

广州市律师协会保障内容、特别约定及适用条款

甲方（投保人）：广州市律师协会（广州各律师所）

乙方（保险人）：中国人民财产保险股份有限公司广州市分公司

2021 年 9 月

目 录

广州市律师协会综合医疗保障方案..... 3

A 方案：执业律师社保补充医疗保险（仅限有医保会员）	3
B 方案：执业律师综合医疗保险（仅限无医保会员）	6
C 方案：事务所员工社保补充医疗保险（仅限有医保员工）	10
D 方案：事务所员工综合医疗保险（仅限无医保事务所员工）	16
E 方案：配偶子女（仅限会员律师与各事务所员工的配偶和子女）	16
F 方案：实习人员.....	18
G 方案：增值方案.....	20

广州市律师协会综合医疗特别约定.....22

广州市律师协会综合医疗特别约定.....	22
----------------------	----

广州市律师协会综合医疗适用条款.....24

团体意外伤害保险条款.....	24
附加疾病身故保险条款(2009 版).....	29
团体女性特定疾病保险条款（2009 版）	31
附加重大疾病保险条款（2009 版）	36
附加特约重大疾病保险条款.....	41
团体住院补充医疗保险条款（B 款）	44
附加门、急诊医疗保险条款.....	49
附加医疗公共保险金额保险条款(2012 版).....	53
附加女性特定疾病手术保险条款（2009 版）	55
营运交通工具乘客意外伤害保险条款.....	58

人身保险伤残评定标准（行业标准）62

广州市律师协会综合医疗保障方案

A 方案：执业律师社保补充医疗保险（仅限有医保会员）

适用于 16 周岁至 65 周岁，身体健康、能正常工作和生活，且投保了广州市城镇居民基本医疗保险的注册会员律师。

保障责任	保额	保障简述
身故、全残	100000 元	被保险人因意外或疾病导致的身故或全残。
门急诊医疗	20000 元	被保险人因意外或疾病，进行门（急）诊医疗而导致的合理费用，乙方按 0 免赔 90%的比例进行赔付。门诊费用（包括药品费、治疗费、材料费）以 200 元/天为限，检查费（包含检查、检验费用）以 600 元/次为限。
住院医疗		被保险人须凭医保卡就诊，保险公司对社保赔付后剩余合理费用按 0 免赔 100%的比例做补充赔付。每次住院检查费限额 2000 元，床位费每日限额 80 元。 未经社保结算，模拟医保扣减。
女性疾病	9000 元	详见“保险责任说明”部分描述。
重大疾病	50000 元	条款所列的 33 种重大疾病。
公共保额	500000 元	被保险人门诊住院医疗超过个人保险金额部分，经申请同意后，乙方按门诊或住院比例分别赔付，每一被保险人保险金额最高为人民币 10 万元，甲方所有被保险人的公共保额总额不超过人民币 50 万元。
人均保费：990 元		

身故、全残责任

被保险人疾病身故或全残，乙方给付保险金人民币 100000 元，乙方对该被保险人的保险责任即行终止。

被保险人在合同保险期间内遭受意外伤害，并自意外伤害发生之日起 180 日内，因该意外伤害导致身故或符合《人身保险伤残评定标准（行业标准）》所载的 1 级残疾的，乙方给付保险金人民币 100000 元，乙方对该被保险人的保险责任即行终止。

综合医疗保险责任

在合同保险期间内，对于被保险人因意外伤害或疾病在二级及以上非盈利性医院、二级及以上社保定点医院进行门、急诊治疗，所发生的应由被保险人自付的治疗费、检查费、手术费、药费等各项合理的医疗费用，乙方按 0 免赔 90% 的比例赔付，药品费、治疗费、材料费日给付额度合共 200 元，检查费和检验费日给付额度合共 600 元。

被保险人在保险期间内因意外伤害或疾病，而在二级及以上非盈利性医院、二级及以上社保定点医院进行住院治疗，乙方对被保险人因治疗发生的符合保单签发地政府基本医疗保险管理规定范围内的合理且必要的费用，在扣除被保险人从基本医疗保险取得的医疗费用补偿后，按 0 元免赔 100% 的比例给付保险金，每次住院检查费、检验费给付额度合共 2000 元。床位费另行理算：乙方对于在原始床位费的基础上扣除社保报销的部分承担保险责任，但每日的给付最高额度以 80 元为限。住院医疗费用若未经社保结算，则需模拟医保扣减。

乙方对被保险人累计给付的门、急诊医疗和住院医疗保险金合共达到人民币 20000 元时，乙方对该被保险人的该项保险责任终止。

女性疾病保险责任

1、原发性癌症

被保险人自获得被保资格之日起 60 天后（续保者不受 60 天规定的限制），首次发病并被专科医生确诊为以下六种原发性癌症（不包括原位癌）中的一种或者多种：卵巢癌、子宫内膜癌、宫颈癌、输卵管癌、外阴/阴道癌和子宫肉瘤，保险人按保险金额给付保险金，对该被保险人的保险责任终止。若该被保险人曾领原位癌保险金，则此项保险金为扣除已给付保险金后的余额。

2、乳腺癌

被保险人自获得被保资格之日起 60 天后（续保者不受 60 天规定的限制），首次发病并被专科医生确诊为原发性乳腺癌（不包括原位癌），保险人按保险金额的二倍给付保险金，对该被保险人的保险责任终止。若该被保险人曾领有原位癌保险金，则此项保险金为扣除已给付保险金后的余额。

但若被保险人自获得被保资格之日起 60 天后（续保者不受 60 天规定的限制），首次发病并被专科医生确诊同时患有原发性乳腺癌（不包括原位癌）和本保单约定的六种原发性癌症中的一种或者多种，保险人仅按保险金额的二倍给付保险金，对该被保险人的保险责任终止。

3、女性原位癌保险金

被保险人自获得被保资格之日起 60 天后（续保者不受 60 天规定的限制），首次发病并被专科医生确诊为乳腺原位癌、宫颈原位癌、子宫内膜原位癌、外阴/阴道原位癌、卵巢原位癌和输卵管原位癌中的任何一种或多种，保险人按保险金额的 20% 给付保险金，对该被保险人的该项保险责任终止。

4、特定手术医疗保险金

在保险期间内，自保险期间开始之日起经过保险合同约定的等待期后（续保者不受该等待期的限制），首次发病并被专科医生确诊为以下六种原发性癌症（不

包括原位癌)中的一种或者多种: 卵巢癌、子宫内膜癌、宫颈癌、输卵管癌、外阴/阴道癌、子宫肉瘤, 并因该确诊疾病进行子宫全切或卵巢切除术的, 保险人分别按手术保险金额给付手术保险金, 但对子宫全切或卵巢切除术均以一次给付为限。

重大疾病保险责任

在保险期间内, 被保险人遭遇意外伤害并因该意外伤害造成本保险合同约定的重大疾病首次发病; 或者自被保险人获得被保资格之日起经过保险合同约定的等待期 30 日后(续保者不受该等待期的限制), 首次发病并被专科医生确诊为本保险合同所约定的重大疾病, 保险人依照本保险合同项下该被保险人的保险金额给付重大疾病保险金, 对该被保险人的保险责任终止。

公共保额

若被保险人个人名下的门急诊医疗、住院医疗保险金适用完毕后, 若再发生责任范围内的保险责任, 经甲方同意, 乙方可分别按照本服务承诺中门急诊医疗保险金、住院医疗保险金的规定给付公共保险金。每一被保险人保险金额为人民币 100000 元, 甲方所有被保险人的公共保额总额不超过人民币 50 万元。

B 方案: 执业律师综合医疗保险(仅限无医保会员)

适用于 16 周岁至 65 周岁, 身体健康、能正常工作和生活的注册会员律师。

保障责任	保额	保障简述
身故、全残	100000 元	被保险人因意外或疾病导致的身故或全残。

门急诊医疗	20000 元	被保险人因意外或疾病，进行门（急）诊医疗而导致的合理费用，乙方按 0 免赔 90%的比例进行赔付。门诊费用（包括药品费、治疗费、材料费）以 200 元/天为限，检查费（包含检查、检验费用）以 600 元/次为限。
住院医疗		乙方对被保险人合理的住院医疗费用按 0 免赔 100%的比例进行赔付。每次住院检查费限额 2000 元，床位费每日限额 80 元。
女性疾病	9000 元	详见“保险责任说明”部分描述。
重大疾病	50000 元	条款所列的 33 种重大疾病。
公共保额	500000 元	被保险人门诊住院医疗超过个人保险金额部分，经申请同意后，乙方按门诊或住院比例分别赔付，每一被保险人保险金额最高为人民币 10 万元，甲方所有被保险人的公共保额总额不超过人民币 50 万元。
人均保费：1108 元		

身故、全残责任

被保险人因疾病身故或全残，乙方给付保险金人民币 100000 元，乙方对该被保险人的保险责任即行终止。

被保险人在合同保险期间内遭受意外伤害，并自意外伤害发生之日起 180 日内，因该意外伤害导致身故或符合《人身保险伤残评定标准（行业标准）》所载的 1 级残疾的，乙方给付保险金人民币 100000 元，乙方对该被保险人的保险责任即行终止。

综合医疗保险责任

在合同保险期间内，对于被保险人因意外伤害或疾病在二级及以上非盈利性医院、二级及以上社保定点医院进行门、急诊治疗，乙方对被保险人因治疗发生的符合保单签发地政府基本医疗保险管理规定范围内的合理且必要的费用，在扣除被保险人从基本医疗保险取得的医疗费用补偿后，乙方按 0 免赔 90% 的比例赔付，药品费、治疗费、材料费日给付额度合共 200 元，检查费和检验费日给付额度合共 600 元。

被保险人在保险期间内因意外伤害或疾病，而在二级及以上非盈利性医院、二级及以上社保定点医院进行住院治疗，乙方对被保险人因治疗发生的符合保单签发地政府基本医疗保险管理规定范围内的合理且必要的费用，在扣除被保险人从基本医疗保险取得的医疗费用补偿后，按 0 元免赔 100% 的比例给付保险金，每次住院检查费、检验费给付额度合共 2000 元。床位费另行理算：乙方对于在原始床位费的基础上扣除社保报销的部分承担保险责任，但每日的给付最高额度以 80 元为限。

乙方对被保险人累计给付的门、急诊医疗和住院医疗保险金合共达到人民币 20000 元时，乙方对该被保险人的该项保险责任终止。

女性疾病保险责任

1、原发性癌症

被保险人自获得被保资格之日起 60 天后（续保者不受 60 天规定的限制），首次发病并被专科医生确诊为以下六种原发性癌症（不包括原位癌）中的一种或者多种：卵巢癌、子宫内膜癌、宫颈癌、输卵管癌、外阴/阴道癌和子宫肉瘤，保险人按保险金额给付保险金，对该被保险人的保险责任终止。若该被保险人曾领原位癌保险金，则此项保险金为扣除已给付保险金后的余额。

2、乳腺癌

被保险人自获得被保资格之日起 60 天后（续保者不受 60 天规定的限制），首次发病并被专科医生确诊为原发性乳腺癌（不包括原位癌），保险人按保险金额的二倍给付保险金，对该被保险人的保险责任终止。若该被保险人曾领有原位癌保险金，则此项保险金为扣除已给付保险金后的余额。

但若被保险人自获得被保资格之日起 60 天后（续保者不受 60 天规定的限制），首次发病并被专科医生确诊同时患有原发性乳腺癌（不包括原位癌）和本保单约定的六种原发性癌症中的一种或者多种，保险人仅按保险金额的二倍给付保险金，对该被保险人的保险责任终止。

3、女性原位癌保险金

被保险人自获得被保资格之日起 60 天后（续保者不受 60 天规定的限制），首次发病并被专科医生确诊为乳腺原位癌、宫颈原位癌、子宫内膜原位癌、外阴/阴道原位癌、卵巢原位癌和输卵管原位癌中的任何一种或多种，保险人按保险金额的 20% 给付保险金，对该被保险人的该项保险责任终止。

4、特定手术医疗保险金

在保险期间内，自保险期间开始之日起经过保险合同约定的等待期后（续保者不受该等待期的限制），首次发病并被专科医生确诊为以下六种原发性癌症（不包括原位癌）中的一种或者多种：卵巢癌、子宫内膜癌、宫颈癌、输卵管癌、外阴/阴道癌、子宫肉瘤，并因该确诊疾病进行子宫全切或卵巢切除术的，保险人分别按手术保险金额给付手术保险金，但对子宫全切或卵巢切除术均以一次给付为限。

重大疾病保险责任

在保险期间内，被保险人遭遇意外伤害并因该意外伤害造成本保险合同约定的重大疾病首次发病；或者自被保险人获得被保资格之日起经过保险合同约定

定的等待期 30 日后（续保者不受该等待期的限制），首次发病并被专科医生确诊为本保险合同所约定的重大疾病，保险人依照本保险合同项下该被保险人的保险金额给付重大疾病保险金，对该被保险人的保险责任终止。

公共保额

若被保险人个人名下的门急诊医疗、住院医疗保险金适用完毕后，若再发生责任范围内的保险责任，经甲方同意，乙方可分别按照本服务承诺中门急诊医疗保险金、住院医疗保险金的规定给付公共保险金。每一被保险人保险金额为人民币 100000 元，甲方所有被保险人的公共保额总额不超过人民币 50 万元。

C 方案：事务所员工社保补充医疗保险（仅限有医保员工）

适用于 16 周岁至 65 周岁，身体健康、能正常工作和生活，且投保了广州市城镇居民基本医疗保险的员工。

保障责任	保额	保障简述
身故、全残	100000 元	被保险人因意外或疾病导致的身故或全残。
门急诊医疗	20000 元	被保险人因意外或疾病，进行门（急）诊医疗而导致的合理费用，乙方按 0 免赔 90%的比例进行赔付。门诊费用（包括药品费、治疗费、材料费）以 200 元/天为限，检查费（包含检查、检验费用）以 600 元/次为限。
住院医疗		被保险人须凭医保卡就诊，乙方对社保赔付后剩余合理费用按 0 元免赔 100%的比例做补充赔付。每次住院检查费限额 2000 元，床位费每日限额 80 元。
女性疾病	9000 元	详见“保险责任说明”部分描述。

重大疾病	50000 元	条款所列的 33 种重大疾病。
人均保费：990 元		

身故、全残责任

被保险人因疾病身故或全残，乙方给付保险金人民币 100000 元，乙方对该被保险人的保险责任即行终止。

被保险人在合同保险期间内遭受意外伤害，并自意外伤害发生之日起 180 日内，因该意外伤害导致身故或符合《人身保险伤残评定标准（行业标准）》所载的 1 级残疾的，乙方给付保险金人民币 100000 元，乙方对该被保险人的保险责任即行终止。

门、急诊医疗保险责任

在合同保险期间内，对于被保险人因意外伤害或疾病在二级及以上非盈利性医院、二级及以上社保定点医院进行门、急诊治疗，乙方对被保险人因治疗发生的符合保单签发地政府基本医疗保险管理规定范围内的合理且必要的费用，在扣除被保险人从基本医疗保险取得的医疗费用补偿后，乙方按免赔额 0 元 90% 的比例赔付，药品费、治疗费、材料费日给付额度合共 200 元，检查费和检验费日给付额度合共 600 元。

