

国泰产险个人住院医疗保险（互联网-优选B）条款

C00013332512023071407091

第一章 总则

1 合同构成

本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、保险单（包含电子保单，下同）或其他保险凭证、批单等材料组成。凡涉及本合同的约定，均应采用书面形式。

本合同的销售渠道仅限于互联网销售。

2 投保人与被保险人

与保险人订立本合同，并按照合同约定负有支付保险费义务的人，可作为本合同的投保人。

除另有约定外，投保时年龄在0（含）周岁（见释义，下同）至60（含）周岁、身体健康的自然人，均可作为本合同的被保险人；其中，投保时被保险人为0周岁的，应为出生满28天且已健康出院的婴儿。保险期间届满，投保人可以为年龄满105（含）周岁前的自然人重新申请投保本合同，经保险人审核同意后，方可作为本合同的被保险人。

经投保人申请并经保险人审核同意后，上述被保险人的配偶、子女、父母、家庭其他成员或近亲属，可连带作为本合同约定的附属被保险人（如有）。除特别标明外，本合同中与被保险人有关的表述，均完全适用于被保险人和附属被保险人（如有）。

投保人在与保险人订立本合同时，应当对被保险人具有保险利益。若被保险人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，投保人应为其父母或者监护人。

3 受益人

除另有约定外，本合同的各项保险金受益人均为被保险人本人。

第二章 保障与免责内容

4 保险责任

本合同设有四项保险责任，须由保险人事先将本合同保险责任进行组合并制订成保险方案，该保险方案中并非一定包含本合同的全部四项保险责任、且方案中的本合同保险责任可能可以（或不可以）单独选择，具体以保险人实际提供的保险方案为准，投保人应自行选择并决定是否投保该保险方案。

投保人所投保的保险方案中包含的本合同保险责任，应以保险单或批单上载明的为准。对于投保人选择投保的保险方案中没有的本合同保险责任，该项保险责任不生效，保险人不负责赔偿。

4.1 基本医疗保险范围内医疗费用保险金

在本项保险责任适用的保险期间内，被保险人遭受意外伤害（见释义，下同）事故或者在本项保险责任约定的等待期后罹患疾病，并由此在保险人认可的医院（见释义，下同）的普通部中接受治疗期间实际应由个人支付的、合理且必要（见释义，下同）的、符合当地基本医疗保险（见释义，下同）范围内的如下（4.1.1 至 4.1.2）医疗费用（包括基本医疗保险全部或部分承担的医疗费用项目），保险人在扣除本项保险责任约定的免赔额后，按照本项保险责任约定的给付比例，在本项保险责任约定的保险金额内支付基本医疗保险范围内医疗费用保险金。

4.1.1 住院医疗费用

经诊断必须接受住院（见释义，下同）治疗期间发生的医疗费用，包括：床位费（见释义，下同）、药品费（见释义，下同）、膳食费（见释义，下同）、治疗费（见释义，下同）、检查检验费（见释义，下同）、手术费（见释义，下同）、加床费（见释义，下同）、诊疗费（见释义，下同）、救护车使用费（见释义，下同）、护理费（见释义，下同）。

在本项保险责任适用的保险期间届满时，若被保险人住院治疗仍未结束且未重新投保本保险的，除另有约定外，保险人将继续承担因本次住院发生的、最长至合同终止日后的第 30 日（含）为止（若保险单中对天数另有明确约定的，以具体约定为准）的住院医疗费用，且仍须以基本医疗保险范围内医疗费用保险金责任的保险金额为上限。

4.1.2 特殊门诊医疗费用，包括：

a. 门诊恶性肿瘤（见释义，下同）治疗，包括：化学疗法（见释义，下同）、放射疗法（见释义，下同）、肿瘤免疫疗法（见释义，下同）、肿瘤内分泌疗法（见释义，下同）、肿瘤靶向疗法（见释义，下同）；

b. 器官移植术后的门诊抗排异治疗；

c. 门诊肾透析治疗。

在本项保险责任适用的保险期间内，无论被保险人发生一次或多次上述保险事故，保险人均按上述约定承担给付保险金责任，但保险人累计给付的保险金总额达到保险单载明的基本医疗保险范围内医疗费用保险金责任的保险金额时，对应该项保险责任终止。

4.2 基本医疗保险范围外医疗费用保险金

在本项保险责任适用的保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故或者在本项保险责任约定的等待期后罹患疾病，并由此在保险人认可的医院的普通部中接受治疗期间实际应由个人支付的、合理且必要的、超出当地基本医疗保险范围的如下（4.2.1 至 4.2.2）医疗费用，保险人在扣除本项保险责任约定的免赔额后，按照本项保险责任约定的给付比例，在本项保险责任约定的保险金额内支付基本医疗保险范围外医疗费用保险金。

