

广西壮族自治区医疗责任保险统保方案

一、投保人/被保险人

广西壮族自治区内依法执业并有固定营业场所的医疗机构

二、承保区域

广西壮族自治区行政区域内

三、保险险种

主险：医疗责任保险

可选附加险：医疗机构工作人员遭受伤害责任保险

医疗机构场所责任保险

医务人员法定传染病责任保险

四、主险赔偿限额及费率

(一) 基准赔偿限额及基准保费

类别	基准赔偿限额		基准费率		
	每人赔偿限额	累计赔偿限额	医务人员保费（元/人）	门急诊人次保费（元/人次）	入院人次保费（元/人次）
三级医院	50 万	500 万	550	0.57	4.85
二级医院	50 万	400 万	440	0.46	4.4
一级医院	50 万	200 万	340	0.38	3.8
社区卫生服务中心 乡镇卫生院	50 万	200 万	270	0.33	3.55
社区卫生服务站 门急诊部、村卫生室、 诊所 卫生所、医务室等	50 万	100 万	2150 元/个		
其他医疗机构	50 万	100 万	270	0.35	3.6

注：上述医务人员指投保医务人员，包括：执业（助理）医师、注册护士、药师（士）、检验技师、影像技师（士）等卫生技术人员。

（二）保费调整系数

1、类别调整系数（适用于医院）

医院类别		系数
综合医院		1
中西医结合医院、中医医院		0.85
专科医院	妇产(科)医院、妇幼保健院	1.2
	儿童医院	1.2
	骨科医院、心血管病医院	1.1
	肿瘤医院、血液病医院、胸科医院	1
	传染病医院、结核医院、精神病医院、心理医院、口腔医院	0.7
	其他专科医院	0.8
其他医院		0.7

2、每人赔偿限额调整系数

医疗机构可视实际需要选择每人赔偿限额，费率调整系数表如下：

每人赔偿限额（万元）	每人赔偿限额调整系数
20	0.7
30	0.8
40	0.9
50	1
60	1.1
70	1.3
70 以上	另议

3、累计赔偿限额调整系数

医疗机构可视实际需要选择累计赔偿限额，费率调整系数表如下：

医疗机构类型	累计赔偿限额	调整系数
三级医院	100	0.55
	150	0.6
	200	0.65
	250	0.7
	300	0.75
	350	0.8
	400	0.85
	450	0.9
	500	1

	550	1.05
	600	1.15
二级医院	100	0.65
	150	0.7
	200	0.75
	250	0.8
	300	0.85
	350	0.9
	400	1
	450	1.05
	500	1.15
一级医院 社区卫生服务中心、乡镇卫生院 社区卫生服务站、门急诊部、村卫生室、诊所、卫生所、医务室、及其他医疗机构等	100	0.85
	150	0.9
	200	1
	250	1.05
	300	1.15

注：医疗机构选择的累计赔偿限额不得低于每人赔偿限额。

医疗机构说明：

(1) 医院级别以卫生计生行政主管部门最新设定结果为准。

(2) 未定级医院的费率按照以下方式确定：

实有住院床位 500 张及以上的未定级医院按照三级医院执行相应的费率；

实有住院床位 100 张至 499 张的未定级医院按照二级医院执行相应的费率；

实有住院床位 20 张至 99 张的未定级医院按照一级医院执行相应的费率。

(3) 医院包括：综合医院、中医医院、中西医结合医院、民族医院、各类专科医院和护理院，也包括妇幼保健院等。

(4) 基层医疗机构包括：社区卫生服务中心（站）、街道卫生院、乡镇卫生院、门急诊部、诊所/医务室、护理站、村卫生室等。

赔偿限额说明：

(1) 每人赔偿限额是指在保险年度内，被保险医疗机构造成每一名患者人身损害，在保险责任范围内获得的最高赔偿金额。

(2) 累计赔偿限额是指被保险医疗机构在保险年度内获得的最高赔偿金额。若保险年度内被保险医疗机构累计获得的赔款等于累计赔偿限额，则该医疗机构

的保险单项下的相应保险责任终止。医疗机构选择的累计赔偿限额不得低于每人赔偿限额。

(3) 精神损害每人责任限额为医疗责任每人责任限额的 30%，并包含在医疗责任每人责任限额之内。

(4) 法律费用每次事故赔偿限额以及法律费用累计赔偿限额均为累计赔偿限额的 15%，且在累计赔偿限额之外计算。

4、门急诊人次调整系数（调整系数视广西壮族自治区医疗机构整体情况而定）

年门急诊人次	保费调整系数
低于 50 万	1
50 万（含）-100 万	0.9
100 万（含）-150 万	0.85
150 万（含）以上	0.8

5、入院人次调整系数（调整系数视广西壮族自治区医疗机构整体情况而定）

年入院人次	保费调整系数
低于 4 万	1
4 万（含）~6 万	0.9
6 万（含）~10 万	0.8
10 万（含）以上	0.7

五、附加险赔偿限额及费率

险种	赔偿限额	费率
医疗机构工作人员遭受伤害责任保险	每次事故每人赔偿限额同主险每人赔偿限额，其中个人财产损失赔偿限额：1.5 万元人民币；年度累计赔偿限额同主险累计赔偿限额。	主险保费的 3.5%
医疗机构场所责任保险	每次事故赔偿限额为累计赔偿限额的 55%；累计赔偿限额同主险累计赔偿限额。	主险保费的 3.5%
医务人员法定传染病责任保险条款	每次事故每人赔偿限额同主险每人赔偿限额，治疗期间工资福利补偿为 150 元/天，补偿天数最长为 120 天；累计赔偿限额同主险累计赔偿限额，治疗期间工资福利补偿限额为 18000 元。	主险保费的 3.5%

