

众惠财产相互保险社

癌症特种药品费用医疗保险（A款）条款

总则

第一条 合同构成

本保险合同（以下简称“本合同”）由保险单或其他保险凭证及所附条款、投保单、与本合同有关的投保文件、声明、批注、附贴批单、其他书面协议构成。凡涉及本合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 保险人

本合同的保险人为众惠财产相互保险社（以下简称“本社”）。

第三条 投保人

本合同的投保人为具有完全民事行为能力的被保险人本人、对被保险人有保险利益的其他人。

第四条 被保险人

除本合同另有约定外，凡符合本社承保条件的自然人可作为本合同的被保险人。

第五条 受益人

除本合同另有约定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第六条 保险责任

在本合同保险期间内，被保险人在**等待期（释义一）**后在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）经中华人民共和国卫生部门评审确定的三级公立医院（**释义二，以下简称“医院”**）**专科医生（释义三）初次确诊（释义四）罹患癌症（释义五）**，对于治疗该癌症发生的且同时满足以下条件的**特种药品（释义六，以下简称“药品”**）费用（以下简称“满足条件的药品费用”），本社根据本合同的约定给付癌症特种药品费用医疗保险金，累计给付金额以本合同载明的保险金额为上限，当达到本合同载明的保险金额时，保险责任终止。

本合同癌症特种药品费用医疗保险金的给付须同时满足以下要求：

- 初次确诊罹患癌症时间在保险期间内且在等待期后；
- 用于治疗癌症的药品**处方（释义七，以下简称“处方”**）是由医院专科医生开具的、且为被保险人当前治疗**必需且合理（释义八）**的药品，且每次的处方剂量不超过1个月；
- 处方中所列明的药品属于**本社指定的药品清单（释义九）**中的药品；
- 处方中所列明的药品是在**医院或本社指定或认可的药店（释义十）**购买的药品；
- 在本社指定或认可的药店购买的药品须符合本合同第八条“**癌症药品处方审核及购药流程**”的约定。

对不满足上述条件的药品费用本社不承担给付癌症特种药品费用医疗保险金的责任。

保险期间届满时癌症治疗仍未结束的，除另有约定外，本社对于被保险人在保险期间

内发生的保险事故继续承担给付保险金的责任，并以初次确诊罹患癌症之日起一定时期为限。相关期限由双方协商确定并在保险单中载明。

第七条 补偿原则和赔付标准

(一) 本合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、其他政府机构或者社会福利机构、保险人在内的任何商业保险机构、公益慈善机构、第三方责任人等）获得本合同责任范围内医疗费用补偿，则本社仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其从上述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付。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。

(二) 癌症特种药品费用医疗保险金包括社保目录外药品费用（释义十一）保险金及社保目录内药品费用（释义十二）保险金（以购药时药品属于社保目录内或社保目录外为标准）。除本合同另有约定外，本社按以下约定进行赔付：

1、社保目录外药品费用

被保险人发生的社保目录外癌症药品费用在扣除从其他途径已获得的社保目录外癌症药品费用补偿后，本社按照 100%的给付比例进行赔付。

2、社保目录内药品费用

(1) 若被保险人以参加社会基本医疗保险或公费医疗身份投保，并且以社会基本医疗保险或公费医疗身份就诊并结算，已从社会基本医疗保险、公费医疗获得药品费用补偿，发生的社保目录内药品费用在扣除从其他途径已获得的社保目录内癌症药品费用补偿，本社按照 100%的给付比例进行赔付。

(2) 若被保险人以未参加社会基本医疗保险或公费医疗身份投保，并且以非社会基本医疗保险或公费医疗身份就诊并结算，发生的社保目录内药品费用在扣除从其他途径已获得的社保目录内癌症药品费用补偿，本社按照 100%的给付比例进行赔付。

(3) 若被保险人以参加社会基本医疗保险或公费医疗身份投保，但未以社会基本医疗保险或公费医疗身份就诊并结算，本社对被保险人发生的社保目录内药品费用在扣除从其他途径已获得的社保目录内癌症药品费用补偿后，根据本合同单独约定的给付比例进行赔付。

第八条 癌症药品处方审核及购药流程

在本合同有效期内，被保险人在等待期后经医院专科医生初次确诊罹患癌症，在该癌症的治疗过程中，根据医院专科医生开具的用于治疗该癌症的药品处方购药的，**如果被保险人在就诊医院外购买药品处方中所列明的药品**，且该药品属于本合同约定的药品清单，除本合同另有约定外，须按照以下流程进行购药申请、药品处方审核、药品自取、送药上门服务及援助赠药申请：

