

新华人寿保险股份有限公司

康健长乐中老年癌症医疗保险利益条款



请扫描以查询验证条款

第一条 合同构成

康健长乐中老年癌症医疗保险合同（以下简称“本合同”）由保险单及所附康健长乐中老年癌症医疗保险利益条款（以下简称“本合同利益条款”）、个人保险基本条款第二版（以下简称“本合同基本条款”）、投保单、与本合同有关的其他投保文件、健康告知书、变更申请书、声明、批注、附贴批单及其他书面协议构成。

第二条 投保范围

1. 被保险人范围：年满 50 周岁（详见释义）、不满 81 周岁的身体健康者，可作为被保险人参加本保险，但须符合新华人寿保险股份有限公司（以下简称“本公司”）当时的投保规定。本保险最高续保年龄为 100 周岁。

如被保险人已参加本公司其他同类型费用补偿型医疗保险（具体产品以本公司相关投保规定为准），投保人申请在原保险的保险期间届满时转为参加本保险的，经本公司审核同意，视同续保本保险，保证续保期间自被保险人参加本保险时开始计算。

2. 投保人范围：被保险人本人或对被保险人有保险利益的其他人可作为投保人向本公司投保本保险。

第三条 保险金额

本合同保险金额为 200 万元，并在保险单上载明。

第四条 保险期间

本合同的保险期间为一年，并在保险单上载明。保险期间自本合同生效日的零时开始，至期满日的二十四时终止。

第五条 保险责任

在本合同保险期间内，本公司承担给付癌症医疗费用保险金责任。

1. 等待期

除另有约定外，自本合同生效之日起 90 日（含）为等待期。

被保险人在等待期内确诊发生本合同所指的癌症（详见本合同利益条款第十四条），因治疗该癌症导致的医疗费用无论发生在等待期内或等待期后，本公司均不承担保险责任，本公司退还本保险实际缴纳的保险费（详见释义），本合同终止。

保险期间届满时按本保险规定续保的，无等待期。

2. 癌症医疗费用保险金

癌症医疗费用保险金包括癌症确诊医疗费用保险金、癌症住院医疗费用保险金、癌症特殊门诊医疗费用保险金、癌症住院前后门急诊医疗费用保险金和质子重离子医疗费用保险金五部分。

被保险人于等待期后由本公司认可医院（详见释义）的专科医生（详见释义）确诊初次发生本合同所指的癌症（保险期间届满时按本保险规定续保的，对续保前保险期间内确诊初次发生的本合同所指的癌症，在续保保险期间内不受本款规定的初次限制），因该癌症在本公司认可医院或指定质子重离子医疗机构（详见释义）接受癌症治疗的，本公司按下列规定给付癌症医疗费用保险金：

（1）癌症确诊医疗费用保险金

被保险人在该癌症确诊之日（详见释义）前 30 日（含确诊当日）内在本公司认可医院实际发生并支付的、与确诊该癌症相关的**医疗必需且合理**（详见释义）的癌症确诊医疗费用（详见释义），本公司按本款第（6）项癌症医疗费用保险金计算方法，计算并给付癌症确诊医疗费用保险金。

（2）癌症住院医疗费用保险金

被保险人因该癌症在本公司认可医院接受癌症住院（详见释义）治疗的，对其**确诊之日**（不

含)后每次住院实际发生并支付的**医疗必需且合理**的癌症住院医疗费用(详见释义),本公司按本款第(6)项癌症医疗费用保险金计算方法,计算并给付癌症住院医疗费用保险金。

(3) 癌症特殊门诊医疗费用保险金

被保险人因该癌症在本公司认可医院接受下列癌症特殊门诊治疗的,对其**确诊之日(不含)**后每次治疗实际发生并支付的**医疗必需且合理**的癌症特殊门诊医疗费用,本公司按本款第(6)项癌症医疗费用保险金计算方法,计算并给付癌症特殊门诊医疗费用保险金。

癌症特殊门诊治疗包括:

①治疗癌症使用的化学疗法(详见释义)、放射疗法(详见释义)、免疫疗法(详见释义)、内分泌疗法(详见释义)和靶向疗法(详见释义);

