

中国太平洋人寿保险股份有限公司

太保附加个人特定疾病住院医疗保险 (H2021) 条款

太平洋人寿[2021]医疗保险 054 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.....5.1



您应当特别注意事项

- ❖ 本附加险合同有疾病观察期的约定，请您注意.....2.4
- ❖ 本附加险合同有给付比例的约定，请您注意.....2.5
- ❖ 本附加险合同有免赔额的约定，请您注意.....2.6
- ❖ 本附加险合同有责任免除条款，请您注意.....2.8
- ❖ 保险事故发生后，请及时通知我们.....3.2
- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策.....5.1
- ❖ 您有如实告知的义务.....6.1
- ❖ 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，请您仔细阅读本保险条款。



条款目录（不含三级目录）

1. 您与我们订立的合同	6.1 明确说明与如实告知	9.11 无合法有效驾驶证驾驶
1.1 合同订立	6.2 我们合同解除权的限制	9.12 无合法有效行驶证
1.2 合同构成	6.3 合同效力的终止	9.13 机动车
1.3 合同成立与生效	6.4 年龄错误	9.14 感染艾滋病病毒或患艾滋病
1.4 投保年龄	6.5 急危重病及转院	9.15 遗传性疾病
2. 我们提供的保障	6.6 合同内容变更	9.16 先天性畸形、变形或染色体异常
2.1 基本保险金额	6.7 联系方式变更	9.17 现金价值
2.2 保险期间	6.8 争议处理	9.18 有效身份证件
2.3 不保证续保	7. 特定精神疾病的定义	9.19 情形复杂
2.4 疾病观察期	7.1 特定精神疾病的定义	9.20 病情稳定
2.5 保险责任	7.2 定义来源及确诊医院范围	9.21 专科医生
2.6 免赔额	8. 特定疾病的定义	9.22 组织病理学检查
2.7 费用补偿原则	8.1 特定疾病的定义	9.23 ICD-10
2.8 责任免除	8.2 定义来源及确诊医院范围	9.24 ICD-0-3
3. 保险金的申请	9. 释义	9.25 TNM 分期
3.1 受益人	9.1 指定医疗机构	9.26 永久不可逆
3.2 保险事故通知	9.2 重症监护病房	9.27 美国纽约心脏病学会 (New York Heart Association, NYHA) 心功能状态分级
3.3 保险金申请	9.3 住院	9.28 六项基本日常生活活动
3.4 保险金给付	9.4 合理且必要	
3.5 诉讼时效	9.5 住院医疗费用	
4. 保险费的支付	9.6 公费医疗	
4.1 保险费的支付	9.7 基本医疗保险	
5. 合同解除	9.8 城乡居民大病保险	
5.1 您解除合同的手续及风险	9.9 毒品	
6. 其他需要关注的事项	9.10 酒后驾驶	

中国太平洋人寿保险股份有限公司

太保附加个人特定疾病住院医疗保险（H2021）条款

“太保附加个人特定疾病住院医疗保险（H2021）”简称“太保附加个人特疾住院医疗（H2021）”。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“太保附加个人特定疾病住院医疗保险（H2021）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。
本附加险合同需附加于主险合同上方可生效。
合同生效日期在保险单上载明。
本附加险合同与主险合同相抵触之处，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。
- 1.4 投保年龄 指您投保时被保险人的年龄，本附加险合同接受的投保年龄范围与主险合同一致。

2. 我们提供的保障

- 2.1 基本保险金额 本附加险合同的基本保险金额为人民币100万元，基本保险金额在保险单上载明。
- 2.2 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。
- 2.3 不保证续保 本附加险合同为不保证续保合同。
本产品保险期间为1年。保险期间届满，您需要重新向我们申请投保本产品，并经我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。
若您在本附加险合同保险期间届满前提出续保申请，并经我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。新的保险合同自本附加险合同保险期间届满之时起续保1年，疾病观察期不重新计算。
若您在本附加险合同保险期间届满前未提出续保申请，以后若再向我们申请投保本产品的，新的保险合同自我们同意承保并收到保险费后开始生效，疾病观察期重新计算。
若我们停止本附加险保险的销售，将会及时通知您，我们自停止销售时起不再接受投保、续保申请。
- 2.4 疾病观察期 自本附加险合同生效之日起30日内为疾病观察期。若被保险人在疾病观察期内被确诊初次发生本附加险合同约定的特定精神疾病或特定疾病，无论对该疾病的治疗发生在疾病观察期内或疾病观察期后，我们均不承担任何给付保险金的责任，并按您根据本附加险合同约定已支付的保险费金额返还所交保险费，本附加险合同终止。

