

中国平安财产保险股份有限公司

平安产险恶性肿瘤医疗保险（互联网版）条款

注册编号：C00001732512021122944443

总则

第一条 本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。

第二条 本保险合同的被保险人应为身体健康、能正常工作或正常生活的自然人。

第三条 本保险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、对被保险人有保险利益的其他人。

若被保险人为无民事行为能力人，投保人须符合保险法规定。凡不符合保险法规定的投保申请，保险人不予承保。

第四条 除另有约定外，本保险合同的各项保险金的受益人为被保险人本人。

第五条 本保险合同仅限于互联网渠道销售。

保险责任

第六条 自保险期间开始且等待期满之日起，至保险期间终止之日止，被保险人经符合本保险合同释义的医院（以下简称“医院”）专科医生确诊初次罹患本保险合同约定的**恶性肿瘤或原位癌**，保险人在保险单载明的限额内给付恶性肿瘤或原位癌确诊费用保险金、恶性肿瘤或原位癌治疗费用保险金、恶性肿瘤或原位癌就医安排费用保险金、恶性肿瘤或原位癌第三方诊疗费用保险金、以及质子重离子医疗费用保险金。其中恶性肿瘤或原位癌就医安排费用保险金、恶性肿瘤或原位癌第三方诊疗费用保险金责任中的健康服务属于就医服务类别。

（一）恶性肿瘤或原位癌确诊费用保险金

在本保险合同保险期间内且等待期满后，被保险人经医院专科医生确诊初次罹患恶性肿瘤或原位癌，对于其确诊之日前三十日内在门急诊或住院期间在医院内实际发生的必须由被保险人自行承担的、与确诊疾病相关的必需且合理的如下医疗费用，在扣除被保险人按照基

本医疗保险或公费医疗的有关规定取得医疗费用补偿后,乘以对应的赔付比例给付恶性肿瘤或原位癌确诊费用保险金。

1. 赔付费用类型

(1) 医生诊疗费: 指被保险人门急诊期间发的主诊医生或会诊医生的劳务费用, 包括挂号费等。

(2) 检查检验费: 指门急诊或住院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合理治疗费用, 包括 X 光费、心电图费、心电图费、B 超费、脑电图内窥镜肺功能仪分子生化检验和血、尿、便常规检验费等。

2. 赔付比例

被保险人在本保险合同约定的医院内就诊的, 一般情形下, 赔付比例为 100%。投保时被保险人以有基本医疗保险或公费医疗的身份参保, 但就诊时未使用基本医疗保险或公费医疗的, 则赔付比例为 60%。如投保人投保的是计划三, 且在本合同约定的特需部就诊的, 不受此限。

(二) 恶性肿瘤或原位癌治疗费用保险金

在本保险合同保险期间内且等待期满后, 被保险人经医院专科医生确诊初次罹患恶性肿瘤或原位癌, 对于其确诊之日后至保险期间终止之日止, 在门急诊或住院期间在医院内实际发生的必须由被保险人自行承担的、与治疗该疾病相关的、必需且合理的如下医疗费用, 不包含质子重离子医疗费用, 保险人在扣除被保险人按照基本医疗保险或公费医疗的有关规定取得的医疗费用补偿后, 乘以对应的赔付比例给付恶性肿瘤或原位癌治疗费用保险金。

1. 赔付费用类型

(1) 住院医疗费用

被保险人经医院确诊初次罹患恶性肿瘤或原位癌, 对于其确诊之日后的住院期间在医院内实际发生的必须由被保险人自行承担的、与治疗该疾病相关的、必需且合理的住院医疗费用, 保险人按本保险合同约定给付恶性肿瘤或原位癌治疗费用保险金。

(2) 特殊门诊医疗费用

被保险人经医院确诊初次罹患恶性肿瘤或原位癌且必须接受特殊门诊治疗, 特殊门诊治疗期间所实际发生的必须由被保险人自行承担的必需且合理的特殊门诊费用, 保险人按本保险合同约定给付恶性肿瘤或原位癌治疗费用保险金。

