

中华联合财产保险股份有限公司

癌症医疗保险（H款）条款

总则

第一条 保险合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、保险单（包含电子保险单，下同）或其他保险凭证、批单等组成。

凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式（包括电子文档形式）。

第二条 保险合同成立

投保人提出保险申请、保险人同意承保，本保险合同成立。

第三条 被保险人

本保险合同的被保险人为投保时出生 30 天以上（已健康出院）至 85 周岁（含），身体健康，能正常工作或正常生活的自然人。

第四条 投保人

本保险合同的投保人应为具有完全民事行为能力的被保险人本人或对被保险人有保险利益的其他人或组织。

第五条 受益人

除另有约定外，本保险合同的受益人为被保险人本人。

投保人指定或变更受益人时须经被保险人同意。

被保险人死亡后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人的遗产，由保险人依照中华人民共和国有关法律法规的规定履行给付保险金的义务：

- （一）没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；
- （二）受益人先于被保险人死亡，没有其他受益人的；

(三) 受益人依法丧失受益权或者放弃受益权，没有其他受益人的。

受益人与被保险人在同一事件中死亡，且不能确定死亡先后顺序的，推定受益人死亡在先。

投保人为与其有劳动关系的劳动者投保人身保险，不得指定被保险人及其近亲属以外的人为受益人。

保险责任

第六条 等待期

投保人为被保险人首次投保本保险或者非续保本保险时，自本保险合同生效之日起一定期间为等待期，具体期间在保险单中载明，最长不超过 90 天。续保本保险无等待期。

被保险人在等待期内经医院确诊初次罹患癌症（含原位癌和类癌）的，保险人不承担给付保险金的责任。保险人向投保人返还所交保险费后，本保险合同终止。

本保险合同保险期间届满后 30 日内（含第 30 日），投保人重新提出投保申请、保险人重新审核同意后签发的保险单，不计算等待期；本保险合同保险期间届满后第 31 日起，投保人重新提出投保申请、保险人重新审核同意后签发的保险单，需重新计算等待期。

第七条 保险责任

本保险合同的保险责任包括“癌症医疗保险金”责任和“癌症特种药品费用医疗保险金”责任，其中“癌症医疗保险金”为必选责任，“癌症特种药品费用医疗保险金”为可选责任。被保险人可只投保必选责任，也可在投保必选责任的同时投保可选责任，但不能单独投保可选责任，具体以投保人与保险人约定为准，并于保险合同中载明。

(一) 癌症医疗保险金（必选）

在本保险合同保险期间内，被保险人在等待期后经医院专科医生确诊初次罹患癌症（含原位癌和类癌），对被保险人确诊癌症前 30 天内（含确认当日）在医院发生的癌症确诊费用，和被保险人在确诊癌症后在医院门、急诊或住院期间发生的癌症必需医疗费用，保险人根据本保险合同约定的医疗保险金计算方法给付癌症医疗保险金，累计以本保险合同载明的相应保险金额为限，当达到该限额时，保险人对该被保险人的癌症医疗保险责任终止。

被保险人在保险期间内开始住院治疗，到保险期间届满住院仍未结束的，保险人继续承

担给付保险金责任至住院结束，但最长不超过保险期间届满之日起第 30 日。

（二）癌症特种药品费用医疗保险金（可选）

在本保险合同保险期间内，被保险人在等待期后经医院专科医生确诊初次罹患癌症（含原位癌和类癌），对于治疗该癌症发生的且同时满足以下条件的药品费用（以下简称“满足条件的药品费用”），保险人根据本保险合同约定的医疗保险金计算方法给付癌症特种药品费用医疗保险金，累计以本保险合同载明的相应保险金额为限，当达到该限额时，保险人对该被保险人的癌症特种药品费用保险责任终止。

满足条件的药品费用须同时满足以下要求：

- （1）药品处方是在被保险人等待期满后确诊初次患癌症之后由医院专科医生开具的，且该药品为被保险人当前治疗癌症所必需；
- （2）每次的处方剂量不超过 1 个月，且开具时间须在本保险合同保险期间内；
- （3）上述药品处方中所列明的药品属于保险人指定的药品清单中的药品；
- （4）上述药品处方中所列明的药品是在保险人指定或认可的药店购买的药品；
- （5）该药品须通过本保险合同约定的药品处方审核，且购买过程符合本保险合同约定的购药流程，具体的处方审核及购药流程于投保时在保险单中载明。

