

中原农业保险股份有限公司

附加质子重离子医疗费用保险条款

总则

第一条 本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）附加于中原农业保险股份有限公司医疗类主保险合同（以下简称“主合同”）。主合同所附条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等，凡与本附加合同相关者，均为本附加合同的构成部分。

凡涉及本附加合同的约定，均采用书面形式。主合同与本附加合同相抵触，以本附加合同为准。本附加合同未约定事项，以主合同为准。主合同效力终止，本附加合同效力亦同时终止；主合同无效，本附加合同亦无效。

第二条 本附加合同的投保人和被保险人与主合同一致。

第三条 除另有约定外，本附加合同的受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条 在保险期间内，被保险人自本附加合同生效之日起经过本附加合同约定的等待期后，经保险人指定或认可的医疗机构初次确诊罹患恶性肿瘤，且**不属于保险合同中载明的除外疾病**，并在保险人指定的特定医疗机构接受质子治疗或重离子治疗的，对于被保险人实际支出的、必要且合理的需个人支付的质子重离子医疗费用，保险人按照本附加合同约定扣除保险合同载明的免赔额后按赔付比例给付“质子重离子医疗费用”。但累计给付金额最高不超过本附加合同约定的质子重离子医疗保险金额。

特定医疗机构以保险单中载明的医疗机构名单为准。

前述“质子重离子医疗费用”指被保险人接受质子治疗或重离子治疗而发生的床位费、加床费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费、救护车使用费等医疗费用；**但不包括其他疗法如化学疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法所产生的费用。**

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合同保险责任。**

若被保险人在本附加合同生效日前或等待期内已出现符合本附加合同定义的恶性肿瘤相关的症状或体征，即使在等待期后才确诊，保险人亦不承担给付保险金的责任，但向投保人无息退还其所交保险费，本附加合同终止。

若被保险人在等待期内确诊初次罹患本附加合同定义的恶性肿瘤，保险人不承担给付保险金的责任，但向投保人无息退还其所交保险费，本附加合同终止。

除另有约定外，本附加合同的等待期为 90 天。若被保险人为续保的，无等待期。

第五条 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、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，不属于已获得的医疗费用补偿。

责任免除

第六条 因下列原因导致的损失、费用，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）投保人、被保险人的故意行为；
- （二）保险合同中载明的除外疾病；

(三) 被保险人初次投保前所患既往症；

(四) 被保险人在等待期内出现的与恶性肿瘤相关的症状或体征，等待期内接受相关检查且在等待期后确诊为同一种恶性肿瘤的，等待期内确诊发生本附加合同定义的恶性肿瘤的，以上三种情形保险人均不承担赔偿责任；

(五) 先天性疾病、遗传性疾病、先天性畸形、变形和染色体异常；

(六) 妊娠（含宫外孕）、不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症。

第七条 被保险人在下列期间发生的保险事故，保险人不承担给付保险金责任：

(一) 被保险人受毒品、管制药物影响期间；

(二) 被保险人患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV 呈阳性）期间。

第八条 下列费用或损失，保险人不承担给付保险金责任：

(一) 在保险人认可医疗机构以外的医疗机构进行治疗的费用；

(二) 整容费、美容费、修复手术费、矫形费、视力矫正费、牙齿整形费、牙齿修复费、镶牙费；

(三) 营养费、康复费、误工费、丧葬费；

(四) 义眼、义肢、助听器等辅助器具费；

(五) 本附加合同中载明的免赔额或按免赔率折算的免赔额；

(六) 保险责任列明承保的质子治疗、重离子治疗以外的治疗方式产生的费用，包括但不限于物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。

第九条 本条款其他条目中约定的不承担、免除或减少保险责任的部分，保险人也不负责赔偿。

第十条 其他不属于本附加合同责任范围内的损失、费用，保险人不负责赔偿。

保险金额、免赔额（率）和给付比例

第十一条 本附加合同项下的质子重离子医疗保险金额，由投保人、保险人在投保时协商确定，并在保险合同中载明。

第十二条 免赔额（率）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。

第十三条 针对以下三种情况，投保人和保险人分别约定给付比例，并在保险单中载明：

(一) 有社保且已使用社保：被保险人拥有基本医疗保险或公费医疗保障，且在申请理赔时已经从基本医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿；

