

黄河财产保险股份有限公司

中老年人医疗保险条款

(注册号: C00023132512023052501233)

总则

第一条 本保险合同(以下简称“本合同”)由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证、批单等组成。凡涉及本合同的约定,均采用书面形式。

第二条 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对被保险人有保险利益的其他人。

第三条 凡身体健康,且能正常工作、生活的五十(含)至八十(含)周岁的自然人[续保可至九十九周岁(含)],均可作为本合同的被保险人。

第四条 除另有约定外,本合同保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 在保险期间内,被保险人因以下原因在中华人民共和国境内(不含港、澳、台地区)保险人指定或认可的医疗机构(以下简称为“保险人认可医疗机构”)接受治疗,对被保险人所实际支出的合理且必要的医疗费用,保险人将按照以下(一)(二)两项责任的约定承担给付保险金责任。

下列两项责任中“恶性肿瘤医疗费用保险责任”为必选责任,“一般医疗费用保险责任”为可选责任,保险人承担的保险责任以保险单及批单载明为准。

(一) 恶性肿瘤医疗费用保险责任

在保险期间内,被保险人在**保险单载明的等待期满之日后**(续保者自续保生效后),经专科医生明确诊断初次罹患本保险合同释义规定的**恶性肿瘤或原位癌**,并在保险人认可医疗机构接受治疗的,对被保险人所实际支出的合理且必要的下列医疗费用,保险人将按照以下约定承担保险责任:

1. 住院医疗费用

被保险人经保险人认可医疗机构明确诊断必须住院治疗,对于住院期间被保险人所实际支出的合理且必要的住院医疗费用,保险人按本保险合同约定承担给付住院医疗费用的保险责任。

住院医疗费用包括住院期间发生的床位费、陪床费、重症监护室床位费、护理费、膳食费、检查检验费、治疗费、药品费、诊疗费、手术费、救护车使用费、中医治疗费用等,但不包括下列情形下发生的住院费用:

- (1) 被保险人在医院的门诊观察室、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社会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，或一天内住院不满二十四小时，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。

保险期间届满时，前述住院治疗仍未结束的，保险人继续对前述费用承担责任至本次住院结束，但最长不超过保险期间届满后三十日（含）。

2. 住院前后门急诊医疗费用

被保险人在住院前七日（含住院当日，以住院病历或出院小结为准）和出院后三十日（含出院当日，以住院病历或出院小结为准）内发生的，因与本次住院相同原因所进行的门急诊（不含特需门诊）治疗所实际支出的合理且必要的门急诊医疗费用，保险人按本保险合同约定承担给付住院前后门急诊医疗费用的保险责任。此项费用不包含恶性肿瘤医疗费用保险责任中第3项、第4项约定的特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用。

3. 特殊门诊医疗费用

被保险人经保险人认可医疗机构诊断必须接受特殊门诊（不含特需门诊）治疗，在特殊门诊治疗期间所实际支出的合理且必要的特殊门诊费用，保险人按本保险合同约定承担给付特殊门诊医疗费用的保险责任。特殊门诊医疗费用包括：

(1) 门诊肾透析费；

(2) 门诊恶性肿瘤治疗费，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法治疗费用；

(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费。

4. 门诊手术医疗费用

被保险人经保险人认可医疗机构诊断必须接受门诊（不含特需门诊/病房）手术治疗，对于门诊手术治疗期间所实际支出的合理且必要的门诊手术医疗费用，保险人按本保险合同约定承担给付门诊手术医疗费用的保险责任。

5. 质子重离子医疗费用

被保险人经保险人认可医疗机构诊断需要接受质子重离子放射治疗的，对于质子重离子放射治疗期间所实际发生的合理且必要的质子重离子医疗费用，保险人按照本保险合同约定承担给付质子重离子医疗费用的保险责任。

