

中华联合财产保险股份有限公司

癌症特种药品费用医疗保险条款

总则

第一条 保险合同构成

本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、保险单（包含电子保险单，下同）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（包括电子文档形式）。

第二条 保险合同成立与生效

投保人提出保险申请、保险人同意承保，本合同成立，具体生效日以保险单所载日期为准。

第三条 被保险人

本合同的被保险人为投保时出生 30 天以上（已健康出院）至 60 周岁（含），身体健康，能正常工作或正常生活的自然人。

如属续保，被保险人的年龄最高可延至 85 周岁（含）。

第四条 投保人

本合同的投保人应为具有完全民事行为能力的被保险人本人、对被保险人有保险利益的其他人。

第五条 受益人

除另有约定外，本合同的受益人为被保险人本人。

投保人指定或变更受益人时须经被保险人同意。

被保险人死亡后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人的遗产，由保险人依照《中华人民共和国继承法》的规定履行给付保险金的义务：

- （一）没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；
- （二）受益人先于被保险人死亡，没有其他受益人的；
- （三）受益人依法丧失受益权或者放弃受益权，没有其他受益人的。

受益人与被保险人在同一事件中死亡，且不能确定死亡先后顺序的，推定受益人死亡在先。

投保人为与其有劳动关系的劳动者投保人身保险，不得指定被保险人及其近亲属以外的人为受益人。

等待期

第六条 等待期

除本合同另有约定外，投保人为被保险人首次投保本保险或非续保本保险时，自本合同生效日起 30 日为等待期，投保人为被保险人续保本保险的无等待期。

被保险人在等待期内经医院确诊罹患癌症，保险人不承担给付保险金的责任。保险人对投保人无息返还所交保险费后，本合同终止。

保险责任

第七条 保险责任

在本合同保险期间内，被保险人在等待期后经医院专科医生确诊初次罹患癌症，对于治疗该癌症发生的且同时满足以下条件的药品费用（以下简称“满足条件的药品费用”），保险人根据本合同“癌症特种药品费用医疗保险金计算方法”的约定给付癌症特种药品费用医疗保险金，累计以本合同载明的保险金额为上限，当达到该限额时，保险责任终止。

（一）满足条件的药品费用须同时满足以下要求：

（1）初次确诊后用于治疗癌症的药品处方是由医院专科医生开具的、且为被保险人当前治疗医学必需的药品；

（2）在确诊初次罹患癌症之日后，专科医生每次的处方剂量不超过 1 个月，且开具时间须在本合同保险期间内；

（3）上述药品处方中所列明的药品属于保险人指定的药品清单中的药品；

（4）上述药品处方中所列明的药品是在保险人指定或认可的药店购买的药品；

（5）在保险人指定或认可的药店购买的药品须符合本合同处方审核及购药流程的约定。

对不满足条件的药品费用保险人不承担给付癌症特种药品费用医疗保险金的责任。

（二）癌症特种药品费用医疗保险金计算方法

癌症特种药品费用医疗保险金给付金额=（每次发生的癌症药品费用—每次从其他途径已获得的癌症药品费用补偿）×100%

从其他途径已获得的癌症药品费用补偿，包含已从社会医疗保险、公费医疗、其他政府机构或者社会福利机构、除本保险外的其他商业保险、公益慈善机构、第三方责任人等其他途径实际获得的癌症药品费用补偿。

癌症药品处方审核及购药流程

第八条 癌症药品处方审核及购药流程

在本合同有效期内，被保险人在等待期后经医院专科医生确诊初次罹患癌症，在该癌症的治疗过程中，根据医院专科医生开具的用于治疗该癌症的药品处方购药的，且若上述药品处方中所列明的药品属于保险人指定的药品清单中的药品，被保险人应按以下流程进行授权申请、药品处方审核、药品自取、送药上门服务及慈善赠药申请：

（一）授权申请

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，必须先进行授权申请。

被保险人作为申请人向保险人提交癌症药品授权申请（以下简称“授权申请”），并按照

保险人要求提交相关授权申请材料，主要包括与被保险人相关的个人信息、医院专科医生确诊初次罹患癌症的诊断证明（包含确诊日期）、与诊断证明相关的检查检验报告、药品处方及其他所需要的医学材料。

