

利宝保险有限公司

团体特定疾病医疗保险条款

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 本保险合同所述特定疾病（释义2）包括五种特定疾病，本保险合同可选择投保特定疾病的一种或多种，投保特定疾病的种类由投保人、保险人在投保时协商约定，并在保险单中载明。

第六条 本保险合同的保险责任分为**必选责任和可选责任**，必选责任为投保人在投保时必须选择的部分，可选责任可由投保人决定是否投保，并载明与保险单或批单上。投保人不能单独投保可选责任。

（一）特定疾病医疗保险金（必选责任）

在保险期间内，被保险人自保险期间开始之日起经过保险合同约定的**等待期（释义3）**后（按本保险合同约定不间断连续投保的被保险人不受该等待期的限制）**首次发病（释义4）**并经**保险人指定或者认可的医疗机构（释义5）** **专科医生（释义6）**首次确诊为本保险合同约定的一种或者多种特定疾病，必须住院接受相关治疗的，由此实际产生的且属于当地社会医疗保险部门规定的**社会基本医疗保险（释义7）**支付范围内的医疗费用，保险人在扣除约定的免赔额后按约定的给付比例给付特定疾病医疗保险金。

（1）住院医疗费用（释义8）

被保险人**住院（释义9）**期间发生的应当由被保险人支付的必须且合理的住院医疗费用。

截至本合同保险期间届满日，若被保险人仍未结束住院治疗的，对于被保险人因本次住院治疗在保险期间届满日起三十日内（含第三十日）支出的必需且合理的住院医疗费用，我们继续按照本保险合同的约定在保险金额内承担被保险人给付保险金的责任。

（2）特殊门诊医疗费用

被保险人在接受门诊特定疾病治疗期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的特殊门诊医疗费用，特殊门诊治疗包括**化学疗法（释义10）、放射疗法（释义11）、肿瘤免疫疗法（释义12）、肿瘤内分泌疗法（释义13）、肿瘤靶向疗法（释义14）**。

（3）门诊手术医疗费用

被保险人在接受门诊手术治疗期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的门诊手术医疗费用。

（4）住院前后门急诊医疗费用

被保险人因特定疾病首次复发住院治疗前（含住院当日）七日（含）和出院后（含出院当日）三十日内（含），因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗的，应当由被保险人支付

的必需且合理的门急诊医疗费用（不包括本条上述约定的特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用）。

若本保险合同保险期间届满时被保险人特定疾病治疗仍未结束，对被保险人特定疾病首次复发确诊之日起三百六十五天内（含第三百六十五天）发生的符合本合同约定的医疗费用，保险人仍按照本保险合同保险责任约定在特定疾病医疗保险金额内承担给付保险金的责任。

保险人对于以上四类费用的累计给付金额以本保险合同约定的特定疾病医疗保险金额为限，一次或累计给付的金额达到保险单载明的特定疾病医疗保险金额时，保险人对被保险人在特定疾病医疗保险金项下的保险责任终止。若投保人未选择投保可选责任，则本合同终止。

在等待期内，若被保险人确诊本保险合同约定的特定疾病首次复发，保险人不承担保险责任，无息退还投保人已缴纳的保险费，本保险合同终止。

本项保险责任免赔额的具体金额以及相关适用情况由投保人与保险人在订立保险合同是协商确定，并在保险单中载明。

本项保险责任中免赔额均为年免赔额，指在本保险合同保险期间内，应由被保险人自行承担，本保险合同不予给付的部分。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、公费医疗及政府救助获得补偿，不可用于抵扣免赔额。

本保险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、公费医疗（释义 15）、工作单位、侵权人或侵权责任承担方、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、慈善机构等）获得本保险合同责任范围内医疗费用补偿，保险人仅对该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给付。该被保险人社保卡个人账户支出部分视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿，不进行前述扣除。

特定疾病医疗保险金给付比例如下：除另有约定外，被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，并以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，给付比例为 80%；被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，但未以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，给付比例为 50%；被保险人以未参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保的，给付比例为 50%。

