

华农财产保险股份有限公司

个人医疗费用保险普惠 A 版条款（互联网专属）

注册编号：C00010132512023101873191

第一部分 总则

第一条 合同构成

本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证、批单等组成。凡涉及本合同的约定，均采用书面形式。

第二条 合同的成立

投保人提出保险申请，经**保险人**（见释义 1）同意承保，本合同成立。

第三条 保险期间

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

第四条 投保人

本合同的投保人应为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人。

第五条 被保险人

除另有约定外，投保时年龄在 0 周岁（见释义 2）（投保时被保险人为 0 周岁的，应当为出生满 30 天且已健康出院的婴儿）及以上，参加**社会基本医疗保险**（见释义 3，以下简称“**社保**”）或公费医疗的自然人可作为本合同的被保险人。

第六条 受益人

除本合同另有约定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

第二部分 保障内容

第七条 保险责任

本合同的保险责任包括“**社保内意外医疗保险金**”、“**社保内疾病医疗保险金**”、“**质子重离子医疗保险金**”、“**特定药品费用保险金**”和“**救护车费用保险金**”。其中“**社保内意外医疗保险金**”、“**社保内疾病医疗保险金**”为基本责任，“**质子重离子医疗保险金**”、“**特定药品费用保险金**”、“**救护车费用保险金**”为可选责任。可选责任是在投保人已选择基本责任的前提下可以选择投保的责任，以保险单中载明的责任为准。**未在保险单中载明可选责任的，可选责任部分不列入保险责任范畴。**

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。

一、基本责任

（一）社保内意外医疗保险金

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害（见释义 4）事故，在本合同约定的医院（见释义 5）接受治疗产生如下医疗费用的，保险人依照下列约定在社保内意外医疗保险金额内给付社保内意外医疗保险金：

1. 住院医疗费用

被保险人经医院诊断必须接受住院（见释义 6）治疗的，对于住院期间发生的符合当地（见释义 7）社保政策范围内的必需且合理（见释义 8）的住院医疗费用（见释义 9），经当地社保支付或补偿后的剩余部分，保险人在扣除约定的免赔额后，按照约定的赔付比例进行给付。

2. 住院前后门诊急诊医疗费用

被保险人在住院前 30 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受门诊急诊治疗发生的符合当地社保政策范围内的必需且合理的门诊急诊医疗费，经当地社保支付或补偿后的剩余部分，保险人在扣除约定的免赔额后，按照约定的赔付比例进行给付。

到本合同保险期间届满日时，被保险人未结束本次住院治疗的，保险人继续承担因本次住院发生的、最高不超过本合同保险期间届满日后 30 日内（含第 30 日）的符合上述规定的住院医疗费用和住院前后门诊急诊医疗费用。如第 30 日仍未结束本次治疗的，自第 30 日后发生的医疗费用不属于本合同保险责任。

保险人对于以上二类费用的累计给付金额之和以本合同约定的社保内意外医疗保险金的保险金额为限，一次或累计给付金额达到保险单载明的社保内意外医疗保险金额时，保险人对于被保险人在社保内意外医疗保险金项下的保险责任终止。

（二）社保内疾病医疗保险金

在保险期间内，被保险人在等待期（见释义 10）后因罹患疾病，在本合同约定的医院接受治疗产生如下医疗费用的，保险人依照下列约定在社保内疾病医疗保险金额内给付社保内疾病医疗保险金：

1. 住院医疗费用

被保险人经医院诊断必须接受住院治疗的，对于住院期间发生的符合当地社保政策范围内的必需且合理的住院医疗费用，经当地社保支付或补偿后的剩余部分，保险人在扣除约定的免赔额后，按照约定的赔付比例进行给付。

2. 住院前后门诊急诊医疗费用

被保险人在住院前 30 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受门诊急诊治疗发生的符合当地社保政策范围内的必需且合理的门诊急诊医疗费，经当地社保支付或补偿后的剩余部分，保险人在扣除约定的免赔额后，按照约定的赔付比例进行给付。

到本合同保险期间届满日时，被保险人未结束本次住院治疗的，保险人继续承担因本次住院发生的、最高不超过本合同保险期间届满日后 30 日内（含第 30 日）的符合上述规定的住院医疗费用和住院前后门诊急诊医疗费用。如第 30 日仍未结束本次治疗的，自第 30 日后发生的医疗费用不属于本合同保险责任。

