

京东安联财产保险有限公司
附加质子重离子医疗保险条款（B款 2019 版）
C00005032322019120302112

- 1. 附加保险合同订立** 本附加保险合同条款（以下简称“本附加条款”）须附加于保险人主保险合同条款使用。本附加条款仅接受完全符合健康调查问卷所列全部内容的自然人作为被保险人的投保申请，投保人应如实填写健康问卷，未如实填写健康问卷任一项目的，将直接影响保险人决定是否承保，并将导致保险人依法解除保险合同、不承担赔偿责任的后果。除另有约定外，本附加条款的保险金的受益人为被保险人本人。
- 2. 保险责任** 在保险期间内，若被保险人在等待期（见释义 12.1）后出现症状且经医疗机构（见释义 12.2）初次确诊罹患恶性肿瘤（见释义 12.3），并于保险人指定的质子重离子医疗机构（见释义 12.4）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（见释义 12.5），保险人在扣除本保险合同载明的免赔额后，依照约定的赔付比例赔付。当保险人全年累积赔付金额达到质子重离子保险金额时，保险人对被保险人在本质子重离子保险金额项下的保险责任终止。
- 3. 免赔额** （一）本附加条款所指免赔额均指年免赔额，指在本附加条款保险期间内，应由被保险人自行承担，本附加条款不予赔偿的部分。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。
（二）若被保险人在等待期后经医疗机构初次确诊罹患本附加条款约定的恶性肿瘤且在医疗机构接受治疗的，对于自确诊恶性肿瘤之日起所发生的符合本附加条款约定的医疗费用，保险人在赔付保险金时，不再扣除免赔额。
（如同一次住院中涉及恶性肿瘤确诊之日前后的医疗费用的，则对于该次住院所发生的符合本附加条款约定的医疗费用，保险人在赔付保险金时，不再扣除免赔额。）
- 4. 补偿原则和赔付标准** （一）本附加条款适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、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附加条款的约定进行赔付。社保卡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。不同社保状态的赔付比例，以在保险单中载明的为准。
（二）若被保险人的病症符合保险条款约定的恶性肿瘤诊断，在门诊或住院期间，被保险人按保险条款约定医疗机构的主治医生开具的处方和医院外购药原因说明在非医院内自购药物的，保险人按照保单载明的比例赔付。
（三）若投保人和保险人另有约定，则对于被保险人实际发生的医疗费用，保险人按照另行约定并在保单中载明的条件和方式进行赔付。
- 5. 责任免除** 主保险合同中所有责任免除条款（如适用）除第 5 条和第 9 条以外，均适用于本附加合同，若主保险合同中责任免除条款与本附加条款有相抵触之处，则应以本附加条款为准。
一、任何因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的，或具备下列情形/行为的，保险人不承担赔付责任：
（一）故意行为
1) 投保人或被保险人的故意行为；

（二）既往疾病及未如实告知疾病
1) 先天性疾病（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）；
2) 被保险人在初次投保或非连续投保前所患的既往病症（见释义 12.6）及其并发症；
3) 初次投保或非连续投保前被保险人已经患有的未如实告知的疾病或症状；

（三）不符合条款约定的医疗费用
1) 无符合本条款约定医疗机构的主治医生处方和院外购药原因说明的院外自购药品费用；
2) 本条款约定医疗机构外产生的医疗费用（持符合条款约定医疗机构的主治医生处方和院外购药原因说明的院外自购药费用不适用）；
3) 任何滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂；

- 4) 医生开具的超过 30 天部分的药品费用；
- 5) 在如下机构接受治疗或接受如下的医疗服务：诊所、家庭病床、护理机构、特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 部、联合医院；
- 6) 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批准的药品或药物；
- 7) 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（从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用）。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。但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；
- 8) 非住院期间产生的医疗费用（门诊期间不在此限）；
- 9) 被保险人住院体检；
- 10) 被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或一天内住院不满二十四小时；但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外。