- 2.5 保险责任 在本附加险合同保险期间内，且在本附加险合同有效的前提下，我们按以下约定承担保险责任：
- 2.5.1 特定精神疾病住院医疗保险金 若被保险人在疾病观察期后被确诊初次发生本附加险合同约定的特定精神疾病，在我们指定医疗机构普通部普通病房（包括重症监护病房，下同）接受住院治疗的，自该特定精神疾病初次确诊之日起以及初次确诊之日前 180 日内（含初次确诊当日）且在本附加险合同保险期间内，对于被保险人因治疗该特定精神疾病在指定医疗机构普通部普通病房所发生的合理且必要的住院医疗费用，我们按本附加险条款“2.5.3 保险金计算方法”计算并给付特定精神疾病住院医疗保险金。
- 被保险人在本附加险合同保险期间内被确诊初次发生约定的特定精神疾病，在我们指定医疗机构普通部普通病房进行住院治疗，到保险期间届满治疗仍未结束的，我们继续承担特定精神疾病住院医疗保险金责任至被保险人确诊初次发生本附加险合同约定的特定精神疾病之日起满 1 年止。
- 我们一次或多次累计给付的特定精神疾病住院医疗保险金以本附加险合同约定的基本保险金额的 20% 为限。
- 2.5.2 特定疾病住院医疗保险金 若被保险人在疾病观察期后被确诊初次发生本附加险合同约定的特定疾病（无论一种或多种，下同），在我们指定医疗机构普通部普通病房接受住院治疗的，自该特定疾病初次确诊之日起以及初次确诊之日前 180 日内（含初次确诊当日）且在本附加险合同保险期间内，对于被保险人因治疗该特定疾病在指定医疗机构普通部普通病房所发生的合理且必要的住院医疗费用，我们按本附加险条款“2.5.3 保险金计算方法”计算并给付特定疾病住院医疗保险金。
- 被保险人在本附加险合同保险期间内被确诊初次发生约定的特定疾病，在我们指定医疗机构普通部普通病房进行住院治疗，到保险期间届满治疗仍未结束的，我们继续承担特定疾病住院医疗保险金责任至被保险人确诊初次发生本附加险合同约定的特定疾病之日起满 1 年止，但被保险人在保险期间届满后经确诊新发生的特定疾病，不在本附加险合同保险责任范围内。
- 我们一次或多次累计给付的特定疾病住院医疗保险金以本附加险合同约定的基本保险金额为限。
- 2.5.3 保险金计算方法 各项保险金责任范围内的住院医疗费用，按以下公式计算并给付应当给付的保险金：
- (1) 对于投保时已参加公费医疗或基本医疗保险的被保险人：
- (a) 申请保险金时已从公费医疗、基本医疗保险或城乡居民大病保险获得医疗费用补偿的，应当给付的保险金=（被保险人在指定医疗机构发生的合理且必要的住院医疗费用金额总和-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-被保险人从工作单位、本公司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-约定的免赔额余额）×100%。
- (b) 申请保险金时未从公费医疗、基本医疗保险和城乡居民大病保险获得医

疗费用补偿的，应当给付的保险金=(被保险人在指定医疗机构发生的合理且必要的住院医疗费用金额总和-被保险人从工作单位、本公司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-约定的免赔额余额)×60%。

(2)对于投保时未参加公费医疗且未参加基本医疗保险的被保险人：

应当给付的保险金=(被保险人在指定医疗机构发生的合理且必要的住院医疗费用金额总和-被保险人从工作单位、本公司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-约定的免赔额余额)×100%。

