

众惠财产相互保险社

恶性肿瘤医疗费用保险 F 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应为具有完全民事行为能力的被保险人本人、对被保险人有保险利益的其他人、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，凡符合本社承保条件的自然人可作为本保险合同的被保险人。其中，基本医疗保险范围外恶性肿瘤自费医疗费用保险金责任仅承保参加基本医疗保险（释义一）的被保险人。

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“基本医疗保险范围外恶性肿瘤自费医疗费用保险金”和“原发性特定恶性肿瘤保险金”，可由投保人、保险人双方约定其中一项或两项承保，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）基本医疗保险范围外恶性肿瘤自费医疗费用保险金

在保险期间内，被保险人在等待期（释义二）后经医院（释义三）专科医生（释义四）初次确诊（释义五）罹患本保险合同约定的恶性肿瘤（释义六），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（释义七）接受治疗时实际发生的、基本医疗保险支付范围规定外需个人自费（释义八）的下列1-3类医疗费用，本社按照本保险合同的约定承担给付基本医疗保险范围外恶性肿瘤自费医疗费用保险金的责任：

1. 恶性肿瘤住院医疗费用

指被保险人经医院初次确诊罹患本保险合同约定的恶性肿瘤必须接受住院（释义九）治疗时，被保险人住院期间实际发生的、必需且合理（释义十）的、基本医疗保险支付范围规定外需个人自费的下列治疗恶性肿瘤住院医疗费用，包括床位费（释义十一）、护理费（释义十二）、重症监护室床位费（释义十三）、诊疗费（释义十四）、医事服务费（释

义十五)、检查检验费(释义十六)、治疗费(释义十七)、药品费(释义十八)、手术费(释义十九)等。

除本保险合同另有约定外,到本保险合同满期日时,被保险人未结束本次住院治疗的,本社在保险金限额内继续承担因本次住院发生的、最高不超过本保险合同满期日后30日内的住院医疗费用。

2. 恶性肿瘤特殊门诊医疗费用

指被保险人在医院接受本保险合同约定的恶性肿瘤特殊门诊治疗时,发生的必需且合理的、基本医疗保险支付范围规定外需个人自费的治疗恶性肿瘤特殊门诊医疗费用,包括:化学疗法(释义二十)、放射疗法(释义二十一)、肿瘤免疫疗法(释义二十二)、肿瘤内分泌疗法(释义二十三)、肿瘤靶向疗法(释义二十四)的治疗费用。

3. 恶性肿瘤住院前后门(急)诊医疗费用

指被保险人经医院诊断罹患本保险合同约定的恶性肿瘤必须接受住院治疗,在住院前7日(含住院当日)和出院后30日(含出院当日)内,因与该次住院相同原因而接受恶性肿瘤门(急)诊治疗时,发生的必需且合理的、基本医疗保险支付范围规定外需个人自费的治疗恶性肿瘤门(急)诊医疗费用(但不包括恶性肿瘤特殊门诊医疗费用)。

对于以上三类费用,本社对于被保险人必需且合理的、基本医疗保险支付范围规定外需个人自费的医疗费用,经公费医疗、大病医保等支付或补偿后的剩余部分,在扣除约定的免赔额后,依照约定的给付比例进行赔付。本社对该被保险人累计给付之和以本保险合同约定的基本医疗保险范围外恶性肿瘤自费医疗费用保险金额为限,当本社对该被保险人累计给付金额达到基本医疗保险范围外恶性肿瘤自费医疗费用保险金额时,本社对该被保险人的上述保险责任终止。

(二) 原发性特定恶性肿瘤保险金

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的公立医院或本社指定或认可的医疗机构的专科医生初次确诊罹患本保险合同约定的原发性特定恶性肿瘤(释义二十五,可由投保人、保险人双方约定其中一种或多种承保,并在保险单中载明,未在保险单中载明或批注的不产生任何效力),本社按照本保险合同约定的原发性特定恶性肿瘤保险金额给付原发性特定恶性肿瘤保险金,同时对该被保险人的本项保险责任终止。

