

中国太平洋人寿保险股份有限公司 太保附加学生幼儿短期医疗保险 A 款（2021 版）条款

太平洋人寿[2023]医疗保险 132 号



请扫描以查询验证条款

阅读指引

本阅读指引有助于您理解条款，对本附加险合同内容的解释以条款为准。

您拥有的重要权益

- ❖ 本附加险合同提供的保障在保险责任条款中列明……………2.5
- ❖ 您有退保的权利……………5.2

您应当特别注意的事项

- ❖ 本附加险合同有免赔额、给付比例的约定，请您注意……………2.2
- ❖ 本附加险合同有疾病观察期的约定，请您注意……………2.4
- ❖ 本附加险合同有责任免除条款，请您注意……………2.7
- ❖ 主险合同终止时，本附加险合同同时终止……………5.1
- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策……………5.2
- ❖ 本附加险合同的某些事项适用主险合同条款，请您注意……………6.2
- ❖ 我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请您注意……………9

保险条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本附加险条款。

条款目录（不含三级目录）

1. 您与我们订立的合同	5.2 您解除合同的手续及风险	9.12 矫形、矫形手术
1.1 合同订立	6. 其他需要关注的事项	9.13 现金价值
1.2 合同构成	6.1 意外伤害急救	9.14 有效身份证件
1.3 合同成立与生效	6.2 适用主险合同条款	9.15 情形复杂
1.4 投保范围	7. 重大疾病的定义	9.16 病情稳定
2. 我们提供的保障	7.1 重大疾病的定义	9.17 专科医生
2.1 保险金额	7.2 定义来源及确诊医院范围	9.18 组织病理学检查
2.2 免赔额和给付比例	8. 轻症疾病的定义	9.19 ICD-10
2.3 保险期间	8.1 轻症疾病的定义	9.20 ICD-O-3
2.4 疾病观察期	8.2 定义来源及确诊医院范围	9.21 TNM 分期
2.5 保险责任	9. 释义	9.22 肢体
2.6 费用补偿原则	9.1 意外伤害	9.23 肌力
2.7 责任免除	9.2 住院	9.24 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍
3. 保险金的申请	9.3 公费医疗	9.25 六项基本日常生活活动
3.1 受益人	9.4 基本医疗保险	9.26 永久不可逆
3.2 保险金申请	9.5 城乡居民大病保险	9.27 周岁
3.3 保险金给付	9.6 合理且必要的医疗费用	9.28 美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级
3.4 诉讼时效	9.7 重症监护病房（ICU）	
4. 保险费的支付	9.8 精神、行为或神经发育障碍	
4.1 保险费的支付	9.9 遗传性疾病	
5. 合同终止与解除	9.10 先天性疾病	
5.1 合同终止	9.11 感染艾滋病病毒或患艾滋病	

中国太平洋人寿保险股份有限公司

太保附加学生幼儿短期医疗保险 A 款（2021 版）条款

“太保附加学生幼儿短期医疗保险 A 款（2021 版）”简称“附加学生幼儿短期医疗 A（2021）”。在本附加险条款中，“您”指投保人，“我们”指中国太平洋人寿保险股份有限公司，“本附加险合同”指您与我们之间订立的“太保附加学生幼儿短期医疗保险 A 款（2021 版）合同”。

1. 您与我们订立的合同

- 1.1 合同订立 本附加险合同由主险合同的投保人与我们订立。
- 1.2 合同构成 本附加险合同是您与我们约定保险权利义务关系的协议，包括本附加险条款、保险单及其他保险凭证、投保单及其他投保文件、合法有效的声明、批注、批单及其他您与我们共同认可的书面协议。
- 1.3 合同成立与生效 您提出保险申请、我们同意承保，本附加险合同成立。合同生效日期在保险单上载明。
- 1.4 投保范围 本附加险合同的投保范围与主险合同一致。

2. 我们提供的保障

- 2.1 保险金额 本附加险合同每一项保险责任的保险金额由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。
- 2.2 免赔额和给付比例 本附加险合同的免赔额和给付比例由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。免赔额适用于每次医疗保险金的确定。
- 2.3 保险期间 本附加险合同的保险期间为 1 年，保险期间在保险单上载明。
- 2.4 疾病观察期 自本附加险合同生效之日起一段时间内为疾病观察期，疾病观察期的天数由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。
- 2.5 保险责任 投保时您可以选择以下一项或多项保险责任投保。其中，选择了住院医疗保险和特定疾病门诊医疗保险其中一项责任的，须同时选择另一项责任；选择轻症疾病住院补贴责任的，须同时选择重大疾病住院补贴责任。您选择投保的保险责任在保险单上载明。
- 在本附加险合同保险期间内，且主险合同和本附加险合同均有效的前提下，我们根据您选择投保的责任按以下约定承担保险责任：