4.2.1 住院医疗费用

经诊断必须接受住院治疗期间发生的医疗费用，包括：床位费、药品费、膳食费、治疗费、检查检验费、手术费、加床费、诊疗费、救护车使用费、护理费。

在本项保险责任适用的保险期间届满时，若被保险人住院治疗仍未结束且未重新投保本保险的，除另有约定外，保险人将继续承担因本次住院发生的、最长至合同终止日后的第 30 日（含）为止（若保险单中对天数另有明确约定的，以具体约定为准）的住院医疗费用，且仍须以基本医疗保险范围外医疗费用保险金责任的保险金额为上限。

4.2.2 特殊门诊医疗费用，包括：

- a. 门诊恶性肿瘤治疗，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；
- b. 器官移植术后的门诊抗排异治疗；
- c. 门诊肾透析治疗。

在本项保险责任适用的保险期间内，无论被保险人发生一次或多次上述保险事故，保险人均按上述约定承担给付保险金责任，但保险人累计给付的保险金总额达到保险单载明的基本医疗保险范围外医疗费用保险金责任的保险金额时，对应该项保险责任终止。

4.3 质子重离子医疗保险金

在本项保险责任适用的保险期间内，被保险人在本项保险责任约定的等待期后罹患疾病，且经保险人认可的医院的专科医生（见释义，下同）确诊初次罹患（见释义）本合同约定的恶性肿瘤，在保险人指定的质子重离子治疗机构（须在保险单中载明）中被保险人为了治疗该恶性肿瘤接受质子重离子治疗而实际应由个人支付的、合理且必要的质子重离子医疗费用（见释义），保险人在扣除本项保险责任约定的免赔额后，按照本项保险责任约定的给付比例，在本项保险责任约定的保险金额内支付质子重离子医疗保险金。

在本项保险责任适用的保险期间届满时，若被保险人质子重离子的治疗仍未结束且未重新投保本保险的，除另有约定外，保险人将继续承担因本次质子重离子治疗发生的、最长至

合同终止日后的第 30 日（含）为止（若保险单中对天数另有明确约定的，以具体约定为准）的医疗费用，且仍须以质子重离子医疗保险金责任的保险金额为上限。

在本项保险责任适用的保险期间内，无论被保险人发生一次或多次上述保险事故，保险人均按上述约定承担给付保险金责任，但保险人累计给付的保险金总额达到保险单载明的质子重离子医疗保险金责任的保险金额时，对应该项保险责任终止。

4.4 特定药品医疗保险金

在本项保险责任适用的保险期间内，被保险人在本项保险责任约定的等待期后罹患疾病，对于被保险人为了治疗该疾病而实际应由个人支付的、合理且必要的、且符合如下各项约定条件的特定药品费用，保险人在扣除本项保险责任约定的免赔额后，按照本项保险责任约定的给付比例，在本项保险责任约定的保险金额内支付特定药品医疗保险金。

本项保险责任所称的特定药品费用，必须同时满足以下条件：

① 该药品须由保险人认可的医院的专科医生在保险期间内开具处方（见释义，下同），且药品处方符合中国国家药品监督管理部门批准的该药品说明书中所列明的适应症和用法用量，且为被保险人当前治疗必需的药品；

② 该药品每次的处方剂量不超过 1 个月；

③ 该药品须在本合同约定的《特定药品清单》（见释义）列表中；

④ 该药品须在保险人指定的药店（见释义，下同）中购买；

⑤ 须履行了本合同第 14.2 条约定的“特定药品购买流程”。

对于不满足上述条件的特定药品费用，保险人不承担给付保险金的责任。

在本项保险责任适用的保险期间届满时，若被保险人在保险责任范围内的特定药品治疗仍未结束且未重新投保本保险的，除另有约定外，保险人将继续承担给付特定药品医疗保险金的责任，最长至合同终止日后的第 30 日（含）为止（若保险单对此期限另有明确约定的，以具体约定为准），且仍须以特定药品医疗保险金责任的保险金额为上限。

在本项保险责任适用的保险期间内，无论被保险人发生一次或多次上述保险事故，保险人均按上述约定承担给付保险金责任，但保险人累计给付的保险金总额达到保险单载明的特定药品医疗保险金责任的保险金额时，对应该项保险责任终止。

5 补偿原则和给付标准

5.1 补偿原则

本合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括但不限于基本医疗保险、政府主办补充医疗（见释义，下同）、公费医疗（见释义，下同）、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构，以及依法承担侵权损害赔偿责任的第三方等）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在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偿。即意味着包括本合同在内的各种途径所给付的所有补偿金额之和不得超过被保险人实际发生的医疗费用。除另有约定外，基本医疗保险个人账户部分支出的医疗费用视为个人支出，不属于被保险人从其他途径获得的医疗费用补偿，保险人不进行前述扣除。

