

亚太财产保险有限公司

恶性肿瘤医疗费用保险（A款）条款

注册编号：C00003832512021042851732

总则

第一条 本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证、批单以及与本保险合同有关的投保文件、声明和其他书面协议等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 投保人提出保险申请，经保险人同意承保，本保险合同成立。

第三条 具有完全民事行为能力的被保险人本人或对被保险人有保险利益的其他个人、机关、企业、事业单位或社会团体可作为本保险合同的投保人。

第四条 以下两类人群可以作为被保险人：

（一）凡投保时身体健康，能正常工作或正常生活，符合本保险合同约定年龄的自然人可作为本保险合同的被保险人。

除另有约定外，被保险人首次投保的，本保险合同的投保年龄最高可至 80 周岁（见释义）（含）；投保时被保险人为 0 周岁的，应当为出生满 30 日且已健康出院的婴儿。

（二）经保险人同意，以下三类肝病人群也可作为本保险合同的被保险人：

1. 乙肝病毒感染人群：乙肝病毒携带者（见释义）；慢性乙型肝炎患者（见释义）；肝纤维化 1-2 期患者（见释义）；

2. 丙肝病毒感染人群：丙肝病毒携带者（见释义）；慢性丙型肝炎患者（见释义）；轻度丙肝纤维化（显著性肝纤维化）（见释义）；

3. 其他可承保人群：酒精性肝炎（见释义）、酒精性脂肪肝（见释义）、非酒精性脂肪性肝病（见释义）、有肝病家族病史人群。

除另有约定外，上述三类肝病人群首次作为被保险人投保的，本保险合同的投保年龄为 18 至 60 周岁（含）。

第五条 除另有约定外，本保险合同保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第六条 在保险期间内，本保险合同的保险责任如下：

（一）恶性肿瘤检查保险金

被保险人在等待期后经本保险合同指定的医疗机构(见释义)的专科医生(见释义)初次确诊(见释义)罹患本保险合同所定义恶性肿瘤(见释义)的,对于其恶性肿瘤确诊日期(见释义)前三十日内(含确诊日期当日)实际支出的与确诊恶性肿瘤相关的合理且必要的恶性肿瘤检查费用(见释义),保险人在扣除本保险合同中约定的免赔额后,在保险金额范围内,按照指定的医疗机构范围及给付比例给付恶性肿瘤检查保险金。

（二）恶性肿瘤治疗保险金

被保险人在等待期后经本保险合同指定的医疗机构的专科医生初次确诊罹患本保险合同所定义恶性肿瘤的,对于其恶性肿瘤确诊日期后(含确诊日期当日)实际支出的与治疗恶性肿瘤相关的下列医学必需(见释义)的医疗费用,保险人在扣除本保险合同中约定的免赔额后,在保险金额范围内,按照指定的医疗机构范围、医疗费用类型、给付比例给付恶性肿瘤治疗保险金:

1. 恶性肿瘤住院医疗费用

被保险人因恶性肿瘤在本保险合同指定的医疗机构接受住院治疗时,发生的医学必需的住院医疗费用,包括床位费(见释义)、膳食费(见释义)、护理费(见释义)、重症监护室床位费(见释义)、诊疗费(见释义)、检查检验费(见释义)、治疗费(见释义)、药品费(见释义)、手术费(见释义)、救护车使用费(见释义)等。

2. 恶性肿瘤门急诊医疗费用

被保险人因恶性肿瘤在本保险合同指定的医疗机构接受门急诊治疗时,发生的医学必需的门急诊治疗费用,包括检查检验费、药品费、医生诊疗费、治疗费、救护车使用费等。

3. 恶性肿瘤特殊门诊医疗费用

被保险人因恶性肿瘤在本保险合同指定的医疗机构接受特殊门诊治疗时,发生的医学必需的治疗费用,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)的治疗费用。

若在保险期间届满时被保险人治疗恶性肿瘤仍未结束的, 保险人将继续承

担保险责任至被保险人在保险期间内初次确诊为恶性肿瘤之日起满一年（365日）止。保险期间内及保险期间届满后累计给付金额以保险金额为限；保险期间届满后经医院确诊的新患恶性肿瘤的医疗费用不在保险责任范围内。

对于上述各项保险责任，被保险人不论一次或多次在本保险合同指定的医疗机构进行治疗，保险人均应按上述约定给付各项保险金，保险人对于各项保险金的累计给付金额以本保险合同约定的保险金额为限，累计给付金额达到保险金额时，本保险合同终止。