住院医疗保险责任

被保险人在保险期间内因意外伤害或疾病，而在二级及以上非盈利性医院、二级及以上社保定点医院进行住院治疗，乙方对被保险人因治疗发生的符合保单签发地政府基本医疗保险管理规定范围内的合理且必要的费用，在扣除被保险人从基本医疗保险取得的医疗费用补偿后，按 0 元免赔 100% 的比例给付保险金，每次住院检查费、检验费给付额度合共 2000 元。床位费另行理算：乙方对于在原始床位费的基础上扣除社保报销的部分承担保险责任，但每日的给付最

高额度以 80 元为限。住院医疗费用若未经社保结算，则需模拟医保扣减。

乙方对被保险人累计给付的门、急诊医疗和住院医疗保险金合共达到人民币 20000 元时，乙方对该被保险人的该项保险责任终止。

女性疾病保险责任

1、原发性癌症

被保险人自获得被保资格之日起 60 天后（续保者不受 60 天规定的限制），首次发病并被专科医生确诊为以下六种原发性癌症（不包括原位癌）中的一种或者多种：卵巢癌、子宫内膜癌、宫颈癌、输卵管癌、外阴/阴道癌和子宫肉瘤，保险人按保险金额给付保险金，对该被保险人的保险责任终止。若该被保险人曾领原位癌保险金，则此项保险金为扣除已给付保险金后的余额。

2、乳腺癌

被保险人自获得被保资格之日起 60 天后（续保者不受 60 天规定的限制），首次发病并被专科医生确诊为原发性乳腺癌（不包括原位癌），保险人按保险金额的二倍给付保险金，对该被保险人的保险责任终止。若该被保险人曾领有原位癌保险金，则此项保险金为扣除已给付保险金后的余额。

但若被保险人自获得被保资格之日起 60 天后（续保者不受 60 天规定的限制），首次发病并被专科医生确诊同时患有原发性乳腺癌（不包括原位癌）和本保单约定的六种原发性癌症中的一种或者多种，保险人仅按保险金额的二倍给付保险金，对该被保险人的保险责任终止。

3、女性原位癌保险金

被保险人自获得被保资格之日起 60 天后（续保者不受 60 天规定的限制），首次发病并被专科医生确诊为乳腺原位癌、宫颈原位癌、子宫内膜原位癌、外阴/阴道原位癌、卵巢原位癌和输卵管原位癌中的任何一种或多种，保险人按保险金额的 20% 给付保险金，对该被保险人的该项保险责任终止。

4、特定手术医疗保险金

在保险期间内，自保险期间开始之日起经过保险合同约定的等待期后（续保者不受该等待期的限制），首次发病并被专科医生确诊为以下六种原发性癌症（不包括原位癌）中的一种或者多种：卵巢癌、子宫内膜癌、宫颈癌、输卵管癌、外阴/阴道癌、子宫肉瘤，并因该确诊疾病进行子宫全切或卵巢切除术的，保险人分别按手术保险金额给付手术保险金，但对于子宫全切或卵巢切除术均以一次给付为限。

重大疾病保险责任

在保险期间内，被保险人遭遇意外伤害并因该意外伤害造成本保险合同约定的重大疾病首次发病；或者自被保险人获得被保资格之日起经过保险合同约定的等待期 30 日后（续保者不受该等待期的限制），首次发病并被专科医生确诊为本保险合同所约定的重大疾病，保险人依照本保险合同项下该被保险人的保险金额给付重大疾病保险金，对该被保险人的保险责任终止。

D 方案：事务所员工综合医疗保险（仅限无医保事务所员工）

适用于 16 周岁至 65 周岁，身体健康、能正常工作和生活的律师事务所员工。

保障责任	保额	保障简述
身故、全残	100000 元	被保险人因意外或疾病导致的身故或全残。
门急诊医疗	20000 元	被保险人因意外或疾病，进行门（急）诊医疗而导致的合理费用，乙方按免赔额 0 元 80%的比例进行赔付。 门诊费用（包括药品费、治疗费、材料费）以 200 元/天为限，检查费（包含检查、检验费用）以 600 元/次为限。

住院医疗		乙方对被保险人合理的住院费用按 0 元免赔 80%的比例进行赔付。每次住院检查费限额 2000 元，床位费每日限额 80 元。
女性疾病	9000 元	详见“保险责任说明”部分描述。
重大疾病	50000 元	条款所列的 33 种重大疾病。
人均保费：1108 人/年		

身故、全残责任

被保险人因疾病身故或全残，乙方给付保险金人民币 100000 元，乙方对该被保险人的保险责任即行终止。

被保险人在合同保险期间内遭受意外伤害，并自意外伤害发生之日起 180 日内，因该意外伤害导致身故或符合《人身保险伤残评定标准（行业标准）》所载的 1 级残疾的，乙方给付保险金人民币 100000 元，乙方对该被保险人的保险责任即行终止。

门、急诊医疗保险责任

在合同保险期间内，对于被保险人因意外伤害或疾病在二级及以上非盈利性医院、二级及以上社保定点医院进行门、急诊治疗，乙方对被保险人因治疗发生的符合保单签发地政府基本医疗保险管理规定范围内的合理且必要的费用，在扣除被保险人从基本医疗保险取得的医疗费用补偿后，乙方按免赔额 0 元，80%的比例赔付，药品费、治疗费、材料费日给付额度合共 200 元，检查费和检验费日给付额度合共 600 元。

住院医疗保险责任

被保险人在保险期间内因意外伤害或疾病，而在二级及以上非盈利性医院、二级及以上社保定点医院进行住院治疗，乙方对被保险人因治疗发生的符合保

单签发地政府基本医疗保险管理规定范围内的合理且必要的费用，按 0 元免赔 80%的比例给付保险金，每次住院检查费、检验费给付额度合共 2000 元。床位费另行理算：乙方对于在原始床位费的基础上扣除社保报销的部分承担保险责任，但每日的给付最高额度以 80 元为限。

乙方对被保险人累计给付的门、急诊医疗和住院医疗保险金合共达到人民币 20000 元时，乙方对该被保险人的该项保险责任终止。

女性疾病保险责任

1、原发性癌症

被保险人自获得被保资格之日起 60 天后（续保者不受 60 天规定的限制），首次发病并被专科医生确诊为以下六种原发性癌症（不包括原位癌）中的一种或者多种：卵巢癌、子宫内膜癌、宫颈癌、输卵管癌、外阴/阴道癌和子宫肉瘤，保险人按保险金额给付保险金，对该被保险人的保险责任终止。若该被保险人曾领原位癌保险金，则此项保险金为扣除已给付保险金后的余额。

2、乳腺癌

被保险人自获得被保资格之日起 60 天后（续保者不受 60 天规定的限制），首次发病并被专科医生确诊为原发性乳腺癌（不包括原位癌），保险人按保险金额的二倍给付保险金，对该被保险人的保险责任终止。若该被保险人曾领有原位癌保险金，则此项保险金为扣除已给付保险金后的余额。

但若被保险人自获得被保资格之日起 60 天后（续保者不受 60 天规定的限制），首次发病并被专科医生确诊同时患有原发性乳腺癌（不包括原位癌）和本保单约定的六种原发性癌症中的一种或者多种，保险人仅按保险金额的二倍给付保险金，对该被保险人的保险责任终止。

3、女性原位癌保险金

被保险人自获得被保资格之日起 60 天后（续保者不受 60 天规定的限制），

首次发病并被专科医生确诊为乳腺原位癌、宫颈原位癌、子宫内膜原位癌、外阴/阴道原位癌、卵巢原位癌和输卵管原位癌中的任何一种或多种，保险人按保险金额的 20% 给付保险金，对该被保险人的该项保险责任终止。

4、特定手术医疗保险金

在保险期间内，自保险期间开始之日起经过保险合同约定的等待期后（续保者不受该等待期的限制），首次发病并被专科医生确诊为以下六种原发性癌症（不包括原位癌）中的一种或者多种：卵巢癌、子宫内膜癌、宫颈癌、输卵管癌、外阴/阴道癌、子宫肉瘤，并因该确诊疾病进行子宫全切或卵巢切除术的，保险人分别按手术保险金额给付手术保险金，但对子宫全切或卵巢切除术均以一次给付为限。

重大疾病保险责任

在保险期间内，被保险人遭遇意外伤害并因该意外伤害造成本保险合同约定的重大疾病首次发病；或者自被保险人获得被保资格之日起经过保险合同约定的等待期 30 日后（续保者不受该等待期的限制），首次发病并被专科医生确诊为本保险合同所约定的重大疾病，保险人依照本保险合同项下该被保险人的保险金额给付重大疾病保险金，对该被保险人的保险责任终止。

E 方案：配偶子女（仅限会员律师与各事务所员工的配偶和子女）

适用于 16 周岁至 60 周岁，身体健康、能正常工作和生活的会员律师与各事务所员工的配偶和子女。

保障责任	保额	保障简述
身故、全残	50000 元	被保险人因意外或疾病导致的身故或全残。

门急诊医疗	2000 元	被保险人因意外或疾病，进行门（急）诊医疗而导致的合理费用，乙方按 0 免赔 70%的比例进行赔付。门诊费用（包括药品费、治疗费、材料费）以 200 元/天为限，检查费（包含检查、检验费用）以 600 元/次为限。
住院医疗	18000 元	乙方对被保险人合理的住院费用按 0 元免赔 50%的比例进行赔付。每次住院检查费限额 2000 元，床位费每日限额 80 元。
人均保费： 920 人/年		

身故、全残责任

被保险人因疾病身故或全残，乙方给付保险金人民币 50000 元，乙方对该被保险人的保险责任即行终止。

被保险人在合同保险期间内遭受意外伤害，并自意外伤害发生之日起 180 日内，因该意外伤害导致身故或符合《人身保险伤残评定标准（行业标准）》所载的 1 级残疾的，乙方给付保险金人民币 50000 元，乙方对该被保险人的保险责任即行终止。

门、急诊医疗保险责任

在合同保险期间内，对于被保险人因意外伤害或疾病在二级及以上非盈利性医院、二级及以上社保定点医院进行门、急诊治疗，乙方对被保险人因治疗发生的符合保单签发地政府基本医疗保险管理规定范围内的合理且必要的费用，在扣除被保险人从基本医疗保险取得的医疗费用补偿后，乙方按 0 免赔 70%的比例赔付，药品费、治疗费、材料费日给付额度合共 200 元，检查费和检验费日给付额度合共 600 元。

乙方对被保险人累计给付的门、急诊医疗保险金合共达到人民币 2000 元时，乙方对该被保险人的该项保险责任终止。

住院医疗保险责任

被保险人在保险期间内因意外伤害或疾病，而在二级及以上非盈利性医院、二级及以上社保定点医院进行住院治疗，乙方对被保险人因治疗发生的符合保单签发地政府基本医疗保险管理规定范围内的合理且必要的费用，按 0 元免赔 50% 的比例给付保险金，每次住院检查费、检验费给付额度合共 2000 元。床位费另行理算：乙方对于在原始床位费的基础上扣除社保报销的部分承担保险责任，但每日的给付最高额度以 80 元为限。

乙方对被保险人累计给付的住院医疗保险金合共达到人民币 18000 元时，乙方对该被保险人的该项保险责任终止。

F 方案：实习人员

保障责任	保额	保障简述
意外身故、残疾	30 万元	被保险人因意外导致的身故或残疾。
定期寿险	5 万元	被保险人因疾病身故
意外医疗	2 万元	被保险人因意外事故导致的门诊或住院合理医疗费用，乙方按每次事故 100 元免赔 100% 的比例进行赔付。
意外住院津贴	100 元/天	详见“保险责任说明”部分描述。
交通意外	60 万元	民航班机
	20 万元	轨道列车、轮船

	10 万元	公共交通工具的汽车
人均保费： 380 人/年		

意外身故责任

被保险人如果遭受意外伤害，且自意外伤害发生之日起 180 日内因该意外伤害导致身故，乙方给付身故保险金 30 万元。

意外残疾责任

被保险人遭受意外伤害，并且自意外伤害发生之日起 180 日内因该意外伤害导致身体伤残的，根据《人身保险伤残评定标准（行业标准）》，通过伤残鉴定确定该被保险人的伤残等级，本公司按《人身保险伤残评定标准（行业标准）》中所列给付比例乘以该被保险人的伤残保险金额给付伤残保险金。若治疗仍未结束，最终伤残等级不能确定的，按意外伤害发生之日起第 180 日的身体情况进行伤残鉴定，并据此给付伤残保险金。

定寿责任

被保险人因疾病身故，乙方给付保险金 5 万元。

意外医疗责任

被保险人在保险期间内因意外，在二级及以上非盈利性医院、二级及以上社保定点医院进行门诊或住院治疗，乙方对被保险人因治疗发生的符合保单签发地政府基本医疗保险管理规定范围内的合理且必要的费用，按每次 100 元免赔 100% 的比例给付保险金。

乙方对被保险人累计给付的医疗保险金合共达到人民币 20000 元时，乙方对该被保险人的该项保险责任终止。

意外住院津贴

若被保险人遭受意外伤害，并自该次意外伤害发生之日起 180 日内因该意

外伤害在卫生行政部门认定的二级以上医院住院治疗，本公司按其实际住院天数乘以投保时双方约定的日住院补贴金额给付意外伤害住院补贴保险金 100 元/天。

交通意外责任

1、被保险人持有效客票乘坐合法经营客运业务的民航班机，自通过安检至抵达目的地走出机舱门止遭受的意外伤害事故，保险公司承担保险责任。

2、被保险人持有效客票乘坐合法经营客运业务的轨道列车或轮船，在车厢或轮船内遭受的意外伤害事故，保险公司承担保险责任。

3、被保险人持有效客票乘坐合法经营客运业务的公共汽车，在车厢内遭受的意外伤害事故，保险公司承担保险责任。

G 方案：增值方案

保障责任	保额	保障简述
意外身故、残疾	100 万元	被保险人因意外导致的身故或残疾。
意外医疗	100 万元	被保险人因意外事故导致的门诊或住院合理医疗费用，乙方按每次事故 200 元免赔 100%的比例进行赔付。
意外住院津贴	100 元/天	详见“保险责任说明”部分描述。
人均保费： 788 人/年		

意外身故责任

被保险人如果遭受意外伤害，且自意外伤害发生之日起 180 日内因该意外伤害导致身故，乙方给付身故保险金 100 万元。

意外残疾责任

被保险人遭受意外伤害，并且自意外伤害发生之日起 180 日内因该意外伤害导致身体伤残的，根据《人身保险伤残评定标准（行业标准）》，通过伤残鉴定确定该被保险人的伤残等级，本公司按《人身保险伤残评定标准（行业标准）》中所列给付比例乘以该被保险人的伤残保险金额给付伤残保险金。若治疗仍未结束，最终伤残等级不能确定的，按意外伤害发生之日起第 180 日的身体情况进行伤残鉴定，并据此给付伤残保险金。

