



请扫描以查询验证条款

中信保诚互联网「新燕宝」少儿高端医疗保险条款阅读指引

- ◆ 中信保诚互联网「新燕宝」少儿高端医疗保险产品提供住院及日间治疗费用保险金、门急诊医疗费用保险金、急救和异地就医交通费用保险金、疫苗接种及体检费用保险金、牙科治疗费用保险金、眼科和牙科预防治疗费用保险金保障。
- ◆ 为了帮助您更好地理解本条款，我们先介绍几个本条款中的概念。
 - “我们”、“本公司”均指中信保诚人寿保险有限公司。
 - “您”指投保人，就是购买本保险并支付保险费的人。
 - “被保险人”指受本合同保障的人。
 - “受益人”指发生保险事故后领取保险金的人。
- ◆ 条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本条款。

◆ 条款目录

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 1 我们保什么、保多久 <ul style="list-style-type: none"> 1.1 基本保险金额 1.2 等待期 1.3 保险责任 1.4 免赔额 1.5 预先通知 1.6 保险期间 1.7 投保范围 1.8 不保证续保 2 我们不保什么 <ul style="list-style-type: none"> 2.1 责任免除 2.2 明确说明与如实告知 2.3 其他免责条款 3 如何支付保险费 <ul style="list-style-type: none"> 3.1 保险费的支付 4 如何领取保险金 <ul style="list-style-type: none"> 4.1 受益人 4.2 保险事故通知 4.3 保险金申请 4.4 保险金给付 4.5 直付流程 | <ul style="list-style-type: none"> 5 如何退保 <ul style="list-style-type: none"> 5.1 您解除合同的手续及风险 6 需关注的其他内容 <ul style="list-style-type: none"> 6.1 合同构成 6.2 保险金额 6.3 合同成立与生效 6.4 年龄性别错误的处理 6.5 合同终止 6.6 职业或工种变更的处理 6.7 本公司合同解除权的限制 6.8 未还款项 6.9 联系方式变更 6.10 争议处理 7 名词释义 <ul style="list-style-type: none"> 附录 1 保险计划表 附录 2 住院及日间治疗费用 附录 3 门急诊医疗费用 附录 4 疫苗接种及体检费用 附录 5 牙科治疗费用 附录 6 眼科和牙科预防治疗费用 附录 7 重大疾病定义 |
|--|---|

中信保诚互联网「新燕宝」少儿高端医疗保险

1 我们保什么、保多久

这部分讲的是我们提供的保障以及我们提供保障的期间。

基本保险金额 1.1 本合同（指您购买的《中信保诚互联网「新燕宝」少儿高端医疗保险》产品合同）的基本保险金额由您与我们约定并在保险合同上载明。

等待期 1.2 自本合同生效日起 30 天为等待期。在等待期内，被保险人确诊相关疾病，由此导致**住院**（见 7 名词释义）及**日间治疗**（见 7 名词释义）费用（见附录 2）的，无论上述疾病治疗时间与合同生效之日是否间隔超过 30 天，我们均不承担保险责任。除住院及日间治疗费用保险金责任外，其他保险责任无等待期限制。被保险人因遭受**意外伤害事故**（见 7 名词释义）导致保险责任约定医疗费用的，不受等待期限制。

若您在本合同保险期间届满前重新申请投保，经我们审核同意，并于本合同保险期间届满前收取保险费，新的保险合同自本合同期满日 24 时起生效，不重新计算等待期。

若您在本合同保险期间届满后重新申请投保，等待期将重新计算。

保险责任 1.3 在本合同保险期间内，我们将承担以下保险责任：

本合同的保险责任包含住院及日间治疗费用保险金、门急诊医疗费用保险金、急救和异地就医交通费用保险金、疫苗接种及体检费用保险金、牙科治疗费用保险金、眼科和牙科预防治疗费用保险金。其中住院及日间治疗费用保险金、门急诊医疗费用保险金、急救和异地就医交通费用保险金为必选责任，疫苗接种及体检费用保险金、牙科治疗费用保险金、眼科和牙科预防治疗费用保险金为可选责任。您在投保时可只投保必选责任，也可同时投保可选责任，我们将在保险单上载明。

本合同分为三个保障计划（计划一、计划二和计划三），不同的保障计划对应的**指定医疗机构**（见 7 名词释义）范围、年度给付限额等有所不同。本合同的保险责任分为必选责任和可选责任，其中必选责任按照年度给付限额、给付比例分为三个保障方案（基本保障、凯莉保障和铂金保障）。必选责任与可选责任的保障计划须保持一致，具体见附录 1 “保险计划表”。您可以在投保时进行选择，我们将在保险单上载明。

我们在给付以下保险金时，如被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险、工作单位、本公司在内的任何商业保险机构等）取得补偿，我们的最高给付金额不超过被保险人实际支出的**医疗必要**（见 7 名词释义）的以下范围内的费用扣除其所获补偿后的余额。

一、必选责任

（1）住院及日间治疗费用保险金

在本合同保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故或在等待期届满后经指定医疗机构诊断必须住院治疗或接受日间治疗的，对于被保险人治疗期间实际支出的医疗必要的住院及日间治疗费用，我们在扣除年度免赔额余额（如有）后，按约定的给付比例在各项责任的给付限额及年度给付限额内给付住院及日间治疗费用保险金。

在每一保单年度（见 7 名词释义）内，住院及日间治疗费用保险金以本合同约定的基本保险金额为限，当我们累计给付上述保险金的金额达到该项累计限额时，我们对被保险人的住院及日间治疗费用保险金责任终止。

（2）门急诊医疗费用保险金

若被保险人到指定医疗机构接受门急诊治疗的，对于被保险人治疗期间实际支出的医疗必要的门急诊医疗费用（见附录 3），我们按约定的给付比例在各项责任的给付限额及年度给付限额内给付门急诊医疗费用保险金。

门急诊医疗费用保险金责任年度给付限额、给付比例以附录 1 约定为准，当全年累计给付保险金达到该项累计限额时，我们对被保险人的门急诊医疗费用保险金责任终止。

（3）急救和异地就医交通费用保险金

若被保险人发生以下医疗必要的急救和异地就医交通费，我们按约定的给付比例在各项责任的给付限额及年度给付限额内给付急救和异地就医交通费用保险金。

急救和异地就医交通费包括：

① 急救费

在保险期间内，被保险人在保障区域内，由于紧急情况出于医疗必要以专业救护车将其运至同一城市的医疗机构期间发生的急救费用。

② 异地就医交通费

指被保险人因病情需要，经就诊的指定医疗机构的医生确定须赶赴异地（被保险人日常居住地所在省级行政区之外）的医院进行治疗，并由转出医院开具转院证明的，被保险人实际发生的必要的公共交通费用（公共交通限飞机及火车，且飞机限经济舱及以下，火车限软卧及以下，高铁动车限一等座及以下）。

二、可选责任

可选责任由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。可选责任一经选定，在保险期间内我们不接受变更申请。