责任免除

第七条 因下列情形之一，造成被保险人支出医疗费用的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- （二）核爆炸、核辐射或核污染；
- （三）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害等行为；
- （四）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；
- （五）被保险人主动吸食或注射毒品（见释义）；
- （六）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（见释义）期间因疾病导致的；
- （七）被保险人在本保险合同生效前所患或确诊的恶性肿瘤，但保险人在承保时已知晓并做出书面认可的不在此限；
- （八）被保险人健康体检、预防性和保健性诊疗、各种医疗咨询和医疗鉴定；
- （九）被保险人接受各种科研性、临床验证性的诊断及治疗。

第八条 被保险人支出的下列费用，保险人不承担给付保险金的责任：

- （一）由于医疗事故（见释义）引起的医疗费用；
- （二）被保险人在非本保险合同指定的医疗机构就诊发生的医疗费用；
- （三）任何职业病（见释义）、先天性畸形或染色体异常（见释义）、先天性恶性肿瘤（BRCA1/BRCA2 基因突变家族性乳腺癌、遗传性非息肉病性结直肠癌、Wilms 瘤、Li-Fraumeni 综合征）、遗传性疾病（见释义）（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-11）确定）引起的医疗费用；
- （四）营养滋补作用的中药药品费用，如：花旗参、西洋参、人参、灵芝、

阿胶、冬虫夏草、海马、十全大补膏等滋补类中药；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；用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等；

(五) 被保险人在等待期内支出的任何医疗费用。

保险金额和保险费

第九条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本保险合同的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。

第十条 本保险合同的保险费根据投保人选择的保障计划以及被保险人的风险状况（如健康状况、年龄、是否参加社会基本医疗保险或公费医疗等）而定，并在保险单中载明。

免赔额和给付标准

第十一条 本保险合同中所指免赔额均指年免赔额，指在保险期间内，应由被保险人自行承担，本保险合同不予赔付的部分。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。但通过社会基本医疗保险（见释义）和公费医疗保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。本保险合同的免赔额由投保人和保险人协商确定，并在本保险合同中载明。

计入免赔额的范围：

| 可计入免赔额的内容 | 不可计入免赔额的内容 |
|---|-------------------------|
| 被保险人从社会基本医疗保险个人账户支出的医疗费用。 | 被保险人从社会基本医疗保险统筹支付的医疗费用。 |
| 被保险人从除社会基本医疗保险和公费医疗保险以外（包括工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得的医疗费用补偿。 | 被保险人公费医疗支付的医疗费用。 |

第十二条 补偿原则和给付标准

(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（包括但不限于社会基本医疗保险、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，保险人仅对被保险人实际支付的医疗费用扣除其从其他途径已获得医疗费用补偿后的余额，按照本保险合同约定承担给付保险金责任。

（二）若被保险人以参加社会基本医疗保险或公费医疗身份投保，但在申请理赔时未从社会基本医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿的，保险人在按照本保险合同约定计算的应给付保险金基础上，再乘以60%计算给付保险金。

保险期间

第十三条 本保险合同保险期间由保险人和投保人协商确定，最长不超过一年，以保险单载明的起讫时间为准。

等待期

第十四条 等待期是指本保险合同生效后保险人不承担保险责任的一段时间，除另有约定外，投保人为被保险人首次投保本保险合同或非续保本保险合同的，自本保险合同生效之日起90日（含）内称为等待期。

如另有约定，等待期以保险单载明为准，但最长不超过180日。续保无等待期。

被保险人于本保险合同等待期内初次确诊恶性肿瘤，保险人向投保人无息返还该被保险人对应的已交纳保险费，对该被保险人的保险责任终止。

续保

第十五条 本保险合同为不保证续保。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。续保合同具体的生效日以保险人另行签发的保险单的日期为准。

保险人义务

第十六条 订立保险合同时，保险人向投保人提供的投保单应当附本格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。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。

第十七条 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。

第十八条 保险人认为保险申请人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投保人、保险金申请人（见释义）补充提供。

第十九条 保险人收到保险金申请人的给付保险金请求后,应当及时作出是否属于保险责任的核定;情形复杂的,应当在三十日内作出核定,但保险合同另有约定的除外。保险人应当将核定结果通知保险金申请人;对属于保险责任的,在与保险金申请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的义务。

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保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书,并说明理由。

第二十条 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的数额后,应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第二十一条 本保险合同保险费交纳方式由投保人和保险人在投保时约定,并在保险单中载明。

如约定一次性交纳保险费的,投保人应在保险合同成立时一次性交清保险费,**投保人未按约定交纳保险费的,本保险合同不生效。**

约定以分期付款方式交纳保险费的,需经投保人申请并经保险人同意,在保险合同中载明分期交纳的周期,投保人应按约定交纳首期保险费。**如投保人未按保险合同约定交纳首期保险费,保险合同不生效。**

