

医师执业风险分析与保障方案

2120192481

顾昕燕

目录

一、政策支持.....	11
(一) 相互保险政策.....	1
(二) 医疗责任政策.....	2
二、供求分析.....	3
(一) 医师分布情况.....	3
(二) 医师执业风险.....	4
1、 医师执业环境	4
2、 医师执业压力	4
3、 医师健康状况	5
(三) 国内的医师相关保险市场.....	5
1、 针对医师的保险产品	5
2、 被保险医师覆盖面	6
3、 医师对于保险的需求	6
(四) 相互保险优势.....	7
三、保障方案.....	7
(一) 医师执业风险分析.....	7
1、 执业责任风险	8
2、 执业健康风险	9
(二) 医师执业风险保障方案.....	13
1、 方案设计理念与原则	13
2、 医师执业风险保障方案内容	14
四、附件.....	23
(一) 会员公约.....	23
(二) 健康告知.....	27
(三) 医众财产相互保险社职业分类表.....	28
(四) 医师责任相互保险计划.....	29
(五) 医师责任保险附加险计划.....	36
(六) 医疗责任相互保险计划.....	38
(七) 重大疾病相互保险计划.....	45
(八) 个人意外伤害相互保险计划.....	72

一、政策支持

（一）相互保险政策

相互保险是指，具有同质风险保障需求的单位或个人，通过订立合同成为会员，并缴纳保费形成互助基金，由该基金对合同约定的事故发生所造成的损失承担赔偿责任，或者当被保险人死亡、伤残、疾病或者达到合同约定的年龄、期限等条件时承担给付保险金责任的保险活动。

2014年8月，国务院颁发《国务院关于加快发展现代保险服务业的若干意见》明确提出“鼓励开展多种形式的互助合作保险”。

2015年2月，原保监会发布《相互保险组织监管试行办法》，对相互保险组织的设立、会员、组织结构、业务规则、监督管理进行了规定和说明。

相互保险组织具有非盈利性质和互助性且具有融资较为困难，为着眼于惠民生，加大对中低收入人群和其他弱势群体的保险服务力度，让更多群众享受到惠而不费的优质保险服务，《试行办法》对相互保险组织的设立条件要求比较宽松。

表1 相互保险公司与股份制保险公司成立条件对比

	相互保险公司	股份制保险公司
初始运营资金	一般组织：1亿元 专业性、区域性组织：1000万元 涉农组织：不低于100万元	注册资本最低限额为2亿元
资金来源	可以来自他人捐赠或借款，必须以实缴货币资金形式注入 在弥补开办费之前，相互保险组织不得偿还初始运营资金。初始运营资金为债权的，在盈余公积与未分配利润之和达到初始运营资金数额后，可以分期偿还初始运营资金本金和利息。当偿付能力不足时，应停止偿还初始运营资金本息。	必须为实缴货币资本
股东/会员要求	主要发起会员：信誉良好，有持续经营能力，负责筹集初始运营资本 一般发起会员：承诺在组织成立后参保成为会员 一般组织：不低于500个	具有持续盈利能力，信誉良好，最近三年内无重大违法违规记录，净资产不低于人民币二亿元 单一股东持股比例不超过注册资本的1/3 财务I类股东：股权不足5%，最近1

	专业性、区域性组织：不低于 100 个 涉农组织：无特殊要求	年盈利，纳税、诚信、合规状况良好 财务 II 类：股权为 5%-15%，最近 2 年盈利，净资产不低于 2 亿元 战略类：股权 15%以上，最近 3 年盈利，净资产不低于 10 亿元，权益性投资余额不超过净资产 控制类：股权高于 1/3，或具有控制性影响。总资产不低于 100 亿元，最近 1 年末净资产不低于总资产的 30%
--	-----------------------------------	--

资料来源：《相互保险组织监管试行办法》、《保险法》、《保险公司股权管理办法》

2015 年 6 月，国务院第 93 次常务会议审议通过《关于大力推进大众创业万众创新若干政策措施的意见》，进一步明确“加快发展相互保险等新业务”。

2015 年 9 月，原保监会发布《中国保监会关于深化保险中介市场改革的意见》，要求着力加强监督管理，全面提升行政效能，提出推动建立专门的相互保险组织，专业负责保险中介行业的职业责任保险保障和风险防范。相互制保险公司代表了中介行业的心声和迫切需要，为降低保障成本、共同防范行业职业风险、服务行业创新发展提供了新的手段和工具。保监会积极支持以保险中介机构为主发起成立相互制责任保险公司。

2016 年 4 月，国务院正式批准同意开展相互保险社试点并进行工商登记注册。

2017 年 4 月，保监会发布《关于加强相互保险组织信息披露有关事项的通知》，以规范相互保险组织信息披露行为，增强经营管理透明度，充分保障会员及利益相关方合法权益。

2019 年 11 月，《银行保险机构公司治理监管评估办法（试行）的通知》，进一步加强包括相互保险公司在内的银行保险机构公司治理监管，切实提升公司治理有效性。

2020 年 1 月，中国银保监会发布《关于推动银行业和保险业高质量发展的指导意见》，提出强化保险机构风险保障功能。保险机构要回归风险保障本源，发挥经济“减震器”和社会“稳定器”作用，更好地为经济社会发展提供风险保障和长期稳定资金。支持发展相互保险、健康和养老保险等机构。推动构建新型保险中介市场体系。

（二）医疗责任政策

2007 年 7 月，卫生部、国家中医药管理局、中国保监会联合发文推动医疗责任保险开展，发布《关于推动医疗责任保险有关问题的通知》，充分发挥医疗责任保险在化解医疗风险，保障医患双方合法权益，构建和谐医患关系，促进医

学科学发展等方面的作用，引导医疗机构加强医疗风险控制与管理。要求充分认识医疗责任保险的重要性，引导医疗机构树立正确的风险意识，有效化解医疗风险。

2014年7月，国家卫生计生委、司法部、财政部、中国保监会、国家中医药管理局联合印发《关于加强医疗责任保险工作的意见》。要求充分认识发展医疗责任保险对构建和谐医患关系的重要作用；要求加强组织领导，提高医疗责任保险参保率和保险服务水平；加强协调配合，共同推动医疗责任保险工作深入开展；加强经验总结，积极探索符合我国国情的医疗风险分担机制；加强宣传引导，营造医疗责任保险良好社会氛围；加强督导考核，确保医疗责任保险工作落实。到2015年底前，全国三级公立医院参保率应当达到100%；二级公立医院参保率应当达到90%以上。

2014年10月，国务院发布《国务院办公厅关于加快发展商业健康保险的若干意见》，明确提出提高医疗执业保险覆盖面，加快发展医疗责任保险、医疗意外保险，探索发展多种形式的医疗执业保险，分担医疗执业风险，促进化解医疗纠纷，保障医患双方合法权益，推动建立平等和谐医患关系。

2016年8月，《中国保险业发展“十三五”规划纲要》提出建立政府引导、市场运作、立法保障的责任保险发展模式，把与公众利益关系密切的环境污染、医疗责任、食品安全、安全生产、建筑工程质量等领域作为责任保险发展重点，探索开展强制责任保险试点。加快发展雇主责任保险、职业责任保险、产品责任保险和公众责任保险，鼓励发展治安保险、社区综合保险等新兴业务，充分发挥责任保险在事前风险预防、事中风险控制、事后理赔服务等方面的功能作用，用经济杠杆化解民事纠纷。

2018年6月，国务院发布《医疗纠纷预防和处理条例》，提出国家建立完善医疗风险分担机制，发挥保险机制在医疗纠纷处理中的第三方赔付和医疗风险社会化分担的作用，鼓励医疗机构参加医疗责任保险，鼓励患者参加医疗意外保险。

2020年1月，中国银保监会、发展改革委、教育部、民政部、司法部、财政部、人力资源社会保障部、自然资源部、住房城乡建设部、商务部、卫生健康委、税务总局、医保局发布《关于促进社会服务领域商业保险发展的意见》提出加快发展医疗责任保险、医疗意外保险，研究开发疫苗接种不良反应补偿保险。力争到2025年，商业健康保险市场规模超过2万亿元，成为中国特色医疗保障体系的重要组成部分。

二、供求分析

（一）医师分布情况

根据卫健委《2018年我国卫生健康事业发展统计公报》，2018年末，全国卫生人员总数达1230.0万人，较2017年增长4.7%。

2018 年末卫生人员总数中，卫生技术人员 952.9 万人，乡村医生和卫生员 90.7 万人，卫生技术人员中，执业（助理）医师 360.7 万人，注册护士 409.9 万人。与上年比较，卫生技术人员增加 54.1 万人（增长 6.0%）。

2018 年末卫生人员机构分布，医院 737.5 万人（占 60.0%），基层医疗卫生机构 396.5 万人（占 32.2%），专业公共卫生机构 88.3 万人（占 7.2%）。

2018 年，每千人口执业（助理）医师 2.59 人，每千人口注册护士 2.94 人；每万人口全科医生 2.22 人，每万人口专业公共卫生机构人员 6.34 人。

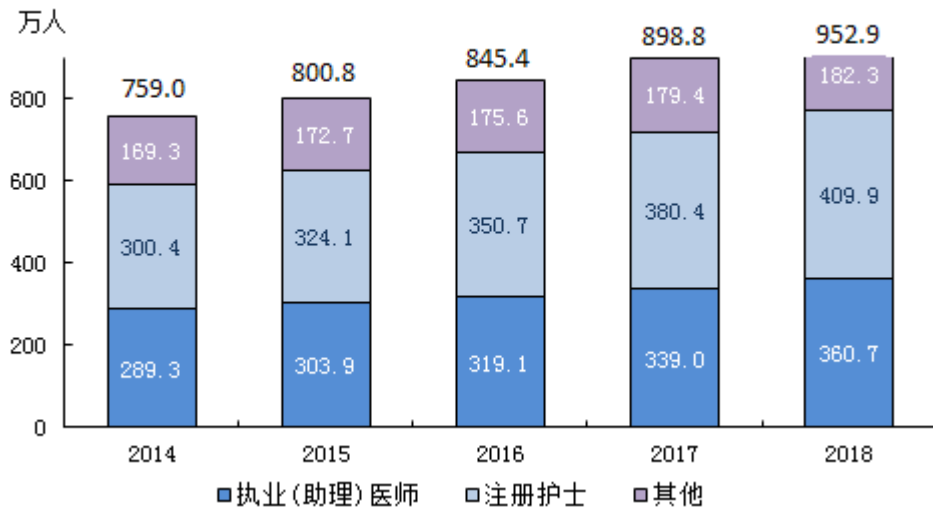


图 1 全国卫生技术人员数

（二）医师执业风险

1、医师执业环境

根据 2018 年 1 月中国医师协会发布的《中国医师执业状况白皮书》，我国医师执业环境有所改善。根据国家公布的数据，2016 年全国医疗纠纷比 2015 年减少 6.7%，涉医违法犯罪 2016 年比 2015 年减少 14.1%。但仍有 62%的医师认为执业环境没有改善，50%的医护人员认为工作没有得到社会认可。有 38%的医师从未亲身经历过医疗纠纷，62%的医师发生过不同程度的医疗纠纷；在伤医问题上，34%的医师从未亲身经历过暴力伤医师事件，66%的医师经历过不同程度的医患冲突，但绝大多数为偶尔的语言暴力(51%)。三级医院的医师平均每周工作 51.05 小时，二级医院的医师平均每周工作 51.13 小时，但他们显著高于一级医院的医师，后者平均每周工作时间是 48.24 小时。仅有不到四分之一的医师能够休完法定年假，医师的休息权没有得到保护。

2、医师执业压力

医师群体与企业职工样本构成的参照群体相比较，医师群体在总体心理耗竭等级上显著高于参照群体，说明医师的工作压力、心理压力都大，其中男医师的压力更大。随着年龄增长，医师的心理压力显著降低，周工作时间长的医师心理

耗竭水平更高，所以更应该关注年轻医师的心理状况。京津冀地区麻醉医师心理耗竭水平更高。

3、医师健康状况

调查显示，在自我身体状况的认知上，仅 19.2%的医师认为自己的身体健康状况很好，35%认为一般，4.9%认为差；在身体对工作的影响上，22.3%的医师认为自己的身体健康没有影响工作，31.1%的医师认为身体状况对工作造成了中度以上的影响。被调查医师中 33.2%的医师罹患一种疾病，5.9%的医师罹患一种以上的疾病；参与被调查的医师在过去的一年中，有一半以上的人有这样或那样的症状，该症状有可能是疾病的表现，也可能是心理因素，还有可能是身体一过性不适，虽不能把上述症状解释为医师罹患了该系统的疾病，但同时应当注意的是，如此高比例的医师在过去的一年中有各种不适症状，应当引发关注。调查显示，医师群体的工作满意度显著低于参照群体，并且医师群体在工作满意度的九个维度上都显著低于参照群体，其中尤以本科学历的医师最为明显。

综上，大多数医师面临着医疗纠纷、暴力伤医事件，并且工作时间长、强度大，心理压力、患病风险高、职业病、工作满意度低等风险因素。

（三）国内的医师相关保险市场

1、针对医师的保险产品

（1）医师责任保险及其附加险

凡符合保险人承保条件的医疗机构及其执业医师，可分别作为保险合同的被保险机构和被保险医师。

自保险单列明的追溯日开始至保险期间终止日止的期间内，被保险医师在代表被保险医疗机构从事与其资格相符的医疗活动中，因职业过失行为引起意外事故，造成患者人身伤害，患者或其代理人在保险期间内首次向被保险人提出精神损害赔偿请求，对于依照法院判决应由被保险人承担的精神损害赔偿，保险人根据本保险合同的约定承担赔偿责任。

附加险额外保险责任：

在紧急情况下为抢救垂危患者生命而采取紧急医学措施造成的不良后果。

在医疗活动中由于患者病情异常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。

在现有医学科学技术条件下，仍然发生无法预料或难以防范的不良后果。

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。

（2）医疗责任保险

凡依法设立的医疗机构及其经国家有关部门认可的合格的医务人员，均可作为保险合同的被保险人。

在保险期间或保险合同载明的追溯期内，被保险人从事与其资格相符的诊疗护理工作，因过失导致意外事故，造成患者人身伤亡，由患者或其代理人在保

险期间内首次向被保险人提出损害赔偿请求，依照中华人民共和国法律应由被保险人承担的经济赔偿责任，保险人按照本保险合同约定负责赔偿。

2、被保险医师覆盖面

医疗责任保险二级以上医院参保率超过 90%，以医疗责任险为主体，医师执业责任险、医疗意外险为补充的模式不断推进。2014 年我国医责险实现保费收入 18.8 亿元，为各级医疗机构提供风险保障 338 亿元；2015 年保费收入 23.64 亿元，提供风险保障 506.1 亿元；2016 年保费收入约为 28.02 亿元。从目前承保投保方式看，依然以各地卫计委推动，统筹辖区公立医院统一采购安排，配以部分地方财政资金支持的模式为主。据北京海绵保科技有限公司总裁陈明光预计：“在不改变现有模式的情况下，2020 年前规模也就在 50 亿元以内。”

太平洋保险披露，北京市的一所三甲医院为医疗责任保险支付的保费达上百万元，事实上真正属于医疗责任保险赔付责任的医疗事故和差错的几率却在 20% 以下，高额的责任保险保费并不能满足医疗机构脱离医患纠纷困扰的愿望。而且在现实中，医院要承认自己发生了医疗事故而向保险公司索赔是很需要勇气的，因为这涉及医院的声誉和医生的前程。另一方面，保险公司认为“责任的认定”至关重要，否则不利于保险公司经营稳定。在“是否是责任”问题上，保险公司和医院都会有犹豫和徘徊。

以 2015 年保障 506.1 亿元计，由于引入了调解处理体制，保险公司要设立调解处理机构，这笔费用按 15% 计算；保险公司的操作成本按 10% 计算。那么在保险公司不赢利的前提下，赔付率为 75%，赔款总额为 379.5 亿元。这笔费用要由 98 万余个医疗卫生机构共享，平均每家医院只能获得不足 4 万元的保险赔偿。可以肯定的是，有相当大的赔偿风险是没有或无法通过医疗责任保险转移的。北京的安贞、同仁、医科院肿瘤医院等大医院的医务部门负责人都承认，医院购买医疗责任保险在经济上肯定是吃亏的，大家也只是期望着保险公司能真正起到调解医患纠纷的作用而已。

综上所述，我国的医疗责任险的发展还较为缓慢，规模较小，并且现有的医疗责任保险并不能有效的解决医疗纠纷。

3、医师对于保险的需求

根据丁香园发布的《中国医疗从业者风险保障调研报告》，81% 的受访者担心会遭受因医患冲突等与工作有关的意外伤害，80% 担心自己在临床工作中不慎接触辐射、有害物质、传染病等职业暴露导致伤害或疾病，75% 担心将来会患某些医生易患的特定职业病。

47% 的医院/机构为员工购买了商业保险，其中医疗责任保险占 58%，团体医疗保险占 41%，团体意外保险占 16%，雇主责任保险占 2%，其他占 4%。在医院/机构购买了商业保险的受访者中，自己额外购买商业保险的有 63%，没有的为 37%。

个人购买商业保险中购买重疾险的占 59%，购买意外险的占 53%，医疗险的

占 45%，寿险的占 24%，其他占 1%。

对于商业保险，19%的受访者认为非常重要，43%认为重要，32%认为一般，4%认为不重要，2%认为完全不重要。

愿意为个人健康保障支付的金额 100 元以下的占 26%，101-200 的占 28%，201-400 占 17%，401-600 占 12%，601-1000 占 12%，1000 以上占 6%。

（四）相互保险优势

相互保险是指，具有同质风险保障需求的单位或个人，通过订立合同成为会员，并缴纳保费形成互助基金，由该基金对合同约定的事故发生所造成的损失承担赔偿责任，或者当被保险人死亡、伤残、疾病或者达到合同约定的年龄、期限等条件时承担给付保险金责任的保险活动。相互保险具有以下优势：

①风险较低。相互保险社主要注重会员风险保障，而不是片面追求利润，因此，对资产配置有更高的容忍度，投资驱动压力较小，风险偏好较低，从而有助于降低高风险、高收益资产可能形成的风险敞口。相互保险公司由于深耕特定行业、特定区域、特定职业，对相关风险或者相似风险预防和识别经验积累更扎实、更充分，往往可以更早发现风险苗头，提前介入处置、消除风险隐患。

②受金融危机冲击小。在资本运作方面，相互保险公司通常不进入资本市场上市筹资，对外部风险溢出的抗压能力较强，不易受资本市场波动和投资者预期的影响。

③减少逆向选择和道德风险。相互保险公司集投保人、股东和会员三者于一体，不仅减少了保险公司和投保人之间的利益冲突，而且能够有效减少信息不对称带来的投保人逆向选择、道德风险等问题。

丁香园《中国医疗从业者风险保障调研报告》显示，受访医疗从业者对相互保险了解情况较好，7% 听说过并了解相互保险，并且已经购买了相互保险；8% 听说过，有一定了解，有购买相互保险的打算；35% 听说过，有一定了解，另有 51% 没有听说过，不了解。受访者最认可相互保险的目的是相互帮助，不以盈利为目的，所以价格低，占 75%；所有参与的成员在平等自愿的基础上订立的合同，占 65%；相互保险聚焦特定人群，拥有相同类别的风险，占 62%；相互保险的陪审团制度，增加了理赔的公平性，占 47%；以上都不认可占 4%。

综上，选择相互保险有一定优势，医师对选择相互保险也具有一定的偏好。

三、保障方案

（一）医师执业风险分析

根据艾瑞咨询 2017 年发布的《中国医生生存现状调研》，医生工作强度高，晋升缓慢且压力大，77%的医生表示曾一周工作超过 50 个小时；43.5%的以上表示每月最长留宿 8 次以上；69.4%正高级医生每月参加会议在 4 次以上。医生生活质量堪忧，42.7%的医生在休息时间经常学习充电；83.4%的医生用餐时间不固

