

# 中华联合财产保险股份有限公司

## 社保补充医疗保险 C 款（互联网专属）条款

### 总则

#### 第一条 保险合同构成

本保险合同由保险条款、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。

凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式（包括电子文档形式）。

#### 第二条 保险人

本保险合同中的保险人为中华联合财产保险股份有限公司。

#### 第三条 投保人

本保险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、投保时对被保险人有保险利益的其他人。

#### 第四条 被保险人

凡参加基本医疗保险或公费医疗的自然人，可作为本保险合同的被保险人。

#### 第五条 受益人

除另有约定外，本保险合同的受益人为被保险人本人。

#### 第六条 保险区域

保险人仅对被保险人在约定保险区域内发生的保险事故承担保险责任。除另有约定外，本保险合同约定的保险区域为中国大陆境内（不包含香港、澳门和台湾地区）。

### 保险责任

#### 第七条 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，自本保险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。

若被保险人在等待期内罹患疾病，保险人不承担因该次疾病及其并发症产生的基本医疗保险范围内住院医疗费用保险金给付责任、基本医疗保险范围外住院医疗费用保险金给付责任、特定药品医疗保险金给付责任和质子重离子医疗保险金给付责任，本保险合同继续有效。

被保险人因遭受意外伤害发生的保险事故无等待期。

救护车费用保险责任无等待期。

除另有约定外，本保险合同期满后 30 天内（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；本保险合同期满后第 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。

#### 第八条 保险责任

本保险合同的保险责任包括“基本医疗保险范围内住院医疗费用保险责任”、“基本医疗保险范围外住院医疗费用保险责任”、“特定药品医疗保险责任”、“质子重离子医

疗保险责任”、“救护车费用保险责任”，投保人可以选择投保一项或多项，具体投保项目由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险合同载明。

### （一）基本医疗保险范围内住院医疗费用保险责任

在保险期间内，被保险人因意外伤害或等待期后因疾病经中华人民共和国境内（不包括香港、澳门及台湾地区）医院的专科医生诊断必须接受住院治疗的，对于被保险人发生的当地基本医疗保险支付范围内的必要且合理的住院医疗费用，在扣除已从其他途径获得的医疗费用补偿以及本保险合同约定的免赔额后，保险人按照本保险合同约定的给付比例给付基本医疗保险范围内住院医疗费用保险金。

被保险人在保险期间内住院治疗，保险期间届满治疗仍未结束的，保险人继续承担保险责任至治疗结束，但最长不超过保险期间届满之日起第 30 日。

保险人在本保险责任项下累计保险金给付金额之和以本保险合同约定的基本医疗保险范围内住院医疗费用保险金额为限，一次或累计给付金额达到保险合同载明的基本医疗保险范围内住院医疗费用保险金额时，保险人对于被保险人的基本医疗保险范围内住院医疗费用保险责任终止。

### （二）基本医疗保险范围外住院医疗费用保险责任

在保险期间内，被保险人因意外伤害或等待期后因疾病经中华人民共和国境内（不包括香港、澳门及台湾地区）医院的专科医生诊断必须接受住院治疗的，对于被保险人发生的当地基本医疗保险支付范围外的必要且合理的住院医疗费用（不含质子重离子医疗费用），在扣除已从其他途径获得的医疗费用补偿以及本保险合同约定的免赔额后，保险人按照本保险合同约定的给付比例给付基本医疗保险范围外住院医疗费用保险金。

被保险人在保险期间内住院治疗，保险期间届满治疗仍未结束的，保险人继续承担保险责任至治疗结束，但最长不超过保险期间届满之日起第 30 日。

保险人在本保险责任项下累计保险金给付金额之和以本保险合同约定的基本医疗保险范围外住院医疗费用保险金额为限，一次或累计给付金额达到保险合同载明的基本医疗保险范围外住院医疗费用保险金额时，保险人对于被保险人的基本医疗保险范围外住院医疗费用保险责任终止。

### （三）特定药品医疗保险责任

在保险期间内，被保险人在等待期后因罹患疾病，经中华人民共和国境内（不包括香港、澳门及台湾地区）医院的专科医生诊断需使用本保险合同约定的药品清单中的药品，对于被保险人保险期间内在保险人指定医疗机构或药店支出的本保险合同约定的药品清单中药品的费用，保险人在扣除已从其他途径获得的医疗费用补偿以及约定的免赔额后，按照本保险合同约定的给付比例给付特定药品医疗保险金。

