



请扫描以查询验证条款

# 合众康悦高端医疗保险条款

## 阅 读 指 引

本阅读指引有助于您理解条款，对本合同内容的解释以条款为准。



### 您拥有的重要权益

- ❖ 您有退保的权利..... 1.6
- ❖ 本合同提供的保障在保险责任条款中列明..... 2.5



### 您应当特别注意的事项

- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策..... 1.6
- ❖ 本合同设有等待期，请您注意..... 2.5
- ❖ 在某些情况下，我们不承担保险责任..... 2.6/2.7
- ❖ 保险事故发生后请您及时通知我们..... 3.2
- ❖ 您有如实告知的义务..... 5.1
- ❖ 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..... 6/脚注释义



条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本条款。



### 条款目录

<b>1. 您与我们的合同</b>	<b>2.4 保险期间和续保</b>	<b>5. 其他事项</b>
1.1 投保范围	2.5 保险责任	5.1 明确说明与如实告知
1.2 投保年龄	2.6 保险责任的免除	5.2 本公司合同解除权的限制
1.3 合同构成	2.7 其他免责条款	5.3 年龄错误
1.4 合同成立与生效	<b>3. 如何申请领取保险金</b>	5.4 未还款项
1.5 合同内容变更	3.1 保险金受益人	5.5 争议处理
1.6 您解除合同的手续及风险	3.2 保险事故通知	<b>6. 附件</b>
1.7 保险合同的终止	3.3 保险金申请	附件一“恶性肿瘤——重度”释义
<b>2. 我们提供的保障</b>	3.4 保险金的给付	附件二 甲状腺癌的 TNM 分期
2.1 保险金额	3.5 诉讼时效	附件三 保障计划表
2.2 保障计划	<b>4. 保险费的支付</b>	
2.3 预授权	4.1 保险费的支付	

# 合众康悦高端医疗保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指合众人寿保险股份有限公司。

## ① 您与我们的合同

---

### 1.1 投保范围

本保险合同的被保险人须满足以下全部条件：

- (1) 在**中国大陆境内**<sup>1</sup>居住的中华人民共和国国籍人士；或持有中华人民共和国政府部门颁发的工作签证或者拥有中国境内居留证或者长期居住权，并提供中国境内固定居住地址的非中华人民共和国国籍人士；
- (2) 被保险人在本保险合同生效前 365 日内在中国大陆境内累计居住满 180 日。若被保险人投保时不满 1 周岁，则被保险人在中国大陆境内累计居住时间不少于自出生之日起至投保时止累计日数的三分之二；
- (3) 被保险人符合 1.2 条投保年龄要求。

### 1.2 投保年龄

凡年满 18 周岁<sup>2</sup>，具有完全民事行为能力且在本保险合同订立时对被保险人具有保险利益的人，均可作为投保人。

凡出生满 28 天至 70 周岁，符合本公司承保条件的人，均可作为被保险人。若您在被保险人 71 周岁至 100 周岁期间投保本产品，需要满足以下两个条件：

- (1) 非首次投保本产品；
- (2) 您需在上一个保险期间届满后 60 日内按照第 2.4 条约定重新投保。

### 1.3 合同构成

本保险条款、保险单或其他保险凭证、投保书、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、其他书面协议共同构成您与我们之间订立的保险合同。

保险合同可以包括主险合同和附加险合同，“合众康悦高端医疗保险合同”是主险合同，以下简称为“本主合同”。

### 1.4 合同成立与生效

您提出保险申请、我们同意承保，本主合同成立，合同成立日期在保险单上载明。自本主合同成立、我们收取保险费并签发保险单的次日零时起本主合同生效，若您指定生效日期的，以指定生效日期为本主合同生效日期，本主合同生效日期在保险单上载明。本主合同生效的日期为本公司开始承担保险责任的日期。

### 1.5 合同内容变更

在本主合同有效期内，经您与我们协商一致，可以变更本主合同的有关内容。为了保障您的合法权益，在本主合同有效期内，如果您提供给我们的联系

---

<sup>1</sup> **中国大陆境内**：指除香港特别行政区、澳门特别行政区以及台湾地区之外的中华人民共和国领土。

<sup>2</sup> **周岁**：周岁年龄是指按法定有效身份证件文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。

方式（包括联系地址、联系电话、电子邮箱等）或包括**基本医疗保险**<sup>3</sup>状态在内的其他投保信息发生了变更，请及时以书面或双方认可的其他形式通知我们，以便于我们及时为您改变保险合同上的相关信息。

若您的联系方式变更而未通知我们，我们按本主合同载明的最新联系方式中一种或多种途径发送的有关通知，均视为已送达给您。

#### 1.6 您解除合同的手续及风险

您可申请解除本主合同。申请解除本主合同时，请您填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：

- （1） 保险合同；
- （2） 您的**有效身份证件**<sup>4</sup>。

自我们收到解除合同申请书时起，本主合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还保险单的**现金价值**<sup>5</sup>。

您解除合同会遭受一定损失。

#### 1.7 保险合同的终止

以下任何一种情况发生时，本主合同终止，其保险责任同时终止：

- （1） 在本主合同有效期内您向我们申请解除合同；
- （2） 在本主合同有效期内我们依据法律法规和本主合同的约定解除合同；
- （3） 本主合同其他条款所列合同终止的情形；
- （4） 被保险人身故。

## 2 我们提供的保障

#### 2.1 保险金额

本主合同的**年度给付总限额**<sup>6</sup>根据您选择的保障计划及具体保障内容确定，并在保险单上载明。

#### 2.2 保障计划

本主合同的保障计划由您在投保时与我们约定并在保险单上载明。

您在投保时可就不同的保险责任范围、保险区域、免赔额及**医院**<sup>7</sup>范围是否包含**特定医疗机构**<sup>8</sup>选择本主合同对应的保障计划。

##### （一） 保险责任范围的选择

您在投保时可选择本主合同的保险责任范围是否包含可选责任。

<sup>3</sup> **基本医疗保险**：指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基本医疗保障项目。

<sup>4</sup> **有效身份证件**：指政府有权机关颁发的能够证明其合法真实身份的证件或文件等，如居民身份证、按规定可使用的有效护照、营业执照等。

<sup>5</sup> **现金价值**：指保险单所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由本公司退还的那部分金额。本主合同的现金价值计算方法为：现金价值 = 净保险费 × (1 - 已生效天数/保险期间天数)  
其中，净保险费 = 保险费 × (1 - 35%)，保险单已生效天数不足一天的按一天计算。

