

融盛财产保险股份有限公司

附加个人特定药械费用医疗保险（互联网专属）条款

总则

第一条 本附加保险合同须附加于融盛财产保险股份有限公司各类互联网专属的个人健康保险合同（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，本附加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 本附加保险合同的保险责任包括“恶性肿瘤特定药品费用保险金”和“特定医疗器械费用保险金”，投保人可以选择投保其中一项或两项。本附加保险合同所承保的具体保险责任由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险单中载明。投保人所投保的保险责任一经确定，在本保险合同保险期间内不得变更。发生保险事故后，保险人依照本保险合同的约定承担保险责任。

（一）恶性肿瘤特定药品费用保险金

恶性肿瘤特定药品费用保险金包括“恶性肿瘤境内上市特定药品费用保险金”和“恶性肿瘤临床急需进口特定药品费用保险金”，投保人可以选择投保其中一项或两项。本项责任中的恶性肿瘤类型包括“恶性肿瘤——重度”、“恶性肿瘤——轻度”和“原位癌”，投保人可以选择投保其中一

个或多个类型。本附加保险合同所承保的具体保险责任由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险单中载明。

1. 恶性肿瘤境内上市特定药品费用保险金

在保险期间内，被保险人在等待期后经保险人指定或认可的医疗机构的专科医生初次确诊罹患本保险合同约定的恶性肿瘤，对被保险人治疗该恶性肿瘤所实际发生的且同时满足约定条件的境内上市特定药品费用，其中被保险人需个人支付的、必需且合理的部分，保险人在扣除已从其他途径获得的医疗费用补偿以及约定的免赔额后，按照本保险合同约定的赔付比例给付恶性肿瘤境内上市特定药品费用保险金。

给付恶性肿瘤境内上市特定药品费用保险金须同时满足以下条件：

（1）该境内上市特定药品须由保险人指定或认可的医疗机构专科医生开具处方，且为被保险人当前治疗必需的药品；

（2）该境内上市特定药品必须为本保险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，且在约定承保的境内上市特定药品清单列表中；

（3）被保险人所罹患的恶性肿瘤须与境内上市特定药品清单中该药品的指定适应症范围相对应；

（4）该药品的使用必须符合中国国家药品监督管理局

批准的药品说明书中所列明的适应症及用法用量；

（5）每次境内上市特定药品处方剂量不超过 30 日（含 30 日）；

（6）被保险人须在保险人认可的特定药品医疗机构或药店购买上述处方中所列的特定药品；

（7）被保险人购买处方中所列境内上市特定药品前，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“特定药品理赔申请、药品处方审核及购药流程”。

对不满足上述任何一项条件的药品费用，保险人不承担给付恶性肿瘤境内上市特定药品费用保险金的责任。

除另有约定外，对于被保险人在保险期间内发生的保险事故，如果至本附加保险合同期满日时治疗仍未结束，保险人继续承担给付本项保险金的责任，但以初次确诊罹患恶性肿瘤之日起一年的用药延续期为限。

保险人在本项下累计给付之和以约定的本项保险金额为限，当保险人对被保险人在本项下累计给付金额达到前述保险金额后，保险人的本项保险责任终止。

2. 恶性肿瘤临床急需进口特定药品费用保险金

在保险期间内，被保险人在等待期后经保险人指定或认可的医疗机构的专科医生初次确诊罹患本保险合同约定的恶性肿瘤，对被保险人在指定就诊医院治疗该恶性肿瘤所实际发生的且同时满足约定条件的临床急需进口特定药品费用，其中被保险人需个人支付的、必需且合理的部分，保险