给付特定药品医疗保险金须同时满足以下条件：

1. 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；
2. 该特定药品必须为本保险合同期满日前在中国国家药品监督管理局批准且已在中国上市的靶向药物和免疫治疗药物，且在约定的药品清单列表中；
3. 该特定药品由专科医生开具处方的时间须在保险期间内、等待期后，且每次特定药品处方剂量不超过 30 日（含 30 日）；
4. 被保险人须在保险人指定医疗机构或药店购买上述处方中所列的特定药品；
5. 被保险人购买处方中所列特定药品前，需按保险人指定流程提交相应材料并通过处方审核。

药品清单中特定药品涉及慈善援助的，被保险人从慈善组织获得援助的药品费用不纳入特定药品医疗保险金的赔付范围。

保险人在本保险责任项下累计保险金给付金额之和以本保险合同约定的特定药品医疗保险金额为限，一次或累计给付金额达到保险合同载明的特定药品医疗保险金额时，保险人对于被保险人的特定药品医疗保险责任终止。

#### （四）质子重离子医疗保险责任

在保险期间内，被保险人在等待期后经中华人民共和国境内（不包括香港、澳门及台湾地区）医院的专科医生初次确诊罹患本保险合同所定义的恶性肿瘤——重度，并在本保险合同约定的质子重离子医院接受质子重离子治疗的，对于被保险人需个人支付的、必需且合理的质子重离子医疗费用，保险人在扣除已从其他途径获得的医疗费用补偿以及约定的免赔额后，按照本保险合同约定的给付比例给付质子重离子医疗保险金，并且其中床位费每日最高以本保险合同约定的限额为限。

质子重离子医疗保险责任可与基本医疗保险范围外住院医疗费用保险责任共享保险金额，也可设置独立保险金额，具体由投保人与保险人在投保时协商约定，并在保险单中载明。保险人在质子重离子医疗保险责任项下累计保险金给付金额之和以约定相应保险金额为限，一次或累计给付金额达到相应保险金额时，保险人对于被保险人的质子重离子医疗保险责任终止。

#### （五）救护车费用保险责任

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或突发急性病，对于被保险人自意外伤害事故发生之日或突发急性病之日起 24 小时内实际支出的、必需且合理的救护车费用，保险人在扣除已从其他途径获得的费用补偿以及本保险合同约定的免赔额后，按约定的给付比例给付救护车费用保险金。

保险人在救护车费用保险责任项下累计保险金给付金额之和以本保险合同约定的救护车费用保险金额为限，一次或累计给付金额达到保险合同载明的救护车费用保险金额时，保险人对于被保险人的救护车费用保险责任终止。

### 第九条 免赔额、给付比例、保险金计算方法

#### （一）免赔额：

免赔额指在本保险合同保险期间内，符合第八条约定的费用中由被保险人自行承担，保险人不承担给付保险金责任的部分。免赔额的计算方法为：

免赔额=基础免赔额-其他商业保险机构获得的费用补偿

免赔额最低为零。通过上述公式计算得到负数时，免赔额计为零。

通过基本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。

本保险合同中各项保险责任的基础免赔额由投保人和保险人在订立本保险合同时协商确定，并在保险合同中分别载明。各项保险责任的免赔额根据上述公式分别计算。

#### （二）给付比例：

本保险合同各项保险责任的给付比例由投保人和保险人在订立本保险合同时协商确定，并在保险合同中分别载明。

#### （三）保险金计算方法：

保险金=（保险期间内累计合理费用-其他途径累计已获得的费用补偿金额-免赔额）×给付比例

本保险合同各项保险责任项下的保险金根据上述公式分别计算。

#### 第十条 费用补偿原则

若被保险人的医疗费用及救护车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

第十一条 下列费用或因下列情形之一造成费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）任何既往症及其并发症、被保险人在首次投保本保险前已被确诊的疾病，但保险人在承保时做出书面认可的不在此限；

（二）遗传性疾病，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）；

（三）被保险人接受未经科学或者医学认可的实验性或研究性治疗或替代疗法；

（四）被保险人虽有不适症状或体征，但入院诊断和出院诊断均不是明确疾病（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）；

（五）疗养、保健、中医理疗、康复治疗、非疾病性治疗、视力矫正手术、各种健康体检项目及预防性医疗项目、牙科保健及牙科治疗、非意外事故所致整容手术；

（六）皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗；雀斑、老年斑、痣的治疗和去除；对浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、纹身去除、皮肤变色的治疗或手术；激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗斑秃、白发、秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸；

（七）各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗项目，包括但不限于平足及各种非功能性整容、矫形手术费用；

