

广州市律师协会保障内容、特别约定及适用条款

甲方（投保人）：广州市律师协会（广州各律师所）

乙方（保险人）：中国人民财产保险股份有限公司广州市分公司

2022 年 8 月

目 录

广州市律师协会综合医疗保障方案..... 4

A 方案：执业律师社保补充医疗保险（仅限有医保会员） 4

B 方案：执业律师综合医疗保险（仅限无医保会员） 7

C 方案：事务所员工社保补充医疗保险（仅限有医保员工） 10

D 方案：事务所员工综合医疗保险（仅限无医保事务所员工） 12

E 方案：配偶子女（仅限会员律师与各事务所员工的配偶和子女） 15

F 方案：实习人员 17

G 方案：增值方案..... 18

广州市律师协会综合医疗特别约定.....20

广州市律师协会综合医疗特别约定 20

广州市律师协会综合医疗适用条款.....22

团体意外伤害保险条款 错误!未定义书签。

中国人民财产保险股份有限公司 29

附加疾病身故保险条款（A 款） 错误!未定义书签。

女性特定疾病保险条款（B 款） 错误!未定义书签。

重大疾病保险（C 款）条款 41

附加限制承保疾病病种保险条款 65

团体住院补充医疗保险条款 67

附加团体门诊急诊医疗保险条款 73

附加医疗公共保险金额保险条款 78

附加女性特定疾病手术津贴保险条款 错误!未定义书签。

营运交通工具乘客意外伤害保险条款 错误!未定义书签。

人身保险伤残评定标准（行业标准） 89

广州市律师协会综合医疗保障方案

A 方案：执业律师社保补充医疗保险（仅限有医保会员）

适用于 16 周岁至 65 周岁，身体健康、能正常工作和生活，且投保了广州市城镇居民基本医疗保险的注册会员律师。

保障责任	保额	保障简述
身故、全残	100000 元	被保险人因意外或疾病导致的身故或全残。
门急诊医疗	20000 元	被保险人因意外或疾病，进行门（急）诊治疗而产生的医保范围内合理费用，乙方按 0 免赔 90%的比例进行赔付。门诊费用（包括药品费、治疗费、材料费等）以 200 元/天为限，检查费（包含检查、检验费用）以 600 元/天为限。
住院医疗		被保险人须凭医保卡就诊，保险公司对社保赔付后剩余合理费用按 0 免赔 100%的比例做补充赔付。每次住院检查费限额 2000 元，床位费每日限额 80 元。未经社保结算，模拟医保扣减。
女性疾病	9000 元	详见“保险责任说明”部分描述。
重大疾病	50000 元	条款所列的 33 种重大疾病。
公共保额	500000 元	被保险人门诊住院医疗超过个人保险金额部分，经申请同意后，乙方按门诊或住院比例分别赔付，每一被保险人保险金额最高为人民币 10 万元，甲方所有被保险人的公共保额总额不超过人民币 50 万元。
人均保费：990 元		

身故、全残责任

被保险人疾病身故或全残，乙方给付保险金人民币 100000 元，乙方对该被保险人的保险责任即行终止。

被保险人在合同保险期间内遭受意外伤害，并自意外伤害发生之日起 180

日内，因该意外伤害导致身故或符合《人身保险伤残评定标准（行业标准）》所载的1级残疾的，乙方给付保险金人民币100000元，乙方对该被保险人的保险责任即行终止。

综合医疗保险责任

在合同保险期间内，对于被保险人因意外伤害或疾病在二级及以上非盈利性医院、二级及以上社保定点医院进行门、急诊治疗，所发生的应由被保险人自付的治疗费、检查费、手术费、药费等各项合理的医疗费用，乙方按0免赔90%的比例赔付，药品费、治疗费、材料费日给付额度合共200元，检查费和检验费日给付额度合共600元。

被保险人在保险期间内因意外伤害或疾病，而在二级及以上非盈利性医院、二级及以上社保定点医院进行住院治疗，乙方对被保险人因治疗发生的符合保单签发地政府基本医疗保险管理规定范围内的合理且必要的费用，在扣除被保险人从基本医疗保险取得的医疗费用补偿后，按0元免赔100%的比例给付保险金，每次住院检查费、检验费给付额度合共2000元。床位费另行理算：乙方对于在原始床位费的基础上扣除社保报销的部分承担保险责任，但每日的给付最高额度以80元为限。住院医疗费用若未经社保结算，则需模拟医保扣减。

乙方对被保险人累计给付的门、急诊医疗和住院医疗保险金合共达到人民币20000元时，乙方对该被保险人的该项保险责任终止。

女性疾病保险责任

1、原发性癌症

被保险人自获得被保资格之日起60天后（续保者不受60天规定的限制），首次发病并被专科医生确诊为以下六种原发性癌症（不包括原位癌）中的一种或者多种：卵巢癌、子宫内膜癌、宫颈癌、输卵管癌、外阴/阴道癌和子宫肉瘤，保险人按保险金额给付保险金，对该被保险人的保险责任终止。若该被保险人曾领原位癌保险金，则此项保险金为扣除已给付保险金后的余额。

2、乳腺癌

被保险人自获得被保资格之日起60天后（续保者不受60天规定的限制），首次发病并被专科医生确诊为原发性乳腺癌（不包括原位癌），保险人按保险金

额的二倍给付保险金，对该被保险人的保险责任终止。若该被保险人曾领有原位癌保险金，则此项保险金为扣除已给付保险金后的余额。

但若被保险人自获得被保资格之日起 60 天后（续保者不受 60 天规定的限制），首次发病并被专科医生确诊同时患有原发性乳腺癌（不包括原位癌）和本保单约定的六种原发性癌症中的一种或者多种，保险人仅按保险金额的二倍给付保险金，对该被保险人的保险责任终止。

3、女性原位癌保险金

被保险人自获得被保资格之日起 60 天后（续保者不受 60 天规定的限制），首次发病并被专科医生确诊为乳腺原位癌、宫颈原位癌、子宫内膜原位癌、外阴/阴道原位癌、卵巢原位癌和输卵管原位癌中的任何一种或多种，保险人按保险金额的 20% 给付保险金，对该被保险人的该项保险责任终止。

4、特定手术医疗保险金

在保险期间内，自保险期间开始之日起经过保险合同约定的等待期后（续保者不受该等待期的限制），首次发病并被专科医生确诊为以下六种原发性癌症（不包括原位癌）中的一种或者多种：卵巢癌、子宫内膜癌、宫颈癌、输卵管癌、外阴/阴道癌、子宫肉瘤，并因该确诊疾病进行子宫全切或卵巢切除术的，保险人分别按手术保险金额给付手术保险金，但对子宫全切或卵巢切除术均以一次给付为限。

重大疾病保险责任

在保险期间内，被保险人遭遇意外伤害并因该意外伤害造成本保险合同约定的重大疾病首次发病；或者自被保险人获得被保资格之日起经过保险合同约定的等待期 30 日后（续保者不受该等待期的限制），首次发病并被专科医生确诊为本保险合同所约定的重大疾病，保险人依照本保险合同项下该被保险人的保险金额给付重大疾病保险金，对该被保险人的保险责任终止。

公共保额

若被保险人个人名下的门急诊医疗、住院医疗保险金适用完毕后，若再发生责任范围内的保险责任，经甲方同意，乙方可分别按照本服务承诺中门急诊医疗保险金、住院医疗保险金的规定给付公共保险金。每一被保险人保险金额为人民币 100000 元，甲方所有被保险人的公共保额总额不超过人民币 50 万

元。

B 方案：执业律师综合医疗保险（仅限无医保会员）

适用于 16 周岁至 65 周岁，身体健康、能正常工作和生活的注册会员律师。

保障责任	保额	保障简述
身故、全残	100000 元	被保险人因意外或疾病导致的身故或全残。
门急诊医疗	20000 元	被保险人因意外或疾病，进行门（急）诊治疗而产生的医保范围内合理费用，乙方按 0 免赔 90%的比例进行赔付。门诊费用（包括药品费、治疗费、材料费等）以 200 元/天为限，检查费（包含检查、检验费用）以 600 元/天为限。
住院医疗		乙方对被保险人合理的住院医疗费用按 0 免赔 100%的比例进行赔付。每次住院检查费限额 2000 元，床位费每日限额 80 元。
女性疾病	9000 元	详见“保险责任说明”部分描述。
重大疾病	50000 元	条款所列的 33 种重大疾病。
公共保额	500000 元	被保险人门诊住院医疗超过个人保险金额部分，经申请同意后，乙方按门诊或住院比例分别赔付，每一被保险人保险金额最高为人民币 10 万元，甲方所有被保险人的公共保额总额不超过人民币 50 万元。
人均保费：1108 元		

身故、全残责任

被保险人因疾病身故或全残，乙方给付保险金人民币 100000 元，乙方对该被保险人的保险责任即行终止。

被保险人在合同保险期间内遭受意外伤害，并自意外伤害发生之日起 180

日内，因该意外伤害导致身故或符合《人身保险伤残评定标准（行业标准）》所载的1级残疾的，乙方给付保险金人民币100000元，乙方对该被保险人的保险责任即行终止。

综合医疗保险责任

在合同保险期间内，对于被保险人因意外伤害或疾病在二级及以上非盈利性医院、二级及以上社保定点医院进行门、急诊治疗，乙方对被保险人因治疗发生的符合保单签发地政府基本医疗保险管理规定范围内的合理且必要的费用，在扣除被保险人从基本医疗保险取得的医疗费用补偿后，乙方按0免赔90%的比例赔付，药品费、治疗费、材料费日给付额度合共200元，检查费和检验费日给付额度合共600元。

被保险人在保险期间内因意外伤害或疾病，而在二级及以上非盈利性医院、二级及以上社保定点医院进行住院治疗，乙方对被保险人因治疗发生的符合保单签发地政府基本医疗保险管理规定范围内的合理且必要的费用，在扣除被保险人从基本医疗保险取得的医疗费用补偿后，按0元免赔100%的比例给付保险金，每次住院检查费、检验费给付额度合共2000元。床位费另行理算：乙方对于在原始床位费的基础上扣除社保报销的部分承担保险责任，但每日的给付最高额度以80元为限。

乙方对被保险人累计给付的门、急诊医疗和住院医疗保险金合共达到人民币20000元时，乙方对该被保险人的该项保险责任终止。

女性疾病保险责任

1、原发性癌症

被保险人自获得被保资格之日起60天后（续保者不受60天规定的限制），首次发病并被专科医生确诊为以下六种原发性癌症（不包括原位癌）中的一种或者多种：卵巢癌、子宫内膜癌、宫颈癌、输卵管癌、外阴/阴道癌和子宫肉瘤，保险人按保险金额给付保险金，对该被保险人的保险责任终止。若该被保险人曾领原位癌保险金，则此项保险金为扣除已给付保险金后的余额。

2、乳腺癌

被保险人自获得被保资格之日起60天后（续保者不受60天规定的限制），首次发病并被专科医生确诊为原发性乳腺癌（不包括原位癌），保险人按保险金

额的二倍给付保险金，对该被保险人的保险责任终止。若该被保险人曾领有原位癌保险金，则此项保险金为扣除已给付保险金后的余额。

但若被保险人自获得被保资格之日起 60 天后（续保者不受 60 天规定的限制），首次发病并被专科医生确诊同时患有原发性乳腺癌（不包括原位癌）和本保单约定的六种原发性癌症中的一种或者多种，保险人仅按保险金额的二倍给付保险金，对该被保险人的保险责任终止。

3、女性原位癌保险金

被保险人自获得被保资格之日起 60 天后（续保者不受 60 天规定的限制），首次发病并被专科医生确诊为乳腺原位癌、宫颈原位癌、子宫内膜原位癌、外阴/阴道原位癌、卵巢原位癌和输卵管原位癌中的任何一种或多种，保险人按保险金额的 20% 给付保险金，对该被保险人的该项保险责任终止。

4、特定手术医疗保险金

在保险期间内，自保险期间开始之日起经过保险合同约定的等待期后（续保者不受该等待期的限制），首次发病并被专科医生确诊为以下六种原发性癌症（不包括原位癌）中的一种或者多种：卵巢癌、子宫内膜癌、宫颈癌、输卵管癌、外阴/阴道癌、子宫肉瘤，并因该确诊疾病进行子宫全切或卵巢切除术的，保险人分别按手术保险金额给付手术保险金，但对子宫全切或卵巢切除术均以一次给付为限。

重大疾病保险责任

在保险期间内，被保险人遭遇意外伤害并因该意外伤害造成本保险合同约定的重大疾病首次发病；或者自被保险人获得被保资格之日起经过保险合同约定的等待期 30 日后（续保者不受该等待期的限制），首次发病并被专科医生确诊为本保险合同所约定的重大疾病，保险人依照本保险合同项下该被保险人的保险金额给付重大疾病保险金，对该被保险人的保险责任终止。

公共保额

若被保险人个人名下的门急诊医疗、住院医疗保险金适用完毕后，若再发生责任范围内的保险责任，经甲方同意，乙方可分别按照本服务承诺中门急诊医疗保险金、住院医疗保险金的规定给付公共保险金。每一被保险人保险金额为人民币 100000 元，甲方所有被保险人的公共保额总额不超过人民币 50 万

元。

C 方案：事务所员工社保补充医疗保险（仅限有医保员工）

适用于 16 周岁至 65 周岁，身体健康、能正常工作和生活，且投保了广州市城镇居民基本医疗保险的员工。

保障责任	保额	保障简述
身故、全残	100000 元	被保险人因意外或疾病导致的身故或全残。
门急诊医疗	20000 元	被保险人因意外或疾病，进行门（急）诊治疗而产生的医保范围内合理费用，乙方按 0 免赔 90%的比例进行赔付。门诊费用（包括药品费、治疗费、材料费等）以 200 元/天为限，检查费（包含检查、检验费用）以 600 元/天为限。
住院医疗		被保险人须凭医保卡就诊，乙方对社保赔付后剩余合理费用按 0 元免赔 100%的比例做补充赔付。每次住院检查费限额 2000 元，床位费每日限额 80 元。未经社保结算，模拟医保扣减。
女性疾病	9000 元	详见“保险责任说明”部分描述。
重大疾病	50000 元	条款所列的 33 种重大疾病。
人均保费：990 元		

身故、全残责任

被保险人因疾病身故或全残，乙方给付保险金人民币 100000 元，乙方对该被保险人的保险责任即行终止。

被保险人在合同保险期间内遭受意外伤害，并自意外伤害发生之日起 180 日内，因该意外伤害导致身故或符合《人身保险伤残评定标准（行业标准）》所载的 1 级残疾的，乙方给付保险金人民币 100000 元，乙方对该被保险人的保险责任即行终止。

门、急诊医疗保险责任

在合同保险期间内，对于被保险人因意外伤害或疾病在二级及以上非盈利性医院、二级及以上社保定点医院进行门、急诊治疗，乙方对被保险人因治疗发生的符合保单签发地政府基本医疗保险管理规定范围内的合理且必要的费用，在扣除被保险人从基本医疗保险取得的医疗费用补偿后，乙方按免赔额 0 元 90%的比例赔付，药品费、治疗费、材料费日给付额度合共 200 元，检查费和检验费日给付额度合共 600 元。

住院医疗保险责任

被保险人在保险期间内因意外伤害或疾病，而在二级及以上非盈利性医院、二级及以上社保定点医院进行住院治疗，乙方对被保险人因治疗发生的符合保单签发地政府基本医疗保险管理规定范围内的合理且必要的费用，在扣除被保险人从基本医疗保险取得的医疗费用补偿后，按 0 元免赔 100%的比例给付保险金，每次住院检查费、检验费给付额度合共 2000 元。床位费另行理算：乙方对于在原始床位费的基础上扣除社保报销的部分承担保险责任，但每日的给付最高额度以 80 元为限。住院医疗费用若未经社保结算，则需模拟医保扣减。

乙方对被保险人累计给付的门、急诊医疗和住院医疗保险金合共达到人民币 20000 元时，乙方对该被保险人的该项保险责任终止。

女性疾病保险责任

1、原发性癌症

被保险人自获得被保资格之日起 60 天后（续保者不受 60 天规定的限制），首次发病并被专科医生确诊为以下六种原发性癌症（不包括原位癌）中的一种或者多种：卵巢癌、子宫内膜癌、宫颈癌、输卵管癌、外阴/阴道癌和子宫肉瘤，保险人按保险金额给付保险金，对该被保险人的保险责任终止。若该被保险人曾领原位癌保险金，则此项保险金为扣除已给付保险金后的余额。

2、乳腺癌

被保险人自获得被保资格之日起 60 天后（续保者不受 60 天规定的限制），首次发病并被专科医生确诊为原发性乳腺癌（不包括原位癌），保险人按保险金额的二倍给付保险金，对该被保险人的保险责任终止。若该被保险人曾领有原

位癌保险金，则此项保险金为扣除已给付保险金后的余额。

但若被保险人自获得被保资格之日起 60 天后（续保者不受 60 天规定的限制），首次发病并被专科医生确诊同时患有原发性乳腺癌（不包括原位癌）和本保单约定的六种原发性癌症中的一种或者多种，保险人仅按保险金额的二倍给付保险金，对该被保险人的保险责任终止。

3、女性原位癌保险金

被保险人自获得被保资格之日起 60 天后（续保者不受 60 天规定的限制），首次发病并被专科医生确诊为乳腺原位癌、宫颈原位癌、子宫内膜原位癌、外阴/阴道原位癌、卵巢原位癌和输卵管原位癌中的任何一种或多种，保险人按保险金额的 20% 给付保险金，对该被保险人的该项保险责任终止。

4、特定手术医疗保险金

在保险期间内，自保险期间开始之日起经过保险合同约定的等待期后（续保者不受该等待期的限制），首次发病并被专科医生确诊为以下六种原发性癌症（不包括原位癌）中的一种或者多种：卵巢癌、子宫内膜癌、宫颈癌、输卵管癌、外阴/阴道癌、子宫肉瘤，并因该确诊疾病进行子宫全切或卵巢切除术的，保险人分别按手术保险金额给付手术保险金，但对子宫全切或卵巢切除术均以一次给付为限。

重大疾病保险责任

在保险期间内，被保险人遭遇意外伤害并因该意外伤害造成本保险合同约定的重大疾病首次发病；或者自被保险人获得被保资格之日起经过保险合同约定的等待期 30 日后（续保者不受该等待期的限制），首次发病并被专科医生确诊为本保险合同所约定的重大疾病，保险人依照本保险合同项下该被保险人的保险金额给付重大疾病保险金，对该被保险人的保险责任终止。

D 方案：事务所员工综合医疗保险（仅限无医保事务所员工）

适用于 16 周岁至 65 周岁，身体健康、能正常工作和生活的律师事务所员

工。

保障责任	保额	保障简述
身故、全残	100000 元	被保险人因意外或疾病导致的身故或全残。
门急诊医疗	20000 元	被保险人因意外或疾病，进行门（急）诊治疗而产生的医保范围内合理费用，乙方按免赔额 0 元 80% 的比例进行赔付。门诊费用（包括药品费、治疗费、材料费等）以 200 元/天为限，检查费（包含检查、检验费用）以 600 元/天为限。
住院医疗		乙方对被保险人合理的住院费用按 0 元免赔 80% 的比例进行赔付。每次住院检查费限额 2000 元，床位费每日限额 80 元。
女性疾病	9000 元	详见“保险责任说明”部分描述。
重大疾病	50000 元	条款所列的 33 种重大疾病。
人均保费：1108 元/年		

身故、全残责任

被保险人因疾病身故或全残，乙方给付保险金人民币 100000 元，乙方对该被保险人的保险责任即行终止。

被保险人在合同保险期间内遭受意外伤害，并自意外伤害发生之日起 180 日内，因该意外伤害导致身故或符合《人身保险伤残评定标准（行业标准）》所载的 1 级残疾的，乙方给付保险金人民币 100000 元，乙方对该被保险人的保险责任即行终止。

门、急诊医疗保险责任

在合同保险期间内，对于被保险人因意外伤害或疾病在二级及以上非营利性医院、二级及以上社保定点医院进行门、急诊治疗，乙方对被保险人因治疗发生的符合保单签发地政府基本医疗保险管理规定范围内的合理且必要的费用，在扣除被保险人从基本医疗保险取得的医疗费用补偿后，乙方按免赔额 0 元，80% 的比例赔付，药品费、治疗费、材料费日给付额度合共 200 元，检查费和检验费日给付额度合共 600 元。

住院医疗保险责任

被保险人在保险期间内因意外伤害或疾病，而在二级及以上非盈利性医院、二级及以上社保定点医院进行住院治疗，乙方对被保险人因治疗发生的符合保单签发地政府基本医疗保险管理规定范围内的合理且必要的费用，按 0 元免赔 80% 的比例给付保险金，每次住院检查费、检验费给付额度合共 2000 元。床位费另行理算：乙方对于在原始床位费的基础上扣除社保报销的部分承担保险责任，但每日的给付最高额度以 80 元为限。

乙方对被保险人累计给付的门、急诊医疗和住院医疗保险金合共达到人民币 20000 元时，乙方对该被保险人的该项保险责任终止。

女性疾病保险责任

1、原发性癌症

被保险人自获得被保资格之日起 60 天后（续保者不受 60 天规定的限制），首次发病并被专科医生确诊为以下六种原发性癌症（不包括原位癌）中的一种或者多种：卵巢癌、子宫内膜癌、宫颈癌、输卵管癌、外阴/阴道癌和子宫肉瘤，保险人按保险金额给付保险金，对该被保险人的保险责任终止。若该被保险人曾领原位癌保险金，则此项保险金为扣除已给付保险金后的余额。

2、乳腺癌

被保险人自获得被保资格之日起 60 天后（续保者不受 60 天规定的限制），首次发病并被专科医生确诊为原发性乳腺癌（不包括原位癌），保险人按保险金额的二倍给付保险金，对该被保险人的保险责任终止。若该被保险人曾领有原位癌保险金，则此项保险金为扣除已给付保险金后的余额。

但若被保险人自获得被保资格之日起 60 天后（续保者不受 60 天规定的限制），首次发病并被专科医生确诊同时患有原发性乳腺癌（不包括原位癌）和本保单约定的六种原发性癌症中的一种或者多种，保险人仅按保险金额的二倍给付保险金，对该被保险人的保险责任终止。

3、女性原位癌保险金

被保险人自获得被保资格之日起 60 天后（续保者不受 60 天规定的限制），首次发病并被专科医生确诊为乳腺原位癌、宫颈原位癌、子宫内膜原位癌、外阴/阴道原位癌、卵巢原位癌和输卵管原位癌中的任何一种或多种，保险人按保

险金额的 20% 给付保险金，对该被保险人的该项保险责任终止。

4、特定手术医疗保险金

在保险期间内，自保险期间开始之日起经过保险合同约定的等待期后（续保者不受该等待期的限制），首次发病并被专科医生确诊为以下六种原发性癌症（不包括原位癌）中的一种或者多种：卵巢癌、子宫内膜癌、宫颈癌、输卵管癌、外阴/阴道癌、子宫肉瘤，并因该确诊疾病进行子宫全切或卵巢切除术的，保险人分别按手术保险金额给付手术保险金，但对子宫全切或卵巢切除术均以一次给付为限。

