

# 亚太财产保险有限公司

## 肺部恶性肿瘤——重度医疗保险条款

注册编号：C00003832512022040742183

### 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，均应采用书面形式。

**第二条** 具有完全民事行为能力的被保险人本人，或在本保险合同订立时对被保险人有保险利益的其他自然人或团体，可作为本保险合同的投保人。

**第三条** 除另有约定外，出生满 30 天（并已健康出院）至 70 周岁（含）、身体健康、能正常工作或正常生活的符合保险人承保条件的自然人，可作为本保险合同的被保险人。

**第四条** 除另有约定外，本保险合同保险金的受益人为被保险人本人。

### 保险责任

**第五条** 在保险期间内，被保险人经过本保险合同约定的等待期（续保从续保生效日起）后经中华人民共和国境内（不包括港、澳、台地区）医院的专科医生初次确诊罹患肺部恶性肿瘤——重度，并因肺部恶性肿瘤——重度在保险期间内在保险人指定的医疗机构接受治疗，对于该被保险人在保险期间内实际支出的下列（一）至（三）项必需且合理的医疗费用，保险人按照本保险合同的约定给付肺部恶性肿瘤——重度医疗保险金。

**除另有约定外，保险人承担保险责任的范围仅限于上述保险人指定的医疗机构的普通部，不包括上述保险人指定的医疗机构的家庭病床（房）、特需医疗、外宾医疗、国际部、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 病房，以及其他不属于社会基本医疗保险范畴的门诊、急诊、病房、住院部。**

#### （一）门诊/急诊医疗费用

被保险人接受符合本保险合同约定的住院治疗的，除另有约定外，在住院前 7 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受符合本保险合同约定的门诊/急诊治疗时，发生的必需且合理的门诊/急诊医疗费用（**此项中不包括特殊门诊医疗费用**）。

## （二）住院医疗费用

被保险人接受符合本保险合同约定的住院治疗时，发生的必需且合理的住院医疗费用。

发生的必需且合理的住院医疗费用，包括：床位费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费、救护车使用费等。

## （三）特殊门诊医疗费用

被保险人接受符合本保险合同约定的特殊门诊治疗时，发生的必需且合理的特殊门诊医疗费用。

发生的必需且合理的特殊门诊医疗费用是指门诊恶性肿瘤——重度治疗费，包括：化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法的治疗费用。

对于上述（一）至（三）项被保险人实际支出的必需且合理的医疗费用，保险人在扣除本保险合同约定的免赔额后，对其余额按照本保险合同约定的给付比例、分项限额给付医疗保险金。其中，免赔额、给付比例、分项限额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明；若保险单未载明免赔额、给付比例和分项限额的，则按照以下规则执行：

（一）免赔额视为 0；

（二）给付比例：

1. 被保险人以参加社会基本医疗保险身份投保，并以参加社会基本医疗保险身份就诊并结算的，给付比例为 100%；

2. 被保险人以参加社会基本医疗保险身份投保，但未以社会基本医疗保险身份就诊并结算的，给付比例为 60%；

3. 被保险人以未参加社会基本医疗保险身份投保，给付比例为 100%。

（三）各分项限额视为与各项医疗保险金额相同。

**第六条** 本保险合同适用补偿原则。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金额为限。被保险人已经从其他途径（包括社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得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已获

得补偿以及本保险合同约定的免赔额后的余额，按照本保险合同约定的给付比例、分项保险金额承担给付保险金的责任。

**第七条** 保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，保险人所负保险责任期限可按下列约定延长：

（一）续保本保险的，其医疗费用根据实际发生时间（对于住院医疗，也可采取按照实际住院日数比例的方式）在两个保险期间内分别承担保险责任；

（二）非续保本保险的，对自被保险人初次确诊肺部恶性肿瘤——重度之日起 365 天内实际支出的医疗费用按照保险责任的约定承担赔偿保险金的责任。

**保险期间内及保险期间届满后各项费用的累计给付金额以各对应项的保险金额为限，各项费用的累计给付金额达到其对应项的保险金额时，保险人对被保险人的该项保险责任终止。**

**保险期间届满后经医院确诊的新患肺部恶性肿瘤——重度的治疗费用不在保险责任范围内，保险人不承担保险金给付责任。**

**第八条** 不论被保险人一次或多次在保险人指定的医疗机构接受治疗，保险人均按上述约定给付医疗保险金；但在任何情况下，保险人在每项医疗费用项下的累计给付金额以保险单载明的各项医疗保险金额为限，当保险人累计给付金额达到保险单载明的各项医疗保险金额时，保险人对该被保险人的该项保险责任终止。

