爱心人寿[2017]疾病保险 012 号

**爱心人寿保险股份有限公司**

请扫描以查询验证条款

**爱心人寿附加爱心 *i+*提前给付重大疾病保险条款**

**阅 读 指 引**

条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读条款。本阅读指引有助于您理解条款，对本合同内容的解释以条款为准。

**您拥有的重要权益**



|  |  |
| --- | --- |
| 保障责任 | 25 种重大疾病，初次确诊后立即给付。 |
| 保险期间 | 可选择 20 年、30 年、至 60 周岁或至 70 周岁。 |
| 投保年龄 | 承保满 18 周岁至 55 周岁的人群。 |

**示例：**

甲先生，35 岁，为自己投保了“爱心 *i+* 定期寿险”，基本保险金额为 50 万元；同时购买了“附加爱心 *i+* 提前给付重大疾病保险”，附加险的基本保险金额为 30 万元。甲先生选择的保险期间为 30 年，交费期为 20 年。在之后的岁月里他将获得如下保障：



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **保障范围** | **保险金额** | **案例说明** |
| 25 种重大疾病 | 30 万元 | 50 岁时，甲先生不幸确诊肝癌，一次性获得 30 万元重大疾病保险金，附加险终止。该笔保险金用于手术治疗和术后康复，不会给家庭带来过重经济负担。同时，甲先生购买的“爱心 *i+*定期寿险”基本保险金额相应减少为 20 万元。 |

**您需要注意的几个关键词**

**犹豫期**：在您签收本附加合同之日起 15 天内，如果您改变了想法并申请退保，我们将在



**15 天**

扣除不超过 10 元的工本费后无息退还您已交的保险费；如果您在犹豫期之后申请退保， 我们将退还您本附加合同的现金价值，您可能会因此承受一定损失。

**等待期：**被保险人在合同生效后 90 天内确诊为本附加合同约定的重大疾病，我们将无息退还您已交的保险费，但是不给付保险金；因意外伤害导致的重大疾病的，则不受等待期限制。



**90 天**

**宽限期：**在支付首期保险费后，如果您到期未支付续期保险费，自保险费约定支付日的次日零时起 60 天为宽限期，本附加合同效力自宽限期满的次日零时起中止。宽限期内发生的保险事故，我们仍会承担保险责任，但在给付保险金时会扣减您欠交的保险费。



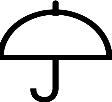
**60 天**

**责任免除**

您需要特别注意，因下列情形之一导致被保险人初次发Th重大疾病的，我们不承担给付保险金的责任：

1. 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
2. 被保险人故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
3. 被保险人主动吸食或注射毒品；
4. 被保险人酒后驾驶，无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无有效行驶证的机动车；
5. 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（不包括经输血导致的艾滋病病毒感染或患艾滋病）；
6. 遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常。

**条款目录**



**1**

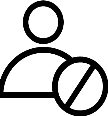
**我们的**

**保障范围**

[1.1 基本保险金额](#_bookmark0)

[1.2 保险责任](#_bookmark1)

[1.3 保险期间](#_bookmark2)



**2**

**我们不给付**

**的情形**

[2.1 责任免除](#_bookmark3)



**3**

**如何支付**

**保险费**

[3.1 保险费的支付](#_bookmark4)

[3.3 效力中止](#_bookmark6)

[3.2 宽限期](#_bookmark5)

[3.4 效力恢复](#_bookmark7)



**4**

**如何领取**

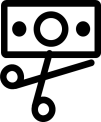
**保险金**

[4.1 受益人](#_bookmark8)

[4.3 保险金申请](#_bookmark10)

[4.2 保险事故通知](#_bookmark9)

[4.4 保险金给付](#_bookmark11)



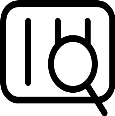
**5**

**如何退保**

[5.1 犹豫期内退保](#_bookmark12)

[5.2 犹豫期后退保的手续及风险](#_bookmark13)

**6**



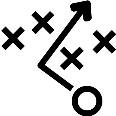
## 需要关注的

**其他内容**

[6.1 合同构成](#_bookmark14) [6.2 合同的成立与生效](#_bookmark15)

[6.3 投保年龄](#_bookmark16) [6.4 效力终止](#_bookmark17)

