

利宝保险有限公司

个人恶性肿瘤医疗保险条款（2025 版 A 款）（互联网专属）

（注册号：C00006032512025042816883）

本保险条款中，“您”指投保人，“我们”指与投保人签订保险合同的利宝保险有限公司。

1 您与我们的合同

1.1 合同构成

本保险条款、电子保险单或其他保险凭证、投保书、与保险合同有关的电子投保文件、**合法有效（见释义 9.1）**的声明、批注、批单、其他书面或电子协议都是您与我们之间订立的本保险合同（以下简称“本合同”）的构成部分。

1.2 合同成立及生效

您提出保险申请、我们同意承保，本合同成立。

您在申请投保本保险时，须填写或确认所有与本合同有关的电子投保文件，包括但不限于电子投保书、投保须知、投保声明、健康告知问卷、个人信息处理授权书等。

我们有权依据您在本合同订立时填写并确认的健康告知问卷中所明确告知的被保险人健康状况，以及您提供给我们的其它书面医学资料，向您出具除外承保某一种或多种恶性肿瘤，或针对某一种或多种恶性肿瘤设置赔偿限额的核保结论，如您书面接受核保结论，该核保结论作为本合同的订立条件，具体核保结论将在电子保险单上载明，如您不接受核保结论，则本合同不成立。

本合同自我们收取保险费并签发电子保险单时开始生效，具体以电子保险单所载的生效日期为准。

1.3 投保人

凡年满 18 周岁（见释义 9.2），具有完全民事行为能力的被保险人本人或在本合同订立时对被保险人具有保险利益的人，均可作为本合同的投保人。

1.4 被保险人

凡投保时年龄为 0 周岁（出生满 60 日且已健康出院的婴儿）至 80 周岁（含 80 周岁）的投保人本人及其配偶、子女、父母可作为本合同的被保险人。不间断连续投保时，被保险人年龄上限可放宽至 100 周岁（含 100 周岁）。

2 保险责任是什么

2.1 保障计划

您在投保本保险时自主选择投保一个保障计划，具体的保障计划表将在

电子保险单中载明。

2.2 等待期

您为被保险人首次投保本保险或非连续投保本保险时，自本合同生效日起一定期限为等待期，最长不超过九十日，等待期期限由您在投保时与我们约定，并在电子保险单中载明。

在等待期内，被保险人在医院（见释义 9.3）确诊罹患本合同所定义的恶性肿瘤（见释义 9.4），无论治疗所发生的费用是否发生在等待期内，我们都不承担赔偿保险金责任，本合同终止，我们向您无息退还所交保险费。

您为被保险人不间断连续投保本保险或被保险人因遭受意外伤害导致被保险人发生保险事故的不计等待期。

2.3 保险责任

本合同的保险责任包含社保范围内原发“恶性肿瘤-重度”医疗保险金、原发恶性肿瘤医疗保险金、质子重离子医疗保险金、恶性肿瘤院外特种药品费用保险金、原发恶性肿瘤住院津贴保险金五项保险责任。您在与我们订立保险合同时，将选择投保一个保障计划，您所投保的保障计划所包含的保险责任以电子保险单载明的保障计划表为准，对于您投保的保障计划中不包含的保险责任，本合同中有关的约定不产生效力。

2.3.1 社保范围内原发“恶性肿瘤-重度”医疗保险金

在本合同保险期间内，被保险人在等待期后在中华人民共和国境内（不含香港、澳门、台湾地区）医院（以下简称“医院”）经专科医生（见释义 9.5）初次确诊（见释义 9.6）罹患本合同约定的原发（见释义 9.7）性的“恶性肿瘤-重度”（见释义 9.4），且经专科医生诊断必须接受治疗的，对被保险人因此发生的以下必需且合理（见释义 9.8）的、属于当地（见释义 9.9）社会基本医疗保险支付范围内的医疗费用，我们依照本合同的约定给付社保范围内原发“恶性肿瘤-重度”医疗保险金：

保险项目	保险内容	赔付比例
1、社保范围内原发“恶性肿瘤-重度”住院医疗费用	被保险人在其“恶性肿瘤-重度”确诊之日（见释义 9.10）后在医院住院（见释义 9.11）期间发生的与治疗该恶性肿瘤相关的，属于当地社会基本医疗保险支付范围内的必需且合理的住院医疗费用（见释义 9.12）。	我们在扣除本合同约定的社保范围内原发“恶性肿瘤-重度”医疗保险金免赔额后，按照下列赔付比例约定给付保险金：

