

泰康在线财产保险股份有限公司

附加重大疾病扩展特需医疗保险（互联网专属）条款

总则

第一条 本附加保险合同（以下简称为“本附加合同”）须附加于医疗险类保险合同（以下简称“主险合同”）。主险合同所附条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等，凡与本附加合同相关者，均为本附加合同的构成部分。凡涉及本附加合同的约定，均采用书面或电子形式。

若主险合同与本附加合同的条款互有冲突，则以本附加合同的条款为准。本附加合同未尽事宜，以主险合同的条款规定为准。

主险合同效力终止，本附加合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加合同亦无效。

第二条 本附加合同的投保人、被保险人、受益人均与主险合同一致。

保险责任

第三条 投保人为被保险人首次投保本保险或者非续保本保险时，自本附加合同生效之日起一定期限为等待期，最长不超过 90 天。等待期期限由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单中载明。

被保险人在等待期内经医院初次确诊非因意外伤害导致罹患本附加合同所定义的重大疾病的（无论一种或者多种），保险人不承担保险责任，但无息退还投保人所交保险费，本附加合同终止。

投保人续保本保险或被保险人因遭受意外伤害导致罹患本附加合同所定义的重大疾病（无论一种或者多种）的无等待期。

第四条 在本附加合同保险期间内，被保险人经医院初次确诊因意外伤害导致罹患本附加合同所定义的重大疾病（无论一种或者多种），或在等待期后经医院初次确诊非因意外伤害导致罹患本附加合同所定义的重大疾病（无论一种或者多种），在医院经**专科医生**诊断必须接受治疗的，保险人扩展承保被保险人在**特定医疗机构**发生的符合主险合同责任范围内的医疗费用，并按照本附加合同约定的赔偿比例在保险单载明的保险金额范围内进行赔偿。其中涉及床位费限额的，床位费每日限额为人民币一千五百元。

第五条 本附加合同的赔偿比例为 100%。

第六条 本附加合同为费用补偿型保险合同，补偿原则与主险合同一致。

责任免除

第七条 本附加合同的责任免除事项与主险合同一致。

保险金额

第八条 保险金额是保险人承担赔偿保险金责任的最高限额。本附加合同与主险合同共

用保险金额，若保险人在主险合同及本附加合同下累计赔偿金额达到主险合同约定的保险金额，则主险合同和本附加合同同时终止，保险人对被保险人不再承担赔偿保险金的责任。

保险费与保险费支付

第九条 保险费依据保险金额与保险费率计收，在保险单中载明。保险费支付方式由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单上载明。除另有约定外，本附加合同的保险费支付方式与主险合同一致。

犹豫期

第十条 除另有约定外，本附加合同的犹豫期与主险合同一致。投保人在此期间提出解除本附加合同，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费。

自保险人收到投保人解除合同的申请时起，本附加合同即被解除，保险人自始不承担保险责任。

犹豫期后申请解除合同会遭受一定经济损失，保险人将向投保人退还本附加合同的未到期保险费。

保险期间

第十一条 除另有约定外，本附加合同的保险期间与主险合同一致。

续保

第十二条 本产品为不保证续保合同。本产品保险期间为一年（或不超过一年）。保险期间届满或保险期间届满前三十日内，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。

保险金申请与赔偿

第十三条 保险金申请人向保险人申请赔偿保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。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赔偿保险金的责任。

- (一) 理赔申请书；
- (二) 保险金申请人的有效身份证件；
- (三) 医院出具的完整病历资料（包括门急诊病历、处方，住院病历或出院记录以及检查报告）；
- (四) 由医院专科医生出具的被保险人疾病诊断证明书以及由医院出具的与该疾病诊断证明书相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告；
- (五) 若被保险人未从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用收据原件、医疗费用

明细清单；

若被保险人已从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用明细清单、医疗费用收据复印件、医疗费用分割单原始凭证（如社会基本医疗保险或公费医疗结算单、保险人在内的任何商业保险机构出具的理赔分割单、与工作单位及侵权人或侵权责任承担方达成的赔偿协议或和解协议或法院判决、调解生效的法律文书等取得医疗费用补偿的证明）；