如投保人未按约定日期交纳第二期或以后任何一期保险费的,保险人有权解除本保险合同,本保险合同自解除通知送达投保人时解除;在本保险合同解除前发生保险事故的,保险人按照本保险合同约定给付保险金,但需在保险金额中扣减保险期间内投保人所有未交期间的保险费,投保人已交纳的保险费与保险人扣减的保险费之和应等于本保险合同约定的保险费总额。

第二十二条 订立保险合同时,保险人就被保险人的有关情况提出询问,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,保险人有权解除本保险合同。

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责任。

第二十三条 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，均视为已发送给投保人。

第二十四条 在保险期间内，投保人需变更保险合同内容的，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，保险合同的变更自保险人出具批单之日起生效。

第二十五条 年龄的计算及年龄、性别错误的处理

（一）被保险人的投保年龄按周岁计算；

（二）投保人在投保时应将被保险人的真实年龄与性别在投保单上填明，若发生错误，保险人按照下列规定办理：

1. 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，保险人对该被保险人不承担给付保险金责任，保险人可以解除本保险合同，并向投保人退还本保险合同的最低现金价值（见释义）；

2. 投保人申报的被保险人年龄或性别不真实，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给付；

3. 投保人申报的被保险人年龄或性别不真实，导致投保人实付保险费多于应付保险费，保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

第二十六条 投保人、被保险人或者保险金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，不包括因不可抗力而导致的迟延。

保险金申请与给付

第二十七条 保险金申请人向保险人申请保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。**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。**

（一）保险金给付申请书；

（二）保险合同或其他保险凭证；

（三）保险金申请人和被保险人的有效身份证件；

（四）保险人认可的医疗机构出具的完整病历资料(包括但不限于医院出具的病历资料、医学诊断书、处方、门急诊病历、住院病历或出院小结以及相关的病理检查报告、化验检验报告、影像学报告及其他科学方法检验报告)；

（五）医疗费用原始收据、医疗费用明细清单及医疗费用分割单等；

（六）保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；

（七）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。受益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。

在保险人的理赔审核过程中，保险人有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。此外，保险人应有权在法律允许情况下要求尸检，此类检验费用由保险人承担，在拒赔的情形下，保险人将承担因投保人提供索赔要求所必须的证明、收据、信息和证据而产生的费用。

争议处理和法律适用

第二十八条 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，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单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（不含港澳台地区）人民法院起诉。

第二十九条 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（不包括港澳台地区法律）。

第三十条 保险金申请人向保险人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。

其他事项

第三十一条 在本保险合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同，**但保险人已根据本保险合同约定给付保险金的除外。**

投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险合同凭据；
- （三）保险费交付凭证；
- （四）投保人身份证明。

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书之时起，本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还本保险合同的最低现金价值。

释义

【周岁】指按法定身份证明文件中记载的出生日期为计算基础，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，应以居民身份证为准。

【乙肝病毒携带者】指乙肝表面抗原（HBsAg）阳性持续 6 个月以上，很少有肝病相关的症状与体征，肝功能基本正常的慢性乙肝病毒（HBV）感染者。

【慢性乙型肝炎患者】指乙肝病毒检测为阳性，病程超过半年或发病日期不明确而临床有慢性肝炎表现者。

【肝纤维化 1-2 期患者】1 期指有些汇管区纤维化±无纤维间隔；2 期指多数汇管区纤维化±1 条纤维间隔。

【丙肝病毒携带者】指感染了丙肝病毒、没有相应的丙肝症状和体征、ALT 正常的人群。

【慢性丙型肝炎患者】指发现抗 HCV 阳性超过 6 个月，现 HCVRNA 为阳性者。

【轻度丙肝纤维化（显著性肝纤维化）】指汇管区纤维性扩大，但无纤维间

隔形成。

【酒精性肝炎】指长期过量饮酒所致的一种肝脏疾病，其主要临床特征是恶心、呕吐、黄疸、肝脏肿大和压痛，可并发肝衰竭和上消化道出血等。

【酒精性脂肪肝】指由于长期大量饮酒导致的肝脏疾病，是酒精性肝病中的一个分型。

【非酒精性脂肪性肝病】指除外酒精和其他明确的肝损害因素所致的，以弥漫性肝细胞大泡性脂肪变为主要特征的临床病理综合征，包括单纯性脂肪性肝病以及由其演变的脂肪性肝炎和肝硬化。

【本保险合同指定的医疗机构】除另有约定外，本保险合同指定的医疗机构是指经国家卫生部门审核的二级或二级以上的综合性公立医院或专科公立医院，但不包括作为诊所、康复、联合病房、家庭病床、护理、修养或戒酒、戒毒等医疗机构。该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备并提供24小时的医疗与护理服务。

