请扫描以查询验证条款

国联人寿保险股份有限公司
国联人寿附加住院医疗保险 E 款条款

阅 读 指 引

本阅读指引有助于您理解条款，对本附加险合同内容的解释以条款为准。

您拥有的重要权益

- 签收本附加险合同次日起 15 日（即犹豫期）内您若要求退保，我们全额退还保险费……1.4
- 您有按本附加险合同的约定续保的权利 ……2.3
- 本附加险合同提供的保障在保险责任条款中列明 ……2.4
- 您有退保的权利 ……5.1

您应当特别注意的事项

- 本附加险合同有责任免除条款，请您注意 ……1.4/2.4/2.5/5.1/6.3/6.4/7.1/8.3/8.4/8.8/8.9/8.13/8.14
- 您应当按时支付保险费 ……4.1
- 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策 ……5.1
- 主险合同终止时，本附加险合同同时终止……6.1
- 本附加险合同的某些事项适用主险合同条款，请您注意……6.2
- 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 ……8

保险条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本附加险条款。

条款目录

1．您与我们订立的合同
1.1 合同构成
1.2 合同成立与生效
1.3 投保年龄
1.4 犹豫期
2．我们提供的保障
2.1 保险金额
2.2 保险期间
2.3 保证续保和续保
2.4 保险责任
2.5 责任免除
3．如何申请领取保险金
3.1 受益人
3.2 保险金申请
3.3 保险金给付
3.4 诉讼时效
4．如何支付保险费
4.1 保险费的支付
4.2 宽限期
5．如何解除保险合同
5.1 您解除合同的手续及风险
6．其他需要关注的事项
6.1 与主险合同效力的关系
6.2 适用主险合同条款
6.3 职业或工种的确定与变更
6.4 年龄和性别确定与错误处理
7．特定恶性肿瘤
7.1 特定恶性肿瘤的范围及定义
8．释义
8.1 周岁
8.2 有效身份证件
8.3 意外伤害
8.4 住院
8.5 医院
8.6 合理且必要的医疗费用
8.7 社会医疗保险
8.8 实际住院日数
8.9 重症监护病房
8.10 专科医生
8.11 初次罹患本附加险合同约定的特定恶性肿瘤
8.12 医疗必需且合理
8.13 特定恶性肿瘤住院医疗费用
8.14 手术费
8.15 化学疗法
8.16 放射疗法
8.17 肿瘤免疫疗法
8.18 肿瘤内分泌疗法
8.19 肿瘤靶向疗法
8.20 现金价值
8.21 毒品
8.22 酒后驾驶
8.23 机动车
8.24 无合法有效驾驶证驾驶
8.25 无有效行驶证
8.26 非处方药
8.27 遗传性疾病
8.28 先天性畸形、变形或染色体异常
8.29 既往症
8.30 感染艾滋病病毒或患艾滋病
8.31 潜水
8.32 攀岩
8.33 探险
8.34 武术比赛
8.35 特技表演

国联人寿保险股份有限公司
国联人寿附加住院医疗保险 E 款条款

在本附加险条款中，“您”指投保人，“我们”与“本公司”均指国联人寿保险股份有限公司，“本附加险合同”指您与我们之间订立的“国联人寿附加住院医疗保险 E 款合同”。

1. 您与我们订立的合同

1.1 合同构成

本附加险合同是您与我们约定保险权利义务关系的协议，包括本保险条款、保险单、投保单或投保确认书及其他投保文件（含视听资料）、合法有效的声明、批注、批单及其他您与我们共同签订的书面协议。电子保险单、电子投保单及其他您与我们共同认可的电子文件，与纸质文件具有同等效力。

1.2 合同成立与生效

您提出保险申请、我们同意承保，本附加险合同成立。

除另有约定外，本附加险合同自我们同意承保、收取保险费并签发保险单后生效，具体生效日以保险单所载的日期为准。

1.3 投保年龄

指您投保时被保险人的年龄，本附加险合同接受的被保险人的投保年龄范围为出生满 28 日至 60 **周岁（见释义）**，续保最高可至 65 周岁。

1.4 犹豫期

自您签收本附加险合同次日起，有 15 日的犹豫期。在此期间，请您认真审视本附加险合同，如果您认为本附加险合同与您的需求不相符，您可以在此期间提出解除本附加险合同，我们将退还您所支付的保险费。

