

协议编号

定安县残疾人联合会
为残疾人购买商业保险项目（2025 年）
承保协议书

签署时间：2025 年 9 月 25 日

甲方：定安县残疾人联合会地址：定安县定城镇仙沟社区仙龙路 1.5 公里处

乙方：中国人寿保险股份有限公司海南省分公司

地址：海南省海口市美兰区大英山东四路 8 号富力首府项目 B18 地块 9#楼第一层（北侧）、第 6-9 层

根据《中华人民共和国政府采购法》、《中华人民共和国民法典》、《中华人民共和国保险法》等相关法律法规、为残疾人购买商业保险项目（2025 年）（统招分签）（项目编号：[HNCY]20250600006[GK]）、乙方的《投标文件》及《中标通知书》以及海南省残疾人联合会与乙方签订的《为残疾人购买商业保险项目（2025）框架合作协议书》，甲、乙双方协商一致，同意签订本协议。其他有关协议项目的特定信息由协议附件予以说明，协议附件及本项目的《招标文件》、《投标文件》、《中标通知书》等均为本合同不可分割的部分。

一、 服务名称

1.1 招标服务项目名称：为残疾人购买商业保险项目（2025 年）（统招分签）。

二、 保险期间

2.1 本协议有效期为一年，自 2025 年 3 月 1 日零时起至 2026 年 2 月 28 日 24 时止。

2.2 在本协议有效期内，保险人基于本协议承担的保险责任起止时间以保险人出具的有效保险单上载明的时间为准。该保险期间构成本协议项下指的“保险年度”。

三、 投保人、保险人、被保险人

3.1 甲方为投保人（下文中统称“投保人”）。

3.2 乙方为保险人（下文中统称“保险人”）。

3.3 被保险人为定安县户籍持有残疾人证的全部残疾人，无

年龄限制，下文统称为“被保险人”。

四、 保险费

4.1 保险总人数为 7180 人，保险费总额为人民币 伍拾玖万伍仟玖佰肆拾 元整（小写为 595940 元），人均保险费为人民币 捌拾叁 元整（小写为 83 元）。

五、 保险方案

本保险年度内，每名被保险人的保险方案如下：

层级	层级名称	保险责任项目	保险金额
一	有民事行为能力人（含限制民事行为能力人与完全民事行为能力人）	意外伤害保险责任（身故、伤残保险责任） 详见：6.1	80000 元/人（法定节假日期间保额提升至 160000 元/人）
		意外医疗保险金责任 详见：6.4	30000 元/人
		意外住院津贴保险金责任 详见：6.3	250 元/天/人
		重大疾病、轻度疾病保险金责任 详见：6.6	30000 元/人
二	无民事行为能力人	意外伤残保险责任 详见：6.1	80000 元/人（法定节假日期间保额提升至 160000 元/人）
		意外医疗保险金责任 详见：6.4	30000 元/人
		意外住院津贴保险金责任 详见：6.3	250 元/天/人
		重大疾病、轻度疾病保险金责任 详见：6.6	30000 元/人
三	有民事行为能力人（含限制民事行为能力人与完全民事行为能力人）	补充住院医疗保险金责任 详见：6.5	8000 元/人

	人)、无民事行为能力人		
四	有民事行为能力人(含限制民事行为能力人与完全民事行为能力人)	猝死责任 详见: 6.2	25000 元/人

根据中国保险监督管理委员会文件的规定,父母为其未成年子女投保人身保险,在被保险人成年之前,各保险合同约定的被保险人死亡给付的保险金额总和、被保险人死亡时各保险公司实际给付的保险金总和按以下限额执行:(1)对于被保险人不满 10 周岁的,不得超过人民币 20 万元;(2)对于被保险人已满 10 周岁但未满 18 周岁的,不得超过人民币 50 万元。

备注:

(一) 以上保险责任涵盖海南省户籍持有残疾人证的全部残疾人(包括具有民事行为能力人和无民事行为能力人);

(二) 新增的海南省户籍持有残疾人证的残疾人,也属于保障人群内。保障生效时间以残疾人证生效时间为准,生效前产生的相关医疗费用不在保险保障范围内;

(三) 以残疾人“就诊时间/住院时间”的起始时间判定该保险案件归属的保单年度;

(四) “法定节假日期间”指:法定节假日为现行有效的《全国年节及纪念日放假办法》所规定的全体公民放假的节日及中华人民共和国国务院办公厅发布的连同上述节日的调休安排日期。全体公民放假的节日包括:新年(1 月 1 日)、春节(农历除夕、正月初一、初二、初三)、清明节(农历清明节当日)、劳动节(5 月 1 日、2 日)、端午节(农历端午节当日)、中秋节(农历中秋节当日)、国庆节(10 月 1 日、2 日、3 日)。

六、 保险责任

要实现本项目保险保障项目,乙方提供的保险产品可以采

用保险主条款或附加条款的形式，但须经中国保险监督管理委员会备案，本项目相关保险责任要求简述如下：

在本合同保险期间内，乙方依下列约定承担保险责任：

6.1 意外身故保险金责任（身故、伤残保险责任）（所用条款：国寿新绿洲团体意外伤害保险（A款）条款）

有民事行为能力人（含限制民事行为能力人与完全民事行为能力人）的被保险人因遭受意外事故，并自该意外伤害发生之日起一百八十日内因该意外伤害导致身故的，本合同对该被保险人的保险责任终止，乙方按本合同约定的该被保险人的意外伤害保险金额扣除已给付的该被保险人意外伤残保险金后的余额给付意外身故保险金。

有民事行为能力人（含限制民事行为能力人与完全民事行为能力人）和无民事行为能力人的被保险人遭受意外伤害，并自该意外伤害发生之日起一百八十日内因该意外伤害导致身体伤残的，乙方根据《人身保险伤残评定及代码》（GB/T 44893—2024）确定的伤残程度及其对应的保险金给付比例（见附表），按本合同约定的该被保险人的意外伤害保险金额乘以该处伤残的伤残等级所对应的保险金给付比例给付意外伤残保险金。

当同一保险事故导致两处或两处以上伤残时，乙方仅按其中一处的伤残等级给付意外伤残保险金：如果各处的伤残等级不完全相同且最重的伤残等级所对应的伤残只有一处，乙方按最重的伤残等级所对应的保险金给付比例给付意外伤残保险金；如果各处的伤残等级完全相同或最重的伤残等级所对应的伤残有两处或两处以上，乙方将该伤残等级在原基础上晋升一级（但最高晋升至第一级），并按晋升后的伤残等级所对应的保险金给付比例给付意外伤残保险金。同一部位和性质的伤残，不能采用《人身保险伤残评定及代码》（GB/T 44893—2024）条文两条以上或者同一条文两次以上进行评定。

乙方对每一被保险人给付的上述各项保险金之和以本合同约定的该被保险人的意外伤害保险金额为限，一次或累计给付的上述各项保险金之和达到本合同约定的该被保险人的意外伤害保险金额时，本合同对该被保险人的该项保险责任终止。

在指定的国家法定节假日期间，有民事行为能力人（含限制

民事行为能力人与完全民事行为能力人) 意外身故、有民事行为能力人(含限制民事行为能力人与完全民事行为能力人) 和无民事行为能力人意外伤残责任保额提高至 160000 元。

附表

伤残等级与保险金给付比例关系表

伤残等级	保险金给付比例
一级	100%
二级	90%
三级	80%
四级	70%
五级	60%
六级	50%
七级	40%
八级	30%
九级	20%
十级	10%

6.2 猝死保险责任(所用条款: 国寿新绿洲团体意外伤害保险(A 款) 条款)

有民事行为能力人(含限制民事行为能力人与完全民事行为能力人) 的被保险人猝死, 本合同对该被保险人的保险责任终止, 乙方按本合同约定的该被保险人的猝死保险金额给付猝死保险金。猝死责任保障仅限 60 周岁(不含) 以内人群, 60 周岁及以上人群, 不保猝死责任。每人保额 25000 元/人。

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。

6.3 意外住院津贴保险金责任(所用条款: 国寿附加绿洲意外住院定额给付团体医疗保险(2013 版) 条款)

在本附加合同保险期间内, 被保险人遭受意外伤害, 并因该意外伤害在二级以上(含二级) 医院或乙方认可的其他医疗机构住院治疗, 乙方按本附加合同约定的住院日定额给付金额 250 元/天乘以实际住院日数给付保险金, 但对该被保险人每次住院的给付日数以九十日为限。该被保险人多次住院的, 累计给付日数以

一百八十日为限。若该被保险人本次住院治疗与前次住院原因相同，并且前次出院与本次入院间隔不超过三十日，则本次住院与前次住院视为同一次住院。

6.4 意外医疗保险金责任（所用条款：国寿附加绿洲意外费用补偿团体医疗保险（2013 版）条款）

在本附加合同保险期间内，被保险人遭受意外伤害，并因该意外伤害在二级以上（含二级）医院或乙方认可的其他医疗机构诊疗，对被保险人实际支出的符合当地基本医疗保险支付范围的医疗费用，乙方对其余额按 100% 给付比例给付保险金。若被保险人已从当地基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险、其他费用补偿型医疗保险和其他途径获得补偿或给付，乙方对剩余未获补偿或给付的部分按上述规定给付保险金。保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，乙方承担给付保险金责任的期限，自保险期间届满次日起，门（急）诊治疗最长为连续十五日；住院治疗至被保险人出院之日止，但最长为连续九十日。

乙方对每一被保险人给付的保险金以该被保险人的保险金额为限，一次或累计给付的保险金达到该被保险人的保险金额时，本附加合同对该被保险人的保险责任终止。

6.5 补充住院医疗责任（所用条款：国寿团体补充医疗保险（A 型）条款）

本项责任无等待期限限制，既往症属于保险责任范围。

本方案中补充住院医疗金责任不设保单累计最高赔付限额。

被保险人在保险期间内发生且延续至合同满期日后 30 日内的住院治疗，保险公司承担给付保险金的责任。

被保险人因遭受意外事故或疾病，在卫生行政部门认定的二级以上（含二级）医院住院治疗的，乙方就其住院期间发生的、符合当地社会医疗保险规定的合理医疗费用，在每次住院医疗经社保统筹支付后，按 55%-75% 的阶梯比例给付补充住院医疗保险金，被保险人累计报销限额以保额为限（包含既往症）。设立阶梯赔付比例为：0-3000 元赔付比例为 55%，3000（不含）-6000 元赔付比例为 65%，6000 元（不含）以上赔付比例为 75%。补充住院医疗责任不设保单累计最高赔付限额。

被保险人不论一次或多次住院治疗，乙方均按上述约定给付

补充住院医疗保险金，但累计给付金额以该被保险人的保险金额为限，累计给付金额达到其保险金额时，对该被保险人保险责任终止。

乙方在本合同保险责任范围内给付保险金，但若被保险人已从其它途径（包括但不限于社会医疗保险、公费医疗、工作单位、侵权人或侵权责任承担方、保险人在内的任何保险机构）获得补偿，对于与当地社会医疗保险支付范围相符的合理医疗费用，保险人在扣除其他途径已获得的补偿后，对于剩余部分费用根据本合同约定在该被保险人的保险金额的限额内按照约定的支付范围和支付比例给付住院医疗保险金。

6.6 重大疾病保险金责任（所用条款：国寿新绿洲团体重大疾病保险（A款））

在本合同保险期间内，被保险人在 30 天等待期后初次发生并经专科医生明确诊断患本合同投保人所选择的重大疾病（无论一种或多种），本合同对该被保险人的保险责任终止，乙方按该被保险人的重大疾病保险金额给付重大疾病保险金。

在保险期间，保险人因意外伤害导致其患重大疾病的，无等待期。

重大疾病的具体疾病种类及疾病定义是以中国保险行业协会制定的《重大疾病保险的疾病定义使用规范(2020 年修订版)》的疾病定义，包含 28 种重大疾病和 3 种轻症疾病。除上述重大疾病外，其余重大疾病病种通过特别约定方式进行扩展，涵盖重大疾病保障疾病 50+3 种（并包含视神经脊髓炎谱系疾病）。

6.6.1 轻症疾病

一、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 T₁N₀M₀ 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 $\leq 2\%$ ）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：

（1）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；

（2）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。

二、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。

三、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。

6.6.2 重大疾病

一、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：

（1）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；

（2）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。

二、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。

三、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，仍遗留下述至少一种障碍：

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。

四、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。

五、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。

六、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。

七、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。

八、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。

九、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）。

十、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。

十一、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，仍遗留下述至少一种障碍：

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。

十二、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。

十三、特定年龄双耳失聪：指被保险人年满3周岁后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。

十四、特定年龄双目失明：指被保险人年满3周岁后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。

十五、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。

十六、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。

十七、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。

十八、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。

十九、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。

二十、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。

二十一、**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。

二十二、**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。

二十三、**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。

二十四、**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 $\geq$ 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 $<20 \times 10^9/L$ 。

二十五、**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。

二十六、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。

二十七、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。

二十八、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。

二十九、严重原发性心肌病：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（指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显示Ⅳ级心功能衰竭状态已持续至少 180 日。本病须经专科医生明确诊断。

