

众惠财产相互保险社

团体特定医疗保险 A 款（互联网专属）条款

总则

第一条 保险合同构成

本保险合同由保险单或其他保险凭证及所附条款、投保单、与本保险合同有关的投保文件、声明、批注、附贴批单、其他书面协议构成。凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。

第二条 保险人

本保险合同的保险人为众惠财产相互保险社（以下简称“本社”或“保险人”）。

第三条 投保人

本保险合同的投保人为对被保险人有保险利益的特定团体。“特定团体”是指具有共同风险特征、且不以购买保险为目的的法人或非法人组织。

第四条 被保险人

除本保险合同另有约定外，特定团体中凡符合本社承保条件且符合健康告知的自然人可作为本保险合同的被保险人。特定团体为投保人的，在保险合同签发时被保险人不得少于 3 人。

第五条 受益人

除本保险合同另有约定外，本保险合同的受益人为被保险人本人。

保险责任

第六条 保险责任

本保险合同的保险责任包括“恶性肿瘤—重度住院医疗保险金”、“质子重离子医疗费用保险金”和“特定医疗项目费用保险金”三项，根据投保人、保险人双方约定一项或多项承保，并在保险单中载明，未在保险单上载明或批注的责任不产生任何效力。

（一）恶性肿瘤—重度住院医疗保险金

在保险期间内，被保险人在等待期（释义一）后经医院（释义二）初次确诊（释义三）罹患恶性肿瘤—重度（释义四），并在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立医院普通部或本社指定或认可的医疗机构（释义五）接受住院治疗的，对于该被保险人需个人支付的、必需且合理（释义六）的住院医疗费用，保险人在扣除约定的免赔额后，按照本保险合同约定的给付比例给付恶性肿瘤—重度住院医疗保险金，免赔额和给付比例将在保险合同上予以载明。

除本保险合同另有约定外，保险期间届满时，被保险人仍未结束治疗的，本社仅承担保险期间内发生的医疗费用。

在保险期间内，被保险人不论一次或多次住院治疗，本社对该被保险人累计给付恶性肿瘤—重度住院医疗保险金之和以本保险合同约定的恶性肿瘤—重度住院医疗保险金的保险金额为限，当本社对该被保险人累计给付金额达到恶性肿瘤—重度住院医疗保险金额

时，本社对该被保险人的本项保险责任终止。

（二）质子重离子医疗费用保险金

在保险期间内，被保险人在等待期后在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上公立医院专科医生（释义七）初次确诊罹患恶性肿瘤一重度，并于保险人指定或认可医疗机构接受质子重离子治疗的，对于该被保险人需个人支付的、必需且合理的质子重离子医疗费用（释义八），保险人在扣除约定的免赔额后，按照本保险合同约定的给付比例给付质子重离子医疗费用保险金，免赔额和给付比例将在保险合同上予以载明。

指定或认可的医疗机构以销售页面或投保文件中展示的为准，保险人保留对指定或认可的医疗机构进行调整的权利。保险期间内保险人调整指定或认可的医疗机构的，以保险人在官方正式渠道公布或通知为准。

除本保险合同另有约定外，保险期间届满时，被保险人仍未结束治疗的，本社仅承担保险期间内发生的医疗费用。

在保险期间内，本社对该被保险人累计给付质子重离子医疗费用保险金之和以本保险合同约定的质子重离子医疗费用保险金的保险金额为限，当本社对该被保险人累计给付金额达到质子重离子医疗费用保险金额时，本社对该被保险人的本项保险责任终止。

（三）特定医疗项目费用保险金

在保险期间内，被保险人因意外伤害（释义九）或在等待期后罹患疾病，在保险人指定或认可的医疗机构接受治疗，对该被保险人在保险人指定或认可的医疗机构或指定的药店（释义十）实际支出的、必需且合理的、符合本保险合同约定的药品、器械、诊疗项目（释义十一，以下简称“特定医疗项目”）费用，保险人在扣除约定的免赔额后，按照本保险合同约定的给付比例给付特定医疗项目费用保险金，免赔额和给付比例将在保险合同上予以载明。

