

中华联合财产保险股份有限公司

个人医疗费用津贴保险（互联网专属）

条款

总则

第一条 保险合同构成

本保险合同（以下简称“本合同”）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。

凡涉及本合同的约定，均采用书面形式（包括电子文档形式）。

第二条 保险合同成立与生效

投保人提出保险申请、保险人同意承保，本合同成立，具体生效日以保险单所载日期为准。

第三条 被保险人

除另有约定外，本合同的被保险人应为身体健康，能正常学习、工作和生活的自然人。

第四条 投保人

本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。

第五条 受益人

除另有约定外，本合同的受益人为被保险人本人。

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。

除另有约定外，本合同期满后 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

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后患疾病，在医院接受治疗的，对于被保险人在治疗期间发生并由医院收取的必需且合理的下述（一）至（四）类医疗费用，经当地基本医疗保险或公费医疗结算后，个人自付金额与个人自费金额分别乘以本合同约定的比例后，求和计入剩余医疗费用中，当计入的剩余医疗费用达到本合同约定的不同阶梯累计金额标准，保险人按照本合同约定的相应阶段性给付比例与保险金额的乘积给付医疗费用津贴保险金，当累计给付金额达到本合同约定的保险金额时，本合同终止。其中，计入剩余医疗费用中的个人自费金额以本合同约定的个人自费限额为限。

本合同的剩余医疗费用阶梯累计金额标准、阶段性给付比例、保险金额由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在保险单中载明。

剩余医疗费用的计算方法为：

剩余医疗费用=个人自付金额×比例 A+个人自费金额×比例 B

对于被保险人发生的以下四类医疗费用，若被保险人以有基本医疗保险或者公费医疗身份投保、但未经基本医疗保险或者公费医疗就诊并结算的，则比例 A 和比例 B 分别调整为比例 C 和比例 D。比例 A、比例 B、比例 C、比例 D 由投保人与保险人在订立本合同时协

商确定，并在本合同中载明。

（一）住院医疗费用

指被保险人经医院诊断必须接受住院治疗时，被保险人住院期间发生的需个人支付的、必需且合理的住院医疗费用，包括床位费、加床费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费、救护车使用费。

到本合同保险期间届满时，被保险人未结束本次住院治疗的，保险人继续承担因本次住院发生的、最高不超过本合同满期日后 30 日内（含第 30 日）的住院医疗费用。

（二）特殊门诊医疗费用

指被保险人在医院接受特殊门诊治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的特殊门诊医疗费用，包括：

1. 门诊肾透析费，门诊激光治疗费；
2. 恶性肿瘤门诊治疗，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. 器官移植后的门诊抗排异治疗费。

（三）门诊手术医疗费用

指被保险人经医院诊断必须接受门诊手术治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的门诊手术费用。

（四）住院前后门急诊医疗费用

指被保险人经医院的专科医生诊断必须接受住院治疗，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的门急诊治疗，被保险人需个人支付的、必需且合理的门急诊医疗费用（但不包括特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用）。

责任免除

第八条 因下列情形导致被保险人支出医疗费用，不被计入剩余医疗费用，保险人不承担保险责任：

（一）既往症、等待期内确诊的疾病；

（二）遗传性疾病、先天性疾病（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定）、先天性畸形、变形或者染色体异常（但严重肾髓质囊性病、严重肌营养不良症、肝豆状核变性、脑白质营养不良、III型成骨不全症、严重朗格汉斯细胞组织细胞增生症、脊柱裂、艾森门格综合征、亚历山大病、Menkes 病（门克斯氏综合征）和婴儿进行性脊肌萎缩症不受此限）；

（三）投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施，或被有关部门依法限制人身自由或入狱期间的伤病；被保险人故意自杀、自伤；被保险人斗殴、醉酒、主动吸食或注射毒品；被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶或者驾驶无有效行驶证的机动车辆；

（四）预防性、康复性、保健性、美容整形等相关医疗；购买眼镜或隐形眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具；妊娠、流产、分娩（含剖宫产）、避孕、治疗不孕不育症、人工受孕及由此导致的并发症；牙科疾病及相关治疗；

