤（重度）特定药品清单**您可通过我们的官方网站（<https://life.pingan.com/>）查询，我们保留对恶性肿瘤（重度）特定药品清单进行变更的权利。

<sup>29</sup> **本合同约定的药店**指经我们审核认可，能够满足下列全部条件，为被保险人提供恶性肿瘤药品处方审核、购药或配售服务的药店：

- （1）取得国家药品经营许可证、GSP 认证；
- （2）具有完善的冷链药品送达能力；
- （3）该药店内具有医师、职业药师等专业人员提供服务。

#### 1.5.14 恶性肿瘤(重度)临床急需进口药品费用保险金

被保险人经二级及以上医保定点医院确诊初次发生本合同第 1.5.17 条所定义的“恶性肿瘤——重度”，对用于治疗该“恶性肿瘤——重度”而产生的合理且必要的满足下列所有条件的恶性肿瘤(重度)临床急需进口药品(以下简称“进口药品”)费用，我们在恶性肿瘤(重度)临床急需进口药品费用保险金的给付限额内(见附录 2)给付。

本合同约定的恶性肿瘤(重度)临床急需进口药品费用必须同时满足以下条件：

1. 该进口药品的药品处方必须由指定的**临床急需进口药品医疗机构**<sup>30</sup>的专科医生开具，且属于**恶性肿瘤(重度)临床急需进口药品清单**<sup>31</sup>中的药品并为被保险人当前治疗“恶性肿瘤——重度”所必需；
2. 每次开具的进口药品处方需为当前治疗所必需的合理剂量，且药品剂量不超过 30 天；
3. 进口药品必须在该药品处方开具的临床急需进口药品医疗机构购买；
4. 在购买进口药品前，使用进口药品的药品处方必须经过我们的药品用药合理性审核流程并按本合同约定的流程取药(见“附录 6 恶性肿瘤(重度)临床急需进口药品购买流程”)；
5. 该进口药品的使用须符合该进口药品出口地区药品监督管理机构批准的药品说明书中所列明的适应症和用法用量，且该进口药品须经中华人民共和国国家或者地方政府药品监督管理机构审批通过并获得进口许可。

#### 1.5.15 恶性肿瘤(重度)海外特定药品及医疗费用保险金

本合同保险期间内被保险人经二级及以上医保定点医院确诊初次发生本合同第 1.5.17 条所定义的“恶性肿瘤——重度”且符合**恶性肿瘤(重度)海外特定药品清单**<sup>32</sup>中**恶性肿瘤(重度)海外特定药品适应症**<sup>33</sup>，并按照本合同“恶性肿瘤(重度)海外特定药品及医疗费用保险金的申请与给付流程”(见附录 7)的约定提交资格预评估及**海外专家诊疗意见评估**<sup>34</sup>，经我们海外特定药品及医疗资格审核通过，我们对于被保险人经我们安排、在**本合同约定的海外医院**<sup>35</sup>针对符合恶性肿瘤(重度)海外特定药品清单中的药品用药及后续治疗所产生的**必需且**

<sup>30</sup> **临床急需进口药品医疗机构**您可通过我们的官方网站(<https://life.pingan.com/>)查询，我们保留对临床急需进口药品医疗机构列表进行变更的权利。

<sup>31</sup> **恶性肿瘤(重度)临床急需进口药品清单**您可通过我们的官方网站(<https://life.pingan.com/>)查询，我们保留对恶性肿瘤(重度)临床急需进口药品清单进行变更的权利。

<sup>32</sup> **恶性肿瘤(重度)海外特定药品清单**您可通过我们的官方网站(<https://life.pingan.com/>)查询，我们保留对恶性肿瘤(重度)海外特定药品清单进行变更的权利。

<sup>33</sup> **恶性肿瘤(重度)海外特定药品适应症**您可通过我们的官方网站(<https://life.pingan.com/>)查询，我们保留对恶性肿瘤(重度)海外特定药品适应症进行变更的权利。

<sup>34</sup> **海外专家诊疗意见评估**指基于对被保险人医疗信息及基因检测报告等相关诊断资料的深度研究，由海外医疗专家提供的独立诊疗意见评估。

<sup>35</sup> **本合同约定的海外医院**指在除中华人民共和国以外的国家或地区的符合下列条件并在当地合法注册具备有效行医资质的医疗机构及诊所：

符合下列所有条件的医疗机构：

- (1) 必须具有符合所在国有关医院管理规则设置标准的医疗设备；
- (2) 以直接诊治病人为目的；
- (3) 有所在地区合法注册的医生和护士常驻执业，并提供全日 24 小时的医疗和护理服务。

符合下列所有条件的诊所：

- (1) 拥有所在国家的合法经营执照；
- (2) 拥有完备的诊疗设施；
- (3) 在正常营业时间内有合格的医生和护士队伍管理指导。

上述医疗机构及诊所均不包括精神病院及专供康复、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。

**合理**<sup>36</sup>的医疗费用、交通费用、住宿费用和遗体送返费用，在本合同约定的恶性肿瘤（重度）海外治疗期内依照下列约定在恶性肿瘤（重度）海外特定药品及医疗费用保险金给付限额内（见附录2）给付。

被保险人在首次提交海外特定药品及医疗资格申请前12个月内需在中国内地**居住累计满240天**<sup>37</sup>。

被保险人未通过海外特定药品及医疗资格审核的，对于用药及后续治疗所产生的相关费用我们均不承担给付本项保险金的责任。

海外特定药品及医疗资格审核通过后，我们将为被保险人安排海外就医，未经我们安排自行前往海外就医所产生的费用，我们不承担给付本项保险金的责任。

我们承担的医疗费用、交通费用、住宿费用和遗体送返费用，包括如下内容：

### 1. 医疗费用

#### (1) 床位费

指住院期间不超过普通单人间病房（不包括套房、家庭病床）标准的费用。

#### (2) 陪床费

指被保险人住院期间由本合同约定的海外医院为其**陪同人员**<sup>38</sup>提供床位产生的费用（本项责任仅涵盖一名陪同人员的床位费）。

#### (3) 膳食费

指住院期间，由作为医院内部专门部门的、为住院病人配餐的机构配送的膳食所产生的费用。膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为医院独立的款项、也可以合并并在病房费等其他款项内。

#### (4) 护理费

指就医期间由该医院执业护士根据医嘱所示的护理等级提供医疗护理所发生的护理费用。

#### (5) 重症监护室床位费

指出于医学必要被保险人需在重症监护室进行必需且合理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。

#### (6) 药品费

被保险人在本合同约定的海外医院就医期间实际发生的以下费用：

① 被保险人在本合同约定的海外医院接受治疗过程中，在该海外医院使用的根据医生处方开具的药品的费用；

#### <sup>36</sup> 必需且合理：

（一）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。

（二）医学必需：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、由本保险合同约定的医疗机构医生开具的处方药；
- 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。

对是否医学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。

<sup>37</sup> **居住累计满240天**：若被保险人初次向我们提交海外特定药品及医疗资格申请之日时不满1周岁，则需提供能证明被保险人在中国内地累计居住时间不少于自出生之日起至首次提交海外特定药品及医疗资格审核申请之日（不含当日）止累计日数的三分之二的材料（如：护照等）。

<sup>38</sup> **陪同人员**指被保险人认可的，在被保险人在本合同约定的海外医院接受治疗的过程中陪伴在被保险人身边的人员。若被保险人为未成年人，陪同人员的上限为两人，其中一人必须是被保险人的父母或监护人；若被保险人为成年人，陪同人员的上限为一人。

② 被保险人在本合同约定的海外医院住院接受手术治疗的，在手术治疗结束并出院后、返回中国内地之前，在本合同约定的海外医院购买的、由**治疗方案授权书**<sup>39</sup>约定的保障期间的主诊医生开具的、手术后治疗所需的处方药品产生的药品费用，且该处方药品的剂量在治疗方案授权书约定的保障期间内以 30 天为限。

(7) 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必需且合理的医疗费用，包括 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。

(8) 治疗费

指以治疗疾病为目的，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以及相关消耗品的费用，具体以就诊医院的费用项目划分为准。  
本项责任不包含中医理疗、物理治疗、及其他特殊疗法费用。

(9) 海外转诊救护车费

指遵循医嘱且预先通过我们指定的第三方服务供应商批准使用救护车在被保险人就诊的海外医院所在城市内进行转院或者运送时产生的费用。

(10) 手术费

指住院期间发生的必需且合理的治疗性手术医疗费用，包括外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费；

(11) 门诊或诊疗费

被保险人在本合同约定的海外医院进行治疗时，所发生的主诊医生或会诊医生的劳务费用，含挂号费、医生诊疗费或医事服务费。

(12) 输血费

指被保险人每次输血所实际发生的血浆费用、输血实施费用等。

(13) 医学翻译费

在本合同约定的海外医院就诊时与治疗相关的因医学翻译而产生的医学翻译费用。

(14) 治疗直接并发症的费用

指被保险人在本合同约定的海外医院进行恶性肿瘤（重度）海外特定药品适应症的治疗所引起的直接并发症的费用，这些费用需同时满足以下两个条件：

① 被保险人遵医嘱需要立即在海外医院进行医疗处置；

② 治疗目的是使被保险人的身体状况满足归国行程所需。

(15) 骨髓移植(BMT)、外周血干细胞移植(PBSCT)捐赠者医疗费用

指被保险人的骨髓或外周血干细胞捐赠者在被保险人接受骨髓移植(BMT)或外周血干细胞移植(PBSCT)过程中在本合同约定的海外医院发生的与骨髓移植或外周血干细胞移植直接相关的床位费、陪床费、膳食费、护理费、重症监护病房费、药品费、检查检验费、治疗费、手术费、门诊诊疗费、输血费、医学翻译费。

我们不承担除骨髓移植(BMT)、外周血干细胞移植(PBSCT)以外的器官移植所产生的相关费用。

<sup>39</sup> **治疗方案授权书**指被保险人在本合同约定的海外医院接受与保险责任相关的检查、化验、治疗、用药和其他医疗服务之前，由指定的第三方服务供应商出具的包含指定医疗机构名称、保险人承担的治疗项目以及治疗开始时间等相关信息的书面文件。我们不承担治疗方案授权书出具之前产生的费用以及治疗方案授权书载明治疗内容以外的治疗所产生的费用。

## 2. 交通费用

被保险人及陪同人员以治疗被保险人所患恶性肿瘤（重度）海外特定药品清单中的恶性肿瘤（重度）海外特定药品适应症为目的经我们安排前往本合同约定的海外医院所产生的，满足以下条件的交通费用。包括：

- （1）从中国内地常住地前往中国内地指定机场或国际火车站的交通费用；
- （2）从中国内地指定机场或国际火车站前往海外治疗地的飞机、铁路的费用（飞机舱位以经济舱为限、铁路座位以二等座为限）；
- （3）从海外治疗地城市指定机场或国际火车站到达该治疗城市指定酒店或医疗机构的交通费用；
- （4）从海外治疗地指定酒店或海外指定医院到达海外治疗地指定机场或国际火车站的交通费用；
- （5）从海外治疗地指定机场或国际火车站返回中国内地指定机场或国际火车站的飞机、铁路的费用（飞机舱位以经济舱为限、铁路座位以二等座为限）；
- （6）由中国内地指定机场或国际火车站到达中国内地常住地或常住地医疗机构的交通费用。

未经我们认可的、由被保险人或其陪同人员自行做出的行程安排产生的费用或变更行程安排（包括出行日期或路线）而产生的相关费用，我们不承担给付本项保险金的责任。

## 3. 住宿费用

被保险人及陪同人员因治疗被保险人所患恶性肿瘤（重度）海外特定药品清单中的恶性肿瘤（重度）海外特定药品适应症经我们安排在本合同约定的海外医院所在城市产生的、满足以下条件的住宿费用：每一次治疗开始时间前一天至治疗结束时间后一天，在被保险人就诊的本合同约定的海外医院 10 公里以内的酒店产生的必需且合理的住宿费用（以就诊当地 1 间三或四星级酒店的雙人标准间为限）。

