

众安在线财产保险股份有限公司
团体特定恶性肿瘤医疗保险条款（互联网 2022 版 A 款）
注册号：C00017932512022041549453
（众安在线）（备-医疗保险）【2023】（主）038 号

第一部分 总则

第一条 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、批单或其他保险凭证等组成。凡涉及本合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 合同的成立

投保人提出保险申请，经**保险人**（释义一）同意承保，本合同成立。

第三条 投保人

本合同的投保人应为对被保险人有保险利益的法人或非法人组织，如被保险人所在特定团体属于其他不以购买保险为目的而组成的团体的，投保人可以是特定团体中的自然人。本合同所称“特定团体”指法人、非法人组织以及其他不以购买保险为目的而组成的团体。在本合同签发时被保险人不得少于 3 人。

第四条 被保险人

符合本合同约定的特定团体成员可作为本合同的被保险人；经保险人书面同意，特定团体成员的配偶、子女、父母也可作为本合同的被保险人。

除另有约定外，初次投保时年龄为出生满 30 天至 80 周岁（释义二）（含 80 周岁），身体健康，能正常工作、生活的自然人，可作为本合同的被保险人。被保险人年满 105 周岁前（含 105 周岁），保险期间届满，可以重新向保险人申请投保本产品，并经过保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

第五条 受益人

除本合同另有约定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

第二部分 保障内容

第六条 保险责任

本合同的保险责任包括“特定恶性肿瘤住院医疗保险金”、“基因检测费用医疗保险金”、“特定药品费用医疗保险金”和“严重药品不良反应住院医疗保险金”。其中“特定恶性肿瘤住院医疗保险金”为必选责任，“基因检测费用医疗保险金”、“特定药品费用医疗保险金”和“严重药品不良反应住院医疗保险金”为可选责任。投保人可仅投保必选责任，也可在投保必选责任的同时选择投保可选责任中的一项或者多项责任，但不能单独投保可选责任。所投保的保险责任一经确定，在本合同保险期间内不得变更。

（一）特定恶性肿瘤住院医疗保险金（必选）

在保险期间内，被保险人在**等待期**（释义三）后经**医院**（释义四）的**专科医生**（释义五）**初次确诊**（释义六）罹患本合同所约定的一种或多种特定**恶性肿瘤**（释义七），必须接受**住院**（释义八）治疗的，保险人对被保险人住院期间发生的需个人支付的、**必需且合理**（释义九）的特定恶性肿瘤住院医疗费用，按照本合同的约定承担给付特定恶性肿瘤住院医疗保险金的责任。其中，特定恶性肿瘤住院医疗费用包括**床位费**（释义十）、**加床费**（释义十一）、**膳食费**（释义十二）、**护理费**（释义十三）、重症监护室床位费、诊疗费、**检查检验费**（释义十四）、**治疗费**（释义十五）、**药品费**（释义十六）、**手术费**（释义十七）、**救护车使用费**（释义十八）。

截至本合同满期日时，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。

对于特定恶性肿瘤住院医疗费用，保险人在扣除约定的免赔额后，依照约定的给付比例进行赔付。保险人对于以上费用的累计给付金额之和以本合同约定的特定恶性肿瘤住院医疗保险金额为限，当累计给付金额之和达到特定恶性肿瘤住院医疗保险金额时，保险人对被保险人在特定恶性肿瘤住院医疗保险金项下的保险责任终止。

（二）基因检测费用医疗保险金（可选）

在保险期间内，被保险人在等待期后经医院的专科医生初次确诊罹患本合同所约定的一种或多种特定恶性肿瘤，并因治疗该恶性肿瘤于医院或保险人认可的**基因检测机构**（释义十九）进行**恶性肿瘤特定药品基因检测**（释义二十），对被保险人需个人支付的、必需且合理的基因检测费用，保险人在扣除约定的免赔额后，依照约定的给付比例给付基因检测费用医疗保险金。当累计给付金额之和达到基因检测费用医疗保险金额时，保险人对被保险人在基因检测费用医疗保险金项下的保险责任终止。

