

国泰产险个人恶性肿瘤医疗保险 A 款条款

C00013332512025090507693

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。

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，按照本合同约定负有支付保险费义务且对被保险人具有保险利益的组织或个人，可作为本合同的投保人。

除另有约定外，投保时年龄为 0（含）周岁（见释义）至 80（含）周岁、身体健康的自然人，可作为本合同的被保险人。年龄 0 周岁的被保险人应为出生 28 天且已健康出院的婴儿。保险期间届满，投保人可以为 105（含）周岁前的自然人重新申请投保本合同，经保险人审核同意后，方可作为本合同的被保险人。

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

本合同设五项保险责任，由保险人选择其中一项或多项制订成保险方案。投保人投保的保险方案中包含的保险责任应以保险单中载明的为准，保险单中未载明的保险责任不生效，保险人不负责赔偿。

4.1 恶性肿瘤医疗保险金

在保险期间内，被保险人在等待期后经指定医院（见释义）的专科医生（见释义）确诊初次罹患（见释义）本合同约定的恶性肿瘤（见释义），对于被保险人在指定医院的普通部中治疗该恶性肿瘤而实际产生且需个人支付的、合理且必要（见释义）的如下四项医疗费用，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：

(1) 住院医疗费用

经诊断必须接受住院(见释义)治疗时,产生的住院医疗费用,包括:床位费(见释义)、膳食费(见释义)、护理费(见释义)、重症监护室床位费(见释义)、诊疗费(见释义)、检查检验费(见释义)、治疗费(见释义)、药品费(见释义)、手术费(见释义)、救护车费(见释义)。

在保险期间届满时,若被保险人的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,自保险期间届满次日起至本次住院出院之日止(最长以30日为限),保险人将继续承担因本次住院产生的医疗费用。

(2) 特殊门诊医疗费用

经诊断必须接受特殊门诊治疗时,产生的特殊门诊医疗费用,包括:

a. 门诊恶性肿瘤治疗费,包括:肿瘤化学疗法(见释义)、肿瘤放射疗法(见释义)、肿瘤免疫疗法(见释义)、肿瘤内分泌疗法(见释义)、肿瘤靶向疗法(见释义)的治疗费用;

b. 器官移植术后的门诊抗排异治疗费。

(3) 门诊手术医疗费用

经诊断必须接受门诊手术治疗时,产生的门诊手术医疗费用,包括:外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、术中用药费、手术设备费、一次性用品费、治疗费。

(4) 住院前后30天门急诊医疗费用

经诊断必须接受住院治疗时,在住院前30天(含住院当天)和出院后30天(含出院当天)内,因与本次住院相同原因而接受门诊或急诊(以下简称“门急诊”)治疗所产生的门急诊医疗费用,包括诊疗费、治疗费、检查检验费、药品费,但不包含上述“(2)特殊门诊医疗费用”和“(3)门诊手术医疗费用”。

保险人累计给付的金额以约定的保险金额为上限,达到该限额时本项保险责任终止。

4.2 质子重离子医疗保险金

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恶性肿瘤,对于被保险人在指定质子重离子治疗机构(见释义)住院期间接受质子重离子治疗而实际产生且需个人支付的、合理且必要的质子重离子住院医疗费用(见释义),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。

在保险期间届满时，若被保险人的本次质子重离子住院治疗仍未结束且未重新投保本保险的，除另有约定外，自保险期间届满次日起至本次质子重离子住院出院之日止（最长以 30 日为限），保险人将继续承担因本次质子重离子住院产生的医疗费用。

保险人累计给付的金额以约定的保险金额为上限，达到该限额时本项保险责任终止。

4.3 恶性肿瘤院外特定药品费用保险金

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恶性肿瘤，对于被保险人治疗该恶性肿瘤而实际产生且需个人支付的、合理且必要的、符合如下约定条件的特定药品（见释义）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。

