



# 泰康附加医佳保医疗保险（费率可调）条款

## 阅读指引

请扫描以查询验证条款

本阅读指引有助于您理解条款，对本附加合同内容的解释凡条款已有约定的，以条款约定为准。



### 您拥有的重要权益

- ❖ 在犹豫期内您若要求解除合同，我们向您无息退还保险费..... 1.4
- ❖ 本附加合同提供的保障在保险责任条款中列明..... 2.4
- ❖ 您有解除合同的权利..... 5.1



### 您应当特别注意的事项

- ❖ 本附加合同为保证续保合同，保险期间为1年，保证续保期间为20年..... 2.2
- ❖ 本附加合同设有等待期..... 2.3
- ❖ 我们给付保险金时遵循补偿原则..... 2.5
- ❖ 在某些情况下，我们不承担保险责任..... 2.6
- ❖ 保险事故发生后，请您及时通知我们..... 3.2
- ❖ **本保险为费率可调的长期医疗保险，在保证续保期间内费率可能调整**..... 4.6
- ❖ 主合同中的部分条款适用于本附加合同，请您仔细阅读..... 6.5
- ❖ 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..... 7



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

#### 1. 您与我们订立的合同

- 1.1 合同构成
- 1.2 合同成立及生效
- 1.3 投保年龄
- 1.4 犹豫期

#### 2. 我们提供的保障

- 2.1 基本保险金额、年度给付限额、保证续保期间内给付限额
- 2.2 保险期间
- 2.3 等待期
- 2.4 保险责任
- 2.5 补偿原则
- 2.6 责任免除

#### 3. 保险金的申请

- 3.1 受益人
- 3.2 保险事故通知
- 3.3 保险金申请
- 3.4 保险金给付

#### 4. 保险费的交纳

- 4.1 保险费的交纳
- 4.2 活力群体及活力因子
- 4.3 家庭保单及家庭因子
- 4.4 效力中止
- 4.5 效力恢复
- 4.6 保险费率调整
- 4.7 保证续保
- 4.8 新续保合同的宽限期
- 4.9 风险组别变更

#### 5. 合同解除

- 5.1 您解除合同的手续及风险

#### 6. 其他需要关注的事项

- 6.1 年龄性别错误
- 6.2 被保险人基本医疗保险或者公费医疗状态错误
- 6.3 职业或者工种的确定与变更
- 6.4 效力终止
- 6.5 适用主合同条款

#### 7. 释义

- 7.1 合法有效
- 7.2 周岁
- 7.3 有效身份证件
- 7.4 恶性肿瘤——重度
- 7.5 恶性肿瘤——轻度
- 7.6 保险期间内累计
- 7.7 基本医疗保险
- 7.8 公费医疗
- 7.9 政府主办补充医疗
- 7.10 意外伤害
- 7.11 医院
- 7.12 符合通常惯例
- 7.13 医学必需
- 7.14 我们指定的方式
- 7.15 专科医生
- 7.16 初次确诊
- 7.17 主要诊断
- 7.18 住院医疗费用
- 7.19 住院
- 7.20 门诊医疗费用
- 7.21 肾透析
- 7.22 门急诊医疗费用
- 7.23 化学疗法
- 7.24 放射疗法
- 7.25 肿瘤免疫疗法
- 7.26 肿瘤内分泌疗法
- 7.27 肿瘤靶向疗法
- 7.28 医疗保险金的计算方法
- 7.29 每次治疗
- 7.30 中国境外
- 7.31 既往症
- 7.32 医生
- 7.33 遗传性疾病
- 7.34 先天性畸形、变形或染色体异常
- 7.35 ICD-10 与 ICD-0-3
- 7.36 康复治疗
- 7.37 牙齿治疗
- 7.38 医用康复器械
- 7.39 潜水
- 7.40 攀岩
- 7.41 探险
- 7.42 武术比赛
- 7.43 特技表演
- 7.44 质子治疗
- 7.45 重离子治疗
- 7.46 中子治疗

- 7.47 基因疗法
- 7.48 细胞免疫疗法
- 7.49 感染艾滋病病毒或患艾滋病
- 7.50 醉酒
- 7.51 毒品
- 7.52 酒后驾驶
- 7.53 无合法有效驾驶证驾驶
- 7.54 无合法有效行驶证
- 7.55 机动车
- 7.56 多人同时投保
- 7.57 赔付率
- 7.58 行业平均赔付率
- 7.59 欺诈
- 7.60 欠交的保险费
- 7.61 现金价值
- 7.62 组织病理学检查
- 7.63 TNM 分期
- 7.64 床位费及膳食费
- 7.65 监护人陪护床位费
- 7.66 重症监护室床位费
- 7.67 药品费
- 7.68 治疗费
- 7.69 护理费
- 7.70 检查化验
- 7.71 手术相关费用
- 7.72 医生费（诊疗费）
- 7.73 材料费
- 7.74 救护车使用费
- 7.75 物理治疗
- 7.76 中医理疗
- 7.77 顺势治疗
- 7.78 职业治疗
- 7.79 护士
- 7.80 肿瘤靶向疗法基因学检查

# 泰康人寿保险有限责任公司

## 泰康附加医佳保医疗保险（费率可调）条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指在保险单上签章的泰康人寿保险有限责任公司的分公司，“本附加合同”指您与我们之间订立的“泰康附加医佳保医疗保险（费率可调）合同”，“被保险人”指本附加合同的被保险人，投保人、被保险人的姓名在保险单上载明。

### 1. 您与我们订立的合同

---

- 1.1 合同构成** 本附加合同由主保险合同（以下简称“主合同”）的投保人申请，经我们同意，附加于主合同。  
本附加合同是您与我们约定保险权利义务关系的协议，包括本保险条款、保险单或者其他保险凭证、投保单、与本附加合同有关的投保文件、**合法有效**（见 7.1）的声明、批注、批单及其他您与我们共同认可的书面或者电子协议。
- 1.2 合同成立及生效** 除另有约定外，本附加合同须与主合同同时投保，本附加合同的成立日及生效日与主合同相同，并在保险单上载明。保险费约定交纳日依据本附加合同的生效日为基础进行计算。
- 1.3 投保年龄** 投保年龄指您投保时被保险人的年龄，以**周岁**（见 7.2）计算。
- 1.4 犹豫期** 自您签收本附加合同的次日零时起，有**15 日**的犹豫期。在此期间，请您认真审视本附加合同，如果您认为本附加合同与您的需求不相符，您可以在此期间提出解除本附加合同，我们将向您无息退还本附加合同的保险费。  
解除本附加合同时，您须填写解除合同申请书，并提供本附加合同、您的**有效身份证件**（见 7.3）及您所交保险费的发票。自我们收到前述材料时起，本附加合同即被解除，对于本附加合同解除前发生的保险事故，我们不承担保险责任。  
您首次投保或者中断后再次投保本附加合同时有犹豫期，续保没有犹豫期。

### 2. 我们提供的保障

---

- 2.1 基本保险金额、年度给付限额、保证续保期间内给付限额** 本附加合同的基本保险金额、各项保险金的年度给付限额、保证续保期间内给付限额由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。
- 2.2 保险期间** 本附加合同为保证续保合同，保证续保期间为 20 年。本附加合同保险期间为 1 年，自本附加合同生效日零时开始。本附加合同保险期间届满，**您若继续投保本保险**，则新续保合同自本附加合同期满日次日零时起生效，新续保合同的保险期间为新的保险期间，有效期为 1 年。每次续保，均依此类推。本附加合同的保证续保条款具体见 4.7 条的约定。
- 2.3 等待期** 您为被保险人首次投保或者中断后再次投保本保险时，自本附加合同生效（或者最后复效）之日起 90 日为等待期。  
被保险人在等待期内罹患疾病，因该疾病导致的医疗费用无论发生在等待期内或者等待期后，我们均不承担保险责任。  
被保险人在等待期内罹患疾病，经确诊为本附加合同所定义的恶性肿瘤（包括**恶性肿瘤——重度**（见 7.4）及**恶性肿瘤——轻度**（见 7.5），以下简称“恶性肿瘤”），无论确诊日期在等待期内或者等待期后，我们均不承担保险责任，本附加合同终止，

我们向您无息退还本附加合同的保险费。

被保险人因上述疾病导致的医疗费用均不计入本附加合同**保险期间内累计**（见 7.6）的合理医疗费用，且因上述疾病从其他途径已获得的医疗费用补偿均不计入本附加合同**保险期间内累计**的从其他途径已获得的医疗费用补偿。

从其他途径已获得的医疗费用补偿包含已从**基本医疗保险**（见 7.7）、**公费医疗**（见 7.8）、**政府主办补充医疗**（见 7.9）等非商业保险途径以及从除本附加合同之外的商业性费用补偿型医疗保险获得的医疗费用补偿。

被保险人因**意外伤害**（见 7.10）发生保险事故的，保险责任无等待期；本附加合同 2.4.1 条中“健康管理服务”项下的健康咨询、健康促进及疾病预防均无等待期；您为被保险人续保本保险时无等待期。

## 2.4 保险责任

本附加合同的保险责任分为必选责任和可选责任，必选责任为您必须选择的保险责任，可选责任为您可选择的保险责任，在本附加合同**保险期间内**，我们按以下方式承担保险责任：

- （1）如果您选择必选责任，我们承担非因恶性肿瘤医疗保险金及健康管理服务两项责任；
- （2）如果您选择必选责任及可选责任，我们承担非因恶性肿瘤医疗保险金、健康管理服务、恶性肿瘤提前给付保险金及恶性肿瘤医疗保险金四项责任。

非因恶性肿瘤医疗保险金及恶性肿瘤医疗保险金统称为**医疗保险金**。

### 2.4.1 必选责任

在本附加合同**保险期间内**，我们承担下列必选责任。

#### 医疗保险金： 非因恶性肿瘤 医疗保险金

在本附加合同**保险期间内**，如果被保险人在等待期后经**医院**（见 7.11）确诊因本附加合同所定义的恶性肿瘤以外的原因必须在医院接受治疗的，对于被保险人发生的**符合通常惯例**（见 7.12）的且**医学必需**（见 7.13）的合理医疗费用（以下简称“非因恶性肿瘤合理医疗费用”），我们按照本附加合同 2.4.3 条合理医疗费用的说明、2.4.4 条**医疗保险金**的计算方法的约定给付非因恶性肿瘤**医疗保险金**。