（八）各种健美治疗项目，包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用；

（九）不孕不育治疗、人工授精、怀孕、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症；

（十）包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

（十一）除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其他人工器官材料费、安装和置换等费用、各种康复治疗器械、假体、义肢、自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械；

（十二）耐用医疗设备（指各种康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备）的购买或租赁费用；

（十三）任何滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂、医生开具的超过 30 天用量的药品、未经医生处方自行购买的药品或在非本保险合同约定的医院或保险人指定医疗机构、药房购买的药品；

（十四）各种医疗咨询和健康预测，如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询（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）确定的精神和行为障碍以外的一般心理问题，如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等）；

- (十五) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (十六) 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (十七) 被保险人故意自伤或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- (十八) 被保险人殴斗、醉酒，服用、吸食或注射毒品；
- (十九) 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无合法有效行驶证的机动车导致交通意外引起的医疗费用；
- (二十) 从事潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动导致的伤害引起的治疗；
- (二十一) 由于职业病、医疗事故引起的医疗费用；
- (二十二) 核爆炸、核辐射或核污染、化学污染；恐怖袭击、战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (二十三) 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；
- (二十四) 未被接受治疗当地政府部门批准的治疗，未获得接受治疗当地政府许可或批准的药品或药物；
- (二十五) 各类医疗鉴定产生的费用，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；
- (二十六) 被保险人存在精神和行为障碍（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）；
- (二十七) 被保险人非因职业原因或器官移植原因感染艾滋病病毒或患艾滋病引起的治疗；
- (二十八) 被保险人患性病引起的医疗费用。

第十二条 因下列情形中的一种或多种导致被保险人发生特定药品医疗费用，或特定药品符合下列情况的一种或多种的，保险人不承担给付特定药品医疗保险金的责任：

(一) 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；

(二) 被保险人的疾病状况，经审核确定对特定药品已经耐药，而继续购买已耐药药品所产生的费用。耐药包括以下两种情况：

1、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；

2、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；

(三) 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；

(四) 被保险人符合慈善援助用药申请，但因被保险人未提交相关申请或者提交的申请材料不全，导致援助项目申请未通过而发生的药品费用；被保险人通过援助审核，但因被保险人原因未领取援助药品。

保险金额和保险费

### **第十三条 保险金额和保险费**

本保险合同的保险金额和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**

#### **第十四条 保险期间**

本保险合同的保险期间最长不超过一年，具体由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

#### **第十五条 续保**

本保险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**

#### **第十六条 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。

#### **第十七条 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。

#### **第十八条 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 30 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 10 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 3 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 60 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**

#### **第十九条 保险费交付义务**

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，投保人应在投保时一次性交清保险费。

若投保人选择分期交付保险费的，需经投保人申请并经保险人同意，并在保险合同中载明保险费分期交付的周期。投保人在交付首期保险费后，投保人应当在每个保险费约定支付日交纳其余各月对应期次的保险费。

若投保人未按照本合同约定的付款时间足额交付当期保险费，保险人允许投保人在本合同约定的交费宽限期内补交对应期次的保险费。

除另有约定外，如被保险人在投保人正常交费对应的保险期间内或交费宽限期内发生保险事故，**保险人依照本合同约定给付保险金，但可以扣减欠交的保险费。**

**投保人在宽限期结束后仍未支付保险费的，保险人可以解除本合同。**

除另有约定外，本合同的交费宽限期为从保险费约定交付日起至第 21 天（含），并在保险单上载明。

## **第二十条 如实告知义务**

订立本保险合同，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率的，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。

## **第二十一条 通讯地址变更通知义务**

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，保险人按本保险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。**

## **第二十二条 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。**

被保险人应在保险人认可的医院就诊，若因急诊未在保险人认可的医院就诊的，应在 48 小时内或经保险人书面同意延长的期限内通知保险人，并根据病情及时转入保险人认可的医院。若被保险人确需转入非认可的医疗机构就诊的，应向保险人提出书面申请，保险人在接到申请后三日内给予答复，对于保险人同意在非认可的医疗机构就诊的，对这期间的住院天数按本合同的约定给付保险金。

