



请扫描以查询验证条款

阅读指引

本阅读指引有助于您理解条款重点内容，具体内容详见“工银安盛人寿寰球私享医疗保险”条款表述。

该条款包含保险责任条款、一般条款两部分内容，并且在正文结尾加注名词释义

- 保险责任条款**——向您介绍该合同的基本构成、该合同所提供的保险责任以及责任免除事项。
- 一般条款**——向您介绍您对该合同所拥有的权益和义务，以及保单服务、理赔的具体要求。
- 名词释义**——向您解释该合同条款中所提到的一些专用名词，便于您更好地理解该合同。

为帮助您更好地了解该条款，我们先介绍几个保险条款中常用的术语

- 您**——指保险合同中所载明的投保人。
- 我们**——指工银安盛人寿保险有限公司。
- 被保险人**——指受保险合同保障的人。
- 受益人**——指发生保险事故后享有保险金请求权的人。

您拥有的重要权益

- 被保险人享有该合同提供的保障..... 1.7
- 您有解除合同的权利..... 2.2

您应承担的主要义务

- 您需要按期足额交纳保险费..... 2.1
- 发生保险事故时您应及早通知我们..... 2.7
- 对于我们的询问，您有如实告知的义务..... 2.12

您应当特别注意的事项

- 我们不承担保险金给付的限制..... 1.8

条款目录

① 保险责任条款	② 一般条款	2.11 诉讼时效
1.1 合同的构成	2.1 保险费的交付	2.12 如实告知
1.2 投保范围	2.2 合同的解除	2.13 合同解除权的限制
1.3 保险期间	2.3 合同效力的终止	2.14 年龄及性别的确定与错误处理
1.4 不保证续保	2.4 受益人的指定	2.15 合同内容的变更
1.5 基本保险金额	2.5 医疗机构与直接结算	2.16 职业或工种的变更
1.6 保障计划和保障区域	2.6 预授权	2.17 联系方式的变更
1.7 保险责任	2.7 保险事故的通知	2.18 争议处理
1.8 责任免除	2.8 保险金的申请	附表
1.9 健康管理服务	2.9 保险金的给付	
	2.10 应追讨款项的处理	

工银安盛人寿保险有限公司

工银安盛人寿寰球私享医疗保险条款

① 保险责任条款

1.1 合同的构成

《工银安盛人寿寰球私享医疗保险合同》（以下简称“本合同”）由保险单、保障利益表或其他保险凭证及所附条款、投保单、与本合同有关的投保文件、声明、批注、附贴批单及其他书面协议构成。

若上述构成本合同的文件正本需留我们存档，则其复印件或电子影像印刷件效力与正本相同；若复印件或电子影像印刷件的内容与正本不同，则以正本为准。

本合同的英文代码为 HMW8PB。

1.2 投保范围

满足下述投保年龄要求且符合我们承保条件者，均可作为被保险人参加本保险。

投保年龄要求：我们接受首次投保本产品的被保险人年龄为 **16 周岁¹**至 **65 周岁**。如自上一保险期间届满 **30 日（含）**内您重新向我们申请投保本产品、且经我们审核同意，并完成相关手续的，我们接受投保的被保险人年龄最高可至 **74 周岁**。

在保险期间内，被保险人应当在中国大陆、香港、澳门特别行政区或台湾地区累计居住满 **6 个月**。

1.3 保险期间

您提出保险申请、经我们同意承保，本合同成立。本合同成立日期在保险单上载明。

本合同自我们同意承保、收取足额保险费并签发保险合同开始生效，本合同生效日期在保险单上载明。除非有另外的约定，本合同的保险期间为 **1 年**，自保险合同所载生效日当日 **24 时**起计算。

1.4 不保证续保

本合同的保险期间为 **1 年**。本合同为不保证续保合同，保险期间届满，您需要重新向我们申请投保本产品，并经我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

自上一保险期间届满 **30 日（含）**内、且无新增保险责任的前提下，经我们审核同意，完成重新投保手续并获得新保险合同的，进入新的保险期间，无**等待期²**。

若被保险人年满 **75 周岁**，或本产品停售，则本合同不再接受重新投保申请。

1.5 基本保险金额

本合同不同保障计划中的保险期间内最高给付限额、保险责任以及相应保险责任的**等待期²**/日限额/最高保障限额/给付比例/最高保障**次数²**/最高给付天数见“附表”。

1.6 保障计划和保障区域

您可以在投保时选择保障计划和对应的保障区域，并在本合同所附的《保障利益表》（以下简称“保障利益表”）上载明。

保障计划及对应的保障区域一旦确定，在同一保险期间内不得变更。

1.7 保险责任

在本合同有效期内，若被保险人发生**保险事故**³，我们将就其实际产生的医疗及相关费用，按以下约定向被保险人支付保险金。**同一保险期间内，相应保险责任的日限额/最高保障限额/给付比例/最高保障次数/最高给付天数均以保障利益表上所载为准，我们一次或累计给付的金额或次数达到被保险人相对应保险责任的最高保障限额/最高保障次数/最高给付天数时，被保险人的该项保险责任终止。**

医疗费用补偿原则：本合同的保险责任适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从社会医疗保险、公费医疗、其他费用补偿型医疗保险、其他途径获得医疗费用补偿，则我们仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其从前述途径所获医疗费用补偿后的余额按照本合同的约定进行给付。被保险人的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。社会医疗保险是指基本医疗保险（包含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）及其他政府机构举办的基本医疗保障项目和大病医保等补充医疗保障项目。其他途径是指其他社会福利机构或其他任何第三方。

注 1：

等待期：本合同生效日起的一段时间为等待期，具体时间规定在保障利益表中载明。除另有约定外，我们对被保险人在等待期内患疾病导致的医疗费用、津贴不承担保险责任，无论该费用及津贴是否发生在等待期内。以下两种情形下发生的保险事故不受等待期限制：