#### 健康管理服 务

在本附加合同**保险期间内**，我们向被保险人提供的健康管理服务包括健康咨询、健康促进及疾病预防，被保险人可通过**我们指定的方式**（见 7.14）申请上述各项健康管理服务。

您可以通过相应服务手册了解上述各项服务的具体内容，您也可以**通过泰康人寿官网**（[www.taikanglife.com](http://www.taikanglife.com)）查询。

被保险人无需自行支付上述服务产生的费用且我们不再接受受益人对上述费用的申请。若上述服务由我们授权的第三方服务合作机构提供，所需的费用将由我们直接支付给提供服务的第三方服务合作机构。

随着泰康人寿健康管理服务体系的运营与完善，我们提供的服务内容有可能变更或者扩展。我们将在变更、扩展时向您提供更新的服务手册并在泰康人寿官网（[www.taikanglife.com](http://www.taikanglife.com)）公示，说明健康管理服务调整的原因、决策流程及调整后结果，同时以保险单上载明的方式通知您。

### 2.4.2 可选责任

若您选择必选责任及可选责任，在本附加合同**保险期间内**，我们除承担以上必选责任之外，还承担下列可选责任。

#### 恶性肿瘤提 前给付保 险金

在本附加合同**保险期间内**，如果被保险人在等待期后经**医院及专科医生**（见 7.15）**初次确诊**（见 7.16）罹患本附加合同所定义的恶性肿瘤，我们将向受益人**给付恶性肿瘤提前给付保险金 20,000 元**。

本保险各**保险期间内**累计的恶性肿瘤提前给付保险金以一次为限。您为被保险人续保本保险，若在以往**保险期间内**我们已**给付恶性肿瘤提前给付保险金**的，在本附加合同**保险期间内**我们不再**给付恶性肿瘤提前给付保险金**。

**医疗保险金：  
恶性肿瘤医  
疗保险金**

在本附加合同保险期间内，如果被保险人在等待期后经医院及专科医生初次确诊罹患本附加合同所定义的恶性肿瘤，对于被保险人必须在医院接受的以该恶性肿瘤为**主要诊断**（见 7.17）的治疗而发生的符合**通常惯例的且医学必需的合理医疗费用**（以下简称“恶性肿瘤合理医疗费用”），我们按照本附加合同 2.4.3 条合理医疗费用的说明、2.4.4 条医疗保险金的计算方法的约定给付恶性肿瘤医疗保险金。

您为被保险人续保本保险，若被保险人在以往保险期间内经医院及专科医生初次确诊罹患本附加合同所定义的恶性肿瘤，对于本附加合同保险期间内因治疗该恶性肿瘤而发生的恶性肿瘤合理医疗费用，我们仍按照上述约定给付恶性肿瘤医疗保险金。

**2.4.3 合理医疗费用的说明**

非因恶性肿瘤合理医疗费用及恶性肿瘤合理医疗费用统称为合理医疗费用。

合理医疗费用名称、合理医疗费用种类及其对应的治疗方式说明如下表所示：

合理医疗费用名称	合理医疗费用种类	治疗方式说明
非因恶性肿瘤合理医疗费用	1. 住院医疗费用（见 7.18）	接受 <b>住院</b> （见 7.19）治疗
	2. 特殊门诊医疗费用（见 7.20）	接受如下门诊治疗： (1) 门诊 <b>肾透析</b> （见 7.21） (2) 器官移植后的门诊抗排异治疗 (3) 门诊手术治疗
	3. 住院前后门急诊医疗费用（见 7.22），不包括特殊门诊医疗费用	在住院前 7 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）接受与该住院原因相同的门急诊治疗
恶性肿瘤合理医疗费用	1. 住院医疗费用	接受住院治疗
	2. 特殊门诊医疗费用	接受如下门诊治疗： (1) 门诊恶性肿瘤治疗，包括 <b>化学疗法</b> （见 7.23）、 <b>放射疗法</b> （见 7.24）、 <b>肿瘤免疫疗法</b> （见 7.25）、 <b>肿瘤内分泌疗法</b> （见 7.26）、 <b>肿瘤靶向疗法</b> （见 7.27） (2) 器官移植后的门诊抗排异治疗 (3) 门诊手术治疗
	3. 住院前后门急诊医疗费用，不包括特殊门诊医疗费用	在住院前 7 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）接受与该住院原因相同的门急诊治疗

各项合理医疗费用的日限额、年限额见本附加合同附表 1 所示。

如果被保险人接受保险责任范围内的住院治疗，且在本附加合同期满日治疗仍未结束的，对于被保险人该次住院治疗在本附加合同期满日次日起 30 日内的合理医疗费用，我们仍在本附加合同约定的保险责任范围内承担给付医疗保险金的责任，对于被保险人该次住院治疗在本附加合同期满日次日起 30 日后的医疗费用，我们不在本附加合同约定的保险责任范围内承担保险责任。

**2.4.4 医疗保险金的计算方法**  
(见 7.28)

**一、非因恶性肿瘤医疗保险金的计算方法**

非因恶性肿瘤医疗保险金 = 本附加合同保险期间内累计的按比例计算的非因恶性肿瘤合理医疗费用 - 年度免赔额 - 已在本附加合同保险期间内累计的非因恶性肿瘤医疗保险金

其中：

- (1) 按比例计算的非因恶性肿瘤合理医疗费用按照以下方式确定：

按比例计算的非因恶性肿瘤合理医疗费用=每次治疗（见 7.29）发生的非因恶性肿瘤合理医疗费用×每次治疗对应的给付比例

每次治疗对应的给付比例按照以下方式确定：

适用情形	给付比例
如果被保险人以拥有基本医疗保险、公费医疗的状态投保，且以参加基本医疗保险、公费医疗的身份就诊并结算	100%
如果被保险人以拥有基本医疗保险、公费医疗的状态投保，但未以参加基本医疗保险、公费医疗的身份就诊并结算	60%
如果被保险人以无基本医疗保险、公费医疗的状态投保	100%

(2) 年度免赔额按照以下方式确定：

- ① 如果本附加合同保险期间内累计的从其他途径已获得的非因恶性肿瘤医疗费用补偿金额≤非因恶性肿瘤医疗保险金的年度基础免赔额，那么年度免赔额等于非因恶性肿瘤医疗保险金的年度基础免赔额；
- ② 如果本附加合同保险期间内累计的从其他途径已获得的非因恶性肿瘤医疗费用补偿金额>非因恶性肿瘤医疗保险金的年度基础免赔额，那么年度免赔额等于本附加合同保险期间内累计的从其他途径已获得的非因恶性肿瘤医疗费用补偿金额。

从其他途径已获得的非因恶性肿瘤医疗费用补偿包含非因治疗恶性肿瘤已从基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗等非商业保险途径以及从除本附加合同之外的商业性费用补偿型医疗保险获得的非因恶性肿瘤医疗费用补偿。

本附加合同约定的非因恶性肿瘤医疗保险金的年度基础免赔额见本附加合同附表 1 所示。

## 二、恶性肿瘤医疗保险金的计算方法

恶性肿瘤医疗保险金=本附加合同保险期间内累计的按比例计算的恶性肿瘤自付医疗费用-已在本附加合同保险期间内累计的恶性肿瘤提前给付保险金-已在本附加合同保险期间内累计的恶性肿瘤医疗保险金

其中，按比例计算的恶性肿瘤自付医疗费用按照以下方式确定：

按比例计算的恶性肿瘤自付医疗费用=（每次治疗发生的恶性肿瘤合理医疗费用-每次治疗从其他途径已获得的恶性肿瘤医疗费用补偿金额）×每次治疗对应的给付比例

该给付比例的确定方法同非因恶性肿瘤医疗保险金的计算方法中给付比例的确定方法。

从其他途径已获得的恶性肿瘤医疗费用补偿包含因治疗恶性肿瘤已从基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗等非商业保险途径以及从除本附加合同之外的商业性费用补偿型医疗保险获得的恶性肿瘤医疗费用补偿。

本附加合同保险期间内累计的非因恶性肿瘤医疗保险金以您与我们约定的非因恶性肿瘤医疗保险金的年度给付限额为限。

本附加合同保险期间内累计的恶性肿瘤医疗保险金及恶性肿瘤提前给付保险金之和以您与我们约定的恶性肿瘤医疗保险金的年度给付限额为限。

本附加合同保险期间内累计的各项保险金之和以您与我们约定的基本保险金额为限。

本附加合同所在保证续保期间内累计的各项保险金之和以您与我们约定的保证续保期间内给付限额为限。

本附加合同约定的基本保险金额、非因恶性肿瘤医疗保险金的年度给付限额、恶性肿瘤医疗保险金的年度给付限额、保证续保期间内给付限额见本附加合同附表 1 所示。

## 2.5 补偿原则

我们在向受益人给付保险金时，若被保险人发生的属于本附加合同保险责任范围内

的合理医疗费用已通过其他途径获得了补偿,且其他途径的补偿金额与我们按本附加合同约定给付的保险金之和超过了被保险人实际发生的合理医疗费用,我们将按被保险人实际发生的合理医疗费用扣除其他途径的补偿金额后的余额向受益人给付保险金,即包括本附加合同在内的各种途径所给付的所有补偿金额之和不得超过被保险人实际发生的合理医疗费用。

## 2.6 责任免除

因下列情形之一导致被保险人发生保险事故或者发生医疗费用的,我们不承担保险责任,且该次发生的医疗费用不计入本附加合同保险期间内累计的合理医疗费用,该次从其他途径已获得的医疗费用补偿不计入本附加合同保险期间内累计的从其他途径已获得的医疗费用补偿:

