

申能财产保险股份有限公司
中老年癌症医疗保险（特需版）条款
（注册号：C00026232512024062708153）

总 则

第一条 合同构成

本保险合同（以下简称为“本合同”）由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及与本合同有关的投保文件、合法有效的声明、批单及投保人与**保险人（释义1）**共同认可的书面或者电子协议等组成。凡涉及本合同的约定，均应采用书面形式或者电子形式。

第二条 被保险人

凡年龄在**45周岁（释义2）**至100周岁，身体健康且能正常工作、生活，在中华人民共和国境内（**不包括香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区**）（以下简称“中国境内”）居住的中国国籍自然人，均可作为本合同的被保险人。**被保险人年龄在81周岁（含81周岁）至100周岁的，保险人不接受首次投保或非续保申请，只接受续保申请。**

第三条 投保人

凡年满十八周岁，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他人均可作为本合同的投保人。

第四条 受益人

除另有约定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 保险责任

在保险期间内，被保险人经过保单约定的**等待期（释义3）**后，经医院的**专科医生（释义4）** **诊断确诊（释义5）**首次罹患癌症（**恶性肿瘤-重度（释义6）**）的情况下，对于被保险人治疗所产生的下述（一）至（七）项费用和责任，在中国境内二级或二级以上公立医院的普通部、国际部、特需病房或VIP病房接受治疗（不包括观察室、联合病房、康复病房），保险人按照保险合同的约定承担赔偿责任。

在保险期间内，被保险人经过保单约定的等待期后，经医院的专科医生诊断确诊首次罹患癌症（**恶性肿瘤-轻度（释义7）**及**原位癌（释义8）**）的情况下，对于被保险人治疗所产生的下述（一）至（五）项费用，在中国境内二级或二级以上公立医院普通部（**不含特需病房、外宾病房或其他不属于社会基本医疗保险或公费医疗报销范围内的高级病房**）或保险人认可的**医疗机构（释义9）**接受治疗，保险人按照保险合同的约定承担赔偿责任。

（一）癌症住院医疗费用

被保险人在保单约定的等待期后经医院的**专科医生诊断确诊首次罹患癌症（包括恶性肿瘤-重度、恶性肿瘤-轻度及原位癌）**必须接受住院治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理（**释义10**）的住院医疗费用，包括**床位费（释义11）、膳食费（释义12）、护理费（释义13）、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费（释义14）、治疗费（释义15）、药品费（释义16）、手术费（释义17）、救护车费用（释义18）**等。

到本合同保险期间届满日时，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发生的、最高不超过本合同保险期间届满日后90日内（含第90日）的住院医疗费用。如第90日仍未结束本次住院治疗的，自第90日后发生的住院医疗费用不属于本合同保险责任。

（二）癌症特殊门诊医疗费用

被保险人在保单约定的等待期后经医院的**专科医生诊断确诊首次罹患癌症（包括恶性肿瘤-重度、恶性肿瘤-轻度及原位癌）**必须在医院接受癌症特殊门诊治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的特殊门诊医疗费用，包括：**化学疗法（释义19）、放射疗法（释义20）、肿瘤免疫疗法（释义21）、肿瘤内分泌疗法（释义22）、肿瘤靶向疗法（释义23）**治疗费用。

（三）癌症门诊手术医疗费用

被保险人在保单约定的等待期后经医院的**专科医生诊断确诊首次罹患癌症（包括恶性肿瘤-重度、恶性肿瘤-轻度及原位癌）**必须接受门诊手术治疗的，被保险人需个人支付的、必需且合理的癌症门诊手术医疗费用。

（四）癌症住院前后门急诊医疗费用

被保险人在保单约定的等待期后经医院的专科医生诊断确诊首次罹患癌症（包括恶性肿瘤-重度、恶性肿瘤-轻度及原位癌）必须接受住院治疗，在住院前（含住院当日）7日（含第7日）和出院后（含出院当日）30日（含第30日）内，因与该次住院相同原因接受癌症门急诊治疗，被保险人需个人支付的、必需且合理的癌症门急诊医疗费用。此项费用不包含癌症医疗保险责任中第（二）项、第（三）项约定的癌症特殊门诊医疗费用和癌症门诊手术医疗费用。