六、保费计算方式

险种	保费计算方式
----	--------

险种	保费计算方式
主险	医院、社区卫生服务中心、卫生院及其他医疗机构： (医务人员数×医务人员保费+门急诊人次×门急诊人次保费+ 年入院人次×入院人次保费)×医院类别系数(医院适用)×每 人赔偿限额调整系数×累计赔偿限额调整系数×续保调整系数(续 保适用)×投保时间优惠系数(首年投保适用)
附加险	主险保费×附加险费率
医疗机构总保费	主险保费+附加险保费

七、投保时间优惠

广西壮族自治区内医疗机构在参加统保项目的第一年将享受以下优惠：

分类	投保时间优惠系数
投保通知发出后第一个月内投保	0.9
投保通知发出后第二个月內投保	0.95

八、续保调整系数

本方案实行费率浮动机制。根据每一参加投保的医疗机构上一保险年度满期赔付率(主险和附加险)高低对其续保保费进行相应调整,调整规则如下:

上一保险年度满期赔付率	续保调整系数
<20%	0.4
20%~40%(含)	0.7
40%~60%(含)	0.8
60%~75%(含)	0.9
75%~85%(含)	1.0
85%~100%(含)	1.1
100%~120%(含)	1.2
120%~140%(含)	1.3
140%~160%(含)	1.4
160%~180%(含)	1.5
180%~200%(含)	1.6
>200%	另议

满期赔付率计算公式:

上一保险年度满期赔付率=(上一保险年度已决赔款金额+上一保险年度未决赔款金额)/上一保险年度满期保费

其中，上一保险年度未决赔款金额=（上一保险年度已决赔款金额/上一保险年度已决赔案案件数）×上一保险年度未决赔案案件数

九、免赔额

无

十、保险期限

1 年。

十一、保费支付

见费出单。

十二、司法管辖

中华人民共和国司法管辖（港、澳、台除外）。

十三、争议解决

因履行本保险合同发生争议的，由当事人协商解决。协商不成的，可向投保人所在地人民法院提起诉讼。

十四、特别约定

（一）医务人员特别约定

本保险所称医务人员，包括执业（助理）医师、注册护士、药师（士）、检验技师、影像技师（士）等卫生专业人员，以及医疗管理人员、进修医务人员、外聘医务人员、外请会诊医务人员、符合多点执业条件的医务人员医疗机构人员等。无论其处于何岗位，只要实际从事具体诊疗活动，便属于医务人员。保险人同意投保医疗机构投保时可不提供外请医务人员名单。

（二）承保基础特别约定

本保险的承保基础为期内索赔制，即以索赔发生日期为依据确定保单是否负责赔偿。受害人向被保险人提出索赔的时间须发生在保险期间内，而受害人遭受损害的事故可以发生在保险期间内，也可以发生在保险期间之前（追溯期内）。

（三）追溯期特别约定

追溯期是自保单生效日向前追溯的期间，是在以期内索赔为承保基础条件下，保险人给予被保险人承保责任期限上的优惠，即如设定有追溯期，则承保责任期

限不仅仅是保险期限，对于在保险期限之前（追溯期内）发生的保险事故，保险人也予以赔偿。

本保险设定追溯期，并规定如下：

首次投保不设追溯期，第二年续保，追溯期为 1 年，第三年续保追溯期为 2 年，第四年续保追溯期为 3 年。连续投保的医疗机构，保险责任追溯期最高不超过 3 年。

（四）延长报告期特别约定

本保险特设立延长报告期，期限为 180 天。对于发生在原保单约定的保险期限和追溯期限内的保险事故，只要患者或其近亲属在延长报告期内首次向被保险人提出索赔要求，保险人仍然承担赔偿责任。

（五）足额投保特别约定

保险人一旦承保，则视为医疗机构足额投保，且保险人不得因为被保险人在保险期限内发生医务人员变动、门急诊人次等投保数据变化而要求比例赔偿或拒赔赔偿。

（六）医疗机构类别特别约定

如被保险医疗机构的《医疗机构执业许可证》中所列医疗机构所属类别为两种或两种以上的，按照其实际从事诊疗服务的类型计算保费，如实际从事诊疗服务类型为两种或两种以上，其保费金额按保费金额高的类别系数计算。

（七）医疗意外特别约定

本保单特约定，在本保险单明细表中列明的保险期限或追溯期及承保区域范围内，被保险人的投保医务人员在诊疗护理活动中，因下列情形造成患者人身损害，在本保险期限内，由患者或其近亲属首次向被保险人提出索赔申请，应由被保险人承担民事赔偿责任时，保险人根据本保险合同的约定负责赔偿：

- 1、在诊疗护理过程中由于病情或患者体质特殊而发生的难以预料或在预料之中但难以防范的不良后果；
- 2、按照正常的技术规范操作，仍然发生难以避免的并发症或者治疗意外；
- 3、应用现有医学科学技术，仍然发生无法预料或难以防范的不良后果；
- 4、在危急情况下为抢救危重患者生命而采取的紧急措施所造成的不良后果。

