

融盛财产保险股份有限公司

个人恶性肿瘤医疗费用保险（互联网专属）条款

总则

第一条 合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、保险单以及经投保人和保险人认可的与保险合同有关的其他书面凭证（包括但不限于健康问卷、声明、批单）组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 投保人

具有完全民事行为能力的被保险人本人或者对被保险人具有保险利益的其他自然人、法人或者非法人组织，可作为本保险合同的投保人。

第三条 被保险人

除另有约定外，年龄为出生满 28 天（含）至 99 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，但首次投保或非续保投保时被保险人年龄应为出生满 28 天（含）至 65 周岁（含）。

第四条 受益人

除另有约定外，本保险合同的保险金受益人为被保险人本人。

第五条 保障区域

本保险合同的保障区域为中华人民共和国境内（不含港澳台地区）。被保险人在本保险合同约定的保障区域外就医的，不属于保险责任范围。

第六条 互联网产品

本保险合同仅限于互联网渠道销售。

保险责任

第七条 保险责任

在保险期间内，被保险人在等待期后经认可的医疗机构

的专科医生**初次确诊**罹患本保险合同约定的恶性肿瘤，在认可的医疗机构接受治疗时发生的下述四项费用，保险人按照本保险合同的约定承担给付恶性肿瘤医疗费用保险金的责任：

（一）恶性肿瘤住院医疗费用

指被保险人在等待期后经认可的医疗机构专科医生**初次确诊**罹患本保险合同约定的恶性肿瘤，必须接受住院治疗时，被保险人住院期间需个人支付的、必需且合理的治疗恶性肿瘤住院医疗费用，包括床位费、药品费、治疗费、检查检验费、手术费、诊疗费、护理费、重症监护室床位费、医事服务费。

到本保险合同满期日时，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、最高不超过本保险合同满期日后**30**日内的住院医疗费用。

（二）恶性肿瘤特殊门诊医疗费用

指被保险人在认可的医疗机构接受本保险合同约定的恶性肿瘤特殊门诊治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的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、肿瘤靶向疗法的治疗费用。

（三）恶性肿瘤住院前后门（急）诊医疗费用

指被保险人在等待期后经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，必须接受住院治疗时，对于在住院前**30**日（含住院当日，以住院病历或出院小结为准）和出院后**30**日（含住院当日，以住院病历或出院小结为准）内在认可的医疗机构内实际发生的与治疗该疾病相关的、被保险人需个人支付的、必需且合理的门（急）诊医疗费用，包括检查检验费、药品费、诊疗费、治疗费等（但不包括恶性肿瘤特殊门诊医疗费用）。

（四）恶性肿瘤门诊手术医疗费用

指被保险人在等待期后经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，必须接受门诊手术治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的门诊手术医疗费用。

对于以上各项保险责任，保险人对于被保险人需个人支付的、必需且合理的金额，扣除从其他途径获得的补偿，并在扣除约定的免赔额后，依照约定的给付比例进行赔付。保险人累计给付之和以本保险合同约定的保险金额为限，当累计给付金额达到保险金额时，保险人对该被保险人的保险责任终止。

被保险人在等待期内，初次确诊罹患本保险合同约定的恶性肿瘤，保险人不承担给付保险金的责任，但向投保人无息退还该被保险人对应的已缴纳保险费，同时对该被保险人的保险合同终止。

第八条 等待期

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**。

续保的情况下，等待期为**0天**。本保险合同期满前，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。

第九条 医疗费用补偿原则

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（包括社会基本医疗保险、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

按照本保险合同的约定进行赔付。

责任免除

第十条 情形除外

除另有约定外，因下列任一情形直接或间接导致被保险人发生医疗费用的，保险人不承担保险金给付责任：

- （一）投保人故意杀害、伤害被保险人；
- （二）投保人、被保险人的故意制造保险事故行为或隐瞒、欺诈行为；
- （三）被保险人从事违法、犯罪活动或拒捕、自杀或故意自伤，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （四）被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被故意杀害；
- （五）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
- （六）被保险人因检查、麻醉、手术治疗（含整容手术）、药物治疗等导致的医疗事故，以及由此引发的并发症；
- （七）以矫形、整容、美容、心理咨询、器官移植、角膜屈光成形手术或修复为目的的住院；
- （八）被保险人流产、堕胎、分娩、不孕症、避孕或绝育手术、变性手术、人体试验和人工生殖，及由此而引起的并发症；
- （九）预防性手术（如预防性阑尾切除、预防性扁桃体切除）、椎间盘突出症；
- （十）被保险人健康管理（含体检、健康体检、疗养、特别护理或静养）等非治疗性的行为及无客观病征证明其不健康及以捐献身体器官为目的的医疗行为；
- （十一）被保险人罹患性病、精神和行为障碍、遗传性疾病、先天性疾病、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 综合症）、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);

(十二)被保险人罹患特定传染病、职业病、地方病;

(十三)被保险人所患的恶性肿瘤是既往症;

