

中国平安财产保险股份有限公司
平安产险恶性肿瘤及特定疾病医疗保险条款
注册号：C00001732512024092000473

总则

第一条 本保险合同（以下简称“本保险合同”）由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证、批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。

第二条 本保险合同的被保险人应为符合保险合同约定条件的，身体健康、能正常工作或正常生活的自然人。

第三条 本保险合同的投保人应为具有完全民事行为能力的被保险人本人、对被保险人有保险利益的其他人。

第四条 除另有约定外，本保险合同的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 投保人在投保“基本部分”保险责任的基础上，可选择“可选部分”保险责任进行投保。具体保险责任由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险单中载明。

在本保险合同有效期内，保险人承担下列保险责任：

（一）基本部分：恶性肿瘤及特定疾病治疗费用保险责任

被保险人在**等待期**后（连续不间断续保者自续保生效后）经医院确诊初次罹患本保险合同所约定的**恶性肿瘤（含恶性肿瘤——重度和恶性肿瘤——轻度）或特定疾病（含原位癌和类癌）**，保险人就其恶性肿瘤或特定疾病**确诊日期前 30 天起**发生的**合理且必需的**与确诊及治疗恶性肿瘤或特定疾病相关的如下医疗费用，**在扣除约定的免赔额后乘以约定的给付比例**给付恶性肿瘤及特定疾病治疗费用保险金：

1. 医生诊疗费：指被保险人门急诊期间发生的主诊**医生**或会诊医生的劳务费用，包括挂号费和医事服务费。
2. 检查检验费：指**门诊急诊或住院**期间发生的以诊断恶性肿瘤或特定疾病为目的，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，包括诊查费、妇检费、X 光费、心电图费、B 超费、脑电图费、内窥镜费、ECT 费、CT 费、核磁共振费、彩超费、运动平板心电图费、动态心电图费、心电监护费、PCR 费、肺功能仪费、分子生化检查费和血、尿、便常规检查费等。
3. 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**）。
4. 加床费：指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间，保险人根据合同约定给付其合法监护人（**限一人**）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，保险人根据合同约定给付其 1 周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。
5. 重症监护室床位费：住院期间被保险人在重症监护室进行合理且必需的医疗而产生的床位费。
6. 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。
7. 治疗费：门急诊或住院期间以治疗恶性肿瘤或特定疾病为目的，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、护理费、抢救费、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、输血费、输氧费，针对恶性肿瘤或特定疾病的非侵入性治疗费用如伽玛刀、射频、聚焦超声治疗、介入治疗，高压氧，血液透析、**化学疗法**、

内分泌疗法、放射疗法、免疫疗法、靶向疗法。

8. 药品费：门急诊或住院期间实际发生的合理且必需的与治疗恶性肿瘤或特定疾病相关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处方药品的费用，包含治疗恶性肿瘤或特定疾病过程中使用的**抗呕吐药物、抗排斥药物**。

9. 手术费用：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）和治疗恶性肿瘤或特定疾病所需的外科手术费用。指住院期间为治疗恶性肿瘤或特定疾病、挽救生命而施行的合理且必需手术医疗费用，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。

10. 重建手术：指恶性肿瘤或特定疾病治疗手术后导致需要人造乳房或面部重建的费用。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。

11. 中医治疗费用：以治疗恶性肿瘤或特定疾病为目的发生的合理且必需的中医治疗、中草药费用。

保险人对于上述各项医疗费用累计给付金额以本保险合同约定的被保险人的保险金额为限。

如果投保人按被保险人拥有公费医疗、基本医疗保险的情况进行投保，但申请理赔时未从上述途径获得医疗费用补偿的，保险人在扣除约定的免赔额后，按约定给付比例的 60% 给付该项医疗费用保险金。如被保险人在本保险合同约定医院的特需部就诊，不受此限。

对于被保险人在投保前罹患本保险合同所约定的恶性肿瘤或特定疾病，保险人不承担给付保险金的责任。

在本保险合同保险期间届满时被保险人治疗恶性肿瘤或特定疾病仍未结束或恶性肿瘤或特定疾病转移的，保险人将继续承担保险责任至其保险期间内初次确诊罹患本保险合同所约定的恶性肿瘤或特定疾病之日起满一年止，但保险期间届满后经医院确诊的新患恶性肿瘤或特定疾病的医疗费用不在保险责任范围内。

