

中华联合财产保险股份有限公司

中老年人医疗保险 G 款（互联网专属）条款

总则

第一条 保险合同构成

本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、保险单（包含电子保险单，下同）或其他保险凭证、批单等组成。

凡涉及本合同的约定，均采用书面形式（包括电子文档形式）。

第二条 投保人

本合同的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。

第三条 被保险人

除另有约定外，凡投保时年龄在 51 周岁至 100 周岁，身体健康、能正常工作或正常生活，在中华人民共和国境内（除香港、澳门、台湾地区，下同，以下简称“中国”）居住的中国国籍自然人，或持有中国政府部门签发的的工作签证、中国境内居留证或长期居住证且在中国境内居住停留时间不少于 9 个月的外籍自然人均可成为本合同的被保险人。

第四条 受益人

除另有约定外，本合同的受益人为被保险人本人。

投保人指定或变更受益人时须经被保险人同意。

被保险人死亡后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人的遗产，由保险人依照中华人民共和国有关法律法规的规定履行给付保险金的义务：

- （一）没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；
- （二）受益人先于被保险人死亡，没有其他受益人的；
- （三）受益人依法丧失受益权或者放弃受益权，没有其他受益人的。

受益人与被保险人在同一事件中死亡，且不能确定死亡先后顺序的，推定受益人死亡在先。

投保人为与其有劳动关系的劳动者投保人身保险，不得指定被保险人及其近亲属以外的人为受益人。

第五条 保险区域

本合同约定的保险区域为中华人民共和国境内（除香港、澳门和台湾地区），保险人仅对被保险人在约定保险区域内发生的保险事故承担保险责任。

保险责任

第六条 保险责任

本合同的保险责任包括“重大疾病医疗保险金”和“一般医疗保险金”，其中“重大疾病医疗保险金”为必选责任，“一般医疗保险金”为可选责任。**被保险人可只投保必选责任，也可在投保必选责任的同时投保可选责任，但不能单独投保可选责任**，具体以投保人与保险人约定为准，并于保险合同中载明。

（一）重大疾病医疗保险金（必选）

保险期间内，被保险人在本合同约定的保险区域内因意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因，经专科医生初次确诊罹患本合同所定义的一种或者多种重大疾病，在保险人认可的医疗机构接受治疗的，保险人对被保险人因治疗产生的合理且必要的下列住院医疗费用或特殊门诊医疗费用，按照本合同的约定给付重大疾病医疗保险金。

1、住院医疗费用

被保险人经保险人认可的医疗机构诊断必须住院接受治疗的，对于住院期间发生的合理且必要的住院医疗费用，保险人将按照本合同约定的保险金计算方法，在重大疾病医疗保险金额内给付住院医疗保险金。

在保险期间内，因重大疾病住院的最高给付日数为 180 日，累计住院超过 180 日发生的医疗费用，不属于保险责任范围。

经过等待期后在本合同到期日前发生的并延续至本合同到期日后 30 日内（含第 30 日）的住院治疗，对此期间发生的合理且必要的住院医疗费用，保险人仍将按照本合同的约定在重大疾病医疗保险金额内给付住院医疗保险金。

2、特殊门诊医疗费用

被保险人在保险人认可的医疗机构进行治疗期间发生的合理且必要的特殊门诊医疗费用，保险人将按照本合同约定的保险金计算方法，在重大疾病医疗保险金额内给付特殊门诊医疗保险金。

特殊门诊医疗费用具体包括以下各项费用：

(1) 门诊肾透析费；

(2) 门诊恶性肿瘤治疗费，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法的治疗费用；

(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费；

保险人对于以上两类费用的累计给付金额之和以本合同约定的重大疾病医疗保险金的保险金额为限，一次或累计给付的金额达到重大疾病医疗保险金额时，保险人对于被保险人在重大疾病医疗保险金项下的保险责任终止。

