

泰康在线财产保险股份有限公司

团体特定医疗保险 F 款（互联网专属）条款

总则

第一条 本保险合同（以下简称为“本合同”）由保险条款、投保单、保险单或者其他保险凭证、与本合同有关的投保文件、**合法有效**的声明、批注、批单及其他投保人与**保险人**共同认可的书面或者电子协议组成。凡涉及本合同的约定，均应采用书面或者电子形式。

第二条 符合本合同约定的特定团体成员可作为本合同的被保险人；经保险人书面同意，符合本合同约定的特定团体成员的配偶、子女、父母也可作为本合同的被保险人。本合同所称“特定团体”指法人、非法人组织以及其他不以购买保险为目的而组成的团体。本合同的被保险人应为投保时年龄为 0 周岁（出生满 28 日，含第 28 日）至 105 周岁（含）的自然人，首次投保或非续保时须为 0 周岁（出生满 28 日，含第 28 日）至 88 周岁（含）的自然人。在本合同签发时被保险人不得少于 3 人。

第三条 本合同的投保人应为对被保险人有保险利益的法人、非法人组织以及其他不以购买保险为目的而组成的团体。特定团体属于法人或非法人组织的，投保人应为该法人或非法人组织；特定团体属于其他不以购买保险为目的而组成的团体的，投保人可以是特定团体中的自然人。

第四条 除另有约定外，本合同的保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 投保人为被保险人首次投保本保险或非续保本保险时，自本合同生效之日起一定期限为等待期，最长不超过 90 天。等待期期限由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单中载明。投保人为被保险人续保本保险的无等待期。

被保险人在等待期内非因意外伤害事故需要接受本合同约定的治疗，无论其治疗是否延续至等待期后，保险人对该被保险人不承担赔偿保险金的责任，但无息退还该被保险人对应的投保人所交保险费，本合同对该被保险人的保险责任终止。

被保险人因意外伤害导致发生保险事故的无等待期。

第六条 本合同包含以下五项责任，投保人应至少选择投保其中两项责任，并在保险单中载明。在本合同保险期间内，保险人根据投保人的选择按照下列约定承担保险责任：

（一）原发重度恶性肿瘤住院医疗保险金

在本合同保险期间内，被保险人在本合同约定的等待期后经中华人民共和国**境内医院医生初次确诊**罹患本合同约定的**原发性**重度恶性肿瘤，且经医生诊断必须接受相关治疗的，对被保险人因此在医院**住院**期间发生的与治疗该原发重度恶性肿瘤相关的，应当由被保险人支付的、符合**当地基本医疗保险**支付范围内的、**必需且合理的住院医疗费用**，保险人在扣除

本合同约定的该被保险人对应的原发重度恶性肿瘤住院医疗保险金的免赔额后，在保险单载明的该被保险人对应的原发重度恶性肿瘤住院医疗保险金额内，按照本合同约定的该被保险人对应的原发重度恶性肿瘤住院医疗保险金的赔偿比例进行赔偿。

保险人对该被保险人累计赔偿的原发重度恶性肿瘤住院医疗费用以保险单载明该被保险人对应的原发重度恶性肿瘤住院医疗保险金额为限，当保险人对该被保险人累计赔偿原发重度恶性肿瘤住院医疗费用金额达到该被保险人对应的原发重度恶性肿瘤住院医疗保险金额时，保险人对该被保险人的本项保险责任终止。

（二）特定医疗保险金

在本合同保险期间内，被保险人因意外伤害或在本合同约定的等待期后罹患疾病，在保险人指定或认可的医疗机构接受治疗，对被保险人在保险人指定或认可的医疗机构发生的应当由被保险人支付的、必需且合理的特定医疗费用，保险人在扣除本合同约定的该被保险人对应的特定医疗保险金的免赔额后，在保险单载明的该被保险人对应的特定医疗保险金额内，按照本合同约定的该被保险人对应的特定医疗保险金的赔偿比例进行赔偿。

