

中原农业保险股份有限公司

附加团体恶性肿瘤院外特定药品费用医疗保险条款

注册号：C00019532522021120102173

总则

第一条 本条款为中原农业保险股份有限公司团体类医疗保险（以下简称“主险”）的附加险条款，只有在投保了主险的基础上，方可投保本附加险。凡与本附加险合同（以下简称“本附加合同”）相关者，均为本附加合同的构成部分。凡涉及本附加合同的约定，均应采用书面形式。本附加险条款未约定事项，以主险条款为准；主险条款与本附加险条款相抵触之处，以本附加险条款为准。

第二条 本附加合同的投保人、被保险人及受益人与主险合同一致。

保险责任

第三条 在保险期间内，被保险人在等待期后（连续不间断续保者不受此限制），经中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）医院专科医生初次确诊罹患本附加险所定义的恶性肿瘤，对于被保险人因治疗恶性肿瘤实际发生的必需且合理的且同时满足以下条件的院外特定药品费用，保险人在扣除约定的免赔额后，按照本附加合同约定的给付比例给付恶性肿瘤院外特定药品费用医疗保险金。

给付恶性肿瘤院外特定药品费用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. 每次特定药品处方剂量不超过 30 日，且处方开具时间须在本附加合同的保险期间内；
3. 开具的特定药品处方仅限治疗被保险人在等待期后初次确诊的恶性肿瘤；
4. 该特定药品必须为本附加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，且在保险人约定的药品清单列表中；
5. 被保险人须在保险人指定药店购买上述处方中所列的特定药品；
6. 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，具体流程见“授权申请、药品处方审核及购药流程”。

保险人累计承担的恶性肿瘤院外特定药品费用医疗保险金以本附加合同约定的保险金额为限。

被保险人在投保本附加险前或在等待期内已确诊恶性肿瘤的，保险人不承担给付院外特定药品费用医疗保险金的责任。

特定药品涉及慈善援助的，被保险人从慈善机构获得援助的药品费用不纳入院外特定药品费用保险金的赔付范围。

第四条 本附加合同适用费用补偿原则，被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的医疗费用金额为限。若被保险人已从其他途径（包括公费医疗、社会基本医疗保险、其他费用补偿型医疗保险等）获得医疗费用补偿的，则保险人仅对扣除已获得补偿后的剩余医疗费用，按照本附加合同约定承担给付保险金的责任。社会基本医疗保险个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得医疗费用补偿。

责任免除

第五条 任何在下列期间发生的或因下列情形之一导致被保险人发生恶性肿瘤院外特定药品费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

- (一) 主险合同中列明的责任免除事项；
- (二) 仅有临床不适症状，入院诊断和出院诊断均不是恶性肿瘤的治疗；
- (三) 使用未获得中国国家药品监督管理局许可或批准上市的药品或药物；
- (四) 进行未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及前述治疗产生的后果所产生的费用；
- (五) 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用或注射特定药品；
- (六) 被保险人未在保险人指定或认可的药店购买的药品；
- (七) 被保险人未按本附加合同约定的流程进行购药申请或经申请未审核通过；
- (八) 被保险人首次购买特定药品的日期不在本保险期间的；
- (九) 特定药品处方的开具与中国国家药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症和用法用量不符；
- (十) 被保险人提交审核的医学材料不能证明该药品对被保险人当前的疾病状态产生有益的治疗疗效；
- (十一) 被保险人的疾病状况，经专科医生审核，确定对药品已经耐药后仍继续购买该药品；
- (十二) 特定药品涉及慈善援助的，被保险人从慈善机构获得援助的药品费用；
- (十三) 本附加合同载明的免赔额。

保险金额、免赔额和给付比例

第六条 本附加合同的保险金额，由投保人、保险人在投保时协商确定，并在保险合同中载明。

第七条 免赔额与给付比例由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险合同中载明。

保险期间

第八条 本附加合同保险期间不超过一年，具体以主险保险合同载明的起讫时间为准。

本附加合同为非保证续保合同，保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，经保险人同意后缴纳保险费，并获得新的保险合同。

等待期

第九条 除另有约定外，自保险期间开始之日起三十日内（含第三十日）为本附加合同的等待期。

因意外伤害发生保险责任的，无等待期。如为连续不间断续保的（同一被保险人连续在本保险人处投保本条款为基础的保险合同，保险期间衔接不中断），从第二期保险合同起的连续不间断续保保单合同无等待期。

若保险合同未连续不间断续保，则需重新适用等待期。

缴费方式与宽限期

第十条 投保人可以选择一次性全额支付保险费，也可以根据合同约定分期支付保险费。

若投保人选择一次性支付保险费，投保人应当在投保时一次性缴清保险费。

若投保人选择分期支付保险费，投保人应当在每一期保险费约定支付日缴纳其余对应的保险费。

第十一条 若投保人分期支付保险费，在支付首期保险费后未按约定在应付之日缴纳保险费，保险人允许投保人在催告之日起三十日（含第三十日）内补缴保险费，如果被保险人在此三十日内发生保险事故，保险人仍按照合同约定给付保险金，但需投保人先行补缴所有未缴期间的保险费。

若投保人在保险人催告之日起三十日（含第三十日）内未补缴保险费，则本合同自当期保费的应付之日起终止，对于保险合同终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

授权申请、药品处方审核及购药流程

第十二条 在本附加合同保险期间内，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、台湾地区）医院专科医生初次确诊罹患本附加合同所定义的恶性肿瘤，如果被保险人需在保险人指定药店购买专科医生开具的药品处方中所列明的药品，需按照以下流程进行授权申请、药品处方审核和药品购买：