5.2 给付标准

针对被保险人以参加基本医疗保险身份投保并且使用基本医疗保险结算、或者以参加基本医疗保险身份投保但未使用基本医疗保险结算、或者以未参加基本医疗保险身份投保的，投保人和保险人可分别约定不同的给付比例或（和）免赔额，并在保险合同中载明。

除另有约定外，基本医疗保险以被保险人的参保地的相关规定及政策结算为准。

6 等待期

本合同中各项保险责任的等待期，由投保人和保险人双方在订立保险合同时协商确定，并在保险合同中载明。其中，等待期是指自保险期间开始之日起，由保险人与投保人约定的、虽然发生了保险事故但是保险人不承担对应保险责任的一段时间。

7 责任免除

下列损失、费用和责任，或者在下列期间内、或因下列情形、或因下列原因导致的损失、费用和责任，保险人不承担保险责任：

（1）在不符合保险责任约定范围的其他医疗机构、部门或科室中接受治疗或产生的任何费用；

（2）既往症（见释义）以及在等待期内确诊的疾病（若保险单中对本条另有明确约定的，以具体约定为准）；保险单或批单中载明的除外疾病；

（3）故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；自杀，故意自伤，斗殴，醉酒，服用、吸食或注射毒品（见释义）；酒后驾驶（见释义）、无合法有效驾驶证驾驶（见释义）或驾驶无合法有效行驶证（见释义）的机动车辆；

（4）预防性、康复性、保健性、美容整形、变性等相关医疗及前述相关医疗的并发症；健康检查；眼镜或隐形眼镜、义齿、义眼、义肢、轮椅、拐杖、助听器等康复性或监测性器具；牙科治疗；视力矫正手术；以捐献身体器官为目的的医疗行为；

(5) 妊娠（含宫外孕）、产前产后检查、流产、分娩（含剖腹产）、避孕、节育或绝育手术、治疗不孕不育症、人工受孕及由此导致的并发症；减肥、胃减容术（包括但不限于：可调节式束带手术、袖状胃切除手术、胃旁路手术、胃内水囊手术、胃肠转流术）；包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍、性早熟、发育迟缓治疗；腺样体肥大、疝气、鞘膜积液、脂肪瘤、粉刺瘤；性病；因任何原因造成的椎间盘膨出和突出、痔疮；

(6) 试验性或者研究性治疗及产生的后果；未获得治疗所在地政府许可或批准的治疗、药品或药物；各类医疗鉴定、包含基因检测在内的检测费用、医疗意外和医疗事故；

(7) 高风险运动（见释义）、职业或半职业体育运动（见释义）；感染艾滋病病毒或患艾滋病（见释义），但本合同另有约定的不受此限；精神和行为障碍（依照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》第十次修订版（ICD-10）确定）；遗传性疾病（见释义），先天性畸形、变形或染色体异常（见释义）；

(8) 使用未获得中国国家药品监督管理部门许可或批准上市的药品；药品处方的开具与该药品说明书、许可证中所列明的适应症、用法、用量不符，或者进行未被治疗所在地权威部门批准的适应症治疗；

(9) 经审核，被保险人的疾病状况对申领药品已经耐药（见释义）；精准用药基因检测（见释义）费用；各种药品在配送或储存过程中产生的费用和损失，以及从慈善机构中获得援助的任何费用；

(10) 未按照本合同第 14.2 条“特定药品购买流程”的约定进行药品的购买授权申请、或者经授权申请后审核未通过的；

(11) 核爆炸、核辐射或核污染，战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱、恐怖袭击。

8 其他责任免除条款

除本合同第 7 条“责任免除”外，本合同中还有一些免除保险人责任的条款，详见本合同的第 4 条“保险责任”、第 5 条“补偿原则和给付标准”、第 6 条“等待期”、第 10 条“保险金额、免赔额和给付比例”、第 13 条“投保人、被保险人义务”、第 14 条“保险金的申请与给付”、第 15.2 条“保险合同解除”、及第 16 条“释义”中部分以黑体字加粗标示的内容。

9 保险期间与不保证续保

本合同的保险期间由投保人和保险人双方协商确定，并在保险合同中载明，最长为一年。

本合同为不保证续保合同。本产品保险期间为一年（或不超过一年）。保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险

合同。

10 保险金额、免赔额和给付比例

10.1 保险金额

本合同中各项保险责任的保险金额，由投保人与保险人双方在订立保险合同时协商确定，并在保险合同中载明。保险金额，是指在保险期间内，属于保险责任范围内的、应由保险人承担给付保险金责任的最高限额。

