

中意财产保险有限公司

个人医疗保险（A版）条款

C00011732512023060507963

总则

第一条 保险合同的构成

本保险合同由保险条款、投保单及其他投保文件、保险单、保险凭证、批注、批单及其他投保人与保险人的共同认可的书面协议等组成。凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。

第二条 保险合同成立和生效

投保人提出保险要求，经保险人同意承保，保险合同成立。合同生效日期在保险单上载明。

第三条 被保险人

被保险人应为出生满 30 天至 100 周岁（含）、身体健康、能正常工作或正常生活的自然人。首次投保或非连续投保时，被保险人年龄应在 65 周岁（含）以下。

被保险人的常住地应为中国大陆境内（不含香港、澳门、台湾地区，下同），在投保前连续 12 个月内在大陆境内累计居住至少 183 天。若被保险人投保时不满 1 周岁，则被保险人在中国大陆境内累计居住时间不少于自出生之日起至投保之日止累计日数的二分之一。

第四条 投保人

投保人应为具有完全民事行为能力的被保险人本人、或对被保险人有保险利益的其他人。

第五条 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。

保险责任

第六条 保险计划

除另有约定外，保险人所提供的保险计划、保障区域和指定医疗机构范围详见保险计划表（附件 1），投保人可根据需求选择投保，但“可选责任”不得单独投保，须与“必选责任”一起投保。

本保险合同所承保的具体保险计划、保险责任、保障区域和指定医疗机构范围在保险合同中载明，保险人根据保险合同中载明的内容承担保险责任。

第七条 保险责任

（一）一般住院及特定门诊医疗费用保险金（必选）

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害，或因在等待期后初次确诊罹患的疾病（不含特定疾病），在指定医疗机构接受治疗的，对于被保险人实际支出的必需且合理的如下医疗费用，保险人在扣除约定的免赔额后按约定的赔付比例给付一般住院及特定门诊医疗费用保险金。

1、住院医疗费用

被保险人在指定医疗机构接受住院治疗时实际支出的必需且合理的住院医疗费用，包括：床位费、陪床费、膳食费、护理费、重症监护室费、手术费、药品费、医生诊疗费、治疗费、检查检验费、手术植入器材费、耐用医疗设备费、物理治疗费、同城救护车费、临终关怀费。

保险期间届满时，被保险人仍未结束本次住院治疗的，保险人继续对前述费用承担责任至本次住院结束，但最长不超过保险期间届满后 30 日（含）。

2、特殊门诊医疗费用

被保险人在指定医疗机构接受特殊门诊治疗时实际支出的必需且合理的特殊门诊医疗费用，包括：

（1）恶性肿瘤门诊治疗，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤靶向疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法；

（2）器官移植术后门诊行抗排异治疗；

（3）门诊肾脏透析治疗。

3、门诊手术医疗费用

被保险人在指定医疗机构接受门诊手术治疗时实际支出的必需且合理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、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。

4、住院前后门急诊医疗费用

被保险人在指定医疗机构住院治疗前 30 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日），因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗时实际支出的必需且合理的门急诊医疗费用，不包括门诊手术费用和特殊门诊费用。

对于上述 1-4 项医疗费用，保险人按照保险合同的约定进行赔付，并以本保险合同约定的一般住院及特定门诊医疗费用保险金额为限。当保险人全年累积给付金额达到本保险合同约定的一般住院及特定门诊医疗费用保险金额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

（二）特定疾病住院及特定门诊医疗费用保险金（必选）

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害，或在等待期后初次确诊罹患本保险合同约定的**特定疾病**，在指定医疗机构接受治疗的，对于被保险人实际支出的必需且合理的如下医疗费用，保险人在扣除约定的免赔额后按约定的赔付比例给付特定疾病住院及特定门诊医疗费用保险金。

1、特定疾病住院医疗费用

被保险人在指定医疗机构接受特定疾病住院治疗时实际支出的必需且合理的特定疾病住院医疗费用，包括：床位费、陪床费、膳食费、护理费、重症监护室费、手术费、药品费、医生诊疗费、治疗费、检查检验费、手术植入器材费、耐用医疗设备费、物理治疗费、同城救护车费、临终关怀费。

保险期间届满时，被保险人仍未结束本次住院治疗的，保险人继续对前述费用承担责任至本次住院结束，但最长不超过保险期间届满后 30 日（含）。

2、特定疾病特殊门诊医疗费用

被保险人在指定医疗机构接受特定疾病特殊门诊治疗时实际支出的必需且合理的特定疾病特殊门诊医疗费用，包括：

（1）恶性肿瘤门诊治疗，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤靶向疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法；

(2) 器官移植术后门诊行抗排异治疗；

(3) 门诊肾脏透析治疗。

3、特定疾病门诊手术医疗费用

被保险人在指定医疗机构接受特定疾病门诊手术治疗时实际支出的必需且合理的特定疾病门诊手术医疗费用，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、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。

