



中国人民健康保险股份有限公司

人保健康悠爱保 A 款互联网医疗保险（费率可调）条款

请扫描以查询验证条款

阅读指引

本阅读指引旨在帮助投保人理解条款，具体内容以条款约定为准。



投保人拥有的重要权益

- ❖ 除另有约定外，若投保人在签收保险单之日起十五天内要求解除合同，本公司将无息退还保险费...3.2
- ❖ 本合同为被保险人提供的保障内容在保险责任条款中列明...2.5
- ❖ 投保人有解除本合同的权利...3.3



投保人需要特别注意的事项

- ❖ 在某些情况下，本公司不承担保险责任...2.6/2.7
- ❖ 投保人应当按约定支付保险费...4.1
- ❖ 投保人有如实告知的义务...6.1
- ❖ 保险事故发生后，请及时通知本公司...5.1
- ❖ 犹豫期后解除合同会造成一定的损失，请慎重抉择...3.3
- ❖ 本合同对条款中出现的一些重要术语进行了解释，请投保人注意...7



条款中凡以**黑体字加下划线**标示的内容均为免除或减轻本公司责任的条款，请投保人特别注意。



条款是保险合同的重要内容，为充分保障投保人的权益，请投保人仔细阅读本条款。



条款目录

1. 被保险人范围

1.1 被保险人范围

2. 保障期限、保险责任及责任免除

2.1 保险期间

2.2 保证续保

2.3 费率调整

2.4 保障计划

2.5 保险责任

2.6 责任免除

2.7 其他免责条款

3. 合同效力

3.1 合同成立与生效

3.2 犹豫期

3.3 犹豫期后解除合同的手续及风险

4. 保险费

4.1 保险费

4.2 优享因子

4.3 宽限期、合同效力的中止与恢复

5. 保险金的申请及给付

5.1 保险事故通知

5.2 受益人

5.3 保险金申请资料

5.4 保险金的给付

5.5 特定药械用药流程

5.6 诉讼时效

6. 其他事项

6.1 明确说明与如实告知

6.2 本公司合同解除权的限制

6.3 合同内容变更

6.4 联系方式变更

6.5 年龄确定与错误处理

6.6 争议处理

6.7 款项扣除

7. 名词释义

人保健康悠爱保 A 款互联网医疗保险（费率可调）条款

本保险为费率可调的长期医疗保险，在保证续保期间内费率可能调整。

1 被保险人范围

- 1.1 **被保险人范围** 首次投保或非连续投保本保险时出生满 28 天至 60 周岁^{7.1}、身体健康的个人可作为被保险人参加本保险，且投保时需符合本公司当时的投保规定。符合本保险续保条件的，可续保至 100 周岁。

2 保障期限、保险责任及责任免除

- 2.1 **保险期间** 本合同的保险期间为 1 年。

2.2 保证续保

本合同为费率可调的保证续保型医疗保险合同。

在保证续保期间内，若投保人未失去保证续保权，投保人向本公司提出续保申请或未作不续保的书面通知，并按照续保时对应的费率交纳保险费后，本合同将自动续保。

2.2.1 保证续保期间

若投保人首次投保本保险，自首次投保本保险的合同生效日起，20 年为一个保证续保期间；若投保人非连续投保本保险，则自非连续投保本保险的合同生效日起，20 年为一个保证续保期间。

2.2.2 保证续保权

在保证续保期间内，投保人享有如下保证续保权：

- 1) 本公司不因被保险人的身体状况或历史理赔情况而拒绝投保人的续保申请；
- 2) 投保人的保证续保权不因本保险的统一停售而终止。

2.2.3 保证续保权终止

在保证续保期间内，若发生以下一个或者多个情形时，投保人失去保证续保权：

- 1) 投保人在投保时未履行如实告知义务；
- 2) 投保人在本合同保险期间届满前申请解除合同；
- 3) 被保险人续保时的年龄超过本合同规定的最高续保年龄；
- 4) 投保人在上一保险合同届满后的 60 日内，未按照续保当时被保险人的年龄、性别、有无等待期以及有无基本医疗保险^{7.2}所对应的保险费率、优享因子和本合同约定的保险费交纳方式交纳相应的保险费；
- 5) 若投保人选择月交方式，且在本合同约定的宽限期内，未按投保时被保险人的年龄、性别、有无等待期以及有无基本医疗保险所对应的保险费率、优享因子和本合同约定的保险费交纳方式交纳相应的保险费，导致本合同效力中止。

投保人失去保证续保权后，本公司有权不再接受续保。重新申请投保本保险时，按首次投保处理。

2.2.4 保证续保期间届满时的续保

保证续保期间届满时，投保人可在上一保险合同届满后的 60 日内向本公司提出续保申请，经本公司同意，且投保人按续保当时被保险人的年龄、性别、有无等待期以及有无基本医疗保险所对应的保险费率、优享因子和本合同约定的保险费交纳方式交纳相应的保险费后，进入下一保证续保

期间，本公司将根据本合同的约定继续承担相应的保险责任。

保证续保期间届满后，若投保人在上一保险合同届满后的 60 日内未向本公司提出续保申请，重新申请投保本保险时，按首次投保处理。

若本保险统一执行停售，保证续保期间届满后，本公司将不再接受续保，但投保人可以在上一保险合同届满后的 60 日内以无等待期且无需重新填写健康告知的方式投保本公司指定的其他医疗保险产品。

2.3 费率调整

在保证续保期间内，本保险的费率可能调整。费率调整适用于本保险所有被保险人，或同一费率组别（包括年龄、性别、有无等待期以及有无基本医疗保险等费率分组条件）的所有被保险人，本公司不会因单一被保险人身体状况差异或历史理赔情况而实行差别化费率调整政策。经调整的费率将通知投保人，并适用于续保合同。

1) 费率调整的触发条件：

费率调整触发条件的具体指标中的一个或者多个的变化，导致本保险的上一年度**赔付率**^{7.3} $\geq$ 85%，或本保险的上一年度赔付率 $\geq$ （**行业平均赔付率**^{7.4} - 10%）时，本公司可执行本保险的费率调整。

费率调整触发条件的具体指标包括：

- ① 医疗通胀情况、中国国家医保政策的重大变化；
- ② 本保险责任保障范围内的治疗方法、药械或医疗技术等更新变化；
- ③ 本保险赔付情况等经营指标的变化。

2) 费率调整的频度：首次费率调整时间不早于本保险正式上市销售之日起满 3 年，每次费率调整的时间间隔不短于 1 年。

3) 费率调整的上限：费率调整时，本保险不同费率组别会有相同或者不同的调整幅度，但单个费率组别每次费率调整的上限为 30%。

4) 费率调整的流程：本保险每次费率调整情况将在本公司官方网站的“长期医疗保险”子栏目中公示，公示满 30 日起开始执行。

5) 费率调整的通知：本公司会将费率调整原因和调整后的费率情况在公示同时，以保单约定的方式通知投保人。

6) 投保人的权利与义务：在保证续保期间内，如本保险发生费率调整，投保人有按约定交纳保险费的义务，也有解除合同或放弃续保的权利，解除合同或放弃续保均将导致失去保证续保权。