继发于全身性疾病或其他器官系统疾病造成的心肌病变不在保障范围内。

三十、严重多发性硬化症：指因中枢神经系统脱髓鞘疾病，导致不可逆的运动或感觉功能障碍，临床表现为视力受损、截瘫、平衡失调、构音障碍、大小便机能失调等症状。不可逆指运动或感觉功能障碍初次诊断后需持续180天以上。须由断层扫描（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，且须满足下列全部条件：

1. 明确出现因视神经、脑干或脊髓损伤等导致的上述临床症状；

2. 散在的、多样性的神经损伤;
3. 上述临床症状反复发作、恶化及神经损伤的病史纪录。

三十一、严重脊髓灰质炎：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。本合同所称“严重脊髓灰质炎”仅指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形。肢体随意运动功能永久完全丧失，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，或肢体肌力在 2 级（含）以下。

若无因此感染而导致麻痹性瘫痪的事实结果，以及其他病因所致的麻痹，例如格林巴利综合征则不属于本合同所指的脊髓灰质炎。

三十二、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。

三十三、严重系统性红斑狼疮性肾病：系统性红斑狼疮是累及多系统、多器官的具有多种自身抗体的免疫性疾病。系统性红斑狼疮性肾病，又称为狼疮性肾炎，是系统性红斑狼疮累及肾脏，造成肾功能损伤。须由肾脏病理学检查结果证实或经临床确诊，并符合下列 WHO 诊断标准定义的 III 型至 V 型狼疮性肾炎。

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或肾病综合

征；

V型（膜型）：肾病综合征或重度蛋白尿。

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在保障范围内。

三十四、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。必须由神经专科医生明确诊断，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。

三十五、严重胰岛素依赖型糖尿病：指由于胰岛素分泌绝对不足引起的慢性血糖升高，经血胰岛素测定、血c肽测定或尿c肽测定结果证实，且已经持续性的依赖外源性胰岛素维持180天以上；须至少满足下列一个条件：

1. 已出现增殖性视网膜病变；
2. 糖尿病肾病，且尿蛋白 $>0.5\text{g}/24\text{h}$ ；
3. 因坏疽需切除至少一个脚趾。

三十六、严重冠心病：指经根据冠状动脉造影检查结果明确诊断为三支主要血管严重狭窄性病变（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）。冠状动脉的主要血管指左冠状动脉主干、前降支、回旋支及右冠状动脉，不包括前降支、左旋支及右冠状动脉的分支血管。

三十七、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。

为治疗因酒精中毒引起的急性坏死性胰腺炎的开腹手术不在保障范围内。

三十八、经输血导致的人类免疫缺陷病毒感染：被保险人感染人类免疫缺陷病毒（HIV），且须满足下列全部条件：

1. 被保险人因治疗必需而接受输血，并且因输血而感染人类免疫缺陷病毒（HIV）；
2. 提供输血治疗的输血中心或医院出具该项输血感染属医疗责任事故的报告，或者法院终审裁定为医疗责任；

3. 提供输血治疗的输血中心或医院必须拥有合法营业执照；

4. 受感染的被保险人不是血友病患者。

血友病：为一组遗传性凝血功能障碍的出血性疾病，其共同的特征是活性凝血活酶生成障碍，凝血时间延长，终身具有轻微创伤后出血倾向，重症患者没有明显外伤也可发生“自发性”出血。

任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染不在保障范围内。本公司具有获得和使用被保险人的所有血液样本的权利以及能够对这些样本进行独立检验的权利。

三十九、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，精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在保障范围内。

四十、严重弥漫性系统性硬皮病：一种系统性胶原血管病引起进行性的皮肤、血管和内脏器官的弥漫性纤维化。本病症须经专科医生明确诊断，并须满足下列全部条件：

1. 由活检和血清学证据支持；

2. 疾病已经影响到肺脏、心脏或肾脏等内脏器官并且达到下列标准之一：

（1）肺脏：已造成肺脏纤维化，并同时出现肺动脉高压和肺心病；

（2）心脏：心脏功能衰竭程度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；

（3）肾脏：已造成肾脏损害，并出现肾功能衰竭。

局限性硬皮病（带状硬皮病或斑状损害）、嗜酸细胞筋膜炎和 CREST 综合征不在保障范围内。

四十一、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。须满足下列全部条件：

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（自腕关节或踝关节靠近躯干端）。

四十二、埃博拉出血热：指埃博拉病毒感染导致的出血性发热。埃博拉病必须经国家机关认可的有合法资质的传染病专家确诊，并须满足下列全部条件：

1. 埃博拉病毒的存在必须经过实验室检查证实；
2. 存在皮肤粘膜出血，呕血，咯血，便血或血尿等临床表现；
3. 感染埃博拉病毒并出现出血性发热持续三十（30）天以上，且持续出现并发症。

单纯实验室诊断但没有临床出血表现的不在保障范围内。

四十三、严重感染性心内膜炎：指因细菌、真菌和其他微生物制剂感染而产生心脏瓣膜的炎症或心室壁内膜的炎症，引起心脏瓣膜关闭不全。须满足下列全部条件：

1. 急性或亚急性感染性心内膜炎临床表现；
2. 血培养病原体阳性；

3. 心脏功能衰竭程度达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级 IV 级并持续 180 天，或接受了心脏瓣膜置换手术。

四十四、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保障范围内。

四十五、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，由于人体免疫功能紊乱产生针对肝脏自身抗原的抗体导致自身免疫反应，从而破坏肝脏细胞造成肝脏炎症坏死，进而发展为肝硬化。须满足下列全部条件：

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. 临床已经同时出现腹水、食道静脉曲张及脾脏肿大等肝硬化表现。

四十六、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、肝外胆道因纤维化性炎症逐渐狭窄，并最终导致完全阻塞而发展为肝硬化。须经逆行胰胆管造影（ERCP）或经皮胆管造影（PTC）等影像学检查证实，且须满足下列全部条件：

1. 总胆红素和直接胆红素同时升高，血清 ALP>200U/L；
2. 持续性黄疸病史；
3. 出现胆汁性肝硬化或门脉高压。

因肿瘤或胆管损伤等导致的继发性硬化性胆管炎不在保障范围内。

四十七、头臂动脉型多发性大动脉炎旁路移植手术：多发性大动脉炎（高安氏动脉炎）是一种发生在主动脉和其主要分支的慢性炎症性动脉疾病，表现为受累动脉狭窄或闭塞。头臂动脉型多发性大动脉炎是指多发性大动脉炎头臂动脉型（I 型），又称为无脉症。被保险人被明确诊断为头臂动脉型多发性大动脉炎并且实际接受了经胸部切开进行的无名动脉（头臂干）、颈总动脉、锁骨下动脉旁路移植手术。

非开胸的血管旁路移植手术、因其他病因而进行的旁路移植手术，对其他动脉进行的旁路移植手术，经皮经导管进行的血管内手术不在保障范围内。

四十八、溶血性链球菌性坏疽：指包围肢体或者躯干的浅筋膜或者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，且已经立刻进行了手术。最后的诊断须由微生物或者病理学专家进行相关检查后证实。

四十九、克-雅氏病（CJD、人类疯牛病）：一种由动物传染而来的中枢神经系统变性疾病，大脑呈海绵状改变伴神经元缺失和胶质化。临床表现为进行性痴呆、不随意运动及抽搐、行动困难等。须由权威医疗机构根据致病蛋白的发现而明确诊断。

五十、丝虫病所致象皮肿：指因丝虫感染导致淋巴管阻塞而造成身体组织出现严重淋巴水肿，达到国际淋巴学会淋巴水肿分期第III期，其临床表现为肢体非凹陷性水肿伴畸形增大，硬皮症及疣状增生。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。须经本公司认可医院的专科医生根据临床表现和微丝蚴的化验结果确诊。

由性接触传染的疾病、创伤、手术后疤痕、充血性心力衰竭或先天性淋巴系统异常引起的淋巴水肿，以及急性淋巴管炎或其他原因引起的淋巴水肿不在保障范围内。

五十一、严重视神经脊髓炎

是一种免疫介导的以神经和脊髓受累为主的，呈现为复发性病程的中枢神经系统疾病。被保险人被明确诊断为视神经脊髓炎（视神经脊髓炎谱系疾病），并且已经造成永久性视力损害及肢体运动障碍，必须满足下列条件之一：

1. 视力损害，双眼中较好的眼矫正视力低于 0.1（含）持续 180 天以上。
2. 不能独立行走，一下肢肌力 2 级以下（含）持续 180 天以上。

释义：

专科医生：指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。

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。

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。

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。

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。

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。

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：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

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。

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。

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。

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。

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。

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。

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。

七、 责任免除

7.1 因下列情形之一，导致被保险人身故或伤残的，乙方不承担给付意外身故保险金或意外伤残保险金的责任：

- （一）被保险人猝死；
- （二）被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- （三）被保险人自杀或故意自伤，但被保险人自杀或故意自

伤时为无民事行为能力人的除外；

（四）被保险人斗殴、醉酒，服用、吸食或注射毒品；

（五）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；

（六）被保险人未遵医嘱，私自使用或服用药物，但按使用说明的规定使用非处方药不在此限；

（七）被保险人参加潜水、跳伞、攀岩、驾乘滑翔机或滑翔伞、探险、摔跤、武术比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动；

（八）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；

（九）被保险人的精神和行为障碍；

（十）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

（十一）核爆炸、核辐射或核污染。

二、因本条第一款（二）至（十一）所约定的情形，导致被保险人身故的，乙方不承担给付猝死保险金的责任。

除上述“责任免除”情形外，本合同中还有一些免除或减轻乙方责任的内容，具体详见合同保险条款的“第五条 保险责任”中加粗字体提示的免除或者减轻乙方责任内容。

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

一、被保险人的洗牙、牙齿美白、正畸、烤瓷牙、种植牙或镶牙等牙齿保健和修复；

二、主合同列明的其他责任免除事项。

7.3 因下列情形之一，导致被保险人支出医疗费用的，乙方不承担给付保险金的责任：

一、不在当地社会医疗保险部门规定的基本医疗保险范围内的医疗费用；

二、当地社会医疗保险部门规定的基本医疗保险范围内的非处方药；

三、健康护理等非治疗性行为；

四、在康复医院、联合诊所、民办医院、私人诊所或挂床等

治疗；

五、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；

六、非应由本人支付的医疗费用；

七、在本合同有效期外发生的医疗费用；

八、在香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区或中国境外发生的医疗费用；

九、战争、军事冲突、暴乱或者武装叛乱；

十、核爆炸、核辐射或者核污染。

7.4 因下列情形之一，导致被保险人患本合同所指重大疾病或轻度疾病的，乙方不承担给付保险金的责任：

一、投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

二、被保险人故意自伤、故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；

三、被保险人服用、吸食或注射毒品；

四、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；

五、被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；

六、战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

七、核爆炸、核辐射或核污染；

八、遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常。

7.5 对于本保险合同载明的免赔额，保险人不承担赔偿责任。

7.6 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。

7.7 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。

7.8 对于以下医疗费用，保险人不承担给付保险金责任：

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；

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；

八、 增值税标准条款

8.1 价格相关条款（请根据适用情形在相应条款前的方框（□）中勾选）

☒ 含税金额：本合同中约定的各项费用金额或费率均为含增值税金额，有特别说明的除外。

☐ 不含税金额：本合同中约定的各项费用金额或费率均为不含增值税金额，适用的增值税金额为 或（增值税率为 ）。本合同下所涉的增值税应税业务，乙方有权在合同价款之外收回适用于该业务的增值税以及附加税费。

8.2 发票相关条款

乙方根据合同约定收到款项后，依据相关税收法规及相关规定开具发票。乙方有权拒绝任何不符合税收法规及相关规定的发票开具要求。

甲方应向乙方提供开具增值税专用发票和普通发票所需的必要信息。由于提供信息有误造成的一切后果（包括增值税进项税额无法抵扣的损失）由甲方自负。

如果发票必要信息发生变化，甲方应在信息变化时及时告知乙方。甲方未及时提供变更后的有效信息造成发票有误或丢失，乙方不对由此产生的经济损失承担责任。

本合同项下的业务发生退费、减费或其它按照国家规定需要开具增值税红字发票或重新开票的情况，甲方有义务按照国家税收规定退回乙方已开具的发票或提供乙方开具增值税红字发票所需的有关资料。如果因为甲方单方责任导致增值税红字发票无法开具，乙方有权不予退回相关款项对应的增值税金额。

甲方在收取乙方开具的增值税发票后如发生丢失、灭失、被盗或者未在规定的时间内认证导致取得发票无法抵扣税额，乙方对此不承担任何责任。

九、 付款方式

9.1 本协议交费方式为趸交，保险费由投保人支出。

9.2 保费均通过银行转账方式汇到乙方指定的银行账户。
开户银行：中国工商银行股份有限公司海口万象城支行
开户名称：中国人寿保险股份有限公司海南省分公司
开户账号：2201 0216 1920 0066 018

