

融盛财产保险股份有限公司

附加个人特定药品费用医疗保险条款

总则

第一条 本附加保险合同（以下简称“附加险”）须附加于融盛财产保险股份有限公司各类个人健康保险合同（以下简称“主险”）。凡涉及本附加险的约定，均采用书面形式。

第二条 除另有约定外，本保险合同保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第三条 在保险期间内，被保险人在等待期后，保险人对下述费用，按照本合同的约定承担给付特定药品费用医疗保险金的责任。除另有约定外，本保险合同包含以下两类特定药品费用，投保人与保险人可在订立本合同时协商确定，并在保险单中载明。

（一）恶性肿瘤——重度院外特定药品费用

在保险期间内，被保险人在等待期后经中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）指定医疗机构的专科医生初次确诊罹患本合同约定的恶性肿瘤——重度，治疗实际发生的、必需且合理的院外特定药品费用。

给付恶性肿瘤——重度院外特定药品费用保险金必须且同时满足以下条件：

1. 该特定药品须由指定医疗机构专科医生开具处方，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（含第 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本合同约定的恶性肿瘤——重度；

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和免疫治疗药物，且在约定的药品清单列表中；

5. 被保险人须在保险人指定药店购买上述处方中所列的特定药品；

6. 除另有约定外，被保险人购买处方中所列特定药品前，需按保险人指定流程提交相应材料并通过处方审核，具体流程见本条款“保险金申请与给付”。

若本合同保险期间届满时该约定的药品清单中所列疾病的治疗仍未结束的，保险人继续承担因本次治疗发生的属于本合同责任范围内的、最高不超过本合同期满日后 30 日内（含第 30 日）的恶性肿瘤——重度院外特定药品费用。

本项恶性肿瘤——重度院外特定药品费用责任仅承担特定药品本身的费用，不承担因特定药品而产生的门诊费用、住院医疗费用等。

（二）特定进口药品费用

在保险期间内，被保险人在等待期后经中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）指定医疗机构的专科医生初次确诊罹患本合同约定的《临床急需进口药品及适用疾病清单》（以下简称“进口药品及疾病清单”）中所列的一种或多种特定疾病，治疗实际发生的、必需且合理的、经相关药品监督管理部门审批通过的特定进口药品费用。

给付特定进口药品费用保险金必须且同时满足以下条件：

1. 该特定药品须由本合同所约定的特定医疗机构专科医生开具处方，且特定药品处方符合中国国家药品监督管理局或出口国家或地区的药品监督管理部门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（含第 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本合同约定的进口药品及疾病清单中所列特定疾病；

4. 该特定药品必须为保险人约定的进口药品及疾病清单中所列药品；

5. 被保险人须在本合同所约定的特定医疗机构购买上述处方中所列的特定药品，且特定医疗机构向进口药品监管部门提交的进口申请被审批通过；

6. 除另有约定外，被保险人购买处方中所列特定药品前

及接受特定医疗机构住院治疗前，需按保险人指定流程提交相应材料并通过处方审核，具体流程见本条款“保险金申请与给付”。

若本合同保险期间届满时该进口药品及疾病清单中所列疾病的治疗仍未结束的，保险人继续承担因本次治疗发生的属于本合同责任范围内的、最高不超过本合同期满后 30 日内（含第 30 日）的特定进口药品费用。

本项特定进口药品费用责任仅承担特定药品本身的费用，不承担因特定药品而产生的门诊费用、住院医疗费用等。

上述两项特定药品涉及慈善援助赠药的，被保险人从慈善机构获得援助的药品费用不纳入本合同的赔偿范围。

第四条 等待期是指自本附加险保险期间起始时间起计算的一段时间，经过该段时间后，保险人才对被保险人承担给付保险金责任。被保险人在等待期结束前发生的疾病所导致的医疗费用，无论此等费用是否发生在等待期内，保险人均不承担保险金给付责任。

本附加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。如未载明的，则默认为 30 日。

续保的情况下，无等待期。本附加险合同期限届满前，投保人可向保险人申请续保，经保险人审核后予以承保；续保合同保险期间的起始日期与续保对应上一保险合同保险期间的终止日期相连不间断，但同时不得超过主险合同的保险期间。

