

# 瑞泰附加重大疾病保险合同条款

瑞泰人寿保险有限公司

2006年5月16日

# 目 录

一、总则 .....	3
1. 关于瑞泰附加重大疾病保险合同（以下简称“本附加合同”） .....	3
2. 本附加合同的构成 .....	3
3. 投保条件 .....	3
4. 本附加合同的生效及保险期间 .....	4
5. 犹豫期（合同撤消权） .....	4
二、保障条款 .....	5
6. 保险金额 .....	5
7. 保险费 .....	5
8. 保险责任 .....	5
9. 责任免除 .....	6
10. 受益人的指定和变更 .....	7
11. 保险事故通知及保险金的申请时间 .....	7
12. 保险金的申请 .....	7
三、其他 .....	8
13. 续保 .....	8
14. 年龄确定与错误的处理 .....	8
15. 宽限期 .....	9
16. 增加或减少保险金额 .....	9
17. 如实告知义务 .....	10
18. 本附加合同的解除及终止 .....	10
四、释义 .....	11

# 瑞泰附加重大疾病保险合同条款

(本附加合同条款 2006 年 5 月经中国保险监督管理委员会备案)

## 一、总则

### 1. 关于瑞泰附加重大疾病保险合同（以下简称“本附加合同”）

瑞泰附加重大疾病保险合同可附加在我们（“我们”在本附加合同中指“瑞泰人寿保险有限公司”）规定的主保险合同（以下简称“主合同”）上，是您（“您”在本附加合同中指“投保人”）和我们之间签订的附加协议。本附加合同提供的是重大疾病保险保障。

本附加合同中有约定的，以本附加合同的约定为准；本附加合同中没有约定的，主合同的条款适用于本附加合同，但主合同中的投资相关条款除外。

### 2. 本附加合同的构成

本附加合同由保险单（指本附加合同的保险单，以下同）或其他保险凭证、附加保险合同条款、投保单、与本附加合同有关的其他投保文件、合法有效的声明、通知、批单、批注和其他书面协议构成。

### 3. 投保条件

#### 3.1 投保人

本附加合同的投保人与主合同的投保人为同一人。

#### 3.2 被保险人

本附加合同的被保险人与主合同的被保险人为同一人，且在本附加合同生效日被保险人的年龄应该在 18 周岁(含)至 60 周岁(含)之间。

本附加合同所指周岁，均以法定身份证明文件中记载的被保险人出生日期为计算基础。

## 4. 本附加合同的生效及保险期间

### 4.1 本附加合同的生效

您向我们完整提交本附加合同的投保单等相关投保文件后，我们需要对您的投保申请进行核保。在我们同意承保并收取您应该缴纳的保险费时，被保险人生存的，本附加合同生效，该生效日期在保险单中载明。我们将及时签发保险单作为保险凭证。

保险单周年日、保险单年度、保险单月度和保险单期满日均以保险单中载明的生效日期为准计算。

### 4.2 保险期间

本附加合同的保险期间为 5 年，且本附加合同的保险单期满日应该不晚于主合同的保险单期满日。

保险期间自本附加合同保险单中载明的生效日期的零时起开始计算。保险期间会在保险单中载明。

## 5. 犹豫期（合同撤消权）

为了确保您全面理解并选择了适合您需求的人身保险产品，本附加合同设置了犹豫期条款。自本附加合同生效日起 21 日内为犹豫期。我们应及时按投保单上所记载的通讯地址向您寄送或根据与您约定的其他方式向您递送本附加合同。

您于犹豫期内，可向我们书面提出撤消本附加合同，并将本附加合同相关文件退还我们。本附加合同在我们收到您的书面撤消通知时撤消，我们自始不承担保险责任，并将已收取的保险费全额无息以投资单位的形式退还至主合同投保人投资账户中，退还的投资单位数按照我们收到您书面通知的下一个工作日的投资单位价格计算。

