

# 中原农业保险股份有限公司

## 住院补充医疗保险条款

注册号：C00019532512020082005012

### 总则

**第一条** 本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

**第二条** 除另有约定外，已参加社会基本医疗保险或公费医疗保障的城镇职工、城乡居民可作为本保险合同的被保险人。

**第三条** 投保人应为具有完全民事行为能力的被保险人本人、对被保险人有保险利益的其他自然人或对被保险人有保险利益的机关、企业、事业单位和社会团体；团体投保时，其投保的人数必须占约定承保团体人员的 75%以上，且投保人数不低于 3 人。若被保险人为无民事行为能力人，凡不符合保险法规定的投保申请，保险人不予承保。

**第四条** 除另有约定外，本合同保险金受益人为被保险人本人。

### 保险责任

**第五条** 在保险期间内，被保险人遭受意外伤害或自本保险合同生效之日起经过本合同约定的等待期后（除另有约定外，等待期为 30 天，续保不受此限制）因疾病在保险人认可的医疗机构住院治疗，保险人对被保险人实际支出的、符合社会基本医疗保险统筹基金规定范围的合理且必要的住院医疗费用，在被保险人已按社会基本医疗保险或公费医疗、大病保险有关规定取得医疗费用补偿后，保险人就上述费用余额在扣除约定的免赔额后，按照约定的给付比例给付住院补充医疗保险金。

被保险人在保险期间内住院治疗，至保险期间届满日仍未结束的，保险人继续承担住院补充医疗保险责任至住院结束，除另有约定外，最长不超过保险期间届满之日起第 30 日。

在保险期间内，保险人所给付住院补充医疗保险金的责任以本保险合同中列明的住院补充医疗保险金额为限，对被保险人单次或者累计给付住院补充医疗保险金达到其住院补充医疗保险金额时，本保险合同对该被保险人的保险责任终止。

**第六条** 本保险合同为费用补偿型保险合同，适用医疗费用补偿原则。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。若被保险人已从除社会基本医疗保险或公费医疗、大病保险外其他保险计划（包括工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿的，保险人仅对获得补偿后的医疗费用的余额按照本合同约定给付保险金。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

**第七条** 因下列原因之一，直接或间接造成被保险人发生治疗或支出费用的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- （二）被保险人自致的疾病或伤害，被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （三）被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；

- （四）被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
- （五）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
- （六）被保险人醉酒或受毒品、管制药物影响；
- （七）被保险人怀孕、流产、堕胎、分娩（含剖腹产）、避孕、节育绝育手术、治疗不孕不育症、人工受孕，或由前述情形导致的并发症；
- （八）被保险人进行潜水、跳伞、滑雪、滑水、滑翔、狩猎、攀岩、探险、武术、摔跤、特技、赛马、赛车、蹦极等高风险运动和活动；
- （九）被保险人先天性畸形、变形和染色体异常（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）；
- （十）被保险人患性病、精神和行为障碍（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）；
- （十一）被保险人患椎间盘突出症（包括椎间盘膨出、椎间盘突出、椎间盘脱出、游离型椎间盘等类型）、地方病；
- （十二）被保险人进行外科整形手术、变性手术、预防性手术（如预防性阑尾切除）；
- （十三）被保险人投保前已有的残疾、未告知的既往症以及保险单特别约定的除外疾病；
- （十四）被保险人患职业病；
- （十五）被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无有效行驶证的机动车；
- （十六）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱、恐怖袭击；
- （十七）核爆炸、核辐射或核污染。

**第八条** 除另有约定外，下列损失、费用和责任，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）在康复中心、联合诊所、特需病房等非社会基本医疗保险指定或者保险人认可的医疗机构进行治疗而产生的费用；
- （二）被保险人用于矫形、洗牙、洁齿、整容、美容、器官移植、心理咨询，或修复、安装及购买残疾用具（如轮椅、拐杖、义肢、助听器、义牙、义眼、配镜等）费用；
- （三）被保险人进行一般健康检查、疗养、康复治疗、心理咨询或治疗，或进行以捐献身体器官为目的的医疗费用；
- （四）被保险人精神失常或精神错乱期间产生的费用；
- （五）被保险人的各项门诊治疗费用；
- （六）已从社会基本医疗保险合作医疗管理机构获得补偿的医疗费用，或已从国家机构、公益机构、慈善机构等获得补偿的医疗费用；
- （七）不符合社会基本医疗管理部门规定的统筹基金支付范围的医疗费用；
- （八）已从工伤保险基金、生育保险基金中支付的、由公共卫生负担的或第三者承担的医疗费用；
- （九）本保险合同载明的免赔额。

