

中美联泰大都会人寿保险有限公司

都会天使(2020)医疗保险条款



中美联泰大都会人寿保险有限公司（以下简称“我们”或“本公司”）

请扫描以查询验证条款

阅 读 指 南

本阅读指南为帮助您理解本条款而设，对保险合同内容的解释以条款为准
您拥有的重要权利

您有权解除保险合同..... 第十三条

您指定的受益人可以享受保险合同项下的保障利益..... 第五条

您应当特别注意的事项

在特定情况下我们不承担保险责任或承担部分保险责任，并作了显著标识，请注意条款正文粗体字部分

解除合同会给您造成一定的损失，请您慎重抉择..... 第十四条

您应当按时交纳保险费..... 第十二条

您有如实告知的义务..... 第十五条

您有及时向我们通知**保险事故（见释义）**的义务..... 第八条

我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请您注意..... 第二十一条

目 录

第一部分 您与我们订立合同

第一条 合同构成

第二条 合同成立与生效

第三条 承保范围

第二部分 我们提供的保障

第四条 保险期间

第五条 保险责任

第六条 责任免除

第三部分 保险金的申请

第七条 受益人

第八条 保险事故通知

第九条 保险金申请

第十条 保险金给付

第十一条 诉讼时效

第四部分 保险费的支付

第十二条 保险费的支付

第五部分 合同解除

第十三条 合同终止

第十四条 您解除合同的手续及风险

第六部分 其他需要关注的事项

第十五条 明确说明与如实告知

第十六条 年龄及性别错误

第十七条 联系方式变更

第十八条 保险合同内容的变更

第十九条 争议处理

第二十条 法律适用

第七部分 释义条款

第二十一条 释义

附表一：《保障计划表》（人民币）

第一部分 您与我们订立的合同

- 第一条 合同构成** 1.1 本《都会天使(2020)医疗保险》合同（以下简称“本合同”）由保险单、保险条款、投保单以及与本合同有关的其它投保文件、合法有效的声明、批注及其他书面协议构成。
- 第二条 合同成立与生效** 2.1 投保人（以下简称“您”）提出保险申请、我们同意承保，本合同成立。我们将及时向您签发保险单或其他保险凭证。
2.2 合同生效日期在保险单上载明。我们收到保险费后，自保险单上载明的**保险合同生效日（见释义）**的24时起承担保险责任。
- 第三条 承保范围** 3.1 您可为与您具有保险利益的，出生满30日至80**周岁（见释义）**且符合我们规定的投保条件的人士（**被保险人**）投保本合同。

第二部分 我们提供的保障

- 第四条 保险期间** 4.1 本合同为非保证续保合同。
本合同的保险期间为1年。保险期间届满后，若您需要继续享有本保险产品提供的保障，您需要重新投保。若保险期间届满时，本产品已停止销售，我们不再接受投保申请。
- 第五条 保险责任** 5.1 一般医疗保险金
在本合同保险期间内，被保险人因遭受**意外伤害事故（见释义）**或在等待期（见本合同5.9）后因患疾病，在**医院（见释义）**接受治疗的，我们对下述1-4类费用，按照本合同的约定承担给付一般医疗保险金的责任：
1. 住院医疗费用
指被保险人经医院诊断必须接受**住院（见释义）**治疗时，被保险人需个人支付的、**必要且合理的医疗费用（见释义）**，包括**床位费（见释义）、膳食费（见释义）、护理费（见释义）、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费（见释义）、治疗费（见释义）、药品费（见释义）、手术费（见释义）**等。
若被保险人在本合同保险期间内发生住院治疗，且该住院治疗到本合同保险期间届满当日尚未结束，我们将在本合同约定的一般医疗保险金年度给付限额内，承担此次住院治疗最高不超过本合同保险期间届满日后30日内实际发生的住院医疗费用。
2. 特殊门诊医疗费用
指被保险人在医院接受特殊门诊治疗时，被保险人需个人支付的、必要且合理的医疗费用，包括：
- (1) 门诊肾透析费；
(2) 器官移植后的门诊抗排异治疗费、药品费；
(3) 门诊“**恶性肿瘤——重度（见释义）**”治疗费，包括**化学疗法（见释义）、放射疗法（见释义）、肿瘤免疫疗法（见释义）、肿瘤内分泌疗法（见释义）**。

