



请扫描以查询验证条款

中国人民健康保险股份有限公司

人保健康卓越安生互联网医疗保险条款

阅读指引

本阅读指引旨在帮助投保人理解条款，具体内容以条款约定为准。



投保人拥有的重要权益

- ❖ 若投保人在签收保险单之日起十五天内要求解除合同，本公司将无息退还保险费.....3.2
- ❖ 本合同为被保险人提供的保障内容在保险责任条款中列明.....2.4
- ❖ 投保人有解除本合同的权利.....3.3



投保人需要特别注意的事项

- ❖ 在某些情况下，本公司不承担保险责任.....2.5/2.6
- ❖ 投保人应当按约定支付保险费.....4.1
- ❖ 投保人有如实告知的义务.....6.1
- ❖ 保险事故发生后，请及时通知本公司.....5.1
- ❖ 犹豫期后解除合同会造成一定的损失，请慎重抉择.....3.3
- ❖ 本合同对条款中出现的一些重要术语进行了解释，请投保人注意.....7



条款中凡以**黑体字加下划线**标示的内容均为免除或减轻本公司责任的条款，请投保人特别注意。



条款是保险合同的重要内容，为充分保障投保人的权益，请投保人仔细阅读本条款。



条款目录

1. 被保险人范围	4. 保险费	6.3 合同内容变更
1.1 被保险人范围	4.1 保险费	6.4 联系方式变更
2. 保障期限、保险责任及责任免除	5. 保险金的申请及给付	6.5 年龄确定与错误处理
2.1 保险期间	5.1 保险事故通知	6.6 争议处理
2.2 保证续保	5.2 受益人	6.7 款项扣除
2.3 保障计划	5.3 保险金申请资料	7. 名词释义
2.4 保险责任	5.4 保险金的给付	附表：人保健康卓越安生互联网医疗保险保障计划表
2.5 责任免除	5.5 院外购药	
2.6 其他免责条款	5.6 恶性肿瘤特定药品用药流程	
3. 合同效力	5.7 诉讼时效	
3.1 合同成立与生效	6. 其他事项	
3.2 犹豫期	6.1 明确说明与如实告知	
3.3 犹豫期后解除合同的 手续及风险	6.2 本公司合同解除权的 限制	

人保健康卓越安生互联网医疗保险条款

1 被保险人范围

1.1 被保险人范围

出生满 30 天至 70 周岁^{7.1}，身体健康状况符合本合同约定的个人可作为被保险人参加本保险，投保时需符合本公司的投保规定。除上述规定外，若投保时根据被保险人身体健康状况确定其为既往症人群^{7.2}的，被保险人需为适用商业健康保险税收优惠政策的纳税人^{7.3}且为投保人本人。符合续保条件的，可续保至 99 周岁。

2 保障期限、保险责任及责任免除

2.1 保险期间 本合同的保险期间为 1 年。

2.2 保证续保 在保证续保期间内，若投保人未失去保证续保权，且未作不续保声明，本合同将自动续保。

2.2.1 保证续保期间

若投保人首次投保本保险，自首次投保本合同生效日起，每 5 年为一个保证续保期间；若投保人非连续投保本保险，则自非连续投保本合同生效日起，每 5 年为一个保证续保期间。

2.2.2 保证续保权

在保证续保期间内，投保人享有如下保证续保权：

- 1) 每个保证续保期间内，投保人按该保证续保期初约定的费率表依被保险人年龄变化缴纳相应的保险费，该保险费不因本保险的整体费率调整而改变；
- 2) 每个保证续保期间内，本公司不因被保险人的身体状况或历史理赔情况而拒绝投保人的续保申请；
- 3) 每个保证续保期间内，投保人的保证续保权不因本保险的统一停售而终止。

2.2.3 保证续保权终止

在保证续保期间内，若发生以下一个或者多个情形时，投保人失去保证续保权：

- 1) 投保人未履行如实告知义务；
- 2) 投保人在本合同保险期间届满前申请解除合同；
- 3) 被保险人续保时的年龄超过本合同规定的最高续保年龄；
- 4) 投保人在上一保险合同届满后的 60 日内，未按照续保当时被保险人的保障计划、年龄、首续保以及有无基本医疗保险^{7.4}或公费医疗所对应的保险费率和本合同约定的保险费交纳方式交纳相应的保险费。

投保人失去保证续保权后，本公司不再接受续保。重新申请投保本保险时，按首次投保处理。

2.2.4 保证续保期间届满时的续保

保证续保期间届满时，投保人可在上一保险合同届满后的 60 日内向本公司提出续保申请，经本公司同意，且投保人按续保当时被保险人的年龄、首续保、以及有无基本医疗保险或公费医疗所对应的保险费率和本合同约定的保险费交纳方式交纳相应的保险费后，进入下一保证续保期间，本公司将根据本合同的约定继续承担相应的保险责任。

保证续保期间届满后，若投保人在上一保险合同届满后的 60 日内未向本公司提出续保申请，重新

申请投保本保险时，按首次投保处理。

若本保险统一执行停售，保证续保期间届满后，本公司将不再接受续保，但投保人可以在上一保险合同届满后的 60 日内以续保方式（无等待期且无需重新填写健康告知）投保本公司指定的其他医疗保险产品。

2.3 保障计划

本合同的保障计划，以及保障计划中涉及的年度累计给付总限额、年度免赔额、医疗费用保障范围及部分责任的年度累计给付限额等见附表。

在本合同保险期间内，累计给付的保险金以本合同约定的年度累计给付总限额为限，累计给付的保险金达到本合同约定的年度累计给付总限额时，本公司对该被保险人的各项保险责任均终止，保险合同继续有效。若未发生本条款第 2.2.3 条“保证续保权终止”中所约定的一个或者多个情形，在保证续保期间内，投保人仍享有保证续保权；若投保人已失去保证续保权，本合同效力终止。

2.4 保险责任 本合同有效期内，本公司承担下列保险责任：

2.4.1 等待期设置

自保险合同生效之日起，本公司将对一段时间内发生的保险事故不承担给付保险金的责任，这段时间称为等待期。

除另有约定外，首次或非连续投保本保险时，自本合同生效之日起30天为等待期。因意外伤害^{7.5}引起的保险事故，保险责任无等待期。连续投保本保险时，保险责任无等待期。

如果被保险人在等待期内确诊疾病，无论对该疾病的治疗发生在等待期内或等待期满后，本公司均不承担给付保险金的责任，本合同继续有效。

但若上述情形中被保险人在等待期内确诊的疾病为本合同约定的重大疾病^{7.69}，则本公司不承担给付保险金的责任，并向投保人无息返还已交纳的保险费，同时本合同效力终止。

2.4.2 免赔额设置

本合同的免赔额，是指在本合同保险期间内发生的，虽属于本合同保险责任范围内，但约定应由被保险人自行承担，本公司不予赔付的部分。

对于被保险人实际发生的属于本合同保险责任范围内的一般医疗费用、未成年人特定先天性疾病医疗费用及重大疾病异地就医费用，本公司仅对扣除免赔额后的剩余部分按照本合同的约定进行给付。

被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过基本医疗保险、政府主办补充医疗^{7.6}和公费医疗获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

2.4.3 一般医疗费用保险金

一般医疗费用保险金包括住院及日间治疗费用保险金、特殊门诊医疗费用保险金、门诊手术医疗费用保险金、住院前后门急诊医疗费用保险金、质子重离子住院医疗费用保险金和恶性肿瘤特定药品费用保险金六部分。

在本合同有效期内，被保险人因意外伤害或等待期满后因意外伤害之外的其他原因，在本公司认可的医院^{7.7}接受治疗的，本公司按下列约定给付一般医疗费用保险金。

1) 住院及日间治疗费用保险金

被保险人因意外伤害或等待期满后因意外伤害之外的其他原因，经本公司认可的医院**专科医生**^{7.8}诊断必须接受**住院**^{7.9}治疗或**日间治疗**^{7.10}的，对于在本公司认可的医院住院期间或日间治疗期间，在就诊医院内实际发生的**合理且必需**^{7.11}的**住院及日间治疗费用**^{7.12}，本公司在扣除约定的免赔额后按照本合同约定的保险金计算方法和补偿原则计算并给付住院及日间治疗费用保险金。

其中，各项费用的给付金额限制如下：

- 1) 每日床位费、膳食费和护理费费用之和最高按照人民币800元计入赔付范围内的住院及日间治疗费用；
- 2) 每日陪床费最高按照人民币800元计入赔付范围内的住院及日间治疗费用；
- 3) 每一保险期间内，恶性肿瘤基因检测费最高按照人民币3万元计入赔付范围内的住院及日间治疗费用。