（五）质子重离子医疗费用

被保险人在保单约定的等待期后经医院的专科医生诊断确诊首次罹患癌症（包括恶性肿瘤-重度、恶性肿瘤-轻度及原位癌）必须接受质子重离子放射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、药品费等。

质子重离子放射治疗仅限于保险人认可的医疗机构，以在保险单中载明的医疗机构名单为准。

（六）（恶性肿瘤-重度）住院津贴

1. 被保险人在保单约定的等待期后经医院的专科医生诊断确诊首次罹患癌症（仅限恶性肿瘤-重度）并因该癌症在保险期间内入住在中华人民共和国境内（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区）二级或二级以上医院或保险人认可的医疗机构进行治疗的，保险人在本合同载明的保险金额内，按照该被保险人实际住院天数，在扣除本附加合同约定的免赔天数后，根据本合同约定的每日给付金额，向被保险人给付“（恶性肿瘤-重度）住院津贴”。总给付天数、每日（恶性肿瘤-重度）住院津贴金额由投保人、保险人在投保时双方协商确定，并在保单中载明。

（恶性肿瘤-重度）住院津贴=（实际住院天数-免赔天数）*合同约定的每日（恶性肿瘤-重度）住院津贴金额

被保险人每次住院天数超过15日的，须事先向保险人提出书面申请，经保险人书面同意后，保险人对超过15日的住院天数部分给付恶性肿瘤住院津贴，否则，保险人对每次（恶性肿瘤-重度）住院津贴给付以15日为限。

2. 保险期间届满，经保险人书面同意的，被保险人治疗未满180日，且仍需继续住院治疗的，保险人所负给付保险金责任的期限，自保险期满次日起计算，至该次住院出院之日止，最长以30日为限。

3. 保险人所负给付责任以被保险人住院天数为限，在保险期间内，对被保险人一次给付天数最高为90天为限。多次累计给付天数达到180天时，保险人对该被保险人的保险责任终止。如因同一疾病再次住院治疗，且前次出院日期（不含）与再次住院日期（不含）间隔未超过30日，视为同一次住院。

（七）（恶性肿瘤-重度）ICU重症监护津贴

1. 被保险人在保单约定的等待期后经医院的专科医生诊断确诊首次罹患癌症（仅限恶性肿瘤-重度）并因该癌症在保险期间内需入住在中华人民共和国境内（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区）二级或二级以上医院或保险人认可的医疗机构的ICU重症监护病房（释义24）进行治疗的，保险人在本合同载明的保险金额内，按照该被保险人实际住院天数，在扣除本附加合同约定的免赔天数后，根据本合同约定的每日给付金额，向被保险人给付“（恶性肿瘤-重度）ICU重症监护津贴”。总给付天数、每日（恶性肿瘤-重度）ICU重症监护津贴金额由投保人、保险人在投保时双方协商确定，并在保单中载明。

（恶性肿瘤-重度）ICU重症监护津贴=（实际ICU重症监护天数-免赔天数）*合同约定的每日（恶性肿瘤-重度）ICU重症监护津贴金额

被保险人每次ICU重症监护天数超过15日的，须事先向保险人提出书面申请，经保险人书面同意后，保险人对超过15日的ICU重症监护天数部分给付（恶性肿瘤-重度）ICU重症监护津贴，否则，保险人对每次（恶性肿瘤-重度）ICU重症监护津贴给付以15日为限。

2. 保险期间届满，经保险人书面同意的，被保险人治疗未满60日，且仍需继续ICU重症监护治疗的，保险人所负给付保险金责任的期限，自保险期满次日起计算，至该次住院出院之日止，最长以15日为限。

3. 保险人所负给付责任以被保险人ICU重症监护天数为限，在保险期间内，对被保险人一次给付天数最高为30天为限。多次累计给付天数达到60天时，保险人对该被保险人

的保险责任终止。如因同一疾病再次入住 ICU 重症监护病房治疗，且前次离开 ICU 重症监护病房日期（不含）与再次入住 ICU 重症监护病房日期（不含）间隔未超过 30 日，视为同一次入住 ICU 重症监护病房。

对于以上七类费用被保险人需个人支付的、必需且合理的金额，保险人在扣除保单约定的免赔额后，依照保单约定的给付比例进行赔付。在一个保险期间内，被保险人不论一次或多次在医院进行治疗，保险人均按照约定给付各项保险金，但各项保险金的累计给付金额以被保险人的保险金额为限，累计给付金额达到保险金额时，本保险期间保险人对被保险人的保险责任终止。

