

利宝保险有限公司
白血病复发医疗保险（互联网专属）条款

（注册号：C00006032512022112457941）

总则

第一条 本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证、批单，以及与本合同有关的投保文件、**合法有效（释义1）**的声明和其他书面文件共同构成。凡涉及本合同的约定，均采用书面或电子形式。

第二条 投保人提出保险申请、**保险人（释义2）**同意承保，本合同成立。本合同自保险人同意承保、收取保险费并签发电子保险单开始生效，具体生效日以电子保险单所载的日期为准。

第三条 除另有约定外，凡投保时符合保险人承保条件，年龄为出生满二十八天（含，且已健康出院）至八十周岁（**释义3**）（含），既往曾患**白血病（释义4）**且目前已达到**白血病完全缓解状态（释义5）**患者，均可作为本合同的被保险人。

第四条 具有完全民事行为能力的被保险人本人或在本合同订立时对被保险人具有保险利益的其他人，均可作为本合同的投保人。

第五条 除另有约定外，本合同的保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第六条 等待期为自本合同生效日起计算的一段时间。除另有约定外，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，自本合同生效之日起一定期限为等待期，等待期不超过九十天。等待期由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单中载明。投保人为被保险人不间断再次投保本保险的无等待期。

被保险人在等待期内经医院初次确诊罹患本合同约定的白血病首次复发（**释义6**），无论其治疗是否延续到等待期后，保险人均不承担给付保险金的责任，但保险人向投保人无息退还所交保险费，本合同终止。

第七条 在本合同保险期间内，若被保险人在等待期后在**保险人指定或认可的医院（释义7）**（以下简称“医院”）经**专科医生（释义8）**确诊发生白血病首次复发，必须住院接受相关治疗的，对被保险人支付的下列必需且合理（**释义9**）的医疗费用，保险人在扣除本合同约定的免赔额后，按本合同约定的给付比例给付白血病复发医疗保险金。

（1）住院医疗费用（释义10）

被保险人因白血病复发**住院（释义11）**期间发生的应当由被保险人支付的必需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，我们继续按照本合同的约定在保险金额内承担向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白血病复发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12）、放射疗法（释义13）、肿瘤免疫疗法（释义14）、肿瘤内分泌疗法（释义15）、肿瘤靶向疗法（释义16）。

（3）门诊手术医疗费用

被保险人在接受白血病复发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

被保险人因白血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）。

若本合同保险期间届满时被保险人白血病治疗仍未结束，对被保险人白血病首次复发确诊之日起一百八十天内（含第一百八十天）发生的符合本合同约定的医疗费用，保险人仍按照本合同保险责任约定在白血病复发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合同约定的白血病复发医疗保险金额为限，一次或累计给付的金额达到保险单载明的白血病复发医疗保险金额时，保险人对被保险人在白血病复发医疗保险金项下的保险责任终止，本合同终止。

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（释义18）、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。

第八条 本合同白血病复发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，给付比例为80%。

责任免除

第九条 对于被保险人在下列期间或因下列情形确诊白血病首次复发发生的任何费用，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）在中国大陆境外（释义19）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 20）、殴斗、主动吸食或注射毒品（释义 21），违反规定使用麻醉或精神药品；

（四）被保险人感染艾滋病病毒（HIV）或患艾滋病（AIDS）（释义 22）期间；

（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 23））为准）；

（七）被保险人在投保时未如实告知的既往疾病（释义 24）；

（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 25）导致的伤害引起的治疗；

（十）任何职业病、遗传性疾病（释义 26），先天性畸形、变形或染色体异常（释义 27）（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、健康护理等非治疗项目发生的费用，修复、安装或者购买残疾用具（包括但不限于特别支架、器材、轮椅、拐杖、义肢、助听器、义牙、义眼、配镜）费用，与购置移植器官、捐献器官、保存和运输器官相关费用，体外医疗装置或者器材费用；

（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 28）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白血病治疗有效；

（十四）被保险人在非就诊医院购买药品发生的费用。

保险金额与保险费

第十条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本合同保险责任的保险金额由投保人在投保时与保险人分别约定，并在保险单中载明。

