

中国大地财产保险股份有限公司 附加个人“恶性肿瘤——重度”扩展赴日医 疗保险（互联网专属）条款

总则

第一条 本保险是个人医疗类保险（互联网专属）或者个人疾病类保险（互联网专属）（以下简称“主险”）的附加险。只有在投保了主险的基础上，方可投保本附加险。

凡主险合同内容与本附加险合同相关的部分，以及本附加险保险条款，均为本附加险合同的构成部分。

本附加险保险条款未尽事项，以主险保险条款为准；若本附加险保险条款与主险保险条款内容相冲突，则以本附加险保险条款为准。

主险合同终止的，本附加险合同同时终止；主险合同无效的，本附加险合同也无效。

第二条 本附加险合同的投保人、被保险人和受益人同主险合同。

保险责任

第三条 在保险期间内，被保险人经过等待期后（免除等待期的不在此限）患疾病，经保险人指定或者认可的医疗机构首次确诊患本附加险合同约定的“恶性肿瘤——重度”（无论一种或者多种），根据《赴日就医申请流程》（见附

表，下同)的约定获准到日本指定的医疗机构接受“恶性肿瘤——重度”治疗的，对于被保险人接受该治疗所发生的必需且合理的医疗费用(以下简称“合理医疗费用”)，保险人按照本附加险保险条款“保险金计算方法”中的约定计算给付赴日医疗保险金。

本附加险责任范围内的医疗费用仅包括床位费、医生诊疗费、治疗费、手术费、药品费、检查化验费、护理费、膳食费。

本附加险保险期间届满时，若被保险人已向保险人提出赴日就医的书面申请但尚未赴日就医，或者已赴日就医但治疗尚未结束，则保险人继续承担保险责任，直至被保险人首次确诊患有本附加险合同约定的“恶性肿瘤——重度”之日起的第365日止。

责任免除

第四条 由于下列任何原因，被保险人发生的医疗费用，保险人不承担给付保险金的责任：

(一) 被保险人首次投保本附加险前或者脱保后重新投保本附加险前所患既往症及其并发症；

(二) 被保险人单纯为了检查、购药、观察病情发展而赴日就医；

(三) 任何职业病、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);

(四) 主险保险条款“责任免除”中的原因,除非为本附加险合同所承保的。

第五条 在下列任何情形下,被保险人发生的医疗费用,保险人不承担给付保险金的责任:

(一) 被保险人在首次确诊罹患“恶性肿瘤——重度”之日(不含首次确诊当日)前十二个月内在中国(包括中国大陆及港澳台地区)累计居住时间未超过二百四十日的;

(二) 主险保险条款“责任免除”中的情形,除非为本附加险合同所承保的。

第六条 被保险人发生下列任何费用,保险人不承担给付保险金的责任:

(一) 被保险人接种预防“恶性肿瘤——重度”的疫苗、进行基因测试、鉴定“恶性肿瘤——重度”的遗传性所发生的费用;

(二) 被保险人对于长期并发症的治疗、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)所产生的费用;

(三) 被保险人在根据《赴日就医申请流程》的约定选定前往就医的医疗机构(以下简称“选定的医疗机构”)以外发生的任何费用,但凭借选定的医疗机构的医生开具的处方到其他药店购买的药品费用不在此限;

(四) 被保险人在接受治疗过程中购买或者租用任何类型的假体、矫形器具、紧身胸衣、绷带、拐杖、人造部件或者器官、假发(即使化疗过程中有必要使用)、矫形鞋、疝带等其他类似器具用品产生的费用,购买或租赁轮椅、专用床、空调器、空气净化器和其他类似物品或者设备产生的费用;

(五) 被保险人接受任何替代疗法产生的费用;

(六) 被保险人在日本治疗过程中不幸身故,遗体运回或者火化运回的费用;

(七) 无医生处方而自行购买的药物费用;

(八) 主险保险条款“责任免除”中的费用,除非为本附加险合同所承保的。

保险金额和保险费

第七条 被保险人的保险金额由投保人与保险人协商确定,并在本附加险合同中载明。

第八条 保险费由保险人在承保时根据适用的保险费率计算确定。

保险金计算方法

第九条 保险人对于被保险人每次就诊发生的合理医疗费用,按照如下公式计算给付赴日医疗保险金:

赴日医疗保险金=合理医疗费用×70%。

第十条 本附加险为费用补偿型医疗保险。保险人给付

的保险金，以被保险人发生的合理医疗费用扣除其已从互助保险、除本保险外的其他商业保险、其所在的工作单位、公益慈善机构等途径已获得的医疗费用补偿金额后的余额为上限。

保险人针对被保险人给付的赴日医疗保险金累计以本附加险合同约定的保险金额为上限，当达到该限额时，本附加险合同约定的对被保险人的保险责任终止。

保险期间与等待期

第十一条 保险期间为一年，具体起讫时间与主险合同一致，并在本附加险合同中载明。

第十二条 等待期由投保人与保险人协商确定，并在本附加险合同中载明；未在本附加险合同中载明的，则为三十日。同时满足以下三个条件的，免除等待期：

（一）非首次投保本附加险；

（二）投保人在上一个保险期间届满前重新向保险人投保本附加险；

（三）本附加险合同的保险期间与上一个保险合同的保险期间之间连续不间断。

不保证续保

第十三条 本附加险合同为不保证续保合同。本附加险合同保险期间届满前，且被保险人未向保险人提出赴日就医

申请的，投保人可重新向保险人投保本附加险，经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同，但本附加险不保证续保。