十、 投保程序

10.1 投保人向保险人投保的一般程序如下：

10.1.1 投保人填写并向保险人提交投保单（需加盖投保人公章），投保人向保险人提供的身份信息包括但不限于：投保人名称、住所、经营范围、组织机构代码、税务登记证号码加载统一社会信用代码的营业执照、参保人员信息等；

10.1.2 投保人向保险人统一缴纳保险费；

10.1.3 核保通过后，保险人向投保人签发保险单和保险费发票；

10.1.4 保险人根据本保险协议的约定开始承担相应保险责任。

十一、 如实告知

11.1 订立本协议时，保险人应向投保人明确说明本协议的条款内容，特别是责任免除条款。在订立本协议或投保人增加被保险人时就可以就投保人、被保险人的有关情况提出书面询问，投保人、被保险人应当如实书面告知。所有告知事项以书面告知为准，口头告知无效。

11.2 如果投保人或被保险人故意或因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响保险公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险公司有权解除本合同或取消该被保险人的保险资格。

11.3 如果投保人或被保险人故意不履行如实告知义务，对于解除本合同或取消该被保险人的保险资格前发生的保险事故，保险公司不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

11.4 如果投保人或被保险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，对于解除本合同或取消该被保险人的保险资格前发生的保险事故，保险公司不承担给付保

险金的责任，但应当退还保险费。

11.5 投保人、保险人信息变更。投保人或保险人任何一方住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知对方，未以书面形式通知的，另一方将按本协议注明最后住所或通讯地址发送有关通知，由此造成的后果由发生变更的一方承担。

十二、保险金的申请

12.1 “意外伤残保险金”的申请

由申请人填写保险金给付申请书，并凭下列证明、资料向保险人申请给付保险金：

- 一、被保险人有效身份证件；
- 二、门诊病历或住院病历及出院小结；
- 三、由双方认可的医疗机构（或鉴定机构）根据本附加合同《人身保险伤残评定标准》出具的伤残程度鉴定书，也可以根据案情情况以“六、保险责任”约定的伤残类别和等级进行评定。

四、所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料；

五、残疾人证；

六、有效转账银行账户；

保险金作为被保险人遗产时，必须提供可证明合法继承权的相关权利文件。

申请人申请保险金时，如提供的以上证明和资料不完整，保险人将及时一次性通知申请人补充提供有关证明和资料。

12.2 “意外身故保险金”的申请

由意外身故保险金申请人填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

- 一、受益人有效身份证件；
- 二、受益人与被保险人的关系证明；
- 三、门诊病历或住院病历或出院小结；
- 四、死亡证明、户口注销证明、火化（土葬）证明；
- 五、所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料；
- 六、残疾人证；

七、有效转账银行账户；

12.3 “重大疾病保险金”的申请

由重大疾病保险金申请人填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

一、被保险人有效身份证件；

二、住院病历及出院小结；

三、专科医生出具的诊断证明（含病理/血液/影像检查报告等相关的诊断依据）、病历、住院及出院证明文件；

四、残疾人证；

五、有效转账银行账户；

六、手术记录；

七、疾病证明；

八、所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其它证明和资料；

保险金作为被保险人遗产时，必须提供可证明合法继承权的相关权利文件。

申请人申请重大疾病保险金时，如提供的以上证明和资料不完整，保险人将及时一次性通知申请人补充提供有关证明和资料。

12.4 “意外医疗保险金”的申请

由意外医疗保险金申请人填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

一、被保险人有效身份证件；

二、门诊病历；

三、住院病历及出院小结（门诊无须提供出院小结）；

四、医疗费用原始凭证及医疗费用明细清单；

五、所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料；

六、残疾人证；

七、有效转账银行账户；

保险金作为被保险人遗产时，必须提供可证明合法继承权的相关权利文件。

申请人申请住院医疗保险金时，如提供的以上证明和资料不

完整，保险人将及时一次性通知申请人补充提供有关证明和资料。

12.5 “意外住院津贴保险金责任”的申请

由意外住院津贴保险金申请人填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

- 一、申请人的有效身份证件；
- 二、住院病历及出院小结；
- 三、医疗收费凭据原件或复印件；
- 四、所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其它证明和资料；

五、残疾人证；

六、有效转账银行账户；

保险金作为被保险人遗产时，必须提供可证明合法继承权的相关权利文件。

申请人申请意外住院医疗现金补贴时，如提供的以上证明和资料不完整，保险人将及时一次性通知申请人补充提供有关证明和资料。

12.6 “补充住院医疗保险金”的申请

由补充住院医疗保险金申请人填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

- 一、申请人的有效身份证件；
- 二、住院病历及出院小结（门诊无须提供出院小结）；
- 三、医院出具的医疗费用原始凭证和医疗费用结算清单；
- 四、所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其它证明和资料；

五、残疾人证；

六、有效转账银行账户；

保险金作为被保险人遗产时，必须提供可证明合法继承权的相关权利文件。

申请人申请补充住院医疗保险金时，如提供的以上证明和资料不完整，保险人将及时一次性通知申请人补充提供有关证明和资料。

12.7 “猝死”赔偿金的申请

由猝死保险金受益人作为申请人，填写保险金给付申请书，并凭下列证明和资料向乙方申请给付保险金：

- 一、保险单或投保人证明；
- 二、申请人的法定身份证明；
- 三、被保险人“猝死”的医院诊断或公安、司法机关的鉴定；
- 四、残疾人证；
- 五、被保险人的户籍注销证明；
- 六、保险金作为被保险人遗产时，必须提供可证明合法继承权的相关权利文件；

七、乙方要求的申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料

十三、 理赔服务

13.1 乙方服务专员或保险代理服务人员在约定时间上门服务，包括收取理赔材料、听取理赔反馈意见、建立理赔绿色通道、宣讲安全事故防范及理赔流程等工作。

13.2 关于理赔款给付：每次理赔结案后，保险人直接将理赔款划入被保险人或受益人本人的银行存折账户并通过手机短信告知案件申请人及报案人。

13.3 保险人在收到保险金给付申请书及上述有关证明和资料后，对于理赔案件符合保险责任且无需进行物流与调查的，将在 3 日内作出核定；情形复杂的，在 15 日内作出核定。对属于保险责任的，保险人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。对不属于保险责任的，保险人自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。保险人在收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起 15 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；保险人最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

13.4 理赔金给付方式

保险人在理赔期限内完成理赔后，直接委托银行将赔款划入受益人本人的银行帐户。

根据我国银行储蓄存款实名制规定，若主被保险人的银行卡

遗失，须在第一时间到银行办理挂失，申请补卡或重新办卡，并立即书面告知保险人如下信息：姓名、身份证号码、原帐号和新帐号，经保险人书面确认后，其后的理赔金保险人将划入新的帐户。

13.5 如被保险人在宣告死亡后生还，保险金领取人应于知道被保险人生还后三十日内退还保险人已支付的保险金。

13.6 人寿保险的被保险人或受益人对保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为五年，自其知道或应当知道保险事故发生之日起计算。

13.7 人寿保险以外的其他保险的被保险人或受益人对保险人请求给付意外伤害保险金和医疗保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或应当知道保险事故发生之日起计算。

十四、 保险事故通知

14.1 投保人或受益人应当在知道保险事故后 10 日内通知保险公司。

14.2 如果投保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，保险公司对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但保险公司通过其它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保险公司确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

14.3 被保险人应在投保人与保险公司约定的医院就诊，若因急诊未在约定医院就诊的，应在就诊后 3 日内通知保险公司，并根据病情好转情况及时转入约定的医院。若确需在非约定的医院就诊的，应向保险公司提出书面申请，保险公司在接到申请后 3 日内给予答复，对于保险公司同意在非约定的医院就诊的，保险公司按约定承担给付保险金的责任。

十五、 双方的权利和义务

15.1 在协议执行过程中，甲方有权向乙方提出本项目相关问题，乙方应在 5 个工作日内回应。

15.2 被保险人或受益人对保险合同内容存在纠纷和争议时，

甲方应积极协助乙方协调解决。

15.3 甲方有权对乙方消费者权益保护相关工作进行监督评价，乙方应积极进行配合。若发现乙方存在侵害消费者权益行为，甲方有权督促乙方进行整改。乙方拒不整改或不积极整改的，甲方可单方面解除合作协议，且甲方无需承担违约责任，并将乙方机构列入甲方合作机构黑名单。对此造成的一切不利后果，由乙方承担。

15.4 乙方应遵守《保险法》的有关规定，履行承保人作出的承保、理赔及其他服务承诺，为被保险人提供优质服务。

15.5 乙方应协助甲方办理相关投保手续。

15.6 乙方应发挥保险机构网络优势，为被保险人提供优质便捷的理赔服务。

15.7 乙方应做好产品和服务信息的披露及告知，保证向甲方客户对合作业务进行完整、如实介绍，确保甲方客户已充分了解合作内容，不得存在夸大业务功能、收取额外费用等侵犯消费者权益和违反监管部门相关规定的情况。因乙方及其业务人员的违规行为，给甲方及其客户造成的损失，由乙方承担。

15.8 乙方应确保相关合作行为符合法律、监管法规、行业规则等要求，做好风险管理。

15.9 在合作有效期内，根据实际赔付情况，可由甲乙双方协商，在现有基础上调整保障额度、保障内容等，并签订补充协议，更大程度上给参保者提供保障。

十六、违约责任

16.1 在本协议履行期间因一方未按照协议约定履行本协议规定的义务从而给另一方造成经济损失的，违约方仍应依约向守约方支付约定款项，并承担守约方为主张权益所发生的一切费用。

十七、协议内容变更

17.1 在本协议有效期内，经投保人和保险人协商，可以变更本协议的有关内容，由保险人在原保险单或其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由投保人、保险人双方订立变更的书面协议。

十八、争议解决

18.1 凡因执行本协议及保险协议产生的一切争议，双方均应友好协商解决。

18.2 如协商不能解决，甲、乙双方均有权向甲方所在地有管辖权的人民法院提起诉讼，通过诉讼方式解决争议的内容。

十九、 协议效力

19.1 本协议经双方法定代表人或授权代表签字、加盖公章后成立。

19.2 本合同一式陆份，中文书写。甲方执肆份，乙方执贰份，每份协议具有同等法律效力。

二十、 政策变更

20.1 在本协议的履行过程中若国家政策有重大变化导致保险人不能履行或不能完全履行协议时，保险人可向投保人提出书面变更，保险人和投保人应根据新的政策或新的情况重新修订本协议的相关内容，以保证协议的继续有效履行。

二十一、 投保人解除协议的处理

21.1 投保人于本协议成立后，可以书面通知要求解除本协议。

21.2 投保人要求解除本协议的，自保险人接到解除协议申请书之日起，保险责任终止，保险人于接到上述证明和资料之日起三十日内对投保人按天计算退还未满期净保费。

二十二、 其他事项

22.1 投保人申请退保或减保的，应提供真实、准确、无虚假记载的已通知被保险人退保事宜的有效证明，否则，投保人应承担由此引起的法律后果。

22.2 双方对涉及对方的信息均具有保密的责任和义务，投保人向保险人提供的被保险人个人信息，未经投保人书面许可，保险人不得对外披露或用作他途，否则将承担由此引起的法律后果。

22.3 本协议有效期间，甲、乙双方可根据实际情况经常沟通交流信息，共同解决面临的问题。双方可通过签订补充协议形式，

修改本协议内容。补充协议与本协议具有同等法律效力。

22.4 协议续签和终止的约定。在本协议届满前，双方可协商是否要续签协议，如确认续签，双方应在协议届满后一个月内办理续签手续。

22.5 保险人对于投保人未按时缴纳的人寿保险以外的保险产品的保险费，可通过诉讼方式追偿。

二十三、 释义

1. 【意外事故】

指外来的、突发的、不可预见的、非本意的和非疾病的导致被保险人的身体受到伤害的客观事件。

2. 【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。

【法定节假日期间】

法定节假日为现行有效的《全国年节及纪念日放假办法》所规定的全体公民放假的节日及中华人民共和国国务院办公厅发布的连同上述节日的调休安排日期。全体公民放假的节日包括：新年（1月1日）、春节（农历除夕、正月初一、初二、初三）、清明节（农历清明当日）、劳动节（5月1日、2日）、端午节（农历端午当日）、中秋节（农历中秋当日）、国庆节（10月1日、2日、3日）。

3. 【食物中毒】

指食用了被生物性、化学性有毒物质污染的食品或者食用了含有毒有害物质的食品后出现的群体性的急性或亚急性食源性疾患。

4. 【殴斗】

指因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗。

5. 【醉酒】

指发生事故时被保险人每百毫升血液中的酒精含量大于或者等于80毫克。

6. 【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。

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驾驶。

8. **【无合法有效驾驶证驾驶】**

指下列情形之一：

- （一）没有取得驾驶资格；
- （二）驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
- （三）持审验不合格的驾驶证驾驶；
- （四）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. **【无有效行驶证】**

指下列情形之一：

- （一）未取得行驶证；
- （二）机动车被依法注销登记的；
- （三）未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

10. **【遗传性疾病】**

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

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、变形或者染色体异常。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。

