

利宝保险有限公司

个人住院医疗保险条款 2025版B款 (互联网专属)

(注册号:C00006032512025021407083)

总则

- 第一条 本保险合同(以下简称为“本合同”)由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及与本合同有关的投保文件、合法有效的声明、批单及投保人与保险人(见释义1)共同认可的电子协议等组成。凡涉及本合同的约定,均应采用书面形式。
- 第二条 凡初次投保时年龄介于十八周岁至六十五周岁(见释义2)(含六十五周岁),能正常工作、生活的自然人,可作为本合同的主被保险人。
- 凡初次投保时年龄介于出生满三十天至十七周岁(含十七周岁),能正常生活的主被保险人的子女,经保险人同意,可作为本合同的附属被保险人。
- 主被保险人年龄为六十五周岁以上(不含六十五周岁)的,保险人不接受初次投保本保险。不间断再次投保本保险的,主被保险人和附属被保险人最高年龄上限可至九十九周岁(含九十九周岁)。
- 除另有约定外,本合同所称“被保险人”及任何与被保险人相关的表述均适用于主被保险人和附属被保险人。
- 第三条 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自然人均可作为本合同的投保人。被保险人为无民事行为能力或限制民事行为能力人的,应由其法定监护人作为投保人。
- 第四条 除另有约定外,本合同的各项保险金受益人均为被保险人本人。
- 第五条 本合同约定的保险区域为中国大陆(不包含香港、澳门和台湾地区)。但若被保险人在等待期后因初次确诊罹患本合同约定的二十八种重大疾病(见释义3),至香港地区的指定医院(具体以保险人另行发布的《指定医院清单》为准)接受治疗,保险人按照合同约定承担保险责任。对于被保险人在保险单载明的保障地域范围以外的地区产生的费用,保险人不承担给付保险金的责任。
- 本合同约定的给付币种均为人民币。

保险责任

- 第六条 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的三十天为等待期。被保险人在等待期内确诊罹患疾病,无论治疗时间是否超过等待期,保险人均不承担给付保险金的责任。
- 投保人在保险期间届满时申请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。
- 被保险人因遭受意外伤害事故而接受治疗的,也不受等待期的限制。
- 第七条 本合同的保险责任包括“住院医疗保险金”、“特殊门诊医疗保险金”、“特定药品费用保险金”、“医疗援助保险金”、“特定互联网医院在线问诊及药品费用保险金”和“紧急意外保险金”。

(一) 住院医疗保险金

在保险期间内,被保险人因遭受意外伤害(见释义4)事故或在等待期后因罹患疾病,在本合同约定的医院(见释义5)经专科医生(见释义6)诊断必须接受住院(见释义7)治疗的,对于被保险人住院治疗期间实际发生的、需个人支付的、医学必需且合理(见释义8)的、且符合通常惯例水平的下列医疗费用,保险人扣除保险单载明的各项费用免赔额后,依照本合同约定和保险单载明的各项费用年限额、日(次)限额和日数(次数)限制给付住院医疗保险金。各项费用的免赔额、年限额、日(次)限额和日数(次数)限制由投保人和保险人在投保时协商确定,并在保险单中载明。

- 1、**床位费和膳食费:**床位费指被保险人在住院期间实际发生的住院床位费,本合同约定的床位费标准为中国大陆地区(不包含香港、澳门和台湾地区)不高于标准单人间病房(不包括套房)或香港地区不高于双人间病房,以保险单载明为准。膳食费指被保险人在住院期间实际发生的、根据医生的医嘱、由医院内专设的为住院病人配餐的食堂配送的、符合惯常标准的膳食费。膳食费应包含在医疗账单内,账单内的具体费用项目归属以各医院的实际情况为准。
- 2、**未成年人住院陪床费:**指未满十八周岁的被保险人在住院期间,其父母或法定监护人(限一人)陪同住院所发生的加床费及医院提供的膳食费用。陪同人员的加床费标准以不高于被保险人的床位费标准为限。本合同约定的未成年人住院陪床费日限额为:每日最高人民币800元。本合同约定的未成年人住院陪床费日数限制:若被保险人的年龄介于三十天至六周岁,则本合同年度内未成年人住院陪床费的给付标准以最高不超过九十天为限。

若年龄已满十八周岁的被保险人住院,则不享有本项“未成年人住院陪床费”保障内容。

- 3、**重症监护病房费:**指被保险人在住院期间实际产生的,因入住针对危重病人配备专门医务人员及各种复杂生命监测设备、且提供不间断密切监视和救治技术的重症监护病房、心监室等类似病房或病区而产生的费用。
- 4、**检查检验费:**指被保险人实际发生的、由医生或专业医技人员实施的、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产生的费用,包括X光检查、心电图、超声波检查、超声波心动描记术、计算机断层扫描、计算机辅助断层血管成像、正电子发射计算机断层扫描、核磁共振检查、磁共振血管成像、磁共振胰胆管成像、数字减影血管造影、消化道造影、病理穿刺、内窥镜检查、分子生化检验和血、尿、便常规检验等费用。
- 5、**护理费:**指被保险人实际发生的,由专业护士对被保险人提供临床护理服务而产生的费用。
- 6、**手术费:**指被保险人在住院期间接受手术治疗过程中所产生的手术医师操作费、手术辅料费、麻醉费、手术室费、恢复室费、手术监测费、手术辅助费和手术设备费等手术相关费用。本项手术费也包含被保险人接受由医生确认为无需住院即可进行的、必需且合理的日间手术治疗而实际产生的上述费用。
- 7、**手术植入材料费:**指医生认为手术中必不可少的通过手术植入人体内,以治疗、诊断或者替换、加强器官功能为目的的物体或材料,包括:
 - (1) 植入器材:骨板、骨钉、骨针、骨棒、脊柱内固定器材、结扎丝、聚脲器、骨蜡、骨修复材料、脑动脉瘤夹、银夹、血管吻合夹(器)、心脏或组织修补材料、眼内充填材料、神经补片等;
 - (2) 植入性人工器官:人工食道、人工血管、人工椎体、人工关节、人工尿道、人工瓣膜、人工肾、人工颅骨、人工颌骨、人工心脏、人工肌腱、人工耳蜗、人工肛门封闭器等;
 - (3) 接触式人工器官:人工喉、人工皮肤、人工角膜等;
 - (4) 钛网/支架等组织成型材料:心脏支架、血管支架、前列腺支架、胆道支架、食道支架等;
 - (5) 其它:脑起搏器、心脏起搏器等。

上述手术植入材料不包括任何非手术中医疗必需的物体或材料。

8、**医师诊疗费**：指被保险人在住院期间实际发生的、由医生实施的、因医生为患者以治疗疾病为目的而提供的必要医学手段而产生的技术劳务费、医疗器械使用费和消耗品费用，具体以被保险人就诊医院的费用项目划分为准。

9、**麻醉师费**：外科手术的麻醉师实施麻醉的费用。

10、**处方药品费和外购药品费**：**处方药品费**指由医师在被保险人住院期间以及出院当日处方开具的院内药品的费用，处方药品须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处方药品的费用，且其用量以出院日起九十天为限。

外购药品费指因被保险人所就诊的医院没有被保险人治疗所必需的相关药品，被保险人在中国大陆住院期间以及出院当日凭主治医师开具的当前治疗必需的处方到院外（释义9）保险人认可的药店购买而发生的需个人支付的、合理且必需的费用。给付外购药品费必须且同时满足以下全部条件：

- (1) 该外购药品须由保险人认可的医院专科医生开具处方，且外购药品处方符合中国国家药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症和用法用量，且为被保险人当前治疗必需的外购药品；
- (2) 每次处方剂量不超过三十日（含第三十日）；
- (3) 外购药品需具有中国国家药品监督管理局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。

处方药品费和外购药品费均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、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。