**第九条** 本保险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** 其他不属于本保险合同责任范围内的损失、费用，保险人不负责赔偿。

#### **保险金额、免赔额与给付比例**

**第十一条** 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

**第十二条** 免赔额和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。

被保险人通过社会基本医疗保险、公费医疗、大病保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额，但从其他途径已经获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。

#### **保险期间**

**第十三条** 除另有约定外，保险期间为一年，以保险合同载明的起讫时间为准。

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。

#### **保险人义务**

**第十四条** 订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

**第十五条** 本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

**第十六条** 保险人依本保险条款取得的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金的责任。

**第十七条** 保险人按照本保险合同的约定，认为被保险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、被保险人补充提供。

**第十八条** 保险人收到被保险人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向被保险人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

**第十九条** 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付保险金的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付保险金的数额后，应当支付相应的差额。

#### **投保人、被保险人义务**

**第二十条** 订立保险合同，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除合同。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

**第二十一条** 除另有约定外，投保人应在保险合同成立时一次交清保险费，投保人未按约定交清保险费的，保险合同不生效。

**第二十二条** 投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

**第二十三条** 团体投保时，在保险期间内，投保人因其人员变动，需增加、减少被保险人时，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

（一）被保险人人数增加时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时开始承担保险责任，并按约定增收未满期保险费。

（二）被保险人人数减少时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时起，对减少的被保险人终止保险责任（如减少的被保险人属于已离职的，保险人对其所负的保险责任自其离职之日起终止），并按约定退还未满期保险费，但减少的被保险人本人或其保险金申请人已发生保险金给付的，保险人不退还该被保险人项下未满期保险费。减少后的被保险人人数不足投保团体人数的 75%或人数低于 3 人时，保险人有权解除本保险合同，并按约定退还未满期保险费。

**第二十四条** 保险期间内，投保人需变更保险合同内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本合同中批注。

**第二十五条** 被保险人的投保年龄按周岁计算。投保人应在投保本保险时将被保险人的真实年龄与性别在投保单上填明，如果发生错误，保险人按照下列规定办理：

（一）投保人申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本保险合同约定的年龄限制的，保险人有权解除本保险合同，并向投保人退还本保险合同的未满期保险费。

（二）投保人申报的被保险人年龄或性别不真实，致使投保人支付的保险费少于应付保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例支付。

（三）投保人申报的被保险人年龄或性别不真实，致使投保人支付的保险费多于应付保险费的，保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

**第二十六条** 投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

### 保险金申请与给付

**第二十七条** 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。

**第二十八条** 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应当以书面形式提交下列证明和资料。保险金申请人因特殊原因不能提供下列证明和资料的，应当提供其他合法、有效的证明和资料。保险金申请人未能提供有关证明和资料，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。

- (一) 保险金给付申请书；
- (二) 保险单或保险凭证原件；
- (三) 被保险人的身份证明材料；

(四) 保险人认可的医疗机构出具的附有病理检查、化验检查、血液检查及其它诊断报告的疾病诊断证明书、病历、住院证明、出院小结、医疗费用原始发票、住院医疗费用结账明细清单等；

(五) 被保险人若已通过其它途径获得了部分医疗费用的补偿并无法提供医疗费用原始凭证时，需提供医疗费用凭证复印件，同时出具注明已给付比例和金额、加盖支付费用单位公章的分割单等相关证明，保险人在剩余医疗费用内按本保险合同约定承担保险责任。

本保险合同所指分割单应符合财政部《会计基础工作规范》的有关要求。涉及社会基本医疗保险时，分割单指社会基本医疗保险费用结算表，或当地社会基本医疗保险结算办法所规定的其他类似费用结算证明。