- (1) 在**中国境外**(见 7.30)的国家或者地区接受治疗;
- (2) 未书面告知的**既往症**(见 7.31)、本附加合同特别约定除外的疾病;
- (3) 非医院收取的医疗费用、未经**医生**(见 7.32)开具的处方或者申请单而自行发生的医疗费用、医生开具的超过 30 天部分的药品费用;
- (4) **遗传性疾病**(见 7.33),**先天性畸形、变形或染色体异常**(见 7.34);
- (5) 性病、精神和行为障碍(以世界卫生组织(WHO, World Health Organization)颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版(**ICD-10**(见 7.35))为准);
- (6) 不孕不育治疗、避孕、节育(含绝育)、子宫体腔内妊娠、产前产后检查、流产、堕胎、分娩(含难产)、变性手术、人体试验、人工生殖,或者由前述任一原因引起的并发症;
- (7) 疗养、**康复治疗**(见 7.36)、心理治疗、美容、矫形、视力矫正手术、**牙齿治疗**(见 7.37)、非意外事故所致的整容手术、**医用康复器械**(见 7.38)、体外或者植入的医疗辅助装置或者用具(义齿、义肢、义眼、义乳、眼镜或者隐形眼镜等)及其安装费用;
- (8) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害;
- (9) 被保险人故意自伤、自杀(但被保险人故意自伤、自杀时为无民事行为能力人的除外);
- (10) 被保险人挑衅或者故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀;
- (11) 被保险人从事下列高风险运动:**潜水**(见 7.39)、跳伞、**攀岩**(见 7.40)、蹦极、驾驶滑翔机或者滑翔伞、**探险**(见 7.41)、摔跤、**武术比赛**(见 7.42)、**特技表演**(见 7.43)、赛马、赛车;
- (12) 战争、军事行动、暴乱、武装叛乱、核爆炸、核辐射、核污染;
- (13) 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所产生的费用;
- (14) 未获得中华人民共和国国家或者地方政府主管部门批准的治疗或者药物;
- (15) 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;
- (16) **质子治疗**(见 7.44)、**重离子治疗**(见 7.45)、**中子治疗**(见 7.46);
- (17) **基因疗法**(见 7.47)、**细胞免疫疗法**(见 7.48)。

被保险人在下列期间内发生保险事故的,我们不承担保险责任,且该次发生的医疗费用不计入本附加合同保险期间内累计的合理医疗费用,该次从其他途径已获得的医疗费用补偿不计入本附加合同保险期间内累计的从其他途径已获得的医疗费用补偿:

- (1) 被保险人**感染艾滋病病毒或患艾滋病**(见 7.49);
- (2) 被保险人故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施、被政府依法拘禁或者服刑;
- (3) 被保险人**醉酒**(见 7.50),服用、吸食或注射**毒品**(见 7.51),违反规定使用麻醉或者精神药品;

- (4) 被保险人**酒后驾驶**（见 7.52）、**无合法有效驾驶证驾驶**（见 7.53），或**驾驶无合法有效行驶证**（见 7.54）的**机动车**（见 7.55）。

除上述“责任免除”外，本附加合同中还有一些免除本公司责任的条款，如“2.3 等待期”、“2.4 保险责任”、“2.5 补偿原则”、“3.2 保险事故通知”、“4.4 效力中止”、“4.7 保证续保”、“6.1 年龄性别错误”、“6.2 被保险人基本医疗保险或者公费医疗状态错误”、“6.3 职业或者工种的确定与变更”、“7. 释义”及其他以黑体字体显示的内容。

### 3. 保险金的申请

- 3.1 受益人** 除另有指定外，本附加合同的各项保险金受益人均均为被保险人本人。
- 3.2 保险事故通知** 您或者受益人知道保险事故发生后应当在 10 日内通知我们。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保险责任，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。
- 3.3 保险金申请** 在申请保险金时，受益人作为申请人须填写理赔申请书，并须提供下列证明和资料的原件：
- (1) 本附加合同；
  - (2) 受益人的有效身份证件；
  - (3) 下表所示的申请各项保险金时须提供的特殊证明和资料：

申请类别	申请人须提供的特殊证明和资料
恶性肿瘤提前给付保险金	① 医院专科医生出具的被保险人的诊断证明； ② 医院出具的与被保险人诊断证明相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告。
医疗保险金	① 医院出具的被保险人的医疗费用收据或者发票，我们留存其原件； ② 医院专科医生出具的被保险人的诊断证明； ③ 医院出具的被保险人的处方、医疗费用清单、门诊及住院病历、入出院记录以及与被保险人诊断证明相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告； ④ 如果已从其他途径获得了补偿，则须提供从其他途径报销的凭证，我们留存其原件； ⑤ 首次申请非因恶性肿瘤医疗保险金时，应提供被保险人在本附加合同保险期间内历次治疗的上述第①项至第④项资料。

- (4) 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的证明和资料。

委托他人领取保险金时，受托人还必须提供本人的有效身份证件及委托人亲笔签名的授权委托书。

保险金作为被保险人遗产时，继承人还必须提供可证明其合法继承权的相关权利文件。

受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人时，由其合法监护人代其申请领取保险金，其合法监护人还必须提供受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的证明和监护人具有合法监护权的证明。



- 3.4 保险金给付** 我们在收到理赔申请书及本附加合同约定的证明和资料后，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约定义务的，对属于保险责任的，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的利息损失。利息按照我们确定的利率按单利计算，且我们确定的利率不高于中国人民银行公布的金融机构人民币活期存款基准利率。
- 对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

## 4. 保险费的交纳

- 4.1 保险费的交纳** 您所交纳的本附加合同的保险费根据被保险人的基准保险费与活力因子及家庭因子的乘积确定，其中被保险人的基准保险费根据被保险人所在的风险组别确定，被保险人活力因子按照本附加合同 4.2 条的约定确定，被保险人家庭因子按照本附加合同 4.3 条的约定确定。

本保险被保险人的风险组别包括：

- (1) 您选择的保险责任；
- (2) 被保险人基本医疗保险或者公费医疗状态；
- (3) 被保险人年龄；
- (4) 被保险人性别。

我们有权根据本附加合同 4.6 条的约定调整基准保险费。

本附加合同保险费的交纳方式由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。

分期交纳保险费的，在交纳首期保险费后，您应当在每个保险费约定交纳日交纳其余各期的保险费。若您未按约定交纳保险费，我们允许您在保险费约定交纳日的次日零时起 10 日内补交保险费。

如果被保险人在此 10 日内发生保险事故，我们仍承担保险责任，但在给付保险金时会扣除您在保险事故发生前未交纳的期交保险费。

如果您在保险费约定交纳日的次日零时起 10 日内未交纳保险费，则本附加合同自上述期限届满之日的 24 时起效力中止。

- 4.2 活力群体及活力因子** 我们会根据被保险人在上一有效的保险合同的保险期间的运动状况和健康状况将被保险人分为五个活力群体，活力群体及相应活力因子具体如下：

活力群体	活力体	泰活力体 1	泰活力体 2	超活力体 1	超活力体 2
活力因子	1	0.95	0.9	0.85	0.8

首次投保或者中断后再次投保时被保险人活力因子均为 1，续保时被保险人活力因子将根据续保时被保险人所在的活力群体确定。

我们会在泰康人寿官网（www.taikanglife.com）“公开信息披露”专栏的“专项信息”栏目下设“长期医疗保险”子栏目中披露被保险人运动状况和健康状况的提交和收集方式、活力群体的组别定义标准或者确定方式。

若未按公布要求提交被保险人的运动状况或者健康状况相关信息，被保险人活力因子均为 1。

- 4.3 家庭保单及家庭因子** 您的三个及以上的家庭成员（包括您本人）可以**多人同时投保**（见 7.56）本保险，形成家庭保单。家庭成员仅指您本人，以及投保及续保时与您具有合法婚姻关系的配偶、您的父母以及您的子女。

我们不接受非多人同时投保的被保险人保险单合并为家庭保单。

非家庭保单的家庭因子为 1，家庭保单的家庭因子为 0.95。

- 4.4 效力中止 在本附加合同效力中止期间，我们不承担保险责任。
- 4.5 效力恢复 本附加合同效力中止之日起至保险期间届满日，您可以向我们申请恢复合同效力。经我们审核且经您与我们协商并达成协议，在您交纳本附加合同约定的保险费之日的次日零时起，本附加合同效力恢复。您与我们未就本附加合同效力恢复达成一致的，本附加合同效力不恢复。  
自本附加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，本附加合同效力终止。
- 4.6 保险费率调整 您为被保险人续保本附加合同时，我们按照以下约定对保险费率进行调整。本附加合同保险费率调整指对于基准保险费的调整。
- 4.6.1 首次保险费率调整的时间以及后续保险费率调整的时间间隔 本保险的首次保险费率调整的时间不早于本保险上市销售之日起满3年，每次保险费率调整的时间间隔不短于1年。  
我们会在泰康人寿官网（www.taikanglife.com）“公开信息披露”专栏的“专项信息”栏目下设“长期医疗保险”子栏目中披露本保险的上市销售日期。本保险的上市销售日期是指本保险最早可被购买的日期，不是本附加合同的生效日。
- 4.6.2 保险费率调整的触发条件 保险费率调整的触发条件的具体指标中的一项或者多项发生变化，导致发生以下一种或者多种情形时，我们有权决定是否调整保险费率：  
(1) 上一年度本保险赔付率（见7.57） $\geq$ 85%；  
(2) 上一年度本保险赔付率 $\geq$ （行业平均赔付率（见7.58）-10%）。  
保险费率调整的触发条件的具体指标包括：  
(1) 社会平均医疗服务的成本或者使用情况发生变化；  
(2) 国家卫生政策、医保政策或者其他相关政策发生重大变化；  
(3) 本保险实际赔付情况发生变化。
- 4.6.3 每次保险费率调整的上限 保证续保期间内，每次保险费率调整不超过调整前保险费率的30%。  
保险费率调整适用于本保险的所有被保险人或者同一风险组别的所有被保险人。我们不会因为单个被保险人健康状况的差异实行差别化的保险费率调整政策。
- 4.6.4 每次保险费率调整的流程、我们向您告知保险费率调整事项的时间、方式以及您对于保险费率调整的权利及义务 我们会将保险费率调整情况在泰康人寿官网（www.taikanglife.com）“公开信息披露”专栏的“专项信息”栏目下设“长期医疗保险”子栏目中公示30个自然日，并说明该次保险费率调整的生效时间、保险费率调整的原因、保险费率调整的决策流程及保险费率的调整结果，同时以保险单上载明的方式通知您。您为被保险人续保本附加合同时，须自该次保险费率调整生效后的首个新续保合同的生效日起按照新的保险费率支付保险费，该次保险费率调整生效前您已经支付的保险费不受该次保险费率调整的影响。  
我们将在保险费率调整生效后的首个新续保合同生效日前45日以保险单上载明的方式通知您。  
如果您不接受保险费率调整且要求解除本附加合同，我们将按照本附加合同5.1条的约定为您办理解除合同的手续。如果您不接受保险费率调整且不再继续投保本附加合同，您须在本附加合同期满日前以书面形式通知我们，本附加合同自期满日的24时起效力终止。
- 4.7 保证续保 本保险的保证续保期间为20年，自您首次投保本保险的合同生效日零时开始生效，如果您中断投保后又再次投保本保险的，将视为重新投保，本保险的保证续保期间自中断后再次投保本保险的合同生效日零时开始生效。  
若您选择了自动申请续保，在保证续保期间内的每一保险期间届满之前，若我们未收到您停止继续投保本附加合同的书面通知，在按续保时对应的费率收取保险费

