

都邦财产保险股份有限公司

脊柱特定疾病康复医疗保险条款

注册号：C00009632512023101265891

总则

第一条 本保险合同（以下简称为“本合同”或“保险合同”）由保险条款、投保单、保险单、保险凭证、保险卡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共同认可的书面或者电子协议等组成。凡涉及本合同的约定，均采用书面形式。

第二条 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人、法人或非法人组织，均可作为本合同的投保人。

第三条 除本合同另有约定外，年龄在6周岁（含）至80周岁（含），投保时符合健康告知要求的自然人，均可作为本合同的被保险人。

第四条 除另有约定外，本合同的保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 本合同分设有脊柱特定疾病——重症康复门诊医疗保险责任、脊柱特定疾病——轻症康复门诊医疗保险责任和脊柱特定疾病——重症手术住院津贴保险责任。其中，脊柱特定疾病——重症康复门诊医疗保险责任为必选责任，脊柱特定疾病——轻症康复门诊医疗保险责任和脊柱特定疾病——重症手术住院津贴保险责任为可选责任。在投保人已投保必选责任的前提下，可以选择投保可选责任，**若可选责任未在保险单上载明或批注，则本合同有关可选责任的约定不产生任何效力。**

（一）脊柱特定疾病——重症康复门诊医疗保险责任（必选责任）

保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故，或在等待期后经中华人民共和国境内（不含香港、澳门、台湾地区）二级及以上公立医院专科医生初次确诊罹患本合同所定义的脊柱特定疾病——重症（无论一种或多种），且因该特定疾病在保险人指定医疗机构接受康复治疗，对于其在保险期间内发生的必需且合理的康复治疗费用，**保险人在扣除保险单载明的免赔额后，依照约定的赔付比例给付脊柱特定疾病——重症康复医疗保险金。**

保险期限届满时，被保险人在保险人指定医疗机构接受康复治疗仍未结束的，保险人继续承担保险责任至被保险人经中华人民共和国境内（不含香港、澳门、台湾地区）二级及以上公立医院专科医生初次确诊罹患该脊柱特定疾病——重症之日起第30日止。如投保人、被保险人对康复治疗延长日数另有约定的，需在保险单中载明。

无论被保险人在保险期间内一次或多次发生保险事故，保险人累计给付脊柱特定疾病——重症康复医疗保险金达到保险单所载的该被保险人的脊柱特定疾病——重症康复医疗保险金额时，本合同对该被保险人的“脊柱特定疾病——重症康复门诊医疗保险责任”终止。

（二）脊柱特定疾病——轻症康复门诊医疗保险责任（可选责任）

保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故，或在等待期后经中华人民共和国境内（不含香港、澳门、台湾地区）二级及以上公立医院专科医生初次确诊罹患本合同所定义的脊柱特定疾病——轻症（无论一种或多种），且因该特定疾病在保险人指定医疗机构接受康复治疗的，对于其在保险期间内发生的必需且合理的康复治疗费用，**保险人在扣除保险单载明的免赔额后，依照约定的赔付比例给付脊柱特定疾病——轻症康复医疗保险金。**

保险期限届满时，被保险人在保险人指定医疗机构接受康复治疗仍未结束的，保险人继续承担保险责任至被保险人经中华人民共和国境内（不含香港、澳门、台湾地区）二级及以上公立医院专科医生初次确诊罹患该脊柱特定疾病——轻症之日起第30日止。如投保人、被保险人对康复治疗延长日数另有约定的，需在保险单中载明。

无论被保险人在保险期间内一次或多次发生保险事故，保险人累计给付脊柱特定疾病——轻症康复医疗保险金达到保险单所载的该被保险人的脊柱特定疾病——轻症康复医疗保险金额时，本合同对该被保险人的“脊柱特定疾病——轻症康复门诊医疗保险责任”终止。

（三）脊柱特定疾病——重症手术住院津贴保险责任（可选责任）

保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故，或在等待期后经中华人民共和国境内（不含香港、澳门、台湾地区）二级及以上公立医院专科医生初次确诊罹患本合同所定义的脊柱特定疾病——重症（无论一种或多种），且因该特定疾病须在中华人民共和国境内（不含香港、澳门、台湾地区）二级及以上公立医院普通部住院并接受手术治疗的，保险人按照“（每次实际住院天数-免赔天数）×日津贴金额”计算给付脊柱特定疾病——重症手术住院津贴保险金。