11、外购医疗器械费

指在被保险人住院期间以及出院当日由专科医生开具的当前治疗必须的医疗器械无法在本次中国大陆住院期间在本医院内获得，被保险人必须凭医生开具的外购单到院外（释义9）保险人认可的药店或医疗器械机构购买而发生的必须且合理的费用。

给付外购医疗器械费必须且同时满足以下条件：

- (1) 该外购医疗器械须由医院专科医生开具外购单，且外购医疗器械的外购单符合中国国家药品监督管理局批准的该医疗器械说明书中所列明的适应症，且为被保险人当前治疗必需的外购医疗器械；
- (2) 外购医疗器械不包括假体、义肢、轮椅、康复设备、按摩设备等需要长期使用或舒适性、便利性用途设备的购买、租赁和置换费用；
- (3) 外购医疗器械需具有中国国家药品监督管理局核发的医疗器械注册证编号，且在约定的外购医疗器械清单中。

外购医疗器械清单，指保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的医疗器械清单，但不包括本合同明确除外的医疗器械，医疗器械清单以保险人最新公布信息为准。

12、**耐用医疗设备费**：指被保险人实际发生的、因医学必需而购买或租赁非一次性耐用医疗设备的费用。本合同所称“非一次性耐用医疗设备”仅包括外置胰岛素泵、脚托、臂托、颈背托或束带、助听器、外置心脏起搏器、便携式雾化器、腿臂背和颈支具、人造腿臂眼，不包括任何非医疗必需的设备。对于等待期后初次确诊乳腺恶性肿瘤且接受了属于保险责任范围的（一侧或双侧）乳房全部切除手术的被保险人，其被

切除侧的义乳费用(保单年度内每侧被切除乳房最高限两个义乳)也属于保险责任范围。

保险人不承担替换或维修上述非一次性耐用医疗设备费用。

13、**义肢/人造假肢(手术植入)费**:指被保险人在医疗上必要的,由主诊专科医师推荐的,由手术植入的、非美容目的的晶体、支架(不包括牙套)、起搏器、假肢或类似整形外科器具和植入物的费用。

14、**器官移植费**:指被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后因罹患疾病,以被保险人为受体,经相关医生明确诊断,被保险人在具备开展器官移植手术资质的医疗机构内,根据医学必需而接受的肝脏移植、肾脏移植、心脏移植、肺脏移植、骨髓移植而产生的手术费、辅助治疗费、排异药品费、检验费等。但不包括任何寻找器官供体、配型、获取以及从供体切除器官、储藏、运送的相关费用,以及与不孕不育或者生殖医学相关的移植费用。

器官移植费不包括任何器官本身的费用和获取器官过程中产生的任何费用。

15、**放射治疗费和质子重离子治疗费**:放射治疗费指针对恶性肿瘤的放射疗法(见释义10)的费用。放射治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,在医疗机构的专门科室进行的放疗。

质子重离子治疗费指被保险人因接受质子、重离子放射治疗而发生的合理且必须的相关费用。

16、**呼吸治疗费**:由医师实施的呼吸治疗的费用。

17、**化学治疗费**:指针对恶性肿瘤的化学疗法(见释义11)的费用。化学治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,在医疗机构进行的静脉注射化疗。

18、**物理治疗和职业疗法费**:指由具有相应医疗职业医师资格的医师实施的物理治疗(见释义12)、职业疗法、语言治疗(包括为治疗吞咽障碍由语言治疗师实施的电子喉镜检查)的费用。该类治疗应当满足下列全部条件:

(1) 为该被保险人医师书面治疗计划(包括短期和长期目标,并提交保险人评估)的一部分;

(2) 被保险人接受该治疗后,在合理的、可预测的时间内症状会明显好转;

(3) 疗法复杂或者被保险人病症使得只有具有相应医疗职业资格的医师(包括注册物理治疗师或者职业医疗师)才能安全、有效实施。

19、**重大疾病住院津贴保险金**:

在保险期间内,被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后因意外伤害之外的其他原因,经医院专科医生初次确诊(见释义13)罹患本合同所定义的二十八种重大疾病(见释义3)(无论一种或者多种),并在医院因该重大疾病接受住院治疗的,保险人对于被保险人每年实际住院日数(见释义14),按照“(每年实际住院日数)×500元”计算重大疾病住院津贴保险金。无论被保险人一次或多次住院,保险人针对每一被保险人累计给付重大疾病住院津贴保险金的日数以三十日为限。

20、**同城救护车费**:指住院前或住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的,根据医生建议,被保险人需在同一城市医院转诊接受住院治疗过程中的医院用车费用。同城救护车费用的使用仅限于在同一城市中的医疗运送。非住院治疗相关的救护车费不在保障责任内。

21、**重大疾病异地就诊交通费及住宿费**:

在保险期间内,被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后,经中国大陆地区(不包含香港、澳门和台湾地区)医院的专科医生初次确诊罹患本合同约定的重大疾病,因病情需要跨省或自治区或直辖市住院治疗,经被保险人申请,由转出医院开具转院证明,并经保险人或其委托的第三方管理机构授权后产生的必需且合理的交通费用和因异地就医产生的住宿费用,包含其一位陪同人员费用。

本项重大疾病异地就诊交通费责任的客运公共交通工具包括民航航班机(限经济舱)和客运火车(含软

卧、硬卧、软座、硬座、站票或高铁动车一等座、二等座、无座)。被保险人选择其他交通工具、民航班机的其他舱位或客运火车的其他席位而产生的交通费用,不在本项责任的保障范围内。

重大疾病异地就诊住宿费为到达转院目的地后于住院前十四日内(含第十四日)发生的住宿费用,住宿酒店以标准间(标准双床房或标准大床房)为限,对于除住宿费用以外的住宿酒店用餐、住宿酒店附带费用、被保险人自行升级房间等费用,保险人不承担保险责任。

重大疾病异地就医交通费及住宿费的赔偿限额、赔偿标准以保险单载明为准。

(二) 特殊门诊医疗保险金

在保险期间内,被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后因罹患疾病,在本合同约定的医院经专科医生诊断必须接受特殊门诊治疗的,由此而实际产生的以下必需且合理的医疗费用,保险人扣除保险单载明的各项费用免赔额后,依照本合同约定和本合同所附保障计划表中载明的各项费用累计给付限额、每日限额、日数限制,在特殊门诊医疗保险金额内给付特殊门诊医疗保险金。本合同约定的特殊门诊医疗保险金包括:

- 1、**住院前后门急诊医疗费:**指被保险人符合保险单约定的与该次住院相同原因接受门急诊治疗的住院前后三十天(含入院和出院当日)内发生的医师诊疗费、检查检验费、处方药品费。
- 2、**门诊手术费:**指与门诊手术相关的医师费、检查费、治疗费、手术材料费、药品费、麻醉师和助理麻醉师费。门诊手术是指被保险人因疾病或意外伤害,以治疗疾病或挽救生命为目的,由外科医生在门诊用手术刀、手术剪、针线等医疗器具在病人身体进行切除、缝合等治疗的手术,但不包括活检、穿刺、造影等创伤性检查、胃肠镜检查、康复性手术、激光、冷冻、光动力、电灼疗法等物理治疗。门诊手术必须有明确的手术名称和手术报告。门诊手术费不包括手术植入材料、细胞移植、组织移植和器官移植费用。
- 3、**特殊门诊治疗费:**指在门诊进行的肾脏透析疗法的费用,器官移植术后抗排斥治疗的费用,恶性肿瘤的电疗、化学治疗、放射治疗、质子重离子治疗、肿瘤靶向疗法(见释义15)、肿瘤免疫疗法(见释义16)、肿瘤内分泌疗法(见释义17)的费用。