第五条 本保险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、政府主办补充医疗、公费医疗、医疗救助、工作单位、其他政府机构或者社会福利机构、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药品费用扣除其所获药品费用补偿后的余额按照本保险合同的约定进行给付。

责任免除

第六条 任何在下列期间发生的或因下列情形之一导致被保险人发生特定药品费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）主险合同中列明的“责任免除”事项，但属于本附加险保障范围的除外；

（二）被保险人所患既往症引起的相关费用；被保险人首次购买特定药品的日期不在保险期间的；

（三）被保险人未遵医嘱擅自服用、涂用、注射药物；未经医生建议自行进行任何治疗或未经医生处方自行购买药品产生的费用；虽持有医生处方，但处方剂量超过 30 日部分的药品费用；特定药品的使用与中国国家药品监督管理部门或出口国家或地区的药品监督管理部门批准的该特定药品说明书所列明的适应症或用法用量不符；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，以及上述治疗或药品药物导致的后续医疗费用；

特定进口药品的进口申请未获得政府相关部门批准的；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所产生的费用；被保险人提交审核的医学材料不能证明该药品对被保险人当前的疾病状态产生有益的治疗疗效；被保险人的疾病状况对购买或领取的特定药品已经形成耐药；

（四）被保险人在不符合本合同约定的医疗机构就诊；被保险人在中华人民共和国境外以及香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区接受治疗；

（五）被保险人患性病、精神和行为障碍、遗传性疾病；被保险人患先天性畸形、变形和染色体异常（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；

（六）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。

保险金额、免赔额、赔付比例

第七条 本保险合同的保险金额是保险人承担给付该被保险人保险金责任的最高限额。

本保险合同的保险金额由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

第八条 本保险合同的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仍旧由被保险人自行承担，本保险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保险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保险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。

本保险合同的免赔额由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

第九条 本保险合同的赔付比例由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并根据被保险人在投保时有无基本医疗保险或公费医疗的不同情况约定对应的赔付比例，在保险单中载明。

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，则保险人根据保险单单独约定的赔付比例进行赔付。

保险期间与续保

第十条 除另有约定外，本附加险的保险期间与主险保持一致，最长不得超过一年。

第十一条 本保险合同为非保证续保合同。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人

同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

保险金申请与给付

第十二条 保险金的申请

（一）恶性肿瘤——重度院外特定药品理赔申请、药品处方审核和药品购买

在保险期间内，被保险人在等待期后，经中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）指定医疗机构的专科医生初次确诊罹患本合同约定的恶性肿瘤——重度，被保险人需在保险人指定药店购买专科医生开具的药品处方中所列明且在约定的药品清单列表中的药品，按照以下流程进行理赔申请、药品处方审核和药品购买：

1. 理赔申请和药品处方审核

保险金申请人向保险人提交恶性肿瘤——重度院外特定药品理赔申请（以下简称“理赔申请”），并提供下列申请材料：

- （1）保险金给付申请书；
- （2）被保险人的有效身份证件；

（3）支持审核的全部证明、信息和证据，包括但不限于指定医疗机构出具的门诊及住院病历资料、医学诊断书、病理检查报告、影像报告、检查化验报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等原件。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可证明保险事故存在的材料；

(4) 指定医疗机构开具的特定药品处方、外购药证明;

(5) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料;

(6) 若保险金申请人委托他人申请的, 还应提供保险金申请授权书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。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的, 需要提供监护人的身份证明等材料。

保险人基于提交的资料进行药品处方审核。若保险金申请人提交的相关材料不足以支持药品处方审核, 或者医学材料中相关的科学方法检验报告结果不支持药品处方的开具, 保险人有权要求并一次性通知保险金申请人补充提供有关证明和资料。