对不满足条件的药品费用保险人不承担给付癌症特种药品费用医疗保险金的责任。

第八条 免赔额与给付保险金的计算方法

（一）免赔额

免赔额指在本保险合同保险期间内，符合第七条约定的医疗费用中由被保险人自行承担，保险人不承担给付保险金责任的部分。免赔额的计算方法为：

免赔额=基础免赔额-其他商业保险机构获得的医疗费用补偿

免赔额最低为零。通过上述公式计算得到负数时，免赔额计为零。

通过基本医疗保险和公费医疗保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

本保险合同中被保险人的癌症医疗保险金基础免赔额和癌症特种药品费用医疗保险金基础免赔额由投保人和保险人在订立本保险合同时协商确定，并在保险合同中载明。癌症医疗保险金免赔额和癌症特种药品费用医疗保险金免赔额根据上述公式分别计算。

(二) 本保险合同的医疗保险金按照以下公式进行计算：

医疗保险金的计算方法：

医疗保险金=（保险期间内累计合理医疗费用-其他途径累计已获得的医疗费用补偿金额-免赔额）×给付比例

其他途径累计已获得的医疗费用补偿包含已从基本医疗保险、公费医疗、商业性医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构获得医疗费用补偿。

给付比例由保险人与投保人在投保时协商约定，并在保险单中载明。癌症医疗保险金、癌症特种药品费用医疗保险金根据上述公式分别计算。

责任免除

第九条 责任免除

(一) 任何符合下列原因导致发生的癌症医疗费用，保险人不承担癌症医疗保险金和癌症特种药品费用医疗保险金的保险责任：

- 1、核爆炸、核辐射或核污染；
- 2、在中国大陆境外的国家或者地区接受治疗；
- 3、被保险人在本保险合同生效前所患本保险合同健康告知中列明的既往症和所有的癌症；
- 4、投保前或等待期期间已出现本保险合同健康告知中明确列出的症状或体征，但保险人在承保时已知晓并做出书面认可的不在此限；
- 5、在中国大陆境外的国家或者地区接受治疗；
- 6、被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间；
- 7、被保险人接种预防癌症的疫苗，进行基因测试以鉴定癌症的遗传性，接受实验性医疗，采取未经科学或医学认可的医疗手段引起的医疗费用；

8、由于医疗事故引起的医疗费用；

9、任何职业病、遗传性疾病，先天性恶性肿瘤（BRCA1/BRCA2 基因突变家族性乳腺癌，遗传性非息肉病性结直肠癌，肾母细胞瘤即 Wilms 瘤，李-佛美尼综合症即 Li-Fraumeni 综合症），先天性畸形、变形或染色体异常（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）引起的医疗费用；

10、非医疗必需的住院、治疗、手术、疗养、托护或休养护理等医疗费用；

11、主要起调理身体、营养滋补作用的中药药品费用，如：花旗参、西洋参、人参、灵芝、阿胶、冬虫夏草、海马、十全大补膏等滋补类中药；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；用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等；

12、如被保险人为器官移植的受体，器官本身的费用和获取器官过程中的费用；

13、使用救护车进行非同一城市运送（从一个城市运往其他城市）产生的费用；

14、被保险人在未有确诊罹患癌症而进行的任何前述定义的癌症治疗；

15、被保险人治疗癌症时，治疗非癌症疾病发生的医疗费用。

（二）被保险人或被保险人发生的癌症特种药品费用符合下列情况的一种或多种的，保险人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期间；

2、被保险人曾经或正在使用大剂量的镇静安眠药、迷幻剂、毒品或其他违禁药物，有麻醉剂成瘾、酒精或药物滥用成瘾；

3、药品处方的开具与国家药品管理局（或原国家食品药品监督管理局）批准的该药品说明书中所列明的适应症用法用量不符；

4、被保险人的疾病状况，经审核，确定对申领药品已经耐药，其继续使用耐药药品而产生的费用（耐药是指肿瘤病灶按照 RECIST（实体瘤治疗疗效评价标准）评价标准有进展）；

5、被保险人用药时长符合慈善赠药项目申请条件，但因被保险人未提交相关申请或者提交的申请材料不全，导致慈善赠药项目申请未通过而发生的药品费用；被保险人通过慈善赠药审核，但因被保险人原因未领取慈善赠药的；

