

京东安联财产保险有限公司
个人人身意外伤害保险条款（2020版）
C00005032312022011677283

1. 总则

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。

身体健康的自然人，可作为本保险合同的被保险人。是否接受投保、承保，由**保险人**（见释义 11.1）决定。被保险人本人、对被保险人有保险利益的其他人可作为投保人。后者作为投保人投保时必须经被保险人书面同意。本保险合同的受益人包括：

一、身故保险金受益人

订立本保险合同时，被保险人或投保人可指定一人或数人为身故保险金受益人。身故保险金受益人为数人时，应确定其受益顺序和受益份额；未确定受益份额的，各身故保险金受益人按照相等份额享有受益权。投保人指定受益人时须经被保险人同意，投保人为与其有劳动关系的劳动者投保人身保险，不得指定被保险人及其近亲属以外的人为受益人。

被保险人死亡后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人的遗产，由保险人依照有关法律的规定履行给付保险金的义务：

- 1) 没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；
- 2) 受益人先于被保险人死亡，没有其他受益人的；
- 3) 受益人依法丧失受益权或者放弃受益权，没有其他受益人的。

受益人与被保险人在同一事件中死亡，且不能确定死亡先后顺序的，推定受益人死亡在先。

被保险人或投保人可以变更身故保险金受益人，但需书面通知保险人，由保险人在本保险合同上批注。对因身故保险金受益人变更发生的法律纠纷，保险人不承担任何责任。

投保人指定或变更身故保险金受益人的，应经被保险人书面同意。被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，应由其监护人指定或变更身故保险金受益人。

二、伤残保险金受益人

除另有约定外，本保险合同的伤残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，被保险人因遭受**意外伤害**（见释义 11.2）事故导致身故、伤残的，保险人依照下列约定给付保险金，且**给付各项保险金之和不超过保险金额**。

一、身故保险责任

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并**自事故发生之日起 180 日内**因该事故身故的，保险人按保险金额给付身故保险金，对该被保险人的保险责任终止。

被保险人因遭受意外伤害事故且自该事故发生日起下落不明，后经人民法院依法宣告死亡的，保险人按保险金额给付身故保险金。但若被保险人被宣告死亡后生还的，保险金受领人应于知道或应当知道被保险人生还后 **30 日内**退还保险人给付的身故保险金。

被保险人身故前已领有伤残保险金的，身故保险金为扣除已给付保险金后的余额（如有）。

二、伤残保险责任

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并自该事故发生之日起 180 日内因该事故造成《**人身保险伤残评定标准及代码**》（标准编号为 JR/T 0083-2013，以下简称《**伤残评定标准**》）（见释义 11.3）所列伤残之一的，保险人按该表所列给付比例乘以意外伤害保险金额给付伤残保险金。如第 180 日治疗仍未结束的，按当日的身体情况进行伤残鉴定，并据此给付伤残保险金。

1) 当同一保险事故造成两处或两处以上伤残时，应首先对各处伤残程度分别进行评定，如果几处伤残等级不同，以最重的伤残等级作为最终的评定结论；如果两处或两处以上伤残等级相同，伤残等级在原评定基础上最多晋升一级，最高晋升至第一级。同一部位和性质的伤残，不应采用《**伤残评定标准**》条文两条以上或者同一条文两次以上进行评定。

2) 被保险人如在本次意外伤害事故之前已有伤残，保险人按合并后的伤残程度在《**伤残评定标准**》中所对应的给付比例给付伤残保险金，但应扣除原有伤残程度在《**伤残评定标准**》所对应的伤残保险金。

在保险期间内，身故及伤残保险责任的保险金累计给付金额以保险单载明的意外伤害保险金额为限。

3. 责任免除

因下列任一情形导致被保险人身故或伤残的，或具备下列任一情形的，保险人不承担给付保险金责任：

- 1) 投保人、被保险人或受益人的故意行为；
- 2) 被保险人自致伤害或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- 3) 因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；

- 4) 被保险人妊娠(含宫外孕)、流产(含任何原因所导致的流产和人工流产)、分娩(含剖腹产)、不孕不育;
- 5) 被保险人疾病、食物中毒、药物过敏、中暑、高原反应特定疾病(见释义 11.4)及其并发症、潜水特定疾病(见释义 11.5)及其并发症、猝死(见释义 11.6);
- 6) 被保险人未遵医嘱,私自服用、涂用、注射药物;
- 7) 任何生物、化学、原子能武器,原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射;
- 8) 保单生效前已存在的受伤及其并发症;
- 9) 细菌或病毒感染(但因意外伤害致有伤口而发生感染者除外);
- 10) 被保险人任何因整容、整形手术、内外科手术或其他医疗行为导致的伤害;