[6.5 合同变更](#_bookmark18) [6.6 通知送达](#_bookmark19) [6.7 争议处理](#_bookmark20)



**7**

**重大疾病**

**释义**

[7.1 与恶性肿瘤相关的疾病](#_bookmark21) [7.2 与心脏或脑血管相关的疾病](#_bookmark22)

[7.3 与器官功能严重受损相关的疾病](#_bookmark23)

[7.4 与神经系统相关的疾病](#_bookmark24)

[7.5 其他重大疾病](#_bookmark25)

**爱心人寿附加爱心 *i+*提前给付重大疾病保险条款**

在本条款中，“您”指投保人，“我们”指爱心人寿保险股份有限公司。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **** | **我们的保障范围** 这部分讲的是我们提供的保障以及保障的期间。 | |
|  |  |  |
| **1.1** | **基本保险金额** | 本附加合同的基本保险金额由您与我们约定，并在保险单或批注单上载明。若该金额发生变更，则以变更后的金额为基本保险金额。 |
|  |  |  |
| **1.2** | **保险责任** | 在本附加合同保险期间内，我们承担如下保险责任： |
|  |  |  |
|  | **等待期** | 从本附加合同Th效（或最后复效）之日起 90 日内，被保险人首次发病并经**医院1**确诊为本附加合同约定的**重大疾病2**，我们不承担给付保险金的责任，将无息退还本附加合同及主合同已交的保险费，本附加合同及主合同效力终止。这 90 日的时间称为等待期；被保险人因**意外伤害3**发生上述情形的，无等待期。 |
|  |  |
|  |  |
|  |  | 被保险人因意外伤害或于等待期后发生保险事故，我们按照下列方式给付保险金： |
|  |  |  |
|  | **重大疾病保险金** | 被保险人首次发病并经医院确诊为本附加合同约定的重大疾病，我们按照确诊时的基本保险金额给付重大疾病保险金。 |
|  |  | 我们给付重大疾病保险金后，本附加合同效力终止，主合同的基本保险金  额按已给付的重大疾病保险金等额减少；主合同约定的各项保险责任及保险单上载明的**现金价值4**按减少后的基本保险金额确定。当主合同基本保险金额减少至零时，主合同效力终止。 |
|  |  |  |
|  | **我们所保障的重大疾病** | 我们提供保障的重大疾病共有 25 种，名称如下，具体释义见“7 重大疾病释义”。 |
|  |  |  |

1 **医院**指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立医院，但不包括精神病院及专供康复、休养、戒毒、

戒酒、护理、养老等非以直接诊治病人为目的的医疗机构。该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。

2 **重大疾病**指被保险人初次发生符合“7 重大疾病释义”定义的疾病，或初次接受符合“7 重大疾病释义”定义的手术。该疾病或手术应当由专科医生明确诊断。专科医生应当同时满足以下四项资格条件：（1）具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；（2）具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；（3）具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；（4）在二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

3 **意外伤害**指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

4 **现金价值**指保险单所具有的价值，通常体现为解除保险合同时，根据精算原理计算的，由我们退还的那部分金额。各保单

年度末的现金价值会在保险单上载明，保单年度内的现金价值，您可以向我们咨询。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **第 1 类：与恶性肿瘤相关的疾病** | |
|  |  | 1、恶性肿瘤 |  |
|  |  | **第 2 类：与心脏或脑血管相关的疾病** | |
|  |  | 2、急性心肌梗塞 | 3、严重原发性肺动脉高压 |
|  |  | 4、心脏瓣膜手术 | 5、主动脉手术 |
|  |  | 6、冠状动脉搭桥术（或称冠  状动脉旁路移植术） | 7、脑中风后遗症 |
|  |  | **第 3 类：与器官功能严重受损相关的疾病** | |
|  |  | 8、重型再生障碍性贫血 | 9、重大器官移植术或造血干细胞移植术 |
|  |  | 10、双耳失聪 | 11、慢性肝功能衰竭失代偿期 |
|  |  | 12、双目失明 | 13、终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿 |
|  |  | 14、语言能力丧失 | 毒症期） |
|  |  | 15、急性或亚急性重症肝炎 |  |
|  |  | **第 4 类：与神经系统相关的疾病** | |
|  |  | 16、良性脑肿瘤 | 17、脑炎后遗症或脑膜炎后遗症 |
|  |  | 18、深度昏迷 | 19、严重阿尔茨海默病 |
|  |  | 20、瘫痪 | 21、严重帕金森病 |
|  |  | 22、严重脑损伤 | 23、严重运动神经元病 |
|  |  | **第 5 类：其他重大疾病** |  |
|  |  | 24、多个肢体缺失 | 25、严重Ⅲ度烧伤 |
|  |  |  |  |
| **1.3** | **保险期间** | 本附加合同的保险期间同主合同。 | |
|  |  |  |  |
| **❖** | **我们不给付的情形** 这部分讲的是在哪些情形下，我们不予给付。 | | |
|  |  |  |  |
| **2.1** | **责任免除** | 因下列情形之一导致被保险人初次发Th重大疾病的，我们不承担给付保险金的责任：   1. 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害； 2. 被保险人故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施； 3. 被保险人主动吸食或注射**毒品5**； 4. 被保险人**酒后驾驶6**，**无合法有效驾驶证驾驶7**，或驾驶**无有效行驶** | |