重大疾病保险责任

在保险期间内，被保险人遭遇意外伤害并因该意外伤害造成本保险合同约定的重大疾病首次发病；或者自被保险人获得被保资格之日起经过保险合同约定的等待期 30 日后（续保者不受该等待期的限制），首次发病并被专科医生确诊为本保险合同所约定的重大疾病，保险人依照本保险合同项下该被保险人的保险金额给付重大疾病保险金，对该被保险人的保险责任终止。

E 方案：配偶子女（仅限会员律师与各事务所员工的配偶和子女）

身体健康、能正常工作和生活的会员律师与各事务所员工的配偶和子女，其中配偶投保年龄为 16 周岁至 60 周岁，子女的投保年龄为出生后满 30 天-25 周岁。

保障责任	保额	保障简述
身故、全残	50000 元	被保险人因意外或疾病导致的身故或全残。
门急诊医疗	2000 元	被保险人因意外或疾病，进行门（急）诊治疗而产生的医保范围内合理费用，乙方按 0 免赔 70% 的比例进行赔付。门诊费用（包括药品费、治疗费、材料费等）以 200 元/天为限，检查费（包含检查、检验费用）以 600 元/天为限。
住院医疗	18000 元	乙方对被保险人合理的住院费用按 0 元免赔 50% 的

		比例进行赔付。每次住院检查费限额 2000 元，床位费每日限额 80 元。
人均保费： 920 人/年		

身故、全残责任

被保险人因疾病身故或全残，乙方给付保险金人民币 50000 元，乙方对该被保险人的保险责任即行终止。

被保险人在合同保险期间内遭受意外伤害，并自意外伤害发生之日起 180 日内，因该意外伤害导致身故或符合《人身保险伤残评定标准（行业标准）》所载的 1 级残疾的，乙方给付保险金人民币 50000 元，乙方对该被保险人的保险责任即行终止。

门、急诊医疗保险责任

在合同保险期间内，对于被保险人因意外伤害或疾病在二级及以上非盈利性医院、二级及以上社保定点医院进行门、急诊治疗，乙方对被保险人因治疗发生的符合保单签发地政府基本医疗保险管理规定范围内的合理且必要的费用，在扣除被保险人从基本医疗保险取得的医疗费用补偿后，乙方按 0 免赔 70% 的比例赔付，药品费、治疗费、材料费日给付额度合共 200 元，检查费和检验费日给付额度合共 600 元。

乙方对被保险人累计给付的门、急诊医疗保险金合共达到人民币 2000 元时，乙方对该被保险人的该项保险责任终止。

住院医疗保险责任

被保险人在保险期间内因意外伤害或疾病，而在二级及以上非盈利性医院、二级及以上社保定点医院进行住院治疗，乙方对被保险人因治疗发生的符合保单签发地政府基本医疗保险管理规定范围内的合理且必要的费用，按 0 元免赔 50% 的比例给付保险金，每次住院检查费、检验费给付额度合共 2000 元。床位费另行理算：乙方对于在原始床位费的基础上扣除社保报销的部分承担保险责任，但每日的给付最高额度以 80 元为限。

乙方对被保险人累计给付的住院医疗保险金合共达到人民币 18000 元时，乙方对该被保险人的该项保险责任终止。

F 方案：实习人员

保障责任	保额	保障简述
意外身故、残疾	30 万元	被保险人因意外导致的身故或残疾。
定期寿险	5 万元	被保险人因疾病身故
意外医疗	2 万元	被保险人因意外事故导致的门诊或住院合理医疗费用，乙方按每次事故 100 元免赔 100%的比例进行赔付。
意外住院津贴	100 元/天	详见“保险责任说明”部分描述。
交通意外	60 万元	民航班机
	20 万元	轨道列车、轮船
	10 万元	公共交通工具的汽车
人均保费： 380 人/年		

意外身故责任

被保险人如果遭受意外伤害，且自意外伤害发生之日起 180 日内因该意外伤害导致身故，乙方给付身故保险金 30 万元。

意外残疾责任

被保险人遭受意外伤害，并且自意外伤害发生之日起 180 日内因该意外伤害导致身体伤残的，根据《人身保险伤残评定标准（行业标准）》，通过伤残鉴定确定该被保险人的伤残等级，本公司按《人身保险伤残评定标准（行业标准）》中所列给付比例乘以该被保险人的伤残保险金额给付伤残保险金。若治疗仍未结束，最终伤残等级不能确定的，按意外伤害发生之日起第 180 日的身体情况进行伤残鉴定，并据此给付伤残保险金。

定寿责任

被保险人因疾病身故，乙方给付保险金 5 万元。

意外医疗责任

被保险人在保险期间内因意外，在二级及以上非盈利性医院、二级及以上社保定点医院进行门诊或住院治疗，乙方对被保险人因治疗发生的符合保单签发地政府基本医疗保险管理规定范围内的合理且必要的费用，按每次 100 元免赔 100%的比例给付保险金。

乙方对被保险人累计给付的医疗保险金合共达到人民币 20000 元时，乙方对该被保险人的该项保险责任终止。

意外住院津贴

若被保险人遭受意外伤害，并自该次意外伤害发生之日起 180 日内因该意外伤害在卫生行政部门认定的二级以上医院住院治疗，本公司按其实际住院天数乘以投保时双方约定的日住院补贴金额给付意外伤害住院补贴保险金 100 元/天。

交通意外责任

1、被保险人持有效客票乘坐合法经营客运业务的民航班机，自通过安检至抵达目的地走出机舱门止遭受的意外伤害事故，保险公司承担保险责任。

2、被保险人持有效客票乘坐合法经营客运业务的轨道列车或轮船，在车厢或轮船内遭受的意外伤害事故，保险公司承担保险责任。

3、被保险人持有效客票乘坐合法经营客运业务的公共汽车，在车厢内遭受的意外伤害事故，保险公司承担保险责任。

G 方案：增值方案

保障责任	保额	保障简述
意外身故、残疾	100 万元	被保险人因意外导致的身故或残疾。
意外医疗	100 万元	被保险人因意外事故导致的门诊或住院合理医疗费用，乙方按每次事故 200 元免赔 100%的比例进行赔付。

意外住院津贴	100 元/天	详见“保险责任说明”部分描述。
人均保费： 788 人/年		

意外身故责任

被保险人如果遭受意外伤害，且自意外伤害发生之日起 180 日内因该意外伤害导致身故，乙方给付身故保险金 100 万元。

意外残疾责任

被保险人遭受意外伤害，并且自意外伤害发生之日起 180 日内因该意外伤害导致身体伤残的，根据《人身保险伤残评定标准（行业标准）》，通过伤残鉴定确定该被保险人的伤残等级，本公司按《人身保险伤残评定标准（行业标准）》中所列给付比例乘以该被保险人的伤残保险金额给付伤残保险金。若治疗仍未结束，最终伤残等级不能确定的，按意外伤害发生之日起第 180 日的身体情况进行伤残鉴定，并据此给付伤残保险金。

意外医疗责任

被保险人在保险期间内因意外，在二级及以上非盈利性医院、二级及以上社保定点医院进行门诊或住院治疗，乙方对被保险人因治疗发生的符合保单签发地政府基本医疗保险管理规定范围内的合理且必要的费用，按每次 200 元免赔 100%的比例给付保险金。

乙方对被保险人累计给付的医疗保险金合共达到人民币 1000000 元时，乙方对该被保险人的该项保险责任终止。

意外住院津贴

若被保险人遭受意外伤害，并自该次意外伤害发生之日起 180 日内因该意外伤害在卫生行政部门认定的二级以上医院住院治疗，本公司按其实际住院天数乘以投保时双方约定的日住院补贴金额给付意外伤害住院补贴保险金。意外伤害住院补贴保险金 100 元/天，每次住院绝对免赔 2 天，一年最高以 180 天为限。

广州市律师协会综合医疗特别约定

广州市律师协会综合医疗特别约定

一、对于连续投保（指 2016 年度起连续有参与投保本项目）的被保险人一般性的既往症及其并发症引起的医疗责任属于保险责任，但对于参保前发生的如下严重既往症及其并发症为除外责任。严重既往症是指以下疾患：恶性肿瘤、心脏病（心功能不全 II 级或 II 级以上）、心肌梗塞、白血病、高血压病（II 级或 II 级以上）、肝硬化、慢性阻塞性肺病、脑血管疾病、慢性肾脏疾病、糖尿病、再生障碍性贫血、癫痫病、多发性硬化症、急性脊髓灰质炎、阿尔兹海默氏症、帕金森氏症、良性脑肿瘤、外科手术植入物取出、替换手术；

二、对于非连续性投保或首次投保被保险人，乙方不承担因既往症及其并发症引起的医疗责任；

三、被保险人在投保前已被确诊为重大疾病，或进行过相关医疗的，乙方不承担该被保险人的重大疾病责任；对首次投保或非连续投保的被保险人在等待期内发生重大疾病责任不给予赔付；

四、牙科疾病门诊医疗保险责任：乙方承担被保险人因牙科疾病发生的医疗保险管理部门（含公费和劳保）规定的予以报销范围的门诊、急诊医药费用，牙科疾病的范围限于龋齿、牙髓病、牙隐裂所引起的补牙、治牙神经、拔牙、阻生齿治疗，以及牙周组织引起的疾病，如牙周炎、牙龈炎、根周炎等均在乙方的保险范围内；对于洗牙、种植牙、牙移植、义齿、镶牙、牙体缺损修复、烤瓷牙、洁牙等发生的医疗费用，以及口腔修复、口腔正畸、口腔保健及口腔美容所发生的费用则为免除责任范围；

五、属于乙方保险责任的治疗，一般门诊带药量 7 天、慢性病 14 天、急性病 3 天、住院医疗出院带药量 14 天；

六、女性疾病保险责任：原发性癌症、乳腺癌、女性原位癌保险金、特定手术医疗保险金。女性疾病累计最高给付 9000 元。

七、对于连续投保的被保险人在观察期内发生的疾病身故或全残属于保险责任；对于非连续性投保或首次投保被保险人，乙方不承担在观察期内发生的疾病身故及全残责任；对于新保人员，疾病身故观察期为 30 天。

八、在没有同类国产医疗材料可以替代的情况下，若被保险人在门诊或住院治疗时，需要使用进口医疗材料，应事先征得乙方书面同意。经同意后的进

口材料费乙方按 50%的比例赔偿；

九、团体定期寿险保障责任仅承担被保险人因疾病导致的身故责任，保险人按该被保险人的基本保险金额给付身故保险金，本合同对该被保险人的保险责任终止。

十、公共保额仅限律协会员使用。A、B 方案因意外及疾病导致的门诊和住院医疗费用保单年度人均基本限额为 2 万元，当个人保单年度内因意外及疾病导致的门诊和住院医疗费用累计达到 2 万元时，门诊和住院保障责任终止。个人保单年度门诊和住院医疗费用超出限额部分，如需申请理赔，须经投保人同意向保险人以书面形式申请使用公共保险金，申请批准同意后单个被保险人使用公共保险金的门诊和住院医疗费用年度内额度为 10 万元，投保人名下的公共保险金额累计给付以 50 万元为限。

十一、等待期：被保险人自保险公司对其开始承担保险责任之日起 30 日内或之前，已经出现与确诊重大疾病相关的症状，保险公司不承担给付重大疾病保险金的责任。疾病医疗等待期为合同生效后 30 日，连续投保或续保人员免除等待期。

十二、理赔时效：对于索赔资料齐全的，且无需查勘的案件，人保寿险公司最迟将在收到索赔资料后的 8 个工作日内做出核定结果；如案情重大或需查勘，在三十日内做出核定结果。

十三、如乙方出具的保险单所载条款与本服务承诺有不相同处，以本服务承诺为准。

十四、自费药不属于赔付范围。

广州市律师协会综合医疗适用条款

中国人民财产保险股份有限公司 团体意外伤害保险（2022 版）条款

1 总则

1.1 合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、保险单以及经投保人与保险人认可的、与保险合同有关的其它书面协议（包括但不限于健康问卷、声明、批单）组成。凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。

1.2 投保人

在本保险合同订立时对被保险人有保险利益的企事业单位、国家机关、社会团体及特定主体可作为本保险合同的投保人。

1.3 被保险人

除另有约定外，年龄在 6 个月至 65 周岁（见释义）、身体健康、能正常工作或正常生活的自然人可作为本保险合同的被保险人。

1.3.1 被保资格的获得

无论本保险合同为首次投保、续保还是非续保的，被保险人获得被保资格的日期均以以下两者中较晚的日期为准：（1）本保险合同的保险期间起始日；（2）本保险合同项下增加该被保险人批单所载生效日，有多张批单增加该被保险人的，以最晚批单所载生效日为准。

1.4 受益人

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

除另有约定外，本保险合同的伤残保险金受益人为被保险人本人。

被保险人或投保人可以变更保险金受益人，但需书面通知保险人，由保险人在本保险合同上批注。

投保人指定或变更保险金受益人的，应经被保险人同意。被保险人不具有完全民事行为能力的，应由其监护人指定或变更保险金受益人。

受益人故意造成被保险人死亡、伤残、疾病的，或者故意杀害被保险人未遂的，该受益人丧失受益权。

2 保障内容

2.1 保险责任

在保险期间内，被保险人自获得被保资格之日起遭受意外伤害（见释义），并因该意外伤害导致身故、伤残的，保险人依照下列约定给付保险金，且给付下列各项保险金之和不超过该被保险人的意外伤害身故伤残保险金额。

2.1.1 意外伤害身故保险责任

被保险人自该意外伤害发生之日起 180 日内因该意外伤害身故的，保险人按该被保险人的本项保险责任的保险金额给付身故保险金，对该被保险人的保险责任终止。

被保险人因遭受意外伤害且自该意外伤害发生日起下落不明，后经人民法院宣告死亡的，保险人按本项保险责任的保险金额给付身故保险金。但若被保险人被宣告死亡后生还的，保险金受领人应于知道或应当知道被保险人生还后 30 日内退还保险人给付的身故保险金。

被保险人身故前保险人已给付 2.1.2 约定的伤残保险金的，身故保险金

应扣除已给付的保险金。

2.1.2 意外伤害伤残保险责任

被保险人自该意外伤害发生之日起 180 日内因该意外伤害造成《人身保险伤残评定标准及代码》（见释义）（简称《评定标准》）所列伤残程度之一的，保险人按《评定标准》所对应伤残等级的给付比例乘以该被保险人的本项保险责任的保险金额给付伤残保险金。如第 180 日治疗仍未结束的，按当日的身体情况进行伤残评定，并据此给付伤残保险金。

（1）被保险人因同一意外伤害造成两处或两处以上伤残时，保险人根据《评定标准》规定的多处伤残评定原则给付伤残保险金。

（2）被保险人如在本次意外伤害之前已有残疾，保险人按合并后的伤残程度在《评定标准》中所对应伤残等级的给付比例扣除原有伤残程度在《评定标准》中所对应伤残等级的给付比例，给付伤残保险金。

2.2 责任免除

因下列情形之一，导致被保险人身故、伤残的，保险人不承担给付保险金责任：

- （1）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- （2）被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- （3）被保险人故意自伤或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （4）被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
- （5）被保险人的产前产后检查、妊娠（含宫外孕）、流产（含人工流产）、分娩（含剖腹产）、避孕、绝育手术、治疗不孕不育症以及上述原因引起的并发症；
- （6）被保险人接受包括美容、整容、整形手术在内的任何医疗行为而造成的意外；
- （7）被保险人未遵医嘱服用、涂用、注射药物；
- （8）被保险人醉酒、受毒品及管制药物（见释义）的影响；
- （9）被保险人非因意外伤害导致的细菌或病毒感染；
- （10）任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
- （11）恐怖袭击；
- （12）战争（见释义）、军事冲突（见释义）、暴乱（见释义）或武装叛乱；
- （13）被保险人的精神和行为障碍（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；
- （14）被保险人酒后驾驶（见释义）、无合法有效驾驶证驾驶（见释义）或驾驶无合法有效行驶证（见释义）的机动车辆；
- （15）从事高风险运动（见释义）期间，但被保险人作为专业运动员从事其专业运动除外。

2.3 保险金额

意外伤害身故伤残保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

每一被保险人的意外伤害身故伤残保险金额是保险人承担给付该被保险人保险金责任的最高限额。未成年人身故保险金额及身故时各保险人实际给付的保险金总和依法规定和监管规定处理。

若本保险合同设有每次意外伤害限额（见释义）的，保险人对所有被保险人于任一次意外伤害中实际给付的身故保险金的总额不超过保险单所载的每次意外伤害限额。

每一被保险人的意外伤害身故伤残保险金额和每次意外伤害限额一经确定，在保险期间内不得变更。

2.4 保险期间

除另有约定外，本产品保险期间为 1 年，以保险单载明的起讫时间为准。

3 投保人、被保险人义务

3.1 交费义务

除另有约定外，投保人应当在本合同成立时一次性交清保险费，保险费交清前，本保险合同不生效，对保险费交清前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

投保人未按约定交纳保险费的，保险人有权解除保险合同。

3.2 如实告知义务

投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

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

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

投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿或者给付保险金的责任，但应当退还保险费。

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

3.3 职业或者工种变更通知义务

被保险人变更职业或工种时，投保人或被保险人应在 10 日内以书面形式通知保险人。

被保险人所变更的职业或工种，依照保险人职业分类其危险性减低的，保险人自接到通知后，自职业变更之日起，退还变更前后职业或工种对应的保险费差额；其危险性增加的，保险人在接到通知后，自职业变更之日起，增收变更前后职业或工种对应的保险费差额。

被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人有权终止该被保险人的被保资格，其被保资格自保险人接到通知之日的次日零时起终止，保险人退还该被保险人项下的现金价值（见释义）。

被保险人变更职业或工种且未依照本保险合同约定通知保险人而发生保险事故的，除另有约定外，若依照保险人职业分类不在拒保范围内，但其危险性增加的，保险人按其原保险费与新职业或工种所对应的保险费的比例计算并给付保险金；若被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人不承担给付保险金的责任，保险人退还该被保险人项下的现金价值。

3.4 住址或通讯地址变更通知义务

投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。

3.5 被保险人变动通知义务

在保险期间内，团体保险的投保人因其人员变动，需增加、减少被保险人时，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

被保险人人数增加时，保险人在审核同意后出具批单，于批单生效日零时开始承担保险责任，并按约定增收相应的保险费。

被保险人人数减少时，投保人提供已通知相应被保险人退保的有效证明，保险人在审核同意后出具批单，于批单生效日零时起，对减少的被保险人终止保险责任，并按约定退还相应的保险费。但减少的被保险人已发生任何保险金给付或已发生本保险合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，保险人不退还该被保险人项下相应的保险费。减少后的被保险人人数不足约定承保团体

人员的 75%或人数低于 3 人时，保险人有权解除本保险合同，并按约定退还现金价值。

3.6 其他内容变更通知义务

在保险期间内，投保人需变更合同其他内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。**若被保险人已身故，则保险人不接受本保险合同中有关该被保险人的任何内容的变更申请。**

3.7 保险事故通知义务

发生保险责任范围内的事故后，投保人、被保险人或受益人应在 10 日内通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。**故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。**

上述约定，不包括因不可抗力（见释义）而导致的迟延。

4 保险人义务

（1）本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

（2）保险人认为投保人、被保险人或者受益人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人或者受益人补充提供。

（3）保险人收到被保险人或者受益人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在 30 日内作出核定。但保险责任的核定必须依赖于特定证明、鉴定、判决、裁定或其他证据材料的，保险人应在被保险人或者受益人提供或自行取得上述证据材料起 30 日内作出核定。本保险合同另有约定的除外。

（4）保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行赔偿保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三个工作日内向被保险人或者受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

（5）保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起 60 日内，对其赔偿保险金的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

5 保险金申请

保险金申请人（见释义）向保险人申请给付保险金时，应填写保险金给付申请书，并提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。保险人按照本保险合同的约定，认为有关的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。**保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

5.1 意外伤害身故保险金申请

（1）保险金给付申请书；

（2）保险单；

（3）保险金申请人的身份证明；

（4）公安机关或司法部门、二级及二级以上医院或保险人认可的医疗机构出具的被保险人死亡证明或验尸报告。若被保险人为宣告死亡，保险金申请人应提供法院出具的宣告死亡证明文件；

（5）被保险人的户籍注销证明；

(6) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料。

5.2 意外伤害伤残保险金申请

- (1) 保险金给付申请书
- (2) 保险单;
- (3) 保险金申请人的身份证明;
- (4) 司法部门或保险人认可的司法鉴定机构出具的伤残鉴定书;
- (5) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料。

6 保险合同解除

本保险合同成立后,除本保险合同另有约定外,投保人可以要求解除本保险合同。但已发生任何保险金给付或已发生本保险合同约定的保险事故但尚未给付保险金的,投保人不得要求解除本保险合同。

投保人要求解除本保险合同时,应填写保险合同解除申请书,并提交保险单、保险费交付凭证和投保人身份证明。本保险合同自本保险人接到保险合同解除申请书时终止。本保险人于接到保险合同解除申请书之日起三十日内向投保人退还本保险合同的现金价值;但若投保人在保险责任开始前就要求解除合同,则保险人全额退还已缴纳的保险费。

7 争议处理和法律适用

7.1 争议处理

合同争议解决方式由当事人在合同约定时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,依法向人民法院起诉;
- (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,提交保险单载明的仲裁委员会仲裁。

7.2 法律适用

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)。

8 合法性保证

本保险合同约定与《中华人民共和国保险法》等法律规定相悖之处,以法律规定为准。本保险合同未尽事宜,以法律规定为准。

9 释义

9.1 周岁

以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。

9.2 意外伤害

指外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件致使身体受到的伤害。

以下情形属于疾病范畴,非本条款所指意外伤害:

- (1) 猝死:指由潜在疾病、身体机能障碍或其他非外来性原因所导致的、在出现急性症状后发生的突然死亡,以医院的诊断或公安、司法机关的鉴定为准;
- (2) 过敏及由过敏引发的变态反应性疾病;
- (3) 高原反应;
- (4) 中暑;
- (5) 细菌、病毒或其他病原体导致的感染性疾病。

9.3 《人身保险伤残评定标准及代码》

指由中国保险监督管理委员会发布的《人身保险伤残评定标准及代码》(保监发〔2014〕6号、标准编号JR/T 0083-2013)。如该标准重新修订,则以最新修订的文件版本为准。

- 9.4 毒品及管制药物**
指中华人民共和国刑法规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。
- 9.5 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。
- 9.6 军事冲突**
指国家与民族之间在一定范围内的武装对抗，以政府宣布为准。
- 9.7 暴乱**
指破坏社会秩序的武装骚动，以政府宣布为准。
- 9.8 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。
- 9.9 无合法有效驾驶证驾驶**
被保险人存在下列情形之一：
(1) 没有取得中华人民共和国有关主管部门颁发或者认可的驾驶资格证书；
(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。
- 9.10 无合法有效行驶证**
发生保险事故时被保险人驾驶的机动车无公安机关交通管理部门、农机部门等政府管理部门核发的行驶证或号牌，或行驶证不在有效期内，或该机动车未按规定检验或检验不合格。
- 9.11 高风险运动**
指运动风险等级高、极易发生人身伤害的运动，包括潜水、滑水、滑雪、滑冰、跳伞、热气球运动、滑翔机、滑翔翼、滑翔伞、动力伞、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车、驾驶卡丁车、蹦极及保险单载明的其他运动。其中：
(1) 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，但穿着救生衣在水面进行的浮潜活动除外。
(2) 热气球运动：指乘坐热气球升空飞行的体育活动。
(3) 攀岩运动：指以攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
(4) 探险活动：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、非固定路线徒步、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。
(5) 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、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。
(6) 特技：指从事马术、杂技、驯兽等特殊技能。
- 9.12 每次意外伤害限额**
是指对本保险合同项下发生的任何一次意外伤害而造成被保险人身故，保险人所承担的最高给付限额。若在任何一次的意外伤害中，“每次意外伤害限额”小于在无“每次意外伤害限额”情况下应给付的各被保险人的保险金总额，则保险人根据以下公式计算实际给付每一被保险人的保险金：