(3) 门诊急诊医疗费用（责任可选）

投保人在投保时可选择以下保险责任之一，**不包括上述约定的特殊门诊医疗费用和确诊费用：**

①被保险人经医院确诊初次罹患恶性肿瘤或原位癌，其确诊之日后经医院诊断必需住院治疗的，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（含出院当日，以住院病历或出院小结为准）内发生的在医院内实际发生的必须由被保险人自行承担的、与治疗该疾病相关的、必需且合理的门诊急诊医疗费用，保险人按本保险合同约定给付恶性肿瘤或原位癌治疗费用保险金。

②被保险人经医院确诊初次罹患恶性肿瘤或原位癌，对于其确诊之日后在医院内实际发生的必须由被保险人自行承担的、与治疗该疾病相关的、必需且合理的门诊急诊医疗费用，保险人按本保险合同约定给付恶性肿瘤或原位癌治疗费用保险金。

2. 赔付比例

被保险人在本保险合同约定的医院内就诊的，一般情形下，赔付比例为 100%。如投保时被保险人以有基本医疗保险或公费医疗的身份参保、但就诊时未使用基本医疗保险或公费医疗的，则赔付比例为 60%。如投保人投保的是计划三，且在本合同约定的特需部就诊的，不受此限。

(三) 恶性肿瘤或原位癌就医安排费用保险金

在本保险合同保险期间内且等待期满后，被保险人经医院专科医生确诊初次罹患或疑似恶性肿瘤或原位癌需接收住院或门诊治疗，经过向保险人申请并审核通过后，保险人将安排被保险人在保险人指定范围内的医院进行治疗。由此产生相关医疗服务费用，**保险人将在本项保险责任限额范围内承担恶性肿瘤或原位癌就医安排费用保险金。本项保险责任不包括任何被保险人治疗的医院所收取的费用。**

在本保险合同保险期间内，保险人仅承担一次门诊就医安排费用保险金和一次住院就医安排费用保险金。所有就医安排费用保险金将由保险人直接支付给提供就医安排服务的第三方服务机构，被保险人无需支付该部分费用且不当向保险人申请该部分保险金的支付。

(四) 恶性肿瘤或原位癌第三方诊疗费用保险金

在本保险合同保险期间内且等待期满后，被保险人经医院专科医生确诊初次罹患或疑似恶性肿瘤或原位癌的，经过向保险人的申请并审核通过后，可获取中国大陆境内三级甲等医

院副主任医师以上医疗专家根据被保险人提供的书面医疗检查报告作出的独立第三方诊疗意见。由此产生的专家诊疗费用，保险人在本项保险责任限额范围内承担恶性肿瘤或原位癌第三方诊疗费用保险金。

在本保险合同保险期间内，保险人仅承担一次恶性肿瘤或原位癌第三方诊疗费用保险金。恶性肿瘤或原位癌第三方诊疗费用保险金将由保险人直接支付给提供该诊疗服务的第三方服务机构，被保险人无需支付该部分费用且不当向保险人申请该部分保险金的支付。

（五）质子重离子医疗费用保险金

在本保险合同保险期间内且等待期满后，被保险人经医院专科医生确诊初次罹患恶性肿瘤或原位癌，对于其确诊之日后至保险期间终止之日止，在保险人指定的特定医疗机构接受质子重离子放射治疗的，对于其实际支出的必须由被保险人自行承担的必需且合理的质子重离子医疗费用，保险人在本项保险责任限额范围内承担质子重离子医疗费用保险金。

补偿原则

第七条 本保险合同遵循医疗费用补偿原则。

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本保险合同的约定进行赔付。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。

责任免除

第八条 因下列原因导致被保险人发生恶性肿瘤或原位癌的，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常；

（二）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；

(三) 精神和行为障碍（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）、性病；

(四) 核爆炸、核辐射或核污染、化学污染；

(五) 被保险人接受实验性治疗，即未经科学或医学认可的医疗；

(六) 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；

(七) 既往症及其并发症；

(八) 不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症；

(九) 被保险人主动吸食或注射毒品。

第九条 被保险人在下列期间发生保险事故的，保险人也不承担给付保险金责任：

(一) 所在国家或地区处于战争、军事行动、暴动或武装叛乱期间；

(二) 被保险人酒后驾车、无有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车期间；

(三) 被保险人感染艾滋病病毒或罹患艾滋病期间。

第十条 以下费用，保险人不承担给付保险金的责任：

(一) 如下项目的治疗费用：皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗；雀斑、老年斑、痣的治疗和去除；对浅表静脉曲张、蜘蛛静脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、纹身去除、皮肤变色的治疗或手术；激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗斑秃、白发、秃发、脱发、植毛，脱毛、隆鼻、隆胸；

