

中华联合财产保险股份有限公司

恶性肿瘤综合医疗保险（互联网专属）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、以及保险人与投保人认可的、与保险合同有关的其他书面协议（包括但不限于合法有效的声明、批注、批单、健康问卷）组成。

凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。

第二条 被保险人

除另有约定外，本保险合同的被保险人应为投保时出生满 28 天（已健康出院）至 105 周岁（含），身体健康，能正常工作或正常生活的自然人。

第三条 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在保险合同成立时对被保险人有保险利益的其他人。

第四条 受益人

除另有约定外，本保险合同的各项保险金受益人均为被保险人本人。

第五条 保险区域

本保险合同约定的保险区域为中国大陆境内（不包含香港、澳门和台湾地区），保险人仅对被保险人在约定保险区域内发生的保险事故承担保险责任。

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，每项保险责任等待期的具体期间分别在保险合同中载明，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恶性肿瘤的，保险人不承担给付保险金的责任。保险人无息退还该被保险人对应的保险费，同时对该被保险人的保险责任终止。

除另有约定外，本保险合同期满后 30 天内（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；本保险合同期满后第 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“恶性肿瘤医疗费用保险金”、“恶性肿瘤特种药品费用医疗保险金”、“恶性肿瘤异地转诊公共交通费用保险金”、“恶性肿瘤住院津贴保险金”，投保人可以选择投保一项或多项，具体投保项目由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险合同载明。

（一）恶性肿瘤医疗费用保险金

在保险期间内，被保险人在等待期后经医院专科医生确诊初次罹患恶性肿瘤，并在中

中华人民共和国境内（不包括香港、澳门及台湾地区）经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级及以上公立医院普通部或保险人认可的医疗机构接受治疗的，保险人对下述1-4类费用，按照本保险合同的约定承担给付恶性肿瘤医疗费用保险金的责任：

1. 恶性肿瘤住院医疗费用

指被保险人经医院确诊**初次罹患恶性肿瘤**必须接受**住院治疗**时，与确诊或治疗恶性肿瘤相关的、需个人支付的、**必需且合理**的住院医疗费用，包括**床位费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、医事服务费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费**。

除本保险合同另有约定外，到本保险合同满期日时被保险人仍未结束本次住院治疗的，保险人在本项保险金额内继续承担因本次住院发生的、最高不超过本保险合同满期日后30日内的恶性肿瘤住院医疗费用。

2. 恶性肿瘤特殊门诊医疗费用

指被保险人经医院确诊**初次罹患恶性肿瘤**而在医院接受恶性肿瘤特殊门诊治疗时，需个人支付的、**必需且合理**的治疗恶性肿瘤的特殊门诊医疗费用，仅包括：**化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法**的治疗费用。

3. 恶性肿瘤门诊手术医疗费用

指被保险人经医院确诊**初次罹患恶性肿瘤**而在医院接受门诊手术治疗期间发生的需个人支付的、**必需且合理**的恶性肿瘤门诊手术费用。

4. 恶性肿瘤住院前后门急诊医疗费用

指被保险人经医院确诊**初次罹患恶性肿瘤**必须接受住院治疗，在**住院前30日（含住院当日）和出院后30日（含出院当日）内**，因与该次住院相同原因而接受恶性肿瘤门急诊治疗时发生的需个人支付的、**必需且合理**的治疗恶性肿瘤的门急诊医疗费用（**但不包括恶性肿瘤特殊门诊医疗费用、恶性肿瘤门诊手术医疗费用**）。

当保险人对于以上四类费用累计给付的金额达到恶性肿瘤医疗费用保险金额时，保险人对该被保险人在恶性肿瘤医疗费用保险金项下的保险责任终止。

（二）恶性肿瘤特种药品费用医疗保险金

在保险期间内，被保险人在**等待期**后经医院专科医生**确诊初次罹患恶性肿瘤**，对于因治疗恶性肿瘤而实际发生的需个人支付的、**必需且合理**的、**同时满足以下条件的特种药品费用**，保险人按照本保险合同的约定，在**恶性肿瘤特种药品费用医疗保险金额内**给付恶性肿瘤特种药品费用医疗保险金。