被保险人在本合同有效期内开始接受住院治疗到本合同保险期间届满时仍未结束本次治疗且未连续投保本保险的，本公司将继续承担因本次住院发生的住院及日间治疗费用保险金的给付责任，但最长不超过本合同保险期间届满日后30天（含）。

2) 特殊门诊医疗费用保险金

被保险人因意外伤害或等待期满后因意外伤害之外的其他原因，经本公司认可的医院的专科医生诊断并根据医嘱在门诊接受以下特殊门诊治疗的，对于在本公司认可的医院接受特殊门诊治疗期间，在就诊医院内实际发生的合理且必需的特殊门诊医疗费用，本公司在扣除约定的免赔额后按照本合同约定的保险金计算方法和补偿原则计算并给付特殊门诊医疗费用保险金。

特殊门诊治疗包括：

- ① 门诊肾透析；
- ② 门诊“**恶性肿瘤——重度**^{7.13}”治疗，包括**肿瘤化学疗法**^{7.14}、**肿瘤放射疗法**^{7.15}、**肿瘤免疫疗法**^{7.16}、**肿瘤内分泌疗法**^{7.17}、**肿瘤靶向疗法**^{7.18}、**肿瘤介入疗法**^{7.19}；
- ③ 器官移植后的门诊抗排异治疗。

3) 门诊手术医疗费用保险金

被保险人因意外伤害或等待期满后因意外伤害之外的其他原因，经本公司认可的医院专科医生诊断必须接受**门诊手术**^{7.20}治疗的，对于在本公司认可的医院接受门诊手术治疗期间，在就诊医院内实际发生的合理且必需的**门诊手术医疗费用**^{7.21}，本公司在扣除约定的免赔额后按照本合同约定的保险金计算方法和补偿原则计算并给付门诊手术医疗费用保险金。

4) 住院前后门急诊医疗费用保险金

被保险人因意外伤害或等待期满后因意外伤害之外的其他原因，经本公司认可的医院专科医生诊断必须接受住院治疗的，对于在本公司认可的医院住院前（含住院当日）30天（含）和出院后（含出院当日）30天（含）内，因与该次住院相同原因接受门急诊治疗期间，在就诊医院内实际发生的合理且必需的**门急诊医疗费用**^{7.22}（此项费用不包含前述“特殊门诊医疗费用保险金”及“门诊手术医疗费用保险金”两项责任中约定的医疗费用），本公司在扣除约定的免赔额后按照本合同约定的保险金计算方法和补偿原则计算并给付住院前后门急诊医疗费用保险金。

5) 质子重离子住院医疗费用保险金

被保险人因意外伤害或等待期满后因意外伤害之外的其他原因,经本公司认可的医院专科医生**确诊初次**^{7.23}发生本合同约定的“恶性肿瘤——重度”,且因该“恶性肿瘤——重度”在本公司指定的**质子重离子医院**^{7.24}接受质子重离子治疗的,对于在本公司指定的质子重离子医院住院期间实际发生的合理且必需的**质子重离子住院治疗费用**^{7.25},本公司在扣除约定的免赔额后按照本合同约定的保险金计算方法和补偿原则计算并给付质子重离子住院医疗费用保险金。

若投保人为被保险人连续投保本保险,且被保险人在本保险以往保险合同有效期内经本公司认可的医院专科医生确诊初次发生本合同约定的“恶性肿瘤——重度”的,对于该被保险人在本合同有效期内因治疗同一种“恶性肿瘤——重度”实际发生的医疗费用,本公司仍按照上述约定承担给付质子重离子住院医疗费用保险金的责任。

6) 恶性肿瘤特定药品费用保险金

被保险人在等待期满后,经本公司认可的医院专科医生确诊初次发生本合同约定的**恶性肿瘤**^{7.26}且必须接受**恶性肿瘤特定药品**^{7.27}治疗的,对于本公司认可的医院专科医生开具处方所列明的、用于治疗该恶性肿瘤实际发生的、合理且必需的、且同时满足以下条件的恶性肿瘤特定药品费用,本公司在扣除约定的免赔额后按照本合同约定的保险金计算方法和补偿原则计算并给付恶性肿瘤特定药品费用保险金。

本公司承担本项保险金给付责任的恶性肿瘤特定药品须同时满足以下条件:

- ① 恶性肿瘤特定药品的使用须符合中国国家药品监督管理部门批准的该恶性肿瘤特定药品说明书所列明的适应症及用法用量(特殊情况下抗肿瘤药物的合理使用除外,特殊情况下抗肿瘤药物的使用应以国家卫健委最新版的《新型抗肿瘤药物临床应用指导原则》为准);
- ② 恶性肿瘤特定药品须于本公司认可药店^{7.28}购买(被保险人在本公司认可的医院住院或特殊门诊治疗期间发生的,且于该就诊医院内购买的恶性肿瘤特定药品除外);
- ③ 恶性肿瘤特定药品需符合国家卫健委在最新版的《新型抗肿瘤药物临床应用指导原则》中对新型抗肿瘤药物的定义,即小分子靶向药物和大分子单克隆抗体类药物,并以恶性肿瘤特定药品处方开具时的《新型抗肿瘤药物临床应用指导原则》为准;
- ④ 于本公司认可药店购买的恶性肿瘤特定药品须符合本条款第5.6条“恶性肿瘤特定药品用药流程”的约定。

对于不满足任一上述条件的恶性肿瘤特定药品费用,本公司不承担给付恶性肿瘤特定药品费用保险金的责任。

被保险人在本合同有效期内开始接受符合本项责任范围的恶性肿瘤特定药品治疗,到本合同保险期间届满时仍未结束治疗且未连续投保本保险的,本公司将继续承担恶性肿瘤特定药品费用保险金的给付责任,但最长不超过本合同保险期间届满日后30天(含)。

在本合同保险期间内,一般医疗费用保险金的给付以本合同约定的一般医疗费用保险金年度累计给付限额为限,累计给付的一般医疗费用保险金达到本合同约定的一般医疗费用保险金年度累计给付限额时,本公司对该被保险人的一般医疗费用保险金责任终止。

2.4.4 未成年人特定先天性疾病医疗费用保险金

未成年人特定先天性疾病医疗费用保险金包括未成年人特定先天性疾病住院及日间治疗费用保险

金、未成年人特定先天性疾病特殊门诊医疗费用保险金、未成年人特定先天性疾病门诊手术医疗费用保险金、未成年人特定先天性疾病住院前后门急诊医疗费用保险金四部分。

在本合同有效期内，被保险人等待期满后因意外伤害之外的其他原因，经本公司认可的医院专科医生确诊初次发生本合同约定的特定先天性疾病，在本公司认可的医院接受治疗的，本公司按下列约定给付未成年人特定先天性疾病医疗费用保险金。

1) 未成年人特定先天性疾病住院及日间治疗费用保险金

在等待期满后，若被保险人经本公司认可的医院专科医生确诊初次发生本合同约定的**特定先天性疾病**^{7.29}，且在年满 18 周岁之前（不含 18 周岁当天），因该特定先天性疾病必须接受住院治疗或日间治疗的，对于在本公司认可的医院住院期间或日间治疗期间，在就诊医院内实际发生的合理且必需的住院及日间治疗费用，本公司在扣除约定的免赔额后按照本合同约定的保险金计算方法和补偿原则计算并给付未成年人特定先天性疾病住院及日间治疗费用保险金。

其中，各项费用的给付金额限制如下：

1) 每日床位费、膳食费和护理费费用之和最高按照人民币800元计入赔付范围内的住院及日间治疗费用；

2) 每日陪床费最高按照人民币800元计入赔付范围内的住院及日间治疗费用。

被保险人在本合同有效期内开始接受住院治疗到本合同保险期间届满时仍未结束本次治疗且未连续投保本保险的，本公司将继续承担因本次住院发生的未成年人特定先天性疾病住院及日间治疗费用保险金的给付责任，但最长不超过本合同保险期间届满日后30天（含）。