被保险人在下列期间遭受伤害导致身故或伤残的,保险人也不承担给付保险金责任:

- 1) 战争(见释义 11.7)、军事行动、暴动或武装叛乱期间;
- 2) 被保险人从事违法、犯罪活动期间或被依法拘留、服刑、在逃期间;
- 3) 被保险人在酒精或毒品、管制药物的影响期间;
- 4) 被保险人患艾滋病或感染艾滋病病毒期间发生的意外伤害;
- 5) 被保险人酒后驾驶(见释义 11.8)、无有效驾驶证(见释义 11.9)驾驶或驾驶无有效行驶证(见释义 11.10)的机动车期间;
- 6) 被保险人进行各种车辆表演、车辆竞赛或练习期间;
- 7) 被保险人作为军人(含特种兵)、警务人员(含防暴警察)在训练或执行公务期间;
- 8) 被保险人参与任何职业体育活动或任何设有奖金或报酬的体育运动期间;
- 9) 被保险人进行滑翔翼、滑翔伞、跳伞、探险活动(见释义 11.11)、非固定路线洞穴探险、特技表演(见释义 11.12),任何海拔 6,000 米以上的户外运动及潜水深度大于 18 米的活动期间。如保险人进行风险评估后同意拓展承保时,不受本责任免除的限制;
- 10) 被保险人必须借助登山绳索、登山向导(非旅行社导游)完成的登山活动期间;借助水下供气瓶(非呼吸管)设备完成的潜水活动期间(但除外在旅游景点的专业潜水教练指导下进行的休闲潜水活动);
- 11) 被保险人存在精神和行为障碍(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)期间(包括但不限于服药治疗或心理行为治疗期间);
- 12) 被保险人从事采矿业、地下作业、山洞作业、水上作业、5 米以上高处作业的职业活动期间;
- 13) 被保险人从事航空或飞行活动期间,包括身为飞行驾驶员或空勤人员,但以缴费乘客身份乘坐客运民航飞机或参与飞行活动的除外。

4. 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。保险金额由投保人、保险人双方约定,并在保险单中载明。本合同的保费按照被保险人的年龄和所选计划确定。投保人须按合同约定支付保险费。本合同保险费支付方式由投保人投保时选择确定,并在保险单上载明。

若投保人选择一次性缴付保险费的,投保人应当在保险合同成立时交清保险费。

若投保人选择分期缴付保险费的,在缴纳首期保险费后,投保人应当在保险费约定缴纳日(见释义 11.13)缴纳其余各期对应月份的保险费。缴费周期为 1 个自然月,如未缴付首期保费,保险合同不成立,保险人不承担保险责任。

如投保人未按约定缴纳保险费,保险人允许投保人在保单约定的宽限期内补缴保险费,如被保险人在宽限期内发生保险事故,保险人承担保险责任,保险金将扣除年度续期月的所有剩余未缴保费。如投保人在宽限期届满时仍未缴纳当期保费的,本保险合同在宽限期届满之日的 24 时起终止,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。

5. 保险期间

除另有约定外,保险期间为一年,以保险单载明的起讫时间为准。

6. 保险人义务

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。

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。

保险人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。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,但因投保人未如实告知、索赔人原因、事故情况异常复杂需要查证或需要等待第三方意见等客观原因需要更长处理时间的除外。

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

赔偿保险金义务。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。

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的数额后，应当支付相应的差额。

7. 投保人、被保险人义务

订立保险合同，保险人就保险标的或者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，保险人有权解除本合同。

前款规定的合同解除权，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。自合同成立之日起超过二年的，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责任。

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，不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。

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责任。

被保险人变更职业或工种时，投保人或被保险人应在 10 日内以书面形式通知保险人。

被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内或保险人不愿承保变更后的风险的，保险人在接到通知后有权解除本合同并按照接到通知之日退还原职业或工种所对应的未到期净保费（见释义 11.14）。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类仍可承保的或在拒保范围内但保险人认定可以继续承保的，保险人按照接到通知之日计算并退还原职业或工种所对应的未到期净保费，投保人补交按照保险人接到通知之日计算的新职业或工种所对应的未到期净保费。

被保险人变更职业或工种，未依本条约定通知保险人，因危险程度增加导致发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

