



请扫描以查询验证条款

中信保诚「至佳搭档」住院费用补偿医疗保险 A 款条款阅读指引

- ◆ 中信保诚「至佳搭档」住院费用补偿医疗保险 A 款产品提供住院医疗费用及住院前、后门诊医疗费用保障。
- ◆ 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 保险期间 | 6.2 保险金额 |
| 1.5 不保证续保 | 6.3 保险责任的开始 |
| 1.6 对无赔付记录客户增加年度给付限额 | 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 变更保险合同 |
| 3 如何缴纳保险费 | 6.9 变更通讯方式 |
| 3.1 您缴纳保险费的义务 | 6.10 争议的处理 |
| 4 如何领取保险金 | 6.11 特别约定 |
| 4.1 受益人 | 6.12 适用币种 |
| 4.2 保险事故的通知 | 7 名词释义 |
| 4.3 如何申请理赔 | |
| 4.4 保险金的给付 | |

中信保诚「至佳搭档」住院费用补偿医疗保险 A 款

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「至佳搭档」住院费用补偿医疗保险A款》产品合同）的基本保险金额以保险单位为基础，每保险单位对应的基本保险金额及各项保险金的年度给付限额见附表《保险金年度给付限额》，保险单位数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。

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在**我们认可的医院**（见 7 名词释义）接受住院治疗，我们将按被保险人在医院接受治疗所发生的实际支出的**医疗必要**的医疗费用给付以下保险金：

（1）如果被保险人在我们认可的医院接受住院治疗，并且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，我们向被保险人给付以下两项保险金：

a. 住院医疗费用保险金

基本医疗费用（见 7 名词释义）：我们按住院期间被保险人实际支出的**医疗必要**的基本医疗费用的 100% 给付保险金，**每个保单年度**（见 7 名词释义）住院此项保险金的累计给付金额以 6000 元/保险单位 × 保险单位数为限。

基本医疗外药品费（见 7 名词释义）：我们按住院期间被保险人实际支出的**医疗必要**的基本医疗外药品费的 80% 给付保险金，**每个保单年度**住院此项保险金的累计给付金额以 1500 元/保险单位 × 保险单位数为限。

b. 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，我们按被保险人实际支出的**医疗必要**的门诊医疗费

用的 80%，向被保险人给付住院前、后门诊医疗费用保险金。每个保单年度住院前、后门诊医疗费用保险金的累计给付金额以 500 元/保险单位 × 保险单位数为限。

(2) 如果被保险人在医院住院且接受治疗，并且没有获得基本医疗保险、公费医疗或者城乡居民大病保险补偿，我们向被保险人给付以下两项保险金：

a. 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**住院费**（见 7 名词释义）、**基本医疗药品费**（见 7 名词释义）、基本医疗外药品费和其他**医疗费用**（见 7 名词释义），我们按该四项费用的 60% 给付保险金。该四项费用的每保险单位年度给付限额见附表《保险金年度给付限额》。

b. 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，我们按被保险人实际支出的医疗必要的门诊医疗费用的 60%，向被保险人给付住院前、后门诊医疗费用保险金。每个保单年度住院前、后门诊医疗费用保险金的累计给付金额以 500 元/保险单位 × 保险单位数为限。

附表：保险金年度给付限额

给付项目		每保险单位年度给付限额	
		被保险人本次住院已从基本医疗保险、公费医疗或者城乡居民大病保险等获得费用补偿	被保险人本次住院未从基本医疗保险、公费医疗或者城乡居民大病保险等获得费用补偿
住院医疗费用	住院费	6000 元	400 元
	其他医疗费用		3600 元
	药品费		2000 元
	基本医疗外药品费	1500 元	
住院前、后门诊医疗费用		500 元	

备注：每保险单位对应的基本保险金额为住院医疗费用年度给付限额与住院前、后门诊医疗费用年度给付限额之和。

如被保险人拥有其他有效的《中信保诚「至佳搭档」住院费用补偿医疗保险 A 款》，我们将合并所有的《中信保诚「至佳搭档」住院费用补偿医疗保险 A 款》的保险单位数，按本条约定的赔付比例计算保险金。

在每一保单年度内，我们累计给付的保险金以本主险合同约定的基本保险金额为限。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。

