

众安在线财产保险股份有限公司
附加重度疾病医疗意外保险条款（互联网 2025 版 A 款）
注册号：C000179134022025091910673

第一部分 总则

第一条 合同构成

本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）依投保人的申请，经**保险人**（释义一）同意，附加在健康保险合同（以下简称“主合同”）上。主合同的条款也适用于本附加合同，若主合同与本附加合同的条款不一致，则以本附加合同的条款为准。主合同效力终止，本附加合同效力亦同时终止。主合同无效，本附加合同亦无效。

本附加合同未尽事宜，以主合同的规定为准。

第二条 受益人

（一）重度疾病医疗意外身故保险金受益人

订立本附加合同时，被保险人或投保人可指定一人或数人为重度疾病医疗意外身故保险金受益人。重度疾病医疗意外身故保险金受益人为数人时，应确定其受益顺序和受益份额；未确定受益份额的，各重度疾病医疗意外身故保险金受益人按照相等份额享有受益权。投保人指定受益人时须经被保险人同意。

被保险人死亡后，有下列情形之一的，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相关法律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。

被保险人或投保人可以变更重度疾病医疗意外身故保险金受益人，但需书面通知保险人，由保险人在本附加合同上批注。**对因重度疾病医疗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。**

投保人指定或变更重度疾病医疗意外身故保险金受益人的，应经被保险人书面同意。被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，应由其监护人指定或变更重度疾病医疗意外身故保险金受益人。

（二）重度疾病医疗意外伤残保险金、重度疾病医疗意外并发症保险金受益人

本附加合同的重度疾病医疗意外伤残保险金、重度疾病医疗意外并发症保险金的受益人为被保险人本人。

第二部分 保障内容

第三条 保险责任

本附加合同的保险责任包括“重度疾病医疗意外身故保险金”、“重度疾病医疗意外伤残保险金”和“重度疾病医疗意外并发症保险金”。其中，“重度疾病医疗意外身故保险金”为必选责任，“重度疾病医疗意外伤残保险金”和“重度疾病医疗意外并发症保险金”为可选责任。投保人可只投保必选责任，也可在投保必选责任的基础上选择投保一项或两项可选责任，并在本附加合同中载明，但不能单独投保可选责任。所投保的保险责任一经确定，在本附加合同保险期间内不得变更。

（一）重度疾病医疗意外身故保险金（必选）

在本附加合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害（释义二）事故或在等待期（释义三）后经医院（释义四）的专科医生（释义五）初次确诊（释义六）罹患主合同所定义的一种或多种重度疾病，自确诊之日起，被保险人在合理期限内于医院接受重度疾病诊疗过程中因下述1-2类情形导致身故的，保险人按下列给付标准给付重度疾病医疗意外身故保险金。具体的合理期限由保险人和投保人在投保时约定，并在保险单中载明。

1. 被保险人因上述重度疾病在医院接受诊疗（释义七）的过程中遭受医疗意外（释义八）并在该医疗意外发生之日起7个自然日（以下简称“天”）内（含发生当天及第7天）因前述医疗意外（但不包含因药品不良反应（释义九）、医疗器械不良事件（释义十）所致的医疗意外）为直接原因导致身故的，保险人按保险单载明的重度疾病医疗意外身故保险金额的100%给付重度疾病医疗意外身故保险金，本附加合同终止。

2. 被保险人因上述重度疾病在医院接受诊疗的过程中正确使用（释义十一）合格药品或合格医疗器械（释义十二）后，被医院的专科医生确诊因同一药品或医疗器械首次发生药品不良反应或医疗器械不良事件，且医院按照《药品不良反应报告和监测管理办法》（卫生部令第81号）的要求填报《药品不良反应/事件报告表》，或按照《医疗器械不良事件监测和再评价管理办法》（国家卫生健康委员会令第1号）的要求报告的，对于被保险人在该药品不良反应或医疗器械不良事件发生之日起7天内（含发生当天及第7天）因该药品不良反应或医疗器械不良事件为直接原因导致身故的，保险人按保险单载明的重度疾病医疗意外身故保险金额的100%给付重度疾病医疗意外身故保险金，本附加合同终止。

（二）重度疾病医疗意外伤残保险金（可选）

在本附加合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后经医院的专科医生初次确诊罹患主合同所定义的一种或多种重度疾病，自确诊之日起，被保险人在合理期限内于医院接受重度疾病诊疗过程中因下述1-2类情形导致伤残的，保险人按下列给付标准给付重度疾病医疗意外伤残保险金。具体的合理期限由保险人和投保人在投保时约定，并在保险单中载明。

