

国泰产险少儿个人医疗保险至臻 A 款（互联网）条款

C00013332512026030379713

第一章 总则

1 合同构成

本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、保险单（包含电子保单）或其他保险凭证、批单等材料组成。凡涉及本合同的约定，均应采用书面形式。

本合同的销售渠道仅限于互联网销售。

2 合同成立与生效

投保人提出保险申请，经保险人同意承保，本合同成立。

自本合同成立且投保人按照约定交付保险费后，本合同按照约定的时间开始生效。

3 投保人、被保险人与受益人

与保险人订立本合同，并按照合同约定负有支付保险费义务的组织或个人，可作为本合同的投保人。

除另有约定外，投保时年龄在 0（含）周岁（见释义）至 22（含）周岁、身体健康的自然人，均可作为本合同的被保险人；投保时年龄为 0 周岁的，应出生满 21 天。

投保人在与保险人订立本合同时，应当对被保险人具有保险利益，若被保险人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，投保人应为其父母或经父母授权且有抚养关系的祖父母、外祖父母。

除另有约定外，本合同的各项保险金受益人均为被保险人本人。

第二章 保障与免责内容

4 保险责任

本合同设六项保险责任，由保险人选择其中一项或多项制订成保险方案供投保人选择和投保。投保人选择投保的保险方案中包含的保险责任应以保险单或批单上载明的为准，保险单和批单上未载明的保险责任不生效，保险人不负责赔偿。

4.1 门急诊医疗保险金

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害（见释义）或在等待期后因意外伤害之外的其他原因，由此在指定医院（见释义）中接受门诊或急诊治疗，对于被保险人实际产生的、合理

且必要（见释义）的以下两项门急诊医疗费用，保险人在扣除约定的每次门急诊（见释义）免赔额后，按照约定的给付比例给付保险金：

（1）符合基本医疗保险（见释义）规定目录范围内的医疗费用，若被保险人以参加基本医疗保险身份投保但未使用基本医疗保险结算的，本项医疗费用将适用单独的给付比例；

（2）超出基本医疗保险规定药品目录范围的药品费用。

在保险期间届满时，若被保险人本次门诊或急诊治疗仍未结束且未重新投保本保险的，除另有约定外，保险人将继续承担本次发生的、符合保险责任范围内的门急诊医疗费用，且最长至合同终止日后的第7日（含）为止。

保险人在每个自然日（以下简称“每日”）内累计给付的金额以约定的日给付限额（如有）为上限；保险人在保险期间内累计给付的金额以约定的保险金额为上限，达到保险金额时本项保险责任终止。

4.2 便捷复购药品保险金

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害或在等待期后因意外伤害之外的其他原因，由此在指定医院中接受门诊或急诊治疗，对于在门诊或急诊就诊日后的约定天数内被保险人实际产生的、合理且必要的、同时满足以下条件的复购药品费用，保险人在扣除约定的每次门急诊免赔额后，按照约定的给付比例给付保险金。

本项保险责任所称的复购药品费用，必须同时满足以下条件：

① 复购药品的通用名（见释义），须与指定医院专科医生在门诊或急诊开具的药品相同；

② 约定天数，指门诊或急诊就诊日次日起7个自然日（含）内（天数另有约定的从约定）；

③ 药品剂量须符合国家卫生健康行政主管部门对于处方剂量的规定（见释义）；

④ 复购药品须在一级公立医院或指定医院的互联网医院内购买；

⑤ 基本医疗保险规定药品目录范围内、范围外的复购药品，将分别适用单独的免赔额和给付比例。

对于不满足上述一项或多项条件的复购药品费用，保险人不承担给付保险金的责任。

在保险期间届满时，若被保险人本次门诊或急诊治疗仍未结束且未重新投保本保险的，除另有约定外，保险人将继续承担本次发生的、符合保险责任范围内的复购药品费用，且最长至合同终止日后的第7日（含）为止。

保险人在每日内累计给付的金额以约定的日给付限额（如有）为上限；保险人在保险期间内累计给付的金额以约定的保险金额为上限，达到保险金额时本项保险责任终止。

4.3 住院医疗保险金

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害或在等待期后因意外伤害之外的其他原因，由此在指定医院中接受住院（见释义）治疗，对于被保险人实际产生的、合理且必要的以下两项住院医疗费用，保险人在扣除约定的每次住院（见释义）免赔额后，按照约定的给付比例给付保险金：

（1）符合基本医疗保险规定目录范围内的医疗费用，若被保险人以参加基本医疗保险身份投保但未使用基本医疗保险结算的，本项医疗费用将适用单独的给付比例；

（2）超出基本医疗保险规定药品目录范围的药品费用。

在保险期间届满时，若被保险人本次住院治疗仍未结束且未重新投保本保险的，除另有约定外，保险人将继续承担本次发生的、符合保险责任范围内的住院医疗费用，且最长至合同终止日后的第 30 日（含）为止。