(三) 特定药品费用保险金

在保险期间内,保险人对被保险人因罹患“恶性肿瘤——重度”疾病、“恶性肿瘤——轻度”疾病或罕见病(见释义18)而实际产生的以下必需且合理的费用,保险人扣除保险单载明的各项费用免赔额后,依照本合同约定和本合同所附保障计划表中载明的各项费用累计给付限额、每日限额、日数限制,在特定药品费用保险金额内给付特定药品费用保险金。

- 1、**恶性肿瘤及罕见病特定药品基因检测费:**被保险人经医生确诊罹患“恶性肿瘤——重度”疾病、“恶性肿瘤——轻度”疾病或罕见病(见释义18),被保险人在医院或保险人认可的基因检测机构发生的因治疗该疾病,且以使用恶性肿瘤及罕见病特定药品、药物为目的的医疗必需且合理的恶性肿瘤及罕见病特定药品基因检测费用。
- 2、**恶性肿瘤及罕见病院外特定药品费:**被保险人经医生确诊罹患“恶性肿瘤——重度”疾病、“恶性肿瘤——轻度”疾病或罕见病,被保险人因治疗该疾病发生的,且同时满足下述所有条件的恶性肿瘤及罕见病院外特定药品费用。恶性肿瘤及罕见病院外特定药品费用须同时满足下述所有条件:
 - (1) 该药品处方是由医疗机构的医生开具的,处方中的药品是治疗被保险人所罹患的疾病必须且合理的药品;
 - (2) 就诊时的医疗机构无法供应处方中的药品,但具有处方药合法销售资质的药房可提供的特定药品;
 - (3) 处方中的药品须符合国家药品监督管理局批准的药品说明书中所列明的适应症及用法用量;
 - (4) 每次的处方剂量不超过一个月,且不包括为未来治疗提前购买的药物。
- 3、**临床急需进口特定医疗器械费:**被保险人在等待期后经保险人认可医院的专科医生初次确诊罹患本合同约

定的疾病,经专科医生诊断急需使用进口特定医疗器械进行治疗的,则对于被保险人在本合同的保险期间内因此治疗过程中实际发生的需个人支付的、必需且合理的且同时满足以下全部条件的特定医疗器械费用,但每种器械仅限赔偿一次:

- (1) 该急需进口的特定医疗器械须由医院的专科医生开具的处方或医嘱,且该进口特定医疗器械的使用及费用均须发生在开具处方或医嘱的医生所执业的医院内;
- (2) 该器械须为当前国内无其他已上市且疗效相同、可替代的器械;
- (3) 该特定医疗器械须在保险人与投保人约定的药械清单中;
- (4) 该医疗器械须经相关监管部门审批通过并获得进口许可;该医疗器械需具有中国国家药品监督管理局核发的医疗器械注册证编号;
- (5) 特定医疗器械须与经相关监管部门审批通过并获得进口许可的适应症范围相对应。

本项保障仅承担特定医疗器械本身的费用,不承担因使用特定医疗器械而产生的住院医疗费用。

临床急需进口特定医疗器械费的申请及使用流程需符合下列规定:

(一) 授权申请

由申请人向保险人提交特定医疗器械费用预授权申请,并提供下列证明和资料:

- (1) 保险合同或保险单号;
- (2) 被保险人的有效身份证件;
- (3) 二级或二级以上公立医院、保险人认可的医院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,且所属医嘱的医生所执业的医院内;
- (4) 保险人认可的医院获得使用医疗器械授权资质的医师开具的诊断书及处方;
- (5) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

如果申请人未提交进口器械授权申请或者进口器械授权申请审核未通过,保险人不承担给付特定医疗器械费的责任。

(二) 处方审核

进口器械授权申请审核通过后,保险人将对器械处方进行审核。如果临床急需进口特定医疗器械治疗申请时出现以下特殊情况,保险人有权要求申请人补充其他与特定医疗器械治疗申请相关的医学材料。特定医疗器械治疗申请中的特殊情况主要包括:

- (1) 申请人进行医疗器械授权申请时提交的与被保险人相关的医学材料不足以支持使用特定医疗器械;
- (2) 申请人进行医疗器械授权申请时提交的与被保险人相关的医学材料中相关的科学方法检验报告结果不支持使用特定医疗器械。

如果申请人的器械处方审核未通过,或者保险人认可的医院提出的临床急需进口医疗器械审批申报未获相关监管部门审核通过或未获得进口许可,保险人不承担给付临床急需进口特定医疗器械费的责任。

(三) 临床急需进口特定医疗器械的使用

保险人认可的医院完成诊断及临床急需进口医疗器械审批申报获得审核同意后,申请人自行至该医院接受临床急需进口特定医疗器械的使用。申请人须提供该医院出具的医疗费用原始凭证、费用清单明细表。

4、临床急需进口药品费

被保险人经二级或二级以上公立医院或指定医院(详见保险人另行约定的《指定医院清单》)专科医生初次

确诊罹患“恶性肿瘤——重度”，且经指定医院专科医生诊断必须使用临床急需进口药品治疗的实际药品费用。实际药品费用须同时满足以下所有条件：

- (1) 该药品处方或用药医嘱须由保险人指定或认可的医院专科医生开具、且属于被保险人当前治疗必需的药品；
- (2) 该药品须经相关监管部门审批通过并获得进口许可；
- (3) 每次处方仅限治疗初次确诊的原发性恶性肿瘤，原发于其他器官组织而浸润、转移的恶性肿瘤不在保障范围内；
- (4) 被保险人须在保险人指定医疗机构购买上述处方中所列药品；
- (5) 被保险人所罹患的疾病须与该药品的适应症范围相对应；
- (6) 该药品当前国内无其他已上市且疗效相同、可替代的药品；
- (7) 每次的处方剂量不超过一个月，且处方开具时间须在本合同的保险期间。

本项保险责任仅承担临床急需进口药品本身的费用，不承担因临床急需进口药品而产生的其他医疗费用（如运输费、存储费）。

临床急需进口药品费的申请及使用流程需符合下列规定：

- (1) 授权申请被保险人在保险人认可医院购买临床急需进口药品的，须在购买临床急需进口药品前向保险人提交临床急需进口药品用药申请，并按照要求提交相关材料，主要包括与被保险人相关的个人信息、诊断证明、与诊断证明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、药品处方及其他所需要的医学材料。保险人会对临床急需进口药品适用性进行初审。

- (2) 进口药品适用性初审

保险人将按照本合同约定的保险责任对被保险人进行临床急需进口药品适用性初审。该适用性初审以药品说明书为依据并结合被保险人病情和基因检测报告等材料进行审慎评估。对于临床急需进口药品适用性初审中，被保险人提交的相关材料不足以支持使用临床急需进口药品，或者材料中相关的科学方法检验报告结果不支持使用临床急需进口药品，保险人有权一次性通知被保险人补充其他与临床急需进口药品适用性初审相关的材料。如果被保险人临床急需进口药品适用性初审未通过，保险人不承担赔偿临床急需进口药品费的责任。

- (3) 指定医疗机构病情诊断及临床急需进口药品申请

临床急需进口药品适用性初审通过后，被保险人需通过保险人认可医院的专科医生提供的病情诊断，确认该进口药品临床急需，并经中国国家药品监督管理局或国务院授权的省、自治区、直辖市人民政府批准。如果医院提出的进口药品申请未获批准，保险人不承担赔偿临床急需进口药品费的责任。

- (4) 购药

临床急需特定药品处方经保险人审核通过并经中国国家药品监督管理局或国务院授权的省、自治区、直辖市人民政府批准后，被保险人选择到保险人认可的药店自取特定药品的，则须在审核通过后的三十天内（含第三十天）携带有效药品处方、被保险人的有效身份证件及被保险人的中华人民共和国社会保障卡（如有）到保险人认可的药店自取药品。被保险人选择到保险人认可的医院购药的，被保险人医院病情诊断及临床急需特定药品申请通过后，在保险人认可的医院购买符合本保险合同保险责任范围内的临床急需特定药品。

