

涟水县人民医院医疗责任保险项目框架协议书

甲方（投保人/被保险人）：涟水县人民医院

通信地址：涟水县红日大道 6 号

乙方（承保人）：中国人民财产保险股份有限公司淮安市分公司

通信地址：淮安市健康东路 67 号

丙方（保险经纪人）：中汇国际保险经纪股份有限公司

通信地址：北京市长朝阳区永安东里 16 号 18 层 06 单元

根据涟水县人民医院医疗责任保险项目竞争性磋商的结果，由保险公司、保险经纪公司共同为涟水县人民医院医疗责任保险项目提供保险服务。

甲、乙、丙三方在“公平公正、平等自愿、协商一致”的基础上，遵循医疗卫生和保险相关法律、法规及政策，有计划、有步骤地统一开展的医疗责任保险工作。

经甲方、乙方、丙方共同协商，就涟水县人民医院医疗责任保险项目保险事宜，签订如下协议（以下简称“本协议”），以兹共同遵守。

一、协议组成

（一）下列文件均作为本协议的有效组成部分

1. 本协议的补充协议；
2. 根据本协议另行制定的其他文件；
3. 本协议文本；
4. 本协议附件
5. 批单；
6. 保险单；
7. 投保单；
8. 中选通知书；
9. 与竞争性磋商相关的其他文件资料。

二、协议原则

甲、乙、丙三方在“公平公正、平等自愿、协商一致”的基础上，遵循医疗卫生和保险相关法律、法规及政策，有计划、有步骤地统一开展的医疗责任保险工作。

三、定义

（一）项目

本协议所指项目为涟水县人民医院医疗责任保险项目。

（二）淮安市医疗纠纷人民调解委员会

本协议所指淮安市医疗纠纷人民调解委员会（以下简称医调委）为淮安市负责医疗纠纷人民调解工作的调解组织。

四、保险方案

保险方案详见附件 1。

五、各方权利与义务

（一）甲方权利与义务

1. 积极参与甲方医疗责任保险项目，在规定的时间内完成投保工作；
2. 在保单生效后 30 日内完成保费支付工作，若未能及时缴纳，应承担因不及时缴纳保费而引起的包括但不限于乙方终止保险责任在内的所有责任。
3. 在乙方和丙方提供服务过程中给予必要的支持和协助；
4. 对乙方和丙方提供的服务进行监督，并提出改进建议。
5. 医疗责任险合同到期后实行一年一续签，乙方、丙方服务专员应提前 30 日向甲方联系人进行提醒。
6. 乙方和丙方提供服务的过程中未尽履行义务的，甲方有权终止本协议。

（二）乙方权利与义务

1. 组建完备服务体系，配备服务专员，建立顺畅沟通机制；
2. 负责处理与丙方之间业务往来发生的佣金结算工作，并有权向丙方案要结算方面的各种单证；
3. 负责落实保险服务工作，包括为医疗机构提供承保理赔服务工作、风险查勘和防灾防损服务等；
4. 负责协助、指导医疗机构办理投保手续，出具并递送保险单、数据统计分析与保险宣传工作。
5. 医疗责任险合同到期后实行一年一续签，乙方服务专员应提前 30 日向甲方联系人进行提醒。

（三）丙方权利与义务

- 1. 组建完备服务体系，配备服务专员，建立顺畅沟通机制；
- 2. 负责协助、指导医疗机构办理投保手续。
- 3. 在发生保险索赔的事件时，协助甲方准备索赔文件；定期查询乙方赔付进程；与乙方及其他关系方沟通协调。
- 4. 协助甲方密切关注风险重大变化情况，联系乙方及时进行保单批改，在保险到期前 30 日进行到期提醒，避免脱保。

六、工作体系

甲、乙、丙三方针对涟水县人民医院医疗责任保险项目共同成立日常工作小组，负责对涟水县人民医院医疗责任保险参保、理赔对接、医疗纠纷处理等工作进行对接。

姓名	单位	部门/职务	联系电话
顾东	涟水县人民医院	医患办主任	13915126923
朱明鸣	中国人民财产保险股份有限公司 淮安市分公司	涟水支公司 商团部经理	13905233782
范方涛	中汇国际保险经纪股份有限公司	淮安地区负 责人	13813345002