如果保险金申请人未提交理赔申请或者处方审核未通过, 保险人不承担给付特定药品费用医疗保险金的责任。

2. 药品购买

特定药品理赔申请及特定药品处方经保险人审核通过后, 保险金申请人可至指定药店自取药品或选择送药上门服务。若选择自取药品, 保险人将指引保险金申请人, 携带有效药品处方、保险金申请人及被保险人的有效身份证件到保险人与保险金申请人确认取药的指定药店自取药品; 若选择送药上门服务, 保险人将协调药店配送到保险金申请人的指定居住地点, 保险金申请人收到药品时须提供有效药品处方、

保险金申请人及被保险人的有效身份证件。

保险金申请人通过保险人指定药店购买符合本保险合同保险责任的特定药品，若由保险人与保险人指定药店或第三方服务商直接结算保险人应承担保险金赔偿部分的特定药品费用的，保险金申请人无需支付该部分费用，但保险金申请人应自行支付不属于保险责任范围内的药品费用。

（二）特定进口药品理赔申请、药品处方审核和药品购买

在保险期间内，被保险人在等待期后经中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）**指定医疗机构的专科医生初次确诊**罹患本合同约定的进口药品及疾病清单中所列的一种或多种特定疾病，被保险人需在**特定医疗机构**购买符合本合同保险责任且属于进口药品及疾病清单中的特定进口药品，按照以下流程进行理赔申请、药品处方审核、特定医疗机构病情诊断及进口药品申请，并至特定医疗机构购药：

1. 理赔申请和药品处方审核

保险金申请人向保险人提交特定进口药品理赔申请（以下简称“理赔申请”），并提供下列理赔申请材料：

- （1）保险金给付申请书；
- （2）被保险人的有效身份证件；

（3）支持审核的全部证明、信息和证据，包括但不限于指定医疗机构出具的门诊及住院病历资料、医学诊断书、

病理检查报告、影像报告、检查化验报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等原件。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可证明保险事故存在的材料；

（4）指定医疗机构开具的特定进口药品处方；

（5）保险金申请人所能提供的与确认保险事故性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；

（6）若保险金申请人委托他人申请的，还应提供保险金申请的授权书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。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材料。

以上证明和资料不完整的，保险人有权要求并一次性通知保险金申请人补充提供有关证明和资料。

如果保险金申请人未提交理赔申请或者理赔申请审核未通过，保险人不承担赔偿特定进口药品费用医疗保险金的责任。

2. 药品购买

理赔申请和药品处方审核通过后，保险人授权的第三方服务商（以下简称“第三方服务商”）将为被保险人安排专科医生会诊。被保险人须通过专科医生的诊断确定有必要使用该特定进口药品，并经相关监管部门审批通过并获得进口许可后，自行至特定医疗机构购买特定进口药品。

被保险人在特定医疗机构就诊期间产生的除本保险合同保险责任范围内的特定进口药品费用外，其他费用需自行承担。

如果特定进口药品申请时出现以下特殊情况，保险人有权要求保险金申请人补充其他与特定进口药品使用申请相关的医学材料。特定进口药品使用申请中的特殊情况主要包括：

（1）保险金申请人进行理赔申请时提交的与被保险人相关的医学材料不足以支持使用特定进口药品；

（2）保险金申请人进行理赔申请时提交的与被保险人相关的医学材料中相关的科学方法检验报告结果不支持使用特定进口药品。

如果特定医疗机构提出的进口药品申请未获相关监管部门审批通过或未获得进口许可，保险人不承担给付保险金的责任。

对于在保险人认可的特定医疗机构购买特定进口药品的，保险金申请人应提供如下材料：

（1）在特定医疗机构购买特定进口药品的原始收据、费用明细清单以及分割单（若被保险人享有基本医疗保险或公费医疗保障的，需包含按基本医疗保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿的证明）；

（2）在特定医疗机构住院治疗的全部证明、信息和证据，包括但不限于特定医疗机构出具的住院病历资料、医学

诊断书、病理检查报告、影像报告、检查化验报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等原件（若被保险人享有基本医疗保险或公费医疗保障的，需包含按基本医疗保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿的证明）。