（二）特定疾病保险金（可选责任）

在保险期间内，被保险人自保险期间开始之日起经过保险合同约定的等待期后（按本保险合同约定不间断连续投保的被保险人不受该等待期的限制）首次发病并经保险人指定或者认可的医疗机构专科医生首次确诊为本保险合同约定的一种或者多种特定疾病，保险人按照本保险合同约定的该被保险人对应的特定疾病保险金额给付特定疾病保险金，保险人给付特定疾病保险金后，对该被保险人的本项保险责任终止。

责任免除

第七条 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）在中国大陆境外（释义16）的国家或者地区接受治疗期间；
- （二）被保险人故意自伤、自杀、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施，或被国家机关依法拘禁、采取刑事强制措施或服刑期间伤病；
- （三）被保险人酗酒（释义17）、殴斗、主动吸食或注射毒品（释义18），违反规定使用麻醉或精神药品；
- （四）被保险人患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV）期间（释义19）；

- (五) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (六) 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（释义20））为准）；
- (七) 被保险人在投保时未如实告知的既往疾病（释义21）；
- (八) 被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；
- (九) 被保险人从事高风险职业（释义22）导致的伤害引起的治疗；
- (十) 任何职业病、遗传性疾病（释义23），先天性畸形、变形或染色体异常（释义24）（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）引起的医疗费用；
- (十一) 被保险人康复、预防、保健等非治疗项目发生的费用；
- (十二) 进行未经中国国家药品监督管理部门认可的试验性或者研究性治疗及前述治疗产生的后果所产生的费用；
- (十三) 药品处方（释义25）的开具与中国国家药品监督管理部门批准的该药品说明书中所列明的适应症和用法用量不符，或相关医学材料不能证明特定药品对被保险人所罹患的特定疾病治疗有效；
- (十四) 被保险人在非就诊医院购买药品发生的费用。

保险金额和保险费

第八条 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。

第九条 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

第十一条 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，投保人需要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

第十二条 保险人同意承保的，应当及时向投保人签发保险单或者其他保险凭证。

第十三条 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。

第十四条 保险人收到保险金申请人提供的本保险条款第十九条约定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。

第十五条 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

第十六条 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。

第十七条 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，保险人不得解除本合同；发生保险事故的，保险人承担给付保险金的责任。

第十八条 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 26）而导致的迟延。

保险金申请

第十九条 保险金申请人（释义 27）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 28）；

（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补偿的证明）；

（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（包括提请作必要、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。

第二十一条 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

第二十二条 被保险人的年龄以周岁（释义29）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办理：

（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**未满期保险费（释义30）**，**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。

第二十三条 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31）**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满期保险费，但已发生过保险事故的被保险人不退还未满期保险费。

保险合同的变更与解除

第二十四条 除本保险合同另有约定外，经投保人、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。

第二十五条 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。

第二十六条 在本保险合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除本合同，但保险人根据本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时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

第二十七条 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。

第二十八条 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

第二十九条 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. **特定疾病**：本保险合同约定的特定疾病如下：

2.1 肠道恶性肿瘤——重度

本保险合同约定的肠道恶性肿瘤——重度是指原发于肠道的恶性肿瘤——重度，不包括原位癌（释义 32）和转移癌（释义 33）

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（释义 34）（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 35）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”，不在保障范围：

（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）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%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

2.2 胃恶性肿瘤——重度

本保险合同约定的胃恶性肿瘤——重度是指原发于胃部的恶性肿瘤——重度，不包括原位癌和转移癌。

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”，不在保障范围：

（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) 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。

2.3 子宫颈恶性肿瘤——重度

本保险合同约定的子宫颈恶性肿瘤——重度是指原发于子宫颈的恶性肿瘤——重度,不包括原位癌和转移癌。

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”,不在保障范围:

(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) 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。

2.4 白血病

白血病是一种造血系统的恶性肿瘤,其主要表现为白血病细胞在骨髓或其他造血组织中进行性、失控制的异常增生,并浸润至其他组织与器官,使正常血细胞生成减少,周围白细胞有质和量的变化,产生相应临床表现。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)的白血病范畴。