②治疗癌症发生器官移植后的门诊抗排异治疗。

(4) 癌症住院前后门急诊医疗费用保险金

被保险人因该癌症在本公司认可医院接受癌症住院治疗的,对其在本次住院前30日内(含住院当日)以及出院后30日内(含出院当日),在本公司认可医院且因与本次住院相同的原因实际发生并支付的**确诊之日(不含)**后的**医疗必需且合理**的癌症门急诊治疗(详见释义)医疗费用(不包括癌症确诊医疗费用和癌症特殊门诊医疗费用),本公司按本款第(6)项癌症医疗费用保险金计算方法,计算并给付癌症住院前后门急诊医疗费用保险金。

(5) 质子重离子医疗费用保险金

被保险人因该癌症在本公司指定质子重离子医疗机构接受质子重离子治疗(详见释义)的,对其每次治疗实际发生并支付的**医疗必需且合理**的质子重离子医疗费用(详见释义),本公司按本款第(6)项癌症医疗费用保险金计算方法,计算并给付质子重离子医疗费用保险金。

被保险人接受质子重离子治疗的,本公司每日给付的床位费以1500元为限。

(6) 癌症医疗费用保险金计算方法

对被保险人每次实际发生并支付的属于本合同保险责任范围内的**医疗必需且合理**的癌症医疗费用,本公司按下列公式计算癌症医疗费用保险金:

癌症医疗费用保险金=(每次发生并支付的属于本合同保险责任范围内的医疗必需且合理的癌症医疗费用-公费医疗、基本医疗保险(详见释义)、城乡居民大病保险和其他费用补偿型医疗保险等其他途径已经补偿或给付的部分)×赔付比例

赔付比例:100%;如被保险人以参加公费医疗或基本医疗保险身份投保,但未以参加公费医疗或基本医疗保险身份就医并结算的,赔付比例为60%。被保险人在本公司指定质子重离子医疗机构接受质子重离子治疗,如其所发生的本合同保险责任范围内的**医疗必需且合理**的全部医疗费用,当地公费医疗、基本医疗保险均不予支付,则不受上述“未以参加公费医疗或基本医疗保险身份就医并结算”的规定限制。

3. 每一保险期间,本公司累计给付的癌症医疗费用保险金以本合同保险金额为限,累计给付的癌症医疗费用保险金达到保险金额时,该保险期间的保险责任终止。

4. 保证续保期间届满时,根据本合同利益条款第九条第3款规定本保险不再接受续保的,如被保险人在保证续保期间内**确诊初次**发生本合同所指的癌症并接受治疗,保证续保期间届满时该癌症治疗仍未结束且自该癌症确诊之日起未滿365日,本公司继续按本条第2款规定承担给付癌症医疗费用保险金责任,但**最长不超过该癌症确诊之日起365日,且需符合本条第3款累计给付金额的规定**;对于被保险人在保证续保期间届满后确诊发生的本合同所指的癌症,因治疗该癌症导致的医疗费用不在本合同保险责任范围内,本公司不承担给付保险金责任。

第六条 补偿原则

本公司在向受益人给付费用补偿型医疗保险金时,如被保险人所发生的属于本合同保险责任范围内的医疗费用已通过公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险、其他费用补偿型医疗保险等其他途径获得了补偿或赔偿,且该补偿或赔偿金额与本公司按本合同约定给付的费用补偿型医疗保险金之和超过了被保险人实际发生的医疗费用,本公司将按被保险人实际发生的医疗费用扣除被保险人从其他途径获得的补偿或赔偿金额后的余额向受益人给付保险金,即包括本合同在内的各种途径所给付的所有补偿或赔偿金额之和不得超过被保险人实际发生的医疗费用。