（1）疫苗接种及体检费用保险金

本项“疫苗接种及体检费用保险金”包括两种保障方案，您可选择其中一种保障方案投保，保障方案一经选定，在保险期间内我们不接受变更申请。

方案一：对于被保险人在我们指定医疗机构实际发生的非试验性或研究性的疫苗接种及体检费用（见附录 4）、疫苗接种期间产生的儿童保健诊疗费用，我们按约定的给付比例在各项责任的给付限额及年度给付限额内给付保险金。指定医疗机构一经选定，我们不再接受变更申请，我们不承担被保险人后续更换医疗机构发生的费用。

方案二（本项保障方案不包含体检费用）：对于被保险人在我们指定医疗机构实际发生的医疗必要的疫苗接种费用、疫苗接种期间产生的儿童保健诊疗费用，我们按约定的给付比例在各项责任的给付限额及年度给付限额内给付保险金。

(2) 牙科治疗费用保险金

若被保险人在指定医疗机构实际支出医疗必要的牙科治疗费用（见附录 5），我们按约定的给付比例在各项责任的给付限额及年度给付限额内给付牙科治疗费用保险金。

(3) 眼科和牙科预防治疗费用保险金

若被保险人在指定医疗机构实际支出医疗必要的眼科和牙科预防治疗费用（见附录 6），我们按约定的给付比例在各项责任的给付限额及年度给付限额内给付眼科和牙科预防治疗费用保险金。

对您选择的保障计划所保障的被保险人发生的医疗必要的医疗费用，我们按照如下公式计算并给付保险金：

应当给付的保险金=[各项保险责任范围内的费用总和-被保险人从当地基本医疗保险、其他费用补偿型医疗保险和其他途径已获得的医疗费用补偿-年度免赔额余额（如有）]×给付比例。

免赔额

- 1.4 本合同的免赔额为年度免赔额，指本合同保险期间内被保险人发生的保险责任范围内的医疗费用中须由被保险人自行承担的部分。

本合同项下保险责任的年度免赔额详见本合同附录1。

被保险人通过基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险、工作单位、本公司在内的任何商业保险机构等途径取得的补偿可用于抵扣免赔额。在保险期间内，年度免赔额经抵扣过后剩余的金额为年度免赔额余额，且年度免赔额余额 ≥ 0 。

预先通知

- 1.5 被保险人接受下列治疗前，须在预定开始治疗日期前至少48小时向我们或我们授权的健康管理服务机构提交预先通知申请表：

- (1) 住院治疗；
- (2) 需全身麻醉的门诊手术、恶性肿瘤治疗、血液或腹膜透析；
- (3) 购买或者租用非一次性耐用医疗设备，包括但不限于胰岛素泵及其配套器械；
- (4) 异地就医；
- (5) 牙科意外伤害修补治疗；
- (6) 超过 8000 元的药剂、疫苗或检查检验项目。

对于被保险人因遭受意外伤害事故或**突发急性病**（见7名词释义），且该意外伤害或疾病得不到及时治疗将导致被保险人身故或严重终身伤害，须在开始接受治疗后48小时内通知我们或我们授权的健康管理服务机构。我们有权对该次治疗是否属紧急情况予以审核。

被保险人在进行上述治疗前，若未事先提交预先通知申请表或紧急情况下未能在规定时间内通知我们的，对于被保险人发生的实际支出的医疗必要的医疗费用，我们将按合同约定的给付范围、给付比例、各项年度给付限额及给付次数等计算得出的金额，再乘以60%的比例给付保险金。

请注意：预先通知不意味着其发生的医疗费用属于保险责任范围，我们将按照本合同的约定承担保险责任。

- 保险期间** 1.6 本合同保险期间为一年，自生效日 24 时起至次年的对应日 24 时止，如果当月无对应的同一日，则至该月最后一日 24 时止。
- 投保范围** 1.7 本合同接受的被保险人的投保年龄范围如下，且须符合投保当时我们的规定。
- (1) 可选责任中疫苗接种及体检费用保险金：限未满 3 周岁（见 7 名词释义）的幼儿投保；
 - (2) 除疫苗接种及体检费用保险金外，其他责任：
首次投保：被保险人的投保年龄范围为 30 天至 17 周岁；
重新投保：被保险人的投保年龄范围为 1 周岁至 17 周岁。
- 不保证续保** 1.8 本合同不保证续保。
- 本合同保险期间为一年。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。

2 我们不保什么

这部分讲的是我们不承担保险责任的情况。

- 责任免除** 2.1 因下列情形之一导致被保险人发生上述保险事故的，我们不承担给付保险金的责任：
- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
 - (2) 故意自伤、故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
 - (3) 服用、吸食或注射违禁药品，成瘾性吸入有毒气体，醉酒或斗殴；
 - (4) 医疗事故（见 7 名词释义）导致的伤害或未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；
 - (5) 酒后驾驶（见 7 名词释义）、无合法有效驾驶证驾驶（见 7 名词释义）或驾驶无合法有效行驶证的机动车（见 7 名词释义）；
 - (6) 参加潜水（见 7 名词释义）、滑水、跳伞、攀岩（见 7 名词释义）、蹦极跳、赛马、赛车、摔跤、探险活动（见 7 名词释义）及特技表演（见 7 名词释义）等高风险活动；
 - (7) 因精神和行为障碍而导致的，精神和行为障碍依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版 [ICD-10（见 7 名词释义）] 确定；
 - (8) 遗传性疾病（见 7 名词释义），先天性畸形、变形或染色体异常（见 7 名词释义）；
 - (9) 怀孕、分娩、流产、不孕不育症、人工受孕、节育（含绝育以及绝育恢复）、产前产后检查、性功能障碍、变性手术、避孕及计划生育手术以及由以上原因引起的并发症；
 - (10) 牙齿的保健、洁牙、美白、矫形及种牙、镶牙、补牙、拔牙，但投保牙科治疗费用保险金可选责任的不受此限；

