

利宝保险有限公司

甲状腺恶性肿瘤复发医疗保险条款（2025版A款）（互联网专属）

（注册号：C00006032512025032412613）

总则

第一条 本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证、批单，以及与本合同有关的投保文件、**合法有效（释义1）**的声明和其他书面文件共同构成。凡涉及本合同的约定，均应采用书面或电子形式。

第二条 投保人提出保险申请、**保险人（释义2）**同意承保，本合同成立。本合同自保险人同意承保、收取保险费并签发电子保险单开始生效，具体生效日以电子保险单所载的日期为准。

第三条 本合同的被保险人，应符合承保条件，并且已接受**甲状腺恶性肿瘤手术治疗（释义3）**，**投保时年龄在十八周岁（释义4）（含）至六十五周岁（含）**的甲状腺恶性肿瘤患者，本合同保险期间届满时投保人为被保险人不间断再次投保的，被保险人最高年龄可至八十周岁（含）。

第四条 具有完全民事行为能力的被保险人本人或在本合同订立时对被保险人具有保险利益的其他人，均可作为本合同的投保人。

第五条 除另有约定外，本合同的保险金受益人为被保险人本人。

第六条 本合同约定的保险区域为中国大陆境内（**不含港澳台地区**），保险人仅对被保险人在中国大陆境内发生的保险事故承担保险责任。

保险责任

第七条 等待期为自本合同生效日起计算的一段时间。等待期具体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。投保人为被保险人不间断投保本保险的无

等待期。

在等待期内，若被保险人确诊本合同约定的甲状腺恶性肿瘤首次复发，保险人不承担保险责任，无息退还投保人已缴纳的保险费，本合同终止。

第八条 本合同的保险责任包含必选责任“甲状腺恶性肿瘤复发医疗保险金”，以及可选责任“甲状腺恶性肿瘤复发院外特定药品费用医疗保险金”，可选责任可由投保人自主决定是否投保，并载明于保险单或批单上。投保人不能单独投保可选责任。如投保人未选择投保可选责任，则本合同中涉及可选责任的约定不发生效力。

(一) 必选责任：甲状腺恶性肿瘤复发医疗保险金

在本合同保险期间内，若被保险人在等待期后，在公立三级医院或保险人指定的医院（释义5）经专科医生（释义6）确诊发生甲状腺恶性肿瘤首次复发（释义7），必须在保险人认可的医院（释义8）就诊接受相关治疗的，对被保险人支付的下列必需且合理（释义9）的医疗费用，保险人在扣除本合同约定的免赔额后，按本合同约定的给付比例给付甲状腺恶性肿瘤复发医疗保险金。

(1) 住院医疗费用（释义10）

被保险人住院（释义11）期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的住院医疗费用。

(2) 特殊门诊医疗费用

被保险人在接受门诊恶性肿瘤治疗期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的特殊门诊医疗费用，特殊门诊治疗包括化学疗法（释义12）、放射疗法（释义13）、肿瘤免疫疗法（释义14）、核医学疗法（释义15）、肿瘤靶向疗法（释义16）。

(3) 门诊手术医疗费用

被保险人在接受门诊手术治疗期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的门诊手术医疗费用。

(4) 住院前后门急诊医疗费用

被保险人因甲状腺恶性肿瘤首次复发住院治疗前（含住院当日）七日（含）和出院后（含出院当日）三十日内（含），因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗的，应当由被保险人支付的必需且合理的门急诊医疗费用（**不包括本条上述约定的特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用**）。

若本合同保险期间届满时被保险人甲状腺恶性肿瘤治疗仍未结束，对被保险人甲状腺恶性肿瘤首次复发确诊之日起九十天内（含第九十天）发生的符合本合同约定的医疗费用，保险人仍按照本合同保险责任约定在甲状腺恶性肿瘤复发医疗保险金额内承担给付保险金的责任。

