

合众人寿保险股份有限公司
合众细胞免疫疗法医疗保险
产品说明书

本产品说明书所载信息供您在理解本产品时参考，各项内容均以《合众细胞免疫疗法医疗保险》条款为准。

在本产品说明书中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指合众人寿保险股份有限公司，“本主合同”指您与我们之间订立的“合众细胞免疫疗法医疗保险合同”。

【产品性质】

合众细胞免疫疗法医疗保险是医疗保险。医疗保险是指以保险合同约定的医疗行为发生为给付保险金条件，按约定对被保险人接受诊疗期间的医疗费用支出提供保障的健康保险。

【投保范围】

凡年满 18 周岁，具有完全民事行为能力且在本保险合同订立时对被保险人具有保险利益的人，均可作为投保人。

凡年满 18 周岁至 75 周岁，符合本公司承保条件的人，均可作为被保险人。若您在被保险人 76 周岁至 80 周岁期间投保本产品，需要满足以下两个条件：

（1）非首次投保本产品；

（2）您需在上一个保险期间届满后 60 日内按照合众细胞免疫疗法医疗保险条款中第 2.2 条约定重新投保。

【交费期限】

本主合同的保险费的计算以被保险人的年龄、投保时的基本医疗保险状态为基础。您需要在投保时一次性交清保险费。本主合同续保时将根据续保生效当时被保险人的年龄、基本医疗保险状态对应的保险费率重新计算保险费。

【基本保险金额】

本主合同的基本保险金额为人民币 200 万元。

【保险期间和续保】

本主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。

在本主合同保险期间届满后 60 日内（含），您重新向我们申请投保本产品的，可以认定为续保本主合同。超出 60 日期限成立并生效的本产品保险合同，均为“未续保后再次投保”。

在上述 60 日期限内，如果我们接受您的申请，且您已经交纳续保合同的保险费的，续保的新合同成立并生效，我们将根据续保新合同的约定继续承担相应的保险责任。续保新合同的生效日，追溯至本主合同保险期间届满日的次日零时。

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。

【细胞免疫疗法医学流程】

本主合同约定的细胞免疫疗法医学流程指被保险人在指定医疗机构使用国家药品监督管理局批准的指定药品对本主合同约定的指定适应症实施细胞免疫疗法，包括以下八个步骤（**除步骤三外的其他步骤须在指定医疗机构进行**）：

一、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。

二、单采

被保险人在指定医疗机构进行单采，提取白细胞。

三、CAR-T 细胞的制备

利用被保险人的白细胞，在制药中心制备嵌合抗原受体 T 细胞（简称“CAR-T 细胞”）。

四、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 CAR-T 细胞回输。

五、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。

六、CAR-T 细胞回输

在指定医疗机构将 CAR-T 细胞回输到被保险人体内。

七、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。

八、治疗效果评估

被保险人到接受 CAR-T 治疗的指定医疗机构接受各项检查，评估治疗效果。

【治疗期】

本主合同的治疗期指自被保险人首次进行“细胞免疫疗法医学流程”中的第二步“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“细胞免疫疗法医学流程”中的第二步“单采”第 1 日后的第 365 日（含当日）；

（2）首次进行“细胞免疫疗法医学流程”中的第六步“CAR-T 细胞回输”之日后的第 30 日（含当日）。

【保险责任】

在本主合同保险期间内，我们承担如下保险责任：

等待期

首次投保本主合同或未续保后再次投保本主合同时，自本主合同生效之日起 30 天为等待期。

如果被保险人在投保后至等待期届满前经医院由专科医生明确诊断患本主合同所定义的“恶性淋巴瘤”，**我们不承担给付保险金的责任，并将无息返还您所交的本主合同的保险费，本主合同终止。**

您为被保险人续保本主合同的，无等待期。

被保险人在等待期后发生保险事故，我们按照下列方式给付保险金：

细胞免疫疗法医疗费用保险金

1. 细胞免疫疗法评估费用

在本主合同保险期间内，被保险人初次发生且经医院由专科医生明确诊断患本主合同所定义的“恶性淋巴瘤”，自确诊之日起的3年内，被保险人满足以下所有**细胞免疫疗法评估费用约定条件**的，我们将按本主合同约定的保险金计算方法给付被保险人实际发生的进行细胞免疫疗法就医资格评估相关的必需且合理的细胞免疫疗法医疗费用保险金。