2.6 免赔额

本附加险合同所指免赔额均指年免赔额，指被保险人在1年保险期间内自行承担，本附加险合同不予赔偿的部分。

被保险人通过公费医疗、基本医疗保险和城乡居民大病保险获得的医疗费用补偿，不可用于抵扣免赔额，但从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。在1年保险期间内免赔额经抵扣过后剩余的金额为免赔额余额，且免赔额余额≥0。

除另有约定外，本附加险合同的特定精神疾病住院医疗保险金的免赔额为人民币1万元，特定疾病住院医疗保险金的免赔额为人民币5万元，特定精神疾病住院医疗保险金的免赔额和特定疾病住院医疗保险金的免赔额不可共用。

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，和被保险人工作单位、本公司在内的商业保险机构等任何途径获得医疗费用补偿的，我们将按以上保险金计算公式的约定计算并在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

对下列费用或因下列情形之一导致被保险人接受治疗的，我们不承担给付特定精神疾病住院医疗保险金或特定疾病住院医疗保险金责任：

(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)被保险人服用、吸食或注射毒品；

(5)被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无合法有效行驶证的机动车；

(6)被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；

(7)战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

(8)核爆炸、核辐射或核污染；

(9)遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常；

(10)被保险人在本附加险合同生效前所患或出现的疾病(或其并发症)、生理缺陷、残疾；

(11)被保险人在我们指定医疗机构的特需病房、国际部病房、外宾病房、VIP病房、干部病房等或指定医疗机构之外的其他医疗机构发生的住院医疗费用，但本附加险条款“6.5 急危重病及转院”另有约定的除外；

(12)一般健康检查、疗养、特别护理、康复性治疗、物理治疗、心理咨询、

心理治疗（但本附加险条款“2.5.1 特定精神疾病住院医疗保险金”约定的责任除外）或以捐献身体器官为目的的医疗行为；

(13) 修复、安装或购买残疾用具（如轮椅、假肢等）所发生的费用；

(14) 所有人工器官、各种康复治疗器械、假体、义肢、自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械的材料费，及安装、修复和置换等所发生的费用（但心脏瓣膜、人工晶体、人工关节、心脏起搏器、人工肺、人工食管、人工血管材料费，及安装、修复和置换等费用除外）；

(15) 在我们指定医疗机构之外的任何机构购买药品所发生的费用；

(16) 本附加险合同约定的合理且必要的住院医疗费用外的其他费用；

(17) 被保险人支出的医疗费用中依法已由第三者赔偿或补偿的部分。

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，我们向被保险人的继承人退还本附加险合同保险单的**现金价值**。

发生上述第(2)项至第(12)项情形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**。

如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 保险事故通知 您、被保险人或受益人知道保险事故后应当在 10 日内通知我们。
如果您、被保险人或受益人故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，我们对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但我们通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生或者虽未及时通知但不影响我们确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。
若您、被保险人或受益人未及时将保险事故通知我们，而该保险事故的发生足以影响我们决定是否同意续保的，我们对续保生效后发生的任何保险事故不承担保险责任，但向您无息退还续保的保险费。
- 3.3 保险金申请 在申请保险金时，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) 保险合同或电子保险单号；
(2) 申请人的**有效身份证件**；
(3) 指定医疗机构出具的被保险人医疗诊断书（包括必要的病历记录及检查报告）、出院小结或出院诊断；
(4) 指定医疗机构出具的医疗费用收据原件和医疗费用清单；
(5) 卫生行政部门认定的二级以上（含二级）医院出具的附有初诊门诊急诊病历、病理显微镜检查报告、血液检查及其他科学方法检验报告的病史资料及疾病诊断报告书；
(6) 所能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。
以上各项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。
- 3.4 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。

3.5 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基本保险金额、投保年龄等情况确定。您应于投保时一次性支付全部保险费。

续保时，我们按照续保保险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. 合同解除

5.1 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) 保险合同或电子保险单号；
- (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起 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，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 明确说明与如实告知

订立本附加险合同时，我们应向您说明本附加险合同的内容。

对保险条款中免除我们责任的条款，我们在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起您注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向您作出明确说明，未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