保险人在保险期间内累计给付的金额以约定的保险金额为上限，达到保险金额时本项保险责任终止。

4.4 少儿专护特色医疗保险金

在保险期间内，被保险人遭受如下约定的特定事故，对于被保险人自该特定事故发生之日起 180 日（含）内在指定医院中接受下列治疗而实际产生的、合理且必要的医疗费用，保险人在扣除约定的免赔额后，按照约定的给付比例给付保险金。

本项保险责任约定的特定事故及对应治疗，包括：

（1）狂犬病疫苗接种：因动物咬伤、抓伤或被动物舔舐破损的皮肤、粘膜或伤口，并在国家或当地卫生健康行政部门审核认定的、具备狂犬病疫苗接种资质的医疗机构中接种狂犬病疫苗；

（2）意外创伤性牙齿修复：因意外伤害造成牙齿创伤，并接受创伤性牙齿修复（见释义）治疗；

（3）意外微创美容缝合：因意外伤害造成身体损伤，并接受微创美容缝合（见释义）治疗；

（4）意外烧烫伤：因意外伤害造成身体软组织的烧烫伤，并接受烧烫伤治疗；

(5) 预防接种意外医疗：在国家或当地卫生健康行政部门审核认定的、具备疫苗接种资质的医疗机构中接种疫苗后发生预防接种不良反应（见释义）或偶合症（见释义），并接受预防接种不良反应或偶合症治疗。

在保险期间届满时，若被保险人本次特定事故的治疗仍未结束且未重新投保本保险的，除另有约定外，保险人将继续承担本次发生的、符合保险责任范围内的医疗费用，且最长至合同终止日后的第 30 日（含）或自特定事故发生之日起的第 180 日（含）二者中的较晚者为止。

保险人在保险期间内累计给付的金额以约定的保险金额为上限，达到保险金额时本项保险责任终止。

除另有约定外，被保险人发生的本项保险责任范围内的医疗费用若同时符合本合同其他保险责任的约定，保险人将优先按照本项保险责任的约定给付保险金。

4.5 少儿特定疾病保险金

在保险期间内，被保险人在等待期后经指定医院的专科医生（见释义）确诊初次罹患（见释义）本合同约定的少儿特定疾病（见释义）（无论一种或多种），保险人按照约定的保险金额给付少儿特定疾病保险金，同时本项保险责任终止。

4.6 少儿罕见病保险金

在保险期间内，被保险人在等待期后经指定医院的专科医生确诊初次罹患本合同约定的少儿罕见病（见释义）（无论一种或多种），保险人按照约定的保险金额给付少儿罕见病保险金，同时本项保险责任终止。

5 补偿原则和给付标准

本合同适用医疗费用补偿原则（不适用于“4.5 少儿特定疾病保险金”和“4.6 少儿罕见病保险金”两项保险责任）。若被保险人已从其他途径（包括但不限于基本医疗保险、政府主办补充医疗（见释义）、公费医疗（见释义）、工伤保险、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方等）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在扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本合同的约定进行赔偿。即意味着包括本合同在内的各种途径所给付的所有补偿金额之和不得超过被保险人实际发生的医疗费用。

除另有约定外，基本医疗保险个人账户部分支出的医疗费用视为个人支出，不属于被保险人从其他途径获得的医疗费用补偿，保险人不进行前述扣除。

除另有约定外，基本医疗保险以被保险人的参保地的相关规定及政策结算为准。

6 等待期

本合同中各项保险责任的等待期，由投保人和保险人双方在订立保险合同时约定，并在保险单中载明。等待期，是指自本合同生效之日起，虽然发生了保险事故但是保险人不承担对应保险责任的一段时间。

7 责任免除

7.1 等待期责任免除

（1）在等待期内，被保险人确诊本合同约定的少儿特定疾病、少儿罕见病的，保险人均不承担给付保险金的责任，并向投保人无息退还本合同已支付的全部保险费，本合同终止。

（2）被保险人在等待期内发生的医疗费用，以及在等待期内确诊的疾病导致在等待期后发生的医疗费用，保险人均不承担给付保险金的责任。

7.2 通用责任免除

下列损失、费用和责任，或者在下列期间内、或因下列情形、或因下列原因导致的损失、费用和责任，保险人不承担保险责任：

- （1）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- （2）被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- （3）被保险人故意自伤、自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （4）被保险人服用、吸食或注射毒品（见释义）；
- （5）被保险人酒后驾驶（见释义）、无合法有效驾驶证驾驶（见释义）或驾驶无合法有效行驶证（见释义）的机动车（见释义）；
- （6）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（见释义）期间；
- （7）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱、恐怖袭击；
- （8）核爆炸、核辐射或核污染；
- （9）遗传性疾病（见释义），先天性畸形、变形或染色体异常（见释义），但本合同约定的少儿罕见病不受此限。