本合同第五条载明的保险责任适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括社会基本医疗保险、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。

针对以下情况，投保人和保险人分别约定免赔额和给付比例，并在保险单中载明：

1、有社保：被保险人享有社会基本医疗保险或公费医疗保障，且在申请理赔时已经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的；

2、无社保：被保险人申请理赔时未享有社会基本医疗保险或公费医疗保障，或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的。

3、若被保险人以已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，则保险人根据保险单上单独约定的给付比例进行赔付。

本合同中所指免赔额均指年免赔额，指被保险人自行承担，本合同不予赔偿的部分。在保险期间内，以上（一）至（五）项责任共用保险金额及共用同一个免赔额，（六）和（七）两项为津贴责任，不受保险金额及免赔额的限制。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。

责任免除

第六条 因下列情形之一导致被保险人发生疾病、达到疾病状态或进行手术而支出医疗费用的或发生如下列明的医疗费用，保险人不承担保险金给付责任：

- （一）被保险人在不符合本合同约定的医院或医疗机构就诊发生的医疗费用；
- （二）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- （三）被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- （四）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- （五）核爆炸、核辐射或者核污染；
- （六）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（释义 25）；
- （七）医疗事故。
- （八）被保险人斗殴、醉酒，主动服用、吸食或注射毒品，或未遵医嘱、擅自服用、涂用、注射药物。
- （九）未经医生处方自行购买的药品、非医院药房购买的药品、医生开具的超过 30 天部分的药品费用。

第七条 疾病及费用除外

- （一）被保险人患既往症（释义 26），在等待期内被保险人确诊的相关疾病；
- （二）被保险人患遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD10）确定）；
- （三）职业病；
- （四）被保险人患精神性疾病（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD10）分类为精神和行为障碍的疾病）；
- （五）非必需且合理的医疗费用（例如接种预防癌症的疫苗，进行基因测试等），接受试验性治疗（释义 27），采取未经医学认可的医疗手段。

保险金额和保险费

第八条 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。保险金额由投保人在投保时与保险人约定，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。

第九条 保险费

（一）保险费按被保险人的投保年龄所对应的费率标准计收。

保险费=基准保费×费率调整系数之积×投保天数/365天

（二）投保人在保险期满后重新申请投保本合同，应根据被保险人重新申请投保时的年龄所对应的费率来确定保险费缴费标准。

保险期间

第十条 保险期间

保险期间由保险人和投保人协商确定，以保险单载明的起讫时间为准，最长不超过一年。

第十一条 保险责任起讫

本合同的责任起讫自本合同生效之日起经过约定的等待期以后，且投保人缴清保险费开始。本合同保险期间届满前投保人重新为被保险人向保险人申请投保本产品而获得的新的保险合同无等待期。

保险人义务

第十二条 不保证续保

本保险为不保证续保合同。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

发生下列情形之一的，保险人不再接受投保人为被保险人再次投保本保险的申请：

- （一）申请时被保险人的年龄已超过本合同约定的最大投保年龄；
- （二）被保险人身故；
- （三）本合同在申请时已因其他条款所列情况而导致效力终止；
- （四）投保人或被保险人发生不如实告知、欺诈等情形；
- （五）本保险统一停售。

如被保险人在保险期间内发生（恶性肿瘤-重度）住院津贴或（恶性肿瘤-重度）ICU重症监护津贴保险金赔付的，保险人将不再接受被保险人该项保险责任的续保申请。

第十三条 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。

第十四条 签发保单义务

本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十五条 保险合同解除权行使期限

保险人依据第二十条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。

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。

第十六条 补充索赔证明和资料的通知

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、被保险人补充提供。

第十七条 及时核定、赔付义务

保险人收到保险金申请人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保险金申请人。对属于保险责任的，在与保险金申请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的义务。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保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十八条 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

第十九条 缴纳保险费义务

投保人应当在保险合同成立时一次性缴清保险费，若投保人未在合同规定时间内缴纳保险费的，保险人有权解除保险合同（合同另有约定的从约定）。

第二十条 如实告知义务

（一）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。

（二）投保人故意或者因重大过失未履行如实告知义务的，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。

（三）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。

（四）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。

第二十一条 住所或通讯地址变更通知义务

投保人或被保险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。

第二十二条 职业或工种的变更通知义务

当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满期净保费（释义28）。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满期净保费，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保费。