2.4 保障计划

本合同的年度累计给付限额为 400 万元人民币。

在本合同保险期间内，累计给付的保险金以本合同约定的年度累计给付限额为限，累计给付的保险金达到本合同约定的年度累计给付限额时，本公司对该被保险人的各项保险责任均终止，同时，若未发生本条款第 2.2.3 条“保证续保权终止”中所约定的一个或者多个情形，在保证续保期间内，投保人仍享有保证续保权，保险合同继续有效；但若投保人已失去保证续保权，本合同效力终止。

2.5 保险责任 本合同有效期内，本公司承担下列保险责任：

2.5.1 等待期设置

自保险合同生效之日起，本公司将对一段时间内发生的保险事故不承担给付保险金的责任，这段时间称为等待期。

除另有约定外，首次投保或非连续投保本保险时，自本合同生效之日起90天为等待期；因意外伤害^{7.5}引起的保险事故，保险责任无等待期。连续投保本保险时，保险责任无等待期。

如果被保险人在等待期内确诊疾病，无论对该疾病的治疗发生在等待期内或等待期满后，本公司均不承担给付保险金的责任，本合同继续有效。

但若上述情形中被保险人在等待期内确诊的疾病为本合同约定的特定疾病^{7.6}，则本公司不承担给付保险金的责任，并向投保人无息返还已交纳的保险费，同时本合同效力终止。

2.5.2 医疗费用保险金

医疗费用保险金包括住院医疗费用保险金、特殊门诊医疗费用保险金、门诊手术医疗费用保险金、住院前后门急诊医疗费用保险金和外购药械费用保险金五部分。

在本合同有效期内，被保险人因意外伤害原因或等待期满后因罹患本合同约定的特定疾病以外的其他疾病，在本公司认可的医院^{7.7}接受治疗的，本公司按下列约定给付医疗费用保险金：

1) 住院医疗费用保险金

被保险人因意外伤害或等待期满后因罹患本合同约定的特定疾病以外的其他疾病，经本公司认可的医院专科医生^{7.8}诊断必须接受住院^{7.9}治疗的，对于在本公司认可的医院住院期间，在本公司认可的医院内实际发生的合理且必需^{7.10}的住院医疗费用^{7.11}，本公司按照本合同约定的医疗费用保险金计算方法和补偿原则计算并给付住院医疗费用保险金。

被保险人在本合同有效期内开始住院治疗，到本合同保险期间届满时仍未结束本次住院治疗且未连续投保本保险的，本公司将继续承担因本次住院发生的住院医疗费用保险金的给付责任，但最长不超过本合同保险期间届满时起 30 天（含）。

2) 特殊门诊医疗费用保险金

被保险人因意外伤害或等待期满后因罹患本合同约定的特定疾病以外的其他疾病，经本公司认可的医院专科医生诊断并根据书面医嘱在门诊接受以下特殊门诊治疗的，对于在本公司认可的医院接受特殊门诊治疗期间，在本公司认可的医院内实际发生的合理且必需的特殊门诊医疗费用，本公司按照本合同约定的医疗费用保险金计算方法和补偿原则计算并给付特殊门诊医疗费用保险金。

特殊门诊治疗包括：

- ① 门诊肾透析；
- ② 器官移植后抗排异治疗。

3) 门诊手术医疗费用保险金

被保险人因意外伤害或等待期满后因罹患本合同约定的特定疾病以外的其他疾病，经本公司认可的医院专科医生诊断必须接受门诊手术治疗的，对于在本公司认可的医院接受门诊手术治疗期间，在本公司认可的医院内实际发生的合理且必需的门诊手术医疗费用^{7.12}，本公司按照本合同约定的

医疗费用保险金计算方法和补偿原则计算并给付门诊手术医疗费用保险金。

4) 住院前后门急诊医疗费用保险金

被保险人因意外伤害或等待期满后因罹患本合同约定的特定疾病以外的其他疾病，经本公司认可的医院专科医生诊断必须接受住院治疗的，对于在本公司认可的医院住院前（含住院当日）30 天（含）和出院后（含出院当日）30 天（含）内，因与该次住院相同原因接受门急诊治疗期间，在本公司认可的医院内实际发生的合理且必需的门急诊医疗费用^{7.13}（此项费用不包含前述“特殊门诊医疗费用保险金”及“门诊手术医疗费用保险金”两项责任中约定的医疗费用），本公司按照本合同约定的医疗费用保险金计算方法和补偿原则计算并给付住院前后门急诊医疗费用保险金。

对于未由被保险人就诊医院实际收取的费用（以相关费用的原始凭证为准），本公司不承担前述第 1)、2)、3)、4) 项保险金的给付责任。

5) 外购药械费用保险金

被保险人因意外伤害或等待期满后因罹患本合同约定的特定疾病以外的其他疾病，在本公司认可的医院接受前述第 1)、2)、3)、4) 项保险责任约定的治疗期间实际发生的且同时满足以下条件的外购药械费用^{7.14}，本公司按照本合同约定的医疗费用保险金计算方法和补偿原则计算并给付外购药械费用保险金。

本公司承担外购药械费用保险金给付责任的外购药械须同时满足以下条件：

- ① 外购药械须由本公司认可的医院专科医生开具处方、且为被保险人当前治疗合理且必需的药品或医疗器械；
- ② 每次的外购药品处方剂量不超过30天；
- ③ 外购药械须属于“本公司指定的外购药械清单^{7.15}”中的药品或医疗器械，并以特定药械处方开具时的“本公司指定的外购药械清单”为准；
- ④ 外购药械须在本公司认可的机构^{7.16}购买；
- ⑤ 外购药品及外购医疗器械的处方符合国家药品监督管理部门批准的该药品或医疗器械说明书中所列明的适应证和用法用量；
- ⑥ 外购药品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、进口药品批件，进口麻醉药品、精神药品还必须取得国家药品监督管理部门核发的进口准许证；外购医疗器械需具有国家药品监督管理部门核发的医疗器械注册证编号或备案号；

对于不满足上述一项或多项条件的外购药械费用，本公司不承担给付外购药械费用保险金的责任。上述医疗费用保险金责任中的医疗费用和药械费用不包括第 2.5.3 条“特定药械费用保险金”中约定的药械费用。

在本合同保险期间内，医疗费用保险金的给付以本合同约定的年度累计给付限额为限，累计给付的医疗费用保险金达到本合同约定的年度累计给付限额时，本公司对该被保险人的医疗费用保险金责任终止。

2.5.3 特定药械费用保险金

在本合同有效期内，被保险人因意外伤害或等待期满后因罹患本合同约定的特定疾病以外的其他

疾病，为治疗意外伤害或疾病实际发生的且同时满足以下条件的特定药械费用（此项费用不包含本条款第2.5.2条医疗费用保险金责任中约定的医疗费用），本公司按照本合同约定的特定药械费用保险金计算方法和补偿原则计算并给付特定药械费用保险金。