- 1) 被保险人因遭受**意外伤害事故**⁴所导致的保险事故；
- 2) 本合同第 1.4 条第二款中所指的新的保险期间。

注 2：

免赔额：本合同的保险责任无**免赔额**⁵要求。

一、住院医疗保险金

被保险人因遭受意外伤害事故或**等待期**⁶后**因非意外伤害事故**患疾病，经**医生**⁶确诊必须在**医疗机构**⁷住院⁸治疗的，我们就其实际发生的以下**合理且必要**⁹的医疗费用，根据医疗费用补偿原则按约定给付“住院医疗保险金”（特别说明：下列 1 至 19 项费用须发生在本合同约定的保障区域内。）。对于本合同保险期间届满前入住医疗机构的，且住院延续至保险期间届满后 30 日内发生的实际住院医疗费用，我们仍承担保险责任，该“住院医疗保险金”计入入院日期所属的保险期间，且累计给付金额以被保险人的各项保险责任的最高保障限额/给付比例/最高给付天数为限。

- 1、床位费：指住院期间在病房、重症监护室治疗时发生的、不高于**标准单人病房**¹⁰的住院床位费。
- 2、膳食费：指住院期间根据医生的医嘱、且由医疗机构内设的专门为住院病人配餐的食堂配送的、符合惯常标准的膳食费用，**但不包括住院期间购买的个人用品及非在该医疗机构产生的餐饮费用。**
- 3、护理费：指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的由**专业护士**¹¹对被保险人提供临床护理服务所收取的费用。
- 4、检查检验费：

指住院期间以诊断疾病为目的，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。

5、治疗费：

指住院期间由医疗机构提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者技术劳务费、医疗器械使用费以及消耗品费。

6、医生诊疗费：

指住院期间由医生所实施的病情咨询及检查、各种器械或者仪器检查、诊断、治疗方案拟定等各项医疗服务所收取的费用。

7、药品费：

指住院期间发生的符合通常惯例的、合理且必要的、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（如发生在中国大陆地区以外医疗机构的处方药品费，须符合发生地国家或地区的药品监督管理部门的规定）。

但不包括：

(1) 中成药和中草药¹²；

(2) 非病情必须的调节免疫功能药品以及未经医生处方开具的药品；

(3) 美容和减肥药品；

(4) 预防类药品。

8、手术费：

指住院期间因医疗状况而施行的非器官移植手术产生的合理且必要的手术医疗费用，包括手术室费、麻醉恢复室费、麻醉费、手术监测费、术中用药费、手术辅助费、手术材料费、一次性用品费、手术设备使用费和手术操作费用的总和。**不包括重建手术医疗费用。**

9、加床费：

指女性被保险人在住院期间，我们根据合同约定给付其 1 周岁以下哺乳期婴儿在医疗机构留宿发生的加床费。**加床费仅限 1 张病床，以不高于被保险人床位费标准为限。**

10、**终末期疾病¹³**治疗费：

指被保险人被医生确诊为终末期疾病，每次在医疗机构、或在当地合法注册的临终护理机构、或设有临终护理病房的医疗机构住院期间进行的以护理为中心，用于延缓病症的治标治疗所发生的合理且必要的治疗费用。

11、器官移植治疗费：

指以被保险人为受体，经相关专科医生明确诊断，在符合开展器官移植手术资质的医疗机构住院期间，根据医学需要必须进行的肝脏移植、肾脏移植、心脏移植、肺脏移植、胰脏移植或骨髓移植的手术费、辅助治疗费、排异药品费、检验费等，**但不包括器官供体寻找、配型、获取以及从供体切除、储藏、运送器官的相关费用。**

12、**癌症¹⁴**治疗费：

指被保险人被医生确诊为癌症，在医疗机构住院治疗癌症所发生的治疗费。

13、**精神疾病¹⁵**治疗费：

指被保险人在该项保险责任**等待期¹⁶**后被医生首次确诊为精神疾病，在医疗卫生监管部门认可的精神病专科医疗机构或者设有精神病科室的医疗机构住院治疗该精神疾病而发生的治疗费。

同一保险期间内，我们承担被保险人最多累计 30 天内（含）住院时发生的精神疾病治疗费用。

14、家庭护理费和康复治疗费：

家庭护理费是指根据医生的医嘱，接受住院治疗的被保险人出院后必须在其家庭住所接受由专业护士提供的、与住院治疗的保险事故直接相关的护理，包括康复保健、家庭健康指导等

卫生咨询服务，以及换药、导尿、测血压、输液、注射、压力性溃疡护理、鼻饲、造瘘等可在居家环境下实施的临床护理技术服务，并由此产生的合理且必要的护理费用。

康复治疗费是指根据医生的医嘱，被保险人手术后在具有相应资质的康复医疗机构、康复中心、普通医疗机构的康复科住院诊治或者接受以促进机体各项功能恢复为目的的医疗方法，如理疗、按摩、推拿、生物反馈疗法、康复护理等，并由此产生的合理且必要的治疗费用。

同一保险期间内，我们承担被保险人最多累计 30 天内（含）发生的合理且必要的家庭护理和康复治疗费用。

15、外置医疗设备费：

指于手术期间或手术后，在医生建议下立即使用且符合通常医疗惯例的修复性设备所发生的合理且必要的费用。外置医疗设备包括矫形器、关节固定器、脚托、臂托、颈托、背托或束带和外置心脏起搏器。