住院医疗保险金

被保险人因遭受意外伤害或者在疾病观察期后因疾病住院治疗，在卫生行政部门认定的二级以上（含二级）医院住院治疗所支出的医疗费用，我们以住院医疗保险金额为限，按以下公式计算并给付住院医疗保险金：

(1) 申请住院医疗保险金时被保险人已从公费医疗、基本医疗保险或城乡居民大病保险获得医疗费用补偿的，住院医疗保险金=（被保险人发生的符合本附加险合同签发地政府基本医疗保险管理规定范围内合理且必要的医疗费用金额总和-被保险人从公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险取得的医疗费用补偿金额总和-被保险人从我们在内的商业保险机构等任何途径取得的医疗费用补偿金额总和-投保时双方约定的免赔额）×投保时双方

约定的给付比例。

- (2) 申请住院医疗保险金时被保险人未从公费医疗、基本医疗保险或城乡居民大病保险获得医疗费用补偿的，住院医疗保险金=（被保险人发生的符合本附加险合同签发地政府基本医疗保险管理规定范围内合理且必要的医疗费用金额总和-被保险人从我们在内的商业保险机构等任何途径取得的医疗费用补偿金额总和-投保时双方约定的免赔额）×投保时双方约定的给付比例×70%。

被保险人因意外伤害或疾病进行住院治疗，至保险期间届满住院仍未结束的，我们继续承担给付住院医疗保险金责任至住院结束，但意外伤害住院治疗最长不超过意外伤害发生之日起第180日，疾病住院治疗最长不超过保险期间届满之日起第30日。

我们对被保险人所承担的住院医疗保险金给付责任以本附加险合同保险单所载住院医疗保险金额为限，一次或多次累计给付的保险金达到住院医疗保险金额时，我们对被保险人的该项保险责任终止。

特定疾病门诊 医疗保险金

被保险人因遭受意外伤害或者在疾病观察期后初次患本附加险条款“7.1 重大疾病的定义”中的“恶性肿瘤——重度”、“重型再生障碍性贫血”或“严重慢性肾衰竭”，在卫生行政部门认定的二级以上（含二级）医院门诊治疗“恶性肿瘤——重度”或“重型再生障碍性贫血”所支出的医疗费用以及“严重慢性肾衰竭”的透析治疗费用，我们以特定疾病门诊医疗保险金额为限，按以下公式计算并给付特定疾病门诊医疗保险金：

- (1) 申请特定疾病门诊医疗保险金时被保险人已从公费医疗、基本医疗保险或城乡居民大病保险获得医疗费用补偿的，特定疾病门诊医疗保险金=（被保险人发生的符合本附加险合同签发地政府基本医疗保险管理规定范围内合理且必要的医疗费用金额总和-被保险人从公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险取得的医疗费用补偿金额总和-被保险人从我们在内的商业保险机构等任何途径取得的医疗费用补偿金额总和-投保时双方约定的免赔额）×投保时双方约定的给付比例。
- (2) 申请特定疾病门诊医疗保险金时被保险人未从公费医疗、基本医疗保险或城乡居民大病保险获得医疗费用补偿的，特定疾病门诊医疗保险金=（被保险人发生的符合本附加险合同签发地政府基本医疗保险管理规定范围内合理且必要的医疗费用金额总和-被保险人从我们在内的商业保险机构等任何途径取得的医疗费用补偿金额总和-投保时双方约定的免赔额）×投保时双方约定的给付比例×70%。

被保险人因特定疾病进行门诊治疗，至保险期间届满治疗仍未结束的，我们继续承担给付特定疾病门诊医疗保险金责任至治疗结束，但最长不超过保险期间届满之日起第15日。

我们对被保险人所承担的特定疾病门诊医疗保险金给付责任以本附加险合同保险单所载特定疾病门诊医疗保险金额为限，一次或多次累计给付的保险金达到特定疾病门诊医疗保险金额时，我们对被保险人的该项保险责任终止。