5 **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。

6 **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。

7 **无合法有效驾驶证驾驶**指下列情形之一：

（1）没有驾驶证驾驶；

（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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **证8**的**机动车9**；   1. 被保险人**感染艾滋病病毒或患艾滋病10**（不包括经输血导致的艾滋病病毒感染或患艾滋病）； 2. **遗传性疾病11**，**先天性畸形、变形或染色体异常12**。   发Th上述第（1）项情形导致被保险人初次发Th重大疾病的，本附加合同及其主合同效力终止，您已交足两年以上保险费的，我们向被保险人退还本附加合同及其主合同的现金价值。  发Th上述其他情形导致被保险人初次发Th重大疾病的，本附加合同及其主合同效力终止，我们向您退还本附加合同及其主合同的现金价值。 |
|  |  |  |
| **** | **如何支付保险费** 这部分讲的是您应按时交纳保险费。 | |
|  |  |  |
| **3.1** | **保险费的支付** | 本附加合同的交费方式由您和我们约定并在保险单上载明。分期交纳保险费的，在交纳首期保险费后，您应当按约定的**保险费支付日13**交纳其余各期的保险费。 |
|  |  |  |
| **3.2** | **宽限期** | 分期支付保险费的，在支付首期保险费后，除另有约定外，如果您到期未支付续期保险费，自保险费约定支付日的次日零时起 60 日为宽限期。宽限期内发生的保险事故，我们仍会承担保险责任，但在给付保险金时会扣减您欠交的保险费。    如果您截止宽限期届满之日仍未支付保险费，则本附加合同效力自宽限期满的次日零时起中止。 |
|  |  |  |
| **3.3** | **效力中止** | 本附加合同效力中止期间如果发Th保险事故，我们不承担保险责任。 |
|  |  |  |
| **3.4** | **效力恢复** | 本附加合同效力中止后 2 年内，您可以申请恢复合同效力。我们将在收到 |