保险人对于以上四类费用的累计给付金额以本合同约定的甲状腺恶性肿瘤复发医疗保险金额为限，一次或累计给付的金额达到保险单载明的甲状腺恶性肿瘤复发医疗保险金额时，保险人对被保险人在甲状腺恶性肿瘤复发医疗保险金项下的保险责任终止。若投保人未选择投保可选责任，则本合同终止。

针对本合同的“甲状腺恶性肿瘤复发医疗保险金”保险责任，在投保时，投保人和保险人按照以下情况分别约定赔付比例，并在保险单中载明：

(1) 若被保险人以参加**社会基本医疗保险（释义 17）**身份投保，并以社会基本医疗保险身份就诊并结算的，赔付比例为 100%。

(2) 若被保险人以参加**社会基本医疗保险**身份投保，但未以**社会基本医疗保险**身份就诊并结算的，赔付比例为 60%。

(3) 若被保险人未以参加**社会基本医疗保险**身份投保，赔付比例为 100%。

（二）可选责任：甲状腺恶性肿瘤复发院外特定药品费用医疗保险金

在保险期间内，被保险人于等待期后，保险人指定的医院或公立三级医院经专科医生确诊发生甲状腺恶性肿瘤首次复发，经专科医生诊断须进行**特定药品（释义 18）**治疗的，如医院内药房无法提供治疗必需的相关特定药品，对于被保险人因治疗该甲状腺恶性肿瘤首次复发实际支出的、在同时满足下列条件的医院外**指定药店（释义 19）**产生的特定药品费用，保险人在扣除本合同约定的免赔额后，按本合同约定的给付比例给付甲状腺恶性肿瘤复发院外特定药品费用医疗保险金。

保险人承担本项保险责任的院外特定药品费用必须同时满足以下所有条件：

(1) 用于治疗恶性肿瘤的特定药品处方（释义 20）是由医院的专科医生开具的；

(2) 该特定药品为被保险人当前恶性肿瘤治疗的必须且合理的特定药品；

(3) 该特定药品是在保险人指定医院外药房（释义 21）购买的药品；

(4) 该特定药品必须为本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大陆境内（不包含港澳台地区）上市的靶向药物和免疫治疗药物，且在约定的药品清单（释义 22）列表中；

(5) 特定药品处方的开具与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及用法、用量相符；

(6) 该特定药品符合本合同第十条“恶性肿瘤特定药品处方审核及购药流程”的约定；

(7) 被保险人每次购买药品的处方剂量不超过三十天；

(8) 每次处方的开具时间和被保险人购买特定药品的时间须在保险期间内；

(9) 保险人承担在本合同保险期间内开始发生并延续至本合同期满日后三十日内（含第三十日）的特定药品治疗。

对于不满足上述任何一个条件的甲状腺恶性肿瘤医院外特定药品费用，保险人不承担给付医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（释义 23）获得援助的特定药品费用不纳入该项责任的给付范围。

被保险人不论一次或多次发生甲状腺恶性肿瘤医院外特定药品费用，保险人均按本合同约定的甲状腺恶性肿瘤复发院外特定药品费用医疗保险金额给付保险金，累计给付金额达到保险单载明的保险金额时，保险人对被保险人在甲状腺恶性肿瘤复发院外特定药品费用医疗保险金下的保险责任终止。

甲状腺恶性肿瘤复发院外特定药品费用医疗保险金=（满足条件的恶性肿瘤特定药品费用-从其他途径已获得补偿的特定药品费用）×给付比例；

给付比例按照以下标准执行，并在保险单中载明：

(1) 若被保险人以参加社会基本医疗保险或公费医疗（释义 24）身份投保：

1. 如特定药品属于社保目录内药品且被保险人已经过社会基本医疗保险或公费医疗报销，给付比例为 100%；

2. 如特定药品属于社保目录内药品但被保险人未经过社会基本医疗保险或公费医疗报销，给付比例为 60%；

3. 如特定药品属于社保目录外药品，则给付比例为 100%。

(2) 若被保险人以未参加社会基本医疗保险或公费医疗身份投保，则社保目录内药品和社保目录外药品给付比例均为 100%。

第九条 本合同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（包括但不限于社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、侵权人或侵权责任承担方、其他政府机构或者社会福利机构、保险人在内的任何商业保险机构、慈善机构等）获得本合同责任范围内医疗费用补偿，保险人仅对该被保险人实际发生的医疗费用扣除其从上述其他途径所获医疗费用补偿后的余额按照本合同的约定进行给付。该被保险人社保卡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，不进行前述扣除。

