



请扫描以查询验证条款

阅读指引

👉 平安细胞免疫疗法医疗保险产品提供细胞免疫疗法医疗费用、住院日额及康复津贴保障

👉 为了帮助您更好地了解产品，我们先介绍几个保险条款中常用的术语

- ❖ 被保险人就是受保险合同保障的人。
- ❖ 投保人就是购买保险并交纳保险费的人。
- ❖ 受益人就是发生保险事故后享有保险金请求权的人。
- ❖ 保险人就是保险公司。

👉 与您有重大利害关系的条款事关您的切身利益，请您务必仔细、认真阅读

- ❖ 本保险条款中背景突出的内容属于免除保险人责任的条款。
- ❖ 本保险条款中加了下划直线的标题及该标题下的所有内容属于其他与您有重大利害关系的条款。
- ❖ 本保险条款中加了下划波浪线的内容为其他我们认为需要特别提示您注意的内容。

👉 下面我们举例说明本产品提供哪些保障

例子：张先生（30 周岁，享有基本医疗保险）为自己投保了平安细胞免疫疗法医疗保险（简称细胞免疫疗法）。等待期后张先生经医院确诊初次发生合同所定义的恶性肿瘤——重度，且满足了合同约定的治疗费用的给付条件，并完成了第 6 步“CART 细胞的回输”，共住院 30 日，发生合理且必要的费用 160 万元，其中基本医疗保险报销 5 万元。

本例中张先生为投保人、被保险人及受益人，平安人寿为保险人。

保险金	领取人	给付金额
细胞免疫疗法医疗费用保险金	张先生	$(160 \text{ 万元} - 5 \text{ 万元}) \times 100\% = 155 \text{ 万元}$
细胞免疫疗法住院日额保险金	张先生	200 元/日
细胞免疫疗法康复津贴保险金	张先生	10 万元

以上举例仅供您更好地理解产品之用，您所购买产品的具体保险利益以保险合同中载明的为准。

👉 条款目录

- | | |
|--|---|
| <p>1. 我们保什么、保多久</p> <p>1.1 保险计划</p> <p>1.2 医学治疗</p> <p>1.3 保险责任</p> <p>1.4 保险期间</p> <p>2. 我们不保什么</p> <p>2.1 责任免除</p> <p>2.2 其他免责条款</p> <p>3. 如何支付保险费</p> <p>3.1 保险费的支付</p> <p>4. 如何领取保险金</p> <p>4.1 受益人</p> <p>4.2 保险事故通知</p> <p>4.3 保险金申请</p> | <p>4.4 保险金的给付</p> <p>5. 如何退保</p> <p>5.1 您解除合同的手续及风险</p> <p>6. 需关注的其他内容</p> <p>6.1 合同构成</p> <p>6.2 合同成立与生效</p> <p>6.3 投保年龄</p> <p>6.4 年龄错误</p> <p>6.5 明确说明与如实告知</p> <p>6.6 未还款项</p> <p>6.7 合同内容变更</p> <p>6.8 效力终止</p> <p>6.9 争议处理</p> <p>附表</p> |
|--|---|

中国平安人寿保险股份有限公司

平安细胞免疫疗法医疗保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指中国平安人寿保险股份有限公司。

① 我们保什么、保多久

这部分讲的是我们提供的保障以及我们提供保障的期间。

1.1 保险计划

各项保险金给付总限额、细胞免疫疗法医疗费用保险金给付限额及给付比例、细胞免疫疗法住院日额保险金及细胞免疫疗法康复津贴保险金数额见附表。

1.2 医学治疗

本主险合同承担被保险人在**指定医疗机构**¹按照国家药品监督管理局批准的药品说明书使用**指定药品**²进行的细胞免疫疗法所产生的本主险合同约定的治疗费用，细胞免疫疗法包括以下八个步骤：

