



# 信泰全民 e 保 C 款医疗保险条款

## 阅读指引

请扫描以查询验证条款

本阅读指引旨在帮助您理解条款，具体内容以条款约定为准。



### 您拥有的重要权益

- ❖ 本合同为被保险人提供的保障在保险责任条款中列明.....2.3
- ❖ 您有解除本合同的权利.....6



### 您需要特别注意的事项

- ❖ 本合同的保险期间为一年.....1.4
- ❖ 本产品为不保证续保产品.....1.5
- ❖ 发生本合同约定的责任免除情形之一导致被保险人发生医疗费用支出的，我们不承担给付保险金的责任 .....2.6
- ❖ 您应当按本合同约定支付保险费.....3
- ❖ 您有如实告知的义务.....4.2
- ❖ 保险事故发生后，请您及时通知我们.....5.2
- ❖ 您解除合同可能会遭受一定损失.....6
- ❖ 我们对条款中出现的一些重要术语进行了解释，请您注意.....9



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>您解除合同的手续及风险</b>	<b>9.19 酒后驾驶</b>
1.1 合同的构成	<b>7. 其他需要注意的事项</b>	<b>9.20 无合法有效驾驶证驾驶</b>
1.2 合同成立与生效	7.1 年龄确定与错误处理	<b>9.21 无合法有效行驶证</b>
1.3 投保年龄	7.2 地址变更	<b>9.22 毒品</b>
1.4 保险期间	7.3 合同内容的变更	<b>9.23 ICD-10</b>
1.5 不保证续保	7.4 争议处理	<b>9.24 医疗事故</b>
<b>2. 我们提供的保障</b>	<b>8. 重大疾病定义</b>	<b>9.25 遗传性疾病</b>
2.1 保障计划	重大疾病定义	<b>9.26 先天性畸形、变形或染色体异常</b>
2.2 等待期	<b>9. 释义</b>	<b>9.27 潜水</b>
2.3 保险责任	9.1 周岁	<b>9.28 攀岩</b>
2.4 补偿原则及给付标准	9.2 意外伤害	<b>9.29 武术比赛</b>
2.5 免赔额	9.3 住院	<b>9.30 特技表演</b>
2.6 责任免除	9.4 同一次住院	<b>9.31 探险</b>
2.7 其他免除保险责任条款	9.5 本公司认可的医疗机构	<b>9.32 感染艾滋病病毒或患艾滋病</b>
<b>3. 如何支付保险费</b>	9.6 医疗必需且合理	<b>9.33 现金价值</b>
保险费的支付	9.7 住院医疗费用	<b>9.34 组织病理学检查</b>
<b>4. 明确说明与如实告知</b>	9.8 化学疗法	<b>9.35 ICD-0-3</b>
4.1 明确说明	9.9 放射疗法	<b>9.36 TNM 分期</b>
4.2 如实告知	9.10 肿瘤免疫疗法	<b>9.37 肢体</b>
4.3 本公司合同解除权的限制	9.11 肿瘤内分泌疗法	<b>9.38 肌力</b>
<b>5. 如何申请领取保险金</b>	9.12 肿瘤靶向疗法	<b>9.39 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍</b>
5.1 受益人	9.13 门诊手术医疗费用	<b>9.40 六项基本日常生活活动</b>
5.2 保险事故通知	9.14 门诊急诊医疗费用	<b>9.41 永久不可逆</b>
5.3 保险金申请	9.15 专科医生	<b>9.42 美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级</b>
5.4 保险事故鉴定	9.16 初次确诊本合同所定义的重大疾病	
5.5 保险金给付	9.17 当地社会基本医疗保险	
5.6 诉讼时效	9.18 既往病症	
<b>6. 您解除合同的手续及风险</b>		<b>附表：信泰全民 e 保 C 款医疗保险保障计划表</b>

# 信泰全民 e 保 C 款医疗保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指信泰人寿保险股份有限公司，“本合同”指您与我们之间订立的“信泰全民 e 保 C 款医疗保险合同”。

## ① 您与我们的合同

**1.1 合同的构成** 本合同由保险单或其他保险凭证及所附保险条款、投保单、与本合同有关的其他投保文件、合法有效的声明、批注、批单及其他书面协议共同构成。

若上述构成本合同的文件原件需留本公司存档，则其复印件或电子影像件亦视为本合同的构成部分，其效力与原件相同；若其复印件或电子影像件的内容与原件内容不一致，则以原件内容为准。

**1.2 合同成立与生效** 您提出保险申请，我们同意承保，本合同成立，本合同成立日载明于保险单上。除另有约定外，自本合同成立、我们收取保险费并签发保险单的次日零时起，本合同生效，我们开始承担保险责任，本合同生效日载明于保险单上。

**1.3 投保年龄** 投保时被保险人的年龄为投保年龄，投保年龄以周岁<sup>9.1</sup>计算。  
本公司接受的本合同首次投保年龄为出生满二十八日至六十周岁。  
若您在被保险人六十一周岁至八十周岁投保本产品的，需满足以下任一条件：  
(1) 非首次投保本产品，且您需要在上一个保险期间届满后三十日内提出重新投保申请；  
(2) 您在本公司投保的《信泰全民 e 保 B 款医疗保险》产品保险期间届满后三十日内根据我们的转保建议首次投保本产品。

**1.4 保险期间** 本合同保险期间为一年，除另有约定外，自本合同生效日零时起至本合同约定终止日二十四时止，并载明于保险单上。

**1.5 不保证续保** 本产品为不保证续保产品。  
本产品保险期间为一年。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。  
若您已投保本公司《信泰全民 e 保 B 款医疗保险》产品且保险期间届满，您可以根据我们的转保建议投保本产品。  
若保险期间届满时本产品已停售，我们不再接受您的投保申请，但会向您提供投保本公司其他保险产品的合理建议。

