



请扫描以查询验证条款

中荷人寿保险有限公司

中荷全球通（臻选版）医疗保险合同条款

条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的合法权益，请仔细阅读本条款。

投保本产品您将拥有的保障概览

【重要声明】（本概览仅供您更好地理解产品之用，具体的保险责任及责任免除情形以条款正文为准）

保险期间	一年	
保险责任	保障内容	保障金额
	根据投保人选择的保障计划承担被保险人发生的合理且必要的医疗费用，包括一般住院费用保险金、延伸医疗费用保险金、指定门急诊费用保险金、紧急费用保险金、一般门急诊费用保险金、特色门急诊费用保险金、牙科医疗保险金	在扣除年度免赔额余额后（如有），按约定的给付比例在各项责任的给付限额及年度给付限额内给付相应的保险金

您需要注意的几个关键期间

等待期：艾滋病/感染艾滋病病毒住院治疗、精神疾病住院治疗、精神疾病门急诊治疗的等待期为180日，预防性牙科治疗、常规牙科治疗、重大牙科治疗的等待期为90日，其他保险责任和健康管理服务的等待期均为30日。

被保险人在等待期内确诊疾病而进行治疗的，或者与该疾病治疗原因相同的所有治疗，或者与该疾病住院视为同一次住院的治疗，无论是否延续至等待期后，我们均不承担保险责任。30日等待期内我们不提供健康管理服务。

诉讼时效：受益人对本合同请求给付保险金的诉讼时效期间为2年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

阅 读 提 示

☞ 保险条款中常用的术语

- ★ 投保人就是与保险人订立保险合同，并负有支付保险费义务的人。
- ★ 被保险人就是受保险合同保障的人。
- ★ 受益人就是发生保险事故后享有保险金请求权的人。
- ★ 保险人就是承担赔偿或者给付保险金责任的保险公司。

☞ 投保人、被保险人拥有的重要权益

- ★ 被保险人可以享受本合同提供的保障..... 1.3
- ★ 投保人有解除合同的权利..... 5.1

☞ 投保人、被保险人、受益人应当特别注意的事项

- ★ 投保人应当按时交纳保险费..... 3.1
- ★ 保险事故发生后请及时通知我们..... 4.2
- ★ 申请保险金给付时，应当提供的证明和资料..... 4.3
- ★ 解除合同会造成一定的损失，请投保人慎重决策..... 5.1
- ★ 投保人有如实告知的义务..... 6.2
- ★ 在某些情况下，我们不承担保险责任，并作了显著标识，请注意条款正文背景突出显示部分
- ★ 我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请投保人注意

条 款 目 录

1 我们保什么、保多久

- 1.1 保障计划
- 1.2 保障区域
- 1.3 保险责任
- 1.4 预先通知
- 1.5 年度免赔额
- 1.6 医疗费用保险金计算方法
- 1.7 费用补偿原则
- 1.8 保险期间
- 1.9 不保证续保
- 1.10 健康管理服务

2 我们不保什么

- 2.1 责任免除
- 2.2 其他免责条款

3 如何支付保险费

- 3.1 保险费的缴付

4 如何领取保险金

- 4.1 受益人的指定与变更
- 4.2 保险事故通知
- 4.3 申请保险金应提供的材料
- 4.4 保险金的给付
- 4.5 诉讼时效

5 如何退保

- 5.1 解除合同（退保）

6 需关注的其他内容

- 6.1 合同构成
- 6.2 如实告知

6.3 投保范围

- 6.4 住所地要求
- 6.5 合同成立及保险责任开始
- 6.6 合同效力的终止
- 6.7 年龄或性别错误的处理
- 6.8 职业或工种的变更
- 6.9 非指定医疗机构就诊
- 6.10 身体检查
- 6.11 欠款扣除
- 6.12 通知
- 6.13 争议处理

7 疾病定义

- 7.1 特定疾病定义
- 7.2 恶性肿瘤——轻度

条款正文

中荷全球通（臻选版）医疗保险合同（以下简称本合同）依投保人的申请，经本公司同意而订立。本合同的代码为 BHM。在本条款中，“我们”、“本公司”均指中荷人寿保险有限公司。

1

我们保什么、保多久

这部分讲的是我们提供的保障范围以及我们提供保障的期间。

1.1 保障计划

本合同分为十个保障计划，不同保障计划下所包括的保障区域、年度给付限额、年度免赔额、**医疗机构**¹范围是否包含**昂贵医院**²、保险责任及各项保险责任的给付比例或给付限额等有所不同，具体详见本合同所附的《附表》。

保障计划由投保人在投保时与我们约定，并在保险单上载明。**保障计划一经选定在保险期间内不得变更。**

1.2 保障区域

本合同的保障区域分为**中国境内**³、全球（除美国）、全球（含美国）三种，不同保障计划所适用的保障区域如下：

保障区域	中国境内					
保障计划	神州 A1	神州 A2	神州 B1	神州 B2	神州 C1	神州 C2

保障区域	全球（除美国）		全球（含美国）	
保障计划	国际 A1	国际 A2	国际 B1	国际 B2

对于被保险人在保障计划约定的保障区域外进行就医的任何费用，我们不承担保险责任。

“1.3.5 紧急费用保险金”项下的“紧急救援费”给付不适用保障区域的要求。

¹ **医疗机构：**本合同不同保障计划中的医疗机构范围不同。神州 A1、神州 A2、神州 B1、神州 B2 中的医疗机构为本公司指定的医院，神州 C1、神州 C2、国际 A1、国际 A2、国际 B1、国际 B2 中的医疗机构包括本公司指定的医院及昂贵医院。本公司指定的医院指符合以下所有条件的公立医院及私立医院：

- （1）拥有合法经营执照；
- （2）设立的主要目的为受伤者和患病者提供留院治疗和护理；
- （3）有合法职称的专业医生和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务；
- （4）具有系统性诊疗等程序或手术设备的综合性医院和专科医院，**但不包括观察室、联合病房、精神病院和康复病房；**
- （5）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。

公立医院仅包含国家卫生行政部门评审确定的二级或二级以上的公立医院。**私立医院**仅包含昂贵医院清单以外的私立医院。

² **昂贵医院：**指超出地区惯常医疗费用水平的医疗机构，可通过医疗服务商提供平台查询昂贵医院清单，我们保留对此清单做出适当调整的权利。

³ **中国境内：**指除中国香港特别行政区、澳门特别行政区以及台湾地区以外的中华人民共和国领土。

1.3 保险责任

在本合同保险期间内，我们将根据投保人选择的且载明在保险单上的保障计划，承担被保险人发生的**合理且必要⁴的医疗费用⁵**（详见《附表》）。对于投保人选择的保障计划中不包含的保险责任，我们不承担给付保险金的责任。

1.3.1 等待期

除以下约定外，自本合同生效日起30日（含当日）为等待期。

（1）若被保险人发生1.3.2保险责任中的艾滋病/感染艾滋病病毒住院治疗或精神疾病住院治疗的，等待期为自本合同生效日起180日（含当日）；

（2）若被保险人发生1.3.6保险责任中的精神疾病门急诊的，等待期为自本合同生效日起180日（含当日）；

（3）若被保险人发生1.3.8保险责任中的预防性牙科治疗、常规牙科治疗、重大牙科治疗的，等待期为自本合同生效日起90日（含当日）。

被保险人在上述等待期内确诊疾病而进行治疗的，或者与该疾病治疗原因相同的所有治疗，或者与该疾病住院视为**同一次住院⁶**的治疗，无论是否延续至等待期后，我们均不承担保险责任。

以下两种情形，无等待期：

（1）因**意外伤害⁷**进行治疗的；

（2）不间断投保本保险的。

1.3.2 一般住院费用 保险金

若被保险人因意外伤害事故或于等待期以后（不含当日）经我们指定的医疗机构诊断必须住院治疗的，对于其入住我们指定的医疗机构治疗期间发生的以下各项合理且必要的住院医疗费用，我们按照本合同“1.6 医疗费用保险金计算方法”，在扣除年度免赔额余额后，按约定的给付比例在各项责任的给付限额及年度给付限额内给付一般住院费用保险金。

对于等待期以后（不含当日）本合同到期日前发生的住院治疗，如在本合同到期日后30日（含当日）内仍住院治疗且未办理出院的，对于此合同到期后30日（含当日）内的住院医疗费用，我们仍然按照约定的方法计算给付住院医疗费用保险金，**但各项保险金的累计给付金额不超过保**

⁴ **合理且必要：**指被保险人发生的各项医疗费用应符合下列所有条件：

- （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）由医师开具的处方药或医嘱；
- （4）非试验性的、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。

对是否合理且必要由本公司根据客观、审慎、合理的原则进行核定，若被保险人对核定结果有不同意见，可委托双方认可的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

