政府采购合同（服务）

（合同编号：JSZC-320922-ZQYC-G2026-0013-001）

甲方（采购方）： 滨海县卫生健康委员会

地址：滨海县港城路 23 号

联系人：侍昌灏

联系电话：15061631188

乙方（乙方）：

首席保险方：中国人民财产保险股份有限公司盐城市分公司

地址： 江苏省盐城市建军东路 58 号

联系人： 张建中

联系电话： 151 951 77601

共保方：中国平安财产保险股份有限公司盐城中心支公司

地址： 江苏省盐城市盐都区新都西路 39 号汇都商务楼 1 幢 1201-1202、1204-1205、1207-1210

联系人： 杨慧

联系电话： 180 6616 1219

共保方：华泰财产保险有限公司

地址： 中国（上海）自由贸易试验区博成路 1101 号华泰金融大厦 3 层 301-302、304-305、306A、307 单元

联系人： 吴美娟

联系电话： 139 1003 5047

丙方（保险经纪公司）：江泰保险经纪股份有限公司盐城分公司

地址：盐城市盐南高新区新都街道华邦东厦 2 幢 1906 室

联系人：周红梅

联系电话：137 7006 8908

根据《国务院关于保险业改革发展的若干意见》（国发[2006]23 号）、《国务院关于加快发展现代保险服务业的若干意见》（国发[2014]29 号）、原国家卫生计生委等五部门《关于加强医疗责任保险工作的意见》（国卫医发〔2014〕42 号）等相关政策文件，以及《中华人民共和国民法典》《中华人民共和国保险法》《中华人民共和国反不正当竞争法》《中华人民共和国反垄断法》《医疗纠纷预防和处理条例》《责任保险业务监管办法》等相关法律法规，为贯彻落实国家对于医疗机构参加医疗责任保险的参保要求，建立和完善医疗风险分担机制，遵循“政府引导、市场运作、专业协助、

自愿投保”的服务原则，在滨海县开展医疗机构医疗责任保险示范产品（以下简称“本产品”），采购人通过公开招标的方式确定乙方为本产品保险承保人。现按照相关采购文件要求，甲、乙双方本着自愿、平等、互利和诚实信用的原则，经充分协商，达成以下协议以兹共同遵守。

第一部分 定义或释义

一、示范产品

本协议所称示范产品，是指具备统一的保险条款、统一的保险方案框架、统一的保险费率机制，并经金融监督管理机构或其省一级派出机构审批或者备案的医疗责任保险产品，通常在某个行政区域市场中通过采购形式产生。

二、投保人

本协议所称投保人，指滨海县各级各类医疗机构。

三、乙方

本协议所称乙方，是指参与本产品承保的保险公司成员统称。

四、保险经纪人

本协议所称保险经纪人，是指为本产品的投保人与保险人订立保险合同提供中介服务的江泰保险经纪股份有限公司盐城分公司。

五、医疗风险分担机制

本协议所称医疗风险分担机制，是指政府及相关行业主管部门以国家政策和法律法规为依据，营造良好的社会氛围，提升社会大众对于医疗风险的客观认知，推动医疗机构、医务人员、患者各自通过相应的方式，对医疗风险进行识别，并鼓励采取科学、有效的方式，对医疗风险进行管理或转移，共同承担医疗风险。

第二部分 权利与义务

一、甲方的权利和义务

（一）负责工作计划的落实；

（二）负责保障“滨海县医疗纠纷调解组织”的日常运营，包括费用保障、后勤保障、调解服务网络、调解队伍建设、对外宣传、网络信息技术支持以及运营风险控制；

（三）负责保障保险赔偿处理中心（以下简称“赔处中心”）的日常运营，包括费用保障、后勤保障、队伍建设等；

（四）设立运行“滨海县医疗安全与风险预防服务中心”，以通过风险管控服务，协助医院加强安全管理、促进医疗服务质量提升，防范医疗风险，减少医疗纠纷；

（五）负责本产品的营销和推广，建立与本产品相关的统一服务平台；

（六）推动建立双方的协调沟通机制，协调解决本产品运行过程中遇到的疑难问题，提高运作效率；

（七）按照本协议约定，向乙方收取保险经纪佣金；

（八）根据医疗机构的风险转移需求，不断优化和改进本产品，并与乙方共同做好保险产品的动态调整工作；

（九）监督乙方的保险服务质量，对乙方进行工作考评，维护投保人、被保险人的保险权益；

（十）相关法律、法规赋予甲方的其他权利和义务。

二、乙方的权利和义务

（一）负责本产品保险条款的报备，对保险产品满足采购需求及合法合规性承担相应责任；

（二）负责组织乙方其他成员订立承保协议，按照保险合同及本协议的约定承保出单、保费划转、保险理赔等事宜；承保协议约定内容不得违背本协议，不得损害本协议其他各方及被保险人的利益，并报工作领导小组备案执行；

（三）代表乙方其他成员与甲方讨论制定本产品的相关工作标准；

（四）配合丙方建立本产品保险赔偿处理中心（以下简称“赔处中心”）；

（五）配合丙方共同推动医疗机构参保及理赔工作；

（六）按照本协议约定，向丙方支付保险经纪佣金；

（七）配合甲方、丙方依据市场需求做好保险产品的优化调整工作；

（八）认可“滨海县纠纷调解组织”或“江泰人民调解委员会”出具的调解协议书；

（九）按照本协议要求完成与丙方业务系统对接工作；

（十）协助甲方、丙方进行风险防范和风险管理等相关工作；

（十一）完善服务质量，根据丙方提出的意见、建议及时进行相应的整改，并将整改措施和效果告知监督方，并通知甲方、丙方；

（十二）乙方出单公司的权利义务：

1、出具保单及全额保费发票，提供保单信息查询服务。

2、有收取乙方其他成员份额保费发票的权利和向其他成员及时拨付保费的义务。

3、发生保险事故支付赔款时，负责在本协议约定的期限内代表乙方全额代付赔款至被保险人指定账户。

4、代表乙方成员统一提供处理日常承保、理赔、培训、纠纷防范等服务工作，并根据甲方、丙方的要求协调乙方成员提供承诺的相关服务。

（十三）相关法律、法规赋予乙方的其他权利和义务。

（十四）承保比例（根据成交供应商数量对应承保比例）

本项目首席保险人 1 名和其他共保人 2 名，承保比例分别为 40%、40%、20%。

（十五）保险条件：保险期限、保单明细与保险条款等详见附件。

（十六）付款方式及履约保证金

付款方式：合同签订后，每家医疗机构的保险期限，对接乙方按照首席保险人报价费率出投保单，各医疗机构确认无误后用印付款给乙方，然后乙方对应出具保险合同和发票。

注:签订合同时，由乙方根据实际投保期限情况，逐一付费出单，保单一年一出，由各医疗机构与乙方签订。

关于履约保证金

1.履约保证金的缴纳金额

签订合同前，乙方须按甲方要求缴纳含税保费的10%作为履约保证金（按四舍五入取整到个位）。甲方应当对AA评级及以上政府采购供应商（需提供信用管理部门备案的第三方信用报告）免收履约保证金或降低履约保证金缴纳比例。

2.履约保证金的缴纳形式

2.1供应商应当以支票、汇票、本票或者金融机构、担保机构出具的保函等非现金形式提交履约保证金。依据《关于在全省政府采购领域推行电子履约保函（保险）的通知》，鼓励供应商自愿使用电子履约保函（保险）代替缴纳履约保证金。

2.2如以履约保函（保险）形式缴纳履约保证金，供应商可通过政府采购电子履约保函（保险）平台（www.jsdzbh.com）在线申请履约保函（保险）。

3.履约保证金的退还

3.1方式：无息退还至乙方缴纳履约保证金的账户。如为保函，在到期时自行失效。

3.2时间：本项目履约保证金在所有案件全部理赔结束后无息退回。

3.3条件：确实履行服务职责，甲方、丙方认可。

3.4不予退还情形

除不可抗力情况外，乙方出现下列情形之一的，其履约保证金，甲方将视情节决定不予退还或部分不予退还。

（1）乙方无正当理由拒绝签订合同的，或者在签订合同时向甲方提出附加条件或者更改合同实质性内容要求的；

（2）乙方不履行与甲方订立的合同的；

（3）乙方所供货物或服务不符合磋商文件规定要求的；

（4）乙方采取欺骗、弄虚作假方式投标的或与其他投标人串通投标的；

（5）乙方将合同内容转包、违法分包的；

（6）乙方故意捏造事实或伪造证明材料，进行虚假恶意投诉或反映的。

3.5 逾期退还的违约责任：甲方逾期无故未退还履约保证金的，按中国人民银行同期贷款基准利率上浮 20%后的利率支付超期资金占用费，但因供应商自身原因导致无法及时退还的除外。

第三部分 工作机制

一、本产品领导小组

本产品领导小组由三方相关领导共同组成，领导小组人员建立联席会议制度，定期召开联席会议，协调解决工作中存在的问题，落实各项具体工作。领导小组人员名单如下：

（一）人员构成

成员	姓名	单位及职务	联系方式
组长	侍昌灏	滨海县卫生健康委员会	15061631188
副组长	周红梅	江泰保险经纪股份有限公司盐城分公司	13770068908
成员	张建中	中国人民财产保险股份有限公司盐城市分公司	15195177601
成员	杨　慧	中国平安财产保险股份有限公司盐城中心支公司	18066161219
成员	李　越	华泰财产保险有限公司	18501253879

（二）工作职责

1、至少每半年召开一次联席会议，通报工作情况，及时解决工作中遇到的困难和问题；

2、负责重大事项的决策及协调处理；

3、负责运作机制的决策。

二、工作小组

工作小组成员包括三方相关人员。工作小组人员名单如下：

（一）人员构成

成员	姓名	单位及职务	联系方式
组长	罗雄麟	江泰保险经纪股份有限公司	15371229973

		盐城分公司	
副组长	单　哲	中国人民财产保险股份有限公司盐城市分公司	13813208409
成员	程志炜	中国平安财产保险股份有限公司盐城中心支公司	19952886658
成员	陈　辰	华泰财产保险有限公司	18551700499
成员	路志君	中国人民财产保险股份有限公司盐城市分公司	18052980896
成员	刘行松	中国人民财产保险股份有限公司盐城市分公司	13861298290
成员	潘斯文	中国人民财产保险股份有限公司盐城市分公司	13813207992
成员	袁　鹏	中国人民财产保险股份有限公司盐城市分公司	18261235515

（二）工作内容

工作小组在甲方设立工作办公室，工作小组具体工作内容包括：

1、接受各方对工作中主要问题的反馈，协商处理办法；

2、组织工作领导小组相关会议和活动；

3、配合、协助领导小组的工作。

如上述人员变更调整，需以联席会议确定报甲方、丙方备案进行变更。

三、赔处中心

赔处中心小组成员包括乙方、丙方相关人员。赔处中心人员名单如下：

（一）人员构成

成员	姓名	单位及职务	联系方式
组长	周红梅	江泰保险经纪股份有限公司盐城分公司	13770068908
副组长	罗雄麟	江泰保险经纪股份有限公司盐城分公司	15371229973
成员	张建中	中国人民财产保险股份有限公司盐城市分公司	15195177601
成员	杨慧	中国平安财产保险股份有限公司盐城中心支公司	18066161219
成员	吴美娟	华泰财产保险有限公司	13910035047

（二）工作丙方设立办公室，主要工作内容包括：

1、配合医疗纠纷调解组织做好纠纷调解工作；

2、配合医疗机构做好案件索赔工作；

3、配合、协助领导小组的工作。

四、风险预防服务中心

风险预防服务中心成员由乙方、丙方相关人员组成。风险预防服务中心名单如下：

（一）人员构成

成员	姓名	单位及职务	联系方式
组长	罗雄麟	江泰保险经纪股份有限公司盐城分公司	15371229973
成员	张建中	中国人民财产保险股份有限公司盐城市分公司	15195177601
成员	杨慧	中国平安财产保险股份有限公司盐城中心支公司	18066161219
成员	吴美娟	华泰财产保险有限公司	13910035047

（二）工作内容

风险预防服务中心在甲方设立办公室，主要工作内容包括：

1、协助医疗机构加强安全管理、促进医疗服务质量提升；

2、配合医疗机构防范医疗风险，减少医疗纠纷；

3、配合、协助工作领导小组的工作。

第四部分 保险产品及承保

一、保险产品

本协议涉及的保险产品包括但不限于保险方案、费率机制、保险条款等，以招标文件、乙方参与该采购产品提交的响应文件以及最终的采购结果为准。

乙方提供给投保人/被保险人的投保单以及保险单所列明的有关保险方案、费率机制、保险条款等内容，与通过滨海县医疗机构医疗责任保险示范产品招标文件采购确定的保险产品内容，应当保持一致。

（一）本产品各险种保险方案及费率机制

1、医疗机构医疗责任保险，保险方案及费率机制详见附件。

2、医疗机构公众责任保险，保险方案及费率机制详见附件。

（二）调整及优化

1、费率整体调整

在本产品运行过程中，由甲方、丙方组织相关专家对本产品的费率机制进行评估，根据市场情况、各方商讨结果，制定更合理的费率条件。

2、费率个体调整

在本产品运行过程中，经本产品采购协议签署各方同意，可以对部分医疗机构的保费水平进行适当的调整。

3、保险方案整体优化

在本产品运行过程中，甲方、丙方可组织相关专家对本产品的保险方案及条款进行评估，吸收借鉴市场上出现的更优保障条件。各方同意，每年可由甲方发起，根据各方

商讨结果对保险方案及条款修订一次。根据修订结果，乙方应按招标文件的相关要求，及时向财产公司备案产品自主注册平台注册修订后的条款。

4、保险方案个体优化

在本产品运行过程中，经本协议各方同意，可以对部分医疗机构的保险方案进行适当的调整。

二、承保份额

为增强各乙方承保能力，分担承保风险，双方特明确如下承保份额：

乙方成员	承保份额
中国人民财产保险股份有限公司盐城市分公司	40%
中国平安财产保险股份有限公司盐城中心支公司	40%
华泰财产保险有限公司	20%

承保份额只适用于示范产品，不适用于示范产品以外的其他产品。承保份额根据各公司服务情况以产品年度为周期动态调整。示范产品各成员均可负责出单工作。

（一）出单公司按乙方其他成员份额保费（价税合计）的 1% 收取出单费。出单公司在每次保费清分完成后向乙方其他成员发出书面支付通知书，乙方其他成员在接到出单公司发出的支付通知书后及时在共保协议约定的时间内向其指定账户结转相应费用。