本公司承担特定药械费用保险金给付责任的特定药械须同时满足以下条件：

- ① 特定药械须属于“本公司指定的特定药械清单^{7.17}”或“临床急需进口药械清单^{7.18}”中的特定药械，并以特定药械处方开具时的“本公司指定的特定药械清单”或“临床急需进口药械清单”为准；
- ② 被保险人使用“本公司指定的特定药械清单”中的特定药械的，须是被保险人在本公司认可的医院接受本条款第2.5.2条第1）、2）、3）、4）项保险责任约定的治疗期间实际发生的，且由本公司认可的医院专科医生开具处方、并在本公司认可的医院或本公司认可的机构购买；
- ③ 被保险人使用“临床急需进口药械清单”中的特定药械的，须是被保险人在“本公司指定的临床急需进口药械医院”接受治疗期间在该医院内实际发生的，且由“本公司指定的临床急需进口药械医院”专科医生开具处方；“本公司指定的临床急需进口药械医院”以特定药械处方开具时的“临床急需进口药械清单”中列明的为准；
- ④ 特定药械须为被保险人当前治疗合理且必需的药品或医疗器械；
- ⑤ 每次的特定药品处方剂量不超过30天；
- ⑥ 特定药械的使用须符合“本公司指定的特定药械清单”或“临床急需进口药械清单”中列明的适应证，并以特定药械处方开具时的“本公司指定的特定药械清单”或“临床急需进口药械清单”为准；
- ⑦ 特定药品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、进口药品批件，进口麻醉药品、精神药品还必须取得国家药品监督管理部门核发的进口准许证；特定医疗器械需具有国家药品监督管理部门核发的医疗器械注册证编号或备案号；
- ⑧ 被保险人在本公司认可的机构或“本公司指定的临床急需进口药械医院”购买特定药械的，须符合本条款第5.5条“特定药械用药流程”的约定。

对于不满足上述一项或多项条件的特定药械费用，本公司不承担给付特定药械费用保险金的责任。被保险人在本合同有效期内开始接受符合本项责任范围的特定药械治疗，到本合同保险期间届满时仍未结束治疗且未连续投保本保险的，本公司将继续承担特定药械费用保险金的给付责任，但最长不超过本合同保险期间届满时起 30 天（含）。

在本合同保险期间内，特定药械费用保险金的给付以本合同约定的年度累计给付限额为限，累计给付的特定药械费用保险金达到本合同约定的年度累计给付限额时，本公司对该被保险人的特定药械费用保险金责任终止。

2.5.4 健康管理服务

在本合同有效期内，本公司向被保险人提供下列健康管理服务中的一项或多项：

- （1）健康咨询
- （2）疾病预防

(3) 就医服务

(4) 康复护理

本保险条款未尽事宜，以本公司提供的健康管理服务手册为准。

2.5.5 医疗费用保险金计算方法

对于被保险人实际发生的属于本合同第 2.5.2 条保险责任范围内的医疗费用，本公司按照下列约定计算应给付的医疗费用保险金：

- 1) 本公司应给付的医疗费用保险金金额 = (被保险人实际发生的属于本合同保险责任范围内的医疗费用金额 - 被保险人已通过基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗^{7.19}和工伤保险得到的相应医疗费用补偿金额) × 赔付比例，但若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，且其就诊时按照基本医疗保险或公费医疗的有关规定可以取得医疗费用补偿但实际未取得补偿，本公司仅按照应给付的医疗费用保险金金额的 60%进行赔付；
- 2) 对于被保险人实际发生的属于本合同第 2.5.2 条保险责任范围内的医疗费用金额扣除其已通过基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗和工伤保险得到的相应医疗费用补偿金额之后的余额在本合同有效期内累计不超过 1 万元的部分，赔付比例为 30%；
- 3) 对于被保险人实际发生的属于本合同第 2.5.2 条保险责任范围内的医疗费用金额扣除其已通过基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗和工伤保险得到的相应医疗费用补偿金额之后的余额在本合同有效期内累计超过 1 万元的部分，赔付比例为 100%。

2.5.6 特定药械费用保险金计算方法

对于被保险人实际发生的属于本合同第 2.5.3 条保险责任范围内的特定药械费用，本公司按照下列约定计算应给付的特定药械费用保险金：

- 1) 本公司应给付的特定药械费用保险金金额 = (被保险人实际发生的属于本合同保险责任范围内的特定药械费用金额 - 被保险人已通过基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗和工伤保险得到的相应医疗费用补偿金额) × 赔付比例，但若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，且其使用的特定药械属于社保目录^{7.20}内，但未从基本医疗保险或公费医疗获得该特定药械费用补偿，本公司仅按照应给付的特定药械费用保险金金额的 60%进行赔付；
- 2) 对于被保险人实际发生的、符合本条款第 2.5.3 条保险责任的特定药械费用，赔付比例为 100%。

2.5.7 补偿原则

本合同属于费用补偿型医疗保险合同。若被保险人实际发生的属于本合同保险责任范围内的各项医疗费用（含特定药械费用）已通过其他任何途径（包括基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗、工伤保险、工作单位、第三方侵权责任人（包含法人）、本公司在内的任何商业保险机构等）得到了相应的医疗费用补偿，本公司按照本合同约定计算并给付的保险金金额不超过被保险人实际发生的医疗费用扣除上述其他任何途径补偿后的余额。

2.6 责任免除

因下列一个或者多个情形引起的保险事故或造成的费用支出，本公司不承担给付保险金的责任：

- 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者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- 3) 被保险人自杀或故意自伤，但被保险人自杀或故意自伤时为无民事行为能力人的除外；
- 4) 被保险人患精神和行为障碍（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》第十次修订版（ICD-10）为准）；职业病^{7.21}；
- 5) 被保险人患有遗传性疾病^{7.22}，先天性畸形、变形或染色体异常^{7.23}；
- 6) 被保险人在首次投保或非连续投保时所患既往症^{7.24}及保险单中特别约定的除外疾病；
- 7) 被保险人在非本公司认可的医院就诊发生的医疗费用；
- 8) 未从被保险人就诊的本公司认可的医院内或本公司认可的机构或“本公司指定的临床急需进口药械医院”购买的特定药械；
- 9) 被保险人未遵书面医嘱私自服用、涂用、注射药物；
- 10) 被保险人的疾病状况对购买的药品已经形成耐药^{7.25}；
- 11) 被保险人接受实验性或试验性治疗；使用未经过中国国家药品监督管理部门批准的疗法、药品或器械治疗；
- 12) 本合同未明确约定包含在保险责任内的基因疗法^{7.26}或细胞免疫疗法^{7.27}造成的医疗费用；
- 13) 预防性治疗、康复治疗或训练、休养或疗养、保健治疗、健康体检、非治疗目的的检查、医疗鉴定^{7.28}、医疗咨询和健康预测^{7.29}；
- 14) 矫正、矫形（包括但不限于对脊柱侧弯、膝内翻、膝外翻、足拇外翻、下颌骨前突等的矫形治疗）、视力矫正手术、美容整容整形^{7.30}、变性手术、牙科治疗及保健、生理缺陷的手术及相关检查；
- 15) 被保险人分娩（含剖宫产）、流产、宫外孕、不孕不育治疗、人工受精、怀孕、堕胎、避孕、节育（含绝育及绝育恢复）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症；包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩充术、性功能障碍治疗、性早熟治疗、发育迟缓治疗、性病；
- 16) 保健食品及用品，矫治和防护器械、康复治疗医疗器械和辅助装置^{7.31}的安装、购买、租赁和置换；
- 17) 被保险人进行高风险活动^{7.32}、代诊及非正常住院行为^{7.33}；
- 18) 减肥、胃减容术（包括但不限于：可调节式束带手术、袖状胃切除手术、胃旁路手术、胃内水囊手术、胃肠转流术）；
- 19) 因任何原因造成的椎间盘突出症（包括椎间盘膨出、椎间盘突出、椎间盘脱出、游离性椎间盘等类型）、痔疮、颈椎病、鼻中隔偏曲、静脉曲张、睡眠呼吸障碍；
- 20) 除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节、心脏起搏器、人工肺、人工肾、人工食管、人工胰、人工血管之外的其他人工器官的安装和置换等；
- 21) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- 22) 核爆炸、核辐射或核污染。