- 6、用于治疗被保险人在本保险合同生效前所患既往症（包括癌症）或已出现的症状、体征，但该既往症（或症状、体征）保险人在承保时已知晓并做出书面认可的不在此限；
- 7、用于治疗被保险人投保前或等待期间已出现症状、体征并于等待期后确诊的疾病；
- 8、用于治疗任何职业病、遗传性疾病，先天性癌症（BRCA1/BRCA2 基因突变家族性乳腺癌，遗传性非息肉病性结直肠癌，肾母细胞瘤即 Wilms 瘤，李-佛美尼综合症即 Li-Fraumeni 综合症），先天性畸形、变形或染色体异常（本条所述疾病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）引起的医疗费用；
- 9、被保险人接种预防癌症的疫苗产生的费用；
- 10、进行基因测试以鉴定癌症的遗传性所产生的费用；
- 11、未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及其产生的后果所产生的费用；
- 12、未被治疗所在地权威部门批准的治疗，未获得治疗所在地政府许可或者批准的药品或者药物。

保险金额

第十条 保险金额和保险费

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本保险合同的保险金额与保险费由投保人和保险人在投保时约定并于保险单上载明。

保险期间和续保

第十一条 保险期间

本保险合同的保险期间最长不超过一年，以保险单载明的起讫时间为准。

第十二条 续保

本保险合同为不保证续保合同。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保，保险人有权对重新提出的投保申请进行审核，经保险人同意后，投保人交纳保险费，获得新的保险合同。

保险人义务

第十三条 明确说明义务

订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十四条 资料补充通知义务

保险人认为被保险人或被保险人的受益人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人或受益人补充提供。

第十五条 保险金给付义务

保险人收到被保险人或受益人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人或受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或受益人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。

保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向被保险人或受益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、资料之日起六十日内，对其给付的数额不能确定的，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的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十六条 保险费交付义务

本保险合同保险费交付方式可由投保人与保险人在投保时约定，并于保险单上载明。

第十七条 如实告知义务

订立本保险合同，保险人就投保人、被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实

告知。

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，保险人有权解除保险合同。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金的责任。

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。

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，保险人应当承担给付保险金的责任。

第十八条 地址变更通知义务

投保人住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，应及时以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。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，均视为已送达给投保人。

第十九条 保险事故通知义务

投保人、被保险人或者受益人知道保险事故发生后，应当在 48 小时内或经保险人书面同意延长的期限内通知保险人。**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，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任，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。**

被保险人应在保险人认可的医疗机构就诊，若因急诊未在保险人认可的医疗机构就诊的，应在 48 小时内或经保险人书面同意延长的期限内通知保险人，并根据病情及时转入保险人认可的医疗机构。若确需转入非保险人认可的医疗机构就诊的，应向保险人提出书面申请，保险人在接到申请后三日内给予答复，对于保险人同意在非认可的医疗机构就诊的，保险人按本保险合同的规定给付保险金。

保险金申请与给付

第二十条 癌症医疗保险金的申请

被保险人或受益人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。被保险人或受益人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。**被保险人或受益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。**

(一) 保险金给付申请书；

(二) 保险单或其他保险凭证正本；

(三) 被保险人或受益人的身份证明；

(四) 医院出具的被保险人的医疗费用收据或者发票，或基本医疗保险机构及其他医疗费用补偿途径（如商业保险公司）出具的报销凭证或医疗费用分割单；

(五) 认可的医疗机构出具的附有病理检查、化验检查，影像学检查及其他医疗检查报告的医疗诊断证明、手术记录、检查报告单，门、急诊及住院病历、出院小结等；

(六) 被保险人或受益人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；

(七) 若被保险人或受益人委托他人申请的，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。

第二十一条 癌症特种药品费用医疗保险金的申请

被保险人或受益人需通过**癌症特种药品处方审核及购药流程**进行癌症特种药品费用医疗保险金的申请，在申请时需提交以下材料。被保险人或受益人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。**被保险人或受益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。**

(一) 保险金给付申请书；

(二) 保险单或其他保险凭证正本；

(三) 保险金申请人的身份证明；

(四) 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：

（五）医院出具的被保险人诊断证明（病理诊断或加盖医务处公章或具有同等效力公章的临床诊断）、保险人指定或认可的药店出具的药品费用收据或者发票，保险人留存其原件；

（六）保险人指定或认可的药店出具的药品费用清单、医院出具的被保险人的处方、门诊及住院病历、入出院记录以及与诊断证明相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告；

