

融盛财产保险股份有限公司团体恶性肿瘤 ——重度创新免疫疗法特定医疗保险条款

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

对被保险人具有保险利益的法人、非法人组织，可作为本保险合同的投保人。如被保险人所在特定团体属于其他不以购买保险为目的而组成的团体，投保人可以是特定团体中的自然人。本保险合同所称的“特定团体”指法人、非法人组织以及其他不以购买保险为目的而组成的团体。

第三条 被保险人

本保险合同签订时被保险人不得少于 3 人。若国务院保险监督管理机构对人数标准颁布了新的规定或通知，则本合同自该监管规定生效时起适用该监管规定。

除另有约定外，被保险人为身体健康、能正常工作或正常生活的自然人。

第四条 受益人

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

第五条 保险责任

在保险期间内，被保险人在等待期后，经保险人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——重度，在该恶性肿瘤——重度**复发或转移**后，经保险人**指定的药品清单**约定范围内的特药治疗后出现**耐药**，且**疗效评价结果符合《RECIST 1.1：实体肿瘤疗效评价标准》中的疾病进展（PD）**时，由保险人授权的第三方服务机构（以下简称“授权服务机构”）评估确认可接受国家医药监管部门批准开展的**创新免疫疗法治疗**，并在**保险人指定的医疗机构接受指定创新免疫疗法治疗的**，对于被保险人需个人支付的、合理且必要的恶性肿瘤——重度创新免疫疗法特定医疗费用，保险人在扣除本保险合同约定的免赔额后，按照约定的给付比例给付保险金。

本保险合同的恶性肿瘤——重度创新免疫疗法**特定医疗费用**指被保险人在保险人指定的医疗机构发生的**免疫细胞制备和回输费用**。不包含其他医疗费用（包括但不限于药品费、检查费、挂号费、住院费、采血费、诊疗费、交通住宿费等）。

除另有约定外，本保险合同仅承担保险期间内一定疗程的恶性肿瘤——重度创新免疫疗法特定医疗费用，具体疗程数由投保人和保险人确认后在保险单中载明。

第六条 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的责任。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。

在续保的情况下，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。

第七条 费用补偿原则

本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

第八条 除另有约定外，因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的或发生如下列明的医疗费用，保险人不承担赔付保险金的责任：

（一）投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；

（二）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；

（三）被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施，或被政府依法拘禁或入狱期间伤病；

（四）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；

（五）被保险人未遵医嘱擅自服用、涂用、注射药物；

（六）被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶或者驾驶无有效行驶证的机动车辆；

（七）被保险人所患既往症，及保险单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）等待期内确诊恶性肿瘤——重度；

（九）指定的创新免疫疗法受相关医疗政策、监管政策等不可抗力因素停止在中国大陆范围内的医院开展使用；

（十）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；

（十一）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；

（十二）所有基因疗法产生的医疗费用；

（十三）各类医疗鉴定的检测费用，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；

（十四）因职业病、医疗事故导致的医疗费用；

（十五）被保险人接受的治疗属于“生物医学新技术临床研究”范畴，处于临床研究阶段，未经医疗监管部门批准开展临床转化应用。

（十六）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天部分的药品费用；

（十七）恶性肿瘤特定药品的使用与中国国家药品监督管理部门批准的该恶性肿瘤特定药品说明书所列明的适应症及用法用量不符；

（十八）临床不能证明医嘱或处方所列恶性肿瘤特定药品对被保险人所患的恶性肿瘤治疗有效；

（十九）冒名住院、被保险人未到达医院就诊即代诊、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）；

（二十）被保险人因预防、康复、休养或疗养、医疗咨询、健康体检、非处方药物、以捐献身体器官为目的的医疗行为、保健性或非疾病治疗类项目而发生的医疗费用；

（二十一）被保险人患性病、精神和行为障碍、遗传性疾病、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）；

