

未成年学生意外险 (C款)

保险单号 (Policy NO) : PEGD201831150000000006

投保人姓名	发热	联系电话	13524897979
证件类型	居民身份证	证件号码	110101199907020033
被保险人姓名	后台	联系电话	13589979798
证件类型	居民身份证	证件号码	110101201507020915
投保人地址		邮政编码	

保险责任	保险金额 (人民币)
意外伤害	¥200,000.00
重大疾病保险责任	¥40,000.00
住院医疗	¥60,000.00
意外医疗	¥15,000.00
住院补贴	¥4,500.00
保险期间	2018年07月03日零时起至2019年07月02日二十四时止
总保险费	壹佰捌拾捌元整 ¥188
争议解决方式	诉讼

保险人声明

请仔细阅读保险条款及特别约定,理解条款及特别约定对保险责任以及责任免除的描述,保险人以此为准承担保险责任。**责任免除详见条款以及特约“责任免除”部分。**

特别约定

- 1、本保单涉及的医疗机构指中国大陆地区二级以上(含二级)社会基本医疗保险定点医疗机构。
- 2、本保单《大地附加状元乐学生、幼儿意外伤害医疗保险条款》中:在扣除其它渠道(包含社保)已经补偿或给付部分后,保险人按“(每次意外合理医疗费用-100元)×80%”给付意外医疗保险金。(其中,每次事故门、急诊检查费以300元为限。)
- 3、本保单《大地附加状元乐学生、幼儿住院医疗保险》中:已参加城镇居民医疗保险或新农合医疗保险的被保险人,对属于医保范围内的医疗费用由医保或新农合医疗先赔付,剩余部分100%赔付,无免赔额;未参加城镇居民医保或新农合医保的被保险人,免赔额和赔付比例按条款执行。
- 4、本保单《大地附加状元乐学生、幼儿住院补贴特约保险条款》中:等待期为60天,次免责期为2天,每次住院补贴给付天数以30天为限,保单年度累计90天为限,因相同原因再次住院间隔不超过30天的,视为同一次住院。

承保公司名称	重庆分公司电子商务部
承保公司地址	重庆市江北区建新东路88号一单元7-8层
邮政编码	400010
联系电话	
销售单位	中国大地财产保险股份有限公司 (公司签章)



总公司地址: 上海市民生路1199弄1号证大五道口广场8-10层 邮编: 200135 网址: www.ccic-net.com.cn 客户服务热线: 95590

支付确认时间: 有效保单生成时间: 2018-07-02 00:00:00 电子保单生成时间: 2018-07-02 00:00:00

中国大地财产保险股份有限公司

大地状元乐学生、幼儿意外伤害保险条款

总则

第一条 本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、与本合同有关的其他投保文件、保险单或者其他保险凭证、声明、批注、附贴批单以及其他有效文件构成。凡涉及本合同的约定，均应当采用书面形式。

第二条 在依法成立的学校或者幼儿园注册，身体健康，能正常学习和生活的大、中、小学学生或者幼儿，可作为本合同的被保险人。

第三条 具有完全民事行为能力的被保险人本人或者对被保险人具有保险利益的自然人或者机构，可作为本合同的投保人。

第四条 本合同的受益人包括：

（一）意外身故保险金受益人

订立本合同时，被保险人或者投保人可指定一人或者数人为意外身故保险金受益人，但投保人指定意外身故保险金受益人时须经被保险人同意。意外身故保险金受益人为数人的，应当确定受益顺序和受益份额；未确定受益份额的，各受益人按照相等份额享有受益权。

被保险人死亡后，有下列情形之一的，意外身故保险金作为被保险人的遗产，由保险人依照《中华人民共和国继承法》的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死亡，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死亡，且不能确定死亡先后顺序的，推定受益人死亡在先。

被保险人或者投保人可以变更意外身故保险金受益人，但需书面通知保险人，由保险人在本合同上批注或者附贴批单。对因意外身故保险金受益人变更发生的法律纠纷，保险人不承担任何责任。

投保人指定或者变更身故保险金受益人的，应当经被保险人书面同意。被保险人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，应当由其监护人指定或者变更身故保险金受益人。

（二）意外伤残保险金受益人

除本合同另有约定外，本合同的意外伤残保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 在保险期间内，被保险人因遭受意外而身故或者伤残的，保险人按下列约定承担保险责任：

（一）意外身故保险责任

被保险人自遭受该意外之日起一百八十日内以该意外为直接、完全原因而身故的，保险人按本合同载明的该被保险人的意外伤害保险金额给付意外身故保险金，同时本合同约定的对该被保险人的保险责任终止。

被保险人因遭受该意外而下落不明，后经法院宣告死亡的，保险人按本合同载明的该被保险人的意外伤害保险金额给付意外身故保险金，同时本合同约定的对该被保险人的保险责任终止。但若该被保险人生还，保险金申请人应当于知道或者应当知道被保险人生还后三十日内退还保险人已给付的意外身故保险金，然后本合同约定的对该被保险人的保险责任应当视为不因该次宣告死亡而终止；保险金申请人未在三十日内退还的，保险人有权追索。

被保险人身故或者被宣告死亡前，保险人根据本合同针对其已给付意外伤残保险金的，意外身故保险金应当扣除已给付金额。

（二）意外伤残保险责任

被保险人自遭受该意外之日起一百八十日内以该意外为直接、完全原因而导致《人身保险伤残评定标准及代码》中所列伤残之一的，保险人按《人身保险伤残评定标准及代码》中与该项伤残对应的给付比例和该被保险人的意外伤害保险金额的乘积给付意外伤残保险金。若至该意外发生之日起第一百八十日该被保险人的伤残程度仍未完全确定，保险人根据该意外发生之日起第一百八十日该被保险人的身体情况进行伤残鉴定，并据此给付意外伤残保险金。

人身保险伤残程度等级相对应的保险金给付比例分为十档，伤残程度第一级对应的保险金给付比例为100%，伤残程度第十级对应的保险金给付比例为10%，每级相差10%。

保险人根据本合同针对每一被保险人给付的意外身故保险金和意外伤残保险金累计以其意外伤害保险金额为上限，当达到该限额时，本合同约定的对该被保险人的保险责任终止。

责任免除

第六条 因下列任何原因造成被保险人身故或者伤残的，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）投保前已有的伤害；

（二）投保人的故意行为；被保险人自致伤害或者自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；

（三）被保险人猝死；

（四）从事违法犯罪活动或者拒捕，因被保险人挑衅或者故意行为导致争执、打斗而引发意外或者因此被攻击、被伤害或者被杀害；

(五) 未遵医嘱而私自服用、涂用或者注射药物，药物过敏，细菌或者病毒感染（意外导致的伤口感染不在此限），医疗事故；

(六) 怀孕（含宫外孕）、流产、分娩（含剖腹产）、避孕、绝育手术、治疗不孕症、人工受孕以及由此导致的并发症，但意外所致的流产、分娩不在此限；

(七) 从事潜水、跳伞、攀岩、探险、武术比赛、摔跤、特技、赛马、赛车或者蹦极以及其他风险程度类似的高风险活动，竞技性、职业性运动，但本合同另有约定的不在此限；

(八) 非因意外而下落不明；

(九) 任何生物、化学、核武器，核能装置造成的爆炸、灼伤、污染或者辐射，恐怖主义活动，邪教组织活动。

第七条 被保险人在下列任何期间遭受意外而致身故或者伤残的，保险人不承担给付保险金的责任：

(一) 醉酒或者受酒精、毒品、管制药品的影响期间；

(二) 被司法机关采取强制措施期间或者被判入狱期间；

(三) 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（ICD-10）》为准）或者癫痫发作期间，感染艾滋病（AIDS）或者感染艾滋病病毒（HIV 阳性）期间；

(四) 酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶或者驾驶无有效行驶证的机动车期间；

(五) 战争、军事行动、暴动或者武装叛乱期间。

第八条 若发生归于本保险条款“责任免除”部分的被保险人身故，本合同约定的对该被保险人的保险责任终止，除“投保人的故意行为”造成被保险人身故外，保险人退还相应未到期净保险费。

保险金额和保险费

第九条 每一被保险人的意外伤害保险金额由投保人与保险人约定，并于本合同中载明。

第十条 保险费应当由投保人于订立本合同时一次交清。在投保人交清保险费前，保险人不承担保险责任。

保险期间

第十一条 保险期间的起讫时间由投保人与保险人约定，并于本合同中载明。

保险人义务

第十二条 保险人同意承保的，应当及时向投保人签发保险单或者其他保险凭证。

第十三条 保险人认为保险金申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。

第十四条 保险人收到保险金申请人提供的本保险条款“保险金申请与给付”部分约定的保险金申请证明和资料后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在六十日内作出核定。

保险人应当将核定结果通知保险金申请人。对属于保险责任的，在与保险金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；对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十五条 保险人自收到保险金申请人提供的本保险条款“保险金申请与给付”部分约定的保险金申请证明和资料之日起六十日内，对其给付保险金的数额不能确定的，应当按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，支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十六条 投保人应当在订立本合同时交清保险费。

第十七条 订立本合同时，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，投保人、被保险人应当如实告知。

投保人、被保险人故意或者因重大过失未履行前款规定的义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本合同。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。自本合同成立之日起超过二年的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金的责任。

投保人、被保险人故意不履行如实告知义务的，保险人对于本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、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，保险人对于本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。