## ② 我们提供的保障

**2.1 保障计划** 本合同的保障计划分为 A 和 B 两种，由您在投保时与我们约定，并载明于保险单上。本合同的保障计划一经选定，在本合同保险期间内不得变更。

本合同各类保险金的年度给付限额、免赔额及给付比例根据您和我们约定的保

障计划确定，并载明于保险单上。

## 2.2 等待期

自本合同生效日起三十日内（含第三十日）为等待期。

被保险人在等待期内因意外伤害<sup>9.2</sup>以外的原因接受住院<sup>9.3</sup>治疗、特殊门诊治疗、门诊手术治疗或住院前后门诊急诊治疗的，及在等待期内因该原因导致视同为同一次住院<sup>9.4</sup>治疗、特殊门诊治疗、门诊手术治疗或住院前后门诊急诊治疗的，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，且对其所发生的医疗费用不计入免赔额。

出现以下情形的，无等待期限制：

- (1) 您在上一保险期间届满后三十日内重新申请投保本产品，且经我们审核同意；
- (2) 您在本公司投保的《信泰全民 e 保 B 款医疗保险》产品保险期间届满后三十日内根据我们的转保建议首次投保本产品，且经我们审核同意；
- (3) 被保险人因意外伤害接受住院治疗、特殊门诊治疗、门诊手术治疗或住院前后门诊急诊治疗。

## 2.3 保险责任

在本合同保险期间内，我们承担下列保险责任：

### 2.3.1 一般医疗保险金

本合同“一般医疗保险金”包括“住院医疗保险金”、“特殊门诊医疗保险金”、“门诊手术医疗保险金”和“住院前后门诊急诊医疗保险金”四项。

#### 住院医疗保险金

被保险人因意外伤害或于等待期后因意外伤害以外的原因在本公司认可的医疗机构<sup>9.5</sup>接受住院治疗的，对其住院期间支出的医疗必需且合理<sup>9.6</sup>的住院医疗费用<sup>9.7</sup>，我们在扣除本合同约定的免赔额后按约定的给付比例给付住院医疗保险金。

在每一保单年度内，因意外伤害或于等待期后因意外伤害以外的原因住院的最高给付日数为一百八十日，**我们对累计住院超过一百八十日发生的医疗费用，不承担责任。**

被保险人在保险期间届满日住院治疗仍未结束且在保险期间届满未重新向本公司申请投保本产品的，我们将继续承担因该次住院发生的住院医疗保险金给付责任，但最长不超过本合同保险期间届满日后一百八十日。

#### 特殊门诊医疗保险金

被保险人因意外伤害或于等待期后因意外伤害以外的原因在本公司认可的医疗机构接受以下特殊门诊治疗的，对其支出的医疗必需且合理的如下特殊门诊医疗费用，我们在**扣除本合同约定的免赔额后按约定的给付比例给付特殊门诊医疗保险金：**

- (1) 门诊肾透析费；
- (2) 门诊恶性肿瘤治疗费，包括**化学疗法<sup>9.8</sup>、放射疗法<sup>9.9</sup>、肿瘤免疫疗法<sup>9.10</sup>、肿瘤内分泌疗法<sup>9.11</sup>、肿瘤靶向疗法<sup>9.12</sup>**治疗费；
- (3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费。

#### 门诊手术医疗保险金

被保险人因意外伤害或于等待期后因意外伤害以外的原因在本公司认可的医疗机构接受门诊手术治疗的，对其支出的医疗必需且合理的门诊手术医疗费用<sup>9.13</sup>，我们在**扣除本合同约定的免赔额后按约定的给付比例给付门诊手术医疗保**

险金。

### 住院前后门诊急诊 医疗保险金

被保险人因意外伤害或于等待期后因意外伤害以外的原因在本公司认可的医疗机构接受住院治疗的，对其因与该次住院相同的原因在该次住院前后各七日内（不含住院、出院当日）支出的医疗必需且合理的门诊急诊医疗费用<sup>9.14</sup>（不包括上述门诊肾透析费、门诊恶性肿瘤治疗费、器官移植后的门诊抗排异治疗费和门诊手术医疗费用），我们在扣除本合同约定的免赔额后按约定的给付比例给付住院前后门诊急诊医疗保险金。

在保险期间内，我们对被保险人累计给付的一般医疗保险金以本合同约定的一般医疗保险金年度给付限额为限。

### 2.3.2 重大疾病医疗保险 金

本合同“重大疾病医疗保险金”包括“重大疾病住院医疗保险金”、“重大疾病特殊门诊医疗保险金”、“重大疾病门诊手术医疗保险金”和“重大疾病住院前后门诊急诊医疗保险金”四项。

被保险人因意外伤害或于等待期后因意外伤害以外的原因在本公司认可的医疗机构内被专科医生<sup>9.15</sup>初次确诊本合同所定义的重大疾病<sup>9.16</sup>，并在本公司认可的医疗机构接受住院治疗、特殊门诊治疗、门诊手术治疗或住院前后门诊急诊治疗的，我们首先按照一般医疗保险金的约定给付一般医疗保险金，当累计金额达到一般医疗保险金基本保险金额后，我们将按以下约定给付重大疾病医疗保险金：

### 重大疾病住院医疗 保险金

被保险人因意外伤害或于等待期后因意外伤害以外的原因在本公司认可的医疗机构内被专科医生初次确诊本合同所定义的重大疾病，并在本公司认可的医疗机构接受住院治疗的，对其住院期间支出的医疗必需且合理重大疾病住院医疗费用，我们按约定的给付比例给付重大疾病住院医疗保险金。

在每一保单年度内，重大疾病住院的最高给付日数为一百八十日，我们对累计重大疾病住院超过一百八十日发生的医疗费用，不承担保险责任。

被保险人在保险期间届满日住院治疗仍未结束且在保险期间届满未重新向本公司申请投保本产品的，我们将继续承担因该次住院发生重大疾病住院医疗保险金给付责任，但最长不超过本合同保险期间届满日后一百八十日。

### 重大疾病特殊门诊 医疗保险金

被保险人因意外伤害或于等待期后因意外伤害以外的原因在本公司认可的医疗机构内被专科医生初次确诊本合同所定义的重大疾病，并在本公司认可的医疗机构接受以下特殊门诊治疗的，对其支出的医疗必需且合理的如下重大疾病特殊门诊医疗费用，我们按约定的给付比例给付重大疾病特殊门诊医疗保险金：