（二）各供应商应按照出单公司发送的赔款分摊、出单费等费用的结算通知书，及时按照共保协议约定的时间将以上各项费用划转、结清，不得以其他原因为由拖延各项费用的结算。

三、供应商调整

（一）供应商成员的退出

如乙方某一成员在本协议有效期内要求退出示范产品，须提前三个月通知甲方、丙方，如甲方、丙方未能在三个月内将该成员的份额分配给其他成员，则该乙方成员须继续履行本协议。

（二）若其他成员按照本协议约定新加入本产品或退出本产品或由于符合本协议约定的其他事项导致原乙方成员各自的承保份额划分发生变更，则乙方由各自承保份额划分发生变更的新成员共同组成。针对医疗机构医疗责任保险，对于索赔时间（即患者或其近亲属或其代理人首次向医疗机构提出赔偿请求的时间，含发现期。下同）在原乙方成员承保期间（即出单日期在份额调整之前，属于原乙方成员承保期间）的保险事故，则原乙方成员仍按原乙方成员各自的承保份额进行赔偿；对于索赔时间在新成员承保期间（即出单日期在份额调整之后，属于新成员的承保期间）的保险事故（无论该保险事故是否发生在新承保组成之后），乙方成员按照新成员各自的承保份额进行赔偿。

四、产品营销

丙方负责本产品相关保险产品的营销及推广，乙方配合丙方开展相关工作。

丙方营销及推广的涉及本产品的相关保险产品，需按照本协议约定的承保份额，由乙方共同承保。如有特殊情况，需双方进行友好协商，确定最终承保方案。

五、其他

丙方根据投保人的需求，协助投保人投保本产品所涉及的各类保险险种，乙方按份额承保。乙方应配合丙方完成信息系统对接。丙方有权向乙方收取保险经纪佣金。具体工作流程详见附件。

第五部分 医疗安全风险预防

一、内容

丙方应负责举办保险知识和风险管理培训以提高参保医疗机构相关人员的风险防范能力，具体培训举办时间和地点由双方协商确定。

二、实施主体

丙方作为本项工作实施主体，按照本协议的约定设立运行“滨海县医疗安全与风险预防服务中心”，通过风险管控服务，协助医院加强安全管理、促进医疗服务质量提升，防范医疗风险，减少医疗纠纷。

第六部分 人民调解与案件处理

一、人民调解

（一）人民调解组织

丙方负责依照《人民调解法》等相关法律法规的规定，向产品所在地司法行政部门备案成立医疗纠纷调解组织。

（二）运行机制

丙方负责保障“滨海县医疗纠纷调解组织”的日常运营，包括费用保障、后勤保障、调解服务网络、调解队伍建设、对外宣传、 信息技术支持以及运营风险控制。丙方依照相关法律法规聘用调解员，建立和完善调解程序，接受社会各界监督，定期向产品所在地司法行政部门汇报并接受其业务指导。

二、案件处理

（一）接报案

1、被保险人通过丙方报案的，丙方应及时向乙方出单公司转报案，丙方提供专线报案电话：400-616-8811。

2、被保险人向乙方报案的，乙方应及时将报案信息反馈至滨海县医疗机构医疗责任保险示范产品赔处中心。

3、以下情况，乙方应视同为及时报案：

（1）对于可从公共媒体包括电视台、权威互联网站等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；

（2）如因不可抗力因素无法及时报案，乙方认可被保险人及滨海县医疗机构医疗责任保险示范产品赔偿处理中心事后出具的书面说明，并视同为及时报案予以受理；

（3）乙方认可被保险人说明合理原因的未及时报案。

（二）理赔服务

乙方应为参与本产品的被保险人提供本协议约定的理赔服务，履行《滨海县医疗机构医疗责任保险示范产品保险案件赔偿处理办法》 的相关规定，《滨海县医疗机构医疗责任保险示范产品保险案件赔偿处理办法》详见附件。

1、乙方认可本协议约定或联席会议决议通过的赔偿标准、索赔材料范围，并据此进行理赔和赔款摊回工作。

2、乙方在本协议约定时限内完成赔款划付和赔款摊回工作，保证本产品的顺利进行。

3、乙方出单公司不得以以往已决案件由于乙方共同承保人尚未支付应摊回赔款而拒绝支付新结案的赔款支付。

4、若患者的残疾程度可以被直观判断或通过病历或通过相似案例等相关资料能够明确判断伤残等级和误工期、营养期、护理期的，医疗纠纷调解组织可以依照最高人民法院、最高人民检察院、公安部、国家安全部、司法部发布的《人体损伤致残程度分级》确定患者残疾级别，出具伤残等级认定意见，乙方不再索要患者残疾程度证明。

（三）赔偿依据

乙方认可并执行赔处中心出具的《滨海县医疗机构医疗责任保险示范产品赔款支付通知书》，将符合本协议相关约定的医患双方自行和解协议书、医疗纠纷调解组织主持签订的调解协议书、卫生行政部门出具的行政调解书、人民法院出具的民事调解书或判决书作为乙方赔偿的依据。

（四）赔款支付注意事项

1、乙方出单公司不得以需要征询乙方共同承保人意见为由影响支付赔款时效。

2、乙方同意，除另有约定外，乙方出单公司在接到赔处中心出具的《滨海县医疗机构医疗责任保险示范产品赔款支付通知书》及按照协议约定收集的索赔材料后，按照以下时限向被保险人、受益人或第三者支付赔款：

序号	赔款金额	赔付时效
1	赔款金额≤RMB3000 元	1 个工作日内支付
2	RMB3000 元＜赔款金额≤RMB5000 元	3 个工作日内支付
3	RMB5000 元＜赔款金额≤RMB50000 元	5 个工作日内支付
4	RMB50000 元＜赔款金额	10 个工作日内支付

3、乙方出单公司每月初的前 5 个工作日与丙方核对本产品案件处理情况，就具体案件数量、已赔款金额、未决金额、索赔材料等内容进行沟通，双方以书面形式确认。

4、如乙方出单公司未按约定时间支付赔款，则应按照实际拖延天数向相关的被保险人支付违约金，违约金为应付赔款金额按实际违约天数所计算的利息（利率按1年期银行定期存款利率计算）。

（五）绿色通道

对属于保险责任事故的医疗纠纷且和解金额20,000元（含）以下的案件，经上报医调委同意后，三级、二级医疗机构可采用自行和解处理，自行与患者达成和解赔偿协议，但每家三级医疗机构每年采用本程序处理的案件的次数不得超过10次，每家二级医疗机构每年不超过5次。

第七部分 保险供应服务

乙方应为丙方及参与示范产品的医疗机构提供以下服务，包括成立专项服务人员工作小组、提供防灾防损、定期提供理赔统计报表等相关理赔服务、内部服务指导范本和内部培训的实施等内容。

（一）乙方设立服务工作小组

乙方应成立滨海县医疗责任保险示范产品专项领导小组和滨海县医疗责任保险示范产品专项工作小组

1、滨海县医疗责任保险示范产品专项领导小组的设立

专项领导小组在保险协议签署后投入管理运作，负责协议中各项内容的组织、实施及总体管理。小组主要成员包括组长、日常联系人和组员，小组组长由乙方滨海县分公司负责管理示范产品的高级管理人员担任，负责参与决策工作中的要事；日常联系人为负责示范产品推行的部门级领导担任，其所在部门应为示范产品执行及管理单位；组员至少应有2人为滨海县分公司负责示范产品的部门人员（含负责销售的主管人员），至少应有1人为滨海县分公司核赔部门人员，至少应有1人为滨海县分公司数据信息部门人员。

2、滨海县医疗责任保险示范产品专项工作小组的设立

专项工作小组应在当地示范产品启动前成立，负责落实示范产品承保、理赔及其他各项服务工作。小组组长1名，由乙方各市（县）分支机构相关领导担任，负责组织实施示范产品各项服务工作；日常联系人1名，负责按照本协议的有关内容为各被保险人提供日常沟通协调、培训、反馈等各项具体服务工作。

（二）乙方服务小组工作职责

1、领导小组工作职责

日常联系人职责为：

（1）协助滨海县医疗责任保险专项领导小组组长/副组长工作，负责组织实施与总体管理各项工作；

（2）负责参加甲方、丙方组织召开的会议，向乙方传达会议精神，并依据会议精神和要求协调公司资源，合理安排行动；

（3）负责与丙方沟通协调，提交有关报告；

（4）负责组织乙方（包括滨海县分公司及下属机构）的培训、宣贯工作，并邀请丙方的人员参加；

（5）滨海县医疗机构医疗责任保险专项领导小组人员发生变动，应在五个工作日内通知丙方；

（6）负责推进本协议约定的各项服务工作、配合性工作，并落实到位。

2、专项工作组工作职责：

（1）在保险协议签署后投入运行和管理，负责协议中各项内容的组织、实施；

（2）专项工作小组负责人参加公司组织的内部培训，并落实培训中的具体工作；

（3）接受各方对工作中主要问题的反馈，协商且执行达成一致意见的处理办法；

（4）参与区域内影响较大医疗纠纷案件的协调处理；

（5）负责与甲方、丙方之间的沟通与协调，提交有关报告、数据、材料等；

（6）负责滨海县医疗责任保险有关服务工作、配合性工作的推进；

（7）日常联系人发生变动，须立即通知对应的甲方、丙方。

（三）乙方保险服务工作内容

1、定期提供理赔统计报表

按照赔偿处理中心规定的格式要求，乙方应于每月 15 日前向赔偿处理中心及丙方提供负责的案件截至上月末的保险赔案统计报表的电子版本。

2、内部培训

乙方应本着更好推动示范产品的原则，定期和不定期举办内部培训，并形成一种常态机制。

3、独立核算体系

乙方应建立示范产品独立核算体系，实行对示范产品的统一核算、统一考核的独立核算管理体制，以避免出现乙方因赔付率不理想而可能产生的服务不积极、甚至拒绝销售示范产品的情况。对此乙方应提供具体的措施：

（1）对可能影响示范产品推进积极性的业务考核体系给予最大程度的宽松政策；

（2）对丙方提供最大程度的灵活政策和工作配合，共同推动示范产品。

4、相关单据用印

丙方每月 4 日前给乙方提供上月示范产品收入明细表，乙方在收到丙方收入明细表两日内用印并及时提供给丙方。

5、其他服务

（四）乙方滨海县医疗责任保险示范产品理赔服务

乙方应为投保示范产品的医疗机构提供本协议约定的理赔服务。

1、推荐专人加入滨海县医疗机构医疗责任保险示范产品赔偿处理中心、医疗纠纷评估会议以及医疗安全与风险预防服务中心

（1）乙方应推荐符合业务工作要求的专业理赔人员加入赔偿处理中心，参与赔偿处理中心采用自行和解简易案件处理赔案过程中的赔偿处理相关工作。

（2）乙方应推荐符合业务工作要求的专业人员参加医疗纠纷评估会议，通过参加医疗纠纷评估会议或会签的方式，与医疗纠纷评估会议其他成员共同负责对争议案件进行保险责任以及事故损失确定工作。乙方应积极参与医疗纠纷评估会议、按时完成会签。

（3）乙方应推荐符合业务工作要求的专业人员参与医疗安全与风险预防服务，积极参与并协调乙方内部资源支持丙方开展医疗机构医疗风险防范相关工作。

2、指定专人负责滨海县医疗责任保险示范产品理赔服务

乙方应指定专人负责区域内的理赔事宜，全力配合赔偿处理中心工作。理赔服务人员应不少于 1 人，如发生人员变动应在五个工作日内通知丙方。

3、报案

（1）丙方提供接报案及转报案服务，丙方设立示范产品保险专线报案电话，报案电话号码为 400-616-8811。乙方提供接报案服务，接受丙方报案专线电话 400-616-8811 的转报案。被保险人直接向乙方报案，未通过专线电话 400-616-8811 报案的，乙方在受理案件后需及时拨打专线电话 400-616-8811 转报案件。

（2）以下情况，乙方应视同为及时报案：

①对于可从公共媒体包括电视台、权威互联网站等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；

②如因不可抗力因素无法及时报案，乙方认可被保险人及滨海县医疗责任保险示范产品赔偿处理中心事后出具的书面说明，并视同为及时报案予以受理。

（3）乙方认可并受理丙方报案专线电话 400-616-8811 提供的报案信息，包括被保险人说明原因的未及时报案。

（4）对于做销案处理的案件，如出险患方在法律规定的索赔时效期间内向被保险人提出索赔的，乙方接受重新立案。

4、责任界定

乙方应认可滨海县医疗责任保险示范产品自行和解、第三方调解、县级矛调中心调解、司法诉讼、行政调解的结果。

5、核定损失

（1）乙方应认可自行和解、第三方调解、县级矛调中心调解、司法诉讼、行政调解的结果并依据此结果进行赔偿。

（2）经各级人民法院诉讼的案件，乙方应主动申请参与诉讼。

6、赔款支付

（1）乙方同意，在收到赔偿处理中心出具的《滨海县医疗机构医疗责任保险示范产品保险事故赔偿金额确定书》后5000元（含）以下赔款3个工作日内向医疗机构或者患者支付赔款，大于5000元至5万元（含）的赔款5个工作日内向医疗机构或者患者支付赔款，5万元以上的赔款10个工作日内向医疗机构或者患者支付赔款。乙方不得以需要按照乙方自身赔款支付流程为由影响支付赔款时效。

（2）乙方未按约定时间支付赔款，则应按照实际拖延天数向医疗机构或者患者支付违约金，违约金为应付赔款金额按实际违约天数所计算的利息（利率按1年期银行存款利率计算）。

7、沟通案件处理情况

乙方每月初的前5个工作日同丙方核对示范产品的案件处理情况，就具体案件数量、已赔款金额、未决金额、索赔材料等内容进行沟通，双方以书面形式确认。乙方每周打印一次理赔计算书，并将本周结案信息汇总，统一递交丙方。