2) 未成年人特定先天性疾病特殊门诊医疗费用保险金

在等待期满后，若被保险人经本公司认可的医院专科医生确诊初次发生本合同约定的特定先天性疾病，且在年满 18 周岁之前（不含 18 周岁当天），因该特定先天性疾病必须接受特殊门诊治疗的，对于在本公司认可的医院接受特殊门诊治疗期间实际发生的合理且必需的未成年人特定先天性疾病特殊门诊医疗费用，本公司在扣除约定的免赔额后，按照本合同约定的保险金计算方法和补偿原则计算并给付未成年人特定先天性疾病特殊门诊医疗费用保险金。

未成年人特定先天性疾病特殊门诊治疗包括：

- ① 门诊肾透析；
- ② 门诊“恶性肿瘤——重度”治疗，包括肿瘤化学疗法、肿瘤放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法、肿瘤介入疗法；
- ③ 器官移植后的门诊抗排异治疗。

3) 未成年人特定先天性疾病门诊手术医疗费用保险金

在等待期满后，若被保险人经本公司认可的医院专科医生确诊初次发生本合同约定的特定先天性疾病，且在年满 18 周岁之前（不含 18 周岁当天），因该特定先天性疾病必须接受门诊手术治疗的，对于在本公司认可的医院接受门诊手术治疗期间，在就诊医院内实际发生的合理且必需的未成年人特定先天性疾病门诊手术医疗费用，本公司在扣除约定的免赔额后，按照本合同约定的保险金计算方法和补偿原则计算并给付未成年人特定先天性疾病门诊手术医疗费用保险金。

4) 未成年人特定先天性疾病住院前后门急诊医疗费用保险金

在等待期满后,若被保险人经本公司认可的医院专科医生确诊初次发生本合同约定的特定先天性疾病,且在年满 18 周岁之前(不含 18 周岁当天),因该特定先天性疾病必须接受住院治疗的,对于在本公司认可的医院住院前(含住院当日)30 天(含)和出院后(含出院当日)30 天(含)内,因与该次住院相同原因接受门急诊治疗期间,在就诊医院内实际发生的合理且必需的未成年人特定先天性疾病门急诊医疗费用(此项费用不包含前述“未成年人特定先天性疾病特殊门诊医疗费用保险金”及“未成年人特定先天性疾病门诊手术医疗费用保险金”两项责任中约定的医疗费用),本公司在扣除约定的免赔额后按照本合同约定的保险金计算方法和补偿原则计算并给付未成年人特定先天性疾病住院前后门急诊医疗费用保险金。

未成年人特定先天性疾病医疗费用保险金的年度累计给付限额以附表中约定的限额为限,累计给付的未成年人特定先天性疾病医疗费用保险金达到本合同约定的未成年人特定先天性疾病医疗费用保险金年度累计给付限额时,本公司对该被保险人的未成年人特定先天性疾病医疗费用保险金责任终止。

2.4.5 重大疾病异地就医费用保险金

在本合同有效期内,被保险人因意外伤害或等待期满后因意外伤害之外的其他原因,经本公司认可的医院的专科医生确诊初次发生本合同约定的重大疾病,由于当地医疗条件限制的原因,需要在中國大陸境内跨省或自治区或直辖市住院治疗,经被保险人申请由转出医院开具转院证明,并经本公司授权的医疗服务供应商授权同意后,对被保险人及其一位陪同人员发生的合理且必需的因异地就医产生的公共交通工具使用费(公共交通限飞机及火车高铁,且飞机限经济舱及以下,火车限软卧,高铁动车限一等座及以下)、酒店住宿费,保险人在扣除约定的免赔额后按照约定的赔付比例给付重大疾病异地就医费用保险金。

每一保险期间内,重大疾病异地就医费用最高按照人民币 1 万元计入赔付范围内的重大疾病异地就医费用保险金。

在本合同保险期间内,若本合同一般医疗费用保险金责任、未成年人特定先天性疾病医疗费用保险金责任、重大疾病异地就医费用保险金责任均已终止,保险合同继续有效。若未发生本条款第 2.2.3 条“保证续保权终止”中所约定的一个或者多个情形,在保证续保期间内,投保人仍享有保证续保权;若投保人已失去保证续保权,本合同效力终止。

2.4.6 保险金计算方法

对于被保险人实际发生的属于本合同保险责任范围内的医疗费用及重大疾病异地就医费用,本公司按照下列约定计算应给付的保险金:

- 1) 本公司应给付的医疗费用及重大疾病异地就医费用保险金金额 = (被保险人实际发生的属于本合同保险责任范围内的医疗费用金额 - 被保险人已通过基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗和工伤保险得到的相应医疗费用补偿金额 + 重大疾病异地就医费用 - 本合同约定的免赔额) × 赔付比例
- 2) 若投保人为被保险人投保了计划一,对于被保险人实际发生的、符合本条款第 2.4.3 条第 1)、2)、3)、4)、5) 项及第 2.4.4 条保险责任约定的医疗费用,赔付比例为 100%,但若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保,且其就诊时按照基本医疗保险或公费医疗的有

关规定可以取得医疗费用补偿但实际未取得补偿，赔付比例为 60%；

- 3) 若投保人为被保险人投保了计划二，对于被保险人实际发生的、符合本条款第 2.4.3 条第 1)、2)、3)、4)、5) 项保险责任约定的医疗费用，赔付比例为 100%，但若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，且其就诊时按照基本医疗保险或公费医疗的有关规定可以取得医疗费用补偿但实际未取得补偿，赔付比例为 60%；
- 4) 若投保人为被保险人投保了计划三，对于被保险人实际发生的、符合本条款第 2.4.3 条第 1)、2)、3)、4)、5) 项保险责任约定的医疗费用，赔付比例为 40%，但若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，且其就诊时按照基本医疗保险或公费医疗的有关规定可以取得医疗费用补偿但实际未取得补偿，赔付比例为 24%；
- 5) 若投保人为被保险人投保了计划一或计划二，对于被保险人实际发生的、符合本条款第 2.4.3 条第 6) 项保险责任约定的特定药品费用，赔付比例为 100%，但若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，且其使用的特定药品属于社保目录^{7.30}内，但未从基本医疗保险或公费医疗获得该特定药品费用补偿，赔付比例为 60%；
- 6) 若投保人为被保险人投保了计划三，对于被保险人实际发生的、符合本条款第 2.4.3 条第 6) 项保险责任约定的恶性肿瘤特定药品费用，赔付比例为 40%，但若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，且其使用的特定药品属于社保目录内，但未从基本医疗保险或公费医疗获得该特定药品费用补偿，赔付比例为 24%；
- 7) 若投保人为被保险人投保了计划一或计划二，对于被保险人实际发生的、符合本条款第 2.4.5 条保险责任约定的重大疾病异地就医费用，赔付比例为 100%；若投保人为被保险人投保了计划三，对于被保险人实际发生的、符合本条款第 2.4.5 条保险责任约定的重大疾病异地就医费用，赔付比例为 40%。

2.4.7 补偿原则

本合同属于费用补偿型医疗保险合同。若被保险人实际发生的属于本合同保险责任范围内的医疗费用已通过其他任何途径（包括基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗、工伤保险、工作单位、本公司在内的任何商业保险机构等）得到了相应的医疗费用补偿，本公司按照本合同约定计算并给付的保险金金额不得超过被保险人实际发生的属于本合同保险责任范围内的医疗费用扣除上述其他任何途径补偿后的余额。

2.5 责任免除

因下列一个或者多个情形引起的保险事故或造成的费用支出，本公司不承担给付保险金的责任：

- 1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- 2) 被保险人自杀或故意自伤、故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- 3) 被保险人进行高风险活动^{7.31}、代诊及非正常住院行为^{7.32}；
- 4) 由于职业病、医疗事故^{7.33}、精神或行为能力障碍（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）；
- 5) 核爆炸、核辐射或核污染、化学污染；恐怖袭击、战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- 6) 被保险人在首次或非连续投保计划一时所患既往症^{7.34}，及保险单中特别约定的除外疾病；被

