

# 安心财产保险有限责任公司

## 癌症医疗保险（2020版）条款

注册号：C00020332512020033003992

### 总则

**第一条** 本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。

**第二条** 凡年满十八周岁，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均可作为本保险合同的投保人。

**第三条** 符合本保险合同的约定，初次投保时身体健康且能正常工作、生活的自然人，可作为本保险合同的被保险人。被保险人续保的，续保生效日的年龄最高为一百零五周岁（含）。

**第四条** 除另有约定外，本保险合同各项保险金的受益人均为被保险人本人。

### 保险责任

**第五条** 投保人首次投保或非续保本保险的，自本保险合同生效之日起90日为等待期，续保无等待期。被保险人在等待期内罹患癌症的，无论治疗时间是否超过等待期，保险人都不承担给付保险金的责任，本保险合同终止，并无息退还所交纳的全部保险费。

在本保险合同有效期内，经医院的专科医生初次确诊罹患癌症的，保险人承担下列“癌症确诊费用保险金”和“癌症治疗费用保险金”两项保险责任。

#### （一）癌症确诊费用保险金

被保险人在等待期后经医院的专科医生初次确诊罹患癌症，对于癌症确诊之日前30日内（含确诊日期当日）在医院治疗时发生的与确诊癌症相关的合理且必需的住院或相关门急诊医疗费用，保险人在扣除被保险人按照社会基本医疗保险、公费医疗、大病医疗或其他途径（包含保险人在内的其他医疗费用补偿型产品等）取得的医疗费用补偿后，对剩余金额乘以下表对应的给付比例给付癌症确诊费用保险金。

给付条件	给付比例（%）
被保险人已从社会基本医疗保险（含新型农村合作医疗）、公费医疗、大病医疗或商业保险机构费用补偿型产品获得费用补偿	100
被保险人未从社会基本医疗保险（含新型农村合作医疗）、公费医疗、大病医疗或商业保险机构费用补偿型产品获得费用补偿	50

与确诊癌症相关的合理且必需的医疗费用包括：

1. 医生诊疗费：指住院或相关门急诊期间发生的外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生等相关医生的劳务费，包括挂号费。

2. 检查检验费：指住院或相关门急诊期间以诊断癌症为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理且必需的医疗费用，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。

3. 其他合理且必需的医疗费用等。

#### （二）癌症治疗费用保险金

被保险人在等待期后经医院的专科医生初次确诊罹患癌症，对于其癌症确诊之日后在医院治疗时发生的与治疗癌症相关的合理且必需的住院或相关门急诊医疗费用，保险人在扣除被保险人按照基本医疗保险、公费医疗、大病医疗或其他途径（包含保险人在内的其他医疗费用补偿型产品等）取得的医疗费用补偿后，对剩余金额乘以下表对应的给付比例给付癌症治疗费用保险金。

给付条件	给付比例（%）
被保险人已从社会基本医疗保险（含新型农村合作医疗）、公费医疗、大病医疗或商业保险机构费用补偿型产品获得费用补偿	100

被保险人未从社会基本医疗保险(含新型农村合作医疗)、公费医疗、**大病医疗**或商业保险机构费用补偿型产品获得费用补偿

50

与治疗癌症相关的合理且必需的医疗费用包括:

1. 床位费: 住院期间实际发生的, 不高于标准单人病房(或私人病房)的住院床位费(不包括套房、家庭病床)。未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间, 其合法监护人(限一人)在医院留宿发生的加床费, 保险人根据本保险合同的约定, 亦予以给付。

2. 护理费: 住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用, **不包含亲属等非医院提供的陪护补偿。**

3. 检查检验费: 住院或相关门急诊期间实际发生的, 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且必需的医疗费用, 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。

4. 治疗费: 指住院或相关门急诊期间以治疗癌症为目的, 发生的合理且必需的医疗器械使用费以及消耗品的费用, 包括注射费、抢救费、输血费、输氧费, 以及因清创缝合、换药、雾化吸入、鼻饲管置管、胃肠减压、洗胃、物理降温、坐浴、冷热湿敷、引流管冲洗、灌肠、导尿、肛管排气, 和针对癌症的非侵入性治疗(如伽马刀、射频、聚焦超声治疗)、化学疗法、内分泌疗法、放射疗法、免疫疗法、靶向疗法而发生的费用。

5. 药品费: 指住院或相关门急诊期间实际发生的合理且必须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, 包含治疗癌症过程中使用的抗呕吐药物、抗排斥药物。

6. 医生诊疗费: 指被保险人住院或相关门急诊期间发生的外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生等相关医生的劳务费用, 包括挂号费。