(一) 购药申请

在本社指定或认可的药店购买本社指定的药品清单中的药品，必须先进行购药申请。

被保险人作为申请人向本社提交癌症药品购药申请，并按照本社的要求提交相关申请材料，主要包括与被保险人相关的个人信息、医院专科医生初次确诊罹患癌症的诊断证明（包含确诊日期）、与诊断证明相关的检查检验报告、药品处方及其他所需要的医学材料。

如果申请人未提交购药申请或者申请审核未通过，本社不承担给付癌症特种药品费用医疗保险金的责任。

（二）药品处方审核

在本社指定或认可的药店购买本社指定的药品清单中的药品须进行药品处方审核。

本社安排指定的**第三方服务商（释义十三）**进行药品处方审核。对于药品处方审核中，申请人授权申请时提交的与被保险人相关的医学材料，不足以支持药品处方审核要求的，或者被保险人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的，本社有权要求被保险人补充其他与药品处方审核相关的医学材料。

如果申请人的药品处方审核未通过，本社不承担给付癌症特种药品费用医疗保险金的责任。

（三）药品自取、送药上门服务

送药上门服务仅限在本社指定或认可的药店购买本社指定的药品清单中的药品。

药品处方经本社指定的第三方服务商审核通过后，申请人须从本社指定或认可的药店名单中选定购药药店，经本社指定的第三方服务商提供**购药凭证（释义十四）**后，申请人须在**购药凭证生成后的30日内完成到店自取或送药上门服务预约**，取药时需提供药品处方、购药凭证、被保险人的有效身份证件。

（四）援助用药申请

本社指定的药品清单中有慈善赠药援助用药项目的药品，须进行慈善援助用药申请。

若被保险人用药时长符合本社指定或认可的**慈善机构（释义十五）**援助项目申请条件，本社将通知被保险人并安排指定的第三方服务商协助被保险人进行申请材料准备，被保险人须提供申请援助项目合理且必需的材料。援助项目经本社指定或认可的慈善机构审核通过后，被保险人须到援助项目的指定药店领取援助药品；若被保险人未通过援助项目审核，被保险人须按照本条第（二）款药品处方审核的约定重新进行药品处方审核。

责任免除

第九条 因下列情形之一导致被保险人发生癌症药品费用的，本社不承担保险金给付责任：

- （一）在中国大陆境外（释义十六）的国家或者地区接受治疗；
- （二）药品处方的开具与国家食品药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症用法用量不符；
- （三）被保险人已对申领药品产生耐药且疾病发生进展，其继续使用耐药药品产生的费用（耐药是指肿瘤病灶按照RECIST（实体瘤治疗疗效评价标准）评价标准有进展）；
- （四）未在医院或本社指定或认可的药店购买的药品；
- （五）未按本合同第八条约定的癌症药品处方审核及购药流程进行购药申请或经申请未审核通过；
- （六）被保险人用药时长符合援助用药项目（以下简称“援助项目”）申请条件，但因被保险人未提交相关申请或者提交的申请材料不全，导致援助项目申请未通过而发生的药品费用；被保险人通过援助审核，但因被保险人原因未领取援助药品，视为被保险人自愿放弃本合同项下适用的保险权益；

(七) 被保险人在本合同生效前所患既往症(释义十七)、癌症或已出现的症状、体征,但本社在承保时已知晓并做出书面认可的不在此限;

(八) 任何职业病、遗传性疾病(释义十八),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),先天性畸形、变形或染色体异常(释义十九)见(以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(ICD-10)》为准)引起的医疗费用;

(九) 被保险人感染艾滋病病毒(HIV)或患艾滋病(AIDS)(释义二十)期间;

(十) 被保险人接种预防癌症的疫苗,进行基因测试以鉴定癌症的遗传性,未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及其产生的后果所产生的费用;

(十一) 被保险人曾经或正在使用大剂量的镇静安眠药、迷幻剂、毒品或其他违禁药物,有麻醉剂成瘾、酒精或药物滥用成瘾;

(十二) 未被治疗所在地权威部门批准的治疗,未获得治疗所在地政府许可或者批准的药品或者药物。

保险金额

第十条 本合同的保险金额由投保人、保险人双方约定,并在本合同中载明。

保险期间

第十一条 本合同的保险期间以保险单上载明的为准,最长不超过一年。

保险人义务

第十二条 明确说明义务

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。

第十三条 签发保险单义务

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 补充索赔证明和资料的通知义务

保险人认为**保险金申请人(释义二十一)**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保险金申请人补充提供。