- (11) 视力矫正；干眼症治疗及其他相关费用；配置眼镜、隐形眼镜；
- (12) 未表现出可疑细胞行为（如近期大小、形状、颜色发生改变）的良性皮肤损害，蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其他瘢痕、纹身去除、皮肤变色所产生的医疗费及其他相关费用；对白癜风、浅表静脉曲张的医疗费及其他相关费用；
- (13) 常规足部医疗费，因意外伤害或者疾病引起的足部治疗情形不在此限；
- (14) 矫形整容手术；选择性手术和相关医疗费用；无论是否出于心理目的而进行的美容、整容费用；
- (15) 健康检查、疗养、静养、临终关怀；
- (16) 感染艾滋病病毒或患艾滋病（见7名词释义）期间因疾病而导致的；
- (17) 战争（见7名词释义）、军事冲突（见7名词释义）、暴乱（见7名词释义）或武装叛乱；
- (18) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (19) 未经科学或医学认可的试验性或研究性治疗的费用；
- (20) 对遗体或供体实施的任何活细胞冷冻贮藏、植入和再植入费用；
- (21) 医生点名费、点刀费；
- (22) 既往症（见7名词释义）或本合同特别约定的除外事项；
- (23) 职业病（见7名词释义）导致的；
- (24) 睡眠检查和治疗；儿童身体和心理发育迟缓、性早熟、学习障碍、行为问题的治疗、评估和评级费用；生长激素治疗及其他相关费用；过敏原检测费用；基因检测相关的疾病的咨询、筛查、检查或治疗；功能医学检查（全套个人化营养评估、抗氧化维生素分析、氧化压力分析、营养与毒性元素分析、肠道免疫功能分析等）费用；因疝气和鞘膜积液产生的所有医疗费用；疫苗接种费用及体检费用，但投保疫苗接种及体检费用保险金可选责任的不受此限；电话咨询费用；居家护理费用；
- (25) 非手术中必需的假体、矫正器具或者相似的器具费；各种用于按摩、保健的医疗器械产生的费用；
- (26) 被保险人在非指定医疗机构就诊产生的医疗费用，以及被保险人未按事先预约时间就诊而发生的预约挂号费用损失；由被保险人或者被保险人家庭成员拥有全部或者部分所有权的机构提供的医疗、药品、设备或者服务而发生的费用。

非医疗必要的，以及在健康状态下仅为改善或者提高目前身体状况而发生的医疗费用；任何非处方药品、非处方医疗设备、非处方服务产生的费用。

明确说明与如实告知 2.2

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

订立本合同时，我们就您和被保险人的有关情况提出询问，您应当如实告知。

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

如果您故意不履行如实告知义务，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担保险责任，并不退还保险费。

如果您因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担保险责任，但会向您退还保险费。

- 其他免责条款** 2.3 除本条款第 2.1 条“责任免除”外，本合同中还有一些免除我们责任的条款，详见以下条款中背景突出显示的内容：第 1.2 条“等待期”、第 1.3 条“保险责任”、第 1.4 条“免赔额”、第 1.5 条“预先通知”、第 1.8 条“不保证续保”、第 2.2 条“明确说明与如实告知”、第 4.2 条“保险事故通知”、第 4.5 条“直付流程”、第 5.1 条“您解除合同的手续及风险”、第 6.4 条“年龄性别错误的处理”、第 6.6 条“职业或工种变更的处理”、第 7 条“名词释义”、附录 1 “保险计划表”、附录 2 “住院及日间治疗费用”、附录 3 “门急诊医疗费用”、附录 4 “疫苗接种及体检费用”、附录 5 “牙科治疗费用”、附录 6 “眼科和牙科预防治疗费用”、附录 7 “重大疾病定义”。

3 如何支付保险费

这部分讲的是您应当按时支付保险费，如果不及时交费可能会导致合同效力终止。

- 保险费的支付** 3.1 本合同保险费的交费方式和交费期间由您与我们约定并在保险单上载明。
保险费以被保险人投保时的年龄为基础核定计算。

4 如何领取保险金

这部分讲的是受益人如何领取保险金。

- 受益人** 4.1 除另有约定外，本合同各项保险金的受益人均为被保险人本人。

- 保险事故通知** 4.2 您、被保险人或受益人知道保险事故发生后应当在 10 日内通知我们。

如果您、被保险人或受益人故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，我们对无法确定的部分不承担保险责任，但我们通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生或者虽未及时通知但不影响我们确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

- 保险金申请** 4.3 申领保险金时，应向我们提供下列文件：
- (1) 保险合同；
 - (2) 被保险人的**有效身份证件**（见 7 名词释义）；
 - (3) 基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险结算清单或者结算证明（若以基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险参保人员的身份在指定医疗机构接受治疗，则需提供）；

- (4) 指定医疗机构的诊断证明文件（包括：完整的门诊及急诊病历、出院小结及相关的检查检验报告）；
- (5) 医疗费用收据正本及医疗费用清单，交通费用正式票据；
- (6) 您、被保险人、受益人与其他权利人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的证明和资料；
- (7) 保险金作为被保险人或保险金受益人的遗产被继承时，必须提供有合法继承权的相关证明文件。

当我们赔付的金额未达上述医疗费用收据支出的医疗费用的金额时，索赔申请人可书面向我们申请领回收据正本，我们在收据正本加盖公章并注明已赔付的金额后发还收据正本。

保险金给付

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

经我们核定属于保险责任的，我们在与受益人达成有关给付保险金数额的协议后 10 日内，履行给付保险金义务。

我们未及时履行前款规定义务的，将赔偿受益人因此受到的损失。前述“损失”指根据保险金给付延滞利率计算的**利息**（见 7 名词释义）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。

直付流程

- 4.5 被保险人在投保人选择的保障计划对应的**医疗直付服务范围**（见 7 名词释义）内的医疗机构接受治疗，对于本合同保险责任范围内的医疗费用，由我们委托授权的健康服务管理机构进行直接结算。被保险人前往医疗直付服务范围内的医疗机构就医前，须与我们授权的健康服务管理机构联系，进行就医预约并获取理赔指导服务。

如果被保险人在医疗直付服务范围内的私立医疗机构接受治疗但未通过直付进行结算，我们不承担给付相应保险金的责任。

若被保险人发生以下医疗费用，被保险人须在就诊后自行向医疗机构支付：

- ① 不属于本合同保险责任范围内的医疗费用；
- ② 属于本合同保险责任范围内但低于年度免赔额的医疗费用；
- ③ 属于本合同保险责任范围内但超过给付限额或给付比例的医疗费用。若已由我们支付的，被保险人应当在收到我们或健康服务管理机构相关通知之日起 30 日内向我们退回。逾期未退回的，我们有权暂停该被保险人与医疗机构的直接结算；被保险人退回后，直接结算即可恢复。

5 如何退保

这部分讲的是您可以随时申请退保，退保可能会有损失。

您解除合同的手续及风险 5.1 本合同成立后，您可以解除本合同，请填写解除合同通知书并向我们提供下列证明和资料：

- (1) 保险合同；
- (2) 您的有效身份证件。

自我们收到解除合同通知书之日 24 时起，本合同终止。我们自收到解除合同通知书之日起 30 日内将向您退还本合同的**未到期净保险费**（见 7 名词释义）。

您解除合同可能会遭受一定损失。

6 需关注的其他内容

这部分讲的是您应当注意的其他事项。

合同构成 6.1 本合同由本保险条款、保险单或其他保险凭证、投保单、与本合同有关的投保文件、声明、批注、批单以及与本合同有关的其他书面材料共同构成。

保险金额 6.2 本合同保险金额按本条款第 1.3 条规定、根据基本保险金额进行计算确定。

合同成立与生效 6.3 您提出保险申请且我们同意承保，本合同成立。本合同成立日期在保险单上载明。经我们同意承保，并自我们收到保险费（以较后者为准）的当日 24 时起保险合同生效。本合同生效日期在保险单上载明。