2.5 严重阿尔茨海默病

指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失,临床表现为严重的认知功能障碍、精神行为异常和社交能力减退等,其日常生活必须持续受到他人监护。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,并经相关专科医生确诊,且须满足下列至少一项条件:

(1) 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;

(2) 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(释义 36)中的三项或三项以上。

阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不在保障范围内。

3. **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(该时间以保险单载明为准;若保险单未载明则该时间视为九十日),经过该段时间后,保险人才对被保险人承担给付保险金责任;在此期间,尽管保险合同已经生效,但保险人并不承担给付保险金责任。

除另有约定外,续保的情况下,等待期为零日。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。

4. **首次发病:**是指被保险人自出生之日起第一次发生并首次被确诊患上本保险合同约定

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。

5. 保险人指定或者认可的医疗机构：指国家卫生部医院等级分类中的二级或二级以上公立医院普通部，但不包括观察室、特需医疗、国际医疗、联合病房、康复病房和干部病房以及附属于前述医院或单独作为诊所、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒等或相类似的**医疗机构**。同时该医院必须具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且全日二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗和护理等服务。

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. 社会基本医疗保险：指《中华人民共和国社会保险法》第三章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。

8. 住院医疗费用：住院医疗费用包括：

(1) 床位费

指住院期间发生的、不高于双人病房的住院床位费（不包括单人病房、套房、家庭病床的费用）。

(2) 加床费

指未满十八周岁的被保险人在住院治疗期间，保险人根据合同约定赔偿其合法监护人（限一人）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，保险人根据合同约定赔偿其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

(3) 重症监护室床位费

指住院期间出于医学必需被保险人需在重症监护室进行合理且必要的医疗而产生的床位费。重症监护室指配有中心监护台、心电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（ICU）、冠心病重症监护病房（CCU）标准的单人或多人监护病房。

(4) 药品费

指住院期间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。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。

(5) 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。

(6) 治疗费

指住院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、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

(7) 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。

(8) 检查检验费

指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。

(9) 手术费

指接受治疗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获取器官过程中的费用。

(10) 医生费

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

(11) 救护车使用费

指住院期间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，**但救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送。**

9. 住院：指被保险人因疾病或意外伤害而入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入院手续，**不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院或其他不合理的住院。**

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。

10. 化学疗法：指针对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。

11. 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。

12. 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。本合同所指的肿瘤免疫疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理部门批准用于临床治疗。

13. 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。本合同所指的内分泌疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理部门批准用于临床治疗。

14. 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。本合同所指的靶向疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理部门批准用于临床治疗。

15. 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规定范围内的免费医疗预防。

16. 中国大陆境外：指中华人民共和国领土之外的国家或地区，以及香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。

17. 酗酒：指发生事故时被保险人每一百毫升血液中的酒精含量大于或者等于八十毫克。

18. 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。

19. 患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV）：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。

20. ICD-10：《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。

21. 既往疾病：指被保险人在本合同生效前罹患的且医生已有明确诊断的有关疾病。

22. 高风险职业：本合同所定义的高风险职业是指从事矿产资源作业、水上水下作业、高空作业、电力高压电、森林砍伐，化工、有毒及危险物质生产运输、水上运输，机械设备制造加工操作、金属/合金冶炼，海洋、特种养殖，救灾抢险、消防爆破、缉毒及防暴警察，拳击或足球职业运动员、潜水的职业。

23. 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。

24. 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。

25. 处方：指由注册的执业医师和执业助理医师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。

26. 不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

27. 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。

28. 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。

29. 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。

30. 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)]

31. 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。

32. 原位癌：指恶性细胞局限于上皮内尚未突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。

33. 转移癌：指原发于某个器官或部位，且转移至该器官或部位以外区域的恶性肿瘤。

34. 组织病理学检查：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。

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

36. 六项基本日常生活活动：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。