三星财产保险（中国）有限公司

少儿医疗保险（互联网专属 2023 版）

（注册号：C0000453251202305300295 3）

总则

第一条 本保险合同由保险条款、保险单或其他保险凭证、投保单、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单、附加险合同、其他书面或电子协议等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 投保人提出投保申请，保险人（见释义）审核投保人的投保申请和被保险人健康状况后同意承保，本保险合同成立。本保险合同自保险人同意承保，并签发保险单时生效，保险人承担保险责任的时间以保险单记载的保险期间为准。

第三条 本保险合同的保险对象（即被保险人）须满足以下全部条件：

（一）被保险人的投保年龄在本保险合同生效日符合第四条的要求；

（二）被保险人的身体健康状况能够通过保险人的核保审核。

第四条 本保险合同接受的首次投保年龄为 0 周岁（含）（见释义）至 17 周岁（含）。被保险人年满 18 周岁（含）前，保险期间届满，可以重新向保险人申请投保本产品，并经过保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

投保年龄指保险合同生效日被保险人的年龄，投保年龄以周岁计算。

第五条 本保险合同的保障区域为中国大陆（不包括港澳台地区）。除本保险合同另行约定外，被保险人在保险合同载明的保障区域外就医的，不属于保险责任范围。

第六条 除另有约定外，本保险合同的受益人为被保险人本人。

保险责任

第七条 除另有约定外，自本保险合同生效之日起 30 日（含第 30 日）为等待期（见释义）。**被保险人在等待期内确诊本保险合同约定的疾病，并由该疾病导致“一般医疗保险金”、“一般门诊急诊医疗保险金”或“院外特定药品费用医疗保险金”保险责任所描述的相关治疗的，无论治疗时间与生效日是否间隔超过 30 日，保险人都不承担赔付保险金的责任。被保险人在等待期内确诊本保险合同所附特定疾病清单（详见附表 1）中的特定疾病的，保险人不承担保险责任，本保险合同终止，保险人向投保人无息退还投保人所支付的全部保险费。**

以下两种情形，无等待期：

（一）因遭受意外伤害（见释义）发生的保险事故（见释义）；

（二）根据本条款第十五条的约定获得新的保险合同并经保险人审核免除被保险人的等待期的。

第八条 本保险合同的保险责任分为必选责任和可选责任。本保险合同可以仅包含必选

责任，也可以在必选责任基础上包含一项或多项可选责任，但不能仅包含可选责任。保险责任由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险单中载明。**所投保的保险责任一经确定，在本保险合同保险期间内不得变更。**

在本保险合同保险期间内，保险人承担如下保险责任：

（一）一般医疗保险金（必选责任）

在本保险合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患疾病，在本保险合同约定的医院（见释义）接受治疗产生如下医疗费用的，保险人依照下列约定在一般医疗保险金赔付限额内赔付保险金。一般医疗保险金保险责任包含住院医疗保险金、指定门诊急诊医疗保险金和住院前后门诊急诊医疗保险金三个责任项目。如无特别约定,**被保险人在本保险合同约定的医院范围外接受诊疗，尤其是在私立医院，公立医院特需部、vip 部、国际部或国际医疗中心接受诊疗的，对于因此产生的医疗费用保险人不承担保险责任**。

1、住院医疗保险金

被保险人因疾病或意外伤害经医院诊断必须住院治疗的，对于被保险人在住院期间发生的必须由被保险人个人自行承担的合理且必要的**床位费**（见释义）、**陪床费**（见释义）、**重症监护室床位费**（见释义）、**膳食费**（见释义）、**护理费**（见释义）、**治疗费**（见释义）、**检查检验费**（见释义）、**药品费**（见释义）、**医疗器械使用费**（见释义）、**医生诊疗费**（见释义）、**手术费**（见释义）**和转院救护车使用费**（见释义）（上述费用统称为“住院医疗费用”），保险人依据第九条的保险金计算方法结合第十一条的补偿原则在一般医疗保险金的赔付限额内赔付住院医疗保险金。如果保险期间届满时，被保险人尚处于住院状态中，则在被保险人办理出院手续前，保险人将继续按本保险合同的约定承担保险责任，直至被保险人办理出院手续，但最长不超过本保险合同保险期间届满日后 30 日（含）。

2、指定门诊急诊医疗保险金

被保险人因疾病或意外伤害经医院诊断必须在医院门诊部门或急诊部门进行如下治疗时发生的必须由被保险人个人自行承担的合理且必要的门诊急诊医疗费用（见释义）：

（1）门诊肾透析；

（2）门诊肿瘤治疗，包括肿瘤化学疗法（见释义）、肿瘤放射疗法（见释义）、肿瘤靶向疗法（见释义）、肿瘤内分泌疗法（见释义）、肿瘤免疫疗法（见释义）的治疗费用；

（3）器官移植后的门诊抗排异治疗；

（4）门诊手术（见释义），

保险人依据第九条的保险金计算方法结合第十一条的补偿原则在一般医疗保险金的赔付限额内赔付指定门诊急诊医疗保险金。

3、住院前后门诊急诊医疗保险金

被保险人在住院前 30 日和出院后 30 日（含住院和出院当日，以住院病历或出院小结为准）内在医院门诊部门或急诊部门，与本次住院相同原因而发生的，必须由被保险人个人自行承担的合理且必要的门诊急诊医疗费用，保险人依据第九条的保险金计算方法结合第十一条的补偿原则在一般医疗保险金的赔付限额内赔付住院前后门诊急诊医疗保险金。

住院前后门诊急诊医疗不包括上述第 2 项所列明的指定门诊急诊医疗。

（二）特定疾病医疗保险金（可选责任）

在本保险合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后，且自其出生以来经本保险合同认可的医院（包括本保险合同约定的医院，以及公立医院特需部、vip 部、国际部或国际医疗中心）的专科医生（见释义）**确诊初次罹患符合本保险合同所附特定疾病清单（详见附表 1）定义的特定疾病，**并在本保险合同认可的医院接受治疗时产生如下医疗费用的，保险人依照下列约定赔付特定疾病医疗保险金。特定疾病医疗保险金包含特定疾病住院医疗保险金、特定疾病指定门诊急诊医疗保险金和特定疾病住院前后门诊急诊医疗保险金三个责任项目。

如无特别约定，被保险人在本保险合同约定的医院和公立医院特需部、vip 部、国际部或国际医疗中心以外的医疗机构接受诊疗，对于因此产生的医疗费用保险人将不承担保险责任。

