

天安财产保险股份有限公司
个人少儿白血病(重度)医疗保险(互联网)

总 则

第一条 合同构成

本保险合同(以下简称为“本合同”)由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及与本合同有关的投保文件、合法有效的声明、批单及投保人与**保险人(释义1)**共同认可的书面协议等组成。凡涉及本保险合同的约定,均应采用书面形式。

第二条 被保险人

出生满二十八天至年满十七周岁**(释义2)**的未成年人可作为本合同的被保险人。

第三条 投保人

具有完全民事行为能力的被保险人本人或对被保险人有保险利益的其他自然人或特定主体均可作为本合同的投保人。

被保险人为限制民事行为能力人的,应由其监护人作为投保人。被保险人为无民事行为能力人的,应由其父母或法定监护人作为投保人。

第四条 受益人

除另有约定外,本合同各保险责任保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 保险责任

(一) 白血病(重度)(释义3)一般医疗费用保险金

在保险期间内,被保险人在合同载明的**等待期(释义4)**后确诊**初次罹患(释义5)**白血病(重度),并在**保险人认可的医院(释义6)**或**指定的医院(释义7)**接受相关治疗的,对于被保险人接受治疗期间产生的如下医疗费用,保险人依照本合同约定的保险金计算方法给付白血病(重度)一般医疗费用保险金:

1、白血病(重度)住院医疗费用保险金

被保险人在住院期间发生的应当由被保险人支付的,必需且合理的住院医疗费用**(释义8)**,包括**床位费(释义9)**、**加床费(释义10)**、**膳食费(释义11)**、**护理费(释义12)**、**重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费(释义13)**、**治疗费(释义14)**、**药品费(释义15)**、**手术费(释义16)**、**救护车使用费(释义17)**。

2、白血病(重度)特殊门诊医疗费用保险金

被保险人在接受特定门诊治疗**(不含特需门诊治疗)**期间发生的应当由被保险人支付的,

必需且合理的特殊门诊医疗费用，包括：

(1) 白血病(重度)特殊门诊治疗费(包括化学疗法(释义18)、放射疗法(释义19)、肿瘤免疫疗法(释义20)、肿瘤内分泌疗法(释义21)、肿瘤靶向疗法(释义22)治疗费用)；

(2) 造血干细胞移植后的门诊抗排异治疗费用；

(3) 门诊白血病(重度)确诊及复查费用(释义23)。

3、白血病(重度)住院前后门诊急诊医疗费用

被保险人住院治疗前七日(含住院当日)以及出院后三十日内(含出院当日)，因与该次住院相同原因而接受门诊急诊治疗的，应当由被保险人支付的，必要且合理的白血病(重度)门诊急诊医疗费用(但不包括本条上述约定的白血病(重度)特殊门诊医疗费用)。

保险人对于被保险人自确诊初次罹患白血病(重度)之日起最长不超过3年内发生的因治疗该白血病(重度)而支付的上述一般医疗费用保险金，按合同约定承担白血病(重度)一般医疗费用保险金责任。

保险人对被保险人累计给付金额之和以本合同约定的白血病(重度)一般医疗费用保险金的保险金额为限。当保险人在本项下累计给付金额达到本项保险金额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

(二) 白血病(重度)关爱保险金

在保险期间内，被保险人在合同载明的等待期后经保险人认可的医院或保险人指定的医院确诊初次罹患白血病(重度)，在保险人指定的医院接受治疗期间达到本合同约定的白血病(重度)终末期(释义24)，保险人按照合同载明的本项责任的保额给付白血病(重度)关爱保险金，本项保险责任终止。白血病(重度)关爱保险金的给付以一次为限。

保险人对于被保险人自确诊初次罹患白血病(重度)之日起最长不超过3年内达到本合同约定的白血病(重度)终末期状态，按合同约定承担白血病(重度)关爱保险金责任。

医疗费用补偿原则

本合同第五条载明的第(一)项保险责任适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径(包括社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、公益慈善机构、保险人在内的任何商业保险机构等)获得白血病(重度)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。社保卡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。

