

**泰康在线财产保险股份有限公司**  
**个人癌症医疗保险0款（互联网专属）条款**

**总则**

**第一条** 本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、保险单或者其他保险凭证、投保单、与本合同有关的投保文件、**合法有效**的声明、批注、批单及其他投保人与**保险人**共同认可的书面或者电子协议组成。凡涉及本合同的约定，均应采用书面或者电子形式。

**第二条** 凡投保时身体健康，0周岁（出生满30日，含第30日）至105周岁（含）的自然人，均可作为本合同的被保险人。**首次投保或非续保时须为0周岁（出生满30日，含第30日）至80周岁（含）的身体健康的自然人。**

**第三条** 本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或在本合同订立时对被保险人有保险利益的其他人。

**第四条** 除另有约定外，本合同的保险金受益人为被保险人本人。

**保险责任**

**第五条** 投保人为被保险人首次投保本保险或者非续保本保险时，自本合同生效之日起一定期限为等待期，最长不超过90天，具体等待期期限由投保人和保险人在投保时协商确定，并在保险单上载明。

在等待期内，被保险人经医院专科医生初次确诊罹患本合同约定的癌症，无论其治疗是否延续到等待期后，**保险人不承担保险责任，但无息退还投保人已交纳保险费，本合同终止。**

投保人续保本保险的无等待期。

**第六条** 本合同的保险责任为“癌症医疗保险金”，本合同保障方案一承保的癌症医疗保险金责任承担的医疗费用仅包括属于当地社会基本医疗保险支付范围内的必需且合理的医疗费用，保障方案二承保的癌症医疗保险金责任承担的医疗费用同时包括属于当地社会基本医疗保险支付范围内、范围外的必需且合理的医疗费用。本合同保障方案由投保人在投保时根据本合同所附《保障方案表》确定并在保险单中载明。在本合同保险期间内，**保险人根据投保人选择投保并在保险单中所载的保障方案承担以下保险责任：**

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癌症，且因该癌症在医院接受治疗的，对被保险人因此所发生的以下**必需且合理**的医疗费用，**保险人在扣除约定的免赔额后，依照本合同约定的赔偿比例在保险单载明的保险金额内赔偿癌症医疗保险金。**

**（一）癌症住院医疗费用**

癌症住院医疗费用指被保险人在医院经专科医生诊断必须住院治疗的，在接受住院治疗期间所发生的应当由被保险人支付的必需且合理的住院医疗费用。

**（二）癌症特殊门诊医疗费用**

癌症特殊门诊医疗费用指被保险人在医院经专科医生诊断必须接受以下特殊门诊治疗的，在接受特殊门诊治疗期间所发生应当由被保险人支付的必需且合理的医疗费用。**特殊门诊治疗包括：**

1. 门诊癌症治疗，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；

2. 因癌症治疗导致的器官移植后的门诊抗排异治疗。

### （三）癌症确诊医疗费用

癌症确诊医疗费用指被保险人在癌症确诊之日(含确诊日期当日)前30日内(含)在医院发生的与确诊癌症相关的、应当由被保险人支付的必需且合理的住院或门急诊医疗费用。

### （四）癌症住院前后门急诊医疗费用

癌症住院前后门急诊医疗费用指被保险人在医院经专科医生诊断必须住院治疗,在住院治疗前(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癌症门急诊治疗的,在接受门急诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的癌症门急诊医疗费用(不包括本条上述约定的癌症特殊门诊医疗费用和癌症确诊医疗费用)。

保险人对于上述责任范围内的医疗费用的累计赔偿金额以本合同约定的保险金额为限,当保险人一次或累计赔偿金额达到本合同约定的保险金额时,本合同终止。

## 第七条 补偿原则和赔偿标准

（一）本合同为费用补偿型保险合同,适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径(包括但不限于社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、侵权人或侵权责任承担方、保险人在内的任何商业保险机构等)获得本合同责任项下的医疗费用补偿,则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其从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。被保险人的社保卡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,不进行前述扣除;

（二）本合同中所指免赔额指年免赔额。被保险人已获得的医疗费用补偿(指除社会基本医疗保险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)可抵扣年免赔额;

