

# 江门市蓬江区困境儿童基本生活补贴 发放办法（征求意见稿）

## 第一章 总 则

第一条 为保障儿童生存与发展需要，加强对困境儿童的帮扶，提高困境儿童生活保障水平，根据国务院《关于加强困境儿童保障工作的意见》（国发〔2016〕36号）、转发广东省民政厅等23部门关于贯彻落实《国务院办公厅关于进一步加强困境儿童福利保障工作的意见》责任分工清单的通知（江民函〔2026〕17号）等规定，结合本区实际，制定本办法。

第二条 困境儿童基本生活补贴制度坚持“分层次、分类型、分标准、保基本”的原则。

第三条 困境儿童基本生活补贴标准应当与江门市蓬江区经济社会发展水平相适应，并根据本区经济社会发展情况和居民实际生活水平适时调整。

第四条 区民政局负责统筹、指导、协调、监督和管理全区困境儿童基本生活补贴发放工作。

第五条 各镇（街）负责辖区内困境儿童基本生活补贴的申请受理、情况查验、协议签署、补贴发放、档案建立等工作。镇（街）儿童督导员、村（居）儿童主任协助做好困境儿童基本生活补贴发放的相关工作。

第六条 困境儿童基本生活补贴资金列入区财政预算。

## 第二章 补贴对象和补贴标准

第七条 持有蓬江区户籍，18周岁以下，且符合本条款规定条件的困境儿童。补贴对象、补贴标准如下：

### 一、补贴对象

（一）重病儿童，重大疾病范围按照《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020年修订版）》认定；

（二）最低生活保障家庭或最低生活保障边缘家庭中的轻度残疾儿童；

（三）最低生活保障家庭或最低生活保障边缘家庭中的重度残疾儿童；

（四）家庭遭遇突发变故、经济暂时陷入困难，经村（居）、镇（街）两级核查，符合保障条件的残疾儿童。

轻度残疾，是指持有有效的《中华人民共和国残疾人证》或经法定残疾评定机构评估认定为残疾等级为三、四级的未成年人，残疾种类包括视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、精神残疾、智力残疾和多重残疾；重度残疾，是指持有有效的《中华人民共和国残疾人证》或经法定残疾评定机构评估认定为残疾等级为一、二级的未成年人，残疾种类包括视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、精神残疾、智力残疾和多重残疾。

### 二、补贴标准

（一）2026年4月原在册的重病儿童从2026年5月起按400元/人/月发放基本生活补贴；

（二）对新增重病儿童从本办法实施次月起按 400 元/人/月发放基本生活补贴；

（三）最低生活保障家庭或最低生活保障边缘家庭中的轻度残疾儿童、按 115 元/人/月发放基本生活补贴；

（四）最低生活保障家庭或最低生活保障边缘家庭中的重度残疾儿童，按 270 元/人/月发放基本生活补贴；

（五）家庭遭遇突发变故、经济暂时陷入困难，核查符合保障条件的残疾儿童，轻度残疾儿童按 115 元/人/月，重度残疾儿童按 270 元/人/月，发放基本生活补贴。

困境儿童同时符合上述补贴类型情况的，按就高不就低、不重复享受原则，只能享受其中一项基本生活补贴。

### **第三章 补贴申请和发放**

第八条 困境儿童可由监护人以该儿童名义，向户籍地镇（街）提出申请；无合适监护人、儿童自身不具备独立申办能力的，可由户籍所在地村（居）民委员会工作人员协助、代为填报《蓬江区困境儿童生活费补贴申请审批表》并办理申请手续。

第九条 户籍地镇（街）受理申请后，应当对困境儿童是否符合补贴发放的情形进行查验，查验一般采取部门信息比对的方式进行。因档案管理、数据缺失等原因不能通过部门信息比对核实的，可请申请人提供必要的补充材料。补充材料包括：

（一）困境儿童户口本（身份证）；

（二）困境儿童残疾证、重病诊断证明等自身困境相关佐证材料；

（三）困境儿童父母双方户口本及身份证；

（四）困境儿童本人或监护人社保卡复印件。

第十条 由户籍地镇（街）对申请人提交的申请材料进行审查，材料不齐全的应当场或在 3 个工作日内一次性告知申请人补齐材料，并应当自收到完整的申请材料之日起 15 个工作日内作出查验意见。对符合条件的，连同申请材料一并报儿童户籍所在区民政部门。对有异议的，可根据工作需要采取入户调查、邻里访问、信函索证、群众评议等方式再次进行核实。