特定药品必须同时满足以下条件：

① 须由指定医院的专科医生开具处方（见释义），且为被保险人当前治疗恶性肿瘤合理且必要的药品；

② 每次的处方剂量不超过 30 日（含）；

③ 须在《特定药品清单》（见释义）列表中；

④ 须符合中国国家药品监督管理部门批准的药品说明书中所列明的适应症和用法用量；

⑤ 须到保险人指定的药店（见释义）购买，且须符合“13.2 特定药品购买流程”的约定。

对于不满足上述一项或多项条件的特定药品费用，保险人不承担给付保险金的责任。

在保险期间届满时，若被保险人的本次特定药品治疗仍未结束且未重新投保本保险的，除另有约定外，自保险期间届满次日起最长至第 30 日（含）止，保险人将继续承担本项保险责任。

保险人累计给付的金额以约定的保险金额为上限，达到该限额时本项保险责任终止。

4.4 细胞免疫疗法药品费用保险金

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恶性肿瘤，对于被保险人治疗该恶性肿瘤而实际产生且需个人支付的、合理且必要的、符合如下约定条件的细胞免疫疗法（见释义）药品费用，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。

细胞免疫疗法药品必须同时满足以下条件：

- ① 须由指定医院的专科医生开具处方，且为被保险人当前治疗恶性肿瘤合理且必要的药品；
- ② 每次的处方剂量不超过 30 日（含）；
- ③ 须在《细胞免疫疗法药品清单》（见释义）列表中，除另有约定外，对于《细胞免疫疗法药品清单》中所列药品的使用次数仅限一次；
- ④ 须符合《细胞免疫疗法药品清单》中列明的适应症；
- ⑤ 须由保险人授权的第三方服务商安排到细胞免疫疗法指定医疗机构（见释义）中接受治疗，且须符合“13.3 细胞免疫疗法就医流程”的约定。

对于不满足上述一项或多项条件的细胞免疫疗法药品费用，保险人不承担给付保险金的责任。

在保险期间届满时，若被保险人的本次细胞免疫疗法药品治疗仍未结束且未重新投保本保险的，除另有约定外，自保险期间届满次日起最长至第 30 日（含）止，保险人将继续承担本项保险责任。

保险人累计给付的金额以约定的保险金额为上限，达到该限额时本项保险责任终止。

4.5 晚期癌保险金

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晚期癌，保险人按照约定的保险金额给付保险金，本项保险责任终止。

本合同约定的晚期癌，指确诊初次罹患恶性肿瘤的被保险人达到下列任意一种情况：

- （1）实体恶性肿瘤发生远处器官转移；
- （2）中枢神经系统恶性肿瘤，根据最新的世界卫生组织（WHO）分类为 4 级。

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“4.5 晚期癌保险金”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（见释义）、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，以及依法承担侵权责任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本合同时约定，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。

在等待期内，被保险人确诊本合同约定的恶性肿瘤的，保险人不承担保险责任，本合同终止，保险人向投保人无息退还已支付的全部保险费。

7 责任免除

7.1 医疗费用类责任免除（不适用“4.5 晚期癌保险金”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）在本合同生效之前被保险人已患有的且已知晓的恶性肿瘤，以及因该恶性肿瘤导致被保险人在本合同生效之后产生的继发性（转移性）恶性肿瘤及其并发症，但本合同另有约定的不受此限；

（2）因恶性肿瘤以外的其他原因而接受治疗或产生的任何费用；在等待期内产生的医疗费用，以及在等待期内确诊的疾病导致在等待期后产生的医疗费用；保险单载明的除外疾病；

（3）在不符合保险责任约定范围的医疗机构就诊，或者在特需部、VIP 部、国际部、国际医疗中心、康复科、康复中心、贵宾医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、联合医院等医院、部门或科室就诊；