被保险人在等待期内发生保险事故,本社不承担给付保险金的责任,但向投保人无息退还该被保险人对应的已缴纳保险费,同时对该被保险人的保险责任终止。

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》(释义二十六)。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 因下列情形之一导致被保险人发生如下列明的医疗费用,或者造成被保险人罹患原发性特定恶性肿瘤的,本社不承担保险金给付责任:

(一) 被保险人受酒精、管制药品或毒品的影响,或未遵医嘱,擅自服用、涂用、注射药物;

(二) 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;

(三) 康复治疗或训练、休养或疗养、健康体检、隔离治疗(本保险合同约定的医疗机构内的除外)、非处方药物、保健食品及用品、体外或植入的医疗辅助装置或用具(义肢、轮椅、拐杖、助听器、眼镜或隐形眼镜、义眼等)及其安装;

(四) 被保险人在初次投保前或非续保前所患既往症(释义二十七,但投保时保险人已知晓并做出书面认可的不受此限);等待期内确诊恶性肿瘤或原发性特定恶性肿瘤;等待期内接受检查但在等待期后确诊恶性肿瘤或原发性特定恶性肿瘤;

(五) 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天以上部分的药品费用;被保险人发生的不符合本保险合同约定的门(急)诊费用;

(六) 医疗事故(释义二十八);

(七) 在中国大陆境外(释义二十九)的国家或者地区接受治疗;

(八) 被保险人患精神性疾病、遗传性疾病(释义三十),先天性畸形、变形或染色体异常(释义三十一)(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);

(九) 被保险人感染艾滋病病毒(HIV)或患艾滋病(AIDS)(释义三十二);

(十) 核爆炸、核辐射或者核污染;

(十一) 战争、军事冲突、暴乱、武装叛乱或恐怖活动;

(十二) 凡涉及门诊费用,本社的保险责任范围均不包括为排队挂号、提升病房等级等额外支付的费用。

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。

第十条 补偿原则和赔付标准

(一) 基本医疗保险范围外恶性肿瘤自费医疗费用保险金责任适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径(包括工伤保险、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) 对于基本医疗保险范围外恶性肿瘤自费医疗费用保险金责任, 若被保险人未以基本医疗保险或公费医疗身份就诊并结算, 本社不承担给付保险金的责任。

保险金额

第十一条 本保险合同的保险金额由投保人、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

保险人按照合同的约定, 认为**保险金申请人(释义三十三)**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 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（释义三十四）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（释义三十五）。

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。

第二十三条 变更批注

在保险期间内，投保人需变更合同其他内容的，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（释义三十六）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，并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 被保险人员变动通知义务

（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（释义三十七）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;已从其他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。

如果被保险人本人作为保险金受益人已向保险人书面申领保险金,但在实际领取保险金前身故,保险金将作为其遗产,由保险人向其合法继承人给付。

保险金申请人未能提供有关材料,导致保险人无法核实该申请的真实性的,保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

争议处理和法律适用

第二十八条 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。

第二十九条 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

第三十条 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起次日零时起,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。

第三十一条 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、基本医疗保险：指国家最新修订颁布的《中华人民共和国社会保险法》所规定的基本医疗保险，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。

二、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。**

三、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。

四、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。

五、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。其中恶性肿瘤确诊之日为手术病理取材或病理活检取材日期。

六、恶性肿瘤：本保险合同约定的恶性肿瘤如下：

（一）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（释义三十八，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——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 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。

（二）恶性肿瘤——轻度

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， 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，**但不在“恶性肿瘤——重度”保障范围的疾病。且特指下列六项之一：**

- （1）TNM 分期为 I 期的甲状腺癌；
- （2）TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期的前列腺癌；
- （3）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；
- （4）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- （5）相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- （6）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%）的神经内分泌肿瘤。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”，不在保障范围内：

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。

七、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。

八、自费：指当地基本医疗保险支付范围规定外的自费医疗费用，不包括基本医疗保险个人自负和分类自负部分的医疗费用。

九、住院：指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院之正式病房接受全日24小时监护治疗的过程，并正式办理入出院手续。