疾病住院补贴	<p>被保险人在疾病观察期后因疾病，在卫生行政部门认定的二级以上（含二级）医院住院治疗，我们按实际住院天数乘以该项保险责任对应的日住院补贴金额给付疾病住院补贴。</p> <p>被保险人在保险期间内开始住院治疗，到保险期间届满住院仍未结束的，我们继续承担疾病住院补贴保险责任至住院结束，但最长不超过保险期间届满之日起第 30 日。</p> <p>在任何情况下，我们在保险期间内对被保险人所承担的疾病住院补贴的给付天数累计以 180 日为限。累计给付天数达到 180 日时，我们对被保险人的该项保险责任终止。</p>
重大疾病住院补贴	<p>被保险人因遭受意外伤害被确诊初次发生本附加险条款“7.1 重大疾病的定义”所约定的重大疾病（无论一种或多种，下同），或在疾病观察期后因意外伤害以外的原因被确诊初次发生重大疾病，在卫生行政部门认定的二级以上（含二级）医院住院治疗，我们按实际住院天数乘以该项保险责任对应的日住院补贴金额给付重大疾病住院补贴。</p> <p>被保险人在保险期间内因重大疾病开始住院治疗，到保险期间届满住院仍未结束的，我们继续承担重大疾病住院补贴保险责任至住院结束，但最长不超过保险期间届满之日起第 30 日。</p> <p>在任何情况下，我们在保险期间内对被保险人所承担的重大疾病住院补贴的给付天数累计以 180 日为限。累计给付天数达到 180 日时，我们对被保险人的该项保险责任终止。</p>
轻症疾病住院补贴	<p>被保险人因遭受意外伤害被确诊初次发生本附加险条款“8.1 轻症疾病的定义”所约定的轻症疾病（无论一种或多种，下同），或在疾病观察期后因意外伤害以外的原因被确诊初次发生轻症疾病，在卫生行政部门认定的二级以上（含二级）医院住院治疗，我们按实际住院天数乘以该项保险责任对应的日住院补贴金额给付轻症疾病住院补贴。</p> <p>被保险人在保险期间内因轻症疾病开始住院治疗，到保险期间届满住院仍未结束的，我们继续承担轻症疾病住院补贴保险责任至住院结束，但最长不超过保险期间届满之日起第 30 日。</p> <p>在任何情况下，我们在保险期间内对被保险人所承担的轻症疾病住院补贴的给付天数累计以 180 日为限。累计给付天数达到 180 日时，我们对被保险人的该项保险责任终止。</p>
重症监护住院补贴	<p>被保险人因遭受意外伤害或在疾病观察期后因意外伤害以外的原因在卫生行政部门认定的二级以上（含二级）医院的重症监护病房（ICU）进行治疗，我们按在重症监护病房（ICU）的实际住院天数乘以该项保险责任对应的日住院补贴金额给付重症监护住院补贴。</p> <p>被保险人在保险期间内进入重症监护病房（ICU）开始住院治疗，到保险期间届满住院仍未结束的，我们继续承担重症监护住院补贴保险责任至住院结束，但最长不超过保险期间届满之日起第 30 日。</p> <p>在任何情况下，我们在保险期间内对被保险人所承担的重症监护住院补贴的给付天数累计以 180 日为限。累计给付天数达到 180 日时，我们对被保险人的该项保险责任终止。</p>

- 2.6 费用补偿原则 本附加险合同中的住院医疗保险金、特定疾病门诊医疗保险金责任适用费用补偿原则，若被保险人已从公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险，和我们在内的商业保险机构等任何途径获得医疗费用补偿的，我们按以上保险金计算公式的约定计算并在各项责任限额内给付保险金，且最高给付金额不超过被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额。
- 2.7 责任免除 下列费用或因下列情形之一导致被保险人发生医疗费用或住院的，我们不承担保险金给付责任：
- (1) 主险合同中列明的“责任免除”事项；
 - (2) 被保险人在本附加险合同生效前或疾病观察期内所患或出现的疾病（或其并发症）、生理缺陷、残疾；
 - (3) 被保险人怀孕、流产、堕胎、分娩（含剖腹产）、避孕、节育绝育手术、治疗不孕不育症、人工受孕及由此导致的并发症；
 - (4) 被保险人进行的一般健康检查或疗养、康复，以及以捐献身体器官为目的的医疗行为；
 - (5) 性病、精神、行为或神经发育障碍、遗传性疾病、先天性疾病、先天性畸形或缺陷、感染艾滋病病毒或患艾滋病；
 - (6) 整容、整容手术、美容、美容手术、矫形、矫形手术、外科整形手术、变性手术、预防性手术（如预防性阑尾切除）；
 - (7) 修复、安装、购买残疾用具（如轮椅、假肢、助听器、配镜、假眼、假牙等）的费用；
 - (8) 被保险人在非本附加险合同约定等级的医院治疗的治疗费用，但本附加险条款“6.1 意外伤害急救”另有约定的除外；
 - (9) 被保险人支出的医疗费用中依法已由第三者补偿或赔偿的部分。
- 发生上述第(1)项情形导致被保险人身故的，本附加险合同终止，我们按主险合同“责任免除”中约定的退还对象退还本附加险合同保险单的**现金价值**。
- 发生上述第(2)至第(9)项情形之一导致被保险人身故的，本附加险合同终止，我们向您退还本附加险合同保险单的**现金价值**。
- 若被保险人已发生过保险金给付，我们不退还本附加险合同保险单的**现金价值**。