除另有约定外，我们自本合同生效时开始承担保险责任。

年龄性别错误的处理 6.4 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和性别在投保单上填明，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或性别不真实，并且其真实年龄或性别不符合本合同约定投保年龄或性别限制的，我们有权解除本合同，并向您退还本合同已交的当期保险费的**未到期保险费**（见 7 名词释义）。对于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。
- (2) 您申报的被保险人年龄或性别不真实，致使您实付保险费少于应付保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。如果已经发生保险事故，在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付；
- (3) 您申报的被保险人年龄或性别不真实，致使您实付保险费多于应付保险费的，我们向您退还多收的保险费。

- 合同终止** 6.5 以下任何一种情形发生时，本合同效力终止：
- (1) 在保险期间内解除本合同的；
 - (2) 被保险人身故的；
 - (3) 本合同保险期间届满；
 - (4) 因本合同其他条款所列情形而终止。
- 职业或工种变更的处理** 6.6 被保险人变更其职业或工种时，您应及时以书面形式通知我们。依照我们的职业分类，我们自收到您书面通知之日起按规定办理：被保险人所变更的职业或工种在拒保范围内的，我们将向您退还未满期净保险费，本合同效力终止。
- 被保险人所变更的职业或工种在拒保范围内的，如发生保险事故，我们不承担给付保险金的责任。
- 您可以通过我们的网站（<http://www.citic-prudential.com.cn>）及客户服务热线（4008-838-838）获知最新的职业或工种分类。
- 本公司合同解除权的限制** 6.7 本条款第 2.2、6.4 条规定的合同解除权，自我们知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。自本合同成立之日起超过 2 年的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担保险责任。
- 未还款项** 6.8 我们在给付各项保险金、退还未满期净保险费或者退还保险费时，如果您有欠交的保险费或者其他欠款，我们先扣除上述各项欠款及应付利息。
- 联系方式变更** 6.9 为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址、电话或电子邮件等联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。若您未以书面形式或双方认可的其他形式通知我们，我们按本合同载明的最后联系方式所发送的有关通知，均视为已送达给您。
- 争议处理** 6.10 本合同争议的解决方式，由当事人在保险合同中约定从下列两种方式中选择一种：
- (1) 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，提交 xxx 仲裁委员会仲裁；
 - (2) 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向人民法院提起诉讼。

7 名词释义

- 住院** 7.1 指被保险人因遭受意外伤害事故或患有疾病以及因此而产生的并发症，经医师诊断必须住院治疗，但不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院，以及休养、疗养、身体检查和健康护理等非治疗性行为，且必须同时符合以下三个条件：
- (1) 办理了入院及出院手续；
 - (2) 全天 24 小时在医院内接受治疗；
 - (3) 入住医院住院部的正式病床。

日间治疗 7.2 指完全出于接受医疗必要的治疗目的,被保险人以占用医疗机构病床超过六小时但不过夜的方式接受的医疗。

意外伤害事故 7.3 指外来的、不可预见的、突发的、非本意的、非由疾病引起的,并以此为直接原因使身体受到伤害的客观事件。

指定医疗机构 7.4 指符合下列所有条件的机构:

- (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医疗和护理服务;
- (4) 非作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。

指定医疗机构,指公立医院,以及我们指定的私立医疗机构。

公立医院:中国大陆地区经中华人民共和国卫生行政部门正式评定的公立医院,不含北京平谷、密云、怀柔三区的所有医院。本合同仅限计划三可包括北京协和医院国际医疗部、北京协和医院西单院区国际医疗部,其他计划不包括上述医疗机构。

指定的私立医疗机构,指在中国大陆境内合法注册的私立医疗机构(部分私立医疗机构存在除外费用,具体详见服务手册),具体以我们授权的健康管理服务机构最新发布的私立医疗机构清单为准。

指定医疗机构,您可以通过我们的服务手册及客户服务热线或我们授权的健康管理服务机构查询指定医疗机构相关信息。若上述机构有调整,我们将会及时对外公布更新。

医疗必要 7.5 指被保险人接受治疗或服务、使用器械或服用药品须符合以下条件:

- (1) 系医师处方要求;
- (2) 在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需的水平;
- (3) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致;
- (4) 非主要为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他医疗提供方的方便;
- (5) 非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关;
- (6) 非试验性或研究性。

保单年度 7.6 指从保险合同生效日或**保单周年日**(见7名词释义)24时起至下一年度保险合同保单周年日24时止的期间为一个保单年度。

- 突发急性病** 7.7 指被保险人突然发病，经医院确诊为急症。
- 急症是指严重突发医疗状况或者症状，并在该状况或症状发生 24 小时内，被保险人需要立即接受护理和治疗，否则将受到生命危险。
- 周岁** 7.8 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。
- 若不同有效身份证件上关于出生日期的记载不一致，应当以出生证明记载的日期为准；没有出生证明的，以户籍登记或者其他有效身份登记记载的时间为准。有其他证据足以推翻以上记载时间的，以该证据证明的时间为准。
- 医疗事故** 7.9 指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，过失造成患者人身损害的事故。
- 酒后驾驶** 7.10 指经检测或鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》或道路交通相关法规的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。
- 无合法有效驾驶证驾驶** 7.11 指下列情形之一：
- (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。
- 无合法有效行驶证** 7.12 指下列情形之一：
- (1) 机动车被依法注销登记的；
 - (2) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。
- 机动车** 7.13 指以动力装置驱动或者牵引，上道路行驶的供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆或履带车辆。
- 潜水** 7.14 指使用辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。

攀岩	7.15	指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
探险活动	7.16	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,而使自己置身于其中的行为,如:江河漂流、登山、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。
特技表演	7.17	指进行马术、杂技、飞车、驯兽等特殊技能的表演。
ICD-10	7.18	《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。如果出现ICD-10与ICD-0-3(见7名词释义)不一致的情况,以ICD-0-3为准。
遗传性疾病	7.19	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。
先天性畸形、变形或染色体异常	7.20	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。
感染艾滋病病毒或患艾滋病	7.21	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。
战争	7.22	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。
军事冲突	7.23	指国家或民族之间在一定范围内的武装对抗,以政府宣布为准。
暴乱	7.24	指破坏社会秩序的武装骚动,以政府宣布为准。
既往症	7.25	指在本合同生效日之前被保险人已患且已知晓的疾病。
职业病	7.26	指企业、事业单位和个体经济组织的劳动者在职业活动中,因接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害物质等因素而引起的疾病。职业病的认定需遵循《中华人民共和国职业病防治法》中的相关规定及鉴定程序。