（五）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；未获得治疗所在地政府许可或批准的治疗、药品或药物；各类医疗鉴定、包含基因检测在内的检测费用；被保险人在不符合本合同约定的医院就诊发生的医疗费用；

（六）职业运动或高风险运动：从事职业运动或可获得报酬的运动或竞技；潜水、跳伞或其他空中运动、攀登海拔 3500 米以上的独立山峰、攀岩或攀爬建筑物、探险、武术、摔跤、特技表演（含训练）、赛马、赛车等高风险运动；

（七）感染艾滋病病毒或患艾滋病（但因职业关系导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病、因输血导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病和因器官移植导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病不受此限）；精神性疾病（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）

分类为精神和行为障碍的疾病)；

(八) 各种医疗咨询和健康预测：如健康咨询、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》(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)；

(九) 减肥、胃减容术（包括但不限于：可调节式束带手术、袖状胃切除手术、胃旁路手术、胃内水囊手术、胃肠转流术）；

(十) 包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术；性功能障碍、性早熟、发育迟缓治疗；

(十一) 因任何原因造成的椎间盘膨出和突出、痔疮。

保险金额

第九条 保险金额

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本合同的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险期间和续保

第十条 保险期间

本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，并在保险单中载明。

第十一条 续保

本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

第十二条 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。

第十三条 资料补充通知义务

保险人认为被保险人或保险金申请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、被保险人或保险金申请人补充提供。

第十四条 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

第十五条 保险费交付义务

本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。

若约定一次性交付保险费的，投保人应在投保时一次性交清保险费。

若投保人选择分期交付保险费的，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交付的周期。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。

若投保人未按照本合同约定的付款时间足额交付当期保险费,保险人允许投保人在本合同约定的交费宽限期内补交对应期次的保险费。

除另有约定外,如被保险人在投保人正常交费对应的保险期间内或交费宽限期内发生保险事故,保险人依照本合同约定给付保险金,但可以扣减欠交的保险费。

投保人在宽限期结束后仍未支付保险费的,保险人可以解除本合同。

除另有约定外,本合同的交费宽限期为从保险费约定交付日起至第30天(含),并在保险单上载明。

第十六条 如实告知义务

订立本合同,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。自合同成立之日起超过二年的,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。

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。

第十七条 通讯地址变更通知义务

投保人的通讯地址变更时,应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的,保险人将按本合同注明的最后通讯地址发送有关通知。

第十八条 年龄的计算及错误的处理

(一)被保险人的年龄以周岁计算。

(二)投保人在申请投保时,应将被保险人的真实年龄在被保险人名册上填明,若发生错误应按照下列规定办理:

1、投保人提供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的年龄限制的,保险人对该被保险人不承担保险责任,保险人可以解除本合同,向投保人退还相应保险费。

2、投保人提供的被保险人年龄不真实,致使投保人实交保险费少于应交保险费的,保险人有权更正并要求投保人补交保险费,或在给付保险金时按实交保险费和应交保险费的比例给付。

3、投保人提供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,保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

第十九条 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,应当在四十八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。

保险金的申请与给付

第二十条 保险金申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时,应提交以下材料。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原件;

(三)被保险人法定身份证明;

(四)支持索赔的全部账单、证明、信息和证据,医院出具的病历资料、医学诊断书、

处方、病理检查报告、化验检查报告、医疗费用单据、费用明细单据、经基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗结算凭证等。保险金申请人因特殊情况不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料；

（五）被保险人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料；

（六）被保险人死亡的，受益人须提供可证明合法继承权的相关权利文件；

（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 诉讼时效

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

第二十二条 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，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

第二十三条 法律适用

与本合同有关的以及履行本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、台湾地区法律**）。

其他事项

第二十四条 合同变更

除另有约定外，经投保人和保险人协商同意后，可变更本合同的有关内容。变更本合同时，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。

第二十五条 合同解除

在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本合同时，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。

投保人要求解除本合同，自保险人收到保险合同解除申请书之时起，本合同的效力终止。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付保险费，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付保险费，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付期次保险费的最低现金价值。

释义

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的实足年龄。

2、基本医疗保险：指《中华人民共和国社会保险法》所规定的基本医疗保险，包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

