

华农财产保险股份有限公司
恶性肿瘤医疗保险 G 款条款（互联网专属）
注册编号：C00010132512022010600361

总则

第一条 本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证、批单等组成。凡涉及本合同的约定，均采用书面形式。

第二条 凡投保时年龄在 0 周岁（见释义 1）（投保时被保险人为 0 周岁的，应当为出生满 30 日且已健康出院的婴儿）至 100 周岁，身体健康、能正常工作、生活的自然人可作为本合同的被保险人。

第三条 具有完全民事行为能力的被保险人本人、对被保险人具有保险利益的其他自然人可作为本合同的投保人。

第四条 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。

第五条 本合同约定的保险区域为中国大陆境内（不包含香港、澳门和台湾），保险人仅对被保险人在约定保险区域内发生的保险事故承担保险责任。

保险责任

第六条 本合同的保险责任包括“恶性肿瘤医疗保险金”、“异地就医转诊交通费用保险金”和“院外靶向药费用保险金”。

一、保险责任

（一）恶性肿瘤医疗保险金

保险期间内，被保险人自本合同生效之日起经过等待期（见释义 2）（90 日）后（续保的或者本合同另有约定的不在此限）经医院（见释义 3）的专科医生（见释义 4）初次确诊（见释义 5）本合同所定义的恶性肿瘤（见释义 6），并在医院接受治疗的，保险人按照本合同的约定承担给付恶性肿瘤医疗保险金的责任，该责任包括下述 1-4 类费用：

1. 恶性肿瘤住院医疗费用

被保险人因确诊恶性肿瘤经医院诊断必须住院（见释义 7）治疗的，对于住院期间发生的必需且合理（见释义 8）的住院医疗费用，保险人按照本合同的约定，在恶性肿瘤医疗保险金额内给付恶性肿瘤住院医疗保险金。

恶性肿瘤住院医疗费用包括床位费（见释义 9）、加床费（见释义 10）、重症监护室床位费（见释义 11）、药品费（见释义 12）、膳食费（见释义 13）、治疗费（见释义 14）、护理费（见释义 15）、检查检验费（见释义 16）、手术费（见释义 17）、医生费（见释义 18）、救护车使用费（见释义 19）。

保险期间内，被保险人因确诊恶性肿瘤住院治疗，且在本合同保险期间届满日后 30 日内（含第 30 日）仍未结束本次住院治疗的，对此期间发生的必需且合理的恶性肿瘤住院医疗费用，保险人仍将按照本合同的约定，在恶性肿瘤医疗保险金额内给付恶性肿瘤住院医疗保险金。如第 30 日仍未结束本次住院治疗的，自第 30 日后发生的住院医疗费用不属于本合同保险责任。

2. 恶性肿瘤特殊门诊医疗费用

被保险人因确诊恶性肿瘤在医院接受特殊门诊治疗期间发生的以下必需且合理的恶性肿瘤特殊门诊医疗费用，保险人按照本合同的约定，在恶性肿瘤医疗保险金额内给付恶性肿瘤特殊门诊医疗保险金：

(1) 门诊肾透析费；

(2) 门诊恶性肿瘤治疗费，包括化学疗法（见释义 20）、放射疗法（见释义 21）、肿瘤免疫疗法（见释义 22）、肿瘤内分泌疗法（见释义 23）、肿瘤靶向疗法（见释义 24）的治疗费用；

(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费。

3. 恶性肿瘤门诊手术医疗费用

被保险人因确诊恶性肿瘤在医院接受门诊手术治疗期间发生的必需且合理的恶性肿瘤门诊手术费用，保险人按照本合同的约定，在恶性肿瘤医疗保险金额内给付恶性肿瘤门诊手术医疗费用。

4. 恶性肿瘤住院前后门诊急诊费用

被保险人在住院治疗前 30 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受恶性肿瘤门诊急诊治疗发生的必需且合理的医疗费用（不包括恶性肿瘤特殊门诊医疗费用、恶性肿瘤门诊手术医疗费用），保险人按照本合同的约定，在恶性肿瘤医疗保险金额内给付恶性肿瘤住院前后门诊急诊保险金。