实际给付每一被保险人的保险金=（每次意外伤害限额÷在无“每次意外伤害限额”情况下应给付的各被保险人的保险金总额）×在无“每次意外伤害限额”情况下应给付的该被保险人的保险金。

9.13 现金价值

除另有约定外，按下述公式计算现金价值：现金价值=净保费×（1-保险合同已生效的天数/保险合同保险期限的天数），经过日期不足一日的按一日计算。

9.14 不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

9.15 保险金申请人

除另有约定外，身故保险金申请人是指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人；伤残保险金申请人是指被保险人本人。

中国人民财产保险股份有限公司

附加团体疾病身故、全残保险条款

1 总则

1.1 投保附加险的条件

本条款为本保险单约定的意外健康险类主险的附加险条款。只有在投保了主险的基础上，方可投保本附加险。

1.2 主险与附加险关系

凡涉及本附加险合同的约定，均应采用书面形式。主险合同与本附加险合同相抵触之处，以本附加险合同为准；本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。主险合同无效，本附加险合同亦无效。

1.3 受益人

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

除另有约定外，本附加险合同的伤残保险金受益人为被保险人本人。

被保险人或投保人可以变更保险金受益人，但需书面通知保险人，由保险人在本附加险合同上批注。

投保人指定或变更保险金受益人的，应经被保险人同意。被保险人不具有完全民事行为能力的，应由其监护人指定或变更保险金受益人。

受益人故意造成被保险人死亡、伤残、疾病的，或者故意杀害被保险人未遂的，该受益人丧失受益权。

2 保障内容

2.1 保险责任

在保险期间内，被保险人自获得**被保资格**（见释义）之日起经过本附加险合同约定的**等待期**（见释义）后罹患疾病，并发生以下情况之一，保险人依照本附加险合同项下该被保险人的保险金额给付保险金，对该被保险人的保险责任终止：

- （1）在保险期间内因该疾病导致身故；
- （2）在保险期间内罹患疾病，并自罹患疾病之日起 180 日内因该疾病导致全残（见释义）。

2.2 责任免除

2.2.1 因下列情形之一，导致被保险人身故或全残的，保险人不承担给付保险金责任：

- （1）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- （2）被保险人故意自伤或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （3）被保险人未遵医嘱服用、涂用、注射药物，但按使用说明的规定使用非处方药不在此限；
- （4）被保险人受酒精、毒品、管制药物的影响，但遵医嘱使用药物的情形不在此限；
- （5）任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
- （6）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（见释义）；
- （7）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱、恐怖袭击；
- （8）被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- （9）被保险人存在精神和行为障碍（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关

健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；

（10）遗传性疾病（见释义），先天性畸形、变形或染色体异常（见释义）；

（11）被保险人在获得被保资格前所患既往症（见释义）及保险单中特别约定的除外疾病。

2.2.2 被保险人存在下列情形的之一的，保险人不承担给付保险金责任，并退还该被保险人已交纳的保险费，对该被保险人的保险责任终止：

- （1）在等待期内确诊罹患疾病并因该疾病身故或全残；
- （2）自罹患疾病之日起 180 日（不含）后因该疾病导致全残；
- （3）在等待期内首次发病，但在等待期后确诊罹患疾病并因该疾病导致身故或全残。

2.3 保险金额

每一被保险人的保险金额是保险人承担给付该被保险人保险金责任的最高限额。

保险金额由投保人和保险人双方约定，并在保险单中载明。

每一被保险人的保险金额一经确定，在保险期间内不得变更。

3 保险金申请

保险金申请人（见释义）向保险人申请给付保险金时，应填写保险金给付申请书，并提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。保险人按照本附加险合同的约定，认为有关的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

- （1）保险金给付申请书；
- （2）保险单；
- （3）保险金申请人、被保险人的身份证明；
- （4）二级（含）及以上医院或保险人认可的医疗机构出具的诊断证明、病历；被保险人全残的，还需提供司法部门、二级（含）及以上医院或保险人认可的医疗机构、保险人认可的其他鉴定机构出具的残疾鉴定材料；
- （5）被保险人身故的，需提供公安部门或医疗机构出具的被保险人死亡证明书或验尸报告；
- （6）保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料。

4 释义

4.1 获得被保资格

无论本附加险合同为首次投保、续保还是非续保的，被保险人获得被保资格的日期均以以下两者中较晚的日期为准：（1）本附加险合同的保险期间起始日；（2）本附加险合同项下增加该被保险人批单所载生效日，有多张批单增加该被保险人的，以最晚批单所载生效日为准。

被保险人因非保险事故身故的，则自其身故之日起该被保险人的被保资格丧失，保险人对该被保险人所承担的保险责任随即终止。

本附加险合同保险期间终止，则被保险人的被保资格终止，保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

本附加险合同解除，则自解除之日起被保险人的被保资格终止，保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

4.2 等待期

是指自被保险人获得被保资格之日起计算的一段时间（该时间以保险单载明为准；若保险单未载明则该时间视为 90 日），经过该段时间后，保险人才对

被保险人承担给付保险金责任；在此期间，尽管保险合同已经生效，但保险人并不承担给付保险金责任。被保险人在续保的情况下，等待期为 0 日。

本附加险合同为不保证续保合同，保险期间届满前或保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本附加险产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

4.3 全残

指符合下列定义的伤残程度：

（1）极度智力缺损（智商小于等于 20），日常生活完全不能自理，处于完全护理依赖状态。

注：①护理依赖：应用“基本日常生活活动能力”的丧失程度来判断护理依赖程度。

②基本日常生活活动是指：I. 穿衣：自己能够穿衣及脱衣；b. 移动：自己从一个房间到另一个房间；c. 行动：自己上下床或上下轮椅；d. 如厕：自己控制进行大小便；e. 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；f. 洗澡：自己进行淋浴或盆浴。

③完全护理依赖指生活完全不能自理，上述六项基本日常生活活动均需护理者。

（2）植物状态。

注：①植物状态：指由于严重颅脑损伤造成认知功能丧失，无意识活动，不能执行命令，保持自主呼吸和血压，有睡眠-醒觉周期，不能理解和表达语言，能自动睁眼或刺激下睁眼，可有无目的性眼球跟踪运动，丘脑下部及脑干功能基本保存。

（3）双侧眼球缺失。

（4）一侧眼球缺失，且另一侧眼盲目 5 级。

注：①视力和视野

级别		低视力及盲目分级标准	
		最好矫正视力	
		最好矫正视力低于	最低矫正视力等于或优于
低视力	1	0.3	0.1
	2	0.1	0.05（三米指数）
盲目	3	0.05	0.02（一米指数）
	4	0.02	光感
	5	无光感	

如果中心视力好而视野缩小，以中央注视点为中心，视野直径小于 20° 而大于 10° 者为盲目 3 级；如直径小于 10° 者为盲目 4 级。

本标准视力以矫正视力为准，经治疗而无法恢复者。

（5）心肺联合移植。

（6）咀嚼、吞咽功能完全丧失。

注：①咀嚼是指用后牙（如磨牙）碾、磨或咀嚼食物的功能，吞咽是指通过口腔、咽和食道把食物和饮料以适宜的频率和速度送入胃中的功能。

②咀嚼、吞咽功能丧失指由于牙齿以外的原因引起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。

（7）小肠切除大于等于 90%。

（8）胰完全切除。

(9) 双侧肾切除。

(10) 孤肾切除。

(11) 三肢以上缺失(上肢在腕关节以上,下肢在踝关节以上)。

(12) 三肢以上完全丧失功能。

(13) 二肢缺失(上肢在腕关节以上,下肢在踝关节以上),且第三肢完全丧失功能。

(14) 一肢缺失(上肢在腕关节以上,下肢在踝关节以上),且另二肢完全丧失功能。

注:①肢体丧失功能指意外损伤导致肢体三大关节(上肢腕关节、肘关节、肩关节或下肢踝关节、膝关节、髋关节)功能的丧失。

(15) 四肢瘫(三肢以上肌力小于等于3级)。

(16) 截瘫(肌力小于等于2级)且大便和小便失禁。

注:①截瘫指脊髓损伤后,受伤平面以下双侧肢体感觉、运动、反射等消失和膀胱、肛门括约肌功能丧失的病症。

②肌力:为判断肢体瘫痪程度,将肌力分级划分为0-5级:

0级:肌肉完全瘫痪,毫无收缩。

1级:可看到或触及肌肉轻微收缩,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,但不能对抗外加的阻力。

4级:能对抗一定的阻力,但较正常人为低。

5级:正常肌力。

(17) 皮肤损伤导致瘢痕形成,且瘢痕面积大于等于全身体表面积的90%。

注:①全身皮肤瘢痕面积的计算:按皮肤瘢痕面积占全身体表面积的百分数来计算,即中国新九分法:在100%的体表总面积中:头颈部占9%(9×1)(头部、面部、颈部各占3%);双上肢占18%(9×2)(双上臂7%,双前臂6%,双手5%);躯干前后包括会阴占27%(9×3)(前躯13%,后躯13%,会阴1%);双下肢(含臀部)占46%(双臀5%,双大腿21%,双小腿13%,双足7%)(9×5+1)(女性双足和臀各占6%)。

(18) 本释义中的“以上”均包括本数值或本部位。

4.4 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。

4.5 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。

4.6 先天性畸形、变形或染色体异常

指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD-10)确定。

4.7 既往症

指被保险人获得被保资格前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。包括但不限于：

- (1) 被保险人获得被保资格前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- (2) 被保险人获得被保资格前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药或接受治疗的情况；
- (3) 被保险人获得被保资格前发生，未经医生诊断和治疗，但症状已经显现足以促使一般普通谨慎人士引起注意并寻求诊断、治疗或护理的病症。

投保人在投保时告知保险人，经保险人审核同意并在保险单中单独载明不属于既往症的疾病或病症，不属于本附加险合同约定的既往症。

4.8 保险金申请人

除另有约定外，身故保险金申请人是指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人；其他保险金申请人是指被保险人本人。

中国人民财产保险股份有限公司

团体女性特定疾病保险条款

1. 总则

1.1 合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、保险单以及经投保人与保险人认可的、与保险合同有关的其它书面协议（包括但不限于健康问卷、声明、批单）组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

1.2 投保人

在本保险合同订立时对被保险人有保险利益的团体可作为本保险合同的投保人。

1.3 被保险人

除另有约定外，年龄在 16 周岁（含）至 65 周岁（含）（见释义）、身体健康、能正常工作或正常生活的女性可作为本保险合同的被保险人。

1.3.1 被保资格的获得

无论本保险合同为首次投保、续保投保还是非续保投保的，被保险人获得被保资格的日期均以以下两者中较晚的日期为准：（1）本保险合同的保险期间起始日；（2）本保险合同项下增加该被保险人批单所载生效日，有多张批单增加该被保险人的，以最新批单所载生效日为准。

1.3.2 被保资格的丧失或终止

被保险人因非保险事故身故的，则自其身故之日起该被保险人的被保资格丧失，保险人对该被保险人所承担的保险责任随即终止。

本保险合同保险期间终止，则被保险人的被保资格终止，保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

本保险合同解除，则自解除之日起被保险人的被保资格终止，保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

1.4 受益人

除另有约定外，本保险合同保险金的受益人为被保险人本人。

2 保障内容

2.1 保险责任

在保险期间内，保险人依照 2.1.1-2.1.3 的约定给付保险金，其中 2.1.1 为必选保险责任，2.1.2、2.1.3 为可选保险责任。投保人在选择投保 2.1.1 的基础上，可以选择投保 2.1.2、2.1.3 保险责任，并在保险单中载明。

2.1.1 女性特定疾病保险责任

被保险人自获得被保资格之日起经过本保险合同约定的等待期（见释义）后，在保险期间内首次发病（见释义）并被专科医生（见释义）确诊为本保险合同约定的女性特定疾病（见释义）中的一种或者多种，保险人按本保险合同约定的女性特定疾病保险金额给付保险金，对该被保险人的本项保险责任终止。若该被保险人曾领有 2.1.3 约定的保险金，则本项保险金为扣除 2.1.3 已给付保险金后的余额。

经投保人、保险人双方约定，保险人可选择承保本保险合同 9.5 条列明的女性特定疾病中的部分疾病，并在保险合同中载明（若未载明的，则视为承保本保险合同 9.5 条列明的全部女性特定疾病）。保险人仅对所选择承保的女性特定疾病承担保险责任。

经投保人、保险人双方约定，保险人可对本保险合同 9.5 条列明的女性特定疾病中的部分疾病约定分项给付比例，并在保险合同中载明（如未载明的，则给付比例视为 100%）。如投保人、保险人双方约定了分项给付比例，则保险

人对因确诊该疾病而给付的保险金金额为分项给付比例与该被保险人女性特定疾病保险金额的乘积。保险人对因确诊为本保险合同约定的女性特定疾病中的一种或者多种而给付的总保险金金额不超过该被保险人的女性特定疾病保险金额。

2.1.2 乳腺癌保险责任

被保险人自获得被保资格之日起经过本保险合同约定的等待期后,在保险期间内首次发病并被专科医生确诊为本保险合同约定的**乳腺癌**(见释义),保险人按本保险合同约定的乳腺癌保险金额给付保险金,对该被保险人的本项保险责任终止。若该被保险人曾领有 2.1.3 约定的保险金,则本项保险金为扣除 2.1.3 已给付保险金后的余额。

2.1.3 女性特定原位癌保险责任

被保险人自获得被保资格之日起经过本保险合同约定的等待期后,在保险期间内首次发病并被专科医生确诊为本保险合同约定的**女性特定原位癌**(见释义)中的一种或者多种,保险人按本保险合同约定的女性特定原位癌保险金额给付保险金,对该被保险人的本项保险责任终止。

经投保人、保险人双方约定,保险人可选择承保本保险合同 9.7 条列明的女性特定原位癌中的部分疾病,并在保险合同中载明(若未载明的,则视为承保本保险合同 9.7 条列明的全部女性特定原位癌)。保险人仅对所选择承保的女性特定原位癌疾病承担保险责任。

2.2 责任免除

2.2.1 因下列情形之一,导致被保险人发生本保险合同约定的疾病的,保险人不承担给付保险金责任:

- (12) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害;
- (13) 被保险人未遵医嘱服用、涂用、注射药物;
- (14) 被保险人受酒精、毒品、管制药物的影响;
- (15) 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;
- (16) 任何生物、化学、原子能武器,原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射;
- (17) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱、恐怖袭击;
- (18) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病(见释义);
- (19) 被保险人存在精神和行为障碍(以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类(ICD-10)》为准);
- (20) 既往症(见释义)及其并发症;
- (21) 遗传性疾病(见释义),先天性畸形、变形或染色体异常(见释义)。

2.2.2 被保险人在等待期内确诊罹患本保险合同约定的疾病的,或者在等待期内发病、但在等待期后确诊罹患本保险合同约定的疾病的,保险人不承担给付保险金责任,并退还该被保险人已交纳的保险费,对该被保险人的保险责任终止。

2.3 保险金额

每一被保险人的保险金额是保险人承担给付该被保险人保险金责任的最高限额。

女性特定原位癌保险金额不高于女性特定疾病保险金额,女性特定疾病保险金额、乳腺癌保险金额、女性特定原位癌保险金额由投保人和保险人双方约定,并在保险单中载明。

每一被保险人的保险金额一经确定,在保险期间内不得变更。

2.4 保险期间

本产品保险期间为 1 年,以保险单载明的起讫时间为准。

- 2.5 本保险合同为不保证续保合同。保险期间届满前或保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。
- 3 投保人、被保险人义务
- 3.1 交费义务
- 除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时交清保险费。
- 3.2 如实告知义务
- 投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。
- 3.3 住址或通讯地址变更通知义务
- 投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。
- 3.4 被保险人变动通知义务
- 在保险期间内，团体保险的投保人因其人员变动，需增加、减少被保险人时，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。
- 被保险人人数增加时，保险人在审核同意后出具批单，于批单生效日零时开始承担保险责任，并按约定增收相应的保险费。
- 被保险人人数减少时，投保人提供已通知相应被保险人退保的有效证明，保险人在审核同意后出具批单，于批单生效日零时起，对减少的被保险人终止保险责任，并按约定退还相应的保险费。但减少的被保险人已发生任何保险金给付或已发生本保险合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，保险人不退还未该被保险人项下相应的保险费。
- 3.5 其他内容变更通知义务
- 在保险期间内，投保人需变更合同其他内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。若被保险人已身故，则保险人不接受本保险合同中有关该被保险人的任何内容的变更申请。
- 3.6 保险事故通知义务
- 发生保险责任范围内的事故后，投保人、被保险人或受益人应及时通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。
- 4 保险人义务
- (1) 本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。
- (2) 保险人认为投保人、被保险人或者受益人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人或者受益人补充提供。
- (3) 保险人收到被保险人或者受益人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在 30 日内作出核定。但保险责任的核定必须依赖于特定证明、鉴定、判决、裁定或其他证据材料的，保险人应在被保险人或者受益人提供或自行取得上述证据材料起 30 日内作出核定。本保险合同另有约定的除外。
- (4) 保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行赔偿保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起 3 日内向被保险人或者受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。
- (5) 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起 60 日内，对其赔偿保险金的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差

额。

- (6) 如保险人承保的为团体健康保险，应当以书面或者口头等形式告知每个被保险人其参保情况以及相关权益。
- (7) 如投保人解除的为团体健康保险合同，保险人应当要求投保人提供已通知被保险人退保的有效证明。

5 保险金申请

保险金申请人（见释义）向保险人申请给付保险金时，应填写保险金给付申请书，并提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。保险人按照本合同的约定，认为有关的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。**保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

- (1) 保险金给付申请书；
- (2) 保险单；
- (3) 保险金申请人、被保险人身份证明；
- (4) 专科医生出具的附有病历、必需的病理检验、血液检验及其他科学诊断报告的诊断书或手术证明；
- (5) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料。

6 保险合同解除

本保险合同成立后，除本保险合同另有约定外，投保人可以要求解除本保险合同。**但已发生任何保险金给付或已发生本保险合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，投保人不得要求解除本保险合同。**

投保人要求解除本保险合同时，应填写保险合同解除申请书，并提交保险单、保险费交付凭证和投保人身份证明。本保险合同自本保险人接到保险合同解除申请书时终止。本保险人于接到保险合同解除申请书之日起三十日内向投保人退还本保险合同的**现金价值（见释义）**；但若投保人在保险责任开始前就要求解除合同，则保险人全额退还已交纳的保险费。

7 争议处理和法律适用

7.1 争议处理

合同争议解决方式由当事人在合同约定时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，提交保险单载明的仲裁委员会仲裁；
- (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，依法向人民法院起诉。

7.2 法律适用

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）。

8 合法性保证

本保险合同约定与《中华人民共和国保险法》等法律规定相悖之处，以法律规定为准。本保险合同未尽事宜，以法律规定为准。

9 释义

9.1 周岁

以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。

9.2 等待期

是指自被保险人获得被保资格之日起计算的一段时间（**该时间以保险单载明为准；若保险单未载明则该时间视为 60 日**），经过该段时间后，保险人才对

被保险人承担给付保险金责任；在此期间，尽管保险合同已经生效，但保险人并不承担给付保险金责任。

除另有约定外，续保的情况下，等待期为 0 日。保险期间届满前或保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。续保合同保险期间的起始日期与续保对应上一保险合同保险期间的终止日期相连不间断。

9.3 发病、首次发病

发病，是指被保险人出现本保险合同约定的疾病的前兆、症状或异常的身体状况，或已经显现足以促使一般普通谨慎人士引起注意并寻求诊断、治疗或护理的病症。

首次发病，是指被保险人第一次发生并首次被确诊患上本保险合同约定的疾病，并且该疾病在该被保险人获得被保资格前并未发病或有任何身体的前兆、症状或异常状况。

9.4 专科医生

专科医生应当同时满足以下四项资格条件：

- (1) 具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；
- (2) 具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；
- (3) 具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；
- (4) 在国家《医院分级管理标准》二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

9.5 女性特定疾病

本保险合同约定的女性特定疾病是指以下疾病：

(1) 女性特定恶性肿瘤

本保险合同约定的女性特定恶性肿瘤，是指原发于女性子宫、子宫颈、卵巢、输卵管、阴道和外阴的恶性肿瘤，包括原发性子宫内膜癌/子宫体癌、原发性子宫肉瘤、原发性宫颈癌、原发性卵巢癌、原发性输卵管癌、原发性外阴/阴道癌。

本保险合同所指的恶性肿瘤，是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）¹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）²的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

¹ **组织病理学检查：**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。**如无特别说明，本合同下文提及处，意思相同。

² **ICD-10 与 ICD-O-3：**《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10），是世界卫生组织（WHO）发布的国际通用的疾病分类方法。《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

下列疾病不在保障范围内：

①ICD-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转移癌。

（2）系统性红斑狼疮—III型或以上狼疮性肾炎

是指由于病理性自身抗体和免疫复合物的沉积破坏了血管和细胞而导致的多系统损害的一种自体免疫性疾病。本保险合同所指的系统性红斑狼疮仅限于累及肾脏的情况，即经肾脏病理检查或临床确诊，符合下列世界卫生组织诊断标准定义中III型至V型狼疮性肾炎的系统性红斑狼疮。**其他类型的红斑性狼疮，如盘状狼疮、仅累及血液及关节的狼疮不在保障范围内。**

世界卫生组织(WHO)狼疮性肾炎分型：

- | | |
|------|----------------------------|
| I 型 | (微小病变型)镜下阴性，尿液正常 |
| II 型 | (系膜病变型)中度蛋白尿，偶有尿沉渣改变 |
| III型 | (局灶及节段增生型)蛋白尿，尿沉渣改变 |
| IV型 | (弥漫增生型)急性肾炎伴有尿沉渣改变及/或肾病综合征 |
| V 型 | (膜型)肾病综合征或重度蛋白尿 |

9.6 乳腺癌

本保险合同所指的乳腺癌，是指原发于女性乳腺的恶性肿瘤。

本保险合同所指的恶性肿瘤，是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-0-3）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

下列疾病不在保障范围内：

①ICD-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转移癌。

9.7 女性特定原位癌

本保险合同约定的女性特定原位癌，是指原发于女性乳腺、子宫、子宫颈、卵巢、输卵管、阴道和外阴的原位癌，包括乳腺原位癌、子宫内膜原位癌、宫颈原位癌、卵巢原位癌、输卵管原位癌和外阴/阴道原位癌。

本合同所指的原位癌，是指恶性细胞局限于上皮内尚未穿破基底膜浸润周围正常组织的癌细胞新生物。被保险人必须经对固定活组织的组织病理学检查明确诊断为原位癌，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》第十次修订版（ICD-10）的原位癌范畴，并且已经接受了针对原位癌病灶的手术切除治疗。**任何细胞病理学检查结果均不能作为诊断依据。**