8、自行和解简易案件处理

乙方收到赔偿处理中心发出的《医患自行和解协议书》或通过医疗机构所在地医疗纠纷调解组织签订《调解协议书》以及索赔申请、相关理赔单证后，应按照上述《医患自行和解协议书》或《调解协议书》中确定的金额于1个工作日内向医疗机构或者患者支付赔款。

9、制定专属《滨海县医疗机构医疗责任保险示范产品保险案件赔偿处理办法》

乙方应为参与本产品的被保险人提供本协议约定的理赔服务，履行《滨海县医疗机构医疗责任保险示范产品保险案件赔偿处理办法》的相关规定，并随着示范产品推广进度及暴露出的问题逐步完善。乙方应当对相关制度认真学习，严格执行。

第八部分 统计分析、信息披露

一、赔处中心负责本产品数据的统一管理，产品数据以赔处中心定期发布的数据为准。

二、本产品建立定期沟通机制，每年定期召开数据沟通会。由赔处中心召集，各参与方应出席，未出席者即为认可会议结果。会议对各方掌握的上季度末（半年、全年）投保、理赔等数据进行核对，对数据的差异要进行详细说明，乙方出单公司每月度同丙方对阶段性投保、理赔数据进行核对。

三、从产品运营风险的管控出发，对影响赔付率的关键数据进行分析，将核对好的产品数据、分析建议做好纪要，形成会议备忘录，由组织方报送给相关行管部门，并发布给出单公司、共同承保人，抄送丙方。

四、产品参与方应严格保密不得泄露给本产品参与方之外的任何人，除用于向行管

部门报告或风险研究。

五、丙方按照如下规则计算赔付率：

（一）简单赔付率

简单赔付率=统计期间内已决赔款金额/统计期间生效保单保费*100%

（二）满期赔付率

满期赔付率=（统计期间生效保单截止统计时点已决赔款金额+统计期间生效保单截止统计时点未决估损金额+统计期间生效保单截止统计时点 IBNR）/统计期间生效保单截止统计时点已赚保险费*100%

（三）历年赔付率

历年制赔付率=（统计期间内已决赔款金额+期末未决估损金额一期初未决估损金额）/统计期间保单已赚保险费*100%

六、乙方出单公司每月 15 日前向丙方提供负责的案件截至上月末的保险赔案台账的电子版本，字段及格式如下：

序号	字段名	说明
1	出单公司	文本
2	保单号	文本
3	乙方报案号	文本
4	医疗机构名称	文本
5	患者姓名	文本
6	患方首次向医疗机构提出索赔的时间	日期，yyyy-MM-dd
7	医疗损害行为发生日期	日期，yyyy-MM-dd
8	结案日期	日期，yyyy-MM-dd
9	已决赔款金额（元）	数字
10	案件状态	文本，1—已付已结； 2—立案注销；3—零赔付结案；4—未付；5—拒赔。

七、每个自然年度结束后 30 日内，乙方向丙方提供年度理赔数据和分析材料，并接受丙方的监督，如丙方在其他时间需要乙方提供满期赔付率及相关数据，乙方应在规定时间内提供。

第九部分 通用条款

一、信息安全与保密条款

（一）在本协议中，“保密信息”是指任何属于披露方所拥有的、保密的与商业或行为相关的非公开信息，包括但不限于所有被一方标注和约定为“保密”的商业、金融、技术和其他信息。保密信息不但包括书面的和其他可以以有形载体存在的信息，也包括

通过口头、视觉、电子或者其他无形的形式传播的信息。保密信息不包括下列信息：(a) 已经进入公共领域又不违反本协议的，（b）接受方合法从第三方获得，（c）接受方可以证明在从披露方获得该信息前已经通过合法途径知道的，（d）接受方可以证明该保密信息属于其独立开发出来的。在本协议中的所有条款都会被视为各方的保密信息并且在没有得到其他方书面的同意之前，不可以向外披露。

（二）各方同意（a）除了在本协议明确允许的之外，不会向任何第三方披露或者使用其他方披露的保密信息，（b）会采取所有合理的方法来维护所有自己拥有或控制的其他方的保密信息的安全。在任何情况下，其维护其他方的保密信息的方法，其保密等级不应当低于自己维护类似重要等级信息所采用的方法。

（三）各方承认任何未经授权披露，或者由接受方未经授权使用保密信息将会对披露方造成不可挽回的伤害和损失。接受方在实际违反或者可能会违反本协议规定的情形时，披露方将有权保护和采取临时性强制措施禁止其保密信息披露，而该措施将不限制披露方寻求的任何其他合法补救措施。

（四）除了上述，各方可以将保密信息（a）披露给具有管辖的法院或者其他政府机关或者法律规定的，（b）基于“必须知晓”的前提，在保密的基础上，披露给律师、会计师。另外，可以将保密信息披露给依据其法定职权应当知晓相关事项的政府或监管当局。

（五）丙方通过乙方网络平台开展互联网保险业务的，双方另行签署具体业务合作协议，且丙方网络平台应具备下列条件：

1、具有互联网行业主管部门颁发的许可证或者在互联网行业主管部门完成网站备案，且网站接入地在中华人民共和国境内；

2、具有安全可靠的互联网运营系统和信息安全管理体系，实现与乙方应用系统的有效隔离，可以通过乙方或第三方的信息安全检测；

3、最近两年未受到互联网行业主管部门、工商行政管理部门等政府部门的重大行政处罚，未被金融监督管理机构列入保险行业禁止合作清单；

4、金融监督管理机构规定的其他条件。

二、反虚假宣传条款

双方均清楚并愿意严格遵守中华人民共和国《著作权法》、《商标法》、《专利法》、《反不正当竞争法》等知识产权类、合同法及广告法等相关法律的规定，双方均有权就本合同所约定事项以约定方式在约定范围内进行真实、合理地使用或宣传，但不得涉及合同所约定的保密内容。为避免商标侵权及不当宣传等风险的发生，双方均同意，在使用对方的商标、品牌、企业名称等进行宣传前，均须获得对方事先的书面认可，否则，不得进行此类使用或宣传。双方在此承诺，会积极响应对方提出的就合作事项的合理使用或宣传申请。双方均承认，未经对方事先书面同意而利用其商标、品牌及企业名称等

进行商业宣传；虚构合作事项；夸大合作范围、内容、效果、规模、程度等，均属对本合同的违反，并可能因虚假宣传构成不正当竞争，守约方或被侵权人将保留追究相应法律责任的权利。

三、反商业贿赂条款

反商业贿赂条款与本合同其他条款具有同等法律效力，合同当事人均同意签订并遵守如下反商业贿赂条款：

（一）双方都清楚并愿意严格遵守中华人民共和国反商业贿赂的法律规定，双方都清楚任何形式的贿赂和贪渎行为都将触犯法律，并将受到法律的严惩。

（二）乙方或丙方均不得向对方或对方经办人或其他相关人员索要、收受、提供、给予合同约定外的任何利益，包括但不限于明扣、暗扣、现金、购物卡、实物、有价证券、旅游或其他非物质性利益等，但如该等利益属于行业惯例或通常做法，则须在合同中明示。

（三）严格禁止双方经办人员的任何商业贿赂行为。双方经办人发生本条第二款所列示的任何一种行为，都是违反各方公司制度的，都将受到各方公司制度和国家法律的惩处。

（四）郑重提示：双方均反对对方或对方经办人员为了本合同之目的与本合同以外的任何第三方发生本条款第二条所列示的任何一种行为，该等行为都是违反国家法律的行为，并将受到国家法律的惩处。

（五）如因一方或一方经办人违反上述第二款、第三款、第四款之规定，给对方造成损失的，应承担损害赔偿责任。

四、反洗钱条款

双方根据《中华人民共和国反洗钱法》、《金融机构反洗钱规定》、《金融机构客户身份识别和客户身份资料及交易记录保存管理办法》、《金融机构大额交易和可疑交易报告管理办法》、《中国人民银行关于进一步加强金融机构反洗钱工作的通知》、《保险业反洗钱工作管理办法》 等法律及监管规定的要求，相互提供必要的协助，采取有效的客户身份识别措施，共同推进反洗钱方面的合作，并就反洗钱方面达成如下协议：

（一）双方应按照反洗钱法律法规要求，分别建立各自的反洗钱内控制度，落实客户身份识别、客户身份资料和交易记录保存、大额和可疑交易识别和报送等相关监管要求。

（二）双方应依法按照相关法律、法规、监管规定对客户进行有效的身份识别，并留存相关资料。

（三）双方应按照《中国人民银行关于加强反洗钱客户身份识别有关工作的通知》（银发[2017]235 号）规定，开展非自然人客户“受益所有人”识别工作。

（四）双方应按照人民银行的有关规定依法履行大额、可疑交易的报告义务，双方

积极协助对方对大额、可疑交易的调查，并依法在必要时向对方提供国家权力机关调查所需的客户资料信息。丙方发现客户交易行为可疑，或者发现有利用乙方保单洗钱的迹象的，丙方应当及时通知乙方。若乙方发现丙方拓展或者维护的客户具有洗钱嫌疑，丙方应当根据乙方要求，尽力帮助乙方获取客户的相关资料和信息，以便乙方履行向监管机构报送反洗钱可疑交易的法律义务。

（五）双方应做好客户信息保密工作，必要时向对方提供用于监管机构反洗钱检查要求的客户资料，共同做好反洗钱工作，尽到应尽职责。

五、法律责任

由于本协议任何一方当事人的过错，造成本协议不能履行或者不能完全履行的，由有过错的一方依法承担违约责任；如属各方当事人的过错，则根据各方当事人过错的实际情况，由各方当事人分别承担各自应负的违约责任。

若发生违约情形，违约方依法依约承担其相应法律责任后，除非守约方同意终止本协议的，本协议仍须继续履行。

第十部分 服务质量考评

服务质量考评是指甲方、丙方以及本产品所服务的医疗机构及其代表依据保险合同、乙方所签订的相关协议及其他相关文件，对乙方在本产品中的服务质量进行评价，建立考评档案，定期发布结果信息，由本产品工作领导小组依据评价结果提出处理意见。

具体考核办法详见附件。

第十一部分 协议相关内容

一、协议的构成文件

下列文件均作为本协议的有效组成部分：

（一）根据本协议另行制定的其他制度、文件以及联席会议备忘录；

（二）批单；

（三）保险单；

（四）本协议的补充协议；

（五）本协议文本；

（六）响应补充文件；

（七）响应文件；

（八）采购文件。

如上述文件之间存在矛盾或不一致之处，除有明确约定之外，以排序在前的文件规定的内容为准。

二、协议的生效

本协议自2026年 月 日起正式生效，有效期叁年，适用于本产品期内的全部保险单，并在各保险单有效期内持续有效。如果该类保单到期后存在遗留问题，则本协议将持续有效，至保单涉及各项遗留事宜最终处理完毕时为止。

三、协议的终止与续签

（一）产品续转

1、协议到期后，未到期的保险单不因本协议到期而全部失效或部分失效。产品各参与方仍须按照已到期的采购协议、补充协议及保险合同的约定，继续承担相应的权利义务及保险责任，直至保险单涉及各项遗留事宜最终处理完毕时为止。

2、本协议到期前3个月内，甲方、丙方通过服务质量考评同意与乙方或部分乙方继续按照本协议合作的，可由甲方、丙方牵头，组织和召集，双方共同召开联席会议，确定采购协议续签事宜及工作流程。

3、本协议到期前3个月内，甲方、丙方通过服务质量考评，需要重新选择乙方的。由甲方、丙方负责开展并落实保险采购工作。保险采购后，在采购协议签署阶段，甲方、丙方应组织已到期采购协议的乙方成员及拟签署的采购协议成员召开联席会议。联席会议中，甲方、丙方负责促成产品各方尤其是承保就承保、理赔及相关费用衔接问题进行确认，形成联席会议备忘录，经各参会方签字确认并备案。

（二）其他注意事项

产品续转过程中，医疗机构续保视为连续投保，追溯期不因乙方承保主体变更而中断。除另有约定外，续保的医疗机构适用新协议中关于续保的约定，如医疗机构续保时按照新协议继续适用赔付率调整因子，按照新协议继续享有追溯期等保障；

涉及下一期新协议的续保问题，可在新协议中具体明确，具体施行以新协议约定为准。

四、协议的争议处理

本协议在履行过程中发生争议的，由各方友好协商解决，协商仍不能解决的，可向协议签约地具有管辖权的人民法院提起诉讼。

本协议部分条款在履行过程中发生争议向人民法院提起诉讼解决的，不影响本协议其他条款的执行与效力。

五、协议的变更与解除

在本协议正常履行期间，协议内容的任何修改、变更、解除，必须经协议各方一致同意。

在本协议有效期内，如果乙方任何一方未能履行本协议或保险单义务，或者有违反本协议规定的保险服务承诺等行为，联席会议决定可修改本合同中确定的承保构成以及承保份额等相关条款。

六、违约责任

由于本协议任何一方当事人的过错，造成本协议不能履行或者不能完全履行的，由有过错的一方依法承担违约责任；如属各方当事人的过错，则根据各方当事人过错的实际情况，由各方当事人分别承担各自应负的违约责任；

