



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，对“平安互联网颐享臻选高端医疗保险”内容的解释以条款为准。

### 您拥有的重要权益

- ❖ 签收本主险合同后15日内您可以要求全额退还保险费.....1.7
- ❖ 被保险人可以享受本主险合同提供的保障.....2.2
- ❖ 您有退保的权利 .....7.1

### 您应当特别注意的事项

- ❖ 我们对免除保险人责任的条款作了特别提示，详见条款正文中背景突出显示的内容.....2.2、3.1、3.2、8.1、8.2、脚注
- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策.....7.1
- ❖ 您在接受部分医疗项目前，应通知我们，并经我们同意后方可就诊或治疗，否则我们承担的保险责任将会减少，详见条款正文中背景突出显示的内容 .....2.2.8
- ❖ 费用补偿型医疗保险是适用补偿原则的 .....2.2.7
- ❖ 您有及时向我们通知保险事故的责任 .....6.2
- ❖ 我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请您注意.....脚注
- ❖ 本主险合同的保险期间为1年.....1.8

### 条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本条款。条款目录如下：

#### 1. 您与我们的合同

- 1.1 合同构成
- 1.2 合同成立与生效
- 1.3 保险对象
- 1.4 常住地要求
- 1.5 投保年龄
- 1.6 保障区域
- 1.7 犹豫期
- 1.8 保险期间与不保证续保

#### 2. 我们提供的保障

- 2.1 保险计划和医疗机构
- 2.2 保险责任

#### 3. 责任免除

- 3.1 责任免除
- 3.2 其他免责条款

#### 4. 我们提供的服务

- 4.1 健康管理服务

#### 5. 如何支付保险费

- 5.1 保险费的支付

#### 6. 如何领取保险金

- 6.1 受益人
- 6.2 保险事故通知
- 6.3 保险金申请
- 6.4 保险金的赔付
- 6.5 诉讼时效

#### 7. 如何解除保险合同

- 7.1 您解除合同的手续及风险

#### 8. 其他需要关注的事项

- 8.1 明确说明与如实告知
- 8.2 年龄错误
- 8.3 合同内容变更
- 8.4 联系方式变更
- 8.5 效力终止

附表 1：平安互联网颐享臻选高端医疗保险计划表

附表 2：平安互联网颐享臻选高端医疗保险重大疾病清单

附表 3：甲状腺癌的 TNM 分期

# 平安互联网颐享臻选高端医疗保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指平安健康保险股份有限公司。

## ① 您与我们的合同

- 1.1 合同构成** 本保险条款、保险合同、保险单或其他保险凭证、投保书、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都是您与我们之间订立的保险合同的构成部分。  
“平安互联网颐享臻选高端医疗保险合同”以下简称为“本主险合同”。
- 1.2 合同成立与生效** 您提出投保申请，我们审核您的投保申请和被保险人健康状况后同意承保，本主险合同成立。  
本主险合同自我们同意承保，并签发保险合同时开始生效，我们承担保险责任的时间以保险合同记载的保险期间为准。
- 1.3 保险对象** 本主险合同的保险对象（即被保险人）须满足以下全部条件：  
1. 被保险人在保险期间开始之日符合1.5条投保年龄要求；  
2. 被保险人的身体健康状况能够通过我们的核保审核。  
您及您的家庭成员若均满足上述条件，可以**同时参保**<sup>1</sup>本保险，形成家庭保单。家庭成员仅指您的父母、子女以及投保时具有合法婚姻关系的配偶。
- 1.4 常住地要求** 在本主险合同保险期间内，若被保险人停留于中华人民共和国大陆地区以外（包括香港、澳门及台湾地区）累计日数超过180日，我们对于被保险人超过180日后在中华人民共和国大陆地区以外（包括香港、澳门及台湾地区）产生的任何费用不承担保险责任。
- 1.5 投保年龄** 指保险期间开始时被保险人的年龄，投保年龄以**周岁**<sup>2</sup>计算。  
本主险合同接受的首次投保年龄为0周岁至70周岁，投保时被保险人为0周岁的，应当为出生满28日且已健康出院的婴儿。被保险人年满100周岁前（含100周岁），保险期间届满，可以重新向我们申请投保本产品，并经过我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。
- 1.6 保障区域** 本主险合同的保障区域根据您投保时选择的保险计划确定。除本主险合同另行约定外，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。
- 1.7 犹豫期** 自您收到本主险合同电子保险单次日起，有15日的犹豫期。在此期间请您认真审视本主险合同，如果您认为本主险合同与您的需求不相符，您可以在在此期间提出解除本主险合同，我们将无息退还您所支付的全部保险费。  
解除本主险合同时，您需要填写申请书，并提供您的保险合同及有效身份证

<sup>1</sup>同时参保指您在一次投保行为中为两名及以上符合本主险合同约定条件的被保险人申请投保且所有被保险人均被我们同意承保的情况。

<sup>2</sup>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。

件。自我们收齐上述资料时起，本主险合同即被解除。犹豫期内解除保险合同的，合同解除前发生的**保险事故**<sup>3</sup>我们不承担保险责任，已经承担保险责任的情况下，被保险人应当向我们退还已经支付的保险金，您对被保险人退还保险金应承担连带责任。

- 1.8 **保险期间与不保证续保** 本主险合同的保险期间为1年，**不保证续保**。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。若保险期间届满时，本主险产品已停止销售，我们不再接受投保申请，但会向您提供投保其他保险产品的合理建议。

## ② 我们提供的保障

- 2.1 **保险计划和医疗机构** 本主险合同的保险计划由您在投保时选择并在保险合同中载明。不同保险计划的保障区域、医疗机构范围、保险金总赔付限额、各项保险责任的单项限额和限次、赔付天数上限、赔付比例及免赔额等条款未尽内容详见保险计划表。

本主险合同中所称的**医院**<sup>4</sup>需符合本主险合同的定义。本主险合同涉及到的医院类型及其定义如下：

### （一）昂贵医院

指超出惯常医疗费用水平的医院。被保险人在昂贵医院内发生的医疗费用，本公司将不承担或者按一定比例承担保险责任范围内的医疗费用，详见您的保险计划表。由于各医疗机构的收费水平可能发生变化，我们会跟踪分析并适时更新和公布昂贵医院列表，您和被保险人可以登录我们的官方网站“医疗服务”版块查询。**昂贵医院列表发生变更时，您可以通过我们的网站查询。**

### （二）一般医院

指符合医院定义但不在昂贵医院列表中的医院，被保险人在一般医院内发生的医疗费用，我们将按保险合同的约定承担保险责任范围内的医疗费用。

本主险合同中所称的其他医疗机构需符合本主险合同的定义。本主险合同涉及到的其他医疗机构类型及其定义如下：

### （一）体检机构

指由国家授权批准的通过医学手段和方法对受检者进行身体检查，了解受检者健康状况、早期发现疾病线索和健康隐患的机构。

需要满足以下条件：（1）具有医疗卫生机构执业许可证。（2）具备固定的医疗卫生机构场所，拥有符合卫生标准的体检设备和场地。（3）拥有专业的医疗团队，包括医生、护士、技师等。（4）满足国家和地方相关卫生、安全、环保等方面的法律法规要求。

### （二）基因检测机构

指具有合法有效资质且合法提供基因临床检验服务的基因检测机构。

<sup>3</sup>保险事故指发生本主险合同保险责任范围内的事件。

<sup>4</sup>医院指符合下列条件并在当地合法注册具备有效行医资质的医疗机构：

（1）必须具有符合所在国有关医院管理规则设置标准的医疗设备；

（2）以直接诊治病人为目的；

（3）有所在地区合法注册的医生和护士常驻执业，并提供全日24小时的医疗和护理服务。

除另有约定外，上述医院均不包括疗养院、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、心理治疗中心以及其他**我们不承担保险责任的医院**（具体以保险合同约定为准）。