(六) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等相关的其他证明和资料；

(七) 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资料。

**第二十九条** 被保险人遭受保险事故的，保险人有权对投保人、被保险人、保险金申请人和有关医疗机构等进行调查和检查，投保人、被保险人、保险金申请人等应当予以充分配合。

**第三十条** 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。

### 争议处理与法律适用

**第三十一条** 因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国人民法院起诉。

**第三十二条** 本保险合同的争议处理适用中华人民共和国法律（不包括港澳台地区法律）。

### 其他事项

**第三十三条** 在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除本合同，但保险人根据本合同约定已给付保险金的除外。

**第三十四条** 除另有约定外，保险责任开始前，投保人要求解除保险合同的，应当向保险人支付相当于保险费 5% 的退保手续费，保险人应当退还剩余部分保险费。保险人要求解除保险合同的，不得向投保人收取手续费并退还已收取的保险费。

保险责任开始后，投保人要求解除本合同的，自通知保险人之日起，保险合同解除，保险人按照保险责任开始之日起至合同解除之日止期间按日计收保险费，并退还剩余部分保险费；保险人要求解除保险合同的，应提前十五日向投保人发出解约通知书，保险人按照保险责任开始之日起至合同解除通知到达对方之日止期间与保险期间的日比例计收保险费，并退还剩余部分的保险费。

**第三十五条** 投保人解除本保险合同时，应当提供下列证明和资料：

- (一) 保险合同解除申请书;
- (二) 保险合同原件;
- (三) 投保人身份证明或投保单位证明;
- (四) 保险费发票或者收据;
- (五) 保险人要求的其他有关证明和资料。

**第三十六条** 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

**第三十七条** 本保险合同涉及下列术语时,适用下列释义:

(一) 等待期:指自保险合同生效之日起,本公司将对一段时间内发生的保险事故不承担给付保险金的责任,这段时间称为等待期。**如果被保险人在等待期内发生本合同约定的保险事故,无论是否延续至等待期后,本公司均不承担给付保险金的责任,并向投保人无息退还所缴的全部保险费,本合同终止。**

(二) 保险人认可的医疗机构:指保险人与投保人约定的定点医院,未约定定点医院的,则指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立医院,**但不包括主要作为诊所、康复、疗养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构。**该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备,且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。

(三) 社会基本医疗保险:指城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险等社会保障项目。

(四) 公费医疗:指国家为保障国家工作人员而实行的、通过医疗卫生部门按规定向享受人员提供免费医疗及预防服务的一项社保制度。

(五) 住院:指被保险人因意外伤害或疾病而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、家庭病床、疗养院、挂床住院及其他不合理的住院。**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。

(六) 合理且必要的住院医疗费用:指住院治疗期间发生的符合本保险合同签发地政府当时适用的《基本医疗保险药品目录》、《基本医疗保险诊疗项目目录》、《基本医疗保险医疗服务设施项目范围》及相关规定的医疗费用,**不含基本医疗保险制度规定以外的个人自费的医疗费用。**

(七) 潜水:指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。

(八) 攀岩:指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

(九) 探险:指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险,而故意使自己置身其中的行为,如江河漂流、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。

(十) 武术:指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。

(十一) 特技:指从事马术、杂技、驯兽等特殊技能。

(十二) 高风险运动:指比一般常规性的运动风险等级更高、更容易发生人身伤害的运动,在进行此类运动前需有充分的心理准备和行为上的准备,必须具备一般人不具备的相关

知识和技能或者必须在接受专业人士提供的培训或训练之后方能掌握，被保险人在进行此类运动时须具备相关防护措施或设施，以避免发生损失或减轻损失，包括但不限于驾驶卡丁车、各种车辆表演等。

（十三）地方病：某种疾病只在一定地区内或人群中不断发生。与特定地区的地质、地貌、水土、气候等因素密切相关，并在条件相似地区蔓延流行。各地地方病种的确定以索赔当时当地地方病防治机构的公布为准。

（十四）既往症：指在本合同生效前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病。通常有以下情况：

1. 本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
2. 本合同生效前，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；
3. 本合同生效前，未经医生诊断和治疗，但症状或体征明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

