

华泰财险恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗费用保险（D款）条款

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、批注、合法有效的声明及与保险合同有关的投保文件等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 被保险人应为：

出生满 30 天以上（含，已健康出院）至 65 周岁（含），身体健康，能正常生活、工作的自然人。

经投保人申请，且保险人同意后，本保险合同的被保险人最高可续保至 85 周岁（含）。

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或对被保险人有保险利益的其他人。

第四条 除另有约定外，本保险合同的保险金受益人为被保险人本人。

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保险金受益人。保险金受益人为数人时，被保险人或者投保人可以确定其受益顺序和受益份额；未确定受益份额的，各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。

被保险人身故后，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《中华人民共和国继承法》的规定履行给付保险金的义务：

- （一）没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；
- （二）受益人先于被保险人身故，没有其他受益人的；
- （三）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身故，且不能确定身故先后顺序的，推定受益人身故在先。

被保险人或投保人可以变更保险金受益人，但需书面通知保险人，由保险人在收到变更受益人的书面通知后在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单。**对因被保险人或投保人变更保险金受益人而发生的法律纠纷，保险人不承担任何责任。**

投保人变更保险金受益人的，应经被保险人同意。

被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，可以由其监护人指定或变更保险金受益人。

保险责任

第五条

在本保险合同保险期间内，被保险人在等待期（具体等待期时间在保险单中载明、续保不受等待期的限制）届满后，初次发生并经保险人认可的医院专科医生确诊初次罹患本保险合同约定的一种或多种恶性肿瘤的，被保险人遵医嘱或处方发生的应当由被保险人支付的、合理且必须的恶性肿瘤新特药靶向治疗的医疗费用，在保险单载明的约定的治疗期间内，保险人按照本保险合同约定的保险金计算方法，在保险单中约定的恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗费用保险金额内给付恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗费用保险金，包括下面（一）、（二）两种情况：

（一）医院内购药

在本保险合同保险期间内，等待期届满后被保险人经保险人认可的医院专科医生确诊初次罹患恶性肿瘤，对于被保险人遵医嘱或处方在医院购买治疗该恶性肿瘤、应当由被保险人支付的、合理且必须的恶性肿瘤新特药（保险人指定的药品清单在保险单中载明）的医疗费用，在保险单载明的约定的治疗期间内，保险人按本保险合同的约定给付恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗费用保险金。

（二）医院外购药

在本保险合同保险期间内，等待期届满后被保险人经保险人认可的医院专科医生确诊初次罹患恶性肿瘤，对于被保险人遵医嘱或处方在医院外的、保险人认可的社会药房购买治疗该恶性肿瘤的合理且必须的恶性肿瘤新特药（保险人指定的药品清单在保险单中载明）的医疗费用（须按照保险单载明的购药申请、药品处方审核、药品自取、送药上门服务及援助赠药申请流程进行），在保险单载明的约定的治疗期间内，保险人按本保险合同的约定给付恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗费用保险金。

被保险人每次的恶性肿瘤新特药的取药量不能超过 30 天（1 个月）用量（或者保险单载明的特别约定购药数量）。

本合同约定的被保险人外购恶性肿瘤新特药靶向治疗药物的保险人认可的社会药房以《网络药房列表》形式在保险单中载明，将定期或不定期向投保人和被保险人予以通报，被保险人亦可登陆保险人指定的网站或致电查询相关信息。

保险人对于以上两类费用的累计赔偿金额之和以本保险合同约定的恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗费用保险金额为限，一次或累计赔偿的金额达到本保险合同约定的恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗费用保险金额时，保险人向被保险人给付恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗费用保险金的保险责任终止。

如果在本保险合同约定的保险期间届满之日，被保险人恶性肿瘤治疗仍未结束的，除另

有约定外，保险人对于被保险人在保险期间发生的该恶性肿瘤的治疗继续承担赔偿责任的责任，并以初次确诊罹患该恶性肿瘤之日起一定时期为限。具体期限由投保人和保险人协商确定并在保险单中载明。

（三） 援助用药申请

被保险人申请索赔的恶性肿瘤新特药如果在保险人指定的药品清单中有慈善赠药援助用药项目的，必须进行慈善援助用药申请。

若被保险人用药时长符合保险人指定或认可的慈善机构援助项目申请条件，保险人将通知被保险人并安排保险人指定的第三方服务商协助被保险人进行申请材料准备，被保险人须提供申请援助项目合理且必须的材料。援助项目经保险人指定或认可的慈善机构审核通过后，被保险人须到援助项目指定的药房领取援助药品；若被保险人未通过援助项目审核，保险人须按照上述第（一）、（二）条的约定给付恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗费用保险金。