4、特定疾病住院前后门急诊医疗费用

被保险人在指定医疗机构接受特定疾病住院治疗前 30 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日），因与该次住院相同原因而接受特定疾病门急诊治疗时实际支出的必需且合理的特定疾病门急诊医疗费用，不包括特定疾病门诊手术费用和特定疾病特殊门诊费用。

5、质子重离子医疗费用

保险期间内，被保险人在等待期后初次确诊罹患特定疾病中的恶性肿瘤-重度，并在上海质子重离子医院进行质子重离子治疗时实际发生的必需且合理的质子重离子医疗费用。质子重离子医疗费用包括床位费、陪床费、膳食费、护理费、药品费、医生诊疗费、治疗费、检查检验费等，但不包括化学疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法和肿瘤靶向疗法所产生的费用。

6、恶性肿瘤院外药品费用

在保险期间内，被保险人在等待期后初次确诊罹患特定疾病中的恶性肿瘤-重度，在指定医疗机构接受治疗时，被保险人实际支出的必需且合理的恶性肿瘤院外药品费用。该药品费用须同时满足如下条件：

- (1) 初次确诊罹患恶性肿瘤时间在保险期间内且在等待期后；
- (2) 药品由指定医疗机构的专科医生开具处方，且为被保险人当前治疗所必需的药品；
- (3) 每次药品处方剂量不超过一个月；
- (4) 药品属于保险人指定的院外药品清单中的药品；
- (5) 药品是在保险人指定的药店购买，且按本保险合同第二十八条的约定履行了购药流程。

保险期间届满时，恶性肿瘤治疗仍未结束的，保险人继续对前述费用承担责任，但以被保险人初次确诊恶性肿瘤-重度之日零时起一年为限。

对于上述 1-6 项医疗费用，保险人按照保险合同的约定进行赔付，并以本保险合同约定的特定疾病住院及特定门诊医疗费用保险金额为限。当保险人全年累积给付金额达到本保险合同约定的特定疾病住院及特定门诊医疗费用保险金额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

（三）门急诊医疗费用保险金（可选）

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害，或因在等待期后初次确诊罹患的疾病，在指定医疗机构接受门急诊治疗的，对于被保险人实际支出的必需且合理的门急诊医疗费用，保险人在扣除约定的免赔额后按约定的赔付比例给付门急诊医疗费用保险金。

门急诊医疗费用包括：医生诊疗费、治疗费、检查检验费、药品费、留院观察费用、耐用医疗设备费、物理治疗费、中医（不含理疗）费用、牙科意外伤害医疗费用。不包括特殊门诊、门诊手术、住院前后门急诊费用。

对于上述医疗费用，保险人按照保险合同的约定进行赔付，并以本保险合同约定的门急诊医疗费用保险金额为限。当保险人全年累积给付金额达到本保险合同约定的门急诊医疗费用保险金额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

第八条 免赔额

本保险合同所指免赔额为年免赔额，指在保险期间内，应由被保险人自行承担、保险人不予赔偿的部分。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、城乡居民大病保险和公费医疗保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

免赔额由投保人和保险人约定，并在保险合同中载明。

第九条 补偿原则和赔付标准

本保险合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括社会基本医疗保险、城乡居民大病保险、公费医疗、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按照本保险合同的约定进行补偿。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。

若被保险人以参加社会基本医疗保险身份投保，但未以参加社会基本医疗保险身份就诊并结算的，则保险人按照保险合同载明的比例进行赔付。

第十条 责任免除

（一）任何因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的，或具备下列情形/行为的，保险人不承担给付保险金责任：

1、被保险人在首次投保或非连续投保前所患有的既往症及其并发症，但投保时如实告知并经保险人审核同意承保的不在此限；

2、等待期内罹患的疾病或等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；

3、实验性治疗、未经治疗所在地政府许可或批准的治疗（包括但不限于检查方法、治疗方法、手段、设备、药品等）费用；

4、投保人对被保险人的故意行为；被保险人的故意行为（包括但不限于自残、自杀）引起的或者在这一过程中发生的伤害、病症治疗及其他相关费用；自伤或自杀时被保险人为无民事行为能力人除外；

5、根据工伤补偿、职业病或者其他与职业疾病相关的法律法规可从中获得补偿的费用，已从政府、慈善机构、其他福利计划或医疗保险计划等第三方获得补偿的治疗费用；

6、非被保险人本人的就医费用，或被保险人冒用他人身份的就医费用，无原始发票的费用，电话咨询费，没有按时就诊的预约挂号费用，在不符合本保险合同约定的医疗机构所产生的费用，不在执业范围的医疗服务费用，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（从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用），未经医生处方自行购买的药品和设备；

7、遗传性疾病，先天性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常引起的医疗费用（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）；

8、精神和行为障碍（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）的治疗和康复产生的费用；

9、被保险人罹患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV）（上述定义，应按世界卫生组织所订的定义为准，若在被保险人的血液样本中发现上述病毒或其抗体，则认定病人已受该病毒感染）；