## 2.2 保险责任

在本主险合同保险期间内，根据您投保时选择的保险计划，我们承担如下一项或多项保险责任：

### 2.2.1 等待期

被保险人在本主险合同保险期间开始之日起 90 日内确诊疾病，由该疾病而导致可选责任“牙科医疗费用保险金”所描述的相关治疗的，无论治疗时间与生效之日是否间隔超过 90 日，我们都不承担赔付保险金的责任。

被保险人在本主险合同保险期间开始之日起 30 日内确诊疾病，由该疾病而导致除可选责任“牙科医疗费用保险金”外的其他项目所描述的相关治疗的，无论治疗时间与生效之日是否间隔超过 30 日，我们都不承担赔付保险金的责任。

上述 90 日或 30 日的时间称为等待期。

以下两种情形，无等待期：

- (1) 因**意外伤害**<sup>5</sup>发生的保险事故；
- (2) 根据本条款 1.8 条的约定获得新的保险合同并经我们审核免除被保险人的等待期的。

### 2.2.2 免赔额

除另有约定外，本主险合同中的免赔额是指单一被保险人在一个保险期间内发生的、虽然属于本主险合同的保险责任范围内的医疗费用，但依照本主险合同约定仍旧由被保险人个人自行承担，我们不予赔付的金额。只有当免赔额因以下两种情况抵扣完毕时，我们才开始按照约定承担保险金赔付责任：

1. 被保险人个人自行承担的属于本主险合同保险责任范围内的医疗费用，包括其**基本医疗保险**<sup>6</sup>个人账户支出的医疗费用；
2. 从基本医疗保险和公费医疗之外的其他途径获得的属于本主险合同保险责任范围内的医疗费用补偿。

举例来说，假设免赔额为 10000 元，如被保险人在保险期间内第一次就诊由被保险人个人自行承担的、属于保险责任范围内医疗费用为 8000 元，针对本次就诊理赔后免赔额余额为 2000 元，本次赔付为 0 元；如第二次就诊由被保险人个人自行承担的、属于保险责任范围内医疗费用为 6000 元，则针对本次就诊理赔后的免赔额余额为 0 元，本次赔付为 4000 元乘以赔付比例。由于免赔额已抵扣完毕，在该被保险人剩余的保险期间内，不再需要抵扣免赔额。

请注意：通过基本医疗保险和公费医疗获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

**免赔额根据您投保时选择的保险计划而有所不同，请您在投保时注意。**

### 2.2.3 基本责任

以下为本主险合同的基本责任。

#### 一般住院医疗保险金

在本主险合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患疾病，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**<sup>7</sup>的**床位费**<sup>8</sup>、**陪床费**<sup>9</sup>、**重症监护室床位**

<sup>5</sup>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。

<sup>6</sup>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。

<sup>7</sup>合理且必要指同时满足下列要求：

- (1) 治疗所必需的；
- (2) 不超过安全、足量治疗原则的；
- (3) 非试验性、研究性项目所产生的；

费<sup>10</sup>、膳食费<sup>11</sup>、护理费<sup>12</sup>、治疗费<sup>13</sup>、检查检验费<sup>14</sup>、药品费<sup>15</sup>、医生诊疗费<sup>16</sup>、手术费<sup>17</sup>、转院救护车使用费<sup>18</sup>、重建手术费<sup>19</sup>和医疗器械费<sup>20</sup>（上述费用统称为“住院医疗费用”），我们依据 2.2.5 条的保险金计算方法结合补偿原则在保险金总赔付限额内赔付一般住院医疗保险金。

本项保险责任对每次住院的重建手术费、医疗器械费有赔付限额，详见保险计划表。每次住院指被保险人因疾病或意外伤害住院治疗，自入院日起至出院日止之期间。

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，我们将继续按前一保险期间的赔付限额与免赔额等约定承担保险责任，直至被保险人办理出院手续。

一般住院医疗保险金不包含：艾滋病及精神疾病住院医疗费用、先天性疾病

(4) 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。

<sup>8</sup>床位费指住院期间不超过普通单人间病房（套房限人民币 1500 元/日）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。

<sup>9</sup>陪床费指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间，我们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，我们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。

<sup>10</sup>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。

<sup>11</sup>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、也可以合并病房费等其他款项内。

<sup>12</sup>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。

<sup>13</sup>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，具体以就诊医院的项目划分为准。

本项责任不包含如下费用：物理治疗、中医疗疗、顺势疗法、职业疗法及语音治疗等费用。

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；中医疗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。

<sup>14</sup>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。

<sup>15</sup>药品费指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。药品费中不包含根据中医药方组合一种或多种中药材进行内服或外用的中草药药品费（中草药饮片、中草药颗粒和中草药膏方等），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）。

<sup>16</sup>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。

<sup>17</sup>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。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）。

<sup>18</sup>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。

<sup>19</sup>重建手术费指被保险人为恢复身体外观，在医生建议下于意外事故发生后 12 个月内进行重建手术的实际开支；或被保险人因疾病而进行乳房切除手术或乳房切除手术后 12 个月内进行的重建乳房手术的实际开支。

<sup>20</sup>医疗器械费指以下三类医疗器械或材料的实际费用，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）：

- (1) 内置医疗器械：指手术过程中因医疗所需用于植入人体内的修复体、置换体或辅助设备；
- (2) 外置医疗器械：指于手术期间或手术后立即需要的、医学必要并且符合通常医疗惯例的修复性设备及其配件，或在病后恢复阶段短期内需要的、医学必要并且符合通常医疗惯例的修复性设备及其配件，除另有约定外，不包括假体、义肢、轮椅、康复设备、按摩设备等需要长期使用或以舒适性、便利性为主要用途的设备的购买、租赁和置换费用；
- (3) 重建装置/重建材料：因重建手术而需要使用的医疗装置/材料。

住院医疗费用、恶性肿瘤特定用药基因检测费用、质子重离子医疗费用和“保险区域外紧急医疗保险金”中的一般住院医疗费用。

### 艾滋病及精神疾病住院医疗保险金

在本主险合同保险期间内，被保险人在等待期后经医院确诊初次罹患**艾滋病<sup>21</sup>**或**精神疾病<sup>22</sup>**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、医生诊疗费、手术费、转院救护车使用费和医疗器械费，我们依据 2.2.5 条的保险金计算方法结合补偿原则在上述各项医疗费用对应的赔付限额内赔付艾滋病及精神疾病住院医疗保险金。

本项责任对应的艾滋病住院医疗费用和精神疾病住院医疗费用的赔付限额不同，详见保险计划表。

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，我们将继续按前一保险期间的赔付限额与赔付比例的约定承担保险责任，直至被保险人办理出院手续。

### 先天性疾病住院医疗保险金

在本主险合同保险期间内，被保险人在等待期后经医院确诊初次罹患**先天性疾病<sup>23</sup>**，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、医生诊疗费、手术费、转院救护车使用费和医疗器械费，我们依据 2.2.5 条的保险金计算方法结合补偿原则在本项保险金赔付限额内赔付先天性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，我们将继续按前一保险期间的赔付限额与赔付比例的约定承担保险责任，直至被保险人办理出院手续。

### 无费用赔付住院津贴保险金

在本主险合同保险期间内，若被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患疾病的某次住院仅由于免赔额的原因未能获得上述“一般住院医疗保险金”、“艾滋病及精神疾病住院医疗保险金”或“先天性疾病住院医疗保险金”的赔付或者被保险人书面放弃对某次住院我们应赔付的住院医疗保险金的请求权，我们根据您的保险计划所载的每日津贴金额乘以该次住院实际住院日数赔付无费用赔付住院津贴。赔付该住院津贴后，我们将不再赔付与该次住院相关的任何保险金，且该次住院产生的所有医疗费用不能抵扣免赔额。