后,我们将按保证续保期间开始时约定的承保条件为您续保本附加合同。每次续保,均按前述规则类推。

若您未选择自动申请续保,且未在本附加合同期满日前向我们提出继续投保本保险的申请,本附加合同自期满日的 24 时起效力终止。

保证续保期间内,若发生下列情形之一,本附加合同不再续保且保证续保将自行终止:

- (1) 被保险人的年龄超过 105 周岁;
- (2) 被保险人所变更的职业或者工种依照我们职业分类在本附加合同拒保范围内;
- (3) 在上一有效的保险合同的保险期间届满时,您未按照本附加合同 4.8 条的约定在新续保合同的宽限期内交纳新续保合同的保险费;
- (4) 发生投保人不如实告知或者投保人、被保险人、受益人**欺诈**(见 7.59)。

每一保证续保期间届满之前,若您要继续享有本保险提供的保障,您可向我们提出继续投保本保险的申请。经我们审核做出同意您继续投保本保险决定,且经您与我们协商并达成协议的,在按继续投保本保险时对应的费率交纳保险费后,本附加合同将延续有效且进入下一个保证续保期间。如果经审核,我们做出不同意您继续投保本保险决定的,我们将以书面形式通知您,本附加合同自该保证续保期间届满日的 24 时起效力终止。

每一保证续保期间届满时,若发生下列情形之一,我们不再接受您继续投保本保险的申请:

- (1) 本保险已停售;
- (2) 未通过上述继续投保本保险的审核;
- (3) 本附加合同效力终止。

若保证续保期间届满时本保险已停售,我们会向您提供投保本公司其他医疗保险产品的合理建议。

#### 4.8 新续保合同的宽限期

如果您与我们按照本附加合同 4.7 条的约定续保,则自本附加合同期满日次日零时起 60 日为新续保合同保险费交纳的宽限期。该宽限期内发生保险事故的,我们承担保险责任,但在给付保险金时会扣除您**欠交的保险费**(见 7.60)。如果您未在新续保合同的宽限期内交纳约定的保险费,新续保的合同自该宽限期期满日的 24 时起效力终止。

#### 4.9 风险组别变更

您可以申请变更保险责任、被保险人基本医疗保险或者公费医疗状态。其中,变更保险责任指是否选择本附加合同的可选责任。

续保本附加合同时,您可以变更保险责任,但须于所在有效的保险合同的保险期间届满前 30 日内通知我们,我们将对是否同意您变更保险责任作出决定。

如果被保险人基本医疗保险或者公费医疗状态发生了变更,您须于变更时所在有效的保险合同的保险期间届满前 30 日内通知我们。

我们将以书面形式或者双方认可的其他形式确认您上述风险组别的变更申请,您须自风险组别变更后的首个新续保合同生效日起按照新的保险费率支付保险费,风险组别变更前您已经支付的保险费不受影响。

我们将在每个有效的保险合同的保险期间届满前 30 日内受理变更风险组别的申请,其他时间我们不受理该申请。

## 5. 合同解除

### 5.1 您解除合同的手续及风险

如果被保险人未发生保险事故,且您在犹豫期后要求解除本附加合同,您须填写解除合同申请书,并向我们提供下列资料的原件:

- (1) 本附加合同;
- (2) 您的有效身份证件。

自我们收到前述材料时起，本附加合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还本附加合同终止时的**现金价值**（见 7. 61）。

您在犹豫期后解除合同会遭受一定损失。如果已发生保险金给付的，您不得要求解除本附加合同。

## 6. 其他需要关注的事项

---

- 6.1 **年龄性别错误** 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和性别在投保单上填明，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附加合同约定投保年龄限制的，我们有权解除本附加合同，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。对于解除本附加合同的，本附加合同自解除之日起终止，我们向您退还本附加合同终止时的现金价值。对于本附加合同解除前发生的保险事故，我们不承担保险责任；
  - （2） 您申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使您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。如果已经发生保险事故，在给付保险金时按实交保险费和应交保险费的比例给付；
  - （3） 您申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使您实交保险费多于应交保险费的，我们向您无息退还多收的保险费。
- 6.2 **被保险人基本医疗保险或者公费医疗状态错误** 您在申请投保时，应将被保险人基本医疗保险或者公费医疗状态在投保单上填明。如果您申报的被保险人基本医疗保险或者公费医疗状态不真实，或者您在被保险人基本医疗保险或者公费医疗状态变更后未按照本附加合同 4.9 条的约定通知我们的，按照下列方式办理：
- （1） 致使您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。如果已经发生保险事故，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） 致使您实交保险费多于应交保险费的，我们向您无息退还多收的保险费。
- 6.3 **职业或者工种的确定与变更** 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，您可以通过我们的服务场所工作人员查询到此表。
- 被保险人变更其职业或者工种时，您应于 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本附加合同拒保范围内的，我们对该被保险人所承担保险责任自接到通知之日起终止，并按约定退还本附加合同终止时的现金价值。
- 被保险人的职业或者工种变更之后，未依前项约定通知我们而发生保险事故的，若被保险人职业或者工种变更之后在本附加合同拒保范围内的，我们不承担保险责任，并按本附加合同约定退还本附加合同终止时的现金价值，本附加合同终止。
- 6.4 **效力终止** 发生下列情况之一时，本附加合同效力终止：
- （1） 主合同效力终止，但因主合同保险责任给付而导致主合同效力终止的情况除外；
  - （2） 本附加合同约定的合同效力终止情况。
- 6.5 **适用主合同条款** 主合同订立的下列各项条款适用于本附加合同：
- （1） 明确说明与如实告知；
  - （2） 合同内容变更；
  - （3） 争议处理。

## 7. 释义

---

- 7.1 合法有效** 本附加合同所指合法有效均以现行中华人民共和国法律、行政法规、地方性法规、行政规章及有关规范性法律文件的规定为判定依据。
- 7.2 周岁** 指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起一年内为零周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。例如，出生日期为2000年9月1日，2000年9月1日至2001年8月31日期间为0周岁，2001年9月1日至2002年8月31日期间为1周岁，依此类推。
- 7.3 有效身份证件** 指由中华人民共和国政府主管部门规定的能够证明其身份的证件，如：居民身份证、军官证、警官证、士兵证、户口簿以及中华人民共和国政府主管部门颁发或者认可的有效护照或者其他身份证明文件。
- 7.4 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7.62）（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7.35））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7.63）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<10/50 HPF和ki-67≤2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。  
“恶性肿瘤——重度”属于中国保险行业协会发布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020年修订版）》规定的重度疾病，且疾病名称和疾病定义与《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020年修订版）》一致。
- 7.5 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<10/50 HPF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-0-3 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。

“恶性肿瘤——轻度”属于中国保险行业协会发布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》规定的轻度疾病，且疾病名称和疾病定义与《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》一致。

- 7.6 保险期间内累计** 指保险期间的生效日至期满日期间所发生的保险事故对应的累计值，其中：
- (1) 本附加合同保险期间内累计的合理医疗费用指本附加合同保险期间的生效日至期满日内发生的保险事故对应的合理医疗费用。本附加合同有效的保险期间或者相连的续保合同有效的保险期间内，被保险人接受住院治疗跨不同保险期间的，合理医疗费用按该次住院在各保险合同的保险期间内实际发生的住院天数分摊，并计入相应保险合同的保险期间的累计值；
  - (2) 本附加合同保险期间内累计的医疗保险金指本附加合同保险期间的生效日至期满日内发生的保险事故对应的我们给付的医疗保险金；
  - (3) 本附加合同保险期间内累计的从其他途径已获得的医疗费用补偿指本附加合同保险期间的生效日至期满日内发生的保险事故对应的从其他途径已获得的医疗费用补偿。本附加合同有效的保险期间或者相连的续保合同有效的保险期间内，被保险人接受住院治疗跨不同保险期间的，从其他途径已获得的医疗费用补偿按该次住院在各保险合同的保险期间内实际发生的住院天数分摊，并计入相应保险合同的保险期间的累计值。
- 7.7 基本医疗保险** 包括城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗、城镇居民基本医疗保险。
- 7.8 公费医疗** 公费医疗制度，是国家为保障国家工作人员身体健康而实行的一项社会保障制度。国家通过医疗卫生部门向享受人员提供制度规定范围内的免费医疗及预防。
- 7.9 政府主办补充医疗** 指城乡居民大病保险、城镇职工大额医疗保险、城镇居民大额医疗保险等由政府主办对基本医疗保险进行补充的医疗保障项目，大额医疗保险在各地的具体名称会有所不同，以投保所在地政府主管部门规定的名称为准。
- 7.10 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，并以此客观事件为直接原因导致身体蒙受伤害或者身故，猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。  
猝死指表面健康的人因潜在疾病、机能障碍或者其他原因在出现症状后 24 小时内发生的非暴力性突然死亡。猝死的认定以医院的诊断和公安部门的鉴定为准。
- 7.11 医院** 本附加合同所指医院为泰康自有医院（见本附加合同附表 2 所示）及中华人民共和国卫生行政主管部门医院等级分类中的二级或者二级以上基本医疗保险规定的定点医院普通部（不包括其附属的国际医疗、特需医疗、贵宾医疗、外宾医疗或者相类似的部门和科室），不包括以康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者类似功能为主要功能的医疗机构（泰康自有医院不受该限制）。
- 7.12 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。  
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。