（三）本合同保障方案一中癌症医疗保险金赔偿比例: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,赔偿比例为A;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,赔偿比例为B;被保险人以未参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保,赔偿比例为C。赔偿比例A、赔偿比例B、赔偿比例C由投保人和保险人在投保时协商确定,并在保险单中载明。

本合同保障方案二中癌症医疗保险金赔偿比例: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,赔偿比例为100%;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,赔偿比例为60%;被保险人以未参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保,赔偿比例为100%。

（四）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癌症,若在本合同保险期间届满日仍未结束治疗的,对于被保险人初次确诊癌症之日起365天内(含第365天)发生的医疗费用,保险人继续按照本合同的约定承担赔偿保险金责任,但保险期间内及保险期间届满后累计赔偿金额以本合同约定的保险金额为限。

## 责任免除

第八条 在下列期间发生的或因下列情形之一导致被保险人支出任何医疗费用或者罹患癌症的,保险人不承担赔偿保险金责任:

(一) 在香港、澳门、台湾地区和境外国家或地区接受治疗，以及在非本合同约定的医院就诊发生的医疗费用；

(二) 被保险人在本合同生效前罹患的、投保时尚未治愈的疾病；在投保时未如实告知的被保险人的既往症；

(三) 任何职业病、遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常（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）、先天性癌症（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）引起的医疗费用；

(四) 核爆炸、核辐射或者核污染；

(五) 未经国家药品监督管理部门认可的实验性或者研究性治疗及其产生的后果所导致的癌症医疗费用；

(六) 由于医疗事故引起的医疗费用；

(七) 非治疗性的康复治疗、疗养、静养费用；

(八) 被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；

(九) 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患癌症；

(十) 未经医生处方自行购药或非医院药房购药，或医生开具的单个处方超过三十天部分的药品费用。

#### 保险金额、免赔额与保险费

**第九条** 保险金额是保险人承担赔偿责任的最高限额。本合同保险金额由投保人和保险人在投保时协商确定，并在保险单中载明。

**第十条** 本合同免赔额由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单上载明。

**第十一条** 保险费按照投保人选择的保障计划和被保险人的年龄等因素共同确定，在保险单中载明。保险费支付方式由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单上载明。

#### 犹豫期

**第十二条** 自本合同生效之日起 15 日（含第 15 日）为犹豫期。投保人在此期间提出解除本合同，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费。

自保险人收到投保人解除合同的申请时起，本合同即被解除，保险人自始不承担保险责任。

犹豫期后申请解除合同会遭受一定经济损失，保险人将向投保人退还本合同的未到期保险费。

#### 保险期间

**第十三条** 本合同的保险期间最长不超过 1 年，自保险单或其他保险凭证上记载的合同生效日零时起至保险期间期满日的 24 时止。

## 续保

**第十四条** 本产品为不保证续保合同。本产品保险期间为1年（或不超过1年）。保险期间届满或保险期间届满前30日内，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。

## 保险人义务

**第十五条** 本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

**第十六条** 订立本合同时，保险人应当向投保人说明本合同的内容。对本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** 保险人认为被保险人或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。

**第十八条** 保险人收到被保险人或受益人的赔偿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5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30日内作出核定。

保险人应当将核定结果在1个工作日内通知被保险人或受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或受益人达成赔偿保险金的协议后10日内，履行赔偿保险金义务。本合同对赔偿保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行赔偿保险金的义务。

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在1个工作日内向被保险人或受益人发出拒绝赔偿保险金通知书，并说明理由。

**第十九条** 保险人自收到赔偿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赔偿；保险人最终确定赔偿保险金的数额后，应当支付相应的差额。

## 投保人、被保险人义务

**第二十条** 投保人应该按照本合同约定向保险人交纳保险费。

投保人选择一次性交纳保险费的，应当在本合同成立时一次性交清保险费，**投保人未按本款约定交清保险费的，本合同不生效，对本合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**

投保人选择分期交纳保险费的，应当在本合同成立时交清首期保险费。**投保人未按本款约定交清首期保险费的，本合同不生效，对本合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**