## 二、保障条款

### 6. 保险金额

本附加合同的保险金额由您和我们约定并于保险单上载明,是我们承担给付保险金责任的最高限额。

本附加合同生效后,如果该保险金额经您和我们同意有所变更,则以变更后的保险金额为准。

### 7. 保险费

本附加合同的保险费按照保险金额和按被保险人的年龄、性别约定的费率标准确定,以一个保险单年度为计算基础,详见附件 1 “瑞泰附加重大疾病保险费率表”,该费率在每个保险单年度初根据被保险人当时的年龄变化而调整。

本附加合同的保险费将按月通过扣取主合同投保人投资账户投资单位的方式收取(每月应交保险费为您在一个保险单年度应该交付的保险费金额除以 12)。在保险单生效日的当日及以后的每个保险单生效日的月度对应日,我们按照投资单位价格计算出当月应该收取的投资单位数,从您主合同的投资账户中扣除。

本附加合同中所有提及投资单位的扣除或退还的,均为按照投保人主合同当时的各投资账户实际价值占其投资账户实际价值总和的比例分别从投保人各投资账户中扣除或返还至投保人各投资账户。

本附加合同无现金价值。

### 8. 保险责任

在本附加合同保险期间内,我们承担下列保险责任:

自本附加合同生效日起 90 天后,若被保险人经诊断初次患有本附加合同所约定的一项或多项重大疾病(即发生本附加合同约定的保险事故),我们按照保险单上载明的保险金额向被保险人给付重大疾病保险金,本附加合同终止。

被保险人因遭受意外伤害事故导致患有本附加合同约定的一项或多项重大疾病的，不受上述 90 天的限制（意外伤害指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件）。

自本附加合同生效日起 90 天内（含 90 天），若被保险人经诊断初次患有本附加合同所约定的一项或多项重大疾病，我们在接到通知后按照下一个工作日的投资单位价格将已经收取的保险费以投资单位形式返还至主合同投保人投资账户，本附加合同终止。

## 9. 责任免除

因下列原因之一而导致被保险人患本附加合同所约定的重大疾病的，我们不负上述保险金的给付责任，本附加合同终止：

- 被保险人在本附加合同有效期内自杀或自伤身体；
- 投保人、被保险人的任何故意行为；
- 被保险人故意犯罪或拒捕、越狱或在羁押、关押服刑期间；
- 被保险人非法服用、吸食或注射违禁药品，毒品，成瘾性吸入有毒气体；
- 被保险人进行整容、整形手术或遭遇其他医疗事故；
- 被保险人酒后驾驶、无照驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车辆；
- 从事潜水、滑水、跳伞、攀岩、蹦极跳、赛马、赛车、武术比赛、摔跤、探险活动及特技表演等高风险运动；
- 战争、军事行动、恐怖活动、暴乱或武装叛乱；
- 原子能或核能装置所造成的爆炸、灼热或辐射；
- 人类免疫缺陷病毒（艾滋病病毒）、艾滋病（AIDS）、任何艾滋病病毒（HIV）的变异病毒（上述病症的定义，应按世界卫生组织所订的定义为准。如在被保险人的血液样本中发现上述病毒或其抗体，则认定被保险人已感染该病毒），但符合本附加合同释义 20 因输血感染艾滋病病毒的则属于保险责任范围；
- 被保险人的先天性疾病、先天性缺陷或投保前已经患有的本附加合同所约定的重大疾病。

## 10. 受益人的指定和变更

本附加合同的重大疾病保险金受益人为被保险人本人,除非被保险人本人申请并同意,我们不受理其他指定或变更。

## 11. 保险事故通知及保险金的申请时间

被保险人应于知道保险事故发生之日起 5 日内通知我们,否则,被保险人应承担由于通知迟延致使我们增加的勘查、检验等费用,但因不可抗力导致的延迟除外。被保险人可以委托他人代为通知。

被保险人申请保险金的权利,自其知道保险事故发生之日起 5 年内不行使而消灭。

## 12. 保险金的申请

由被保险人作为申请人填写保险金给付申请书,并凭以下证明和资料向我们申请给付重大疾病保险金。

(1) 保险单或其他保险凭证正本;

