

## 阳光财产保险股份有限公司

### 附加扩展质子重离子医疗费用保险 B 款条款

#### 总则

**第一条** 在投保阳光财产保险股份有限公司医疗类保险（以下简称“主险”）的基础上，投保人可以投保本附加险。主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。本附加险合同未约定事项，以主险合同为准；主险合同与本附加险合同相抵触之处，以本附加险合同为准。凡涉及本附加险合同的约定，均应采用书面形式。

#### 第二条 投保人

本附加险合同的投保人为主险合同的投保人。

#### 第三条 被保险人

本附加险合同的被保险人为主险合同的被保险人。

#### 第四条 受益人

除本附加险合同另有约定外，本附加险合同保险金的受益人为被保险人本人。

#### 保险责任

**第五条** 经投保人申请并经保险人同意，在保险期间内，被保险人在等待期（续保则不受等待期的限制）后经医院诊断初次罹患恶性肿瘤，并于保险人指定的特定医疗机构接受质子重离子住院治疗的，则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，保险人在扣除免赔额后，按照约定的给付比例且以保险单所载的本附加险合同保险金额为限向被保险人给付质子重离子医疗保险金。

**第六条** 特定医疗机构以在保险单中载明的医疗机构名单为准。

**第七条** 被保险人在保险期间内住院治疗，至保险期间届满日时，被保险人未结束本次住院治疗的，保险人继续承担因本次住院治疗发生的、最长不超过保险期间届满日后 30 日（含第 30 日）的质子重离子医疗费用。如第 30 日仍未结束本次住院治疗的，第 30 日后发生的质子重离子医疗费用不属于本附加险合同保险责任。

**第八条** 本附加险合同遵循医疗费用补偿原则。保险人给付的医疗保险金与被保险人从其所参加的社会医疗保险、其他保险计划或从社会福利机构、按政府规定补偿等其他任何途径获得的医疗费用补偿总额，以被保险人实际支出的质子重离子医疗费用金额为限。

#### **保险金额与免赔额**

**第九条** 本附加险合同的质子重离子医疗费用保险金的保险金额由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

本附加险合同的保险金额包含于主险合同的总保险金额（或累计给付上限）之内，若保险人在主险合同及本附加险合同项下累计给付保险金的金额达到主险合同中约定的总保险金额（或累计给付上限），则主险合同和本附加险合同同时终止，保险人对被保险人不再承担任何给付保险金的责任。

**第十条** 本附加险合同所称免赔额均指年免赔额。本附加险合同与主险合同共用免赔额。若免赔额在主险合同项下赔付时已经完全扣除，则本附加险合同不再扣除免赔额；若免赔额在本附加险合同项下赔付时已经完全扣除，则主险合同不再扣除免赔额。

#### **保险期间**

**第十一条** 除另有约定外，本附加险合同保险期间与主险合同保险期间一致。

## **释义**

### **一、恶性肿瘤：**

是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，

### **其中不包含：**

- (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（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；**
- (5) TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌；**
- (6) 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。**

本合同所保障的恶性肿瘤须经专科医生明确诊断，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。

### **二、质子重离子医疗费用**

指被保险人于保险人指定的特定医疗机构接受质子重离子放射治疗而发生的相关费用，包括床位费、膳食费、护理费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费，**但不包括化学疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法和肿瘤靶向疗法所产生的药品费。**

### **三、必需且合理的医疗费用**

**指同时符合下列两项条件的医疗费用：**

#### **(一) 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医疗费用。

对是否符合通常惯例由保险人的理赔人员根据客观、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) 旨在治疗被保险人的疾病，**而非仅为缓解症状或提高被保险人的生活质量；**
- (2) 兼顾成本和医疗质量情况下的最佳医疗方式和医疗服务实施类型；
- (3) 治疗类型、频率、时长与保险人认可的医学机构、研究机构、医疗保险组织或政府机构所给出的科学的医疗指导一致；
- (4) 与疾病的诊断情况一致；
- (5) 不以为被保险人或其医生谋利为目的；
- (6) 主流医学文献有以下记载之一：
  - a) 被论证可对该疾病进行安全有效的诊断或治疗；
  - b) 临床对照研究证明可对危及生命的伤害或疾病进行安全有效的治疗。

对是否为医学必需由保险人的理赔人员根据客观、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。

#### **四、住院**

指被保险人因恶性肿瘤入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，**不包括入住门诊观察室、其他非正式病房或挂床住院**。若被保险人非治疗需要离开保险人指定或认可的医院视为自动离开医院，保险人仅对该日以前住院治疗负保险责任。

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，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。