

安联财产保险（中国）有限公司
附加住院医疗费用补偿保险条款 B 款（2017 版）
（安联财险）（备-医疗保险）【2017】（附） 014号

1. 附加保险合同订立

本附加保险合同条款（以下简称“本附加条款”）须附加于保险人主保险合同条款使用。本附加条款仅接受健康调查问卷所列全部问题均为无/否的自然人作为被保险人的投保申请，投保人应如实填写健康问卷，未如实填写健康问卷任一项目的，将直接影响保险人决定是否承保，并将导致保险人依法解除保险合同、不承担赔偿责任的后果。

2. 保险责任

（一）一般医疗保险金

在保险期间内，若被保险人因遭受主合同所约定的**意外伤害**，或在等待期（见释义）后因罹患**疾病**，在**医疗机构**（见释义）接受治疗的，保险人按下列约定给付保险金：

1. 住院医疗费用

被保险人经中华人民共和国**境内（不包括港、澳、台地区）**（见释义）二级以上（含二级）医院，或本附加条款所约定的其他医疗机构诊断必须**住院**（见释义）治疗的，**保险人对于被保险人需个人支付的、必需且合理的住院医疗费用**（见释义），**在扣除约定的免赔额后，依照约定的给付比例赔付。**住院医疗费用包括**床位费**（见释义）、**膳食费**（见释义）、**护理费**（见释义）、**重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费**（见释义）、**治疗费**（见释义）、**药品费**（见释义）、**手术费**（见释义）等。

2. 特定疾病门诊医疗费用

被保险人在中华人民共和国**境内（不包括港、澳、台地区）**二级以上（含二级）医院，或本附加条款所约定的其他医疗机构接受针对**特定疾病**（见释义）的**门诊（不含特需门诊）**治疗的，**保险人对于合同约定特定疾病门诊保险金给付项目范围内需被保险人个人支付的、必需且合理的特定疾病门诊医疗费用，在扣除约定的免赔额后，依照约定的给付比例赔付。**

特定疾病门诊保险金给付项目范围包括：

- 1) 恶性肿瘤门诊治疗：包括化学疗法（见释义）、放射疗法（见释义）、肿瘤免疫疗法（见释义）、肿瘤内分泌疗法（见释义）、肿瘤靶向疗法（见释义）治疗费用；
- 2) 急性心肌梗塞手术后门诊行血管造影、冠状动脉增强 CT 检查（冠脉 CTA）、心脏导管检查；
- 3) 脑中风后遗症手术后门诊行头颅 CT 检查、脑血管造影检查；
- 4) 重大器官移植术或造血干细胞移植术后门诊行抗排异治疗；
- 5) 冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）后门诊行血管造影术、心肌灌注扫描；
- 6) 终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）门诊行肾透析治疗。

保险人对住院医疗费用和特定疾病门诊医疗费用的累积给付之和以本附加条款约定的一般医疗保险金的保险金额为限，当保险人全年累积给付金额达到本项保险金额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

（二）特定疾病医疗保险金

在保险期间内，若被保险人在等待期后因初次确诊罹患本附加条款约定的**特定疾病**（见释义），在**医疗机构**接受治疗的，**保险人首先按照上述“一般医疗保险金”的约定给付一般医疗保险金，当保险人累积给付金额达到一般医疗保险金的保险金额后，保险人依照下列约定给付特定疾病医疗保险金：**

1. 特定疾病住院医疗费用

被保险人经中华人民共和国**境内（不包括港、澳、台地区）**二级以上（含二级）医院，或本附加条款所约定的其他医疗机构诊断必须**住院**治疗的，**保险人对于合同约定特定疾病住院医疗保险金给付项目范围内需被保险人个人支付的、必需且合理的住院医疗费用，依照约定的给付比例赔付。**

特定疾病住院医疗保险金给付项目范围包括床位费、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、手术费等。