在保险期间内，“无费用赔付住院津贴保险金”赔付日数最多可达 30 日。本项责任不适用医疗费用直接结算。

免赔额不适用无费用赔付住院津贴保险金。

<sup>21</sup>艾滋病指被保险人感染**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。在人体血液或其它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。

<sup>22</sup>精神疾病指被保险人因患精神疾病经当地合法注册的精神专科医院或设有精神病科室的医疗机构确诊罹患精神疾病。包括但不限于对抑郁症、狂躁症、贪食症、厌食、**注意缺陷症**和**注意缺陷多动障碍**的治疗。

**注意缺陷症**指一种生物学方面改变所致的病理状态，症状表现为：注意力涣散、活动过多、冲动任性等。

**注意缺陷多动障碍**指一种常见的儿童精神障碍，主要表现为注意力涣散、活动过多和冲动任性等问题或伴有其他相关精神障碍，但只有当这些表现超出了儿童年龄和发育的正常范围才能诊断为注意缺陷多动障碍。

<sup>23</sup>先天性疾病即先天性畸形、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。

请注意无费用赔付住院津贴保险金保险责任不适用 2.2.5 条的保险金计算方法。

### 指定门诊急诊医疗保险金

在本主险合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患疾病，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<sup>24</sup>**：

- (1) 门诊肾透析；
- (2) 门诊肿瘤治疗，包括**肿瘤化学疗法<sup>25</sup>、肿瘤放射疗法<sup>26</sup>、肿瘤靶向疗法<sup>27</sup>、肿瘤内分泌疗法<sup>28</sup>、肿瘤免疫疗法<sup>29</sup>**的治疗费用；
- (3) 器官移植后的门诊抗排异治疗；
- (4) **门诊手术<sup>30</sup>**。

我们依据 2.2.5 条的保险金计算方法结合补偿原则在保险金总赔付限额内赔付指定门诊急诊医疗保险金。

本项责任不适用医疗费用直接结算。

### 住院前后门诊急诊医疗保险金

在本主险合同保险期间内，被保险人在等待期后的住院前 60 日和出院后 60 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“一般住院医疗保险金”、“艾滋病及精神疾病住院医疗保险金”、“先天性疾病住院医疗保险金”的住院相同原因而发生的，必须由被保险人个人自行承担的门诊急诊医疗费用。

我们依据 2.2.5 条的保险金计算方法结合补偿原则在保险金总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保险金不包含：**指定门诊急诊医疗费用、紧急意外医疗保险金中的门诊急诊医疗费用。

本项责任不适用医疗费用直接结算。

### 紧急意外医疗保险金

在本主险合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故而在医院门诊部门或急诊部门发生的**意外门诊急诊医疗费<sup>31</sup>与意外门诊急诊牙科医疗费<sup>32</sup>**，我们

<sup>24</sup>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、药品费和救护车使用费**。

**救护车使用费**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的费用，救护车的使用权限仅限于同一城市中的医疗转送。

<sup>25</sup>**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。本主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。

<sup>26</sup>**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。

<sup>27</sup>**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。本主险合同所指的靶向治疗的药物需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。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）。

<sup>28</sup>**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。本主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。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）。

<sup>29</sup>**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。本主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。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）。

<sup>30</sup>**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。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）。

<sup>31</sup>**意外门诊急诊医疗费**指在意外伤害事故发生后 24 小时内，因该意外事故的伤害而在医院门诊部门或急诊部门发生的**医生诊疗费、治疗费、检查检验费、药品费和救护车使用费**。

依据 2.2.5 条的保险金计算方法结合补偿原则在保险金总赔付限额内赔付紧急意外医疗保险金。

**紧急意外医疗保险金不包含：**牙科医疗费用保险金中的牙科基础治疗费和牙科重大治疗费。

本项责任不适用医疗费用直接结算。

### 重大疾病就医交通补贴保险金

在本主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因意外伤害以外的原因，自其出生以来经本主险合同约定的医院的**专科医生**<sup>33</sup>确诊初次罹患符合本主险合同所附**重大疾病清单**（详见附件 2）定义的重大疾病后，因治疗该重大疾病需要前往治疗地接受符合本主险合同约定的治疗而产生的，满足以下条件的交通费用，我们根据本主险合同约定的赔付比例在本项保险金赔付限额内赔付重大疾病就医交通补贴保险金。

（1）被保险人及一名陪同人员（如有）由常住地前往治疗地的飞机或铁路的费用；

（2）被保险人及一名陪同人员（如有）由治疗地返回常住地的飞机或铁路的费用。

本项责任不适用医疗费用直接结算。

免赔额不适用重大疾病就医交通补贴保险金。

被保险人在申请本项保险金时需额外提供航空运输电子客票行程单或火车票等证明材料。

我们赔付的陪同人员的交通费用的行程、往返日期、航班或车次必须与被保险人的一致。

请注意重大疾病就医交通补贴保险金保险责任不适用 2.2.5 条的保险金计算方法。

### 外购药品及外购医疗器械费用保险金

在本主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，在本主险合同约定的医院外购买的，符合一般住院医疗保险金、艾滋病及精神疾病住院医疗保险金、先天性疾病住院医疗保险金、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保险责任范围内的必须由被保险人个人自行承担的合理且必要的，满足以下条件的**外购药品及外购医疗器械费用**，我们根据本主险合同约定的赔付比例在本项保险金赔付限额内赔付**外购药品及外购医疗器械费用保险金**：

（1）对于保障区域为中国（含港澳台）的保险计划，外购医疗器械必须属于本主险合同约定的特定医疗器械清单且符合清单中该器械对应的使用条件和适用疾病种类及定义；

（2）外购药品和外购医疗器械的处方必须是由我们认可的医院专科医生开具的；

（3）处方开具的外购药品和外购医疗器械必须是被保险人当前治疗所必备

<sup>32</sup>意外门诊急诊牙科医疗费指在意外伤害事故发生后 14 日内，因该意外事故的伤害导致的牙齿损伤而在医院门诊部门或急诊部门接受的清创、止血、止痛、拔残根的治疗费、医生诊疗费、检查检验费、药品费和麻醉费，不包括任何牙齿修复、牙齿种植和牙齿整形的费用。

<sup>33</sup>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。

的；

(4) 对于发生在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门及台湾地区，下同）的外购药品与外购医疗器械，必须与国家药品监督管理机构批准的该药品说明书与医疗器械说明书中所列明的适应症相符合；对于发生在中国境外的外购药品与外购医疗器械必须与当地政府部门批准上市的适应症相符合；

(5) 除另有约定外，对于发生在中华人民共和国境内的外购药品费用，外购药品需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，外购医疗器械需具有国家药品监督管理部门核发的医疗器械注册证编号；对于发生在中国境外的外购药品与外购医疗器械必须经当地政府部门批准上市；

(6) 外购医疗器械不包括义肢、轮椅、康复设备、按摩设备等需要长期使用或以舒适性、便利性为主要用途的设备的购买、租赁和置换费用；

外购药品不包括根据中医药方组合一种或多种中药材进行内服或外用的中草药药品费。不包括以下中药材：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、藏红花、羚羊、犀角、牛黄、麝香、鹿茸、铁皮枫斗及铁皮石斛的费用，无论其是否单独使用。

