

# 中国太平洋人寿保险股份有限公司 附加学生幼儿短期医疗保险（B款）条款



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. 6
- ❖ 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. 5
- ❖ 本附加险合同有责任免除条款，请您注意 ..... 2. 8
- ❖ 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 ..... 8

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）

<ul style="list-style-type: none"> <li>1. 您与我们订立的合同</li> <li>1.1 合同订立</li> <li>1.2 合同构成</li> <li>1.3 合同成立与生效</li> <li>1.4 投保范围</li> <li>2. 我们提供的保障</li> <li>2.1 保险金额</li> <li>2.2 免赔额和给付比例</li> <li>2.3 保险期间</li> <li>2.4 续保</li> <li>2.5 疾病观察期</li> <li>2.6 保险责任</li> <li>2.7 费用补偿原则</li> <li>2.8 责任免除</li> <li>3. 保险金的申请</li> <li>3.1 受益人</li> <li>3.2 保险金申请</li> <li>3.3 保险金给付</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3.4 诉讼时效</li> <li>4. 保险费的支付</li> <li>4.1 保险费的支付</li> <li>5. 合同终止与解除</li> <li>5.1 合同终止</li> <li>5.2 您解除合同的手续及风险</li> <li>6. 其他需要关注的事项</li> <li>6.1 意外伤害急救</li> <li>6.2 适用主险合同条款</li> <li>7. 重大疾病的定义</li> <li>7.1 重大疾病的定义</li> <li>7.2 定义来源及确诊医院范围</li> <li>8. 释义</li> <li>8.1 意外伤害</li> <li>8.2 住院</li> <li>8.3 公费医疗</li> <li>8.4 基本医疗保险</li> <li>8.5 城乡居民大病保险</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>8.6 合理且必要的医疗费用</li> <li>8.7 白血病</li> <li>8.8 重型再生障碍性贫血</li> <li>8.9 恶性肿瘤</li> <li>8.10 终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）</li> <li>8.11 重症监护病房（ICU）</li> <li>8.12 精神、行为或神经发育障碍</li> <li>8.13 遗传性疾病</li> <li>8.14 先天性疾病</li> <li>8.15 感染艾滋病病毒或患艾滋病</li> <li>8.16 矫形、矫形手术</li> <li>8.17 现金价值</li> <li>8.18 有效身份证件</li> <li>8.19 情形复杂</li> <li>8.20 病情稳定</li> <li>8.21 专科医生</li> <li>8.22 永久不可逆</li> </ul>
--	---	--

# 中国太平洋人寿保险股份有限公司

## 附加学生幼儿短期医疗保险（B款）条款

“附加学生幼儿短期医疗保险（B款）”简称“附加学生短期医疗B”。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“附加学生幼儿短期医疗保险（B款）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由您在投保时与我们约定，短于1年，并在保险单上载明。
- 2.4 续保 本附加险合同为非保证续保合同。  
您可在本附加险合同保险期间届满前提出续保申请。在我们收到保险费并同意承保后，本附加险合同将自保险期间届满之时起续保。  
若您在本附加险合同保险期间届满后30日内未提出续保申请，以后则按重新投保处理，疾病观察期重新计算。  
若我们停止本保险的销售，将及时通知您，自停止销售时起我们不再接受续保申请。
- 2.5 疾病观察期 本附加险合同的疾病观察期有0日和30日两种，由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。续保无疾病观察期。
- 2.6 保险责任 本附加险合同的保险责任分为基本保障和可选保障，只有您在投保时选择了可选保障，我们方承担相应可选保障的保险责任。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，我们根据您的选择按以下约定承担保险责任：  
住院医疗保险 被保险人因遭受意外伤害或者在疾病观察期（续保不受疾病观察期限制）后因