保险人对于以上四类费用的累计给付金额之和以本合同约定的恶性肿瘤医疗保险金额为限，一次或累计给付金额达到本项恶性肿瘤医疗保险金额时，保险人对于被保险人在恶性肿瘤医疗保险金项下的保险责任终止。

(二) 异地就医转诊交通费用保险金

在保险期间内，被保险人等待期（90 日）后经医院专科医生初次确诊发生本合同所定义的恶性肿瘤（无论一种或者多种），因病情需要跨省或自治区或直辖市（仅限中国大陆境内，不包括境外及港、澳、台地区）住院治疗，经被保险人申请，由转出医院开具转院证明，保险人对被保险人发生的合理且必要的因异地转诊产生的客运公共交通（见释义 25）（限飞机及火车：飞机限经济舱及以下，火车限硬席（硬座、硬卧）、高铁/动车二等座、全列软席列车二等软座及以下）费用在本合同约定的保险金额内给付保险金。

(三) 院外靶向药费用保险金

被保险人在等待期（90 日）后因初次确诊本合同所定义的恶性肿瘤后需进行靶向治疗时，如医院内没有相关必须药物，保险人将对被保险人按照医嘱在正规有相关资质的药房购买的靶向药物（见释义 26），对其自负部分按照约定比例进行费用补偿。院外靶向药购药须符合药物临床用药规范，且单次就诊处方（见释义 27）购药量不超过就诊后一个月的治疗用量。对于为未来治疗提前购买的药物和超出用药规范的重复购买，保险人不承担给付保险金的责任。

对于上述各项保险责任，被保险人不论一次或多次在医院进行治疗，保险人均按上述约定给付各项保险金，但各项费用的累计给付金额以不超过各对应项的保险金额为限，各项费用的累计给付金额达到其对应项的保险金额时，保险人对被保险人的该项保险责任终止。

二、免赔额

免赔额的具体金额以及相关适用情况由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在本合同中载明。

本合同中所指免赔额均指年免赔额，指在本合同保险期间内，应由被保险人自行承担，本合同不予赔付的部分。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过基本医疗保险（见释义 28）、公费医疗保险及政府救助获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

三、补偿原则和赔付标准

本合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、公费医疗、大病医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）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，在扣除本合同约定的免赔额后按照本合同约定的赔付比例进行赔付。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。

以上“恶性肿瘤医疗保险金”和“院外靶向药费用保险金”由投保人和保险人按照以下情况分别约定赔付比例，并在保险单中载明：

1、恶性肿瘤医疗保险金：

（1）若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，并以基本医疗保险或公费医疗身份就诊并结算，赔付比例为 100%；

（2）若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，但未以基本医疗保险或公费医疗身份就诊并结算，赔付比例为 60%；

（3）若被保险人因本合同约定的恶性肿瘤（无论一种或者多种）在异地（中国大陆地区的省外或直辖市外）就医无法使用参保地的基本医疗保险结算，且被保险人已向参保地的医保经办机构申请报销，但参保地医保经办机构无法给予基本医疗保险报销时，赔付比例调整为 100%；

（4）若被保险人未以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，赔付比例为 100%。

2、院外靶向药费用保险金：

赔付比例为 70%。

责任免除

第七条 因下列情形之一造成被保险人医疗费用支出的，保险人不承担给付保险金的责

任：

- （一）投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；
- （二）被保险人自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （三）被保险人故意自伤或因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击、被杀害；
- （四）被保险人吸食、服用或注射毒品（见释义 29）；
- （五）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（见释义 30）；
- （六）核爆炸、核辐射或核污染、化学污染；
- （七）既往症（见释义 31），或被保险人在投保前或在等待期内确诊的疾病，或等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；
- （八）被保险人在不符合本合同约定的医院就诊发生的医疗费用；
- （九）被保险人遗传性疾病（见释义 32），先天性畸形、变形或染色体异常（见释义 33）；
- （十）被保险人因职业病（见释义 34）、医疗事故（见释义 35）导致支出医疗费用；
- （十一）被保险人接种预防恶性肿瘤的疫苗，进行基因测试，鉴定恶性肿瘤的遗传性，接受实验性治疗以及安全性和可靠性未经相关科学证明的诊断、治疗或者外科手术所产生的费用。