(4) 门诊“恶性肿瘤——重度”**肿瘤靶向疗法（见释义）及相关基因检测费（见释义）**。

3. 门诊手术医疗费用

指被保险人经医院诊断必须接受门诊手术治疗时，被保险人需个人支付的、必要且合理的医疗费用。

4. 住院前后门急诊医疗费用

指被保险人经医院诊断必须接受住院治疗，在住院前 7 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗时，被保险人需个人支付的、必要且合理的医疗费用（但不包括特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用）。

5. 对于以上四类费用，我们对于被保险人需个人支付的、必要且合理的金额，在扣除约定的免赔额后，依照约定的给付比例进行赔付。我们在本合同保险期间内给付的以上“恶性肿瘤——重度”**肿瘤靶向药疗法及相关基因检测费**的累计给付之和不超过一般医疗保险金的年度给付限额的 30%；我们在本合同保险期间内给付的以上**门诊手术医疗费用的累计给付之和不超过一般医疗保险金的年度给付限额的 30%；且以上四类费用的累计给付之和不超过一般医疗保险金的年度给付限额，具体详见本合同附表一《保障计划表》。**

5.2 “恶性肿瘤——重度”医疗保险金

在本合同保险期间内，被保险人在等待期后经医院初次确诊罹患“恶性肿瘤——重度”，并在医院接受治疗的，我们首先按照约定给付一般医疗保险金，当我们累计给付金额达到一般医疗保险金的年度给付限额后，我们再对下述 1-4 类费用，按照本合同的约定承担给付“恶性肿瘤——重度”医疗保险金的责任：

1. “恶性肿瘤——重度”住院医疗费用

指被保险人经医院诊断罹患“恶性肿瘤——重度”必须接受住院治疗时，被保险人需个人支付的、必要且合理的医疗费用，包括床位费、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。

若被保险人在本合同保险期间内发生住院治疗，且该住院治疗到本合同保险期间届满当日尚未结束，我们将在本合同约定的“恶性肿瘤——重度”医疗保险金年度给付限额内，承担此次住院治疗最高不超过本合同保险期间届满日后 30 日内实际发生的住院医疗费用。

2. “恶性肿瘤——重度”特殊门诊医疗费用

指被保险人在医院接受“恶性肿瘤——重度”特殊门诊治疗时，被保险人需个人支付的、必要且合理的医疗费用，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法及相关基因检测费。

3. “恶性肿瘤——重度”门诊手术医疗费用

指被保险人经医院诊断罹患“恶性肿瘤——重度”必须接受门诊手术治疗时，被保险人需个人支付的、必要且合理的医疗费用。

4. “恶性肿瘤——重度”住院前后门急诊医疗费用

指被保险人经医院诊断罹患“恶性肿瘤——重度”必须接受住院治疗，在住院前 7 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受“恶性肿瘤——重度”门急诊治疗时，被保险人需个人支付的、必要且合理的医疗费用（但不包括“恶性肿瘤——重度”特殊门诊医疗费用和“恶性肿瘤——重度”门诊手术医疗

费用)。

5. 对于以上四类费用,我们对于被保险人需个人支付的、必要且合理的金额,依照约定的给付比例进行赔付。

我们在本合同保险期间内给付的以上“恶性肿瘤——重度”肿瘤靶向药疗法及相关基因检测费的累计给付之和不超过“恶性肿瘤——重度”医疗保险金的年度给付限额的30%;我们在本合同保险期间内给付的以上“恶性肿瘤——重度”门诊手术医疗费用的累计给付之和不超过“恶性肿瘤——重度”医疗保险金的年度给付限额的30%;且以上四类费用的累计给付之和不超过“恶性肿瘤——重度”医疗保险金的年度给付限额,具体详见本合同附表一《保障计划表》。

5.3 质子重离子治疗保险金

在本合同保险期间内,被保险人在等待期后经医院初次确诊罹患“恶性肿瘤——重度”,并在上海市质子重离子医院,接受质子重离子治疗的,我们对被保险人需个人支付的、必要且合理的医疗费用承担质子重离子治疗保险金责任,包括床位费、膳食费、护理费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费等。

对于质子重离子医疗费用,无论被保险人投保时是否有社会医疗保险(见释义),我们按符合条款约定的质子重离子医疗费用扣除被保险人从其他途径取得的补偿后的剩余部分按100%的给付比例进行给付。