- 7.13 **医学必需** 指符合下列所有条件：
- (1) 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
  - (2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；
  - (3) 由医生开具的处方药；
  - (4) 非试验性的、非研究性的项目；
  - (5) 与治疗所在地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。
- 是否符合医学必需由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；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。
- 7.14 **我们指定的方式** 我们指定的方式在本保险上市销售时指泰康医生 APP 内指定入口，随着泰康人寿服务体系的运营与完善，我们指定的方式可能会发生变化，您可以拨打 24 小时服务热线 95522 咨询或者双方认可的其他形式查询。
- 泰康医生 APP 是由泰康人寿保险有限责任公司开发运营的，为泰康人寿保险有限责任公司客户提供健康管理、医疗协助以及保单权益服务的手机智能软件。泰康医生 APP 已取得由中华人民共和国国家版权局正式颁布的《计算机软件著作权登记证书》。
- 7.15 **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。
- 7.16 **初次确诊** 指自被保险人出生之日起第一次经医院及专科医生确诊患有某种疾病，而不是指自本附加合同生效、复效之后第一次经医院及专科医生确诊患有某种疾病。例如，2021 年 1 月 1 日本附加合同经首次投保后生效，被保险人自出生后第一次经医院及专科医生确诊罹患“恶性肿瘤”的时间以及保险金给付的核定结论见下表：
- | 自出生后初次确诊时间   | 保险金给付的核定结论         |
|--|--------------------|
| 2021 年 1 月 1 日之前   | 不属于保险责任范围，不承担保险责任； |
| 2021 年 1 月 1 日起的 90 日（含）内  | 不承担保险责任，且本附加合同终止；  |
| 2021 年 1 月 1 日起的 90 日后，且在 2021 年 1 月 1 日起的 90 日内被保险人未罹患本附加合同所定义的恶性肿瘤 | 承担保险责任。            |
- 7.17 **主要诊断** 指在医院治疗过程中由医生出具的、该治疗期间对被保险人身体健康危害最大、花费医疗费用最多的诊断。
- 7.18 **住院医疗费用** 指在医院接受住院治疗期间且在住院部所发生的床位费及膳食费（见 7.64）、监护人陪护床位费（见 7.65）、重症监护室床位费（见 7.66）、药品费（见 7.67）、治疗费（见 7.68）、护理费（见 7.69）、检查化验（见 7.70）费、手术相关费用（见 7.71）、医生费（诊疗费）（见 7.72）、材料费（见 7.73）、救护车使用费（见 7.74）。
- 7.19 **住院** 指被保险人入住医院之正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院及被保险人未达到入院标准而办理入院手续或者已达到出院标准而不办理出院手续的情形。不符合前述约定范围内的住院不属于本附加合同约定条件的住院。其中挂床住院指被保险人非治疗需要，一次离开医院 12 小时以上，视为自动离开医院，我们仅对离开日及以前属于保险责任范围内的住院

**治疗承担保险责任。**

- 7.20 **门诊医疗费用** 指在医院接受门诊治疗期间且在门诊部所发生的药品费、治疗费、检查化验费、手术相关费用、医生费（诊疗费）、材料费。
- 7.21 **肾透析** 指根据半透膜的膜平衡原理，使用一定浓度的电解质和葡萄糖组成的透析液和血液中积累的代谢产物、水及电解质进行渗透交换，从而达到治疗终末期肾病目的的治疗方式。
- 7.22 **门急诊医疗费用** 指在医院接受门急诊治疗期间且在门诊或者急诊部所发生的药品费、治疗费、检查化验费、医生费（诊疗费）、材料费（不含手术材料费）。
- 7.23 **化学疗法** 指针对恶性肿瘤的化学治疗（以下简称“化疗”）。化疗是使用医学界公认的化疗药物，以杀伤肿瘤细胞、抑制肿瘤细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。
- 7.24 **放射疗法** 指针对恶性肿瘤的放射治疗（以下简称“放疗”）。放疗是使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以杀伤肿瘤细胞、抑制肿瘤细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。本附加合同所指的放疗为被保险人根据医嘱，在医院的专业科室进行的放疗。
- 7.25 **肿瘤免疫疗法** 指使用免疫治疗药物激发或者增强机体抗肿瘤免疫应答，以杀伤肿瘤细胞、抑制肿瘤细胞生长为目的而进行的治疗。本附加合同定义的肿瘤免疫疗法不包括因治疗肿瘤而发生的细胞免疫疗法、基因疗法。
- 7.26 **肿瘤内分泌疗法** 指用药物抑制激素生成和激素反应，以杀伤肿瘤细胞、抑制肿瘤细胞生长为目的而进行的治疗。
- 7.27 **肿瘤靶向疗法** 指使用靶向治疗药物作用于肿瘤细胞的特定部位，以杀伤肿瘤细胞、抑制肿瘤细胞生长为目的而进行的治疗。本附加合同定义的肿瘤靶向疗法不包括因治疗肿瘤而发生的细胞免疫疗法、基因疗法。
- 7.28 **医疗保险金的计算方法**

举例说明：投保人王某为被保险人李某（有基本医疗保险）购买本保险，选择必选责任及可选责任。假设本附加合同的生效日为2021年1月1日，本附加合同的保险期间为1年，自2021年1月1日零时开始，至2021年12月31日24时止。被保险人在本附加合同保险期间内共计发生三次治疗，每次治疗情况及医疗费用情况具体如下：

治疗编号	初次确诊恶性肿瘤	首次治疗	第二次治疗	第三次治疗
治疗时间	2021年4月28日	2021年5月1日至2021年6月7日	2021年9月1日至2021年10月7日	2021年12月1日至2021年12月25日
治疗项目	初次确诊恶性肿瘤	因恶性肿瘤住院	非因恶性肿瘤住院	因恶性肿瘤住院
实际发生的医疗费用	不适用	12万元	6万元	16万元
合理医疗费用		11.8万元	5.7万元	15.5万元
是否以参加基本医疗保险的身份就诊并结算		是	是	否
从其他途径已获得的医疗费用补偿金额		3万元	2万元	0万元
恶性肿瘤提前给付保险金	2万元	—	—	—

则医疗保险金的计算方法如下：

- (1) 被保险人首次治疗，因恶性肿瘤住院，实际发生的医疗费用为12万元，其



中合理医疗费用为 11.8 万元，本次治疗的恶性肿瘤医疗保险金的计算方法如下：

- ① 本次治疗对应的给付比例：被保险人以拥有基本医疗保险的状态投保，且以参加基本医疗保险的身份就诊并结算，因此，本次治疗对应的给付比例为 100%；
- ② 本附加合同保险期间内累计的按比例计算的恶性肿瘤自付医疗费用：8.8 万元（（本次治疗发生的恶性肿瘤合理医疗费用 11.8 万元-本次治疗从其他途径已获得的恶性肿瘤医疗费用补偿金额 3 万元）×本次治疗对应的给付比例 100%）；
- ③ 已在本附加合同保险期间内累计的恶性肿瘤提前给付保险金：2 万元；
- ④ 已在本附加合同保险期间内累计的恶性肿瘤医疗保险金：0 万元。

根据公式，本次治疗的恶性肿瘤医疗保险金为 6.8 万元（本附加合同保险期间内累计的按比例计算的恶性肿瘤自付医疗费用 8.8 万元-已在本附加合同保险期间内累计的恶性肿瘤提前给付保险金 2 万元-已在本附加合同保险期间内累计的恶性肿瘤医疗保险金 0 元）。

- (2) 被保险人第二次治疗，非因恶性肿瘤住院，实际发生的医疗费用为 6 万元，其中合理医疗费用为 5.7 万元，本次治疗的非因恶性肿瘤医疗保险金的计算方法如下：

- ① 本次治疗对应的给付比例：被保险人以拥有基本医疗保险的状态投保，且以参加基本医疗保险的身份就诊并结算，因此，本次治疗对应的给付比例为 100%；
- ② 本附加合同保险期间内累计的按比例计算的因恶性肿瘤合理医疗费用：5.7 万元（本次治疗发生的非因恶性肿瘤合理医疗费用 5.7 万元×本次治疗对应的给付比例 100%）；
- ③ 年度免赔额：2 万元（本附加合同保险期间内累计的从其他途径已获得的非因恶性肿瘤医疗费用补偿金额（2 万元）>非因恶性肿瘤医疗保险金的年度基础免赔额（1 万元））；
- ④ 已在本附加合同保险期间内累计的非因恶性肿瘤医疗保险金：0 万元。

根据公式，本次治疗的非因恶性肿瘤医疗保险金为 3.7 万元（本附加合同保险期间内累计的按比例计算的因恶性肿瘤合理医疗费用 5.7 万元-年度免赔额 2 万元-已在本附加合同保险期间内累计的非因恶性肿瘤医疗保险金 0 万元）。

- (3) 被保险人第三次治疗，因恶性肿瘤住院，实际发生的医疗费用为 16 万元，其中合理医疗费用为 15.5 万元，本次治疗的恶性肿瘤医疗保险金的计算方法如下：

- ① 本次治疗对应的给付比例：被保险人以拥有基本医疗保险的状态投保，但未以参加基本医疗保险的身份就诊并结算，因此，本次治疗对应的给付比例为 60%；
- ② 本附加合同保险期间内累计的按比例计算的恶性肿瘤自付医疗费用：18.1 万元（首次治疗发生的按比例计算的恶性肿瘤自付医疗费用 8.8 万元+（本次治疗发生的恶性肿瘤合理医疗费用 15.5 万元-本次治疗从其他途径已获得的恶性肿瘤医疗费用补偿金额 0 万元）×本次治疗对应的给付比例 60%）；
- ③ 已在本附加合同保险期间内累计的恶性肿瘤提前给付保险金：2 万元；
- ④ 已在本附加合同保险期间内累计的恶性肿瘤医疗保险金：6.8 万元。

