

中国大地财产保险股份有限公司 个人结直肠恶性肿瘤住院医疗保险（互联网 专属）条款

注册号：C00001032512021121625313

总则

第一条 本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单或者其他投保文件、保险单或者其他保险凭证、批单以及其他有关书面约定构成。凡涉及本合同的约定，均应当采用书面形式。

第二条 投保时年龄在十八周岁（含）至八十周岁（含）之间，能正常工作或者正常生活的自然人，可作为本保险的被保险人。其中，投保时年龄在七十六周岁（含）至八十周岁（含）之间的自然人，需要同时满足以下三个条件，才可作为本保险的被保险人：

（一）非首次投保本保险；

（二）投保人在上一个保险期间届满前重新向保险人投保本保险；

（三）本合同的保险期间与上一个保险合同的保险期间之间连续不间断。

第三条 有完全民事行为能力的被保险人本人或者对被保险人具有保险利益的其他自然人，可作为本保险的投保人。

第四条 除另有约定外，本合同保险金的受益人（以下简称“受益人”）为被保险人本人。

保险责任

第五条 在保险期间内，被保险人在等待期届满后（免除等待期的不在此限）经保险人指定或者认可的医疗机构的专科医生确诊结直肠恶性肿瘤首次复发、转移，必须接受治疗的，由此发生的下列第（一）至（三）项列明的医疗费用，保险人按照本保险条款“保险金计算方法”中的约定计算给付保险金。

（一）住院医疗费用

住院医疗费用即被保险人因结直肠恶性肿瘤首次复发、转移，经保险人指定或者认可的医疗机构诊断必须接受住院治疗时，需由该被保险人个人支付的必需且合理的住院医疗费用，包括床位费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费、救护车使用费。

保险期间届满时，被保险人住院治疗仍未结束的，保险人继续承担保险责任至被保险人该次住院出院之时或者保险期间届满之日起第三十日二十四时（以先发生者为准）止。

（二）特殊门诊医疗费用

特殊门诊医疗费用即被保险人因结直肠恶性肿瘤首次复发、转移，在保险人指定或者认可的医疗机构接受特殊门

诊治疗时，应由被保险人个人支付的必需且合理的特殊门诊医疗费用，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法治疗费。

（三）住院前后门急诊医疗费用

住院前后门急诊医疗费用即被保险人因结直肠恶性肿瘤首次复发、转移，经保险人指定或者认可的医疗机构诊断必须接受住院治疗，在住院前三十日内（含入院当日）和出院后三十日内（含出院当日），因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗时，应由被保险人个人支付的必需且合理的门急诊医疗费用（不包括本条（二）特殊门诊医疗费用）。

责任免除

第六条 由于下列任何原因发生的医疗费用，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；

（二）被保险人故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施；被保险人自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；被保险人故意自伤或因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；

（三）被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶或者驾驶无有效行驶证的机动车辆；

(四) 被保险人在等待期届满前确诊结直肠恶性肿瘤复发、转移；被保险人在等待期届满前接受医学检查或治疗且延缓至等待期后确诊结直肠恶性肿瘤复发、转移；

(五) 未遵医嘱，擅自服用、涂用、注射药物；

(六) 传染病、药物不良反应、试验性治疗；

(七) 预防、康复、保健性或非结直肠恶性肿瘤治疗；

(八) 被保险人患遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常；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》第十次修订版（ICD-10）分类为精神和行为障碍的疾病）；被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；

(九) 战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱；核爆炸、核辐射或者核污染。

第七条 在下列任何情形下发生的医疗费用，保险人不承担保险责任：

(一) 被保险人醉酒或者受酒精、毒品或者管制药品的影响期间；

(二) 被保险人被公安司法机关依法拘押或入狱期间。

保险金额和保险费

第八条 保险金额由投保人与保险人协商确定，并在本合同中载明。

第九条 保险费由保险人在承保时计算确定。

保险金计算方法

第十条 对于被保险人每次就诊中属于保险责任范围内的医疗费用，按照如下公式计算给付保险金：

保险金=（该次就诊发生的必需且合理的医疗费用—从社保途径和非社保途径已获得的医疗费用补偿金额）×给付比例

其中，社保卡个人账户部分的支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿金额。

医疗费用包括社保范围内医疗费用和社保范围外医疗费用。对于此两种费用，给付比例分别约定如下：

（一）社保范围内医疗费用：若被保险人以参加基本医疗保险或者享有公费医疗的身份（以下统称“社保身份”）就诊就医并结算，给付比例为 100%；若被保险人以无社保身份就诊就医并结算，给付比例为 70%。

