

阳光财产保险股份有限公司

团体防癌保险条款（2010 版）

总则

第一条

本保险合同由保险单或其他保险凭证及所附条款、投保单、与本保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、附贴批单、其他书面协议构成。

第二条

凡年满 16 周岁（含）至 65 周岁（含）之间，能正常生活、工作，身体健康的自然人，均可作为被保险人。

第三条

凡具有五人以上成员的机关团体或企事业单位，均可作为投保人为其成员集体投保本保险，投保团体参保成员应占符合条件的团体成员总数的 75%以上（含 75%），且投保人数不低于 5 人。投保本保险需经被保险人同意。

第四条

本保险合同各项保险金的受益人为被保险人本人，被保险人或投保人可指定或变更受益人，投保人指定或变更受益人时需经被保险人同意。

保险责任

第五条

在本保险合同保险责任有效期内，保险人承担以下保险责任：

一、本保险合同生效日起 30 日（含）内（续保除外），被保险人经医院诊断初次患本保险合同所指“原发性癌症”，保险人对投保人无息退还该被保险人对应的所交保险费，对该被保险人保险责任终止。

二、本保险合同生效日起 30 日后（续保除外），被保险人经医院诊断初次患本保险合同所指“原发性癌症”，保险人承担以下保险责任：

（一）被保险人以治疗癌症为直接目的住院治疗，保险人按每天 100 元给付癌症住院保险金，每次住院最高给付天数为 90 天，累计最高给付天数为 180 天。

被保险人在本保险合同生效日起 30 日后，因保险事故须到医院进行合理且必需的住院治疗，若至保险合同终止日治疗仍未结束的，保险人在该项责任保险金额范围内继续承担给付保险金责任，并最长延续至保险合同终止日起第 30 日，且该次保险事故累计住院治疗天数不超过 90 日。

（二）被保险人以治疗癌症为直接目的施行手术，保险人每次给付癌症手术保险金 5000 元，累计最多给付次数为 3 次。

（三）被保险人以治疗癌症为直接目的在门诊接受放射线治疗，保险人每次给付癌症

门诊放疗保险金 30 元，累计最多给付次数为 40 次。

被保险人在本保险合同生效日起 30 日后，因保险事故须到门诊进行合理且必需的放射线治疗，若至保险合同终止日治疗仍未结束的，保险人在该项责任保险金额范围内继续承担给付保险金责任，并最长延续至保险合同终止日起第 30 日，且该次保险事故累计门诊放射线治疗给付次数为 40 次。

责任免除

第六条

在本保险合同保险责任有效期内，发生下列情形之一的，保险人不承担保险金给付责任：

一、在投保前被保险人已经医院诊断患本保险合同所指癌症；

二、被保险人所患癌症为非原发性癌症或原有癌症的转移、复发；

三、被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；

四、被保险人殴斗、醉酒，服用、吸食或注射毒品；

五、被保险人患原位癌、先天性疾病或遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常、性传播疾病、艾滋病、感染艾滋病病毒期间；

六、任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射。

发生上述情形，被保险人身故的，保险人对该被保险人保险责任终止，并向投保人退还该被保险人的未满期净保险费。

保险金额和保险费

第七条

一、本保险每一被保险人的保险金额分为：

（一）癌症住院保险金日额人民币 100 元，累计最高给付 180 天；

（二）癌症手术保险金次额人民币 5000 元，累计最高给付 3 次；

（三）癌症门诊放疗保险金次额人民币 30 元，累计最高给付 40 次。

二、投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。投保人未按约定交付保险费的，对于保险费交付前发生的保险事故，保险人不承担保险金给付责任。

保险期间

第八条

除另有约定外，本保险合同保险期间为一年，以保险单上载明的保险期间为准。

本保险合同的保险期间自保险人同意承保并收取保险费时开始，至本保险合同约定终止日二十四时止。

保险人义务

第九条

订立保险合同时，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保险合同的内容。对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其他保险凭证。