医疗意外的每人赔偿限额和累计赔偿限额为医疗责任赔偿限额的 35%，并在赔偿限额之内计算。

对于属于医疗意外的保险事故，医疗机构赔偿金额以下列任一机构确定的为准：广西壮族自治区各医疗纠纷人民调解委员会、广西壮族自治区各级卫生计生行政部门、人民法院。

（八）医疗纠纷处理特别约定

发生医疗纠纷后，医患双方当事人可以通过医患双方协商、向广西壮族自治区各医疗纠纷人民调解组织申请调解、当事人向广西壮族自治区卫生行政部门申请调解、向人民法院提起民事诉讼等途径解决。

（九）索赔单证特别约定

被保险人向保险人请求赔偿时，应提交下列单证材料：

- 1、有关责任人的资格或执业证明；
- 2、患者或其近亲属的书面索赔申请；
- 3、保险事故情况说明、赔偿项目清单；

4、经国家批准或认可的医疗事故技术鉴定机构进行鉴定的，应提供医疗事故技术鉴定书；经广西壮族自治区各医疗纠纷第三方调解机构或相关行政部门或法院、仲裁机构依法调解、判决、裁决、裁定的，应当提供调解书或判决书、裁定书或具有同等法律效力的其他文件；

5、如将赔款支付给被保险人的，需提供被保险人已经向第三者支付赔偿金的书面证明材料；

6、投保人、被保险人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因、损失程度有关的证明和资料。

（十）责任认定特别约定

保险人以下列方式之一确定的被保险人的赔偿责任为基础，按照保险合同的约定进行赔偿：

- （一）被保险人和向其提出损害赔偿请求的患者协商并经保险人确认；
- （二）仲裁机构裁决；
- （三）人民法院判决；

- (四) 卫生行政部门调解;
- (五) 医疗纠纷人民调解委员会的调解;
- (六) 保险人认可的其它方式。

(十一) 赔偿责任特别约定

因药品、消毒药剂、医疗器械的缺陷,或者输入不合格的血液,或药品不良反应造成患者损害,保险人应负责赔偿。保险人赔偿后,医疗机构应当协助保险人向负有责任的生产者或者血液提供机构追偿。

(十二) 诊疗活动特别约定

本保险所指的诊疗活动是指通过各种检查,使用药物、器械及手术等方法,对疾病作出判断和消除疾病、缓解病情、减轻痛苦、改善功能、延长生命、帮助患者恢复健康的活动,包括诊断、治疗、护理环节及体检、整形。

(十三) 重大事故预赔付特别约定

若发生重大保险事故或社会舆论影响力较大的医疗伤害事故时(估损金额大于 20 万),在案件责任明确的情况下,保险人于 2 个工作日内支付估损金额 50% 的预付赔款,并在损失金额确定、在索赔资料齐全情况下 2 个工作日内划付其余赔款。

十五、其他优惠条件

详见附件

十六、保险条款

(一) 主险

医疗责任保险条款

总则

第一条 本保险合同由保险条款、投保单、保险单以及批单组成。凡涉及本保险合同的约定,均应采用书面形式。

第二条 凡依照中华人民共和国法律(以下简称依法)设立、有固定场所并取得《医疗机构执业许可证》的医疗机构,可作为本保险的被保险人。

保险责任

第三条 在保险单列明的保险期间或追溯期及承保区域范围内,在保险单中载明的被保

险人的医务人员（以下简称投保医务人员）在诊疗活动中，因执业过失造成患者人身损害，在本保险期间内，由患者或其近亲属首次向被保险人提出索赔申请，依法应由被保险人承担民事赔偿责任时，保险人按照本保险合同的约定负责赔偿。

本保险合同所指的追溯期是指从保险期间开始之时起向前追溯的约定的期间。追溯期的具体起止时间以保险单载明的时间为准。

本保险合同所指的诊疗活动是指通过各种检查，使用药物、器械及手术等方法，对疾病作出判断和消除疾病、缓解病情、减轻痛苦、改善功能、延长生命、帮助患者恢复健康的活动，包括诊断、治疗、护理环节。

第四条 保险责任范围内的事故发生后，事先经保险人书面同意的法律费用，包括事故鉴定费、查勘费、取证费、尸体解剖费、封存药品检验费、仲裁或诉讼费、案件受理费、律师费等，保险人按照本保险合同的约定也负责赔偿。

责任免除

第五条 下列原因造成的损失、费用和责任，保险人不负责赔偿：

- （一）被保险人或其投保医务人员的故意行为、犯罪行为和非执业行为；
- （二）战争、敌对行为、军事行动、武装冲突、恐怖活动、罢工、骚乱、暴动、盗窃、抢劫；
- （三）核反应、核子辐射和放射性污染。但使用放射器材治疗发生的赔偿责任，不在此限；
- （四）地震、海啸、雷击、暴雨、洪水等自然灾害及火灾、爆炸等意外事故。

第六条 下列情形造成的损失、费用和责任，保险人不负责赔偿：

- （一）未经国家有关部门认定合格的医务人员进行的诊疗工作；
- （二）临床试验性检查、治疗以及其它不以治疗为目的的诊疗活动造成患者的人身损害，包括但不限于整形美容、体检；
- （三）被保险人或其投保医务人员从事未经国家有关部门许可的诊疗工作；
- （四）被保险人或其投保医务人员被吊销执业许可或被取消执业资格以及受停业、停职处分后仍继续进行诊疗工作；
- （五）被保险人投保医务人员在饮酒、吸毒或药剂麻醉状态下进行诊疗工作；
- （六）因药品、消毒药剂、医疗器械的缺陷，或者输入不合格的血液，或药品不良反应造成患者损害；

(七) 被保险人或其投保医务人员使用未经国家有关部门批准使用的药品、消毒药剂和医疗器械，但经国家有关部门批准进行临床实验所使用的药品、消毒药剂、医疗器械不在此限；