8 **无有效行驶证**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。

9 **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。

10 **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。

在人体血液或其它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。

11 **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。

12 **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》（ICD-10）确定。

13 **保险费支付日**指保险合同生效日在每月、每季、每半年或每年（根据交费方式确定）的对应日。如果当月无对应的同一

日，则以该月最后一日为对应日。

您的恢复效力申请后的 30 日内给予您明确答复。我们同意恢复效力的， 您补交保险费之后，本附加合同效力恢复。

 **如何领取保险金** 这部分讲的是谁有权领取，如何领取保险金。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4.1** | **受益人** | 除另有指定外，重大疾病保险金受益人为被保险人本人。 |
|  |  |  |
| **4.2** | **保险事故通知** | 我们及时了解保险事故的性质、发生原因、损失情况，对于给付保险金至 |
|  |  | 关重要。您、被保险人或受益人应在知道保险事故发生之日起 10 日内通 |
|  |  | 知我们。 |
|  |  |  |
|  |  | 如果您、被保险人或受益人故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事 |
|  |  | 故的性质、原因、损失程度等难以确定的，我们对无法确定的部分，不承 |
|  |  | 担给付保险金的责任。 |
|  |  |  |
| **4.3** | **保险金申请** | 申请保险金时，请按照下列方式办理： |
|  |  |  |
|  | **重大疾病保险金** | 由受益人填写理赔申请书，并提供下列证明和资料： |
|  | **申请** | （1） 附加合同；  （2） 重大疾病保险金受益人的**有效身份证件14**； |
|  |  | （3） 医院出具的附有病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报 |
|  |  | 告的疾病诊断证明书； |
|  |  | （4） 所能提供的与确认保险事故性质、原因等有关的其他证明和资料。 |
|  |  |  |
|  |  | 以上证明和资料不完整的，我们将一次性通知受益人补充提供有关证明和 |
|  |  | 资料。 |
|  |  |  |
| **4.4** | **保险金给付** | 我们在收到被保险人或受益人的理赔申请书及有关证明和资料后，将在 5 |
|  |  | 日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定。被保险人或者受益人 |
|  |  | 补充提供有关证明和资料所经历的期间不包括在上述期间内。 |
|  |  |  |
|  |  | 我们同意给付的，在与被保险人或受益人达成给付保险金的协议后 10 日 |
|  |  | 内履行给付保险金义务。 |
|  |  |  |
|  |  | 我们拒绝给付的，自作出核定之日起 3 日内向被保险人或受益人发出拒绝 |
|  |  | 给付保险金通知书并说明理由。 |
|  |  |  |

 **如何退保** 这部分讲的是您在犹豫期内退保没有损失，犹豫期后退保会有损失。

**5.1** **犹豫期内退保** 自您签收本附加合同之日起，有15日的犹豫期。在此期间请您认真审视本

14 **有效身份证件**指由政府主管部门规定的证明个人身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照等证件。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 附加合同，如果您认为本附加合同与您的需求不相符，您可以在此期间提  出解除本附加合同，我们扣除不超过10元的合同工本费后无息退还您已交的保险费。    解除本附加合同时，您需要填写保险合同终止申请书并提供下列资料：   1. 附加合同； 2. 您的有效身份证件。     自我们收到您解除合同的书面申请时起，本附加合同即被解除，合同解除前发生的保险事故我们不承担给付保险金的责任。 |
|  |  |  |
| **5.2** | **犹豫期后退保的手续及风险** | 您在犹豫期后可以申请解除本附加合同，请填写保险合同终止申请书并向我们提供下列资料：   1. 附加合同； 2. 您的有效身份证件。   自我们收到保险合同终止申请书时，本附加合同终止。我们在收到上述证明和资料之日起 30 日内向您退还本附加合同的现金价值。    您犹豫期后解除合同可能会遭受一定损失。 |
|  |  |  |
|  | **需要关注的其他内容** | |
|  |  |  |
| **6.1** | **合同构成** | 本附加合同由投保单、与本附加合同有关的投保文件、保险单或其他保险凭证、本附加险条款、合法有效的声明、批注、批单和其他书面协议共同构成。 |
|  |  |  |
| **6.2** | **合同的成立与生效** | 您提出保险申请、我们同意承保，本附加合同成立。我们收取保险费后签发保险单，具体生效日以保险单所载的日期为准。    本附加合同生效日以后每年的对应日是保单周年日。保险单年度、保险单月份和保险费支付日均以该日期为基础计算。如果当月无对应的同一日， 则以该月最后一日作为对应日。    本附加合同的保单周年日同主合同的保单周年日。 |
|  |  |  |
| **6.3** | **投保年龄** | 指投保时被保险人的年龄，投保年龄以**周岁15**计算，本附加合同接受的投保年龄为满 18 周岁至 55 周岁（含）。    您申报的被保险人年龄是否准确、真实，将会对您、被保险人及受益人的权益产生重大影响。请您在申请投保时，务必将与有效身份证件相符的被 |

15 **周岁**指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 保险人的出生日期在投保书上正确填明。 |
| **6.4** | **效力终止** | 当发生下列情形之一时，本附加合同效力终止：  （1） 主合同效力终止；  （2） 您申请解除本附加合同；  （3） 因主合同条款或本附加合同其他条款所列情况而效力终止。 |
| **6.5** | **合同变更** | 在本附加合同有效期内，经您与我们协商一致，可以变更本附加合同的有关内容。合同变更可以通过对附加合同批注或者附贴批单，或者双方订立书面变更协议来实现。 |
| **6.6** | **通知送达** | 为了确保我们的通知能有效送达，请您务必正确填写您、被保险人及受益人的住所、通讯地址或电话等联系方式。当这些住所、通讯地址或电话变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。若未能通知我们，我们按本附加合同载明的最后住所或联系地址发送的有关通知，均视为已送达给您、被保险人及受益人。 |
| **6.7** | **争议处理** | 本附加合同履行过程中双方发生争议，诉讼管辖为被告住所地人民法院。 |
|  |  |  |