<sup>6</sup> **年度给付总限额**：指我们在本主合同保险范围内承担相应赔付保险金责任的最高限额。

<sup>7</sup> **医院**：指符合下列所有条件的医疗机构：

- (1) 拥有所在国家或地区的合法经营执照；
- (2) 设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；
- (3) 有在所在国家或地区合法注册的医生和护士常驻执业。

不包括护理机构、矿泉疗养院、水疗所、疗养所、康复机构、戒酒机构、酒精或者药物滥用看护机构、戒毒机构、疗养院或者养老院等其他类似目的的机构。

<sup>8</sup> **特定医疗机构**：指超出惯常医疗费用水平的医院。由于各医疗机构的收费水平可能发生变化，我们会跟踪分析并适时更新特定医疗机构的列表，特定医疗机构列表请以本公司的最新公布信息为准。

(二) 保险区域的选择

您在投保时可选择中国大陆（不含港澳台）或大中华（中国大陆及港澳台）作为本主合同的保险区域。

除基本责任中的“保险区域外紧急医疗<sup>9</sup>保险金”外，我们仅对被保险人在保险单上载明的保险区域内发生的符合本主合同约定的医疗费用承担给付保险金的责任。

我们对被保险人在中国大陆境外<sup>10</sup>地区居住累计超过 180 日后在中国大陆境外地区产生的任何费用不承担保险责任。此要求不适用于保险区域外紧急医疗保险金。

(三) 免赔额的选择

您在投保时可选择保障计划是否包含免赔额。对于保障计划有免赔额的，在本主合同的保险期间内我们仅对超出免赔额的保险责任范围内的医疗费用予以给付。

若您投保了可选责任“普通门急诊医疗保险金”责任，则每一保险期间本主合同的年免赔额为 0 元。

(四) 医院范围的选择

您在投保时可选择医院范围是否包含特定医疗机构。

对于保障计划中医院范围不包含特定医疗机构的，被保险人在特定医疗机构内发生的任何医疗费用，我们将不承担保险责任。

## 2.3 预授权

(一) 特定治疗预授权：

被保险人拟接受下列治疗前，您或被保险人须向我们进行预授权申请：

- (1) 任何住院治疗或者需要全身麻醉的门诊手术；
- (2) 首次门诊肾透析<sup>11</sup>、首次门诊“恶性肿瘤——重度<sup>12</sup>”治疗和器官移植<sup>13</sup>后的首次门诊抗排异治疗；
- (3) 任何单价在 8,000 元以上的门诊检查及治疗项目；
- (4) 同一日在同一医院的同一科室治疗，开具累计超过 8,000 元的药品；
- (5) “恶性肿瘤——重度”院外靶向治疗。

如果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，被保险人未能事先申请预授权，须在开始接受上述治疗后 48 小时之内通知我们。

(二) 紧急治疗预授权：

<sup>9</sup> **紧急医疗：**指针对突然发生的、不及时救治将危及生命的意外伤害事故或者急性病，被保险人立即开始接受的相应医疗。急性病指突然发生急性疾病，该急性疾病是被保险人在本主合同生效之前未曾接受诊疗的，在本主合同保险期间内突然发生的、不及时救治将危及生命的急性疾病，包括：(1)小儿高热惊厥；(2)休克；(3)昏迷；(4)癫痫发作；(5)急性心梗、急性心力衰竭、急性脑梗伴肢体活动能力受限；(6)急性内脏出血，内脏包括心、肝、脾、肺、肾、消化道；(7)各种急性中毒；(8)意外伤害导致的骨折、脱位、烧伤；(9)五官及呼吸道或者食道异物，意外伤害导致的失明、眼部伤害。但以下疾病或者由以下原因所导致的疾病不在本定义的范围之内：(1)常规医疗；(2)可以推迟至被保险人返回保险区域后再接受的医疗；(3)被保险人事先计划好的治疗。

<sup>10</sup> **中国大陆境外：**指中华人民共和国大陆以外的国家和地区，该地区包括香港特别行政区、澳门特别行政区以及台湾地区。

<sup>11</sup> **肾透析：**指根据半透膜平衡原理，使用一定浓度的电解质和葡萄糖组成的透析液和血液中积累的代谢产物，水及电解质进行渗透交换，从而达到治疗严重慢性肾衰竭目的的治疗方式。

<sup>12</sup> **恶性肿瘤——重度：**释义请详见“附件一“恶性肿瘤——重度”释义”。

<sup>13</sup> **器官移植：**指因相应器官功能衰竭而实施的肾脏、肝脏、心脏、胰脏、肺脏、小肠或造血干细胞移植。

如果被保险人接受保险区域外紧急医疗,须在开始接受治疗后 48 小时之内通知我们。

## 2.4 保险期间和续保 本主合同为不保证续保合同。

本产品保险期间为一年。保险期间届满,您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。

在本主合同保险期间届满后 60 日内(含),您重新向我们申请投保本产品的,可以认定为续保本主合同。超出 60 日期限成立并生效的本产品保险合同,均为“未续保后再次投保”。

在上述 60 日期限内,如果我们接受您的申请,且您已经交纳续保合同的保险费的,续保的新合同成立并生效,我们将根据续保新合同的约定继续承担相应的保险责任。续保新合同的生效日,追溯至本主合同保险期间届满日的次日零时。

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,但会向您提供投保其他保险产品的建议。

## 2.5 保险责任 等待期

在本主合同保险期间内,我们承担如下保险责任:

首次投保本主合同或未续保后再次投保本主合同时,除另有约定外,自本主合同生效之日起 30 天为等待期。另有约定的情形包含以下两种情形:

- (1) 被保险人因**精神疾病**<sup>14</sup>接受住院、门急诊治疗的,自本主合同生效之日起 180 日为等待期;
- (2) 被保险人因**感染艾滋病病毒或患艾滋病**<sup>15</sup>接受住院治疗的,自本主合同生效之日起 180 日为等待期;

**如果被保险人在投保后至等待期届满前发生的疾病所导致的医疗费用,无论此等费用是否发生在等待期内,我们都不承担所有保险金的赔付责任,并将无息返还您所交的本主合同的保险费,本主合同终止。**

被保险人因遭受**意外伤害**<sup>16</sup>导致被保险人发生保险事故,或您为被保险人续保本主合同的,无等待期。

被保险人因意外伤害导致或在等待期后发生保险事故,我们按照下列方式给付保险金:

### 基本责任

以下为本主合同的基本责任,共计七项保险责任。

<sup>14</sup> **精神疾病**:指《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD-10)中所列明的编码为 F00 至 F99 疾病经医院明确诊断为精神疾病,包括但不限于神经性贪食症、神经性厌食症、**注意力缺陷障碍**、**注意缺陷多动障碍**。

**注意力缺陷障碍**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。

<sup>15</sup> **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。

<sup>16</sup> **意外伤害**:指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。**猝死不属于本主合同约定的意外伤害**。

### （一）一般住院医疗费用保险

被保险人因意外伤害或疾病经医院诊断必须住院<sup>17</sup>治疗的，对于住院期间发生的必需且合理<sup>18</sup>的住院医疗费用，我们将根据本主合同约定的保险金计算方法给付一般住院医疗费用保险金。

住院医疗费用包括：床位费<sup>19</sup>、住院陪床费<sup>20</sup>、重症监护病房费<sup>21</sup>、膳食费<sup>22</sup>、治疗费<sup>23</sup>、护理费<sup>24</sup>、检查检验费<sup>25</sup>、救护车使用费<sup>26</sup>、医生费<sup>27</sup>、药品费<sup>28</sup>、手术费<sup>29</sup>、重建手术费<sup>30</sup>、耐用医疗器械费<sup>31</sup>、中医理疗、物理治疗及其他特殊疗法<sup>32</sup>治疗费、质子重离子疗法<sup>33</sup>治疗费（只针对“上海市质子重离子医院”）。

<sup>17</sup> **住院：**指被保险人确因临床需要入住医院之正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院以及休养、疗养、身体检查和健康护理等非治疗性行为导致的住院。其中挂床住院指被保险人非治疗需要，离开医疗机构 12 小时以上，视为自动离开医疗机构，本公司仅对离开日及以前属于保险责任范围内的住院治疗承担保险金给付责任。

<sup>18</sup> **必需且合理：**指符合通常医疗惯例和医学必需。

1.符合通常医疗惯例：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。

2.医学必需：

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：

(1)医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需；

(2)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；

(3)与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；

(4)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；

(5)非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；

(6)非试验性或研究性。

对是否必需且合理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，可由我们认可的医院或双方认可的司法鉴定机构进行审核鉴定。

<sup>19</sup> **床位费：**指被保险人在住院期间发生的不超过标准单人病房标准费用。**不包括套房、家庭病房。**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，若某一医院的病房拥有两种或两种以上符合上述定义的病房，则应按其中最低收费标准的病房计算床位费。若被保险人住院的病房的级别高于标准单人间病房的级别，则床位费以标准单人间的收费标准为最高限额。**本项保险责任不包含重症监护病房费。**

<sup>20</sup> **住院陪床费：**指被保险人住院期间，为其陪伴者而设的一张额外床的实际开支。

<sup>21</sup> **重症监护病房费：**住院期间出于医学必需被保险人在重症监护室接受医疗而产生的床位费。重症监护室指配有中心监护台、心电监护仪及其他监护抢救设施，相对封闭管理，符合重症监护病房（ICU）、冠心病重症监护病房（CCU）标准的单人或多人监护病房。

<sup>22</sup> **膳食费：**指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。**不包括住院期间购买的个人用品。**

<sup>23</sup> **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，具体以就诊医院费用项目划分为准。**本项保险责任不包含中医理疗、物理治疗及其他特殊疗法。**

<sup>24</sup> **护理费：**指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

<sup>25</sup> **检查检验费：**指以诊断疾病为目的，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，包括影像学检查、心电图费、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。

<sup>26</sup> **救护车使用费：**指住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，根据医生建议，由急救中心派出的救护车费用及被保险人需医院转诊过程中的医院用车费用，且**救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送。**

<sup>27</sup> **医生费：**指住院期间以治疗为目的，提供必要的医学手段而发生的合理的诊疗费、会诊费以及医事服务费用。

<sup>28</sup> **药品费：**指就医期间根据医生开具的处方在医院内发生的经过当地药品监督管理部门批准的药品的费用。**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；

(2)部分可以入药的动物及动物脏器；

(3)用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

<sup>29</sup> **手术费：**指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费；若因器官移植而发生的手术费用，**不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。**

<sup>30</sup> **重建手术费：**指被保险人为恢复身体外观，在医生建议下于意外事故发生后十二个月内进行重建手术的实际开支；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实际开支。**

对于（五）延伸医疗费用保险金、（六）保险区域外紧急医疗保险金项下的住院医疗费用，不在本项一般住院医疗费用保险金项下赔付。

每一保险期间，我们对被保险人每次住院累计所承担的重建手术费以 10 万元为限；对被保险人每次住院累计所承担的耐用医疗器械费以 10 万元为限；对被保险人在保险期间内累计所承担的中医理疗、物理治疗及其他特殊疗法治疗费以 8 次为限，每次限额 1000 元。

如果被保险人接受保险责任范围内的住院治疗，且在本主合同保险期间届满时治疗仍未结束的，对于被保险人该次住院治疗在本主合同保险期间届满日次日起 30 日（含）内发生的必需且合理的住院医疗费用，我们仍在本主合同约定的保险责任范围内承担给付一般住院医疗费用保险金的责任，对于被保险人该次住院治疗在本主合同保险期间届满日次日起 30 日后发生的医疗费用，我们不再承担保险责任。

## **（二）门诊手术医疗费用保险金**

被保险人因意外伤害或疾病经医院诊断必须接受门诊手术治疗的，门诊手术治疗期间所发生的必需且合理的**门诊手术医疗费用**<sup>34</sup>，我们将根据本主合同约定的保险金计算方法给付门诊手术医疗费用保险金。

## **（三）特定前后门急诊医疗费用保险金**

### **1. 住院前后门急诊医疗费**

被保险人在住院前 30 日及后 60 日内，发生与该次住院相同原因而产生的必需且合理的门急诊医疗费用，但不包括下面所述的特殊门急诊医疗费用，我们将根据本主合同约定的保险金计算方法给付特定前后门急诊医疗费用保险金。