1. 被保险人因上述重度疾病在医院接受诊疗的过程中遭受医疗意外并在该医疗意外发

生之日起180天内（含发生当天及第180天）因前述医疗意外（但不包含因药品不良反应、医疗器械不良事件所致的医疗意外）为直接原因造成《人身保险伤残评定及代码》（标准编号为GB/T 44893-2024, 以下简称《人身保险伤残评定及代码》，如该标准进行更新，保险人以被保险人申请保险金时国家规定或执行的最新伤残鉴定标准为准。）所列伤残之一的，保险人按保险单载明的重度疾病医疗意外伤残保险金额乘以《人身保险伤残评定及代码》所列该处伤残的伤残等级对应的保险金给付比例给付重度疾病医疗意外伤残保险金。如自该医疗意外发生之日起第180天诊疗仍未结束的，按第180天当日的身体情况进行伤残鉴定，并据此给付重度疾病医疗意外伤残保险金。

2. 被保险人因上述重度疾病在医院接受诊疗的过程中正确使用合格药品或合格医疗器械后，被医院的专科医生确诊因同一药品或医疗器械首次发生药品不良反应或医疗器械不良事件，且医院按照《药品不良反应报告和监测管理办法》（卫生部令第81号）的要求填报《药品不良反应/事件报告表》，或按照《医疗器械不良事件监测和再评价管理办法》（国家卫生健康委员会令第1号）的要求报告的，对于被保险人在该药品不良反应或医疗器械不良事件发生之日起180天内（含发生当天及第180天）因该药品不良反应或医疗器械不良事件为直接原因造成《人身保险伤残评定及代码》所列伤残之一的，保险人按保险单载明的重度疾病医疗意外伤残保险金额乘以《人身保险伤残评定及代码》所列该处伤残的伤残等级对应的保险金给付比例给付重度疾病医疗意外伤残保险金。如自该药品不良反应或医疗器械不良事件发生之日起第180天诊疗仍未结束的，按第180天当日的身体情况进行伤残鉴定，并据此给付重度疾病医疗意外伤残保险金。

被保险人因同一医疗意外、药品不良反应或医疗器械不良事件造成两处或两处以上伤残时，应首先根据《人身保险伤残评定及代码》对各处伤残程度分别进行评定，如果几处伤残等级不同，以最重的伤残等级作为最终的评定结论并据此给付重度疾病医疗意外伤残保险金；如果两处或两处以上伤残等级相同，伤残等级在原评定基础上最多晋升一级，最高晋升至第一级。同一部位和性质的伤残，不应采用《人身保险伤残评定及代码》条文两条或以上或者同一条文两次或以上进行评定。

被保险人如在本次医疗意外、药品不良反应或医疗器械不良事件之前已有伤残，保险人按合并后的伤残程度在《人身保险伤残评定及代码》中所对应的给付比例给付重度疾病医疗意外伤残保险金，但应扣除原有伤残程度在《人身保险伤残评定及代码》中所对应的重度疾病医疗意外伤残保险金。

《人身保险伤残评定及代码》如更新，保险人将以被保险人申请保险金时国家规定或执行的最新伤残鉴定标准为准。

重度疾病医疗意外伤残保险金的累计给付金额以本附加合同载明的重度疾病医疗意外伤残保险金额为限。当累计给付金额之和达到重度疾病医疗意外伤残保险金额时，本责任终止。

（三）重度疾病医疗意外并发症保险金（可选）

在本附加合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后经医院的专科医生初次确诊罹患主合同所定义的一种或多种重度疾病，且被保险人自初次确诊罹患该重度疾病后的合理期限内，在医院接受针对该重度疾病的、《并发症列表》（释义十三）中列明的特定诊疗时，发生《并发症列表》中对应并发症（释义十四）并在特定期限（释义十五）内达到所描述的临床诊断标准的，保险人将按照下列约定给付重度疾病医疗意外并发症保险金。具体的合理期限由保险人和投保人在投保时约定，并在保险单中载明。

1. 针对单独一项并发症，保险人按约定的保险金额乘以5%给付重度疾病医疗意外并发症保险金，且保险人对同一种特定诊疗对应的同一项并发症仅限给付一次；

2. 除另有约定外，在《并发症列表》中，针对同一种特定诊疗对应的多项并发症，保险人累计给付以两项为上限；针对出现的所有并发症，保险人累计给付以十项为上限；

如被保险人的并发症在《并发症列表》的并发症项目列明的特定期限结束时存在以下情况：①临床诊疗尚未结束②临床尚无法判定该并发症是否达到《并发症列表》的并发症项目中所描述的临床诊断标准。保险人在上述特定期限结束之日按照被保险人的实际身体情况进行判定，并据此给付重度疾病医疗意外并发症保险金。

重度疾病医疗意外并发症保险金的累计给付金额以本附加合同载明的重度疾病医疗意外并发症保险金额为限。当累计给付金额之和达到重度疾病医疗意外并发症保险金额，或累计给付重度疾病医疗意外并发症保险金的次数达到本附加合同约定的重度疾病医疗意外并发症保险金给付次数的上限时，本责任终止。