保险期间届满时，前述质子重离子放射治疗仍未结束的，保险人继续对前述费用承担责任至本次住院结束，但最长不超过保险期间届满后三十日（含）。

对于以上五类费用，保险人对于被保险人所实际支出的合理且必要的金额，按照保险合同约定扣除保险单载明的免赔额后，按约定给付比例进行赔付，累计赔偿金额之和以本保险合同约定恶性肿瘤医疗费用保险金额为限，当保险人在本项下累计赔付金额达到恶性肿瘤医疗费用保险金额时，保险人对被保险人在本项责任下的保险责任终止。

（二）一般医疗费用保险责任

1. 投保条件

在保险合同约定时间内，被保险人在保险合同指定机构进行体检，且体检结果及健康状况通过保险人审核的，可申请投保“一般医疗费用保险责任”，具体保险责任期间以保险单或批单上载明为准。

如被保险人未在保险合同约定时间内进行体检或体检结果及健康状况未通过保险人审核，不可以申请投保“一般医疗费用保险责任”。

2. 保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或自保险期间开始且**保险单载明的等待期满后**（续保者自续保生效后）罹患疾病，在保险人认可医疗机构接受治疗的，对被保险人所实际支出的合理且必要的下列医疗费用，保险人将按照以下约定承担保险责任：

（1）住院医疗费用

被保险人经保险人认可医疗机构诊断必须住院治疗，对于住院期间被保险人所实际支出的合理且必要的住院医疗费用，保险人按本保险合同约定承担给付住院医疗费用的保险责任。

住院医疗费用包括住院期间发生的床位费、陪床费、重症监护室床位费、护理费、膳食费、检查检验费、治疗费、药品费、诊疗费、手术费、救护车使用费、中医治疗费用等，但不包括下列情形下发生的住院费用：

- i. 被保险人在医院的门诊观察室、家庭病床（房）入住；
- ii. 被保险人在特需病房、外宾病房或其它不属于社会医疗保险范畴的高等级病房入住；
- iii. 被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；
- iv. 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，或一天内住院不满二十四小时，但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；
- v. 被保险人住院体检；
- vi. 挂床住院及其他不合理的住院。

保险期间届满时，前述住院治疗仍未结束的，保险人继续对前述费用承担责任至本次住院结束，但最长不超过保险期间届满后三十日（含）。

（2）住院前后门急诊医疗费用

被保险人在住院前七日（含住院当日，以住院病历或出院小结为准）和出院后三十日（含出院当日，以住院病历或出院小结为准）内发生的，因与本次住院相同原因所进行的门急诊（不含特需门诊）治疗所实际支出的合理且必要的门急诊医疗费用，保险人按本保险合同约定承担给付住院前后门急诊医疗费用的保险责任。**此项费用不包含一般医疗费用保险责任中第（3）项、第（4）项约定的特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用**

（3）特殊门诊医疗费用

被保险人经保险人认可医疗机构诊断必须接受特殊门诊（不含特需门诊）治疗，在特殊门诊治疗期间所实际支出的合理且必要的特殊门诊费用，保险人按本保险合同约定承担给付特殊门诊医疗费用的保险责任。特殊门诊医疗费用包括：

- i. 门诊肾透析费；
- ii. 门诊恶性肿瘤治疗费，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法治疗费用；

iii. 器官移植后的门诊抗排异治疗费。

(4) 门诊手术医疗费用

被保险人经保险人认可医疗机构诊断必须接受门诊（不含特需门诊/病房）手术治疗，对于门诊手术治疗期间所实际支出的合理且必要的门诊手术医疗费用，保险人按本保险合同约定承担给付门诊手术医疗费用的保险责任。

对于以上四类费用，保险人对于被保险人所实际支出的合理且必要的金额，按照保险合同约定扣除保险单载明的免赔额后，按约定给付比例进行赔付，累计赔偿金额之和以本合同约定的一般医疗费用保险金额为限，当保险人在本项下累计赔偿金额达到一般医疗费用保险金额时，保险人对被保险人在本项责任下的保险责任终止。