第十一条

保险人认为保险金申请人提供的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。

第十二条

保险人在收到保险金申请人的保险金给付申请书及有关证明和资料后，应及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在 30 日内作出核定，但本保险合同另有约定的除外。保险人应当将核定结果通知保险金申请人。

对属于保险责任的，保险人应在与保险金申请人达成有关给付保险金数额的协议后 10 日内，履行给付保险金义务；对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起 3 日内向被保险人或者受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十三条

保险人自收到给付保险金请求和有关证明、资料之日起 60 日内，对其给付保险金数额不能确定的，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

第十四条

除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时交清保险费。

第十五条

订立保险合同，保险人就保险标的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，保险人有权解除本保险合同。

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 30 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，不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。

保险人在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责任。

第十六条

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。

第十七条

在保险期间内，投保人因其人员变动，需增加、减少被保险人时，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

被保险人人数增加时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时开始承担保险责任，并按约定增收未到期保险费。

被保险人人数减少时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时起，对减少的被保险人终止保险责任（如减少的被保险人属于已离职的，保险人对其所负的保险责任自其离职之日起终止），并按约定退还未满期净保险费，但减少的被保险人本人或其保险金申请人已领取过任何保险金的，保险人不退还未满期净保险费。减少后的被保险人人数不足其在职人员75%或人数低于5人时，保险人有权解除本保险合同，并按约定退还未满期净保险费。

第十八条

投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应及时通知保险人。**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，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，不包括因不可抗力而导致的延迟。

保险金的申请与给付

第十九条

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交作为索赔依据的证明和材料。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）被保险人于保险责任有效期内确诊初次患癌症并住院治疗的，可由本人或其代理人作为申请人填写保险金给付申请书，并凭下列证明和资料向保险人申请给付保险金：

- 1、投保人证明及保险单正本原件或其他保险凭证原件；
- 2、被保险人的户籍证明及身份证明；

3、二级以上（含二级）或保险人认可的医疗机构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；医院出具的癌症住院及住院天数证明、住院病历；

- 4、申请人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。

（二）被保险人于保险责任有效期内确诊初次患癌症并施行手术的，可由本人或其代理人作为申请人填写保险金给付申请书，并凭下列证明和资料向保险人申请给付保险金：

- 1、保险单正本原件或其他保险凭证原件；

2、被保险人的户籍证明及身份证明；

3、二级以上（含二级）或保险人认可的医疗机构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；医院出具的手术记录、麻醉记录、住院病历；

4、申请人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。

（三）被保险人于保险责任有效期内确诊初次患癌症并进行门诊放疗的，可由本人或其代理人作为申请人填写保险金给付申请书，并凭下列证明和资料向保险人申请给付保险金：

1、保险单正本原件或其他保险凭证原件；

2、被保险人的户籍证明及身份证明；

3、二级以上（含二级）或保险人认可的医疗机构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；医院出具的放疗记录、门诊病历；

4、申请人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。

第二十条

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2年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

争议处理和法律适用

第二十一条

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或者争议发生后未达成仲裁协议的，可向中华人民共和国有管辖权的人民法院起诉。

第二十二条

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（不包括香港、澳门及台湾法律）。

其他事项

第二十三条

在本保险合同有效期内，经投保人和保险人协商，可以变更本保险合同的有关内容。变更本保险合同的，应当由保险人在原保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由投保人和保险人订立变更的书面协议。

第二十四条

投保人于本保险合同成立后，可书面通知要求解除本保险合同。

（一）投保人要求解除合同时，应提供下列证明和资料：

1、保险单正本原件或其他保险凭证原件；

2、保险费收据；

3、保险合同解除申请书；

4、投保人证明。

(二) 投保人要求解除合同的, 保险人自接到保险合同解除通知书之日起, 本保险合同效力终止, 并应于接到上述证明和资料之日起 30 日内退还未满期净保险费。

释义

1、**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。

2、**保险人**: 指与投保人签订本保险合同的阳光财产保险股份有限公司。

3、**投保人**: 指投保单位。

4、**被保险人**: 指本保险合同所附被保险人名册中所载人员。

5、**医院**: 本保险合同所指的医院是符合下列所有条件的机构, 但不包括主要作为康复、门诊、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的机构。