若被保险人身故前保险人已给付重度疾病医疗意外伤残保险金或重度疾病医疗意外并发症保险金的，保险人在给付重度疾病医疗意外身故保险金时应扣除已给付的重度疾病医疗意外伤残保险金和重度疾病医疗意外并发症保险金。

在合理期限内，保险人在本附加合同项下累计给付金额之和以本附加合同载明的总保险金额为限，若上述（一）至（三）项责任下的累计给付保险金的总额达到本附加合同载明的总保险金额时，本附加合同终止。

通过核验期确认是否承担保险责任的重度疾病类目，若核验期结束后符合主合同约定的重度疾病标准的，则重度疾病确诊日追溯至核验期起点，保险人将分别按照本附加合同（一）至（三）的各项约定承担保险责任。核验期结束后不符合主合同约定的重度疾病标准的，保险人不承担本附加合同的各项保险责任。

第四条 保险金额

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本附加合同的重度疾病医疗意外身故保险金额、重度疾病医疗意外伤残保险金额、重度疾病医疗意外并发症保险金额和总保险金额由投保人、保险人双方约定，并在本附加合同中载明。除另有约定外，保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。

本附加合同对未成年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。

第五条 免赔额与赔付比例

（一）免赔额由投保人与保险人协商确定，并在本附加合同中载明。未在本附加合同中载明的，则免赔额为0元。

（二）赔付比例由投保人与保险人协商确定，并在本附加合同中载明。未在本附加合同中载明的，则赔付比例为100%。

第六条 责任免除

因下列原因或情形之一，直接或间接导致被保险人身故、伤残或发生本附加合同约定的并发症的，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）主合同中列明的“责任免除”事项，也适用于本附加合同；若主合同中的责任免除条款与本附加合同的约定有相抵触之处，则以本附加合同的约定为准；

（二）因确诊初次罹患主合同约定的重度疾病之外的其他原因而接受的任何治疗；

（三）出于治疗目的，必须对身体组织、器官或肢体进行破坏所造成的伤残、器官组织缺失、功能障碍；

（四）未遵医嘱私自服用、涂用、注射药品，或者未按照使用说明的规定使用药品或医疗器械；

（五）被保险人、被保险人家属或被保险人的看护人员不遵守医院规章制度、拒绝或未按要求配合检查、治疗的行为；被保险人或其家属原因延误诊疗的；

（六）进行未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及前述治疗产生的后果；

（七）医疗事故（释义十六）；

（八）《并发症列表》中载明的特定诊疗以外的诊疗类别导致的并发症；被保险人虽然发生《并发症列表》中的并发症项目，但并未接受该并发症项目在《并发症列表》中对应的特定诊疗或在接受该特定诊疗之前已经存在的并发症；（本条仅适用“重度疾病医疗意外并发症保险金”责任）

（九）被保险人受酒精、管制药物的影响，但遵医嘱使用药物的情形不在此限；

（十）疾病或意外伤害自然转归（释义十七）导致的身故、伤残；

（十一）被保险人在非指定医院接受诊疗，或未遵医嘱、无医院有效的转院证明而自行转院，或在家自设病床治疗、健康保健治疗、康复疗养治疗和非医疗行为的治疗；

（十二）非本附加合同约定的、针对重度疾病的诊疗过程中发生的医疗意外、药品不良反应、医疗器械不良事件、特定诊疗并发症；

（十三）使用伪劣的或未经国家有关部门批准使用的药品、消毒药剂、卫生材料、医疗器械或被感染的血制品。

第七条 保险期间与不保证续保

本附加合同为不保证续保合同，保险期间为一年（或不超过一年）。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

若保险期间届满时，本附加合同对应保险产品统一停售，保险人将不再接受投保申请。

第八条 保险金的申请

保险金申请人（释义十八）向保险人申请给付保险金时，除了提交主合同约定的“保险金申请材料”外，还应提供如下材料：

- （一） 医院出具的医疗意外事故证明材料或者可以证明医疗意外的诊疗记录；
- （二） 被保险人接受诊疗的记录、病历资料、入/出院记录（如有）、手术记录（如有）；
- （三） 涉及身故时：1）公安部门出具的被保险人户籍注销证明、医院出具的被保险人身故证明书；若被保险人为宣告死亡，保险金申请人应提供人民法院出具的宣告死亡证明文件；如本附加合同要求的死亡证明可证明死亡原因的，可用死亡证明；否则，保险金申请人应提供司法鉴定机构或保险人认可的专业机构出具的死因鉴定报告；2）所有受益人的身份证明及与被保险人关系证明；
- （四） 涉及伤残时：医院或司法鉴定机构出具的伤残鉴定诊断意见书；
- （五） 涉及药品不良反应或医疗器械不良事件时：医院向相关监测机构进行上报的证明材料。