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

### 重大疾病门诊手术 医疗保险金

被保险人因意外伤害或于等待期后因意外伤害以外的原因在本公司认可的医疗机构内被专科医生初次确诊本合同所定义的重大疾病，并在本公司认可的医疗机构接受门诊手术治疗的，对其支出的医疗必需且合理重大疾病门诊手术医疗费用，我们按约定的给付比例给付重大疾病门诊手术医疗保险金。

<b>重大疾病住院前后门诊急诊医疗保险金</b>	<p>被保险人因意外伤害或于等待期后因意外伤害以外的原因在本公司认可的医疗机构内被专科医生初次确诊本合同所定义的重大疾病，并在本公司认可的医疗机构接受住院治疗的，对于其因与该次住院相同的原因在该次住院前后各七日内（不含住院、出院当日）支出的医疗必需且合理的重大疾病门诊急诊医疗费用（不包括上述门诊肾透析费、门诊恶性肿瘤治疗费、器官移植后的门诊抗排异治疗费和门诊手术医疗费用），我们按约定的给付比例给付重大疾病住院前后门诊急诊医疗保险金。</p>
	<p>在保险期间内，我们对被保险人累计给付的重大疾病医疗保险金以本合同约定的重大疾病医疗保险金年度给付限额为限。</p>
2. 4 补偿原则及给付标准	<p>本合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括当地社会基本医疗保险<sup>9.17</sup>、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）获得医疗费用补偿，则我们仅对被保险人实际发生的医疗必需且合理的医疗费用扣除其所获得的医疗费用补偿后的余额按本合同的约定进行给付。当地社会基本医疗保险个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。</p>
	<p>本合同约定的医疗费用给付比例为 100%；若投保时被保险人享有当地社会基本医疗保险（或公费医疗、城乡居民大病保险）保障，但在保险事故发生时不再享有当地社会基本医疗保险（或公费医疗、城乡居民大病保险）保障或在理赔申请时未从当地社会基本医疗保险（或公费医疗、城乡居民大病保险）管理部门获得医疗费用补偿的，本合同的医疗费用给付比例为 60%。</p>
2. 5 免赔额	<p>本合同约定的免赔额范围内的由被保险人自行承担，本合同不予赔偿。本合同年度免赔额为 1 万元。被保险人通过当地社会基本医疗保险（或公费医疗、城乡居民大病保险）获得补偿的部分，不能抵扣年度免赔额；被保险人通过其他途径获得补偿，且符合本合同约定的保险责任范围内的医疗费用，可抵扣免赔额。</p>
2. 6 责任免除	<p>因下列情形之一导致被保险人发生医疗费用支出的，我们不承担给付保险金的责任：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 被保险人在本合同生效前的既往病症<sup>9.18</sup>，但在投保单上告知并经我们同意承保的，不在此限；</li> <li>(2) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；</li> <li>(3) 被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；</li> <li>(4) 被保险人自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；</li> <li>(5) 被保险人故意自伤，或因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；</li> <li>(6) 被保险人酒后驾驶<sup>9.19</sup>、无合法有效驾驶证驾驶<sup>9.20</sup>或驾驶无合法有效行驶证<sup>9.21</sup>的机动车；</li> <li>(7) 被保险人服用、吸食或注射毒品<sup>9.22</sup>，或未遵医嘱，私自服用、涂用或注射药物；</li> <li>(8) 被保险人患精神性疾病（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际</li> </ul>

- 统计分类》第十次修订版（ICD-10<sup>9.23</sup>）分类为精神和行为障碍的疾病）；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；
- (9) 被保险人因整形手术、美容或整容手术、变性手术、视力矫正手术及前述手术的并发症或因前述手术导致的医疗事故<sup>9.24</sup>；牙科疾病及相关治疗，但因意外导致的不受此限；
  - (10) 遗传性疾病<sup>9.25</sup>，先天性畸形、变形或染色体异常<sup>9.26</sup>，但本合同另有约定的除外；
  - (11) 被保险人怀孕、流产、分娩（含剖腹产）、避孕（含绝育）手术、绝育后复通、治疗不孕不育症、人工受孕，以及上述原因引起的并发症；包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；
  - (12) 被保险人因预防、康复、保健性或非疾病治疗类项目、一般身体检查、疗养等发生的医疗费用；眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具费用；
  - (13) 被保险人从事或参加高风险运动，如（但不限于）：潜水<sup>9.27</sup>、滑水、冲浪、赛艇、漂流、跳伞或其他高空运动、蹦极、乘坐或驾驶商业民航班机以外的飞行器、攀岩<sup>9.28</sup>、攀登海拔3500米以上的独立山峰、滑雪、武术比赛<sup>9.29</sup>、摔跤、马术、赛马、赛车、特技表演<sup>9.30</sup>（含训练）、替身表演（含训练）、脱险表演（含训练）、探险<sup>9.31</sup>或考察活动（洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等）；
  - (14) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病<sup>9.32</sup>，但本合同另有约定的除外；
  - (15) 被保险人接受未经科学或医学认可的试验性或研究性治疗及其产生的后果，或被保险人作为器官捐献者摘除捐献器官及其产生的后果所产生的费用；
  - (16) 战争、军事行动、暴乱或武装叛乱；
  - (17) 核爆炸、核辐射或核污染。

2.7 其他免除保险责任条款 除“2.6 责任免除”外，本合同中还有一些免除本公司责任的条款，详见“4.2 如实告知”、“5.2 保险事故通知”、“7.1 年龄确定与错误处理”、“8 重大疾病定义”、“9.7 住院医疗费用”中加粗显示的内容，请您务必特别注意。

### ③ 如何支付保险费

**保险费的支付** 本合同的保险费根据被保险人的年龄、所选保障计划和是否参加社会基本医疗保险（或公费医疗、城乡居民大病保险）等情况分别计算。  
本合同保险费的支付方式为一次性支付，并载明于保险单上。

### ④ 明确说明与如实告知

4.1	明确说明	订立本合同时，我们将向您说明本合同的内容。 对保险条款中免除我们责任的条款，我们在订立本合同时将在投保单、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。
4.2	如实告知	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。 <b>若您故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或提高保险费率的，我们有权解除本合同。</b> <b>若您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，我们不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。</b> <b>若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，但退还您所支付的保险费。</b> 我们在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。
4.3	本公司合同解除权的限制	本合同“4.2 如实告知”规定的本公司合同解除权，自我们知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