保险人在本合同订立时已经知道投保人、被保险人未如实告知的情况的，保险人不得解除本合同；发生保险事故的，保险人承担给付保险金的责任。

第十八条 投保人、被保险人或者保险金申请人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。**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，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但保险人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不在其限。**

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

第十九条 投保人住所或者通讯地址变更时，应当及时以书面形式通知保险人。投保人未及时通知的，保险人按本合同所载的最后住所或者通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

保险金申请与给付

第二十条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应当以书面形式提交下列证明和资料。保险金申请人因特殊原因不能提供下列证明和资料的，应当提供其他合法、有效的证明和资料。**保险金申请人未能提供有关证明和资料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

1. 保险金给付申请书；
2. 保险合同原件；
3. 保险金申请人的身份证明、户籍证明，若保险金申请人委托他人申请，还须提供受托人身份证明、授权委托书；
4. 保险人认可的机构（包括公安部门）出具的意外事故证明；
5. 申请意外身故保险金的，除第1至4项约定的证明和资料外，还须提供保险人认可的机构（包括公安部门）出具的被保险人身故证明、火化证明或者丧葬证明、户籍注销证明。若被保险人为宣告死亡，申请人还须提供法院出具的宣告死亡证明文件；
6. 申请意外伤残保险金的，除第1至4项约定的证明和资料外，还须提供二级以上（含）医疗机构或者司法鉴定机构根据《人身保险伤残评定标准及代码》出具的伤残程度鉴定诊断书；
7. 投保人、被保险人、保险金申请人所能提供的其他与确认事故的性质、原因、伤害程度等有关的证明和资料。

第二十一条 被保险人遭受保险事故的，保险人有权对/向投保人、被保险人、保险金申请人等进行调查和检查（包括提请作必要、合理的解剖检验），投保人、被保险人、保险金申请人等应当予以充分配合。

第二十二条 保险金申请人向保险人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。

保险合同的解除

第二十三条 发生以下任何情形的，保险人有权解除本合同或者终止对相应被保险人的保险责任，并不退还保险费：

1. 未发生保险事故，保险金申请人谎称发生了保险事故，向保险人提出给付保险金请求；

2. 投保人、被保险人故意制造保险事故。

前款约定的任何情形致使保险人给付保险金或者支出费用的，投保人、被保险人或者保险金申请人应当退回或者赔偿。

第二十四条 在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除本合同，但保险人根据本合同约定已给付保险金的除外。

投保人解除本保险合同时，应当提供下列证明和资料：

1. 解除合同通知书；
2. 保险合同原件；
3. 投保人身份证明；
4. 保险费发票或者收据；
5. 保险人要求的其他有关证明和资料。

本合同的效力至保险人接到解除合同通知书之日二十四时或者通知书上载明的合同终止时间（以较晚者为准）终止。自收到前款约定的证明和资料之日起三十日内，保险人退还相应未到期净保险费。

争议处理与法律适用

第二十五条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交本合同载明的仲裁机构仲裁；本合同未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

第二十六条 与本合同有关的以及履行本合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括港澳台地区法律）。

释义

周岁：以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。

意外：指外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

《人身保险伤残评定标准及代码》：指由中国保险监督管理委员会发布（保监发[2014]6号）并经国家标准化委员会备案的中华人民共和国金融行业标准，编号JR/T 0083—2013。

猝死：指表面健康的人因潜在疾病、机能障碍或其他原因在出现症状后较短时间内发生的非暴力性突然死亡。猝死的认定以医院的诊断或公安部门的鉴定为准。

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，过失造成患者人身伤害的事故。

潜水：指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下

活动。

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者使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身其中的行为。如江河漂流、徒步穿越沙漠或者人迹罕至的原始森林等活动。

武术比赛：指两人或者两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。

特技：指从事马术、杂技、驯兽等方面的表演、运动或者其他专门活动的特殊技能。

恐怖主义活动：指任何人或者团伙出于政治、宗教、思想意识或者类似目的，为对政府施加影响和（或者）使全体或者部分公众处于恐惧、不安状态的行为。恐怖主义活动包括但不限于实际使用或者威胁使用武力或者暴力。恐怖主义活动，可仅为实施该活动者本身行为，或者代表某一机构、政府，或者与某一机构、政府相关。

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。

管制药品：指根据《中华人民共和国药品管理法》及有关法规被列为特殊管理的药品，包括麻醉药品、精神药品、毒性药品及放射性药品。

艾滋病：指获得性免疫缺陷综合症的简称。

艾滋病病毒：指获得性免疫缺陷病毒的简称。

获得性免疫缺陷综合症（AIDS）：其定义按世界卫生组织制定的定义为准。若在被保险人的血液样本中发现艾滋病病毒或者其抗体，则认定被保险人已感染艾滋病病毒或者患艾滋病。

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道路交通安全法规规定的标准。

无有效驾驶证驾驶：包括下列任何情形：

1. 无驾驶证驾驶或者持有效期已届满的驾驶证驾驶；
2. 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
3. 实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性物品等危险物品的机动车，实习期内驾驶机动车牵引挂车；
4. 持未按规定审验的驾驶证驾驶，以及驾驶证被暂扣、扣留、吊销或者注销期间驾驶机动车；
5. 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；

6. 在依照法律法规或者公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车辆的其他情况下驾驶机动车辆。

无有效行驶证：包括下列任何情形：

1. 机动车被依法注销登记；
2. 机动车无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或者临时号牌或者临时移动证；
3. 机动车未在规定检验期限内进行安全技术检验或者检验未通过，未依法按时进行或者通过安全技术检验。

保险金申请人：指受益人、被保险人的继承人或者依法享有保险金请求权的其他人。

不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

未到期保险费：每一被保险人未到期保险费=该被保险人保险费×[1-(对该被保险人保险责任已经过日数/该被保险人保险期间日数)]。已经过日数不足一日的，按一日计算。

未到期净保险费：未到期净保险费=未到期保险费×(1-35%)。

中国大地财产保险股份有限公司

个人重大疾病保险条款（A款）

【注册编号：C00001032612018052918092】

总则

第一条 本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、保险单或者其他保险凭证、附贴批单以及其他有关约定书等构成。凡涉及本合同的约定，均应当采用书面形式。

第二条 投保时年龄在出生后六十日（含六十日）至六十五周岁（含六十五周岁）之间，身体健康，能正常生活或者正常工作的自然人，可作为本保险的被保险人。年龄超过六十五周岁的，经保险人同意，也可作为本保险的被保险人。

第三条 有完全民事行为能力的被保险人本人或者对被保险人具有保险利益的其他人，可作为投保人。

第四条 除另有约定外，保险金的受益人（以下简称“受益人”）为被保险人本人。

保险责任

第五条 本保险条款包括重大疾病保险责任和轻度重大疾病保险责任，其中重大疾病保险责任为必选责任，轻度重大疾病保险责任为可选责任。投保人可以单独投保必选责任，也可以在投保必选责任的同时投保可选责任，但投保人不能单独投保可选责任。

第六条 重大疾病保险责任

在保险期间内，被保险人遭受意外或者自本合同生效之日起经过九十日（本合同另有约定的以约定为准）的等待期后（在身体健康情况下连续续保的无等待期）首次出现症状，并经保险人指定或者认可的医疗机构的专科医生确诊为首次患本保险条款约定的重大疾病中列明的任何一种或者多种疾病的，或者接受本保险条款约定的重大疾病中列明的任意一项或者多项手术的，保险人按本合同载明的该被保险人的重大疾病保险金额给付重大疾病保险金。

本保险条款约定的重大疾病（共 65 种）具体包括：

- （一）恶性肿瘤
- （二）急性心肌梗塞
- （三）脑中风后遗症
- （四）重大器官移植术或造血干细胞移植术
- （五）冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）

- (六) 终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）
- (七) 急性或亚急性重症肝炎
- (八) 良性脑肿瘤
- (九) 脑炎后遗症或脑膜炎后遗症
- (十) 深度昏迷
- (十一) 双耳失聪
- (十二) 双目失明
- (十三) 瘫痪
- (十四) 严重脑损伤
- (十五) 严重Ⅲ度烧伤
- (十六) 重型再生障碍性贫血
- (十七) 重症心肌炎伴充血性心力衰竭
- (十八) 脊髓灰质炎后遗症
- (十九) 多个肢体缺失
- (二十) 慢性肝功能衰竭失代偿期
- (二十一) 心脏瓣膜手术
- (二十二) 严重阿尔茨海默病
- (二十三) 严重帕金森病
- (二十四) 严重原发性肺动脉高压
- (二十五) 严重运动神经元病
- (二十六) 语言能力丧失
- (二十七) 主动脉手术
- (二十八) 肾上腺皮质功能减退
- (二十九) 多发性硬化
- (三十) 肌营养不良症
- (三十一) 经输血导致的艾滋病病毒感染
- (三十二) 由于职业感染艾滋病病毒
- (三十三) 肝豆状核变性
- (三十四) 急性坏死性胰腺炎
- (三十五) 严重溃疡性结肠炎