保险金申请人未能提供有关材料，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。

第三部分 释义

一、保险人

指众安在线财产保险股份有限公司。

二、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。自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。猝死是指表面健康的人因身体潜在疾病、机能障碍或其他原因在出现症状后24小时内发生的非暴力性突然死亡。

三、等待期

指自本附加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保险合同上载明。

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。

四、医院

指在中国大陆境内（香港、澳门及台湾地区除外）依法设立的中国国家卫生行政管理部门医院等级分类中的二级以上（含二级）公立医院的普通部以及保险人认可的其他医院，但

不包含：1）特需医疗、国际医疗、贵宾医疗、外宾医疗、干部病房或者相类似的部门和科室；2）以康复、护理、疗养、戒酒、戒毒、精神心理治疗或类似功能为主要功能的医疗机构，以及无相应医护人员或设备的二级或三级医院的联合医院或联合病房。

五、专科医生

专科医生应当同时满足以下四项资格条件：

- （一）具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；
- （二）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；
- （三）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》；
- （四）在国家《医院分级管理办法》二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

六、初次确诊

指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊患有某种疾病，而不是指自本附加合同生效之日起第一次经医院确诊患有某种疾病。其中恶性肿瘤-重度的确诊之日为手术病理取材或病理活检取材日期。

七、诊疗

指重度疾病治疗期间发生的由医院的专科医生所实施的**必需且合理**（释义十九）的诊断和治疗。

八、医疗意外

指医疗机构及其医务人员在实施诊疗过程中发生的、不能归责于医疗机构或医护人员故意或过失责任的、受医学科学水平所限、由于患者的病情特殊或体质特殊等不能抗拒或不能预见的原因导致患者出现难以预料和防范的不良后果的情况。

九、正确使用

指在药品或医疗器械的有效使用期限内，被保险人遵循药品或医疗器械的说明书或医嘱使用。

十、合格药品或合格医疗器械

指经国家药品监督管理部门批准上市的药品或医疗器械，以及特定医疗机构因临床急需，经国家药品监督管理部门或者国务院授权的省、自治区、直辖市人民政府批准后，进口的临床急需药品或医疗器械。

其中，“药品”指用于预防、治疗、诊断人的疾病，有目的地调节人的生理机能并规定有适应症或者功能主治、用法和用量的物质，包括中药、化学药和生物制品、细胞免疫疗法药品、靶向药物等。

其中，“医疗器械”指直接或者间接用于人体的仪器、设备、器具、体外诊断试剂及校准物、材料以及其他类似或者相关的物品，包括所需要的计算机软件；其效用主要通过物理等方式获得，不是通过药理学、免疫学或者代谢的方式获得，或者虽然有这些方式参与但是

只起辅助作用；其目的是：1) 疾病的诊断、预防、监护、治疗或者缓解；2) 损伤的诊断、监护、治疗、缓解或者功能补偿；3) 生理结构或者生理过程的检验、替代、调节或者支持；4) 生命的支持或者维持；5) 妊娠控制；6) 通过对来自人体的样本进行检查，为医疗或者诊断目的提供信息。

十一、药品不良反应

指合格药品在正常用法用量下出现的与用药目的无关的有害反应。

十二、医疗器械不良事件

指合格医疗器械，在正常使用情况下发生的，导致或者可能导致人体伤害的各种有害事件。

十三、《并发症列表》

并发症列表	
特定诊疗类别	并发症项目
(一) 放射治疗	放射治疗后 30 天内发生急性放射性皮炎Ⅲ度
	放射治疗后 30 天内发生肠痿、尿痿，并进入手术室实施手术治疗
	放射治疗后 30 天内发生 IV 度骨髓抑制
	放射治疗后 30 天内发生脑卒中（包括急性脑出血和急性脑梗塞，除外腔隙性脑梗）
	放射治疗后 30 天内发生消化道出血需内镜治疗或进入手术室实施手术治疗
	放射治疗后 30 天内发生肺栓塞
	放射治疗后 30 天内发生急性呼吸窘迫综合征（ARDS）
	非肾功能衰竭或肝功能衰竭的被保险人放射治疗后 30 天内发生非预见性的急性肾功能衰竭或急性肝功能衰竭
	放射治疗后 30 天内发生急性出血性膀胱炎需膀胱镜下止血或进入手术室行手术治疗
(二) 心脏外科手术	非预见性地术后 30 天内执行第二次体外循环开胸手术
	非预见性地术后 30 天内首次安装心脏永久起搏器
	非预见性地术后 30 天内由于严重的心功能问题或严重缺氧等原因执行体外循环膜肺支持（Extracorporeal Membrane Oxygenation，缩写为 ECMO）
	未满 18 周岁的被保险人非预见性地术后 15 天内执行气管切开操作
	未满 18 周岁的被保险人非预见性地术后 15 天内二次使用气管插管辅助呼吸（不含术中使用的气管插管辅助呼吸持续至术后状态）
	未满 18 周岁的被保险人非预见性地术后 30 天内执行膈肌折叠手术