1、特定疾病住院医疗保险金

被保险人因**遭受意外伤害事故或在等待期后确诊初次罹患本保险合同约定的特定疾病，经医院诊断必须住院治疗的，对于被保险人在住院期间发生的必须由被保险人个人自行承担的合理且必要的床位费、陪床费、重症监护室床位费、膳食费、护理费、治疗费、检查检验费、药品费、医疗器械使用费、医生诊疗费、手术费和转院救护车使用费，保险人依据第九条的保险金计算方法结合第十一条的补偿原则在特定疾病医疗保险金赔付限额内赔付特定疾病住院医疗保险金。如果保险期间到期时，被保险人尚处于住院状态中，则在被保险人办理出院手续前，保险人将继续按本保险合同的约定承担保险责任，直至被保险人办理出院手续，但最长不超过本保险合同保险期间届满日后 30 日（含）。**

2、特定疾病指定门诊急诊医疗保险金

被保险人**因遭受意外伤害事故或在等待期后确诊初次罹患本保险合同约定的特定疾病，经医院诊断必须在医院门诊部门或急诊部门进行如下治疗发生的必须由被保险人个人自行承担的合理且必要的门诊急诊医疗费用：**

（1）门诊肾透析；

（2）门诊肿瘤治疗，包括肿瘤化学疗法、肿瘤放射疗法、肿瘤靶向疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤免疫疗法的治疗费用；

（3）器官移植后的门诊抗排异治疗；

（4）门诊手术，

保险人依据第九条的保险金计算方法结合第十一条的补偿原则在特定疾病医疗保险金赔付限额内赔付特定疾病指定门诊急诊医疗保险金。

3、特定疾病住院前后门诊急诊医疗保险金

被保险人**因遭受意外伤害事故或在等待期后确诊初次罹患本保险合同约定的特定疾病，在住院前 30 日和出院后 30 日（含住院和出院当日，以住院病历或出院小结为准）内在医院门诊部门或急诊部门，与本次住院相同原因而发生的，必须由被保险人个人自行承担的合理且必要的门诊急诊医疗费用，保险人依据第九条的保险金计算方法结合第十一条的补偿原则在特定疾病医疗保险金赔付限额内赔付特定疾病住院前后门诊急诊医疗保险金。**

特定疾病住院前后门诊急诊医疗不包括上述第 2 项所列明的特定疾病指定门诊急诊医疗。

（三）一般门诊急诊医疗保险金（可选责任）

在本保险合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患本保险合同约定的指定疾病，在本保险合同约定的医院的门诊部门或急诊部门接受治疗的，对于发生的必须由被保险人个人自行承担的合理且必要的门诊急诊医疗费用，保险人依据第九条的保险金计算方法结合第十一条的补偿原则在一般门诊急诊医疗保险金赔付限额内赔付一般门诊急诊医疗保险金。

上述本保险合同约定的指定疾病，包括：

（1）《中华人民共和国传染病防治法》所称的法定传染病，包括鼠疫、霍乱、传染性非典型肺炎、病毒性肝炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感、麻疹、流行性出血热、狂犬病、流行性乙型脑炎、登革热、炭疽、细菌性和阿米巴性痢疾、伤寒和副伤寒、流行性脑脊髓膜炎、百日咳、白喉、新生儿破伤风、猩红热、布鲁氏菌病、钩端螺旋体病、血吸虫病、疟疾、新型冠状病毒肺炎、甲型或乙型流感、流行性腮腺炎、风疹、手足口病、黑热病、包虫病、丝虫病，合计 31 种。

另外还包括 1 种其他类型的传染病：猴痘；

（2）其他疾病，包括：肺炎、蛔虫病、中耳炎。

本保险合同对可承担的指定疾病另有约定的，按约定执行。

被保险人因本保险合同约定的指定疾病以外的疾病接受治疗发生的门诊急诊医疗费用，保险人不承担保险责任。

如无特别约定，被保险人在本保险合同约定的医院范围外接受诊疗，尤其是在私立医院，公立医院特需部、vip 部、国际部或国际医疗中心接受诊疗的，对于因此产生的医疗费用保险人不承担保险责任。

一般门诊急诊医疗不包括“一般医疗保险金”所列明的指定门诊急诊医疗和住院前后门诊急诊医疗，也不包括“特定疾病医疗保险金”所列明的特定疾病指定门诊急诊医疗和特定疾病住院前后门诊急诊医疗。

（四）院外特定药品费用医疗保险金（可选责任）

被保险人在等待期后经本保险合同约定的医院的专科医生确诊初次罹患恶性肿瘤——重度（见释义）的，对于其用于治疗该恶性肿瘤——重度而产生的合理且必要的，满足以下条件的特定药品费用，保险人依据第九条的保险金计算方法结合第十一条的补偿原则在院外特定药品费用医疗保险金的赔付限额内赔付保险金：

1、特定药品的处方必须是由医院专科医生开具的且每次处方药量不超过 30 天；

2、药品处方开具的特定药品必须是被保险人当前治疗所必备的且必须与国家药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症及用法用量相符合；

3、购买药品前，使用药品的处方必须经保险人的药品处方审核并按本保险合同约定的流程购药（见第二十八条第（二）款）；

4、药品处方开具的特定药品属于本保险合同约定的药品清单（见释义）；

5、药品处方开具的特定药品必须自保险人指定或认可的药店（见释义）购买。

本保险合同所称的处方，是指由专科医生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，包括医疗机构病区用药医嘱单。

属于本保险合同保险责任范围内的院外恶性肿瘤特定药品费用将由保险人与指定或认可的药店直接结算，被保险人无需支付且不应向保险人申请相关保险金的赔付。

被保险人在本保险合同有效期间内开始接受恶性肿瘤——重度治疗的，到本保险合同期满日仍未结束本次治疗的，保险人将继续承担因本次治疗发生的院外特定药品费用医疗保险金，但最长不超过确诊初次罹患恶性肿瘤——重度之日起 1 年。

第九条 保险金计算方法如下：

保险人赔付的保险金数额=（被保险人个人自行承担的保险责任范围内的合理且必要的医疗费用-责任项免赔额）×责任项赔付比例 A×一般赔付比例 B

（一）各项责任对应的免赔额和责任项赔付比例 A 详见保险单；

（二）一般情况下，一般赔付比例 B 为 100%，但若被保险人在投保时选择以有基本医疗保险（见释义）或公费医疗身份投保，但在就诊时未按基本医疗保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿，则一般赔付比例 B 为 60%。