- (三十六) 慢性复发性胰腺炎
- (三十七) 脑外科手术
- (三十八) 破裂脑动脉瘤夹闭手术
- (三十九) 肾髓质囊性病
- (四十) 象皮病
- (四十一) 严重心肌炎
- (四十二) 严重克隆病
- (四十三) 严重冠心病
- (四十四) 原发性心肌病
- (四十五) 硬皮病
- (四十六) 植物人状态
- (四十七) 急性肺损伤
- (四十八) 自体造血干细胞移植手术
- (四十九) 重症肌无力
- (五十) 非阿尔茨海默病所致严重痴呆
- (五十一) 嗜铬细胞瘤
- (五十二) 严重类风湿性关节炎
- (五十三) 原发性硬化性胆管炎
- (五十四) 意外面部整形外科
- (五十五) 丧失独立生活能力
- (五十六) 严重的胰岛素依赖型糖尿病
- (五十七) 严重系统性红斑狼疮
- (五十八) 严重自身免疫性肝炎
- (五十九) 坏死性筋膜炎
- (六十) 严重肠道疾病并发症
- (六十一) 肺源性心脏病
- (六十二) 全身型幼年类风湿性关节炎
- (六十三) 严重感染性心内膜炎
- (六十四) 川崎病
- (六十五) 神经白塞病。

第七条 轻度重大疾病保险责任

在保险期间内，被保险人遭受意外或者自本合同生效之日起经过九十日（本合同另有约定的以约定为准）的等待期后（在身体健康情况下连续续保的无等待期）首次出现症状，并经保险人指定或者认可的医疗机构的专科医生确诊为首次患本保险条款约定的轻度重大疾病中列明的任意一种或者多种疾病的，或者接受本保险条款约定的轻度重大疾病中列明的任意一项或者多项手术的，且此前未发生本保险条款约定的重大疾病的，保险人按本合同载明的该被保险人的轻度重大疾病保险金额给付轻度重大疾病保险金。

本保险条款约定的轻度重大疾病（共 10 种）具体包括：

- （一）轻度颅脑手术
- （二）极早期恶性肿瘤或者恶性病变
- （三）不典型急性心肌梗塞
- （四）轻微脑中风
- （五）冠状动脉介入手术（非开胸手术）
- （六）心脏瓣膜介入手术（非开胸手术）
- （七）视力严重受损（三周岁开始理赔）
- （八）主动脉内手术（非开胸手术）
- （九）脑垂体瘤、脑囊肿、脑动脉瘤及脑血管瘤
- （十）较小面积Ⅲ度烧伤。

第八条 保险期间内，被保险人同时达到本保险条款约定的重大疾病与轻度重大疾病给付标准时，保险人按本合同约定给付重大疾病保险金，不给付轻度重大疾病保险金。

重大疾病保险金给付以一次为限，保险人给付重大疾病保险金后，本合同终止。

轻度重大疾病保险金给付以一次为限，保险人给付轻度重大疾病保险金后，本合同约定的对该被保险人的轻度重大疾病保险责任终止，本合同约定的重大疾病保险责任继续有效，且重大疾病保险金额不变。

第九条 在保险期间内，被保险人在本合同生效之日起九十日（本合同另有约定的以约定为准）的等待期内（在身体健康情况下连续续保的无等待期）首次出现症状，并经保险人指定或者认可的医疗机构的专科医生确诊为首次患本保险条款约定的重大疾病或轻度重大疾病中列明的任意一种或者多种疾病的，或者接受本保险条款约定的重大疾病或轻度重大疾病中列明的任意一项或者多项手术的，保险人不承担保险责任并向投保人无息返还本合同所交保险费，同时本合同终止。

责任免除

第十条 由于下列任何原因，被保险人发生疾病、达到疾病状态或者进行手术的，保险人不承担保险责任：

- （一）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- （二）故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- （三）服用、吸食或者注射毒品；
- （四）战争、军事冲突、暴乱或者武装叛乱；
- （五）核爆炸、核辐射或者核污染；
- （六）遗传性疾病，先天性疾病、畸形、变形或者染色体异常。

第十一条 在下列任何情形下，被保险人发生疾病、达到疾病状态或者进行手术的，保险人不承担保险责任：

- （一）酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶，或者驾驶无有效行驶证的机动车工具期间；
- （二）感染艾滋病病毒或者患艾滋病期间。

保险金额和保险费

第十二条 重大疾病保险金额及轻度重大疾病保险金额由投保人与保险人协商确定，并分别在本合同中载明。其中，轻度重大疾病保险金额不超过重大疾病保险金额。

第十三条 保险费由保险人在承保时计算确定。

保险期间

第十四条 保险期间为一年，具体起讫时间由投保人与保险人约定，并于本合同中载明。

保险人义务

第十五条 保险人同意承保的，应当及时向投保人签发保险单或者其他保险凭证。

第十六条 保险人认为保险金申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。

第十七条 保险人收到保险金申请人提供的本保险条款“保险金申请与给付”部分约定的保险金申请证明和资料后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但本合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知保险金申请人。对属于保险责任的，在与保险金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；对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十八条 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付保险金的数额不能确定的，应当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的数额后，支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十九条 除本合同另有约定外，投保人应当在订立本合同时一次交清保险费。投保人未按照本合同的约定交清保险费的，保险人有权解除本合同。

第二十条 订立本合同时，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，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约定的如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本合同。

前款约定的合同解除权，自保险人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，保险人对于本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，保险人对于本合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

保险人在本合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除本合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金的责任。

第二十一条 投保人、被保险人或者受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。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，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但保险人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不在其限。

前款约定的未及时通知，不包括因不可抗力而导致的通知迟延。

第二十二条 投保人住所或者通讯地址变更时，应当及时以书面形式通知保险人。投保人未及时通知的，保险人按本合同所载的投保人的最后住所或者通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

保险金申请与给付

第二十三条 保险金申请人向保险人请求给付保险金时，应当提交下列证明和资料。

(一) 保险金给付申请书;

(二) 保险单或者其他保险凭证、批单;

(三) 保险金申请人的身份证明,若保险金申请人系受托申请,还须提供授权委托书和授权委托人的身份证明;

(四) 保险人指定或者认可的医疗机构出具的附有病理检查、血液检验及其他科学方法检验报告的疾病诊断证明书;

(五) 投保人、被保险人或者受益人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料。

保险金申请人未能提供有关证明和资料,导致保险人无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的,保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

第二十四条 被保险人遭受保险事故的,保险人有权对投保人、被保险人、受益人和有关医疗机构等进行调查和检查,投保人、被保险人、受益人等应当尽量予以配合。

第二十五条 保险金申请人向保险人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。

年龄的计算及年龄或者性别错误的处理

第二十六条 被保险人的投保年龄以周岁计算。

第二十七条 投保人在投保时,应当如实告知被保险人的年龄和性别。若被保险人年龄或者性别发生错误,按照下列约定办理:

(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保险条款第二条的约定的,保险人有权解除本合同,并退还保险费,对于本合同解除前发生的事故,保险人不承担保险责任。

(二) 投保人申报的被保险人年龄或者性别不真实,致使投保人实交保险费少于应交保险费的,若发生保险事故,保险人按实交保险费与应交保险费的比例给付保险金。

(三) 投保人申报的被保险人年龄或者性别不真实,致使投保人实交保险费多于应交保险费的,保险人应当退还多收的保险费。

保险合同的变更与解除

第二十八条 除本合同另有约定外,经投保人、保险人双方协商同意后,可变更本合同的有关内容,在本合同保险单或者其他保险凭证上加以批注或者附贴批单后生效,或者由投保人和保险人订立合同变更书面协议后生效。

第二十九条 在本合同成立后,投保人可以书面形式通知保险人解除本合同,但保险人根据本合同约定已给付保险金的除外。

投保人解除本合同时，应当提供下列证明和资料：

- （一）解除合同通知书；
- （二）保险单或者其他保险凭证、批单；
- （三）投保人身份证明；
- （四）保险费发票或者收据；
- （五）保险人要求的其他有关证明和资料。

本合同的效力至保险人接到解除合同通知书之日二十四时或者通知书上载明的合同终止时间（以较晚者为准）终止。自收到前款约定的证明和资料之日起三十日内，保险人退还相应未到期净保险费。

争议处理与法律适用

第三十条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交本合同载明的仲裁机构仲裁；本合同未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国人民法院起诉。

第三十一条 与本合同有关的以及履行本合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括港澳台地区法律）。

释义

周岁：以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。

出现症状：指被保险人出现本合同约定的各种重大疾病的前兆或者异常的身体状况，该重大疾病的前兆或者异常的身体状况按常识足以引起或者应当引起被保险人或者被保险人的监护人注意并寻求检查、诊断、治疗或者护理。

保险人指定或者认可的医疗机构：包括保险人指定医疗机构，以及符合下列条件的医疗机构：境内二级以上（含），具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且提供二十四小时有合格医师及护士的医疗和护理等服务的医疗机构，但不包括主要为门诊、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者相类似目的的医疗机构。

保险合同生效之日：指本合同保险期间起始之日或者保险人开始对被保险人承担保险责任之日（以较晚者为准）。

等待期：指自本合同生效日起计算的一段时间，具体天数由保险人和投保人在投保时约定并在本合同上载明。在等待期内发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

连续续保：指在本合同保险期间届满前后十五日内，投保人与保险人就本保险继续订立下一年度保险合同，前后保险期间之间连续不断，以使被保险人继续参加本保险的行为。

意外:指外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

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

下列疾病不在保障范围内:

1. 原位癌;
2. 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病;
3. 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病;
4. 皮肤癌(不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌);
5. TNM 分期为 T1N0M0 期或者更轻分期的前列腺癌(注);
6. 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

注:如果为女性重大疾病保险,则不包括此项。

急性心肌梗塞:指因冠状动脉阻塞导致的相应区域供血不足造成部分心肌坏死。须满足下列至少三项条件:

1. 典型临床表现,例如急性胸痛等;
2. 新近的心电图改变提示急性心肌梗塞;
3. 心肌酶或者肌钙蛋白有诊断意义的升高,或者呈符合急性心肌梗塞的动态性变化;
4. 发病 90 天后,经检查证实左心室功能降低,如左心室射血分数低于 50%。

脑中风后遗症:指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或者梗塞,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,仍遗留下列一种或者一种以上障碍:

1. 一肢或者一肢以上肢体机能完全丧失;
2. 语言能力或者咀嚼吞咽能力完全丧失;
3. 自主生活能力完全丧失,无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或者三项以上。

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

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

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,实际实施了开胸进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。冠状动脉搭桥术不包括冠状

动脉支架植入术、心导管球囊扩张术、激光射频技术及其它非开胸的介入手术、腔镜手术。

终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）：指双肾功能慢性不可逆性衰竭，达到尿毒症期，经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗或实施了肾脏移植手术。

急性或亚急性重症肝炎：指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：

1. 重度黄疸或黄疸迅速加重；
2. 肝性脑病；
3. B 超或其它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。

良性脑肿瘤：指脑的良性肿瘤，已经引起颅内压增高，临床表现为视神经乳头水肿、精神症状、癫痫及运动感觉障碍等，并危及生命。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，并须满足下列至少一项条件：

1. 实际实施了开颅进行的脑肿瘤完全切除或部分切除的手术；
2. 实际实施了对脑肿瘤进行的放射治疗。

脑垂体瘤、脑囊肿、脑血管性疾病不在保障范围内。

脑炎后遗症或脑膜炎后遗症：指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

1. 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
2. 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
3. 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

深度昏迷：指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级（Glasgow coma scale）结果为 5 分或 5 分以下，且已经持续使用呼吸机及其它生命维持系统 96 小时以上。**因酗酒或者药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。**

双耳失聪：指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆性丧失，在 500 赫兹、1000 赫兹和 2000 赫兹语音频率下，平均听阈大于 90 分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

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, 如果使用其它视力表应进行换算);

3. 视野半径小于 5 度。

本合同约定的双目失明不包括被保险人在年满 3 周岁之前发生的双目失明。

瘫痪: 指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体机能永久完全丧失。肢体机能永久完全丧失, 指疾病确诊 180 天后或意外伤害发生 180 天后, 每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬, 或不能随意活动。

严重脑损伤: 指因头部遭受机械性外力, 引起脑重要部位损伤, 导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描 (CT)、核磁共振检查 (MRI) 或正电子发射断层扫描 (PET) 等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍, 指脑损伤 180 天后, 仍遗留下列一种或一种以上障碍:

1. 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失;
2. 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失;
3. 自主生活能力完全丧失, 无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

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。

重型再生障碍性贫血: 指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少。须满足下列全部条件:

1. 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断;
2. 外周血象须具备以下三项条件:
 - (1) 中性粒细胞绝对值 $\leq 0.5 \times 10^9/L$;
 - (2) 网织红细胞 $< 1\%$;
 - (3) 血小板绝对值 $\leq 20 \times 10^9/L$ 。

重症心肌炎伴充血性心力衰竭: 指心肌的局限性或弥漫性炎性病变, 心肌纤维发生变性和坏死, 导致心脏功能衰竭, 但先天性疾病造成的除外。其诊断标准必须同时符合下列条件:

1. 明确的心肌炎诊断, 须同时具备下列临床表现及检查结果:
 - (1) 胸痛、心悸、全身乏力的症状;
 - (2) 新近的心电图改变提示心肌炎;
 - (3) 体检有心脏扩大、心音减弱、心动过速或过缓等体征;
2. 心力衰竭诊断, 下列临床表现及检查结果呈阳性达 4 项者:
 - (1) 突发呼吸困难;

- (2) 心动过速、室性奔马律;
- (3) 心脏肿大、肺部罗音;
- (4) 颈静脉压>2.1KPa 并有肝肿大或身体水肿;
- (5) 新近的心电图改变提示心力衰竭;
- (6) X 线胸片: 肺淤血或心影扩大;

(7) 超声心动图检查: 心脏及大血管的解剖结构改变、血液动力学改变、心功能情况改变提示心力衰竭。

脊髓灰质炎后遗症: 脊髓灰质炎是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。本保单仅对脊髓灰质炎造成的神经系统功能损害导致被保险人一肢或一肢以上肢体机能永久完全丧失的情况予以理赔。肢体机能永久完全丧失, 指疾病确诊 180 天后, 每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬, 或不能随意识活动。

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。

慢性肝功能衰竭失代偿期: 指因慢性肝脏疾病导致肝功能衰竭。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功能衰竭不在保障范围内。

心脏瓣膜手术: 指为治疗心脏瓣膜疾病, 实际实施了开胸进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

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, 临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退, 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, 且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。**神经官能症和精神疾病不在保障范围内。**

严重帕金森病: 是一种中枢神经系统的退行性疾病, 临床表现为震颤麻痹、共济失调等。须满足下列全部条件:

- 1. 药物治疗无法控制病情;
- 2. 自主生活能力完全丧失, 无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

继发性帕金森综合征不在保障范围内。

严重原发性肺动脉高压: 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心功能状态分级 IV 级, 且静息状态下肺动脉平均压超过 30mmHg。

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。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的条件。

语言能力丧失：指因疾病或意外伤害导致完全丧失语言能力，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。**

主动脉手术：指为治疗主动脉疾病，实际实施了开胸或开腹进行的切除、置换、修补病损主动脉血管的手术。主动脉指胸主动脉和腹主动脉，不包括胸主动脉和腹主动脉的分支血管。**动脉内血管成形术不在保障范围内。**

肾上腺皮质功能减退：指自身免疫性肾上腺炎导致肾上腺萎缩和慢性肾上腺皮质功能减退。必须满足所有以下条件：

明确诊断，符合所有以下诊断标准：

1. 血浆促肾上腺皮质激素 (ACTH) 水平测定， $>100\text{pg/ml}$ ；
2. 血浆肾素活性、血管紧张素 II 和醛固酮测定，显示为原发性肾上腺皮质功能减退症；
3. 促肾上腺皮质激素 (ACTH) 刺激试验显示为原发性肾上腺皮质功能减退症；
4. 已经采用皮质类固醇替代治疗 180 天以上。

肾上腺结核、HIV 感染或艾滋病、感染、肿瘤所致的其它肾上腺皮质功能减退不在保障范围内。

多发性硬化：多发性硬化症为中枢神经系统白质多灶性脱髓鞘病变，病变有时累及灰质。多发性硬化症必须由我们认可的医院的神经专科医生确诊。必须伴有典型的脱髓鞘症状和运动及感觉功能障碍的证据并有 MRI 和脑脊液检查的典型改变。多发性硬化症必须造成神经系统永久性功能损害并且已导致被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上持续达 180 天以上。

肌营养不良症：肌营养不良症是一组遗传性肌肉变性坏死性病变，临床特征为与神经系统无关的骨骼肌对称地进行性无力和萎缩，其诊断需同时符合以下条件：

1. 肌电图显示典型肌营养不良症的阳性改变；
2. 血清肌酸磷酸激酶 (CPK) 升高；
3. 肌肉活检的病理学诊断符合肌营养不良症的肌肉细胞变性、坏死等阳性改变；
4. 疾病确诊 180 天以后，被保险人仍完全丧失独立生活能力，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。

经输血导致的艾滋病病毒感染：被保险人感染上人类免疫缺陷病毒 (HIV) 并且符合下列所有条件：

1. 在保障起始日或复效日之后，被保险人因治疗必需而接受输血，并且因输血而感染 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，或者法院终审判决为医疗责任；

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。

任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致的 HIV 感染不在保障范围内。

在任何治愈艾滋病或阻止人类免疫缺陷病毒病毒作用的疗法被发现以后，或能防止艾滋病发生的医疗方法被研究出来以后，本保障将不再予以赔付。

保险公司必须拥有获得使用被保险人的血液样本的权利和能够对这些样本进行独立检验的权利。

由于职业感染艾滋病病毒：被保险人在从事正常职业活动中感染艾滋病病毒（HIV），并且证实满足下列全部条件：

1. 导致感染艾滋病病毒的意外事件（以下简称“意外事件”），必须在意外事件发生后 7 天内（含 7 天）向本公司书面报告；
2. 导致意外事件的明确的艾滋病病毒感染的液体的证据；
3. 在书面报告意外事件后的 180 天内（含 180 天）出现血清 HIV 阴性转变为 HIV 阳性的证据。这个证据必须包括一个意外事件发生后 5 天内（含第 5 天）HIV 抗体阴性的检查报告。

意外事件发生后 12 个月内需要进行进一步的血液检查以确认存在艾滋病病毒抗体。

本公司仅在被保险人的职业为医生和牙科医生、护士、医院化验室工作人员、医院护工、医生助理和牙医助理、救护车工作人员、助产士、消防队员、警察、狱警时承担此项保险责任。

任何因其他途径感染的艾滋病病毒，包括性行为和静脉注射毒品，不在保障范围内。

肝豆状核变性：由于先天性铜代谢障碍所引起的一种疾病，其特点为肝硬化与双侧脑基底神经节变性同时存在。理赔须经本公司认可的专科医生确认并同时具备下列情况：

1. 临床表现包括：进行性加剧的肢体震颤，肌强直，吞咽及发音困难，精神异常
2. 角膜色素环（K-F 环）；
3. 血清铜和血清铜蓝蛋白降低，尿铜增加；
4. 食管静脉曲张；
5. 腹水。