当保险人一次或累计给付的金额达到重大疾病医疗保险金额时，若投保人同时投保可选责任，保险人将在本合同约定的一般医疗保险金范围内继续承担重大疾病住院医疗费用或重大疾病特殊门诊医疗费用给付责任。

(二) 一般医疗保险金（可选）

在保险期间内，被保险人在本合同约定的保险区域内遭受意外伤害或等待期后罹患疾病，在保险人认可的医疗机构接受治疗而产生的承保责任范围内的合理且必要的医疗费用，保险人对下列住院医疗费用或特殊门诊医疗费用按照本合同的约定给付一般医疗保险金。

1、住院医疗费用

被保险人经保险人认可的医疗机构诊断必须住院治疗的，对于住院期间发生的合理且必要的住院医疗费用，保险人将按照本合同约定的保险金计算方法，在一般医疗保险金额内给付一般医疗住院医疗保险金。

在保险期间内，因意外伤害或疾病住院的最高给付天数为 180 日，累计住院超过 180 日发生的医疗费用，不属于保险责任范围。

经过等待期后在本合同到期日前发生的并延续至本合同到期日后 30 日内（含第 30 日）的住院治疗，对此期间发生的合理且必要的住院医疗费用，保险人仍将按照本合同的约定在一般医疗保险金额内给付住院医疗保险金。

2、特殊门诊医疗费用

被保险人在保险人认可的医疗机构进行治疗期间发生以下合理且必要的特殊门诊医疗费

用，保险人将按照本合同约定的保险金计算方法，在一般医疗保险金额内给付特殊门诊医疗保险金。

特殊门诊医疗费用具体包括以下各项费用

(1) 门诊肾透析费；

(2) 门诊恶性肿瘤治疗费，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法的治疗费用；

(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费。

保险人对于以上两类费用的累计给付金额之和以本合同约定的一般医疗保险金的保险金额为限，一次或累计给付的金额达到一般医疗保险金额时，保险人对于被保险人在一般医疗保险金项下的保险责任终止。

第七条 等待期

投保人为被保险人首次投保本保险或者非续保本保险时，自本合同生效之日起一定期间为等待期，具体期间在保险单中载明，最长不超过 90 天。续保本保险无等待期。

若被保险人在本合同约定的等待期结束之前罹患疾病，不论治疗时间是否位于等待期结束之后，保险人均不承担保险金给付责任。

若被保险人在本合同约定的等待期结束之前罹患本合同所定义的重大疾病，保险人不承担保险金给付责任，且本合同终止，保险人向投保人退还所交保险费。

被保险人连续投保本保险或被保险人因遭受意外伤害发生的保险事故无等待期。

本合同期满后 30 天内（含第 30 日），投保人重新提出投保申请、保险人重新审核同意后签发的保险单，不计算等待期；本合同期满后第 31 日起，投保人重新提出投保申请、保险人重新审核同意后签发的保险单，需重新计算等待期。

第八条 免赔额与医疗保险金的计算方法

(一) 免赔额的确定：

免赔额指在本合同保险期间内，符合第六条约定的医疗费用中应由被保险人自行承担，保险人不承担给付保险金责任的部分。免赔额的计算方法为：

免赔额=基础免赔额-其他商业保险机构获得的医疗费用补偿

免赔额最低为零。通过上述公式计算得到负数时，免赔额计为零。

通过基本医疗保险和公费医疗保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

本合同中被保险人的重大疾病医疗保险金基础免赔额和一般医疗保险金基础免赔额由投保人和保险人在订立本保险合同时协商确定，并在保险单中分别载明。重大疾病医疗保险金免赔额、一般医疗保险金免赔额根据上述公式分别计算。

(二) 本保险合同的医疗保险金按照以下公式进行计算：

医疗保险金的计算方法：

医疗保险金=（保险期间内累计合理医疗费用-其他途径累计已获得的医疗费用补偿金额-免赔额）×给付比例

其他途径累计已获得的医疗费用补偿包含已从基本医疗保险、公费医疗、商业性医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构获得医疗费用补偿。