若被保险人在投保时选择以有基本医疗保险或公费医疗身份投保，但因初次罹患本保险合同约定的特定疾病在公立医院特需部、vip 部、国际部或国际医疗中心就诊而未得到基本医疗保险或公费医疗的补偿，则一般赔付比例 B 仍为 100%。

免赔额指保险期间内被保险人自行承担，保险人依据本保险合同不予赔付的部分。本保险合同的免赔额由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。除社会基本医疗保险和公费医疗以外，被保险人从其他途径获得的医疗费用补偿可以计入免赔额。社会基本医疗保险和公费医疗支付的医疗费用不可以计入免赔额。

第十条 对于上述各项保险责任，被保险人不论一次或多次进行治疗，保险人均按上述约定赔付保险金。但各项保险金保险责任的累计赔付金额以不超过各对应项的保险金赔付限额为限，各项保险金保险责任的累计赔付金额达到其对应项的限额时，我们对被保险人的该项保险金赔付责任终止。

各项保险金赔付金额之和达到约定的保险金总赔付限额时，本保险合同终止。

第十一条 本保险合同适用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险、工作单位、第三方侵权责任人（包含法人）或本公司在内的任何商业保险机构等）取得补偿的，保险人将按上述约定计算并赔付保险金，且最高赔付金额不超过被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获补偿后的余额。

责任免除

第十二条 因下列情形之一导致被保险人发生保险事故或造成医疗费用支出的，我们不

承担赔付保险金的责任：

（一）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

（二）被保险人故意自杀或自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；

（三）被保险人殴斗、醉酒（见释义）、主动吸食或注射毒品（见释义）；

（四）被保险人酒后驾驶（见释义）、无合法有效驾驶证驾驶（见释义）或驾驶无有效行驶证的交通工具（见释义）；

（五）核爆炸、核辐射与核污染、战争、军事冲突、恐怖袭击、暴乱或武装叛乱；

（六）精神和行为障碍治疗以及各种医疗咨询和健康预测：如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询（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）（见释义）确定的精神和行为障碍以外的一般心理问题，如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等）；

（七）各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定费用；

（八）除特定疾病外的遗传性疾病和先天性畸形、变形或染色体异常（见释义）；

（九）既往症（见释义）及保险合同特别约定的除外疾病；

（十）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患疾病；

（十一）被保险人感染苍白（梅毒）螺旋体、淋病奈瑟菌；

（十二）体检、疗养、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）、视力矫正手术、斜视矫正手术、非意外事故所致的整容手术、各种美容整形项目，包括但不限于皮肤色素沉着、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。对上肢肘关节远端及面部静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕治疗和去除。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、治疗斑秃、白发、秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸以及各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗项目，包括但不限于平足及各种非功能性整容、整形和矫形手术费用。各种健美治疗项目，如营养、减肥、增胖、增高；

（十三）不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症；

（十四）包皮环切术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

（十五）除口腔肿瘤治疗外的口腔科（牙科）保健与口腔科（牙科）疾病的治疗；

（十六）被保险人在进行符合以下一项或多项标准的高风险活动过程中发生意外伤害事故导致的就医治疗：

1、从事本保险合同所附《特殊职业类别表》中的职业；

2、活动过程中必然涉及2米以上水深的自然水域水面或水下运动，包括但不限于各类、各级别的潜水（见释义）、自然水域游泳（包括人工湖或人工水库）、跳水运动；

3、活动过程中必然涉及距离地面超过10米的高空运动，包括但不限于跳伞、蹦极、非

商业性的驾驶飞机等飞行器飞行、滑翔机或滑翔伞、翼装飞行、攀岩（见释义）等；

4、故意进入一般认知中存在生命危险的环境中或进入未经人工开发的自然区域活动，包括但不限于各类探险（见释义）和除商业航线飞行外的航空航天活动；

5、各类搏击或类军事活动，如摔跤、武术比赛（见释义）、彩弹射击等仿真枪战运动；

6、各类特技表演（见释义）；

7、除竞走、跑步以外的竞速运动如赛马、赛车、竞速冰雪运动等；

（十七）冒名住院、被保险人未到达医院就诊即代诊、不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院而拒不出院（从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用）；

（十八）被保险人接受实验性治疗（未经科学或医学认可的医疗）。

第十三条 符合以下任意一项情形的相关医疗费用，保险人不承担保险责任：

（一）未经医生建议自行进行的任何治疗或未经医生处方自行购买的药品；

（二）虽然有医生建议，但相关治疗和检查检验不是在医院进行的或相关费用不是由医院收取的（以相关医疗费票据为准）；

（三）未被治疗所在地权威部门批准的治疗，未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物；

（四）未按照本保险合同约定的流程（详见第二十八条第（二）款）购买本保险合同指定药品清单中的药品而产生的费用；

（五）医院康复科、康复中心等以康复治疗为主要功能的科室所产生的费用；

（六）中草药及其泡制的各类酒制剂涉及的药品费用；

（七）虽然有医生处方，但剂量超过 30 天部分的药品费用；

（八）所有基因疗法（见释义）和本保险合同未明确约定包含在保险责任内的细胞免疫疗法（见释义）造成的医疗费用；

（九）各种矫治和防护医疗器械、各种康复治疗医疗器械、假体、义肢、轮椅、自用的按摩保健和治疗用品等所有非一次性使用医疗器械和非处方医疗器械的购买、租赁和置换费用；

（十）相关医学材料不能证明药品对被保险人所罹患的疾病有效；

（十一）经审核，被保险人的疾病状况对申领药品已经耐药（见释义）。

犹豫期

第十四条 除另有约定外，本保险合同生效之日零时起 10 日（含第 10 日）内为犹豫期。在此期间投保人应认真审视本保险合同，如果投保人认为本保险合同与投保人的需求不相符，投保人可以在此期间提出解除本保险合同，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费。解除本保险合同时，投保人需要填写申请书，并提供投保人的保险合同及有效身份证件。自保险人收齐上述资料之日二十四时起或者申请书上载明的合同终止时间（以较晚者为准），

