



请扫描以查询验证条款

中信保诚「暖宝保」医疗保险（悦享版）条款阅读指引

◆ 中信保诚「暖宝保」医疗保险（悦享版）产品提供一般医疗费用及重度恶性肿瘤医疗费用保障。

◆ 为了帮助您更好地理解本条款，我们先介绍几个本条款中的概念

- “我们”指中信保诚人寿保险有限公司。
- “您”指投保人，就是购买本保险并缴纳保险费的人。
- “被保险人”指受本保险合同保障的人。
- “受益人”指发生保险事故后领取保险金的人。

◆ 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

1 我们保什么、保多久	5 如何退保
1.1 基本保险金额	5.1 解除保险合同
1.2 等待期	6 需关注的其他内容
1.3 保险责任	6.1 保险合同的构成
1.4 免赔额	6.2 保险金额
1.5 保险期间	6.3 保险责任的开始
1.6 不保证续保	6.4 投保年龄
2 我们不保什么	6.5 年龄误告
2.1 除外责任	6.6 合同效力的终止
2.2 如实告知与保险合同的解除	6.7 诉讼时效
2.3 其他免责条款	6.8 变更通讯方式
3 如何缴纳保险费	6.9 争议的处理
3.1 您缴纳保险费的义务	6.10 特别约定
4 如何领取保险金	6.11 适用币种
4.1 受益人	7 名词释义
4.2 保险事故的通知	
4.3 保险金的申请	
4.4 保险金的给付	

中信保诚「暖宝保」医疗保险（悦享版）

1 我们保什么、保多久

这部分讲的是我们提供的保障以及我们提供保障的期间。

基本保险金额 1.1 本主险合同（指您购买的《中信保诚「暖宝保」医疗保险（悦享版）》产品合同）的基本保险金额由您与我们约定并在保险合同上载明。

等待期 1.2 自本主险合同生效日起30天为等待期。在等待期内，被保险人发生疾病，由此导致住院（见7名词释义）治疗、门急诊治疗的，无论上述疾病治疗时间与合同生效之日是否间隔超过30天，我们均不承担保险责任。

若您在本主险合同保险期间届满前重新申请投保，经我们审核同意，并于本主险合同保险期间届满前收取保险费，新的保险合同自本主险合同期满日 24 时起生效，不重新计算等待期。

若您在本主险合同保险期间届满后重新申请投保，等待期将重新计算。

保险责任 1.3 在本主险合同有效期内，我们将承担以下保险责任：

我们在给付以下（1）、（2）项所列保险金时，如被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险、工作单位、本公司在内的任何商业保险机构等）取得补偿，我们的最高给付金额不超过被保险人实际支出的**医疗必要**（见7名词释义）的医疗费用扣除其所获补偿后的余额。

本主险合同分为计划A和计划B，您可以在投保时进行选择，我们将按照您与我们的约定在保险单上载明。计划A和计划B针对**我们认可的医院**（见7名词释义）的不同范围。

（1）一般医疗保险金

在本主险合同有效期内，被保险人因遭受**意外伤害事故**（见7名词释义）或在等待期届满后首次发生的疾病或症状在我们认可的医院接受住院治疗，我们将按被保险人实际支出的**医疗必要**的医疗费用给付以下保险金：

① 住院医疗费用保险金

针对被保险人住院期间实际支出的**医疗必要**的**住院医疗费用**（见7名词释义），我们将按照附表《赔付比例及免赔额表》所列，在扣除**免赔额**（见第1.4条）后在本主险合同基本保险金额内按照约定的赔付比例给付住院医疗费用**保险金**。

对于在等待期届满后至本主险合同保险期间届满前发生的且延续至本主险合同保险期间届满后30日内，被保险人在住院治疗期间实际支出的**医疗必要**的住院医疗费用，我们仍按照前述约定给付住院医疗费用**保险金**，但该项保险金的累计给付金额不超过本主险合同的基本保险金额。