定；43.4%的医生因工作太忙无法建立运动习惯。工作生活多劳累，医生健康无保障，28.2%的医生潜在肥胖概率大；多数医生常患有的过劳病，如肠胃炎、肩颈炎、腰肌劳损、腰间盘突出、偏头痛；61.5%的医生受医患关系困扰。付出与回报不对等，71.6%医生每月工资不足8000元；54.4%的医生认为自己的成就与付出不匹配；29.9%的医生所处医院常发生医闹事件。

1、执业责任风险

医患关系紧张、医生心累是影响医生健康和离职的最主要原因之一。调研数据显示，医生的压力来源包括医患关系、工作时长、晋升要求、学术压力、工作氛围和生活所迫等。其中，医患关系占比61.5%，高居首位，同时29.9%的医生表示其所处的医院经常发生医闹事件。

我国执业医师在正常诊疗过程中最常见的，也是社会最关注医生最担心的就是责任风险。针对医疗责任风险认知情况，如表2所示，其中选择担心的医生有282人，占据总体样本数量的85.2%。由此看来，相当多的医生担心执业过程中出现的医疗事故或医疗差错会对自身带来不良影响。

表2 医生是否担心医疗损害

	频数	百分比	有效百分比	累积百分比
担心	282	85.2	85.2	85.2
一般	38	11.5	11.5	96.7
不担心	11	3.3	3.3	100.0
合计	331	100.0	100.0	

如表3所示，重视程度从高到低依次是：担心医疗纠纷会上升到医闹事件，担心医疗纠纷的后续处理过于繁杂，担心医疗纠纷的后续处理过于繁杂，担心医疗纠纷会对我造成声誉上的影响。从整体上来看，医生对于医疗损害问题十分担心，对于负面影响，完全同意选项选择率全部达到了60%以上，其中医生最为担心的问题是医疗纠纷上升到医闹事件，可见当今社会环境下，医闹事件对于医务人员还是有很大影响的。

表3 医生担心医疗损害对自身的影响

题目\选项	完全不同意	不太同意	一般	比较同意	完全同意
本人担心医疗纠纷会对我造成经济上的影响	4(1.43%)	8(2.87%)	47(16.85%)	46(16.49%)	174(62.37%)
本人担心医疗纠纷会对我造成声誉上的影响	2(0.72%)	7(2.51%)	47(16.85%)	44(15.77%)	179(64.16%)
本人担心医疗纠纷的后续处理过于繁杂	2(0.72%)	6(2.15%)	43(15.41%)	45(16.13%)	183(65.59%)
本人担心医疗纠纷会上升到医闹事件	2(0.72%)	5(1.79%)	38(13.62%)	40(14.34%)	194(69.53%)
小计	16(0.96%)	43(2.57%)	273(16.31%)	258(15.41%)	1084(64.76%)

医生面临医疗损害侵权的责任风险的原因有很多。根据中国医师协会发布的最新版《中国医师执业状况白皮书》显示，工作强度、心理压力、患者不理解等问题让医生的工作状态每况愈下，在需要时刻保持头脑清醒的手术台上如果医生的精神出现恍惚，后果可想而知。作为医生来讲，一旦出现医疗损害侵权，对自身的工作水平和自信是一种巨大的打击，加之患者家属的不理智行为，导致很多优秀的医生退出这个行业，严重的可能患上心理疾病，长此以往只会是无限的恶循环，必须从各个方面保障医生的权益，才能有利于医疗卫生行业的发展。

表 4 医疗损害成因

选项	小计	比例
因药品、药剂、医疗器械的缺陷	176	53.2%
医生工作强度过大	274	82.8%
医生自身医疗技术水平不高	174	52.6%
医生责任心不强导致	153	46.2%
其他	24	7.3%
本题有效填写人次	331	

2、执业健康风险

(1) 过劳引起的健康损害

医生工作强度大，没有节假日的概念，超 4 成医生每月在医院留宿 8 次以上。医生每天都要忙于门诊、手术、写病历等事情，实际的工作强度很高。调研数据发现，77%的医生表示曾一周工作超过 50 个小时，24.6%的医生工作时长曾超过 80 小时；43.5%的医生表示曾留宿 8 次，留宿次数在 11 次以上的医生升为 20.0%。

医生除了门诊和手术之外，还要花很多时间写病历和论文。而接诊和手术的时间都十分不固定，因此吃饭的时间也随之无法固定。调研数据显示，仅有 16.6%的医生认为自己可以规律饮食，选择经常无法规律用餐的医生有 32.8%。另一方面，不规律的用餐习惯使得医生青睐外卖类 APP。这些也进一步导致了医生多患有肠胃类疾病。

医生睡眠质量差，多被熬夜、失眠等问题困扰。调研数据显示，42.2%的医生有熬夜习度，39.7%的医生有失眠困扰。同时，在1042名医生中，有10.7%的医生睡眠时间不足5小时，其原因多来自频繁的夜班工作。大部分医生认为改善健康的首要方式是提升睡眠质量。

调查中认为自己身体状况一般的医生最多，占总体的58.3%；认为自己身体状况良好的医生占25.4%；认为自己身体状况差的医生占16.3%。认为自己健康状况一般和差的占总体的74.6%，说明被调查的大部分执业医师认为自己存在健康风险的隐患。

表5 身体健康状况分布

	频数	百分比	有效百分比	累积百分比
差	54	16.3	16.3	16.3
一般	193	58.3	58.3	74.6
良好	84	25.4	25.4	100.0
合计	331	100.0	100.0	

调研数据显示，没有时间是阻碍医生运动的主要原因，其中43.4%的医生和26.0%的医生认为工作和学习占据了大部分时间。同时，由于高强度的工作内容，医生下班后疲惫感较大，不愿意再选择健身等较为激烈的运动类活动。

近几年，医生群体屡屡因过劳突发疾病去世，医生的健康现状令人担忧。调研数据显示，医生常患有因过劳导致的疾病，如由长期饮食不规律导致的肠胃炎；长时间伏案或手术工作导致肩颈炎、腰肌劳损、腰椎间盘突出，或因精神压力导致的偏头痛、抑郁症等疾病。

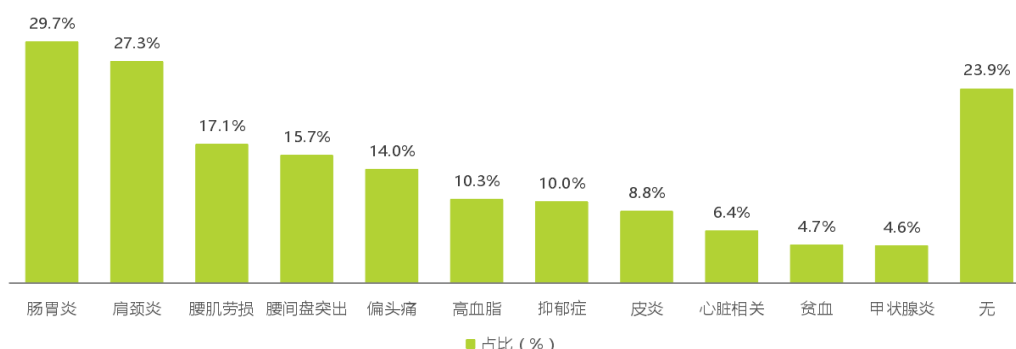


图2 2017年中国医生常患疾病

(2) 意外伤害

回顾过去的几年，医闹事件频繁发生，医生由于手术失败或者治疗效果差遭到患者家属的辱骂、低毁，甚至是殴打已经不是个例了。当然，医师的职业意外伤害不仅限于医闹事件，还可能会有在执业过程中发生的突发情况等，但医闹是我国执业医师最关注的职业意外伤害类型。

表5 所在科室是否发生过医闹事件

		您所在科室是否发生过医闹事件？		合计
		是	否	
外科	计数	10	9	19
	科室中的 %	52.6%	47.4%	100.0%
内科	计数	62	54	116
	科室中的 %	53.4%	46.6%	100.0%
五官科	计数	11	3	14
	科室中的 %	78.6%	21.4%	100.0%
妇产科	计数	13	7	20
	科室中的 %	65.0%	35.0%	100.0%
儿科	计数	3	2	5
	科室中的 %	60.0%	40.0%	100.0%
重症医学科	计数	4	1	5
	科室中的 %	80.0%	20.0%	100.0%
中医科	计数	18	15	33
	科室中的 %	54.5%	45.5%	100.0%
临床手术科室	计数	5	7	12
	科室中的 %	41.7%	58.3%	100.0%
临床非手术科室	计数	4	5	9
	科室中的 %	44.4%	55.6%	100.0%
医技科室	计数	15	22	37
	科室中的 %	40.5%	59.5%	100.0%
口腔科	计数	8	2	10
	科室中的 %	80.0%	20.0%	100.0%
其他	计数	17	34	51
	科室中的 %	33.3%	66.7%	100.0%
合计	计数	170	161	331
	科室中的 %	51.4%	48.6%	100.0%

表5调查了医生所在科室是否发生过医闹事件。选是的医师占总体的51.4%；选择否的医师占总体的48.6%，不同科室发生医闹占比有所不同。五官科、重症医学科、口腔科、妇产科发生医闹事件的占比较高。

2016年4月，国家卫计委、中央综治办、公安部、司法部。四部委联合下发了《关于进一步做好维护医疗秩序工作的通知》，严格要求医疗纠纷的责任认定问题，杜绝医疗机构赔钱息事的可能；对于不理智医闹或以言语威胁、医务人员的患者及家属，将其加入重点关注目录；严格落实实名制预约挂号制度，维护公平就医秩序。由此可以看出各部委对医疗纠纷的重视，但实际效果并不理想，医生还是会受到或多或少的威胁，在人身安全无法收到保障的情况下，医生的工作状态和心理都会受到影响，这就要求不仅制度要完善，对于医生的人身意外伤害也要有保障。

(3) 职业感染

对于职业感染问题，医生这个特殊的职业注定了他们会与患有各种疾病的病人打交道，因而在帮助患者对抗疾病的同时也使得他们自身处于一种被各种细菌和病毒包围的处境，在这样的环境下工作，无疑大大增加了他们自身被感染

患病的风险。另一方面由于医疗卫生行业具有的公共服务属性，患者的治疗在医院里高于一切，情况危急时，为了不错过最佳治疗时机，医生们往往把自己的危险放在次要位置，手术过程中被手术刀误伤、保护措施没有完善的情况下就开始急救等一系列情况也会对医生的人身健康造成威胁。针对这一类风险的危险因素主要分为以下几种类型：机械性、物理性、化学性、生物性。机械性损伤包括针刺伤、锐器伤等；物理性损伤包括放射损伤、负重伤、扭伤等；化学性损伤包括细胞毒性药物和化学消毒剂引起的损伤；生物性损伤为接触传染患者的血液、体液或针刺伤等原因造成的与工作有关的生物性传染病。

传染性非典型肺炎 SARS 是 2002 年 11 月开始在人类暴发流行的急性传染病，遍布全球 32 个国家和地区。是一种传染性极强的呼吸系统疾病，该病在医务人员中发病率极高，当时广东省曾报道医务人员患病比例高达 34%，是一般人群发病率的 38 倍。血源性感染同样也威胁着医务人员的身体健康，2013 年，某医院急诊接待了一位因车祸受伤的患者，在手术过程中四位医生不同程度的接触了病人的血液，在后期治疗中他们才得知病人本身携带 HIV 病毒，由于 HIV 病毒潜伏期很长，四位医生虽然检查结果是阴性但也不能排除感染的可能性，工作中不但要时刻注意，而且还要服用阻断药物，这对于四位医生的身体和心理都是一份沉重的负担。2020 年年初爆发的新型冠状病毒肺炎疫情传染性之强也使得许多医务人员感染，疫情“吹哨人”李文亮医生也死于肺部感染。

（4）职业病

我国《职业病分类和名录》对于职业病的分类为：职业性尘肺病及其他呼吸系统疾病、职业性皮肤病、职业性眼病、职业性耳鼻喉口腔疾病、职业性化学中毒、物理因素所致职业病、职业性放射性疾病、职业性传染病、职业性肿瘤、其他职业病 10 类 132 种。其中职业性皮肤病、职业性化学中毒、职业性放射性疾病对高危科室的医务人员具有一定的健康风险。

核医学的发展标志着人类工业技术的进步和广泛应用，如今医院内的放射科室墙壁中都加装了极厚的铅版，对于医生的辐射量小了很多，但对于从事如介入治疗等核医学的医生来说，虽然他们在治疗过程中会身披几十斤重的铅衣，长期的暴露在射线中还是避免不了对身体的伤害，这也是为什么在这些科室中没有太过年轻的医生；还有掌管危险化学试剂的医师，纵使高级别医院配备了高级防护措施，但对于某些高腐蚀性的试剂来说效果也不是很理想，更不要提防护级别低的医院了。并且高挥发性的试剂会残留在医务人员的衣服或物品上，这都是促使职业疾病发生的因素。

调查中认为将来可能患有或已患有职业性眼病的占总体 25.1%；患有职业性放射性疾病的占总体的 15.1%；患有职业性皮肤病占总体的 5.7%；患有职业中毒的占总体的 5.7%。认为自己患有或将来可能患有其他职业病的占总体的 48.3%。调查结果见表 6。

表 6 职业病分布

	频数	百分比	有效百分比	累积百分比
职业性放射性疾病	50	15.1	15.1	15.1
职业中毒	19	5.7	5.7	20.8
职业性皮肤病	19	5.7	5.7	26.6
职业性眼病	83	25.1	25.1	51.7
其他	160	48.3	48.3	100.0
合计	331	100.0	100.0	

（二）医师执业风险保障方案

1、方案设计理念与原则

中国医师协会成立于 2002 年，其运行宗旨为：发挥行业“服务、协调、自律、维权、监督、管理”职能，致力于加强医师队伍建设和管理，维护医师合法权益，弘扬以人为本、救死扶伤的人道主义职业道德，提高医师医疗水平和服务质量，为我国人民的健康和社会主义建设服务。是具有独立法人资格的国家一级社会团体，是由执业医师、执业助理医师自愿组成的全国性、行业性、非营利性组织。它标志着中国医师队伍管理，由单一的卫生行政管理模式，向卫生行政管理和行业自律协同管理模式转变的里程碑。

本保障方案，是在中国医师协会主导下完成的，由于其非营利的性质，所以方案设计的中心思想并不在于取的经济利益，而在于如何更好地为广大医师服务，保障其面临的风险。为了达到这一目的，本方案设计遵循以下原则：

（2）保障范围比商业保险更广，保障程度适中

本文的方案设计将从医疗事故责任、职业病、职业感染、职业意外伤害、医师自身健康损害几个方面提供综合保障，虽然如今的保险市场中，针对这几类风险的保险产品层出不穷，但其规定的保险责任和责任免除一直无法全面覆盖医师群体的风险，例如有些健康问题虽然不能确定其是由医师执业引起的，但是往往也不能排除与其医师的职业存在一定关系，例如由于长期高负荷工作引起的颈椎病。因此，从为医师着想，维护医师利益，解决医师后顾之忧出发，保障方案所提供的保障风险范围应当比类似的商业保险更加广泛。这其中既包含医师在执业过程中遇到的风险，也兼顾医师在执业过程之外的健康风险，真正体现了中国医师协会对我国执业医师的关爱。

由于中国医师协会和相互组织的非营利性，也就使得此类保险方案中的保费不能过高，为了兼顾保障性和安全性，方案中的保障程度将也不能太高，一方面是为了防范道德风险；另一方面也是为了能将此类福利措施延续下去。而且，根据社会经济发展水平和立法制度的变化动态调整保障程度，以满足医师们防范和转嫁风险的需要。

（3）体现服务宗旨，保障费用由三方共同负担

保险的特点可以总结为“人人为我，我为人人”，但现实生活中，很多人并不愿意体现“我为人人”的思想，如果自己的风险不大，人们便不会想去花费多余的钱投保，但是风险是客观存在的，为了培养我国执业医师的风险意识和保险理念，保障费用由医疗机构、中国医师协会和医师个人分担，这样既保障了医师们的风险，也降低了他们的经济负担，更体现了中国医师协会对我国执业医师的福利关怀。而且，为了能够充分体现中国医师协会的宗旨，充分维护会员医师的利益，方案运营时应当遵循自愿原则，依赖中国医师协会的影响力和号召力引导尽可能多的会员医师参加，而不是靠自身的特殊地位强制会员医师参加。

保险作为风险分散的一种重要手段，主要作用就是降低被保险人在事故中的损失，当这个功能在被保险人那里没有效果时，一定是保险内部出现了问题。以医疗责任保险为例，实践中之所以出现有的医院愿意买，有的医院不愿意买这个情况，说到底还是因为费率厘定的问题。一直以来，保险产品的费率都遵循着五大原则，分别为充分、公平、合理、稳定灵活以及促进防损原则因此，在保障方案运行过程中，对那些高风险的医疗机构和医师应该适当提高费率，并根据以往的赔偿情况设定每次事故的保障额度，相反的对于低风险的医疗机构和医师可以给予优惠费率，这样才能真正的做到风险分散，发挥本风险保障方案的优越性。

（4）会员自治

相互保险和普通商业保险最大的不同就是会员自治。会员是被保险人，也是本保险社的所有者，是本社真正的“主人”。会员自治模式使得被保险人在享受保险服务的同时可以参与到公司的决策中去，会员的法律地位类似于公司股东。会员可以参与到董事会以及理事会的选举中去，通过理事会、会员大会以及陪审团参与项目的管理，拥有对本社的经营进行监督、提出建议或质询的权益；也可以分享公司的经营成果。更重要的是，被保险人可以按照自己的意愿去影响公司决策，在享受最佳的保险服务和实现公司收益中达到平衡。

2、医师执业风险保障方案内容

（1）医师责任相互保险计划

保险主体：

凡符合保险人承保条件的医疗机构及其执业医师，可分别作为被保险机构和被保险医师。

保险责任：

在保险期间或保险合同载明的追溯期内，被保险医师代表被保险医疗机构从事与其资格相符的医疗活动过程时，因职业过失行为导致意外事故，造成患者人身伤亡，由患者或其代理人在保险期间内首次向被保险人提出损害赔偿请求，依照中华人民共和国法律（不包括港澳台地区法律）应由被保险人承担的经济赔偿责任，保险人按照同约定负责赔偿。

保险事故发生后，被保险人因保险事故而被提起仲裁或者诉讼的，对应由被保险人支付的仲裁或诉讼费用以及事先经保险人书面同意支付的其它必要的、合

理的费用（以下简称“法律费用”），保险人按照合同约定也负责赔偿。

责任免除：

出现下列任一情形时，保险人不负责赔偿：被保险人从事其执业资格证许可范围以外的医疗活动；被保险人被吊销执业资格证、被取消执业资格或受停业、停职处分后仍继续进行的医疗活动；被保险人进行实验性的医疗活动；被保险人对患者实施以美容或整形为目的的外科手术或治疗，除非这种手术或治疗是在患者因意外事故受伤后为维持生命或避免永久性伤残必需进行的；被保险医师非代表被保险医疗机构进行医疗活动；被保险人在饮酒、吸毒或药剂麻醉状态下进行医疗活动。

下列原因造成的损失、费用和责任，保险人不负责赔偿：投保人、被保险人及其代表的故意行为或重大过失；战争、敌对行动、军事行为、武装冲突、罢工、骚乱、暴动、恐怖活动；核辐射、核爆炸、核污染及其他放射性污染，但使用放射器材治疗发生的赔偿责任不在此限；大气污染、土地污染、水污染及其他各种污染；行政行为或司法行为；地震、火山爆发、海啸、雷击、洪水、暴雨、台风、龙卷风、暴风、雪灾、雹灾、冰凌、泥石流、崖崩、地崩、突发性滑坡、地面突然下陷等自然灾害；火灾、爆炸；被保险人使用未经国家有关部门批准使用的药品、消毒药剂、卫生材料、医疗器械或被感染的血制品；被保险人在正当的诊断、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。