人在扣除已从其他途径获得的医疗费用补偿以及约定的免赔额后，按照本保险合同约定的赔付比例给付恶性肿瘤临床急需进口特定药品费用保险金。

给付恶性肿瘤临床急需进口特定药品费用保险金须同时满足以下条件：

（1）该临床急需进口特定药品须由保险人指定或认可的医疗机构专科医生开具处方，且为被保险人当前治疗必需的药品；

（2）该临床急需进口特定药品必须经相关监管部门审批通过并获得进口许可，且在约定承保的临床急需进口特定药品清单列表中；

（3）被保险人所罹患的恶性肿瘤须与临床急需进口特定药品清单中该药品的指定适应症范围相对应；

（4）该药品的使用必须符合该药品出口地区管理部门批准的适应症及用法用量；

（5）每次临床急需进口特定药品处方剂量不超过 30 日（含 30 日）；

（6）被保险人须在保险人认可的特定药品医疗机构或药店购买上述处方中所列的临床急需进口特定药品；

（7）被保险人购买处方中所列临床急需进口特定药品前，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“特定药品理赔申请、药品处方审核及购药流程”。

对不满足上述任何一项条件的药品费用，保险人不承担给付恶性肿瘤临床急需进口特定药品费用保险金的责任。

除另有约定外，对于被保险人在保险期间内发生的保险事故，如果至本附加保险合同期满日时治疗仍未结束，保险人继续承担给付本项保险金的责任，但以初次确诊罹患恶性肿瘤之日起一年的用药延续期为限。

保险人在本项下累计给付之和以约定的本项保险金额为限，当保险人对被保险人在本项下累计给付金额达到前述保险金额后，保险人的本项保险责任终止。

（二）特定医疗器械费用保险金

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经保险人指定或认可的医疗机构的专科医生初次确诊罹患本保险合同约定的疾病，对被保险人经指定就诊医院专科医生治疗该疾病所实际发生的且同时满足约定条件的特定医疗器械费用，其中被保险人需个人支付的、必需且合理的部分，保险人在扣除已从其他途径获得的医疗费用补偿以及约定的免赔额后，按照本保险合同约定的赔付比例给付特定医疗器械费用保险金。

给付特定医疗器械费用保险金须同时满足以下条件：

1. 该特定医疗器械必须经相关监管部门审批通过，且在约定承保的特定医疗器械清单列表中；若为进口的医疗器械须同时获得相关监管部门进口许可；

2. 被保险人所罹患的疾病须与特定医疗器械清单中该

器械的指定适应症范围相对应；

3. 被保险人须在指定就诊医院使用该医疗器械。

对不满足上述任何一项条件的特定医疗器械费用，保险人不承担给付特定医疗器械费用保险金的责任。

在保险期间内，保险人仅承担被保险人使用约定的特定医疗器械清单中的其中一种特定医疗器械进行治疗所产生的医疗器械费用，治疗中除该特定医疗器械费用以外的其他费用，被保险人须自行承担。

保险人在本项下累计给付之和以约定的本项保险金额为限，当保险人对被保险人在本项下累计给付金额达到前述保险金额后，保险人的本项保险责任终止。

本附加保险合同累计所承担的各项保险金之和最高以本附加保险合同的保险金额为限。

第四条 等待期是指自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。被保险人在投保后至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。如未载明的，则默认为**30天**。被保险人因意外伤害发生保险事故的，没有等待期。

第五条 本附加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、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附加保险合同的约定进行赔付。