② 特定门诊医疗费用保险金

针对被保险人实际支出的医疗必要的**特定门诊医疗费用**（见7名词释义），我们将按照附表《赔付比例及免赔额表》所列，在扣除免赔额后在本主险合同基本保险金额内按照约定的赔付比例给付特定门诊医疗费用保险金。

③ 住院前、后门诊医疗费用保险金

如果被保险人在住院前14天（含）及出院后30天（含）内，因为与住院相同的原因进行门诊治疗而产生医疗费用，针对被保险人实际支出的医疗必要的门诊医疗费用，我们将按照附表《赔付比例及免赔额表》所列，在扣除免赔额后在本主险合同基本保险金额内按照约定的赔付比例给付住院前、后门诊医疗费用保险金。

在每一**保单年度**（见7名词释义）内，我们对住院医疗费用保险金、特定门诊医疗费用保险金和住院前、后门诊医疗费用保险金的累计给付金额以本主险合同的基本保险金额为限。当我们累计给付上述保险金的金额达到本主险合同的基本保险金额时，我们对被保险人的一般医疗保险金责任终止。

(2) 重度恶性肿瘤医疗保险金

在本主险合同有效期内，被保险人在等待期届满后首次发生并由**专科医生**（见7名词释义）明确诊断罹患“**恶性肿瘤——重度**”（见7名词释义），在我们认可的医院接受住院治疗，我们首先按照前述约定给付第（1）项一般医疗保险金。当我们累计给付的金额达到本主险合同的基本保险金额后，对于被保险人发生的剩余医疗费用我们给付以下保险金：

① 重度恶性肿瘤住院医疗费用保险金

针对被保险人住院期间因“恶性肿瘤——重度”实际支出的医疗必要的重度恶性肿瘤住院医疗费用，我们将按照附表《赔付比例及免赔额表》所列，在本主险合同基本保险金额内按照约定的赔付比例给付重度恶性肿瘤住院医疗费用保险金。

对于在等待期届满后至本主险合同保险期间届满前发生的且延续至本主险合同保险期间届满后30日内，被保险人在住院治疗期间实际支出的医疗必要的重度恶性肿瘤住院医疗费用，我们仍然按照前述约定给付重度恶性肿瘤住院医疗费用保险金，但该项保险金的累计给付金额不超过本主险合同的基本保险金额。

② 重度恶性肿瘤特定门诊医疗费用保险金

针对被保险人因“恶性肿瘤——重度”实际支出的医疗必要的重度恶性肿瘤特定门诊医疗费用，我们将按照附表《赔付比例及免赔额表》所列，在本主险合同基本保险金额内按照约定的赔付比例给付重度恶性肿瘤特定门诊医疗费用保险金。

③ 重度恶性肿瘤住院前、后门诊医疗费用保险金

如果被保险人在住院前14天（含）及出院后30天（含）内，因为与“恶性肿瘤——重度”住院相同的原因进行门诊治疗而产生医疗费用，针对被保险人实际支出的医疗必要的门诊医疗费用，我们将按照附表《赔付比例及免赔额表》所列，在本主险合同基本保险金额内按照约定的赔付比例给付重度恶性肿瘤住院前、后门诊医疗费用保险金。

在每一保单年度内，我们对重度恶性肿瘤住院医疗费用保险金、重度恶性肿瘤特定门诊医疗费用保险金和重度恶性肿瘤住院前、后门诊医疗费用保险金的累计给付金额以本主险合同的基本保险金额为限。当我们累计给付上述保险金的金额达到本主险合同的基本保险金额时，我们对被保险人的重度恶性肿瘤医疗保险金责任终止。

在每一保单年度内，我们累计给付的住院医疗费用保险金及重度恶性肿瘤住院医疗费用保险金以180天为限，超过180天发生的住院医疗费用和重度恶性肿瘤住院医疗费

用，不属于本主险合同保障范围。

当被保险人住院治疗跨二个保单年度时，我们以被保险人该次住院入院日所在保单年度本主险合同约定的基本保险金额为限给付保险金。

附表：赔付比例及免赔额表

保险责任	赔付比例	年度免赔额
一般医疗保险金	本次治疗已经获得基本医疗保险、公费医疗或者城乡居民大病保险补偿，赔付比例为 100%	1 万元
重度恶性肿瘤医疗保险金	本次治疗未获得基本医疗保险、公费医疗或者城乡居民大病保险补偿，赔付比例为 60%	