7.3 医疗费用类责任免除（不适用于“4.5 少儿特定疾病保险金”和“4.6 少儿罕见病保险金”两项保险责任）

下列损失、费用和责任,或者在下列期间内、或因下列情形、或因下列原因导致的损失、费用和责任,保险人不承担保险责任:

(1) 在本合同生效之前已患有的且已知晓的有关疾病或症状,在本合同生效之前已有残疾导致在合同生效之后进行治疗和康复,但本合同对本条两项免责情形另有明确约定的不受此限;

(2) 在不符合本合同保险责任约定范围的医疗机构、部门或科室中接受治疗或产生的任何费用;超出本合同保险责任约定范围的任何医疗费用;保险单或批单中载明的除外疾病;

(3) 预防性(例如预防性阑尾切除、预防性扁桃体切除、无抓咬伤等接触性伤害或日常工作生活需要而接种狂犬病疫苗)、康复性、保健性、试验性、研究性治疗;未获得治疗所在地政府许可或批准的治疗;健康检查/体检、心理治疗;眼镜、义齿、义眼、义肢、轮椅、拐杖、助听器、血糖仪等康复性器具;矫形、视力矫正手术、变性手术,以及非因意外伤害而进行的美容整容整形(见释义);没有检查检验结果支持的微量元素补剂费用;

(4) 牙齿矫形、正畸、洗牙、洁牙、美白、涂氟,或者因蛀牙龋坏、自然脱落、先天缺失、美容性调整等进行的牙齿拔除、修补、填充、义牙植入,以及非因意外伤害而进行的齿科治疗;

(5) 因腺样体肥大或切除、扁桃体肥大或切除、包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、疝气、鞘膜积液、脂肪瘤、粉刺瘤、性功能障碍、性早熟、发育迟缓、发育不良、流产、减肥或增肥而产生的医疗费用;以捐献身体器官为目的的医疗行为;基因检测费用;各类医疗鉴定(见释义)、医疗意外和医疗事故;醉酒、受酒精或管制药品的影响;未遵医嘱擅自服用、涂用、注射药物;

(6) 高风险活动(见释义);精神和行为障碍(依照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)确定);

(7) 被保险人未到达医院就诊(即代诊)、代配药的(“4.2 便捷复购药品保险金”保险责任不受此限)。

8 其他责任免除条款

除本合同第7条“责任免除”外,本合同中还有一些免除保险人责任的条款,详见本合同的第4条“保险责任”、第5条“补偿原则和给付标准”、第6条“等待期”、第10条“保险金额、免赔额和给付比例”、第12条“投保人、被保险人义务”、第13条“保险金的申请与给付”、第14条“合同的变更、解除和终止”、第16条“释义”中部分加粗文字标示的内容。

9 保险期间与不保证续保

本合同的保险期间，由投保人和保险人双方在订立保险合同时约定，并在保险单中载明，最长为一年。

本合同为不保证续保合同。本产品保险期间为一年（或不超过一年）。保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。若本产品统一停售，保险人不再接受投保人重新投保本合同。

若保险人已给付少儿特定疾病保险金或少儿罕见病保险金的，或者被保险人已发生“4.5 少儿特定疾病保险金”或“4.6 少儿罕见病保险金”保险责任约定的保险事故但尚未给付保险金的，重新投保时，保险人不再承保对应的保险责任。

10 保险金额、免赔额和给付比例

10.1 保险金额

本合同中各项保险责任的保险金额、日给付限额（如有），由投保人与保险人双方在订立保险合同时约定，并在保险单中载明。

保险金额，是指在保险期间内，属于保险责任范围内的、应由保险人承担给付保险金责任的最高限额。日给付限额，是指在每个自然日内，属于保险责任范围内的、应由保险人承担给付保险金责任的最高限额。

10.2 免赔额

本合同中各项保险责任适用的免赔额类型及数值，由投保人与保险人双方在订立保险合同时约定，并在保险单中载明。除另有约定外，本合同的免赔额类型为次免赔额。

免赔额，是指在保险期间内被保险人发生保险责任范围内的费用中须首先由被保险人自行承担、且保险合同不予赔付的金额。

对于意外伤害原因和意外伤害之外的其他原因，投保人和保险人双方在订立保险合同时可分别约定不同的免赔额，并在保险单中载明。

10.3 给付比例

对于本合同中各项保险责任，投保人和保险人双方在订立保险合同时针对以下情形中的一种或多种约定不同的给付比例，并在保险单中载明：

（1）参加或使用基本医疗保险情况：被保险人以参加基本医疗保险身份投保并且使用基本医疗保险结算、或者以参加基本医疗保险身份投保但未使用基本医疗保险结算、或者以未参加基本医疗保险身份投保；