本项责任不适用医疗费用直接结算。

免赔额不适用外购药品及外购医疗器械费用保险金。

请注意外购药品及外购医疗器械费用保险金保险责任不适用 2.2.5 条的保险金计算方法。

## 质子重离子医疗保险金

被保险人在等待期后经我们认可的医院的专科医生确诊初次罹患**恶性肿瘤一重度**<sup>34</sup>的，对于其在本主险合同约定的医院接受质子重离子束放射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床位费、陪床费、重症

<sup>34</sup>**恶性肿瘤一重度**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“恶性肿瘤一重度”，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**为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

(3) **TNM 分期**为 T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> 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 <10/50HPF 和 ki-67 ≤ 2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

**组织病理学检查**指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。

《**疾病和有关健康问题的国际统计分类第十次修订版（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。

**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。

**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**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。

监护室床位费、膳食费、护理费、治疗费、检查检验费、药品费、医生诊疗费、手术费、转院救护车使用费和医疗器械费，我们根据本主险合同约定的赔付比例在保险金总赔付限额内赔付质子重离子医疗保险金。

本项责任不适用医疗费用直接结算。

免赔额不适用质子重离子医疗保险金。

请注意质子重离子医疗保险金保险责任不适用 2.2.5 条的保险金计算方法。

### 出院后特别关怀 保险金

在本主险合同保险期间内，对于被保险人在等待期后的住院结束后 90 日内发生的**家庭护理费<sup>35</sup>、康复治疗费<sup>36</sup>及临终关怀医疗费<sup>37</sup>**，我们依据 2.2.5 条的保险金计算方法结合补偿原则在保险金总赔付限额内赔付出院后特别关怀保险金。

在每一保险期间内，我们仅对被保险人出院次日起 90 日内的费用承担保险责任。

本项保险责任不适用医疗费用直接结算。

### 保险区域外紧急 医疗保险金

在本主险合同保险期间内，被保险人以短期旅游签证或短期商务签证的身份，在本主险合同约定的保障区域以外的全球其他国家和地区进行预定不长于 30 个自然日的短期旅行时，因遭受意外伤害事故或**指定的突发急性病<sup>38</sup>**需紧急医疗的，我们对发生在**网络医院<sup>39</sup>**的相关紧急医疗产生的必须由被保险人个人自行承担的符合“一般住院医疗保险金”保险责任范围内的医疗费用以及合理且必要的门诊急诊医疗费用，我们依据 2.2.5 条的保险金计算方法结合补偿原则在本项保险金赔付限额内赔付保险区域外紧急医疗保险金。

被保险人在申请本项保险金时需额外提供签证、入境审批以及交通住宿订单等短期旅行证明材料。

本项责任不适用医疗费用直接结算。

### 恶性肿瘤特定用 药基因检测费用

被保险人在等待期后经我们认可的医院的专科医生确诊初次罹患**恶性肿瘤**

<sup>35</sup>**家庭护理费**指根据医生建议，出院后必须立即在家中接受由专业护士提供的与住院治疗的病症直接相关的护理而发生的护理费用，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而发生的相关费用。

**专业护士**指国家护士注册机构登记名册中登记在案的护士。

<sup>36</sup>**康复治疗费**指在医院接受门诊急诊治疗或住院治疗，由专科医生进行的康复功能评估、确定康复目标、制定康复计划、实施治疗方案以实现最大程度的功能恢复和重建治疗而发生的医疗费用。治疗范围须满足下列条件其一：

- (1) 手术后的康复治疗；
- (2) 中枢神经损伤后的康复治疗；
- (3) 脑卒中、脑中风或者脑出血后的康复治疗；
- (4) 言语或者吞咽功能障碍的康复治疗（因精神疾病导致的除外）。

以上治疗手段包括：物理治疗、中医疗疗及其他特殊疗法、生物反馈疗法、康复营养、康复护理等。

<sup>37</sup>**临终关怀医疗费**指被保险人因达到疾病的终末期状态而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，且在患者及其家属的要求和医生的同意下一切积极治疗已被放弃，仅接受以减轻痛苦为目的的姑息治疗所导致的住院费用。疾病的终末期状态指疾病已经无法以现有的医疗技术治疗或缓解并且将导致被保险人在未来六个月内死亡。

<sup>38</sup>**指定的突发急性病**指以下疾病病程短、病情相对严重，需要短期治疗的疾病，包括：（1）高热（成人摄氏 38.5 度以上、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。

<sup>39</sup>**网络医院**指在本主险合同中列明的医院网络范围内的医院，不同的保障责任可能会对应不同的网络医院。网络医院发生变更时，您可以通过我们的服务电话或网站查询。对部分网络医院我们还可提供门诊预约服务，您可通过服务电话查询并进行预约。

## 保险金

<sup>40</sup>，为治疗该恶性肿瘤而发生的合理且必要的、且满足下列条件的**基因检测**<sup>41</sup>费用，我们按本主险合同约定的赔付比例在本项保险金赔付限额内赔付恶性肿瘤特定用药基因检测费用保险金：

(1) 基因检测必须是为了确定被保险人确诊初次罹患的恶性肿瘤的用药方案所发生的；

(2) 基因检测必须在具有合法有效资质且合法提供基因临床检验服务的基因检测机构内发生。

因下列情形之一导致的基因检测费用，我们不承担赔付保险金的责任：

(1) 未经医生建议自行进行的基因检测；

(2) 所需进行的基因检测与确定恶性肿瘤的用药方案无关。

本项责任不适用医疗费用直接结算。

免赔额不适用恶性肿瘤特定用药基因检测费用保险金。

请注意恶性肿瘤特定用药基因检测费用保险金保险责任不适用 2.2.5 条的保险金计算方法。

## 2.2.4 可选责任

以下责任为可选责任，您需要在投保时与我们约定本主险合同包含以下一项或多项保险责任并额外缴纳保险费，否则您的保险合同将不包含以下保险责任。

您选择的可选责任“一般门诊急诊医疗保险金”的保障区域、免赔额和医院范围需要与基本责任保持一致。您选择的可选责任“牙科医疗费用保险金”和“疫苗及体检费用保险金”的保障区域和医院范围需要与基本责任保持一致。

## 一般门诊急诊医疗保险金

在本主险合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患疾病，经医院诊断必须在医院门诊部门或急诊部门进行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医生诊疗费、治疗费、检查检验费、药品费、救护车使用费以及在医院或在具备就诊地当地行医资质的中医诊所内接受具有相关行医资质的医生诊疗而发生的**中医门诊医疗费**<sup>42</sup>和**其他特殊疗**

<sup>40</sup>恶性肿瘤应当包含恶性肿瘤—重度和恶性肿瘤—轻度。

**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：

- (1) TNM 分期为 I 期的甲状腺癌；
- (2) TNM 分期为 T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> 期的前列腺癌；
- (3) 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；
- (4) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- (5) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- (6) 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%）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。

<sup>41</sup>**基因检测**指将外周血、手术或活检术留取的恶性肿瘤病理切片组织或恶性肿瘤转移所致的胸腹水等样本，进行恶性肿瘤相关的特定基因的结构（DNA 水平）或功能（RNA 水平）检测。医院的专科医生可根据其基因检测结果，给出针对其分子异常特征的药物用药方案。

<sup>42</sup>**中医门诊医疗费**指被保险人在具备就诊地当地行医资质的中医诊所接受具有中医行医资质的医生诊疗而发生的医生诊疗费、检查检验费和**中草药药品费**。

中草药药品费指根据中医药方组合一种或多种中药材进行内服或外用的中草药药品费。

**法医疗费<sup>43</sup>**，我们依据 2.2.5 条的保险金计算方法结合补偿原则在本项保险金赔付限额内赔付一般门诊急诊医疗保险金。

**一般门诊急诊医疗保险金不包含：**

- (1) 指定门诊急诊医疗费用；
- (2) 住院前后门诊急诊医疗费用；
- (3) 紧急意外医疗保险金中的门诊急诊医疗费与意外门诊急诊牙科医疗费；
- (4) 牙科医疗费用保险金中的牙科基础治疗费和牙科重大治疗费；
- (5) 疫苗及体检费用。