（十五）职业病：指劳动者在工作或者其他职业活动中，因接触粉尘、放射线和有毒、有害物质等职业危害因素而引起的疾病。职业病范围以索赔当时国家正式颁布的种类为准。

（十六）无合法有效驾驶证：被保险人存在下列情形之一者：

1. 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
2. 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
3. 实习期内驾驶公共汽车，营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
4. 持未按规定审验的驾驶证、以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
5. 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；
6. 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

（十七）无有效行驶证：指下列情形之一：

1. 机动车被依法注销登记的；
2. 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌、或临时号牌或临时移动证的机动交通工具；
3. 未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动交通工具。未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

（十八）周岁：指按法定身份证明文件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一周岁，不足一年的不计。

（十九）保险金申请人：指受益人或者依法享有保险金请求权的其他人。

（二十）未到期保险费：未到期保险费=保险费×（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。

# 中原农业保险股份有限公司

## 附加住院自费医疗费用保险条款

注册号：C00019532522020082005032

### 总则

**第一条** 本条款为中原农业保险股份有限公司医疗类保险条款（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。凡与本附加险合同相关者，均为本附加险合同的构成部分。凡涉及本附加险合同的约定，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** 本附加险合同的投保人和被保险人与主险合同一致。

**第三条** 除另有约定外，本附加险合同保险金的受益人为被保险人本人。

### 保险责任

**第四条** 在本附加险合同保险期间内，被保险人因意外伤害或经过本合同约定的等待期后（**除另有约定外，等待期为 30 天，续保不受此限制**）因疾病在保险人认可的医疗机构住院治疗，对于被保险人所支出的不属于保险单签发地社会基本医疗保险规定范围内的，需自费支付的合理且必要的住院医疗费用，**保险人在扣除约定的免赔额后，按约定的给付比例给付住院自费医疗费用保险金。**

被保险人一次或多次因保险事故进行住院治疗，保险人均按上述规定向被保险人分别给付住院自费医疗费用保险金，但累计给付金额以保险金额为限。累计给付金额达到保险金额时，对该被保险人的保险责任终止。

**第五条** 本附加险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，按照本附加险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** 因下列原因之一，直接或间接造成被保险人医疗费用支出的，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）被保险人从事高风险运动、参加任何职业或半职业体育运动期间；
- （三）被保险人酒后驾车、无有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车。

**第七条** 本保险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。

**第八条** 其他不属于本保险合同责任范围内的损失、费用，保险人不负责赔偿。

### 保险金额、免赔额与给付比例

**第九条** 本附加险合同的保险金额，由投保人、保险人在投保时协商确定，并在保险合同中载明。



**第十条** 免赔额和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

**第十一条** 除另有约定外，本附加险合同的保险期间同主险合同一致。但最长不超过一年，以保险单载明的起讫时间为准。

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

**第十二条** 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。

**第十三条** 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应当以书面形式提交下列证明和资料。保险金申请人因特殊原因不能提供下列证明和资料的，应当提供其他合法、有效的证明和资料。

- （一）保险金给付申请书；
- （二）保险单或保险凭证原件；
- （三）被保险人的身份证明材料；

（四）保险人认可的医疗机构出具的附有病理检查、化验检查、血液检查及其它诊断报告的疾病诊断证明书、病历、住院证明、出院小结、医疗费用原始发票、住院医疗费用结账明细清单等；

（五）被保险人若已通过其它途径获得了部分医疗费用的补偿并无法提供医疗费用原始凭证时，需提供医疗费用凭证复印件，同时出具注明已给付比例和金额、加盖支付费用单位公章的分割单等相关证明，保险人在剩余医疗费用内按本附加险合同约定承担保险责任。

本附加险合同所指分割单应符合财政部《会计基础工作规范》的有关要求。涉及社会基本医疗保险时，分割单指社会基本医疗保险费用结算表，或当地社会基本医疗保险结算办法所规定的其他类似费用结算证明。

（六）保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失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。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资料。