12. **【医疗事故】**

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。

13. **【潜水】**

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。

14. **【攀岩】**

指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

15. **【探险】**

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。

16. **【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、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。

17. **【特技表演】**

18. 指进行马术、杂技、驯兽等表演。 **【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、士兵证等证件。

19. **【周岁】**

以有效身份证件中记载的出生日期计算。自出生之日起为零周岁，每经一年增加一岁，不足一年的不计。

20. **【未满期保险费】**

指最后一期已交付保险费 $\times$ （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。

21. **【医院】**

指保险人与投保人约定的定点医院；未约定定点医院的，则指中华人民共和国境内（港、澳、台地区除外）合法经营的二级以上（含二级）公立医院或基本医疗保障定点结算医疗机构。

22. **【基本医疗保险】**

指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政府举办的基本医疗保障项目。

23. **【医疗费用】**

指符合当地基本医疗保险支付范围（不包括自费和部分自费项目及药品）规定的医疗费用。包括药费、治疗费、护理费、检查检验费、特殊检查治疗费、救护车费、床位费、手术费。

（一）药费

指当地基本医疗保险管理规定的用药范围内的中、西药费用。

（二）治疗费

指以治疗疾病为目的，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，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费。

（三）护理费

指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的费用，包括护工费、消毒费、换药费、陪人费、煎药费、烤火费。

（四）检查检验费

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医疗费用，包括医处费、诊查费、妇检费、X 光费、心电图费、B 超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化费和血、尿、便常规检查费。

（五）特殊检查治疗费

包括 CT、ECT、彩超、活动平板、动态心电图、心电监护、介入治疗、PCR、体外碎石、高压氧、体外射频、核磁共振、血液透析等大型和高费用检查治疗项目费。

（六）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。

（七）床位费

指住院期间使用的医院床位（不包括观察病房之床位、陪人床、家庭病床）的费用。

（八）手术费

手术指被保险人因疾病或意外事故住院后，为治疗疾病、挽救生命而施行的手术，不包括活检、穿刺、造影等创伤性检查以及康复性手术。

手术费指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。

24. 【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。

25. 【境外】

指中华人民共和国以外的国家或地区。被保险人于中华人民共和国港、澳、台地区就医的按境外就医处理。

26. 【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。

27. 【既往症】

指被保险人在本合同生效日之前所患的已知的有关疾病或症状。

28. 【住院】

指被保险人因疾病或意外事故而入住医院之正式病房接受全日 24 小时监护治疗的过程，并正式办理入出院手续，不包括入住门诊观察室、其它非正式病房或挂床住院。

挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非 24 小时在床、在院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只收护理费、诊疗费、床位费等情况。

29. 【未满期净保费】

指最后一期已交付保险费 $\times$ （1-手续费比例） $\times$ （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 20%。

未尽释义，详见各条款。

二十四、 附则

24.1 本方案适用附件条款，协议内容与条款不符的，以本协议内容为准，其他未尽事宜参照保险条款执行。

24.2 任何人包括双方所有员工及乙方保险代理人做出的明示、暗示、口头或书面的解释、说明或者承诺，且内容与本协议不符的，均不具有法律效力。

24.3 本协议被保险人人数以签协议当天在册重度残疾人人数为准。保险期内被保险人资格及人数如有变化，乙方以在保险期限内实际在册的重度残疾人人数为准承担保险责任，不另行收取或退还保费。

二十五、 反商业贿赂条款

反商业贿赂条款是本协议之必备条款，与本协议其它条款具有同等法律效力，请签署协议之当事人认真阅读本条款，同意签订并遵守如下反商业贿赂条款：

25.1 甲乙双方都清楚并愿意严格遵守中华人民共和国反商业贿赂的法律规定，双方都清楚任何形式的贿赂和贪渎行为都将触犯法律，并将受到法律的严惩。

25.2 甲方或乙方均不得向对方或对方经办人或其他相关人员索要、收受、提供、给予协议约定外的任何利益，包括但不限于明扣、暗扣、现金、购物卡、实物、有价证券、旅游或其他非物质性利益等，但如该等利益属于行业惯例或通常做法，则须在协议中明示。

25.3 乙方严格禁止乙方经办人员的任何商业贿赂行为。乙方经办人发生本条第二款所列示的任何一种行为，都是违反乙方公司制度的，都将受到乙方公司制度和国家法律的惩处。

25.4 乙方郑重提示：乙方反对甲方或甲方经办人员为了本协议之目的与本协议以外的任何第三方发生本条款第二款所列示的任何一种行为，该等行为都是违反国家法律的行为，并将受到国家法律的惩处。

25.5 如因一方或一方经办人违反本条第二款、第三款、第四款之规定，给对方造成损失的，应承担损害赔偿责任。

25.6 本条所称“其他相关人员”是指甲乙双方经办人以外的与协议有直接或间接利益关系的人员，包括但不限于协议经办人的亲友。

二十六、 反虚假宣传条款

26.1 甲、乙双方均清楚并愿意严格遵守中华人民共和国《著作权法》、《商标法》、《专利法》、《反不正当竞争法》等知

识产权类、民法典及广告法等相关法律的规定，双方均有权就本合同所约定事项以约定方式在约定范围内进行真实、合理的使用或宣传，但不得涉及合同所约定的保密内容。为避免商标侵权及不当宣传等风险的发生，双方均同意，在使用对方的商标、品牌、企业名称等进行宣传前，均须获得对方事先的书面认可，否则，不得进行此类使用或宣传。双方在此承诺，会积极响应对方提出的就合作事项的合理使用或宣传申请。双方均承认，未经对方事先书面同意而利用其商标、品牌及企业名称等进行商业宣传；虚构合作事项；夸大合作范围、内容、效果、规模、程度等，均属对本合同的违反，并可能因虚假宣传构成不正当竞争，守约方或被侵权人将保留追究相应法律责任的权利。

二十七、消费者权益保护条款

27.1 甲方有权对乙方消费者权益保护相关工作进行监督评价，乙方应积极进行配合。若发现乙方存在侵害消费者权益行为，甲方有权督促乙方进行整改。乙方拒不整改或不积极整改的，甲方可单方面解除合作协议，并将乙方机构列入甲方合作机构黑名单。对此造成的不利后果，由乙方承担。

27.2 乙方应做好产品和服务信息的披露及告知，保证向甲方客户对合作业务进行完整、如实介绍，确保甲方客户已充分了解合作内容，不得存在夸大业务功能、收取额外费用等侵犯消费者权益和违反监管部门相关规定的情况。因乙方及其业务人员的违规行为，给甲方及其客户造成的损失，由乙方承担。

27.3 因合作业务发生消费纠纷的，乙方应积极配合甲方妥善处理，对投诉事项进行核实。若发现乙方存在本合同项下违约行为，甲方可向乙方进行追责；因乙方额外向甲方客户提供的本合同之外的增值服务发生消费纠纷的，由乙方单方进行处理。

27.4 根据银保监会相关监管要求，在开展业务前，乙方需向甲方提供其在消费者权益保护相关举措或相关制度等。

27.5 甲乙双方应有效保护消费者个人信息，在消费者授权同意的基础上共同处理消费者个人信息，确保不发生数据滥用或泄露。

27.6 为有效预防和及时准确地处置涉及合作业务的突发事

件，乙方应建立相关应急预案，做好应对突发事件的处置，确保服务的连续性。事件发生后，乙方应及时将合作业务相关的影响情况向甲方报告。

27.7 乙方应确保相关合作行为符合法律、监管法规、行业规则等要求，做好风险管理。

二十八、其他

28.1 如果甲乙双方在协议执行过程中需要对协议条款进行变更或补充，由甲乙双方共同协商并达成一致意见后签订补充协议。补充协议作为本协议的组成部分，与本协议具有同等效力。

28.2 本协议在履行过程中如果发生纠纷，由甲乙双方协商解决或按照现行有效的相关法律法规的规定处理。

28.3 本协议未尽事宜按《中华人民共和国政府采购法》以及其他现行有效的相关法律法规的规定执行。

28.4 本协议内容与招标文件不一致的，以招标文件为准（协议条款优于招标文件的除外）。

28.5 本协议特别约定内容与条款内容不一致的，以本协议为准。

28.6 本协议中所适用条款可直接进入中国人寿保险股份有限公司官网查阅下载，网址：

<https://www.e-chinalife.com/xxpl/gsgk/cpjbxx/zsbxcp tk/>

附件

- 1、《国寿新绿洲团体意外伤害保险（A款）》
 - 2、《国寿附加绿洲意外费用补偿团体医疗保险（2013版）》
 - 3、《国寿团体补充医疗保险（A型）》
 - 4、《国寿附加绿洲意外住院定额给付团体医疗保险（2013版）》
 - 5、《国寿新绿洲团体重大疾病保险（A款）》
- （以下无正文）

(此页无正文，仅为签署页)



甲方：定安县残疾人联合会（盖章）

法定代表人或授权代表：



签约日期：2025年9月25日



乙方：中国人寿保险股份有限公司海南省分公司（盖章）

法定代表人或授权代表：

范小付

签约日期：2025年9月25日



合同签订地：定安县残疾人联合会

附件 1:

中国人寿（2025）意外伤害保险 12 号



请扫描以查询验证条款

中国人寿保险股份有限公司

国寿新绿洲团体意外伤害保险（A 款）条款

第一条 保险合同构成

国寿新绿洲团体意外伤害保险（A 款）合同（以下简称本合同）由保险单及所附条款、批注、附贴批单、投保单，以及与本合同有关的投保文件、声明和其他书面协议共同构成。

第二条 投保范围

特定团体成员可以作为被保险人，由投保人向中国人寿保险股份有限公司（以下简称本公司）投保本保险。投保应符合国务院保险监督管理机构的相关规定。

第三条 保险合同成立、生效和保险责任开始

投保人提出保险申请、本公司同意承保，本合同成立。

自本合同成立、本公司收取保险费并签发保险单的次日零时起本合同生效，合同生效日期在保险单上载明。生效对应日以该日期计算。

除另有约定外，本合同生效的日期为本公司开始承担保险责任的日期。

第四条 保险期间

本合同的保险期间最长为一年。除另有约定外，自本合同生效之日起至约定终止日二十四时止，由投保人在投保时与本公司协商确定。

第五条 保险责任

本合同的保险责任分为基本责任和可选责任。投保时可以单独投保基本责任，也可以在投保基本责任的基础上选择投保可选责任，但不能单独投保可选责任，一经确定，在本合同的保险期间内不得变更。本合同的基本责任和可选责任均在投保时确定并在保险单上载明。

在本合同保险期间内，本公司依下列约定承担保险责任：

一、意外伤害保险责任（基本责任）

被保险人遭受意外伤害，并自该意外伤害发生之日起一百八十日内因该意外伤害导致身故的，本合同对该被保险人的保险责任终止，本公司按本合同约定的该被保险人的意外伤害保险金额扣除已给付的该被保险人意外伤残保险金后的余额给付意外身故保险金。

被保险人遭受意外伤害，并自该意外伤害发生之日起一百八十日内因该意外伤害导致身体伤残的，本公司根据《人身保险伤残评定及代码》（GB/T 44893—2024）确定的伤残程度及其对应的保险金给付比例（见附表），按本合同约定的该被保险人的意外伤害保险金额乘以该处伤残的伤残等级所对应的保险金给付比例给付意外伤残保险金。

当同一保险事故导致两处或两处以上伤残时，本公司仅按其中一处的伤残等级给付意外伤残保险金；如果各处的伤残等级不完全相同且最重的伤残等级所对应的伤残只有一处，本公司按最重的伤残等级所对应的保险金给付比例给付意外伤残保险金；如果各处的伤残等级完全相同或最重的伤

残等级所对应的伤残有两处或两处以上，本公司将该伤残等级在原基础上晋升一级（但最高晋升至第一级），并按晋升后的伤残等级所对应的保险金给付比例给付意外伤残保险金。同一部位和性质的伤残，不能采用《人身保险伤残评定及代码》（GB/T 44893-2024）条文两条以上或者同一条文两次以上进行评定。

本公司对每一被保险人给付的上述各项保险金之和以本合同约定的该被保险人的意外伤害保险金额为限，一次或累计给付的上述各项保险金之和达到本合同约定的该被保险人的意外伤害保险金额时，本合同对该被保险人的该项保险责任终止。

二、猝死保险责任（可选责任）

被保险人猝死，本合同对该被保险人的保险责任终止，本公司按本合同约定的该被保险人的猝死保险金额给付猝死保险金。

第六条 责任免除

一、因下列情形之一，导致被保险人身故或伤残的，本公司不承担给付意外身故保险金或意外伤残保险金的责任：

- （一）被保险人猝死；
- （二）被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- （三）被保险人自杀或故意自伤，但被保险人自杀或故意自伤时为非民事行为能力人的除外；
- （四）被保险人斗殴、醉酒、服用、吸食或注射毒品；
- （五）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；
- （六）被保险人未遵医嘱，私自使用或服用药物，但按使用说明的规定使用非处方药不在此限；

（七）被保险人参加潜水、跳伞、攀岩、驾乘滑翔机或滑翔伞、探险、摔跤、武术比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动；