（4）未遵医嘱而进行的任何治疗（如私自服用/涂用/注射药物）；预防性治疗、康复性治疗或训练、保健性治疗或保健食品用品、休养或疗养、健康检查或体检、医疗咨询和健康预测（见释义）；基因检测，基因疗法（见释义）；

（5）未在保险人指定的药店购买特定药品；未按照“13.2 特定药品购买流程”的约定进行授权申请、或者经授权申请后审核未通过；相关医学材料不能证明特定药品对被保险人所罹患的疾病有效，或者经审核被保险人的疾病状况对特定药品已经耐药（见释义）；特定药品配送过程中所产生的费用（包括配送费、服务费等非特定药品本身的费用），从慈善机

构中获得免费援助的任何费用；

(6) 未在指定医疗机构接受细胞免疫疗法；未按照“13.3 细胞免疫疗法就医流程”的约定提交申请、或者经申请后审核未通过；相关医学材料证明被保险人不适合接受细胞免疫疗法；

(7) 醉酒（见释义）、受酒精或管制药品的影响；以捐献身体器官为目的的医疗行为；各类医疗鉴定（见释义）、医疗意外（见释义）和医疗事故；试验性或研究性治疗及产生的后果；使用未获得治疗所在地政府许可或批准的治疗、药品或医疗器械；

(8) 不属于保险责任约定范围的任何医疗费用。

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) 被保险人服用、吸食或注射毒品（见释义）；
- (2) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（见释义）期间；
- (3) 遗传性疾病（见释义）、先天性畸形、变形或染色体异常（见释义）；
- (4) 核爆炸、核辐射或核污染，战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱、恐怖袭击。

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本合同时约定，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。

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，由投保人与保险人双方在订立本合同时约定，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。

对于指定治疗项目或指定医疗费用，投保人和保险人双方在订立本合同时可以约定单独适用的累计给付限额，并在保险单中载明。

10.2 免赔额

本合同中各项保险责任的免赔额，由投保人与保险人双方在订立本合同时约定，并在保险单中载明。除另有约定外，本合同的免赔额为累计免赔额。

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、且本合同不予赔付的金额。

除另有约定外，基本医疗保险、政府主办补充医疗、公费医疗和工伤保险已经报销的部分，不可用于抵扣免赔额；从基本医疗保险、政府主办补充医疗、公费医疗和工伤保险以外的其他途径已获得的属于本合同保险责任范围内的医疗费用补偿，以及被保险人自行承担的属于本合同保险责任范围内的医疗费用（包括被保险人基本医疗保险个人账户部分支出的医疗费用），可用于抵扣免赔额。

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本合同时可以针对以下情形分别设置对应的给付比例，并在保险单中载明：

a) 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；b) 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；c) 被保险人以未参加基本医疗保险身份投保。

除另有约定外，1) 若被保险人本年度已达到基本医疗保险规定的最高支付限额，并由此导致本年度的后续治疗费用无法继续获得基本医疗保险补偿的，2) 若被保险人已使用基本医疗保险结算，但基本医疗保险报销金额为零的，均不属于“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”的情形。

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：

(1) 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；

(2) 可以为投保的多个被保险人（若有）分别设置单独适用的保险条件，也可以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本合同时约定，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

订立本合同时，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，保险人在订立本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本合同时约定，并在保险单中载明。

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

(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，并在保险单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。投保人应在订立本合同时一次交清首期保险费，未按约定交纳首期保险费的，本合同不生效。

投保人在交清首期保险费后：若投保人未按照本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，补交后本合同继续有效，且被保险人在宽限期内发生的保险事故，保险人仍将按照本合同的约定承担保险责任；若投保人未按照本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，保险人依照本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本合同时约定，并在保险单中载明。

12.2 如实告知义务

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 职业变更通知义务

投保本合同时，投保人应确认被保险人的职业类型在保险人同意承保的范围内（或者不在保险人拒绝承保的范围内），对于投保人因被保险人的职业类型问题错投或者误投本合同的，保险人有权解除本合同且不承担给付保险金的责任，并将已收取的全部保险费无息退还投保人。