被保险人在下列期间内发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任：

- 1) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病^{7.34}（在本合同有效期内，因职业关系导致的感染艾滋

病病毒或患艾滋病^{7.35}、因输血导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病^{7.36}或因器官移植导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病^{7.37}的除外)；

2) 被保险人斗殴、酗酒^{7.38}、吸食或注射毒品^{7.39}；

3) 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶^{7.40}，或驾驶无合法有效行驶证^{7.41}的机动车^{7.42}。

2.7 其他免责条款 除本条款第 2.6 条“责任免除”外，本合同中还有一些免除本公司责任的条款，详见本条款第 2.2 条“保证续保”、第 2.5 条“保险责任”、第 3.3 条“犹豫期后解除合同的手续及风险”、第 4.3 条“宽限期、合同效力的中止与恢复”、第 5.5 条“特定药械用药流程”、第 6.1 条“明确说明与如实告知”、第 6.5 条“年龄确定与错误处理”、第 6.7 条“款项扣除”及第 7 条“名词释义”等部分中以黑体字加下划线标示的内容。

3 合同效力

3.1 合同成立与生效

投保人提出保险申请，本公司同意承保，本合同成立，合同成立日期于保险单上载明。

除另有约定外，自本合同成立，本公司收取保险费并签发保险单的次日零时起本合同生效，本公司自载明于保险单上的生效日开始承担本合同约定的保险责任。

3.2 犹豫期

除另有约定外，自投保人签收保险单之日起有 15 天的犹豫期。

如投保人在犹豫期内申请解除本合同，应填写解除合同申请书并向本公司提供下列资料：

- 1) 保险合同；
- 2) 投保人的有效身份证件。

自本公司收到解除合同申请书时起，本合同即被解除，对合同解除前发生的保险事故，本公司不承担任何保险责任。

投保人犹豫期内解除合同，本公司将无息退还投保人所交的全部保险费。

3.3 犹豫期后解除合同的手续及风险

如投保人在犹豫期后申请解除本合同，应填写解除合同申请书并向本公司提供下列资料：

- 1) 保险合同；
- 2) 投保人的有效身份证件。

自本公司收到解除合同申请书时起，本合同效力终止。本公司自收到解除合同申请书之日起 30 日内向投保人退还本合同的**现金价值^{7.43}**。

投保人犹豫期后解除合同会遭受一定损失。

4 保险费

4.1 保险费

本合同的保险费由被保险人的年龄、性别、有无等待期、有无基本医疗保险、优享因子等因素共同确定。

本合同的保险费和交费方式由投保人与本公司约定，并在保险单上载明。

保险费的交费方式分为一次交清和月交，由投保人在投保时选择。

如果投保人选择月交方式交纳保险费，在交纳首期保险费后，应当在每个**保险费约定交纳日^{7.44}**或

之前交纳对应各期的保险费。

4.2

优享因子

本保险的优享因子由健享因子和众享因子相乘确定，具体如下：

1) 健享因子

首次投保或非连续投保本保险时，被保险人的健享因子均为 1。

连续投保本保险时，被保险人的健享因子将根据被保险人的健康状况确定。被保险人的健享因子最低为 0.85，最高为 1。

被保险人健康状况的提交和收集方式、健享因子的组别定义标准或确定方式等将在本保险产品销售平台或公司官网进行公布。

若未按公布要求提交被保险人的健康状况相关信息，被保险人的健享因子均为 1。

2) 众享因子

连续投保本保险时，被保险人的众享因子均为 1。

首次投保或非连续投保本保险时，若同一投保人同时为两名以上（含两名）的、符合本条款第 1.1 条“被保险人范围”所述条件的组合成员投保本保险，经本公司同意承保后，可享受众享因子。众享因子将根据同时投保的组合成员人数确定，具体如下：

同时投保的组合成员人数	众享因子
小于 2 人	1
2 人或 3 人	0.95
大于等于 4 人	0.9

注一：组合成员，指投保人本人、在投保时与投保人具有合法婚姻关系的配偶、投保人的子女和投保人的父母；

注二：本公司不接受非同时参保的被保险人保险单申请合并享受众享因子。

4.3

宽限期、合同效力的中止与恢复

若投保人选择月交方式且到期未交纳保险费，自催告之日零时起 30 日为保险费交纳的宽限期。宽限期内发生的保险事故，本公司仍承担本合同约定的保险责任，但有权先从给付的保险金中扣除投保人欠交的保险费。

如果投保人在宽限期届满时仍未交纳保险费，则本合同自宽限期届满日的次日零时起效力中止，在本合同效力中止期间发生保险事故的，本公司不承担给付保险金的责任，且投保人失去保证续保权。

自本合同效力中止之日起至保险期间届满前，投保人可以向本公司申请恢复合同效力。本公司有权对被保险人的身体状况进行核保。经本公司与投保人协商并达成协议，在投保人补交保险费后，自投保人交纳保险费的次日零时起，本合同效力恢复。

自本合同效力中止之日起至保险期间届满日止仍未达成协议的，本合同效力终止。

5

保险金的申请及给付

5.1

保险事故通知

投保人、被保险人或受益人知道保险事故发生后应当在 10 日内通知本公司。

如果投保人、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，本公司对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但本公司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或者虽未及时通知但不影响本公司确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

5.2 受益人 除另有约定外，本合同的受益人为被保险人本人。

5.3 保险金申请资料 申请人应提供下列资料，本公司有权保留申请资料的原件或复印件：

- 1) 申请人和受益人的有效身份证件；
- 2) 由本公司认可的医院专科医生出具的疾病诊断证明书、病历记录，以及由本公司认可的医院出具的确诊疾病必需的病理显微镜检查、血液检查、影像学检查及其他医学检验报告；
- 3) 医疗费用收据原件、费用清单（包含药品商品名或医疗器械生产企业，以及其他可以证明所使用的药械与本合同保障范围内的药械的药品商品名或医疗器械生产企业一致的相关材料）；
- 4) 若被保险人通过本公司认可的机构购买特定药械的，还需提供本公司认可的医院专科医生出具的符合国家医疗保障局外配处方管理规范药械处方，以及本公司认可的机构出具的药械费用发票原件和费用清单；
- 5) 所能提供的其他与确认保险事故性质、原因等有关的证明和资料。