(八) 被保险人或其投保医务人员在正当的诊断、治疗范围外使用麻醉药品、医疗用毒性药品、精神药品和放射性药品；

(九) 被保险人医务人员在抢救生命垂危的患者等紧急情况下已经尽到合理诊疗义务；

(十) 被保险人医务人员限于当时的医疗水平难以诊疗；

(十一) 患者或者其近亲属不配合医疗机构进行符合诊疗规范的诊疗，被保险人及其医务人员没有过错的。

第七条 下列损失、费用和责任，保险人不负责赔偿：

(一) 被保险人医务人员或其代表的人身伤亡；

(二) 直接或间接由于计算机 2000 年问题引起的损失；

(三) 罚款、罚金或惩罚性赔偿；

(四) 本保险合同载明的免赔额；

(五) 被保险人根据与患者、其近亲属或他人签订的协议应承担的责任，但即使没有这种协议，被保险人依法仍应承担的责任不在此限；

(六) 投保医务人员自终止在被保险人的营业处所内工作之后所发生的任何损失、费用和责任。

第八条 其他不属于本保险责任范围的损失、费用和责任，保险人不负责赔偿。

责任限额与免赔额

第九条 除另有约定外，责任限额包括医疗责任每人责任限额、精神损害每人责任限额、医疗责任累计责任限额、法律费用每次事故责任限额、法律费用累计责任限额。除另有约定外，精神损害每人责任限额为医疗责任每人责任限额的 30%，并包含在医疗责任每人责任限额之内。各项责任限额由投保人和保险人协商确定，并在保险合同中载明。

第十条 每次事故免赔额（率）由投保人与保险人在签订保险合同时协商确定，并在保险合同中载明。

保险期间

第十一条 除另有约定外，保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

保险人义务

第十二条 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。

第十三条 保险人依本保险条款第十七条取得的合同解除权，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。

保险人在保险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，保险人应当承担赔偿责任。

第十四条 保险事故发生后，投保人、被保险人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，保险人应当及时一次性通知投保人、被保险人补充提供。

第十五条 保险人收到被保险人的赔偿请求后，应当及时就是否属于保险责任作出核定，并将核定结果通知被保险人。情形复杂的，保险人在收到被保险人的赔偿请求后三十日内未能核定保险责任的，保险人与被保险人根据实际情形商议合理期间，保险人在商定的期间内作出核定结果并通知被保险人。对属于保险责任的，在与被保险人达成有关赔偿金额的协议后十日内，履行赔偿义务。

保险人依照前款的规定作出核定后，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偿保险金通知书，并说明理由。

第十六条 保险人自收到赔偿保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其赔偿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；保险人最终确定赔偿的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十七条 投保人应履行如实告知义务，如实回答保险人就有关情况提出的询问，并如实填写投保单。

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，保险人有权解除合同。

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，不承担赔偿责任，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，不承担赔偿责任，但应当退还保险费。

第十八条 除另有约定外，投保人应在保险合同成立时交清保险费。保险费交清前发生的保险事故，保险人不承担赔偿责任。

第十九条 被保险人及其医务人员在诊疗活动中，应该遵守医疗卫生管理法律、行政法

规、部门规章和诊疗规范、常规，恪守医疗服务职业道德，采取合理的预防措施，尽力避免或减少责任事故的发生。保险人对被保险人及其医务人员的专业资格、使用药品和医疗器械及其他各项医疗条件进行查验时，被保险人应积极协助并提供保险人需要的用以评估有关风险的详情和资料。但上述查验并不构成保险人对被保险人的任何承诺。保险人对发现的任何缺陷或危险书面通知被保险人后，被保险人应及时采取整改措施。

投保人、被保险人未遵守上述约定而导致保险事故的，保险人不承担赔偿责任；投保人、被保险人未遵守上述约定而导致损失扩大的，保险人对扩大部分的损失不承担赔偿责任。

第二十条 在保险期间内，如发生足以影响保险人决定是否继续承保或是否增加保险费的保险合同重要事项变更，被保险人应及时书面通知保险人，保险人有权要求增加保险费或者解除合同。在保险期间内，由于医务人员发生变动，需要加保或退保，被保险人应当书面通知保险人。

被保险人未履行通知义务，因上述保险合同重要事项变更而导致保险事故发生的，保险人不承担赔偿责任。

第二十一条 被保险人一旦知道或应当知道可能引起本保险项下索赔的患者人身损害事故发生时，应该：

（一）尽力采取必要、合理的措施，防止或减少损失，否则，对因此扩大的损失，保险人不承担赔偿责任；

（二）按照规定向有关部门报告，并按照规定的程序申请或进行调查、分析、鉴定。被保险人应妥善保管有关的原始资料，并对引起不良后果的药品、医疗器械等现场实物按照有关规定进行封存并妥善保管，以备查验；

（三）立即通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况；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，不承担赔偿责任，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；

（四）允许并且协助保险人进行事故调查；对于拒绝或者妨碍保险人进行事故调查导致无法确定事故原因或核实损失情况的，保险人对无法确定或核实的部分不承担赔偿责任。

第二十二条 被保险人收到患者或其近亲属的损害赔偿请求时，应立即通知保险人。未经保险人书面同意，被保险人对患者或其近亲属作出的任何承诺、拒绝、出价、约定、付

款或赔偿，保险人不受其约束。对于被保险人自行承诺或支付的赔偿金额，保险人有权重新核定，不属于本保险责任范围或超出责任限额的，保险人不承担赔偿责任。在处理索赔过程中，保险人有权自行处理由其承担最终赔偿责任的任何索赔案件，被保险人有义务向保险人提供其所能提供的资料和协助。