细胞免疫疗法评估费用包括：医生费、检查检验费。

细胞免疫疗法评估费用约定条件：

- (1) 符合本主合同约定的指定适应症；
- (2) 在指定医疗机构进行本主合同约定的细胞免疫疗法就医资格评估；
- (3) 指定医疗机构评估认为适合接受细胞免疫疗法。

2. 细胞免疫疗法治疗费用

本主合同保险期间内，被保险人初次发生且经医院由专科医生明确诊断患本主合同所定义的“恶性淋巴瘤”，自确诊之日起的3年内，被保险人满足以下所有**细胞免疫疗法治疗费用约定条件**的，我们将按本主合同约定的保险金计算方法给付被保险人在治疗期内实际发生的与细胞免疫疗法治疗相关的必需且合理的细胞免疫疗法医疗费用保险金。

细胞免疫疗法治疗费用包括：床位费、重症监护室床位费、护理费、膳食费、药品费、治疗费、检查检验费、医生费。

本主合同约定的指定药品费用给付以一次为限。

细胞免疫疗法治疗费用约定条件：

- (1) 符合本主合同约定的指定适应症；
- (2) 在指定医疗机构进行本主合同约定的细胞免疫疗法就医资格评估；
- (3) 指定医疗机构评估认为适合接受细胞免疫疗法；
- (4) 在指定医疗机构至少开始接受“细胞免疫疗法医学流程”中第二步“单采”的。

若被保险人满足所有细胞免疫疗法治疗费用约定条件的，该次“单采”产生的必需且合理的“单采前的检查”（见“细胞免疫疗法医学流程”）医疗费用，我们将按保险金计算方法给付相关费用。

本主合同累计所承担的细胞免疫疗法医疗费用保险金，以本主合同约定的基本保险金额为限。

特定疾病确诊保险金

本主合同保险期间内,被保险人初次发生且经医院由专科医生明确诊断患本主合同所定义的“恶性淋巴瘤”,我们给付5万元特定疾病确诊保险金。

特定疾病确诊保险金的给付以一次为限。特定疾病确诊保险金给付后,本项责任终止。

治疗期疾病身故保险金

本主合同保险期间内,被保险人初次发生且经医院由专科医生明确诊断患本主合同所定义的“恶性淋巴瘤”,且在本主合同约定的治疗期内因疾病身故的,我们将给付10万元治疗期疾病身故保险金。

治疗期疾病身故保险金的给付以一次为限。治疗期疾病身故保险金给付后,本主合同终止。

【总赔付限额】

本主合同累计所承担的细胞免疫疗法医疗费用保险金、特定疾病确诊保险金及治疗期疾病身故保险金之和最高以本主合同的基本保险金额200万元为限。若前述各项保险金累计给付金额达到本主合同的基本保险金额200万元时,本主合同终止。

【保险金计算方法】

针对细胞免疫疗法医疗费用保险金,我们将按照下列公式计算:

细胞免疫疗法医疗费用保险金 =【保险责任范围内必需且合理的医疗费用 - 任何已从基本医疗保险、城乡居民大病保险、公费医疗或其他途径(包含本公司在内的任何商业保险机构费用补偿型产品等获得的补偿)】×100%

【补偿原则】

对于上述细胞免疫疗法医疗费用保险金,若被保险人已从其它途径(包括基本医疗保险、城乡居民大病保险、公费医疗、包含本公司在内的任何商业保险机构等)取得补偿,我们将按上述约定的赔偿范围、给付比例及基本保险金额计算并给付保险金,且最高给付金额不超过被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获得的任何补偿后的余额。

【细胞免疫疗法审核评估及就医安排流程】

在本主合同保险期间内,被保险人初次发生且经医院由专科医生明确诊断患本主合同所定义的“恶性淋巴瘤”,自确诊之日起3年内符合本主合同约定的指定适应症的,需按照以下流程进行细胞免疫疗法审核评估及就医安排:

(1) 报案申请

您或被保险人向我们提交报案申请,并提供下列证明和材料:

- ① 保险合同;
- ② 被保险人的有效身份证件;

③ 医院专科医生出具的被保险人的诊断证明以及与诊断证明相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告；