（三）特定药品费用医疗保险金（可选）

在保险期间内，被保险人在等待期后经医院的专科医生初次确诊罹患本合同所约定的一种或多种特定恶性肿瘤，对治疗实际发生的、必需且合理的且同时满足以下条件的**特定药品**（释义二十一）费用，保险人在扣除约定的免赔额后，依照约定的给付比例给付特定药品费用医疗保险金。当累计给付金额之和达到特定药品费用医疗保险金额时，保险人对被保险人在特定药品费用医疗保险金项下的保险责任终止。

给付特定药品费用医疗保险金须同时满足以下条件：

1. 该特定药品须由医院专科医生开具处方（释义二十二），且特定药品处方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和用法用量，且为被保险人当前治疗必需的药品；
2. 每次特定药品处方剂量不超过30日；
3. 开具的特定药品处方仅限治疗被保险人在等待期后初次确诊的恶性肿瘤；

4. 该特定药品必须为本合同期满日前在中国国家药品监督管理局批准且已在中国上市的靶向药物（释义二十三）和免疫治疗药物（释义二十四），且在约定的“特定药品及适应症清单”（释义二十五）列表中；

5. 被保险人须在保险人认可的医院或药店（释义二十六）购买上述处方中所列的特定药品。

（四）严重药品不良反应住院医疗保险金（可选）

在保险期间内，被保险人在等待期后，因正常使用“特定药品及适应症清单”中的药品进行治疗产生**严重药品不良反应**（释义二十七），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、符合**当地**（释义二十八）**基本医疗保险**（释义二十九）规定的目录范围内的、必需且合理的医疗费用，保险人在扣除约定的免赔额后，依照约定的给付比例给付**严重药品不良反应住院医疗保险金**。当累计给付金额之和达到**严重药品不良反应住院医疗保险金**时，保险人对被保险人在**严重药品不良反应住院医疗保险金**项下的保险责任终止。

在保险期间内，若保险人上述责任下的累计给付保险金的总额达到本合同载明的总保险金额时，本合同终止。

第七条 犹豫期

除另有约定外，自本合同生效之日零时起2日（含第2日）为犹豫期。在此期间请投保人认真审视本合同，如果投保人认为本合同与投保人的需求不相符，投保人可以在此期间提出解除本合同，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费。

自保险人收到投保人解除合同的书面申请或双方认可的其他形式起，本合同即被解除，合同解除前发生的保险事故保险人不承担保险责任。

投保人通过保险人同意或认可的网站等互联网渠道提出解除本合同的申请，视为投保人的书面申请。

第八条 免赔额

本合同中的**免赔额**是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本合同约定仍旧由被保险人自行承担，本合同不予赔付的金额。只有当保险期间内的**免赔额**因以下两种情况抵扣完毕时，保险人才开始按照约定承担赔付责任：

（一）被保险人自行承担的属于本合同保险责任范围内的医疗费用，包括其基本医疗保险个人账户支出的医疗费用；

（二）从基本医疗保险和公费医疗保险之外的其他途径获得的属于本合同保险责任范围内的医疗费用补偿。

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。

免赔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。

举例来说，假设免赔额为 10000 元，如被保险人在保险期间内未就诊过，则免赔额余额为 10000 元；如第一次就诊累计的“保险责任范围内医疗费用”为 5000 元，针对本次就诊理赔后免赔额余额为 5000 元，本次赔付为 0 元；如第二次就诊累计的“保险责任范围内医疗费用”为 8000 元，则针对本次就诊理赔后免赔额余额为 0 元，本次赔付为 3000 元乘以赔付比例。由于免赔额已抵扣完毕，在该被保险人剩余的保险期间内，不再需要抵扣免赔额。

第九条 补偿原则和赔付标准

（一）本合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构，以及依法承担侵权损害赔偿责任的第三人等）获得医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本合同的约定进行赔付。社保卡个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

（二）若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，但未以参加基本医疗保险或公费医疗身份就诊并结算的，则保险人根据本合同单独约定的给付比例进行赔付。