恶性肿瘤特定药品处方审核及购药流程

第十条 在保险期间内，被保险人依据本合同约定须在保险人指定医院外药房购买药品处方中所列明的药品，须按照以下流程进行：

（一）购药申请

保险金申请人向保险人提交指定药店特定药品购药申请（以下简称“购药申请”），并提供下列购药申请材料：

(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) 医院开具的院外购药证明；

(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，还应提供保险金转账授权书原件、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。

(二) 恶性肿瘤药品处方审核

购药申请通过后，须进行药品处方审核。

保险人或**相关第三方服务商（释义 25）**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购药申请或者处方审核未通过，保险人不承担给付保险金的责任。

(三) 药品自取、送药上门服务

药品处方经相关第三方服务商审核通过后，被保险人或其委托的购药人须从保险人指定的药房名单中选定购药药房。经相关第三方服务商提供**购药凭证（释义 26）**后，被保险人或其委托的购药人须在购药凭证生成后的连续三十个自然日内完成到药房自取或送药上门预约，取药时需提供恶性肿瘤药品处方、购药凭证、被保险人的有效身份证明及被保险人的中华人民共和国社会保障卡以作核实。**如果申请人未能提供上述资料，相关药房、送药机构有权不提供该恶性肿瘤药品，保险人不承担保险金给付责任。**

责任免除

第十一条 对于被保险人在下列期间或因下列情形确诊甲状腺恶性肿瘤首次复发，保险人不承担给付保险金的责任：

(一) 在中国大陆境外（释义 27）的国家或者地区接受治疗期间；

(二) 被保险人故意自伤、自杀、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施，或被国家机关依法拘禁、采取刑事强制措施或服刑期间伤病；

(三) 被保险人酗酒(释义 28)、殴斗、主动吸食或注射毒品(释义 29)，违反规定使用麻醉或精神药品；

(四) 被保险人感染艾滋病病毒(HIV)或患艾滋病(AIDS)期间；

(五) 核爆炸、核辐射或核污染；

(六) 被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；

(七) 被保险人患精神和行为障碍(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》第十次修订版(ICD-10)(释义 30)为准)；

(八) 被保险人在投保时未如实告知的既往疾病(释义 31)；

(九) 任何职业病、遗传性疾病(释义32)，先天性畸形、变形或染色体异常(释义 33)(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》第十次修订版(ICD-10)为准)引起的确诊。

第十二条 因下列原因或情形，导致被保险人发生本合同约定的甲状腺恶性肿瘤复发院外特定药品费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

(一) 被保险人在非保险人指定医院外药房购买的药品；

(二) 医院专科医生开具的恶性肿瘤药品处方与中华人民共和国药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症、用法用量不符；

(三) 未按本合同第十条约定的流程及要求提交购药申请或者购药申请审核未通过、处方审核未通过；

(四) 经医院专科医生审核确定被保险人的疾病状况对申领药品已经耐药，被保险人仍继续使用耐药药品(耐药是指肿瘤病灶按照 RECIST(实体瘤治疗疗效评价标准)评价标准有进展)；

(五) 被保险人在初次投保或非不间断再次投保本保险前所患的任何既往症(释义 34)(包括恶性肿瘤、任何癌前病变等)；

(六) 任何职业病(释义 35)、遗传性疾病(释义 36)，先天性恶性肿瘤(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)，先天性畸形、变形或染色体异常（释义 37）（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）引起的医院外特定药品费用；