- 有效身份证件** 7.27 指由中华人民共和国政府主管部门规定的能够证明其身份的证件，如：保险期间内的居民身份证、港澳台居民居住证、户口簿以及中华人民共和国政府主管部门颁发或者认可的有效护照或者其他身份证明文件。
- 利息** 7.28 本条款第 4.4 条中的利息按保险金给付延滞利率计算。保险金给付延滞利率与现金红利储存生息利率（其它产品）一致。
- 现金红利储存生息利率（其它产品）以我们在每月第一个营业日公布的为准。
- 医疗直付服务范围** 7.29 投保计划一，医疗直付服务范围为计划一指定的私立医疗机构；投保计划二，医疗直付服务范围为公立医院特需部、国际部以及计划二指定的私立医疗机构；投保计划三，医疗直付服务范围为公立医院特需部、国际部以及计划三指定的私立医疗机构。
- 未到期净保险费** 7.30 指本合同最后一期已交保险费 × (1-手续费比例) × (1-该保险费所保障的已经过日数/该保险费所保障的日数)，经过日数不足一日的按一日计算，手续费比例为 26%。
若已发生本合同项下的保险金给付，则未到期净保险费为零。
- 未到期保险费** 7.31 指本合同最后一期已交保险费 × (1-该保险费所保障的已经过日数/该保险费所保障的日数)，经过日数不足一日的按一日计算。若已发生本合同项下的保险金给付，则未到期保险费为零。
- 保单周年日** 7.32 指保险合同生效日在合同生效后每年的对应日，不含合同生效日当日。如果当月没有对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。
- ICD-0-3** 7.33 《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）。

附录 1 保险计划表

一、 必选责任

必选责任包含三种保障方案：基本保障、凯莉保障、铂金保障。投保时任选其一。

（一）基本保障

保障计划	计划一	计划二	计划三
指定医疗机构范围	公立医院普通部、特需部、国际部以及计划一指定的私立医疗机构	公立医院普通部、特需部、国际部以及计划二指定的私立医疗机构	公立医院普通部、特需部、国际部以及计划三指定的私立医疗机构
本保单年度给付限额	300,000 元	500,000 元	500,000 元

既往症给付限额 (投保时如实告知并经我们书面同意承保的既往症)	2,000元	2,000元	2,000元
医疗直付服务范围	计划一指定的私立医疗机构	公立医院特需部、国际部以及计划二指定的私立医疗机构	公立医院特需部、国际部以及计划三指定的私立医疗机构
1. 住院及日间治疗费用保险金 (等待期 30 天)			
年度免赔额 (重大疾病豁免) 重大疾病定义详见附录 7	初次投保 8,000 元, 第一次续保 4,000 元, 第二次及之后续保 2,000 元	2,000 元	初次投保 8,000 元, 第一次续保 4,000 元, 第二次及之后续保 2,000 元
等待期	30 天	30 天	30 天
给付比例	(1) 公立医院特需、国际部: 80% (2) 指定私立医疗机构和公立医院普通部: 100%	100%	100%
床位费日限额	1,200 元/天	1,200 元/天	1,200 元/天
特定手术限额: 扁桃体手术、腺样体手术、包皮环切手术	限额 500 元 通过我们授权的健康管理服务机构安排转诊并接受治疗的, 限额提升至 3,000 元	限额 500 元 通过我们授权的健康管理服务机构安排转诊并接受治疗的, 限额提升至 3,000 元	限额 500 元 通过我们授权的健康管理服务机构安排转诊并接受治疗的, 限额提升至 3,000 元
2. 门急诊医疗费用保险金 (无等待期)			
给付比例	(1) 前 4 次门急诊发生的医疗费用: 公立医院特需、国际部: 80%, 指定私立医疗机构和公立医院普通部: 100% (2) 4 次之后门急诊发生的医疗费用: 50%	(1) 前 4 次门急诊发生的医疗费用: 100% (2) 4 次之后门急诊发生的医疗费用: 50%	(1) 前 4 次门急诊发生的医疗费用: 100% (2) 4 次之后门急诊发生的医疗费用: 50%
门急诊医疗费用保险金责任 年度给付限额	50,000 元	50,000 元	50,000 元
理疗和中医治疗费责任 年度给付限额	1,500 元	2,500 元	2,500 元
3. 急救和异地就医交通费用保险金 (无等待期)			
急救费责任 年度给付限额	赔付至本保单年度给付限额	赔付至本保单年度给付限额	赔付至本保单年度给付限额
异地就医交通费责任 年度给付限额	2,000 元	10,000 元	10,000 元

(二) 凯莉保障

保障计划	计划一	计划二	计划三
指定医疗机构范围	公立医院普通部、特需部、国际部以及计划一指定的私立医疗机构	公立医院普通部、特需部、国际部以及计划二指定的私立医疗机构	公立医院普通部、特需部、国际部以及计划三指定的私立医疗机构
本保单年度给付限额	500,000 元	1,000,000 元	1,000,000 元
既往症给付限额 (投保时如实告知并经我们书面同意承保的既往症)	2,000 元	2,000 元	2,000 元
医疗直付服务范围	计划一指定的私立医疗机构	公立医院特需部、国际部以及计划二指定的私立医疗机构	公立医院特需部、国际部以及计划三指定的私立医疗机构
1. 住院及日间治疗费用保险金 (等待期 30 天)			
年度免赔额 (重大疾病豁免) 重大疾病定义详见附录 7	初次投保 8,000 元, 第一次续保 4,000 元, 第二次及之后续保 2,000 元	2,000 元	初次投保 8,000 元, 第一次续保 4,000 元, 第二次及之后续保 2,000 元
等待期	30 天	30 天	30 天
给付比例	(1) 公立医院特需、国际部: 80% (2) 指定私立医疗机构和公立医院普通部: 100%	100%	100%
床位费日限额	无日限额	无日限额	无日限额
特定手术限额: 扁桃体手术、腺样体手术、包皮环切手术	限额 500 元 通过我们授权的健康管理服务机构安排转诊并接受治疗的, 限额提升至 3,000 元	限额 500 元 通过我们授权的健康管理服务机构安排转诊并接受治疗的, 限额提升至 3,000 元	限额 500 元 通过我们授权的健康管理服务机构安排转诊并接受治疗的, 限额提升至 3,000 元
2. 门急诊医疗费用保险金 (无等待期)			
给付比例	(1) 前 8 次门急诊发生的医疗费用: 公立医院特需、国际部: 80%, 指定私立医疗机构和公立医院普通部: 100% (2) 8 次之后门急诊发生的医疗费用: 50%	(1) 前 8 次门急诊发生的医疗费用: 100% (2) 8 次之后门急诊发生的医疗费用: 50%	(1) 前 8 次门急诊发生的医疗费用: 100% (2) 8 次之后门急诊发生的医疗费用: 50%
门急诊医疗费用保险金 责任 年度给付限额	100,000 元	100,000 元	100,000 元
理疗和中医治疗费责任 年度给付限额	1,500 元	2,500 元	2,500 元
3. 急救和异地就医交通费用保险金 (无等待期)			
急救费责任 年度给付限额	赔付至本保单年度给付限额	赔付至本保单年度给付限额	赔付至本保单年度给付限额

异地就医交通费责任 年度给付限额	2,000 元	10,000 元	10,000 元
---------------------	---------	----------	----------