其他第三方应承担的赔偿金额，保险人不负责垫付。若被保险人未如实告知导致保险人多支付赔偿金的，保险人有权向被保险人追回多支付的部分。

责任免除

第六条 除另有约定外，在下列任一情形下，保险人不承担赔付保险金的责任：

（一）主险合同中列明的“责任免除”事项，但属于本附加保险合同保障范围的除外；

（二）投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；

（三）被保险人故意自杀、自伤，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；

（四）被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施、被政府依法拘禁以及入狱期间伤病；

（五）被保险人殴斗、醉酒、主动吸食或注射毒品，违反规定使用麻醉或精神药品；

（六）被保险人未遵医嘱擅自服用、涂用、注射药物；

（七）被保险人所患既往症及本附加保险合同中特别约定的除外疾病引起的相关费用，但投保时保险人已知晓并作出书面认可的除外；

（八）等待期内药物过敏、食物中毒、细菌或病毒感染（但因意外事故导致形成伤口而发生的感染除外）或其他医疗导致的伤害；

（九）被保险人从事的职业不属于本附加保险合同的承保范围；被保险人专职或兼职从事日常接触放射性物质的职业或有毒物质的职业；

（十）被保险人患性病，精神和行为障碍，在本附加保险合同承保范围外的遗传性疾病，先天性恶性肿瘤（BRCA1/BRCA2基因突变家族性乳腺癌、遗传性非息肉病性结直肠癌、肾母细胞瘤即Wilms瘤、李-佛美尼综合症即Li-Fraumeni综合征），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）；

（十一）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（但符合本附加保险合同约定的“职业原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染”、“输血原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染”、“器官移植原因导致HIV感染”不在此限）；

（十二）战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱；

（十三）核爆炸、核辐射或者核污染、化学污染。

第七条 除另有约定外，对于如下列明的所有费用，保险人不承担赔付保险金的责任：

（一）不符合国家《临床技术操作规范》的治疗，未获得治疗所在地政府许可或批准的药品、药物或器械；

（二）境内上市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法用量不符；

（三）临床急需进口药品处方或用药医嘱的开具与该药品出口地区管理部门批准的用法用量不符；

（四）相关医学材料不能证明药品或器械对被保险人所罹患的疾病有效；

（五）被保险人的疾病状况，经审核确定对药品已经耐药而产生的费用；

（六）未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及其后果所产生的费用；

（七）未被治疗所在地权威部门批准的治疗，使用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；

（八）各类医疗鉴定、检测费用，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、遗传基因鉴定费用、基因检测费用；

（九）因职业病、医疗事故导致的医疗费用；

（十）被保险人在不符合本附加保险合同约定的医疗机构就诊发生的医疗费用；

（十一）被保险人购买非约定清单中的药品或医疗器械。

保险金额、免赔额、赔付比例

第八条 本附加保险合同的保险金额是保险人承担给付被保险人保险金责任的最高限额。

本附加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。

第九条 本附加保险合同的免赔额是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本附加保险合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本附加保险合同约定仍旧由被保险人自行承担，本附加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偿责任：

（一）被保险人自行承担的属于本附加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附加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。

本附加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。

第十条 本附加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

第十一条 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。

第十二条 本附加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

第十三条 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。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；

（三）被保险人身份证明、保险金申请人身份证明；

（四）支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，医疗机构出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查报告、化验检查报告、有效基因检测报告原件、医疗费用原始单据、费用明细单据等；

（五）保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度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。

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。保险人将承担因投保人提供索赔要求所必需的证明、收据、信息和证据而产生的费用。

第十四条 特定药品理赔申请、药品处方审核及购药流程

在本附加保险合同保险期间内，如果被保险人需在保险人认可的特定药品医疗机构或药店购买专科医生开具的药品处方中所列明的药品，需按照以下流程进行理赔申请、药品处方审核和药品购买：

（一）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药品医疗保险金理赔申请（以下简称“理赔申请”），并提供保险金申请所需提供的材料。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，保险人不承担赔偿特定药品医疗保险金的责任。

（二）药品购买

特定药品理赔申请及特定药品处方首次经保险人审核通过后，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、被保险人的中华人民共和国社会保障卡（如有）到保险人与保险金申请人确认取药的指定药店自取药品。

非首次购药经保险人审核通过后，保险金申请人可选择去指定药店自取药品或送药上门服务，若选择送药上门服务，保险人将协调药店进行冷链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、被保险人的中华人民共和国社会保障卡（如有）。