第七条 责任免除

被保险人因下列情形之一发生医疗费用的，本公司不承担保险责任：

1. 主动服用、吸食或注射毒品（详见释义）；
2. 核爆炸、核辐射、核污染或生物化学污染；
3. 感染艾滋病病毒或患艾滋病（详见释义），遗传性疾病（详见释义）、先天性畸形、变形或染色体异常（详见释义）；
4. 既往病症（详见释义）（但被保险人告知并经本公司书面同意承保的除外）、本合同特别约定除外的疾病及其并发症；
5. 未遵医嘱，私自服用、涂用或注射药物及由此导致的并发症；未经医生许可自行进行的任何治疗或未经医生处方自行购买的药品；医生开具的单次超过 30 天部分的药品；
6. 休养、疗养、身体检查和健康护理等非治疗性行为，康复治疗（详见释义）、心理治疗；
7. 除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节、人工肺、人工肾、人工食管、人工胰、人工血管以外的人工器官材料及其安装和置换；
8. 康复器械的购买和租赁；使用假体装置、各种矫正器、轮椅及各种电动助行器械、助听器；所有非处方医疗器械；
9. 未经科学或医学认可的试验性或研究性治疗及其产生的后果；
10. 医疗事故（详见释义）；
11. 器官供体寻找、获取以及从供体切除、储藏、运送器官；
12. 在本公司认可医院、指定质子重离子医疗机构以外发生的医疗费用（以相关医疗费票据为准）；
13. 基因疗法（详见释义）和细胞免疫疗法（详见释义）。

第八条 保险费的交纳

本合同的交费方式为一次交清，并在保险单上载明。

保险期间届满时按本保险规定续保的，投保人应不晚于保险期间届满后 60 日（含）交纳续保保险费，本公司继续承担下一保险期间保险责任；保险期间届满后 60 日（含）仍未交纳续保保险费的，自保险期间届满时，本合同终止。如要继续享有本保险提供的保障，投保人需重新申请投保本保险，等待期重新计算。

第九条 续保和保证续保

1. 自本合同生效之日起，每 3 个保险期间为保证续保期间。

如投保人在投保时同意续保，在保证续保期间内，每一保险期间届满时，如投保人未做不续保声明，且已交纳了续保保险费，本合同自动续保，但被保险人续保时的年龄超过本保险规定的最高续保年龄的除外。

在保证续保期间内，本公司不会因被保险人的健康状况拒绝投保人续保。

2. 每一保证续保期间届满前，本公司将通知投保人协商续保事宜。如投保人申请续保，经本公司审核同意且投保人己交纳续保保险费，则进入下一保证续保期间；如本公司审核不同意，将书面通知投保人。

3. 每一保证续保期间届满时，发生下列情形之一的，本保险不再接受续保：

- (1) 本产品已停售；
- (2) 保险期间届满时被保险人年龄超过本保险规定的最高续保年龄；
- (3) 未通过本公司续保审核。

第十条 公费医疗或基本医疗保险状态变更

在本合同有效期内，如被保险人是否参加公费医疗或基本医疗保险的状态发生变化，投保人应及时书面通知本公司，并提供相关证明，申请被保险人状态变更。

如投保人已变更被保险人公费医疗或基本医疗保险状态，投保人须按本合同规定以变更后的状态对应的保险费率交纳续保保险费。

第十一条 保险金受益人

除本合同另有指定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

第十二条 保险金的申请

1. 申请保险金时，由受益人作为申请人填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：
 - (1) 保险合同；
 - (2) 申请人及被保险人的有效身份证件；
 - (3) 本公司认可医院或指定质子重离子医疗机构出具的附有病历、必要病理检验、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及门急诊病历原件、门急诊处方、出院小结或住院病历（加盖医院病历专用章）、医疗费用收据原件和费用明细清单；
 - (4) 被保险人以公费医疗、基本医疗保险参保人员身份接受治疗的，如上述单证中部分医疗费用已由公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险支付，还须提供公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险经办机构开具的医疗费用报销分割单原件或按公费医疗有关规定取得医疗费用补偿的证明；
 - (5) 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。
2. 如申请人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人，由其法定代理人代为办理申请。
3. 如委托他人代为申请，应提供授权委托书及受托人的有效身份证件。
4. 本公司认为有关证明和资料不完整的，将及时一次性通知申请人补充提供。
5. 被保险人在非认可医院治疗，必须事先征得本公司同意。如因急诊未在认可医院就诊，应及时通知本公司。