（一）授权申请和药品处方审核

保险金申请人向保险人提交恶性肿瘤院外特定药品授权申请（以下简称“授权申请”），并提供下列授权申请材料：

1. 保险金给付申请书；
2. 被保险人的有效身份证件；

3. 支持审核的全部证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的门诊及住院病历资料、医学诊断书、病理检查报告、影像报告、检查化验报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等原件。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料；

4. 医生开具的特定药品处方；
5. 医院开具的外购药证明；

6. 保险金申请人所能提供的与确认保险事故性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；

7. 若保险金申请人委托他人申请的，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。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等材料。

保险人基于提交的资料进行药品处方审核。若保险金申请人提交的相关材料不足以支持药品处方审核，或者医学材料中相关的科学方法检验报告结果不支持药品处方的开具，保险人有权要求并一次性通知保险金申请人补充提供有关证明和资料。

如果保险金申请人未提交授权申请或者处方审核未通过，保险人不承担给付恶性肿瘤院外特定药品费用医疗保险金的责任。

（二）药品购买

特定药品授权申请及特定药品处方经保险人审核通过后，保险金申请人可选择去指定药店自取药品或送药上门服务。若选择去指定药店自取药品，保险人将指引保险金申请人，携

带有效药品处方、保险金申请人及被保险人的有效身份证件、被保险人的中华人民共和国社会保障卡（如有）到保险人与保险金申请人确认取药的指定药店自取药品。若选择送药上门服务，保险人将协调药店进行冷链配送到保险金申请人的指定居住地点，保险金申请人收到药品时须提供有效药品处方、保险金申请人及被保险人的有效身份证件、被保险人的中华人民共和国社会保障卡（如有）。

保险金申请

第十三条 被保险人同时拥有多份有效的费用补偿型医疗保险保险单的，可以自主决定理赔申请顺序。

第十四条 对于在保险人指定药店购买特定药品的，保险金申请人需提供在保险人指定药店购买特定药品的发票、费用明细清单，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。

第十五条 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。

其他事项

第十六条 投保人申请解除主险合同时，本附加合同一并解除，保险人根据主险合同约定向投保人退还未最低现金价值，但保险人已根据本合同约定给付保险金的除外。

第十七条 保险人如停售该保险产品，应为已购买产品的被保险人在保险期间内继续提供保障服务，并按照相关规定通过官网、销售渠道、即时通讯等途径披露告知投保人、被保险人。披露的内容应包括产品停售的具体原因、具体时间，以及后续服务措施等信息。

释义

第十八条 本附加合同涉及下列术语时，适用下列释义：

（一）医院

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、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。

（二）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者主治医师以上职称的《医师职称证书》；

4. 在二级及以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

（三）初次确诊

指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊患有某种疾病，而不是指自本附加合同生效之日起第一次经医院确诊患有某种疾病。其中恶性肿瘤确诊之日为手术病理取材或病理活检

取材日期，未经手术治疗但后续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恶性肿瘤确诊日期。

（四）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。

（五）必需且合理

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：

- （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。

（六）特定药品

指本附加合同期满日前在中国国家药品监督管理局批准并已在中国上市的靶向药物和免疫治疗药物。药品的适应症参照中国国家药品监督管理局批准的药品说明书，具体以保险人约定的药品清单列表为准。

（七）处方

指由注册的执业医师在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书。处方包括医疗机构病区用药医嘱单。

（八）靶向药物

指被赋予了靶向能力的药物或其制剂。其目的是使药物或其载体能瞄准特定的病变部位，并在目标部位蓄积或释放有效成分。靶向制剂可以使药物在目标局部形成相对较高的浓度，从而在提高药效的同时抑制毒副作用，减少对正常组织、细胞的伤害。

（九）免疫治疗药物

指通过重新启动并维持肿瘤-免疫循环，恢复机体正常的抗肿瘤免疫反应，从而控制与清除肿瘤的药物。

（十）耐药

是指以下两种情况之一：

1. 实体肿瘤病灶按照 《实体瘤治疗疗效评价标准（RECIST）》 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、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，按权威医学机构（如中国临床肿瘤学会、中华医学会血液分会等）的指南规范，对患者的骨髓形态学、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。

（十一） 试验性或者研究性治疗

指未被国际医学科研究组织普遍接受为对疾病或损伤安全、有效的医疗手段、医学设备或药物；以及处于学习、研究、测试等任何临床试验阶段的治疗、医学操作、疗程治疗、医疗设备或药物。

（十二） 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符合保险保障计划的药品清单。具体药品清单以保险人在官方正式渠道（包括但不限于公司官网、微信公众号）的通知为准，**保险人保留对药品清单进行变更的权利。**

（十三） 指定药店

指保险人授权的第三方药事服务商提供的药店名单，该药店名单以保险人在投保页面或其它官方正式渠道（包括但不限于官网、微信公众号）的通知为准。**保险人保留对上述指定药店名单做出适当调整的权利。** 保险人指定的药店应同时满足以下条件：

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

（十四） 有益的治疗疗效

指按照 RECIST（实体瘤治疗疗效评价标准），肿瘤病灶没有进展。

（十五） 有效身份证件

指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。

（十六） 第三方药事服务商

指保险人授权的为保险用户提供药事服务的机构。

（十七） 最低现金价值：

1. 保险责任开始前退保的，最低现金价值=投保人已缴纳保险费；
2. 保险责任开始后退保的，最低现金价值=净保费×（1- m/n），其中，m 为已生效天数，n 为保险期间的天数，经过天数不足一日的按一日计算。净保费=投保人已缴纳保险费×（1-费用比例），除另有约定外，费用比例为 15%。