解除合同时，您需要填写申请书，并提供您的保险合同及**有效身份证件（见释义）**。自我们收到您解除合同的书面申请时起，本附加险合同即被解除，对于合同解除前发生的事故，我们不承担保险责任。

2. 我们提供的保障

2.1 保险金额

本附加险合同的住院医疗费用保险金额、意外门诊医疗费用保险金额、日住院津贴金额、日重症监护住院津贴金额、住院前后门急诊保险金额、六种特定恶性肿瘤医疗保险金额由您在投保时和我们约定，并在保险单上载明。

2.2 保险期间

本附加险合同的保险期间为 1 年。

2.3 保证续保和续保

每一保险期间届满之前，我们将按照以下约定续保本附加险合同：

自您首次投保本附加险合同的生效日起，或自您重新投保本附加险合同的生效日起，每 3 年为一保证续保期间。

(1) 在保证续保期间内每一保险期间届满时，我们按续保时被保险人年龄对应的费率收取保险费后，本附加险合同自上一个保险期间届满后的次日零时起延续有效 1 年，但续保时被保险人的年龄超过 65 周岁的，我们不再接受续保。

(2) 每个保证续保期间届满时，我们会审核被保险人是否符合续保条件。如果我们审核同意，在此后一个保证续保期间内，您按时向我们支付续保保险费，则本附加险合同将延续有效；如果我们审核后不接受续保，本附加险合同终止。

(3) 若保证续保期间届满时，本产品已停止销售，我们不再接受续保。

2.4 保险责任

本附加险合同的保险责任分为必选责任和可选责任。

您可以单独投保必选责任，也可以在投保必选责任的基础上增加一项或多项可选责任，但不能单独投保可选责任。

在本附加险合同的有效期内，我们按以下约定承担保险责任：

等待期

若被保险人在本附加险合同生效之日起 90 日（这 90 日的时间称为等待期，续保不设等待期）内因**意外伤害（见释义）**以外的原因导致**住院（见释义）**治疗、特殊门诊治疗、门诊手术治疗、住院前后门急诊治疗的，无论治疗是否延续至等待期后，我们均不承担给付保险金的责任。

住院医疗费用保险金（必选责任）

被保险人因遭受意外伤害或在等待期后经**医院（见释义）**确诊因疾病必须住院治疗的，我们就被保险人每次住院实际发生的属于本附加险合同约定范围内的**合理且必要的医疗费用（见释义）**，按以下约定给付住院医疗费用保险金：

（1）被保险人以有**社会医疗保险（见释义）**或者公费医疗身份投保，且从社会医疗保险、公费医疗获得医疗费用补偿的，我们在扣除被保险人从其他途径取得的医疗费用补偿或赔偿（包括但不限于按社会医疗保险或公费医疗有关规定应取得的医疗费用补偿）后，按剩余部分的 90%给付住院医疗费用保险金。

（2）被保险人以有社会医疗保险或者公费医疗身份投保，但未从社会医疗保险、公费医疗获得医疗费用补偿的，或者被保险人以非社会医疗保险或者公费医疗身份投保的，我们在扣除被保险人从其他途径取得的医疗费用补偿或赔偿后，再扣除人民币 100 元，按剩余部分的 70%给付住院医疗费用保险金。

任一保险期间内，我们对被保险人住院医疗费用保险金的累计给付以住院医疗费用保险金额为限，一次或累计给付金额达到住院医疗费用保险金额时，本项保险责任终止。

到保险期间届满被保险人住院仍未结束，且续保审核通过的，我们继续承担给付保险金责任，且该次住院实际发生的合理且必要的医疗费用全部计入该次住院首日所在的保险期间。

到保险期间届满被保险人住院仍未结束，且续保审核未通过的，我们继续承担给付保险金责任至住院结束，但最长不超过保险期间届满之日起第 30 日（含）。

意外门诊医疗费用保险金(必选责任)