急性坏死性胰腺炎：指由专科医生确诊为急性出血坏死性胰腺炎，并已经接受了外科开腹手术治疗，以进行坏死组织清除、坏死病灶切除或胰腺切除。**因饮酒所致的急性出血坏死性胰腺炎或经腹腔镜手术进行的治疗不在保障范围内。**

严重溃疡性结肠炎：本保单所保障的溃疡性结肠炎是指伴有致命性电解质紊乱的急性暴发性溃疡性结肠炎，病变累及全结肠，表现为严重的血便和系统性症状体征，治疗通常采取全结肠切除和回肠造瘘术。溃疡性结肠炎必须根据组织病理学特点诊断，并且被保险人已经接受了结肠切除和/或回肠造瘘术。

慢性复发性胰腺炎：指慢性反复发作的胰腺炎症导致胰腺的广泛纤维化、坏死、弥漫性钙化及假性囊肿形成，造成胰腺功能障碍出现严重糖尿病和营养不良。必须满足以下所有条件：

1. CT 显示胰腺广泛钙化或逆行胰胆管造影（ERCP）显示胰管扭曲、扩张和狭窄；
2. 接受胰岛素替代治疗和酶替代治疗一百八十天以上。

酒精或药物导致的慢性复发性胰腺炎不在本保障范围内。

脑外科手术：被保险人确已实施全麻下的开颅手术（不包括颅骨钻孔手术和经鼻蝶窦入颅手术）。理赔时必须提供由神经外科医生出具的诊断书及手术报告。因外伤而实施的脑外科手术不在保障范围之内。

破裂脑动脉瘤夹闭手术：指因脑动脉瘤破裂造成蛛网膜下腔出血，被保险人实际接受了在全麻下进行的开颅动脉瘤夹闭手术。**脑动脉瘤（未破裂）预防性手术、颅骨打孔手术、动脉瘤栓塞手术、血管内手术及其他颅脑手术不在保障范围内。**

肾髓质囊性病：肾髓质囊性病的诊断必须同时符合下列要求：

1. 肾髓质有囊肿、肾小管萎缩及间质纤维化等病理改变；
2. 贫血、多尿及肾功能衰竭等临床表现；
3. 诊断须由肾组织活检确定。

其他的肾脏囊性病变不在保障范围内。

象皮病：指末期丝虫病，其性质为身体组织因血液循环受阻或淋巴管堵塞而肿大。必须由保险公司认可的专科医生确诊，且以微丝蚴化验结果阳性确认。**因性接触，外伤、手术后的疤痕、充血性心衰竭或先天性淋巴系统不正常等情况引到淋巴水肿均不在保障范围内。**

严重心肌炎：指心肌局限性或弥漫性的急性或慢性炎症病变，导致心脏功能障碍，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级，且持续至少 180 天。**严重克隆病：**克隆病是一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克隆病病理组织学变化。诊断必须由病理检查结果证实。被保险人所患的克隆病必须已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

严重冠心病：指经心脏科专科医师根据冠状动脉造影检查结果确诊的三支主要血管（左冠状动脉主干和右冠状动脉，或前降支、左旋支和右冠状动脉）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）。**前降支、左旋支及右冠状动脉的分支血管的狭窄不作为本保障的衡量指标。**

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（指按照美国纽约心脏协会心功能分类标准心功能达四级*），且有相关住院医疗记录显示四级心功能衰竭状态持续至少 180 天。本病须经专科医生明确诊断。**继发于全身性疾病或其它器官系统疾病造成的心肌病变不在保障范围内。**

美国纽约心脏协会分类标准心功能四级是指有医院的医疗记录显示病人不能进行任何活动，休息时仍有心悸、呼吸困难等心力衰竭表现。

硬皮病：是一种以皮肤、血管和内脏器官的进行性、弥漫性纤维化为特点的系统性结缔组织病。须经专科医生根据组织活检和血清学检查结果作出明确诊断并提供下列一项或一项以上内脏器官受累的检查报告及诊疗记录：

肺脏：肺纤维化，已经发展为肺动脉高压、肺心病；

心脏：心室功能受损，至少达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级Ⅲ级；

肾脏：肾脏受损，已经出现肾功能不全。

下列疾病不在保障范围内：

1. 局部性硬皮病（如：带状硬皮病、硬斑病）；
2. 嗜酸性粒细胞性筋膜炎；
3. CREST 综合征。

植物人状态：指由于大脑半球功能障碍导致的反应和意识丧失，但控制呼吸和心跳的脑干功能仍保持。必须由神经科专科医生明确诊断，且必须满足下列全部条件：

1. 丧失对自身或环境的感知；
2. 不能理解和表达语言；
3. 对外界刺激不能作出持续地、可重复地反应；
4. 脑干功能基本保存；
5. 通过相应的神经生理、神经心理测试或影像学检查，排除了其他可治疗的神经或精神障碍。

上述情况必须有至少一个月的病历记录加以证实，且无临床改善。由于酗酒或滥用药物所致的植物人状态不在保障范围内。

急性肺损伤：一种表现为无心脏衰竭的肺水肿，为创伤、脓毒血症等临床多种疾病的并发症，造成多器官衰竭，死亡率高。

急性肺损伤或急性呼吸窘迫综合征必须由呼吸系统专科医师诊断，并有所有以下临床证据支持：

1. 急性发作（原发疾病起病后 6 至 72 小时）；
2. 急性发作的临床症状体征，包括呼吸急促、呼吸困难、心动过速、大汗、面色苍白及辅助呼吸肌活动加强（点头呼吸、提肩呼吸）；
3. 双肺浸润影；
4. PaO_2/FiO_2 （动脉血氧分压/吸入气氧分压）低于 200mmHg；
5. 肺动脉嵌入压低于 18mmHg；
6. 临床无左房高压表现。

自体造血干细胞移植手术：指由于患者自身骨髓造血功能异常或为了达到治疗肿瘤的目的，采集患者自己的一部分造血干细胞，分离并深低温保存，再回输给患者使患者的造血功能和免疫功能重新恢复的一种治疗方法。

重症肌无力：是指一种神经与肌肉接头部位传递障碍的自身免疫性疾病，临床特征是局部或全身横纹肌于活动时易于疲劳无力，颅神经眼外肌最易累及，也可涉及呼吸肌、下肢近端肌群乃至全身肌肉，须经本公司认可的神经科医师确诊。其诊断必须同时具有下列情况：

1. 经药物、胸腺手术治疗一年以上无法控制病情，丧失正常工作能力；
2. 出现眼睑下垂，或构音困难、进食呛咳，或由于肌无力累及呼吸肌而致机体呼吸功能不正常的危急状态即肌无力危象；
3. 症状缓解、复发及恶化交替出现，临床接受新斯的明等抗胆碱酯酶药物治疗的病史。

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的严重痴呆，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。**

嗜铬细胞瘤：是指肾上腺或嗜铬外组织出现神经内分泌肿瘤，并分泌过多的儿茶酚胺类，需要确实进行手术以切除肿瘤。嗜铬细胞瘤的诊断必须由内分泌专科医生确定。

严重类风湿性关节炎：是指广泛的慢性渐进性的关节损害，伴有明显的关节畸形，至少累及三个或三个以上关节（如：手，腕，肘，髌，膝，踝关节）。此疾病必须已经导致了自主生活能力完全丧失，不能独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上的情形。上述疾病需由专科医生确诊，并提供相应医疗记录以证实上述病情已经存在至少 3 个月。

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。本病须经内镜逆行胰胆管造影等影像学检查证实，并须满足下列全部条件：

1. 总胆红素和直接胆红素同时升高，血清碱性磷酸酶 (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继发性的硬化性胆管炎不在保障范围内。

意外面部整形外科：被保险人因意外伤害导致颈部以上的颜面部形态和结构的严重缺陷、缺失、损害或变形，必须立刻住院治疗，经过我们认可的医疗机构的整形专科医师确诊，并已经接受了以修补和重建为目的的颜面部整形手术治疗，切除毁损组织进行修复和再造，以矫正面部畸形和缺损。**由于美容手术失败导致的损害不在保障范围内。**

丧失独立生活能力：是指由保险公司认可的医院的专科医师确认被保险人已经永久完全地丧失了独立生活能力，在无他人协助下无法独立完成六项日常生活活动中的其中三项或三项。被保险人申请理赔时年龄必须在六周岁以上。

严重的胰岛素依赖型糖尿病：胰岛素依赖型糖尿病是由于胰岛素分泌绝对不足而引起以血浆葡萄糖水平增高为特征的代谢内分泌疾病，需持续利用外源性胰岛素治疗 180 天以上。必须明确诊断为胰岛素依赖型糖尿病（I 型糖尿病）并满

足下列至少一个条件：

1. 出现增殖性糖尿病视网膜病变；
2. 糖尿病肾病，且尿蛋白>0.5g/24h；
3. 因糖尿病足趾坏疽进行足趾或下肢截断术。

严重系统性红斑狼疮：系统性红斑狼疮是指由于自身抗体和免疫复合物的沉积破坏了血管和细胞而导致的累及多系统损害的一种自体免疫性疾病。本保障仅限于被保险人因系统性红斑狼疮并发狼疮性肾炎并引起肾功能损害，且肾脏病理诊断符合以下列明的世界卫生组织（WHO）对狼疮性肾炎所分类中的第 III、IV、V、VI 型。诊断须由有资格的风湿和免疫病专科医生确认。