1.该特种药品须由医院专科医生在被保险人等待期满后、**确诊初次罹患恶性肿瘤**之后开具处方，且为被保险人当前治疗必需的药品；

2.每次特种药品处方剂量不超过**30天**，且开具时间须在本保险合同保险期间内；

3.该特种药品处方须符合中国国家药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症及用法用量；

4.该特种药品须为本保险合同保险期间终止之日前经中国国家药品监督管理部门批准且已在中华人民共和国境内（不包括港澳台地区）上市的药物，或该特种药品须为本保险合同保险期间终止之日前合法进口的临床急需进口药品；且该特种药品须在本保险合同约定的药品清单列表中；

5.被保险人须在本保险合同约定的药店或机构购买该特种药品。

对不满足上述任何一项条件的药品费用，保险人不承担给付恶性肿瘤特种药品费用医疗保险金的责任。

保险人承担被保险人在保险期间内开始的、延续至本保险合同到期日后 30 日内的恶性肿瘤特种药品费用医疗保险金责任，对此期间发生的必需且合理的恶性肿瘤特种药品费用，保险人仍将按照本保险合同的约定给付恶性肿瘤特种药品费用医疗保险金。

（三）恶性肿瘤异地转诊公共交通费用保险金

在保险期间内，被保险人在等待期后经医院专科医生确诊初次罹患恶性肿瘤之后，因病情需要跨省级行政区（仅限中国大陆境内，含省、自治区、直辖市，但不包括香港、澳门、台湾地区）住院治疗，经被保险人申请，由转出医院开具转院证明，对于被保险人发生的必需且合理的因异地转诊产生的客运公共交通费用，保险人按照本保险合同的约定，在恶性肿瘤异地转诊公共交通费用保险金额内给付保险金。

针对前述恶性肿瘤异地转诊公共交通费用，被保险人飞机舱位级别最高以经济舱（包含超级经济舱）为限，火车（含地铁、轻轨、动车、其他高速列车）座位级别以软卧或一等座为限。

（四）恶性肿瘤住院津贴保险金

在保险期间内，被保险人等待期后在中华人民共和国境内（不含香港、澳门、台湾地区）二级及以上公立医院或保险人认可的医疗机构经专科医生确诊初次罹患恶性肿瘤且必须住院进行治疗的，保险人按照下列约定给付恶性肿瘤住院津贴保险金：

1. 对于被保险人因恶性肿瘤每次住院的合理的、实际的住院日数，保险人在扣除本保险合同约定的每次免赔日数后，乘以本保险合同约定的每日恶性肿瘤住院津贴金额给付恶性肿瘤住院津贴保险金。

2. 除另有约定外，保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，对于被保险人该次住院延续至保险期间届满日次日日起 30 日内（含）的住院，保险人按本保险合同约定的每次住院给付日数上限范围内继续承担保险金给付责任，对于被保险人该次住院延续至保险期间届满日次日日起 30 日后的住院，保险人不再承担给付恶性肿瘤住院津贴保险金的责任。

3. 同一被保险人每次住院治疗的恶性肿瘤住院津贴保险金的给付日数最高以本保险合同约定的每次住院给付日数上限为限，若被保险人因同一原因多次住院治疗，前次出院与后次入院日期间隔未达本保险合同约定的时间间隔的，则视为同一次住院。

4. 被保险人一次或多次因恶性肿瘤进行住院治疗，保险人均按上述规定分别给付恶性肿瘤住院津贴保险金，保险人对同一被保险人累计给付恶性肿瘤住院津贴保险金的日数以本保险合同约定的累计给付日数上限为限，当累计给付日数达到上限时，保险人对该被保险人的恶性肿瘤住院津贴保险金责任终止。

第八条 免赔额、给付比例以及保险金计算方法

（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。

本保险合同恶性肿瘤医疗费用保险金免赔额、恶性肿瘤特种药品费用医疗保险金免赔额、恶性肿瘤异地转诊公共交通费用保险金免赔额由投保人和保险人在订立本保险合同时协商确定，并在保险合同中分别载明。

其中，恶性肿瘤医疗费用保险金和恶性肿瘤特种药品费用医疗保险金可以共享免赔额，也可以分别有各自的免赔额，具体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。