保险人对该被保险人累计赔偿的特定医疗费用以保险单载明该被保险人对应的特定医疗保险金额为限，当保险人对该被保险人累计赔偿的特定医疗费用金额达到该被保险人对应的特定医疗保险金额时，保险人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

在本合同保险期间内，被保险人因意外伤害或在本合同约定的等待期后罹患疾病，在保险人指定或认可的医疗机构接受治疗，对被保险人在保险人指定或认可的医疗机构或指定的药店实际支出的、必需且合理的、符合本合同约定的药品、器械（以下简称“特定医疗项目”）费用，保险人在扣除本合同约定的该被保险人对应的特定医疗项目费用保险金的免赔额后，在保险单载明的该被保险人对应的特定医疗项目费用保险金额内，按照本合同约定的该被保险人对应的特定医疗项目费用保险金的赔偿比例进行赔偿。

特定医疗项目费用须同时满足以下条件：

1. 用于治疗的特特定医疗项目处方或医嘱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合同约定的药品、器械清单（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合同第二十九条的约定。

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。

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，当保险人对该被保险人累计赔偿的某个特定医疗单一项目金额达到该被保险人对应的特定医疗单一项目费用保险金额，保险人对该被保险人

在该特定医疗单一项目项下的保险责任终止；累计赔偿的特定医疗项目费用以保险单载明该被保险人对应的特定医疗项目费用保险金额为限，当保险人对该被保险人累计赔偿特定医疗项目费用金额达到特定医疗项目费用保险金额时，保险人对该被保险人的本项保险责任终止。

（四）严重药品不良反应住院医疗保险金

在本合同保险期间内，被保险人在本合同约定的等待期后遵处方或医嘱使用本合同约定的药品时发生严重药品不良反应，并因此在医院接受住院治疗的，对于被保险人为治疗该严重药品不良反应所发生的、符合当地基本医疗保险支付范围内的、必需且合理的住院医疗费用，保险人在扣除本合同约定的该被保险人对应的严重药品不良反应住院医疗保险金的免赔额后，在保险单载明的该被保险人对应的严重药品不良反应住院医疗保险金额内，按照本合同约定的该被保险人对应的严重药品不良反应住院医疗保险金的赔偿比例进行赔偿。

保险人对被保险人累计赔偿的严重药品不良反应住院医疗费用以保险单载明该被保险人对应的严重药品不良反应住院医疗保险金额为限，当保险人对该被保险人累计赔偿严重药品不良反应住院医疗费用金额达到该被保险人对应的严重药品不良反应住院医疗保险金额时，保险人对该被保险人的本项保险责任终止。

（五）疾病异地转诊保险金

在本合同保险期间内，被保险人因意外伤害或在本合同约定的等待期后罹患疾病，因病情需要跨省、自治区、直辖市（仅限中国大陆境内，不含港、澳、台地区）接受住院治疗，经被保险人申请并由转出医院医生开具转院证明，保险人对被保险人及其一名成年陪同人员实际发生的必需且合理的异地转诊公共交通费用（限火车硬座/硬卧、高速铁路/动车二等座或飞机经济舱费用）及异地转诊住宿费用（限四星级及以下酒店的标准间（标准双床房或标准大床房）），保险人在扣除本合同约定的该被保险人对应的疾病异地转诊保险金的免赔额后，在保险单载明的该被保险人对应的疾病异地转诊保险金额内，按照本合同约定的该被保险人对应的疾病异地转诊保险金的赔偿比例进行赔偿。

对于除异地转诊住宿费用以外的住宿酒店用餐、住宿酒店附带费用、被保险人自行升级房间等费用，保险人不承担保险责任。

保险人对于被保险人产生的一次或多次异地转诊公共交通费用（限火车硬座/硬卧、高速铁路/动车二等座或飞机经济舱费用）及异地转诊住宿费用（限四星级及以下酒店的标准间（标准双床房或标准大床房））赔偿金额以保险单载明该被保险人对应的疾病异地转诊保险金保险金额为限，保险人一次或累计赔偿金额达到疾病异地转诊保险金额时，保险人对该被保险人的本项保险责任终止。