第六条 保险金给付标准

(一) 对于“恶性肿瘤医疗费用责任”和“一般医疗费用保险责任”，被保险人在保险人认可医疗机构接受治疗的，一般情形下，给付比例为100%。投保时被保险人以有基本医疗保险或公费医疗的身份参保，但就诊时未使用基本医疗保险或公费医疗的，则给付比例为60%。

(二) 各项保险金责任的累计赔付金额以各对应项的保险金额为限，各项责任的累计赔付金额达到其对应项的保险金额时，保险人对被保险人的该项赔付责任终止。

保险期间内保险人赔付的总额以本保险合同约定的总保险金额为限，各项责任的累计赔付金额达到总保险金额的，不管是否某一项保险金责任达到其单项限额，本保险合同均全部终止。

(三) 本保险合同所称等待期是指自本保险合同生效日起计算的一段时间。等待期内被保险人确诊的疾病，保险人不承担给付保险金责任。本保险合同的等待期由投保人和保险人双方约定，并在保险单中载明，最长不得超过180天；如未做约定的，则等待期为30天。

因意外伤害发生保险责任的，无等待期。除另有约定外，续保的保险合同无等待期。若保险合同未及时续保导致保险保障中断后又重新投保，则需重新适用等待期。

(四) 本保险合同为费用补偿型保险合同，适用费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、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保险合同的约定进行给付。基本医疗保险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。

第七条 健康管理服务

在保险期间内，被保险人自保险单载明的服务生效日起，可在保险人指定服务机构使用如下服务，其中体检服务属于健康体检类别，就医绿通服务及住院垫付服务属于就医服务类别。具体健康管理服务内容、流程、标准、期限、注意事项、可能发生的风险及指定服务机构等，保险人在订立保险合同时告知投保人并取得投保人知情同意。

1. 体检服务

在保险合同约定时间内，被保险人可通过保险人指定服务机构申请使用体检服务，具体服务次数和服务内容以保险单载明为准。除保险单载明服务内容之外的其他体检项目涉

及的费用，由被保险人自行承担。

2. 就医绿通服务

在保险期间内，被保险人可通过保险人指定服务机构使用就医绿通服务，具体服务次数和服务内容以保险单载明为准。但就医发生的医疗费用及医院收取的所有费用，由被保险人自行承担。

3. 住院垫付服务

在保险期间内，被保险人可通过保险人指定服务机构使用住院垫付服务，具体服务次数以保险单载明为准。但就医发生的医疗费用及医院收取的所有费用，由被保险人自行承担。

责任免除

第八条 因下列原因导致的损失、费用，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）投保人、被保险人的故意行为；
- （二）被保险人自致伤害或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （三）因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
- （四）被保险人违法、犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- （五）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）；
- （六）核爆炸、核辐射或核污染、化学污染；
- （七）既往症及其并发症；
- （八）不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症；
- （九）被保险人患性传播疾病、精神和行为障碍（以世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）为准）、艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV阳性）；
- （十）疗养、视力矫正手术、各种健康体检项目及预防性医疗项目、牙科保健及牙科治疗、康复治疗、非意外事故所致整容手术；
- （十一）被保险人从事高风险运动或参加职业或半职业体育运动；
- （十二）被保险人在等待期内确诊的相关疾病产生的相关费用。

第九条 被保险人在下列期间发生的保险事故，保险人不承担给付保险金 责任：

- （一）被保险人酒后驾车、无有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车期间；
- （二）被保险人从事非法、犯罪活动期间或被依法拘留、服刑期间；
- （三）所在国家或地区处于战争、军事行动、暴动、恐怖袭击或武装叛乱期间；
- （四）被保险人醉酒或受毒品、管制药品的影响期间。

第十条 下列费用或损失，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）如下项目的治疗费用：皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗；雀斑、老年