第八条 在下列期间发生导致被保险人支出医疗费用的，保险人不承担保险金给付责任：

- （一）被行政或司法机关依法采取强制措施期间或入狱服刑期间；
- （二）被保险人受酒精或毒品影响期间；
- （三）战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱期间。

保险金额

第九条 保险金额是保险人承担赔偿责任或者给付保险金责任的最高限额。年度累计保险金额是保险人在保单年度内承担赔偿责任或者给付保险金责任的累计最高限额。保险金额一经确定，

保险期间内不能进行变更。

本合同的恶性肿瘤医疗保险金额、异地就医转诊交通费用保险金额、院外靶向药费用保险金额和年度累计保险金额由投保人与保险人约定，并在保险单中载明。**保险人对被保险人的所有赔偿金额之和不超过保险单中载明的年度累计保险金额。**

保险期间

第十条 本合同保险期间由保险人和投保人协商确定，以保险单载明的起讫时间为准，但最长不超过一年。

不保证续保

第十一条 本合同为不保证续保合同，本合同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公司申请投保本合同，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

若发生下列情形之一的，本合同不再接受重新投保：

- (一) 本合同统一停售；
- (二) 被保险人身故；
- (三) 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；
- (四) 本合同因其他条款所列情况而导致效力终止。

保险人义务

第十二条 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。

第十三条 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。

第十四条 保险人依据第十九条、第二十条所取得的保险合同解除权，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。自保险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，保险人承担给付保险金责任。

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。

第十五条 保险人按照第二十四条的约定，认为投保人、被保险人或者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、被保险人或者受益人补充提供。

第十六条 保险人收到被保险人或者受益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。但保险责任的核定必须依赖于特定证明、鉴定、判决、裁定或其他证据材料的，保险人应在被保险人或者受益人提供或自行取得上述证据材料起三十日内作出核定。本合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益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或者受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十七条 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；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

第十八条 本合同保险费缴付方式由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单上载明。

若投保人选择一次性缴付保险费，投保人应当在本合同成立时一次性缴清保险费。保险费缴清前，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。

若投保人选择分期缴付保险费，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缴付的周期。在缴付首期保险费后，投保人应当在每个保险费约定支付日（见释义 36）缴付其余各期次的保险费。若投保人未按照本合同约定的付款时间足额缴付当期保险费，保险人允许投保人在本合同约定的宽限期内补缴对应期次的保险费。如果被保险人在宽限期内发生保险事故，保险人仍按照合同约定赔偿保险金。除本合同另有约定外，如被保险人在正常缴费对应的保险期间内或宽限期内发生保险事故，保险人依照本合同约定赔付保险金的，需扣减保险期间所有未缴期间的保险费，投保人已缴纳的保险费与保险人扣减的保险费之和应等于本合同约定的保险费总额。

若投保人未按照本合同约定的付款时间足额缴付当期保险费，且在本合同约定的宽限期内仍未足额补缴当期保险费的，本合同效力中止，保险人对合同效力中止后发生的保险事故不承担给付保险金责任。

宽限期由投保人与保险人协商确定，并在保险单中载明。

第十九条 订立本合同，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，保险人有权解除本合同。

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。

第二十条 投保人申请投保时，应按被保险人的周岁年龄和性别填写，如果发生错误按照下列方式办理：

（一）投保人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，保险人有权解除本合同，并向投保人退还未满期保险费（见释义 37）。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。

（二）投保人申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使投保人实交保险费少于应交保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费。如果已经发生保险事故，在给付保

险金时按实际缴纳保险费和应交保险费的比例给付。

(三)投保人申报的被保险人年龄或者性别不真实,致使投保人实交保险费多于应交保险费的,保险人应将多收的保险费无息退还给投保人。

第二十一条 投保人住所或通讯地址变更时,应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的,保险人按本合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知,均视为已发送给投保人。