本项保险责任对每次就诊的中医门诊医疗费和其他特殊疗法医疗费的次限额以及年限额有限制，详见保险计划表。

同一个自然日内在同一个医院的同一个科室进行一次诊疗为一次就诊。

**牙科医疗费用保险金**

在本主险合同保险期间内，对于被保险人在等待期后因**牙科基础治疗<sup>44</sup>**和**牙科重大治疗<sup>45</sup>**而在医院门诊部门或急诊部门发生的必须由被保险人个人自行承担的合理且必要的医生诊疗费、治疗费、检查检验费、药品费和麻醉费，我们在本项保险金赔付限额内按约定的赔付比例结合补偿原则赔付牙科医疗费用保险金。

免赔额不适用牙科医疗费用保险金。

请注意牙科医疗费用保险金保险责任不适用 2.2.5 条的保险金计算方法。

如果本主险合同包含牙科医疗费用保险金，则必须同时包含一般门诊急诊医疗保险金。

**疫苗及体检费用保险金**

在本主险合同保险期间内，被保险人在等待期后在医院或有资质的相关医疗机构产生的满足以下条件的**体检费<sup>46</sup>**及**疫苗接种费<sup>47</sup>**，我们在本项保险金赔付限额内按约定的赔付比例结合补偿原则赔付疫苗及体检费用保险金。

- (1) 在保险期间内，我们仅承担一次被保险人的全身体检；
- (2) 对于发生在中国境内的疫苗应符合《中华人民共和国疫苗管理法》，且经国家药品监督管理部门批准，取得药品注册证书。对于发生在中国境外的疫苗必须经当地政府部门批准上市。

免赔额不适用疫苗及体检费用保险金。

请注意疫苗及体检费用保险金保险责任不适用 2.2.5 条的保险金计算方法。

如果本主险合同包含疫苗及体检费用保险金，则必须同时包含一般门诊急诊医疗保险金。

上述中草药药品费不包括以下中药材费用：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、藏红花、羚羊、犀角、牛黄、麝香、鹿茸、铁皮枫斗及铁皮石斛，无论其是否单独使用。

<sup>43</sup>**其他特殊疗法医疗费**指在医院或具备就诊地当地行医资质的中医诊所内由具有相关行医资质的医生进行物理治疗、推拿、顺势治疗、针灸治疗、职业疗法、语音治疗的相关费用。

<sup>44</sup>**牙科基础治疗**指简单补牙（包括银汞合金或复合树脂充填）、简单拔牙和牙周治疗（包括牙周刮治、牙根平整术等）。

<sup>45</sup>**牙科重大治疗**指根管治疗、牙冠修复、义齿安装（仅指假牙，不包括种植牙）、智齿拔除。

<sup>46</sup>**体检费**指被保险人在医院或体检机构进行全身体检而产生的检查检验费。

<sup>47</sup>**疫苗接种费**指被保险人在医院或有疫苗接种资质的医疗机构因接种疫苗而产生的疫苗费、挂号费和医生诊疗费。

**有疫苗接种资质的医疗机构**应当具备下列条件：

- (1) 具有医疗机构执业许可证件；
- (2) 具有经过县级人民政府卫生主管部门组织的预防接种专业培训并考核合格的执业医师、执业助理医师、护士或者乡村医生；
- (3) 具有符合疫苗储存、运输管理规范的冷藏设施、设备和冷藏保管制度。

### 2.2.5 保险金计算方法

一般住院医疗保险金、艾滋病及精神疾病住院医疗保险金、先天性疾病住院医疗保险金、指定门诊急诊医疗保险金、住院前后门诊急诊医疗保险金、紧急意外医疗保险金、出院后特别关怀保险金、保险区域外紧急医疗保险金、一般门诊急诊医疗保险金按如下方式计算保险金：

我们赔付的保险金数额=（被保险人个人自行承担的保险责任范围内的医疗费用-未抵扣完毕的免赔额）×赔付比例

除另有约定外，赔付比例为100%。

无费用赔付住院津贴保险金、重大疾病就医交通补贴保险金、外购药品及外购医疗器械费用保险金、质子重离子医疗保险金、恶性肿瘤特定用药基因检测费用保险金、牙科医疗费用保险金和疫苗及体检费用保险金不适用上述保险金计算方法，按各项保险责任中的表述计算对应的保险金。

### 2.2.6 赔付限额

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，我们均按上述约定赔付保险金。

各项保险金的累计赔付日数、次数以不超过各对应项年度最高赔付日数、次数为限，各项费用的累计赔付日数、次数达到其对应项年度最高赔付日数、次数时，我们对被保险人的该项保险责任终止。

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。

各项保险金的累计赔付金额达到约定的保险金总赔付限额时，本主险合同终止。

### 2.2.7 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，我们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。

### 2.2.8 预授权

被保险人拟接受下列医疗项目前，应至少提前2天向我们提出预授权申请，并提供被保险人的有效身份证件、门急诊病历（包含诊疗方案、医疗诊断说明）、住院通知单、检查报告以及既往的相关病历资料等。如涉及意外事故，还需提供与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

- （1） 单价大于5000元的单项检查：适用于选择投保一般门诊急诊医疗保险金的情况；
- （2） 所有住院治疗；
- （3） 全麻门诊手术。

紧急情况下，如被保险人未能事先申请预授权的，被保险人需在开始接受上述医疗项目后48小时之内通知我们。

被保险人在进行上述检查或治疗前，若未事先申请预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，我们将按合同约定的赔付范围、赔付比例、赔付限额、最高赔付日数及最高赔付次数计算得出的金额，再乘以60%的比例赔付保险金。

**请注意：被保险人获得预授权不意味着其发生的医疗费用属于保险责任范围，我们将按照本主险合同的约定承担保险责任。**

### 3.1 责任免除

1. 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：

- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 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；
- (3) 被保险人殴斗、醉酒<sup>48</sup>、主动吸食或注射毒品<sup>49</sup>；
- (4) 被保险人酒后驾驶<sup>50</sup>、无合法有效驾驶证驾驶<sup>51</sup>或驾驶无有效行驶证的交通工具<sup>52</sup>；
- (5) 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；
- (6) 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》第十次修订版（ICD-10）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），但艾滋病及精神疾病住院医疗保险金中的精神疾病住院治疗 and 一般门诊急诊医疗保险金中的精神疾病门诊急诊治疗不受此限；
- (7) 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；
- (8) 遗传性疾病和先天性畸形、变形或染色体异常<sup>53</sup>，但先天性疾病住院医疗保险金中的先天性疾病住院治疗不受此限；
- (9) 既往症<sup>54</sup>及保险合同特别约定的除外疾病；
- (10) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间因疾病导致的医疗费用，但艾滋病及精神疾病住院医疗保险金中的艾滋病住院治疗不受此限；
- (11) 被保险人感染苍白（梅毒）螺旋体、淋病奈瑟菌；
- (12) 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、

<sup>48</sup>醉酒指每百毫升血液的酒精含量大于或等于 80 毫克。醉酒的认定如有司法机关、公安部门的有关法律文件、医院的诊断书等，则以上述法律文件、诊断书等为准。