日常服务小组成员（乙方、丙方服务专员）需各司其职，互相配合，手机均保持 24 小时开通。如果小组成员由于工作原因调动离岗，甲方、乙方应在第一时间书面通知丙方；同时，告知接替人员的工作经验、简历和联系方式；接替人员需在最短时间内熟悉情况，进入工作状态。如果被保险医疗机构对日常服务小组成员的服务不满意（理

赔拖沓、态度生硬、不接电话、推诿扯皮），经向丙方反映，经核实其服务人员确实存在服务质量不佳的情况，丙方可提出要求，甲方、乙方应予以更换。

七、佣金结算

1、本项目保费 1552474.7 元/年，三年共计 4657424.1 元。

2、乙方应收到保费后的按照约定时间内与丙方进行佣金结算工作，丙方向乙方开具佣金发票，乙方按照约定比例向丙方支付保险经纪佣金。佣金支付应根据丙方要求，汇入以下账户：

用户名：中汇国际保险经纪股份有限公司

开户行：中国农业银行北京建国门支行

账号：11190801040003650

八、其他

（一）协议期限

本协议有效期自 2025 年 09 月 30 日 起至 2028 年 09 月 29 日 止。

（二）协议变更、解除

本协议如有未尽事宜，经甲、乙、丙三方协商后可随时以书面形式修改或补充，并作为本协议的组成部分。如因特殊原因确有需要解除本协议的，协议一方可提前 30 日书面通知，经协议其他方同意后本协议终止。乙方、丙方因特殊原因需要变更或解除本协议的，须征得甲方同意后，进行相应的变更或解除本协议。

（三）保密条款

除非下列情况，自本协议生效之日起，甲、乙、丙三方不得将本

协议涉及的所有有形、无形的信息及资料（包括但不限于各方间往来书面文字文件、电子邮件及信息、软盘资料等）泄露给其他方：

1. 应法律或司法管辖要求而提供；
2. 为执行本协议而提供相关服务的雇员或顾问；
3. 根据本协议确定的提供服务的其他相关人员；
4. 经甲、乙、丙三方书面同意。

本协议一方因过错造成泄密而给另一方造成损失的，过错一方应承担经济赔偿责任。本协议终止时本条款继续有效三年。

（四）函件

1、发送对方的重要函件应以书面形式送达或以挂号信、快递方式寄至对方办公（营业）地址，紧急情况下。

2、邮寄函件通常被认为在发出后5个工作日内寄达对方，以对方签收回执为准。传真、电子邮件则在传送到对方指定邮箱的同时即视为对方收到。

（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。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。

（六）争议解决

甲、乙、丙三方之间的一切有关本协议的争议应通过友好协商解决。如果协商不成，可向甲方所在地人民法院提起诉讼。

（七）其他事项

1. 本协议后附的所有附件均为本协议组成部分，如涉及本协议各方当事人的，协议各方当事人均应遵照执行；

2. 本协议一式三份，甲方执壹份，乙方执壹份，丙方执壹份，每份具有同等的法律效力。

甲方（投保人/被保险人）：

法定代表人（负责人）/授权代理人（签字）

2025 年 月 日

乙方（承保人）：

法定代表人（负责人）/授权代理人（签字）

2025 年 月 日

丙方（保险经纪人）：

法定代表人（负责人）/授权代理人（签字）

2025 年 月 日

附件 1：涟水县人民医院医疗责任保险项目保险方案

附件 2：项目运作机制

附件 1：涟水县人民医院医疗责任保险项目保险方案

一、投保人/被保险人

涟水县人民医院

二、承保区域

涟水县行政辖区内

三、保险险种

主险：医疗责任保险

四、保险责任

医疗责任保险：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。

五、基准赔偿限额及保险费率

（一）医疗责任保险

（1）公立医院

类别	基准赔偿限额		基准保险费率		
	每人赔偿限额	累计赔偿限额	医务人员保费（元/人）	床位数保费（元/床次）	手术人次保费（元/人次）
三级医院	65 万	200 万	670	450	50