保险人在首次或非连续投保计划二、计划三时所患未在投保时告知的既往症及保险单中特别约定的除外疾病；

- 7) 被保险人患有遗传性疾病^{7.35}、先天性畸形、变形或染色体异常^{7.36}（在本合同有效期内罹患本条款第 7.29 条“特定先天性疾病”释义中约定的特定先天性疾病除外）；
- 8) 休养或疗养、各种健康体检项目及预防性医疗项目、康复治疗或训练、保健治疗、医疗鉴定^{7.37}、医疗咨询和健康预测^{7.38}、牙科保健及牙科治疗、非意外事故所致整容手术；
- 9) 矫正、矫形、视力矫正手术、美容整容整形^{7.39}、生育或生殖相关^{7.40}、变性手术、生理缺陷的手术及相关检查；
- 10) 视力治疗相关费用，包括但不限于激光角膜切开术，准分子激光原位角膜磨镶术，屈光不正（包括近视、远视）校正手术，配置眼镜、隐形眼镜；
- 11) 保健食品及用品，矫治和防护器械、康复治疗医疗器械和辅助装置^{7.41}的安装、购买、租赁和置换；
- 12) 未经本公司认可的医院专科医生处方自行购买的药品；
- 13) 被保险人接受实验性治疗，使用未经过中国国家药品监督管理部门批准的疗法、药物或器械治疗；
- 14) 被保险人感染性传播疾病引起的医疗费用；
- 15) 生长发育相关治疗，包括但不限于激素治疗、免疫治疗；
- 16) 器官移植供体费用、器官来源费用、低温储藏费用；
- 17) 政府为了防止传染病扩散蔓延要求被保险人进行医学隔离观察等强制性措施期间发生的检查检测费、食宿费、服务费和运送费等与治疗不相关的费用；
- 18) 在中国大陆境外^{7.42}的国家或者地区接受治疗；
- 19) 基因疗法^{7.43}、细胞免疫疗法^{7.44}。

被保险人在下列期间内发生的保险事故或费用支出，本公司不承担给付保险金的责任：

- 1) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病^{7.45}；
- 2) 被保险人殴斗、酗酒^{7.46}、主动吸食或注射毒品^{7.47}；
- 3) 被保险人酒后驾驶^{7.48}、无合法有效驾驶证驾驶^{7.49}机动车^{7.50}，或驾无合法有效行驶证^{7.51}的机动车。

- 2.6 其他免责条款 除本条款第 2.5 条“责任免除”外，本合同中还有一些免除本公司责任的条款，详见本条款第 2.2 条“保证续保”、第 2.4 条“保险责任”、第 3.3 条“犹豫期后解除合同的手续及风险”、第 5.5 条“院外购药”、第 5.6 条“恶性肿瘤特定药品用药流程”、第 6.7 条“款项扣除”、第 7 条“名词释义”等部分中以黑体字加下划线标示的内容。

3 合同效力

3.1 合同成立与生效

投保人提出保险申请，本公司同意承保，本合同成立，合同成立日期于保险单上载明。

除另有约定外，自本合同成立，本公司收取保险费并签发保险单的次日零时起本合同生效，本公司自载明于保险单上的生效日开始承担本合同约定的保险责任。

若投保人在上一保险合同届满后的 60 日内，按照续保当时被保险人的保障计划、年龄、首续保以及有无基本医疗保险或公费医疗所对应的保险费率和本合同约定的保险费交纳方式交纳相应的保险费，则本合同的生效时间将自动追溯至上一合同保险期间届满日的次日零时。

3.2 犹豫期

自投保人签收保险单之日起有 15 天的犹豫期。

如投保人在犹豫期内申请解除本合同，应填写解除合同申请书并向本公司提供下列资料：

- 1) 保险合同；
- 2) 投保人的有效身份证件。

自本公司收到解除合同申请书时起，本合同即被解除，本公司自始不承担任何保险责任。

投保人犹豫期内解除合同，本公司将无息退还投保人所交的全部保险费。

3.3 犹豫期后解除合同的手续及风险

如投保人在犹豫期后申请解除本合同，应填写解除合同申请书并向本公司提供下列资料：

- 1) 保险合同；
- 2) 投保人的有效身份证件。

自本公司收到解除合同申请书时起，本合同效力终止。本公司自收到解除合同申请书之日起 30 日内向投保人退还本合同的**现金价值**^{7.52}。

投保人犹豫期后解除合同会遭受一定损失。

4 保险费

- 4.1 **保险费** 保险费将根据投保人与本公司约定的保障计划及被保险人的年龄、有无基本医疗保险或公费医疗、首续保等因素共同确定，投保人应一次性向本公司交清保险费。

5 保险金的申请及给付

5.1 保险事故通知

投保人、被保险人或受益人知道保险事故发生后应当在 10 日内通知本公司。

如果投保人、被保险人或受益人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，本公司对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但本公司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或者虽未及时通知但不影响本公司确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

- 5.2 **受益人** 除另有约定外，本合同的受益人为被保险人本人。

- 5.3 **保险金申请资料** 申请人应提供下列资料，本公司有权保留申请资料的原件或复印件：

一般医疗费用保险金、未成年人特定先天性疾病医疗费用保险金

- 1) 申请人和受益人的有效身份证件；
- 2) 由本公司认可的医院或本公司指定的质子重离子医院专科医生出具的疾病诊断证明书、病历记录，以及由本公司认可的医院或本公司指定的质子重离子医院出具的确诊疾病必需的病理显微镜检查、血液检查、影像学检查及其他医学检验报告；
- 3) 医疗费用原始凭证原件和费用清单；
- 4) 若被保险人通过本公司认可药店购买符合本合同保险责任范围的药品的，还需提供本公司认可

的医院或本公司指定的质子重离子医院专科医生出具的药品处方,以及本公司认可药店出具的药品费用发票原件和费用清单。若本公司已经与本公司认可药店直接结算,申请人无需再向本公司申请该部分保险金;

5) 所能提供的其他与确认保险事故性质、原因等有关的证明和资料。

重大疾病异地就医费用保险金

- 1) 申请人和受益人的有效身份证件;
- 2) 由本公司认可的医院专科医生出具的疾病诊断证明书、病历记录,以及由本公司认可的医院出具的确诊疾病必需的病理显微镜检查、血液检查、影像学检查及其他医学检验报告;
- 3) 公共交通及酒店住宿费用发票原件;
- 4) 所能提供的其他与确认保险事故性质、原因等有关的证明和资料。

以上证明和资料不完整的,本公司将及时一次性通知申请人补充提供有关证明和资料。

若被保险人发生的属于保险责任范围内的医疗费用已通过基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗或其他费用补偿型商业医疗保险等途径得到了部分补偿的,申请人需提供已注明给付比例或给付金额的医疗费用发票或结算单的原件(或复印件),发票或结算单的原件(或复印件)上应同时加盖给付单位的印章。

5.4 保险金的给付

本公司在收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后,将在5日内作出核定;情形复杂的,在30日内作出核定。对属于保险责任的,本公司在与受益人达成给付保险金的协议后10日内,履行给付保险金义务。

本公司未及时履行前款规定义务的,除支付保险金外,应当赔偿受益人因此受到的损失。

对不属于保险责任的,本公司自作出核定之日起3日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

本公司在收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起60日内,对给付保险金的数额不能确定的,根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付;本公司最终确定给付保险金的数额后,将支付相应的差额。

5.5 院外购药

被保险人在本公司认可的医院或本公司指定的质子重离子医院接受符合本合同保险责任约定的治疗期间,若由本公司认可的医院或本公司指定的质子重离子医院专科医生开具的当前治疗必需的药品处方中所列的药品无法在医院内获得,被保险人可从院外购买前述药品,本公司将按照本合同约定在一般医疗费用保险金责任项下进行赔付,但被保险人从院外购买的药品须同时满足以下所有条件:

- 1) 该药品须由本公司认可的医院或本公司指定的质子重离子医院的医生开具处方,且药品处方符合中国国家药品监督管理部门批准的该药品说明书所列明的适应症和用法用量,且为被保险人当前治疗必需的药品;
- 2) 每次院外购药的药品处方剂量不得超过3个月;
- 3) 药品处方开具时该药品已由中国国家药品监督管理部门批准且已在中国境内(不包括港澳台地

区)上市;

4) 被保险人须在本公司认可药店购买上述处方中所列的药品。

本保险合同约定的药品费是否涵盖院外购药产生的药品费用根据具体保障计划确定,以附表中约定为准。

5.6 恶性肿瘤特定药品用药流程

于本公司认可药店购买的恶性肿瘤特定药品须符合以下流程的约定。

1) 购药申请

被保险人或受益人可作为购药申请人向本公司提交购药申请,并按照要求提供相关资料,包括被保险人个人相关信息、诊断证明、与诊断证明相关的检查检验报告、药品处方及其他所需要的材料。

2) 处方审核

购药申请提交后,本公司将进行处方审核,若审核过程中发生任一以下情况,本公司有权要求申请人补充提供其他相关材料。

- ① 申请人购药申请时提交的医学材料不足以支持特定药品处方的开具或审核;
- ② 申请人购药申请时提交的医学检验报告不足以支持特定药品处方的开具或审核。

处方审核主要包括以下两方面:

- ① 根据申请购买的特定药品说明书中所列明的适应症、用法、用量审核特定药品处方: 经审核,特定药品处方的开具与该特定药品说明书中所列明的适应症、用法、用量不符的,本公司将不予通过申请人的购药申请;
- ② 根据被保险人的疾病状况审核被保险人是否对申请购买的特定药品已经耐药^{7.53}: 经审核,若被保险人的疾病状况确定对申请购买的特定药品已经耐药,本公司将不予通过申请人的购药申请。

若申请人的药品处方审核未通过,本公司不承担给付恶性肿瘤特定药品费用保险金的责任。

3) 特定药品的购买

若通过本公司认可药店购买符合本合同保险责任范围内的药品,申请人应携带其有效身份证件,以及被保险人的药品处方、有效身份证件、中华人民共和国社会保障卡等材料到选定的本公司认可药店购买或领取特定药品。

通过本公司认可药店购买符合本合同保险责任范围的药品,若已经通过本公司与本公司认可药店直接结算,不应向本公司申请该部分保险金。

5.7 **诉讼时效** 受益人向本公司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。

6 其他事项

6.1 明确说明与如实告知

订立本合同时,本公司应向投保人说明本合同的内容。

本公司就投保人和被保险人的有关情况提出询问,投保人应当如实告知。

如果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,足以影响本公司决定是否同意承保或者提高保险费率的,本公司有权解除本合同。

如果投保人故意不履行如实告知义务，对于本合同解除前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

如果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，对于本合同解除前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

本公司在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，本公司不得解除合同；发生保险事故的，本公司承担给付保险金的责任。

6.2 本公司合同解除权的限制 前条规定的合同解除权，自本公司知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。

6.3 合同内容变更 投保人和本公司可以协商变更合同内容。变更本合同的，由本公司在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由投保人和本公司订立变更的书面协议。

6.4 联系方式变更

本合同有效期内，投保人的联系地址或联系电话发生变更时，应及时通知本公司。

如果未通知本公司，本公司将按本合同注明的最后联系地址或联系电话发送有关通知，并视为已送达投保人。

6.5 年龄确定与错误处理

被保险人的年龄按周岁计算，其中投保年龄以本合同生效日时的周岁为准。在投保本保险时，投保人应将被保险人的真实年龄在投保单上填明，如果发生错误，本公司将按照下列规则处理：

- 1) 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合同约定投保年龄限制的，本公司有权解除合同，并对合同解除前发生的保险事故不承担给付保险金的责任。解除本合同的，本公司向投保人退还本合同的现金价值。本公司行使合同解除权适用本条款第 6.2 条“本公司合同解除权的限制”的规定。
- 2) 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实付保险费少于应付保险费的，本公司有权更正并要求投保人补交保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付。
- 3) 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实付保险费多于应付保险费的，本公司会将多收的保险费无息退还给投保人。

6.6 争议处理 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向具有管辖权的人民法院起诉。

6.7 款项扣除

本公司在给付各项保险金、退还现金价值或保险费时，如果投保人或被保险人有欠交的保险费或其他未还清款项，本公司在扣除上述欠款后给付。

若本公司已发生保险金给付的，在退还现金价值时，须扣除本公司累计已给付的各项保险金。

7 名词释义

7.1 周岁 以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算。

7.2 既往症人群 被保险人在本合同生效之前患有既往症，且在投保时被本公司根据被保险人的健康状况认定为既往症的人群。

- 7.3 适用商业健康保险税收优惠政策的纳税人** 指符合商业健康保险税收优惠政策适用范围规定的纳税人，如取得工作薪金所得、连续劳务报酬所得的个人，以及取得个体工商户生产经营所得、对企事业单位的承包承租经营所得的个体工商户业主、个人独资企业投资者、合伙企业合伙人和承包承租经营者等。
- 7.4 基本医疗保险** 指城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险（或城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗）等政府举办的基本医疗保障项目。
- 7.5 意外伤害** 因遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件而使身体受到伤害。
- 7.6 政府主办补充医疗** 指城乡居民大病保险、城镇职工大额医疗保险、城镇居民大额医疗保险等由政府主办对基本医疗保险进行补充的医疗保障项目，大额医疗保险在各地的具体名称会有所不同，以投保所在地政府主管部门规定的名称为准。
- 7.7 本公司认可的医院**
指依法设立的中国国家卫生行政管理部门医院等级分类中的二级以上(含二级)公立医院的普通部，以及“本公司指定的医院清单”中列明的其他医院的普通部。
但不包含：
1) 医院的特需、国际、贵宾、干部等部门及科室；
2) 疗养院、护理院、康复中心、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心、质子重离子治疗机构以及无相应医护人员或设备的二级或三级医院的联合医院或联合病房。
本公司保留对“本公司指定的医院清单”进行变更的权利，具体以被保险人住院起始时的有效版本为准。“本公司指定的医院清单”最新版本将在本保险产品销售平台及公司官网进行公布。
- 7.8 专科医生**
指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。
- 7.9 住院** 指被保险人以治疗疾病为目的，正式办理入院手续进行治疗的行为，不包括入住门急诊观察室、家庭病床、挂床住院等不合理住院以及康复、休养、疗养、身体检查和健康护理等非治疗性行为。
- 7.10 日间治疗** 指完全出于接受医学必需的治疗目的，被保险人以占用医疗机构病床但不过夜的方式接受治疗，不包括肾透析、恶性肿瘤治疗、器官移植后的抗排异治疗等。
- 7.11 合理且必需**
指合理、符合通常惯例且医疗必需的。
“合理”指被保险人接受的针对意外伤害或疾病本身的医疗服务以及相关医疗费用（包括特定药品费用），需满足以下条件：
1) 须由被保险人自行承担的、本合同保障范围内的费用；
2) 药品的使用须符合中国国家药品监督管理部门批准的该药品说明书适应症，且每次药品处方剂

量应符合《处方管理办法》（中华人民共和国卫生部令第53号）的相关规定；

3）药品及医疗器械的使用需符合中华人民共和国相关法律、法规要求并经过中国国家药品监督管理部门批准用于临床治疗（以使用时的批准结果为准）。

“符合通常惯例”指被保险人接受的针对意外伤害或疾病本身的医疗服务以及相关医疗费用（包括特定药品费用），需满足以下条件：

- 1）满足医疗需要且根据治疗当地通行治疗规范，采用了通行治疗方法；
- 2）医疗费用（包括特定药品费用）没有超过当地对类似情形治疗的常规费用，类似情形是指在同一地区、对相同性别、近似年龄的人所患的同类疾病或身体伤害实施的类似治疗或服务。

“医疗必需”指被保险人接受的针对意外伤害或疾病本身的医疗服务以及相关医疗费用（包括特定药品费用），需满足以下条件：

- 1）治疗意外伤害或疾病合适且必须的、有医生处方或书面医嘱的项目；
- 2）非试验性的、非研究性的项目；
- 3）不超过安全、足量治疗原则的项目；
- 4）与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；
- 5）接受的医疗服务范围是合适的而且经济有效的。

对是否合理且必需由本公司理赔人员根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

7.12 住院及日间治疗费用

指被保险人在本公司认可的医院内发生的符合本合同约定的保险责任范围内的医疗费用，包括：**床位费^{7.55}、膳食费^{7.56}、护理费^{7.57}、陪床费^{7.58}、医生费、诊疗费^{7.59}、检查检验费^{7.60}、药品费^{7.61}、治疗费^{7.62}、耐用医疗设备费^{7.63}、手术费^{7.64}、手术植入材料费^{7.65}、住院物理治疗费^{7.66}、恶性肿瘤基因检测费^{7.67}、救护车使用费^{7.68}。**

7.13 **恶性肿瘤——重度** 为本条款第7.69条“重大疾病”释义中约定的第1项重大疾病。

7.14 **肿瘤化学疗法** 指针对“恶性肿瘤——重度”的化学治疗。化学治疗是指使用医学界公认的化疗药物，以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。本合同所指的化学治疗为被保险人根据书面医嘱，在就诊医院进行的采用静脉注射、服用药物等方式的化疗。**本合同约定的化学疗法不包括肿瘤靶向疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法。**本合同所指的化学疗法药物需符合中华人民共和国相关法律、法规要求，并经过中国国家药品监督管理部门批准用于临床治疗（以使用时的批准结果为准）。