(三) 铂金保障

保障计划	计划一	计划二	计划三
指定医疗机构范围	公立医院普通部、特需部、国际部以及计划一指定的私立医疗机构	公立医院普通部、特需部、国际部以及计划二指定的私立医疗机构	
本保单年度给付限额	6,000,000 元	6,000,000 元	
既往症给付限额 (投保时如实告知并经我们书面同意承保的既往症)	10,000 元	10,000 元	
医疗直付服务范围	计划一指定的私立医疗机构	公立医院特需部、国际部以及计划二指定的私立医疗机构	
1. 住院及日间治疗费用保险金 (等待期 30 天)			
年度免赔额 (重大疾病豁免) 重大疾病定义详见附录 7	初次投保 8,000 元, 第一次续保 4,000 元, 第二次及之后续保 2,000 元	2,000 元	
等待期	30 天	30 天	
给付比例	(1) 公立医院特需、国际部: 80% (2) 指定私立医疗机构和公立医院普通部: 100%	100%	
床位费日限额	无日限额	无日限额	
特定手术限额: 扁桃体手术、腺样体手术、包皮环切手术	限额 500 元 通过我们授权的健康管理服务机构安排转诊并接受治疗的, 限额提升至 3,000 元	限额 500 元 通过我们授权的健康管理服务机构安排转诊并接受治疗的, 限额提升至 3,000 元	
2. 门急诊医疗费用保险金 (无等待期)			
给付比例	(1) 前 12 次门急诊发生的医疗费用: 公立医院特需、国际部: 80%, 指定私立医疗机构和公立医院普通部: 100% (2) 12 次之后门急诊发生的医疗费用: 50%	(1) 前 12 次门急诊发生的医疗费用 100% (2) 12 次之后门急诊发生的医疗费用: 50%	
门急诊医疗费用保险金 责任 年度给付限额	100,000 元	100,000 元	
理疗和中医治疗费责任 年度给付限额	1,500 元	2,500 元	

铂金保障无计划三

3. 急救和异地就医交通费用保险金（无等待期）		
急救费责任 年度给付限额	赔付至本保单年度给付限额	赔付至本保单年度给付限额
异地就医交通费责任 年度给付限额	2,000元	10,000元

若您选择投保基本保障计划二、凯莉保障或铂金保障，被保险人在上海百诺门诊部、上海宜汇门诊部、中间带医疗（深圳旗舰店）、中间带医疗（成都旗舰店）接受门急诊治疗的，门急诊医疗费用保险金的给付比例为100%，且就诊不计入给付比例中门急诊发生次数。

二、 可选责任

保障计划	计划一	计划二	计划三
1. 疫苗接种及体检费用保险金（无等待期）			
方案一、方案二任选其一			
本项保险责任限未满3周岁的幼儿投保			
方案一			
指定医疗机构范围	指定医疗机构由您在投保时从我们提供的疫苗优选医疗机构中选定	指定医疗机构由您在投保时从我们提供的疫苗优选医疗机构中选定	指定医疗机构由您在投保时从我们提供的疫苗优选医疗机构中选定
疫苗及接种费用责任 年度给付限额	赔付至本保单年度给付限额 含8次被保险人于指定疫苗优选医疗机构疫苗接种期间的儿童保健诊疗费用，给付比例100%	赔付至本保单年度给付限额 含8次被保险人于指定疫苗优选医疗机构疫苗接种期间的儿童保健诊疗费用，给付比例100%	赔付至本保单年度给付限额 含8次被保险人于指定疫苗优选医疗机构疫苗接种期间的儿童保健诊疗费用，给付比例100%
体检费用责任 年度给付限额	铂金保障：1,500元 基本保障、凯莉保障不包含“体检费用责任”	铂金保障：1,500元 基本保障、凯莉保障不包含“体检费用责任”	-
方案二			
指定医疗机构范围	公立医院及上海百诺门诊部、上海宜汇门诊部	公立医院及上海百诺门诊部、上海宜汇门诊部	公立医院及上海百诺门诊部、上海宜汇门诊部
疫苗及接种费用责任 年度给付限额	12,000元 含8次被保险人于指定上海百诺门诊部、上海宜汇门诊部疫苗接种期间的儿童保健诊疗费用，给付比例100%	12,000元 含8次被保险人于指定上海百诺门诊部、上海宜汇门诊部疫苗接种期间的儿童保健诊疗费用，给付比例100%	12,000元 含8次被保险人于指定上海百诺门诊部、上海宜汇门诊部疫苗接种期间的儿童保健诊疗费用，给付比例100%
2. 牙科治疗费用保险金（投保时可选择，无等待期）			
指定医疗机构范围	公立医院普通部、特需部、国际部以及计划一指定的私立医疗机构	公立医院普通部、特需部、国际部以及计划二指定的私立医疗机构	公立医院普通部、特需部、国际部以及计划三指定的私立医疗机构
牙科治疗费用保险金责任 年度给付限额	4,000元	4,000元	4,000元
基础治疗费给付比例	80%	80%	80%
重大治疗费给付比例	50%	50%	50%
3. 眼科和牙科预防治疗费用保险金（投保时可选择，无等待期）			
指定医疗机构范围	上海百诺门诊部、上海宜汇门	上海百诺门诊部、上海宜汇门	上海百诺门诊部、上海宜汇门

	门诊部、中间带医疗（深圳旗舰店）	门诊部、中间带医疗（深圳旗舰店）	门诊部、中间带医疗（深圳旗舰店）
眼科和牙科预防治疗费用保险金责任年度给付限额	5,000元	5,000元	5,000元
眼科和牙科预防治疗费用给付比例	100%	100%	100%
眼科预防治疗费用保险金责任年度给付次数	限2次	限2次	限2次
牙科预防治疗费用保险金责任年度给付次数	限2次	限2次	限2次