世界卫生组织（WHO）对狼疮性肾炎的分类标准：

- I 型 - 正常肾小球型；
- II 型 - 系膜增生型；
- III 型 - 局灶及节段增生型；
- IV 型 - 弥漫增生型；
- V 型 - 膜型；
- VI 型 - 肾小球硬化型。

严重自身免疫性肝炎：是一种原因不明的慢性肝脏的坏死性炎性疾病，机体免疫机制被破坏，产生针对肝脏自身抗原的抗体导致自身免疫反应，从而破坏肝细胞造成肝脏炎症坏死，进而发展为肝硬化。必须满足所有以下条件：

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. 临床已经出现腹水、食道静脉曲张和脾肿大等肝硬化表现。

坏死性筋膜炎：坏死性筋膜炎的诊断须同时符合下列要求：

1. 符合坏死性筋膜炎的一般临床表现；
2. 细菌培养检出致病菌；
3. 出现广泛性肌肉及组织坏死，并确实实施了坏死组织和筋膜以及肌肉的切除手术。

清创术不在保障范围内。

严重肠道疾病并发症：严重肠道疾病或外伤导致小肠损害并发症，必须满足下列所有条件：

1. 至少切除了三分之二小肠；
2. 完全肠外营养支持 3 个月以上。

肺源性心脏病：指被保险人因慢性肺部疾病导致慢性心功能损害造成永久不可逆的心功能衰竭。心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能 IV 级。被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

全身型幼年类风湿性关节炎：是指小儿及青少年时期的一种全身结缔组织病。可表现为弛张热、皮疹、关节炎、脾肿大、淋巴结肿大、浆膜炎、体重减轻、中性粒细胞增多等，全身症状可以先于关节炎出现。本病须经本公司认可的儿科类风湿病专家出具医学诊断证明，保障仅限于症状持续 6 个月以上，并因病情严重在医生的建议下已接受以治疗为目的的膝或髋关节的置换手术。**其他类型的儿童类风湿性关节炎不在保障范围内。**

严重感染性心内膜炎：因感染性病原体造成心脏内膜发炎，并符合下列所有条件：

①血液培养测试结果为阳性，证实存在感染病原体：

a. 微生物：在赘生物、栓塞的赘生物或心脏内脓疡经培养或组织检查证实有微生物；或

b. 病理性病灶：组织病理学检查证实赘生物或心脏内脓疡有活动性心内膜炎；或

c. 分别两次血液培养证实有典型的病原体且与心内膜炎吻合；或

d. 持续血液培养证实有病原体阳性反应，且与心内膜炎吻合。

②心内膜炎引起中度心瓣膜闭锁不全（指返流分数 20%或以上）或中度心瓣膜狭窄（指心瓣膜开口范围小于或等于正常的 30%）；

③内膜炎及心瓣膜病损须经心脏专科医生确诊。

川崎病：川崎病是指一种以损伤冠状动脉血管为主的系统性血管炎。其特点是贫血、白细胞计数及红细胞沉降率升高、或出现血小板增多症。只有经过血管造影或超声心动图检查证实，自发病起 180 天后仍存在明显的冠状动脉瘤的情况，才能得到理赔。

神经白塞病：是一种慢性全身性血管炎症性疾病，主要表现为复发性口腔溃疡、生殖器溃疡、眼炎及皮肤损害，

并可累及大血管、神经系统、消化道、肺、肾等等。**累及神经系统损害的白塞病称为神经白塞病。神经白塞病必须明确诊断，并且已经造成永久不可逆的神经系统功能损害。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续 180 天无法独立完成下列基本日常生活活动之一：**

(1) 移动：自己从一个房间到另一个房间；

(2) 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

轻度颅脑手术：指因疾病或意外已实施全麻下的颅脑钻孔手术或经鼻蝶窦入颅手术。理赔时必须提供由专科医生出具的诊断书及手术证明。

极早期恶性肿瘤或者恶性病变：指经组织病理学检查被明确诊断为下列恶性

病变，并接受了相应的治疗。

1. 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
2. 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
3. TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或更轻分期的前列腺癌。

不典型急性心肌梗塞：指被临床诊断为急性心肌梗塞并接受了急性心肌梗塞治疗，虽然未达到重大疾病“急性心肌梗塞”的给付标准，但满足下列条件：

1. 肌钙蛋白有诊断意义的升高；
2. 心电图有损伤性的 ST 段改变但未出现病理 Q 波。

轻微脑中风后遗症：指被保险人非意外原因发生脑血管的突变病变，导致出现神经系统功能障碍表现，由头颅断层扫描（CT）、核磁共振（MRI）等影像学检查证实存在对应病灶，确诊为脑出血、脑栓塞或脑梗塞，在确诊 180 天后仍然遗留一肢或一肢以上肌力 III 级或 III 以下的运动功能障碍。

冠状动脉介入手术（非开胸手术）：指被保险人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、冠状动脉支架植入手术、冠状动脉粥样斑块切除手术或激光冠状动脉成形术。

心脏瓣膜介入手术（非开胸手术）：为治疗心脏瓣膜疾病，实际实施了经胸壁打孔内镜手术或经皮经导管介入手术进行的心脏瓣膜置换或修复手术。

视力严重受损（三周岁开始理赔）：指被保险人（三周岁及以上）因疾病或意外伤害导致双目视力永久不可逆性丧失，但未达到本合同所指重大疾病“双目失明”标准，但必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。

此病症须由专科医生明确诊断。申请理赔时须提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证明。

主动脉内手术（非开胸手术）：为了治疗主动脉疾病实际实施了经皮经导管进行的动脉手术。主动脉指胸主动脉和腹主动脉，不包括胸主动脉和腹主动脉的分支血管。

脑垂体瘤、脑囊肿、脑动脉瘤及脑血管瘤：指经头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或其他影像学检查被确诊为下列病变，并实际接受了手术或放射治疗，且实际实施了开颅进行的脑肿瘤或囊肿完全切除或部分切除手术。

1. 脑垂体瘤；
2. 脑囊肿；
3. 脑动脉瘤、脑血管瘤。

较小面积 III 度烧伤：指被保险人的烧伤程度为 III 度，且 III 度烧伤的面积大于全身体表面积的 10% 但小于 20%。体表面积根据《中国新九分法》计算。

肢体机能完全丧失：指肢体的三大关节中的两大关节僵硬，或不能随意识活动。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。

语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失：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。咀嚼吞咽能力完全丧失，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：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。

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。

专科医生：专科医生应当同时满足以下四项资格条件：（1）具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；（2）具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；（3）具有有效的中华人民共和国主治医师或者主治医师以上职称的《医师职称证书》；（4）在二级或者二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

肢：指人体的四肢，即左上肢、右上肢、左下肢和右下肢。

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。**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。

先天性疾病、畸形、变形或者染色体异常：指被保险人出生时就具有的疾病、畸形、变形或者染色体异常。先天性疾病、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。

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道路交通安全法规规定的标准。

无有效驾驶证驾驶：包括下列任何情形：

1. 无驾驶证驾驶或者持有效期已届满的驾驶证驾驶；
2. 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
3. 实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性物品等危险物品的机动车，实习期内驾驶机动车牵引挂车；
4. 持未按规定审验的驾驶证驾驶，以及驾驶证被暂扣、扣留、吊销或者注销期间驾驶机动车；
5. 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；
6. 在依照法律法规或者公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾驶机动车。

无有效行驶证：包括下列任何情形：

1. 机动车被依法注销登记；

2. 机动交通工具无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或者临时号牌或者临时移动证；

3. 机动交通工具未在规定检验期限内进行安全技术检验或者检验未通过，未依法按时进行或者通过安全技术检验。

感染艾滋病病毒或者患艾滋病：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。

在人体血液或者其他样本中检测到艾滋病病毒或者其抗体呈阳性，没有出现临床症状或者体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或者体征的，为患艾滋病。

保险金申请人：指受益人或者依法享有保险金请求权的其他人。

不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

未满期保险费：每一被保险人未满期保险费=该被保险人保险费×[1-(对该被保险人保险责任已经过日数/该被保险人保险期间日数)]。已经过日数不足一日的，按一日计算。

未满期净保险费：未满期净保险费=未满期保险费×(1-35%)。

中国大地财产保险股份有限公司
附加状元乐学生、幼儿住院医疗保险条款
(大地财险) (备-健康) [2013] (附) 2 号

总则

第一条 本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）附加于主险合同。凡主险合同内容与本附加合同相关者及本保险条款，均为本附加合同的组成部分。

本保险条款未尽事项，以主险合同的保险条款（以下简称“主险保险条款”）为准；若主险保险条款与本保险条款内容冲突，则以本保险条款为准。

主险合同效力终止，本附加合同效力亦同时终止。

第二条 投保人、被保险人同主险合同。

第三条 除另有依法指定外，受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条 住院医疗保险责任：

在保险期间内，被保险人因遭受意外或者自本附加合同生效之日起第三日后（即等待期为 30 日，本附加合同另有约定或在身体健康情况下连续续保的不在此限）患疾病而在社会基本医疗保险定点医疗机构每次接受住院治疗，若由此发生的符合约定的当地社会基本医疗保险（未约定的则为当地城镇职工居民基本医疗保险，下同）规定的支/给付范围和标准的、医学必要的医疗费用（以下简称“每次住院合理医疗费用”）超过次免赔额人民币 100 元，除另有约定外，保险人按下列约定的费用部分与对应比例的乘积，分级累进给付住院医疗保险金：