7. 手术费: 包括干细胞、骨髓、器官移植(若被保险人为受体, 则被保险人和移植当天捐献者的手术费用都包含)和治疗癌症所需的外科手术费用。上述外科手术费用具体是指住院期间为治疗癌症、挽救生命而施行的手术产生的合理且必需的医疗费用, 包括手术室费、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。癌症治疗手术后导致需要人造乳房或面部重建的, 此项费用也在手术费用保障范围内。

8. 重症监护病房床位费: 住院期间出于医学必要被保险人需在重症监护病房进行合理且必需的医疗而产生的床位费。重症监护病房指配有中心监护台、心电监护仪及其他监护抢救设施、相对封闭管理的单人或多人监护病房, 包括重症加护护理病房(ICU)、冠心病重症加强护理病房(CCU)、呼吸疾病重症加强护理病房(RCU)、神经疾病重症加强护理病房(NICU)、急诊重症加强护理病房(RICU)等。

9. 中医治疗费用: 以治疗癌症为目的发生的合理且必需的中医治疗、中成药、中草药费用。

**第六条 本保险适用医疗费用补偿原则。保险事故发生时, 被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的医疗费用金额有限。若被保险人已经从其它途径(包括但不限于社会基本医疗保险、公费医疗保险、大病保险、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构)获得相关医疗费用补偿的, 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剩余部分按照本合同的约定承担保险责任。被保险人不得就已经补偿的费用再次向保险人申请保险金。社会基本医疗保险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。**

**第七条** 在一个保险期间内, 对于上述各项保险责任, 被保险人不论一次或多次在医院进行治疗, 保险人均按照约定给付各项保险金, 但**各项保险金的累计给付金额以被保险人的保险金额为限**, 累计给付金额达到保险金额时, 本保险期间保险人对被保险人的保险责任终止。

**第八条** 被保险人同时拥有多份有效的费用补偿型医疗保险保险单的, 可以自主决定理赔申请顺序。

**责任免除**

**第九条** 任何下列费用、在下列期间发生的或因下列情形之一导致的癌症确诊或治疗医疗费用支出，保险人不承担保险金给付责任：

- (一) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间；
- (二) 被保险人被他人主动吸食或注射毒品；
- (三) 故意自伤与自杀、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (四) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (五) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (六) 被保险人在初次投保或非续保前所患既往症、等待期内出现的疾病、等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；
- (七) 任何职业病、先天性畸形、先天性恶性肿瘤（BRCA1/BRCA2 基因突变家族性乳腺癌、遗传性非息肉病性结直肠癌、肾母细胞瘤即 Wilms 瘤、李-佛美尼综合症即 Li-Fraumeni 综合症）、遗传性疾病或染色体异常（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）引起的医疗费用；
- (八) 接种预防癌症的疫苗、进行基因测试（不包含因癌症治疗用药所必需的基因检测）、鉴定癌症的遗传性、接受实验性医疗以及采取未经科学或医学认可的医疗手段；
- (九) 由于医疗事故引起的医疗费用；
- (十) 滋补类中草药费用，即以提高人体免疫力为主要用途使用的中草药及成药，包括但不限于人参、阿胶、鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、珊瑚、玳瑁、冬虫夏草、藏红花、羚羊、犀角、牛黄、麝香、鹿茸、铁皮枫斗以及用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂。

#### 保险金额

**第十条** 本保险合同的保险金额由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单中载明。保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

#### 保险期间

**第十一条** 投保人提出保险申请，保险人同意承保，本保险合同成立。

除另有约定外，自本保险合同成立、保险人收取保险费并签发保险单后次日零时起本保险合同生效，生效日应载于保险单上。保险人自生效日的零时起开始按照本保险合同的约定承担保险责任。

**第十二条** 本保险合同的保险期间为一年，并将在保险单上载明。

#### 保险人义务

**第十三条** 订立保险合同时，保险人向投保人提供的投保单应当附本格式条款，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。

**第十四条** 本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

**第十五条** 保险人认为被保险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、被保险人补充提供。

**第十六条** 保险人收到被保险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，但合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金义务。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发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

**第十七条** 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，对其给付的数额不能确定的，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。

#### 投保人、被保险人义务

**第十八条** 订立保险合同时，保险人就被保险人的有关情况提出询问，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，保险人有权解除本保险合同。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

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，但退还保险费。

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

**第十九条** 投保人、被保险人或者保险金受益人自其知道或应当知道保险事故发生之日起十日内通知保险人。故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任，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，不包括因不可抗力而导致的迟延。

