

中国人民财产保险股份有限公司
个人癌症费用医疗保险肝病人群扩展版（互联网专属）条款

注册编号：C00000232512021121522633

1 总则

1.1 合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、保险单以及经投保人与保险人认可的、与保险合同有关的其它书面协议（包括但不限于健康问卷、声明、批单）组成。凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。

1.2 投保人

具有完全民事行为能力的被保险人本人，或在本保险合同订立时对被保险人有保险利益的其他自然人或特定主体可作为本保险合同的投保人。

1.3 被保险人

年龄在 18 至 60 周岁（含）（见释义）、首次投保时或非续保时符合健康问卷要求且符合以下条件之一的自然人可作为本保险合同的被保险人：

（1）乙肝病毒感染人群，包括：乙肝病毒携带者（见释义）；慢性乙型肝炎患者（见释义）；肝纤维化 1-2 期患者（见释义）；

（2）丙肝病毒感染人群，包括：丙肝病毒携带者（见释义）；慢性丙型肝炎患者（见释义）；轻度丙肝纤维化（显著性肝纤维化）（见释义）；

（3）其他可承保人群，包括：酒精性肝炎（见释义）、酒精性脂肪肝（见释义）、非酒精性脂肪性肝病（见释义）、有肝病家族病史人群。

除另有约定外，保险人接受被保险人首次投保或非续保投保的年龄不超过 60 周岁。

1.3.1 被保资格的获得

本保险合同为首次投保或非续保的，被保险人获得被保资格的日期为本保险合同的保险期间起始日；本保险合同为续保的，被保险人获得被保资格的日期为续保对应首张保险合同的保险期间起始日。

1.3.2 被保资格的丧失或终止

被保险人因非保险事故身故的，则自其身故之日起该被保险人的被保资格丧失，保险人对该被保险人所承担的保险责任随即终止。

本保险合同保险期间终止且被保险人未续保的，则被保险人的被保资格随保险期间终止而终止，保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

本保险合同解除，则自解除之日起被保险人的被保资格终止，保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

1.4 受益人

除另有约定外，本保险合同的受益人为被保险人本人。

2 保障内容

2.1 保险责任

被保险人自获得被保资格之日起经过本保险合同约定的等待期（见释义）后首次发病（见释义），被专科医生（见释义）确诊为本保险合同所约定的癌症（见释义），在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门和台湾地区）二级（含）及以上公立医院（见释义）或保险人认可的医疗机构（见释义）的普通部接受癌症治疗的，对于其在保险期间内向上述医院或医疗机构累计支出的 2.1.1-2.1.2 中必需且合理（见释义）的医疗费用，保险人按照 2.2 保险金给付标准的约定，在保险金额范围内计算并给付保险金。

除另有约定外，保险人承担保险责任的范围不包括上述医院或医疗机构的家庭病床（房）、特需医疗、外宾医疗、国际部、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 病房，以及其他不属于社会基本医疗保险（见释义）范畴的门诊、急诊、病房、住院部。

2.1.1 癌症检查费用

被保险人在其癌症确诊之日前三十日内（含确诊当日）实际支出的与确诊癌症相关的必需且合理的**癌症检查费用**（见释义），保险人按照 2.2 保险金给付标准的约定，在保险金额范围内计算并给付保险金。

2.1.2 癌症治疗费用

被保险人在其癌症确诊之日后（含确诊当日）实际支出的 2.1.2.1-2.1.2.3 中与治疗癌症相关的必需且合理的医疗费用，保险人按照 2.2 保险金给付标准的约定，在保险金额范围内计算并给付保险金。

保险期间届满时被保险人仍未结束癌症治疗，保险人未接受其续保的，对于被保险人自其癌症确诊之日起一定期限内发生的符合本保险合同约定的癌症治疗费用，保险人仍承担保险责任，除另有约定外，该期限为 365 日。但对于保险期间届满后经医院确诊的新患癌症的医疗费用不在保险责任范围内。

2.1.2.1 癌症住院医疗费用

被保险人发生的与治疗癌症相关的**住院**（见释义）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、诊疗费、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）、救护车使用费（见释义）。

2.1.2.2 癌症特殊门诊医疗费用

被保险人发生的与治疗癌症相关的特殊门诊医疗费用，包括化学疗法（见释义）、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。

2.1.2.3 癌症门急诊医疗费用

被保险人发生的与治疗癌症相关的门急诊医疗费用，包括检查检验费、药品费、医生诊疗费、治疗费、救护车使用费等。

2.2 保险金给付标准

对于每一被保险人在保险期间内累计支出的符合本保险合同 2.1.1、2.1.2 中约定的各项医疗费用（以下公式中简称为“累计合理医疗费用”），保险人按照下列公式计算保险金：

$$\text{保险金} = (\text{累计合理医疗费用} - \text{社会基本医疗保险、公费医疗和大病保险（见释义）已补偿金额} + \text{其他途径已获得的医疗费用补偿金额} - \text{免赔额（见释义）}) \times \text{给付比例}$$