若被保险人通过援助用药申请可以使用慈善赠药治疗但因被保险人原因未领取援助药品或坚持自付费购药的，视为被保险人自愿放弃本合同项下适用的保险权益，保险人不承担赔偿恶性肿瘤新特药医疗费用保险金的责任。

（四） 本保险合同约定的恶性肿瘤为：

世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤及特定的交界性肿瘤范畴，其中：

特定的交界性肿瘤包含：

- （1） 原发性骨髓纤维化；
- （2） 真性红细胞增多症；
- （3） 原发性血小板增多症。

恶性肿瘤不包含：

- （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 期或者更轻分期的前列腺癌；
- （6） 感染艾滋病病毒或罹患艾滋病期间所罹患恶性肿瘤。

责任免除

第六条 存在下列情形或者因下列情形之一，直接或间接导致被保险人发生恶性肿瘤而支出新特药靶向治疗医疗费用的，保险人不承担保险责任：

（一）被保险人在初次投保或非连续投保前所患的与本保险合同保险责任一致的既往症；

（二）等待期前或等待期内出现的疾病、症状或体征，或在等待期内确诊的与本保险合同保险责任一致的疾病；

（三）等待期内接受与确诊疾病有关的检查但在等待期后确诊的与本保险合同保险责任一致的疾病；

（四）在本保险合同保险期间住院检查，在本保险合同的保险期间届满后确诊罹患与本保险合同保险责任一致的恶性肿瘤；

（五）被保险人购买使用的恶性肿瘤新特药超过其药品使用说明书的适应症（包括被保险人罹患的恶性肿瘤类型或其基因靶点检测结果不符合使用该药物的要求）；

（六）被保险人使用恶性肿瘤新特药按照实体瘤治疗疗效评价标准（RECIST 评价标准）诊断被保险人恶性肿瘤有进展对该药物已耐药；

（七）被保险人购买恶性肿瘤新特药无医生的医嘱或处方；

（八）被保险人醉酒，服用、吸食或注射毒品或服用影响行为能力的相关药品或受管制药品；

（九）被保险人精神错乱或精神失常；

（十）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；

（十一）被保险人患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV 呈阳性）；

（十二）被保险人罹患任何职业病、先天性癌症（BRCA1/BRCA2 基因突变家族性乳腺癌，遗传性非息肉病性结直肠癌，肾母细胞瘤即 Wilms 瘤，李-佛美尼综合症即 Li-Fraumeni 综合症）、遗传性疾病、先天性畸形或缺陷、变形或染色体异常、特定传染病、地方病、精神和行为障碍、心理疾病、性病（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）引起的医疗费用；

（十三）被保险人在非保险人认可的医院检查和治疗恶性肿瘤并购买恶性肿瘤新特药；

（十四）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；

（十五）战争（无论宣战与否）、内战、军事行动、恐怖袭击、暴乱、绑架或其他类似的武装叛乱。

若由于本保险合同中责任免除情形导致被保险人罹患本保险合同约定的恶性肿瘤需要治疗的，保险人对被保险人在本保险合同项下的保险责任终止，除因投保人、被保险人故意制造保险事故外，保险人退还相应的未到期净保险费。

第七条 对下列费用，保险人不承担赔偿责任：

- （一）被保险人使用的恶性肿瘤治疗的非靶向药物产生的医疗费用及其他费用；
- （二）被保险人未在保险人认可的社会药房购买的恶性肿瘤新特药而产生的费用；
- （三）被保险人用于购买不符合相关法律法规或监管规定的要求，或不具备中华人民共和国食品药品监督管理部门等相关管理部门要求具备、符合的资质而产生的恶性肿瘤新特药的费用；
- （四）被保险人购买使用的恶性肿瘤新特药不在保险单载明的恶性肿瘤新特药的清单范围内而产生的费用；
- （五）被保险人医院外购药时未提交购药申请或者申请审核未通过，自行购药而产生的费用；
- （六）被保险人医院外购药时的药品处方审核未通过，自行购药而产生的费用；
- （七）被保险人用药时长符合援助用药项目申请条件，但因被保险人未提交相关申请或者提交的申请材料不全，导致援助项目申请未通过而发生的自付费药品费用；
- （八）被保险人通过援助用药申请但因被保险人原因未领取援助药品或坚持自付费购药的，其自付费购药产生的费用。

