

# 保险公司从业人员执业培训教材

## 《保 险 学》

### 全国迷你型MBA职业经理双证班

**认证系列：**高级职业经理资格认证、人力资源总监、营销经理、品质经理、生产经理、物流经理、项目经理、企业培训师、酒店经理、市场总监、财务总监、营销策划师等认证。

**颁发双证：**通用高级经理资格证书+MBA 高等教育研修结业证书（含 2 年全套学籍档案）

**证书说明：**证书全国通用、国际互认、电子注册，是提干、求职、晋级、移民的有效依据

**学习期限：**3 个月（允许工作经验丰富学员提前毕业） **收费标准：**全部学费 **1280** 元

**学校网站：**[www.mhjy.net](http://www.mhjy.net) **报名电话：**0451—88723232 **咨询邮箱：**[xchy007@163.com](mailto:xchy007@163.com)

**颁证单位：**中国经济管理大学

**承办单位：**中国教育培训网 美华管理人才学校

**全国招生 函授教育 颁发双证 权威有效**



**职业经理 MBA 整套实战教程**

千本好书 **免费下载网址** [www.mhjy.net](http://www.mhjy.net)

本书参阅了大量国内外成熟的保险学教材

本教材通过对保险基本理论问题的分析，保险业务运行机制的阐述，来回答保险理论与实务方面许多令人关注的问题。

# 全国Mini-MBA职业经理双证班



精品课程 权威双证 全国招生 请速充电

你可能准备跳槽或者求职, 却为缺少行业经验和专业证书而被用人单位百般挑惕!

你可能目前衣食无忧, 但随着年龄的增长和社会竞争压力的增大, 因为得不到专业的全新培训而失去竞争的机会和面临被淘汰的危机。

美华教育携手中国经济管理大学面向全国举办迷你 MBA 职业经理双证书班, 毕业颁发双证书。

## 招生专业及其颁发证书

认证项目	颁发双证	学费
全国《职业经理》MBA 高等教育双证书班	高级职业经理资格证书+2 年制 MBA 高等教育研修结业证书	1280 元
全国《人力资源总监》MBA 双证书班	高级人力资源总监职业经理资格证书+2 年制 MBA 高等教育研修证书	1280 元
全国《市场总监》MBA 高等教育双证书班	高级市场总监职业经理资格证书+2 年制 MBA 高等教育研修结业证书	1280 元
全国《酒店经理》MBA 高等教育双证班	高级酒店管理职业经理资格证书+2 年制 MBA 高等教育研修结业证书	1280 元
全国《营销经理》MBA 高等教育双证班	高级营销经理资格证书+2 年制 MBA 高等教育研修结业证书	1280 元
全国《企业培训师》MBA 高等教育双证班	企业培训师高级资格认证毕业证书+2 年制 MBA 高等教育研修证书	1280 元
全国《财务总监》MBA 高等教育双证班	高级财务总监职业经理资格证书+2 年制 MBA 高等教育研修结业证书	1280 元
全国《品质经理》MBA 高等教育双证班	高级品质管理职业经理资格证书+2 年制 MBA 高等教育研修结业证书	1280 元
全国《生产经理》MBA 高等教育双证班	高级生产管理职业经理资格证书+2 年制 MBA 高等教育研修结业证书	1280 元
全国《营销策划师》MBA 双证书班	高级营销策划师高级资格认证证书+2 年制 MBA 高等教育研修证书	1280 元
全国《物流经理》MBA 高等教育双证班	高级物流管理职业经理资格证书+2 年制 MBA 高等教育结业证书	1280 元
全国《项目经理》MBA 高等教育双证班	高级项目管理职业经理资格证书+2 年制 MBA 高等教育研修结业证书	1280 元
全国《企业总经理》MBA 高等教育双证班	全国企业总经理高级资格证书+2 年制 MBA 高等教育研修结业证书	1280 元



**【授课方式】** 全国招生、函授学习、权威双证

我校采用国际通用3结合的先进教育方式授课（远程函授+教学电子光盘自修+网络学院持续视频学习）



**【颁发证书】** 学员毕业后可以获取权威双证书与全套学员学籍档案

- 1、毕业后可以获取相应专业钢印《高级职业经理资格证书》;
- 2、毕业后可以获取2年制的《MBA研究生课程高等教育研修结业证书》;



## 【证书说明】

1. 证书加盖中国经济管理大学钢印和公章（学校官方网站电子注册查询、随证书带整套学籍档案）；
2. 毕业获取的证书与面授学员完全一致，无“函授”字样，与面授学员享有同等待遇，证书是学员求职、提干、晋级的有效证明；。



## 【学习期限】

3个月（允许有工作经验学员提前毕业，毕业获取证书后学校仍持续辅导2年）



## 【收费标准】

全部费用1280元（含教材光盘、认证辅导、注册证书、学籍注册等全部费用）

函授学习为你节省了大量的宝贵的学习时间以及昂贵的MBA导师的面授费用，是职业经理人首选的学习方式。



## 【招生对象】

- 1、对管理知识感兴趣，具有简单电脑操作能力（有2年以上相应工作经验者可以申请提前毕业）。
- 2、年龄在20—55岁之间的各界管理知识需求者均可报名学习。



## 【教程特点】

- 1、完全实战教材，注重企业实战管理方法与中国管理背景完美融合，关注学员实际执行能力的培养；
- 2、对学员采用1对1顾问式教学指导，确保学员顺利完成学业、胸有成竹的走向领导岗位；
- 3、互动学习（专家、顾问24小时接受在线咨询，第一时间回答学员的提问和咨询）