## **保险金申请与给付**

### **第二十三条 保险金申请**

被保险人或受益人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料：

（一）保险金给付申请书；

(二) 保险单或其他保险凭证正本；

(三) 被保险人或受益人的身份证明；

(四) 医院出具的被保险人的医疗费用收据或者发票或基本医疗保险机构出具的报销凭证或医疗费用分割单；

(五) 保险人认可的医疗机构出具的附有病理检查、化验检查，影像学检查及其他医疗检查报告的医疗诊断证明、手术记录、检查报告单，门、急诊及住院病历、出院小结等；

(六) 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；

(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和受托人的身份证明等相关证明文件。

## **第二十四条 特定药品医疗保险金申请及审核**

在本保险合同保险期间内，被保险人由指定专科医生开具特定药品处方后，可选择申请选择自主购药事后报销或特定药品直付两种保险金申请方式。具体流程如下：

### **(一) 自主购药事后报销流程**

1、被保险人或受益人可选择自主前往指定药店购买本保险合同约定的特定药品，留存下列材料：

(1) 被保险人身份证件（若被保险人是未成年人，需同时提供法定监护人身份证件和关系证明）；

(2) 门（急）诊病历/住院病历/疾病诊断证明（住院病历含病案首页、入院记录、出院小结、影像检查报告等）；

(3) 首次申请需提供初次确诊罹患相关疾病的病史材料；

(4) 病理诊断报告；

(5) 免疫组化/基因检测报告；

(6) 药品处方（影像件、复印件）；

(7) 药品发票、费用清单；

(8) 被保险人或受益人银行账户；

(9) 保险人认为与确认保险事故的性质、原因等有关的其他材料；

2、携带上述保险金申请材料至本保险合同约定的保险人指定服务中心提交保险金给付申请或使用保险人指定的线上服务公众号或小程序上传保险金申请材料提交保险金给付申请；

3、保险人及保险人指定第三方服务商对被保险人用药合理性及保险责任进行审核，申请审核未通过，保险人不承担给付特定药品费用的责任；

4、用药合理性和保险责任审核通过后，保险人向被保险人或受益人给付特定药品医疗保险金。

### **(二) 特定药品直付流程**

1、被保险人或受益人在购买或接受特定药品前，须通过保险人指定服务中心或保险人指定的线上服务公众号或小程序向保险人提出申请；

2、被保险人或受益人在申请时需提交以下材料：

(1) 被保险人身份证件（若被保险人是未成年人，需同时提供法定监护人身份证件和关系证明）；

(2) 门（急）诊病历/住院病历/疾病诊断证明（住院病历含病案首页、入院记录、出院小结、影像检查报告等）；

(3) 首次申请需提供初次确诊罹患相关疾病的病史材料；

(4) 病理诊断报告；

(5) 免疫组化/基因检测报告；

(6) 药品处方；

(7) 保险人认为与确认保险事故的性质、原因等有关的其他材料；

3、保险人及保险人指定第三方服务商对被保险人用药合理性及保险责任进行审核，申请审核未通过，保险人不承担给付特定药品费用的责任；

4、用药合理性和保险责任审核通过后，保险人向被保险人或受益人提供购药凭证，被保险人或受益人可通过到店自取或药品配送的方式从本保险合同约定的指定药店获得特定药品。

## **第二十五条 诉讼时效**

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

## **争议处理和法律适用**

### **第二十六条 争议处理**

因履行本保险合同发生的争议，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，依法向人民法院起诉。

### **第二十七条 法律适用**

与本保险合同有关的以及履行本保险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**

### **第二十八条 合同变更**

除本保险合同另有约定外，经投保人和保险人协商同意后，可变更本保险合同的有关内容。变更本保险合同时，投保人应填写变更合同申请书，经保险人审核同意，并在本保险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。

### **第二十九条 合同解除**

在本保险合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本保险合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

（一）保险合同解除申请书；

（二）保险单或其他保险凭证原件；

（三）保险费交付凭证；

(四) 投保人身份证明;

(五) 保险人需要的其它有关文件和资料。

投保人要求解除本保险合同,自保险人接到保险合同解除申请书之时起,本保险合同的效力终止。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到期净保费。

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**。

## 释义

**1、基本医疗保险:**包括但不限于职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗、城乡居民基本医疗保险、城乡居民大病保险、大病医疗互助补充保险、重特大疾病医疗保险、公务员医疗补助、公费医疗等由政府举办的医疗保险项目。

**2、当地:**除另有约定外,指被保险人基本医疗保险参保所在地。

**3、意外伤害:**指外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

**4、医院:**是指经中华人民共和国卫生部门审核认定的二级或二级以上的公立医院,且仅限于上述医院的普通部,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(包括但不限于国际化肿瘤中心)、VIP 部、联合医院、A 级病房;

(2) 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构;