2、社保范围内原发“恶性肿瘤-重度”特殊门诊医疗费用	被保险人在其“恶性肿瘤-重度”确诊之日后在医院接受特殊门诊治疗期间发生的与治疗该恶性肿瘤相关的、应当由被保险人实际支付的，属于当地社会基本医疗保险支付范围内的必需且合理的特殊门诊医疗费用。 特殊门诊治疗包括：化学疗法（见释义 9.13）、放射疗法（见释义 9.14）、肿瘤免疫疗法（见释义 9.15）、肿瘤内分泌疗法（见释义 9.16）、肿瘤靶向疗法（见释义 9.17）。	1、被保险人以参加社会基本医疗保险（见释义 9.19）或者公费医疗（见释义 9.20）身份投保，并以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，赔付比例为 25%
3、社保范围内原发“恶性肿瘤-重度”确诊前医疗费用	被保险人在恶性肿瘤确诊之日（含）前 30 日内（含）接受门急诊或住院治疗期间发生的，属于当地社会基本医疗保险支付范围内的必需且合理的与确诊该恶性肿瘤相关的医疗费用（见释义 9.18）。	2、被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，但未以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，赔付比例为 15%。
4、社保范围内原发“恶性肿瘤-重度”住院前后门急诊医疗费用	被保险人住院治疗前（含住院当日）30 日（含）和出院后（含出院当日）30 日内（含），因与该次住院相同原因而接受该恶性肿瘤门急诊治疗的，应当由被保险人实际支付的，属于当地社会基本医疗保险支付范围内必需且合理的恶性肿瘤门急诊医疗费用（不包括本项上述约定的社保范围内原发“恶	3、被保险人以未参加社会基本医疗保险或公费医疗身份投保，赔付比例为 25%。

	性肿瘤-重度”特殊门诊医疗费用和社保范围内原发“恶性肿瘤-重度”确诊前医疗费用)。	
--	---	--

我们对于社保范围内原发“恶性肿瘤-重度”医疗保险金的累计赔偿金额以本合同约定的社保范围内原发“恶性肿瘤-重度”医疗保险金额为限，一次或累计赔偿的金额达到电子保险单载明的社保范围内原发“恶性肿瘤-重度”医疗保险金额时，我们对被保险人在本项责任下的保险责任终止。

2.3.2 原发恶性肿瘤医疗保险金

在本合同保险期间内，被保险人在等待期后在医院经专科医生初次确诊罹患本合同约定的原发性恶性肿瘤，且经专科医生诊断必须接受相关治疗的，对被保险人因此发生的以下必需且合理的医疗费用，我们依照本合同的约定给付原发恶性肿瘤医疗保险金：

保险责任	保险责任内容	赔偿比例
1、原发恶性肿瘤住院医疗费用	被保险人在其恶性肿瘤确诊之日后在医院住院期间发生的与治疗恶性肿瘤相关的、必需且合理的住院医疗费用。	我们在扣除本合同约定的原发恶性肿瘤医疗保险金免赔额后，按照下列赔付比例约定给付保险金：
2、原发恶性肿瘤特殊门诊医疗费用	被保险人在其恶性肿瘤确诊之日后在医院接受特殊门诊治疗期间发生的与治疗恶性肿瘤相关的、应当由被保险人实际支付的、必需且合理的特殊门诊医疗费用。 特殊门诊治疗包括：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。	1、被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，并以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，赔付比例为 100%
3、原发恶性肿瘤确诊前医疗	被保险人在恶性肿瘤确诊之日（含）前 30 日内（含）接受门急诊或住院治疗期间发	2、被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医

费用	生的、必需且合理的与 确诊恶性肿瘤 相关的医疗费用。	疗身份投保,但未以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的,赔付比例为 60%。
4、原发恶性肿瘤住院前后门急诊医疗费用	被保险人住院治疗前(含住院当日)30 日(含)和出院后(含出院当日)30 日内(含),因与该次住院相同原因而接受恶性肿瘤门急诊治疗的,应当由被保险人实际支付的、必需且合理的恶性肿瘤门急诊医疗费用(不包括本条上述约定的原发恶性肿瘤特殊门诊医疗费用和原发恶性肿瘤确诊前医疗费用)。	3、被保险人以未参加社会基本医疗保险或公费医疗身份投保,赔付比例为 100%。

我们对于原发恶性肿瘤医疗保险金的累计赔偿金额以本合同约定的原发恶性肿瘤医疗保险金额为限,一次或累计赔偿的金额达到电子保险单载明的原发恶性肿瘤医疗保险金额时,我们对被保险人在本项责任下的保险责任终止。

2.3.3 质子重离子医疗保险金

在本合同保险期间内,被保险人在等待期后在医院经专科医生初次确诊罹患本合同约定的原发性恶性肿瘤,经专科医生诊断必须接受质子重离子治疗的,我们对被保险人支付的以下必需且合理的医疗费用,依照本合同的约定给付质子重离子医疗保险金:

保险责任	保险责任内容	赔偿比例
质子重离子医疗费用	被保险人在电子保险单上载明的指定医疗机构(见释义 9.21)接受质子、重离子放射治疗(见释义 9.22)期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的质子、重离子医疗费用(见释义 8.23)。	我们按照100%的比例赔偿质子重离子医疗保险金。