(四) 医疗援助保险金

在保险期间内, 保险人对被保险人实际产生的以下必需且合理的费用, 依照本合同约定和本合同所附保障计划表中载明的各项费用累计给付限额、每日限额、日数限制, 在医疗援助保险金额内给付医疗援助保险金。

当被保险人离开保险单载明的常住地一百五十公里(含)以外, 在中国大陆及香港地区(不包含澳门和台湾地区)进行不超过九十天(含)的旅行时遭受意外伤害事故或在等待期后罹患疾病, 可获得保险人提供的医疗援助服务。医疗援助包括“医疗运送和送返”、“遗体/骨灰送返转运回居住地”及/或“亲属前往处理后事”的紧急救援医疗服务。

1. 医疗运送和送返

- (1) 保险人的授权医生从医疗角度认为被保险人病情需要, 且当地医院条件不能保证被保险人得到充分的救治时, 将以事发地能够提供的最合适的运送方式安排医疗设备、运输工具及随行医护人员, 将被保险人转运至授权医生认为更适当的医院接受治疗, 并承担相应的运送费用。
- (2) 医疗送返: 当被保险人需转运回常住地或工作地或距离其常住地最近的医院, 保险人指定救援机构安排合适的运送方式转移返回常住地或工作地或距离其常住地最近的医院继续治疗, 并提供通讯和语言翻译支持、移动医疗器材, 轮椅、担架及其它辅助设备, 及/或专业医疗护理人员, 并支付必要的与医疗转送有关的交通费用以及在其安排的该服务过程中通常发生的合理的附属费用。
- (3) 保险人或其授权代表根据被保险人身体状况或治疗需要, 并参考医生建议, 有权决定运送和送返手段和运送目的地。运送和送返手段包括配备专业医生、护士和必要的运输工具。运输工具可能包括空中救护机、救护车、普通民航班机、火车或其他适合的运输工具。
- (4) 医疗运送和送返服务费用包括保险人或其授权代表安排的运输、运输途中医疗护理及医疗设备和用品的费用。医疗运送和送返服务费用经保险人核实确认并承担, 总额以保险合同载明的该项服务对应的保险金额为限。如果实际费用超出该项服务的保险金额, 则超出部分由被保险人自行承担。

保险人不负责赔偿任何未经保险人或其授权代表批准并安排的运送或送返导致的费用。如果在紧急情况下, 被保险人因身体状况不允许或其他客观原因无法通知保险人, 保险人有权参照在相同情况下若由保险人提供或安排服务所需要的合理费用进行赔偿。

2. 遗体/骨灰送返转运回居住地

- (1) 被保险人因遭受本合同约定的意外伤害事故或突发急性病导致被保险人在非常住地身故的, 根据被保险人的遗愿或其亲属的要求, 保险人指定的救援机构或其授权代表根据事发当地实际情况, 并在不违反当地法律的情况下, 安排并支付运送被保险人遗体或骨灰返回其常住地或被保险人亲属指定地点, 或被保险人合法有效证件所载住所地的费用或安排遗体保存或在当地火化的费用。
- (2) 遗体/骨灰送返服务所需费用包括尸体防腐、保存、火化、运输及骨灰盒等材料和服务费用, 此项费用总额以本合同载明的该项服务对应的保险金额为限。

3. 亲属前往处理后事

被保险人因遭受保险合同约定的意外伤害事故或突发急性病身故, 根据医院或被保险人亲属的要求, 安排被保险人的一名成年亲属或指定代理人可以前往被保险人身故地, 保险人负责承担该名亲属一套往返被保险人身故地与亲属所在地的普通航班经济舱机票、船票、火车票或汽车票的费用以及实际支出的合理住宿费, 总额以本合同载明的该项服务对应的保险金额为限。

(五) 特定互联网医院在线问诊及药品费用保险金

在保险期间内, 保险人对被保险人实际产生的以下必需且合理的费用, 依照本合同约定和本合同所附保障计划表中载明的各项费用累计给付限额、每次限额、次数限制, 在特定互联网医院在线问诊及药品费用保险金额内给付特定互联网医院在线问诊及药品费用保险金。

- 1、被保险人因意外伤害或疾病通过保险人指定入口进入指定的互联网医院接受在线问诊而产生的医生咨询费用, 保险人按照保险单载明的在线问诊次数承担保险责任, 该笔保险金将直接支付给保险人指定的互联网医院。
- 2、被保险人在上述在线问诊过程中, 经该互联网医院医生处方开具药品且通过上述指定入口在线购买药品的, 保险人对于同时满足下列条件的药品费用, 按照保险单载明的在线问诊药品年度保险金额、给付比例、每月购药次数、单次给付限额承担保险责任。**药品配送费用不属于本项保障内容。特定互联网医院在线药品费用保险金的给付, 需同时满足下列所有条件:**
 - (1) 该药品是用于治疗被保险人于等待期后首次罹患的疾病, 或是用于治疗保险合同保障期内发生的意外伤害。
 - (2) 处方及处方药的开具遵循国家相关法律法规要求执行; 药品的使用符合中国国家药品监督管理部门批准的该药品说明书所列明的适应症及用法用量。
 - (3) 药品须属于保险人所约定的在线问诊药品清单。
 - (4) 每次药品处方剂量不超过七日。

本项保障内容仅适用于六周岁(含)至六十五周岁(含)被保险人。

(六) 紧急意外保险金

在保险期间内, 保险人对被保险人实际产生的以下必需且合理的费用, 依照本合同约定和本合同所附保障计划表中载明的各项费用累计给付限额、每日限额、日数限制, 在紧急意外保险金额内给付紧急意外保险金。紧急意外保险金包括紧急意外门诊治疗费和紧急意外门诊牙科治疗费。

- 1、紧急意外门诊治疗费: 被保险人在意外事故发生后二十四小时内对其因该意外事故造成的伤害进行急诊诊疗的费用以及在该意外事故发生后七日内(含第七日)提供的后续合理且必须的门诊诊疗的费用(包括处方医药用品和药品的费用)。
- 2、紧急意外门诊牙科治疗费: 指被保险人因意外事故发生后二十四小时内对其因该意外事故导致其自然牙齿或牙龈伤害接受清创、止血、止痛、拔残根的门诊急诊治疗的费用, 以及在该意外事故发生后三十日内(含第三十日)提供的后续诊疗及药品的费用。上述费用不包括任何牙齿修复、牙齿整形及种植牙相关费用。

保险人对于以上“住院医疗保险金”、“特殊门诊医疗保险金”、“特定药品费用保险金”、“医疗援助保险金”、“特定互联网医院在线问诊及药品费用保险金”及“紧急意外保险金”六项费用的累计保险金给付金额之和以本合同约定的年度保险金额为限, 一次或累计给付金额达到保险单载明的保险金额时, 保险人对于被保险人的保险责任终止。

责任免除

第八条 下列费用或因下列情形导致的费用, 保险人不承担给付保险金的责任:

- (一) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害;
- (二) 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施;
- (三) 被保险人从事违法行为或者故意行为(包括但不限于自残、自杀、自伤), 但被保险人为无民事行为能力的不受此限;
- (四) 被保险人殴斗、醉酒(见释义19), 服用、吸食或注射毒品(见释义20);
- (五) 被保险人酒后驾驶(见释义21)、无合法有效驾驶证(见释义22) 驾驶或驾驶无合法有效行驶证(见释义23) 的机动车导致交通意外引起的医疗费用;
- (六) 任何既往症(见释义24)、或被保险人首次投保本保险时在等待期内被确诊罹患的疾病; 保险人同意承保的既往症不受此限。
- (七) 任何保险单载明的除外疾病或除外项目;
- (八) 被保险人从事职业运动或可获得报酬的运动或竞技项目期间;
- (九) 被保险人从事或参加高风险运动, 包括但不限于潜水(见释义25)、跳伞、攀岩、蹦极、漂流、冲浪、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险(见释义26)、武术(见释义27)、摔跤、特技表演(见释义28)、赛马、赛车、马术、拳击、跆拳道、空手道、柔道、摔跤、滑雪、滑冰、攀登海拔3500米以上的独立山峰等;
- (十) 职业病(见释义29)、医疗事故(见释义30);
- (十一) 核爆炸、核辐射或核污染、化学污染、恐怖袭击、战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱;
- (十二) 遗传性疾病(见释义31), 先天性畸形、变形或染色体异常(见释义32) (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, 但涉及重大疾病病种释义中约定的情况除外);
- (十三) 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所产生的费用;
- (十四) 虽有临床不适症状, 但入院诊断和出院诊断均不是明确疾病(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);
- (十五) 疗养、视力矫正手术、各种健康体检项目及预防性医疗项目、康复治疗、非意外事故所致整容手术;
- (十六) 皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗; 雀斑、老年斑、痣的治疗和去除; 对浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、纹身去除、皮肤变色的治疗或手术; 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、缩乳; 戒烟治疗、减肥、变性;
- (十七) 各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗项目, 包括但不限于平足及各种非功能性整容、矫形手术费用;
- (十八) 各种健美治疗项目, 包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用;
- (十九) 不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩(含难产)、流产、堕胎、节育(含绝育)、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症;
- (二十) 包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗;
- (二十一) 除齿科意外治疗外的其他齿科医疗及相关费用(包括因咀嚼食物或咀嚼其他外物导致牙齿伤害而产生的医疗费用);
- (二十二) 各种美容用品、抗光老化药物、大剂量维生素费用; 生长激素治疗及其它相关费用、眼镜、隐形眼镜费用

- (二十三) 任何滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂、未经医生处方自行购买的药品或医疗器械、医生开具的超过三十天用量的药品(本合同另有约定的除外)；
- (二十四) 各种医疗咨询和健康预测,如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询(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)；
- (二十五) 自动轮椅或自动床、舒适设备、空气质量或温控设备(空调、湿度调节器、空气净化器等)、健身脚踏车、加热垫、坐浴盆、健身器材或其它类似设备；
- (二十六) 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(从本合同约定的医院或保险人指定医疗机构确定出院之日起发生的一切医疗费用)；
- (二十七) 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；
- (二十八) 各类医疗鉴定产生的费用,包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定费用；
- (二十九) 被保险人存在精神和行为障碍(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(ICD-10)》为准)；
- (三十) 被保险人非因职业原因或器官移植原因感染艾滋病病毒或患艾滋病(见释义33)引起的治疗；
- (三十一) 被保险人患任何性病引起的医疗费用；视觉治疗及其他相关费用,包括但不限于激光角膜切开术,准分子激光原位角膜磨镶术,老视、屈光不正(近视、远视、散光)校正手术及相关费用；
- (三十二) 代诊费用,无原始发票的费用,电话咨询费(经由医疗服务供应商指定并授权的机构除外),没有按时就诊的预约费用,不在执业范围的医疗服务费用,不符合专业认可标准的医疗费用,非医学必需的费用,超过通常惯例水平的费用；未经被保险人医师推荐而产生的医疗费用；未取得中国大陆法律法规及中国大陆相关监管机关批准的检查、治疗及相关医疗服务的所有费用,试验性治疗的所有费用；非药品准字号的药品费和非(食)药监械号的设备费,包括但不限于保健品、膳食补充剂、药妆、戒烟药物、食欲抑制剂、头发再生药物、抗光老化药物、美容用品、大剂量维生素、维他命、健康滋补类中草药、膏方药费,草药代加工成粉剂、药丸、胶囊、胶的费用或者其他制剂发生的加工费用；
- (三十三) 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；为个人舒适或者方便而产生的费用,包括但不限于电视、套房及其相关设施、雇佣护工、房屋打扫、访客膳食和住宿、电话、家庭设备、旅行费；
- (三十四) 生长激素治疗及其他相关费用,但经医疗服务供应商批准的医学必需情形不在此限；
- (三十五) 器官移植供体费用、器官来源费用、低温储藏费用。
- (三十六) 睡眠检查和治疗费,对疑为发作性睡眠或者阻塞性呼吸暂停症状的检查和治疗费。

保险金额

第九条 保险金额是保险人承担赔偿责任或者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与保险人在投保时约定,并在保险单中载明。保险金额一经确定,保险期间内不能进行变更。

保险期间

第十条 本合同保险期间最长为一年。具体保险起始日期和终止日期由投保人和保险人在投保时约定,并在保险单中载明。

不保证续保

第十一条 本合同为非保证续保合同。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本保险，经保险人审核同意，交纳保险费，并获得新的保险合同。

当发生下列情形之一的，保险人不再接受投保人的不间断再次投保本保险申请：

- （一）保险期间届满，投保人申请不间断再次投保本保险时被保险人的年龄超过九十九周岁；
- （二）被保险人身故；
- （三）投保人申请不间断再次投保本保险时，本保险已因本合同其他条款所列情况而导致效力终止；
- （四）投保人或被保险人有不如实告知、欺诈等情形；
- （五）本保险统一停售。

免赔额

第十二条 本合同中所称免赔额均指年免赔额，指在本合同保险期间内，应由被保险人自行承担，本合同不予赔付的部分。被保险人就医过程中，由社保统筹支付、社保附加支付的费用，或本保险合同责任范围内且已由其他商业保险赔付的，均可用作抵扣本保险的免赔额。

投保人在与保险人订立保险合同时，可从本合同所附保障计划表中选择免赔额的具体金额以及相关适用情况，并在保险单中载明。

保险人义务

第十三条 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。

第十四条 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。

第十五条 保险人依据第二十一条、第二十二条所取得的保险合同解除权，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。

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。

第十六条 保险人按照第二十八条的约定，认为投保人、被保险人或者受益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、被保险人或者受益人补充提供。

第十七条 保险人收到被保险人或者受益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。但保险责任的核定必须依赖于特定证明、鉴定、判决、裁定或其他证据材料的，保险人应在被保险人或者受益人提供或自行取得上述证据材料起三十日内作出核定。

保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金义务。保险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三日内向被保险人或者受益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的数额后,应当支付相应的差额。

第十九条 保险人有权对理赔进行核查,投保人和被保险人有义务提供保险人所要求的相关材料。如果受益人向保险人提起虚假的保险金申请,保险人有权追回已支付的相应保险金,并对其它虚假理赔的申请且尚未支付的款项拒绝支付,并有权解除或者部分解除本合同。

投保人、被保险人义务

第二十条 本合同保险费缴付方式由投保人和保险人在投保时约定,并在保险单中载明。

若投保人选择一次性缴付保险费,投保人应当在本合同成立时一次性缴清保险费。保险费缴清前,本合同不生效,对保险费交清前发生的保险事故,保险人不承担保险责任。

若投保人选择分期缴付保险费,在交纳首月保险费后,投保人应当在每个保险费约定支付日交纳其余各月对应的保费。如投保人未按照本合同约定的付款时间足额缴付当期保费,保险人允许投保人在本合同约定的缴费延长期内补交对应月份的保费,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费,且在本合同约定的缴费延长期内仍未足额补缴当期保费的,则本合同的保险期间在上一缴费周期支付日二十四时终止,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。

第二十一条 订立保险合同,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。

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。

成为本合同的主被保险人,即意味着主被保险人及其代表的附属被保险人同意任何医疗机构、医师、药剂师等向保险人提供保险人认为处理本合同相关事宜所必要的医疗信息(包括完整医疗病历和诊断)。保险人将对这些信息保密。