下列损失、费用和责任，保险人不负责赔偿：被保险人或其雇员的人身伤亡及其所有或管理的财产的损失；被保险人应该承担的合同责任，但无合同存在时仍然应由被保险人承担的经济赔偿责任不在此限；罚款、罚金及惩罚性赔偿；精神损害赔偿；间接损失；被保险人在本保险单载明的追溯日以前进行的医疗活动所致人身伤害的赔偿责任；投保人、被保险人在本保险生效之前已经知道或可以合理预见的索赔情况；因患者自身过错导致的其伤亡程度扩大所致扩大的损失部分；本保险合同中载明的免赔额。

对于《医疗事故处理条例》中规定的被保险人不需要承担赔偿责任的下列情形，保险人也不承担任何赔偿责任，但本保险合同另有约定的除外：在紧急情况下为抢救垂危患者生命而采取紧急医学措施造成不良后果的；在医疗活动中由于患者病情异常或者患者体质特殊而发生医疗意外的；在现有医学科学技术条件下，发生无法预料或者不能防范的不良后果的；无过错输血感染造成不良后果的；因患方原因延误诊疗导致不良后果的；因不可抗力造成不良后果的。

其他不属于本保险责任范围内的损失、费用和责任，保险人不负责赔偿。

保险期间：

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。

费率厘定：

表 3 短期费率表

保险期间已经过月数（个月）	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

年费率的比例（%）	10	20	30	40	50	60	70	80	85	90	95	100
-----------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

（注：保险期间已经过月数不足一月的按一月计算）。

赔偿处理：

保险人的赔偿以下列方式之一确定的被保险人的赔偿责任为基础：被保险人和向其提出损害赔偿请求的受害人协商并经保险人确认；仲裁机构裁决；人民法院判决；保险人认可的其它方式。

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。

发生保险责任范围内的损失，保险人按以下方式计算赔偿：对于每次事故造成的每人损失，保险人在每次事故赔偿限额内计算赔偿，其中对每人的赔偿金额不得超过每次事故每人赔偿限额，对每次事故承担的法律费用的赔偿金额不超过每次事故赔偿限额的 10%，但合同另有约定的除外。

在依据本条第 1 项计算的基础上，保险人在扣除每次事故免赔额后进行赔偿；在保险期间内，保险人对多次事故承担的本条款第 3、4 条规定的赔偿金额之和累计不超过累计赔偿限额。

发生保险事故时，如果被保险人的损失在有相同保障的其他保险项下也能够获得赔偿，则本保险人按照本保险合同的赔偿限额与其他保险合同及本合同的赔偿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。

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。

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。

被保险人向保险人请求赔偿保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

（2）医师责任相互保险附加险计划

只有在投保主险后才可投保本附加险。若主险条款与本附加险条款互有冲突，以本附加险条款为准。本附加险条款未尽事宜，以主险条款为准。

①附加精神损害赔偿责任保险

保险责任：

自本保险单列明的追溯日开始至保险期间终止日止的期间内，被保险医师在代表被保险医疗机构从事与其资格相符的医疗活动中，因下列情形造成患者人身伤害，患者或其代理人在保险期间内首次向被保险人提出索赔的，对于依法应由被保险人承担的经济赔偿责任，保险人根据本保险合同的约定承担赔偿责任：在紧急情况下为抢救垂危患者生命而采取紧急医学措施造成的不良后果。在医疗活动中由于患者病情异常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。

在现有医学科学技术条件下，仍然发生无法预料或难以防范的不良后果。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。

责任免除：

下列情形造成的损失、费用和责任，保险人不负责赔偿：无过错输血感染造成的不良后果；因患方原因延误诊疗导致的不良后果；经患者或其近亲属同意，对患者实施实验性诊疗发生的不良后果。

②附加医疗意外责任保险

保险责任：

自本保险单列明的追溯日开始至保险期间终止日止的期间内，被保险医师在代表被保险医疗机构从事与其资格相符的医疗活动中，因下列情形造成患者人身伤害，患者或其代理人在保险期间内首次向被保险人提出索赔的，对于依法应由被保险人承担的经济赔偿责任，保险人根据本保险合同的约定承担赔偿责任：在紧急情况下为抢救垂危患者生命而采取紧急医学措施造成的不良后果。

在医疗活动中由于患者病情异常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。

在现有医学科学技术条件下，仍然发生无法预料或难以防范的不良后果。

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。

责任免除：

下列情形造成的损失、费用和责任，保险人不负责赔偿：无过错输血感染造成的不良后果；因患方原因延误诊疗导致的不良后果；经患者或其近亲属同意，对患者实施实验性诊疗发生的不良后果。

③附加外部医疗活动

保险责任：

自本保险单列明的追溯日开始至保险期间终止日止的期间内，被保险医师在代表被保险医疗机构以外的其他机构从事与被保险医师的资格相符的医疗活动中，因职业过失行为引起意外事故，造成患者人身伤害，患者或其代理人在保险期间内首次向被保险人或者其他机构提出索赔的，对于依法应由被保险人承担的经济赔偿责任以及合理必要的法律费用，保险人根据本保险合同的约定承担赔偿责任。

责任。

(3) 医疗责任相互保险计划

保险主体：

凡依法设立的医疗机构及其经国家有关部门认可的合格的医务人员

保险责任：

在保险期间或保险合同载明的追溯期内，被保险人从事与其资格相符的诊疗护理工作，因过失导致意外事故，造成患者人身伤亡，由患者或其代理人在保险期间内首次向被保险人提出损害赔偿请求，依照中华人民共和国法律（不包括港澳台地区法律）应由被保险人承担的经济赔偿责任，保险人按照本保险合同约定负责赔偿。

保险事故发生后，被保险人因保险事故而被提起仲裁或者诉讼的，对应由被保险人支付的仲裁或诉讼费用以及事先经保险人书面同意支付的其它必要的、合理的费用（以下简称“法律费用”），保险人按照本保险合同约定也负责赔偿。

责任免除：

出现下列任一情形时，保险人不负责赔偿：被保险人从事未经国家有关部门许可的诊疗护理工作；被保险人被吊销执业许可证、被取消执业资格以及受停业、停职处分后仍继续进行诊疗护理工作；被保险人进行实验性的诊疗护理工作；被保险人对患者实施以美容或整形为目的的外科手术或治疗，除非这种手术或治疗是在患者因意外事故受伤后为维持生命或避免永久性伤残必需进行的。被保险医务人员非代表被保险医疗机构进行诊疗护理工作；被保险人在饮酒、吸毒或药剂麻醉状态下进行诊疗护理工作。

下列原因造成的损失、费用和责任，保险人不负责赔偿：投保人、被保险人及其代表的故意行为或重大过失；战争、敌对行动、军事行为、武装冲突、罢工、骚乱、暴动、恐怖活动；核辐射、核爆炸、核污染及其他放射性污染；但使用放射器材治疗发生的赔偿责任，不在此限；大气污染、土地污染、水污染及其他各种污染；行政行为或司法行为；地震、火山爆发、海啸、雷击、洪水、暴雨、台风、龙卷风、暴风、雪灾、雹灾、冰凌、泥石流、崖崩、地崩、突发性滑坡、地面突然下陷等自然灾害；火灾、爆炸；被保险人使用伪劣的或未经国家有关部门批准使用的药品、消毒药剂、卫生材料、医疗器械或被感染的血制品；被保险人在正当的诊断、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。

下列损失、费用和责任，保险人不负责赔偿：被保险人或其雇员的人身伤亡及其所有或管理的财产的损失；被保险人应该承担的合同责任，但无合同存在时仍然应由被保险人承担的经济赔偿责任不在此限；罚款、罚金及惩罚性赔偿；精神损害赔偿；间接损失；被保险人在本保险单载明的追溯日以前进行的诊疗护理工作中发生的医疗事故所致的损失；投保人、被保险人在本保险生效之前已经知道或可以合理预见的索赔情况；因患者自身过错导致的其人身伤害程度扩大所

致扩大的损失部分；本保险合同中载明的免赔额。

对于《医疗事故处理条例》中规定的被保险人不需要承担赔偿责任的下列情形，保险人也不承担任何赔偿责任，但本保险合同另有约定的除外：在紧急情况下为抢救垂危患者生命而采取紧急医学措施造成不良后果的；在医疗活动中由于患者病情异常或者患者体质特殊而发生医疗意外的；在现有医学科学技术条件下，发生无法预料或者不能防范的不良后果的；无过错输血感染造成不良后果的；因患方原因延误诊疗导致不良后果的；因不可抗力造成不良后果的。其他不属于本保险责任范围内的损失、费用和责任，保险人不负责赔偿。

赔偿处理：

保险人的赔偿以下列方式之一确定的被保险人的赔偿责任为基础：被保险人和向其提出损害赔偿请求的受害人协商并经保险人确认；仲裁机构裁决；人民法院判决；保险人认可的其它方式。

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。

发生保险责任范围内的损失，保险人按以下方式计算赔偿：在本保险期间内，不论发生多少次事故，保险人承担的总赔偿金额之和不超过保险单列明的“累计赔偿限额”，其中对不属于医疗事故的，赔偿金额之和不超过“非医疗事故过失责任累计赔偿限额”。

对于每次事故造成的损失，如属于医疗事故的，保险人在每次医疗事故赔偿限额内计算赔偿，其中对每人的赔偿金额不得超过每次医疗事故每人赔偿限额，对每次事故承担的法律费用的赔偿金额不超过每次医疗事故赔偿限额的10%，但合同另有约定的除外；如不属于医疗事故的，保险人在每次非医疗事故赔偿限额内计算赔偿，其中对每人的赔偿金额不得超过每次非医疗事故每人赔偿限额，对每次事故承担的法律费用的赔偿金额不超过每次非医疗事故赔偿限额的10%，但合同另有约定的除外；在依据本条第1项计算的基础上，保险人在扣除每次事故免赔额后进行赔偿；在保险期间内，保险人对多次事故承担的本条款第3、4条规定的赔偿金额之和累计不超过累计赔偿限额，其中对不属于医疗事故的，赔偿金额之和不超过非医疗事故累计赔偿限额。

发生保险事故时，如果被保险人的损失在有相同保障的其他保险项下也能够获得赔偿，则本保险人按照本保险合同的赔偿限额与其他保险合同及本合同的赔偿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。

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。

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。

被保险人向保险人请求赔偿保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

费率厘定：

表 4 短期费率表

保险期间已经过月数(个月)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
年费率的比例 (%)	10	20	30	40	50	60	70	80	85	90	95	100

(注：保险期间已经过月数不足一月的按一月计算)。

(4) 个人重大疾病保险互助计划

保险责任：

本保险合同中的重大疾病分为基本重大疾病与其他重大疾病两类，基本重大疾病投保人在投保时必须投保，其他重大疾病投保人在投保时可以选择投保。在保险期间内，保险人承担下列保险责任：被保险人经医院诊断于其保险责任生效日起 30 日后（续保从续保生效日起）初次患本保险合同所附且经投保人投保的重大疾病（以下简称“重大疾病”），保险人按重大疾病保险金额给付重大疾病保险金，对该被保险人保险责任终止。

被保险人经医院诊断于其保险责任生效日起 30 日内（续保无等待期）初次患重大疾病，保险人对投保人无息返还该被保险人对应的所交保险费，对该被保险人保险责任终止。

责任免除：

因下列情形之一，导致被保险人发生疾病、达到疾病状态或进行手术的，保险人不承担保险责任：投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；被保险人故意自伤、故意犯罪或拒捕；被保险人服用、吸食或注射毒品；被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无有效行驶证的机动车；被保险人患艾滋病或感染艾滋病病毒；战争、军事冲突、暴乱、武装叛乱、恐怖活动；核爆炸、核辐射或核污染；遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常。发生上述情形，被保险人身故的，保险人对该被保险人保险责任终止，并对投保人按日计算退还该被保险人的未到期净保费（经过日数不足一日按一日计算）。

附加职业病拓展条款：

经投保人申请并经保险人同意，保险期间内，被保险人因职业病导致主保险合同中保险事故的，本附加保险合同扩展承保。

职业病的确定标准以工伤保险条例为准。

若主保险合同与本附加保险合同的条款互有冲突，则以本附加保险合同的条款为准。本附加保险合同未尽事宜，以主保险合同的条款规定为准。

费率厘定：见表 5

（5）个人意外伤害保险

保险责任：在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故导致身故、伤残的，保险人依照下列约定给付保险金，且给付各项保险金之和不超过保险金额。

（一）意外身故保险责任

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并自事故发生之日起 180 日内以该事故为直接且单独原因导致身故的，保险人按意外伤害保险金额给付身故保险金，对该被保险人的保险责任终止。

被保险人因遭受意外伤害事故且自该事故发生日起下落不明，后经人民法院宣告死亡的，保险人按意外伤害保险金额给付身故保险金。但若被保险人被宣告死亡后生还的，保险金受领人应于知道或应当知道被保险人生还后 30 日内退还保险人给付的身故保险金。

被保险人身故前保险人已给付第（二）款约定的伤残保险金的，身故保险金应扣除已给付的保险金。

（二）意外伤残保险责任

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并自该事故发生之日起 180 日内因该事故造成本保险合同所附《人身保险伤残评定标准》（释义二）（简称《伤残评定标准》）所列伤残之一的，保险人按该表所列给付比例乘以意外伤害保险金额给付伤残保险金。如第 180 日治疗仍未结束的，按当日的身体情况进行伤残鉴定，并据此给付伤残保险金。

1. 当同一保险事故造成两处或两处以上伤残时，应首先对各处伤残程度分别进行评定，如果几处伤残等级不同，以最重的伤残等级作为最终的评定结论；如果两处或两处以上伤残等级相同，伤残等级在原评定基础上最多晋升一级，最高晋升至第一级。同一部位和性质的伤残，不应采用《伤残评定标准》条文两条以上或者同一条文两次以上进行评定。

2. 被保险人如在本次意外伤害事故之前已有伤残，保险人按合并后的伤残程度在《伤残评定标准》中所对应的给付比例给付伤残保险金，但应扣除原有伤残程度在《伤残评定标准》所对应的伤残保险金。

在保险期间内，前述第（一）、（二）款下的保险金累计给付金额以保险单载明的意外伤害保险金额为限。

责任免除：

因下列情况之一，造成被保险人身故、伤残的，保险人不承担给付保险金责

任：投保人的故意行为；被保险人自致伤害或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；被保险人妊娠、流产、分娩；被保险人疾病，包括但不限于高原反应、中暑、猝死；被保险人接受整容手术及其他内、外科手术在内的任何医疗行为而造成的意外；被保险人药物过敏或未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；非因意外伤害导致的细菌或病毒感染；任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射。

期间除外：

被保险人在下列期间遭受伤害导致身故、伤残的，保险人不承担给付保险金责任：战争、军事行动、暴动、武装叛乱或恐怖袭击期间；被保险人受酒精、毒品、管制药物（即麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品）影响期间；被保险人非法搭乘交通工具或搭乘未经当地相关部门登记许可的交通工具期间；被保险人酒后驾驶机动车、无合法有效驾驶证或驾驶无有效行驶证的机动车期间；被保险人从事潜水、跳伞、攀岩、探险、驾驶滑翔机或滑翔伞、武术、摔跤、特技、赛马、赛车、蹦极等高风险运动和活动期间；被保险人患有艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV 阳性）期间；被保险人存在精神和行为障碍（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》期间；被保险人从事违法、犯罪活动期间或者依法拘留、服刑、在逃期间；被保险人在中华人民共和国境外（包括香港、澳门、台湾地区）期间。若由于本保险合同中责任免除的情形导致的被保险人身故的，保险人将退还投保人未到期净保费（释义十二）。

费率厘定：见表 5

表 5 团体重疾险费率厘定

年龄	保费（元）	重疾保额（含轻症） （万元）	意外保额 （万元）	猝死保额 （万元）
20 以下	113	30	10	10
20-25	113	25	10	10
26-30	113	15	10	10
31-35	113	10	10	10
36-40	113	5	10	10
41-45	113	3	10	10
46-50	113	2	10	10
51-55	113	1	10	10
56-60	113	1	10	10
61-65	113	1	10	10

四、附件

（一）会员公约

如您有意加入医众财产相互保险社系列保险计划，请务必认真阅读本公约全部内容，本公约一经您同意并确认，即产生法律效力。

第一条 相互保险计划概述

为更好地满足医疗行业从业人员的保障需求，医众财产相互保险社（以下简称“医众相互”）系列保险计划（以下简称“本计划”）以“会员共有、会员共治、会员共享”为宗旨，共同为医疗行业从业人员提供优质服务和保障。

第二条 公约介绍

为约定本计划会员之间、以及会员与医众相互之间的权利义务，切实保障会员权益，基于相互保险国际运作惯例，根据《中华人民共和国保险法》、《相互保险组织监管试行办法》（保监发〔2015〕11号）及《医众财产相互保险社章程》等，制定《医众相互系列保险计划会员公约》（以下简称“本公约”）。本公约的核心价值和使命，在于为医疗行业从业人员提供创新服务和健康保险保障，共同建构一个互助、友爱、和谐的医疗环境。

第三条 公约的效力

一、本公约为本计划保险合同（以下简称“保险合同”）的组成部分，就本计划全体会员共担风险、共享权益、共同治理的机制进行明确及约定，为本计划会员充分履行会员权责、积极参与民主决策、充分监督并举报欺诈行为、及时表达意见建议提供保障，维护本计划的持续稳健运行。

二、医众相互及本计划全体会员基于保险合同条款和本公约享受权利、遵守规则、履行义务。

三、本公约经不低于 100 名会员发起并表决通过后生效。

本公约生效后，新增的投保人须同意本公约方可加入本计划成为会员。会员在完成公约确认程序后，本公约即对其具备约束力。一经确认同意，会员不应以未阅读或不接受本公约为由，主张本公约无效或要求变更、撤销本公约。

第四条 公约的修订

一、出现下列情形时，由本计划理事会制定公约修订案并提交会员大会审议批准：

- 1.本公约内容与届时生效的法律法规及监管规定不符；
- 2.三分之二以上会员提议对本公约进行修订；
- 3.本计划理事会提议对本公约进行修订；
- 4.本计划运营方提议对公约进行修订；
- 5.其他导致本公约必须修改的事项。

二、如会员不接受修订后的公约，应当立即申请退出本计划并与医众相互解除保险合同；否则视为接受并同意修订后的公约。

第五条 会员

本计划的会员是指加入本计划，认可并遵守本公约，并与医众相互订立本计划项下保险合同的投保人。本计划会员同时成为医众相互会员，按照《医众财产相互保险社章程》及本公约规定，享受会员权利，履行会员义务。

自投保人退保时起，会员资格终止。会员的权利和义务如下。

（一）会员权利：

- 1、享有保险合同约定的保险保障；
- 2、参与本计划民主管理的权利，包括投保要素和保障方案的合理化调整；
- 3、对本计划运营的批评建议权及监督权；
- 4、积极宣传推广本计划的权利；
- 5、会员有权参与医众相互发起的针对本计划会员理赔申请所展开的调查取证，并有权在得知相关线索时通过合法途径告知医众相互；
- 6、按照本公约提名理事会会员委员的权利；
- 7、享有《相互保险组织监管试行办法》（保监发〔2015〕11号）、《医众财产相互保险社章程》及本公约中规定的其他会员权利。

（二）会员义务：本计划项下的互助保险基金，进行独立核算与管理，并对经营结果进行公示；根据医众相互《会员管理办法》及本公约规定，本计划互助保险基金结余的，经本计划会员大会通过，可用于会员分配、抵扣次年保险费等。