我们对于质子重离子医疗保险金的累计赔偿金额以本合同约定的质子重

离子医疗保险金额为限，一次或累计赔偿的金额达到电子保险单载明的质子重离子医疗保险金额时，我们对被保险人在本项责任下的保险责任终止。

2.3.4 恶性肿瘤院外特种药品费用保险金

在本合同保险期间内，被保险人在等待期后在医院经专科医生初次确诊罹患本合同所定义的恶性肿瘤且必须接受相关治疗的，对于被保险人因治疗该恶性肿瘤所实际支出的、必需且合理的且同时满足以下条件的院外（见释义 9.24）特种药品（见 9.25）费用，我们在扣除本合同约定的恶性肿瘤院外特种药品费用保险金免赔额后，按照本合同约定的恶性肿瘤院外特种药品费用赔偿比例给付恶性肿瘤院外特种药品费用保险金。

我们给付恶性肿瘤院外特种药品费用保险金须同时满足以下全部条件：

（1）该特种药品须由医院专科医生开具处方（见释义 9.26）、且为被保险人当前治疗必需的药品；

（2）每次特种药品处方仅限治疗保险期间内且在等待期后初次确诊的恶性肿瘤；

（3）每次特种药品处方剂量不超过一个月；

（4）该特种药品属于本合同约定的药品清单（见 9.27）中的药品；

（5）被保险人购买特种药品须在我们的指定药店（见 9.28）、且须符合本合同“4.5 恶性肿瘤院外特种药品用药流程”的约定。

恶性肿瘤院外特种药品费用赔偿比例：

（一）社保目录内特种药品费用赔偿比例

被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，并以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，赔付比例为 80%；

被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，但未以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，赔付比例为 60%；

被保险人以未参加社会基本医疗保险或公费医疗身份投保，赔付比例为 80%。

（二）社保目录外特种药品费用赔偿比例

无论被保险人是否以参加社会基本医疗保险或公费医疗身份投保，赔付比例均为 100%。

我们对于恶性肿瘤院外特种药品费用保险金的累计赔偿金额以本合同约定的恶性肿瘤院外特种药品费用保险金额为限，一次或累计赔偿的金额达到电子保险单载明的恶性肿瘤院外特种药品费用保险金额时，我们对被保险人在本项责任下的保险责任终止。

2.3.5 原发恶性肿瘤住院津贴保险金

在本合同保险期间内，被保险人在等待期后经医院专科医生初次确诊罹患本合同约定的原发恶性肿瘤，并因此在医院接受必需且合理的住院治疗的，我们对于被保险人的实际且合理住院日数，在扣除电子保险单载明的免赔住院日数后，按电子保险单载明的原发恶性肿瘤住院津贴日给付额和原发恶性肿瘤住院津贴最高给付日数，给付原发恶性肿瘤住院津贴保险金。

具体计算公式如下：

原发恶性肿瘤住院津贴保险金=（实际且合理住院日数-免赔住院日数）*
原发恶性肿瘤住院津贴日给付额

本合同中免赔住院日数、原发恶性肿瘤住院津贴日给付额，由您和我们在投保时协商确定，并在电子保险单中载明。

若被保险人到医院接受必需且合理的住院治疗，且在本合同期间届满日仍未结束的，对于被保险人在保险期间届满日次日起三十日内（含第三十日）的住院治疗，我们仍在本合同约定的原发恶性肿瘤住院津贴最高给付日数范围内承担原发恶性肿瘤住院津贴保险金给付责任。

在本合同保险期间内，无论被保险人因保险事故一次或多次发生住院治疗，被保险人同一次住院的原发恶性肿瘤住院津贴最高给付日数以九十日为限，保险期间内累计原发恶性肿瘤住院津贴最高给付日数以一百八十日为限。当累计给付日数达到一百八十日时，本项保险责任终止。

2.4 保险金额

保险金额是我们承担给付保险金责任的最高限额。

本保险各项保险责任的保险金额及保单保险金额由您和我们在投保时协商确定，并在电子保险单中载明。我们对各项保险责任的累计赔偿金额以本合同约定的保单保险金额为限，我们一次或累计赔偿金额达到保单保险金额时，本合同终止。

2.5 犹豫期

自本合同生效之日起的七日内（含第七日）为犹豫期。您在犹豫期内申请解除合同，我们将不承担任何给付保险金责任，并向您无息退还全部保险费。

您在本合同犹豫期后申请解除合同会遭受一定经济损失，我们将向您退还本合同的未满期净保费（见释义 9.29）。

2.6 补偿原则

本合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括但不限于社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、我们在内的任何商业保险机构等）获得本合同责任范围内医疗费用补偿，我们仅对被保险人实际

发生的医疗费用扣除其从上述其他途径所获医疗费用补偿后的余额按照本合同的约定进行赔偿。被保险人社保卡个人账户支出部分视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿，不进行前述扣除。