（二）可选部分：疾病身故保险责任

被保险人在**等待期**后（连续不间断续保者自续保生效后）因疾病身故的，保险人按约定的疾病身故保险金额给付疾病身故保险金，**本保险合同终止**。

补偿原则

第六条 补偿原则适用于本保险合同基本部分保险责任。

若被保险人已从其他途径（包括但不限于基本医疗保险、城乡居民大病保险、公费医疗、保险人在内的任何保险机构）获得医疗费用补偿，对于被保险人发生的保险责任范围内的合理且必需的医疗费用，保险人在扣除被保险人已从其他途径获得的补偿后，对于剩余部分医疗费用在本保险合同保险金额的限额内按照约定的免赔额和给付比例给付保险金。

责任免除

第七条 （一）因下列情形之一造成被保险人发生本保险合同约定的恶性肿瘤或特定疾病治疗费用的，保险人不承担给付恶性肿瘤及特定疾病治疗费用保险金的责任：

1. 被保险人在投保前所患既往症及其并发症，但保险人在承保时已知晓并同意承保的不在此限；
2. 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间因疾病导致的；
3. 核爆炸、核辐射或核污染、化学污染；
4. 接种预防恶性肿瘤或特定疾病的疫苗，进行基因测试以鉴定恶性肿瘤或特定疾病的遗传性，接受实验性医疗，采取未经科学或医学认可的医疗手段；
5. 由于医疗事故引起的医疗费用；
6. 任何职业病、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，Wilms 瘤，Li-Fraumeni 综合征）、遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常（依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）确定）引起的医疗费用；

7. 主要起调理身体、营养滋补作用的中药药品费用，如：花旗参、西洋参、人参、灵芝、阿胶、冬虫夏草、海马、十全大补膏等滋补类中药；部分可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸、海马、胎盘、鞭、尾、筋、骨等；用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

发生上述第1项至第3项情形导致被保险人罹患本保险合同所约定的恶性肿瘤或特定疾病的，本保险合同终止，保险人向投保人退还本保险合同的现金价值。

(二) 因下列情形之一导致被保险人疾病身故的，保险人不承担给付疾病身故保险金的责任：

1. 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
2. 被保险人故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
3. 被保险人殴斗、醉酒，吸食或注射毒品以及上述行为导致的事故；
4. 被保险人未遵医嘱，私自使用药物，但按使用说明的规定使用非处方药不在此限；
5. 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
6. 核爆炸、核辐射或核污染。

发生上述第1项情形导致被保险人身故的，本保险合同终止，保险人向投保人之外的被保险人的继承人退还本保险合同的现金价值。

发生上述第2至第6项情形导致被保险人身故的，本保险合同终止，保险人向投保人退还本保险合同的现金价值。

保险金额、免赔额与给付比例

第八条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

本保险合同中的免赔额是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本保险合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本保险合同约定仍旧由被保险人自行承担，保险人不予赔付的金额。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过基本医疗保险、政府主办补充医疗、公费医疗获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

免赔额、给付比例由投保人、保险人在投保时协商确定，并在保险单中载明。

保险期间与续保

第九条 本保险合同保险期间由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明，且最长不得超过一年。

第十条 本保险产品遵循不保证续保条款：本产品保险期间不超过一年。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

若发生下列情形之一的，本保险合同不再接受续保：

- (一) 本保险合同停售；
- (二) 被保险人身故；
- (三) 投保人对于保险人就投保人或者被保险人的有关情况提出的询问未履行如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保，保险人已经解除保险合同的；
- (四) 本保险合同因其他条款所列情况而导致效力终止。

等待期

第十一条 除另有约定外，恶性肿瘤及特定疾病治疗费用保险责任自本保险合同生效日起90日（含第90日）为等待期；疾病身故保险责任自本保险合同生效日起30日（含第30日）为等待期。

被保险人在等待期内经医院确诊初次罹患本保险合同所约定的恶性肿瘤（含恶性肿瘤——重度和恶性肿瘤——轻度）或特定疾病（含原位癌和类癌）或因疾病身故的，保险人不承担保险责任，并向投保人无息返

还所交保险费，本保险合同终止。

符合以下情形的无等待期：

投保人在保险期间届满前重新申请为被保险人投保本产品，经保险人同意并交纳保险费，获得新的保险合同。

保险人义务

第十二条 订立本保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明本保险合同的内容。对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做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做出明确说明。未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十三条 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。