住宿费用不包含除住宿费以外的酒店用餐、其他酒店费用以及因升级房间产生的费用。

我们根据已签署的治疗方案授权书安排住宿，并根据治疗结束日期和治疗医生的意见，确定适合被保险人的返程日期，未经我们认可的、由被保险人或其陪同人员自行做出的住宿安排产生的费用，或自行变更安排的酒店或安排的住宿日期而产生的相关费用，我们不承担给付本项保险金的责任。

## 4. 遗体送返费用

若被保险人在本合同约定的海外医院因所患恶性肿瘤（重度）海外特定药品清单中恶性肿瘤（重度）海外特定药品适应症接受治疗的过程中身故，我们承担将逝者遗体送返至中国内地的费用，包括：

- （1）进行国际遗体送返的殡葬公司提供的服务费用，包括在治疗地的防腐处理、当地火葬以及所有行政手续产生的费用；
- （2）可容纳遗体的合理尺寸的灵柩或骨灰盒的费用；
- （3）逝者遗体或骨灰从机场到达中国内地指定地点的交通服务费用。

遗体送返费用不包括由于葬礼仪式或宗教仪式所产生的任何费用。

## 恶性肿瘤（重度）海外治疗期

恶性肿瘤（重度）海外治疗期自被保险人在保险期间内首次提交《出国就医申请表》之日起 2 年。

被保险人签署《出国就医申请表》后，无论最终是否出国就医，在本合同保险期间届满后，我们均不再接受该被保险人作为保障对象的重新投保申请。

### 1.5.16 责任延续

本合同如下保险责任适用本条款。

对本合同保险期间届满前发生的且延续至本合同保险期间届满后 30 日内的合理且必要的医疗费用，我们按照本合同约定给付保险金。

保险责任	
1.5.2	一般医疗保险金中的“1.住院医疗费用”责任
1.5.3	重大疾病医疗保险金中的“1.重大疾病住院医疗费用”责任
1.5.4	特需医疗保险金中的“1.特需住院医疗费用”责任
1.5.5	重大疾病特需医疗保险金中的“1.重大疾病特需住院医疗费用”责任
1.5.6	住院期间及住院前后院外特定药品费用保险金
1.5.7	住院期间及住院前后重大疾病院外特定药品费用保险金
1.5.8	住院期间及住院前后院外特定医疗器械费用保险金
1.5.9	住院期间及住院前后重大疾病院外特定医疗器械费用保险金
1.5.10	质子重离子医疗保险金
1.5.12	恶性肿瘤特定用药基因检测费用保险金
1.5.13	恶性肿瘤（重度）院外特定药品费用保险金
1.5.14	恶性肿瘤（重度）临床急需进口药品费用保险金

### 1.5.17 恶性肿瘤

本合同所定义的恶性肿瘤包括“恶性肿瘤——轻度”和“恶性肿瘤——重度”，均须由专科医生明确诊断。

下述使用到的疾病定义是 2020 年中国保险行业协会发布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》中所规定的轻度疾病。

本合同所定义的“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**<sup>40</sup>（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**<sup>41</sup>）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**<sup>42</sup>）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**<sup>43</sup>为 I 期的甲状腺癌；
- （2）TNM 分期为 T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> 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；

<sup>40</sup> **组织病理学检查**是通过局部切除、钳取、穿刺等手术方法，从患者机体采取病变组织块，经过包埋、切片后，进行病理检查的方法。

通过采集病变部位脱落细胞、细针吸取病变部位细胞、体腔积液分离病变细胞等方式获取病变细胞，制成涂片，进行病理检查的方法，属于细胞病理学检查，不属于组织病理学检查。

<sup>41</sup> **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，是世界卫生组织（WHO）发布的国际通用的疾病分类方法，您可通过我们的官方网站（<https://life.pingan.com/>）查询该内容。

<sup>42</sup> **ICD-O-3**指《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-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-O-3 不一致的情况，以 ICD-O-3 为准。

<sup>43</sup> **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：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，具体见附录 1。

(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 $\leq 2\%$ ）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-0-3 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。

下述使用到的疾病定义是 2020 年中国保险行业协会发布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》中所规定的重大疾病。

本合同所定义的“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-0-3 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 $<10/50$  HPF 和 ki-67 $\leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

## 1.6 保险金计算方法

对于一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金、特需医疗保险金、重大疾病特需医疗保险金，我们在一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金、特需医疗保险金、重大疾病特需医疗保险金给付限额内，按照如下公式计算每次就诊应当给付的金额。具体如下：

一次就诊应当给付的金额 = （被保险人发生的医疗费用的有效金额 - 年免赔额余额） $\times$  给付比例 A $\times$  给付比例 B

说明：

(1) 一次就诊指一次住院或一次门诊（包括指定门诊或住院前后的门急诊）。

一次住院指被保险人因疾病或意外伤害住院治疗，自入院日起至出院日止之期间；但如果因同一原因再次住院，且前次出院与下次住院间隔未超过 30 日，视为同一次住院。

一次门诊指被保险人在一日内（零时起至二十四时止）在同一所医院同一个科室的就诊。

- (2) **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 - 被保险人从基本医疗保险<sup>44</sup>、城乡居民大病保险或公费医疗获得的费用补偿**

多次就诊被保险人累计发生的医疗费用的有效金额等于单次就诊被保险人发生的医疗费用的有效金额相加。

- (3) **年免赔额**指一个保险期间内对应的免赔额(具体的免赔额金额详见附录 2)。年免赔额根据您投保时选择的保险计划而有所不同，请您在投保时特别留意。

被保险人从工作单位、商业保险等其他途径报销部分以及个人自行承担的部分，均可以计入免赔额，但计入金额不超过年免赔额余额；被保险人从基本医疗保险、城乡居民大病保险或公费医疗报销部分，不能计入免赔额。

**年免赔额余额**指一个保险期间内免赔额经前次理赔中“被保险人发生的医疗费用的有效金额”抵扣过后剩余的金額。举例来说，假设年免赔额为 10000 元，如未就诊过，则年免赔额余额为 10000 元；如第一次就诊累计的“被保险人发生的医疗费用的有效金额”为 8000 元，则针对本次就诊疗赔后年免赔额余额为 2000 元，本次给付为 0 元；如第二次就诊累计的“被保险人发生的医疗费用的有效金额”为 6000 元，则针对本次就诊疗赔后年免赔额余额为 0 元，本次给付为 4000 元。

- (4) 当被保险人某次就诊发生的医疗费用的有效金额 > 年免赔额余额时，本次给付金额 > 0 元；

当被保险人某次就诊发生的医疗费用的有效金额 ≤ 年免赔额余额时，本次给付金额 = 0 元。

- (5) **给付比例 A:** 本合同不同保险计划所对应的给付比例 A 不同，具体如下：

给付比例 A				
保险计划	一般医疗保险金	重大疾病 医疗保险金	特需医疗 保险金	重大疾病特需 医疗保险金
计划一	80% (被保险人发生的医疗费用的有效金额为 0-10000 元(含)部分)	100%	该计划下 无此责任	100%
	100% (被保险人发生的医疗费用的有效金额超过 10000 元部分)			
计划二	80% (被保险人发生的医疗费用的有效金额为 0-10000 元(含)部分)	100%	100%	100%
	100% (被保险人发生的医疗费用的有效金额超过 10000 元部分)			

<sup>44</sup> 基本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。

计划三	100%	100%	100%	100%
-----	------	------	------	------

#### (6) 给付比例 B:

- ① 对于本合同所有保险计划下的一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金，给付比例 B 均为 100%；若您按被保险人拥有基本医疗保险或公费医疗的情况进行投保，但申请理赔时未从上述途径获得医疗费用补偿的，则上述保险金的给付比例 B 均为 60%；
- ② 对于本合同保险计划二和计划三下的特需医疗保险金、所有保险计划下的重大疾病特需医疗保险金，给付比例 B 均为 100%。

### 1.7 补偿原则

若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、城乡居民大病保险、公费医疗）和其他主体（包括工作单位、第三方侵权责任主体或本公司在内的任何商业保险机构等）取得医疗费用补偿的，我们将按本合同约定计算并给付保险金，且最高给付金额不超过被保险人实际发生的合理且必要的医疗费用扣除其所获补偿后的余额。

### 1.8 保险金给付限额

在本合同保险期间内，对于本合同约定的各项保险责任，被保险人不论一次或多次进行治疗，我们均按上述约定给付保险金。但各项保险金的累计给付金额以附录 2《平安安医保（尊享版）医疗保险计划表》中约定的各项保险责任对应的给付限额为限，各项保险金的累计给付金额达到其对应的限额时，该项保险责任终止。

各项保险金给付金额之和达到约定的保险金总给付限额时，本合同终止。

### 1.9 保险期间与不保证续保

本合同为不保证续保合同。

本产品保险期间为一年，自本合同生效时起算。保险期间届满，您需要重新向我们申请投保本产品，并经我们审核同意，交纳保险费，获得新的保险合同。若保险期间届满时，本产品已停止销售，我们不再接受投保申请，但会向您提供投保其他保险产品的建议。

## ② 我们不保什么

这部分讲的是我们不承担保险责任的情况。

### 2.1 责任免除

因下列情形之一造成被保险人医疗费用支出或导致被保险人初次发生“恶性肿瘤”或“重大疾病”的，我们不承担给付保险金的责任：

1. 被保险人所患既往症<sup>45</sup>及保险单中特别约定的除外疾病；
2. 遗传性疾病<sup>46</sup>，先天性畸形、变形或染色体异常<sup>47</sup>，先天性恶性肿瘤（BRCA1/BRCA2 基因突变家族性乳腺癌、遗传性非息肉病性结直肠癌、肾母细胞瘤即 Wilms 瘤、李-佛美尼综合症（即 Li-Fraumeni 综合症））；

<sup>45</sup> 既往症指在本合同生效日之前被保险人已患且已知晓的疾病。

<sup>46</sup> 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。

<sup>47</sup> 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。

3. 疗养、视力矫正手术、各种健康体检项目及预防性医疗项目、牙科保健、牙科费用、非意外伤害所致整容手术；
4. 如下项目的治疗：皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗；雀斑、老年斑、痣的治疗和去除；对蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、纹身去除、皮肤变色、上肢肘关节远端及面部静脉曲张的治疗或手术；激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗斑秃、白发、秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸、除腋臭；
5. 各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗项目，包括但不限于平足及各种非功能性整容、矫形手术费用；
6. 各种健美治疗项目，包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用；
7. 不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症；
8. 包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；
9. 除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其他人工器官材料费、安装和置换等费用、各种康复治疗器械、假体、义肢、自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械；
10. 耐用医疗设备（指各种康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备）的购买或租赁费用；各类为生活提供便利和舒适的设备（如轮椅、拐杖等各类助行器械、自动床、电话托臂、床上多用桌、空调、空气净化器等其他类似设备）的购买、租赁、维修和置换费用；保健食品及用品；
11. 被保险人**感染艾滋病病毒或患艾滋病<sup>48</sup>**期间因疾病导致的；
12. 非医院药房购买的药品（不适用于住院期间及住院前后院外特定药品费用保险金、住院期间及住院前后重大疾病院外特定药品费用保险金、恶性肿瘤（重度）院外特定药品费用保险金）；未经医生处方自行购买的药品；
13. 滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂；
14. 精神和行为障碍（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）治疗、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（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；
15. 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
16. 被保险人故意自伤、故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
17. 被保险人服用、吸食或注射**毒品<sup>49</sup>**；
18. 被保险人从事**潜水<sup>50</sup>**、跳伞、**攀岩<sup>51</sup>**、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、**探险<sup>52</sup>**、**武术比赛<sup>53</sup>**、摔跤比赛、**特技表演<sup>54</sup>**、赛马、赛车等高风险运动导致的伤害引