本保险合同即被解除。犹豫期内解除保险合同的，合同解除前发生的保险事故保险人不承担保险责任，已经承担保险责任的情况下，被保险人应当向保险人退还已经支付的保险金。

投保人通过保险人同意或认可的网站等互联网渠道提出解除本保险合同的申请，视为投保人的书面申请。

保险期间与不保证续保

第十五条 本保险合同的保险期间不超过 1 年，不保证续保，具体以保险单载明的保险期间为准。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。若保险期间届满时，本保险合同对应保险产品已停止销售，保险人不再接受投保申请。

保险人义务

第十六条 订立本保险合同时，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本保险合同的内容。对本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 保险人认为被保险人或受益人提供的有关赔付保险金的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人或者受益人补充提供。

第十九条 保险人在收到被保险人的赔付保险金的请求及资料后，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 30 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被保险人；对属于保险责任的，保险人在与被保险人达成赔付保险金的协议后 10 日内，履行赔付保险金义务。保险合同对赔付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行赔付保险金义务。

保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，保险人自作出核定之日起 1 个工作日内向受益人发出拒绝赔付保险金通知书，并说明理由。

第二十条 保险人在收到受益人的保险金赔付申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，对赔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；保险人最终确定赔付保险金的数额后，将支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第二十一条 本保险合同的保险费按照被保险人的年龄、是否参加基本医疗保险或公费医疗和投保人投保时选择的保险计划确定。投保人可以选择一次性全额支付保险费，也可以根据合同约定分期支付保险费。

投保人若选择一次性全额支付保险费的，投保人应当在本保险合同成立时一次性缴清保险费。**投保人若未按约定足额交纳保险费，保险合同不发生效力，对保险合同生效之日前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**

投保人若选择分期支付保险费的，投保人应当在每个保险费约定支付日交纳各期对应的保险费。**如投保人未在投保时支付首期保险费的，本保险合同不生效。对本保险合同生效之日前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。投保人支付首期保险费后，如投保人未按照本保险合同约定的付款期限足额缴付当期保险费，保险人允许投保人在本保险合同约定的付款宽限期（具体宽限期在保险单中载明）内补交保险费，如果被保险人在此期限内发生保险事故，保险人扣减欠缴的保险费后按照本保险合同约定承担保险责任。如果投保人在本保险合同约定的付款宽限期届满时仍未足额补缴当期保险费的，则本保险合同自宽限期届满日的次日零时起效力中止，在本保险合同效力中止期间发生保险事故的，保险人不承担赔付保险金的责任。**

自本保险合同效力中止之日起至保险期间届满前，投保人可以向保险人申请恢复合同效力，保险人有权对被保险人的健康状况进行核保并有可能不同意恢复合同效力。经保险人与投保人协商并达成协议，在投保人补缴保险费后，自保险人补缴保险费的次日零时起，本保险合同效力恢复。自本保险合同效力中止之日起至保险期间届满日止仍未达成协议的，本保险合同效力终止。

对于本保险合同终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

第二十二条 订立保险合同时，保险人就投保人和被保险人的有关情况提出询问，投保人应当如实告知。

如果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宜之日起，超过 30 日不行使而消灭。

如果投保人故意不履行如实告知义务，对于本保险合同解除前发生的保险事故，保险人不承担赔付保险金的责任，并不退还保险费。

如果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，对于本保险合同解除前发生的保险事故，保险人不承担赔付保险金的责任，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，保险人应当承担赔付保险金的责任。

第二十三条 投保人、被保险人或受益人在知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。如果投保人、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，保险人对无法确定的部分，不承担赔付保险金的责任，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或者虽未及时通知但不影响保险人确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

第二十四条 被保险人应在本保险合同中约定的医院就诊，若因急诊未在约定的医院就诊的，应在 3 日内通知保险人，并在病情好转后及时转入约定的医院。被保险人未在约定的医院就诊产生的医疗费用，保险人不承担保险责任。

第二十五条 投保人在申请投保时，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：

（一）**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保险合同约定投保年龄限制的，保险人有权解除合同，并向投保人退还本保险合同的未满期保险费；**

（二）**投保人申报的被保险人年龄不真实，致使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。若已经发生保险事故，在赔付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例赔付；**

（三）投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实付保险费多于应付保险费的，保险人应当将多收的保险费退还给投保人。

第二十六条 为了保障投保人的合法权益，投保人的住所、通讯地址、电话或电子邮箱等联系方式变更时，投保人应当及时以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。若投保人未以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人，保险人按本保险合同载明的最后住所或通讯地址所发送的有关通知，均视为已送达给投保人。

第二十七条 在本保险合同有效期内，经投保人与保险人协商一致，可以变更本保险合同的有关内容。变更本保险合同的，应当由保险人在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由投保人与保险人订立书面的变更协议。

投保人通过保险人同意或认可的网站等互联网渠道提出对本保险合同进行变更，视为投保人的书面申请，投保人向保险人在线提交的电子信息与投保人向保险人提交的书面文件具有相同的法律效力。

保险金申请与赔付

第二十八条 保险金申请人向保险人申请赔付保险金时，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赔付保险金责任。在申请保险金时，按照下列方式办理：**

（一）一般医疗保险金、特定疾病医疗保险金及一般门诊急诊医疗保险金：

1、保险金给付申请书；

2、保险单或保险凭证原件；

3、被保险人有效的身份证明；

4、保险金受益人的有效身份证件；

5、医院出具的医疗诊断书、医疗病历或出院小结、检查检验报告及费用清单；

6、医院出具的医疗费用原始凭证和医疗费用结算清单（被保险人享有基本医疗保险或公费医疗保障的，需包含按基本医疗保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿的证明）；

7、所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。以上证明和资料不完整的，保险人将及时一次性通知受益人补充提供有关证明和资料。

（二）院外特定药品费用医疗保险金

院外特定药品费用医疗保险金必须按以下流程申请保险金：

1、用药和保险金赔付申请

被保险人取得了符合本保险合同约定标准的药品处方，最晚应在处方有效期到期前 1 个工作日内通过保险人指定的渠道提交如下材料：

（1）个人医疗保险理赔申请书原件；

（2）被保险人的有效身份证件正反面复印件；

（3）支持药品处方审核的全部证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的病历资料、出院小结、医学诊断书、基因检测结果报告、处方原件（收取不返还）、病理检查报告、化验检查报告、血液检验报告、其他科学方法检验报告、费用明细单据等原件或复印件。被保险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原件；