（二十二）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间

所患恶性肿瘤——重度导致的创新免疫疗法医疗费用；

（二十三）战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱；

（二十四）核爆炸、核辐射或者核污染、化学污染；

（二十五）被保险人在非保险人指定的医疗机构就诊而发生的费用；

（二十六）被保险人因非指定创新免疫疗法而产生的医疗费用；

（二十七）被保险人接受指定创新免疫疗法产生的非免疫细胞制备或非回输医疗费用；

（二十八）本保险合同载明的免赔额；

（二十九）其他不属于本保险责任范围内的损失和费用。

保险金额、免赔额、赔付比例

第九条 保险金额

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。

本保险合同的各项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；

（二）从其他途径（包括但不限于其他商业保险机构、工作单位、公益慈善机构、依法承担侵权损害赔偿责任的第三人等）获得的属于本保险合同保险责任范围内的医疗费用补偿。

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。

第十一条 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。

保险费

第十二条 保险费

本保险合同的保险费及其支付方式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。

保险期间与续保

第十三条 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。

第十四条 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

第十五条 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。

第十六条 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。

第十七条 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。

第十八条 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

第十九条 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。

第二十一条 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。

第二十二条 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。

第二十三条 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。

第二十四条 被保险人变动通知义务

在保险期间内，投保人因其人员变动，需增加、减少被保险人时，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。

被保险人人数增加时，保险人在审核同意后出具批单，于批单生效日零时开始承担保险责任，并按约定增收相应的保险费。

被保险人人数减少时，投保人提供已通知相应被保险人退保的有效证明，保险人在审核同意后出具批单，于批单生效日零时起，对减少的被保险人终止保险责任，并按约定退还相应的未满期净保险费。但减少的被保险人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，保险人不退还该被保险人项下相应的未满期净保险费。

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

申请保险金时，保险金申请人须按照下列方式办理：

（一）被保险人理赔资格审核

在保险期间内，被保险人在等待期后，经保险人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——重度，且符合本保险合同第五条第一款约定的条件，申请本合同约定的创新免疫疗法治疗的，保险人将做理赔资格审核，被保险人应提交以下材料：

1. 保险合同或其他保险凭证；
2. 被保险人的有效身份证件；
3. 保险人认可的医疗机构出具的完整病历资料(包括但不限于医院出具的门急诊病历、住院病案首页、入院记录、出院小结、医学诊断证明、处方及相关的病理检查报告、化验检验报告、影像学报告及其他科学方法检验报告)；
4. 被保险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；
5. 若被保险人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的有效身份证明等相关证明文件。

被保险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。被保险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。如果被保险人理赔资格审核未通过，保险人不承担给付保险金的责任。

（二）适应症审核

被保险人通过理赔资格审核后，授权服务机构将对恶性肿瘤——重度创新免疫疗法的适应症进行审核。

授权服务机构会在收集和详细审阅被保险人提供的医学材料的基础上，安排与被保险人所患疾病相关的、具有有效行医执照的医学专家出具第二诊疗意见，以判断被保险人是否有进行恶性肿瘤——重度创新免疫疗法治疗的必要性并出具具体治疗方案。保险人将根据被保险人提供的理赔资料以及第二诊疗意见结果进行适应症审核。

如果被保险人的适应症审核未通过或未提交适应症审核，保险人不承担给付保险金的责任。

（三）恶性肿瘤——重度创新免疫疗法治疗及保险金直付

经保险人指定的医疗机构确认可接诊被保险人进行恶性肿瘤——重度创新免疫疗法治疗后，授权服务机构将安排被保险人在保险人指定的医疗机构接受相关恶性肿瘤——重度创新免疫疗法治疗。

被保险人在保险人指定的医疗机构接受保险责任范围内的创新免疫疗法的，保险人将委托授权服务机构与相应的医疗机构结算，对于被保险人实际发生的、按照本保险合同

约定应由保险人承担的费用，由授权服务机构在取得被保险人的相关授权后，提供保险金给付申请材料及创新免疫疗法治疗费用票据，保险人将直接与授权服务机构结算，被保险人无需也不应向保险人要求向其本人另行支付保险金，并应自行承担保险责任范围外的其他费用。

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，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费。

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）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 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）保险人认可的医疗机构

除另有约定外，保险人认可的医疗机构是指符合下列所

有条件的机构：

6. 在中华人民共和国境内（不含港澳台地区）拥有合法经营执照的二级或二级以上公立医院；

7. 设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；

8. 有合格的医生和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务；

9. 非主要作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。

（三）专科医生

专科医生应当同时满足以下四项资格条件：

3. 具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；

4. 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；

5. 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》；

6. 在符合国家《医院分级管理标准》的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院确诊患有某种疾病，而不是指自本保险合同生效之日起第一次经医院确诊患有某种疾病。其中，恶性肿瘤——重度确诊之日为手术病理取材或病理活检取材日期。