若保险期间届满时被保险人住院治疗尚未结束，我们以入院日期所在的保险期间承担入院当次及与该次住院相同原因的住院前后门急诊所产生的特定前后门急诊医疗费用保险金。

### **2. 门诊手术前后门急诊医疗费**

---

<sup>31</sup> **耐用医疗器械费：**指根据医生处方要求的、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，本项责任下承担的耐用医疗设备包括：

(1)外置胰岛素泵；  
(2)脚托、臂托、颈背托或者束带；  
(3)轮椅（非电动轮椅）；  
(4)义乳（仅限患乳腺恶性肿瘤并接受属于保险责任范围内的乳房切除术的被保险人）；  
(5)外置心脏起搏器；  
(6)便携式雾化器。

每一保险期间内因同一种耐用医疗器械给付保险金仅限一次。

<sup>32</sup> **中医理疗、物理治疗及其他特殊疗法：**中医理疗是指以治疗疾病为目的，被保险人接受由具有相应资格的医生实施的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗；物理治疗是指应用人工物理因子（如光、电、磁、声等）来治疗疾病，具体疗法包括电疗、光疗、磁疗、热疗等；其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

<sup>33</sup> **质子重离子疗法：**指针对“恶性肿瘤——重度”采用质子和重离子技术进行放射治疗。治疗需在上海市质子重离子医院内由医院开具处方，并在上海市质子重离子医院内接受治疗。

<sup>34</sup> **门诊手术医疗费用：**指门诊发生的必需且合理的手术医疗费用，包括外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、术中用药费、手术设备费、检查检验费、护理费、一次性用品费。

被保险人因意外伤害或疾病经医院诊断必须接受门诊手术治疗的，在门诊手术治疗前 30 日及后 60 日内，发生与该次门诊手术相同原因而产生的必需且合理的门急诊医疗费用，但不包括下面所述的特殊门急诊医疗费用，我们将根据本主合同约定的保险金计算方法给付特定前后门急诊医疗费用保险金。

#### **（四）特殊门急诊医疗费用保险金**

被保险人因意外伤害或疾病经医院诊断必须在医院接受下列治疗而发生的必需且合理的治疗费用，我们将根据本主合同约定的保险金计算方法给付特殊门急诊医疗费用保险金：

- （1） 门诊肾透析费；
- （2） 门诊“恶性肿瘤——重度”治疗费，包括放射疗法<sup>35</sup>、化学疗法<sup>36</sup>、免疫疗法<sup>37</sup>、内分泌疗法<sup>38</sup>、靶向疗法<sup>39</sup>、质子重离子疗法费用（只针对“上海市质子重离子医院”）；
- （3） 器官移植后的门诊抗排斥治疗费。

#### **（五）延伸医疗费用保险金**

被保险人因意外伤害或疾病经医院诊断必须接受治疗而发生的以下必需且合理的治疗费用，我们将根据本主合同约定的保险金计算方法给付延伸医疗费用保险金：

##### **1. 康复治疗费<sup>40</sup>、家庭护理费<sup>41</sup>及临终关怀医疗费<sup>42</sup>**

被保险人在住院结束后 90 日内发生的康复治疗费、家庭护理费及临终关怀医疗费，在赔付限额内我们将按本主合同约定的保险金计算方法给付康复治疗

<sup>35</sup> **放射疗法：**本主合同所指的放射疗法为被保险人根据医嘱在医院进行针对“恶性肿瘤——重度”的放射治疗。放射治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。

<sup>36</sup> **化学疗法：**本主合同所指的化学疗法为被保险人根据医嘱在医院进行针对“恶性肿瘤——重度”的静脉注射化学治疗。化学治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。

<sup>37</sup> **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。本主合同所指的肿瘤免疫治疗药物需具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或进口药品注册证书、医药产品注册证书。（在中国大陆境外的国家或者地区发生的免疫疗法使用的药物须符合治疗所在地国家或者地区的法律、法规要求并经过治疗当地药品监督管理部门批准用于临床治疗。）

<sup>38</sup> **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。本主合同所指的内分泌治疗药物需具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或进口药品注册证书、医药产品注册证书。（在中国大陆境外的国家或者地区发生的内分泌疗法使用的药物须符合治疗所在地国家或者地区的法律、法规要求并经过治疗当地药品监督管理部门批准用于临床治疗。）

<sup>39</sup> **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。本主合同所指的靶向治疗药物需具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或进口药品注册证书、医药产品注册证书。（在中国大陆境外的国家或者地区发生的靶向疗法使用的药物须符合治疗所在地国家或者地区的法律、法规要求并经过治疗当地药品监督管理部门批准用于临床治疗。）

<sup>40</sup> **康复治疗费：**指被保险人在本主合同保险期间内，因与上一次住院相同的原因再次住院治疗，接受由医院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被保险人最大程度的功能恢复治疗而发生的相关费用。

<sup>41</sup> **家庭护理费：**指根据医生建议，接受住院治疗的被保险人出院后必须立即在家中接受由专业护士提供的与住院治疗的病症直接相关的护理而发生的护理费用，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而发生的相关费用。  
**专业护士**指国家或地区护士注册机构登记名册中登记在案的护士。

<sup>42</sup> **临终关怀医疗费：**指被医生诊断患有终末期疾病的被保险人在医疗卫生监管机构合法注册的临终护理机构或者设有临终护理病房的医疗机构进行的由各科医生组成的医疗团队对被保险人实施以护理为中心而非以治疗疾病为中心的医疗而产生的相关必需且合理的住院费用。终末期疾病指被保险人已确诊为疾病的终末期状态，所患疾病已经无法以现有的医疗技术医治缓解，且已经放弃积极治疗，所有治疗措施仅以减轻患者痛苦为目的。理赔时需提供医院临床检查证据和医院出具的诊断证明，证明被保险人所患疾病同时满足以下两个条件：(1)依现有医疗技术无法缓解；(2)根据临床医学经验判断被保险人存活期低于六个月。



疗费、家庭护理费及临终关怀医疗费。

每一保险期间，我们仅对被保险人出院次日起 90 日内的费用承担保险责任，其中对承担的康复治疗费以 8 万元为限，对承担的临终关怀医疗费以 8 万元为限。

## 2. 艾滋病住院治疗费或精神疾病住院治疗费

被保险人经医院确诊罹患艾滋病或精神疾病需住院治疗的，对于被保险人住院期间发生的必需且合理的住院医疗费用，在赔付限额内我们将根据本主合同约定的保险金计算方法给付艾滋病住院治疗费或精神疾病住院治疗费。