意外医疗责任

被保险人在保险期间内因意外，在二级及以上非盈利性医院、二级及以上社保定点医院进行门诊或住院治疗，乙方对被保险人因治疗发生的符合保单签发地政府基本医疗保险管理规定范围内的合理且必要的费用，按每次 200 元免赔 100%的比例给付保险金。

乙方对被保险人累计给付的医疗保险金合共达到人民币 1000000 元时，乙方对该被保险人的该项保险责任终止。

意外住院津贴

若被保险人遭受意外伤害，并自该次意外伤害发生之日起 180 日内因该意外伤害在卫生行政部门认定的二级以上医院住院治疗，本公司按其实际住院天数乘以投保时双方约定的日住院补贴金额给付意外伤害住院补贴保险金。意外伤害住院补贴保险金 100 元/天，每次住院绝对免赔 2 天，一年最高以 180 天为限。

广州市律师协会综合医疗特别约定

广州市律师协会综合医疗特别约定

一、对于连续投保（指 2016 年度起连续有参与投保本项目）的被保险人一般性的既往症及其并发症引起的医疗责任属于保险责任，但对于参保前发生的如下严重既往症及其并发症为除外责任。严重既往症是指以下疾患：恶性肿瘤、心脏病（心功能不全 II 级或 II 级以上）、心肌梗塞、白血病、高血压病（II 级或 II 级以上）、肝硬化、慢性阻塞性肺病、脑血管疾病、慢性肾脏疾病、糖尿病、再生障碍性贫血、癫痫病、多发性硬化症、急性脊髓灰质炎、阿尔兹海默氏症、帕金森氏症、良性脑肿瘤、外科手术植入物取出、替换手术；

二、对于非连续性投保或首次投保被保险人，乙方不承担因既往症及其并发症引起的医疗责任；

三、被保险人在投保前已被确诊为重大疾病，或进行过相关医疗的，乙方不承担该被保险人的重大疾病责任；对首次投保或非连续投保的被保险人在等待期内发生重大疾病责任不给予赔付；

四、牙科疾病门诊医疗保险责任：乙方承担被保险人因牙科疾病发生的医疗保险管理部门（含公费和劳保）规定的予以报销范围的门诊、急诊医药费用，牙科疾病的范围限于龋齿、牙髓病、牙隐裂所引起的补牙、治牙神经、拔牙、阻生齿治疗，以及牙周组织引起的疾病，如牙周炎、牙龈炎、根周炎等均在乙方的保险范围内；对于洗牙、种植牙、牙移植、义齿、镶牙、牙体缺损修复、烤瓷牙、洁牙等发生的医疗费用，以及口腔修复、口腔正畸、口腔保健及口腔美容所发生的费用则为免除责任范围；

五、属于乙方保险责任的治疗，一般门诊带药量 7 天、慢性病 14 天、急性病 3 天、住院医疗出院带药量 14 天；

六、女性疾病保险责任：原发性癌症、乳腺癌、女性原位癌保险金、特定手术医疗保险金。女性疾病累计最高给付 9000 元。

七、对于连续投保的被保险人在观察期内发生的疾病身故或全残属于保险责任；对于非连续性投保或首次投保被保险人，乙方不承担在观察期内发生的疾病身故及全残责任；对于新保人员，疾病身故观察期为 30 天。

八、在没有同类国产医疗材料可以替代的情况下，若被保险人在门诊或住院治疗时，需要使用进口医疗材料，应事先征得乙方书面同意。经同意后的进口材料费乙方按 50% 的比例赔偿；

九、团体定期寿险保障责任仅承担被保险人因疾病导致的身故责任，保险人按该被保险人的基本保险金额给付身故保险金，本合同对该被保险人的保险责任终止。

十、公共保额仅限律协会员使用。A、B 方案因意外及疾病导致的门诊和住院医疗费用保单年度人均基本限额为 2 万元，当个人保单年度内因意外及疾病导致的门诊和住院医疗费用累计达到 2 万元时，门诊和住院保障责任终止。个人保单年度门诊和住院医疗费用超出限额部分，如需申请理赔，须经投保人同意向保险人以书面形式申请使用公共保险金，申请批准同意后单个被保险人使用公共保险金的门诊和住院医疗费用年度内额度为 10 万元，投保人名下的公共保险金额累计给付以 50 万元为限。

十一、等待期：被保险人自保险公司对其开始承担保险责任之日起 30 日内或之前，已经出现与确诊重大疾病相关的症状，保险公司不承担给付重大疾病保险金的责任。疾病医疗等待期为合同生效后 30 日，连续投保或续保人员免除等待期。

十二、理赔时效：对于索赔资料齐全的，且无需查勘的案件，人保财险公司最迟将在收到索赔资料后的 8 个工作日内做出核定结果；如案情重大或需查勘，在三十日内做出核定结果。

十三、如乙方出具的保险单所载条款与本服务承诺有不相同处，以本服务承诺为准。

十四、自费药不属于赔付范围。

广州市律师协会综合医疗适用条款

中国人民财产保险股份有限公司

团体意外伤害保险条款

人保财险（备-意外）[2013]主 52 号

1 总则

1.1 合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证、批单组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

1.2 被保险人

年龄在 10 周岁（释义见 8.1）至 65 周岁、身体健康、能正常工作或正常生活的投保团体中的成员或其家庭成员可作为本保险合同的被保险人。

经保险人同意，并在保险合同中约定，被保险人身体健康的配偶（65 周岁以下）、子女（指未满 18 周岁的子女，在全日制学校就读可放宽至 23 周岁）和父母（65 周岁以下）可作为本保险合同的被保险人，但需该部分人员书面同意。

1.2.1 被保资格的获得

经保险人审核同意并出具保险单或批单，以上人员即可获得被保资格，成为被保险人。获得被保资格的日期为保险单所载的保险期间起始日或批单所载生效日，以两者间较晚的时间为准。

1.2.2 被保资格的丧失或终止

在保险期间内，发生下列情况的，被保险人将自动丧失或终止被保资格，保险人对该被保险人所承担的保险责任随即终止：

（1）若某一被保险人因非保险事故身故的，则自其身故之日起该被保险人的被保资格丧失，未发生保险金给付的，保险人将退还该被保险人项下的现金价值（释义见 8.2）；

（2）被保险人不再是投保团体中的成员，该被保险人（及其投保的配偶、子女或父母）被保资格将于其不再是该投保团体中的成员之日 24 时丧失，保险人将退还该被保险人（及其投保的配偶、子女或父母）项下的现金价值。

2 保障内容

2.1 保险责任

在保险期间内被保险人遭受意外伤害（释义见 8.3），并因该意外伤害导致身故、残疾的，保险人依照下列约定给付保险金，且给付各项保险金之和不超过该被保险人的保险金额。

2.1.1 身故保险责任

在保险期间内被保险人遭受意外伤害，并自意外伤害发生之日起 180 日内因该意外伤害身故的，保险人按保险金额给付身故保险金，对该被保险人的保险责任终止。

被保险人因遭受意外伤害且自该意外伤害发生日起下落不明，后经人民法院宣告死亡的，保险人按保险金额给付身故保险金。但若被保险人被宣告死亡后生还的，保险金受领人应于知道或应当知道被保险人生还后 30 日内退还保险人给付的身故保险金。

被保险人身故前保险人已给付 2.1.2 约定的残疾保险金的，身故保险金应扣除已给付的保险金。

2.1.2 残疾保险责任

在保险期间内被保险人遭受意外伤害，并自该意外伤害发生之日起 180 日内因该意外伤害造成本保险合同所附《人身保险伤残评定标准》（释义见 8.4）（简称《评定标准》）所列伤残程度之一的，保险人按《评定标准》所对应伤残等级的给付比例乘以保险金额给付残疾保险金。如第 180 日治疗仍未结束的，按当日的身体情况进行伤残评定，并据此给付残疾保险金。

（1）被保险人因同一意外伤害造成两处或两处以上伤残时，保险人根据《评定标准》规定的多处伤残评定原则给付残疾保险金。

（2）被保险人如在本次意外伤害之前已有残疾，保险人按合并后的残疾程度在《评定标准》中所对应伤残等级的给付比例扣除原有残疾程度在《评定标准》中所对应伤残等级的给付比例，给付残疾保险金。

2.2 责任免除

2.2.1 原因除外

被保险人因下列原因而导致身故或残疾的，保险人不承担给付保险金责任：

- （1）投保人的故意行为；
- （2）故意自伤或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （3）因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
- （4）妊娠、流产、分娩、药物过敏；
- （5）接受包括美容、整容、整形手术在内的任何医疗行为而造成的意外；
- （6）未遵医嘱服用、涂用、注射药物；
- （7）受酒精、毒品、管制药物的影响；
- （8）疾病，包括但不限于高原反应、中暑、猝死（释义见 8.5）；
- （9）非因意外伤害导致的细菌或病毒感染；
- （10）任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
- （11）恐怖袭击。

2.2.2 期间除外

被保险人在下列期间遭受意外伤害导致身故或残疾的，保险人不承担给付保险金责任：

- （1）战争、军事行动、武装叛乱或暴乱期间；
- （2）从事违法、犯罪活动期间或被依法拘留、服刑、在逃期间；
- （3）存在精神和行为障碍（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）期间；
- （4）酒后驾驶（释义见 8.6）、无有效驾驶证（释义见 8.7）驾驶或驾驶无有效行驶证（释义见 8.8）的机动车期间；
- （5）从事高风险运动（释义见 8.9）期间，但被保险人作为专业运动员从事其专业运动除外；
- （6）驾驶或搭乘非商业航班期间；
- （7）患有艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV）（释义见 8.10）期间。

2.3 保险金额

每一被保险人的保险金额是保险人承担给付该被保险人保险金责任的最高限额。

保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

若本保险合同设有每次意外伤害限额（释义见 8.11）的，保险人对所有被保险人于任一次意外伤害中实际给付的保险金的总额不超过保险单所载的每次意外伤害限额。

每一被保险人的保险金额和每次意外伤害限额一经确定，在保险期间内不得变更。

2.4 保险期间

除另有约定外，保险期间为 1 年，以保险单载明的起讫时间为准。

3 投保人、被保险人义务

3.1 交费义务

投保人应在保险合同成立时交清保险费。

3.2 如实告知义务

投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

3.3 职业或者工种变更通知义务

被保险人变更职业或工种时，投保人或被保险人应在 10 日内以书面形式通知保险人。

被保险人所变更的职业或工种，依照保险人职业分类其危险性减低的，保险人自接到通知后，自职业变更之日起，退还变更前后职业或工种对应的保险费差额；其危险性增加的，保险人在接到通知后，自职业变更之日起，增收变更前后职业或工种对应的保险费差额。

被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人有权终止该被保险人的被保资格。被保资格自保险人接到通知之日的次日零时起终止，保险人退还该被保险人项下的现金价值。

被保险人变更职业或工种且未依照本保险合同约定通知保险人而发生保险事故的，若依照保险人职业分类不在拒保范围内但其危险性增加的，保险人按其原保险费与新职业或工种所对应的保险费的比例计算并给付保险金；若被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人不承担给付保险金的责任，保险人退还现金价值。

3.4 住址或通讯地址变更通知义务

投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。

3.5 被保险人变动通知义务

在保险期间内，投保人因其人员变动，需增加、减少被保险人时，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

被保险人人数增加时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时开始承担保险责任，并按约定增收相应的保险费。

被保险人人数减少时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时起，对减少的被保险人终止保险责任，并按约定退还相应的保险费。减少后的被保险人人数不足其在职人员 75%或人数低于 5 人时，保险人有权解除本保险合同，并按约定退还现金价值。

3.6 其他内容变更通知义务

在保险期间内，投保人需变更合同其他内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

3.7 保险事故通知义务

发生保险责任范围内的事故后，投保人、被保险人或受益人应及时通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。

4 保险金申请与给付

4.1 保险金申请

保险金申请人（释义见 8.12）向保险人申请给付保险金时，应填写保险金给付申请书，并提交以下材料。保险人按照本保险合同的约定，认为有关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。

4.1.1 身故保险金申请

（1）保险金给付申请书

（2）保险单原件；

（3）保险金申请人的身份证明；

（4）公安机关或司法部门、二级及二级以上医院或保险人认可的医疗机构出具的被保险人死亡证明或验尸报告。若被保险人为宣告死亡，保险金申请人应提供法院出具的宣告死亡证明文件；

（5）被保险人的户籍注销证明；

（6）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。

4.1.2 残疾保险金申请

- (1) 保险金给付申请书
- (2) 保险单原件；
- (3) 被保险人身份证明；
- (4) 司法部门、二级及二级以上医院或保险人认可的医疗机构、保险人认可的其他鉴定机构出具的残疾鉴定诊断书；
- (5) 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。

4.2 保险金的给付

保险人在收到保险金申请人提交的本保险条款所列的材料后，应及时就是否属于保险责任做出核定，并将核定结果通知被保险人或受益人。

5 保险合同解除

投保人解除合同的，保险人应当自收到解除合同通知之日起三十日内，按照合同约定退还保险单的现金价值。

6 争议处理和法律适用

6.1 争议处理

合同争议解决方式由当事人在合同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，提交保险单载明的仲裁委员会仲裁；
- (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，依法向人民法院起诉。

6.2 法律适用

与本保险合同有关的以及履行本保险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）。

7 合法性保证

本保险合同约定与《中华人民共和国保险法》等法律规定相悖之处，以法律规定为准。本保险合同未尽事宜，以法律规定为准。

8 释义

8.1 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。

8.2 现金价值

除另有约定外，现金价值=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]×75%。经过天数不足一天的按一天计算。

8.3 意外伤害

指以外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。

8.4 《人身保险伤残评定标准》

指中国保险行业协会发布的人身保险伤残程度评定与保险金给付比例标准，详见《关于印发〈人身保险伤残评定标准〉的通知》（中保协发【2013】88号）。

8.5 猝死

外表看似健康的人由于潜在的疾病或者功能障碍所引起的突然的出乎意料的死亡。

8.6 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后驾驶。

8.7 无有效驾驶证

被保险人存在下列情形之一

- (1) 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
- (2) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- (3) 实习期内驾驶执行任务的警车、消防车、救护车、工程救险车；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、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；

(4) 持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；

(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) 依照法律法规或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车。

8.8 无有效行驶证

发生保险事故时被保险人驾驶的机动车无公安机关交通管理部门、农机部门等政府管理部门核发的行驶证或号牌，或行驶证不在有效期内，或该机动车未按规定检验或检验不合格。

8.9 高风险运动

指潜水、跳伞、热气球运动、滑翔机、滑翔翼、滑翔伞、动力伞、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车及保险单载明的其他运动。

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运动，但穿着救生衣在水面进行的浮潜活动除外。

热气球运动：指乘热气球升空飞行的体育活动。

攀岩活动：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

探险活动：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，而故意使自己置身其中的行为。如江河漂流、非固定路线徒步、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、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。