免赔额、给付比例由投保人、保险人双方协商确定，并在保险单中载明。

若被保险人以参加社会基本医疗保险身份投保，但在申请理赔时未从社会基本医疗保险获得医疗费用补偿的，保险人在按照上述保险金计算公式计算应给付保险金基础上，再乘以 60% 计算给付保险金。

被保险人参加公费医疗的，视同参加社会基本医疗保险。

2.3 补偿原则

本保险合同适用补偿原则。被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的医疗费用金额为限。被保险人已经从社会基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括任何商业医疗保险）获得相关医疗费用补偿的，保险人仅对扣除已获得补偿后的剩余部分医疗费用，按照本保险合同的约定承担给

付保险金的责任。

2.4 责任免除

2.4.1 因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的，保险人不承担给付保险金责任：

- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 被保险人故意自伤或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- (3) 被保险人受酒精、毒品、管制药物的影响，但遵医嘱使用药物的情形不在此限；
- (4) 被保险人未遵医嘱服用、涂用、注射药物，但按使用说明的规定使用非处方药不在此限；
- (5) 被保险人在获得被保资格前所患既往症（见释义）及保险单中特别约定的除外疾病和情形；
- (6) 遗传性疾病（见释义），先天性畸形、变形或染色体异常（见释义）；
- (7) 被保险人接受以保健（见释义）为目的的疗养、特别护理、静养，康复性治疗、物理治疗、心理治疗或预防性治疗；
- (8) 被保险人接种预防癌症的疫苗，进行基因测试，鉴定癌症的遗传性，接受试验性药物或治疗；
- (9) 被保险人进行或接受健康检查、看护、保健或任何与疾病无直接关系的咨询、检查和治疗；
- (10) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (11) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（见释义）期间罹患癌症；
- (12) 职业病（见释义）、医疗事故（见释义）。

2.4.2 对于以下医疗费用，保险人不承担给付保险金责任：

- (1) 各类医疗鉴定费用，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定费用；
- (2) 未经医生处方自行购买的药品费用；在非本保险合同约定医院或医疗机构药房购买药品发生的费用；医生开具的单次超过 30 天部分的药品费用；
- (3) 除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其他人工器官材料费、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的费用；
- (4) 被保险人未在保险单载明的特定医疗机构接受质子、重离子放射治疗发生的医疗费用；
- (5) 被保险人不符合入院标准、挂床住院（见释义）产生的医疗费用；被保险人应当出院而拒不出院，从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用。

2.4.3 被保险人自获得被保资格之日起，在等待期内首次发病，并在等待期内或延续至等待期后被专科医生确诊为本保险合同所约定的癌症的，本保险合同对该被保险人的保险责任终止，保险人不承担给付保险金责任，并向投保人无息退还该被保险人的保险费。

2.5 保险金额

被保险人的保险金额是保险人承担给付该被保险人保险金责任的最高限额。

保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

被保险人的保险金额一经确定，在保险期间内不得变更。

2.6 保险期间

保险期间为 1 年，以保险单载明的起讫时间为准。

2.7 续保

本保险合同为不保证续保合同，保险期间届满前或保险期间届满，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。

若发生下列情形之一的，本保险合同不再接受续保：

- (1) 本产品已停售；
- (2) 续保时被保险人的年龄超过本保险合同约定的最高续保年龄；
- (3) 被保险人已确诊癌症的；
- (4) 被保险人身故；
- (5) 投保人对于保险人就投保人或者被保险人的有关情况提出的询问未履行如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保，保险人已经解除保险合同的；
- (6) 本保险合同因其他条款所列情况而导致效力终止。

3 投保人、被保险人义务

3.1 交费义务

保险费根据投保人选择的保障计划以及被保险人的风险状况（如健康状况、年龄等）和交费方式，由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单中载明。

若投保人选择一次性交付保险费，投保人应当在本合同成立时一次性交清保险费。保险费交清前，本保险合同不生效，对保险费交清前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

若投保人选择分期交付保险费，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交付的周期。在交纳首月保险费后，投保人应当在每个保险费约定支付日（见释义）交纳其余各月对应期次的保险费。若投保人未按照保险合同约定的付款时间足额交付当期保险费，保险人允许投保人在合同约定的交费延长期内补交对应期次的保险费。除保险合同另有约定外，如被保险人在正常交费对应的保险期间内或交费延长期内发生保险事故，保险人依照合同约定赔偿保险金，但须投保人先行补交剩余全年保险费，补交金额为保险合同约定的全年保险费总额扣减投保人已缴纳的保险费。