每一保险期间，我们对被保险人承担的艾滋病住院治疗费以 20 万元为限，对被保险人承担的精神疾病住院治疗费以 5 万元为限。除本项保险责任及可选责任“普通门急诊医疗保险金”中的“精神疾病门急诊费”保险责任外，本主合同其他所有的保险责任均不承担因艾滋病或精神疾病导致的任何医疗费用。

## 3. “恶性肿瘤——重度”靶向药物基因检测费

被保险人因罹患“恶性肿瘤——重度”经医院诊断需进行“恶性肿瘤——重度”靶向药物基因检测，对于被保险人在保险期间内在医院或**基因检测机构**<sup>43</sup>产生的必需且合理的“恶性肿瘤——重度”靶向药物基因检测费，在赔付限额内我们将根据本主合同约定的保险金计算方法给付“恶性肿瘤——重度”靶向药物基因检测费。

每一保险期间，我们对被保险人承担的“恶性肿瘤——重度”靶向药物基因检测费以 3 万元为限。

## 4. “恶性肿瘤——重度”院外靶向治疗药品费

被保险人因罹患“恶性肿瘤——重度”经医院诊断需使用“恶性肿瘤——重度”院外靶向治疗药品，对于被保险人在保险期间内因治疗“恶性肿瘤——重度”而产生的，且同时满足**约定条件**<sup>44</sup>的必需且合理的“恶性肿瘤——重度”院外靶向治疗药品费，在赔付限额内我们将根据本主合同约定的保险金计算方法给付“恶性肿瘤——重度”院外靶向治疗药品费。

不符合“约定条件”的药品费不在“恶性肿瘤——重度”院外靶向治疗药品费的保障范围内。

<sup>43</sup> **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。

<sup>44</sup> **约定条件：**指被保险人因治疗“恶性肿瘤——重度”而发生的，并同时满足以下条件的“恶性肿瘤——重度”院外靶向治疗药品费：

(1)用于治疗该“恶性肿瘤——重度”的靶向药的处方是由医疗机构的医生开具，且治疗该“恶性肿瘤——重度”的靶向药符合当地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”的靶向药供应，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”的靶向药；  
(3)被保险人凭上述处方在院外药房购买的单次靶向药治疗用量不超过 30 天，且不包括为未来治疗提前购买的药物。

#### **（六）保险区域外紧急医疗保险金**

对被保险人在除保险单上载明的保险区域以外的国家或者地区因紧急医疗发生的住院及门急诊医疗费用，在赔付限额内我们将根据本主合同约定的保险金计算方法给付保险区域外紧急医疗保险金。

我们对以下情况不承担给付保险区域外紧急医疗保险金的责任：

- （1） 非紧急医疗；
- （2） 被保险人每次在除保险单上载明的保险区域以外的国家或者地区停留超过连续 90 日；
- （3） 对在被保险人到达除保险单上载明的保险区域以外国家或者地区前已有疾病或者症状进行的相关的治疗；
- （4） 可以推迟至被保险人返回保险区域后再接受的医疗；
- （5） 被保险人前往的国家或者地区被联合国、出发地所在国政府或者目的地所在国政府明确告知不建议前往；
- （6） 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治疗。

每一保险期间，我们对被保险人承担的保险区域外紧急医疗保险金以 50 万元为限。

#### **（七）无理赔住院津贴保险金**

在保险期间内，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免赔额（若投保人选择的保障计划包含免赔额），我们根据被保险人该次住院实际住院日数赔付无理赔住院津贴。赔付该住院津贴后，我们将不再赔付与该次住院相关的任何保险金，且该次住院产生的所有医疗费用不能抵扣免赔额。

即：无理赔住院津贴保险金= 800 元/日 × 实际住院日数。

每一保险期间，“无理赔住院津贴保险金”赔付日数最多可达 30 日。

#### **可选责任**

以下为本主合同的可选责任。

#### **可选责任年度给付限额**

我们在本主合同保险期间内累计给付的普通门急诊医疗保险金以您与我们约定的保障计划对应的可选责任年度给付限额为限。

本主合同约定的可选责任年度给付限额见“附件三 保障计划表”所示。

#### **普通门急诊医疗保险金**

被保险人因意外伤害或疾病经医院诊断必须在医院接受普通门急诊治疗的，对于被保险人在医院接受普通门急诊治疗期间且在门诊或者急诊部发生的必需且合理的普通门急诊医疗费用，包括**医生诊疗费**<sup>45</sup>、治疗费和检查检验费、药品费、精神疾病门急诊费和**中医门诊医疗费**<sup>46</sup>、中医理疗、物理治疗及其他特殊疗法门急诊费，在上述各项医疗费用对应的年度给付限额及可选责任年度给付限额范围内，我们将根据本主合同约定的保险金计算方法给付普通门急诊医疗保险金。

<sup>45</sup> **医生诊疗费**：指被保险人在门急诊期间发生的主诊医生或会诊医生的劳务费用，包括挂号费。

<sup>46</sup> **中医门诊医疗费**包括以下两类费用：(1)被保险人在具备就诊地当地行医资质的中医诊所接受具有中医行医资质的医生诊疗所发生的医生诊断费用、检查检验费、根据中医药方组合一种或多种中药材进行内服或外用的中草药药品费。(2)被保险人在医院发生的根据中医药方组合一种或多种中药材进行内服或外用的中草药药品费。上述**中草药药品费**不包括以下**中药材费用**：人参、阿胶、鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、珊瑚、玳瑁、冬虫夏草、藏红花、羚羊、犀角、牛黄、麝香、鹿茸、铁皮枫斗及铁皮石斛的费用，无论其是否单独使用。

每一保险期间，我们对被保险人承担的医生诊疗费以 50 次为限；对被保险人承担的“精神疾病门急诊费”以 8 次为限，每次限额 1000 元；对被保险人承担的“中医门诊医疗费、中医理疗、物理治疗及其他特殊疗法门急诊费”以 8 次为限，每次限额 1000 元。

对因接受门诊手术治疗、特殊门急诊治疗、特定前后门急诊治疗导致的普通门急诊医疗费用，我们不承担给付普通门急诊医疗保险金的责任。

## 赔付限额

对于上述保险责任，被保险人不论一次或多次进行治疗，我们均按上述约定赔付保险金，但单项保险金的累计赔付金额不超过单项保险金年度最高赔付限额，若某项费用的累计赔付金额达到其对应单项保险金年度最高赔付限额时，我们对被保险人的该项保险责任终止；