斑、痣的治疗和去除；对浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、纹身去除、皮肤变色的治疗或手术；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；

（二）各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗费用，包括但不限于平足及各种非功能性整容、矫形手术费用；

（三）被保险人因预防、康复、疗养、保健性、预防性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；体外或植入的医疗辅助装置或用具（眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等）及其安装和租赁费用；

（四）耐用医疗设备（指各种康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备）的购买或租赁费用；

（五）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（按世界卫生组织《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）等费用；

（六）由于职业病、医疗事故产生的医疗费用；

（七）因不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院但拒不出院（从医院确定出院之日起）而发生的一切医疗费用；

（八）代诊，无原始发票的费用，电话咨询费，没有按时就诊的预约费用，非医师处方要求的服务费用，不在执业范围的医疗服务费用，不符合专业认可标准或者为进行适当治疗所不必要的医疗和牙科服务费用，非医学必需的费用，超过通常惯例水平的费用；

（九）包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

（十）各类医疗鉴定费用，鉴定类型包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定；

（十一）各种健美治疗项目，包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用；

（十二）下列药品费用：

1. 未经医生建议自行进行的任何治疗或未经医生处方自行购买的药品；

2. 虽然有医生处方，但药品不是自开具该处方的医生所执业的医院购买的（以药品费票据为准）；

3. 虽然有医生建议，但相关治疗不是在医院进行的或相关费用不是由医院收取的（以相关医疗费票据为准）；

4. 滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂涉及的药品费用；

5. 虽然有医生处方，但剂量的超过30天部分的药品费用。

保险金额和免赔额

第十一条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

本保险合同的恶性肿瘤医疗费用保险金额、一般医疗费用保险金额、总保险金额由投保人、保险人在投保时协商确定，并在保险合同中载明。

第十二条 免赔额是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本保险合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本保险合同约定需由被保险人自行承担，保险人不予赔付的金额。

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、公费医疗获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

免赔额由投保人、保险人在投保时协商确定，并在保险合同中载明。

保险期间

第十三条 本保险合同保险期间由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明，但最长不得超过一年。

保险人义务

第十四条 订立本保险合同时，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本保险合同的内容。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做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做出明确说明。未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十五条 本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十六条 保险人按照本保险合同的约定，认为被保险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、被保险人补充提供。

第十七条 保险人收到被保险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，对属于保险责任的，在与被保险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发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十八条 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

第十九条 除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时交清保险费，保险费未交清前，本保险合同不生效。

第二十条 订立保险合同，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当履行如实告知义务。

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，保险人有权解除本保险合同。

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责任。

第二十一条 投保人申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。

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，保险人有权解除合同，并退还保险费。

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。

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多于应付保险费的，保险人应当将多收的保险费退还投保人。

第二十二条 投保人、被保险人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。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。

第二十三条 保险事故发生后，被保险人需要住院的，应在保险人认可医疗机构住院治疗，若因急诊未在保险人认可医疗机构住院的，应在三日内通知保险人，并根据病情及时转入保险人认可医疗机构。若确需转入非保险人认可医疗机构住院的，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保险人认可医疗机构住院的，对该期间发生的医疗费用按本保险合同规定给付住院医疗保险金。

保险金申请与给付

第二十四条 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。如保险人对保险金申请材料存疑，有权要求被保险人在保险人认可的医疗机构进行复检确认；被保险人应予配合。保险金申请人未能提供有关材料或被保险人不予配合，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) 索赔申请书；

(二) 保险单或其他保险凭证;

(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、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,应提供其他合法有效的材料;

(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;

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。

被保险人若已通过其它途径获得了部分医疗费用的补偿并无法提供医疗费用原始凭证时,需提供医疗费用凭证复印件,同时出具注明已给付比例和金额、加盖支付费用单位公章的分割单等相关证明,保险人按本保险合同约定在剩余医疗费用内承担保险责任。