免赔额（率）和补偿原则

第八条 免赔额（率）

免赔额（率）由投保人与保险人在订立本保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

本保险合同中所指免赔额（率）均为年度免赔额（率），指在本保险合同保险期间内，应由被保险人自行承担，本保险合同不予给付的部分。在扣除被保险人在其他途径获得的医疗费用补偿（包含已从社会医疗保险、公费医疗保障、除本保险合同之外的商业性医疗费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构获得的医疗费用补偿）及约定的免赔额（率）后，保险人依照本保险合同约定的给付比例，在对应的给付限额内给付保险金。

第九条 补偿原则和赔付标准

本保险合同适用医疗费用补偿原则，医疗保险金包括社保目录外药品费用保险金及社保目录内药品费用保险金两种（以购药时药品属于社保目录内或社保目录外为标准），保险

人按如下约定给付医疗保险金：

（一）若被保险人以未参加社会医疗保险或公费医疗身份投保，未从社会医疗保险、公费医疗、商业性医疗费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构获得医疗费用补偿，保险人按如下公式根据本保险合同的约定给付医疗保险金：

1. 社保目录外药品费用保险金=（被保险人实际支出的符合本保险合同相关约定的医疗费用-免赔额）×社保目录外药品赔付比例

2. 社保目录内药品费用保险金=（被保险人实际支出的符合本保险合同相关约定的医疗费用-免赔额）×以非社保/公费医疗身份投保的社保目录内药品赔付比例

（二）若被保险人以参加社会医疗保险身份投保，已从社会医疗保险、公费医疗、商业性医疗费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构获得医疗费用补偿（以下简称已获得的医疗费用补偿），保险人按如下公式根据本保险合同的约定给付医疗保险金：

1. 社保目录外药品费用保险金=（被保险人实际支出的符合本保险合同相关约定的医疗费用-免赔额）×社保目录外药品赔付比例

2. 社保目录内药品费用保险金=（被保险人实际支出的符合本保险合同相关约定的医疗费用-已获得的医疗费用补偿-免赔额）×经社保/公费医疗报销的社保目录内药品赔付比例

（三）社保卡的个人账户支出部分视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

（四）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，则保险人按如下公式根据本保险合同的约定给付医疗保险金：

1. 社保目录外药品费用保险金=（被保险人实际支出的符合本保险合同相关约定的医疗费用-免赔额）×社保目录外药品赔付比例

2. 社保目录内药品费用保险金=（被保险人实际支出的符合本保险合同相关约定的医疗费用-免赔额）×未社保/公费医疗报销的社保目录内药品赔付比例

（五）保险金额免赔额及赔付比例在保险单中载明，累计给付金额以保险单载明的相应保险金额为限。

保险期间

第十条 本保险合同保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

保险金额和保险费

第十一条 保险金额

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本保险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。

第十二条 保险费

保险费依据保险金额与保险费率计收，并于保险单中载明。投保人应该按照本保险合同的约定，向保险人交纳保险费。

续保

第十三条 续保

本保险合同约定的保险期间届满前 30 日内（含第 30 日）及届满后 15 日内（含第 15 日），投保人可为同一被保险人向保险人申请续保本保险合同，投保人申请续保并一次性交纳续保保险费，且保险人签发保险单的视为保险人同意续保，续保合同不适用等待期。

续保合同具体的生效日以保险人另行签发的保险单、批单、批记载明的日期为准。本保险合同约定的保险期间届满期后 15 日内（含第 15 日）投保人未一次性交纳续保保险费的，投保人需重新申请投保，经保险人审核同意后签发保险单，且前述重新申请投保需适用等待期的约定并重新填写健康告知。

本保险合同为非保证续保合同，不保证续保费率。投保人为同一被保险人提出续保申请时保险人有权根据该被保险人的年龄、医疗费用水平变化、本险种整体经营状况调整该被保险人在续保时对应的费率。费率调整适用于本险种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续保费率。在投保人接受费率调整的前提下，保险人方可为投保人办理续保手续。