- 1、会员有义务执行本计划会员大会、理事会等管理机构的决议；
- 2、按照本合同约定缴纳保险费；
- 3、会员有义务保护其他会员的隐私信息；
- 4、会员有义务向医众相互举报虚假赔案及未如实告知事项；
- 5、会员有义务遵守《相互保险组织监管试行办法》（保监发〔2015〕11号）、《医众财产相互保险社章程》及本公约规定的其他会员义务。

第六条 互助保险基金

根据《相互保险组织监管试行办法》，会员缴纳的保费形成本计划的互助保险基金，由该基金对保险合同约定的保险事故造成的损失承担赔偿责任，并承担本计划的运营和服务成本。

本计划项下的互助保险基金，进行独立核算与管理，并对经营结果进行公示；根据《医众财产相互保险社会员管理办法》及本公约规定，本计划互助保险基金产生结余的，经本计划会员大会表决通过，可用于会员分配、抵扣次年保险费等。本计划的运营和服务成本按不高于本计划项下保险产品年度总保费 10%的标准由运营方医众相互收取，其中包括但不限于运营管理费用、客户服务、系统建设、银行结算费、资本成本等相关的必要合理费用，各项费用应据实列支并进行年度公示。

本计划项下保险产品的税费、保险保障基金、监管费用等按国家相关规定缴纳的各项费用亦应据实列支并进行年度公示。

第七条 会员大会

本计划设立会员大会。会员大会作为最高权力机构，决定本计划的重大事项。会员大会由全体会员组成，表决权为一人一票，采取异议表决的方式。

（一）会员大会行使以下职权：

1. 审议批准本计划理事会工作报告；
2. 选举或罢免理事会委员；
3. 审议批准本公约修订方案；
4. 审议批准互助保险基金结余使用比例及使用方案；
5. 审议批准本计划的终止及清算方案；
6. 审议会员权益反哺方案；
7. 法律、法规、监管规定以及本公约规定的其他职权。

（二）会员大会由理事会召集，至少每年召开一次，应于上一个自然年度完结之后的四个月之内举行。会员大会可以通过现场、视频、电话、互联网线上交流等方式召开会议，并对相关审议事项采取异议投票等方式进行表决，投反对票会员所持表决权低于会员总数二分之一时，审议事项通过。

（三）为确保会员大会决策及运转的科学性、规范性，会员大会应制定议事规则。会员大会议事规则经发起设立本计划的发起会员审议通过后生效。会员大会议事规则的修改须经会员大会审议，投反对票会员所持表决权低于会员总数二分之一时，该审议事项通过。

第八条 理事会

本计划设立理事会。理事会为会员大会执行机构，对会员大会负责。

一、理事会由不超过十三名委员组成，具体人数由会员大会决定，且委员人数应为单数。其中，会员委员七名，执行委员两至三名、专业委员三至四名。

二、理事会行使以下职权：

1. 召集会员大会并提交年度工作报告；
2. 执行会员大会决议；
3. 收集会员对本计划的建议和意见，评估提交本计划改进方案；
4. 制订本计划的互助保险基金结余使用比例及使用方案；
5. 制订本公约修订方案；
6. 制订本计划的终止及清算方案；
7. 制定会员权益反哺方案；
8. 受理会员投诉并进行调解及处理；
9. 法律、法规、监管规定以及本公约规定的其他职权。

三、理事会的提名和选举

1. 首届理事会委员候选人由本计划发起方医众相互及丁香园共同提名，由发起设立本计划的发起会员确认后生效；
2. 除首届理事会由发起设立本计划的不低于 100 名发起会员确认并产生，理事会

委员由会员大会选举产生，公告日前连续九十天以上持续持有本计划保单的会员享有选举权。

四、理事会会议

- 1.理事会每年至少召开两次会议；
- 2.会议由理事会主任委员负责召集，三分之二以上委员（或授权代表）出席会议方可举行。理事会审议事项由出席委员过半数同意方可通过。
- 3.有下列情形之一的，理事会主任委员自接到提议后十日内，应召集和主持召开理事会会议：
 - 1) 二分之一以上委员提议；
 - 2) 两名以上专业委员提议；
 - 3) 本计划监督指导方提议；
 - 4) 理事会主任委员认为有必要的。

五、为确保理事会决策及运转的科学性、规范性，理事会应制定议事规则。理事会议事规则的制定及修改需经会员大会审议，投反对票会员所持表决权低于会员总数二分之一时，该审议事项通过。

第九条 陪审团

为充分保障会员共治，维护会员权益，本计划设立陪审团机制。对于以下存在较大争议情形的事项，可选择由陪审团进行辅助决策：

- 1.金额超过 20 万的理赔争议案件；
- 2.有可能引发纠纷或重大社会影响的理赔案件；
- 3.重大会员投诉案件；
- 4.其他理事会认为需要陪审团辅助决策的其他情形。

在发生上述情形后，本计划将在全体会员中随机抽取满足陪审团人员资格要求且有主观参与意愿的会员组成陪审团。陪审团原则上由不少于 100 名会员组成，陪审团成员对理事会提交的审议事项进行网上公开表决，二分之一以上参与表决的陪审团成员表决通过即为通过。

第十条 信息披露

本计划信息披露应当遵循真实、准确、完整、及时、有效的原则，不得有虚假记载、误导性陈述和重大遗漏。本计划公开披露的信息包括：

- （一）本计划的服务和保障情况；
- （二）本计划的治理概要；
- （三）本计划财务结果，包括利润、费用支出等信息；
- （四）重大事项信息；
- （五）理事会认为需要披露的其他内容。

本计划将在医众相互官方网站、丁香园网络平台及银保监会要求的第三方网络平台上建立信息披露专栏，详细披露上述内容。通过信息披露和公示，接受全体会员监督，切实保障会员的知情权、监督权。

第十一条 本计划的终止和清算

(一) 国务院保险监督管理部门要求终止本计划，本计划终止。

(二) 出现下列情形之一时，并经会员大会参与表决会员的三分之二以上通过，可以终止本计划：

- 1、70%以上会员提议终止；
- 2、理事会提议终止；
- 3、本公约规定的其他情形。

本计划终止后，应按照国家法律法规、监管规定、《医众财产相互保险社章程》及本公约规定清算并分配会员互助基金份额。本计划运营方及服务方应配合做好相应费用及互助基金份额结算、会员信息保护等工作，并形成相关报告，按照本公约规定进行披露。

第十二条 附则

本公约于 2019 年 月 日经本计划 名发起会员表决通过， 年 月 日生效。

本人 / 本单位已经仔细阅读本公约所有组成部分的全部内容，尤其是加粗字标注部分的内容，并完全理解且没有异议。

(二) 健康告知

为保证您的保障利益，请确认您的保险状况符合此告知

1、被保险人职业属于《医众财产相互保险社职业分类表》中的医疗卫生保健类从业人员。

2、被保人目前或过往未患有下列疾病：甲状腺结节；良、恶性肿瘤（含原位癌）；再生障碍性贫血、恶性组织细胞病、高血压（收缩压大于 160mmHg 或舒张压大于 100mmHg）；心功能不全 II 级或 II 级以上、冠心病、心肌梗塞（梗死）、风湿性心脏病；脑卒中、脑血管畸形；肝硬化、肝炎（肝炎病毒携带者）；溃疡性结肠炎、萎缩性胃炎；肺结节、慢性阻塞性肺病、尘肺、弥漫性肺间质纤维化、呼吸衰竭；肾萎缩、慢性肾炎、肾功能衰竭、多囊肾；胰腺炎、糖尿病、多发性硬化、重症肌无力、癫痫、阿尔茨海默病、帕金森病、系统性红斑狼疮、葡萄胎；接受过器官移植、法定传染病甲类或乙类、先天性疾病、遗传性疾病；失聪、失明、语言功能丧失、脊柱或胸廓畸形、瘫痪或植物人状态；成瘾性药物、毒品中毒史。

3、被保险人最近 6 个月不存在以下症状：反复头痛、咯血、便血、血尿、吞咽困难、胸痛、浮肿、蛋白尿、消瘦(非健身原因所致的体重减轻超过 5 公斤)；原因不明的发热；任何不明性质的肿瘤、肿块、结节、息肉、囊肿、赘生物；阴道异常出血；乳头异常溢液、糜烂或回缩；乳房表面皮肤凹陷、皱褶或皮肤收缩症状。

4、被保险人过去 1 年内没有因疾病住院治疗或手术，但以下情况除外：a.分

娩；b.急性呼吸系统疾病；c.急性胃肠炎、急性阑尾炎；d.因结石引发导致的住院；e.胆囊息肉已进行胆囊切除手术且病理结果为良性。

5、2周岁以下被保险人出生时体重不低于2.5公斤（双胞胎除外），不存在早产、窒息、发育迟缓、脑瘫情况。

（三）医众财产相互保险社职业分类表

职业大类	职业	工种	职业类别
10 医药卫生保健	1001 医疗卫生	1001001 医务行政人员	1
		1001002 一般医师	1
		1001003 精神科医师、看护、护士	3
		1001004 急诊科医师	2
		1001005 乡村医师	2
		1001006 一般护士	1
		1001007 急诊护士	2
		1001008 手术室护士	2
		1001009 监狱、看守所医生护理人员	4
		1001010 护理员	2
		1001011 药剂检验人员	1
		1001012 放射线之技术人员	2
		1001013 放射线之修理人员	4
		1001014 配膳员	2
		1001015 卫生检查员	2
		1001016 医用气体工	2
		1001017 卫生防疫、妇幼保健员	1
		1001018 医院炊事	2
		1001019 医院勤杂工、清洁工	2
		1002 制药制剂业	1002001 化学合成制药工
	1002002 生化药品制造工		2
	1002003 发酵工程制药工		2
	1002004 疫苗制品工		2
	1002005 血液制品工		2
	1002006 基因工程产品工		2
	1002007 药物制剂工		2
	1002008 淀粉、葡萄糖制造工		2

	1002009 医药代表	2
--	--------------	---

（四）医师责任相互保险计划

总则

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

第二条 凡符合保险人承保条件的医疗机构及其执业医师，可分别作为本保险合同的被保险机构和被保险医师。

保险责任

第三条 在保险期间或保险合同载明的追溯期内，被保险医师代表被保险医疗机构从事与其资格相符的医疗活动过程时，因职业过失行为导致意外事故，造成患者人身伤亡，由患者或其代理人在保险期间内首次向被保险人提出损害赔偿请求，依照中华人民共和国法律（不包括港澳台地区法律）应由被保险人承担的经济赔偿责任，保险人按照本保险合同约定负责赔偿；

第四条 保险事故发生后，被保险人因保险事故而被提起仲裁或者诉讼的，对应由被保险人支付的仲裁或诉讼费用以及事先经保险人书面同意支付的其它必要的、合理的费用（以下简称“法律费用”），保险人按照本保险合同约定也负责赔偿。

责任免除

第五条 出现下列任一情形时，保险人不负责赔偿：

- （一）被保险人从事其执业资格证许可范围以外的医疗活动；
- （二）被保险人被吊销执业资格证、被取消执业资格或受停业、停职处分后仍继续进行的医疗活动；
- （三）被保险人进行实验性的医疗活动；
- （四）被保险人对患者实施以美容或整形为目的的外科手术或治疗，除非这种手术或治疗是在患者因意外事故受伤后为维持生命或避免永久性伤残必需进行的；
- （五）被保险医师非代表被保险医疗机构进行医疗活动；
- （六）被保险人在饮酒、吸毒或药剂麻醉状态下进行医疗活动。

第六条 下列原因造成的损失、费用和责任，保险人不负责赔偿：

- （一）投保人、被保险人及其代表的故意行为或重大过失；
- （二）战争、敌对行动、军事行为、武装冲突、罢工、骚乱、暴动、恐怖活动；
- （三）核辐射、核爆炸、核污染及其他放射性污染，但使用放射器材治疗发生的赔偿责任不在此限；

(四) 大气污染、土地污染、水污染及其他各种污染;

(五) 行政行为或司法行为;

(六) 地震、火山爆发、海啸、雷击、洪水、暴雨、台风、龙卷风、暴风、雪灾、雹灾、冰凌、泥石流、崖崩、地崩、突发性滑坡、地面突然下陷等自然灾害;

(七) 火灾、爆炸;

(八) 被保险人使用未经国家有关部门批准使用的药品、消毒药剂、卫生材料、医疗器械或被感染的血制品;

(九) 被保险人在正当的诊断、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。

第七条 下列损失、费用和责任，保险人不负责赔偿：

(一) 被保险人或其雇员的人身伤亡及其所有或管理的财产的损失;

(二) 被保险人应该承担的合同责任，但无合同存在时仍然应由被保险人承担的经济赔偿责任不在此限;

(三) 罚款、罚金及惩罚性赔偿;

(四) 精神损害赔偿;

(五) 间接损失;

(六) 被保险人在本保险单载明的追溯日以前进行的医疗活动所致人身伤害的赔偿责任;

(七) 投保人、被保险人在本保险生效之前已经知道或可以合理预见的索赔情况;

(八) 因患者自身过错导致的其伤亡程度扩大所致扩大的损失部分;

(九) 本保险合同中载明的免赔额。

第八条 对于《医疗事故处理条例》中规定的被保险人不需要承担赔偿责任的下列情形，保险人也不承担任何赔偿责任，但本保险合同另有约定的除外：

(一) 在紧急情况下为抢救垂危患者生命而采取紧急医学措施造成不良后果的;

(二) 在医疗活动中由于患者病情异常或者患者体质特殊而发生医疗意外的;

(三) 在现有医学科学技术条件下，发生无法预料或者不能防范的不良后果的;

(四) 无过错输血感染造成不良后果的;

(五) 因患方原因延误诊疗导致不良后果的;

(六) 因不可抗力造成不良后果的。

第九条 其他不属于本保险责任范围内的损失、费用和责任，保险人不负责赔偿。

赔偿限额与免赔额

第十条 赔偿限额包括每次事故每人赔偿限额、每次事故赔偿限额、累计赔偿限额，由投保人与保险人协商确定，并在保险合同中载明。

第十一条 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。

保险期间

第十二条 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

第十三条 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。

第十四条 保险人按照第二十四条的约定，认为被保险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，保险人将在确定是否属于保险责任的基本材料收集齐全后，尽快做出核定。

保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险人达成赔偿保险金的协议后十日内，履行赔偿保险金义务。本保险合同对赔偿保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行赔偿保险金的义务。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 订立保险合同，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。

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。自合同成立之日起超过二年的，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保险金的责任。

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。

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，保险人应当承担赔偿保险金的责任。

第十八条 除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时交付保险费。

约定一次性交付保险费的，投保人在约定交费日后交付保险费的，保险人对交费之前发生的保险事故不承担保险责任。

约定分期交付保险费的，保险人按照保险事故发生前保险人实际收取保险费总额与投保人应当交付保险费的比例承担保险责任，投保人应当交付保险费是指截至保险事故发生时投保人按约定分期应该缴纳的保费总额。

第十九条 被保险人应遵守国家及政府有关部门的医疗卫生管理法律、行政法规和部门规章和诊疗护理规范、常规，恪守医疗服务职业道德，采取合理的预防措施，防止事故的发生。

保险人可以对被保险人遵守前款约定的情况进行检查，向投保人、被保险人提出消除不安全因素和隐患的书面建议，投保人、被保险人应该认真付诸实施。但前述检查并不构成保险人对被保险人的任何承诺。

投保人、被保险人未按照约定履行上述安全义务的，保险人有权要求增加保险费或者解除合同。

第二十条 在保险合同有效期内，保险标的的危险程度显著增加的，被保险人应当及时通知保险人，保险人可以根据费率表的规定增加保险费或者解除合同。

被保险人未履行前款约定的通知义务的，因保险标的的危险程度显著增加而发生的保险事故，保险人不承担赔偿保险金的责任。

第二十一条 知道保险事故发生后，被保险人应该：

（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）及时通知保险人，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）保护事故现场，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；

（四）涉及违法、犯罪的，应立即向公安部门报案，否则，对因此扩大的损失，保险人不承担赔偿责任。

第二十二条 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导致扩大的损失，保险人不承担赔偿责任。

第二十四条 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) 被保险医疗机构及被保险医务人员（事故责任人）的执业资格证明、双方劳动关系证明。
- (四) 受害人向被保险人提出索赔的相关材料；
- (五) 造成受害人人身伤害的，应包括：受害人的病历、诊断证明、医疗费等医疗原始单据；受害人的人身伤害程度证明：受害人伤残的，应当提供具备相关法律法规要求的伤残鉴定资格的医疗机构出具的伤残程度证明；受害人死亡的，公安机关或医疗机构出具的死亡证明书；
- (六) 被保险人与受害人所签订的赔偿协议书或和解书；经判决或仲裁的，应提供判决书或仲裁裁决文书；
- (七) 提交医疗事故技术鉴定的，负责鉴定工作的医学会出具的医疗事故技术鉴定书。
- (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。

被保险人未履行前款约定的索赔材料提供义务，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。

赔偿处理

第二十五条 保险人的赔偿以下列方式之一确定的被保险人的赔偿责任为基础：

- (一) 被保险人和向其提出损害赔偿请求的受害人协商并经保险人确认；
- (二) 仲裁机构裁决；

(三) 人民法院判决;

(四) 保险人认可的其它方式。

第二十六条 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。

第二十七条 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每人损失, 保险人在每次事故赔偿限额内计算赔偿, 其中对每人的赔偿金额不得超过每次事故每人赔偿限额, 对每次事故承担的法律费用的赔偿金额不超过每次事故赔偿限额的 10%, 但合同另有约定的除外。

(二) 在依据本条第(一)项计算的基础上, 保险人在扣除每次事故免赔额后进行赔偿;

(三) 在保险期间内, 保险人对多次事故承担的本条款第三、四条规定的赔偿金额之和累计不超过累计赔偿限额。

第二十八条 发生保险事故时, 如果被保险人的损失在有相同保障的其他保险项下也能够获得赔偿, 则本保险人按照本保险合同的赔偿限额与其他保险合同及本合同的赔偿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。

第二十九条 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。

第三十条 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。

第三十一条 被保险人向保险人请求赔偿保险金的诉讼时效期间为二年, 自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

争议处理和法律适用

第三十二条 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。

第三十三条 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

第三十四条 投保人和保险人可以协商变更合同内容。

变更保险合同的，应当由保险人在保险单或者其他保险凭证上批注或附贴批单，或者投保人和保险人订立变更的书面协议。

第三十五条 投保人可随时书面申请解除本保险合同，本保险合同自保险人收到投保人的书面申请之日的二十四时起终止。保险责任开始前，投保人要求解除合同的，保险人扣除 3% 手续费后，剩余部分的保险费退还投保人；保险责任开始后，投保人要求解除合同的，对保险责任开始之日起至合同解除之日止期间的保险费，按短期费率计收，剩余部分退还投保人。

保险人亦可解除本保险合同。保险责任开始前，保险人要求解除合同的，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，保险人可提前十五天通知投保人解除合同，对保险责任开始之日起至合同解除之日止期间的保险费，按日比例计收，剩余部分退还投保人。

第三十六条 发生保险事故且保险人已承担赔偿责任的，自保险人赔偿之日起三十日内，投保人可以解除合同；除合同另有约定外，保险人也可以解除合同，但应当提前十五日通知投保人。

保险合同依据前款规定解除的，保险人应当将累计赔偿限额扣除累计已赔偿金额后剩余部分的保险费，按照合同约定扣除自保险责任开始之日起至合同解除之日止应收的部分后，退还投保人。