#### 等待期

**第九条** 等待期是指本保险合同生效后保险人不承担保险责任的一段时间，具体天数由保险人和投保人在投保时约定并在保险单上载明（若保险单未载明则该时间视为 60 日），但最长不超过一百八十天。续保者不受等待期的限制。

#### 责任免除

**第十条** 因下列情形之一，导致被保险人支出医疗费用的，保险人不承担给付保险金责任：

（一）被保险人接受与肺部恶性肿瘤——重度无关的诊断和治疗，疑似肺部恶性肿瘤——重度但最终并未确诊的诊断和治疗；

（二）被保险人接种预防癌症的疫苗，进行基因测试，鉴定癌症的遗传性，接受实验性治疗（即未经科学或医学认可的医疗）、未被治疗所在地权威部门批

准的治疗，使用未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物；

(三) 被保险人使用营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品，以及下列中药类药品：

1. 主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药，如花旗参，冬虫草，白糖参，朝鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝，红参，琥珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，燕窝，野山参，移山参，珍珠（粉），紫河车，阿胶，阿胶珠，血宝胶囊，红桃K口服液，十全大补丸，十全大补膏等；

2. 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；

3. 用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

(四) 被保险人接受以保健为目的的疗养、特别护理、静养，康复性治疗、物理治疗、心理治疗或预防性治疗；

(五) 在非保险人指定的医疗机构进行治疗；

(六) 医疗事故；

(七) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；

(八) 与肺部恶性肿瘤——重度治疗无关的转院；

(九) 除另有约定外，被保险人在保险人指定的医疗机构的家庭病床（房）、特需医疗、外宾医疗、国际部、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP病房，以及其他不属于社会基本医疗保险范畴的门诊、急诊、病房、住院部接受诊断和治疗；

(十) 对于住院医疗保险责任，被保险人不符合入院标准住院、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）所造成的医疗费用支出；

(十一) 被保险人在首次投保时已经患有癌症或者已出现癌症的体征的；但投保时保险人已知晓并做出书面认可的情形不在此列；

(十二) 被保险人在等待期内确诊罹患本保险约定的肺部恶性肿瘤——重度的，或者在等待期内被保险人已经发生的疾病、症状或病理改变且延续到等待期以后进行的任何诊断或治疗所发生的医疗费用。

**第十一条** 对于本保险合同载明的免赔额，保险人不承担给付保险金的责任。

### 保险金额

**第十二条** 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本保险合同的各项保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

**保险金额一经确定，在保险期间内不得变更。**

### 保险期间与续保

**第十三条** 本保险合同的保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

**第十四条** 本保险合同为不保证续保合同。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，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

### 保险人义务

**第十五条** 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。

**第十六条** 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。

**第十七条** 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。

**第十八条** 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。

**第十九条** 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

**第二十条** 投保人应当在保险合同成立时一次性交清保险费，**投保人未按约定交纳保险费的，本保险合同不生效。**

**第二十一条** 订立保险合同时，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

**投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本保险合同。**

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。

**第二十二条** 投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。

**第二十三条** 在保险期间内，投保人需变更本保险合同有关内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。**若被保险人已身故，则保险人不接受本保险合同中有关该被保险人的任何内容的变更申请。**

**第二十四条** 发生保险责任范围内的事故后，投保人、被保险人或受益人应及时通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。

### 保险金申请与给付

**第二十五条** 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，应提供其它合法有效的材料。**保险人按照本保险合同的约定，认为有关的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。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) 保险金给付申请书；

(二) 保险单或其他保险凭证；

(三) 保险金申请人、被保险人身份证明；

(四) 由保险人指定的医疗机构出具的诊断证明、门诊/急诊就诊记录、住院病历（如存在住院的）、出院小结（如存在住院的）、手术记录、医学影像等检查资料、化验单（检验报告）、门诊/急诊病理资料或住院病理资料、医疗费用发票、费用清单及其他重要医疗记录（包括但不限于体温单、医嘱单、护理记录等）；

(五) 对于已经从社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等获得相关医疗费用补偿的，应提供相关的医疗费用分割单或医疗费用结算证明；

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

(七) 若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。

### **争议处理和法律适用**

**第二十六条** 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，依法向有管辖权的中华人民共和国人民法院起诉。

**第二十七条** 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**

**第二十八条** 本保险合同成立后，除本保险合同另有约定外，投保人可以通过书面形式通知保险人解除本保险合同。**但已发生任何保险金给付或已发生本保险合同约定的保险事故但尚未给付保险金的除外。**

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) 保险单原件；

(三) 保险费交付凭证；

(四) 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本保险合同的最低现金价值；但若投保人在等待期内要求解除合同，则保险人全额退还已缴纳的保险费。