特技：指从事马术、杂技、驯兽等特殊技能。

8.10 艾滋病（AIDS）或艾滋病病毒（HIV）

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。

8.11 每次意外伤害限额

是指对本保险合同项下发生的任何一次意外伤害而造成被保险人身故，保险人所承担的最高给付限额。若在任何一次的意外伤害中，“每次意外伤害限额”小于在无“每次意外伤害限额”情况下应给付的各被保险人的保险金总额，则保险人根据以下公式计算实际给付每一被保险人的保险金：

实际给付每一被保险人的保险金 = （每次意外伤害限额 ÷ 在无“每次意外伤害限额”情况下应给付的各被保险人的保险金总额） × 在无“每次意外伤害限额”情况下应给付的该被保险人的保险金。

8.12 保险金申请人

身故保险金申请人是指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人；其他保险金申请人是指被保险人。

中国人民财产保险股份有限公司

附加疾病身故保险条款(2009 版)

人保财险（备-健康）[2015]附 55 号

1 投保附加险的条件

本条款系本保险单约定的主险条款的一般附加险条款。

2 附加险内容

2.1 保险责任

被保险人自保险期间开始之日起经过保险合同约定的等待期后（如主险合同为团体保险，则被保险人自获得被保资格之日起经过该等待期后）罹患疾病（续保者不受该等待期的限制），并在保险期间内因该疾病身故，保险人按本附加险合同项下的保险金额给付疾病身故保险金，对该被保险人的保险责任终止。

2.2 责任免除

被保险人因下列情形而致身故的，保险人不承担给付保险金的责任：

- （1）投保人的故意行为；
- （2）故意自伤或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （3）未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
- （4）受酒精、毒品、管制药物的影响；
- （5）任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
- （6）既往病症（释义见 4.1）及其并发症；
- （7）先天性疾病和先天性畸形；
- （8）保险期间开始后在本附加险合同约定的等待期内的疾病（如主险合同为团体保险，被保险人在获得被保资格之前的疾病），续保者除外；
- （9）战争、军事行动、武装叛乱或暴乱；
- （10）被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- （11）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）；
- （12）感染艾滋病病毒（HIV 呈阳性）或患艾滋病（AIDS）（释义见 4.2）。

3 保险金的申请与给付

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应填写保险金给付申请书，并提交以下材料。保险人按照本保险合同的约定，认为有关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。

- （1）保险单原件；
- （2）保险金申请人的户籍证明或者身份证明；
- （3）二级以上（含二级）医院或保险人认可的医疗机构出具的诊断证明、病历；
- （4）公安部门或医疗机构出具的被保险人死亡证明书或验尸报告；

(5) 被保险人户籍注销证明；

(6) 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。

4 释义

4.1 既往病症

是指被保险人在保险期间开始之日前或自保险期间开始之日起在保险合同约定的等待期内（如主险为团体保险，则在被保险人获得被保资格之日前，或自被保险人获得被保资格之日起在保险合同约定的等待期内）已患有的疾病，或存在任何症状、体征而引致一正常而审慎的人寻求诊断、医疗护理或医药治疗，或曾经医生推荐接受医药治疗或医疗意见。

4.2 艾滋病（AIDS）或艾滋病病毒（HIV）

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。

5 主险与附加险关系

凡涉及本附加险合同的约定，均应采用书面形式。主险合同与本附加险合同相抵触之处，以本附加险合同为准；本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。

中国人民财产保险股份有限公司

团体女性特定疾病保险条款（2009 版）

（人保财险）（备-疾病保险）[2017]（主）009 号

1 总则

1.1 合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证、批单组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

1.2 被保险人

1.2 被保险人

年龄在 16 周岁至 65 周岁（释义见 6.1）、身体健康、能正常工作或正常劳动的女性，可作为本保险合同的被保险人。

1.2.1 被保资格的获得

经保险人审核同意并出具保险单或批单，以上人员即可获得被保资格，成为被保险人。获得被保资格的日期为保险单所载的保险期间起始日或批单所载生效日，以两者间较晚的时间为准。

1.2.2 被保资格的丧失或终止

在保险期间内，发生下列情况的，被保险人将自动丧失或终止被保资格，保险人（释义见 6.2）对该被保险人所承担的保险责任随即终止：

（1）若某一被保险人身故的，则自其身故之日起该被保险人的被保资格丧失，未发生保险金给付的，保险人将退还该被保险人项下的现金价值（释义见 6.10）；

（2）被保险人不再是投保团体中的成员，该被保险人被保资格将于其不再是该投保团体中的成员之日 24 时丧失，保险人将退还该被保险人项下的现金价值。

1.3 投保人

应为对被保险人有保险利益的机关、企业、事业单位和社会团体，投保人数必须占该团体女性人数的 75% 以上，且投保的人数不低于 5 人。

1.4 受益人

本保险合同保险金的受益人为被保险人本人。

2 保障内容

2.1 保险责任

在保险期间内，保险人按照下列约定给付保险金：

（1）被保险人自获得被保资格之日起 60 天后（续保者不受 60 天规定的限制），首次发病（释义见 6.3）并被专科医生（释义见 6.4）确诊为以下六种原发性癌症（不包括原位癌）（释义见 6.5）中的一种或者多种：卵巢癌、子宫内膜癌、宫颈癌、输卵管癌、外阴/阴道癌和子宫肉瘤，保险人按保险金额给付保险金，对该被保险人的保险责任终止。若该被保险人曾领有本条第（3）项约定的保险金，则此项保险金为扣除已给付保险金后的余额。

（2）被保险人自获得被保资格之日起 60 天后（续保者不受 60 天规定的限制），首次发病并被专科医生确诊为原发性乳腺癌（不包括原位癌），保险人按保险金额的二倍给付保险金，对该被保险人的保险责任终止。若该被保险人曾领有本条第（3）项约定的保险金，则此项保险金为扣除已给付保险金后的余额。

但若被保险人自获得被保资格之日起 60 天后（续保者不受 60 天规定的限

制)，首次发病并被专科医生确诊同时患有原发性乳腺癌（不包括原位癌）和本条第（1）项约定的六种原发性癌症中的一种或者多种，保险人仅按保险金额的二倍给付保险金，对该被保险人的保险责任终止。

（3）被保险人自获得被保资格之日起 60 天后（续保者不受 60 天规定的限制），首次发病并被专科医生确诊为乳腺原位癌、宫颈原位癌、子宫内膜原位癌、外阴/阴道原位癌、卵巢原位癌和输卵管原位癌中的任何一种或多种，保险人按保险金额的 20% 给付保险金，对该被保险人的该项保险责任终止。

2.2 责任免除

2.2.1 原因除外

因下列原因造成被保险人罹患本保险合同约定的疾病，保险人不承担给付保险金责任：

- （1）投保人、被保险人的任何故意行为；
- （2）被保险人未遵医嘱服用、涂用、注射药物；
- （3）被保险人受酒精、毒品、管制药物的影响；
- （4）任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
- （5）既往病症（释义见 6.6）及其并发症；
- （6）遗传性疾病（释义见 6.7），先天性畸形、变形或染色体异常（释义见 6.8）。

2.2.2 期间除外

被保险人在下列期间罹患本保险合同约定的疾病，保险人也不承担给付保险金责任：

- （1）战争、军事行动、武装叛乱或暴乱期间；
- （2）被保险人从事违法、犯罪活动期间或被依法拘留、服刑、在逃期间；
- （3）被保险人存在精神和行为障碍（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）期间。
- （4）被保险人患有艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV）（释义见 6.9）期间。

2.3 保险金额

每一被保险人的保险金额是保险人承担给付该被保险人保险金责任的最高限额。

保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

每一被保险人的保险金额一经确定，在保险期间内不得变更。

2.4 保险期间

除另有约定外，保险期间为 1 年，以保险单载明的起讫时间为准。

3 投保人、被保险人义务

3.1 交费义务

除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时交清保险费，保险费交清前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

3.2 年龄申报义务

投保人申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。

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合同约定的年龄限制的，保险人有权终止对该被保险人的保险责任，并向投保人退还该被保险人项下的现金价值。

3.3 如实告知义务

投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

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，保险人有权解除合同。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人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，

保险人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，但应当退还保险费。

3.4 住址或通讯地址变更通知义务

投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

3.5 被保险人变动通知义务

在保险期间内，投保人因其人员变动，需增加、减少被保险人时，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

被保险人人数增加时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时开始承担保险责任，并按约定增收未满期保险费（释义见 6.11）。

被保险人人数减少时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时起，对减少的被保险人终止保险责任，并按约定退还该被保险人项下的现金价值，但减少的被保险人本人或其保险金申请人（释义见 6.12）已领取过任何保险金的，保险人不退还该被保险人项下的现金价值。减少后的被保险人人数不足其在职人员 75%或人数低于 5 人时，保险人有权解除本保险合同，并按约定退还现金价值。

3.6 其他内容变更通知义务

在保险期间内，投保人需变更合同其他内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

若被保险人身故，则保险人不接受本保险合同中有关该被保险人的任何内容的变更申请。

3.7 保险事故通知义务

发生保险责任范围内的事故后，投保人、被保险人或受益人应及时通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况；**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除外。**

上述约定，不包括因不可抗力（释义见 6.13）而导致的迟延。

4 保险金申请与给付

4.1 保险金申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应填写保险金给付申请书，并提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。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。保险人按照本保险合同的约定，认为有关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。**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。**

（1）保险金给付申请书；

（2）保险单原件；

（3）保险金申请人的身份证明；

（4）专科医生出具的附有病历、必需的病理检验、血液检验及其他科学诊断报告的诊断书或手术证明；

（5）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。

4.2 诉讼时效期间

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 2 年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

4.3 保险金的给付

保险人在收到保险金申请人提交的本保险条款 4.1 所列的材料后，应及时就是否属于保险责任做出核定，情形复杂的，保险人在收到保险金申请人的上

述请求后 30 日内未能核定保险责任的，保险人与保险金申请人根据实际情形商议合理期间，保险人在商定的期间内作出核定结果并通知保险金申请人。

保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人，对属于保险责任的，保险人应在与保险金申请人达成有关给付保险金数额的协议后 10 日内，履行给付保险金义务；对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起 3 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。

保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起 60 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保险金的数额后，应当支付相应的差额。

5 合同的解除和争议处理

5.1 合同的解除

在本保险合同成立后，投保人 can 书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本保险合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本保险合同时，应填写保险合同解除申请书，并提供下列证明文件和资料：

- (1) 保险合同解除申请书；
- (2) 保险单原件；
- (3) 保险费交付凭证；
- (4) 投保人身份证明。

投保人要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还保险单的现金价值。

保险人依据 3.3 所取得的保险合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起超过 30 日不行使而消灭。

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

5.2 合同的争议处理

因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

与本保险合同有关的以及履行本保险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）。

6 释义

6.1 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。

6.2 保险人

指与投保人签订本保险合同的中国人民财产保险股份有限公司各分支机构。

6.3 发病及首次发病

发病，是指出现病症的前兆或异常的身体状况，或已经显现足以促使一般普通谨慎人士引起注意并寻求诊断、治疗或护理的病症。

首次发病，是指被保险人第一次发生并首次被确诊患上本保险合同约定的疾病，并且该疾病在该被保险人获得被保资格前并未发病或有任何症状。

6.4 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。

6.5 癌症、原位癌及原发性癌症

癌症，是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。原位癌并不包括在内。

原位癌，是指原位无浸润的癌症，即恶性肿瘤细胞未穿透基底膜者。

原发性癌症，是指原来正常组织和器官的正常细胞，在各种内外致癌因素作用下而发生的癌变。并不包括癌细胞从身体其他部位通过血液、淋巴管等转移而来的情况。

6.6 既往病症

是指被保险人在获得被保资格前或获得被保资格后 60 天内已患有的疾病，或存在任何症状、体征而引致一正常而审慎的人寻求诊断、医疗护理或医药治疗，或曾经医生推荐接受医药治疗或医疗意见。

6.7 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。

6.8 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。

6.9 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。

6.10 现金价值

除另有约定外，现金价值=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]×75%。经过天数不足一天的按一天计算。

6.11 未到期保险费

未到期保险费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]。经过天数不足一天的按一天计算。

6.12 保险金申请人

身故保险金申请人是指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人；残疾或烧伤保险金申请人是指被保险人本人。

6.13 不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

（本页内容结束）

中国人民财产保险股份有限公司

附加重大疾病保险条款（2009 版）

人保财险（备-健康）[2015]附 64 号

1 总则

1.1 合同构成

本附加险合同是主险合同的附加险合同。

本附加险合同与主险合同相抵触之处，以本附加险合同为准。本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。

凡涉及本附加险合同的约定，均应采用书面形式。

2 保障内容

2.1 保险责任

在保险期间内，被保险人遭遇意外伤害（释义见 4.1）并因该意外伤害造成本附加险合同约定的重大疾病（释义见 4.2）首次发病（释义见 4.3）；或者自保险期间开始之日起 90 日后（如主险合同为团体保险，则自被保险人获得被保资格之日起 90 日后）（续保者不受 90 日规定的限制），首次发病并被专科医生（释义见 4.4）确诊为本附加险合同所约定的重大疾病，保险人依照本附加险合同项下该被保险人的保险金额给付重大疾病保险金，对该被保险人的保险责任终止。

2.2 责任免除

由下列情形导致被保险人发生疾病、达到疾病状态或进行手术的，保险人不承担给付保险金责任：

- （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、故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- （3）被保险人服用、吸食或注射毒品；
- （4）被保险人酒后驾车、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（释义见 4.5）；
- （6）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- （7）核爆炸、核辐射或核污染；
- （8）遗传性疾病（释义见 4.6），先天性畸形、变形或染色体异常（释义见 4.7）。

3 保险金申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应填写保险金给付申请书，并提交以下材料。保险人按照本保险合同的约定，认为有关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。

- （1）保险金给付申请书；
- （2）保险单原件；
- （3）保险金申请人的身份证明；
- （4）专科医生出具的附有病历、必需的病理检验、血液检验及其他科学诊断报告的诊断书或手术证明；
- （5）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。

4 释义

4.1 意外伤害

指以外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。

4.2 重大疾病

是指符合下列定义的疾病或被保险人首次接受符合下列定义的手术：

(1) 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）；
- ⑤TNM 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。

(2) 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 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%。

(3) 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 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（注 I）；
- ②语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失（注 II）；
- 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（注 III）中的三项或三项以上。

(4) 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。

(5) 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。

(6) 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。

(7) 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。

(8) 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;
- ③B 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。

(9) 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。

(10) 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。

(11) 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(注 I);
- ②语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失(注 II);
- 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(注 III)中的三项或三项以上。

(12) 深度昏迷

指因疾病或意外伤害导致的意识丧失,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。

(13) 双耳失聪

指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆(注 IV)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。

(14) 双目失明

指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆(注 IV)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。

(15) 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,或不能随意识活动。

(16) 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。

(17) 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（注Ⅲ）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。

（18）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（注Ⅰ）；

② 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失（注Ⅱ）；

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（注Ⅲ）中的三项或三项以上。

（19）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（注Ⅲ）中的三项或三项以上。

继发性帕金森综合症不在保障范围内。

（20）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。

（21）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（注Ⅳ）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。