保险金申请人可以书面形式向保险人申请返还已收取的收据原件，保险人在加盖印戳并注明已赔偿的保险金金额后返还已收取的收据原件。

保险金申请人通过保险人指定医疗机构购买符合本保险合同保险责任的特定药品，若由保险人与保险人指定医疗机构或第三方服务商直接结算保险人应承担保险金赔偿部分的特定药品费用的，保险金申请人无需支付该部分费用，但保险金申请人应自行支付不属于保险责任范围内的药品费用。

第十三条 特定药品费用保险金 = （发生的特定药品费用 - 任何已获得的特定药品费用补偿 - 未抵扣完毕的免赔额）× 约定的赔付比例

特定药品费用累计给付金额，以本合同约定的特定药品费用保险金额为限。

其他事项

第十四条 主险条款与本附加险条款相悖之处，以本附加险条款为准；本附加险条款未约定事项，以主险条款为准。主险条款效力终止，本附加险条款效力同时终止；主险条款无效，本附加险条款亦无效。

释义

第十五条 本附加险涉及下列术语时，适用以下释义：

（一）指定医疗机构

指经中华人民共和国卫生部门审核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，但不包括主要作为诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构，及保险人不予理赔的医疗机构。该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。

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。

（二）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。

（三）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，而不是指自本附加险生效之日起第一次经医院确诊患有某种疾病。其中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。

（四）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 < 10/50HPF 和 **ki-67** ≤ 2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

(五) 院外

指非被保险人就诊医院。

(六) 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。

(七) 处方

指由注册的执业医师和执业助理医师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。

(八) 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。

(九) 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。

(十) 约定的药品清单

指保险人在承保时与投保人约定的属于“恶性肿瘤——重度院外特定药品费用”保险责任的药品清单，以**保险人最**

新公布信息为准，保险人保留对药品清单进行变更的权利，将根据医疗水平的发展对药品清单进行更新。

药品分类以药品处方开具时《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》的有效版本为准。

（十一）指定药店

指保险人授权的第三方服务商提供的药店名单。保险人保留对上述指定药店名单做出适当调整的权利。保险人指定的药店应同时满足以下条件：

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

（十二）特定进口药品

指特定医疗机构因临床急需，经国务院药品监督管理部门或者国务院授权的省、自治区、直辖市人民政府批准后，进口的少量药品。如果特定医疗机构提出的进口药品申请未获批准的，保险人不承担给付临床急需进口药品费保险金的责任。

（十三）进口药品及疾病清单

指本合同约定的《临床急需进口药品及适用疾病清单》。进口药品及疾病清单由投保人、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（包括但不限于官网、官微）公布或通知的清单为准，保险人保留对进口药品及疾病清单进行变更的权利，并将根据医疗水平的发展对进

口药品及疾病清单进行更新。

（十四）特定疾病

指进口药品及疾病清单中所列疾病。

（十五）特定医疗机构

特定医疗机构范围由投保人、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（包括但不限于官网、官微）公布或通知的名单为准，保险人保留对特定医疗机构清单进行变更的权利。

（十六）基本医疗保险

指国家最新修订颁布的《中华人民共和国社会保险法》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。

（十七）政府主办补充医疗

指包括城乡居民大病保险、城镇职工大病保险、城镇居民大病保险、城镇职工大额医疗保险、新农合大病保险、公务员医疗补助、城乡居民补充医疗保险、城镇居民补充医疗保险等。

（十八）既往症

指在本保险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：

1. 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

2. 本保险合同生效前，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；

3. 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，但未予治疗；

4. 本保险合同生效前，未经医生诊断和治疗，但症状或体征明显且持续存在，并以此症状或体征为主诉进行就治疗的疾病。

（十九）耐药

指以下两种情况之一：

1. 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；

2. 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。

（二十）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。

（二十一）先天性畸形、变形和染色体异常

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。

(二十二) 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。

(二十三) 有效身份证件

指由中华人民共和国政府主管部门规定的能够证明其身份的证件，如：居民身份证、军官证、警官证、士兵证、户口簿以及中华人民共和国政府主管部门颁发或者认可的有效护照或者其他身份证明文件。

(二十四) 第三方服务商

指保险人授权的为保险用户提供药事服务的机构。