第十三条 投保人解除合同的手续及风险

1. 本合同生效后，本公司为投保人提供 15 日的犹豫期，犹豫期指投保人收到保险单并书面签收之日起 15 日的期间，投保人在上述期间内要求解除本合同的，本公司自本合同解除之日起 10 日内在扣除工本费后退还本保险实际缴纳的保险费。
 2. 投保人在犹豫期后要求解除本合同的，本公司自本合同解除之日起 10 日内向投保人退还保险单的现金价值（详见释义）。**投保人犹豫期后解除合同可能会遭受一定损失。如已发生保险金给付的，投保人不得要求解除本合同。**
 3. 投保人要求解除本合同时，应填写合同解除申请书，并提供下列证明和资料：
 - (1) 保险合同；
 - (2) 投保人的有效身份证件。
- 自本公司收到合同解除申请书及上述证明和资料之日起，本合同终止。

第十四条 本合同所指的疾病定义

本合同所指的癌症：指下列疾病：

1. 恶性肿瘤——重度：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。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，不在保障范围内：

(1) ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；

b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

(2) TNM 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

(3) TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或更轻分期的前列腺癌；

(4) 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

(5) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

(6) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

(7) 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 < 10/50 HPF 和 ki-67 ≤ 2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

2. 恶性肿瘤——轻度：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,但不在“恶性肿瘤——重度”保障范围的疾病。且特指下列六项之一:

- (1) TNM 分期为 I 期的甲状腺癌;
- (2) TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期的前列腺癌;
- (3) 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤;
- (4) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病;
- (5) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病;
- (6) 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别(核分裂像 < 10/50 HPF 和 ki-67 ≤ 2%)的神经内分泌肿瘤。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”,不在保障范围内:

ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0(良性肿瘤)、1(动态未定性肿瘤)、2(原位癌和非侵袭性癌)范畴的疾病,如:

a. 原位癌,癌前病变,非浸润性癌,非侵袭性癌,肿瘤细胞未侵犯基层,上皮内瘤变,细胞不典型性增生等;

b. 交界性肿瘤,交界恶性肿瘤,肿瘤低度恶性潜能,潜在低度恶性肿瘤等。

3. 原位癌:指恶性细胞局限于上皮内尚未穿破基底膜浸润周围正常组织的癌细胞新生物。病灶经组织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)的原位癌类别。

任何细胞病理学检查结果均不能作为诊断依据。

交界性肿瘤,交界恶性肿瘤,肿瘤低度恶性潜能,潜在低度恶性肿瘤不在本项保障范围内。

以上第 1、2 种疾病的疾病名称和疾病定义为中国保险行业协会制定的《重大疾病保险的疾病定义使用规范(2020 年修订版)》中的疾病名称和疾病定义,其余疾病为本公司增加的疾病。

上述疾病定义中的术语释义:

1. 组织病理学检查:指通过局部切除、钳取、穿刺等手术方法,从患者机体采取病变组织块,经过包埋、切片后,进行病理检查的方法。

通过采集病变部位脱落细胞、细针吸取病变部位细胞、体腔积液分离病变细胞等方式获取病变细胞,制成涂片,进行病理检查的方法,属于细胞病理学检查,不属于组织病理学检查。

2. 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。

3. TNM 分期:采用 AJCC 癌症分期手册标准。该标准由美国癌症联合委员会与国际抗癌联合会 TNM 委员会联合制定,是目前肿瘤医学分期的国际通用标准。T 指原发肿瘤的大小、形态等;N 指淋巴结的转移情况;M 指有无其他脏器的转移情况。

4. 甲状腺癌的 TNM 分期:采用目前现行的 AJCC 第八版定义标准,我国国家卫生健康委员会 2018 年发布的《甲状腺癌诊疗规范(2018 年版)》也采用此定义标准,具体见下:

甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hürthle 细胞癌和未分化癌

pT_x: 原发肿瘤不能评估

pT₀: 无肿瘤证据

pT₁: 肿瘤局限在甲状腺内,最大径 ≤ 2cm

T_{1a} 肿瘤最大径 ≤ 1cm

T_{1b} 肿瘤最大径 > 1cm, ≤ 2cm

pT₂: 肿瘤 2~4cm

pT₃: 肿瘤 > 4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}: 肿瘤 > 4cm, 局限于甲状腺内

pT_{3b}: 大体侵犯甲状腺外带状肌,无论肿瘤大小

带状肌包括:胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT₄: 大体侵犯甲状腺外带状肌外
 pT_{4a}: 侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织
 pT_{4b}: 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管
 甲状腺髓样癌
 pT_x: 原发肿瘤不能评估
 pT₀: 无肿瘤证据
 pT₁: 肿瘤局限在甲状腺内, 最大径≤2cm
 T_{1a} 肿瘤最大径≤1cm
 T_{1b} 肿瘤最大径>1cm, ≤2cm
 pT₂: 肿瘤 2~4cm
 pT₃: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌
 pT_{3a}: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内
 pT_{3b}: 大体侵犯甲状腺外带状肌, 无论肿瘤大小
 带状肌包括: 胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌
 pT₄: 进展期病变
 pT_{4a}: 中度进展, 任何大小的肿瘤, 侵犯甲状腺外颈部周围器官和软组织, 如喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织
 pT_{4b}: 重度进展, 任何大小的肿瘤, 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管
 区域淋巴结: 适用于所有甲状腺癌
 pN_x: 区域淋巴结无法评估
 pN₀: 无淋巴结转移证据
 pN₁: 区域淋巴结转移
 pN_{1a}: 转移至VI、VII区(包括气管旁、气管前、喉前/Delphian 或上纵隔)淋巴结, 可以为单侧或双侧。
 pN_{1b}: 单侧、双侧或对侧颈淋巴结转移(包括I、II、III、IV或V区)淋巴结或咽后淋巴结转移。
 远处转移: 适用于所有甲状腺癌
 M₀: 无远处转移
 M₁: 有远处转移

乳头状或滤泡状癌(分化型)			
年龄<55岁			
	T	N	M
I期	任何	任何	0
II期	任何	任何	1
年龄≥55岁			
I期	1	0/x	0
	2	0/x	0
II期	1~2	1	0
	3a~3b	任何	0
III期	4a	任何	0
IVA期	4b	任何	0
IVB期	任何	任何	1
髓样癌(所有年龄组)			
I期	1	0	0
II期	2~3	0	0
III期	1~3	1a	0
IVA期	4a	任何	0
	1~3	1b	0
IVB期	4b	任何	0

IVC 期	任何	任何	1
未分化癌（所有年龄组）			
IVA 期	1~3a	0/x	0
IVB 期	1~3a	1	0
	3b~4	任何	0
IVC 期	任何	任何	1

注：以上表格中“年龄”指患者病理组织标本获取日期时的年龄。

第十五条 附则

本合同利益条款与本合同基本条款不一致的，以本合同利益条款为准。

第十六条 释义

周岁：以法定有效身份证件中记载的出生日期为计算基础。

本保险实际缴纳的保险费：指投保人依据本合同已经向本公司缴纳的一年期保险费。

认可医院：指二级及以上公立医院普通部或本公司认可的其他医院普通部（不含其特需医疗、国际部医疗），但不包括以疗养、护理、戒酒或戒毒、精神心理治疗或类似功能为主要功能的医疗机构，以及无相应医护人员或设备的二级或三级医院的联合医院或联合病房。具体可登陆本公司主页（www.newchinalife.com）查询或咨询本公司全国客户服务电话 95567。

特需医疗、国际部医疗：指经医疗机构管理部门和物价部门批准，在医疗机构中通过设立特定区域或科室，为患者提供优先门急诊或住院服务，通常收取高于普通部诊疗费用、床位费用或其他医疗费用的医疗服务，包括特需医疗、国际部医疗，以及贵宾医疗、外宾医疗等相类似的部门及医疗服务。

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. 在国家《医院分级管理标准》二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