备注：

上表中医务人员数、床位数、住院人次数等数据均为上年度医疗机构实际数据（医务人员数为在册数），投保时应提供真实有效的证明材料。

（2）医疗机构说明：

1) 医院级别以卫生健康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、**中医类医院**（中医医院、中西医结合医院）、**民族医医院**、各类专科医院和护理院，也包括妇幼保健院等。

（3）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) 精神损害每人赔偿限额为人民币 5 万元，并在累计赔偿限额之内计算。

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

主险累计赔偿限额的 10%，且在主险累计赔偿限额之内计算。

六、保费调整系数

(一) 医院类别调整系数

医院类别		系数	
综合医院		1.0	
中医类医院（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、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	1.0	
	传染病医院、生殖专科医院、口腔医院、精神卫生医院	0.7	
	其他专科医院	0.8	
其他医院		1	

(二) 每人赔偿限额调整系数

每人赔偿限额（万元）	每人赔偿限额调整系数
40	0.8
50	0.9
65	1.0
75	1.5
80	1.8

(三) 累计赔偿限额调整系数

医疗机构类型	累计赔偿限额（万元）	调整系数
三级医院	200	1
	300	1.1
	400	1.2
	500	1.4

	600	1.6
	700	1.8

（四）赔付率调整系数

简单赔付率	续保调整系数
<35%（含）	0.7
35%~50%（含）	0.8
50%~65%（含）	0.9
65%~80%（含）	1.0
80%~95%（含）	1.1
95%~110%（含）	1.2
110%~125%（含）	1.3
125%~140%（含）	1.4
140%~155%（含）	1.5
155%~170%（含）	1.6
170%~185%（含）	1.7
185%~200%（含）	1.8
200%~225%（含）	2
225%~250%（含）	2.5
250%以上	另议

说明：续保与当年赔付率直接挂钩。赔付率计算参见赔付率计算公式。

简单赔付率计算公式：

简单赔付率=近三年（已决赔款+未决赔款）总金额（含附加险）
/近三年总缴纳保险费（下同）

注：参保未满三年的医疗机构简单赔付率=（已决赔款+未决赔款）
/总缴纳保险费（含附加险）

保费调整系数说明：

主险保费以上各项系数之乘积不低于基准保费的 0.7，低于 0.7 的按 0.7 计算；保费最高为累计赔偿限额的 0.85。

六、保险费计算方式

三级医院医责险费=（医务人员数×医务人员保费+床位数×床位数保费+手术人次数×手术人次保费）×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×赔付率调整系数。

七、免赔额

1000 或 5%（二者取最高）

八、缴费出单约定

见费出单。

九、保险期限

12 个月（自保单生效之日起算），合同到期后，本合同对合同期间内生效保单的未了责任及未决赔款仍然有效。

十、司法管辖

中华人民共和国司法管辖（港、澳、台除外）。

十一、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，可向被保险人所在地人民法院提起诉讼。

十二、特别约定

（一）医务人员特别约定

本保险所称医务人员，包括执业地点为被保险人的执业（助理）医师、执业护士、药师（士）、检验技师、影像技师（士）、进修人员等卫生专业人员以及医疗管理人員和返聘专技人員（与被保險人簽有人事合同的在冊醫務人員），定义和范围按照《中华人民共和国执业医师法》等相关法律法规确定。

本保险采取记名方式参保。保险人可就医疗机构参保时所报医务人员人数向其登记管理的医疗机构进行核实，并根据核实情况要求被保险人及时补缴相应医务人员保费。

（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需发生在保险期间内，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，在被保险人首次投保后首次提出保险索赔请求的保险事故，保险人也予以赔偿。

本保险设定追溯期，并规定如下：首次投保追溯期 90 天，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）足额投保特别约定