被保险人遭受意外伤害，并自该次意外伤害发生之日起 180 日内因该意外伤害在医院接受门诊治疗的，我们就被保险人因该次意外伤害接受门诊治疗实际发生的属于本附加险合同约定范围内的合理且必要的医疗费用，按以下约定给付意外门诊医疗费用保险金：

（1）被保险人以有**社会医疗保险（见释义）**或者公费医疗身份投保，且从社会医疗保险、公费医疗获得医疗费用补偿的，我们在扣除被保险人从其他途径取得的医疗费用补偿或赔偿（包括但不限于按社会医疗保险或公费医疗有关规定应取得的医疗费用补偿）后，按剩余部分的 90%给付意外门诊医疗费用保险金。

（2）被保险人以有社会医疗保险或者公费医疗身份投保，但未从社会医疗保险、公费医疗获得医疗费用补偿的，或者被保险人以非社会医疗保险或者

公费医疗身份投保的，我们在扣除被保险人从其他途径取得的医疗费用补偿或赔偿后，再扣除人民币 100 元，按剩余部分的 70%给付意外门诊医疗费用保险金。

任一保险期间内，我们对被保险人意外门诊医疗费用保险金的累计给付以意外门诊医疗费用保险金额为限，一次或累计给付金额达到意外门诊医疗费用保险金额时，本项保险责任终止。

住院津贴保险金（可选责任）

被保险人因遭受意外伤害或在等待期后经医院确诊因疾病必须住院治疗的，我们按其**实际住院日数（见释义）**乘以投保时您与我们约定的日住院津贴金额给付住院津贴保险金。

对同一被保险人的一次住院，我们给付日数以 90 日为限，同一原因导致两次住院间隔 30 日以内的视为一次住院。在一个保险期间内，累计给付保险金日数以 180 日为限。

到保险期间届满被保险人住院仍未结束，且续保审核通过的，我们分别按每一保险期间内被保险人实际住院日数给付保险金。在任一保险期间内，累计给付保险金日数以 180 日为限。

到保险期间届满被保险人住院仍未结束，且续保审核未通过的，我们继续承担给付保险金责任至住院结束，但最长不超过保险期间届满之日起第 30 日（含），且累计给付保险金的日数以 180 日为限。

重症监护津贴保险金（可选责任）

被保险人因遭受意外伤害或在等待期后经医院确诊因疾病必须入住**重症监护病房（见释义）**的，我们按重症监护住院日数乘以投保时您与我们约定的日重症监护住院津贴金额给付重症监护津贴保险金。

对同一被保险人的一次住院，我们给付日数以 30 日为限，同一原因导致两次住院间隔 30 日以内的视为一次住院。在一个保险期间内，累计给付保险金日数以 60 日为限。

保险期间届满，被保险人在重症监护病房治疗仍未结束的，且续保审核通过的，我们分别按每一保险期间内被保险人重症监护住院日数给付保险金。在任一保险期间内，累计给付保险金日数以 60 日为限。

保险期间届满，被保险人在重症监护病房治疗仍未结束的，且续保审核未通过的，我们继续承担给付保险金责任至住院结束，但最长不超过保险期间届满之日起第 30 日（含），且累计给付保险金的日数以 60 日为限。

住院前后门急诊医疗费用保险金（可选责任）

被保险人在医院因实际需要住院治疗的，我们就被保险人每次住院前 7 日（含住院当日）和出院后 7 日（含出院当日）内因与该次住院相同原因进行的门急诊治疗而发生的属于本附加险合同约定范围内的合理且必要的医疗费用，按以下约定承担保险责任：

(1)被保险人以有社会医疗保险或者公费医疗身份投保，且从社会医疗保险、公费医疗获得医疗费用补偿的，我们在扣除被保险人从其他途径取得的医疗费用补偿或赔偿后，按剩余部分的 90%给付住院前后门急诊医疗费用保险金。