以上证明和资料不完整的，本公司将及时一次性通知申请人补充提供有关证明和资料。

若被保险人发生的属于保险责任范围内的医疗费用已通过其他任何途径（包括基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗、工伤保险、工作单位、第三方侵权责任人（包含法人）、本公司在内的任何商业保险机构等）得到了部分补偿的，申请人需提供已注明给付比例或给付金额的发票或结算单等证明材料的原件（或复印件）。

5.4 保险金的给付

本公司在收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后，将在 5 日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定。对属于保险责任的，本公司在与受益人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行给付保险金义务。

本公司未及时履行前款规定义务的，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的损失。

对不属于保险责任的，本公司自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

本公司在收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，对给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；本公司最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

5.5 特定药械用药流程

被保险人在本公司认可的机构或“本公司指定的临床急需进口药械医院”购买特定药械的，须符合以下流程的约定：

1) 购药申请

被保险人或受益人可作为购药申请人向本公司提交购药申请，并按照要求提供相关资料，包括被保险人个人相关信息、诊断证明、与诊断证明相关的检查检验报告、药械处方及其他所需要的材料。

2) 处方审核

购药申请提交后，本公司将进行处方审核，若审核过程中发生任以下情况，本公司有权要求申请人补充提供其他相关材料。

- ① 申请人购药申请时提交的医学材料不足以支持特定药械处方的开具或审核；
- ② 申请人购药申请时提交的医学检验报告不足以支持特定药械处方的开具或审核。

处方审核主要包括以下两方面：

- ① 根据申请购买的特定药械说明书中所列明的适应证、用法、用量审核特定药械处方：经审核，特定药械处方的开具与该特定药械说明书中所列明的适应证、用法、用量不符的，本公司将不予通过申请人的购药申请；
- ② 根据被保险人的疾病状况审核被保险人是否对申请购买的特定药品已经耐药：经审核，若被保险人的疾病状况确定对申请购买的特定药品已经耐药，本公司将不予通过申请人的购药申请。

若申请人的药械处方审核未通过，本公司不承担给付特定药械费用保险金的责任。

3) 特定药械的购买

若通过本公司认可的机构购买符合本合同保险责任范围内的药械，申请人应携带其有效身份证件，以及被保险人的药械处方、有效身份证件、中华人民共和国社会保障卡等材料到本公司认可的机构购买或领取特定药械。

通过本公司认可的机构购买或领取符合本合同保险责任范围的特定药械，若本公司已经与本公司认可的机构结算，申请人不应向本公司申请该部分保险金。

- 5.6 **诉讼时效** 受益人向本公司请求给付保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

6 其他事项

6.1 明确说明与如实告知

订立本合同时，本公司应向投保人说明本合同的内容。

本公司就投保人和被保险人的有关情况提出询问，投保人应当如实告知。

如果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，足以影响本公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，本公司有权解除本合同。

如果投保人故意不履行如实告知义务，对于本合同解除前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

如果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，对于本合同解除前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

本公司在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，本公司不得解除合同；发生保险事故的，本公司承担给付保险金的责任。

- 6.2 **本公司合同解除权的限制** 前条规定的合同解除权，自本公司知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。

- 6.3 **合同内容变更** 投保人和本公司可以协商变更合同内容。变更本合同的，由本公司在保险单或者其

他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由投保人和本公司订立变更的书面协议。

6.4 联系方式变更

本合同有效期内，投保人的联系地址或联系电话发生变更时，应及时通知本公司。

如果未通知本公司，本公司将按本合同注明的最后联系地址或联系电话发送有关通知，并视为已送达投保人。

6.5 年龄确定与错误处理

被保险人的年龄按周岁计算，其中投保年龄以本合同生效日时的周岁为准。在投保本保险时，投保人应将被保险人的真实年龄在投保单上填明，如果发生错误，本公司将按照下列规则处理：

- 1) 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，本公司有权解除合同，并对合同解除前发生的保险事故不承担给付保险金的责任。解除本合同的，本公司向投保人退还本合同的现金价值。本公司行使合同解除权适用本条款第 6.2 条“本公司合同解除权的限制”的规定。
- 2) 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实付保险费少于应付保险费的，本公司有权更正并要求投保人补交保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实付保险费和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，致使投保人实付保险费多于应付保险费的，本公司会将多收的保险费无息退还给投保人。

6.6 **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，依法向具有管辖权的人民法院起诉。

6.7 款项扣除

本公司在给付各项保险金、退还现金价值或保险费时，如果投保人或被保险人有欠交的保险费或其他未还清款项，本公司在扣除上述欠款后给付。

若本公司已发生保险金给付的，在退还现金价值时，须扣除本公司累计已给付的各项保险金金额。

7 名词释义

7.1 **周岁** 以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算。

7.2 **基本医疗保险** 指城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险（或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。

7.3 赔付率

赔付率 = (本保险年度赔款金额 + 本保险年末未决赔款准备金 - 本保险年初未决赔款准备金) ÷ (本保险年度保费收入 + 本保险年初未到期责任准备金 - 本保险年末未到期责任准备金)

7.4 **行业平均赔付率** 指行业同类长期医疗保险产品平均赔付率，具体由中国保险行业协会定期制作并发布。

7.5 **意外伤害** 因遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件而使身体受到伤害。

7.6 **特定疾病** 被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病，应当由本公司认可的医院专科医生明确诊断。以下疾病名称仅供理解使用，具体保障范围以每种疾病具体定义为准。

其中“恶性肿瘤——轻度”和“恶性肿瘤——重度”均为中国保险行业协会制定的《重大疾病保

险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》中列明的疾病，其定义与《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》中对应的疾病定义一致。

（1）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他部位，病灶经组织病理学检查^{7.45}（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^{7.46}）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^{7.46}）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴，但不在“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^{7.58}为 I 期的甲状腺癌；
- 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≤2%）的神经内分泌肿瘤。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”：

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）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”：

- 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 $\leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

(3) 原位癌

指恶性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。原位癌必须经对固定活组织的组织病理学检查明确诊断,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）的原位癌范畴（D00-D09）。

癌前病变不属于本合同约定的“原位癌”。

(4) 心肌炎导致的严重心功能衰竭

指心肌局限性或弥漫性的急性或慢性炎症病变,病变必须已造成事实上心室功能障碍而出现明显的心功能衰竭,心功能衰竭程度须达到**美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级^{7.47}IV 级**,且超声心动图结果提示左室射血分数（LVEF） $<40\%$ 。

(5) 严重冠心病

冠心病即冠状动脉粥样硬化性心脏病,是指冠状动脉粥样硬化导致心肌缺血、缺氧而引起的心脏疾病。本合同所指的“严重冠心病”包括以下疾病:

1) 冠状动脉闭塞或梗阻引起的严重急性心肌梗死

急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。冠状动脉闭塞或梗阻引起的严重急性心肌梗死指依据国际国内诊断标准被明确诊断为急性心肌梗死,并且必须同时满足下列至少一项条件:

- a. 心肌损伤标志物肌钙蛋白（cTn）升高,至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 15 倍（含）以上;
- b. 肌酸激酶同工酶（CK-MB）升高,至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 2 倍（含）以上;
- c. 出现左心室收缩功能下降,检测左室射血分数（LVEF）低于 50%（不含）;
- d. 影像学检查证实存在新发的乳头肌功能失调或断裂引起的中度（含）以上的二尖瓣反流;
- e. 影像学检查证实存在新出现的室壁瘤;
- f. 出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。

其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白（cTn）升高不属于本合同约定的“冠状动脉闭塞或梗阻引起的严重急性心肌梗死”。

2) 冠状动脉旁路移植手术费用

指被保险人为治疗冠心病,经本公司认可的医院专科医生实施切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植手术造成的费用支出。

3) 其他严重冠心病

其他严重冠心病指经冠状动脉造影检查明确诊断为**主要血管严重狭窄性病变**,须满足下列至

少一项条件：

- a. 左冠状动脉主干和右冠状动脉中，一支血管管腔堵塞 75%以上，另一支血管管腔堵塞 60%以上；
- b. 左前降支、左旋支和右冠状动脉中，至少一支血管管腔堵塞 75%以上，其他两支血管管腔堵塞 60%以上。

左前降支的分支血管、左旋支的分支血管及右冠状动脉的分支血管的狭窄不属于本合同约定的“其他严重冠心病”。

(6) 严重心肌病

严重心肌病指不明原因引起的一类心肌病变，包括原发性扩张型心肌病、原发性肥厚型心肌病及原发性限制型心肌病三种：

1) 原发性扩张型心肌病须同时满足下列条件：

- a. 超声心动图结果提示左室射血分数（LVEF）<35%；
- b. 病变必须已造成事实上心室功能障碍而出现明显的心功能衰竭，且心功能衰竭程度达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级 IV 级。

2) 原发性肥厚型心肌病须同时满足下列条件：

- a. 超声心动图结果提示左室射血分数（LVEF）<50%；
- b. 病变必须已造成事实上心室功能障碍而出现明显的心功能衰竭，且心功能衰竭程度达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级 IV 级。

3) 原发性限制型心肌病须同时满足下列条件：

- a. 超声心动图结果提示左心室舒张功能不全 III 级（二尖瓣口血流 E/A $\geq$ 2）；
- b. 病变必须已造成事实上心室功能障碍而出现明显的心功能衰竭，且心功能衰竭程度达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级 IV 级。

(7) 心脏瓣膜病变手术

心脏瓣膜病变指因感染、黏液变性、退行性变、创伤等原因导致的心脏单个或多个瓣膜病变。

心脏瓣膜病变手术是指被保险人经本公司认可的医院专科医生实施切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

(8) 严重主动脉疾病手术

严重主动脉疾病手术是指被保险人为治疗主动脉疾病或创伤或急性主动脉夹层血肿，经本公司认可的医院专科医生实施开胸（含胸腔镜下）或开腹（含腹腔镜下）进行的切除、置换、修补病损主动脉血管、主动脉创伤后修复的手术。

主动脉指升主动脉、主动脉弓和降主动脉（含胸主动脉和腹主动脉），不包括升主动脉、主动脉弓和降主动脉的分支血管。

(9) 完全性房室传导阻滞

完全性房室传导阻滞又称三度房室传导阻滞，指心房的激动不能正常地传导到心室，造成心室率过于缓慢，出现心力衰竭和因大脑供血不足导致的晕厥、阿-斯综合征。必须明确诊断并且满足下列所有条件：

- 1) 曾经有晕厥、阿-斯综合征发作；
- 2) 心电图表现为持续室性逸搏心律，心室率持续低于50次/分；
- 3) 已进行永久性起搏器植入手术。

(10) 布鲁加达综合征永久性心脏除颤器安装手术

指被保险人因确诊布鲁加达综合征后在本公司认可的医院经专科医生进行的永久性心脏除颤器安装手术。

(11) 严重慢性缩窄性心包炎手术

严重慢性缩窄性心包炎指由于慢性心包炎症导致心包脏层和壁层广泛瘢痕粘连、增厚和钙化，心包腔闭塞，形成一个纤维瘢痕外壳，使心脏和大血管根部受压，阻碍心脏的舒张，心功能衰竭达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级IV级。

严重慢性缩窄性心包炎手术是指被保险人因确诊严重慢性缩窄性心包炎，在本公司认可的医院接受经下列任何一种手术路径进行的开胸心包剥离手术或心包切除手术：

- 1) 胸骨正中切口；
- 2) 双侧前胸切口；
- 3) 左前胸肋间切口。

经胸腔镜、胸壁打孔进行的手术、心包粘连松解手术，以及非手术治疗方式不属于本合同约定的“严重慢性缩窄性心包炎手术”。

(12) 心脏粘液瘤切除手术

是指被保险人为了治疗心脏粘液瘤，在本公司认可的医院经专科医生实施的开胸、开心心脏粘液瘤切除手术。

(13) 左心室室壁瘤切除手术

是指被保险人为了治疗左心室室壁瘤，在本公司认可的医院经专科医生实施的开胸室壁瘤切除手术。

(14) 头臂动脉型多发性大动脉炎移植手术

多发性大动脉炎（高安氏动脉炎）是一种发生在主动脉和其主要分支的慢性炎症性动脉疾病，表现为受累动脉狭窄或闭塞。头臂动脉型多发性大动脉炎是指多发性大动脉炎头臂动脉型（I型），又称为无脉症。

头臂动脉型多发性大动脉炎移植手术是指被保险人因确诊头臂动脉型多发性大动脉炎，在本公司认可的医院接受经胸部切开进行的无名动脉（头臂干）、颈总动脉、锁骨下动脉旁路移植手术。

非开胸的血管旁路移植手术、因其他病因而进行的旁路移植手术、对其他动脉进行的旁路移植手术、经皮经导管进行的血管内手术均不属于本合同约定的“头臂动脉型多发性大动脉炎移植手术”。

7.7

本公司认可的医院

本公司认可的医院是指在中国大陆境内（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）公立医院的普通部以及“本公司认可的其他医院清单”中列明的医院，但不包含：

- 1) 特需医疗、国际医疗、贵宾医疗、外宾医疗、干部病房或者相类似的部门和科室；
- 2) 以康复、护理、疗养、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；
- 3) “本公司除外的医院清单”中列明的医院。

本公司保留对“本公司认可的其他医院清单”和“本公司除外的医院清单”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。“本公司认可的其他医院清单”和“本公司除外的医院清单”最新版本将在本保险产品销售平台或公司官网进行公布。

7.8 专科医生

指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。

7.9 住院

指被保险人以治疗疾病或意外伤害为目的，正式办理入住手续进行治疗的行为，但不包括：

- 1) 被保险人入住门急诊观察室、家庭病床、挂床住院等不合理住院。其中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，入出院标准按照当地卫生部门指定的《病种质量管理标准》；
- 2) 被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；
- 3) 被保险人住院休养、疗养、身体检查和健康护理等非治疗性行为；
- 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。