**第十四条** 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保险金申请人补充提供。保险金申请人未能提供有关证明和资料，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，本附加险合同一并解除，保险人根据主险合同约定向投保人退还未满期保险费，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** 本附加险合同涉及下列术语时，适用下列释义：

（一）合理且必要：指被保险人发生的各项医疗费用应符合下列所有条件：

1. 治疗意外伤害或疾病所必需的项目；
2. 不超过安全、足量治疗原则的项目；
3. 由医师开具的处方药或医嘱；
4. 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。

对是否合理且必要由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行核定，若被保险人对核定结果有不同意见，可委托双方认可的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

（二）自费医疗费用：指被保险人在住院期间实际发生的属于自费部分的药品费、住院手术费、床位费和其他费用。

# 中原农业保险股份有限公司

## 附加恶性肿瘤院外特定药品费用医疗保险条款

注册号：C00019532522020082005022

### 总则

**第一条** 本条款为中原农业保险股份有限公司医疗类保险条款（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和被保险人与主险合同一致。

**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** 在本附加合同保险期间内，被保险人在等待期后（除另有约定外，等待期为30天，续保不受此限制），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合同所定义的恶性肿瘤，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；
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，具体流程见本条款第十二条“授权申请、药品处方审核及购药流程”。

若本附加合同保险期间届满时该恶性肿瘤治疗仍未结束的，对被保险人在等待期后初次确诊恶性肿瘤且首次购买特定药品的日期发生在本附加合同保险期间内的，保险人仍按照本附加合同保险责任约定承担给付保险金的责任，但最长不超过本附加合同期满之日起30日。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、

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，不属于已获得的医疗费用补偿。

#### 免除责任

**第六条** 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）被保险人在中华人民共和国领土以外的国家或地区以及香港、澳门、台湾地区接受治疗；
- （六）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用或注射特定药品；
- （七）被保险人未在保险人指定或认可的药店购买的药品；
- （八）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；
- （九）被保险人首次购买特定药品的日期不在本保险期间内的；
- （十）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；
- （十一）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；
- （十二）本附加合同载明的免赔额。

#### 保险金额、免赔额和给付比例

**第七条** 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。

**第八条** 免赔额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。

**第九条** 本附加合同的给付比例由投保人与保险人按以下情况在订立保险合同时协商确定，并在保险合同中载明。

##### （一）社保目录内药品费用

1. 有社保但未使用社保：投保时告知保险人已参加社会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社会基本医疗保险或公费医疗保障；

2. 无社保：被保险人投保时未享有社会基本医疗保险或公费医疗保障，且没有从社会基本医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿。

##### （二）社保目录外药品费用

#### 保险期间

**第十条** 除另有约定外，本附加合同的保险期间同主险合同一致。但最长不超过一年，以保险单载明的起讫时间为准。

**第十一条** 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。

### **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满期保险费，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）等待期

指自保险合同生效之日起，本公司将对一段时间内发生的保险事故不承担给付保险金的责任，这段时间称为等待期。如果被保险人在等待期内发生本合同约定的保险事故，无论是否延续至等待期后，本公司均不承担给付保险金的责任，并向投保人无息退还所缴的全部保险费，本合同终止。

##### （二）医院

是指经中华人民共和国卫生部门审核认定的二级或以上的公立医院或保险人认可的医疗机构，除另有约定外，仅限上述医院的普通部。但不包括作为诊所、康复、联合病房、家庭病床、护理、休养或戒酒、戒毒等医疗机构。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提供二十四小时的医疗与护理服务。

##### （三）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。

##### （四）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。恶性肿瘤确诊之日为手术病理取材或病理活检取材日期。

##### （五）恶性肿瘤

根据中国保险行业协会颁布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范》的定义，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 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。

#### （六）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。

#### （七）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。药品的适应症以中国国家药品监督管理局批准的药品说明书为准。

#### （八）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。

#### （九）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。

#### （十）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，免疫治疗不包括嵌合抗原受体 T 细胞免疫疗法(CAR-T)。

#### （十一）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，将根据医疗水平的发展对药品清单进行更新。

药品分类以药品处方开具时《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》的有效版本为准。

#### **（十二）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。**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。

#### **（十三）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。

#### **（十四）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。

#### **（十五）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。