(2)被保险人以有社会医疗保险或者公费医疗身份投保，但未从社会医疗保险、公费医疗获得医疗费用补偿的，或者被保险人以非社会医疗保险或者公费医疗身份投保的，我们在扣除被保险人从其他途径取得的医疗费用补偿或赔偿后，再扣除人民币 100 元，按剩余部分的 70%给付住院前后门急诊医疗费用保险金。

六种特定恶性肿瘤医疗保险金（可选责任）

被保险人在等待期后经**专科医生（见释义）**确诊**初次罹患本附加险合同约定的特定恶性肿瘤（见释义）**，在医院接受治疗的，我们就下述 1-4 类**医疗必需且合理（见释义）**的医疗费用，我们按照本附加险合同约定的特定恶性肿瘤医疗保险金计算方法，给付六种特定恶性肿瘤医疗保险金。

任一保险期间内，我们对被保险人六种特定恶性肿瘤医疗保险金的累计给付以本附加险合同的六种特定恶性肿瘤医疗保险金额为限，一次或累计给付金额达到本附加险合同的六种特定恶性肿瘤医疗保险金额时，本项保险责任终止。

1、特定恶性肿瘤住院医疗费用

指被保险人在等待期后经医院确诊特定恶性肿瘤必须住院治疗的，在住院期间发生的医疗必需且合理的属于本附加险合同约定范围内的**特定恶性肿瘤住院医疗费用（见释义）**。

到保险期间届满被保险人住院仍未结束，且续保审核通过的，我们继续承担给付保险金责任，且该次住院发生的医疗必需且合理的特定恶性肿瘤住院医疗费用全部计入该次住院首日所在的保险期间。

到保险期间届满被保险人住院仍未结束，且续保审核未通过的，我们继续承担给付保险金责任至住院结束，但最长不超过保险期间届满之日起第 30 日（含）。

2、特定恶性肿瘤特殊门诊医疗费用

指被保险人在等待期后经医院确诊特定恶性肿瘤进行以下治疗发生的医疗必需且合理的属于本附加险合同约定范围内的医疗费用，包括：

（1）门诊特定恶性肿瘤治疗，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）**、**肿瘤靶向疗法（见释义）**治疗；

（2）器官移植后的门诊抗排异治疗。

3、特定恶性肿瘤门诊手术医疗费用

指被保险人在等待期后经医院确诊特定恶性肿瘤必须接受门诊手术治疗时，发生的医疗必需且合理的属于本附加险合同约定范围内的**手术费（见释义）**。

4、特定恶性肿瘤住院前后门急诊医疗费用

指被保险人在等待期后经医院确诊特定恶性肿瘤必须接受住院治疗的，在住院前 7 日（含住院当日）和出院后 7 日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而发生的医疗必需且合理的属于本附加险合同约定范围内的门急诊医疗费用（不包括特定恶性肿瘤特殊门诊医疗费用和特定恶性肿瘤门诊手术医疗费用）。

特定恶性肿瘤医疗保险金计算方法

在本附加险合同保险期间内，我们对被保险人每次就诊发生的医疗必需且合理的属于本附加险合同约定范围内的医疗费用给付的六种特定恶性肿瘤医疗保险金的计算公式如下：

一次就诊应当给付的医疗保险金金额 = 被保险人发生的医疗费用的有效金额×赔付比例

说明：

1、一次就诊指一次住院，或一次门诊（包括特殊门诊或住院前后的门急诊）。

一次住院指被保险人住院治疗，自入院日起至出院日止的期间；同一原因导致两次住院间隔30日以内的视为一次住院。

一次门诊指被保险人在一日（零时起至二十四时止）在同一所医院同一个科室的就诊。

2、被保险人发生的医疗费用的有效金额= 被保险人每次就诊发生的医疗必需且合理的属于本附加险合同约定范围内的医疗费用-被保险人从社会医疗保险或公费医疗获得的费用补偿-除社会医疗或公费医疗外其他途径获得的费用补偿