特定医疗项目费用须同时满足以下条件：

1. 用于治疗的特定制疗项目处方（释义十二）或医嘱（释义十三）是由保险人指定或认可的医疗机构出具的、且为被保险人当前治疗必需且合理的医疗项目；

2. 特定医疗项目费用的实际发生时间在保险期间内；

3. 特定医疗项目属于本保险合同约定的药品、器械、诊疗项目清单（以下简称“特定医疗项目清单”）中的项目；

4. 在保险人指定或认可的医疗机构或指定的药店购买或接受特定医疗项目；

5. 在保险人指定或认可的医疗机构或指定的药店购买或接受特定医疗项目须符合本保险合同第二十八条的约定。

对不满足上述条件的特定医疗项目费用，保险人不承担赔偿特定医疗项目费用保险金的责任。

投保人可以在投保时与保险人约定特定医疗项目清单中单一项目的保险金额，并在保险单中载明。本保险合同特定医疗单一项目费用保险金额不得高于特定医疗项目费用保险金额。

除本保险合同另有约定外，保险期间届满时，被保险人仍未结束治疗的，本社仅承担保

险期间内发生的特定医疗项目费用。

保险人对被保险人累计赔偿的特定医疗单一项目费用以保险单载明该被保险人对应的特定医疗单一项目费用保险金额为限，本社对该被保险人累计给付特定医疗项目费用保险金之和以本保险合同约定的特定医疗项目费用保险金的保险金额为限，当本社对该被保险人累计给付金额达到特定医疗项目费用保险金额时，本社对该被保险人的本项保险责任终止。

第七条 健康管理服务

在保险期间内，保险人或保险人委托的服务机构可以为被保险人提供健康体检、健康咨询、健康促进、疾病预防、慢病管理、就医服务、康复护理等健康管理服务，具体服务内容详见《健康管理服务手册》（释义十四）。是否包含健康管理服务、包含的健康管理服务类别以及具体服务项目由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明，未在保险单中载明的不产生任何效力。

责任免除

第八条 责任免除

（一）因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的或发生如下列明的医疗费用，本社不承担恶性肿瘤—重度住院医疗保险金、质子重离子医疗费用保险金给付责任：

1. 被保险人未遵医嘱，擅自服用、涂用、注射药物；
2. 医疗事故（释义十五）；
3. 被保险人接种预防恶性肿瘤的疫苗，进行基因测试，鉴定恶性肿瘤的遗传性，接受实验性医疗，或者采取未经科学或医学认可的医疗手段；
4. 被保险人在初次投保前或非续保前所患既往症（释义十六）；等待期内确诊为恶性肿瘤—重度或等待期内接受检查但在等待期后确诊的恶性肿瘤—重度；
5. 任何职业病（释义十七）、遗传性疾病（释义十八）、先天性恶性肿瘤、先天性畸形、变形或染色体异常（依据世界卫生组织《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）；
6. 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统计分类》第十次修订版（ICD-10）分类为精神和行为障碍的疾病）；
7. 被保险人感染艾滋病病毒（HIV）或患艾滋病（AIDS）（释义十九）；
8. 战争、军事冲突、暴乱、武装叛乱或恐怖活动；
9. 核爆炸、核辐射或核污染；
10. 被保险人服用、吸食或注射毒品；
11. 被保险人在不符合本保险合同约定的医院或医疗机构就诊发生的医疗费用；未经医生处方自行购买的药品；虽持有医生处方，但未在开具处方的医生执业的医疗机构（以收费票据载明的医疗机构信息为准）购买的药品、医疗器械或医疗耗材；虽持有医生处方，但处方剂量超过30天以上部分的药品；
12. 未经科学或医学认可的实验性或研究性治疗，未获得国务院药品监督管理部门许可

或批准上市的治疗方法或药品药物，上述治疗费用及其产生的后果所继发的费用不属于保障范围；

13. 器官移植供体费用、器官来源费用、低温储藏费用；

14. 被保险人冒名住院，不符合入院标准、挂床住院产生的医疗费用；被保险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。

（二）对于被保险人因下列原因或情形发生的费用，本社不承担赔偿特定医疗项目费用保险金的责任：

1. 被保险人在非保险人指定或认可的医疗机构、指定的药店购买或接受特定医疗项目；

2. 被保险人未遵医嘱，擅自服用、涂用、注射药物；

3. 被保险人未经医生处方自行购药的药品费用；

4. 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

5. 被保险人故意自伤或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；

6. 因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀，或因被保险人家属的故意行为造成伤害所产生的医疗费用；

