

利宝保险有限公司
团体恶性肿瘤医疗保险（2023版A款）条款
（注册号：C00006032512023021526623）

总则

第一条 本保险合同由保险条款、投保单、保险单、其他保险凭证及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采取书面形式确认。

第二条 对被保险人有保险利益的机关、企业、事业单位、社会团体及自然人，均可作为投保人向**保险人（释义1）**投保本保险。

第三条 除另有约定外，被保险人应为符合保险单所载的年龄要求、身体健康、能正常工作或正常生活的自然人。

第四条 除另有约定外，本保险合同保险金的受益人均为被保险人本人。

保险责任

第五条 投保人为被保险人首次投保本保险或非不间断再次投保本保险时，自本保险合同生效之日起六十日（含第六十日）为等待期。

被保险人在等待期内被确诊罹患本保险合同约定的恶性肿瘤（释义2）或原位癌（释义3），或者被保险人虽未在等待期内确诊但已在等待期内前往医院（释义4）就诊并进行相关检查，无论被保险人治疗时间是否超过等待期，保险人都不承担给付保险金的责任，本保险合同终止，保险人无息退还投保人所交纳的全部保险费。

投保人在保险期间届满时不间断再次投保本保险且经保险人审核同意后获得的新保险合同，不受等待期的限制。

第六条 在保险期间内，被保险人在本保险合同约定的等待期后，经医院**初次确诊（释义5）**罹患本保险合同约定的恶性肿瘤或原位癌，并经**专科医生（释义6）**诊断必须接受治疗的，对于被保险人因确诊和治疗而发生的下列各项医疗费用，保险人按照本保险合同的约定给付保险金。

（一）恶性肿瘤或原位癌住院医疗费用

被保险人经医院确诊罹患恶性肿瘤或原位癌，且专科医生诊断必须**住院（释义7）**治疗的，对于与确诊或治疗恶性肿瘤或原位癌相关的、被保险人需个人支付的、**合理且必需（释义8）**的**住院医疗费用（释义9）**，保险人按照本保险合同的约定，在本保险合同保险金额内给付恶性肿瘤或原位癌住院医疗费用保险金。

针对被保险人在保险期间内开始且延续至本保险合同到期日后三十日内（含第三十日）的住院治疗，对于在此期间发生的与确诊或治疗恶性肿瘤或原位癌相关的、被保险人需个人支付的、必需且合理的住院医疗费用，保险人按照本保险合同的约定，在本保险合同保险金额内给付恶性肿瘤或原位癌住院医疗费用保险金。

（二）恶性肿瘤或原位癌特殊门诊医疗费用

被保险人经医院确诊罹患恶性肿瘤或原位癌，且专科医生诊断必须在医院接受以下一种或多种特殊门诊治疗的，对于被保险人需个人支付的、合理且必需的特殊门诊医疗费用，保险人按照本保险合同的约定，在本保险合同保险金额内给付恶性肿瘤或原位癌特殊门诊医疗费用保险金。

1. 化学疗法（释义10）、放射疗法（释义11）；
2. 肿瘤靶向疗法（释义12）；
3. 肿瘤免疫疗法（释义13）、肿瘤内分泌疗法（释义14）。

（三）恶性肿瘤或原位癌住院前后门急诊医疗费用

被保险人经医院确诊罹患恶性肿瘤或原位癌，且专科医生诊断必须住院治疗的，对于被保险人住院前三十日（含住院当日）内和出院后三十日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受门诊或急诊治疗期间被保险人需个人支付的、合理且必需的**门急诊医疗费用**，保险人按照本保险合同的约定，在本保险合同保险金额内给付恶性肿瘤或原位癌住院前后门急诊医疗费用保险金。