我们就您和被保险人的有关情况提出询问，您应当如实告知。

如果您故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本附加险合同。

如果您故意不履行如实告知义务，对于本附加险合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

如果您因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，对于本附加险合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

我们在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。

- 6.2 我们合同解除权的限制 本附加险条款“6.1 明确说明与如实告知”规定的合同解除权，自我们知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。
- 6.3 合同效力的终止 发生下列情形之一时，本附加险合同效力终止：
(1) 主险合同终止；
(2) 您向我们申请解除本附加险合同；
(3) 被保险人身故；
(4) 本附加险合同保险期间届满；
(5) 因本附加险合同条款的其他约定而效力终止。
- 6.4 年龄错误 您在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保单上填明，如果发生错误按照下列方式办理：
(1) 您申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本附加险合同约定投保年龄限制的，我们有权解除合同，并向您退还本附加险合同保险单的现金价值。我们行使合同解除权适用本附加险条款“6.2 我们合同解除权的限制”的规定。
(2) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费少于应付保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付。
(3) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费多于应付保险费的，我们会将多收的保险费退还给您。
(4) 您申报的被保险人年龄不真实，致使本附加险合同保险单的现金价值与实际不符的，我们有权根据被保险人的实际年龄调整。
- 6.5 急危重病及转院 急危重病指疾病病程短、病情相对严重（特别是严重急性病或外伤），需要短期治疗的疾病。急、危重病人就诊不受我们指定医疗机构范围的限制（不含中国大陆以外的医疗机构），但经急救病情稳定后，须转入我们指定医疗机构治疗，否则，我们对被保险人于病情稳定后在我们指定医疗机构范围外的其他医疗机构的诊疗将不承担保险责任。
- 6.6 合同内容变更 在本附加险合同有效期内，经您与我们协商一致，可以变更本附加险合同的有关内容。变更本附加险合同的，应当由我们在保险单或其他保险凭证上批注或附贴批单，或者由您与我们订立书面的变更协议。
您通过我们同意或认可的网站提交的合同变更申请，视为您的书面申请，并与书面申请文件具有同等法律效力。
- 6.7 联系方式变更 为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。若您未以书面形式或双方认可的其他形式通知我们，我们按本附加险合同载明的最后住所、通讯地址或电话等联系方式发送的有关通知，均视为已送达给您。
- 6.8 争议处理 本附加险合同履行过程中，双方发生争议时，可以从下列两种方式中选择一种争议处理方式：
(1) 因履行本附加险合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，提交本

附加险合同约定的仲裁委员会仲裁；

(2) 因履行本附加险合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。

7. 特定精神疾病的定义

7.1 特定精神疾病的定义 本附加险合同所保障的特定精神疾病，是指被保险人在主险合同有效且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。

疾病名称仅供理解使用，具体保障范围以疾病具体定义为准。

7.1.1 重度双相情感障碍 指既有躁狂发作，又有重度抑郁发作的一类情感性精神障碍。具有躁狂抑郁混合发作和既往 12 个月内有至少 4 次前述各类发作的快速循环发作也归属于双相情感障碍，但不包括器质性精神障碍，或精神活性物质和非成瘾物质所致的躁狂或者抑郁发作。其中诊断标准如下：

躁狂：

以心境高涨或易激惹为主，并有下列至少 3 项（如为易激惹，则有下列至少 4 项）及严重损害社会功能，或造成不良后果，且症状已持续 1 周，若同时符合精神分裂症诊断标准，在精神分裂症症状缓解后，满足症状持续至少 1 周。

- (1) 注意力不集中或随境转移；
- (2) 语量增多；
- (3) 思维奔逸、联想加快或意念飘忽的体验；
- (4) 自我评价过高或夸大；
- (5) 精力充沛、不感疲乏、活动增多、难以安静，或不断改变计划和活动；
- (6) 挥霍、不负责任、不计后果等鲁莽行为；
- (7) 睡眠需要减少；
- (8) 性欲亢进。