若发生违约情形，违约方依法依约承担其相应法律责任后，除非守约方同意终止本协议的，本协议仍须继续履行。

本协议最终解释权归甲方所有。

七、协议份数

本合同共十份，甲方持贰份；乙方、丙方各持叁份，每份具有同等法律效力。

（以下无正文）

甲方（盖章）：

签约时间：

乙方（盖章）：

签约时间：

丙方（盖章）：

签约时间：

乙方（盖章）：

签约时间：

乙方（盖章）：

签约时间：

第十三部分 附件

附件：滨海县医疗机构医疗责任保险示范产品保险方案及费率机制

附件：滨海县医疗机构医疗责任保险示范产品保险案件赔偿处理办法

附件：滨海县医疗机构医疗责任保险示范产品相关工作流程

附件：滨海县医疗机构医疗责任保险示范产品服务质量考评

附件： 滨海县医疗机构医疗责任保险示范产品保险方案及费率机制

滨海县医疗机构医疗责任保险产品

险种一：医疗机构医疗责任保险

方案明细表

项目	内容
1、投保人	
投保人名称：	待定
投保人地址：	待定
2、被保险人	
被保险人名称：	依法设立的医疗机构
被保险人地址：	医疗机构的注册地址

3、责任限额：	详见费率机制
4、免赔额：	无
5、基本条款：	医疗机构医疗责任保险条款
6、保险期限：	共12个月，自20　年　月　日0时起至20　年　月　日24时止，以北京时间为准。
7、承保基础：	期内索赔式
8、追溯期：	首次投保追溯期设定：首次投保无追溯期； 连续投保追溯期设定：连续投保本保险的，追溯期从保险期限起始日向前计算，最长不超过2年，且不早于连续投保本保险的第一张保险单保险期限的起始日； 如果投保人断保后再次投保的，追溯期需重新计算，即追溯期至多仅追溯至重新投保后第一张保险单保险期限的起始日，且最长不超过2年。
9、发现期：	本保险合同的保险期限到期时，若投保人未续保，被保险人将自动获得自保险期限到期日第二天起30天的免费发现期。
10、司法管辖：	中华人民共和国司法管辖（不包括港、澳、台地区法律）
11、保费计算公式：	详见费率机制
12、保险费：	详见费率机制
13、保费支付：	见费出单
14、附加条款：	（1）错误遗漏特别约定条款 经保险人同意，投保人、被保险人非因故意而错误、遗漏向保险人申报保险标的危险程度增加或其他保险标的变更事项，被保险人在本保险合同项下的权益不受影响但投保人、被保险人一旦发现其错误、遗漏应立即向保险人申报上述事项，保险标的的危险程度显著增加的，投保人应补交相应保险费，否则保险人不承担与错误、遗漏相关损失的赔偿责任。 （2）违反义务特别约定条款 经保险人同意，本保险合同约定的投保人、被保险人的义务分别适用于每一保障风险，而非共同适用于所有保障风险。投保人或被保险人违反保险合同约定的义务：仅承担该违反部分约定的后果，不影响其他保障风险的合同效力。
15、其他	在本保险合同中，附加条款的效力高于基本条款。

中国人民财产保险股份有限公司
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、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、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。

医疗机构医疗责任保险费率机制

第一部分　适用医院及社区卫生服务中心、乡（镇）卫生院、综合门诊部、专科门诊部、中医门诊部、中西医结合门诊部、民族医门诊部等医疗机构

一、保险费计算公式

（一）基础保险费计算公式

基础保险费 = 诊疗人次数 × 诊疗人次数基础保险费率 + 出院人数 × 出院人数基础保险费率 + 住院病人手术人次数 × 住院病人手术人次数基础保险费率

（二）保险费计算公式

保险费 = 基础保险费 × 医疗机构类型风险系数 ×（1 + 累计责任限额调整因子）×（1 + 每次事故责任限额调整因子）×（1 + 地区经济发展水平调整因子）×（1 + 赔付率调整因子）

注：1、未定级的社区卫生服务中心、乡(镇)中心卫生院、综合门诊部、专科门诊部、中医门诊部、中西医结合门诊部、民族医门诊部参照一级医院相关投保规则进行投保，如其已经参与定级，应当选择对应等级的医疗机构基础保险费率和责任限额调整因子。

2、三级医院最终缴纳的总保险费不得低于 15 万元；二级医院最终缴纳的总保险费不得低于 5 万元；一级医院最终缴纳的总保险费不得低于 3 万元。

二、基础保险费率

医疗机构等级	诊疗人次数（年费率）	出院人数（年费率）	住院病人手术人次数（年费率）
三级医院	1.2 元/人次	1.2 元/人	36.5 元/人次
二级医院	1 元/人次	1.2 元/人	36.5 元/人次
一级及以下医院	0.8 元/人次	1.2 元/人	36.5 元/人次

注：1、诊疗人次数：指上年度所有诊疗工作的总人次数，统计界定原则为：①按挂号数统计，包括门诊、急诊、出诊、预约诊疗、单项健康检查、健康咨询指导（不含健康讲座）人次。患者 1 次就诊多次挂号，按实际诊疗次数统计，不包括根据医嘱进行的各项检查、治疗、处置工作量以及免疫接种、健康管理服务人次数；②未挂号就诊、本单位职工就诊及外出诊（不含外出会诊）不收取挂号费的，按实际诊疗人次统计。

2、出院人数：指上年度内所有住院后出院的人数。包括医嘱离院、医嘱转其他医疗机构、非医嘱离院、死亡及其他人数，不含家庭病床撤床人数。统计界定原则：①“死亡”：包括已办住院手续后死亡、未办住院手续而实际上已收容入院的死亡者。②“其他”：指正常分娩和未产出院、未治和住院经检查无病出院、无并发症的人工流产或绝育手术出院者。

3、住院病人手术人次数：指上年度有正规手术单或麻醉单施行手术的住院病人总数(包括产科手术病人数)。同一病人本次在院就诊期间患有同一疾病或不同疾病施行多次手术者，按实际施行的手术次数统计。4、营利性医院基础保险费率为上表对应等级医院基础保险费率的 1.5 倍。未定级的营利性医院根据其规模参考原卫生部《医疗机构基本标准（试行）》确定其对应的医疗机构等级。

三、医疗机构类型风险系数

序号	医疗机构类型	风险系数
1	综合医院；儿童医院；中西医结合医院	1.0
2	肿瘤医院	1.1
3	妇幼保健院	1.1
4	骨科医院；心血管病医院	1.3
5	主营泌尿科、男科、妇科的医疗机构	1.5
6	口腔医院；血液病医院；美容医疗机构；整形外科医院；专科疾病防治院（所、站）	0.9
7	中医医院；民族医医院；传染病医院	0.8
8	精神病医院；康复医院；护理院（站）；皮肤病医院	0.75
9	疗养院；临床检验中心；急救中心（站）	0.5
10	其他医疗机构	1.0

注：上表医疗机构类型参考原卫生部《医疗机构基本标准（试行）》和《医疗机构管理条例实施细则》设定。

四、调整因子

（一）累计责任限额调整因子

序号	累计责任限额			浮动比例
	三级医院	二级医院	一级及以下	
1	300 万元	150 万元	70 万元	0

注：1、累计法律费用责任限额为累计责任限额的 10%。

2、如果投保人选择的累计责任限额小于总保险费的 1.3 倍，则累计责任限额上浮至其总保险费的 1.3 倍。

3、未定级的营利性医院累计责任限额的选择适用与其对应等级的医疗机构累计责任限额调整因子。

（二）每次事故责任限额调整因子

（1）三级医院

序号	每次事故 责任限额	每次事故每位 患者责任限额	浮动比例
1	50 万元	40 万元	0

注：1、每次事故每位患者精神损害抚慰金责任限额均为 3.2 万元；

2、每次事故法律费用责任限额为每次事故责任限额的 10%。

（2）二级医院

序号	每次事故 责任限额	每次事故每位 患者责任限额	浮动比例
1	40 万元	30 万元	0

注：1、每次事故每位患者精神损害抚慰金责任限额均为 2 万元；

2、每次事故法律费用责任限额为每次事故责任限额的 10%。

（3）一级及以下医院

序号	每次事故 责任限额	每次事故每位 患者责任限额	浮动比例
1	25 万元	20 万元	0

注：1、每次事故每位患者精神损害抚慰金责任限额均为 1 万元；

2、每次事故法律费用责任限额为每次事故责任限额的 10%。

（三）地区经济发展水平调整因子

地区经济发展水平增长率	浮动比例

增长率≥30%	15%
20%≤增长率＜30%	10%
10%≤增长率＜20%	5%
0%≤增长率＜10%	0
增长率＜0%	-5%

注：1、该调整因子仅续保时适用。

2、地区经济发展水平增长率=（上年度地区城镇居民人均可支配收入-本项目启动当年地区城镇居民人均可支配收入）/本项目启动当年地区城镇居民人均可支配收入×100%。

（四）赔付率调整因子

序号	医疗机构上一张医责险保单赔付率	浮动比例
1	赔付率≥500%	250%
2	85%≤赔付率＜500%	(赔付率-85%)/415%*250%
3	30%≤赔付率＜85%	0%
4	赔付率＜30%	(赔付率-30%)/30%*25%
5	赔付率=0	-25%
6	连续 3 年赔付率=0	-35%

注：1、该调整因子仅续保时适用。

2、医疗机构上一张医责险保单赔付率=（上一张医责险保单已决赔款金额+上一张医责险保单未决赔款金额）/上一张医责险保单保险费×100%；其中上一张医责险保单未决赔款金额是指赔偿处理中心确定的案件估损金额。

五、其他

若医疗机构选择其他保险方案，丙方与乙方结合以上费率机制进行动态调整，一单一议。乙方的报价不得与以上费率机制产生重大分歧。

第二部分　适用诊所、中医诊所、民族医诊所、卫生所、医务室、卫生保健所、卫生站、村卫生室(所)、社区卫生服务站

方案	累计责任限额	每次事故责任限额	每次事故每人责任限额	固定保险费
方案一	60 万元	25 万元	15 万元	3500 元

方案二	50 万元	20 万元	10 万元	3000 元

注：1、累计法律费用责任限额为累计责任限额的 10%；

2、每次事故法律费用责任限额为每次事故责任限额的 10%；

3、每次事故每位患者精神损害抚慰金责任限额均为 1 万元。

险种二：医疗机构公众责任保险

滨海县医疗机构公众责任保险

方案明细表

<table>
<tr><th>项目</th><th>内容明细</th></tr>
<tr><td>1. 投保人名称</td><td>依法设立的医疗机构</td></tr>
<tr><td>2. 投保人地址</td><td>待定</td></tr>
<tr><td>3. 被保险人名称</td><td>依法设立的医疗机构</td></tr>
<tr><td>4. 被保险人地址</td><td>待定</td></tr>
<tr><td>5. 承保地域</td><td>被保险人所在地。（保险事故发生后承保区域还包括受事故影响的周边区域）</td></tr>
<tr><td>6. 承保基础</td><td>期内发生制</td></tr>
<tr><td>7. 司法管辖</td><td>中华人民共和国司法管辖（不含香港、澳门、台湾地区）</td></tr>
<tr><td>8. 责任限额</td><td>
<table>
<tr><th>医院等级</th><th>每次事故及累计责任限额</th><th>每次事故每人责任限额</th><th>累计法律费用责任限额</th><th>保费</th></tr>
<tr><td>三级医院</td><td>300 万元</td><td>30 万元</td><td>30 万元</td><td>13500 元</td></tr>
<tr><td>二级医院</td><td>200 万元</td><td>30 万元</td><td>20 万元</td><td>10100 元</td></tr>
<tr><td>一级医院</td><td>100 万元</td><td>30 万元</td><td>10 万元</td><td>5000 元</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>9. 免赔额</td><td>财产损失：无免赔
人身损害：每次事故免赔金额为 1000 元或损失金额的 10%，以高者为准。</td></tr>
</table>

10. 保险期限	共 12 个月，自　　年　月　日 0 时起至　　年　月　日 24 时止，以北京时间为准。
11. 保费支付	见费出单
12. 基本条款	公众责任保险条款，以最终承保公司公众责任保险基本条款为准
13. 附加条款	1. 错误与遗漏条款 2. 违反义务特别约定条款 3. 火灾、爆炸、烟熏、水损责任条款 4. 广告及装饰装置责任条款 5. 自动承保新地点条款 6. 停车场所责任条款 7. 电梯、机器及大厦自动装置条款 8. 食品、饮料责任条款 9. 罢工、暴乱、民众骚动及恶意破坏条款 10. 出租人责任条款 11. 恐怖活动条款 12. 卫生装置条款 13. 提供物品及服务条款 14. 锅炉爆炸责任条款
14. 其他	特别约定：附加条款第 5 条自动承保新地点条款：被保险人不需要缴纳额外的保险费。 在本保险单中，特别约定的效力高于特别条款和基本条款，特别条款的效力高于基本条款。

公众责任保险条款

中国人民财产保险股份有限公司

公众责任保险条款（1999版）

（2009 年 9 月 18 日中国保险监督管理委员会核准备案，编号：人保（备案）[2009]N304 号）

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 凡依法设立的企事业单位、社会团体、个体工商户、其他经济组织及自然人，均可作为被保险人。

保险责任

第三条 在本保险有效期限内，被保险人在本保险单明细表中列明的地点范围内依法从事生产、经营等活动以及由于意外事故造成下列损失或费用，依法应由被保险人承担的民事赔偿责任，保险人负责赔偿：

（一）第三者人身伤亡或财产损失；

（二）事先经保险人书面同意的诉讼费用；

（三）发生保险责任事故后，被保险人为缩小或减少对第三者人身伤亡或财产损失的赔偿责任所支付的必要的、合理的费用。

保险人对上述第（一）与第（二）项的每次事故赔偿总金额不超过本保险单明细表中列明的每次事故赔偿限额；如本保险合同约定了每人人身伤亡赔偿限额的，保险人对每次事故每人人身伤亡的赔偿金额不超过每人人身伤亡赔偿限额。保险人对上述第（三）项的每次事故赔偿金额不超过本保险单明细表中列明的每次事故赔偿限额。在保险期限内，保险人对被保险人的累计赔偿总金额不得超过本保险单明细表中列明的累计赔偿限额。

责任免除

第四条 下列原因造成的损失、费用和责任，保险人不负责赔偿：

（一）被保险人及其代表的故意或重大过失行为；

（二）战争、敌对行为、军事行为、武装冲突、罢工、骚乱、暴动、盗窃、抢劫；

（三）政府有关当局的没收、征用；

（四）核反应、核子辐射和放射性污染；

（五）地震、雷击、暴雨、洪水、火山爆发、地下火、龙卷风、台风、暴风等自然灾害；

（六）烟熏、大气、土地、水污染及其他污染；

（七）锅炉爆炸、空中运行物体坠落；

（八）直接或间接由于计算机2000年问题引起的损失。

第五条 被保险人的下列损失、费用和责任，保险人不负责赔偿：

（一）被保险人或其代表、雇佣人员人身伤亡的赔偿责任，以及上述人员所有的或由其保管或控制的财产的损失；

（二）罚款、罚金或惩罚性赔款；

（三）被保险人根据与他人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。

第六条 下列属于其他险种保险责任范围的损失、费用和责任，保险人不负责赔偿：

（一） 被保险人或其雇员因从事医师、律师、会计师、设计师、建筑师、美容师或其他专门职业所发生的赔偿责任；

（二）不洁、有害食物或饮料引起的食物中毒或传染性疾病，有缺陷的卫生装置，以及售出的

商品、食物、饮料存在缺陷造成他人的损害；

（三）对于未载入本保险单而属于被保险人的或其所占有的或以其名义使用的任何牲畜、车辆、火车头、各类船只、飞机、电梯、升降机、自动梯、起重机、吊车或其他升降装置造成的损失；