<sup>48</sup> **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。

<sup>49</sup> **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。

<sup>50</sup> **潜水**指使用辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。

<sup>51</sup> **攀岩**指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

<sup>52</sup> **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，而故意使自己置身于其中的行为，如：江河漂流、登山、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。

<sup>53</sup> **武术比赛**指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。

<sup>54</sup> **特技表演**指进行马术、杂技、飞车、驯兽等表演。

起的治疗；

19. 由于**职业病<sup>55</sup>**、**医疗事故<sup>56</sup>**引起的医疗费用；
20. 被保险人**酒后驾驶<sup>57</sup>机动车<sup>58</sup>**；
21. 核爆炸、核辐射或核污染、化学污染；恐怖袭击、**战争<sup>59</sup>**、**军事冲突<sup>60</sup>**、**暴乱<sup>61</sup>**或**武装叛乱**；
22. 不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院而拒不出院（从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用）；
23. 未被治疗所在地权威部门批准的治疗，未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物；
24. 预防性治疗、休养或疗养、保健治疗、**医疗鉴定<sup>62</sup>**、**医疗咨询和健康预测<sup>63</sup>**；
25. 被保险人因精神疾病、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；
26. 康复治疗、并发症的治疗（不包括本合同约定的治疗直接并发症的费用）、**减缓慢性症状的治疗、心理治疗**；
27. **姑息疗法<sup>64</sup>**、**替代疗法<sup>65</sup>**、**基因疗法<sup>66</sup>**、辅助疗法（如补钙、补充维生素等），再造手术、以及安全性和可靠性未经相关科学证明的诊断、治疗和外科手术所产生的任何费用；
28. 经我们审核被保险人的疾病状况，确定对申领药品已经**耐药<sup>67</sup>**；
29. **腺样体肥大<sup>68</sup>**、**疝气<sup>69</sup>**；
30. 生长发育相关的任何检验检查费用和治疗费用，包括但不限于矮小症、生长发育迟缓、性早熟、生长激素缺乏症、肢端肥大症等疾病及生长激素、胰岛素生长因子结合蛋白等药物使用。

因下列情形之一造成被保险人医疗费用支出的，我们不承担给付恶性肿瘤（重

<sup>55</sup> **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。

<sup>56</sup> **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。

<sup>57</sup> **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》或道路交通相关法规的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

<sup>58</sup> **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或履带车辆。

<sup>59</sup> **战争**指国家与国家、民族与民族、政治集团与政治集团之间为了一定的政治、经济目的而进行的武装斗争，以政府宣布为准。

<sup>60</sup> **军事冲突**指国家或民族之间在一定范围内的武装对抗，以政府宣布为准。

<sup>61</sup> **暴乱**指破坏社会秩序的武装骚动，以政府宣布为准。

<sup>62</sup> **医疗鉴定**指各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神疾病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定等。

<sup>63</sup> **医疗咨询和健康预测**包括但不限于健康咨询、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》第十次修订版（ICD-10）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）。

<sup>64</sup> **姑息疗法**指为无法治愈的患者（如晚期癌症、慢性疾病等）提供的以减轻痛苦、提高生活质量为主要目标的医疗护理。这种治疗并不以治愈疾病为目的，而是专注于缓解症状和改善患者的身体、心理和精神上的舒适度。它通常包括止痛、控制其他症状（如呼吸困难、恶心等），并为患者及其家属提供心理支持。

<sup>65</sup> **替代疗法**指目前传统医学或标准治疗之外的医学和健康管理系统、操作和产品，包括但不限于针灸、芳香疗法、脊椎指压疗法、顺势疗法、自然疗法、整骨疗法、印度韦达养生学和传统中医。

<sup>66</sup> **基因疗法**指通过各种手段修复缺陷基因，以减缓或治愈疾病的技术。

<sup>67</sup> **耐药**指肿瘤病灶按照 RECIST 评价标准有进展。**RECIST**指实体瘤治疗疗效评价标准。

<sup>68</sup> **腺样体肥大**包括因炎症因素反复刺激进而发生的，或因发育性原因出现的腺样体增生肥大。

<sup>69</sup> **疝气**包括腹股沟疝、股疝、脐疝、腹壁疝、膈疝、手术切口疝。

度) 海外特定药品及医疗费用保险金的责任:

1. 假体、人造部件或器官(如人工关节)材料费以及相关安装和置换等费用;
2. 因认知障碍、脑损伤或衰老而需要医学治疗或医学护理所产生的相关费用;
3. 因治疗流行病、传染病, 以及治疗因病毒感染、细菌感染导致的疾病所产生的费用;
4. 未经医生建议自行进行的任何治疗, 或未遵书面医嘱私自服用、涂用、注射药物所产生的费用;
5. 被保险人在中国以外国家和地区进行的任何**医学随访**<sup>70</sup>; 或无相关医学检查证明需进一步治疗的任何出国就医或检查;
6. 接受治疗过程中发生的非因医疗必需产生的费用, 包括但不限于护照费用、签证费用、因个人原因使用翻译的费用等。

## 2.2 其他免责条款

除“2.1 责任免除”外, 本合同中还有一些免除保险人责任的条款, 详见以下条款中背景突出显示的内容: “1.5 保险责任”、“1.6 保险金计算方法”、“1.7 补偿原则”、“1.8 保险金给付限额”、“5.2 保险事故通知”、“6.1 犹豫期”、“7. 重大疾病释义”、“8.3 年龄错误的处理”、“脚注 3 二级及以上医保定点医院普通部”、“脚注 4 住院”、“脚注 12 肿瘤放射疗法”、“脚注 13 肿瘤免疫疗法”、“脚注 17 本合同约定的特需医疗机构”、“脚注 18 二级及以上医保定点医院”、“脚注 35 本合同约定的海外医院”、“脚注 39 治疗方案授权书”、“脚注 40 组织病理学检查”、“脚注 79 六项基本日常生活活动”及附录。

## ③ 我们提供的健康管理服务

这部分讲的是我们提供的健康管理服务。

### 3.1 健康管理服务

在符合约定条件的情况下, 我们在健康体检、健康咨询、就医服务及康复护理这 4 类健康管理服务类别范围内向被保险人提供健康管理服务, 本合同的被保险人享受的健康管理服务可能会因保费交纳情况以及被保险人的年龄等有所不同。

上述服务的获得条件、启动条件、服务内容、服务流程、服务标准、服务期限、本公司的合作机构、注意事项等详见本产品对应的健康管理服务手册, 上述服务手册在我们的官方网站进行展示, 您可通过下面网址进行查询: <https://life.pingan.com/gongkaixinxipilu/healthServiceInfo.jsp>。

随着我们健康管理服务体系的运营与完善以及外部因素等的影响, 我们提供的健康管理服务内容可能发生变化, 我们将及时调整健康管理服务手册并按调整后的服务手册提供健康管理服务。我们提供的健康管理服务项目发生变化的, 会及时以投保书中约定的方式通知您、向您提供更新后的服务手册并在官方网站 (<https://life.pingan.com/gongkaixinxipilu/healthServiceInfo.jsp>) 公示, 说明调整的原因、调整后结果及决策流程。

<sup>70</sup> **医学随访**指被保险人在没有任何与本合同约定的恶性肿瘤(重度)相关的阳性医学检查结果和临床疾病体征的情况下, 到海外医院进行的、为确认其未来是否可能患病或预防未来患病的所有医疗行为(包括问诊、治疗、用药、检查等)。

## 4 如何支付保险费

这部分讲的是您应当按时交纳保险费。

### 4.1 保险费的支付

本合同的保险费需要您在投保时一次性交清。

若您在上一保险期间届满后 60 日内申请重新投保并经我们审核同意的，您应于该 60 日内支付保险费；若您未在该 60 日内支付保险费，自 60 日期满时，合同效力终止。

若被保险人在上一保险期间届满后 60 日内发生保险事故，我们仍承担保险责任，但会扣减您欠交的保险费。

若您同时为一名以上的家庭成员投保，针对一次投保时承保的家庭成员人数的不同，本合同将适用不同的家庭费率因子（详见附录 8），即您需交纳的保险费将乘以对应的家庭费率因子。

## 5 如何领取保险金

这部分讲的是发生保险事故后受益人如何领取保险金。

### 5.1 受益人

除另有约定外，本合同的受益人为被保险人本人。

### 5.2 保险事故通知

您、被保险人或受益人知道保险事故发生后应当在 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保险责任，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。

### 5.3 保险金申请

申请保险金时，由相应保险金受益人作为申请人填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

#### 5.3.1 一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金、特需医疗保险金、重大疾病特需医疗保险金、质子重离子医疗保险金、恶性肿瘤特定用药基因检测费用保险金申请所需

1. 保险合同；
2. 申请人的**有效身份证件**<sup>71</sup>；
3. 医院出具的附有病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告的疾病诊断证明书；
4. 医院出具的医疗诊断书、医疗病历或出院小结、检查检验报告及药品明细处方；
5. 医院出具的医疗费用原始凭证和医疗费用结算清单（被保险人享有基本医疗保险、城乡居民大病保险或公费医疗保障的，需包含按基本医疗保险、城乡居民大病保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿的证明）；
6. 申请恶性肿瘤特定用药基因检测费用保险金的，还需提供基因检测机构提供的发票及检测报告；
7. 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

<sup>71</sup> 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：有效期内的居民身份证、港澳台居民居住证、户口簿以及中华人民共和国政府主管部门颁发或者认可的有效护照或者其他身份证明文件。

## 的证明和资料

- 5.3.2 院外购药预审、重大疾病院外购药预审、住院期间及住院前后院外特定药品费用保险金、住院期间及住院前后重大疾病院外特定药品费用保险金的证明和资料**
1. 保险合同；
  2. 申请人的有效身份证件；
  3. 二级及以上医保定点医院出具的医疗诊断证明材料，包括但不限于住院及门诊病历、入出院记录、与诊断证明相关的病理检查报告、基因检测报告、血液检验及其他科学方法检验报告的病史资料；
  4. 二级及以上医保定点医院专科医生出具的外配处方或指定互联网医院医生出具的药品处方，以及由医院外药店出具的药品购买账单明细和原始发票；
  5. 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。
- 若出现以下特殊情况，我们有权要求申请人补充其他与药品审核相关的医学材料：
1. 申请人提交院外购药预审或保险金申请时所提交的与被保险人相关的医学材料，不足以支持审核；
  2. 医学材料中相关的科学方法检验报告结果，不支持药品的开具。
- 5.3.3 住院期间及住院前后院外特定医疗器械费用保险金、住院期间及住院前后重大疾病院外特定医疗器械费用保险金申请所需的证明和资料**
1. 保险合同；
  2. 申请人的有效身份证件；
  3. 二级及以上医保定点医院出具的医疗诊断证明材料，包括但不限于住院及门诊病历、入出院记录、与诊断证明相关的病理检查报告、基因检测报告、血液检验及其他科学方法检验报告的病史资料；
  4. 二级及以上医保定点医院专科医生出具的特定医疗器械使用医嘱或用械建议材料；
  5. 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。
- 5.3.4 细胞免疫疗法医疗保险金的证明和资料**
1. 保险合同；
  2. 申请人的有效身份证件；
  3. 经我们安排的细胞免疫疗法医疗机构出具的医疗证明和医疗费用原始凭证，包括：
    - (1) 账单明细和原始发票；
    - (2) 接受治疗的被保险人姓名；
    - (3) 主诊医生或医疗机构名称；
    - (4) 相关病历；
    - (5) 主诊医生开具的处方。
  4. 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。
- 5.3.5 恶性肿瘤(重度)院外特定**
- 在申请恶性肿瘤(重度)院外特定药品费用保险金、恶性肿瘤(重度)临床急需进口药品费用保险金、恶性肿瘤(重度)海外特定药品及医疗费用保险金时，需按照“附录5 恶性肿瘤(重度)特定药品购买流程”、“附录6 恶性肿瘤(重