<sup>49</sup>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。

<sup>50</sup>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。

<sup>51</sup>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。

<sup>52</sup>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。

<sup>53</sup>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。

<sup>54</sup>既往症指在本主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。

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，但疫苗及体检费用保险金中的体检费不受此限；

(13) 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；

(14) 包皮环切术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

(15) 除口腔肿瘤外的口腔科（牙科）治疗，但牙科医疗费用保险金和紧急意外医疗保险金中的意外门诊急诊牙科医疗费不受此限；

(16) 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：

- 从事本主险合同所附《特殊职业类别表》中的职业；
- 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**<sup>55</sup>、自然水域游泳（包括人工湖或人工水库）、跳水运动；
- 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**<sup>56</sup>等；
- 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**<sup>57</sup>和除商业航线飞行外的航空航天活动；
- 各类搏击或类军事活动，如摔跤、**武术比赛**<sup>58</sup>、彩弹射击等仿真枪战运动；
- 各类**特技表演**<sup>59</sup>；
- 除竞走、跑步以外的竞速运动如赛马、赛车、竞速冰雪运动等；

(17) 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）；

(18) 被保险人接受实验性治疗（未经科学或医学认可的医疗）。

2. 符合以下任意一项情形的相关医疗费用，我们不承担保险责任：

(1) 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；

(2) 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），但恶性肿瘤特定用药基因检测费用保险金、出院后特别关怀医疗保险金中的家庭护理费和临终关怀医疗费、一般门诊急诊医疗保险金中的中医门诊医疗费和其他特殊疗法医疗费、疫苗及体检费用保险金中的体检费不受此限；

(3) 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；

<sup>55</sup>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。

<sup>56</sup>攀岩指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

<sup>57</sup>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。

<sup>58</sup>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。

<sup>59</sup>特技表演指进行马术、杂技、飞车、驯兽等表演。

(4) 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，但出院后特别关怀保险金中的康复治疗费不受此限；

(5) 中草药及其泡制的各类酒制剂涉及的药品费用，但一般门诊急诊医疗保险金中的中医门诊医疗中符合本主险合同约定的中草药药品费不受此限；

(6) 所有**基因疗法**<sup>60</sup>和除 CAR-T 治疗以外的**细胞免疫疗法**<sup>61</sup>造成的医疗费用；

(7) 除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其他**人工器官**<sup>62</sup>的购买、安装和置换等费用；

(8) 各种矫治和防护医疗器械、各种康复治疗医疗器械、假体（除乳腺癌根治切除术的乳房重建所需的乳房假体）、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，但一般住院医疗保险金中的医疗器械费和外购药品及外购医疗器械费用保险金中的外购医疗器械费不受此限。

### 3.2 其他免责条款

除“3.1 责任免除”外，本主险合同中还有一些免除保险人责任的条款，详见“1.4 常住地要求”、“2.2 保险责任”、“6.2 保险事故通知”、“8.1 明确说明与如实告知”、“8.2 年龄错误”、脚注和附表中背景突出显示的内容。

## 4 我们提供的服务

### 4.1 健康管理服务

在本主险合同保险期间内，我们为被保险人提供如下健康管理服务，包括：

1. 健康咨询；
2. 健康体检；
3. 就医服务；
4. 疾病预防；
5. 慢病管理；
6. 康复护理。

健康管理服务的详细内容及次数限制详见服务手册，您可以在投保时获取并查看服务手册。

## 5 如何支付保险费

### 5.1 保险费的支付

本主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您投保时选择的保险计划确定。您应当一次性全额支付保险费。

## 6 如何领取保险金

<sup>60</sup>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。

<sup>61</sup>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，然后向患者传输，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。

<sup>62</sup>人工器官指长期的、植入人体的用人工材料和电子技术制成部分或全部替代人体自然器官、骨骼、血管、神经等功能的替代物、机械装置或电子装置，包括但不限于：人工食道、人工血管、人工椎体、人工尿道、人工肾、人工颅骨、人工颌骨、人工心脏、人工肌腱、人工耳蜗、人工肛门封闭器、人工喉、人工皮肤和人工角膜等。

## 6.1 受益人

除另有约定外，本主险合同的受益人为被保险人本人。

## 6.2 保险事故通知

请您、被保险人或受益人在知道保险事故发生后 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，不承担赔付保险金的责任，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。

被保险人应在本主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 日内通知我们，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，我们不承担保险责任。

## 6.3 保险金申请

在申请保险金时，请按照下列方式办理：

### 6.3.1 保险金申请方式

受益人可通过以下两种方式向我们申请保险金：

#### （1）医疗费用直接结算

在免赔额被抵扣完毕后，被保险人可以向我们申请直接结算，对于可以提供医疗费用直接结算服务的保险金，经我们同意的，对于被保险人在**直接结算医院**<sup>69</sup>发生的保险责任范围内的医疗费用我们将与医院直接结算。

被保险人在直接结算医院就诊并享受直接结算服务的，对于不属于保险责任范围内的医疗费用、超过相应费用限额的医疗费用、应当由被保险人按比例自付的医疗费用，或者应从保险金中扣减的欠交保费等应由被保险人自行承担但该医院未向其收取的，在接到我们通知后10日内，被保险人应当将上述相应款项退还我们，未退还期间我们有权中止医疗费用直接结算服务。

请注意2.2条中明确不适用直接结算服务的保险金项目不能提供直接结算服务。

#### （2）保险事故发生后申请赔付保险金

受益人还可于保险事故发生后向我们申请赔付保险金。如果您选择这种赔付保险金的方式，我们将按照支付保险费的币种赔付保险金。如果发生的医疗费用的币种和本公司应赔付的币种不同，本公司将按医疗费用清单中最早账单日期对应的中华人民共和国国家外汇管理局公布的汇率中间价换算成应赔付的币种后，计算并支付保险金。

### 6.3.2 保险金申请

受益人应当填写保险金赔付申请书，并提供下列证明和资料：

（1）保险合同；

（2）受益人的有效身份证件；

（3）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；

（4）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）；

（5）申请恶性肿瘤特定用药基因检测费用保险金的，还需要提供病理检查报告、基因检测机构提供的发票及检测报告；

<sup>69</sup>直接结算医院指在本主险合同中列明的可提供直接结算服务的医院，不同的保障责任可能会对应不同的直接结算医院。直接结算医院发生变更时，您可以通过我们的服务电话或网站查询。对部分直接结算医院我们还可提供门诊预约服务，您可通过服务电话查询并进行预约。

(6) 被保险人的出入境记录、签证、交通工具和住宿预定证明等境内居住和短期旅行证明；

(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，我们将及时一次性通知受益人补充提供有关证明和资料。

#### 6.4 保险金的赔付

我们在收到保险金的赔付申请书及上述有关证明和资料后，将在 5 日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定。

对属于保险责任的，我们在与受益人达成赔付保险金的协议后 10 日内，履行赔付保险金义务；若我们在收到保险金赔付申请书及上述有关证明和资料后第 30 日仍未作出核定，除支付保险金外，我们将从第 31 日起按超过天数赔偿受益人因此受到的利息损失。利息按照我们公示的利率按单利计算，且保证该利率不低于中国人民银行公布的同期金融机构人民币活期存款基准利率。

如我们要求您、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料的，那么自您、被保险人或者受益人收到补充提供有关证明和资料的通知之日起直至我们收到补充提供的有关证明和资料的期间将不计入上述 30 日。

对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起 1 个工作日内向受益人发出拒绝赔付保险金通知书并说明理由。

我们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；我们最终确定赔付保险金的数额后，将支付相应的差额。

#### 6.5 诉讼时效

受益人向我们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。

## 7 如何解除保险合同

---

#### 7.1 您解除合同的手续及风险

犹豫期后您申请解除本主险合同的，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：

- (1) 保险合同；
- (2) 您的有效身份证件。

自我们收到解除合同申请书时起，本主险合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还本主险合同的**现金价值**<sup>64</sup>。