当发生下列情形之一的，保险人不再接受投保人续保申请：

- （一）申请续保时被保险人的年龄超过 85 周岁；
- （二）不符合保险人、投保人就具体的保险产品约定的续保条件的（该续保条件会在保险单中载明）；
- （三）被保险人身故；
- （四）投保人或被保险人不如实告知、欺诈等不符合续保条件的情形；
- （五）本保险产品统一停售。

若保险人不再接受续保申请，应在本保险合同保险期间届满之前通知投保人。

保险人义务

第十四条 明确说明义务

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，保险人在订立保险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 保险合同解除权行使期限

保险人依据第二十一条（投保人、被保险人义务中“如实告知义务”条款）所取得的保险合同解除权，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。

第十六条 签发保险单的义务

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。

第十七条 补充索赔证明和资料的通知

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、被保险人或者受益人补充提供。

第十八条 及时核定、赔付义务

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 先行赔付义务

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。

投保人、被保险人义务

第二十条 缴费义务

除另有约定外，投保人应当在本保险合同成立时一次性足额交纳全部保险费。自投保人按约定缴纳保险费之日起，本保险合同生效。对保险合同生效之日前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

第二十一条 如实告知义务

投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

投保人应在订立保险合同时如实告知被保险人是否享有社会医疗保险、公费医疗保障或其他商业医疗保险。

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，保险人有权解除本保险合同。

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。

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。

第二十二条 住址或通讯地址变更告知义务

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。投保人未及时通知的，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达给投保人。

第二十三条 变更批注

在保险期间内，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，并在本保险合同中批注，本保险合同的变更自保险人出具批单之日起生效。

第二十四条 职业或工种的变更

被保险人变更其职业或工种时，投保人应于三十日内以书面形式通知保险人。若被保险人变更后的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人对该被保险人所负保险责任自其职业或工种变更之日起终止，并按日计算退还未满期净保险费，本保险合同终止。变更之日后发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

被保险人变更后的职业或工种依照保险人职业分类在承保范围内的，依照保险人职业分类其危险程度增加而未依前项约定通知而发生保险事故的，保险人按其原收保险费与应收保险费的比例计算并给付保险金。

第二十五条 年龄的确定及错误的处理

被保险人的投保年龄，以法定身份证件登记的周岁年龄为准，本保险合同所承保的被保险人的投保年龄必须符合年龄要求。投保人在申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。若发生错误，保险人按照以下规定处理：

（一）投保人申报的被保险人年龄不真实，且真实年龄不符合本保险合同约定的被保险人年龄限制的，保险人有权解除本保险合同，并向投保人退还未满期净保险费。

（二）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人实付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，或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不真实，导致投保人支付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 保险事故通知义务

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 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提供如下材料：

（一）通用理赔材料：

1、保险金给付申请书；

2、保险合同原件；

3、申请人的有效身份证件；

4、支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查、化验检查报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等。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；

5、申请人所能提供的其他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、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；

7、若保险金申请人为监护人时，还需提供能够证明监护关系的证明文件；

8、被保险人继承人作为索赔申请人索赔时，需提供继承关系证明。

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。

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。

（二） 医院外购药特殊理赔材料及流程：

1、 特殊理赔材料：

（1） 服务知情同意书；

（2） 理赔授权委托书；（仅限于被保险人院外购药费用由保险人认可的社会药房垫付药品费用时使用）

（3） 药品协助购买服务完成确认书；

（4） 保险人、保险人指定的第三方服务商与被保险人依法签订的其他协议、法律文件。

2、 恶性肿瘤新特药的处方审核及购药流程

在本合同有效期内，被保险人在等待期后经医院专科医生确诊初次罹患恶性肿瘤，在该恶性肿瘤的治疗过程中，根据医院专科医生开具的用于治疗该恶性肿瘤的药品处方购药的，如果被保险人在就诊医院外、保险人认可的社会药房购买药品处方中所列明的药品，且该药品属于保险单中载明的药品清单中的药品，须按照以下流程进行购药申请、药品处方审核、药品自取、送药上门服务及援助赠药申请：

（1） 购药申请

在保险人认可的社会药房（以《网络药房列表》形式在保险单中载明）购买保险单中载明的药品清单中的药品，必须先进行购药申请。被保险人作为申请人向保险人提交新特药品购药申请，并按照保险人的要求提交相关申请材料，主要包括与被保险人相关的个人信息、医院专科医生确诊初次罹患恶性肿瘤的诊断证明（包含确诊日期）、与诊断证明相关的检查检验报告、药品处方及其他所需要的医学材料。