10、基因咨询、筛查、检查及其他相关费用（包括但不限于过敏原检测）；但因治疗目的而接受的医学必需的基因检测费用不受此限，如恶性肿瘤治疗所必需的基因检测；

11、医疗咨询和健康预测（包括但不限于健康咨询、家庭咨询、性咨询）费用、功能医学检查（包括但不限于全套个人化营养评估、抗氧化维生素分析、氧化压力分析、营养与毒性元素分析、肠道免疫功能分析）费用、出于行政或管理事务目的（包括但不限于与投保保险、招聘、入学或运动相关的

体格检查)发生的检查费用、智能测试、教育测试、预防保健(包括但不限于保健按摩、自动按摩床治疗、药物蒸气治疗、药浴、体疗健身、疾病普查)费用、免疫费用、各种医疗鉴定费用(包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、各种验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定等)、非疾病治疗类费用;

12、包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍、变性及相关治疗;

13、与生育相关的费用,包括妊娠、分娩、产前产后检查、流产、助孕、不孕不育、人工受孕、男女生育控制、输精管切除术、避孕、绝育手术、绝育恢复手术;

14、任何与美容和整形相关的费用:

(1)各种美容、整形项目:如对未表现出可疑细胞行为(如近期大小、形状、颜色发生改变)的良性皮肤损害(包括但不限于黄褐斑、皮肤白斑、色素沉着、雀斑、老年斑、痣等)的治疗、祛除及其他相关费用;对无症状的浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、白癜风、纹身去除、皮肤变色的治疗及其他相关费用;隆鼻、丰胸或缩胸、减肥或增胖、增高、白发或脱发的治疗及相关费用;

(2)各种矫形及生理缺陷的检查治疗项目:如腋臭、口吃、平足、各种非功能性整容、矫形手术等费用;

(3)屈光缺陷(包括近视、远视及散光)的任何医疗费用及配镜费用;

15、非意外导致的牙科治疗,任何原因导致的种植牙、冠修复体、义齿、牙齿整形、牙科保健;

16、生长激素治疗及其他相关费用;

17、因学习障碍、多动症、注意力集中缺陷、语言障碍矫正、儿童行为问题和儿童发育问题而接受的治疗所导致的费用;

18、因疲劳、乏力而产生的任何费用;因睡眠紊乱而产生的任何费用,包括但不限于鼾症、失眠、睡眠呼吸暂停低通气综合征及睡眠测试;

19、因斗殴、酗酒、滥用酒精、吸毒、使用管制药物、非法药物、非医生处方要求药物或者非医生处方要求用量药物导致的治疗及与其有关的并发症的治疗费用;

20、被保险人因戒毒、戒酒、戒烟或以戒除成瘾为目的所发生的费用;

21、替代医疗、康复医疗费用,购买或租用物理治疗设备、康复设备或保健设备的费用,保险责任中列明赔付的不受此限;

22、因检查、麻醉、手术治疗、药物治疗而导致的医疗意外或医疗事故所产生的医疗费用;

23、器官移植供体费用、器官来源费用、器官组织或活体细胞的低温储藏、培植或再培植相关费用;

24、被保险人从事与其健康状况不适宜的活动或运动所导致的意外或者所引发的疾病。

(二)被保险人在下列期间发生的医疗费用,保险人也不承担给付保险金责任:

1、被保险人从事高风险运动,参加或受训于任何职业体育活动或任何设有奖金或报酬的体育运动;

2、核爆炸、核辐射或核污染、化学污染;

3、战争、军事冲突、暴乱、武装叛乱或恐怖主义活动;

4、被保险人从事违法、犯罪活动期间或被依法拘留、服刑、在逃期间。

5、被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车期间。

第十一条 保险金额和保险费

保险金额是保险人承担给付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，并在保险合同中载明。

投保人须按本保险合同约定支付保险费。

本保险合同保险费支付方式由投保人投保时选择确定，并在保险单上载明。

若投保人选择一次性缴付保险费的，投保人应当在保险合同成立时一次性交清保险费。未交清保险费的，保险合同不生效，对于保险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，须经投保人申请并经保险人同意，并在保险合同中载明。在缴纳首期保险费后，投保人应当在每个保险费约定缴纳日前足额缴纳对应的保险费。如未缴付首期保险费，保险合同不生效，对于保险合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。如投保人未按约定缴纳其余各期保险费，保险人允许投保人在保险合同约定的延长期内补缴保险费，如被保险人在延长期内发生保险事故，保险人承担保险责任。投保人在正常交费对应的保险期间内或约定的延长期内发生保险事故，保险人依照合同约定给付保险金的，需投保人先行补交所有未缴期间的保险费，或经投保人和保险人协商同意后，在给付的保险金中扣除所有未缴期间的的所有未缴保险费。如投保人在延长期届满时仍未缴纳当期保险费的，从当期保险费约定缴纳日的次日零时起发生的保险事故，保险人不承担保险责任；延长期内发生的保险事故也不承担保险责任。

第十二条 保险期间

除另有约定外，保险期间为一年，以保险合同上载明的起讫时间为准。

第十三条 不保证续保

本保险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人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