金（基本保障）

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  
（基本保障）

被保险人因遭受意外伤害或者在疾病观察期（续保不受疾病观察期限限制）后初次患白血病、重型再生障碍性贫血、恶性肿瘤，在卫生行政部门认定的二级以上（含二级）医院门诊治疗所支出的医疗费用以及初次患终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）的透析治疗费用和肾移植手术后的抗排异药物费用，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 (可选保障)

被保险人在疾病观察期(续保不受疾病观察期限限制)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。

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。

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。

#### 重大疾病住院 补贴(可选保 障)

被保险人因遭受意外伤害被确诊初次发生本附加险合同“7. 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(续保不受疾病观察期限限制)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。

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。

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。

#### 重症监护住院 补贴(可选保 障)

被保险人因遭受意外伤害或在疾病观察期(续保不受疾病观察期限限制)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。

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。

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。

### 2.7 费用补偿原则

本附加险合同属于费用补偿型医疗保险合同，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。

## 2.8 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，我们按主险合同的约定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 申请人须填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

- 金、特定疾病  
门诊医疗保险  
金
- (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、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。

续保时，我们按续保保险费费率标准收取续保保险费；如您不接受，可不申请续保本附加险合同。

## 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

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：

## 手续及风险

(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：

### 7.1.1 恶性肿瘤

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。

下列疾病不在保障范围内：

(1) 原位癌；

(2) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

(3) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

(4) 皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；

(5) TNM 分期为 T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> 期或更轻分期的前列腺癌；

(6) 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

### 7.1.2 重大器官移植术或造血干细胞移植术

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

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

### 7.1.3 终末期肾病

指双肾功能慢性不可逆性衰竭，达到尿毒症期，经诊断后已经进行了至少 90

(或称慢性肾功能衰竭尿毒症期) 天的规律性透析治疗或实施了肾脏移植手术。

- 7.1.4 急性或亚急性重症肝炎 指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死,导致急性肝功能衰竭,且经血清学或病毒学检查证实,并须满足下列全部条件:  
(1) 重度黄疸或黄疸迅速加重;  
(2) 肝性脑病;  
(3) B超或其他影像学检查显示肝脏体积急速萎缩;  
(4) 肝功能指标进行性恶化。
- 7.1.5 良性脑肿瘤 指脑的良性肿瘤,已经引起颅内压增高,临床表现为视神经乳头水肿、精神症状、癫痫及运动感觉障碍等,并危及生命。须由头颅断层扫描(CT)、核磁共振检查(MRI)或正电子发射断层扫描(PET)等影像学检查证实,并须满足下列至少一项条件:  
(1) 实际实施了开颅进行的脑肿瘤完全切除或部分切除的手术;  
(2) 实际实施了对脑肿瘤进行的放射治疗。  
脑垂体瘤、脑囊肿、脑血管性疾病不在保障范围内。
- 7.1.6 脑炎后遗症或脑膜炎后遗症 指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍,指疾病确诊180天后,仍遗留下列一种或一种以上障碍:  
(1) 一侧或一侧以上肢体机能完全丧失;  
(2) 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失;  
(3) 自主生活能力完全丧失,无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
- 7.1.7 深度昏迷 指因疾病或意外伤害导致意识丧失,对外界刺激和体内需求均无反应,昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级(Glasgow coma scale)结果为5分或5分以下,且已经持续使用呼吸机及其他生命维持系统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。
- 7.1.8 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90分贝,且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。  
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。
- 7.1.9 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。
- 7.1.10 瘫痪 指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体机能永久完全丧失。肢体机能



永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后或意外伤害发生 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意识活动。

