

融盛财产保险股份有限公司

附加个人先进技术医疗保险（互联网专属）条款

总则

第一条 本附加保险合同须附加于融盛财产保险股份有限公司互联网专属的各类个人健康保险合同（以下简称“主险”）。凡涉及本附加险的约定，均采用书面形式。

第二条 受益人

除另有约定外，本附加保险合同保险金的受益人为被保险人本人。

第三条 互联网产品

本保险合同仅限于互联网渠道销售。

保险责任

第四条 保险责任

本附加保险合同的保险责任包括“质子重离子医疗保险金责任”和“其他先进技术医疗保险金责任”两项。

（一）质子重离子医疗保险金责任

在本附加保险合同保险期间内，被保险人在等待期后经保险人认可的医疗机构的专科医生初次确诊罹患本合同所约定的“恶性肿瘤——重度”，并在保险人指定的医疗机构住院接受质子重离子放射治疗期间发生的必须由被保险人个人自行承担的必需且合理的床位费、陪床费、重症监护室床位费、膳食费、护理费、治疗费、检查检验费、药品费、医疗器械使用费、医生诊疗费、手术费和转院救护车使用费，保险人在扣除已从其他途径获得的医疗费用补偿以及约定的免赔额后，按约定的赔付比例在先进技术医疗保险金赔付限额内赔付质子重离子医疗保险金。

（二）其他先进技术医疗保险金责任

在本附加保险合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或在等待期后经保险人认可的医疗机构的专科医生初次

确诊罹患疾病，并诊断需接受异基因造血干细胞移植技术、同种胰岛移植技术、同种异体角膜移植技术、放射性粒子植入治疗技术、体外膜肺氧合（ECMO）技术、自体器官移植技术和人工智能辅助治疗技术治疗的，被保险人在保险人指定的医疗机构治疗期间发生的必须由被保险人个人自行承担的必需且合理的床位费、陪床费、重症监护室床位费、膳食费、护理费、治疗费、检查检验费、药品费、医疗器械使用费、医生诊疗费、手术费和转院救护车使用费，保险人在扣除已从其他途径获得的医疗费用补偿以及约定的免赔额后，按约定的赔付比例在先进技术医疗保险金赔付限额内赔付保险金。

保险人对于本保险责任（一）（二）先进技术医疗费用的一次或多次累计赔付金额以本合同约定的先进技术医疗保险金额为限，保险人一次或多次累计赔付金额达到本合同约定的先进技术医疗保险金额时，保险人对被保险人在先进技术医疗保险金项下的保险责任终止。

第五条 等待期

等待期是指自保险期间起始时间起计算的一段时间，经过该段时间后，保险人才对被保险人承担给付保险金责任。被保险人在投保后至等待期结束前发生的疾病所导致的医疗费用，无论此等医疗费用是否发生在等待期内，保险人均不承担保险金给付责任。

本附加保险合同的等待期由投保人和保险人双方约定，并在保险单中载明。如未载明的，则默认为 30 天。被保险人因意外伤害发生保险事故的，没有等待期。

第六条 医疗费用补偿原则

本附加保险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，以及依法承担侵权损害赔偿责任的第三人等）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

按照本附加保险合同的约定进行赔付。

其他第三方应承担的赔偿金额，保险人不负责垫付。若被保险人未如实告知导致保险人多支付赔偿金的，保险人有权向被保险人追回多支付的部分。

责任免除

第七条 情形除外

除另有约定外，因下列任一情形直接或间接导致被保险人住院的，保险人不承担保险金给付责任：

（一）主险合同中列明的“责任免除事项”，但属于本附加保险合同保障范围的除外；

（二）未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及其后果所产生的费用；

（三）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批准的药品或药物，以及上述治疗或药品药物导致的后续医疗费用；

（四）被保险人在不符合本附加保险合同约定的医疗机构就诊发生的医疗费用；

（五）未经医生建议自行进行任何治疗或未经医生处方自行购买药品产生的费用；虽持有医生处方或建议，但未在开具处方的医生执业的医疗机构购买药品、医疗器械或医疗耗材产生的费用（以收费票据载明信息为准）；虽持有医生建议，但治疗在非医疗机构进行或由非医疗机构收取的费用（以医疗费票据载明信息为准）；虽持有医生处方，但处方剂量超过 30 天部分的药品费用。