3. 保险金的申请

- 3.1 受益人 除另有指定外，本附加险合同保险金的受益人为被保险人本人。
- 3.2 保险金申请 在申请保险金时，请按照下列方式办理：
- 住院医疗保险金、特定疾病门诊医疗保险金 申请人须填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：
- (1) 保险合同或其他保险凭证；
 - (2) 申请人的**有效身份证件**；
 - (3) 被保险人因遭受意外伤害的，须提供公安等有权部门出具的意外事故证明；
 - (4) 被保险人进行门诊治疗的，须提供由卫生行政部门认定的二级以上（含二级）医院出具的门诊病历、复式处方或处方复印件（如门诊收据中含收费明细的，以收据中的明细为准，可不提供复式处方或处方复印件）、各项检查和检验报告单、医药费原始单据、结算明细表；
 - (5) 被保险人住院治疗的，须提供由卫生行政部门认定的二级以上（含二级）医

院出具的包括住院志(即入院记录)、体温单、医嘱单、化验单(检验报告)、医学影像检查资料、特殊检查(治疗)同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理报告、护理记录、出院记录在内的住院病历复印件、住院医疗费用的原始凭证、住院医疗费用结算明细清单(指住院期间每日各项费用明细)、出院小结或出院诊断证明;

(6) 所能够提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害或损失程度等有关的其他证明和资料。

疾病住院补
贴、重大疾病
住院补贴、轻
症疾病住院补
贴、重症监护
住院补贴

申请人须填写保险金给付申请书, 并提供下列证明和资料:

(1) 保险合同或其他保险凭证;

(2) 申请人的有效身份证件;

(3) 被保险人因遭受意外伤害的, 须提供公安等有权部门出具的意外事故证明;

(4) 被保险人住院治疗的, 须提供由卫生行政部门认定的二级以上(含二级)医院出具的包括住院志(即入院记录)、体温单、医嘱单、化验单(检验报告)、医学影像检查资料、特殊检查(治疗)同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理报告、护理记录、出院记录在内的住院病历复印件、住院医疗费用的原始凭证、住院医疗费用结算明细清单(指住院期间每日各项费用明细)、出院小结或出院诊断证明;

(5) 所能够提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害或损失程度等有关的其他证明和资料。

以上保险金申请的证明和资料不完整的, 我们将及时一次性通知申请人补充提供有关证明和资料。

3.3 保险金给付

我们在收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后, 将在5个工作日内作出核定; **情形复杂的**, 在30日内作出核定。对属于保险责任的, 我们在与受益人达成给付保险金的协议后10日内, 履行给付保险金义务。

我们未及时履行前款规定义务的, 除支付保险金外, 应当赔偿受益人因此受到的损失。前述“损失”是指根据中国人民银行公布的同时期的人民币活期存款基准利率计算的利息损失。

对不属于保险责任的, 我们自作出核定之日起3日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

我们在收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起60日内, 对给付保险金的数额不能确定的, 根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付; 我们最终确定给付保险金的数额后, 将支付相应的差额。

3.4 诉讼时效

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

4. 保险费的支付

4.1 保险费的支付 本附加险合同保险费根据约定的保险金额等情况确定。您应于投保时一次性支付全部保险费。

5. 合同终止与解除

5.1 合同终止 当发生下列情形之一时, 本附加险合同效力终止:

(1) 主险合同效力终止；

(2) 因本附加险合同的其他约定而效力终止。

5.2 您解除合同的
手续及风险

如您申请解除本附加险合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：

(1) 保险合同；

(2) 您的有效身份证件。

自我们收到解除合同申请书时起，本附加险合同终止。我们自收到解除合同申请书之日 30 日内向您退还本附加险合同保险单的现金价值。如已发生过保险金给付的，我们不退还本附加险合同保险单的现金价值。