被保险人所变更的职业或工种，依照保险人职业分类其危险性增加，且未依本条约定通知保险人而发生保险事故的，保险人按其原交保险费比新职业或工种所对应的保险费率计算并给付保险金。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，保险人不承担给付保险金的责任。

公司将按照事先公布的职业分类表确定被保险人的职业分类，投保人可通过本公司服务场所工作人员、服务热线或有关互联网查询到此表。

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，并在本合同中批注。

第二十四条 保险事故通知义务

投保人、被保险人或者保险金受益人应于知道或者应当知道保险事故发生之日起10日内通知保险人。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（释义29）而导致的迟延。

保险金申请与给付

第二十五条 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）保险金给付申请书；
- （二）保险合同凭证；
- （三）保险金申请人有效身份证件；
- （四）支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括但不限于本公司指定或认可的医疗机构出具的附有病理检查、化验检查及其他医疗检查报告的医疗诊断证明、门诊及住院病历以及出院小结、处方、医疗费用原始单据、费用明细单据等；
- （五）保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其他合法有效的材料；
- （六）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；
- （七）**如果已从其他途径获得了补偿，则须提供从其他途径报销的凭证。**

在保险人的理赔审核过程中，除法律禁止的情况外，本公司有权对投保人、被保险人、受益人等，就事故的性质、原因、结果及被保险人的损伤程度和身体情况等，进行调查、检查、评估和鉴定（包括但不限于提请作必要、合理的解剖检验），投保人、被保险人、受益人等应当予以充分配合。

第二十六条 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。

争议处理和法律适用

第二十七条 争议处理

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。

第二十八条 法律适用

与本合同有关的以及履行本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）。

其他事项

第二十九条 合同解除

在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同。投保人解除本合同时，应提供下列证明文件和资料：

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

投保人要求解除本合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本合同的效力终止。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。**若被保险人已领取过保险金的，保险人退还本合同有效保险金额的未满期净保费。**

第三十条 合同的终止

发生下列情形时，本合同终止：

- （一）保险合同期满；
- （二）被保险人在保险期限内身故的，本合同对该保险人的保险责任即行终止，保险人可退还未满期净保费；
- （三）被保险人不再满足本合同的投保资格要求，但被保险人在保险期间起始日满足年龄要求要求的，在保险期间内保险责任不因其年龄的改变而自动终止。

第三十一条 年龄的确定与错误的处理

被保险人投保年龄，应以法定身份证明文件确定的周岁年龄为准。本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的年龄不真实，并且其真实年龄不符合本合同约定的投**

保年龄限制的，保险人有权解除合同，并向投保人退还未满期净保费；

（二）投保人申报的被保险人的年龄不真实，并且按照真实年龄所需收取的保费较高，保险人有权更正并要求投保人补交差额的保险费；

（三）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。

释义

1、**保险人**：指与投保人签订本合同的申能财产保险股份有限公司及其分支机构。

2、**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。

3、**等待期**：指自本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本合同上载明。在等待期内被保险人确诊相关疾病的，保险人不承担该次疾病的给付保险金的责任。

4、**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。

5、**确诊**：指被保险人经手术治疗或组织病理学检查确诊癌症（包括恶性肿瘤-重度、恶性肿瘤-轻度及原位癌）。以手术病理取材或病理活检取材日期为癌症确诊日期；被保险人未经手术治疗但后续行放射性疗法或化学药物性疗法的，以首次放疗或化疗日期为癌症确诊日期。

6、**恶性肿瘤一重度**：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它部位，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“恶性肿瘤一重度”，不在保障范围内：

（1）ICD-O-3（**释义30**）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，肿瘤细胞未侵犯基底层，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（**释义31**）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 $<10/50\text{HPF}$ 和 $\text{ki-67} \leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

7、**医疗机构**：是指符合下列所有条件的机构：

（1）位于中国境内，拥有合法经营执照，中华人民共和国卫生部门审核认定的二级以上（含二级）的定点公立医院，或其它合同双方约定的医院；

（2）设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；

（3）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。

（4）非主要作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。

（5）以上机构中的特需门诊或病房（包含特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP部、联合医院）是否开放视具体计划而定。