如果申请人未提交购药申请或者申请审核未通过，保险人不承担赔偿恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗费用保险金的责任。

（2） 药品处方审核（处方审核时效在保险单中载明）

在保险人认可的社会药房（以《网络药房列表》形式在保险单中载明）购买保险单中载

明的恶性肿瘤新特药清单中的药品，必须先进行药品处方审核。保险人安排指定的第三方服务商（具体服务商在保险单中载明）对被保险人进行药品处方审核。对于药品处方审核中，申请人授权申请时提交的与被保险人相关的医学材料，不足以支持药品处方审核要求的，或者被保险人医学材料中相关的检查检验报告结果，不支持药品处方开具的，保险人有权要求被保险人补充其他与药品处方审核相关的医学材料。

如果申请人的药品处方经第三方服务商及保险人审核未通过，保险人不承担赔偿恶性肿瘤新特药医疗费用保险金的责任。

（3）药品自取、送药上门服务

送药上门服务仅限在保险人认可的社会药房购买保险人指定的药品清单中的药品。

药品处方经保险人指定的第三方服务商审核通过后，申请人必须从保险人认可的社会药房清单（以《网络药房列表》形式在保险单中载明）中选定购药药房，经保险人指定的第三方服务商提供购药凭证后，申请人必须在购药凭证生成后的 30 日（含）内完成到店自取或送药上门服务预约，取药时需提供药品处方、购药凭证、被保险人的有效身份证件。**每次取药量不能超过 30 天（1 个月）用量（或者保险单载明的特别约定购药数量）。**

（4）援助用药申请

被保险人申请索赔的恶性肿瘤新特药如果在保险单载明的药品清单中有慈善赠药援助用药项目的，必须进行慈善援助用药申请。

若被保险人用药时长符合保险人指定或认可的慈善机构援助项目申请条件，保险人将通知被保险人并安排保险人指定的第三方服务商协助被保险人进行申请材料准备，被保险人须提供申请援助项目合理且必须的材料。援助项目经保险人指定或认可的慈善机构审核通过后，被保险人须到援助项目指定的药房领取援助药品；若被保险人未通过援助项目审核，被保险人须按照上述第（2）条药品处方审核的约定重新进行药品处方审核。

若被保险人通过援助用药申请可以使用慈善赠药治疗但因被保险人原因未领取援助药品或坚持自付费购药的，视为被保险人自愿放弃本合同项下适用的保险权益，保险人不承担赔偿恶性肿瘤新特药医疗费用保险金的责任。

（5）费用结算

申请人可选择自付药品费用也可选择由保险人认可的的社会药房（以《网络药房列表》形式在保险单中载明）垫付药品费用。申请人自付药品费用的由被保险人按照正常保险金申请理赔流程向保险人申请赔付。申请人选择由保险人认可的的社会药房（以《网络药房列表》形式在保险单中载明）垫付药品费用的，保险人与该药房直接结算药品费用。

对于保险人已经与保险人认可的社会药房（以《网络药房列表》形式在保险单中载明）直接结算的药品费用，视为保险人已履行向被保险人支付该部分保险金

诉讼时效期间

第二十八条 诉讼时效期间

保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效依据中华人民共和国（不含港澳台地区）相关法律规定处理。

争议处理和法律适用

第二十九条 争议处理

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（不含港澳台地区）有管辖权的人民法院起诉。

第三十条 法律适用

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（不含港澳台地区）。

保险合同的解除、终止

第三十一条 合同的自动终止

发生下列情形时，本保险合同自动终止：

- （一）本保险合同期满；
- （二）被保险人死亡；
- （三）法律法规规定或本保险合同约定的其他导致本保险合同效力终止的情形。

第三十二条 合同的解除

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：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险合同原件；
- （三）保险费交付凭证；
- （四）投保人身份证明。

投保人要求解除本保险合同的，自保险人接到上述证明文件和资料之时起，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 日内退还未满期净保险费。

释义

1. 周岁：以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。

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）的恶性肿瘤及特定的交界性肿瘤范畴，其中：

特定的交界性肿瘤包含：

- （1）原发性骨髓纤维化；
- （2）真性红细胞增多症；
- （3）原发性血小板增多症。

恶性肿瘤不包含：

- （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 期或者更轻分期的前列腺癌；
- （6）感染艾滋病病毒或罹患艾滋病期间所罹患恶性肿瘤。

