



请扫描以查询验证条款

阅读指引

平安爱护女性特定疾病医疗保险产品提供女性特定疾病医疗费用保障

为了帮助您更好地了解产品，我们先介绍几个保险条款中常用的术语

- ❖ 被保险人就是受保险合同保障的人。
- ❖ 投保人就是购买保险并交纳保险费的人。
- ❖ 受益人就是发生保险事故后领取保险金的人。
- ❖ 保险人就是保险公司。

与您有重大利害关系的条款事关您的切身利益，请您务必仔细、认真阅读

- ❖ 本保险条款中背景突出的内容属于免除保险人责任的条款。
- ❖ 本保险条款中加了下划线的标题及该标题下的所有内容属于其他与您有重大利害关系的条款。

下面我们举例说明本产品提供哪些保障

例子：李女士（30 周岁，享有基本医疗保险）为自己投保了平安爱护女性特定疾病医疗保险（简称爱护女性医疗），等待期后李女士经医院确诊发生合同所定义的女性特定疾病，产生合理且必要的住院医疗费用 30000 元、指定门诊医疗费用 10000 元、住院前后 30 日门急诊费用 5000 元，其中基本医疗保险报销 20000 元。

本例中李女士为投保人、被保险人及受益人，平安人寿为保险人。

保险金	领取人	给付金额
女性特定疾病医疗保险金	李女士	30000+10000+5000-20000=25000 元

以上举例仅供您更好地理解产品之用，您所购买产品的具体保险利益以保险合同中载明的为准。

条款目录

1. 我们保什么、保多久

- 1.1 保险计划
- 1.2 保险责任
- 1.3 保险期间

2. 我们不保什么

- 2.1 责任免除
- 2.2 其他免责条款

3. 如何支付保险费

- 3.1 保险费的支付

4. 如何领取保险金

- 4.1 受益人
- 4.2 保险事故通知
- 4.3 保险金申请
- 4.4 保险金的给付

5. 如何退保

- 5.1 您解除合同的手续及风险

6. 需关注的其他内容

- 6.1 合同构成
- 6.2 合同成立与生效
- 6.3 投保年龄
- 6.4 年龄错误
- 6.5 明确说明与如实告知
- 6.6 未还款项
- 6.7 合同内容变更
- 6.8 效力终止
- 6.9 争议处理

附表

中国平安人寿保险股份有限公司

平安爱护女性特定疾病医疗保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指中国平安人寿保险股份有限公司。

①

我们保什么、保多久

这部分讲的是我们提供的保障以及我们提供保障的期间。

1.1 保险计划

本主险合同女性特定疾病医疗保险金年度给付限额、给付比例及女性特定疾病手术津贴保险金、女性特定疾病重症监护日额保险金数额见附表。

1.2 保险责任

在本主险合同保险期间内，我们承担如下保险责任：

1.2.1 等待期

被保险人在本主险合同生效之日起90日内，经**医院¹**确诊为本主险合同所定义的“女性特定疾病”，因该疾病而导致**住院²**治疗、指定门诊治疗、住院前后的门急诊治疗、**手术³**治疗或入住**重症监护病房⁴**治疗的，无论上述治疗时间与本主险合同生效之日是否间隔超过90日，我们都不承担给付保险金的责任，将退还您所支付的本主险合同的保险费，本主险合同终止。

上述90日的时间称为等待期。

以下两种情形，无等待期：

- (1) 被保险人因**意外伤害⁵**发生上述情形的；
- (2) 您在不迟于上一保险期间届满后60日重新投保本产品的。

¹ **医院**指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级以上（含二级）的基本医疗保险定点的医院普通部（不包含其中的特需医疗、外宾医疗、干部病房），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。

² **住院**指被保险人因疾病或意外伤害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1日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。

³ **手术**指被保险人为治疗疾病、挽救生命而实施的切开皮肤或粘膜，借助手术器械或设备实施的切除或修补病变组织或器官、矫正错位、植入外来物、改变器官结构的治疗，包括经导管或经内窥镜进行的治疗操作，但不包括活检、穿刺、造影等创伤性检查以及康复性手术、择期手术。择期手术指手术早晚并不会影响疾病治疗效果，即可选择时机进行的手术。具体指下列情形之一：