性)；9 代表恶性肿瘤（原发性或转移性未肯定）。如果出现 ICD-10 与 ICD-0-3 不一致的情况，以 ICD-0-3 为准。如无特别说明，本合同下文提及处，意思相同。

9.8 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。

9.9 既往症

指被保险人获得被保资格前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。**包括但不限于：**

- (4) 被保险人获得被保资格前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- (5) 被保险人获得被保资格前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药或接受治疗的情况；
- (6) 被保险人获得被保资格前发生，未经医生诊断和治疗，但症状已经显现足以促使一般普通谨慎人士引起注意并寻求诊断、治疗或护理的病症。

投保人在投保时告知保险人，经保险人审核同意并在保险单中单独载明不属于既往症的疾病或病症，不属于本保险合同约定的既往症。

9.10 遗传性疾病

指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。

9.11 先天性畸形、变形或染色体异常

指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定。

9.12 保险金申请人

本保险合同的保险金申请人是指被保险人本人。

9.13 现金价值

除另有约定外， $\text{现金价值} = \text{净保费} \times [1 - m/n]$ ，其中， m 为已生效天数， n 为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。净保费 = 保险费 $\times$ (1-25%)。

中国人民财产保险股份有限公司

重大疾病保险（C 款）条款

1. 总则

1.1 合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、保险单以及经投保人与保险人认可的、与保险合同有关的其它书面协议（包括但不限于健康问卷、声明、批单）组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

1.2 投保人

具有完全民事行为能力的被保险人本人，或在本保险合同订立时对被保险人有保险利益的其他自然人或团体可作为本保险合同的投保人。

1.3 被保险人

除另有约定外，出生满 28 天至 100 周岁（含）（见释义）、身体健康、能正常工作或正常生活的自然人可作为本保险合同的被保险人。除另有约定外，被保险人年龄 65 周岁（不含）以上的，保险人不接受首次投保，只接受续保。

1.3.1 被保资格的获得

无论本保险合同为首次投保、续保还是非续保的，被保险人获得被保资格的日期均以以下两者中较晚的日期为准：（1）本保险合同的保险期间起始日；（2）本保险合同项下增加该被保险人批单所载生效日，有多张批单增加该被保险人的，以最晚批单所载生效日为准。

1.3.2 被保资格的丧失或终止

被保险人因非保险事故身故的，则自其身故之日起该被保险人的被保资格丧失，保险人对该被保险人所承担的保险责任随即终止。

本保险合同保险期间终止，则被保险人的被保资格终止，保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

本保险合同解除，则自解除之日起被保险人的被保资格终止，保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

1.4 受益人

除另有约定外，本保险合同保险金的受益人为被保险人本人。

2 保障内容

2.1 保险责任

被保险人自获得被保资格之日起发生以下情况之一，并在保险期间内被专科医生（见释义）确诊为本保险合同约定的重大疾病（见释义）中的一种或多种，保险人依照本保险合同项下该被保险人的重大疾病保险金额给付重大疾病保险金，对该被保险人的保险责任终止。

- （1）被保险人遭受意外伤害（见释义），并在保险期间内因该意外伤害造成本保险合同约定的一种或多种重大疾病首次发病（见释义）；
- （2）被保险人经过本保险合同约定的等待期（见释义）后，在保险期间内首次发病。

2.2 责任免除

2.2.1 因下列情形之一，导致被保险人发生疾病、达到疾病状态或进行手术的，保险人不承担保险责任：

- （22）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

- (23) 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施;
 - (24) 被保险人故意自伤或自杀,但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外;
 - (25) 被保险人服用、吸食或注射毒品;
 - (26) 被保险人酒后驾驶(见释义)、无合法有效驾驶证(见释义)驾驶,或驾驶无合法有效行驶证(见释义)的机动车;
 - (27) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病(见释义);
 - (28) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱;
 - (29) 核爆炸、核辐射或核污染;
 - (30) 遗传性疾病(见释义),先天性畸形、变形或染色体异常(见释义)。
- 2.2.2 被保险人在获得被保资格前已经确诊罹患本保险合同约定的重大疾病,或已经出现本保险合同约定的重大疾病的前兆、症状或异常的身体状况的,保险人不承担给付保险金责任。
- 2.2.3 被保险人非因意外伤害在等待期内确诊罹患本保险合同约定的重大疾病的,或者非因意外伤害在等待期内首次发病、但在等待期后确诊罹患本保险合同约定的重大疾病的,保险人不承担给付保险金责任,并退还该被保险人已交纳的保险费,对该被保险人的保险责任终止。

2.3 保险金额

每一被保险人的保险金额是保险人承担给付该被保险人保险金责任的最高限额。

保险金额由投保人、保险人双方约定,并在保险单中载明。

每一被保险人的保险金额一经确定,在保险期间内不得变更。

2.4 保险期间

保险期间为1年,以保险单载明的起讫时间为准。

- 2.5 本保险合同为不保证续保合同。保险期间届满,投保人需要重新向保险公司申请投保本产品,并经保险人同意,交纳保险费,获得新的保险合同。

3 投保人、被保险人义务

3.1 交费义务

除另有约定外,投保人应当在保险合同成立时交清保险费。

3.2 如实告知义务

投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问,履行如实告知义务。

3.3 住址或通讯地址变更通知义务

投保人住所或通讯地址变更时,应及时以书面形式通知保险人。

3.4 被保险人变动通知义务

在保险期间内,团体保险的投保人因其人员变动,需增加、减少被保险人时,应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单,并在本保险合同中批注。

被保险人人数增加时,保险人在审核同意后出具批单,于批单生效日零时开始承担保险责任,并按约定增收相应的保险费。

被保险人人数减少时,投保人提供已通知相应被保险人退保的有效证明,保险人在审核同意后出具批单,于批单生效日零时起,对减少的被保险人终止保险责任,并按约定退还相应的保险费。但减少的被保险人已发生任何保险金给付或已发生本保险合同约定的保险事故但尚未给付保险金的,保险人不退还该被保险人项下相应的保险费。

3.5 其他内容变更通知义务

在保险期间内,投保人需变更合同其他内容的,应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单,并在本保险合同中批注。若被保险人已身故,则保险人不接受本保险合同中有关该被保险人的任何内容的变更申请。

3.6 保险事故通知义务

发生保险责任范围内的事故后，投保人、被保险人或受益人应及时通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。

4 保险人义务

- (8) 本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。
- (9) 保险人认为投保人、被保险人或者受益人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人或者受益人补充提供。
- (10) 保险人收到被保险人或者受益人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在 30 日内作出核定。但保险责任的核定必须依赖于特定证明、鉴定、判决、裁定或其他证据材料的，保险人应在被保险人或者受益人提供或自行取得上述证据材料起 30 日内作出核定。本保险合同另有约定的除外。
- (11) 保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行赔偿保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起 3 日内向被保险人或者受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。
- (12) 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起 60 日内，对其赔偿保险金的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。
- (13) 如保险人承保的为团体健康保险，应当以书面或者口头等形式告知每个被保险人其参保情况以及相关权益。
- (14) 如投保人解除的为团体健康保险合同，保险人应当要求投保人提供已通知被保险人退保的有效证明。

5 保险金申请

保险金申请人（见释义）向保险人申请给付保险金时，应填写保险金给付申请书，并提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。保险人按照本合同的约定，认为有关的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

- (6) 保险金给付申请书；
- (7) 保险单；
- (8) 保险金申请人、被保险人身份证明；
- (9) 专科医生出具的附有病历、必需的病理检验、血液检验及其他科学诊断报告的诊断书或手术证明；
- (10) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料。

6 保险合同解除

本保险合同成立后，除本保险合同另有约定外，投保人可以要求解除本保险合同。但已发生任何保险金给付或已发生本保险合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，投保人不得要求解除本保险合同。

投保人要求解除本保险合同时，应填写保险合同解除申请书，并提交保险单、保险费交付凭证和投保人身份证明。本保险合同自保险人接到保险合同解

除申请书时终止。保险人于接到保险合同解除申请书之日起三十日内向投保人退还本保险合同的现金价值（见释义）；但若投保人在保险责任开始前就要求解除合同，则保险人全额退还已交纳的保险费。

7 争议处理和法律适用

7.1 争议处理

合同争议解决方式由当事人在合同约定时从下列两种方式中选择一种：

- （3）因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，提交保险单载明的仲裁委员会仲裁；
- （4）因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。

7.2 法律适用

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）。

8 合法性保证

本保险合同约定与《中华人民共和国保险法》等法律规定相悖之处，以法律规定为准。本保险合同未尽事宜，以法律规定为准。

9 释义

9.1 周岁

以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。

9.2 专科医生

专科医生应当同时满足以下四项资格条件：

- （1）具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；
- （2）具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；
- （3）具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；
- （4）在国家《医院分级管理标准》二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

9.3 重大疾病

是指符合下列定义的疾病或被保险人首次接受符合下列定义的手术：

9.3.1 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）³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）⁴的肿瘤形态学编码属于3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

3 组织病理学检查：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。如无特别说明，本合同下文提及处，意思相同。

4 ICD-10 与 ICD-O-3：《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10），是世界卫生组织（WHO）发布的国际通用的疾病分类方法。《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代表原位瘤和非侵袭性瘤；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。如无特别说明，本合同下文提及处，意思相同。

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⁵；
- (3) TNM分期为T₁N₀M₀期或更轻分期的前列腺癌；
- (4) 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；
- (5) 相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- (6) 相当于Ann Arbor分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- (7) 未发生淋巴结和远处转移且WHO分级为G1级别（核分裂像<10/50HPF和ki-67≤2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

9.3.2 较重急性心肌梗死

急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合（1）检测到肌酸激酶同工酶（CK-MB）或肌钙蛋白（cTn）升高和/或降低的动态变化，至少一次达到或超过心肌梗死的临床诊断标准；（2）同时存在下列之一的证据，包括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的病理性Q波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。

较重急性心肌梗死指依照上述标准被明确诊断为急性心肌梗死，并且必须同时满足下列至少一项条件：

- (1) 心肌损伤标志物肌钙蛋白（cTn）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的15倍（含）以上；
- (2) 肌酸激酶同工酶（CK-MB）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的2倍（含）以上；
- (3) 出现左心室收缩功能下降，在确诊6周以后，检测左室射血分数（LVEF）低于50%（不含）；
- (4) 影像学检查证实存在新发的乳头肌功能失调或断裂引起的中度（含）以上的二尖瓣反流；
- (5) 影像学检查证实存在新出现的室壁瘤；
- (6) 出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。

其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在保障范围内。

9.3.3 严重脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊180天后，仍遗留下列至少一种障碍：

⁵ TNM 分期、甲状腺癌的 TNM 分期：TNM 分期采用 AJCC 癌症分期手册标准。该标准由美国癌症联合委员会与国际抗癌联合会 TNM 委员会联合制定，是目前肿瘤医学分期的国际通用标准。T 指原发肿瘤的大小、形态等；N 指淋巴结的转移情况；M 指有无其他脏器的转移情况。甲状腺癌的 TNM 分期采用目前现行的 AJCC 第八版定义标准，我国国家卫生健康委员会 2018 年发布的《甲状腺癌诊疗规范（2018 年版）》也采用此定义标准，具体见附录。如无特别说明，本合同下文提及处，意思相同。

- (1) 一肢(含)以上肢体⁶肌力⁷2级(含)以下;
- (2) 语言能力完全丧失⁸, 或严重咀嚼吞咽功能障碍⁹;
- (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¹⁰中的三项或三项以上。

9.3.4 重大器官移植术或造血干细胞移植术

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

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

9.3.5 冠状动脉搭桥术(或称冠状动脉旁路移植术)

指为治疗严重的冠心病, 已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。

9.3.6 严重慢性肾衰竭

指双肾功能慢性不可逆性衰竭, 依据肾脏病预后质量倡议(K/DOQI)制定的指南, 分期达到慢性肾脏病5期, 且经诊断后已经进行了至少90天的规律性透析治疗。规律性透析是指每周进行血液透析或每天进行腹膜透析。

9.3.7 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。

9.3.8 急性重症肝炎或亚急性重症肝炎

指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死, 导致急性肝功能衰竭, 且经血清学或病毒学检查证实, 并须满足下列全部条件:

- (1) 重度黄疸或黄疸迅速加重;
- (2) 肝性脑病;
- (3) B超或其他影像学检查显示肝脏体积急速萎缩;
- (4) 肝功能指标进行性恶化。

9.3.9 严重非恶性颅内肿瘤

指起源于脑、脑神经、脑被膜的非恶性肿瘤, ICD-O-3肿瘤形态学编码属于0(良性肿瘤)、1(动态未定性肿瘤)范畴, 并已经引起颅内压升高或神经系统功能损害, 出现视乳头水肿或视觉受损、听觉受损、面部

6 肢体: 指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。如无特别说明, 本合同下文提及处, 意思相同。

7 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。

如无特别说明, 本合同下文提及处, 意思相同。

8 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。如无特别说明, 本合同下文提及处, 意思相同。

9 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。如无特别说明, 本合同下文提及处, 意思相同。

10 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。如无特别说明, 本合同下文提及处, 意思相同。

或肢体瘫痪、癫痫等，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且须满足下列至少一项条件：

- （1）已经实施了开颅进行的颅内肿瘤完全或部分切除手术；
- （2）已经实施了针对颅内肿瘤的放射治疗，如 γ 刀、质子重离子治疗等。

下列疾病不在保障范围内：

- （1）脑垂体瘤；
- （2）脑囊肿；
- （3）颅内血管性疾病（如脑动脉瘤、脑动静脉畸形、海绵状血管瘤、毛细血管扩张症等）。

9.3.10 严重慢性肝衰竭

指因慢性肝脏疾病导致的肝衰竭，且须满足下列全部条件：

- （1）持续性黄疸；
- （2）腹水；
- （3）肝性脑病；
- （4）充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。

因酗酒或药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。

9.3.11 严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症

指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指经相关专科医生确诊疾病180天后，仍遗留下列至少一种障碍：

- （1）一肢（含）以上肢体肌力2级（含）以下；
- （2）语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
- （3）由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR，Clinical Dementia Rating）评估结果为3分；
- （4）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

9.3.12 深度昏迷

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

因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。

9.3.13 双耳失聪

指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆¹¹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。

9.3.14 双目失明

指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失，双眼中较好眼须满足下列至少一项条件：

- （1）眼球缺失或摘除；
- （2）矫正视力低于0.02（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）；
- （3）视野半径小于5度。

9.3.15 瘫痪

指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体随意运动功能永久完

¹¹ 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。如无特别说明，本合同下文提及处，意思相同。

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。

9.3.16 心脏瓣膜手术

指为治疗心脏瓣膜疾病，已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。

9.3.17 严重阿尔茨海默病

指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为严重的认知功能障碍、精神行为异常和社交能力减退等，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描(CT)、核磁共振检查(MRI)或正电子发射断层扫描(PET)等影像学检查证实，并经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：

- (1) 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表(CDR, Clinical Dementia Rating)评估结果为3分；
- (2) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不在保障范围内。

9.3.18 严重脑损伤

指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描(CT)、核磁共振检查(MRI)或正电子发射断层扫描(PET)等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤180天后，仍遗留下列至少一种障碍：

- (1) 一肢（含）以上肢体肌力2级（含）以下；
- (2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
- (3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

9.3.19 严重原发性帕金森病

是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为运动迟缓、静止性震颤或肌强直等，经相关专科医生确诊，且须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

继发性帕金森综合征、帕金森叠加综合征不在保障范围内。

9.3.20 严重Ⅲ度烧伤

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

9.3.21 严重特发性肺动脉高压

指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会(New York Heart Association, NYHA)心功能状态分级¹²Ⅳ级，且静息状态下肺动脉平均压在36mmHg（含）以上。

12 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。

如无特别说明，本合同下文提及处，意思相同。

9.3.22 严重运动神经元病

是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症，经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：

- (1) 严重咀嚼吞咽功能障碍；
- (2) 呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难，且已经持续使用呼吸机7天（含）以上；
- (3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

9.3.23 语言能力丧失

指因疾病或意外伤害导致语言能力完全丧失，经过积极治疗至少12个月（声带完全切除不受此时间限制），仍无法通过现有医疗手段恢复。

精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。

9.3.24 重型再生障碍性贫血

指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少，且须满足下列全部条件：

- (1) 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断：骨髓细胞增生程度<正常的25%；如≥正常的25%但<50%，则残存的造血细胞应<30%；
- (2) 外周血象须具备以下三项条件中的两项：
 - ① 中性粒细胞绝对值 $<0.5 \times 10^9/L$ ；
 - ② 网织红细胞计数 $<20 \times 10^9/L$ ；
 - ③ 血小板绝对值 $<20 \times 10^9/L$ 。

9.3.25 主动脉手术

指为治疗主动脉疾病或主动脉创伤，已经实施了开胸（含胸腔镜下）或开腹（含腹腔镜下）进行的切除、置换、修补病损主动脉血管、主动脉创伤后修复的手术。主动脉指升主动脉、主动脉弓和降主动脉（含胸主动脉和腹主动脉），不包括升主动脉、主动脉弓和降主动脉的分支血管。

所有未实施开胸或开腹的动脉内介入治疗不在保障范围内。

9.3.26 严重慢性呼吸衰竭

指因慢性呼吸系统疾病导致永久不可逆性的呼吸衰竭，经过积极治疗180天后满足以下所有条件：

- (1) 静息时出现呼吸困难；
- (2) 肺功能第一秒用力呼气容积（FEV₁）占预计值的百分比<30%；
- (3) 在静息状态、呼吸空气条件下，动脉血氧分压（PaO₂）<50mmHg。

9.3.27 严重克罗恩病

指一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克罗恩病（Crohn病）病理组织学变化，须根据组织病理学特点诊断，且已经造成瘻管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

9.3.28 严重溃疡性结肠炎

指伴有致命性电解质紊乱的急性暴发性溃疡性结肠炎，病变已经累及全结肠，表现为严重的血便和系统性症状体征，须根据组织病理学特点诊断，且已经实施了结肠切除或回肠造瘘术。

上述9.3.1-9.3.28定义依照中国保险行业协会与中国医师协会联合发布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020年修订版）》制定。

9.3.29 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由核磁共振（MRI）等影像学检验证实，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。

注：严重多发性硬化不受本保险条款“2.2 责任免除”中“2.2.1”、“(9) 遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

9.3.30 脊髓灰质炎后遗症

脊髓灰质炎是由于脊髓灰质炎病毒感染所致的瘫痪性疾病，临床表现为运动功能损害或呼吸无力。脊髓灰质炎必须明确诊断。

本合同仅对脊髓灰质炎造成的神经系统功能损害导致被保险人一肢或一肢以上肢体机能永久完全丧失的情况予以理赔。

注：此处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。

9.3.31 重症肌无力

重症肌无力是一种神经肌肉接头传递障碍所致的疾病，表现为局部或全身骨骼肌（特别是眼外肌）极易疲劳。疾病可以累及呼吸肌、上肢或下肢的近端肌群或全身肌肉，须经保险人认可的神经科专科医师确诊，且满足下列全部条件：

- (1) 经药物治疗和胸腺切除治疗一年以上仍无法控制病情；
- (2) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

注：重症肌无力不受本保险条款“2.2 责任免除”中“2.2.1”、“(9) 遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

9.3.32 严重冠心病

指根据冠状动脉造影检查结果明确诊断为主要血管（指左冠状动脉主干及前降支、左旋支，右冠状动脉）严重狭窄性病变（指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）。

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。

9.3.33 严重心肌病

指不明原因引起的一类心肌病变，包括原发性扩张型心肌病、原发性肥厚型心肌病及原发性限制型心肌病三种，病变必须已造成事实上心室功能障碍而出现明显的心功能衰竭，达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级IV级，且有相关住院医疗记录及检查显示四级心功能衰竭状态持续至少 180 天。

继发于全身性疾病或其它器官系统疾病以及由于酒精和药物滥用造成的心肌病变不在保障范围内。

9.3.34 系统性红斑狼疮—III型或以上狼疮性肾炎

是指由于病理性自身抗体和免疫复合物的沉积破坏了血管和细胞而导致的多系统损害的一种自体免疫性疾病。本合同所指的系统性红斑狼疮仅限于累及肾脏（经肾脏病理检查或临床确诊，并符合下列世界卫生组织（WHO）诊断标准定义III型至V型狼疮性肾炎）的系统性红斑狼疮。其他类型的红斑性狼疮，如盘状狼疮，仅累及血液及关节等其他系统的系统性红斑狼疮不包含在内。

世界卫生组织（WHO）狼疮性肾炎分型：

- | | |
|-------|-----------------------------|
| I 型 | (微小病变型) 镜下阴性，尿液正常 |
| II 型 | (系膜病变型) 中度蛋白尿，偶有尿沉渣改变 |
| III 型 | (局灶及节段增生型) 蛋白尿，尿沉渣改变 |
| IV 型 | (弥漫增生型) 急性肾炎伴有尿沉渣改变及/或肾病综合征 |
| V 型 | (膜型) 肾病综合征或重度蛋白尿 |

9.3.35 因职业关系导致的艾滋病病毒（HIV）感染

被保险人的职业归属于下列职业列表内的职业，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艾滋病病毒（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；
- （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艾滋病病毒（HIV）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艾滋病病毒（HIV）或者 HIV 抗体。

职业列表：

医生（包括牙医）	护士
医院化验室工作人员	医院护工
救护车工作人员	助产士
警察（包括狱警）	消防人员

注：因职业关系导致的艾滋病病毒（HIV）感染不受本保险条款“2.2 责任免除”中“2.2.1”、“（5）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制；
保险人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。

9.3.36 经输血感染艾滋病病毒（HIV）

是指被保险人感染上艾滋病病毒（HIV）并且符合下列所有条件：

- （1） 在保障起始日之后，被保险人因治疗必需而接受输血，并且因输血而感染艾滋病病毒；
- （2） 提供输血治疗的输血中心或医疗机构出具该项输血感染属医疗责任事故的报告，或法院终审裁定为医疗责任并且不准上诉；
- （3） 提供输血治疗的输血中心或医疗机构必须拥有合法经营执照；受感染的被保险人不是血友病患者。

注：经输血导致的艾滋病病毒（HIV）感染不受本保险条款“2.2 责任免除”中“2.2.1”、“（5）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制；

保险人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。

9.3.37 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该项器官移植感染，属于医疗责任事故的报告，或者法院终审裁定为医疗责任并且不准上诉；
- （3） 提供器官移植治疗的器官移植中心或医院必须拥有合法经营执照。

注：器官移植导致的艾滋病病毒（HIV）感染不受本保险条款“2.2 责任免除”中“2.2.1”、“（5）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制；

保险人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。

9.3.38 胰岛素依赖型糖尿病（I 型糖尿病）

胰岛素依赖型糖尿病是由于胰岛素分泌不足引起的慢性血糖升高，并需持续性地依赖外源性胰岛素维持 180 天以上，须由内分泌专科医生确诊并在

本保险合同保险责任有效期内，满足下述至少一个条件：

- (1) 内分泌专科医生确认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) 因坏疽需切除一只或以上脚趾。

9.3.39 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。

9.3.40 植物人状态

指脑皮质广泛性坏死而导致对自身及周边的认知能力完全丧失，但脑干功能依然存在，必须经神经科专科医生明确诊断，并有头颅断层扫描（CT），核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实。