我们在本合同保险期间内给付的质子重离子治疗保险金的累计给付之和不超过质子重离子治疗保险金的年度给付限额,具体详见本合同附表一《保障计划表》。

5.4 重大器官移植(见释义)医疗保险金

在本合同保险期间内,被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后因罹患疾病需要接受重大器官移植,并在医院接受治疗的,我们首先按照约定给付一般医疗保险金,当我们累计给付金额达到一般医疗保险金的年度给付限额后,我们再对下述1-4类费用,按照本合同的约定承担给付重大器官移植保险金的责任:

1. 重大器官移植住院医疗费用

指被保险人经医院诊断需要接受重大器官移植必须接受住院治疗的,被保险人需个人支付的、必要且合理的医疗费用,包括床位费、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。

若被保险人在本合同保险期间内发生住院治疗,且该住院治疗到本合同保险期间届满当日尚未结束,我们将在本合同约定的重大器官移植医疗保险金年度给付限额内,承担此次住院治疗最高不超过本合同保险期间届满日后30日内实际发生的住院医疗费用。

2. 重大器官移植特殊门诊医疗费用

指被保险人在医院因重大器官移植接受特殊门诊治疗时,被保险人需个人支付的、必要且合理的医疗费用,重大器官移植特殊门诊治疗费用指重大器官移植后的门诊抗排异治疗费。

3. 重大器官移植门诊手术医疗费用

指被保险人经医院诊断需要接受重大器官移植必须接受门诊手术治疗时,被保险人需个人支付的、必要且合理的医疗费用。

4. 重大器官移植住院前后门急诊医疗费用

指被保险人经医院诊断需要接受重大器官移植必须接受住院治疗的,

在住院前 7 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗时，被保险人需个人支付的、必要且合理的医疗费用（但不包括重大器官移植特殊门诊医疗费用和重大器官移植门诊手术医疗费用）。

5. 对于以上四类费用，我们对于被保险人需个人支付的、必要且合理的金额，依照约定的给付比例进行赔付。

我们在本合同保险期间内给付的以上重大器官移植门诊手术医疗费用的累计给付之和不超过重大器官移植医疗保险金的年度给付限额的 30%；且以上四类费用的累计给付之和不超过重大器官移植医疗保险金的年度给付限额，具体详见本合同附表一《保障计划表》。

5.5 “特定恶性肿瘤——重度（见释义）”提前给付保险金

在本合同保险期间内，若被保险人在等待期后经医院初次确诊罹患本合同 21.24 约定的六项“特定恶性肿瘤——重度”中的一种或多种，并在医院接受治疗的，我们将一次性给付“特定恶性肿瘤——重度”提前给付保险金，给付金额以本合同附表一《保障计划表》约定的额度为准。我们在一次性给付“特定恶性肿瘤——重度”提前给付保险金后，本项保险责任终止。我们在本合同保险期间内对被保险人因本合同 21.24 约定的六项“特定恶性肿瘤——重度”中的一种或多种“恶性肿瘤——重度”进行本合同下其他保险金的赔付时，应扣减已给付的“特定恶性肿瘤——重度”提前给付保险金。

5.6 年度免赔额

1. 本合同中所指免赔额均指年度免赔额，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。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过社会医疗保险和公费医疗获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

2. 若被保险人在等待期后经医院初次确诊罹患“恶性肿瘤——重度”且在医院接受住院治疗的，对于自确诊“恶性肿瘤——重度”之日起所发生的符合本合同约定的所有医疗费用，我们在给付保险金时，不再扣除免赔额。

3. 若被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后因罹患疾病需要接受重大器官移植且在医院接受住院治疗的，对于自实施重大器官移植手术而住院之日起所发生的符合本合同约定的所有医疗费用，我们在给付保险金时，不再扣除免赔额。

5.7 补偿原则和赔付标准

1. 本合同适用医疗费用补偿原则。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、任何商业保险机构、个人或任何福利计划等）获得医疗费用补偿，则我们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合同的约定进行赔付。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。

2. 如果被保险人以公费医疗或社会医疗保险身份投保，但未以参加公费医疗或社会医疗保险身份就诊并结算，我们按符合本合同约定的医疗费用扣除从其他途径取得的补偿和免赔额后的剩余部分按 60% 的给付比例进行给付；其他情况下，我们按符合条款约定的医疗费用扣除从其他途径取得的补偿和免赔额后的剩余部分按 100% 的给付比例进行给付。