（四）恶性肿瘤或原位癌门诊手术医疗费用

被保险人经医院确诊罹患恶性肿瘤或原位癌，且专科医生诊断必须在医院接受门诊手术或**日间手术（释义15）**的，对于被保险人需个人支付的、合理且必需的门诊手术或日间手术医疗费用，保险人按照本保险合同的约定，在本保险合同保险金额内给付恶性肿瘤或原位癌门诊手术医疗费用保险金。

（五）质子重离子医疗费用

被保险人经医院确诊罹患恶性肿瘤或原位癌，在上海质子重离子医院接受质子重离子治疗的，对于被保险人需个人支付的、合理且必需的**质子重离子医疗费用（释义16）**，保险人按照本保险合同的约定，在本保险合同保险金额内给付质子重离子医疗费用保险金。

若保险期间届满时被保险人所患恶性肿瘤或原位癌的治疗仍未结束，或者所患原发恶性肿瘤发生转移的，保险人将继续按照本保险合同的约定承担保险责任至本保险合同保险期间届满日后三十日（含第三十日）终止。

（六）恶性肿瘤或原位癌异地转诊公共交通费用

在保险期间内，被保险人在等待期后，经医院诊断自出生以来初次罹患恶性肿瘤或原位癌，因治疗恶性肿瘤或原位癌需要，经被保险人申请，由转出医院开具转院证明，被保险人跨省级行政区（仅限中国大陆境内，含省、自治区、直辖市，但不包括香港、澳门、台湾地区）进行住院治疗的，对于被保险人因异地转诊而发生的合理且必要的**客运公共交通及救护车费用**，保险人按照本保险合同的约定，在本保险合同保险金额内给付恶性肿瘤或原位癌异地转诊公共交通费用保险金。

被保险人飞机舱位级别最高以经济舱（包含超级经济舱）为限，火车（含地铁、轻轨、动车、其他高速列车）以软卧或一等座为限。被保险人选择其他交通工具或民航班机的其他舱位而产生的**交通费用**，保险人不负责赔偿。

第七条 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（包括但不限于社会基本医疗保险（释义17）、公费医疗、工作单位、其他政府机构或者社会福利机构、公益慈善机构、第三方责任人、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给付保险金。被保险人的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。

针对本保险合同第六条中第（一）至（四）项保险责任，若被保险人以参加社会医疗保险身份投保本保险，但未以参加社会医疗保险身份就诊并结算，则保险人按照60%的给付比例给付保险金。

针对本保险合同第六条第（五）项保险责任，无论被保险人是否参加社会医疗保险身份就诊结算，保险人均按照100%的给付比例给付保险金。

责任免除

第八条 因下列情形或原因之一，导致被保险人发生保险事故的，保险人不承担给付保险金责任：

（一）任何既往症（释义18）、被保险人在首次投保本保险前已被确诊本保险合同约定的**恶性肿瘤或原位癌**；

（二）**遗传性疾病（释义19）、先天性畸形、变形或染色体异常（释义20）**（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）；

（三）**被保险人接受未经科学或者医学认可的实验性或研究性治疗或替代疗法及其产生的后果**；

（四）**购买或租用耐用医疗设备（指各种康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备）**；

（五）**任何滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂**；

（六）**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（从出院之日起发生的一切医疗费用）**；

（七）**未被治疗所在地政府部门批准的治疗，未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物**；

（八）**被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（释义21）**，但因职业原因或器官移植原因而感染的除外；

（九）**投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害**；

（十）**被保险人故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施**；

（十一）**被保险人殴斗、醉酒（释义22）；服用、吸食或注射毒品（释义23）**；

（十二）**核爆炸、核辐射或核污染、化学污染**。

保险金额和保险费

第九条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。保险金额由投保人与保险人约定，并在本保险合同中载明。保险金额一经确定，在保险期间内不得变更。

第十条 保险费依据保险金额与保险费率计收，在保险单中载明。保险费支付方式由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单上载明。

保险期间

第十一条 除另有约定外，本保险合同保险期间最长为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

不保证续保

第十二条 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，投保人需重新向保险人申请投保本保险，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