第十四条 保险人按照本保险合同的约定，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。

第十五条 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，但本保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人，对属于保险责任的，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。

第十六条 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。保险人认为被保险人或受益人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人或者受益人补充提供。

投保人、被保险人义务

第十七条 若投保人选择一次性支付保险费，投保人应当在投保时一次性交清保险费；若投保人选择分期支付保险费，在支付首期保险费后，投保人应当在保险费约定支付日支付其余各期的保险费。若未按时支付的，投保人应于保险人催告投保人支付保险费之日起三十日的期限内支付当期保险费。上述期限内发生的保险事故，保险人仍会承担保险责任，但在给付保险金时有权扣减投保人对应的欠交保险费。

投保人在上述期限内未支付保险费的，则本附加保险合同自上述期限届满的次日零时起效力中止。如果被保险人在保险合同效力中止期间发生保险事故的，保险人不承担保险责任。

合同效力依照前款约定中止的，经投保人与保险人协商并达成协议，在投保人补交保险费后，保险合同效力恢复，保险人继续承担保险责任至保险期间届满；合同效力至保险期间届满时仍未恢复的，本附加保险合同于保险期间届满时终止。

第十八条 订立保险合同，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的义务，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。

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，不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。

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

第十九条 投保人、被保险人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。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 保险事故发生后，被保险人需要治疗的，应在释义医院治疗，若因急诊未在释义医院治疗的，应在三日内通知保险人，并根据病情及时转入释义医院。若确需转入非释义医院治疗的，应向保险人提出书面申请，保险人在接到申请后三日内给予答复，对于保险人同意在非释义医院治疗的，对该期间发生的医疗费用按本保险合同规定给付医疗保险金。

第二十一条 在本保险合同有效期内，被保险人因遭受意外事故或突发急性病需要紧急救援时，应立即拨打 保险人提供的救援电话联系救援机构报警中心并由救援机构安排紧急救援和治疗，保险人按本保险合同的约定承担保险责任。

因不可抗力或被保险人健康状况在异常紧急的情况下须急救而无法及时联系救援机构，待条件许可时，应立即联系救援机构并由救援机构安排后续的紧急救援和治疗，保险人仍按本保险合同的约定承担保险责任。

保险金申请与给付

第二十二条 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。如保险人对保险金申请材料存疑，被保险人应予配合。保险金申请人未能提供有关材料或被保险人不予配合，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）恶性肿瘤及特定疾病治疗费用保险金的申请

由保险金申请人填写相应保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

1. 保险合同或保险单号；
2. 被保险人及申请人的有效身份证件；
3. 医院出具的附有病理显微镜检查、血液检查及其他科学方法检验报告的疾病诊断证明书；
4. 医院出具的医疗费用原始凭证；
5. 医疗费用结算清单；
6. 医疗病历材料（包括出院记录或出院小结）、诊断证明、处方等；
7. 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）疾病身故保险金的申请

由疾病身故保险金申请人填写疾病身故保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

1. 保险合同或保险单号；
2. 被保险人及申请人的有效身份证件；
3. 公安部门或医疗机构出具的被保险人死亡证明书。若被保险人为宣告死亡，保险金申请人应提供人民法院出具的宣告死亡证明文件；如本保险合同要求的死亡证明可证明死亡原因的，可用死亡证明，否则，保险金申请人应提供司法鉴定机构或保险人认可的机构出具的死因鉴定报告；

4. 所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其它证明和资料。

如投保人与保险人对需提供证明、资料有其它约定的，按约定执行。

保险金作为被保险人遗产时，必须提供可证明合法继承权的相关权利文件。

争议处理和法律适用

第二十三条 因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国法院（不包括港澳

台地区) 起诉。

第二十四条 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

第二十五条 投保人和保险人可以协商变更合同内容。

变更保险合同的，应当由保险人在保险单或者其他保险凭证上批注或附贴批单，或者投保人和保险人订立变更的书面协议。

第二十六条 在本保险合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本保险合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险单；
- （三）投保人身份证明。

投保人要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起三十日内退还保险单的现金价值。

释义

第二十七条

【医院】

指投保人与保险人约定的定点医院；未约定定点医院的，则指中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）合法经营的二级以上（含二级）公立医院普通部及特需部，不包含其中的高级病区、VIP 病房、外宾医疗、干部病房与国际医疗。