(1) 单采前的检查

被保险人经指定医疗机构评估确认适合使用指定药品进行细胞免疫疗法并开具指定药品处方后，在指定医疗机构接受单采相关的各项检查，确保被保险人的身体状况适合单采。

(2) 单采

被保险人在指定医疗机构进行单采，提取白细胞。

(3) CAR-T 细胞的制备

利用被保险人的白细胞，在**制药中心**³制备 CAR-T 细胞。

(4) 回输前的检查

被保险人在指定医疗机构接受 CAR-T 细胞回输相关的各项检查，确保被保险人的身体状况适合进行预处理化疗和回输。

(5) 预处理化疗

被保险人在指定医疗机构接受 CAR-T 细胞回输前的预处理化疗。

(6) CAR-T 细胞的回输

在指定医疗机构将 CAR-T 细胞回输到被保险人体内。

(7) 反应监控

指定医疗机构监护被保险人，控制 CAR-T 治疗可能带来的不良反应。

(8) 治疗效果评估

被保险人到接受治疗的医疗机构接受各项检查，评估治疗效果。

¹ **指定医疗机构**指我们认可的医疗机构的普通部、特需医疗部及VIP部，但不包括其国际部、国际医疗中心、贵宾医疗部、外宾医疗部。该医疗机构清单在我们的官方网站进行展示，上述指定医疗机构清单可能发生变更，您可通过下面网址选择“细胞免疫疗法指定药品、指定适应症及医疗机构目录”进行查询：<http://life.pingan.com/customerService.html>。

² **指定药品**：该药品目录在我们的官方网站进行展示，上述药品目录可能会发生变更，您可通过下面网址选择“细胞免疫疗法指定药品、指定适应症及医疗机构目录”进行查询：<http://life.pingan.com/customerService.html>。

³ **制药中心**：该制药中心为指定药品的生产企业，在我们的官方网站进行展示，上述生产企业可能会发生变更，您可通过下面网址选择“细胞免疫疗法指定药品、指定适应症及医疗机构目录”进行查询：<http://life.pingan.com/customerService.html>。

1.3 保险责任

在本主险合同保险期间内，我们承担如下保险责任：

1.3.1 等待期

自本主险合同生效之日起30日内，被保险人经**医院⁴**确诊初次发生本主险合同所定义的“恶性肿瘤——重度”，由此而导致治疗的，无论治疗时间与生效之日是否间隔超过30日，我们都不承担保险责任，向您返还所交保险费，本主险合同终止。这30日的时间称为等待期。

以下两种情形，无等待期：

- (1) 被保险人因**意外伤害⁵**发生上述情形的；
- (2) 您在不迟于上一保险期间届满后60日重新投保本产品的。

1.3.2 细胞免疫疗法 医疗费用保险 金

我们依照下列约定在本项保险金的给付限额（见附表）内给付细胞免疫疗法医疗费用保险金：

1. 评估费用

本主险合同保险期间内被保险人经医院确诊初次发生本主险合同所定义的“恶性肿瘤——重度”，并在**确诊后3年内**满足以下所有条件：

- (1) 符合本主险合同约定的**指定适应症⁶**；
- (2) 由我们安排在指定医疗机构进行本主险合同约定的细胞免疫疗法就医资格评估；
- (3) 我们指定医疗机构评估认为适合接受细胞免疫疗法。

对于满足上述所有条件的被保险人在就医资格评估期间的**合理且必要⁷**的评估费用在适用补偿原则后，我们按照本主险合同约定的给付比例（见附表）给付细胞免疫疗法医疗费用保险金。

本主险合同约定的“评估费用”包含如下内容：

- (1) 医生费
指包括外科医生、麻醉师、内科医生、**专科医生⁸**的费用。
- (2) 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。

2. 治疗费用

⁴ **医院**指中华人民共和国境内（港、澳、台地区除外）合法经营的二级以上（含二级）的基本医疗保险定点的医院普通部（不含其中的特需医疗、外宾医疗、干部病房），不包括疗养院、护理院、康复中心、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心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。

⁵ **意外伤害**指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

⁶ **指定适应症**：目前细胞免疫疗法的适应症指既往接受二线或以上系统性治疗后复发或难治性大B细胞淋巴瘤（包括弥漫性大B细胞淋巴瘤非特指型、原发纵膈大B细胞淋巴瘤、高级别B细胞淋巴瘤、3b级滤泡淋巴瘤和滤泡淋巴瘤转化的弥漫性大B细胞淋巴瘤）。上述适应症目录可能会发生变更，将在我们的官方网站进行展示，您可通过下面网址选择“细胞免疫疗法指定药品、指定适应症及医疗机构目录”进行查询：<http://life.pingan.com/customerService.html>。