第十一条 各镇（街）、村（居）、社会工作服务站等单位在工作中发现符合条件的困境儿童，应当通过告知、指引等方式主动协助其提出补贴申请。

对确有困难无法提出补贴申请的困境儿童，相关组织和个人可以代为申请，但应当履行相应委托代办手续。

第十二条 区民政部门应当在收到镇（街）上报的申请材料及查验意见之日起 15 个工作日内作出确认，并及时将确认结果反馈镇（街）。对符合补贴发放条件的，自确认之日的次月起发放补贴，补贴资金可以通过代理金融机构按月拨付到困境儿童申请人指定的金融社保卡账户。户籍地区民政部门确认不符合补贴发放条件的，应当以书面形式说明理由。

第十三条 各镇（街）应当建立详实完备的困境儿童信息台账，实行一人一档，并将困境儿童有关信息录入“广东省儿童福利业务系统”。

第十四条 为保护儿童合法权益，困境儿童基本生活补贴申请和发放不设置公示环节。

第十五条 困境儿童监护人需签订《困境儿童养育承诺书》，承诺书由区民政部门备案，确保困境儿童基本生活权益得到有效保障。

#### 第四章 补贴调整和终止

第十六条 依照本办法领取困境儿童基本生活补贴的儿童，在补贴发放期间具有下列情形之一，不再符合发放条件的，从次月起终止发放基本生活补贴：

- （一）死亡的；
- （二）重病治愈的；
- （三）残疾人证过期、冻结或注销的；
- （四）被认定为低保或低保边缘家庭的困境儿童，其家庭经济状况不再符合低保或低保边缘有关规定标准的；
- （五）家庭遭遇突发变故、经济陷入暂时困难的残疾儿童，家庭生活条件改善，达不到保障条件标准的；
- （六）年满 18 周岁；
- （七）其他应当停止发放基本生活补贴的情形。

第十七条 区民政局要建立定期核查机制，各镇（街）要对补贴发放情况定期核查，及时将困境儿童的变化情况报区民政局。区民政局要及时按规定调整或终止补贴的发放。

第十八条 区民政局要加强补贴资金使用的监管，对挤占、挪用、冒领、套取、骗取补贴资金等违法违规行为，依法依规进行查处。

## 第五章 附 则

第十九条 困境儿童家庭成员范围和家庭收入的计算方法按照本区最低生活保障有关规定执行。

第二十条 困境儿童户籍在本区范围内发生迁移的，应当自迁移之日起 30 日内到原户籍所在地镇（街）办理转移领取困境儿童基本生活补贴待遇手续。

第二十一条 困境儿童在区外连续居住超过 3 个月的，应当每满 3 个月向户籍所在地街道办事处报告现居住地址、联系方式、生活状况等情况。

第二十二条 本办法自 2026 年 9 月 1 日起施行，有效期至 2028 年 4 月 30 日。

附件：1. 蓬江区困境儿童基本生活补贴申请审批表  
2. 困境儿童养育承诺书  
3. 《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）