本保险合同约定的医院不包括疗养院、护理院、康复中心、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心以及无相应医护人员或设备的二级或三级医院的联合医院或联合病房。

【恶性肿瘤——重度】

本保险合同所约定的恶性肿瘤——重度疾病，指被保险人初次发生符合下列定义的疾病，应当由专科医生明确诊断。

若被保险人发生了本保险合同约定的恶性肿瘤——重度疾病，经手术治疗或病理检查确诊的，以手术病理取材或病理活检取材日期为恶性肿瘤确诊日期；未经手术治疗但后续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恶性肿瘤确诊日期。

该疾病是中国保险行业协会与中国医师协会制定了规范定义的疾病。

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——重度”，不在保障范围内：

(一) 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;

(二) TNM 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌;

(三) TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或更轻分期的前列腺癌;

(四) 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;

(五) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病;

(六) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病;

(七) 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。

上述疾病定义中部分术语释义如下:

(一) 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。

(二) 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。

(三) ICD-10 与 ICD-0-3

《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-0-3), 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。其中形态学动态编码: 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-0-3 不一致的情况, 以 ICD-0-3 为准。

(四) 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。

(五) 甲状腺癌的 TNM 分期

甲状腺癌的 TNM 分期采用目前现行的 AJCC 第八版定义标准, 我国国家卫生健康委员会 2018 年发布的《甲状腺癌诊疗规范 (2018 年版)》也采用此定义标准, 具体见下:

甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hürthle 细胞癌和未分化癌

pT_x: 原发肿瘤不能评估

pT₀: 无肿瘤证据

pT₁: 肿瘤局限在甲状腺内, 最大径 ≤ 2cm

T_{1a} 肿瘤最大径 ≤ 1cm

T_{1b} 肿瘤最大径 > 1cm, ≤ 2cm

pT₂: 肿瘤 2~4cm

pT₃: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内

pT_{3b}: 大体侵犯甲状腺外带状肌, 无论肿瘤大小

带状肌包括: 胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT₄: 大体侵犯甲状腺外带状肌外

pT_{4a}: 侵犯喉、气管、食管、喉返神经及皮下软组织

pT_{4b}: 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pT_x: 原发肿瘤不能评估

pT₀: 无肿瘤证据

pT₁: 肿瘤局限在甲状腺内, 最大径≤2cm

T_{1a} 肿瘤最大径≤1cm

T_{1b} 肿瘤最大径>1cm, ≤2cm

pT₂: 肿瘤 2~4cm

pT₃: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内

pT_{3b}: 大体侵犯甲状腺外带状肌, 无论肿瘤大小

带状肌包括: 胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT₄: 进展期病变

pT_{4a}: 中度进展, 任何大小的肿瘤, 侵犯甲状腺外颈部周围器官和软组织, 如喉、气管、食管、喉返神经及皮下软组织

pT_{4b}: 重度进展, 任何大小的肿瘤, 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管

区域淋巴结: 适用于所有甲状腺癌

pN_x: 区域淋巴结无法评估

pN₀: 无淋巴结转移证据

pN₁: 区域淋巴结转移

pN_{1a}: 转移至VI、VII区(包括气管旁、气管前、喉前/Delphian 或上纵隔)淋巴结, 可以为单侧或双侧。

pN_{1b}: 单侧、双侧或对侧颈淋巴结转移(包括I、II、III、IV或V区)淋巴结或咽后淋巴结转移。

远处转移: 适用于所有甲状腺癌

M₀: 无远处转移

M₁: 有远处转移

乳头状或滤泡状癌(分化型)			
年龄<55岁			
	T	N	M
I 期	任何	任何	0
II 期	任何	任何	1
年龄≥55岁			
I 期	1	0/x	0
	2	0/x	0
II 期	1~2	1	0
	3a~3b	任何	0
III 期	4a	任何	0

IVA期	4b	任何	0
IVB期	任何	任何	1
髓样癌（所有年龄组）			
I期	1	0	0
II期	2~3	0	0
III期	1~3	1a	0
IVA期	4a	任何	0
	1~3	1b	0
IVB期	4b	任何	0
IVC期	任何	任何	1
未分化癌（所有年龄组）			
IVA期	1~3a	0/x	0
IVB期	1~3a	1	0
	3b~4	任何	0
IVC期	任何	任何	1