2.7 保险期间

本合同的保险期间由您在投保时与我们约定，保险期间最长不超过一年，并在电子保险单上载明。自电子保险单或其他保险凭证上记载的保险期间起始日零时起至保险期间届满日的二十四时止。

截至本合同保险期间届满日，被保险人仍在住院治疗的，对于被保险人因本次住院治疗在保险期间届满日起三十日内（含第三十日）支出的必需且合理的住院医疗费用，我们继续按照本合同的约定承担社保范围内原发“恶性肿瘤-重度”医疗保险金、原发恶性肿瘤医疗保险金、质子重离子医疗保险金的保险责任。

2.8 不保证续保

本保险为不保证续保合同。保险期间届满或保险期间届满前三十日内，您需要重新向我们申请投保本保险，并经我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

3 除外的责任是什么

3.1 责任免除

对于被保险人因以下任何情形而发生的任何费用，我们不承担给付保险金的责任：

- (1) 被保险人罹患精神和行为障碍，遗传性疾病（见释义 9.30），先天性畸形、变形或染色体异常（见释义 9.31）（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）（见释义 9.32）为准；
- (2) 被保险人故意自伤，但被保险人自伤时为无民事行为能力人的除外；
- (3) 被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施，或被国家机关依法拘禁或服刑期间伤病；
- (4) 被保险人殴斗、主动吸食或注射毒品（见释义 9.33），违反规定使用麻醉或精神药品；
- (5) 被保险人醉酒驾驶（见释义 9.34）、无合法有效驾驶证驾驶（见释义 9.35）或驾驶无有效行驶证照（见释义 9.36）的机动车（见释义 9.37）导致交通意外引起的医疗费用；
- (6) 被保险人从事高风险运动（见释义 9.38）导致的伤害引起的治疗；
- (7) 被保险人从事本保险所约定的特种职业导致的保险事故；

- (8) 被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；
- (9) 被保险人分娩（含剖腹产）、宫外孕、不孕不育治疗、人工受精、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查、流产；
- (10) 被保险人接受器官移植（造血干细胞移植或骨髓移植除外）、矫形、视力矫正手术、变性手术，以及非因意外伤害而进行的整容手术、牙科治疗、美容治疗；
- (11) 被保险人非因职业原因或器官移植原因感染艾滋病病毒（见释义 9.39）引起的治疗；
- (12) 被保险人因预防、康复、保健性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；
- (13) 除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其它人工材料费、安装和置换等费用；各种康复治疗器械、假体、义肢、自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械；
- (14) 未经医院出具外购药处方自行购买的药品、非医院药房购买的药品、医生开具的单次处方超过三十天部分的药品费用，符合以上三项任何一项所发生的医疗费用；
- (15) 减肥、胃减容术（包括可调节式束带手术、袖状胃切除手术、胃旁路手术、胃内水囊手术、胃肠转流术）；
- (16) 被保险人因投保前所患既往症（见释义 9.40）引起的相关费用，我们不承担保险责任，但投保时我们已知晓并作出书面认可的除外。

3.2 免赔额

本合同中免赔额均指年免赔额，指保险期间内被保险人自行承担，我们依据本合同不予赔偿的部分。本合同各项保险责任的免赔额由您和我们在投保时协商确定，并在电子保险单中载明。

可以计入年免赔额的范围：

可以计入年免赔额的费用补偿	不可以计入年免赔额的费用补偿
被保险人从其它商业保险获得的医疗费用补偿	社会基本医疗保险统筹账户和公费医疗支付的医疗费用
除社会基本医疗保险统筹账户和公费医疗以外，被保险人从其他途径获得的医疗费用补偿（包含被保险人社保卡个人账户支出部分）	

4 如何领取保险金

4.1 受益人

除另有约定外，本合同的受益人为被保险人本人。

4.2 保险事故通知

您、被保险人或受益人在知道保险事故发生后，应当及时通知我们，我们接收到您、被保险人或者受益人的保险事故通知后，将在一个工作日内一次性给予理赔指导。

如果您、被保险人或受益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，我们对无法确定的部分，不承担赔偿保险金责任，但我们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。

被保险人应在本合同中约定的医院就诊，若因急诊未在约定的医院就诊的，应在急诊就诊后的三日内通知我们，并在病情好转后及时转入约定的医院。

4.3 社保范围内原发“恶性肿瘤-重度”医疗保险金、原发恶性肿瘤医疗保险金、质子重离子医疗保险金的申请

保险金申请人（见释义 9.41）向我们申请给付保险金时，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，导致我们无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，我们对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

- (1) 电子保险单或保险凭证；
- (2) 理赔申请书；
- (3) 保险金申请人的有效身份证件（见释义 9.42）；
- (4) 医院或特定医疗机构出具的完整病历资料（包括门急诊病历、处方，住院病历或出院记录以及检查报告、检验报告等）；
- (5) 若被保险人未从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用收据原件、医疗费用明细清单；