投保人选择分期交纳保险费的，在交纳首期保险费后，投保人应当在每个**保险费约定支付日**交纳其余各期的保险费。若投保人未按约定交纳保险费，保险人允许投保人在保险人催告之日起30日内（含第30日）补交保险费，如果被保险人在此期限内发生保险事故，**保险人将扣减投保人欠交的保险费后按照本合同约定赔偿保险金。**

若投保人在**保险人催告之日起30日内（含第30日）未补交保险费**，本合同自上述期限届满之日的二十四时起效力中止，如果被保险人在合同效力中止期间发生保险事故的，**保险人不承担保险责任。**

本合同效力依照前款约定中止的，经投保人申请并经保险人审核同意，同时经投保人补交欠交保险费后，合同效力恢复。

**第二十一条** 订立本合同时，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如实告知义务，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 30 日不行使而消灭。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿保险金的责任，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，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿保险金的责任，但应当退还保险费。

保险人在本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，保险人应当承担赔偿保险金的责任。

**第二十二条** 投保人的住所、通讯地址、电话或者电子邮件等联系方式变更时，应及时以书面形式或者保险人认可的其他形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本合同保险单所载的最后住所、通讯地址、电话或者电子邮件发送的有关通知，均视为已送达给投保人。

**第二十三条** 年龄的计算及年龄、性别错误的处理

(一) 被保险人的投保年龄按周岁计算；

(二) 投保人在投保时应将被保险人的真实年龄与性别在投保单上填明，若发生错误，保险人按照下列规定办理：

(1) 投保人申报的被保险人年龄不真实，且真实年龄不符合本合同约定的年龄限制，保险人对被保险人不承担保险责任，保险人可以解除本合同，并向投保人退还未满期保险费；

(2) 投保人申报的被保险人年龄或性别不真实，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，或在赔偿保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例赔偿；

(3) 投保人申报的被保险人年龄或性别不真实，导致投保人实付保险费多于应付保险费，保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

**第二十四条** 保险事故发生后，投保人、被保险人或受益人应当及时通知保险人，保险人接收到投保人、被保险人或者受益人的保险事故通知后，将在 1 个工作日内一次性给予理赔指导。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，不承担赔偿保险金责任，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，不包括因不可抗力导致的延迟。

## 保险金申请与赔偿

**第二十五条** 保险金申请人向保险人申请赔偿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保险事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法核实部分不承担赔偿保险金的责任。

1. 理赔申请书；

2. 保险金申请人的有效身份证件；

3. 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、检验报告等）；

4. 由医院专科医生出具的被保险人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. 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、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、保险人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. 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；

7. 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，并需要提供监护人的身份证明等资料。

以上证明和资料不完整的，保险人将及时一次性通知投保人、保险金申请人补充提供有关证明和资料。

## 诉讼时效期间

**第二十六条** 保险金申请人向保险人请求赔偿保险金的诉讼时效期间为2年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

## 争议处理和法律适用

**第二十七条** 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（不含港、澳、台地区）有管辖权的人民法院起诉。

**第二十八条** 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（不包括港、澳、台地区法律）

## 其他事项

**第二十九条** 本合同成立后将持续有效，直至保险单约定的保险期间届满或达到本合同约定的终止条件。

保险责任开始前，投保人要求解除本合同的，保险人应当无息全额退还投保人已交纳的保险费。

保险责任开始后，犹豫期内投保人要求解除本合同的，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费；犹豫期后投保人要求解除本合同的，自保险人接到解除保险合同申请书之时起，本合同解除，保险人自收到解除保险合同申请之日起 30 日内向投保人退还本合同的未到期保险费。若本合同已发生保险金赔偿，未到期保险费为零。

**第三十条** 投保人解除本合同时，应提供下列证明文件和资料：

- (一) 保险合同解除申请书；
- (二) 保险合同凭据；
- (三) 保险费交付凭证；
- (四) 投保人身份证明。

## 释义

**第三十一条** 本合同涉及下列术语时，适用以下释义：

**【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。

**【保险人】** 本合同所指保险人指泰康在线财产保险股份有限公司。

**【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。例如，出生日期为 2020 年 9 月 1 日，2020 年 9 月 1 日至 2021 年 8 月 31 日期间为 0 周岁，2021 年 9 月 1 日至 2022 年 8 月 31 日期间为 1 周岁，以此类推。