## 药品费用保险金、恶性肿瘤(重度)临床急需进口药品费用保险金、恶性肿瘤(重度)海外特定药品及医疗费用保险金申请所需的证明和资料

度)临床急需进口药品购买流程”及“附录7 恶性肿瘤(重度)海外特定药品及医疗费用保险金的申请与给付流程”办理。

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。

经我们指定的第三方服务供应商审核同意后,对于被保险人发生的符合本合同约定的保险责任范围内的医疗费用,我们指定的第三方服务供应商已经与医院或医疗机构直接结算的,受益人不应再向我们重复申请给付保险金。详情请致电我们的服务热线 95511。

### 5.4 保险金给付

我们在收到保险金给付申请书及保险金申请所需证明和资料后,将在5日内作出核定;情形复杂的,在30日内作出核定。若我们要求投保人、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料的,则上述的30日不包括补充提供有关证明和资料的期间。

经我们核定属于保险责任的,我们在与受益人达成有关给付保险金数额的协议后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,将赔偿受益人因此受到的损失。前述“损失”指根据我们公示的利率(不低于中国人民银行公布的同期金融机构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。

如果发生的医疗费用的币种与您支付保险费的币种不同,我们将按医疗费用清单中最晚账单日期对应的中华人民共和国国家外汇管理局公布的汇率中间价折算成您支付保险费的币种后,计算并支付保险金。

## ⑥ 如何退保

这部分讲的是您可随时申请退保,在犹豫期内退保没有损失,犹豫期后退保会有损失。

### 6.1 犹豫期

自您签收本合同之日起,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,您可以在此期间提出解除本合同,我们将退还您所支付的全部保险费。

解除本合同时,您需要填写解除合同通知书,并提供您的保险合同及有效身份

证件。自我们收到您解除合同的通知时，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。

**6.2 您解除合同的手续及风险** 本合同成立后，您可以解除本合同，请填写解除合同通知书并向我们提供下列证明和资料：

1. 保险合同；
2. 您的有效身份证件。

自我们收到解除合同通知书时起，本合同终止。您在犹豫期后解除本合同的，我们自收到解除合同通知书之日起 30 日内向您退还本合同的**现金价值**<sup>72</sup>。

您在犹豫期后解除合同可能会遭受一定损失。

## 7 重大疾病释义

这部分讲的是我们提供保障的 120 种重大疾病的定义，其中包含一些免责条款，请您特别留意。

本合同中所称“疾病”是指发生符合以下定义所述条件的疾病、疾病状态或手术，须由专科医生明确诊断。

以下 120 种重大疾病名称仅为方便您阅读本合同而使用，名称本身不是认定我们保障范围的依据，保障范围以每项疾病的具体释义为准，即当被保险人发生完全满足下文释义的疾病时，我们根据本合同约定承担保险责任。

下列有\*所标注的疾病为中国保险行业协会颁布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》（以下简称“规范”）规定的 28 种重大疾病，其他为“规范”之外本公司增加的重大疾病。

第 1 类：**恶性肿瘤及相关的疾病**

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；

<sup>72</sup> **现金价值**的计算分两种情况：

(1) 首次投保或在上一保险期间届满 60 日后重新投保本产品的：

如果保险经过天数 ≤ 30 天， $现金价值 = 保险费 \times (1 - 35\%)$ ；

如果保险经过天数 > 30 天， $现金价值 = 保险费 \times (1 - 35\%) \times [1 - (保险经过天数 - 30) / (保险期间的天数 - 30)]$ ，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。

(2) 不迟于上一保险期间届满后 60 日重新投保、已投保指定的产品并在指定期限内首次投保本产品的：

$现金价值 = 保险费 \times (1 - 35\%) \times (1 - 保险经过天数 / 保险期间的天数)$ ，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。

- (3) TNM 分期为 T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> 期或更轻分期的前列腺癌；
- (4) 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；
- (5) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- (6) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- (7) 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 < 10/50 HPF 和 ki-67 ≤ 2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

2 **侵蚀性葡萄胎(或称恶性葡萄胎)** 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的。

第 2 类：**心脏或心血管相关的疾病**

3 **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。

4 **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。

5 **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。

6 **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<sup>73</sup>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<sup>74</sup>IV级，且静息状态下肺动脉平均压在36mmHg（含）以上。

- 7 **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。
- 8 **严重的原发性心肌病** 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（指按照美国纽约心脏病学会提出的心功能状态分级的标准判定，心功能状态已达IV级），且有相关住院医疗记录显示IV级心功能衰竭状态已持续至少180日。本病须经相关专科医生明确诊断。  
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。
- 9 **严重感染性心内膜炎** 指因感染性微生物造成心脏内膜发炎，经由相关专科医生确诊，并符合下列所有条件：  
(1) 血液培养结果呈阳性反应，证明感染性微生物的存在；  
(2) 出现明显的心功能衰竭（指按照美国纽约心脏病学会提出的心功能状态分级的标准判定，心功能状态已达IV级）。
- 10 **严重肺源性心脏病** 指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。心功能衰竭程度至少达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级IV级。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。
- 11 **严重的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心脏病，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，且已经放置心脏起搏器。
- 12 **严重冠心病** 指经冠状动脉造影检查明确诊断为主要血管严重狭窄性病变，须满足下列至少一项条件：  
(1) 左冠状动脉主干和右冠状动脉中，一支血管管腔堵塞75%以上，另一支血管管腔堵塞60%以上；  
(2) 左前降支、左旋支和右冠状动脉中，至少一支血管管腔堵塞75%以上，其他两支血管管腔堵塞60%以上。

<sup>73</sup> 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。

<sup>74</sup> 美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级：美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）将心功能状态分为四级：

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。

左前降支的分支血管、左旋支的分支血管及右冠状动脉的分支血管的狭窄不作為本保障的衡量指标。

- 13 **严重心肌炎** 指心肌局限性或弥漫性的急性或慢性炎症病变，导致心脏功能障碍（指按照美国纽约心脏病学会提出的心功能状态分级的标准判定，心功能状态已达 IV 级），且有相关住院医疗记录显示 IV 级心功能障碍状态已持续至少 180 日。
- 14 **艾森门格综合征** 指因心脏病导致的严重肺动脉高压及右向左分流。经超声心动图和心导管检查证实及需符合以下全部标准：  
(1) 平均肺动脉压 $\geq 40\text{mmHg}$ ；  
(2) 肺血管阻力 $\geq 3\text{mm/L/min}$ （Wood 单位）；  
(3) 正常肺微血管楔压 $< 15\text{mmHg}$ 。  
本公司承担本项疾病责任不受“2.1 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。
- 15 **风湿热导致的心脏瓣膜疾病** 指经由相关专科医生根据已修订的 Jones 标准诊断证实罹患急性风湿热。且因风湿热所导致一个或以上最少轻度心脏瓣膜关闭不全（即返流部分达 20%或以上）或狭窄的心瓣损伤（即心脏瓣面积为正常值的 30%或以下）。有关诊断须由相关专科医生根据心瓣功能的定量检查证实。
- 16 **心脏粘液瘤手术** 指为了治疗心脏粘液瘤，实际实施了切开心脏进行的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。
- 17 **严重大动脉炎** 指经相关专科医生确诊的大动脉炎，须满足下列全部条件：  
(1) 红细胞沉降率及 C 反应蛋白高于正常值；  
(2) 超声检查、CTA 检查或血管造影检查证实主动脉及其主要分支存在狭窄。
- 18 **Brugada 综合征** 指由相关专科医生根据临床症状和典型心电图表现明确诊断，并且经相关专科医生判断认为必须安装且实际已安装了永久性心脏除颤器。
- 19 **严重继发性肺动脉高压** 指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心功能状态分级 IV 级。诊断需要由心脏科专家确诊，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。  
所有先天性心脏疾病直接或间接引起的肺动脉高压不在保障范围内。
- 20 **室壁瘤切除手术** 被保险人被明确诊断为左心室室壁瘤，并且实际接受了切开心脏进行的室壁瘤切除手术治疗。  
经导管心室内成型手术治疗不在保障范围内。
- 21 **严重心脏衰竭 CRT 心脏再同步治疗** 指缺血性心脏病或扩张性心肌病导致慢性严重心脏功能衰竭，为矫正心室收缩不协调和改善心脏功能，实际实施了 CRT 治疗。实施治疗前须满足下列全部条件：  
(1) 心功能衰竭程度至少达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 III 级；  
(2) 左心室射血分数 $\leq 35\%$ ；

(3) 左心室舒张末期内径 $\geq 55\text{mm}$ ;

(4) QRS 波群时限 $\geq 130$  毫秒。

22 **主动脉夹层** 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。须通过断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）、磁共振血管检验法（MRA）或血管扫描等影像学检查证实。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。

23 **严重巨细胞动脉炎** 巨细胞动脉炎又称颅动脉炎、颞动脉炎、肉芽肿性动脉炎。须经相关专科医生明确诊断，并造成永久不可逆的单个**肢体**<sup>75</sup>随意运动功能完全丧失或单眼失明。肢体随意运动功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，或肢体**肌力**<sup>76</sup>在 2 级（含）以下。单眼失明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) 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）；

(2) 视野半径小于 5 度。

24 **多发性大动脉炎旁路移植手术** 指经相关专科医生明确诊断为头臂动脉型多发性大动脉炎，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。

第 3 类：**脑中风、神经系统相关的疾病**

25 **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) 一枝（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；

(2) **语言能力完全丧失**<sup>77</sup>，或**严重咀嚼吞咽功能障碍**<sup>78</sup>；

(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**<sup>79</sup>中的三项或三项以上。

<sup>75</sup> **肢体**指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。

<sup>76</sup> **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。

<sup>77</sup> **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。

<sup>78</sup> **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。

<sup>79</sup> **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。

- 26 **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-0-3 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  $\gamma$  刀、质子重离子治疗等。
- 下列疾病不在本项保障范围内：
- （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）。
- 27 **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。
- 28 **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。
- 29 **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。
- 30 **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。
- 31 **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。
- 32 **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。
- 33 **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。
- 34 **严重的多发性硬化** 指因中枢神经系统脱髓鞘而导致的不可逆的身体部位的功能障碍，需由相关专科医生提供明确诊断，并有头颅断层扫描（CT）或核磁共振检查（MRI）结果诊断报告。不可逆的身体部位功能障碍指诊断为功能障碍后需已经持续 180 日以上。  
必须同时满足下列所有条件：  
(1) 明确出现因视神经、脑干和脊髓损伤而导致的临床表现；  
(2) 神经系统散在的多部位病变；  
(3) 有明确的上述症状及神经损伤反复恶化、减轻的病史纪录。
- 35 **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经相关专科医生明确诊断，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。
- 36 **植物人状态** 指由于意外伤害或疾病所致大脑皮质全面坏死，意识完全丧失，但脑干及脑干以下中枢神经功能仍保持完好，且此情况持续 30 天或以上。必须由相关专科医生明确诊断。  
由于酗酒或滥用药物所致的植物人状态不在保障范围内。
- 37 **进行性核上性麻痹** 指一种隐袭起病、逐渐加重的神经系统变性疾病。此病症须由相关专科医生明确，并满足以下全部临床特征：  
(1) 步态共济失调；  
(2) 对称性眼球垂直运动障碍；  
(3) 假性球麻痹（构音障碍和吞咽困难）。