第十条 责任免除

因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的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）投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；
- （二）被保险人自杀、自伤，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （三）被保险人未遵医嘱，擅自服用、涂用、注射药物；
- （四）被保险人所患既往症（释义三十）；等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；
- （五）被保险人发生的特定药品费用或适应症不属于“特定药品及适应症清单”；
- （六）被保险人未在保险人指定或认可的医院或药店购买的药品；
- （七）特定药品处方的开具与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和用量不符；
- （八）使用未获得中国国家药品监督管理局许可或批准上市的药品或药物，进行未被国家药品审评中心批准的适应症用药治疗；
- （九）进行未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及前述治疗产生的后果所产生的费用；
- （十）被保险人在中华人民共和国领土以外的国家或地区以及香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区接受治疗；
- （十一）被保险人患精神和行为障碍，遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常（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）；被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（释义三十一）；

(十二) 被保险人的疾病状况, 经专科医生审核, 确定对药品已经耐药(释义三十二)后仍继续购买该药品;

(十三) 被保险人因预防、康复、保健性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用;

(十四) 战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱; 核爆炸、核辐射或者核污染、化学污染。

第十一条 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。本合同的特定恶性肿瘤住院医疗保险金额、基因检测费用医疗保险金额、特定药品费用医疗保险金额、严重药品不良反应住院医疗保险金额和总保险金额由投保人、保险人双方约定, 并在本合同中载明。**保险金额**一经确定, 保险期间内不能进行变更。

第十二条 保险期间与不保证续保

本合同为不保证续保合同, 保险期间为一年(或不超过一年)。保险期间届满, 投保人需要重新向保险人申请投保本产品, 并经保险人同意, 交纳保险费, 获得新的保险合同。

若保险期间届满时, 本合同对应保险产品统一停售, 保险人将不再接受投保申请。

第三部分 保险人的义务

第十三条 提示和说明

订立本合同时, 保险人会向投保人说明本合同的内容。对本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 保险单和保险凭证

本合同成立后, 保险人将向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十五条 保险金的给付

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, 履行赔偿保险金义务。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, 支付相应的差额。

第十六条 索赔资料不完整通知

保险人认为被保险人或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。

第四部分 投保人、被保险人义务

第十七条 交费义务

本合同保险费交付方式分为一次性交付和分期交付,由投保人和保险人在投保时约定,并在保险单上载明。

若投保人选择一次性交付保险费,投保人应当在本合同成立时一次性交清保险费,保险费交清前,本合同不生效。对合同生效前发生的保险事故,保险人不承担保险责任。

若投保人选择分期交付保险费,需经投保人申请并经保险人同意,并在本合同中载明保费分期交付的周期。如投保人未交付首期保费,保险合同不成立,保险人不承担保险责任。如投保人未按照保险合同约定的付款时间足额交付当期保费,允许在宽限期内补交保险费;如果被保险人在宽限期内发生保险事故,保险人仍按照合同约定赔偿保险金。除本合同另有约定外,如被保险人在正常交费对应的保险期间内或宽限期内发生保险事故,保险人依照合同约定赔偿保险金的,需扣减保险期间内所有未交期间的保险费,投保人已缴纳的保险费与保险人扣减的保险费之和应等于本合同约定的保险费总额。如投保人未按照保险合同约定的付款时间足额交付当期保费,且在本合同约定的宽限期内仍未足额补交当期保费的,从应付之日起发生保险责任范围内的事故的,保险人不承担赔偿责任;宽限期内发生的保险事故也不承担保险责任。

对于保险期间终止后发生的保险事故,保险人不承担保险责任。宽限期由投保人与保险人协商确定,并在本合同中载明。

第十八条 如实告知

投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问,履行如实告知义务。

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。

第十九条 住址、通讯地址或数据电文联系方式变更告知义务

投保人住址、通讯地址或数据电文联系方式变更时，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，保险人按本合同所载的最后住址、通讯地址或数据电文联系方式发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第二十条 被保险人变动

（一）在保险期间内，投保人因人员变动，需增加、减少被保险人时，应以书面形式或双方认可的其他形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本合同中批注。

（二）被保险人人数增加时，保险人在审核同意后，于收到申请之后按约定时间开始承担保险责任，并按约定增收保险费。

（三）被保险人人数减少时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时起，对减少的被保险人终止保险责任，并按约定退还未满期净保险费（释义三十三），但减少的被保险人本人或其保险金申请人（释义三十四）已领取过任何保险金的，保险人不退还未满期净保险费。