您解除合同会遭受一定损失。

6. 其他需要关注的事项

6.1 意外伤害急救

意外伤害急救不受本附加险合同约定的医院级别的限制，但经急救病情稳定后，须转入卫生行政部门认定的二级以上（含二级）医院治疗，否则，我们对被保险人于急救情况稳定后在非本附加险合同约定级别医院的治疗将不承担保险责任。

6.2 适用主险合同
条款

下列事项适用主险合同条款：

(1) 保险事故通知；

(2) 明确说明与如实告知；

(3) 我们合同解除权的限制；

(4) 合同内容变更；

(5) 联系方式变更；

(6) 争议处理。

7. 重大疾病的定义

7.1 重大疾病的定
义

本附加险合同所保障的重大疾病，是指被保险人在本附加险合同有效期内经**专科医生明确诊断**初次患下列疾病或初次达到下列疾病状态或在医院初次接受下列手术。

以下疾病名称仅供理解使用，具体保障范围以每项疾病具体定义为准。

7.1.1 恶性肿瘤——
重度

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经**组织病理学检查**（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO, World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，不在保障范围内：

(1) ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；

b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

(2) TNM 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

(3) TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或更轻分期的前列腺癌；

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

7.1.2 较重急性心肌梗死

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

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

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

其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白(cTn)升高不在保障范围内。

7.1.3 严重脑中风后遗症

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

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

7.1.4 重大器官移植术或造血干细胞移植术

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

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

7.1.5 冠状动脉搭桥术(或称冠状动脉旁路移植术)

指为治疗严重的冠心病，已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。

- 7.1.6 严重慢性肾衰竭 指双肾功能慢性不可逆性衰竭，依据肾脏病预后质量倡议（K/DOQI）制定的指南，分期达到慢性肾脏病 5 期，且经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗。规律性透析是指每周进行血液透析或每天进行腹膜透析。
- 7.1.7 多个肢体缺失 指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。
- 7.1.8 急性重症肝炎或亚急性重症肝炎 指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：
 (1) 重度黄疸或黄疸迅速加重；
 (2) 肝性脑病；
 (3) B 超或其他影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；
 (4) 肝功能指标进行性恶化。
- 7.1.9 严重非恶性颅内肿瘤 指起源于脑、脑神经、脑被膜的非恶性肿瘤，ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）范畴，并已经引起颅内压升高或神经系统功能损害，出现视乳头水肿或视觉受损、听觉受损、面部或肢体瘫痪、癫痫等，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且须满足下列至少一项条件：
 (1) 已经实施了开颅进行的颅内肿瘤完全或部分切除手术；
 (2) 已经实施了针对颅内肿瘤的放射治疗，如 γ 刀、质子重离子治疗等。
 下列疾病不在保障范围内：
 (1) 脑垂体瘤；
 (2) 脑囊肿；
 (3) 颅内血管性疾病（如脑动脉瘤、脑动静脉畸形、海绵状血管瘤、毛细血管扩张症等）。
- 7.1.10 严重慢性肝衰竭 指因慢性肝脏疾病导致的肝衰竭，且须满足下列全部条件：
 (1) 持续性黄疸；
 (2) 腹水；
 (3) 肝性脑病；
 (4) 充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。
 因酗酒或药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。
- 7.1.11 严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症 指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指经相关专科医生确诊疾病 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：
 (1) 一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；
 (2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
 (3) 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）评估结果为 3 分；
 (4) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
- 7.1.12 深度昏迷 指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级（GCS, Glasgow Coma Scale）结果为 5 分或 5 分以下，且已经持续使用呼吸机及其他生命维持系统 96 小时以上。

- 因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。
- 7.1.13 双耳失聪 指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆性丧失，在 500 赫兹、1000 赫兹和 2000 赫兹语音频率下，平均听阈大于等于 91 分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。
申请理赔时，被保险人年龄必须在 3 周岁以上，并且须提供理赔当时的听力丧失诊断及检查证据。
- 7.1.14 双目失明 指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失，双眼中较好眼须满足下列至少一项条件：
(1) 眼球缺失或摘除；
(2) 矫正视力低于 0.02（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）；
(3) 视野半径小于 5 度。
申请理赔时，被保险人年龄必须在 3 周岁以上，并且须提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。
- 7.1.15 瘫痪 指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体随意运动功能永久完全丧失。肢体随意运动功能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后或意外伤害发生 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或肢体肌力在 2 级（含）以下。
- 7.1.16 心脏瓣膜手术 指为治疗心脏瓣膜疾病，已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。
所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。
- 7.1.17 严重阿尔茨海默病 指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为严重的认知功能障碍、精神行为异常和社交能力减退等，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，并经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：
(1) 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）评估结果为 3 分；
(2) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不在保障范围内。
- 7.1.18 严重脑损伤 指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：
(1) 一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；
(2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
(3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
- 7.1.19 严重原发性帕金森病 是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为运动迟缓、静止性震颤或肌强直等，经相关专科医生确诊，且须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成