⁷ **合理且必要**指同时满足下列要求：

- (1) 治疗所必需的；
- (2) 不超过安全、足量治疗原则的；
- (3) 非试验性、研究性项目所产生的；
- (4) 符合接受治疗当地通行的医疗标准。

对是否合理且必要由我们根据客观、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。

⁸ **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）在二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

本主险合同保险期间内被保险人经医院确诊初次发生本主险合同所定义的“恶性肿瘤——重度”，并在**确诊后3年内**满足以下所有条件：

- (1) 符合本主险合同约定的指定适应症；
- (2) 由我们安排在指定医疗机构进行本主险合同约定的细胞免疫疗法就医资格评估；
- (3) 我们指定医疗机构评估认为适合接受细胞免疫疗法；
- (4) 由我们安排在指定医疗机构至少开始接受“1.2医学治疗”中第2步“单采”的。

对于满足上述所有条件的被保险人在**治疗期**（见1.3.3）期间所实际支出的合理且必要的治疗费用在适用补偿原则后，我们按照本主险合同约定的给付比例（见附表）给付细胞免疫疗法医疗费用保险金。

本主险合同约定的“治疗费用”包含如下内容：

- (1) 床位费
指住院期间实际发生的住院床位费（不包括套房、家庭病房）。
- (2) 重症监护室床位费
指住院期间出于**医学必要**⁹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。
- (3) 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。
- (4) 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、也可以合并病房费等其他款项内。
- (5) 药品费
指被保险人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。**其中本主险合同约定的指定药品仅赔付一次。**
药品费中不包含中草药费用。
上述药品费仅指在指定医疗机构或药品生产企业指定的药房购买药品的费用。
- (6) 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。
- (7) 治疗费
指以治疗疾病为目的，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以及消耗品的费用，具体以就诊医院费用项目划分为准。

⁹ **医学必要**指被保险人接受治疗或服务、使用器械或服用药品符合以下条件：

- (1) 医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需；
- (2) 在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需的水平；
- (3) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；
- (4) 非主要为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他医疗提供方的方便；
- (5) 非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；
- (6) 非试验性或研究性。

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**¹⁰费用。

(8) 医生费

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

1.3.3 治疗期

本主险合同治疗期自被保险人首次进行“1.2 医学治疗”中的第 2 步“单采”的第 1 日起，至下列二者最早达到之日结束：

- (1) 首次进行“1.2 医学治疗”中的第 2 步“单采”第 1 日后的第 365 日（含当日）；
- (2) 首次进行“1.2 医学治疗”中的第 6 步“CAR-T 细胞回输”治疗之日后的第 30 日（含当日）。

1.3.4 补偿原则

若被保险人已从其他途径（包括**基本医疗保险**¹¹、城乡居民大病保险、公费医疗、工作单位、本公司在内的任何商业保险机构等）取得补偿，我们在保险金给付上限内对剩余部分按本主险合同的约定承担相应的保险责任。

1.3.5 细胞免疫疗法住院日额保险金

被保险人在本主险合同约定的治疗期（见 1.3.3）内住院的，若被保险人符合“1.3.2”中“2. 治疗费用”的给付条件，我们从被保险人住院的第 1 日开始每日按照附表中的细胞免疫疗法住院日额保险金数额给付细胞免疫疗法住院日额保险金，累计给付天数以 60 日为限。

1.3.6 细胞免疫疗法康复津贴保险金

在本主险合同约定的治疗期（见 1.3.3）内，若被保险人符合“1.3.2”中“2. 治疗费用”的给付条件，在被保险人开始进行“1.2 医学治疗”中描述的治疗步骤的第 6 步“CART 细胞的回输”后，我们按照附表中细胞免疫疗法康复津贴保险金数额给付细胞免疫疗法康复津贴保险金。本项保险金给付以二次为限。

1.3.7

当累计给付的各项保险金达到保险金给付总限额（见附表）时，本主险合同终止。若被保险人在本主险合同生效前已发生恶性肿瘤——重度，本主险合同生效后再次发生恶性肿瘤——重度的，我们不承担给付保险金的责任。

1.3.8

下述使用到的疾病定义是 2020 年中国保险行业协会发布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》中所规定的重大疾病。

本主险合同所定义的“**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**¹²（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-10¹³）的恶性肿瘤类别及《国际疾病