第二十二条 被保险人变更其职业或工种时,投保人应于三十日内以书面形式通知保险人。若被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类(见释义 38)在拒保范围内的,保险人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,并退还未满期保险费。

被保险人未履行本条约定的通知义务而发生保险事故的,且被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内的,保险人不承担给付保险金的责任,并自其职业或工种变更之日起,按日计算退还未满期保险费,本合同终止。

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(见释义 39)而导致的迟延。

保险金申请与给付

第二十四条 保险金申请人(见释义 40)请求赔偿时,应向保险人提供以下证明和资料:

- (一) 保险金申请人填具的索赔申请书;
- (二) 保险单或其他保险凭证正本;
- (三) 保险金申请人的有效身份证件(见释义 41);

(四) 支持索赔的全部账单、证明、信息和证据,包括但不限于医院出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查、化验检查报告、医疗费用原始单据(已从基本医疗保险获得补偿的,需提供医保结算单原件及结算单位用印的医疗费用单据复印件;已从其他商业保险获得赔偿的,需提供费用结算分割单原件及结算单位用印的医疗费用单据复印件;已从其他任何途径获得补偿或赔偿的,需提供相应机构或单位出具的医疗费用结算证明)、费用明细单据、转诊证明、交通费相关证明等。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的,应提供其他合法有效的材料;

(五) 异地就医转诊交通费用保险金报销客运公共交通费用需提供转出医院出具的转院证明、交通费用支出的正式发票或收据原件;

(六) 院外靶向药费用保险金报销需提供专科医生开具的特定药品处方、医院开具的外购药证明;

(七) 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;

(八) 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;

(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。

保险金申请人未能提供上述索赔申请材料,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。

第二十五条 保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效依据中华人民共和国法律(为本合同之目的,不包括香港、澳门、台湾地区的法律)确定,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

第二十六条 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,可依法向中华人民共和国境内(不包括港澳台地区)有管辖权的人民法院起诉。

第二十七条 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(为本合同之目的,不包括香港、澳门、台湾地区法律)。

其他事项

第二十八条 除本合同另有约定外,经投保人和保险人协商同意后,可变更本合同的有关内容。变更本合同时,投保人应填写变更合同申请书,经保险人审核同意,并在本合同的保险单或其他保险凭证上加以批注,或由投保人和保险人订立变更的书面协议后生效。

第二十九条 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,但保险人已根据本合同约定给付保险金的除外。

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) 保险单原件;
- (三) 保险费交付凭证;
- (四) 投保人身份证明;
- (五) 保险人需要的其他有关文件和资料。

投保人要求解除本合同,自保险人接到保险合同解除申请书之时起,本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起30日内退还保险单的未到期保险费。

第三十条 发生以下情况之一时,本合同效力即时终止:

- (一) 保险期间届满;
- (二) 被保险人身故;
- (三) 因本合同其他条款所约定的情况而终止效力。

释义

1、**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。

2、**等待期**：指自保险合同生效之日起计算的一段时间，等待期内发生疾病，无论等待期内治疗还是等待期外治疗，保险人均不承担给付保险金责任。

3、**医院**：是指经中华人民共和国卫生部门审核认定的二级或二级以上的公立医院，且仅限于上述医院的普通部，不包括如下机构或医疗服务：

(1) 特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 部、联合医院、A 级病房；

(2) 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；

(3) 休养、戒酒、戒毒中心。

该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。

4、**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。

5、**初次确诊**：指自被保险人出生之日起第一次经医院或指定医疗机构确诊患有某种疾病，而不是指自本合同生效之后第一次经医院或指定医疗机构确诊患有某种疾病。

6、**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，病灶经组织病理学检查（见释义 42，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 43）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病，其中包含：

(1) TNM 分期（见释义 44）为 I 期的甲状腺癌（见释义 45）；

(2) TNM 分期为 T1N0M0 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；

(7) 原位癌。

下列疾病不在保障范围内：

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）范畴的疾病。

注：原位癌指恶性细胞局限于上皮内尚未突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。

7、住院：是指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院或指定医疗机构的正式病房接受全日 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) 被保险人在医院或指定医疗机构的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；
- (2) 被保险人在特需病房、外宾病房或其他不属于基本医疗保险范畴的高等级病房入住；

