

# 国泰财产保险有限责任公司

## 癌症医疗保险条款

C00013332512019031431362

(国泰财险)(备-医疗保险)【2019】(主) 024 号

### 总则

**第一条** 本保险合同由保险条款、投保单、保险单或者其他保险凭证、与本保险合同有关的投保文件、**合法有效**（见释义）的声明、批注、批单及其他投保人与保险人共同认可的书面或者电子协议组成。凡涉及本保险合同的约定，均采用书面或者电子形式。

**第二条** 本合同的被保险人为初次投保时身体健康，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105**周岁**（见释义）（含）。

**第三条** 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或在本保险合同订立时对被保险人有保险利益的其他人、机关、企业、事业单位和社会团体，**团体投保时，在本保险合同签发时被保险人数不得少于3人。**

**第四条** 除另有约定外，本保险合同的受益人为被保险人本人。被保险人死亡后，有下列情形之一的，本保险合同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：

- （1）没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；
- （2）受益人先于被保险人死亡，没有其他受益人的；
- （3）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。

被保险人或投保人可以变更保险金受益人，但需书面通知保险人，由保险人在本保险合同上批注或附贴批单。

投保人指定或变更身故保险金受益人的，应经被保险人书面同意。被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，应由其监护人指定或变更身故保险金受益人。

受益人故意造成被保险人身故、伤残、疾病的，或者故意杀害被保险人未遂的，该受益人丧失受益权。

### 保险责任

**第五条** 投保人为被保险人首次投保本保险或者非连续投保本保险时，自本保险合同生效之日起一定期限为等待期，等待期期限由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单中载明，不间断连续投保本保险的续保合同无等待期。

在等待期内，被保险人经医院（见释义）初次确诊（见释义）罹患癌症（见释义），保险人不承担保险责任，并无息退还保险费，本保险合同终止。

**第六条** 在本保险合同有效期间，被保险人经医院确诊初次罹患癌症的，保险人承担下列保险责任：

#### （一）癌症确诊费用保险金

被保险人在等待期后经医院的**专科医生**（见释义）确诊初次罹患癌症，保险人对于其确诊癌症前 30 日内（含确诊日期当日）在医院发生的与确诊癌症相关的**合理且必需的住院或相关门急诊医疗费用**（见释义），在扣除约定的免赔额后，按约定的给付比例给付癌症确诊费用保险金。

与确诊癌症相关的合理且必需的医疗费用包括：

**1. 医生诊疗费：**指住院或相关门急诊期间发生的外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生等相关医生的劳务费，包括挂号费。

**2. 检查检验费：**指住院或相关门急诊期间以诊断癌症为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理且必需的医疗费用，包括 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。

3. 其他合理且必需的医疗费用等。

#### （二）癌症治疗费用保险金

被保险人在等待期后经医院确诊初次罹患癌症，保险人对于其**癌症确诊之日**（见释义）后在医院治疗时发生的与治疗癌症相关的合理且必需的住院或相关门急诊医疗费用，在扣除约定的免赔额后，按约定的给付比例给付癌症治疗费用保险金。

与治疗癌症相关的合理且必需的医疗费用包括：

**1. 床位费：**住院期间实际发生的，不高于标准单人病房（或私人病房）的住院床位费（不包括套房、家庭病床）。未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间，其合法监护人（限一人）在医院留宿发生的加床费，保险人根据本保险合同的约定，亦予以给付。

**2. 护理费：**住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用，**不包含亲属等非医院提供的陪护补偿。**

**3. 检查检验费：**住院或相关门急诊期间实际发生的，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且必需的医疗费用，包括 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。

**4. 治疗费：**指住院或相关门急诊期间以治疗癌症为目的，发生的合理且必需的医疗器械使用费以及消耗品的费用，包括注射费、抢救费、输血费、输氧费，以及因清创缝合、换药、雾化吸入、鼻饲管置管、胃肠减压、洗胃、物理降温、坐浴、冷热湿敷、引流管冲洗、灌肠、导尿、肛管排气，和针对癌症的非侵入性治疗(如伽马刀、射频、聚焦超声治疗)、**化学疗法**（见释义）、**内分泌疗法**（见释义）、**放射疗法**（见释义）、**免疫疗法**（见释义）、**靶向疗法**（见释义）而发生的费用。

**5. 药品费：**指住院或相关门急诊期间实际发生的合理且必须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，包含治疗癌症过程中使用的抗呕吐药物、抗排斥药物。

**6. 医生诊疗费：**指被保险人住院或相关门急诊期间发生的外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生等相关医生的劳务费用，包括挂号费。

**7. 手术费：**包括干细胞、骨髓、器官移植（若被保险人为受体，则被保险人和移植当天捐献者的手术费用都包含）和治疗癌症所需的外科手术费用。上述外科手术费用具体是指住院期间为治疗癌症、挽救生命而施行的手术产生的合理且必需的医疗费用，包括手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。癌症治疗手术后导致需要人造乳房或面部重建的，此项费用也在手术费用保障范围内。