保险金额、免赔额、赔付比例

第八条 保险金额

本附加保险合同的保险金额是保险人承担给付该被保险人保险金的最高限额。

本附加保险合同的保险金额由投保人与保险人在订立

保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

第九条 免赔额

本附加保险合同的免赔额是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本附加保险合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本附加保险合同约定仍旧由被保险人自行承担，本附加保险合同不予赔付的金额。只有当保险期间内的免赔额因以下两种情况抵扣完毕时，保险人才开始按照约定承担赔偿责任：

（一）被保险人自行承担的属于本附加保险合同保险责任范围内的医疗费用，包括其基本医疗保险个人账户支出的医疗费用；

（二）从基本医疗保险和公费医疗保险之外的其他途径获得的属于本附加保险合同保险责任范围内的医疗费用补偿。

通过基本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。

本附加保险合同的免赔额由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

第十条 赔付比例

本附加保险合同的赔付比例由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并根据被保险人在投保时有无基本医疗保险或公费医疗的不同情况约定对应的赔付比例，在保险单中载明。

若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，但未以参加基本医疗保险或公费医疗身份就诊并结算的，则保险人根据保险单单独约定的赔付比例进行赔付。

保险期间与续保

第十一条 保险期间

除另有约定外，本附加险的保险期限与主险保持一致，最长不得超过一年。

第十二条 不保证续保条款

本保险产品为不保证续保合同，保险期间不超过一年，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。

若保险期间届满时，本保险合同对应保险产品统一停售，保险人将不再接受投保申请。

保险金申请与给付

第十三条 保险金的申请

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）保险单；

（三）被保险人身份证明、保险金申请人身份证明；

（四）二级或二级以上公立医院或保险人其他认可的医疗机构出具的入院证明、附有病理检查、化验检查及其他医疗仪器检查报告的医疗诊断证明、病历及医疗、医药费原始单据、结算明细表和处方正本及医疗记录、住院证明正本；

（五）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；

（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。

其他事项

第十四条 其他事项

主险条款与本附加条款相悖之处，以本附加条款为准；本附加险条款未约定事项，以主险条款为准。主险条款效力

终止，本附加险条款效力同时终止；主险条款无效，本附加险条款亦无效。

释义

第十五条 释义

本附加险涉及下列术语时，适用以下释义：

（一）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。自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。

（二）保险人认可的医疗机构

除另有约定外，指保险人与投保人约定的定点医疗机构，未约定定点医疗机构的，则指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立医疗机构，且仅限于上述医疗机构的普通部，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、A 级病房；
2. 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；
3. 休养、戒酒、戒毒中心。

该医疗机构必须具有符合国家有关医疗机构管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。

（三）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。

（四）初次确诊

指自被保险人出生之日起第一次经医疗机构确诊患有某种疾病，而不是指自本保险合同生效之日起第一次经医疗机构确诊患有某种疾病。其中恶性肿瘤确诊之日为手术病理取材或病理活检取材日期，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恶性肿瘤确诊日期。

（五）保险人指定的医疗机构

指具备经医疗监管部门审批开展先进技术疗法治疗资质的医疗机构，具体以在保险单中载明的名单为准。保险期间内保险人根据医疗监管部门政策调整指定医疗机构的，以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知的名单为准。

（六）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：

（1）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；

（2）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 $<10/50\text{HPF}$ 和 $\text{ki-67} \leq 2\%$) 或更轻分级的神经内分泌肿瘤。**

(七) 先进技术

本附加保险合同所保障的先进技术，是指被保险人在合同有效期内经专科医生明确诊断需使用的下列八种医疗技术：

1. 质子重离子医疗

指通过加速器产生质子、重离子束实施放射治疗的技术。包括 92.2601 质子远距离放射治疗、92.2600x001 重离子(碳离子)远距离放射治疗。

2. 异基因造血干细胞移植技术

适用于应用异基因造血干细胞移植技术治疗血液系统疾病，其造血干细胞来源包括血缘(HLA 全相合或者单倍型相合)和非血缘供者的骨髓、外周血或脐带血。包括 41.0600 脐血干细胞移植、41.0800 异体造血干细胞移植。