单项保险金的累计赔付日、次数以不超过各对应项年度最高赔付日、次数为限，若某项费用的累计赔付日、次数达到其对应项年度最高赔付日、次数时，我们对被保险人的该项保险责任终止；

我们累计赔付的保险金总额以不超过被保险人的年度给付总限额为限，累计赔付金额达到年度给付总限额时，本主合同终止。

## 保险金计算方法

每一保险期间，针对被保险人发生的上述属于本主合同保险责任范围内的医疗费用，我们将按照下列公式计算每次就诊应给付的医疗保险金：

当次就诊应给付的医疗保险金 = 保险责任范围内的医疗费用的有效金额（以下简称为“医疗费用有效金额”） - 年免赔额余额

其中：

- （1）“医疗费用有效金额” = 保险责任范围内必需且合理的医疗费用 - 任何已从基本医疗保险、**城乡居民大病保险**<sup>47</sup>或公费医疗获得的补偿费用。
- （2）**年免赔额**是指被保险人在保险期间内发生的，虽然属于本主合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本主合同约定仍旧由被保险人自行承担，我们不予理赔的金额。**每一保险期间的年免赔额根据您投保时选择的保障计划而有所不同，请您在投保时注意。**  
**年免赔额余额**是指一个保险期间内年免赔额经前几次理赔中被保险人发生的“医疗费用有效金额”抵扣过后剩余的金额。  
年免赔额余额不小于零。
- （3）若当次产生的“医疗费用有效金额”小于等于年免赔额余额，则当次就诊应给付的医疗保险金给付金额为零；若当次产生的“医疗费用有效金额”大于年免赔额余额，则当次就诊应给付的医疗保险金给付金额大于零。

<sup>47</sup> **城乡居民大病保险**：指为提高城乡居民医疗保障水平，在基本医疗保障的基础上，对城乡居民患大病发生的高额医疗费用给予进一步保障的一项制度性安排。

## 补偿原则

对于被保险人发生的上述属于本主合同保险责任范围内的医疗费用，若被保险人已从其它途径（包括基本医疗保险、城乡居民大病保险、公费医疗、包含本公司在内的任何商业保险机构等）取得补偿，我们将按上述约定的赔偿范围及保险金额计算并给付保险金，且最高给付金额不超过被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获得的任何补偿后的余额。

## 2.6 保险责任的免除

在下列期间发生的或下列情形导致的医疗费用支出、以及如下列明的费用支出，我们不承担给付保险金的责任：

- （1） 您对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- （2） 被保险人故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- （3） 被保险人**醉酒**<sup>48</sup>，服用、吸食或注射**毒品**<sup>49</sup>；
- （4） 被保险人**酒后驾驶**<sup>50</sup>、**无合法有效驾驶证驾驶**<sup>51</sup>或**驾驶无合法有效行驶证**<sup>52</sup>的**机动车**<sup>53</sup>；
- （5） 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- （6） 核爆炸、核辐射或核污染；
- （7） 被保险人从事**潜水**<sup>54</sup>、**跳伞**、**攀岩**<sup>55</sup>、**蹦极**、**驾驶滑翔机或滑翔伞**、**探险**<sup>56</sup>、**摔跤**、**武术比赛**<sup>57</sup>、**特技表演**<sup>58</sup>、**赛马**、**赛车**等高风险运动；
- （8） **遗传性疾病**<sup>59</sup>，**先天性畸形、变形或染色体异常**<sup>60</sup>，任何**职业病**<sup>61</sup>；
- （9） 被保险人怀孕、流产、节育、分娩（含剖宫产）、不孕不育治疗、人工受精以及由以上原因导致的并发症；

<sup>48</sup> **醉酒**：指发生事故时每百毫升血液中的酒精含量大于或者等于 80 毫克。

<sup>49</sup> **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。

<sup>50</sup> **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。

<sup>51</sup> **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）持学习驾驶证明学习驾车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习驾车。

<sup>52</sup> **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；
- （3）没有取得合法有效行驶证。

<sup>53</sup> **机动车**：指以动力装置驱动或牵引，上道行驶的供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆。

<sup>54</sup> **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。

<sup>55</sup> **攀岩**：指攀登悬崖、建筑物外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

<sup>56</sup> **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，而故意使自己置身其中的行为。包括但不限于江河漂流、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。

<sup>57</sup> **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。

<sup>58</sup> **特技表演**：指从事马术、杂技、驯兽、飞车等特殊技能的表演。

<sup>59</sup> **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。

<sup>60</sup> **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。

<sup>61</sup> **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。

- (10) **一般性体格检查、健康检查<sup>62</sup>**，疗养，康复（延伸医疗费用保险金中的康复治疗费除外），包皮环切术，包皮剥离术，包皮气囊扩张术，性功能障碍治疗，脱发治疗，美容，整形，各种健美治疗项目（包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用）、矫形，视力矫正，安装义眼、义肢、助听器等康复性器材引起的医疗费用，但因意外伤害所致的矫形手术、外科整形手术除外；
- (11) 洗牙、牙齿美白、正畸、烤瓷牙、种植牙或镶牙等牙齿保健和修复，以及其他牙科相关原因所导致的医疗费用，但不包含被保险人因**意外牙科治疗<sup>63</sup>**产生的医疗费用；
- (12) 器官捐献者接受的与器官摘除相关的医疗行为及其并发症的治疗；
- (13) 被保险人患性病引起的医疗费用，被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间发生的费用，但若属于本条款所保障的“延伸医疗费用保险金中的艾滋病住院治疗费”则不在此限；
- (14) 免疫接种、疫苗接种或预防接种，进行各类医疗鉴定，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；
- (15) 由于**医疗事故<sup>64</sup>**引起的医疗费用；
- (16) 对遗体或供体实施的任何活细胞冷冻贮藏、植入和再植入费用；
- (17) 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》第十次修订版（ICD-10）确定的精神和行为障碍以外的一般心理问题，如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等）等费用；
- (18) 被保险人所患**既往症<sup>65</sup>**及保险单中特别约定的除外疾病引起的相关费用；
- (19) 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（从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用）；
- (20) 符合以下任一条件的相关医疗费用，我们不承担保险责任：未经医生建议自行进行的任何治疗或未经医生处方自行购买的药品；虽然有医生处方或建议，但药品、医疗器械或医疗耗材不是自开具该处方的医生所执业的医院购买的（以收费票据为准），延伸医疗费用保险金中的“恶性肿瘤——重度”院外靶向治疗药品费除外；虽然有医生建议，但相关治疗不是在医院进行的或相关费用不是由医院收取的（以相关医疗费票据为准），延伸医疗费用保险金中的“恶性肿瘤——重度”靶向药物基因检测费除外；虽然有医生处方，但剂量超过30天部分的药品费用；
- (21) 各种矫治和防护器械、自用的按摩保健和治疗用品等所有非一次性使用医疗器械和非处方医疗器械的购买、租赁和置换费用；除心脏瓣