第七条 补偿原则和赔偿标准

（一）本合同为费用补偿型保险合同，适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括但不限于基本医疗保险、公费医疗、工作单位、侵权人或侵权责任承担方、保险人在内的任何商业保险机构、其他政府机构或者社会福利机构等）获得本合同责任范围内的医疗费用补偿，则保险人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

后的余额按照本合同的约定进行赔偿。被保险人的社保卡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，不进行前述扣除；

（二）对于被保险人发生的本合同责任范围内的原发重度恶性肿瘤住院医疗保险金：被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，并以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，赔偿比例为 A；被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，但未以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，赔偿比例为 B；被保险人以未参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，赔偿比例为 A；

（三）对于被保险人发生的本合同责任范围内的特定医疗保险金：被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，并以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，赔偿比例为 C；被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，但未以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，赔偿比例为 D；被保险人以未参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，赔偿比例为 C；

（四）对于被保险人发生的本合同责任范围内的特定医疗项目费用保险金：被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，并以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，赔偿比例为 E；被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，但未以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，赔偿比例为 F；被保险人以未参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，赔偿比例为 E；

（五）对于被保险人发生的本合同责任范围内的严重药品不良反应住院医疗保险金：被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，并以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，赔偿比例为 G；被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，但未以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，赔偿比例为 H；被保险人以未参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，赔偿比例为 G；

（六）对于被保险人发生的本合同责任范围内的疾病异地转诊保险金：赔偿比例为 I。

上述赔偿比例 A、赔偿比例 B、赔偿比例 C、赔偿比例 D、赔偿比例 E、赔偿比例 F、赔偿比例 G、赔偿比例 H、赔偿比例 I 由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单中载明。

责任免除

第八条 对于被保险人因以下任何情形而发生的任何费用，保险人不承担赔偿原发重度恶性肿瘤住院医疗保险金的责任：

（一）被保险人在投保时未如实告知的既往症；被保险人在投保前罹患的、投保时尚未治愈的疾病，但投保时保险人已知晓并做出书面认可的除外；

（二）被保险人患精神和行为障碍，遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常（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》第十次修订版（ICD-10）

为准)；

(三) 被保险人故意自伤，但被保险人自伤时为无民事行为能力人的除外；

(四) 被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施，或被国家机关依法拘禁或服刑期间伤病；

(五) 被保险人殴斗、主动吸食或注射毒品，违反规定使用麻醉或精神药品；

(六) 被保险人醉酒驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证照的机动车导致交通意外引起的治疗；

(七) 被保险人从事高风险运动导致的伤害引起的治疗；

(八) 被保险人从事高风险职业导致的伤害引起的治疗；

(九) 被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；

(十) 被保险人分娩(含剖腹产)、宫外孕、不孕不育治疗、人工受精、堕胎、节育(含绝育)、产前产后检查、非因意外导致的流产；

(十一) 被保险人接受矫形、视力矫正手术、美容、变性手术及非意外伤害所致的整容手术、牙科治疗；

(十二) 被保险人非因职业原因或器官移植原因感染艾滋病病毒引起的治疗；

(十三) 被保险人因预防、康复、保健性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；

(十四) 除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其它人工器官材料费、安装和置换等费用；各种康复治疗器械、假体、义肢、自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械；