（22）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（注Ⅲ）中的三项或三项以上的条件。

（23）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。

（24）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：

I 中性粒细胞绝对值 $\leq 0.5 \times 10^9/L$ ；

II 网织红细胞 $< 1\%$ ；

III 血小板绝对值 $\leq 20 \times 10^9/L$ 。

（25）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。

注：

I 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。

II 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。

III 六项基本日常生活活动

六项基本日常生活活动是指：

III 六项基本日常生活活动

六项基本日常生活活动是指：

- i 穿衣：自己能够穿衣及脱衣；
- ii 移动：自己从一个房间到另一个房间；
- iii 行动：自己上下床或上下轮椅；
- iv 如厕：自己控制进行大小便；
- v 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；
- vi 洗澡：自己进行淋浴或盆浴。

IV 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。

上述重大疾病的定义依照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》。

4.3 首次发病

发病，是指被保险人出现本附加险合同 2.1 条所约定的疾病或需接受本附加险合同 2.1 条所列手术的前兆、症状或异常的身体状况，或已经显现足以促使一般普通谨慎人士引起注意并寻求诊断、治疗或护理的病症。

首次发病，是指被保险人第一次发生并首次被确诊患上本附加险合同约定的重大疾病，并且该疾病在该被保险人获得被保资格前并未发病或有任何症状；或被保险人第一次接受本附加险合同约定的手术，并且在该被保险人获得被保资格前没有发生该手术所治疗的疾病或其症状。

4.4 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。

4.5 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。

4.6 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。

4.7 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。

（本页内容结束）

中国人民财产保险股份有限公司

附加特约重大疾病保险条款

人保财险（备-健康）[2013]附 10 号

1 投保附加险的条件

本条款是主险的附加险条款，只有在投保了主险的基础上，方可投保本附加险。

2 保障内容

2.1 保险责任

在保险期间内，被保险人遭遇意外伤害并因该意外伤害造成本附加险合同约定的**特约重大疾病**（释义见 3.1）首次发病；或者自保险期间开始之日起保险合同所约定的等待期后（如主险合同为团体保险，则自被保险人获得被保资格之日起保险合同所约定的等待期后；续保者不受等待期的限制），首次发病并被专科医生确诊为本附加险合同约定的特约重大疾病中的一种或多种，保险人依照保险合同约定该被保险人的重大疾病保险金额给付特约重大疾病保险金，对该被保险人的重大疾病保险责任以及特约重大疾病保险责任终止。

在保险期间内，保险人累计给付的重大疾病保险金、特约重大疾病保险金以及特定疾病保险金之和，以保险合同载明的重大疾病保险金额为限。若在保险期间内，被保险人已在本保险合同下获得了重大疾病保险金、特约重大疾病保险金或特定疾病保险金的，特约重大疾病保险金应扣除已给付的保险金。

3 释义

3.1 特约重大疾病

是指符合下列定义的疾病或被保险人首次接受符合下列定义的手术：

（1）肌营养不良症

指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、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。
- 3、无法独立完成六项基本日常生活活动（注 I）中的三项或三项以上。

（2）细菌性脑脊髓膜炎

指因脑膜炎双球菌感染引起脑脊髓膜化脓性病变，且导致永久性神经损害，持续三个月以上。其诊断需由有资格的神经科医生出具医疗诊断证明，并且脑脊液检查显示脑膜炎双球菌阳性。

永久性神经损害：是指由细菌性脑脊髓膜炎引起的耳聋、失明、动眼神经麻痹、瘫痪、脑积水、智力或性情中度以上的损害，且上述症状持续三个月以上仍无改善迹象。

(3) 多发性硬化

是指因中枢神经系统脱髓鞘而导致的不可逆的身体部位的功能障碍，需由神经科医生提供明确诊断，并有 CT 或核磁共振检查结果诊断报告。所谓不可逆的身体部位功能障碍指初次诊断为功能障碍后需持续一百八十天以上。其诊断必须包含以下全部内容：

- 1、由于视神经、脑干、脊髓损伤而导致的临床表现；
- 2、散在的身体损害的多发性；
- 3、上述症状反复发作、恶化、及神经损伤的病史记录。

(4) 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，并持续性地依赖外源性胰岛素维持一百八十天以上。须经血胰岛素测定、血 C 肽测定或尿 C 肽测定，结果异常，并由内分泌科医生确诊。并须在本合同有效期内，满足下述条件之一者：

- 1、植入心脏起搏器治疗心脏病；
- 2、因坏疽需切除足趾或肢体。

(5) 急性坏死性胰腺炎

指由专科医师确诊为急性坏死性胰腺炎，并进行坏死组织清除、病灶切除或胰腺部分切除的手术治疗。因酒精作用所引致的急性坏死性胰腺炎不在保障范围内。

(6) 经输血感染艾滋病病毒

因输血而被艾滋病病毒（HIV）感染或成为艾滋病患者（AIDS），需要满足下列所有条件：

- 1) 感染是由于必要的医疗性输血引起的，且医疗性输血是在保险单生效后或复效日后发生的。
- 2) 提供输血的医疗机构承认该项输血感染为医疗责任事故。
- 3) 被保险人不是血友病患者。

(7) 脑动脉瘤开颅手术

指确已进行开颅手术以夹闭、修复或切除脑动脉瘤。但不包括导管及血管内手术。

(8) 侵蚀性葡萄胎（或称恶性葡萄胎）

指异常增生的绒毛组织浸润性生长侵入子宫肌层或转移至其他器官或组织的葡萄胎，并已经进行化疗或手术治疗的。

注 I 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。

定义依照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》。

4 主险与附加险关系

凡涉及本附加险合同的约定，均采用书面形式。主险合同与本附加险合同相抵触之处，以本附加险合同为准；本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。

中国人民财产保险股份有限公司

团体住院补充医疗保险条款（B 款）

人保财险（备-健康）[2010]主63号

1. 总则

1.1 合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证、批单组成。凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。

1.2 被保险资格的获得

1.2.1 被保险人

凡已经参加县（市）级以上行政区的社会基本医疗保险（释义见 6.1）的人员。

1.2.2 被保险资格的获得

经保险人（释义见 6.2）审核同意并出具保险单或批单，以上人员即可获得被保险资格，成为被保险人。获得被保险资格的日期为保险单所载的保险期间起始日或批单所载生效日，以两者间较晚的时间为准。

1.3 投保人

机关、企业、事业单位及社会团体。参保人数占比不得少于投保人机关、企业、事业单位和社会团体全体员工人数的 75%。

1.4 受益人

本保险合同保险金的受益人为被保险人本人。

2. 保障内容

2.1 保险责任

本保险合同的保险责任分为五个部分，投保人可选择投保。在保险期间内，对于被保险人在其社会基本医疗保险定点医疗机构（释义 6.3）就医所支出的、符合当地社会基本医疗保险统筹基金规定范围（释义 6.4）的合理医疗费用，保险人依照下列约定给付保险金：

（1） 小额住院医疗保障

对于基本医疗保险统筹基金起付线以下的医疗费用，保险人在扣除免赔额后，按约定的比例给付保险金。免赔额和给付比例由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险单上载明。对于每一被保险人，每一保险年度保险人仅在首次给付保险金时扣除免赔额。

（2） 基本住院补充医疗保障

保险人对基本医疗保险统筹基金起付线以上至统筹基金封顶线（释义 6.5）之间的需要被保险人个人负担的医疗费用，按约定的比例给付保险金。给付比例由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险单上载明。

（3） 大额住院补充医疗保障

保险人对统筹基金封顶线以上至大额医疗互助基金封顶线之间的需要被保险人个人负担的医疗费用，按约定的比例给付保险金。给付比例由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险单上载明。

（4） 大额住院医疗保障

如当地社会医疗保险管理机构尚未建立大额医疗互助制度，保险人对统筹基金最高支付限额以上至约定限额之间的医疗费用，按约定的比例给付保险

金。给付比例由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险单上载明。

(5) 超大额住院医疗保障

保险人对大额医疗互助基金最高支付限额以上至约定限额之间的医疗费用，按约定的比例给付保险金。给付比例由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险单上载明。

2.2 补偿原则

本保险合同适用补偿原则。被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的医疗费用金额为限。被保险人已经从社会基本医疗保险或任何第三方（包括任何商业医疗保险）获得相关医疗费用补偿的，保险人仅对扣除已获得补偿后的剩余医疗费用，按照本合同约定承担给付保险金责任。

2.3 责任免除

2.3.1 对于不符合当地社会基本医疗保险部门规定的统筹基金支付范围的医疗费用，保险人不承担给付保险金责任。

2.3.2 因下列情形造成被保险人支出医疗费用的，保险人不承担给付保险金责任：

- (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、故意犯罪或拒捕；
- (3) 被保险人服用、吸食或注射毒品；
- (4) 被保险人酒后驾车、无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无有效行驶证的机动车；
- (5) 被保险人投保前已有疾病和残疾的治疗和康复；
- (6) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（释义见 6.6）；
- (7) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (8) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (9) 遗传性疾病（释义见 6.7），先天性畸形、变形或染色体异常（释义见 6.8）；
- (10) 大规模的突发的流行性疾病（释义见 6.9）的爆发；
- (11) 按照《工伤保险条例》规定认定为工伤或者视同工伤的；
- (12) 未经保险人或社会基本医疗保险管理机构同意的转院治疗；
- (13) 被保险人在香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区和中国境外治疗；
- (14) 被保险人首次参加本保险或者非及时续保，自本合同生效之日起 30 日内罹患疾病直至痊愈所支出的医疗费用。

2.3.3 对于本保险合同载明的免赔额，保险人不承担给付保险金的责任。

2.4 保险金额

每一被保险人的保险金额是保险人承担给付该被保险人保险金责任的最高限额。

保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

2.5 保险期间

除另有约定外，保险期间为 1 年，以保险单载明的起讫时间为准。

3. 投保人、被保险人义务

3.1 交费义务

除另有规定外，交费方式为年交时，投保人应在订立合同时一次交清保险费。保险费交清前发生的保险事故，保险人不承担保险金给付责任。

3.2 如实告知义务

投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

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，保险人有权解除合同。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人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，保险人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，但应当退还保险费。

3.3 住址或通讯地址变更通知义务

投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

3.4 被保险人变动通知义务

在保险期间内，投保人因其人员变动，需增加、减少被保险人时，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

被保险人人数增加时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时开始承担保险责任，并按约定增收保险费。

被保险人人数减少时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时起，对减少的被保险人终止保险责任，并按约定退还该被保险人项下的现金价值（释义见 6.10），但减少的被保险人本人或其保险金申请人（释义见 6.11）已领取过任何保险金的，保险人不退还该被保险人项下的现金价值。减少后的被保险人人数不足其在职人员 75%或人数低于 5 人时，保险人有权解除本保险合同，并按约定退还现金价值。

3.5 其他内容变更通知义务

在保险期间内，投保人需变更合同其他内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

若被保险人身故，则保险人不接受本保险合同中有关该被保险人的任何内容的变更申请。

3.6 保险事故通知义务

发生保险责任范围内的事故后，投保人、被保险人或受益人应及时通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况；**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除外。上述约定，不包括因不可抗力（释义见 6.12）而导致的迟延。

4. 保险金申请与给付

4.1 保险金申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应填写保险金给付申请书，并提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。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。保险人按照本保险合同的约定，认为有关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。**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。**

（1）保险金给付通知书；

（2）保险单；

（3）被保险人户籍证明或者身份证明；

（4）保险人认可的医疗机构出具的诊断书、病历及医疗费用原始收据；

（5）社会基本医疗保险统筹基金管理部门报销凭据；

（6）保险金申请人所能提供的其他与本项申请相关的材料。

4.2 诉讼时效期间

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 2 年，自其知道

或者应当知道保险事故发生之日起计算。

4.3 保险金的给付

保险人在收到保险金申请人提交的本保险条款 4.1 所列的材料后，应及时就是否属于保险责任做出核定，情形复杂的，保险人在收到保险金申请人的上述请求后 30 日内未能核定保险责任的，保险人与保险金申请人根据实际情形商议合理期间，保险人在商定的期间内做出核定结果并通知保险金申请人。

保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人，对属于保险责任的，保险人应在与保险金申请人达成有关给付保险金数额的协议后 10 日内，履行给付保险金义务；对不属于保险责任的，应当自做出核定之日起 3 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。

保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起 60 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以支付；保险人最终确定给付保险金的数额后，应当支付相应的差额。

5. 合同的解除和争议处理

5.1 合同的解除

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。投保人解除本合同时，应提供下列证明文件和资料：

- (1) 解除合同通知书；
- (2) 保险单；
- (3) 保险费交付凭证；
- (4) 投保人身份证明。

投保人要求解除本合同的，自保险人接到解除合同通知书之时起，本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还保险单的现金价值。

保险人依据 3.2 所取得的保险合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起超过 30 日不行使而消灭。

5.2 合同的争议处理

因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

与本保险合同有关的以及履行本保险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）。

6. 释义

6.1 社会基本医疗保险

指城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗保险。

6.2 保险人

指与投保人签订本保险合同的中国人民财产保险股份有限公司各分支机构。

6.3 定点医疗机构

指通过劳动保障行政部门资格确认，医疗保险经办机构确定并与之签订协议，为社会基本医疗保险参保人提供医疗服务并承担相应责任的医疗机构。

6.4 统筹基金支付范围

指社会基本医疗保险规定的“三个目录”及政府相关政策文件的支付范围。“三个目录”即《基本医疗保险药品目录》、《基本医疗保险诊疗项目目录》和《基本医疗保险医疗服务设施范围和支付标准的暂行办法》。

6.5 统筹基金封顶线

统筹基金封顶线=统筹基金起付线金额+统筹基金最高支付限额+统筹基金段个人自付金额

其中统筹基金最高支付限额是指一个社保年度内，参保人员能够从社会基本医疗保险统筹基金中所获得的赔付最高金额，可以理解为社会基本医疗保险的保险金额。

6.6 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。

6.7 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。

6.8 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。

6.9 突发的流行性疾病

不可预计的、难以预防的由各种病原体引起的能在人与人、动物与动物或人与动物之间相互传播的一类疾病。

6.10 现金价值

除另有约定外，现金价值=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]×80%。经过天数不足一天的按一天计算。

6.11 保险金申请人

指被保险人本人，或经被保险人授权的机关、企业、事业单位、社会团体。

6.12 不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

中国人民财产保险股份有限公司

附加门、急诊医疗保险条款

1 总则

1.1 合同构成

本附加险合同是主险合同的附加险合同。本附加险合同与主险合同相抵触之处，以本附加险合同为准。本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。

凡涉及本附加险合同的约定，均应采用书面形式。

1.2 受益人

本附加险合同保险金的受益人为被保险人本人。

2 保障内容

2.1 保险责任

在保险期间内，被保险人因意外伤害或自本附加险合同约定的等待期后（如主险合同为团体保险，则等待期自被保险人获得被保资格之日起计算）罹患疾病（续保者不受等待期限制），并在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）二级或二级以上医院或保险人认可的医疗机构（释义见 4.1）进行门、急诊治疗，对于该被保险人在医疗机构就诊期间发生的医疗费用，保险人依照下列约定给付保险金：