10.2 免赔额

本合同中各项保险责任的免赔额，由投保人与保险人双方在订立保险合同时协商确定，并在保险合同中载明。除另有约定外，本合同的免赔类型为累计免赔。

免赔额，是指在保险期间内被保险人发生保险责任范围内的费用中须首先由被保险人自行承担、且保险合同不予赔付的金额。除另有约定外，基本医疗保险、政府主办补充医疗和公费医疗已经报销的部分，不能计入免赔额，除基本医疗保险、政府主办补充医疗和公费医疗以外的其他途径已获得医疗费用补偿的部分（和/或）基本医疗保险个人账户部分支出的医疗费用，可计入免赔额。

10.3 给付比例

本合同中各项保险责任的给付比例，由投保人与保险人双方在订立保险合同时协商确定，并在保险合同中载明。给付比例，是指保险人在扣除免赔额后在保险责任范围内给付的剩余部分医疗费用的百分比。

10.4 额度共用标准

本合同中各项保险责任，可以分别设置单独的保险条件（包括保险金额、免赔额、给付比例等，下同），也可以约定各项保险责任之间共同使用同一个保险条件，具体的保险条件由投保人与保险人双方在订立保险合同时协商确定，并应在保险合同中载明。

本合同中各项保险责任，当出现投保人申请连带投保附属被保险人时，可以约定被保险人和附属被保险人共同使用同一个保险标准（包括保险金额、免赔额、给付比例等，下同），也可以约定被保险人和附属被保险人分别使用单独的保险标准，具体的保险标准由投保人与保险人双方在订立保险合同时协商确定，并应在保险合同中载明。

第三章 健康管理服务

11 健康管理服务

本合同**可以但非必须提供**健康管理服务，保险人将事先设计并在保险方案中明示是否包含健康管理服务，投保人可预先了解到保险方案中是否包含健康管理服务并在之后决定是否投保该保险方案。

若保险方案中包含健康管理服务的，**应以保险单或批单上载明的为准**，且具体约定如下：

本合同约定的健康管理服务**包括但不限于**：健康咨询、就医服务等。保险人将委托第三方服务合作机构为被保险人提供本合同约定的健康管理服务，**且健康管理服务的项目可能均相同、也可能会因被保险人的性别、年龄等条件不同而有所区别**，具体健康管理服务的内容、流程、标准、期限、次数以及注意事项和可能发生的风险等详见保险人提供的服务说明。

第四章 通用内容

12 保险人义务

12.1 提示和说明

订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

12.2 保险单和保险凭证

本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

12.3 索赔资料不完整通知

保险事故发生后，保险人认为被保险人或受益人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人或受益人补充提供。

13 投保人、被保险人义务

13.1 交费义务

本合同保险费的支付方式分为一次性支付和分期支付，由投保人和保险人在订立本合同时约定，并在保险单中载明。

(1) 若投保人选择一次性支付保险费，应当在订立合同时一次交清保险费。**投保人未按照合同约定的期限支付保险费的，保险合同不生效。**

(2) 若投保人选择分期支付保险费，需经投保人申请并经保险人同意，并在本合同中载明保险费分期支付的周期。保险费分期支付应遵循平均分配的规则，即投保人支付的每期保险费的金额应保持一致。投保人应在订立合同时一次交清首期保险费，未按约定交纳首期保险费的，保险合同不生效。

投保人在交清首期保险费后：若投保人未按照保险合同约定的付款时间足额交纳当期保险费（非首期，下同）的，保险人同意投保人在宽限期内补交，补交后保险合同继续有效，且被保险人在宽限期内发生的保险事故，保险人仍将按照保险合同的约定承担保险责任；若投保人未按照保险合同约定的付款时间足额交纳当期保险费，且在宽限期内仍未足额补交当期保险费的，则本合同的保险期间自上一个交费周期结束时终止，保险期间终止后（包括宽限期内），被保险人发生的任何事故，保险人不承担给付保险金的责任。

保险费交纳的宽限期，由投保人和保险人双方协商确定，并在保险合同中载明。

13.2 如实告知义务

订立保险合同时，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约定的如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除合同。

前款约定的合同解除权，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。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金的责任。

13.3 联系方式变更通知义务

投保人的联系方式发生变更，应及时以书面形式或者双方认可的其他形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按照本合同所载的最后联系方式发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

13.4 年龄的确定与错误处理

被保险人的投保年龄，应以法定身份证件登记的周岁年龄为准。**被保险人的投保年龄必须符合本合同中有关年龄的要求。**投保人在申请投保时，应如实填写被保险人的周岁年龄情况。若发生错误，保险人按照以下约定处理：

（1）投保人申报的被保险人年龄不真实，且真实年龄不符合本合同约定的投保年龄限制的，保险人有权解除本合同，并向投保人退还未满期净保险费（见释义，下同）。对于本合同解除前发生的保险事故，保险人不承担给付保险金的责任。