(十四)本保险合同生效前或等待期结束前确诊的恶性肿瘤;

(十五)被保险人未经保险人同意的转院治疗;

(十六)被保险人在家自设病床治疗;

(十七)被保险人在非认可的医疗机构治疗;

(十八)任何生物、化学、原子武器、原子能或核能爆炸、辐射或污染。

(十九)被保险人醉酒,服用、吸食或注射毒品或服用影响行为能力的相关药品或受管制药品的影响;

(二十)被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶,或驾驶无合法有效行驶证的机动车;

(二十一)被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病(但符合本保险合同约定的“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);

(二十二)战争(无论宣战与否)、内战、军事行动、恐怖活动、暴乱、绑架或其他类似的武装叛乱。

(二十三)康复治疗或训练、休养或疗养、健康体检、隔离治疗、非处方药物、保健食品及用品、体外或植入的医疗辅助装置或用具(义肢、轮椅、拐杖、助听器、眼镜或隐形眼镜、义眼等)及其安装;

(二十四)未经科学或医学认可的实验性或研究性治疗,未获得国务院药品监督管理部门许可或批准上市的治疗方法或药品药物,上述治疗费用及其产生的后果所继发的费用不属于保障范围;

(二十五)被保险人在不符合本保险合同约定的医院或医疗机构就诊发生的医疗费用;被保险人发生的不符合本保险合同约定的门(急)诊费用;

- (二十六) 在中国大陆境外的国家或者地区接受治疗;
(二十七) 被保险人在等待期内支出的任何医疗费用。

保险金额、免赔额、赔付比例

第十一条 保险金额

本保险合同的保险金额是保险人给付该被保险人保险金的最高限额。

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。

第十二条 免赔额

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。

第十三条 赔付比例

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

第十四条 保险期间

本保险合同的保险期间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，且最长不得超过一年。

第十五条 不保证续保条款

本保险产品为不保证续保合同，保险期间不超过一年，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，本保险合同对应保险产品统一停售，保险人将不再接受投保申请。

保险人义务

第十六条 格式条款的提示与说明

订立保险合同时，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，保险人在订立保险合同时应当在投保单、保险单或者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者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。

第十七条 签发保单

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。

第十八条 及时一次性通知补充索赔证明和资料

保险人认为投保人、被保险人或者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、被保险人或者受益人补充提供。

第十九条 及时核定赔付

保险人收到被保险人或者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 30 日内作出核定，但保险责任的核定必须依赖于特定证明、鉴定、判决、裁定或其他证据材料的，保险人应在被保险人或者受益人提供或自行取得上述证据材料起 30 日内作出核定。

保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益人达成给付保险金的协议后 10 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 3 日内向被保险人或者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 60 日内，对其赔偿保险金的数额不能确定的，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

第二十条 交费义务

除另有约定外，投保人应当在订立本保险合同时一次性足额交清保险费。投保人未按照本保险合同的约定一次性足额交清保险费的，保险合同不生效，保险合同生效前发生的保险事故，保险人不承担给付保险金的责任。

第二十一条 如实告知义务

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约定的义务，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。

前款约定的合同解除权，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，保险人对于本保险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，保险人对于本保险合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但退还保险费。

保险人在本保险合同订立时已经知道投保人、被保险人未如实告知的情况的，保险人不得解除本保险合同；发生保险事故的，保险人承担给付保险金的责任。

第二十二条 住址或通讯地址变更通知义务

为确保保险人的通知能有效送达，请投保人务必正确填写投保人、被保险人及受益人的住所、通讯地址、电话及电子邮箱等联系方式。当这些联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。如果未能通知保险人，保险人按所知的最后联系方式所发送的有关通知，均视为已经送达给投保人、被保险人及受益人。

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，本保险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保险合同约定的年龄限制的，保险人有权解除本保险合同，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

发生保险责任范围内的事故后，保险人及时了解保险事故的性质、发生原因、损失情况，对给付保险金至关重要。投保人、被保险人或受益人应在知道保险事故发生之日起 10 日内书面说明事故发生的原因、经过和损失情况并通知保险人。

如果投保人、被保险人或受益人因故意或重大过失未及时通知，导致保险事故的性质、发生原因、损失情况等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，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。

第二十五条 其他内容变更通知义务

在保险期间内，投保人需变更合同内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

保险金申请与给付

第二十六条 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）二级或二级以上公立医院或保险人其他认可的医疗机构出具的入院证明、附有病理检查、化验检查及其他医疗仪器检查报告的医疗诊断证明、病历及医疗、医药费原

始单据、结算明细表和处方正本及医疗记录、住院证明正本；

（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。

争议处理和法律适用

第二十七条 争议处理

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境内（不含港澳台地区）有管辖权的人民法院起诉。

第二十八条 法律适用

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）。

其他事项

第二十九条 保险合同变更

在本保险合同有效期内，经与保险人协商一致，投保人可以变更本保险合同的有关内容。合同变更可以通过对本保险合同批注或附贴批单以及双方订立书面变更协议来实现。

第三十条 保险合同解除

本保险合同成立后，除另有约定外，投保人可以要求解除本保险合同。但已发生任何保险金给付或已发生本保险合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，投保人不得要求解除本保险合同。