除另有约定外，脊柱特定疾病——重症手术住院津贴保险责任的免赔天数为3天，单次最高给付天数为15天，累计最高给付天数为30天。

无论被保险人在保险期间内一次或多次发生保险事故，保险人累计给付住院津贴保险金的天数达到保险单所载的该被保险人的累计最高给付天数时，本合同对该被保险人的“脊柱特定疾病——重症手术住院津贴保险责任”终止。

补偿原则

第六条 本合同适用医疗费用补偿原则。

若被保险人已从其他途径（包括社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构）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本合同的约定进行赔付。社会基本医疗保险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。

责任免除

第七条 因下列情形之一，导致被保险人罹患本合同所定义的疾病、达到疾病状态或进行手术住院治疗的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）等待期内确诊的相关疾病；
- （二）被保险人在初次投保或非续保前所患既往症，但投保时保险人已知晓并做出书面认可的除外；
- （三）被保险人罹患的脊柱疾病不符合本合同所承保的脊柱特定疾病的定义（重症或轻症）；
- （四）被保险人未遵医嘱服用、涂用、注射药物，但被保险人按使用说明的规定使用非处方药的除外；
- （五）被保险人受酒精、毒品、管制药物的影响，但被保险人遵医嘱使用药物的情形除外；
- （六）核爆炸、核辐射、核污染或化学污染；
- （七）遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常；
- （八）医疗事故。

第八条 对于被保险人未在保险人指定医疗机构进行康复治疗的，保险人不承担给付康复门诊医疗保险金责任。

第九条 不符合入院标准、不合理住院或住院病人应当出院但拒不出院的（从医院确定出院之日起），保险人不承担给付手术住院津贴保险金责任。

保险金额、赔付比例与免赔

第十条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

本合同的保险金额包括脊柱特定疾病——重症保险金额、脊柱特定疾病——轻症保险金额、脊柱特定疾病——重症手术住院津贴保险金额，由投保人、保险人在投保时协商确定，并在保险合同中载明。

本合同的各项保险金额、赔付比例、免赔额及免赔天数，由投保人、保险人在投保时协商确定，并在保险合同中载明。

保险期间

第十一条 本合同的保险期间由投保人和保险人协商确定，以保险单载明的起讫时间为准，最长不得超过一年。

不保证续保

第十二条 本合同为不保证续保合同。本合同期满，投保人需要重新向保险人申请投保本合同，交纳保险费，并经保险人同意，获得新的保险合同。

保险人义务

第十三条 订立本合同时，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本合同的内容。对本合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立本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 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 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。

第十六条 保险人收到保险金申请人的赔付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；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赔付保险金的协议后十日内，履行赔偿保险金义务。本合同对赔付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行赔付保险金的义务。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发出拒绝赔付保险金通知书，并说明理由。

第十七条 保险人自收到赔付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其赔付的金额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的金额先予支付；保险人最终确定赔付的金额后，应当支付相应的差额。

第十八条 保险人有权对理赔进行核查，投保人和被保险人有义务提供保险人所要求的相关材料。**如果受益人向保险人提起虚假的保险金申请，保险人有权追回已支付的相应保险金，并对其它虚假理赔的申请且尚未支付的款项拒绝支付，并有权解除或者部分解除保险合同。**

投保人、被保险人义务

第十九条 订立本合同，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。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的义务，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。发生保险事故的，保险人应当承担赔付保险金责任。

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，不承担赔付保险金责任，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，不承担赔付保险金责任，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，保险人应当承担赔付保险金责任。

保险事故是指保险合同约定的保险责任范围内的事故。

第二十条 投保人应当在本合同成立时一次性交清保险费。投保人未按约定交付保险费的，本合同不生效。本合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

第二十一条 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，保险人按保险单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并有效送达。

第二十二条 投保人、被保险人或者保险金申请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，妨碍或拒绝保险人进行事故调查，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，不承担赔付保险金责任，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，不包括因不可抗力而导致的迟延。

保险金申请与给付

第二十三条 本合同保险金的申请方式包括事后申请方式和医疗直付方式。

(一) 采用事后申请的方式申请保险金时，保险金申请人须填写保险金给付申请书，并书面形式提供下列证明和资料。保险金申请人未能提供有关材料的，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。