若投保人未按照保险合同约定的付款时间足额交付当期保险费，且在保险合同约定的交费延长期内仍未足额补交当期保险费，保险期间在上一交费周期结束之日起终止，对于保险期间终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

除另有约定外，交费延长期为 15 天。

3.2 如实告知义务

投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

3.3 住址或通讯地址变更通知义务

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，保险人按本保险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。

3.4 其他内容变更通知义务

在保险期间内，投保人需变更合同内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。若被保险人已身故，则保险人不接受本保险合同中有关该被保险人的任何内容的变更申请。

3.5 保险事故通知义务

发生保险责任范围内的事故后，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（释义）而导致的迟延。

4 保险人义务

(1) 本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

(2) 保险人认为投保人、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。

(3) 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。本保险合同另有约定的除外。

(4) 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一个工作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。

(5) 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。

5 保险金申请

保险金申请人（见释义）向保险人申请给付保险金时，应填写保险金给付申请书，并提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。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。保险人按照本保险合同的约定，认为有关的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。**保险金申请人未能提供有关材料，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。**

(1) 保险金给付申请书；

(2) 保险单；

(3) 保险金申请人的身份证明；

(4) 中华人民共和国境内（不包括港、澳、台地区）二级（含）以上公立医院或保险人认可的医疗机构出具的医疗费用收据及明细清单/帐、附有病理检验、血液检验及其他科学诊断报告的诊断证明、病历、出院小结等；

(5) 对于已经从社会基本医疗保险、公费医疗、大病保险或任何第三方包括任何商业医疗保险获得相关医疗费用补偿的，应提供社会基本医疗保险机构、商业保险机构或其他第三方的医疗费用分割单或医疗费用结算证明；

(6) 被保险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 保险合同解除

本保险合同成立后，除本保险合同另有约定外，投保人可以要求解除本保险合同。但已发生任何保险金给付或已发生本保险合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，投保人不得要求解除本保险合同。投保人要求解除本保险合同时，应填写保险合同解除申请书，并提交保险单原件、保险费交付凭证和投保人身份证明。

本保险合同自本保险人接到保险合同解除申请书时终止。本保险人于接到保险合同解除申请书之日起三十日内向投保人退还本保险合同的现金价值；但若投保人

在保险责任开始前就要求解除合同，则保险人全额退还已交纳的保险费。

7 争议处理和法律适用

7.1 争议处理

合同争议解决方式由当事人在合同约定时从下列两种方式中选择一种：

（一）因履行本保险合同发生的争议，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；

（二）因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。

7.2 法律适用及合法性保证

与本保险合同有关的以及履行本保险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）。

8 合法性保证

本保险合同约定与《中华人民共和国保险法》等法律规定相悖之处，以法律规定为准。本保险合同未尽事宜，以法律规定为准。

9 释义

9.1 周岁

以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。

9.2 乙肝病毒携带者

指乙肝表面抗原（HBsAg）阳性持续 6 个月以上，很少有肝病相关的症状与体征，肝功能基本正常的慢性乙型肝炎病毒（HBV）感染者。

9.3 慢性乙型肝炎患者

指乙肝病毒检测为阳性，病程超过半年或发病日期不明确而临床有慢性肝炎表现者。

9.4 肝纤维化 1-2 期患者

1 期指有些汇管区纤维化±无纤维间隔；2 期指多数汇管区纤维化±1 条纤维间隔。

9.5 丙肝病毒携带者

指感染了丙肝病毒、没有相应的丙肝症状和体征、ALT 正常的人群。

9.6 慢性丙型肝炎患者

指发现抗 HCV 阳性超过 6 个月，现 HCVRNA 为阳性者。

9.7 轻度丙肝纤维化（显著性肝纤维化）

指汇管区纤维性扩大，但无纤维间隔形成。

9.8 酒精性肝炎

指长期过量饮酒所致的一种肝脏疾病，其主要临床特征是恶心、呕吐、黄疸、肝脏肿大和压痛，可并发肝衰竭和上消化道出血等。

9.9 酒精性脂肪肝

指由于长期大量饮酒导致的肝脏疾病，是酒精性肝病中的一个分型。

9.10 非酒精性脂肪性肝病

指除外酒精和其他明确的肝损害因素所致的，以弥漫性肝细胞大泡性脂肪变为主要特征的临床病理综合征，包括单纯性脂肪性肝病以及由其演变的脂肪性肝炎和肝硬化。

9.11 等待期

是指自被保险人获得被保资格之日起计算的一段时间，经过该段时间后，保险人才对被保险人因癌症发病而发生的医疗费用承担保险责任。在此期间，尽管保险合同已经生效，被保险人已获得被保资格，但保险人并不承担给付保险金义务。