(十五) 未经医院出具外购药处方自行购买的药品或非医院药房购买的药品、医生开具的单次处方超过 30 天部分的药品费用。

第九条 对于被保险人因下列原因或情形发生的费用，保险人不承担赔偿特定医疗保险金、特定医疗项目费用保险金的责任：

(一) 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；

(二) 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；

(三) 被保险人未经医生处方自行购药或医生开具的单次处方超过 30 天部分的药品费用；

(四) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

(五) 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；

(六) 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；

(七) 药品处方的开具与中国国家药品监督管理部门批准的该药品说明书中所列明的适应症、用法用量不符；

(八) 被保险人接受未经中国国家药品监督管理部门认可的实验性或试验性治疗所发生的费用；

(九) 恐怖袭击、核爆炸、核辐射、核污染；

(十) 被保险人精神失常或精神错乱；

(十一) 战争（无论宣战与否）、军事行动、暴动或武装叛乱；

(十二) 被保险人从事违法、犯罪活动或在逃、被依法拘留、服刑期间；

(十三) 被保险人醉酒或受毒品、管制药物的影响。

第十条 在下列期间或因下列情形导致被保险人发生严重药品不良反应的，保险人不承担赔偿严重药品不良反应住院医疗保险金的责任：

(一) 被保险人醉酒或受毒品、管制药物的影响期间；

(二) 被保险人醉酒驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证照的机动车；

(三) 使用未获得中国国家药品监督管理部门许可或批准上市的药品或药物；

(四) 药品处方或医嘱的开具与中国国家药品监督管理部门批准的该药品说明书中所列明的适应症和用法用量不符；

(五) 相关医学材料不能证明药品对被保险人所罹患的疾病治疗有效；

(六) 进行未经中国国家药品监督管理部门认可的试验性或者研究性治疗；

(七) 在中国大陆境外的国家或地区接受治疗。

第十一条 因上述所有责任免除事项导致被保险人发生疾病异地转诊公共交通费用及异地转诊住宿费用，保险人不承担赔偿疾病异地转诊保险金的责任。

保险金额、保险费和免赔额

第十二条 保险金额是保险人承担赔偿责任保险金的最高限额。每一个被保险人的原发重度恶性肿瘤住院医疗保险金额、特定医疗保险金额、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、严重药品不良反应住院医疗保险金额及疾病异地转诊保险金额由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单中载明。

第十三条 保险费依据被保险人年龄、保险金额与保险费率计收，在保险单中载明。

第十四条 本合同所指免赔额均指年免赔额。原发重度恶性肿瘤住院医疗保险金的免赔额、特定医疗保险金的免赔额、特定医疗项目费用保险金的免赔额、严重药品不良反应住院医疗保险金的免赔额、疾病异地转诊保险金的免赔额由投保人与保险人在订立本合

同时协商确定，并在保险单中载明。

保险期间

第十五条 本合同的保险期间为1年（或不超过1年），自保险单或其他保险凭证上载明的合同生效日零时起至保险期间期满日的24时止。

续保

第十六条 本产品为不保证续保合同。本产品保险期间为1年（或不超过1年）。保险期间届满或保险期间届满前30日内，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

第十七条 本合同成立后，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 订立本合同时，保险人应当向投保人说明本合同的内容。对本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。

第十九条 保险人按照本合同的约定，认为被保险人或受益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、被保险人或受益人补充提供。

第二十条 保险人收到被保险人或受益人的赔偿保险金的请求及完整材料后，事实清晰、责任明确且无需调查的，应当在5个工作日内作出是否属于保险责任的核定；情形复杂需要调查的，应当在30日内作出核定。

保险人应当将核定结果在1个工作日内通知被保险人或受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或受益人达成赔偿保险金的协议后10日内，履行赔偿保险金义务。本合同对赔偿保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行赔偿保险金的义务。

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在1个工作日内向被保险人或受益人发出拒绝赔偿保险金通知书，并说明理由。

第二十一条 保险人自收到赔偿保险金的请求和有关证明、资料之日起60日内，对其赔偿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；保险人最终确定赔偿保险金的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第二十二条 投保人应该按照本合同约定向保险人交纳保险费。

投保人选择一次性交纳保险费的，应当在本合同成立时一次性交清保险费。投保人未按本款约定交清保险费的，本合同不生效，对本合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

投保人选择分期交纳保险费的，应当在本合同成立时交清首期保险费。投保人未按本款约定交清首期保险费的，本合同不生效，对本合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

投保人选择分期交纳保险费的，在交纳首期保险费后，投保人应当在每个保险费约定支付日交纳其余各期的保险费。若投保人未按约定交纳保险费，保险人允许投保人在保险人催告之日起 30 日内（含）补交保险费，如果被保险人在此期限内发生保险事故，保险人将扣减投保人欠交的保险费后按照本合同约定赔偿保险金。