(1) 拥有合法经营执照;

(2) 设立的主要目的是向受伤者和患者提供留院治疗和护理服务;

(3) 有医师和护士提供全日 24 小时的医疗和护理服务;

(4) 二级或二级以上的医院, 包括保险人认可的与二级或二级以上医院相同规模的医院。

上述医院的定义适用于除香港、澳门、台湾地区以外的中国地区。

被保险人须在本定义规定的医院治疗。意外伤害事故急救不受此限制, 但在急救情况稳定后, 须转入本定义规定的医院治疗。

6、**癌症**: 指有转移特性的组织细胞异常增生及恶性淋巴瘤和白血病, 经病理检验确定符合国家卫生部公布的“疾病和死因分类标准”, 归属于恶性肿瘤之疾病。

原位癌: 原位癌是指癌细胞仍局限于上皮层内, 未突破皮肤或粘膜下面的基底膜侵犯到周围组织, 没有发生转移。原位癌是癌的最早期, 故又称为 0 期癌, 可以长期存在, 容易治愈。

7、**艾滋病**: 指人类免疫缺乏病毒引起的获得性/后天性免疫缺乏综合症, 英文缩写为 AIDS。按世界卫生组织制定的定义为准, 如在血液样本中发现后天性免疫力缺乏综合症病毒或其抗体, 则可认定为感染艾滋病或艾滋病病毒。

艾滋病病毒: 指后天性免疫力缺乏综合症病毒即人类免疫缺陷病毒, 英文缩写为 HIV。在人类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的, 为感染艾滋病病毒; 如果同时出现了明显的临床症状或体征的, 为患艾滋病。

8、**先天性疾病**: 指一出生时就具有的疾病(症状或体征)。这些疾病是指因人的遗传物质(包括染色体以及位于其中的基因)发生了对人体有害的改变而引起的, 或因母亲怀孕期间受到内外环境中某些物理、化学和生物等因素的作用, 使胎儿局部体细胞发育异常, 导致婴儿出生时有关器官、系统在结构或功能上呈现异常。

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》(ICD10) 确定。

9、性传播疾病：发生在生殖器官的内源性或外源性通过性行为或非性行为传播的传播性疾病。

10、手术：指被保险人因疾病或意外住院后，为治疗疾病、挽救生命而施行的外科手术，不包括活检、穿刺、造影等创伤性检查。

11、肢：指人体的四肢，即左上肢、右上肢、左下肢和右下肢。

12、住院：指被保险人因疾病或意外伤害入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入院出院手续，不包括入住门诊观察室、其他非正式病房或挂床住院。若被保险人非治疗需要离开保险人指定或认可的医院视为自动离开医院，保险人仅对该日以前住院治疗负保险责任。

每次住院：指被保险人因疾病或意外伤害住院治疗，自入院日起至出院日止的期间；但如果被保险人因同一疾病及其引发的并发症或同一意外伤害及其引发的并发症而住进医院两次（含）以上，若其前次住院出院之日与下次住院治疗入院之日间隔期间未超过 90 日，视为同一次住院。

合理住院天数：指被保险人因意外伤害或疾病入住医院住院部病房进行治疗，并正式办理入院出院手续，一日 24 小时住在医院的天数，不包括挂床等不合理住院天数。

挂床：指被保险人虽然办理了住院手续，但在住院过程中一日内未接受与住院诊断相关的检查和治疗，或一日内住在医院不满 24 小时的情形，遵医嘱到外院接受临时诊疗的除外。

13、团体：指中国境内具有 5 人以上且非因购买保险而组织的合法团体。包括国家机关、院校、企事业单位、行业组织、职业工会等。

14、未到期净保险费：未到期净保险费=保险费×（1-保险期间经过天数 / 保险期间的天数）×（1-25%）。经过天数不足一天的按一天计算。

未到期保险费：未到期保险费=保险费×（1-保险期间经过天数 / 保险期间的天数）。经过天数不足一天的按一天计算。

15、保险金申请人：指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

16、不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。