（二）给付比例：

本保险合同恶性肿瘤医疗费用保险金、恶性肿瘤特种药品费用医疗保险金、恶性肿瘤异地转诊公共交通费用保险金的给付比例由投保人和保险人在订立本保险合同时协商确定，并在保险合同中分别载明。

（三）保险金计算方法：

1.恶性肿瘤医疗费用保险金、恶性肿瘤特种药品费用医疗保险金、恶性肿瘤异地转诊公共交通费用保险金计算方法：

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

恶性肿瘤医疗费用保险金、恶性肿瘤特种药品费用医疗保险金、恶性肿瘤异地转诊公共交通费用保险金根据上述公式分别计算。

2.恶性肿瘤住院津贴保险金计算方法：

每次恶性肿瘤住院津贴保险金=（每次实际住院日数-恶性肿瘤住院津贴每次免赔日数）×每日恶性肿瘤住院津贴金额

第九条 费用补偿原则

若被保险人的医疗费用及恶性肿瘤异地转诊公共交通费用可依法律及政府之规定有所补偿，或从其它福利计划及医疗保险计划中取得部分或全部补偿，保险人遵循损失补偿原则，仅负责补偿剩余部分，并以相应保险金额为限。

责任免除

第十条 任何在下列期间发生或因下列情形之一导致的恶性肿瘤，或发生如下列明的医疗费用，保险人不承担保险金给付责任：

（一）任何既往症及其并发症导致的恶性肿瘤，或被保险人在等待期内被确诊罹患的恶性肿瘤；

（二）所有基因疗法、细胞免疫疗法（细胞免疫疗法指将患者自身或供体的免疫细胞在体外处理后重新注入体内以攻击肿瘤细胞，包括但不限于“CAR-T 疗法”）造成的医疗费用；

（三）质子束放疗、重离子束放疗、中子束放疗及其他粒子放射治疗技术（统称‘粒子治疗’）造成的医疗费用；

（四）任何职业病、遗传性疾病、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；

（五）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间；

（六）核爆炸、核辐射或核污染、化学污染；

（七）不符合入院标准的住院、挂床住院或住院病人应当出院而拒不出院，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；

（八）被保险人接受未经科学或者医学认可的实验性或研究性治疗或替代疗法及其产生的后果所产生的费用；

(九) 未被治疗所在地政府部门批准的治疗, 未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物;

(十) 被保险人接种预防恶性肿瘤的疫苗、进行基因测试以鉴定恶性肿瘤的遗传性、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;

(十一) 由于医疗事故引起的医疗费用;

(十二) 被保险人受酒精、管制药品或毒品的影响, 或未遵医嘱, 擅自服用、涂用、注射药物;

(十三) 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;

(十四) 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;

(十五) 被保险人在未有确诊患恶性肿瘤而进行的任何前述定义的恶性肿瘤治疗;

(十六) 被保险人治疗恶性肿瘤时, 治疗非恶性肿瘤疾病发生的医疗费用。

第十一条 因下列情形的一种或多种导致被保险人发生恶性肿瘤特种药品费用, 或恶性肿瘤特种药品符合下列情况的一种或多种的, 保险人不承担给付恶性肿瘤特种药品费用医疗保险金的责任:

(一) 药品处方的开具与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或用法用量不符;

(二) 被保险人的疾病状况, 经审核, 确定对申领药品已经耐药, 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)。

保险金额

第十二条 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包括恶性肿瘤医疗费用保险金额、恶性肿瘤特种药品费用医疗保险金额、恶性肿瘤异地转诊公共交通费用保险金额、恶性肿瘤住院津贴保险金额。其中, 恶性肿瘤医疗费用保险金和恶性肿瘤特种药品费用医疗保险金可以共享保险金额, 也可以分别有各自的保险金额。各项责任的保险金额情况具体由投保人与保险人在投保时约定, 并在保险合同中载明。

保险期间和续保

第十三条 保险期间

本保险合同的保险期间最长不超过一年, 具体由投保人和保险人协商确定, 并在保险合同中载明。

第十四条 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

第十五条 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、保险合同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。

第十六条 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。

第十七条 保险金给付义务

保险人收到被保险人或保险金申请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保险金申请人，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

