

# 富德财产保险股份有限公司

## 个人恶性肿瘤医疗保险条款

(产品注册号: C00016332512020011717882)

### 总则

#### 第一条 合同构成

本保险合同(以下简称“本合同”)由保险单或其他保险凭证及所附条款、投保单、与本合同有关的投保文件、声明、批注、附贴批单、其他书面协议构成。凡涉及本合同的约定,均采用书面形式。

#### 第二条 保险人

本合同的保险人为富德财产保险股份有限公司。

#### 第三条 投保人

本合同的投保人应为具有完全民事行为能力的被保险人本人、对被保险人有保险利益的其他完全民事行为能力人或团体。

#### 第四条 被保险人

除另有约定外,凡符合保险人承保条件的身体健康、能正常生活的自然人均可作为本合同的被保险人。

#### 第五条 受益人

除本合同另有约定外,本合同保险金的受益人为被保险人本人。

### 保险责任

#### 第六条 保险责任

在保险期间内,被保险人在等待期(释义一,续保无等待期)后经医院(释义二)初次确诊罹患恶性肿瘤(释义三,含原位癌),并在中华人民共和国境内(不包括港、澳、台地区)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普通部或保险人认可的医疗机构接受治疗的,保险人对下述1-3类费用,按照本合同的约定承担给付恶性肿瘤医疗保险金的责任:

##### (一) 恶性肿瘤住院医疗费用

指被保险人经医院诊断罹患恶性肿瘤必须接受住院(释义四)治疗时,与确诊或治疗恶性肿瘤相关的、被保险人需个人支付的、必需且合理的住院医疗费用(释义五),包括床位费(释义六)、膳食费(释义七)、护理费(释义八)、重症监护室床位费(释义九)、诊疗费(释义十)、医事服务费(释义十一)、检查检验费(释义十二)、治疗费(释义十三)、药品费(释义十四)、手术费(释义十五)、救护车使用费(释义十六)等。

##### (二) 恶性肿瘤特殊门诊医疗费用

指被保险人在医院接受恶性肿瘤特殊门诊治疗时,被保险人需个人支付的、必需且合理的治疗恶性肿瘤的特殊门诊医疗费用,仅包括:化学疗法(释义十七)、放射疗法(释义十八)、肿瘤免疫疗法(释义十九)、肿瘤内分泌疗法(释义二十)、肿瘤靶向疗法(释义二十一)的治疗费用。

### （三）恶性肿瘤住院前后门急诊医疗费用

指被保险人经医院诊断罹患恶性肿瘤必须接受住院治疗，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恶性肿瘤门急诊治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的治疗恶性肿瘤的门急诊医疗费用，但不包括恶性肿瘤特殊门诊医疗费用。

对于以上三类费用，保险人对于被保险人需个人支付的、必需且合理的金额，在扣除约定的恶性肿瘤医疗保险金免赔额后，依照约定的给付比例进行赔付。保险人累计给付之和以恶性肿瘤医疗保险金额为上限，当保险人累计给付金额达到该限额时，本合同约定的对该被保险人的恶性肿瘤医疗保险责任终止。

保险期间届满时被保险人治疗仍未结束或恶性肿瘤转移的，保险人继续承担保险责任，最多不超过自被保险人初次确诊恶性肿瘤之日起满12个月。

被保险人在等待期内，初次确诊罹患恶性肿瘤（含原位癌）的，保险人不承担给付保险金的责任，但向投保人无息退还已缴纳的保险费，同时本合同终止。

### 责任免除

第七条 因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的或发生如下列明的医疗费用，保险人不承担保险金给付责任：

- （一）被保险人未遵医嘱，擅自服用、涂用、注射药物；
- （二）医疗事故（释义二十二）；
- （三）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，接受实验性医疗，或者采取未经科学或医学认可的医疗手段；
- （四）被保险人在初次投保前或等待期内确诊为恶性肿瘤，或出现与所患恶性肿瘤相关的症状（释义二十三）或体征（释义二十四），或等待期内接受检查但在等待期后确诊的恶性肿瘤；
- （五）任何职业病（释义二十五）、遗传性疾病（释义二十六）、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），先天性畸形、变形或染色体异常（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定）；
- （六）被保险人患精神性疾病（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）分类为精神和行为障碍的疾病）；
- （七）被保险人感染艾滋病病毒（HIV）或患艾滋病（AIDS）（释义二十七）；
- （八）核爆炸、核辐射或者核污染、化学污染；
- （九）被保险人服用、吸食或注射毒品；
- （十）非医院药房购买的药品；
- （十一）被保险人在不符合本合同约定的医院就诊发生的医疗费用。