被保险人在保险人认可的特定药品医疗机构或药店购买药品，该医疗机构或药店受保险人委托免向被保险人收取与保险人根据本附加保险合同本应向受益人给付的保险金数额对应的药品费用的，或保险人已承担相应费用的，保险金申请人不得就此向保险人申请保险金。其他情形，保险金申请人可根据本附加保险合同向保险人申请保险金。

第十五条 单次事故赔付的保险金 = （该次事故医疗机构收取的被保险人自行承担的符合本附加保险责任定义的医疗费用 - 任何已获得的补偿费用 - 未抵扣完毕的免赔额）
× 约定的赔付比例。

医疗机构收取的被保险人自行承担的符合保险责任定义的医疗费用未超过免赔额的，保险人无需赔付保险金。

累计赔付的保险金以本附加保险合同约定的对应保险金额为限。

其他事项

第十六条 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

第十七条 本附加险涉及下列术语时，适用以下释义：

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

(二) 【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）组织病理学检查

指通过局部切除、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。

（四）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。

（五）甲状腺癌的TNM分期

甲状腺癌的TNM分期采用现行的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 $2 \sim 4\text{cm}$

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、喉返神经及皮下软组织

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>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、喉返神经及皮下软组织

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/Deiphian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			
	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。

（六）癌前病变

指黏膜白斑，交界痣，食管贲门粘膜增生，慢性萎缩性胃炎，慢性溃疡，瘻管，窦道，结直肠的多发性腺瘤性息肉，乳腺囊性增生症（纤维囊性乳腺病），乳管内乳头状瘤，纤维腺瘤，慢性宫颈糜烂，鳞状上皮内病变、宫颈上皮内瘤变、隐睾症，腺性或囊性膀胱炎，不典型增生，异型增生等。

（七）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 < 10/50HPF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”：

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）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，且须满足全部以下两个条件：

1. 必须经对固定活组织的组织病理学检查明确诊断，属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》

（ICD-10）的原位癌范畴（D00-D09）；

2. 被保险人必须已经接受了针对原位癌病灶的手术治疗。

（九）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。自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。

（十）保险人指定或认可的医疗机构

指保险人与投保人约定的定点医疗机构，未约定定点医疗机构的，则指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立医疗机构，且仅限于上述医疗机构的普通部，不包括如下机构或医疗服务：

- 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。**

该医疗机构必须具有符合国家有关医疗机构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。

（十一）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。

（十二）初次确诊

指自被保险人出生之日起第一次经医疗机构确诊患有某种疾病，而不是指自本保险合同生效之日起第一次经医疗机构确诊患有某种疾病。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。

（十三）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。

(十四) 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。

(十五) 境内上市特定药品清单

指保险人与投保人约定的中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）符合国家药品监督管理局批准的特定药品清单，保险人保留对上述清单进行变更的权利。具体承保的《境内上市特定药品清单》以产品销售页面或投保文件中展示为准。

(十六) 保险人认可的特定药品医疗机构或药店

指保险人指定的或当地基本医疗保险的管理部门公布的被保险人可购买特定药品的医院或药店，以保险单约定为准；未约定医院或药店的，则以被保险人所参加的基本医疗保险的管理部门规定的医院或药店范围为准。

保险人保留对上述指定药店名单作出适当调整的权利。
保险人指定的药店需同时满足以下条件：

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. 该药店内有医师、执业药师等专业人员提供服务。

（十七）临床急需进口特定药品清单

指保险人与投保人约定的指定就诊医院因临床急需，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，进口的少量药品的清单。保险人保留对上述清单进行变更的权利。具体承保的《临床急需进口特定药品清单》以产品销售页面或投保文件中展示为准。

（十八）指定就诊医院

指海南博鳌超级医院、博鳌恒大国际医院、博鳌国际医院、海南省人民医院乐城院区和海南省妇女儿童医学中心乐城分院，该指定就诊医院将在产品销售页面或投保文件中展示，保险人保留对上述指定就诊医院进行变更的权利。