在保险期间内，被保险人变更其职业或工种时，投保人或被保险人应自变更之日起的 10 日内以书面形式通知保险人。

被保险人所变更的职业或者工种属于保险人拒绝承保范围的，保险人有权解除本合同，对该被保险人所负保险责任自其职业或工种变更之日起终止，并退还该被保险人对应的未到期净保险费。

被保险人所变更的职业或工种属于保险人拒绝承保的范围且并未按照本条的约定通知保险人，致使被保险人的危险程度显著增加而发生的保险事故，保险人对该被保险人不承担给付保险金的责任。

12.6 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的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。

（4）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（如包含住院的）、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。**（本条材料不适用“4.5 晚期癌保险金”保险责任）**

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。

（5）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。

（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，并需要提供监护人的身份证明等资料。

13.2 特定药品购买流程

仅适用于“4.3 恶性肿瘤院外特定药品费用保险金”保险责任。

被保险人在**保险人指定的药店**购买特定药品的，被保险人可作为申请人按照以下流程进行授权申请、合理性审核和购买：

(1) 授权申请

申请人向保险人提交**特定药品费用的预授权申请**（以下简称“授权申请”），并提供：
(a) 由指定医院的专科医生开具的处方； (b) 本合同约定的相关“保险金申请材料”。

(2) 合理性审核

授权申请审核通过后，保险人将进行合理性审核。如果在合理性审核中出现以下特殊情况，保险人有权要求申请人补充提交其他与合理性审核相关的医学材料： (a) 申请人授权申请时提交的与被保险人相关的医学材料不足以支持合理性审核； (b) 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。

(3) 购买

合理性审核通过后的 30 日（含）内，申请人须从保险人指定的药店中选定具体药店，并携带药品处方、被保险人的有效身份证件到选定的药店中购买特定药品。

若申请人委托他人代为申请保险金、或者购买特定药品的，被委托人还应提供申请人签字的授权委托书、被委托人的有效身份证件等相关证明文件。

申请人通过保险人指定的药店购买符合保险责任范围内的特定药品，将由保险人与指定的药店直接结算保险责任范围内的特定药品费用，申请人无需支付该部分费用。

13.3 细胞免疫疗法就医流程

仅适用于“4.4 细胞免疫疗法药品费用保险金”保险责任。

被保险人须按照以下流程进行细胞免疫疗法的审核评估及就医安排：

(1) 报案申请及就医资格审核

被保险人向保险人提交报案申请，并提供本合同约定的相关“保险金申请材料”。

经保险人审核确定属于本合同约定的保险事故的，方可启动“指定医疗机构评估”。

(2) 指定医疗机构评估

被保险人的报案申请在审核通过后，保险人为被保险人预约、安排到指定医疗机构，评估被保险人是否适合接受细胞免疫疗法治疗。

经指定医疗机构评估，被保险人适合接受细胞免疫疗法治疗的，方可启动“就医安排”。

(3) 就医安排

被保险人通过指定医疗机构的评估后，根据实际情况安排被保险人前往指定医疗机构接受细胞免疫疗法治疗。

13.4 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，但本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。本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。

对于属于保险责任范围内的医疗费用，保险人将按照本合同的相关约定给付保险金，但对于被保险人获得本合同约定的比例或金额足额扣减即视为保险人已履行给付保险金的责任，保险人不再接受被保险人对该部分保险金的申请。

但对于不属于保险责任范围内的费用、或应由被保险人自行支付的费用、或被保险人实际发生的费用超过本合同约定的保险金额的，被保险人须自行承担，保险人不承担给付保险金的责任。

13.5 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，投保人可以通过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，自保险人接到本合同解除申请时起，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，具体由投保人与保险人双方在订立本合同时约定，并在保险单中载明。

在犹豫期内，投保人要求解除本合同的，自保险人接到本合同解除申请时起，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，对于本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，自保险人接到本合同解除申请时起，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时起终止；
- (2) 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

