

华泰财险新特药械医疗费用保险（互联网专属）条款

阅 读 指 引

本阅读指引有助于您理解条款，对本合同内容的解释以条款为准。



您拥有的重要权益

- ❖ 本合同提供的保障在保险责任条款中列明2. 5
- ❖ 您有退保的权利5. 2



您应当特别注意的事项

- ❖ 本合同有等待期的约定，请您注意2. 3
- ❖ 本合同有责任免除条款，请您注意2. 6
- ❖ 保险事故发生后，请及时通知我们3. 2
- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策5. 2
- ❖ 您有如实告知的义务6. 1
- ❖ 本合同对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请您注意7



保险条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本保险条款。



条款目录(不含三级目录)

1. 您与我们订立的合同	5. 2 合同的解除	7. 13 既往症
1. 1 合同构成	6. 其他需要关注的事项	7. 14 组织病理学检查
1. 2 合同成立与生效	6. 1 明确说明与如实告知	7. 15 ICD-10
1. 3 被保险人	6. 2 我们合同解除权的限制	7. 16 ICD-O-3
1. 4 投保人	6. 3 年龄错误	7. 17 TNM 分期
2. 我们提供的保障	6. 4 联系方式变更	7. 18 实体瘤治疗疗效评价标准 (RECIST 评价标准)
2. 1 保险金额	6. 5 合同内容变更	7. 19 毒品
2. 2 保险期间	6. 6 职业或工种的变更	7. 20 感染艾滋病病毒或患艾滋病
2. 3 等待期	6. 7 争议处理	7. 21 职业病
2. 4 不保证续保	6. 8 法律适用	7. 22 遗传性疾病
2. 5 保险责任	7. 释义	7. 23 未到期保险费
2. 6 责任免除	7. 1 周岁	7. 24 有效身份证件
2. 7 免赔额（率）	7. 2 恶性肿瘤	7. 25 社保目录外药械费用
2. 8 补偿原则和赔付标准	7. 3 医院	7. 26 社保目录内药械费用
3. 保险金的申请	7. 4 初次确诊	7. 27 床位费
3. 1 受益人	7. 5 专科医生	7. 28 膳食费
3. 2 保险事故通知	7. 6 合理且必须的新特药靶向治 疗药品费用	7. 29 护理费
3. 3 保险金申请	7. 7 恶性肿瘤新特药靶向治疗	7. 30 检查检验费
3. 4 保险金给付	7. 8 我们认可的社会药房	7. 31 治疗费
3. 5 诉讼时效	7. 9 我们指定的药品清单	7. 32 手术费
4. 保险费的支付	7. 10 我们指定的第三方服务商	7. 33 药械费
4. 1 保险费的支付	7. 11 我们指定或认可的慈善机构	
5. 合同的终止、解除	7. 12 购药凭证	
5. 1 合同的自动终止		

华泰财险新特药械医疗费用保险（互联网专属）条款

“华泰财险新特药械医疗费用保险”简称“新特药械险”。在本保险条款中，“您”指投保人，“我们”指华泰财产保险有限公司，“本合同”指您与我们之间订立的“华泰财险新特药械医疗费用保险（互联网专属）条款”。

1. 您与我们订立的合同

- | | | |
|-----|---------|--|
| 1.1 | 合同构成 | 本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、保险单及其他保险凭证、投保单及其他投保文件、合法有效的声明、批注、批单及其他您与我们共同认可的书面协议。 |
| 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。
合同生效日期在保险单上载明。 |
| 1.3 | 被保险人 | 本合同接受的初次投保年龄范围为出生满 30 天（含）至 60 周岁（含）。
被保险人应当为身体健康，能正常工作、正常生活的自然人。 |
| 1.4 | 投保人 | 您作为本合同的投保人，应为中华人民共和国境内（不含港澳台地区）具有完全民事行为能力的被保险人本人或对被保险人具有保险利益的具有完全民事行为能力的其他人。 |

2. 我们提供的保障

- | | | |
|-----|-------|--|
| 2.1 | 保险金额 | 保险金额是我们承担赔偿责任或给付保险金责任的最高限额。本合同的保险金额由您在投保时与我们约定，并在保险单中载明。
保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。
我们对被保险人在保险期间内的所有赔偿金额不超过本合同保险单载明的年度保险金额。 |
| 2.2 | 保险期间 | 本合同的保险期间为一年，保险期间在保险单上载明。 |
| 2.3 | 等待期 | 等待期是指自保险期间起始日起我们不承担保险责任的一段时间。具体天数由我们和您在投保时约定并在保险单上载明。
在等待期内发生疾病导致保险事故的，我们不承担给付保险金的责任，将无息退还您实际交纳的保险费，同时相应保险责任终止。
您在本合同保险期间届满前重新为被保险人向我们申请投保本产品而获得新的保险合同的无等待期。 |
| 2.4 | 不保证续保 | 本合同为不保证续保合同。
本产品的保险期间为一年。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。 |
| 2.5 | 保险责任 | 在本合同保险期间内，且本合同有效的前提下，我们按以下约定承担保险责任：
本合同的保险责任包含“院外新特药靶向治疗药品费用保险金”、“特种进口药品费用保险金”、“人工心脏费用保险金”三项责任，您可以选择投保至少一项或多项责任。所投保的保险责任一经确定，在本合同保险期间内不得变更。 |