3. 初次罹患：

指被保险人自出生之日起第一次出现而不是自本保险合同等待期后第一次出现与本保险合同所约定的疾病相关的症状或体征，而该症状或体征已足以引起一般人士注意并去医院寻求医疗检查，且被诊断为本保险合同所约定的疾病或在其后发展为本保险合同约定的疾病。

4. 保险人认可的医院：

是指经中华人民共和国境内（不含港、澳、台地区）卫生部门审核认定的二级及以上的综合性或专科公立医院或保险人认可的医疗机构，上述综合性或专科公立医院仅限于普通

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；
- (2) 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；
- (3) 休养、戒酒、戒毒中心；
- (4) 精神病院、精神心理治疗中心、老人院、疗养院、健康中心。

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二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。

5. 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主治医师以上职称的《医师职称证书》；
- (4) 在二级或二级以上合同约定的医疗机构的相应科室从事临床工作三年以上。

6.合理且必须的恶性肿瘤新特药靶向治疗医疗费用：

(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：

- i.治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
- ii.不超过安全、足量治疗原则的项目；
- iii.由医生开具的处方药；
- iv.非试验性的、非研究性的项目；
- v.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；

vi.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。

7. 社保目录外药品费用：指未被纳入各省区市当地社会基本医疗保险药品目录的药品，以药品处方开具时的有效版本为准。

8. 社保目录内药品费用：指纳入各省区市当地社会基本医疗保险目录的药品，以药品处方开具时的有效版本为准。

9.恶性肿瘤新特药靶向治疗：包括用于治疗恶性肿瘤的靶向药物治疗和靶向免疫检查点抑制剂治疗。

靶向药物：靶向药物（targeted medicine）是目前最先进的用于治疗癌症的药物，它通过与癌症发生、肿瘤生长所必需的特定分子靶点的作用来阻止癌细胞的生长。靶向药物是随着当代分子生物学、细胞生物学的发展产生的高科技药物。

靶向药物与常规化疗药物最大的不同在于其作用机理：常规化疗药物通过对细胞的毒害发挥作用，由于不能准确识别肿瘤细胞，因此在杀灭肿瘤细胞的同时也会殃及正常细胞，所以产生了较大的毒副作用。而靶向药物是针对肿瘤基因开发的，它能够识别肿瘤细胞上由肿瘤细胞特有的基因所决定的特征性位点，通过与之结合（或类似的其他机制），阻断肿瘤细胞内控制细胞生长、增殖的信号传导通路，从而杀灭肿瘤细胞、阻止其增殖。由于这样的特点，靶向药物不仅效果好，而且副作用要比常规的化疗方法小得多。

靶向免疫检查点抑制剂：靶向免疫检查点治疗的基本原理是采用共抑制分子（或配体）的单克隆抗体来阻断信号，从而活化 T 细胞，增强其杀伤肿瘤细胞的能力，是一种新的治疗恶性肿瘤的方法。目前临床上最常用的免疫检查点抑制剂有：1）细胞毒 T 淋巴细胞相关抗原 4（cytotoxic T lymphocyte-associated antigen-4，CTLA-4）；2）程序性死亡受体 1（programmed cell death protein 1，PD-1）；3）程序性死亡配体 1（programmed death-ligand 1，PD-L1）抗体。

10. 未到期净保险费：未到期净保险费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]×(1-25%)。经过天数不足一天的按一天计算。

11. 有效身份证件：指依据法律规定，由有权机构制作颁发的证明身份的证件、文件等，如：居民身份证、户口簿、护照、军人证等。

12. 症状：指被保险人病后对机体生理功能异常的自身体验和感觉。

13. 体征：指被保险人的体表或内部结构发生可以察觉的改变。

14. 职业病：指企业、事业单位和个体经济组织的劳动者在职业活动中，因接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害物质等因素而引起的疾病。职业病的认定需遵循《中华人民共和国职业病防治法》中的相关规定及鉴定程序。

15. 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。

16. 感染艾滋病病毒或患艾滋病：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；同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

17. 不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

18. 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。

19.等待期：指从保险合同生效日起计算的一段时间。具体天数由保险人和投保人在投保时约定并在保险单上载明。在等待期内发生本合同约定的保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

20. 实体瘤治疗疗效评价标准（RECIST 评价标准）（ Response Evaluation Criteria in Solid Tumors, RECIST ）

