

黄河财产保险股份有限公司
恶性肿瘤医疗费用保险（互联网专用）条款
(注册号：C00023132512023080323121)

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 出生满30天至102周岁（含），身体健康且能正常工作、生活的自然人，可作为本保险合同的被保险人。

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，被保险人在**保险单载明的等待期满之日后**（续保者自续保生效后），首次出现症状并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**，并在保险人认可的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：

（一）住院医疗费用

被保险人经保险人认可的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，**保险人在扣除约定的免赔额后，按保险单约定的给付比例赔付恶性肿瘤住院医疗费用保险金。**

住院医疗费用包括住院期间发生的床位费、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。

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）。**

（二）特殊门诊医疗费用

被保险人在保险人认可的医疗机构接受恶性肿瘤特殊门诊（**不含特需门诊**）治疗的，保险人对于需被保险人实际支出的合理且必要的特殊门诊医疗费用，**在扣除约定的免赔额后，按保险单约定的给付比例赔付恶性肿瘤特殊门诊医疗费用保险金。**

恶性肿瘤特殊门诊医疗费用包括化学疗法、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。

（三）保险人对上述两项医疗费用的累计赔偿金额之和以本保险合同约定的恶性肿瘤医疗保险金的保险金额为限，**当保险人累计赔偿金额达到保险金额时，保险人对被保险人的保险责任终止。**

第六条 保险金给付标准

（一）若被保险人以参加社会医疗保险身份投保，但未以参加社会医疗保险身份就诊并结算的，则保险人可以另行约定给付比例并按照在保险合同中载明的条件和方式进行各项医疗费用给付。

（二）若被保险人符合条款约定的保险责任，特殊门诊或住院期间根据保险人认可医疗机构的专科医生开具的处方和院外购药原因说明在非医院范围内自购药物的，保险人按照保险单载明的给付比例进行补偿。

（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日；如未做约定的，则等待期为60日。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（包括但不限于社会医疗保险、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 本保险合同包含健康体检、健康咨询、慢病管理、就医服务、康复护理、药品服务等健康管理服务，具体服务项目、服务时效、服务频次、服务使用条件、服务形式与覆盖范围及使用流程详见健康管理服务手册。

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）被保险人斗殴，醉酒，服用、吸食或注射毒品，或未按规定、未遵医嘱使用麻醉或精神类药品；
- （四）被保险人未遵医嘱服用、涂用、注射药品；
- （五）既往症、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）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；
- （八）被保险人从事高风险运动或参加职业或半职业体育运动；
- （九）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）被保险人罹患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV）、性传播疾病、精神和

行为障碍期间[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；若在被保险人的血液样本中发现上述病毒或其抗体，则认定病人已受该病毒感染]；

（二）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；

（三）非住院期间产生的医疗费用（特殊门诊不在此限）。

第十条 下列费用或损失，保险人不承担给付保险金责任：

（一）无符合本保险合同约定医疗机构的专科医生处方和院外购药原因说明的院外自购药品费用；

（二）保险人认可的医疗机构外产生的医疗费用（持符合条款约定医疗机构的专科医生处方和院外购药原因说明的院外自购药费用不在此限）；

（三）任何滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂；

（四）医生开具的超过 30 天（不含本数）部分的药品费用；

（五）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批准的药品或药物；

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

（七）在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；

（八）在特需病房、外宾病房、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 部或其他不属于社会医疗保险范畴的高等级病房入住；

（九）在康复科、康复病床或接受康复治疗入住；或在健康中心或天然治疗所、疗养或康复院入住；

（十）在诊所、精神病院、老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心入住；

（十一）被保险人住院体检；

（十二）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；

（十三）任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射。

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。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。

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。

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者其他保险凭证。

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 投保人应按照合同约定向保险人交纳保险费。

（一）投保人如选择一次性支付保险费的，投保人应当在本保险合同成立时一次性交清保险费。投保人未按约定交清保险费，本保险合同不生效，对保险合同生效之日前发生的保险事故，保险人不承担赔偿责任。

（二）投保人选择分期支付保险费的，需在保险合同中约定每期保险费交付日期，投保人应当在每个保险费约定支付日前交纳各期对应的保险费。

投保人未在投保时足额支付首期保险费的，本保险合同不生效，对保险合同生效之日前发生的保险事故，保险人不承担赔偿责任。

投保人支付首期保险费后，如投保人未按照本保险合同约定的交付日期足额交纳当期保险费，投保人可以在双方约定的付款宽限期内补交当期保险费。对于在正常交费的保险期间和付款宽限期内发生的保险事故，保险人仍按本保险合同约定承担保险责任，但投保

人需先行补交剩余全年保险费，补交保险费金额为合同约定的总保险费减去投保人此前已交纳的保险费。

投保人未按约定支付当期保险费，且超过双方约定的付款宽限期后仍未足额交纳当期保险费的，则本保险合同在当期保险费应付之日二十四时终止。对保险合同终止后发生的保险事故，保险人不承担赔偿责任。

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，应在保险人认可的医疗机构住院治疗，若因急诊未在保险人认可的医疗机构住院的，应在三日内通知保险人，并根据病情及时转入保险人认可的医疗机构。若确需转入保险人认可的医疗机构住院的，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，对于保险人同意在该医疗机构住院的，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）既往体检报告、医疗检查结果原件或复印件；

（五）本次医疗资料原件，包括门诊/住院病历、医疗费用发票、费用清单、诊断证明、检查检验单据、社会医疗保险结算单、第三方保险公司结算单等；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；

（六）院外购药原因说明（如有）；

（七）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。续保时保险人有权根据本保险合同赔付情况及被保险人年龄对保险费进行调整。

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“恶性肿瘤——重度”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，肿瘤细胞未侵犯基底层，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“恶性肿瘤——轻度”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. 保险人认可的医疗机构

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。

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. 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。但遵医嘱到外院接受临时治疗的不在此限。

10. 床位费：指被保险人使用的医院床位的费用。

11. 膳食费：指实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用，但不包括购买的个人用品。

12. 护理费：指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

13. 检查检验费：指实际发生的、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。

14. 治疗费：指以治疗疾病为目的，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，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

15. 药品费：指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。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，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；

(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。

16. 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。

17. 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，在医院进行的静脉注射化疗，服用药物等方式的化疗。

18. 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。本保险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。

19. 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。本保险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管总局批准用于临床治

疗。

20. 肿瘤内分泌疗法: 指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管总局批准用于临床治疗。

21. 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。**本附加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管总局批准用于临床治疗。**

22. 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。**猝死不属于意外伤害。**

23. 猝死: 表面健康的人因潜在疾病、机能障碍或其他原因在出现症状后 24 小时内发生的非暴力性突然死亡。猝死的认定以保险人认可的医疗机构出具的死亡证明或司法鉴定机构出具的鉴定为准。

24. 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。

25. 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。

26. 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。

27. 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 ≤ 2cm

T1a 肿瘤最大径 ≤ 1cm

T1b 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

pT3a: 肿瘤 >4cm, 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 ≤2cm

T1a 肿瘤最大径 ≤1cm

T1b 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

pT3a: 肿瘤 >4cm, 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。

28. 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。

29. 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。

30. 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。

31. 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。

32. 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。

33. 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、以商业牟利为目的竞技体育活动。

34. 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。

35. 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。

36. 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。

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