上述情况必须有至少一个月的病历记录加以证实。

由于酗酒或滥用药物所致的植物人状态不在保障范围内。

9.3.41 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（腕关节、肘关节、肩关节、踝关节、膝关节、髋关节）或关节组（如手的多个指间、掌指关节，足的多个足趾、跖趾关节等），并已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，且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；
- (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。

9.3.42 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。

神经官能症和精神疾病不在本保障范围内。

9.3.43 多处臂丛神经根性撕脱

由于疾病或意外导致至少两根臂丛神经根性撕脱，所造成的手臂感觉功能与运动功能完全永久性丧失。

该病须有电生理检查结果证实。

9.3.44 严重哮喘（25周岁前理赔）

指一种反复发作的严重支气管阻塞性疾病，必须同时符合下列标准：

- (1) 过去两年中曾因哮喘持续状态住院治疗，并提供完整住院记录；
- (2) 因慢性过度换气导致胸廓畸形；
- (3) 在家中需要医生处方的氧气治疗法；
- (4) 持续日常服用口服类固醇激素治疗持续至少六个月；
- (5) 被保险人申请理赔时年龄必须在年满25周岁之前。

9.3.45 严重川崎病

是指原因不明的系统性血管炎，本病须满足下列全部条件：

- (1) 超声心动图显示川崎病并发冠状动脉瘤或其他心血管异常；
- (2) 已接受了针对川崎病并发冠状动脉瘤或其他心血管异常所进行的手术治疗。

9.3.46 严重系统性硬皮病

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。

注：严重系统性硬皮病不受本保险条款“2.2 责任免除”中“2.2.1”、“(9) 遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

9.3.47 丝虫病所致象皮肿

指因丝虫感染导致淋巴出现阻塞性严重淋巴水肿，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，罹患肢较健肢增粗 30%以上，日常生活不能自理。此病症须根据临床表现和微丝蚴的化验结果确诊。

9.3.48 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（供体必须是人体器官）。

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之内。

9.3.49 急性坏死性胰腺炎开腹手术

指为治疗急性坏死性胰腺炎，实际实施了开腹进行的坏死组织清除术、病灶切除术或胰腺部分切除术。

因酒精作用所致的急性坏死性胰腺炎不在保障范围内。

9.3.50 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。

因酒精作用所致的慢性复发性胰腺炎不在保障范围内。

9.3.51 疯牛病

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。

9.3.52 肾髓质囊性病

肾髓质囊性病的诊断必须同时符合下列要求：

- (1) 肾髓质有囊肿、肾小管萎缩及间质纤维化等病理改变；
- (2) 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。

注：肾髓质囊性病不受本保险条款“2.2 责任免除”中“2.2.1”、“(9) 遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

9.3.53 严重的原发性硬化性胆管炎

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、肝外胆道因非细菌性炎症、慢性纤维化逐渐狭窄，并最终导致完全阻塞而发展为胆汁淤积性肝硬化。须满足下列全部条件：

- (1) 持续性黄疸病史；

- (2) 总胆红素和直接胆红素同时升高, 血清 ALP>200U/L;
- (3) 经内镜逆行胰胆管造影 (ERCP) 影像学检查确诊;
- (4) 出现胆汁淤积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。

9.3.54 特发性慢性肾上腺皮质功能减退

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

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

肾上腺结核、HIV 感染或艾滋病、感染、肿瘤所致的原发性肾上腺皮质功能减退和继发性肾上腺皮质功能减退不在本保障范围内。

9.3.55 溶血性链球菌引起的坏疽

包围肢体或躯干的浅筋膜和/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,必须立刻进行手术及清创术。

最后的诊断必须由微生物或病理学专家进行相关检查后证实。

9.3.56 颅脑手术

指被保险人实际接受了在全麻下进行的颅骨切开手术(以切开硬脑膜为准,不包括颅骨钻孔手术和经鼻蝶窦入颅手术)。理赔时必须提供由神经外科医生出具的诊断书及手术报告。

因外伤而实施的脑外科手术、颅骨打孔手术、硬膜下血肿清除术、硬膜外血肿清除、颅骨切开或切除减压术、脑积水脑脊液分流手术、未破裂动脉瘤预防性手术、动脉瘤栓塞手术、经蝶骨肿瘤切除术不在保障范围内。

9.3.57 严重肌营养不良症

指一组原发于肌肉的遗传性疾病,临床表现为与神经系统无关的骨骼肌肉对称地进行性无力和萎缩。且须满足下列全部条件:

- (1) 肌电图显示典型肌营养不良症的阳性改变;
- (2) 肌肉组织活检的病理学诊断符合肌营养不良症的肌肉细胞变性、坏死等阳性改变;
- (3) 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。

注:严重肌营养不良症不受本保险条款“2.2 责任免除”中“2.2.1”、“(9) 遗传性疾病,先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

9.3.58 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,或左室射血分数低于 30%;
- (2) 持续不间断 180 天以上;
- (3) 被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限,不能从事任何体力活动。

9.3.59 肝豆状核变性(或称 Wilson 病)

指一种常染色体隐性遗传的铜代谢缺陷病,以不同程度的肝细胞损害、脑

退行性病变和角膜边缘有铜盐沉着环为其临床特征，并须满足下列全部条件：

- (1) 典型症状；
- (2) 角膜色素环（K-F 环）；
- (3) 血清铜和血清铜蓝蛋白降低，尿铜增加；
- (4) 经皮做肝脏活检来定量分析肝脏铜的含量。

注：肝豆状核变性（或称 Wilson 病）不受本保险条款“2.2 责任免除”中“2.2.1”、“(9) 遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

9.3.60 侵蚀性葡萄胎（或称恶性葡萄胎）

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。

9.3.61 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，被保险人实际接受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。

9.3.62 需手术切除的嗜铬细胞瘤

是指肾上腺或嗜铬外组织出现神经内分泌肿瘤，并分泌过多的儿茶酚胺类，需要并实际进行了手术切除肿瘤。嗜铬细胞瘤的诊断必须由内分泌专科医生确定。

9.3.63 进行性核上性麻痹（Steele-Richardson-Olszewski 综合征）

进行性核上性麻痹（PSP）又称 Steele-Richardson-Olszewski 综合征，是一种少见的神经系统变性疾病，以假球麻痹、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 必须由神经内科专科医生确诊，并且被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

9.3.64 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。

注：范可尼综合征不受本保险条款“2.2 责任免除”中“2.2.1”、“(9) 遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

9.3.65 严重肠道疾病并发症

严重肠道疾病或外伤导致小肠损害并发症，必须满足以下所有条件：

- (1) 至少切除了三分之二小肠；
- (2) 完全肠外营养支持 3 个月以上。

9.3.66 严重瑞氏综合征（Reye 综合征，也称赖氏综合征、雷氏综合征）

瑞氏综合征是线粒体功能障碍性疾病。导致脂肪代谢障碍，引起短链脂肪酸、血氨升高，造成脑水肿。主要临床表现为急性发热、反复呕吐、惊厥及意识障碍等等。

瑞氏综合征需由儿科专科医生确诊，并符合下列所有条件：

- (1) 有脑水肿和颅内压升高的脑脊液检查和影像学检查证据；
- (2) 血氨超过正常值的 3 倍；
- (3) 临床出现昏迷，病程至少达到疾病分期第 3 期。

9.3.67 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。

9.3.68 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障碍,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 <40 次/分钟;
- (2) 动态心电图显示至少3秒的RR间期;
- (3) 出现阿-斯综合征或心力衰竭的表现;
- (4) 必须持续性依赖心脏起搏器维持心脏正常功能,且已经放置永久性心脏起搏器。

9.3.69 细菌性脑脊髓膜炎

指因细菌引起脑和脊髓的脑脊膜炎性感染,经脑脊液细菌学检查确诊,且导致永久性神经损伤。永久性神经损伤是指经神经科专科医生明确诊断,遗留下列残疾之一而无法复原并持续达180天以上者:

- (1) 符合神经精神病学标准的严重认知功能障碍,而需持续监护;
- (2) 听力丧失或失明;
- (3) 语言机能丧失;
- (4) 肌体功能障碍,导致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。

9.3.70 严重感染性心内膜炎

指因细菌、真菌和其他微生物(如病毒、立克次体、衣原体、螺旋体等)直接感染而产生心瓣膜或心室壁内膜的炎症,须经心脏专科医生确诊,并符合以下所有条件:

- (1) 血液培养测试结果为阳性,并至少符合以下条件之一:
 - a. 微生物:在赘生物、栓塞的赘生物或心脏内脓疡经培养或组织检查证实有微生物;
 - b. 病理性病灶:组织病理学检查证实赘生物或心脏内脓疡有活动性心内膜炎;
 - c. 分别两次血液培养证实有典型的病原体且与心内膜炎吻合;
 - d. 持续血液培养证实有病原体阳性反应,且与心内膜炎吻合。
- (2) 心内膜炎引起中度心瓣膜闭锁不全(指返流分数20%或以上)或中度心瓣膜狭窄(指心瓣膜开口范围小于或等于正常的30%);
- (3) 心内膜炎及心瓣膜病损须经心脏专科医生确诊。

9.3.71 严重的骨髓增生异常综合征

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

- (1) 由血液科专科的主治级别以上的医生确诊;
- (2) 骨髓涂片检查同时符合发育异常细胞比例 $>10\%$ 、原始细胞比例 $>15\%$;
- (3) 已接受至少累计30日的化疗或已接受骨髓移植治疗。

化疗日数的计算以被保险人实际服用、注射化疗药物的天数为准。

9.3.72 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等影像学检查做出。

理赔时必须提供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，且已行神经外科手术以治疗反复发作的癫痫。

发热性惊厥以及没有全身性发作的失神发作（癫痫小发作）不在本保障范围内。

9.3.73 自体造血干细胞移植

指由于被保险人自身骨髓造血功能异常或为了达到治疗肿瘤的目的，采集被保险人自己的一部分造血干细胞，分离并深低温保存，再回输给被保险人使被保险人的造血功能和免疫功能重新恢复的一种治疗方法。

该治疗须由专科医生认为在临床上必需的。

9.3.74 肺淋巴管肌瘤病

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，同时需满足下列条件：

- (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。

9.3.75 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。

9.3.76 疾病或外伤所致智力障碍

因严重头部创伤或疾病造成被保险人智力低常（智力低于常态）。根据智商（IQ）监测分类，智力低常分为轻度（IQ50-70）；中度（IQ35-50）；重度（IQ20-35）和极重度（IQ<20）。智商的检测必须由保险人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) 造成被保险人智力低常（智力低于常态）的严重头部创伤或疾病（以入院日期为准）发生在被保险人6周岁以后；
- (2) 儿科专科医师确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低常；
- (3) 专职合格心理检测工作者适时做的心理检测证实被保险人智力低常（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。

9.3.77 骨生长不全症Ⅲ型成骨不全

指一种胶原病，特征为骨易碎，骨质疏松和易骨折。

该病有4种类型：I型、II型、III型、IV型；本合同只保障III型成骨不全的情形。其主要临床特点有：发展迟缓、多发性骨折、进行性脊柱后侧凸及听力损害。III型成骨不全的诊断必须根据身体检查，家族史，X线检查和皮肤活检报告资料确诊。

注：骨生长不全症III型成骨不全不受本保险条款“2.2 责任免除”中“2.2.1”、“(8) 遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

9.3.78 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，体表面积根据《中国新九分法》计算。

9.3.79 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性感染。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。必须满足以下所有条件：

- (1) 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。

9.3.80 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神经科专科医生确诊，并有以下全部证据支持：
 - a. 影像学检查证实存在小脑萎缩；
 - b. 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。

注：脊髓小脑变性症不受本保险条款“2.2 责任免除”中“2.2.1”、“(8) 遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

9.3.81 进行性多灶性白质脑病

是一种亚急性脱髓鞘性脑病，常常发生于免疫缺陷的病人。此症必须由神经科专科医生根据脑组织活检确诊。

9.3.82 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，此症必须已经达到临床分期的中期（消耗性低凝期）或后期（继发性纤溶亢进期），需要输注血浆和浓缩血小板进行治疗。

9.3.83 失去一肢及一眼

因疾病或意外伤害导致一肢体丧失和一眼视力丧失，且必须满足下列所有条件：

- (1) 一肢体丧失指任何一肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离；
- (2) 一眼视力丧失指一只眼视力永久不可逆性丧失，患眼须满足下列至少一项条件：
 - a. 眼球缺失或摘除；
 - b. 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）；
 - c. 视野半径小于5度。

除眼球摘除以外，被保险人申请理赔时年龄必须满三周岁以上，并且提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。

9.3.84 独立能力丧失

指疾病或外伤造成被保险人至少持续6个月以上完全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。

9.3.85 溶血性尿毒症综合征

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。溶血性尿毒症综合征必须由血液和肾脏专科医师诊断，并且符合所有以下条件：

- (1) 实验室检查确认有溶血性贫血、血尿、尿毒症、血小板减少性紫癜；

(2) 因肾脏功能衰竭实施了肾脏透析治疗。

任何非因感染导致的溶血性贫血，如：自身免疫性溶血性贫血、与红细胞膜缺陷有关的溶血性贫血、红细胞酶病、血红蛋白病等，不在本保障范围内。

9.3.86 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。

9.3.87 埃博拉病毒感染

受埃博拉病毒感染导致出血性发热，且必须符合所有以下条件：

(1) 埃博拉病必须经传染病专科医生确诊；

(2) 埃博拉病毒的存在必须经过实验室检查证实；

(3) 该病必须从症状开始后 30 天后持续出现并发症。

9.3.88 主动脉夹层血肿

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。被保险人需有典型的临床表现并通过电脑断层扫描（CT）、磁共振扫描（MRI）、磁共振血管检验法（MRA）或血管扫描等检查明确诊断，并实际接受了开胸（含胸腔镜下）或开腹（含腹腔镜下）主动脉手术。

经导管主动脉内介入手术治疗不在保障范围内。

9.3.89 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）。

9.3.90 骨髓纤维化

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

(1) 血红蛋白 $<100\text{g/L}$ ；

(2) 白细胞计数 $>25\times 10^9/\text{L}$ ；

(3) 外周血原始细胞 $\geq 1\%$ ；

(4) 血小板计数 $<100\times 10^9/\text{L}$ 。

任何其它病因导致的继发性骨髓纤维化不在保障范围内。

9.3.91 严重慢性缩窄性心包炎

由于慢性心包炎症导致心包脏层和壁层广泛瘢痕粘连、增厚和钙化，心包腔闭塞，形成一个纤维瘢痕外壳，使心脏和大血管根部受压，阻碍心脏的舒张。被保险人被明确诊断为慢性缩窄性心包炎且必须满足以下所有条件：

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

(2) 实际接收了以下任何一种手术路径的心包剥脱或心包切除手术；手术路径：胸骨正中切口；双侧前胸切口；左前胸肋间切口。

经胸腔镜、胸壁打孔进行的手术、心包粘连松解手术不在保障范围内。

9.3.92 主动脉夹层瘤

指主动脉的内膜破裂导致血液流入主动脉壁中形成夹层动脉瘤。在本定义中，主动脉指胸主动脉及腹主动脉而非其旁支。诊断必须由检验结果证实，检验包括电脑扫描，磁共振扫描及磁共振血管造影或心导管检查的证明，并有必要进行紧急修补手术。

9.3.93 严重大动脉炎

指医院心脏或血管外科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。

9.3.94 严重结核性脑膜炎

由结核杆菌引起的脑膜和脊膜的非化脓性炎症性疾病。需满足以下全部条件：

- (1) 出现颅内压明显增高，表现头痛、呕吐和视乳头水肿；
- (2) 出现部分性、全身性癫痫发作或癫痫持续状态；
- (3) 昏睡或意识模糊；
- (4) 视力减退、复视和面神经麻痹。

9.3.95 重症手足口病

由肠道病毒引起的急性传染病，主要症状表现为手、足、口腔等部位的斑丘疹、疱疹。经确诊为患有手足口病，并伴有下列三项中的任意一项并发症：

- (1) 有脑膜炎或脑炎并发症，且导致意识障碍或瘫痪的临床表现及实验室检查证据；
- (2) 有肺炎或肺水肿并发症，且导致呼吸衰竭的临床表现及实验室检查证据；
- (3) 有心肌炎并发症，且导致心脏扩大或心力衰竭的临床表现及实验室检查证据。

9.3.96 严重甲型及乙型血友病

被保险人必须是患上严重甲型血友病（缺乏Ⅷ凝血因子）或严重乙型血友病（缺乏Ⅸ凝血因子），而凝血因子Ⅷ或凝血因子Ⅸ的活性水平少于百分之一。诊断必须由医院的血液病专科医生确认。

注：严重甲型及乙型血友病不受本保险条款“2.2 责任免除”中“2.2.1”、“(8) 遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

9.3.97 艾森门格综合症

因心脏病导致的严重肺动脉高压及右向左分流。诊断必须由心脏专科医生经超声心动图和心导管检查证实及需符合以下所有标准：

- (1) 平均肺动脉压高于 40mmHg；
- (2) 肺血管阻力高于 3mm/L/min (Wood 单位)；
- (3) 正常肺微血管楔压低于 15mmHg。

注：艾森门格综合症不受本保险条款“2.2 责任免除”中“2.2.1”、“(8) 遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

9.3.98 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。

9.3.99 严重肾上腺脑白质营养不良

肾上腺脑白质营养不良是一种脂质代谢障碍，由于体内缺乏过氧化物酶而致长链脂肪酸在体内沉淀，造成脑白质和肾上腺皮质破坏。主要表现为情感障碍、运动功能障碍、肾上腺皮质功能减退等。须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。

注：严重肾上腺脑白质营养不良不受本保险条款“2.2 责任免除”中“2.2.1”、“(8) 遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

9.3.100 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。

9.4 意外伤害

指以外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。以下情形属于疾病范畴，非本条款所指意外伤害：

- (1) 猝死；
- (2) 过敏及由过敏引发的变态反应性疾病；
- (3) 高原反应；
- (4) 中暑；
- (5) 细菌、病毒或其他病原体导致的感染性疾病。

9.5 发病、首次发病

发病，是指被保险人出现本保险合同约定的疾病或接受本保险合同约定的手术的前兆、症状或异常的身体状况，或已经显现足以促使一般普通谨慎人士引起注意并寻求诊断、治疗或护理的病症。

首次发病，是指被保险人第一次发生并首次被确诊患上本保险合同约定的疾病，并且该疾病在该被保险人获得被保资格前并未发病或有任何身体的前兆、症状或异常状况；或被保险人第一次接受本保险合同约定的手术，并且在该被保险人获得被保资格前未出现该手术对应的任何身体的前兆、症状或异常状况。

9.6 等待期

是指自被保险人获得被保资格之日起计算的一段时间（该时间以保险单载明为准；若保险单未载明则该时间视为90日），经过该段时间后，保险人才对被保险人承担给付保险金责任；在此期间，尽管保险合同已经生效，但保险人并不承担给付保险金责任。

续保的情况下，等待期为0日。保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同；续保的新保险合同保险期间的起始日期与续保对应上一保险合同保险期间的终止日期相连不间断。

被保险人因意外伤害造成本保险合同约定的疾病、达到疾病状态或进行手术的，等待期为0日。

9.7 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。

9.8 无合法有效驾驶证

指被保险人存在下列情形之一：

- (1) 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
- (2) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；

- (3) 实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
- (4) 持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
- (5) 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；
- (6) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

9.9 无合法有效行驶证

发生保险事故时被保险人驾驶的机动车无公安机关交通管理部门、农机部门等政府管理部门核发的行驶证或号牌，或行驶证不在有效期内，或该机动车未按规定检验或检验不合格。

9.10 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。

9.11 遗传性疾病

指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。

9.12 先天性畸形、变形或染色体异常

指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定。

9.13 保险金申请人

除另有约定外，本保险合同的保险金申请人是指被保险人本人。

9.14 现金价值

除另有约定外， $\text{现金价值} = \text{净保费} \times (1 - m/n)$ ，其中， m 为已生效天数， n 为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。 $\text{净保费} = \text{保险费} \times (1 - 25\%)$ 。

附录：甲状腺癌的 TNM 分期定义标准

甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hürthle 细胞癌和未分化癌

pTx: 原发肿瘤不能评估

pT₀: 无肿瘤证据

pT₁: 肿瘤局限在甲状腺内, 最大径≤2cm

T_{1a} 肿瘤最大径≤1cm

T_{1b} 肿瘤最大径>1cm, ≤2cm

pT₂: 肿瘤 2~4cm

pT₃: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内

pT_{3b}: 大体侵犯甲状腺外带状肌, 无论肿瘤大小

带状肌包括: 胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT₄: 大体侵犯甲状腺外带状肌外

pT_{4a}: 侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT_{4b}: 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pTx: 原发肿瘤不能评估

pT₀: 无肿瘤证据

pT₁: 肿瘤局限在甲状腺内, 最大径≤2cm

T_{1a} 肿瘤最大径≤1cm

T_{1b} 肿瘤最大径>1cm, ≤2cm

pT₂: 肿瘤 2~4cm

pT₃: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内

pT_{3b}: 大体侵犯甲状腺外带状肌, 无论肿瘤大小

带状肌包括: 胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT₄: 进展期病变

pT_{4a}: 中度进展, 任何大小的肿瘤, 侵犯甲状腺外颈部周围器官和软组织, 如喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT_{4b}: 重度进展, 任何大小的肿瘤, 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管

区域淋巴结: 适用于所有甲状腺癌

pN_x: 区域淋巴结无法评估

pN₀: 无淋巴结转移证据

pN_i: 区域淋巴结转移

pN_{1a}: 转移至VI、VII区(包括气管旁、气管前、喉前/Delphian 或上纵隔)淋巴结, 可以为单侧或双侧。

pN_{1b}: 单侧、双侧或对侧颈淋巴结转移（包括 I、II、III、IV 或 V 区）淋巴结或咽后淋巴结转移。

远处转移：适用于所有甲状腺癌

M₀: 无远处转移

M₁: 有远处转移

乳头状或滤泡状癌（分化型）			
年龄 < 55 岁			
	T	N	M
I 期	任何	任何	0
II 期	任何	任何	1
年龄 ≥ 55 岁			
I 期	1	0/x	0
	2	0/x	0
II 期	1~2	1	0
	3a~3b	任何	0
III 期	4a	任何	0
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。

中国人民财产保险股份有限公司

附加限制承保疾病病种保险条款

注册号：C00000232622020122918421

1 总则

1.1 投保附加险的条件

本条款为本保险单约定的意外健康险类保险的附加险条款。只有在投保了主险的基础上，方可投保本附加险。

1.2 主险与附加险关系

凡涉及本附加险合同的约定，均采用书面形式。主险合同与本附加险合同相抵触之处，以本附加险合同为准；本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。主险合同无效，本附加险合同亦无效。

1.3 受益人

除另有约定外，本附加险合同保险金的受益人为被保险人本人。

2 保障内容

2.1 保险责任

如保险合同中包含多个条款，投保人、保险人双方可约定本附加险所适用的具体条款，并在保险单中载明；如未约定所适用的条款，则视为本附加险适用于保险合同中的全部条款。如本附加险所适用的条款中包含多项保险责任，还可约定本附加险所适用的具体保险责任，并在保险单中载明；如未约定所适用的保险责任，则视为本附加险适用于该条款中的全部保险责任。对于本附加险所适用的任一保险责任，投保人、保险人双方还可约定给付标准并在保险单中载明。