- 38 **开颅手术** 被保险人因疾病或意外伤害已实施全麻下的开颅手术，不包括颅骨钻孔手术和经鼻蝶窦入颅手术。  
理赔时必须提供由相关专科医生出具的诊断书及手术证明。  
因以下疾病而进行的开颅手术不在本项保障范围内：  
(1) 脑垂体瘤；  
(2) 脑囊肿；  
(3) 脑动脉瘤、脑血管瘤。
- 39 **克雅氏病** 指一种由动物传染而来的中枢神经系统变性性疾病，大脑呈海绵状改变伴神经元缺失和胶质化。临床表现为进行性痴呆、不随意运动及抽搐、行动困难等等。须由医院根据致病蛋白的发现而明确诊断。疑似诊断不作为理赔依据。
- 40 **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。必须由相关专科医生根据脑组织活检确诊。
- 41 **破裂脑动脉瘤夹闭手术** 指因脑动脉瘤破裂造成蛛网膜下腔出血，被保险人已经实施了在全麻下进行的开颅动脉瘤夹闭手术。  
脑动脉瘤（未破裂）预防性手术、颅骨打孔手术、动脉瘤栓塞手术、血管内手术及其他颅脑手术不在本保障范围内。
- 42 **脊髓小脑变性症** 指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相关专科医生诊断，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。
- 43 **严重的神经白塞病** 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，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。神经白塞病必须经相关专科医生明确诊断，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。
- 44 **严重的脊髓内肿瘤** 指脊髓内肿瘤，并且此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 天后遗留下列神经系统损害，无法独立完成下列任何一项基本日常生活活动：  
a. 移动：自己从一个房间到另一个房间；  
b. 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。  
非脊髓内的其他椎管内肿瘤、脊柱肿瘤、神经纤维瘤不在保障范围内。
- 45 **严重结核性脑膜炎** 指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。

- 46 **严重的脊髓空洞症** 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的称为延髓空洞症，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条件之一：  
(1) 延髓麻痹呈现显著舌肌萎缩、构音困难和吞咽困难；  
(2) 双手萎缩呈“爪形手”，肌力 2 级或以下。
- 47 **闭锁综合征** 严重脑功能障碍，但剩余脑干功能完整。障碍的特征是缺失基本的认知功能，缺失对任何刺激的反应，不能与其他人互动。诊断必须经相关专科医生确认，并必须持续至少 30 天病史记录。
- 48 **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。横贯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。
- 49 **严重结核性脊髓炎** 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。经相关专科医生明确诊断，诊断必须经微生物或病理学相关检查后证实，且初次确诊 180 天后仍须遗留下列至少一项症状：  
(1) 两肢或两肢以上肢体肌力 2 级（含）以下的运动功能障碍；  
(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。
- 50 **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临床特征。须经相关专科医生明确诊断，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。
- 51 **异染性脑白质营养不良** 是一种严重的神经退化性代谢病，主要表现为行走困难、智力低下、废用性肌萎缩、四肢痉挛性瘫痪、视神经萎缩、失语等。须经相关专科医生诊断，且已经造成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，持续至少 180 天。  
本公司承担本项疾病责任不受“2.1 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。
- 52 **重症肌无力** 指一种神经与肌肉接头部位传递障碍的自身免疫性疾病，临床特征是局部或全身横纹肌于活动时易于疲劳无力，颅神经眼外肌最易累及，也可累及呼吸肌、下肢近端肌群乃至全身肌肉。本病须经相关专科医生出具医学诊断证明，并且同时满足下列条件：  
(1) 出现眼睑下垂，或构音困难、进食呛咳，或由于肌无力累及呼吸肌而致机体呼吸功能不正常的危急状态即肌无力危象；  
(2) 经胸腺切除或药物治疗 180 日以上仍无法控制病情。  
单纯眼肌型重症肌无力不在保障范围内。

第4类：**器官功能严重受损相关的疾病**

- 53 **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。
- 54 **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。
- 55 **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。
- 56 **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。
- 57 **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。  
若被保险人在0至3周岁保单周年日期间双耳失聪，在保险期间内我们对双耳失聪不承担保险责任。
- 58 **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。
- 59 **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。  
若被保险人在0至3周岁保单周年日期间语言能力丧失，在保险期间内我们对语言能力丧失不承担保险责任。
- 60 **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<0.5×10<sup>9</sup>/L；
  - ② 网织红细胞计数<20×10<sup>9</sup>/L；
  - ③ 血小板绝对值<20×10<sup>9</sup>/L。
- 61 **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。
- 62 **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。
- 63 **系统性红斑狼疮并发肾功能损害** 系统性红斑狼疮是累及多系统、多器官的具有多种自身抗体的免疫性疾病。系统性红斑狼疮性肾病，又称为狼疮性肾炎，是系统性红斑狼疮累及肾脏，造成肾功能损伤。须由肾脏病理学检查结果证实或经临床确诊，并符合下列 WHO 诊断标准定义的 III 型至 V 型狼疮性肾炎。世界卫生组织狼疮性肾炎分型：  
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或肾病综合征；  
V 型（膜型）：肾病综合征或重度蛋白尿。  
其他类型的红斑性狼疮，如盘状狼疮，仅累及血液及关节等其他系统的系统性红斑狼疮不在保障范围内。
- 64 **胰腺移植** 指因胰腺功能衰竭，已经实施了在全身麻醉下进行的胰腺的异体器官移植手术。单纯胰岛移植、部分胰腺组织或细胞的移植不在保障范围内。
- 65 **严重的急性坏死性胰腺炎** 指由相关专科医生确诊为急性坏死性胰腺炎，并进行坏死组织清除、病灶切除或胰腺部分切除的手术治疗。因酒精作用所引致的急性坏死性胰腺炎不在保障范围内。
- 66 **严重肾髓质囊性病** 指经相关专科医生明确诊断为肾髓质囊性病，且须同时满足下列条件：  
(1) 肾髓质有囊肿、肾小管萎缩及间质纤维化等病理改变；  
(2) 贫血、多尿及肾功能衰竭等临床表现；  
(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“2.1 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。
- 67 **严重自身免疫性肝炎** 指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。

- 68 **严重弥漫性系统性硬皮病** 指一种系统性胶原血管病引起进行性的皮肤/血管和内脏器官的弥漫性纤维化。本病症须经相关专科医生明确诊断，并由活检和血清学证据支持并且疾病已经影响到心脏、肺或肾脏等内脏器官并且达到下列标准之一：
- (1) 肺纤维化，已经出现肺动脉高压、肺心病；
  - (2) 心脏功能损害，心脏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；
  - (3) 肾脏功能损害，已经出现肾功能衰竭。
- 下列疾病不在保障范围内：
- (1) 局限硬皮病；
  - (2) 嗜酸细胞筋膜炎；
  - (3) CREST 综合征。
- 69 **慢性复发性胰腺炎** 有腹痛等典型症状的胰腺炎反复发作，导致胰腺进行性破坏、胰腺功能紊乱致糖尿病、营养不良。CT 检查证实胰腺存在广泛钙化，且必须接受酶替代以及胰岛素替代治疗 180 天以上、手术或介入治疗。此病症须经相关专科医生明确诊断。
- 因酗酒或饮酒过量所致的慢性复发性胰腺炎不在保障范围内。
- 70 **特发性慢性肾上腺皮质功能减退** 指原发性自身免疫性肾上腺炎，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）水平测定大于 100pg/ml；
    - ② 血浆和尿游离皮质醇及尿 17 羟皮质类固醇、17 酮皮质类固醇测定、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。
- 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不全，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。
- 71 **严重小肠疾病并发症** 指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) 切除部分或全部小肠；
  - (2) 完全肠外营养支持 90 天以上。
- 72 **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。手术必须在相关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。
- 73 **败血症导致的多器官功能障碍综合征** 指败血症导致的一个或多个器官系统生理功能障碍，败血症须经血液检查证实有致病病原体侵入血液系统导致全身感染，并至少满足以下一条标准：
- (1) 呼吸衰竭，需要进行经气管插管的有创机械通气治疗；
  - (2) 凝血功能异常，出现弥漫性血管内凝血(DIC)，血小板计数 $<50 \times 10^9/L$ ；
  - (3) 肝功能不全，血总胆红素 $>102 \mu\text{mol/L}$ ；

- (4) 心功能衰竭，已经应用强心剂；
- (5) 出现神志不清或昏迷，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 $>300\ \mu\text{mol/L}$ 且每日总尿量 $<500\text{ml}$ 。
- 败血症引起的多器官功能障碍综合征的诊断应由相关专科医生证实。  
非败血症引起的多器官功能障碍综合征不在保障范围内。
- 74 **湿性年龄相关性黄斑变性** 又称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，指发生脉络膜新生血管（CNV）异常生长进入视网膜，新生血管渗漏，渗出及出血。须经相关专科医生通过荧光素眼底血管造影检查提示黄斑区新生血管形成并确诊。申请理赔时须提供近90天内视力改变显示病情恶化的相关检查报告、诊断证明。
- 75 **严重的席汉氏综合征** 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。并须满足下列全部条件：  
 (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；  
 ② 性激素、甲状腺素、肾上腺皮质激素全面低下（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）；  
 (5) 需要终身激素替代治疗以维持身体功能，持续服用各种替代激素超过一年。  
 垂体功能部分低下及其他原因所致垂体功能低下不在保障范围内。
- 76 **严重肝豆状核变性 (Wilson 病)** 指由于铜代谢障碍所引起的一种疾病，其特点为肝硬化与双侧脑基底神经节变性同时存在，且须经相关专科医生明确诊断，并同时必须具备下列情况：  
 (1) 临床表现包括：进行性加剧的肢体震颤，肌强直，吞咽及发音困难，精神异常；  
 (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) 食管静脉曲张；  
 (5) 腹水。  
 本公司承担本项疾病责任不受“2.1 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。
- 77 **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。须满足下列至少两个条件：  
 (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。
- 78 **严重原发性轻链型淀粉样变 (AL型)** 是一种多系统受累的单克隆浆细胞病。须满足下列全部条件：  
 (1) 须经肾脏或血液科相关专科医生确诊；  
 (2) 组织活检可见无定形粉染物质沉积，且刚果红染色阳性（偏振光下呈苹果绿色双折光）；

- (3) 沉积物经免疫组化、免疫荧光、免疫电镜或质谱蛋白质组学证实为免疫球蛋白轻链沉积；
- (4) 具有受累器官的典型临床表现和体征，至少出现下列两项异常：
  - ① 肾脏：出现大量蛋白尿或表现为肾病综合征，24 小时尿蛋白定量 $>0.5\text{g}$ ，以白蛋白为主；
  - ② 心脏：心脏超声平均心室壁厚度 $>12\text{mm}$ ，排除其他心脏疾病，或在无肾功能不全及心房颤动时 N 末端前体脑钠肽（NT-proBNP） $>332\text{ng/L}$ ；
  - ③ 肝脏：肝上下径（肝叩诊时锁骨中线上量得的肝上界到肝下界的距离） $>15\text{cm}$ ，或碱性磷酸酶超过正常上限的 1.5 倍；
  - ④ 外周神经：临床出现对称性的双下肢感觉运动神经病变；
  - ⑤ 肺：影像学提示肺间质病变。

非 AL 型的淀粉样变性不在保障范围内。

**第 5 类： 呼吸系统相关的疾病**

- 79 **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（FEV<sub>1</sub>）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（PaO<sub>2</sub>） $<50\text{mmHg}$ 。
- 80 **肺淋巴管肌瘤病** 是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，并须同时满足下列全部条件：
  - (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。
- 81 **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。
- 82 **严重哮喘** 指经相关专科医生明确诊断为严重哮喘，并且满足下列标准中的三项或三项以上：
  - (1) 过去两年中有哮喘持续状态病史；
  - (2) 身体活动耐受能力显著下降，轻微体力活动即有呼吸困难，且持续 180 天以上；
  - (3) 慢性肺部过度膨涨充气导致的由影像学检查证实的胸廓畸形；
  - (4) 每日口服皮质类固醇激素，至少持续 180 天以上。
- 83 **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，疾病确诊后 180 天，在静息状态，呼吸空气条件下，动脉血氧分压（PaO<sub>2</sub>） $<55\text{ mmHg}$ 。