7. 未经科学或医学认可的实验性或研究性治疗，未获得国务院药品监督管理部门许可或批准上市的治疗方法或药品药物，上述治疗费用及其产生的后果所继发的费用不属于保障范围；

8. 战争、军事冲突、暴乱、武装叛乱或恐怖活动；

9. 核爆炸、核辐射或核污染；

10. 被保险人故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施；

11. 被保险人醉酒或受毒品、管制药物的影响。

免赔额

第九条 免赔额由投保人与本社在订立本保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

本保险合同中所指免赔额指在本保险合同保险期间内，应由被保险人自行承担，保险人不予赔付的部分。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。但通过基本医疗保险、工伤保险和公费医疗保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

补偿原则和赔付标准

第十条 补偿原则和赔付标准

（一）本保险合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、工伤保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，则本社仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本保险合同的约定进行赔付。社保卡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。

（二）若被保险人以非基本医疗保险或公费医疗身份就诊并结算，本社根据本保险合

同单独约定的给付比例进行赔付。

保险金额

第十一条 本保险合同的每一个被保险人的恶性肿瘤—重度住院医疗保险金额、质子重离子医疗费用保险金额、特定医疗单一项目费用保险金额、特定医疗项目费用保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险期间

第十二条 本保险合同的保险期间以保险单中载明的为准，最长不超过一年。

续保

第十三条 本保险合同不保证续保。本保险合同保险期间不超过一年，保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

保险人义务

第十四条 明确说明义务

订立保险合同，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。

第十五条 签发保险单义务

本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十六条 补充索赔证明和资料的通知义务

保险人认为保险金申请人（释义二十）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保险金申请人补充提供。

第十七条 核定、赔付义务

保险人收到被保险人或者受益人的给付保险金的请求后，应当及时作出核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者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。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被保险人或者受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十八条 先行赔付义务

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，对其给付保险金的数额不能确定的，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保险金的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十九条 交付保险费义务

本保险合同保险费支付方式分为一次性支付全部保险费或分期支付保险费，由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。

约定一次性支付全部保险费的，投保人应当在保险合同成立时一次性支付全部保险费。投保人未按约定全额支付应缴保险费的，保险合同不生效，对保险合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

约定分期支付保险费的，每期缴费金额应一致，投保人在投保时支付首期保险费，并应于保险合同约定的各分期缴费之日前及时并足额支付当期应缴保险费。投保人未按约定支付首期保险费的，保险合同不生效，对保险合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

若投保人未按照保险合同约定的各分期缴费时间足额支付当期应缴保险费，保险人允许投保人在缴费延长期内补缴保险费，如果被保险人在此缴费延长期内发生保险事故，保险人按照保险合同约定给付保险金，但有权先从给付的保险金中扣除投保人欠缴的当期应缴的保险费。缴费延长期由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。

若投保人未按照保险合同约定的各分期缴费时间足额支付当期应缴保险费，且在缴费延长期内未补缴当期应缴保险费，本保险合同在上期保险费对应的保障期满日 24 时终止，终止之日后（含缴费延长期内）发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

第二十条 如实告知义务

订立保险合同，保险人就保险标的或者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规定的如实告知义务，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。

前款规定的合同解除权，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。

第二十一条 住所或通讯地址变更通知义务

投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达投保人。

第二十二条 变更批注

在保险期间内，投保人需变更保险合同其他内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

第二十三条 职业或工种变更通知义务

被保险人变更职业或工种时，投保人或被保险人应在 10 日内以书面形式通知保险人。

若被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类不在承保职业范围（释义二十一）内的，保险人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，并退还未满期净保险费（释义二十二）。

被保险人未履行本条约定的通知义务而发生保险事故的，且被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类不在承保职业范围内的，保险人不承担给付保险金的责任，并自其职业或工种变更之日起，保险人对该被保险人所负保险责任终止，并退还未满期净保险费。

第二十四条 年龄的确定及错误的处理

被保险人的投保年龄，按照法定身份证件登记的出生日期所计算出的周岁（释义二十三）年龄为准，本保险合同所承保的被保险人的投保年龄必须符合年龄要求。投保人在申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。若发生错误，保险人按照以下规定处理：