## ⑤ 如何申请领取保险金

---

5.1	受益人	一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金受益人 本合同一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金受益人为被保险人。
5.2	保险事故通知	您或受益人知道保险事故后应当在十日内通知我们。 您或受益人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，我们对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但我们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您或受益人未及时通知但不影响我们确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。
5.3	保险金申请	在申请一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金时，申请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) 申请人的有效身份证件； (3) 由本公司认可的医疗机构出具的被保险人的医疗诊断证明、病历及医疗费用原始单据、结算明细表和处方； (4) 对于已经从当地社会基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险、其他费用补偿型医疗保险和其他途径获得补偿或赔偿的，需提供相应机构或单位出具的医疗费用结算凭证； (5) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因及伤害程度等有关的其他证明和

资料。

保险金作为被保险人遗产时，必须提供可证明合法继承权的相关权利文件。

申请人提供的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。

**5.4 保险事故鉴定** 如果被保险人发生保险事故，您和我们均可以委托具有相应司法鉴定资质的司法鉴定机构，对保险事故进行评估和鉴定。

**5.5 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，将在五日内作出核定；情形复杂的，在三十日内作出核定。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十日内，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。

对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起三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六十日内，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。

**5.6 诉讼时效** 除法律另有规定外，受益人向我们请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

## ⑥ 您解除合同的手续及风险

**您解除合同的手续及风险** 您申请解除本合同的，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，本合同终止，我们自收到解除合同申请书之日起三十日内向您退还本合同的现金价值<sup>9.33</sup>。

若已发生过保险金给付或已发生本合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，您不得行使本条规定的合同解除权。

您解除合同可能会遭受一定损失。

## ⑦ 其他需要注意的事项

**7.1 年龄确定与错误处理** 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在投保单上填明，若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合同约定投保年龄限制的，我们有权解除本合同，并向您退还本合同的现金价值。我们行使本合同解除权适用“4.3 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，我

们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，我们将多收的保险费退还给您。

## 7.2 地址变更

您的通讯地址变更时，应及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。您不作上述通知的，我们将按本合同注明的最后通讯地址向您发送有关通知，并视为已送达。

## 7.3 合同内容的变更

您和我们可以协商变更本合同内容。变更本合同的，由我们在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由您和我们订立书面的变更协议。

## 7.4 争议处理

本合同争议的解决方式，由当事人从下列两种方式中选择一种：

- (1) 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，提交本合同约定的仲裁委员会仲裁；  
(2) 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向有管辖权的人民法院提起诉讼。

# 8 重大疾病定义

## 重大疾病定义

本合同保障的重大疾病共 28 种，是指被保险人在本公司认可的医疗机构内被专科医生明确诊断的符合下列定义的疾病、疾病状态或手术，与《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》中重大疾病的疾病名称和疾病定义保持一致。

### 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<sup>9.34</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》第三版（ICD-O-3<sup>9.35</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<sup>9.36</sup>为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；  
(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。

2. 较重急性心肌梗死	<p>急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合（1）检测到肌酸激酶同工酶（CK-MB）或肌钙蛋白（cTn）升高和/或降低的动态变化，至少一次达到或超过心肌梗死的临床诊断标准；（2）同时存在下列之一的证据，包括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的病理性Q波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。</p> <p>较重急性心肌梗死指依照上述标准被明确诊断为急性心肌梗死，并且必须同时满足下列至少一项条件：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>（1）心肌损伤标志物肌钙蛋白（cTn）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的15倍（含）以上；</li> <li>（2）肌酸激酶同工酶（CK-MB）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的2倍（含）以上；</li> <li>（3）出现左心室收缩功能下降，在确诊6周以后，检测左室射血分数（LVEF）低于50%（不含）；</li> <li>（4）影像学检查证实存在新发的乳头肌功能失调或断裂引起的中度（含）以上的二尖瓣反流；</li> <li>（5）影像学检查证实存在新出现的室壁瘤；</li> <li>（6）出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。</li> </ul> <p><b>其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在保障范围内。</b></p>
3. 严重脑中风后遗症	<p>指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊180天后，仍遗留下列至少一种障碍：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>（1）一肢（含）以上肢体<sup>9.37</sup> 肌力<sup>9.38</sup> 2级（含）以下；</li> <li>（2）语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍<sup>9.39</sup>；</li> <li>（3）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动<sup>9.40</sup> 中的三项或三项以上。</li> </ul>
4. 重大器官移植术或造血干细胞移植术	<p>重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏、肺脏或小肠的异体移植手术。</p> <p>造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的移植手术。</p>
5. 冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）	<p>指为治疗严重的冠心病，已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。</p> <p><b>所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。</b></p>
6. 严重慢性肾衰竭	指双肾功能慢性不可逆性衰竭，依据肾脏病预后质量倡议（K/DOQI）制定的指南，分期达到慢性肾脏病5期，且经诊断后已经进行了至少90天的规律性透析治疗。规律性透析是指每周进行血液透析或每天进行腹膜透析。
7. 多个肢体缺失	指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。
8. 急性重症肝炎或	指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：

