

华农财产保险股份有限公司

癌症医疗保险条款

注册编号：C00010132512019110405882

第一部分 总则

第一条 合同构成

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

第二条 合同的成立

投保人提出保险申请，经保险人同意承保，本合同成立。

第三条 投保人

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他人均可作为本保险合同的投保人。

第四条 被保险人

凡身体健康，且能正常工作、生活的，在中国大陆境内居住的自然人，均可作为本合同的被保险人。

第五条 受益人

除本合同另有约定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

第二部分 保障内容

第六条 保险责任

保险期间内，被保险人自本保险合同生效之日起经过本保险合同约定的等待期（续保则不受等待期的限制）后经医院的专科医生初次确诊罹患癌症的，保险人按照本合同的约定承担给付癌症医疗保险金的责任，该责任包括下述 1-4 类费用：

1. 癌症住院医疗费用

指被保险人在等待期后经医院的专科医生诊断罹患癌症必须接受住院治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的治疗癌症住院医疗费用，包括床位费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、医生诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费、救护车费用等。

到本合同保险期间届满日时，被保险人未结束本次住院治疗的，保险人继续承担因本次住院发生的、最高不超过本合同保险期间届满日后 30 日内（含第 30 日）的住院医疗费用。如第 30 日仍未结束本次住院治疗的，自第 30 日后发生的住院医疗费用不属于本合同保险责任。

2. 癌症特殊门诊医疗费用

指被保险人因罹患癌症在医院接受癌症特殊门诊治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的治疗癌症特殊门诊医疗费用，包括：化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法治疗费用。

3. 癌症门诊手术医疗费用

指被保险人经医院的专科医生诊断罹患癌症必须接受门诊手术治疗的，被保险人需个人支付的、必需且合理的癌症门诊手术医疗费用。

4. 癌症住院前后门急诊医疗费用

指被保险人经医院的专科医生诊断罹患癌症必须接受住院治疗，在住院前（含住院当日）30 日（含第 30 日）和出院后（含出院当日）30 日（含第 30 日）内，因与该次住院相同原因接受癌症门急诊治疗，被保险人需个人支付的、必须且合理的癌症门急诊医疗费用。此项费用不包含癌症医疗保险责任中第 2 项、第 3 项约定的癌症特殊门诊医疗费用和癌症门诊手术医疗费用。

对于以上四类费用，保险人对于被保险人需个人支付的、必需且合理的金额，依照约定的给付比例进行赔付。

在一个保险期间内，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。

第七条 免赔额

免赔额由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在本合同中载明。

本合同中所指免赔额均指年免赔额，指在本合同保险期间内应由被保险人自行承担，保险人不予赔付的部分。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，但通过社会医疗保险和公费医疗获得的医疗费用补偿，不可用于抵扣免赔额。

第八条 补偿原则和赔付标准

（一）本合同中癌症医疗保险金适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，则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余额按照本合同的约定进行赔付。社保卡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。

（二）若被保险人以参加社会医疗保险身份投保，但未以参加社会医疗保险身份就诊并结算的，则保险人根据保险单中单独约定的给付比例进行赔付。

第九条 责任免除

因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的，保险人不承担保险金给付责任：

- （一）投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；
- （二）被保险人自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （三）被保险人故意自伤或因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击、被杀害；

- （四）被保险人殴斗、醉酒；吸食、服用或注射毒品；
- （五）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；
- （六）核爆炸、核辐射或核污染、化学污染；
- （七）初次投保或非续保前所患；等待期内出现的疾病、症状或体征；等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；
- （八）被保险人在不符合本合同约定的医院就诊发生的医疗费用；
- （九）被保险人遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD10）确定）；
- （十）被保险人患精神性疾病（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD10）分类为精神和行为障碍的疾病）；
- （十一）被保险人因职业病、医疗事故导致支出医疗费用；
- （十二）被保险人接种预防恶性肿瘤的疫苗，进行基因测试，鉴定恶性肿瘤的遗传性，接受实验性治疗以及安全性和可靠性未经相关科学证明的诊断、治疗或者外科手术所产生的费用。

在下列期间发生导致被保险人支出医疗费用的，保险人不承担保险金给付责任：

- （一）被行政或司法机关依法采取强制措施期间或入狱服刑期间；
- （二）被保险人受酒精或毒品影响期间；
- （三）战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱期间。