2.5.1 院外新特药靶向
治疗药品费用保
险金

在本合同保险期间内，且本合同有效的前提下，被保险人在等待期届满后，经医院具有合法资质的**专科医生初次确诊**患有本合同约定的《国内特定药品及适用疾病清单》（以下简称“特定药品及疾病清单”）中所列疾病，被保险人遵**专科医生医嘱**或处方在**我们认可的社会药房**购买治疗该疾病发生的合理且必须的“特定药品及疾病清单”中的新特药靶向治疗的药品费用（须按照保险单载明的购药申请、药品处方审核、药品自取、送药上门服务及援助赠药申请流程进行），在保险单载明的约定的治疗期间内，我们按照本合同的约定给付院外新特药靶向治疗药品费用保险金。

“特定药品及疾病清单”、**我们认可的社会药房**范围及给付比例由您和我们双方协商确定，并在保险单中载明。

被保险人每次的新特药的取药量不能超过 30 天（1 个月）用量（或者保险单载明的特别约定购药数量）。

如果在本合同约定的保险期间届满之日，被保险人新特药靶向治疗仍未结束的，除另有约定外，我们继续承担赔偿院外新特药靶向治疗药品费用保险金的责任，并以**初次确诊**患有“特定药品及疾病清单”中所列疾病之日起一定时期为限。具体期限由您和我们协商确定并在保险单中载明。

被保险人申请索赔的新特药如果有慈善赠药援助用药项目的，必须按保险单约定的援助赠药申请流程进行慈善援助用药申请。

若被保险人用药时长符合**我们指定或认可的慈善机构**援助项目申请条件，我们将通知被保险人并安排我们指定的第三方服务商协助被保险人进行申请材料准备，被保险人须提供申请援助项目合理且必须的材料。援助项目经**我们指定或认可的慈善机构**审核通过后，被保险人须到援助项目指定的药房领取援助药品；若被保险人未通过援助项目审核，我们须按照上述约定给付院外新特药靶向治疗药品费用保险金。

若被保险人通过援助用药申请可以使用慈善赠药治疗但因被保险人原因未领取援助药品或坚持自付费购药的，视为被保险人自愿放弃本合同项下适用的保险权益，我们不承担赔偿院外新特药靶向治疗药品费用保险金的责任。

2.5.2 特种进口药品费
用保险金

在本合同保险期间内，且本合同有效的前提下，被保险人在等待期届满后，经医院具有合法资质的**专科医生初次确诊**患有本合同约定的《特种进口药品及适用疾病清单》（以下简称“进口药品及疾病清单”）中所列疾病，并在本合同约定的特定医院接受该疾病特种进口药品靶向治疗的，对于治疗该疾病的处方中的满足特种进口药品使用条件的特种进口药品费用，保险人按照本合同的约定给付特种进口药品费用保险金。

“进口药品及疾病清单”、特定医院范围及给付比例由您和我们双方协商确定，并在保险单中载明。

如果在本合同约定的保险期间届满之日，被保险人仍未结束特种进口药品靶向治疗的，除另有约定外，我们继续承担赔偿特种进口药品费用保险金的责任，并以**初次确诊**患有“进口药品及疾病清单”中所列疾病之日起一定时期为限。具体期限由您和我们协商确定并在保险单中载明。

特种进口药品使用条件：

我们承担保险责任的特种进口药品费用需满足以下全部条件：

- (1) 特种进口药品处方是由本合同约定的特定医院**专科医生**开具的；
- (2) 药品处方中所列明的药品属于“进口药品及疾病清单”中所列药品且药品适用于对应疾病；
- (3) 被保险人需提出特种进口药品用药申请，并经特定医院审核通过；
- (4) 药品处方中所列明的药品须经相关监管部门审核通过并获得进口许可。

对不符合上述任一条件的特种进口药品的费用，我们不承担给付特种进口药品费用保险金的责任。

被保险人申请索赔的特种进口药品如果有慈善赠药援助用药项目的，必须按保险单约定的援助赠药申请流程进行慈善援助用药申请。

若被保险人用药时长符合**我们指定或认可的慈善机构**援助项目申请条件，我们将通知被保险人并安排我们指定的第三方服务商协助被保险人进行申请材料准备，被保险人须提供申请援助项目合理且必须的材料。援助项目经**我们指定或认可的慈善机构**审核通过后，被保险人必须到援助项目指定的药房领取援助药品；若被保险人未通过援助项目审核，我们须按照上述约定给付特种进口药品费用保险金。

若被保险人通过援助用药申请可以使用慈善赠药治疗但因被保险人原因未领取援助药品或坚持自付费购药的，视为被保险人自愿放弃本合同项下适用的保险权益，我们不承担赔偿特种进口药品费用保险金的责任。