第十三条 保险人同意承保的，应当向投保人签发保险单或者其他保险凭证。

第十四条 保险人认为保险金申请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保险金申请人补充提供。

第十五条 保险人收到保险金申请人提供的保险金申请证明和资料后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在六十日内作出核定。

保险人应当将核定结果通知保险金申请人。对属于保险责任的，在与保险金申请人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金的义务；**对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。**

第十六条 保险人自收到保险金申请人提供的保险金申请证明和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，支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十七条 投保人应当按照本保险合同的约定支付保险费。**投保人未按约定交付保险费的，保险合同不生效，保险人对保险费交清之前发生的保险事故不承担保险责任。**

第十八条 订立本保险合同时，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，投保人、被保险人应当如实告知。

投保人、被保险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、被保险人故意不履行如实告知义务的，保险人对于本保险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、被保险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，保险人对于本保险合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但退还保险费。保险人在本保险合同订立时已经知道投保人、被保险人未如实告知的情况的，保险人不得解除本保险合同；发生保险事故的，保险人承担给付保险金的责任。

第十九条 投保人、被保险人或者保险金申请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不在其限。

上述约定，不包括因不可抗力（释义24）而导致的迟延。

保险金申请

第二十条 保险金申请人（释义25）向保险人申请给付保险金时，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，应提供其它合法有效的材料。**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) 保险金给付申请书；
(二) 保险单或其它保险凭证原件；
(三) 受益人的**有效身份证件（释义26）**；
(四) 保险人认可的医疗机构专科医生出具的附有病历、必需的病理检验、血液检验及其他科学诊断报告的诊断书或手术证明；
(五) 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；
(六) 若被保险人未从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用收据原件、医疗费用明细清单；

若被保险人已从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用明细清单、医疗费用收据复印件、医疗费用分割单原始凭证（如社会基本医疗保险或公费医疗结算单、保险人在内的任何商业保险机构出具的理赔分割单、与工作单位及侵权人或侵权责任承担方达成的赔偿协议或和解协议或法院判决、调解生效的法律文书等取得医疗费用的证明）；

(七) 保险金作为被保险人遗产时，必须提供可证明合法继承权的相关权利文件；
(八) 如委托他人领取保险金，受托人除提供上述所有证明和资料外，必须另行出具具有授权人亲笔签字的授权委托书和受托人有效身份证件。

以上证明和资料不完整的，保险人将及时一次性通知受益人补充提供有关证明和资料。

第二十一条 被保险人遭受保险事故的，保险人有权对被保险人进行调查和检查（包括提请做必要、合理的解剖检验），投保人、被保险人、保险金申请人等应当予以充分配合。

第二十二条 保险金申请人向保险人请求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。

年龄错误和人员变更

第二十三条 被保险人的年龄以周岁（释义27）计算。投保人应在申请投保时将与被保险人有效身份证件相符的出生日期及年龄在投保单上填明，如果发生错误，保险人按照下列方式处理：

(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保险合同约定投保年龄限制的，保险人有权解除本保险合同或取消该被保险人的保险资格，并向投保人无息退还该被保险人的未到期保险费（释义28），对于该被保险人的保险责任终止前发生的保险事故，**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不真实，致使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该被保险人名下的保险费。**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。**

(三) 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，保险人应将多收的该被保险人名下的保险费无息退还给投保人。

第二十四条 除另有约定外，投保人因参保的团体成员变动需增加被保险人的，应书面通知保险人，保险人审核同意并收取相应保险费后，依据本保险合同约定对新增加被保险人开始承担保险责任。保险人对该新增加的被保险人承担的保险责任的起始时间在保险合同上载明，其保险责任等待期自前述保险责任起始之日开始计算。

本保险合同保险期间内，投保人因参加本保险的团体成员**离职（释义29）**或丧失会员资格需减少被保险人的，应书面通知保险人，保险人对相应被保险人的保险责任自该成员离职或会员资格丧失之日起终止。保险人对投保人无息退还相应被保险人的未到期保险费，但已发生过保险事故的被保险人不退还未到期保险费。