（二）社保范围外医疗费用：给付比例均为 70%。

保险人根据本合同针对被保险人累计给付保险金之和以本合同约定的保险金额为限，当达到该限额时，保险人对被保险人的保险责任终止。

第十一条 本保险为费用补偿型医疗保险。保险人给付的保险金，以被保险人发生的必需且合理的医疗费用扣除其已从社保途径和非社保途径已获得的医疗费用补偿金额后的余额为上限。

保险期间和等待期

第十二条 保险期间为一年，具体起讫时间由投保人与保险人约定，并在本合同中载明。

第十三条 除本合同另有约定外，本合同的等待期为九十日，自本合同生效日起计算。同时满足以下三个条件的，免除等待期：

（一）非首次投保本保险；

（二）投保人在上一个保险期间届满前重新向保险人投保本保险；

（三）本合同的保险期间与上一个保险合同的保险期间之间连续不间断。

不保证续保

第十四条 本合同为不保证续保合同。保险期间届满，投保人可重新向保险人投保本保险，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同，但本保险不保证续保。

保险人义务

第十五条 保险人同意承保的，应当及时向投保人签发保险单或者其他保险凭证。

第十六条 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。

第十七条 保险人收到保险金申请人提供的本保险条款“保险金申请与给付”部分约定的保险金请求证明和资料后，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，履行给付保险金的义务；对不属于保险责任的，应当自作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。

第十八条 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的数额后，支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十九条 本合同保险费支付方式由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单中载明。

若投保人选择一次性支付保险费，投保人应当在订立本合同时一次交清保险费。保险费交清前，本合同不生效。

若投保人选择分期支付保险费，需取得保险人同意，并在本合同中载明保险费分期支付的方式，且每期支付金额应保持一致。投保人未支付首期保险费的，本合同不生效。在

支付首期保险费后，投保人应当在约定的各分期保险费支付日结束前支付其余各当期保险费。投保人未按约定支付当期保险费的，除本合同另有约定外，保险人允许投保人在催告之日起三十日内（含三十日）补交保险费；在此催告期间被保险人发生保险事故的，保险人仍按照本合同约定给付保险金，但可以扣减欠交的保险费；在此催告期间届满时投保人仍未交清当期保险费的，保险人有权解除本合同。

第二十条 订立本合同时，保险人就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约定的义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本合同。

前款约定的合同解除权，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，保险人对于本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，保险人对于本合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但退还保险费。

保险人在本合同订立时已经知道投保人、被保险人未如实告知的情况的，保险人不得解除本合同；发生保险事故的，保险人承担给付保险金的责任。

第二十一条 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。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不在其限。

前款约定的未及时通知，不包括因不可抗力而导致的通知迟延。

第二十二条 投保人住所或者通讯地址变更时，应当及时以书面形式通知保险人。投保人未及时通知的，保险人按本合同所载的投保人的最后住所或者通讯地址发送的有关通知或其他文件，均视为已发送给投保人。

保险金申请与给付

第二十三条 保险金申请人向保险人请求给付保险金时，应当提交下列证明和资料。

- (一) 保险金给付申请书；
- (二) 保险单或者其他保险凭证、批单；
- (三) 保险金申请人的身份证明，若保险金申请人系受托申请，还应当提供授权委托书和授权委托人的身份证明；
- (四) 保险人指定或者认可的医疗机构出具的医疗费用原始收据及明细、诊断证明、病历、入出院记录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；