保险人对于以上二类费用的累计给付金额之和以本合同约定的社保内疾病医疗保险金的保险金额为限，一次或累计给付金额达到保险单载明的社保内疾病医疗保险金额时，保险人对于被保险人在社保内疾病医疗保险金项下的保险责任终止。

二、可选责任

（一）质子重离子医疗保险金

在保险期间内，被保险人在等待期后经医院或指定医疗机构初次确诊本合同所定义的“恶性肿瘤——重度”（见释义 11），并在保险人认可的指定医疗机构接受质子重离子治疗，则保险人对于被保险人需个人支付的、必需且合理的质子重离子医疗费用（见释义 12），依照约定的赔付比例进行给付。保险人对质子重离子医疗费用的累计给付金额以本合同约定的质子重离子医疗保险金的保险金额为限，一次或累计给付金额达到保险单载明的质子重离子医疗保险金额时，保险人对被保险人在质子重离子医疗保险金项下的保险责任终止。

以上“社保内意外医疗保险金”、“社保内疾病医疗保险金”和“质子重离子医疗保险金”保险责任，均不包含本合同约定的医院或指定医疗机构内的医生开具的当前治疗必需的药品处方中所列无法在本合同约定的医院或指定医疗机构内获得的药品、医用材料或者任何其他医疗项目。本合同中所指的指定医疗机构由投保人与保险人在订立本合同时确定，并在保险单中载明。

（二）特定药品费用保险金

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患疾病，经医院的专科医生（见释义 13）诊断需使用本合同约定的药品清单（见释义 14）中的药品，对被保险人在保险期间内在保险人指定医疗机构或药店实际支出的本合同约定的药品清单中的药品费用，经当地社保支付或补偿后的剩余部分，保险人在扣除约定的免赔额后，按照约定的赔付比例进行给付。保险人对特定药品费用的累计给付金额以本合同约定的特定药品费用保险金的保险金额为限，一次或累计赔偿金额达到保险单载明的特定药品费用保险金额时，保险人对于被保险人在特定药品费用保险金项下的保险责任终止。

保险人给付本项保险金须同时满足以下条件：

（1）该特定药品处方（见释义 15）是由医院专科医生开具的、被保险人当前治疗必需的药品；

（2）每次特定药品开具的处方需为当前每日治疗必需且合理的剂量，每次的处方剂量不超过 30 天，且开具时间须在本合同保险期间内；

（3）保险期间内发生的并延续至本合同保险期间届满日后 30 日内（含第 30 日）发生的特定药品费用；

（4）该特定药品必须为本合同保险期间届满日前经国家药品监督管理部门批准且已在中华人民共和国（不包含港澳台地区）上市的药物；

（5）特定药品处方的开具与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及用法、用量相符；

（6）被保险人购买处方中所列特定药品前，需按保险人指定流程提交相应材料并通过处方审核，通过处方审核后需前往保险人指定药店购买处方中所列的特定药品。具体流程详见“特定药品处方审核及购药流程”。

特定药品涉及慈善援助的，被保险人从慈善机构获得援助的药品费用不纳入特定药品费用保险金的赔付范围。

（三）救护车费用保险金

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患疾病，自发生之时起24小时内实际支出的必需且合理的救护车费用，保险人在扣除约定的免赔额后，按照约定的赔付比例进行给付。保险人对救护车费用的累计给付金额以本合同约定的救护车费用保险金的保险金额为限，一次或累计给付金额达到保险单载明的救护车费用保险金额时，保险人对被保险人在救护车费用保险金项下的保险责任终止。

第八条 特定药品处方审核及购药流程

在保险期间内，如果被保险人需在保险人指定医疗机构或药店购买专科医生开具的药品处方中所列明的特定药品，且该药品属于本合同约定的药品清单，需按照以下流程进行购药申请、药品处方审核和药品购买，否则保险人不承担给付保险金的责任：