2.5.3 人工心脏费用保险金

在本合同保险期间内，且本合同有效的前提下，被保险人因意外伤害事故或在等待期届满后经**医院专科医生初次确诊**患有心脏相关疾病且符合本合同约定的人工心脏手术适应症，经我们指定医院**专科医生**诊断必须使用我们约定的人工心脏的，我们对被保险人在该医院实际发生的合理且必须的人工心脏医疗器械费用给付特定心脏手术医疗器械费用保险金。

我们指定医院、我们约定的人工心脏、人工心脏手术适应症及给付比例由您和我们双方协商确定，并在保险单中载明。

2.6 责任免除

存在下列情形或者因下列情形之一，直接或间接导致被保险人接受治疗的，我们不承担医疗保险金给付责任：

- (1) 被保险人故意或因重大过失在投保时未如实告知的情形；
- (2) 被保险人在本合同生效之日前所患的既往症；
- (3) 被保险人在本合同生效前或者等待期内患有本合同保障的疾病或接受检查或治疗，在等待期内或等待期届满后确诊的与本合同保险责任一致的疾病；
- (4) 在本合同保险期间门诊或住院检查，在本合同的保险期间届满后确诊患有与本合同保险责任一致的疾病；
- (5) 被保险人购买使用的药品或器械超过其使用说明书的适应症（包括被保险人患有的恶性肿瘤类型或其基因靶点检测结果不符合使用该药物的要求）；
- (6) 被保险人使用新特药或特种进口药品按照实体瘤治疗疗效评价标准（RECIST 评价标准）诊断被保险人恶性肿瘤有进展对该药物已耐药；
- (7) 被保险人购买药品或器械无专科医生的医嘱或处方；
- (8) 被保险人醉酒，服用、吸食或注射毒品或服用影响行为能力的相关药品或受管制药品；
- (9) 被保险人精神错乱或精神失常；
- (10) 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
- (11) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；
- (12) 被保险人患有任何职业病、先天性癌症（BRCA1/BRCA2 基因突变家族性乳腺癌，遗传性非息肉病性结直肠癌，肾母细胞瘤即 Wilms 瘤，李-佛美尼综合症即 Li-Fraumeni 综合症）、遗传性疾病、先天性畸形或缺陷、变形或染色体异常、特定传染病、地方病、精神和行为障碍、心理疾病、性病（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）引起的医疗费用；
- (13) 任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
- (14) 战争（无论宣战与否）、内战、军事行动、恐怖袭击、暴乱、绑架或其他类似的武装叛乱。

对下列费用，我们不承担赔偿责任：

- (1) 除我们指定的新特药、特种进口药品或人工心脏医疗器械外的任何费用，如床位费、膳食费、护理费、诊疗费、检查检验费、治疗费、手术费、非靶向药物的药品费、非人工心脏医疗器械外的手术器械费用等；
- (2) 被保险人未在我们指定医院、我们认可的社会药房、特定医院产生的任何费用；
- (3) 被保险人用于购买不符合相关法律法规或监管规定的要求，或不具备中华人民共和国药品监督管理部门等相关管理部门要求具备、符合的资质的药品或器械而产生的费用；

(4) 被保险人购买使用的药品或器械不在保险单载明的**我们指定的药品清单**或我们约定的人工心脏范围内而产生的费用；

(5) 被保险人医院外购药时未按照保险单载明的流程提交购药申请或者申请审核未通过，自行购药而产生的费用；

(6) 被保险人医院外购药时的药品处方审核未通过，自行购药而产生的费用；

(7) 被保险人用药时长符合援助用药项目申请条件，但因被保险人未提交相关申请或者提交的申请材料不全，导致援助项目申请未通过而发生的药品费用；

(8) 被保险人通过援助用药申请但因被保险人原因未领取援助药品或坚持自付费购药的，其自付费购药产生的费用。

若由于本合同中**责任免除情形**导致被保险人身故或患有本合同约定的疾病需要治疗的，我们对被保险人在本合同项下的保险责任终止，除法律规定不退还保险费的情形外，我们退还相应的**未到期保险费**。

2.7 免赔额（率）

本合同中所指免赔额（率）均为年免赔额（率），指一个保单年度内，应由被保险人自行承担，本合同不予赔付的部分。本合同的年度免赔额（率）由您和我们在投保时协商确定，并在保险单中载明。

以下补偿可以抵扣年免赔额：

(1) 被保险人从其它商业性费用补偿型医疗保险获得的医疗费用补偿；

(2) 除基本医疗保险和公费医疗保障以外，被保险人从其他途径获得的医疗费用补偿；

注：被保险人通过基本医疗保险和公费医疗保障获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

2.8 补偿原则和赔付标准

本合同适用**医疗费用补偿原则**。医疗保险金包括**社保目录外药械费用**保险金及**社保目录内药械费用**保险金两种（以购药时药品属于社保目录内或社保目录外为标准）。我们按如下约定给付医疗保险金：