2. 特定疾病门诊医疗费用

被保险人在中华人民共和国**境内（不包括港、澳、台地区）**二级以上（含二级）医院，或本附加条款所约定的其他医疗机构接受针对**特定疾病**的**门诊（不含特需门诊）**治疗的，**保险人对于合同约定特定疾病门诊保险金给付项目范围内需被保险人个人支付的、必需且合理的特定疾病门诊医疗费用，依照约定的给付比例赔付。**

特定疾病门诊保险金给付项目范围包括：

- 1) 恶性肿瘤门诊治疗：包括化学疗法（见释义）、放射疗法（见释义）、肿瘤免疫疗法（见释义）、肿瘤内分泌疗法（见释义）、肿瘤靶向疗法（见释义）治疗费用；

- 2) 急性心肌梗塞手术后门诊行血管造影、冠状动脉增强 CT 检查（冠脉 CTA）、心脏导管检查；
- 3) 脑中风后遗症手术后门诊行头颅 CT 检查、脑血管造影检查；
- 4) 重大器官移植术或造血干细胞移植术后门诊行抗排异治疗；
- 5) 冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）后门诊行血管造影术、心肌灌注扫描；
- 6) 终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）门诊行肾透析治疗。

保险人对特定疾病住院医疗费用和特定疾病门诊医疗费用的累积给付之和以本附加条款约定的特定疾病医疗保险金的保险金额为限，当保险人全年累积给付金额达到本项保险金额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

3. 免赔额

（一）本附加条款所指免赔额均指年免赔额，指在本附加条款保险期间内，应由被保险人自行承担，本附加条款不予赔偿的部分。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保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

（二）若被保险人在等待期后经医疗机构初次确诊罹患本附加条款约定的特定疾病且在医疗机构接受治疗的，对于自确诊特定疾病之日起所发生的符合本附加条款约定的医疗费用，保险人在给付保险金时，不再扣除免赔额。（如同一次住院中涉及特定疾病确诊之日前后的医疗费用的，则对于该次住院所发生的符合本附加条款约定的医疗费用，保险人在给付保险金时，不再扣除免赔额。）

4. 补偿原则和赔付标准

（一）本附加条款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附加条款的约定进行赔付。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，则保险人按照应赔付金额的 60%进行赔付。

（三）若投保人和保险人另有约定，则对于被保险人实际发生的医疗费用，保险人按照另行约定并在保险合同中载明的条件和方式进行给付。

5. 责任免除

主保险合同中所有责任免除条款（如适用）除第 5 条和第 9 条以外，均适用于本附加合同，若主保险合同中责任免除条款与本附加条款有相抵触之处，则应以本附加条款为准。

任何在下列期间发生的或因下列情形之一导致被保险人支出医药费用的，或具备下列情形/行为的，保险人不承担保险金给付责任：

- 1) 投保人或被保险人的故意行为；或无论被保险人当时神志是否清醒，被保险人自致伤害或自杀（自伤或自杀时被保险人为无民事行为能力人除外）；
- 2) 整形手术、美容或整容手术、变性手术及前述手术的并发症或因前述手术导致的医疗事故；
- 3) 被保险人患遗传性疾病，先天性畸形、先天性疾病、变形或染色体异常（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；
- 4) 被保险人在初次投保或非连续投保前所患的既往病症（见释义）及其并发症；
- 5) 投保本附加条款前被保险人已经患有的未如实告知的疾病或症状；
- 6) 精神病、精神分裂症、心理疾病、性病等的治疗和康复所产生的费用；
- 7) 被保险人在非本附加条款约定的医疗机构就诊发生的医疗费用；
- 8) 被保险人在如下机构接受治疗或接受如下的医疗服务：诊所、家庭病床、护理机构、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；
- 9) 被保险人在初次投保或非连续性投保的合同起保之日起 120 天内接受扁桃腺、甲状腺、疝气、女性生殖系统疾病的检查与治疗；
- 10) 被保险人因职业病（见释义）产生的医疗费用；
- 11) 被保险人进行各种车辆表演、车辆竞赛；
- 12) 非因意外伤害而进行的牙科治疗或手术以及任何原因导致的牙齿修复或牙齿整形；
- 13) 非因意外伤害而进行的视力矫正或因矫正视力而作的眼科验光检查；屈光不正；
- 14) 被保险人怀孕（含宫外孕）、流产（含任何原因所导致的流产和人工流产）、分娩（含剖腹产）、避孕、绝育手术、治疗不孕不育症、人工受孕及由此导致的并发症；
- 15) 被保险人罹患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV）期间（上述定义，应按世界卫生组织所订的定义为准。