### 免赔额

第八条 免赔额由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在本合同中载明。

本合同中所指免赔额是在保险期间内，应由被保险人自行承担的部分。通过社会医疗保险或公费医疗获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。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。

#### 医疗费用补偿原则和给付标准

**第九条** 本合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，则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余额按照本合同的约定进行赔付。社保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。

**第十条** 若被保险人以参加社会医疗保险身份投保，但未以参加社会医疗保险身份就诊并结算的，则保险人根据本合同单独约定的给付比例进行赔付。

#### 保险金额

**第十一条** 本合同的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

#### 保险期间

**第十二条** 本合同的保险期间以保险单上载明的为准，最长不超过一年。

#### 保险人义务

##### 第十三条 明确说明义务

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。

##### 第十四条 签发保险单义务

本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

##### 第十五条 补充索赔证明和资料的通知义务

保险人认为**保险金申请人（释义二十八）**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。

##### 第十六条 核定、赔付义务

保险人收到被保险人或者受益人的给付保险金的请求后，应当及时作出核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但本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给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金义务。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受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

##### 第十七条 先行赔付义务

保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付保险金的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付保险金的数额后，应当支付相应的差额。

#### 续保

##### 第十八条 非保证续保

本产品保险期间为一年（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，交纳保险费，并获得新的保险合同。

#### **第十九条 续保办理**

保险期间届满时，投保人可向保险人申请续保本合同，保险人审核同意后进行续保，续保不计算等待期。

续保时保险人有权根据被保险人的年龄、医疗费用水平变化、本合同整体经营状况调整被保险人在续保时的费率。费率调整适用于本合同的所有被保险人或同一投保年龄段的所有被保险人，保险人不会因为某一被保险人的健康状况变化或历史理赔情况而单独调整该被保险人的续保费率。在投保人接受费率调整的前提下，保险人方可为投保人办理续保手续。当发生以下情况时，保险人不再接受投保人的续保申请或重新投保：

- 1、被保险人在等待期后经医院确诊初次罹患恶性肿瘤（不含原位癌）；
- 2、被保险人超过 105 周岁（释义二十九）；
- 3、本合同统一停售。

### **投保人、被保险人义务**

#### **第二十条 交付保险费义务**

除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时一次性交清保险费。投保人未按约定交清保险费的，本合同不生效，对保险费交清前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

#### **第二十一条 如实告知义务**

订立保险合同时，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，保险人有权解除本合同。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

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，不承担给付保险金的责任，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的责任。

#### **第二十二条 职业或工种变更通知义务**

被保险人变更职业或工种时，投保人或被保险人应在 10 日内以书面形式通知保险人。

若被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人对该被保险人所负保险责任自其职业或工种变更之日起终止，并退还未满期保费（释义三十）。

被保险人未履行本条约定的通知义务而发生保险事故的，且被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人不承担给付保险金的责任，并自其职业或工种变更之日起，本合同终止，保险人退还未满期保费。

#### **第二十三条 年龄的确定及错误的处理**

被保险人的投保年龄，按照法定身份证件登记的出生日期所计算出的周岁年龄为准，本

合同所承保的被保险人的投保年龄必须符合年龄要求。投保人在申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。若发生错误，保险人按照以下规定处理：

（一）投保人申报的被保险人年龄不真实，且真实年龄不符合本合同约定的年龄限制的，保险人有权解除本合同，并向投保人退还未满期保费。

（二）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人实付保险费少于应付保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费，或在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例支付。

（三）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人支付保险费多于应付保险费的，保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

#### **第二十四条 住所或通讯地址变更通知义务**

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，均视为已送达投保人。

#### **第二十五条 变更批注**

在保险期间内，投保人需变更合同其他内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本合同中批注。

#### **第二十六条 保险事故通知义务**

投保人、被保险人或者受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人，并说明事故发生的原因、经过和损失情况。

投保人、被保险人或受益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，不承担给付保险金的责任，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（释义三十一）而导致的迟延。

### **保险金申请和给付**

#### **第二十七条 保险金申请**

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料：

- （一）理赔申请书。
- （二）保险单或其他保险凭证。
- （三）保险金申请人的有效身份证件。
- （四）支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查报告、化验检查报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料。
- （五）其他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。
- （六）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。
- （七）保险金作为被保险人遗产时，须提供可证明合法继承权的相关权利文件。
- （八）受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

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给付保险金的责任。

### 第二十八条 诉讼时效期间

保险金申请人向保险人请求赔偿或者给付保险金的诉讼时效期间为二年，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

### 第二十九条 争议处理

因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险合同载明的仲裁机构仲裁；保险合同未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向有管辖权的人民法院提起诉讼。