3、公费医疗：公费医疗制度是国家为保障国家工作人员身体健康而实行的一项社会保障制度。国家通过医疗卫生部门向享受公费医疗的人员提供制度规定范围内的免费医疗及预防服务。

4、意外伤害：指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接的原因致使身体受到的伤害。

5、等待期：指自本合同保险期间开始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本合同上载明，最高以 90 日为限。

6、医院：指经中华人民共和国卫生部门审核认定的二级及二级以上的公立医院以及保险人认可的医疗机构，除另有约定外，仅限于上述医疗机构的普通部。**不包括下列机构：**

(1) 特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、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。

(4) 保险单载明保险人不予理赔的医疗机构。

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。

7、必需且合理：

(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。

对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) 医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

1) 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；

2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；

3) 由医生开具的处方药；

4) 非试验性的、非研究性的项目；

5) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

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。

8、当地：除另有约定外，指被保险人医疗费用实际发生地/支出地。

9、个人自付金额：指被保险人发生的医疗费用中属于当地基本医疗保险规定范围内，但需要被保险人自行支付的医疗费用金额，乙类自付可以计入个人自付金额。基本医疗保险规定范围内指根据当地基本医疗保险或公费医疗政策，应当由当地医保基金全部或部分支付的医疗项目（如药品、诊疗、耗材、服务设施等项目）。

10、个人自费金额：指被保险人发生的医疗费用中不属于当地基本医疗保险规定范围内的全部应由个人支付的医疗费用金额。

11、剩余医疗费用：指保险期间内，被保险人发生的符合本合同约定的医疗费用，经当地基本医疗保险或公费医疗结算后，个人自付金额与个人自费金额之和（医保个人账户的支出属于剩余医疗费用）。其中，个人自费金额以本合同约定的个人自费金额累计限额为限。未经基本医疗保险或者公费医疗结算的医疗费用不计入剩余医疗费用。

12、住院：指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院的正式病房进行治疗的过程，并正式办理入出院手续，包含日间住院（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的医疗）。**但不包括下列情况：**

(1) 被保险人在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；

(2) 被保险人在特需病房、外宾病房或其它不属于基本医疗保险范畴的高等级病房入住；

(3) 被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；

(4) 被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，但遵医嘱到外院接受

临时治疗的除外；

(5) 被保险人住院体检；

(6) 挂床住院及其他不合理的住院。挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非 24 小时在床、在院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。

13、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）。床位费的每日限额由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在本合同中载明。

14、加床费：指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间，根据合同约定赔偿其合法监护人（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，根据合同约定赔偿其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

15、膳食费：指住院期间根据医生的嘱咐，由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送 24 的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内。

16、护理费：指住院期间由医疗机构对被保险人提供临床护理服务所收取的费用，包括各级护理（根据 2013 年发布的中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会《分级护理标准》确定）、重症监护和专项护理费用（不包含护工护理费用）。

17、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。

18、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，具体以就诊医院费用项目划分为准。

本项责任不包含物理治疗、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；

其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

19、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，以及滋补类中草药，即以提高人体免疫力为主要用途使用的中草药及中成药，包括但不限于人参、阿胶、鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、珊瑚、玳瑁、冬虫夏草、藏红花、羚羊、犀角、牛黄、麝香、鹿茸、铁皮 枫斗以及用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

20、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。

21、救护车使用费：指为抢救生命由急救中心派出的救护车费用及根据医生建议发生的医院转诊过程中的医院用车费。仅限于同一城市中的医疗运送。

22、激光治疗：指由于糖尿病并发症导致的视网膜病变所需接受的激光治疗。

23、恶性肿瘤：恶性肿瘤包含“恶性肿瘤——重度”和“恶性肿瘤——轻度”，具体如下：

(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（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 1 N 0 M 0 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 $\leq 2\%$ ）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 T 1 N 0 M 0 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。

24、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治疗。本合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化疗。本合同所指的化学疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过中国国家药品监督管理局批准用于临床治疗。

25、放射疗法：指针对恶性肿瘤的放射疗法，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治疗。本合同所指的放射疗法为被保险人根据医嘱，在医院的专门科室进行的放射疗法。

26、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总局批准用于临床治疗，且不包括本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”）。

27、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。本合同所指的内分泌疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过中国国家药品监督管理局批准用于临床治疗。