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，均视为已送达投保人。

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（见释义 11.15）而导致的迟延。

8. 保险金申请

保险金申请人（见释义 11.16）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，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

一、身故保险金申请

1) 索赔申请表

2) 身故保险金受益人/法定继承人的身份证明及其他相关材料；

3) 二级以上（含二级）**医疗机构**（见释义 11.17）或保险人认可的机构出具的被保险人身故证明书。若被保险人为宣告死亡，保险金申请人应提供人民法院出具的宣告死亡证明文件；

4) 被保险人的户籍注销证明；

5) 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；

6) 保险金申请人所能提供的其他与本项申请相关的材料。

二、伤残保险金申请

1) 索赔申请表；

2) 被保险人身份证明；

3) 二级以上（含二级）或保险人认可的医疗机构或司法鉴定机构出具的伤残鉴定诊断书；

4) 保险金申请人所能提供的其他与本项申请相关的材料；

5) 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。

保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间按法律规定，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

- 9. 争议处理和法律适用** 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或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。
- 与本保险合同有关的以及履行本保险合同产生的一切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）。
- 10. 其他事项** 在本保险合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本保险合同约定给付保险金的除外。
- 投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：
- 1) 保险合同解除通知书；
 - 2) 投保人身份证明。
- 投保人要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除通知书之时起，本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还保险单的未满期净保费。
- 11. 释义**
- 11.1 保险人** 指与投保人签订本保险合同的京东安联财产保险有限公司及其分支机构。
- 11.2 意外伤害** 指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。
- 11.3 《人身保险伤残评定标准及代码》** 标准标号为 JR/T0083-2013，是由原中国保险监督管理委员会发布（保监发[2014]6号）并经国家标准化委员会备案的中华人民共和国金融行业标准。
- 11.4 高原反应特定疾病** 指急性高原脑水肿、急性高原肺水肿、高原反应、和平原反应，其成立必须由医院相应专科医师确诊。
- 11.5 潜水特定疾病** 指潜水减压病、氮醉、及二氧化碳中毒，其成立必须由医院相应专科医师确诊。
- 11.6 猝死** 外表看似健康的人由于潜在的疾病或者功能障碍所引起的突然的出乎意料的死亡，且医疗机构出具的被保险人死亡诊断为猝死。
- 11.7 战争** 是指不管宣战与否，主权国家为达到其经济、疆域的扩张、民族主义、种族、宗教或其他目的而进行的任何战争或军事行动。
- 11.8 酒后驾驶** 指经检测或鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或超过一定的标准，被公安机关交通管理部门依法认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。
- 11.9 无有效驾驶证** 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。
- 11.10 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；
 - 4) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许机动车行驶的其他情况。

11.11 探险活动

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。如极地探险、江河漂流、徒步穿越沙漠或人迹罕见的原始森林等活动。

11.12 特技表演

指马术、杂技、驯兽等特殊技能。

11.13 保险费约定缴纳日

指保险合同生效日在每月的对应日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。

11.14 未到期净保费

若保险费为分期缴付的：未到期净保费=当期保险费×[1-(当期保障已过天数/当期保障总天数)]×(1-10%)。经过天数不足一天的按一天计算。

若保险费为一次性缴付的：未到期净保费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]×(1-10%)。经过天数不足一天的按一天计算。

若本保险合同已发生保险金赔偿，则未到期净保费为零。

11.15 不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

11.16 保险金申请人

指被保险人；被保险人身故时，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。

11.17 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。

在中国大陆境外（包括香港、澳门、台湾地区）的医疗机构是指保险人认可的，根据所在国家法律合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构：

- 1) 主要运营目的是以住院病人形式提供接待患病、伤者并为其提供医疗护理和治疗，
- 2) 在一名或若干医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊，
- 3) 维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗，并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备，
- 4) 有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。

本条款中所指医疗机构(中国境内或中国境外)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。

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（2021版）
C00005032522022012901913

1. 附加保险合同订立

本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）须附加于保险人主保险合同使用。除另有约定外，本附加合同的保险金受益人为被保险人本人。

2. 保险责任

一、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）后首次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），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，保险人对于需被保险人个人支付的、必需且合理（见释义 12.5）的住院医疗费用，在扣除约定的免赔额后，依照约定的比例补偿恶性肿瘤住院医疗费用。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）。

二、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恶性肿瘤特殊门诊（不含特需门诊）治疗的，保险人对于需被保险人个人