其中，针对以下情况，投保人和保险人分别约定免赔额和给付比例，并在保险单中载明：

(1) 有医保：被保险人享有社会基本医疗保险或公费医疗保障，且在申请理赔时已经从社会基本医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿的；

(2) 无医保：被保险人申请理赔时未享有社会基本医疗保险或公费医疗保障，或没有从社

会基本医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿的。

(3) 若被保险人以已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,则保险人按照60%比例进行赔付。

投保人为被保险人首次投保本保险或者非脱保后再次投保本保险时,如被保险人在等待期内诊断罹患白血病(重度),无论是否在等待期内治疗,保险人不承担给付保险金责任,并无息返还已缴纳的本合同的保险费,本合同终止。

责任免除

第六条 情形除外

因下列情形之一导致被保险人发生本合同约定的医疗费用的,保险人不承担保险金给付责任:

- (1) 投保人或被保险人的故意行为;
- (2) 被保险人自杀或故意自伤,但被保险人自杀或故意自伤时无民事行为能力人的除外;
- (3) 被保险人斗殴,醉酒,主动服用、吸食或注射毒品;
- (4) 被保险人在首次投保或重新投保前所患的既往病症(释义 25)及其并发症;
- (5) 首次投保或重新投保前被保险人已经患有的未如实告知的疾病;
- (6) 无符合本合同约定医疗机构主治医生处方和院外购药原因说明的院外自购药品或设备的费用,戒烟戒酒药物、食欲抑制剂、头发再生药物、抗老化药物、美容用品、维生素、矿物质等营养保健药品和食品、营养滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂;
- (7) 本合同认可的医院或指定的医院医生开具的超过三十天部分的药品费用;
- (8) 本合同认可的医院或指定的医院外产生的医疗费用;
- (9) 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不在此限;
- (10) 不符合入院标准、挂床住院及其他不合理的住院,或住院病人应当出院而拒不出院(从医疗机构确定出院之日起发生的一切医疗费用);挂床住院指办理正式住院手续的被保险人,在住院期间每日非二十四小时在床、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,但遵医嘱到外院接受临时治疗的不在此限;
- (11) 被保险人住院体检;
- (12) 眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具及所有非处方医疗器械(医生认为治疗必不可少的不在此限);
- (13) 因预防、康复、保健型或非疾病治疗类项目发生的医疗费用;
- (14) 各种自用的按摩保健和治疗用品:颈托(急救中使用的颈托不在此限)、腰托、胃

托、肾托、阴囊托、子宫托、疝气带、护膝带、钢头颈、矫正器具、药带、药枕、拐杖、轮椅、健身按摩器和各种磁疗用品及家用检测治疗仪器等费用。

(15) 本合同约定的免赔额和免赔率。

保险金额和保险费

第七条 保险金额

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。保险金额由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单中载明。

第八条 保险费

(一) 保险费按被保险人的投保年龄所对应的费率标准计收。

保险费=基准保费×风险调整系数乘积×投保天数/365天

(二) 投保人在保险期满后重新申请投保本合同，应根据被保险人重新投保时的年龄所对应的费率来确定保险费交费标准。

保险期间

第九条 保险期间

本合同的保险期间为1年，自本合同生效日零时起算。

第十条 保险责任开始

本合同的责任自本合同生效之日起经过约定的等待期以后，且投保人缴清保险费时开始。续保申请通过者无疾病等待期的限制。**保险责任开始前被保险人发生的保险事故，保险人不承担赔偿责任。**

保险人义务

第十一条 续保

本保险为非保证续保合同。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

第十二条 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做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做出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十三条 签发保单义务

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。

第十四条 保险合同解除权行使期限

保险人依据第十九条所取得的保险合同解除权，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。

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，保险人不得解除保险合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