**重大疾病释义** 这部分讲的是我们提供保障的 25 种重大疾病的定义，其中包含一些不予赔付的情形，请您特别留意。

* 1. **与恶性肿瘤相关的疾病**

**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 期或更轻分期的前列腺癌；
    6. 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

* 1. **与心脏或脑血管相关的疾病**

**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） 心肌酶或肌钙蛋白有诊断意义的升高，或呈符合急性心肌梗塞的动态性变化；

（4） 发病 90 日后，经检查证实左心室功能降低，如左心室射血分数低于 50%。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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16**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17**IV 级，且静息状态下肺动脉平均压超过 30mmHg。 |
|  |  |  |
|  | **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。 |
|  |  |  |
|  | **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。 |
|  |  |  |
|  | **冠状动脉搭桥术** | 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 |
|  | **（或称冠状动脉** | 手术。 |
|  | **旁路移植术）** |  |
|  |  | 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、腔镜手术不在保障范围内。 |
|  |  |  |
|  | **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，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日后，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18**； |
|  |  | （2） **语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失19**； |
|  |  | （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20**中 |

16 **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 日后，仍无法通过现有医疗手段恢复。

17 **心功能状态分级**指美国纽约心脏病学会心功能状态的分级标准：

Ⅰ级：体力活动不受限制，日常活动不引起乏力、心悸、呼吸困难或心绞痛等症状； Ⅱ级：体力活动轻度受限，休息时无症状，日常活动即可引起乏力、心悸、呼吸困难或心绞痛等症状； Ⅲ级：体力活动明显受限，休息时无症状，轻于日常的活动即可引起上述症状； Ⅳ级：不能从事任何体力活动，休息时亦有症状，体力活动后加重。

18 **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。

19 **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。

20 **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。

的三项或三项以上。

* 1. **与器官功能严重受损相关的疾病**

**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≤0.5×109/L ；

② 网织红细胞＜1%；

③ 血小板绝对值≤20×109/L。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | **重大器官移植术** | 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 |
|  | **或造血干细胞移** | 或肺脏的异体移植手术。 |
|  | **植术** |  |
|  |  | 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。 |
|  |  |  |
|  | **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。 |
|  |  | 若被保险人在 0 至 3 周岁保单周年日期间双耳失聪，在本附加合同保险期 |
|  |  | 间内我们对双耳失聪不承担保险责任。 |
|  |  |  |
|  | **慢性肝功能衰竭** | 指因慢性肝脏疾病导致肝功能衰竭。须满足下列全部条件： |
|  | **失代偿期** | （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。 |
|  |  |  |
|  | **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。 |
|  |  |  |
|  |  | 若被保险人在 0 至 3 周岁保单周年日期间双目失明，在本附加合同保险期 |
|  |  | 间内我们对双目失明不承担保险责任。 |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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 日的规律性透析治疗或实施了肾脏移植手术。 |
|  |  |  |
|  | **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。  若被保险人在 0 至 3 周岁保单周年日期间语言能力丧失，在本附加合同保险期间内我们对语言能力丧失不承担保险责任。 |
|  |  |  |
|  | **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。 |
|  |  |  |
| **7.4** | **与神经系统相关的疾病** | |
|  |  |  |
|  | **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日后，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。    因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。 |
|  |  |  |
|  | **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。 |
|  |  |  |
|  | **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 日后或意外伤害发生 180 日后，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。 |
|  |  |  |
|  | **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 日后，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。 |
|  |  |  |
| **7.5** | **其他重大疾病** |  |
|  |  |  |
|  | **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。 |
|  |  |  |
|  | **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。 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 关于您履行如实告知义务、我们对条款的说明义务、被保险人或者受益人  请求给付保险金的诉讼时效、被保险人年龄申报错误的法律后果、受益人为数人时的受益顺序和受益份额、以及没有受益人时保险金如何给付，这些保险法中的相关规定，您可以通过扫描二维码来加以了解。 |
|  |  |  |
|  | **结 束** |  |