(2) 医疗费用类型：符合基本医疗保险规定目录范围内的医疗费用、或者超出基本医疗保险规定目录范围的医疗费用，符合基本医疗保险规定药品目录范围内的药品费用、或者超出基本医疗保险规定药品目录范围的药品费用；

给付比例，是指保险人在扣除免赔额后在保险责任范围内给付的剩余部分医疗费用的百分比。

10.4 额度共用标准

保险人在制订保险方案时，可以分别设置每一项保险责任单独适用的保险条件（包括保险金额、免赔额、给付比例），也可以为多项保险责任设置共同适用同一个保险条件，具体保险条件的适用标准由投保人与保险人双方在订立保险合同时约定，并在保险单中载明。

第三章 通用内容

11 保险人义务

11.1 提示和说明

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。

11.2 保险单和保险凭证

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。

11.3 索赔资料不完整通知

保险事故发生后，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。

12 投保人、被保险人义务

12.1 交费义务

本合同保险费的支付方式分为一次性支付和分期支付，由投保人和保险人在订立保险合同时约定，并在保险合同中载明。

(1) 若投保人选择一次性支付保险费，应当在订立合同时一次交清保险费。投保人未按照合同约定的期限支付保险费的，保险合同不生效。

(2) 若投保人选择分期支付保险费，需经投保人申请并经保险人同意，并在本合同中载明保险费分期支付的周期。保险费分期支付应遵循平均分配的规则，即投保人支付的每期保险费的金额应保持一致。投保人应在订立合同时一次交清首期保险费，未按约定交纳首期保险费的，保险合同不生效。

投保人在交清首期保险费后：若投保人未按照保险合同约定的付款时间足额交纳当期保险费（非首期）的，保险人同意投保人在宽限期内补交，补交后保险合同继续有效，且被保险人在宽限期内发生的保险事故，保险人仍将按照保险合同的约定承担保险责任；若投保人未按照保险合同约定的付款时间足额交纳当期保险费，且在宽限期内仍未足额补交当期保险费的，则本合同的保险期间自上一个交费周期结束时终止，保险期间终止后（包括宽限期内），被保险人发生的任何事故，保险人不承担给付保险金的责任。

除另有约定外，发生保险事故后，保险人依照合同约定给付保险金的，保险人有权扣减或要求投保人补足保险期间内所有未交期间的保险费。投保人已交纳的保险费，与保险人扣减或投保人补足的保险费之和应等于本合同约定的保险费总额。

保险费交纳的宽限期，由投保人和保险人双方在订立保险合同时约定，并在保险合同中载明。

12.2 如实告知义务

订立保险合同时，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约定的如实告知义务，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，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，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的责任。

12.3 联系方式变更通知义务

投保人的联系方式发生变更，应及时以书面形式或者双方认可的其他形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按照本合同所载的最后联系方式发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

12.4 年龄的确定与错误处理

被保险人的投保年龄，应以法定身份证件登记的周岁年龄为准。被保险人的投保年龄必须符合本合同中有关年龄的要求。投保人在申请投保时，应如实填写被保险人的周岁年龄情况。若发生错误，保险人按照以下约定处理：

（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投保年龄限制的，保险人有权解除本合同，并向投保人退还未满期净保险费（见释义）。对于本合同解除前发生的保险事故，保险人不承担给付保险金的责任。

（2）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。若已发生保险事故，保险人在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例给付。

（3）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。

12.5 保险事故通知

发生保险事故后，投保人、被保险人或受益人应及时通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。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。

上述约定，不包括因不可抗力（见释义）而导致的迟延。

13 保险金的申请与给付

13.1 保险金申请材料

保险金申请人（见释义）向保险人申请给付保险金时，应当以书面形式提供以下证明和资料。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的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

（1）保险金给付申请（书）。

（2）保险金申请人、被保险人的有效身份证明。

(3) 符合保险责任约定范围的医疗机构出具的支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，**包括但不限于**医疗费用发票/收据（原件）、费用明细清单/账目、病历资料、入/出院记录、诊断证明、处方、医嘱单、病理检查报告、化验检查报告、医学影像检查资料等。

如被保险人在基本医疗保险经办机构、其他保险人或其他单位已经获得部分医疗费用赔偿，医疗费用收据原件已被赔付或报销单位留存，保险金申请人在提出索赔申请时，应向保险人提交医疗费用收据财务分割单或在医疗费用收据复印件上注明已赔付金额，并加盖赔付单位的财务章。

(4) 符合保险责任约定范围的医疗机构专科医生出具的被保险人疾病诊断证明书、病历记录，以及由前述医疗机构出具的与该疾病诊断相关的病理显微镜检查、血液检验、影像学检查及其他科学方法检验报告。

(5) 涉及预防接种意外时：医疗卫生机构出具的疫苗接种证明。

(6) 保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因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。

