

英大泰和财产保险股份有限公司 中老年恶性肿瘤医疗保险（2024 版） 条款

总 则

第一条 本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 具有完全民事行为能力的被保险人本人，或在本保险合同订立时对被保险人有保险利益的其他自然人或团体可作为投保人。

第三条 年龄在 45 至 100 周岁身体健康且能正常工作、生活的自然人可作为本保险合同的被保险人，但首次投保自然人的年龄上限为 80 周岁。

第四条 除另有约定外，本保险合同的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条

（一）恶性肿瘤医疗保险责任

保险期间内，被保险人自获得被保资格之日起经过本保险合同约定的等待期后首次确诊且经保险人指定或认可的医疗机构的专科医生确诊为恶性肿瘤，并在中华人民共和国境内（不包括港、澳、台地区）二级及二级以上公立医院的

普通部或保险人认可的医疗机构的普通部接受治疗的，对于其在保险期间内向上述医院或医疗机构累计支出的住院医疗费用、特殊门诊医疗费用、门诊手术费用及住院前后门急诊医疗费用中必需且合理的医疗费用，保险人按照本合同约定，在恶性肿瘤医疗保险金额范围内计算并赔偿保险金。

除另有约定外，保险人承担保险责任的范围不包括上述医院或医疗机构的家庭病床（房）、特需医疗、外宾医疗、国际部、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP病房，以及其他不属于社会基本医疗保险范畴的门诊、急诊、病房、住院部。

1. 住院医疗费用

被保险人接受符合本保险合同约定的住院治疗时，发生的必需且合理的住院医疗费用，包括床位费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费、救护车使用费。

保险期间届满被保险人仍在住院治疗的，保险人承担赔偿保险金的期限可自保险期间届满次日起延长至出院之日起，但最长以 30 日为限。

2. 特殊门诊医疗费用

被保险人接受符合本保险合同约定的特殊门诊治疗时，发生的必需且合理的门诊恶性肿瘤治疗费，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法的治疗费用。

3. 门诊手术费用

被保险人接受符合本保险合同约定的门诊治疗且必须接受门诊手术时，发生的必需且合理的手术费。

4.住院前后门急诊医疗费用

被保险人接受符合本保险合同约定的住院的，在住院前30日（含住院当日）和出院后30日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受符合本保险合同约定的门急诊治疗时，发生的必需且合理的门急诊医疗费用（但不包括特殊门诊医疗费用和门诊手术费用）。

（二）恶性肿瘤住院津贴保险金

保险期间内，被保险人自获得被保资格之日起经过本保险合同约定的等待期后首次确诊且经保险人指定或认可的医疗机构的专科医生确诊为恶性肿瘤，并在中华人民共和国境内（不包括港、澳、台地区）二级及二级以上公立医院的普通部或保险人认可的医疗机构的普通部接受住院治疗的，保险人按如下规则计算并给付恶性肿瘤住院津贴保险金。

恶性肿瘤住院津贴保险金 = (合理住院天数 - 恶性肿瘤免赔住院天数) × 每日给付金额

恶性肿瘤免赔住院天数及每日给付金额由投保人与保险人在签订保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

被保险人因恶性肿瘤须到医疗机构进行合理且必需的住院治疗，在本保险合同载明的保险期间内，每次住院治疗天数以30日为限，累计住院治疗天数以90日为限，保险人对超出部分不承担给付恶性肿瘤住院津贴保险金责任。

责任免除

第六条 在下列情形下，被保险人发生的恶性肿瘤医疗费用或恶性肿瘤住院津贴，保险人不承担赔偿或给付保险金责任：

- (一) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (二) 被保险人故意自伤；
- (三) 被保险人服用、吸食或注射毒品；
- (四) 被保险人受酒精、管制药物的影响，但遵医嘱使用药物的情形不在此限；
- (五) 被保险人未遵医嘱服用、涂用、注射药物，但按使用说明的规定使用非处方药不在此限；
- (六) 被保险人在获得被保资格前所患既往症及保险单中特别约定的除外疾病和情形；
- (七) 被保险人患遗传性疾病，或先天性畸形、变形，或染色体异常；
- (八) 被保险人作为器官捐赠方接受器官捐赠手术；
- (九) 被保险人存在精神和行为障碍（以世界卫生组织（WHO, World Health Organization）颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类第十次修订（ICD-10）》为准）；
- (十) 被保险人接受试验性药物或治疗；
- (十一) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (十二) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (十三) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；
- (十四) 被保险人患职业病，或发生医疗事故；