（一）投保人申报的被保险人年龄不真实，且真实年龄不符合本保险合同约定的年龄限制的，保险人有权终止对该被保险人的保险责任，但向投保人退还保险责任终止时该被保险人对应的本保险合同的未满期净保险费。

（二）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，或在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例支付。

（三）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。

第二十五条 被保险人变动通知义务

（一）在保险期间内，投保人因人员变动，需增加、减少被保险人时，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

（二）被保险人人数增加时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时开始承担保险责任，并按约定增收保险费。

（三）被保险人人数减少时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时起，对减少的被保险人终止保险责任，并按约定退还未满期净保险费，但减少的被保险人本人或其保险金申请人已领取过任何保险金的，保险人不退还未满期净保险费。

第二十六条 保险事故通知义务

投保人、被保险人或者受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。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，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（释义二十四）而导致的迟延。

保险金申请

第二十七条 保险金申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料：

（一）理赔申请书；

（二）保险单或其他保险凭证；

（三）保险金申请人的有效身份证件；

（四）支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查报告、化验检查报告、医疗费用单据、费用明细单据等；已从其途径获得医疗费用补偿的，还应提供医疗费用分割单、理赔结算单。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料；

（五）其他与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料；

（六）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；

（七）保险金作为被保险人遗产时，须提供可证明合法继承权的相关权利文件；

（八）受益人或者继承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。

被保险人发生的特定医疗项目费用由保险人指定或认可的医疗机构或指定的药店垫付的，保险金申请人应将申请和受领特定医疗项目费用保险金的权利转让给保险人指定或认可的医疗机构或指定的药店，由保险人与保险人指定或认可的医疗机构或指定的药店直接结算保险责任范围内的特定医疗项目费用，保险人不再接受保险金申请人对该部分保险金的申请。

第二十八条 在保险期间内，被保险人发生特定医疗项目清单中所列的特定医疗项目，须按照以下流程进行申请及审核：

被保险人在购买或接受特定医疗项目前，保险金申请人须向保险人提出申请。保险人对保险金申请人提交的特定医疗项目申请中的药品、器械、诊疗项目处方或医嘱进行审核。对于药品、器械、诊疗项目处方或医嘱审核中的**特殊情况**，保险人有权要求保险金申请人补充其他与药品、器械处方或医嘱审核相关的医学材料。

药品、器械、诊疗项目处方或医嘱审核主要包括以下内容：

1. 根据**国家药品监督管理机构批准的该药品说明书、美国食品药品监督管理局批准上市**的该药品、器械、诊疗项目说明书（以药品、器械、诊疗项目处方或医嘱开具时最新版本为准）所列明的适应症、用法及用量审核药品、器械、诊疗项目处方或医嘱。

2. 根据被保险人的疾病状况审核被保险人是否对申请的药品已经耐药。

如果保险金申请人未提交特定医疗项目的申请，或申请审核未通过，保险人不承担赔偿特定医疗项目费用保险金的责任。

特定医疗项目处方或医嘱审核通过后，保险金申请人应携带处方或医嘱、被保险人的有效身份证件、被保险人的中华人民共和国社会保障卡（如果被保险人不拥有社会基本医疗保险身份则无需提供社会保障卡）到保险人指定或认可的医疗机构或指定的药店购买或领取特

定医疗项目药品或器械，或接受特定医疗项目清单中约定的诊疗项目。在部分保险人指定或认可的医疗机构或指定的药店，对于属于保险责任部分的特定医疗项目费用，可由保险人与保险人指定或认可的医疗机构或指定的药店直接结算。被保险人应自行支付不属于保险责任范围内的特定医疗项目费用。

争议处理和法律适用

第二十九条 争议处理

因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险合同载明的仲裁机构仲裁；保险合同未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向有管辖权的中华人民共和国人民法院提起诉讼。

第三十条 法律适用

与本保险合同有关的以及履行本保险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括香港、澳门、台湾地区法律）。

保险合同的解除、终止

第三十一条 保险合同解除

保险责任开始前，投保人要求解除本保险合同的，保险人应当无息退还已缴纳保险费。

保险责任开始后，投保人要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除申请材料之日次日零时起，本保险合同的效力终止。保险人退还本保险合同的未满期净保险费。

投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （一）保险合同变更申请书；
- （二）保险单或其他保险凭证；
- （三）投保人身份证明。