（七）若被保险人或受益人委托他人申请的，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。

对于保险人已经与保险人指定或认可的药店直接结算的药品费用，保险人不再接受被保险人对该部分保险金的申请。

第二十二条 诉讼时效

被保险人或受益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。

争议处理和法律适用

第二十三条 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。

第二十四条 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）。

其他事项

第二十五条 合同变更

除本保险合同另有约定外，经投保人和保险人协商同意后，可变更本保险合同的有关内容。变更本保险合同时，投保人应填写变更合同申请书，经保险人审核同意，并在本保险合同的保险单或其它保险凭证上加以批注，或由投保人和保险人订立变更的书面协议后生效。

第二十六条 合同解除

在本保险合同成立后，投保人可以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，应提供下列证明文件和资料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险单或其他保险凭证原件；
- （三）保险费交付凭证；
- （四）投保人身份证明；
- （五）保险人需要的其它有关文件和资料。

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 日内退还保险单的最低现金价值。

若投保人选择一次性交纳保险费，保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还保险单的最低现金价值。

若投保人选择分期交纳保险费，保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还投保人已交纳期次保险费的最低现金价值。

第二十七条 年龄错误

在申请投保时，投保人应将有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保单上填明，如果发生错误按照下列方式办理：

（一）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，保险人有权解除本保险合同，并按照合同约定退还保险费；

（二）投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人支付的保险费少于应付保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费，或者在给付保险金时按照实付保险费和应付保险费的比例支付；

（三）投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实交保险费多于应交保险费的，保险人向投保人退还多收的保险费。

释义

1. **保险人：**指与投保人签订本保险合同的中华联合财产保险股份有限公司。

2. **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。

3. **中国大陆境外：**中国大陆境外范围包括：港澳台地区和其他外国国家和地区。

4. **确诊初次罹患：**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，而不是指自本保险合同保险期间内第一次经医院确诊患有某种疾病。例如，本保险合同生效为 2018 年 12 月 1 日，被保险人自出生后第一次经医院确诊罹患“癌症”的时间，以及是否满足在本保险合同保险期间内初次确诊条件的核定结论见下表：

自出生后初次确诊时间	是否满足在本保险合同保险期间内初次确诊条件
2018 年 12 月 1 日之前	否
2018 年 12 月 1 日起的 30 日（含）内	否
2018 年 12 月 1 日起的 30 日后	是

5. **癌症：**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。

6. **原位癌：**指恶性细胞局限于上皮内尚未穿破基底膜浸润周围正常组织的癌细胞新生物。原位癌必须经对固定活组织的组织病理学检查明确诊断。

7. **类癌：**发生于胃肠道和其他器官嗜银细胞的新生物，可分泌 5-羟色胺（血清素）、激肽类、组胺等生物学活性因子，引起血管运动障碍、胃肠症状、心脏和肺部病变等。

8. 癌症确诊费用：

(1) **医生诊疗费：**指被保险人门、急诊或住院期间发生的主诊医生或会诊医生的劳务费用，包括挂号费。

(2) **检查检验费：**指门、急诊或住院期间发生的以诊断癌症为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用，包括诊查费、妇检费、影像学检查费用（X

光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、CT费、核磁共振费等)、肺功能仪费、分子生化检查费和血、尿、便常规检查费等。

9. 癌症必需医疗费用:

(1) **床位费:** 住院期间实际发生的、不高于标准单人病房(或私人病房)的住院床位费(不包括套房、家庭病床)。

(2) **加床费:** 指未满18周岁的被保险人在住院治疗期间,保险人根据合同约定给付其合法监护人(限一人)在医院留宿发生的加床费;或女性被保险人在住院治疗期间,保险人根据合同约定给付其1周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

(3) **重症监护室床位费:** 住院期间出于医学必要被保险人需在重症监护室进行合理且必要的医疗而产生的床位费。

(4) **医生诊疗费:** 指被保险人门、急诊或住院期间发生的主诊医生或会诊医生的劳务费用。

(5) **护理费:** 住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

(6) **检查检验费:** 门、急诊或住院期间实际发生的、以诊断癌症为目的,采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用,包括诊查费、妇检费、影像学检查费用(X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、CT费、核磁共振费等)、肺功能仪费、分子生化检查费和血、尿、便常规检查费等。