释义

【惩罚性赔偿】指法院判决的、在赔偿性赔款之外被保险人应当支付给受害方的赔款，其目的的一般是为了惩罚和警告被保险人的恶意作为或不作为。

【故意行为】指明知道其行为会发生导致人身伤害或财产损失的结果，但仍希望或放任该行为发生的行为。

【患者代理人】指患者的法定代理人，或受患者或法定代理人书面委托从事医疗索赔的人。

【每次事故】在本条款中指因同一项医疗活动引起的患者或其代理人向被保险人提出的单个或多个索赔。

【医疗事故】指被保险人在医疗活动中，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、常规，过失造成患者人身损害的事故。

【职业过失行为】在本条款中指执业医师在医疗、卫生、保健专业职责上因疏忽或过失导致的错误或疏漏行为。

【执业医师】指经过国家有关部门考核、批准或承认，取得相应资格的从事相关医疗活动的人员。

【追溯期】指从保险单载明的追溯日起至保险期间起始日止的期间。

短期费率表

保险期间已经过月数 (个月)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
年费率的比例 (%)	10	20	30	40	50	60	70	80	85	90	95	100

(注：保险期间已经过月数不足一月的按一月计算)。

(五) 医师责任保险附加险计划

一、附加精神损害赔偿责任保险条款

总则

第一条 本保险是平安医师责任险(以下简称主险)的附加险。只有在投保主险后才可投保本附加险。若主险条款与本附加险条款互有冲突,以本附加险条款为准。本附加险条款未尽事宜,以主险条款为准。

保险责任

第二条 自本保险单列明的追溯日开始至保险期间终止日止的期间内,被保险人代表被保险医疗机构从事与其资格相符的医疗活动中,因职业过失行为引起意外事故,造成患者人身伤害,患者或其代理人在保险期间内首次向被保险人提出精神损害赔偿请求,对于依照法院判决应由被保险人承担的精神损害赔偿,保险人根据本保险合同的约定承担赔偿责任。

赔偿限额和免赔额

第三条 除本保险合同另有约定外,保险人对精神损害的赔偿金额以主险下的相应的每次事故赔偿限额的30%为限,并计算在每次事故赔偿限额之内。

主险下的其他各项赔偿限额、免赔额不变。

二、附加医疗意外责任保险条款

总则

第一条 本保险是平安医师责任险(以下简称主险)的附加险。只有在投保主险后才可投保本附加险。若主险条款与本附加险条款互有冲突,以本附加险条款为准。本附加险条款未尽事宜,以主险条款为准。

保险责任

第二条 自本保险单列明的追溯日开始至保险期间终止日止的期间内,被保险人代表被保险医疗机构从事与其资格相符的医疗活动中,因下列情形造成患者人身伤害,患者或其代理人在保险期间内首次向被保险人提出索赔的,对于依法应由被保险人承担的经济赔偿责任,保险人根据本保险合同的约定承担赔偿责任:

(一) 在紧急情况下为抢救垂危患者生命而采取紧急医学措施造成的不良后果。

(二) 在医疗活动中由于患者病情异常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。

(三) 在现有医学科学技术条件下，仍然发生无法预料或难以防范的不良后果。

(四) 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。

责任免除

第三条 下列情形造成的损失、费用和责任，保险人不负责赔偿：

(一) 无过错输血感染造成的不良后果；

(二) 因患方原因延误诊疗导致的不良后果；

(三) 经患者或其近亲属同意，对患者实施实验性诊疗发生的不良后果。

赔偿限额和免赔额

第四条 发生本附加险项下的每次事故，保险人的赔偿金额不超过保险单列明的“每次医疗意外责任赔偿限额”。

主险下的其他各项赔偿限额、免赔额不变。

三、事故发生制条款

总则

第一条 本保险是平安医师责任险（以下简称主险）的附加险。只有在投保主险后才可投保本附加险。若主险条款与本附加险条款互有冲突，以本附加险条款为准。本附加险条款未尽事宜，以主险条款为准。

保险责任

第二条 兹经合同双方协商一致，主险条款第三条全部删去并替换为：

“在保险期间内，被保险医师在代表被保险医疗机构从事与其资格相符的医疗活动中，因职业过失行为引起意外事故，造成患者人身伤害，对于依法应由被保险医疗机构承担的经济赔偿责任，保险人根据本保险合同的约定承担赔偿责任，但前提条件是被保险人在保险单载明的最后发现日以前发现该事故并根据本保险合同的约定向保险人报告。”

“最后发现日”是指为了界定保险人承保的事故被发现的时间范围，由投保人与保险人约定并在保险单中列明的某个日期。

主险下的各项赔偿限额、免赔额不变。

四、附加外部医疗活动条款

总则

第一条 本保险是平安医师责任险（以下简称主险）的附加险。只有在投保主险后才可投保本附加险。若主险条款与本附加险条款互有冲突，以本附加险条款为准。本附加险条款未尽事宜，以主险条款为准。

保险责任

第二条 自本保险单列明的追溯日开始至保险期间终止日止的期间内，被保险人医师在代表被保险医疗机构以外的其他机构从事与被保险医师的资格相符的医疗活动中，因职业过失行为引起意外事故，造成患者人身伤害，患者或其代理人在保险期间内首次向被保险人或者其他机构提出索赔的，对于依法应由被保险人承担的经济赔偿责任以及合理必要的法律费用，保险人根据本保险合同的约定承担赔偿责任。

保险人不负责赔偿依法应由其他相关责任方承担的赔偿责任。

主险下的各项赔偿限额、免赔额不变。

（六）医疗责任相互保险计划

总则

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

第二条 凡依法设立的医疗机构及其经国家有关部门认可的合格的医务人员，均可作为本保险合同的被保险人。

保险责任

第三条 在保险期间或保险合同载明的追溯期内，被保险人从事与其资格相符的诊疗护理工作，因过失导致意外事故，造成患者人身伤亡，由患者或其代理人在保险期间内首次向被保险人提出损害赔偿请求，依照中华人民共和国法律（不包括港澳台地区法律）应由被保险人承担的经济赔偿责任，保险人按照本保险合同约定负责赔偿。

第四条 保险事故发生后，被保险人因保险事故而被提起仲裁或者诉讼的，对应由被保险人支付的仲裁或诉讼费用以及事先经保险人书面同意支付的其它必要的、合理的费用（以下简称“法律费用”），保险人按照本保险合同约定也负责赔偿。

责任免除

第五条 出现下列任一情形时，保险人不负责赔偿：

- （一）被保险人从事未经国家有关部门许可的诊疗护理工作；
- （二）被保险人被吊销执业许可证、被取消执业资格以及受停业、停职处分后仍继续进行诊疗护理工作；
- （三）被保险人进行实验性的诊疗护理工作；
- （四）被保险人对患者实施以美容或整形为目的的外科手术或治疗，除非这种手术或治疗是在患者因意外事故受伤后为维持生命或避免永久性伤残必需进行的。
- （五）被保险医务人员非代表被保险医疗机构进行诊疗护理工作；

(六) 被保险人在饮酒、吸毒或药剂麻醉状态下进行诊疗护理工作。

第六条 下列原因造成的损失、费用和责任，保险人不负责赔偿：

(一) 投保人、被保险人及其代表的故意行为或重大过失；

(二) 战争、敌对行动、军事行为、武装冲突、罢工、骚乱、暴动、恐怖活动；

(三) 核辐射、核爆炸、核污染及其他放射性污染；但使用放射器材治疗发生的赔偿责任，不在此限；

(四) 大气污染、土地污染、水污染及其他各种污染；

(五) 行政行为或司法行为；

(六) 地震、火山爆发、海啸、雷击、洪水、暴雨、台风、龙卷风、暴风、雪灾、雹灾、冰凌、泥石流、崖崩、地崩、突发性滑坡、地面突然下陷等自然灾害；

(七) 火灾、爆炸；

(八) 被保险人使用伪劣的或未经国家有关部门批准使用的药品、消毒药剂、卫生材料、医疗器械或被感染的血制品；

(九) 被保险人在正当的诊断、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。

第七条 下列损失、费用和责任，保险人不负责赔偿：

(一) 被保险人或其雇员的人身伤亡及其所有或管理的财产的损失；

(二) 被保险人应该承担的合同责任，但无合同存在时仍然应由被保险人承担的经济赔偿责任不在此限；

(三) 罚款、罚金及惩罚性赔偿；

(四) 精神损害赔偿；

(五) 间接损失；

(六) 被保险人在本保险单载明的追溯日以前进行的诊疗护理工作中发生的医疗事故所致的损失；

(七) 投保人、被保险人在本保险生效之前已经知道或可以合理预见的索赔情况；

(八) 因患者自身过错导致的其人身伤害程度扩大所致扩大的损失部分；

(九) 本保险合同中载明的免赔额。

第八条 对于《医疗事故处理条例》中规定的被保险人不需要承担赔偿责任的下列情形，保险人也不承担任何赔偿责任，但本保险合同另有约定的除外：

(一) 在紧急情况下为抢救垂危患者生命而采取紧急医学措施造成不良后果的；

(二) 在医疗活动中由于患者病情异常或者患者体质特殊而发生医疗意外的；

(三) 在现有医学科学技术条件下，发生无法预料或者不能防范的不良后果的；

(四) 无过错输血感染造成不良后果的；

(五) 因患方原因延误诊疗导致不良后果的；

(六) 因不可抗力造成不良后果的。

第九条 其他不属于本保险责任范围内的损失、费用和责任，保险人不负责赔偿。

赔偿限额与免赔额

第十条 赔偿限额包括每次医疗事故每人赔偿限额、每次医疗事故赔偿限额、每次非医疗事故每人赔偿限额、每次非医疗事故赔偿限额、累计赔偿限额、非医疗事故累计赔偿限额，由投保人与保险人协商确定，并在保险合同中载明。

第十一条 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。

保险期间

第十二条 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

第十三条 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。

第十四条 保险人按照第二十四条的约定，认为被保险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，保险人将在确定是否属于保险责任的基本材料收集齐全后，尽快做出核定。

保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险人达成赔偿保险金的协议后十日内，履行赔偿保险金义务。保险合同对赔偿保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行赔偿保险金的义务。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 订立保险合同，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。

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。自合同成立之日起超过二年的，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保险金的责任。

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。

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，保险人应当承担赔偿保险金的责任。

第十八条 除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时交付保险费。

约定一次性交付保险费的，投保人在约定交费日后交付保险费的，保险人对交费之前发生的保险事故不承担保险责任。

约定分期交付保险费的，保险人按照保险事故发生前保险人实际收取保险费总额与投保人应当交付保险费的比例承担保险责任，投保人应当交付保险费是指截至保险事故发生时投保人按约定分期应该缴纳的保费总额。

第十九条 被保险人应严格遵守国家及政府有关部门的医疗卫生管理法律、行政法规和部门规章和诊疗护理规范、常规，恪守医疗服务职业道德，加强管理，采取合理的预防措施，尽力避免或减少责任事故的发生。

保险人可以对被保险人遵守前款约定的情况进行检查，向投保人、被保险人提出消除不安全因素和隐患的书面建议，投保人、被保险人应该认真付诸实施。但前述检查并不构成保险人对被保险人的任何承诺。

投保人、被保险人未按照约定履行上述安全义务的，保险人有权要求增加保险费或者解除合同。

第二十条 在保险合同有效期内，保险标的的危险程度显著增加的，被保险人应当及时通知保险人，保险人可以根据费率表的规定增加保险费或者解除合同。

被保险人未履行前款约定的通知义务的，因保险标的的危险程度显著增加而发生的保险事故，保险人不承担赔偿保险金的责任。

第二十一条 知道保险事故发生后，被保险人应该：

（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）及时通知保险人，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）保护事故现场，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；

（四）涉及违法、犯罪的，应立即向公安部门报案，否则，对因此扩大的损失，保险人不承担赔偿责任。

第二十二条 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导致扩大的损失，保险人不承担赔偿责任。

第二十四条 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）被保险医疗机构及被保险医务人员（事故责任人）的执业资格证明、双方劳动关系证明。

（四）受害人或其代理人向被保险人提出索赔的相关材料；

（五）造成受害人人身伤害的，应包括：受害人的病历、诊断证明、医疗费等医疗原始单据；受害人的人身伤害程度证明：受害人伤残的，应当提供具备相关法律法规要求的伤残鉴定资格的医疗机构出具的伤残程度证明；受害人死亡的，公安机关或医疗机构出具的死亡证明书；

（六）被保险人与受害人所签订的赔偿协议书或和解书；经判决或仲裁的，应提供判决书或仲裁裁决文书；

（七）提交医疗事故技术鉴定的，负责鉴定工作的医学会出具的医疗事故技术鉴定书；

（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。

被保险人未履行前款约定的索赔材料提供义务，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。

赔偿处理

第二十五条 保险人的赔偿以下列方式之一确定的被保险人的赔偿责任为基础：

- （一）被保险人和向其提出损害赔偿请求的受害人协商并经保险人确认；
- （二）仲裁机构裁决；
- （三）人民法院判决；
- （四）保险人认可的其它方式。

第二十六条 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。

第二十七条 发生保险责任范围内的损失，保险人按以下方式计算赔偿：

在本保险期间内，不论发生多少次事故，保险人承担的总赔偿金额之和不超过保险单列明的“累计赔偿限额”，其中对不属于医疗事故的，赔偿金额之和不超过“非医疗事故过失责任累计赔偿限额”。

（一）对于每次事故造成的损失，如属于医疗事故的，保险人在每次医疗事故赔偿限额内计算赔偿，其中对每人的赔偿金额不得超过每次医疗事故每人赔偿限额，对每次事故承担的法律费用的赔偿金额不超过每次医疗事故赔偿限额的10%，但合同另有约定的除外；如不属于医疗事故的，保险人在每次非医疗事故赔偿限额内计算赔偿，其中对每人的赔偿金额不得超过每次非医疗事故每人赔偿限额，对每次事故承担的法律费用的赔偿金额不超过每次非医疗事故赔偿限额的10%，但合同另有约定的除外；

（二）在依据本条第（一）项计算的基础上，保险人在扣除每次事故免赔额后进行赔偿；

（三）在保险期间内，保险人对多次事故承担的本条款第三、四条规定的赔偿金额之和累计不超过累计赔偿限额，其中对不属于医疗事故的，赔偿金额之和不超过非医疗事故累计赔偿限额。

第二十八条 发生保险事故时，如果被保险人的损失在有相同保障的其他保险项下也能够获得赔偿，则本保险人按照本保险合同的赔偿限额与其他保险合同及本合同的赔偿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。

第二十九条 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。

第三十条 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。

第三十一条 被保险人向保险人请求赔偿保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

争议处理和法律适用

第三十二条 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。

第三十三条 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

第三十四条 投保人和保险人可以协商变更合同内容。

变更保险合同的，应当由保险人在保险单或者其他保险凭证上批注或附贴批单，或者投保人和保险人订立变更的书面协议。

第三十五条 投保人可随时书面申请解除本保险合同，本保险合同自保险人收到投保人的书面申请之日的二十四时起终止。保险责任开始前，投保人要求解除合同的，保险人扣除 3% 手续费后，剩余部分的保险费退还投保人；保险责任开始后，投保人要求解除合同的，对保险责任开始之日起至合同解除之日止期间的保险费，按短期费率计收，剩余部分退还投保人。

保险人亦可解除本保险合同。保险责任开始前，保险人要求解除合同的，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，保险人可提前十五天通知投保人解除合同，对保险责任开始之日起至合同解除之日止期间的保险费，按日比例计收，剩余部分退还投保人。

第三十六条 发生保险事故且保险人已承担赔偿责任的，自保险人赔偿之日起三十日内，投保人可以解除合同；除合同另有约定外，保险人也可以解除合同，但应当提前十五日通知投保人。

保险合同依据前款规定解除的，保险人应当将累计赔偿限额扣除累计已赔偿金额后剩余部分的保险费，按照合同约定扣除自保险责任开始之日起至合同解除之日止应收的部分后，退还投保人。

释义

【惩罚性赔偿】指法院判决的、在赔偿性赔款之外被保险人应当支付给受害方的赔款，其目的一般是为了惩罚和警告被保险人的恶意作为或不作为。

【故意行为】指明知道其行为会发生导致人身伤害或财产损失的结果，但仍希望或放任该行为发生的行为。

【患者代理人】指患者的法定代理人或受患者或法定代理人书面委托从事医疗事故索赔的人。

【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、常规，过失造成患者人身损害的事故。医疗事故等级划分及赔偿标准以国务院 2002 年 4 月颁发的《医疗事故处理条例》（或后续修订文件）为准。

【医务人员】指经过国家有关部门考核、批准或承认，取得相应资格的各级各类卫生技术人员，包括从事医疗管理的人员。

【追溯期】指从保险单载明的追溯日起至保险期间起始日止的期间。

短期费率表

保险期间已经过月数 (个月)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
年费率的比例 (%)	10	20	30	40	50	60	70	80	85	90	95	100

(注：保险期间已经过月数不足一月的按一月计算)。

(七) 重大疾病相互保险计划

总 则

第一条 合同构成

本保险合同（以下简称“本合同”）由保险单或其他保险凭证及所附条款、投保单、与本合同有关的投保文件、声明、批注、附贴批单、其他书面协议构成。凡涉及本合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 保险人

本合同的保险人为众惠财产相互保险社（以下简称“本社”）。

第三条 投保人

本合同的投保人应为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。

第四条 被保险人

除本合同另有约定外，凡符合本社承保条件的身体健康、能正常生活的自然人可作为本合同的被保险人。

第五条 受益人

除本合同另有约定外，本合同的受益人为被保险人本人。

保险责任

第六条 在本合同的保险期间内，被保险人因意外伤害（释义一）或在等待期（释义二，续保无等待期）后因患疾病，在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）经二级及以上公立医院（释义三）或本社认可的医疗机构确诊初次患有（释义四）本合同约定的重大疾病（释义五），本社按照本合同载明的保险金额给付重大疾病保险金，同时本合同终止。

被保险人在等待期内，经确诊患有本合同约定的重大疾病，本社不承担给付保险金的责任，但向投保人无息退还已缴纳的保险费，同时本合同终止。

责任免除

第七条 因下列原因之一，造成被保险人患有本合同约定的重大疾病的，或者存在下列情形的，本社不承担给付保险金的责任：

- （一）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- （二）被保险人故意或重大过失自致伤害、故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- （三）被保险人服用、吸食或注射毒品；
- （四）被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶（释义六），或驾驶无有效行驶证（释义七）的机动车；
- （五）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- （六）核爆炸、核辐射或核污染；
- （七）遗传性疾病（释义八）、先天性畸形、变形或染色体异常（释义九）；
- （八）被保险人感染艾滋病病毒（HIV）或患艾滋病（AIDS）（释义十）期间；
- （九）等待期内出现的症状（释义十一）或体征（释义十二）；等待期内接受检查但在等待期后确诊的重大疾病。

保险金额

第八条 本合同的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险期间

第九条 本合同的保险期间以保险单上载明的为准，最长不超过一年。

保险人的权利和义务

第十条 明确说明义务

订立保险合同时，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保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立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。

第十一条 签发保险单义务

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。

第十二条 补充索赔证明和资料的通知义务

保险人认为**保险金申请人（释义十三）**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。

第十三条 核定、赔付义务

保险人收到被保险人或者受益人的给付保险金的请求后，应当及时作出核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但本合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金义务。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或受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十四条 先行赔付义务

保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付保险金的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付保险金的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十五条 交付保险费义务

本合同保费支付方式分为一次性支付保险费和分期支付保险费两种方式，由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。

约定一次性支付保险费的，投保人应当在保险合同成立时一次性支付保险费。投保人未按约定支付保险费的，保险合同不发生效力，合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险赔偿责任。