本合同争议的解决方式，由当事人在本合同中约定从下列两种方式中选择一种：

(1) 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委员会仲裁；

(2) 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，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提起诉讼。

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 指定医院

指在中国大陆境内（香港、澳门及台湾地区除外）依法设立的中国国家卫生行政管理部门医院等级分类中的二级以上（含二级）公立医院以及“保险人认可的其他医院清单”中列明的医院，但不包含：

（1）以康复、护理、疗养、休养、戒酒、戒毒、精神心理治疗或类似功能为主要功能的医疗机构，质子重离子治疗机构，以及无相应医护人员或设备的二级或三级医院的联合医院或联合病房；

（2）“保险人除外的医院清单”中列明的医院。

如有“保险人认可的其他医院清单”和“保险人除外的医院清单”，保险人将在保险单中载明，且保险人保留对“保险人认可的其他医院清单”和“保险人除外的医院清单”进行变更的权利，具体以被保险人接受治疗起始时的有效版本为准。“保险人认可的其他医院清单”和“保险人除外的医院清单”最新版本将在本保险产品销售平台或公司官网进行公布。

16.3 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。

16.4 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，而不是指自本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。

16.5 恶性肿瘤

本合同约定的恶性肿瘤包含“恶性肿瘤——重度”、“恶性肿瘤——轻度”和“原位癌”，具体疾病定义如下：

(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) 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，**但在“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_iN₀M₀ 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-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。

（3）原位癌

指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，且必须经对固定活组织的组织病理学检查明确诊断为原位癌，临床诊断属于世界卫生组织（WHO）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的原位癌类别及《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 2 的原位癌范畴，**任何细胞病理学检查结果均不能作为诊断依据。**

16.6 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。

对是否符合医学必要，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。

16.7 住院

指因发生本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）、挂床住院等不合理住院；挂床住院指住院期间被保险人离开医院十二小时以上；不合理的住院指被保险人未达到住院标准而办理入院手续或已达到出院标准而不办理出院手续的情形；

(2) 在康复科、康复病床接受治疗，或接受康复相关治疗；

(3) 住院休养、疗养、身体检查和健康护理等非治疗性行为；

(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。

16.8 床位费

指不超过普通双人病房标准的费用。不包括单人间病房、陪床、观察床位、套房、家庭病床、豪华房和行政客房的费用，也不包括保险人不予理赔的病床费用。保险人若有不予理赔的病床费用，将在保险单中载明。

床位费的日限额，可以由投保人和保险人双方在订立本合同时约定，并在保险单中载明。

16.9 膳食费

指根据就诊医院的专科医生的书面医嘱，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、合理且符合惯常标准的膳食费用。本项费用仅包括指定医院收取的费用（应包含在医疗账单内，具体以收费票据显示为准）。

16.10 护理费

指由医疗机构对被保险人提供临床护理服务所收取的费用，包括根据医嘱所示的护理等级提供的各级护理、重症监护和专项护理费用。

16.11 重症监护室床位费

指出于医学必要被保险人必须接受在重症监护室进行合理且必要的治疗而产生的床位费。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。

重症监护室床位费的日限额，可以由投保人和保险人双方在订立本合同时约定，并在保险单中载明。

16.12 诊疗费

指实际发生的、合理且必要的主诊或会诊医生（包括外科医生、内科医生、麻醉师、专科医生）诊疗的劳务费用，包括诊疗费、会诊费、出诊费、挂号费等。

16.13 检查检验费

指采取必要的医学手段进行检查及检验而实际发生的合理且必要的医疗费用，包括诊查费、妇检费、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。