**第二十九条** 本保险合同约定与《中华人民共和国保险法》等法律规定相悖之处，以法律规定为准。本保险合同未尽事宜，以法律规定为准。

### 释义

**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。

**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。

**初次确诊：**指自被保险人出生之日起首次经医院确诊罹患肺部恶性肿瘤——重度，而不是指自本保险合同生效之后首次经医院确诊患有肺部恶性肿瘤——重度。

**肺部恶性肿瘤——重度：**指发生在肺实质及肺间质的，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“肺部恶性肿瘤——重度”，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：**

**（一）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；**

**（二）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。**

**组织病理学检查：**是指通过局部切除、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。

**ICD-10：**是指《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。

**保险人指定的医疗机构：**除另有约定外，保险人指定的医疗机构指中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）二级（含）及以上医院或保险人认可的医疗机构（**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**），且应符合下列所有条件：

- （1）拥有合法经营执照；
- （2）设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；
- （3）有合格的医生和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务；
- （4）非主要作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。

**投保人和保险人双方还可以特别约定保险人指定的医疗机构的条件、范围等，但须在保险合同中载明。**

**必需且合理：**指同时符合以下 2 个条件：

- （1）符合通常惯例

指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的费用。

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。

## (2) 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。

**门诊/急诊：**指被保险人因罹患癌症在医疗机构经过就诊前的正式挂号，且无须住院治疗即得到治疗服务的行为。

**住院医疗费用：**除另有约定外，住院医疗费用是指被保险人接受住院治疗期间支付的必需且合理的、符合本保险合同签发地政府颁布的社会基本医疗保险报销范围的项目，包括但不限于床位费、重症监护室床位费、检查检验费、治疗费、药品费、医生费、手术费、护理费、救护车使用费、膳食费、陪床费、中医治疗费用等费用类型。

**投保人和保险人对本保险合同中所述的住院医疗费用项目、范围进行其他约定，但约定的内容须并在保险合同中载明。**

**床位费：**指住院期间实际发生的、不高于双人病房的住院床位费（不包括单人病房、套房、家庭病床）。

**膳食费：**指住院期间根据医生的医嘱，由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内；根据各医院或医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并并在病房费等其他款项内。

**护理费：**指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

**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，包括诊查费、妇检费、X光费、CT费、磁共振费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、活检费、穿刺费、造影费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

**治疗费：**以治疗疾病为目的，提供医学手段而发生的技术劳务费、医疗器械使用费及消耗的费用，包括注射费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

**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。**但不包括营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品，以及下列中药类药品：**

**（一）主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药，如花旗参，冬虫草，白糖参，朝鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝，红参，琥珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，燕窝，野山参，移山参，珍珠（粉），紫河车，阿胶，阿胶珠，血宝胶囊，红桃K口服液，十全大补丸，十全大补膏等；**

**（二）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；**

**（三）用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。**

**手术费：**根据诊疗地卫生行政部门规定的手术项目的费用，包括手术室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费和手术设备费；若因器官移植而发生的手术费用，不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。

其中手术限于被保险人因疾病或意外伤害住院后，为治疗疾病、挽救生命而施行的手术。

**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。

**化学疗法：**指针对恶性肿瘤——重度的化学治疗。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。

**放射疗法：**指针对恶性肿瘤——重度的放射治疗。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。

**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。本保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食品药品监督管理局批准用于临床治疗。

**肿瘤内分泌疗法：**指针对恶性肿瘤——重度的内分泌疗法，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。

**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。本保险合同所指的靶向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。

**住院：**是指被保险人确因临床需要、经医生诊断必须留院治疗，正式办理入院及出院手续，并确实入住医疗机构正式病房接受治疗的行为过程；被保险人必须连续留院 24 小时以上且由医疗机构收取病房或床位费用，**但住院并不包括门诊观察室、急诊观察室、其他非正式病房、联合病房或挂床住院。**

**社会基本医疗保险：**指国家最新修订颁布的《社会保险法》规定的基本医疗保险，包括职工基本医疗保险、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险。

**保健：**指为保护和增进人体健康、防止发生疾病而所采取的综合措施。

**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及常规，过失造成患者人身损害的事故。

**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。

**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，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、床位费的情况。

**体征：**癌症血项指标检查异常。

**症状或病理改变：**癌症血项检查指标异常或肺纤维化，有颈部淋巴结转移 Lung-RADS 分级（如有）>3 级，经常血运向肺、骨等远处转移的，CT 报告中有“边缘不清晰/模糊、毛刺征”等描述，且非实性结节>8mm、实性结节>6MM。

**保险金申请人：**除另有约定外，本保险合同的保险金申请人是指被保险人本人。

**最低现金价值：**

（一）等待期内退保的，最低现金价值=投保人已交纳保险费。

（二）等待期后退保的，最低现金价值=净保费×（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。净保费=投保人已交纳保险费×（1-费用比例），除另有约定外，费用比例为 20%。