（4）被保险人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料原件。

如果被保险人未提交用药和保险金赔付申请或用药和保险金赔付申请未通过，保险人不承担赔付保险金的责任。

2、药品处方审核

用药和保险金赔付申请通过后，保险人将进行药品处方审核。如果药品处方审核出现以下情况，保险人有权要求被保险人提供其他与药品处方审核相关的医学材料：

（1）被保险人申请时提交的医学材料不足以支持药品处方的开具或审核；

（2）医学材料中相关的科学检验方法报告结果不支持药品处方的开具；

（3）其他不足以支持药品处方审核或不支持药品处方开具的情形。

首次申请用药和保险金赔付的，保险人将在收到上述所有证明和资料之日起 30 日内作出核定。非首次申请用药和保险金赔付的，保险人将在收到上述所有证明和资料之日起 5 日内作出核定。

如果被保险人的药品处方审核未通过，保险人不承担赔付保险金的责任。

3、药品购买和保险金赔付

药品处方审核通过后，若被保险人选择去药店购买药品的，须从保险人指定或认可的药店列表中选定购药药店，在药品处方审核通过后的 30 日内，前往药店购买药品。若被保险人选择送药上门的，须在药品处方审核通过后的 30 日内预约送药时间和地点，保险人协调药店进行冷链配送到申请人的指定送药地点。**如果被保险人因赔付比例原因需要自行承担部分药品费，则需要在领取药品时支付自负部分的药品费。**

若被保险人委托他人代为购买药品的，还需提供被保险人签字的授权委托书、被委托人的有效身份证件等相关证明文件。

属于本保险合同保险责任范围内的院外特定药品费用将由保险人与指定或认可的药店直接结算，被保险人无需支付且不应向保险人申请相关保险金的赔付，但被保险人应支付不属于保险责任范围内的其他费用。

第二十九条 保险金申请人向保险人请求赔付保险金的诉讼时效适用现行有效法律规定，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

效力终止

第三十条 当发生下列情形之一时，本保险合同效力终止：

（一）被保险人身故；

（二）本保险合同中列明的其他合同解除或终止的情形。

其他事项

第三十一条 投保人可以申请解除本保险合同，但保险人已根据本保险合同约定赔付保险金的除外。

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）保险单或其他保险凭证原件；

（三）保险费交付凭证；

（四）投保人的有效身份证件。

自保险人收到解除合同申请书之日二十四时起或者通知书上载明的合同终止时间（以较晚者为准），本保险合同终止。保险人自收到解除合同申请书之日起 30 日内向投保人退还本保险合同的未满期保险费（见释义）。

争议和法律适用

第三十八条 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，依法向中华人民共和国（**不含港、澳、台地区**）有管辖权的人民法院起诉。

第三十九条 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**）。

释义

第二十五条 本保险合同涉及下列术语时，适用下列释义：

（一）保险人：指与投保人签订本保险合同的三星财产保险（中国）有限公司及其各分支机构。

（二）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。

（三）等待期：指自保险期间起始之日起计算的一段时间，具体天数由保险人和投保人在投保时约定并在保险合同中载明。**在等待期内发生保险事故的，保险人不承担给付保险金责任。**

（四）意外伤害：指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

（五）保险事故：指发生本保险合同保险责任范围内的事件。

（六）医院：除另有约定外，指中华人民共和国境内**（香港、澳门及台湾地区除外）**合法经营的二级以上（含二级）属事业单位编制的公立医院的普通部**（不包含公立医院的特需部、vip 部、国际部或国际医疗中心）以及本保险合同约定的其他医院，不包括疗养院、护理院、以康复治疗为主要职能的医疗机构（如康复医院）、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心以及无相应医护人员或设备的二级或三级医院的联合医院或联合病房。**

特需部指设立于属事业单位编制的公立医院中，医疗费收费主体为属事业单位编制的公立医院，且产生的医疗费用满足以下条件之一的诊疗部门：

1、在医疗费票据或清单中明确属特需医疗，如包含“特需”、“特需部”、“特需医疗”、“特需门诊”、“特需病房”、“特需床位”等表述；

2、虽然未明确属特需医疗，但相关医疗费用与当地发改委、物价局等医疗服务价格管理部门发布的公立医院医疗服务价格相比有明显升高且部分或全部应当可以经基本医疗保险结算的医疗费项目因医院的原因无法经基本医疗保险结算。

（七）床位费：指住院期间不超过普通单人间病房**（不包括套房）**标准的费用。

普通单人间病房指：病房为单间设计，除独立卫生间外无其他隔间。病房设一张病床加独立卫生间的单人病房。

若某一医院的病房有两种或以上符合定义的病房，则应按其中相对床位费较低的病房计算。

（八）陪床费：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付其合法监护人**（限一人）**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付其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

（九）重症监护室床位费：指出于**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。

医学必要指被保险人接受治疗或服务、使用医疗器械或服用药品符合以下全部条件：

1、医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需；

2、在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需的水平；

3、与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；

4、非主要为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他医疗提供方的方便；

5、非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；

6、非试验性或研究性。

（十）膳食费：指住院期间，由作为医院内部专门部门的、为住院病人配餐的机构配送的膳食所产生的费用。**本项费用仅包括条款约定的医院收取的费用（以收费票据为准）。**

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、也可以合并在病房费等其他款项内。

（十一）护理费：指住院期间由该医院执业护士根据医嘱所示的护理等级提供医疗护理所发生的护理费用。

（十二）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以及相关消耗品的费用，具体以就诊医院的费用项目划分为准。

本项责任不包含如下费用：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。

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等。

（十三）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。

（十四）药品费：指住院期间实际发生的、合理且必需的、由医院专科医生开具的、具有国家药品监督管理局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、复方中药或中成药品，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。**

（十五）医疗器械使用费：指以治疗疾病为目的，为提供必要的医学手段而购买、租用和使用医疗器械所发生的费用。**本项费用仅包括条款约定的医院收取的费用（以收费票据为准）。**

（十六）医生诊疗费：指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的诊疗费用。

（十七）手术费：指住院期间发生的合理且必要的治疗性手术医疗费用，包括外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费；若因器官移植而发生手术费用，**则不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。**

（十八）转院救护车使用费：指住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，根据医生建议，被保险人在不同医院转诊过程中的医院用车费用。