（2）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人实付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。若已发生保险事故，保险人在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例给付。

（3）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人支付保险费多于应付保险费的，保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

13.5 职业范围及变更通知义务

投保本合同时，投保人应确认被保险人的职业类型在保险人同意承保的范围内（或者不在保险人拒绝承保的范围内），对于投保人因被保险人的职业类型问题错投或者误投本合同的，保险人有权解除本合同且不承担给付保险金的责任，并将已收取的全部保险费无息退还投保人。

在保险期间内，被保险人变更其职业或工种时，投保人或被保险人应自变更之日起的 10 日内以书面形式通知保险人。

被保险人所变更的职业或者工种属于保险人拒绝承保范围的，保险人有权解除本合同，对该被保险人所负保险责任自其职业或工种变更之日起终止，并退还该被保险人对应的未到期净保险费。

被保险人所变更的职业或工种属于保险人拒绝承保的范围且并未按照本条的约定通知保险人，致使被保险人的危险程度显著增加而发生的保险事故，保险人对该被保险人不承担给付保险金的责任。

13.6 保险事故通知

发生保险事故后，投保人、被保险人或受益人应及时通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。**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，不承担给付保险金的责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。**

上述约定，不包括因不可抗力（见释义）而导致的迟延。

14 保险金的申请与给付

14.1 保险金申请材料

保险金申请人（见释义，下同）向保险人申请给付保险金时，应当以书面形式提供以下证明和资料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。**保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

（1）保险金给付申请（书）。

（2）保险金申请人、被保险人的有效身份证明。

（3）由就诊医院的专科医生出具的被保险人疾病诊断证明书、以及由就诊医院出具的与该疾病诊断证明书相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告。

（4）就诊指定医院出具的支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括但不限于医疗费用发票/收据（原件）、费用明细清单/账目、病历资料、出院小结、诊断证明、处方、病理检查报告、化验检查报告等。

如被保险人在基本医疗保险经办机构、其他保险人或其他单位已经获得部分医疗费用赔偿，医疗费用收据原件已被赔付或报销单位留存，保险金申请人在提出索赔申请时，应向保险人提交医疗费用收据财务分割单或在医疗费用收据复印件上注明已赔付金额，并加盖赔付单位的财务章。

（5）保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

（6）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；受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

14.2 特定药品购买流程

本条（第 14.2 条）仅适用于“4.4 特定药品医疗保险金”责任。

被保险人在**保险人指定的药店**购买特定药品的，被保险人可作为申请人按照以下流程进行授权申请、合理性审核和购买：

（1）授权申请

申请人向保险人提交**特定药品的预授权申请**（以下简称“**授权申请**”），并提供：（a）由保险人认可的医院的专科医生开具的处方；（b）本合同约定的相关“**保险金申请材料**”。

（2）合理性审核

授权申请审核通过后，保险人将进行合理性审核。如果在合理性审核中出现以下特殊情况，保险人有权要求申请人补充提交其他与合理性审核相关的医学材料：（a）申请人授权申请时提交的与被保险人相关的医学材料不足以支持合理性审核；（b）医学材料中相关的科学方法检验报告结果不支持药品处方的开具。

（3）购买

合理性审核通过后的 30 日（含）内，申请人须从保险人指定的药店中选定具体药店，并携带药品处方、被保险人的有效身份证件到选定的药店中购买特定药品。

除另有约定外，若被保险人需进行细胞免疫疗法（见释义，下同）治疗的，应由保险人授权的第三方服务商安排到细胞免疫疗法指定医疗机构（见释义）中接受治疗。

若申请人委托他人代为申请保险金、或者购买特定药品的，被委托人还应提供申请人签字的授权委托书、被委托人的有效身份证件等相关证明文件。

申请人通过保险人指定的药店购买符合本合同保险责任范围内的特定药品，将由保险人与指定的药店直接结算保险责任范围内的特定药品费用，申请人无需支付该部分费用。

14.3 保险金的给付

保险人收到保险金申请人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知保险金申请人；对属于保险责任的，在与保险金申请人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

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。

对于属于保险责任范围内的各项医疗费用，保险人将按照本合同的相关约定给付保险金，但对于被保险人获得保险合同约定的比例或金额足额扣减即视为保险人已履行给付保险金的责任，保险人不再接受被保险人对该部分保险金的申请。

但对于不属于保险责任范围内的费用、或者应由被保险人自行支付的费用、或者被保险人实际发生的费用超过合同约定的保险金额的，被保险人须自行承担，保险人不承担给付保险金的责任。

14.4 诉讼时效

保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间以现行有效的《中华人民共和国保险法》中有关诉讼时效的规定为准，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