亚急性重症肝炎	(1) 重度黄疸或黄疸迅速加重; (2) 肝性脑病; (3) B 超或其他影像学检查显示肝脏体积急速萎缩; (4) 肝功能指标进行性恶化。
9. 严重非恶性颅内 脑肿瘤	指起源于脑、脑神经、脑被膜的非恶性肿瘤, 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) 范畴, 并已经引起颅内压升高或神经系统功能损害, 出现视乳头水肿或视觉受损、听觉受损、面部或肢体瘫痪、癫痫等, 须由头颅断层扫描 (CT)、核磁共振检查 (MRI) 或正电子发射断层扫描 (PET) 等影像学检查证实, 且须满足下列至少一项条件: (1) 已经实施了开颅进行的颅内肿瘤完全或部分切除手术; (2) 已经实施了针对颅内肿瘤的放射治疗, 如 $\gamma$ 刀、质子重离子治疗等。 <b>下列疾病不在保障范围内:</b> (1) 脑垂体瘤; (2) 脑囊肿; (3) 颅内血管性疾病 (如脑动脉瘤、脑动静脉畸形、海绵状血管瘤、毛细血管扩张症等)。
10. 严重慢性肝衰 竭	指因慢性肝脏疾病导致的肝衰竭, 且须满足下列全部条件: (1) 持续性黄疸; (2) 腹水; (3) 肝性脑病; (4) 充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。 <b>因酗酒或药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。</b>
11. 严重脑炎后遗 症或严重脑膜炎后 遗症	指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍, 指经相关专科医生确诊疾病 180 天后, 仍遗留下列至少一种障碍: (1) 一肢 (含) 以上肢体肌力 2 级 (含) 以下; (2) 语言能力完全丧失, 或严重咀嚼吞咽功能障碍; (3) 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表 (CDR, Clinical Dementia Rating) 评估结果为 3 分; (4) 自主生活能力完全丧失, 无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
12. 深度昏迷	指因疾病或意外伤害导致意识丧失, 对外界刺激和体内需求均无反应, 昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级 (GCS, Glasgow Coma Scale) 结果为 5 分或 5 分以下, 且已经持续使用呼吸机及其他生命维持系统 96 小时以上。 <b>因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。</b>
13. 双耳失聪	指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆 <sup>9.41</sup> 性丧失, 在 500 赫兹、1000 赫兹和 2000 赫兹语音频率下, 平均听阈大于等于 91 分贝, 且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。 <b>申请理赔时, 被保险人年龄必须在 3 周岁以上, 并且须提供理赔当时的听力丧失诊断及检查证据。</b>
14. 双目失明	指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失, 双眼中较好眼须满足下列至少一项条件: (1) 眼球缺失或摘除;

		(2) 矫正视力低于 0.02 (采用国际标准视力表, 如果使用其他视力表应进行换算); (3) 视野半径小于 5 度。 <b>除眼球缺失或摘除情形外, 申请理赔时, 被保险人年龄必须在 3 周岁以上, 并且须提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。</b>
15. 瘫痪		指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体随意运动功能永久完全丧失。肢体随意运动功能永久完全丧失, 指疾病确诊 180 天后或意外伤害发生 180 天后, 每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬, 或肢体肌力在 2 级 (含) 以下。
16. 心脏瓣膜手术		指为治疗心脏瓣膜疾病, 已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。 <b>所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。</b>
17. 严重阿尔茨海默病		指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失, 临床表现为严重的认知功能障碍、精神行为异常和社交能力减退等, 其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描 (CT)、核磁共振检查 (MRI) 或正电子发射断层扫描 (PET) 等影像学检查证实, 并经相关专科医生确诊, 且须满足下列至少一项条件: (1) 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表 (CDR, Clinical Dementia Rating) 评估结果为 3 分; (2) 自主生活能力完全丧失, 无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。 <b>阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不在保障范围内。</b>
18. 严重脑损伤		指因头部遭受机械性外力, 引起脑重要部位损伤, 导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描 (CT)、核磁共振检查 (MRI) 或正电子发射断层扫描 (PET) 等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍, 指脑损伤 180 天后, 仍遗留下列至少一种障碍: (1) 一肢 (含) 以上肢体肌力 2 级 (含) 以下; (2) 语言能力完全丧失, 或严重咀嚼吞咽功能障碍; (3) 自主生活能力完全丧失, 无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
19. 严重原发性帕金森病		是一种中枢神经系统的退行性疾病, 临床表现为运动迟缓、静止性震颤或肌强直等, 经相关专科医生确诊, 且须满足自主生活能力完全丧失, 无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。 <b>继发性帕金森综合征、帕金森叠加综合征不在保障范围内。</b>
20. 严重III度烧伤		指烧伤程度为III度, 且III度烧伤的面积达到全身体表面积的 20% 或 20% 以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。
21. 严重特发性肺动脉高压		指不明原因的肺动脉压力持续性增高, 进行性发展而导致的慢性疾病, 已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限, 达到美国纽约心脏病学会 (New York Heart Association, NYHA) 心功能状态分级 <sup>9,42</sup> IV 级, 且静息状态下肺动脉平均压在 36mmHg (含) 以上。
22. 严重运动神经		是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病, 包括进行性脊肌萎缩症、

元病	进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症，经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件： (1) 严重咀嚼吞咽功能障碍； (2) 呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难，且已经持续使用呼吸机 7 天（含）以上； (3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
23. 语言能力丧失	指因疾病或意外伤害导致语言能力完全丧失，经过积极治疗至少 12 个月（声带完全切除不受此时间限制），仍无法通过现有医疗手段恢复。 <b>精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。</b> <b>申请理赔时，被保险人年龄必须在 3 周岁以上，并且须提供理赔当时的语言能力丧失诊断及检查证据。</b>
24. 重型再生障碍性贫血	指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少。须满足下列全部条件： (1) 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断：骨髓细胞增生程度<正常的 25%；如≥正常的 25%但<50%，则残存的造血细胞应<30%； (2) 外周血象须具备以下三项条件中的两项： ①中性粒细胞绝对值< $0.5 \times 10^9/L$ ； ②网织红细胞计数< $20 \times 10^9/L$ ； ③血小板绝对值< $20 \times 10^9/L$ 。
25. 主动脉手术	指为治疗主动脉疾病或主动脉创伤，已经实施了开胸（含胸腔镜下）或开腹（含腹腔镜下）进行的切除、置换、修补病损主动脉血管、主动脉创伤后修复的手术。主动脉指升主动脉、主动脉弓和降主动脉（含胸主动脉和腹主动脉），不包括升主动脉、主动脉弓和降主动脉的分支血管。 <b>所有未实施开胸或开腹的动脉内介入治疗不在保障范围内。</b>
26. 严重慢性呼吸衰竭	指因慢性呼吸系统疾病导致永久不可逆性的呼吸衰竭，经过积极治疗 180 天后满足以下所有条件： (1) 静息时出现呼吸困难； (2) 肺功能第一秒用力呼气容积 (FEV <sub>1</sub> ) 占预计值的百分比<30%； (3) 在静息状态、呼吸空气条件下，动脉血氧分压 (PaO <sub>2</sub> ) <50mmHg。
27. 严重克罗恩病	指一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克罗恩病 (Crohn 病) 病理组织学变化，须根据组织病理学特点诊断，且已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。
28. 严重溃疡性结肠炎	指伴有致命性电解质紊乱的急性暴发性溃疡性结肠炎，病变已经累及全结肠，表现为严重的血便和系统性症状体征，须根据组织病理学特点诊断，且已经实施了结肠切除或回肠造瘘术。