如果申请人未提交授权申请或者授权申请审核未通过，保险人不承担给付癌症特种药品费用医疗保险金的责任。

（二）药品处方审核

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须进行药品处方审核。

保险人安排授权指定第三方服务商对被保险人进行药品处方审核。对于药品处方审核中，申请人授权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审核要求的，或者被保险人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的，保险人有权要求被保险人补充其他与药品处方审核相关的医学材料。

如果申请人的药品处方审核未通过，保险人不承担给付癌症特种药品费用医疗保险金的责任。

（三）药品自取、送药上门服务

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，申请人须从保险人指定或认可的药店名单中选定购药药店，经保险人指定授权的第三方服务商提供购药凭证。申请人须在购药凭证生成后的 30 日内完成到店自取或送药上门服务预约，取药时需提供药品处方、购药凭证、被保险人的有效身份证件。

（四）慈善赠药申请

保险人指定的药品清单中有慈善赠药项目的药品须进行慈善赠药申请。

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赠药（以下简称“慈善赠药”）申请条件，保险人将通知被保险人并安排授权的第三方服务商协助被保险人进行申请材料准备，被保险人须提供申请慈善赠药合理且必需的材料。慈善赠药项目审核通过后，被保险人或被保险人授权指定的申请人须到慈善赠药项目的指定药店领取赠药；若被保险人未通过慈善赠药项目审核，被保险人须按照上述第（二）条的约定重新进行药品处方审核。

责任免除

第九条 责任免除

因下列情形之一导致被保险人发生癌症药品费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

- （一）在中国大陆境外的国家或者地区接受治疗；**
- （二）药品处方的开具与国家食品药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症用法用量不符；**
- （三）被保险人的疾病状况，经审核，确定对申领药品已经耐药，而产生的费用（耐药是指肿瘤病灶按照 RECIST（实体瘤治疗疗效评价标准）评价标准有进展）；**
- （四）在非保险人指定或认可的药店购买的任何药品；**
- （五）被保险人用药时长符合慈善赠药项目申请条件，但因被保险人未提交相关申请**

或者提交的申请材料不全，导致慈善赠药项目申请未通过而发生的药品费用；被保险人通过慈善赠药审核，但因被保险人原因未领取慈善赠药，视为被保险人自愿放弃本合同项下适用的保险权益；

（六）被保险人在本合同生效前所患既往症、癌症或已出现的症状、体征，但保险人在承保时已知晓并做出书面认可的不在此限；

（七）投保前或等待期期间已出现症状、体征并于等待期后确诊的疾病；

（八）任何职业病、遗传性疾病，先天性癌症（BRCA1/BRCA2 基因突变家族性乳腺癌，遗传性非息肉病性结直肠癌，肾母细胞瘤即 Wilms 瘤，李 - 佛美尼综合症即 Li-Fraumeni 综合症），先天性畸形、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）引起的医疗费用；

（九）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间；

（十）被保险人接种预防癌症的疫苗，进行基因测试以鉴定癌症的遗传性，未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及其产生的后果所产生的费用；

（十一）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者批准的药品或者药物。

保险金额和保险费

第十条 保险金额和保险费

本合同的保险金额由投保人和保险人在投保时约定并于保险单上载明。本合同的保险费按照被保险人的年龄确定，并在保险单上载明。新续保合同的保险费将根据被保险人的实际年龄确定。被保险人新续保合同时，保险人有权根据本合同第十三条“保险费调整”约定调整新续保合同的保险费。

保险期间和续保

第十一条 保险期间

本合同的保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

第十二条 续保

本合同保险期间届满前 30 天内，保险人可向投保人发送续保邀约，投保人也可向保险人提出续保本保险的申请。

在每一保险期间届满之前，投保人可通过书面或开通续保功能向保险人提交续保申请，保险人将审核投保人的续保申请。审核通过后保险人可选择为投保人续保本合同，在收取续保时的保险费后，本合同将延续有效。每次续保，均按前述规则类推。

若发生下列情形之一的，本合同不再接受被保险人续保：

- （1）续保时被保险人的年龄超过 85 周岁；
- （2）被保险人身故；
- （3）本合同在投保人申请续保时已因其他条款所列情况而导致效力终止；

(4) 被保险人不如实告知、欺诈等其它保险人认为不符合续保条件的情形；

本合同期满后 15 天内，经投保人申请、保险人签发保险单，视同续保，续保不计算等待期。本合同期满后 15 日后因投保人未缴纳续保保费的，投保人需重新申请投保，经保险人审核同意后签发保险单，且需重新计算等待期。