我们不承担外置医疗设备的维修、更换、租赁和保养指导费用。

16、救护车费：

指为抢救生命，由急救中心派出的救护车运送被保险人至医疗机构所产生的用车费用。

17、物理治疗¹⁶费：

指住院期间由具有相应资格的医生进行物理治疗所发生的合理且必要的费用。

18、脊柱推拿、顺势疗法¹⁷、针灸疗法¹⁸费：

指住院期间由具有相应资格的医生进行脊柱推拿、顺势疗法、针灸疗法所发生的合理且必要的治疗费用。

19、中医治疗费：

指住院期间由具有相应资格的医生所开具并提供的、具有治疗发生地所在国家相应监督管理部门批准可以使用的中医治疗服务及中成药和中草药等药品费用。

同一保险期间内，对于上述“物理治疗费”、“脊柱推拿、顺势疗法、针灸疗法费”及“中医治疗费”，我们合计承担被保险人累计最多 30 天内（含）发生的合理且必要的相关费用。

20、紧急医疗费：

指被保险人在本合同约定的保障区域外的国家或地区旅行时，因遭受意外伤害事故或突发急性病¹⁹需紧急治疗，由此产生的合理且必要的医疗费用。

二、其他费用补偿后住院津贴保险金

在本合同约定的保障区域内，被保险人因遭受意外伤害事故或等待期²¹后因非意外伤害事故患疾病，并进行住院治疗而产生的本合同约定责任范围内的医疗费用，如被保险人已从社会医疗保险、公费医疗、其他费用补偿型医疗保险、其他途径获得全部补偿的，我们按本合同约定的每日住院津贴基本保险金额乘以其实际住院日数²⁰给付“其他费用补偿后住院津贴保险金”。

同一保险期间内，我们承担被保险人“其他费用补偿后住院津贴保险金”的累计给付日数以 30 日有限。

就同一保险期间内发生的同一次住院，已申请本合同的“住院医疗保险金”的，不能再申请“其他费用补偿后住院津贴保险金”；若被保险人在获得“其他费用补偿后住院津贴保险金”后申请“住院医疗保险金”，则我们在给付相应“住院医疗保险金”时将扣除已给付的“其他费用补偿后住院津贴保险金”。

三、门、急诊医疗保险金

在本合同约定的保障区域内，被保险人因遭受意外伤害事故或等待期²¹后因非意外伤害事故患疾病，在医疗机构接受门、急诊治疗的，我们就其实际发生的以下合理且必要的医疗费用，根据医疗费用补偿原则按约定给付“门、急诊医疗保险金”：

1、医生诊疗费：

指在门、急诊治疗期间发生的主诊医生或会诊医生的劳务费用，包括挂号费。

2、检查检验费：

指在门、急诊治疗期间因医生诊断需要而采取必要的医学手段进行检查及检验所发生的合理的医疗费用。

- 3、**治疗费：**
指在门、急诊治疗期间以治疗疾病为目的，提供必要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。
- 4、**药品费：**
指在门、急诊治疗期间发生的符合通常惯例的、合理且必要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（如发生在中国大陆地区以外医疗机构的处方药品费，须符合发生地国家或地区的药品监督管理部门的规定）。
- 但不包括：**
- (1) **中成药和中草药；**
- (2) **非病情必须的调节免疫功能药品以及未经医生处方开具的药品；**
- (3) **美容和减肥药品；**
- (4) **预防类药品。**
- 5、**核磁共振、正电子发射计算机断层扫描、X线断层计算机电子扫描费：**
指在门、急诊治疗期间以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的核磁共振、正电子发射计算机断层扫描、X线断层计算机电子扫描检查费。
- 6、**门诊手术费：**
指在门、急诊治疗期间发生的合理且必要的手术医疗费用，包括外科医生费、手术室费、麻醉恢复室费、麻醉费、手术监测费、术中用药费、手术辅助费、手术材料费、一次性用品费、手术设备使用费和手术操作费用的总和。
- 7、**脊柱推拿、顺势疗法、针灸疗法费：**
指在门、急诊治疗期间由具有相应资格的医生进行脊柱推拿、顺势疗法、针灸疗法所发生的合理且必要的治疗费用。
- 8、**中医治疗费：**
指在门、急诊治疗期间由具有相应资格的医生所开具并提供的、具有治疗发生地所在国家相应监督管理部门批准可以使用的中医治疗服务及中成药和中草药等药品费用。
- 9、**物理治疗费：**
指在门、急诊治疗期间由具有相应资格的医生进行物理治疗所发生的合理且必要的费用。
同一保险期间内，我们承担被保险人累计最多 20 次的门、急诊物理治疗费用。
- 10、**耐用医疗设备租赁费：**
指在门、急诊治疗期间由具有相应资格的医生建议须使用耐用医疗设备以辅助治疗，由此所发生的该耐用医疗设备租赁费用。
耐用医疗设备租赁须满足下列全部条件：
- (1) **非一次性用品、可多次反复使用；**
- (2) **以医疗为目的，仅用于治疗疾病或机体损伤；**
- (3) **居家使用。**
- 耐用医疗设备不包括拐杖、轮椅等主要为生活便利的设备。**
同一保险期间内，我们承担被保险人累计最多 45 天内（含）发生的耐用医疗设备租赁费用。
- 11、**精神疾病治疗费：**
指被保险人在该项保险责任**等待期^{註1}**后被医生首次确诊为精神疾病，在医疗卫生监管部门认可的精神病专科医院或者设有精神病科室的医疗机构进行门、急诊治疗该精神疾病而发生的治疗费。
同一保险期间内，我们承担被保险人累计最多 10 次的精神疾病治疗费用。

说明：对于被保险人因牙科疾病在医疗机构进行门、急诊治疗的，如我们根据本合同约定的相应保险责任予以承担，则不再给付“门、急诊医疗保险金”。

四、牙科门、急诊医疗保险金

在本合同约定的保障区域内，被保险人因意外伤害事故或在**等待期**¹后因非意外伤害事故患牙科疾病，在医疗机构牙科接受以下门、急诊治疗的，我们就其实际发生的合理且必要的医疗费用，根据医疗费用补偿原则按给付比例及约定给付“牙科门、急诊医疗保险金”。