⁵ **医疗费用：**给付范围包括医生诊断、处方、手术费、住院费、药费、各类检查、护理、医疗用品等在医疗机构内支出的费用。

⁶ **同一次住院：**被保险人因同一疾病、伤害及其引发的并发症而住进医疗机构两次以上者，若其住院治疗间隔期间未超过九十日，视为同一次住院。

⁷ **意外伤害：**指外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件为直接且单独的原因所导致身体受到的伤害。

险金年度给付限额。

1、床位费

被保险人在住院期间发生的不超过**标准单人病房⁸**级别的合理且必要的费用。若被保险人入住病房的级别高于标准单人病房的级别，则该床位费以标准单人病房的收费标准为最高限额。

2、膳食费

被保险人在住院期间根据**医生⁹**的医嘱，由医疗机构专设为住院病人配餐的食堂配送膳食的合理且必要的费用；但不包括住院期间购买的个人用品及非该医疗机构开具的医疗费用清单上的餐饮费用。

3、药品费

被保险人在住院期间实际发生的、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处方药品的合理且必要的费用（如为实际发生在**中国境外¹⁰**的医疗机构的处方药品费，须符合发生地国家或地区的药品监督管理部门的规定），但不包括如下药品的费用：

（1）中草药和**滋补类药品¹¹**；

（2）非病情必需的调节免疫功能的药品以及未经医生处方开具的药品；

（3）美容和减肥药品；

（4）预防类药品。

4、住院杂费

被保险人在住院期间发生的合理且必要的冷暖气费用，包扎科、普通外科夹板及石膏整形费用，材料费（但不包括特殊矫正装置、器械仪器及医疗装备的费用）。

5、护理费

被保险人在住院期间根据医生的医嘱所示的护理等级确定的由**专业护士¹²**对被保险人提供临床护理服务所收取的合理且必要的费用。

6、检查检验费

被保险人在住院期间实际发生的、以诊断疾病为目的，且采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理且必要的医疗费用，包括X光费、

⁸ **标准单人病房**：指每一病房设一张病床加独立卫生间的单人病房，若某一医疗机构的病房拥有两种或两种以上符合本合同上述定义的病房，则应按其中价格最低的病房计算床位费。

⁹ **医生**：指合法注册的具有医师执业资格和诊断处方权且正在执业的医师。

¹⁰ **中国境外**：指中国香港特别行政区、澳门特别行政区以及台湾地区，和除中国以外的其他国家和地区。

¹¹ **滋补类药品**：包括但不限于如下：

（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、白糖参、朝鲜红参、玳瑁、蛤蚧、珊瑚、狗宝、海马、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、冬虫草；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。

¹² **专业护士**：指在当地合法注册的具有护士执业资格且正在执业的护理人员。

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、治疗费

被保险人以治疗疾病为目的，在住院期间由医疗机构提供必要的医学手段而发生的合理且必要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。治疗费中不包含物理治疗费、中医治疗费、康复治疗费和精神疾病住院治疗费。

8、医生诊疗费

被保险人在住院期间由医生所实施的病情咨询及检查、各种器械或者仪器检查、诊断、治疗方案拟定等各项医疗服务所收取的合理且必要的费用。

9、救护车费

为抢救被保险人生命，由急救中心派出的救护车运送被保险人至医疗机构所发生的合理且必要的用车费用。

10、重症监护病房费

被保险人在住院期间在**重症监护室**¹³接受治疗而发生的合理且必要的床位费。

11、住院陪床费

被保险人在住院期间，为其陪伴者而设的额外床位的合理且必要的实际开支，该项加床费只限1张床位，且本项住院陪床费不超过被保险人的床位费。

12、物理治疗费

被保险人在住院期间由具有相应资格的医生进行**物理治疗**¹⁴所发生的合理且必要的治疗费用。

13、替代疗法费

被保险人在住院期间由具有相应资格的医生进行脊柱推拿、**顺势疗法**¹⁵、**针灸疗法**¹⁶所发生的合理且必要的治疗费用。

¹³ **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。

¹⁴ **物理治疗**：是指应用人工物理因子（如光、电、磁、声、温热、寒冷等）来治疗疾病。相应的疗法有电疗、光疗、磁疗、热疗、冷疗、水疗，以及超声波疗法、牵引等。但须符合以下条件：

（1）在中国境内发生的物理治疗，具体的项目必须符合《全国医疗服务价格项目规范》规定的项目，但不包括泥疗，蜡敷治疗，气泡浴与药物浸浴治疗；

（2）在中国境外发生的物理治疗，是指发生保险事故后，由医生出具书面证明需要物理治疗并由具有相应资质的物理治疗医生实施的物理治疗方法。

¹⁵ **顺势疗法**：指一种通过小剂量药物治疗以使病人症状逐渐缓解或消除的治疗方法，比如对于腹泻的顺势疗法是给予小剂量的放松剂。

¹⁶ **针灸疗法**：指由具有相应资格的医生以针（包括激光）为工具实施的治疗。

14、中医治疗费

被保险人在住院期间由具有相应资格的医生所开具并提供的、具有治疗发生地所在国家相应监督管理部门批准可以使用的合理且必要的以下费用：

- (1) 中医治疗服务；
- (2) 中草药（不含滋补类药品）等药物费用。

15、常规手术费

被保险人在住院期间施行手术而发生的合理且必要的手术医疗费用，包括手术室费、恢复室费、麻醉费、手术检测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、手术设备费。

16、重建手术费

被保险人因意外伤害而为恢复身体外观，在医生建议下于意外伤害发生后十二个月内进行重建手术的合理且必要的实际开支；或被保险人因疾病而进行乳房切除手术的同时或乳房切除手术后十二个月内进行的重建乳房手术的合理且必要的实际开支。

在本合同的保险期间内，重建手术费每次意外伤害或疾病给付金额以人民币13万元为限。

17、医疗设备费

被保险人在住院期间，发生的合理且必要的以下三类医疗设备或材料的实际费用：

17.1 内置医疗设备¹⁷

17.2 外置医疗设备¹⁸

在本合同的保险期间内，外置医疗设备每次手术或同一种疾病给付金额以人民币8万元为限，且住院期间与门急诊手术期间发生的外置医疗设备费用合并计算。

17.3 重建装置和重建材料¹⁹

在本合同的保险期间内，重建装置和重建材料每次手术给付金额以人民币8万元为限，且住院期间与门急诊手术期间发生的重建装置和重建材料费用合并计算。

18、康复治疗费

康复治疗费是指根据医生的医嘱，被保险人手术后在具有相应资质的康复医疗机构、康复中心、普通医疗机构的康复科诊治或者接受以促进机体各项功能恢复为目的的医疗方法，如理疗、按摩、推拿、生物反馈疗法、康复护理等，并由此发生的合理且必要的治疗费用。

在本合同的保险期间内，康复治疗费的累计给付金额以人民币6.5万元

¹⁷ 内置医疗设备：指手术过程中因医疗所需用于植入或置换的修复性设备。

¹⁸ 外置医疗设备：如下根据医生处方要求购买或租赁的、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：

① 外置胰岛素泵；② 脚托、臂托、颈背托或束带；③ 非电动轮椅；④ 义乳（仅限患乳癌并因此接受乳房切除术）；⑤ 助听器；⑥ 外置心脏起搏器。

¹⁹ 重建装置和重建材料：指因重建手术而需要使用的医疗装置和材料。

为限。

19、疾病终末期关怀费

疾病终末期关怀费是指被保险人因达到疾病的终末期状态而在当地合法注册的临终护理机构或设有临终护理病房的医疗机构，且在患者及其家属的要求和医生的同意下一切积极治疗已被放弃，仅接受以减轻痛苦为目的的姑息治疗所导致的合理且必要的住院费用。疾病的终末期状态指疾病已经无法以现有的医疗技术治疗或缓解并且将导致被保险人在未来六个月内死亡。

在本合同的保险期间内，疾病终末期关怀费的累计给付金额以人民币6.5万元为限。

20、艾滋病/感染艾滋病病毒住院治疗费

被保险人在本项保险责任的180天等待期以后（不含当日）被医生确诊为**感染艾滋病病毒或患艾滋病**²⁰须在医疗机构住院治疗的，每次在医疗机构治疗所发生的合理且必要的住院医疗费用。

在本合同的保险期间内，艾滋病/感染艾滋病病毒住院治疗费的累计给付金额以人民币20万元为限。

21、精神疾病住院治疗费

被保险人在本项保险责任的180天等待期以后（不含当日）因患精神疾病（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），在当地合法注册的精神病专科医疗机构或设有精神病科室的医疗机构进行住院治疗的合理且必要的医疗费用。