8、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 $<10/50\text{HPF}$ 和 $\text{ki-67} \leq 2\%$ ）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，肿瘤细胞未侵犯基底膜，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。

9、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。原位癌必须经对固定活组织的**组织病理学检查（释义 32）**明确诊断。

10、必需且合理：

指符合以下两个条件：

（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；
- 6) 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。

11、床位费：指被保险人住院期间实际发生的使用医院床位的费用（不包括家庭病房、套房、体检病房、养老公寓及任何非医疗机构的床位费用）。

12、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。

13、护理费：指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

14、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。

15、治疗费：指住院期间以治疗疾病为目的，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，具体以就诊医院费用项目划分为准。

本项责任不包含如下费用：**物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。**物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法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；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；其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

16、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。

17、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、手术检测费、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。

18、救护车费：指为抢救生命由急救中心派出的救护车费用及根据医生建议发生的医院转诊过程中的医院用车费。仅限同一城市中的医疗运送。

19、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。

20、放射疗法：指针对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。

21、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总局批准用于临床治疗。

22、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总局批准用于临床治疗。

23、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总局批准用于临床治疗。

24、ICU重症监护病房：指经国家医疗卫生行政主管部门批准，在医院内正式设立的集中监护和救治危重患者的专业病房。该病房为因各种原因导致一个或多个器官与系统功能障碍危及生命或具有潜在高危因素的患者，提供24小时连续深度监护并按日收费。包括冠心病重症监护治疗病房（CCU）、心肺重症监护治疗病房（CPICU）、心脏外科重症监护治疗病房（CSICU）、神经外科重症监护治疗病房（NSICU）、婴幼儿重症监护治疗病房（IICU）等专门性的重症监护病房。不包括抢救室、急救室及手术后病人进入并接受术后监护的术后苏醒室、术后恢复室、术后监护病房等非重症监护病房。

25、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；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

26、既往症：指在保单生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

27、试验性治疗：指不符合被保险人接受医疗所在地医学界认可实践的治疗方法、手段、设备、药品等。

28、未到期净保费：未到期净保费=净保费×(1-m/n)，其中，m为已生效天数，n为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。

净保费=保险费×(1-费用比例)，除另有约定外，费用比例为20%。

29、不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

30、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-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。

31、TNM 分期：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。

32、组织病理学检查：组织病理学检查是通过局部切除、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。

申能财产保险股份有限公司
中老年癌症医疗保险（特需版）费率规章

一、基准保费（元）（基准保额300万）

年龄 (周岁)	0 元免赔		1 万元免赔		2 万元免赔	
	有社保	无社保	有社保	无社保	有社保	无社保
45	1482	2079	1450	2049	1430	2004
46-50	1947	2629	1882	2585	1859	2538
51-55	2682	3607	2615	3563	2605	3522
56-60	3736	5141	3685	5105	3672	4922
61-65	4833	6501	4631	6326	4589	6095
66-70	7236	9632	6918	9378	6767	9026
71-75	11523	15375	11333	14985	11186	14762
76-80	15080	19554	14706	18814	14482	18737
81-85*	17645	22899	17210	22021	16949	21910
86-90*	18642	24169	18180	23252	17871	23141
91-95*	20620	26768	20092	25743	19739	25600
96-100*	22127	28680	21592	27570	21269	27421

*号为81-100周岁续保适用保费。

二、风险调整系数(各风险调整系数之间为连乘的关系)

1、保险金额调整系数

保险金额（万）	调整系数
200 万	0.95
300 万	1.00
400 万	1.10
500 万	1.20

2、疾病等待期调整系数

等待期天数	调整系数
0	1.30
30	1.20
60	1.10
90	1.00

3、给付比例调整系数

给付比例（%）	调整系数
100%	1.00
90%	0.90
80%	0.80
70%	0.70

4、客户忠诚度调整系数

投保次数	调整系数
首年投保	1.00
续保	0.95

5、销售渠道调整系数

销售渠道	调整系数
直销渠道	0.80
除直销外的其他渠道	1.00

6、家庭折扣

家庭投保人数	调整系数
1人	1.00
2人	0.95
3人及以上	0.90

三、保险费计算公式

保险费=基准保费×风险调整系数乘积×投保天数/365天