(十五)被保险人接种预防恶性肿瘤的疫苗，进行基因测试(不包含因治疗恶性肿瘤用药所必须的基因检测)，鉴定恶性肿瘤的遗传性，接受试验性药物或治疗。

第七条 对于以下恶性肿瘤医疗费用或恶性肿瘤住院津贴，保险人不承担赔偿或给付保险金责任：

(一)等待期内被保险人发生的医疗费用；

(二)等待期内被保险人已经发生的疾病或病理改变且延续到等待期以后进行的任何诊断或治疗所发生的医疗费用；

(三)各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、遗传基因鉴定费用；

(四)未经医生处方自行购买的药品费；

(五)在非本保险合同约定医院或医疗机构药房购买药品发生的费用；

(六)被保险人不符合入院标准、挂床住院产生的医疗费用；被保险人应当出院而拒不出院，从医院确定应当出院之日起发生的一切医疗费用；

(七)保险单中载明的恶性肿瘤免赔住院天数对应的恶性肿瘤住院津贴保险金；

(八)被保险人因恶性肿瘤须到医疗机构进行合理且必需的住院治疗，对于每次住院治疗超过30天，累计住院治疗超过90天的部分，保险人不承担给付恶性肿瘤住院津贴保险金责任。

第八条 本保险单中载明的免赔额保险人不负责赔偿。

第九条 其他不属于本保险责任范围内的损失、费用和责任，保险人不承担赔偿或给付保险金的责任。

保险金额和免赔额

第十条 除另有约定外，本合同的保险金额包括恶性肿瘤医疗保险金额、恶性肿瘤住院津贴保险金额及总保险金额，总保险金额是保险人在保险期间内承担赔偿和给付保险金责任的累计最高限额。以上各项保险金额由投保人与保险人协商确定，并在保险单中载明。

第十一条 免赔额由投保人与保险人在签订保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

本保险合同中免赔额指在本合同保险期间内，应由每一被保险人自行承担，本合同不予赔付的部分。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。但通过社会基本医疗保险、公费医疗保险和大病保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

保险期间和等待期

第十二条 本保险合同为非保证续保合同，保险期间为一年（或不超过一年）。保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

本保险单等待期由投保人、保险人在投保时协商确定，并在保险合同中载明，最长不得超过180天。在此期间，尽

管保险合同已经生效，被保险人已获得被保资格，但保险人并不承担给付或赔偿保险金义务。

保险人义务

第十三条 订立本保险合同时，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本保险合同的内容。对本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 本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或者其他保险凭证。

第十五条 保险人按照合同的约定，认为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、被保险人或者受益人补充提供。

第十六条 保险人收到被保险人或者受益人的索赔请求后，应当及时作出核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益人达成赔偿或给付保险金的协议后十日内，履行赔偿或给付保险金义务。保险合同对赔偿或者给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行赔偿或者给付保险金义务。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被保险人或者受益人发出拒绝赔偿或者拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十七条 保险人自收到索赔请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其赔偿或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；保险人最终确定赔偿或给付的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十八条 订立保险合同，保险人就投保人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。

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，保险人有权解除保险合同。

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，不承担赔偿或给付保险金的责任，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，不承担赔偿或给付保险金的责任，但应当退还保险费。

第十九条 除另有约定外，投保人应在保险合同成立时一次交清保险费。投保人未按约定交清保险费的，保险合同不生效。

第二十条 投保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，保险人按本保险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。

第二十一条 发生保险责任范围内的事故后，按照保险合同请求保险人赔偿或给付保险金时，投保人、被保险人或者受益人应当向保险人提供其所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料。

第二十二条 投保人解除本保险合同的，应当提供已通知被保险人退保的有效证明。

赔偿处理

第二十三条 本保险合同中的恶性肿瘤医疗保险金适用医疗费用补偿原则。保险事故发生时，被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的医疗费用金额为限。若被保险人已经从其它途径（包括但不限于社会基本医疗保险、公费医疗保险、大病保险、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构）获得相关医疗费用补偿的，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剩余部分按照本合同的约定承担保险责任。被保险人不得就已经补偿的费用再次向保险人申请保险金。社会基本医疗保险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。

第二十四条 恶性肿瘤医疗保险金赔偿标准：

对于每一被保险人在保险期间内累计支出的符合本合

同恶性肿瘤医疗保险责任约定的医疗费用（以下公式中简称“累计合理医疗费用”），保险人按照下列公式计算保险金：

（一）若被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿金额（不含社会基本医疗保险、公费医疗、大病保险已补偿金额）超过免赔额的，保险金计算公式为：

保险金=（累计合理医疗费用-社会基本医疗保险、公费医疗、大病保险已补偿金额以及其他途径已获得的医疗费用补偿金额）×赔付比例

（二）若被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿金额（不含社会基本医疗保险、公费医疗、大病保险已补偿金额）不超过免赔额的，保险金计算公式为：