16.14 治疗费

指提供必要的医学手段而实际发生的、合理且必要的治疗者的技术劳务费、医疗器械使用费以及相关消耗品的费用，具体以就诊医院费用项目划分为准。

本项费用不包含：

（1）物理治疗：指应用人工物理因子（如光、电、磁、声、温热、寒冷等）来治疗疾病，具体疗法包括电疗、光疗、磁疗、热疗、冷疗、水疗、超声波疗法等；

（2）中医理疗：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；

（3）其他特殊疗法：包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

16.15 药品费

指实际发生的、合理且必要的、由就诊医院的专科医生开具的、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。

16.16 手术费

指当地卫生健康行政部门规定的手术项目的费用。包括外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、手术材料费、一次性用品费、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器官获取、保存、运输、质量评估等器官获取过程中的费用。

16.17 救护车费

指以抢救生命由急救中心派出的救护车费用，或根据就诊医院的专科医生建议而发生的医院转诊过程中的医院用车费用。

救护车费包括：

(1) 救护车使用费，如出车费/起步费、里程费、过路费、夜间/节假日加收费、到达指定地点后的等候费；

(2) 用车期间因抢救或治疗而产生的医疗费用，如院前急救费、特殊救治费（如心肺复苏抢救、大出血抢救、传染病防护）、医疗设备及耗材费（如氧气瓶、心电监护、药品、纱布、注射或输液）、医生诊疗费、担架费。

除另有约定外，救护车费仅限于同一城市的医疗运送。

16.18 肿瘤化学疗法

指对于恶性肿瘤的化学治疗。化学治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。本合同所指的化学治疗为被保险人根据书面医嘱，

在就诊医院进行的采用静脉注射、服用药物等方式的化疗。**本合同约定的化学疗法不包括肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法。**本合同所指的化学疗法药物需符合中华人民共和国相关法律、法规要求，并经过具有药品监督管理部门的批准用于临床治疗（以使用时的批准结果为准）。

16.19 肿瘤放射疗法

指针对恶性肿瘤的放射治疗。放射治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。本合同所指的放射治疗为被保险人根据书面医嘱，在就诊医院的专门科室进行的光子治疗、电子治疗、快中子治疗，且治疗仪器需符合中华人民共和国相关法律、法规要求，并经过具有药品监督管理部门的批准用于临床治疗（以使用时的批准结果为准）。

16.20 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治疗药物需符合中华人民共和国相关法律、法规要求，并经过具有药品监督管理部门的批准用于临床治疗（以使用时的批准结果为准）。

16.21 肿瘤内分泌疗法

指对于恶性肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制或增强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中华人民共和国相关法律、法规要求，并经过具有药品监督管理部门的批准用于临床治疗（以使用时的批准结果为准）。

16.22 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药物需符合中华人民共和国相关法律、法规要求，并经过具有药品监督管理部门的批准用于临床治疗（以使用时的批准结果为准）。

16.23 指定质子重离子治疗机构

在投保时，保险人与投保人约定的、符合保险保障范围或计划的质子重离子治疗机构，保险人将在保险单中载明。**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。**

16.24 质子重离子住院医疗费用

指被保险人在指定质子重离子治疗机构内，因接受质子、重离子放射治疗而发生的、符合保险责任范围内的质子重离子住院医疗费用，包括：定位及制定放疗计划费用、质子重离子放射治疗实施费用、床位费、药品费、膳食费、治疗费、检查检验费、陪床费、诊疗费、护理费等。

质子重离子住院医疗费用中的床位费，以不超过普通单人间病房标准的费用为限，且不包括陪床、观察床位、套房、家庭病床、豪华房和行政客房的费用，也不包括保险人不予理赔的病床费用。保险人若有不予理赔的病床费用，将在保险单中载明。

质子重离子住院医疗费用中床位费的日限额，可以由投保人和保险人双方在订立保险合同同时约定，并在保险单中载明。

16.25 特定药品

指在本合同保险期间届满日前，经中国国家药品监督管理部门批准并已在中国上市的特种药品。

特种药品，指由中国国家卫生健康监督管理部门制定的、现行有效的新型抗肿瘤药物临床应用指导原则中定义的新型抗肿瘤药物，即小分子靶向药物和大分子单克隆抗体类药物。特种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。