投保人要求解除本保险合同时，应填写保险合同解除申请书，并提交保险单、保险费交付凭证和投保人身份证明。本保险合同自保险人接到保险合同解除申请书时终止。

保险责任开始前，投保人要求解除保险合同的，投保人

应当按照保险单约定向保险人支付退保手续费，保险人应当退还剩余部分保险费。

保险责任开始后，投保人要求解除保险合同的，保险人应向投保人退还本保险合同的未满期净保险费。

第三十一条 保险合同终止

发生下列情形之一的，本保险合同自动终止：

- （一）保险合同期满；
- （二）被保险人死亡；
- （三）法律法规规定或本保险合同约定的其他导致本保险合同效力终止的情形。

释义

第三十二条 释义

本保险合同涉及下列术语时，适用以下释义：

（一）周岁

指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。

（二）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。

（三）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。

(四) 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。

(五) 住院

指被保险人因疾病而入住医疗机构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：

1. 被保险人在医疗机构的（门）急诊观察室、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基本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，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。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。

（六）恶性肿瘤

本保险合同约定的恶性肿瘤如下：

1. 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 $<10/50\text{HPF}$ 和 $\text{ki-67} \leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

2. 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。

(七) 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。

（八）【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。

（九）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。

（十）既往症

指在本保险合同生效日之前被保险人已患有的且已知晓的疾病。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诊治疗的疾病。

（十一）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。

（十二）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的费用(不包括单人病房、套房、家庭病床)。

（十三）药品费

指治疗期间实际发生的合理且必要的由医生开具的具有国务院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，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。

（十四）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。

（十五）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。

（十六）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。**

（十七）诊疗费

指由医生所实施的病情咨询及检查、各种器械或仪器检查、诊断、治疗方案拟定等各项医疗服务所收取的费用。

（十八）护理费

指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

（十九）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。

（二十）特定传染病

指中华人民共和国相关法律法规规定的法定传染病甲类和乙类。

（二十一）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。**

（二十二）地方病

指在一定地区或人群中发生的疾病。新病例来自本地。

与地方的地质、地貌、水土、气候等因素密切相关，并在条件类似的地区蔓延流行。以当地地方病防治机构的公布为准。

（二十三）医事服务费

指用于补偿医疗机构因取消药品加成及挂号费诊疗费而损失的收入，补偿医疗机构运行成本，体现医务人员的劳务价值的费用。仅适用于已实施医药分开综合改革的地区或医疗机构用。

（二十四）化学疗法

指针对恶性肿瘤的化学治疗，简称化疗。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。

（二十五）放射疗法

指针对恶性肿瘤的放射治疗，简称放疗。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。

（二十六）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、法规要求并经过国务院药品监督管理部门批准用于临床治疗。

（二十七）肿瘤内分泌疗法

指针对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、法规要求并经过国务院药品监督管理部门批准用于临床治疗。

（二十八）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。本保险合同所指的靶向治疗药物需符合法律、法规要求并经过国务院药品监督管理部门批准用于临床治疗。

（二十九）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。

（三十）先天性疾病

指被保险人一出生就具有的疾病（症状或体征）。这些疾病是因人的遗传物质（包括染色体以及位于其中的基因）发生了对人体有害的改变而引起的，或因母亲怀孕期间受到内外环境中某些物理、化学和生物等因素的作用，使胎儿局部体细胞发育异常，导致婴儿出生时有关器官系统在结构或功能上呈现异常。

（三十一）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。

（三十二）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。

（三十三）酒后驾驶

指经检测或者鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或者超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶

或者醉酒后驾驶。

（三十四）无合法有效驾驶证

指被保险人存在下列情形之一：

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. 实习期内驾驶执行任务的警车、消防车、救护车、工程救险车；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。

（三十五）无合法有效行驶证

指发生保险事故时被保险人驾驶的机动车无公安机关交通管理部门、农机部门等政府管理部门核发的行驶证或号牌，或行驶证不在有效期内，或该机动车未按规定检验或检验不合格。

（三十六）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。

（三十七）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。

（三十八）输血原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

指被保险人感染上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罹患者。

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。

（三十九）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能上诉的；

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。

（四十）必需且合理

指被保险人发生的各项医疗费用应符合下列所有条件：

1. 治疗疾病所必需的项目；
2. 不超过安全、足量治疗原则的项目；
3. 由医师开具的处方药或医嘱；
4. 非试验性的、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。

对是否合理且必要由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行核定，若被保险人对核定结果有不同意见，可委托双

方认可的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

（四十一）未到期净保险费

除另有约定外，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 - 费用比例)，经过天数不足一天的按一天计算。除另有约定外，费用比例为 35%。