

渤海财险

体检机构责任保险条款

(注册编号：C00009830912021093020493)

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。凡涉及本合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 凡在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）依法设立，有固定场所并取得《医疗机构执业许可证》的体检机构均可作为本合同的投保人与被保险人。

保险责任

第三条 在保险期间及保险合同载明的追溯期内，被保险人在保险合同列明的承保区域内提供与其执业范围相符的健康体检服务中，因医务人员的过失或疏忽而漏检、误检、错检，导致未能及时提示与本合同列明的重大疾病（一种或多种）直接相关的阳性症状、体征或影像学检查、实验室检查、电生理检查结果等，进而造成延误诊断、治疗的，体检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（不含香港、澳门、台湾地区法律，下同）应由被保险人承担的经济赔偿责任，保险人按照本合同的约定负责赔偿。

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）被保险人超出其《营业执照》或《医疗机构执业许可证》核定的经营范围、诊疗科目提供健康体检服务，或者无有效《营业执照》或《医疗机构执业许可证》期间提供健康体检服务；

（二）被保险人或其医务人员被吊销执业许可证或被取消执业资格，以及受停业、停职处分后仍继续进行健康体检工作；

（三）被保险人的医务人员在醉酒、吸毒或药剂麻醉状态下进行健康体检工作；

（四）体检者未按被保险人要求的体检注意事项完成相关体检项目；

（五）被保险人的血液抽取、运输、保存以及体检项目的各项操作不符合国家、地方有关规定。

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、重大过失或犯罪行为；

- (二) 战争、敌对行为、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；
- (四) 大气污染、土地污染、水污染及其他各种污染；
- (五) 既往症；
- (六) 行政行为或司法行为。

第七条 下列损失、费用和责任，保险人不负责赔偿：

- (一) 罚款、罚金及惩罚性赔偿；
- (二) 被保险人根据与体检者或其代表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；
- (三) 与被保险人存在关联关系的自然人或法人提出的赔偿请求；
- (四) 在保险期间开始之前已经向被保险人首次提出索赔的事故，或在保险期间开始之前被保险人已知晓或应合理地知晓可能提出索赔的事故；
- (五) 精神损害赔偿；
- (六) 间接损失；
- (七) 按照本保险合同载明的免赔率计算的免赔额。

第八条 根据本条款其他部分内容中的相关约定，保险人应不承担或免除保险责任的各种情形下的损失、费用或责任，或保险人有权予以扣除、减少的部分。

第九条 其他不属于保险责任范围内的损失、费用和责任，保险人不负责赔偿。

责任限额与免赔率

第十条 除另有约定外，责任限额包括累计责任限额、每次事故责任限额、累计法律费用责任限额、每次事故法律费用责任限额。

责任限额是保险人承担保险金责任的最高限额，由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

第十一条 按照本合同载明的免赔率计算的免赔额指在本合同保险期间内，应由被保险人自行承担，本合同不予给付的部分。每次事故免赔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。

保险费

第十三条 除另有约定外，投保人应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，保险合同不生效。

保险人义务

第十四条 订立本合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对本合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立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。

第十五条 本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十六条 保险人按照本合同的约定，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。

第十七条 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，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；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。

第十八条 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。

第十九条 保险人对在办理保险业务中知悉的投保人、被保险人的商业秘密及个人隐私，负有保密的义务。

投保人、被保险人义务

第二十条 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。

第二十一条 投保人应按照合同约定向保险人交纳保险费。

第二十二条 被保险人应严格遵守体检机构管理以及国家有关方面的规定，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。

投保人、被保险人未按照约定履行其对保险标的的安全应尽责任的，保险人有权要求增加保险费或者解除合同。

第二十三条 知道保险事故发生后，投保人、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，保险人不承担赔偿责任。**

第二十四条 被保险人收到受损害方的赔偿请求时，应立即通知保险人。**未经保险人书面同意，被保险人对受损害方及其代理人作出的任何承诺、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。**在诉讼或处理索赔过程中，保险人有权自行处理由其承担最终赔偿责任的任何诉讼或解决任何索赔案件，被保险人有义务向保险人提供其所能提供的资料和协助。