（1）对于被保险人每次意外伤害或疾病所支出的必要且合理的医疗费用，且该医疗费用是在本附加险合同签发地政府颁布的基本医疗保险报销范围以内的，保险人在扣除社会基本医疗保险或任何第三方（包括任何商业医疗保险）已经补偿或给付部分以及本附加险合同约定的免赔额后，对其余额按本附加险合同约定的给付比例给付门、急诊医疗保险金。免赔额、赔付比例和每日最高给付限额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。每日给付的门、急诊保险金次数以一次门、急诊为限。

(2) 保险期间届满被保险人仍在门、急诊治疗的，自保险期间届满次日起计算，以 15 日为限。

(3) 保险人所负给付门、急诊医疗保险金的责任以本附加险合同项下的保险金额为限，对被保险人一次或者累计给付保险金达到本附加险合同项下该被保险人的保险金额时，本附加险合同对该被保险人的本附加险合同项下的保险责任终止。

2.2 补偿原则

本附加险合同适用补偿原则。被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的医疗费用金额为限。被保险人已经从社会基本医疗保险或任何第三方（包括任何商业医疗保险）获得相关医疗费用补偿的，保险人仅对扣除已获得补偿后的剩余医疗费用，按照合同约定承担给付保险金责任。

2.3 责任免除

2.3.1 对于不符合当地社会基本医疗保险部门规定的统筹基金支付范围的医疗费用，保险人不承担给付保险金责任。

2.3.2 因下列情形造成被保险人支出医疗费用的，保险人不承担给付保险金责任：

- (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、故意犯罪或拒捕；
- (3) 被保险人服用、吸食或注射毒品；
- (4) 被保险人酒后驾车、无合法有效驾驶证驾驶,或驾驶无有效行驶证的机动车；
- (5) 被保险人投保前已有疾病和残疾的治疗和康复；
- (6) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（释义见 4.2）；
- (7) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (8) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (9) 遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常；
- (10) 大规模的突发的流行性疾病（释义见 4.3）的爆发；
- (11) 按照《工伤保险条例》规定认定为工伤或者视同工伤的；

(12) 未经保险人或社会基本医疗保险管理机构同意的转院治疗；

(13) 被保险人在香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区和中国境外治疗；

(14) 投保人首次参加本保险或者非及时续保，在本附加险合同约定的等待期内罹患疾病直至痊愈所支出的医疗费用；

(15) 非应由被保险人支付的医疗费用，保险人不承担给付保险金责任。

2.3.3 对于本保险合同中载明的免赔额，保险人不承担给付保险金责任。

3 保险金申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应填写保险金给付申请书，并提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。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。保险人按照本保险合同的约定，认为有关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。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。

(1) 保险单原件；

(2) 被保险人的身份证明；

(3) 二级以上（含二级）医院或保险人认可的医疗机构出具的医疗费用收据及明细清单/帐、诊断证明、病历等；

(4) 保险金申请人所能提供的其他与本项申请相关的材料。

4 释义

4.1 医疗机构

本保险合同约定的医院或医疗机构是指符合下列所有条件的机构：

(1) 拥有合法经营执照；

(2) 设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；

(3) 有合格的医生和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务；

(4) 非主要作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。

4.2 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。

4.3 突发的流行性疾病

不可预计的，难以预防由各种致病性微生物或病原体引起的具有传染性的疾病。

中国人民财产保险股份有限公司

附加医疗公共保险金额保险条款(2012 版)

(人保财险)(备-医疗保险)[2016](附)074 号

1 总则

1.1 合同构成

本附加险合同是主险合同的附加险合同。主险合同与本附加险合同相抵触之处，以本附加险合同为准。本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。

凡涉及本附加险合同的约定，均应采用书面形式。

1.2 受益人

本附加险合同保险金的受益人为被保险人本人。

2 保障内容

2.1 保险责任

在保险期间内，保险人按以下约定承担保险责任：

(1) 投保人经与保险人商定后设立医疗公共保险金额，并在医疗公共保险金额范围内设定对每一被保险人的最高给付限额。

(2) 当保险人对每一被保险人累计给付的医疗保险金达到该被保险人个人名下的医疗保险金额时，经投保人同意，对于其超过部分的医疗费用，保险人在医疗公共保险金额范围内向该被保险人给付医疗保险金，但不超过医疗公共保险金额范围内每一被保险人的最高给付限额。

(3) 无论一个或多个被保险人使用医疗公共保险金额，保险人在本附加险合同项下累计给付的医疗保险金以医疗公共保险金额为限。当本附加险合同项下累计给付的医疗保险金达到医疗公共保险金额时，本附加险合同的保险责任终止。

(4) 被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的医疗费用金额为限。被保险人已经从社会基本医疗保险或任何其他第三方或任何商业医疗保险取得医疗费用补偿的，本保险人仅对扣除已获得补偿后的剩余医疗费用，按照本保险合同约定承担给付保险金责任。

2.2 责任免除

同主险合同所涉及医疗保险条款责任免除约定。

2.3 医疗公共保险金额

医疗公共保险金额及其项下每一被保险人的最高给付限额由投保人、保险人双方约定，并在

保险单中载明。

医疗公共保险金额一经确定，保险期间内不得变更。

3 保险金申请

保险金申请人应在获得社会医疗保险机构补偿后再申请保险金给付。保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应填写保险金给付申请书，并提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。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。保险人按照本保险合同的约定，认为有关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。**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。**

- （1）保险金给付申请书；
- （2）保险单原件；
- （3）被保险人户籍证明或者身份证明；
- （4）二级以上（含二级）医院或保险人认可的医疗机构出具的医疗费用收据及明细清单/帐、诊断证明、病历、出院小结等；
- （5）对于已经从社会基本医疗保险或任何第三方包括任何商业医疗保险获得相关医疗费用补偿的，应提供基本医疗保险机构、商业保险机构或其他第三方的医疗费用分割单或医疗费用结算证明；
- （6）投保人同意被保险人使用医疗公共保险金额并向保险人书面申请的正式资料；
- （7）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。

中国人民财产保险股份有限公司

附加女性特定疾病手术保险条款（2009 版）

人保财险（备-健康）[2010]附 1963 号

1 总则

1.1 合同构成

本条款是主险合同的附加险条款。

本附加险合同与主险合同相抵触之处，以本附加险合同为准。本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。

凡涉及本附加险合同的约定，均采用书面形式。

1.2 受益人

本附加险合同保险金的受益人为被保险人本人。

2 保障内容

2.1 保险责任

在保险期间内，自保险期间开始之日起经过保险合同约定的等待期后（如主险合同为团体保险，则被保险人自获得被保资格之日起经过保险合同约定的等待期后）（续保者不受该等待期的限制），首次发病（释义见 4.1）并被专科医生（释义见 4.2）确诊为以下六种原发性癌症（不包括原位癌）（释义见 4.3）中的一种或者多种：卵巢癌、子宫内膜癌、宫颈癌、输卵管癌、外阴/阴道癌、子宫肉瘤，并因该确诊疾病进行子宫全切或卵巢切除术的，保险人分别按手术保险金额给付手术保险金，但对于子宫全切或卵巢切除术均以一次给付为限。

2.2 责任免除

2.2.1 原因除外

因下列原因造成被保险人罹患约定的疾病、达到疾病状态或进行手术的，保险人不承担给付保险金责任：

- （1）投保人、被保险人的任何故意行为；
- （2）被保险人未遵医嘱服用、涂用、注射药物；
- （3）被保险人受酒精、毒品、管制药物的影响；
- （4）任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
- （5）既往病症（释义见 4.4）及其并发症；
- （6）遗传性疾病（释义见 4.5），先天性畸形、变形或染色体异常（释义见 4.6）。

2.2.2 期间除外

被保险人在下列期间罹患约定的疾病、达到疾病状态或进行手术的，保险人也不承担给付保险金责任：

- （1）战争、军事行动、武装叛乱或暴乱期间；
- （2）被保险人从事违法、犯罪活动期间或被依法拘留、服刑、在逃期间；
- （3）被保险人存在精神和行为障碍（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）期间；

（4）被保险人患有艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV）（释义见 4.7）期间。

3 保险金申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应填写保险金给付申请书，并提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。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。保险人按照本保险合同的约定，认为有关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。**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。**

（1）保险金给付申请书；

（2）保险单原件；

（3）保险金申请人的身份证明；

（4）专科医生出具的附有病历、必需的病理检验、血液检验及其他科学诊断报告的诊断书或手术证明；

（5）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。

4 释义

4.1 发病及首次发病

发病，是指出现病症的前兆或异常的身体状况，或已经显现足以促使一般普通谨慎人士引起注意并寻求诊断、治疗或护理的病症。

首次发病，是指被保险人第一次发生并首次被确诊患上本附加险合同约定的疾病，并且该疾病在该被保险人获得被保资格前并未发病或有任何症状。

4.2 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。

4.3 癌症、原位癌及原发性癌症

癌症，是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。原位癌并不包括在内。

原位癌，是指原位无浸润的癌症，即恶性肿瘤细胞未穿透基底膜者。

原发性癌症，是指原来正常组织和器官的正常细胞，在各种内外致癌因素作用下而发生的癌变。并不包括癌细胞从身体其他部位通过血液、淋巴管等转移而来的情况。

4.4 既往病症

是指被保险人在保险期间开始之日前或在保险期间开始之日起本合同约定的等待期内（如主险合同为团体保险，则被保险人在获得被保资格后于本合同约定的等待期内）已患有的疾病，或存在任何症状、体征而引致一正常而审慎的人寻求诊断、医疗护理或医药治疗，或曾经医生推荐接受医药治疗或医疗意见。

4.5 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。

4.6 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。

4.7 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。

（本页内容结束）

中国人民财产保险股份有限公司

营运交通工具乘客意外伤害保险条款

人保财险（备-意外）[2013]主 56 号

1 总则

1.1 合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证、批单组成。凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。

1.2 被保险人

年龄在 75 周岁（释义见 8.1）以下的营运交通工具（释义见 8.2）乘客可作为被保险人。

被保险人不能为无法辨认或不能完全辨认自己行为的精神病人。

2 保障内容

2.1 保险责任

在保险期间内被保险人持有效客票(包括依法免票)乘坐（释义见 8.3）合法从事客运的营运交通工具，在该营运交通工具内遭受意外伤害（释义见 8.4）导致其身故或残疾的，保险人依照下列约定给付保险金，但保险人对被保险人乘坐同一类别营运交通工具给付的各项保险金之和，以该类营运交通工具所对应的保险金额为限。一次或累计给付的保险金达到该类营运交通工具的保险金额时，保险人对被保险人乘坐该类营运交通工具的保险责任终止。

2.1.1 身故保险责任

被保险人自该意外伤害发生之日起 180 日内因该意外伤害身故的，保险人按本保险合同上所载的相应营运交通工具所对应的保险金额给付身故保险金，对该被保险人的保险责任终止。

被保险人因该意外伤害且自该意外伤害发生日起下落不明，后经人民法院宣告死亡的，保险人按本保险合同上所载的相应营运交通工具所对应的保险金额给付身故保险金。但若被保险人被宣告死亡后生还的，保险金受领人应于知道或应当知道被保险人生还后 30 日内退还保险人给付的身故保险金。

被保险人身故前保险人已给付 2.1.2 约定的残疾保险金的，身故保险金应扣除已给付的保险金。

2.1.2 残疾保险责任

被保险人自该意外伤害发生之日起 180 日内因该意外伤害造成本保险合同所附《人身保险伤残评定标准》（释义见 8.5）（简称《评定标准》）所列伤残程度之一的，保险人按《评定标准》所对应伤残等级的给付比例乘以相应营运交通工具所对应的保险金额给付残疾保险金。如第 180 日治疗仍未结束的，按当日的身体情况进行伤残评定，并据此给付残疾保险金。

（1）被保险人因同一意外伤害造成两处或两处以上伤残时，保险人根据《评定标准》规定的多处伤残评定原则给付残疾保险金。但给付总额不超过该类营运交通工具所对应的保险金额。

（2）被保险人如在本次意外伤害之前已有残疾，保险人按合并后的残疾程度在《评定标准》中所对应伤残等级的给付比例扣除原有残疾程度在《评定标准》中所对应伤残等级的给付比例，给付残疾保险金。

2.2 责任免除

被保险人因下列原因而导致身故或残疾的，保险人不承担给付保险金责任：

- (1) 投保人的故意行为；
- (2) 故意自伤或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- (3) 因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
- (4) 妊娠、流产、分娩、药物过敏；
- (5) 接受包括美容、整容、整形手术在内的任何医疗行为而造成的意外；
- (6) 未遵医嘱服用、涂用、注射药物；
- (7) 受酒精、毒品、管制药物的影响；
- (8) 疾病，包括但不限于高原反应、中暑、猝死（释义见 8.6）；
- (9) 非因意外伤害导致的细菌或病毒感染；
- (10) 任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
- (11) 恐怖袭击；
- (12) 战争、军事行动、武装叛乱或暴乱；
- (13) 从事违法、犯罪活动行为或被依法拘留、服刑、在逃；
- (14) 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）；
- (15) 乘坐的营运交通工具用于军事、教学、测试、竞赛、特技、表演、探险、货物运输、石油挖掘、采矿、空中摄影、处理爆炸物森林砍伐、建筑工程、水上作业、高空作业；
- (16) 搭乘非商业航班；
- (17) 患有艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV）（释义见 8.7）。

2.3 保险金额

各类营运交通工具的保险金额是保险人承担给付该类营运交通工具保险金责任的最高限额。

保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险金额一经确定，在保险期间内不得变更。

2.4 保险期间

保险期间由投保人、保险人双方约定，以保险单载明的起讫时间为准。

3 投保人、被保险人义务

3.1 交费义务

投保人应在保险合同成立时交清保险费。

3.2 如实告知义务

投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

3.3 住址或通讯地址变更通知义务

投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。

3.4 其他内容变更通知义务

在保险期间内，投保人需变更合同其他内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

3.5 保险事故通知义务

发生保险责任范围内的事故后，投保人、被保险人或受益人应及时通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。

4 保险金申请与给付

4.1 保险金申请

保险金申请人（释义见 8.8）向保险人申请给付保险金时，应填写保险金给付申请书，并提交以下材料。保险人按照本保险合同的约定，认为有关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。

4.1.1 身故保险金申请

- (1) 保险金给付申请书
- (2) 保险单原件;
- (3) 保险金申请人的身份证明;
- (4) 公安部门或司法部门、二级及二级以上医院或保险人认可的医疗机构出具的被保险人死亡证明或验尸报告。若被保险人为宣告死亡, 保险金申请人应提供法院出具的宣告死亡证明文件;
- (5) 被保险人的户籍注销证明;
- (6) 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。

4.1.2 残疾保险金申请

- (1) 保险金给付申请书
- (2) 保险单原件;
- (3) 被保险人身份证明;
- (4) 司法部门、二级及二级以上医院或保险人认可的医疗机构、保险人认可的其他鉴定机构出具的残疾鉴定诊断书;
- (5) 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。