第二十一条 变更批注

在保险期间内，投保人需变更保险合同内容的，应以书面形式或双方认可的其他形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本合同中批注。

投保人通过保险人同意或认可的网站等互联网渠道提出变更本合同的申请，视为投保人的书面申请。

第二十二条 职业或工种的变更

被保险人变更职业或工种时，投保人或被保险人应在 30 日内以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。

被保险人所变更的职业或工种，依照保险人职业分类其危险性降低的，保险人自接到通知后，自职业变更之日起，退还变更前后职业或工种对应的未满期净保险费差额；其危险性增加的，保险人在接到通知后，自职业变更之日起，增收变更前后职业或工种对应的未满期净保险费差额；被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人在接到通知后有权解除本合同，并按照接到通知之日的次日退还原职业或工种所对应的未满期净保险费。

被保险人所变更的职业或工种，依照保险人职业分类其危险性增加，且未依本条约定通知保险人而发生保险事故的，保险人按其原保险费与新职业或工种所对应的保险费的比例计算并给付保险金。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内，保险人不承担给付保险金的责任，保险人退还未满期净保险费。

第二十三条 年龄的确定及错误的处理

被保险人的投保年龄，以法定身份证件登记的周岁年龄为准，本合同所承保的被保险人的投保年龄必须符合年龄要求。投保人在申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。若发生错误，保险人按照以下规定处理：

（一）投保人申报的被保险人年龄不真实，且真实年龄不符合本合同约定的年龄限制的，保险人有权解除本合同，并向投保人退还未满期净保险费。

（二）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人实付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，或在给付保险金时按照实付保险费与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，导致投保人支付保险费多于应付保险费的，保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

第二十四条 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，应当及时通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。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（释义三十五）而导致的迟延。

第五部分 保险金的申请

第二十五条 保险金的申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提供如下材料：

- （一）保险金给付申请书；
- （二）保险合同凭证；
- （三）保险金申请人的有效身份证件；
- （四）支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括但不限于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、医疗费用原始单据、费用明细单据等。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料；
- （五）保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；
- （六）若保险金申请人委托他人申请的，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。

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。

在保险人的理赔审核过程中，保险人有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。此类检验费用由保险人承担。

第六部分 保险合同的解除、终止和争议处理

第二十六条 合同的解除

在本合同成立后，投保人可以通过书面形式或双方认可的其他形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本合同的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）保险合同凭据；
- （三）保险费交付凭证；
- （四）投保人身份证明或主体证明。

投保人要求解除本合同，自保险人接到保险合同解除申请书之日次日零时起，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日内退还本合同的未满期净保险费。

第二十七条 合同的争议处理

因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险合同载明的仲裁机构仲裁；保险合同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。

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（不包括港澳台地区法律）。

第二十八条 诉讼时效期间

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。

第二十九条 效力终止

发生以下情况之一时，本合同效力即时终止：

- （一）保险期间届满；
- （二）被保险人身故；
- （三）因本合同其他条款所列情况而终止效力。

第七部分 释义

一、保险人

指众安在线财产保险股份有限公司。

二、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。

三、等待期

指自本合同生效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上载明。在等待期内发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

四、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或保险人扩展承保的医疗机构，且仅限于上述医院的普通部，不包括如下机构或医疗服务：

(一) 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；

(二) 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；

(三) 休养、戒酒、戒毒中心；

(四) 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。

保险人扩展承保的医疗机构清单及不予理赔的医疗机构清单将在保险单中载明，保险人保留对清单进行变更的权利，具体以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知为准。

五、专科医生

专科医生应当同时满足以下四项资格条件：

(一) 具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；

(二) 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；

(三) 具有有效的中华人民共和国主治医师或者主治医师以上职称的《医师职称证书》；

(四) 在国家《医院分级管理标准》二级或者二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

六、初次确诊

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。恶性肿瘤确诊之日为手术病理取材或病理活检取材日期，未经手术治疗但后续行放射性疗法或化学药物性疗法的，以首次放疗或化疗日期为恶性肿瘤确诊日期。