1. 购药申请和药品处方审核流程：

保险金申请人（见释义16）向保险人提交指定药店购药申请（以下简称“购药申请”），并提供下列授权申请材料：

（1）保险金给付申请书；

（2）被保险人的有效身份证件（见释义17）；

（3）支持审核的全部证明、信息和材料，包括但不限于医院出具的门诊及住院病历资料、医学诊断书、病理检查报告、影像报告、检查化验报告、医疗费用原始单据（已从社保获得补偿的，需提供医保结算单原件及结算单位用印的医疗费用单据复印件；已从其他商业保险获得赔偿的，需提供费用结算分割单原件及结算单位用印的医疗费用单据复印件；已从其他任何途径获得补偿或赔偿的，需提供相应机构或单位出具的医疗费用结算证明）、费用明细单据等。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其他合法有效的证明材料；

（4）医生开具的特定药品处方；

（5）医院开具的外购药证明；

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

（7）若保险金申请人委托他人申请的，还应提供保险金转账授权书原件、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材料。

保险人基于提交的资料进行药品处方审核。若保险金申请人提交的相关材料不足以支持药品处方审核，或者医学材料中相关的科学方法检验报告结果不支持药品处方的开具，保险人有权要求并一次性通知保险金申请人补充提供有关证明和资料。

如果保险金申请人未提交授权申请或者处方审核未通过，保险人不承担给付特定药品费用保险金的责任。

2. 院外直付用药服务流程

特定药品购药申请及特定药品处方首次经保险人审核通过后，保险人将指引保险金申请人，携带或配合提供有效药品处方、保险金申请人的有效身份证件、被保险人的中华人民共和国社会保障卡（如有）、保险金代领取授权书（工作人员出具）、领药确认书（工作人员出具）到保险人与保险金申请人确认取药的指定药店自取药品。

在取药时，保险金申请人须将本合同项下的保险金授权相应机构代为领取。该机构对保险金申请人免收本合同约定的保险责任范围内的药品费用，由保险人直接与相应机构直接结算保险人应当承担的保险金。属于本合同保险责任范围内的费用，保险金申请人已经授权相应机构代为领取，不应再向保险人申请该部分保险金。

第九条 免赔额

免赔额的具体金额以及相关适用情况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。

本合同中所指免赔额均指年免赔额，指在本合同保险期间内应由被保险人自行承担，保险人不予赔付的部分。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，但通过社保、公费医疗保险及政府救助获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

第十条 补偿原则和赔付标准

本合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括但不限于社保、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付。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。

以上“社保内意外医疗保险金”、“社保内疾病医疗保险金”、“质子重离子医疗保险金”、“特定药品费用保险金”和“救护车费用保险金”由投保人和保险人在订立本合同时协商确定赔付比例，并在保险单中载明：

若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，但未以基本医疗保险或公费医疗身份就诊并结算的，则保险人根据本合同单独约定的赔付比例进行给付。

第十一条 责任免除

被保险人所支出的下列费用，保险人不承担给付保险金的责任：

- （一）应当由第三人负担的医疗费用；
- （二）应当由公共卫生负担的医疗费用；
- （三）各类鉴定费用，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；
- （四）人工器官材料费、安装和置换等费用；被保险人因预防、康复、疗养、保健性、预防性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；体外或植入的医疗辅助装置或用具（眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等）及其安装费用。

因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的，保险人不承担保险金给付责任：

- (一) 工伤（见释义 18，含职业病）；
- (二) 肥胖症相关手术、袖状胃切除术、整形手术、美容或整容手术、变性手术及前述手术的并发症或因前述手术导致的医疗事故；不孕不育治疗、人工授精、避孕、节育（含绝育）、绝育后复通、妊娠（含异位妊娠）、分娩（含剖腹产和难产）、流产（含人工流产）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症；
- (三) 犯罪、打架、斗殴、酗酒、吸毒、自杀（但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外）、自伤、自残和违反法律法规的行为；
- (四) 在中国境外（见释义 19）的国家或者地区接受治疗；
- (五) 既往症（见释义 20）及其复发、转移、或引发的并发症，或被保险人在投保前或在等待期内确诊的疾病，或保险单中特别约定的除外疾病，但投保时保险人书面认可的除外；
- (六) 被保险人在不符合本合同约定的医院就诊的；
- (七) 未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及其产生的后果；
- (八) 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用或注射特定药品；
- (九) 被保险人酒后驾驶（见释义 21）、无合法有效驾驶证（见释义 22）驾驶或驾驶无合法有效行驶证（见释义 23）的机动车（见释义 24）；
- (十) 从事潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动（见释义 25）导致的伤害；
- (十一) 被保险人存在精神和行为障碍（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）；
- (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或患艾滋病（见释义 26）；
- (十三) 被保险人患性病；
- (十四) 遗传性疾病（见释义 27），先天性畸形、变形或染色体异常（见释义 28）（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）；
- (十五) 被保险人未在保险人指定医疗机构或药店购买的药品；
- (十六) 被保险人未按本合同约定的流程进行购药申请或经申请未审核通过；
- (十七) 特定药品处方的开具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用法用量不符；
- (十八) 被保险人的疾病状况经保险人审核已经对申领药品产生耐药（见释义 29）性；
- (十九) 被保险人用药时长符合慈善赠药项目申请条件，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慈善赠药项目申请未通过。