13.2 保险金的给付

保险人收到保险金申请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，应当在三十日内作出核定，但保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知保险金申请人；对属于保险责任的，在与保险金申请人达成给付保险金的协议后十日内，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三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。

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。

13.3 诉讼时效

保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间以现行有效的《中华人民共和国保险法》中有关诉讼时效的规定为准，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

14 合同的变更、解除和终止

14.1 合同变更

在本合同有效期内，经投保人与保险人双方协商一致，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，应当由保险人在保险单上批注或者附贴批单，或者由投保人与保险人订立书面的变更协议。

投保人通过保险人认可或同意的网站等互联网渠道申请变更本合同的，可视为投保人的书面申请，并与书面申请文件具有同等法律效力。

14.2 合同解除

在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同。投保人通过保险人认可或同意的网站等互联网渠道申请解除本合同的，可视为投保人的书面申请，并与书面申请文件具有同等法律效力。其中：

（1）在本合同的生效日之前，投保人要求解除本合同的，自保险人接到保险合同解除申请之日起，本合同的效力终止，保险人应当全额退还已收取的保险费。

（2）在本合同的生效日之后，可以设置一段时间的犹豫期，具体天数由投保人与保险人双方在订立保险合同时约定，并在保险合同中载明，**若未载明的，则视为无犹豫期。**

在犹豫期内，投保人要求解除本合同的，自保险人接到保险合同解除申请之日起，本合同的效力终止，保险人应当全额退还已收取的保险费。**投保人要求在犹豫期内解除本合同的，对于合同解除前被保险人发生的保险事故，保险人将不承担任何保险责任，若保险人已经承担保险责任的，被保险人应当向保险人退还已经支付的保险金，投保人对被保险人退还保险金应承担连带责任。**

（3）在本合同的保险期间内且犹豫期届满后，投保人要求解除本合同的，自保险人接到保险合同解除申请之日起，本合同的效力终止，保险人将向投保人退还未满期净保险费。

14.3 合同终止

发生下列任一情况的，本合同按如下约定时间终止：

- （1）保险期间届满的，本合同自保险期间届满日次日零时起终止；
- （2）被保险人身故的，本合同自被保险人身故日次日零时起终止；
- （3）本合同列明的其他合同解除或终止的情形，本合同按其约定予以终止。

15 争议处理和法律适用

15.1 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）具有管辖权的人民法院起诉。

15.2 法律适用

本合同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）。

本合同的约定与《中华人民共和国保险法》等法律法规的规定相悖之处，以法律法规的规定为准；本合同未尽事宜，以《中华人民共和国保险法》等法律法规的规定为准。

第四章 释义

16 释义

本合同中出现下列名词时，将适用以下释义：

16.1 周岁

指按合法的身份证明文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。

16.2 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致使身体受到的伤害。自然死亡、罹患疾病、猝死、自杀/自伤、高原反应、中暑均不属于意外伤害。

16.3 指定医院

指经中华人民共和国国家卫生健康行政部门审核认定的二级及以上公立医院或保险人扩展承保的医疗机构，该医院或医疗机构必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供 24 小时的医疗与护理服务的能力或资质，除另有约定外，仅限于上述医院或医疗机构的普通部，且不包括如下的医疗机构、科室或医疗服务：

（1）特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际部/国际医疗中心、VIP 部、联合医院、A 级病房或其他不属于普通部的机构或科室；

（2）诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；

（3）疗养、休养、戒酒、戒毒、精神心理治疗中心；

（4）保险人不予理赔的医疗机构。

保险人若有扩展承保的医疗机构清单及不予理赔的医疗机构清单，将在保险单中载明，且保险人保留对前述清单进行变更的权利，如有变更的，具体清单以保险人在产品销售页面（或官方网站）公示的为准。

16.4 合理且必要

指符合以下两个条件：

（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）医学必要：指被保险人接受治疗或服务、使用医疗器械或服用药品符合以下条件：

- a. 医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需；
- b. 在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需的水平；
- c. 与接受治疗地普遍的医疗专业实践标准一致；
- d. 非主要为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他医疗提供方的方便；
- e. 非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；
- f. 非试验性或研究性。

16.5 每次门急诊

除另有约定外，被保险人同一个自然日在一家医院的同一个门诊或急诊科室内挂号的，视为一次门急诊。

16.6 基本医疗保险

指《中华人民共和国社会保险法》中所规定的基本医疗保险，包括职工基本医疗保险、新型农村合作医疗、城镇居民基本医疗保险等政府举办的基本医疗保障项目。

16.7 通用名

指由中国药典委员会按照相关的命名原则和管理办法组织制定并报国家药品监督管理部门备案的药品的法定名称，是同一种成分或相同配方组成的药品在中国境内的通用名称，具有强制性和约束性。