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，依照约定的比例补偿恶性肿瘤特殊门诊医疗费用。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合同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、本附加合同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合同的约定进行赔付。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单中载明的条件和方式进行给付。

4. 免赔额

本附加合同所指免赔额均指年免赔额，指在本附加合同保险期间内，应由被保险人自行承担，本附加合同不予赔偿的部分。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。

5. 责任免除

主保险合同中所有责任免除条款（如适用）除第一部分的第 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合同有相抵触之处，则应以本附加合同为准。

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，保险人不承担给付保险金责任：

（一）故意行为

- 1) 投保人或被保险人的故意行为；
- 2) 自杀，故意自伤，斗殴，醉酒，服用、吸食或注射毒品；

（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）不符合本附加合同约定的医疗费用

- 1) 无符合本附加合同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) 本附加合同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) 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；
- 6) 非住院期间产生的医疗费用（特殊门诊除外）；
- 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) 在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；
- 9) 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；
- 10) 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；
- 11) 诊所、精神病院、老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心入住；

- 12) 被保险人住院体检;
- 13) 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;
- 14) 任何生物、化学、原子能武器,原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射;
- 15) 等待期内罹患的疾病或等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病;

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) 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);
- 2) 非住院期间产生的医疗费用(特殊门诊除外)。

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。本附加合同的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,本附加合同的“保险期间”同主保险合同一致。

8. 不保证续保

本附加合同为不保证续保合同,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,并经保险人同意,交纳保险费,获得新的保险合同。

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有关材料。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(如有);
- 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. 本附加合同效力终止

本附加合同所附属的主保险合同效力终止,本附加合同效力即行终止。主保险合同无效,本附加合同亦无效。

11. 其他条款的适用

本附加合同与主保险合同条款不一致之处,以本附加合同为准;本附加合同未尽之处,以主保险合同条款为准。

12. 释义

12.1 等待期

等待期又称观察期或免责期,以保险单约定时间为准。等待期自本保险合同生效之日起计算,在等待期内发生保险事故的,保险人不承担补偿保险金的责任。

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,病灶经组织病理学检查(见释义12.18)(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, WorldHealthOrganization)《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版(ICD-10)(见释义12.19)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)(见释义12.19)肿瘤形态学编码属于3、6、9(恶性肿瘤)范畴的疾病。

- 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。
- 本附加合同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，并正式办理入出院手续。
- 12.5 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：
 - 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** 指对于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，服用药物等方式的化疗。
- 12.14 放射疗法** 指对于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。本附加合同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管总局批准用于临床治疗。
- 12.16 肿瘤内分泌疗法** 指对于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管总局批准用于临床治疗。
- 12.18 既往病症** 指被保险人在保险合同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。
- 12.19 ICD-10 与 ICD-0-3** 《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10），是世界卫生组织（WHO）发布的国际通用的疾病分类方法。《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-0-3），是 WHO 发布的针对 ICD 中肿瘤形态学组织学细胞类型、动态、分化程度的补充编码。其中形态学编码：0 代表良性肿瘤；1 代表动态未定性肿瘤；2 代表原位癌和非侵袭性癌；3 代表恶性肿瘤（原发性）；6 代表恶性肿瘤（转移性）；9 代表恶性肿瘤（原发性或转移性未肯定）。如果出现 ICD-10 与 ICD-0-3 不一致的情况，以 ICD-0-3 为准。

京东安联财产保险有限公司
附加恶性肿瘤特需医疗费用补偿保险条款（2021 版）
C00005032522022012901873

- 1. 附加保险合同订立** 本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）须附加于保险人主保险合同使用。**除另有约定外，本附加合同的保险金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）**后首次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）**，在本附加合同约定的**医疗机构（见释义 12.3）**接受治疗的，保险人依照下列约定补偿恶性肿瘤特需医疗费用保险金：
- 一、恶性肿瘤住院医疗费用**
被保险人经本附加合同所约定的医疗机构诊断必须**住院治疗的**，保险人对于被保险人**需个人支付的、必需且合理的（见释义 12.4）住院医疗费用，在扣除本保险单载明的免赔额后，依照约定的比例赔付。**住院医疗费用包括**床位费（见释义 12.5）、膳食费（见释义 12.6）、护理费（见释义 12.7）、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费（见释义 12.8）、治疗费（见释义 12.9）、药品费（见释义 12.10）、手术费（见释义 12.11）。**
- 二、恶性肿瘤特殊门诊医疗费用**
被保险人在本附加合同所约定的医疗机构接受针对**恶性肿瘤特殊门诊治疗的**，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，在扣除本保险单载明的免赔额后，依照约定的比例赔付。**