约定分期支付保险费的，投保人在投保时支付首期保险费，并应于保险合同约定的各分期缴费日期之前及时并足额支付当期应缴保险费。若投保人未按约定支付保险费，保险人允许投保人在本社催告之日起指定的期限内补缴保险费，如果被保险人在此指定的期限内发生保险事故，保险人按照合同约定给付保险金，但需扣减欠缴的保险费。除本合同另有约定外，投保人在本社催告之日起超过指定的期限未补缴保险费，本合同自指定的期限最后一日 24 时终止，终止之日后发生的任何保险事故，保险人不承担保险赔偿责任。指定的期限由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。

第十六条 如实告知义务

订立保险合同时，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。

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，不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，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，保险人应当承担给付保险金的责任。

第十七条 年龄的确定及错误的处理

被保险人的投保年龄，按照法定身份证件登记的出生日期所计算出的周岁（释义十四）年龄为准，本合同所承保的被保险人的投保年龄必须符合年龄要求。投保人在申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。若发生错误，保险人按照以下规定处理：

（一）投保人申报的被保险人年龄不真实，且真实年龄不符合本合同约定的年龄限制的，保险人有权解除本合同，并向投保人退还未满期净保费（释义十五）。

（二）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人实付保险费少于应付保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费，或在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例支付。

（三）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人支付保险费多于应付保险费的，保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

第十八条 住所或通讯地址变更通知义务

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，保险人按本合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达投保人。

投保人同意，若投保人委托或事实上依靠保险代理人签收保单或其他文件的，保险人向保险代理人送达有关文件的，视为同时已经向投保人送达，各项送达的文件对投保人产生法律约束力。

第十九条 保险事故通知义务

投保人、被保险人或者受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人，并说明事故发生的原因、经过和损失情况。

投保人、被保险人或受益人故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。

上述约定，不包括因不可抗力（释义十六）而导致的迟延。

保险金的申请

第二十条 保险金申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料：

- (一) 理赔申请书；
- (二) 保险单或其他保险凭证；
- (三) 保险金申请人的有效身份证件；
- (四) 保险人指定或认可的医疗机构出具的附有病理检查、血液检查及其他科学方法报告的疾病诊断证明书；
- (五) 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；
- (六) 若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件；
- (七) 保险金作为被保险人遗产时，须提供可证明合法继承权的相关权利文件；
- (八) 受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

如果被保险人本人作为疾病保险金受益人已向保险人书面申领疾病保险金，但在实际领取疾病保险金前身故，疾病保险金将作为其遗产，由保险人向其合法继承人给付。

保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，本社对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

争议处理和法律适用

第二十一条 争议处理

因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险合同载明的仲裁机构仲裁；保险合同未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向有管辖权的中华人民共和国人民法院提起诉讼。

第二十二条 法律适用

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）。

保险合同的解除、终止

第二十三条 合同解除

在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除本合同，但保险人已根据本合同的约定给付保险金的除外。

投保人解除本合同时，应提供下列证明文件和资料：

- (一) 保险合同变更申请书；

(二) 保险单或其他保险凭证;

(三) 投保人身份证明。

除本合同另有约定外,投保人要求解除本合同,自保险人接到保险合同解除申请书之日次日零时起,本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还本合同的未满期净保费。

第二十四条 合同的自动终止

发生下列情形时,本合同自动终止:

(一) 保险合同期满;

(二) 被保险人身故;

(三) 因本合同其他条款所约定的情况而终止效力。

释义

【意外伤害】 指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。

【等待期】 指自本合同生效日起计算的一段时间,具体天数由保险人和投保人在投保时约定并在保险合同上载明。在等待期内发生保险事故的,保险人不承担给付保险金的责任。

【医院】 是指在中华人民共和国境内(不包括香港、澳门、台湾地区)经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立医院,但不包括主要作为体检、诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构。该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备,且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。

【初次患有】 是指被保险人第一次发生并首次被确诊患上本合同约定的重大疾病,并且该疾病在该被保险人获得被保资格前并未发病(释义十七)或有任何症状。

【重大疾病】 本合同约定的重大疾病如下:

(一) 恶性肿瘤

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散,浸润和破坏周围正常组织,可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断,临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD-10)的恶性肿瘤范畴。

下列疾病不在保障范围内:

1. 原位癌;
2. 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病;
3. 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病;

4. 皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；
5. TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或更轻分期的前列腺癌；
6. 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

（二）急性心肌梗塞

指因冠状动脉阻塞导致的相应区域供血不足造成部分心肌坏死。须满足下列至少三项条件：

1. 典型临床表现，例如急性胸痛等；
2. 新近的心电图改变提示急性心肌梗塞；
3. 心肌酶或肌钙蛋白有诊断意义的升高，或呈符合急性心肌梗塞的动态性变化；
4. 发病 90 天后，经检查证实左心室功能降低，如左心室射血分数低于 50%。

（三）脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

1. 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
2. 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
3. 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

（四）重大器官移植术或造血干细胞移植术

重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏或肺脏的异体移植手术。

造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的异体移植手术。

（五）冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）

指为治疗严重的冠心病，实际实施了开胸进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

冠状动脉支架植入术、心导管球囊扩张术、激光射频技术及其它非开胸的介入手术、腔镜手术不在保障范围内。

（六）终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）

指双肾功能慢性不可逆性衰竭，达到尿毒症期，经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗或实施了肾脏移植手术。

（七）多个肢体缺失

指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

（八）急性或亚急性重症肝炎

指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：

1. 重度黄疸或黄疸迅速加重；
2. 肝性脑病；
3. B超或其它影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；
4. 肝功能指标进行性恶化。

（九）良性脑肿瘤

指脑的良性肿瘤，已经引起颅内压增高，临床表现为视神经乳头水肿、精神症状、癫痫及运动感觉障碍等，并危及生命。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，并须满足下列至少一项条件：

1. 实际实施了开颅进行的脑肿瘤完全切除或部分切除的手术；
2. 实际实施了对脑肿瘤进行的放射治疗。

脑垂体瘤、脑囊肿、脑血管性疾病不在保障范围内。

（十）慢性肝功能衰竭失代偿期

指因慢性肝脏疾病导致肝功能衰竭。须满足下列全部条件：

1. 持续性黄疸；
2. 腹水；
3. 肝性脑病；
4. 充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。

因酗酒或药物滥用导致的肝功能衰竭不在保障范围内。

（十一）脑炎后遗症或脑膜炎后遗症

指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

1. 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
2. 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
3. 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

（十二）深度昏迷

指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级（Glasgow coma scale）结果为 5 分或 5 分以下，且已经持续使用呼吸机及其它生命维持系统 96 小时以上。

因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。

（十三）双耳失聪

指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆性丧失，在 500 赫兹、1000 赫兹和 2000 赫兹语音频率下，平均听阈大于 90 分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

本合同仅对被保险人 3 周岁以后出现症状的情况予以理赔。

（十四）双目失明

指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失，双眼中较好眼须满足下列至少一项条件：

1. 眼球缺失或摘除；
2. 矫正视力低于 0.02（采用国际标准视力表，如果使用其它视力表应进行换算）；
3. 视野半径小于 5 度。

本合同仅对被保险人 3 周岁以后出现症状的情况予以理赔。

（十五）瘫痪

指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体机能永久完全丧失。肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后或意外伤害发生 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意识活动。

（十六）心脏瓣膜手术

指为治疗心脏瓣膜疾病，实际实施了开胸进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

（十七）严重阿尔茨海默病

指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

神经官能症和精神疾病不在保障范围内。

（十八）严重脑损伤

指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫

描（PET）等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤 180 天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

1. 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
2. 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
3. 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

（十九）严重帕金森病

是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为震颤麻痹、共济失调等。须满足下列全部条件：

1. 药物治疗无法控制病情；
2. 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

继发性帕金森综合征不在保障范围内。

（二十）严重Ⅲ度烧伤

指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤的面积达到全身体表面积的 20%或 20%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

（二十一）严重原发性肺动脉高压

指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级Ⅳ级，且静息状态下肺动脉平均压超过 30mmHg。

（二十二）严重运动神经元病

是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症。须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上的条件。

本合同仅对 60 周岁以下的被保险人予以理赔。

（二十三）语言能力丧失

指因疾病或意外伤害导致完全丧失语言能力，经过积极治疗至少 12 个月（声带完全切除不受此时间限制），仍无法通过现有医疗手段恢复。

精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。

本合同仅对被保险人 3 周岁以后出现症状的情况予以理赔。先天性失聪导致的语言能力丧失不在本合同保障范围内。

（二十四）重型再生障碍性贫血

指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少。须满足下列全部条件：

1. 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断；
2. 外周血象须具备以下三项条件：
 - (1) 中性粒细胞绝对值 $\leq 0.5 \times 10^9/L$ ；
 - (2) 网织红细胞 $< 1\%$ ；
 - (3) 血小板绝对值 $\leq 20 \times 10^9/L$ 。

(二十五) 主动脉手术

指为治疗主动脉疾病，实际实施了开胸或开腹进行的切除、置换、修补病损主动脉血管的手术。主动脉指胸主动脉和腹主动脉，不包括胸主动脉和腹主动脉的分支血管。

动脉内血管成形术不在保障范围内。

(二十六) 严重肺结节病

结节病是一种原因未明的慢性肉芽肿病，可侵犯全身多个器官，以肺和淋巴结受累最为常见。严重肺结节病表现为肺的广泛纤维化导致慢性呼吸功能衰竭。须满足下列所有条件：

1. 肺结节病的 X 线分期为 IV 期，即广泛肺纤维化；
2. 永久不可逆性的慢性呼吸功能衰竭，临床持续 180 天动脉血氧分压(PaO₂) $< 50\text{mmHg}$ 和动脉血氧饱和度 (SaO₂) $< 80\%$ 。

(二十七) 多发性硬化

多发性硬化为中枢神经系统白质多灶性脱髓鞘病变，病变有时累及灰质。多发性硬化必须明确诊断并由核磁共振 (MRI) 等影像学检验证实，而且已经造成永久的神经系统功能损害，导致被保险人持续 180 天无法独立完成下列基本日常生活活动之一：

1. 移动：自己从一个房间到另一个房间；
2. 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

(二十八) 侵蚀性葡萄胎 (或称恶性葡萄胎)

该类疾病是指异常增生的绒毛组织浸润性生长侵入子宫肌层或转移至其他器官或组织的葡萄胎，并已经进行化疗或手术治疗的。

(二十九) 严重全身性重症肌无力

重症肌无力是一种神经肌肉接头传递障碍所致的疾病，表现为局部或全身骨骼肌 (特别是眼外肌) 极易疲劳。疾病可以累及呼吸肌、上肢或下肢的近端肌群或全身肌肉，须满足下列全部条件：

1. 经药物治疗和胸腺切除治疗一年以上仍无法控制病情；

2. 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

（三十）严重冠心病

指经冠状动脉造影检查结果明确诊断为三支主要血管严重狭窄性病变（至少一支血管管腔直径减少 75%以上和其他两支血管管腔直径减少 60%以上）。冠状动脉的主要血管指左冠状动脉主干、前降支、左旋支及右冠状动脉。

前降支、左旋支及右冠状动脉的分支血管的狭窄不作为本保障的衡量指标。

（三十一）原发性心肌病

指因原发性心肌病导致慢性心功能损害造成永久不可逆性的心功能衰竭。心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会心功能分级状态分级Ⅳ级并至少持续 180 天。必须由心脏专科医生（释义十八）确诊，并有包括超声心动图在内的相关检查证实。被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

继发于全身性疾病或者其他器官系统疾病及酗酒或滥用药物引起的心肌病不在保障范围内。

（三十二）系统性红斑狼疮一（并发）Ⅲ型或以上狼疮性肾炎

指累及肾脏的系统性红斑狼疮，须经肾脏活检确认，符合 WHO 诊断标准定义的Ⅲ型或者Ⅲ型以上，并且临床出现肾功能衰竭达到尿毒症期。须经本社认可医院的风湿科专科医生明确诊断。

其他类型的红斑性狼疮，如盘状狼疮、仅累及血液及关节的狼疮不在保障范围内。

世界卫生组织(WHO) 狼疮性肾炎分型：

I 型	微小病变型
II 型	系膜病变型
III型	局灶及节段增生型
IV型	弥漫增生型
V 型	膜型
VI型	肾小球硬化型

（三十三）因职业关系导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

被保险人在其常规职业工作过程中遭遇外伤，或者职业需要处理血液或者其他体液时感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）。须满足下列全部条件：

1. 感染必须是在被保险人正在从事其职业工作中发生，该职业必须属于以下列表内的职业；

2. 必须提供被保险人在所报事故发生后的 5 天以内进行的检查报告，该报告必须显示被保险人血液 HIV 病毒阴性和/或 HIV 抗体阴性；

3. 必须在事故发生后的6个月内证实被保险人体内存在HIV病毒或者HIV抗体，即血液HIV病毒阳性和/或HIV抗体阳性。

职业限制如下所示：

医生和牙科医生	护士
实验室工作人员	医院护工
医生助理和牙医助理	救护车工作人员
助产士	消防队员
警察	狱警

本疾病不受本合同责任免除中关于“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间”的限制。

（三十四）经输血导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

被保险人感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）并且满足下列全部条件：

1. 在本合同生效日或最后复效日（以较迟者为准）后因输血而感染HIV；
2. 提供输血治疗的输血中心或医院出具该项输血感染属医疗责任事故的报告，或者法院终审裁判为医疗责任；
3. 受感染的被保险人不是血友病患者。

在任何治愈艾滋病（AIDS）或阻止HIV病毒作用的疗法被发现以后，或能防止AIDS发生的医疗方法被研究出来以后，本保障将不再予以赔付。

任何因其他传播方式（包括但不限于性传播或静脉注射毒品）导致的HIV感染不在保障范围内。本社拥有获得使用被保险人的所有血液样本的权利和能够对这些样本进行独立检验的权利。

本疾病不受本合同责任免除中关于“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间”的限制。

（三十五）严重克隆病（严重克罗恩病）

克隆病是一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克隆病病理组织学变化。诊断必须由病理检查结果证实。被保险人所患的克隆病必须已经造成瘻管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

（三十六）严重溃疡性结肠炎

指伴有致命性电解质紊乱的急性暴发性溃疡性结肠炎，病变累及全结肠，表现为严重的血便和系统性症状体征，治疗通常采取全结肠切除和回肠造瘻术。溃疡性结肠炎必须根据组织病理学特点诊断，并且被保险人已经实际实施了结肠切除和回肠造瘻术。

（三十七）I型糖尿病

严重的 I 型糖尿病为由于胰岛素分泌绝对不足引起的慢性血糖升高，且已经持续性地依赖外源性胰岛素维持 180 天以上。须经血胰岛素测定、血 C 肽测定或尿 C 肽测定，结果异常，并由内分泌科专科医生明确诊断。并须在本合同保险期间内，满足下述至少 1 个条件：

- (1) 已出现增殖性视网膜病变；
- (2) 须植入心脏起搏器治疗心脏病；
- (3) 因坏疽需切除至少一个脚趾。

(三十八) 肺源性心脏病

指被保险人因慢性肺部疾病导致慢性肺源性心脏病并且引起慢性心功能损害造成永久不可逆性的心功能衰竭。心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能 IV 级。被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

(三十九) 持续植物人状态

指大脑和/或脑干严重损害导致完全永久性的对自身和环境的意识丧失和中枢神经系统功能丧失，仅残存植物神经功能的疾病状态。必须经神经科医生确诊并且具有严重脑损害的证据。

植物人状态必须持续 30 天以上方可申请理赔。

(四十) 严重类风湿性关节炎

指广泛分布的慢性进行性多关节病变，表现为关节严重变形，侵犯至少三个主要关节（腕关节、肘关节、肩关节、踝关节、膝关节、髋关节）或关节组（如手的多个指间、掌指关节，足的多个足趾、跖趾关节等）。类风湿性关节炎须明确诊断，并已达到类风湿性关节炎功能活动分级（注）IV 级的永久不可逆性关节功能障碍，且须满足下列全部条件：

1. 晨僵；
2. 对称性关节炎；
3. 类风湿性皮下结节；
4. 类风湿因子滴度升高；
5. X 线显示严重的关节（软骨和骨）破坏和关节畸形。

注：类风湿性关节炎功能活动分级：

1. I 级：关节功能完整，一般活动无障碍。
2. II 级：有关节不适或障碍，但尚能完成一半活动。
3. III 级：功能活动明显受限，但大部分生活可自理。
4. IV 级：生活不能自理或卧床。

(四十一) 非阿尔茨海默病所致严重痴呆

指因阿尔茨海默病以外的脑的器质性疾​​病造成脑功能衰竭导致永久不可逆性的严重痴呆，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退。被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，日常生活必须持续受到他人监护。导致痴呆的疾病必须明确诊断，并且有完整的临床、实验室和影像学检查结果证实。

神经官能症，精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在保障范围内。

（四十二）严重坏死性筋膜炎

严重坏死性筋膜炎的诊断须同时符合下列要求：

1. 符合坏死性筋膜炎的一般临床表现；
2. 细菌培养检出致病菌；
3. 出现广泛性肌肉及软组织坏死，并导致身体受影响部位的功能永久不可逆性丧失。

（四十三）急性肺损伤（ALI）或急性呼吸窘迫综合征（ARDS）

一种表现为无心脏衰竭的肺水肿，为创伤、服毒血症等临床多种疾病的并发症，造成多器官衰竭，死亡率高。急性肺损伤或急性呼吸窘迫综合征必须由呼吸系统专科医师诊断，并有所有以下临床证据支持。

1. 急性发作（原发疾病起病后 6 至 72 小时）；
2. 急性发作的临床症状体征，包括呼吸急促、呼吸困难、心动过速、大汗、面色苍白及辅助呼吸肌活动加强（点头呼吸、提肩呼吸）；
3. 肺浸润影；
4. PaO₂/FiO₂（动脉血氧分压/吸入氧分数值）低于 200mmHg；
5. 肺动脉嵌入压低于 18mmHg，临床无左房高压表现。

（四十四）头臂动脉型多发性大动脉炎旁路移植手术

多发性大动脉炎（高安氏动脉炎）是一种发生在主动脉和其主要分支的慢性炎症性动脉疾病，表现为受累动脉狭窄或闭塞。头臂动脉型多发性大动脉炎是指多发性大动脉炎头臂动脉型（I 型），又称为无脉症。被保险人被明确诊断为头臂动脉型多发性大动脉炎并且实际被实施了经胸部切开进行的无名动脉（头臂干）、颈总动脉、锁骨下动脉旁路移植手术。

非开胸的血管旁路移植手术、因其他病因而进行的旁路移植手术，对其他动脉进行的旁路移植手术，经皮经导管进行的血管内手术不在本合同保障范围内。

（四十五）系统性硬化病（硬皮病）

指一种以局限性或者弥漫性皮肤增厚和皮肤、血管、内脏器官异常纤维化为特征的结缔组织病。本病须经专科医师明确诊断，并须满足下列至少一项条件：

1. 肺脏：肺部病变进而发展为肺间质纤维化和肺动脉高压；
2. 心脏：心功能受损达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级；

3. 肾脏：肾脏受损导致双肾功能慢性不可逆衰竭，达到尿毒症期。

下列疾病不在保障范围内：

- (1) 局限硬皮病；
- (2) 嗜酸细胞筋膜炎；
- (3) CREST 综合征。

(四十六) 丝虫病所致象皮肿

指末期丝虫病，按国际淋巴学会分级为三度淋巴水肿，其临床表现为肢体非凹陷性水肿伴畸形增大、硬皮症和疣状增生。须经本社认可医院的专科医生根据临床表现和微丝蚴的化验结果确诊。