第十二条 保险金额

保险金额是保险人承担赔偿责任或者给付保险金责任的最高限额。年度累计保险金额是保

险人在保单年度内承担赔偿责任或者给付保险金责任的累计最高限额。

本合同的保险金额包括社保内意外医疗保险金额、社保内疾病医疗保险金额、质子重离子医疗保险金额、特定药品费用保险金额、救护车费用保险金额。以上每项责任的保险金额和年度累计保险金额由投保人、保险人双方在签订保险合同时约定，并在保险单中载明。

第十三条 不保证续保

本合同为不保证续保合同，本合同保险期间不超过一年。保险期间届满，投保人可以重新向保险公司申请投保本合同，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

第三部分 保险人的义务

第十四条 提示和说明

订立本合同时，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、保险单或者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者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。

第十五条 保险单和保险凭证

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。

第十六条 合同解除

保险人依据第二十二、二十三条所取得的保险合同解除权，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。

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。

第十七条 补充索赔证明和资料的通知

保险人按照第二十七条的约定，认为投保人、被保险人或者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、被保险人或者受益人补充提供。

第十八条 及时核定、赔付义务

保险人收到被保险人或者受益人的给付保险金的请求后，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。但保险责任的核定必须依赖于特定证明、鉴定、判决、裁定或其他证据材料的，保险人应在被保险人或者受益人提供或自行取得上述证据材料起三十日内作出核定。本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或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益人达成给付保险金的协议后十日内，履行赔偿保险金义务。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被保险人或者受益人发出拒绝

给付保险金通知书，并说明理由。

第十九条 先行赔付义务

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；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

第二十条 退还保险费义务

投保人符合保险法规定的退还保险费相关要求的，保险人应当按照保险法相关规定退还未到期保险费（见释义 30）。

第四部分 投保人、被保险人义务

第二十一条 缴费义务

本合同保险费缴付方式由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单上载明。

若投保人选择一次性缴付保险费，投保人应当在本合同成立时一次性缴清保险费。保险费缴清前，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。

若投保人选择分期缴付保险费，需投保人申请并经保险人同意，并在保险单中载明保险分期缴付的周期。

如投保人未缴付首期保险费，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。

投保人应当在每个保险费约定支付日缴付当期保险费，保险费约定支付日由投保人和保险人在订立本合同时协商确定，并在保险单载明。如投保人未按照本合同约定的付款时间足额缴付当期保险费，保险人允许投保人在保险合同约定的宽限期内补缴当期保险费，如被保险人在宽限期内发生保险事故，保险人仍按照保险合同约定赔偿保险金。除本合同另有约定外，如被保险人在正常缴费对应的保险期间内或宽限期内发生保险事故，保险人依照本合同约定给付保险金的，需扣减保险期间所有未缴期间的保险费，投保人已缴纳的保险费与保险人扣减的保险费之和应等于本合同约定的保险费总额。

如投保人未按照本合同约定的付款时间足额缴付当期保险费，且在本合同约定的宽限期内仍未足额补缴当期保险费的，本合同效力中止，保险人对合同效力中止期间发生的保险事故不承担给付保险金责任。

宽限期由投保人与保险人约定，并在保险单中载明。

第二十二条 如实告知

订立保险合同，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，保险人有权解除合同。

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，不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

第二十三条 年龄的确定及错误的处理

被保险人的投保年龄，以法定身份证件登记的周岁年龄为准，本合同所承保的被保险人的投保年龄必须符合年龄要求。投保人在申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。若发生错误，保险人按照以下规定处理：