- (1) 甲状腺良性肿瘤切除术；
- (2) 以治疗慢性胆囊炎、胆囊结石、胆囊息肉为目的的胆囊切除术；
- (3) 以治疗慢性前列腺肥大，前列腺增生，疝气为目的而进行的手术；
- (4) 慢性阑尾炎阑尾切除术；
- (5) 声带息肉、鼻腔息肉、宫颈息肉摘除术；
- (6) 白内障摘除术；
- (7) 扁桃腺手术。

⁴ **重症监护病房**指经医疗卫生行政主管部门批准，在医院内正式设立的重症监护病房。该病房为危重患者提供24小时持续护理及治疗，配备有重症监护专科医生、护士以及相应的监护、复苏抢救设备，例如：心脏除颤机、人工呼吸机、紧急药物、各项生命体征（如心率、血压等）持续测试的仪器等。

⁵ **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。

1.2.2 女性特定疾病医疗保险金

被保险人经医院确诊初次发生本主险合同所定义的“女性特定疾病”，并在医院接受治疗的，我们依照下列约定给付女性特定疾病医疗保险金：

1. 女性特定疾病住院医疗费用

被保险人因初次发生本主险合同所定义的“女性特定疾病”且经医院诊断必须住院治疗的，对于住院期间发生的**合理且必要**⁶的住院医疗费用，我们按本主险合同约定的保险金计算方法，在保险金的给付限额内给付女性特定疾病医疗保险金。

对被保险人在本主险合同保险期间届满前发生的且延续至本主险合同保险期间届满后 30 日内的合理且必要的女性特定疾病住院医疗费用，我们按本主险合同约定的保险金计算方法计算并给付女性特定疾病医疗保险金。

本主险合同约定的“住院医疗费用”包含如下内容：

(1) 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）。

(2) 加床费

指哺乳期女性被保险人在住院治疗期间，我们给付其 1 周岁⁷以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

(3) 重症监护病房床位费

指住院期间出于**医学必要**⁸被保险人需在重症监护病房进行合理且必要的医疗而产生的床位费。

(4) 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。

(5) 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。

(6) 检查检验费

指住院期间实际发生的，以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进

⁶ **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；
- (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。

⁷ **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。过了周岁生日，从第二天起，为已满××周岁。如被保险人出生日期为 2018 年 10 月 1 日，则 2019 年 10 月 2 日至 2020 年 10 月 1 日期间，被保险人年龄为 1 周岁。

⁸ **医学必要**指被保险人接受治疗或服务、使用器械或服用药品符合以下条件：

- (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。

对是否属医学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。

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。

(7) 治疗费

指住院期间以治疗疾病为目的，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和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，具体以就诊医院费用项目划分为准。

本项责任不包含如下费用：**物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法⁹**费用。

(8) 药品费

指住院期间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。**药品费中不包含中草药费用。**

(9) 医生费

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、**专科医生¹⁰**的费用。

(10) 手术费

指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、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。**

(11) 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。

2. 女性特定疾病指定门诊医疗费用

被保险人因初次发生本主险合同所定义的“女性特定疾病”在医院进行如下治疗发生的合理且必要的门诊医疗费用：**包括肿瘤化学疗法¹¹、肿瘤放射疗法¹²、肿瘤免疫疗法¹³、肿瘤内分泌疗法¹⁴、肿瘤靶向疗法¹⁵**的治疗费用，对于因上述治疗发生的合理且必要的门诊医疗费用，我们按本主险合同约定的保险金计算方法计算并给付女性特定疾病医疗保险金。

⁹ **物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法**：**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；**中医理疗**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；**其他特殊疗法**包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

¹⁰ **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。

¹¹ **肿瘤化学疗法**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。

¹² **肿瘤放射疗法**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。本主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射治疗，**不包括质子束放疗、重离子束放疗和中子束放疗。**

¹³ **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，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内，协同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食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。

¹⁴ **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食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。

¹⁵ **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。

3. 女性特定疾病住院前后门急诊费用

被保险人因初次发生本主险合同所定义的“女性特定疾病”而住院治疗的，对住院前30日内或出院后30日内，因该“女性特定疾病”而在医院发生的合理且必要的住院前后门急诊医疗费用（不包括上述“2. 女性特定疾病指定门诊医疗费用”），我们按本主险合同约定的保险金计算方法计算并给付女性特定疾病医疗保险金。