（八）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；

（九）被保险人的精神和行为障碍；

（十）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

（十一）核爆炸、核辐射或核污染。

二、因本条第一款（二）至（十一）所约定的情形，导致被保险人身故的，本公司不承担给付猝死保险金的责任。

除上述“责任免除”情形外，本合同中还有一些免除或减轻本公司责任的内容，具体详见本合同条款的“第五条 保险责任”中加粗字体提示的免除或者减轻本公司责任内容。

第七条 保险金额

本合同被保险人的意外伤害保险金额和猝死保险金额由投保人在投保时与本公司协商确定并在保险单上载明。

第八条 保险费

本合同的保险费由投保人在投保时一次交清。投保人与本公司约定保险期间为一年的，投保人也可以按本合同约定的分期交付方式交付保险费。

分期交付分为半年交、季交和月交三种方式，保险费到期日分别为本合同半年、季和月的生效对应日。分期交付保险费的，第一期以后的保险费应在保险费到期日前交付。到期未支付保险费的，应于保险费到期日的次日起六十日内交付，在上述六十日内发生保险事故，本公司仍承担保险责任，但有权从给付的保险金中扣除发生保险事故的被保险人对应的应交而未交付的保险费。未在上述六十日内交付保险费的，本合同自前述六十日期满的次日起终止。

第九条 伤残程度鉴定

被保险人因意外伤害造成身体伤残的，应在治疗结束后，由二级以上（含二级）医院、本公司认可的其他医疗机构或鉴定机构出具能够证明被保险人伤残程度的资料。若本合同任何一方对伤残程度的认定有异议，则以司法鉴定机构的鉴定结果为准。

被保险人自遭受意外伤害之日起一百八十日内治疗仍未结束的，按第一百八十日的身体情况出

具资料或进行司法鉴定。

第十条 明确说明与如实告知

订立本合同时，本公司应向投保人明确说明本合同的内容。对保险条款中免除本公司责任的条款，本公司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投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明。

本公司可以就投保人、被保险人的有关情况提出询问，投保人应当如实告知。

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，足以影响本公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，本公司有权解除合同。

前款规定的合同解除权，自本公司知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

投保人故意不履行如实告知义务的，本公司对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，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，本公司对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但退还保险费。

本公司在本合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，本公司不得解除合同；发生保险事故的，本公司承担给付保险金的责任。

第十一条 受益人

被保险人或投保人可以指定一人或数人为意外身故保险金和猝死保险金受益人。投保人为与其有劳动关系的劳动者投保本保险的，不得指定被保险人及其近亲属以外的人为受益人。

除本合同另有指定外，意外伤残保险金的受益人为被保险人本人。

受益人为数人的，被保险人或投保人可以确定受益顺序和受益份额；未确定受益份额的，受益人按照相等份额享有受益权。

被保险人或投保人可以变更意外身故保险金和猝死保险金受益人，但需书面通知本公司，由本公司在保险单或其他保险凭证上批注或者附贴批单。

投保人指定或变更意外身故保险金和猝死保险金受益人时，须经被保险人同意。

被保险人身故后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人的遗产，由本公司依照相关法律规定履行给付保险金的义务：

- (1) 没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；
- (2) 受益人先于被保险人身故，没有其他受益人的；
- (3) 受益人依法丧失受益权或者放弃受益权，没有其他受益人的。

受益人与被保险人在同一事件中身故，且不能确定身故先后顺序的，推定受益人身故在先。

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

第十二条 保险事故的通知

投保人、被保险人或受益人知道保险事故发生后，应及时通知本公司。若因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，本公司对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但本公司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。

第十三条 保险金的申请与给付

一、在本合同保险期间内，被保险人身故的，由意外身故保险金或猝死保险金受益人作为申请人，填写保险金给付申请书，并凭下列证明和资料向本公司申请给付保险金：

1. 保险单或投保人证明；
2. 申请人的法定身份证明；
3. 公安部门、二级以上（含二级）医院或其他相关机构出具的被保险人死亡证明；
4. 保险金作为被保险人遗产时，必须提供可证明合法继承权的相关权利文件；
5. 本公司要求的申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料。

二、在本合同保险期间内，被保险人身体伤残的，由意外伤残保险金受益人作为申请人，填写保险金给付申请书，并凭下列证明和资料向本公司申请给付保险金：

1. 保险单或投保人证明；
2. 申请人的法定身份证明；
3. 二级以上（含二级）医院、本公司认可的其他医疗机构或鉴定机构出具的被保险人伤残程度的资料或身体伤残程度鉴定书；
4. 若由代理人代为申请保险金，则还应提供授权委托书、代理人法定身份证明等文件；
5. 本公司要求的申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料。

三、上述所列证明和资料不完整的，本公司将及时一次性通知申请人补充提供有关证明和资料。

四、本公司收到申请人的保险金给付申请书及本条所列证明和资料后，将及时作出核定；情形复杂的，将在三十日内作出核定，但本合同另有约定的除外。经核定后确定属于保险责任的，本公司在与申请人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金的义务；不属于保险责任的，本公司将自作出核定之日起三日内向申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

五、本公司自收到申请人的保险金给付申请书及本条所列证明和资料之日起六十日内，对属于保险责任而给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料，按可以确定的数额先予支付，本公司最终确定给付保险金的数额后，支付相应的差额。

六、申请人向本公司请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

第十四条 被保险人的变动

一、投保人因所属人员变动需要增加被保险人的，应书面通知本公司，经本公司审核同意，于收取保险费的次日起开始承担保险责任。新增加被保险人的保险期间届满日与本合同的保险期间届满日相同。

二、投保人因所属人员变动需要减少被保险人的，应书面通知本公司，本合同对该被保险人所承担的保险责任自通知到达时终止。对于未发生保险金给付的，本公司向投保人退还该被保险人对应的现金价值；对于已发生保险金给付或已发生本合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，本公司不退还现金价值。

三、如果由于被保险人变动，导致本合同不再满足国务院保险监督管理机构的相关投保规定时，本公司有权解除本合同，并向投保人退还本合同的现金价值。

第十五条 住所或通讯地址变更

投保人的住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知本公司。投保人未以书面形式通知的，本公司将按本合同注明的最后住所或通讯地址发送有关通知。

第十六条 年龄计算及错误处理

被保险人的投保年龄按周岁计算。投保人应在投保本保险时将被保险人的真实年龄在投保单上填明，如果发生错误，除本合同另有约定外，本公司按照下列规定办理：

一、投保人申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本合同约定的年龄限制的，本公司有权在知道有解除事由之日起三十日内全部或部分解除本合同。全部解除的，本公司向投保人退还本合同的现金价值；部分解除的，本公司向投保人退还该被保险人对应的现金价值。

二、投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人支付的保险费少于应付保险费的，本公司有权更正并要求投保人补交保险费，或者在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例支付。

三、投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人支付的保险费多于应付保险费的，本公司应将多收的保险费无息退还投保人。

第十七条 职业或工种变更

被保险人变更其职业或工种时，投保人或被保险人应于十日内以书面形式通知本公司。

被保险人所变更的职业或工种，依照本公司职业分类其危险程度降低时，本公司自接到通知之日起按其差额向投保人退还未满期净保险费；其危险程度增加时，本公司于接到通知后，自其职业变更之日起，按其差额增收未满期保险费。对于分期交付保险费的，本公司将按照被保险人变更后

的职业或者工种收取以后各期保险费。

被保险人所变更的职业或工种，依照本公司职业分类其危险程度增加，但未依前项约定通知本公司并交付增收的保险费而发生保险事故的，本公司按其原交保险费与应交保险费的比例计算并给付保险金。

第十八条 合同内容变更

投保人和本公司可以协商变更本合同的内容。变更本合同时，投保人应填写变更合同申请书，经本公司审核同意后，由本公司在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或由投保人和本公司订立变更的书面协议。

第十九条 未成年人身故保险金限制

为未成年子女投保的人身保险，因被保险人身故给付的保险金总和不得超过国务院保险监督管理机构规定的限额。

第二十条 投保人解除合同的处理

投保人于本合同成立后，可以要求解除本合同。但已发生任何保险金给付或已发生本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合同。投保人要求解除本合同时，应填写解除合同申请书，并提交保险合同和投保人证明。

本合同自本公司接到解除合同申请书时终止，本公司于接到解除合同申请书之日起三十日内向投保人退还本合同的现金价值。

第二十一条 争议处理

本合同争议的解决方式，由当事人在合同中约定从下列两种方式中选择一种：

- 一、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×××仲裁委员会仲裁；
- 二、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。

第二十二条 释义

生效对应日：指本合同生效日每半年、季、月的对应日。

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。

伤残：因意外伤害损伤所致的人体残疾。

《人身保险伤残评定及代码》（GB/T 44893—2024）：指由国家市场监督管理总局（国家标准化管理委员会）发布的国家标准 GB/T 44893—2024，中华人民共和国国家标准公告 2024 年第 24 号。可通过国家标准全文公开官方网站或本公司官方网站查询。上述标准如有更新、替代、补充的，以最新的文件为准。

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。

醉酒：指发生事故时当事人每百毫升血液中的酒精含量大于或等于80毫克。醉酒的认定如有司法机关、公安部门的有关法律文件、医院的诊断书等，则以上述法律文件、诊断书等为准。若醉酒标准发生变化，以最新标准作为醉酒的认定依据。

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。

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。

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。

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) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

机动车：指以动力装置驱动或者牵引，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。

潜水：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：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

探险：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。

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、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。

特技表演：指进行马术、杂技、驯兽等表演。

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》第十次修订版（ICD-10）为准。

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。

军事冲突：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：指破坏社会秩序的武装骚动，以政府宣布为准。

应交而未交付的保险费：指投保人在投保时与本公司约定的本合同整个保险期间内应交付的全部保险费与已经交付的保险费的差额。

本公司认可的其他医疗机构：指本公司有关保险单（凭证）、批单或批注中列明的医疗卫生机构。

法定身份证明：指依据法律规定，由有权机构制作颁发的证明身份的证件、文件等，如：居民身份证、户口簿、护照、军人证等。

现金价值：指最后一期已交付保险费 $\times$ (1-手续费比例) $\times$ (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。手续费比例由投保人在投保时与本公司协商确定并在保险单上载明，但最高不超过 25%。

周岁：指按法定身份证明文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。

未到期净保险费：指最后一期已交付保险费 $\times$ (1-手续费比例) $\times$ (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。手续费比例由投保人在投保时与本公司协商确定并在保险单上载明，但最高不超过 25%。

未到期保险费：指最后一期已交付保险费 $\times$ (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。

附表

伤残等级与保险金给付比例关系表

伤残等级	保险金给付比例
一级	100%
二级	90%
三级	80%
四级	70%
五级	60%
六级	50%
七级	40%
八级	30%
九级	20%
十级	10%

附件 2:



请扫描以查询验证条款

中国人寿保险股份有限公司
国寿附加绿洲意外住院定额给付团体医疗保险（2013 版）条款

第一条 保险合同构成

国寿附加绿洲意外住院定额给付团体医疗保险（2013 版）合同（以下简称本附加合同）是中国人寿保险股份有限公司（以下简称本公司）一年期特定团体人身保险合同（以下简称主合同）的附加合同，依主合同投保人的申请，经本公司同意而订立。

本附加合同由保险单及所附条款、批注、附贴批单、投保单，以及与本附加合同有关的投保文件、声明和其他书面协议构成。

第二条 投保范围

本附加合同的投保范围与主合同相同。

第三条 保险期间

本附加合同的保险期间为一年；除另有约定外，自本附加合同生效之日起至约定终止日二十四时止，由投保人在投保时与本公司协商确定。

第四条 保险责任

在本附加合同保险期间内，被保险人遭受意外伤害，并因该意外伤害在二级以上（含二级）医院或本公司认可的其他医疗机构住院治疗，本公司按本附加合同约定的住院日定额给付金额乘以实际住院日数给付保险金，但对该被保险人每次住院的给付日数以九十日为限。该被保险人多次住院的，累计给付日数以一百八十日为限。若该被保险人本次住院治疗与前次住院原因相同，并且前次出院与本次入院间隔不超过三十日，则本次住院与前次住院视为同一次住院。

第五条 责任免除

因下列情形之一，导致被保险人住院治疗的，本公司不承担给付保险金责任：

- 一、被保险人的洗牙、牙齿美白、正畸、烤瓷牙、种植牙或镶牙等牙齿保健和修复；
- 二、主合同列明的其他责任免除事项。

第六条 住院日定额给付金额和保险费

本附加合同被保险人的住院日定额给付金额由投保人在投保时与本公司协商确定并在保险单上载明。

保险费的交付方式、保险费到期日与主合同相同。

第七条 受益人

除本附加合同另有指定外，保险金的受益人为被保险人本人。

第八条 保险金的申请与给付

一、在本附加合同保险期间内，被保险人因意外伤害住院治疗的，由受益人作为申请人，填写保险金给付申请书，并凭下列证明和资料向本公司申请给付保险金：

1. 保险单或投保人证明；
2. 申请人的法定身份证明；
3. 二级以上（含二级）医院或本公司认可的其他医疗机构出具的诊断证明（含相关的诊断依据）、病历、住院及出院证明文件等资料；
4. 若由代理人代为申请，则还应提供授权委托书、代理人法定身份证明等文件；
5. 本公司要求的申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料。