蓬江区困境儿童生活补贴申请审批表

镇（街道）                      村（居）委会                      相片：

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |                                                       |       |                                                                                     |                                                          |  |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--|
| 申请人姓名                         |                                                                                                                                                                                                                                                           | 身份证号码                                                                               |                                                       |       | 户籍状况                                                                                | <input type="checkbox"/> 非农业 <input type="checkbox"/> 农业 |  |
| 性别                            |                                                                                                                                                                                                                                                           | 民族                                                                                  |                                                       | 出生日期  | 年      月      日                                                                     |                                                          |  |
| 户籍地址                          |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |                                                       | 现居住地址 |                                                                                     |                                                          |  |
| 银行账号                          |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |                                                       | 开户银行  |                                                                                     |                                                          |  |
| 是否在读                          | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                     | 在读学校                                                                                |                                                       |       |                                                                                     | 在读年级                                                     |  |
| 是否低保家庭                        | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                     | 是否低收入家庭                                                                             | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 健康状况  | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 重病 |                                                          |  |
| 残疾类别                          |                                                                                                                                                                                                                                                           | 残疾级别                                                                                |                                                       | 病种    |                                                                                     |                                                          |  |
| 监护人情况<br>(包括父母亲及其他具有监护能力的监护人) | 父亲姓名                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                     | 身份证号码                                                 |       |                                                                                     | 年龄                                                       |  |
|                               | 健康状况                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 重病 |                                                       | 联系电话  |                                                                                     |                                                          |  |
|                               | 母亲姓名                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                     | 身份证号码                                                 |       |                                                                                     | 年龄                                                       |  |
|                               | 健康状况                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 重病 |                                                       | 联系电话  |                                                                                     |                                                          |  |
|                               | 其他监护人姓名                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                     | 身份证号码                                                 |       |                                                                                     | 年龄                                                       |  |
|                               | 性别                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                     | 关系                                                    |       | 联系电话                                                                                |                                                          |  |
| 申请声明                          | <div>声明书</div> <div>一、本人承诺所提供的材料完全属实，没有任何隐瞒、虚假和伪造。<br/>二、本人愿意积极配合民政部门及其委托的工作人员开展相关调查，并如实反映情况。<br/>三、本家庭儿童监护人承诺由蓬江区民政部门发放至本人账户的困境儿童生活补贴金将完全用于儿童的日常生活开支，教育，医疗等方面，不挪作他用。若违反此声明，本人愿承担因此产生的后果和相应的法律责任。</div> <div>申请人（监护人）签名：</div> <div>年      月      日</div> |                                                                                     |                                                       |       |                                                                                     |                                                          |  |

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>村（居）委会<br/>审查意见</p> | <p>经审查，_____属于 <input type="checkbox"/>重病儿童 <input type="checkbox"/>最低生活保障家庭或最低生活保障边缘家庭中的轻度残疾儿童 <input type="checkbox"/>最低生活保障家庭或最低生活保障边缘家庭中的重度残疾儿童 <input type="checkbox"/>家庭遭遇突发变故、经济暂时陷入困难，核查符合保障条件的残疾儿童。</p> <p><input type="checkbox"/>因该儿童_____，不符合困境儿童条件。</p> <p>补充说明：</p> <p style="text-align: center;">（盖章）</p> <p style="text-align: right;">经办人签名：_____年 月 日</p>                            |
| <p>镇（街道）审<br/>核意见</p>  | <p>经审核，_____属于 <input type="checkbox"/>重病儿童 <input type="checkbox"/>最低生活保障家庭或最低生活保障边缘家庭中的轻度残疾儿童 <input type="checkbox"/>最低生活保障家庭或最低生活保障边缘家庭中的重度残疾儿童 <input type="checkbox"/>家庭遭遇突发变故、经济暂时陷入困难，核查符合保障条件的残疾儿童。</p> <p><input type="checkbox"/>因该儿童_____，不符合困境儿童条件。</p> <p>补充说明：</p> <p style="text-align: center;">（盖章）</p> <p style="text-align: right;">审核人签名：_____年 月 日</p>                            |
| <p>区民政局<br/>审批意见</p>   | <p>经审批，_____属于 <input type="checkbox"/>重病儿童 <input type="checkbox"/>最低生活保障家庭或最低生活保障边缘家庭中的轻度残疾儿童 <input type="checkbox"/>最低生活保障家庭或最低生活保障边缘家庭中的重度残疾儿童 <input type="checkbox"/>家庭遭遇突发变故、经济暂时陷入困难，核查符合保障条件的残疾儿童。从_____年_____月起发放_____元生活补贴。</p> <p><input type="checkbox"/>因该儿童_____，不符合困境儿童条件。</p> <p>补充说明：</p> <p style="text-align: center;">（盖章）</p> <p style="text-align: right;">审批人签名：_____年 月 日</p> |

备注：此表一式三份，区民政局、镇（街）、村（居）各存一份。

附件 2:

## 困境儿童养育承诺书

经申请，（儿童姓名）\_\_\_\_\_，性别\_\_\_\_，身份证号码\_\_\_\_\_，出生于\_\_\_\_年\_\_月\_\_日，符合纳入江门市蓬江区困境儿童（☐重病儿童 ☐最低生活保障家庭或最低生活保障边缘家庭中的轻度残疾儿童 ☐最低生活保障家庭或最低生活保障边缘家庭中的重度残疾儿童 ☐家庭遭遇突发变故、经济暂时陷入困难，核查符合保障条件的残疾儿童），每月可领取基本生活保障经费，领取经费开户银行\_\_\_\_\_，开户人：\_\_\_\_\_银行账号：\_\_\_\_\_。由于该儿童未具有合理使用和管理基本生活保障经费的能力，由本人\_\_\_\_\_，性别\_\_\_\_，身份证号码\_\_\_\_\_代为监管，本人与该儿童关系为\_\_\_\_\_。本人承诺发放期间费用确保专款专用，用于困境儿童包括伙食、衣物、日常用品、教育、医疗、康复等经费内的开支。

承诺人( 签名 ): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

# 重大疾病保险的疾病定义使用规范 (2020 年修订版)

## 前 言

为进一步保护消费者合法权益，提升重大疾病保险产品供给质量，更好地发挥对社会保障体系的重要补充作用，结合我国重大疾病保险发展及现代医学最新进展情况，并广泛研究参考国际经验，中国保险行业协会与中国医师协会共同对2007年制定的重大疾病保险的疾病定义（以下简称疾病定义）进行了修订。

为更好地指导保险公司使用疾病定义，中国保险行业协会特制定《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）。

本规范中所称“疾病”是指重大疾病保险合同约定的疾病、疾病状态或手术。

## 1 适用范围

本规范中的疾病定义主要在参考国内外成年人重大疾病保险发展状况并结合现代医学最新进展情况的基础上制定，因此，本规范适用于保险期间主要为成年人（十八周岁及以上）阶段的重大疾病保险。

## 2 使用原则

2.1 保险公司将产品定名为重大疾病保险，且保险期间主要为成年人（十八周岁及以上）阶段的，该产品保障的疾病范围应当包括本规范内的恶性肿瘤——重度、较重急性心肌梗死、严重脑中风后遗症、重大器官移植术或造血干细胞移植术、冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）、严重慢性肾衰竭；如果该产品还保障了保险金额低于上述六种重度疾病的其他疾病，则还应当包括本规范内的恶性肿瘤——轻度、较轻急性心肌梗死、轻度脑中风后遗症。除前述疾病外，对于本规范疾病范围以内的其他疾病，保险公司可以选择使用；同时，上述疾病均应当使用本规范的疾病名称和疾病定义。

2.2 保险公司设计重大疾病保险产品时，所包含的本规范中的每种轻度疾病累计保险金额分别不应高于所包含的本规范中的相应重度疾病累计保险金额的 30%；如有多次赔付责任的，轻度疾病的单次保险金额还应不高于同一赔付次序的相应重度疾病单次保险金额的 30%，无相同赔付次序的，以最近的赔付次序为参照。

2.3 根据市场需求和经验数据，各保险公司可以在其重大疾病保险产品中增加本规范疾病范围以外的其他疾病，并合理制定相关定义。

2.4 重大疾病保险条款和配套宣传材料中，本规范规定的疾病应当按照本规范 3.1 所列顺序排列（对于分组列示疾病的，本规范

规定的疾病可以按照疾病分组顺序排列), 并置于各保险公司自行增加的疾病之前; 同时, 应当对二者予以区别说明。

2.5 保险公司设定重大疾病保险除外责任时, 对于被保险人发生的疾病、达到的疾病状态或进行的手术, 保险公司不承担保险责任的情形不能超出本规范 3.2 规定的范围。

### 3 重大疾病保险条款的相关规定

重大疾病保险条款中的疾病名称、疾病定义、除外责任和术语释义应当符合本规范的具体规定。

#### 3.1 重大疾病保险的疾病名称及疾病定义

被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病, 应当由**专科医生**明确诊断。

以下疾病名称仅供理解使用, 具体保障范围以每项疾病具体定义为准。

##### 3.1.1 重度疾病

###### 3.1.1.1 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 T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> 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。

### 3.1.1.2 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。

### 3.1.1.3 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，仍遗留下述至少一种障碍：

(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。

#### 3.1.1.4 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、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。

#### 3.1.1.5 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, 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。**

#### 3.1.1.6 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。

#### 3.1.1.7 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。

### 3.1.1.8 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。

### 3.1.1.9 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-O-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）等影像学检查证实，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 $\gamma$ 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）。