第二十三条 被保险人获悉可能发生诉讼、仲裁时，应立即以书面形式通知保险人；接到法院传票或其他法律文书后，应将其副本及时送交保险人。保险人有权以被保险人的名义处理有关诉讼或仲裁事宜，被保险人应提供有关文件，并给予必要的协助。

对因未及时提供上述通知或必要协助引起或扩大的损失，保险人不承担赔偿责任。

第二十四条 被保险人向保险人请求赔偿时，应提交下列单证材料：

- （一）保险单正本和被保险人已经向第三者支付赔偿金的书面证明材料；
- （二）有关责任人的资格和执业证明、医疗机构与责任人的劳动关系证明；
- （三）患者完整的病例资料；
- （四）患者伤残的，应当提供权威部门出具的伤残程度证明；患者死亡的，应当提供死亡证明书；
- （五）患者或其近亲属的书面索赔申请；
- （六）事故情况说明、赔偿项目清单；
- （七）经法院、仲裁机构或卫生行政部门依法判决、裁决、裁定或调解的，应当提供判决书、裁定文件或调解书；
- （八）投保人、被保险人所能提供的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。

投保人、被保险人未履行前款约定的单证提供义务，导致保险人无法核实损失情况的，保险人对无法核实部分不承担赔偿责任。

第二十五条 发生保险责任范围内的损失，应由有关责任方负责赔偿的，被保险人应行使或保留向该责任方请求赔偿的权利。

保险事故发生后，保险人未履行赔偿义务之前，被保险人放弃对有关责任方请求赔偿的权利的，保险人不承担赔偿责任。

保险人向被保险人赔偿保险金后，在赔偿金额范围内代位行使被保险人对有关责任方请求赔偿的权利，被保险人未经保险人同意放弃对有关责任方请求赔偿的权利的，该行为无效。

在保险人向有关责任方行使代位请求赔偿权利时，被保险人应当向保险人提供必要的文

件和其所知道的有关情况。

由于被保险人的故意或者重大过失致使保险人不能行使代位请求赔偿的权利的，保险人可以扣减或者要求返还相应的赔偿金额。

赔偿处理

第二十六条 保险人接到被保险人的索赔申请后，有权聘请专业技术人员参与调查、处理。

第二十七条 保险人以下列方式之一确定的被保险人的赔偿责任为基础，按照保险合同的约定进行赔偿：

- （一）被保险人和向其提出损害赔偿请求的患者协商并经保险人确认；
- （二）仲裁机构裁决；
- （三）人民法院判决；
- （四）卫生行政部门调解；
- （五）保险人认可的其它方式。

第二十八条 被保险人给患者造成损害，被保险人未向该患者或其近亲属赔偿的，保险人不负责向被保险人赔偿保险金。

第二十九条 发生保险责任范围内的损失，保险人按以下方式计算赔偿：

（一）对于被保险人对每位患者造成的人身伤害，保险人在医疗责任每人责任限额内计算赔偿；对于被保险人对每位患者依法应当承担的精神损害赔偿赔偿责任，保险人的赔偿金额以本保险单列明的精神损害每人责任限额为限，并计算在医疗责任每人责任限额之内。

对于被保险人对每位患者人身伤害的赔偿责任和精神损害的赔偿责任，保险人在扣除保险合同列明的每次事故免赔额或按每次事故免赔率计算的免赔额后，在医疗责任每人责任限额之内进行赔偿。

（二）在保险期间内，保险人对被保险人多次索赔的各项赔偿金额之和不超过本保险合同载明的医疗责任累计责任限额。

第三十条 对于法律费用，保险人在第二十九条计算的赔偿金额以外按以下约定另行计算赔偿：

（一）保险人对法律费用的每次事故赔偿金额以实际发生的费用金额为准，但不得超过本保险单列明的法律费用每次事故责任限额；

（二）在保险期间内，保险人对被保险人多次索赔的法律费用累计赔偿金额不得超过本保险单列明的法律费用累计责任限额。

第三十一条 发生保险事故时，如果被保险人的损失能够从其他相同保障的保险项下也获得赔偿，则本保险人按照本保险合同的责任限额与所有有关保险合同的责任限额总和的比例承担赔偿责任。

其他保险人应承担的赔偿金额，本保险人不负责垫付。若被保险人未如实告知导致保险人多支付赔偿金的，保险人有权向被保险人追回多支付的部分。

第三十二条 保险人受理报案、进行现场查勘、核损定价、参与案件诉讼、向被保险人提供建议等行为，均不构成保险人对赔偿责任的承诺。

第三十三条 被保险人向保险人请求赔偿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

第三十四条 因履行本保险合同发生争议的，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且争议发生后未达成仲裁协议的，可向中华人民共和国人民法院起诉。

第三十五条 本保险合同的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）。

其他事项

第三十六条 保险责任开始前，投保人要求解除保险合同的，应当向保险人支付相当于保险费 5%的退保手续费，保险人应当退还剩余部分保险费；保险人要求解除保险合同的，不得向投保人收取手续费并应退还已收取的保险费。

保险责任开始后，投保人要求解除保险合同的，自通知保险人之日起，保险合同解除，保险人按短期费率计收自保险责任开始之日起至合同解除之日止期间的保险费，并退还剩余部分保险费；保险人要求解除保险合同的，应提前十五日向投保人发出解约通知书，保险人按照保险责任开始之日起至合同解除之日止期间与保险期间的日比例计收保险费，并退还剩余部分保险费。