保险金申请

第十四条 除本附加险合同另有约定外，对于被保险人发生的本附加险保险责任范围内的医疗费用中应由保险人给付的那部分金额，经投保人投保时授权，保险人将通过第三方服务商与选定的医疗机构直接结算，无需被保险人先行垫付，保险人不再就该部分金额给付保险金。

第十五条 对于被保险人发生的不属于本附加险保险责任范围内的、应由被保险人负担但选定的医疗机构未向被保险人收取的医疗费用，被保险人应在接到保险人或者其授权机构通知之日起的三十日内退还相应款项，否则，保险人有权向其追偿相应的费用。

释义

首次确诊：指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，而不是指本附加险合同等待期届满后第一次经医疗机构确诊患有某种疾病。

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《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:

(一) 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, 肿瘤细胞未侵犯基底层, 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;

(二) TNM分期为 I 期或者更轻分期的甲状腺癌;

(三) TNM分期为T₁N₀M₀期或者更轻分期的前列腺癌;

(四) 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;

(五) 相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病;

(六) 相当于Ann Arbor分期方案I期程度的何杰金氏病;

(七) 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 $\text{ki-67} \leq 2\%$) 或者更轻分级的神经内分泌

肿瘤。

指定的医疗机构：指由保险人授权的第三方服务商指定、安排被保险人前往就医或接受医疗服务的、符合日本当地法律法规要求合法设立的医疗机构。该医疗机构应有常住执业医师管理或提供医疗服务，并在专业护士指导下每日二十四小时连续提供护理服务。不包括护理机构、疗养机构、康复机构、养老院、居家服务机构、酒精或药物滥用看护机构、以及其他类似目的的机构。

指定的医疗机构的清单可以通过保险人的官方正式渠道（包括但不限于官网）进行查询，保险人有权对指定的医疗机构进行不定期的调整。

床位费：指被保险人使用医疗机构床位的费用。

医生诊疗费：指由医生所实施的病情咨询以及检查、各种器械或者仪器检查、诊断、治疗方案拟订等各项医疗服务所收取的费用。

治疗费：指由医生或者护士对被保险人进行的除手术外的各种治疗项目所收取的费用。

手术费：根据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、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费和手术设备费。

药品费：指由医生开具的、与治疗疾病相关的具有日本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。

检查化验费：指由医生开具的由指定医疗机构专项检查科室的专业检查、检验人员实施的各种检查化验项目所收取的费用。

护理费：指由护士对被保险人提供临床护理服务所收取的费用。

膳食费：指根据医生的医嘱且由指定医疗机构内设的专门为住院病人配餐的食堂配送的并符合通常惯例的膳食费用。不包括以下费用：

（一）所住指定的医疗机构外其他营利性餐饮服务机构提供的餐饮费用；

（二）不是根据医嘱配送的、在指定的医疗机构对外营业的餐厅或者食堂的餐饮费用；

（三）不在指定的医疗机构开具的医疗费用清单上的餐饮费用。

第三方服务商：指经保险人授权为被保险人提供“恶性肿瘤——重度”赴日就医服务的机构。

附表：赴日就医申请流程

序号	流程	说明
步骤 一	申请赴日就医资格审核	<p>赴日就医申请人（以下简称“申请人”）应向保险人报案并提供下列证明和资料：</p> <p>（一）保险单或者其他保险凭证、批单；</p> <p>（二）被保险人的有效身份证件，若是受托申请，还应提供授权委托书和授权委托人的身份证明；</p> <p>（三）中国大陆地区二级及以上公立医院出具的附有被保险人病理、血液及其他科学方法检验报告等诊断证明文件；</p> <p>（四）能证明被保险人在首次确诊罹患“恶性肿瘤——重度”之日（不含首次确诊当日）前十二个月内在中国（包括中国大陆及港澳台地区）居住情况的材料；</p> <p>（五）其他必要的证明和资料。</p> <p>经保险人审核确定属于保险事故后，方可启动“步骤二”。</p>

<p>步骤二</p>	<p>安排第二诊疗意见服务</p>	<p>第三方服务商为被保险人安排由国际知名医疗专家出具第二诊疗意见的服务，被保险人应接受第三方服务商认为必要的医疗调查，包括配合提供所有的医学报告、病例以及相关资料，并签署相关的授权文件，使第三方服务商可以获得全部完整的医学资料。第三方服务商应及时将第二诊疗意见结果告知被保险人。</p> <p>经第二诊疗意见确定可申请赴日就医后，方可启动“步骤三”。</p>
<p>步骤三</p>	<p>选择赴日就医医疗机构</p>	<p>第三方服务商推荐不少于两家医疗机构，被保险人应及时从中选定前往就医的一家医疗机构。经选定前往就医的医疗机构后，方可启动“步骤四”。</p> <p>上述推荐医疗机构名单有效期为三个月（以提供之日起算）。有效期届满后，被保险人仍需要赴日就医的，应在第三方服务商指导下重新按照上述各相应步骤办理。</p>
<p>步骤</p>	<p>签署治疗方</p>	<p>第三方服务商提供仅适用于被保险人</p>

四	案授权书	<p>选定前往就医的医疗机构的治疗方案授权书，被保险人在完全同意治疗方案授权书的内容后，应及时在该治疗方案授权书上签字确认。而后，第三方服务商安排被保险人前往选定的医疗机构就医。</p> <p>经被保险人签字确认的治疗方案授权书的有效期为三个月（以出具之日起算）。有效期届满后，被保险人仍需要赴日就医的，应在第三方服务商指导下重新按照上述各相应步骤办理。</p>
---	------	---