保险合同的变更与解除

第二十五条 除本保险合同另有约定外，经投保人和保险人双方协商同意后，可变更本保险合同的有关内容，在本保险合同保险单或者其他保险凭证上加以批注或者附贴批单，或者由投保人和保险人订立书面的变更协议。

第二十六条 发生以下任何情形的，保险人有权解除本保险合同，并不退还保险费：

(一) 未发生保险事故，保险金申请人谎称发生了保险事故，向保险人提出给付保险金请求；

(二) 投保人、被保险人故意制造保险事故。

前款约定的任何情形致使保险人给付保险金或者支出费用的，投保人、被保险人或者保险金申请人应当退回或者赔偿。

第二十七条 在本保险合同成立后，投保人可以通过书面形式通知保险人解除本保险合同，但保险人根据本保险合同约定已给付保险金的除外。

投保人解除本保险合同时，应当提供下列证明和资料：

- (一) 解除合同通知书；
- (二) 保险合同原件；
- (三) 投保人身份证明；
- (四) 保险费发票或者收据；
- (五) 保险人要求的其他有关证明和资料。

本保险合同的效力至保险人收到解除合同通知书之日或者通知书上载明的合同终止时间（以较晚者为准）终止。自收到前款约定的证明和资料之日起三十日内，保险人无息退还本保险合同项下未发生保险事故的各被保险人名下相应的未到期保险费。

争议处理与法律适用

第二十八条 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，提交本保险合同载明的仲裁机构仲裁；本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，依法向人民法院起诉。

第二十九条 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

第三十条 除本保险合同另有约定外，在本保险合同中，以下词语具有如下含义：

1. **保险人**：指与投保人签署本保险合同的利宝保险有限公司。

2. **恶性肿瘤**：本保险合同所称“恶性肿瘤”涵盖中国保险行业协会发布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020年修订版）》中“恶性肿瘤-重度”和“恶性肿瘤-轻度”的范畴。

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（释义30）**（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）（释义31）**的肿瘤形态学编码属于3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

下列疾病不在恶性肿瘤保障范围内：

(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膜，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（释义32）为轻于I期（不含I期）的甲状腺癌；
(3) TNM分期为轻于T1N0M0期（不含T1N0M0期）的前列腺癌；
(4) 未发生淋巴结和远处转移且WHO分级轻于G1级别（核分裂像 $<10/50$ HPF 和 $ki-67 \leq 2\%$ ）（不含G1级别）的神经内分泌肿瘤。

3. **原位癌**：指黏膜上皮层内或皮肤表皮层内细胞全层癌变，但未突破皮肤或黏膜下的基底膜侵犯到周围组织。原位癌在《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2范畴。

4. **医院**：指经中华人民共和国卫生健康管理部门审核认定的二级或以上公立医院，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；
- (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。

5. **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。被保险人经手术治疗或病理检查确诊恶性肿瘤或原位癌的，以手术病理取材或病理活检取材日期为确诊日期；被保险人未经手术治疗但后续进行放射疗法或化学药物性疗法的，以首次放疗或化疗日期为确诊日期。

6. **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。

7. **住院**：指被保险人因罹患恶性肿瘤或原位癌而入住医院的正式病房接受全日二十四小时监护治疗的过程，须正式办理入院手续且入住医院接受治疗超过二十四小时。**但不包括下列情况：**

- (1) 被保险人在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；
- (2) 被保险人在特需病房、外宾病房或其它不属于社会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，在住院期间每日非二十四小时在院。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. **合理且必需**：指符合通常惯例且属于医疗必需。

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。

是否符合同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。

医学必需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：

- (1) 医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需；
- (2) 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；
- (3) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；
- (4) 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；
- (5) 非通常学术教育或职业培训的一部分或与之相关；