若在被保险人的血液样本中发现上述病毒或其抗体，则认定病人已受该病毒感染）；

- 16) 被保险人因预防、康复、保健型或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器、康复性器具；包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；
- 17) 自本附加条款生效之日起 30 日内（续保无 30 日规定）罹患的疾病或出现的症状；
- 18) 等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；
- 19) 不符合入院标准、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）；
- 20) 被保险人接受实验性治疗，即未经科学或医学认可的医疗；
- 21) 未被治疗所在地权威部门批准的治疗，未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物；
- 22) 各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定费用。

6. 保险金额和保险费

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本附加条款的一般医疗保险金额和特定疾病医疗保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。

7. 保险期间

除另有约定外，本附加条款的“保险期间”同主保险合同一致。

被保险人因本合同所约定的意外伤害、疾病或特定疾病在医院接受住院治疗或特殊门诊治疗与检查，且在合同终止日治疗仍未结束的，对于该次住院延续至本合同终止日次日起 30 日内发生的住院医疗费用，本公司仍在本合同的保险责任范围内承担给付保险金的责任；对于该次住院延续至本合同终止日次日起 30 日后发生的住院医疗费用，本公司不再承担给付保险金的责任。

8. 连续投保

本合同期满，投保人可向保险人申请连续投保本合同。连续投保不计算等待期。

本合同为非保证续保合同，投保人连续投保本合同须经保险人审核同意。连续投保时保险人有权根据医疗费用水平变化、本保险合同整体经营状况及被保险人年龄对费率等进行调整。对于健康状态如实告知投保的被保险人，费率、承保条件等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连续投保费率；但对于健康状态未如实告知投保的被保险人，保险人保留对该被保险人的连续投保费率、承保条件等调整的权利。在投保人接受费率、承保条件等调整的前提下，保险人方可为投保人办理连续投保手续。

如续保时被保险人的年龄超过 80 周岁或本保险合同统一停售，保险人不再接受投保人连续投保。

9. 保险金申请

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。

- 1) 被保险人完整填写的索赔申请表并签名确认；
- 2) 被保险人的身份证复印件；
- 3) 监护人的身份证复印件及与被保险人的关系证明复印件（如适用）；
- 4) 其他保险公司的投保及索赔记录复印件；
- 5) 既往体检报告或医疗检查结果原件；
- 6) 医疗资料原件，包括但不限于过去一年里所有的门诊及完整的住院病历、检查检验结果、手术记录、体温单、护理记录、费用清单、医疗费用发票、社会医疗保险医疗费用结算单等；
- 7) 过去一年里由二级或二级以上医院或本公司认可的医疗机构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原件；
- 8) 医院提供的膳食费用收费收据；
- 9) 其它与本项索赔有关的证明文件；
- 10) 若保险金申请人委托他人申请等，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。

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。此外，保险人应有权在法律允许情况下，要求尸检。此类检验费用由保险人承担。在拒赔的情形下，保险人将承担因投保人提供索赔要求所必须的证明、收据、信息和证据而产生的费用。