### 第三十条 法律适用

与本合同有关的以及履行本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、台地区法律）。

## 保险合同的解除、终止

### 第三十一条 合同解除

在本合同成立后，投保人可以通过书面形式通知保险人解除本合同，投保人解除本合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （一）保险合同变更申请书；
- （二）保险单或其他保险凭证；
- （三）投保人身份证明。

投保人要求解除本合同，自保险人接到保险合同解除申请书之日次日零时起，本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还本合同的未到期保费。

### 第三十二条 合同的自动终止

发生下列情形时，本合同自动终止：

- （一）保险合同期满；
- （二）被保险人身故；
- （三）因本合同其他条款所约定的情况而终止效力。

### 第三十三条 短期费率表（按年度保险费率的百分比计算）

保险期限 (个月)	一	二	三	四	五	六	七	八	九	十	十一	十二
百分比(%)	10	20	30	40	50	60	70	80	85	90	95	100

注：保险期间不足 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。

## 释 义

一、**等待期**：指自本合同生效日起计算的一段时间，具体天数由保险人和投保人在投保时约定并在保险合同上载明，但等待期最长不超过 180 天。在等待期内发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

二、**医院**：指在中华人民共和国境内（不包括港、澳、台地区）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普通部，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。

**三、恶性肿瘤：**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的疾病。经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》(ICD-10)的恶性肿瘤范畴，其中包含：

- (一) **原位癌：**
- (二) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- (三) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- (四) 皮肤癌；
- (五) TNM 分期为 T1 N0 M0 期或者更轻分期的前列腺癌。

**原位癌：**指恶性细胞局限于上皮内尚未突破基底膜浸润周围正常组织的癌细胞新生物。原位癌必须经对固定活组织的组织病理学检查明确诊断。

**四、住院：**是指被保险人因罹患恶性肿瘤而入住医院之正式病房接受全日24小时监护治疗的过程，并正式办理入出院手续。

**但不包括下列情况：**

- 1、被保险人在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住。
- 2、被保险人在特需病房、外宾病房或其它不属于社会医疗保险范畴的高等级病房入住。
- 3、被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗。
- 4、被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或一天内住院不满二十四小时；但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外。
- 5、被保险人住院体检。
- 6、挂床住院及其他不合理的住院。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。具体表现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、床位费等情况。

**五、必需且合理的住院医疗费用：**

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。

**六、床位费：**指被保险人使用的医院床位的费用。

**七、膳食费：**指实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用，但不包括购买的个人用品。

**八、护理费：**指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

**九、重症监护室床位费：**指住院期间出于医学必要被保险人需在重症监护室进行合理且必要的医疗而产生的床位费。重症监护室指配有中心监护台、心电监护仪及其他监护抢救设施，相对封闭管理，符合重症监护病房（ICU）、冠心病重症监护病房（CCU）标准的单人或多人监护病房。

上述医学必要指被保险人接受治疗或服务、使用器械或服用药品符合以下条件：医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需；在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需的水平；与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；非主要为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他医疗提供方的方便；非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；非试验性或研究性。

**十、诊疗费：**指由医生所实施的病情咨询及检查、各种器械或仪器检查、诊断、治疗方案拟定等各项医疗服务所收取的费用。

**十一、医事服务费：**仅适用于已实施医药分开综合改革的地区或医疗机构用。

**十二、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、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

**十三、治疗费：**指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

**十四、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，如花旗参、冬虫草、白糖参、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。

**十五、手术费：**指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、手术材料费、术中用药费、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。

**十六、救护车使用费：**住院前或住院期间转诊时，以抢救生命或治疗疾病为目的而发生的同城救护车费用。

**十七、化学疗法：**指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。

**十八、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。

**十九、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，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。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局批准用于临床治疗。

**二十、肿瘤内分泌疗法：**指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局批准用于临床治疗。

**二十一、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局批准用于临床治疗。

**二十二、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、常规，过失造成患者人身损害的事故。

**二十三、症状：**是指当机体在病理生理或病理解剖学的基础上发生改变时，病人主观感觉到的异常感觉或不适感觉。

**二十四、体征：**是指医生给病人检查时发现的具有诊断意义的征候。

**二十五、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。

**二十六、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。

**二十七、感染艾滋病病毒（HIV）或患艾滋病（AIDS）：**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。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；同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

**二十八、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。

**二十九、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，自出生之日起为0周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。

**三十、未到期保费：**未到期保费=保险费×[1-(保险期间已经过天数/保险期间天数)]，经过日期不足一日的按一日计算。

**三十一、不可抗力：**指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。