重度抑郁：

应同时符合核心症状 3 项、附加症状至少 4 项；伴有躯体症状者，应符合躯体症状至少 4 项，及严重损害社会功能，或给本人造成痛苦或不良后果，且症状已持续 2 周，若同时符合精神分裂症诊断标准，在精神分裂症症状缓解后，满足症状持续至少 2 周。

核心症状包括：

- (1) 心境低落；
- (2) 兴趣或愉悦感丧失；
- (3) 易疲劳。

附加症状包括：

- (1) 注意力集中和保持能力降低；
- (2) 自我评价和自信降低；
- (3) 自罪观念和无价值感；
- (4) 认为前途暗淡悲观；
- (5) 自伤自杀的观念或行为；
- (6) 睡眠障碍；
- (7) 食欲下降。

躯体症状包括：

- (1) 对通常能够享受乐趣的活动丧失了兴趣或愉悦感；
- (2) 对通常令人愉快的环境缺乏情感反应；
- (3) 比平常早醒 2 小时以上；
- (4) 早上抑郁加重（晨重夕轻）；
- (5) 客观证据（别人提及或报告）表明肯定有精神运动性迟滞或激越；
- (6) 食欲明显下降；
- (7) 体重减低（在 1 个月内减低 5% 以上）；
- (8) 性欲明显降低。

- 7.2 定义来源及确诊医院范围 以上特定精神疾病定义由我们根据通行的医学标准制定。
以上特定精神疾病须在中国境内（出于本附加险合同之目的，不含香港、澳门和台湾地区，下同）国家卫生行政部门正式评定的二级以上（含二级）公立精神专科医院或者三级以上（含三级）公立医院的精神科确诊。

8. 特定疾病的定义

- 8.1 特定疾病的定义 本附加险合同所保障的特定疾病，是指被保险人在主险合同有效且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 特定恶性肿瘤——重度 指原发于鼻、咽、喉、肺、胃以及食道的恶性肿瘤——重度，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 < 10/50HPF 和 ki-67 ≤ 2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

- 8.1.2 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。

- 8.1.3 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。
- 8.1.4 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。
- 8.1.5 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。
- 8.1.6 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。
- 8.1.7 严重全身性重症肌无力 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，必须满足下列全部条件：
(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。
- 8.1.8 肺孢子菌肺炎 指由肺孢子菌引起的间质性浆细胞性肺炎，且满足下列全部条件：
(1) 第一秒末用力呼气量（FEV₁）小于 1 升；
(2) 气道内阻力增加，至少达到 0.5kPa/L/s；
(3) 残气容积占肺总量（TLC）的 60%以上；
(4) 胸内气体容积升高，超过基值的 170%；
(5) 动脉血氧分压（PaO₂） < 60mmHg，动脉血二氧化碳分压（PaCO₂） > 50mmHg。
- 8.1.9 严重肌营养不良症 由专科医生确认的诊断为 Duchenne, Becker, 或 Limb Girdle 肌营养不良症（所有其他类型的肌营养不良症均不在保障范围内），已进行了至少 90 天的治疗，并提供肌肉活检和血 CPK 检测证实。
该疾病须导致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，或者导致被保险人永久性的卧床，没有外部帮助无法起床。
- 8.1.10 严重哮喘 指一种反复发作的严重支气管阻塞性疾病，须满足下列全部条件：
(1) 过去两年中有哮喘持续状态病史，并有完整的治疗记录；
(2) 身体活动耐受能力显著且持续下降；