第三十二条 保险合同的自动终止

发生下列情形时，本保险合同自动终止：

- （一）保险合同期满；
- （二）因本保险合同其他条款所约定的情况而终止效力。

被保险人在其保险期间内身故，或者被保险人的保险期间届满，保险人对该被保险人的保险责任终止。

释 义

一、**等待期**：指自本保险合同生效日起计算的一段时间，具体天数由本社和投保人在投保时约定并在保险合同上载明，最长不超过90天。续保不计算等待期。在等待期内发生保险事故的，本社不承担给付保险金的责任。

二、**医院**：指在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立医院，但不包括主要作为体检、诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构。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。

三、初次确诊：指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊患有某种疾病，而不是指自本保险合同生效之日起第一次经医院确诊患有某种疾病。**其中恶性肿瘤一重度为手术病理取材或病理活检取材日期。**

四、恶性肿瘤一重度：

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（释义二十五，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“恶性肿瘤一重度”，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。

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_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: 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

pN₁: 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。

远处转移: 适用于所有甲状腺癌

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
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。

五、指定或认可的医疗机构：指本社在承保时与投保人约定的医疗机构，具体医疗机构名单将在产品销售页面或投保文件中展示，本社保留对上述名单进行变更的权利。保险期间内保险人调整指定或认可的医疗机构的，以保险人在官方正式渠道公布或通知为准。

六、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社根据客观、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：指医疗费用同时符合下列所有条件：

- 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社根据客观、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。

七、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) 在二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

八、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、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、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。**

九、意外伤害：指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。**自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。**

十、指定的药店：指经保险人审核认可，**能够满足下列全部条件**，为被保险人提供购药服务或配送服务的药店，

- (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) 提供专业的药品资讯、患者教育、追踪随访、慈善赠药服务；
- (4) 该药店内具有药师等专业人员提供服务；
- (5) 具有或者正在申报当地城乡居民大病医疗保险定点资质的全国性连锁药店。

保险人指定的药店将在产品销售页面或投保文件中展示。保险人保留对指定的药店进行变更的权利。保险期间内保险人调整指定的药店的，以保险人在官方正式渠道公布或通知为准。

十一、约定的药品、器械、诊疗项目：指保险人在本保险合同订立时与投保人约定的、经保险人审核认可并属于保险责任的药品、器械、诊疗项目清单中的药品、器械、诊疗项目。**具体药品、器械、诊疗项目清单将在产品销售页面或投保文件中展示。**

十二、处方：指由注册的执业医师和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。

十三、医嘱：指经治医师在医疗活动过程中为诊治患者下达的医学指令。医嘱按照内容分为用药医嘱、诊疗医嘱、护理医嘱、嘱托医嘱和特殊医嘱，内容包含药品、器械、耗材、检查、治疗等。

十四、《健康管理服务手册》：《健康管理服务手册》将在产品销售页面或投保文件中展示。

十五、医疗事故：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，具体以《医疗事故处理条例》（中华人民共和国国务院令第351号）为准。

十六、既往症：指在保单生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

十七、职业病：指企业、事业单位和个体经济组织的劳动者在职业活动中，因接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害物质等因素而引起的疾病。职业病的认定需遵循《中华人民共和国职业病防治法》中的相关规定及鉴定程序。

十八、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。

十九、感染艾滋病病毒（HIV）或患艾滋病（AIDS）：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。

二十、保险金申请人：指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

二十一、承保职业范围：指属于《众惠财产相互保险社职业类别表》中1-4类职业或不属于《众惠财产相互保险社特殊职业分类表》所列职业，具体承保职业范围将在产品销售页面或投保文件中展示，本社保留对上述承保职业范围进行变更的权利。

二十二、未到期净保险费：指本保险合同所具有的最低现金价值，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为已生效天数，n为保险期间天数，经过日期不足一日的按一日计算，净保险费=保险费 $\times$ （1-退保费用率），具体退保费用率在保险单中载明，退保费用率不超过25%。

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-m/n），其中，m为当期已生效天数，n为当期天数，经过日期不足一日的按一日计算，当期净保险费=当期保险费 $\times$ （1-退保费用率），具体退保费用率在保险单中载明，退保费用率不超过25%。

二十三、周岁：以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄，自出生之日起为0周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。

二十四、不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

二十五、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。