15 合同的变更、解除和争议处理

15.1 保险合同变更

在本合同有效期内，经投保人与保险人双方协商一致，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，应当由保险人在保险单上批注或者附贴批单，或者由投保人与保险人订立书面的变更协议。

投保人通过保险人认可或同意的网站等互联网渠道申请变更本合同的，可视为投保人的书面申请，并与书面申请文件具有同等法律效力。

15.2 保险合同解除

在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同。投保人通过保险人认可或同意的网站等互联网渠道申请解除本合同的，可视为投保人的书面申请，并与书面申请文件具有同等法律效力。其中：

（1）在本合同的生效日之前，投保人要求解除本合同的，自保险人接到保险合同解除申请之日起，本合同的效力终止，保险人应当全额退还已收取的保险费。

（2）在本合同的生效日之后，可以设置一段时间的犹豫期，具体由投保人与保险人双方在订立保险合同时协商确定，并在保险合同中载明，**若未载明的，则视为无犹豫期。**

在犹豫期内，投保人要求解除本合同的，自保险人接到保险合同解除申请之日起，本合同的效力终止，保险人应当全额退还已收取的保险费。**投保人要求在犹豫期内解除本合同的，对于合同解除前被保险人发生的保险事故，保险人将不承担任何保险责任，若保险人已经承担保险责任的，被保险人应当向保险人退还已经支付的保险金，投保人对被保险人退还保险金应承担连带责任。**

（3）在本合同的保险期间内且犹豫期届满后，投保人要求解除本合同的，自保险人接到保险合同解除申请之日起，本合同的效力终止，保险人将向投保人退还未满期净保险费。

15.3 争议处理

因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国（不包括港澳台地区）具有管辖权的人民法院起诉。

15.4 法律适用

本合同争议处理适用中华人民共和国法律（不包括港澳台地区法律）。

本合同的约定与《中华人民共和国保险法》等法律法规的规定相悖之处，以法律法规的规定为准；本合同未尽事宜，以《中华人民共和国保险法》等法律法规的规定为准。

第五章 释义

16 释义

16.1 周岁

指按合法的身份证明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。

16.2 意外伤害

指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。自然死亡、罹患疾病、猝死、自杀/自伤、高原反应、中暑均不属于意外伤害。

16.3 保险人认可的医院

指投保人与保险人约定的定点医院范围，并应在保险合同中载明。

若双方没有约定并载明的，则指在中华人民共和国境内（不含港澳台地区）经中华人民共和国国家卫生健康行政部门审核认定的二级及以上公立医院，该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供 24 小时的医疗与护理服务的能力或资质，且不包括如下的医疗机构、科室或医疗服务：诊所、康复中心、家庭病床、护理机构、休养、静养、戒酒、戒毒中心。

16.4 合理且必要

指符合以下两个条件：

（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，由保险人根据客观、审慎的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

(2) 医学必要：指被保险人接受治疗或服务、使用医疗器械或服用药品符合以下条件：

- a. 医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需；
- b. 在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需的水平；
- c. 与接受治疗地普遍的医疗专业实践标准一致；
- d. 非主要为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他医疗提供方的方便；
- e. 非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；
- f. 非试验性或研究性。

16.5 基本医疗保险

指《中华人民共和国社会保险法》中所规定的基本医疗保险，包括职工基本医疗保险、新型农村合作医疗、城镇居民基本医疗保险等政府举办的基本医疗保障项目。

16.6 住院

指被保险人因发生合同约定的保险事故而入住医院的正式病房接受全天 24 小时监护治疗的过程，并正式办理入院手续，但不包括下列情况：

- (1) 被保险人在医院的门（急）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基本医疗保险范畴的高等级病房入住；
- (3) 被保险人在疗养院、康复科、康复病床接受治疗，或接受康复相关治疗；
- (4) 被保险人住院接受治疗期间，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 24 小时，但遵医嘱到院外接受临时检查 and 治疗的除外；
- (5) 被保险人住院体检；
- (6) 被保险人住院接受治疗期间，不符合入院标准、挂床住院及医院确定应当出院而拒不出院；其中，挂床住院是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；
- (7) 被保险人不遵守医院的规章制度，不配合治疗的行为产生的后果导致住院接受治疗。

16.7 床位费

指被保险人在住院期间实际发生的医院床位的费用，包括：

（1）**普通床位费：**指不高于双人病房的住院床位费用（不包括单人病房、套房、家庭病床、VIP 病床、陪床、观察床位，但合同另有明确约定的不受此限）。若某一医院的病房有两种或以上符合前述定义的病房，则应按其中最便宜的病房计算床位费。