- (3)慢性肺部过度膨胀充气导致的胸廓畸形；
- (4)在家中需要医生处方的氧气治疗；
- (5)口服类固醇激素治疗持续至少 180 天。

- 8.1.11 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）。类风湿性关节炎须明确诊断，并已达到类风湿性关节炎功能活动分级（注）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。
- 注：类风湿性关节炎功能活动分级：
- I 级：关节功能完整，一般活动无障碍。
 - II 级：有关节不适或障碍，但尚能完成一半活动。
 - III 级：功能活动明显受限，但大部分生活可自理。
 - IV 级：生活不能自理或卧床。
- 8.1.12 慢性复发性胰腺炎 指有腹痛等典型症状的胰腺炎反复发作，导致胰腺进行性破坏，并导致胰腺功能紊乱而导致严重糖尿病以及营养不良、恶液质。CT 检查证实胰腺存在广泛钙化，且必须接受酶替代以及胰岛素替代治疗 6 个月以上。诊断必须由消化科专科医生确诊。
- 酒精导致的慢性复发性胰腺炎不在保障范围内。
- 8.1.13 肺源性心脏病 指因慢性肺部疾病导致慢性心功能损害造成永久不可逆性的心功能衰竭。心功能衰竭程度至少达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级IV 级，并须满足下列全部条件：
- (1)静息状态下肺动脉平均压超过 36mmHg，心超证实右心室肥大；
 - (2)心功能不全的症状要求持续至少 90 天。
- 8.1.14 严重胃肠炎 指以严重的腹泻、便血和肠段坏死为特征的胃肠道严重感染，被保险人已实施了大肠或小肠的一处或多处手术切除，且经病理检查证实存在严重感染和坏死。
- 8.1.15 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，同时须满足下列全部条件：
- (1)经组织病理学诊断；
 - (2)CT 显示双肺弥漫性囊性改变；
 - (3)血气提示低氧血症。
- 8.1.16 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。
- 8.1.17 严重强直性脊柱 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。

炎	<p>强直性脊柱炎必须明确诊断并且满足下列所有条件：</p> <p>(1) 严重脊柱畸形；</p> <p>(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。</p>
8.1.18 特发性脊柱侧弯的矫正手术	指被保险人因特发性脊柱侧弯，实际实施了对该病的矫正外科手术。但由于先天性脊柱侧弯以及其他疾病或意外导致的继发性脊柱侧弯而进行的手术治疗不在保障范围内。
8.2 定义来源及确诊医院范围	<p>以上“8.1.1 特定恶性肿瘤——重度”中的“恶性肿瘤——重度”定义、“8.1.2 严重特发性肺动脉高压”至“8.1.6 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）》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。</p> <p>以上特定疾病须在中国境内国家卫生健康部门认定的二级以上（含二级）医院确诊。</p>

9. 释义

9.1 指定医疗机构	<p>本附加险合同约定的“特定精神疾病”的指定医疗机构为中国境内（出于本附加险合同之目的，不含香港、澳门和台湾地区，下同）经中华人民共和国卫生健康管理部门正式评定的二级以上（含二级）公立精神专科医院或者三级以上（含三级）公立医院的精神科。</p> <p>本附加险合同约定的“特定疾病”的指定医疗机构为中国境内经中华人民共和国卫生健康管理部门正式评定的二级以上（含二级）公立医院。</p> <p>指定医疗机构必须具备符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。不包括疗养院，护理院，康复中心（康复医院）以及无相应医护人员或设备的二级或二级以上的联合医院或联合病房。</p>
9.2 重症监护病房	指经卫生健康管理部门批准，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。
9.3 住院	<p>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：</p> <p>(1) 被保险人入住急诊观察室、家庭病床、联合病房；</p> <p>(2) 被保险人入住康复病房（康复科）或接受康复治疗；</p> <p>(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；</p> <p>(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。</p>
9.4 合理且必要	<p>指被保险人发生的各项医疗费用应符合下列所有条件：</p> <p>(1) 治疗当前疾病所需药品符合国务院药品监督管理部门批准的药品说明书中所列明的适应症及用法用量；</p>