16.8 国家卫生健康行政主管部门对于处方剂量的规定

根据国家卫生健康行政主管部门颁布的与处方管理相关的规定，处方一般不得超过 7 日用量；急诊处方一般不得超过 3 日用量；但对于某些慢性病、老年病或特殊情况，处方用量可适当延长，但医师应当注明理由。

16.9 住院

指因发生保险合同约定的保险事故而入住医院的正式病房接受全天 24 小时监护治疗的过程，并正式办理入住院手续，但不包括下列情况：

- (1) 在医院的门（急）诊观察室、家庭病床（房）入住；
- (2) 在特需病房、国际部、外宾病房或其他不属于社会基本医疗保险范畴的高等级病房入住；
- (3) 在疗养院、康复科、康复病床接受治疗，或接受康复相关治疗；
- (4) 住院接受治疗期间，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 24 小时，但遵医嘱到院外接受临时检查 and 治疗的除外；
- (5) 住院体检；
- (6) 住院接受治疗期间，不符合入院标准、挂床住院及医院确定应当出院之日而拒不出院；其中，挂床住院是指办理正式的住院手续，在住院期间每日非 24 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；
- (7) 不遵守医院的规章制度，不配合治疗的行为产生的后果导致住院接受治疗。

16.10 每次住院

除另有约定外，被保险人正式办理入住院手续，入住医院的正式病房接受全天 24 小时监护治疗，之后并正式办理出院手续的，视为一次住院。

16.11 创伤性牙齿修复

指被保险人的牙齿遭受各种机械性的外力导致牙齿破损、脱落，并进行牙齿修补、填充、义牙植入的医疗行为。

16.12 微创美容缝合

指被保险人因遭受意外伤害后，为减少因清创、缝合等所致的术后畸形及瘢痕，由医院采取的医疗手段。

16.13 预防接种不良反应

包括预防接种一般反应和预防接种异常反应。

(1) 预防接种一般反应：指在预防接种后发生的，由合格的疫苗本身所固有的特性引起的，对机体只会造成一过性生理功能障碍的反应。主要有发热和局部红肿，同时可能伴有全身不适、倦怠、食欲不振、乏力等综合症状；

(2) 预防接种异常反应：指合格的疫苗在实施规范接种过程中或者实施规范接种后造成受种者机体组织器官、功能损害，相关各方均无过错的药品不良反应。常见的预防接种异常反应包括无菌性脓肿、热性惊厥、过敏性休克、过敏性皮疹、过敏性紫癜、血小板减少性紫癜、局部过敏反应、血管性水肿、多发性神经炎、臂丛神经炎、癫痫、脑病、脑炎和脑膜炎、脊灰疫苗相关病例以及接种卡介苗后的淋巴结炎、骨髓炎、全身散播性卡介苗感染等。

16.14 偶合症

指受种者在接种时正处于某种疾病的潜伏期或者前驱期，接种后偶合发病。

16.15 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。

16.16 确诊初次罹患

指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊罹患，**而不是指自保险合同生效之日起或其他某一时间后第一次经医院确诊罹患。**

16.17 少儿特定疾病

指被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的 8 种疾病，应当由专科医生明确诊断。

以下疾病名称仅供理解使用，具体保障范围以每项疾病具体定义为准。

(1) 白血病

指符合本条款末尾附录中约定的“（1）恶性肿瘤——重度”的定义标准，经组织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》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤 C90.1、C91、C92、C93、C94、C95 范畴。

下列疾病不属于本合同约定的“白血病”，不在保障范围内：

- 1) 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤；
- 2) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病。

(2) 淋巴瘤

指符合本条款末尾附录中约定的“（1）恶性肿瘤——重度”的定义标准，经组织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》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤 C81-C85 范畴。

下列疾病不属于本合同约定的“淋巴瘤”，不在保障范围内：

- 1) 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤；
- 2) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的霍奇金淋巴瘤。

(3) 脑脊膜或脑恶性肿瘤

指符合本条款末尾附录中约定的“（1）恶性肿瘤——重度”的定义标准，经组织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》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤 C70、C71 范畴。

下列疾病不属于本合同约定的“脑脊膜和脑恶性肿瘤”，不在保障范围内：

- 1) 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤；
- 2) 颅神经恶性肿瘤（ICD-10 编码为 C72.2-C72.5）；
- 3) 球后组织恶性肿瘤（ICD-10 编码为 C69.6）。

(4) 严重甲型及乙型血友病

指须经医院血液科的专科医生明确诊断为严重甲型血友病（缺乏 VIII 凝血因子）或者严重乙型血友病（缺乏 IX 凝血因子），且凝血因子 VIII 或者凝血因子 IX 的活性水平少于百分之一。

保险人承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

(5) 重型再生障碍性贫血

指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少，且须满足下列全部条件：

1) 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断: 骨髓细胞增生程度<正常的 25%; 如 $\geq$ 正常的 25%但<50%, 则残存的造血细胞应<30%;