您解除合同会遭受一定损失。

## 8 其他需要关注的事项

---

#### 8.1 明确说明与如实

订立本主险合同时，我们会向您说明本主险合同的内容。对本主险合同中免

<sup>64</sup>现金价值的计算分两种情况：

(1) 本主险合同包含等待期的情况：

如果保险经过天数 $\leq 30$ 天，现金价值=已交保险费 $\times (1-35\%)$ ；

如果保险经过天数 $> 30$ 天，现金价值=已交保险费 $\times (1-35\%) \times [1 - (\text{保险经过天数} - 30) / (\text{本合同生效日至保险费交至日的天数} - 30)]$ ，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。

(2) 本主险合同免除等待期的情况：

现金价值=已交保险费 $\times (1-35\%) \times (1 - \text{保险经过天数} / \text{本合同生效日至保险费交至日的天数})$ ，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。

## 告知

除我们责任的条款，我们在订立合同时会在投保书、保险单或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有关情况提出询问，您应当如实告知。**我们的询问和您的告知将记载于本主险合同中作为保险合同的重要组成部分。**

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，我们有权解除本主险合同。

如果您故意不履行如实告知义务，对于本主险合同解除前发生的保险事故，我们不承担赔付保险金的责任，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，对于本主险合同解除前发生的保险事故，我们不承担赔付保险金的责任，但会退还保险费。

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，我们承担赔付保险金的责任。

## 8.2 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书上填明，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主险合同约定投保年龄限制的，我们有权解除合同，并向您退还本主险合同的现金价值；

(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；

(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退还给您。

## 8.3 合同内容变更

在本主险合同有效期内，经您与我们协商一致，可以变更本主险合同的有关内容。变更本主险合同的，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，或者由您与我们订立书面的变更协议。

您通过我们同意或认可的网站等互联网渠道提出对本主险合同进行变更，视为您的书面申请，您向我们在线提交的电子信息与您向我们提交的书面文件具有相同的法律效力。

## 8.4 联系方式变更

为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址、电话或电子邮箱等联系方式变更时，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，我们按本主险合同载明的最后住所或通讯地址所发送的有关通知，均视为已送达给您。

## 8.5 效力终止

当发生下列情形之一时，本主险合同效力终止：

(1) 被保险人身故；

(2) 本主险合同中列明的其他合同解除或终止的情形。

附表 1:

## 平安互联网颐享臻选高端医疗保险计划表

单位: 人民币元

基本责任					
保障区域	中国 (含港澳台)	全球除美国	全球		
免赔额	1 万元或 0 元, 由您在投保时选择确定	1 万元或 0 元, 由您在投保时选择确定	1 万元或 0 元, 由您在投保时选择确定		
医院范围	不包含或包含昂贵医院, 由您在投保时选择确定	不包含或包含昂贵医院, 由您在投保时选择确定	不包含或包含昂贵医院, 由您在投保时选择确定		
赔付比例	100%	100%	100%		
保险金总赔付限额	800 万元	800 万元	800 万元		
保险责任分项 限额与 限次	一般住院医疗保险金	同保险金总赔付限额	同保险金总赔付限额	同保险金总赔付限额	
	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、医生诊疗费、手术费、转院救护车使用费	同保险金总赔付限额	同保险金总赔付限额	同保险金总赔付限额	
	重建手术费	限 10 万元/每次住院	限 10 万元/每次住院	限 10 万元/每次住院	
	医疗器械费	限 10 万元/每次住院	限 10 万元/每次住院	限 10 万元/每次住院	
	艾滋病及精神疾病住院医疗保险金				
	艾滋病住院医疗费用	20 万元	20 万元	20 万元	
	精神疾病住院医疗费用	5 万元	5 万元	5 万元	
	先天性疾病住院医疗保险金	6 万元	6 万元	6 万元	
	无费用赔付住院津贴保险金	600 元/日 限 30 日	600 元/日 限 30 日	600 元/日 限 30 日	
	指定门诊急诊医疗保险金	同保险金总赔付限额	同保险金总赔付限额	同保险金总赔付限额	
	住院前后门诊急诊医疗保险金	同保险金总赔付限额	同保险金总赔付限额	同保险金总赔付限额	
	紧急意外医疗保险金	同保险金总赔付限额	同保险金总赔付限额	同保险金总赔付限额	
	重大疾病就医交通补贴保险金	1 万元	5 万元	5 万元	
	外购药品及外购医疗器械费用保险金	200 万元	同保险金总赔付限额	同保险金总赔付限额	
	质子重离子医疗保险金	同保险金总赔付限额	同保险金总赔付限额	同保险金总赔付限额	
	出院后特别关怀保险金	同保险金总赔付限额 限 90 日	同保险金总赔付限额 限 90 日	同保险金总赔付限额 限 90 日	
	保险区域外紧急医疗保险金	50 万元	50 万元	---	
	恶性肿瘤特定用药基因检测费用保险金	3 万元	20 万元	20 万元	

可选责任 1：一般门诊急诊医疗保险金			
保障区域	中国（含港澳台）	全球除美国	全球
免赔额	同基本责任，由您在投保时选择确定	同基本责任，由您在投保时选择确定	同基本责任，由您在投保时选择确定
保险金赔付限额	5 万元	同保险金总赔付限额	同保险金总赔付限额
医生诊疗费、治疗费、检查检验费、药品费、救护车使用费	同保险金赔付限额	同保险金赔付限额	同保险金赔付限额
中医门诊医疗费、其他特殊疗法医疗费	限额 2000 元/次，总限额 8000 元	限额 2000 元/次，总限额 20000 元	限额 2000 元/次，总限额 20000 元

可选责任 2：牙科医疗费用保险金			
保障区域	中国（含港澳台）	全球除美国	全球
免赔额	0 元	0 元	0 元
赔付比例	80%	80%	80%
保险金赔付限额	1 万元	1 万元	1 万元

可选责任 3：疫苗及体检费用保险金			
保障区域	中国（含港澳台）	全球除美国	全球
免赔额	0 元	0 元	0 元
赔付比例	100%	100%	100%
保险金赔付限额	5000 元	5000 元	5000 元

\*请您注意，您选择的可选责任 1 的保障区域、免赔额和医院范围需要与基本责任保持一致。您选择的可选责任 2 和可选责任 3 的保障区域和医院范围需要与基本责任保持一致。

## 附表 2:

### 平安互联网颐享臻选高端医疗保险重大疾病清单

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。本主险合同所定义的重大疾病共有 28 种，均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它部位，病灶经**组织病理学检查**<sup>65</sup>（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<sup>66</sup>）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<sup>67</sup>为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

（3）TNM 分期为 T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> 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 < 10/50HPF 和 ki-67 ≤ 2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

#### 2-较重急性心肌梗死

急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合（1）检测到肌酸激酶同工酶（CK-MB）或肌钙蛋白（cTn）升高和/或降低的动态变化，至少一次达到或超过心肌梗死的临床诊断标准；（2）同时存在下列之一的证据，包括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的病理性 Q 波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。

较重急性心肌梗死指依照上述标准被明确诊断为急性心肌梗死，并且必须同时满足下列至少一项条件：

（1）心肌损伤标志物肌钙蛋白（cTn）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考

<sup>65</sup>组织病理学检查指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。

<sup>66</sup>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。

<sup>67</sup>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。

值上限的15倍（含）以上；

（2）肌酸激酶同工酶（CK-MB）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的2倍（含）以上；

（3）出现左心室收缩功能下降，在确诊6周以后，检测左室射血分数（LVEF）低于50%（不含）；

（4）影像学检查证实存在新发的乳头肌功能失调或断裂引起的中度（含）以上的二尖瓣反流；

（5）影像学检查证实存在新出现的室壁瘤；

（6）出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。

其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在保障范围内。

### 3-严重脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊180天后，仍遗留下列至少一种障碍：

（1）一肢（含）以上**肢体<sup>66</sup>肌力<sup>69</sup>2级（含）以下**；

（2）**语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍<sup>70</sup>**；

（3）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<sup>71</sup>**中的三项或三项以上。