保险期间

1.4 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

1.5 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。

对无赔付记录客户增加年度给付限额

1.6 若当前保单年度内本主险合同没有赔付记录，并经我们同意，向您出具不计算等待期的新保险合同，新的保险合同中保单年度每保险单位的基本医疗外药品费年度给付限额将在上一个保单年度的基础上增加 150 元，最多可以增加至 1950 元。

本主险合同发生赔付后，若经我们同意，向您出具新的保险合同，新的保险合同中每保险单位的基本医疗外药品费年度给付限额恢复至 1500 元。

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住院治疗或住院前、后门诊治疗的，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

这部分讲的是发生保险事故后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。

如何申请理赔 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) 符合事发当地医疗规定的诊疗记录文书、医疗证明文件（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) 住院医疗费用收据正本及住院费用清单;
- (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 您向我们提出保险申请,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。我们将及时签发保险单作为保险凭证。
- 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**未到期保险费**（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。
- 变更保险合同** 6.8 在本主险合同有效期内，您可以申请变更本主险合同，您的变更申请经我们双方协商一致后，以批单记载为准。
- 变更通讯方式** 6.9 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** 6.10 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 6.11 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 6.12 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、身体检查和健康护理等非治疗性行为，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。

意外伤害事故 7.3 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。

我们认可的医院 7.4 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为目的之医疗机构，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。

基本医疗费用	7.5	<p>指被保险人在住院治疗期间实际支出的医疗必要的以下费用，包括住院费（床位费）、护理费、诊疗费、挂号费、治疗费、检查费、化验费、手术费、麻醉费、药品费、注射费、处置费、输血费、输氧费、会诊费、救护车费。收据收费项目及金额应与医师处方一致。其中，</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 住院费：包括住院费（床位费）、护理费。 ● 药品费：包括西药、中药、中成药的费用。 ● 其他医疗费用：包括诊疗费、治疗费、检查费、化验费、手术费、麻醉费、注射费、处置费、输血费、输氧费、会诊费、救护车费。 <p>另特别规定以下费用不在给付范围：空调费、取暖费、膳食费、护工费、陪人费、陪床费、水电费、通讯费、特需服务费、营养性药品费、杂费、其他费、本保险合同签发地颁发的基本医疗保险《基本医疗保险药品目录》和《基本医疗保险诊疗项目》规定的自费药品和项目。</p>
保单年度	7.6	<p>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。</p>
基本医疗外药品费	7.7	<p>指被保险人在住院治疗期间实际支出的、合理且必要的、本保险合同签发地颁发的基本医疗保险《基本医疗保险药品目录》以外的自费药品，但不包括下列种类的药品所支出的费用：营养类、美容及减肥类、预防类、中药类、免疫功能调节类。</p>
基本医疗药品费	7.8	<p>指被保险人在住院治疗期间实际支出的、合理且必要的、本保险合同签发地颁发的基本医疗保险《基本医疗保险药品目录》内规定的药品的费用。</p>
医疗事故	7.9	<p>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。</p>
酒后驾驶	7.10	<p>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。</p>
无合法有效驾驶证驾驶	7.11	<p>指下列情形之一：</p> <ol style="list-style-type: none"> （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	7.12	指下列情形之一： (1) 没有机动车行驶证； (2) 未在法律规定的期限内按时进行或通过安全技术检验。
机动车	7.13	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	7.14	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	7.15	指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
探险活动	7.16	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	7.17	指进行马术、杂技、飞车、驯兽等特殊技能的表演。
ICD-10	7.18	《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-0-3（见 7 名词释义）不一致的情况，以 ICD-0-3 为准。
遗传性疾病	7.19	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	7.20	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	7.21	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	7.22	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** 7.23 指本主险合同最后一期已缴保险费 $\times (1 - \text{手续费比例}) \times (1 - \text{该保险费所保障的已经过日数} / \text{该保险费所保障的日数})$ ，经过日数不足一日的按一日计算，手续费比例为 35%。
- 周岁** 7.24 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** 7.25 指本主险合同最后一期已缴保险费 $\times (1 - \text{该保险费所保障的已经过日数} / \text{该保险费所保障的日数})$ ，经过日数不足一日的按一日计算。
- 保单周年日** 7.26 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** 7.27 《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）。

(本页以下空白)