(2) 被保险人的合法身份证明;

(3) 由我们指定或认可的医疗机构出具的附有病历、病理显微镜检查、必需的血液检验及其他科学方法检验报告的被保险人疾病诊断证明,关于重大疾病的释义中所提及的索赔时需要提供的有关证明。

被保险人可以委托他人代为申请给付重大疾病保险金,应提供授权委托书、受托人身份证明等相关证明文件。

我们收到申请人的保险金给付申请书及上述有关证明和资料后,对确定属于保险责任的,在与申请人达成有关给付保险金数额的协议后 10 日内,履行给付保险金责任。对不属于保险责任的,向申请人发出拒绝给付保险金通知书。

## 三、其他

### 13. 续保

在本附加合同保险期间届满前一个月内,如果您未向我们提出不续保本附加合同的申请,则我们视为您同意自动续保本附加合同。本附加合同在续保的保险期间内继续有效,我们应在保险单上批注。

每次续保的保险期间为5年。每次续保生效日被保险人年龄仍应符合本附加合同的约定,且在续保后本附加合同的保险单期满日被保险人的年龄需不超过65周岁,并保险单期满日应不晚于主合同的保险单期满日。

续保保险费与本附加合同第7条的有关规定相同。但我们保留调整续保保险费的权力。若我们调整了续保保险费,则调整后的费率表将在本附加合同续保生效后及时通知您。如果您不同意调整后的保险费,可以在续保生效日起21日内通知我们撤消续保本附加合同,我们按接到通知后的下一个工作日的投资单位价格将已收取的续保保险费以投资单位形式返还至投保人主合同投资账户中,本附加合同自其保险期间届满日终止。

### 14. 年龄确定与错误的处理

被保险人的投保年龄,以其法定身份证件记载的出生日期为准。

投保人在申请投保时,应将被保险人的真实出生日期在投保单上写明。如投保人申报的被保险人出生日期不真实,则按照下列规定处理:

投保时被保险人的真实年龄超过本附加合同规定之投保年龄范围的,我们有权解除本附加合同,并将已收取的保险费在扣除手续费(手续费指我们的管理费用与佣金之和,比例为不超过我们已经收取的本附加合同的保险费之和的35%)后,以投资单位形式退还至主合同投保人投资账户中。退还的投资单位数按照解除本附加合同之日起的下一个工作日的投资单位价格计算。

但自本附加合同生效日起逾2年,我们始发现投保时被保险人的真实年龄超过规定的投保年龄范围的,我们不解除本附加合同并按下列规定处理:

- 若被保险人申报的出生日期不真实,致使我们实收的保险费多于应收的



保险费，我们应将已多收的保险费，按照主合同投资单位价格以投资单位的形式退还至主合同投保人投资账户中。

- 若被保险人申报的出生日期不真实，致使我们实收的保险费少于应收的保险费，我们有权从主合同投保人的投资账户中按照投资单位价格以扣除投资单位的形式，收取少收的保险费。
- 若在保险事故发生后始发现被保险人申报的出生日期不真实的，我们按照实收保险费之和与按被保险人真实年龄计算的应收保险费之和的比例给付保险金，但给付保险金的最高数额不超过本附加合同约定的保险金额。

## 15. 宽限期

本附加合同的保险费为按月在每个保险单月度初在主合同投保人投资账户价值中扣取，当投保人投资账户价值不足以支付当月应交保险费时，自当月保险费到期日起 60 日内为本附加合同的宽限期。宽限期内发生保险事故，我们仍应承担保险责任，但给付保险金时需扣除欠交的保险费。

我们会在投保人投资账户价值不足以支付当月应交保险费时，及时向您发出交纳保险费的通知，您应该在宽限期内及时补交主合同的保险费，补交保险费的有关规定按照主合同中额外保险费的相应规定执行。