二、上述证明和资料不完整的，本公司将及时一次性通知申请人补充提供有关证明和资料。

三、本公司收到申请人的保险金给付申请书及本条第一款所列的证明和资料后，将及时作出核定；情形复杂的，将在三十日内作出核定，但本附加合同另有约定的除外。经核定后确定属于保险责任的，本公司在与申请人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金的义务；不属于保险责任的，本公司将自作出核定之日起三日内向申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

四、本公司自收到申请人的保险金给付申请书及本条第一款所列的证明和资料之日起六十日内，对属于保险责任而给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料，按可以确定的数额先予支付。本公司最终确定给付保险金的数额后，支付相应的差额。

五、申请人向本公司请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

第九条 投保人解除合同的处理

投保人于本附加合同成立后，可以要求解除本附加合同。但已发生任何保险金给付或已发生本附加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附加合同。投保人要求解除本附加合同时，应填写解除合同申请书，并提交保险合同和投保人证明。

本附加合同自本公司接到解除合同申请书时终止，本公司于接到解除合同申请书之日起三十日内向投保人退还本附加合同现金价值。

第十条 附加合同终止

发生下列情形之一时，本附加合同终止：

- 一、主合同终止；
- 二、投保人解除本附加合同；
- 三、本附加合同约定的其他终止情形。

本附加合同终止时，未发生保险金给付的，本公司向投保人退还本附加合同现金价值；发生过保险金给付或依本附加合同约定应进行保险金给付的，本公司不退还现金价值。

第十一条 附则

一、本附加合同未约定事项，以主合同为准，若主合同与本附加合同的条款相抵触的，则以本附加合同的条款为准。

二、主合同效力中止，本附加合同效力亦中止；主合同无效，本附加合同亦无效。

第十二条 释义

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。

本公司认可的其他医疗机构：指本公司有关保险单（凭证）、批单或批注中列明的医疗卫生机构。

住院：指被保险人确因临床需要，正式办理入院及出院手续，并确实入住医院正式病房接受治疗的行为过程，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。

现金价值：指最后一期已交付保险费×（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。手续费比例由投保人在投保时与本公司协商确定并在保险单上载明，但最高不超过 25%。

附件 3：

中国人寿（2020）医疗保险 90 号



请扫描以查询验证条款

中国人寿保险股份有限公司 国寿附加绿洲意外费用补偿团体医疗保险（2013 版）条款

第一条 保险合同构成

国寿附加绿洲意外费用补偿团体医疗保险（2013 版）合同（以下简称本附加合同）是中国人寿保险股份有限公司（以下简称本公司）一年期特定团体人身保险合同（以下简称主合同）的附加合同，依主合同投保人的申请，经本公司同意而订立。

本附加合同由保险单及所附条款、批注、附贴批单、投保单，以及与本附加合同有关的投保文件、声明和其他书面协议构成。

第二条 投保范围

本附加合同的投保范围与主合同相同。

第三条 保险期间

本附加合同的保险期间为一年；除另有约定外，自本附加合同生效之日起至约定终止日二十四时止，由投保人在投保时与本公司协商确定。

第四条 保险责任

在本附加合同保险期间内，被保险人遭受意外伤害，并因该意外伤害在二级以上（含二级）医院或本公司认可的其他医疗机构诊疗，对被保险人实际支出的符合当地基本医疗保险支付范围的医疗费用，本公司每次扣除免赔额后，对其余额按本附加合同约定的给付比例给付保险金。其中，免赔额和给付比例分别按照被保险人是否参加当地基本医疗保险、公费医疗的情况，由投保人在投保时与本公司协商确定并在保险单上载明。若被保险人已从当地基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险、其他费用补偿型医疗保险和其他途径获得补偿或给付，本公司对剩余未获补偿或给付的部分按上述规定给付保险金。保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，本公司承担给付保险金责任的期限，自保险期间届满次日起，门（急）诊治疗最长为连续十五日；住院治疗至被保险人出院之日止，但最长为连续九十日。

本公司对每一被保险人给付的保险金以该被保险人的保险金额为限，一次或累计给付的保险金达到该被保险人的保险金额时，本附加合同对该被保险人的保险责任终止。

第五条 责任免除

因下列情形之一，导致被保险人支出医疗费用的，本公司不承担给付保险金责任：

- 一、被保险人的洗牙、牙齿美白、正畸、烤瓷牙、种植牙或镶牙等牙齿保健和修复；
- 二、主合同列明的其他责任免除事项。

第六条 保险金额和保险费

本附加合同被保险人的保险金额由投保人在投保时与本公司协商确定并在保险单上载明。
保险费的交付方式、保险费到期日与主合同相同。

第七条 受益人

除本附加合同另有指定外，保险金的受益人为被保险人本人。

第八条 保险金的申请与给付

一、在本附加合同保险期间内，被保险人因意外伤害支出医疗费用的，由受益人作为申请人，填写保险金给付申请书，并凭下列证明和资料向本公司申请给付保险金：

1. 保险单或投保人证明；
2. 申请人的法定身份证明；
3. 二级以上（含二级）医院或本公司认可的其他医疗机构出具的医疗费用原始结算凭证、诊断证明及病历等相关资料；
4. 对于已从当地基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险、其他费用补偿型医疗保险和其他途径获得补偿或给付的，需提供相应机构或单位出具的医疗费用结算证明；
5. 若由代理人代为申请保险金，则还应提供授权委托书、代理人法定身份证明等文件；
6. 本公司要求的申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料。

二、上述证明和资料不完整的，本公司将及时一次性通知申请人补充提供有关证明和资料。

三、本公司收到申请人的保险金给付申请书及本条第一款所列的证明和资料后，将及时作出核定；情形复杂的，将在三十日内作出核定，但本附加合同另有约定的除外。经核定后确定属于保险责任的，本公司在与申请人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金的义务；不属于保险责任的，本公司将自作出核定之日起三日内向申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

四、本公司自收到申请人的保险金给付申请书及本条第一款所列的证明和资料之日起六十日内，对属于保险责任而给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料，按可以确定的数额先予支付。本公司最终确定给付保险金的数额后，支付相应的差额。

五、申请人向本公司请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

第九条 投保人解除合同的处理

投保人于本附加合同成立后，可以要求解除本附加合同。但已发生任何保险金给付或已发生本附加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附加合同。投保人要求解除本附加合同时，应填写解除合同申请书，并提交保险合同和投保人证明。

本附加合同自本公司接到解除合同申请书时终止，本公司于接到解除合同申请书之日起三十日内向投保人退还本附加合同现金价值。

第十条 附加合同终止

发生下列情形之一时，本附加合同终止：

- 一、主合同终止；
- 二、投保人解除本附加合同；
- 三、本附加合同约定的其他终止情形。

本附加合同终止时，未发生保险金给付的，本公司向投保人退还本附加合同现金价值；发生过保险金给付或依本附加合同约定应进行保险金给付的，本公司不退还现金价值。

第十一条 附则

一、本附加合同未约定事项，以主合同为准，若主合同与本附加合同的条款相抵触的，则以本附加合同的条款为准；

二、主合同效力中止，本附加合同效力亦中止；主合同无效，本附加合同亦无效。

第十二条 释义

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。

本公司认可的其他医疗机构：指本公司有关保险单（凭证）、批单或批注中列明的医疗卫生机构。

基本医疗保险：指城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险（或城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗保险）。《中华人民共和国社会保险法》如有更新、替代、补充的，以最新的文件为准。

其他途径：指互助基金、保险公司（含本公司）、工作单位或对其承担民事责任的第三人。

□（急）诊：指被保险人确因临床需要，正式办理挂号手续，并确实是在医院的门诊部或急诊部接受治疗的行为过程，但不包括休养、疗养、身体检查和健康护理等非治疗性行为。

住院：指被保险人确因临床需要，正式办理入院及出院手续，并确实入住医院正式病房接受治疗的行为过程，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。

现金价值：指最后一期已交付保险费 $\times$ $(1 - \text{手续费比例}) \times (1 - \text{该保险费所保障的已经过日数} / \text{该保险费所保障的日数})$ 。经过日数不足一日的按一日计算。手续费比例由投保人在投保时与本公司协商确定并在保险单上载明，但最高不超过 25%。

附件 4:

中国人寿（2020）疾病保险 248 号



请扫描以查询验证条款

中国人寿保险股份有限公司 国寿新绿洲团体重大疾病保险（A 款）条款

第一条 保险合同构成

国寿新绿洲团体重大疾病保险（A 款）合同（以下简称本合同）由保险单及所附条款、批注、附贴批单、投保单，以及与本合同有关的投保文件、声明和其他书面协议共同构成。

第二条 投保范围

凡符合本合同约定投保条件的特定团体成员均可作为被保险人，由投保人向中国人寿保险股份有限公司（以下简称本公司）投保本保险。投保应符合国务院保险监督管理机构的相关规定。

第三条 保险合同成立、生效和保险责任开始

投保人提出保险申请、本公司同意承保，本合同成立。

自本合同成立、本公司收取保险费并签发保险单的次日零时起本合同生效，合同生效日期在保险单上载明。生效对应日以该日期计算。

除另有约定外，本合同生效的日期为本公司开始承担保险责任的日期。

第四条 保险期间

本合同的保险期间为一年；除另有约定外，自本合同生效之日起至约定终止日二十四时止，由投保人在投保时与本公司协商确定。

第五条 重大疾病

本合同所指重大疾病分为以下类型，由投保人在投保时选择其中一类并在保险单上载明。

重大疾病A类：被保险人发生符合本合同第二十一条重大疾病定义所述条件的疾病、疾病状态或手术中的第一到第十种。

重大疾病B类：被保险人发生符合本合同第二十一条重大疾病定义所述条件的疾病、疾病状态或手术中的第一到第三十种。

重大疾病C类：被保险人发生符合本合同第二十一条重大疾病定义所述条件的疾病、疾病状态或手术中的第一到第五十种。

上述本合同第二十一条重大疾病定义的第一种至第二十八种为中国保险行业协会制定的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》中列明的重大疾病，其余为本公司增加的疾病。

第六条 轻度疾病

本合同所指轻度疾病分为以下类型，投保人在投保时选择轻度疾病责任的，可选择其中一类并在保险单上载明。

轻度疾病A类：被保险人发生符合本合同第二十二条轻度疾病定义所述条件的疾病、疾病状态或手术中的第一到第三种。

轻度疾病B类：被保险人发生符合本合同第二十二条轻度疾病定义所述条件的疾病、疾病状态或手术中的第一到第五种。

轻度疾病C类：被保险人发生符合本合同第二十二条轻度疾病定义所述条件的疾病、疾病状态或手术中的第一到第十种。

上述本合同第二十二条轻度疾病定义的第一种至第三种为中国保险行业协会制定的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020年修订版）》中列明的轻度疾病，其余为本公司增加的疾病。

第七条 保险责任

一、重大疾病保险责任（基本责任）

在本合同保险期间内，被保险人在等待期后初次发生并经专科医生明确诊断患本合同投保人所选择的重大疾病（无论一种或多种），本合同对该被保险人的保险责任终止，本公司按该被保险人的重大疾病保险金额给付重大疾病保险金。

二、轻度疾病保险责任（可选责任）

在本合同保险期间内，被保险人在等待期后初次发生并经专科医生明确诊断患本合同投保人所选择的轻度疾病（无论一种或多种），本合同对该被保险人的该项保险责任终止，本公司按该被保险人的轻度疾病保险金额给付轻度疾病保险金。

上述各项责任的等待期由投保人在投保时与本公司协商确定并在保险单上载明。被保险人因意外伤害导致上述情形或续保的，不受等待期的限制。续保非保证续保。

第八条 责任免除

因下列情形之一，导致被保险人患本合同所指重大疾病或轻度疾病的，本公司不承担给付保险金的责任：

- 一、投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- 二、被保险人故意自伤、故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- 三、被保险人服用、吸食或注射毒品；
- 四、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；
- 五、被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；
- 六、战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- 七、核爆炸、核辐射或核污染；
- 八、遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常。

第九条 保险金额

本合同被保险人的重大疾病保险金额由投保人在投保时与本公司协商确定并在保险单上载明。

投保人在投保时选择轻度疾病保险责任的，轻度疾病保险金额由投保人在投保时与本公司协商确定并在保险单上载明，轻度疾病保险金额不得高于重大疾病保险金额的百分之三十。

第十条 保险费

本合同的保险费由投保人在投保时一次交清，也可以按本合同约定的分期交付方式交付。

分期交付分为半年交、季交和月交三种方式，保险费到期日分别为本合同半年、季和月的生效对应日。分期交付保险费的，第一期以后的保险费应在保险费到期日前或在交费宽限期内交付。发生保险金给付时，本公司有权扣除发生保险事故的被保险人应交而未交付的保险费。