给付比例由保险人与投保人在投保时协商约定，并在保险单中载明。重大疾病医疗保险金、一般医疗保险金根据上述公式分别计算。

如果投保人同时投保“重大疾病医疗保险金”和“一般医疗保险金”责任，当被保险人在本合同约定的保险区域内因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因，经专科医生初次确诊罹患本保险合同所定义的重大疾病时，对于被保险人自确认重大疾病之日起所发生的符合本保险合同约定的、因治疗重大疾病支出的医疗费用，保险人优先在重大疾病医疗保险金范围内承担给付保险金的责任。当保险人一次或累计给付的金额达到重大疾病医疗保险金时，保险人将在本保险合同约定的一般医疗保险金范围内继续承担重大疾病医疗费用给付责任，此种情况下，保险人在一般医疗保险金范围内计算重大疾病医疗保险金时不再扣减免赔额。

第九条 费用补偿原则

本合同为费用补偿性保险合同，适用医疗费用补偿原则。若被保险人可以从其他途径（包括但不限于基本医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得本合同责任范围内的医疗费用补偿的，保险人仅对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。被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的医疗费用金额为限。

责任免除

第十条 责任免除

被保险人因下列原因而支出医疗费用的，保险人不承担给付保险金责任：

(一) 因被保险人在投保前已罹患的既往症引起的索赔，但被保险人告知并经保险人书

面同意承保的除外；

（二）自被保险人加入本合同后于等待期内接受的住院治疗，或自被保险人加入本合同后于等待期内接受的特殊门诊治疗，但因意外导致的医学治疗除外；

（三）中草药，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的费用；

（四）被保险人患精神和行为障碍，遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常（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）；

（五）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

（六）被保险人故意自伤、故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；

（七）被保险人殴斗、主动吸食或注射毒品，违反规定使用麻醉或精神药品；

（八）疗养、视力矫正手术、各种健康体检项目及预防性医疗项目、牙科保健及牙科治疗、康复治疗、非意外事故所致整容手术或美容手术；

（九）被保险人治疗性病、性功能障碍的费用；

（十）任何在疗养院、水疗院、温泉、天然诊所、健身房或类似场所、及因为家庭医疗的需要而建立具有医院装备的并成为被保险人的家或永久居住地的组成部分所发生的膳宿和治疗费用；

（十一）被保险人进行针灸、正骨、推拿等中医外治所产生的治疗费用；

（十二）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；

（十三）除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其他人工器官材料费、安装和置换等费用、各种康复治疗器械、假体、义肢、自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械；

（十四）与寻找移植用的器官的相关费用或任何从捐赠者身上摘取器官或支付给捐赠者的任何费用，转运器官的费用及相关的管理费用。所有没有在器官移植的释义中订明的与器官相关的费用；

(十五) 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）的购买或租赁费用；

(十六) 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证照的机动车导致交通意外引起的医疗费用；

(十七) 被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；

(十八) 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）等费用；

(十九) 被保险人从事高风险运动导致的伤害引起的治疗；

(二十) 由于职业病、医疗事故引起的医疗费用；

(二十一) 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；

(二十二) 不符合入院标准的住院、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）；

(二十三) 被保险人接受实验性治疗，即未经科学或医学认可的医疗；

(二十四) 未被治疗所在地权威部门批准的治疗，未获得国家药品监督管理局或省级药品监管部门许可或批准的药品或药物；

(二十五) 被保险人在非保险人认可的医院发生的医疗费用；

(二十六) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（因本合同约定的职业关系、输血感染或器官移植导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病除外）；

(二十七) 根据法律或政府指导需要进行隔离或检疫的传染病的治疗的费用；

(二十八) 所发生的费用已在其他的保险凭证、保险单或基本医疗保险计划中得到给付的部分。

保险金额和保险费

第十一条 保险金额和保险费

本合同的保险金额与保险费由投保人和保险人在投保时约定并于保险单上载明。

保险期间和续保

第十二条 保险期间

本合同的保险期间最长不超过一年，具体由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

第十三条 续保

本合同为不保证续保合同。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保，保险人有权对重新提出的投保申请进行审核，经保险人同意后，投保人交纳保险费，获得新的保险合同。