- 1、预防性牙科治疗：包括常规牙科 X 光检查、牙齿健康指导、涂氟治疗、洁齿和抛光（预防）费。**同一保险期间内，我们最多承担两次预防性牙齿清洁费。**
- 2、常规牙科治疗：包括常规牙科治疗、汞合金或树脂复合填充物、简单拔牙费。
- 3、重大牙科治疗：包括根管填充、牙体修复（冠、桥、嵌体等）、智齿/阻生牙拔除费（含相关的化验和麻醉费用）。

1.8 责任免除

因下列第一至第二十七项情形之一导致被保险人发生相关费用支出的，我们不承担给付本合同第 1.7 条任何保险金责任；因下列第二十八项情形之一导致被保险人发生相关费用支出的，我们不承担给付本合同第 1.7 条除“外置医疗设备费”外的其他各项保险金责任；因下列第二十九项情形导致被保险人发生相关费用支出的，我们不承担给付本合同第 1.7 条除“耐用医疗设备租赁费”外的其他各项保险金责任：

- 一、 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害。
- 二、 被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施。
- 三、 被保险人自杀或故意自伤，但被保险人自杀或故意自伤时为无民事行为能力人的除外。
- 四、 被保险人服用、吸食或注射毒品²¹。
- 五、 被保险人酒后驾驶²²，无合法有效驾驶证驾驶²³，或驾驶无合法有效行驶证²⁴的机动车²⁵。
- 六、 战争²⁶、军事冲突²⁷、恐怖主义行为、暴乱²⁸或武装叛乱。
- 七、 核爆炸、核辐射或核污染。
- 八、 被保险人醉酒²⁹。
- 九、 被保险人遭遇医疗事故或职业病³⁰。
- 十、 既往症³¹（但您或被保险人在投保时如实告知且我们同意承保的既往症除外）。
- 十一、 被保险人参加或从事潜水³²、跳伞、攀岩运动³³、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险活动³⁴、武术比赛³⁵、摔跤比赛、特技表演³⁶、赛马、赛车等高风险运动导致的伤害引起的治疗。
- 十二、 被保险人遗传性疾病³⁷，先天性畸形、变形或染色体异常³⁸。
- 十三、 视觉（近视、远视、散光、老视）咨询、检查、治疗、矫正及其他相关费用，包括但不限于激光角膜切开术、准分子激光原位角膜磨镶术、验光配镜。
- 十四、 在治疗所在地属于试验性或任何未经允许的药物或治疗。
- 十五、 因器官移植所产生的供体的所有检查费、治疗费、手术费等任何医疗费用；获得该供体所需要的费用（包括但不限于寻找、获取、运送、贮存器官源或组织源的费用）。
- 十六、 各种非意外伤害事故所致的非功能性整容、整形和矫形：如皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗；良性皮肤损害（雀斑、老年斑、痣、疣等）的治疗和去除；胎记、瘢痕、纹身去除、皮肤变色的治疗或手术；激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗白发、秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸、缩乳等。
各种健美或美容相关的咨询、检查和治疗：如营养、减肥、增胖、增高、胃减容术（包括但不限于：可调节式束带手术、袖状胃切除手术、胃旁路手术、胃内水囊手术、胃肠转流术）等。
- 十七、 在任何长期护理机构、矿泉疗养地、水疗院门诊、康复机构、疗养院、养老院等非本合同规定的医疗机构接受与疗养、特别护理、静养相关的服务或治疗。
- 十八、 因纹身、非治疗目的的穿刺、变性手术。
- 十九、 任何牙科治疗过程中使用的含贵金属³⁹的材料，以及非治疗必需的、以美容为目的的牙齿处理、美白牙齿、种植牙、嵌体、正畸治疗、贴面。

- 二十、 维生素、矿物质或有机物补充，以及没有医生处方即可购买的物品（例如，漱口水、牙膏、止咳糖或杀菌喷雾、洗发水或防晒霜等）。任何不被国家药品管理部门认可的药物治疗、药物和敷料，或非经执业医师、处方指示的药物处理、药物和敷料。
- 二十一、 因填写医疗索赔申请表产生的费用，包括但不限于医疗机构（或医生）收取的管理费、登记费等。
- 二十二、 被保险人在酒精、药物或其他致瘾性物质造成的成瘾状况和由此直接或间接引起的任何医疗状况。
- 二十三、 与性传播疾病⁴⁰相关的咨询、检查和治疗。
- 二十四、 任何原因引起的性功能障碍的咨询、检查和治疗，如阳痿治疗或其他性方面问题。
- 二十五、 不孕不育、任何辅助生育（包括人工受精）以及由此引起的并发症；任何妊娠（包括异位妊娠）及其并发症；输卵管阻塞、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含避孕及绝育）、产前后检查以及由前述原因引起的并发症。
- 二十六、 发育问题，包括但不限于：
- (1) 精神或智力发育迟缓；
 - (2) 学习困难或阅读障碍；
 - (3) 行为问题，如注意力缺陷或多动症（ADHD）；
 - (4) 身体发育问题，如身材矮小。
- 二十七、 常规健康体检。
- 二十八、 外置医疗设备、材料：
- (1) 脚托、臂托、颈背托或束带；
 - (2) 义乳、义齿；
 - (3) 外置心脏起搏器；
 - (4) 矫形器、关节固定器。
- 二十九、 耐用医疗设备、非手术中必需的假体：
- 耐用医疗设备包括但不限于：
- (1) 外置胰岛素泵；
 - (2) 轮椅；
 - (3) 助听器；
 - (4) 便携式雾化器；
 - (5) 家用呼吸机；
 - (6) 拐杖；
 - (7) 肿瘤电场治疗仪及电场贴片；
 - (8) 各种康复治疗器械或保健按摩用品的租赁或购买。