¹⁰ **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。

¹¹ **基本医疗保险**指包括城镇职工基本医疗保险、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障项目。

¹² **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。

¹³ **ICD-10**指《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。

分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-0-3¹⁴）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-0-3 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**¹⁵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。

1.4 保险期间

本主险合同为不保证续保合同。

本产品保险期间为一年。保险期间届满，您需要重新向我们申请投保本产品，并经我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

本主险合同保险期间内被保险人经医院确诊初次发生本主险合同所定义的“恶性肿瘤——重度”，我们不再接受重新投保申请。若您或受益人未及时通知我们被保险人已经医院确诊初次发生本主险合同所定义的“恶性肿瘤——重度”导致我们接受了您重新投保的申请并收取了保险费的，我们会将收取的保险费退还给您并不再接受您重新投保的申请。

若保险期间届满时，本产品已停止销售，我们不再接受投保申请，但会向您提供投保其他保险产品的建议。

2 我们不保什么

这部分讲的是我们不承担保险责任的情况。

2.1 责任免除

因下列情形之一导致被保险人医疗费用支出的，我们不承担给付保险金的责任：

- (1) 被保险人服用、吸食或注射**毒品**¹⁶；
- (2) 被保险人**感染艾滋病病毒或患艾滋病**¹⁷期间因疾病导致的；

¹⁴ ICD-0-3 指《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。

¹⁵ **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。甲状腺癌的 TNM 分期：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，具体见附表 1。

¹⁶ **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。

¹⁷ **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。

- (3) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (4) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (5) **遗传性疾病¹⁸，先天性畸形、变形或染色体异常¹⁹；**
- (6) 被保险人因精神疾病、未遵医嘱使用管制药物或处方药物、未按照说明书所示的内容使用非处方药物或有毒物质；
- (7) 任何没有医生处方而购买的药品费用；
- (8) 保险单中特别约定的除外疾病；
- (9) **既往症²⁰；**
- (10) 并发症的治疗（接受“1.2 医学治疗”的直接并发症的治疗除外）、**减缓慢性症状的治疗或康复治疗（包括但不限于物理治疗、运动功能恢复、语言疗法等）、心理治疗；**
- (11) 由于**医疗事故²¹**引起的医疗费用；
- (12) 任何**替代疗法²²**产生的费用；
- (13) 被保险人接种预防恶性肿瘤的疫苗，进行基因测试，鉴定恶性肿瘤的遗传性，接受**实验性医疗²³**以及采取未经科学或医学认可的医疗手段。

2.2 其他免责条款 除“2.1 责任免除”外，本主险合同中还有一些免除保险人责任的条款，详见以下条款中背景突出显示的内容：“1.3 保险责任”、“4.2 保险事故通知”、“4.3 保险金申请”、“6.4 年龄错误”、“脚注 4 医院”及附表。

③ 如何支付保险费

这部分讲的是您应当按时交纳保险费。

3.1 保险费的支付 本主险合同的保险费需要您在投保时一次交清。
若您在上一保险期间届满后 60 日内申请重新投保，您应于上述 60 日内一次性支付全部保险费；若您未在上述 60 日内支付保险费，自 60 日期满时，合同效力终止。
若被保险人在上一保险期间届满后 60 日内发生保险事故，我们仍承担保险责任，但会扣减您欠交的保险费。

④ 如何领取保险金

这部分讲的是发生保险事故后受益人如何领取保险金。

4.1 受益人 除另有指定外，各项保险金受益人为被保险人本人。

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。

¹⁸ **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。

¹⁹ **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。

²⁰ **既往症**指被保险人在本主险合同生效日之前已患的经医生明确诊断的有关疾病。

²¹ **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及常规，过失造成患者人身损害的事故。

²² **替代疗法**指目前传统医学或标准治疗之外的医学和健康管理系统、操作和产品，包括但不限于针灸、芳香疗法、脊椎指压疗法、顺势疗法、自然疗法、整骨疗法、印度韦达养生学和传统中医。

²³ **实验性医疗**指未被国际医疗界认可的医学科研组织所普遍接受的对于治疗疾病或者损伤是安全、有效、合适的治疗、医学操作、治疗过程、医疗设备或者药品；以及处于学习、研究、测试或者任何临床试验阶段的治疗、医学操作、治疗过程、医疗设备或者药品。