（七） 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（释义 38）期间产生的医院外特定药品费用；

（八） 被保险人曾经或正在使用大剂量的镇静安眠药，或曾经或正在吸食迷幻剂、毒品等违禁药物，或有麻醉剂成瘾、酒精或药物滥用成瘾；

（九） 核爆炸、核辐射或核污染。

第十三条 对于被保险人发生的下列任何费用，保险人也不承担保险责任：

（一） 被保险人购买、使用不属于本合同所约定的药品清单中所列的药品而产生的费用；

（二） 在保险人指定的药房发生的恶性肿瘤特定药品医疗费用以外的其他医疗费用；

（三） 被保险人接种预防恶性肿瘤的疫苗、因恶性肿瘤治疗用药所必需的基因检测、进行基因测试以鉴定恶性肿瘤的遗传性、接受实验性医疗或研究性治疗或采取未经科学或医学认可的医疗手段所产生的费用；

（四） 接受未被治疗所在地权威部门批准的治疗，使用未获得治疗所在地政府许可或者批准的药品或药物所产生的费用。

保险金额、免赔额与赔付比例

第十四条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本合同各项保险责任的保险金额由投保人在投保时与保险人分别约定，并在保险单中载明。

第十五条 各项责任的免赔额由投保人与保险人协商确定，并在本合同中载明。

第十六条 各项责任的赔付比例由投保人与保险人协商确定，并在本合同中载明。

保险费

第十七条 保险费依据保险金额与保险费率计收，在保险单中载明。保险费支付方式由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单上载明。

保险期间

第十八条 除另有约定外，本合同的保险期间为一年，自保险单或其他保险凭证上载明的合同生效日零时起至保险期间届满日的二十四时止。

不保证续保

第十九条 本合同为不保证续保合同。保险期间届满前三十日内，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。

投保人在提出续保申请时，应当将被保险人已知或已患的疾病以书面形式告知保险人。

保险人义务

第二十条 本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发电子保险单或其他保险凭证。投保人要求提供纸质保险单或其他保险凭证的，保险人应及时提供。

第二十一条 订立本合同时，保险人应当向投保人说明本合同的内容。对本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。

保险人认为被保险人或受益人提供的有关保险金申请的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人或受益人补充提供。

第二十二条 保险人收到被保险人或受益人的给付保险金请求及完整材料后，事实清晰、责任明确且无需调查的，应当在五个工作日内作出是否属于保险责任的核定；情形复杂需要调查的，应当在三十日内作出核定。

保险人应当将核定结果在一个工作日内通知被保险人或受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或受益人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金义务。本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在一个工作日内向被保险人或受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第二十三条 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

第二十四条 投保人应该按照本合同约定向保险人交纳保险费。

投保人选择一次性交纳保险费的，应当在本合同成立时一次性交清保险费。投保人未按本款约定交清保险费的，本合同不生效，对本合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

投保人选择分期交纳保险费的，应当在本合同成立时交清首期保险费。**投保人未按本款约定交清首期保险费的，本合同不生效，对本合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**

投保人选择分期交纳保险费的，在交纳首期保险费后，投保人应当在每个**保险费约定支付日（释义39）**交纳其余各期的保险费。若投保人未按约定交纳保险费，保险人允许投保人在本合同约定的缴费延长期内补交对应月份的保险费，如被保险人在缴费延长期内发生保险事故，保险人仍按照本合同约定给付保险金。

除本合同另有约定外，如被保险人在正常缴费对应的保险期间内或缴费延长期内发生保险事故，保险人仍然依照本合同约定给付保险金，但需投保人先行补交所有未缴期间的保险费。

如投保人未按照本合同约定的付款时间足额缴付当期保险费，且在本合同约定的缴费

延长期内仍未足额补缴当期保险费的，则保险合同的保险期间终止在上一缴费周期支付日二十四时，对于保险期间终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任；缴费延长期内发生的保险事故也不承担保险责任。