（十九）门诊急诊医疗费用：指发生在医院门诊部门或急诊部门的医生诊疗费、治疗费、检查检验费、药品费。

（二十）肿瘤化学疗法：指针对于肿瘤的化学治疗。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）肿瘤放射疗法：指被保险人根据医嘱，在医院的专门科室进行的光子束放射疗法和电子束放射疗法，**不包括质子束放疗、重离子束放疗（如碳离子放疗）和中子束放疗。**

（二十二）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的药物需具有国家药品监督管理局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。**

（二十三）肿瘤内分泌疗法：指针对于肿瘤的内分泌疗法，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、法规要求并经过国家药品监督管理局批准用于临床治疗。**

（二十四）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，促进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、法规要求并经过国家药品监督管理局批准用于临床治疗。**

（二十五）门诊手术：指发生在医院门诊部门或急诊部门的合理且必要的手术医疗，门诊手术费包括外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。

（二十六）专科医生：指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。

（二十七）恶性肿瘤—重度：详见附表 1 特定疾病清单。

（二十八）药品清单：指由投保人、保险人双方协商确定，并在保险单中载明的药品清单。保险人保留对清单中药品做出调整的权利，对于调整后的药品清单，将会在保险人官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

（二十九）指定或认可的药店：指为被保险人提供药品处方审核、购药或配送服务的药店，并同时满足以下全部条件：

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、该药店内具有医师、执业药师等专业人员提供服务。

（三十）基本医疗保险：指《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或城乡居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

（三十一）醉酒：指每百毫升血液的酒精含量大于或等于 100 毫克。

（三十二）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。

（三十三）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《中华人民共和国道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

（三十四）无合法有效驾驶证驾驶：指下列情形之一：

1、没有取得驾驶资格的情况下驾驶任何按中华人民共和国法律法规规定应当持有驾驶资格才能够驾驶的交通工具或在驾驶此等交通工具时驾驶资格证件处于暂扣、吊销或注销状态；

2、驾驶与驾驶资格不符合的交通工具或进行与驾驶资格不符合的交通运输行为，如驾驶与所持机动车驾驶证准驾车型不相符合的机动车；

3、持审验不合格的驾驶证或持应审验未审验的驾驶证驾驶；

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。

（三十五）驾驶无有效行驶证的交通工具：指以下情形之一：

1、被保险人所驾驶的交通工具未按中国法律规定取得行驶证等公共道路、公共水域或空域行驶资格证明；

2、被保险人所驾驶的交通工具被依法注销登记的；

3、被保险人所驾驶的交通工具未依法按时进行或通过机动车安全技术检验等法律规定的定期或不定期安全检验。

（三十六）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）：指世界卫生组织（WHO）制定的国际统一的疾病分类方法，它根据疾病的病因、病理、临床表现和解剖位置等特性，用一种系统有序的组合编码的方法对疾病进行分类。目前世界通用的是第 10 次修订本《疾病和有关健康问题的国际统计分类》，（ICD-10）是该分类第 10 次修订本的简称。

（三十七）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。

（三十八）既往症：指在本保险合同生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

（三十九）潜水：指使用辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。

（四十）攀岩：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

（四十一）探险：指明知在某种特定的人工或自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身于其中的行为，如：攀爬建筑物、在离地超过 10 米的建筑物的顶部或建筑物外无护栏部位逗留、江河漂流、登山、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。

（四十二）武术比赛：指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。

（四十三）特技表演：指进行马术、杂技、飞车、驯兽等表演。

（四十四）基因疗法：指通过各种手段修复缺陷基因，以减缓或治愈疾病的技术。

（四十五）细胞免疫疗法：指通过采集人体免疫细胞，在体外进行扩增和功能鉴定，然后向患者转输，达到杀灭血液及组织中的病原体、癌细胞、突变的细胞，从而打破机体免疫耐受，激活和增强机体免疫力的治疗方法。

（四十六）耐药：指以下两种情况之一：

1、实体肿瘤病灶按照RECIST实体瘤治疗疗效评价标准（指以影像学、解剖学为基础的肿瘤负荷评价标准，由临床研究者、制药行业、影像学专家、美国国立癌症研究所(NCI)、加拿大国立癌症研究所(NCIC)、英国癌症研究网络(NCRN)、欧洲癌症研究和治疗组织(EORTC)共同制定，为国际通行的针对实体肿瘤的疗效评价的标准）出现疾病进展，即定义为耐药。

2、非实体肿瘤（包含白血病、多发性骨髓瘤、骨髓纤维化、淋巴瘤等血液系统恶性肿瘤）在临床上常无明确的肿块或者肿块较小难以发现，经规范治疗后，按相关专业机构（包括：中国临床肿瘤学会（CSCO）、中华医学会血液学分会、中国抗癌协会血液肿瘤专业委员会、国家卫健委、美国国家综合癌症网络（NCCN）等。）的指南规范，对患者的骨髓形态学、流式细胞、特定基因检测等结果进行综合评价，得出疾病进展的结论，即定义为耐药。

（四十七）未满期保险费：

指本保险合同所具有的价值，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。

犹豫期内退保的，未满期保险费=投保人已交纳保险费。

犹豫期后退保的，若保险费为一次性支付的：未满期保险费=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：未满期保险费=投保人已交纳当期保险费×[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。**若本保险合同已发生保险金赔付，未满期保险费为零。**

（四十八）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。

（四十九）ICD-O-3：指《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。

（五十）TNM 分期：指采用 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：指采用目前现行的 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，详见附表 2。

（五十一）肢体：指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。

（五十二）肌力：指肌肉收缩时的力量。肌力划分为 0-5 级，具体为：0 级：肌肉完全瘫痪，毫无收缩。1 级：可看到或者触及肌肉轻微收缩，但不能产生动作。2 级：肌肉在不受重力影响下，可进行运动，即肢体能在床面上移动，但不能抬高。3 级：在和地心引力相反的方向中尚能完成其动作，但不能对抗外加阻力。4 级：能对抗一定的阻力，但较正常人为低。5 级：正常肌力。