(二) 各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗费用，包括但不限于平足及各种非功能性整容、矫形手术费用；

(三) 人工器官材料费、安装和置换等费用（心脏瓣膜、人工晶体、人工关节不受此限），各种康复治疗器械、假体、义肢、自用的按摩保健和治疗用品等所有非处方医疗器械费用；

(四) 耐用医疗设备（指各种康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备）的购买或租赁费用；

(五) 未经医生处方自行购买的药品费用、虽有医生处方但非开具处方医生所执业的医院药房购买的药品费用（以药品费收款票据为准）、滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂、

医生开具的超过 30 天部分的药品费用；

（六）各种医疗咨询和健康预测费用，如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询（一般心理问题，如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等）等；

（七）由于职业病、医疗事故引起的医疗费用；

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

（九）各类医疗鉴定费用，鉴定类型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。

（十）被保险人在等待期内出现本保险合同约定的恶性肿瘤或原位癌的，或等待期内接受检查但在等待期后确诊的本保险合同约定的恶性肿瘤或原位癌而引起的相关费用；

保险金额与赔付比例

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。本保险合同的投保计划、各计划的保险金额、赔付比例由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险期间与续保

第十二条 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，且最长不得超过一年。

第十三条 本保险产品遵循不保证续保条款：本产品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，经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

若发生下列情形之一的，本合同不再接受续保：

（一）本产品统一停售；

（二）被保险人身故；

（三）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，保险人已经解除保险合同的；

(四) 投保人未如实告知,被保险人不符合投保条件或存在欺诈情形的;

等待期

第十四条 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,最长不得超过一百八十天;如未载明的,则默认为九十天。

投保人在上一保险合同保险期间届满后六十日内成功重新投保本产品并缴纳应缴保险费的,无等待期。

如为连续不间断续保的(同一被保险人连续在本保险人处投保本条款为基础的保险合同,保险期间衔接不中断),从第二期保险合同起的连续不间断续保保险合同不适用等待期。

若保险合同未连续不间断续保,则需重新适用等待期。

缴费方式与宽限期

第十五条 投保人可以选择一次性全额支付保险费,也可以根据合同约定分期支付保险费。

若投保人选择一次性支付保险费的,投保人应当在投保时一次性交清保险费。

若投保人选择分月支付保险费的,在交纳首月保险费后,投保人应当在每月保险费约定支付日交纳对应月份的保险费。

第十六条 若投保人分期支付保险费,在支付首期保险费后未按约定交纳保险费,保险人允许投保人在催告之日起三十日(含第三十日)内补交保险费,如果被保险人在此三十日内发生保险事故,保险人仍按照合同约定给付保险金,但有权从给付的保险金中扣除投保人欠缴的保险费。

若投保人在保险人催告之日起三十日(含第三十日)内未补交保险费,则本合同自当期保费的应付之日起终止,对于保险合同终止后发生的保险事故,保险人不承担保险责任。

保险人义务

第十七条 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。

第十八条 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。

第十九条 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。

第二十条 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，保险人将在确定是否属于保险责任的基本材料收集齐全后，尽快做出核定。

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，履行赔偿保险金义务。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。

第二十一条 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

第二十二条 订立保险合同，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

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。

第二十三条 投保人、被保险人或者保险金受益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。

第二十四条 保险事故发生后，被保险人需要治疗的，应在释义医院治疗，若因急诊未在释义医院治疗的，应在三日内通知保险人，并根据病情及时转入释义医院。若确需转入非释义医院治疗的，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，对于保险人同意在非释义医院住院的，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