28、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。本合同所指的靶向疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过中国国家药品监督管理局批准用于临床治疗。

29、门诊手术：指被保险人在门诊、急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。

30、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。

31、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。

32、先天性畸形、变形或者染色体异常：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》（ICD-10）确定。

33、严重肾髓质囊性病：指经专科医生明确诊断为肾髓质囊性病，且须同时满足下列条件：

- （1）肾髓质有囊肿、肾小管萎缩及间质纤维化等病理改变；
- （2）贫血、多尿及肾功能衰竭等临床表现；
- （3）诊断须由肾组织活检确定。

34、严重肌营养不良症：指一组原发于肌肉的遗传性疾病，临床表现为与神经系统无关的骨骼肌肉对称地进行性无力和萎缩。且须满足下列全部条件：

- （1）肌电图显示典型肌营养不良症的阳性改变；
- （2）肌肉组织活检的病理学诊断符合肌营养不良症的肌肉细胞变性、坏死等阳性改变；
- （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。

35、肝豆状核变性：指一种常染色体隐性遗传的铜代谢缺陷病，以不同程度的肝细胞损害、脑退行性病变和角膜边缘有铜盐沉着环为其临床特征，并须满足下列全部条件：

- （1）典型症状；
- （2）角膜色素环（K-F 环）；
- （3）血清铜和血清铜蓝蛋白降低，尿铜增加；
- （4）经肝脏活检确诊。

36、脑白质营养不良：指一种最常见的过氧化物酶体病，主要累及肾上腺和脑白质，主要表现为进行性的精神运动障碍，视力及听力下降和（或）肾上腺皮质功能低下等。须经专科医生诊断，且已经造成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，持续至少 180 天。

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诊断及检查证据。

37、Ⅲ型成骨不全症：指一种胶原病，特征为骨易碎，骨质疏松和易骨折。该病有 4 种类型：

I型、II型、III型、IV型。本合同只保障III型成骨不全的情形。其主要临床特点有：发展迟缓、多发性骨折、进行性脊柱后侧凸及听力损害。III型成骨不全的诊断必须根据身体检查，家族史，X线检查和皮肤活检报告资料确诊。

38、严重朗格汉斯细胞组织细胞增生症：指一组多表现为皮肤、骨质损害等的组织细胞增生性疾患。根据病理检查明确诊断，并且累及全身多系统，进行了联合化疗。

39、脊柱裂：指脊椎或颅骨不完全闭合，导致脊髓脊膜突出，脑（脊）膜突出或脑膨出，合并大小便失禁，部分或完全性下肢瘫痪或畸形等神经学上的异常，但不包括由X线摄片发现的没有合并脊椎脊膜突出或脑（脊）膜突出的隐形脊椎裂。

40、艾森门格综合征：是一种先天性心脏病发展的后果。房、室间隔缺损、动脉导管未闭等先天性心脏病，可由原来的左向右分流，由于进行性肺动脉高压发展至器官性肺动脉阻塞性病变，出现右向左分流，皮肤黏膜从无青紫发展到有青紫时，称为艾森门格综合征。本病诊断须有专科医生经超声心动图和心导管检查证实及须符合以下所有标准：

- （1）平均肺动脉压高于 40mmHg；
- （2）肺血管阻力高于 3mm/L/min（Wood 单位）；
- （3）正常肺微血管楔压低于 15mmHg。

41、亚历山大病：是一种遗传性中枢神经系统退行性病变，特点为脑白质营养不良。临床表现为惊厥发作、智力下降、球麻痹、共济失调、痉挛性瘫痪。亚历山大病必须被明确诊断，并且造成永久性神经系统功能损害。被保险人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，日常生活必须持续接受他人护理。

未诊断的疑似病例不在保障范围之内。

42、Menkes 病（门克斯氏综合征）：指由于 ATP7A 基因突变，导致铜在肠膜吸收后，从粘膜细胞向血液转动过程障碍，使体内铜酶（如赖氨酸氧化酶、酪氨酸酶等）活性降低，引起机体发育和功能障碍。临床表现为生长发育如抬头、坐、站等的消失或发育停滞、多灶性癫痫、强直性痉挛、肌阵挛和智力功能障碍。影像学检查显示骨质疏松，骨刺形成；CT 或 MRI 显示大脑、小脑萎缩，可有硬膜下出血。