（五十三）语言能力完全丧失：指无法发出四种语音（包括口唇音、齿舌音、口盖音和喉头音）中的任何三种、或声带全部切除，或因大脑语言中枢受伤害而患失语症。

严重咀嚼吞咽功能障碍：指因牙齿以外的原因导致器质障碍或机能障碍，以致不能作咀嚼吞咽运动，除流质食物外不能摄取或吞咽的状态。

（五十四）六项基本日常生活活动指：

1、穿衣：自己能够穿衣及脱衣；

2、移动：自己从一个房间到另一个房间；

3、行动：自己上下床或上下轮椅；

4、如厕：自己控制进行大小便；

5、进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；

6、洗澡：自己进行淋浴或盆浴。

六项基本日常生活活动能力的鉴定不适用于 0-3 周岁幼儿。

（五十五）永久不可逆：指自疾病确诊或意外伤害发生之日起，经过积极治疗 180 天后，仍无法通过现有医疗手段恢复。

（五十六）美国纽约心脏病学会（New York Heart Association，NYHA）心功能状态分级：美国纽约心脏病学会（New York Heart Association，NYHA）将心功能状态分为四级：

Ⅰ级：心脏病病人日常活动量不受限制，一般活动不引起乏力、呼吸困难等心衰症状。

Ⅱ级：心脏病病人体力活动轻度受限制，休息时无自觉症状，一般活动下可出现心衰症状。

Ⅲ级：心脏病病人体力活动明显受限，低于平时一般活动即引起心衰症状。

Ⅳ级：心脏病病人不能从事任何体力活动，休息状态下也存在心衰症状，活动后加重。

附表 1：

三星财险少儿医疗保险（互联网专属 2023 版）特定疾病清单

指被保险人初次发生符合下列定义的疾病，或初次接受符合下列定义的手术。该疾病或手术应当由专科医生明确诊断。本保险合同所定义的特定疾病共有 30 种，其中标记“*”特定疾病为中国保险行业协会、中国医师协会联合颁布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》（以下简称“规范”）规定的疾病，且疾病名称和疾病定义与“规范”一致。

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**（见释义）**(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《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**（见释义）**）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（见释义）为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

（3）TNM 分期为 $T_1N_0M_0$ 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 AnnArbor 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<10/50HPF 和 ki-67≤2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

2、重大器官移植术或造血干细胞移植术*：

重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏、肺脏或小肠的异体移植手术。

造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的移植手术。

3、严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症*：

指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指经相关专科医生确诊疾病 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：

（1）一肢（含）以上肢体**（见释义）**肌力**（见释义）**2 级（含）以下；

（2）语言能力完全丧失（**见释义**），或严重咀嚼吞咽功能障碍；

（3）由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR，Clinical Dementia Rating）评估结果为 3 分；

（4）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动（**见释义**）中的三项或三项以上。

4、严重Ⅲ度烧伤*：

指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤的面积达到全身体表面积的 20％或 20％以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

5、重型再生障碍性贫血*：

指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少，且须满足下列全部条件：

（1）骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断：骨髓细胞增生程度<正常的 25%；如≥正常的 25%但＜50%，则残存的造血细胞应＜30%；

（2）外周血象须具备以下三项条件中的两项：

①中性粒细胞绝对值＜0.5×10^9/L；

②网织红细胞计数＜20×10^9/L；

③血小板绝对值＜20×10^9/L。

6、白血病：

指符合“恶性肿瘤--重度”的定义标准，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》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤 C90.1、C91、C92、C93、C94、C95 范畴。

下列疾病不在保障范围内：

（1）继发性（转移性）恶性肿瘤；

（2）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病。

7、良性脑肿瘤：

指脑的良性肿瘤，已经引起颅内压增高，临床表现为视神经乳头水肿、精神症状、癫痫及运动感觉障碍等，并危及生命。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或者正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，并须满足下列至少一项条件：

（1）实际实施了开颅进行的脑肿瘤完全切除或者部分切除的手术；

（2）实际实施了对脑肿瘤进行的放射治疗。

脑垂体瘤、脑囊肿、脑血管性疾病不在保障范围内。

8、严重川崎病：

是一种血管炎综合征，临床表现为急性发热，皮肤粘膜病损和淋巴结肿大。本病须经专

科医生明确诊断，同时须由血管造影或超声心动图检查证实，满足下列至少一项条件：

（1）伴有冠状动脉瘤，且冠状动脉瘤于最初急性发病后持续至少 180 天；

（2）伴有冠状动脉瘤，且实际接受了对冠状动脉瘤进行的手术治疗。

9、重症肌无力：

重症肌无力是一种神经肌肉接头传递障碍所致的疾病，表现为局部或全身骨骼肌（特别是眼外肌）极易疲劳。疾病可以累及呼吸肌、上肢或下肢的近端肌群或全身肌肉，必须满足下列全部条件：

（1）经药物治疗和胸腺切除治疗一年以上仍无法控制病情；

（2）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

10、重症幼年型类风湿性关节：

指为了治疗幼年型类风湿关节炎，实际实施了膝关节或髋关节置换手术。幼年型类风湿关节炎是一种儿童期发病的慢性关节炎，其特点为在高热和系统性病征出现数月后发生关节炎。

被保险人疾病诊断时必须在年满十八周岁之前。

11、重症手足口病：

指由肠道病毒引起的急性传染病，主要症状表现为手、足、口腔等部位的斑丘珍、疱珍。经本公司认可的医院专科医生确诊为手足口病，并伴有下列三项中的任意一项并发症：

（1）有脑膜炎或脑炎并发症，且导致意识障碍或瘫痪的临床表现及实验室检查证据；

（2）有肺炎或肺水肿并发症，且导致呼吸衰竭的临床表现及实验室检查证据；

（3）有心肌炎并发症，且导致心脏扩大或心力衰竭的临床表现及实验室检查证据。

12、严重心肌炎：

指被保险人因严重心肌炎性病变导致心功能损害造成持续的永久不可逆**（见释义）**性的心功能衰竭。必须满足所有以下条件：

（1）心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能Ⅳ级，或左室射血分数低于 30%；

（2）持续不间断 180 天以上；

（3）被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

13、严重瑞氏综合症：

瑞氏综合征是线粒体功能障碍性疾病。导致脂肪代谢障碍，引起短链脂肪酸、血氨升高，造成脑水肿。主要临床表现为急性发热、反复呕吐、惊厥及意识障碍等。肝脏活检是确诊的重要手段。瑞氏综合征需由相关专科医生确诊，并符合以下所有条件：