2) 外周血象须具备以下三项条件中的两项:

①中性粒细胞绝对值 $<0.5 \times 10^9/L$;

②网织红细胞计数 $<20 \times 10^9/L$;

③血小板绝对值 $<20 \times 10^9/L$ 。

(6) 严重川崎病伴冠状动脉瘤

是一种血管炎综合征, 临床表现为急性发热, 皮肤粘膜病损和淋巴结肿大。本病须经医院的专科医生明确诊断, 同时须由血管造影或超声心动图检查证实, **满足下列至少一项条件:**

1) 伴有冠状动脉瘤, 且冠状动脉瘤于最初急性发病后**持续至少 180 天**;

2) 伴有冠状动脉瘤, 且实际接受了对冠状动脉瘤进行的手术治疗。

(7) 严重 I 型糖尿病

指由于胰岛素分泌绝对不足而引起以血浆葡萄糖水平增高为特征的代谢内分泌疾病, 需持续利用外源性胰岛素治疗。必须经医院的专科医生明确诊断为 I 型糖尿病, 而且有血胰岛素测定及血 C 肽或者尿 C 肽测定结果支持诊断, **并且已经持续性的接受外源性胰岛素注射治疗至少 180 天。**

(8) 严重慢性肾衰竭

指双肾功能慢性不可逆性衰竭, 依据肾脏病预后质量倡议 (K/DOQI) 制定的指南, 分期达到慢性肾脏病 5 期, **且经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗。**规律性透析是指每周进行血液透析或每天进行腹膜透析。

16.18 少儿罕见病

指被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的 8 种疾病, 应当由专科医生明确诊断。

以下疾病名称仅供理解使用, 具体保障范围以每项疾病具体定义为准。

(1) 21-羟化酶缺乏症

指由于编码 21-羟化酶的 CYP21A2 基因缺陷, 导致肾上腺皮质类固醇激素合成障碍。临床表现包括不同程度的失盐和高雄激素血症两大类。须经医院的专科医生明确诊断, 并有 21 羟化酶活性检查, 且检查结果低于 1%。

(2) 尼曼匹克病

指鞘磷脂胆固醇脂沉积症,其特点是全单核巨噬细胞和神经系统有大量的含有神经鞘磷脂的泡沫细胞。本病主要表现为肝脾肿大、各种神经功能障碍以及鞘磷脂贮积。须经医院专科医生明确诊断。

(3) 天使综合征

指一种由于母源 15q11-13 染色体区域的 UBE3A 基因表达异常或功能缺陷引发的神经发育障碍性疾病。临床表现为精神发育迟滞或智力低下,语言、运动或平衡发育障碍,小头畸形,癫痫等。须经医院的专科医生明确诊断, **并满足以下任一条件:**

- 1) 实施了手术干预来治疗脊柱侧凸症状;
- 2) 自主生活能力完全丧失,无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或者三项以上。

(4) 精氨酸酶缺乏症

指由于精氨酸酶 1 (arginase 1, AI) 缺陷而引起的尿素循环代谢障碍性疾病。临床表现为进行性痉挛性瘫痪、认知能力的退化、身材矮小。须经医院的专科医生根据红细胞精氨酸酶测试或其他检测明确诊断,且血氨、血氨基酸分析等实验室检查支持诊断。

(5) 原发性肉碱缺乏症

指肉碱转运障碍或肉碱摄取障碍。是由于细胞膜上与肉碱高亲和力的肉碱转运蛋白基因突变所致的一种脂肪酸 β 氧化代谢病。表现为血浆肉碱水平明显降低及组织细胞内肉碱缺乏,引起心脏、骨骼肌、肝脏等多系统损害。须经医院的专科医生明确诊断,且已经出现肥厚型心肌病或扩张型心肌病。

(6) 范科尼贫血

指一种表现为血细胞减少、躯体畸形、智力发育障碍的遗传性再生障碍性贫血。须经医院的专科医生明确诊断,且已经接受了雄激素或粒细胞集落刺激因子的治疗。

(7) 普拉德-威利综合征

指一种罕见的、涉及基因印记的遗传性疾病。须经医院的专科医生明确诊断,且已出现肺源性心脏病或糖尿病。

(8) 戊二酸血症 I 型

指由于细胞内戊二酰辅酶 A 脱氢酶缺陷导致赖氨酸、羟赖氨酸及色氨酸代谢紊乱,造成

体内大量戊二酸、3-羟基戊二酸堆积而致病。临床主要表现为大头畸形、进行性肌张力异常和运动障碍。须经医院的专科医生明确诊断。

16.19 政府主办补充医疗

指城乡居民大病保险、城镇职工大额医疗保险、城镇居民大额医疗保险等由政府主办对基本医疗保险进行补充的医疗保障项目，大额医疗保险在各地的具体名称会有所不同，以投保所在地政府主管部门规定的名称为准。