注：以上表格中“年龄”指患者病理组织标本获取日期时的年龄。

【恶性肿瘤——轻度】

本保险合同所约定的恶性肿瘤——轻度疾病，指被保险人初次发生符合下列定义的疾病，应当由专科医生明确诊断。

若被保险人发生了本保险合同约定的恶性肿瘤——轻度，经手术治疗或病理检查确诊的，以手术病理取材或病理活检取材日期为恶性肿瘤确诊日期；被保险人未经手术治疗但后续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恶性肿瘤确诊日期。

该疾病是中国保险行业协会与中国医师协会制定了规范定义的疾病。

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：

- （一）TNM分期为I期的甲状腺癌；
- （二）TNM分期为T₁N₀M₀期的前列腺癌；
- （三）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；
- （四）相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- （五）相当于Ann Arbor分期方案I期程度的何杰金氏病；
- （六）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。

恶性肿瘤——轻度定义中部分术语释义详见恶性肿瘤——重度定义中相关释义。

【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。

【类癌】

指发生于胃肠道和其他器官嗜铬细胞的新生物，可分泌 5-羟色胺（血清素）、激肽类、组胺等生物学活性因子，引起血管运动障碍、胃肠症状、心脏和肺部病变等。

【确诊日期】

指被保险人经手术治疗或病理检查确诊恶性肿瘤或特定疾病的，以手术病理取材或病理活检取材日期为恶性肿瘤或特定疾病确诊日期；被保险人未经手术治疗但后续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确诊日期。

【合理且必需】

（一）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。符合中国国家药品监督管理局批准的药品说明书中的适应症和用法用量。

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。

（二）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。

【医生】

指具有专业资格认证和诊断处方权，且正在医院执业的医师，但被保险人本人及其直系亲属除外。

【门诊急诊】

指被保险人因疾病至医院的门诊部或急诊部进行治疗。

【住院】

指被保险人入住医院之正式病房接受全日 24 小时监护治疗的过程，并正式办理入出院手续，不包括入住门诊观察室、其它非正式病房或挂床住院。

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，只收护理费、诊疗费、床位费等情况。

【化学疗法】

指针对恶性肿瘤的化学治疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。本保险合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化疗。

【内分泌疗法】

指针对恶性肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制激素生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞的生长。本

保险合同所指的内分泌治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。

【放射疗法】

指针对恶性肿瘤的放射治疗。放疗是使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以抑制和杀灭癌细胞为目的而进行的治疗。本保险合同所指的放疗为被保险人根据医嘱，在医院的专门科室进行的放疗。

【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，并应用免疫细胞。

【靶向疗法】

是在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌位点来设计相应的治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其它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。

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。

【抗呕吐药物】

治疗恶性肿瘤或特定疾病过程中因化疗或放疗出现呕吐的药物。

【抗排斥药物】

因患恶性肿瘤或特定疾病而进行器官移植，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。

【基本医疗保险】

指包括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政府举办的基本医疗保障项目。

【既往症】

指被保险人在本保险合同生效日之前已确诊的疾病。既往症通常有以下情况：

- （一）本保险合同生效前，医生已有明确诊断，但未治疗；
- （二）本保险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- （三）本保险合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后未康复，有间断用药情况；
- （四）本附加保险合同生效前，未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在足以促使一般普通谨慎人士引起注意并寻求诊断、治疗或护理的症状。

【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。

【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。

【遗传性疾病】

指生殖细胞或者受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或者畸变所引起的疾病，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、变形或者染色体异常。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。

【殴斗】

指因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀。

【醉酒】

指发生事故时被保险人每百毫升血液中的酒精含量大于或者等于 80 毫克。

【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。

【有效身份证件】

指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，如：居民身份证、临时身份证、户口簿、按规定可使用的有效护照、军人身份证件、武装警察身份证件等证件。

【周岁】

以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。自出生之日起为零周岁，每经一年增加一岁，不足一年的不计。

【并发症】

指疾病在发展过程中偶然引起的另一种疾病或症状，且新引起的疾病或症状非医务人员的过失所致。

【现金价值】

保险单现金价值=保险费×[1-（保险期间已经过天数/保险期间天数）]，经过天数不足一天的按一天计算。