第十五条 核定、赔付义务

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受益人发出拒绝给付

保险金通知书，并说明理由。

第十六条 先行赔付义务

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

第十七条 交付保险费义务

本合同保费支付方式分为一次性支付保险费和分期支付保险费两种方式，由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。

约定一次性支付保险费的，投保人应当在保险合同成立时一次性支付保险费。**投保人未按约定支付保险费的，对保险费支付前发生的保险事故，保险人不承担保险赔偿责任。**

约定分期支付保险费的，投保人在投保时支付首期保险费，并应于保险合同约定的各分期缴费日期之前及时并足额支付当期应缴保险费。若投保人未按约定支付保险费，保险人允许投保人在本社催告之日起指定的期限内补缴保险费，如果被保险人在此指定的期限内发生保险事故，保险人按照合同约定给付保险金，但需扣减欠缴的保险费。除本合同另有约定外，投保人在本社催告之日起超过指定的期限未补缴保险费，本合同自指定的期限最后一日 24 时终止，终止之日起发生的任何保险事故，保险人不承担保险赔偿责任。指定的期限由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。

第十八条 如实告知义务

订立保险合同时，保险人就保险标的或者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。

第十九条 住所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，均视为已送达投保人。

第二十条 职业或工种变更通知义务

被保险人变更职业或工种时，投保人或被保险人应在 10 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，并退还未满期净保费（释义二十二）。

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，本合同终止，保险人退还未满期净保费。

第二十一条 年龄的确定及错误的处理

被保险人的投保年龄，按照法定身份证件登记的出生日期所计算出的周岁(释义二十三)年龄为准，本合同所承保的被保险人的投保年龄必须符合年龄要求。投保人在申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。若发生错误，保险人按照以下规定处理：

(一) 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的，保险人有权解除本合同，并向投保人退还未满期净保费。

(二) 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，或在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例支付。

(三) 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。

第二十二条 保险事故通知义务

投保人、被保险人或者受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人，并说明事故发生的原因、经过和损失情况。

投保人、被保险人或受益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(释义二十四)而导致的迟延。

保险金的申请和给付

第二十三条 保险金申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料：

- (一) 理赔申请书；
- (二) 保险单或其他保险凭证；
- (三) 保险金申请人的有效身份证件；
- (四) 医院出具的被保险人诊断证明(病理诊断或加盖医务处公章或具有同等效力公章的临床诊断)、保险人指定或认可的药店出具的药品费用票据或者发票，保险人留存其原件；
- (五) 保险人指定或认可的药店出具的药品费用清单、医院出具的被保险人的处方、门诊及住院病历、入出院记录以及与诊断证明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；
- (六) 有效基因检测报告(释义二十五)原件；
- (六) 其他与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料；
- (七) 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。
- (八) 保险金作为被保险人遗产时，须提供可证明合法继承权的相关权利文件；

(九) 受益人或者继承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。

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，本社对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

被保险人在本社指定或认可的药店购买药品，该药店受保险人委托免向被保险人收取与保险人根据本合同本应向受益人给付的保险金数额对应的药品费用的，或保险人已承担相应费用的，保险金申请人不得就此向保险人申请保险金。其他情形，保险金申请人可根据本合同向保险人申请保险金。

第二十四条 诉讼时效期间

保险金申请人向保险人请求赔偿或者给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算，法律另有约定的除外。

争议处理和法律适用

第二十五条 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，提交保险合同载明的仲裁机构仲裁；保险合同未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向有管辖权的人民法院提起诉讼。

第二十六条 法律适用

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)。

保险合同的解除、终止

第二十七条 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，投保人解除本合同时，应提供下列证明文件和资料：

- (一) 保险合同变更申请书；
- (二) 保险单或其他保险凭证；
- (三) 投保人身份证明。

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日次日零时起，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 日内退还本合同的未满期净保费。

第二十八条 合同的自动终止

发生下列情形时，本合同自动终止：

- (一) 保险合同期满；
- (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

一、**等待期**：指自本合同生效日起计算的一段时间，具体天数由本社和投保人在投保时约定并在保险合同上载明。在等待期内发生保险事故的，本社不承担给付保险金的责任。

二、医院：指在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）经中华人民共和国卫生部评审确定的三级公立医院，但不包括主要作为诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构。该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。

三、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）在三级公立医院的相应科室从事临床工作三年以上。

四、初次确诊：是指自被保险人出生之日起第一次发生并首次被确诊患上本合同约定的疾病，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。