本保险合同所指分割单应符合财政部《会计基础工作规范》的有关要求。涉及基本医疗保险时,分割单指基本医疗保险费用结算表,或当地基本医疗保险结算办法所规定的其他类似费用结算证明。

争议处理和法律适用

第二十五条 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,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,依法向中华人民共和国法院(不包括港澳台地区法院)起诉。

第二十六条 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(不包括港澳台地区法律)。

第二十七条 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三年,自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

其他事项

第二十八条 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。

第二十九条 合同解除

(一) 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。

保险责任开始前,投保人要求解除本保险合同的,保险人扣除总保费 3% 手续费后,剩余部分的保险费退还投保人;保险人要求解除本保险合同的,不得向投保人收取手续费并应退还已收取的保险费。

保险责任开始后,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 日内退还保险单的未到期保险费，如被保险人已领取过保险金的，不得要求解除合同。保险人亦可解除本保险合同，但需提前十五天通知投保人解除本保险合同，向投保人退还保险单的未到期保险费。

(二) 投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

1. 保险合同解除申请书；
2. 保险单；
3. 保险费交付凭证；
4. 投保人身份证明。

第三十条 本保险合同为非保证续保合同，保险期间不超过一年。保险期间届满，需要续保的，投保人需要重新向保险人申请投保本产品。如保险人接受投保申请，并同意承保的，投保人需交纳保险费，获得新的保险合同。

若发生下列情形之一的，本产品不再接受续保：

- (一) 本产品统一停售；
- (二) 被保险人超过投保人与保险人在保险合同中约定的投保年龄范围；
- (三) 被保险人身故；
- (四) 投保人对于保险人就投保人或者被保险人的有关情况提出的询问未履行如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保的；
- (五) 被保险人不符合投保条件或存在欺诈情形的。

释义

第三十一条 除另有约定外，本保险合同中的下列词语具有如下含义：

1. **周岁**：指按照居民身份证、军官证、警官证、士兵证等有效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，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. **恶性肿瘤**：本保险合同所称恶性肿瘤包括“恶性肿瘤-重度”和“恶性肿瘤-轻度”
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 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 $\leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

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 $\leq 2\%$ ）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。

3. 原位癌：指恶性细胞局限于上皮内尚未突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. 保险人指定或认可的医疗机构

在中华人民共和国境内（不包括港澳台地区）经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或以上的公立医院或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。意外伤害急救不受此限，但经急救情况稳定后，须根据病情及时转入前述指定或认可的医疗机构治疗。

本保险合同所指医院不包括以下或类似的医疗机构：

- (1) 精神病院；
- (2) 老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
- (3) 健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

5. 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。

6. 初次罹患：是指在等待期满之前从未确诊过本条款载明的恶性肿瘤或原位癌。

7. 合理且必要的医疗费用：指同时满足以下条件的医疗费用：

(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：

- i. 治疗意外伤害或疾病所必须的项目；
- ii. 不超过安全、足量治疗原则的项目；
- iii. 由医生开具的处方药；
- iv. 非试验性的、非研究性的项目；
- v. 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。

8. 住院：指被保险人因疾病而入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，**不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院或其他不合理的住院。**

9. 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。

10. 住院医疗费用：指被保险人住院期间在医院发生，实际由医院收取并由医院开具相关票据的医疗费用，包括：

(1) **床位费：**指住院期间实际发生的、不高于双人病房的住院床位费（**不包括单人病房、套房、家庭病床**）。

(2) **陪床费：**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**）在医院留宿发生的陪床费；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一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的陪床费。

(3) **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合理且必要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。

(4) 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。

(5) 膳食费：指住院期间根据医生的医嘱，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、也可以合并并在病房费等其他款项内。

(6) 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。

(7) 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发生的合理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。**本项责任不包含如下费用：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。**

(8) 药品费：指住院期间实际发生的合理且必要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。**本项药品费责任中不包含中草药费用。**