3. 同种胰岛移植技术

指将来自人体(包括同种异体和自体)的具有正常生理功能的胰岛移植到接受人(受体)，以达到治疗糖尿病目的的技术。经干细胞诱导分化的胰岛素分泌细胞及基因修饰的胰岛细胞移植技术不适用。包括 52.8400x001 胰岛细胞自体移植、52.8500x001 胰岛细胞异体移植、52.8600x001 胰岛细胞移植。

4. 同种异体角膜移植技术

指将角膜捐献人（供体）的具有特定功能的全部或部分角膜，植入接受人（受体）的相应部位，以恢复受体角膜形态及功能的治疗技术。包括 11.6200x002 板层角膜移植术、11.6400x001 穿透性角膜移植术、11.6900 其他角膜移植、11.6900x001 全层角膜移植术、11.6902 角膜内皮移植术。

5. 放射性粒子植入治疗技术

指恶性肿瘤放射性粒子植入治疗技术，所涵盖的应用范围包括：实体肿瘤经皮影像（超声、CT、MRI 等）引导下放射性粒子植入、经内镜（包括腹腔镜、胸腔镜、自然管道内镜等）放射性粒子植入、空腔脏器粒子支架植入、手术直视下放射性粒子植入、DSA 引导下放射性粒子植入。包括 92.2700x002 放射性粒子植入放射治疗、92.2702 前列腺放射性粒子植入术、92.2703 食管放射性粒子植入术、92.2704 甲状腺放射性粒子植入术、92.2705 鼻咽放射性粒子植入术、92.2706 肺放射性粒子植入术。

仅保障因治疗恶性肿瘤开展的放射性粒子植入治疗，非治疗恶性肿瘤发生的放射性粒子植入治疗不在保障范围。

6. 体外膜肺氧合(ECMO)技术

指利用外科切开或者经皮插管途径，通过膜式氧合器在体外将血液氧合，再泵入体内，对患者进行心/肺功能支持的技术。不包括为维护捐献器官功能而对人体器官捐献人采用的 **ECMO** 技术。包括 39.6500 体外膜肺氧合[ECMO]、39.6500x001 体外膜肺氧合[ECMO]安装术、39.6500x002 体外膜肺氧合[ECMO]撤离术。

7. 自体器官移植技术

指难以或无法在体内安全进行手术，需要将相应器官连同器官内病变整体移至体外，在器官保存液灌注和冷保存的条件下切除病变，修复脉管结构，再植入体内的治疗技术。包括 55.6100 自体肾移植术、50.5100x002 自体肝移植术、33.5000x001 自体肺移植术、46.9700x001 自体小肠移植术、37.5100x001 自体心脏移植。

8. 人工智能辅助治疗技术

指应用机器人手术系统辅助实施手术的技术。包括17.4100 机器人辅助操作、17.4200 腹腔镜机器人辅助操作、17.4300 经皮机器人辅助操作、17.4400 内镜机器人辅助操作、17.4500 胸腔镜机器人辅助操作、17.4900 其他和未特指的机器人辅助操作。

以上所列先进技术定义根据国家卫生健康委办公厅发布的《关于印发国家限制类技术目录和临床应用管理规范（2022年版）的通知》（国卫办医发〔2022〕6号）作出。

（八）必需且合理

指被保险人发生的各项医疗费用应符合下列所有条件：

- 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.由医师开具的处方药或医嘱；
- 4.非试验性的、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。

对是否合理且必要由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行核定，若被保险人对核定结果有不同意见，可委托双方认可的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

（九）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。

（十）【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。

（十一）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。

（十二）床位费

指被保险人使用的指定医疗机构床位的费用。

（十三）膳食费

指实际发生的、由指定医疗机构提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用，但不包括购买的个人用品。

（十四）护理费

指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

（十五）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。

（十六）治疗费

指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而合理发生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。