五、癌症：本合同所指的癌症需满足以下全部条件：

（1）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。

（2）属于原发性恶性肿瘤。原发于其他器官组织而浸润、转移的恶性肿瘤不在保障范围内，初次确诊之外的恶性肿瘤不在保障范围内。

六、特种药品：是指国家卫健委在《新型抗肿瘤药物临床应用指导原则（2018年版）》中对新型抗肿瘤药物的定义，即小分子靶向药物和大分子单克隆抗体类药物。

七、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。

八、必需且合理：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本社根据客观、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。

对是否医学必需由本社根据客观、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。

九、本社指定的药品清单：本社在承保时与投保人约定的属于保险责任的下述药品清单：

药品清单

序号	商品名	通用名	厂商	适应癌种	是否在社保目录内
1	可瑞达	帕博利珠单抗	MSD 默沙东	肺癌/黑色素瘤	否
2	安圣莎	阿来替尼	Roche 罗氏	肺癌	否
3	利普卓	奥拉帕利	AZ 阿斯利康	卵巢癌	否
4	欧狄沃	纳武单抗	BMS 百时美施贵宝	肺癌	否
5	乐卫玛	仑伐替尼	卫材/默沙东	肝癌	否
6	捷恪卫	芦可替尼	Novartis 诺华	骨纤维化瘤	否
7	艾瑞妮	吡咯替尼	江苏恒瑞	乳腺癌	否
8	爱博新	哌柏西利	pfizer 辉瑞	乳腺癌	否
9	帕捷特	帕妥珠单抗	Roche 罗氏	乳腺癌	否
10	爱优特	呋喹替尼	和记黄埔	结直肠癌	否
11	拓益	特瑞普利单抗	君实	黑色素瘤	否
12	达伯舒	信迪利单抗	信达	难治性经典型霍奇金淋巴瘤	否
13	亿珂	伊布替尼	西安杨森	套细胞淋巴瘤/慢性淋巴白血病	是

注：

1. 本社保留对药品清单进行变更的权力。药品清单变更将在本社官网公示。

2. 药品分类以药品处方开具时《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》的有效版本为准。

3. 上述药品的适应症以国家食品药品监督管理局批准的药品说明书为准。

十、本社指定或认可的药店：经本社审核认可，能够满足下列全部条件，为被保险人提供癌症药品处方审核、购药或配送服务的药店，具体以本社提供的名单为准。

(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) 提供专业的药品资讯、患者教育、追踪随访、慈善赠药服务；

(4) 该药店内具有药师等专业人员提供服务；

(5) 具有或者正在申报当地城乡居民大病医疗保险定点资质的、由大型医药公司经营的全国性连锁药店。

十一、社保目录外药品费用：满足条件的药品费用中未被纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》（以药品处方开具时的有效版本为准）的药品所发生的费用。

十二、社保目录内药品费用：满足条件的药品费用中被纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》（以药品处方开具时的有效版本为准）的药品所发生的费用。

十三、第三方服务商：本社授权的为保险用户提供处方审核及药事服务的机构。

十四、购药凭证：保险理赔审核通过之后，第三方服务商通过平台派发给用户可用于在第三方服务商合作药房领取保险赔付药品的凭证。

十五、本社指定或认可的慈善机构：指依法成立、符合《中华人民共和国慈善法》规定，以面向社会开展慈善活动为宗旨的非营利性组织机构。慈善机构可以采取基金会、社会团体、社会服务机构等组织形式。

十六、中国大陆境外：指中华人民共和国领土之外的地区以及香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。

十七、既往症：指被保险人在保单生效日之前所患的已知的疾病或症状。

十八、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。

十九、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。

二十、感染艾滋病病毒（HIV）或患艾滋病（AIDS）：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；同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

二十一、保险金申请人：指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

二十二、未满期净保费：若保险费为一次性支付的： $\text{未满期净保费} = \text{保险费} \times [1 - (\text{保险期间已经过天数} / \text{保险期间天数})] \times (1 - \text{费用比例})$ ；若保险费为分期支付的： $\text{未满期净保费} = \text{当期保险费} \times [1 - (\text{当期已经过天数} / \text{当期天数})] \times (1 - \text{费用比例})$ ；除合同另有约定外，费用比例为15%，经过天数不足一天的按一天计算。

二十三、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，自出生之日起为0周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。

二十四、不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

二十五、有效基因检测报告：指由三级公立医院或本社认可的基因检测机构出具的基因检测报告，包含患者基本信息、基因检测结果和用药建议。本社认可的基因检测机构清单将在官网进行披露，变更将在官网进行公示。