4.2 保险事故通知

请您或受益人在知道保险事故发生后 10 日内通知我们。

如果您或受益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，我们对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但我们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或者虽未及时通知但不影响我们确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

4.3 保险金申请

在申请保险金时，请按照下列方式办理：

细胞免疫疗法 就医资格评估

在本主险合同的保险期间内，若被保险人经医院确诊初次发生本主险合同所定义的“恶性肿瘤——重度”，并在确诊后 3 年内符合本主险合同约定的指定适应症的，被保险人需提供下列证明和材料，用于细胞免疫疗法就医资格评估：

- (1) 保险合同；
- (2) 受益人的**有效身份证件**²⁴；
- (3) 医院出具的附有病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告的疾病诊断证明书；
- (4) 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。

以上证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知受益人补充提供有关证明和资料。

如果被保险人未通过细胞免疫疗法就医资格评估，我们不承担给付保险金的责任。

指定医疗机构 评估

被保险人通过细胞免疫疗法就医资格评估后，将由指定医疗机构评估是否接受被保险人进行“1.2 医学治疗”。

如果经指定医疗机构评估被保险人不适合接受细胞免疫疗法的，我们不承担给付保险金的责任。

申请材料

本主险合同保险责任涵盖的指定药品目录中药品的费用，我们将直接支付给医院或药房，我们不再接受受益人对该部分保险金的申请。

被保险人在接受“1.2 医学治疗”就医资格评估期间与“1.2 医学治疗”治疗期间发生的其它的本主险合同保险责任涵盖的医疗费用，由受益人填写保险金给付申请书，并提供下列证明和材料：

- (1) 保险合同；
- (2) 受益人的有效身份证件；
- (3) 指定医疗机构出具的医疗证明和医疗费用原始凭证，包括：
 - ① 账单明细和原始发票；
 - ② 接受治疗的被保险人姓名；
 - ③ 主诊医生或医疗机构名称；
 - ④ 相关病历；
 - ⑤ 主诊医生开具的处方。

- (4) 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。

以上证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知受益人补充提供有关证明和资料。

²⁴ 有效身份证件指政府有权机关颁发的能够证明其合法真实身份的证件或文件等，如居民身份证、按规定可使用的有效护照、营业执照等。

4.4 保险金的给付

我们在收到保险金给付申请书及上述有关证明和资料后，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，我们在与受益人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行给付保险金义务；若我们在收到保险金给付申请书及上述有关证明和资料后第 30 日仍未作出核定，除支付保险金外，我们将从第 31 日起按超过天数赔偿受益人因此受到的利息损失。利息按照我们公示的利率按单利计算，且保证该利率不低于中国人民银行公布的同期金融机构人民币活期存款基准利率。若我们要求投保人、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料的，则上述的 30 日不包括补充提供有关证明和资料的期间。

对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

我们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，将根据已有证明和资料对可以确定的数额先予支付；我们最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

5 如何退保

这部分讲的是您可以随时申请退保。

5.1 您解除合同的手续及风险

您可以申请解除本主险合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：

- (1) 保险合同；
- (2) 您的有效身份证件。

自我们收到解除合同申请书时起，本主险合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还本主险合同的现金价值²⁵。

您解除合同会遭受一定损失。

解除合同后，您会失去原有的保障。

6 需关注的其他内容

这部分讲的是您应当注意的其他事项。

6.1 合同构成

本保险条款、保险单或其他保险凭证、投保书、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单、附加险合同、其他书面协议都是您与我们之间订立的保险合同的构成部分。

6.2 合同成立与生效

您提出保险申请、我们同意承保，本主险合同成立。

本主险合同生效日以保险单或其他保险凭证所载的日期为准。

²⁵现金价值：

- (1) 首次投保或在上一保险期间届满 60 日后重新投保的：

如果保险经过天数 ≤ 30 天，现金价值 = 保险费 $\times (1 - 35\%)$ ；

如果保险经过天数 > 30 天，现金价值 = 保险费 $\times (1 - 35\%) \times [1 - (\text{保险经过天数} - 30) / (\text{保险期间的天数} - 30)]$ ，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。

- (2) 不迟于上一保险期间届满后 60 日重新投保的：

现金价值 = 保险费 $\times (1 - 35\%) \times (1 - \text{保险经过天数} / \text{保险期间的天数})$ ，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。