第十一条 交费宽限期

分期交付保险费的，除另有约定外，每个保险费到期日的次日起六十日为交费宽限期。在交费宽限期内发生保险事故，本公司仍承担保险责任，但有权从给付的保险金中扣除发生保险事故的被保险人应交而未交付的保险费。超过交费宽限期仍未交付保险费的，本合同自交费宽限期届满的次日起终止。

第十二条 明确说明与如实告知

订立本合同时，本公司应向投保人明确说明本合同的内容。对保险条款中免除本公司责任的条款，本公司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投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明。

本公司可以就投保人、被保险人的有关情况提出询问，投保人应当如实告知。

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，足以影响本公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，本公司有权解除合同。

前款规定的合同解除权，自本公司知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

投保人故意不履行如实告知义务的，本公司对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，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，本公司对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但退还保险费。

本公司在本合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，本公司不得解除合同；发生保险事故的，本公司承担给付保险金的责任。

第十三条 受益人

除本合同另有指定外，重大疾病保险金和轻度疾病保险金的受益人为被保险人本人。

第十四条 保险事故的通知

投保人、被保险人或者受益人知道保险事故发生后，应及时通知本公司。若因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，本公司对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但本公司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。

第十五条 保险金的申请与给付

一、在本合同保险期间内，被保险人初次发生并经专科医生明确诊断患本合同所指重大疾病或轻度疾病的，由受益人作为申请人，填写保险金给付申请书，并凭下列证明和资料向本公司申请给付保险金：

1. 保险单或投保人证明；
2. 申请人的法定身份证明；
3. 专科医生出具的诊断证明（含相关的诊断依据）、病历、住院及出院证明文件；
4. 若由代理人代为申请，则还应提供授权委托书、代理人法定身份证明等文件；
5. 本公司要求的申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因等相关的证明和资料。

二、上述证明和资料不完整的，本公司将及时一次性通知申请人补充提供有关证明和资料。

三、本公司收到申请人的保险金给付申请书及本条第一款所列的证明和资料后，将及时作出核定；情形复杂的，将在三十日内作出核定，但本合同另有约定的除外。经核定后确定属于保险责任的，本公司在与申请人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金的义务；不属于保险责任的，本公司将自作出核定之日起三日内向申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

四、本公司自收到申请人的保险金给付申请书及本条第一款所列的证明和资料之日起六十日内，对属于保险责任而给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料，按可以确定的数额先予支付。本公司最终确定给付保险金的数额后，支付相应的差额。

五、申请人向本公司请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

第十六条 被保险人的变动

一、投保人因所属人员变动需要增加被保险人的，应书面通知本公司，经本公司审核同意，于收取保险费的次日起开始承担保险责任。新增加被保险人的保险期间届满日与本合同的保险期间届满日相同。

二、投保人因所属人员变动需要减少被保险人的，应书面通知本公司，本合同对该被保险人所承担的保险责任自通知到达时终止。对于未发生保险金给付的，本公司向投保人退还该被保险人对

应的现金价值；对于已发生保险金给付或已发生本合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，本公司不退还现金价值。

三、如果由于被保险人变动，导致本合同不再满足国务院保险监督管理机构的相关投保规定时，本公司有权解除本合同，并向投保人退还本合同的现金价值。

第十七条 住所或通讯地址变更

投保人的住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知本公司。投保人未以书面形式通知的，本公司将按本合同注明的最后住所或通讯地址发送有关通知。

第十八条 合同内容变更

投保人和本公司可以协商变更本合同的内容。变更本合同时，投保人应填写变更合同申请书，经本公司审核同意后，由本公司在保险单或者其他保险凭证上批注或附贴批单，或由投保人和本公司订立变更的书面协议。

第十九条 投保人解除合同的处理

投保人于本合同成立后，可以要求解除本合同。但已发生任何保险金给付或已发生本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合同。投保人要求解除本合同时，应填写解除申请书，并提交保险合同和投保人证明。

本合同自本公司接到解除申请书时终止，本公司于接到解除申请书之日起三十日内向投保人退还本合同现金价值。

第二十条 争议处理

本合同争议的解决方式，由当事人在合同中约定从下列两种方式中选择一种：

- 一、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××仲裁委员会仲裁；
- 二、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。

第二十一条 重大疾病定义

一、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，病理组织学检查（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：

（1）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；

（2）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。

二、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。

三、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，仍遗留下述至少一种障碍：

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。

四、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。

五、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。

六、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。

七、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。

八、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。

九、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）。

十、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。

十一、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。

十二、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。

十三、特定年龄双耳失聪：指被保险人年满3周岁后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。

十四、特定年龄双目失明：指被保险人年满3周岁后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。

十五、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。

十六、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。

十七、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。

十八、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。

十九、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。

二十、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。

二十一、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。

二十二、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。

二十三、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。

二十四、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 $<20 \times 10^9/L$ 。

二十五、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。

二十六、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。

二十七、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。

二十八、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。

二十九、严重原发性心肌病：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（指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显示IV级心功能衰竭状态已持续至少180日。本病须经专科医生明确诊断。

继发于全身性疾病或其他器官系统疾病造成的心肌病变不在保障范围内。

三十、严重多发性硬化症：指因中枢神经系统脱髓鞘疾病，导致不可逆的运动或感觉功能障碍，临床表现为视力受损、截瘫、平衡失调、构音障碍、大小便机能失调等症状。不可逆指运动或感觉功能障碍初次诊断后需持续180天以上。须由断层扫描（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，且须满足下列全部条件：

1. 明确出现因视神经、脑干或脊髓损伤等导致的上述临床症状；
2. 散在的、多样性的神经损伤；
3. 上述临床症状反复发作、恶化及神经损伤的病史纪录。

三十一、严重脊髓灰质炎：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。本合同所称“严重脊髓灰质炎”仅指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形。肢体随意运动功能永久完全丧失，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，或肢体肌力在2级（含）以下。

若无因此感染而导致麻痹性瘫痪的事实结果，以及其他病因所致的麻痹，例如格林巴利综合征则不属于本合同所指的脊髓灰质炎。

三十二、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。

三十三、严重系统性红斑狼疮性肾病：系统性红斑狼疮是累及多系统、多器官的具有多种自身抗体的免疫性疾病。系统性红斑狼疮性肾病，又称为狼疮性肾炎，是系统性红斑狼疮累及肾脏，造成肾功能损伤。须由肾脏病理学检查结果证实或经临床确诊，并符合下列 WHO 诊断标准定义的 III 型至 V 型狼疮性肾炎。

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或肾病综合征；
- V 型（膜型）：肾病综合征或重度蛋白尿。

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在保障范围内。

三十四、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。必须由神经专科医生明确诊断，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。

三十五、严重胰岛素依赖型糖尿病：指由于胰岛素分泌绝对不足引起的慢性血糖升高，经血糖胰岛素测定、血c肽测定或尿c肽测定结果证实，且已经持续性的依赖外源性胰岛素维持180天以上；须至少满足下列一个条件：

1. 已出现增殖性视网膜病变；
2. 糖尿病肾病，且尿蛋白>0.5g/24h；
3. 因坏疽需切除至少一个脚趾。

三十六、严重冠心病：指经根据冠状动脉造影检查结果明确诊断为三支主要血管严重狭窄性病变（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）。冠状动脉的主要血管指左冠状动脉主干、前降支、回旋支及右冠状动脉，不包括前降支、左旋支及右冠状动脉的分支血管。

三十七、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。

为治疗因酒精中毒引起的急性坏死性胰腺炎的开腹手术不在保障范围内。

三十八、经输血导致的人类免疫缺陷病毒感染：被保险人感染人类免疫缺陷病毒（HIV），且须满足下列全部条件：

1. 被保险人因治疗必需而接受输血，并且因输血而感染人类免疫缺陷病毒（HIV）；
2. 提供输血治疗的输血中心或医院出具该项输血感染属医疗责任事故的报告，或者法院终审裁定为医疗责任；
3. 提供输血治疗的输血中心或医院必须拥有合法经营执照；
4. 受感染的被保险人不是血友病患者。

血友病：为一组遗传性凝血功能障碍的出血性疾病，其共同的特征是活性凝血活酶生成障碍，凝血时间延长，终身具有轻微创伤后出血倾向，重症患者没有明显外伤也可发生“自发性”出血。

任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染不在保障范围内。本公司具有获得和使用被保险人的所有血液样本的权利以及能够对这些样本进行独立检验的权利。

三十九、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，精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在保障范围内。

四十、严重弥漫性系统性硬皮病：一种系统性胶原血管病引起进行性的皮肤、血管和内脏器官的弥漫性纤维化。本病症须经专科医生明确诊断，并须满足下列全部条件：

1. 由活检和血清学证据支持；
2. 疾病已经影响到肺脏、心脏或肾脏等内脏器官并且达到下列标准之一：
 - (1) 肺脏：已造成肺脏纤维化，并同时出现肺动脉高压和肺心病；
 - (2) 心脏：心脏功能衰竭程度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；

(3) 肾脏：已造成肾脏损害，并出现肾功能衰竭。

局限性硬皮病（带状硬皮病或斑状损害）、嗜酸细胞筋膜炎和 CREST 综合征不在保障范围内。

四十一、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。须满足下列全部条件：

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（自腕关节或踝关节靠近躯干端）。

四十二、埃博拉出血热：指埃博拉病毒感染导致的出血性发热。埃博拉病必须经国家机关认可的有合法资质的传染病专家确诊，并须满足下列全部条件：

1. 埃博拉病毒的存在必须经过实验室检查证实；
2. 存在皮肤粘膜出血，呕血，咯血，便血或血尿等临床表现；
3. 感染埃博拉病毒并出现出血性发热持续三十（30）天以上，且持续出现并发症。

单纯实验室诊断但没有临床出血表现的不在保障范围内。

四十三、严重感染性心内膜炎：指因细菌、真菌和其他微生物制剂感染而产生心脏瓣膜的炎症或心室壁内膜的炎症，引起心脏瓣膜关闭不全。须满足下列全部条件：

1. 急性或亚急性感染性心内膜炎临床表现；
2. 血培养病原体阳性；
3. 心脏功能衰竭程度达到美国纽约心脏病学会 (New York Heart Association, NYHA) 心功能状态分级 IV 级并持续 180 天，或接受了心脏瓣膜置换手术。

四十四、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保障范围内。

四十五、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，由于人体免疫功能紊乱产生针对肝脏自身抗原的抗体导致自身免疫反应，从而破坏肝脏细胞造成肝脏炎症坏死，进而发展为肝硬化。须满足下列全部条件：

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. 临床已经同时出现腹水、食道静脉曲张及脾脏肿大等肝硬化表现。

四十六、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、肝外胆道因纤维化炎症逐渐狭窄，并最终导致完全阻塞而发展为肝硬化。须经逆行胰胆管造影（ERCP）或经皮胆管造影（PTC）等影像学检查证实，且须满足下列全部条件：

1. 总胆红素和直接胆红素同时升高，血清 ALP > 200U/L；
2. 持续性黄疸病史；
3. 出现胆汁性肝硬化或门脉高压。

因肿瘤或胆管损伤等导致的继发性硬化性胆管炎不在保障范围内。

四十七、头臂动脉型多发性大动脉炎旁路移植手术：多发性大动脉炎（高安氏动脉炎）是一种

发生在主动脉和其主要分支的慢性炎症性动脉疾病，表现为受累动脉狭窄或闭塞。头臂动脉型多发性大动脉炎是指多发性大动脉炎头臂动脉型（I 型），又称为无脉症。被保险人被明确诊断为头臂动脉型多发性大动脉炎并且实际接受了经胸部切开进行的无名动脉（头臂干）、颈总动脉、锁骨下动脉旁路移植手术。

非开胸的血管旁路移植手术、因其他病因而进行的旁路移植手术，对其他动脉进行的旁路移植手术，经皮经导管进行的血管内手术不在保障范围内。

四十八、溶血性链球菌性坏疽：指包围肢体或者躯干的浅筋膜或者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，且已经立刻进行了手术。最后的诊断须由微生物或者病理学专家进行相关检查后证实。

四十九、克-雅氏病（CJD、人类疯牛病）：一种由动物传染而来的中枢神经系统变性疾病，大脑呈海绵状改变伴神经元缺失和胶质化。临床表现为进行性痴呆、不随意运动及抽搐、行动困难等。须由权威医疗机构根据致病蛋白的发现而明确诊断。

五十、丝虫病所致象皮肿：指因丝虫感染导致淋巴管阻塞而造成身体组织出现严重淋巴水肿，达到国际淋巴学会淋巴水肿分期第Ⅲ期，其临床表现为肢体非凹陷性水肿伴畸形增大，硬皮症及疣状增生。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。须经本公司认可医院的专科医生根据临床表现和微丝蚴的化验结果确诊。

由性接触传染的疾病、创伤、手术后疤痕、充血性心力衰竭或先天性淋巴系统异常引起的淋巴水肿，以及急性淋巴管炎或其他原因引起的淋巴水肿不在保障范围内。

第二十二条 轻度疾病定义

一、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 T₁N₀M₀ 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：