免赔额

1.4

本主险合同的免赔额为年度免赔额，指被保险人自行承担且本主险合同不予赔偿的部分。

在本主险合同保险期间内，一般医疗保险金和重度恶性肿瘤医疗保险金共用同一个免赔额。

保险期间

1.5

本主险合同保险期间为一年，自生效日 24 时起至次年的对应日 24 时止，如果当月无对应的同一日，则至该月最后一日 24 时止。

不保证续保

1.6

本主险合同不保证续保。

本主险合同保险期间为一年。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。

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。

除外责任

2.1

因以下情形之一造成被保险人接受治疗发生医疗费用的，我们不承担给付保险金的责任：

(1)

投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

(2)

故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；

(3)

服用、吸食或注射违禁药品，成瘾性吸入有毒气体，醉酒或斗殴；

(4)

药物过敏、食物中毒、医疗事故（见 7 名词释义）导致的伤害或未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；

(5)

酒后驾驶（见 7 名词释义）、无合法有效驾驶证驾驶（见 7 名词释义），或驾驶无合法有效行驶证（见 7 名词释义）的机动车（见 7 名词释义）；

- (6) 参加**潜水**（见 7 名词释义）、**滑水**、**跳伞**、**攀岩**（见 7 名词释义）、**蹦极跳**、**赛马**、**赛车**、**摔跤**、**探险活动**（见 7 名词释义）及**特技表演**（见 7 名词释义）等高风险活动；
- (7) 因精神和行为障碍而导致的，精神和行为障碍依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版[**ICD-10**（见 7 名词释义）]确定；
- (8) **遗传性疾病**（见 7 名词释义），**先天性畸形、变形或染色体异常**（见 7 名词释义）；
- (9) 怀孕、分娩、流产、不孕不育治疗、人工受孕、节育（绝育）、产前产后检查、非以治疗为目的之避孕及计划生育手术以及由以上原因引起的并发症；
- (10) 牙齿的治疗、修复，视力矫正；
- (11) 矫形整容手术；
- (12) 健康检查、疗养、静养或康复治疗；
- (13) **感染艾滋病病毒或患艾滋病**（见 7 名词释义）期间因疾病而导致的；
- (14) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (15) 核爆炸、核辐射或核污染。

如实告知与保险合同的解除 2.2 我们就您和被保险人的有关情况提出询问，您应当如实告知。如果您故意或者因重大过失未履行如实告知义务，足以影响我们决定是否承保或者提高保险费率的，我们有权依照法律的规定解除本主险合同。

您故意不履行如实告知义务的，对于本主险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，且不退还未缴保险费。

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，对于本主险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，但会无息退还已缴保险费。

其他免责条款 2.3 除第 2.1 条“除外责任”部分外，本主险合同中还有一些我们不承担或部分承担保险责任的内容，详见背景突出显示部分。

3 如何缴纳保险费

这部分讲的是您应当按时缴纳保险费，如果不及时缴费可能会导致合同效力终止。

您缴纳保险费的义务 3.1 本主险合同的保险费、缴费方式和缴费期限由您和我们约定并在保险合同上载明。
保险费以被保险人投保时的年龄为基础核定计算。

4 如何领取保险金

这部分讲的是受益人如何领取保险金。

受益人 4.1 除另有约定外，本主险合同各项保险金的受益人为被保险人本人。

保险事故的通知 4.2 您、被保险人、受益人或其他权利人知道保险事故发生后应当及时（最迟不得超过 10 日）通知我们。

如果因为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，对无法确定的部分，我们不承担赔偿或者给付保险金的责任。