16.20 公费医疗

指国家为保障国家工作人员而实行的、通过医疗卫生部门按规定向享受人员提供免费医疗及预防服务的一项社保制度。

16.21 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循医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。

16.22 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道路交通相关法规的规定标准，被公安机关交通管理部门依法认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

16.23 无合法有效驾驶证驾驶

指下列任何情形：

1. 无驾驶证驾驶或者持有效期已届满的驾驶证驾驶；
2. 驾驶的机动交通工具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交通工具，实习期内驾驶的机动交通工具牵引挂车；
4. 持未按规定审验的驾驶证驾驶，以及驾驶证被暂扣、扣留、吊销或者注销期间驾驶机动车动交通工具；
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动交通工具的其他情况下驾驶机动车动交通工具。

16.24 无合法有效行驶证

指下列情形之一：

1. 机动车工具被依法注销登记的；
2. 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动车工具；
3. 未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动车工具，未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

16.25 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。

16.26 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。

16.27 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。

16.28 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。

16.29 美容整容整形

指各种美容整形项目，包括但不限于：

- （1）非功能性整容及矫形、平足；
- （2）皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗、良性皮肤损害（雀斑、老年斑、痣、疣等）的治疗和去除；

(3) 对浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、纹身、皮肤变色的治疗或手术；

(4) 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/缩胸、狐臭；

(5) 各种健美治疗项目，如营养、减肥、增胖、增高费用。

16.30 医疗鉴定

指各类医疗鉴定，**包括但不限于**医疗事故鉴定、精神疾病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定等。

16.31 高风险活动

(1) 活动过程中必然涉及 2 米以上水深的水域水面或水下活动，包括但不限于各类、各级别的潜水（指使用辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下活动）、自然水域游泳（包括人工湖或人工水库）、跳水、滑水、滑冰等活动；

(2) 活动过程中必然涉及距离普通正常理解的地面超过 10 米的高空的活动，包括但不限于跳伞、蹦极、非商业性的驾驶飞机等飞行器飞行、滑翔机或滑翔伞、翼装飞行、滑翔翼、热气球、攀岩（指攀登悬崖、建筑物外墙、人造悬崖、冰崖、冰山和雪山等活动）等；

(3) 故意进入一般认知中存在生命危险的环境中或进入未经人工开发的自然区域活动，包括但不限于各类探险活动（指在某种特定的人工或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，如攀爬建筑、在离地超过 10 米的建筑物的顶部或建筑物外无护栏部位逗留、江河漂流、徒步穿越沙漠、无人区或原始森林等活动）和除商业航线飞行外的航空航天活动；

(4) 各类搏击类或军事活动，如摔跤、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）、彩弹射击等仿真枪战活动；

(5) 各类特技表演，指从事马术、杂技、驯兽、飞车等特殊技能活动；

(6) 除竞走、跑步以外的竞速活动，如赛马、赛车、滑雪、滑冰等。

16.32 未到期净保险费

指保险人应退还的剩余保险期间的保险费，并按照以下公式计算：

(1) 若保险费为一次性支付的：

未到期净保险费=净保险费 $\times$ (1-m/n)。其中，净保险费=投保人所支付的保险费 $\times$ (1-退保手续费率)，除另有约定外，退保手续费率为35%；m为保险责任开始之日起至合同解除之日止期间的天数，n为保险期间的天数，经过天数不足一天的按一天计算。

(2) 若保险费为分期支付的：

未到期净保险费=当期净保险费 $\times$ (1-x/y)。其中，当期净保险费=投保人当期所支付的保险费 $\times$ (1-退保手续费率)，除另有约定外，退保手续费率为35%；x为当期保险责任开始之日起至合同解除之日止期间的天数，y为当期保险责任的总天数，经过天数不足一天的按一天计算。

如果保险人根据本合同的约定已给付保险金，或者被保险人已发生本合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，本合同的未到期净保险费为零。

16.33 不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

16.34 保险金申请人

指被保险人或受益人、（或）被保险人或受益人的继承人、（或）依法享有保险金请求权的其他自然人。

附录：

本合同的疾病定义中涉及的术语释义如下：

(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它部位，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≤2%) 或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

(2) 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。

(3) 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。

(4) 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 指有无其它脏器的转移情况。

(5) 六项基本日常生活活动

六项基本日常生活活动指：（1）穿衣：自己能够穿衣及脱衣；（2）移动：自己从一个房间到另一个房间；（3）行动：自己上下床或上下轮椅；（4）如厕：自己控制进行大小便；（5）进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；（6）洗澡：自己进行淋浴或盆浴。

六项基本日常生活活动能力的鉴定不适用于 0-3 周岁幼儿。