根据公式，本次治疗的恶性肿瘤医疗保险金为 9.3 万元（本附加合同保险期间内累计的按比例计算的恶性肿瘤自付医疗费用 18.1 万元-已在本附加合同保险期间内累计的恶性肿瘤提前给付保险金 2 万元-已在本附加合同保险期间内累计的恶性肿瘤医疗保险金 6.8 万元）。

因此，本附加合同保险期间内累计的医疗保险金为 19.8 万元（首次治疗的恶性肿瘤医疗保险金 6.8 万元+第二次治疗的非因恶性肿瘤医疗保险金 3.7 万元+第三次治疗的恶性肿瘤医疗保险金 9.3 万元）。

- 7.29 每次治疗** 每次治疗指一次住院，或者一次门诊（包括特殊门诊或者住院前后门急诊）。一次住院指被保险人进行一次住院治疗自入院日起至出院日止的期间。一次门诊指被保险人在一日（零时起至二十四时止）内在同一所医院同一个科室的就诊。如果被保险人以拥有基本医疗保险、公费医疗的状态投保，判断被保险人是否以参加基本医疗保险、公费医疗的身份就诊并结算时，住院及与该住院原因相同的住院前后门急诊可视为同一次治疗，特殊门诊不可与任何住院及住院前后门急诊视为同一次治疗。
- 7.30 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。
- 7.31 既往症** 指在本附加合同生效日之前罹患的被保险人已知或者应该知道的有关疾病或者症状。包括下列情形之一：  
(1) 本附加合同生效日之前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；  
(2) 本附加合同生效日之前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；  
(3) 本附加合同生效日之前，医生已有明确诊断，但未予治疗；  
(4) 本附加合同生效日之前，未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在，以普通人医学常识应该知晓。
- 7.32 医生** 指在医院内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。
- 7.33 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。
- 7.34 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。
- 7.35 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。
- 7.36 康复治疗** 指在康复医院、康复中心、医院的康复科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**物理治疗**（见 7.75）、**中医理疗**（见 7.76）、生物反馈疗法、康复营养、康复护理、**顺势治疗**（见 7.77）、**职业治疗**（见 7.78）及言语康复治疗等。
- 7.37 牙齿治疗** 指牙齿的保健、洁牙、美白、矫形及种牙、镶牙、补牙、拔牙手术。
- 7.38 医用康复器械** 指医用康复器械类医疗器械，主要有认知言语视听障碍康复设备、运动康复训练器械、助行器械、矫形固定器械，具体以中华人民共和国国家食品药品监督管理总局发布的 2017 年第 104 号公告中《医疗器械分类目录》第 19 章医用康复器械产品类别为准。
- 7.39 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。

- 7.40 **攀岩** 指攀登悬崖、建筑物外墙、人造悬崖、冰崖、冰山和雪山等运动。
- 7.41 **探险** 指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、徒步穿越沙漠或者原始森林等活动。
- 7.42 **武术比赛** 指两人或者两人以上对抗柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。
- 7.43 **特技表演** 指从事马术、杂技、驯兽、飞车等特殊技能训练或者比赛。
- 7.44 **质子治疗** 指应用质子放射线治疗肿瘤的方法。
- 7.45 **重离子治疗** 指应用重离子放射线治疗肿瘤的方法。
- 7.46 **中子治疗** 指应用中子放射线治疗肿瘤的方法。
- 7.47 **基因疗法** 指增加、减少或者改变人体活细胞的遗传物质的临床医学治疗方法。
- 7.48 **细胞免疫疗法** 指利用人体自身或者供者来源或者动物体来源的细胞,经过体外培养、扩增或者改造,再回输到人体内,激发或者增强机体的免疫功能,从而清除肿瘤细胞、病原体或者病毒感染等异常细胞的治疗方法。
- 7.49 **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。
- 7.50 **醉酒** 指发生事故时每百毫升血液中的酒精含量大于或者等于 80 毫克。
- 7.51 **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。
- 7.52 **酒后驾驶** 指经检测或者鉴定,发生保险事故时每百毫升血液中的酒精含量达到或者超过一定的标准,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者醉酒后驾驶。
- 7.53 **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) 驾驶与合法有效驾驶证准驾车型不相符合的车辆;  
(3) 持审验不合格的驾驶证驾驶;  
(4) 在驾驶证有效期内未按照中华人民共和国法律、行政法规的规定,定期对机动车驾驶证实施审验的;  
(5) 驾驶证已过有效期的。
- 7.54 **无合法有效行驶证** 指发生保险事故时没有按照公安机关交通管理部门机动车登记制度的规定进行登记并领取机动车行驶证或者临时通行牌证等法定证件。包括下列情形之一:  
(1) 未办理行驶证或者行驶证在申办过程中的;  
(2) 机动车行驶证被依法注销登记的;  
(3) 未在行驶证检验有效期内依法按时进行或者未通过机动车安全技术检验的。

- 7.55 **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。
- 7.56 **多人同时投保** 指同一投保人同时为两名或者两名以上符合本附加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。
- 7.57 **赔付率** 
$$\text{赔付率} = (\text{本保险年度赔款金额} + \text{本保险年末未决赔款准备金} - \text{本保险年初未决赔款准备金}) \div (\text{本保险年度保费收入} + \text{本保险年初未到期责任准备金} - \text{本保险年末未到期责任准备金}) \times 100\%$$
- 7.58 **行业平均赔付率** 指行业费率可调的同类长期医疗保险产品平均赔付率，以中国保险行业协会发布为准。
- 7.59 **欺诈** 本附加合同所指的欺诈包括下列情形：  
 (1) 未发生保险事故，但被保险人或者受益人谎称发生了保险事故，向我们提出赔偿或者给付保险金请求的；  
 (2) 投保人或者被保险人故意制造保险事故的。
- 7.60 **欠交的保险费** 保险费按年交纳的，欠交的保险费为新续保合同的保险费；保险费分期交纳的，欠交的保险费数额等于您最后一次交纳保险费之日（不含当日）至您补交欠交的保险费之日的期间内应交纳的各期保险费数额之和。
- 7.61 **现金价值**  
 (1) 如果您选择按年交纳保险费：  
 首次投保或者中断后再次投保本附加合同时，现金价值的计算公式为“ $P \times (1 - 35\%) \times (1 - N \div M)$ ”；续保本附加合同时，现金价值的计算公式为“ $P \times (1 - 32\%) \times (1 - N \div M)$ ”，其中：P 为您已交纳的本附加合同最近一年的保险费，N 指本附加合同从生效之日至终止之日实际经过的天数（不足一天的不计），M 指本附加合同保险期间内所包含的天数。  
 (2) 如果您选择按月交纳保险费：  
 首次投保或者中断后再次投保本附加合同时，现金价值的计算公式为“ $p \times (1 - 35\%) \times (1 - n \div m)$ ”；续保本附加合同时，现金价值的计算公式为“ $p \times (1 - 32\%) \times (1 - n \div m)$ ”，其中：p 为您已交纳的本附加合同最近一个月的保险费，n 指从当月保险费约定交纳日至本附加合同终止之日实际经过的天数（不足一天的不计），m 指从当月保险费约定交纳日至下一个月的保险费约定交纳日之间所包含的天数。
- 7.62 **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。
- 7.63 **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、Hurthle 细胞癌和未分化癌**  
 pTx: 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。

#### 7.64 床位费及膳食费

床位费指被保险人在医院住院部住院期间使用的医院床位的费用，但不包括重症监护室床位费。

膳食费指根据医生的医嘱且由医院内设的专门为住院病人配餐的食堂配送的并符合通常惯例的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内。

膳食费不包括：

- (1) 所住医院外其他营利性餐饮服务机构提供的餐饮费用；
- (2) 不是根据医嘱配送的、在医院对外营业的餐厅或者食堂的餐饮费用；
- (3) 不在医院开具的医疗费用清单上的餐饮费用。

#### 7.65 监护人陪护床位费

指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定给付其监护人（限 1 人）在医院留宿发生的陪护床位费；或者女性被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定给付其 1 周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

#### 7.66 重症监护室床位费

指住院期间出于医学必需被保险人需在重症监护室进行合理且必要的医疗而产生的床位费。

重症监护室指配有中心监护台、心电监护仪及其他监护抢救设施，相对封闭管理，符合重症监护病房（ICU）、冠心病重症监护病房（CCU）标准的单人或者多人监护病房。

#### 7.67 药品费

指在住院、特殊门诊以及住院前后门急诊治疗期间根据医生开具的处方所发生，且属于本保险药品目录的药品费用。本保险药品目录与截至本保险上市销售日期前经中华人民共和国国家或者地方政府药品主管部门（本保险上市销售时上述主管部门指中华人民共和国国家或者地方政府药品监督管理局）批准上市的西药、中成药和中药饮片目录一致。

对下列五类药品，本附加合同的保障范围与治疗时当地政府适用的《基本医疗保险药品目录》及相关规定保持一致：

- (1) 营养补充类药品；
- (2) 免疫功能调节类药品；
- (3) 美容及减肥类药品；
- (4) 预防类药品；
- (5) 中药饮片类药品。

本保险的药品目录在上述基础上有可能进行扩展。扩展时我们会以本保险上市销售日期后经中华人民共和国国家或者地方政府药品主管部门（本保险上市销售时上述主管部门指中华人民共和国国家或者地方政府药品监督管理局）批准上市的药品目录为依据进行调整。扩展时我们将在泰康人寿官网（[www.taikanglife.com](http://www.taikanglife.com)）“公