成为本合同的主被保险人,也意味着主被保险人及其代表的附属被保险人同意保险人将所有医疗信息提供给相关机构以处理本合同相关事宜。

第二十二条 投保人申请投保时,应按被保险人的周岁年龄和性别填写,如果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,并且其真实年龄不符合本合同约定投保年龄限制的,保险人有权解除本合同,并向投保人退还未满期净保费(见释义34)。对于本合同解除前发生的保险事故,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或者性别不真实,致使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。如果已经发生保险事故,在给付保险金时按实际缴纳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或者性别不真实,致使投保人实交保险费多于应交保险费的,保险人会将多收的保险费无息退还给投保人。

第二十三条 投保人住所、通讯地址或数据电文联系方式变更时,应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的,保险人按本合同所载的最后住所、通讯地址或数据电文联系方式发送的有关通知,均视为已发送给投保人。

第二十四条 被保险人变更其职业或工种时,投保人应于三十日内以书面形式通知保险人。若被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内的,保险人对该被保险人所负保险责任自其职业或工种变更之日起终止,并退还未满期净保费。

被保险人未履行本条约定的通知义务而发生保险事故的,且被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内的,保险人不承担给付保险金的责任,并自其职业或工种变更之日起,按日计算退还未满期保费,本合同终止。

第二十五条 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(见释义35)而导致的迟延。

预授权

第二十六条 预授权

被保险人接受下列治疗和服务之前,须在预定开始治疗日期前至少四十八小时向保险人或保险人授权的医疗管理公司提交预授权申请。

- (1) 所有住院治疗;
- (2) 任何需要全麻下进行的门诊手术;
- (3) 所有器官、骨髓、干细胞或其他组织移植;
- (4) 首次放射治疗、化学治疗、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、质子重离子治疗以及肾透析;
- (5) 购买或者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;
- (6) 第七条第四款列明的医疗援助各项服务;
- (7) 第七条第三款列明的特定药品各项治疗;
- (8) 单价人民币3000元及以上的外购药品或医疗器械;
- (9) 上述医疗项目外单价人民币5000元及以上的治疗、单项检查。

若发生紧急情况且在被保险人得不到及时治疗可能导致其身故或者明显身体伤害的情况下,可先在与紧急情况发生地邻近的医疗机构接受治疗。如在上述紧急情况下未能事先申请预授权,被保险人须在开始接受上述治疗后四十八小时之内通知保险人。保险人将对该次治疗是否属紧急情况予以审核。对于审核同意该次治疗属于紧急情况的,在扣除相应的免赔额后,对应的预授权给付比例为100%。

被保险人在进行上述治疗前,若未事先申请预授权或紧急情况下未能在规定时间内通知保险人的,对于被保险人发生的合理且医疗必需的治疗费用,保险人将按合同约定的给付范围、费用限额、最高给付日数计算得出的金额,在扣除相应的免赔额后,再乘以60%的比例给付保险金。

补偿原则

第二十七条 若被保险人发生属于本合同保障范围内的医疗费用,并从基本医疗保险、公费医疗或其他商业医疗保险等其他途径已获得了补偿或赔偿,保险人将按被保险人实际发生的医疗费用扣除各种补偿和赔偿后,对剩余部分按照本合同的约定在给付限额内承担相应的保险责任。

被保险人依据本合同、基本医疗保险、公费医疗和其他商业医疗保险等各种途径所获得的所有补偿或赔偿金额之和不得超过被保险人实际发生的医疗或检测等费用。

保险金申请与给付

第二十八条 本合同保险金的申请方式包括**事后申请**方式和**医疗直付**方式。

(一) 采用事后申请的方式申请保险金时,保险金申请人(见释义36)须填写保险金给付申请书,并应向保险人提供以下证明和资料。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的,保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

- (1) 保险金申请人填具的索赔申请书;
- (2) 保险单或其他保险凭证正本;
- (3) 保险金申请人的有效身份证件(见释义37);
- (4) 本合同约定的医院或保险人指定医疗机构出具的完整病历资料(包括门急诊病历、住院病历、出院小结以及相关的检查报告);
- (5) 本合同约定的医院或保险人指定医疗机构出具的附有病历、病理检验、血液检验、影像学报告及其他科学方法检验报告的疾病诊断证明书;
- (6) 医疗费用原始收据、医疗费用明细清单及医疗费用分割单(若发生手术费用,还需提供手术费用的原始凭证,被保险人享有**社会基本医疗保险**(见释义38)或公费医疗保障的,需包含社会基本医疗保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿证明);
- (7) 被保险人罹患本合同所定义的重大疾病,还应提供由医院或保险人指定医疗机构具有相应资质的医生出具的对被保险人的疾病诊断证明书以及由医院或指定医疗机构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;
- (8) 首次申请理赔时,应提供合同约定的医院或保险人指定医疗机构出具的被保险人在本合同保险期间内历次的医疗诊断证明、病历及医疗、医药费原始单据、结算明细表与处方正本;
- (9) 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;
- (10) 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。

以上证明和资料不完整的,保险人将及时一次性通知保险金申请人补充提供有关的证明和资料。

(二) 被保险人在保险人指定的直付医疗机构(具体以保险人另行发布的《直付医疗机构清单》为准)接受治疗的,可以采用**医疗直付方式**申请保险金,对于依据本合同约定应由保险人承担的医疗费用,保险人将与直付医疗机构直接结算。保险金申请人不可在就医后再向保险人申请该部分医疗费用对应的保险金。

被保险人同时拥有多份有效的费用补偿型医疗保险保险单的,可以自主决定理赔申请顺序。

第二十九条 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。

争议处理和法律适用

第三十条 因履行本合同发生的争议,由当事人协商解决。协商不成的,可依法向中华人民共和国境内(不包括香港、澳门、台湾地区)有管辖权的人民法院起诉。

未发生保险事故,被保险人或者受益人谎称发生了保险事故,向保险人提出给付保险金请求的,保险人有权解除本合同,并不退还保险费。

投保人、被保险人故意制造保险事故的,保险人有权解除本合同,不承担给付保险金的责任,并不退还保险费。

保险事故发生后,投保人、被保险人或者受益人以伪造、变造的有关证明、资料或者其他证据,编造虚假的事故原因或者夸大损失程度的,保险人对其虚报的部分不承担给付保险金的责任。

发生前三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。

保险人直接支付或授权合作伙伴,向保险金申请人或医疗机构直接支付本合同项下发生的医疗费用时,若已经支付的费用不属于保险责任范围或超出了相应的保险责任范围,则保险人有权追索。

第三十一条 与本合同有关的以及履行本合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律(不包括香港、澳门、台湾地区法律)。

其他事项

第三十二条 除本合同另有约定外,经投保人和保险人协商同意后,可变更本合同的有关内容。变更本合同时,投保人应填写变更合同申请书,经保险人审核同意,并在本合同的保险单或其它保险凭证上加以批注,或由投保人和保险人订立变更的书面协议后生效。

第三十三条 在本合同成立后,投保人可以书面形式通知保险人解除合同。

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) 保险单原件;
- (三) 保险费交付凭证;
- (四) 投保人身份证明;
- (五) 保险人需要的其它有关文件和资料。

投保人要求解除本合同,自保险人接到保险合同解除申请书之时起,本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起三十日内退还保险单的未满期净保费,但对于保险期间内已产生赔款支付的被保险人,保险人不接受解除本合同的申请。

第三十四条 发生以下情况之一时,本合同效力即时终止:

- (一) 保险期间届满;
- (二) 被保险人身故;
- (三) 因本合同其他条款所约定的情况而终止效力。

释义

第三十五条 除另有约定外,在本合同中,以下词语具有如下含义:

- 1、**保险人**:指与投保人签订本合同的利宝保险有限公司。
- 2、**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。
- 3、**重大疾病**:本合同所约定的重大疾病是指被保险人发生符合以下二十八种依据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)》疾病定义所述条件的疾病:

(一) 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(见释义39)**(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(见释义40)为I期或更轻分期的甲状腺癌(见释义41);
- (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。