附录 2 住院及日间治疗费用

1. 常规住院费：包括在住院或日间治疗过程中所涉及的以下费用项目	
1.1 床位费	指实际发生的住院床位费。住院床位费标准以不高于标准单人病房费用为限。床位费日限额详见附录 1。
1.2 膳食费	指实际发生的、根据医嘱、由医疗机构内专设为住院病人配餐的食堂配送的、符合惯常标准的膳食费。
1.3 重症监护病房费	指实际发生的，因入住针对危重病人配备专门医务人员及各种复杂生命监测设备、且提供不间断密切监视和救治技术的专用病房而发生的重症监护病房费。
1.4 陪床费	指被保险人的合法监护人（限一人），在医院陪同被保险人住院发生的陪床床位费，陪床费标准以不高于被保险人床位费标准为限。
1.5 医生费	指包括由医生所实施的病情咨询及检查、各种器械或仪器检查、诊断、治疗方案拟订等各项医疗服务所收取的费用。
1.6 护理费	指专业护士对被保险人提供临床护理服务而产生的费用。
1.7 治疗费	指由医生或护士对患者进行的、除手术外的各种治疗项目费用；包括清创、换药、拆线、脓肿切开引流、瘘管烧灼、血管穿刺、输血、输液、注射、肌肉封闭、吸氧、冷冻、激光、呼吸、急救治疗、心肺复苏、放化疗等所产生的费用，具体以就诊医疗机构的费用项目划分为准，但不包括质子束放射疗法、重离子束放射疗法和中子束放射疗法。
2. 检查化验费：指被保险人实际发生的一般检查化验费与大型检查化验费。	
(1) 一般检查化验费：指以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用，包括 X 光费、心电图费、B 超费、分子生化检验费和血、尿、便常规化验费等。	
(2) 大型检查化验费：包括计算机断层扫描（CT）、正电子发射计算机断层扫描（PET）、核磁共振检查费（MRI）、内窥镜检查费（如胃镜检查、结肠镜检查、膀胱镜检查）、磁共振血管成像（MRA）、计算机辅助断层成像（CTA）、数字减影血管造影（DSA）、磁共振胰胆管成像（MRCP）、消化道造影、穿刺活检术、髋关节 B 超、脑电图、心脏彩超、肺功能检查检验、鼻内镜检查等。	
3. 药品费：指根据医生的处方而使用的西药、中成药和中草药所产生的费用。但不包括以下：	
(1) 主要起营养滋补作用的中草药类：花旗参、冬虫夏草、西红花、灵芝、白糖参、朝鲜红参、红参、野山参、移山参、蛤蚧、琥珀、珊瑚、玳瑁、玛瑙、珍珠（粉）、阿胶、阿胶珠、血宝胶囊、红桃 K 口服液、十全大补丸、十全大补膏等所产生的费用；	
(2) 部分可以入药的动物及动物脏器，如狗宝、牛黄、麝香、燕窝、马宝、羚羊角尖粉、鹿茸、海马、胎盘、血竭、鞭、尾、筋、骨等，用中药材和中药饮片泡制的各类酒制剂等所产生的费用；	

	<p>(3) 以上所列药品包括生药及炮制后的饮片及药材、中药敷贴、中药熏蒸、膏方费，中草药代加工成粉剂、药丸、胶囊、胶或者其他制剂发生的加工费；</p> <p>(4) 美容和减肥药品费用；</p> <p>(5) 生长发育相关药品费用。</p>
	<p>4. 耐用医疗设备费：指被保险人实际发生的购买或租赁非一次性耐用医疗设备的费用。本合同所称“非一次性耐用医疗设备”仅包括外置胰岛素泵、脚托、臂托、颈背托或束带、轮椅（非电动轮椅）、义乳（仅限患乳腺癌并接受属于保险责任范围内的乳房切除术的被保险人）、助听器、外置心脏起搏器、便携式雾化器（仅包含便携式雾化器的租赁费用，不包含便携式雾化器购买费用）。不包括任何非医疗必要的设备，也不包括替换或维修上述装置的费用。</p>
	<p>5. 住院手术费</p>
	<p>5.1 手术操作费、麻醉费、手术室费、恢复室费、手术监测费、手术辅助费和手术设备费等其他手术相关费用。</p>
<p>5.2 手术植入材料费</p>	<p>指医生认为手术中必不可少的通过手术植入人体以治疗、诊断，或者替换、加强器官功能为目的的物体或材料，包括但不限于：</p> <p>① 植入器材：骨板、骨钉、骨针、骨棒、脊柱内固定器材、结扎丝、聚醚器、骨蜡、骨修复材料、脑动脉瘤夹、银夹、血管吻合夹（器）、心脏或组织修补材料、眼内充填材料、神经补片、义乳（仅限乳腺癌等疾病导致乳房切除术中植入）；</p> <p>② 植入性人工器官：人工食道、人工血管、人工椎体、人工关节、人工尿道、人工瓣膜、人工肾、人工颅骨、人工颌骨、人工心脏、人工肌腱、人工耳蜗、人工肛门封闭器；</p> <p>③ 接触式人工器官：人工喉、人工皮肤、人工角膜；</p> <p>④ 支架：心脏支架、血管支架、前列腺支架、胆道支架、食道支架；</p> <p>⑤ 其他：脑起搏器、心脏起搏器、急救中使用的颈托。</p>
<p>5.3 器官移植费</p>	<p>指以被保险人为受体，经相关医生明确诊断，被保险人在具备开展器官移植手术资质的医院内，根据医学需要必须进行的肝脏移植、肾脏移植、心脏移植、肺脏移植、胰脏移植、骨髓移植等器官移植而产生的手术费、辅助治疗费、排异药品费、检验费等。与器官移植相关的门诊费用也涵盖在本项费用下。但不包括寻找器官供体、配型、获取以及从供体切除器官、储藏、运送的相关费用，以及与不孕不育或者生殖医学相关的移植费用。</p>
<p>6. 特定疾病医疗费</p>	<p>指针对特定疾病的后续治疗，经由门诊或住院进行治疗，均视同住院进行赔付的费用，具体包括以下费用类型：肾透析费，门诊恶性肿瘤治疗费，质子重离子医疗费，器官移植后抗排异治疗费、排异药品费。</p>
<p>6.1 肾透析费</p>	<p>在合法注册的透析中心进行的血液透析（通过血液在体外机器中的循环，将血液中的废物和过量的水去除）；或腹膜透析（透析液流过被保险人的腹腔，通过腹膜内层去除血液中的废物和过量的水）。</p>
<p>6.2 门诊恶性肿瘤治疗费</p>	<p>包括化学疗法、放射疗法（仅限光子放疗）、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法所产生的费用。</p> <p>化学疗法：指针对恶性肿瘤的化学治疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。本合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医疗机构进行的静脉注射化疗。</p> <p>放射疗法：指针对恶性肿瘤的放射治疗。放疗是使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以抑制和杀灭癌细胞为目的而进行的治疗。本合同所指的放疗为被保险人根据医嘱，在医疗机构的专门科室进行的放疗。</p> <p>肿瘤免疫疗法：指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和增强机体抗肿瘤免疫应答，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本合同所指的肿瘤免疫疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理部门批准用于临床治疗。</p> <p>肿瘤内分泌疗法：指针对恶性肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制激素生成和激素反应，杀死</p>

	<p>癌细胞或抑制癌细胞的生长。本合同所指的内分泌疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理部门批准用于临床治疗。</p> <p>肿瘤靶向疗法：指在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本合同所指的靶向疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理部门批准用于临床治疗。</p>
6.3 质子重离子医疗费	<p>指被保险人因接受质子重离子疗法而发生的相关费用，包括定位及制定放疗计划费用以及质子、重离子放射治疗实施费用。</p> <p>质子重离子疗法是指应用质子放射线或者重离子放射线治疗肿瘤的方法，质子指氢原子剥去电子后带有正电荷的粒子，重离子指比电子重的粒子。本合同所指的质子重离子放射治疗是指被保险人根据医嘱，在本合同指定医疗机构的专门治疗室内接受的质子重离子放射治疗。</p>
6.4 器官移植后抗排异治疗费、排异药品费	
7. 康复治疗和专业护理费	
7.1 康复治疗费	指被保险人手术后在康复医疗机构、康复中心、普通医疗机构的康复科诊治或者接受以促进机体各项功能恢复为目的的医疗方法，如理疗、按摩、推拿、生物反馈疗法、康复护理等而产生的费用。
7.2 专业护理费	指被保险人在出院后九十天内（但不得超过本合同的保险期间），在康复医疗机构、康复中心、普通医疗机构的康复科，根据医生的医嘱，需要接受由专业护士提供的与住院治疗的疾患直接相关的康复治疗所产生的费用，包括康复保健、换药、导尿、测血压、输液、注射、压力性溃疡护理、鼻饲、造瘘等临床护理技术服务。
8. 门诊或日间手术费	指被保险人由医生诊断无需住院即可进行的医疗必要的、符合通常惯例水平的手术而产生的费用，包括手术操作费、麻醉费、手术室费、恢复室费、手术监测费、手术辅助费和手术设备费等手术相关费用，但不包括手术植入材料和器官移植费用。
9. 日间留观费	指因被保险人病情未稳定或在门诊施行全麻手术或检查，医生采取占用病床（超过六小时）观察病人身体状况的措施而产生的相关费用。