您逾本附加合同的宽限期仍未交付保险费的，本附加合同的效力终止，我们不再承担本附加合同的保险责任。

## 16. 增加或减少保险金额

在本附加合同有效期内，您可以向我们申请增加或减少本附加合同的保险金额，经我们核保后在本附加合同的下一个保险单生效日的月度对应日生效，我们应在保险单上批注。

自增加或减少保险金额生效之日起，我们按照增加或减少后的保险金额收取相应的保险费。

## 17. 如实告知义务

订立本附加合同时，我们应向您明确说明本附加合同的条款内容，特别是责任免除条款，并可以就投保人、被保险人的有关情况提出书面询问，投保人、被保险人应当书面如实告知。

投保人、被保险人故意不履行如实告知义务的，我们有权解除本附加合同；对于本附加合同解除前发生的保险事故，我们不负给付保险金的责任，并不退还保险费。

投保人、被保险人因过失未履行如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本附加合同；投保人、被保险人因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，对于本附加合同解除前发生的保险事故，我们不负给付保险金的责任，但可以将已经收取的保险费，在扣除手续费（手续费指我们的管理费用与佣金之和，比例为不超过我们已经收取的本附加合同的保险费之和的 35%）后，以投资单位的形式返还至主合同投保人投资账户，返还的投资单位数按照本附加合同解除之日的下一个工作日的投资单位价格计算。

## 18. 本附加合同的解除及终止

### 18.1. 本附加合同的解除

18.1.1 本附加合同生效后，您可以书面形式通知我们要求解除本附加合同，即退保。我们收到您解除合同的书面通知当日，本附加合同解除。

18.1.2 出现本附加合同其他条款约定或保险相关法律规定可以解除合同的情形时，本附加合同可以解除。

### 18.2. 本附加合同的终止

18.2.1 主合同终止，本附加合同的效力即行终止；

18.2.2 本附加合同在其保险期间届满时终止，但按照本附加合同的约定续保的，则在续保后的保险期间届满时终止；

18.2.3 出现本附加合同其他条款约定或保险相关法律规定合同终止的情形时，本附加合同终止。

本附加合同解除或终止时，我们不向投保人退还保险费，但本附加合同另有

约定的除外。

本附加合同解除或终止后，其规定的保险责任终止，您应该将本附加合同相关文件退还给我们。

## 四、释义

本附加合同所称重大疾病，仅指下列疾病之一：

### 1、恶性肿瘤

指恶性细胞不可控的生长和扩散并且浸润和破坏正常组织。也包括白血病、淋巴瘤、何杰金氏病。但以下疾病不包括在内：

- (1) 原位癌及所有癌前病变，或非侵入性癌症；
- (2) 任何宫颈 CIN 期（CIN-1、CIN-2 及 CIN-3 级）病变
- (3) 早期前列腺癌其 TNM 分级属于 T1 (包括 T1a、T1b 及 T1c) 或相当于此级别的早期前列腺癌；
- (4) 所有的皮肤癌,包括根据 2002 年 AJCC 分类,属于 1A 级的皮肤黑色素瘤 (T1aN0M0) ;
- (5) 所有伴有 HIV 感染的恶性肿瘤 (但不包含本释义第 20 条所述之感染)。

索赔时,必须提供固定组织或血液系统标本的病理组织检查报告以证实以上癌症的定义。任何组织涂片检查、穿刺活检结果和临床诊断结果不能作为索赔依据。

### 2、心肌梗死

指供应心肌的血液突然中断而首次出现心肌梗死(心肌坏死)的现象,必须同时具备以下各项条件:

- (1) 典型的胸痛史;

- (2) 心电图有新近的改变，显示心肌梗死状况；
- (3) 心肌酶的增高。

有肌钙蛋白 I 或 T 升高的非 ST 段抬高的心肌梗死及其它急性冠脉综合症不在本保障范围之内。

### 3、脑中风

指因任何脑血管意外导致持续 24 小时以上的神经性后遗症，包括脑梗死、脑溢血以及颅外来源的栓塞。短暂性脑缺血（TIA）、因偏头疼导致的神经症状和由于意外而引起的脑血管意外不在本保障之内。