若被保险人已从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用明细清单、医疗费用收据复印件、以及医疗费用分割单原始凭证（如社会基本医疗保险或公费医疗结算单、我们在内的任何商业保险机构出具的理赔分割单、与工作单位及侵权人或侵权责任承担方达成的赔偿协议或和解协议或法院判决、调解生效的法律文书等取得医疗费用补偿的证明）；

- (6) 被保险人罹患本合同所定义的恶性肿瘤、特定疾病的，还应提供由医院专科医生出具的对被保险人的疾病诊断证明书以及由医院出具的与该疾病诊断证明书相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检

验报告（相关检验报告如已在病历中提交则无需重复提交）；

(7) 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；

(8) 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。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，并提供监护人的身份证明等资料。

4.4 恶性肿瘤院外特 种药品费用保险 金的申请

保险金申请人向我们申请给付保险金时，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，导致我们无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，我们对无法核实部分不承担赔偿保险金的责任。

(1) 电子保险单或保险凭证；

(2) 理赔申请书；

(3) 保险金申请人的有效身份证件；

(4) 医院出具的完整病历资料（包括门急诊病历、处方，住院病历或出院记录以及检查报告等）；

(5) 由医院专科医生出具的对被保险人的疾病诊断证明书以及由医院出具的与该疾病诊断证明书相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告；

(6) 由医院专科医生出具的用于治疗恶性肿瘤的药品处方及**特药院外购药证明（见释义 9.43）**；

(7) 若被保险人未从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用发票原件、医疗费用清单；

若被保险人已从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用清单、医疗费用发票复印件、医疗费用分割单原始凭证（如社会基本医疗保险或公费医疗结算单、我们在内的任何商业保险机构出具的理赔分割单、与工作单位及侵权人或侵权责任承担方达成的赔偿协议或和解协议或法院判决、调解生效的法律文书等取得医疗费用补偿的证明）；

(8) 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；

(9) 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。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，并提供监

护人的身份证明等资料。

我们认为保险金申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，将及时一次性通知您、保险金申请人补充提供。

保险金申请人在院外特种药品购药申请中已提交的材料在保险金申请时无需再次提交。

被保险人的恶性肿瘤院外特种药品费用由我们的指定药店垫付的，保险金申请人应将申请和受领恶性肿瘤院外特种药品费用保险金的权利转让给我们的指定药店，由我们与我们的指定药店直接结算保险责任范围内的恶性肿瘤院外特种药品费用，我们不再接受保险金申请人对该部分保险金的申请。

4.5 恶性肿瘤院外特种药品用药流程

如果被保险人根据医院专科医生开具的药品处方在我们的指定药店购买药品，由保险金申请人作为用药流程的申请人，按照以下流程进行购药申请、药品处方审核和院外药店直付用药：

(1) 购药申请：

保险金申请人按照我们的要求提交相关申请材料，主要包括与被保险人相关的个人信息、医院专科医生初次确诊被保险人罹患本合同所定义的恶性肿瘤的诊断证明（包含确诊日期）、与诊断证明相关的检查检验报告、药品处方、特药院外购药证明及其他所需要的医学材料。

(2) 药品处方审核：

购药申请提交后，我们将进行药品处方审核。对于药品处方审核中的**特殊情况（见释义 9.44）**，我们有权要求保险金申请人补充其他与药品处方审核相关的医学材料。

药品处方审核主要包括以下两方面：

根据经中国国家药品监督管理部门批准上市的该药品说明书（以药品处方开具时最新版本为准）所列明的适应症、用法、用量及被保险人的基因检测指标审核药品处方；

根据被保险人的疾病状况审核被保险人是否对申请的院外特种药品已经**耐药（见释义 9.45）**。

如果药品处方审核未通过，我们不承担赔偿恶性肿瘤院外特种药品费用保险金责任。

(3) 院外药店直付用药流程：

药品处方审核通过后，保险金申请人应凭药品处方、被保险人的有效身份证件及被保险人的中华人民共和国社会保障卡（如果被保险人不拥有

社会基本医疗保险身份则无需提供社会保障卡）到我们的指定药店购买特种药品。在部分指定药店，对于属于保险责任的部分特种药品费用，可由我们与指定药店直接结算，但保险金申请人应自行支付不属于保险责任范围内的特种药品费用。

4.6 原发恶性肿瘤住院津贴保险金的申请

保险金申请人向我们申请给付保险金时，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，导致我们无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，我们对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

- (1) 电子保险单或保险凭证；
- (2) 理赔申请书；
- (3) 保险金申请人的有效身份证件；
- (4) 医院出具的被保险人出院记录、由医院专科医生出具的对被保险人的疾病诊断证明书以及由医院出具的与该疾病诊断证明书相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告；
- (5) 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；
- (6) 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。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，并提供监护人的身份证明等资料。