## 9 释义

9.1 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，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。
9.2 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。

9.3 住院	<p>指被保险人确因临床需要，正式办理入院及出院手续，并确实入住医院正式病房接受治疗的行为过程，不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院及不合理住院形式。</p> <p>挂床住院指被保险人住院期间未全天（连续 24 小时）在医院入住的情况；<b>挂床住院期间内，我们不承担给付保险金的责任。</b></p> <p>不合理住院指被保险人未达到入院标准而办理入院手续或已达到出院标准而不办理出院手续的情形，入出院标准按当地卫生部门规定标准执行；<b>不合理住院期间内，我们不承担给付保险金的责任。</b></p>
9.4 同一次住院	若被保险人因同一原因需间歇性入住医院治疗，并且前次出院与后次入院日期的间隔未达三十日，则视为同一次住院。
9.5 本公司认可的医疗机构	<p>指中华人民共和国境内（港、澳、台地区除外）合法经营的二级以上（含二级）公立医院的普通部（不包含其中的特需医疗、外宾医疗、干部病房），不包括疗养院、护理院、康复中心、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心以及无相应医护人员或设备的二级或三级医院的联合医院或联合病房。</p> <p>被保险人因情况紧急必须立即就医可不受上述医疗机构范围的限制。</p>
9.6 医疗必需且合理	<p>指合理的、符合通常惯例且医疗必需的医疗费用。</p> <p>符合通常惯例指被保险人接受的医疗服务满足以下条件：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 该服务满足医疗需要而且根据治疗当地通行治疗规范、采用了通行治疗方法；</li> <li>(2) 医疗费用没有超过当地对类似情形治疗的常规费用，类似情形是指在同一地区、对相同性别、近似年龄的人所患的同类疾病或身体伤害实施的类似治疗或服务。</li> </ul> <p>医疗必需指针对意外伤害或疾病本身的医疗服务及医疗费用满足以下条件：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 治疗意外伤害或疾病合适且必须的、有医生处方的项目；</li> <li>(2) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；</li> <li>(3) 非为了医师或其他医疗提供方的方便；</li> <li>(4) 接受的医疗服务范围是合适的而且经济有效的。</li> </ul> <p>对是否医疗必需由本公司理赔人员根据客观、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。</p>
9.7 住院医疗费用	<p>指被保险人住院期间发生的医疗费用，包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 床位费和膳食费</li> </ul> <p>床位费指被保险人住院期间使用的医院床位的费用。</p> <p>膳食费指住院期间根据医生的医嘱且由医院内设的专门为住院病人配餐的食堂配送的并符合通常惯例的膳食费用。</p> <p><b>膳食费不包括：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 所有医院外其他营利性餐饮服务机构提供的餐饮费用；</li> <li>② 不是根据医嘱配送的、在医院对外营业的餐厅或食堂的餐饮费用；</li> <li>③ 不在医院开具的医疗费用清单上的餐饮费用。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>(2) 加床费</li> </ul> <p>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</p>

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医疗必需且合理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）标准的单人或多人大监护病房。

上述医学必要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：医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需；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；与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；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；非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；非试验性或研究性。

### （4）药品费

指在住院以及特殊门诊就医期间实际发生的由医生开具的处方所发生的医疗必需且合理的西药、中成药和中草药的费用。

药品费不包括在治疗时当地政府适用的《城镇职工基本医疗保险药品目录》及相关规定中不予给付的下列药品：营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品以及中草药类药品。

### （5）材料费

指在住院以及特殊门诊就医期间医生或护士在为被保险人进行的各种治疗中所使用的一次性敷料费用。

### （6）医事服务费

指由医生所实施的病情咨询及检查、各种器械或仪器检查、诊断、治疗方案拟定等各项医疗服务所收取的费用。

### （7）治疗费

指由医生或护士对患者进行的除手术外的各种治疗项目而发生的治疗费，包括因清创、换药、拆线、脓肿切开引流、痿管烧灼、血管穿刺、输血、输液、注射、肌肉封闭、吸氧、冷冻、激光、急救治疗、心肺复苏等发生的治疗费，具体以所就诊医院的费用项目划分为准。

### （8）护理费

指住院期间由护士对被保险人提供临床护理服务所收取的费用。包括各级护理、重症监护与专项护理费用。

上述护士指在医院内合法注册的具有护士执业资格且正在执业的护理人员。

### （9）检查化验费

指由医生开具的由医院专项检查科室的专业检查、检验人员实施的各检查化验项目费用，包括实验室检查、病理检查、放射性检查、CT、核磁共振检查（MRI）、B 超、血管造影、同位素、心电图、心功能、肺功能、骨密度、基因学检查。

### （10）手术费用

包括手术费、麻醉费、手术检测费、手术辅助费、未独立记账的术中用药费、手术设备费、医疗必需且合理的手术植入材料费。

上述手术植入材料指在手术过程中由医生植入患者体内、术后无法自由取摘、只能由医生进行开创手术才能取出的材料。手术植入材料包括起搏器、钛钉、钛板、钛网、各种支架、人工关节、人工心脏瓣膜等植入式人工器官等手术中