5.8 年度给付限额

我们在本合同保险期间内累计给付的各项医疗保险金以本合同约定的各项保险金年度给付限额为限。年度给付限额指我们对被保险人在保险期间内实际发生的、纳入保险责任范围的相应费用累计给付的保险金上限。

- 5.9 等待期
1. 本合同生效日起 30 日内（含第 30 日）为等待期。在等待期内因非意外伤害事故导致发生保险事故的，我们不承担给付保险金的责任。
 2. 被保险人在等待期内因非意外伤害事故发生疾病，因此而导致的医疗费用，无论发生在等待期内还是等待期外，我们均不承担给付保险金的责任。
 3. 被保险人因意外伤害事故导致发生保险事故的，保险责任无等待期。
 4. 在本合同保险期间届满前，投保人为被保险人重新投保本保险产品，经我们审核同意，下一个保险期间的保险责任无等待期。
- 5.10 本合同约定的年度免赔额、各项保险金年度给付限额以及给付比例见本合同附表一《保障计划表》所示。
- 5.11 本合同终止后，我们不承担任何保险责任。

第六条 责任免除

- 6.1 因下列情形之一导致被保险人发生保险事故，或发生事故时存在以下第 6.1.1 条或第 6.1.3 条至第 6.1.19 条情形之一的，我们不承担保险责任：
- 6.1.1 您对被保险人的故意杀害、故意伤害；
 - 6.1.2 被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
 - 6.1.3 被保险人故意自伤，或被保险人自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
 - 6.1.4 被保险人主动吸食或注射毒品（见释义）；
 - 6.1.5 被保险人酒后驾驶（见释义），无合法有效驾驶证驾驶（见释义），或驾驶无有效行驶证（见释义）的机动车；
 - 6.1.6 被保险人斗殴、酗酒（见释义），或未遵医嘱，擅自服用、涂用、注射药物；
 - 6.1.7 被保险人在初次投保本保险产品前所患既往症（见释义）；
 - 6.1.8 被保险人在不符合本合同约定的医院就诊发生的医疗费用，但被保险人因情况紧急必须立即就医的除外；
 - 6.1.9 被保险人在初次投保本保险产品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；
 - 6.1.10 被保险人患精神性疾病（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD10）分类为精神和行为障碍的疾病）；
 - 6.1.11 整形手术、美容或整容手术、变性手术及前述手术的并发症或因前述手术导致的医疗事故；
 - 6.1.12 被保险人患遗传性疾病（见释义），先天性畸形、变形或染色体异常（见释义）（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD10）确定）；
 - 6.1.13 被保险人怀孕（含宫外孕）、流产、分娩（含剖腹产）、避孕、绝育手术、治疗不孕不育症、人工受孕及由此导致的并

- 发病；
- 6.1.14 牙科疾病及相关治疗，视力矫正手术，但因意外所致的不受此限；
- 6.1.15 被保险人因预防、康复、保健性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；眼镜、义齿、镶牙、冠修复相关（包括但不限于牙冠、基台、桩核等）、嵌体、高嵌体、种植牙相关（包括但不限于种植体、基台等）、义眼、义肢、助听器等康复性器具；包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；
- 6.1.16 被保险人从事职业运动或可获得报酬的运动或竞技，在训练或比赛中受伤；被保险人从事或参加高风险运动，如：潜水（见释义）、滑水、冲浪、赛艇、漂流、跳伞或其他高空运动、蹦极、乘坐或驾驶商业民航班机以外的飞行器、攀岩（见释义）、攀登海拔 3500 米以上的独立山峰、滑雪、武术（见释义）、摔跤、马术、赛马、赛车、特技表演（见释义）（含训练）、替身表演（含训练）、探险（见释义）或考察活动（洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等等）；
- 6.1.17 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（见释义）；
- 6.1.18 战争（见释义）、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- 6.1.19 核爆炸、核辐射或核污染。
- 6.2 发生上述 6.1.1 项情形导致被保险人身故、伤残或疾病的，或发生上述 6.1.2 项情形导致被保险人身故或伤残的，本合同终止。
- 6.3 发生上述其他情形导致被保险人身故的，本合同终止，我们向您退还本合同的现金价值（见释义）。