<sup>62</sup> **一般性体格检查、健康检查**：指不以治疗为目的的身体检查。

<sup>63</sup> **意外牙科治疗**：指被保险人因意外伤害且在意外伤害发生之日起14日内，在医院牙科门急诊对原本完整无损的、未经过任何治疗的自身牙齿进行合理且必要的紧急治疗和修复，仅包括因必要的清创处理、必要的紧急牙体处理、口腔含漱液、必要的口服或者静脉滴注抗生素而发生的治疗费。**意外牙科治疗不包括**：(1)牙科例行检查和牙病的诊治；(2)对曾接受过治疗或者有磨损和老化牙齿的治疗，以及由于咀嚼食物（即使其中包含异物）引起的牙齿伤害的治疗。

<sup>64</sup> **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。

<sup>65</sup> **既往症**：指被保险人在本主合同生效日之前已患的已知或应该知道的有关疾病或症状。

膜、人工晶体、人工关节之外的其他人工器官的购买、安装和置换等费用以及所有有源植入器械的购买、安装和置换等费用，但如下耐用医疗设备的购买、安装和置换等费用除外：

- 1) 外置胰岛素泵；
- 2) 脚托、臂托、颈背托或者束带；
- 3) 轮椅（非电动轮椅）；
- 4) 义乳（仅限患乳腺恶性肿瘤并接受属于保险责任范围内的乳房切除术的被保险人）；
- 5) 外置心脏起搏器；
- 6) 便携式雾化器。

- 2.7 其他免责条款 除“2.6 保险责任的免除”外，本主合同中还有一些免除保险责任的条款，详见“2.2 保障计划”、“2.5 保险责任”、“3.2 保险事故通知”、“5.1 明确说明与如实告知”、“5.3 年龄错误”、“6 附件”及部分“脚注释义”中标注突出的字体内容。

### 3 如何申请领取保险金

---

- 3.1 保险金受益人 除另有约定外，本主合同保险金的受益人为被保险人本人。
- 3.2 保险事故通知 您、被保险人或受益人知道保险事故发生后应当在 10 日内通知本公司。  
因故意或者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，本公司对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但本公司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本公司确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。
- 3.3 保险金申请 在申请保险金时，应依据下列方式办理：  
申请人须填写保险金给付申请书，并须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；
  - （3）由医院出具的诊断证明书，以及由医院出具的与该疾病诊断证明书相关的出院小结、门急诊病例及相关的检查检验报告；
  - （4）医院出具的住院或门诊发生医疗费用的原始凭证、医疗费用明细清单；
  - （5）被保险人的出入境记录、签证、交通工具和住宿预定证明等境外居住或旅行证明；
  - （6）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。
- 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证明和资料。
- 对于本公司已经过直接结算医院<sup>66</sup>进行直接结算且符合本主合同保险责任约定的费用，我们将不再接受被保险人对该部分保险金的申请。

---

<sup>66</sup> 直接结算医院：指本主合同可提供直接结算服务的医院，不同的保障责任可能会对应不同的直接结算医院。

- 3.4 保险金的给付**
- 本公司在收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后，将在 5 日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定。
- 对属于保险责任的，本公司在与受益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，本公司自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。
- 本公司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；本公司最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。
- 保险金支付币种为人民币，如果实际发生的费用不是人民币，我们将按医疗费用清单中最早账单日期对应的中国人民银行公布的人民币汇率中间价将其转换为人民币支付。**
- 3.5 诉讼时效**
- 被保险人或受益人向我们请求给付保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或应当知道保险事故发生之日起计算。

## **④ 保险费的支付**

---

- 4.1 保险费的支付**
- 本主合同的保险费的计算以投保时您选择的保障计划、被保险人的年龄、被保险人的基本医疗保险状态为基础。您需要在投保时一次性交清保险费。本主合同续保时将根据续保生效当时您选择的保障计划、被保险人的年龄、基本医疗保险状态对应的保险费率重新计算保险费。

## **⑤ 其他事项**

---

- 5.1 明确说明与如实告知**
- 订立本合同时，本公司应当向您明确说明本合同的内容。
- 对保险条款中免除本公司责任的条款，本公司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。
- 本公司就投保人和被保险人的有关情况提出询问，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，足以影响本公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，本公司有权解除本合同。
- 如果投保人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，本公司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，对于本合同解除前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。
- 本公司在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，本公司不得解除合同；发生保险事故的，本公司承担给付保险金的责任。

- 5.2 本公司合同解除权的限制 前款规定的合同解除权，自我们知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。
- 5.3 年龄错误 您在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人出生日期在投保单上填明，如果发生错误按照下列方式办理：
- （1）您申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本主合同约定投保年龄限制的，在保险事故发生之前我们有权解除合同，并向您退还保险单的现金价值。本公司行使合同解除权适用“本公司合同解除权的限制”的规定；
  - （2）您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费少于应付保险费的，本公司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和应付保险费的比例给付；
  - （3）您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费多于应付保险费的，本公司会将多收的保险费退还给您。
- 5.4 未还款项 我们在给付各项保险金、退还现金价值或返还保险费时，如果您有欠交的保险费或其他未还清款项，我们会在扣除上述欠款后给付。
- 5.5 争议处理 您和我们发生争议时，可以从以下两种争议处理方式中选择一种：
- （1）提交仲裁委员会按提交仲裁时该仲裁委员会现行有效的仲裁规则仲裁；
  - （2）向有管辖权的人民法院提起诉讼。
- 如果您选择以仲裁方式作为合同签署或履行过程中争议处理的方式，需与我们协议选定仲裁委员会。如果没有选择争议处理的方式、选择仲裁但仲裁委员会约定不明或者约定的仲裁委员会不存在，则以本条上述第（2）种方式处理争议。