投保人应如实提供投保医务人员名单并在每季度末对医务人员清单进行维护。发生医疗责任事故时：

（1）如医务人员名单与本保险单所附医务人员名单不符，保险人不承担赔偿责任；

（2）对于人员清单维护后至下一次人员清单维护前的新进医务人员，保险人承担赔偿责任。

（3）保险人在理赔过程中，如发现被保险人故意或因重大过失导致投保时提供的数据与实际情况不符（包括漏报、瞒报等情形）时，保险人有权要求投保人补齐保费或按比例赔偿。

（五）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，其保费金额按保费金额高的类别系数计算。

属于“大专科小综合”类的二级以上医疗机构，经省卫健委确认，其保费金额可以按照专科类别对应的保费系数计算。

（六）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：

√有关责任人的资格证书或执业证明；

√调解协议书（医患保三方协议、医调委调解协议、行政调解和解书、司法判决书、民事调解书、医患双方协议金额不超10万元的和解协议书）；

√患方及关联人身份证明材料和收款收条；

√专家评估意见/报告或医疗损害鉴定书；

√涉及患者的病历材料；

调解或司法判决豁免患方实际发生的医疗费用清单和医院发票；

为提高理赔效率，理赔材料可实行“无纸化”提交，经保险公司同意后，医疗机构提供上述材料的盖章电子版材料作为理赔单证，无需医疗机构提供纸质原件。关于医疗费用证明材料，包括：

1、患者自费医疗的，提供医疗费票据原件。

2、享受社保等保险待遇的，提供医疗费票据复印件及自行负担的医疗费用票据原件或医疗费票据复印件及报销单位财务部门的证明。

3、患者发生外购药及器械费用的，提供加盖公章的就诊医疗机构外购处方或医嘱单，以及实际费用的发票原件。

4、后续治疗费原则上实际发生后计算；但经医疗机构证明或专业评定、鉴定意见明确为必然发生的康复费用及治疗费用，且医患双方均同意一次性赔偿相关费用了结案件的，由患者提供（或赔处中心咨询）2-3家当地医疗机构（不低于当事医疗机构级别）出具的治疗该项疾病所需费用证明，保险公司根据该意见理赔。

（七）保险赔偿责任认定特别约定

医疗纠纷按照《中华人民共和国民法典》、《中华人民共和国人民调解法》、《医疗纠纷预防和处理条例》、《最高人民法院关于审理医疗损害责任纠纷案件适用法律若干问题的解释》、《江苏省医疗纠纷预防与处理条例》等法律法规进行处理和赔偿责任认定。

对于医疗机构医疗责任保险中涉及人身损害赔偿部分，关于死亡赔偿金、残疾赔偿金、被抚养人生活费的计算，当地人民法院发布有关城乡统一人身损害赔偿标准规定的（即《江苏省高级人民法院关于

开展人身损害赔偿标准城乡统一试点工作的实施方案》), 根据当地人民法院发布的相关规定进行计算。

误工费的计算方式以淮安市各级医疗纠纷人民调解委员会计算方式为统一计算准则。

保险人以下列方式之一确定的被保险人的赔偿责任作为依据进行赔偿, 并在保险责任及责任限额内据此足额赔付。

1. 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; 医患保三方通过院内协商和解的, 需提交由淮安市城区医患纠纷调处中心出具的医疗责任评估意见(注: 一级及一级以下医疗机构不执行此条特别约定);

2. 淮安市各级医疗纠纷人民调解委员会调解;

3. 淮安市各级卫生健康行政部门;

4. 人民法院判决;

5. 对于金额较大或案情复杂的, 保险人对于调解结果有争议的, 可提交淮安市医疗责任评估专家委员会进行评议, 保险公司按评议结果进行理赔。

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大小, 分为全部责任、主要责任、同等责任、次要责任、轻微责任及无责, 赔偿比例对应分别为 81%-100%、61%-80%、41%-60%、21%-40%、0-20% 以下以及无责任。

