

现代财产保险（中国）有限公司

附加恶性肿瘤院外特定药品费用医疗保险（互联网专属）条款

总则

第一条 本附加保险合同（以下简称为“本附加合同”）须附加于医疗保险合同（以下简称“主险合同”）。主险合同所附条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等，凡与本附加合同相关者，均为本附加合同的构成部分。凡涉及本附加合同的约定，均应采用书面形式。

若主险合同与本附加合同相抵触的，以本附加合同为准。本附加合同未尽事宜，以主险合同为准。

第二条 年龄在 0 至 100 周岁（含）、首次投保或非续保时身体健康、能正常工作、生活的自然人可作为本附加合同的被保险人。投保时年龄为 0 周岁的，应当为出生满 30 日（含 30 日）的婴儿。除另有约定外，被保险人为 75 周岁以上的（不含 75 周岁），保险人不接受首次投保或非续保，只接受续保。

第三条 本附加合同的投保人与主险合同一致。

第四条 除另有约定外，本附加合同的保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 除另有约定外，投保人为被保险人首次投保或非续保本附加险时，自本附加合同生效之日起 30 日（含第 30 日）为等待期。

被保险人在等待期内经医院专科医生初次确诊罹患本附加合同所定义的恶性肿瘤，保险人不承担赔偿保险金的责任，但向投保人无息退还所交保险费，同时本附加合同终止。

第六条 在本附加合同的保险期间内，在等待期后经医院专科医生初次确诊罹患本附加合同所定义的恶性肿瘤且必须治疗的，对于被保险人实际发生的、必需且合理的且同时满足以下条件的院外特定药品费用，保险人在扣除本附加合同约定的免赔额后，按照本附加合同约定的赔付比例赔偿恶性肿瘤院外特定药品费用医疗保险金责任。

赔偿院外特定药品费用须同时满足以下条件：

（一）该特定药品须由医院专科医生开具处方、且为被保险人当前治疗必需的药品；

（二）每次特定药品处方仅限治疗保险期间内且在等待期后初次确诊的恶性肿瘤；

（三）每次特定药品处方剂量不超过一个月；

（四）该特定药品必须为保险人指定药品清单中的药品；

（五）被保险人需在保险人指定或认可的药店购买上述处方中所列的特定药品；

（六）被保险人在保险人指定或认可的药店购买特定药品须符合本附加合同“特定药品处方审核及购药流程”。

若本附加险合同保险期间届满时该恶性肿瘤治疗仍未结束或者发生恶性肿瘤转移的，对被保险人初次确诊恶性肿瘤且首次购买特定药品的日期发生在本附加险合同保险期间内的，自被保险人首次购买特定药品之日起 30 天内（含第 30 天）发生的符合本附加险合同

约定的院外特定药品费用，保险人仍按照本附加险合同保险责任约定承担赔偿保险金的责任。

被保险人在投保前或在等待期内已确诊恶性肿瘤的，保险人不承担赔偿院外特定药品费用医疗保险金的责任。

特定药品涉及慈善援助的，被保险人从慈善机构获得援助的药品费用不纳入院外特定药品费用保险金的赔偿范围。

第七条 补偿原则和赔偿标准

(一) 本附加合同适用医疗费用补偿原则。对于本附加合同约定的保险责任，保险人在向被保险人赔偿保险金时，若被保险人发生的属于本附加合同保险责任范围内的医疗费用已通过其他途径获得了补偿，且被保险人从其他途径获得的补偿金额与保险人按本附加合同约定赔偿的保险金之和超过了被保险人实际发生的医疗费用，保险人将按被保险人实际发生的医疗费用扣除被保险人从其他途径获得的补偿金额后的余额向被保险人赔偿保险金，即被保险人从包括本附加合同在内的各种途径获得的所有补偿金额之和不得超过被保险人实际发生的医疗费用。

(二) 除另有约定外，本合同赔付比例如下：

(1) 若被保险人以已参加社会医疗保险或公费医疗身份投保，并以参加社会医疗保险或公费医疗身份就诊并结算的，赔付比例为100%；

(2) 若被保险人未以已参加社会医疗保险或公费医疗身份投保，赔付比例为100%；

(3) 若被保险人以已参加社会医疗保险或公费医疗身份投保，但未以参加社会医疗保险或公费医疗身份就诊并结算的，则保险人按照应赔付比例的60%比例进行赔付。

责任免除

第八条 因下列原因或情形之一导致被保险人发生恶性肿瘤特定药品费用的，保险人不承担赔偿保险金的责任：

(一) 主险合同中列明的“责任免除”事项；

(二) 仅有临床不适症状，入院诊断和出院诊断均不是恶性肿瘤的治疗；

(三) 使用未获得中国国家药品监督管理局许可或批准上市的药品或药物；

(四) 特定药品处方的开具与中国国家药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症和用法用量不符；