- 6.3 投保年龄** 指投保时被保险人的年龄，投保年龄以**周岁**²⁶计算。
本主险合同接受的投保年龄为 18 周岁至 60 周岁。若您在被保险人 61 周岁至 99 周岁期间投保本产品的，需要满足以下两个条件：
(1) 非首次投保；
(2) 您需在上一个保险期间届满后 60 日内提出重新投保申请。
- 6.4 年龄错误** 您在申请投保时，应与有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保书上填明，如果发生错误按照下列方式办理：
(1) 您申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本主险合同约定投保年龄限制的，我们有权解除合同，并向您退还本主险合同的现金价值。我们行使合同解除权适用“6.5 明确说明与如实告知”中合同解除权限制的规定；
(2) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费少于应付保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付；
(3) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费多于应付保险费的，我们会将多收的保险费退还给您。
- 6.5 明确说明与如实告知** 订立本主险合同时，我们会向您说明本主险合同的内容。对本主险合同中免除我们责任的条款，我们在订立合同时会在投保书、保险单或其他保险凭证上作出足以引起您注意的提示，并对该条款的内容以书面或口头形式向您作出明确说明，未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。
我们就您和被保险人的有关情况提出询问，您应当如实告知。
如果您故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本主险合同。
如果您故意不履行如实告知义务，对于本主险合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。
如果您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，对于本主险合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，但会退还保险费。
我们在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。
- 6.6 未还款项** 我们在给付各项保险金、退还现金价值或返还保险费时，如果您有欠交的保险费或其他未还清款项，我们会在扣除上述欠款及应付利息后给付。
- 6.7 合同内容变更** 在本主险合同保险期间内，经您与我们协商一致，可以变更本主险合同的有关内容。
为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。若您未以书面形式或双方认可的其他形式通知我们，我们按本主险合同载明的最后住所或通讯地址所发送的有关通知，均视为已送达给您。

²⁶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。过了周岁生日，从第二天起，为已满××周岁。如被保险人出生日期为 2018 年 10 月 1 日，则 2019 年 10 月 2 日至 2020 年 10 月 1 日期间，被保险人年龄为 1 周岁。

6.8 效力终止

当发生下列情形之一时，本主险合同效力终止：

- (1) 本主险合同的被保险人身故，本主险合同效力终止，我们退还本主险合同的现金价值；
- (2) 本主险合同中列明的其他合同终止的情形。

6.9 争议处理

本主险合同履行过程中，双方发生争议不能协商解决的，可以达成仲裁协议通过仲裁解决，也可依法直接向法院提起诉讼。

附表 1:

甲状腺癌的 TNM 分期

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。

附表 2:

平安细胞免疫疗法医疗保险计划表

单位：人民币元

保障项目	
各项保险金给付总限额	200 万 (以下三项合计)
细胞免疫疗法医疗费用保险金	给付限额：与总限额相同
	给付比例：100%
细胞免疫疗法住院日额保险金	200 元/日 (累计给付以 60 日为限)
细胞免疫疗法康复津贴保险金	10 万 (限给付 1 次)

附表 3:

《平安细胞免疫疗法医疗保险》费率表

单位: 人民币元

年龄	首次投保或保险期间届满 60 日后重新投保		保险期间届满 60 日内重新投保	
	有基本医疗保险或公 费医疗	无基本医疗保险或公 费医疗	有基本医疗保险或公 费医疗	无基本医疗保险或公 费医疗
18-20	6.0	6.3	6.5	6.8
21-25	7.3	7.6	7.9	8.3
26-30	11.0	11.6	12.0	12.6
31-35	14.0	14.8	15.3	16.1
36-40	17.6	18.5	19.1	20.1
41-45	24.3	25.5	26.4	27.7
46-50	36.9	38.7	40.1	42.1
51-55	57.6	60.4	62.6	65.7
56-60	74.6	78.4	81.1	85.2
61-65			105.4	110.7
66-70			137.0	143.9
71-75			140.4	147.4
76-80			144.0	151.2
81-85			147.6	155.0
86-90			151.2	158.8
91-95			155.0	162.8
96-99			158.9	166.8

注: 61-99 周岁的费率仅适用于上一个保险期间届满 60 日内提出重新投保。

(完)