第十一条 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。

免赔额

第十二条 本合同的免赔额由投保人在投保时与保险人共同约定，并在保险单上载明。

保险期间

第十三条 本合同的保险期间最长不超过一年，自保险单或其他保险凭证上载明的合同生效日零时起至保险期间期满日的二十四时止。

不保证续保

第十四条 本合同为不保证续保合同。保险期间届满或保险期间届满前三十日内，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

第十五条 本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发电子保险单或其他保险凭证。投保人要求提供纸质保险单或其他保险凭证的，保险人应及时提供。

第十六条 订立本合同时，保险人应当向投保人说明本合同的内容。对本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。

第十七条 保险人认为**保险金申请人（释义 29）**提供的有关保险金申请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。

第十八条 保险人收到保险金申请人的赔偿或给付保险金请求及完整材料后，事实清晰、责任明确且无需调查的，应当在五个工作日内作出是否属于保险责任的核定；情形复杂需要调查的，应当在三十日内作出核定。

保险人应当将核定结果在一个工作日内通知保险金申请人；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，履行给付保险金义务。本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的义务。

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在一个工作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。

第十九条 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

第二十条 投保人应该按照本合同约定向保险人交纳保险费。

投保人选择一次性交纳保险费的，应当在本合同成立时一次性交清保险费。**投保人未按本款约定交清保险费的，本合同不生效，对本合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**

投保人选择分期交纳保险费的，应当在本合同成立时交清首期保险费。**投保人未按本款约定交清首期保险费的，本合同不生效，对本合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**

投保人选择分期交纳保险费的，在交纳首期保险费后，投保人应当在每个**保险费约定支付日（释义30）**交纳其余各期的保险费。若投保人未按约定交纳保险费，保险人允许投保人在本合同约定的缴费延长期内补缴对应月份的保险费，如被保险人在缴费延长期内发生保险事故，**保险人仍按照本合同约定给付保险金。**

除本合同另有约定外，如被保险人在正常缴费对应的保险期间内或缴费延长期内发生保险事故，保险人仍然依照本合同约定给付保险金，但需投保人先行补交所有未缴期间的保险费。

如投保人未按照本合同约定的付款时间足额缴付当期保险费，且在本保险合同约定的缴费延长期内仍未足额补缴当期保险费的，则保险合同的保险期间终止在上一缴费周期支付日二十四时，对于保险期间终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任；缴费延长期内发生的保险事故也不承担保险责任。

本保险合同的缴费延长期为二十一天。

第二十一条 订立本合同时，保险人就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，不承担赔偿或给付保险金的责任，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，不承担赔偿或给付保险金的责任，但应当退还保险费。

保险人在本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，保险人应当承担赔偿或给付保险金的责任。

第二十二条 投保人的住所、通讯地址、电话或者电子邮件等联系方式变更时，应及时以书面形式或者保险人认可的其他形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本合同保险单所载的最后住所、通讯地址、电话或者电子邮件发送的有关通知，均视为已送达给投保人。

第二十三条 年龄的计算及年龄、性别错误的处理：

（一）被保险人的投保年龄按周岁计算；

（二）投保人在投保时应将被保险人的真实年龄与性别在投保单上填明，若发生错误，保险人按照下列规定办理：

（1）投保人申报的被保险人年龄不真实，且被保险人真实年龄不符合本合同约定的年龄限制，保险人不承担保险责任，保险人可以解除本合同，并向投保人退还未满期保险费（释义31）；

（2）投保人申报的被保险人年龄或性别不真实，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给付；

（3）投保人申报的被保险人年龄或性别不真实，导致投保人实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。

第二十四条 保险事故发生后，投保人、被保险人或受益人应当及时通知保险人，保险人接收到投保人、被保险人或者受益人的保险事故通知后，将在一个工作日内一次性给予理赔指导。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（释义 32）**导致的延迟。

保险金申请

第二十五条 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。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保险事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

（一） 理赔申请书；

（二） 保险金申请人的**有效身份证件（释义 33）**；

（三） 医院出具的完整病历资料（包括门急诊病历、处方，住院病历或出院记录以及检查报告）；

（四） 由医院专科医生出具的对被保险人的疾病诊断证明书以及由医院出具的与该疾病诊断证明书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（相关检验报告如已在病历中提交则无需重复提交）；