保险人义务

第十四条 明确说明义务

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 资料补充通知义务

保险人认为被保险人或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、被保险人或保险金申请人补充提供。

第十六条 保险金给付义务

保险人收到被保险人或保险金申请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，但保险合同另有约定的除外。

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

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

第十七条 保险费交付义务

本合同保险费交付方式可由投保人与保险人在投保时约定，并于保险单上载明。

若约定一次性交付保险费的，投保人应在保险责任起始日前一次性交清保险费。**投保人未按本款约定交付保险费的，保险合同不生效，保险人不承担保险责任。**

若约定分月交付保险费的，投保人在交付首月保险费后，应当在每个保险费约定支付日交纳其余各月的保险费。若投保人未按约定交付保险费，投保人应自保险人催告之日起三十日（含第三十日）内补交保险费，**若投保人在上述三十日内未补交保险费的，本合同自第三十日二十四时起，保险人将不再承担保险责任。**

如果被保险人在此三十日内发生保险事故，保险人将扣减投保人欠交的保险费后按照合同约定给付保险金。

第十八条 如实告知义务

订立本合同，保险人就投保人、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。自合同成立之日起超过二年的，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的责任。

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，不承担给付保险金的责任，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的责任。

第十九条 通讯地址变更通知义务

投保人的通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人将按本合同注明的最后通讯地址发送有关通知。

第二十条 年龄的计算及错误的处理

(一) 被保险人的年龄以周岁计算。

(二) 投保人在申请投保时, 应将被保险人的真实年龄在被保险人名册上填明, 若发生错误应按照下列规定办理:

1、投保人提供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的年龄限制的, 保险人对该被保险人不承担保险责任, 保险人可以全部或部分解除本合同, 向投保人退还相应保险费。

2、投保人提供的被保险人年龄不真实, 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及利息, 或在给付保险金时按实交保险费和应交保险费的比例给付。

3、投保人提供的被保险人年龄不真实, 致使投保人实交保险费多于应交保险费的, 保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

第二十一条 保险事故通知义务

投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后, 应当在四十八小时内或经保险人书面同意延长的期限内通知保险人。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。

保险金申请与给付

第二十二条 保险金申请

保险金申请人申请给付保险金时, 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。

(一) 保险金给付申请书;

(二) 保险单或其他保险凭证正本;

(三) 保险金申请人的身份证明;

(四) 医院出具的被保险人的医疗费用收据或者发票, 或基本医疗保险机构及其他医疗费用补偿途径(如商业保险公司)出具的报销凭证或医疗费用分割单;

(五) 认可的医疗机构出具的附有病理检查、化验检查, 影像学检查及其他医疗检查报

告的医疗诊断证明、入院记录或入院小结、手术记录、检查报告单，门、急诊及住院病历、出院记录或出院小结等；

（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）若被保险人或受益人委托他人申请的，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。

第二十三条 诉讼时效

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

第二十四条 争议处理

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。

第二十五条 法律适用

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

第二十六条 合同变更

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。

第二十七条 合同解除

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，但保险人已根据本合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本合同时，应提供下列证明文件和资料：

（1）保险合同解除申请书；

- (2) 保险单或其他保险凭证原件；
- (3) 保险费交付凭证；
- (4) 投保人身份证明；
- (5) 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 30 日内退还保险单的最低现金价值。

若投保人选择一次性交纳保险费，保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还保险单的最低现金价值。

若投保人选择分期交纳保险费，保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还投保人已交纳期次保险费的最低现金价值。