7.15 **肿瘤放射疗法** 指针对“恶性肿瘤——重度”的放射治疗。放射治疗是指使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以抑制和杀灭癌细胞为目的而进行的治疗。本合同所指的放射治疗为被保险人根据书面医嘱，在就诊医院的专门科室进行的光子治疗、电子治疗、快中子治疗，且治疗仪器需符合中华人民共和国相关法律、法规要求，并经过中国国家药品监督管理部门批准用于临床治疗（以使用时的批准结果为准）。

7.16 **肿瘤免疫疗法** 指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和增强机体抗肿瘤免疫应答，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内，

协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本合同所指的肿瘤免疫治疗药物需符合中华人民共和国相关法律、法规要求并经过中国国家药品监督管理部门批准用于临床治疗。

7.17 肿瘤内分泌疗法 指针对“恶性肿瘤——重度”的内分泌疗法，用药物抑制或增强激素生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞的生长。本合同所指的内分泌治疗药物需符合中华人民共和国相关法律、法规要求并经过中国国家药品监督管理部门批准用于临床治疗（以使用时的批准结果为准）。

7.18 肿瘤靶向疗法 指在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本合同所指的靶向治疗的药物需符合中华人民共和国相关法律、法规要求，并需具有中国国家药品监督管理部门批准的药品批准文号或者进口注册证书、医药产品注册证书。

7.19 肿瘤介入疗法 指在影像设备引导下，将特制的穿刺针、导管等插入人体肿瘤或相关管道内，进行插管、灌注药物、引流、动脉栓塞等手段以杀灭肿瘤的治疗方法。本合同所指的介入治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。

7.20 门诊手术 指被保险人在门诊期间进行的手术治疗，手术指被保险人因疾病或意外伤害后，医护人员为其治疗疾病、挽救生命而施行的手术，是外科医生用手术刀、手术剪、针线等医疗器具在病人身体进行切除、缝合等治疗的方法；但不包括活检、穿刺、造影等创伤性检查，腔镜检查，康复性手术，射频消融治疗，激光、冷冻、光动力、电灼疗法等物理治疗。

7.21 门诊手术医疗费用 指门诊发生的合理且必需的手术医疗费用，包括外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、术中用药费、手术设备费、检查检验费、治疗费、护理费、一次性用品费。

7.22 门急诊医疗费用 指门急诊发生的合理且必需的医生诊疗费、治疗费、检查检验费、药品费。

7.23 确诊初次 指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊患有某种疾病，而不是指自本合同生效之日起第一次经医院确诊患有某种疾病。

7.24 本公司指定的质子重离子医院 指“本公司指定的质子重离子医院清单”中所列明的医院，本公司保留对“本公司指定的质子重离子医院清单”进行变更的权利，具体以被保险人住院起始时的有效版本为准。“本公司指定的质子重离子医院清单”最新版本将在本保险产品销售平台或公司官网进行公布。

7.25 质子重离子住院治疗费用 指被保险人在本公司指定的质子重离子医院内，因接受质子、重离子放射治疗而发生的、符合本合同约定的保险责任范围内的质子重离子住院医疗费用，包括：定位及制定放疗计划费用、质子重离子放射治疗实施费用、床位费、药品费、膳食费、治疗费、检查检验费、陪床费、诊疗费、护理费等。

7.26 恶性肿瘤

本合同所定义的恶性肿瘤包括恶性肿瘤——轻度和恶性肿瘤——重度，其中恶性肿瘤——轻度和恶性肿瘤——重度均为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（2020年修订版）》中列明的疾病，其定义与《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020年修订版）》中对应的疾病定义保持一致，具体定义如下：

（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^{7.71}）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^{7.71}）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**^{7.80}为I期的甲状腺癌；
- 2) TNM分期为T₁N₀M₀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≤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。

（2）**恶性肿瘤——重度** 为本条款第7.69条“重大疾病”释义中约定的第1项重大疾病。

7.27 特定药品 指中国国家卫生行政部门在《新型抗肿瘤药物临床应用指导原则》的有效版本中，对新型抗肿瘤药物的定义，即小分子靶向药物和大分子单克隆抗体类药物。

7.28 本公司认可药店

本公司认可药店应同时满足以下条件：

- 1) 取得中国国家药品经营许可证、GSP 认证；
- 2) 药店内具有药师、执业药师等专业人员提供服务；
- 3) 为当地医保定点零售药房或大病保险特药定点零售药店或“本公司指定的药店清单”中所列明的药店，本公司保留对“本公司指定的药店清单”进行变更的权利，具体以被保险人院外购药的处方开具时的有效版本为准。“本公司指定的药店清单”最新版本将在本保险产品销售平台或公司官网进行公布。

7.29 特定先天性疾病 指由于基因因素、先天性新陈代谢异常或者其他因素导致的、出生时即存在的遗传性疾病和症状、出生缺陷、身体残疾、智障等发育不完全正常的疾病和症状，这些疾病和症状可能在出生时显现或者在出生后逐步显现。具体范围以世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）第十七章《先天性畸形、变形和染色体异常（Q00-Q99）》的疾病范畴为准。

7.30 社保目录

指《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》。其中，

- 1) 社保目录内药品费用，指满足条件的药品费用被纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》（以药品处方开具时的有效版本为准）；
- 2) 社保目录外药品费用，指满足条件的药品费用未被纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》（以药品处方开具时的有效版本为准）。

7.31 高风险活动

- 1) 从事的职业为：矿工、采石工、采砂工、爆破工、高压电工程设施人员、海洋船员、潜水员、火药炸药制造及处理人、特技演员、驯兽师、防暴警察、特种兵、战地记者；
- 2) 活动过程中必然涉及 2 米以上水深的水域水面或水下活动，包括但不限于各类、各级别的潜水（指使用辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下活动）、自然水域游泳（包括人工湖或人工水库）、跳水、滑水、滑冰等活动；
- 3) 活动过程中必然涉及距离普通正常理解的地面超过 10 米的高空的活动，包括但不限于跳伞、蹦极、非商业性的驾驶飞机等飞行器飞行、滑翔机或滑翔伞、翼装飞行、滑翔翼、热气球、攀岩（指攀登悬崖、建筑物外墙、人造悬崖、冰崖、冰山和雪山等活动）等；
- 4) 故意进入一般认知中存在生命危险的环境中或进入未经人工开发的自然区域活动，包括但不限于各类探险活动（指在某种特定的人工或自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险，而使自己置身于其中的行为，如攀爬建筑、在离地超过 10 米的建筑物的顶部或建筑物外无护栏部位逗留、江河漂流、徒步穿越沙漠、无人区或原始森林等活动）和除商业航线飞行外的航空航天活动；
- 5) 各类搏击类或军事活动，如摔跤、武术比赛（指两人或两人以上对抗柔道、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）、彩弹射击等仿真枪战活动；
- 6) 各类特技表演，指从事马术、杂技、驯兽、飞车等特殊技能活动；
- 7) 除竞走、跑步以外的竞速活动，如赛马、赛车、滑雪、滑冰等。

7.32 代诊及非正常住院行为

- 1) 冒名住院、被保险人未到达医院就诊即代诊；
- 2) 不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院而拒不出院。

7.33 医疗事故 指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范及常规，过失造成患者人身损害的事故（在本合同有效期内，因输血导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病的、因器官移植导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病的除外）。

7.34 既往症 指本合同生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

7.35 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。

7.36 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、变形和染色体异常以世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）第十七章《先天性畸形、变形和染色体异常（Q00-Q99）》的疾病范畴为准。

7.37 医疗鉴定 指各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神疾病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验

伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定等。

7.38 医疗咨询和健康预测 包括但不限于健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询（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）确定的精神和行为障碍以外的一般心理问题，如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等）等。

7.39 美容整容整形

指各种美容整形项目，包括但不限于：

- 1) 非功能性整容及矫形、平足；
- 2) 皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗、良性皮肤损害（雀斑、老年斑、痣、疣等）的治疗和去除；
- 3) 对浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、纹身、皮肤变色的治疗或手术；
- 4) 激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗斑秃/白发/秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸/缩胸、狐臭；
- 5) 各种健美治疗项目，如营养、减肥、增胖、增高费用，与单纯性肥胖和病理性肥胖相关治疗（包括但不限于胃旁路术、胃球置放术、胃分隔术、空肠回肠旁路术）及减肥相应并发症治疗及其他相关费用。