16.26 处方

指由注册的执业医师和执业助理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。

16.27 《特定药品清单》

在投保时，保险人与投保人约定的、符合保险保障范围或计划的特定药品清单，保险人将在保险单中载明。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。

16.28 保险人指定的药店

指保险人授权的第三方服务商提供的特定药品的药店，具体以被保险人药品处方开具时的有效版本为准，且该药店需同时满足以下条件：

- （1）取得国家药品经营许可证、GSP 认证；
- （2）具有完善的冷链药品送达能力；
- （3）该药店内具有医师、执业药师等专业人员提供服务。

16.29 细胞免疫疗法

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。

16.30 《细胞免疫疗法药品清单》

在投保时，保险人与投保人约定的、符合保险保障范围或计划的细胞免疫疗法药品清单，保险人将在保险单中载明。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。

16.31 细胞免疫疗法指定医疗机构

指保险人授权的第三方服务商提供的进行细胞免疫疗法治病的医疗机构，具体以被保险人进行细胞免疫疗法治病时的有效版本为准，该医疗机构须经国家卫生健康行政部门的批准。

16.32 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。

16.33 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。

16.34 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。

16.35 医疗咨询和健康预测

包括但不限于健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询（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）确定的精神和行为障碍以外的一般心理问题，如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等）等。

16.36 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。

16.37 耐药

指以下两种情况之一：

(1) 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。

(2) 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。

16.38 醉酒

指因饮酒而表现出动作不协调、意识紊乱、舌重口吃或其他不能清醒地控制自己行为的状态。醉酒的认定，如有司法机关、公安部门的有关法律文件、医院的诊断书等，则以上述法律文件、诊断书等为准。

16.39 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、胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定等。

16.40 医疗意外

指在有相应等级资质的医院接受治疗过程中发生的、不能归责于医疗机构或医护人员责任的、由于患者的病情或患者体质的特殊性而产生的难以预料和防范的不良后果。

16.41 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。

16.42 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。

16.43 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。

16.44 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。

16.45 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=投保人所支付的保险费×（1-退保手续费率）×（1-保险责任开始之日起至合同解除之日止期间的天数/保险期间的总天数）。

（2）若保险费为分期支付的：未到期净保险费=投保人当期所支付的保险费×（1-退保手续费率）×（1-当期保险责任开始之日起至合同解除之日止期间的天数/当期保险责任的总天数）。

除另有约定外，退保手续费率为 35%，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。

16.46 不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

16.47 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：

本合同中涉及疾病定义中的术语释义如下：

（1）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。

(2) 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。

(3) 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。

(4) 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_x: 原发肿瘤不能评估

pT₀: 无肿瘤证据

pT₁: 肿瘤局限在甲状腺内,最大径≤2cm

T_{1a}肿瘤最大径≤1cm

T_{1b}肿瘤最大径>1cm, ≤2cm

pT₂: 肿瘤2~4cm

pT₃: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内

pT_{3b}: 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

pT₄: 大体侵犯甲状腺外带状肌外

pT_{4a}: 侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT_{4b}: 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pT_x: 原发肿瘤不能评估

pT₀: 无肿瘤证据

pT₁: 肿瘤局限在甲状腺内,最大径≤2cm

T_{1a}肿瘤最大径≤1cm

T_{1b}肿瘤最大径>1cm, ≤2cm

pT₂: 肿瘤2~4cm

pT₃: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌
 pT_{3a}: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内
 pT_{3b}: 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
 pT₄: 进展期病变
 pT_{4a}: 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_{4b}: 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_x: 区域淋巴结无法评估
 pN₀: 无淋巴结转移证据
 pN₁: 区域淋巴结转移
 pN_{1a}: 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_{1b}: 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
 M₀: 无远处转移
 M₁: 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。