第十八条 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，并于保险合同上载明。

若约定一次性缴付保险费的，投保人应在投保时一次性交清保险费。

若投保人选择分期缴付保险费的，需经投保人申请并经保险人同意，并在保险合同中载明保险费分期缴付的周期。投保人在交付首期保险费后，投保人应当在每个保险费约定支付日交纳其余各月对应期次的保险费。

若投保人未按照本保险合同约定的付款时间足额交纳当期保险费，保险人允许投保人在本保险合同约定的交费延长期内补交对应期次的保险费。

除本保险合同另有约定外，如被保险人在正常交费对应的保险期间内或交费延长期内发生保险事故，保险人依照本保险合同约定给付保险金，**但可以扣减欠交的保险费。**

如投保人在交费延长期内仍未足额补交当期保险费，保险人可以解除保险合同。

除另有约定外，本保险合同的交费延长期为从保险费约定交纳日起至第 21 天（含）。

第十九条 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。

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。

第二十条 通讯地址的变更义务

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。

第二十一条 保险事故通知义务

投保人、被保险人或者保险金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。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

保险金申请与给付

第二十二条 保险金申请人申请给付保险金时，应向保险人提供以下证明和资料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

- (一) 保险金申请人填具的索赔申请书；
- (二) 保险合同或其他保险凭证正本；
- (三) 保险金申请人的有效身份证件；
- (四) 医院或保险人指定医疗机构出具的完整病历资料（包括门急诊病历、住院病历、出院小结以及相关的检查报告）；
- (五) 医院或保险人指定医疗机构出具的附有病历、组织病理学检查、血液检验、影像学报告及其他科学方法检验报告的疾病诊断证明书；
- (六) 医院或保险人指定医疗机构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；
- (七) 恶性肿瘤异地转诊公共交通费用保险金报销公共交通费用需提供转出医院出具的转院证明、交通费用支出的正式发票或收据原件；
- (八) 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；
- (九) 受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

第二十三条 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二年，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

第二十四条 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，可依法

向中华人民共和国境内（不包含香港、澳门和台湾地区）有管辖权的人民法院起诉。

第二十五条 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（不包括香港、澳门和台湾地区法律）。

其他事项

第二十六条 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合同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。

第二十七条 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，但被保险人已发生保险事故、保险人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）保险合同原件；
- （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。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 日内退还保险合同的最低现金价值。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 日内退还投保人己交纳期次保险费的最低现金价值。

第二十八条 发生以下情况之一时，本保险合同效力即时终止：

- （一）保险期间届满；
- （二）被保险人身故；
- （三）因本保险合同其他条款所约定的情况而终止效力。

释义

第二十九条 除另有约定外，在本保险合同中，以下词语具有如下含义：

- 1、**周岁**：指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。
- 2、**等待期**：指自保险合同生效之日起计算的一段时间，具体天数由保险人和投保人在投保时约定并在保险合同中载明，最长不超过 90 天。被保险人在等待期内被确诊患疾病的，保险人不承担由此产生的保险责任。
- 3、**恶性肿瘤**：本保险合同约定的恶性肿瘤包括**恶性肿瘤——重度**、**恶性肿瘤——轻度**、**原位癌**，分别如下：

（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（释义四十五，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”：

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）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 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”：

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) 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。

4、医院：是指经中华人民共和国卫生部门审核认定的二级或二级以上的公立医院，且仅限于上述医院的普通部，**不包括如下机构或医疗服务：**

(1) 特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心（包括但不限于国际化肿瘤中心）、VIP 部、联合医院、A 级病房；

(2) 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；

(3) 休养、戒酒、戒毒中心。

该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。

5、住院：指被保险人以治疗疾病为目的，正式办理入住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休养、疗养、身体检查和健康护理等非治疗性行为。

6、必需且合理：指符合以下两个条件

(1) 符合通常惯例：指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的费用。

是否符合通常惯例由保险人根据客观、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。

(2) 医学必要：指被保险人接受治疗或服务、使用器械或服用药品符合以下条件：

a. 医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需；

b. 在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需的水平；

c. 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；

d. 非主要为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他医疗提供方的方便；

e. 非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；

f. 非试验性或研究性。

对是否医学必需由保险人根据客观、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、床位费：指被保险人住院期间实际发生的、不高于双人病房的住院床位的费用（**不包括单人病房、套房、家庭病床**）。