指定质子重离子医疗机构：指上海市质子重离子医院，暨复旦大学附属肿瘤医院质子重离子中心，或本公司认可的其他质子重离子医疗机构，具体可登陆本公司主页（www.newchinalife.com）查询或咨询本公司全国客户服务电话 95567。

确诊之日：被保险人经手术治疗或病理检查确诊癌症的，以医院出具的病理报告日期为疾病确诊日期；被保险人未经手术治疗或病理检查但后续进行放射性疗法或化学药物性疗法或癌症对症治疗的，以首次放疗或首次化疗或首次癌症对症治疗日期为疾病确诊日期。

医疗必需且合理：指合理的、符合通常惯例且医疗必需的医疗费用。符合通常惯例指被保险人接受的医疗服务满足以下全部条件：

1. 该服务满足医疗需要而且根据治疗当地通行治疗规范、采用了通行治疗方法；
2. 医疗费用没有超过当地对类似情形治疗的常规费用，类似情形是指在同一地区、对相同性别、近似年龄的人所患的同类疾病或身体伤害实施的类似治疗或服务。

医疗必需指针对意外伤害或疾病本身的医疗服务及医疗费用满足以下全部条件：

1. 治疗意外伤害或疾病合适且必须的、有医生处方的项目；
2. 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；
3. 非为了医师或其他医疗提供方的方便；
4. 接受的医疗服务范围是合适的而且经济有效的。

对是否医疗必需由本公司理赔人员根据客观、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。

癌症确诊医疗费用：指被保险人发生的与确诊癌症相关的以下费用：

1. 医生诊查费；
2. 检查检验费；
3. 其他医疗必需且合理的医疗费用。

住院：指被保险人确因临床需要入住医疗机构之正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院。其中挂床住院指被保险人非治疗需要，离

开医疗机构 12 小时以上，视为自动离开医疗机构，本公司仅对离开日及以前属于保险责任范围内的住院治疗承担保险金给付责任。

住院医疗费用：指被保险人住院期间，在当次住院治疗的医院内实际发生的以下费用：

1. 床位费：指被保险人在住院期间发生的医疗机构床位的费用，**不包括陪人床、观察病房床位和家庭病床的费用；**

2. 药品费：指根据医生处方使用的具有国家药品监督管理机构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药品发生的费用，包括西药、中成药和中草药。**不包括下列药品发生的费用：**

(1) 主要起营养滋补作用的药品；

(2) 在治疗时当地基本医疗保险药品目录及相关规定中基本医疗保险基金不予支付的中药饮片及中药材，包括单味或复方均不予支付费用的中药饮片及中药材、单味使用不予支付费用的中药饮片及中药材。

3. 检查检验费；

4. 输氧费；

5. 病室治疗费、诊疗费、冷暖气费用、医生诊查费、护理费；

6. 本市救护车费；

7. 注射费；

8. 物理治疗费；

9. 材料费：指在住院期间医生或者护士在为被保险人进行的各种治疗中所使用的医疗器材和医用材料；

10. 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、手术设备费等；如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；**

11. 膳食费：指住院期间实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用。**膳食费不包括：**

(1) 所住医院外其他营利性餐饮服务机构提供的餐饮费用；

(2) 住院期间购买的个人用品；

(3) 不在医院开具的医疗费用清单上的餐饮费用。

12. 被保险人住院实际发生的医疗必需且合理的其他住院医疗费用。

化学疗法：指针对于癌症的化学治疗。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。本合同所指的化疗指被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化疗、服用药物等方式的化疗。

靶向疗法、免疫疗法、基因疗法、细胞免疫疗法不在本项保障范围内。

放射疗法：指针对于癌症的放射治疗。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。本合同所指的放疗指被保险人根据医嘱，在医院的专门科室进行的光子治疗、电子治疗和快中子治疗。

质子重离子治疗和热中子治疗不在本项保障范围内。

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药品监督管理机构批准用于临床治疗。

基因疗法和细胞免疫疗法不在本项保障范围内。

内分泌疗法：指针对于癌症的内分泌疗法，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药品监督管理机构批准用于临床治疗。