(1) 若被保险人以未参加社会医疗保险或公费医疗身份投保，未从社会医疗保险、公费医疗、除本合同之外的商业性费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构获得医疗费用补偿，我们按如下公式根据本合同的约定给付医疗保险金：

①**社保目录外药械费用**保险金=（被保险人实际支出的符合本合同相关约定的医疗费用-免赔额）×社保目录外药械赔付比例

②**社保目录内药械费用**保险金=（被保险人实际支出的符合本合同相关约定的医疗费用-免赔额）×以非社保/公费医疗身份投保的社保目录内药械赔付比例

(2) 若被保险人以参加社会医疗保险或公费医疗身份投保，已从社会医疗保险、公费医疗、除本合同之外的商业性费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构获得医疗费用补偿（以下简称已获得的医疗费用补偿），我们按如下公式根据本合同的约定给付医疗保险金：

①**社保目录外药械费用**保险金=（被保险人实际支出的符合本合同相关约

定的医疗费用-免赔额) × 社保目录外药械赔付比例

②**社保目录内药械费用**保险金= (被保险人实际支出的符合本合同相关约定的医疗费用-已获得的医疗费用补偿-免赔额) × 经社保/公费医疗报销的**社保目录内药械**赔付比例

(3) 社保卡的个人账户支出部分视为个人支付, 不属于已获得的医疗费用补偿。

(4) 若被保险人以参加社会医疗保险或公费医疗身份参保, 但未以参加社会医疗保险身份就诊并结算或结算金额为 0 的, 我们按如下公式根据本合同的约定给付医疗保险金:

①**社保目录外药械费用**保险金= (被保险人实际支出的符合本合同相关约定的医疗费用-免赔额) × 社保目录外药械赔付比例

②**社保目录内药械费用**保险金= (被保险人实际支出的符合本合同相关约定的医疗费用-免赔额) × 未经社保/公费医疗报销的**社保目录内药械**赔付比例。

此 2.8 项下的各赔付比例由您在投保时与我们协商确定, 并在保险单中载明。

3. 保险金的申请

3.1	受益人	除另有指定外, 本合同保险金的受益人为被保险人本人。
3.2	保险事故通知	您、被保险人或受益人知道保险事故发生后, 应当及时通知我们, 并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。 如果您、被保险人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的除外。
3.3	保险金申请	保险金申请人向我们申请给付保险金时, 应提供如下材料:
3.3.1	通用理赔材料	(1) 保险金给付申请书; (2) 保险合同; (3) 被保险人及申请人的有效身份证件; (4) 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、化验检查报告、医疗费用发票原件、费用明细清单等; (5) 申请人所能提供的其他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; (6) 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; (7) 若保险金申请人为被保险人的监护人时, 还需提供能够证明监护关系的证明文件; (8) 被保险人继承人作为保险金申请人索赔时, 需提供能够证明继承关系的有效证明文件材料。对于继承权或继承份额有争议的, 继承人还需提供已生效的法院判决或仲裁裁决。 保险金申请人未能提供有关材料, 导致我们无法核实该申请的真实性的,

我们对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

在我们的理赔审核过程中，基于理赔的需要，我们有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。此类检验费用由我们承担。

3.3.2 特殊理赔材料及流程

(1) 特殊理赔材料：

- ①服务知情同意书；
- ②理赔授权委托书；（仅限于被保险人产生的药械费用由我们指定的第三方服务商垫付药械费用时使用）
- ③药械协助购买服务完成确认书；
- ④我们、我们指定的第三方服务商与被保险人依法签订的其他协议、法律文件；
- ⑤药械处方、药械发票、药械清单。

(2) 院外新特药和特种进口药品的处方审核及购药流程：

被保险人在符合本合同 2.5.1 约定保险责任内，须按照以下流程进行购药申请、药品处方审核、药品自取、送药上门服务及援助赠药申请：

① 购药申请：

在我们认可的社会药房（以《网络药房列表》形式在保险单中载明）购买保险单中载明的我们指定的药品清单中的药品，必须先进行购药申请。被保险人作为申请人向我们提交新特药药品购药申请，并按照我们的要求提交相关申请材料，主要包括与被保险人相关的个人信息、我们指定医院具有合法资质的专科医生初次确诊患有我们约定的疾病的诊断证明（包含确诊日期）、与诊断证明相关的检查检验报告、药品处方及其他所需要的医学材料。

如果申请人未提交购药申请或者申请审核未通过，我们不承担赔偿保险金的责任。

② 药品处方审核（处方审核时效在保险单中载明）

在我们认可的社会药房（以《网络药房列表》形式在保险单中载明）购买保险单中载明的我们指定的药品清单中的药品，必须先进行药品处方审核。我们安排我们指定的第三方服务商（具体服务商在保险单中载明）进行药品处方审核。在药品处方审核中，申请人提交的与被保险人相关的医学材料，不足以支持药品处方审核要求的，或者上述医学材料中相关的检查检验报告结果，不支持药品处方开具的，我们有权要求被保险人补充其他与药品处方审核相关的医学材料。