（五）投保人、被保险人或者受益人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料。

保险金申请人未能提供有关证明和资料，导致保险人无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

第二十四条 被保险人遭受保险事故的，保险人有权对投保人、被保险人、受益人和有关医疗机构等进行调查和检查，投保人、被保险人、受益人等应当尽量予以配合。

第二十五条 被保险人或受益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。

保险合同的变更与解除

第二十六条 除本合同另有约定外，经投保人、保险人双方协商同意后，在不违反法律和监管规定的情况下，可变更本合同的有关内容，在本合同保险单或者其他保险凭证上加以批注或者附贴批单后生效，或者由投保人和保险人订立合同变更书面协议后生效。

第二十七条 在本合同成立后，除法律另有规定或本合同另有约定外，投保人可以解除本合同。保险人根据本合同的约定已给付保险金，或者已发生本合同约定的保险事故但是尚未给付保险金的，投保人不得解除本合同，但是受益人

放弃保险金请求权的不在此限。

投保人解除本合同时，应当提供下列证明和资料：

- （一）解除合同通知书；
- （二）保险单或者其他保险凭证、批单；
- （三）投保人身份证明；
- （四）保险费发票或者收据；
- （五）保险人合理要求的其他有关证明和资料。

本合同的效力至保险人接到解除合同通知书之日二十四时或者通知书上载明的合同终止时间（以较晚者为准）终止。自收到前款约定的证明和资料之日起三十日内，保险人退还相应现金价值。

健康管理服务

第二十八条 保险人或保险人委托的服务机构可以依法合规为被保险人提供健康咨询、术后随访、在线问诊等健康管理服务。是否包含健康管理服务由投保人、保险人双方约定，服务内容具体以保险单中载明的为准。

争议处理与法律适用

第二十九条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交本合同载明的仲裁机构仲裁；本合同未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

第三十条 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）。

释义

周岁：指按法定身份证明文件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。

等待期：指自保险合同生效之日起算的一个期间。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。

保险人指定或者认可的医疗机构：指包括保险人指定的医疗机构，以及符合下列条件的医疗机构：中华人民共和国境内（不包括港澳台地区）依法经营的二级以上（含）公立医院的普通部，具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且有合格医师及护士提供二十四小时医疗和护理等服务的医疗机构，但不包括境外医院、中外合资医院、民营医院、康复中心、联合诊所、特需（色）门诊、特需病房以及主要为门诊、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者相类似目的提供服务的医疗机构。

专科医生：指同时满足以下四项资格条件的医生：（一）具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；（二）具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；（三）具有有效的中华人民共和国主治医师或主

治医师以上职称的《医师职称证书》；（四）在国家《医院分级管理标准》二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

结直肠恶性肿瘤：即结肠或直肠恶性肿瘤，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 C18、C19、C20、C21.8 范畴。但下列疾病不在保障范围内：

（一）继发性（转移性）恶性肿瘤；

（二）感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

首次复发、转移：指同时满足以下条件的情形：（一）结直肠恶性肿瘤首次确诊时没有出现远处转移；（二）结直肠恶性肿瘤首次确诊后、本次疾病进展前，没有出现结直肠恶性肿瘤的复发或转移；（三）经过根治性治疗（0/I/II/III 期）后，出现局部原发肿瘤部位复发，或区域淋巴结转移或远处转移。

住院：指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院的正式病房接受全日二十四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：被保险人在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；被保险人在特需病房、外宾

病房或其它不属于基本医疗保险范畴的高等级病房入住；被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；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；被保险人住院体检；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。

必需且合理：指同时满足以下条件：

（一）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。

（二）医学必需：指符合下列所有条件：

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。

对是否符合通常惯例、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。

床位费：指被保险人住院期间实际发生的、不高于双人

病房的住院床位的费用(不包括单人病房、套房、家庭病床)。

膳食费：指住院期间根据医生的嘱咐，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、也可以合并病房费等其他款项内。