（四）由于震动、移动或减弱支撑引起任何土地、财产、建筑物的损害责任。

被保险人因改变、维修或装修建筑物造成第三者人身伤亡或财产损失的赔偿责任；

（五）被保险人及第三者的停产、停业等造成的一切间接损失。

第七条 未经有关监督管理部门验收或经验收不合格的固定场所或设备发生火灾爆炸事故造成第三者人身伤亡或财产损失的赔偿责任，保险人不负责赔偿；

因保险固定场所周围建筑物发生火灾、爆炸波及保险固定场所，再经保险固定场所波及他处的火灾责任，保险人不负责赔偿。

第八条 下列原因造成的损失、费用和责任，保险人不负责赔偿：

（一）被保险人因在本保险单列明的地点范围内所拥有、使用或经营的游泳池发生意外事故造成的第三者人身伤亡或财产损失；

（二）被保险人因在本保险单列明的固定场所内布置的广告、霓虹灯、灯饰物发生意外事故造成的第三者人身伤亡或财产损失；

（三）被保险人因在本保险单列明的地点范围内所拥有、使用或经营的停车场发生意外事故造成的第三者人身伤亡或财产损失；

（四）被保险人因出租房屋或建筑物发生火灾造成第三者人身伤亡或财产损失的赔偿责任。

第九条 本保险单列明的或有关条款中规定的应由被保险人自行负担的免赔额，保险人不负责赔偿。

第十条 其他不属于本保险责任范围内的一切损失、费用和责任，保险人不负责赔偿。

投保人、被保险人义务

第十一条 订立保险合同时，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，保险人有权解除保险合同。

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，不承担赔偿保险金的责任，但应当退还保险费。

第十二条 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。**

第十三条 在保险期间内，如保险标的危险程度显著增加的，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。

危险程度显著增加，是指与本保险所承保的被保险人之赔偿责任有密切关系的因素和投保时相

比，出现了增加被保险人之赔偿责任发生可能性的变化，足以影响保险人决定是否继续承保或是否增加保险费的情况。包括但不限于被保险人的经营业务范围发生变更、消防设施发生变化等，导致被保险人造成他人人身伤害或财产损失的可能性增加等情况。

被保险人未履行通知义务，因保险标的危险程度显著增加而发生的保险事故，保险人不承担赔偿责任。

第十四条 被保险人应选用合格的人员并且使拥有的建筑物、道路、工厂、机器、装修的设备处于坚实、良好可供使用状态。同时，应遵照法律法规和政府有关部门的要求，对已经发现的缺陷立即修复，并采取临时性的预防措施以防止发生意外事故。

第十五条 被保险人一旦知道或应当知道保险责任范围内的第三者人身伤害或财产损失事故发生，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）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；

（三）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不能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；**

（四）在预期或获悉可能发生诉讼、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。**

第十六条 被保险人请求赔偿时，应向保险人提供下列证明和资料：

（一）保险单正本；

（二）被保险人或其代表填具的索赔申请书；

（三）受害人向被保险人提出索赔的相关材料；

（四）造成受害人人身伤害的，应提供二级以上（含二级）医疗机构出具的受害人的病历、诊断证明、医疗费等医疗原始单据；受害人伤残的，还应提供伤残鉴定机构或有伤残鉴定资质的医疗机构出具的伤残程度证明；受害人死亡的，还应提供公安机关或医疗机构出具的死亡证明书；

（六）造成受害人财产损失的，应提供财产损失、费用清单；

（七）有关的法律文书（裁定书、裁决书、判决书、调解书等）；

（八）投保人、被保险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。

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。

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。

赔偿处理

第十七条 被保险人收到受害人的损害赔偿请求时，应立即通知保险人。未经保险人书面同意，**被保险人对受害人作出的任何承诺、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应赔偿限额的，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一切所需的资料和协助。

第十八条 保险人对每次事故的赔偿，以法院判决、仲裁裁决或经被保险人、受害人及保险人协商确定的应由被保险人赔偿的金额为准，但在任何情况下，保险人对本保险条款第三条第（一）和第（二）项的赔偿金额之和不超过本保险单明细表中列明的每次事故赔偿限额。如本保险合同约定了每人人身伤亡赔偿限额的，保险人对每次事故每人人身伤亡的赔偿金额不超过每人人身伤亡赔偿限额。

第十九条 保险人根据本保险条款第三条的规定对每次事故中被保险人为缩小或减少损失所支付的必要的、合理的费用予以赔偿，最高不超过每次事故赔偿限额。

第二十条 保险人对本保险期限内多次事故的累计赔偿金额，不超过本保险单明细表中列明的累计赔偿限额。

第二十一条 被保险人给第三者造成损害，被保险人未向该第三者赔偿的，保险人不负责向被保险人赔偿保险金。

第二十二条 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。

第二十三条 发生保险责任范围内的损失，应由有关责任方负责赔偿的，保险人自向被保险人赔偿保险金之日起，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，被保险人应当向保险人提供必要的文件和所知道的有关情况。

被保险人已经从有关责任方取得赔偿的，保险人赔偿保险金时，可以相应扣减被保险人已从有关责任方取得的赔偿金额。

保险事故发生后，在保险人未赔偿保险金之前，被保险人放弃对有关责任方请求赔偿权利的，保险人不承担赔偿责任；保险人向被保险人赔偿保险金后，被保险人未经保险人同意放弃对有关责任方请求赔偿权利的，该行为无效；由于被保险人故意或者因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保险金。

第二十四条 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。

第二十五条 本保险单负责赔偿损失、费用或责任时，若另有其他保障相同的保险存在，不论是否由被保险人或他人以其名义投保，也不论该保险赔偿与否，本保险单仅负责按比例分摊赔偿的责任。**其他保险人应承担的赔偿金额，本保险人不负责垫付。**

被保险人在请求赔偿时应当如实向保险人说明与本保险合同保险责任有关的其他保险合同的情况。**对未如实说明导致保险人多支付保险金的，保险人有权向被保险人追回多支付的部分。**

第二十六条 被保险人对保险人请求赔偿的诉讼时效期间为二年，自其知道或应当知道保险事故发生之日起计算。

争议处理

第二十七条 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且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国人民法院起诉。

第二十八条 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

第二十九条 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，保险人按附表规定的短期费率计收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；保险人也可提前十五日向投保人发出解约通知书解除本保险合同，并按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后，退还剩余部分保险费。

第三十条 释义：

本条款所使用的下列名词，其含义如下：

意外事故：是指不可预料的以及被保险人无法控制并造成物质损失或人身伤亡的突发性事件。

每次事故：是指一次意外事故或者同一突发性事件引起的一系列意外事故。因同一意外事故造成多人人身伤亡或财产损失，导致多人同时或先后向被保险人索赔的，视为一次事故。

附录：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。

附加条款措辞：

1. 错误与遗漏条款

兹经双方同意，鉴于投保人已支付了附加的保险费，本保险项下的赔偿责任不因被保险人非故意地疏忽或过失而延迟或遗漏向本公司申报所占用的场地、被保险财产价值的变更而受拒负但被保险人一旦明白其疏忽或遗漏应立即向保险人申报上述情况，否则保险人不承担赔偿责任。

2. 违反义务特别约定条款

经保险人同意，本保险合同约定的投保人、被保险人的义务分别适用于每一保障风险，而非共同适用于所有保障风险。投保人或被保险人违反保险合同约定的义务仅承担该违反部分约定的后果，不影响其他保障风险的合同效力。

3. 火灾、爆炸、烟熏、水损责任条款

兹经双方同意，鉴于投保人已支付了附加保险费，本保险扩展承保本保险单明细表中列明地点范围内因火灾、爆炸、烟熏或水损造成第三者人身伤亡或财产损失时依法应由被保险人承担的经济赔偿责任。

若存在其他保单，本保单仅负责其他保单超额部分的赔偿责任：

本保险单所载其他条件不变。

4. 广告及装饰装置责任条款

兹经双方同意，鉴于投保人已支付了附加保险费，本保险扩展承保被保险人因在本保险单明细表中列明的经营场所内或其他列明场所布置的广告、霞虹灯、装饰物发生意外事故造成第三者人身伤亡或财产损失时依法应承担的经济赔偿责任。

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。

5. 自动承保新地点条款

兹经双方同意，本保险的赔偿将自明细表中描述的新置财产建成或获得，或其转移至被保险人名下，或被保险人开始对其保管、占有(除非有其他保险存在)时起，自动适用于和包括其所引致的被保险人的法律赔偿责任。双方同意，被保险人应在获得上述财产的十五天内通知本公司，投保人应按日比例支付附加保险费。

6. 停车场所责任条款

兹经双方同意，本保险合同扩展承保因发生意外事故导致处于被保险人控制下的或停放于被保险人场所内或其附近的机动车辆(被保险人及其雇员的车辆除外)遭受损失时，被保险人依法应承担的赔偿责任。

本保险合同所载其他条件不变。

7. 电梯、机器及大厦自动装置条款

兹经双方同意，鉴于投保人已支付了附加的保险费，本保险扩展承保在保单列明的保险财产地址范围内的客货电梯、大厦自动装置、设施及机器设备发生意外事故导致第三者的人身伤亡或财产损失时依法应由被保险人承担的经济赔偿责任，

被保险人应保证由授权承包商进行定期检查与维修。

除非制造商和发证机构推荐其投入运行，否则保险人不负责赔偿。

8. 食品、饮料责任条款

兹经双方同意，鉴于投保人已支付了附加保险费，本保险扩展承保被保险人在本保险单明细表中列明地点范围内因其提供的食品、饮料或掺有异物的食品、饮料造成第三者人身伤亡或财产损失时应承担的经济赔偿责任。被保险人应克尽职责防止出售或提供任何不洁的或不符合相关标准的食品或饮料。

本保险单所载其他条件不变。

9. 罢工、暴乱、民众骚动及恶意破坏条款

兹经双方同意，鉴于投保人人已支付了附加保险费，本保险扩展承保本保险单明细中列明的地点范围内，直接由于罢工、暴乱、民众骚动及恶意破坏造成第三者人身伤亡或财产损失时依法应由被保险人承担的经济赔偿责任。

10. 出租人责任条款

兹经双方同意，鉴于投保人已支付了附加保险费，本保险扩展承保被保险人因出租的房屋建筑发生火灾造成第三者人身伤亡或财产损失时应承担的经济赔偿责任。

11. 恐怖活动条款

兹经双方同意，鉴于投保人已支付了附加保险费，本保险扩展承保本保险单明细表中列明的经营场所由于任何恐怖分子或组织进行恐怖活动造成第三者人身伤亡或财产损失时依法应由被保险人承担的经济赔偿责任。

12. 卫生装置条款

兹经双方同意，鉴于投保人已支付了附加保险费，本保险扩展承保在本保险单明细表中列明地点范围内因被保险人提供的有缺陷的卫生装置造成第三者人身伤亡或财产损失时依法应由被保险人承担的经济赔偿责任。被保险人应尽职责防止出售或提供任何不洁的或不符合相关标准的卫生装置。

13. 提供物品及服务条款

兹经双方同意，鉴于投保人已支付了附加保险费，本保险扩展承保被保险人因提供物品及服务，包括作为其正常经营过程中的运输服务，造成第三者人身伤亡或财产损失时应承担的经济赔偿责任。

本保险单所载其他条件不变。

14. 锅炉爆炸责任条款

兹经双方同意，鉴于投保人已支付了附加保险费，本保险扩展承保本保险单明细表

中列明的地点范围内，由于锅炉本身内部压力产生爆炸，造成第三者人身伤亡或财产损失时依法应由被保险人承担的经济赔偿责任。

被保险人应持有有关政府部门颁发的锅炉合格证书，并保证对锅炉由合格的技术人员定期进行检查和维修。

附件：滨海县医疗机构医疗责任保险示范产品保险案件赔偿处理办法

滨海县医疗机构医疗责任保险示范产品
保险案件赔偿处理办法

第一章 总则

第一条 为保护医疗机构、患者和乙方成员的合法权益，根据《滨海县医疗机构医疗责任保险示范产品采购协议书》（以下简称《采购协议》）的有关规定，特制订本办法。

第二条 本办法与《采购协议》正文的约定具有同等法律效力，协议各方共同遵守，《采购协议》未尽事宜以本办法为准。

第二章 赔偿处理中心

第三条 江泰保险经纪股份有限公司盐城分公司（以下简称江泰公司）设立滨海县医疗机构医疗责任保险示范产品赔偿处理中心（以下简称赔处中心），负责本产品保险案件的赔偿处理相关事宜。

第四条 出单公司和江泰公司分别指定授权代表参加赔处中心。出单公司授权代表应当具有不低于保单约定的每次事故赔偿限额的案件审批权限，并提供公司签章的授权文件。

第五条 赔处中心应设立案件管理部、纠纷评估部、保险索赔部。

（一）案件管理部职责：受理所有本产品案件报案及接转、跟踪案件处理情况、分析医疗责任保险案件，为医疗风险防范提供相关数据。

（二）纠纷评估部职责：负责配合关于案件的定性、定责、定损、定赔的相关工作，及时完成案件处理。

（三）保险索赔部职责：根据院内和解协议书、纠纷调解协议书、行政调解协议书、人民法院的调解书或判决书等，负责协助医疗机构开展和完成医疗纠纷保险案件的索赔工作。

第六条 赔处中心应当遵循公正、公平的原则，依据事实和相关法律、法规、诊疗护理规范、保险合同等，对案件的定性、定责、定损、定赔进行审查，及时完成案件处理。

第七条 出单公司应指定专人负责本产品的理赔事宜，全力配合赔处中心的工作，

如发生人员变动应及时通知甲方、丙方。出单公司的授权代表应当按时与江泰公司就各类案件赔偿处理意见进行会商。

第八条 赔处中心形成的相关决议、出具的相关文件，由江泰公司代为签章确认。

第三章 赔偿处理流程

第一节 医疗纠纷处理途径

第九条 根据国家相关法律法规，医疗纠纷可以通过以下途径进行处理：自行和解、第三方调解、司法诉讼、行政调解。

第二节 接转报案

第十条 根据《采购协议》，患者或其近亲属或其代理人首次向医疗机构提出赔偿请求的时间（即索赔时间）为保险出险时间，此时间以下列三个时间中发生在前的为准，保险人有权对出险时间进行核实。