(五) 相关医学材料不能证明特定药品对被保险人所罹患的恶性肿瘤治疗有效；

(六) 进行未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗；

(七) 在中国大陆境外的国家或地区接受治疗。

保险金额与免赔额

第九条 保险金额是保险人承担赔偿保险金责任的最高限额。本附加合同与主险合同共用保险金额，当本附加合同与主险合同累计赔偿金额达到主险合同约定的累计保险金额时，本附加合同与主险合同同时终止。

第十条 免赔额由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。被保险人已获得的医疗费用补偿（包含除社会基本医疗保险和公费医疗保险以外被保险人从其他途径获得的医

疗费用补偿)可抵扣免赔额。

保险期间

第十一条 除另有约定外,本附加合同的保险期间与主险合同一致。

特定药品处方审核及购药流程

第十二条 在本附加合同保险期间内,被保险人在等待期后经医院专科医生初次确诊罹患本附加合同所定义的恶性肿瘤且必须接受治疗的,在恶性肿瘤治疗过程中,根据医院专科医生开具的用于治疗该恶性肿瘤的药品处方购药的,如果被保险人在就诊医院外购买药品处方中所列明的药品,且该药品属于本附加合同约定的靶向药物或免疫治疗药物时,被保险人需按照以下流程进行购药申请、药品处方审核和购买。

(一) 购药申请

保险金申请人向**保险人**提交恶性肿瘤特定药品领取申请,并提供下列证明和资料:

- (1) 保险金赔偿申请书;
- (2) 保险合同或其他保险凭证;
- (3) 保险金申请人的**有效身份证件**;
- (4) 医院出具的附有被保险人病理、血液及其他科学方法检验报告等诊断证明文件;
- (5) 特定药品处方;
- (6) 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;
- (7) 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。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的,由其监护人代为申领保险金,并提供监护人的身份证明等资料。

以上证明和资料不完整的,保险人将及时一次性通知保险金申请人补充提供有关证明和资料。

如果保险金申请人未提交特定药品领取申请或者特定药品领取申请审核未通过,保险人不承担赔偿恶性肿瘤院外特定药品费用保险金的责任。

(二) 药品处方审核

药品处方审核购药申请提交后,保险人将进行药品处方审核。**对于以下两种特殊情况,保险人有权要求保险金申请人补充其他与药品处方审核相关的医学材料:**

- (1) 保险金申请人申请时提交的与被保险人相关的医学材料不足以支持药品处方开具与审核;
- (2) 保险金申请人已提交医学材料中相关的科学方法检验报告结果不支持药品处方的开具与审核。

药品处方审核主要包括以下两方面:

①根据经国家药品监督管理部门批准上市的药品说明书(以药品处方开具时最新版本为准)所列明的适应症、基因检测指标、用法及用量审核药品处方:**经审核,特定药品处方的开具与该特定药品说明书中所列明的适应症、用法、用量不符或者与被保险人基因检测指标不符的,药品处方审核将不予通过。**

②根据被保险人的疾病状况审核被保险人是否对申请的恶性肿瘤特定药品已经耐药:经审核,若被保险人的疾病状况确定对申请的恶性肿瘤特定药品已经耐药,药品处方审核将不予通过。

如果保险金申请人的药品处方审核未通过,保险人不承担赔偿 恶性肿瘤 院外特定药品费用医疗保险金的责任。

(三) 药品自取、送药上门服务

药品自取、送药上门服务仅限在保险人指定或认可的药店购买保险人指定的药品清单中的药品。

药品处方审核通过后,由保险人提供购药证明,保险金申请人应在购药证明生成后的三十日内(含第三十日)携带药品处方、被保险人的有效身份证件及被保险人的中华人民共和国社会保障卡(如果被保险人不拥有社会基本医疗保险身份则无需提供社会保障卡)到保险人指定或认可的药店购买或者领取本附加合同责任范围内的药品。

对于超出本附加合同责任范围内的药品费用及因取药或送药上门而产生的非药品费用,由保险金申请人自行承担。

(四) 援助用药申请

保险人指定的药品清单中有慈善赠药援助用药项目的药品,须进行慈善援助用药申请。

若被保险人用药时长符合**保险人指定或认可的慈善机构**援助项目申请条件,保险人将通知保险金申请人并协助保险金申请人进行申请材料准备,保险金申请人须提供申请援助项目合理且必需的材料。援助项目经保险人指定或认可的慈善机构审核通过后,保险金申请人须到援助项目的指定或认可的药店领取援助药品;若**被保险人未通过援助项目审核**,保险金申请人须按照上述(二)药品处方审核的约定重新进行药品处方审核。

保险金给付

第十三条 对于在保险人指定或认可的药店购买特定药品的,若被保险人未从其他途径获得药品费用补偿,需提供保险人的指定或认可的药店出具的药品费用收据原件、药品费用清单;若被保险人已从其他途径获得药品费用补偿,需提供药品费用清单、药品费用收据复印件、药品费用分割单原始凭证(如保险人在内的任何商业保险机构出具的理赔分割单、与工作单位及侵权人或侵权责任承担方达成的赔偿协议或和解协议或法院判决、调解生效的法律文书等取得药品费用补偿的证明);