## ⑥ 附件

### 附件一 “恶性肿瘤——重度”释义

---

- 恶性肿瘤——重度** 此定义与中国保险行业协会、中国医师协会发布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020年修订版）》中“恶性肿瘤——重度”定义保持一致，具体见下：
- 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**<sup>67</sup>（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

---

<sup>67</sup> **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。



版（ICD-O-3）<sup>68</sup>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<sup>69</sup>为Ⅰ期或更轻分期的甲状腺癌<sup>70</sup>；
- （3）TNM分期为T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>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。

## 附件二 甲状腺癌的TNM分期

**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<sub>x</sub>: 原发肿瘤不能评估

pT<sub>0</sub>: 无肿瘤证据

pT<sub>1</sub>: 肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T<sub>1a</sub>肿瘤最大径≤1cm

T<sub>1b</sub>肿瘤最大径>1cm，≤2cm

pT<sub>2</sub>: 肿瘤2~4cm

pT<sub>3</sub>: 肿瘤>4cm，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT<sub>3a</sub>: 肿瘤>4cm，局限于甲状腺内

pT<sub>3b</sub>: 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

pT<sub>4</sub>: 大体侵犯甲状腺外带状肌外

pT<sub>4a</sub>: 侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT<sub>4b</sub>: 侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管

<sup>68</sup> 《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）：《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。

<sup>69</sup> **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指有无其它脏器的转移情况。

<sup>70</sup> **甲状腺癌的 TNM 分期**：指甲状腺癌的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，具体释义详见“附件二 甲状腺癌的TNM分期”。

# 甲状腺髓样癌

pT<sub>x</sub>: 原发肿瘤不能评估

pT<sub>0</sub>: 无肿瘤证据

pT<sub>1</sub>: 肿瘤局限在甲状腺内, 最大径≤2cm

T<sub>1a</sub>肿瘤最大径≤1cm

T<sub>1b</sub>肿瘤最大径>1cm, ≤2cm

pT<sub>2</sub>: 肿瘤2~4cm

pT<sub>3</sub>: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT<sub>3a</sub>: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内

pT<sub>3b</sub>: 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

pT<sub>4</sub>: 进展期病变

pT<sub>4a</sub>: 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<sub>4b</sub>: 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<sub>x</sub>: 区域淋巴结无法评估

pN<sub>0</sub>: 无淋巴结转移证据

pN<sub>1</sub>: 区域淋巴结转移

pN<sub>1a</sub>: 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<sub>1b</sub>: 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

M<sub>0</sub>: 无远处转移

M<sub>1</sub>: 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。

附件三 保障计划表

合众康悦高端医疗保险保障计划表 (以下所有金额均以人民币计算，单位元)				
保险区域		中国大陆 (不含港澳台)		大中华 (中国大陆及港澳台)
年度给付总限额		400 万元		600 万元
免赔额		1 万元或 0 元，由您在投保时 选择确定		1 万元或 0 元，由您在投保时 选择确定
医院范围		不包含或包含特定医疗机构， 由您在投保时选择确定		不包含或包含特定医疗机构， 由您在投保时选择确定
赔付比例		100%		100%
基本责任部分				
基本责任		保险责任分项限额与限次		
(一) 一般住院医疗费用 保险金	床位费、住院陪床费、重症 监护病房费、膳食费、治疗 费、护理费、检查检验费、 救护车使用费、医生费、药 品费、手术费、质子重离子 疗法治疗费	不设单项最高限额		不设单项最高限额
	重建手术费	限 10 万元/每次住院		限 10 万元/每次住院
	耐用医疗器械费	限 10 万元/每次住院		限 10 万元/每次住院
	中医理疗、物理治疗及其他 特殊疗法治疗费	限 1000 元/次，限 8 次		限 1000 元/次，限 8 次
(二) 门诊手术医疗费用保险金		不设单项最高限额		不设单项最高限额
(三) 特定前 后门急诊医 疗费用保险 金	住院前后门急诊医疗费	不设单项最高限额		不设单项最高限额
	门诊手术前后门急诊医疗费	不设单项最高限额		不设单项最高限额
(四) 特殊门 急诊医疗费 用保险金	门诊肾透析费	不设单项最高限额		不设单项最高限额
	门诊“恶性肿瘤——重度” 治疗费	不设单项最高限额		不设单项最高限额
	器官移植后的门诊抗排斥治 疗费	不设单项最高限额		不设单项最高限额
(五) 延伸医 疗费用保险 金	康复治疗费	8 万元（限出院后 90 日内）		8 万元（限出院后 90 日内）
	家庭护理费	不设单项最高限额 (限出院后 90 日内)		不设单项最高限额 (限出院后 90 日内)

	临终关怀医疗费	8 万元（限出院后 90 日内）	8 万元（限出院后 90 日内）
	艾滋病住院治疗费	20 万元	20 万元
	精神疾病住院治疗费	5 万元	5 万元
	“恶性肿瘤——重度”靶向 药物基因检测费	3 万元	3 万元
	“恶性肿瘤——重度”院外 靶向治疗药品费	不设单项最高限额	不设单项最高限额
<b>（六）保险区域外紧急医疗保险金</b>		50 万元	50 万元
<b>（七）无理赔住院津贴保险金</b>		800 元/日 （限 30 日）	800 元/日 （限 30 日）
<b>可选责任部分</b>			
<b>保障区域</b>		中国大陆 （不含港澳台）	大中华 （中国大陆及港澳台）
<b>年度给付限额</b>		6 万元	10 万元
<b>可选责任</b>		<b>保险责任分项限额与限次</b>	
<b>普通门急诊医 疗保险金</b>	医生诊疗费	50 次	50 次
	治疗费和检查检验费	不设单项最高限额	不设单项最高限额
	药品费	不设单项最高限额	不设单项最高限额
	精神疾病门急诊费	限 1000 元/次，限 8 次	限 1000 元/次，限 8 次
	中医门诊医疗费、中医理疗、 物理治疗及其他特殊疗法门 急诊费	限 1000 元/次，限 8 次	限 1000 元/次，限 8 次
以上展示仅供您更好地理解产品之用，您所购买产品的具体保险责任及责任免除情形在保险合同中载明。			