

利宝保险有限公司

个人住院医疗保险条款（2026 版 A 款）（互联网专属）

（注册号：C00006032512026021170133）

总则

第一条 本合同（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 凡首次投保时年龄介于**十七周岁**（见释义 2）（含十七周岁）至七十周岁（含七十周岁），能正常工作、生活的自然人，可作为本合同的主被保险人。

凡首次投保时年龄不超过七十周岁（含七十周岁），能正常工作、生活的主被保险人的配偶，经保险人同意，可作为本合同的附属被保险人。凡首次投保时年龄不超过二十一周岁（含二十一周岁）（若为全日制在校学生，年龄应不超过二十六周岁（含二十六周岁））、未婚、经济上完全依赖主被保险人的主被保险人子女，经保险人同意，也可作为本合同的附属被保险人。

主被保险人和附属被保险人年龄为七十周岁以上（不含七十周岁）的，保险人不接受首次投保本保险。不间断再次投保本保险的，最高年龄上限可至九十九周岁（含九十九周岁）。

本保险主被保险人和附属被保险的年龄限制以本合同各个保障计划的约定为准。

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境内（不包含香港、澳门和台湾地区）。若被保险人在等待期后初次确诊罹患恶性肿瘤一重度（见释义 3），至全球任何国家和地区接受治疗，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“**住院医疗费用保险金**”、“**特定门诊医疗费用保险金**”及“**特定药品费用保险金**”。

（一）住院医疗费用保险金

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）**诊断必须接受**住院（见释义6）**或**日间治疗（见释义7）**的，保险人对由此实际产生的以下**医学必需且合理（见释义8）**的医疗费用在扣除保险单载明的免赔额后，依照本合同约定和保险单载明的各项费用累计赔偿限额、日（次）限额、日数（次数）限制给付住院医疗费用保险金。

1、床位费：指被保险人在住院期间实际发生的住院床位费，**住院床位费标准为不高于标准单人病房（不包括套房），以保险单载明为准。**

2、膳食费：指被保险人在住院期间实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用，但不包括购买的个人用品。**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。**

3、陪床费：指未满十八周岁的被保险人在住院治疗期间，其父母或合法监护人（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，其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

4、重症监护室床位费：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。

5、医生诊疗费：指被保险人在医院进行治疗时，所发生的本保险合同约定的医疗机构主诊医生或会诊医生的劳务费用，包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的诊疗费用。

6、治疗费：指以治疗疾病为目的，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，包括放射治疗费、化学治疗费、呼吸治疗费、注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

7、物理治疗费：指由具有相应医疗职业资格医师实施的物理治疗（**见释义9**）、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。

8、质子重离子治疗费：指被保险人使用质子或重离子射线对肿瘤进行放射性治疗而产生的费用。

9、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、内窥镜检查的费用分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

10、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。

11、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室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费等费用。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。

12、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、聚醚器、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、义乳（**仅限乳腺癌等疾病导致乳房切除术中植入**）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。

13、处方药品费：指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，且其用量以出院日起九十天为限。处方药品费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、复方中药或中成药品，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。

14、耐用医疗设备费：指购买或租赁本保险合同约定的医疗机构医生处方要求的、满足基本医疗需要的康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备所发生的购买费或租赁费，以及上述设备或支具的后续修理、更换费用。对于因患恶性肿瘤（见释义 10）接受属于保险责任范围的乳房切除术的被保险人，两义乳及可放入义乳的胸衣费用亦属保险责任范围内的费用；康复设备和矫形支具包括腿、臂、背和颈支具，人造腿、臂、眼等设备；耐用医疗设备不包括轮椅或自动床、助听器、血压监测仪、人工耳蜗、舒适设备（如电话托臂和床上多用桌）、空气质量或温度调控设备（如空调、湿度调节器、除湿器和空气净化器）、健身脚

踏车、太阳能或加热灯、加热垫、坐浴盆、盥洗凳、浴缸凳、桑拿浴、升降机、涡流按摩浴、健身器材及其他类似设备。

15、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、肺脏移植和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。

16、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。

17、精神疾病治疗费：指被保险人因患精神疾病经当地合法注册的精神专科医疗机构或设有精神病科室的医疗机构确诊罹患精神疾病。包括但不限于对抑郁症、狂躁症、贪食症、厌食、**注意缺陷症和注意缺陷多动障碍**的治疗。**注意缺陷症**指一种生物学方面改变所致的病理状态，症状表现为：注意力涣散、活动过多、冲动任性等。**注意缺陷多动障碍**指一种常见的儿童精神障碍，主要表现为注意力涣散、活动过多和冲动任性等问题或伴有其他相关精神障碍，但只有当这些表现超出了儿童年龄和发育的正常范围才能诊断为注意缺陷多动障碍。