经投保人、保险人双方约定，保险人可选择承保保险合同列明疾病病种中的一种或多种，并在保险单中载明。保险人仅对所选择承保的疾病，按本附加险所适用条款的约定承担保险责任。

附：本保单承保的重大疾病如下

恶性肿瘤——重度	较重急性心肌梗死	严重脑中风后遗症	重大器官移植术或造血干细胞移植术
冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）	严重慢性肾衰竭	多个肢体缺失	急性重症肝炎或亚急性重症肝炎

严重非恶性颅内肿瘤	严重慢性肝衰竭	严重脑炎后遗症或 严重脑膜炎后遗症	深度昏迷
双耳失聪	双目失明	瘫痪	心脏瓣膜手术
严重阿尔茨海默病	严重脑损伤	严重原发性帕金森病	严重 III 度烧伤
严重特发性肺动脉高压	严重运动神经元病	语言能力丧失	重型再生障碍性贫血
主动脉手术	严重肌营养不良症	细菌性脑脊髓膜炎	严重多发性硬化
胰岛素依赖型糖尿病（I 型糖尿病）	急性坏死性胰腺炎 开腹手术	经输血感染艾滋病病毒（HIV）	破裂脑动脉瘤夹闭手术
侵蚀性葡萄胎（或称恶性葡萄胎）			

中国人民财产保险股份有限公司

团体住院补充医疗保险条款

注册号: C00000232512020081403162

1 总则

1.1 合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、保险单以及经投保人与保险人认可的、与保险合同有关的其它书面协议(包括但不限于健康问卷、声明、批单)组成。凡涉及本保险合同的约定,均采用书面形式。

1.2 投保人

在本保险合同订立时对被保险人有保险利益的机关、企事业单位、社会团体可作为本保险合同的投保人。

1.3 被保险人

机关、企事业单位、社会团体的在职职工、退休职工或其成员,在参加当地社会基本医疗保险(见释义)后,可作为本保险合同的被保险人。

除另有约定外,被保险人的配偶和子女,在参加当地社会基本医疗保险后,经投保人和本保险人协商一致,也可作为本保险合同的被保险人,由投保人统一向本保险人投保。

1.3.1 被保资格的获得

无论本保险合同为首次投保、续保还是非续保的,被保险人获得被保资格的日期均以以下两者中较晚的日期为准:(1)本保险合同的保险期间起始日;(2)本保险合同项下增加该被保险人批单所载生效日,有多张批单增加该被保险人的,以最新批单所载生效日为准。

1.3.2 被保资格的丧失或终止

被保险人因非保险事故身故的,则自其身故之日起该被保险人的被保资格丧失,保险人对该被保险人所承担的保险责任随即终止。

本保险合同保险期间终止,则被保险人的被保资格终止,保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

本保险合同解除,则自解除之日起被保险人的被保资格终止,保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

1.4 受益人

除另有约定外,本保险合同保险金的受益人为被保险人本人。

2 保障内容

2.1 保险责任

投保人在投保时可选择投保 2.1.1-2.1.4 中的一项或多项保险责任,或者仅选择投保 2.1.5 保险责任,并在保险单中载明。

在保险期间内,被保险人自获得被保资格之日起,在其社会基本医疗保险定点医疗机构(见释义)住院所实际支出的、符合其社会基本医疗保险所在地政府颁布的社会基本医疗保险报销范围的、且同时符合 2.1.1-2.1.5 中各项保险责任约定的合理医疗费用,保险人依照下列约定给付保险金。

2.1.1 小额住院医疗保险责任

对于每一被保险人在保险期间内，向其社会基本医疗保险定点医疗机构累计支出的社会基本医疗保险统筹基金起付线以下的住院医疗费用，保险人在扣除社会基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括任何商业医疗保险）已经补偿或给付的部分以及本保险合同约定的免赔额后，对其余额按照本保险合同约定的给付比例给付保险金。免赔额、给付比例由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

2.1.2 基本住院补充医疗保险责任

对于每一被保险人在保险期间内，向其社会基本医疗保险定点医疗机构累计支出的社会基本医疗保险统筹基金起付线以上至统筹基金封顶线（见释义）之间的应由被保险人自理的住院医疗费用，保险人在扣除社会基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括任何商业医疗保险）已经补偿或给付的部分以及本保险合同约定的免赔额后，对其余额按照本保险合同约定的给付比例给付保险金。免赔额、给付比例由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

2.1.3 大额住院补充医疗保险责任

对于每一被保险人在保险期间内，向其社会基本医疗保险定点医疗机构累计支出的统筹基金封顶线以上至职工大额医疗费用补助封顶线之间的应由被保险人自理的住院医疗费用，保险人在扣除社会基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括任何商业医疗保险）已经补偿或给付的部分后，对其余额按照本保险合同约定的给付比例给付保险金。给付比例由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

2.1.4 超大额住院医疗保险责任

对于每一被保险人在保险期间内，向其社会基本医疗保险定点医疗机构累计支出的职工大额医疗费用补助最高支付限额以上至约定限额之间的应由被保险人自理的住院医疗费用，保险人在扣除社会基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括任何商业医疗保险）已经补偿或给付的部分后，对其余额按照本保险合同约定的给付比例给付保险金。给付比例由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

2.1.5 住院医疗保险责任

对于每一被保险人在保险期间内，向其社会基本医疗保险定点医疗机构累计支出的应由被保险人自理的住院医疗费用，保险人在扣除社会基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括任何商业医疗保险）已经补偿或给付的部分以及本保险合同约定的免赔额后，对其余额按照本保险合同约定的给付比例给付保险金。免赔额、给付比例由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

2.2 补偿原则

本保险合同适用补偿原则。被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的医疗费用金额为限。被保险人已经从社会基本医疗保险、公费医疗或任何第三方（包括任何商业医疗保险）获得相关医疗费用补偿的，保险人仅对扣除已获得补偿后的剩余医疗费用，按照本合同约定承担给付保险金责任。

2.3 责任免除

2.3.1 因下列情形之一，导致被保险人支出医疗费用的，保险人不承担给付保险金责任：

- （1） 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- （2） 被保险人故意自伤或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；

- (3) 被保险人未遵医嘱服用、涂用、注射药物（但按使用说明的规定使用非处方药不在此限）；
- (4) 被保险人受酒精、毒品、管制药物的影响（但正常医疗行为使用的麻醉药物不在此列）；
- (5) 任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
- (6) 被保险人酒后驾驶（见释义）、无有效驾驶证（见释义）驾驶或驾驶无有效行驶证（见释义）的机动车辆；
- (7) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱、恐怖袭击；
- (8) 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (9) 未经保险人或社会基本医疗保险管理机构同意的异地转院治疗；
- (10) 被保险人在香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区和境外治疗；
- (11) 挂床治疗，健康护理等非治疗性行为；
- (12) 在康复医院、诊所、疗养、戒酒、戒毒或类似的机构治疗；
- (13) 洗牙、洁齿、整容、矫形、验眼配镜、装配假眼、假牙、假肢或者助听器等。

2.3.2 对于以下医疗费用，保险人不承担给付保险金责任：

- (1) 不符合被保险人社会基本医疗保险所在地政府颁布的社会基本医疗保险报销范围的医疗费用；
- (2) 应由社会基本医疗保险、职工大额医疗费用补助、城乡居民大病保险等政府部门开办的医疗保险支付的医疗费用；
- (3) 本保险合同载明的免赔额。

2.4 保险金额

每一被保险人的保险金额是保险人承担给付该被保险人保险金责任的最高限额。

小额住院医疗保险责任、基本住院补充医疗保险责任、大额住院补充医疗保险责任、超大额住院医疗保险责任和住院医疗保险责任的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

每一被保险人的保险金额一经确定，在保险期间内不得变更。

2.5 保险期间

保险期间为1年，以保险单载明的起讫时间为准。

3 投保人、被保险人义务

3.1 交费义务

除另有规定外，投保人应在保险合同成立时交清保险费。

3.2 如实告知义务

投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

3.3 住址或通讯地址变更通知义务

投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。

3.4 被保险人变动通知义务

在保险期间内，投保人因其人员变动，需增加、减少被保险人时，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

被保险人人数增加时，保险人在审核同意后出具批单，于批单生效日零时开始承担保险责任，并按约定增收相应的保险费。

被保险人人数减少时，投保人提供已通知相应被保险人退保的有效证明，保险人在审核同意后出具批单，于批单生效日零时起，对减少的被保险人终止保险责任，并按约定退还相应的保险费。但减少的被保险人已发生任何保险金给付或已发生本保险合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，保险人不退

还该被保险人项下相应的保险费。

3.5 其他内容变更通知义务

在保险期间内，投保人需变更合同内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。若被保险人身故，则保险人不接受本保险合同中有关该被保险人的任何内容的变更申请。

3.6 保险事故通知义务

发生保险责任范围内的事故后，投保人、被保险人或受益人应及时通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。

4 保险人义务

- (1) 本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。
- (2) 保险人认为投保人、被保险人或者受益人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人或者受益人补充提供。
- (3) 保险人收到被保险人或者受益人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在 30 日内作出核定。但保险责任的核定必须依赖于特定证明、鉴定、判决、裁定或其他证据材料的，保险人应在被保险人或者受益人提供或自行取得上述证据材料起 30 日内作出核定。本保险合同另有约定的除外。
- (4) 保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行赔偿保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起 3 日内向被保险人或者受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。
- (5) 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起 60 日内，对其赔偿保险金的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

5 保险金申请

保险金申请人（见释义）向保险人申请给付保险金时，应填写保险金给付申请书，并提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。保险人按照本保险合同的约定，认为有关的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

- (1) 保险金给付通知书；
- (2) 保险单；
- (3) 保险金申请人、被保险人身份证明；
- (4) 有指定医疗机构出具的诊断证明、病历、出院小结及医疗费用发票；
- (5) 对于已经从社会基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括任何商业医疗保险）获得相关医疗费用补偿的，应提供社会基本医疗保险机构、商业保险机构或其他第三方的医疗费用分割单或医疗费用结算证明；
- (6) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料。

6 保险合同解除

在本合同成立后，除本保险合同另有约定外，投保人可以要求解除本保险合同。但已发生任何保险金给付或已发生本保险合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，投保人不得要求解除本保险合同。

投保人要求解除本保险合同时，应填写保险合同解除申请书，并提交保险单、保险费交付凭证和投保人身份证明。本保险合同自本保险人接到保险合同解除申请书时终止。本保险人于接到保险合同解除申请书之日起三十日内向投保人退还本保险合同的未满期净保险费（见释义）。

7 争议处理和法律适用

7.1 争议处理

合同争议解决方式由当事人在合同约定时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，提交保险单载明的仲裁委员会仲裁；
- （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，依法向人民法院起诉。

7.2 法律适用

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）。

8 合法性保证

本保险合同约定与《中华人民共和国保险法》等法律规定相悖之处，以法律规定为准。本保险合同未尽事宜，以法律规定为准。

9 释义

9.1 社会基本医疗保险

指国家最新修订颁布的《社会保险法》规定的基本医疗保险，包括职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗保险等政府举办的基本医疗保险。

9.2 定点医疗机构

定点医疗机构是指符合医疗保障行政部门负责制定的定点医疗机构管理政策，自愿与统筹地区医疗保障经办机构签订医疗保障定点服务协议，为参保人提供医疗服务的医疗机构。

9.3 统筹基金封顶线

统筹基金封顶线=统筹基金起付线金额+统筹基金最高支付限额+统筹基金段个人自付金额

其中统筹基金最高支付限额是指一个社保年度内，参保人员能够从社会基本医疗保险统筹基金中所获得的赔付最高金额，可以理解为社会基本医疗保险的保险金额。

9.4 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。

9.5 无有效驾驶证

被保险人存在下列情形之一：

- （7）无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
- （8）驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- （9）实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆

化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；

(10) 持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；

(11) 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；

(12) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

9.6 无有效行驶证

发生保险事故时被保险人驾驶的机动车无公安机关交通管理部门、农机部门等政府管理部门核发的行驶证或号牌，或行驶证不在有效期内，或该机动车未按规定检验或检验不合格。

9.7 保险金申请人

本保险合同的保险金申请人是指被保险人本人，或经被保险人授权的机关、企业、事业单位、社会团体。

9.8 未滿期净保险费

除另有约定外，未滿期净保险费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]×(1-25%)。经过天数不足一天的按一天计算。

中国人民财产保险股份有限公司

附加团体门诊急诊医疗保险条款

注册号：C00000232522020082709431

1 总则

1.1 投保附加险的条件

本条款为本保险单约定的意外健康险类主险的附加险条款。只有在投保了主险的基础上，方可投保本附加险。

1.2 主险与附加险关系

凡涉及本附加险合同的约定，均采用书面形式。主险合同与本附加险合同相抵触之处，以本附加险合同为准；本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。主险合同无效，本附加险合同亦无效。

1.3 受益人

除另有约定外，本附加险合同保险金的受益人为被保险人本人。

2 保障内容

2.1 保险责任

在保险期间内，被保险人自获得被保资格（见释义）之日起遭受意外伤害（见释义）或者自获得被保资格之日起经过本附加险合同约定的等待期（见释义）后罹患疾病，并因该意外伤害或疾病在保险期间内在指定医疗机构（见释义）进行门诊、急诊治疗，保险人按下列约定给付门诊急诊医疗保险金：

- （1）对于被保险人每次因意外伤害或疾病在保险期间内所支出的必需且合理（见释义）的、符合本保险合同签发地政府颁布的社会基本医疗保险（见释义）报销范围的门诊、急诊医疗费用，保险人在扣除社会基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括任何商业医疗保险）已经补偿或给付部分以及本附加险合同约定的免赔额后，对其余额按本附加险合同约定的给付比例、每日最高给付限额给付门诊急诊医疗保险金。免赔额、给付比例、每日最高给付限额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。每日门诊急诊医疗保险金给付次数以一次门诊、急诊为限。
- （2）保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，保险人所负保险责任期限可按下列约定延长：门诊急诊治疗者，自保险期间届满次日起计算，以门诊急诊延长日数为限。该“门诊急诊延长日数”以保险单载明为准；若保险单未载明的，则该“门诊急诊延长日数”视为15日（含）。
- （3）保险人所负给付门诊急诊医疗保险金的责任以本附加险合同项下的门诊急诊医疗保险金额为限，对被保险人一次或者累计给付保险金达到本附加险合同项下该被保险人的保险金额时，本附加险合同对该被保险人在本附加险合同项下的保险责任终止。

2.2 补偿原则

本附加险合同适用补偿原则。被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的金额为限。被保险人已经从社会基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括任何商业医疗保险）获得相关医疗费用补偿的，保险人仅对扣除已获得补偿后的剩余部分医疗费用，按照本附加险合同的约定承担给付保险金的责任。

2.3 责任免除

2.3.1 因下列情形之一，导致被保险人支出医疗费用的，保险人不承担给付保险金责任：

- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 被保险人故意自伤或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- (3) 被保险人因挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
- (4) 被保险人未遵医嘱服用、涂用、注射药物，但按使用说明的规定使用非处方药不在此限；
- (5) 被保险人受酒精、毒品、管制药物的影响，但遵医嘱使用药物的情形不在此限；
- (6) 任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
- (7) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱、恐怖袭击；
- (8) 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (9) 被保险人存在精神和行为障碍（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；
- (10) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（见释义）；
- (11) 被保险人酒后驾驶（见释义）、无有效驾驶证（见释义）驾驶或驾驶无有效行驶证（见释义）的机动车辆；
- (12) 未经保险人或社会基本医疗保险管理机构同意的转院治疗；
- (13) 被保险人非因意外伤害而进行的整容、整形手术，以及因任何原因进行的美容；
- (14) 被保险人非因意外伤害而进行的牙科治疗或手术、视力矫正、因矫正视力而作的眼科验光检查，以及任何原因导致的牙齿修复或牙齿整形、安装及购买残疾用具（如轮椅、假肢、假眼、假牙或者助听器等）；
- (15) 被保险人进行一般身体检查、疗养、特别护理、静养、康复性治疗、物理治疗、心理治疗或预防性治疗；
- (16) 被保险人接受各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定；
- (17) 遗传性疾病（见释义），先天性畸形、变形或染色体异常（见释义）；
- (18) 被保险人在获得被保资格前所患既往症（见释义）及保险单中特别约定的除外疾病或情形；
- (19) 大规模的突发的流行性疾病（见释义）；
- (20) 工伤（见释义）。

2.3.2 对于被保险人在等待期内非因意外伤害罹患疾病所发生的医疗费用；或者在等待期内非因意外伤害发生疾病、症状或病理改变，但在等待期后进行任何诊断或治疗所发生的医疗费用，保险人不承担给付保险金责任。

2.3.3 对于本附加险合同载明的免赔额，保险人不承担给付保险金的责任。

2.4 保险金额

每一被保险人的保险金额是保险人承担给付该被保险人保险金责任的最高限额。

保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

每一被保险人的保险金额一经确定，在保险期间内不得变更。

3 保险金申请

保险金申请人（见释义）向保险人申请给付保险金时，应填写保险金给付申请书，并提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。保险人按照本

保险合同的约定，认为有关的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

- (1) 保险金给付申请书；
- (2) 保险单；
- (3) 保险金申请人、被保险人身份证明；
- (4) 指定医疗机构出具的医疗费用发票/收据、费用明细清单/帐、病历、诊断证明及其他医疗记录等；
- (5) 对于已经从社会基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括任何商业医疗保险）获得相关医疗费用补偿的，应提供社会基本医疗保险机构、商业保险机构或其他第三方的医疗费用分割单或医疗费用结算证明；
- (6) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料。

4 释义

4.1 被保资格

无论本附加险合同为首次投保、续保还是非续保的，被保险人获得被保资格的日期均以以下两者中较晚的日期为准：（1）本附加险合同的保险期间起始日；（2）本附加险合同项下增加该被保险人批单所载生效日，有多张批单增加该被保险人的，以最晚批单所载生效日为准。

被保险人因非保险事故身故的，则自其身故之日起该被保险人的被保资格丧失，保险人对该被保险人所承担的保险责任随即终止。

本附加险合同保险期间终止，则被保险人的被保资格终止，保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

本附加险合同解除，则自解除之日起被保险人的被保资格终止，保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

4.2 意外伤害

指以外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。以下情形属于疾病范畴，非本条款所指意外伤害：

- (1) 猝死；
- (2) 过敏及由过敏引发的变态反应性疾病；
- (3) 高原反应；
- (4) 中暑；
- (5) 细菌、病毒或其他病原体导致的感染性疾病。

4.3 等待期

是指自被保险人获得被保资格之日起计算的一段时间（该时间以保险单载明为准；若保险单未载明则该时间视为 30 日），经过该段时间后，保险人才对被保险人承担给付保险金责任；在此期间，尽管保险合同已经生效，但保险人并不承担给付保险金责任。

续保的情况下，等待期为 0 日。本保险合同期满前，投保人可向保险人申请续保，经保险人审核后予以承保；续保合同保险期间的起始日期与续保对应上一保险合同保险期间的终止日期相连不间断。

被保险人因遭受意外伤害而发生医疗费用的，等待期为 0 日。

4.4 指定医疗机构

除另有约定外，指定医疗机构指中华人民共和国境内（不包括港、澳、台地区）二级（含）及以上医院或保险人认可的医疗机构，且应符合下列所有条件：

- (1) 拥有合法经营执照；
- (2) 设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；

- (3) 有合格的医生和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务；
- (4) 非主要作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。

投保人和保险人双方还可以约定指定医疗机构的条件、范围等，并在保险单中载明。

4.5 必需且合理

指同时符合以下 2 个条件：

(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。

4.6 社会基本医疗保险

指国家最新修订颁布的《社会保险法》规定的基本医疗保险，包括职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保险。

4.7 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。

4.8 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。

4.9 无有效驾驶证

被保险人存在下列情形之一：

- (13) 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
- (14) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- (15) 实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
- (16) 持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
- (17) 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；

(18) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

4.10 无有效行驶证

发生保险事故时被保险人驾驶的机动车无公安机关交通管理部门、农机部门等政府管理部门核发的行驶证或号牌，或行驶证不在有效期内，或该机动车未按规定检验或检验不合格。

4.11 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。

4.12 先天性畸形、变形或染色体异常

指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定。

4.13 既往症

指被保险人获得被保资格前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。包括但不限于：

- (1) 被保险人获得被保资格前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- (2) 被保险人获得被保资格前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药或接受治疗的情况；
- (3) 被保险人获得被保资格前发生，未经医生诊断和治疗，但症状已经显现足以促使一般普通谨慎人士引起注意并寻求诊断、治疗或护理的病症。

投保人在投保时告知保险人，经保险人审核同意并在保险单中单独载明不属于既往症的疾病或病症，不属于本保险合同约定的既往症。

4.14 突发的流行性疾病

指不可预计的，难以预防由各种致病性微生物或病原体引起的具有传染性的疾病。

4.15 工伤

指符合国家最新修订颁布的《工伤保险条例》规定的“认定为工伤”或者“视同工伤”情形的事故。

4.16 保险金申请人

本附加险合同的保险金申请人是指被保险人本人。

中国人民财产保险股份有限公司

附加医疗公共保险金额保险条款

注册号：C00000232522020042107192

1 总则

1.1 投保附加险的条件

本条款为本保险单约定的意外健康险类主险的附加险条款。只有在投保了主险的基础上，方可投保本附加险。

1.2 主险与附加险关系

凡涉及本附加险合同的约定，均采用书面形式。主险合同与本附加险合同相抵触之处，以本附加险合同为准；本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。主险合同无效，本附加险合同亦无效。

1.3 受益人

除另有约定外，本附加险合同保险金的受益人为被保险人本人。

2 保障内容

2.1 保险责任

在保险期间内，保险人按以下约定承担保险责任：

- (4) 投保人经与保险人商定后设立医疗公共保险金额，并在医疗公共保险金额范围内设定对每一被保险人的最高给付限额。
- (5) 当保险人对每一被保险人累计给付的医疗保险金达到该被保险人个人名下的医疗保险金额时，经投保人同意，对于其超过部分的医疗费用，保险人在医疗公共保险金额范围内向该被保险人给付医疗保险金，但不超过医疗公共保险金额范围内每一被保险人的最高给付限额。
- (6) 无论一个或多个被保险人使用医疗公共保险金额，保险人在本附加险合同项下累计给付的医疗保险金以医疗公共保险金额为限。当本附加险合同项下累计给付的医疗保险金达到医疗公共保险金额时，本附加险合同的保险责任终止。

2.2 补偿原则

本附加险合同适用补偿原则。被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的金额为限。被保险人已经从社会基本医疗保险（见释义）、公费医疗和任何第三方（包括任何商业医疗保险）获得相关医疗费用补偿的，保险人仅对扣除已获得补偿后的剩余部分医疗费用，按照本附加险合同的约定承担给付保险金的责任。

2.3 责任免除

同主险合同所涉及医疗保险条款责任免除约定。

2.4 保险金额

每一被保险人的保险金额是保险人承担给付该被保险人保险金责任的最高限额。

医疗公共保险金额及其项下每一被保险人的最高给付限额由投保人和保

险人双方约定，并在保险单中载明。

每一被保险人的保险金额一经确定，在保险期间内不得变更。

3 保险金申请

保险金申请人（见释义）向保险人申请给付保险金时，应填写保险金给付申请书，并提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。保险人按照本附加险合同的约定，认为有关的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