4.7 保险金给付

我们收到保险金申请人的给付保险金请求及完整材料后，事实清晰、责任明确且无需调查的，应当在五个工作日内作出是否属于保险责任的核定；情形复杂需要调查的，应当在三十日内作出核定。

我们应当将核定结果在一个工作日内通知保险金申请人；对属于保险责任的，在与保险金申请人达成赔偿保险金的协议后十日内，履行赔偿保险金义务。本合同对给付保险金的期限有约定的，我们应当按照约定履行给付保险金的义务。

我们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在一个工作日内向保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

我们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；我们最终确定给付保险金的数额后，应当支付相应的差额。

如果被保险人本人作为保险金受益人已向我们书面申领保险金，但在实际领取保险金前身故，保险金将作为其遗产，由我们向其合法继承人赔偿。

4.7 诉讼时效

保险金申请人向我们请求赔偿保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

5 如何支付保险费

5.1 保险费的支付

本合同的保险费按照被保险人的年龄和所选计划确定。您须按合同约定支付保险费。您未按本合同约定一次性交清保险费或交清首期保险费的，本合同不生效，对于本合同生效前发生的保险事故，我们不承担保险责任。本合同保险费支付方式由您在投保时与我们约定，并在电子保险单上载明。

若您选择一次性支付保险费的，您应当在投保时一次性交清保险费。

若您选择分期支付保险费的，您应当在投保时交清首期保险费。在交纳首期保险费后，您应当在每个保险费约定支付日（见释义 9.46）交纳其余各期对应月份的保险费。若您未按约定交纳保险费，我们允许您在分期支付宽限期内补交保险费，如果被保险人在分期支付宽限期内发生保险事故，我们仍按照合同约定赔偿保险金，但您需先行补交欠缴的保险费。

若您在分期支付宽限期内未补交保险费，本合同自分期支付宽限期届满之日的二十四时起终止，如果被保险人在合同终止后发生保险事故，我们不承担给付保险金的责任。

6 其它保险人的义务

6.1 明确说明与签发电子保险单义务

本合同成立后，我们应当及时向您签发电子保险单或其他保险凭证。

订立本合同时，我们应当向您说明本合同的内容。对本合同中免除我们责任的条款，我们在订立合同时应当在投保单、电子保险单或其他保险凭证上作出足以引起您注意的提示，并对该条款的内容以书面或口头形式向您作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

6.2 资料补充通知义务

我们认为被保险人或被保险人的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、被保险人或受益人补充提供。

7 其它投保人、被保险人的义务

7.1 如实告知

我们就您和被保险人的有关情况提出询问，您应当如实告知。

如果您故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本合同。

如果您故意不履行如实告知义务，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

如果您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，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

我们在本合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。

7.2 年龄错误

年龄的计算及年龄错误的处理：

（一）被保险人的投保年龄按周岁计算；

（二）您在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保单上填明，如果发生错误按照下列方式办理：

（1）您申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本合同约定投保年龄限制的，我们有权解除本合同，并向您退还本合同的未满期保险费。

（2）您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费少于应付保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。若已经发生保险事故，在赔偿保险金时按实付保险费和应付保险费的比例赔偿。

（3）您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费多于应付保险费，我们会将多收的保险费无息退还给您。

7.3 通讯地址的变更

您的住所、通讯地址或数据电文联系方式等变更时，应及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。您未及时通知的，我们按保险合同所载的最后住所、通讯地址或数据电文联系方式发送的有关通知，均视为已送达给您。

7.4 职业的变更

本合同的被保险人变更其职业或工种时，您或被保险人应于十日内以书面形式通知我们。

被保险人所变更的职业或工种属于本合同约定的特种职业的，我们在接到通知后有权解除本合同并按照接到通知之日退还原职业或工种所对应的未满期净保费。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类仍可承保的或在拒保范围内但我们认定可以继续承保的，我们按照接到通知之日计算并退还原职业或工种所对应的未满期净保费，您需要补缴新职业或工种所对应的保费。

8 须关注的其它事项

- 8.1 您解除合同的手续及风险 如您申请解除本合同，请向我们发起解除合同申请并向我们提供您的有效身份证件。

保险责任开始前，您要求解除本合同的，我们应当无息全额退还您已交纳的保险费。

保险责任开始后，您要求解除本合同的，自我们接到解除保险合同申请书并确认合同解除之时起，本合同解除。您在本合同犹豫期内申请解除本合同的，我们自收到解除保险合同申请之日起三十日内向您无息退还全部保险费。您在本合同犹豫期后申请解除本合同的，我们自收到解除保险合同申请之日起三十日内向您退还本合同的未满期保险费，若本合同已发生保险金赔偿，未满期保险费为零。