(二) 有社保但未使用社保：投保时告知保险人已参加基本医疗保险或公费医疗保障，但就诊时未使用或就诊时未参加基本医疗保险或公费医疗保障；

(三) 无社保：被保险人投保时未享有基本医疗保险或公费医疗保障，且没有从基本医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿。

除另有约定外，如被保险人有社保且已使用社保，保险人赔付比例为 80%，如有社保但未使用社保或无社保，保险人赔付比例为 60%。

保险期间

第十四条 除另有约定外，本附加合同的保险期间同主合同一致。但最长不超过一年，以保险单载明的起讫时间为准。

第十五条 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，交纳保险费，并获得新的保险合同。

保险金申请与给付

第十六条 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。

第十七条 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。

（一）保险金给付申请书；

（二）保险单或有效保险凭证；

（三）被保险人身份证明；

（四）保险人认可的医疗机构出具的病历材料（包括住院病历或出院小结）、诊断证明、处方、病理检查报告、化验检查报告、医疗费用原始凭证及费用明细单据等；

（五）对于已经从当地基本医疗保险或其他途径获得补偿的，须提供相应机构或单位出具的分割单或医疗费用结算证明；

（六）保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度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。

第十八条 保险人认为保险金申请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、被保险人或者受益人补充提供。**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。**

其他事项

第十九条 投保人提出保险要求，经保险人同意承保，保险合同成立。依法成立的保险合同，自双方约定的保险起期开始时生效，**但投保人未向保险人交清保险费或未按双方约定向保险人交付保险费的情形除外。**

第二十条 投保人申请解除主合同时，本附加合同一并解除，**但保险人已根据合同约定给付保险金的除外。**保险人根据主合同约定向投保人退还未满期保险费。

第二十一条 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

第二十二条 本附加合同涉及下列术语时，适用下列释义：

【保险人】指与投保人签订本附加合同的中原农业保险股份有限公司。

【医疗机构】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公立医院或保险人认可的医疗机构，**且仅限于上述医院的普通部，不包括上述医院下属的如下机构或医疗服务：**

- （1）特需医疗、外宾医疗、干部病房、国际医疗中心、VIP 部；
- （2）联合病房、联合医院；
- （3）诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；
- （4）休养、戒酒、戒毒中心。

该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供 24 小时的医疗与护理服务的能力或资质。

【床位费】指被保险人住院期间使用的医院床位的费用。

【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，**但不包含营养补充类药品、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、麝香、玳瑁、狗宝、红参、琥珀、灵芝、羚羊角尖粉、马宝、玛瑙、牛黄、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）部分可入药的动物或动物脏器，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。

【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。**膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立款项、也可以合并并在病房费等其他款项内。

【治疗费】指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而合理发生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。

【物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法】是指：

（1）物理治疗是指应用人工物理因子（如光、电、磁、声等）来治疗疾病，具体疗法包括电疗、光疗、磁疗、热疗等。

（2）中医理疗是指以治疗疾病为目的，被保险人接受由具有相应资格的医生实施的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗。

（3）其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗等。

【护理费】指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

【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。

【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。**

【救护车使用费】指为抢救生命由急救中心派出的救护车费用及医院转诊过程中的医院用车费用。

【加床费】未满十八周岁的被保险人在住院期间，其父母或法定监护人陪同住院所发生的加床费，但此费用仅限一人；或女性被保险人在住院期间，其出生未满一周岁的新生儿所发生的住院加床费。

【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。

下列疾病不在保障范围内：

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 Ann Arbor 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。

【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。本附加合同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。

【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。本附加合同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督管理局批准用于临床治疗。

【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。本附加合同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督管理局批准用于临床治疗。

【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。本附加合同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督管理局批准用于临床治疗。

【基本医疗保险】指包括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政府举办的基本医疗保障项目。

【既往症】指被保险人在本附加合同生效日之前罹患的已知或应该知道的有关疾病或症状。包括但不限于以下情况：本附加合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

【遗传性疾病】指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。

【先天性畸形、变形或染色体异常】指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和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。

【患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV 呈阳性）】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。在人体血液或其它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。

【辅助器具费】指购买、安装或修理假肢、矫形器、假眼、假牙和配置轮椅等辅助器具的费用。

【保险金申请人】指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

【未满期保险费】 $\text{未满期保险费} = \text{保险费} \times (1 - m/n)$ ，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。