4.2 保险金的给付

保险人在收到保险金申请人提交的本保险条款所列的材料后, 应及时就是否属于保险责任做出核定, 并将核定结果通知被保险人或受益人。

5 保险合同解除

投保人解除合同的, 保险人应当自收到解除合同通知之日起三十日内, 按照合同约定退还保险单的现金价值(释义见 8.9)。

6 争议处理和法律适用

6.1 争议处理

合同争议解决方式由当事人在合同约定从下列两种方式中选择一种:

- (一) 因履行本保险合同发生的争议, 由当事人协商解决, 协商不成的, 提交保险单载明的仲裁机构仲裁;
- (二) 因履行本保险合同发生的争议, 由当事人协商解决, 协商不成的, 依法向人民法院起诉。

6.2 法律适用

与本保险合同有关的以及履行本保险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)。

7 合法性保证

本保险合同约定与《中华人民共和国保险法》等法律规定相悖之处, 以法律规定为准。本保险合同未尽事宜, 以法律规定为准。

8 释义

8.1 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。

8.2 交通工具

指飞机、火车(含地铁、轻轨)、汽车(含电车、有轨电车)、轮船(客船、渡船、游船)。

8.3 乘坐

从乘客双脚踏入机舱、车厢或甲板时开始, 至乘客离开机舱、车厢或甲板时终止。

8.4 意外伤害

指以外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。

8.5 《人身保险伤残评定标准》

指中国保险行业协会发布的人身保险伤残程度评定与保险金给付比例标准，详见《关于印发〈人身保险伤残评定标准〉的通知》（中保协发【2013】88号）。

8.6 猝死

外表看似健康的人由于潜在的疾病或者功能障碍所引起的突然的出乎意料的死亡。

8.7 艾滋病（AIDS）或艾滋病病毒（HIV）

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。

8.8 保险金申请人

身故保险金申请人是指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人；其他保险金申请人是指被保险人本人。

8.9 现金价值

除另有约定外，现金价值=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]×75%。经过天数不足一天的按一天计算。

人身保险伤残评定标准（行业标准）

说明：本标准对功能和残疾进行了分类和分级，将人身保险伤残程度划分为一至十级，最重为第一级，最轻为第十级。与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%。

1 神经系统的结构和精神功能

1.1 脑膜的结构损伤

外伤性脑脊液鼻漏或耳漏	10 级
-------------	------

1.2 脑的结构损伤，智力功能障碍

颅脑损伤导致极度智力缺损（智商小于等于 20），日常生活完全不能自理，处于完全护理依赖状态	1 级
颅脑损伤导致重度智力缺损（智商小于等于 34），日常生活需随时有人帮助才能完成，处于完全护理依赖状态	2 级
颅脑损伤导致重度智力缺损（智商小于等于 34），不能完全独立生活，需经常有人监护，处于大部分护理依赖状态	3 级
颅脑损伤导致中度智力缺损（智商小于等于 49），日常生活能力严重受限，间或需要帮助，处于大部分护理依赖状态	4 级

注：①护理依赖：应用“基本日常生活活动能力”的丧失程度来判断护理依赖程度。

②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。

③护理依赖的程度分三级：（1）完全护理依赖指生活完全不能自理，上述六项基本日常生活活动均需护理者；（2）大部分护理依赖指生活大部不能自理，上述六项基本日常生活活动中三项或三项以上需要护理者；（3）部分护理依赖指部分生活不能自理，上述六项基本日常生活活动中一项或一项以上需要护理者。

1.3 意识功能障碍

意识功能是指意识和警觉状态下的一般精神功能，包括清醒和持续的觉醒状态。本标准中的意识功能障碍是指颅脑损伤导致植物状态。

颅脑损伤导致植物状态	1 级
------------	-----

注：植物状态指由于严重颅脑损伤造成认知功能丧失，无意识活动，不能执行命令，保持自主呼吸和血压，有睡眠-醒觉周期，不能理解和表达语言，能自动睁眼或刺激下睁眼，可有无目的性眼球跟踪运动，丘脑下部及脑干功能基本保存。

2 眼，耳和有关的结构和功能

2.1 眼球损伤或视功能障碍

视功能是指与感受存在的光线和感受视觉刺激的形式、大小、形状和颜色等有关的感觉功能。本标准中的视功能障碍是指眼盲目或低视力。

双侧眼球缺失	1 级
一侧眼球缺失，且另一侧眼盲目 5 级	1 级
一侧眼球缺失，且另一侧眼盲目 4 级	2 级
一侧眼球缺失，且另一侧眼盲目 3 级	3 级
一侧眼球缺失，且另一侧眼低视力 2 级	4 级
一侧眼球缺失，且另一侧眼低视力 1 级	5 级
一侧眼球缺失	7 级

2.2 视功能障碍

除眼盲目和低视力外，本标准中的视功能障碍还包括视野缺损。

双眼盲目 5 级	2 级
双眼视野缺损，直径小于 5°	2 级
双眼盲目大于等于 4 级	3 级
双眼视野缺损，直径小于 10°	3 级
双眼盲目大于等于 3 级	4 级
双眼视野缺损，直径小于 20°	4 级
双眼低视力大于等于 2 级	5 级
双眼低视力大于等于 1 级	6 级
双眼视野缺损，直径小于 60°	6 级
一眼盲目 5 级	7 级
一眼视野缺损，直径小于 5°	7 级
一眼盲目大于等于 4 级	8 级
一眼视野缺损，直径小于 10°	8 级
一眼盲目大于等于 3 级	9 级

一眼视野缺损，直径小于 20°	9 级
一眼低视力大于等于 1 级。	10 级
一眼视野缺损，直径小于 60°	10 级

注：①视力和视野

级别		低视力及盲目分级标准	
		最好矫正视力	
		最好矫正视力低于	最低矫正视力等于或优于
低视力	1	0.3	0.1
	2	0.1	0.05（三米指数）
盲目	3	0.05	0.02（一米指数）
	4	0.02	光感
	5	无光感	

如果中心视力好而视野缩小，以中央注视点为中心，视野直径小于 20° 而大于 10° 者为盲目 3 级；如直径小于 10° 者为盲目 4 级。

本标准视力以矫正视力为准，经治疗而无法恢复者。

②视野缺损指因损伤导致眼球注视前方而不转动所能看到的空间范围缩窄，以致难以从事正常工作、学习或其他活动。

2.3 眼球的晶状体结构损伤

外伤性白内障	10 级
--------	------

注：外伤性白内障：凡未做手术者，均适用本条；外伤性白内障术后遗留相关视功能障碍，参照有关条款评定伤残等级。

2.4 眼睑结构损伤

双侧眼睑显著缺损	8 级
双侧眼睑外翻	8 级
双侧眼睑闭合不全	8 级
一侧眼睑显著缺损	9 级
一侧眼睑外翻	9 级
一侧眼睑闭合不全	9 级

注：眼睑显著缺损指闭眼时眼睑不能完全覆盖角膜。

2.5 耳廓结构损伤或听功能障碍

听功能是指与感受存在的声音和辨别方位、音调、音量和音质有关的感觉功能。

双耳听力损失大于等于 91dB，且双侧耳廓缺失	2 级
双耳听力损失大于等于 91dB，且一侧耳廓缺失	3 级
一耳听力损失大于等于 91dB，另一耳听力损失大于等于 71dB，且一侧耳廓缺失，另一侧耳廓缺失大于等于 50%	3 级
双耳听力损失大于等于 71dB，且双侧耳廓缺失	3 级
双耳听力损失大于等于 71dB，且一侧耳廓缺失	4 级
双耳听力损失大于等于 56dB，且双侧耳廓缺失	4 级
一耳听力损失大于等于 91dB，另一耳听力损失大于等于 71dB，且一侧耳廓缺失大于等于 50%	4 级
双耳听力损失大于等于 71dB，且一侧耳廓缺失大于等于 50%	5 级
双耳听力损失大于等于 56dB，且一侧耳廓缺失	5 级
双侧耳廓缺失	5 级
一侧耳廓缺失，且另一侧耳廓缺失大于等于 50%	6 级
一侧耳廓缺失	8 级
一侧耳廓缺失大于等于 50%	9 级

2.6 听功能障碍

双耳听力损失大于等于 91dB	4 级
双耳听力损失大于等于 81dB	5 级
一耳听力损失大于等于 91dB，且另一耳听力损失大于等于 71dB	5 级
双耳听力损失大于等于 71dB	6 级
一耳听力损失大于等于 91dB，且另一耳听力损失大于等于 56dB	6 级
一耳听力损失大于等于 91dB，且另一耳听力损失大于等于 41dB	7 级
一耳听力损失大于等于 71dB，且另一耳听力损失大于等于 56dB	7 级
一耳听力损失大于等于 71dB，且另一耳听力损失大于等于 41dB	8 级
一耳听力损失大于等于 91dB	8 级
一耳听力损失大于等于 56dB，且另一耳听力损失大于等于 41dB	9 级
一耳听力损失大于等于 71dB	9 级
双耳听力损失大于等于 26dB	10 级
一耳听力损失大于等于 56dB	10 级

3 发声和言语的结构和功能

3.1 鼻的结构损伤

外鼻部完全缺失	5 级
外鼻部大部分缺损	7 级
鼻尖及一侧鼻翼缺损	8 级
双侧鼻腔或鼻咽部闭锁	8 级
一侧鼻翼缺损	9 级
单侧鼻腔或鼻孔闭锁	10 级

3.2 口腔的结构损伤

舌缺损大于全舌的 2/3	3 级
舌缺损大于全舌的 1/3	6 级
口腔损伤导致牙齿脱落大于等于 16 枚	9 级
口腔损伤导致牙齿脱落大于等于 8 枚	10 级

3.3 发声和言语的功能障碍

本标准中的发声和言语的功能障碍是指语言功能丧失。

语言功能完全丧失	8 级
----------	-----

注：语言功能完全丧失指构成语言的口唇音、齿舌音、口盖音和喉头音的四种语言功能中，有三种以上不能构声、或声带全部切除，或因大脑语言中枢受伤害而患失语症，并须有资格的耳鼻喉科医师出具医疗诊断证明，但不包括任何心理障碍引致的失语。

4 心血管，免疫和呼吸系统的结构和功能

4.1 心脏的结构损伤或功能障碍

胸部损伤导致心肺联合移植	1 级
胸部损伤导致心脏贯通伤修补术后，心电图有明显改变	3 级
胸部损伤导致心肌破裂修补	8 级

4.2 脾结构损伤

腹部损伤导致脾切除	8 级
腹部损伤导致脾部分切除	9 级
腹部损伤导致脾破裂修补	10 级

4.3 肺的结构损伤

胸部损伤导致一侧全肺切除	4 级
胸部损伤导致双侧肺叶切除	4 级
胸部损伤导致同侧双肺叶切除	5 级
胸部损伤导致肺叶切除	7 级

4.4 胸廓的结构损伤

本标准中的胸廓的结构损伤是指肋骨骨折或缺失。

胸部损伤导致大于等于 12 根肋骨骨折	8 级
胸部损伤导致大于等于 8 根肋骨骨折	9 级
胸部损伤导致大于等于 4 根肋骨缺失	9 级
胸部损伤导致大于等于 4 根肋骨骨折	10 级
胸部损伤导致大于等于 2 根肋骨缺失	10 级

5 消化、代谢和内分泌系统有关的结构和功能

5.1 咀嚼和吞咽功能障碍

咀嚼是指用后牙（如磨牙）碾、磨或咀嚼食物的功能。吞咽是指通过口腔、咽和食道把食物和饮料以适宜的频率和速度送入胃中的功能。

咀嚼、吞咽功能完全丧失	1 级
-------------	-----

注：咀嚼、吞咽功能丧失指由于牙齿以外的原因引起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。

5.2 肠的结构损伤

腹部损伤导致小肠切除大于等于 90%	1 级
腹部损伤导致小肠切除大于等于 75%，合并短肠综合症	2 级
腹部损伤导致小肠切除大于等于 75%	4 级
腹部或骨盆部损伤导致全结肠、直肠、肛门结构切除，回肠造瘘	4 级
腹部或骨盆部损伤导致直肠、肛门切除，且结肠部分切除，结肠造瘘	5 级
腹部损伤导致小肠切除大于等于 50%，且包括回盲部切除	6 级
腹部损伤导致小肠切除大于等于 50%	7 级
腹部损伤导致结肠切除大于等于 50%	7 级
腹部损伤导致结肠部分切除	8 级
骨盆部损伤导致直肠、肛门损伤，且遗留永久性乙状结肠造口	9 级

骨盆部损伤导致直肠、肛门损伤，且瘢痕形成	10 级
----------------------	------

5.3 胃结构损伤

腹部损伤导致全胃切除	4 级
腹部损伤导致胃切除大于等于 50%	7 级

5.4 胰结构损伤或代谢功能障碍

本标准中的代谢功能障碍是指胰岛素依赖。

腹部损伤导致胰完全切除	1 级
腹部损伤导致胰切除大于等于 50%，且伴有胰岛素依赖	3 级
腹部损伤导致胰头、十二指肠切除	4 级
腹部损伤导致胰切除大于等于 50%	6 级
腹部损伤导致胰部分切除	8 级

5.5 肝结构损伤

腹部损伤导致肝切除大于等于 75%	2 级
腹部损伤导致肝切除大于等于 50%	5 级
腹部损伤导致肝部分切除	8 级

6 泌尿和生殖系统有关的结构和功能

6.1 泌尿系统的结构损伤

腹部损伤导致双侧肾切除	1 级
腹部损伤导致孤肾切除	1 级
骨盆部损伤导致双侧输尿管缺失	5 级
骨盆部损伤导致双侧输尿管闭锁	5 级
骨盆部损伤导致一侧输尿管缺失，另一侧输尿管闭锁	5 级
骨盆部损伤导致膀胱切除	5 级
骨盆部损伤导致尿道闭锁	5 级
骨盆部损伤导致一侧输尿管缺失，另一侧输尿管严重狭窄	7 级
骨盆部损伤导致一侧输尿管闭锁，另一侧输尿管严重狭窄	7 级
腹部损伤导致一侧肾切除	8 级

骨盆部损伤导致双侧输尿管严重狭窄	8 级
骨盆部损伤导致一侧输尿管缺失，另一侧输尿管狭窄	8 级
骨盆部损伤导致一侧输尿管闭锁，另一侧输尿管狭窄	8 级
腹部损伤导致一侧肾部分切除	9 级
骨盆部损伤导致一侧输尿管缺失	9 级
骨盆部损伤导致一侧输尿管闭锁	9 级
骨盆部损伤导致尿道狭窄	9 级
骨盆部损伤导致膀胱部分切除	9 级
腹部损伤导致肾破裂修补	10 级
骨盆部损伤导致一侧输尿管严重狭窄	10 级
骨盆部损伤导致膀胱破裂修补	10 级