本合同的缴费延长期为二十一天。

第二十五条 订立本合同时，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。

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。

保险人在本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。

第二十六条 投保人住所、通讯地址或数据电文联系方式变更时，应及时以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本合同所载的最后住所、通讯地址或数据电文联系方式发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第二十七条 年龄的计算及年龄、性别错误的处理

（一）被保险人的投保年龄按周岁计算；

（二）投保人在投保时应将被保险人的真实年龄与性别在投保单上填明，若发生错误，保险人按照下列规定办理：

（1）投保人申报的被保险人年龄不真实，且被保险人真实年龄不符合本合同约定的年龄

限制，保险人不承担保险责任，保险人可以解除本合同，并向投保人退还未满期保险费（释义 40）；

(2) 投保人申报的被保险人年龄或性别不真实，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给付；

(3) 投保人申报的被保险人年龄或性别不真实，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。

第二十八条 保险事故发生后，投保人、被保险人或受益人应当及时通知保险人，保险人接收到投保人、被保险人或者受益人的保险事故通知后，将在一个工作日内一次性给予理赔指导。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 41）**导致的延迟。

保险金申请

第二十九条 保险金申请人（释义 42）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保险事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

甲状腺恶性肿瘤复发医疗保险金的申请材料为：

（一）理赔申请书；

（二）保险金申请人的有效身份证件**有效身份证件（释义 43）**；

（三）医院出具的完整病历资料（包括门急诊病历、**处方（释义 44）**，住院病历或出院记录以及检查报告）；

(四) 由医院专科医生出具的被保险人疾病诊断证明书以及由医院出具的与该疾病诊断证明书相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告;

(五) 若被保险人未从其他途径获得医疗费用补偿, 需提供医疗费用收据原件、医疗费用明细清单; 若被保险人已从其他途径获得医疗费用补偿, 需提供医疗费用明细清单、医疗费用收据复印件、医疗费用分割单原始凭证(如社会基本医疗保险或公费医疗结算单、保险人在内的任何商业保险机构出具的理赔分割单、与工作单位及侵权人或侵权责任承担方达成的赔偿协议或和解协议或法院判决、调解生效的法律文书等取得医疗费用补偿的证明);

(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。

甲状腺恶性肿瘤复发院外特定药品费用医疗保险金的申请材料为:

被保险人通过保险人指定医院外药房购买符合本合同的保险责任中的特定药品, 无需自付本合同应赔付的特定药品费用, 保险人将与保险人指定医院外药房或**相关第三方服务商**直接结算上述保险人应赔付的药品费用, 保险人指定医院外药房或相关第三方服务商在与保险人结算时应提供相关购药清单及发票。**被保险人应自行支付不属于本合同保险责任范围内或超出本合同保险金额的特定药品费用。**

被保险人在保险人指定医院外药房购药之后, 即将申请保险金的权利授权于保险人指定医院外药房或相关第三方服务商, 保险人将不再接受被保险人直接向保险人发起的保险金申请。

被保险人通过保险人指定医院外药房购药时, 应提供以下材料。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。**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) 保险合同或其他保险凭证;

(二) 被保险人的有效身份证明证件;

(三) 医院出具的被保险人的医学材料, 包含但不限于诊断证明、住院和门诊病历、出入院记录、手术记录、出院小结、必要的病理检查报告(病理显微镜检查、常规病理切片、免疫组化病理切片等)、血液检查或其他科学检查检验报告、恶性肿瘤基因靶点检测报告、专科医生开具的药品处方及其他所需要的医学材料;

(四) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

如被保险人委托他人代为购药, 被委托人还应提供以下证明和资料:

(一) 被委托人的有效身份证件;

(二) 被保险人为完全民事行为能力人的, 须提供被保险人签字的授权委托书;

(三) 被保险人为限制民事行为能力人或无民事行为能力人, 其合法监护人代其购药的, 其合法监护人还须提供被保险人为限制民事行为能力人或无民事行为能力人的证明和监护人具有合法监护权的证明。