附表：短期费率表

保险 期间	一 个 月	二 个 月	三 个 月	四 个 月	五 个 月	六 个 月	七 个 月	八 个 月	九 个 月	十 个 月	十 一 个 月	十 二 个 月
----------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	------------------	------------------

年费率的百分比	10	20	30	40	50	60	70	80	85	90	95	100
---------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

注：保险期间不足一个月的部分按一个月计收。

（二）附加险

1、医疗责任保险附加医务人员遭受伤害责任保险条款

总则

第一条 本条款为《中国人民财产保险股份有限公司医疗责任保险》（以下简称“主险”）的附加险条款，在投保主险的基础上，投保人可以投保本附加险。

主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。

第二条 本附加险合同未约定事项，以主险合同为准；本附加险合同与主险合同相抵触之处，以本附加险合同为准。凡涉及本附加险合同的约定，均应采用书面形式。

保险责任

第三条 在本保险合同列明的保险期间及承保区域范围内，被保险人的投保医务人员在从事与其资格相符的诊疗活动中，因产生医疗纠纷而遭受患方的故意伤害，造成其人身伤害，依法应由被保险人承担经济赔偿责任时，保险人根据本附加保险合同的约定负责赔偿。

责任免除

第四条 由于下列各项引起的损失或责任，保险人不负责赔偿：

- （一）被保险人的投保医务人员因医疗纠纷以外的原因所致的任何人身伤害；
- （二）由于被保险人的投保医务人员自残、自杀、违法行为所致的人身伤害；
- （三）被保险人的投保医务人员因非职业原因而受酒精或药剂的影响所导致的伤残或死亡；
- （四）被保险人直接或指使他人对其投保医务人员故意实施的人身伤害；
- （五）被保险人对其承包商所雇佣雇员的责任；
- （六）被保险人对其投保医务人员的精神损害赔偿；
- （七）除保险单另有约定外，被保险人的投保医务人员在中华人民共和国境外及港、澳、台地区所发生的人身伤害。

第五条 对于任何财产损失及任何间接损失，保险人不负责赔偿。

责任限额

第六条 本附加险设医务人员每人责任限额和医务人员每人医疗费用责任限额，其中医务人员每人医疗费用责任限额包含在医务人员每人责任限额中。各项限额由投保人和保险人双方协商确定并在保险合同中载明。

医务人员每人医疗费用免赔额由保险人和被保险人协商确定，并在保险合同中载明。

赔偿处理

第七条 被保险人在向保险人申请赔偿时，应提交：

- （一）保险单正本、索赔申请、公安部门出具的验伤单和报案证明；
- （二）造成残疾的，应提供医疗机构或司法机关出具的残疾等级鉴定书；
- （三）造成死亡的，应提供死亡证明、火化证明或户籍注销证明；
- （四）对于发生的医疗费用，应提供医疗机构的就诊证明和医疗费用明细单；
- （五）投保人、被保险人所能提供的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。

第八条 发生保险责任范围内的事故，对每名医务人员的损失，保险人按照下列标准赔偿：

- （一）死亡：以本附加保险合同约定的医务人员每人责任限额为限；
- （二）伤残：按伤残鉴定机构出具的伤残程度鉴定书，并对照国家发布的《职工工伤与职业病致残程度鉴定标准》（GB/T16180-2006）（以下称《伤残赔偿比例表》，见附表）确定伤残等级而支付相应赔偿金。赔偿金额以本附加保险合同约定的医务人员每人责任限额为限；
- （三）医疗费用：按照实际发生的医疗费用，在扣除医务人员每人医疗费用免赔额后，在本附加险的医务人员每人医疗费用责任限额内赔偿。

第九条 不论发生一次或多次索赔，保险人对每名医务人员的赔偿不超过保险单载明的本附加险医务人员每人责任限额，在本保险合同的保险期间内，保险人对被保险人各项索赔的累计赔偿金额不超过保险单载明的累计责任限额。

附表 伤残赔偿比例表

项 目	伤残程度	保险合同约定每人责任限额的百分比
（一）	死亡	100%
（二）	永久丧失工作能力或一级伤残	100%
（三）	二级伤残	80%
（四）	三级伤残	65%
（五）	四级伤残	55%
（六）	五级伤残	45%
（七）	六级伤残	25%
（八）	七级伤残	15%
（九）	八级伤残	10%
（十）	九级伤残	4%
（十一）	十级伤残	1%

2、医疗责任保险附加医疗机构场所责任保险条款

总则

第一条 本条款为《医疗责任保险》（以下简称“主险”）的附加险条款，在投保主险的基础上，投保人可以投保本附加险。

主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。

第二条 本附加险合同未约定事项，以主险合同为准；本附加险合同与主险合同相抵触之处，以本附加险合同为准。凡涉及本附加险合同的约定，均应采用书面形式。

保险责任

第三条 在保险单明细表列明的保险期间及承保区域范围内，由于下列原因导致第三者（含患者）的人身伤害或财产损失，依法应由被保险人承担经济赔偿责任时，保险人根据本附加险合同的约定负责赔偿：

- （一）医疗机构的公共设施存在缺陷；
- （二）被保险人或其雇员对医疗机构内的公共设施管理不善或操作、维护不当；
- （三）被保险人或其雇员的过失导致的火灾或爆炸；
- （四）被保险人或其工作人员的过失导致被保险人提供的食品引发食物中毒或其他食源性疾患。