如果申请人的药品处方未经我们指定的第三方服务商及我们审核通过，我们不承担赔偿院外新特药靶向治疗药品费用保险金或特种进口药品费用保险金的责任。

③ 药品自取、送药上门服务

送药上门服务仅限在我们认可的社会药房购买我们指定的药品清单中的药品。

药品处方经我们指定的第三方服务商审核通过后，申请人必须从我们认可的社会药房（以《网络药房列表》形式在保险单中载明）中选定购药药房，经我们指定的第三方服务商提供购药凭证后，申请人必须在购药凭证生成后的 30 日（含）内完成到店自取或送药上门服务预约，取药时

需提供药品处方、**购药凭证**、被保险人的**有效身份证件**。**每次取药量不能超过 30 天（1 个月）用量（或者保险单载明的特别约定购药数量）。**

④援助用药申请

被保险人申请索赔的新特药如果在保险单载明的**我们指定的药品清单**中有慈善赠药援助用药项目的，必须按保险单约定的援助赠药申请流程进行慈善援助用药申请。

若被保险人用药时长符合**我们指定或认可的慈善机构**援助项目申请条件，我们将通知被保险人并安排**我们指定的第三方服务商**协助被保险人进行申请材料准备，被保险人须提供申请援助项目合理且必须的材料。援助项目经**我们指定或认可的慈善机构**审核通过后，被保险人须到援助项目指定的药房领取援助药品；若被保险人未通过援助项目审核，被保险人须按照上述第②条药品处方审核的约定重新进行药品处方审核。

若被保险人通过援助用药申请可以使用慈善赠药治疗但因被保险人原因未领取援助药品或坚持自付费购药的，视为被保险人自愿放弃本合同项下适用的保险权益，我们不承担给付保险金的责任。

⑤费用结算

申请人可选择自付药品费用也可选择由**我们认可的社会药房**（以《网络药房列表》形式在保险单中载明）垫付药品费用。申请人自付药品费用的，由被保险人按照正常保险金申请理赔流程向我们申请赔付。申请人选择由**我们认可的社会药房**（以《网络药房列表》形式在保险单中载明）垫付药品费用的，我们与该药房直接结算药品费用。

对于我们已经与**我们认可的社会药房**（以《网络药房列表》形式在保险单中载明）直接结算的药品费用，视为我们已承担给付保险金责任。

3.4 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，会及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定，但保险合同另有约定的除外。

对属于保险责任的，我们在与被保险人或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。保险合同对给付保险金的期限有约定的，我们应当按照约定履行给付保险金义务。

对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起 1 个工作日内向被保险人或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。

3.5 诉讼时效

申请人向我们请求给付保险金的诉讼时效依据中华人民共和国（**不含港澳台地区**）相关法律规定处理。

4. 保险费的支付

4.1 保险费的支付

本合同保险费根据投保年龄、有无社保和所选保障计划等确定。您须按合同约定支付保险费。本合同保险费支付方式由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。

若您选择一次性支付保险费的，您应当在本合同成立时一次性缴清保险

费。您若未按约定足额交纳保险费，本合同不生效，对本合同生效之日前发生的保险事故，我们不承担相应的保险责任。

若您选择分月支付保险费的，您应当在每个保险费约定支付日交纳各月对应的保险费。如您未在投保时支付首月保险费的，本合同不生效。对本合同生效之日前发生的保险事故，我们不承担保险责任。

您支付首月保险费后，如您未按照本合同约定的付款期限足额缴付后续当月保险费，且超过本合同约定的付款宽限期（具体宽限期在保险单中载明）仍未足额补缴当月保险费的，则本合同自动终止。

若您未按照约定支付分月保费，且本合同终止前发生保险事故的，我们扣减欠缴的保险费后按照本合同约定承担保险责任；对于本合同终止后发生的保险事故，我们不承担保险责任。

5. 合同的终止、解除

5.1 合同的自动终止 发生下列情形时，本合同自动终止：

- （1）保险合同期满；
- （2）被保险人死亡；
- （3）被保险人不再满足本合同的投保资格要求，但被保险人在保险期间起始日满足年龄资格要求的，在保险期间内保险责任不因其年龄的改变而自动终止；
- （4）法律法规规定或本合同约定的其他导致本合同效力终止的情形。

5.2 合同的解除 在本合同成立后，您可以书面形式通知我们解除合同，但我们已根据本合同约定给付保险金的除外。

您解除本合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （1）保险合同解除申请书；
- （2）保险合同；
- （3）您的有效身份证件。

您要求解除本合同，自我们收到保险合同解除申请书之时起，本合同的效力终止。我们收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还未到期保险费。