开信息披露”专栏的“专项信息”栏目下设“长期医疗保险”子栏目中披露。

- 7.68 治疗费** 指由医生或者**护士**（见 7.79）对患者进行的除手术外的各种治疗项目而发生的治疗费，包括因输血、吸氧、化疗等而发生的治疗费。
- 7.69 护理费** 指住院治疗期间由护士对被保险人提供临床护理服务所收取的费用。包括各级护理、重症监护与专项护理费用。
- 7.70 检查化验** 指由医生开具的由医院专项检查科室的专业检查、检验人员实施的各检查化验项目，包括实验室检查、病理检查、影像检查、脑电图、**肿瘤靶向疗法基因学检查**（见 7.80）等。
- 7.71 手术相关费用** 包括手术费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、未独立记账的术中用药费、手术设备费，**不包括手术材料费**。若因器官移植而发生的手术费用，**不包括因器官供体寻找、获取以及从供体切除、储藏、运送器官而发生的相关费用**。
- 7.72 医生费（诊疗费）** 指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、治疗方案拟订等各项医疗服务所收取的费用。
- 7.73 材料费** 指在住院、特殊门诊以及住院前后门急诊治疗期间所使用的手术材料费和非手术材料费。手术材料费指手术过程中使用的，经中华人民共和国国家或者地方政府药品主管部门（本保险上市销售时上述主管部门指中华人民共和国国家或者地方政府药品监督管理局）批准的医用材料。
- 7.74 救护车使用费** 指住院期间以抢救生命或者治疗疾病为目的，根据医生建议，被保险人需医院转诊过程中的医院用车费用，**且救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送**。
- 7.75 物理治疗** 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。
- 7.76 中医理疗** 指以治疗疾病为目的，被保险人接受具有相应资格的医生实施的针灸治疗、推拿治疗、按摩治疗、拔罐治疗、刮痧治疗等。
- 7.77 顺势治疗** 指一种通过小剂量药物治疗以使病人症状逐渐缓解或者消除的治疗方法，比如对于腹泻的顺势疗法是给予小剂量的放松剂。
- 7.78 职业治疗** 指通过专业的指导及训练恢复职业所需的功能。
- 7.79 护士** 指在医院内合法注册的具有护士执业资格且正在执业的护理人员。
- 7.80 肿瘤靶向疗法基因学检查** 指由医生开具的，由医院专项检查科室的专业检查、检验人员实施的**肿瘤靶向疗法基因学检查**。

附表 1

泰康附加医佳保医疗保险（费率可调）保障表				
（以下所有金额均以人民币计算，单位为元）				
医院类别				泰康自有医院、二级及以上 医保定点医院普通部（不含 其附属的国际医疗、特需医 疗、贵宾医疗、外宾医疗或 者相类似的部门和科室）
保证续保期间内给付限额				8,000,000
基本保险金额				4,000,000
年度给付 限额	非因恶性肿瘤医疗保险金			2,000,000
	恶性肿瘤医疗保险金			4,000,000
年度基础 免赔额	非因恶性肿瘤医疗保险金			10,000
	恶性肿瘤医疗保险金			0
一、非因 恶性肿瘤 合理医疗 费用	1. 非因恶性 肿瘤住院医 疗费用	(1) 床位费及膳食费	日限额	1,000
		(2) 材料费	年限额	200,000
		(3) 监护人陪护床位费、重症监护室 床位费、药品费、治疗费、护理费、检 查化验费、手术相关费用、医生费（诊 疗费）、救护车使用费	年限额	不设单项最高限额
	2. 非因恶性 肿瘤特殊门 诊医疗费用	(1) 门诊肾透析费	年限额	200,000
		(2) 器官移植后的门诊抗排异治疗费		不设单项最高限额
		(3) 门诊手术治疗费		不设单项最高限额
	3. 非因恶性肿瘤住院前后门急诊医疗费用	年限额	100,000	
二、恶性肿瘤提前给付保险金				20,000
三、恶性 肿瘤合理 医疗费用	1. 恶性肿瘤 住院医疗费 用	(1) 床位费及膳食费	日限额	1,000
		(2) 材料费	年限额	200,000
		(3) 监护人陪护床位费、重症监护室 床位费、药品费、治疗费、护理费、检 查化验费、手术相关费用、医生费（诊 疗费）、救护车使用费	年限额	不设单项最高限额
	2. 恶性肿瘤 特殊门诊医 疗费用	(1) 门诊恶性肿瘤治疗费，门诊恶性 肿瘤治疗包括化学疗法、放射疗法、肿 瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶 向疗法	年限额	200,000
		(2) 器官移植后的门诊抗排异治疗费		不设单项最高限额
		(3) 门诊手术治疗费		不设单项最高限额
	3. 恶性肿瘤住院前后门急诊医疗费用	年限额	100,000	



附表 2 泰康自有医院列表

序号	医院名称
1	泰康同济（武汉）医院
2	泰康仙林鼓楼医院
3	北京泰康燕园康复医院
4	上海泰康申园康复医院
5	广州泰康粤园医院
6	成都泰康蜀园医院
7	武汉泰康楚园康复医院
8	苏州泰康吴园康复医院

注：我们会定期更新“泰康自有医院”列表，更新后您可以拨打 24 小时服务热线 95522 咨询或者双方认可的其他形式查询。

# 泰康附加医佳保医疗保险（费率可调）费率表

本保险为费率可调的长期医疗保险，在保证续保期间内保险费率可能调整，保险费率调整后我们会变更费率表并进行公示。

有关“保险费率调整”请详见本附加合同条款 4.6 条的约定。

本附加合同的保险费按照以下公式确定：

## 1、如果您选择按年交纳保险费

本附加合同的保险费根据被保险人的基准保险费与活力因子及家庭因子的乘积确定，计算结果四舍五入保留到角。其中，活力因子见表三；非家庭保单的家庭因子为 1，家庭保单的家庭因子为 0.95。

## 2、如果您选择按月交纳保险费

按月交纳的保险费 = 按年交纳的保险费 × 0.091，计算结果四舍五入保留到角。

## 一、续保时基准费率表

单位：元

### 1. 必选责任

年龄（周岁）	有基本医疗保险或者公费医疗		无基本医疗保险和公费医疗	
	男性	女性	男性	女性
1	589	640	1,523	1,658
2	567	607	1,466	1,570
3	544	575	1,406	1,486
4	521	545	1,346	1,407
5	498	516	1,285	1,333
6	475	489	1,226	1,263
7	452	464	1,167	1,198
8	431	441	1,111	1,138
9	411	420	1,058	1,083
10	392	401	1,009	1,033
11	375	383	964	987
12	360	368	924	948
13	347	355	891	913
14	337	344	864	883
15	330	335	845	859
16	326	328	835	841
17	326	324	833	828
18	330	322	842	820
19	338	322	861	819
20	342	322	868	821
21	352	329	894	834
22	362	334	920	845
23	373	339	945	854
24	385	343	971	861
25	397	347	997	868

年龄（周岁）	有基本医疗保险或者公费医疗		无基本医疗保险和公费医疗	
	男性	女性	男性	女性
26	410	351	1,024	874
27	425	356	1,053	881
28	440	361	1,084	888
29	457	367	1,117	897
30	476	374	1,153	909
31	496	383	1,193	923
32	518	392	1,237	941
33	541	404	1,284	963
34	567	418	1,337	989
35	595	434	1,395	1,021
36	626	452	1,458	1,060
37	659	474	1,528	1,104
38	694	498	1,604	1,156
39	733	525	1,687	1,216
40	774	556	1,778	1,285
41	818	591	1,876	1,362
42	866	629	1,983	1,450
43	917	672	2,099	1,548
44	971	719	2,224	1,657
45	1,029	771	2,359	1,777
46	1,091	828	2,503	1,910
47	1,157	890	2,659	2,056
48	1,227	957	2,826	2,215
49	1,301	1,030	3,004	2,389
50	1,379	1,109	3,194	2,577
51	1,523	1,275	3,631	3,011
52	1,619	1,423	3,827	3,337
53	1,702	1,562	3,994	3,644
54	1,774	1,692	4,137	3,934
55	1,835	1,816	4,259	4,209
56	1,888	1,934	4,363	4,472
57	1,933	2,048	4,452	4,725
58	1,973	2,158	4,531	4,972
59	2,008	2,266	4,600	5,215
60	2,041	2,372	4,666	5,456
61	2,072	2,479	4,729	5,698
62	2,103	2,587	4,795	5,943
63	2,136	2,697	4,865	6,195
64	2,172	2,811	4,944	6,455
65	2,213	2,929	5,034	6,726
66	2,259	3,053	5,140	7,011
67	2,313	3,184	5,263	7,313
68	2,376	3,322	5,408	7,633
69	2,449	3,470	5,578	7,975
70	2,534	3,628	5,776	8,341
71	2,632	3,798	6,005	8,734
72	2,745	3,980	6,269	9,156

年龄（周岁）	有基本医疗保险或者公费医疗		无基本医疗保险和公费医疗	
	男性	女性	男性	女性
73	2,874	4,176	6,570	9,609
74	3,021	4,386	6,913	10,097
75	3,187	4,613	7,300	10,622
76	3,373	4,856	7,735	11,187
77	3,582	5,118	8,221	11,793
78	3,814	5,399	8,761	12,444
79	4,072	5,701	9,359	13,143
80	4,355	6,024	10,018	13,891
81	4,667	6,370	10,740	14,692
82	5,008	6,740	11,530	15,547
83	5,380	7,135	12,391	16,461
84	5,784	7,557	13,326	17,434
85	6,222	8,005	14,338	18,470
86	6,695	8,482	15,431	19,571
87	7,205	8,989	16,607	20,740
88	7,753	9,526	17,870	21,979
89	8,340	10,096	19,224	23,292
90	8,969	10,698	20,672	24,680
91	9,641	11,335	22,216	26,146
92	10,356	12,007	23,861	27,692
93	11,117	12,715	25,609	29,322
94	11,925	13,461	27,464	31,038
95	12,781	14,246	29,429	32,843
96	13,687	15,070	31,507	34,738
97	14,645	15,936	33,702	36,727
98	15,655	16,844	36,017	38,811
99	16,720	17,795	38,455	40,995
100	17,840	18,790	41,020	43,280
101	19,018	19,831	43,714	45,669
102	20,254	20,919	46,542	48,164
103	21,550	22,054	49,505	50,768
104	22,908	23,239	52,609	53,484
105	24,329	24,473	55,855	56,314

## 2. 必选责任及可选责任

年龄（周岁）	有基本医疗保险或者公费医疗		无基本医疗保险和公费医疗	
	男性	女性	男性	女性
1	755	755	1,988	1,988
2	720	720	1,880	1,880
3	685	685	1,778	1,778
4	650	650	1,680	1,680
5	617	617	1,588	1,588
6	585	585	1,502	1,502
7	554	554	1,422	1,422
8	526	526	1,348	1,348
9	499	499	1,281	1,281
10	475	475	1,221	1,221

