

都邦财产保险股份有限公司

高新技术企业高管和关键研发人员医疗保险条款

(注册号: C00009632512022022519923)

总则

第一条 本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定, 均应采用书面形式。

第二条 在中华人民共和国境内(不包括香港、澳门、台湾地区)、经过国家主管部门认定的从事高新技术研发、生产等的企业或机构可作为本保险合同的投保人。

第三条 年龄在十六周岁(含)至九十九周岁(含九十九周岁), 身体健康, 能正常工作或劳动的高管人员、关键研发人员(或投保人认可的其他骨干人员)及其他在职员工, 均可作为被保险人。但首次投保自然人的年龄上限为六十五周岁(含六十五周岁)。

第四条 除本保险合同另有约定外, 本保险合同保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 在保险期间内, 被保险人因遭受意外伤害或在等待期(除另有约定外, 本保险合同的等待期为 30 日, 续保者不受该等待期的限制)后因罹患疾病, 在中华人民共和国境内(不包括香港、澳门、台湾地区)二级或二级以上公立医院或者保险人指定或认可的医疗机构接受治疗(以下简称“保险责任范围内事故”)的, 对被保险人所实际支出的必要的、合理的下列医疗费用, 保险人在扣除约定的免赔额后, 按照约定的给付比例在一般医疗费用保险金额内给付保险金。

(一) 一般医疗费用保险金

1. 住院医疗费用

在保险期间内, 被保险人因发生保险责任范围内事故而经医生诊断必须入住医院正式病房并接受全日 24 小时监护治疗, 且办理了正式入、出院手续而产生的必要的、合理的住院医疗费用。住院医疗费用包括住院期间发生的床位费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费等, 但不包括下列情形下发生的住院费用:

- (1) 被保险人在医院的门诊观察室、家庭病床(房)入住;
- (2) 被保险人在特需病房、外宾病房或其他不属于社会医疗保险范畴的高等级病房入住;
- (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;

(6) 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 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。

2. 住院前后门(急)诊医疗费用

在保险期间内, 被保险人因发生保险责任范围内事故经医生诊断必须入住医院正式病房并接受全日 24 小时监护治疗, 且办理了正式入、出院手续的, 其在该次住院前七日内(含住院当

日)以及出院后十四日内(含出院当日)因该次住院相同原因所进行的门(急)诊(不含特需门诊)治疗所实际支出的必要的、合理的住院前后门(急)诊医疗费用(不包括门诊肾透析费、门诊恶性肿瘤治疗费、器官移植后的门诊抗排异治疗费和门诊手术费)。

住院前后门(急)诊医疗费用以当地卫生局或当地政府核准的收费标准为限,给付范围包括医生诊断、处方、手术费、救护车费、药品费、X光检查、护理、医疗用品等在医院内发生的费用,但不包括特需门诊费用。

3. 特定门诊医疗费用

在保险期间内,被保险人因发生保险责任范围内事故经医生诊断需要接受特定门诊(不含特需门诊)治疗而产生的必要的、合理的特定门诊医疗费用。

特定门诊医疗费用包括:

(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、肿瘤靶向疗法治疗费用;

(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费;

(4) 门诊手术费:指医生在医院手术室内施行手术所收取的手术材料费、麻醉费和手术操作费用的总和。

前述住院医疗费用、住院前后门(急)诊医疗费用和特定门诊医疗费用的累计给付金额不超过一般医疗费用保险金额。

(二) 扩展六种重大疾病医疗费用保险金

在保险期间内,被保险人在等待期后初次发生并经医院确诊本保险合同中约定的六种重大疾病(无论一种或多种)并在医院接受治疗的,保险人首先按照一般医疗费用保险金约定给付一般医疗费用保险金,当对被保险人累计给付金额达到一般医疗费用保险金额后,保险人再对下列医疗费用,按照约定的给付比例,在扩展六种重大疾病医疗费用保险金额内给付保险金。