多次就诊被保险人累计发生的医疗费用的有效金额等于单次就诊被保险人发生的医疗费用的有效金额相加。

3、赔付比例按照以下方式确定：

被保险人以有社会医疗保险或者公费医疗身份投保，但未从社会医疗保险、公费医疗获得医疗费用补偿的，该赔付比例为 60%；

在其他情况下，赔付比例为 100%。

补偿原则

若被保险人发生的属于本附加险合同保险责任范围内的医疗费用已从社会医疗保险、其他商业医疗保险或其他任何途径获得补偿或给付，我们按照上述约定计算并给付住院医疗费用保险金、意外门诊医疗费用保险金、住院前后门急诊医疗费用保险金、六种特定恶性肿瘤医疗保险金时，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补偿后的余额。

被保险人身故时，未发生保险金给付的我们向您退还本附加险合同对应的**现金价值（见释义）**，发生过保险金给付或依本附加险合同约定进行保险金给付的，我们不退还现金价值。投保人对被保险人的故意杀害或伤害导致被保险人身故的，我们将按照被保险人、被保险人继承人的顺序退还本附加险合同的现金价值。

2.5 责任免除

因下列情形之一，导致保险事故的，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)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)被保险人自本附加险合同成立或合同效力恢复之日起 2 年内自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；

(4)被保险人主动吸食或注射**毒品（见释义）**；

(5)被保险人**酒后驾驶（见释义）机动车（见释义）；无合法有效驾驶证驾驶（见释义）**机动车或驾驶**无有效行驶证（见释义）**的机动车；

(6)被保险人不孕不育治疗、人工受精、妊娠（含宫外孕）、流产、分娩（含剖宫产）、节育（含绝育）、产前产后检查以及由以上原因引起之并发症；

(7)被保险人因精神和行为障碍（依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定）导致的伤害；接受各类医疗鉴定、医疗咨询和健康预测。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、遗传基因鉴定费用；医疗咨询包括如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询等费用；

(8)被保险人未遵医嘱，私自使用药物，但按使用说明的规定使用**非处方药（见释义）**除外；

(9)被保险人所患**遗传性疾病（见释义）， 先天性畸形、变形或染色体异常（见释义）**，以及未书面告知的**既往症（见释义）**；

(10)被保险人矫形、整容、美容、器官移植，或修复、安装及购买残疾用具（如轮椅、假肢、助听器、假眼、配镜、假牙等）、康复治疗、物理治疗、心理咨询或治疗；

(11)被保险人体检、疗养；
(12)被保险人**感染艾滋病病毒或患艾滋病（见释义）**期间；
(13)被保险人从事**潜水（见释义）**、跳伞、**攀岩（见释义）**、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、**探险（见释义）**、摔跤、**武术比赛（见释义）**、**特技表演（见释义）**、赛马、赛车等高风险运动；
(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；
(16)被保险人接受实验性治疗（即未经科学或医学认可的医疗），或接受未被治疗所在地权威部门批准的治疗；
(17)被保险人在不符合本附加险合同约定的医院就诊发生的医疗费用；被保险人不符合入院标准、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）。

3. 如何申请领取保险金

3.1 **受益人**

除另有指定外，本附加险合同保险金的受益人为被保险人本人。

3.2 **保险金申请**

在申请保险金时，请按照下列方式办理：

受益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)受益人的有效身份证件；
(3)卫生行政部门认定的二级以上公立医院出具的入院记录、被保险人医疗诊断证明（包括必要的病历记录及检查报告）、出院小结、医药费原始单据、结算明细表和处方等原始凭证；
(4)所能够提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料。

若申请人为未成年人或无民事行为能力人时，由其合法监护人代其申请领取保险金，其合法监护人还必须提供申请人为未成年人或无民事行为能力人的证明和监护人具有合法监护权的证明。
以上保险金申请的证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知受益人补充提供有关证明和资料。