（2）**重症监护室床位费：**指住院期间出于医学必要被保险人必须接受在重症监护室进行合理且必要的治疗而产生的床位费。其中，重症监护室指经国家卫生健康主管部门批准，在医院正式设立的重症监护病房。该病房为危重患者提供 24 小时持续护理及治疗，配备有重症监护专科医生、护士以及相应的监护、复苏抢救设备，例如：心脏除颤机、人工呼吸机、紧急药物、各项生命体征（如心率、血压等）持续测试的仪器等。

16.8 药品费

指住院期间实际发生的、合理且必要的、由就诊医院的专科医生开具的、具有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，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。

16.9 膳食费

指住院期间根据就诊医院的专科医生的书面医嘱，由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的、合理且符合惯常标准的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并病房费等其他款项内。

16.10 治疗费

指住院期间以治疗疾病为目的，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、输血费、输氧费、体外反搏费等。具体以就诊医院费用项目划分为准。

本项费用不包含：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。

（1）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；

（2）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；

（3）其他特殊疗法：包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

16.11 检查检验费

指住院期间实际发生的、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且必要的医疗费用，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。

16.12 手术费

指住院期间实际发生的、当地卫生健康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。**

16.13 加床费

指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间，根据保险合同约定给付其合法监护人（限 1 人）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院医疗期间，根据保险合同约定给付其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

16.14 诊疗费

指被保险人在住院期间发生的主诊或会诊医生（包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生）的劳务费用。

16.15 救护车使用费

指在住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，根据就诊医院的专科医生建议，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的医疗运送。**

16.16 护理费

指住院期间根据就诊医院的专科医生的书面医嘱所示的，护理等级确定的护理费用。

16.17 恶性肿瘤、（和）各疾病定义中涉及的术语释义

16.17.1 恶性肿瘤

本项释义中的恶性肿瘤包含“恶性肿瘤——重度”、“恶性肿瘤——轻度”和“原位癌”，具体内容如下：

（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。

（2）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-0-3 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。

（3）原位癌

指细胞局限于上皮内尚未穿破基底膜浸润周围正常组织的癌细胞新生物，且必须经对固定活组织的组织病理学检查明确诊断为原位癌，临床诊断属于世界卫生组织（WHO）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的原位癌类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-0-3）的肿瘤形态学编码属于 2 的原位癌范畴，任何细胞病理学检查结果均不能作为诊断依据。

16.17.2 本项疾病定义中涉及的各项术语释义

（1）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。

（2）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-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。

(3) 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。

16.18 化学疗法

指针对恶性肿瘤的化学治疗。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。保险合同所指的化学治疗为被保险人根据书面医嘱,在就诊医院进行的采用静脉注册、服用药物等方式的化疗。**保险合同约定的化学疗法不包括肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法。**保险合同所指的化学疗法药物需符合中华人民共和国相关法律、法规要求,并经过具有药品监督管理部门的批准用于临床治疗(以使用时的批准结果为准)。

16.19 放射疗法

指针对恶性肿瘤的放射治疗。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。保险合同所指的放射治疗为被保险人根据书面医嘱,在就诊医院的专门科室进行的光子治疗、电子治疗、快中子治疗,且治疗仪器需符合中华人民共和国相关法律、法规要求,并经过具有药品监督管理部门的批准用于临床治疗(以使用时的批准结果为准)。

16.20 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。保险合同所指的肿瘤免疫治疗药物需符合中华人民共和国相关法律、法规要求,并经过具有药品监督管理部门的批准用于临床治疗(以使用时的批准结果为准)。

16.21 肿瘤内分泌疗法

指针对于恶性肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制或增强激素生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞的生长。保险合同所指的内分泌治疗药物需符合中华人民共和国相关法律、法规要求，并经过具有药品监督管理部门的批准用于临床治疗（以使用时的批准结果为准）。

16.22 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。保险合同所指的靶向治疗药物需符合中华人民共和国相关法律、法规要求，并经过具有药品监督管理部门的批准用于临床治疗（以使用时的批准结果为准）。

16.23 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。

16.24 确诊初次罹患

指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊罹患，而不是指自保险合同生效之日起或其他某一时间后第一次经医院确诊罹患。

16.25 质子重离子医疗费用

指被保险人因接受质子重离子放射治疗而发生的相关费用，包括床位费（默认上限为1500元/天，但保险单中另有明确约定的，以具体约定为准）、膳食费、护理费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费等，但不包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法和肿瘤靶向疗法所产生的药品费。

16.26 处方

指由注册的执业医师和执业助理医师在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书。处方包括医疗机构病区用药医嘱单。