在本合同的保险期间内，精神疾病住院治疗费的累计给付金额以人民币3.5万元为限。

22、无赔付住院津贴

在本合同的保险期间内，若被保险人未就保险责任范围内的某次住院的任何费用进行理赔或者抵扣年度免赔额，则我们按《附表》所载的每日津贴乘以被保险人的该次**实际住院天数**²¹向被保险人给付无赔付住院津贴，每一保险期间内以30天为限。

针对该次住院给付本项无赔付住院津贴后，我们不再给付该次住院的任何保险金。

保障计划神州A1、神州A2、神州B1、神州B2不包含本项“无赔付住院津贴”保险责任。

1.3.3 延伸医疗费用 若被保险人因意外伤害事故或于等待期以后（不含当日）到我们指定

²⁰ **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。

²¹ **实际住院天数：** 指被保险人因意外伤害或疾病入住医疗机构住院部病房进行治疗，并正式办理入出院手续，一日二十四小时住在医疗机构的日数，不包括挂床等不合理住院日数。挂床是指被保险人虽然办理了住院手续，但在住院过程中一日内未接受与住院诊断相关的检查和治疗，或一日内住在医疗机构不满二十四小时的情形，遵医嘱到外院接受临时诊疗的除外。

的医疗机构接受治疗的，对于发生的以下合理且必要的相关费用，我们按照本合同“1.6 医疗费用保险金计算方法”，在扣除年度免赔额余额后，按约定的给付比例在各项责任的给付限额及年度给付限额内给付延伸医疗费用保险金。

1、手术后家中看护费

指被保险人在本合同的保险期间内因接受手术而住院治疗，自出院日起的二十八周内，根据医生的医嘱，在其家庭住所接受由专业护士提供的与该次手术直接相关的护理服务而导致的合理且必要的费用，护理服务包括康复保健、家庭健康指导等卫生咨询服务，以及换药、导尿、测血压、输液、注射、压力性溃疡护理、鼻饲、造瘘等可在居家环境下实施的临床护理技术服务。

2、恶性肿瘤靶向药物基因检测费

若被保险人等待期以后（不含当日）经我们指定医疗机构的**专科医生**²²确诊初次患本合同定义的恶性肿瘤（包含“恶性肿瘤——重度”和“恶性肿瘤——轻度”，具体定义见“7 疾病定义”），以指导临床用药为目的，由专科医生开具的，由医疗机构专项检查科室或者**基因检测机构**²³的专业检查、检验人员实施的基因学检查的合理且必要的相关费用。

在本合同的保险期间内，恶性肿瘤靶向药物基因检测费的给付限额以本合同所附的《附表》中对应保障计划所载明的给付限额为限。

3、院外特定药品医药费

若被保险人等待期以后（不含当日）经我们指定医疗机构的专科医生确诊初次患本合同定义的“恶性肿瘤——重度”，并同时满足以下条件的合理且必要的院外特定药品医药费：

（1）用于治疗该“恶性肿瘤——重度”的药品的处方是由医疗机构的专科医生开具，且治疗该“恶性肿瘤——重度”的药品符合发生地国家或地区的药品监督管理部门批准的药品说明书中所列明的适应症及用法用量；

（2）被保险人就诊时的医疗机构没有治疗该“恶性肿瘤——重度”的药品供应，但具有处方药合法销售资质的药房（简称院外药房）可提供治疗该“恶性肿瘤——重度”的药品；

（3）被保险人凭上述处方在院外药房购买的单次药品治疗用量不超过31天，且不包括为未来治疗提前购买的药物。

院外特定药品赔付范围清单以我们官网公布的信息为准。

4、质子重离子医疗费

若被保险人等待期以后（不含当日）经我们指定医疗机构的专科医生确

²² **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。

²³ **基因检测机构：**指取得合法有效资质且合法提供基因临床检验服务的机构。

诊初次患本合同定义的“恶性肿瘤——重度”，且在**指定质子重离子医疗机构**²⁴接受**质子重离子疗法**²⁵的，对被保险人发生的合理且必要的医疗费用，我们承担给付质子重离子医疗费的责任。

5、CAR-T保险金

被保险人等待期以后（不含当日）经我们指定医疗机构的专科医生确诊初次患本合同定义的“恶性肿瘤——重度”，符合**指定适应症**²⁶，通过细胞免疫疗法就医资格评估，且经指定医疗机构评估适合接受细胞免疫疗法，我们将承担其在我们指定的医疗机构接受治疗的合理且必要的费用，包括床位费、膳食费、药品费（其中**指定药品**²⁷仅赔付一次）、护理费、检查检验费、治疗费、医生诊疗费、重症监护病房费。

1.3.4 指定门急诊费用保险金

若被保险人因意外伤害事故或于等待期以后（不含当日）到我们指定医疗机构的门急诊接受治疗的，对于治疗期间发生的以下合理且必要的相关费用，我们按照本合同“1.6 医疗费用保险金计算方法”，在扣除年度免赔额余额后，按约定的给付比例在各项责任的给付限额及年度给付限额内给付指定门急诊费用保险金。

1、住院前后门急诊费

若被保险人因意外伤害或因病在等待期以后（不含当日）发生疾病，经医生诊断必须在医疗机构进行住院治疗的，我们将承担被保险人在住院前（含住院当日）30 日或出院后（含出院当日）60 日内，因与该次住院相同病因接受门急诊治疗，所发生的合理且必要的门急诊医疗费用（**但不包含特殊门诊医疗费和门急诊手术医疗费**）。

2、特殊门诊医疗费

若被保险人因意外伤害或因病在等待期以后（不含当日）发生疾病，经医生诊断必须在医疗机构接受以下特殊门诊治疗的，我们将承担被保险人在此期间所发生的合理且必要的特殊门诊医疗费用：

（1）门诊肾透析费；

（2）门诊恶性肿瘤治疗费，包括电疗、**化学疗法**²⁸、**放射疗法**²⁹、**肿瘤免疫疗法**³⁰、**肿瘤内分泌疗法**³¹、**肿瘤靶向疗法**³²的治疗费用；

²⁴ **指定质子重离子医疗机构**：指上海市质子重离子医院（复旦大学附属肿瘤医院质子重离子中心）或甘肃省武威肿瘤医院（甘肃省武威医学科学院）。

²⁵ **质子重离子疗法**：指应用质子放射线或者重离子放射线治疗肿瘤的方法，质子指氢原子剥去电子后带有正电荷的粒子，重离子指比电子重的粒子。本合同所指的质子重离子放射治疗是指被保险人根据医嘱，在本合同指定医疗机构的专门治疗室内接受的质子重离子放射治疗。

²⁶ **指定适应症**：用于治疗既往接受二线或以上系统性治疗后复发或难治性大 B 细胞淋巴瘤成人患者，包括弥漫性大 B 细胞淋巴瘤非特指型、原发纵膈大 B 细胞淋巴瘤、高级别 B 细胞淋巴瘤和滤泡淋巴瘤转化的弥漫性大 B 细胞淋巴瘤。

²⁷ **指定药品**：奕凯达（阿基仑赛注射液）、倍诺达（瑞基奥伦赛注射液）。

²⁸ **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，在医疗机构进行的静脉注射化疗。

²⁹ **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，在医疗机构的专门科室进行的放疗。

³⁰ **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。

(3) **器官移植**³³后的抗排异治疗门诊费。

3、门急诊手术医疗费

若被保险人因意外伤害或因在等待期以后（不含当日）发生疾病，经医生诊断必须在医疗机构接受门急诊手术治疗的，我们承担被保险人在此期间所发生的合理且必要的门急诊手术费用和医疗设备费用。其中，医疗设备包括以下三类：

(1) 内置医疗设备

(2) 外置医疗设备

在本合同的保险期间内，外置医疗设备每次手术或同一种疾病给付金额以人民币8万元为限，且门急诊手术期间与住院期间发生的外置医疗设备费用合并计算。

(3) 重建装置和重建材料

在本合同的保险期间内，重建装置和重建材料每次手术给付金额以人民币8万元为限，且门急诊手术期间与住院期间发生的重建装置和重建材料费用合并计算。

4、门诊手术前后门急诊费

若被保险人因意外伤害或因在等待期以后（不含当日）发生疾病，经医生诊断必须在医疗机构接受门诊手术治疗的，在门诊手术前（含门诊手术当日）30日内或门诊手术后（含门诊手术当日）60日内，因与该次门诊手术相同的病因进行门急诊治疗而导致的合理且必要的门急诊费。

1.3.5 紧急费用保险金

若被保险人因意外伤害事故或于等待期以后（不含当日）发生以下合理且必要的紧急费用，我们按照本合同“1.6 医疗费用保险金计算方法”，在扣除年度免赔额余额后，按约定的给付比例在各项责任的给付限额及年度给付限额内给付紧急费用保险金。