附录 3 门急诊医疗费用

1. 医生费	
2. 治疗费	
3. 检查检验费	
4. 处方药费	
5. 耐用医疗设备费	
6. 理疗和中医治疗费	
6.1 理疗费	<p>由具有相应医疗资质的专业医师实施的物理治疗、美式脊椎矫正、职业疗法、顺势疗法、语音治疗（包括为治疗吞咽障碍由语言治疗师实施的电子喉镜检查）费。</p> <p>物理治疗：是指由具有相应医疗职业资格的专业医师实施的、应用人工物理因子（如光、电、磁、声、温热、寒冷、力等）来治疗疾病，包括电疗、光疗、磁疗、热疗、冷疗、水疗，超声波疗法以及功能训练和手法治疗。不包括泥疗、蜡敷治疗、气泡浴与药物浸浴治疗。具有相应医疗职业资格的专业医师必须开具处方和书面的治疗计划（包括短期和长期目标），并在合理的、可预测的时间内使得症状明显好转。</p> <p>顺势疗法：指不直接治疗某一症状或疾病，而是服用高度稀释后的小剂量药物激活人体组织自我免疫和自我修复，提高人体的自愈能力，达到快速、安全、有效回归自然，永久性地根治疾病的物理治愈系统。</p>
6.2 中医治疗费	由注册中医医师处方开具的中草药费、针灸治疗费、挂号费、诊察费及相关费用。

7. 紧急牙科费用	<p>被保险人因遭受意外伤害而导致原自身牙齿的损坏，在医院发生的对创面进行修复或缝合手术的牙科手术所产生的费用，但不包括以下费用：</p> <p>(1) 对义齿的损坏导致的修复、重装等治疗、化验、检查、材料等医疗费用。</p> <p>(2) 牙齿（包括义齿）的镶装、矫正、种植、包冠等项目的治疗、化验、检查及材料费用。</p>
-----------	---

附录 4 疫苗接种及体检费用

1. 疫苗接种费用	被保险人进行国家批准认证的、非实验性质的疫苗及接种费用。
2. 体检费用	被保险人全身体检费及相关检查化验费、常规检查化验费。（本项保险责任方案二及部分保障计划无体检费用保障责任，具体见附录 1）。

附录 5 牙科治疗费用

1. 预防治疗费	包括常规牙科检查、牙齿健康指导、医生问诊费、口腔档案建立、儿童刷牙指导及口腔护理指导口腔全景片、小牙片、口腔检查及牙齿清洁（限 2 次）、口腔涂氟（限 1 次）、窝沟封闭（限 1 次）等。
2. 基础治疗费	包括汞合金或复合树脂充填、简单拔牙、牙周刮治、根面平整、多生牙及乳牙拔除、龋齿补牙及填充术、根管治疗及预成冠，以及相关口腔 X 光等。
3. 重大治疗费	包括桥式义齿（包括化验和麻醉费）、智齿拔除、儿童正畸、肌功能矫正，以及相关口腔 X 光等。

附录 6 眼科和牙科预防治疗费用

1. 眼科预防治疗费用	包括验光师承接的眼科检查（限 2 次），具体项目包括屈光档案建立、电脑验光、普通视力检查、眼压检验（非接触眼压计）、眼生物测量、眼位检查（定性）、主导眼检查、角膜曲率测量、色觉检查、立体视觉检查（近）、验光（云雾测试）、眼镜度数检测。
2. 牙科预防治疗费用	包括口腔涂氟（限 2 次、限氟保护漆）。

附录 7 重大疾病定义

本合同所指的重大疾病是指以下列出的疾病、疾病状态或手术。疾病定义是由中国保险行业协会颁布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》规定。

编号	重大疾病名称	重大疾病定义
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（见注释）为 I 期或更轻分期的**甲状腺癌**（见注释）；

(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**。

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。

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**（见注释）**肌力**（见注释）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**（见注释）；
- (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。

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。
- 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。
- 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 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。
- 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 严重非恶性颅内肿瘤 指起源于脑、脑神经、脑被膜的非恶性肿瘤，ICD-0-3肿瘤形态学编码属于0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）范畴，并已经引起颅内压升高或神经系统功能损害，出现视乳头水肿或视觉受损、听觉受损、面部或肢体瘫痪、癫痫等，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且须满足下列至少一项条件：
(1) 已经实施了开颅进行的颅内肿瘤完全或部分切除手术；
(2) 已经实施了针对颅内肿瘤的放射治疗，如 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）。
- 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。

- 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) 一股（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。
- 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。
- 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（见注释）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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

- 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） 一股（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。
- 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。
- 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。
- 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（见注释）Ⅳ级，且静息状态下肺动脉平均压在36mmHg（含）以上。
- 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。
- 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。
- 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 $<20 \times 10^9/L$ 。
- 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。

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 (FEV ₁) 占预计值的百分比 < 30%； (3) 在静息状态、呼吸空气条件下，动脉血氧分压 (PaO ₂) < 50mmHg。
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。
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。

注释

注 1	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。
注 2	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。
注 3	甲状腺癌	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 pT _x : 原发肿瘤不能评估 pT ₀ : 无肿瘤证据 pT ₁ : 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 pT ₂ : 肿瘤 2 ~ 4cm pT ₃ : 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 pT ₄ : 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 pT ₀ : 无肿瘤证据 pT ₁ : 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 pT ₂ : 肿瘤 2 ~ 4cm pT ₃ : 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。

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”均指患者病理组织标本获取日期时的年龄。

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。

注 5	肌力	<p>指肌肉收缩时的力量。肌力划分为 0-5 级，具体为：</p> <p>0 级：肌肉完全瘫痪，毫无收缩。</p> <p>1 级：可看到或者触及肌肉轻微收缩，但不能产生动作。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>4 级：能对抗一定的阻力，但较正常人为低。</p> <p>5 级：正常肌力。</p>
注 6	语言能力完全丧失或严重咀嚼吞咽功能障碍	<p>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。</p> <p>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。</p>
注 7	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。
注 8	美国纽约心脏病学会（New York Heart Association，NYHA）心功能状态分级	<p>美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）将心功能状态分为四级：</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

（本页以下空白）