特殊门诊医疗费用包括：化学疗法（见释义 12.12）、放射疗法（见释义 12.13）、肿瘤免疫疗法（见释义 12.14）、肿瘤内分泌疗法（见释义 12.15）、肿瘤靶向疗法（见释义 12.16）治疗费用。

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单项费用赔付限额或累积赔付限额以本附加合同约定为限，当保险人全年累积赔付金额或单项费用赔付金额达到本附加合同约定的限额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

3. 免赔额
一、本附加合同所指免赔额均指年免赔额，指在本附加合同保险期间内，应由被保险人自行承担，本附加合同不予赔偿的部分。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。

4. 补偿原则和赔付标准
一、本附加合同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合同的约定进行赔付。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、若被保险人的病症符合保险条款约定的恶性肿瘤诊断，在特殊门诊或住院期间，被保险人按本附加合同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，保险人按照保险单载明的比例赔付。

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）除第一部分的第 5）项和第 9）项以外，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合同有相抵触之处，则应以本附加合同为准。

一、任何因下列情形之一导致被保险人支出医药费用的，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；
- 2) 自杀，故意自伤，斗殴，醉酒，服用、吸食或注射毒品；

（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 12.16）及其并发症；
- 3) 投保前被保险人已经患有的未如实告知的疾病或症状；

（三）非意外事故导致的治疗

- 1) 因预防、康复、保健型或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；
- 2) 被保险人接受实验性治疗，即未经科学或医学认可的医疗；

（四）不符合本附加合同约定的医疗费用

- 1) 无符合本附加合同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) 本附加合同约定医疗机构外产生的医疗费用（持本附加合同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) 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；
- 6) 非住院期间产生的医疗费用（特殊门诊不在此限）；
- 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) 在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；
- 9) 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；
- 10) 在联合医院、联合病房、诊所、精神病院、老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心入住；

- 11) 被保险人住院体检;
- 12) 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;
- 13) 等待期内罹患的疾病或等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病;

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) 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);
- 2) 被保险人进行各种车辆表演、车辆竞赛期间。

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。本附加合同的保险金额由投保人、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, 本附加合同的“保险期间”同主保险合同一致。

被保险人罹患恶性肿瘤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附加合同终止日次日起 30 日内发生的住院医疗费用, 保险人仍在本附加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附加合同终止日次日起 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. 不保证续保

本附加合同为不保证续保合同, 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, 并经保险人同意, 交纳保险费, 获得新的保险合同。

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有关材料。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(如适用);
 - 4) 其他保险公司的投保及索赔记录复印件;
 - 5) 既往体检报告或医疗检查结果原件;
 - 6) 院外购药原因说明;
 - 7) 医疗资料原件, 包括但不限于过去一年里所有的门诊及完整的住院病历、检查检验结果、手术记录、体温单、护理记录、费用清单、医疗费用发票、社会医疗保险医疗费用结算单等;
 - 8) 过去一年里由二级或二级以上医院或保险人认可的医疗机构出具的附有病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告的疾病诊断证明书原件;
 - 9) 医院提供的膳食费用收费收据;
 - 10) 其它与本项索赔有关的证明文件;
 - 11) 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. 本附加合同效力终止

本附加合同所附属的主保险合同效力终止, 本附加合同效力即行终止。主保险合同无效, 本附加合同亦无效。

11. 其他条款的适用

本附加合同与主保险合同不一致之处, 以本附加合同为准; 本附加合同未尽之处, 以主保险合同为准。

12. 释义

12.1 等待期

等待期又称观察期或免责期, 以保险单约定时间为准。等待期自本保险合同生效之日起计算, 在等待期内发生保

险事故的，保险人不承担补偿保险金的责任。

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，病灶经组织病理学检查（见释义 12.18）（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, WorldHealthOrganization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）（见释义 12.18）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）（见释义 12.18）肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

12.3 医疗机构

是指在中国大陆境内（不包括香港、澳门、台湾地区）合法的二级或二级以上公立医院（含自主制定价格并在特定区域内提供的特需医疗服务，包括但不限于特需病区、国际医疗、干部病房等），或保险人认可的且根据法律合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构：

- 1) 主要运营目的是以住院病人形式提供接待患病、伤者并为其提供医疗护理和治疗，
- 2) 在一名或若干医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊，
- 3) 维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗，并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备，
- 4) 有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。