6. 其他需要关注的事项

6.1 明确说明与如实告知 订立本合同时，我们应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。

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。

如果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者提高保险费率的，我们有权解除本合同。

如果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。

如果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，但应当退还保险费。 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。
6.2	我们合同解除权的限制	本保险条款“6.1 明确说明与如实告知”规定的合同解除权，自我们知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。
6.3	年龄错误	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，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合同约定投保年龄限制的，我们有权解除合同，并向您退还本合同保险单的未满期保险费。我们行使合同解除权适用本保险条款“6.2 我们合同解除权的限制”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。若在补足保险费之前已经发生保险事故，我们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，我们会将多收的保险费无息退还给您。
6.4	联系方式变更	为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。若您未以书面形式或双方认可的其他形式通知我们，我们按本合同载明的最后住所、通讯地址或电话等联系方式发送的有关通知，均视为已送达给您。
6.5	合同内容变更	在本合同有效期内，经您与我们协商一致，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，应当由我们在保险单上批注或者附贴批单，或者由您与我们订立书面的变更协议。 您通过我们同意或认可的互网站渠道（包括但不限于网站、APP、微信公众号等）提交的合同变更申请，视为您的书面申请，并与书面申请文件具有同等法律效力，我们审核通过，且自我们审核通过的相关通知到达您之日起，变更协议成立并生效。
6.6	职业或工种的变更	被保险人变更其职业或工种时，您或被保险人应于三十日内以书面形式通知我们。若被保险人所变更的职业或者工种依照我们职业分类在拒保范围内的，我们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，并按日计算退还未满期保险费，本合同终止。变更之日后发生保险事故的，我们不承担给付保险金的责任。 被保险人所变更的职业或工种依照我们职业分类在承保范围内的，依照我们职业分类其危险程度增加而未依前项约定通知而发生保险事故的，我们按其原收保险费与应收保险费的比例计算并给付保险金。

6.7	争议处理	本合同履行过程中，双方发生争议时，可以从下列两种方式中选择一种争议处理方式： (1) 因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，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，由双方协商解决，协商不成的，依法向有管辖权的人民法院起诉。
6.8	法律适用	与本合同有关的以及履行本合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不含港澳台地区）。

7. 释义

7.1	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。
-----	----	--

7.2 恶性肿瘤

包含恶性肿瘤-重度和恶性肿瘤-轻度。

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，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。

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：

a. TNM 分期为 I 期的甲状腺癌；

b. TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期的前列腺癌；

c. 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；

d. 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

e. 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

f. 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。

7.3	医院	是指经中华人民共和国境内（不含港、澳、台地区）卫生部门审核认定的二级或以上的公立医院或我们认可的医疗机构，且仅限于上述医疗机构的普通部，不包括如下机构或医疗服务： （1）特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP部、联合医院； （2）诊所、康复中心、家庭病床、护理机构； （3）休养、戒酒、戒毒中心。 该医疗机构必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。
7.4	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，而不是指自本合同生效之日起第一次经医院确诊患有某种疾病。恶性肿瘤确诊之日为手术病理取材或病理活检取材日期，未经手术治疗但后续行放射性疗法或化学药物性疗法的，以首次放疗或化疗日期为恶性肿瘤确诊日期。
7.5	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。
7.6	合理且必须新特药靶向治疗药品费用	（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。 ⑥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。

7.7	新特药靶向治疗	包括靶向药物治疗和靶向免疫检查点抑制剂治疗。 靶向药物：靶向药物（targeted medicine）是目前最先进的用于治疗癌症的药物，它通过与癌症发生、肿瘤生长所必需的特定分子靶点的作用来阻止癌细胞的生长。靶向药物是随着当代分子生物学、细胞生物学的发展产生的高科技药物。 靶向药物与常规化疗药物最大的不同在于其作用机理：常规化疗药物通过对细胞的毒害发挥作用，由于不能准确识别肿瘤细胞，因此在杀灭肿瘤细胞的同时也会殃及正常细胞，所以产生了较大的毒副作用。而靶向药物是针对肿瘤基因开发的，它能够识别肿瘤细胞上由肿瘤细胞特有的基因所决定的特征性位点，通过与之结合（或类似的其他机制），阻断肿瘤细胞内控制细胞生长、增殖的信号传导通路，从而杀灭肿瘤细胞、阻止其增殖。由于这样的特点，靶向药物不仅效果好，而且副作用要比常规的化疗方法小得多。 靶向免疫检查点抑制剂：靶向免疫检查点治疗的基本原理是采用共抑制分子（或配体）的单克隆抗体来阻断信号，从而活化 T 细胞，增强其杀伤肿瘤细胞的能力，是一种新的治疗恶性肿瘤的方法。目前临床上最常用的免疫检查点抑制剂有：1）细胞毒 T 淋巴细胞相关抗原 4（cytotoxic T lymphocyte-associated antigen-4, CTLA-4）；2）程序性死亡受体 1（programmed cell death protein 1, PD-1）；3）程序性死亡配体 1（programmed death-ligand 1, PD-L1）抗体。
7.8	我们认可的社会药房	经我们审核认可，能够满足下列全部条件，为被保险人提供药品处方审核、购药或配送服务的药房，具体以保险单载明的《网络药房列表》为准。 （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） 该药房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、由大型医药公司经营的全国性连锁药房。
7.9	我们指定的药品清单	我们在承保时与您约定的属于保险责任的符合保险计划表约定的各保障计划的药品清单, 药品清单会在保险单中载明。
7.10	我们指定的第三方服务商	我们授权的为被保险人提供处方审核及药事服务的机构。
7.11	我们指定或认可的慈善机构	指依法成立、符合《中华人民共和国慈善法》规定，以面向社会开展慈善活动为宗旨的非营利性组织机构。慈善机构可以采取基金会、社会团体、社会服务机构等组织形式。
7.12	购药凭证	保险理赔审核通过后，第三方服务商通过平台派发给被保险人的可用于在第三方服务商合作药房领取保险赔付药品的凭证。