保险金的申请 4.3 申领保险金时，应向我们提供下列文件：

- (1) 理赔申请书；
- (2) 保险合同；
- (3) 被保险人的**法定身份证明**（见 7 名词释义）文件；
- (4) 基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险结算清单或者结算证明（若以基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险参保人员的身份在我们认可的医院住院且接受治疗，则需提供）；
- (5) 我们认可的医院诊断证明文件（包括：完整的门诊及急诊病历、出院小结及相关的检查检验报告）；
- (6) 医疗费用收据正本及医疗费用清单；
- (7) 您、被保险人、受益人与其他权利人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度有关的证明和资料；
- (8) 保险金作为被保险人或保险金受益人的遗产被继承时，必须提供有合法继承权的相关证明文件。

当我们赔付的金额未达上述医疗费用收据支出的医疗费用的金额时，索赔申请人可书面向我们申请领回收据正本，我们在收据正本加盖印章并注明已赔付的金额后发还收据正本。

保险金的给付 4.4 我们收到完整的索赔资料后，将在 5 个工作日内作出核定；情形复杂的，将在 30 日内作出核定。我们会在核定后及时进行通知。

对属于保险责任的，我们将自作出核定之日起 10 日内，履行给付保险金义务；对不属于保险责任的，我们将自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

5 如何退保

这部分讲的是您可以随时申请退保，退保可能会有损失。

解除保险合同 5.1 您可以随时向我们提出申请解除合同，您在申请时应向我们提供下列资料：

- (1) 保险合同；
- (2) 解除合同申请书；
- (3) 您的法定身份证明文件。

本主险合同的效力自我们收到解除合同申请书之日 24 时终止。合同效力终止后，我

们将向您退还未满期净保险费（见 7 名词释义）。

6 需关注的其他内容

这部分讲的是您应当注意的其他事项。

- 保险合同的构成** 6.1 本主险合同由保险单、保险条款、所附的投保书、其他与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注及其他书面协议构成。
- 保险金额** 6.2 本主险合同的保险金额，即我们根据第 1.3 条的约定，承担给付保险金责任的最高限额。
- 保险责任的开始** 6.3 您向我们申请投保，经我们同意承保，保险合同成立。
- 经我们同意承保，并自我们收到保险费（以较后者为准）的当日 24 时起保险合同生效，我们开始承担保险责任。我们将及时出具保险合同。
- 本主险合同的成立日与生效日以保险合同所载的日期为准。
- 投保年龄** 6.4 投保年龄指您投保时被保险人的年龄，以**周岁**（见 7 名词释义）计算。
- 年龄误告** 6.5 您在申请投保时，应将与法定身份证明相符的被保险人的出生日期在投保书上填明，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险合同约定投保年龄限制的，我们有权依照法律的规定解除合同，并退还您已缴当期保险费的**未满期保险费**（见 7 名词释义）。对于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。
- (2) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实缴保险费少于应缴保险费的，我们有权更正并要求您补缴保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实缴保险费和应缴保险费的比例给付。
- (3) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实缴保险费多于应缴保险费的，我们会将多收的保险费无息退还给您。本主险合同的基本保险金额不因此改变。
- 合同效力的终止** 6.6 以下任何一种情况发生时，本主险合同效力终止：
- (1) 您向我们申请解除本主险合同；
- (2) 被保险人身故；
- (3) 本主险合同保险期间届满；
- (4) 因本主险合同其他条款所列情况而终止。
- 诉讼时效** 6.7 人寿保险的被保险人或者受益人向我们请求给付保险金的诉讼时效期间为 5 年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。
- 人寿保险以外的其他保险的被保险人或者受益人向我们请求赔偿或者给付保险金的

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。

- 变更通讯方式** 6.8 本主险合同的通讯方式（包括通讯地址、联系电话、电子邮箱等）变更时，您应及时以书面形式或者双方认可的其他形式通知我们。如果您没有以书面形式或者双方认可的其他形式通知我们，我们按所知的最后通讯方式所发送的通知，均视为已送达您。
- 争议的处理** 6.9 如果在履行本主险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） 因履行本主险合同发生的争议，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） 因履行本主险合同发生的争议，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。
- 特别约定** 6.10 如我们以特别约定或附加条件承保，我们将在保险合同或批注上载明。
- 适用币种** 6.11 所有保险费的收取及保险金的支付均使用人民币。