	留置体内的生物相容性材料。
	(11) 器官移植费 指经相关专科医生明确诊断，根据医学需要必须进行肝脏移植、肾脏移植、心脏移植、肺脏移植或骨髓移植而发生的手术费、辅助治疗费、检验费等。但不包括因器官供体寻找、获取以及从供体切除、储藏、运送器官而发生的相关费用。
	(12) 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。
9.8 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学治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。本合同所指的化学治疗或化疗为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化疗、服用药物等方式的化学治疗。
9.9 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。本合同所指的放射治疗或放疗为被保险人根据医嘱，在医院的专门科室进行的放射治疗。
9.10 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。
9.11 肿瘤内分泌疗法	指针对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。本合同所指的内分泌治疗药物需要符合法律、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。
9.12 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药物选择性地运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本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。
9.13 门诊手术医疗费用	指门诊发生的医疗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、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。
9.14 门诊急诊医疗费用	指被保险人在医院门诊急诊治疗发生的医疗费用，包括： (1) 医事服务费； (2) 治疗费； (3) 检查化验费； (4) 药品费； (5) 救护车使用费；
9.15 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。
9.16	<b>初次确诊本合同所定义的重大疾病</b>	指被保险人患同时符合以下条件的重大疾病： (1) 被保险人自出生后初次被专科医生确诊患该重大疾病； (2) 该重大疾病已在本合同中列明，且须符合本合同“ <b>8 重大疾病定义</b> ”中的定义。 对于被保险人在本合同生效日前被专科医生确诊患本合同所定义重大疾病的，本公司不承担保险责任。
9.17	<b>当地社会基本医疗保险</b>	指被保险人社会基本医疗保险关系所在地的社会基本医疗保险，包括但不限于职工基本医疗保险、新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险等政府举办的基本医疗保障项目。
9.18	<b>既往病症</b>	指在本合同生效日之前被保险人已确诊的疾病，包括下列情况： (1) 本合同生效前，医生已有明确诊断，且长期治疗未间断； (2) 本合同生效前，医生已有明确诊断，且治疗后未康复，有间断用药情况； (3) 本合同生效前，医生已有明确诊断，但未接受任何治疗。
9.19	<b>酒后驾驶</b>	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。
9.20	<b>无合法有效驾驶证驾驶</b>	指下列情形之一： (1) 没有取得驾驶资格； (2) 驾驶与驾驶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) 在驾驶证有效期内未按照中华人民共和国法律、行政法规的规定，定期对机动车驾驶证实施审验的； (5) 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； (6) 驾驶证已过有效期的。
9.21	<b>无合法有效行驶证</b>	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。
9.22	<b>毒品</b>	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。
9.23	<b>ICD-10</b>	《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。

9.24	<b>医疗事故</b>	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医疗事故。医疗事故应依据《医疗事故处理条例》（中华人民共和国国务院令第 351 号）规定的程序，交由负责医疗事故技术鉴定工作的医学会组织鉴定。
9.25	<b>遗传性疾病</b>	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。
9.26	<b>先天性畸形、变形或染色体异常</b>	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。
9.27	<b>潜水</b>	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。
9.28	<b>攀岩</b>	指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
9.29	<b>武术比赛</b>	指两人或两人以上对抗柔道、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。
9.30	<b>特技表演</b>	指从事马术、杂技、驯兽等特殊技能的表演。
9.31	<b>探险</b>	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。如江河漂流、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。
9.32	<b>感染艾滋病病毒或患艾滋病</b>	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。
9.33	<b>现金价值</b>	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。计算公式为“年保险费 $\times$ (1-35%) $\times$ (1-该保险费所保障的已经过天数 $\div$ 该保险费所保障的保障期间天数)”，经过天数不足一天的按一天计算。
9.34	<b>组织病理学检查</b>	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。 <b>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。</b>
9.35	<b>ICD-0-3</b>	《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）。如果出现 ICD-10 与 ICD-0-3 不一致的情况，以 ICD-0-3 为准。
9.36	<b>TNM 分期</b>	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 指有无其他脏器的转移情况。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、喉返神经及皮下软组织

pT<sub>4b</sub>: 侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管

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、喉返神经及皮下软组织

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。

- 9.37 肢体** 肢体是指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。
- 9.38 肌力** 指肌肉收缩时的力量。肌力划分为0~5级，具体为：  
 0级：肌肉完全瘫痪，毫无收缩。  
 1级：可看到或者触及肌肉轻微收缩，但不能产生动作。  
 2级：肌肉在不受重力影响下，可进行运动，即肢体能在床面上移动，但不能抬高。  
 3级：在和地心引力相反的方向中尚能完成其动作，但不能对抗外加阻力。  
 4级：能对抗一定的阻力，但较正常人为低。  
 5级：正常肌力。
- 9.39 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍** 语言能力完全丧失，指无法发出四种语音（包括口唇音、齿舌音、口盖音和喉头音）中的任何三种、或声带全部切除，或因大脑语言中枢受伤害而患失语症。严重咀嚼吞咽功能障碍，指因牙齿以外的原因导致器质障碍或机能障碍，以致不能作咀嚼吞咽运动，除流质食物外不能摄取或吞咽的状态。
- 9.40 六项基本日常生活活动** 六项基本日常生活活动是指  
 (1) 穿衣：自己能够穿衣及脱衣；  
 (2) 移动：自己从一个房间到另一个房间；

- (3) 行动：自己上下床或上下轮椅；
- (4) 如厕：自己控制进行大小便；
- (5) 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；
- (6) 洗澡：自己进行淋浴或盆浴。

**六项基本日常生活活动能力的鉴定不适用于 0-3 周岁幼儿。**

**9.41 永久不可逆**

指自疾病确诊或意外伤害发生之日起，经过积极治疗 180 天后，仍无法通过现有医疗手段恢复。

**9.42 美国纽约心脏病学会 (New York Heart Association, NYHA) 心功能状态分级**

美国纽约心脏病学会 (New York Heart Association, NYHA) 将心功能状态分为四级：

- I 级：心脏病病人日常活动量不受限制，一般活动不引起乏力、呼吸困难等心衰症状。
- II 级：心脏病病人体力活动轻度受限制，休息时无自觉症状，一般活动下可出现心衰症状。
- III 级：心脏病病人体力活动明显受限，低于平时一般活动即引起心衰症状。
- IV 级：心脏病病人不能从事任何体力活动，休息状态下也存在心衰症状，活动后加重。

附表：

信泰全民 e 保 C 款医疗保险保障计划表

单位：人民币 元

保障项目		保障计划	
		保障计划 A	保障计划 B
一般医疗保险金	住院医疗保险金	年度给付限额 100 万	年度给付限额 200 万
	特殊门诊医疗保险金		
	门诊手术医疗保险金		
	住院前后门诊急诊医疗保险金		
重大疾病医疗保险金	重大疾病住院医疗保险金	年度给付限额 100 万	年度给付限额 200 万
	重大疾病特殊门诊医疗保险金		
	重大疾病门诊手术医疗保险金		
	重大疾病住院前后门诊急诊医疗保险金		
年度免赔额		1 万	1 万
给付比例	本合同约定的各类医疗费用	100% (若投保时被保险人享有当地社会基本医疗保险保障，但在保险事故发生时不再享有当地社会基本医疗保险保障或在理赔申请时未从当地社会基本医疗保险管理部门获得医疗费用补偿的，本合同的给付比例为 60%)	

