

京东安联财产保险有限公司
附加恶性肿瘤医疗费用补偿保险条款（2020 版）
C00005032322019120301532

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。

2. 保险责任

1. 恶性肿瘤住院医疗费用

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初次确诊罹患恶性肿瘤（见释义 12.2），被保险人经保险人认可的医疗机构（见释义 12.3）诊断必须住院（见释义 12.4）治疗的，**保险人对于被保险人需个人支付的、必需且合理的住院医疗费用（见释义 12.5），在扣除约定的免赔额后，依照约定的给付比例赔付。**住院医疗费用包括床位费（见释义 12.6）、膳食费（见释义 12.7）、护理费（见释义 12.8）、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费（见释义 12.9）、治疗费（见释义 12.10）、药品费（见释义 12.11）、手术费（见释义 12.12）。

2. 恶性肿瘤特殊门诊医疗费用

被保险人在保险人认可的医疗机构接受特殊门诊（不含特需门诊）治疗的，**保险人对于被保险人需个人支付的、必需且合理的特殊门诊医疗费用，在扣除约定的免赔额后，依照约定的给付比例赔付。**恶性肿瘤特殊门诊医疗费用包括化学疗法（见释义 12.13）、放射疗法（见释义 12.14）、肿瘤免疫疗法（见释义 12.15）、肿瘤内分泌疗法（见释义 12.16）、肿瘤靶向疗法治疗费用（见释义 12.17）。

保险人对恶性肿瘤住院医疗费用和恶性肿瘤特殊门诊医疗费用的累积给付之和以本附加条款约定的恶性肿瘤医疗保险金的保险金额为限，当保险人累积给付金额达到本项保险金额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

3. 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。

（二）若被保险人以参加社会医疗保险身份投保，但未以参加社会医疗保险身份就诊并结算的，则保险人按照保险单载明的比例进行补偿。

（三）若被保险人符合条款约定的保险责任，特殊门诊或住院期间根据符合条款约定医疗机构的主治医生开具的处方和**院外购药原因说明**在非医院范围内自购药物的，**保险人按照保险单载明的比例进行补偿。**

（四）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险合同中载明的条件和方式进行给付。

4. 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）如同一次住院中涉及重大疾病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，保险人在给付保险金时，不再扣除免赔额。

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，保险人不承担给付责任：

（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 12.18）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) 非住院期间产生的医疗费用（特殊门诊除外）；
- 8) 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；
- 9) 在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；
- 10) 在特需病房、外宾病房、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 部或其他不属于社会医疗保险范畴的高等级病房入住；
- 11) 在康复科、康复病床或接受康复治疗入住；或在健康中心或天然治疗所、疗养或康复院入住；
- 12) 在联合医院、诊所、精神病院、老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心入住；
- 13) 被保险人住院体检；
- 14) 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，保险人也不承担给付保险金责任：

- 1) 自本附加条款生效之日起等待期内（续保无等待期规定）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给付保险金责任的最高限额。本附加条款的一般医疗保险金额和恶性肿瘤医疗保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。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。

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，

的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

- 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、社会医疗保险结算单、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。在等待期内发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

12.2 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。

12.3 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。**

12.4 住院 是指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院之正式病房接受全日 24 小时监护治疗的过程，并正式办理入院出院手续。

12.5 必需且合理的住院医疗费用 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 床位费 指被保险人使用的医院床位的费用。

12.7 膳食费	指实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用，但不包括购买的个人用品。
12.8 护理费	指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。
12.9 检查检验费	指实际发生的、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、便常规检验费等。
12.10 治疗费	指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理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，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。
12.11 药品费	指实际发生的合理且必要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，以及下列中药类药品： （1）主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药，如花旗参，冬虫草，白糖参，朝鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝，红参，琥珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，燕窝，野山参，移山参，珍珠（粉），紫河车，阿胶，阿胶珠，血宝胶囊，红桃K口服液，十全大补丸，十全大补膏等； （2）部分可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸，海马，胎盘，鞭，尾，筋，骨等； （3）用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。
12.12 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；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。
12.13 化学疗法	指针对恶性肿瘤的化学治疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。本附加条款所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化疗，服用药物等方式的化疗。
12.14 放射疗法	指针对恶性肿瘤的放射治疗。放疗是使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以抑制和杀灭癌细胞为目的而进行的治疗。本附加条款所指的放疗为被保险人根据医嘱，在医院的专门科室进行的放疗。
12.15 肿瘤免疫疗法	指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和增强机体抗肿瘤免疫应答，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本附加条款所指的肿瘤免疫治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监管总局批准用于临床治疗。
12.16 肿瘤内分泌疗法	指针对恶性肿瘤的内分泌疗法，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。本附加条款所指的内分泌治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监管总局批准用于临床治疗。
12.17 肿瘤靶向疗法	指在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，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。本附加条款所指的靶向治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监管总局批准用于临床治疗。
12.18 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状况、体征，或曾经医生推荐接受医药治疗或医疗意见。