保险金=（累计合理医疗费用-社会基本医疗保险、公费医疗、大病保险已补偿金额-免赔额）×赔付比例

若被保险人以参加社会基本医疗保险身份投保、就诊并结算的，保险人按照赔付比例一及上述保险金计算公式计算保险金；若被保险人以参加社会基本医疗保险身份投保，但未以参加社会基本医疗保险身份就诊并结算的，保险人按照赔付比例二及上述保险金计算公式计算保险金；若被保险人未以参加社会基本医疗保险身份投保、就诊并结算的，保险人按照赔付比例三及上述保险金计算公式计算保险金。被保险人参加公费医疗的，视同参加社会基本医疗保险。

前述免赔额、赔付比例一、赔付比例二、赔付比例三由投保人、保险人双方协商确定，并在保险单中载明。

第二十五条 在保险期间内，保险人对每一被保险人恶

性肿瘤医疗保险金及恶性肿瘤住院津贴保险金的赔偿或者给付总金额不超过总保险金额。

第二十六条 向保险人申请赔偿或给付保险金时，应填写保险金索赔申请书，并提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。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。保险人按照本保险合同的约定，认为有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。

- (一) 保险金索赔申请书；
- (二) 保险单原件或其它能够有效证明保险合同有效的材料；
- (三) 保险金申请人的身份证明；
- (四) 中华人民共和国境内（不包括港、澳、台地区）二级及二级以上公立医院或保险人认可的医疗机构出具的医疗费用发票及明细账、诊断证明、病历、出院小结等；
- (五) 对于已经从社会基本医疗保险、公费医疗、大病保险或任何第三方包括任何商业医疗保险获得相关医疗费用补偿的，应提供社会基本医疗保险机构、商业保险机构或其他第三方的医疗费用分割单或医疗费用结算证明；
- (六) 被保险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。

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赔偿或给

付保险金的责任。

争议处理和法律适用

第二十七条 因履行本保险合同发生的争议，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人民法院起诉。

第二十八条 与本保险合同有关的以及履行本保险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）。

其他事项

第二十九条 投保人解除合同的，保险人应当自收到解除合同通知之日起三十日内，按照合同约定退还保险单的现金价值。

第三十条 本保险合同所列数字如未注明（不含），均包含本数。

第三十一条 本保险合同约定与《中华人民共和国保险法》等法律规定相悖之处，以法律规定为准。本保险合同未尽事宜，以法律规定为准。

释义

【恶性肿瘤】本保险合同所保障的恶性肿瘤包括原位癌、恶性肿瘤——重度及恶性肿瘤——轻度。

【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。原位癌必须经过对固定活组织的组织病理学检查明确诊断。癌前病变不在保障范围内。

【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-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 $\leqslant 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

【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-0-3）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 $<10/50$ HPF 和 ki-67 $\leqslant 2\%$ ）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-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：

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。

【保险金申请人】本保险合同的保险金申请人是指被保险人本人或本保险合同的受益人。

【获得被保资格】被保险人自本保险合同生效之日或保险期间开始之日（以两者较晚者为准）起视为获得被保资格。

【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。

【医院】指保险人与投保人约定的定点医院，未约定定点医院的，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院，但不包括主要作为诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构。该医院

必须具有符合国家有关医院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。

【保险人认可的医疗机构】保险人认可的医疗机构清单将在保险单中载明，保险人保留对清单进行变更的权利，具体以保险人在官方正式渠道公布或通知为准。

【住院】指被保险人确因临床需要，正式办理入院及出院手续，并确实入住医疗机构正式病房接受治疗的行为过程，且入住医疗机构必须达二十四小时以上且由医疗机构收取病房或床位费用。

【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。

【等待期】从保险合同生效日或最后一次复效日开始，至保险人具有保险金赔偿或给付责任之日的一段时间。

【必需且合理】指同时符合以下两个条件：

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。

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。

【社会基本医疗保险】指国家最新修订颁布的《社会保险法》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。

【床位费】指住院期间实际发生的、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）。

【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、也可以合并在病房费等其他款项内。

【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。

【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、CT费、磁共振费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、活检费、穿刺费、造影费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

【治疗费】以治疗疾病为目的，提供医学手段而发生的技术劳务费、医疗器械使用费及消耗的费用，包括注射费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

【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、复方中药或中成药品，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。

【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；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。

其中手术限于被保险人因疾病或意外伤害住院后，为治疗疾病、挽救生命而施行的手术。

【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，且救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送。