(二) 较重急性心肌梗塞

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。

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,并且必须同时满足下列至少一项条件:

- (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;
- (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;
- (3) 出现左心室收缩功能下降,在确诊六周以后,检测左室射血分数(LVEF)低于50%(不含);

- (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;
- (5) 影像学检查证实存在新出现的室壁瘤;
- (6) 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)升高不在保障范围内。

(三) 严重脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞,须由头颅断层扫描(CT)、核磁共振检查(MRI)等影像学检查证实,并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍,指疾病确诊一百八十天后,仍遗留下列至少一种障碍:

- (1) 一肢(含)以上肢体肌力(见释义42)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(见释义43);
- (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(见释义44)中的三项或三项以上。

(四) 重大器官移植术或造血干细胞移植术

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。

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)的移植手术。

(五) 冠状动脉搭桥术(或称冠状动脉旁路移植术)

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。

所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。

(六) 严重慢性肾衰竭

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九十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。

(七) 多个肢体缺失

指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端(靠近躯干端)以上完全性断离。

(八) 急性重症肝炎或亚急性重症肝炎

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:

- (1) 重度黄疸或黄疸迅速加重;
- (2) 肝性脑病;
- (3) B超或其他影像学检查显示肝脏体积急速萎缩;
- (4) 肝功能指标进行性恶化。

(九) 严重非恶性颅内肿瘤

指起源于脑、脑神经、脑被膜的非恶性肿瘤,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)范畴,并已经引起颅内压升高或神经系统功能损害,出现视乳头水肿或视觉受损、听觉受损、面部或肢体瘫痪、癫痫等,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,且须满足下列至少一项条件:

- (1) 已经实施了开颅进行的颅内肿瘤完全或部分切除手术；
- (2) 已经实施了针对颅内肿瘤的放射治疗，如 γ 刀、质子重离子治疗等。

下列疾病不在保障范围内：

- (1) 脑垂体瘤；
- (2) 脑囊肿；
- (3) 颅内血管性疾病（如脑动脉瘤、脑动静脉畸形、海绵状血管瘤、毛细血管扩张症等）。

(十) 严重慢性肝衰竭

指因慢性肝脏疾病导致的肝衰竭，且须满足下列全部条件：

- (1) 持续性黄疸；
- (2) 腹水；
- (3) 肝性脑病；
- (4) 充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。

因酗酒（见释义45）或药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。

(十一) 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，指经相关专科医生确诊疾病一百八十天后，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。

(十二) 深度昏迷

指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级（GCS, Glasgow Coma Scale）结果为5分或5分以下，且已经持续使用呼吸机及其他生命维持系统九十六小时以上。

因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。

(十三) 双耳失聪——三周岁（含）以上方可理赔

指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆（见释义46）性丧失，在500赫兹、1000赫兹和2000赫兹语音频率下，平均听阈大于等于91分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

被保险人申请理赔时年龄必须满三周岁（含）以上，并且提供理赔当时的听力丧失诊断及检查证据。

(十四) 双目失明——三周岁（含）以上方可理赔

指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失，双眼中较好眼须满足下列至少一项条件：

- (1) 眼球缺失或摘除；
- (2) 矫正视力低于0.02（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）；
- (3) 视野半径小于5度。

被保险人申请理赔时年龄必须在三周岁(含)以上,并且提供理赔当时的双目失明诊断及检查证据。

(十五) 瘫痪

指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体随意运动功能永久完全丧失。肢体随意运动功能永久完全丧失,指疾病确诊一百八十天后或意外伤害发生一百八十天后,每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬,或肢体肌力在2级(含)以下。

(十六) 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。

(十七) 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。

(十八) 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,指脑损伤一百八十天后,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。

(十八) 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。

(二十) 严重III度烧伤

指烧伤程度为III度,且III度烧伤的面积达到全身体表面积的20%或20%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

(二十一) 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(见释义47)IV级,且静息状态下肺动脉平均压在36mmHg(含)以上。

(二十二) 严重运动神经元病

是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病,包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症,经相关专科医生确诊,且须满足下列至少一项条件:

- (1) 严重咀嚼吞咽功能障碍;
- (2) 呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难,且已经持续使用呼吸机七天(含)以上;
- (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。

(二十三) 语言能力丧失-三周岁始理赔

指因疾病或意外伤害导致语言能力完全丧失,经过积极治疗至少十二个月(声带完全切除不受此时间限制),仍无法通过现有医疗手段恢复。

精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。

被保险人申请理赔时年龄必须在三周岁以上,并且提供理赔当时的语言能力丧失诊断及检查证据。

(二十四) 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 $\geq$ 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:
 - ① 中性粒细胞绝对值 $<0.5 \times 10^9 / L$;
 - ② 网织红细胞计数 $<20 \times 10^9 / L$;
 - ③ 血小板绝对值 $<20 \times 10^9 / L$ 。

(二十五) 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。

(二十六) 严重慢性呼吸衰竭

指因慢性呼吸系统疾病导致永久不可逆性的呼吸衰竭,经过积极治疗一百八十天后满足以下所有条件:

- (1) 静息时出现呼吸困难;
- (2) 肺功能第一秒用力呼气容积(FEV1)占预计值的百分比 $<30\%$;
- (3) 在静息状态、呼吸空气条件下,动脉血氧分压(PaO₂) $<50\text{mmHg}$ 。

(二十七) 严重克罗恩病

指一种慢性肉芽肿性肠炎,具有特征性的克罗恩病(Crohn 病)病理组织学变化,须根据组织病理学特点诊断,且已经造成瘻管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

(二十八) 严重溃疡性结肠炎

指伴有致命性电解质紊乱的急性暴发性溃疡性结肠炎,病变已经累及全结肠,表现为严重的血便和系统性症状体征,须根据组织病理学特点诊断,且已经实施了结肠切除或回肠造瘘术。

- 4、**意外伤害**:指以外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。以下情形属于疾病范畴,非本合同所指意外伤害:
- (1) 猝死:指由潜在疾病、身体机能障碍或其他非外来性原因所导致的、在出现急性症状后发生的突然死亡,以医院的诊断或公安、司法机关的鉴定为准;
 - (2) 过敏及由过敏引发的变态反应性疾病;
 - (3) 高原反应;
 - (4) 中暑;
 - (5) 细菌、病毒或其他病原体导致的感染性疾病。
- 5、**医院**:是指符合下列所有条件的机构,包含以下机构中的特需门诊或病房(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):
- (1) 拥有合法经营执照的中国大陆二级及二级以上公立医院,保险人指定的中国大陆私立医院(具体以保险人另行发布的《指定医院清单》为准);若被保险人罹患本合同约定的重大疾病(见释义3),则拓展医院范围至保险人指定的香港部分医院(具体以保险人另行发布的《指定医院清单》为准);
 - (2) 设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务;
 - (3) 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。且非主要作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。
- 本保险各个保障计划和各项保障项目对医院的限制条件以本合同所附保障计划表中的约定为准。
- 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**:是指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院或指定医疗机构的正式病房接受全日二十四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) 被保险人在医院或指定医疗机构的(门)急诊观察室、家庭病床(房)入住;
 - (2) 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。
 - (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。
- 8、**医学必需且合理**:指符合以下两个条件
- (1) 符合通常惯例水平: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。

(2) 医学必要: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:

- a.医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需;
- b.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;
- c.与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致;
- d.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;
- e.非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关;
- f.非试验性或研究性。

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。

9、**院外**:指非被保险人就诊医院。

10、**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治疗。本合同所指的放疗为被保险人根据医嘱,在合同约定的医院或指定医疗机构的专门科室进行的放疗。

11、**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治疗。本合同所指的化疗为被保险人根据医嘱,在合同约定的医院或指定医疗机构进行的静脉注射化疗,不包含质子重离子治疗。