（一）投保人申报的被保险人年龄不真实，且真实年龄不符合本合同约定的年龄限制的，保险人有权解除本合同，并向投保人退还未满期保险费。对于本合同解除前发生的保险事故，保险人不承担给付保险金的责任。

（二）投保人申报的被保险人年龄不真实，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。

（三）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人支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。

第二十四条 住址或通讯地址变更告知义务

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。

第二十五条 职业或工种的变更

被保险人变更其职业或工种时，投保人或被保险人应于三十日内以书面形式通知保险人。若被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类（见释义 31）超出承保范围的，保险人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，并退还未满期保险费。

被保险人未履行本条约定的通知义务而发生保险事故的，且被保险人所变更的职业或工种，依照保险人职业分类超出承保范围的，保险人不承担给付保险金的责任，并自其职业或工种变更之日起，按日计算退还未满期保险费，本合同终止。

第二十六条 保险事故通知义务

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，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。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（见释义 32）而导致的迟延。

第五部分 保险金申请与给付

第二十七条 保险金的申请

保险金申请人请求赔偿时，应向保险人提供以下证明和资料。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）保险合同凭证；

（三）保险金申请人的有效身份证件；

（四）支持索赔的全部账单、证明、信息和材料，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、医疗费用原始单据（已从社保获得补偿的，需提供医保结算单原件及结算单位用印的医疗费用单据复印件；已从其他商业保险获得赔偿的，需提供费用结算分割单原件及结算单位用印的医疗费用单据复印件；已从其他任何途径获得补偿或赔偿的，需提供相应机构或单位出具的医疗费用结算证明）、费用明细单据等。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其他合法有效的材料；

（五）若申请救护车费用保险金，需提供救护车费用发票；

（六）保险金申请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；

（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。

（八）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。

第六部分 争议处理与法律适用

第二十八条 合同的争议处理

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（**不包括香港、澳门、台湾地区**）有管辖权的人民法院起诉。

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（为本合同之目的，**不包括香港、澳门、台湾地区有关法律**）。

第二十九条 诉讼时效期间

保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效依据中华人民共和国法律（为本合同之目的，**不包括香港、澳门、台湾地区有关法律**）确定，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

第七部分 保险合同的变更、解除与终止

第三十条 合同的变更

除本合同另有约定外，经投保人和保险人协商同意后，可变更本合同的有关内容。变更本合同时，投保人应填写变更合同申请书，经保险人审核同意，并在本合同的保险单或其它

保险凭证上加以批注，或由投保人和保险人订立变更的书面协议后生效。

第三十一条 合同的解除

在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同，**但保险人已根据本合同约定给付保险金的除外**。投保人解除本合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险合同凭证；
- （三）保险费交付凭证；
- （四）投保人身份证明；
- （五）保险人需要的其它有关文件和资料。

投保人要求解除本合同，**自保险人接到保险合同解除申请书的次日零时起，本合同的效力终止**。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还未满期保险费。

第三十二条 效力终止

发生以下情况之一时，本合同效力即时终止：

- （一）保险期间届满；
- （二）被保险人身故；
- （三）因本合同其他条款所约定的情况而终止效力。

第八部分 释义

1、保险人：指华农财产保险股份有限公司。

2、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。

3、社会基本医疗保险：指城镇职工基本医疗保险、城镇/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险保障项目。

4、意外伤害：指外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。
以下情形属于疾病范畴，非本条款所指意外伤害：

（1）**猝死：**指由潜在疾病、身体机能障碍或其他非外来性原因所导致的、在出现急性症状后发生的突然死亡，以医院的诊断或公安、司法机关的鉴定为准；

（2）**过敏及由过敏引发的变态反应性疾病；**

（3）**高原反应；**

（4）**中暑；**

（5）**细菌、病毒或其他病原体导致的感染性疾病。**

5、医院：是指经中华人民共和国卫生部门审核认定的二级或二级以上的公立医院，且

仅限于上述医院的普通部，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、A 级病房；

(2) 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；

(3) 休养、戒酒、戒毒中心。

该医院必须具有系统的、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。

6、住院：是指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院或指定医疗机构的正式病房接受全日 24 小时监护治疗的过程，并正式办理入出院手续。但不包括下列情况：