除上述责任免除款项外，本合同其他免除责任的条款，详见本合同“1.7 保险责任”、“2.6 预授权”、“2.7 保险事故的通知”、“2.12 如实告知”、“2.14 年龄及性别的确定与错误处理”、“2.16 职业或工种的变更”以及尾注释义中相关字体加粗内容。

1.9 健康管理服务

在本合同有效期内，被保险人享有以下健康管理服务：

- 一、健康咨询；
- 二、健康促进；
- 三、慢病管理；
- 四、疾病预防；
- 五、就医服务。

上述服务的内容、流程、标准、要求、期限以及注意事项等服务详情请参见本产品的服务指南。

② 一般条款

2.1 保险费的交付

您应当按照本合同约定向我们一次性支付保险费。

2.2 合同的解除

如您在本合同有效期内申请解除本合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：

- 一、保险合同原件；
- 二、会员卡；
- 三、您的有效身份证件⁴¹。

自我们收到完整的解除合同申请材料之日 24 时起或在您指定的合同解除日，本合同效力终止。指定的合同解除日不得早于申请收到日。合同解除后，我们向您退还本合同的**未到期净保险费**⁴²。

您解除合同会受到一定损失。

若本合同已发生任何保险金给付或已发生保险事故但尚未给付保险金的，则退费为零。

2.3 合同效力的终止

发生下列情况之一时，本合同效力终止：

- 一、保险期间届满；
- 二、您于合同有效期内向我们申请解除本合同的；
- 三、本合同约定的其他效力终止的情况。

2.4 受益人的指定

除有特殊约定，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

2.5 医疗机构与直接结算

为便于就诊，我们建立了医疗服务网络。**我们保留对医疗服务网络内医疗机构列表更新的权利，请确保被保险人就诊前核对最新的医疗机构列表，最新列表您可以登录我们的网站，微信公众号或拨打我们的服务热线进行查询。**

被保险人在上述医疗服务网络内的医疗机构就诊并发生医疗费用时，属于约定保险责任范围内的费用，我们将直接与医疗机构结算，被保险人无需向医疗机构支付。其他不属于保险责任范围内的费用，被保险人仍需就诊后向医疗机构支付。

2.6 预授权

被保险人接受下列医疗或服务项目 48 小时前，应通过服务热线向我们提出预授权申请：

- 一、任何住院治疗、手术治疗或日间护理或分娩；
- 二、任何单价在 8000 元（含）以上的门急诊检查及治疗项目；
- 三、保障区域外的紧急医疗；

四、首次接受化学治疗、放射治疗、血液或者腹膜透析治疗、器官移植后抗排斥治疗、康复治疗。

紧急情况下未能及时申请预授权的，被保险人需在开始接受上述医疗或服务项目后 48 小时之内通知我们。

被保险人在进行上述治疗前若未获得事先授权或紧急情况下未能在规定时间内通知我们的，对于被保险人发生的合理且必要的医疗费用，我们有权将按合同约定的办法计算得出的金额，再乘以 60% 的比例给付保险金。

2.7 保险事故的通知

您、被保险人或受益人应于知道保险事故发生之日起 10 日内通知我们。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或者虽未及时通知但不影响我们确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

2.8 保险金的申请

一、申请与住院治疗相关的保险金，由被保险人作为申请人填写保险金给付申请书，并向我们提供下列证明文件、资料原件：

- 1、被保险人的有效身份证件；
- 2、医疗机构出具的医疗材料（包括完整的门急诊病历卡、出院小结等）；
- 3、被保险人的住院医疗费用单证（包括医疗费用正式发票、住院费用清单等）；
- 4、各类检验检查报告；
- 5、药品明细及处方；
- 6、被保险人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料。

二、申请与门、急诊治疗相关的保险金、疫苗接种或健康体检保险金的，由被保险人作为申请人填写保险金给付申请书，并向我们提供下列证明文件、资料原件：

- 1、被保险人的有效身份证件；
- 2、医疗机构出具的医疗材料（包括完整的门急诊病历卡、检查报告、影像资料等）；
- 3、被保险人的门急诊费用单证（包括医疗费用正式发票、门诊费用清单等）；
- 4、药品明细及处方；
- 5、被保险人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料。

以上证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知申请人补充提供有关证明和资料。

受益人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，由其父母或其他监护人作为申请人向我们申请给付保险金。

2.9 保险金的给付

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，将在 5 日内做出核定；情形复杂的，在 30 日内做出核定。若我们要求投保人、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料的，则上述的 30 日不包括补充提供有关证明和资料的期间。

对属于保险责任的，我们在与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。

我们未及时履行前款规定义务的，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的损失。

对不属于保险责任的，我们自做出核定之日起 3 日内向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。

汇率：如果被保险人申请理赔的币种和我们应给付币种不同，我们将按照保险事故发生日当天官方公

布的汇率进行兑换。

我们不对任何由于货币兑换的浮动而可能对被保险人造成的经济损失负责。

若有不属于保险责任范围内费用，被保险人应当支付但未予支付的，我们有权要求或协助相关机构要求被保险人进行支付。

2.10 应追讨款项的处理

对于不属于保险责任范围或我们不应承担的费用，若已由本合同约定的医疗服务网络内的医疗机构直接支付的，我们保留追讨该款项的权利，您或被保险人须在我们规定的期限内退回该款项，逾期未退回的，我们将按以下方式处理：

- 一、在后续保险金给付、退还保险费时扣除；
- 二、我们保留暂停提供预授权服务的权利，待上述款项结清后予以恢复；
- 三、在上述款项未结清的情形下，我们保留暂不接受您重新投保本产品的权利。