责任限额及免赔额

第四条 本附加险设每次事故每人责任限额、每次事故责任限额和累计责任限额，由投保人和保险人在签订保险合同时协商确定，并在保险合同中载明。

每次事故免赔额由投保人与保险人在签订保险合同时协商确定，并在保险合同中载明。

赔偿处理

第五条 发生保险责任范围内的损失，保险人按以下方式计算赔偿：

（一）对于每次事故造成的损失，保险人在扣除保险单载明的本附加险每次事故免赔额后，在本附加险合同约定的每次事故责任限额内计算赔偿。其中，对每位第三者的赔偿不超过本附加险合同约定的每次事故每人责任限额；

（二）在保险期间内，保险人对多次事故损失的累计赔偿金额不超过本附加险合同约定的累计责任限额。

3、医务人员法定传染病责任保险条款

总则

第一条 只有在投保了《医疗机构责任保险》（以下简称“主险”）后，方可投保本附加险。

第二条 本附加险与主险相抵触之处，以本附加险为准；本附加险未尽之处，以主险为准。

第三条 主险合同效力终止，本附加险合同效力即行终止。

保险责任

第四条 在保险合同生效七天后，已投保的医务人员在从事本职工作中发生下列情况，保险人根据本附加险和主险合同的约定负责赔偿：

一、受到非典型肺炎（SARS）等法定传染病传染、感染导致在保险期间或保险期间届满后一百八十天内死亡，被保险人依法应承担的民事赔偿责任；

二、在确诊受到非典型肺炎（SARS）等法定传染病传染、感染后，住院治疗期间应由被保险人支付的工资福利，保险人按照约定的标准和实际住院治疗时间进行赔偿，但该住院治疗时间最长不超过一百天；

三、已投保的医务人员在从事本职工作中在确诊受到非典型肺炎（SARS）等法定传染病传染、感染后，使其共同生活的家庭成员感染患病，导致家庭成员在保险期间或保险期间届满后一百八十天内死亡，被保险人依法应承担的民事赔偿责任。

法定传染病是指《中华人民共和国传染病防治法》列明的甲、乙、丙三类传染病，包括该法未列明但在发生后被国家有关部门依法认定为法定传染病的疾病。

保险合同生效后的七天为观察期，观察期内发生的法定传染病传染、感染，保险人不负责赔偿责任。

赔偿限额

第五条 传染病责任每人赔偿限额是指在保险期间内保险人对每一投保医务人员或其共同生活的家庭成员的最高赔偿限额。

传染病责任累计赔偿限额是在保险期间内医疗机构对所有投保的医务人员及其家庭成员累计赔偿的最高限额。

详见下表：

限额分类	医务人员法定传染病责任	治疗期间工资福利补偿	医务人员家庭成员责任
每人赔偿限额/补偿标准	同主险每人赔偿限额	每人 150 元/天（补偿天数以 120 天为限）	主险每人赔偿限额的 50%
累计赔偿限额	同主险累计赔偿限额	1.8 万元	主险累计赔偿限额 的 50%

附件：优惠条件

1、罢工、暴乱、民众骚乱或恶意破坏扩展条款

兹经双方同意并约定，本附加险扩展承保本保险单明细中列明的地点范围内，由罢工、暴乱、民众骚乱或恶意破坏直接引起意外事故从而造成第三者人身伤亡或财产损失时被保险人依照中华人民共和国（不含香港、澳门、台湾地区）法律应负的赔偿责任。

主险条款与本附加险条款相抵触之处，以本附加险条款为准；本附加险条款未约定事项，以主险条款为准。

2、社交及娱乐活动条款

兹经双方同意并约定，本附加险扩展承保由投保人在营业场所举办之任何社会活动或运动比赛期间所引致的第三者人身伤亡、财产损失而在法律上应负的经济赔偿责任。

主险条款与本附加险条款相抵触之处，以本附加险条款为准；本附加险条款未约定事项，以主险条款为准。

3、广告及装饰装置责任条款

兹经双方同意并约定，本附加险扩展承保被保险人因在本保险单明细表中列明的营业场所范围内或周围地区布置的广告、霓虹灯、装饰物和相似物发生意外事故造成第三者人身伤亡或财产损失时依照中华人民共和国（不含香港、澳门、台湾地区）法律应负的赔偿责任。被保险人应保证指派合格人员对上述装置定期进行检查和维护。

主险条款与本附加险条款相抵触之处，以本附加险条款为准；本附加险条款未约定事项，以主险条款为准。

每次事故赔偿限额：RMB20 万元

累计赔偿限额：RMB50 万元

4、公共卫生缺陷责任条款

兹经双方同意并约定，本附加险扩展承保由于卫生缺陷引起污染物的意外排放、疏散、释放或泄漏，从而造成第三方的人身伤害或财产意外损坏，被保险人依照中华人民共和国（不含香港、澳门、台湾地区）法律应负的赔偿责任。

主险条款与本附加险条款相抵触之处，以本附加险条款为准；本附加险条款未约定事项，以主险条款为准。

5、火灾和爆炸责任条款

兹经双方同意并约定，本附加险扩展承保明细表中列明的地点范围内因火灾或爆炸造成第三者人身伤亡或财产损失时被保险人依照中华人民共和国（不含香港、澳门、台湾地区）法律应负的赔偿责任，包括特别标明的房东所有但由被保险人使用或控制下的家具、设备和相关附属品。