- 84 **肺孢子菌肺炎** 指由肺孢子菌引起的间质性浆细胞性肺炎，且须满足下列全部条件：  
 (1) 第一秒末用力呼气量 (FEV<sub>1</sub>) 小于 1 升；  
 (2) 气道内阻力增加，至少达到 0.5kPa/1/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) PaO<sub>2</sub><60mmHg, PaCO<sub>2</sub>>50mmHg。
- 85 **严重特发性肺纤维化** 指一种原因不明的、进行性的、局限于肺部的以纤维化伴蜂窝状改变为特征性疾病（表现为呼吸困难、咳嗽咳痰、消瘦、乏力，终末期可出现呼吸衰竭和右心衰竭体征）。本病症须经相关专科医生明确诊断，并经外科肺活检病理证实或高分辨率 CT (HRCT) 证实为典型的普通型间质性肺炎 (UIP)，并且静息状态下肺动脉平均压在 36mmHg (含) 以上。
- 第 6 类：其他重大疾病**
- 86 **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。
- 87 **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》<sup>80</sup> 计算。
- 88 **丧失一眼及一肢** 指因疾病或意外伤害导致单眼视力丧失及单肢肢体机能完全丧失。  
 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，如果使用其他视力表应进行换算）；  
 (3) 视野半径小于 5 度。  
 单肢肢体机能完全丧失，须满足下列至少一项条件：  
 (1) 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；  
 (2) 任何一肢肢体机能完全丧失。
- 89 **严重的 I 型糖尿病** 指由于胰岛素分泌绝对不足引起的慢性血糖升高，且已经持续性地依赖外源性胰岛素维持 180 日以上。须经血胰岛素测定、血 C 肽测定或尿 C 肽测定，结果异常，并由相关专科医生明确诊断。满足下列至少 1 个条件：  
 (1) 已出现增殖性视网膜病变；  
 (2) 须植入心脏起搏器治疗心脏病；  
 (3) 因坏疽需切除至少一个脚趾。
- 90 **严重类风湿性关节炎** 指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）。被保险人所患的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级 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）并须满足下列全部条件：  
 (1) 晨僵；  
 (2) 对称性关节炎；  
 (3) 类风湿性皮下结节；

<sup>80</sup> 《中国新九分法》：您可通过我们的官方网站 (<https://life.pingan.com/>) 查询该内容。

- (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。

类风湿性关节炎功能分级标准:

- I级 胜任日常生活各项活动(包括生活自理,职业和非职业活动);
- II级 生活自理和工作,非职业活动受限;
- III级 生活自理和工作,职业和非职业活动受限;
- IV级 生活不能自理,且丧失工作能力。

- 91 **象皮病** 指末期丝虫病,已经到达国际淋巴学会分级为三度淋巴水肿,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。此病症须经相关专科医生根据临床表现和微丝蚴的化验结果确诊。
- 92 **严重肌营养不良症** 指一组原发于肌肉的疾病,临床表现为与神经系统无关的肌肉无力和肌肉萎缩。且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。
- 93 **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。
- 94 **嗜铬细胞瘤** 指肾上腺或肾上腺外嗜铬组织出现神经内分泌肿瘤,并分泌过多的儿茶酚胺类的疾病。且已经由组织病理检查证实,并已经进行了切除嗜铬细胞瘤的手术治疗。嗜铬细胞瘤须经相关专科医生明确诊断。
- 95 **严重的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。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。
- 96 **经输血导致的艾滋病病毒感染或患艾滋病** 指被保险人因输血而感染上人类免疫缺陷病毒(HIV)或患艾滋病必须满足以下全部条件:
  - (1) 被保险人因输血而感染 HIV 或患艾滋病;
  - (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;
  - (3) 受感染的被保险人不是血友病患者。

任何因其他传播方式(包括:性传播或静脉注射毒品等)导致的 HIV 感染或患艾滋病不在保障范围内。本公司具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。
- 97 **因职业关系导致的艾滋病病毒感染或患艾滋病** 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)或患艾滋病。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) 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；

(3)必须在事故发生后的 180 天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

- 98 **因器官移植导致的艾滋病病毒感染或患艾滋病** 指因进行器官移植而感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）或患艾滋病，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或患艾滋病；  
(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或患艾滋病，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 感染或患艾滋病不在保障范围内。
- 99 **脊柱裂** 指脊椎或颅骨不完全闭合，导致脊髓膜突出，脑（脊）膜突出或脑膨出，合并大小便失禁，部分或完全性下肢瘫痪畸形等神经学上的异常，但不包括由 X 线摄片发现的没有合并脊髓膜突出或脑（脊）膜突出的隐形脊柱裂。
- 100 **严重面部烧伤** 指面部烧伤程度为 III 度，且 III 度烧伤的面积达到面部表面积的 80% 或者 80% 以上。
- 101 **成骨不全症第三型** 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“2.1 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。
- 102 **多处臂丛神经根性撕脱** 指由于疾病或意外伤害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。该病须由相关专科医生明确诊断，并且有电生理检查结果证实。
- 103 **原发性脊柱侧弯的矫正手术** 指被保险人因原发性脊柱侧弯，实际实施了对该病的矫正外科手术。但由于先天性脊柱侧弯以及其他疾病或意外伤害导致的继发性脊柱侧弯而进行的手术治疗不属于本保障责任。
- 104 **溶血性链球菌引起的坏疽** 指包围肢体或躯干的浅筋膜或深筋膜受到溶血性链球菌的感染，病情在短时间内急剧恶化，须病原学诊断明确，且实际实施了手术及清创术治疗。

- 105 **埃博拉出血热** 指埃博拉病毒感染导致的烈性传染病，且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。
- 106 **严重气性坏疽** 指由梭状芽胞杆菌所致的肌坏死或肌炎。须经相关专科医生明确诊断，且须同时符合下列条件：  
(1) 符合气性坏疽的一般临床表现；  
(2) 细菌培养检出致病菌；  
(3) 出现广泛性肌肉及组织坏死，并确实实施了坏死组织和筋膜以及肌肉的切除手术。  
清创术不在保障范围内。
- 107 **严重强直性脊柱炎** 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，并须满足下列全部条件：  
(1) 严重脊柱畸形：椎体钙化形成骨桥，脊柱出现“竹节样改变”，骶髂关节硬化、融合、强直；  
(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。
- 108 **线粒体脑肌病** 是一组由于线粒体结构、功能异常所导致的以脑和肌肉受累为主的多系统疾病，其中肌肉损害主要表现为骨骼肌极度不能耐受疲劳。须经相关专科医生明确诊断。须满足以下条件中的至少两项：眼外肌麻痹、共济失调、癫痫反复发作、视神经病变、智力障碍。  
本公司承担本项疾病责任不受“2.1 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。
- 109 **嗜血细胞综合征** 又称噬血细胞性淋巴组织细胞增生症（HLH），是一组由多种原因诱发的细胞因子瀑布式释放，以组织细胞增生伴随其吞噬各种造血细胞为特征的综合征。须符合下列条件中的至少三项，并且经相关专科医生认为有必要进行异体骨髓移植手术：  
(1) 分子生物学诊断出现特异性的基因突变；  
(2) 铁蛋白 $>500\text{ng/ml}$ ；  
(3) 外周血细胞减少，至少累及两系， $\text{Hb}<90\text{g/L}$ （新生儿 $\text{Hb}<100\text{g/L}$ ）， $\text{PLTS}<100\times 10^9/\text{L}$ ，中性粒细胞 $<1.0\times 10^9/\text{L}$ ；  
(4) 骨髓、脑脊液、脾脏及淋巴结等器官有特征性噬血细胞的增加；  
(5) 血清可溶性 CD25  $\geq 2400\text{U/ml}$ 。  
本公司承担本项疾病责任不受“2.1 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。
- 110 **严重斯蒂尔病** 须经相关专科医生明确诊断，并至少满足下列条件的至少两项：  
(1) 因该病导致心包炎；  
(2) 因该病导致肺间质病变；  
(3) 巨噬细胞活化综合征（MAS）。
- 111 **亚历山大病** 是一种遗传性中枢神经系统退行性病变。临床表现为惊厥发作、智力下降、球麻痹、共济失调、痉挛性瘫痪。须经相关专科医生确诊 180 天后，仍存在自主

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“2.1 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。

- 112 **重度面部毁损** 因意外伤害导致面部瘢痕畸形，须满足下列三项或以上条件：  
(1) 双侧眉毛完全缺失；  
(2) 双睑外翻或者完全缺失；  
(3) 双侧耳廓完全缺失；  
(4) 外鼻完全缺失；  
(5) 上、下唇外翻或者小口畸形；  
(6) 颏颈粘连（中度以上）：即颈部后仰及旋转受到限制，饮食、吞咽有所影响，不流涎，下唇前庭沟并不消失，能闭合。
- 113 **严重的破伤风** 指破伤风梭菌经由皮肤或黏膜伤口侵入人体，在缺氧环境下生长繁殖，产生毒素而引起严重持续肌痉挛的一种特异性感染。须经相关专科医生明确诊断。
- 114 **脑型疟疾** 指恶性疟原虫感染导致的严重中枢神经系统感染，以谵妄和昏迷为主要症状。须相关专科医生明确诊断，且外周血涂片或骨髓涂片检查存在恶性疟原虫。
- 115 **大面积植皮手术** 指为修复皮肤与其下的组织损害所进行的皮肤移植手术，且皮肤移植的面积达到全身体表面积的 30%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。
- 116 **脊髓血管病后遗症** 指脊髓血管阻塞或破裂出血引起的脊髓功能障碍，导致永久不可逆的神经系统功能损害。须经相关专科医生确诊 180 天后，仍存在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。
- 117 **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。肝脏活检是确诊的重要手段。瑞氏综合征需由相关专科医生确诊，并符合以下所有条件：  
(1) 有脑水肿和颅内压升高的脑脊液检查和影像学检查证实；  
(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的第 3 期。
- 118 **严重甲型及乙型血友病** 指一种遗传性凝血功能异常的出血性疾病。仅包括严重甲型血友病（缺乏Ⅷ凝血因子）或严重乙型血友病（缺乏Ⅸ凝血因子），并且凝血因子Ⅷ或凝血因子Ⅸ的活性水平少于百分之一。被保险人必须经过相关专科医生明确诊断。  
本公司承担本项疾病责任不受“2.1 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。
- 119 **进行性肌肉骨化症** 主要表现为在肌肉、韧带和其他结缔组织中形成多余的骨质钙化，有局部疼痛、肿胀，关节僵硬强直及屈伸活动受限，以颈、胸、腰椎向四肢及关节出现僵硬，限制机体正常运动。须经相关专科医生明确诊断。

- 120 **获得性血栓性血小板减少性紫癜 (TTP)** 是一种严重的弥散性血栓性微血管病。须经相关专科医生诊断，满足下列至少四项条件：
- (1) 皮肤或其他部位出血症状；
  - (2) 外周血化验提示：
    - ① 血小板计数 $\leq 50 \times 10^9/L$ ；
    - ② 网织红细胞增多；
    - ③ 血片中出现多量裂红细胞，比值 $> 0.6\%$ ；
    - ④ 血红蛋白计数 $\leq 90g/L$ 。
  - (3) 骨髓检查提示：
    - ① 巨核细胞成熟障碍；
    - ② 骨髓代偿性增生，粒/红比值降低。
  - (4) 肾功能损害；
  - (5) 实际实施了血浆置换治疗。
- 遗传性血栓性血小板减少性紫癜不在此保障范围内。

## 8 需关注的其他内容

这部分讲的是您应当注意的其他事项。

- 
- 8.1 **合同构成** 平安安医保（尊享版）医疗保险合同（简称本合同）由本保险条款、保险单或其他保险凭证、投保单、与本合同有关的投保文件、声明、批注、批单以及与本合同有关的其他书面材料共同构成。
- 8.2 **合同成立与生效** 您提出保险申请且我们同意承保，本合同成立。本合同成立日期在保险单上载明。  
除另有约定外，本合同自我们同意承保、收取首期保险费并签发保险单开始生效。本合同生效日期在保险单上载明。  
除另有约定外，我们自本合同生效时起开始承担保险责任。
- 8.3 **年龄错误的处理** 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，我们有权解除本合同，并向您退还本合同的现金价值。对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担保险责任；
  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。如果已经发生保险事故，在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付；
  3. 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费多于应付保险费的，我们向您退还多收的保险费。
- 8.4 **明确说明与如实告知** 订立本合同时，我们应当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，该条款不成为合同的内容。  
订立本合同时，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，我们不承担保险责任，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，我们不承担保险责任，但会向您退还保险费。