索赔时必须提供神经性障碍持续至少 3 个月的证明及 CT 扫描或核磁共振报告。所谓神经性障碍，是指发病 3 个月后，经由我们认可的脑神经科医师认定仍遗留下列残障之一者：

- (1) 一肢及以上肢体机能完全永久丧失；
- (2) 两肢以上运动或感觉障碍导致永久丧失独立进行下述三个或更多的日常生活活动能力：洗澡、穿脱衣、上厕所及使用厕所、从床到椅子或从椅子到床、大小便自制、饮食和服药；
- (3) 完全及永久丧失言语能力；
- (4) 完全及永久丧失吞咽功能，必须永久使用鼻饲管；

### 4、冠状动脉搭桥术

指为矫正一支或多支狭窄或阻塞的冠状动脉，而实际进行的开胸冠状动脉搭桥术。血管成形术或任何其它的动脉内介入疗法、内镜手术不包括在此保障范围之内。

索赔时必须提供冠状动脉造影报告显示冠状动脉有严重阻塞。

## 5、慢性肾衰竭

指因双肾功能有慢性且不可恢复的衰竭所导致的终末期肾功能衰竭。

索赔时，必须有接受定期的肾透析或已接受肾移植手术的治疗记录。

## 6、重要器官移植术

由于相应的器官功能损害，接受了心脏、肺、肝、胰、肾或骨髓的移植手术。

## 7、瘫痪

由于脊髓疾病或意外而导致的两肢或两肢以上完全和永久性失能。瘫痪包括双瘫、偏瘫、截瘫、四肢瘫，但不包括因格林巴利综合症导致的瘫痪。

索赔时需提供经我们认可的神经科专科医师确认的肢体失能至少持续达 3 个月以上的医疗记录。

## 8、失明

由疾病或意外伤害事故所导致双眼视力的完全丧失且不可恢复。失明包括眼球缺失或摘除、或不能辨别明暗、或仅能辨别眼前手动者，最佳矫正视力低于国际标准视力表 0.02，或视野半径小于 5 度。

索赔时需由我们认可医院的眼科医师出具医疗诊断证明。

## 9、心脏瓣膜置换术

指用人工瓣膜替代一个或多个心脏瓣膜的移植手术。包括因主动脉瓣、二尖瓣、三尖瓣或肺部瓣的狭窄、功能不全或两者并存而进行的人工瓣膜置换，但不包括心脏瓣膜修复、瓣膜切开术和瓣膜成形术。

## 10、主动脉手术

因主动脉疾病而实施开胸手术并进行了血管移植。主动脉仅限于胸、腹主动脉，不包括其任何分支。外伤所致主动脉受损之手术不包括在本保障范围之内。

## 11、多发性硬化

指因中枢神经系统脱髓鞘而导致的不可恢复的身体部位的功能障碍，需由我们认可医院的神经科医师提供明确诊断，并在核磁共振检查中有典型的损害表现。所谓不可恢复的身体部位功能障碍指被诊断为功能障碍后需持续一百八十天以上。由神经科医师提供的明确诊断必须包含下列内容：

- (1) 明确出现因视神经、脑干和脊髓损伤而导致的临床表现；
- (2) 散在的身体损害的多样性；
- (3) 有明确的上述症状及神经损伤反复恶化、减轻的病史纪录。

## 12、再生障碍性贫血

指因骨髓造血功能衰竭而导致的贫血、嗜中性白细胞减少和血小板减少。本病必须经我们认可医院的血液科医师确诊，并须满足以下全部 3 项条件：

- (1) 经骨髓穿刺检查/骨髓活检而证实有骨髓功能衰竭和骨髓再生不良；
- (2) 临床检验符合再生障碍性贫血（血小板计数  $< 20 \times 10^9/L$ ，中性白细胞计数  $< 0.5 \times 10^9/L$ ，网织红细胞计数  $< 1\%$ ）；
- (3) 治疗方面需进行输血或血液制品、免疫抑制剂、骨髓刺激剂、骨髓移植中