10. 本附加条款效力终止

本附加条款所附属的主保险合同效力终止，本附加条款效力即行终止。主保险合同无效，本附加条款亦无效。

11. 其他条款的适用

本附加条款与主保险合同条款不一致之处，以本附加条款为准；本附加条款未尽之处，以主保险合同条款为准。

12. 释义

- 12.1 境内** 指中华人民共和国大陆地区，不含香港特别行政区、澳门特别行政区及台湾省。
- 12.2 既往病症** 指被保险人在保单生效前已患有的疾病，或存在任何足以引致普通人寻求诊断、医疗护理或医药治疗的症状、体征，或曾经医生推荐接受医药治疗或医疗意见。
- 12.3 等待期** 指自本附加条款生效之日起 30 日（续保无 30 日规定）。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。
- 12.4 医疗机构** 是指在中国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）合法的二级或二级以上医院，或保险人认可的，根据法律合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构：
- 1) 主要运营目的是以住院病人形式提供接待患病、伤者并为其提供医疗护理和治疗，
 - 2) 在一名或若干医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊，
 - 3) 维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗，并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备，
 - 4) 有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。
 - 5) 本附加条款中所指医疗机构不包括以下或类似的医疗机构：
 - 5.1) 精神病院；
 - 5.2) 老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
 - 5.3) 健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。
- 12.5 住院** 是指被保险人因意外伤害或疾病而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。但不包括下列情况：
- 1) 被保险人在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；
 - 2) 被保险人在特需病房、外宾病房或其他不属于社会医疗保险范畴的高等级病房入住；
 - 3) 被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；
 - 4) 被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或一天内住院不满二十四小时；但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；
 - 5) 被保险人住院体检；
 - 6) 挂床住院及其他不合理的住院。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。
- 12.6 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：
 - 2.1) 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
 - 2.2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；
 - 2.3) 由医生开具的处方药；
 - 2.4) 非试验性的、非研究性的项目；
 - 2.5) 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。
- 12.7 床位费** 指被保险人使用的医院床位的费用。
- 12.8 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。
- 12.9 护理费** 指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

- 12.10 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。
- 12.11 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。
- 12.12 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。
- 12.13 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；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。
- 12.14 特定疾病** 指符合以下定义所述条件的疾病、疾病状态或手术，共计六种，特定疾病的名称及定义如下：
1) 恶性肿瘤：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。
2) 急性心肌梗塞：指因冠状动脉阻塞导致的相应区域供血不足造成部分心肌坏死。须满足下列至少三项条件：
1. 典型临床表现，例如急性胸痛等；
2. 新近的心电图改变提示急性心肌梗塞；
3. 心肌酶或肌钙蛋白有诊断意义的升高，或呈符合急性心肌梗塞的动态性变化；
4. 发病90天后，经检查证实左心室功能降低，如左心室射血分数低于50%。
3) 脑中风后遗症：指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊180天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：
1. 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失（注1）；
2. 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失（注2）；
3. 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动（注3）中的三项或三项以上。
4) 重大器官移植术或造血干细胞移植术：重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏或肺脏的异体移植手术。造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的异体移植手术。
5) 冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）：指为治疗严重的冠心病，实际实施了开胸进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。
冠状动脉支架植入术、心导管球囊扩张术、激光射频技术及其它非开胸的介入手术、腔镜手术不在保障范围内。
6) 终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）：指双肾功能慢性不可逆性衰竭，达到尿毒症期，经诊断后已经进行了至少90天的规律性透析治疗或实施了肾脏移植手术。
注：
1. 肢体机能完全丧失：指肢体的三大关节中的两大关节僵硬，或不能随意识活动。肢体是指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。
2. 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失：语言能力完全丧失，指无法发出四种语音（包括口唇音、齿舌音、口盖音和喉头音）中的任何三种、或声带全部切除，或因大脑语言中枢受伤害而患失语症。咀嚼吞咽能力完全丧失，指因牙齿以外的原因导致器质障碍或机能障碍，以致不能作咀嚼吞咽运动，除流质食物外不能摄取或吞咽的状态。
3. 六项基本日常生活活动是指：(1) 穿衣：自己能够穿衣及脱衣；(2) 移动：自己从一个房间到另一个房间；(3) 行动：自己上下床或上下轮椅；(4) 如厕：自己控制进行大小便；(5) 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；(6) 洗澡：自己进行淋浴或盆浴。
- 12.15 化学疗法** 指对于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。本附加条款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。
- 12.16 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。本附加条款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。

12.17 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。本附加条款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管总局批准用于临床治疗。

12.18 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。本附加条款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管总局批准用于临床治疗。

12.19 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。本附加条款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管总局批准用于临床治疗。

12.20 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。

(本页结束)