若投保人在保险人催告之日起 30 日内（含）未补交保险费，本合同自上述期限届满之日的 24 时起效力中止，如果被保险人在合同效力中止期间发生保险事故的，保险人不承担保险责任。

本合同效力依照前款约定中止的，经投保人申请并经保险人审核同意，同时经投保人补交欠交保险费后，合同效力恢复。

第二十三条 订立本合同时，保险人就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，保险人有权解除本合同。

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 30 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，不承担赔偿保险金的责任，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，不承担赔偿保险金的责任，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，保险人应当承担赔偿保险金的责任。

第二十四条 投保人的住所、通讯地址、电话或者电子邮件等联系方式变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本合同所载的最后住所、通讯地址、电话或电子邮件发送的有关通知，均视为已送达投保人。

第二十五条 在保险期间内，投保人因其人员变动，需增加、减少被保险人时，应以书面形式及时向保险人提出申请。保险人同意后出具批单。

被保险人人数增加时，保险人在审核同意后，除另有约定外，于收到申请之日的次日零时开始对新增的被保险人承担保险责任，并按本合同剩余保险期间对应的未到期保险费增收对应保险费。

被保险人人数减少时，保险人在审核同意后，除另有约定外，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，并按未到期保险费公式退还减少的被保险人对应

的未到期保险费，但减少的被保险人本人或其保险金申请人已根据本合同约定领取过保险金的，该被保险人对应的未到期保险费为零。

若减少后的被保险人人数量低于3人（不包含被保险人配偶、子女及父母）时，保险人有权解除本合同，计收保险责任开始之日起至合同解除之日止期间的保险费，并按未到期保险费公式退还未到期保险费。

第二十六条 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向保险人申报，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，并且其真实年龄不符合本合同约定年龄限制的，保险人可以取消该被保险人资格或解除本合同。取消该被保险人资格的，保险人计收保险责任开始之日起至合同终止之日期间该被保险人的保险费，并按未到期保险费公式向投保人退还该被保险人的未到期保险费；

（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，或在赔偿保险金时按照该被保险人对应实付保险费与应付保险费的比例赔偿；

（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的，保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

第二十七条 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，保险人接收到投保人、被保险人或者受益人的保险事故通知后，将在1个工作日内一次性给予理赔指导。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，不承担赔偿保险金责任，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，不包括因不可抗力导致的延迟。

保险金申请与赔偿

第二十八条 保险金申请人向保险人申请赔偿原发重度恶性肿瘤住院医疗保险金、特定医疗保险金、严重药品不良反应住院医疗保险金及疾病异地转诊保险金时，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保险事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法核实部分不承担赔偿保险金的责任。

（一） 理赔申请书；

（二） 保险金申请人的有效身份证件；

（三） 医院出具的完整病历资料（包括门急诊病历、处方，住院病历或出院记录以及检查报告、检验报告等）；

(四) 若被保险人未从其他途径获得医疗费用补偿, 需提供医疗费用收据原件、医疗费用明细清单;

若被保险人已从其他途径获得医疗费用补偿, 需提供医疗费用明细清单、医疗费用收据复印件、医疗费用分割单原始凭证(如社会基本医疗保险或公费医疗结算单、保险人在内的任何商业保险机构出具的理赔分割单、与工作单位及侵权人或侵权责任承担方达成的赔偿协议或和解协议或法院判决、调解生效的法律文书等取得医疗费用补偿的证明);

(五) 被保险人罹患本合同约定的重度恶性肿瘤或发生严重药品不良反应的, 还应提供由医院医生出具的对被保险人的疾病诊断证明书以及由医院出具的与该疾病诊断证明书相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告(相关检验报告如已在病历中提交则无需重复提交);

(六) 被保险人进行异地转诊治疗的, 需提供转出医院出具的转院证明及纸质车票原件或电子乘车凭证、飞机票行程单原件及登机牌、酒店住宿收据或发票、水单;

(七) 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;

(八) 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。

以上证明和资料不完整的, 保险人将及时一次性通知投保人、保险金申请人补充提供有关证明和资料。

第二十九条 在本合同保险期间内, 被保险人发生特定医疗项目清单中所列的医疗项目, 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、器械处方或医嘱进行审核。对于药品、器械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、器械处方或医嘱审核主要包括以下内容:

(一) 根据经中国国家药品监督管理部门批准上市的该药品、器械说明书(以药品、器械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、器械处方或医嘱。

(二) 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者领取特定医疗项目药品或器械。**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。

第三十条 保险金申请人向保险人申请赔偿特定医疗项目费用保险金时，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保险事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法核实部分不承担赔偿保险金的责任。

(一) 理赔申请书；

(二) 保险金申请人的有效身份证件；

(三) 保险人指定或认可的医疗机构出具的相关的医疗资料（包括门急诊病历、住院病历、出院记录、检查报告或购买药品、器械记录）等。对于处方药，须提供保险人指定或认可的医疗机构的医生出具的处方、医嘱；

(四) 若被保险人未从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用收据原件、医疗费用明细清单；

若被保险人已从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用明细清单、医疗费用收据复印件、医疗费用分割单原始凭证（如社会基本医疗保险或公费医疗结算单、保险人在内的任何商业保险机构出具的理赔分割单、与工作单位及侵权人或侵权责任承担方达成的赔偿协议或和解协议或法院判决、调解生效的法律文书等取得医疗费用补偿的证明）；

(五) 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；

(六) 保险金申请人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，须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。

以上证明和资料不完整的，保险人将及时一次性通知投保人、保险金申请人补充提供有关证明和资料。

第三十一条 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。

第三十二条 保险金申请人向保险人请求赔偿保险金的诉讼时效期间为2年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

争议处理和法律适用

第三十三条 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，依法向中华人民共和国（不包括港、澳、台地区）人民法院起诉。

第三十四条 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（不包括港、澳、台地区法律）。

其他事项

第三十五条 除另有约定外，本合同成立后将持续有效，直至保险单约定的保险期间届满或达到本合同约定的终止条件。

保险责任开始前，投保人要求解除本合同的，保险人应当无息全额退还投保人已缴纳的保险费。

保险责任开始后，投保人要求解除本合同的，自保险人接到解除合同申请书之时起，本合同解除。对于本合同终止时未发生保险事故的被保险人，保险人自收到解除合同申请之日起 30 日内向投保人退还各被保险人对应的未到期保险费。对于已发生保险事故并根据本合同约定领取过保险金的被保险人，其未到期保险费为零。

第三十六条 投保人要求解除本合同时，需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。

释义

第三十七条 除另有约定外，本合同中的下列词语具有如下含义：

【合法有效】本合同所指合法有效均以中华人民共和国法律、行政法规、地方性法规、行政规章及有关规范性法律文件的规定为判定依据。

【保险人】本合同所指的保险人指泰康在线财产保险股份有限公司。

【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。例如，出生日期为 2022 年 9 月 1 日，2022 年 9 月 1 日至 2023 年 8 月 31 日期间为 0 周岁，2023 年 9 月 1 日至 2024 年 8 月 31 日期间为 1 周岁，依此类推。

【意外伤害】指外来的、突发的、不可预见的、非本意的和非疾病的导致被保险人身体受到伤害的客观事件。

【原发】指不属于被保险人首次投保时已确诊恶性肿瘤的复发、转移、扩散或持续。

【重度恶性肿瘤】本合同约定的重度恶性肿瘤指“恶性肿瘤——重度”，即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。

【境内】指中华人民共和国大陆地区，不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。

【医院】指国家卫生部医院等级分类中的二级或二级以上公立医院普通部及保险人扩展承保的医院普通部，但不包括观察室、特需医疗、国际医疗、联合病房、康复病房和干部病房以及附属于前述医院或单独作为诊所、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒等或相类似的医疗机构或保险人不予承保的医院。同时该医院必须具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且全日二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗和护理等服务。

注：保险人扩展承保的医院名单和保险人不予承保的医院名单将在保险单中载明。保险人保留新增扩展承保医院的权利。对于新增后的扩展承保医院名单，保险人将会在泰康在线官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