任何一种。

### 13、良性脑肿瘤

在全身麻醉下开颅切除脑内良性肿瘤而导致的永久性神经性障碍，不包括所有囊肿、肉芽肿、脑动脉或静脉本身（或血管内）的畸形、垂体或脊柱的血肿和肿瘤。

所谓永久性神经性障碍，是指发病 3 个月后，经由我们认可的脑神经科医师认定仍遗留下列残障之一者：

- (1) 一肢及以上肢体机能完全永久丧失；
- (2) 两肢以上运动或感觉障碍导致永久丧失独立进行下述三个或更多的日常生活活动能力：洗澡、穿脱衣、上厕所及使用厕所、从床到椅子或从椅子到床、大小便自制、饮食和服药；
- (3) 完全及永久丧失言语能力；
- (4) 完全及永久丧失吞咽功能，必须永久使用鼻饲管；

索赔时必须提供脑 CT 扫描或核磁共振检查报告。

### 14、慢性肝病

指肝脏疾病末期肝硬化并有以下全部表现，因酒精或药物所导致的肝病不包含在本保障范围内。

- (1) 持续性黄疸；
- (2) 腹水；
- (3) 肝性脑病；
- (4) 门脉高压。

## 15、终末期肺病

由我们认可医院的呼吸科医师确诊肺功能永久性的损害，其诊断标准包括：

- (1) 肺活量持续比预计值减少 50%或 Tiffeneau 比值 (FEV1/IVC) 比预计值减少 50%，并且
- (2) 动脉血氧分压 (PaO<sub>2</sub>) 持续降低于 60 mmHg 且二氧化碳分压 (PaCO<sub>2</sub>) 上升超过 50 mmHg。

索赔时须提供以上相应的医院证明文件或检查报告。

## 16、昏迷

人呈无意识状态，对外来刺激或内部组织的需求皆无反应，其生命必须持续依赖外部的生命支持系统(至少 96 小时以上)才能得以维持，并导致永久性的神经性障碍。不包括因酒精或药物滥用所致的昏迷。

## 17、失聪

由疾病或意外伤害事故所导致的听力永久性完全丧失。听力丧失指被保险人存在 90 分贝以上的双耳听力丧失，且持续至少一年。

索赔时必须由耳鼻喉科专科医师确诊并提供包括听力测定和声域测验在内的报告。

## 18、脑炎

经过我们认可医院的神经专科医师确诊的与病毒或细菌感染有关的脑部（大脑、脑干或小脑）炎症。该疾病必须导致被保险人：

- (1) 永久丧失独立进行以下日常生活活动能力中的三个或更多：洗澡、穿脱衣、上厕所及使用厕所、从床到椅子或从椅子到床、大小便自制、饮食和服药，或
- (2) 必须导致永久性卧床，没有外部帮助无法起床。