7 名词释义

- 住院** 7.1 指被保险人因遭受意外伤害事故或患有疾病以及因此而产生的并发症，经医师诊断必须住院治疗，但不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院，以及休养、疗养、身体检查和健康管理等非治疗性行为，且必须同时符合以下三个条件：
- （1） 办理了入院及出院手续；
- （2） 全天 24 小时在医院内接受治疗；
- （3） 入住医院住院部的正式病床。
- 医疗必要** 7.2 指被保险人接受治疗或服务、使用器械或服用药品须同时符合以下条件：
- （1） 系医师处方要求；
- （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。

我们认可的医院	7.3	适用计划 A：指经中华人民共和国卫生行政部门正式评定的二级或二级以上之公立医院的普通部（不含特需、国际医疗部、外宾病房、干部病房、VIP 病房），但不包括精神病院、专科疾病防治所及专供康复、休养、戒毒、戒酒、护理、养老、美容等非以直接诊治病人之目的之医疗机构，也不包括各类诊所、门诊部及台湾、香港、澳门的医疗机构。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。 您可以通过我们的网站及客户服务热线获知最新的医院名单。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。 适用计划 B：指经中华人民共和国卫生行政部门正式评定的二级或二级以上之公立医院，但不包括精神病院、专科疾病防治所及专供康复、休养、戒毒、戒酒、护理、养老、美容等非以直接诊治病人之目的之医疗机构，也不包括各类诊所、门诊部及台湾、香港、澳门的医疗机构。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。 您可以通过我们的网站及客户服务热线获知最新的医院名单。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。
意外伤害事故	7.4	指外来的、不可预见的、突发的、非本意的、非由疾病引起的，并以此为直接原因使身体受到伤害的客观事件。
住院医疗费用	7.5	指被保险人住院期间发生的医疗费用，包括： （1）床位费：指被保险人在住院期间实际发生的住院床位费，不包括陪人床、观察病房床位和家庭病床的费用； （2）重症监护室床位费：指住院期间出于医疗必要被保险人需在重症监护室进行医疗而产生的床位费。重症监护室指医院内为患有严重疾病需要重症监护及医疗护理之病人而设立的设施，有重症监护专科医生和护士提供 24 小时持续护理及治疗，并设有精密监护及复苏抢救的设备，例如：心脏除颤机，人工呼吸机，紧急药物，作生命体征如心率、血压持续测试等； （3）护理费：指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用； （4）膳食费：指住院期间根据医生的医嘱，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； （5）检查检验费：指住院期间实际发生的，以诊断疾病为目的，采取医疗必要的医学手段进行检查及检验而发生的医疗费用，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； （6）治疗费：指住院期间以治疗疾病为目的，提供医疗必要的医学手段而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，具体以就诊医院的费用项目划分为准，但不包含物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法（见 7 名词释义）费用； （7）药品费：指住院期间实际发生的医疗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，但不包含中草药费用； （8）医生费：指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用；

- (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；
- (10) 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，被保险人需医院转诊过程中的医院用车费用。

**特定门诊医疗费
用**

7.6 指被保险人接受特定门诊治疗发生的医疗费用，包括：

- (1) 门诊肾透析费；
- (2) 门诊“恶性肿瘤——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（见备注）；
- (3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费。

备注：

- (1) “化学疗法”指针对恶性肿瘤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化学治疗。本主险合同所指的化学疗法为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化疗；
- (2) “放射疗法”指针对恶性肿瘤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放射治疗。本主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；
- (3) “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。本主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食品药品监督管理局批准用于临床治疗。
- (4) “肿瘤内分泌疗法”指针对恶性肿瘤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生长的内分泌疗法。本主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食品药品监督管理局批准用于临床治疗。
- (5) “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。本主险合同所指的靶向治疗的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者进口药品注册证书、医药产品注册证书。