6.2 生殖系统的结构损伤

会阴部损伤导致双侧睾丸缺失	3 级
会阴部损伤导致双侧睾丸完全萎缩	3 级
会阴部损伤导致一侧睾丸缺失，另一侧睾丸完全萎缩	3 级
会阴部损伤导致阴茎体完全缺失	4 级
会阴部损伤导致阴道闭锁	5 级
会阴部损伤导致阴茎体缺失大于 50%	5 级
会阴部损伤导致双侧输精管缺失	6 级
会阴部损伤导致双侧输精管闭锁	6 级
会阴部损伤导致一侧输精管缺失，另一侧输精管闭锁	6 级
胸部损伤导致女性双侧乳房缺失	7 级
骨盆部损伤导致子宫切除	7 级
胸部损伤导致女性一侧乳房缺失，另一侧乳房部分缺失	8 级
胸部损伤导致女性一侧乳房缺失	9 级
骨盆部损伤导致子宫部分切除	9 级
骨盆部损伤导致子宫破裂修补	10 级
会阴部损伤导致一侧睾丸缺失	10 级
会阴部损伤导致一侧睾丸完全萎缩	10 级
会阴部损伤导致一侧输精管缺失	10 级
会阴部损伤导致一侧输精管闭锁	10 级

7 神经肌肉骨骼和运动有关的结构和功能

7.1 头颈部的结构损伤

双侧上颌骨完全缺失	2 级
双侧下颌骨完全缺失	2 级
一侧上颌骨及对侧下颌骨完全缺失	2 级
同侧上、下颌骨完全缺失	3 级
上颌骨、下颌骨缺损，且牙齿脱落大于等于 24 枚	3 级
一侧上颌骨完全缺失	3 级
一侧下颌骨完全缺失	3 级
一侧上颌骨缺损大于等于 50%，且口腔、颜面部软组织缺损大于 20cm ²	4 级
一侧下颌骨缺损大于等于 6cm，且口腔、颜面部软组织缺损大于 20cm ²	4 级
面颊部洞穿性缺损大于 20cm ²	4 级
上颌骨、下颌骨缺损，且牙齿脱落大于等于 20 枚	5 级
一侧上颌骨缺损大于 25%，小于 50%，且口腔、颜面部软组织缺损大于 10cm ²	5 级
一侧下颌骨缺损大于等于 4cm，且口腔、颜面部软组织缺损大于 10cm ²	5 级
一侧上颌骨缺损等于 25%，且口腔、颜面部软组织缺损大于 10cm ²	6 级
面部软组织缺损大于 20cm ² ，且伴发涎瘘	6 级
上颌骨、下颌骨缺损，且牙齿脱落大于等于 16 枚	7 级
上颌骨、下颌骨缺损，且牙齿脱落大于等于 12 枚	8 级
上颌骨、下颌骨缺损，且牙齿脱落大于等于 8 枚	9 级
上颌骨、下颌骨缺损，且牙齿脱落大于等于 4 枚	10 级
颌骨缺损大于等于 6cm ²	10 级

7.2 头颈部关节功能障碍

单侧颞下颌关节强直，张口困难Ⅲ度	6 级
双侧颞下颌关节强直，张口困难Ⅲ度	6 级
双侧颞下颌关节强直，张口困难Ⅱ度	8 级
一侧颞下颌关节强直，张口困难Ⅰ度	10 级

注：张口困难判定及测量方法是以患者自身的食指、中指、无名指并列垂直置入上、下中切牙切缘间测量。正常张口度指张口时上述三指可垂直置入上、下切牙切缘间（相当于 4.5cm 左右）；张口困难Ⅰ度指大张口时，只能垂直置入食指和中指（相当于 3cm 左右）；张口困难Ⅱ度指大张口时，只能垂直置入食指（相当于 1.7cm 左右）；张口困难Ⅲ度指大张口时，上、下切牙间距小于食指之横径。

7.3 上肢的结构损伤，手功能或关节功能障碍

双手完全缺失	4 级
双手完全丧失功能	4 级
一手完全缺失，另一手完全丧失功能	4 级
双手缺失（或丧失功能）大于等于 90%	5 级
双手缺失（或丧失功能）大于等于 70%	6 级
双手缺失（或丧失功能）大于等于 50%	7 级
一上肢三大关节中，有两个关节完全丧失功能	7 级
一上肢三大关节中，有一个关节完全丧失功能	8 级
双手缺失（或丧失功能）大于等于 30%	8 级
双手缺失（或丧失功能）大于等于 10%	9 级
双上肢长度相差大于等于 10cm	9 级
双上肢长度相差大于等于 4cm	10 级
一上肢三大关节中，因骨折累及关节面导致一个关节功能部分丧失	10 级

注：手缺失和丧失功能的计算：一手拇指占一手功能的 36%，其中末节和近节指节各占 18%；食指、中指各占一手功能的 18%，其中末节指节占 8%，中节指节占 7%，近节指节占 3%；无名指和小指各占一手功能的 9%，其中末节指节占 4%，中节指节占 3%，近节指节占 2%。一手掌占一手功能的 10%，其中第一掌骨占 4%，第二、第三掌骨各占 2%，第四、第五掌骨各占 1%。本标准中，双手缺失或丧失功能的程度是按前面方式累加计算的结果。

7.4 骨盆部的结构损伤

骨盆环骨折，且两下肢相对长度相差大于等于 8cm	7 级
髌臼骨折，且两下肢相对长度相差大于等于 8cm	7 级
骨盆环骨折，且两下肢相对长度相差大于等于 6cm	8 级
髌臼骨折，且两下肢相对长度相差大于等于 6cm	8 级
骨盆环骨折，且两下肢相对长度相差大于等于 4cm	9 级
髌臼骨折，且两下肢相对长度相差大于等于 4cm	9 级
骨盆环骨折，且两下肢相对长度相差大于等于 2cm	10 级
髌臼骨折，且两下肢相对长度相差大于等于 2cm	10 级

7.5 下肢的结构损伤，足功能或关节功能障碍

双足跗跖关节以上缺失	6 级
双下肢长度相差大于等于 8cm	7 级
一下肢三大关节中，有两个关节完全丧失功能	7 级

双足足弓结构完全破坏	7 级
一足跗跖关节以上缺失	7 级
双下肢长度相差大于等于 6cm	8 级
一足足弓结构完全破坏，另一足足弓结构破坏大于等于 1/3	8 级
双足十趾完全缺失	8 级
一下肢三大关节中，有一个关节完全丧失功能	8 级
双足十趾完全丧失功能	8 级
双下肢长度相差大于等于 4cm	9 级
一足足弓结构完全破坏	9 级
双足十趾中，大于等于五趾缺失	9 级
一足五趾完全丧失功能	9 级
一足足弓结构破坏大于等于 1/3	10 级
双足十趾中，大于等于两趾缺失	10 级
双下肢长度相差大于等于 2cm	10 级
一下肢三大关节中，因骨折累及关节面导致一个关节功能部分丧失	10 级

注：① 足弓结构破坏：指意外损伤导致的足弓缺失或丧失功能。

② 足弓结构完全破坏指足的内、外侧纵弓和横弓结构完全破坏，包括缺失和丧失功能；足弓 1/3 结构破坏指足三弓的任一弓的结构破坏。

③ 足趾缺失：指自趾关节以上完全切断。

7.6 四肢的结构损伤，肢体功能或关节功能障碍

三肢以上缺失(上肢在腕关节以上,下肢在踝关节以上)	1 级
三肢以上完全丧失功能	1 级
二肢缺失（上肢在腕关节以上，下肢在踝关节以上），且第三肢完全丧失功能	1 级
一肢缺失（上肢在腕关节以上，下肢在踝关节以上），且另二肢完全丧失功能	1 级
二肢缺失(上肢在肘关节以上，下肢在膝关节以上)	2 级
一肢缺失（上肢在肘关节以上，下肢在膝关节以上），且另一肢完全丧失功能	2 级
二肢完全丧失功能	2 级
一肢缺失（上肢在腕关节以上，下肢在踝关节以上），且另一肢完全丧失功能	3 级
二肢缺失(上肢在腕关节以上，下肢在踝关节以上)	3 级

两上肢、或两下肢、或一上肢及一下肢，各有三大关节中的两个关节完全丧失功能	4 级
一肢缺失(上肢在肘关节以上，下肢在膝关节以上)	5 级
一肢完全丧失功能	5 级
一肢缺失(上肢在腕关节以上，下肢在踝关节以上)	6 级
四肢长骨一骺板以上粉碎性骨折	9 级

注：① 骺板：骺板的定义只适用于儿童，四肢长骨骺板骨折可能影响肢体发育，如果存在肢体发育障碍的，应当另行评定伤残等级。

② 肢体丧失功能指意外损伤导致肢体三大关节（上肢腕关节、肘关节、肩关节或下肢踝关节、膝关节、髋关节）功能的丧失。

③ 关节功能的丧失指关节永久完全僵硬、或麻痹、或关节不能随意识活动。

7.7 脊柱结构损伤和关节活动功能障碍

本标准中的脊柱结构损伤是指颈椎或腰椎的骨折脱位，本标准中的关节活动功能障碍是指颈部或腰部活动度丧失。

脊柱骨折脱位导致颈椎或腰椎畸形愈合，且颈部或腰部活动度丧失大于等于75%	7 级
脊柱骨折脱位导致颈椎或腰椎畸形愈合，且颈部或腰部活动度丧失大于等于50%	8 级
脊柱骨折脱位导致颈椎或腰椎畸形愈合，且颈部或腰部活动度丧失大于等于25%	9 级

7.8 肌肉力量功能障碍

肌肉力量功能是指与肌肉或肌群收缩产生力量有关的功能。本标准中的肌肉力量功能障碍是指四肢瘫、偏瘫、截瘫或单瘫。

四肢瘫（三肢以上肌力小于等于3级）	1 级
截瘫(肌力小于等于2级)且大便和小便失禁	1 级
四肢瘫（二肢以上肌力小于等于2级）	2 级
偏瘫（肌力小于等于2级）	2 级
截瘫（肌力小于等于2级）	2 级
四肢瘫（二肢以上肌力小于等于3级）	3 级
偏瘫（肌力小于等于3级）	3 级
截瘫（肌力小于等于3级）	3 级
四肢瘫（二肢以上肌力小于等于4级）	4 级
偏瘫（一肢肌力小于等于2级）	5 级

截瘫（一肢肌力小于等于 2 级）	5 级
单瘫（肌力小于等于 2 级）	5 级
偏瘫（一肢肌力小于等于 3 级）	6 级
截瘫（一肢肌力小于等于 3 级）	6 级
单瘫（肌力小于等于 3 级）	6 级
偏瘫（一肢肌力小于等于 4 级）	7 级
截瘫（一肢肌力小于等于 4 级）	7 级
单瘫（肌力小于等于 4 级）	8 级

注：① 偏瘫指一侧上下肢的瘫痪。

② 截瘫指脊髓损伤后，受伤平面以下双侧肢体感觉、运动、反射等消失和膀胱、肛门括约肌功能丧失的病症。

③ 单瘫指一个肢体或肢体的某一部分瘫痪。

④ 肌力：为判断肢体瘫痪程度，将肌力分级划分为 0-5 级。

0 级：肌肉完全瘫痪，毫无收缩。

1 级：可看到或触及肌肉轻微收缩，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，但不能对抗外加的阻力。

4 级：能对抗一定的阻力，但较正常人为低。

5 级：正常肌力。

8 皮肤和有关的结构和功能

8.1 头颈部皮肤结构损伤和修复功能障碍

皮肤的修复功能是指修复皮肤破损和其他损伤的功能。本标准中的皮肤修复功能障碍是指瘢痕形成。

头颈部 III 度烧伤，面积大于等于全身体表面积的 8%	2 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于面部皮肤面积的 90%	2 级
颈部皮肤损伤导致瘢痕形成，颈部活动度完全丧失	3 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于面部皮肤面积的 80%	3 级
颈部皮肤损伤导致瘢痕形成，颈部活动度丧失大于等于 75%	4 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于面部皮肤面积的 60%	4 级
头颈部 III 度烧伤，面积大于等于全身体表面积的 5%，且小于 8%	5 级
颈部皮肤损伤导致瘢痕形成，颈部活动度丧失大于等于 50%	5 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于面部皮肤面积的 40%	5 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于面部皮肤面积的 20%	6 级

头部撕脱伤后导致头皮缺失，面积大于等于头皮面积的 20%	6 级
颈部皮肤损伤导致颈前三角区瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于颈前三角区面积的 75%	7 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于 24cm ²	7 级
头颈部 III 度烧伤，面积大于等于全身体表面积的 2%，且小于 5%	8 级
颈部皮肤损伤导致颈前三角区瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于颈前三角区面积的 50%	8 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于 18cm ²	8 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于 12cm ² 或面部线条状瘢痕大于等于 20cm	9 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于 6cm ² 或面部线条状瘢痕大于等于 10cm	10 级

注：① 瘢痕：指创面愈合后的增生性瘢痕，不包括皮肤平整、无明显质地改变的萎缩性瘢痕或疤痕。

② 面部的范围和瘢痕面积的计算：面部的范围指上至发际、下至下颌下缘、两侧至下颌支后缘之间的区域，包括额部、眼部、眶部、鼻部、口唇部、颈部、颧部、颊部和腮腺咬肌部。面部瘢痕面积的计算采用全面部和 5 等分面部以及实测瘢痕面积的方法，分别计算瘢痕面积。面部多处瘢痕，其面积可以累加计算。

③ 颈前三角区：两边为胸锁乳突肌前缘，底为舌骨体上缘及下颌骨下缘。

8.2 各部位皮肤结构损伤和修复功能障碍

皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 90%	1 级
躯干及四肢 III 度烧伤，面积大于等于全身皮肤面积的 60%	1 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 80%	2 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 70%	3 级
躯干及四肢 III 度烧伤，面积大于等于全身皮肤面积的 40%	3 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 60%	4 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 50%	5 级
躯干及四肢 III 度烧伤，面积大于等于全身皮肤面积的 20%	5 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 40%	6 级
腹部损伤导致腹壁缺损面积大于等于腹壁面积的 25%	6 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 30%	7 级
躯干及四肢 III 度烧伤，面积大于等于全身皮肤面积的 10%	7 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 20%	8 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 5%	9 级

注：① 全身皮肤瘢痕面积的计算：按皮肤瘢痕面积占全身体表面积的百分数来计算，即中国新九分法：在 100%的体表总面积中：头颈部占 9%（ 9×1 ）（头部、面部、颈部各占 3%）；双上肢占 18%（ 9×2 ）（双上臂 7%，双前臂 6%，双手 5%）；躯干前后包括会阴占 27%（ 9×3 ）（前躯 13%，后躯 13%，会阴 1%）；双下肢（含臀部）占 46%（双臀 5%，双大腿 21%，双小腿 13%，双足 7%）（ $9 \times 5 + 1$ ）（女性双足和臀各占 6%）。

② 烧伤面积和烧伤深度：烧伤面积的计算按中国新九分法，烧伤深度按三度四分法。III 度烧伤指烧伤深达皮肤全层甚至达到皮下、肌肉和骨骼。烧伤事故不包括冻伤、吸入性损伤（又称呼吸道烧伤）和电击伤。烧伤后按烧伤面积、深度评定伤残等级，待医疗终结后，可以依据造成的功能障碍程度、皮肤瘢痕面积大小评定伤残等级，最终的伤残等级以严重者为淮。