二、被保险人在下列期间发生的医疗费用，保险人也不承担赔付保险金责任：

- 1) 等待期内罹患的疾病或出现的症状；
- 2) 等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；
- 3) 被保险人罹患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV）期间（上述定义，应按世界卫生组织所订的定义为准。若在被保险人的血液样本中发现上述病毒或其抗体，则认定病人已受该病毒感染）。

6. 保险金额和保险费

保险金额是保险人承担赔付保险金责任的最高限额。本附加条款的质子重离子保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。

7. 保险期间

除另有约定外，本附加条款的“保险期间”同主保险合同一致。

保险期间内，被保险人因本合同所约定的意外伤害、疾病或重大疾病在医院接受住院治疗或特殊门诊治疗与检查，且在合同终止日治疗仍未结束的，对于该次住院延续至本合同终止日次日起 30 日内发生的住院医疗费用，保险人仍在本合同的保险责任范围内承担赔付保险金的责任；对于该次住院延续至本合同终止日次日起 30 日后发生的住院医疗费用，保险人不再承担赔付保险金的责任。

8. 连续投保

本合同期满，投保人可向保险人申请连续投保本合同。连续投保不计算等待期。

本合同为非保证续保合同，请投保人投保前充分理解此产品因盈利偏离预期导致保险人停售或调整产品的可能性。连续投保时保险人有权根据医疗费用水平变化、本保险合同整体经营状况及被保险人年龄对费率等进行调整。对于健康状况如实告知投保的被保险人，费率、承保条件等调整适用于本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；但对于健康状况未如实告知投保的被保险人，保险人保留对该被保险人的连续投保费率、承保条件等调整的权利。在投保人接受费率、承保条件等调整的前提下，保险人方可为投保人办理连续投保手续。

如连续投保时被保险人的年龄超过保单约定的最高年龄或本保险合同统一停售，保险人不再接受投保人连续投保。

9. 保险金申请

保险金申请人向保险人申请赔付保险金时，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赔付保险金的责任。

- 1) 被保险人完整填写的索赔申请表并签名确认；
- 2) 被保险人的身份证复印件；
- 3) 监护人的身份证复印件及与被保险人的关系证明复印件（未成年人适用）；
- 4) 既往体检报告、医疗检查结果原件或复印件；
- 5) 本次医疗资料原件，如门诊/住院病历、医疗费用发票、费用清单、诊断证明、检查检验单据、第三方保险公司结算单等；
- 6) 院外购药原因说明；
- 7) 其它与本项索赔有关的证明文件；
- 8) 若保险金申请人委托他人申请等，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。

在保险人的理赔审核过程中，保险人有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。此外，保险人应有权在法律允许情况下，要求尸检。此类检验费用由保险人承担。在拒赔的情形下，保险人将承担因投保人提供索赔要求所必须的证明、收据、信息和证据而产生的费用。

10. 本附加条款效力终止

本附加条款所附属的主保险合同效力终止，本附加条款效力即行终止。主保险合同无效，本附加条款亦无效。

11. 其他条款的适用

本附加条款与主保险合同条款不一致之处，以本附加条款为准；本附加条款未尽之处，以主保险合同条款为准。

12. 释义

12.1 等待期

以保单约定时间为准。在等待期内发生罹患疾病或出现症状的，保险人不承担赔付保险金的责任。

12.2 医疗机构

在中国大陆境内（不包括香港、澳门、台湾地区）的医疗机构是指合法的二级或二级以上公立医院普通病房或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。

本附加条款中所指医疗机构不包括以下或类似的医疗机构：

- 1) 精神病院；
- 2) 老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
- 3) 健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

12.3 恶性肿瘤

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。

12.4 质子重离子医疗机构

保险人认可的，可以提供质子重离子治疗的特定医疗机构以在保险单中载明的名单为准。

12.5 必需且合理的质子重离子医疗费用

1) 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。

2) 医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

- 2.1) 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
- 2.2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；
- 2.3) 由医生开具的处方药；
- 2.4) 非试验性的、非研究性的项目；
- 2.5) 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。

12.6 既往病症

指被保险人在保单生效前已患有的疾病，或存在任何足以引致普通人寻求诊断、医疗护理或医药治疗的症状、体征，或曾经医生推荐接受医药治疗或医疗意见。

（本页结束）