（1）肿瘤病灶的测量

i. 肿瘤病灶基线的定义

肿瘤病灶基线分为可测量病灶（至少有一个可测量病灶）：用常规技术，病灶直径长度≥30mm 或螺旋 CT ≥30mm 的可以精确测量的病灶。不可测量病灶：所有其它病变（包括小病灶即常规技术长径<20mm 或螺旋 CT <10mm）包括骨病灶、脑膜病变、腹水、胸水、心包积液、炎症乳腺癌、皮肤或肺的癌性淋巴管炎、影像学不能确诊和随诊的腹部肿块和囊性病灶。

ii. 测量方法

基线和随诊应用同样的技术和方法评估病灶。i) 临床表浅病灶如可扪及的淋巴结或皮肤结节可作为可测量病灶，皮肤病灶应用有标尺大小的彩色照片。ii) 胸部 X 片：有清晰明确的病灶可作为可测量病灶，但最好用 CT 扫描。iii) CT 和 MRI：对于判断可测量的目标病灶评价疗效，CT 和 MRI 是目前最好的并可重复随诊的方法。对于胸、腹和盆腔，CT 和 MRI 用 10mm 或更薄的层面扫描，螺旋 CT 用 5mm 层面连续扫描，而头颈部及特殊部位要用特殊的方案。iv) 超声检查：当研究的 End point 是客观肿瘤疗效时，超声波不能用于测量肿瘤病灶，仅可用于测量表浅可扪及的淋巴结、皮下结节和甲状腺结节，亦可用于确认临床查体后浅表病灶的完全消失。v) 内窥镜和腹腔镜：作为客观肿瘤疗效评价至今尚未广泛充分的应用，仅在有关争议的病灶或有明确验证目的高水平的研究中心中应用。这种方法取得的活检标本可证实病理组织上的 CR。vi) 肿瘤标志物：不能单独应用判断疗效。但治疗前肿瘤标志物高于正常水平时，临床评价 CR 时，所有的标志物需恢复正常。疾病进展的要求是肿瘤标志物的增加必须伴有可见病灶进展。vii) 细胞学和病理组织学：在少数病例，细胞学和病理组织学可用于鉴别 CR 和 PR，区分治疗后的良性病变还是残存的恶性病变。治疗中出现的任何渗出，需细胞学区别肿瘤的缓解、稳定及进展。

（2）肿瘤缓解的评价

i. 肿瘤病灶基线的评价

要确立基线的全部肿瘤负荷，对此在其后的测量中进行比较，可测量的目标病灶至少

有一个，如是有限的孤立的病灶需组织病理学证实。i) 可测量的目标病灶：应代表所有累及的器官，每个脏器最多 5 个病灶，全部病灶总数最多 10 个作为目标病灶，并在基线时测量并记录。目标病灶应根据病灶长径大小和可准确重复测量性来选择。所有目标病灶的长度总和，作为有效缓解记录的参考基线。ii) 非目标病灶：所有其它病灶应作为非目标病灶并在基线上记录，不需测量的病灶在随诊期间要注意其存在或消失。

ii. 缓解的标准

目标病灶的评价

CR：所有目标病灶消失。

PR：基线病灶长径总和缩小 $\geq 30\%$ 。

SD：基线病灶长径总和与缩小但未达 PR 或有增加但未达 PD。

PD：基线病灶长径总和增加 $\geq 20\%$ 或出现新病灶。

非目标病灶的评价

CR：所有非目标病灶消失和肿瘤标志物水平正常。

PD：出现一个或多个新病灶或/和存在非目标病灶进展。

SD：一个或多个非目标病灶和/或肿瘤标志物高于正常持续存在。

(3) 总的疗效评价（见表 1）

i. 最佳缓解评估

最佳缓解评估是指治疗开始后最小的测量记录直到疾病进展/复发（最小测量记录作为进展的参考）；虽然没有 PD 证据，但因全身情况恶化而停止治疗者应为“症状恶化”并在停止治疗后详细记录肿瘤客观进展情况。要明确早期进展、早期死亡及不能评价的病人。在某些情况下，很难辨别残存肿瘤病灶和正常组织，评价 CR 时，在 4 周后确认前，应使用细针穿刺或活检检查残存病灶。