除另有约定外，保险人承担保险责任的范围不包括上述医院或医疗机构的家庭病床（房）、特需医疗、外宾医疗、国际部、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP病房，以及其他不属于社会医疗保险范畴的门诊、急诊、病房、住院部。

如另有约定，本保险合同指定的医疗机构以保险单所载为准，被保险人在指定的医疗机构就诊可享受约定的保险保障。

【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。

【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后第一次经医院确诊患有某种疾病。

【恶性肿瘤】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的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴，包含原位癌。

1. 原位癌：指恶性细胞局限于上皮内尚未穿破基底膜浸润周围正常组织的癌细胞新生物。原位癌必须经对固定活组织的组织病理学检查明确诊断。

2. 下列疾病不在保障范围内：

- (1) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- (2) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- (3) 皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；
- (4) TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌。

【确诊日期】指确诊罹患恶性肿瘤的日期。被保险人已接受恶性肿瘤切除术治疗的，以相应手术日期作为确诊日期；被保险人未经过恶性肿瘤切除术治疗的，以病理活检取材日期作为确诊日期。

【恶性肿瘤检查费用】包括 X 光费、心电图费、B 超费、脑电图费、内窥镜费、ECT 费、CT 费、核磁共振费、彩超费、活动平板费、动态心电图费、心电监护费、肺功能仪费、分子生化检查费、肿瘤标记物检查费、细针穿刺细胞学检查费、病理学检查费、骨髓或细胞学检查费以及其他合理且必要的检查费用。

【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. 由专科医生开具的处方药；
- 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。

【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**）。

【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；根据各医院或医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并病房费等其他款项内。

【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。

【床位费】指被保险人住院期间使用的医院床位的费用。

【诊疗费】指被保险人门急诊期间或住院期间发生的主诊医生或会诊医生的劳务费用，包括挂号费和医事服务费。

【检查检验费】指住院或门急诊期间实际发生的、以治疗恶性肿瘤为目的，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、ECT 费、CT 费、核磁共振费、彩超费、活动平板费、动态心电图费、心电监护费、肺功能仪费、分子生化检查费和血、尿、便常规检查费、肿瘤标记物检查费、细针穿刺细胞学检查费、病理学检查费、骨髓或细胞学检查费等。

【治疗费】以治疗疾病为目的，提供医学手段而发生的技术劳务费、医疗器械使用费及消耗的费用，包括注射费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

【化学疗法】指利用化学药物阻止癌细胞的增殖、浸润、转移，直至杀灭癌细胞的一种治疗方式。

【放射疗法】指利用放射线照射患病部位，攻击癌细胞的疗法。

【免疫疗法】指应用免疫学原理和方法，提高恶性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。

【内分泌疗法】指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。

【靶向疗法】是在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌位点来设计相应的治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其它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。靶向治疗的药物需通过国家或地区监管部门审批并获得上市许可。

【药品费】指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处方药品的费用，包含治疗恶性肿瘤过程中使用的抗呕吐药物、抗排斥药物等。

【抗呕吐药物】：治疗恶性肿瘤过程中因化疗或放疗出现呕吐的药物。

【抗排斥药物】因患恶性肿瘤而进行器官移植，骨髓移植或干细胞移植之后，使用免疫抑制剂抑制机体免疫反应，此类抑制免疫排斥药物称为抗排斥药物。

【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。**

【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。**

【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。

【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。

在人体血液或其它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。

【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及常规，过失造成患者人身损害的事故。

【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上，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。

【先天性畸形或染色体异常】指被保险人出生时就具有的畸形或染色体异常。先天性畸形或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。

【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。

【社会基本医疗保险】本保险合同所称社会基本医疗保险包括新农合、城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、医疗救助等政府举办的基本医疗保障项目以及城镇职工大病保险、城乡居民大病保险等保障项目。

【保险事故】指保险合同约定的保险责任范围内的事故。

【保险金申请人】本保险合同保险金申请人是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。

【最低现金价值】

(1) 等待期内退保的，最低现金价值=投保人已交纳保险费。

(2) 等待期后退保的，若保险费为一次性支付的：

最低现金价值=净保费 \times (1-m/n)，其中，m为已生效天数，n为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。净保费=投保人已交纳保险费 \times (1-费用比例)，除另有约定外，费用比例为15%。

(3) 等待期后退保的，若保险费为分期支付的：

最低现金价值=当月净保费 \times (1-m/n)，其中，m为当月已生效天数，n为当月的总天数，经过日期不足一日的按一日计算。当月净保费=投保人已交纳当月保险费 \times (1-费用比例)，除另有约定外，费用比例为15%。