第十条 保险金额

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本合同的癌症医疗保险金额由投保人、保险人双方在签订合同时协商约定，并在保险单中载明。保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。

第十一条 保险期间

本合同保险期间由保险人和投保人协商确定，以保险单载明的起讫时间为准，但最长不超过一年。

第十二条 续保

本合同保险期间届满后 15 日内（含第 15 日），投保人可向保险人申请续保本合同。续保不再计算等待期。续保时保险人根据被保险人的年龄、医疗费用水平变化、本保险合同整体经营状况调整被保险人续保时的费率。费率调整适用于本合同的所有被保险人或同一投保年龄段的所有被保险人，保险人不会因为某一被保险人的健康状况变化或历史理赔情况而单独调整该被保险人的续保费率。在投保人接受费率调整的前提下，保险人方可为投保人办理续保手续。

若被保险人超过 100 周岁，保险人不再接受投保人的续保申请或重新投保申请。

若本合同统一停售，则保险人不再接受投保人续保本合同。

第三部分 保险人的义务

第十三条 提示和说明

订立本合同时，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 保险单和保险凭证

本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或者其他保险凭证。

第十五条 补充索赔证明和资料的通知

保险人认为保险金申请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 及时核定、赔付义务

保险人收到保险金申请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保险金申请人；对属于保险责任的，在与保险金申请人达成给付保险金的协议后十日内，履行赔偿保险金义务。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保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十七条 先行赔付义务

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。

第十八条 退还保险费义务

投保人符合保险法规定的退还保险费相关要求的，保险人应当按照保险法相关规定退还未满期净保险费。

第四部分 投保人、被保险人义务

第十九条 缴费义务

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，投保人应当在本合同成立时一次性缴清保险费。投保人未缴清保险费前发生的保险事故的，保险人不承担保险责任。

若投保人选择分期缴付保险费，需经投保人申请并经保险人同意，并在本合同中载明保险分期缴付的周期。

如投保人未缴付首期保费，保险合同不成立，保险人对缴费之前发生的保险事故不承

担保险责任。

如投保人未按照保险合同约定的付款时间足额缴付当期保费，允许在宽限期内补缴保险费；如果被保险人在宽限期内发生保险事故，保险人仍按照合同约定赔偿保险金，但需扣减保险期间所有未缴期间的保险费，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期保费，且在本保险合同约定的宽限期内仍未足额补缴当期保费的，保险人有权解除保险合同。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。

宽限期由投保人与保险人协商确定，并在保险合同中载明。

第二十条 如实告知

订立保险合同，投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

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。自合同成立之日起超过二年的，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。

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，不承担给付保险金的责任，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的责任。

第二十一条 住址或通讯地址变更告知义务

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。投保人未通知的，保险人按本合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第二十二条 变更批注

在保险期间内，投保人需变更保险合同内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本合同中批注。

第二十三条 职业或工种的变更

被保险人变更其职业或工种时，投保人或被保险人应于三十日内以书面形式通知保险人。若被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人对该被保险人所负保险责任自其职业或工种变更之日起终止，并退还未满期净保险费。

被保险人未履行本条约定的通知义务而发生保险事故的，且被保险人所变更的职业或工种，依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人不承担给付保险金的责任，并自其职业或工种变更之日起，按日计算退还未满期净保险费，本合同终止。

第二十四条 年龄的确定及错误的处理

被保险人的投保年龄，以法定身份证件登记的周岁年龄为准，本合同所承保的被保险人的投保年龄必须符合年龄要求。投保人在申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。若发生错误，保险人按照以下规定处理：

（一）投保人申报的被保险人年龄不真实，且真实年龄不符合本合同约定的年龄限制的，保险人有权解除本合同，并向投保人退还未满期净保险费。

（二）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人实付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。

（三）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人支付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。

第二十五条 保险事故通知义务

投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。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。

第五部分 保险金申请与给付

第二十六条 保险金的申请

保险金申请人请求赔偿时，应向保险人提供以下证明和资料。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的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。在保险人的理赔审核过程中，保险人有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。