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。

如果被保险人未通过报案申请审核，我们不承担细胞免疫疗法医疗费用保险金及治疗期疾病身故保险金责任。

（2）指定医疗机构评估

被保险人通过报案申请后，您或被保险人可以选定指定医疗机构，由选定的指定医疗机构评估是否接受被保险人进行“细胞免疫疗法医学流程”。

如果经选定的指定医疗机构评估被保险人不适合进行“细胞免疫疗法医学流程”，我们不承担细胞免疫疗法医疗费用保险金及治疗期疾病身故保险金责任。

（3）就医安排

被保险人通过指定医疗机构评估后，我们将安排被保险人前往该指定医疗机构进行“细胞免疫疗法医学流程”。

【责任免除】

因下列第（1）-（5）项情形之一导致被保险人身故的，我们不承担给付“治疗期疾病身故保险金”的责任；（1）-（7）情形之一导致被保险人发生“恶性淋巴瘤”的，我们不承担给付“特定疾病确诊保险金”的责任；在下列（1）-（15）项情形期间发生的或由该情形导致的医疗费用支出、以及如下列明的费用支出，我们不承担给付“细胞免疫疗法医疗费用保险金”责任：

- （1）您对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- （2）被保险人故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- （3）被保险人醉酒，服用、吸食或注射毒品；
- （4）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- （5）核爆炸、核辐射或核污染；
- （6）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；
- （7）遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常、任何职业病；
- （8）精神和行为障碍（依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）确定）；
- （9）并发症的治疗（接受“细胞免疫疗法医学流程”的直接并发症的治疗除外），疗养，康复，一般性体格检查、健康检查引起的医疗费用；
- （10）进行各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、验伤鉴定、遗传基因鉴定；
- （11）由于医疗事故引起的医疗费用；

- (12) 各种医疗咨询和健康预测：如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询（依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）确定的精神和行为障碍以外的一般心理问题）等费用；
- (13) 被保险人所患既往症及保险单中特别约定的除外疾病引起的相关费用；
- (14) 未经医生建议自行进行的任何治疗或未经医生处方自行购买的药品；虽然有医生处方，但剂量超过 30 天部分的药品费用；在本公司指定医疗机构以外发生的医疗费用（但本主合同约定的指定药品除外，以相关医疗费票据为准）。
- (15) 各种矫治和防护器械、各种康复器械、自用的按摩保健和治疗用品等所有非一次性使用医疗器械和非处方医疗器械的购买、租赁和置换费用；除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其他人工器官的购买、安装和置换等费用以及所有有源植入器械的购买、安装和置换等费用。

【其他免责条款】

除上述责任免除情形外，本主合同中还有一些免除保险责任的条款，详见合众细胞免疫疗法医疗保险条款中“2.5 保险责任”、“3.2 保险事故通知”、“3.3 细胞免疫疗法审核评估及就医安排流程”“5.1 明确说明与如实告知”、“5.3 年龄错误”、“6 附件”及部分“脚注释义”中标注突出的字体内容。

【退保】

您可申请解除本主合同，申请解除本主合同时，请您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 日内向您退还保险单的现金价值。

您解除合同会遭受一定损失。

【保险单的现金价值】

保险单的现金价值指保险单所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由本公司退还的那部分金额。本主合同的现金价值计算方法如下：

现金价值 = 年度保险费 × (1 - 保险单已经过天数 / 保险期间天数) × (1 - 5%)

保险单已经过天数不足一天的按一天计算。

【利益演示】

合先生（30 周岁，已参加基本医疗保险或公费医疗）首次为自己投保合众细胞免疫疗法医疗保险，保险期间为 1 年，交费方式为一次性交清，基本保险金额 200 万元，当年度保险费为 10.36 元。

合众细胞免疫疗法医疗保险利益演示

被保险人 30 周岁/男/有社保/保 1 年/一次性交清保费/基本保险金额 200 万元

投保年龄	当年度保险费	保险责任	单项保险金赔付金额	总赔付限额	现金价值
30 周岁	10.36 元	细胞免疫疗法医疗费用保险金	限额 200 万元 (指定药品费用给付以 1 次为限)	200 万元	0 元
		特定疾病确诊保险金	5 万元 (最高以 1 次为限)		
		治疗期疾病身故保险金	10 万元 (最高以 1 次为限)		

请您在了解以上案例【利益演示】内容时，注意以下提示信息，可辅助您更准确的理解案例内容：

- (1) 以上利益演示中所有数值均为实际取整所得，与实际数值可能会略有差异；
- (2) “现金价值”为保单年度末的值；
- (3) 本产品为一年期产品，保费随被保险人年龄增加、是否首次投保等各项因素的变化可能逐年不同，所列费率等与保险合同不一定一致，请以保险合同为准。

本产品说明书所载信息供您在理解本产品时参考，各项内容均以《合众细胞免疫疗法医疗保险》条款为准。

投保人声明：本人已认真阅读并理解本产品说明书。

投保人签名：_____

签署日期：_____年_____月_____日