六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

继发性帕金森综合征、帕金森叠加综合征不在保障范围内。

- 7.1.20 严重Ⅲ度烧伤 指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤的面积达到全身体表面积的20%或20%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。
- 7.1.21 严重特发性肺动脉高压 指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级Ⅳ级，且静息状态下肺动脉平均压在36mmHg（含）以上。
- 7.1.22 严重运动神经元病 是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症，经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：
(1) 严重咀嚼吞咽功能障碍；
(2) 呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难，且已经持续使用呼吸机7天（含）以上；
(3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
- 7.1.23 语言能力丧失 指因疾病或意外伤害导致语言能力完全丧失，经过积极治疗至少12个月（声带完全切除不受此时间限制），仍无法通过现有医疗手段恢复。
精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。
- 7.1.24 重型再生障碍性贫血 指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少，且须满足下列全部条件：
(1) 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断：骨髓细胞增生程度<正常的25%；如≥正常的25%但<50%，则残存的造血细胞应<30%；
(2) 外周血象须具备以下三项条件中的两项：
① 中性粒细胞绝对值< $0.5 \times 10^9/L$ ；
② 网织红细胞计数< $20 \times 10^9/L$ ；
③ 血小板绝对值< $20 \times 10^9/L$ 。
- 7.1.25 主动脉手术 指为治疗主动脉疾病或主动脉创伤，已经实施了开胸（含胸腔镜下）或开腹（含腹腔镜下）进行的切除、置换、修补病损主动脉血管、主动脉创伤后修复的手术。主动脉指升主动脉、主动脉弓和降主动脉（含胸主动脉和腹主动脉），不包括升主动脉、主动脉弓和降主动脉的分支血管。
所有未实施开胸或开腹的动脉内介入治疗不在保障范围内。
- 7.1.26 严重慢性呼吸衰竭 指因慢性呼吸系统疾病导致永久不可逆性的呼吸衰竭，经过积极治疗180天后满足以下所有条件：
(1) 静息时出现呼吸困难；
(2) 肺功能第一秒用力呼气容积（FEV₁）占预计值的百分比<30%；
(3) 在静息状态、呼吸空气条件下，动脉血氧分压（PaO₂）<50mmHg。
- 7.1.27 严重克罗恩病 指一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克罗恩病（Crohn病）病理组织学变化，须根据组织病理学特点诊断，且已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。
- 7.1.28 严重溃疡性结 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，

	肠炎	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。
7.1.29	严重心肌炎	指心肌局限性或弥漫性的急性或慢性炎症病变，导致心脏功能障碍，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，心超证实左室射血分数 < 30%，且持续至少 90 天。
7.1.30	严重脊髓灰质炎	指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。本附加险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随意运动功能永久完全丧失的情况予以理赔。肢体随意运动功能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后或意外伤害发生 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或肢体肌力在 2 级（含）以下。
7.2	定义来源及确诊医院范围	以上“7.1.1 恶性肿瘤——重度”至“7.1.28 严重溃疡性结肠炎”所列特定疾病定义根据中国保险行业协会 2020 年公布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》作出，其他特定疾病由我们增加，其定义由我们根据通行的医学标准制定。 以上特定疾病均须在卫生行政部门认定的二级以上（含二级）医院确诊。

8. 轻症疾病的定义

8.1	轻症疾病的定义	本附加险合同所保障的轻症疾病，是指被保险人在本附加险合同有效期内经专科医生明确诊断初次患下列疾病或初次达到下列疾病状态或在医院初次接受下列手术。 以下疾病名称仅供理解使用，具体保障范围以每项疾病具体定义为准。
8.1.1	恶性肿瘤——轻度	指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO, World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴，但不在“恶性肿瘤——重度”保障范围的疾病。且特指下列六项之一： (1) TNM 分期为 I 期的甲状腺癌； (2) TNM 分期为 T ₁ N ₀ M ₀ 期的前列腺癌； (3) 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤； (4) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病； (5) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病； (6) 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 < 10/50 HPF 和 ki-67 ≤ 2%）的神经内分泌肿瘤。 下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”，不在保障范围内： ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如： a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；