（1）有脑水肿和颅内压升高的脑脊液检查和影像学检查证实；

（2）血氨超过正常值的 3 倍；

（3）临床出现昏迷，病程至少达到疾病分期的第 3 期。

14、严重哮喘：

指一种反复发作的严重支气管阻塞性疾病，经保险人认可的专科医生确诊，且必须同时符合下列所有标准：

（1）过去两年中曾因哮喘持续状态（指哮喘持续发作 24 小时以上不能缓解）住院治疗；

（2）因慢性过度换气导致胸廓畸形；

（3）在家中需要医生处方的氧气治疗法；

（4）持续日常服用口服类固醇激素治疗持续至少六个月。

15、严重原发性心肌病：

指不明原因引起的一类心肌病变，包括原发性扩张型心肌病、原发性肥厚型心肌病及原发性限制型心肌病三种，病变必须已造成事实上心室功能障碍而出现明显的心功能衰竭（指按照美国纽约心脏病学会（New York Heart Association，NYHA）心功能状态分级**（见释义）**的标准判定，心功能状态已达Ⅳ级），且有相关住院医疗记录显示Ⅳ级心功能衰竭状态已持续至少 180 日。

继发于全身性疾病或其他器官系统疾病造成的心肌病变不在保障范围内。

16、严重 I 型糖尿病：

I 型糖尿病的特征为由于胰岛素分泌绝对不足引起严重胰岛素缺乏导致慢性血糖升高，需要依赖外源性胰岛素进行机体的葡萄糖代谢和维持生命。被保险人的 I 型糖尿病必须明确诊断，而且有血胰岛素测定及血 C 肽或尿 C 肽测定结果支持诊断，并且满足下列全部条件：

（1）已经持续性地接受外源性胰岛素注射治疗连续 180 天以上；

（2）因需要已经接受了下列治疗：因严重心律失常植入了心脏起搏器；或因坏疽自跖趾关节或以上切除了一趾或多趾。

17、疾病或外伤所致智力障碍：

因严重头部创伤或疾病造成被保险人智力低常（智力低于常态）。根据智商（IQ），智力低常分为中度（IQ35-50）、重度（IQ20-35）和极重度（IQ＜20）。智商的检测必须由本公司认可的专职心理测验工作者进行，心理测验工作者必须持有心理测量专业委员会资格认定书。根据被保险人年龄采用对应的智力量表如韦克斯勒智力量表（儿童智力量表或成人智力量表）。必须满足下列全部条件：

（1）造成被保险人智力低常（智力低于常态）的严重头部创伤或疾病（以入院日期为准）发生在被保险人 6 周岁以后；

（2）专科医师确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低常；

（3）专职合格心理检测工作者适时做的心理检测证实被保险人智力低常（中度、重度

或极重度）；

（4）被保险人的智力低常自确认日起持续 180 天以上。

18、阵发性睡眠性血红蛋白尿：

是一种后天获得性溶血性疾病。该病源于造血干细胞 PIG-A 基因突变引起一组通过糖肌醇磷脂（glycosylphosphatidylinositol，GPI）锚连在细胞表面的膜蛋白的缺失，导致细胞性能发生变化。其临床表现为不同程度的发作性血管内溶血、阵发性血红蛋白尿、骨髓造血功能衰竭和静脉血栓的形成。必须经专科医生明确诊断，并伴有相关嗜水气单胞菌溶素变异体（FLAER）检查结果证实

19、肺淋巴管肌瘤病：

肺淋巴管肌瘤病是一种弥漫性肺部疾病，主要病理改变为肺间质、支气管、血管和淋巴管内出现未成熟的平滑肌异常增生，同时需满足下列全部条件：

（1）经组织病理学诊断；

（2）CT 显示双肺弥漫性囊性改变；

（3）血气提示低氧血症。

20、肺泡蛋白质沉积症：

肺淋巴管肌瘤病是一种弥漫性肺部疾病，主要病理改变为肺间质、支气管、血管和淋巴管内出现未成熟的平滑肌异常增生，同时需满足下列全部条件：

（1）经组织病理学诊断；

（2）CT 显示双肺弥漫性囊性改变；

（3）休息时出现呼吸困难或并经本公司认可医院的专科医生认可有必要进行肺移植手术。

21、严重结核性脑膜炎：

指由结核杆菌引起的脑膜和脊膜的非化脓性炎症性疾病。需满足下列全部条件：

（1）出现颅内压明显增高，表现头痛、呕吐和视乳头水肿；

（2）出现部分性、全身性癫痫发作或癫痫持续状态；

（3）昏睡或意识模糊；

（4）视力减退、复视和面神经麻痹。

22、严重自身免疫性肝炎：

自身免疫性肝炎是一种原因不明的慢性肝脏的坏死性炎性疾病，机体免疫机制被破坏，产生针对肝脏自身抗原的抗体导致自身免疫反应，从而破坏肝细胞造成肝脏炎症坏死，进而发展为肝硬化。必须满足所有以下条件：

（1）高 γ 球蛋白血症；

（2）血液中存在高水平的自身免疫抗体，如 ANA（抗核抗体）、SMA（抗平滑肌抗体）、

抗 LKM1 抗体或抗-SLA/LP 抗体；

（3）肝脏活检证实免疫性肝炎；

（4）临床已经出现腹水、食道静脉曲张和脾肿大等肝硬化表现。

23、终末期肾病：

指分期达到慢性肾脏病 5 期，肾小球滤过率降至 15ml/（min.1.73m2）以下。

24、破伤风：

由本保险合同约定的医院的专科医生诊断为破伤风。

25、登革热：

由本保险合同约定的医院的专科医生诊断为登革热。

26、脑桥髓鞘溶解：

由本保险合同约定的医院的专科医生诊断为脑桥髓鞘溶解。

27、狂犬病：

由本保险合同约定的医院的专科医生诊断为狂犬病。

28、心脏再同步化治疗：

由本保险合同约定的医院的专科医生诊断为心脏再同步化治疗。

29、多个肢体缺失*：

指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

30、嗜铬细胞瘤：

是指肾上腺或嗜铬外组织出现神经内分泌肿瘤，并分泌过多的儿茶酚胺类，需要并实际进行了手术切除肿瘤。嗜铬细胞瘤的诊断必须由内分泌专科医生确定。

附表 2：

甲状腺癌的 TNM 分期

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

pT_0：无肿瘤证据

pT_1：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

pT_2：肿瘤 2～4cm

pT_3：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

pT_4：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

pT_0：无肿瘤证据

pT_1：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

pT_2：肿瘤 2～4cm

pT_3：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

pT_4：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

pN_0：无淋巴结转移证据

pN_1：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

M_0：无远处转移

M_1：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