- 8.5 本公司合同解除权的限制** 本条款“8.3 年龄错误的处理”、“8.4 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。  
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，我们应当承担保险责任。
- 8.6 未还款项** 我们在给付各项保险金、退还现金价值或者退还保险费时，如果您有欠交的保险费或者其他欠款，我们先扣除上述各项欠款及应付利息。
- 8.7 合同内容变更** 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，应当由我们在保险合同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。
- 8.8 联系方式变更** 为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址、电话或电子邮件等联系方式变更时，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联系方式所发送的有关通知，均视为已送达给您。
- 8.9 合同终止** 当发生下列情形之一时，本合同终止：  
1. 在保险期间内解除本合同的；  
2. 被保险人身故，本合同效力终止，我们退还本合同的现金价值；  
3. 本合同保险期间届满的；  
4. 本合同约定的其他终止事项。
- 8.10 争议处理** 本合同争议的解决方式，由当事人在保险合同中约定从下列两种方式中选择一种：  
1. 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 xxx 仲裁委员会仲裁；  
2. 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向人民法院提起诉讼。

## 附录1:

### 甲状腺癌的 TNM 分期

甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hürthle 细胞癌和未分化癌

pT<sub>x</sub>: 原发肿瘤不能评估

pT<sub>0</sub>: 无肿瘤证据

pT<sub>1</sub>: 肿瘤局限在甲状腺内, 最大径 ≤ 2cm

T<sub>1a</sub> 肿瘤最大径 ≤ 1cm

T<sub>1b</sub> 肿瘤最大径 > 1cm, ≤ 2cm

pT<sub>2</sub>: 肿瘤 2~4cm

pT<sub>3</sub>: 肿瘤 > 4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT<sub>3a</sub>: 肿瘤 > 4cm, 局限于甲状腺内

pT<sub>3b</sub>: 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

pT<sub>4</sub>: 大体侵犯甲状腺外带状肌外

pT<sub>4a</sub>: 侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT<sub>4b</sub>: 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pT<sub>x</sub>: 原发肿瘤不能评估

pT<sub>0</sub>: 无肿瘤证据

pT<sub>1</sub>: 肿瘤局限在甲状腺内, 最大径 ≤ 2cm

T<sub>1a</sub> 肿瘤最大径 ≤ 1cm

T<sub>1b</sub> 肿瘤最大径 > 1cm, ≤ 2cm

pT<sub>2</sub>: 肿瘤 2~4cm

pT<sub>3</sub>: 肿瘤 > 4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT<sub>3a</sub>: 肿瘤 > 4cm, 局限于甲状腺内

pT<sub>3b</sub>: 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

pT<sub>4</sub>: 进展期病变

pT<sub>4a</sub>: 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<sub>4b</sub>: 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<sub>x</sub>: 区域淋巴结无法评估

pN<sub>0</sub>: 无淋巴结转移证据

pN<sub>1</sub>: 区域淋巴结转移

pN<sub>1a</sub>: 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<sub>1b</sub>: 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

M<sub>0</sub>: 无远处转移

M<sub>1</sub>: 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
IVA 期	4b	任何	0
IVB 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
IVA 期	4a	任何	0
	1~3	1b	0
IVB 期	4b	任何	0
IVC 期	任何	任何	1
未分化癌（所有年龄组）			
IVA 期	1~3a	0/x	0
IVB 期	1~3a	1	0
	3b~4	任何	0
IVC 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。

附录 2:

**平安安医保（尊享版）医疗保险计划表**

单位：人民币元

保险计划		计划一	计划二	计划三
保障区域		中国内地 “恶性肿瘤（重度）海外特定药品及医疗费用保险金”除外		
保险期间内保险金总给付限额		600 万元		
各项保 险金赔 付限额	一般医疗保险金	400 万元 (床位费限额 500 元/日)		
	重大疾病医疗保险金	600 万元 (床位费限额 500 元/日)		
	特需医疗保险金	/	600 万元 (床位费限额 3000 元/日)	
	重大疾病特需医疗保 险金	600 万元 (床位费限额 3000 元/日)		
	住院期间及住院前后 院外特定药品费用保 险金	50 万元		
	住院期间及住院前后 重大疾病院外特定药 品费用保险金	50 万元 (累计给付金额达到住院期间及住院前后院外特定药品费用保险金给付 限额后给付)		
	住院期间及住院前后 院外特定医疗器械费 用保险金	50 万元		
	住院期间及住院前后 重大疾病院外特定医 疗器械费用保险金	50 万元 (累计给付金额达到住院期间及住院前后院外特定医疗器械费用保险金 给付限额后给付)		
	质子重离子医疗保 险金	600 万元 (床位费限额 1500 元/日)		
	细胞免疫疗法医疗保 险金	600 万元		
	恶性肿瘤特定用药基 因检测费用保险金	3 万元		
	恶性肿瘤（重度）院 外特定药品费用保 险金	600 万元		
	恶性肿瘤（重度）临 床急需进口药品费用	600 万元		

	保险金					
	恶性肿瘤（重度）海外特定药品及医疗费用保险金	600 万元				
各项保险金免赔额	一般医疗保险金	0 元				
	重大疾病医疗保险金	0 元				
	特需医疗保险金	/	1 万元	0 元		
	重大疾病特需医疗保险金	0 元				
	住院期间及住院前后院外特定药品费用保险金	0 元				
	住院期间及住院前后重大疾病院外特定药品费用保险金					
	住院期间及住院前后院外特定医疗器械费用保险金					
	住院期间及住院前后重大疾病院外特定医疗器械费用保险金					
	质子重离子医疗保险金					
	细胞免疫疗法医疗保险金					
	恶性肿瘤特定用药基因检测费用保险金					
	恶性肿瘤（重度）院外特定药品费用保险金					
	恶性肿瘤（重度）临床急需进口药品费用保险金					
	恶性肿瘤（重度）海外特定药品及医疗费用保险金					
各项保险金赔付比例	一般医疗保险金				1. 给付比例 A: 0-10000 元（含）部分，80%； 超过 10000 元部分，100% 2. 给付比例 B: 100%（若您按被保险人拥有基本医疗保险或公费医疗的情况进行投保，但申请理赔时未从上述途径获得医疗费用补偿的，则为 60%）	

	重大疾病医疗保险金	1. 给付比例 A: 100% 2. 给付比例 B: 100% (若您按被保险人拥有基本医疗保险或公费医疗的情况进行投保, 但申请理赔时未从上述途径获得医疗费用补偿的, 则为 60%)
	特需医疗保险金	/
	重大疾病特需医疗保险金	1. 给付比例 A: 100% 2. 给付比例 B: 100%
	住院期间及住院前后院外特定药品费用保险金	100%
	住院期间及住院前后重大疾病院外特定药品费用保险金	(如您在院外购买药品前未提交院外购药预审核申请, 购买药品后再向我们申请该项保险金并经我们审核通过的, 则给付比例为 60%)
	住院期间及住院前后院外特定医疗器械费用保险金	
	住院期间及住院前后重大疾病院外特定医疗器械费用保险金	
	质子重离子医疗保险金	100%
	细胞免疫疗法医疗保险金	
	恶性肿瘤特定用药基因检测费用保险金	
	恶性肿瘤(重度)院外特定药品费用保险金	100% (如您按拥有基本医疗保险或公费医疗的情况投保, 但在用药时对于医保目录范围内的特定药品无法经基本医疗保险或公费医疗结算, 则给付比例为 60%)
	恶性肿瘤(重度)临床急需进口药品费用保险金	
	恶性肿瘤(重度)海外特定药品及医疗费用保险金	100%
各项保险金医疗机构范围	一般医疗保险金	二级及以上基本医疗保险定点医院普通部
	重大疾病医疗保险金	(不含医院特需部、国际部等, 医院不含昂贵医院等)
	特需医疗保险金	
	重大疾病特需医疗保险金	本合同约定的特需医疗机构
	住院期间及住院前后院外特定药品费用保险金	二级及以上基本医疗保险定点医院或本合同约定的互联网医院
	住院期间及住院前后重大疾病院外特定药	(以上医院指开具处方的医院)

品费用保险金	
住院期间及住院前后 院外特定医疗器械费 用保险金	二级及以上基本医疗保险定点医院 (以上医院指提供医疗器械明确诊断建议的医院)
住院期间及住院前后 重大疾病院外特定医 疗器械费用保险金	
质子重离子医疗保 险金	本合同约定的质子重离子医疗机构
细胞免疫疗法医疗保 险金	经我们安排的医疗机构
恶性肿瘤特定用药基 因检测费用保险金	本合同约定的具有合法有效资质且合法提供 基因临床检验服务的基因检测机构
恶性肿瘤(重度)院 外特定药品费用保 险金	本合同约定的药店
恶性肿瘤(重度)临 床急需进口药品费 用保险金	本合同约定的临床急需进口药品医疗机构
恶性肿瘤(重度)海 外特定药品及医疗 费用保险金	本合同约定的海外医院

## 附录 3:

### 互联网医院特定药品购买流程

通过我们指定互联网医院购买属于本合同约定的 1.5.6 住院期间及住院前后院外特定药品费用保险金、1.5.7 住院期间及住院前后重大疾病院外特定药品费用保险金责任的院外特定药品、重大疾病院外特定药品时，需按照如下流程购买：

一、若申请人选择送药上门服务的，则须在药品处方审核通过后的 3 日内（含第 3 日）预约送药时间和地点，我们协调指定药店进行配送到申请人的指定送药地点，申请人收到药品时须提供有效药品处方（含电子处方）、被保险人的有效身份证件、申请人与被保险人关系证明（若申请人与被保险人非同一人）（如需冷链运输，冷链运输费用需自行承担）。

二、若申请人选择到我们指定的药店自取院外药品的，则须在药品处方审核通过后的 3 日内（含第 3 日）携带有效药品处方（含电子处方）、被保险人的有效身份证件及被保险人的中华人民共和国社会保障卡（如有）、申请人与被保险人关系证明（若申请人与被保险人非同一人）前往我们确认取药的指定的药店自取药品。申请人通过我们指定的药店购买符合本合同保险责任的院外药品，可由我们与指定的药店直接结算保险责任范围内的院外药品费用，申请人无需支付该部分费用，但申请人应支付不属于保险责任范围内的院外药品费用。

## 附录 4:

### 细胞免疫疗法审核评估及就医安排流程

#### 一、细胞免疫疗法就医资格评估

在本合同保险期间内，若被保险人经二级及以上医保定点医院确诊初次发生本合同所定义的“恶性肿瘤——重度”，并在确诊后 3 年内符合本合同约定的指定细胞免疫疗法适应症的，被保险人需提供下列证明和材料，用于细胞免疫疗法就医资格评估：

1. 保险合同；
2. 被保险人的有效身份证件；
3. 二级及以上医保定点医院出具的附有被保险人病理、血液及其他科学方法检验报告等诊断证明书；
4. 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

以上证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知被保险人补充提供有关证明和资料。

如果被保险人未通过细胞免疫疗法就医资格评估，我们不承担给付细胞免疫疗法医疗保险金的责任。

#### 二、细胞免疫疗法治疗资格审核

被保险人通过就医资格评估后，我们将根据经我们安排的细胞免疫疗法医疗机构的细胞免疫疗法评估结果确定被保险人是否适合进行“细胞免疫疗法医学治疗”。

如果被保险人不适合接受细胞免疫疗法治疗的，我们不承担除与“细胞免疫疗法医学治疗”中“细胞免疫疗法评估及单采前的检查”相关医疗费用的责任。

#### 三、就医安排

被保险人通过细胞免疫疗法治疗资格审核后，我们将安排该被保险人就医。

## 附录 5:

### 恶性肿瘤（重度）特定药品购买流程

#### 一、特定药品购买资格申请

被保险人在申请购买特定药品时，需先向我们提交购买资格申请，并提供下列材料：

1. 保险合同；
2. 申请人及被保险人的有效身份证件；
3. 二级及以上医保定点医院出具的被保险人医疗诊断证明材料，包含但不限于住院及门诊病历、入出院记录、与诊断证明相关的病理检查报告、基因检测报告、血液检验及其他科学方法检验报告的病史资料；
4. 二级及以上医保定点医院出具的药品处方；
5. 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