	未满 18 周岁的非肾功能衰竭或心功能衰竭的被保险人术后 30 天内由于非预见性急性肾衰竭或急性心功能衰竭导致的血液透析治疗（持续静脉血液滤过）
	未满 18 周岁的被保险人非预见性地术后 30 天内使用主动脉内球囊反搏（IABP）
	术后 15 天内发生异位栓塞
	非肝功能衰竭的被保险人术后 15 天内发生急性肝功能衰竭
	术后 15 天内发生喉返神经损伤，且必须切开气管进行二次手术治疗
	术后 15 天内发生迷走神经损伤
（三）骨科手术	术后 90 天内发生内固定物或器械折断、弯曲，且不能取出留在体内的
	术后 15 天内出现肌腱断裂、移植再植皮瓣或肢体组织坏死，需要再次手术治疗
	术后 15 天内出现游离组织移植因个体差异移植失败的
	术后 90 天内发生骨折不愈合、脱位、植骨不融合、假关节形成，且需进行二次手术治疗
	术后 15 天内发生出血、血肿，且必须进行二次手术治疗
	术后 90 天内发生损伤性骨化
（四）肝脏手术	术后 90 天内发生肌肉缺血性肌痉挛
	非肾功能衰竭的被保险人术后 15 天内发生急性肾功能衰竭，且必须进行透析治疗
	术后 15 天内发生急性呼吸窘迫综合征（ARDS）
	术后 15 天内发生血管吻合口狭窄、闭塞
	术后 15 天内发生术后肠梗阻、肠粘连，且必须进行二次手术治疗
	术后 15 天内发生弥散性血管内凝血（DIC）
（五）胆道胆囊手术	非肝功能衰竭的被保险人术后 15 天内发生急性肝功能衰竭
	术后 15 天内发生术后下肢深静脉栓塞、肺栓塞、脂肪栓塞，并且需要手术取栓或介入滤网成形术
	术后 15 天内发生胆瘘、胆汁性腹膜炎
	术后 15 天内胆管梗阻需外科手术治疗或介入治疗
	术后 15 天内发生急性呼吸窘迫综合征（ARDS）
	术后 15 天内发生败血症
（六）妇科手术	非肝功能衰竭的被保险人术后 15 天内发生急性肝功能衰竭
	术后 15 天内发生肺动脉血栓
	术后 15 天内大出血（大于 1500ml）并需要手术探查止血
	术后 15 天内发生完全性肠梗阻

	术后 15 天内发生弥散性血管内凝血（DIC）
	术后 90 天内发生永久性尿失禁（留置导尿管引流超过 60 天）
	术后 15 天内发生尿瘘
	术后 15 天内马尾综合征
	术后 30 天内因异物残留需要二次手术治疗
（七）泌尿外科手术	术后 30 天内发生动静脉瘘
	非肾功能衰竭的被保险人术后 15 天内发生急性肾功能衰竭
	术后 15 天内发生输尿管穿孔
	术后 15 天内发生经尿道电切综合征（TURS）
	术后 90 天内发生永久性尿失禁（留置导尿管引流超过 60 天）
	术后 15 天内发生尿瘘
	术后 15 天内发生直肠穿孔
	术后 15 天内发生膀胱穿孔
（八）肛肠外科手术	术后发生肛门狭窄，并在术后 30 天内行二次手术治疗
	术后发生肛门失禁，并在术后 30 天内行二次手术治疗
	术后 15 天内发生直肠阴道瘘
	术后 15 天内发生血管栓塞
	术后 30 天内发生动静脉瘘
	术后 15 天内发生败血症
	术后 15 天内发生直肠穿孔
（九）眼科手术	术后 15 天内发生角膜穿孔
	术后 90 天内发生医源性圆锥角膜
	术后 30 天内发生角膜瓣丢失
	术后 15 天内发生不可逆瞳孔散大
	术后 30 天内发生视网膜脱离
	术后 30 天内发生继发性青光眼需要手术治疗
	术后 15 天内发生玻璃体疝
（十）耳鼻喉科手术	术中出现呼吸困难加剧或窒息，需急行环甲膜切开
	术后 15 天内发生脂肪栓塞或血管不全栓塞，造成肢体瘫痪，深昏迷
	术后 15 天内发生支气管扩张、急性肺水肿、肺炎、肺脓肿
	术后 15 天内发生颈内静脉炎、颈深部脓肿
	术后 15 天内发生应激性溃疡
	术后 15 天内发生咽瘘、吞气症
	术后 15 天内发生蜂窝织炎、败血症
	术后 30 天内发生锁骨骨髓炎
（十一）普通外科手术	非肾功能衰竭的被保险人术后 15 天内发生急性肾功能