**第二十条** 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，投保人应当在保险责任起始前一次性缴清保险费，投保人未按约定缴清保险费，保险合同不生效。

若投保人选择按月缴付保险费，需经投保人申请并经保险人同意。如投保人未在保险责任起始前缴付首月保费，保险合同不生效。在缴付首月保险费后，投保人应当按约定的月缴费日缴付其余各月的保险费。如投保人未约定足额缴付当月保险费，允许在缴费延长期内补保险费。

如果被保险人在缴费延长期内发生保险事故，并在缴费延长期内补交保险费的，保险人仍按照合同约定赔偿保险金。除本合同另有约定外，如被保险人在正常交费对应的保险期间内或缴费延长期内发生保险事故，保险人依照合同约定赔偿保险金的，需扣减保险期间内所有未交期间的保险费，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。

如投保人未按照保险合同约定的付款时间足额缴付当月保险费，本保险合同按约定终止。对于保险期间终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

缴费延长期由投保人与保险人协商确定，并在保险单中载明。

### 保险金申请与给付

**第二十一条** 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

(一) 由被保险人作为申请人填写保险金给付申请书，并凭下列证明和资料向保险人申请保险金：

- (1) 保险金理赔申请书；
- (2) 申请人的法定身份证明；
- (3) 医院出具的附有病历、病理显微镜检查、血液检验、影像学报告及其他科学方法检验报告的疾病诊断证明书；

(4) 医院出具的诊断证明书原件及住院或门急诊病历原件、医疗费用原始凭证和医疗费用结算清单、出院小结或住院病历（加盖医院病历专用章）；

(5) 检查检验报告及药品明细和处方；

(6) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其它证明和资料。

(二) 若委托他人代为申请保险金，被委托人还应提供以下证明和资料：

(1) 保险金受益人签字的授权委托书、被委托人的有效身份证件等相关证明文件；

(2) 受益人或继承人为未成年人或无民事行为能力人时，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继承人为未成年人或无民事行为能力人的证明和监护人具有合法监护权的证明。

申请保险金赔偿时以上证明和资料不完整的，保险人将及时一次性通知申请人补充提供有关的证明和资料。

**第二十二条** 除上述相关证明和资料外，保险人如认为必要，在保险事故发生后可以对被保险人的身体状况进行检查或鉴定。

**第二十三条** 保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

### 续保

**第二十四条** 本合同为非保证续保合同。本产品保险期间为一年。保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，经过保险人审核同意，交纳保险费，并获得新的保险合同。被保险人的保费会随着被保险人的年龄增长而改变。

续保保单的保险期间以保险单载明的起讫时间为准。

当发生下列情形之一的，本合同不再接受续保：

- (一) 申请续保时被保险人的年龄超过合同约定的最大可续保年龄；
- (二) 被保险人身故；
- (三) 本合同在投保人申请续保时已因其他条款所列情况而导致效力终止；
- (四) 投保人或被保险人不如实告知、欺诈等不符合续保条件的情形；
- (五) 被保险人罹患本保险合同约定的癌症（不含原位癌）；
- (六) 本合同统一停售。

被保险人在等待期后经医院初次确诊罹患原位癌，投保人申请续保且未发生上述情形的，保险人可为投保人办理续保手续；被保险人在等待期后经医院初次确诊罹患癌症（不含原位癌），保险人不再接受续保。若被保险人癌症治疗仍未结束或癌细胞转移的，保险人将继续承担本条款下的保险责任，最长不超过自癌症初次确诊之日起一年的时间。

### 争议处理和法律适用

**第二十五条** 因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

**第二十六条** 与本保险合同有关的以及履行本保险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括港澳台地区法律）。

### 其他事项

**第二十七条** 被保险人的投保年龄按周岁计算。投保人应在投保本保险时将被保险人的真实年龄与性别在投保单上填明，如果发生错误，保险人按照下列规定办理：

(一) 投保人申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本保险合同约定的年龄限制的，保险人有权解除本保险合同，并向投保人退还本保险合同的未满期保费。

(二) 投保人申报的被保险人年龄或性别不真实，致使投保人支付的保险费少于应付保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例支付。

(三) 投保人申报的被保险人年龄或性别不真实，致使投保人支付的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。

**第二十八条** 投保人和保险人可以协商变更本保险合同的内容。变更本保险合同的，应当由保险人在电子保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由投保人与保险人订立书面的变更协议。