保险人义务

第十四条

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。

第十五条

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。

第十六条

保险人认为被保险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、被保险人补充提供。

第十七条

保险人收到被保险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，但因客观原因、不可抗力、资料欠缺、被保险人因素等原因导致的延期除外。

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

第十八条

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。

投保人、被保险人义务

第十九条

除另有约定外，投保人应当按照本保险合同约定交纳保险费。

第二十条

订立保险合同，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，保险人有权解除本保险合同。

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。

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。

第二十一条

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。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内或保险人不愿承保变更后的风险的，保险人在接到通知后有权解除本保险合同并按照接到通知之日退还原职业或工种所对应的未到期保险费。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类仍可承保的或在拒保范围内但保险人认定可以继续承保的，保险人按照接到通知之日起退保并退还原职业或工种所对应的未到期保险费，投保人重新按照保险人接到通知之日计算的新职业或工种所对应的保险费。

被保险人变更职业或工种，未依本条约定通知保险人，因危险程度增加导致发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

第二十二条

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，均视为已送达投保人。

第二十三条

被保险人的投保年龄，以法定身份证件登记的周岁年龄为准。投保人在申请投保时，应填写被保险人的出生日期，如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，且其真实年龄不符合本保险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保险费。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。

（二）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致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；若已发生保险事故，保险人在给付保险金时按实交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不真实，导致投保人实交保险费多于应交保险费的，保险人应将多交的保险费无息退还投保人。

第二十四条

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，不包括因不可抗力而导致的迟延。

保险金申请

第二十五条 保险金申请

保险金申请人向保险人申请保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的相关材料。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。

（一）保险金索赔申请书；

（二）保险合同；

（三）保险金申请人的有效身份证件；

（四）指定医疗机构出具的完整病历资料，包括诊断证明、门急诊/住院病历、出院记录、检查检验报告、医疗费用发票原件、费用清单等；

（五）如已从其他途径获得医疗费用补偿的，须提供医疗费用分割单或医疗费用结算证明原件；

（六）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；

（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。受益人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，由其监护人代为申请保险金，并提供监护人的身份证明等资料。

在保险人的理赔审核过程中，经被保险人同意，保险人可在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。此类检查费用由保险人承担。

第二十六条 直付服务

被保险人在保险人指定的直付网络医院就医的，对于被保险人发生的符合保险责任范围内且应当由保险人承担的费用，保险人将直接给付保险金给提供医疗服务的指定直付网络医院，保险人不再向保险

金受益人重复给付保险金。

被保险人在直付网络医院就医的，对其发生的不属保险责任范围、应当由其负担但医院未向其收取的医疗费用，在接到保险人或者保险人授权机构的通知后，被保险人应当在三十日内支付相应款项；未在三十日内支付相应款项的，保险人有权向其继续追偿相应费用并停止提供直付服务。

被保险人未在直付网络医院就医的，不享受保险人直付服务。

第二十七条 事先授权申请

在直付网络医院接受下列治疗前，被保险人须在预定开始治疗日期前至少五个工作日向保险人或保险人的授权机构提交事先授权申请表：

- （一）住院、手术（含门诊手术）、特殊门诊；
- （二）单价在 5000 元以上的药剂或检查；
- （三）购买或租用非一次性耐用医疗设备，包括但不限于胰岛素泵及其配套器械；
- （四）临终关怀。

对于被保险人事先授权申请，保险人或保险人的授权机构将予以书面回复，被保险人应当在收到书面许可回复后开始接受治疗。未获得书面许可自行接受治疗的，保险人保留不承担相关保险责任的权力。

即使被保险人获得书面许可回复也不意味着其发生的全部或者部分医疗费用都属于保险责任范围，保险人仍然按照本保险合同的约定承担保险责任。

紧急情况下，可不进行事先授权申请先行接受治疗（紧急情况指不立即采取需事先授权的治疗就会使被保险人的健康严重受损的情形），但须在开始接受治疗后 48 小时内通知保险人或保险人的授权机构，保险人将对该次治疗是否属紧急情况予以审核。

第二十八条 恶性肿瘤院外药品购药流程

被保险人申请购买恶性肿瘤院外药品时，需按照保险人指定的如下流程购药：

（一）事先授权申请

由保险金申请人向保险人提交药品费用事先授权申请（以下简称“授权申请”），并提供下列证明和资料：

- 1、保险合同；
- 2、被保险人的有效身份证件；
- 3、指定医疗机构出具的附有被保险人病理、血液及其他科学方法检验报告等诊断证明文件；
- 4、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。

如保险金申请人未提交授权申请或者授权申请审核未通过，保险人不承担给付保险金的责任。

（二）药品处方审核

授权申请审核通过后，保险金申请人应向保险人或保险人的授权机构提交药品处方审核。如药品处方审核出现下列特殊情况，保险人有权要求保险金申请人补充其他与药品处方审核相关的医学材料：