（十九）特定医疗器械清单

指保险人与投保人约定的医疗器械清单，包括：

1. 符合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的国产医疗器械和进口医疗器械；

2. 指定就诊医院因临床急需，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，进口的少量医疗器械。

保险人保留对上述清单进行变更的权利。具体承保的

《特定医疗器械清单》以产品销售页面或投保文件中展示为准。

（二十）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。

（二十一）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。

（二十二）既往症

指在本附加保险合同生效日之前被保险人已患的疾病。通常有以下情况：

1. 本附加保险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
2. 本附加保险合同生效前，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. 本附加保险合同生效前，医生已有明确诊断，但未予治疗；
4. 本附加保险合同生效前，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诊治疗的疾病。

（二十三）接触放射性物质的职业

指从事职业需接触或应用X射线或放射线，或从事放射性物质研究或废物处理。

（二十四）接触有毒物质的职业

指从事职业接触石棉、氯甲醚、双氯甲醚、砷及其化合物、焦炉逸散物、六价铬化合物、毛沸石、 β -萘胺、砷、镉、煤烟、煤焦油、煤焦油沥青、石油沥青等相关工业，树脂工、制革、制铝、品红制造等行业，接触异丙醇、石棉粉、芥子气、氯乙烯、接触橡胶轮胎的生产者和橡胶工人，或接触甲醛、接触苯（如印刷业）、联苯胺（如染料行业）。

（二十五）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》第十次修订版（ICD-10）确定。

（二十六）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。

（二十七）职业原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

指被保险人的职业归属于下列职业列表内的职业，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人类免疫缺陷病毒（HIV）。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；
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5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。

职业列表：

医生（包括牙医）	救护车工作人员
护士	助产士
医院化验室工作人员	警察（包括狱警）
医院护工	消防人员

在任何治愈艾滋病（AIDS）或阻止HIV病毒作用的疗法被发现以后，或能防止AIDS发生的医疗方法被研究出来以后，本保障将不再予以赔付。

（二十八）输血原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感

染

指被保险人感染人类免疫缺陷病毒并且符合下列所有条件：

1. 在保险期间起始日后，被保险人因治疗必需而接受输血，并且因输血而感染人类免疫缺陷病毒；
2. 提供输血治疗的输血中心或医疗机构出具该项输血感染属医疗责任事故的报告，或法院终审裁定为医疗责任并且不准上诉；
3. 提供输血治疗的输血中心或医疗机构必须拥有合法经营执照；
4. 受感染的被保险人不是血友病患者。

在任何治愈艾滋病或阻止人类免疫缺陷病毒作用的疗法被发现以后，或能防止艾滋病发生的医疗方法被研究出来以后，本保障将不再予以赔付。

任何因其他传播方式（包括性传播或静脉注射毒品等）导致的人类免疫缺陷病毒感染不在保障范围内。

保险人必须拥有获得使用被保险人的血液样本的权利和能够对这些样本进行独立检验的权利。

（二十九）器官移植原因导致HIV感染

指因进行器官移植而感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）或患艾滋病，且须满足下列全部条件：

1. 在保险期间起始日后，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人类免疫缺陷病毒或患艾滋

病；

2. 提供器官移植治疗的器官移植中心或医院出具的此次因器官移植感染人类免疫缺陷病毒或患艾滋病，属于医疗事故的报告，或者法院终审裁定为医疗事故并且不准上诉；

3. 提供器官移植治疗的器官移植中心或医院必须拥有合法经营执照。

任何因其他传播方式（包括性传播或静脉注射毒品等）导致的**HIV**感染或患艾滋病不在保障范围内。

（三十）《临床技术规范》

指由中华医学会编写的权威性技术规范（全套43册）。

（三十一）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。

（三十二）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。

（三十三）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。

（三十四）有效基因检测报告

指由三级公立医院或保险人认可的基因检测机构出具的基因检测报告，包含患者基本信息、基因检测结果和用药建议。保险人认可的基因检测机构清单将在产品销售页面或投保文件中展示。