第十三条 保险费调整

本合同的保险费会随着被保险人的年龄增长而改变。同时，保险人将根据本合同计算保险费所用的计算基础与实际情况的偏差程度，决定是否调整保险费。保险费的调整适用于本保险的所有被保险人或者同一投保年龄、同一投保区域等某一类人群的被保险人。

保险人进行保险费调整后，投保人须按调整后续保当时的保险费支付续期保险费，保险费调整前投保人已经支付的保险费不受影响。如果投保人不同意保险费调整，保险人将不再继续承保本保险。

若投保人开通了续保功能，如果保险人调整保险费，保险人将以书面形式或者双方认可的其他形式通知投保人，如果投保人不接受保险费调整且不再续保本合同，投保人须在本合同期满日前以书面形式通知保险人，本合同自期满日的 24 时起效力终止。

第十四条 停售处理

当国家的社会医疗保障制度或者相关监管政策发生重大变化，或者计算保险费所用的计算基础与实际情况发生重大偏差，致使本保险不再适合销售时，保险人有权停止销售本保险。若保险人停止销售本保险，保险人将在本合同期满日前以书面形式或者以双方认可的其他形式通知被保险人或投保人。本保险停止销售后，保险人有权不再为被保险人或投保人办理相关续保手续。

保险人义务

第十五条 明确说明义务

订立保险合同时，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。

第十六条 资料补充通知义务

保险人认为被保险人或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、被保险人或保险金申请人补充提供。

第十七条 保险金赔付义务

保险人收到被保险人或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被保险人或保险金申请人；对属于保险责任的，在与被保险人或受益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或保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

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

第十八条 保险费交付

本合同保险费交付方式可由投保人与保险人在投保时约定，并于保险单上载明。

若约定一次性交付保险费的，投保人应在保险责任起始日前一次性交清保险费。**投保人未按约定交付保险费的，本合同不生效。**

若约定分月交付保险费的，投保人在交付首月保险费后，应当在每个保险费约定支付日交纳其余各月的保险费。若投保人未按约定交付保险费，投保人应自保险人催告之日起三十日（含第三十日）内补交保险费，**若投保人在上述三十日内未补交保险费的，本合同自第三十日二十四时起效力终止，保险人将不再承担效力终止后的保险责任。**

如果被保险人在此三十日内发生保险事故，保险人将扣减投保人欠交的保险费后按照合同约定给付保险金。

第十九条 如实告知

订立本合同，保险人就投保人、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的，保险人有权解除保险合同。

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。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的责任。

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。

第二十条 地址变更

投保人住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，应及时以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。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，均视为已送达给投保人。

第二十一条 保险事故通知

投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当在 48 小时内或经保险

人书面同意延长的期限内通知保险人。**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，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。**

被保险人遭受事故的，除法律禁止的情况外，保险人有权对投保人、被保险人、受益人等，就事故的性质、原因、结果及被保险人的损伤程度和身体情况等，进行调查、检查、评估和鉴定（包括但不限于提请作必要、合理的检验），投保人、被保险人、受益人等应当予以充分配合。

保险金申请与给付

第二十二条 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。**

（一）保险金给付申请书；

（二）保险单或其他保险凭证正本；

（三）保险金申请人的身份证明；

（四）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；

（五）医院出具的被保险人诊断证明（病理诊断或加盖医务处公章或具有同等效力公章的临床诊断）、保险人指定或认可的药店出具的药品费用收据或者发票，保险人留存其原件；

（六）保险人指定或认可的药店出具的药品费用清单、医院出具的被保险人的处方、门诊及住院病历、入出院记录以及与诊断证明相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告；

（七）若被保险人或受益人委托他人申请的，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。

对于保险人已经与保险人指定或认可的药店直接结算的药品费用，保险人不再接受被保险人对该部分保险金的申请。

争议处理和法律适用

第二十三条 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的人民法院起诉。

第二十四条 诉讼时效

受益人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或应当知道保险事故发生之日起计算。

第二十五条 法律适用

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)。

其他事项

第二十六条 合同变更

除本合同另有约定外,经投保人和保险人协商同意后,可变更本合同的有关内容。变更本合同时,投保人应填写变更合同申请书,经保险人审核同意,并在本合同的保险单或其它保险凭证上加以批注,或由投保人和保险人订立变更的书面协议后生效。

第二十七条 合同解除

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:

- (1) 保险合同解除申请书;
- (2) 保险单或其他保险凭证原件;
- (3) 保险费交付凭证;
- (4) 投保人身份证明;
- (5) 保险人需要的其它有关文件和资料。