1. 扩展六种重大疾病住院医疗费用

在保险期间内,被保险人在等待期后初次发生并经医院确诊本保险合同中约定的六种重大疾病(无论一种或多种),经医院诊断必须入住医院正式病房并接受全日24小时监护治疗,且办理了正式入、出院手续而产生的必要的、合理的六种重大疾病(无论一种或多种)住院医疗费用。住院医疗费用包括住院期间发生的床位费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费等,但不包括下列情形下发生的住院费用:

(1) 被保险人在医院的门诊观察室、家庭病床(房)入住;

(2) 被保险人在特需病房、外宾病房或其他不属于社会医疗保险范畴的高等级病房入住;

(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;

(6) 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。

2. 扩展六种重大疾病住院前后门(急)诊医疗费用

在保险期间内，被保险人在等待期后初次发生并经医院确诊本保险合同中约定的六种重大疾病（无论一种或多种），经医生诊断必须入住医院正式病房并接受全日 24 小时监护治疗，且办理了正式入、出院手续的，其在该次住院前七日内（含住院当日）以及出院后十四日内（含出院当日）而发生的必要的、合理的门（急）诊医疗费用（不包括门诊肾透析费、门诊恶性肿瘤一重度治疗费、器官移植后的门诊抗排异治疗费和门诊手术费）。

住院前后门（急）诊医疗费用以当地卫生局或当地政府核准的收费标准为限，给付范围包括医生诊断、处方、手术费、救护车费、药品费、X 光检查、护理、医疗用品等在医院内发生的费用，但不包括特需门诊费用。

3. 扩展六种重大疾病特定门诊医疗费用

在保险期间内，被保险人在等待期后初次发生并经医院确诊本保险合同中约定的六种重大疾病（无论一种或多种），经医生诊断必须接受特定门诊（不含特需门诊）治疗而发生的必要的、合理的特定门诊医疗费用。

六种重大疾病特定门诊医疗费用包括：

（1）门诊肾透析费；

（2）门诊恶性肿瘤一重度治疗费，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法治疗费用；

（3）器官移植后的门诊抗排异治疗费；

（4）门诊手术费：是指医生在治疗本保险合同中约定的六种重大疾病（无论一种或多种）过程中，在医院手术室内施行手术所收取的手术材料费、麻醉费和手术操作费用的总和。

前述扩展六种重大疾病住院医疗费用、扩展六种重大疾病住院前后门（急）诊医疗费用和扩展六种重大疾病特定门诊医疗费用的累计给付金额不超过扩展六种重大疾病医疗费用保险金额。

责任免除

第六条 因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用或发生如下列明的医疗费用的，保险人不承担给付保险金责任：

（一）减肥治疗、戒酒治疗、戒毒治疗、心理治疗、脱发健发治疗、睡眠障碍治疗、饮食障碍（贪食症、厌食症）治疗的费用；

（二）康复治疗或训练、休养或疗养、健康体检、隔离治疗（保险责任范围内疾病的隔离治疗除外）、保健食品及用品、体外或植入的医疗辅助装置或用具（假牙、义肢、轮椅、拐杖、助听器、眼镜或隐形眼镜、验光、义眼等等）及其安装的费用；

（三）如下项目的治疗费用：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、蜘蛛痣、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、隆胸等整容整形治疗，包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

（四）各种健美治疗项目的费用：包括但不限于营养、增肌、抽脂、增胖、增高；

（五）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、自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械、耐用医疗设备（各种康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备）的购买、置换、安装和租赁费用；

（六）未经医生开具处方自行购买的药品、滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂，医生开具的超过 30 天用药量部分的药品费用；

（七）各种医疗咨询和健康预测的费用：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;

(八)不符合入院标准、挂床住院部分的费用,住院病人应当出院而拒不出院情况下,从医院确定应当出院之日起发生的一切医疗费用;

(九)各类医疗鉴定的费用: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;

(十)被保险人接受矫形、视力矫正治疗及手术、美容、非意外事故所致整容、洗牙、洁齿、牙科保健、变性手术等的费用;