	衰竭
	术后 15 天内发生完全性肠梗阻
	术后 15 天内发生急性呼吸窘迫综合征（ARDS）
	术后 15 天内发生弥散性血管内凝血（DIC）
	术后 15 天内发生败血症
	非肝功能衰竭的被保险人术后 15 天内发生急性肝功能衰竭
	术后 15 天内发生肺动脉血栓
（十二）神经外科手术	术后 30 天内发生不能修补的脑脊液鼻漏
	术后 15 天内因出血、感染导致第二次手术
	术后 15 天内发生视神经、动眼神经、外展神经损伤及后组颅神经损伤导致颅神经麻痹，产生饮水呛咳、吞咽困难、偏盲、上眼睑下垂、复视、瞳孔散大症状，临床判定不能恢复的
（十三）血管外科手术	非计划脱落、脱载的器械如封堵器、支架、球囊或断裂的导丝、导线、导管，并在术后 30 天内行外科手术或介入治疗
	术前最近 1 次血肌酐在正常参考值范围，术后 15 天内出现肾功能衰竭，且必须进行永久透析治疗
	术后 15 天内发生脏器损伤（包括心包填塞及血、气胸、腹膜后血肿、颅内血肿、腹腔积血、颈部或四肢巨大血肿等），需要再次非计划手术或介入治疗的
	术中损伤周围神经导致运动功能障碍，并在术后 30 天内临床判定不能恢复（不包括浅层神经损伤）
	术后 15 天内发生吻合口假性动脉瘤、动静脉瘘，且必须进行二次手术治疗
	术后 15 天内发生深静脉血栓、肺栓塞，且必须植入静脉滤器
	术后 90 天内发生人工移植物感染，且必须进行二次手术治疗
（十四）消化内镜介入诊疗	胶囊内镜检查时胶囊在肠道内停留超过 14 天行外科手术取出
	内镜下支架置入并发支架阻塞、移位、滑脱、断裂以及导管、导丝、导线断裂或嵌顿，并在术后 30 天内行外科手术治疗
	介入诊疗后 15 天内并发消化道穿孔需行外科手术或内镜下修补
	介入诊疗后 15 天内并发重症感染致脏器功能衰竭或外科手术治疗
	介入诊疗后 15 天内并发出血行外科手术治疗
	介入诊疗后 15 天内并发心血管意外转心内科介入治疗或心外科手术治疗
	介入诊疗后 15 天内并发脑卒中（包括急性脑出血和急

	性脑梗塞，不含腔隙性脑梗）需转神经专科治疗与康复
	介入诊疗后 15 天内并发出血需输血治疗或再次行内镜止血
(十五) 心血管介入诊疗	介入诊疗后 15 天内并发心脏破裂或穿孔
	射频消融治疗时并发严重心律失常，并在介入诊疗后 90 天内安装起搏器
	因介入诊疗发生冠状动脉穿孔、严重夹层或急性闭塞，并在介入诊疗后 30 天内急诊外科搭桥手术治疗的
	并发胸腔或腹腔脏器损伤，并在介入诊疗后 15 天内行外科手术治疗(心脏破裂或穿孔除外)
	非重度心脏瓣膜病的被保险人并发瓣膜损伤，并在介入诊疗后 30 天内行外科手术治疗或介入治疗
	并发封堵器或支架脱落、脱载的，导丝、导线断裂，并在介入诊疗后 30 天内行外科手术治疗
	介入诊疗后 15 天内因介入穿刺部位出血导致骨筋膜室综合征
	介入诊疗后 15 天并发假性动脉瘤、动静脉瘘、肺静脉狭窄或动脉夹层需外科手术或介入治疗
	介入诊疗后 15 天内并发脑卒中（包括急性脑出血和急性脑梗塞，不含腔隙性脑梗）需转神经专科治疗与康复
	介入诊疗后 15 天内并发肺栓塞或下肢静脉血栓，需要介入治疗
	介入诊疗后 30 天内发生起搏器系统感染需要手术治疗的
	介入诊疗后 30 天内发生起搏器植入导线、电极脱落或调整需要复位治疗
	并发膈肌麻痹，术后满 30 天仍不能恢复
	介入诊疗后 15 天内并发心包填塞需要穿刺引流治疗
	介入诊疗后 15 天内并发血、气胸需要闭式引流治疗
	介入诊疗后 30 天内起搏系统囊袋血肿行手术切开
	介入诊疗后 15 天内并发肺栓塞行抗凝治疗
(十六) 外周血管介入诊疗	介入诊疗后 15 天内发生颅神经麻痹，产生饮水呛咳、吞咽困难、偏盲、上眼睑下垂、复视、瞳孔散大症状，临床判断不能恢复
	并发动脉穿孔、严重夹层或急性闭塞，并在介入诊疗后 15 天内行外科手术或介入治疗
	并发胸腔或腹腔脏器损伤，并在介入诊疗后 15 天内行外科手术治疗(心脏破裂或穿孔除外)
	并发封堵器或支架脱落、脱载的，导丝、导线断裂，并在介入诊疗后 30 天内行外科手术治疗
	介入诊疗后 15 天内因介入穿刺部位出血导致骨筋膜室