7.13	既往症	指在本合同生效前患有的被保险人已知或应该知道的有关疾病。通常有以下情况： (1) 本合同生效前，医生已有诊断，长期治疗未间断； (2) 本合同生效前，医生已有诊断，但未接受任何治疗； (3) 本合同生效前，医生已有诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况； (4) 本合同生效前，医生已有诊断，且达到临床症状缓解或临床治愈标准； (5) 本合同生效前，未确诊或治疗，但医生建议进一步检查、治疗或随访的。
7.14	组织病理学检查	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。
7.15	ICD-10	《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。
7.16	ICD-O-3	《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-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-O-3 不一致的情况，以 ICD-O-3 为准。
7.17	TNM 分期	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。
7.18	实体瘤治疗疗效评价标准 (RECIST 评价标准) (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors, RECIST)	(1) 肿瘤病灶的测量： ①肿瘤病灶基线分为可测量病灶（至少有一个可测量病灶）：用常规技术，病灶直径长度 ≥20mm 或螺旋 CT ≥10mm 的可以精确测量的病灶。不可测量病灶：所有其它病变（包括小病灶即常规技术长径<20mm 或螺旋 CT <10mm）包括骨病灶、脑膜病变、腹水、胸水、心包积液、炎症乳腺癌、皮肤或肺的癌性淋巴管炎、影像学不能确诊和随诊的腹部肿块和囊性病灶。 ②测量方法 基线和随诊应用同样的技术和方法评估病灶。1) 临床表浅病灶如可扪及的淋巴结或皮肤结节可作为可测量病灶，皮肤病灶应用有标尺大小的彩色照片。2) 胸部 X 片：有清晰明确的病灶可作为可测量病灶，但最好用 CT 扫描。3) CT 和 MRI：对于判断可测量的目标病灶评价疗效，CT 和 MRI 是目前最好的并可重复随诊的方法。对于胸、腹和盆腔，CT 和 MRI 用 10mm

或更薄的层面扫描，螺旋 CT 用 5mm 层面连续扫描，而头颈部及特殊部位要用特殊的方案。4) 超声检查：当研究的 End point 是客观肿瘤疗效时，超声波不能用于测量肿瘤病灶，仅可用于测量表浅可扪及的淋巴结、皮下结节和甲状腺结节，亦可用于确认临床查体后浅表病灶的完全消失。5) 内窥镜和腹腔镜：作为客观肿瘤疗效评价至今尚未广泛充分的应用，仅在有关争议的病灶或有明确验证目的高水平的研究中心中应用。这种方法取得的活检标本可证实病理组织上的 CR。6) 肿瘤标志物：不能单独应用判断疗效。但治疗前肿瘤标志物高于正常水平时，临床评价 CR 时，所有的标志物需恢复正常。疾病进展的要求是肿瘤标志物的增加必须伴有可见病灶进展。7) 细胞学和病理组织学：在少数病例，细胞学和病理组织学可用于鉴别 CR 和 PR，区分治疗后的良性病变还是残存的恶性病变。治疗中出现的任何渗出，需细胞学区别肿瘤的缓解、稳定及进展。

(2) 肿瘤缓解的评价

① 肿瘤病灶基线的评价

要确立基线的全部肿瘤负荷，对此在其后的测量中进行比较，可测量的目标病灶至少有一个，如是有限的孤立的病灶需组织病理学证实。1) 可测量的目标病灶：应代表所有累及的器官，每个脏器最多 5 个病灶，全部病灶总数最多 10 个作为目标病灶，并在基线时测量并记录。目标病灶应根据病灶长径大小和可准确重复测量性来选择。所有目标病灶的长度总和，作为有效缓解记录的参考基线。2) 非目标病灶：所有其它病灶应作为非目标病灶并在基线上记录，不需测量的病灶在随诊期间要注意其存在或消失。