说明：本合同保障计划分为 A 和 B 两种，具体由您从二者中选定一种进行投保。

<本条款内容结束>



信泰保险〔2021〕医疗保险 021 号

## 人身保险公司保险条款和保险费率备案报送材料清单表

公司名称	信泰人寿保险股份有限公司		
险种名称	信泰全民e保C款医疗保险		
险种类别	医疗保险	销售渠道	个人代理渠道、银邮代理渠道、网络销售渠道、经纪代理渠道
销售时间	尚未销售	报送日期	2021年4月27日
报送材料清单			材料齐全检查
			公司报送 银保监会核实
1、人身保险公司保险条款和保险费率备案报送材料清单表	二份		
2、保险条款	一份		
3、保险费率表	一份		
4、现金价值表（示例）	无		
5、减额交清保额表（示例）	无		
6、费率浮动管理办法（或产品参数调整办法，须总精算师签字）	无		
7、精算报告（须总精算师签字）	一份		
8、总精算师声明书（须总精算师签字）	一份		
9、法律责任人声明书（须法律责任人签字）	一份		
10、分红保险、万能保险、投资连结保险的其他材料	分红保险、万能保险、投资连结保险的财务管理办法	无	
	分红保险、万能保险、投资连结保险的业务管理办法	无	
	分红保险、万能保险、投资连结保险的信息披露管理制度	无	
	分红保险、万能保险、投资连结保险的业务规划及对偿付能力的影响	无	
	分红保险、万能保险、投资连结保险的产品说明书文稿	无	
	分红保险的红利计算和分配办法	无	
	分红保险的收入分配和费用分摊原则	无	
	万能保险、投资连结保险的销售管理办法	无	
11、利润测试模型的电子文档	无		
12、中国银保监会规定的其他材料	无		
<b>公司声明：</b> 本公司《信泰全民e保C款医疗保险》保险条款和保险费率不违反法律法规或者中国银保监会的其他规定，不损害社会公共利益；不存在内容显失公平或者形成价格垄断的情况，不侵害投保人、被保险人或者受益人的合法权益；条款设计或者费率厘定适当，不危及本公司偿付能力。 公司文号：信泰发〔2021〕233号		<b>银保监会备注：</b> 你公司应该依法合规使用保险条款和保险费率，不得侵害投保人、被保险人或者受益人的合法权益。 年 月 日 	

## 总精算师声明书

中国银行保险监督管理委员会：

本人已恪尽对信泰人寿保险股份有限公司《信泰全民e保C款医疗保险》保险条款和保险费率精算审核的职责，现确认如下事项：

- 一、分类准确，定名符合中国银保监会有关规定；
- 二、精算报告内容完备；
- 三、精算假设和精算方法符合一般精算原理和中国银保监会精算规定；
- 四、保险费率厘定合理，满足充足性、适当性和公平性原则。

总精算师： 余跃年

2021年4月27日

## 法律责任人声明书

中国银行保险监督管理委员会：

本人已恪尽对信泰人寿保险股份有限公司《信泰全民e保C款医疗保险》保险条款法律审核的职责，现确认如下事项：

- 一、保险条款公平合理，不损害社会公共利益，不侵害投保人、被保险人和受益人的合法权益；
- 二、保险条款文字准确，表述严谨；
- 三、保险条款符合《中华人民共和国保险法》等法律、行政法规和中国银保监会的有关规定。

法律责任人： 李波

2021年4月26日

# 信泰人寿保险股份有限公司

## 信泰全民 e 保 C 款医疗保险费率表

### 一、参加社会基本医疗保险的被保险人年保险费

单位:元

年龄	首次投保或 保险期间届满三十日后重新投保		保险期间届满三十日内重新投保	
	保障方案 A	保障方案 B	保障方案 A	保障方案 B
0-4	929	970	1,000	1,045
5-10	391	410	421	441
11-15	228	246	245	265
16-20	192	208	207	224
21-25	265	276	285	298
26-30	293	305	315	329
31-35	342	350	368	377
36-40	474	497	510	536
41-45	542	578	584	623
46-50	899	939	968	1,012
51-55	1,086	1,146	1,170	1,235
56-60	1,419	1,497	1,528	1,613
61-65	-	-	2,039	2,152
66-70	-	-	2,951	3,115
71-75	-	-	3,974	4,194
76-80	-	-	5,227	5,517

### 二、未参加社会基本医疗保险的被保险人年保险费

单位:元

年龄	首次投保或 保险期间届满三十日后重新投保		保险期间届满三十日内重新投保	
	保障方案 A	保障方案 B	保障方案 A	保障方案 B
0-4	1,784	1,860	1,921	2,004
5-10	668	706	720	760
11-15	387	419	416	451
16-20	318	345	342	372
21-25	488	502	526	541
26-30	655	679	705	731
31-35	891	934	960	1,006
36-40	1,204	1,269	1,297	1,367
41-45	1,464	1,572	1,576	1,693
46-50	2,544	2,607	2,739	2,807
51-55	3,586	3,764	3,862	4,054
56-60	4,106	4,268	4,422	4,597
61-65	-	-	5,821	6,051
66-70	-	-	8,280	8,607
71-75	-	-	11,147	11,587

76-80	-	-	14,809	15,394
-------	---	---	--------	--------

注：

- (1) 若投保人已投保本公司《信泰全民 e 保 B 款医疗保险》产品且保险期间届满根据本公司的转保建议投保本产品的，经本公司审核同意后，投保人可以在保险期间届满后三十日内交纳保险费，适用上述“保险期间届满三十日内重新投保”的保险费率；
- (2) 若投保人申请由本公司《信泰全民 e 保 B 款医疗保险》产品转保至本产品并在保险期间届满三十日后交纳保险费的，视为首次投保本产品，适用上述“首次投保”的保险费率。