第十五条 补充索赔证明和资料的通知

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投保人、被保险人补充提供。

第十六条 及时核定、赔付义务

保险人收到保险金申请人给付保险金的请求后，应当及时做出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内做出核定，但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，在与保险金申请人达成给付保险金的协议后十日内，履行赔偿保险金义务。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的义务。保险人依照前款约定做出核定后，对不属于保险责任的，应当自做出核定之日起三日内向保险金申请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 缴纳保险费义务

本合同的保险费和缴费方式由投保人与保险人约定，并在保险单中载明。保险费的缴费方式分为一次性缴清和分期缴清，由投保人在投保时选择并在保险单中载明。

若投保人在本合同成立时选择一次性缴清保险费的，投保人应在本合同成立时一次性缴清，**保险费缴清前，本合同不生效。**

若投保人在本合同成立时选择分期缴付保险费的，应由投保人申请并经保险人同意，并在保险单中载明保费缴付期数和缴付时间。投保人应在投保时支付保险单载明的首期保险费，并应于保险合同约定的各分期缴费日期之前及时足额支付当期应缴保险费，**如投保人未缴付首期保险费，保险合同不生效，保险合同生效前发生保险事故的，保险人不承担保险责任。**如投保

人未按照保险合同约定的各分期缴费日期足额缴付各分期当期保费，保险人允许投保人在本合同约定的缴费宽限期内补缴保险费，如果被保险人在宽限期内发生保险事故，保险人仍按照合同约定承担赔偿责任，**除本合同另有约定外，保险人有权先从给付的保险金中扣除投保人未缴期间的保险费**，投保人已缴纳的保险费与保险人扣减的保险费之和应等于本合同约定的保险费总额。如投保人在宽限期届满时仍未缴纳保险费，本合同自上一缴费周期结束日24时终止，对于保险期间终止后发生的保险事故，**保险人不承担赔偿责任**。具体的缴费宽限期由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。

第十九条 如实告知义务

(一) 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。

(二) 投保人故意或者因重大过失未履行如实告知义务的，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**。

(三) 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**。

(四) 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**。

第二十条 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 变更批注

在保险期间内，投保人需变更保险合同内容的，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。

第二十二条 保险事故通知义务

投保人、被保险人或者保险金受益人应于知道或者应当知道保险事故发生之日起10日内通知保险人。**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（释义26）**而导致的迟延。

保险金申请与给付

第二十三条 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。保险金申请人因特殊原因不

能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。**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。**

(一) 保险金给付申请书；

(二) 保险合同凭证；

(三) 保险金申请人有效身份证件；

(四) 监护人的有效身份证件及与被保险人的关系证明复印件（未成年人适用）；

(五) 既往体检报告、既往医疗病历及检查报告；

(六) 支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括但不限于二级或二级以上医院或保险人认可的医疗机构出具的医疗费用收据及明细清单/帐、必需的病理检验、血液检验及其他科学诊断报告的诊断书、病历、出院小结、白血病（重度）终末期状态医疗证明文件（仅限白血病（重度）终末期关爱保险金理赔申请）等；

(七) 保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其他合法有效的材料；

(八) 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；

(九) 在保险人的理赔审核过程中，除法律禁止的情况外，保险人有权对投保人、被保险人就事故的性质、原因、结果及被保险人的损伤程度和身体情况等，进行调查、检查、评估和鉴定（包括但不限于提请作必要、合理的解剖检验），投保人、被保险人等应当予以充分配合；

(十) 如果已从其他途径获得了补偿，则须提供从其他途径报销的原始凭证及医院出具的被保险人的医疗费用原始收据或者原始发票复印件。

诉讼时效期间

第二十四条 诉讼时效期间

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

第二十五条 争议处理

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，依法向人民法院起诉。

第二十六条 法律适用

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、澳门特别行政区和台湾地区法律)。

其他事项

第二十七条 合同解除

在本保险合同成立后, 投保人可以书面形式通知保险人解除合同。投保人解除本保险合同时, 应提供下列证明文件和资料:

- 1、保险合同解除申请书;
- 2、保险单原件;
- 3、保险费交付凭证;
- 4、投保人身份证明。

投保人要求解除本保险合同, 自保险人接到保险合同解除申请书之时起, 本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起30日内退还保险单的**未到期净保费(释义27)**。