如果存在全部或部分相同保险责任的其他保单，则本附加险在该保险责任范围内仅负责赔偿超出其他保单保额部分的金额，且赔偿金额不超过以下列明的限额。

主险条款与本附加险条款相抵触之处，以本附加险条款为准；本附加险条款未约定事项，以主险条款为准。

每次事故赔偿限额：RMB20 万元

累计赔偿限额：RMB100 万元

6、意外渗漏及污染责任条款

兹经双方同意并约定，本保单不承担被保险人因烟雾、蒸汽、烟灰、带刺激性的酸性物质、碱性物质、带毒性化学物质及液体或气体、废弃物或其他刺激性物质，对土壤、空气、水源或水体的污染或污染物质的泄漏、散播、排放、释放或逸出造成第三者人身伤害或财产损失时依照中华人民共和国（不含香港、澳门、台湾地区）法律应负的赔偿责任，除非上述情况整个发生在特定的时间和地点，且是突发的、意外的、可辨认的、非故意的和意想不到的。

主险条款与本附加险条款相抵触之处，以本附加险条款为准；本附加险条款未约定事项，以主险条款为准。

7、锅炉爆炸条款

兹经双方同意并约定,本附加险扩展承保在本保险单明细表中列明地点范围内,被保险人按照相关使用说明正常使用锅炉及压力容器过程中,由于其本身内部蒸汽压力产生爆炸,造成第三者人身伤亡或财产损失,被保险人依照中华人民共和国(不含香港、澳门、台湾地区)法律应负的赔偿责任,以不超过保单列明的赔偿限额为限。

被保险人应保证对锅炉由合格技术人员定期进行检查和维修。

主险条款与本附加险条款相抵触之处,以本附加险条款为准;本附加险条款未约定事项,以主险条款为准。

8、急救费用条款

兹经双方同意并约定,本附加险扩展承保在保险场所内发生的属于保险责任的意外事故造成第三者人身伤亡时,被保险人支付的合理急救费用。

主险条款与本附加险条款相抵触之处,以本附加险条款为准;本附加险条款未约定事项,以主险条款为准。

每次事故赔偿限额: RMB5 万元

累计赔偿限额: RMB20 万元

9、不使失效条款

兹经双方同意并约定,本保险单不因下列原因失效:

1、被保险人不知情的保险财产的占用性质发生变化或风险增加,但被保险人一经知道应立即通知保险人,并支付可能要求的自风险增加之日起的附加保险费。

2、工人在保险单列明场所进行修理、微小变动或一般维修等类似目的作业。

主险条款与本附加险条款相抵触之处,以本附加险条款为准;本附加险条款未约定事项,以主险条款为准。

10、违反条件条款

兹经双方同意并约定，本保险单的条件和保证将分别适用于每一承保风险，而非共同适用于所有承保风险。因此，对某些条件和保证的违反仅使该违反所适用风险的那一部分保障失效，不影响其它风险保障的有效性。

主险条款与本附加险条款相抵触之处，以本附加险条款为准；本附加险条款未约定事项，以主险条款为准。

11、错误和遗漏条款

兹经双方同意，本保险项下的赔偿责任不因被保险人非故意地延迟、错误或遗漏向保险人申报有关变更或其它有关信息而被拒付，一旦被保险人明白其疏忽或遗漏应在合理的时间内尽快向本公司申报，并根据保险人要求支付自风险增加之日起的适当的附加保险费。不正确的、有缺陷的或错误的评估不可视为非故意的错误与遗漏。但被保险人一旦明白其疏忽或遗漏应立即向本公司申报上述情况，否则本公司不负赔偿责任。

主险条款与本附加险条款相抵触之处，以本附加险条款为准；本附加险条款未约定事项，以主险条款为准。

12、不受控制条款

兹经双方同意并约定，被保险人在占用或使用营业场所时，由于不知情或远非其所能控制的事件发生造成的遗漏申报或任何行为，不会影响本保险单的有效性，一旦被保险人知道应立即通知本公司并按要求支付适当的附加保险费。

主险条款与本附加险条款相抵触之处，以本附加险条款为准；本附加险条款未约定事项，以主险条款为准。

13、预付赔款条款（50%）

兹经双方同意并约定，发生责任范围内的损失后，保险人应按被保险人的要求和损失理算人的建议对该损失作 50%的预付赔款。

主险条款与本附加险条款相抵触之处，以本附加险条款为准；本附加险条款未约定事项，以主险条款为准。

14、自动恢复赔偿限额条款

兹经双方同意并约定,在保险人对本保险责任范围内的被保险人依法应承担的经济赔偿责任予以赔偿后,原赔偿限额自动恢复。但被保险人应按日比例补交自责任发生之日起至保险单终止之日止赔偿限额恢复部分的保险费。

主险条款与本附加险条款相抵触之处,以本附加险条款为准;本附加险条款未约定事项,以主险条款为准。

15、临时保护费用条款

兹经双方同意并约定,保险人负责赔偿为保障保险事故发生场所安全而产生的合理且必要的临时保护费用。但该项赔偿责任每次事故不超过 RMB5 万元 , 累计不超过 RMB50 万元。

16、放弃代位追偿权条款

兹经双方同意并约定,除非在保单、批单中的除外责任、承保条款或条件内已明确列出,保险人放弃损失发生时对被保险人及与其有所有权、管理权或其他利益关系的个人或公司的代位追偿权。

17、扩展不可注销条款

兹经双方同意,保险人在保险期限内不可以注销本保单,被保险单位无故也不得提出退保申请,但如保险人不能履行标书及保单中的各项承诺,被保险单位在征得区卫计委的同意后,被保险单位可以注销保单并要求按日比例退还保险费,并按照相关违约规定对保险人进行处罚。