索赔时须提供上述病症至少三个月的医疗记录。

## 19、急性重症肝炎（暴发性肝炎）

因病毒性肝炎导致的大面积肝坏死，发生突然的肝功能衰竭。其诊断必须标准包括以下全部 4 项：

- (1) 肝脏急剧缩小
- (2) 坏死区域涵盖整个肝叶，只存留胶原网状结构（有组织学检查报告）
- (3) 肝功能检查指标迅速恶化
- (4) 严重黄疸

单纯的乙型肝炎携带者或感染者不包含在本保障范围之内。

## 20、因输血感染艾滋病病毒

被艾滋病病毒（HIV）感染者或艾滋病患者（AIDS），其诊断标准须包含几项：

- (1) 感染是在保单生效后发生，且因必要的医疗性输血引起。
- (2) 被保险人不是血友病患者。

索赔时须提供输血机构出具的责任承担证明。

## 21、肢体缺失

由意外引起或医疗需要而进行的完全的、不可恢复的两个或更多的肘或膝关节部位以上的截肢。

## 22、丧失言语能力

指由于声带遭受物理创伤而导致完全的、不可恢复的丧失言语的能力，须达到以下三项条件中的任一项：

- (1) 须经 X 线拍片、CT 扫描和临床喉镜及声图仪等特殊仪器检查证实无法发出四种语音中的任何三种：唇音、齿音、上顎音、软腭音；

- (2) 声带完全切除;
- (3) 大脑损害或脑部瘫痪造成的失语症。

索赔时须提供这种情况至少六个月的医疗记录。

## 23、重度烧伤

至少 20%的体表面积达Ⅲ度烧伤。Ⅲ度烧伤的标准为皮肤(表皮、皮下组织)全层的损伤,累及肌肉、骨骼、软组织坏死、结痂、最后脱落。烧伤的程度及烧伤面积的计算按照临床鉴定标准【新九分法】的评定标准。

## 24、细菌性脑膜炎

经认可医院的神经科医师所确诊的脑膜或脊膜的炎症。该炎症必须导致被保险人:

- (1) 永久丧失独立进行以下日常生活活动能力中的三个或更多:洗澡、穿脱衣、上厕所及使用厕所、从床到椅子或从椅子到床、大小便自制、饮食和服药,或
- (2) 必须导致永久性卧床,没有外部帮助无法起床。

索赔时须提供上述病症至少三个月的医疗记录。

## 25、肺动脉高压

由临床及包括心导管在内的各项检查而确诊为原发性肺动脉高压。其诊断标准包括以下全部:

- (1) 呼吸困难及疲劳;
- (2) 左心房压力上升(至少增加 20 个单位);
- (3) 肺阻力高于正常值 3 个单位以上;

- (4) 经心导管检查显示肺动脉压至少为 20mmHg;
- (5) 肺楔压至少为 8mmHg;
- (6) 右心室舒张末期压力至少为 8mmHg;
- (7) 右心室肥大, 扩张及有右心衰竭表现。

**※ 本释义中所提及的我们认可的医院或医师, 其解释如下:**

**医院:** 指国家卫生部医院等级分类中的二级及以上级别的医院, 但不包括专供康复、护理、疗养、戒酒、戒毒等非以直接诊治病人为目的的医疗机构。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, 并且提供二十四小时有合格医师及护士驻院的医疗和护理等服务。

**医师:** 指在以上所定义的医院中领有医师执照并合法执业的医师, 但被保险人本人及其近亲属不被我们所认可。

附件 1:

瑞泰附加重大疾病保险费率表

年度保险费								
(单位: 人民币)					每 1,000 元保险金额			
年龄	男	女	年龄	男	女	年龄	男	女
18	1.366	1.182	34	3.471	3.655	50	15.545	13.662
19	1.458	1.255	35	3.711	4.006	51	17.391	14.769
20	1.569	1.348	36	3.969	4.357	52	19.440	15.969
21	1.662	1.422	37	4.302	4.782	53	21.729	17.262
22	1.754	1.477	38	4.671	5.225	54	24.258	18.665
23	1.865	1.551	39	5.058	5.686	55	27.028	20.142
24	1.975	1.643	40	5.502	6.185	56	30.018	21.674
25	2.105	1.754	41	6.018	6.702	57	33.231	23.262
26	2.234	1.865	42	6.591	7.255	58	36.646	24.886
27	2.363	1.994	43	7.274	7.865	59	40.302	26.548
28	2.492	2.142	44	8.068	8.529	60	44.197	28.302
29	2.622	2.326	45	8.954	9.249	61	48.314	30.092
30	2.769	2.566	46	9.969	10.006	62	52.708	31.975
31	2.917	2.806	47	11.114	10.800	63	57.323	33.914
32	3.083	3.065	48	12.425	11.686	64	62.178	35.908
33	3.268	3.342	49	13.902	12.628	65	67.274	37.994

备注: 瑞泰人寿保险有限公司按照每个保单年度初被保险人对应的年龄与性别参照上表确定当年的年度保险费标准, 在每个保单月度初按年度保险费的 1/12 从投保人主合同的投资账户中以扣取投资单位的形式收取当月保险费。