【医生】医生应当同时满足以下四项资格条件：

（一）具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；

（二）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；

（三）具有有效的中华人民共和国主治医师或者主治医师以上职称的《医师职称证书》；

（四）在国家《医院分级管理标准》在二级或者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，**而不是指自本合同生效之后第一次经医院确诊患有某种疾病。**

【住院】指被保险人因疾病或意外伤害而入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入院手续，**不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院或其他不合理住院。**

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。

不合理住院指：

(1) 被保险人在特需病房、外宾病房或其他不属于社会基本医疗保险保障范畴的高等级病房入住；

(2) 被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；

(3) 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；

(4) 被保险人住院体检。

【当地】指被保险人的治疗地。

【基本医疗保险】指包括职工基本医疗保险、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险。

【必需且合理】指：

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。

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。

2、医学必需：**指医疗费用符合下列所有条件：**

(1) 治疗意外伤害或疾病所必需的项目；

(2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；

(3) 非实验性的、非研究性的项目。

是否符合医学必需由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核。

【住院医疗费用】住院医疗费用包括：

(1) 床位费

指住院期间发生的、不高于双人病房的住院床位费（**不包括单人病房、套房、家庭病床的费用**）。

(2) 加床费

指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间，保险人根据合同约定赔偿其合法监护人（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，保险人根据合同约定赔偿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需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。

（4）药品费

指住院期间实际发生的合理且必要的由专科医生开具的具有中国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，朝鲜红参，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。

（5）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。

（6）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）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。

（8）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 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。

（9）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；**对于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。**

(10) 医生费

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

(11) 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，**但救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送。**

【指定或认可的医疗机构】指保险人在本合同订立时与投保人约定的、经保险人审核认可并**同时满足**下列条件的医疗机构：

(1) 在中华人民共和国境内合法注册的从事疾病诊断、治疗活动的医院、门诊部、诊所、检测机构等医疗机构；

(2) 持有医疗机构执业许可证。

注：保险人指定或认可的医疗机构名单将在保险单中载明。保险人保留新增指定或认可医疗机构的权利，对于新增后的指定或认可的医疗机构名单，保险人将会在泰康在线官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

【特定医疗费用】指被保险人治疗期间发生的下列医疗费用，包括：

(一) 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；

(二) 挂号费或医事服务费；

(三) 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 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。

(四) 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；**对于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。**

【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。

注：保险人指定的药店名单将在保险单中载明。保险人保留新增指定药店的权利，对于新增后的指定药店名单，保险人将会在泰康在线官方渠道（包括但不限于官网、官微）

公示。

【约定的药品、器械】指保险人在本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、器械清单中的药品、器械。**具体药品、器械清单在保险单中载明，并在泰康在线官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。**

保险人保留对药品、器械清单进行变更的权利，如果清单中的项目发生生产厂商停产或国家权威部门要求退市的情形，保险人会对该清单中涉及停产、退市的项目做减少的变更；保险人会对新增扩展承保的项目做增加的变更。清单变更时将在泰康在线官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

【处方】指由注册的执业医师和执业助理医师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。

【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。

【约定的药品】指保险人在本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清单中的药品。**具体药品清单在保险单中载明，并在泰康在线官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。**

【严重药品不良反应】指经药品生产企业、药品经营企业、医疗机构、药品监督管理部门、卫生行政部门或药品不良反应检测机构出具的报告认定属于药品不良反应且被保险人因使用药品引起以下损害情形之一的反应：

1. 导致死亡；
2. 危及生命；
3. 致癌、致畸；
4. 导致显著的或者永久的人体伤残或者器官功能的损伤；
5. 导致住院或者住院时间延长；
6. 导致其他重要医学事件，如不进行治疗可能出现上述所列情况的。