第二十八条 合同的终止

发生下列情形时, 本合同终止:

- (1) 保险合同期满;
- (2) 被保险人不再满足本合同的投保资格要求, 但被保险人在保险期间起始日满足年龄要求, 在保险期间内保险责任不因其年龄的改变而自动终止。

第二十九条 年龄的确定与错误的处理

被保险人投保年龄, 应以法定身份证明文件确定的周岁年龄为准。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:

(1) 投保人申报的被保险人的年龄不真实, 并且其真实年龄不符合本保险合同约定的投保年龄限制的, 保险人有权解除合同, 并向投保人退还未到期净保费;

(2) 投保人申报的被保险人的年龄不真实, 并且按照真实年龄所需收取的保费较高, 保险人有权更正并要求投保人补缴差额的保险费;

(3) 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。

释义

1、**保险人**：指与投保人签订本保险合同的天安财产保险股份有限公司及其分支机构。

2、**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。

3、**白血病(重度)**：是指符合中国保险行业协会与中国医师协会指定的规范定义中的“恶性肿瘤——重度”(注)定义标准，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C90.1、C91-C95范畴。被保险人所患白血病(重度)必须根据骨髓的活组织检查和周围血象由专科医生(儿科、血液科或肿瘤科)确诊。但下列疾病不在保障范围内：

(1) 继发性(转移性)恶性肿瘤；

(2) 相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病。

注：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-O-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 $\leq 2\%$)或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

4、**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

定并在本 合同上载明。

5、初次罹患：指被保险人自保险合同生效之日起经过保险合同约定的等待期之后，初次发现并未曾诊治的、经区、县级以上医院首次诊断的疾病。

6、认可的医院：指中华人民共和国国务院卫生行政主管部门医院等级分类中的二级或者二级以上的公立医院（不含医院的特需医疗、国际医疗、贵宾医疗、外宾医疗或者相类似的部门和科室），不包括以康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者类似功能为主要功能的医疗机构。

7、指定的医院：另有约定外，本合同指定的医院仅包含北京博仁医院和东莞台心医院南方春富(儿童)血液病研究院。

8、必需且合理的住院医疗费用：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。

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。

9、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、家庭病床等病床的费用）。

10、加床费：指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间， 保险人根据合同约定赔偿其合法监护人（限 1 人）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，保险人根据合同约定赔偿其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

11、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、也可以合并并在病房费等其他款项内。

12、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。

13、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。

14、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。

15、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。

16、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。

17、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。

18、化学疗法：指针对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。

19、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。

20、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。

21、肿瘤内分泌疗法：指针对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。

22、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。

23、白血病（重度）确诊及复查费用：指自本合同约定的首次罹患白血病（重度）之日前三十天之内的与白血病（重度）诊断或复查相关的检查检验费用，包括X光、ECT、MRI、PET/CT、

核素扫描、SPECT、超声、肿瘤标记物、细针穿刺细胞学检查、病理学检查、骨髓/细胞学检查、生化检查，以及血、尿、便常规检查的费用。

24、白血病(重度)终末期：指被保险人在白血病(重度)治疗期间经医师诊断达到以下任意一种的疾病状态：

(1) 因肿瘤进展导致的、采用现有治疗手段(化疗、移植或细胞免疫疗法等)目标预计生存期小于三个月的疾病状态；

(2) 因治疗相关导致的单一或多器官功能障碍(MODS)，需额外生命支持或无法耐受继续治疗的疾病状态。

白血病(重度)终末期状态必须在被保险人生前已经确诊并且具有医疗证明文件和临床检查依据。

25、既往病症：指在本合同生效前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病。通常有以下情况：

1) 本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

2) 本合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；

3) 本合同生效前，未经医生诊断和治疗，但症状或体征明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

26、不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

27、未到期净保费：

未到期净保费=净保费×(1-m/n)，其中，m为已生效天数，n为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。