**8. 重症监护病房床位费：**住院期间出于医学必要被保险人需在重症监护病房进行合理且必需的医疗而产生的床位费。重症监护病房指配有中心监护台、心电监护仪及其他监护抢救设施、相对封闭管理的单人或多人监护病房，包括重症加护护理病房（ICU）、冠心病重症加强护理病房（CCU）、呼吸疾病重症加强护理病房（RCU）、神经疾病重症加强护理病房（NICU）、急诊重症加强护理病房（RICU）等。

**9. 中医治疗费用：**以治疗癌症为目的发生的合理且必需的中医治疗、中草药费用。

在一个保险期间内，被保险人不论一次或多次在医院进行治疗，保险人均按照约定给付各项保险金，但各项保险金的累计给付金额以被保险人的保险金额为限，累计给付金额达到保险金额时，本保险期间保险人对被保险人的保险责任终止。

### 责任免除

**第七条** 任何在下列期间发生的或因下列情形之一导致的癌症确诊或治疗医疗费用支出，保险人不承担给付保险金的责任：

- （一）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（见释义）期间；
- （二）核爆炸、核辐射或核污染；
- （三）被保险人在本保险合同生效前所患癌症或出现的症状（见释义）、体征（见释义），但保险人在承保时已知晓并做出书面认可的不在此限；

（四）任何职业病（见释义）、先天性畸形、先天性恶性肿瘤（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）、遗传性疾病（见释义）或染色体异常（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）引起的医疗费用；

（五）接种预防癌症的疫苗、进行基因测试（不包含因癌症治疗用药所必需的基因检测）、鉴定癌症的遗传性、接受实验性医疗以及采取未经科学或医学认可的医疗手段；

（六）由于医疗事故（见释义）引起的医疗费用；

（七）滋补类中草药费用，即以提高人体免疫力为主要用途使用的中草药及成药，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、羚羊、犀角、牛黄、麝香、鹿茸、铁皮枫斗以及用中草药材和中药饮片炮制的各类酒制剂。

### 保险金额、免赔额与给付比例

**第八条** 本保险合同的保险金额由投保人在投保时与保险人约定，并在保险合同中载明。

**第九条** 本保险合同的免赔额由投保人与保险人在订立合同时协商确定，并在保险合同中载明。

本保险合同中所指免赔额均指保单年度内的年免赔额，指在本保险合同保险期间内，应由被保险人自行承担，本保险合同不予赔付的部分。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。但通过社会基本医疗保险（见释义）和公费医疗（见释义）获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

**第十条** 本保险合同的给付比例是指保险人在扣除免赔额后在保险责任范围内给付的医疗费用的百分比。给付比例由投保人和保险人在投保时约定，并在保险合同中载明。

若被保险人已从其他途径（包括社会基本医疗保险、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合同的约定进行赔付。社会基本医疗保险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。

### 保险期间

**第十一条** 除另有约定外，保险期间以本合同载明的起讫时间为准，最长不超过一年。

### 保险人义务

**第十二条** 本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

**第十三条** 保险人按照本保险合同的约定，认为被保险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、被保险人补充提供。

**第十四条** 保险人收到被保险人或受益人的给付保险金的请求后，将在 5 日内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者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或受益人达成给付金额

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 日内向被保险人或受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

**第十五条** 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，对其给付保险金的数额不能确定的，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保险金的数额后，应当支付相应的差额。

### 投保人、被保险人义务

**第十六条** 除另有约定外，投保人应当在合同成立时一次性交清保险费。**保险费未交清前，本保险合同不生效，对保险费交清前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**

**第十七条** 订立本保险合同时，保险人就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 30 日不行使而消灭。

**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** 投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。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，均视为已发送给投保人。

**第十九条** 团体投保时，在保险期间内，投保人因其人员变动，需增加、减少被保险人时，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

被保险人人数增加时，保险人在审核同意并收取相应保险费后，从约定的时间开始承担保险责任。被保险人人数减少时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的零时起，对减少的被保险人终止保险责任（如减少的被保险人属于已离职的，保险人对其所负的保险责任自其离职之日的二十四时终止），并按日比例退还该被保险人项下的剩余保险费，**但减少的被保险人本人或其保险金申请人已领取过任何保险金的，保险人不退还剩余保险费。减少后的被保险人人数低于 3 人时，保险人有权解除本保险合同，并按日比例退还剩余保险费。**