1、意外急症门急诊费

若被保险人在意外伤害发生后24小时内，因该意外伤害而在医疗机构接受门急诊治疗所发生的合理且必要的治疗费用。

2、意外紧急牙齿门急诊费

若被保险人在意外伤害发生后14日内，因该意外伤害导致的牙齿损伤而在医疗机构接受门急诊治疗所发生的合理且必要的治疗费用，但不包括任何牙齿修复和牙齿整形的费用。

³¹ **肿瘤内分泌疗法**：指对于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。

³² **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。

³³ **器官移植**：以被保险人为受体，经相关专科医生明确诊断，在符合开展器官移植手术资质的医疗机构内，根据医学需要必须进行的肝脏移植、肾脏移植、心脏移植、肺脏移植、胰脏移植、小肠移植或造血干细胞移植的手术费、辅助治疗费、排异药品费、检验费等，但不包括器官供体寻找、配型、获取以及从供体切除、储藏、运送器官的相关费用。

3、紧急救援费

在本合同的保险期间内，在中国境外或在离被保险人的**居住地**³⁴150 公里以外的中国境内，我们提供下列**紧急医疗**³⁵及身故援助服务，并承担由此实际发生的合理且必要的相应紧急救援费。

除以下第（1）项外，下列项目发生的费用都须经与本公司签约的服务机构（以下简称服务机构）安排，且符合实施救援所在国家及地区的法律法规要求。**本公司不承担未经服务机构安排的任何费用。**

（1）紧急医疗运送费用

紧急情况下出于医疗必要以专业救护车将被保险人运至医疗机构发生的费用。

（2）紧急医疗转运费

若被保险人遇有生命危险、得不到及时治疗将导致身故或者严重伤害的，如果在当地不能获得适当治疗，被保险人或者相关人员可联系服务机构，服务机构将负责安排运送被保险人至离被保险人最近、能够提供所需服务的医疗机构，由此发生的费用属保险责任范围内的费用。若被保险人治疗完成或者病情稳定后，我们将安排被保险人以公共交通工具（**飞机限经济舱**）返回国籍国或居住地，相应交通费用也属保险责任范围内的费用。

同时，我们承担紧急医疗运送过程中陪同被保险人的一位陪同人员（必须由被保险人在运送前指定，在被保险人因紧急情况不能在运送前指定时须经被保险人追认同意）的往返公共交通费用（**飞机限经济舱**）和短期住宿费用。

本合同保险期间对被保险人的陪同人员短期住宿费用的给付责任最多不超过10日。

我们承担陪同人员陪同被保险人就诊所发生的短期住宿费用的前提是被保险人满足下列条件之一：

- ①运送前我们或我们授权的救援机构判断认为被保险人处于生命危险的状态中；
- ②运送至医疗机构后被保险人发生不少于7日的住院；
- ③最终导致被保险人身故的住院。

被保险人上述三个条件均不符合的，我们不承担陪同人员陪同被保险人就诊所发生的短期住宿费用。

³⁴ **居住地：**指被保险人最后确定的位于中国境内的居住城市。

³⁵ **紧急医疗：**指针对突然发生的、为避免严重终身伤害或者死亡须立即接受药物或者手术治疗的状况，被保险人立即或者因不可抗力因素在症状发作后二十四小时内开始接受的相应医疗。

紧急医疗不包括：

- （1）以接受治疗为目的或者违背医嘱前往与其保障类型相对应的保障区域以外地区期间发生的任何医疗；
- （2）常规医疗；
- （3）可以推迟至被保险人返回与其保障类型相对应的保障区域后接受的医疗；
- （4）被保险人事先计划好的医疗；
- （5）因被保险人已知或者应该知道的情形而发生的医疗；
- （6）妊娠、分娩及相关病症医疗。

(3) 未成年子女交通费用

若被保险人遭受意外伤害或突发急性病，其随行的未满16周岁³⁶（含）子女无人照料时，可通过服务机构安排以公共交通工具（飞机限经济舱）送其子女（子女人数限二人）返回国籍国或居住地；必要时，该费用还可包括服务机构安排一名护送人员随行的公共交通工具费用（飞机限经济舱）。

(4) 遗体/骨灰运返或者安葬费用

若被保险人身故的，根据其遗愿或者近亲属意愿，服务机构负责运送其遗体/骨灰至其国籍国或居住地的费用（以正常航班为准），以及安排当地安葬的费用。

遗体/骨灰运返具体费用项目如下：

- ①公证文件费用，包括尸检报告、死亡证明等相关公证文件费用；
- ②转运公司为转运遗体/骨灰而发生的相关服务费。

当地安葬具体费用项目如下：

- ①转运费，即遗体从医疗机构/警察局转运至当地殡仪馆而发生的转运费用；
 - ②遗体储存费；
 - ③火化费，即殡仪馆对遗体进行火化而发生的火化费用（不包含化妆，装饰以及遗体告别仪式的相关费用）；
 - ④骨灰盒费用，即通常水平、符合惯例的骨灰盒的费用（不包含墓地相关费用或亲属带骨灰盒回国籍国或居住地发生的相关费用）。
- 在本合同的保险期间内，紧急救援费的累计给付金额以人民币80万元为限。

1.3.6 一般门急诊费用保险金

若被保险人因意外伤害或因在等待期以后（不含当日）发生疾病，经医生诊断须在医疗机构进行门急诊治疗，对于就诊期间发生的以下各项合理且必要的门急诊医疗费用，我们按照本合同“1.6 医疗费用保险金计算方法”，在扣除年度免赔额余额后，按约定的给付比例在各项责任的给付限额及年度给付限额内给付一般门急诊费用保险金。一般门急诊费用不包括特色门急诊费用。

1、基本门急诊费：包括医生诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费。在本合同的保险期间内，基本门急诊费的累计给付次数以50次为限。

2、精神疾病门急诊费

被保险人在本项保险责任的180天等待期以后（不含当日）因患精神疾病（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），在当地合法注册的精神病专科医疗机构

³⁶ 周岁：以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一周岁，不足一年的不计。

或设有精神病科室的医疗机构进行门急诊治疗的合理且必要的医疗费用。

在本合同的保险期间内，精神疾病门急诊费的累计给付金额以人民币8000元为限。

保障计划神州A1、神州A2不包含本项“一般门急诊费用保险金”保险责任。

1.3.7 特色门急诊费用保险金

若被保险人因意外伤害或因在等待期以后（不含当日）发生疾病，经医生诊断须在医疗机构进行门急诊治疗，对于就诊期间发生的以下各项合理且必要的门急诊医疗费用，我们按照本合同“1.6 医疗费用保险金计算方法”，在扣除年度免赔额余额后，按约定的给付比例在各项责任的给付限额及年度给付限额内给付特色门急诊费用保险金。

1、物理治疗费

被保险人在门急诊治疗期间由具有相应资格的医生进行物理治疗所发生的合理且必要的费用。

2、替代疗法费

被保险人在门急诊治疗期间由具有相应资格的医生进行脊柱推拿、顺势疗法、针灸疗法所发生的合理且必要的治疗费用。

3、中医治疗费

被保险人在门急诊治疗期间由具有相应资格的医生所开具并提供的、具有治疗发生地所在国家相应监督管理部门批准可以使用的合理且必要的以下费用：

- （1）中医治疗服务；
- （2）中草药（不含滋补类药品）等药物费用。

在本合同的保险期间内，上述物理治疗费、替代疗法费和中医治疗费三项费用的累计给付金额以人民币6500元为限。

保障计划神州A1、神州A2、神州B1、神州B2不包含本项“特色门急诊费用保险金”保险责任。

1.3.8 牙科医疗保险金

若被保险人在本项保险责任的90天等待期以后（不含当日）患牙科疾病，在医疗机构接受**牙科治疗**³⁷，我们按照本合同“1.6 医疗费用保险金计算方法”，按约定的给付比例在各项责任的给付限额及年度给付限额内给付牙科医疗保险金。

1、预防性牙科治疗费

我们将按照下列牙科预防治疗产生费用的100%给付保险金，包括：

- （1）两次牙科检查；

³⁷ **牙科治疗：**指符合下述全部条件的牙科治疗：

- （1）为了维持口腔健康；
- （2）由牙医亲自操作或有效监控，包括辅助人员的操作流程。

- (2) X光检查包括咬翼片、牙片及口腔全景片；
- (3) 两次的洁牙及抛光，包括必要情况下局部氟化剂处理；
- (4) 一副护齿；
- (5) 一副夜间咬合垫；
- (6) 窝沟封闭治疗。

2、常规牙科治疗费

我们将按照出于维护**口腔健康**³⁸所必须的，由**牙医**³⁹要求的下列常规牙科治疗费用的100%给付保险金，包括：

- (1) 根管治疗；
- (2) 拔牙；
- (3) 牙科外科手术；
- (4) 暂时性牙科处理（包括开髓、换药、引流、暂封、暂时充填等）；
- (5) 麻醉药；
- (6) 牙周治疗。