保单年度

7.7 自本主险合同所载的**保单周年日**（见7名词释义）起每满12个月即为一个保单年度。

专科医生

7.8 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) 在中华人民共和国《医院分级管理标准》中规定的二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

恶性肿瘤——重度	7.9	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（见7名词释义）]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7名词释义）为Ⅰ期或更轻分期的甲状腺癌（见7名词释义）； （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 ≤2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。
医疗事故	7.10	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。
酒后驾驶	7.11	指经检测或鉴定，发生保险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道路交通安全法规规定的饮酒后驾驶或醉酒后驾驶标准。
无合法有效驾驶证驾驶	7.12	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）驾驶员持审验不合格的驾驶证驾驶； （4）未经公安交通管理部门同意，持未审验的驾驶证驾驶； （5）学习驾车时，未持学习驾驶证明，或无随车指导人员指导，或不按指定时间、路线学习驾车； （6）公安交通管理部门规定的其他无有效驾驶证驾驶的情况。

无合法有效行驶证	7.13	指下列情形之一： (1) 没有机动车行驶证； (2) 未在法律规定期限内按时进行或通过安全技术检验。
机动车	7.14	指以动力装置驱动或者牵引，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。
潜水	7.15	指使用辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。
攀岩	7.16	指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
探险活动	7.17	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，而使自己置身于其中的行为，如：江河漂流、登山、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。
特技表演	7.18	指进行马术、杂技、飞车、驯兽等特殊技能的表演。
ICD-10	7.19	《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。如果出现 ICD-10 与 ICD-O-3 不一致的情况，以 ICD-O-3 为准。
遗传性疾病	7.20	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	7.21	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。
感染艾滋病病毒或患艾滋病	7.22	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。
法定身份证明	7.23	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：出生证明、居民身份证、户口簿、护照、军人证、外国人永久居留身份证、港澳台居民居住证等。

未到期净保险费	7.24	指本主险合同最后一期已缴保险费 $\times$ (1-手续费比例) $\times$ (1-该保险费所保障的已经过日数/该保险费所保障的日数), 经过日数不足一日的按一日计算, 手续费比例为35%。
周岁	7.25	指按法定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。 若不同法定身份证明文件上关于出生日期的记载不一致, 应当以出生证明记载的日期为准; 没有出生证明的, 以居民身份证记载的日期为准。
未到期保险费	7.26	指本主险合同最后一期已缴保险费 $\times$ (1-该保险费所保障的已经过日数/该保险费所保障的日数), 经过日数不足一日的按一日计算。
物理治疗、中医疗理及其他特殊疗法	7.27	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; 中医疗理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; 其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。
保单周年日	7.28	本主险合同的保单周年日以保险合同所载日期为准。 本主险合同满第一个保单年度时所对应的保单周年日为首个保单周年日, 以此类推。如果当月无对应的同一日, 则以该月的最后一日为对应日。
ICD-0-3	7.29	《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)。
TNM分期	7.30	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。
甲状腺癌	7.31	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 pT ₀ : 无肿瘤证据 pT ₁ : 肿瘤局限在甲状腺内, 最大径 $\leq 2\text{cm}$ T _{1a} 肿瘤最大径 $\leq 1\text{cm}$ T _{1b} 肿瘤最大径 $> 1\text{cm}$, $\leq 2\text{cm}$

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

pN_i: 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。

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
IV A 期	4b	任何	0
IV B 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
IV A 期	4a	任何	0
	1~3	1b	0
IV B 期	4b	任何	0
IV C 期	任何	任何	1
未分化癌（所有年龄组）			
IV A 期	1~3a	0/x	0
IV B 期	1~3a	1	0
	3b~4	任何	0
IV C 期	任何	任何	1

注：以上表格中“年龄”均指患者病理组织标本获取日期时的年龄。

（本页以下空白）