本主险合同约定的“住院前后门急诊费用”包含如下内容：

(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。

(2) 治疗费

指门急诊发生的以治疗疾病为目的，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和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，具体以就诊医院的费用项目划分为准。

本项责任不包含如下费用：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。

(3) 检查检验费

指门急诊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。

(4) 药品费

被保险人每次门急诊发生的，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。药品费不包含中草药费用。

(5) 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。

1.2.3

上述各项保险金的累计给付金额不超过年度保险金给付限额（见附表）。

1.2.4 保险金计算方法

我们按照如下公式计算每次就诊应当给付的保险金：

一次就诊应当给付的金额 = 被保险人发生的医疗费用的有效金额 × 给付比例

说明：

(1) **一次就诊**指一次住院，或一次门诊（包括指定门诊或住院前后的门急诊）。

一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；但如果因同一原因再次住院，且前次出院与下次住院间隔未超过30日，视为同一次住院。

一次门诊指被保险人在一日内（零时起至二十四时止）在同一所医院同一个科室的就诊。

(2) **被保险人发生的医疗费用的有效金额 = 被保险人每次就诊发生的合理且必要的属于保险责任范围内的医疗费用 - 被保险人从基本医疗保险¹⁶或公费医疗获得的费用补偿**

¹⁶ 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。

多次就诊被保险人累计发生的医疗费用的有效金额等于单次就诊被保险人发生的医疗费用的有效金额相加。

(3) **给付比例**：就诊时被保险人未使用基本医疗保险或公费医疗，则该给付比例为 60%；在其他情况下，该给付比例为 100%。

(4) **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、工作单位、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给付保险金，且最高给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。

1.2.5 女性特定疾病手术津贴保险金

被保险人经医院确诊初次发生本主险合同所定义的“女性特定疾病”并在医院接受手术治疗，我们按照附表中的数额给付女性特定疾病手术津贴保险金。

女性特定疾病手术津贴保险金给付以一次为限。

1.2.6 女性特定疾病重症监护日额保险金

被保险人经医院确诊初次发生本主险合同所定义的“女性特定疾病”并经医院诊断必须入住重症监护病房治疗，我们从被保险人入住重症监护病房的第 1 日开始每日按照附表中的数额给付女性特定疾病重症监护日额保险金。

对于**每次入住重症监护病房**¹⁷，我们给付的女性特定疾病重症监护日额保险金天数以 30 日为限。

在每一保险期间内，累计女性特定疾病重症监护日额保险金给付天数以 90 日为限。

1.2.7 我们所保障的女性特定疾病

本主险合同所定义的女性特定疾病包括：

(一) 特定原发性恶性肿瘤（重度）

本主险合同所定义的特定原发性恶性肿瘤（重度）指原发于女性乳房、子宫颈、子宫、卵巢、输卵管、阴道、皮肤、胰、胆囊的恶性肿瘤——重度。上述恶性肿瘤——重度须经组织病理学检查结果明确诊断，且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 C50、C53、C54-55、C56、C57、C52、C43-C44、C25、C23 范畴。

(二) 系统性红斑狼疮并发肾功能损害

1.2.8

下述使用到的疾病定义是 2020 年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）》中所规定的重大疾病。

本主险合同所定义的“**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**¹⁸（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）

¹⁷ **每次入住重症监护病房**指被保险人入住重症监护病房日起至出重症监护病房日止之期间。

¹⁸ **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-10¹⁹）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3²⁰）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²¹为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

（3）TNM 分期为 T₁N₀M₀ 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。

下述使用到的疾病定义非 2020 年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）》中所规定的重大疾病。

本主险合同所定义的“系统性红斑狼疮并发肾功能损害”指：

系统性红斑狼疮是累及多系统、多器官的具有多种自身抗体的免疫性疾病。系统性红斑狼疮性肾病，又称为狼疮性肾炎，是系统性红斑狼疮累及肾脏，造成肾功能损伤。须由肾脏病理学检查结果证实或经临床确诊，并符合下列 WHO 诊断标准定义的 III 型至 V 型狼疮性肾炎。世界卫生组织狼疮性肾炎分型：