3、重大牙科治疗费

我们将按照以下牙科修复性治疗费用的80%给付保险金，包括：

- (1) 义齿—丙烯酸树脂/合金复合义齿，金属义齿或金属/丙烯酸树脂复合义齿；
- (2) 冠修复体；
- (3) 嵌体；

在本合同的保险期间内，牙科医疗保险金的累计给付金额以人民币12000元为限。

保障计划神州A1、神州A2、神州B1、神州B2、神州C1、神州C2、国际A1、国际A2不包含本项“牙科医疗保险金”保险责任。

1.4 预先通知

被保险人在接受下列项目的治疗和服务之前，应通过指定的服务热线做预先通知。紧急情况下，如被保险人未能预先通知的，被保险人须自接受下列医疗项目后四十八小时之内进行通知。

因被保险人未预先通知或紧急情况下未能在规定时间内进行通知，且发生的费用超出或不符合本合同保险责任的费用规定，则本公司不承担相应的费用，该相应的费用由被保险人自行承担。

- (1) 预计单次大于 5000 元的单项检查或每剂大于 5000 元的药品；
- (2) 所有住院治疗或所有手术治疗；
- (3) 首次肾透析门诊、首次器官移植后抗排异门诊治疗；
- (4) 恶性肿瘤门诊治疗（包括电疗、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）；
- (5) 手术后家中看护；

³⁸ **口腔健康**：根据被保险人常住地所在国具有普通能力技术的牙科医生可以接受的口腔健康维护标准，该标准是关于牙齿、牙周及其他口腔支持组织、咀嚼效率等要素的口腔健康合理标准。

³⁹ **牙医**：指为国家、政府或其他监管地区所承认并允许在该地区提供治疗的牙科医生、牙齿外科医生或牙科执业人员。

- (6) 康复治疗；
- (7) 疾病终末期关怀；
- (8) 精神疾病治疗；
- (9) 紧急救援；
- (10) 恶性肿瘤院外靶向药治疗；
- (11) 恶性肿瘤CAR-T疗法。

1.5 年度免赔额

年度免赔额指在本合同保险期间内，属于保险责任的范围内，在依据本合同申请相应的保险金前，应当由被保险人自己承担的额度。本合同的年度免赔额分为8000元、0元两种，不同保障计划所对应的年度免赔额如下：

免赔额	保障计划				
8000元	神州A1	神州B1	神州C1	国际A1	国际B1
0元	神州A2	神州B2	神州C2	国际A2	国际B2

被保险人从其他途径（包括工作单位以及本公司在内的任何商业保险机构等）取得的补偿可用于抵扣年度免赔额，但通过**基本医疗保险⁴⁰**和**公费医疗⁴¹**保险取得的补偿不可用于抵扣年度免赔额。

在保险期间内，年度免赔额经抵扣过后剩余的金额为年度免赔额余额，且年度免赔额余额 ≥ 0 。

发生下列情形之一时，不适用年度免赔额：

- 1、被保险人因患有本合同约定的特定疾病（见7.1 特定疾病定义）在医疗机构接受治疗而导致的符合本合同约定的一般住院费用保险金、延伸医疗费用保险金、指定门急诊费用保险金、紧急费用保险金、一般门急诊费用保险金和特色门急诊费用保险金；
- 2、牙科医疗费用保险金；
- 3、一般住院费用保险金中的无赔付住院津贴。

1.6 医疗费用保险金计算方法

对投保人选择的保障计划所保障的被保险人发生的合理且必要的医疗费用，我们按照如下公式计算并给付保险金：

应当给付的保险金=（被保险人在指定医疗机构发生的合理且必要的医疗费用金额总和-被保险人从当地基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险、其他费用补偿型医疗保险和其他途径已获得的医疗费用补偿-年度免赔额余额） $\times$ 给付比例。

1.7 费用补偿原则

本合同属于费用补偿型医疗保险合同，若被保险人发生的属于保险责任范围内的医疗费用已通过基本医疗保险、公费医疗或其他费用补偿型医疗保险等途径得到了部分补偿，我们仅对剩余未获补偿的部分按前述规

⁴⁰ **基本医疗保险：**包含城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险（或城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗）。
⁴¹ **公费医疗：**公费医疗制度是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。国家通过医疗卫生行政部门向享受人员提供制度规定范围内的免费医疗。

定计算及给付保险金。我们的赔付与被保险人已从其他途径获得的补偿总额不得超过被保险人实际发生的费用。

1.8 保险期间

本合同的保险期间为一年，自合同生效日的当日24时起，至保险单上载明的约定终止日24时止。

1.9 不保证续保

本合同为不保证续保合同。保险期间届满，投保人需要重新向我们申请投保本产品，并经我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。
若保险期间届满时，被保险人的年龄超过99周岁或本产品已停止销售，我们将不再接受重新投保的申请。

1.10 健康管理服务

在本合同保险期间内，我们将根据投保人选择的保障计划提供相应的健康管理服务。本合同在不同的保障计划下向被保险人提供的健康管理服务的具体范围详见下表。

自本合同生效日起30日以后（不含当日），我们提供如下健康管理服务：

- 1、视频咨询：以线上视频方式提供健康咨询服务。
- 2、第二诊疗预约安排：被保险人发生符合本合同保险责任范围的治疗时，在被保险人已经获得诊断（第一医疗意见）的基础上，协助被保险人在本公司合作的医疗服务网络内的医疗机构，进行第二诊疗预约安排。
- 3、MDT多学科会诊意见：针对被保险人反复就诊无法明确诊断或疗效不明显的疑难重症，可以协助被保险人在我们合作的医疗服务网络内的医疗机构，协调安排多学科会诊并提供书面意见报告。

上述服务的启动条件、服务内容、服务流程、服务标准、服务期限、服务机构、注意事项等服务详情请参见本产品《服务手册》中的“健康管理服务”部分。

健康管理服务内容	保障计划				
	神州A1 神州A2	神州B1 神州B2	神州C1 神州C2	国际A1 国际A2	国际B1 国际B2
1、视频咨询	√	√	√	√	√
2、第二诊疗预约安排	中国境内	中国境内	中国境内	全球 (除美国)	全球 (含美国)
3、MDT多学科会诊意见	/	中国境内 执业医师 意见	中国境内 执业医师 意见	执业医师 意见全球 (除美国)	执业医师 意见全球 (含美国)

② 我们不保什么

这部分讲的是我们不承担保险责任的情况。

2.1 责任免除

因下列情形之一导致被保险人发生的任何医疗费用，我们不承担给付一般住院费用保险金、延伸医疗费用保险金、指定门急诊费用保险金、一般门急诊费用保险金、特色门急诊费用保险金或牙科医疗保险金的

责任：

- 1、被保险人在本合同生效日前的**既往症**⁴²，及特别约定的除外疾病引起的相关费用；
- 2、投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- 3、被保险人自杀、故意犯罪、自致的伤害、参与**殴斗**⁴³、或者抗拒依法采取的刑事强制措施，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- 4、被保险人服用、吸食或注射**毒品**⁴⁴；
- 5、被保险人**酒后驾驶**⁴⁵，**无合法有效驾驶证驾驶**⁴⁶，或**驾驶无合法有效行驶证**⁴⁷的机动车；
- 6、被保险人因**遗传性疾病**⁴⁸，**先天性畸形、变形或染色体异常**⁴⁹；
- 7、被保险人因酗酒或受酒精、毒品、**管制药物**⁵⁰的影响，或未遵医嘱，私自服用、涂用或注射药物所致者；
- 8、被保险人未遵医嘱，私自使用药物，但按使用说明的规定使用**非处方药**⁵¹不在此限；
- 9、战争、军事冲突、暴乱、武装叛乱、**恐怖活动**⁵²；
- 10、核爆炸、核辐射、核污染、原子或生化武器；
- 11、被保险人因进行**潜水**⁵³、跳伞、**攀岩活动**⁵⁴、**探险活动**⁵⁵、**武术比赛**⁵⁶、**摔跤比赛、特技**⁵⁷表演、赛马、赛车等高风险活动所致；
- 12、被保险人**精神和行为障碍**⁵⁸，但一般住院费用保险金中的精神疾病住院治疗费和一般门急诊费用保险金中的精神疾病门急诊费除外；

⁴² **既往症**：指在保单生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

⁴³ **殴斗**：违反国家有关治安管理的法律法规，使用暴力攻击伤害对方的搏斗行为。

⁴⁴ **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。

⁴⁵ **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。

⁴⁶ **无合法有效驾驶证驾驶**：指下列情形之一：（1）没有取得驾驶资格；（2）驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；（3）持审验不合格的驾驶证驾驶；（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。

⁴⁷ **无合法有效行驶证**：指下列情形之一：（1）机动车被依法注销登记的；（2）未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