次免赔额以上至 1,000 元部分	50%
人民币 1,000 元以上至 5,000 元部分	60%
人民币 5,000 元以上至 10,000 元部分	70%
人民币 10,000 元以上至 30,000 元部分	80%
人民币 30,000 元以上部分	90%

若保险期间届满时被保险人住院治疗仍未结束，保险人继续承担住院医疗保险责任至其当次住院出院之时或者保险期间届满后第九十日二十四时（以先发生者为准）止。

保险人根据本附加合同针对每一被保险人给付的住院医疗保险金累计以其住院医疗保险金额为上限，当达到该限额时，本附加合同约定的对该被保险人的住院医疗保险责任终止。

责任免除

第五条 除另有约定外，对被保险人发生的下列任何费用，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）因主险合同中列明的责任免除事项而发生的医疗费用或者与主险合同中列明的责任免除事项相关的医疗费用；

（二）不符合约定的当地社会基本医疗保险规定的支/给付范围和标准的医疗费用，在非社会基本医疗保险定点医疗机构发生的医疗费用，在主要为提供康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者相类似目的服务的医疗机构发生的医疗费用；

（三）矫形、洗牙、洁齿、整容、美容、心理咨询、体检、疗养、静养、康复治疗、健康护理、家庭病床治疗费用，修复、安装及购买残疾用具（包括但不限于特别支架、器材、轮椅、拐杖、义肢、助听器、义牙、义眼、配镜）费用，与购置移植器官、捐献器官、保存和运输器官相关费用，体外医疗装置或者器材费用，试验性治疗费用；

（四）不必要的转院治疗发生的额外费用；

（五）非医疗所必须的住院发生的费用，包括但不限于被保险人的健康检查，以疗养、康复为主要目的的医疗行为；

（六）治疗既往症，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（ICD-10）》为准），先天性畸形、变形和染色体异常，遗传性疾病，性传播疾病，艾滋病（AIDS）或者感染艾滋病病毒（HIV 阳性）发生的费用；

（七）首次参加本保险或者非连续续保的，其成为本附加合同被保险人之日起三十日内发生的疾病医疗费用，以及三十日后发生的、与该被保险人三十日内所患疾病相关的医疗费用；

（八）医疗费用中依法应当由第三者赔偿的部分，但第三者逃逸、失踪、死亡且虽经诉讼无可以执行的财产或者无赔偿能力的不在此限。

保险金额

第六条 每一被保险人的住院医疗保险金额由投保人与保险人约定，并于本附加合同中载明。

保险金的申请与给付

第七条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应当以书面形式提交下列证明和资料：

1. 保险金给付申请书；

2. 保险单或者其他保险凭证;
3. 保险金申请人的身份证明, 若保险金申请人委托他人申请的, 还须提供受托人身份证明、授权委托书;
4. 社会基本医疗保险定点医疗机构出具的医疗费用原始收据及明细、诊断证明、病历、出院证明。

保险金申请人因特殊原因不能提供前款约定的证明和资料的, 应当提供其他合法、有效的证明和资料。**保险金申请人未能提供有关证明和资料, 导致保险人无法核实该申请内容的真实性的, 保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

第八条 被保险人遭受事故的, 保险人有权对投保人、被保险人、保险金申请人和有关医疗机构等进行调查和检查, 投保人、被保险人、保险金申请人等应当予以充分配合。

第九条 保险金申请人对保险人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。

医疗费用补偿原则

第十条 对被保险人因遭受意外或者患疾病而每次接受住院治疗发生的医疗费用, 保险人给付的住院医疗保险金以该次住院合理医疗费用扣除被保险人已从社会基本医疗保险、公费医疗、互助保险、除本保险外的其他商业保险、公益慈善机构、第三方责任人等获得的补偿后的余额为上限。

释义

连续续保: 指在本附加合同保险期间届满前后十五日内, 投保人与保险人就本保险继续订立下一年度保险合同, 前后保险期间之间连续不断, 以使被保险人继续参加本保险的行为。

当地: 指签发本附加合同的保险人分支机构所在地。

社会基本医疗保险: 指根据政府有关法律法规/规定建立的、由指定的行政主管部门管理的、在所属地域范围内实行基本医疗保险基金统一筹集、使用和管理的社会医疗保障制度。包括但不限于城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、新型农村合作医疗。

住院: 指入住社会基本医疗保险定点医疗机构的正式病房, 并办理入出院手续, 不包括门(急)诊观察室诊疗、家庭病床、挂床住院、其他非正式的病床住院及不合理住院。被保险人因非医疗目的自行离开病房十二小时以上(含)的, 视为自动出院。

挂床: 指住院过程中一日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗或者一日内住院不满二十四小时。遵医嘱到外院接受临时诊疗的不在此限。

既往症：指在保险人对其保险责任生效前被保险人已患有的疾病和症状，以及与此相关的任何疾病和症状。

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。许多遗传性疾病在出生时并未显现。

先天性畸形、变形和染色体异常：指出生时就具有的畸形、变形或者染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常确定依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际分类》（ICD-10）确定。先天性畸形、变形和染色体异常可能来自于父母遗传，或者因胎儿在子宫内时受到伤害或者感染，或者因胎儿在出生时发生异常或者受到伤害。

性传播疾病：指发生在生殖器官的内源性或者外源性通过性行为或者非性行为传播的传播性疾病，包括但不限于梅毒、淋病、尖锐湿疣、疱疹、软下疳、淋巴肉牙肿、非淋菌性尿道炎（包括支原体、衣原体阳性）。

艾滋病：指获得性免疫缺陷综合症的简称。

艾滋病病毒：指获得性免疫缺陷病毒的简称。

获得性免疫缺陷综合症（AIDS）：按世界卫生组织制定的定义为准。若在被保险人的血液样本中发现艾滋病病毒或者其抗体，则认定被保险人已被艾滋病病毒感染或者患艾滋病。

试验性治疗：指不符合中国大陆医学界公认可行的治疗方法、手段、设备、药品等。

保险金申请人：指受益人或者依法享有保险金请求权的其他人。

中国大地财产保险股份有限公司
大地附加状元乐学生、幼儿意外伤害医疗保险条款
大地（备案）[2009]N6号

总则

第一条 本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）附加于主险合同。凡主险合同内容与本附加合同相关者及本保险条款，均为本附加合同的构成部分。

本保险条款未尽事项，以主险保险条款为准；若主险保险条款与本保险条款内容冲突，则以本保险条款为准。

主险合同效力终止，本附加合同效力亦同时终止。

第二条 本附加合同被保险人、投保人同主险合同。

第三条 除本附加合同另有约定外，本附加合同保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条 适用于每一被保险人的次免赔额、赔付比例由投保人与保险人约定，并于本附加合同中载明。

第五条 在保险期间内，被保险人每次遭受意外并在保险人指定或者认可的医疗机构治疗由该次意外引致的伤害，由此发生符合当地城镇职工基本医疗保险规定的支/给付范围和标准的、医学必要的医疗费用（以下简称“每次意外合理医疗费用”），保险人按“（每次意外合理医疗费用-该被保险人的次免赔额）×该被保险人的赔付比例”给付意外医疗保险金。若保险期间届满时该被保险人治疗仍未结束，保险人继续承担意外医疗保险责任，但保险人所负保险责任的期限自保险期间届满次日起，门诊治疗以十五日为上限；住院治疗至被保险人当次住院出院之时止，以九十日为上限。

保险人根据本附加合同针对每一被保险人给付的意外医疗保险金累计以其意外医疗保险金额为上限，当达到该限额时，本附加合同约定的对该被保险人的保险责任终止。

责任免除

第六条 对被保险人发生的下列任何费用，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）因主险合同中列明的责任免除事项而发生的医疗费用或者与主险合同中列明的责任免除事项相关的医疗费用；

(二) 非直接用以治疗由意外引致的伤害而发生的费用，对已有伤害的治疗费用；

(三) 不符合当地城镇职工基本医疗保险规定的支/给付范围和标准的医疗费用；

(四) 矫形、洗牙、洁齿、整容、美容、心理咨询、体检、疗养、静养、康复治疗、健康护理、家庭病床治疗费用，修复、安装及购买残疾用具（包括但不限于特别支架、器材、轮椅、拐杖、义肢、助听器、义牙、义眼、配镜）费用，与购置移植器官、捐献器官、保存和运输器官相关费用，体外医疗装置或者器材费用，试验性治疗费用；

(五) 不必要的转院治疗引发的额外费用；

(六) 在境外医院、中外合资医院、民营医院、康复中心、联合诊所、特需（色）门诊、特需病房等非保险人指定或者认可的医疗机构发生的费用；

(七) 医疗费用中依法应当由第三者赔偿的部分，但第三者逃逸、失踪且虽经诉讼无可以执行的财产或者无赔偿能力的不在此限。

保险金额

第七条 每一被保险人的意外医疗保险金额由投保人与保险人约定，并于本附加合同中载明。

保险金的申请与给付

第八条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应当以书面形式提交下列证明和资料。保险金申请人因特殊原因不能提供下列证明和资料的，应当提供其他合法、有效的证明和资料。**保险金申请人未能提供有关证明和资料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

1. 保险金给付申请书；
2. 附加保险合同原件；
3. 保险金申请人的身份证明、户籍证明，若保险金申请人委托他人申请的，还须提供受托人身份证明、授权委托书；
4. 保险人认可的机构（包括公安部门）出具的意外事故证明；
5. 保险人指定或者认可的医疗机构出具的医疗费用原始收据及明细、诊断证明、病历、出院证明；
6. 投保人、被保险人或者保险金申请人所能提供的其他与确认事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料。