b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等。

- 8.1.2 较轻急性心肌梗死 急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合(1)检测到肌酸激酶同工酶(CK-MB)或肌钙蛋白(cTn)升高和/或降低的动态变化，至少一次达到或超过心肌梗死的临床诊断标准；(2)同时存在下列之一的证据，包括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的病理性Q波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。
较轻急性心肌梗死指依照上述标准被明确诊断为急性心肌梗死，但未达到“较重急性心肌梗死”的给付标准。
其他非冠状动脉阻塞性疾病引起的肌钙蛋白(cTn)升高不在保障范围内。
- 8.1.3 轻度脑中风后遗症 指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，须由头颅断层扫描(CT)、核磁共振检查(MRI)等影像学检查证实，并导致神经系统永久性的功能障碍，但未达到“严重脑中风后遗症”的给付标准，在疾病确诊180天后，仍遗留下列至少一种障碍：
(1) 一肢(含)以上肢体肌力为3级；
(2) 自主生活能力部分丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项。
- 8.2 定义来源及确诊医院范围 以上“8.1.1 恶性肿瘤——轻度”至“8.1.3 轻度脑中风后遗症”所列轻症疾病定义根据中国保险行业协会2020年公布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范(2020年修订版)》作出。
以上轻症疾病须在卫生行政部门认定的二级以上(含二级)医院确诊。

9. 释义

- 9.1 意外伤害 指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件直接致使身体受到的伤害。
- 9.2 住院 指被保险人因意外伤害或患疾病而入住医院之正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，但不包括下列情况：
(1) 被保险人入住急诊观察室、家庭病床、联合病房；
(2) 被保险人入住康复病房(康复科)或接受康复治疗；
(3) 被保险人住院过程中1日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或1日内住院不满24小时，但遵医嘱到外院接受临时诊疗的除外；
(4) 其他不合理的住院，包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、床位费等情况。
- 9.3 公费医疗 指国家通过医疗卫生部门向享受人员提供的制度规定范围内的免费医疗预防，是国家为保障享受人员身体健康而设立的一种社会保障制度。
- 9.4 基本医疗保险 指政府举办的基本医疗保障项目，包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等。
- 9.5 城乡居民大病保险 指为提高城乡居民医疗保障水平，在基本医疗保障的基础上，对城乡居民患大病发生的高额医疗费用给予进一步保障的一项制度性安排。

- 9.6 合理且必要的医疗费用 指治疗期间发生的符合保单签发地政府当时适用的基本医疗保险药品目录、基本医疗保险诊疗项目、医疗服务设施项目范围和支付标准的医疗费用，不含以下费用：
(1) 按规定使用某些药品、进行特殊检查和特殊治疗时，需个人先行自付一定比例的医疗费用；
(2) 按规定转外就医需个人提高自负一定比例的医疗费用；
(3) 基本医疗保险管理规定以外的个人自费的医疗费用；
(4) 与保险事故无关的医疗费用。
- 9.7 重症监护病房（ICU） 指经卫生行政部门批准，在医院内正式设立的重症监护病房。该病房为危重患者提供 24 小时持续护理及治疗，配备有重症监护专科医生、护士以及相应的监护、复苏抢救设备，例如：心脏除颤机，人工呼吸机，紧急药物，各项生命体征（如心率、血压等）持续测试的仪器等。
- 9.8 精神、行为或神经发育障碍 指在各种生物学、心理学以及社会环境因素影响下，大脑功能失调，导致认知、情感、意志和行为等精神活动出现不同程度障碍为临床表现的疾病，以世界卫生组织颁布的现行有效的《疾病和有关健康问题的国际统计分类》为准。
- 9.9 遗传性疾病 简称遗传病，是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。
- 9.10 先天性疾病 指被保险人一出生时就具有的疾病。这些疾病是指因人的遗传物质（包括染色体以及位于其中的基因）发生了对人体有害的改变而引起的，或因母亲怀孕期间受到内外环境中某些物理、化学和生物等因素的作用，使胎儿局部体细胞发育异常，导致婴儿出生时有关器官、系统在结构或功能上呈现异常。
- 9.11 感染艾滋病病毒或患艾滋病 艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文缩写为 AIDS。
在人体血液或其他样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。
- 9.12 矫形、矫形手术 指通过外科手术，组织移植或重建修复身体部位使人体恢复正常形态。
- 9.13 现金价值 指保险单所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由我们退还的那部分金额。本附加险合同保险单的现金价值=本附加险合同的保险费×65%×(1-n/m)，其中n为本附加险合同已生效的天数，m为本附加险合同保险期间的天数。合同已生效的天数不足一天的不计。
- 9.14 有效身份证件 指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证、户口簿等证件。
- 9.15 情形复杂 指保险事故的性质、原因、伤害或损失程度等在我们收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后5个工作日内无法确定，需要进一步核实。
- 9.16 病情稳定 指生命体征（心率、呼吸、血压）平稳，转院不致引起病情加重或有生命危险的情况。