(四十七) 胰腺移植术

指因胰腺功能衰竭，已经实施了在全身麻醉下进行的胰腺的异体器官移植手术（供体必须是人体器官）

单纯胰岛移植、部分胰腺组织或细胞的移植不在保障范围内。

(四十八) 急性出血坏死性胰腺炎开腹手术

指由本社认可医院的专科医生确诊为急性出血坏死性胰腺炎，并实际实施了外科开腹手术治疗，以进行坏死组织清除、坏死病灶切除或者胰腺切除。

因饮酒所致的急性出血坏死性胰腺炎或者经腹腔镜手术进行的治疗不在保障范围内。

(四十九) 严重慢性复发性胰腺炎

指慢性反复发作的胰腺炎症导致胰腺的广泛纤维化、坏死、弥漫性钙化及假性囊肿形成，造成胰腺功能障碍出现严重糖尿病和营养不良。须满足以下所有条件：

1. CT 显示胰腺广泛钙化或逆行胰胆管造影（ERCP）显示胰管扭曲、扩张和狭窄；

2. 接受胰岛素替代治疗和酶替代治疗 180 天以上。

酒精导致的慢性复发性胰腺炎不在保障范围内。

(五十) 克-雅氏病（CJD、人类疯牛病）

CJD 是一种传染性海绵状脑病，临床表现为快速进行性痴呆、肌阵挛和特征性脑电图变化。本病须经三级医院的专科医生根据 WHO 诊断标准明确诊断，并且被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

CJD 疑似病例不在本保障范围内。

(五十一) 严重肾髓质囊性病

严重肾髓质囊性病的诊断须同时符合下列要求：

1. 肾髓质有囊肿、肾小管萎缩及间质纤维化等病理改变；
2. 贫血、多尿及肾功能衰竭等临床表现；
3. 诊断须由肾组织活检确定。

（五十二）严重的原发性硬化性胆管炎

指一种胆汁淤积综合征，其特征是肝内、肝外胆道因纤维化性炎症逐渐狭窄，并最终导致完全阻塞而发展为肝硬化。本病须经内镜逆行胰胆管造影等影像学检查证实，并须满足下列全部条件：

1. 总胆红素和直接胆红素同时升高，血清 ALP > 200U/L；
2. 持续性黄疸病史；
3. 出现胆汁性肝硬化或门脉高压。

因肿瘤或胆管损伤等继发性的硬化性胆管炎不在保障范围内。

（五十三）特发性慢性肾上腺皮质功能减退

指自身免疫性肾上腺炎（既往称：特发性肾上腺皮质萎缩）导致肾上腺萎缩和慢性肾上腺皮质功能减退。须满足下列全部条件：

1. 明确诊断，符合所有以下诊断标准；

（1）血浆促肾上腺皮质激素 (ACTH) 水平测定大于 100pg/ml；

（2）血浆和尿游离皮质醇及尿 17 羟皮质类固醇、17 酮皮质类固醇测定、血浆肾素活性、血管紧张素 II 和醛固酮测定，显示为原发性肾上腺皮质功能减退症；

（3）促肾上腺皮质激素 (ACTH) 刺激试验显示为原发性肾上腺皮质功能减退症。

2. 已经采用皮质类固醇替代治疗 180 天以上。

肾上腺结核、HIV 感染或艾滋病、感染、肿瘤所致的原发性肾上腺皮质功能减退和继发性肾上腺皮质功能减退不在保障范围内。

（五十四）溶血性链球菌引起的坏疽

指包围肢体或者躯干的浅筋膜或者深筋膜受到溶血性链球菌的感染，病情在短时间内急剧恶化，且已经立刻进行了手术及清创术。最后的诊断必须由微生物或者病理学专家进行相关检查后证实。

（五十五）开颅手术（含破裂脑动脉瘤夹闭手术）

指因外伤、颅内肿瘤或脑动脉瘤破裂，被保险人实际接受了在全麻下进行的颅骨切开手术，以清除脑内血肿、切除肿瘤或夹闭破裂动脉瘤的手术治疗。

颅骨打孔手术、硬膜下血肿清除术、硬膜外血肿清除、未破裂动脉瘤预防性手术、动脉瘤栓塞手术、血管内手术、颅骨切开或切除减压术、脑积水脑脊液分流手术、经蝶骨肿瘤切除术及其他原因的开颅手术不在保障范围内。

（五十六）严重肌营养不良症

由专科医师确认的诊断 Duchenne, Becker, 或 Limb Girdle 肌营养不良症（所有其他类型的肌营养不良症均不在保障范围内），已进行了至少 90 天的治疗，并提供肌肉活检和血 CPK 检测证实。

该疾病须导致被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，或者导致被保险人永久性的卧床，没有外部帮助无法起床。

本疾病不受本合同责任免除中关于“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（五十七）心肌炎导致的严重心功能衰竭

指被保险人因严重心肌炎症性病导致心功能损害造成持续的永久不可逆性的心功能衰竭。须满足下列所有条件：

1. 心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能 IV 级，或左室射血分数低于 30%；
2. 持续不间断 180 天以上；
3. 被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

（五十八）肝豆状核变性（或称 Wilson 病）

指一种常染色体隐性遗传的铜代谢缺陷病，以不同程度的肝细胞损害、脑退行性病变更和角膜边缘有铜盐沉着环为其临床特征，并须满足下列全部条件：

1. 典型症状；
2. 角膜色素环（K-F 环）；
3. 血清铜和血清铜蓝蛋白降低，尿铜增加；
4. 经皮做肝脏活检来定量分析肝脏铜的含量。

本疾病不受本合同责任免除中关于“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（五十九）亚历山大病

亚历山大病（Alexander's Disease）是一种遗传性中枢神经系统退行性病变更，特点为脑白质营养不良性。临床表现为惊厥发作、智力下降、球麻痹、共济失调、痉挛性瘫痪。亚历山大病必须被明确诊断，并且造成永久性神经系统功能障碍。被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，日常生活必须持续接受他人护理。

未明确诊断的疑似病例不在保障范围内。

本疾病不受本合同责任免除中关于“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（六十）主动脉夹层动脉瘤

指主动脉的内膜破裂导致血液流入主动脉壁中形成夹层动脉瘤。主动脉指胸主动脉及腹主动脉而非其旁支。诊断必须由专科医生通过检验结果证实，检查包括超声心动图、数字减影血管造影，磁共振扫描及磁共振血管造影或心导管检查的证明，并有必要进行紧急修补手术。

(六十一) 嗜铬细胞瘤

是指肾上腺或嗜铬外组织出现神经内分泌肿瘤，并分泌过多的儿茶酚胺类，实际实施了手术以切除肿瘤。嗜铬细胞瘤的诊断必须由内分泌专科医生确定。

(六十二) 进行性核上性麻痹

进行性核上性麻痹（PSP）又称 Steele-Richardson-Olszewski 综合征，是一种少见的神经系统变性疾病，以假球麻痹、垂直性核上性眼肌麻痹、锥体外系肌僵直、步态共济失调和轻度痴呆为主要临床特征。

PSP 必须由三级甲等医院的神经内科专科医生确诊，并且被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(六十三) 严重幼年型类风湿关节炎

幼年型类风湿关节炎是一种儿童期发病的慢性关节炎，其特点为在高热和系统性病征出现数月后发生关节炎。

本保单仅对实际被实施了膝关节或髋关节置换手术治疗的严重的幼年型类风湿关节炎予以理赔。

(六十四) 严重肠道疾病并发症

严重肠道疾病导致小肠损害并发症，须满足以下所有条件：

1. 至少切除了三分之二小肠；
2. 完全肠外营养支持 90 天以上。

(六十五) 严重瑞氏综合征

瑞氏综合征（Reye 综合征）是线粒体功能障碍性疾病。导致脂肪代谢障碍，引起短链脂肪酸、血氨升高，造成脑水肿。主要临床表现为急性发热、反复呕吐、惊厥及意识障碍等等。肝脏活检是确诊的重要手段。瑞氏综合征需由三级医院的专科医生确诊，**并满足下列所有条件：**

1. 有脑水肿和颅内压升高的脑脊液检查和影像学检查证据；
2. 血氨超过正常值的 3 倍；
3. 临床出现昏迷，病程至少达到疾病分期第 3 期。

(六十六) 严重自身免疫性肝炎

自身免疫性肝炎是一种原因不明的慢性肝脏的坏死性炎性疾病，机体免疫机制被破坏，产生针对肝脏自身抗原的抗体导致自身免疫反应，从而破坏肝细胞造成肝脏炎症坏死，进而发展为肝硬化。

须满足所有以下条件：

1. 高 γ 球蛋白血症；
2. 血液中存在高水平的自身免疫抗体，如 ANA（抗核抗体）、SMA（抗平滑肌抗体）、抗 LKM1 抗体或抗-SLA/LP 抗体；
3. 肝脏活检证实免疫性肝炎；
4. 临床已经出现腹水、食道静脉曲张和脾肿大等肝硬化表现。

（六十七）Ⅲ度房室传导阻滞

指心房激动在房室交界区、房室束及其分支内发生阻滞，不能正常地传到心室的传导性心脏病，须满足下列所有条件：

1. 心电图显示房室搏动彼此独立，心室率 <40 次/分钟；
2. 出现阿-斯综合征或心力衰竭的表现；
3. 必须持续性依赖心脏起搏器维持心脏正常功能，且已经放置心脏起搏器。

（六十八）细菌性脑脊髓膜炎导致的永久性神经损害

指因脑膜炎双球菌感染引起脑脊髓膜化脓性病变，且导致永久性神经损害，持续 90 天以上，并且脑脊液检查显示脑膜炎双球菌阳性。永久性神经损害是指由细菌性脑脊髓膜炎引起的耳聋、失明、动眼神经麻痹、瘫痪、脑积水的损害，且上述症状持续 180 天以上仍无改善迹象。

（六十九）严重感染性心内膜炎

因感染性微生物引致的的心脏内膜炎症，并满足下列全部条件：

1. 以下方法之一检查结果为阳性，证实存在感染性微生物：
 - （1）经培养或者组织检查证实赘生物或者心脏内脓疡有微生物；
 - （2）组织检查证实赘生物或者心脏内脓疡有活动性心内膜炎；
 - （3）分别两次血液培养证实有微生物，且与心内膜炎符合。
2. 出现明显的心功能障碍，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级Ⅳ级。

药物滥用者所患感染性心内膜炎不在保障范围内。

（七十）严重骨髓异常增生综合征

骨髓增生异常综合征是起源于造血干细胞的一组骨髓克隆增生异常的疾病，表现为无效造血、难治性血细胞减少，有转化为急性髓系白血病的风险。被保险人根据外周血和骨髓活检被明确诊断为骨髓增生异常综合征，并须满足下列全部条件：

1. FAB 分类为难治性贫血伴原始细胞增多（RAEB）；
2. 根据“骨髓增生异常综合征修订国际预后积分系统（IPSS-R）”积分 ≥ 3 ，属于中危及以上组。

（七十一）心脏粘液瘤切除手术

指为了治疗心脏粘液瘤，实际被实施了开胸心脏粘液瘤切除手术。

经导管介入手术治疗不在本合同保障范围内。

（七十二）溶血性尿毒综合征

一种由于感染导致的急性综合征，引起红细胞溶血，肾功能衰竭及尿毒症。溶血尿毒综合征必须由血液和肾脏专科医师诊断，并且满足下列所有条件：

1. 实验室检查确认有溶血性贫血、血尿、尿毒症、血小板减少性紫癜；
2. 因肾脏功能衰竭实际实施了肾脏透析治疗。

任何非因感染导致的溶血性贫血，如：自身免疫性溶血性贫血、与红细胞膜缺陷有关的溶血性贫血、红细胞酶病、血红蛋白病等，不在保障范围内。

（七十三）肺淋巴管肌瘤病

是一种弥漫性肺部疾病，主要病理改变为肺间质、支气管、血管和淋巴管内出现未成熟的平滑肌异常增生，须满足下列全部条件：

1. 经组织病理学诊断；
2. 计算机断层扫描（CT）显示双肺弥漫性囊性改变；
3. 血气提示低氧血症。

疑似肺淋巴管肌瘤病除外。

（七十四）肺泡蛋白质沉积症

指肺泡和细支气管腔内充满不可溶性富磷脂蛋白的疾病，胸部 X 线呈双肺弥漫性肺部磨玻璃影，病理学检查肺泡内充满有过碘酸雪夫（PAS）染色阳性的蛋白样物质，本病必须由专科医生确诊，并且实际实施了肺灌洗治疗。

（七十五）小肠移植

指因疾病或外伤导致严重小肠损害不得不切除三分之二以上肠段，为了维持生理功能的需要已经实际实施了小肠的同种（人类）异体器官移植手术。

（七十六）疾病或外伤所致智力障碍

指因严重头部创伤或者疾病造成智力低于常态，智力商数（IQ）不高于 70。须满足下列全部条件：

1. 造成智力低常的严重头部创伤或者疾病发生在 6 周岁以后（以入院日期为准）；
2. 由本社认可的专科医生确诊由于严重头部创伤或者疾病造成智力低常；
3. 由本社认可的专合格心理检测工作者根据年龄采用对应的智力量表检测证实智力低常，心理测验工作者必须持有心理测量专业委员会资格认定书；
4. 智力低常自确认之日起持续 180 天以上。

（七十七）Brugada 综合征

被保险人必须由三级医院心脏专科医生明确诊断为 Brugada 综合征，并且满足下列所有条件：

1. 有晕厥或心脏骤停病史，并提供完整的诊疗记录；
2. 心电图有典型的 I 型 Brugada 波；
3. 已经安装了永久性心脏起搏器。

（七十八）严重面部烧伤

指烧伤程度为 III 度，且 III 度烧伤的面积达到面部表面积的 80% 或 80% 以上。

（七十九）亚急性硬化性全脑炎

是由麻疹或麻疹样病毒所致的一种中枢神经系统慢病毒感染。中枢神经系统呈现灰质和白质破坏为特征的慢性和急性混合存在的炎症。须满足下列所有条件：

1. 必须由三级医院诊断，临床检查证实脑电图存在周期性复合波、脑脊液 γ -球蛋白升高、脑脊液和血清中麻疹抗体滴定度升高；
2. 被保险人出现运动障碍，永久不可逆丧失自主生活能力，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

（八十）脊髓小脑变性症

该病是一组以小脑萎缩和共济失调为主要临床特点的与遗传有关的疾病。须满足下列所有条件：

1. 脊髓小脑变性症必须由三级医院诊断，并有下列所有证据支持：
 - （1）影像学检查证实存在小脑萎缩；
 - （2）临床表现存在共济失调、语言障碍和肌张力异常。
2. 被保险人运动功能严重障碍，自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

本疾病不受本合同责任免除中关于“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（八十一）进行性多灶性白质脑病

是一种亚急性脱髓鞘脑病，常常发生于免疫缺陷病人。须满足下列所有条件：

1. 根据脑组织活检确诊；
2. 永久不可逆丧失自主生活能力，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

（八十二）埃博拉病毒感染

指埃博拉病毒感染导致的急性出血性传染病。必须经国家认可的有合法资质的传染病专家确诊并且上报国家疾病预防控制中心接受了隔离和治疗，须满足下列全部条件：

1. 实验室检查证据证实存在埃博拉病毒感染；
2. 存在广泛出血的临床表现；
3. 病程持续 30 天以上。

单纯实验室诊断但没有临床出血表现的或者在确诊之前已经身故的不在保障范围内。

（八十三）终末期肺病

指因患有终末期肺病而出现慢性呼吸功能衰竭。须满足下列全部条件：

1. 肺功能测试第一秒末用力呼气量（FEV1）持续低于 0.75 升；
2. 因缺氧必须持续地进行输氧治疗；
3. 动脉血气分析氧分压低于 55mmHg。

（八十四）横贯性脊髓炎后遗症

脊髓炎是一种炎症性脊髓疾病。横贯性脊髓炎是指炎症扩展横贯整个脊髓，表现为运动障碍、感觉障碍和自主神经功能障碍。横断性脊髓炎必须明确诊断，并且已经造成永久不可逆的神经系统功能损害。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续 180 天无法独立完成下列任何一项基本日常生活活动：

1. 移动：自己从一个房间到另一个房间；
2. 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

（八十五）重症手足口病

手足口病是由肠道病毒引起的急性传染病，主要症状表现为手、足、口腔等部位的斑丘疹、疱疹。

重症手足口病指诊断为手足口病，且满足下列所有条件：

1. 病原学检查确诊为手足口病；
2. 伴有所列危重并发症之一：脑膜炎、脑炎、脑脊髓炎、肺水肿或心脏衰竭；
3. 接受了住院治疗。

（八十六）脊髓空洞症

为慢性进行性的脊髓变性性疾病，其特征为脊髓内空洞形成。表现为感觉异常、肌萎缩及神经营养障碍。脊髓空洞症累及延髓的称为延髓空洞症，表现为延髓麻痹。脊髓空洞症必须明确诊断并且造成永久不可逆的神经系统功能障碍，存在持续至少 180 天以上的神经系统功能缺失并满足下列条件之一：

1. 延髓麻痹呈现显著舌肌萎缩、构音困难和吞咽困难；
2. 双手萎缩呈“爪形手”，肌力 2 级或以下。

（八十七）脊髓内肿瘤

指脊髓内良性或恶性肿瘤。肿瘤造成脊髓损害导致瘫痪。须满足下列所有条件：

1. 被保险人实际实施了肿瘤切除的手术治疗；

2. 手术 180 天后遗留下列神经系统损害，无法独立完成下列基本日常生活活动之一：

(1) 移动：自己从一个房间到另一个房间；

(2) 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

非脊髓内的其他椎管内肿瘤、脊柱肿瘤、神经纤维瘤不在保障范围内。

(八十八) 弥漫性血管内凝血

指血液凝固系统和纤溶系统的过度活动导致微血管血栓形成、血小板及凝血因子耗竭和严重出血，须经本社认可医院的专科医生明确诊断，并且已经达到临床分期的中期（消耗性低凝期）或者后期（继发性纤溶亢进期），需要输注血浆和浓缩血小板进行治疗。

(八十九) 严重出血性登革热

是由登革热病毒引起的急性传染病，为一种自限性疾病。本保单仅对严重的登革热给予保障，被保险人的登革热须满足下列所有条件：

1. 根据《登革热诊疗指南（2014 版）》诊断的确诊病例；

2. 出现下列一种或多种严重登革热的临床表现：

(1) 血浆渗漏致休克或胸腔积液伴呼吸困难；

(2) 严重出血：消化道出血、阴道大出血、颅内出血、肉眼血尿或皮下血肿（不包括皮下出血点）；

(3) 严重器官损害或衰竭：肝脏损伤(ALT 或 AST>1000IU/L)、ARDS（急性呼吸窘迫综合征、急性心功能衰竭、急性肾功能衰竭、脑病。

(九十) 原发性骨髓纤维化

以骨髓纤维增生和髓外造血为特点，表现为进行性贫血、脾肿大、外周血幼稚细胞等。

被保险人须经由骨髓活检明确诊断为原发性骨髓纤维化，并满足下列所有条件且持续 180 天：

1. 血红蛋白<100g/L；

2. 白细胞计数>25×10⁹/L；

3. 外周血原始细胞≥1%；

4. 血小板计数<100×10⁹/L。

恶性肿瘤、中毒、放射线和感染所致的继发性骨髓纤维化不在保障范围内。

（九十一）失去一肢及一眼

被保险人因同一次意外伤害事件或疾病导致一肢体丧失和一眼视力丧失。须满足下列所有条件：

1. 一肢体丧失指任何一肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

2. 一眼视力丧失指一只眼视力永久不可逆性丧失，患眼须满足下列至少一项条件：

（1）眼球摘除；

（2）矫正视力低于 0.02（采用国际标准视力表，如果使用其它视力表应进行换算）；

（3）视野半径小于 5 度。

（九十二）严重脊髓灰质炎

指由于脊髓灰质炎病毒感染所致的瘫痪性疾病，临床表现为运动功能损害或呼吸无力。脊髓灰质炎必须明确诊断，且需提供脊髓灰质炎病毒检查的证据（如粪便或脑脊液检查，血液中抗体检查）。本合同仅对脊髓灰质炎造成的神经系统功能损害导致被保险人一肢或一肢以上肢体机能永久完全丧失的情况予以理赔。肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意识活动。