护理费：指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

诊疗费：指被保险人住院期间发生的主诊医生或会诊医生的劳务费用，包括挂号费。

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。

治疗费：指住院期间以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而合理发生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，具体以就诊医院的费用项目划分为准，**不包含物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法**。其中，物理治疗是指应用人工物理因子(如光、电、磁、声等)来治疗疾病，具体疗法包括电疗、光疗、磁疗、热疗等；中医理疗是指以治疗疾病为目的，被保险人接受由具有相应资格的医生实施的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗；其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

药品费：指住院期间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。不包含中草药费用、营养补充类药品费用、生物制剂药品费用、调整或提高免疫功能的免疫功能调节类药品费用、美容及减肥类药品费用、预防类药品费用、出院时仍未使用或未用完的药品费用。

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。

救护车使用费：指为抢救生命由急救中心派出的救护车费用及根据医生建议发生的医院转诊过程中的医院用车费。救护车使用仅限于同一城市中的医疗运送。

化学疗法：指针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。

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。

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。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。

肿瘤内分泌疗法：指针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。

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。

酒后驾驶：指经检测或者鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或者超过道路交通安全法规或相关国家标准中规定的饮酒后驾驶标准。

无有效驾驶证驾驶：指包括下列任何情形：

（一）无驾驶证驾驶或者持有效期已届满的驾驶证驾驶；

（二）驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；

（三）实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性物品等危险物品

的机动交通工具，实习期内驾驶机动交通工具牵引挂车；

（四）持未按规定审验的驾驶证驾驶，以及驾驶证被暂扣、扣留、吊销或者注销期间驾驶机动交通工具；

（五）使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；

（六）在依照法律法规或者公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动交通工具的其他情况下驾驶机动交通工具。

无有效行驶证：指包括下列任何情形：

（一）机动交通工具被依法注销登记；

（二）机动交通工具无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或者临时号牌或者临时移动证；

（三）机动交通工具未在规定检验期限内进行安全技术检验或者检验未通过，未依法按时进行或者通过安全技术检验。

传染病：指《中华人民共和国传染病防治法》规定的甲类和乙类法定传染病，或者国家有关法律、法规、规范性文件规定的法定传染病。

药物不良反应：指药品使用过程中可能会出现的治疗效果以外的、对身体有伤害的副作用。

试验性治疗：指不符合接受医疗所在地医学界认可实践的治疗方法、手段、设备、药品等。

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。

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》第十次修订版（ICD-10）确定。

感染艾滋病病毒或患艾滋病：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；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

毒品：指中华人民共和国刑法规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品。

社保途径：指基本医疗保险、公费医疗、大病保险，以及政府举办的其他补充医疗保险等途径。

基本医疗保险：指包括职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

非社保途径：指互助保险、除本保险外的其他商业保险、被保险人所在的工作单位、公益慈善机构等途径。

社保范围内医疗费用：指符合被保险人参加的基本医疗保险或公费医疗规定的支/给付范围和标准的医疗费用。被保险人未参加的，按照职工基本医疗保险的范围和标准执行。

社保范围外医疗费用：指不符合被保险人参加的基本医疗保险或公费医疗规定的支/给付范围和标准的医疗费用。被保险人未参加的，按照职工基本医疗保险的范围和标准执行。

保险金申请人：指受益人或者依法享有保险金请求权的其他人。

保险事故：指本合同约定的保险责任范围内的事故。

不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

现金价值：若选择一次性支付保险费， $\text{现金价值} = \text{净保费} \times (1 - m/n)$ ，其中， m 为已生效日数， n 为保险期间的日数，已生效日数亦即对被保险人的保险责任已经过日数（不足一日的按一日计算）， $\text{净保费} = \text{保险费} \times (1 - 35\%)$ ；若选择分期支付保险费， $\text{现金价值} = \text{当期净保费} \times (1 - m/n)$ ，其中， m 为当期已生效日数， n 为保险期间的当期日数，当期已生效日数亦即对被保险人的保险责任当期已经过日数（不足一日的按一日计算）， $\text{当期净保费} = \text{当期保险费} \times (1 - 35\%)$ 。