43、婴儿进行性脊肌萎缩症：该病是累及脊髓前角细胞及延髓运动核的神经元退行性变性病。在出生后两年内出现的脊髓和脑干前角细胞进行性机能障碍，伴随肌肉无力和延髓机能障碍。

44、无有效驾驶证驾驶：

被保险人存在下列情形之一者：

- （1）无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
- （2）驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- （3）实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
- （4）持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
- （5）使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；
- （6）依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

45、无有效行驶证：

指下列情形之一：

- （1）机动车被依法注销登记的；
- （2）无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌、临时号牌或临时移动证的机动交通工具；
- （3）未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动交通工具。

46、潜水：指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动或作业。

47、攀岩：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

48、探险：指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身其中的行为，如江河漂流、徒步穿越沙漠或者人迹罕至的原始森林等活动。

49、武术：指两人或者两人以上对抗性柔道、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。

50、特技表演：指进行马术、杂技、驯兽等表演。

51、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。

52、因职业关系导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病：指被保险人在其常规职业工作过程中遭遇外伤，或者职业需要处理血液或者其他体液时感染上艾滋病病毒（HIV）或患艾滋病（AIDS）。

必须满足下列全部条件：

（1）感染必须是在被保险人正在从事其职业工作中发生，该职业必须属于以下列表内的职业：

医生和牙科医生	护士	医院化验室工作人员
医院护工	医生助理和牙医助理	救护车工作人员
助产士	消防队员	警察和狱警

（2）血清转化必须出现在事故发生后的 6 个月以内；

（3）必须提供被保险人在所报事故发生后的天以内进行的检查报告，该报告必须显示被保险人血液 HIV 病毒阴性和/或 HIV 抗体阴性；

（4）必须在事故发生后的 12 个月内证实被保险人体内存在 HIV 病毒或者 HIV 抗体。

任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致感染艾滋病病毒或患艾滋病不在保障范围内。保险人具有获得和使用被保险人的所有血液样本的权利以及能够对这些样本进行独立检验的权利。

53、因输血导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病：

指被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病，且须满足下列全部条件：

（1）在保险合同生效日之后，被保险人因治疗必须接受输血，并因此而感染艾滋病病毒；

（2）提供输血治疗的输血中心或医疗机构必须为正规医疗机构，并出具该项输血感染属医疗责任事故的报告，或由已生效的法院终审判决或裁定认定为医疗责任并且不准上诉；

（3）受感染的被保险人不是血友病患者。

任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致感染艾滋病病毒或患艾滋病不在保障范围内。保险人具有获得和使用被保险人的所有血液样本的权利以及能够对这些样本进行独立检验的权利。

54、因器官移植导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病：

指因器官移植而感染艾滋病病毒或患艾滋病。本病须满足如下全部条件：

（1）在保险合同生效日之后，被保险人因治疗必需而实施器官移植，并且因器官移植而感染艾滋病病毒或患艾滋病；

（2）提供器官治疗的器官移植中心或医院出具的此次因器官移植感染艾滋病病毒或患艾滋病属于医疗事故的报告，或者法院终审裁定医疗事故并且不准上诉；

（3）提供器官治疗的器官移植中心或医院必须具有合法经营执照。

55、最低现金价值：

除另有约定外，按下述公式计算最低现金价值：

如投保人在本合同成立时选择一次性交付保险费，最低现金价值=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]×(1-退保手续费率)。经过天数不足一天按一天计算。

如投保人在本合同成立时选择分期交付保险费，最低现金价值=本合同的当期保险费×[1-(当期实际经过天数/当期实际天数)]×(1-退保手续费率)。经过天数不足一天按一天计算。

56、不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

57、保险金申请人：指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

58、康复治疗：康复治疗是使病、伤、残者康复的重要手段，常与药物治疗、手术疗法等临床治疗综合进行，包括但不限于医疗体操，运动神经、肌肉生理促进疗法，生物反馈，牵引，推拿，针灸，电疗，药物熏蒸，康复工程训练，其他物理治疗等。

59、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。

60、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。

61、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。

62、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。