(9) 诊疗费：指住院治疗期间实际发生的，以诊察、检查、治疗为目的的医生诊断费用。

(10) 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。**

(11) 救护车使用费：指住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，根据医生建议，**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中的医疗运送。**

(12) 中医治疗费用：以治疗恶性肿瘤或原位癌为目的发生的合理且必需的中医治疗、中成药、中草药费用，**不包括滋补类中草药。**中医治疗包括针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗等。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。

11. 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。

12. 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、服用药物等方式的化疗。

13. 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。本合同所指的放疗为被保险人根据医嘱，在医院的专门科室进行的放疗，**但是质子重离子治疗不在范围内。**

14. 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。

15. 肿瘤内分泌疗法: 指针对于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。

16. 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。

17. 质子重离子医疗费用: 指被保险人因接受质子重离子放射治疗而发生的相关费用, 包括床位费、膳食费、护理费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费, **但不包括化学疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法和肿瘤靶向疗法所产生的药品费。**

18. 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且单独的原因致使身体受到的伤害。

19. 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。

20. ICD-10 与 ICD-0-3

《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-0-3), 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-0-3 不一致的情况, 以 ICD-0-3 为准。

21. 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。

22. 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

pTX: 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 $\leq 2\text{cm}$

T1a 肿瘤最大径 $\leq 1\text{cm}$

T1b 肿瘤最大径 $> 1\text{cm}$, $\leq 2\text{cm}$

pT2: 肿瘤 2~4cm

pT3: 肿瘤 $> 4\text{cm}$, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT3a: 肿瘤 $> 4\text{cm}$, 局限于甲状腺内

pT3b: 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

pT4a: 侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT4b: 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pTX: 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 $\leq 2\text{cm}$

T1a肿瘤最大径 $\leq 1\text{cm}$

T1b肿瘤最大径 $> 1\text{cm}$, $\leq 2\text{cm}$

pT2: 肿瘤2~4cm

pT3: 肿瘤 $> 4\text{cm}$, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT3a: 肿瘤 $> 4\text{cm}$, 局限于甲状腺内

pT3b: 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

pT4a: 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

pT4b: 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

pNx: 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

pN1a: 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。

pN1b: 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			
I期			
II期			
年龄<55岁			
	<i>T</i>	<i>N</i>	<i>M</i>
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。

23. 基本医疗保险：本保险合同所称的基本医疗保险是指《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、城乡居民基本医疗保险等政府举办的基本医疗保障项目。

24. 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。

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. 既往症：指在保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。

27. 高风险运动：指比一般常规性的运动风险等级更高、更容易发生人身伤害的运动，在进行此类运动前需有充分的心理准备和行动上的准备，必须具备一般人不具备的相关知识和技能或者必须在接受专业人士提供的培训或训练之后方能掌握。被保险人进行此类运动时须具备相关防护措施或设施，以避免发生损失或减轻损失，包括但不限于潜水、滑水、滑雪、滑冰、驾驶或乘坐滑翔翼、滑翔伞、跳伞、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、柔道、空手道、跆拳道、马术、拳击、特技表演、驾驶卡丁车、赛马、赛车、各种车辆表演、蹦极。

28. 职业体育运动：指以职业运动员身份追求竞技比赛票房价值、以商业牟利为目的的竞技体育活动。

29. 半职业体育运动：指非职业运动员参加职业体育运动赛事、或其他设有奖金或报酬的体育运动。

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. 酒后驾车：指车辆驾驶人员在其血液中的酒精含量大于或者等于 20mg/100mL 时的驾驶行为。

32. 无有效驾驶证：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。

33. 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，或临时号牌或临时移动证的机动车工具；

(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车工具。未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

34. 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。

35. 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。

36. 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。

37. 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。

38. 不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

39. 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。

40. 未到期保险费： $\text{未到期保险费} = \text{保险费} \times [1 - (\text{保险单已经过天数} / \text{保险期间天数})]$ ，经过天数不足一天的按一天计算。