

购多份医疗险出险后如何给付 PDF转换可能丢失图片或格式
，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/46/2021_2022__E8_B4_AD_E5_A4_9A_E4_BB_BD_E5_c35_46263.htm 被保险人持有两份有效保险合同，在费用补偿原则的前提下，当然应该获得充分、合理、公平的理赔，这一原则不能因为投保人持有的两份保单来自同一家保险公司而改变。案例回放 2003年9月1日，高某为其8岁的儿子购买了2张某寿险公司的学生综合保障计划卡式保单，每张保单包含学生幼儿短期意外伤害保险（保险金额1万元）、附加学生幼儿定期寿险（保险金额5000元）和附加学生幼儿短期住院医疗保险（保险金额6万元），共缴纳保险费50元/张×2张=100元。2004年5月17日，被保险人因肺炎住院，花费医疗费用1426.97元，高某在其子出院后向保险公司提出了理赔申请。意见分歧保险公司在审核该案时，根据条款规定，剔除了其中不符合保单规定的治疗费11元、药费322.53元、床位费27元，拟对剩余医疗费用1066.44元进行理赔。但由于被保险人持有两份相同的保险合同，保险公司在处理该赔案时出现了分歧，有三种观点：第一种观点认为，保险公司的险种本身就是按份计算的，有的一份保险金额为1000元，有的为1万元，投保人虽然持有2张该卡式保险单，但也仅仅是保险份数即保险金额的增加而已。保险公司应根据条款规定，按照分级累进比例，给付 $1000 \times 55\% + 66.44 \times 65\% = 593.19$ 元。第二种观点认为，被保险人持有两份保险单，就应该按照费用补偿的原则，分别给予理赔计算，确定最后的给付金额，即对第一张保险单，保险公司应该给付 $1000 \times 55\% + 66.44 \times 65\% = 593.19$ 元。对第二张保险单

，保险公司还应该在第一张保单给付的基础上再次给付，应给付的保险金为 $(1066.44 - 593.19) \times 55\% = 473.25 \times 55\% = 260.29$ 元，这样，保险公司总共应该向被保险人给付保险金为 $593.19 + 260.29 = 853.48$ 元，而不是原先的593.19元。第三种观点认为，被保险人购买两份保险单，对第一份保险单，应该给付 $1000 \times 55\% + 66.44 \times 65\% = 593.19$ 元没有异议，对第二张保单，也应该给付 $1000 \times 55\% + 66.44 \times 65\% = 593.19$ 元，两者合计应该是1186.38元，由于其实际发生的合理的医疗费用为1066.44元，按照费用补偿原则，保险公司总共应该向被保险人给付1066.44元。本人观点本人同意第三种观点。目前，保险公司的所有险种大都是按照份数来设计的，购买不同份数的保险，由于支付的保险费的不同而享受不同的风险保障，这符合公平、诚信的原则。这种公平不仅仅应体现在不同的风险损失、因购买保险的份数不同（相对地讲就是支付的保险费的多少）而获得赔付的金额不同上，更应该体现在同样的风险损失上、因购买保险的份数不同而获得不同的保险金上。中国《合同法》第一章第五条规定：“当事人应当遵循公平原则确定各方的权利和义务。”第六条又规定：“当事人行使权利、履行义务应当遵循诚实信用原则。”保险公司在经营过程中，只有遵循公平、诚实信用的原则，充分保护被保险人的合法权益，才能取信于人，才能不断发展壮大。该案中，如果按照第一种观点理赔，就无法体现公平和诚信。投保人购买的第二张保险单在该次事故中就没有体现出风险保障的作用来，虽然投保人充分履行了缴纳保险费的义务，但被保险人却没有享受到应该享受的权利（出险后获得的保险金给付的权利），即义务和权利的不对等，这对于广

大投保人购买保险的积极性来说无疑是一个打击，对保险公司的经营也会产生不良影响。其实，我们完全可以换个角度思考：如果投保人的两份保险不是在同一家保险公司购买的，而是在不同的两家公司各购买一份，那么被保险人就可以从两家公司分别获得相应的赔付，只不过两家公司赔付的金额不同而已，被保险人从任何渠道所获得的补偿金额之和不能超过其实际发生的合理的医疗费用，这就是所谓的费用补偿原则。同样的理由，该案中的被保险人持有两份有效保险合同，在费用补偿原则的前提下，当然应该获得充分、合理、公平的理赔，只不过他持有的两份保单是同一家保险公司的而已。第二种观点是对补偿原则的错误理解，对第二张保单的赔付计算没有任何依据。第三种观点才是对补偿原则的最好的诠释。附加学生幼儿短期住院医疗保险的条款（经中国保监会2002年5月核准）约定：本合同为医疗费用保险合同，适用补偿原则，即被保险人通过任何途径（包括本保险）所获得的医疗费用补偿金额总和以被保险人实际支出的符合本保单签发地政府基本医疗保险管理规定的医疗费用金额为限。被保险人持有两份该保险合同，保险人就应该分别按照合同的规定给付保险金，以体现获得医疗费用补偿的不同“途径”，只不过其所获得的保险金总和，不能超过其实际支出的符合本保单签发地政府基本医疗保险管理规定的医疗费用金额而已。在此还要说明的是，对于持有不同份数医疗费用保险合同来说，如果保险合同持有者事故发生时所支付的医疗费用金额比较小，比如不超过条款规定的每一份该保险的保险金额（每一份的医疗费用型保险金额大都为1000元），那么持有一份和多份该保险，但保险合同皆为一张的不同

被保险人，虽然投保人交付的保险费相差很大，但在理赔时可能会得到保险公司相同金额的赔付，此时，公平性就无法体现出来了。比如，甲被保险人持有一张1份医疗费用保险的保险合同，乙被保险人持有一张10份医疗费用保险的保险合同。甲乙被保险人出险后都发生了800元的医疗费用（假设全部为合理的费用，给付比例为80%）。保险公司最后向甲和乙赔付的金额都是 $800\text{元} \times 80\% = 640\text{元}$ ，保险公司并没有因为乙被保险人购买了10份保险，支付了比甲多9倍的保险费而向其多赔付保险金。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com