8、护理费：指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

9、重症监护室床位费：指住院期间出于医学必要被保险人需在重症监护室进行必需且合理的医疗而产生的床位费。重症监护室指配有中心监护台、心电监护仪及其他监护抢救设施，相对封闭管理，符合重症监护病房（ICU）、冠心病重症监护病房（CCU）标准的单人或多人监护病房。

10、诊疗费：指由医生所实施的病情咨询及检查、各种器械或仪器检查、诊断、治疗方案拟定等各项医疗服务所收取的费用。

11、医事服务费：仅适用于已实施医药分开综合改革的地区或医疗机构用。

12、检查检验费：指住院期间实际发生的、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的医疗费用，包括诊查费、妇检费、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、便常规检验费等。

13、治疗费：指住院期间以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而合理发生的治疗者的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。具体以就诊医疗的费用项目划分为准。

本项责任不包含理疗费，即不含物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法。

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、热疗等；

中医理疗是指以治疗疾病为目的，被保险人接受由具有相应资格的医生实施的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗等；

其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

14、药品费：指住院期间实际发生的必需且合理的由医生开具的具有国务院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，如花旗参，冬虫草，白糖参，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。

15、手术费：指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术室费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费；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。

16、化学疗法：指针对恶性肿瘤的化学治疗。化疗是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。本保险合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在合同约定的医院或指定医疗机构进行的静脉注射化疗。

17、放射疗法：指针对恶性肿瘤的放射治疗。放疗是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。本条款所指的放疗不包括质子束放疗、重离子束放疗、中子束放疗及其他粒子放射治疗技术（统称“粒子治疗”）。

18、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，调控机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本保险合同所指的肿瘤免疫疗法使用的药物需符合法律、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，且不包括本保险合同未明确约定包含在保险责任内的细胞免疫疗法（细胞免疫疗法指将患者自身或供体的免疫细胞在体外处理后重新注入体内以攻击肿瘤细胞，包括但不限于“CAR-T疗法”）。

19、肿瘤内分泌疗法：指针对恶性肿瘤的内分泌疗法，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。本保险合同所指的内分泌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。

20、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。本保险合同所指的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。

21、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。

22、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。

23、确诊初次罹患：指自被保险人出生之日起第一次经医院或保险人指定医疗机构确诊患有某种疾病，而不是指自本保险合同生效之后第一次经医院或保险人指定医疗机构确诊患有某种疾病。

24、客运公共交通：

(1) 民航班机：本保险合同所指民航班机为经相关政府部门登记许可合法运营、以客运为目的的飞机；

(2) 火车：本保险合同所指火车为经相关政府部门登记许可合法运营、以客运为目的的火车（含地铁、轻轨、动车、其他高速列车）；

(3) 轮船：本保险合同所指轮船为经相关政府部门登记许可合法运营、以客运为目的的轮船；

(4) 合法商业运营的客运汽车：本保险合同所指汽车为经相关政府部门登记许可合法运营、以客运为目的的公共汽车（含电车）。

25、处方：指由注册的执业医师和在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书。处方包括医疗机构病区用药医嘱单。

26、基本医疗保险：本保险合同所称的基本医疗保险包括城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、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。

27、既往症：指在保险单生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

28、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。

29、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。

30、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、可卡因以及国家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。

31、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。职业病的认定需遵循《中华人民共和国职业病防治法》中的相关规定及鉴定程序。

32、医疗事故：指医院或指定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。

33、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。

34、保险费约定支付日：指保险合同生效日在每月的对应日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。如保险合同生效日为2017年6月8日，则次月的保险费约定支付日为2017年7月8日，以此类推，则最后一个月的保险费约定支付日为2018年5月8日。

35、最低现金价值：指保险费 \times （1-已经过天数/保险期间天数） \times （1-费用比例），除保单另有约定外，该费用比例为20%。

36、已交纳期次保险费的最低现金价值：是指已交纳期次保险费 \times （1-已经过天数/已交纳期次对应的保险期次期间） \times （1-费用率）。除另有约定外，本保险合同的费用率为20%。

37、不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

38、保险金申请人：指被保险人、受益人，被保险人、受益人的继承人或其他依法享有保险金请求权的其他自然人。

39、有效身份证件：指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，包括但不限于居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。

40、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。

41、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。

42、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。