被保险人的恶性肿瘤院外特定药品费用由保险人的指定或认可的药店垫付的,被保险人应将申请和受领保险金的权利转让给保险人的指定或认可的药店,由保险人与保险人的指定或认可的药店直接结算特定药品费用,保险人不再接受保险金申请人对该部分保险金的申请。

第十四条 保险金申请人向保险人请求赔偿保险金的诉讼时效期间为二年,自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

其他事项

第十五条 本附加合同成立后将持续有效,直至保险单约定的保险期间届满或达到本附加合同约定的终止条件。

第十六条 保险责任开始前,投保人要求解除本附加合同的,保险人应当无息全额退还

保险费。

保险责任开始后，投保人要求解除保险合同的，自通知保险人之日起，保险合同解除，**保险人按约定计收保险责任开始之日起至合同解除之日止期间的保险费**，并退还本附加合同的**现金价值**。

第十七条 投保人要求解除本附加合同时，应提供下列证明文件和资料：

- (一) 保险单或其他保险凭证正本；
- (二) 解除合同申请书；
- (三) 投保人的有效身份证件。

释义

【周岁】指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄，自出生满 30 日（含 30 日）为零周岁，此后每到有效身份证件中记载的生日当天时增加一岁，不满足的不计。例如，出生日期为 2020 年 9 月 1 日，2020 年 10 月 1 日至 2021 年 8 月 31 日期间为 0 周岁，2021 年 9 月 1 日至 2022 年 8 月 31 日期间为 1 周岁，以此类推。

【续保】指在保单期满前，投保人和保险人双方约定以原合同承保条件或者以一定附加条件继续承保的行为。

【医院】指国家卫生部医院等级分类中的二级或二级以上公立医院，**但前述医院并不包括观察室、特需医疗、国际医疗、联合病房、康复病房和干部病房以及附属于前述医院或单独作为诊所、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒等或相类似的医疗机构**。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，并且全日二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗和护理等服务。

【专科医生】指同时满足以下四项资格条件的医生：

- (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者主治医师以上职称的《医师职称证书》；
- 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。

【初次确诊】指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊患有某种疾病，而不是指自本附加险合同生效之后第一次经医院确诊患有某种疾病。

【恶性肿瘤】本附加险合同承保恶性肿瘤为根据中国保险行业协会颁布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范》（2020 年修订版）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（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：

(1) 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；

(2) TNM分期为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<10/50HPF和ki-67≤2%)或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

【必需且合理】

(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。

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：

a. 治疗疾病所必需的项目；

b.不超过安全、足量治疗原则的项目；

c.由医生开具的处方药；

d.非试验性的、非研究性的项目。

【院外】指非被保险人就诊医院。

【特定药品】指本附加险合同期满日前在中国国家药品监督管理局批准并已在中国上市的靶向药物和免疫治疗药物。药品的适应症以中国国家药品监督管理局批准的药品说明书为准。

【处方】指由注册的执业医师和在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书。处方包括医疗机构病区用药医嘱单。

【指定或认可的药店】指保险人授权的第三方服务商提供的药店名单。保险人保留对上述指定或认可的药店名单做出适当调整的权利。保险人指定的药店同时满足以下条件：

(1) 取得国家药品经营许可证、GSP 认证；

(2) 具有完善的冷链药品送达能力；

(3) 该药店内具有医师、执业药师等专业人员提供服务。

【慈善机构】指依法成立、符合《中华人民共和国慈善法》规定，以面向社会开展慈善活动为宗旨的非营利性组织机构。慈善机构可以采取基金会、社会团体、社会服务机构等组织形式。

【社会基本医疗保险】指《社会保险法》第三章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。

【中国大陆境外】指中华人民共和国领土之外的国家或地区，以及香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。

【保险金申请人】指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

【有效身份证件】指由中华人民共和国政府主管部门规定的能够证明其身份的证件，如：居民身份证、军官证、警官证、士兵证、户口簿以及中华人民共和国政府主管部门颁发或者认可的有效护照或者其他身份证明文件。

【耐药】指以下两种情况之一：实体肿瘤病灶按照 RECIST（实体瘤治疗疗效评价标准）出现疾病进展，即定义为耐药。非实体肿瘤（包含白血病、多发性骨髓瘤、骨髓纤维化、淋巴瘤等血液系统恶性肿瘤）在临床上常无明确的肿块或者肿块较小难以发现，经规范治疗后，按相关专业机构的指南规范，对患者骨髓形态学、流式细胞、特定基因检测等结果进行综合评价，得出疾病进展的结论，即定义为耐药。

【现金价值】

（一）若投保人选择一次性交纳保险费，

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

（二）若投保人选择分期交纳保险费，

现金价值=当期净保险费×[1-(当期已经过天数/当期天数)]。经过天数不足一天的按一天计算。

净保险费指投保人所支付的保险费扣除每个保险合同平均承担的保险人的各项费用（含营业费用、代理费、各项税金、保险保障基金等）后的余额，扣除部分占所交保险费的比例在保险单中约定。