(3) 休养、戒酒、戒毒中心。

该医院必须具有系统的、充分的诊断设备,全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。

**5、住院:**指被保险人因疾病或意外事故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,不包括入住门诊观察室、其它非正式病房或挂床住院。

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,只收护理费、诊疗费、床位费等情况。

**6、必需且合理:**

**(一) 符合通常惯例:**指与接受医疗当地通行治疗规范、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。

**(二) 医学必需:**指医疗费用符合下列所有条件:

(1) 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目;

(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。

**7、住院医疗费用：**住院医疗费用包括床位费、手术费、药品费、治疗费、护理费、检查检验费、特殊检查治疗费、膳食费。

(1) 床位费

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

(2) 手术费

手术指被保险人因疾病或意外伤害事故住院后，为治疗疾病、挽救生命而施行的手术，**不包括活检、穿刺、造影等创伤性检查以及康复性手术。**

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、**手术医疗装备费**（释义四十七）；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；除另有约定外，手术医疗装备费赔付金额不得超过合同约定的限额。**

(3) 药品费

指治疗期间实际发生的必需且合理的、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，以及滋补类中草药，即以提高人体免疫力为主要用途使用的中草药及中成药，包括但不限于人参、阿胶、鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、珊瑚、玳瑁、冬虫夏草、藏红花、羚羊、犀角、牛黄、麝香、鹿茸、铁皮枫斗以及用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。**

(4) 治疗费

指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而合理发生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，具体以就诊医院费用项目划分为准。

**本项责任不包含物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法。**

物理治疗是指应用人工物理因子（如光、电、磁、声等）来治疗疾病，具体疗法包括电疗、光疗、磁疗、热疗等；

中医理疗是指以治疗疾病为目的，被保险人接受由具有相应资格的医生实施的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗；

**其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。**

(5) 护理费

指住院期间由医疗机构对被保险人提供临床护理服务所收取的费用，包括各级护理（根据2013年发布的中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会《分级护理标准》确定）、重症监护和专项护理费用（不包含护工护理费用）。

#### (6) 检查检验费

指住院期间实际发生的，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、便常规检查费等。

#### (7) 特殊检查治疗费

包括CT、ECT、彩超、活动平板、动态心电图、心电监护、介入治疗、PCR、体外碎石、高压氧、体外射频、核磁共振、血液透析等大型和高费用检查治疗项目费。

#### (8) 膳食费

指住院期间根据医生的嘱咐，由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并病房费等其他款项内。

**8、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：

（一）ICD-O-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：

（1）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；

（2）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；

（二）TNM 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

（三）TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌；

（四）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；

（五）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

（六）相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 $<10/50$  HPF 和 ki-67 $\leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

#### 9、专科医生：

专科医生应当同时满足以下四项资格条件：

（一）具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；

（二）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；

（三）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》；

(四)在国家《医院分级管理标准》二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

**10、约定的药品清单：**指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。

**11、指定医疗机构或药店：**指保险人指定的或当地基本医疗保险的管理部门公布的被保险人可购买特定药品的医院或药店，以保险单约定为准。

保险人指定的药店需同时满足以下条件：

- (一) 取得国家药品经营许可证、GSP 认证；
- (二) 具有完善的冷链药品送达能力；
- (三) 该药店内具有医师、执业药师等专业人员提供服务。

**12、慈善援助：**指由慈善机构设定的针对特定药品的慈善项目或捐助计划等。

**13、质子重离子医院：**除另有约定外，指上海质子重离子医院（即复旦大学附属肿瘤医院质子重离子中心）。

**14、质子重离子医疗费用：**指被保险人因接受质子重离子放射治疗而发生的相关费用，包括定位及制定放疗计划费用以及质子重离子放射治疗实施费用。

**15、既往症：**指在保险单生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

**16、突发急性病：**指被保险人在保险期间突然发生的、在突发前未曾接受治疗或诊断的、必须立即接受治疗方能避免身体或生命伤害的疾病，不包括慢性病、精神病、心理疾病、精神分裂、艾滋病、性传播疾病、遗传性疾病、先天性疾病或缺陷、先天性畸形、牙齿治疗、预防性手术、非必须紧急治疗的手术或器官移植。

**17、最低现金价值：**是指 $\text{保险费} \times (1 - \text{保险期间已经过天数} / \text{保险期间天数}) \times (1 - \text{费用率})$ 。除另有约定外，本保险合同的费用率为 20%。

**18、已交付期次保险费的最低现金价值：**是指 $\text{已交付期次保险费} \times (1 - \text{保险期间已经过天数} / \text{已交付期次对应的保险期次期间}) \times (1 - \text{费用率})$ 。除另有约定外，本保险合同的费用率为 20%。