**【医院】** 指国家卫生部医院等级分类中的二级或二级以上公立医院普通部及保险人扩展承保的指定医疗机构普通部，但不包括观察室、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保险人不予承保的医院。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：** 保险人扩展承保的指定医疗机构名单（含指定的泰康自有医院）和保险人不予承保的医院名单将在保险单中载明。保险人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，保险人将会在泰康在线官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

**【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。

**【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。

**【癌症】**本合同所定义的癌症指“恶性肿瘤——重度”、“恶性肿瘤——轻度”及原位癌。其中：

**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 T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> 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 ≤2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

**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<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> 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 ≤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-0-3 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。

原位癌：指恶性细胞局限于上皮尚未冲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。

【住院】指被保险人因疾病而入住医院的正式病房接受全日二十四小时监护治疗的过程，并正式办理入出院手续。但不包括下列情况：

（一）被保险人在医院的门（急）诊观察室，家庭病床（房）入住；

（二）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；

（三）被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；

（四）被保险人住院期间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；

（五）被保险人住院体检；

（六）挂床住院及其他不合理的住院。

【必需且合理】必需且合理指：

（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；
- 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。

【住院医疗费用】住院医疗费用包括：

（一）床位费

指被保险人在住院期间发生的医院床位的费用，包括普通床位费和重症监护室床位费，不包括陪人床、观察病床位和家庭病床的费用。

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）加床费

指**未满十八周岁**的被保险人在住院治疗期间，保险人根据合同约定赔偿其合法监护人（**限1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，保险人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。

#### （三）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。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。

#### （四）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（中式理疗费：顺势疗法、正骨治疗、针灸治疗费；西式理疗费：物理治疗、美式脊椎矫正、职业疗法、语音治疗费）、输血费、输氧费、体外反搏费等。

#### （五）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。

#### （六）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。

#### （七）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；**对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。**

#### （八）医生费

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

#### （九）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城市中的医疗运送。**

**【化学疗法】**指对于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。

**【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。

**【肿瘤内分泌疗法】**指对于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。

**【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。

**【社会基本医疗保险】**指《社会保险法》第三章规定的基本医疗保险，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险。

**【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。

**【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》第十次修订版（ICD-10）确定。

**【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。

**【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 7 月 8 日，则次月的保险费约定支付日为 2025 年 8 月 8 日，以此类推，则最后一个月的保险费约定支付日为 2026 年 6 月 8 日。

**【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。

**【有效身份证件】**指由中华人民共和国政府主管部门规定的能够证明其身份的证件，如：居民身份证、军官证、警官证、士兵证、户口簿以及中华人民共和国政府主管部门颁发或者认可的有效护照或者其他身份证明文件。

**【未到期保险费】**指本合同所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由保险人退还的那部分金额。

犹豫期内退保的，未到期保险费=投保人已交纳保险费。犹豫期后退保的，

若保险费为一次性支付的：

未到期保险费=投保人已交纳保险费×[1-(保险单已生效天数/保险期间天数)]

若保险费为分期支付的：

未到期保险费=投保人已交纳当期保险费×[1-(保险单当期已经过天数/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，未到期保险费为零。**

**【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。

**【当地】**指保险事故发生后，被保险人医疗费用实际发生地/支出地。

**【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。**

**【ICD-0-3】**《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-0-3），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-0-3不一致的情况，以ICD-0-3为准。**

**【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。

**【甲状腺癌的TNM分期】**甲状腺癌的TNM分期采用目前现行的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

pT<sub>x</sub>：原发肿瘤不能评估

pT<sub>0</sub>：无肿瘤证据

pT<sub>1</sub>：肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T<sub>1a</sub>肿瘤最大径≤1cm