- (一) 保险金申请人填具的索赔申请书；
- (二) 保险单或其他保险凭证正本；
- (三) 被保险人身份证明；
- (四) 支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查、化验检查报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其他合法有效的材料；
- (五) 保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；
- (六) 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；
- (七) 如果被保险人住院，则须提供医院出具的被保险人入出院记录；
- (八) 被保险人继承人作为索赔申请人索赔时，需提供公安局户籍单位出具的继承关系证明。对于继承权或继承份额有争议的，继承人还需提供已生效的法院判决或仲裁裁决。

第六部分 争议处理与法律适用

第二十七条 合同的争议处理

因履行本合同发生的争议，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，依法向保险人所在地人民法院起诉。

与本合同有关的以及履行本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）。

第二十八条 诉讼时效期间

保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效依据中华人民共和国法律（为本保险合同之目的，不包括香港、澳门、台湾地区的法律）确定，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

第七部分 保险合同的解除与终止

第二十九条 合同的解除

在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本合同约定给付保险金的除外。投保人解除本合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险合同凭据；
- （三）保险费交付凭证；
- （四）投保人身份证明。

投保人要求解除本合同，自保险人接到保险合同解除申请书之日次日零时起，本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还未满期净保险费。

第三十条 效力终止

发生以下情况之一时，本合同效力即时终止：

- （一）保险期间届满；
- （二）被保险人身故；
- （三）因本合同其他条款所约定的情况而终止效力。

第八部分 释义

一、保险人：

指华农财产保险股份有限公司或下设分公司。

二、周岁

指按居民身份证、军官证、警官证、士兵证等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。

三、等待期：

指自本合同生效日起计算的一段时间，具体天数由保险人和投保人在投保时约定并在保险合同上载明。在等待期内发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

四、医院：

是指经中华人民共和国境内（港、澳、台地区除外）国家卫生部医院等级分类中的二级或以上公立医院的普通部，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。

同时该医院必须具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备及提供二十四小时的有合格医师及护士驻院的医疗与护理服务的能力和资质。

五、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。

六、住院治疗：

指被保险人因患疾病无法以门诊的方式提供安全医疗而入住医院之正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，但不包括住入急诊观察室、家庭病床、联合病房、康复医院（病房）、疗养院、挂床住院及其他不合理的住院。挂床住院是指被保险人住院过程中 1 日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或 1 日内住院不满 24 小时（遵医嘱到外院接受临时诊疗的除外）。

七、必需且合理的住院医疗费用：

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。

十、床位费：

指被保险人住院期间实际发生的、不高于双人病房的医院床位费用（不包括单人病房、套房、家庭病床）。

十一、膳食费：

指实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用，但不包括购买的个人用品。

十二、护理费：

指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

十三、医生诊疗费：

指医生（包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生等）的劳务费用，包含挂号费。

十四、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、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。

十五、治疗费：

指以治疗疾病为目的，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，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

十六、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：

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。

十七、手术费：

指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括外科医生费、手术室费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费、一次性用品费；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。

十八、救护车费用：

指为抢救生命由急救中心派出的救护车费用及根据医生建议，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的医疗运送。

十九、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。

二十、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。

二十一、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入宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本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。

二十二、肿瘤内分泌疗法：

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。

二十三、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。

二十四、既往症

指在本合同生效前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病。通常有以下情况：

1. 本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

2. 本合同生效前，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. 本合同生效前，未经医生诊断和治疗，但症状或体征明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

二十五、症状：

指被保险人病后对机体生理功能异常的自身体验和感觉。

二十六、体征：

指被保险人的体表或内部结构发生可以察觉的改变。

二十七、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。

二十八、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。

二十九、公费医疗：

指国家通过医疗卫生部门向享受人员提供的制度规定范围内的免费医疗预防，是国家为保障享受人员身体健康而设立的一种社会保障制度。

三十、社会医疗保险：

指政府举办的基本医疗保障项目，包括城镇职工基本医疗保险、城镇/乡居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等。

三十一、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。

三十二、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。

三十三、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。

三十四、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、部门规章或诊疗护理规范及常规，过失造成患者人身损害的事故。

三十五、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。

三十六、未满期净保险费：

除另有约定外， $\text{未满期净保险费} = \text{保险费} \times [1 - (\text{保险单已经过天数} / \text{保险期间天数})]$ ，经过天数不足一天的按一天计算。