3.3 **保险金给付**

我们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，我们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。
我们未及时履行前款规定义务的，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的损失。前述“损失”是指根据中国人民银行公布的同时期的人民币活期存款基准利率计算的利息损失。
对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。
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。

3.4 **诉讼时效**

受益人向我们请求给付保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或者应当知

道保险事故发生之日起计算。

4. 如何支付保险费

4.1	保险费的支付	本附加险合同的保险费采用一次性交清的方式支付。您在投保时与我们约定交费方式，并在保险单上载明。
4.2	宽限期	本附加险合同保险期间届满时，如果保证续保期间届满我们同意您续保，或者在保证续保期间内，自保险期间届满的次日零时起 60 日为宽限期。宽限期内发生保险事故，我们仍会承担保险责任，但在给付保险金时会扣减您欠交的保险费。 如果您宽限期结束之后仍未支付保险费，则本附加险合同自宽限期满的次日零时起效力终止。

5. 如何解除保险合同

5.1	您解除合同的手续及风险	如您申请解除本附加险合同，请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。 自我们收到解除合同申请书时起，本附加险合同终止。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。对已发生过保险金给付，或已发生本附加险合同约定的保险事故但尚未支付保险金的，我们不退还保险单的现金价值。 您犹豫期后解除合同会遭受一定损失。

6. 其他需要关注的事项

6.1	与主险合同效力的关系	主险合同效力终止，本附加险合同效力终止。
6.2	适用主险合同条款	下列事项适用主险合同条款： (1)保险事故通知； (2)明确说明与如实告知； (3)我们合同解除权的限制； (4)合同内容变更； (5)联系方式变更； (6)争议处理。
6.3	职业或工种的确定与变更	在本附加险合同保险期间内，若被保险人变更其职业或工种的，投保人应于职业或工种变更之日起 10 日内以书面形式通知本公司。 (1)依照本公司职业分类,被保险人变更后的职业或者工种危险程度降低时，本公司于收到通知后，向投保人退还自职业变更之日起应减收的相应保险费。 (2)依照本公司职业分类,被保险人变更后的职业或者工种危险程度增加时，本公司于收到通知后，向投保人收取自职业变更之日起应加收的相应保险费；若其危险程度增加但未依上述约定通知本公司而发生保险事故的，本公司按其实收保险费与应收保险费的比例计算并给付保险金。

(3)依照本公司职业分类，被保险人变更后的职业或者工种在拒保范围内的，本公司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，并按约定退还其对应的现金价值。如果本公司对该被保险人已给付过任何保险金，则不退还。若被保险人变更后的职业或者工种在本公司的拒保范围内但未依上述约定通知本公司而发生保险事故的，本公司不负给付保险金的责任，但按约定退还其对应的现金价值。

6.4 年龄和性别确定与错误处理

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和性别在投保单上填明，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附加险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。我们行使合同解除权适用“我们合同解除权的限制”的规定。

(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的，我们有权作相应的更正并要求您补交保险费差额。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。

7. 特定恶性肿瘤

7.1 特定恶性肿瘤的范围及定义

特定恶性肿瘤
肺癌
胃癌
食管癌
肝癌
结肠癌
直肠癌

注：

1、肺癌、胃癌、食管癌、肝癌、结肠癌、直肠癌六种疾病须符合《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》“恶性肿瘤-重度”的定义。

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）《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 T1NOMO 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。