7.10 合理且必需

指合理、符合通常惯例且医疗必需的。

“合理”指被保险人接受的针对意外伤害或疾病本身的医疗服务以及相关医疗费用（包括特定药械费用），需满足以下条件：

- 1) 须由被保险人自行承担的、本合同保障范围内的费用；
- 2) 药品的使用须符合中国国家药品监督管理部门批准的该药品说明书适应证，且每次药品处方剂量应符合《处方管理办法》（中华人民共和国卫生部令第53号）的相关规定；
- 3) 药品及医疗器械的使用需符合中华人民共和国相关法律、法规要求并经过中国国家药品监督管理部门批准用于临床治疗（以使用时的批准结果为准）。

“符合通常惯例”指被保险人接受的针对意外伤害或疾病本身的医疗服务以及相关医疗费用（包括特定药械费用），需满足以下条件：

- 1) 满足医疗需要且根据治疗当地通行治疗规范，采用了通行治疗方法；
- 2) 医疗费用（包括特定药械费用）没有超过当地对类似情形治疗的常规费用，类似情形是指在同一地区、对相同性别、近似年龄的人所患的同类疾病或身体伤害实施的类似治疗或服务。

“医疗必需”指被保险人接受的针对意外伤害或疾病本身的医疗服务以及相关医疗费用（包括特

定药械费用)，需满足以下条件：

- 1) 治疗意外伤害或疾病合适且必须的、有医生处方或书面医嘱的项目；
- 2) 非试验性的、非研究性的项目；
- 3) 不超过安全、足量治疗原则的项目；
- 4) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；
- 5) 接受的医疗服务范围是合适的而且经济有效的。

对是否合理且必需由本公司理赔人员根据客观、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。

7.11 住院医疗费用

指被保险人在本公司认可的医院内发生的符合本合同约定的保险责任范围内的医疗费用，包括：

床位费^{7.48}、药品费^{7.49}、膳食费^{7.50}、治疗费^{7.51}、检查检验费^{7.52}、手术费^{7.53}、加床费^{7.54}、诊疗费^{7.55}、救护车使用费^{7.56}、护理费^{7.57}。

7.12 **门诊手术医疗费用** 指门诊发生的合理且必需的手术医疗费用，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。未发生任何切除治疗的腔镜检查不在保障范围内。

7.13 **门急诊医疗费用** 指门急诊发生的合理且必需的诊疗费、治疗费、检查检验费、药品费。

7.14 **药械费用** 指购买符合“外购药械费用保险金”或“特定药械费用保险金”责任中约定的药品或医疗器械实际发生的合理且必需的药品费、医疗器械费用。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。

7.15 **本公司指定的外购药械清单** 本公司保留对“本公司指定的外购药械清单”进行变更的权利，具体以被保险人外购药械处方开具时的有效版本为准。“本公司指定的外购药械清单”最新版本将在本保险产品销售平台或公司官网进行公布。

7.16 本公司认可的机构

包括“本公司认可的药店”、“本公司认可的医疗器械供应商”及“本公司认可的其他指定药店”，但不包含“本公司除外的药店或医疗器械供应商清单”中列明的药店或医疗器械供应商。

“本公司认可的药店”须同时满足以下条件：

- 1) 取得中国国家药品经营许可证、GSP 认证；
- 2) 药店内具有药师、执业药师等专业人员提供服务。

“本公司认可的医疗器械供应商”指具备相应类别医疗器械销售资质的医疗器械供应商。

本公司保留对“本公司认可的其他指定药店”和“本公司除外的药店或医疗器械供应商清单”进行变更的权利，具体以被保险人特定药械处方开具时的有效版本为准。“本公司认可的其他指定

药店”和“本公司除外的药店或医疗器械供应商清单”最新版本将在本保险产品销售平台或公司官网进行公布。

7.17 本公司指定的特定药械清单 本公司保留对“本公司指定的特定药械清单”进行变更的权利，具体以被保险人特定药械处方开具时的有效版本为准。“本公司指定的特定药械清单”最新版本将在本保险产品销售平台或公司官网进行公布。

7.18 临床急需进口药械清单 本公司保留对“临床急需进口药械清单”进行变更的权利，具体以被保险人特定药械处方开具时的有效版本为准。“临床急需进口药械清单”最新版本将在本保险产品销售平台或公司官网进行公布。

7.19 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。

7.20 社保目录

指《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》和《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险医用耗材目录》。其中，

- 1) 社保目录内药械费用，指满足条件的药械费用被纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》或《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险医用耗材目录》（以药械处方开具时的有效版本为准）；
- 2) 社保目录外药械费用，指满足条件的药械费用未被纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》和《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险医用耗材目录》（以药械处方开具时的有效版本为准）。

7.21 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。在本合同有效期内，因职业关系导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病的除外。

7.22 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。

7.23 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。

7.24 既往症 指本合同生效之前被保险人已患且已知晓的疾病。

7.25 耐药

指发生以下一个或者多个情况：

- 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、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。

- 7.26 **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。
- 7.27 **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。
- 7.28 **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。
- 7.29 **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。
- 7.30 **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。
- 7.31 **康复治疗医疗器械和辅助装置** 包括康复治疗器械、康复设备、假体、义肢、义眼、义齿、轮椅、拐杖、助听器、眼镜或隐形眼镜、矫形支架、颈椎/腰椎牵引器、植入式心脏事件监测设备（植入式心脏检测仪/可插入循环记录器）、植入性神经刺激器、植入式药物泵等。
- 7.32 **高风险活动**
1) 从事的职业为：矿工、采石工、采砂工、爆破工、高压电工程设施人员、海洋船员、潜水员、火药炸药制造及处理人、特技演员、驯兽师、防暴警察、特种兵、战地记者；
2) 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；
3) 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；
4) 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；

- 5) 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；
- 6) 各类特技表演，指从事马术、杂技、驯兽、飞车等特殊技能活动；
- 7) 除竞走、跑步以外的竞速活动，如赛马、赛车、滑雪、滑冰等。

7.33 代诊及非正常住院行为

- 1) 冒名住院、被保险人未到达医院就诊即代诊；
- 2) 不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院而拒不出院。

7.34 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。

7.35 因职业关系导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病

指被保险人在其常规职业工作过程中遭遇外伤，或者职业需要处理血液或者其他体液时感染上艾滋病病毒或患艾滋病。

必须满足下列全部条件：

- 1) 感染必须是在被保险人正在从事其职业工作中发生，该职业必须属于以下列表内的职业：

医生和牙科医生	护士	医院化验室工作人员
医院护工	医生助理和牙医助理	救护车工作人员
助产士	消防队员	警察和狱警

- 2) 必须提供被保险人在所报事故发生后的 5 天以内进行的检查报告，该报告必须显示被保险人血液 HIV 病毒阴性和/或 HIV 抗体阴性；
- 3) 必须在事故发生后的 6 个月内证实被保险人体内存在 HIV 病毒或者 HIV 抗体。