18、康复治疗费：指在医院接受住院治疗，由专科医生进行的康复功能评估、确定康复目标、制定康复计划、实施治疗方案以实现最大程度的功能恢复和重建治疗而发生的医疗费用。治疗范围须满足下列条件其一：

- (1) 手术后的康复治疗；
- (2) 中枢神经损伤后的康复治疗；
- (3) 脑卒中、脑中风或者脑出血后的康复治疗；
- (4) 言语或者吞咽功能障碍的康复治疗（因精神疾病导致的除外）。

以上治疗手段包括：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法、生物反馈疗法、康复营养、康复护理等。

（二）特定门诊医疗费用保险金

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诊断必须接受**特定门诊治疗**的，保险人对由此实际产生的以下**医学必需且合理**的医疗费用在扣除保险单载明的免赔额后，依照本合同约定和保险单载明的各项费用累计赔偿限额、日（次）限额、日数（次数）限制给付特定门诊医疗费用保险金。

1、住院或日间治疗前后门急诊费：指被保险人经医院诊断必须接受住院或日间治疗的，对于被保险人与该治疗相关的入院前或日间治疗前六十天内，以及入院后或日间治疗后六十天内的医生诊疗费、治疗费检查检验费及处方药品费。

2、门诊手术费：指被保险人经医生诊断无需住院即可进行的医学必需的、符合通常惯例水平的手术而产生的费用，包括手术操作费、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，但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、门诊恶性肿瘤治疗费，包括：

(1) 电疗：指利用不同类型电流和电磁场治疗疾病的方法；

(2) 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。本保险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，服用药物等方式的化疗；

(3) 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；

(4) 质子重离子治疗：指通过使用质子或重离子射线对肿瘤进行放射性治疗；

(5) 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药品监督管理局批准用于临床治疗费用；

(6) 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药品监督管理局批准用于临床治疗；

(7) 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药品监督管理局批准用于临床治疗。

4、门诊肾脏透析治疗费。

5、器官移植后的抗排异治疗费。

（三）特定药品费用保险金

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，保险人对在本合同约定的医院或医院外实际产生的以下**医学必需且合理**的特定药品费用在扣除保险单载明的免赔额后，依照本合同约定和保险单载明的各项费用累计赔偿限额、日（次）限额、日数（次数）限制给付特定药品费用保险金。

1、恶性肿瘤特定药品基因检测费：指被保险人经保险人认可的医院确诊罹患恶性肿瘤，为治疗该恶性肿瘤而发生的合理且必要的、且满足下列条件的**基因检测**费用：

(1) 基因检测必须是为了确定被保险人确诊罹患的恶性肿瘤的用药方案所发生的；

(2) 基因检测必须在保险人认可的医院或具有合法有效资质且合法提供基因临床检验服务的基因检测

机构内发生。

2、外购药品及外购医疗器械费：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及医疗器械到院外保险人认可的药店或医疗器械机构购买而发生的费用。外购药品及外购医疗器械费用需满足以下条件：

(1) 外购药品及外购医疗器械须由保险人认可的医院医生开具处方，外购药品每次处方剂量不超过三十日（含第三十日）；

(2) 处方开具的外购药品及外购医疗器械为被保险人当前治疗必需的；

(3) 对于发生在中国大陆境内（不包含香港、澳门和台湾地区）的外购药品与外购医疗器械，必须与国家药品监督管理机构批准的该药品说明书与医疗器械说明书中所列明的适应症相符合；对于发生在中国境外的外购药品与外购医疗器械必须与当地政府部门批准上市的适应症相符；

(4) 除另有约定外，对于发生在中国大陆境内（不包含香港、澳门和台湾地区）的外购药品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，外购医疗器械需具有国家药品监督管理部门核发的医疗器械注册证编号；对于发生在中国境外的外购药品与外购医疗器械必须经当地政府部门批准上市；

(5) 针对治疗恶性肿瘤的 CAR-T 药品费用，累计给付限额最高 120 万，最多给付 1 次，药品清单以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）的通知为准，保险人保留对药品清单做出调整的权利。

(6) 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：

a. 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；

b. 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；

c. 用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等；

(7) 外购医疗器械必须属于本合同约定的特定医疗器械清单且符合清单中该器械对应的使用条件和适用疾病种类及定义，医疗器械清单以保险人最新公布信息为准。

(8) 外购医疗器械不包括义肢、轮椅、康复设备、按摩设备等需要长期使用或以舒适性、便利性为主要用途的设备的购买、租赁和置换费用。

3、临床急需进口药品费：被保险人经保险人认可的医院确诊罹患恶性肿瘤——重度”，且经诊断必须使用临床急需进口药品治疗的药品费用。临床急需进口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认可的医院的医生开具、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认可的医院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）。