8. 释义

8.1	周岁	指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一周岁，不足一年的不计。
8.2	有效身份证件	指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。
8.3	意外伤害	指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件直接致使身体受到的伤害。 本附加险合同所述的意外伤害导致的身故，不包括猝死。“猝死”是指貌似健康的人因潜在疾病、机能障碍或其他原因在出现症状后 24 小时内发生的非暴力性突然死亡。关于猝死的认定，如有司法机关的法律文件、医疗机构的诊断书等，则以上述法律文件、诊断书等为准。
8.4	住院	指入住医院正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院及其他不合理的住院。
8.5	医院	指中华人民共和国境内（港、澳、台地区除外）国务院卫生行政主管部门医院等级分类中的二级或者二级以上的社会医疗保险规定的定点医院普通部（不包含其中的特需医疗、外宾医疗、干部医疗等），不包括以康复、护理、疗养、戒酒、戒毒、精神心理治疗中心或者类似功能为主要功能的医疗机构。
8.6	合理且必要的医疗费用	指因实际需要住院治疗期间发生的符合当地政府当时适用的相关社会基本医疗规定的医疗费用。
8.7	社会医疗保险	本附加险合同所称的社会医疗保险包括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。
8.8	实际住院日数	指被保险人住院医疗的 24 小时住院的累计日数，但不包括被保险人在住院治疗期间擅自离院的日数。
8.9	重症监护病房	指医院住院部内为患有严重疾病需要重症监护及医疗护理的病人而设立的病房，有重症监护专科医生和护士提供二十四小时持续护理及治疗，并设有精密监护及复苏抢救的设备，但不包括急诊重症监护病房。
8.10	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。

8.11 **初次罹患本附加险合同约定的特定恶性肿瘤**

指被保险人患同时符合以下条件的疾病：

（1）被保险人自出生后首次出现疾病之症状体征；

（2）被保险人在本附加险合同有效期间内首次出现疾病之症状体征并被确诊患该疾病；

（3）该疾病之症状体征符合本附加险合同的定义；

（4）该疾病已在本附加险合同中列明。

8.12 **医疗必需且合理**

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本公司根据客观、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。

对是否医学必需由本公司根据客观、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。

8.13 **特定恶性肿瘤住院医疗费用**

指被保险人在等待期后经医院确诊特定恶性肿瘤住院期间发生的医疗费用，包括：

（1）床位费

指住院期间实际发生的、不高于双人病房的住院床位费（不包括单人病房、套房、家庭病床）。

（2）加床费

指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定给付其合法监护人（限一人）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，我们根据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。

（3）重症监护室床位费

指住院期间出于医学必要被保险人需在重症监护室进行合理且必要的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。

（4）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。

（5）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、也可以合并在病房费等其他款项内。

（6）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。

（7）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。

本项责任不包含如下费用：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。

（8）药品费

指住院期间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。但不包括营养补给类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品，以及下列中草类药品：

①主要起营养滋补作用的单方、复方中药或成中药药品，如人参、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、羚角、犀角、牛黄、麝香、鹿茸、铁皮枫斗等；

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。

（9）医生费

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

（10）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。

（11）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，且救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送。

8.14 **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。

8.15 **化学疗法** 指针对于恶性肿瘤的化学治疗。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。本附加险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。

8.16 **放射疗法** 指针对恶性肿瘤的放射治疗。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。本附加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。

8.17 **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。本附加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总局批准用于临床治疗。

8.18 **肿瘤内分泌疗法** 指针对于恶性肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制激素生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞的生长。本附加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总局批准用于临床治疗。

8.19 **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。本附加险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。

8.20 **现金价值** 指本附加险合同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，由我们退还的那部分金额。现金价值＝本附加险合同的保险费×65％×（1－n/m），其中 n 为本附加险合同已生效的日数，m 为保险期间的日数。合同已生效的日数不足一日的不计。

8.21 **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。

8.22 **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。

8.23 **机动车** 指以动力装置驱动或者牵引，上道路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。

8.24 **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。

8.25 **无有效行驶证** 指下列情形之一：
(1)未取得行驶证；
(2)机动车被依法注销登记的；
(3)未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

8.26 **非处方药** 指在使用药品当时，由国务院药品监督管理部门公布的，不需要凭执业医师和执业助理医师处方，消费者可以自行判断、购买和使用的药品。

8.27 **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。

8.28	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。
8.29	既往症	指被保险人在本附加险合同生效日之前所患的疾病或出现的症状。
8.30	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。
8.31	潜水	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。
8.32	攀岩	指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
8.33	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。
8.34	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、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。
8.35	特技表演	指进行马术、杂技、驯兽等表演。