(3) 被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；

(4) 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；

(5) 被保险人住院体检；

(6) 挂床住院及其他不合理的住院。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。

8、必需且合理：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。

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) **医学必要：**指被保险人接受治疗或服务、使用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. 与接受治疗当地普遍接受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。

9、床位费：指被保险人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）。

10、加床费：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）在合同约定的医院或指定医疗机构留宿发生的加床费；或女性被保险

人在住院治疗期间，保险人根据合同约定给付其一周岁以下哺乳期婴儿在合同约定的医院或医疗机构留宿发生的加床费。

11、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。

12、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：

a. 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，血宝胶囊，红桃K口服液，十全大补丸，十全大补膏等；

b. 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；

c. 用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

13、膳食费：指住院期间根据医生的医嘱，由作为合同约定的医院或指定医疗机构内部专属部门的、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，根据各医院或指定医疗机构的惯例，可以作为独立的款项，也可以合并病房费等其他款项内。

14、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，具体以就诊合同约定的医院或指定医疗机构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。

15、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。

16、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。

17、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。

18、医生费：指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

19、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。

20、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，在合同约定的医院或指定医疗机构进行的静脉注射化疗。

21、放射疗法：指对于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，在合同约定的医院或指定医疗机构的专门科室进行的放疗。

22、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。

23、肿瘤内分泌疗法：指针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。

24、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。

25、客运公共交通：

①民航班机：本合同所指民航班机为经相关政府部门登记许可合法运营、以客运为目的的飞机；

②火车：本合同所指火车为经相关政府部门登记许可合法运营、以客运为目的的火车（含地铁、轻轨、动车、其他高速列车）；

③轮船：本合同所指轮船为经相关政府部门登记许可合法运营、以客运为目的的轮船；

④合法商业运营的客运汽车：本合同所指汽车为经相关政府部门登记许可合法运营、以客运为目的的公共汽车（含电车）。

26、靶向药物：指被赋予了靶向能力的药物或其制剂。其目的是使药物或其载体能瞄准特定的病变部位，并在目标部位蓄积或释放有效成分。靶向制剂可以使药物在目标局部形成相对较高的浓度，从而在提高药效的同时抑制毒副作用，减少对正常组织、细胞的伤害。

27、处方：指由注册的执业医师和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。

28、基本医疗保险：本合同所称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、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

29、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。**

30、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。

31、既往症：指在本合同（续保的，指首张保险合同）生效之前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：

（1）本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

（2）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；

（3）本合同生效前发生，未经医生诊断和治疗，但症状已经显现足以促使一般普通谨慎人士引起注意并寻求诊断、治疗或护理的症状。

32、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。

33、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(WTO, 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）确定。

34、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。

35、医疗事故：指医院或指定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。

36、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2017年6月8日，则次月的保险费约定支付日为2017年7月8日，以此类推，则最后一个月的保险费约定支付日为2018年5月8日。

37、未到期保险费：除另有约定外，按下述公式计算未到期保险费：

若选择一次性缴付保险费，未到期保险费=保险费×(1-m/n)，其中，m为已生效天数，n为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。

若选择分期缴付保险费，未到期保险费=当期保险费×(1-m/n)，其中，m为当期已生效天数，n为当期天数，经过日期不足一日的按一日计算。

38、职业分类：按照工作性质同一性的基本原则，对被保险人所从事的工作进行职业分类。具体分类以华农财产保险股份有限公司官方网站公开信息披露的发布为准。

39、不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

40、保险金申请人：指被保险人，受益人，被保险人、受益人的继承人或其他依法享有保险金请求权的其他自然人。

41、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，包括但不限于居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。

42、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。

43、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, World Health Organization）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。

44、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。

45、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

pTx: 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)

年齡<55 岁			
	T	N	M
I 期	任何	任何	0
II 期	任何	任何	1
年齡≥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（所有年齡组）			
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（所有年齡组）			
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“年齡”指患者病理组织标本获取日期时的年齡。