16.27 《特定药品清单》

在投保时，保险人与投保人约定的、符合保险保障范围或计划的药品清单，具体以保险单中载明的为准。

根据医疗水平的发展，保险人保留对上述药品清单做出适当调整的权利。

16.28 保险人指定的药店

指保险人授权的第三方服务商提供特定药品的药店，保险人保留对上述药店做出适当调整的权利，且该药店需同时满足以下条件：

- （1）取得国家药品经营许可证、GSP 认证；
- （2）具有完善的冷链药品送达能力；
- （3）该药店内具有医师、执业药师等专业人员提供服务。

16.29 政府主办补充医疗

指城乡居民大病保险、城镇职工大额医疗保险、城镇居民大额医疗保险等由政府主办对基本医疗保险进行补充的医疗保障项目，大额医疗保险在各地的具体名称会有所不同，以投保所在地政府主管部门规定的名称为准。

16.30 公费医疗

指国家为保障国家工作人员而实行的、通过医疗卫生部门按规定向享受人员提供免费医疗及预防服务的一项社保制度。

16.31 既往症

在本合同生效之前，被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

16.32 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循医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。

16.33 酒后驾驶

指经检测或者鉴定，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者超过道路交通相关法规的规定标准，被公安机关交通管理部门依法认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

16.34 无合法有效驾驶证驾驶

指下列任何情形：

1. 无驾驶证驾驶或者持有效期已届满的驾驶证驾驶；
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驾驶，以及驾驶证被暂扣、扣留、吊销或者注销期间驾驶机动车；
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驶机动车。

16.35 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. 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动车；
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车，未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

16.36 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（含浮潜），滑水，滑雪，滑冰，驾驶或乘坐滑翔翼、滑翔伞，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，拳击，马术，特技表演，驾驶卡丁车，赛马，赛车，各种车辆表演，蹦极，热气球活动，登山，野外生存，轮滑，自行车越野，溯溪，帆船，帆板，皮划艇，风浪板，水上摩托艇，漂流，无人区徒步穿越。

16.37 职业或半职业体育运动

指追求竞技比赛票房价值、以商业牟利为目的竞技体育活动。职业体育运动员指参加职业体育运动，并以此为主要收入来源的人。半职业或非职业运动员参加职业体育运动赛事、或其他设有奖金或报酬的体育运动，但并不以此为主要收入来源。

16.38 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。

16.39 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。

16.40 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。

16.41 耐药

指以下两种情况之一：

（1）实体肿瘤病灶按照 RECIST（实体瘤治疗疗效评价标准）出现疾病进展，即定义为耐药。

（2）非实体肿瘤（包含白血病、多发性骨髓瘤、骨髓纤维化、淋巴瘤等血液系统恶性肿瘤）在临床上常无明确的肿块或者肿块较小难以发现，经规范治疗后，按权威医学机构（如中国临床肿瘤学会、中华医学会血液分会等）的指南规范，对患者的骨髓形态学、流式细胞、特定基因检测等结果进行综合评价，得出疾病进展的结论，即定义为耐药。

16.42 精准用药基因检测

指将外周血、手术或活检术留取的恶性肿瘤病理切片组织或恶性肿瘤转移所致的胸腹水等样本，进行恶性肿瘤、罕见病等相关的特定基因的结构（DNA 水平）或功能（RNA 水平）检测。保险合同约定医院的专科医生可根据其基因检测结果，给出针对其分子异常特征的药物给药方案。

16.43 未到期净保险费

(1) 若保险费为一次性支付的：

未到期净保险费=净保险费 $\times$ (1-m/n)。其中，m 为保险责任开始之日起至合同解除之日止期间的天数，n 为保险期间的天数，经过天数不足一天的按一天计算。

(2) 若保险费为分期支付的：

未到期净保险费=当期净保险费 $\times$ (1-x/y)。其中，x 为当期保险责任开始之日起至合同解除之日止期间的天数，y 为当期保险责任的总天数，经过天数不足一天的按一天计算。

净保险费，指投保人所支付的保险费扣除每个保险合同平均承担的保险人的各项费用（含营业费用、代理费、各项税金、保险保障基金等）后的余额。除本合同另有约定外，扣除部分占所交保险费的比例为 30%，即：

净保险费=投保人所支付的保险费 $\times$ (1-30%)；

当期净保险费=投保人当期所支付的保险费 $\times$ (1-30%)。

如果保险人根据本合同的约定已给付保险金，或者被保险人已发生本合同约定的保险事故且尚未给付保险金的，本合同的未到期净保险费为零。

16.44 不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

16.45 保险金申请人

指被保险人或受益人、（或）被保险人或受益人的继承人、（或）依法享有保险金请求权的其他自然人。

16.46 细胞免疫疗法

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

16.47 细胞免疫疗法指定医疗机构

指保险人授权的第三方服务商提供的进行细胞免疫疗法治疗的医疗机构，该医疗机构须经国家卫生健康行政部门的批准，保险人保留对上述医疗机构做出适当调整的权利。