- 1、提交的与被保险人相关的医学材料不足以支持药品处方的开具；
- 2、医学材料中相关的科学方法检验报告结果不足以支持药品处方的开具。

如保险金申请人的药品处方审核未通过，保险人不承担给付保险金的责任。

(三) 指定药店购药

药品处方审核通过后，保险人将会提供购药凭证，被保险人可携带其有效身份证件、社会保障卡、有效药品处方及购药凭证在保险人指定的药店购买药品，并享受直付服务。如被保险人未以购药凭证购药，可事后凭发票及相关材料，向保险人提出理赔申请。

第二十九条 币种结算

被保险人就诊产生的医疗费用币种与投保时的保险金额币种不一致时，保险人对产生的医疗费用按理赔申请日当天中国人民银行公布的换算汇率换算成与投保时的保险金额币种一致进行理算赔付金额。

其他事项

第三十条 合同解除

在保险期间内，投保人可以解除本保险合同并提前以书面形式通知保险人。投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

- (一) 保险合同解除申请书；
- (二) 保险合同；
- (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。

投保人要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除通知书之时起，本保险合同的效力终止。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满期保险费。若保险人已给付过任何保险金，则未满期保险为零。

第三十一条 合同内容变更

除另有约定外，在本保险合同有效期内，投保人和保险人可以协商变更本保险合同的有关内容。变更本保险合同的，应当由保险人在保险单或其他保险凭证上批注或出具批单，或者由投保人与保险人订立书面变更协议。

第三十二条 争议处理和法律适用

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机构仲裁；保险单未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

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）。

释义

- 1、**保险人：**指与投保人签订本保险合同的中意财产保险有限公司及各分支机构。
- 2、**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。
- 3、**指定医疗机构：**

医疗机构指被接受医疗服务所在地国家当地法律或政府认可的、可收治急症病人的医疗机构。该医疗机构应有常住执业医师管理或提供医疗服务，并在专业护士指导下每日二十四小时连续提供护理服务。不包括护理机构、疗养机构、康复机构、养老院、家居服务机构、酒精或药物滥用看护机构、以及其他类似目的的机构。

本保险合同的指定医疗机构包括：

(1) **中国大陆境内指定医疗机构**：公立医院普通部、特需国际部（包含特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 部、联合医院），私立医院，**不含昂贵医院**。

(2) **中国大陆境外指定医疗机构**：保险人指定的香港及澳门地区医疗机构。

具体保障范围内的指定医疗机构，视具体保险计划而定，并在保险合同上载明。

港澳指定医疗机构清单及昂贵医院清单在保险合同上载明。**保险期间内保险人调整港澳指定医疗机构或昂贵医院的，以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网）的通知为准。**

4、**意外伤害**：指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且主要的原因致使身体受到的伤害。

5、**等待期**：又称观察期或免责期，以保险单约定时间为准。等待期自本保险合同生效之日起计算，在等待期内发生保险事故的，**保险人不承担给付保险金的责任**。

6、**初次确诊**：指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊患有某种疾病，**而不是指自本保险合同生效之后第一次经医院确诊患有某种疾病**。

7、**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：

- a、治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
- b、不超过安全、足量治疗原则的项目；
- c、由本保险合同约定的医疗机构医生开具的处方药；
- d、非试验性的、非研究性的项目；
- e、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。

8、**住院**：是指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院之正式病房接受全日 24 小时监护治疗的过程，并正式办理入出院手续。**但不包括下列情况**：

(1) **被保险人入住急诊观察室、家庭病床、联合病房、康复医院（病房）、疗养院**；

(2) **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**；

(3) **被保险人住院体检**；

(4) **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 小时在床、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。

9、**床位费**：指被保险人使用的医院床位的费用。

10、**陪床费**：指未满 18 周岁的连带被保险人住院时，其合法监护人（仅限一人）在同一病房内陪同住院而发生的加床费。

11、**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、也可以合并并在病房费等其他款项内。**非医疗账单内的膳食费发票，保险人不承担保险责任**。

12、**护理费**：指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

13、**重症监护室费**：指在重症监护室病房的床位费。

14、**手术费**：指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术室费、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。

15、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，以90日用量为上限；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，以及以下中药类药品：

(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、医生诊疗费：被保险人在医院进行治疗时，所发生的本保险合同约定的医疗机构主诊医生或会诊医生的劳务费用，含挂号费或医事服务费。

17、治疗费：指以治疗疾病为目的，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，包括放射治疗费、化学治疗费、呼吸治疗费注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

18、检查检验费：被保险人在医院进行治疗时，所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医疗费用，包括检查费、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、分子生化检查费和血、尿、便常规检查费等。

19、手术植入器材费：指借手术，全部或部分进入人体或自然腔道中，在手术过程结束后长期留在体内，或者留在体内至少30天以上的医疗器皿。包括心脏起搏器、各种血管支架、血管吻合夹（器）、银夹、钛夹、骨科内植物（钢板、钢丝、骨钉、骨针、骨科修复材料、人工关节、骨蜡）、人工晶体、听小骨重建、人工器官。

20、耐用医疗设备费：指购买或租赁本保险合同约定的医疗机构医生处方要求的、满足基本医疗需要的康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备所发生的购买费或租赁费。包括腿、臂、背和颈支具，人造腿、臂、眼，糖尿病治疗所需的胰岛素泵及其配套器械等设备；发生因患癌症而行属本合同保险责任范围的乳房切除术情形时，义乳及放入义乳的胸衣亦属耐用医疗设备。