【化学疗法】指针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。

【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。

【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。

【肿瘤内分泌疗法】指针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。

【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。

【大病保险】指城乡居民大病保险、城镇职工大病保险。

【既往症】被保险人在投保之前已患的已知或应该知道的有关疾病或症状。

【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。

【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。

【保健】指为保护和增进人体健康、防止发生疾病而所采取的综合性措施。

【感染艾滋病病毒或患艾滋病】

1.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；

2.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。

【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。

【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。

【挂床住院】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 24 小时在床、在院，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、床位费的情况。

【免赔额】保险合同中约定的，保险人不负赔偿责任的，由被保险人自行承担损失的数额。

【现金价值】现金价值=保险费 × (1-保险合同已生效的天数/保险合同保险期间的天数)， 经过日期不足一日的按一日计算

英大泰和财产保险股份有限公司 中老年恶性肿瘤医疗保险（2024 版） 费率

如国家、属地相关政策有明确要求，则使用以下费率规章时应优先服从相应要求。

一、基准费率

基准保费为：

（一）恶性肿瘤医疗保险责任

年龄（周岁）	基准保费（元）
45-50	581
51-55	714
56-60	1090
61-65	1271
66-70	2167
71-75	2718
76-80	3227
81-85	3560
86-90	3911
91-95	4790
96-100	5271

（二）恶性肿瘤住院津贴保险金

年龄（周岁）	基准保费（元）
45-50	182
51-55	237

56-60	298
61-65	353
66-70	585
71-75	742
76-80	1087
81-85	1432
86-90	1777
91-95	2122
96-100	2467

二、费率调整系数

以下费率调整系数适用于上述基准费率（保费），各项适用的费率调整系数与对应的基准费率（保费）之间为连乘关系，参考投保时的具体情况给予调整。费率调整条件无法准确获取时，可根据承保经验判断，在该费率调整系数上下限内取值，但不得低于1，费率调整系数不适用时取值为1。未特殊注明的区间，用线性插值法进行计算。

序号	项目	评估标准	调整系数
1	免赔条件 注：适用于各类	0%	1.1
		(0%,5%)	1.05
	免赔额（率）， 根据保险合同， 约定免赔额的用	[5%,10%)	1
		[10%,20%)	0.9
	免赔额/每次事 故最大赔偿限额	[20%,30%)	0.8
		[30%,40%)	0.7
		40%及以上	0.65

	折算，约定免赔率的用免赔率，各类免赔额(率)同时约定时，该调整系数取低。		
2	业务渠道	直销	0.85
		非直销	1
3	等待期(天)	[0,30]	[1,1.2]
		(30,60]	[0.9,1)
		(60,90]	[0.85,0.9)
		(90,180]	[0.8,0.85)
4	总保险金额(万元)	50 及以下	0.9
		(50,100]	(0.9,1]
		(100,200]	(1,1.1]
		(200,300]	(1.1,1.35]
		300 以上	1.35
5	被保险人是否有公费医疗、基础医疗保险，仅适用于恶性肿瘤医疗保险责任。	是	0.85
		否	1
6	被保险人其他费用补偿型医疗保险情况	有	0.9
		无或无法准确获取	1

	注：其他费用补偿型医疗保险指除公费医疗、基本医疗之外的补偿型医疗保险，仅适用于恶性肿瘤医疗保险责任。		
7 被保险人风险状况	无任何基础代谢障碍类疾病、免疫功能低下类疾病或重大的慢性消耗性疾病，且无其他慢性疾病	0.95	
	不满足以上条件，但无任何基础代谢障碍类疾病、免疫功能低下类疾病或重大的慢性消耗性疾病	1	
	以上条件均不满足	1.2	
8 注：考虑风险残差，包括但不限于为合理控制风	[0%,30%)	0.5	
	[30%,50%)	[0.5,0.8)	
	[50%,65%)	[0.8,1)	
	[65%,80%)	[1,1.2)	
	[80%,100%)	[1.2,1.5)	

险约定的其他限额条件，可根据核保经验判断。	[100%,120%)	[1.5,3)
	120%及以上	3

三、保险费计算公式

保险费 = 恶性肿瘤医疗保险责任基准保费 × 各项适用的费率调整系数之乘积 + 恶性肿瘤住院津贴保险金基准保费 × 各项适用的费率调整系数之乘积

注：该保险费为年保险费。

四、短期费率表

保险期间 (个月)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
百分比 (%)	2 5	35	45	55	6 5	70	75	80	85	90	95	100

注：

1. 保险期间在 15 日以上(不含 15 日)，不足 1 个月的，按 1 个月计算；保险期间在 1 个月以上，不足 2 个月的，按 2 个月计算；保险期间在 2 个月以上，不足 3 个月的，按 3 个月计算，依此类推；
2. 保险期间在 8 日至 15 日之间(含 8 日及 15 日)，短期费率为年费率的 15%；
3. 保险期间在 7 日以下(含 7 日)，短期费率为年费率的 10%。