（九十三）多处臂丛神经根性撕脱

指由于疾病或意外导致至少两根臂丛神经根性撕脱，所造成的手臂感觉功能与运动功能完全永久性丧失。该病必须由保险人认可的医院的专科医生确诊，并且有完整的电生理检查结果证实。

（九十四）艾森门格综合征

指因心脏病导致的严重肺动脉高压及右向左分流。须由本社认可医院的心脏专科医生经超声心动图和心导管检查明确诊断，并须符合下列全部条件：

1. 平均肺动脉压高于或者等于 36mmHg；
2. 肺血管阻力高于 3mm/L/min（Wood 单位）；
3. 正常肺微血管楔压低于 15mmHg。

（九十五）器官移植原因导致 HIV 感染

因进行器官移植感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）并且根据 HIV 感染分类及 AIDS 诊断标准被确诊为艾滋病（AIDS）期。须满足下列全部条件：

1. 提供器官移植治疗的器官移植中心或者医院出具该项器官移植感染属医疗责任事故的报告，或者法院终审裁定为医疗责任；
2. 提供器官移植治疗的器官移植中心或者医院必须拥有合法经营执照。

在任何治愈艾滋病（AIDS）或阻止 HIV 病毒作用的疗法被发现以后，或能防止 AIDS 发生的医疗方法被研究出来以后，本合同对该病将不再予以赔付。

任何因其他传播方式（包括：性传播或者静脉注射毒品）导致的 HIV 感染不在保障范围内。本社拥有获得使用被保险人的所有血液样本的权利和能够对这些样本进行独立检验的权利。

本疾病不受本合同责任免除中关于“被保险人感染艾滋病病毒或者患艾滋病期间”的限制。

（九十六）席汉氏综合征

指因产后大出血并发休克、全身循环衰竭、弥漫性血管内凝血导致脑垂体缺血坏死和垂体分泌激素不足，造成性腺、甲状腺、肾上腺皮质功能减退。须满足下列所有条件：

1. 产后大出血休克病史；
2. 严重腺垂体功能破坏，破坏程度>95%；
3. 影像学检查显示脑垂体严重萎缩或消失；
4. 实验室检查显示：

（1）垂体前叶激素全面低下（包括生长激素、促甲状腺素、促肾上腺皮质激素、卵泡刺激素和黄体生成素）；和

（2）性激素、甲状腺素、肾上腺皮质激素全面低下。

5. 需要终身激素替代治疗以维持身体功能，持续服用各种替代激素超过一年。

垂体功能部分低下及其他原因所致垂体功能低下不在本合同保障范围内。

（九十七）严重强直性脊柱炎

指一种慢性全身性炎性疾病，主要侵犯脊柱导致脊柱畸形。强直性脊柱炎须由本社认可医院的医生明确诊断并且满足下列全部条件：

1. 有 X 片证实的双侧或者单侧骶髂关节炎；
2. 腰椎在前屈、侧屈和后伸的 3 个方向运动均受限严重；
3. 胸廓扩展范围小于 2.5cm；
4. 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或者三项以上。

（九十八）室壁瘤切除手术

被保险人被明确诊断为左室室壁瘤，并且实际被实施了开胸进行的室壁瘤切除手术治疗。

经导管心室内成型手术治疗不在本合同保障范围内。

（九十九）严重慢性缩窄性心包炎

由于慢性心包炎症导致心包脏层和壁层广泛瘢痕粘连、增厚和钙化，心包腔闭塞，形成一个纤维瘢痕外壳，使心脏和大血管根部受压，阻碍心脏的舒张。被保险人被明确诊断为慢性缩窄性心包炎且须满足下列全部条件：

1. 心功能衰竭达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级Ⅳ级，并持续 180 天以上；
2. 实际实施了开胸进行的心包剥脱或心包切除手术。

经胸腔镜、胸壁打孔进行的手术、心包粘连松解手术不在保障范围内。

（一百）严重心脏衰竭 CRT 心脏再同步治疗

指因缺血性心脏病或扩张性心肌病导致慢性严重心脏衰竭，被保险人实际接受了 CRT 治疗，以矫正心室收缩不协调和改善心脏功能。接受治疗之前须满足下列所有条件：

1. 心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能 III 级或 IV 级；
2. 左室射血分数低于 35%；
3. 左室舒张末期内径 \geq 55mm；
4. QRS 时间 \geq 130msec；
5. 药物治疗效果不佳，仍有症状。

以上“（一）恶性肿瘤”至“（二十五）主动脉手术”所列重大疾病定义根据中国保险行业协会 2007 年公布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范》做出，其他重大疾病由本社增加，其定义由本社根据通行的医学标准制定。

六、无合法有效驾驶证驾驶：被保险人存在下列情形之一者：

- （1）无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
- （2）驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- （3）实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
- （4）持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
- （5）使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；
- （6）依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

【无有效行驶证】 指下列情形之一：

- （1）机动车被依法注销登记的；

(2) 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动车辆；

(3) 未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动车辆。未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

【遗传性疾病】 指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。

【先天性畸形、变形或染色体异常】 指被保险人出生时具有的畸形、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。

【感染艾滋病病毒（HIV）或患艾滋病（AIDS）】 艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文缩写为 AIDS。在人体血液或其它样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

【症状】 是指当机体在病理生理或病理解剖学的基础上发生改变时，病人主观感觉到的异常感觉或不适感觉。

【体征】 是指医生给病人检查时发现的具有诊断意义的征候。

【保险金申请人】 指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

【周岁】 以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄，自出生之日起为 0 周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。

【未到期净保费】 未到期净保费=保险费×[1-(保险期间已经过天数/保险期间天数)]×(1-费用比例)，费用比例为 15%，经过天数不足一天的按一天计算，合同另有约定的除外。

【不可抗力】 指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

【发病】 是指出现重大疾病的前兆或异常的身体状况，或已经显现足以促使一般普通谨慎人士引起注意并寻求诊断、治疗或护理的病症。

【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。

（八）个人意外伤害相互保险计划

总 则

第一条 合同构成

本保险合同由保险单或其他保险凭证及所附条款、投保单、与本保险合同有关的投保文件、声明、批注、附贴批单、其他书面协议构成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 保险人

本保险合同的保险人为众惠财产相互保险社（以下简称“本社”）。

第三条 投保人

投保人应为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。

在本保险合同成立并生效以后，投保人即成为本社会员。

第四条 被保险人

凡身体健康、能正常生活的自然人，均可作为本保险合同的被保险人，合同另有约定的除外。

投保人不得为无民事行为能力人投保本保险，父母为其未成年子女投保的本保险，不受前款规定限制。对未成年人死亡给付的保险金总和不得超过国务院保险监督管理机构规定的限额。

第五条 受益人

本保险合同的受益人包括：

订立本保险合同时，被保险人或投保人可指定一人或数人为身故保险金受益人。身故保险金受益人为数人时，应确定其受益顺序和受益份额；未确定受益份额的，各身故保险金受益人按照相等份额享有受益权。投保人指定受益人时须经被保险人同意。

被保险人身故后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人的遗产，由保险人依照《中华人民共和国继承法》的规定履行给付保险金的义务：

- 1、没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；
- 2、受益人先于被保险人身故，没有其他受益人
- 3、受益人依法丧失受益权或者放弃受益权，没有其他受益人的。

受益人与被保险人在同一事件中身故，且不能确定身故先后顺序的，推定受益人身故在先。

受益人故意造成被保险人身故、伤残的，或者故意杀害被保险人未遂的，该受益人丧失受益权。

投保人为与其有劳动关系的劳动者投保人身保险，不得指定被保险人及其近亲属以外的人为受益人。

被保险人或投保人可以变更身故保险金受益人，但需书面通知保险人，由保险人在本保险合同上批注。对因身故保险金受益人变更发生的法律纠纷，保险人不承担任何责任。

投保人指定或变更身故保险金受益人的，应经被保险人书面同意。被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，应由其监护人指定或变更身故保险金受益人。

（二）伤残保险金受益人

除另有约定外，本保险合同的伤残保险金的受益人为被保险人本人。

会员

第六条 会员权利及义务

会员应当承认并遵守《众惠财产相互保险社章程》，按照章程规定，享有各项权利。

投保人成为本社会员后不得损害本社及其他会员利益。违反规定给本社及其他会员造成损失的，应当承担赔偿责任。

第七条 盈余分配

按照《众惠财产相互保险社章程》的规定，本社在弥补以前年度亏损、提取公积金以及偿债基金以后，向会员进行盈余分配。

本社偿付能力未达到监管要求时或未全部偿还初始运营资金借款利息前，本社不向会员分配盈余。

第八条 会员资格终止

会员出现以下行为时，经本社董事会办公室认定，会员资格终止：

- （一）保险合同效力中止；
- （二）保险合同终止；
- （三）滥用会员权利，损害本社或其他会员的合法权利；
- （四）《众惠财产相互保险社会员管理办法》规定的其他情形。

保险责任

第九条 在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害（释义一）事故导致身故、伤残的，保险人依照下列约定给付保险金，且给付各项保险金之和不超过保险金额。

（一）意外身故保险责任

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并自事故发生之日起 180 日内以该事故为直接且单独原因导致身故的，保险人按意外伤害保险金额给付身故保险金，对该被保险人的保险责任终止。

被保险人因遭受意外伤害事故且自该事故发生日起下落不明，后经人民法院宣告死亡的，保险人按意外伤害保险金额给付身故保险金。但若被保险人被宣告死亡后生还的，保险金受领人应于知道或应当知道被保险人生还后 30 日内退还保险人给付的身故保险金。

被保险人身故前保险人已给付第（二）款约定的伤残保险金的，身故保险金应扣除已给付的保险金。

（二）意外伤残保险责任

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并自该事故发生之日起 180 日内因该事故造成本保险合同所附《人身保险伤残评定标准》（释义二）（简称《伤残评定标准》）所列伤残之一的，保险人按该表所列给付比例乘以意外伤害保险金额给付伤残保险金。如第 180 日治疗仍未结束的，按当日的身体情况进行伤残鉴定，并据此给付伤残保险金。

1. 当同一保险事故造成两处或两处以上伤残时，应首先对各处伤残程度分别进行评定，如果几处伤残等级不同，以最重的伤残等级作为最终的评定结论；如果两处或两处以上伤残等级相同，伤残等级在原评定基础上最多晋升一级，最高晋升至第一级。同一部位和性质的伤残，不应采用《伤残评定标准》条文两条以上或者同一条文两次以上进行评定。

2. 被保险人如在本次意外伤害事故之前已有伤残，保险人按合并后的伤残程度在《伤残评定标准》中所对应的给付比例给付伤残保险金，但应扣除原有伤残程度在《伤残评定标准》所对应的伤残保险金。

在保险期间内，前述第（一）、（二）款下的保险金累计给付金额以保险单载明的意外伤害保险金额为限。

责任免除

第十条 原因除外

因下列情况之一，造成被保险人身故、伤残的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）投保人的故意行为；
- （二）被保险人自致伤害或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （三）因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
- （四）被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- （五）被保险人妊娠、流产、分娩；
- （六）被保险人疾病，包括但不限于高原反应、中暑（释义三）、猝死（释义四）；
- （七）被保险人接受整容手术及其他内、外科手术在内的任何医疗行为而造成的意外；
- （八）被保险人药物过敏或未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
- （九）非因意外伤害导致的细菌或病毒感染；
- （十）任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射。

第十一条 期间除外

被保险人在下列期间遭受伤害导致身故、伤残的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）战争、军事行动、暴动、武装叛乱或恐怖袭击期间；
- （二）被保险人受酒精、毒品、管制药物（即麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品）影响期间；

(三)被保险人非法搭乘交通工具或搭乘未经当地相关部门登记许可的交通工具期间；

(四)被保险人酒后驾驶(释义五)机动车、无合法有效驾驶证(释义六)或驾驶无有效行驶证(释义七)的机动车期间；

(五)被保险人从事潜水、跳伞、攀岩(释义八)、探险(释义九)、驾驶滑翔机或滑翔伞、武术、摔跤、特技、赛马、赛车、蹦极等高风险运动(释义十)和活动期间；

(六)被保险人患有艾滋病(AIDS)或感染艾滋病病毒(HIV 阳性)(释义十一)期间；

(七)被保险人存在精神和行为障碍(以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类(ICD-10)》)期间；

(八)被保险人从事违法、犯罪活动期间或者依法拘留、服刑、在逃期间；

(九)被保险人在中华人民共和国境外(包括香港、澳门、台湾地区)期间。

若由于本保险合同中责任免除的情形导致的被保险人身故的,保险人将退还投保人未到期净保费(释义十二)。

保险金额和保险费

第十二条 保险金额

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额由投保人、保险人双方约定,并在保险合同中载明。一经确定,在保险期间内不得变更。

保险期间

第十三条 保险期间由投保人和保险人协商确定,以保险单上载明的保险期间为准。

保险人义务

第十四条 签发保单义务

订立保险合同时,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保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款,保险人在订立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。

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 保险合同解除权行使期限

保险人依据第二十条所取得的保险合同解除权,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。自保险合同成立之日起超过二年的,保险人不得解除合同;发生保险事故的,保险人承担给付保险金责任。

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,保险人应当承担给付保险金责任。

第十六条 补充索赔证明和资料的通知

保险人认为保险金申请人（释义十三）提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。

第十七条 核定、赔付义务

保险人收到被保险人或受益人的给付保险金的请求后，应及时就是否属于保险责任做出核定，情形复杂的，保险人在收到保险金申请人的上述请求后 30 日内未能核定保险责任的，保险人与保险金申请人根据实际情形商议合理期间，保险人在商定的期间内做出核定结果并通知保险金申请人。

保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人，对属于保险责任的，保险人应在与保险金申请人达成有关给付保险金数额的协议后 10 日内，履行给付保险金义务；对不属于保险责任的，应当自做出核定之日起 3 日内向保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十八条 先行赔付义务

保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起 60 日内，对其给付保险金的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付保险金的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十九条 交费义务

投保人应当在保险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，对保险费交付前发生的保险事故，保险人不承担保险赔偿责任。

第二十条 如实告知义务

投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。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。

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。

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，不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，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，保险人应当承担给付保险金的责任。

第二十一条 职业或工种变更通知义务

被保险人变更职业或工种时，投保人或被保险人应在 10 日内以书面形式通知保险人。被保险人所变更的职业或工种，依照保险人职业分类其危险性减低的，保险人自接到通知后，自职业变更之日起，退还变更前职业或工种对应的保险

费差额；其危险性增加的，保险人在接到通知后，自职业变更之日起，增收变更前职业或工种对应的保险费差额。

被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人有权解除本保险合同。如保险人解除合同的，本保险合同自保险人接到通知之日的次日零时起终止，保险人退还未满期净保费。

第二十二条 住址或通讯地址变更通知义务

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，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达投保人。

第二十三条 变更批注

在保险期间内，投保人需变更合同其他内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

第二十四条 保险事故通知义务

投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。

投保人、被保险人或受益人故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任，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（释义十四）而导致的迟延。

保险金的申请与给付

第二十五条 保险金申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。保险金申请人未能提供有关材料，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。

（一）身故保险金申请

- （1）** 保险金给付申请书；
- （2）** 保险合同凭证；
- （3）** 保险金申请人的身份证明；
- （4）** 公安部门或医疗机构出具的被保险人死亡证明书；若被保险人为宣告死亡，保险金申请人应提供人民法院出具的宣告死亡证明文件；
- （5）** 被保险人的户籍注销证明；
- （6）** 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；
- （7）** 若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。

除提交上述材料外，保险金申请人申请身故保险金时，为确定事故原因，保险人有权要求由司法鉴定机构对事故原因进行鉴定，如进行尸体检验等。

(二) 伤残保险金申请

- (1) 保险金给付申请书；
- (2) 保险合同凭证；
- (3) 被保险人身份证明；
- (4) 二级以上（含二级）或保险人认可的医疗机构（释义十五）或司法鉴定机构出具的伤残鉴定诊断书；
- (5) 保险金申请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；
- (6) 若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。

第二十六条 保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

争议处理和法律适用

第二十七条 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，提交保险合同载明的仲裁机构仲裁；保险合同未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，当事人可依法向有管辖权的人民法院提起诉讼。

第二十八条 法律适用

与本保险合同有关的以及履行本保险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括港澳台地区法律）。

第二十九条 合法性保证

本保险合同约定与《中华人民共和国保险法》等法律规定相悖之处，以法律规定为准。本保险合同未尽事宜，以法律规定为准

保险合同的解除、终止

第三十条 合同解除

在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本合同的约定给付保险金的除外。

投保人解除本合同时，应提供下列证明文件和资料：

- (一) 保险合同解除申请书；
- (二) 保险合同凭证；
- (三) 保险费交付凭证；
- (四) 投保人身份证明。

投保人要求解除本合同，自保险人接到保险合同解除申请书之日次日零时起，本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还本合同的未满期净保险费。

第三十一条合同的自动终止

发生下列情形时，本合同自动终止：

- （一）保险合同期满；
- （二）被保险人身故；
- （三）因本合同其他条款所约定的情况而终止效力

释义

【意外伤害】 指以外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。

【《人身保险伤残评定标准》】 指中国保险行业协会发布的人身保险伤残程度评定与保险金给付比例标准，详见《关于印发〈人身保险伤残评定标准〉的通知》（中保协发【2013】88号）。

【中暑】 是指在高温环境下人体体温调节功能紊乱而引起的中枢神经系统和循环系统障碍为主要表现的急性疾病。

【猝死】 指由潜在疾病、身体机能障碍或其他非外来性原因所导致的、在出现急性症状后发生的突然死亡，以医院的诊断或者公安、司法机关的鉴定为准。

【酒后驾驶】 指经检测或鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

【无合法有效驾驶证】

被保险人存在下列情形之一者：

- （1）无驾驶证或驾驶证有效期已届/
- （2）驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- （3）实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
- （4）持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
- （5）使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；
- （6）依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

七、无有效行驶证

指下列情形之一：

- （1）机动车被依法注销登记的；
- （2）无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动车交通工具；

(3) 未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动交通工具。未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

【攀岩】 指攀岩悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山运动。

【探险】 指明知在某种特定的自然条件下有丢失生命或使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身其中的行为，如江河漂流、徒步穿越沙漠或人际罕至的原始森林等活动。

【高风险运动】 指比一般常规性的运动风险等级更高、更容易发生人身伤害的运动，在进行此类运动前需有充分的心理准备和行动上的准备，必须具备一般人不具备的相关知识和技能或者必须在接受专业人士提供的培训或训练之后方能掌握。被保险人进行此类运动时须具备相关防护措施或设施，以避免发生损失或减轻损失，包括但不限于潜水，滑水，滑雪，滑冰，驾驶或乘坐滑翔翼、滑翔伞，跳伞，攀岩运动，探险活动，武术比赛，摔跤比赛，柔道，空手道跆拳道，马术，拳击，特技表演，驾驶卡丁车，赛马，赛车，各种车辆表演，蹦极。

【艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV 阳性）】 艾滋病毒为人类免疫缺陷病毒，英文缩写 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文缩写为 AIDS。在人体血液或其他样本中检测到艾滋病病毒或其抗体为阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

【未到期净保费】 未到期净保费=净保费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]。经过天数不足一天的按一天计算。

【保险金申请人】 指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

【不可抗力】 指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

【认可的医疗机构】 是指在中国境内（不包括港、澳、台）经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或以上的公立医院或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构，但不包括主要作为门诊、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或相类似的医疗机构。同时该医院必须具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且提供 24 小时有合格医师及护士的医疗和护理等服务。

【净保费】 指不包含本社营业费用、佣金等其他费用的保险费。其计算公式为 保险费×（1-35%）。