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。本合同所指的靶向治疗药物需具有国家药品监督管理机构核发的药品批准文号或进口药品注册证书、医药产品注册证书。

超出适应症（以国家药品监督管理机构批准的药品说明书为准）用药情况不在本项保障范围内。

门急诊治疗：指被保险人确因临床需要，正式办理挂号手续，并确实在本公司认可医院的

门诊部或急诊部接受治疗的行为过程。

质子重离子治疗：指通过质子射线、重离子射线照射癌症部位以抑制癌细胞的生长繁殖。治疗需在指定质子重离子医疗机构内由专科医生处方开具，并在指定质子重离子医疗机构内接受治疗。

下列情形不在本项保障范围内：

1. 治疗方案仍处于试验阶段；

2. 实施放射的仪器和受治肿瘤类型未经国家卫生管理机构或国家药品监督管理机构批准。

质子重离子医疗费用：指被保险人因接受质子重离子治疗而发生的相关费用，包括床位费、膳食费、护理费、诊疗费、检查检验费、治疗费、医生诊查费、药品费，但不包括化学疗法、免疫疗法、内分泌疗法和靶向疗法所产生的医疗费用。

基本医疗保险：指职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等基本医疗保险保障项目。

毒品：指中华人民共和国刑法规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。

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。

在人体血液或其他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。

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》第十次修订版（ICD-10）确定。

既往病症：指在本合同生效之前被保险人已患有的疾病或损伤，包括下列情形：

1. 医生已明确诊断，且长期治疗未间断；

2. 医生已明确诊断，且已接受治疗，但有间断用药情况；

3. 医生已明确诊断，但未接受任何治疗。

康复治疗：指被保险人接受以促进机体各项功能恢复为目的的医疗方法，如理疗、按摩、推拿、生物反馈疗法、康复营养、康复护理等。

医疗事故：指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，过失造成患者人身损害的事故。

基因疗法：指通过各种手段修复缺陷基因，以实现减缓或治愈疾病目的的技术。

细胞免疫疗法：指通过采集人体免疫细胞，在体外进行扩增和功能鉴定，然后向患者转输，达到杀灭血液及组织中的病原体、癌细胞、突变的细胞，从而打破机体免疫耐受，激活和增强机体免疫力的治疗方法。

现金价值：现金价值=保险费×（保险期间天数-保险期间已经过天数）÷保险期间天数×0.65。

新华人寿保险股份有限公司

个人保险基本条款第二版

第一条 合同成立与生效

投保人提出保险申请、新华人寿保险股份有限公司（以下简称“本公司”）同意承保，本合同成立，合同成立日期在保险单上载明。

除另有约定外，自本合同成立、本公司收取保险费并签发保险单的次日零时起本合同生效，本公司开始承担保险责任，合同生效日期在保险单上载明。本合同生效日即为保单生效日。

第二条 合同内容变更

投保人和本公司可以协商变更本合同的有关内容。变更本合同的，由本公司在保险单上批注或附贴批单，或由投保人和本公司订立变更的书面协议。

第三条 合同终止

以下任何一种情况发生时，本合同终止：

1. 在本合同有效期内解除本合同的；
2. 本公司已经履行完毕保险责任的；
3. 被保险人身故的；
4. 本合同因条款所列其他情况而终止的。

第四条 身故保险金受益人的指定和变更

本合同包含身故保险责任的，投保人或被保险人可指定一人或数人为身故保险金受益人，受益人为数人时，应确定受益顺序和受益份额，未确定受益份额的，各受益人按相等份额享有受益权。