（1）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；

（2）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。

二、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。

三、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。

四、原位癌：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（WHO）《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。

任何组织涂片或穿刺活检等细胞病理学检查结果均不能作为诊断依据。

五、冠状动脉介入手术：指为治疗明显的冠状动脉狭窄性疾病，首次实际实施了冠状动脉球囊扩张成形术、冠状动脉支架植入术、冠状动脉粥样斑块切除术或激光冠状动脉成形术。

被保险人已达到本合同投保人所选择的重大疾病“较重急性心肌梗死”或“严重冠心病”标准的，本公司不承担本项轻度疾病保险责任。

六、特定面积Ⅲ度烧伤：指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤面积为全身体表面积的 10% 或 10% 以上，但尚未达到 20%。体表面积根据《中国新九分法》计算。

七、主动脉介入手术：指为治疗主动脉疾病或主动脉创伤实际实施了经皮经导管进行的动脉内手术。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。

八、严重脑垂体瘤、脑囊肿、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）：指经头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查被确诊为下列病变，并实际实施了开颅进行的颅内肿瘤完全或部分切除手术或者针对颅内肿瘤的放射治疗（如 γ 刀、质子重离子治疗等）。病变包括：

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）。

九、特定年龄视力受损：指被保险人年满 3 周岁后因疾病或意外伤害导致双目视力永久不可逆性丧失，且须满足下列全部条件：

1. 双眼中较好眼矫正视力低于 0.1（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）；
2. 双眼中较好眼视野半径小于 20 度。

申请理赔时，须提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。

被保险人已达到本合同投保人所选择的重大疾病“特定年龄双目失明”标准的，本公司不承担本项轻度疾病保险责任。

十、中度原发性帕金森病：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部分丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项。

继发性帕金森综合征、帕金森叠加综合征不在保障范围内。继发于酒精，毒品或药物滥用不在保障范围内。

被保险人已达到本合同投保人所选择的重大疾病“严重原发性帕金森病”标准的，本公司不承担本项轻度疾病保险责任。

注：本公司仅对“较轻急性心肌梗死”和“冠状动脉介入手术”中的一项承担保险责任，给付其中一项保险金后，对另外一项轻度疾病保险责任同时终止。

第二十三条 释义

生效对应日：指本合同生效日每半年、季、月的对应日。

专科医生：指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。

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。

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。

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。

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。

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) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

机动车：指以动力装置驱动或者牵引，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。

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。

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。

军事冲突：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：指破坏社会秩序的武装骚动，以政府宣布为准。

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。

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。

应交而未交付的保险费：指投保人在投保时与本公司约定的本合同整个保险期间内应交付的全部保险费与已经交付的保险费的差额。

法定身份证明：指依据法律规定，由有权机构制作颁发的证明身份的证件、文件等，如：居民身份证、户口簿、护照、军人证等。

现金价值：指最后一期已交付保险费 $\times$ （1-手续费比例） $\times$ （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。手续费比例由投保人在投保时与本公司协商确定并在保险单上载明，但最高不超过 25%。

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。

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。

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：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。

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。

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。

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。

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。

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。

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。

附件 5:



请扫描以查询验证条款

中国人寿保险股份有限公司 国寿团体补充医疗保险（A型）条款

第一条 保险合同构成

国寿团体补充医疗保险（A型）合同（以下简称本合同）由保险单及所附条款、批注、附贴批单、投保单，以及与本合同有关的投保文件、声明和其他书面协议共同构成。

第二条 投保范围

凡机关、团体、企事业单位的在职职工、退休职工，在参加当地城镇职工基本医疗保险后，均可作为被保险人，由其所在单位作为投保人向中国人寿保险股份有限公司（以下简称本公司）投保本保险。投保应符合国务院保险监督管理机构的相关规定。

第三条 保险合同成立、生效和保险责任开始

投保人提出保险申请、本公司同意承保，本合同成立。

自本合同成立、本公司收取保险费并签发保险单的次日零时起本合同生效，合同生效日期在保险单上载明。生效对应日以该日期计算。

除另有约定外，本合同生效的日期为本公司开始承担保险责任的日期。

第四条 保险期间

本合同的保险期间为一年，除另有约定外，自本合同生效之日起至本合同约定终止日二十四时止，由投保人在投保时与本公司协商确定。

第五条 保险责任

在本合同保险期间内，本公司依下列约定承担保险责任：

一、对于被保险人在指定医疗服务提供单位就医或者配药所支出的、并在当地基本医疗保险主管部门规定的基本医疗保险范围内应由被保险人自理的医疗费用，按照下列规定给付保险金：

1. 当累计发生的门诊、急诊医疗费用（以下简称门诊医疗费用）超过门诊免赔额时，本公司在扣除门诊免赔额后，将其余额按本合同约定的给付比例给付门诊保险金。门诊免赔额和门诊医疗费用给付比例由投保人在投保时与本公司协商确定，并在保险单上载明。

2. 当累计发生的住院、急诊观察室医疗费用（以下简称住院医疗费用）超过住院免赔额时，本公司在扣除住院免赔额后，将其余额按本合同约定的给付比例给付住院保险金。住院免赔额和住院医疗费用给付比例由投保人在投保时与本公司协商确定，并在保险单上载明。

二、对于被保险人因道路交通事故导致意外伤害，在指定医疗服务提供单位就医或者配药所支出的、并在当地基本医疗保险主管部门规定的基本医疗保险范围内可予支付的医疗费用，本公司在扣除人民币一百元免赔额后，将其余额按百分之九十的比例给付交通意外医疗保险

金。

三、当本公司累计给付的各项保险金达到被保险人个人名下的保险金额时，本合同对该被保险人所承担的保险责任终止，但有本条第四款规定的情形除外。

四、（可选择项目）投保人设立公共保险金额时，当本公司累计给付的保险金达到被保险人个人名下的保险金额时，经投保人同意，本公司按照本条第一、二款的规定在公共保险金额范围内给付保险金，但最高不超过该被保险人个人名下保险金额的一倍。

无论一个或多个被保险人使用公共保险金额，本公司累计给付的金额以公共保险金额为限。本款所述的累计给付包括对全部被保险人所发生的保险金给付。

第六条 责任免除

因下列情形之一，导致被保险人支出医疗费用的，本公司不承担给付保险金的责任：

- 一、不在当地基本医疗保险主管部门规定的基本医疗保险范围内的医疗费用；
- 二、当地基本医疗保险主管部门规定的基本医疗保险范围内的非处方药；
- 三、健康护理等非治疗性行为；
- 四、在康复医院、联合诊所、民办医院、私人诊所或挂床等治疗；
- 五、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；
- 六、非应由本人支付的医疗费用；
- 七、在本合同有效期外发生的医疗费用；
- 八、在香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区或中国境外发生的医疗费用；
- 九、战争、军事冲突、暴乱或者武装叛乱；
- 十、核爆炸、核辐射或者核污染。

第七条 保险金额和保险费

投保人可与本公司商定设立公共保险金额，该保险金额不记入被保险人个人名下。投保人设立的公共保险金额最低为全部被保险人保险金额总和的百分之一，最高为百分之三。

本合同的交费方式分为一次交清和月交，并在保险单上载明。月交保险费首期后的分期保险费的交费日期为本合同每月生效对应日。投保人如未按上述规定日期交付保险费，自次日起本合同效力中止。

第八条 合同效力恢复

本合同效力中止的，投保人可填写复效申请书，申请恢复合同效力，经本公司审核同意，自投保人补交所欠保险费的次日起，本合同效力恢复。

第九条 指定医疗服务提供单位

投保人可在本公司给出的指定医疗服务提供单位中为被保险人任意选择其中的指定医院或者指定零售药店进行就医、配药。若因指定医院条件限制，被保险人需转至非指定医院治疗时，必须经原治病医院会诊，出具转院证明并经本公司同意。

被保险人工作或者居住在外省市的，经投保人和本公司同意，可以到当地基本医疗保险予以定点的医疗服务提供单位进行治疗。

若指定医疗服务提供单位有不合理收费行为或者违反当地基本医疗保险主管部门的有关规定，本公司有权取消该医院或零售药店的指定资格，并通知投保人。

第十条 明确说明与如实告知

订立本合同时，本公司应向投保人明确说明本合同的内容。对保险条款中免除本公司责任的条款，本公司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投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明。

本公司可以就投保人、被保险人的有关情况提出询问，投保人应当如实告知。

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，足以影响本公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，本公司有权解除合同。

前款规定的合同解除权，自本公司知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

投保人故意不履行如实告知义务的，本公司对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，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，本公司对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但退还保险费。

本公司在本合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，本公司不得解除合同；发生保险事故的，本公司承担给付保险金的责任。

第十一条 受益人

除另有指定外，本合同各项保险金的受益人均为被保险人本人。

第十二条 保险事故的通知

投保人、被保险人或者受益人知道保险事故发生后，应及时通知本公司。若因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，本公司对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但本公司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。

第十三条 保险金的申请与给付

一、被保险人支出医疗费用的，由受益人作为申请人，填写保险金给付申请书，并凭下列证明和资料向本公司申请给付保险金：

1. 保险单或投保人证明；
2. 申请人的法定身份证明；
3. 指定医疗服务提供单位出具的医疗费用收据、诊断证明及病历等相关资料；
4. 若由代理人代为申请保险金，则还应提供授权委托书、代理人法定身份证明等文件；
5. 本公司要求的申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料。

二、上述证明和资料不完整的，本公司将及时一次性通知申请人补充提供有关证明和资料。

三、本公司收到申请人的保险金给付申请书及本条第一款所列证明和资料后，将及时作出核定；情形复杂的，将在三十日内作出核定，但本合同另有约定的除外。经核定后确定属于保险责任的，本公司在与申请人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金的义务；不属于保险责任的，本公司将自作出核定之日起三日内向申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

四、本公司自收到申请人的保险金给付申请书及上述证明和资料之日起六十日内，对属于保险责任而给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料，按可以确定的数额先予支付，本公司最终确定给付保险金的数额后，支付相应的差额。

五、申请人向本公司请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

第十四条 被保险人的变动

一、投保人因所属人员变动需要增加被保险人的，应书面通知本公司，除另有约定外，经本公司审核同意，于收取本公司规定的保险费的次日起开始承担保险责任。新增加的被保险人的保险期间届满日与本合同的保险期间届满日相同。

二、投保人因所属人员变动需要减少被保险人的，应书面通知本公司，本合同对该被保险人所承担的保险责任自通知到达时终止。对于未发生保险金给付的，本公司向投保人退还该被保险人对应的现金价值。但已发生任何保险金给付或已发生本合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，本公司不退还现金价值。

三、如果由于被保险人变动，导致本合同不再满足国务院保险监督管理机构的相关投保规定时，本公司有权解除本合同，并向投保人退还本合同的现金价值。

第十五条 住所或通讯地址变更

投保人的住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知本公司。投保人未以书面形式通知的，本公司将按本合同注明的最后住所或通讯地址发送有关通知。

第十六条 合同内容变更

投保人和本公司可以协商变更本合同的内容。变更本合同时，投保人应填写变更合同申请书，经本公司审核同意后，由本公司在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或由投保人和本公司订立变更的书面协议。

第十七条 投保人解除合同的处理

投保人于本合同成立后，可以要求解除本合同。但已发生任何保险金给付或已发生本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合同。投保人要求解除本合同时，应填写解除合同申请书，并提交保险合同和投保人证明。

本合同自本公司接到解除合同申请书时终止，本公司于接到解除合同申请书之日起三十日内向投保人退还本合同的现金价值。

第十八条 争议处理

本合同争议的解决方式，由当事人在合同中约定从下列两种方式中选择一种：

- 一、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×××仲裁委员会仲裁；
- 二、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。

第十九条 释义

生效对应日：指本合同生效日每年、月的对应日。

指定医疗服务提供单位：指当地基本医疗保险部门规定的基本医疗保险予以定点的医疗机构和零售药店。

基本医疗保险主管部门：指当地负责基本医疗保险的行政主管部门。

被保险人自理的医疗费用：指被保险人发生的符合当地社会医疗保险部门规定的基本医疗保险可报销范围内的医疗费用，并扣除可由当地社会医疗保险部门按比例承担的费用后，应由被保险人个人按比例分担的医疗费用。

道路交通事故：指车辆驾驶人员、行人、乘车人以及其他在道路上进行与交通有关活动的人员，因违反《中华人民共和国道路交通安全法》或其他交通管理法规、规章的行为，过失造成人身伤亡或者财产损失的事故。

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。

本合同有效期外发生的医疗费用：指实际发生的医疗费用×医疗费用发生在合同有效期外的天数/医疗费用发生的实际天数。

中国境外：指非中华人民共和国的其它国家和地区。

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。

军事冲突：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：指破坏社会秩序的武装骚动，以政府宣布为准。

法定身份证明：指依据法律规定，由有权机构制作颁发的证明身份的证件、文件等，如：居民身份证、户口簿、护照、军人证等。

现金价值：指最后一期已交付保险费×（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。手续费比例由投保人在投保时与本公司协商确定并在保险单上载明，但最高不超过20%。