T<sub>1b</sub>肿瘤最大径>1cm，≤2cm

pT<sub>2</sub>：肿瘤2~4cm

pT<sub>3</sub>：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT<sub>3a</sub>：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内

pT<sub>3b</sub>: 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

pT<sub>4</sub>: 大体侵犯甲状腺外带状肌外

pT<sub>4a</sub>: 侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT<sub>4b</sub>: 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pT<sub>x</sub>: 原发肿瘤不能评估

pT<sub>0</sub>: 无肿瘤证据

pT<sub>1</sub>: 肿瘤局限在甲状腺内, 最大径 $\leq 2$ cm

T<sub>1a</sub>: 肿瘤最大径 $\leq 1$ cm

T<sub>1b</sub>: 肿瘤最大径 $> 1$ cm,  $\leq 2$ cm

pT<sub>2</sub>: 肿瘤 2~4cm

pT<sub>3</sub>: 肿瘤 $> 4$ cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT<sub>3a</sub>: 肿瘤 $> 4$ cm, 局限于甲状腺内

pT<sub>3b</sub>: 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

pT<sub>4</sub>: 进展期病变

pT<sub>4a</sub>: 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、喉反神经及皮下软组织

pT<sub>4b</sub>: 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

pN<sub>x</sub>: 区域淋巴结无法评估

pN<sub>0</sub>: 无淋巴结转移证据

pN<sub>1</sub>: 区域淋巴结转移

pN<sub>1a</sub>: 转移至VI、VII区(包括气管旁、气管前、喉前/Delphian 或上纵隔)淋巴结, 可以为单侧或双侧。

pN<sub>1b</sub>: 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

M<sub>0</sub>: 无远处转移

M<sub>1</sub>: 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。

#### 附：保障方案表

保障方案一：本方案中癌症医疗保险金责任承担的医疗费用为属于当地社会基本医疗保险支付范围内的医疗费用，不包括属于当地社会基本医疗保险支付范围外的医疗费用，具体保障见下表：

保险责任		保障范围	赔偿比例
癌症医疗保险金	1、癌症住院医疗费用	被保险人在住院期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的，属于当地社会基本医疗保险支付范围内的住院医疗费用。	保险人在扣除本合同约定的免赔额后，按照下列比例进行赔偿： 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，
	2、癌症特殊门诊医疗	被保险人在接受特殊门诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的，属于当地社会基本医疗保险支付范	

	费用	围内的特殊门诊医疗费用。	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，赔偿比例为A； 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，赔偿比例为B； 3、被保险人以未参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，赔偿比例为C。 赔偿比例A、赔偿比例B、赔偿比例C由投保人和保险人在投保时协商确定，并在保险单中载明。
	3、癌症确诊医疗费用	被保险人在癌症确诊之日（含确诊日期当日）前30日（含）在医院接受住院或门急诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的，属于当地社会基本医疗保险支付范围内的与确诊癌症相关的医疗费用。	
	4、癌症住院前后门急诊医疗费用	被保险人在住院前（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门（急）诊治疗的，应当由被保险人支付的必需且合理的，属于当地社会基本医疗保险支付范围内的门（急）诊医疗费用（不包括癌症特殊门诊医疗费用和癌症确诊医疗费用）。	

保障方案二：本方案癌症医疗保险金责任承担的医疗费用包括属于当地社会基本医疗保险支付范围内的医疗费用和当地社会基本医疗保险支付范围外的医疗费用，具体保障见下表：

保险责任		保障范围	赔偿比例
癌症医疗保险金	1、癌症住院医疗费用	被保险人在住院期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的，属于当地社会基本医疗保险支付范围内、范围外的住院医疗费用。	保险人在扣除本合同约定的免赔额后，按照下列比例进行赔偿： 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，赔偿比例为100%； 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
	2、癌症特殊门诊医疗费用	被保险人在接受特殊门诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的，属于当地社会基本医疗保险支付范围内、范围外的特殊门诊医疗费用。	
	3、癌症确诊医疗费用	被保险人在癌症确诊之日（含确诊日期当日）前30日（含）在医院接受住院或门急诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的，属于当地社会基本医疗保险支付范围内、范围外的与确诊癌症相关的医疗费用。	
	4、癌症住院前后门急	被保险人在住院前（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	

	<p>诊 医 疗 费 用</p>	<p>门（急）诊治疗的，应当由被保险人支付的必需且合理的，属于当地社会基本医疗保险支付范围内、范围外的门（急）诊医疗费用（不包括癌症特殊门诊医疗费用和癌症确诊医疗费用）。</p>	<p>的，赔偿比例为 60%； 3、被保险人以未参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，赔偿比例为 100%。</p>
--	----------------------	---	--