（五） 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）；

（六） 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；

（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投保人、保险金申请人补充提供。

第二十六条 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。

第二十七条 如果被保险人本人作为保险金受益人已向保险人书面申领保险金，但在实际领取保险金前身故，保险金将作为其遗产，由保险人向其合法继承人给付。

争议处理和法律适用

第二十八条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国（不包括港、澳、台地区）人民法院起诉。

第二十九条 本合同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)。

其他事项

第三十条 本合同成立后将持续有效,直至保险单约定的保险期间届满或达到本合同约定的终止条件。

保险责任开始前,投保人要求解除本合同的,保险人应当无息退还投保人已支付的全部保险费。

保险责任开始后,投保人要求解除本合同的,自保险人接到解除保险合同申请书之时起,本合同解除,保险人自收到解除保险合同申请之日起三十日内向投保人退还本合同的未到期保险费。若本合同已发生保险金赔偿或给付,未到期保险费为零。

第三十一条 投保人解除本合同时,应提供下列证明文件和资料:

- (一) 保险合同解除申请书;
- (二) 保险合同凭据;
- (三) 保险费交付凭证;
- (四) 投保人身份证明。

释义

第三十二条 除另有约定外,本合同中的下列词语具有如下含义:

1. **合法有效:** 本合同所指合法有效均以中华人民共和国法律、行政法规、地方性法规、行政规章及有关规范性法律文件的规定为判定依据。

2. **保险人:** 指与投保人签署本保险合同的利宝保险有限公司。

3. **周岁:** 指按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。例如,出生日期为2022年9月1日,2022年9月1日至2023年8月31日期间为0周岁,2023年9月1日至2024年8月31日期间为1周岁,以此类推。

4. **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,出现贫血、感染、出血等临床表现。

5. **白血病完全缓解状态:** 指以下不同类型白血病投保时需符合如下全部条件:

5.1 急性髓系白血病(AML)

(1) 白血病症状及体征(如贫血、感染、出血、胸骨压痛、肝脾淋巴结肿大等)消失,且无髓外白血病;

(2) 血常规检查显示:中性粒细胞绝对值 $>1.5 \times 10^9 / L$,血小板 $>100 \times 10^9 / L$,血红蛋白 $>100 g / L$ (女性及儿童为血红蛋白 $>90 g / L$),外周血中未发现白血病细胞。

(3) 骨髓象检查显示:原始细胞 $\leq 5\%$;红细胞及巨核细胞系正常。

5.2 急性早幼粒细胞白血病(APL,急性髓系白血病M3型)

(1) 白血病症状及体征(如贫血、感染、出血、胸骨压痛、肝脾淋巴结肿大等)消失,

且无髓外白血病；

(2) 血常规检查显示：中性粒细胞绝对值 $>1.5 \times 10^9 / L$ ，血小板 $>100 \times 10^9 / L$ ，血红蛋白 $>100 g / L$ （女性及儿童为血红蛋白 $>90 g / L$ ），外周血中未发现白血病细胞；

(3) 骨髓象检查显示：原始粒细胞+早幼粒细胞 $\leq 5\%$ ；红细胞及巨核细胞系正常。

5.3 成人急性淋巴细胞白血病（成人 ALL）

(1) 外周血无原始细胞，无髓外白血病；

(2) 骨髓三系造血恢复，原始细胞 $< 5\%$ ；

(3) 中性粒细胞绝对计数（ANC） $> 1.0 \times 10^9 / L$ ；

(4) 血小板计数 $> 100 \times 10^9 / L$ ；

(5) 4周内无复发（自骨髓象完全缓解之日起算）。

5.4 儿童急性淋巴细胞白血病（儿童 ALL）

(1) 外周血无幼稚细胞，血红蛋白 $> 90 g / L$ ，中性粒细胞绝对值 $> 1.0 \times 10^9 / L$ ，血小板 $> 100 \times 10^9 / L$ ；