### 4-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。

### 5-冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）

指为治疗严重的冠心病，已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。

### 6-严重慢性肾衰竭

指双肾功能慢性不可逆性衰竭，依据肾脏病预后质量倡议（K/DOQI）制定的指南，分期达到慢性肾脏病5期，且经诊断后已经进行了至少90天的规律性透析治疗。规律性透析是指每周进行血液透析或每天进行腹膜透析。

### 7-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。

### 8-急性重症肝炎或亚急性重症肝炎

指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：

<sup>66</sup>肢体指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。

<sup>69</sup>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。

<sup>70</sup>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。

<sup>71</sup>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。

<sup>71</sup>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。

- (1) 重度黄疸或黄疸迅速加重；
- (2) 肝性脑病；
- (3) B超或其他影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；
- (4) 肝功能指标进行性恶化。

### 9-严重非恶性颅内肿瘤

指起源于脑、脑神经、脑被膜的非恶性肿瘤，ICD-0-3肿瘤形态学编码属于0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）范畴，并已经引起颅内压升高或神经系统功能损害，出现视乳头水肿或视觉受损、听觉受损、面部或肢体瘫痪、癫痫等，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且须满足下列至少一项条件：

- (1) 已经实施了开颅进行的颅内肿瘤完全或部分切除手术；
- (2) 已经实施了针对颅内肿瘤的放射治疗，如 $\gamma$ 刀、质子重离子治疗等。

下列疾病不在保障范围内：

- (1) 脑垂体瘤；
- (2) 脑囊肿；
- (3) 颅内血管性疾病（如脑动脉瘤、脑动静脉畸形、海绵状血管瘤、毛细血管扩张症等）。

### 10-严重慢性肝衰竭

指因慢性肝脏疾病导致的肝衰竭，且须满足下列全部条件：

- (1) 持续性黄疸；
- (2) 腹水；
- (3) 肝性脑病；
- (4) 充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。

因酗酒或药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。

### 11-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）以上肢体肌力2级（含）以下；
- (2) 语言能力完全丧失，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中的三项或三项以上。

### 12-深度昏迷

指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级（GCS, Glasgow Coma Scale）结果为5分或5分以下，且已经持续使用呼吸机及其他生命维持系统96小时以上。

因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。

### 13-双耳失聪

指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆性丧失，在500赫兹、1000赫兹和2000赫兹语音频率下，平均听阈大于等于91分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

### 14-双目失明

指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失，双眼中较好眼须满足下列至少

<sup>72</sup>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。

一项条件：

- (1) 眼球缺失或摘除；
- (2) 矫正视力低于0.02（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）；
- (3) 视野半径小于5度。

## 15-瘫痪

指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体随意运动功能永久完全丧失。肢体随意运动功能永久完全丧失，指疾病确诊180天后或意外伤害发生180天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或肢体肌力在2级（含）以下。

## 16-心脏瓣膜手术

指为治疗心脏瓣膜疾病，已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。  
所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。

## 17-严重阿尔茨海默病

指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为严重的认知功能障碍、精神行为异常和社交能力减退等，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，并经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：

- (1) 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；
- (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。

阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不在保障范围内。

## 18-严重脑损伤

指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤180天后，仍遗留下列至少一种障碍：

- (1) 一肢（含）以上肢体肌力2级（含）以下；
- (2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
- (3) 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。

## 19-严重原发性帕金森病

是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为运动迟缓、静止性震颤或肌强直等，经相关专科医生确诊，且须满足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。

继发性帕金森综合征、帕金森叠加综合征不在保障范围内。

## 20-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。

## 21-严重特发性肺动脉高压

指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级Ⅲ级，且静息状态下肺动脉平均压在36mmHg

<sup>73</sup>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。

(含)以上。

## 22-严重运动神经元病

是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病,包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症,经相关专科医生确诊,且须满足下列至少一项条件:

- (1) 严重咀嚼吞咽功能障碍;
- (2) 呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难,且已经持续使用呼吸机7天(含)以上;
- (3) 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。

## 23-语言能力丧失

指因疾病或意外伤害导致语言能力完全丧失,经过积极治疗至少12个月(声带完全切除不受此时间限制),仍无法通过现有医疗手段恢复。

精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。

## 24-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 $\geq$ 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 $<0.5 \times 10^9/L$ ;
  - ②网织红细胞计数 $<20 \times 10^9/L$ ;
  - ③血小板绝对值 $<20 \times 10^9/L$ 。

## 25-主动脉手术

指为治疗主动脉疾病或主动脉创伤,已经实施了开胸(含胸腔镜下)或开腹(含腹腔镜下)进行的切除、置换、修补病损主动脉血管、主动脉创伤后修复的手术。主动脉指升主动脉、主动脉弓和降主动脉(含胸主动脉和腹主动脉),不包括升主动脉、主动脉弓和降主动脉的分支血管。

所有未实施开胸或开腹的动脉内介入治疗不在保障范围内。

## 26-严重慢性呼吸衰竭

指因慢性呼吸系统疾病导致永久不可逆性的呼吸衰竭,经过积极治疗180天后满足以下所有条件:

- (1) 静息时出现呼吸困难;
- (2) 肺功能第一秒用力呼气容积(FEV1)占预计值的百分比 $<30%$ ;
- (3) 在静息状态、呼吸空气条件下,动脉血氧分压(PaO<sub>2</sub>) $<50\text{mmHg}$ 。

## 27-严重克罗恩病

指一种慢性肉芽肿性肠炎,具有特征性的克罗恩病(Crohn病)病理组织学变化,须根据组织病理学特点诊断,且已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

## 28-严重溃疡性结肠炎

指伴有致命性电解质紊乱的急性暴发性溃疡性结肠炎,病变已经累及全结肠,表现为严重的血便和系统性症状体征,须根据组织病理学特点诊断,且已经实施了结肠切除或回肠造瘘术。

## 附表 3:

### 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<sub>x</sub>: 原发肿瘤不能评估

pT<sub>0</sub>: 无肿瘤证据

pT<sub>1</sub>: 肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T<sub>1a</sub>肿瘤最大径≤1cm

T<sub>1b</sub>肿瘤最大径>1cm, ≤2cm

pT<sub>2</sub>: 肿瘤2~4cm

pT<sub>3</sub>: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT<sub>3a</sub>: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内

pT<sub>3b</sub>: 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<sub>4</sub>: 大体侵犯甲状腺外带状肌外

pT<sub>4a</sub>: 侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT<sub>4b</sub>: 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pT<sub>x</sub>: 原发肿瘤不能评估

pT<sub>0</sub>: 无肿瘤证据

pT<sub>1</sub>: 肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T<sub>1a</sub>肿瘤最大径≤1cm

T<sub>1b</sub>肿瘤最大径>1cm, ≤2cm

pT<sub>2</sub>: 肿瘤2~4cm

pT<sub>3</sub>: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT<sub>3a</sub>: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内

pT<sub>3b</sub>: 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<sub>4</sub>: 进展期病变

pT<sub>4a</sub>: 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<sub>4b</sub>: 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<sub>x</sub>: 区域淋巴结无法评估

pN<sub>0</sub>: 无淋巴结转移证据

pN<sub>1</sub>: 区域淋巴结转移

pN<sub>1a</sub>: 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<sub>1b</sub>: 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<sub>0</sub>: 无远处转移

M<sub>1</sub>: 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。