年龄（周岁）	有基本医疗保险或者公费医疗		无基本医疗保险和公费医疗	
	男性	女性	男性	女性
11	454	454	1,167	1,167
12	435	435	1,121	1,121
13	419	419	1,083	1,083
14	407	407	1,053	1,053
15	399	399	1,031	1,031
16	395	395	1,018	1,018
17	395	395	1,013	1,013
18	399	399	1,017	1,017
19	408	408	1,031	1,031
20	409	408	1,038	1,034
21	419	413	1,065	1,047
22	429	419	1,090	1,061
23	440	426	1,115	1,076
24	452	434	1,141	1,093
25	465	444	1,167	1,114
26	479	456	1,196	1,137
27	494	470	1,227	1,164
28	512	487	1,261	1,196
29	532	505	1,300	1,234
30	554	527	1,344	1,277
31	579	552	1,394	1,327
32	607	580	1,451	1,383
33	638	611	1,515	1,448
34	673	646	1,587	1,521
35	711	685	1,669	1,602
36	754	728	1,760	1,694
37	802	775	1,862	1,796
38	854	826	1,976	1,908
39	911	883	2,102	2,032
40	973	944	2,241	2,168
41	1,041	1,010	2,394	2,317
42	1,115	1,082	2,561	2,479
43	1,195	1,159	2,744	2,655
44	1,282	1,242	2,943	2,846
45	1,375	1,331	3,160	3,052
46	1,476	1,426	3,394	3,274
47	1,583	1,528	3,647	3,512
48	1,698	1,637	3,919	3,768
49	1,822	1,752	4,212	4,041
50	1,953	1,874	4,526	4,332
51	2,159	2,073	4,966	4,768
52	2,323	2,230	5,342	5,130
53	2,484	2,385	5,713	5,486
54	2,644	2,538	6,080	5,839
55	2,803	2,691	6,446	6,190
56	2,962	2,844	6,813	6,543
57	3,123	2,998	7,182	6,898

年龄（周岁）	有基本医疗保险或者公费医疗		无基本医疗保险和公费医疗	
	男性	女性	男性	女性
58	3,285	3,154	7,557	7,257
59	3,451	3,313	7,938	7,624
60	3,621	3,476	8,329	7,999
61	3,795	3,644	8,731	8,385
62	3,976	3,817	9,146	8,784
63	4,163	3,997	9,576	9,198
64	4,357	4,183	10,025	9,628
65	4,560	4,379	10,492	10,077
66	4,773	4,583	10,982	10,547
67	4,996	4,797	11,495	11,040
68	5,230	5,022	12,034	11,558
69	5,476	5,258	12,601	12,103
70	5,736	5,507	13,198	12,676
71	6,009	5,770	13,827	13,281
72	6,297	6,047	14,491	13,918
73	6,601	6,339	15,191	14,591
74	6,922	6,647	15,929	15,300
75	7,261	6,972	16,708	16,049
76	7,618	7,315	17,530	16,838
77	7,994	7,676	18,397	17,671
78	8,391	8,057	19,310	18,548
79	8,809	8,459	20,272	19,472
80	9,249	8,882	21,286	20,446
81	9,713	9,327	22,352	21,471
82	10,200	9,795	23,474	22,548
83	10,712	10,287	24,653	23,681
84	11,250	10,804	25,892	24,871
85	11,815	11,347	27,192	26,120
86	12,408	11,916	28,556	27,431
87	13,029	12,512	29,986	28,804
88	13,680	13,137	31,483	30,243
89	14,361	13,791	33,051	31,748
90	15,073	14,476	34,690	33,323
91	15,818	15,191	36,404	34,970
92	16,596	15,938	38,194	36,689
93	17,407	16,718	40,062	38,484
94	18,254	17,531	42,011	40,356
95	19,137	18,379	44,042	42,307
96	20,056	19,262	46,158	44,340
97	21,013	20,181	48,360	46,456
98	22,009	21,137	50,651	48,657
99	23,044	22,132	53,034	50,946
100	24,120	23,165	55,509	53,324
101	25,237	24,238	58,079	55,793
102	26,396	25,351	60,747	58,356
103	27,599	26,506	63,514	61,015
104	28,845	27,704	66,382	63,770

年龄（周岁）	有基本医疗保险或者公费医疗		无基本医疗保险和公费医疗	
	男性	女性	男性	女性
105	30,137	28,944	69,354	66,625

## 二、首次投保或者中断后再次投保时基准费率表

单位：元

### 1. 必选责任

年龄（周岁）	有基本医疗保险或者公费医疗		无基本医疗保险和公费医疗	
	男性	女性	男性	女性
0	577	637	1,488	1,650
1	556	604	1,436	1,563
2	536	573	1,382	1,480
3	514	543	1,326	1,401
4	492	515	1,269	1,327
5	471	488	1,212	1,257
6	449	462	1,156	1,191
7	427	439	1,101	1,130
8	408	417	1,048	1,073
9	389	397	998	1,021
10	371	379	952	974
11	355	362	909	931
12	341	348	872	894
13	329	336	841	861
14	319	326	815	833
15	313	317	797	811
16	309	311	788	794
17	309	307	786	781
18	313	305	795	774
19	320	305	812	773
20	324	305	819	775
21	333	312	844	787
22	343	316	868	797
23	353	321	892	806
24	364	325	916	812
25	376	329	941	819
26	388	332	966	825
27	402	337	993	831
28	416	342	1,022	838
29	432	347	1,054	846
30	450	354	1,087	858
31	469	362	1,125	871
32	490	371	1,166	888
33	511	382	1,211	909
34	536	395	1,261	933
35	562	410	1,315	963
36	591	427	1,375	1,000
37	622	448	1,440	1,041
38	655	471	1,512	1,090
39	692	496	1,590	1,147

年龄（周岁）	有基本医疗保险或者公费医疗		无基本医疗保险和公费医疗	
	男性	女性	男性	女性
40	731	525	1,676	1,212
41	772	558	1,768	1,284
42	817	594	1,869	1,367
43	865	635	1,978	1,459
44	916	679	2,096	1,562
45	971	728	2,223	1,675
46	1,029	781	2,358	1,800
47	1,091	840	2,505	1,938
48	1,157	903	2,663	2,087
49	1,227	972	2,830	2,251
50	1,300	1,046	3,009	2,428
51	1,436	1,202	3,421	2,837
52	1,526	1,342	3,605	3,144
53	1,604	1,472	3,762	3,433
54	1,672	1,595	3,897	3,706
55	1,730	1,712	4,012	3,965
56	1,779	1,823	4,110	4,212
57	1,822	1,930	4,194	4,451
58	1,859	2,034	4,268	4,683
59	1,892	2,135	4,333	4,912
60	1,923	2,235	4,395	5,139
61	1,953	2,336	4,454	5,367
62	1,982	2,438	4,516	5,597
63	2,013	2,541	4,582	5,835
64	2,047	2,648	4,657	6,079

## 2. 必选责任及可选责任

年龄（周岁）	有基本医疗保险或者公费医疗		无基本医疗保险和公费医疗	
	男性	女性	男性	女性
0	747	747	1,979	1,979
1	713	713	1,874	1,874
2	680	680	1,772	1,772
3	647	647	1,676	1,676
4	614	614	1,584	1,584
5	583	583	1,497	1,497
6	553	553	1,416	1,416
7	523	523	1,341	1,341
8	497	497	1,271	1,271
9	472	472	1,208	1,208
10	449	449	1,151	1,151
11	429	429	1,101	1,101
12	411	411	1,057	1,057
13	396	396	1,021	1,021
14	385	385	993	993
15	377	377	973	973
16	374	374	960	960
17	374	374	956	956



年龄（周岁）	有基本医疗保险或者公费医疗		无基本医疗保险和公费医疗	
	男性	女性	男性	女性
18	377	377	959	959
19	386	386	973	973
20	387	386	979	975
21	396	391	1,005	988
22	406	396	1,028	1,001
23	416	403	1,052	1,015
24	427	410	1,076	1,031
25	440	420	1,101	1,051
26	453	431	1,128	1,072
27	467	444	1,157	1,098
28	484	460	1,189	1,128
29	503	477	1,226	1,164
30	523	498	1,267	1,204
31	547	522	1,314	1,251
32	573	548	1,368	1,304
33	603	577	1,428	1,365
34	635	610	1,496	1,434
35	671	647	1,573	1,510
36	712	687	1,659	1,597
37	757	732	1,755	1,693
38	806	780	1,862	1,798
39	860	833	1,981	1,915
40	918	891	2,112	2,043
41	982	953	2,256	2,183
42	1,052	1,021	2,413	2,336
43	1,127	1,093	2,585	2,502
44	1,209	1,171	2,773	2,681
45	1,296	1,255	2,977	2,875
46	1,392	1,344	3,197	3,084
47	1,492	1,440	3,436	3,308
48	1,601	1,543	3,692	3,550
49	1,717	1,651	3,968	3,807
50	1,841	1,766	4,263	4,081
51	2,035	1,954	4,677	4,491
52	2,189	2,101	5,032	4,832
53	2,341	2,247	5,381	5,167
54	2,491	2,391	5,726	5,499
55	2,641	2,535	6,071	5,830
56	2,791	2,680	6,417	6,162
57	2,942	2,825	6,764	6,497
58	3,095	2,971	7,117	6,835
59	3,251	3,121	7,476	7,180
60	3,411	3,275	7,844	7,533
61	3,575	3,433	8,222	7,897
62	3,745	3,596	8,613	8,272
63	3,921	3,765	9,018	8,662
64	4,104	3,940	9,441	9,067

### 三、活力群体及活力因子表

活力群体	活力体	泰活力体 1	泰活力体 2	超活力体 1	超活力体 2
活力因子	1	0.95	0.9	0.85	0.8

注：

首次投保或者中断后再次投保时被保险人活力因子均为 1，续保时被保险人活力因子将根据续保时被保险人所在的活力群体确定。