② 缓解的标准

目标病灶的评价

CR：所有目标病灶消失。

PR：基线病灶长径总和缩小 $\geq 30\%$ 。

SD：基线病灶长径总和未缩小但未达 PR 或有增加但未达 PD。

PD：基线病灶长径总和增加 $\geq 20\%$ 或出现新病灶。

非目标病灶的评价

CR：所有非目标病灶消失和肿瘤标志物水平正常。

PD：出现一个或多个新病灶或/和存在非目标病灶进展。

SD：一个或多个非目标病灶和/或肿瘤标志物高于正常持续存在。

(3) 总的疗效评价（见表 1）

① 最佳缓解评估

最佳缓解评估是指治疗开始后最小的测量记录直到疾病进展/复发（最小测量记录作为进展的参考）；虽然没有 PD 证据，但因全身情况恶化而停止治疗者应为“症状恶化”并在停止治疗后详细记录肿瘤客观进展情况。要明确早期进展、早期死亡及不能评价的病人。在某些情况下，很难辨别残存肿瘤病灶和正常组织，评价 CR 时，在 4 周后确认前，应使用细针穿刺或活检检查残存病灶。

②肿瘤重新评价的频率

肿瘤重新评价的频率决定于治疗方案，实际上治疗的获益时间是不清楚的，每2周期(6~8周)的重新评价是合理的，在特殊的情况下应调整为更短或更长的时间。治疗结束后，需重新评价肿瘤决定于临床试验的 end points，是缓解率还是到出现事件时间(Time to event、TTE)即到进展/死亡时间(Time to progression、TTP/Time to death、TTD)如为 TTP/TTD 那需要常规重复的评估，二次评估间隔时间没有严格的规定。

③确认

客观疗效确认的目的是避免 RR 的偏高，CR、PR 肿瘤测量的变化必须反复判断证实，必须在首次评价至少4周后复核确认，由试验方案决定的更长时间的确认同样也是合适的。SD 病人在治疗后最少间隔6~8周，病灶测量至少有一次SD。对于以无进展生存(Progression-free survival、PFS)和总生存 (Overall survival、OS)为 end points 的临床研究并不需要反复的确证肿瘤大小的变化。

④缓解期

是从首次测量 CR 或 PR 时直到首次疾病复发或进展时。

⑤稳定期

是从治疗开始到疾病进展的时间，SD 期与临床的相关性因不同的肿瘤类型、不同的分化程度而变化。

缓解期、稳定期以及 PFS 受基线评价后随诊频率的影响，由于受到疾病的类型、分期、治疗周期及临床实践等多种因素的影响，至今尚不能确定基本的随诊频率，这在一定程度上影响了试验 end points 的准确度。

⑥PFS/TTP

在一些情况下（如脑肿瘤或非细胞毒药物的研究）PFS/TTP 可考虑为作为研究的 end points，尤其是非细胞毒作用机制的生物药物的初步评估。

⑦独立的专家委员会

对于 CR、PR 是主要的研究 end points，强调所有缓解都必须被研究外的独立专家委员会检查。

(4) 结果报告

试验中的所有病人包括偏离了治疗方案或不合格的病人必须判断对治疗的疗效(Intend to treatment、ITT)，每个病人都必须按如下分类 CR、PR、SD、PD、死于肿瘤、死于毒性、死于其它肿瘤、不明(没有足够的资料评估)。所有符合标准合格的病人都应包括在 RR 的分析中，所有 PD 和死亡都应考虑为治疗失败。结论是基于符合标准的病人，其后的进一步分析可在病人的不同亚群中，并提供 95%的可信限间隔。

(5) WHO 与 RECIST 疗效评价标准比较见表 2。

表 1：总疗效评价

目标病灶	非目标病灶	新病灶	总疗效
CR	CR	无	CR

CR	未达 CR/SD	无	PR
PR	无 PD	无	PR
PD	任何	有/无	PD
任何	PD	有/无	PD
任何	任何	有	PD
SD	无 PD	无	SD

表 2：WHO 与 RECIST 疗效评价标准比较

疗效	WHO（两个最大垂直径乘积变化）	RECIST（最长径总和变化）
CR	全部病灶消失维持 4 周	全部病灶消失维持 4 周
PR	缩小 50%维持 4 周	缩小 30%维持 4 周
PD	增加 25%，病灶增加前非 CR/PR/SD	增加 20%，病灶增加前非 CR/PR/SD
SD	非 PR/PD	非 PR/PD

7. 19

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。
7. 20

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。

7.21	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。
7.22	遗传性疾病	指生殖细胞或者受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或者畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。
7.23	未到期保险费	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，由我们退还的那部分金额。 未到期保险费=保险费×（1-m/n），其中 m 为本合同已生效天数，n 为本合同保险期间的天数。经过天数不足一天的按一天计算。
7.24	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。
7.25	社保目录外药械费用	指未被纳入各省区市当地社会医疗保险药品目录的药械，以药械处方开具时的有效版本为准。
7.26	社保目录内药械费用	指纳入各省区市当地社会医疗保险目录的药械，以药械处方开具时的有效版本为准。
7.27	床位费	指被保险人使用的医院床位的费用。
7.28	膳食费	指实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用。
7.29	护理费	指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。
7.30	检查检验费	指实际发生的、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、病理学检查费和血、尿、便常规检验费、基因检测费等医疗检验费用。
7.31	治疗费	指以治疗疾病为目的，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，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。
7.32	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、手术设备费等。
7.33	药械费	指实际发生的必需且合理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/医疗器械注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品/医疗器械的费用。