释义

1、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。

2、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，非本条款所指意外伤害：

- (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。

3、等待期：投保人为被保险人首次投保本保险或者非续保本保险时，自本合同生效之日起一定期间为等待期，具体期间在保险单中载明，最长不超过 120 天。若被保险人在本合同约定的等待期结束之前罹患疾病，不论治疗时间是否位于等待期结束之后，保险人均不承担保险金给付责任。续保本保险无等待期。

4、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) 在二级或二级以上合同约定的医疗机构的相应科室从事临床工作三年以上。

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，而不是指自本合同生效之后第一次经医院确诊患有某种疾病。

6、重大疾病：本合同所保障的重大疾病，是指被保险人在本合同的责任有效期内经专科医生明确诊断初次罹患下列疾病或初次达到下列疾病状态或在医院初次接受下列手术。重大疾病的名称及定义如下：下列第（1）至第（28）项为中国保险行业协会颁布的《重度疾病保险的疾病定义使用规范（2020年修订版）》规定的28种重度疾病定义

（1）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、69（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 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

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。

(2) 较重急性心肌梗死

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梗死。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 6 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。

(3) 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 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。

(4) 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。

(5) 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。

(6) 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 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。

(7) 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。

(8) 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。

(9) 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)。

(10) 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。因酗酒或药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。

(11) 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 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。

(12) 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 96 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。

(13) 双耳失聪

指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆性丧失,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。

(14) 双目失明

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。

(15) 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 180 天后或意外伤害发生 180 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。

(16) 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。

(17) 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。

(18) 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。

(19) 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。

(20) 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。

(21) 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。

(22) 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 7 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。

(23) 语言能力丧失

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 12 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。

(24) 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 $<20 \times 10^9/L$ 。

(25) 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。

(26) 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 180 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) $<50\text{mmHg}$ 。

(27) 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, 且已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

(28) 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。

7、保险人认可的医疗机构: 指中华人民共和国境内(港、澳、台地区除外)经中国卫生部门评审确定的二级或二级以上公立医院普通部, 但前述医院并不包括观察室、特需医疗、国际医疗、联合病房、联合医院、康复病房和干部病房。也不包括以下或类似医疗机构:

- (1) 精神病院，精神心理治疗中心；
- (2) 老人院、疗养院、戒毒中心或戒酒中心；
- (3) 健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

8、合理且必要：指符合以下两个条件

(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。

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。

9、住院：指被保险人因疾病或意外伤害而入住合同约定的医疗机构的正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，但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、住院医疗费用：

(1) 床位费

指住院期间实际发生的、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）。

(2) 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。

（3）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西药或部分中成药的费用。药品费不包括中草药，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的费用。

（4）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，具体以就诊合同约定的医疗机构的费用项目划分为准。本项责任不包含如下费用：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。

（5）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。

（6）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。

（7）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。

（8）医生费

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

（9）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，且救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送。

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的治疗。本合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在合同约定的医疗机构进行的静脉注射化疗。

12、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，在合同约定的医疗机构的专门科室进行的放疗。

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，并应用免疫细胞和效应分子输入宿主体内，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。

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。

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、基本医疗保险：本合同所称的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、医疗救助等政府举办的基本医疗保障项目。

17、既往症：指在本主险合同生效之前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：

(1) 本主险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

(2) 本主险合同生效前，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) 本合同生效前发生，医生已有明确诊断，但未予治疗；

(4) 本合同生效前出现症状，未经医生诊断和治疗，但症状明显以普通人医学常识应当知晓。

18、精神和行为障碍：精神和行为障碍的范围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。

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》（ICD-10）确定。

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、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《道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

23、机动车：指以动力装置驱动或者牵引，上道路行驶的供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆。

24、感染艾滋病病毒或患艾滋病：艾滋病病毒是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。

25、最低现金价值：指保险费×（1-已经过天数/保险期间天数）×（1-费用比例），除保单另有约定外，该费用比例为 20%。

26、已交纳期次保险费的最低现金价值：是指已交纳期次保险费×（1-已经过天数/已交纳期次对应的保险期次期间）×（1-费用率）。除另有约定外，本合同的费用率为 20%。

27、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。