(1) 被保险人在医院或指定医疗机构的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；

(2) 被保险人在特需病房、外宾病房或其它不属于基本医疗保险范畴的高等级病房入住；

(3) 被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；

(4) 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；

(5) 被保险人住院体检；

(6) 挂床住院及其他不合理的住院。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。

7、当地：指分以下两种情况

(1) 若被保险人已从基本医疗保险获得补偿，当地指被保险人医保所在地；

(2) 若被保险人未从基本医疗保险获得补偿，当地指被保险人治疗所在地。

8、必需且合理：指符合以下两个条件

(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；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) 医学必要：指被保险人接受治疗或服务、使用器械或服用药品符合以下条件：

a. 医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需；

b. 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；

c. 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；

d. 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；

e. 非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；

f. 非试验性或研究性。

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。

9、住院医疗费用：

（1）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**）。

（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给付其合法监护人（限一人）在合同约定的医院或指定医疗机构留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，保险人根据合同约定给付其一周岁以下哺乳期婴儿在合同约定的医院或医疗机构留宿发生的加床费。

（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。

（4）药品费

指住院期间实际发生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：**

a. 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，血宝胶囊，红桃 K 口服液，十全大补丸，十全大补膏等；

b. 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；

c. 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，由作为合同约定的医院或指定医疗机构内部专属部门的、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，根据各医院或指定医疗机构的惯例，可以作为独立的款项，也可以合并 in 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，具体以就诊合同约定的医院或指定医疗机构的费

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。

(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；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。

(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。

10、等待期：指自本合同生效日起计算的一段时间。等待期内发生疾病，无论等待期内治疗还是等待期外治疗，保险人均不承担给付保险金责任。

11、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33，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）（见释义34）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（见释义35）为 I 期或更轻分期的甲状腺癌（见释义36）；

(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。

12、质子重离子医疗费用：指被保险人因接受质子、重离子放射治疗而发生的相关费用，包括定位及制定放疗计划费用以及质子、重离子放射治疗实施费用。

13、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。

14、约定的药品清单：保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的符合保险保障计划的药品清单。具体药品清单以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）的通知为准，保险人保留对药品清单做出调整的权利。

15、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。

16、保险金申请人：指被保险人，受益人，被保险人、受益人的继承人或其他依法享有保险金请求权的其他自然人。

17、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，包括但不限于居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。

18、工伤：指符合国家最新修订颁布的《工伤保险条例》规定的“认定为工伤”或者“视同工伤”情形的事故。

19、中国境外：指中华人民共和国领土之外的地区以及香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。

20、既往症：指在保单生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

21、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》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

22、无合法有效驾驶证，指下列情形之一：

- (1) 没有取得驾驶资格；
- (2) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不相符合；
- (3) 持审验不合格的驾驶证驾驶，或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；

- (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；
- (5) 无驾驶证，驾驶证被依法扣留、暂扣、吊销、注销期间或驾驶证载明的有效期已届满，被保险人未及时更换新驾驶证；
- (6) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关约定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

23、无合法有效行驶证，指下列情形之一：

- (1) 发生保险事故时无公安机关交通管理部门核发的合法有效的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动号牌；
- (2) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验；

24、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。

25、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。
- (2) **攀岩：**指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
- (3) **探险活动：**指明知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，而故意使自己置身于其中的行为，如：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。
- (4) **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。
- (5) **特技表演：**指进行马术、杂技、驯兽等表演。

26、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。

27、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。

28、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》第十次修订版（ICD-10）确定。

29、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）出现疾病进展。
- 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，按相关专业机构的指南规范，对患者骨髓形态学、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。

30、未到期保险费：除另有约定外，按下述公式计算未到期保险费：

若选择一次性缴付保险费，未到期保险费=保险费 \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。

若选择分期缴付保险费，未到期保险费=当期保险费 \times （1-m/n），其中，m 为当期已生效天数，n 为当期天数，经过日期不足一日的按一日计算。

31、职业分类：按照工作性质同一性的基本原则，对被保险人所从事的工作进行职业分类。具体分类以华农财产保险股份有限公司官方网站公开信息披露的发布为准。

32、不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

33、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。

34、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，World Health Organization）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。

35、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。

36、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

pT₀：无肿瘤证据

pT₁：肿瘤局限在甲状腺内，最大径 \leq 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。