（六）保险金申请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；

（七）若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

以上证明和资料不完整的，保险人将及时一次性通知投保人、保险金申请人补充提供有关证明和资料。

其他事项

第十四条 除另有约定外，本附加合同成立后将持续有效，直至保险单约定的保险期间届满或达到本附加合同约定的终止条件。

保险责任开始前，投保人要求解除本附加合同的，保险人应当无息全额退还投保人已缴纳的保险费。

保险责任开始后，犹豫期内投保人要求解除本附加合同的，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费；犹豫期后投保人要求解除本附加合同的，自保险人接到解除合同申请书之时起，本附加合同解除，保险人自收到解除保险合同申请之日起 30 日内向投保人退还本附加合同的未到期保险费。若本附加合同已发生保险金赔偿，未到期保险费为零。

如主险合同解除，本附加合同须同时解除。

第十五条 投保人要求解除本附加合同时，需提供下列证明和资料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险合同凭据；
- （三）保险费交付凭证；
- （四）投保人身份证明。

释义

第十六条 本附加合同涉及下列术语时，适用以下释义：

【医院】指国家卫生部医院等级分类中的二级或二级以上公立医院及保险人扩展承保的医院，但不包括观察室、联合病房、康复病房和干部病房以及附属于前述医院或单独作为诊所、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒等或相类似的医疗机构或保险人不予承保的医院。同时该医院必须具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且全日二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗和护理等服务。

注：保险人扩展承保的医院名单和保险人不予承保的医院名单将在保险单中载明。保险人保留新增扩展承保医院的权利。对于新增后的扩展承保医院名单，保险人将会在泰康在线官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

【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后第一次经医院确诊患有某种疾病。

【意外伤害】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身体受到伤害的客观事件。

【重大疾病】本附加合同所定义的重大疾病为中国保险行业协会颁布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020年修订版）》（以下简称“规范”）规定的疾病，且疾病名称和疾病定义与“规范”一致。重大疾病的名称及定义如下：

（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：

a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；

b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

（2）TNM 分期为 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。

(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-0-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）范畴，并已经引起颅内压升高或神经系统功能损害，出现视乳头水肿或视觉受损、听觉受损、面部或肢体瘫痪、癫痫等，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）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) 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。

被保险人在 3 周岁之前因疾病或意外伤害导致的双耳失聪不在本附加合同保障范围内。先天性疾病所致的听力丧失不在本附加合同保障范围内。

(十四) 双目失明:指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失,双眼中较好眼须满足下列至少一项条件:

- (1) 眼球缺失或摘除;
- (2) 矫正视力低于 0.02 (采用国际标准视力表,如果使用其他视力表应进行换算);
- (3) 视野半径小于 5 度。

被保险人在 3 周岁之前因疾病或意外伤害导致的双目失明不在保障范围内。先天性疾病所致的视力丧失不在本附加合同保障范围内。

(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。

被保险人在3周岁之前因疾病或意外伤害导致的语言能力丧失不在保障范围内。先天性失聪导致的语言能力丧失不在本附加合同保障范围内。

(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，且已经造成瘻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瘻术。

【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。

【特定医疗机构】指经中华人民共和国卫生部门审核认定的二级或以上公立医院及保险人扩展承保医院的特需医疗部、国际部，**但不包括观察室、联合病房和康复病房**。该医疗机构必须有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。

【未到期保险费】指本附加合同所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由保险人退还的那部分金额。

犹豫期内退保的，未到期保险费=投保人已交纳保险费。犹豫期后退保的，

若保险费为一次性支付的：

未到期保险费=投保人已交纳保险费×[1-(保险单已生效天数/保险期间天数)]

若保险费为分期支付的：

未到期保险费=投保人已交纳当期保险费×[1-(保险单当期已经过天数/当期总天数)]

已生效或已经过天数不足一天的按一天计算。若本附加合同已发生保险金赔偿，未到期保险费为零。

【保险金申请人】指被保险人、受益人，被保险人、受益人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

【有效身份证件】指由中华人民共和国政府主管部门规定的能够证明其身份的证件，如：居民身份证、军官证、警官证、士兵证、户口簿以及中华人民共和国政府主管部门颁发或者认可的有效护照或者其他身份证明文件。

本附加合同的未释义名词，以本附加合同所附属主险合同中的释义为准。