**第二十条** 保险事故发生后，投保人、被保险人或受益人应当及时通知保险人。**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。

**第二十一条** 上述投保人、被保险人的义务，不包括因不可抗力导致的延迟。

### 保险金申请与给付

**第二十二条** 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) 保险金受益人的**有效身份证件**（见释义）；

(三) 由医院出具的附有病历、病理显微镜检查、血液检验、影像学报告及其他科学方法检验报告的疾病诊断证明书；

(四) 由医院出具的诊断证明书原件及住院或门急诊病历原件、医疗费用原始凭证和医疗费用结算清单、出院小结或住院病历（加盖医院病历专用章）；

(五) 检查检验报告及药品明细和处方；

(六) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；

(七) 若保险金申请人委托他人申请的，还应提供委托人亲笔签名的授权委托书原件、受托人的身份证明等相关证明文件；

(八) 保险金作为被保险人遗产时，继承人还必须提供可证明其合法继承权的相关权利文件；

(九) 受益人或者继承人为限制民事行为能力人或者无民事行为能力人时，由其合法监护人代其申请领取保险金，其合法监护人还必须提供受益人或者继承人为限制民事行为能力人或者无民事行为能力人的证明和监护人具有合法监护权的证明。

**第二十三条** 保险金申请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。

### 连续投保

**第二十四条** 本保险合同期满，投保人可向保险人申请连续投保本保险合同。连续投保不计算等待期。本保险合同期满后 15 日内，经投保人申请，保险人签发保单，视同为连续投保。

本保险合同期满后 15 日内，投保人未缴纳连续投保保费的，投保人需重新申请投保，经保险人审核同意后签发保单，且需重新计算等待期。

连续投保时保险人有权根据被保险人的年龄、医疗费用水平变化、本保险合同整体经营状况调整被保险人在连续投保时的费率。费率调整适用于本保险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。在投保人接受费率调整的前提下，保险人方可为投保人办理连续投保手续。

被保险人在等待期后经医院确诊初次罹患原位癌，投保人申请连续投保的，保险人可为投保人办理连续投保手续；**被保险人在等待期后经医院确诊初次罹患癌症（不含原位癌），保险人不再接受连续投保。**若被保险人癌症治疗仍未结束或癌细胞转移的，保险人将继续承担本条款下的保险责任，最长不超过自癌症初次确诊之日起一年的时间。

**如被保险人超过 105 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。**

### 争议处理和法律适用

**第二十五条** 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，依法向中华人民共和国人民法院起诉。

**第二十六条** 本保险合同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

**第二十七条** 投保人和保险人可以协商变更合同内容。变更保险合同的，应当由保险人在保险单或者其他保险凭证上批注或附贴批单，或者投保人和保险人订立变更的书面协议。

**第二十八条** 保险责任开始前，投保人要求解除合同的，应当按照合同约定向保险人支付不超过 5% 的手续费，保险人应当退还保险费。

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。保险人在收到上述证明和资料之日起三十日内退还保险合同的**未满期净保费**（见释义）。

### 释义

**第二十九条** 本保险合同涉及下列术语时，适用以下释义：

**【合法有效】** 本保险合同所指合法有效均以中华人民共和国法律（不含港、澳、台地区法律，下同）、法规、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。

**【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，以此类推。

**【医院】** 指保险人与投保人约定的定点医院，未约定定点医院的，则指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立医院，**但不包括主要作为诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构。**该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。

**【初次确诊】**指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊罹患癌症，**而不是指自本保险合同生效之后第一次经医院确诊罹患癌症。**

**【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，其中包含：

- （1）原位癌；
- （2）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- （3）相当于 AnnArbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- （4）皮肤癌；
- （5）TNM 分期为 T1N0M0 期或者更轻分期的前列腺癌。

注：原位癌指恶性细胞局限于上皮内尚未穿破基底膜浸润周围正常组织的癌细胞新生物。原位癌必须经对固定活组织的组织病理学检查明确诊断。

**【专科医生】**专科医生应当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。

**【合理且必需的门诊或住院医疗费用】**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。

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。



【癌症确诊之日】指被保险人经手术治疗或病理检查确诊癌症的，以手术病理取材或病理活检取材日期为癌症确诊日期；被保险人未经手术治疗但后续进行放射性疗法或化学药物性疗法的，以首次放疗或化疗日期为癌症确诊日期。

【化学疗法】指利用化学药物阻止癌细胞的增值、浸润、转移，直至杀灭癌细胞的一种治疗方式。

【内分泌疗法】指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。

【放射疗法】指利用放射线照射患病部位，攻击癌细胞的疗法。

【免疫疗法】指现代生物技术手段激发自身免疫系统来对抗肿瘤的新型治疗方法。

【靶向疗法】是在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌点来设计相应的治疗药物，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。

【感染艾滋病病毒或患艾滋病】艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文缩写为 AIDS。在人体血液或其他样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

【症状】指被保险人病后对机体生理功能异常的自身体验和感觉。

【体征】指被保险人的体表或内部结构发生可以察觉的改变。

【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上，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。

【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。

【医疗事故】指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，过失造成患者人身损害的事故。

【社会基本医疗保险】指城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等基本医疗保险保障项目，以及城乡居民大病保险等保障项目。

【公费医疗】指国家为保障国家工作人员而实行的、通过医疗卫生部门按规定向享受人员提供免费医疗及预防服务的一项。

【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。

【未到期净保费】未到期净保费=保险费\*（1-费用比例）\*（1-保险单已经过天数/365），经过日数不足 1 日的按 1 日计算。除另有约定外，费用比例为 35%。