- 9.17 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。
- 9.18 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。
- 9.19 ICD-10 指《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10），是世界卫生组织（WHO）发布的国际通用的疾病分类方法。
- 9.20 ICD-0-3 指《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-0-3），是WHO发布的针对ICD中肿瘤形态学组织学细胞类型、动态、分化程度的补充编码。其中形态学编码：0代表良性肿瘤；1代表动态未定性肿瘤；2代表原位癌和非侵袭性癌；3代表恶性肿瘤（原发性）；6代表恶性肿瘤（转移性）；9代表恶性肿瘤（原发性或转移性未肯定）。如果出现ICD-10与ICD-0-3不一致的情况，以ICD-0-3为准。
- 9.21 TNM分期 TNM分期采用AJCC癌症分期手册标准。该标准由美国癌症联合委员会与国际抗癌联合会TNM委员会联合制定，是目前肿瘤医学分期的国际通用标准。T指原发肿瘤的大小、形态等；N指淋巴结的转移情况；M指有无其它脏器的转移情况。
甲状腺癌的TNM分期采用目前现行的AJCC第八版定义标准，我国国家卫生健康委员会2018年发布的《甲状腺癌诊疗规范（2018年版）》也采用此定义标准，具体见下：
甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hürthle细胞癌和未分化癌
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

pT_x: 原发肿瘤不能评估

pT₀: 无肿瘤证据

pT₁: 肿瘤局限在甲状腺内, 最大径≤2cm

T_{1a} 肿瘤最大径≤1cm

T_{1b} 肿瘤最大径>1cm, ≤2cm

pT₂: 肿瘤 2~4cm

pT₃: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内

pT_{3b}: 大体侵犯甲状腺外带状肌, 无论肿瘤大小

带状肌包括: 胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT₄: 进展期病变

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

pT_{4b}: 重度进展, 任何大小的肿瘤, 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管区域淋巴结: 适用于所有甲状腺癌

pN_x: 区域淋巴结无法评估

pN₀: 无淋巴结转移证据

pN₁: 区域淋巴结转移

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

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

远处转移: 适用于所有甲状腺癌

M₀: 无远处转移

M₁: 有远处转移

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

- 9.22 肢体 肢体是指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。
- 9.23 肌力 指肌肉收缩时的力量。肌力划分为 0-5 级，具体为：
0 级：肌肉完全瘫痪，毫无收缩。
1 级：可看到或者触及肌肉轻微收缩，但不能产生动作。
2 级：肌肉在不受重力影响下，可进行运动，即肢体能在床面上移动，但不能抬高。
3 级：在和地心引力相反的方向中尚能完成其动作，但不能对抗外加阻力。
4 级：能对抗一定的阻力，但较正常人为低。
5 级：正常肌力。
- 9.24 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍 语言能力完全丧失，指无法发出四种语音（包括口唇音、齿舌音、口盖音和喉头音）中的任何三种、或声带全部切除，或因大脑语言中枢受伤害而患失语症。严重咀嚼吞咽功能障碍，指因牙齿以外的原因导致器质障碍或机能障碍，以致不能作咀嚼吞咽运动，除流质食物外不能摄取或吞咽的状态。
- 9.25 六项基本日常生活活动 六项基本日常生活活动是指：
(1) 穿衣：自己能够穿衣及脱衣；
(2) 移动：自己从一个房间到另一个房间；
(3) 行动：自己上下床或上下轮椅；
(4) 如厕：自己控制进行大小便；
(5) 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；
(6) 洗澡：自己进行淋浴或盆浴。
六项基本日常生活活动能力的鉴定不适用于 0-3 周岁幼儿。
- 9.26 永久不可逆 指自疾病确诊或意外伤害发生之日起，经过积极治疗 180 天后，仍无法通过现有医疗手段恢复。
- 9.27 周岁 指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。
- 9.28 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。

Association, NYHA)

心功能状态分级

II级：心脏病病人体力活动轻度受限制，休息时无自觉症状，一般活动下可出现心衰症状。

III级：心脏病病人体力活动明显受限，低于平时一般活动即引起心衰症状。

IV级：心脏病病人不能从事任何体力活动，休息状态下也存在心衰症状，活动后加重。