七、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：

(一) 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**（释义三十六）（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）（释义三十七）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）（释义三十七）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（释义三十八）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。

（二）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”，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。

八、住院

指被保险人因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：

- （一）被保险人在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；
- （二）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；
- （三）被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；
- （四）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；
- （五）被保险人住院体检；
- （六）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。

九、必需且合理

（一）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。

（二）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、诊断证明；
- （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。

十、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费用（不包括套房、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。

十一、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。

十二、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的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、

也可以合并病房费等其他款项内。

十三、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。

十四、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。

十五、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，具体以就诊医院的费用项目划分为准。

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、语音治疗、运动疗法、作业疗法、康复训练等。

十六、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，以及下列中药类药品：

（一）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；

（二）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；

（三）用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

十七、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。

十八、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。

十九、基因检测机构

指在中国境内取得合法有效资质且合法提供基因临床检验服务的机构。

二十、恶性肿瘤特定药品基因检测

指将外周血、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。境内医院或特定医疗机构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（即特定药品）的给药方案。

二十一、特定药品

指本合同期满日前在中国国家药品监督管理局批准并已在中国上市的特种药品（特种药品是指国家卫健委在《新型抗肿瘤药物临床应用指导原则（2020 年版）》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）。药品的适应症以中国国家药品监督管理局批准的药品说明书为准。

二十二、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。

二十三、靶向药物

指被赋予了靶向能力的药物或其制剂。其目的是使药物或其载体能瞄准特定的病变部位，并在目标部位蓄积或释放有效成分。靶向制剂可以使药物在目标局部形成相对较高的浓度，从而在提高药效的同时抑制毒副作用，减少对正常组织、细胞的伤害。

二十四、免疫治疗药物

指通过重新启动并维持肿瘤-免疫循环，恢复机体正常的抗肿瘤免疫反应，从而控制与清除肿瘤的药物。

二十五、特定药品及适应症清单

特定药品及适应症清单由投保人、保险人双方协商确定，并在保险单中载明。以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官方网站、官方微信公众号）公布或通知的清单为准，保险人保留对特定药品及适应症清单进行变更的权利。

二十六、药店

指应同时满足以下条件的出售药品的商店：

- （一）取得国家药品经营许可证、GSP 认证；
- （二）具有完善的冷链药品送达能力；
- （三）该药店内具有医师、执业药师等专业人员提供服务。

二十七、严重药品不良反应

指经药品生产企业、药品经营企业、医疗机构、药品监督管理部门、卫生行政部门或药品不良反应监测机构出具的报告认定属于药品不良反应且被保险人因使用该药品引起以下损害情形之一的反应：

- （一）导致死亡；
- （二）危及生命；
- （三）致癌、致畸；
- （四）导致显著的或者永久的人体伤残或者器官功能的损伤；
- （五）导致住院或者住院时间延长；
- （六）导致其他重要医学事件，如不进行治疗可能出现上述所列情况的。

二十八、当地

指保险事故发生后，被保险人医疗费用实际发生地/支出地。

二十九、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。

三十、既往症

指在本合同生效前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：

- （一）本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- （二）本合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；
- （三）本合同生效前，医生已有明确诊断，但未予治疗；
- （四）本合同生效前，未经医生诊断和治疗，但症状或体征明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

三十一、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。

三十二、耐药

指以下两种情况之一：

（一）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；

（二）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。

三十三、未到期净保险费

除另有约定外，按下述公式计算未到期净保险费：

如投保人在本合同成立时选择一次性缴付保险费，未到期净保险费=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缴付保险费，未到期净保险费=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。

三十四、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。

三十五、不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

三十六、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。

三十七、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。

三十八、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，中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≤2cm

T_{1a}肿瘤最大径≤1cm

T_{1b}肿瘤最大径>1cm, ≤2cm

pT₂: 肿瘤2~4cm

pT₃: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}: 肿瘤>4cm, 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≤2cm

T_{1a}肿瘤最大径≤1cm

T_{1b}肿瘤最大径>1cm, ≤2cm

pT₂: 肿瘤2~4cm

pT₃: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}: 肿瘤>4cm, 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。