第二十五条 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) 保单号或其他有效保险凭证；

(三) 被保险人的身份证明、保险金申请人的身份证明；

(四) 医院出具的附有病理显微镜检查、血液检验及其它科学方法检验报告的疾病诊断证明书；

(五) 医院出具的入出院证明或门诊证明；

(六) 医院出具的医疗诊断书及住院或门诊发生医疗费用的原始凭证、医疗费用结算清单、病历（若施行手术还需提供手术费用的原始凭证）；

(七) 检查检验报告及药品明细和处方；

(八) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

(九) 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

第二十六条 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（不包括港澳台地区法律）人民法院起诉。

第二十七条 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）。

其他事项

第二十八条 投保人和保险人可以协商变更合同内容。

变更保险合同的，应当由保险人在保险单或者其他保险凭证上批注或附贴批单，或者投保人和保险人订立变更的书面协议。

第二十九条 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，但保险人已根据本保险合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

(一) 保险合同解除申请书；

(二) 保险单；

(三) 保险费交付凭证；

(四) 投保人身份证明。

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三十日内退还保险单的现金价值，其计算方法如下：

保险单现金价值=净保费×[1－（保险期间已经过天数/保险期间天数）]，经过天数不足一天的按一天计算。

释义

第三十条

【医院】指保险人与投保人约定的定点医院，未约定定点医院的，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院，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。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。

【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) 在二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

【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。

【恶性肿瘤】指由医院的专科医生明确诊断，被保险人发生的符合以下定义的恶性肿瘤。恶性肿瘤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的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床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）的恶性肿瘤范畴，其中不包含：

- (1) 原位癌；
- (2) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- (3) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- (4) 皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；
- (5) TNM 分期为 T1NOMO 期或者更轻分期的前列腺癌；
- (6) 感染艾滋病病毒或罹患艾滋病期间所罹患恶性肿瘤。

【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。

【确诊之日】指被保险人经手术治疗或病理检查确诊恶性肿瘤或原位癌的，以手术病理取材或病理活检取材日期为疾病确诊日期；被保险人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疾病确诊日期。

【住院】指被保险人因疾病而入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，**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。**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。

【必需且合理】指符合通常惯例且医学必需。

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、有医生处方的项目；
- (2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；
- (3) 非试验性的、非研究性的项目；
- (4) 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。

【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。

【特需部】上述公立医院的特需部，**但不包含高级病区、VIP 病房、外宾医疗、干部病房、国际医疗。**

【住院医疗费用】指被保险人住院期间在医院发生，实际由医院收取并由医院开具相关

票据的医疗费用，包括：

(1) 床位费：本保险合同的计划一和计划二：床位费指住院期间实际发生的、不高于双人病房的住院床位费（**不包括单人病房、套房、家庭病床**）。本保险合同的计划三：床位费指住院期间实际发生的、不高于标准单人病房的住院床位费（**不包括套房、家庭病床**）。

(2) 陪床费：指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间，保险人根据合同约定给付其合法监护人（**限一人**）在医院留宿发生的陪床费；或女性被保险人在住院治疗期间，保险人根据合同约定给付其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的陪床费。

(3) 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。

(4) 护理费：指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

(5) 膳食费：指住院期间根据医生的医嘱，由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并并在病房费等其他款项内。

(6) 检查检验费：指住院期间实际发生的，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 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。

(7) 治疗费：指住院期间以治疗疾病为目的，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，具体以就诊医院费用项目划分为准。**本项责任包含如下费用：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。**

(8) 药品费：指住院期间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。**本项药品费责任中不包含中草药费用。**

(9) 医生诊疗费：指包括住院诊疗费、会诊费、出诊费、挂号费等医生诊疗的费用。

(10) 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。**

(11) 救护车使用费：指住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，根据医生建议，**被保**

险人需医院转诊过程中的医院用车费用，且救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送。

(12) 中医治疗费用：以治疗恶性肿瘤或原位癌为目的发生的必需且合理的中医治疗、中成药、中草药费用，**不包括滋补类中草药**。中医治疗包括针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗等。滋补类中草药，即以提高人体免疫力为主要用途使用的中草药及成药，包括但不限于人参、阿胶、鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、珊瑚、玳瑁、冬虫夏草、藏红花、羚羊、犀角、牛黄、麝香、鹿茸、铁皮枫斗以及用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂。