耐用医疗设备不包括轮椅或自动床、矫形鞋垫、助听器、血压监测仪、舒适设备（如电话托臂和床上多用桌）、空气质量或温度调控设备（如空调、湿度调节器、除湿器和空气净化器）、健身脚踏车、太阳能或加热灯、加热垫、坐浴盆、盥洗凳、浴缸凳、桑拿浴、升降机、涡流按摩浴、健身器材及其他类似设备。

21、物理治疗费：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，中医针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗、刮痧治疗等。物理治疗费指由具有相应资质的专业医生实施的物理治疗费用。

22、同城救护车费：指为抢救生命由急救中心派出的救护车费用及根据医生建议发生的医院转诊过程中的医院用车费。仅限于同一城市中的医疗运送。

23、临终关怀费：指被保险人通过医生诊断患有属于保险责任范围内的终末期疾病，并在指定医疗机构的临终护理病房进行的由各科医生组成的医疗团队对该被保险人实施以护理为中心而非以治疗疾病为中心的医疗而产生的相关合理且必要的住院费用。

终末期疾病指经医院医生诊断确定已发展到末期的严重疾病，并经医院医生认定所患疾病依现在医疗技术无法治愈，且根据医学及临床经验病人患该病后的平均存活期在6个月以下。

24、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，服用药物等方式的化疗。

25、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。

26、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管总局批准用于临床治疗。

27、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管总局批准用于临床治疗。

28、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管总局批准用于临床治疗。

29、特定疾病：本保险合同所指特定疾病是指被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病，共16种。被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病，应当由专科医生明确诊断。以下疾病名称仅供理解使用，具体保障范围以每项疾病具体定义为准。

序号	病种名称	病种定义
1	恶性肿瘤-重度	<p>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。</p> <p>其中，《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。</p> <p>下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，不在保障范围内：</p> <p>(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：</p> <p>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；</p> <p>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；</p> <p>(2) TNM分期为I期或更轻分期的甲状腺癌；</p> <p>(3) TNM分期为T1N0M0期或更轻分期的前列腺癌；</p> <p>(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；</p> <p>(5) 相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；</p> <p>(6) 相当于Ann Arbor分期方案I期程度的何杰金氏病；</p> <p>(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。</p>

2	较重急性心肌梗死	<p>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。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合(1)检测到肌酸激酶同工酶(CK-MB)或肌钙蛋白(cTn)升高和/或降低的动态变化，至少一次达到或超过心肌梗死的临床诊断标准；(2)同时存在下列之一的证据，包括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的病理性Q波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。</p> <p>较重急性心肌梗死指依照上述标准被明确诊断为急性心肌梗死，且必须满足下列至少一项条件：</p> <p>(1) 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；</p> <p>(2) 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；</p> <p>(3) 出现左心室收缩功能下降，在确诊6周以后，检测左室射血分数(LVEF)低于50%(不含)；</p> <p>(4) 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；</p> <p>(5) 影像学检查证实存在新出现的室壁瘤；</p> <p>(6) 出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。</p> <p>其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白(cTn)升高不在保障范围内。</p>
3	重大器官移植术或造血干细胞移植术	<p>重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏、肺脏或小肠的异体移植手术。</p> <p>造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞(包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞)的异体移植手术。</p>
4	冠状动脉搭桥术(或称冠状动脉旁路移植术)	<p>指为治疗严重的冠心病，已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。</p> <p>所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。</p>
5	严重慢性肾衰竭	<p>指双肾功能慢性不可逆性衰竭，依据肾脏病预后质量倡议(K/DOQI)制定的指南，分期达到慢性肾脏病5期，且经诊断后已经进行了至少90天的规律性透析治疗。规律性透析是指每周进行血液透析或每天进行腹膜透析。</p>
6	急性重症肝炎或亚急性重症肝炎	<p>指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：</p> <p>(1) 重度黄疸或黄疸迅速加重；</p> <p>(2) 肝性脑病；</p> <p>(3) B超或其它影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；</p> <p>(4) 肝功能指标进行性恶化。</p>
7	严重慢性肝衰竭	<p>指因慢性肝脏疾病导致的肝功能衰竭，且须满足下列全部条件：</p> <p>(1) 持续性黄疸；</p> <p>(2) 腹水；</p> <p>(3) 肝性脑病；</p> <p>(4) 充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。</p> <p>因酗酒或药物滥用导致的肝功能衰竭不在保障范围内。</p>