	综合征
	介入诊疗后 15 天内并发假性动脉瘤、动静脉瘘需外科手术或介入治疗
	介入诊疗后 15 天内并发肺栓塞或下肢静脉血栓，需要介入治疗
	介入诊疗后 15 天内并发脑卒中（包括急性脑出血和急性脑梗塞，不含腔隙性脑梗）需转神经专科治疗与康复
	介入诊疗后 15 天内并发肺栓塞行抗凝治疗
	介入诊疗后 15 天内并发心脏破裂或穿孔
(十七) 其他介入诊疗	因介入诊疗发生冠状动脉穿孔、严重夹层或急性闭塞，并在术后 30 天内急诊外科搭桥手术治疗的
	并发封堵器或支架脱落、脱载的，导丝、导线断裂，并在介入诊疗后 30 天内行外科手术治疗
	并发胸腔脏器损伤，并在介入诊疗后 15 天内行外科手术治疗
	并发腹腔脏器损伤，并在介入诊疗后 15 天内行外科手术治疗
	并发瓣膜损伤，并在介入诊疗后 15 天内行外科手术治疗
	因介入治疗发生急性心肌梗塞，并在介入诊疗后 30 天需急诊再次介入治疗
	介入诊疗后 15 天内因介入穿刺部位出血导致骨筋膜室综合征
	介入诊疗后 15 天内并发假性动脉瘤、动静脉瘘、肺静脉狭窄或动脉夹层需外科手术的
	介入诊疗后 15 天内并发肺栓塞或下肢静脉血栓，需要介入治疗
	介入诊疗后 30 天内发生起搏器系统感染需要手术治疗的
	介入诊疗后 15 天内并发假性动脉瘤、动静脉瘘、肺静脉狭窄或动脉夹层需要介入治疗的
	介入诊疗后 15 天内新发腹膜后血肿并需要介入治疗
	并发膈肌麻痹，介入诊疗后满 30 天仍不能恢复
	介入诊疗中起搏器植入导线脱落需要复位治疗的
	介入诊疗后 15 天内并发心包填塞需要穿刺引流治疗
	介入诊疗后 15 天内并发血、气胸需要闭式引流治疗
	非肝功能衰竭的被保险人介入诊疗后 15 天内发生急性肝功能衰竭
	介入诊疗后 15 天内发生胆管梗阻需外科手术治疗
	介入诊疗后 15 天内发生异位栓塞
	介入诊疗后 15 天内发生坏死性胰腺炎
	介入诊疗后 15 天内出现败血症（肝脓肿引起）

其中：

(1) 急性放射性皮炎Ⅲ度：指恶性肿瘤放射性治疗导致的短期内发生皮肤坏死并形成顽固性溃疡，严重者溃疡深度可到达肌肉甚至骨组织，不包括急性放射性皮炎Ⅰ、Ⅱ度。

注：急性放射性皮炎Ⅰ、Ⅱ度，指恶性肿瘤放射性治疗导致的短期内发生皮肤水肿、色斑、水疱、浅表溃疡及糜烂。

(2) 肠痿：肠道与其他器官、腹腔或腹壁外出现不正常通道。

(3) 尿痿：生殖道与泌尿器官之间形成异常通道。

(4) Ⅳ度骨髓抑制：指恶性肿瘤放射性治疗导致的骨髓功能严重受损，血细胞明显减少，且静脉血常规必须满足以下至少一个条件：

① 血红蛋白 $<65\text{g/L}$ ；

② 白细胞计数 $<1.0\times 10^9/\text{L}$ 或中性粒细胞计数 $<0.5\times 10^9/\text{L}$ ；

③ 血小板计数 $<25\times 10^9/\text{L}$ 。

(5) 脑卒中：指突发且进展迅速的非外伤性的脑出血性疾病或脑缺血性疾病，即：急性脑出血或急性脑梗塞。

(6) 急性脑出血：由于脑部血管突然破裂导致血液在脑内淤积且血液不能流入对应脑组织而引起脑损伤；临床表现为头痛、运动和语言障碍、呕吐、意识障碍等；需要脑CT、核磁共振或脑血管造影检查确诊。

(7) 急性脑梗塞：由于脑部血管突然阻塞导致血液不能流入对应脑组织而引起不可逆的脑损伤，临床表现为头痛、眩晕、肢体运动或感觉障碍等；需要脑CT、核磁共振或脑血管造影检查确诊。但不包括：短暂性脑缺血发作、可逆性缺血性神经功能障碍、腔隙性脑梗。