本公司具有获得和使用被保险人的所有血液样本的权利以及能够对这些样本进行独立检验的权利。

7.36 因输血导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病

指被保险人感染上艾滋病病毒或患艾滋病，且须满足下列全部条件：

- 1) 因治疗必须接受输血，并因此而感染艾滋病病毒；
- 2) 提供输血治疗的输血中心或医院必须为正规医疗机构，并出具该项输血感染属医疗责任事故的报告，或由已生效的法院判决或裁定认定为医疗责任；
- 3) 受感染的被保险人不是血友病患者。

本公司具有获得和使用被保险人的所有血液样本的权利以及能够对这些样本进行独立检验的权利。

7.37 因器官移植导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病

指被保险人因器官移植而感染上艾滋病病毒或患艾滋病。本病须满足如下全部条件：

- 1) 在本合同生效日或复效日之后，被保险人因治疗必需而实施器官移植，并且因器官移植而感染艾滋病病毒或患艾滋病；
- 2) 提供器官治疗的器官移植中心或医院出具的此次因器官移植感染艾滋病病毒或患艾滋病属于医疗事故的报告，或者经法院终审裁定认定为医疗事故；
- 3) 提供器官治疗的器官移植中心或医院必须具有合法经营执照。

本公司具有获得和使用被保险人的所有血液样本的权利以及能够对这些样本进行独立检验的权利。

7.38 酗酒 指酒精摄入过量。长期过量饮酒导致身体脏器严重损害，或一次大量饮酒导致急性酒精中毒或自制力丧失导致自身伤害、斗殴肇事或交通肇事。酒精摄入过量由医疗机构或公安部门判定。

7.39 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、可卡因以及中华人民共和国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。

7.40 无合法有效驾驶证驾驶

指下列一个或者多个情形：

- 1) 未依法取得驾驶证驾驶；
- 2) 驾驶证被依法扣留期间驾驶；
- 3) 驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
- 4) 持未经审验或超过有效期限的驾驶证驾驶；
- 5) 持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习驾车；
- 6) 公安交通管理部门认定的其他无有效驾驶证驾驶的情况。

7.41 无合法有效行驶证

指下列一个或者多个情形：

- 1) 无机动车行驶证；
- 2) 机动车被依法注销登记的；
- 3) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

7.42 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。

7.43 现金价值

指保险单所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由本公司退还的那部分金额。除另有约定外，本合同的现金价值金额按下列两种方式中的一种进行计算：

1) 一次交清方式

现金价值金额 = 投保人实际已交纳的本合同的保险费 × (1-35%) × (1-n/m)，其中，n 指从对该被保险人的保险期间生效之日至终止之日实际经过的天数，m 指保险期间的实际天数，经过天数不足一天按一天计算。

2) 月交方式

现金价值金额 = 投保人实际已交纳的本合同的当期月度保险费 × (1-35%) × (1-n/m)，其中，n 指当月实际经过天数，m 为当月实际天数。经过天数不足一天按一天计算。

7.44 保险费约定交纳日 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。

7.45 组织病理学检查

本合同疾病定义中所指的“组织病理学检查”是指通过局部切除、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。

7.46 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。

7.47 美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级

美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）将心功能状态分为四级：

I 级：心脏病病人日常活动量不受限制，一般活动不引起乏力、呼吸困难等心衰症状。

II 级：心脏病病人体力活动轻度受限制，休息时无自觉症状，一般活动下可出现心衰症状。

III 级：心脏病病人体力活动明显受限，低于平时一般活动即引起心衰症状。

IV 级：心脏病病人不能从事任何体力活动，休息状态下也存在心衰症状，活动后加重。

7.48 床位费

“住院医疗费用”定义中所指的“床位费”是指被保险人在本公司认可的医院内住院期间实际发生的医院床位的费用，床位费每日赔付金额不超过1500元。包括普通床位费和重症监护室床位费：

1) 普通床位费，以标准单人病房（不包括套房）的费用标准为限。其中，标准单人病房指病房为单间设计，除独立卫生间外无其他隔间，病房设一张病床加独立卫生间的单人病房。

若某一医院的病房有两种或以上符合前述定义的病房，则应按其中最便宜的病房计算床位费。

2) 重症监护室床位费，指经本公司认可的医院专科医生诊断必须接受在重症监护室进行合理且必要的医疗而产生的床位费。其中，重症监护室指经中国国家卫生行政管理部门批准，在医院内正式设立的重症监护病房。该病房为危重患者提供24小时持续护理及治疗，配备有重症监护专科医生、护士以及相应的监护、复苏抢救设备，例如：心脏除颤机，人工呼吸机，紧急药物，各项生命体征（如心率、血压等）持续测试的仪器等。

“床位费”不包括陪床、观察床位、套房和家庭病床的费用，也不包括符合“本公司除外的其他病房”定义或标准的病房床位费。本公司保留对“本公司除外的其他病房”进行变更的权利，具体以被保险人住院起始时的有效版本为准。“本公司除外的其他病房”最新版本将在本保险产品销售平台或公司官网进行公布。

7.49 药品费 “住院医疗费用”和“门急诊医疗费用”定义中所指的“药品费”是指被保险人在接受相

应治疗期间实际发生的、合理且必需的、由本公司认可的医院专科医生开具的、具有中国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。

7.50 膳食费 “住院医疗费用”定义中所指的“膳食费”是指被保险人住院期间根据本公司认可的医院专科医生的书面医嘱，由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的机构配送的膳食所实际发生的合理且符合惯常标准的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内。

7.51 治疗费 “住院医疗费用”、“门诊手术医疗费用”和“门急诊医疗费用”定义中所指的“治疗费”是指被保险人在接受相应治疗期间以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的、合理且必需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，包括注射费、输血费、输氧费、体外反搏费等。不包括物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用：

- 1) 物理治疗：指应用人工物理因子（如光、电、磁、声等）来治疗疾病，具体疗法包括电疗、光疗、磁疗、热疗等；
- 2) 中医理疗：指以治疗疾病为目的，被保险人接受的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗等；
- 3) 其他特殊疗法：包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

7.52 检查检验费 “住院医疗费用”和“门急诊医疗费用”定义中所指的“检查检验费”是指被保险人在接受相应治疗期间在本公司认可的医院内实际发生的、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且必需的医疗费用，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。

7.53 手术费 “住院医疗费用”定义中所指的“手术费”是指被保险人住院期间实际发生的、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器官获取、保存、运输、质量评估等器官获取过程中的费用。

7.54 加床费 “住院医疗费用”定义中所指的“加床费”是指未满18周岁的被保险人在住院治疗期间，根据合同约定给付其合法监护人（限1人）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院医疗期间，根据合同约定给付其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

7.55 诊疗费 “住院医疗费用”和“门急诊医疗费用”定义中所指的“诊疗费”是指被保险人在接受相应治疗期间实际发生的主诊或会诊医生（包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生）的劳务费用。

7.56 救护车使用费 “住院医疗费用”定义中所指的“救护车使用费”是指被保险人在住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，根据就诊医院专科医生建议，被保险人需医院转诊过程中的医院用车

费用。

7.57 护理费 “住院医疗费用”定义中所指的“护理费”是指被保险人住院期间由就诊医院执业护士根据该医院专科医生的书面医嘱所示的护理等级提供医疗护理所发生的护理费用。

7.58 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。

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。