8	严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症	指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍： (1) 一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下； (2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍 ； (3) 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）评估结果为 3 分。 (4) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
9	心脏瓣膜手术	指为治疗心脏瓣膜疾病，已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。 所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。
10	严重脑损伤	指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍： (1) 一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下； (2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍； (3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
11	严重原发性帕金森病	是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为运动迟缓、静止性震颤或肌强直等，经相关专科医生确诊，且须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。 继发性帕金森综合征、帕金森叠加综合征不在保障范围内。
12	严重特发性肺动脉高压	指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，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 ，且静息状态下肺动脉平均压在 36mmHg（含）以上。
13	重型再生障碍性贫血	指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少，且须满足下列全部条件： (1) 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断：骨髓细胞增生程度 < 正常的 25%；如 ≥ 正常的 25% 但 < 50%，则残存的造血细胞应 < 30%； (2) 外周血象须具备以下三项条件中的两项： a、中性粒细胞绝对值 < $0.5 \times 10^9/L$ ； b、中性粒细胞绝对值 < $20 \times 10^9/L$ ； c、血小板绝对值 < $20 \times 10^9/L$ 。
14	主动脉手术	指为治疗主动脉疾病或主动脉创伤，已经实施了开胸（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。 所有未实施开胸或开腹的动脉内介入治疗不在保障范围内。
15	胰腺移植术	指因胰腺功能衰竭，已经实际接受了在全麻下进行的胰腺的同种（人类）异体器官移植手术。 单纯胰岛移植、部分胰腺组织或细胞的移植不在保障范围内。

16	颅脑手术	<p>被保险人实际接受了实施全麻下的开颅手术（不包括颅骨打孔手术和经鼻蝶窦入颅手术）。</p> <p>因外伤而实施的脑外科手术不在保障范围之内。</p> <p>理赔时必须提供由神经外科医生出具的诊断书及手术报告。</p>
----	------	---

30、组织病理学：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。

31、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，是目前肿瘤医学期分的国际通用标准。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。

32、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

T1a 肿瘤最大径 ≤ 1cm

T1b 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

pT3a：肿瘤 > 4cm，局限于甲状腺内

pT3b：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

pT4a：侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT4b：侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

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

T1a 肿瘤最大径 ≤ 1cm

T1b 肿瘤最大径 > 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

pT3a：肿瘤 > 4cm，局限于甲状腺内

pT3b：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

pT4a：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

pT4b：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

pNx：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

pN1a：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。

pN1b：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。

33、肢体：指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。

34、肌力：指肌肉收缩时的力量。肌力划分为 0-5 级，具体为：

0 级：肌肉完全瘫痪，毫无收缩。

1 级：可看到或者触及肌肉轻微收缩，但不能产生动作。

2 级：肌肉在不受重力影响下，可进行运动，即肢体能在床面上移动，但不能抬高。

3 级：在和地心引力相反的方向中尚能完成其动作，但不能对抗外加阻力。

4 级：能对抗一定的阻力，但较正常人为低。

5 级：正常肌力。

35、语言能力完全丧失或严重咀嚼吞咽功能障碍：

语言能力完全丧失，指无法发出四种语音（包括口唇音、齿舌音、口盖音和喉头音）中的任何三种，或声带全部切除，或因大脑语言中枢受伤害而患失语症。

严重咀嚼吞咽功能障碍，指因牙齿以外的原因导致器质障碍或机能障碍，以致不能作咀嚼吞咽运动，除流质食物外不能摄取或吞咽的状态。

36、六项基本日常生活活动：是指：（1）穿衣：自己能够穿衣及脱衣；（2）移动：自己从一个房间到另一个房间；（3）行动：自己上下床或上下轮椅；（4）如厕：自己控制进行大小便；（5）进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；（6）洗澡：自己进行淋浴或盆浴。

六项基本日常生活活动能力的鉴定不适用于 0-3 周岁幼儿。

37、永久不可逆：指自疾病确诊或意外伤害发生之日起，经过积极治疗 180 天后，仍无法通过现有医疗手段恢复。

38、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。

39、院外药品清单：指保险人与投保人约定的属于保障范围内的药品清单，院外药品清单在保险合同上载明。保险期间内保险人调整药品清单的，以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网）的通知为准。

40、保险人指定的药店：保险人指定的药店清单在保险合同上载明。保险期间内保险人调整指定药店清单的，以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网）的通知为准。

41、留院观察费用：指医生对在医院门诊、急诊就诊的病情未稳定的病人采取的留在医院门诊或急诊观察、治疗的措施等发生的医疗费用和床位费。

42、牙科意外伤害医疗费用：指由意外伤害事故导致的，且于该意外伤害事故发生日起 15 天内接受的紧急牙科治疗和原位牙修复，不包括由于咀嚼食物或其他外物造成的牙齿损伤以及原带有牙冠、充填物或有裂缝的牙齿。本项费用不包含任何种植牙、冠修复体及义齿的费用。

43、社会基本医疗：包括职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

44、公费医疗：公费医疗制度，是国家为保障国家工作人员身体健康而实行的一项社会保障制度。国家通过医疗卫生部门向享受人员提供制度固定范围内的免费医疗预防。

45、既往症：指在本保险合同生效前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病。通常有以下情况：

(1) 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

(2) 本保险合同生效前，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) 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，但未接受任何治疗。