⁴⁸ **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。

⁴⁹ **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。

⁵⁰ **管制药物**：指麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品及兴奋剂。管制药物的范围以国家食品药品监督管理局的最新规定为准。

⁵¹ **非处方药**：指在使用药品当时，由国务院药品监督管理部门公布的，不需要凭执业医师和执业助理医师处方，消费者可以自行判断、购买和使用的药品。

⁵² **恐怖活动**：是指任何人或群体单独地或有组织地进行的为达到政治、宗教、意识形态等目的或以影响任何政府或公众、或以恐吓公众为目的的活动，包括但不限于使用武力、暴力、原子能/生物/化学武器、大规模杀伤性武器、对交通和通信系统等的基础设施或内容进行破坏、或其他任何手段造成的或试图造成的任何性质的伤害或威胁。

⁵³ **潜水**：指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域潜水。

⁵⁴ **攀岩活动**：指以攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等为锻炼身体方式的运动。

⁵⁵ **探险活动**：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，而故意使自己置身其中的行为。如江河漂流、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。

⁵⁶ **武术比赛**：指两人或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比赛。

⁵⁷ **特技**：指从事马术、杂技、驯兽等特技技能。

⁵⁸ **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。

13、视力矫正产生的任何费用；

14、不孕不育治疗、人工受精、妊娠（包括异位妊娠）、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含避孕及绝育）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症；

15、美容、外科整形（一般住院费用保险金中的重建手术费除外）、变性手术、脱发治疗、丰胸或者缩胸手术、成瘾性物质的戒断治疗、矫形；

16、牙齿修复、牙齿整形，以及非因意外伤害而进行的牙齿、牙周、牙床治疗及手术（牙科医疗保险金除外）；

17、一般身体检查、疗养、特别护理或静养、既非手术又非药物的治疗；

18、康复性治疗（一般住院费用保险金中的康复治疗除外）；

19、被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（一般住院费用保险金的艾滋病/感染艾滋病病毒住院治疗费除外）；

20、被保险人接受实验性治疗，即未经科学或医疗机构认可的医疗；

21、任何原因引起的性功能障碍的治疗，如阳痿治疗或其他性方面的问题，及包皮环切手术；

22、被保险人接受肥胖或其并发症的治疗，包括但不限于减肥课程、减肥指导或药物减肥。但被保险人同时符合如下情况时，我们承担支付胃束带或胃旁路外科手术的费用：

（1）体重指数（BMI）达到40或以上并被诊断为病态肥胖，或能够提供文件证明被保险人在过去24个月已经尝试过其他减肥方法；

（2）在外科手术前已经经历了心理评估，并确认被保险人适宜进行这样的外科手术。

23、因器官移植所产生供体的所有检查费、治疗费、手术费等任何医疗费用；获得该器官所需要的费用（包括但不限于寻找、获取、运送、贮存器官源或组织源的费用）；

24、各类医疗鉴定，包括孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、非医学目的的遗传基因鉴定费用。

因下列情形之一导致被保险人就诊的，我们不承担给付紧急费用保险金中的意外急症门急诊费和意外紧急牙齿门急诊费的责任：

1、投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

2、因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；

3、被保险人自杀、故意犯罪、自致的伤害、参与殴斗、或者抗拒依法采取的刑事强制措施，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；

4、被保险人因酗酒、因药物或成瘾品（包括但不限于毒品、酒精、管制药物）滥用或依赖而产生的任何费用；

5、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的机动车；

6、被保险人精神和行为障碍；

7、被保险人因疾病、妊娠（包括异位妊娠）、流产、分娩（含难产）、药物过敏、食物中毒、整容手术或其他医疗导致的伤害；

8、被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；

- 9、战争、军事冲突、暴乱、武装叛乱、恐怖活动；
- 10、核爆炸、核辐射、核污染、原子或生化武器；
- 11、被保险人置身于任何飞机或空中运输工具（以乘客身份搭乘民用或商业航班者除外）期间；
- 12、被保险人进行潜水、滑水、滑雪、轮滑、滑板、滑板车、滑翔翼、跳伞、蹦极、攀岩运动或探险活动；
- 13、被保险人进行摔跤、柔道、空手道、跆拳道、马术、拳击、武术的比赛或被保险人进行特技表演；
- 14、被保险人进行赛马、各种车辆表演、赛车运动、驾驶卡丁车。

因下列情形之一导致被保险人发生紧急运送、转送，或遗体/骨灰运返或安葬的，我们不承担给付紧急费用保险金中的紧急救援费的责任：

- 1、投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- 2、被保险人自杀、故意犯罪、自致的伤害、参与殴斗、或者抗拒依法采取的刑事强制措施，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- 3、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的机动车；
- 4、战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- 5、核爆炸、核辐射或核污染；
- 6、被保险人受酒精、毒品、管制药物影响；
- 7、出发地所在国政府、被保险人前往目的地所在国政府或联合国明确告知不建议前往的国家或地区；
- 8、在山区、海上、沙漠、丛林或者类似的偏僻地区进行搜寻及救援被保险人而发生的费用，包括从船只或者海上撤离到岸边的空中或者海上搜寻费用；
- 9、对因健康原因被医生建议不宜旅行的被保险人执意旅行引起的伤害或者疾病的救援费用；
- 10、宗教仪式或者鲜花、遗体美容、服饰、购买墓地等费用。

因下列情形之一导致被保险人就诊的，我们不承担给付牙科医疗保险金的责任：

- 1、单纯的美容性治疗，或其他不是为维持或改善口腔健康而必须进行的治疗；
- 2、因牙具遗失或被盗而进行的更换；
- 3、初次安装后不足五年的牙桥、冠修复体及义齿的更换，除非：
 - （1）保险期间内被保险人因外力伤害导致牙桥、冠修复体及义齿受损后无法修复达到正常可用的状况；
 - （2）在被保险人必须拔除健康自体牙后，从医疗上必须对与被拔除牙齿有邻接关系或对合关系的原义齿进行更换；
 - （3）在对颌牙初次安装半口义齿时，为进行全口牙列的咬合关系配置，原义齿必须更换。
- 4、树脂贴面或瓷贴面；
- 5、对上下颌的第一、第二及第三颗磨牙安装冠修复体或义齿，除非：
 - （1）是普通烤瓷或全金属的，如镍铬合金冠；

- (2) 常规或紧急牙科治疗中所需要的临时冠或义齿。
- 6、实验性的或不符合通常牙科治疗规范的牙科治疗、操作或材料；
- 7、口腔卫生咨询建议，如牙菌斑控制、口腔卫生及饮食等；
- 8、单纯的服务或商品，包括但不限于漱口水、牙刷及牙膏等；
- 9、正畸治疗；
- 10、咬合关系取模，精密/半精密附着体；
- 11、主要出于如下目的的治疗方法、用具及修复物（全口义齿除外）：
- (1) 改变上下（颌间）距离；
- (2) 颞下颌关节功能障碍的诊断或治疗；
- (3) 牙周病患牙固定；或者咬合运动障碍解除。

- 2.2 其他免责条款 除“2.1 责任免除”外，本合同中还有一些免除本公司责任的条款，详见背景突出显示的内容。

③ 如何支付保险费

这部分讲的是投保人应当按时缴纳保险费。

- 3.1 保险费的缴付 投保人应向我们一次性缴清全部保险费（简称趸缴）。

④ 如何领取保险金

这部分讲的是发生保险事故后受益人如何领取保险金。

- 4.1 受益人的指定与变更 除另有约定外，本合同一般住院费用保险金、延伸医疗费用保险金、指定门急诊费用保险金、紧急费用保险金、一般门急诊费用保险金、特色门急诊费用保险金、牙科医疗保险金的受益人为被保险人本人。
- 4.2 保险事故通知 本合同的投保人，被保险人或受益人知道保险事故后应当在十日内通知我们。
如果投保人，被保险人或受益人故意或者因重大过失未及时通知我们，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，我们对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但我们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或者虽未及时通知但不影响我们确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。
- 4.3 申请保险金应提供的材料 申请各项保险金时，申请人应提供相关证明文件和资料，如果有关证明资料不完整，我们将及时一次性通知申请人补充提供。
- 4.3.1 一般住院费用保险金、延伸医疗费用保险金、指定门急诊 受益人申请各项保险金时，应提供下列证明文件和资料：
1、理赔申请书；
2、保险合同；
3、受益人的有效身份证明⁵⁹；

⁵⁹ 有效身份证明：由政府主管部门规定的证明其身份并在有效期内的证件，如居民身份证、外国人永久居留身份证等。应提供的身份证明文件种类以本公司的要求为准。

诊费用保险金、紧急费用保险金、一般门急诊费用保险金、特色门急诊费用保险金、牙科医疗费用保险金

- 4、由本公司指定的医疗机构出具的医疗诊断书、出院小结（若发生住院）、治疗病历以及由我们指定或认可医疗机构的专科医生出具的疾病诊断书及相关所必需的检查结果证明；
- 5、若已从其他途径获得了补偿，则须提供从其他途径报销的凭证及凭证所对应的费用明细；
- 6、所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的证明文件和资料。