4、临床急需进口特定医疗器械费：被保险人经保险人认可的医院确诊罹患本合同约定的疾病，且经诊断急需使用进口特定医疗器械进行治疗的医疗费用，每种器械仅限赔偿一次。临床急需进口特定医疗器械费用须同时满足以下所有条件：

- (1) 该急需进口的特定医疗器械须由医院的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。

本项保险责任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。

保险人对于以上“住院医疗费用保险金”、“特定门诊医疗费用保险金”及“特定药品费用保险金”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 11），服用、吸食或注射毒品（见释义 12）；
- （五）被保险人酒后驾驶（见释义 13）、无合法有效驾驶证（见释义 14）驾驶或驾驶无合法有效行驶证（见释义 15）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 16）、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 17）、跳伞、攀岩、蹦极、漂流、冲浪、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险（见释义 18）、武术（见释义 19）、摔跤、特技表演（见释义 20）、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 21）、医疗事故（见释义 22）；

（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 23），先天性畸形、变形或染色体异常（见释义 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（ICD-10）》为准）；

（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、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、宫外孕、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）除口腔肿瘤外的口腔科（牙科）治疗；

（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；

（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），但住院医疗费用保险金中精神疾病治疗不受此限；；

（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 25）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) 所有基因疗法（见释义 26）和除 CAR-T 治疗以外的细胞免疫疗法（见释义 27）造成的医疗费用。

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。

免赔额及给付比例

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。

本保险合同各项责任的给付比例由投保人与保险人协商确定，并在本保险合同中载明。若未在本保险合同中载明的，则给付比例为 100%。

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。

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 28）。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。

• 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。

第二十四条 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 29）而导致的迟延。

预授权

第二十五条 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、首次放疗、化疗以及肾透析；
- 4、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，再乘以 60% 的比例给付保险金。

补偿原则

第二十六条 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

第二十七条 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 30）**须填写保险金给付申请书，并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 31）**；

（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 32）**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。

第二十八条 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

第二十九条 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（不包括港澳台地区）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

第三十一条 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。

第三十二条 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

第三十三条 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、 **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 33）**（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) TNM 分期（见释义 34）为I期或更轻分期的甲状腺癌（见释义 35）；

(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 AnnArbor 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 $<10/50\text{HPF}$ 和 $\text{ki-67}\leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

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：指符合下列条件并在当地合法注册具备有效行医资质的医疗机构：

(1) 必须具有符合所在国有关医院管理规则设置标准的医疗设备；

(2) 以直接诊治病人为目的；

(3) 有所在地区合法注册的医生和护士常驻执业，并提供全日 24 小时的医疗和护理服务。

除另有约定外，上述医院均不包括疗养院、护理院、以康复治疗为主要职能的医疗机构（如康复医院）、戒酒或戒毒中心、心理治疗中心以及其他我们不承担保险责任的医院（具体以保险合同约定为准）。

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、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。

7、日间治疗：指完全出于医学必需的治疗目的，被保险人以占用医疗机构病床超过六小时但不过夜的方式接受的医疗服务。

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、 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。

10、 恶性肿瘤：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。

其中，《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-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-O-3 不一致的情况，以 ICD-O-3 为准。

11、 醉酒：指每百毫升血液的酒精含量大于或等于 80 毫克。

12、 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。

13、 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。

14、 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。

15、 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。

16、 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。

17、 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。

18、 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。

19、 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。

20、 特技表演：指进行马术、杂技、驯兽等表演活动。

21、 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。

22、 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。

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、 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。

26、 基因疗法：指通过各种手段修复缺陷基因，以减缓或治愈疾病的技术。

27、 细胞免疫疗法：指通过采集人体免疫细胞，在体外进行扩增和功能鉴定，然后向患者转输，达到杀灭血液及组织中的病原体、癌细胞、突变的细胞，从而打破机体免疫耐受，激活和增强机体免疫力的治疗方法。

28、 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。

29、 不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

30、 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。

31、 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。

32、 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。

33、 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。

34、 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。

35、 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>4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT3a: 肿瘤>4cm, 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≤2cm

T1a 肿瘤最大径≤1cm

T1b 肿瘤最大径>1cm, ≤2cm

pT2: 肿瘤 2~4cm

pT3: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT3a: 肿瘤>4cm, 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
IVA 期	4a	任何	0
	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。