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D款（互联网专属）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

投保人提出保险申请、保险人同意承保，本合同成立。

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85周岁（含），身体健康，能正常工作或正常生活的自然人。

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或组织。

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有关法律法规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

投保人为被保险人首次投保本保险或者非续保本保险时，自本合同生效之日起一定期间为等待期，具体期间在保险单中载明，最长不超过 90 天。续保本保险无等待期。

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

本合同保险期间届满后 30 日内（含第 30 日），投保人重新提出投保申请、保险人重新审核同意后签发的保险单，不计算等待期；**本合同保险期间届满后第 31 日起，投保人重新提出投保申请、保险人重新审核同意后签发的保险单，需重新计算等待期。**

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**确诊初次患癌症**，对于**在保险期间内专科医生开具的用于治疗该癌症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，累计以保险单载明的保险金额为限，**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）药品处方是在被保险人等待期满后确诊初次患癌症之后由医院专科医生开具的，且该药品为被保险人当前治疗癌症所必需；

（2）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）该药品属于保险人指定或认可的药品，保险人指定或认可的药品范围由保险人与投保人在投保时约定，并在保险单中载明；

（4）该药品是在保险人指定或认可的药店购买的药品；

（5）该药品须通过本合同约定的药品处方审核，且购买过程符合本合同约定的购药流程，具体的处方审核及购药流程于投保时在保险单中载明。

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=（符合本合同要求的癌症药品费用－从其他途径已获得的癌症药品费用补偿）×给付比例

给付比例具体如下：

1. 若被保险人以参加基本医疗保险身份投保：

（1）如药品为基本医疗保险药品目录内且已经过基本医疗保险报销，给付比例为 100%；

（2）如药品为基本医疗保险药品目录内但未经过基本医疗保险报销，给付比例为 60%；

（3）如药品为基本医疗保险药品目录外，给付比例为 100%。

2. 若被保险人未以参加基本医疗保险身份投保，则基本医疗保险药品目录内药品和基本医疗保险药品目录外药品给付比例均为 100%。

从其他途径已获得的癌症药品费用补偿，包含已从基本医疗保险、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。

第八条 费用补偿原则

若被保险人的药品费用可依法律及政府之规定有所补偿，或从其它福利计划及医疗保险计划中取得部分或全部补偿，保险人遵循损失补偿原则，**仅负责补偿剩余部分**，并以相应保险金额为限。

责任免除

第九条 责任免除

因下列情形的一种或多种导致被保险人发生癌症药品费用，或癌症药品符合下列情况

的一种或多种的，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总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）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；

（五）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；

（六）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；

（七）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间；

（八）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；

（九）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

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本合同的保险金额与保险费由投保人和保险人在投保时约定并于保险单上载明。

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（或不超过一年），以保险单载明的起讫时间为准。

第十二条 续保

本合同为不保证续保合同。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保，保险人有权对重新提出的投保申请进行审核，经保险人同意后，投保人交纳保险费，获得新的保险合同。

保险人义务

第十三条 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。

第十四条 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。

第十五条 保险金给付义务

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

第十六条 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。

第十七条 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。

第十八条 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。

第十九条 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；

（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）被保险人经基本医疗保险或其他任何第三方获得了部分药品费用的补偿并无法提供药品费用原始凭证时，应提供上述保险金申请材料及基本医疗保险机构或其他相应第三方出具的医疗费用分割单或医疗费用结算证明，保险人按本合同的约定承担剩余合理药品费用的保险责任；

（八）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

第二十一条 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。

第二十二条 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。

第二十三条 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

第二十四条 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。

第二十五条 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。若投保人选择一次性交纳保险费，保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还保险单的最低现金价值。若投保人选择分期交纳保险费，保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还投保人已交纳期次保险费的最低现金价值。

第二十六条 年龄错误

在申请投保时，投保人应将与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，本合同自解除之日起终止，保险人向投保人退还相应保险费。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、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。

9、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。

10、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。

11、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。

12、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。

13、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。

14、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。

15、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。

16、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。

17、最低现金价值:指保险费 ×(1-已经过天数/保险期间天数)×(1-费用比例)，除保单另有约定外，该费用比例为 20%。