（一）医疗机构出具的投诉登记材料中所载的患方在首次向医疗机构沟通或投诉过程中明确提出索赔要求的时间；

（二）或患方提出或同意通过医疗纠纷调解解决纠纷的时间；

（三）或患方向医疗机构提起诉讼的时间。

第十一条 江泰公司电话中心设立 400-616-8811 专线电话，7*24 小时全年不间断受理滨海县医疗机构医疗责任保险示范产品的报案。

第十二条 赔处中心应引导医疗机构向赔处中心进行报案，赔处中心协助医疗机构向乙方进行转报案。

第十三条 赔处中心接到报案后，及时向出单公司转报案。如果医疗纠纷处理途径为第三方调解的，赔处中心应向相应的医疗纠纷调解组织转报案件信息。

第十四条 医疗机构向出单公司直接报案的，出单公司应将报案信息及时反馈至赔处中心。

医疗机构向医疗纠纷调解组织直接报案的，医疗纠纷调解组织应将报案信息转至赔处中心，由赔处中心完成向乙方进行转报案。

第十五条 出单公司受理报案后，需第一时间向报案人提供报案编号，同时反馈给赔处中心。

第十六条 医疗机构、赔处中心、出单公司按照本办法《集中接转报案操作细则》，完成接转报案工作。

第三节 案件处理

第十七条 除《采购协议》约定可采用简易程序处理的案件外，其他案件处理均应完成定性、定责、定损、定赔。

（一）定性，指对医疗机构的诊疗护理活动是否存在过错，以及该过错与患者的损

害后果之间是否存在关联性进行判定；

（二）定责，指经定性判定为医疗机构的过错与患者损害后果之间存在因果关系的案件，对医疗机构为患者所受损害所应承担的责任程度进行判定；

（三）定损，指对因诊疗活动中的过错给患者所造成的经济损失产品进行确定；

（四）定赔，指依据相关法律规定，对患者经济损失产品赔偿金额进行计算。

第十八条 本办法所称评估会，是指医疗纠纷调解组织，根据相应的法律法规对医疗纠纷案件进行性质认定、责任认定和赔偿损失认定的会议。评估会设有不超过 10 个且为奇数的表决席位，其中医疗纠纷调解组织、出单公司、江泰公司各占 1 个席位，其余表决席位视案件具体情况，由医学专家、法律专家补充。

第十九条 本办法所称合议会，是指医疗机构、乙方成员对赔偿处理意见提出重大异议的案件或有重大社会影响力的案件或重大疑难案件，赔处中心组织相关人员进行合议。合议会成员由江泰公司分支机构负责人、出单公司分支机构负责人、医疗纠纷调解组织负责人组成，可邀请卫生行政部门有关人员参加，合议会形成的结果由所有参会成员签字确认。

第四节 自行和解简易程序

第二十条 根据《采购协议》，未超过规定权限的，医疗机构在规定金额及限额内采用自行和解简易程序处理的，应当及时通知赔处中心，赔处中心根据医疗机构要求提供赔偿处理意见，并负责协助参保医疗机构向患方收集案件相关材料。

第二十一条 医患双方达成和解，签订医患自行和解协议书或通过医疗机构所在地医疗纠纷调解组织签订调解协议书。

第二十二条 赔处中心应当在和解协议生效之日起 1 个工作日内完成案件的登记、核实、归档，并将索赔材料提交出单公司，出单公司在《采购协议》约定的时效内向医疗机构或者患者支付赔款。

第五节 第三方调解

第二十三条 赔处中心应跟踪、记录参保医疗机构医疗纠纷第三方调解案件受理情况。与医疗纠纷调解组织就医疗纠纷处理情况保持有效沟通。

第二十四条 赔处中心对于医疗纠纷调解组织不受理或终结调解的案件，应当在 1 个工作日内与医疗机构取得联系，告知医疗机构后续处理相关注意事项，并全程跟进。

第二十五条 属于保险责任的医疗纠纷案件，医疗纠纷调解组织应视案件的实际情况和复杂程度，由赔处中心配合组织专家对医疗纠纷案件进行专业评估，或组织召开滨海县医疗机构医疗责任保险示范产品医疗责任保险案件评估会对医疗纠纷案件进行专业评估。无论采取何种方式进行评估，均需要出具《医疗责任保险案件专家评估意见书》。

第二十六条 《医疗责任保险案件专家评估意见书》经医疗机构认可，医疗纠纷调解组织根据《医疗责任保险案件专家评估意见书》，进行调解并促成医患双方达成《调

解协议书》。赔处中心根据《调解协议书》提供赔偿处理意见，乙方认可调解结果并按照相关约定进行理赔。

第二十七条 赔处中心应当在医患双方签订调解协议后 1 个工作日内将索赔材料提交出单公司，出单公司在《采购协议》约定的时效内向医疗机构或者患者支付赔款。

第六节 司法诉讼及行政调解

第二十八条 医疗机构在收到法院诉讼传票后 1 个工作日内，应将法院传票及原告诉状扫描件发至赔处中心。

第二十九条 赔处中心应协助医疗机构在处理医疗诉讼案件使用合作律师、自聘法律顾问时，代理律师的选定需经出单公司书面确认。若医疗机构无合作律师或自聘法律顾问，赔处中心可以协调出单公司指定代理律师。

第三十条 赔处中心应协助督促代理律师在收到诉讼材料及相关病历资料后，于法院开庭前3个工作日完成书面应诉方案。应诉方案应当征询医疗机构和出单公司的意见，取得同意后方可在诉讼中发表。

第三十一条 当法院决定案件需要进行司法鉴定时，代理律师应及时通知医疗机构、出单公司与赔处中心，各方应重视并共同做好司法鉴定前的准备工作。

鉴定机构出具鉴定意见后，赔处中心应当及时组织医疗机构、出单公司进行讨论，医疗机构、出单公司对鉴定意见有异议的，应当在法庭审理时申请鉴定人出庭质证。

第三十二条 医疗机构及其代理律师收到人民法院一审判决书，应在 1 个工作日内转交赔处中心及出单公司。医疗机构及出单公司在收到判决书之日起 3 个工作日内沟通协商确认是否上诉。

第三十三条 不需上诉的案件及终审结案案件，赔处中心提供赔偿处理意见，并在判决书生效之日起 5 个工作日内将索赔材料提交出单公司，出单公司在《采购协议》约定的时效内向医疗机构或者患者支付赔款。

第三十四条 医疗机构在选择司法调解途径前及达成司法调解协议前，应当就拟达成调解协议的内容征得出单公司书面同意。出单公司应当在司法调解达成一致意见前，与赔处中心协商并出具赔偿处理意见，医疗机构根据赔偿处理意见，参与司法调解。

第三十五条 医疗纠纷案件通过行政调解途径进行处理的，其处理流程参照司法调解流程。

第三十六条 应当征求且已经征求出单公司意见，但出单公司在规定时间内未反馈的，视为同意；应当征求但没有征求出单公司意见，出单公司有权对于司法诉讼及行政调解的处理结果提出不同意见。

第三十七条 案件通过司法诉讼或行政调解途径解决过程中，当事人申请撤回诉讼或行政调解的，后向医疗纠纷调解组织申请第三方调解，医疗纠纷调解组织可以受理。其处理流程参照第三方调解。

第三十八条 医疗机构、赔处中心、出单公司按照本办法《诉讼案件操作细则》，完成诉讼案件处置工作。

第四章 案件索赔材料清单

第三十九条 赔处中心应本着实事求是的原则，尊重客观事实，协助医疗机构收集并整理索赔资料。出单公司及乙方成员不得以以往的工作习惯及理赔标准，对于索赔材料提出额外的要求。

第四十条 出单公司应当依据下列单证进行保险赔偿，不再要求当事人提交其他单证。

序号	索赔单证	自行和解	第三方调解	司法诉讼	司法调解	行政调解
1	索赔申请书	√	√	√	√	√
2	医疗纠纷调解组织主持签订的医疗纠纷调解协议书	×	√	×	×	×
3	医疗纠纷调解组织案件评估会决定书或合议会决议书	×	√	×	×	×
4	医疗技术鉴定意见书、司法过错鉴定意见书	×	如有需提供	如有需提供	如有需提供	如有需提供
5	开庭传票、司法判决书等诉讼相关文件	×	×	√	√	×
6	损失及赔偿金额计算所需单证	×	√	√	√	√
7	赔款支付通知书	√	√	√	√	√
8	赔处中心认为其他有必要的单证	√	√	√	√	√

第四十一条 损失及赔偿金额计算所需单证包括： 患方身份证明材料、患者的死亡证明、患者伤残等级证明、误工费及收入证明材料、医疗费用证明材料、护理费用证明材料、患者病历资料复印件、其他费用材料。

第五章 损害赔偿产品及标准

第四十二条 依照《采购协议》约定，在《中华人民共和国民法典》及《最高人民法院关于审理人身损害赔偿案件适用法律若干问题的解释》的基础上，滨海县医疗机构医疗责任保险示范产品案件涉及的医疗损害赔偿产品及标准，包括但不限于患者误工期的确定及误工费的计算、患者护理期的确定及护理费的计算、患者营养费的认定及计算、患者住院伙食补助费、患方精神损害抚慰金、患者医疗费、患者被扶养人生活费的认定

及计算、患者死亡赔偿金、患者残疾赔偿金、交通费、住宿费、住院伙食补助费、必要的营养费、残疾辅助器具费、康复费、护理费、后续治疗费、丧葬费、办理丧葬事宜支出的合理的交通费、住宿费和误工损失、精神损害抚慰金等。依照本办法《损害赔偿产品及标准细则》确定。

第四十三条 按照本办法《损害赔偿产品及标准细则》约定计算的损失金额，乙方应当予以认可。

第六章 其他事项

第四十四条 发生保险责任范围内的保险事故，医疗机构在保险事故中承担的责任度，根据 2021 年 11 月 17 日司法部下发的《人身损害与疾病因果关系判定指南》（附录 A），按照人身损害在疾病后果中的原因力大小（因果关系类型），依次将人身损害参与程度分为以下六个等级： 完全因果关系：96%～100%； 主要因果关系：56%～95%；同等因果关系：45%～55%； 次要因果关系：16%～44%； 轻微因果关系：5%～15%； 没有因果关系：0%～4%。第四十五条 发生保险责任范围内的保险事故，根据医疗机构提供的索赔材料，参考案件的损害范围、受害人的经济承担能力等因素，在每次事故每位患者公平原则限额内酌情赔偿。

第四十六条 对于第三方侵权（如交通事故等）合并发生医疗责任保险案件，赔偿主体除医疗机构外尚有其他主体的，医疗纠纷调解组织召开案件评估会时，由专家对患者外伤入院时的不良预后风险及医疗机构的医疗过错责任进行评估。乙方应按照《医疗责任保险案件专家评估意见书》意见，承担相应的赔偿责任，认可或出具相应的分割单，同时不得以要求患者先行处理第三方侵权事件为由拒绝赔偿或拖延赔偿。

第七章 附则

第四十七条 参与医疗责任保险案件赔偿处理的各方应当严格遵守本办法规定，如有违反，应当及时纠正，拒不纠正的视为构成对本产品的实质违约，本产品领导小组有权根据相应规定进行处理。

第四十八条 本办法由《采购协议》各方共同负责制订、修改、解释。

第四十九条 本办法自采购协议签订之日起施行。

赔偿处理办法细则：《集中接转报案操作细则》

赔偿处理办法细则：《诉讼案件操作细则》

赔偿处理办法细则：《损害赔偿产品及标准细则》

赔偿处理办法细则：《集中接转报案操作细则》

一、赔处中心设置案件管理岗，配备专职人员，负责案件、数据管理，包括但不限于管理接收报案信息、向乙方报案、交接案件资料、案件归档、赔案数据管理等。

二、赔处中心应引导参保医疗机构向赔处中心进行报案，医疗纠纷调解组织或其他途径获取的报案信息，均需及时移交赔处中心。赔处中心将符合报案标准的案件向丙方

400 电话中心报案。

报案标准：若医疗纠纷符合以下条件之一的，赔处中心案件管理岗可以协助客户向丙方 400 电话中心进行报案。

（一）医患双方已达成自行和解协议的案件；

（二）医疗纠纷调解组织已受理医患双方的医疗纠纷调解申请的案件；

（三）医方已接到法院传票的案件；

（四）医方报案时告知医方有诊疗瑕疵，或造成患者人身损害的案件；

（五）赔处中心预审时，根据产品所在地的保险方案，认为可能属于保险责任的案件；

（六）其他属于医疗纠纷客户认为需要向乙方报案的情况。

不符合以上报案标准的其他类案件，赔处中心汇总相关案件信息后，每月向出单公司发送邮件报备。

三、估损金额确定的方式

对于索赔材料不齐全，责任度不明确，无法初步计算估损金额的案件，估损金额应在赔处中心向丙方 400 电话中心进行报案时，在 100 元至 1000 元范围内确定。

可以初步计算估损金额的案件，估损金额应在赔处中心向丙方 400 电话中心进行报案时，以实际估损金额为准。

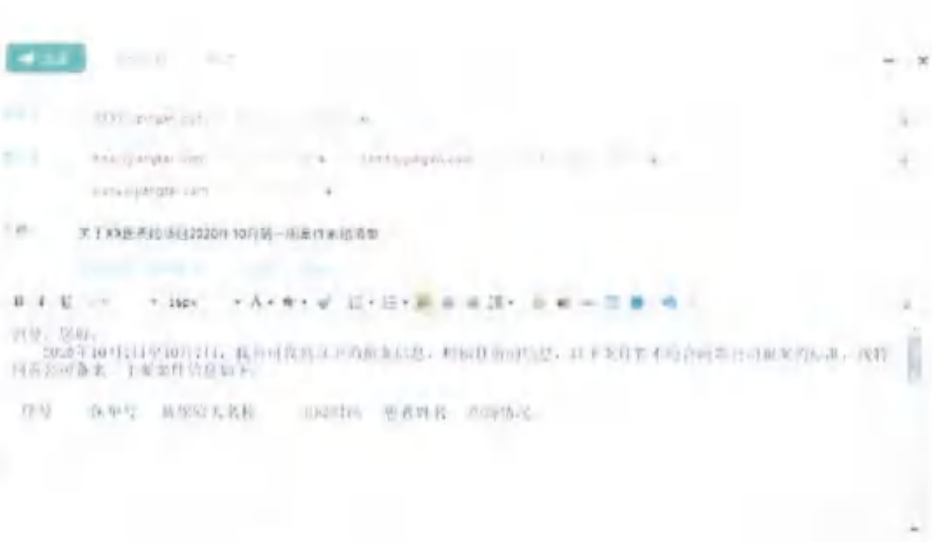
丙方应根据当地实际情况，组织召开产品承保联席会议，明确估损金额确定的方式，并形成会议纪要。