- (7) 保险金给付申请书；
- (8) 保险单；
- (9) 保险金申请人、被保险人身份证明；
- (10) 主险合同所涉及医疗保险条款约定的医疗机构出具的医疗费用发票/收据、费用明细清单/帐、病历、出院小结、诊断证明及其他医疗记录等；
- (11) 对于已经从社会基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括任何商业医疗保险）获得相关医疗费用补偿的，应提供社会基本医疗保险机构、商业保险机构或其他第三方的医疗费用分割单或医疗费用结算证明；
- (12) 投保人同意被保险人使用医疗公共保险金额并向保险人书面申请的正式资料；
- (13) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料。

4 释义

4.1 社会基本医疗保险

指国家最新修订颁布的《社会保险法》规定的基本医疗保险，包括职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保险。

4.2 保险金申请人

本附加险合同的保险金申请人是指被保险人本人。

中国人民财产保险股份有限公司

附加团体女性特定疾病手术津贴保险条款

1 总则

1.1 投保附加险的条件

本条款为本保险单约定的意外健康险类主险的附加险条款。只有在投保了主险的基础上，方可投保本附加险。

1.2 主险与附加险关系

凡涉及本附加险合同的约定，均采用书面形式。主险合同与本附加险合同相抵触之处，以本附加险合同为准；本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。主险合同无效，本附加险合同亦无效。

1.3 受益人

除另有约定外，本附加险合同保险金的受益人为被保险人本人。

2 保障内容

2.1 保险责任

被保险人自获得**被保资格**（见释义）之日起经过本附加险合同约定的**等待期**（见释义）后，在保险期间内**首次发病**（见释义）并被**专科医生**（见释义）确诊为本附加险合同约定的**女性特定恶性肿瘤**（见释义）中的一种或者多种，并因该疾病在保险期间内在**指定医疗机构**（见释义）进行下列女性特定疾病手术中的任一项：（1）**子宫全切术**（见释义）；（2）**卵巢切除术**（见释义），保险人依照本附加险合同项下该被保险人的女性特定疾病手术津贴保险金额给付女性特定疾病手术津贴保险金，保险人对该被保险人的该项手术的保险金给付责任终止。**每项女性特定疾病手术的保险金给付以一次为限。**

2.2 责任免除

2.2.1 因下列情形之一，导致被保险人发生疾病、达到疾病状态或进行手术的，保险人不承担保险责任：

- （1）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- （2）被保险人未遵医嘱服用、涂用、注射药物；
- （3）被保险人受酒精、毒品、管制药物的影响；
- （4）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；
- （5）任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
- （6）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱、恐怖袭击；
- （7）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（见释义）；
- （8）被保险人存在精神和行为障碍（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；
- （9）既往症（见释义）及其并发症；
- （10）遗传性疾病（见释义），先天性畸形、变形或染色体异常（见释义）。

2.2.2 被保险人在等待期内确诊罹患本附加险合同 4.5 条约定的疾病或需接受本附加险合同 4.7、4.8 条约定的手术，或者在等待期内发病、但在等待期后确诊罹患本附加险合同 4.5 条约定的疾病或需接受本附加险合同 4.7、4.8 条约定的手术，保险人不承担给付保险金责任，并退还该被保险人已交纳的保险费，对该被保险人的保险责任终止。

2.3 保险金额

每一被保险人的保险金额是保险人承担给付该被保险人保险金责任的最高限额。

保险金额由投保人和保险人双方约定，并在保险单中载明。

每一被保险人的保险金额一经确定，在保险期间内不得变更。

3 保险金申请

保险金申请人（见释义）向保险人申请给付保险金时，应填写保险金给付

申请书，并提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。保险人按照本保险合同的约定，认为有关的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。**保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

- (7) 保险金给付申请书；
- (8) 保险单；
- (9) 保险金申请人、被保险人的身份证明；
- (10) 专科医生出具的附有病历、必需的病理检验、血液检验及其他科学诊断报告的诊断书或手术证明；
- (11) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料。

4 释义

4.1 被保资格

无论本附加险合同为首次投保、续保还是非续保的，被保险人获得被保资格的日期均以以下两者中较晚的日期为准：(1) 本附加险合同的保险期间起始日；(2) 本附加险合同项下增加该被保险人批单所载生效日，有多张批单增加该被保险人的，以最晚批单所载生效日为准。

被保险人因非保险事故身故的，则自其身故之日起该被保险人的被保资格丧失，保险人对该被保险人所承担的保险责任随即终止。

本附加险合同保险期间终止，则被保险人的被保资格终止，保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

本附加险合同解除，则自解除之日起被保险人的被保资格终止，保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

4.2 等待期

是指自被保险人获得被保资格之日起计算的一段时间(该时间以保险单载明为准；若保险单未载明则该时间视为 60 日)，经过该段时间后，保险人才对被保险人承担给付保险金责任；在此期间，尽管保险合同已经生效，但保险人并不承担给付保险金责任。

除另有约定外，续保的情况下，等待期为 0 日。保险期间届满前或保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。续保合同保险期间的起始日期与续保对应上一保险合同保险期间的终止日期相连不间断。

4.3 发病、首次发病

发病，是指被保险人出现本附加险合同约定的疾病的前兆、症状或异常的身体状况，或已经显现足以促使一般普通谨慎人士引起注意并寻求诊断、治疗或护理的病症。

首次发病，是指被保险人第一次发生并首次被确诊患上本附加险合同约定的疾病，并且该疾病在该被保险人获得被保资格前并未发病或有任何身体的前兆、症状或异常状况。

4.4 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。

4.5 女性特定恶性肿瘤

本附加险合同约定的女性特定恶性肿瘤，是指原发于女性子宫、子宫颈、卵巢、输卵管、阴道和外阴的恶性肿瘤。

本附加险合同所指的恶性肿瘤，是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）¹³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）¹⁴的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

下列疾病不在保障范围内：

- ①ICD-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：
 - c. 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；
 - d. 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转移癌。

4.6 指定医疗机构

除另有约定外，指定医疗机构指中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）二级（含）及以上公立医院或保险人认可的医疗机构，且应符合下列所有条件：

- （1）拥有合法经营执照；
- （2）设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；
- （3）有合格的医生和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务；
- （4）非主要作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。

投保人和保险人双方还可以约定指定医疗机构的条件、范围等，并在保险单中载明。

4.7 子宫全切术

指为治疗本附加险约定的女性特定恶性肿瘤，根据专科医生的建议所实际施行的子宫全切手术。子宫全切术应至少切除子宫体或全子宫。

4.8 卵巢切除术

指为治疗本附加险约定的女性特定恶性肿瘤，根据专科医生的建议所实际施行的单侧或双侧卵巢的切除手术。

4.9 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。

¹³ 组织病理学检查：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。如无特别说明，本合同下文提及处，意思相同。

¹⁴ ICD-10 与 ICD-O-3：《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10），是世界卫生组织（WHO）发布的国际通用的疾病分类方法。《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。如无特别说明，本合同下文提及处，意思相同。

4.10 既往症

指被保险人获得被保资格前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。包括但不限于：

- (7) 被保险人获得被保资格前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- (8) 被保险人获得被保资格前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药或接受治疗的情况；
- (9) 被保险人获得被保资格前发生，未经医生诊断和治疗，但症状已经显现足以促使一般普通谨慎人士引起注意并寻求诊断、治疗或护理的病症。

投保人在投保时告知保险人，经保险人审核同意并在保险单中单独载明不属于既往症的疾病或病症，不属于本保险合同约定的既往症。

4.11 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。

4.12 先天性畸形、变形或染色体异常

指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定。

4.13 保险金申请人

除另有约定外，本附加险合同的保险金申请人是指被保险人本人。

中国人民财产保险股份有限公司

附加营运交通工具乘客意外伤害保险（2022 版）条款

1 总则

1.1 投保附加险的条件

本条款为本保险单约定的意外健康险类主险的附加险条款。只有在投保了主险的基础上，方可投保本附加险。

1.2 主险与附加险关系

凡涉及本附加险合同的约定，均采用书面形式。主险合同与本附加险合同相抵触之处，以本附加险合同为准；本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。主险合同无效，本附加险合同亦无效。

1.3 被保险人

年龄在 75 周岁（见释义）以下的身体健康、能正常工作或正常生活的营运交通工具（见释义）乘客可作为被保险人。

1.4 受益人

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

除另有约定外，本保险合同的意外伤害伤残保险金受益人为被保险人本人。

被保险人或投保人可以变更保险金受益人，但需书面通知保险人，由保险人在本保险合同上批注。

投保人指定或变更保险金受益人的，应经被保险人同意。被保险人不具有完全民事行为能力的，应由其监护人指定或变更保险金受益人。

受益人故意造成被保险人死亡、伤残、疾病的，或者故意杀害被保险人未遂的，该受益人丧失受益权。

2 保障内容

2.1 保险责任

在保险期间内，被保险人自获得被保资格之日起持有效客票（包括依法免票）乘坐（见释义）合法从事客运的营运交通工具，在该营运交通工具内遭受意外伤害（见释义）导致其身故或伤残的，保险人依照下列约定给付保险金，但保险人对被保险人乘坐同一类别营运交通工具给付的以下两项保险金之和，以该类营运交通工具所对应的保险金额为限。一次或累计给付的保险金达到该类营运交通工具的保险金额时，保险人对被保险人乘坐该类营运交通工具的保险责任终止。

2.1.1 意外伤害身故保险责任

被保险人自意外伤害发生之日起 180 日内因该意外伤害身故的，保险人按该被保险人在本保险合同上所载的相应营运交通工具所对应的保险金额给付意外伤害身故保险金，对该被保险人的保险责任终止。

被保险人因遭受意外伤害且自该意外伤害发生日起下落不明，后经人民法院宣告死亡的，保险人按本保险合同上所载的相应营运交通工具所对应的保险金额给付意外伤害身故保险金。但若被保险人被宣告死亡后生还的，保险金受益人应于知道或应当知道被保险人生还后 30 日内退还保险人给付的意外伤害身故保险金。

被保险人身故前保险人已给付 2.1.2 约定的意外伤害伤残保险金的，意外伤害身故保险金应扣除已给付的保险金。

2.1.2 意外伤害伤残保险责任

被保险人自该意外伤害发生之日起 180 日内因该意外伤害造成《人身保险伤残评定标准及代码》（见释义）（简称《评定标准》）所列伤残程度之一的，保

险人按《评定标准》所对应伤残等级的给付比例乘以该被保险人的相应营运交通工具所对应的保险金额给付意外伤害伤残保险金。如第 180 日治疗仍未结束的，按当日的身体情况进行伤残评定，并据此给付意外伤害伤残保险金。

(1) 被保险人因同一意外伤害造成两处或两处以上伤残时，保险人根据《评定标准》规定的多处伤残评定原则给付意外伤害伤残保险金。但给付总额不超过该类营运交通工具所对应的保险金额。

(2) 被保险人如在本次意外伤害之前已有残疾，保险人按合并后的伤残程度在《评定标准》中所对应伤残等级的给付比例扣除原有伤残程度在《评定标准》中所对应伤残等级的给付比例，给付意外伤害伤残保险金。

2.2 责任免除

因下列情形之一，导致被保险人身故或伤残的，保险人不承担给付保险金责任：

- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (3) 被保险人故意自伤或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- (4) 因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
- (5) 被保险人未遵医嘱服用、涂用、注射药物；
- (6) 被保险人醉酒、受毒品及管制药物（见释义）的影响；
- (7) 被保险人非因意外伤害导致的细菌或病毒感染；
- (8) 任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
- (9) 恐怖袭击；
- (10) 战争（见释义）、军事冲突（见释义）、暴乱（见释义）或武装叛乱；
- (11) 被保险人的精神和行为障碍（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；
- (12) 乘坐的营运交通工具用于军事、教学、测试、竞赛、特技、表演、探险、货物运输、石油挖掘、采矿、空中摄影、处理爆炸物、森林砍伐、建筑工程、水上作业及高空作业；
- (13) 搭乘非商业航班。

2.3 保险金额

各类营运交通工具每一被保险人的保险金额是保险人承担给付该类营运交通工具保险金责任的最高限额。未成年人身故保险金额及身故时各保险人实际给付的保险金总和依法规定和监管规定处理。

各项保险责任的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

若本保险合同设有每次意外伤害限额（见释义）的，保险人对所有被保险人于任一次意外伤害中实际给付的身故保险金的总额不超过保险单所载的每次意外伤害限额。

每一被保险人的意外伤害身故伤残保险金额和每次意外伤害限额一经确定，在保险期间内不得变更。

2.4 保险期间

除另有约定外，本产品保险期间为 1 年，以保险单载明的起讫时间为准。

3 投保人、被保险人义务

3.1 交费义务

除另有约定外，投保人应当在本合同成立时一次性交清保险费，保险费交清前，本保险合同不生效，对保险费交清前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

投保人未按约定交纳保险费的，保险人有权解除保险合同。

3.2 如实告知义务

投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

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

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

投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿或者给付保险金的责任，但应当退还保险费。

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

3.3 住址或通讯地址变更通知义务

投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。

3.4 被保险人变动通知义务

在保险期间内，团体保险的投保人因其人员变动，需增加、减少被保险人时，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

被保险人人数增加时，保险人在审核同意后出具批单，于批单生效日零时开始承担保险责任，并按约定增收相应的保险费。

被保险人人数减少时，投保人提供已通知相应被保险人退保的有效证明，保险人在审核同意后出具批单，于批单生效日零时起，对减少的被保险人终止保险责任，并按约定退还相应的保险费。但减少的被保险人已发生任何保险金给付或已发生本保险合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，保险人不退还该被保险人项下相应的保险费。减少后的被保险人人数不足约定承保团体人员的75%或人数低于3人时，保险人有权解除本保险合同，并按约定退还现金价值。

3.5 其他内容变更通知义务

在保险期间内，投保人需变更合同其他内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。若被保险人已身故，则保险人不接受本保险合同中有关该被保险人的任何内容的变更申请。

3.6 保险事故通知义务

发生保险责任范围内的事故后，投保人、被保险人或受益人应在10日内通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。

上述约定，不包括因不可抗力（见释义）而导致的迟延。

4 保险人义务

(1) 本附加险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

(2) 保险人认为投保人、被保险人或者受益人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人或者受益人补充提供。

(3) 保险人收到被保险人或者受益人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在30日内作出核定。但保险责任的核定必须依赖于特定证明、鉴定、判决、裁定或其他证据材料的，保险人应在被保险人或者受益人提供或自行取得上述证据材料起30日内作出核定。本附加险合同另有约定的除外。

(4) 保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益人达成给付保险金的协议后10日内，履行赔偿保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起3个工作日内向被保险人或者受益人发出拒绝给付保险金通知

书，并说明理由。

(5) 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起 60 日内，对其赔偿保险金的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

5 保险金申请与给付

保险金申请人（见释义）向保险人申请给付保险金时，应填写保险金给付申请书，并提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。保险人按照本附加险合同的约定，认为有关的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。**保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

5.1 意外伤害身故保险金申请

- (1) 保险金给付申请书；
- (2) 保险单；
- (3) 保险金申请人的身份证明；
- (4) 公安机关或司法部门、二级及二级以上医院或保险人认可的医疗机构出具的被保险人死亡证明或验尸报告。若被保险人为宣告死亡，保险金申请人应提供法院出具的宣告死亡证明文件；
- (5) 被保险人的户籍注销证明；
- (6) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料。

5.2 意外伤害伤残保险金申请

- (1) 保险金给付申请书
- (2) 保险单；
- (3) 保险金申请人的身份证明；
- (4) 司法部门或保险人认可的司法鉴定机构出具的伤残鉴定书；
- (5) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料。

6 保险合同解除

本保险合同成立后，除本保险合同另有约定外，投保人可以要求解除本保险合同。但已发生任何保险金给付或已发生本保险合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，投保人不得要求解除本保险合同。

投保人要求解除本保险合同时，应填写保险合同解除申请书，并提交保险单、保险费交付凭证和投保人身份证明。**本保险合同自本保险人接到保险合同解除申请书时终止。**本保险人于接到保险合同解除申请书之日起三十日内向投保人退还本保险合同的**现金价值（见释义）**；但若投保人在保险责任开始前就要求解除合同，则保险人全额退还已缴纳的保险费。

7 释义

7.1 周岁

以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。

7.2 交通工具

指飞机、火车（含地铁、轻轨）、汽车（含电车、有轨电车）、轮船（客船、渡船、游船）。

7.3 乘坐

从乘客双脚踏入机舱、车厢或甲板时开始，至乘客双脚离开机舱、车厢或甲板时终止。

7.4 意外伤害

指外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件致使身体受到的伤害。

以下情形属于疾病范畴，非本条款所指意外伤害：

(1) 猝死：指由潜在疾病、身体机能障碍或其他非外来性原因所导致的、在出现急性症状后发生的突然死亡，以医院的诊断或公安、司法机关的鉴定为准；

(2) 过敏及由过敏引发的变态反应性疾病；

(3) 高原反应；

(4) 中暑；

(5) 细菌、病毒或其他病原体导致的感染性疾病。

7.5 《人身保险伤残评定标准及代码》

指由中国保险监督管理委员会发布的《人身保险伤残评定标准及代码》（保监发〔2014〕6号、标准编号JR/T 0083-2013）。如该标准重新修订，则以最新修订的文件版本为准。

7.4 毒品及管制药物

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。

7.5 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。

7.6 军事冲突

指国家与民族之间在一定范围内的武装对抗，以政府宣布为准。

7.7 暴乱

指破坏社会秩序的武装骚动，以政府宣布为准。

7.8 每次意外伤害限额

是指对本保险合同项下发生的任何一次意外伤害而造成被保险人身故，保险人所承担的最高给付限额。若在任何一次的意外伤害中，“每次意外伤害限额”小于在无“每次意外伤害限额”情况下应给付的各被保险人的保险金总额，则保险人根据以下公式计算实际给付每一被保险人的保险金：

实际给付每一被保险人的保险金 = （每次意外伤害限额 ÷ 在无“每次意外伤害限额”情况下应给付的各被保险人的保险金总额） × 在无“每次意外伤害限额”情况下应给付的该被保险人的保险金。

7.8 不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

7.9 保险金申请人

除另有约定外，意外伤害身故保险金申请人是指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人；意外伤害伤残保险金申请人是指被保险人本人。

7.10 现金价值

除另有约定外，按下述公式计算现金价值：现金价值 = 净保费 × （1 - 保险合同已生效的天数 / 保险合同保险期限的天数），经过日期不足一日的按一日计算。

人身保险伤残评定标准（行业标准）

说明：本标准对功能和残疾进行了分类和分级，将人身保险伤残程度划分为一至十级，最重为第一级，最轻为第十级。与人身保险伤残程度等级相对应的保险金给付比例分为十档，伤残程度第一级对应的保险金给付比例为 100%，伤残程度第十级对应的保险金给付比例为 10%，每级相差 10%。

1 神经系统的结构和精神功能

1.1 脑膜的结构损伤

外伤性脑脊液鼻漏或耳漏	10 级
-------------	------

1.2 脑的结构损伤，智力功能障碍

颅脑损伤导致极度智力缺损（智商小于等于 20），日常生活完全不能自理，处于完全护理依赖状态	1 级
颅脑损伤导致重度智力缺损（智商小于等于 34），日常生活需随时有人帮助才能完成，处于完全护理依赖状态	2 级
颅脑损伤导致重度智力缺损（智商小于等于 34），不能完全独立生活，需经常有人监护，处于大部分护理依赖状态	3 级
颅脑损伤导致中度智力缺损（智商小于等于 49），日常生活能力严重受限，间或需要帮助，处于大部分护理依赖状态	4 级

注：①护理依赖：应用“基本日常生活活动能力”的丧失程度来判断护理依赖程度。

②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。

③护理依赖的程度分三级：（1）完全护理依赖指生活完全不能自理，上述六项基本日常生活活动均需护理者；（2）大部分护理依赖指生活大部不能自理，上述六项基本日常生活活动中三项或三项以上需要护理者；（3）部分护理依赖指部分生活不能自理，上述六项基本日常生活活动中一项或一项以上需要护理者。

1.3 意识功能障碍

意识功能是指意识和警觉状态下的一般精神功能，包括清醒和持续的觉醒状态。本标准中的意识功能障碍是指颅脑损伤导致植物状态。

颅脑损伤导致植物状态	1 级
------------	-----

注：植物状态指由于严重颅脑损伤造成认知功能丧失，无意识活动，不能执行命令，保持自主呼吸和血压，有睡眠-醒觉周期，不能理解和表达语言，能自动睁眼或刺激下睁眼，可有无目的性眼球跟踪运动，丘脑下部及脑干功能基本保存。

2 眼，耳和有关的结构和功能

2.1 眼球损伤或视功能障碍

视功能是指与感受存在的光线和感受视觉刺激的形式、大小、形状和颜色等有关的感觉功能。本标准中的视功能障碍是指眼盲目或低视力。

双侧眼球缺失	1 级
一侧眼球缺失，且另一侧眼盲目 5 级	1 级
一侧眼球缺失，且另一侧眼盲目 4 级	2 级
一侧眼球缺失，且另一侧眼盲目 3 级	3 级
一侧眼球缺失，且另一侧眼低视力 2 级	4 级
一侧眼球缺失，且另一侧眼低视力 1 级	5 级
一侧眼球缺失	7 级

2.2 视功能障碍

除眼盲目和低视力外，本标准中的视功能障碍还包括视野缺损。

双眼盲目 5 级	2 级
双眼视野缺损，直径小于 5°	2 级
双眼盲目大于等于 4 级	3 级
双眼视野缺损，直径小于 10°	3 级
双眼盲目大于等于 3 级	4 级
双眼视野缺损，直径小于 20°	4 级
双眼低视力大于等于 2 级	5 级
双眼低视力大于等于 1 级	6 级
双眼视野缺损，直径小于 60°	6 级
一眼盲目 5 级	7 级
一眼视野缺损，直径小于 5°	7 级
一眼盲目大于等于 4 级	8 级
一眼视野缺损，直径小于 10°	8 级

一眼盲目大于等于 3 级	9 级
一眼视野缺损，直径小于 20°	9 级
一眼低视力大于等于 1 级。	10 级
一眼视野缺损，直径小于 60°	10 级

注：①视力和视野

级别		低视力及盲目分级标准	
		最好矫正视力	
		最好矫正视力低于	最低矫正视力等于或优于
低视力	1	0.3	0.1
	2	0.1	0.05（三米指数）
盲目	3	0.05	0.02（一米指数）
	4	0.02	光感
	5	无光感	