- 7.1.11 **严重脑损伤** 指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤 180 天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：  
(1) 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；  
(2) 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；  
(3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
- 7.1.12 **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。
- 7.1.13 **重型再生障碍性贫血** 指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少。须满足下列全部条件：  
(1) 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断；  
(2) 外周血象须具备以下三项条件：  
① 中性粒细胞绝对值  $\leq 0.5 \times 10^9/L$ ；  
② 网织红细胞  $< 1\%$ ；  
③ 血小板绝对值  $\leq 20 \times 10^9/L$ 。
- 7.1.14 **重症心肌炎伴充血性心力衰竭** 指心肌的局限性或弥漫性炎性病变，心肌纤维发生变性和坏死，导致心脏功能衰竭，但先天性疾病造成的除外。其诊断标准必须同时符合下列条件：  
(一) 明确的心肌炎诊断，须同时具备下列临床表现及检查结果：  
(1) 胸痛、心悸、全身乏力的症状；  
(2) 新近的心电图改变提示心肌炎；  
(3) 体检有心脏扩大、心音减弱、心动过速或过缓等体征；  
(二) 心力衰竭诊断，下列临床表现及检查结果呈阳性达 4 项者：  
(1) 突发呼吸困难；  
(2) 心动过速、室性奔马律；  
(3) 心脏肿大、肺部罗音；  
(4) 颈静脉压  $> 2.1 \text{KPa}$  并有肝肿大或身体水肿；  
(5) 新近的心电图改变提示心力衰竭；  
(6) X 线胸片：肺淤血或心影扩大；  
(7) 超声心动图检查：心脏及大血管的解剖结构改变、血液动力学改变、新功能情况改变提示心力衰竭。
- 7.1.15 **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机能永久完全丧失的情况予以理赔。肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意识活动。
- 7.2 **定义来源及确** 以上“7.1.1 恶性肿瘤”至“7.1.13 重型再生障碍性贫血”所列重大疾病定

诊医院范围 义根据中国保险行业协会 2007 年公布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范》作出，其他重大疾病由我们增加，其定义由我们根据通行的医学标准指定。

## 8. 释义

- 8.1 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。
- 8.2 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。
- 8.3 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。
- 8.4 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。
- 8.5 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。
- 8.6 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。
- 8.7 白血病 白血病是一种造血系统的恶性肿瘤，其主要表现为白血病细胞在骨髓或其他造血组织中进行性、失控制的异常增生，并浸润至其他组织与器官，使正常血细胞生成减少，周围白细胞有质和量的变化，产生相应临床表现。被保险人所患白血病必须根据骨髓的活组织检查和周围血象由专科医生（儿科、血液科或肿瘤科）确诊，并符合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》中的白血病范畴。  
以下情况不在保障范围内：  
(1) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；  
(2) 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。
- 8.8 重型再生障碍性贫血 指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少。须满足下列全部条件：

(1)骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断;

(2)外周血象须具备以下三项条件:

①中性粒细胞绝对值 $\leq 0.5 \times 10^9/L$ ;

②网织红细胞 $< 1\%$ ;

③血小板绝对值 $\leq 20 \times 10^9/L$ 。

- 8.9 恶性肿瘤 指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散,浸润和破坏周围正常组织,可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断,临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD-10)的恶性肿瘤范畴。
- 下列疾病不在保障范围内:
- (1)原位癌;
  - (2)相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病;
  - (3)相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病;
  - (4)皮肤癌(不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌);
  - (5)TNM 分期为 T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> 期或更轻分期的前列腺癌;
  - (6)感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。
- 8.10 终末期肾病  
(或称慢性肾功能衰竭尿毒症期) 指双肾功能慢性不可逆性衰竭,达到尿毒症期,经诊断后已经进行了至少90天的规律性透析治疗或实施了肾脏移植手术。
- 8.11 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。
- 8.12 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。
- 8.13 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。
- 8.14 先天性疾病 指被保险人一出生时就具有的疾病(症状或体征)。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。
- 8.15 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。
- 8.16 矫形、矫形手 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。

术

- 8.17 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。
- 8.18 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。
- 8.19 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。
- 8.20 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。
- 8.21 专科医生 专科医生应当同时满足以下四项资格条件：  
(1) 具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；  
(2) 具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；  
(3) 具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；  
(4) 在二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。
- 8.22 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。