【异地转诊公共交通费用】指被保险人乘坐公共交通工具从当前就诊地前往转诊医院所在地（须跨省、自治区、直辖市）产生的交通费用。

【异地转诊住宿费用】指被保险人因病情需要须从当前就诊地前往转诊医院所在地（须跨省、自治区、直辖市）产生的住宿费用。

【公费医疗】指国家为保障国家工作人员而实行的、通过医疗卫生部门按规定向享受人员提供免费医疗及预防服务的一项社保制度。

【既往症】指被保险人在本合同生效前已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

【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。

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

【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。

【醉酒驾驶】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》的规定认定为醉酒驾驶。

【无合法有效驾驶证驾驶】指下列情形之一：

(1) 没有取得中华人民共和国有关主管部门颁发或者认可的驾驶资格证书或驾驶证已过有效期的；

(2) 驾驶与合法有效驾驶证准驾车型不相符合的车辆；

(3) 实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；

(4) 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或持审验不合格的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；

(5) 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性车辆的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；

(6) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

【无有效行驶证】指发生保险事故时没有按照公安机关交通管理部门机动车登记制度的规定进行登记并领取机动车行驶证或者临时通行牌证等法定证件。包括下列情形之一：

(1) 未办理行驶证或者行驶证在申办过程中的；

(2) 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动车辆；

(3) 机动车或机动车行驶证被依法注销登记的或行驶证已过有效期的；

(4) 未依法按时进行机动车安全技术检验或者未通过机动车安全技术检验的；

(5) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许机动车行驶的其他情况。

【机动车】指以动力装置驱动或者牵引，上道路行驶的供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆。

【高风险运动】本合同所定义的高风险运动是指潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等运动。其中：

(1) 潜水：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；

(2) 攀岩：指攀登悬崖、建筑物外墙、人造悬崖、冰崖、冰山和雪山等运动；

(3) 探险活动：指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，而使自己置身于其中的行为，如江河漂流、徒步穿越沙漠或原始森林等活动；

(4) 武术比赛：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；

(5) 特技表演：指从事马术、杂技、驯兽、飞车等特殊技能训练或比赛。

【感染艾滋病病毒】 艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。

【境外】指中华人民共和国领土之外的国家或地区，以及香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。

【被保险人家属】指家庭内被保险人本人以外的成员，即同一户共同生活的人。一般包括：父母，配偶，子女以及其他在同一户的人。

【保险费约定支付日】指保险合同生效日在每月的对应日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。如保险合同生效日为2022年6月8日，则次月的保险费约定支付日为2022年7月8日，以此类推，则最后一个月的保险费约定支付日为2023年5月8日。

【未到期保险费】指本合同所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由保险人退还的那部分金额。

对于未发生保险事故的被保险人：

若保险费为一次性支付的：

未到期保险费=该被保险人对应的投保人已交纳保险费×[1-(保险单已生效天数/保险期间天数)]

若保险费为分期支付的：

未到期保险费=该被保险人对应的投保人已交纳保险费×[1-(当期已经过天数/当期总天数)]

已生效或已经过天数不足一天的按一天计算。

根据本合同约定发生保险金赔偿的被保险人，其未到期保险费为零。

【不可抗力】指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

【保险金申请人】指被保险人、受益人，被保险人或受益人的继承人，或依法享有保险金请求权的其他自然人。

【有效身份证件】指由中华人民共和国政府主管部门规定的能够证明其身份的证件，如：居民身份证、军官证、警官证、士兵证、户口簿以及中华人民共和国政府主管部门颁发或者认可的有效护照或者其他身份证明文件。

【特殊情况】药品、器械处方或医嘱审核中的特殊情况主要包括：

(一)申请人在申请时提交的与被保险人相关的医学材料不足以支持处方或医嘱审核;

(二)医学材料中相关的科学方法检验报告结果不支持处方或医嘱的开具。

【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。

【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。

【ICD-0-3】《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代表特定疾病(原发性);6代表特定疾病(转移性);9代表特定疾病(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。

【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。

【公共交通工具】指依照有关法律、行政法规、地方性法规、自治条例和单行条例、规章及其他规范性法律文件,办理了有关审批登记、注册手续,依法面向公众提供商业运营服务,有固定行驶路线、固定行驶时间表,驾驶或乘坐需要付费的交通工具,**本合同所指公共交通工具仅包含普通火车、高速铁路/动车及飞机。**