ii. 肿瘤重新评价的频率

肿瘤重新评价的频率决定于治疗方案，实际上治疗的获益时间是不清楚的，每 2 周期（6~8 周）的重新评价是合理的，在特殊的情况下应调整为更短或更长的时间。治疗结束后，需重新评价肿瘤决定于临床试验的 end points，是缓解率还是到出现事件时间 (Time to event、TTE) 即到进展/死亡时间 (Time to progression、TTP/Time to death、TTD) 如为 TTP/TTD 那需要常规重复的评估，二次评估间隔时间没有严格的规定。

iii. 确认

客观疗效确认的目的是避免 RR 的偏高，CR、PR 肿瘤测量的变化必须反复判断证实，

必须在首次评价至少 4 周后复核确认，由试验方案决定的更长时间的确认同样也是合适的。SD 病人在治疗后最少间隔 6~8 周，病灶测量至少有一次 SD。对于以无进展生存 (Progression-free survival、PFS)和总生存 (Overall survival、OS)为 end points 的临床研究并不需要反复的确证肿瘤大小的变化。

iv. 缓解期

是从首次测量 CR 或 PR 时直到首次疾病复发或进展时。

v. 稳定期

是从治疗开始到疾病进展的时间，SD 期与临床的相关性因不同的肿瘤类型、不同的分化程度而变化。

缓解期、稳定期以及 PFS 受基线评价后随诊频率的影响，由于受到疾病的类型、分期、治疗周期及临床实践等多种因素的影响，至今尚不能确定基本的随诊频率，这在一定程度上影响了试验 end points 的准确度。

vi. PFS/TTP

在一些情况下（如脑肿瘤或非细胞毒药物的研究）PFS/TTP 可考虑作为研究的 end points，尤其是非细胞毒作用机制的生物药物的初步评估。

vii. 独立的专家委员会

对于 CR、PR 是主要的研究 end points，强调所有缓解都必须被研究外的独立专家委员会检查。

（4）结果报告

试验中的所有病人包括偏离了治疗方案或不合格的病人必须判断对治疗的疗效 (Intend to treatment、ITT)，每个病人都必须按如下分类 CR、PR、SD、PD、死于肿瘤、死于毒性、死于其它肿瘤、不明 (没有足够的资料评估)。所有符合标准合格的病人都应包括在 RR 的分析中，所有 PD 和死亡都应考虑为治疗失败。结论是基于符合标准的病人，其后的进一步分析可在病人的不同亚群中，并提供 95%的可信限间隔。

（5）WHO 与 RECIST 疗效评价标准比较见表 2

表 1 总疗效评价

目标病灶	非目标病灶	新病灶	总疗效
CR	CR	无	CR
CR	未达 CR/SD	无	PR

PR	无 PD	无	PR
PD	任何	有/无	PD
任何	PD	有/无	PD
任何	任何	有	PD
SD	无 PD	无	SD

表 2 WHO 与 RECIST 疗效评价标准比较

疗效	WHO（两个最大垂直径乘积变化）	RECIST（最长径总和变化）
CR	全部病灶消失维持 4 周	全部病灶消失维持 4 周
PR	缩小 50%维持 4 周	缩小 30%维持 4 周
PD	增加 25%，病灶增加前非 CR/PR/SD	增加 20%，病灶增加前非 CR/PR/SD
SD	非 PR/PD	非 PR/PD

21. 保险人指定的药品清单：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计划表约定的各保障计划的药品清单, 药品清单会在保险单中载明。

22. 保险人认可的药房：经保险人审核认可，能够满足下列全部条件，为被保险人提供药品处方审核、购药或配送服务的药房，具体以保险人提供的清单为准。

- （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）提供专业的药品资讯、患者教育、追踪随访、慈善赠药服务；
- （4）该药房内具有药师等专业人员提供服务；
- （5）具有或者正在申报当地城乡居民大病医疗保险定点资质的、由大型医药公司经营的全国性连锁药房。

23. 第三方服务商：保险人授权的为被保险人提供处方审核及药事服务的机构。

24. 购药凭证：保险理赔审核通过后，第三方服务商通过平台派发给被保险人的可用于在第三方服务商合作药房领取保险赔付药品的凭证。

25. 保险人指定或认可的慈善机构：指依法成立、符合《中华人民共和国慈善法》规定，以面向社会开展慈善活动为宗旨的非营利性组织机构。慈善机构可以采取基金会、社会团体、

社会服务机构等组织形式。