46、矫形：是指通过外科手术，组织移植或重建修复身体部位使人体恢复正常形态。

47、高风险运动：指比一般常规性的运动风险等级更高、更容易发生人身伤害的运动，在进行此类运动前需有充分的心理准备和行动上的准备，必须具备一般人不具备的相关知识和技能或者必须在接受专业人士提供的培训或训练之后方能掌握。被保险人进行此类运动时须具备相关防护措施或设施，以避免发生损失或减轻损失，包括但不限于潜水，滑水，滑雪，滑冰，攀岩运动，探险活动，武术比赛，摔跤比赛，柔道，空手道，跆拳道，马术，拳击，特技表演，驾驶卡丁车，赛马，赛车，各种车辆表演、蹦极，被保险人置身于任何飞行器或空中运输工具（包括但不限于滑翔机、滑翔翼、滑翔伞、动力伞、气球）期间，不包括以乘客身份搭乘普通商业航班者。

48、不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

49、未到期保险费：

若保险费为一次性缴付的：未到期保险费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]。经过天数不足一天的按一天计算。

若保险费为分期缴付的：未到期保险费=当期保险费×[1-(当期保障已过天数/当期保障总天数)]。经过天数不足一天的按一天计算。

若本保险合同已发生过保险金给付，则未到期保险费为零。

50、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。

51、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，如：居民身份证、按规定可使用的港澳通行证、回乡证、有效护照、军官证、警官证、士兵证、户口簿等证件。

52、直付网络医院：指保险人直接或通过保险人的授权机构建立合作关系的直付网络医院，具体直付网络医院名单在保险合同中载明。保险期间内保险人调整直付网络医院清单的，以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网）的通知为准。

附件 1 保险计划表

人民币：元

保障利益		计划一	计划二	计划三
承保地区		中国大陆及港澳地区		
等待期		30 天		
必选责任				
一般住院及特定门诊医疗费用保险金				
指定医疗机构		大陆境内二级及以上公立医院普通部	大陆境内二级及以上公立医院普通部、特需国际部	大陆境内公立医院普通部、特需国际部，私立医院，不含昂贵医院 港澳指定医院
保额		200 万	300 万	400 万
免赔额		可选 0/1 万/3 万/5 万	可选 0/1 万/3 万/5 万	可选 0/1 万/3 万/5 万
赔付比例		100%	100%	100%
住院医疗费用	床位费	不超过标准双人病房标准	不超过标准双人病房标准	大陆地区不超过标准单人病房 港澳地区不超过标准双人病房
	未成年人陪床费（仅限 1 人）	日限额 600	日限额 600	日限额 600
	膳食费、护理费	含	含	含
	重症监护室费	含	含	含
	手术费	含	含	含
	药品费	含	含	含
	医生诊疗费、治疗费、检查检验费	含	含	含
	手术植入器材费	含	含	含
	耐用医疗设备费	累计赔付限额 20000 元	含	含
	物理治疗	含	含	含
	同城急救车费	含	含	含
临终关怀费用	累计日数限额 30 日	累计日数限额 30 日	累计日数限额 45 日	
特殊门诊费用	恶性肿瘤门诊治疗	含	含	含
	器官移植后的门诊抗排异治疗	含	含	含
	门诊肾脏透析治疗	含	含	含
门诊手术医疗费用		含	含	含
住院前后门急诊医疗费用		含	含	含
特定疾病住院及特定门诊医疗费用保险金				

指定医疗机构	大陆境内二级及以上公立医院普通部 港澳指定医院	大陆境内二级及以上公立医院普通部、特需国际部 港澳指定医院	大陆境内公立医院普通部、特需国际部，私立医院，不含昂贵医院 港澳指定医院
保额	200 万	300 万	400 万
免赔额	0	0	0
赔付比例	大陆境内 100% 港澳 70%	大陆境内 100% 港澳 70%	100%
质子重离子医疗费用	含（仅限上海质子重离子医院）	含（仅限上海质子重离子医院）	含（仅限上海质子重离子医院）
恶性肿瘤院外药品费用	含	含	含
其他保险责任	同一般住院及特定门诊医疗费用保险金		
可选责任			
门急诊医疗费用保险金			
指定医疗机构	大陆二级及以上公立医院普通部	大陆境内二级及以上公立医院普通部、特需国际部	大陆境内公立医院普通部、特需国际部，私立医院，不含昂贵医院 港澳指定医院
保额	1 万元	3 万元	5 万元
免赔额	0	0	0
赔付比例	100%	100%	100%
医生诊疗费、治疗费、检查检验费、药品费	含	日限额 1500 元，大型检查（CT、PET、MRI、内窥镜等）不受此限	日限额 1500 元，大型检查（CT、PET、MRI、内窥镜等）不受此限
留院观察费用	含	含	含
耐用医疗设备费	不含	含	含
物理治疗	不含	累计次数限额 12 次，累计赔偿限额 5000 元	累计次数限额 12 次，累计赔偿限额 6000 元
中医（不含中式理疗）费用	不含	累计次数限额 12 次，累计赔付限额 1500 元	累计次数限额 12 次，累计赔付限额 2000 元
牙科意外伤害医疗费用	含	含	含

(本页结束)