投保人或被保险人可以变更身故保险金受益人，但须书面通知本公司，由本公司在保险单上批注或附贴批单。

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受益人。

投保人在指定和变更身故保险金受益人时，须经被保险人书面同意。为与投保人有劳动关系的劳动者投保，不得指定被保险人及其近亲属以外的人为受益人。

被保险人身故后，有下列情形之一的，身故保险金作为被保险人的遗产，由本公司依照《中华人民共和国民法典》的规定履行给付保险金的义务：

1. 没有指定受益人或受益人指定不明无法确定的；
2. 受益人先于被保险人身故，没有其他受益人的；
3. 受益人依法丧失受益权或放弃受益权，没有其他受益人的。

被保险人和受益人在同一事件中身故，无法确定两者身故先后顺序的，推定受益人先于被保险人身故。

受益人故意造成被保险人身故、伤残、疾病的，或故意杀害被保险人未遂的，该受益人丧失受益权。

第五条 保险事故通知

投保人、被保险人或受益人应在知道保险事故发生之日起 10 日内通知本公司。

如投保人、被保险人或受益人故意或因重大过失未及时通知本公司，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，本公司对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但本公司通过其他途径已经及时知道或应当及时知道保险事故发生，或虽未及时通知但不影响本公司确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

第六条 保险金的给付

本公司在收到保险金给付申请书及本合同利益条款所列的保险金申请所需证明和资料后，

将在 5 日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定。对属于保险责任的，本公司在与被保险人或受益人达成有关给付保险金数额的协议后 10 日内，履行给付保险金义务。

本公司未及时履行前款规定义务的，将赔偿被保险人或受益人因此受到的损失。

对不属于保险责任的，本公司自作出核定之日起 3 日内向申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

本公司在收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，对给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；本公司最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

第七条 明确说明与如实告知

订立本合同时，本公司会向投保人说明本合同的条款内容。对本合同中免除本公司责任的条款，本公司在订立合同时将在投保单、保险单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口头形式向投保人作出明确说明，未作提示或明确说明的，该免除本公司责任条款不成为合同内容。本公司会就投保人和被保险人的有关情况提出书面询问，投保人应当如实告知。

投保人故意或因重大过失未履行如实告知义务，足以影响本公司决定是否同意承保或提高保险费率的，本公司有权解除本合同。

前款规定的合同解除权，自本公司知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。自本合同成立之日起超过二年的，本公司不得解除本合同；发生保险事故的，本公司承担给付保险金的责任。

投保人故意不履行如实告知义务，对于本合同解除前发生的保险事故，本公司不承担保险责任，并不退还本保险实际缴纳的保险费。

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，对于本合同解除前发生的保险事故，本公司不承担保险责任，但将退还本保险实际缴纳的保险费。

本公司在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，本公司不得解除合同；发生保险事故的，本公司承担给付保险金的责任。

第八条 未成年人身故保险金限制

为未成年子女投保的，因被保险人身故给付的保险金总和不得超过国务院保险监督管理机构规定的限额，身故给付的保险金额总和约定也不得超过前述限额。

第九条 年龄确定与错误处理

1. 投保人和被保险人的年龄以周岁计算。

2. 投保人在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保单上填明，如发生错误按下列方式办理：

(1) 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合同约定投保年龄限制的，本公司有权在知道有解除事由之日起 30 日内解除本合同，并向投保人退还保险单的现金价值，但自本合同成立之日起超过二年的除外。

(2) 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实付保险费少于应付保险费的，本公司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。

(3) 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实付保险费多于应付保险费的，本公司会将多收的保险费退还给投保人。

3. 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使本公司给付的保险金与实际不符的，本公司将根据被保险人的真实年龄调整。

第十条 联系方式变更

为了保障投保人的合法权益，投保人的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，请及时通知本公司。如投保人未通知本公司，本公司按本合同载明的最后住所、通讯地址或电话等联系方式发送的有关通知，均视为已送达给投保人。

第十一条 失踪处理

被保险人在本合同保险期间内失踪，并经人民法院宣告死亡，本公司依据人民法院的宣告死亡判决及宣告死亡日，按本合同规定给付保险金。

如日后被保险人重新出现或确知其没有死亡，保险金领取人应将已领取的保险金于被保险人重新出现或确知其没有死亡之日起 30 日内退还本公司，本合同的效力由投保人和本公司依法协商处理。

第十二条 争议处理

本合同争议解决方式由当事人约定从下列二种方式中选择一种：

1. 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，提交双方共同选择的仲裁委员会仲裁；

2. 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。