如果中心视力好而视野缩小，以中央注视点为中心，视野直径小于 20° 而大于 10° 者为盲目 3 级；如直径小于 10° 者为盲目 4 级。

本标准视力以矫正视力为准，经治疗而无法恢复者。

②视野缺损指因损伤导致眼球注视前方而不转动所能看到的空间范围缩窄，以致难以从事正常工作、学习或其他活动。

2.3 眼球的晶状体结构损伤

外伤性白内障	10 级
--------	------

注：外伤性白内障：凡未做手术者，均适用本条；外伤性白内障术后遗留相关视功能障碍，参照有关条款评定伤残等级。

2.4 眼睑结构损伤

双侧眼睑显著缺损	8 级
双侧眼睑外翻	8 级
双侧眼睑闭合不全	8 级
一侧眼睑显著缺损	9 级
一侧眼睑外翻	9 级
一侧眼睑闭合不全	9 级

注：眼睑显著缺损指闭眼时眼睑不能完全覆盖角膜。

2.5 耳廓结构损伤或听功能障碍

听功能是指与感受存在的声音和辨别方位、音调、音量和音质有关的感觉功能。

双耳听力损失大于等于 91dB，且双侧耳廓缺失	2 级
双耳听力损失大于等于 91dB，且一侧耳廓缺失	3 级
一耳听力损失大于等于 91dB，另一耳听力损失大于等于 71dB，且一侧耳廓缺失，另一侧耳廓缺失大于等于 50%	3 级
双耳听力损失大于等于 71dB，且双侧耳廓缺失	3 级
双耳听力损失大于等于 71dB，且一侧耳廓缺失	4 级
双耳听力损失大于等于 56dB，且双侧耳廓缺失	4 级
一耳听力损失大于等于 91dB，另一耳听力损失大于等于 71dB，且一侧耳廓缺失大于等于 50%	4 级
双耳听力损失大于等于 71dB，且一侧耳廓缺失大于等于 50%	5 级
双耳听力损失大于等于 56dB，且一侧耳廓缺失	5 级
双侧耳廓缺失	5 级
一侧耳廓缺失，且另一侧耳廓缺失大于等于 50%	6 级
一侧耳廓缺失	8 级
一侧耳廓缺失大于等于 50%	9 级

2.6 听功能障碍

双耳听力损失大于等于 91dB	4 级
双耳听力损失大于等于 81dB	5 级
一耳听力损失大于等于 91dB，且另一耳听力损失大于等于 71dB	5 级
双耳听力损失大于等于 71dB	6 级
一耳听力损失大于等于 91dB，且另一耳听力损失大于等于 56dB	6 级
一耳听力损失大于等于 91dB，且另一耳听力损失大于等于 41dB	7 级
一耳听力损失大于等于 71dB，且另一耳听力损失大于等于 56dB	7 级
一耳听力损失大于等于 71dB，且另一耳听力损失大于等于 41dB	8 级
一耳听力损失大于等于 91dB	8 级
一耳听力损失大于等于 56dB，且另一耳听力损失大于等于 41dB	9 级
一耳听力损失大于等于 71dB	9 级
双耳听力损失大于等于 26dB	10 级
一耳听力损失大于等于 56dB	10 级

3 发声和言语的结构和功能

3.1 鼻的结构损伤

外鼻部完全缺失	5 级
外鼻部大部分缺损	7 级
鼻尖及一侧鼻翼缺损	8 级
双侧鼻腔或鼻咽部闭锁	8 级
一侧鼻翼缺损	9 级
单侧鼻腔或鼻孔闭锁	10 级

3.2 口腔的结构损伤

舌缺损大于全舌的 2/3	3 级
舌缺损大于全舌的 1/3	6 级
口腔损伤导致牙齿脱落大于等于 16 枚	9 级
口腔损伤导致牙齿脱落大于等于 8 枚	10 级

3.3 发声和言语的功能障碍

本标准中的发声和言语的功能障碍是指语言功能丧失。

语言功能完全丧失	8 级
----------	-----

注：语言功能完全丧失指构成语言的口唇音、齿舌音、口盖音和喉头音的四种语言功能中，有三种以上不能构声、或声带全部切除，或因大脑语言中枢受伤害而患失语症，并须有资格的耳鼻喉科医师出具医疗诊断证明，但不包括任何心理障碍引致的失语。

4 心血管，免疫和呼吸系统的结构和功能

4.1 心脏的结构损伤或功能障碍

胸部损伤导致心肺联合移植	1 级
胸部损伤导致心脏贯通伤修补术后，心电图有明显改变	3 级
胸部损伤导致心肌破裂修补	8 级

4.2 脾结构损伤

腹部损伤导致脾切除	8 级
腹部损伤导致脾部分切除	9 级
腹部损伤导致脾破裂修补	10 级

4.3 肺的结构损伤

胸部损伤导致一侧全肺切除	4 级
胸部损伤导致双侧肺叶切除	4 级
胸部损伤导致同侧双肺叶切除	5 级
胸部损伤导致肺叶切除	7 级

4.4 胸廓的结构损伤

本标准中的胸廓的结构损伤是指肋骨骨折或缺失。

胸部损伤导致大于等于 12 根肋骨骨折	8 级
胸部损伤导致大于等于 8 根肋骨骨折	9 级
胸部损伤导致大于等于 4 根肋骨缺失	9 级
胸部损伤导致大于等于 4 根肋骨骨折	10 级
胸部损伤导致大于等于 2 根肋骨缺失	10 级

5 消化、代谢和内分泌系统有关的结构和功能

5.1 咀嚼和吞咽功能障碍

咀嚼是指用后牙（如磨牙）碾、磨或咀嚼食物的功能。吞咽是指通过口腔、咽和食道把食物和饮料以适宜的频率和速度送入胃中的功能。

咀嚼、吞咽功能完全丧失	1 级
-------------	-----

注：咀嚼、吞咽功能丧失指由于牙齿以外的原因引起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。

5.2 肠的结构损伤

腹部损伤导致小肠切除大于等于 90%	1 级
腹部损伤导致小肠切除大于等于 75%，合并短肠综合症	2 级
腹部损伤导致小肠切除大于等于 75%	4 级
腹部或骨盆部损伤导致全结肠、直肠、肛门结构切除，回肠造瘘	4 级
腹部或骨盆部损伤导致直肠、肛门切除，且结肠部分切除，结肠造瘘	5 级
腹部损伤导致小肠切除大于等于 50%，且包括回盲部切除	6 级
腹部损伤导致小肠切除大于等于 50%	7 级
腹部损伤导致结肠切除大于等于 50%	7 级
腹部损伤导致结肠部分切除	8 级

骨盆部损伤导致直肠、肛门损伤，且遗留永久性乙状结肠造口	9 级
骨盆部损伤导致直肠、肛门损伤，且瘢痕形成	10 级

5.3 胃结构损伤

腹部损伤导致全胃切除	4 级
腹部损伤导致胃切除大于等于 50%	7 级

5.4 胰结构损伤或代谢功能障碍

本标准中的代谢功能障碍是指胰岛素依赖。

腹部损伤导致胰完全切除	1 级
腹部损伤导致胰切除大于等于 50%，且伴有胰岛素依赖	3 级
腹部损伤导致胰头、十二指肠切除	4 级
腹部损伤导致胰切除大于等于 50%	6 级
腹部损伤导致胰部分切除	8 级

5.5 肝结构损伤

腹部损伤导致肝切除大于等于 75%	2 级
腹部损伤导致肝切除大于等于 50%	5 级
腹部损伤导致肝部分切除	8 级

6 泌尿和生殖系统有关的结构和功能

6.1 泌尿系统的结构损伤

腹部损伤导致双侧肾切除	1 级
腹部损伤导致孤肾切除	1 级
骨盆部损伤导致双侧输尿管缺失	5 级
骨盆部损伤导致双侧输尿管闭锁	5 级
骨盆部损伤导致一侧输尿管缺失，另一侧输尿管闭锁	5 级
骨盆部损伤导致膀胱切除	5 级
骨盆部损伤导致尿道闭锁	5 级
骨盆部损伤导致一侧输尿管缺失，另一侧输尿管严重狭窄	7 级
骨盆部损伤导致一侧输尿管闭锁，另一侧输尿管严重狭窄	7 级

腹部损伤导致一侧肾切除	8 级
骨盆部损伤导致双侧输尿管严重狭窄	8 级
骨盆部损伤导致一侧输尿管缺失，另一侧输尿管狭窄	8 级
骨盆部损伤导致一侧输尿管闭锁，另一侧输尿管狭窄	8 级
腹部损伤导致一侧肾部分切除	9 级
骨盆部损伤导致一侧输尿管缺失	9 级
骨盆部损伤导致一侧输尿管闭锁	9 级
骨盆部损伤导致尿道狭窄	9 级
骨盆部损伤导致膀胱部分切除	9 级
腹部损伤导致肾破裂修补	10 级
骨盆部损伤导致一侧输尿管严重狭窄	10 级
骨盆部损伤导致膀胱破裂修补	10 级

6.2 生殖系统的结构损伤

会阴部损伤导致双侧睾丸缺失	3 级
会阴部损伤导致双侧睾丸完全萎缩	3 级
会阴部损伤导致一侧睾丸缺失，另一侧睾丸完全萎缩	3 级
会阴部损伤导致阴茎体完全缺失	4 级
会阴部损伤导致阴道闭锁	5 级
会阴部损伤导致阴茎体缺失大于 50%	5 级
会阴部损伤导致双侧输精管缺失	6 级
会阴部损伤导致双侧输精管闭锁	6 级
会阴部损伤导致一侧输精管缺失，另一侧输精管闭锁	6 级
胸部损伤导致女性双侧乳房缺失	7 级
骨盆部损伤导致子宫切除	7 级
胸部损伤导致女性一侧乳房缺失，另一侧乳房部分缺失	8 级
胸部损伤导致女性一侧乳房缺失	9 级
骨盆部损伤导致子宫部分切除	9 级
骨盆部损伤导致子宫破裂修补	10 级
会阴部损伤导致一侧睾丸缺失	10 级
会阴部损伤导致一侧睾丸完全萎缩	10 级
会阴部损伤导致一侧输精管缺失	10 级
会阴部损伤导致一侧输精管闭锁	10 级

7 神经肌肉骨骼和运动有关的结构和功能

7.1 头颈部的结构损伤

双侧上颌骨完全缺失	2 级
双侧下颌骨完全缺失	2 级
一侧上颌骨及对侧下颌骨完全缺失	2 级
同侧上、下颌骨完全缺失	3 级
上颌骨、下颌骨缺损，且牙齿脱落大于等于 24 枚	3 级
一侧上颌骨完全缺失	3 级
一侧下颌骨完全缺失	3 级
一侧上颌骨缺损大于等于 50%，且口腔、颜面部软组织缺损大于 20cm^2	4 级
一侧下颌骨缺损大于等于 6cm，且口腔、颜面部软组织缺损大于 20cm^2	4 级
面颊部洞穿性缺损大于 20cm^2	4 级
上颌骨、下颌骨缺损，且牙齿脱落大于等于 20 枚	5 级
一侧上颌骨缺损大于 25%，小于 50%，且口腔、颜面部软组织缺损大于 10cm^2	5 级
一侧下颌骨缺损大于等于 4cm，且口腔、颜面部软组织缺损大于 10cm^2	5 级
一侧上颌骨缺损等于 25%，且口腔、颜面部软组织缺损大于 10cm^2	6 级
面部软组织缺损大于 20cm^2 ，且伴发涎瘘	6 级
上颌骨、下颌骨缺损，且牙齿脱落大于等于 16 枚	7 级
上颌骨、下颌骨缺损，且牙齿脱落大于等于 12 枚	8 级
上颌骨、下颌骨缺损，且牙齿脱落大于等于 8 枚	9 级
上颌骨、下颌骨缺损，且牙齿脱落大于等于 4 枚	10 级
颅骨缺损大于等于 6cm^2	10 级

7.2 头颈部关节功能障碍

单侧颞下颌关节强直，张口困难Ⅲ度	6 级
双侧颞下颌关节强直，张口困难Ⅲ度	6 级
双侧颞下颌关节强直，张口困难Ⅱ度	8 级
一侧颞下颌关节强直，张口困难Ⅰ度	10 级

注：张口困难判定及测量方法是以患者自身的食指、中指、无名指并列垂直置入上、下中切牙切缘间测量。正常张口度指张口时上述三指可垂直置入上、下切牙切缘间（相当于 4.5cm 左右）；张口困难Ⅰ度指大张口时，只能垂直置入食指和中指（相当于 3cm 左右）；张口困难Ⅱ度指大张口时，只能垂直置入食指（相当于 1.7cm 左右）；张口困难Ⅲ度指大张口时，上、下切牙间距小于食指之横径。

7.3 上肢的结构损伤，手功能或关节功能障碍

双手完全缺失	4 级
双手完全丧失功能	4 级
一手完全缺失，另一手完全丧失功能	4 级
双手缺失（或丧失功能）大于等于 90%	5 级
双手缺失（或丧失功能）大于等于 70%	6 级
双手缺失（或丧失功能）大于等于 50%	7 级
一上肢三大关节中，有两个关节完全丧失功能	7 级
一上肢三大关节中，有一个关节完全丧失功能	8 级
双手缺失（或丧失功能）大于等于 30%	8 级
双手缺失（或丧失功能）大于等于 10%	9 级
双上肢长度相差大于等于 10cm	9 级
双上肢长度相差大于等于 4cm	10 级
一上肢三大关节中，因骨折累及关节面导致一个关节功能部分丧失	10 级

注：手缺失和丧失功能的计算：一手拇指占一手功能的 36%，其中末节和近节指节各占 18%；食指、中指各占一手功能的 18%，其中末节指节占 8%，中节指节占 7%，近节指节占 3%；无名指和小指各占一手功能的 9%，其中末节指节占 4%，中节指节占 3%，近节指节占 2%。一手掌占一手功能的 10%，其中第一掌骨占 4%，第二、第三掌骨各占 2%，第四、第五掌骨各占 1%。本标准中，双手缺失或丧失功能的程度是按前面方式累加计算的结果。

7.4 骨盆部的结构损伤

骨盆环骨折，且两下肢相对长度相差大于等于 8cm	7 级
髌臼骨折，且两下肢相对长度相差大于等于 8cm	7 级
骨盆环骨折，且两下肢相对长度相差大于等于 6cm	8 级
髌臼骨折，且两下肢相对长度相差大于等于 6cm	8 级
骨盆环骨折，且两下肢相对长度相差大于等于 4cm	9 级
髌臼骨折，且两下肢相对长度相差大于等于 4cm	9 级
骨盆环骨折，且两下肢相对长度相差大于等于 2cm	10 级
髌臼骨折，且两下肢相对长度相差大于等于 2cm	10 级

7.5 下肢的结构损伤，足功能或关节功能障碍

双足跗跖关节以上缺失	6 级
双下肢长度相差大于等于 8cm	7 级

一下肢三大关节中，有两个关节完全丧失功能	7 级
双足足弓结构完全破坏	7 级
一足跗跖关节以上缺失	7 级
双下肢长度相差大于等于 6cm	8 级
一足足弓结构完全破坏，另一足足弓结构破坏大于等于 1/3	8 级
双足十趾完全缺失	8 级
一下肢三大关节中，有一个关节完全丧失功能	8 级
双足十趾完全丧失功能	8 级
双下肢长度相差大于等于 4cm	9 级
一足足弓结构完全破坏	9 级
双足十趾中，大于等于五趾缺失	9 级
一足五趾完全丧失功能	9 级
一足足弓结构破坏大于等于 1/3	10 级
双足十趾中，大于等于两趾缺失	10 级
双下肢长度相差大于等于 2cm	10 级
一下肢三大关节中，因骨折累及关节面导致一个关节功能部分丧失	10 级

注：① 足弓结构破坏：指意外损伤导致的足弓缺失或丧失功能。

② 足弓结构完全破坏指足的内、外侧纵弓和横弓结构完全破坏，包括缺失和丧失功能；足弓 1/3 结构破坏指足三弓的任一弓的结构破坏。

③ 足趾缺失：指自趾关节以上完全切断。

7.6 四肢的结构损伤，肢体功能或关节功能障碍

三肢以上缺失(上肢在腕关节以上, 下肢在踝关节以上)	1 级
三肢以上完全丧失功能	1 级
二肢缺失（上肢在腕关节以上，下肢在踝关节以上），且第三肢完全丧失功能	1 级
一肢缺失（上肢在腕关节以上，下肢在踝关节以上），且另二肢完全丧失功能	1 级
二肢缺失(上肢在肘关节以上，下肢在膝关节以上)	2 级
一肢缺失（上肢在肘关节以上，下肢在膝关节以上），且另一肢完全丧失功能	2 级
二肢完全丧失功能	2 级
一肢缺失（上肢在腕关节以上，下肢在踝关节以上），且另一肢完全丧失功能	3 级

二肢缺失(上肢在腕关节以上，下肢在踝关节以上)	3 级
两上肢、或两下肢、或一上肢及一下肢，各有三大关节中的两个关节完全丧失功能	4 级
一肢缺失(上肢在肘关节以上，下肢在膝关节以上)	5 级
一肢完全丧失功能	5 级
一肢缺失(上肢在腕关节以上，下肢在踝关节以上)	6 级
四肢长骨一骺板以上粉碎性骨折	9 级

注：① 骺板：骺板的定义只适用于儿童，四肢长骨骺板骨折可能影响肢体发育，如果存在肢体发育障碍的，应当另行评定伤残等级。

② 肢体丧失功能指意外损伤导致肢体三大关节（上肢腕关节、肘关节、肩关节或下肢踝关节、膝关节、髋关节）功能的丧失。

③ 关节功能的丧失指关节永久完全僵硬、或麻痹、或关节不能随意识活动。

7.7 脊柱结构损伤和关节活动功能障碍

本标准中的脊柱结构损伤是指颈椎或腰椎的骨折脱位，本标准中的关节活动功能障碍是指颈部或腰部活动度丧失。

脊柱骨折脱位导致颈椎或腰椎畸形愈合，且颈部或腰部活动度丧失大于等于75%	7 级
脊柱骨折脱位导致颈椎或腰椎畸形愈合，且颈部或腰部活动度丧失大于等于50%	8 级
脊柱骨折脱位导致颈椎或腰椎畸形愈合，且颈部或腰部活动度丧失大于等于25%	9 级

7.8 肌肉力量功能障碍

肌肉力量功能是指与肌肉或肌群收缩产生力量有关的功能。本标准中的肌肉力量功能障碍是指四肢瘫、偏瘫、截瘫或单瘫。

四肢瘫（三肢以上肌力小于等于 3 级）	1 级
截瘫(肌力小于等于 2 级)且大便和小便失禁	1 级
四肢瘫（二肢以上肌力小于等于 2 级）	2 级
偏瘫（肌力小于等于 2 级）	2 级
截瘫（肌力小于等于 2 级）	2 级
四肢瘫（二肢以上肌力小于等于 3 级）	3 级
偏瘫（肌力小于等于 3 级）	3 级
截瘫（肌力小于等于 3 级）	3 级
四肢瘫（二肢以上肌力小于等于 4 级）	4 级

偏瘫（一肢肌力小于等于 2 级）	5 级
截瘫（一肢肌力小于等于 2 级）	5 级
单瘫（肌力小于等于 2 级）	5 级
偏瘫（一肢肌力小于等于 3 级）	6 级
截瘫（一肢肌力小于等于 3 级）	6 级
单瘫（肌力小于等于 3 级）	6 级
偏瘫（一肢肌力小于等于 4 级）	7 级
截瘫（一肢肌力小于等于 4 级）	7 级
单瘫（肌力小于等于 4 级）	8 级

注：① 偏瘫指一侧上下肢的瘫痪。

② 截瘫指脊髓损伤后，受伤平面以下双侧肢体感觉、运动、反射等消失和膀胱、肛门括约肌功能丧失的病症。

③ 单瘫指一个肢体或肢体的某一部分瘫痪。

④ 肌力：为判断肢体瘫痪程度，将肌力分级划分为 0-5 级。

0 级：肌肉完全瘫痪，毫无收缩。

1 级：可看到或触及肌肉轻微收缩，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，但不能对抗外加的阻力。

4 级：能对抗一定的阻力，但较正常人为低。

5 级：正常肌力。

8 皮肤和有关的结构和功能

8.1 头颈部皮肤结构损伤和修复功能障碍

皮肤的修复功能是指修复皮肤破损和其他损伤的功能。本标准中的皮肤修复功能障碍是指瘢痕形成。

头颈部 III 度烧伤，面积大于等于全身体表面积的 8%	2 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于面部皮肤面积的 90%	2 级
颈部皮肤损伤导致瘢痕形成，颈部活动度完全丧失	3 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于面部皮肤面积的 80%	3 级
颈部皮肤损伤导致瘢痕形成，颈部活动度丧失大于等于 75%	4 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于面部皮肤面积的 60%	4 级
头颈部 III 度烧伤，面积大于等于全身体表面积的 5%，且小于 8%	5 级
颈部皮肤损伤导致瘢痕形成，颈部活动度丧失大于等于 50%	5 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于面部皮肤面积的 40%	5 级

面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于面部皮肤面积的 20%	6 级
头部撕脱伤后导致头皮缺失，面积大于等于头皮面积的 20%	6 级
颈部皮肤损伤导致颈前三角区瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于颈前三角区面积的 75%	7 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于 24cm ²	7 级
头颈部 III 度烧伤，面积大于等于全身体表面积的 2%，且小于 5%	8 级
颈部皮肤损伤导致颈前三角区瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于颈前三角区面积的 50%	8 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于 18cm ²	8 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于 12cm ² 或面部线条状瘢痕大于等于 20cm	9 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于 6cm ² 或面部线条状瘢痕大于等于 10cm	10 级

注：① 瘢痕：指创面愈合后的增生性瘢痕，不包括皮肤平整、无明显质地改变的萎缩性瘢痕或疤痕。

② 面部的范围和瘢痕面积的计算：面部的范围指上至发际、下至下颌下缘、两侧至下颌支后缘之间的区域，包括额部、眼部、眶部、鼻部、口唇部、颏部、颧部、颊部和腮腺咬肌部。面部瘢痕面积的计算采用全面部和 5 等分面部以及实测瘢痕面积的方法，分别计算瘢痕面积。面部多处瘢痕，其面积可以累加计算。

③ 颈前三角区：两边为胸锁乳突肌前缘，底为舌骨体上缘及下颌骨下缘。

8.2 各部位皮肤结构损伤和修复功能障碍

皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 90%	1 级
躯干及四肢 III 度烧伤，面积大于等于全身皮肤面积的 60%	1 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 80%	2 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 70%	3 级
躯干及四肢 III 度烧伤，面积大于等于全身皮肤面积的 40%	3 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 60%	4 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 50%	5 级
躯干及四肢 III 度烧伤，面积大于等于全身皮肤面积的 20%	5 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 40%	6 级
腹部损伤导致腹壁缺损面积大于等于腹壁面积的 25%	6 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 30%	7 级
躯干及四肢 III 度烧伤，面积大于等于全身皮肤面积的 10%	7 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 20%	8 级

皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 5%	9 级
--------------------------------	-----

注：① 全身皮肤瘢痕面积的计算：按皮肤瘢痕面积占全身体表面积的百分数来计算，即中国新九分法：在 100%的体表总面积中：头颈部占 9%（9×1）（头部、面部、颈部各占 3%）；双上肢占 18%（9×2）（双上臂 7%，双前臂 6%，双手 5%）；躯干前后包括会阴占 27%（9×3）（前躯 13%，后躯 13%，会阴 1%）；双下肢（含臀部）占 46%（双臀 5%，双大腿 21%，双小腿 13%，双足 7%）（9×5+1）（女性双足和臀各占 6%）。

② 烧伤面积和烧伤深度：烧伤面积的计算按中国新九分法，烧伤深度按三度四分法。III 度烧伤指烧伤深达皮肤全层甚至达到皮下、肌肉和骨骼。烧伤事故不包括冻伤、吸入性损伤（又称呼吸道烧伤）和电击伤。烧伤后按烧伤面积、深度评定伤残等级，待医疗终结后，可以依据造成的功能障碍程度、皮肤瘢痕面积大小评定伤残等级，最终的伤残等级以严重者为淮。