#### 3.1.1.10 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。**

#### 3.1.1.11 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，仍遗留下述至少一种障碍：

- （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。

#### 3.1.1.12 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。

#### 3.1.1.13 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。

注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之后的保障责任，须在疾病定义中特别说明。

#### 3.1.1.14 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。

注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之后的保障责任，须在疾病定义中特别说明。

#### 3.1.1.15 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。

#### 3.1.1.16 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。**

#### 3.1.1.17 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。**

注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之前的保障责任，须在疾病定义中特别说明。

#### 3.1.1.18 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，仍遗留下述至少

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。

#### 3.1.1.19 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。**

注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之前的保障责任，须在疾病定义中特别说明。

#### 3.1.1.20 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。

#### 3.1.1.21 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。

### 3.1.1.22 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，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。

注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之前的保障责任，须在疾病定义中特别说明。

### 3.1.1.23 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。**

注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之后的保障责任，须在疾病定义中特别说明。

### 3.1.1.24 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，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 $<20 \times 10^9/L$ 。

### 3.1.1.25 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。**

### 3.1.1.26 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（FEV<sub>1</sub>）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（PaO<sub>2</sub>） $<50\text{mmHg}$ 。

### 3.1.1.27 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，且已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

### 3.1.1.28 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瘘术。

## 3.1.2 轻度疾病

### 3.1.2.1 恶性肿瘤——轻度

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，但不在“恶性肿瘤——重度”保障范围的疾病。且特指下列六项之一：

（1）TNM 分期为 I 期的甲状腺癌；

（2）TNM 分期为 T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> 期的前列腺癌；

（3）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；

(4) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

(5) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

(6) 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  $ki-67 \leq 2\%$ ）的神经内分泌肿瘤。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”，不在保障范围内：

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。

### 3.1.2.2 较轻急性心肌梗死

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。

较轻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，但未达到“较重急性心肌梗死”的给付标准。

其他非冠状动脉阻塞性疾病引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在保障范围内。

### 3.1.2.3 轻度脑中风后遗症

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，但未达到“严重脑中风后遗症”的给付标准，在疾病确诊 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：

（1）一肢（含）以上肢体肌力为 3 级；

（2）自主生活能力部分丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项。

## 3.2 重大疾病保险的除外责任

因下列情形之一，导致被保险人发生疾病、达到疾病状态或进行手术的，保险公司不承担保险责任：

3.2.1 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

3.2.2 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；

3.2.3 被保险人故意自伤、或自本合同成立或者本合同效力恢复之日起 2 年内自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；

3.2.4 被保险人服用、吸食或注射毒品；

3.2.5 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无合

法有效行驶证的机动车；

3.2.6 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；

3.2.7 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

3.2.8 核爆炸、核辐射或核污染；

3.2.9 遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常。

### 3.3 术语释义

#### 3.3.1 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。

#### 3.3.2 组织病理学检查

组织病理学检查是通过局部切除、钳取、穿刺等手术方法，从患者机体采取病变组织块，经过包埋、切片后，进行病理检查的方法。

通过采集病变部位脱落细胞、细针吸取病变部位细胞、体腔积液分离病变细胞等方式获取病变细胞，制成涂片，进行病理检查的方法，属于细胞病理学检查，不属于组织病理学检查。

#### 3.3.3 ICD-10 与 ICD-O-3

《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版

(ICD-10), 是世界卫生组织 (WHO) 发布的国际通用的疾病分类方法。《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版 (ICD-O-3), 是 WHO 发布的针对 ICD 中肿瘤形态学组织学细胞类型、动态、分化程度的补充编码。其中形态学编码: 0 代表良性肿瘤; 1 代表动态未定性肿瘤; 2 代表原位癌和非侵袭性癌; 3 代表恶性肿瘤 (原发性); 6 代表恶性肿瘤 (转移性); 9 代表恶性肿瘤 (原发性或转移性未肯定)。如果出现 ICD-10 与 ICD-O-3 不一致的情况, 以 ICD-O-3 为准。

### 3.3.4 TNM 分期

TNM 分期采用 AJCC 癌症分期手册标准。该标准由美国癌症联合委员会与国际抗癌联合会 TNM 委员会联合制定, 是目前肿瘤医学分期的国际通用标准。T 指原发肿瘤的大小、形态等; N 指淋巴结的转移情况; M 指有无其他脏器的转移情况。