I 型（微小病变型）：镜下阴性，尿液正常；

II 型（系膜病变型）：中度蛋白尿，偶有尿沉渣改变；

III 型（局灶及节段增生型）：蛋白尿，尿沉渣改变；

IV 型（弥漫增生型）：急性肾炎伴有尿沉渣改变或肾病综合征；

V 型（膜型）：肾病综合征或重度蛋白尿。

其他类型的红斑性狼疮，如盘状狼疮，仅累及血液及关节等其他系统的系统性红斑狼疮不在保障范围内。

1.3 保险期间

本主险合同为不保证续保合同。

本产品保险期间为一年。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建议。

¹⁹ ICD-10 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。

²⁰ 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。

²¹ 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：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，具体见附表。

② 我们不保什么

这部分讲的是我们不承担保险责任的情况。

2.1 责任免除

因下列情形之一导致被保险人初次发生“女性特定疾病”造成被保险人接受本主险合同约定的医学治疗的，我们不承担给付保险金的责任：

- (1) 被保险人服用、吸食或注射**毒品**²²；
- (2) 被保险人**感染艾滋病病毒或患艾滋病**²³期间因疾病导致的；
- (3) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (4) **遗传性疾病**²⁴，**先天性畸形、变形或染色体异常**²⁵；
- (5) 保险单中特别约定的除外疾病；
- (6) **既往症**²⁶；
- (7) 所有**基因疗法**²⁷和**细胞免疫疗法**²⁸造成的医疗费用。

2.2 其他免责条款

除“2.1 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，详见以下条款中背景突出显示的内容：“1.2 保险责任”、“4.2 保险事故通知”、“6.4 年龄错误”、“脚注 1 医院”、“脚注 2 住院”、“脚注 3 手术”、“脚注 12 肿瘤放射疗法”及“附表”。

③ 如何支付保险费

这部分讲的是您应当按时交纳保险费。

3.1 保险费的支付

本主险合同的保险费需要您在投保时一次交清。

若您在上一保险期间届满后 60 日内申请重新投保，您应于该 60 日内支付保险费；若您的重新投保申请经我们审核同意后您未在该 60 日内支付保险费，自 60 日期满时，合同效力终止。

若被保险人在上一保险期间届满后 60 日内发生保险事故，我们仍承担保险责任，但会扣减您欠交的保险费。

④ 如何领取保险金

这部分讲的是发生保险事故后受益人如何领取保险金。

²² **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。

²³ **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。

²⁴ **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。

²⁵ **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。

²⁶ **既往症**指被保险人在本主险合同生效日之前已患的经医生明确诊断的有关疾病。

²⁷ **基因疗法**指通过各种手段修复缺陷基因，以实现减缓或治愈疾病目的的技术。

²⁸ **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，然后向患者转输，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。

- 4.1 受益人** 除另有指定外，本主险合同的受益人为被保险人本人。
- 4.2 保险事故通知** 请您或受益人在知道保险事故发生后 10 日内通知我们。
如果您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，不承担给付保险金的责任，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。
- 4.3 保险金申请** 在申请保险金时，请按照下列方式办理：
- 保险金申请** 由受益人填写保险金给付申请书，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**²⁹；
 - (3) 医院出具的附有病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告的疾病诊断证明书；
 - (4) 医院出具的医疗诊断书、医疗病历或出院小结、检查检验报告及药品明细处方；
 - (5) 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）；
 - (6) 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，我们将一次性通知受益人补充提供有关证明和资料。
- 4.4 保险金的给付** 我们在收到保险金给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给付保险金的协议后 10 日内，履行给付保险金义务；若我们在收到保险金给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。若我们要求投保人、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料的，则上述的 30 日不包括补充提供有关证明和资料的期间。
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。
我们在收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，对给付保险金的数额不能确定的，将根据已有证明和资料对可以确定的数额先予支付；我们最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

⑤ 如何退保

这部分讲的是您可随时申请退保，退保会有损失。

-
- 5.1 您解除合同的手续及风险** 您可以申请解除本主险合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：