7.40 生育或生殖相关 指被保险人分娩（含剖宫产）、流产、宫外孕、不孕不育治疗、人工受精、怀孕、堕胎、避孕、节育（含绝育及绝育恢复）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症；包皮环切术、包皮气囊扩充术、性功能障碍治疗、性病。

7.41 康复治疗医疗器械和辅助装置 包括康复治疗器械、康复设备、假体、义肢、义眼、义齿、轮椅、拐杖、助听器、眼镜或隐形眼镜、矫形支架、颈椎/腰椎牵引器、植入式心脏事件监测设备（植入式心脏检测仪/可插入循环记录器）、植入性神经刺激器、植入式药物泵等。

7.42 中国大陆境外 指中华人民共和国领土之外的地区以及香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。

7.43 基因疗法 指通过各种手段修复缺陷基因，以实现减缓或治愈疾病目的的技术。

7.44 细胞免疫疗法 指通过采集人体免疫细胞，在体外进行扩增和功能鉴定，然后向患者转输，达到杀灭血液及组织中的病原体、癌细胞、突变的细胞，从而打破机体免疫耐受，激活和增强机体免疫力的治疗方法。

7.45 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。

7.46 酗酒 指酒精摄入过量。长期过量饮酒导致身体脏器严重损害，或一次大量饮酒导致急性酒精中毒或自制力丧失导致自身伤害、斗殴肇事或交通肇事。酒精摄入过量由医疗机构或公安部门判定。

7.47 毒品 指中华人民共和国刑法规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可卡因以及中华人民共和国规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，但不包括由医生开具

并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。

7.48 酒后驾驶 指经检测或鉴定，发生事故时驾驶人员血液中的酒精含量达到或超过一定的标准，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醉酒后驾驶。

7.49 无合法有效驾驶证驾驶

指下列一个或者多个情形：

- 1) 未依法取得驾驶证驾驶；
- 2) 驾驶证被依法扣留期间驾驶；
- 3) 驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
- 4) 持未经审验或超过有效期限的驾驶证驾驶；
- 5) 持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习驾车；
- 6) 公安交通管理部门认定的其他无有效驾驶证驾驶的情况。

7.50 机动车 指以动力装置驱动或者牵引，上道路行驶的供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆。

7.51 无合法有效行驶证

指下列一个或者多个情形：

- 1) 无机动车行驶证；
- 2) 机动车被依法注销登记的；
- 3) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

7.52 现金价值

指保险单所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由本公司退还的那部分金额。除另有约定外，本合同的现金价值金额按下列方式进行计算：

现金价值金额 = 本合同的年度保险费 $\times$ (1-30%) $\times$ (1-n/m)，其中，n 指从对该被保险人的保险期间生效之日起至终止之日实际经过的天数，m 指当年实际天数，经过天数不足一天按一天算。

7.53 耐药

指发生以下一个或者多个情况：

- 1) 实体肿瘤病灶按照RECIST（实体瘤治疗疗效评价标准）出现疾病进展，即定义为耐药；
- 2) 非实体肿瘤（包含白血病、多发性骨髓瘤、淋巴瘤等血液系统恶性肿瘤）在临床上常无明确的肿块或者肿块较小难以发现，经规范治疗后，按权威医学机构（如中国临床肿瘤学会、中华医学会血液分会等）的指南规范，对患者的骨髓形态学、流式细胞、特定基因检测等结果进行综合评价，得出疾病进展的结论，即定义为耐药。

7.54 次标体人群 被保险人在本合同生效之前患有既往症，且在投保时被本公司根据被保险人的健康状况认定为次标体的人群。

7.55 床位费

- 1) “住院及日间治疗费用”和“质子重离子住院医疗费用”定义中所指的“床位费”是指被保险人在住院期间实际发生的医院床位的费用，包括普通床位费和重症监护室床位费，**不包括陪床、观察床位和家庭病床的费用。**普通床位费，以标准单人间病房（不包括套房）的费用标准为准。其中，标准单人间病房指病房为单间设计，除独立卫生间外无其他隔间，病房设一

张病床加独立卫生间的单人病房。若某一医院的病房有两种或以上符合前述定义的病房，则应按其中最便宜的病房计算床位费。

- 2) 重症监护室床位费,指经本公司认可的医院专科医生诊断必须接受在重症监护室进行合理且必要的医学治疗而产生的床位费。其中,重症监护室指经中国国家卫生行政管理部门批准,在医院内正式设立的重症监护病房。该病房为危重患者提供 24 小时持续护理及治疗,配备有重症监护专科医生、护士以及相应的监护、复苏抢救设备,例如:心脏除颤机,人工呼吸机,紧急药物,各项生命体征(如心率、血压等)持续测试的仪器等。

7.56 膳食费

“住院及日间治疗费用”和“质子重离子住院医疗费用”定义中所指的“膳食费”是指住院期间或日间治疗期间根据就诊医院专科医生的书面医嘱,由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的、合理且符合惯常标准的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内。

7.57 护理费

“住院及日间治疗费用”、“门诊手术医疗费用”和“质子重离子住院医疗费用”定义中所指的“护理费”是指被保险人在接受相应治疗期间由就诊医院执业护士根据该医院专科医生的书面医嘱所示的护理等级提供医疗护理所发生的护理费用。

7.58 陪床费

“住院及日间治疗费用”和“质子重离子住院医疗费用”定义中所指的“陪床费”是指被保险人在住院期间及日间治疗期间实际发生的,因被保险人的近亲属(限一人)在医院陪护而产生的加床费用。

7.59 医生费、诊疗费

“住院及日间治疗费用”、“门急诊医疗费用”和“质子重离子住院医疗费用”定义中所指的“医生费”、“诊疗费”是指被保险人在接受相应治疗期间发生的主诊或会诊医生(包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生)的劳务费用。

7.60 检查检验费

“住院及日间治疗费用”、“门诊手术医疗费用”、“门急诊医疗费用”和“质子重离子住院医疗费用”定义中所指的“检查检验费”是指被保险人在接受相应治疗期间实际发生的、以诊断疾病为目的,采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理且必需的医疗费用,包括 X 光费、心电图费、B 超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费以及其它大型检查检验费。

7.61 药品费

“住院及日间治疗费用”、“门急诊医疗费用”和“质子重离子住院医疗费用”定义中所指的“药品费”是指住院期间实际发生的、合理且必需的、由本公司认可的医院专科医生开具的、具有中国国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用。但不包括营养补充类药品,免疫功能调节类药品,美容及减肥类药品,预防类药品,以及下列中药类药品:

- ① 主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药品,如花旗参,冬虫草,白糖参,朝鲜红参,

玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝，红参，琥珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，燕窝，野山参，移山参，珍珠（粉），紫河车，阿胶，阿胶珠，血宝胶囊，红桃K口服液，十全大补丸，十全大补膏等；

② 部分可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸，海马，胎盘，鞭，尾，筋，骨等；

③ 用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

若在本公司认可药店购买特定药品，请参照第 5.6 条“恶性肿瘤特定药品用药流程”申请用药。

7.62

治疗费

“住院及日间治疗费用”、“门诊手术医疗费用”、“门急诊医疗费用”和“质子重离子住院医疗费用”定义中所指的“治疗费”是指住院期间以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的、合理且必需的治疗者技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，包括注射费、输血费、输氧费、体外反搏费等。具体以就诊医院的费用项目划分为准。不包括物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用：

- 1) 物理治疗：指应用人工物理因子（如光、电、磁、声等）来治疗疾病，具体疗法包括电疗、光疗、磁疗、热疗、冷疗等；
- 2) 中医理疗：指以治疗疾病为目的，被保险人接受的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗等；
- 3) 其他特殊疗法：包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗等。

7.63

耐用医疗设备费

“住院及日间治疗费用”定义中所指的“耐用医疗设备费”是指被保险人在住院期间或日间治疗期间实际发生的、因医学必需而必须购买或租赁非一次性耐用医疗设备的费用。但不包括任何非医疗必需的设备。

7.64

手术费

“住院及日间治疗费用”定义中所指的“手术费”是指住院期间实际发生的、当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费、手术室费、恢复室费等手术相关费用。本项手术费也包含被保险人接受由医生确认为无需住院即可进行的、必需且合理的日间手术治疗而实际产生的上述费用。若因器官移植而发生的手术费用，不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。

7.65

手术植入材料费

“住院及日间治疗费用”定义中所指的“手术植入材料费”是指住院期间或日间治疗期间实际发生的，医生认为手术中必不可少的通过手术植入人体内，以治疗、诊断或者替换加强器官功能为目的的物体或材料的费用，包括：