(八) 医疗责任专家评议特别约定

保险经纪人联合保险公司聘请淮安市医疗责任评定专家，组建淮安市医疗责任专家评估委员会或依据淮安市医患纠纷调处中心专家咨询会议，负责对金额较大、案情复杂或定责定损有争议的理赔案件进行专家评议，其评议结果作为保险公司的理赔依据，保险公司据此在保险责任及责任限额内据此足额赔付。

（九）法律费用特别约定

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。法律费用每次事故责任限额为医疗责任每人责任限额的 10%。法律费用累计责任限额为医疗责任累计责任限额的 10%。

十三、保险条款

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，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。

十四、商务部分

（一）服务期限:3 年（自保单生效之日起算），合同到期后，本合同对合同期间内生效保单的未了责任及未决赔款仍然有效。

（二）服务地点:由采购人指定。

（三）付款方式:

采购人于合同签订生效后，按年向中标人支付保费，中标人应出具相应合法有效的票据凭证。

附件 2：医疗责任保险项目工作运行机制

一、工作机制

（一）建立工作会议机制

为保证项目参与各方保持充分沟通，及时解决项目运行困难，特建立工作会议机制。工作会议分为保险工作会议、理赔协调会议。

1. 保险工作会议

保险工作会议主要负责解决项目运行过程中出现的各类重大问题，应定期举行。分为日常保险工作会议、季度工作会议、年度工作会议。

（1）日常保险工作会议

不定期召开保险工作会议，总结工作成果，协商解决运行困难、部署下一步工作任务。会议由丙方召集，甲方参加，乙方视情况选择是否参加。

（2）季度保险工作会议

每季度组织一次工作会议，通报上一季度承保情况和服务情况，总结上一季度工作经验，部署下一步工作任务等。会议由丙方组织，甲方、乙方参加，医疗机构代表及市医调委可参加。

（3）年度保险工作会议

每年度组织一次工作会议，通报上一年度项目运行情况、服务情况，总结上一年度工作经验，部署下一步工作任务等。会议由丙方组织，甲方、乙方、各级卫生计生行政部门、医疗机构代表及市医调委参加。

（二）快速理赔机制

投保医疗机构发生 10 万元以下的赔案（具体估损金额不超因该

次医疗纠纷产生的相关费用，以发票为准），经淮安市医患纠纷调处中心出具书面专家意见后，医疗机构可与患者或其家属、或指定代理人协商确定赔款金额，理赔服务中心在收到医患双方达成的《和解协议》及其他理赔资料 5 个工作日内，应将赔款支付给医疗机构或其指定的患者或其他相关利益人/法定继承人。

（三）调赔结合机制

调赔结合机制是指医调委调解工作与甲乙双方理赔工作相互结合的机制。在此机制下，双方以尽快解决医患纠纷、化解医患矛盾为宗旨，相互配合，紧密联系。医调委的调解协议应作为甲、乙方直接理赔依据，甲、乙方应据此赔付。甲、乙方对医调委的日常调解工作有知情权，可参与调解工作并提出参考意见，但无权要求医调委必须接受其意见。

为更好的健全调赔结合机制，医调委与理赔服务中心实行调前评估制度。对于通过医调委调解处理的案件，医调委在受理案件 5 个工作日内，组织开展内部调解前评估会，参加人员为主任（或副主任）、调解员、理赔服务中心。评估会应对医疗纠纷的案件进行定性、定责、定损等，并形成《专家咨询意见》。如调解过程中，医患双方任何一方就医疗纠纷问题提出理由证据充分的调解需求，且该需求足以影响初步评估报告结论的，需重新对医疗纠纷案件进行定性、定责、定损等，并形成最终《专家咨询意见》。参与调解的相关医调委人员、理赔服务中心理赔专员应在《评估报告》上签字确认。

（四）监督考核机制

为提高保险公司服务质量和水平，保证本项目的有效运行，丙方可对乙方进行监督考核，具体监督考核办法由丙方和甲方协商指导下另行制定。

