

# 交银人寿细胞免疫疗法医疗保险产品说明

在本产品说明中，“您”指投保人，“本公司”指交银人寿保险有限公司，“本主合同”指您与本公司之间订立的“交银人寿细胞免疫疗法医疗保险合同”。

**重要声明：本产品说明所载资料，包括利益演示，仅供您投保前理解保险条款时参考，各项内容均以保险条款约定为准。**

## 一、产品基本特征

### 【适用条款】

本产品说明适用条款名称为交银人寿细胞免疫疗法医疗保险。

### 【保障范围】

在本主合同保险期间内，且本主合同有效的前提下，本公司按约定承担下列保险责任：

#### ◆ 细胞免疫疗法医疗保险金

如果被保险人在等待期内经医院的专科医生初次确诊患上本主合同所界定的恶性肿瘤—重度，本主合同终止，本公司给付本主合同的累计已交保险费。

如果被保险人在等待期后经医院的专科医生初次确诊患上本主合同所界定的恶性肿瘤—重度，且符合本主合同约定的指定适应症并通过本主合同约定的细胞免疫疗法就医资格评估且经本主合同的指定医疗机构评估认为适合接受细胞免疫疗法，进而在本主合同的指定医疗机构接受本主合同约定的医学治疗的，对于其在治疗期间实际支出的合理且必要的医疗费用，在扣除被保险人从公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险、工作单位、侵权人或侵权责任承担方、本公司在内的商业保险机构等任何途径获得的医疗费用补偿后按 50% 的给付比例给付细胞免疫疗法医疗保险金。

医疗费用包括床位费、重症监护室床位费、护理费、膳食费、药品费、检查检验费、治疗费、医生费。

本公司累计给付的细胞免疫疗法医疗保险金总和以本主合同的基本保险金额为限。

本主合同仅承担发生在指定医疗机构内且由指定医疗机构实际收取的医疗费用以及在指定药品生产企业指定的药房购买药品的费用的给付责任。

#### ◆ 医学治疗

本主合同约定的医学治疗是指被保险人在本主合同的指定医疗机构按照药品监督管理局批准的药品说明书使用指定药品进行的细胞免疫疗法，包括以下八大步骤：

##### （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。

#### ◆ 治疗期间

本主合同的治疗期间自被保险人首次进行本主合同约定的医学治疗中的治疗步骤第 1 步单采前检查的第 1 日起，至下列两者最早达到之日结束：

- (1) 本主合同约定的医学治疗中的治疗步骤第 2 步单采治疗之日后的第 365 日。
  - (2) 本主合同约定的医学治疗中的治疗步骤第 6 步 CAR-T 细胞回输治疗之日后的第 30 日。
- 本公司仅承担在上述治疗期间内的细胞免疫疗法医疗保险金的给付责任。

**【责任免除】**

因下列情形之一导致被保险人医疗费用支出的，本公司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；
- (2) 并发症的治疗（接受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（包括物理治疗、运动功能恢复、语言疗法等）、心理治疗；
- (3) 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；
- (4) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；
- (5) 遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常；
- (6) 未遵医嘱、私自使用药物，但按药物使用说明的规定使用非处方药不在此限；
- (7) 既往症、本主合同中特别约定除外的疾病和治疗；
- (8) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (9) 核爆炸、核辐射或核污染。

**【其他免责条款】**

除上述“责任免除”外，本主合同中还有一些免除本公司保险责任的条款，详见保险条款“2.3 等待期”、“3.2 保险事故通知”、“3.3 保险金申请”、“6.1 明确说明与如实告知”、“7.1 年龄错误”、“7.2 职业或工种的确定与变更”、“8 释义”内容。

**【保险期间】**

本主合同为不保证续保合同。

本主合同的保险期间为一年，自本主合同生效日次日零时起至本主合同期满日 24 时止。

保险期间届满，您需要重新向本公司申请投保本产品，并经本公司同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

**【如实告知】**

本公司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，足以影响本公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，本公司有权解除本主合同。

如果您故意不履行如实告知义务，对于本主合同解除前发生的保险事故，本公司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，对于本主合同解除前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

**【等待期】**

本主合同的等待期为自本主合同生效日起 30 日，续保无等待期，本主合同不保证续保。

**【犹豫期】** 本产品无犹豫期，投保人解除合同会遭受一定损失。

**二、利益演示**

康先生，40 周岁，有基本医疗保险，为自己投保了“交银人寿细胞免疫疗法医疗保险”，保险期间 1 年，保费及保单利益如下：

单位：人民币元

保险责任	保险金额	年交保险费
细胞免疫疗法医疗保险金	1,000,000	1.57