(1) 保险金给付申请书；

(2) 保险单原件；

(3) 保险金申请人、被保险人的有效身份证件；

(4) 二级及以上公立医院出具的相关影像检查报告、医疗费用原始收据、医疗费用结算单及明细清单、门急诊病历、出院小结、住院体温单、诊断证明书（如有）；

(5) 受益人的收款账户，包括但不限于银行卡号、开户行信息等；

(6) 对于已经从社会基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括任何商业医疗保险）获得相关医疗费用补偿的，应提供社会基本医疗保险机构、商业保险机构或其他第三方的医疗费用分割单或医疗费用结算证明；

(7) 保险人要求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。

保险金申请人委托他人申请赔付保险金的，还应当提供受托人身份证明、授权委托书。若由被保险人的合法监护人代其申请领取保险金，需提供未成年人或无民事行为能力证明和合法监护权证明。

(二) 被保险人在保险人指定医疗机构就医时，可以采用医疗直付方式申请保险金，对于依据本合同约定应由保险人承担的康复治疗费用，保险人将与指定医疗机构直接结算。保险金申请人不可在就医后再向保险人申请该部分康复治疗费用对应的保险金。若被保险人实际发生的脊柱特定疾病康复医疗费用超过本合同保险责任范围的，超出部分的费用由被保险人自行与医疗机构结算。

其他事项

第二十四条 本合同成立后，投保人可以通过书面形式通知保险人解除合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本合同的效力终止。

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) 投保人身份证明；
- (三) 保险人要求的其他有关证明和资料。

保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 内，退还本合同项下未发生保险事故的各被保险人对应的未到期净保费。

争议处理与法律适用

第二十五条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构进行仲裁；保险单未载明仲裁机构或争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国（不包括香港、澳门、台湾地区）人民法院起诉。

第二十六条 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（不包括香港、澳门、台湾地区法律）。

释义

(一) **脊柱特定疾病**：指脊柱的骨质、椎间盘、韧带、肌肉发生病变，按病变程度划分为轻症和重症，脊柱特定疾病的轻症和重症的定义在本合同中载明。

(二) **意外伤害**：是指被保险人因遭受外来的、突然的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

(三) **等待期**：是指自被保险人获得被保资格之日起计算的一段时间（该时间以保险合同载明为准，最长不超过 180 天），经过该段时间后，保险人才对被保险人承担给付保险金责任；在此期间，尽管保险合同已经生效，但保险人并不承担给付保险金责任。

被保险人因遭受意外伤害发生的保险事故不计等待期。

本合同期满前，投保人可向保险人申请续保，经保险人审核后予以承保；续保合同保险期间的起始日期与续保对应上一保险合同保险期间的终止日期相连不间断，续保合同无等待期。

(四) 专科医生：专科医生应当同时满足以下四项资格条件：

- (1) 具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；
- (2) 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；
- (3) 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》；
- (4) 在二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

(五) 初次确诊：指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊患有某种疾病，而不是指自本合同生效之后第一次经医院确诊患有某种疾病。

(六) 保险人指定医疗机构：指由保险人指定的、具有合法开展脊柱疾病康复治疗资质的医疗机构。保险人指定医疗机构以在保险单中载明的名单为准。

(七) 康复治疗费用：康复治疗是指在保险人指定医疗机构接受以促进机体各项功能恢复改善为目的的医疗方法，包括但不限于物理治疗、心理康复、推拿针灸中医康复、营养指导、康复护理、康复教育等；康复治疗费用由投保人和保险人双方约定具体范围和条件，具体以保险单中载明为准。

(八) 必需且合理：指同时符合以下 2 个条件：

(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。

(九) 住院：指被保险人经二级或二级以上的公立医院专科医生诊断，因临床需要必须正式办理入院手续并入住医院病房进行治疗的行为过程，被保险人须连续留院二十四小时以上且由医院收取病房或床位费用，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、外宾病房或其他不属于社会基本医疗保险支付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) 不合理的住院，指在住院期间无任何与疾病相关治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费情况。

(十) 实际住院天数：指被保险人在住院病房内实际接受治疗的天数，以医疗机构收费凭证上实际收取的住院费对应的日数为准，满 24 小时为一天，并扣除请假外出以及不合理住院的天数。

(十一) 基本医疗保险：指《中华人民共和国社会保险法》所规定的基本医疗保险，包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

(十二) 既往症：指在保单生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

(十三) 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。

(十四) 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》(ICD-10)确定。

(十五) 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及常规，过失造成患者人身损害的事故。

(十六) 不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

(十七) 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。

(十八) 未到期净保费：除另有约定外，按下述公式计算未到期净保费：未到期净保费=保险费×(1-m/n)×(1-费用比例)，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，费用比例由投保人和保险人约定。