### 3.3.5 甲状腺癌的 TNM 分期

甲状腺癌的 TNM 分期采用目前现行的 AJCC 第八版定义标准, 我国国家卫生健康委员会 2018 年发布的《甲状腺癌诊疗规范 (2018 年版)》也采用此定义标准, 具体见下:

甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hürthle 细胞癌和未分化癌

pT<sub>x</sub>: 原发肿瘤不能评估

pT<sub>0</sub>: 无肿瘤证据

pT<sub>1</sub>: 肿瘤局限在甲状腺内, 最大径 ≤ 2cm

T<sub>1a</sub> 肿瘤最大径 ≤ 1cm

T<sub>1b</sub> 肿瘤最大径 > 1cm, ≤ 2cm

pT<sub>2</sub>: 肿瘤 2~4cm

pT<sub>3</sub>: 肿瘤 > 4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT<sub>3a</sub>: 肿瘤 > 4cm, 局限于甲状腺内

pT<sub>3b</sub>: 大体侵犯甲状腺外带状肌, 无论肿瘤大小

带状肌包括：胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT<sub>4</sub>：大体侵犯甲状腺外带状肌外

pT<sub>4a</sub>：侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT<sub>4b</sub>：侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pT<sub>x</sub>：原发肿瘤不能评估

pT<sub>0</sub>：无肿瘤证据

pT<sub>1</sub>：肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T<sub>1a</sub> 肿瘤最大径≤1cm

T<sub>1b</sub> 肿瘤最大径>1cm，≤2cm

pT<sub>2</sub>：肿瘤 2~4cm

pT<sub>3</sub>：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT<sub>3a</sub>：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内

pT<sub>3b</sub>：大体侵犯甲状腺外带状肌，无论肿瘤大小

带状肌包括：胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT<sub>4</sub>：进展期病变

pT<sub>4a</sub>：中度进展，任何大小的肿瘤，侵犯甲状腺外颈部周围器官和软组织，如喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT<sub>4b</sub>：重度进展，任何大小的肿瘤，侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管

区域淋巴结：适用于所有甲状腺癌

pN<sub>x</sub>：区域淋巴结无法评估

pN<sub>0</sub>：无淋巴结转移证据

pN<sub>1</sub>：区域淋巴结转移

pN<sub>1a</sub>：转移至VI、VII区（包括气管旁、气管前、喉前/Delphian 或上纵隔）淋巴结，可以为单侧或双侧。

pN<sub>1b</sub>：单侧、双侧或对侧颈淋巴结转移（包括 I、II、III、IV 或 V 区）淋巴结或咽后淋巴结转移。

远处转移：适用于所有甲状腺癌

M<sub>0</sub>：无远处转移

M<sub>1</sub>：有远处转移

| 乳头状或滤泡状癌（分化型） |       |     |   |
|---------------|-------|-----|---|
| 年龄<55 岁       |       |     |   |
|               | T     | N   | M |
| I 期           | 任何    | 任何  | 0 |
| II 期          | 任何    | 任何  | 1 |
| 年龄≥55 岁       |       |     |   |
| I 期           | 1     | 0/x | 0 |
|               | 2     | 0/x | 0 |
| II 期          | 1~2   | 1   | 0 |
|               | 3a~3b | 任何  | 0 |
| III 期         | 4a    | 任何  | 0 |
| IVA 期         | 4b    | 任何  | 0 |
| IVB 期         | 任何    | 任何  | 1 |
| 髓样癌（所有年龄组）    |       |     |   |

|             |      |     |   |
|-------------|------|-----|---|
| I 期         | 1    | 0   | 0 |
| II 期        | 2~3  | 0   | 0 |
| III 期       | 1~3  | 1a  | 0 |
| IVA 期       | 4a   | 任何  | 0 |
|             | 1~3  | 1b  | 0 |
| IVB 期       | 4b   | 任何  | 0 |
| IVC 期       | 任何   | 任何  | 1 |
| 未分化癌（所有年龄组） |      |     |   |
| IVA 期       | 1~3a | 0/x | 0 |
| IVB 期       | 1~3a | 1   | 0 |
|             | 3b~4 | 任何  | 0 |
| IVC 期       | 任何   | 任何  | 1 |