但不包括下列情况：

- 1、被保险人在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；
- 2、被保险人在特需病房、外宾病房或其它不属于基本医疗保险范畴的高等级病房入住；
- 3、被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；
- 4、被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或一天内住院不满二十四小时；但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；
- 5、被保险人住院体检；
- 6、挂床住院及其他不合理的住院。挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非24小时在床、在院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。

十、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保险人根据客观、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。

对是否医学必需由保险人根据客观、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。

十一、床位费：指被保险人住院期间实际发生的、不高于双人病房的住院床位的费用（不包括单人病房、套房、家庭病床）。

十二、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。

十三、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。

十四、诊疗费：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。

十五、医事服务费：仅适用于已实施医药分开综合改革的地区或医疗机构用。

十六、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，包括诊查费、妇检费、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。

十七、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合理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，包括注射费、输血费、输氧费、体外反搏费等。具体以就诊医疗的费用项目划分为准。

本项责任不包含理疗费，即不含物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法。

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；

中医理疗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等；

其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

十八、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务院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，以及下列中药类药品：

1) 主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药，如花旗参，冬虫草，白糖参，鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝，红参，琥珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，燕窝，野山参，移山参，珍珠（粉），紫河车，阿胶，阿胶珠，血宝胶囊，红桃K口服液，十全大补丸，十全大补膏等；

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。

十九、手术费：指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术室费、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。

手术材料费：包含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。

二十、化学疗法：指针对恶性肿瘤的化学治疗，简称化疗。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。本保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。

二十一、放射疗法：指针对恶性肿瘤的放射治疗，简称放疗。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。本保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。

二十二、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。本保险合同所指的肿瘤免疫治疗药物需符合法律、法规要求并经过国务院药品监督管理部门批准用于临床治疗。

二十三、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。本保险合同所指的内分泌治疗药物需符合法律、法规要求并经过国务院药品监督管理部门批准用于临床治疗。

二十四、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。本保险合同所指的靶向治疗药物需符合法律、法规要求并经过国务院药品监督管理部门批准用于临床治疗。

二十五、原发性特定恶性肿瘤：

(1) 本保险合同所约定的男性原发性特定恶性肿瘤包括：原发性阴茎恶性肿瘤、原发性前列腺恶性肿瘤、原发性睾丸恶性肿瘤。可由投保人、保险人双方约定其中一种或多种承保，并在保险单中载明，未在保险单中载明或批注的不产生任何效力。

(2) 本保险合同所约定的女性原发性特定恶性肿瘤包括：原发性乳腺恶性肿瘤、原发性子宫内膜恶性肿瘤、原发性子宫颈恶性肿瘤、原发性卵巢恶性肿瘤、原发性输卵管恶性肿瘤、原发性阴道恶性肿瘤。可由投保人、保险人双方约定其中一种或多种承保，并在保险单中载明，未在保险单中载明或批注的不产生任何效力。

本条释义中的恶性肿瘤同释义六，但转移癌（指原发于其他器官且转移至阴茎、前列腺、睾丸、乳腺、子宫、子宫颈、卵巢、输卵管和阴道的恶性肿瘤）不在保障范围内。

二十六、《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。

二十七、既往症：指在本保险合同生效日之前被保险人已患且已知晓的疾病。

二十八、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。

二十九、中国大陆境外：指中华人民共和国领土之外的地区以及香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。

三十、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。

三十一、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》第十次修订版（ICD-10）确定。

三十二、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。

三十三、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。

三十四、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。**

三十五、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： $\text{未到期净保险费} = \text{净保险费} \times (1 - m/n)$ ，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， $\text{净保险费} = \text{保险费} \times (1 - \text{退保费用率})$ ，具体退保费用率在保险单中载明，退保费用率不超过35%。

若保险费为分期支付的： $\text{未到期净保险费} = \text{当期净保险费} \times (1 - m/n)$ ，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， $\text{当期净保险费} = \text{当期保险费} \times (1 - \text{退保费用率})$ ，具体退保费用率在保险单中载明，退保费用率不超过35%。

三十六、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。

三十七、不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

三十八、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。