第三部分 保险金的申请

第七条 受益人

- 7.1 除本合同另有约定外，本合同各项保险金受益人为被保险人本人。
- 7.2 被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，可以由其监护人指定受益人。
- 7.3 您或者被保险人可以变更受益人并书面通知我们。我们收到变更受益人的书面通知后，在保险单或其他保险凭证上批注或附贴批单。
- 7.4 您在指定和变更受益人时，必须经过被保险人同意。
- 7.5 被保险人身故后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人的遗产，由我们依照被保险人身故当时有效的关于继承的法律法规的规定履行给付保险金的义务：
- (1) 没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；
- (2) 受益人先于被保险人身故，没有其他受益人的；
- (3) 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。
- 7.6 受益人与被保险人在同一事件中身故，且不能确定身故先后顺序的，推定受益人身故在先。
- 7.7 受益人故意造成被保险人身故、伤残、疾病的，或者故意杀害被保险人未遂的，该受益人丧失受益权。

第八条 保险事故通知

- 8.1 您、被保险人或受益人知道保险事故后应当在 10 日内通知我们。

- 8.2 如果您、被保险人或受益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，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。

第九条 保险金申请

- 9.1 保险金的申请人为保险金受益人，在申请保险金时，申请人须填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：
- (1) 保险合同；
 - (2) 申请人的有效身份证件（见释义）；
 - (3) 医院出具的被保险人疾病诊断证明书、完整的门、急诊病历、出院小结和相关医疗费用原始收据；
 - (4) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；
 - (5) 如果被保险人或申请人已从任何机构（包括但不限于工作单位、社会保障机构、商业保险机构或医疗保险机构）、个人或因任何保险或福利计划获得补偿，则还需提交按有关规定取得上述医疗费用补偿的证明；
 - (6) 申请人与被保险人的相关关系证明（如有需要）。
- 9.2 保险金作为被保险人遗产时，必须提供可证明合法继承权的相关权利文件。
- 9.3 以上证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知申请人补充提供有关的证明和资料。
- 9.4 上述相关证明和资料，除保险合同外，我们审核原件，审核完毕后留存复印件，原件返还给申请人或受托人。
- 9.5 在符合有关法律法规的情况下，我们将保留进行医学鉴定或核实的权利。

第十条 保险金给付

- 10.1 我们在收到申请人的保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后，应当及时作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定，但双方另有约定的除外。我们会将核定结果通知申请人。对属于保险责任的，我们在与申请人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行给付保险金义务。本合同对给付保险金的期限有约定的，我们会按照约定履行给付保险金义务。
- 10.2 我们未及时履行前款规定义务的，除支付保险金外，应当赔偿申请人因此受到的损失。
- 10.3 对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起 3 日内向申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。
- 10.4 我们在收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，对给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；我们最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

第十一条 诉讼时效

- 11.1 申请人向我们请求给付保险金的诉讼时效期间根据诉讼当时有效法律法规的规定来确定。

第四部分 保险费的支付

第十二条 保险费的支付 12.1 您可选择适用于本合同的各种交费方式支付保险费。

第五部分 合同解除

第十三条 合同终止 13.1 发生下列情形之一，本合同即行终止：
(1) 您于本合同的保险期间内按约定申请解除本合同；
(2) 本合同因法律规定或本合同约定的其他情况而终止。

第十四条 您解除合同的手续及风险 14.1 如您申请解除本合同，请提供保险合同终止申请并向我们提供下列资料：
(1) 保险合同；
(2) 您的有效身份证件。

14.2 如您申请解除本合同，自我们收到您的申请时起，本合同终止。我们自收到您的申请之日起 30 日内，按照本合同约定向您退还本合同的现金价值。若在您要求解除本合同之前我们已给付或同意给付过任何保险金，本合同现金价值变为 0。

14.3 **您解除合同可能会遭受一定损失。**

第六部分 其他需要关注的事项

第十五条 明确说明与如实告知 15.1 订立本合同时，我们应向您说明本合同的内容。

15.2 对本合同中免除我们责任的条款，我们在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上做出足以引起您注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向您做出明确说明，未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

15.3 我们在订立本合同时，就您和被保险人的有关情况提出询问，您应当如实告知。

15.4 **如果您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。**

15.5 **如果您故意不履行如实告知义务，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。**

15.6 **除法律另有规定外，如果您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，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。**

15.7 我们在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。

15.8 本条规定的合同解除权，自我们知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。自本合同成立之日起超过 2 年的，我们的合同解除权将受到《保险法》及相关法规的限制；发生保险事故的，我们将根据