第二十五条 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) 索赔申请书；
- (三) 被保险人及相关责任医务人员的执业资格和执业证明；
- (四) 被保险人与相关责任医务人员的劳动关系证明；
- (五) 被保险人向卫生行政部门备案且仍有效的《健康体检项目目录》
- (六) 经国家批准或认可的医疗事故技术鉴定机构进行鉴定的，应提供医疗事故技术鉴定

书；经法院、仲裁机构或卫生行政部门依法判决、裁决、裁定或调解的，应提供判决书、裁定书、裁定书或调解书；

（七）索赔体检者的有效身份证明、体检报告原件以及重大疾病确诊证明原件等相关材料；

（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单证提供义务，导致保险人无法核实损失的，保险人对无法核实部分不承担赔偿责任。

赔偿处理

第二十七条 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损害方或其代理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。

第二十八条 被保险人对第三者依法应承担的经济赔偿责任确定的，根据被保险人的请求，保险人应当直接向第三者赔偿保险金。被保险人怠于请求的，第三者有权就其应获赔偿部分直接向保险人请求赔偿保险金。

被保险人依法应承担的经济赔偿责任，被保险人未向第三者赔偿的，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）对于每次事故造成的损失，保险人在每次事故责任限额内计算赔偿；
- （二）在依据本条第（一）项计算的基础上，保险人在扣除按本合同载明的每次事故免赔率计算的免赔额后进行赔偿；
- （三）在保险期间内，保险人对多次事故损失的累计赔偿金额不超过累计责任限额。

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方式另行计算赔偿：

- （一）保险人对每次事故法律费用的赔偿不超过每次事故法律费用责任限额；
- （二）在保险期间内，保险人对多次法律费用的赔偿不超过累计法律费用责任限额。

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，则本保险人按照本合同的累计赔偿限额与其他保险合同及本合同的累计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。

第三十二条 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。

第三十三条 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

第三十四条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；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。

第三十五条 本合同的争议处理适用中华人民共和国法律。

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。

第三十七条 投保人要求解除合同时，应提供下列证明和资料：

- （一）保险单或其他保险凭证；
- （二）保险费收据；
- （三）解除合同申请书；
- （四）投保人的身份证明。

第三十八条 本合同约定与《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。本合同未尽事宜，以法律规定为准。

释义

本合同涉及下列术语时，适用下列释义：

一、保险人：指渤海财产保险股份有限公司。

二、医务人员：本条款中是指在被保险人处从事体检相关工作，与被保险人具有劳动关系的具有一定医学知识和医疗技能，经卫生行政部门确认行医资格，直接从事诊疗护理工作的人员，包括医疗、预防、保健、中药和西药人员、护理人员、医技人员。

三、关联关系：指公司控股股东、实际控制人、董事、监事、高级管理人员与其直接或者间接控制的企业之间的关系，以及可能导致公司利益转移的其他关系。

但是，国家控股的企业之间不应因为同受国家控股而具有关联关系。

关联关系的关联方主要包括：控股股东；其他股东；控股股东以及其他股东控制或参股的企业；对控股股东及主要股东有实质影响的法人或自然人；发行人参与的合营企业；发行人参与的联营企业；主要投资个人、关键管理人员、核心技术人员或与上述关系密切的人士控制的其他企业；其他对发行人有实质影响的法人或自然人。

四、重大疾病：本合同所规定的重大疾病指被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病：

（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 T1 N0 M0 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）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。

（三）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，并须满足下列所有条件：

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。

（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。须满足下列所有条件：

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 $\leq 20 \times 10^9/L$ 。

（五）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。须满足下列所有条件：

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本合同保障范围内。

五、既往症：指在体检之前罹患的受检者已知或应该知道的有关疾病。包括但不限于以下情况：

- （一）体检之前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- （二）体检之前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；
- （三）体检之前发生，未经医生诊断和治疗，但症状或体征明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

六、每次事故：指针对单次体检服务导致的保险事故。

七、单次体检服务：指针对一个受检者提供的一次体检服务。

附录：短期费率表

短期费率按月比例或日比例计算，其中月比例短期费率表如下：

保险期间	一	二	三	四	五	六	七	八	九	十	十一	十二
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----

(月)												
年费率的 百分比 (%)	10	20	30	40	50	60	70	80	85	90	95	100

注：不足一个月的部分按一个月计算。