2.11 诉讼时效

受益人向我们请求给付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。

2.12 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。

申请变更时，您也应当如实告知您和被保险人的有关情况。

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。

2.13 合同解除权的限制

前条规定的合同解除权，自我们知道有解除事由之日起，超过30日不行使而消灭。

2.14 年龄及性别的确定与错误处理

一、被保险人的年龄以周岁计算。

二、您在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的年龄及性别在投保单上写明。

三、如果您申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合我们规定的投保年龄限制的，我们可以解除合同，并按本合同第2.2条退还未满期净保险费。我们行使合同解除权时，适用于本合同第2.13条的规定。

四、如果您申报的被保险人年龄或性别不真实，我们可以根据其真实年龄或性别进行如下调整：

- 1、您申报的被保险人年龄或性别不真实，致使实交保险费少于应交保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。若已发生保险事故，我们有权在给付保险金时按实交保险费和应交保险费的比例给付。
- 2、您申报的被保险人年龄或性别不真实，致使实交保险费多于应交保险费的，我们将多收的保险费无息退还给您。

2.15 合同内容的变更

在本合同有效期内，您申请变更本合同的有关内容，经我们审核同意后，应当由我们在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由您和我们订立变更合同内容的书面协议。

2.16 职业或工种的变更

我们将按照事先公布的职业分类表确定被保险人的职业分类，您可以通过我们的官方网站查询到此表。

被保险人变更其职业或工种时，您或被保险人应于 10 日内以书面形式通知我们。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者，我们对该被保险人所承担的保险责任自其职业或工种变更之日起终止，并退还该被保险人项下的**未到期保险费**⁴³。

被保险人所变更的职业或工种，**依照我们职业分类在我们拒保范围内而未依前项约定通知我们且发生保险事故的，我们不承担给付保险金的责任。**

2.17 联系方式的变更

您的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，应及时以书面或双方认可的其他形式通知我们。您未以书面或双方认可的其他形式通知的，我们按保险单/附贴批单所载最后住所、通讯地址或电话等联系方式发送的有关通知，均视为已送达您。

2.18 争议处理

在本合同履行过程中发生任何争议，其解决方式由当事人根据合同约定从下列两种方式中选择一种：

一、因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，提交双方共同选择的仲裁委员会仲裁；

二、因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。

¹ **周岁**：以有效身份证件中记载的出生日期为计算基础，满一年为一周岁，不足一年的不计。

² **次数**：指门、急诊就诊次数，即就诊日在本合同有效期内、且我们实际支付理赔款的门急诊就医次数。
同一自然日在同一家医疗机构的同一诊断视为 1 次就诊。

³ **保险事故**：指保险合同约定的保险责任范围内的事故。

⁴ **意外伤害事故**：指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的、使身体受到伤害且作为直接且单独原因

导致被保险人伤害或死亡的客观事件。

⁵ **免赔额**：指保险合同中约定的被保险人需自己承担损失的金额。

⁶ **医生**：指在所在国合法注册的具有医师执业资格和诊断处方权且正在执业的医师。

⁷ **医疗机构**：

境内：由国家卫生行政部门评定的二级或二级以上医院（包含普通部、外宾医疗、特需部、国际医疗部及干部病房）及本公司指定的直付医疗机构。

境外：指中华人民共和国大陆地区以外，包括台湾地区、香港及澳门特别行政区符合下列所有条件之机构：

- (1) 拥有医疗机构所在地医疗行政管理机构颁发的合法经营执照；
- (2) 设立的主要目的为向受伤者和患病者提供治疗；
- (3) 有合格的医生和护士提供医疗和护理服务；
- (4) 设立目的非主要作为康复、护理、疗养、戒酒、戒毒、或类似的医疗机构。

⁸ **住院**：指被保险人因疾病或意外伤害而入住医疗机构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，不包括入住门诊观察室、其他非正式病房或**挂床住院**⁴⁴。

⁹ **合理且必要**：指同时满足下列要求：

- (1) 治疗所必需的；
- (2) 非试验性、研究性项目所产生的；
- (3) 符合接受治疗当地通行的医疗标准。

对是否合理且必要由我们根据客观、审慎、合理的原则进行核定，若被保险人对核定结果有不同意见，可委托双方认可的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

¹⁰ **标准单人病房**：指每一病房设一张病床加独立卫生间的单人病房，若某一医疗机构的病房拥有两种或两种以上符合本合同上述定义的病房，则应按其中最便宜的病房计算床位费。若被保险人住院的病房的级别高于标准单人病房的级别，则床位费的标准单人间的收费标准为最高限额。

¹¹ **专业护士**：指国家护士注册机构护士登记名册中登记在案的护士。

¹² **中草药**：指住院或门、急诊发生的中草药费用，**不包括调理身体、滋补类中草药**。滋补类中草药是指以提高人体免疫力为主要用途的单方、复方使用的中草药及成药，包括但不限于人参、阿胶、鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、珊瑚、玳瑁、冬虫夏草、藏红药、羚羊、犀角、牛黄、麝香、鹿茸、铁皮枫斗。

¹³ **终末期疾病**：指经医疗机构医生诊断确定已发展到末期的严重疾病，并经医疗机构医生认定所患疾病依现在医疗技术无法治愈，且根据医学及临床经验病人患该病后的平均存活期在 6 个月以下。

¹⁴ **癌症**：

(1) **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**⁴⁵（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**）⁴⁶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**）⁴⁶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：

I **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；

II **TNM 分期**⁴⁷为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

III **TNM 分期**为 T₁N₀M₀ 期或更轻分期的前列腺癌；

IV **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；**

V 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

VI 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

VII 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 $ki-67 \leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