4.3.2 委托他人代为申请保险金

若受益人委托他人代为申请保险金，被委托人还应提供受益人签字的授权委托书、被委托人的有效身份证明等相关证明文件。

4.4 保险金的给付

1、被保险人在我们合作的医疗服务网络内的医疗机构接受治疗的，对于本合同保险责任范围内的医疗费用，可由我们与医疗机构直接结算。网络内的医疗机构名单、本服务的启动条件、服务内容、服务流程、注意事项等详情请参见本产品《服务手册》中的“网络医院内的就诊、理赔服务”部分。

若被保险人发生以下医疗费用，被保险人须在就诊后自行向医疗机构支付：

- （1）不属于本合同保险责任范围内的医疗费用；
- （2）属于本合同保险责任范围内但低于年度免赔额的医疗费用；
- （3）属于本合同保险责任范围内但超过给付限额或给付比例的医疗费用。若已由我们支付的，被保险人应当在收到我们或服务机构相关通知之日起 30 日内向我们退回。逾期未退回的，我们有权暂停该被保险人与医疗机构的直接结算。

2、被保险人在非本公司合作的医疗服务网络内的医疗机构接受治疗的，对于本合同保险责任范围内的医疗费用，我们在收到保险金给付申请书及上述有关证明和资料后五日内作出核定，情形复杂的，在三十日内作出核定。对确定属于保险责任的，在与受益人达成有关给付保险金数额的协议后十日内，履行给付保险金的责任。

本公司未及时履行前款规定义务的，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的损失。

对不属于保险责任的，我们将在作出核定后三日内，向申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

我们在收到保险金给付申请书及上述有关证明和资料之日起六十日内，对属于保险责任而给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料，按可以确定的数额先予以支付；我们最终确定给付保险金的数额后，给付相应的差额。

4.5 诉讼时效

受益人对本合同请求给付保险金的诉讼时效期间为两年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

5

如何退保

这部分讲的是投保人可随时申请退保。

5.1

解除合同（退保）

在本合同有效期内，投保人可书面通知我们要求解除本合同（简称退保）。申请退保时，投保人应提供下列证明文件和资料：

- 1、解除合同申请书；
- 2、保险合同；
- 3、投保人的有效身份证明。

自我们收到退保申请（若为邮寄，则以寄出邮戳为准）的当日 24 时起，本合同的效力终止。我们将于收到上述证明文件和资料后三十日内退还本合同效力终止日的**现金价值⁶⁰**。

若已发生本合同项下的保险金给付，则现金价值为零。

6

需关注的其他内容

这部分讲的是投保人应当注意的其他事项。

6.1

合同构成

本合同由所载的条款、保险单、投保单以及有关的声明、批注、其它约定书构成。

若上述构成本合同的文件正本需留本公司存档，则其复印件或电子影像印刷件亦视为本合同的构成部分，其效力与正本相同；若复印件或电子影像印刷件的内容与正本不同时，则以正本为准。

本合同条款依法按照通常理解予以解释，如合同条款有两种以上解释的，作有利于被保险人或受益人的解释。

6.2

如实告知

订立本合同，我们应当向投保人说明本合同的内容。对本合同中免除我们责任的条款，在订立合同时我们应当在投保单、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。

订立本合同，我们可以就投保人和被保险人的有关情况提出书面询问，投保人应当如实告知。

如果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，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本合同。

如果我们在合同订立时已经知道投保人未如实告知的或自我们知道有解除事由之日起超过三十日没有解除本合同，则我们不再依据前款约定行使解除权。

如果投保人故意不履行如实告知义务，我们对于本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。

如果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，我们对于本合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但退还本合同的保险费。

⁶⁰ **现金价值：** 本合同的现金价值=保费×（1-35%）×（1-已生效天数÷保险期间的天数），经过日期不足一日的按一日计算。

- 6.3 投保范围** 本合同的被保险人为在中国境内居住的所有国籍的人士，但非中华人民共和国国籍的被保险人须持有中华人民共和国政府签发的的工作签证或拥有中华人民共和国居留证或长期居住权。
- 6.4 住所地要求** 本合同被保险人住所地须为中国境内。若被保险人停留在中国境外的累计天数超过180日，则视为住所地变化，被保险人应及时告知我们，我们对被保险人在中国境外停留累计超过180日后发生的费用不承担任何保险责任。
住所地的要求不适用于紧急救援费。
- 6.5 合同成立及保险责任开始** 投保人提出保险申请、本公司同意承保，本合同成立。若本合同成立，我们于保险单上约定的生效日的当日24时起承担本合同约定的保险责任。我们将签发保险单作为承保的凭证。具体生效日以保险单上载明的日期为准。本合同的有效期、合同期满日均以生效日起算。
- 6.6 合同效力的终止** 有下列情况之一时，本合同的效力终止：
1、被保险人身故；
2、本合同解除、满期；
3、本合同列明的其它效力终止情形。
本合同效力终止后，除另有规定外，我们不退还本合同的现金价值或已缴的保险费。
- 6.7 年龄或性别错误的处理** 被保险人的年龄以周岁计算。投保人在申请投保时，应在投保单上按被保险人的真实年龄及性别填明，若发生错误，则按下列规定办理：
1、若投保人申报的被保险人年龄或性别不真实，并且其真实年龄或性别不符合我们对本险种接受的被保险人的年龄或性别限制的，我们有权解除本合同，我们将向投保人退还本合同解除日的现金价值。
如果我们在合同订立时已经知道投保人未如实告知的或自我们知道有解除事由之日起超过三十日没有解除本合同，则我们不再依据前款约定行使解除权。
2、若投保人申报的被保险人的年龄或性别不真实，致使投保人实缴保险费少于应缴保险费的，我们有权更正并要求投保人补缴保险费。若已发生保险事故，我们将按实缴保险费和应缴保险费的比例折算给付保险金。
3、若投保人申报的被保险人的年龄或性别不真实，致使投保人实缴的保险费多于应缴的保险费的，我们应将多收的保险费退还给投保人。
- 6.8 职业或工种的变更** 被保险人变更其职业或工种时，投保人或被保险人应于十日内以书面形式通知我们。
被保险人所变更的职业或工种，按照我们的职业分类在拒保范围内者，我们于收到通知后，自职业或工种变更之日起，本合同的效力终止，并退还本合同效力终止日的现金价值。
被保险人所变更的职业或工种，未依规定通知我们而发生保险事故者，若被保险人所变更的职业或工种在拒保范围内，我们不承担保险金的给付责任，本合同自保险事故发生之日起效力终止，我们可以退还本

合同效力终止日的现金价值。

- 6.9 非指定医疗机构就诊 被保险人应在我们指定的医疗机构就诊，若因急诊未在指定的医疗机构就诊的，应在就诊后三日内通知我们，并根据病情好转情况及时转入指定的医疗机构。若确需在非指定医疗机构就诊的，应向我们提出书面申请，我们在接到申请后三日内给予答复。对于我们同意在非指定的医疗机构就诊的，对这期间发生的医疗费用我们按本合同规定承担保险责任；对于我们未同意在非指定的医疗机构就诊的，对这期间发生的医疗费用不给付保险金。但被保险人因情况紧急必须立即就医的除外。
- 6.10 身体检查 申请本合同保险金时，我们有权根据实际情况要求被保险人到我们指定的医院或鉴定机构进行身体检查或其他必要的检验以确认保险事故的发生，费用由我们承担。如果被保险人拒绝检查、检验或检查、检验结果不符合本合同关于保险事故的约定，我们有权不给付保险金。
- 6.11 欠款扣除 我们在给付各项保险金、办理终止合同时，若投保人有欠缴的保险费及利息，则所有的欠款和利息均需先归还我们或由我们在给付款中扣除。
- 6.12 通知 我们将按投保人在投保单上填写的通讯地址发送通知。投保人的通讯地址变更时，应及时以书面形式或本公司认可的其他形式通知我们。投保人不作前述通知时，我们按投保单所载的最后通讯地址发送通知，视为已送达给投保人。
- 6.13 争议处理 本合同争议解决方式由当事人投保时在投保单上约定从下列两种方式中选择一种：
1、因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，提交双方共同选定的仲裁委员会，按其当时有效的仲裁规则仲裁解决；
2、因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向有管辖权的人民法院起诉。

疾病定义

7

这部分讲的是我们提供保障的疾病的定义。本合同所称“疾病”是指本合同约定的疾病、疾病状态或手术。被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病，应当由专科医生明确诊断。