(十一)被保险人在首次投保或非续保的合同生效之日起一百二十天内接受扁桃腺、甲状腺、疝气、女性生殖系统疾病的检查与治疗费用;

(十二)预防性治疗、实验性或试验性治疗的费用;

(十三)根据本保险合同其他部分内容中的相关约定,保险人应不承担或免除保险责任的各种情形下的损失、费用或责任,或保险人有权予以扣除、减少的部分。

第七条 以下原因造成的任何损失、费用,保险人不承担给付保险金责任:

(一)战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱;

(二)核爆炸、核辐射或核污染;

(三)被保险人故意自伤、自杀、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施;

(四)被保险人自杀,但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外;

(五)被保险人酗酒、殴斗、吸食或注射毒品,违反规定使用麻醉或精神药品;

(六)被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无合法有效行驶证照的机动车;

(七)被保险人从事潜水、滑水、滑雪、滑冰、滑翔翼、滑翔伞、热气球、跳伞、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、柔道、空手道、跆拳道、马术、拳击、特技表演、驾驶卡丁车、蹦极、赛马、赛车、各种车辆表演及车辆竞赛等高风险运动;

(八)被保险人未遵医嘱服用、涂用、注射药物;

(九)食物中毒,药物过敏;

(十)被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病;

(十一)遗传性疾病,先天性畸形、变形或染色体异常;

(十二)在诊疗过程中发生的医疗事故;

(十三)被保险人在投保前罹患的、投保时尚未治愈的疾病;被保险人在投保时未如实告知的既往疾病以及在本保险合同签发日之前的既往疾病;

(十四)被保险人分娩、流产、宫外孕、不孕不育治疗、人工受精、怀孕、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;

(十五)被保险人患椎间盘突出症(包括椎间盘膨出、椎间盘突出、椎间盘脱出、游离型椎间盘等类型);

(十六)被保险人患精神和行为障碍疾病的(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)。

保险金额、免赔额、给付比例

第八条 本保险合同的保险金额是保险人承担给付该被保险人相应保险金责任的最高限额。本保险合同的一般医疗费用保险金额、扩展六种重大疾病医疗费用保险金额、免赔额、给付比例由投保人、保险人协商确定，并在本保险合同中载明。

保险期间

第九条 除双方另有约定外，本保险合同的保险期间为一年，以本保险合同载明的起讫时间为准。

不保证续保

第十条 本保险合同为不保证续保合同。本保险合同期满，投保人需要重新向保险人申请投保本保险合同，交纳保险费，并经保险人同意，获得新的保险合同。续保不计算等待期。

保险费

第十一条 投保人应该按照本保险合同约定向保险人交付保险费。

本保险合同约定一次性交付保险费的，投保人应在投保时一次性交付全部保险费。**投保人未按约定交付全部保险费的，本保险合同不生效。**

本保险合同约定以分期付款方式交付保险费的，投保人应按期交付各期保险费。**投保人未按约定交付首期保险费的，本保险合同不生效。**

第十二条 本保险合同约定以分期付款方式交付保险费的，投保人在支付首期保险费后未约定在应付之日交纳保险费，保险人允许投保人在保险人催告之日起三十日（含第三十日）内补交保险费，如果被保险人在此三十日内发生保险事故，保险人仍按照本保险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，或经投保人和保险人协商同意后，**在保险金中扣减所有未缴期间的保险费。**

若投保人在保险人催告之日起三十日（含第三十日）内未补交保险费，则本保险合同自保险人催告之日起第三十日二十四时终止，对于本保险合同终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

保险人义务

第十三条 订立本保险合同时，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本保险合同的内容。对本保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立本保险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 本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十五条 保险人依据本保险合同第十九条、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。

保险人在本保险合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除本保险合同；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 保险人按照本保险合同第二十五条的约定，认为保险金申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。

第十七条 保险人收到被保险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，但本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；对属于保险责任的，在与被保险人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金义务。本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

第十九条 订立本保险合同，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，保险人有权解除本保险合同。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于本保险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，保险人对于本保险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。