(2) 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它部位，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：

I TNM 分期为 I 期的甲状腺癌；

II TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期的前列腺癌；

III 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；

IV 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

V 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

VI 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 $ki-67 \leq 2\%$ ）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：

I 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；

II 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。

(3) 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，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）的原位癌范畴及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）属于原位癌范畴的疾病。被保险人必须已经接受了针对原位癌病灶的积极治疗。细胞学检查结果不能作为确诊原位癌的证据。

癌前病变，宫颈上皮内瘤样病变 CIN-1、CIN-2，细胞不典型性增生、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不在保障范围内。

¹⁵ **精神疾病**：指《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）中所列明的编码为 F00 至 F99 疾病，或者《中国精神病分类方案和诊断标准》（CCDM-3）所定义的精神疾病。

¹⁶ **物理治疗**：物理治疗是指应用人工物理因子（如光、电、磁、声、温热、寒冷等）来治疗疾病。相应的疗法有电疗、光疗、磁疗、热疗、冷疗、水疗，以及超声波疗法、牵引等。但须符合以下条件：

(1) 在中国大陆地区，具体的项目必须符合全国医疗服务项目规范规定的项目，但不包括泥疗，蜡敷治疗，气泡浴与药物浸浴治疗；

(2) 在中国大陆地区之外发生的物理治疗是指发生保险事故后，由医生出具书面证明需要物理治疗并由具有相应资质的物理治疗医生实施的物理治疗方法。

¹⁷ **顺势疗法**：一种通过小剂量药物治疗以使病人症状逐渐缓解或消除的治疗方法，比如对于腹泻的顺势疗法是给予小剂量的放松剂。

¹⁸ **针灸疗法**：指由具有相应资格的医生以针（包括激光）为工具实施的治疗。

¹⁹ **急性病**：指疾病病程短、病情相对严重（特别是严重急性病或外伤），需要短期治疗的疾病，包括：

(1) 高热（成人摄氏 38.5 度、小儿摄氏 39 度以上）；

(2) 急性腹痛、剧烈呕吐、严重腹泻；

(3) 各种原因的休克；

(4) 昏迷；

- (5) 癫痫发作;
- (6) 严重喘息、呼吸困难;
- (7) 急性胸痛、急性心力衰竭、严重心律失常;
- (8) 高血压危象、高血压脑病、脑血管意外;
- (9) 各种原因所致急性出血;
- (10) 急性泌尿道出积血、尿闭、肾绞痛;
- (11) 各种急性中毒(如食物或药物中毒),各种意外(如触电、溺水);
- (12) 脑外伤、骨折、脱位、撕裂、烧伤、烫伤或其他急性外伤;
- (13) 各种有毒动物或昆虫咬伤或者急性过敏性疾病;
- (14) 五官及呼吸道或食道异物,急性眼痛、眼红或眼肿,突然视力障碍以及眼外伤;
- (15) 其他给予危、急、重病者的紧急治疗。

²⁰ **实际住院日数:** 指被保险人在住院病房内实际接受治疗的日数,以医疗机构收费凭证上实际收取的住院费对应的日数为准,并扣除请假外出、挂床住院以及不合理住院的日数。

²¹ **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。

²² **酒后驾驶:** 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》或道路交通相关法规的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒驾驶。

²³ **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;
- (2) 驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆;
- (3) 持审验不合格或过期的驾驶证驾驶;
- (4) 持学习驾驶证学习驾车时,无教练员随车指导,或不按指定时间、路线学习驾车。

²⁴ **无合法有效行驶证:**

指下列情形之一:

- (1) 未取得行驶证;
- (2) 机动车被依法注销登记的;
- (3) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

²⁵ **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或履带车辆。

²⁶ **战争:** 指国家与国家、民族与民族、政治集团与政治集团之间为了一定的政治、经济目的而进行的武装斗争,以政府宣布为准。

²⁷ **军事冲突:** 指国家或民族之间在一定范围内的武装对抗,以政府宣布为准。

²⁸ **暴乱:** 指破坏社会秩序的武装骚动,以政府宣布为准。

²⁹ **醉酒:** 即急性乙醇(酒精)中毒,是指人体因摄入过量乙醇而引起中枢神经由兴奋转入抑制的毒性生理反应现象,导致醉酒人辨认和控制行为的能力有所降低、严重削弱或已经丧失。

³⁰ **职业病:** 在生产环境或劳动过程中,一种或几种对健康有害的因素引起的疾病。对健康有害的因素称为职业性危害。职业病范围以保险事故发生时国家正式颁布的种类为准。

³¹ **既往症:** 指在本合同生效日之前被保险人已患且已知晓的疾病。

³² **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或作业。

³³ **攀岩运动:** 指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

³⁴ **探险活动:** 指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或者使身体受到伤害的危险,而故意使自己置身其中的行为。如江河漂流、登山、徒步穿越沙漠或者人迹罕见的原始森林等活动。

³⁵ **武术比赛:** 指两人或者两人以上对抗性柔道、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。

³⁶ **特技表演**：指从事马术、杂技、驯兽等特殊技能的表演。

³⁷ **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。

³⁸ **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》（ICD-10）确定。

³⁹ **贵金属**：指在牙科填充、镶牙、烤瓷牙以及治疗中使用的贵金属元素的材料，包括金、银和铂族金属（钌、铑、钯、铱、铂）材料或贵金属合金，如金铂钯系合金，金铂系合金及铂银系合金等。

⁴⁰ **性传播疾病**：指通过性接触、类似性行为及间接接触所感染的一组传染性疾病：梅毒、淋病、非淋病性尿道炎、尖锐湿疣、生殖器疱疹、软下疳、性病性淋巴肉芽肿。

⁴¹ **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：有效期内的居民身份证、港澳台居民居住证、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。