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

(六) 指定的药品清单

指保险人在承保时与投保人约定的属于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。

(七) 耐药

指以下两种情况之一：

- 1.实体肿瘤病灶按照《**RECIST 1.1：实体肿瘤疗效评价标准**》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。

(八) 《**RECIST 1.1：实体肿瘤疗效评价标准**》中的疾病进展（PD）

《RECIST 1.1: 实体肿瘤疗效评价标准》是一系列肿瘤治疗效果的定义，即有效、稳定、无效。该标准最早于2000年由美国国家肿瘤研究所和加拿大国立肿瘤研究院制定（v1.0），2009年经修订再版（v1.1）目前已成为肿瘤治疗评价标准的基石。

PD（progressive disease，疾病进展）：以整个实验研究过程中所有测量的靶病灶直径之和的最小值为参照，直径和相对增加至少20%（如果基线测量值最小就以基线值为参照）；除此之外，必须满足直径和的绝对值增加至少5mm（出现一个或多个新病灶也视为疾病进展）。

（九）创新免疫疗法

指通过采集人体免疫细胞，在体外进行扩增和功能鉴定，然后向患者转输，达到杀灭血液及组织中的病原体、癌细胞、突变的细胞，从而打破机体免疫耐受，激活和增强机体免疫力的治疗方法。本保险合同约定的创新免疫疗法仅限于经国家医药监管部门批准的可合法临床使用的治疗方法，不包括尚处于生物医学新技术临床研究阶段的疗法及国家未允许临床应用的其他疗法。

（十）生物医学新技术

指以对健康状态作出判断或者预防治疗疾病、促进健康为目的，运用生物学原理，作用于人体细胞、分子水平，在我国境内尚未应用于临床的医学专业手段和措施。

（十一）生物医学新技术临床研究

指以下列方式进行生物医学新技术试验，以判断其安全性、有效性，明确其适用范围、操作流程、技术要点等的活动：

1. 直接对人体进行操作的；
2. 对离体的细胞、组织、器官等进行操作，后植入或者输入人体的；
3. 对人的生殖细胞、合子、胚胎进行操作，后植入人体使其发育的；
4. 国务院卫生健康部门规定的其他方式。

（十二）合理且必要

指被保险人发生的各项医疗费用应符合下列所有条件：

1. 治疗当前疾病所需药品符合特定地区药品监督管理部门批准的药品说明书中所列明的适应症及用法用量；
2. 由医师开具的处方药或医嘱；
3. 非试验性、研究性的项目；
4. 与治疗所在地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

保险人根据客观、审慎、合理的原则核定是否符合上述条件，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。

（十三）处方

指由注册的执业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。

（十四）保险人指定的医疗机构

保险人指定医疗机构限于海南博鳌乐城国际医疗旅游先行区内具备医疗监管部门审批的开展相应生物医学新技术资质的医疗机构，具体以在保险单中载明的名单为准。保险期间内保险人根据医疗监管部门政策调整指定医疗机构的，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。

（十五）疗程

指的是针对特定疾病或病状，按照医疗规范和治疗方案所规定的一系列连续治疗措施的总和。除另有约定外，一个疗程的治疗天数一般不超过30天。

（十六）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。

（十七）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《中华人民共和国道路交通安全法》的规

定认定为饮酒后驾驶或者醉酒后驾驶。

（十八）既往症

指在本保险合同生效日之前被保险人已患且已知晓的疾病。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。

（十九）基因疗法

指通过各种手段修复缺陷基因，以实现减缓或治愈疾病目的的技术。

（二十）治疗有效

指以下两种情况：

1. 指实体肿瘤病灶按照 **《RECIST 1.1: 实体肿瘤疗效评价标准》** 未出现疾病进展（完全缓解、部分缓解、疾病稳定），即定义为治疗有效；
2. 非实体肿瘤按相关专业机构的指南规范，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，得出疾病未进展的结论，即定义为治疗有效。

（二十一）住院

指被保险人因意外伤害或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. 被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；
3. 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；
4. 被保险人住院体检；
5. 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。

（二十二）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。

（二十三）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。

（二十四）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。

（二十五）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。

（二十六）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。

（二十七）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。

（二十八）未到期净保费

未滿期淨保費 = 保險費 × [1 - (保險單已經過天數/保險期間天數)] × (1 - 費用比例)，經過天數不足一天的按一天計算。除另有約定外，費用比例為25%。