第二十条 被保险人变更职业或工种时，投保人或被保险人应在十个工作日内以书面形式通知保险人。

被保险人所变更的职业或工种依照保险人确定的职业分类在拒保范围内的，保险人在接到通知后有权解除本保险合同，并按照接到通知之日退还原职业或工种所对应的未满期保险费。被保险人所变更的职业或工种依照保险人确定的职业分类仍可承保的，或在拒保范围内但保险人认定可以继续承保的，保险人按照接到通知之日计算并退还原职业或工种所对应的未满期保险费，投保人补交按照保险人接到通知之日计算的新职业或工种所对应的未满期保险费。

投保人或被保险人未依本条约定通知保险人，发生保险事故的，如变更后的职业或工种较原职业或工种危险性增加但属于保险人仍可承保的，或在拒保范围内但保险人认定可以继续承保的，保险人按投保人原交保险费与新职业或工种所对应的保险费的比例计算并给付保险金；如变更后的职业或工种在拒保范围内，保险人不承担给付保险金的责任。

第二十一条 投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本保险合同载明的投保人最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第二十二条 投保人申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。

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保险合同约定的年龄限制的，保险人可以解除本保险合同，并退还未满期保险费。

投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人支付的保险费少于应付保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费，或者在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例支付。

投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人支付的保险费多于应付保险费的，保险人应当将多收的保险费无息退还投保人。

第二十三条 在保险期间内，投保人需变更本保险合同内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

第二十四条 投保人、被保险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或因不可抗力导致迟延的除外。

保险金的申请与给付

第二十五条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料：

（一）被保险人支出医疗费用的，由保险金申请人填写保险金给付申请书，并凭下列证明和资料向保险人申请给付保险金：

1. 保险金给付申请书；
2. 保险单原件和其他保险凭证；
3. 保险金申请人的有效身份证件；
4. 二级及二级以上医院或者保险人指定或认可的医疗机构出具的附有病历、必需的病理检验、血液检验及其他科学诊断报告的诊断书或手术证明（包括门诊病历、住院病历或出院小结以及相关的检查报告）；
5. 医疗费用原始收据、医疗费用明细清单及医疗费用分割单；
6. 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。

若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。

保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性和其记载的内容的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

（二）被保险人若已通过其他途径获得了部分医疗费用的补偿并无法提供医疗费用原始凭证时，需提供医疗费用凭证复印件，同时出具注明已给付比例和金额、加盖支付费用单位公章的分割单等相关证明，保险人按本保险合同约定在剩余医疗费用内承担保险责任。

本保险合同所指分割单应符合财政部《会计基础工作规范》的有关要求。涉及基本医疗保险时，分割单指基本医疗保险费用结算表，或当地基本医疗保险结算办法所规定的其他类似费用结算证明。

（三）保险金申请人因特殊原因不能提供上述证明的，则应提供法律认可的其他有关的证明资料。

赔偿处理

第二十六条 在保险期间及第二十七条约定的延长期内，被保险人保险责任范围内的必要的、合理的医疗费用（以下公式中简称为“累计合理医疗费用”），按照如下计算方法给付保险金：

（一）若被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿金额（不含社会医疗保险和公费医疗已补偿金额）超过免赔额的，保险金计算公式为：

保险金=（累计合理医疗费用-社会医疗保险、公费医疗已补偿金额以及其他途径已获得的医疗费用补偿金额）×给付比例

（二）若被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿金额（不含社会医疗保险和公费医疗已补偿金额）不超过免赔额的，保险金计算公式为：

保险金=（累计合理医疗费用-社会医疗保险、公费医疗已补偿金额-免赔额）×给付比例

(三) 若被保险人因初次发生本保险合同约定的六种重大疾病并接受本保险合同约定的治疗时, 对于确诊六种重大疾病之前发生的医疗费用, 保险人仍按照上述(一)、(二)中的公式计算保险金, 但对于自确诊本保险合同约定的六种重大疾病之日起发生的符合本保险合同约定的全部医疗费用(以下公式中简称为“合理医疗费用”), 保险人在计算保险金时, 不设置免赔额, 按如下公式计算保险金:

保险金=(合理医疗费用-社会医疗保险、公费医疗已补偿金额以及其他途径已获得的医疗费用补偿金额)×给付比例

第二十七条 保险人按照如下约定承担保险责任:

(一) 保险期间届满时, 被保险人仍在接受住院治疗的, 保险人继续承担保险责任至被保险人当次出院止, 但最长不超过从保险期间截止日的次日起后延连续 30 日, 且依照本保险合同所给付的各项医疗费用之和以相应保险金额为限。

(二) 保险期间内, 保险人给付的医疗费用金额达到相应保险金额时, 保险人的该项保险责任终止。

第二十八条 在本保险合同有效期内, 保险人按照如下约定承担保险金赔偿责任:

(一) 本保险属于费用补偿型医疗保险。若被保险人已从其他途径(包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等)获得医疗费用补偿, 则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本保险合同的约定进行给付。社保卡个人账户部分支出视为个人支付, 不属于已获得的医疗费用补偿。

(二) 本保险合同所指免赔额均指年免赔额, 指在本保险合同保险期间内, 因由被保险人自行承担, 本保险合同不予给付的部分。被保险人通过社会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, 但从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。

(三) 若被保险人以参加社会医疗保险身份投保, 但未以参加社会医疗保险身份就诊并结算的, 保险人可以另行约定给付比例并按照本保险合同中载明的未参加社会医疗保险的给付条件和方式进行各项医疗费用给付。

其他事项

第二十九条 在本保险合同成立后, 投保人可以通过书面形式通知保险人解除本保险合同, 但保险人已根据本保险合同约定给付过保险金的除外。

投保人解除本保险合同时, 应填写保险合同解除申请书, 并提供下列证明文件和资料:

- (一) 保险合同解除申请书;
- (二) 保险单或其他保险凭证;
- (三) 保险费交付凭证;
- (四) 投保人身份证明文件。

投保人要求解除本保险合同, 自保险人接到保险合同解除申请书之时起, 本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起三十日内退还未满期保险费。

争议处理与法律适用

第三十条 因履行本保险合同发生争议的, 由当事人协商解决。协商不成的, 提交本保险合同载明的仲裁机构仲裁。本保险合同未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的, 依法向有管辖权的人民法院起诉。

第三十一条 与本保险合同有关的以及履行本保险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)。

释义

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，不足一年的不计算。

意外伤害：指外来的、非本意的、突然的、非疾病的使被保险人身体受到伤害的客观事件。

医疗机构：是指依法定程序设立的从事疾病诊断、治疗活动的卫生机构的总称。本保险合同的医疗机构特指经国家卫生部门审核通过的综合性或专科医院。**不包括疗养院、卫生所(室)。**

必要的、合理的医疗费用：

(一) 符合通常惯例：指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的费用。

对是否符合通常惯例由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

(二) 医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

1. 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
2. 不超过安全、足量治疗原则的项目；
3. 由医生开具的处方药；
4. 非试验性的、非研究性的项目；
5. 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

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。

住院医疗费用具体内容如下：

(1) **床位费：**指被保险人使用医院床位的费用，**但不包括陪人床、观察病床位和家庭病床的费用；**

(2) **膳食费：**指实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准（最高以二级及以上医院普通病房订餐标准为限）的膳食费用，**但不包括购买的个人用品；**

(3) **护理费：**指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用；

(4) **重症监护室床位费：**指被保险人使用医院重症监护室床位的费用；

(5) **诊疗费：**指住院治疗期间实际发生的，以诊察、检查、治疗为目的医生诊断费用；

(6) **检查检验费：**指实际发生的、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) **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，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等；

(8) **药品费：**指住院期间实际发生的合理且必要的由医生开具的具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用。**但不包括营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品，以及下列中药类药品：如花旗参，冬虫夏草，白糖参，朝鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝，红参，琥**

珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，燕窝，野山参，移山参，珍珠（粉），紫河车，阿胶，阿胶珠，血宝胶囊，红桃K口服液，十全大补丸，十全大补膏等；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；用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等；

(9) 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；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。

化学疗法：指针对恶性肿瘤的化学治疗，简称化疗。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。

放射疗法：指针对恶性肿瘤的放射治疗，简称放疗。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。

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。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部门批准用于临床治疗。

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部门批准用于临床治疗。

肿瘤靶向疗法：指在细胞分子水平上，针对已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部门批准用于临床治疗。

六种重大疾病：参照中国保险行业协会制定的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020年修订版）》中列示的疾病，对本保险合同责任范围内的六种重大疾病定义如下：

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、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 $<10/50\text{HPF}$ 和 $\text{ki-67} \leq 2\%$ ）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。

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。

ICD-10 与 ICD-0-3:《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-0-3），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-0-3 不一致的情况，以 ICD-0-3 为准。

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。

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≤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：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)

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。

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。

酗酒：指没有节制地喝酒，以医疗机构或司法部门出具的酒精中毒或酒精摄入过量的相关证明为依据。

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。

无合法有效驾驶证驾驶，指下列情形之一：

1. 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
2. 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；

3. 实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；

4. 持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；

5. 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，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；

6. 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

无合法有效行驶证照，指下列情形之一：

1. 机动车被依法注销登记的；

2. 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌、临时号牌或临时移动证的机动交通工具；

3. 未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动交通工具。

高风险运动：指比一般常规性的运动风险等级更高、更容易发生人身伤害的运动，在进行此类运动前需有充分的心理准备和行动上的准备，必须具备一般人不具备的相关知识和技能或者必须在接受专业人士提供的培训或训练之后方能掌握。被保险人进行此类运动时须具备相关防护措施或设施，以避免发生损失或减轻损失，包括但不限于潜水，滑水，滑雪，滑冰，滑翔翼，滑翔伞，热气球，跳伞，攀岩运动，探险活动，武术比赛，摔跤比赛，柔道，空手道，跆拳道，马术，拳击，特技表演，驾驶卡丁车，蹦极，赛马，赛车，各种车辆表演及车辆竞赛。

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。

攀岩运动：指攀登悬崖、建筑物外墙、人造悬崖、冰崖、冰山和雪山等运动。

探险活动：指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，而使自己置身于其中的行为，如江河漂流、徒步穿越沙漠或原始森林等活动。

武术比赛：指两人或两人以上对抗柔道、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。

特技表演：指从事马术、杂技、驯兽、飞车等特殊技能训练或比赛。

医疗事故：指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、常规，过失造成患者人身损害的事故，必须经国家认可的，有权负责医疗事故技术鉴定工作的医学会组织鉴定后，方可确认医疗事故的成立。

既往疾病：是指被保险人在等待期满前已患有的疾病，或存在任何症状、体征而引致一正常而审慎的人寻求诊断、医疗护理或医药治疗，或曾经医生推荐接受医药治疗或医疗意见。

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症，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。

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。

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。

预防性治疗：用于某阶段疾病并未发生，但某些危险因素已经存在，为防止致病因素恶化而通过药物或手术等其他手段实施的预防措施。

实验性或试验性治疗：用于药物用途或者外科手术，未被国际医学科研组织普遍接受为对疾病或损伤安全、有效的医疗手段、医学设备或药品；以及处于学习、研究、测试等任何临床试验阶段的治疗、医学操作、疗程治疗、医疗设备或药品。

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，如：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。

未到期保险费：若保险费为一次性支付的： $\text{未到期保险费} = \text{保险费} \times [1 - (\text{保单已经过天数} / \text{保险期间天数})]$

若保险费为分期支付的： $\text{未到期保险费} = \text{当期保险费} \times [1 - (\text{当期已经过天数} / \text{当期保险总天数})]$

经过天数不足一天的按一天计算。