如果申请人未提交资格申请或者资格申请审核未通过，我们不承担给付恶性肿瘤（重度）院外特定药品费用保险金的责任。

#### 二、特定药品用药合理性审核

购买资格申请审核通过后，我们将对特定药品进行用药合理性审核。

如果用药合理性审核中出现以下特殊情况，我们有权要求申请人补充其他与审核相关的医学材料：

1. 申请人提交购买资格申请时所提交的与被保险人相关的医学材料，不足以支持审核；
2. 医学材料中相关的科学方法检验报告结果不支持药品处方的开具。

如果申请人未提交药品用药合理性审核或药品用药合理性审核未通过，我们不承担给付恶性肿瘤（重度）院外特定药品费用保险金的责任。

#### 三、恶性肿瘤（重度）特定药品的购买流程

1. 若申请人选择送药上门服务的，则需在用药合理性审核通过后的 3 日内（含第 3 日）预约送药时间和地点，我们协调药店进行配送到申请人的指定送药地点，申请人收到特定药品时需提供有效药品处方和被保险人的有效身份证件及社保卡（如有）（如需冷链运输，冷链运输费用需自行承担）；
2. 若申请人选择到本合同约定的药店自取特定药品的，则需在用药合理性审核通过后的 3 日内（含第 3 日）携带有效药品处方和被保险人的有效身份证件及社保卡（如有）前往申请人与我们确认的药店自取特定药品。

## 附录 6:

### 恶性肿瘤（重度）临床急需进口药品购买流程

#### 一、进口药品购买资格申请

被保险人在申请购买进口药品时，需先向我们提交购买资格申请，并提供下列材料：

1. 保险合同；
2. 申请人及被保险人的有效身份证件；
3. 二级及以上医保定点医院出具的被保险人医疗诊断证明材料，包含但不限于住院及门诊病历、入出院记录、与诊断证明相关的病理检查报告、基因检测报告、血液检验及其他科学方法检验报告的病史资料；
4. 二级及以上医保定点医院出具的被保险人的临床急需进口特定药品的用药建议；
5. 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

如果申请人未提交资格申请或者资格申请审核未通过，我们不承担给付恶性肿瘤（重度）临床急需进口药品费用保险金的责任。

#### 二、进口药品用药合理性审核

购买资格申请审核通过后，我们将对进口药品进行用药合理性审核。

如果用药合理性审核中出现以下特殊情况，我们有权要求申请人补充其他与审核相关的医学材料：

1. 申请人提交购买资格申请时所提交的与被保险人相关的医学材料，不足以支持审核；
2. 医学材料中相关的科学方法检验报告结果不支持药品处方的开具。

如果申请人未提交用药合理性审核或用药合理性审核未通过，我们不承担给付恶性肿瘤（重度）临床急需进口药品费用保险金的责任。

#### 三、临床急需进口药品医疗机构病情诊断及进口药品申请

进口用药合理性审核通过后，若临床急需进口药品医疗机构专科医生提供的病情诊断确认该进口药品为临床急需，则将向当地药品监督管理部门或经政府指定对进口药品进行监管的行政机构（以下称“监管部门”）提出该进口药品的使用申请。

如果临床急需进口药品医疗机构提出的进口药品使用申请未获批准，我们不承担给付恶性肿瘤（重度）临床急需进口药品费用保险金的责任。

#### 四、进口药品购买

监管部门审批通过后，被保险人需自行至指定的临床急需进口药品医疗机构就医和购药。

## 附录 7:

# 恶性肿瘤（重度）海外特定药品及医疗费用保险金的申请与给付流程

### 一、海外特定药品及医疗资格审核

#### 1. 资格预评估

被保险人向我们提交海外特定药品及医疗资格审核，并提供下列证明和材料：

- (1) 保险合同；
- (2) 被保险人的有效身份证件；
- (3) 由二级及以上医保定点医院专科医生出具的被保险人的疾病诊断证明书，以及与该疾病诊断相关的住院病历、门急诊病历、病理检查、血液检查、基因检测报告、影像学报告及其他科学方法检验报告等诊断证明文件；
- (4) 能证明被保险人在首次提交海外特定药品及医疗资格审核申请日（不含当日）前 12 个月内在内地居住情况的材料（如：护照或出入境记录等）；若被保险人首次提交海外特定药品及医疗资格审核申请时不满 1 周岁，则需提供能证明被保险人在内地累计居住时间不少于自出生之日起至首次提交海外特定药品及医疗资格审核申请之日（不含当日）止累计日数的三分之二的材料（如：护照等）；
- (5) 与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

我们会根据被保险人提供的审核资料进行资格预评估，如果被保险人未提交资格预评估审核或者资格预评估未通过，我们不承担给付恶性肿瘤（重度）海外特定药品及医疗费用保险金的责任。

#### 2. 海外专家诊疗意见评估

资格预评估通过后，我们会进一步收集被保险人最新病历资料，并在收集和详细审阅被保险人提供的医学材料的基础上，安排与被保险人所患疾病相关的海外医疗专家出具**海外专家诊疗意见评估**，以确认被保险人是否符合恶性肿瘤（重度）海外特定药品清单中约定的恶性肿瘤（重度）海外特定药品适应症以及是否需要使用恶性肿瘤（重度）海外特定药品清单中约定的特定药品进行相关治疗。

如果经海外医疗专家评估，被保险人所患“恶性肿瘤——重度”并非恶性肿瘤（重度）海外特定药品清单中约定的恶性肿瘤（重度）海外特定药品适应症，或被保险人不适合使用恶性肿瘤（重度）海外特定药品清单中的任何一种药品进行治疗，即用药资格审核未通过，我们不承担给付恶性肿瘤（重度）海外特定药品及医疗费用保险金的责任。

针对本合同载明的恶性肿瘤（重度）海外特定药品清单中约定的同一种“恶性肿瘤——重度”类型，我们仅为被保险人安排一次海外专家诊疗意见评估。

#### 3. 出具海外特定药品及医疗资格审核结论

我们将根据被保险人提供的资格审核材料和海外专家诊疗意见评估审核被保险人的海外特定药品及医疗资格，并出具海外特定药品及医疗资格审核结论给到被保险人。

如果被保险人海外特定药品及医疗资格审核未通过，我们不承担给付保险金的责任且不提供就医安排服务。被保险人应当提供所有的医学报告、病历以及相关资料，并授权我们及指定的第三方服务供应商可以获得全部完整的医学材料。

### 二、海外医院选择及治疗方案授权书签署

当被保险人海外特定药品及医疗资格审核通过且提交海外就医书面申请后，我们或指定的第三方服务供应商将为被保险人推荐 3 所本合同约定的海外医院，被保险人在推荐的 3 所海外医院中选定 1 所接受治疗，并就所选海外医院以及就医计划等内容与我们或指定的第三方服务供应商达成一致，并签署《出国就医申请表》及《治疗方案授权书》等相关文件。

### 三、就医安排

我们为被保险人进行就医安排，就医安排仅对《治疗方案授权书》中约定的海外医院有效。由于被保险人的

健康状况可能发生变化，推荐海外医院名单和治疗方案授权书的有效期为3个月。在推荐海外医院名单提供之后的3个月内，被保险人未选择海外医院，或在《治疗方案授权书》给出的3个月内，被保险人未在海外医院进行“恶性肿瘤——重度”治疗的，我们或指定的第三方服务供应商将根据被保险人最新的健康状况重新提供推荐海外医院名单和《治疗方案授权书》。

被保险人在海外医院首次治疗结束回国后，如根据该海外医院的主治医生的医嘱仍需再次前往该医院针对其首次在该医院治疗的同一种“恶性肿瘤——重度”进行持续治疗，或被保险人再次申请出国就医时仍有与该种类型“恶性肿瘤——重度”直接相关的阳性医学检查结果和临床疾病体征，我们会在确认上述情况后直接安排被保险人出国进行相关“恶性肿瘤——重度”的治疗。

#### **四、保险金给付**

第三方服务供应商将为被保险人安排海外就医。对于符合本合同约定的恶性肿瘤（重度）海外特定药品及医疗费用保险金，我们会将恶性肿瘤（重度）海外特定药品及医疗费用保险金直接支付给提供医疗服务以及交通、住宿和遗体送返（若有）服务的相关机构，被保险人无需支付该部分费用，且不应向我们重复申请该部分保险金。被保险人应支付不属于保险责任范围内的恶性肿瘤（重度）海外特定药品及医疗费用。

如果被保险人在未经第三方服务供应商确认的情况下，接受《治疗方案授权书》以外的治疗或对就医安排进行任何更改，我们不承担给付恶性肿瘤（重度）海外特定药品及医疗费用保险金的责任。

## 附录 8:

# 平安安医保（尊享版）医疗保险费率表

### 一、费率计算公式

保险费=单位费率×家庭费率因子

### 二、家庭费率因子

家庭成员人数	家庭费率因子
1 人	100%
2 人	95%
3 人	90%
4 人及以上	85%

### 三、单位费率

单位费率详见单位费率表 1、2。

具体如下：

#### 单位费率表 1

首次投保或在上一保险期间届满 60 日后重新投保本产品

单位：人民币元

投保年龄	计划一		计划二		计划三	
	有基本医疗保险或公费医疗	无基本医疗保险或公费医疗	有基本医疗保险或公费医疗	无基本医疗保险或公费医疗	有基本医疗保险或公费医疗	无基本医疗保险或公费医疗
0-5	1633	3247	2000	3505	3931	5536
6-10	1039	2079	1415	2228	2758	3793
11-15	762	1555	1029	1653	1921	2802
16-20	594	1168	842	1495	1909	2728
21-25	663	1327	931	1722	1977	2861
26-30	802	1614	1198	2277	2422	3333
31-35	1020	2069	1545	2921	3628	4622
36-40	1376	2940	2119	3702	4318	6185
41-45	1832	3999	2762	4603	5172	7720
46-50	2485	5296	3623	5811	6676	9712
51-55	3465	7009	4672	7238	8909	12596
56-60	4603	9484	6465	9712	11533	16419
61-65	6346	12117	8702	12524	14884	21460
66-70	8069	15295	11039	15553	20632	30158

**单位费率表 2**

不迟于上一保险期间届满后 60 日重新投保、已投保指定的产品并在指定期限内首次投保本产品

单位：人民币元

投保 年龄	计划一		计划二		计划三	
	有基本医疗 保险或公费 医疗	无基本医疗 保险或公费 医疗	有基本医疗 保险或公费 医疗	无基本医疗 保险或公费 医疗	有基本医疗 保险或公费 医疗	无基本医疗 保险或公费 医疗
0-5	1775	3529	2174	3810	4273	6017
6-10	1130	2260	1538	2422	2998	4123
11-15	829	1690	1119	1797	2088	3046
16-20	645	1270	915	1625	2075	2965
21-25	721	1442	1012	1872	2149	3110
26-30	871	1754	1302	2475	2633	3623
31-35	1109	2249	1679	3175	3944	5024
36-40	1496	3196	2303	4024	4693	6723
41-45	1991	4347	3003	5003	5622	8391
46-50	2701	5757	3938	6316	7257	10556
51-55	3766	7619	5079	7867	9684	13691
56-60	5003	10309	7027	10556	12536	17847
61-65	6897	13171	9458	13613	16178	23326
66-70	8770	16625	11999	16905	22426	32780
71-75	11137	21115	15254	21489	28438	41865
76-80	14144	25832	19130	26593	35964	53063
81-85	17680	32004	23522	32490	44012	65163
86-90	21925	39583	28922	40087	54101	80605
91-95	26967	49077	35561	49783	67209	100906
96-100	33170	60982	42867	62369	84215	127535

(完)