本附加合同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。

根据部分医疗机构的实际情况，其虽符合上述定义，但保险人仍可以列明清单的方式予以除外，不作为本附加合同约定的医疗机构。具体除外名单以保险人在投保时的告知和保险单中载明的名单为准。

12.4 必需且合理的

- 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。

12.5 床位费

指被保险人使用的医院床位的费用。

12.6 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。

12.7 护理费

指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

12.8 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。

12.9 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。

12.10 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。

12.11 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。

12.12 化学疗法

指对于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、服用药物等方式的化疗。

12.13 放射疗法

指对于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。本附加合同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。

12.14 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市场监督管理总局批准用于临床治疗。

12.15 肿瘤内分泌疗法

指对于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市场监督管理总局批准用于临床治疗。

12.16 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市场监督管理总局批准用于临床治疗。

12.17 既往病症

指被保险人在保险合同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。

12.18 ICD-10 与 ICD-O-3

《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10），是世界卫生组织（WHO）发布的国际通用的疾病分类方法。《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3），是WHO发布的针对ICD中肿瘤形态学组织学细胞类型、动态、分化程度的补充编码。其中形态学编码：0代表良性肿瘤；1代表动态未定性肿瘤；2代表原位癌和非侵袭性癌；3代表恶性肿瘤（原发性）；6代表恶性肿瘤（转移性）；9代表恶性肿瘤（原发性或转移性未肯定）。如果出现ICD-10与ICD-O-3不一致的情况，以ICD-O-3为准。

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（2021版）
C00005032522022012901793

1. 附加保险合同订立

本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）须附加于保险人主保险合同使用。除另有约定外，本附加合同的保险

金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）后初次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，依照约定的补偿比例赔付。当保险人全年累积补偿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项下的保险责任终止。

3. 免赔额

本附加合同所指免赔额均指年免赔额，指在本附加合同保险期间内，应由被保险人自行承担，本附加合同不予赔偿的部分。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。

4. 补偿原则和赔付标准

（一）本附加合同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合同的约定进行赔付。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。不同社保状态的补偿比例，以在保险单中载明的为准。

（二）若被保险人的病症符合本附加合同约定的恶性肿瘤诊断，在门诊或住院期间，被保险人按本附加合同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，保险人按照保险单载明的比例赔付。

（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险单中载明的条件和方式进行补偿。

5. 责任免除

主保险合同中所有责任免除条款（如适用）除第一部分的第 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合同有相抵触之处，则应以本附加合同为准。

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，保险人不承担补偿责任：

（一）故意行为

- 1) 投保人或被保险人的故意行为；
- 2) 自杀，故意自伤，斗殴，醉酒，服用、吸食或注射毒品；

（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) 无符合本附加合同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) 本附加合同约定医疗机构外产生的医疗费用（持符合本附加合同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) 本附加合同约定医疗机构医生开具的超过 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) 被保险人住院体检；
- 9) 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；
- 10) 等待期内罹患的疾病或等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；
- 11) 任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；

二、被保险人在下列期间发生的医疗费用，保险人也不承担补偿保险金责任：

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补偿保险金责任的最高限额。本附加合同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，本附加合同的“保险期间”同主保险合同一致。
保险期间内，被保险人因本附加合同所约定的恶性肿瘤在保险人指定的质子重离子医疗机构接受质子重离子治疗，且在本附加合同终止日治疗仍未结束的，对于该次住院延续至本附加合同终止日次日起 30 日内发生的住院医疗费用，保险人仍在本附加合同的保险责任范围内承担补偿保险金的责任；对于该次住院延续至本附加合同终止日次日起 30 日后发生的住院医疗费用，保险人不再承担补偿保险金的责任。

8. 不保证续保 本附加合同为不保证续保合同，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，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

9. 保险金申请 保险金申请人向保险人申请补偿保险金时，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有关材料。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补偿保险金的责任。

- 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。
- 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. 本附加合同效力终止 本附加合同所附属的主保险合同效力终止，本附加合同效力即行终止。主保险合同无效，本附加合同亦无效。

11. 其他条款的适用 本附加合同与主保险合同不一致之处，以本附加合同为准；本附加合同未尽之处，以主保险合同为准。

12. 释义

12.1 等待期 等待期又称观察期或免责期，以保险单约定时间为准。等待期自本保险合同生效之日起计算，在等待期内发生保险事故的，保险人不承担补偿保险金的责任。

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。

本附加合同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) 由本附加合同约定医疗机构医生开具的处方药；

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

指被保险人在保险合同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）