(7) **治疗费:** 门、急诊或住院期间以治疗癌症为目的,发生的合理的医疗器械使用费,以及消耗品的费用,包括注射费、护理费、抢救费、清创缝合、换药、雾化吸入、鼻饲管置管、胃肠减压、洗胃、物理降温、坐浴、冷热湿敷、引流管冲洗、灌肠、导尿、肛管排气、输血费、输氧费,针对癌症的非侵入性治疗费用如伽玛刀、射频、聚焦超声治疗,化学疗法、内分泌疗法、放射疗法、免疫疗法、靶向疗法。

(8) **药品费:** 门、急诊或住院期间实际发生的合理且必要的与治疗癌症相关的由医生开具的具有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处方药品的费用,包含治疗癌症过程中使用的抗呕吐药物、抗排斥药物。

(9) **手术费用:** 包括干细胞、骨髓、器官移植和治疗癌症所需的外科修复手术费用。

指住院期间为治疗癌症、挽救生命而施行的合理手术医疗费用，包括手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。癌症治疗手术后导致需要人造乳房或面部重建的，此项费用也在手术费用保障范围内。

10. 医院：本保险合同所指医院为保险人指定或认可的医疗机构。除另有约定外，为国务院卫生行政主管部门医院等级分类中的二级合格或者二级合格以上的社会基本医疗保险规定的定点医院中的普通部，**不包括以康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者类似功能为主要功能的医疗机构。**

11. 住院：指被保险人因罹患癌症而入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入院及出院手续。不包括入住门、急诊观察室、其它非正式病房、联合病房或挂床住院。

12. 门、急诊：指被保险人因罹患癌症在医院经过就诊前的正式挂号，且无须住院治疗即得到治疗服务的行为。

13. 医生：指具有专业资格认证和诊断处方权，且正在医院执业的医师，但被保险人本人及其直系亲属除外。

本保险合同所保障的癌症（含原位癌和类癌）须经专科医生明确诊断，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。

14. 医疗必需：满足以下条件的医学治疗、服务或药品为医学上必需。

- (1) 对病人疾病或伤害的诊断或治疗是适当的、基本的；
- (2) 提供安全、充分、适当的诊断和治疗必须的护理，但不超过一定的范围、持续时间或强度、级别；
- (3) 医师开具的处方以及与在当地被广泛认可的医疗专业水平一致的治疗；
- (4) 不是主要为病人、家庭、医生或其他提供治疗的人员的舒适和方便而设的项目；

(5) 不属于对病人的学术教育或专业培训的一部分；

(6) 非试验性或研究性的。

15. 化学疗法：指利用化学药物阻止癌细胞的增殖、浸润、转移，直至杀灭癌细胞的一种治疗方式。

16. 内分泌疗法：指用药物抑制激素生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞的生长。

17. 放射疗法：指利用放射线照射患病部位，攻击癌细胞的疗法。

18. 免疫疗法：指现代生物技术手段激发自身免疫系统来对抗肿瘤的新型治疗方法。

19. 靶向疗法：是在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌位点来设计相应的治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其它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。

靶向治疗的药物需具有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。

20. 抗呕吐药物：治疗癌症过程中因化疗或放疗出现呕吐的药物。

21. 抗排斥药物：因患癌症而进行器官移植，骨髓移植或干细胞移植之后，使用免疫抑制剂抑制机体免疫反应，此类抑制免疫排斥药物称为抗排斥药物。

22. 艾滋病/艾滋病病毒：指人类免疫缺陷病毒及相关疾病，包含获得性免疫缺陷综合症（AIDS，艾滋病）、艾滋病并发症及所有由此导致或由治疗该疾病而引发的疾病。

23. 职业病：指企业、事业单位和个体经济组织的劳动者在职业活动中，因接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害物质等因素而引起的疾病。2013年12月23日，国家卫生计生委、人力资源社会保障部、安全监管总局、全国总工会4部门联合印发《职业病分类和目录》。根据该《分类和目录》将职业病分为职业性尘肺病及其他呼吸系统疾病、职业性皮肤病、职业性眼病、职业性耳鼻喉口腔疾病、职业性化学中毒、物理因素所致职业病、职业性放射性疾病、职业性传染病、职业性肿瘤、其他职业病10类132种。

24. 遗传性疾病：指生殖细胞或者受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或者畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。

25. 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、变形或者染色体异常。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。

26. 最低现金价值：是指保险费 \times （1-已经过天数/保险期间天数） \times （1-费用率）。除另有约定外，本保险合同的费用率为10%。