您在本合同犹豫期后申请解除合同会遭受一定经济损失。

- 8.2 合同内容变更 在本合同保险期间内，经您与我们协商一致，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，应当由我们在电子保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由您与我们订立书面的变更协议。

您通过我们同意或者认可的网站等互联网渠道提出对本合同进行变更，视为您的书面申请，您向我们在线提交的电子信息与您向我们提交的书面文件具有相同的法律效力。

- 8.3 争议处理 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交电子保险单载明的仲裁机构仲裁；电子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（不含香港、澳门、台湾地区）有管辖权的人民法院起诉。

与本合同有关的以及履行本合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不含香港、澳门、台湾地区法律）。

- 8.4 保险事故鉴定 如果被保险人发生保险事故，您和我们均可以委托保险公估机构等依法设立的独立评估机构或者具有相关专业知识的人员，对保险事故进行评估和鉴定。

9 释义

- 9.1 合法有效 本合同所指合法有效均以中华人民共和国法律、行政法规、地方性法规、行政规章及有关规范性法律文件的规定为判定依据。

- 9.2 周岁 指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周

岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。

9.3 医院

指国家卫生主管部门公布的医院等级分类中的二级或二级以上公立医院普通部及我们扩展承保的指定医疗机构的普通部，不包括观察室、特需医疗、国际医疗、联合病房、康复病房和干部病房以及附属于前述医院或单独作为诊所、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒等或相类似的医疗机构或其它我们不予承保的医院。同时该医院必须具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且全日二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗和护理等服务。

注：

(1) 我们扩展承保的指定医疗机构名单和我们不予承保的医院名单将在电子保险单中载明。我们保留新增扩展承保指定医疗机构的权利。对于新增后的扩展承保指定医疗机构名单，我们将会官方渠道公示；

(2) 指定医疗机构释义参本条 9.21。

9.4 恶性肿瘤

本合同所定义的恶性肿瘤包含：

(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（见释义 9.47）（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）（见释义 9.48）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（见释义 9.49）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 $<10/50$ HPF 和 $ki-67 \leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

（二）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 $T_1N_0M_0$ 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。

9.5 专科医生

指同时满足以下四项资格条件的医生：

- (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。

9.6 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，而不是指自本合同生效之后第一次经医院确诊患有某种疾病。

9.7 原发

指不属于被保险人首次投保时已确诊恶性肿瘤的复发、转移、扩散或持续。

9.8 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。

是否符合通常惯例由我们根据客观、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。

是否符合医学必需由我们根据客观、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。

9.9 当地

指被保险人的治疗地所在的县级行政区划。

9.10 确诊之日

被保险人经手术治疗或病理检查确诊罹患恶性肿瘤的，以手术病理取材或病理活检取材日期为恶性肿瘤确诊日期；被保险人未经手术治疗但后续进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。

9.11 住院

指被保险人因疾病或意外伤害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，在住院期间每日非二十四小时在床、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。

不合理住院指：

- (1) 被保险人在特需病房、外宾病房或其他不属于社会基本医疗保险保障范畴的高等级病房入住；
- (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或一天内住院不满二十四小时，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。

9.12 住院医疗费用

住院医疗费用包括：

(1) 床位费

指住院期间发生的、不高于双人病房的住院床位费（**不包括单人病房、套房、家庭病床的费用**）。

(2) 加床费

指未满十八周岁的被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定赔偿其合法监护人（**限一人**）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定赔偿其**一周岁以下**哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

(3) 重症监护室床位费

指住院期间出于医学必需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) 药品费

指住院期间实际发生的合理且必要的由专科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。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，朝鲜红参，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。

(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 in 病房费等其他款项内。

(6) 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，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

(7) 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。

(8) 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。

(9) 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。**但不包含任何因器官移植（不含造血干细胞移植和骨髓移植）而发生的手术费用。**

(10) 医生费

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

(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，**但救护车的使用仅限于同一地级市中的医疗运送。**

9.13 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。

9.14 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。

9.15 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。本合同所指的肿瘤免疫疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理部门批准用于临床治疗。

9.16 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疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理部门批准用于临床治疗。

9.17 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。本合同所指的靶向疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理部门批准用于临床治疗。

9.18 确诊恶性肿瘤相关的医疗费用 确诊恶性肿瘤相关的医疗费用包括：

(1) 医生诊疗费：指门急诊或住院期间发生的外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生等相关医生的劳务费用，包括挂号费。

(2) 检查检验费：指门急诊或住院期间以诊断恶性肿瘤为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理且必需的医疗费用，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。

(3) 其他合理且必需的手术费、床位费、护理费等。

9.19 社会基本医疗保险 本合同所称的社会基本医疗保险包括职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