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。

第三十一条 如果被保险人本人作为保险金受益人已向保险人书面申领保险金, 但在实际领取保险金前身故, 保险金将作为其遗产, 由保险人向其合法继承人给付。

争议处理和法律适用

第三十二条 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(不包括港、澳、台地区) 人民法院起诉。

第三十三条 本合同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

第三十四条 除本保险合同另有约定外, 经投保人、保险人双方协商同意后, 可变更本保险合同的有关内容, 在本保险合同保险单或者其他保险凭证上加以批注或者附贴批单, 或

者由投保人和保险人订立书面的变更协议。

第三十五条 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本保险合同，但保险人根据本保险合同约定已给付保险金的除外。

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；

（一）保险合同凭据；

（一）保险费交付凭证；

（一）投保人身份证明。

本保险合同的效力至保险人收到解除合同通知书之时或者通知书上载明的合同终止时间（以较晚者为准）终止。自收到前款约定的证明和资料之日起三十日内，保险人无息退还本保险合同未到期保险费。

释义

第三十六条 除另有约定外，本合同中的下列词语具有如下含义：

1. **合法有效**：本合同所指合法有效均以中华人民共和国法律、行政法规、地方性法规、行政规章及有关规范性法律文件的规定为判定依据。

2. **保险人**：指与投保人签署本合同的利宝保险有限公司。

3. **甲状腺恶性肿瘤手术治疗**：指甲状腺全切术、甲状腺腺叶加峡部切除术等标准手术方式。

4. **周岁**：指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。例如，出生日期为2000年9月1日，2000年9月1日至2001年8月31日期间为零周岁，2001年9月1日至2002年8月31日期间为一周岁，以此类推。

5. 保险人指定的医院：指保险人指定在中国大陆地区的部分医院，具体以保险人另行发布的《指定医院清单》为准；

6. 专科医生：指同时满足以下四项资格条件的医生：

- (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。

7. 甲状腺恶性肿瘤首次复发：指同时满足以下条件的情形：

- (1) 甲状腺恶性肿瘤首次确诊时没有出现远处转移；
- (2) 甲状腺恶性肿瘤首次确诊后，本次进展前，没有出现甲状腺恶性肿瘤的疾病进展(原位复发或远处转移)；
- (3) 经过根治性治疗后，出现局部原发肿瘤部位复发，或区域淋巴结转移或内脏转移(如：肺、肝、骨、脑等)。

本合同中的首次复发均包括局部复发、区域复发及远处转移。

8. 认可的医院：指由中华人民共和国卫生主管部门评审确定的医院等级分类中的二级或二级以上公立医院普通部，不包括观察室、特需医疗、国际医疗、联合病房、康复病房和干部病房以及附属于前述医院或单独作为诊所、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒等或相类似的医疗机构或保险人不予承保的医院。同时该医院必须具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且全日二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗和护理等服务。

9. 必需且合理：指：

(一) 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。

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。

(二) 医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

- (1) 治疗疾病所必需的项目；
- (2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；
- (3) 由专科医生开具的处方药；
- (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。

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。

10. 住院医疗费用：住院医疗费用包括：

(1) 床位费

指住院期间发生的、不高于双人病房的住院床位费（**不包括单人病房、套房、家庭病床的费用**）。

(2) 加床费

指未满十八周岁的被保险人在住院治疗期间，保险人根据合同约定给付其合法监护人（**限 1 人**）在医院留宿发生的加床费；或被保险人在住院治疗期间，保险人根据合同约定给付其**一周岁以下哺乳期婴儿**在医院留宿发生的加床费。

(3) 重症监护室床位费

指住院期间出于医学必需被保险人需在重症监护室进行合理且必要的医疗而产生的床位费。重症监护室指配有中心监护台、心电监护仪及其他监护抢救设施，相对封闭管理，符合重症监护病房（ICU）、冠心病重症监护病房（CCU）标准的单人或多人监护病房。