除另有约定外，本保险合同的等待期为 90 天。

9.12 发病及首次发病

发病，是指被保险人出现本保险合同 9.14 条所约定的癌症的前兆、症状或异常的身体状况，或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、治疗或护理的病症。

首次发病，是指被保险人第一次发生并首次被确诊患上本保险合同约定的癌症，并且该疾病在该被保险人获得被保资格前并未发病或有任何症状。

9.13 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) 在二级（含）及以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

9.14 癌症

本保险合同约定的癌症包括恶性肿瘤及原位癌。

其中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它部位的疾病。经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》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。原位癌指恶性细胞局限于上皮内但尚未穿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。

9.15 医院、医疗机构

本保险合同约定的医院或医疗机构是指符合下列所有条件的机构：

- (1) 拥有合法经营执照；
- (2) 设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；
- (3) 有合格的医生和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务；
- (4) 非主要作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。

9.16 必需且合理

指同时符合以下两个条件：

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、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) 诊断或治疗疾病所必需的项目；
- (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。

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。

9.17 社会基本医疗保险

指国家最新修订颁布的《社会保险法》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。

9.18 确诊之日

被保险人经手术治疗或病理检查确诊罹患癌症的，以手术病理取材或病理活检取材日期为癌症确诊日期；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癌症确诊日期。

9.19 癌症检查费用

包括 X 光费、心电图费、B 超费、脑电图费、内窥镜费、ECT 费、CT 费、核磁共振费、彩超费、活动平板费、动态心电图费、心电监护费、肺功能仪费、分子生化检查费、肿瘤标记物检查费、细针穿刺细胞学检查费、病理学检查费、骨髓或细胞学检查费以及其他合理且必要的检查费用。

9.20 住院

是指被保险人确因临床需要、经医生诊断必须留院治疗，正式办理入院及出院手续，并确实入住医疗机构正式病房接受治疗的行为过程；**被保险人必须连续留院 24 小时以上且由医疗机构收取病房或床位费用，但住院并不包括门诊观察室、急诊观察室、其他非正式病房、联合病房或挂床住院。**

9.21 床位费

指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）。

9.22 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、也可以合并病房费等其他款项内。

9.23 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。

9.24 检查检验费

指实际发生的、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，包括诊查费、妇检费、X 光费、CT 费、磁共振费、心电图费、B 超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、活检费、穿刺费、造影费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

9.25 治疗费

以治疗疾病为目的，提供医学手段而发生的技术劳务费、医疗器械使用费及消耗的费用，包括注射费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

9.26 药品费

指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，包含治疗癌症过程中使用的抗呕吐药物、抗排斥药物。**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，以及中草药费用。**

9.27 手术费

根据当地卫生行政部门规定的手术项目的费用，包括手术室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费和手术设备费；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。**

9.28 救护车使用费

指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。**

9.29 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。本保险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。

9.30 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。本保险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。

9.31 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。本保险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局批准用于临床治疗。

9.32 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。本保险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局批准用于临床治疗。

9.33 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。本保险合同所指的靶向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局批准用于临床治疗。

9.34 大病保险

指城乡居民大病保险、城镇职工大病保险。

9.35 免赔额

本保险合同中所指免赔额均指年免赔额，指在本合同保险期间内，应由每一被保险人自行承担，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。但通过社会基本医疗保险、公费医疗保险和大病保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

9.36 既往症

指在被保险人获得被保资格之前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。包括但不限于以下情况：

1. 被保险人获得被保资格前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
2. 被保险人获得被保资格前，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. 被保险人获得被保资格前发生，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、治疗或护理的病症。

投保人在投保时告知保险人，经保险人审核同意并在保险单中单独载明不属于既往症的疾病或病症，不属于本保险合同约定的既往症。

9.37 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。

9.38 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》（ICD-10）确定。

9.39 保健

指为保护和增进人体健康、防止发生疾病而所采取的综合措施。

9.40 感染艾滋病病毒或患艾滋病

(1) 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。

(2) 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。

9.41 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。

9.42 医疗事故

指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。

9.43 挂床住院

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 小时在床、在院，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、床位费的情况。

9.44 保险金申请人

除另有约定外，本保险合同的保险金申请人是指被保险人本人。

9.45 现金价值

除另有约定外，按下述公式计算现金价值：

(1) 若选择年交保险费， $\text{现金价值} = \text{净保费} \times (1 - m/n)$ ，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。

(2) 若选择分期交付保险费， $\text{现金价值} = \text{当期净保险费} \times (1 - m/n)$ ，其中， m 为当期已生效天数， n 为当期天数，经过天数不足一天按一天计算。**未交纳当期保险费的，现金价值为零。**