(6) 非试验性或研究性。

9. 住院医疗费用：包括被保险人在住院期间产生的以下费用：

(1) 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的费用（**不包括单人病房、套房、家庭病床**）。

(2) 膳食费：

指被保险人住院期间根据医生的嘱咐，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；根据各医院的惯例，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。

(3) 重症监护室床位费：

指被保险人住院期间出于医学必需被保险人需在重症监护室进行治疗而产生的床位费。重症监护室指配有中心监护台、心电图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（含 ICU/EICU/CCU）标准的单人或多人监护病房。

(4) 护理费：

指被保险人住院期间产生的根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用，**但不包含陪护人员的陪护费用**。

(5) 诊疗费：

指被保险人住院期间发生的主诊医生或会诊医生的劳务费用，包括挂号费、医疗服务费等。

(6) 检查检验费：

指被保险人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。

(7) 治疗费：

指被保险人住院期间以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而合理发生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，具体以就诊医院的费用项目划分为准。**但不包含物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法**。

物理治疗是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；中医理疗是指以治疗疾病为目的，被保险人接受由具有相应资格的医生实施的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗；其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

(8) 药品费：

指被保险人住院期间实际发生的合理且必需的、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：主要起营养滋补作用的或以提高人体免疫力为主要用途的单方、复方中药或中成药药品，包括但不限于如各类参（包括人参、花旗参、白糖参、朝鲜红参、红参、野山参、移山参等）及其制剂片剂，冬虫草、玳瑁、蛤蚧、珊瑚、狗宝、琥珀、灵芝、羚羊角尖粉、马宝、玛瑙、牛黄、麝香、西红花、血竭、燕窝、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；鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、珊瑚、玳瑁、冬虫夏草、藏红花、羚羊、犀角、牛黄、麝香、鹿茸、铁皮枫斗。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；用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

(9) 手术费：

指被保险人住院期间产生的当地卫生行政部门规定的手术费用。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**。

(10) 救护车使用费：

指为抢救生命由急救中心派出的救护车产生的费用，以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**。

10. 化学疗法：指针对恶性肿瘤的化学治疗（简称“化疗”）。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学为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化疗。

11. 放射疗法：指针对恶性肿瘤的放射治疗（简称“放疗”）。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。**质子重离子治疗不在此项下**。

12. 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。

13. 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。

14. 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。

15. 日间手术：日间手术又称“当日手术”，指医院选择一定适应症的患者，在 1-2 个工作日内完成住院、术前评估、手术、术后恢复一个治疗的过程。

16. 质子重离子医疗费用：指被保险人因接受质子重离子治疗而发生的定位及制定放疗计划费用，以及质子重离子治疗实施费用。包含床位费、膳食费、护理费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费等，**但本项下不包括化学疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法和肿瘤靶向疗法所产生的医药费**。

17. 社会基本医疗保险：本保险合同所称“社会基本医疗保险”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项目。

18. 既往症：指在本保险首次投保的保险合同生效之前被保险人罹患的其已知或应该知道的有关疾病或症状。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。

19. 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。

20. 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。

21. 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。

22. 醉酒：指被保险人每百毫升血液的酒精含量大于或等于 80 毫克。

23. 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。

24. 不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

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

26. 有效身份证件：指由中华人民共和国政府主管部门规定的能够证明其身份的证件，如：居民身份证、军官证、警官证、士兵证、户口簿以及中华人民共和国政府主管部门颁发或者认可的有效护照或者其他身份证明文件。

27. 周岁：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。

28. 未到期保险费：若保险费为一次性支付的，**未到期保险费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]**

29. 离职：投保人与被保险人解除劳动关系、投保人与被保险人的劳动合同到期终止以及其它被保险人不在投保人处从事工作，且投保人同意解除劳动关系或劳动关系终止的情形。

30. 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。

31. ICD-0-3：《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-0-3），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-0-3 不一致的情况，以 ICD-0-3 为准。

32. 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。

本页下方无内容