《保险法》及相关法规的规定承担给付保险金的责任。

- 第十六条 年龄及性别错误** 16.1 您在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期及性别在投保单上填明，如果发生错误应按照下列方式办理：
- 16.1.1 **您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本合同约定投保年龄或性别限制的，我们有权解除合同。对于解除本合同的，本合同自解除之日起终止，我们向您退还本合同终止时的现金价值。对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任。**上述合同解除权，自我们知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。自本合同成立之日起超过 2 年的，我们的合同解除权将受到《保险法》及相关法规的限制；发生保险事故的，我们将根据《保险法》及相关法规的规定承担给付保险金的责任。我们在合同订立时已经知道您申报的被保险人年龄或性别不真实的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。
- 16.1.2 **您申报的被保险人年龄或性别不真实，致使您实付保险费少于应付保险费，我们有权更正并要求您补交保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实付保险费与应付保险费的比例给付。**
- 16.1.3 您申报的被保险人年龄或性别不真实，致使您实付保险费多于应付保险费的，我们会将多收的保险费退还给您。
- 第十七条 联系方式变更** 17.1 您的住所、通讯地址或电话等联系方式发生变更时，应及时以书面或双方认可的其他形式通知我们。否则，我们将按本合同所载的通讯地址发送有关通知，并视为已送达。
- 第十八条 保险合同内容的变更** 18.1 在本合同保险期间内，除法律另有规定或本合同另行约定外，经您和我们协商同意，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，应当由我们在原保险单或者其它保险凭证上批注或者附贴批单，或者由您和我们订立变更的书面协议。
- 第十九条 争议处理** 19.1 如果在履行本合同过程中发生任何争议，当事人应首先通过协商解决，若双方协商不成，其解决方式由当事人根据合同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，提交当事人约定的仲裁机构仲裁；
- (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，依法向有管辖权的法院起诉。
- 第二十条 法律适用** 20.1 本合同受中华人民共和国的法律管辖，任何与之冲突的部分都将作相应的修改。

第七部分 释义条款

第二十一条 释义

- 21.1 保险事故：本合同约定的保险责任范围内的事故。
- 21.2 保险合同生效日：指保险单上载明的合同生效日，除非本合同另行约定，本保险合同自保险合同生效日的 24 时开始生效。
- 21.3 周岁：是指以户籍证明或其它法定的身份证明中记载的出生时间为标准计算的年龄（不足一年不计）。
- 21.4 意外伤害事故：指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使被保险人身体受到伤害的客观事件。**此类意外伤害事故不包括无明确外来意外伤害原因导致的后果，如过敏（见释义）、原发性感染（见释义）、细菌性食物中毒、猝死（见释义）等。**
- 21.5 医院：是指经中华人民共和国卫生部门正式评定的二级以上（含二级）公立医院，该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务，且仅限于上述医院的普通部。**但不包括如下机构或医疗服务：**
- （1）精神病院及专供康复、休养、戒毒、戒酒、护理、养老等非以直接诊治病人之目的之医疗机构；
- （2）特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 部、联合医院。
- 若国家有关部门对于医院的评级标准有更改或取消，我们保留调整医院定义的权利。
- 21.6 住院：是指被保险人因疾病或意外伤害而入住医院之正式病房进行治疗，并正式办理入、出院手续。**但不包括：**
- （1）被保险人入住门、急诊观察室、家庭病床、挂床住院及不合理的住院。其中挂床住院指被保险人非诊疗需要，离开医院 12 小时以上，视为自动离开医院，我们仅对离开日及以前属于保险责任范围内的住院医疗承担保险金给付责任。不合理的住院指被保险人未达到住院标准而办理入院手续或已达到出院标准而不办理出院手续的情形，入出院标准按照当地卫生部门制定的《病种质量管理标准》；
- （2）被保险人在特需病房、外宾病房、国际医疗中心、VIP 部或其它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。
- 21.7 必要且合理的医疗费用：
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。对是否符合通常惯例由我们根据客观、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。