⁴² **未到期净保险费**：其计算公式为：未到期净保险费 = 本期应交已交保险费 × (1-30%) × (1-m/n) 其中，30%为**手续费**⁴⁸，m为本期保险费已经过日数，n为本期保险费应承保日数，经过日数不足一日的按一日计算。

⁴³ **未到期保险费**：其计算公式为：未到期保险费 = 本期应交已交保险费 × (1-m/n) 其中，m为本期保险费已经过日数，n为本期保险费应承保日数，经过日数不足一日的按一日计算。

⁴⁴ **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。

⁴⁵ **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。

⁴⁶ **ICD-10与ICD-O-3**：《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。《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。

⁴⁷ **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。

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。

⁴⁸ **手续费：**手续费比例为本合同保险费的 30%。

[本页内容结束]

附表：

《工银安盛人寿寰球私享医疗保险》保障计划表

保障项目		全球计划	全球除美国计划	中国大陆及港澳台计划
保险期间内最高给付限额		RMB8,000,000	RMB8,000,000	RMB8,000,000
免赔额		无		
第 1 部分 住院医疗保险金				
请注意：此项利益适用于住院医疗保险金，给付比例为 100%。				
1.1	床位费	全额保障	全额保障	全额保障
1.2	膳食费			
1.3	护理费			
1.4	检查检验费			
1.5	治疗费			
1.6	医生诊疗费			
1.7	药品费			
1.8	手术费			
1.9	加床费			
1.10	终末期疾病治疗费	保障最高为 RMB300,000	保障最高为 RMB300,000	保障最高为 RMB200,000
1.11	器官移植治疗费	全额保障	全额保障	保障最高为 RMB3,000,000
1.12	癌症治疗费	全额保障	全额保障	全额保障
1.13	精神疾病治疗费（指被保险人在等待期 180 天后被医生首次确诊为精神疾病，在医疗卫生监管部门认可的精神病专科医院或者设有精神病科室的医疗机构住院治疗该精神疾病而发生的治疗费。）	保障最高为 RMB50,000 最高给付 30 天	保障最高为 RMB50,000 最高给付 30 天	保障最高为 RMB30,000 最高给付 30 天
1.14	家庭护理费和康复治疗费	最高给付 30 天	最高给付 30 天	保障最高为 RMB30,000 最高给付 30 天
1.15	外置医疗设备费	保障最高为 RMB50,000	保障最高为 RMB50,000	保障最高为 RMB50,000
1.16	救护车费	全额保障	全额保障	全额保障
1.17	物理治疗费	最高给付 30 天	最高给付 30 天	保障最高为 RMB30,000 最高给付 30 天
1.18	脊柱推拿、顺势疗法、针灸疗法费			
1.19	中医治疗费			

1.20	紧急医疗费	保障最高为 RMB300,000	保障最高为 RMB300,000	保障最高为 RMB200,000
请注意：紧急医疗费保障保障区域外的合理且必需的紧急医疗费用。				
第2部分 其他费用补偿后住院津贴保险金				
2.1	同一保险期间内，我们承担被保险人其他费用补偿后住院津贴保险金的累计给付日数以30日为限。	每晚支付 RMB500	每晚支付 RMB500	每晚支付 RMB500
第3部分 门、急诊医疗保险金				
保障最高为 RMB200,000 保障最高为 RMB200,000 保障最高为 RMB50,000				
请注意：此项利益适用于门、急诊医疗保险金，给付比例为100%。				
3.1	医生诊疗费	全额保障至门、急诊医疗保险金最高给付限额	全额保障至门、急诊医疗保险金最高给付限额	全额保障至门、急诊医疗保险金最高给付限额
3.2	治疗费			
3.3	门诊手术费			
3.4	检查检验费			保障最高为 RMB30,000
3.5	药品费			保障最高为 RMB30,000
3.6	核磁共振, 正电子发射计算机断层扫描, X线断层计算机电子扫描费			全额保障至门、急诊医疗保险金最高给付限额
3.7	脊柱推拿、顺势疗法、针灸疗法费	保障最高为 RMB5,000	保障最高为 RMB5,000	保障最高为 RMB3,000
3.8	中医治疗费			
3.9	物理治疗费	保障最高为 RMB20,000 最高保障 20 次	保障最高为 RMB20,000 最高保障 20 次	保障最高为 RMB10,000 最高保障 20 次
3.10	耐用医疗设备租赁费	最高给付 45 天	最高给付 45 天	最高给付 45 天
3.11	精神疾病治疗费（指被保险人在等待期 180 天后被医生首次确诊为精神疾病，在医疗卫生监管部门认可的精神病专科医院或者设有精神病科室的医疗机构进行门、急诊治疗该精神疾病而发生的治疗费。）	最高保障 10 次	最高保障 10 次	最高保障 10 次
第4部分 牙科门、急诊医疗保险金				
请注意：此项利益适用于牙科门、急诊医疗，给付比例为75%。				
4.1	预防性牙科治疗（等待期 90 天），包括：常规牙科 X 光检查、牙齿健康指导、涂氟治疗、洁齿和抛光（预防）费，同一保险期间内，我们最多承担两次预防性牙齿清洁费	保障最高为 RMB6,000	保障最高为 RMB6,000	不保障

4.2	常规牙科治疗（等待期 90 天），包括：常规牙科治疗、汞合金或树脂复合填充物、简单拔牙费			
4.3	重大牙科治疗（等待期 180 天），包括：根管填充、牙体修复（冠、桥、嵌体等）、智齿/阻生牙拔除费（含相关的化验和麻醉费用）			

注：以上为本产品保障项目概览，具体保障项目以您投保时所选保障计划及保险合同所附《保障利益表》为准，详细内容及相关事宜以保险条款为准。