四、报案形式、时效及注意事项

（一）报案形式：赔处中心可以通过邮件或电话（三笔以下）的方式向丙方 400 电话中心进行报案。邮箱地址：400@jiangtai.com，案件信息模板后附。

（二）报案时效：赔处中心接到报案后，对于确定属于保险责任的医疗纠纷，须 7 个自然日内完成向丙方 400 电话中心报案的动作，最迟不得超过对应保单的保险止期。

（三）注意事项：因赔处中心未及时转报 400 电话中心，导致案件超过诉讼时效而被乙方拒赔处理的，由业务单位承担相应责任。另外，赔处中心完成向丙方 400 电话中心报案后，针对不符合报案标准的其他类案件，应同时完成向出单公司对接经办人员邮件备案（包括报备暂时未达到报案要求的投诉类、咨询类等其他类型报案信息）的动作。报案信息包括但不限于保单号、被保险人名称、出险时间、患者姓名及纠纷情况。与乙方对接时，应使用公司邮箱向对方公司邮箱发送邮件，同时抄送 wshy@jiangtai.com，并截图留存。



五、丙方 400 电话中心接到赔处中心报案后，完成公司案件系统录入，并将案件信息推送至卫健网案件系统，业务单位客户经理操作为保险案件，案件推送至公司案件系统后，丙方 400 电话中心完成向乙方的转报案动作，完成接转报案录音的留存。

六、赔处中心根据案件处理进度，实时在卫健网案件系统中进行维护。

赔偿处理办法细则：《诉讼案件操作细则》

一、报案

赔处中心应了解并跟进医疗机构诉讼案件处理情况，提醒医疗机构在收到法院诉讼传票后 1 个工作日内，将法院传票及原告诉状扫描件发至赔处中心。

赔处中心应与医疗机构建立定期案件处理沟通机制，至少每个月与医疗机构保持沟通。保单到期前，赔处中心应将所有案件向乙方报案或备案。

二、应诉前

（一）代理律师选定

医疗机构在处理医疗诉讼案件使用合作律师、自聘法律顾问时，赔处中心需协助医疗机构与出单公司沟通，经出单公司书面确认后及时反馈医疗机构。规定时间内，出单公司未反馈的，视为同意。若医疗机构无合作律师或自聘法律顾问，赔处中心可以协调出单公司指定代理律师。

赔处中心协助医疗机构向出单公司确认的内容，包括但不限于诉讼费、鉴定费、取证费、公证费、律师费、质证费及其他相关费用标准等。

（二）诉前准备

赔处中心应协调出单公司、代理律师与医疗机构，在法院开庭前就应诉工作进行沟通。属于调解转诉讼的案件，应提前与代理律师沟通医学专家评估意见，索赔材料清单等。如案件存在以下情况的，赔处中心应告知代理律师提请法院一并处理：

1、诉讼前已产生的尸检费、鉴定费；

2、原告（患者）存在医疗欠费；

3、医疗机构先行垫付的医疗费或其他费用。

三、应诉中

（一）关注庭前调解

对与法院建立诉调对接机制的机构，要主动与法院沟通，建议法院在征得医患双方同意的前提下，委托医疗纠纷调解组织进行调解，调解过程可以请法院共同参与；如果法院单独进行调解，且医疗机构同意通过庭前调解的方式处理的，赔处中心应提前将赔付要求及医疗损害责任认定情况与医疗机构进行沟通，建议通过过错鉴定程序或者参考医疗纠纷调解组织专家评估意见，在此基础上依据专业鉴定或者评估意见进行调解；否则存在超出责任认定范围的赔偿，乙方不予理赔的风险。

（二）关注案件审理进程

赔处中心要及时与医院沟通，获悉法院启动对案件进行司法或者过错鉴定时，应告知出单公司，并协调医疗机构做好鉴定前材料准备工作，提醒代理律师与医疗机构应当积极参与鉴定，要选择医疗机构和患者都认可且相对客观公正的鉴定机构进行鉴定，提醒医疗机构和代理律师在鉴定过程中要主动与鉴定机构沟通诊疗情况及过程。

赔处中心要与医疗机构和代理律师保持沟通，获悉鉴定意见出具后，立即通知出单公司。如果医疗机构对鉴定意见存在异议的，建议医疗机构和代理律师在法庭审理时申请鉴定人出庭质证。如果出单公司认为鉴定结果存在明显问题且通过书面形式明确表示不认可鉴定意见的，考虑保险条款中有关于“被保险人获悉可能发生诉讼、仲裁时，应及时以书面形式通知保险人；对因未及时提供上述通知或必要协助导致扩大的损失，保险人不承担赔偿责任”约定，赔处中心要做好沟通协调工作，引导医疗机构和代理律师，在法庭审理时申请鉴定人出庭质证。

四、应诉后

（一）上诉

赔处中心获悉医疗机构签收法院一审判决文书后 2 个工作日内，应协调医疗机构与出单公司商议是否上诉。出单公司应评估案件二审风险，并结合医疗机构的意见，提出是否上诉的建议。

（二）协助索赔

对于医疗机构最终确定不上诉的案件或终审案件，赔处中心应协助医疗机构向出单公司进行索赔，督促出单公司按照采购协议的约定，及时完成案件赔付工作，避免后续产生强制执行费等问题。

（三）索赔材料收集及注意事项

赔处中心应及时提醒医疗机构、代理律师在诉讼案件结案前，及时准确收集相关索赔材料，结案后及时将案件索赔资料整理完毕并提交。在索赔资料收集时，应注意以下

事项：

1、医疗机构索赔材料。

医疗机构可以将相关证照彩色扫描件向赔处中心进行报备，若此前已报备过的，无需重复提交。医疗机构主体材料原则上每一年度报备一次。

2、患方索赔材料。

赔处中心应告知医疗机构和代理律师，在案件审理过程中，主动向法院索要当事人身份、户籍资料复印件等相关材料。

3、法律费用索赔材料。

法律费用如由医疗机构先行垫付的，在索赔资料收集阶段，医疗机构应提供缴纳相关法律费用的发票原件或复印件。若涉及鉴定的，需提供鉴定报告原件或复印件。

4、其他索赔材料。

其他索赔材料包括但不限于传票、判决书等诉讼相关文件，以及采购协议约定的其他索赔材料。

赔偿处理办法细则：《损害赔偿产品及标准细则》

一、关于患者误工期的确定，按照下列标准执行。

（一）误工期起止时间的认定应当与医疗过错起止时间的认定相一致；

（二）因医疗过错致使患者疾病治疗发生迁延的住院时间，应当计入误工期；

（三）因医疗过错致使患者病休的合理时间，应当计入误工期；

（四）患者因医疗损害构成残疾并持续误工的，误工期计算至定残日前一天；由于伤情变化，实际发生两次或两次以上伤残评定并持续误工的，误工期计算至案件处理中被采信的定残结果的定残日前一天（本处包含医疗纠纷调解组织对患者的伤残评定）；

（五）患方无法提供医疗机构开具的医学休假诊断证明的，误工期应当结合患者年龄、体质等因素，参考《人身损害误工期、护理期、营养期评定规范》（GA/T 1193-2014），在标准范围内进行综合评定（本标准中的误工期已包含住院期间的误工期）；

（六）患者在医疗过错前属无劳动能力者、未成年人、在校学生或已退休人员（未继续工作）的，不予计算误工费；对于产妇未造成产假迁延后果的，不应计算误工费。

二、关于患者误工费的计算，按照下列标准执行。

（一）患者有固定收入的，应当按照其实际减少的损失计算误工费赔偿，其误工费=误工期间应得收入－务工期间实际收入。

（二）患者无固定收入，但能证明其最近三年的平均收入状况的，其误工费=误工时间（天）×最近三年的平均收入水平（元/天）。

（三）患者无固定收入，且不能证明其最近三年的平均收入状况的，参照与患者相同或者相近行业上一年度职工平均工资计算，其误工费=误工时间（天）×相同、相近行业的上一年职工平均工资（天/元）。

1、相同或相近行业判断标准如下：

（1）产业分类标准；

（2）同一产业内的社会评价标准；

（3）以省为判断标准。

2、相同或相近行业职工平均工资标准以本省高级人民法院每年公布的关于适用《最高人民法院关于审理人身损害赔偿案件适用法律若干问题的解释》有关赔偿产品的费用标准为准，或以本省统计局发布的最新的国民经济和社会发展统计公报及统计年鉴中的相关统计数据为准。

（四）患者无固定收入、不能证明其最近三年的平均收入状况，且不能确定其所属行业情况的，可以参照受诉法院所在地相同或者相近行业上一年度职工的平均工资计算。

三、患者因医疗过错导致损害，符合下列条件之一的，应当给付患者护理费。

（一）患者护理级别在二级护理以上（含本数）；

（二）医疗机构医嘱载明需陪护的；

（三）按照《人身损害误工期、护理期、营养期评定规范》（GA/T 1193-2014）规定需计算患者护理期的；

（四）经专业评定，患者因医疗损害确需护理的（本处包含医疗纠纷调解组织对患者护理依赖程度的专业评定）；

（五）其他应当给付患者护理费的情形。

四、关于患者护理期的确定，按照下列标准执行。

（一）住院期间患者护理期的计算，其起止时间的认定应当与医疗过错起止时间的认定相一致；

（二）患者护理期的计算，结合其年龄、体质等因素，可以参考《人身损害误工期、护理期、营养期评定规范》（GA/T 1193-2014），在标准范围内进行综合评定（本标准中的护理期已包含住院期间的护理期）；

（三）护理期应当计算至患者恢复生活自理能力时止；患者因医疗损害致残而不能恢复生活自理能力的，据其年龄、健康状况等方面确定护理期限，最长不超过 20 年。患者是否需要护理，根据其护理依赖程度来确定，可参照《人身损害护理依赖程度评定》（GB/T 31147-2014）相关标准。

五、关于患者护理费的计算，按照下列标准执行。

（一）护理人员有固定收入的，按其实际减少的收入计算（参照误工费相关计算标准）；

（二）护理人员无固定收入但能证明其最近三年的平均收入状况的，以其最近三年的平均收入来计算（参照误工费相关计算标准）；

（三）护理人员没有收入或雇佣护工的，参照当地护工从事同等级别护理的劳务报

酬标准计算，但每日护理费应在国家统计局发布的最新服务业日工资标准内。

（四）医患双方已达成调解协议，患者出院后在护理期限尚未届满前死亡的，已支付的护理费中尚未经过的护理期限的护理费不退还。

六、患者营养费的认定，应当注意下列事项。

（一）给付营养费应当根据患者的损害或伤残的具体情况；

（二）给付营养费应当参照医疗机构意见；

（三）无医疗机构意见，根据患者损害情况确需加强营养的，营养期的认定结合患者年龄、体质等因素，参照《人身损害误工期、护理期、营养期评定规范》(GA/T 1193-2014)，在标准范围内进行综合评定（本标准中的营养期已包含住院期间的营养期）。

七、患者营养费的赔偿计算，按照下列标准执行。

（一）患者提供了购买营养品的票据的，参考其损害后果、伤残情况、当地消费水平及司法判决实践等因素合理确定赔付金额；

（二）患者未提供购买营养品的票据的，根据医疗机构的建议酌情考虑，可按照当地城镇居民日平均生活费标准的40%-60%进行计算。

当地对营养费的赔偿计算有相关规定或标准的，参照当地规定或标准。

八、患者住院伙食补助费的计算，按照下列标准执行。

（一）患者住院伙食补助费的赔偿期以医疗机构责任范围内的住院天数为限。

（二）患者住院伙食补助费标准参照本省国家机关一般工作人员出差伙食补助费标准计算，住院伙食补助费=住院天数×本省国家机关一般工作人员伙食补助费标准。国家机关一般工作人员出差伙食补助费标准按照财政部发布的《中央和国家机关差旅费管理办法》的相关规定执行。

九、患方精神损害抚慰金的赔偿，应当注意下列事项。

（一）医疗损害致患者死亡、伤残的，可以给付精神损害抚慰金。

（二）医疗损害致患者其他严重后果的，可以给付精神损害抚慰金，其他严重后果的情形包括但不限于：

1、胎死宫内的；

2、损害后果对患者造成职业妨害、严重影响其劳动就业；

3、给患者造成严重身体或精神损伤或巨大痛苦等。

（三）精神损害抚慰金的赔偿数额，应当综合考虑医疗损害的过错程度、所造成后果的严重性、医疗损害的行为方式和当地平均生活水平等因素，酌情确定。

当地对精神损害赔偿有相关规定或标准的，参照当地规定或标准。

十、患者医疗费的计算，应当注意下列事项。

（一）患者主张医疗费的赔偿，应当提供医疗费的相关证明材料，具体要求按照第三章执行。

（二）患者医疗费的赔偿以其因医疗损害的发生而额外支出的医疗费用为准，应当剔除其治疗原发病的费用。由于医疗损害导致原发病加重或发生相关并发症需要合并治疗，无法明确区分的，可以不剔除医疗损害发生后原发病的治疗费用。