(13) 卫生材料费：指在医院为了治病所产生的除了药费之外的其它费用，如一次性耗材、创面损伤辅料、功能敷料、生物材料、手术用品、粘贴材料、护创材料、医用纺织品、医用非织造布、敷料机械等材料费用。

【特殊门诊医疗费用】 仅包括化学疗法、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。

【门诊急诊医疗费用】指被保险人在医院门诊急诊治疗发生的医疗费用，包括：

(1) 医生诊疗费：指被保险人门急诊期间发生的主诊医生或会诊医生的劳务费用，包括挂号费。

(2) 治疗费：指门急诊发生的以治疗疾病为目的，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，具体以就诊医院的费用项目划分为准。**本项责任不包含如下费用：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。**

(3) 检查检验费：指门急诊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。

(4) 药品费：被保险人每次门急诊发生的，必需且合理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。**本项药品费责任中不包含中草药费用。**

(5) 救护车使用费：指为抢救生命由急救中心派出的救护车运送被保险人至医疗机构的费用，救护车的使用仅限于同一城市中的医疗转送。

【质子重离子医疗费用】指被保险人因接受质子重离子放射治疗而发生的相关费用,包括床位费、护理费、膳食费、检查检验费、治疗费、诊疗费、药品费，**但不包括化学疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法和肿瘤靶向疗法、物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法所产**

生的医疗费用。

(1) 床位费 指住院期间实际发生的、不高于双人病房的住院床位费(不包括单人病房、套房、家庭病床),床位费的限额请见附表。

(2) 护理费 指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

(3) 膳食费 指住院期间根据医生的医嘱,由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内;根据各医疗机构的惯例,可以作为独立的款项、也可以合并并在病房费等其他款项内。

(4) 检查检验费 指住院期间实际发生的,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。

(5) 治疗费 指住院期间以治疗疾病为目的,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,具体以就诊医院费用项目划分为准。

(6) 诊疗费 又称医师费,指医护人员的专业诊断劳务费用。

(7) 药品费 指住院期间实际发生的必需且合理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。**药品费中不包含中草药费用。**

【物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法】物理治疗是指应用人工物理因子(如光、电、磁、声等)来治疗疾病,包括电疗、光疗、磁疗、热疗等;中医理疗是指以治疗疾病为目的,被保险人接受由具有相应资格的医生实施的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗;其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

【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。

【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。

【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

应分子输入宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本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督管理总局批准用于临床治疗。

【**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督管理总局批准用于临床治疗。

【**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。本合同所指的靶向治疗的药物需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。

【**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。

【**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。

【**既往症**】指被保险人在本保险合同生效日之前罹患的已知或应该知道的有关疾病或症状。包括不限于以下情况：本保险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；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；未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

【**并发症**】指疾病在发展过程中偶然引起的另一种疾病或症状，且新引起的疾病或症状非医务人员的过失所致。

【**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。**

【**酒后驾车**】指车辆驾驶人员在其血液中的酒精含量大于或者等于 20mg/100mL 时的驾驶行为。

【**无有效驾驶证**】被保险人存在下列情形之一者：

- (1) 无驾驶证，驾驶证被依法扣留、暂扣、吊销、注销；
- (2) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；

(3) 实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者执行任务的警车、载有危险物品的机动车或牵引挂车的机动车;

(4) 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、许可证书或其他必备证书, 驾驶出租机动车或营业性机动车无交通运输管理部门核发的许可证书或其他必备证书。

【无有效行驶证】指下列情形之一:

(1) 机动车行驶证、号牌被注销的;

(2) 未按规定检验或检验不合格。

【感染艾滋病病毒或罹患艾滋病】 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。

【《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD-10)】指世界卫生组织(WHO)制定的国际统一的疾病分类方法, 它根据疾病的病因、病理、临床表现和解剖位置等特性, 用一种系统有序的组合编码的方法对疾病进行分类。目前世界通用的是第 10 次修订本《疾病和有关健康问题的国际统计分类》, (ICD-10) 是该分类第 10 次修订本的简称。

【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。

【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。

【不可抗力】指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

【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。