9.20 公费医疗 公费医疗制度，是国家为保障国家工作人员身体健康而实行的一项社会保障制度。国家通过医疗卫生部门向享受人员提供制度规定范围内的免费医疗预防。

9.21 指定医疗机构 指我们认可的指定医疗机构的普通部，但不包括其特需部、VIP部、国际部、国际医疗中心、贵宾医疗部、外宾医疗部。本合同指定医疗机构名单将载明于电子保险单中。保险期间内我们有权调整指定医疗机构名单，指定医疗机构名单及其变更将在我们的官方渠道公示。

9.22 质子、重离子放射治疗 指利用质子和重离子对肿瘤进行放射治疗的技术。本合同所指的质子、重离子治疗是指被保险人根据医嘱，在电子保险单载明的特定医疗机构的专门治疗室内接受的质子和重离子放射治疗。

- 9.23 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，包括定位及制定放疗计划费用以及质子、重离子放射治疗实施费用。
- 9.24 院外 指被保险人就诊医院以外的任何渠道。
- 9.25 特种药品 指本合同期满日前经中国国家药品监督管理部门批准并已在中国上市的靶向药物和免疫治疗药物。药品的适应症以中国国家药品监督管理部门批准的药品说明书为准。
- 9.26 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。
- 9.27 药品清单 我们在承保时与您约定属于保险责任的、符合您所投保的保障计划的药品清单，具体药品清单在电子保险单中载明。我们保留对药品清单做出调整的权利，对于调整后的药品清单，我们将会官方渠道公示。
- 9.28 指定药店 指我们授权的第三方服务商提供的药店，具体药店名单在本保险的服务手册中载明。我们保留对指定药店名单做出适当调整的权利，调整后的指定药店名单将在官方渠道进行公示。
- 9.29 未满期净保费 若保险费为一次性支付的：
$$\text{未满期净保费} = \text{您已交纳保险费} \times [1 - (\text{保险合同已生效天数} / \text{保险期间天数})]$$

若保险费为分期支付的：
$$\text{未满期净保费} = \text{您已交纳当期保险费} \times [1 - (\text{当期已经过天数} / \text{当期总天数})]$$

已生效或已经过天数不足一天的按一天计算。若本合同已发生保险金赔偿，未满期保险费为零。
- 9.30 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。
- 9.31 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。
- 9.32 ICD-10 《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。
- 9.33 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。

9.34 醉酒驾驶

指经检测或鉴定，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》的规定认定为醉酒驾驶。

9.35 无合法有效驾驶证驾驶

指下列情形之一：

- (1) 没有取得驾驶资格；
- (2) 驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
- (3) 持审验不合格的驾驶证驾驶；
- (4) 持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习驾车；
- (5) 无驾驶证，驾驶证被依法扣留、暂扣、吊销、注销期间或驾驶证载明的有效期已届满，被保险人未及时更换新驾驶证。

9.36 无有效行驶证

指下列情形之一：

- (1) 发生保险事故时无公安机关交通管理部门核发的合法有效的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动号牌；
- (2) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

9.37 机动车

指以动力装置驱动或者牵引，上道路行驶的供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆。

9.38 高风险运动

本合同所定义的高风险运动是指潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等运动。其中：

潜水：指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。

攀岩：指攀登悬崖、建筑物外墙、人造悬崖、冰崖、冰山和雪山等运动。

探险活动：指在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险，而使自己置身于其中的行为，如江河漂流、徒步穿越沙漠或原始森林等活动。

武术比赛：指两人或两人以上对抗柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。

特技表演：指从事马术、杂技、驯兽、飞车等特殊技能训练或比赛。

- 9.39 感染艾滋病病毒** 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症，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。
- 9.40 既往症** 指在本合同生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。通常有以下情况：
- （一）本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- （二）本合同生效前，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；
- （三）本合同生效前，医生已有明确诊断，但未予治疗。
- 9.41 保险金申请人** 指被保险人、受益人，被保险人、受益人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。
- 9.42 有效身份证件** 指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。
- 9.43 特药院外购药证明** 指住院期间治疗所必需、医院药房没有办法提供，导致必须到医院外面药房购买的药物而需要由医院出具的院外购药证明文件。
- 9.44 特殊情况** 药品处方审核中的特殊情况主要包括不限于以下情形：
- （1）申请人在申请时提交的与被保险人相关的医学材料不足以支持药品处方审核；
- （2）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。
- 9.45 耐药** 指以下两种情况之一：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。非实体肿瘤（包含白血病、多发性骨髓瘤、骨髓纤维化、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，按相关专业机构的指南规范，对患者骨髓形态学、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。
- 9.46 保险费约定支付日** 指保险合同生效日在每月的对应日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。如保险合同生效日为 2025 年 6 月 1 日，则次月的保险费约定支付日为 2025 年 7 月 1 日，以此类推，则最后一个月的保险

费约定支付日为 2026 年 5 月 1 日。

9.47 组织病理学检查

组织病理学检查是通过局部切除、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。

9.48 ICD-O-3

《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。

9.49 TNM 分期

TNM 分期采用 《AJCC 癌症分期指南》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。