- 21.8 床位费：指被保险人使用的医院床位的费用。
- 21.9 膳食费：指实际发生的、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。**
- 21.10 护理费：指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。
- 21.11 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，包括诊查费、妇科费、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。
- 21.12 治疗费：指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而合理发生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。
- 21.13 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。**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：**
- (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，灵芝孢子粉，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；
- (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。
- 21.14 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。**
- 21.15 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）**（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）（见释义）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）（见释义）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）为 I 期或更轻分期的甲状腺癌（见释义）；
 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。
- 21.16 化学疗法：指针对“恶性肿瘤——重度”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，在医院进行的静脉注射化疗。
- 21.17 放射疗法：指针对“恶性肿瘤——重度”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，在医院的专门科室进行的放疗。
- 21.18 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总局批准用于临床治疗。
- 21.19 肿瘤内分泌疗法：指针对“恶性肿瘤——重度”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总局批准用于临床治疗。
- 21.20 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药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。
- 21.21 相关基因检测费：仅包括用于确定肿瘤靶向疗法治疗方案所需的基因检测项目的费用。
- 21.22 社会医疗保险：指**新农合（见释义）、城镇职工基本医疗保险和城镇居民基本医疗保险**这三项政府主办的基本医疗保障项目。
- 21.23 重大器官移植：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。
- 21.24 特定恶性肿瘤——重度：
1. 白血病：是指符合 21.15 “恶性肿瘤——重度”定义标准，经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤 C90.1、C91、C92、C93、C94、C95 范畴。但下列疾病不在保障范围内：
 - （1）继发性（转移性）恶性肿瘤；
 - （2）感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。
 - （3）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病。
 2. 脑脊膜和脑恶性肿瘤
是指符合 21.15 “恶性肿瘤——重度”定义标准，经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤 C70、C71 范畴。但下列疾病不在保障范围内：
 - （1）颅神经恶性肿瘤（ICD-10 编码为 C72.2-C72.5）；

(2) 球后组织恶性肿瘤 (ICD-10 编码为 C69.6)

(3) 继发性 (转移性) 恶性肿瘤;

(4) 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

3. 骨和关节软骨恶性肿瘤

是指符合 21.15 “恶性肿瘤——重度”定义标准, 经病理学检查结果明确诊断, 临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD-10) 的恶性肿瘤 C40、C41 范畴。但下列疾病不在保障范围内:

(1) 继发性 (转移性) 恶性肿瘤;

(2) 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

(3) 骨髓恶性肿瘤 (ICD-10 编码为 C96.7);

(4) 其他结缔组织和软组织等恶性肿瘤 (ICD-10 编码为 C49)。

4. 肝和肝内胆管恶性肿瘤:

是指符合 21.15 “恶性肿瘤——重度”定义标准, 经病理学检查结果明确诊断, 临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD-10) 的恶性肿瘤 C22 范畴。但下列疾病不在保障范围内:

(1) 继发性 (转移性) 恶性肿瘤;

(2) 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

(3) 胆道恶性肿瘤 (ICD-10 编码为 C24.9)。

5. 支气管和肺部恶性肿瘤

是指符合 21.15 “恶性肿瘤——重度”定义标准, 经病理学检查结果明确诊断, 临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD-10) 的恶性肿瘤 C34 范畴。但下列疾病不在保障范围内:

(1) 继发性 (转移性) 恶性肿瘤;

(2) 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

6. 肾脏恶性肿瘤

是指符合 21.15 “恶性肿瘤——重度”定义标准, 经病理学检查结果明确诊断, 临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD-10) 的恶性肿瘤 C64 范畴。但下列疾病不在保障范围内:

(1) 继发性 (转移性) 恶性肿瘤;

(2) 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤;

(3) 肾盂恶性肿瘤 (ICD-10 编码为 C65)。

21.25 毒品: 是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用于治疗疾病的含有毒品成分的处方药品。

21.26 酒后驾驶: 是指经检测或鉴定, 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。

21.27 无合法有效驾驶证驾驶:

是指下列情形之一:

(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；
- (5) 公安交通管理部门规定的其他无有效驾驶证驾驶的情况。
- 21.28 无有效行驶证：
是指下列情形之一：
(1) 没有机动车行驶证或已被依法注销登记；
(2) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验；
(3) 未办理行驶证或者行驶证在申办过程中。
- 21.29 酗酒：即急性乙醇（酒精）中毒，是指人体因摄入过量乙醇而引起中枢神经由兴奋转入抑制的毒性生理反应现象，导致醉酒人辨认和控制行为的能力有所降低、严重削弱或已经丧失。
- 21.30 既往症：指在本合同生效前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或身体损伤。通常有以下情况：
(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，但症状或体征明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。
- 21.31 遗传性疾病：指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。
- 21.32 先天性畸形、变形或染色体异常：指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定。
- 21.33 潜水：是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。
- 21.34 攀岩：是指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
- 21.35 武术：是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。
- 21.36 特技表演：是指从事马术、杂技、驯兽等特殊活动。
- 21.37 探险：是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见的原始森林等活动。
- 21.38 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。
- 21.39 战争：是指不管宣战与否，主权国家为达到其经济，疆域的扩张，民族主义，种族，宗教或其他目的而进行的任何战争或军事行动。
- 21.40 现金价值：指保险单所具有的价值，通常体现为解除合同时，由本公司退还的那部分金额。
本合同的现金价值计算公式为：本合同的当期已支付保险费 × (1 - 手续费比例) × (1 - 当期已支付保险费对应的已经过保障期间日数 / 当期已支付保险费对应的保障期间总日数)，手续费比例为 35%。
- 21.41 有效身份证件：是指依据法律规定，由有权机构制作颁发的证明身

- 份的证件、文件等，如：居民身份证、户口簿、护照、军人证等。
- 21.42 过敏：指过敏原如食物、药物、花粉、粉尘等导致人体异常的免疫反应，以医院诊断为准。
- 21.43 原发性感染：指不继发于其他意外伤害事故的，由细菌、病毒或者其他致病原导致的感染。
- 21.44 猝死：是指外表看似健康的人因突发的急性疾病，并直接且完全由于此**急性疾病（见释义）**导致在急性疾病发生后24小时内突然死亡。猝死的认定以本公司认可的医院的诊断或公安部门的认定为**准**。
- 21.45 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。
- 21.46 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。
- 21.47 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。
- 21.48 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
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软组织, 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。

- 21.49 新农合：指新型农村合作医疗制度，是由政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度，并以政府不时颁布的有关规定为准。
- 21.50 急性疾病：是指被保险人在本合同生效之前未曾接受任何形式的诊断或治疗，且在本合同的有效期间内突然发生的疾病。

-----以下空白-----

附表一：《保障计划表》（人民币）

保障区域		中华人民共和国境内 (不含港澳台)		
医院范围		*二级或二级以上公立医院		
住院范围		*普通病房 (不含特需病房、VIP病房等高等级病房)		
项目		*年度免赔额	年度给付额度	
一般医疗 保险金	1. 住院医疗费用 2. 特殊门诊医疗费用 3. 门诊手术医疗费用 4. 住院前后门急诊医疗费用	5,000 元	年度给付限额： 1,000,000 元	(1) “恶性肿瘤——重度”肿瘤靶向药疗法/及相关基因检测费：30%年度给付限额 (2) 门诊手术医疗费用：30%年度给付限额 (3) 其余：100%年度给付限额
“恶性肿瘤——重度” 医疗保险金	1. “恶性肿瘤——重度”住院医疗费用 2. “恶性肿瘤——重度”特殊门诊医疗费用 3. “恶性肿瘤——重度”门诊手术医疗费用 4. “恶性肿瘤——重度”住院前后门急诊医疗费用	0 元	年度给付限额： 1,000,000 元	(1) “恶性肿瘤——重度”肿瘤靶向药疗法/及相关基因检测费：30%年度给付限额 (2) “恶性肿瘤——重度”门诊手术医疗费用：30%年度给付限额 (3) 其余：100%年度给付限额
质子重离子 治疗保险金	1. 质子重离子治疗费用	0 元	年度给付限额： 1,000,000 元	100%年度给付限额
重大器官 移植医疗 保险金	1. 重大器官移植住院医疗费用 2. 重大器官移植特殊门诊医疗费用 3. 重大器官移植门诊手术医疗费用 4. 重大器官移植住院前后门急诊医疗费用	0 元	年度给付限额： 1,000,000 元	(1) 重大器官移植门诊手术医疗费用：30%年度给付限额 (2) 其余：100%年度给付限额
“特定恶性肿瘤——重度” 提前给付保险金		/	50,000 元	/
不同社保身份给付比例				
以参加社会医疗保险身份投保，并以参加社会医疗保险身份就诊并结算			100%	
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			60%	
以未参加社会医疗保险身份投保			100%	

*具体医院范围、住院范围请见本合同21.5、21.6

*年度免赔额详见本合同5.6

-----以下空白-----