12、**物理治疗**:指由具有相应资质的专业医生实施的、应用人工物理因子(如光、电、磁、声、温热、寒冷、力等)来治疗疾病的治疗方式,包括电疗、光疗、磁疗、热疗、冷疗、水疗,超声波疗法、功能训练和手法治疗,但不包括泥疗、蜡敷治疗、气泡浴与药物浸浴治疗。

13、**初次确诊**:指自被保险人出生之日起第一次经医院或保险人指定医疗机构确诊患有某种疾病,而不是指自本合同生效之后第一次经医院或保险人指定医疗机构确诊患有某种疾病。

14、**实际住院日数**:指被保险人在住院病房内实际接受治疗的日数,以医疗机构收费凭证上实际收取的住院费对应的日数为准,但须扣除请假外出、挂床住院以及不合理住院的日数。

15、**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。本合同所指的靶向治疗的药物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。

16、**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。

17、**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。

18、**罕见病**:除另有约定外,本合同约定的罕见病指符合以下定义的疾病:

(一) 多发性硬化:因脑及脊髓内的脱髓鞘病变而出现神经系统多灶性(多发性)多时相(至少6个月以内有一次以上(不包含一次)的发作)的病变,须由计算机断层扫描(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,且已经造成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,持续至少一百八十天。

(二) 高苯丙氨酸血症及四氢生物喋呤缺乏症高苯丙氨酸血症:指由于苯丙氨酸羟化酶缺乏或其辅酶

四氢生物蝶呤缺乏, 导致血苯丙氨酸 (Phe) 增高的一组氨基酸代谢病。高苯丙氨酸血症的诊断必须由保险人认可医院合格的专科医生做出, 并符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准, 且必须满足下列所有条件:

- (1) 血Phe浓度 $>120\mu\text{mol/L}$ ($>2\text{mg/dl}$);
- (2) 血Phe与酪氨酸 (tyrosine, Tyr) 比值 (Phe/Tyr) >2.0 。
- (三) 四氢生物蝶呤缺乏症: 指四氢生物蝶呤 (BH4) 的合成或代谢途径中酶的先天性缺陷导致的氨基酸代谢障碍, 导致神经递质合成受影响, 出现高苯丙氨酸血症以及严重的神经系统损害症状和智能障碍。四氢生物蝶呤缺乏症 (BH4D) 的诊断必须由保险人认可医院合格的专科医生做出, 并符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准, 且满足下列所有条件:
 - (1) 血Phe浓度 $>120\mu\text{mol/L}$ 及Phe/Tyr >2.0 ;
 - (2) 尿喋呤谱异常, 或血DHPR活性异常;
 - (3) BH4负荷试验, 结果符合BH4缺乏症的特征;
 - (4) 检测到BH4D基因致病性变异。
- (四) 肌萎缩侧索硬化: 指一种病因未明、主要累及大脑皮质、脑干和脊髓运动神经元的神经系统变性疾病。肌萎缩侧索硬化 (ALS) 的诊断必须由保险人认可医院合格的专科医生做出, 并符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准, 且至少满足下列一项条件:
 - (1) 通过临床或电生理检查, 证实在4个区域中至少有3个区域同时存在上、下运动神经元同时受累的证据;
 - (2) 通过临床或电生理检查, 证实至少1个区域存在上、下运动神经元同时受累的证据, 且满足ALS相关遗传物质辅助检测诊断结果。
- (五) 血友病: 指一种遗传性凝血功能异常的出血性疾病。本合同仅包括严重甲型血友病 (缺乏VIII凝血因子) 或严重乙型血友病 (缺乏IX凝血因子), 并且凝血因子VIII或凝血因子IX的活性水平少于百分之一。被保险人必须经过血液专科医生明确诊断。
- (六) 严重原发性肺动脉高压: 指各种原因导致的肺动脉压力持续性增高, 进行性发展而导致的慢性疾病, 达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级III级及以上, 但尚未到达IV级, 且静息状态下肺动脉平均超过25mmHg。
- (七) 原发性肉碱缺乏症: 又称肉碱转运障碍或肉碱摄取障碍。是由于细胞膜上与肉碱高亲和力的肉碱转运蛋白基因突变所致的一种脂肪酸 β 氧化代谢病, 为常染色体隐性遗传病。表现为血浆肉碱水平明显降低及组织细胞内肉碱缺乏, 引起心脏、骨骼肌、肝脏等多系统损害。原发性肉碱缺乏症的诊断必须由保险人认可医院合格的专科医生做出, 且被保险人的串联质谱检测结果和基因突变检测结果应符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准。

19、**醉酒**: 指每百毫升血液的酒精含量大于或等于80毫克。

20、**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。

21、**酒后驾驶**: 指经检测或鉴定, 发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或超过一定的标准, 公安机关交通管理部门依据《中华人民共和国道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

22、**无合法有效驾驶证**:

指下列情形之一

- (1) 没有取得驾驶资格;

- (2) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不相符合；
- (3) 持审验不合格的驾驶证驾驶，或使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证；
- (4) 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；
- (5) 无驾驶证，驾驶证被依法扣留、暂扣、吊销、注销期间或驾驶证载明的有效期已届满，被保险人未及时更换新驾驶证；
- (6) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关约定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车

23、无合法有效行驶证：

指下列情形之一：

- (1) 发生保险事故时无公安机关交通管理部门核发的合法有效的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动号牌；
- (2) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验；

24、既往症：指在保险人对其保险责任生效前被保险人已就此接受诊断、医学咨询或者治疗，或者服用药物，或者显现症状的疾病或者损伤。包括以下任何情形：

- (1) 本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- (2) 本合同生效前，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) 本合同生效前，未经医生诊断和治疗，但症状或者体征明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓；

25、潜水：指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动或作业。

26、探险：指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身于其中的行为，如：江河漂流、登山、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。

27、武术：指两人或者两人以上对抗性柔道、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运动。

28、特技表演：指进行马术、杂技、驯兽等表演活动。

29、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。

30、医疗事故：指医院或指定医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范及常规，过失造成患者人身损害的事故。

31、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。

32、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。

33、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。

在人体血液或其他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。

34、**未到期净保费**:除另有约定外,按下述公式计算未到期保险费:

若选择一次性缴付保险费,未到期保险费=保费 $\times$ (1-m/n),其中,m为已生效天数,n为保险期间的天数,经过日期不足一日的按一日计算。

若选择分期缴付保险费,未到期保险费=当期保费 $\times$ (1-m/n),其中,m为当期已生效天数,n为当期天数,经过日期不足一日的按一日计算。

35、**不可抗力**:指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

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

37、**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,包括但不限于居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。

38、**社会基本医疗保险**:本合同所称的社会基本医疗保险包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的社会基本医疗保障项目。

39、**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。

40、**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。

41、**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 $\leq 2\text{cm}$

T1a肿瘤最大径 $\leq 1\text{cm}$

T1b肿瘤最大径 $> 1\text{cm}$, $\leq 2\text{cm}$

pT2:肿瘤 2~4cm

pT3:肿瘤 $> 4\text{cm}$, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT3a:肿瘤 $> 4\text{cm}$, 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外

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 $\leq 2\text{cm}$

T1a肿瘤最大径 $\leq 1\text{cm}$

T1b肿瘤最大径 $> 1\text{cm}$, $\leq 2\text{cm}$

pT2:肿瘤 2~4cm

pT3:肿瘤 $> 4\text{cm}$, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT3a:肿瘤 $> 4\text{cm}$, 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
	4a	任何	0
IVA期	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。

42、**肢体肌力**:肢体是指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。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。

43、**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。

44、**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。

45、**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造成自身伤害、斗殴肇事或交通肇事。酒精过量由医院或指定医疗机构或公安部门判定。

46、**永久不可逆**:指自疾病确诊或意外伤害发生之日起, 经过积极治疗一百八十天后, 仍无法通过现有医疗手段恢复。

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。