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 日内退还保险单的未满期净保费。

第二十八条 年龄错误

在申请投保时,投保人应将有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保单上填明,如果发生错误按照下列方式办理:

(1) 投保人申报的被保险人年龄不真实,并且其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,合同解除权自保险人知道有解除事由之日起超过 30 日不行使而消灭。对于解除本合同的,本合同自解除之日起终止,保险人向投保人退还本合同终止时的未满期净保费。对于本合同解除前发生的保险事故,保险人不承担给付保险金的责任;

(2) 投保人申报的被保险人年龄不真实,致使投保人支付的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,或者在给付保险金时按照实付保险费和应付保险费的比例支付;

(3) 投保人申报的被保险人年龄不真实,致使投保人实交保险费多于应交保险费的,保险人向投保人无息退还多收的保险费。

释义

1、**保险人**:指与投保人签订本合同的中华联合财产保险股份有限公司。

2、**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。例如，出生日期为 2000 年 9 月 1 日，2000 年 9 月 1 日至 2001 年 8 月 31 日期间为 0 周岁，2001 年 9 月 1 日至 2002 年 8 月 31 日期间为 1 周岁，依此类推。

3、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他部位的疾病。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。

4、医院：本合同所指医院为**保险人指定或认可的医疗机构**。国务院卫生行政主管部门医院等级分类中的二级合格或者二级合格以上的社会基本医疗保险规定的定点医院，**不包括以康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者类似功能为主要功能的医疗机构。**

5、确诊初次罹患：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，而不是指自本合同保险期间内第一次经医院确诊患有某种疾病。例如，本合同生效为 2018 年 12 月 1 日，被保险人自出生后第一次经医院确诊罹患“癌症”的时间，以及是否满足在本合同保险期间内初次确诊条件的核定结论见下表：

自出生后初次确诊时间	是否满足在本合同保险期间内初次确诊条件
2018 年 12 月 1 日之前	否
2018 年 12 月 1 日起的 30 日（含）内	否
2018 年 12 月 1 日起的 30 日后	是

6、专科医生：专科医生须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者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。

7、处方：指由注册的执业医师和执业助理医师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。

8、保险人指定的药品清单：保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的药品清单。

9、保险人指定或认可的药店：经保险人审核认可，能够满足下列全部条件，为被保险人提供癌症药品处方审核、购药或配送服务的药店，具体以保险人提供的名单为准。

- (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) 提供专业的药品资讯、患者教育、追踪随访、慈善赠药服务；
- (4) 该药店内具有药师等专业人员提供服务；
- (5) 具有或者正在申报当地城乡居民大病医疗保险定点资质的、由大型医药公司经营的全国性连锁药店。

10、保险人认可的慈善机构：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。

11、社会基本医疗保险：包括城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗保险、城镇居民基本医疗保险。

12、公费医疗：公费医疗制度，是国家为保障国家工作人员身体健康而实行的一项社会保障制度。国家通过医疗卫生部门向享受人员提供制度规定范围内的免费医疗预防。

13、中国大陆境外：指中华人民共和国领土之外的地区以及香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。

14、既往症：指在本合同生效日之前已患的疾病或者已有的症状。

15、遗传性疾病：指生殖细胞或者受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或者畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。

16、先天性畸形、变形和染色体异常：指被保险人出生时就具有的畸形、变形或者染色体异常。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。

17、艾滋病/艾滋病病毒：指人类免疫缺陷病毒及相关疾病，包含获得性免疫缺陷综合症（AIDS， 艾滋病）、艾滋病并发症及所有由此导致或由治疗 该疾病而引发的疾病。

18、合法有效：本合同所指合法有效均以中华人民共和国法律、行政法规、地方性法规、行政规章及有关规范性法律文件的规定为判定依据。

19、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。

20、未到期净保费：指保险费 \times (1-已经过天数/保险期间天数) \times (1-费用比例)，除保单另有约定外，该费用比例为 20%。

21、医生：指在医院内合法注册的具有医师执业资格和诊断处方权且正在执业的医师。

22、城乡居民大病保险：城乡居民大病保险是基本医疗保障制度的拓展和延伸，是对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障的一项新的制度性安排。主要保障对象为城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗或者城乡居民基本医疗保险的参保（合）人以及部分地区建立的覆盖城镇职工、城镇居民、农村居民的统一的大病保险制度参保人。