注：以上表格中“年龄”指患者病理组织标本获取日期时的年龄。

### 3.3.6 肢体

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。

### 3.3.7 肌力

指肌肉收缩时的力量。肌力划分为 0-5 级，具体为：

0 级：肌肉完全瘫痪，毫无收缩。

1 级：可看到或者触及肌肉轻微收缩，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。

### 3.3.8 语言能力完全丧失或严重咀嚼吞咽功能障碍

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。

严重咀嚼吞咽功能障碍，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。

### 3.3.9 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。

六项基本日常生活活动能力的鉴定不适用于 0-3 周岁幼儿。

### 3.3.10 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。

### 3.3.11 美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级

美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）将心功能状态分为四级：

I 级：心脏病病人日常活动量不受限制，一般活动不引起乏力、呼吸困难等心衰症状。

II 级：心脏病病人体力活动轻度受限制，休息时无自觉症状，一般活动下可出现心衰症状。

III级：心脏病病人体力活动明显受限，低于平时一般活动即引起心衰症状。

IV级：心脏病病人不能从事任何体力活动，休息状态下也存在心衰症状，活动后加重。

### 3.3.12 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。

在人体血液或其他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。

### 3.3.13 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。

### 3.3.14 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》第十次修订版（ICD-10）确定。

## 4 重大疾病保险宣传材料的相关规定

在重大疾病保险的宣传材料中，如果保障的疾病名称单独出现，应当采用以下主标题和副标题结合的形式。

- 4.1 〔恶性肿瘤——重度〕——不包括部分早期恶性肿瘤
- 4.2 较重急性心肌梗死
- 4.3 严重脑中风后遗症——永久性的功能障碍
- 4.4 重大器官移植术或造血干细胞移植术——重大器官须异体移植手术
- 4.5 冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）——须切开心包手术
- 4.6 严重慢性肾衰竭——须规律透析治疗
- 4.7 多个肢体缺失——完全性断离
- 4.8 急性重症肝炎或亚急性重症肝炎
- 4.9 严重非恶性颅内肿瘤——须开颅手术或放射治疗
- 4.10 严重慢性肝衰竭——不包括酗酒或药物滥用所致
- 4.11 严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症——永久性的功能障碍
- 4.12 深度昏迷——不包括酗酒或药物滥用所致
- 4.13 双耳失聪——永久不可逆

注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之后的保障责任，须在副标题中注明。

- 4.14 双目失明——永久不可逆

注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之后的保障责任，

须在副标题中注明。

4.15 瘫痪——永久完全

4.16 心脏瓣膜手术——须切开心脏手术

4.17 严重阿尔茨海默病——严重认知功能障碍或自主生活能力完全丧失

注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之前的保障责任，须在副标题中注明。

4.18 严重脑损伤——永久性的功能障碍

4.19 严重原发性帕金森病——自主生活能力完全丧失

注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之前的保障责任，须在副标题中注明。

4.20 严重III度烧伤——至少达体表面积的20%

4.21 严重特发性肺动脉高压——有心力衰竭表现

4.22 严重运动神经元病——自主生活能力完全丧失

注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之前的保障责任，须在副标题中注明。

4.23 语言能力丧失——完全丧失且经积极治疗至少12个月

注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之后的保障责任，须在副标题中注明

4.24 重型再生障碍性贫血

- 4.25 主动脉手术——须开胸（含胸腔镜下）或开腹（含腹腔镜下）手术
- 4.26 严重慢性呼吸衰竭——永久不可逆
- 4.27 严重克罗恩病——瘘管形成
- 4.28 严重溃疡性结肠炎——须结肠切除或回肠造瘘术
- 4.29 恶性肿瘤——轻度
- 4.30 较轻急性心肌梗死
- 4.31 轻度脑中风后遗症——永久性的功能障碍

## 5 附则

- 5.1 中国保险行业协会设立保险行业疾病定义管理办公室，协助中国银保监会做好健康保险产品监管中有关疾病定义的管理工作，建立行业疾病定义长效管理机制，研究重大疾病保险相关疾病医疗实践的进展情况，原则上至少每 5 年对疾病定义及规范进行全面评估，视评估结果决定是否开展修订工作。
- 5.2 本规范自发布之日起施行。本规范发布之日前已生效的重大疾病保险合同，保险公司应按该保险合同约定做好相关服务工作。自 2021 年 2 月 1 日起签订的保险期间主要为成年人（十八周岁及以上）阶段的重大疾病保险合同应当符合本规范。
- 5.3 本规范由中国保险行业协会负责解释。