²⁹ **有效身份证件**指政府有权机关颁发的能够证明其合法真实身份的证件或文件等，如居民身份证、按规定可使用的有效护照、营业执照等。

- (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**³⁰。

您解除合同会遭受一定损失。

解除合同后，您会失去原有的保障。

⑥ 需关注的其他内容

这部分讲的是您应当注意的其他事项。

-
- | | |
|----------------------|--|
| 6.1 合同构成 | 本保险条款、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、其他书面协议都是您与我们之间订立的保险合同的构成部分。 |
| 6.2 合同成立与生效 | 您提出保险申请、我们同意承保，本主险合同成立。
本主险合同生效日以保险单或其他保险凭证所载的日期为准。 |
| 6.3 投保年龄 | 指投保时被保险人的年龄，投保年龄以周岁计算。
本主险合同接受的投保年龄为 18 周岁至 55 周岁。若您在被保险人 56 周岁至 60 周岁期间投保本产品的，需要满足以下两个条件：
(1) 非首次投保；
(2) 您需在上一个保险期间届满后 60 日内提出重新投保申请。 |
| 6.4 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。我们行使合同解除权适用“6.5 明确说明与如实告知”中合同解除权限制的规定；
(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，在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付；
(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。 |
| 6.5 明确说明与如实告知 | 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 |

³⁰ 现金价值的计算分两种情况：

- (1) 首次投保或在上一保险期间届满 60 日后重新投保的：

如果保险经过天数 ≤ 90 天，现金价值 = 保险费 \times (1-35%)；

如果保险经过天数 > 90 天，现金价值 = 保险费 \times (1-35%) \times [1 - (保险经过天数-90) / (保险期间的天数-90)]，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。

- (2) 不迟于上一保险期间届满后 60 日重新投保的：

现金价值 = 保险费 \times (1-35%) \times (1 - 保险经过天数 / 保险期间的天数)，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。

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的有关情况提出询问，您应当如实告知。
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，我们不承担给付保险金的责任，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，我们不承担给付保险金的责任，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，我们承担给付保险金的责任。

- 6.6 未还款项** 我们在给付各项保险金、退还现金价值或返还保险费时，如果您有欠交的保险费或其他未还清款项，我们会在扣除上述欠款及应付利息后给付。
- 6.7 合同内容变更** 在本主险合同保险期间内，经您与我们协商一致，可以变更本主险合同的有关内容。
为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，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。
- 6.8 效力终止** 当发生下列情形之一时，本主险合同效力终止：
(1) 本主险合同的被保险人身故，本主险合同效力终止，我们退还本主险合同的现金价值；
(2) 本主险合同中列明的其他合同终止的情形。
- 6.9 争议处理** 本主险合同履行过程中，双方发生争议不能协商解决的，可以达成仲裁协议通过仲裁解决，也可依法直接向法院提起诉讼。

附表：

甲状腺癌的 TNM 分期

甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hurthle 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、喉反神经及皮下软组织

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、喉反神经及皮下软组织

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。

平安爱护女性特定疾病医疗保险计划表

单位：人民币元

保障项目			
女性特定疾病 医疗保险金	年度给付限额	女性特定疾病住院医疗费用	5 万 (三项合计)
		女性特定疾病指定门诊医疗费用	
		女性特定疾病住院前后门急诊费用	
	给付比例		100% (就诊时被保险人未使用基本医 疗保险或公费医疗, 则该给付比 例为 60%)
女性特定疾病手术津贴保险金			10 万
女性特定疾病重症监护日额保险金			2000/日

(完)

《平安爱护女性特定疾病医疗保险》费率表

单位：人民币元

年龄	首次投保或保险期间届满 60 日后重新投保	保险期间届满 60 日内重新投保
	女性	女性
18	74	92
19	74	93
20	76	94
21	95	119
22	97	122
23	100	125
24	103	129
25	107	133
26	148	186
27	153	192
28	159	199
29	166	208
30	190	237
31	200	250
32	202	253
33	206	257
34	211	264
35	220	275
36	238	298
37	244	305
38	249	312
39	257	322
40	269	336
41	295	369
42	304	379
43	312	390
44	322	402
45	333	416
46	373	466
47	379	474
48	383	479
49	386	482
50	387	484
51	412	514
52	418	522
53	425	531
54	431	539
55	435	544
56		562
57		566

58		570
59		573
60		576

注：56-60 周岁的费率仅适用于上一个保险期间届满后 60 日内提出重新投保。