(2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；

(3) 由医师开具的处方药或医嘱；

(4) 非试验性的、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。

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

- 9.5 住院医疗费用 指住院治疗期间在指定医疗机构发生的符合以下约定的药品费、检查费、治疗费、床位费、手术费、材料费、护理费、会诊费和救护车费。
- 9.5.1 药品费 指住院治疗期间根据医师开具的处方在指定医疗机构所发生的西药、中成药和中草药费用。但不包括下列情况：
(1) 主要起营养滋补作用的中草药类；
(2) 可以入药的动物及动物脏器；
(3) 以美容和减肥为保健功能的药品。
- 9.5.2 检查费 指住院治疗期间发生的以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的费用。
- 9.5.3 治疗费 指住院治疗期间以治疗疾病为目的，提供医学手段而发生的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用。
- 9.5.4 床位费 指住院治疗期间发生的指定医疗机构普通病房住院床位费。
- 9.5.5 手术费 指住院治疗期间发生的有关手术项目的费用。若因器官移植而发生的手术费用，不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。
- 9.5.6 材料费 指住院治疗期间发生医用耗材的费用。
- 9.5.7 护理费 指住院治疗期间发生的根据医嘱所示的护理等级确定的费用。
- 9.5.8 会诊费 指住院治疗期间发生的院内会诊费用、院际会诊和远程会诊的费用。
- 9.5.9 救护车费 指为抢救生命由急救中心派出的救护车费用及医院转诊过程中的医院用车费，以及车上发生的因抢救或治疗所必须的医疗费用。
- 9.6 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。
- 9.7 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。
- 9.8 城乡居民大病保险 指为提高城乡居民医疗保障水平，在基本医疗保险的基础上，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。
- 9.9 毒品 指中华人民共和国刑法规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。
- 9.10 酒后驾驶 指经检测或鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到

或超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

- 9.11 无合法有效驾驶证驾驶 指下列情形之一：
(1) 没有取得驾驶资格；
(2) 驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
(3) 持审验不合格的驾驶证驾驶；
(4) 持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习驾车；
(5) 因道路交通安全违法行为，在一个记分周期内，被公安机关交通管理部门累积记分达到12分。
- 9.12 无合法有效行驶证 指下列情形之一：
(1) 机动车被依法注销登记的；
(2) 未依法取得行驶证，违法上道路行驶的；
(3) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。
- 9.13 机动车 指以动力装置驱动或者牵引，上道路行驶的供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆。
- 9.14 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。
- 9.15 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。
- 9.16 先天性畸形、变形或染色体异常 指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）确定。
- 9.17 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。
- 9.18 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。
- 9.19 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。
- 9.20 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。
- 9.21 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。

9.22	组织病理学检查	<p>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。</p> <p>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。</p>
9.23	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。
9.24	ICD-O-3	指《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3），是 WHO 发布的针对 ICD 中肿瘤形态学组织学细胞类型、动态、分化程度的补充编码。其中形态学编码：0 代表良性肿瘤；1 代表动态未定性肿瘤；2 代表原位癌和非侵袭性癌；3 代表恶性肿瘤（原发性）；6 代表恶性肿瘤（转移性）；9 代表恶性肿瘤（原发性或转移性未肯定）。如果出现 ICD-10 与 ICD-O-3 不一致的情况，以 ICD-O-3 为准。
9.25	TNM 分期	<p>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。</p> <p>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：</p> <p>甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hürthle 细胞癌和未分化癌</p> <p>pT_x: 原发肿瘤不能评估</p> <p>pT₀: 无肿瘤证据</p> <p>pT₁: 肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm</p> <p style="padding-left: 20px;">T_{1a} 肿瘤最大径≤1cm</p> <p style="padding-left: 20px;">T_{1b} 肿瘤最大径>1cm, ≤2cm</p> <p>pT₂: 肿瘤 2~4cm</p> <p>pT₃: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌</p> <p>pT_{3a}: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内</p> <p>pT_{3b}: 大体侵犯甲状腺外带状肌, 无论肿瘤大小</p> <p style="padding-left: 20px;">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</p> <p>pT₄: 大体侵犯甲状腺外带状肌外</p> <p>pT_{4a}: 侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织</p> <p>pT_{4b}: 侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管</p> <p>甲状腺髓样癌</p>

- 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。

- 9.26 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 美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级
 美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）将心功能状态分为四级：
 I 级：心脏病病人日常活动量不受限制，一般活动不引起乏力、呼吸困难等心衰症状。
 II 级：心脏病病人体力活动轻度受限制，休息时无自觉症状，一般活动下可出现心衰症状。
 III 级：心脏病病人体力活动明显受限，低于平时一般活动即引起心衰症状。
 IV 级：心脏病病人不能从事任何体力活动，休息状态下也存在心衰症状，活动后加重。
- 9.28 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。