第九条 被保险人遭受事故的，保险人有权对投保人、被保险人、保险金申请人和有关医疗机构等进行调查和检查，投保人、被保险人、保险金申请人等应当予以充分配合。

第十条 保险金申请人对保险人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。

医疗费用补偿原则

第十一条 被保险人因每次遭受意外而接受治疗发生医疗费用，保险人针对其给付的保险金以该次意外合理医疗费用扣除被保险人已从社会基本医疗保险、公费医疗、互助保险、除本保险外的其他商业保险、公益慈善机构、第三方责任人等获得的补偿后的余额为上限。

释义

意外：指外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

当地：指签发本附加合同的保险人分支机构所在地。

保险人指定或者认可的医疗机构：包括保险人指定的医疗机构，以及符合下列条件的医疗机构：境内二级以上（含），具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且提供二十四小时有合格医师及护士的医疗和护理等服务的医疗机构。但不包括主要为康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者相类似目的的医疗机构。

住院：指入住保险人指定或者认可的医疗机构的正式病房，并办理入出院手续，不包括门（急）诊观察室诊疗、家庭病床、挂床住院、其他非正式的病床住院及不合理住院。被保险人因非医疗目的自行离开病房十二小时以上（含）的，视为自动出院。

挂床：指住院过程中一日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗或者一日内住院不满二十四小时。遵医嘱到外院接受临时诊疗的不在此限。

试验性治疗：指不符合接受医疗所在地医学界认可实践的治疗方法、手段、设备、药品等。

境内：指中国大陆地区。

境外：非境内。

保险金申请人：指受益人或者依法享有保险金请求权的其他人。

中国大地财产保险股份有限公司
附加状元乐学生、幼儿住院补贴特约保险条款
（大地财险）（备-意外）[2010]（附）2060号

总则

第一条 本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）附加于《大地状元乐学生、幼儿意外伤害保险条款》主险合同。凡主险合同内容与本附加合同相关者及本特约保险条款，均为本附加合同的构成部分。

本特约保险条款未尽事项，以《大地状元乐学生、幼儿意外伤害保险条款》为准；若《大地状元乐学生、幼儿意外伤害保险条款》与本特约保险条款内容冲突，则以本特约保险条款为准。

主险合同效力终止，本附加合同效力亦同时终止。

保险责任

第二条 本特约条款分为扩展意外伤害住院补贴保险责任约定、扩展住院补贴保险责任约定，供选择投保，并约定住院日补贴金额。

第三条 与各项保险责任对应的保险事故分别如下：

（一）与意外伤害住院补贴保险责任对应的保险事故：在保险期间内，被保险人遭受符合《大地状元乐意外伤害保险条款》约定的保险事故，并直接、完全因该事故而经二级以上医疗机构（含）的医生诊断必须住院接受治疗。

（二）与住院补贴保险责任对应的保险事故包括：

1. 前项所约与意外伤害住院补贴保险责任对应的保险事故；
2. 在保险期间内，被保险人自保险合同生效之日起经过三十日的等待期后（保险合同另有约定或在身体健康情况下连续续保的不在此限）因患疾病而经二级以上医疗机构（含）诊断必须住院接受治疗。

第四条 无论选择哪项保险责任，对意外和/或疾病导致的保险事故，住院补贴免责日数均为三日，投保人、保险人另有约定的不在此限。

第五条 被保险人发生与所投保的保险责任对应的保险事故，每次实际住院日数扣除免责日数后，对每一住院日保险人按该被保险人住院日补贴金额给付住院补贴保险金。

属意外保险事故的，若保险期间届满时该被保险人住院治疗仍未结束，保险人继续承担保险责任至其当次住院出院之时或者对应意外发生之日起第一百八十日二十四时（以先发生者为准）止。

属疾病保险事故的，若保险期间届满时被保险人疾病住院治疗仍未结束，除另有约定外，保险人继续承担保险责任至其当次住院出院之时或者保险期间届满之日起第三十日（以先发生者为准）止。

第六条 保险人针对每一被保险人给付住院补贴保险金的日数累计以一百八十日或者投保人、保险人约定的其他日数为上限，当达到该限额时，对该被保险人的保险责任终止。

责任免除

第七条 除另有约定外，因下列任何原因，被保险人住院接受治疗的，保险人不承担保险责任：

1. 《大地状元乐学生、幼儿意外伤害保险条款》责任免除中列明的事项；
2. 既往症，先天性畸形、变形和染色体异常，遗传性疾病；
3. 首次参加本保险或者非连续续保的，在保险人对其保险责任生效之日起等待期内患疾病住院接受治疗，以及等待期后因与该被保险人等待期内所患病症相关病症住院接受治疗，保险合同另有约定的不在此限；
4. 在境外医院、中外合资医院、民营医院、康复中心、联合诊所、特需（色）门诊、特需病房等医疗机构住院接受治疗；
5. 无医学必要的住院，包括但不限于美容手术，外科整形，牙齿治疗及手术，视力矫正手术，预防性手术，以疗养、康复为主要目的的医疗行为。

保险金的申请与给付

第八条 申请住院补贴保险金时，除提供《大地状元乐意外伤害保险条款》第二十条第 1-4、7 项列明的证明和材料外，还须提供医疗机构出具的出院小结、诊断证明、病历。

释义

每次实际住院日数：指自入院日至当次住院出院日间经过日数（不含出院当日），不包括被保险人在住院治疗期间有擅自离院情形的日数。

中国大地财产保险股份有限公司
附加状元乐学生、幼儿住院医疗特约保险条款
(大地财险) (备-意外) [2010] (附) 2059号

总则

第一条 本附加保险合同(以下简称“本附加合同”)附加于《大地附加状元乐学生、幼儿住院医疗保险条款》保险合同(以下简称“住院医疗保险合同”)。凡住院医疗保险合同内容与本附加合同相关者及本特约保险条款,均为本附加合同的构成部分。

本特约保险条款未尽事项,以《大地附加状元乐学生、幼儿住院医疗保险条款》为准;若《大地附加状元乐学生、幼儿住院医疗保险条款》与本特约保险条款内容冲突,则以本特约保险条款为准。

住院医疗保险合同效力终止,本附加合同效力亦同时终止。

保险责任

第二条 本特约条款分为合理医疗费用范围和标准约定、完全疾病住院医疗保险责任约定、意外疾病区别责任约定、扩展特殊疾病门诊医疗保险责任约定、免赔额和赔付比例约定,供选择投保。

第三条 合理医疗费用范围和标准约定。《大地附加状元乐学生、幼儿住院医疗保险条款》第四条用以确定每次住院合理医疗费用的支/给付范围和标准的依据,由当地城镇职工基本医疗保险变更为投保人、保险人约定的城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗保险或者其他社会基本医疗保险,具体载明于保险合同中。

第四条 完全疾病住院医疗保险责任约定。《大地附加状元乐学生、幼儿住院医疗保险条款》第四条规定:被保险人发生的包含意外住院、疾病住院的医疗费用,属保险责任范围。投保人可选择仅投保疾病住院医疗保险责任,即:保险人仅对因患疾病而发生的每次住院合理医疗费用承担保险责任,对因遭受意外而发生的每次住院合理医疗费用不承担保险责任。

第五条 意外疾病区别责任约定。针对《大地附加状元乐学生、幼儿住院医疗保险条款》第四条,投保人、保险人可按相应的保险事故类型属意外住院或者疾病住院,分别约定意外住院保险责任保险金额、疾病住院保险责任保险金额,以及相应的免赔额、赔付比例。对每类保险事故,保险人按发生的每次住院合理医疗费用和相应的免赔额、赔付比例给付保险金,但对每类保险事故给付的保险金累计以相应类型保险责任的保险金额为上限。

第六条 扩展特殊疾病门诊医疗保险责任约定。针对《大地附加状元乐学生、幼儿住院医疗保险条款》第四条,投保人、保险人可选择约定扩展特殊疾病门诊医疗保险责任,根据被保险人是否参加保险合同指明的社会基本医疗保险,约定

相应的免赔额和赔付比例,即:对被保险人在自住院医疗保险合同生效之日起经过约定日数后发生的、符合保险合同约定的当地社会基本医疗保险规定的支/给付范围和标准的、医学必要的特殊疾病门诊医疗费用,扣除社会基本医疗保险和其他任何第三方(包括其他商业医疗保险)已经补偿或者给付部分以及约定的免赔额后,保险人按约定的赔付比例给付特殊疾病门诊医疗保险金。若保险期间届满时该被保险人治疗仍未结束,保险人继续承担特殊疾病门诊医疗保险责任,但以自保险期间届满次日起十五日为上限。

第七条 免赔额和赔付比例约定。《大地附加状元乐学生、幼儿住院医疗保险条款》第四条用以计算住院医疗保险金的免赔额、赔付比例,根据被保险人是否参加保险合同指明的社会基本医疗保险,由投保人、保险人约定。每次住院合理医疗费用扣除社会基本医疗保险和其他任何第三方(包括其他商业医疗保险)已经补偿或者给付部分以及约定的免赔额后,保险人按约定的赔付比例给付住院医疗保险金。

责任免除

第八条 对《大地附加状元乐学生、幼儿住院医疗保险条款》责任免除中列明的任何费用,保险人不承担给付保险金的责任。

释义

特殊疾病:指依照保险合同指明的社会基本医疗保险有关规定,由统筹基金支付相应门诊医疗费用的特殊疾病,具体范围由投保人、保险人协商确定。