（三）根据医疗证明（2-3 家不低于当事医疗机构级别的当地医疗机构所出具）或者专业评定、鉴定意见确定后续治疗必然发生的费用，包括因器官功能恢复训练所必要的康复费、适当的整容费以及其他后续治疗费，可以与已经发生的医疗费一并予以赔偿。

（四）患者医疗费已经医保、新农合、补充医疗保险等报销的，以报销后的医疗费为基础计算医疗费赔偿金额。

十一、患者被扶养人生活费给付情况的认定，应当注意以下事项。

（一）患者因医疗损害造成死亡或伤残，且伤残等级在 1 级至 6 级（含本数）范围内的，给付被扶养人生活费；

（二）患者因医疗损害造成的伤残等级低于 6 级（不含本数）的，原则上不考虑被扶养人生活费，但伤残后果造成职业妨害、严重影响其劳动就业的，可以给付被扶养人生活费；

（三）被扶养人有多个扶养人的，赔偿义务人只赔偿患者依法应当负担的部分，且患方应当提供被扶养人身份证明及关系证明文件；被抚养人为成年人的，还应当提供其无劳动能力又无其他生活来源的证明。

十二、患者被抚养人生活费的计算方式，按照下列标准执行。

（一）不满 18 周岁的被抚养人生活费＝本省城镇居民人均消费性支出×（18－实际年龄）÷对被抚养人承担抚养义务的人数；

（二）18～60 周岁被抚养人无劳动能力又无其他生活来源的生活费＝本省城镇居民人均消费性支出×20 年÷对被抚养人承担抚养义务的人数；

（三）60～75 周岁被抚养人无劳动能力又无其他生活来源的生活费＝本省城镇居民人均消费性支出×［20－（实际年龄－60）］年÷对被抚养人承担抚养义务的人数；

（四）75 周岁以上被抚养人无劳动能力又无其他生活来源的生活费＝本省城镇居民人均消费性支出×5 年÷对被抚养人承担抚养义务的人数。

被抚养人有数人时，赔偿义务承担的年赔偿总额≤城镇居民人均消费性支出。

十三、发生保险责任第三条范围内的保险事故，医疗机构在保险事故中承担的责任度，根据 2021 年 11 月 17 日司法部下发的《人身损害与疾病因果关系判定指南》（附录 A），按照人身损害在疾病后果中的原因力大小（因果关系类型），依次将人身损害参与程度分为以下六个等级： 完全因果关系：96%～100%； 主要因果关系：56%～95%； 同等因果关系：45%～55%； 次要因果关系：16%～44%； 轻微因果关系：5%～15%； 没有因果关系：0%～4%。

十四、发生保险责任第四条范围内的保险事故，根据被参保医疗机构提供的索赔材

料，参考案件的损害范围、受害人的经济承担能力等因素，在每次事故每位患者公平原则限额内酌情赔偿。

适用保险条款中公平原则处理的案件，应当经赔处中心医学、法学专家对案件进行专业评定，首席承保公司依照保险合同约定进行赔偿。

附件：滨海县医疗机构医疗责任保险示范产品相关工作流程

滨海县医疗机构医疗责任保险示范产品相关工作流程

一、填写投保信息

（一）网络自助投保

医疗机构登陆卫健网进行注册并填写投保信息。

（二）现场投保

丙方客户经理向医疗机构进行客户告知并与其签署经纪服务委托协议。

丙方客户经理向医疗机构进行保险产品说明并告知医疗机构保险合同的基本内容，协助医疗机构填写投保单信息。医疗机构在投保单、营业执照（副本）、许可证复印件上加盖公章后提交给丙方。

丙方将投保单信息录入卫健网。

二、支付保险费

医疗机构将保险费以转账/汇款/支票的方式划付/乙方出单公司指定的统一保险费专收帐户。

账户信息如下：

账户名：中国人民财产保险股份有限公司盐城市分公司

账号：1109660119200011208

开户行：中国工商银行盐城市分行

三、出具保险单电子版

乙方在收到保费后生成保险单电子版，将保险单电子版以数据报文的形式返回卫健网，卫健网系统自动将保险单电子版发送至丙方邮箱或丙方登录卫健网下载。

如果存在报文发送不成功时，乙方应及时补发。

丙方向乙方提供查询卫健网中相关数据的权限。乙方出单时如需医疗机构的投保单电子版、营业执照、医疗机构执业许可证等相关材料，可自行登入卫健网查询、下载。

四、审核保险单

丙方审核乙方发送的保险单电子版，审核无误后，向医疗机构注册邮箱发送保险单电子版，同时向医疗机构投保联系人预留手机发送出单成功的信息。

丙方审核保险单发现有错误的立即通知乙方，乙方应在 2 个工作日内重新出单或出具批单。保单修改期间，发生的保险事故，乙方承担保险责任。

五、递送保险单和保费发票

乙方收到出单指示后，应于 2 个工作日内完成纸质保险单出单，并将保险单、全额保险费发票送达丙方。丙方于两个工作日内将保险单、全额保险费发票递送给医疗机构。

乙方出具的纸质保单与电子保单所载订立保险合同的时间等信息应完全一致。

滨海县医疗机构医疗责任保险示范产品系统对接流程

乙方认可丙方为本产品投保、批改、查询、业务结算、网上对账、赔案处理等开发的业务系统（卫健网），并确保乙方出单公司核心业务系统与丙方业务系统（卫健网）实现“一对一”对接。乙方同意使用丙方开发的网上业务对账功能，要求出单公司及出发票公司登录卫健网及时录入、查询、更新保费到账信息、开具发票信息、保费划转信息、承保内保单信息、佣金发票信息、佣金结算、赔款分摊等信息。

一、系统对接方式

丙方负责承建、运营的医疗机构医疗责任保险业务系统（卫健网）与乙方的业务系统之间采取 xml 报文格式为主、邮件为辅的方式进行数据交换。

以 xml 报文格式来进行的数据传输内容主要包括投保数据、乙方的保单数据、理赔数据、业务结算数据等内容。即在投保时由卫健网业务系统向乙方发送 xml 格式的投保数据，乙方接收投保数据，并发送数据接收回执；乙方出单公司在进行核保、承保完成时，由乙方出单公司的信息系统向卫健网业务系统返回保单号及电子保单或保单影印件。

作为辅助方式，卫健网业务系统通过邮件向乙方发送投保单数据，投保单数据作为邮件附件、以 HTML 格式进行发送。

（一）数据报文格式

序号	名称	要求
1	数据传输系统	基于 web service 方式以约定的 XML 报文格式进行数据传输。
2	传输内容	投保单信息（丙方向乙方发送）、保单信息（乙方出单公司向丙方发送）、批单申请信息（丙方向乙方发送）、批单批复信息（乙方出单公司向丙方发送）等。
3	数据报文格式	丙方制定、各方协商。
4	通信协议	http/https。
5	数字签名	具有合法的数字证书，对所传输数据进行数字签名和验签。
6	数据重发机制	有。
7	数据发送频度	丙方实时向乙方发送；乙方出单公司接收投保数据后，及时向丙方发送医疗机构投保单号、保单号、电子保单数据。
8	数据接收频度	丙方实时接收，乙方实时接收。

9	网络电路形式	互联网/专线。
10	系统自动核保	是。
11	短信平台	乙方在投保/承保成功后向丙方、医疗机构发送投保单号、保单号的短信。
12	报文发送对象	由丙方向乙方各承保公司发送报文。
13	保费计算	由丙方计算乙方各公司保费，乙方各公司不再单独计算。乙方出单公司保费=总保费－共同承保人保费。共同承保人保费按约定比例计算。

（二） 邮件格式

序号	名称	要求	备注
1	丙方提供的邮箱	为确保乙方及时收到有关投保信息，丙方可为乙方各出单公司、共同承保人提供丙方邮箱，即后缀为 dongyixing@jiangtai.com 的邮箱。	
2	乙方自有邮箱	邮箱大小至少为 2G，可收邮件附件大小至少为 5M。	

二、数据交换范围

投保信息录入完成后，由卫健网业务系统向乙方出单公司和共同承保人发送 xml 格式的投保数据，但只接收乙方出单公司的数据接收回执，共同承保人不必发送数据接收回执。

若乙方出单公司未能及时收到投保信息的报文数据，由卫健网业务系统向乙方出单公司重发投保数据报文。若乙方共同承保人未能及时收到投保信息的报文数据，可登录卫健网业务系统实时查询投保数据。

三、数据交换的安全保障

卫健网业务系统向乙方发送 xml 格式的报文数据时，使用专门的数字证书对所发送的数据进行数字证书加签，乙方使用相配套的数字证书对所接收的报文进行解签。

条件具备时可考虑建立专线的方式进行数据交换。

四、防火墙设置

丙方与乙方因数据交换所需开放的防火墙原则上采取点对点的开放策略。

丙方目前的服务器 IP、端口另行告知。

五、时间要求

乙方各承保公司的信息系统、系统对接工作均须在采购协议签署之后 6 个月内完成开发、调试、上线，能够实现投产、在线出单。

滨海县医疗机构医疗责任保险示范产品佣金及咨询费结算流程

一、丙方为本产品的保险经纪人。

二、保险经纪佣金

（一）保险经纪佣金标准

1、医疗责任保险：保单总保费的 14%-18% % （满足各家公司的监管政策）；

2、医疗机构公众责任保险：保单总保费的 20 % ；

其中“总保费”是指保险单签单保费的“保险费合计”金额或保费发票中“价税合计”金额；

此协议签署后且在整个协议有效期内，保险经纪佣金支付比例和支付方式不因任何因素而改变。

（二）佣金结算流程：

为做好滨海县医疗机构医疗责任保险工作，保证滨海县医疗机构医疗责任保险示范产品经纪费及时、准确结算，明确乙方和丙方的责任，就经纪佣金结算流程明确如下：

1、每月 20 日前丙方就上期（上月 20 日－本月 19 日）业务收入与供应商完成对账，线下业务的，业务收入明细表由乙方出单保险公司签章确认。22 日前，丙方开具佣金发票，25 日（遇国家法定节假日顺延）前，应将按上期结算总保费佣金比例计算的保险经纪佣金划入丙方指定的经纪佣金结算账户。

丙方收到乙方支付的经纪费后，向乙方开具付款事由为“经纪费”的发票，乙方应配合在丙方出具的业务结算表上签章。

2、经纪佣金计算方法为：

乙方应支付的经纪费在计算过程中采取四舍五入的原则，计算方法为：保费*佣金比例，计算结果保留两位小数。

3、佣金结算账号：

账户名称：江泰保险经纪股份有限公司盐城分公司

纳税人识别号：91320913MA1X0PNY1J

地址：盐城市人民南路华邦国际东厦 A-1902 室

电话： 0515-80886865

开户行：工行盐城盐都支行

账号：1109661809200144012

附件：滨海县医疗机构医疗责任保险示范产品服务质量考评

服务质量考评是指甲方、丙方以及本产品所服务的医疗机构及其代表依据保险合同、乙方所签订的相关协议及其他相关文件，对乙方在本产品中的服务质量进行评价，建立考评档案，定期发布结果信息，由本产品工作领导小组依据评价结果提出处理意见。

一、服务质量考评实行统一管理、实时评价，本产品工作领导小组负责服务质量评价体系建设，评价制度制订、修订，负责服务质量评价的动态管理，建立考评档案，发

布考评结果情况信息，对违约的协议方进行通报。

甲方、丙方以及本产品所服务的医疗机构及其代表可通过滨海县医疗机构医疗责任保险示范产品信息平台或其他有效途径对本地区内提供服务的乙方每季度进行服务质量、履约能力评价，并公布其服务履约评定情况。

二、履约评价

（一）考评档案包括建立基本信息和确定履约服务等级两部分内容。

参与滨海县医疗机构医疗责任保险示范产品工作协议方各成员单位原始履约服务分数为100分，若有违约项，扣除相应分数，剩余分数进行评级。等级按评分分为四个级别，即：

A级（履约服务好）、B级（履约服务较好）；

C级（履约服务一般）、D级（履约服务差）。

A：严格履行保险合同与采购协议，服务质量、服务体系健全并全部得到落实。评分为90分及以上。

B：基本履行保险合同与采购协议内容，服务质量、服务体系健全并基本得到落实。评分为70分至89分。

C：尚能遵守保险合同与采购协议及承诺。评分为60分至69分。

D：不履行保险合同与采购协议、承诺，服务内容、服务质量无法得到保证。评分为60分以下。

（二）履约服务评价为D级的列入丙方总公司供应商谨慎合作企业名录。

三、凡履约服务评价期内协议方各成员单位有下列情况之一，并经本产品工作领导小组确认的，每次扣除5分：

（一）未在约定的时间内向投保医疗机构提供保单、发票的；

（二）未在约定的时间内支付保险经纪费（佣金）的；

（三）未在约定的时间内完成承保保费划分的；

（四）未在约定的时间内分摊赔款的。

四、凡履约服务评价期内有下列情况之一，并经本产品工作领导小组确认的，每次扣除5分：

（一）无正当理由拒绝被保险人投保的；

（二）为不符合退保条件的被保险人办理退保的；

（三）故意提供虚假的业务数据及资料的；

（四）无正当理由未按约定支付赔款或拒付赔款的；

（五）未按照合同约定向企业提供防灾防损服务的；

（六）接到医疗机构报案未按照约定时间到达现场的；

（七）对超出保险合同与采购协议所约定的保障范围进行理赔的；

（八）不能及时协助医疗机构完成投保，造成保险合同倒签；

（九）不按照采购协议与保险合同约定，使用法律费用的；

（十）在案件处理过程中弄虚作假。

五、凡履约服务评价期内供应商有下列情况之一，并经本产品工作领导小组确认的，每次扣除 10 分：

（一）在理赔过程中索要超出采购协议约定的理赔材料；

（二）未按约定完成本产品电子商务系统对接的；

（三）采购协议期未结束，擅自退出承保的。

六、罚则处理

（二）本产品工作领导小组定期将违约处理情况通报相关卫健部门、当地金融监管机构以及相关保险行业协会。

（四）对供应商因被取消本产品医疗机构医疗责任保险准入资格或其他原因不再承保本产品医疗机构医疗责任保险的，其应承担的相应义务、责任在合同有效期内仍须履行。