- 1) 植入器材：骨板、骨钉、骨针、骨棒、脊柱内固定器材、结扎丝、聚醚器、骨蜡、骨修复材料、脑动脉瘤夹、银夹、血管吻合夹(器)、心脏或组织修补材料、眼内充填材料、神经补片等；
- 2) 植入性人工器官：人工食道、人工血管、人工椎体、人工关节、人工尿道、人工瓣膜、人工肾、人工颅骨、人工颌骨、人工心脏、人工肌腱、人工耳蜗、人工肛门封闭器等；
- 3) 接触式人工器官：人工喉、人工皮肤、人工角膜等；

- 4) 钛网/支架等组织成型材料：心脏支架、血管支架、前列腺支架、胆道支架、食道支架等；
- 5) 其他：脑起搏器、心脏起搏器等。

7.66 住院物理治疗费

“住院及日间治疗费用”定义中所指的“住院物理治疗费”是指住院期间实际发生的，由具有相应医疗职业资格的医师实施的物理治疗的费用。物理治疗是指应用人工物理因子（如光、电、磁、声等）来治疗疾病，具体疗法包括电疗、光疗、磁疗、热疗、冷疗等。该类治疗应当满足下列全部条件：

- 1) 为该被保险人医师书面治疗计划（包括短期和长期目标，并提交保险人评估）的一部分；
- 2) 被保险人接受该治疗后，在合理的、可预测的时间内症状会明显好转；
- 3) 疗法复杂或者被保险人病症使得只有具有相应医疗职业资格的医师（包括注册物理治疗师或者执业医师）才能安全、有效实施。

7.67 恶性肿瘤基因检测费

“住院及日间治疗费用”定义中所指的“恶性肿瘤基因检测费”是指住院期间或日间治疗期间实际发生的、以确定恶性肿瘤治疗的用药方案为目的的基因检测费用。将外周血、手术或活检术留取的恶性肿瘤病理切片组织或恶性肿瘤转移所致的胸腹水等样本，进行恶性肿瘤相关的特定基因的结构（DNA 水平）或功能（RNA 水平）检测。医院的专科医生可根据其基因检测结果，给出针对其分子异常特征的药物的用药方案。

7.68 救护车使用费

“住院及日间治疗费用”定义中所指的“救护车使用费”是指被保险人在住院期间或日间治疗期间以抢救生命或治疗疾病为目的，根据就诊医院专科医生建议，被保险人需医院转诊过程中的医院用车费用，且救护车的使用仅限于同一城市的医疗运送。

7.69 **重大疾病** 被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病，应当由本公司认可的医院专科医生明确诊断。以下疾病名称仅供理解使用，具体保障范围以每种疾病具体定义为准。

本条款所列的 28 种重大疾病为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（2020 年修订版）》中列明的疾病。

（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**^{7.70}（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。

下列疾病不属于本合同约定的“恶性肿瘤——重度”：

- 1) ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：
 - a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；

- b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；
- 2) TNM 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；
 - 3) TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或更轻分期的前列腺癌；
 - 4) 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；
 - 5) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
 - 6) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
 - 7) 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像<10/50 HPF 和 ki-67≤2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

（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）升高不属于本合同约定的“较重急性心肌梗死”。

（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，仍遗留下列至少一种障碍：

- 1) 一肢（含）以上**肢体**^{7.72}**肌力**^{7.73}2 级（含）以下；
- 2) **语言能力完全丧失**^{7.74}，或**严重咀嚼吞咽功能障碍**^{7.75}；
- 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**^{7.76}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、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。

（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属于本合同约定的“冠状动脉搭桥术(或称冠状动脉旁路移植术)”。

（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。

（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）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 γ 刀、质子重离子治疗等。

下列疾病不属于本合同约定的“严重非恶性颅内肿瘤”：

- 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）。

（10）严重慢性肝衰竭

指因慢性肝脏疾病导致肝功能衰竭，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属于本合同约定的“严重慢性肝衰竭”。

(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，仍遗留下列至少一种障碍：

- 1) 一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；
- 2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
- 3) 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）评估结果为 3 分；
- 4) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(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它生命维持系统 96 小时以上。

因酗酒或药物滥用^{7.77}导致的深度昏迷不属于本合同约定的“深度昏迷”。

(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^{7.78}性丧失，在 500 赫兹、1000 赫兹和 2000 赫兹语音频率下，平均听阈大于等于 91 分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

被保险人申请理赔时年龄必须在 3 周岁以上，并且提供理赔当时的听力丧失诊断及检查证据。

(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，如果使用其它视力表应进行换算）；
- 3) 视野半径小于 5 度。

被保险人申请理赔时年龄必须在 3 周岁以上，并且除眼球缺失或摘除情形外，应提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。

(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。

(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属于本合同约定的“心脏瓣膜手术”。

(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属于本合同约定的“严重阿尔茨海默病”。

（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。

（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属于本合同约定的“严重原发性帕金森病”。

（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^{7.79}Ⅳ级，且静息状态下肺动脉平均压在 36mmHg（含）以上。

（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。

（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属于本合同约定的“语言能力丧失”。

被保险人申请理赔时年龄必须在 3 周岁以上，并且提供理赔当时的语言能力丧失诊断及检查证据。

（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≥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 $<20 \times 10^9/L$ 。

(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属于本合同约定的“主动脉手术”。

(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（FEV₁）占预计值的百分比<30%；
- 3) 在静息状态、呼吸空气条件下，动脉血氧分压（PaO₂）<50mmHg。

(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，且已经造成瘻管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

(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。

7.70 组织病理学检查

本合同疾病定义中所指的“组织病理学检查”是指通过局部切除、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。

7.71 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。

7.72 肢体 本合同疾病定义中所指的“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。

7.73 肌力

本合同疾病定义中所指的“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。

7.74 语言能力完全丧失 本合同疾病定义中所指的“语言能力完全丧失”是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。

7.75 严重咀嚼吞咽功能障碍 本合同疾病定义中所指的“严重咀嚼吞咽功能障碍”是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。

7.76 六项基本日常生活活动

本合同疾病定义中所指的“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。

7.77 药物滥用 指未遵守医嘱服用、涂用或注射药物。

7.78 永久不可逆 本合同疾病定义中所指的“永久不可逆”是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。

7.79 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。

7.80 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。

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_x: 原发肿瘤不能评估

pT₀: 无肿瘤证据

pT₁: 肿瘤局限在甲状腺内, 最大径 ≤ 2 cm

T_{1a} 肿瘤最大径 ≤ 1 cm

T_{1b} 肿瘤最大径 > 1 cm, ≤ 2 cm

pT₂: 肿瘤 2~4cm

pT₃: 肿瘤 > 4 cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}: 肿瘤 > 4 cm, 局限于甲状腺内

pT_{3b}: 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

pT₄: 大体侵犯甲状腺外带状肌外

pT_{4a}: 侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT_{4b}: 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pT_x: 原发肿瘤不能评估

pT₀: 无肿瘤证据

pT₁: 肿瘤局限在甲状腺内, 最大径 ≤ 2 cm

T_{1a} 肿瘤最大径 ≤ 1 cm

T_{1b} 肿瘤最大径 > 1 cm, ≤ 2 cm

pT₂: 肿瘤 2~4cm

pT₃: 肿瘤 > 4 cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}: 肿瘤 > 4 cm, 局限于甲状腺内

pT_{3b}: 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

pT₄: 进展期病变

pT_{4a}: 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_{4b}: 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_x: 区域淋巴结无法评估

pN₀: 无淋巴结转移证据

pN₁: 区域淋巴结转移

pN_{1a}: 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_{1b}: 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

M₀: 无远处转移

M₁: 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。

附表：人保健康卓越安生互联网医疗保险保障计划表

保障计划	计划一	计划二	计划三
年度累计给付总限额	400 万元	400 万元	5 万元
一般医疗费用保险金 年度累计给付限额	400 万元	400 万元	5 万元
年度免赔额	0 元	1 万元	2 万元
医疗费用保障范围	保障社保目录内/外医疗费用，保障院外购药	保障社保目录内/外医疗费用， <u>不保障院外购药</u>	<u>仅保障社保目录内医疗费用，不保障院外购药</u>
未成年人特定先天性 疾病医疗费用保险金 责任	年度累计给付限额 1 万 元	无此项责任	无此项责任

注 1：健康体人群适用于计划一；

注 2：次标体人群^{7.54}适用于计划二；

注 3：既往症人群适用于计划三。