注1：短暂性脑缺血发作，指供应脑部的血管出现短暂性狭窄或闭塞，通常较快自行恢复。表现为突然肢体运动和感觉障碍、失语，单眼短暂失明等；或突发眩晕、耳鸣、听力障碍、复视、步态不稳和吞咽困难等；症状持续时间短于2-3小时，可反复发作，甚至一天数次或数十次。可自行缓解，不留后遗症，影像学检查脑内无明显梗死灶。

注2：可逆性缺血性神经功能障碍，指供应脑部的血管出现短暂性狭窄或闭塞，逐渐自行恢复。表现为突然肢体运动和感觉障碍、失语，单眼短暂失明等；或突发眩晕、耳鸣、听力障碍、复视、步态不稳和吞咽困难等；神经功能障碍持续时间超过24小时，有的可达数天，最后逐渐完全恢复。影像学检查脑部可有小的梗死灶，大部分为可逆性病变。

注3：腔隙性脑梗，指大脑半球或脑干深部的小穿通动脉等小血管发生病变，导致管腔闭塞，形成单发或多发的小梗死灶，每个小梗死灶直径常为0.2-15mm；临床表现急性或亚急性起病，可无明显症状或症状轻微；脑CT或MRI检查可确诊。

(8) 肺栓塞：指肺动脉或其较大的分支内，有血栓或栓子（瘤栓、菌栓、脂肪、羊水、空气等）堵塞，局部肺组织缺血而坏死。临床表现为气短、胸痛、咳嗽、咯血等。

(9) 急性呼吸窘迫综合征（ARDS）：因多种病因引起在短时间内发生的急性弥漫性肺

损伤，临床表现为急性呼吸窘迫、顽固性低氧血症和呼吸衰竭，且需满足以下全部条件：

- ① $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200\text{mmHg}$ ， $\text{PEEP} \geq 5\text{cmH}_2\text{O}$ ；
- ② 胸片或 CT 扫描，可见双侧阴影且不能完全用胸腔积液解释、肺叶/肺萎陷、结节。

(10) 急性肝功能衰竭：指在原来无肝脏基础性疾病而短时间内发生大量肝细胞坏死及严重肝功能损害，引起黄疸、出血、肝性脑病的一组严重临床综合征；并需满足凝血酶原时间延长且凝血酶原活动度低于 40%。

(11) 急性肾功能衰竭：指肾小球滤过率突然或持续下降，48 小时内肾小球滤过率下降超过 50%或血肌酐上升超过 50%，引起氮质废物体内储留，水、电解质和酸碱平衡紊乱，所导致各系统并发症的临床综合征。

十四、并发症

指在应用《并发症列表》中列明的放射治疗、手术治疗或介入诊疗方式治疗被保险人确诊初次罹患主合同约定的重度疾病的过程中，由于放射治疗、手术治疗或介入诊疗创伤的打击，机体抵御疾病能力减退，机体特异质，或机体解剖变异，或其他由放射治疗、手术治疗或介入诊疗所带来的身体综合因素改变，使机体遭受新的损害。并发症的发生必须符合下列情形之一：

- (1) 由于病情或患者体质特殊而难以预料或难以防范的；
- (2) 按照正常的技术规范操作，在现有医疗科学技术水平条件下仍然难以避免或难以防范的。
- (3) 具体以保险单载明的《并发症列表》为准。

十五、特定期间

在本附加合同《并发症列表》并发症项目中载明。特定期间均从《并发症列表》列明的特定诊疗行为发生之日开始。常见特定期间释义：

术后 X 天内：是指患者入手术室时起， $(X*24-1)$ 小时 59 分 59 秒后止。举例，术后 15 天内：是指患者入手术室时起，359 小时 59 分 59 秒 $(15*24 \text{ 小时}=360 \text{ 小时})$ 后止。

十六、医疗事故

指医疗机构及医务人员违反医疗卫生法规和诊疗规范，过失造成患者人身损害的事故。按照《医疗纠纷预防和处理条例》及《医疗事故处理条例》等有关法律法规确定，包括但不限于：医院在用药前未按照医疗操作规程对被保险人开展过敏试验，被保险人对所使用药品有过敏史却依然使用该药品，使用超出有效期、质检不合格、存在质量问题的药品或医疗器械。

十七、疾病的自然转归

指患者的病情自然发展的结果，例如：病情恶化、外伤截肢等。

十八、保险金申请人

指被保险人或受益人、（或）被保险人或受益人的继承人、（或）依法享有保险金请求权的其他自然人。

十九、必需且合理

（一）符合通常惯例：指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的费用。

对是否符合通常惯例由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

（二）医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

- （1）治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
- （2）不超过安全、足量治疗原则的项目；
- （3）由医生开具的处方药；
- （4）非试验性的、非研究性的项目；
- （5）与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

对是否医学必需由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。