(2) 骨髓三系造血恢复，原始幼稚细胞 $< 5\%$ ；

(3) 临床和影像学评估无白血病浸润的证据，脑脊液中无白血病细胞；

(4) 若确诊时存在纵隔肿物，则在诱导治疗结束后肿物须至少减小至确诊时的 1/3。

6. 白血病首次复发：指同时满足以下条件的情形：

(1) 投保前已达到完全缓解状态；

(2) 投保前无白血病复发史（复发包括：髓内复发、髓外复发、中枢神经白血病症状或征兆等）；

(3) 投保前已接受规范治疗及复查（规范治疗及复查指：治疗及复查均已完全遵照医嘱）；

(4) 各类型白血病需符合以下复发判断标准：

1) 成人急性髓系白血病（成人 AML）：完全缓解（CR）后外周血再次出现白血病细胞或骨髓中原始细胞 $> 5\%$ （除外巩固化疗后骨髓再生等其他原因）。

2) 成人急性淋巴细胞白血病（成人 ALL）：已取得完全缓解（CR）的患者外周血或骨髓中又出现原始细胞，比例 $> 5\%$ 。

3) 儿童急性髓系白血病（儿童 AML）：满足以下 i) 或 ii) 其中一条即可：i) 完全缓解（CR）后外周血再次出现白血病细胞或骨髓中原始细胞 $> 20\%$ （除外巩固化疗后骨髓再生等其他原因）；ii) 分子学复发：连续 2 次骨髓和 / 或外周血检测 MRD 转阳性，且 4 周后 MRD 的水平是 4 周前的 10 倍以上。诊断分子学复发需要至少 2 次检测，2 次检测间隔 4 周。

4) 儿童急性淋巴细胞白血病（儿童 ALL）：已取得完全缓解（CR）后再次出现骨髓原始幼稚细胞 $\geq 20\%$ 。

5) 急性早幼粒细胞白血病（APL，急性髓系白血病 M3 型）：完全缓解（CR）后外周血再次出现白血病细胞或骨髓中原始粒细胞+早幼粒细胞 $> 5\%$ （除外巩固化疗后骨髓再生等其他原因）。

(5) 投保后本次确诊白血病复发时的细胞形态学、免疫学、分子生物学分型与首次确诊白血病时一致。

注：白血病髓外复发不在本合同保障范围内。（白血病髓外复发是指当白血病患者骨髓检查尚处于完全缓解的状态时，骨髓以外的其他组织或脏器发现有白血病细胞浸润的证据，髓外复发常见于中枢神经系统、生殖系统（如男性睾丸、女性卵巢）或皮肤浸润如绿色瘤等。）

7. 保险人指定或认可的医院：指国家卫生部医院等级分类中的二级及以上公立医院普通部及保险人扩展承保的特定医院普通部，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或保险人不予承保的医院。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。

以下三个阶段均需要符合特定医院要求：（1）确定白血病危险程度分层（低危、中危、高危）；（2）确诊白血病至白血病完全缓解前的规律治疗；（3）确认达到白血病完全缓解状态。

特定医院包括：三级甲等医院及其他保险人认可的医院，具体医院名单将在保险单中载明，保险人保留新增扩展或减少特定医院名单的权利。

8. 专科医生：指同时满足以下四项资格条件的医生：

- （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者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。

9. 必需且合理：必需且合理指：

（一）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。

（二）医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

- （1）治疗疾病所必需的项目；
- （2）不超过安全、足量治疗原则的项目；
- （3）由专科医生开具的处方药；
- （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。

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。

10. 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。

11. 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，在住院期间每日非二十四小时在床、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。

12. 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。

13. 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。

14. 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。

15. 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。

16. 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。

17. 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。

18. 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。

19. 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。

20. 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。

21. 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。

22. 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。

在人体血液或者其他样本中检测到艾滋病病毒或者其抗体呈阳性，没有出现临床症状或者体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或者体征的，为患艾滋病。

23. 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。

24. 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。

25. 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。

26. 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。

27. 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。

28. 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。

29. 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。

30. 保险费约定支付日：指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。如保险合同生效日为2021年6月8日，则次月的保险费约定支付日为2021年7月8日，以此类推，则最后一个月的保险费约定支付日为2022年5月8日。

31. 未满期保险费：指本合同所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由保险人退还的那部分金额。

若保险费为一次性支付的：

未满期保险费=投保人已交纳保险费×[1-(保险单已生效天数/保险期间天数)]

若保险费为分期支付的：

未满期保险费=投保人已交纳当期保险费×[1-(当期已经过天数/当期总天数)]

已生效或已经过天数不足一天的按一天计算。若本合同已发生保险金赔偿或给付，未
满期保险费为零。

32. 不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

33. 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。