(4) 药品费

指住院期间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。

(5) 膳食费

指住院期间根据医生的医嘱，由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并并在病房费等其他款项内。

(6) 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，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

(7) 护理费

指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

(8) 检查检验费

指住院期间实际发生的、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。

(9) 手术费

指接受治疗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；**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。**

(10) 医生费

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

(11) 救护车使用费

指住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，根据医生建议，被保险人需医院转诊过程中的医院用车费用，**但救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送。**

11. 住院：指被保险人因疾病或意外伤害而入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入院手续，**不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院或其他不合理的住院。**

挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非二十四小时在床、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。

12. 化学疗法：指针对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。

13. 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。

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。本合同所指的肿瘤免疫疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理部门批准用于临床治疗。

15. 核医学疗法：指使用核医学作为治疗方法，如放射性碘（I131）治疗或放射免疫疗

法（RIT）等治疗恶性肿瘤。本合同所指的核医学疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理部门批准用于临床治疗。

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。本合同所指的靶向疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理部门批准用于临床治疗。

17. 社会基本医疗保险：指《中华人民共和国社会保险法》第三章规定的基本医疗保险，包括职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保险。

18. 特定药品：指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。

19. 指定药店：指保险人授权的第三方服务商提供的药店名单，该药店名单以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）的通知为准。保险人保留对上述指定药店名单做出调整的权利。保险人指定的药店需同时满足以下条件：

- (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。

20. 处方：指由注册的执业医师和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。

21. 保险人指定医院外药房：指经保险人审核认可，能够满足下列条件，为被保险人提供恶性肿瘤药品处方购药或配送服务的医院外药房，具体以保险人提供的名单为准。

- (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。

22. 约定的药品清单：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（包括但不限于官网、官微）的通知为准，保险人保留对药品清单做出调整的权利。

23. 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。

24. 公费医疗：公费医疗制度，是国家为保障国家工作人员身体健康而实行的一项社会保障制度。国家通过医疗卫生部门向享受人员提供制度规定范围内的免费医疗预防。

25. 相关第三方服务商：保险人授权的为被保险人提供处方审核及药事等服务的第三方服务机构。

26. 购药凭证：保险理赔审核通过之后，服务商通过平台派发给投保人/被保险人可用于在服务商合作药房领取保险赔付药品的凭证。

27. 中国大陆境外：指中华人民共和国领土之外的国家或地区，以及香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。

28. 酗酒：指发生事故时被保险人每百毫升血液中的酒精含量大于或者等于 80 毫克。

29. 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。

30. ICD-10：《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。

31. 既往疾病：指被保险人在本合同生效前罹患的且医生已有明确诊断的有关疾病。

32. 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。

33. 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。

34. 既往症：指在本合同生效之前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：

（一）本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

（二）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；

（三）本合同生效前发生，医生已有明确诊断，但未予治疗；或者未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

35. 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。

36. 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。

37. 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》（ICD-10）确定。

38. 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（释义 45）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。

39. 保险费约定支付日：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。如保险合同生效日为 2021 年 6 月 8 日，则次月的保险费约定支付日为 2021 年 7 月 8 日，以此类推，则最后一个月的保险费约定支付日为 2022 年 5 月 8 日。

40. 未到期保险费：指本合同所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由保险人退还的那部分金额。

若保险费为一次性支付的：

未到期保险费=投保人已交纳保险费×[1-(保险单已生效天数/保险期间天数)]

若保险费为分期支付的：

未到期保险费=投保人已交纳当期保险费×[1-(当期已经过天数/当期总天数)]

已生效或已经过天数不足一天的按一天计算。**若本合同已发生保险金给付，未到期保险费为零。**

41. 不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

42. 保险金申请人：指被保险人、受益人，被保险人或受益人的继承人，或其他依法享有保险金请求权的自然人。

43. 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。

44. 处方：指由注册的执业医师和执业助理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。

45. 体征：指被保险人的体表或内部结构发生可以察觉的改变。