- 7.1 特定疾病定义 本合同所定义的特定疾病共有 28 种，疾病定义完全采用了中国保险行业协会与中国医师协会共同制定的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》中的疾病定义。
- 7.1.1 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⁶¹（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界

⁶¹ 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。

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⁶²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 ≤ 2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

ICD-10 与 ICD-O-3：

《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。

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

pT_x：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

T_{1a} 肿瘤最大径 ≤ 1cm

T_{1b} 肿瘤最大径 > 1cm，≤ 2cm

pT₂：肿瘤 2~4cm

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。

⁶² **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。

pT₃: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内

pT_{3b}: 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

pT_{4a}: 侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT_{4b}: 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pT_x: 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
T_{1a} 肿瘤最大径≤1cm
T_{1b} 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

pT_{3a}: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内

pT_{3b}: 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

pT_{4a}: 中度进展, 任何大小的肿瘤, 侵犯甲状腺外颈部周围器官和组织, 如喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT_{4b}: 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

pN_x: 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

pN_{1a}: 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。

pN_{1b}: 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。

7.1.2 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 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。

- 7.1.3 **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⁶³肌力⁶⁴2 级（含）以下**；
 - （2）**语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍⁶⁵**；
 - （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⁶⁶**中的三项或三项以上。
- 7.1.4 **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。
- 7.1.5 **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。**
- 7.1.6 **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。
- 7.1.7 **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。
- 7.1.8 **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；

⁶³ **肢体**：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。

⁶⁴ **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。

⁶⁵ **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。

⁶⁶ **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。

- (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。

7.1.9 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）。

7.1.10 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。

7.1.11 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。

7.1.12 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。

7.1.13 双耳失聪（三

指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆⁶⁷性丧失，在 500 赫兹、

⁶⁷ 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 180 天后，仍无法通过现有医疗手段恢复。

- 周岁以上理赔)** 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在三周岁以上, 并且提供理赔当时的听力丧失诊断及检查证据。
- 7.1.14 **双目失明(三周岁以上理赔)** 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以上, 并且提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。
- 7.1.15 **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。
- 7.1.16 **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。
- 7.1.17 **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。
- 7.1.18 **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。
- 7.1.19 **严重原发性帕** 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

- 金森病 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。
- 7.1.20 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。
- 7.1.21 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⁶⁸Ⅳ级，且静息状态下肺动脉平均压在 36mmHg（含）以上。
- 7.1.22 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。
- 7.1.23 语言能力丧失（三周岁以上理赔） 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 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。
被保险人申请理赔时年龄必须要在三周岁以上，并且提供理赔当时的语言能力丧失诊断及检查证据。
- 7.1.24 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≥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<0.5×10⁹/L；
② 网织红细胞计数<20×10⁹/L；
③ 血小板绝对值<20×10⁹/L。
- 7.1.25 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

⁶⁸ 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。

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。

- 7.1.26 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）<50mmHg。

- 7.1.27 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，且已经造成瘻管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

- 7.1.28 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。

- 7.2 恶性肿瘤——轻度 本合同“恶性肿瘤——轻度”的定义完全采用了中国保险行业协会与中国医师协会共同制定的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020年修订版）》中的疾病定义。

“恶性肿瘤——轻度”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，但不在“恶性肿瘤——重度”保障范围的疾病。且特指下列六项之一：

- (1) TNM分期为I期的甲状腺癌；
- (2) TNM分期为T₁N₀M₀期的前列腺癌；
- (3) 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；
- (4) 相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- (5) 相当于Ann Arbor分期方案I期程度的何杰金氏病；
- (6) 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%）的神经内分泌肿瘤。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”，不在保障范围内：

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。

附表：

保障计划		神州 A1	神州 A2	神州 B1	神州 B2	神州 C1	神州 C2	国际 A1	国际 A2	国际 B1	国际 B2
年度免赔额（元）		8000	0	8000	0	8000	0	8000	0	8000	0
保障区域		中国境内		中国境内		中国境内		全球（除美国）		全球（含美国）	
年度给付限额		500 万元		500 万元		600 万元		800 万元		1000 万元	
医疗机构范围		不包含昂贵医院		不包含昂贵医院		包含昂贵医院		包含昂贵医院		包含昂贵医院	
保险责任		给付比例或给付限额									
一般住院费用保险金	1、床位费	给付比例 100%									
	2、膳食费	给付比例 100%									
	3、药品费	给付比例 100%									
	4、住院杂费	给付比例 100%									
	5、护理费	给付比例 100%									
	6、检查检验费	给付比例 100%									
	7、治疗费	给付比例 100%									
	8、医生诊疗费	给付比例 100%									
	9、救护车费	给付比例 100%									
	10、重症监护病房费	给付比例 100%									
	11、住院陪床费	给付比例 100%									
	12、物理治疗费	给付比例 100%									
	13、替代疗法费	给付比例 100%									
	14、中医治疗费	给付比例 100%									
	15、常规手术费	给付比例 100%									
	16、重建手术费	给付比例 100%，给付限额 13 万元（每次意外伤害或疾病）									
	17、医疗设备费，包括以下 3 项费用	（其中，医疗设备费用限额参见备注 4）									
	17.1 内置医疗设备	给付比例 100%									
	17.2 外置医疗设备	给付比例 100%，给付限额 8 万元（每次手术或同一种疾病）									
	17.3 重建装置和重建材料	给付比例 100%，给付限额 8 万元（每次手术）									
18、康复治疗费	给付比例 100%，给付限额 6.5 万元										
19、疾病终末期关怀费	给付比例 100%，给付限额 6.5 万元										
20、艾滋病/感染艾滋	等待期 180 日，给付比例 100%，给付限额 20 万元										

保障计划		神州 A1	神州 A2	神州 B1	神州 B2	神州 C1	神州 C2	国际 A1	国际 A2	国际 B1	国际 B2
	病病毒住院治疗费										
	21、精神疾病住院治疗费	等待期 180 日，给付比例 100%，给付限额 3.5 万元									
	22、无赔付住院津贴	/	/	/	/	每天 600 元，以 30 天为限					
延伸医疗费用保险金	1、手术后家中看护费	给付比例 100%									
	2、恶性肿瘤靶向药物基因检测费	给付比例 100%，给付限额 3 万元				给付比例 100%，给付限额 5 万元					
	3、院外特定药品医药费	给付比例 100%									
	4、质子重离子医疗费	给付比例 100%									
	5、CAR-T 保险金	给付比例 100%									
指定门急诊费用保险金	1、住院前后门急诊费	给付比例 100%									
	2、特殊门诊医疗费	给付比例 100%									
	3、门急诊手术医疗费（包括门急诊手术费用和医疗设备费用）	给付比例 100%（其中，医疗设备费用限额参见备注 4）									
	4、门诊手术前后门急诊费	给付比例 100%									
紧急费用保险金	1、意外急症门急诊费	给付比例 100%									
	2、意外紧急牙齿门急诊费	给付比例 100%									
	3、紧急救援费	给付比例 100%，给付限额 80 万元									
一般门急诊费用保险金	1、基本门急诊费	/	/	给付比例 100%，以 50 次为限							
	2、精神疾病门急诊费	/	/	等待期 180 日，给付比例 100%，给付限额 8000 元							
特色门急诊费用保险金	1、物理治疗费	/	/	/	/	给付比例 100%，给付限额 6500 元（三项合计）					
	2、替代疗法费	/	/	/	/						
	3、中医治疗费	/	/	/	/						
牙科医疗保险金	1、预防性牙科治疗费	/	/	/	/	/	/	/	/	1、等待期 90 日 2、预防性及常规牙科治疗费给付比例 100%，重大牙科治	
	2、常规牙科治疗费										

保障计划		神州 A1	神州 A2	神州 B1	神州 B2	神州 C1	神州 C2	国际 A1	国际 A2	国际 B1	国际 B2
	3、重大牙科治疗费									疗费给付比例 80% 3、给付限额 12000 元	

备注：

- 1、本合同的币种为人民币（元）。
- 2、每项保险责任的给付都须满足上表中的给付比例、给付限额，本合同各项保险金累计给付以年度给付限额为限。
- 3、除上表特别列明的等待期外，其他保险责任和健康管理服务的等待期均为30日。
- 4、在本合同的保险期间内，上述“一般住院费用保险金”中的“17、医疗设备费”与上述“指定门急诊费用保险金”的“3、门急诊手术医疗费”中的“医疗设备费用”合并计算限额，即在住院期间和门急诊手术的“外置医疗设备费”共计限额8万元（每次手术或同一种疾病），在住院期间和门急诊手术的“重建装置和重建材料”共计限额8万元（每次手术）。
- 5、上表为本合同各保障计划概览，我们承担的保险责任的详细内容及责任免除情形等以本合同条款为准。

以 下 空 白