**第二十九条** 投保人的电话等联系方式变更时，应及时以书面形式或双方认可的其他形式

通知保险人。投保人未以书面形式或双方认可的其他形式通知的，保险人将按本保险合同载明的最后联系方式发送有关通知，并视为已送达给投保人。

**第三十条** 投保人在投保后，可以书面通知要求解除本保险合同，并向保险人提供下列证明和资料：

- (一) 保险合同或其他保险凭证；
- (二) 解除合同申请书；
- (三) 投保人的有效身份证明。
- (四) 保险人要求的其他证明或资料。

自保险人收到解除合同申请书之日起，本保险合同终止。保险人在收到上述证明和资料之日起三十日内退还本保险合同的未满期保费。

**第三十一条** 本保险合同未尽事宜依照合同签订时有效的《中华人民共和国保险法》处理。

### 释义

**第三十二条** 本保险合同具有特定含义的名词，其定义如下：

**【周岁】**指按法定身份证明文件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一周岁，不足一年的不计。

**【初次确诊】**指自被保险人出生之日起首次经医院确诊罹患本保险合同约定的癌症，而不是指自本合同生效之后首次经医院确诊患有某种癌症。

**【医院】**是指经中华人民共和国卫生部门审核认定的二级或以上的公立医院，即综合性公立医院或专科公立医院，**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；
- (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。

**【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) 在二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

**【癌症】**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的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴，其中包含：

- (1) 原位癌；
- (2) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- (3) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- (4) 皮肤癌；
- (5) TNM 分期为 T1N0M0 期或者更轻分期的前列腺癌。

注：原位癌指恶性细胞局限于上皮内尚未穿破基底膜浸润周围正常组织的癌细胞新生物。原位癌必须经对固定活组织的组织病理学检查明确诊断。

**【癌症确诊之日】**指被保险人经手术治疗或病理检查确诊癌症的，以手术病理取材或病理活检取材日期为癌症确诊日期；被保险人未经手术治疗但后续进行放射性疗法或化学药物性疗法的，以首次放疗或化疗日期为癌症确诊日期。

**【门急诊】**指确因临床需要，正式办理挂号手续，并确实在医院的门诊部或急诊部接受治疗的行为过程，**但不包括休养、疗养、身体检查和健康护理等非治疗性行为。**

**【住院】**指被保险人因疾病而入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，**不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院或其他不合理的住院。**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 小时在床、在院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。

**【合理且必需的门诊或住院医疗费用】**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。对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。

医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

- (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) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

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。

**【社会基本医疗保险】**指城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等基本医疗保险保障项目，以及城乡居民大病保险等保障项目。

**【公费医疗】**公费医疗指国家为保障国家工作人员而实行的、通过医疗卫生部门按规定向享受人员提供免费医疗及预防服务的一项社保制度。

**【化学疗法】**指利用化学药物阻止癌细胞的增殖、浸润、转移，直至杀灭癌细胞的一种治疗方式。

**【内分泌疗法】**指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。

**【放射疗法】**指利用放射线照射患病部位，攻击癌细胞的疗法。

**【免疫疗法】**指现代生物技术手段激发自身免疫系统来对抗肿瘤的新型治疗方法。

**【靶向疗法】**是在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌点来设计相应的治疗药物，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。

**【抗呕吐药物】**治疗癌症过程中因化疗或放疗出现呕吐的药物。

**【抗排斥药物】**因患癌症而进行器官移植，骨髓移植或干细胞移植之后，使用免疫抑制剂抑制机体免疫反应，此类抑制免疫排斥药物称为抗排斥药物。

**【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。

**【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。**

**【既往症】**指在本保险合同生效之前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或检查发现的异常。通常有以下情况：

- (一) 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- (二) 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后检查发现的异常未完全消失，有间断用药情况；

(三) 本保险合同生效前发生，医生已有明确诊断，但未予治疗；或者未经医生诊断和治疗，但异常明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

**【职业病】**指企业、事业单位和个体经济组织的劳动者在职业活动中，因接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害物质等因素而引起的疾病。职业病的认定需遵循《中华人民共和国职业病防治法》中的相关规定及鉴定程序。

**【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。

**【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。

**【医疗事故】**指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，过失造成患者人身损害的事故。

**【月缴费日】**指首期缴费日在每月的对应日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。如保险合同首期缴费日为 2019 年 6 月 13 日，则次月的保险费约定支付日为 2019 年 7 月 13 日，以此类推，则最后一个月的保险费约定支付日为 2020 年 5 月 13 日。

**【保险金申请人】**除另有约定外，本保险保险金申请人是指被保险人本人。

**【未到期保费】**指本合同所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由保险人退还的那部分金额。

若保险费为一次性支付的：

未到期保费=年度保费 $\times$ (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。

若保险费为分期支付的：

未到期保费=当期保险费 $\times$ (1-m/n)+已缴费未经过期次保险费，其中，m 为当期已生效天数，n 为当期的天数，经过日期不足一日的按一日计算。