## 【考试说明】

1. 卷面考核：毕业试卷是一套完整的情景模拟试卷（与工作相关联的基础问卷）
2. 论文考核：毕业需要提交2000字的论文（学员不需要参加毕业论文答辩但论文中必修体现出5点独特的企业管理心得）
3. 综合心理测评等问卷。



## 【颁证单位】

中国经济管理大学经中华人民共和国香港特别行政区批准注册成立。目前中国经济管理大学课程涉及国际学位教育、国际职业教育等。学院教学方式灵活多样，注重人才的实际技能的培养，向学员传授先进的管理思想和实际工作技能，学院会永远遵循“科技兴国、严谨办学”的原则不断的向社会提供优秀的管理人才。



## 【承办单位】

美华管理人才学校是中国最早由教委批准成立的“工商管理MBA实战教育机构”之一，由资深MBA教育专家、教育协会常务理事徐传有教授担任学校理事长。迄今为止，已为社会培养各类“能力型”管理人才近10万余人，并为多家企业提供了整合策划和企业内训，连续13年被教委评选为《优秀成人教育学校》《甲级先进办学单位》。办学多年来，美华人独特的教学方法，先进的教学理念赢得了社会各界的高度赞誉和认可。



## 【咨询电话】

0451——88723232



## 【咨询教师】

王海涛 王耀辉 郑毅



## 【报名须知】

- 1、报名时请直接邮寄4张2寸免冠近照（要求蓝色背景）和一张身份证复印件
- 2、报名登记表格下载后详细填写并发送邮件至 [xchy007@163.com](mailto:xchy007@163.com) 或者传真至0451—88342620
- 3、交费后及时电话通知招生办确认，以便于收费当日学校为你办理教材邮寄等入学手续。



## 【报名地址】

哈尔滨市道外区南马路 120 号职工大学 109 室美华教育（ 邮政编码：150020）



## 【证书样本】(全国招生 函授学习 权威双证 请速充电)

(高级职业经理资格证书样本)

(两年制研究生课程高等教育结业证书样本)



## 【学费缴纳方式】

方式一	邮局邮寄	邮寄地址：哈尔滨市道外区南马路 120 号职工大学 109 室 邮政编码：150020
方式二	学校帐号	学校帐号：184080723702015 开户银行：哈尔滨银行龙江支行 企业户名：哈尔滨市道外区美华管理人才学校
方式三	交通银行 (太平洋卡)	帐号：40551220360141505 户名：王海涛 开户行：交通银行哈尔滨分行信用卡中心
方式四	邮政储蓄 (存折)	帐号：602610301201201234 户名：王海涛 开户行：哈尔滨道外储蓄中心
方式五	中国工商银行 (存折)	帐号：3500016701101298023 户名：王海涛 开户行：哈尔滨市道外区靖宇支行

可以选择任意一种方式缴纳学费，建议使用第五种方式（中国工商银行，比较方便快捷）收到学费的当天，学校就会用邮政特快的方式为你邮寄教材和考试问卷。

# 全国职业经理MBA双证班

## 精品课程 火热招生

函授学习 权威双证 全国招生 请速充电

**认证系列：**高级职业经理资格认证、人力资源总监、营销经理、财务总监、企业培训师、酒店经理、品质经理、生产经理、物流经理、项目经理、市场总监、营销策划师等学习认证系列。

**颁发双证：**通用高级经理资格证书 + MBA 高等教育研修结业证书 (含 2 年全套学籍档案)

**证书说明：**证书全国通用、国际互认、电子注册，是提干、求职、晋级、移民的有效依据

**学习期限：**3 个月 (允许工作经验丰富学员提前毕业)

**收费标准：**全部学费 1280 元

学校网站：[www.mhjj.net](http://www.mhjj.net)

报名电话：0451-88723232

咨询邮箱：[xchy007@163.com](mailto:xchy007@163.com)

颁证单位：中国经济管理大学

承办单位：中国教育培训网 美华管理人才学校

## 全国招生 函授教育 颁发双证 权威有效

## 目 录

### 第一章 风险与保险

第一节 风险与风险管理

第二节 保险的性质与分类

第三节 保险的职能与作用

第四节 保险的产生与发展

本章小结

关键术语

复习思考题

### 第二章 保险原则

第一节 保险利益原则

第二节 最大诚信原则

第三节 近因原则

第四节 损失补偿及其派生原则

本章小结

关键术语

复习思考题

案例分析题

### 第三章 保险合同

第一节 保险合同概述

第二节 保险合同的主体与客体

第三节 保险合同的主要条款

第四节 保险合同的订立、变更与终止

本章小结

关键术语

复习思考题

案例分析题

### 第四章 保险费率

第一节 保险费率概述

第二节 财产保险费率的厘定

第三节 人寿保险费率的厘定

第四节 保险责任准备金及其计算

本章小结

关键术语

复习思考题



## 第一章 风险与保险

### 本章学习目的：

- 分析风险的含义与类型；
- 描述风险管理的步骤与方法；
- 探讨保险的概念与分类；
- 区分保险与赌博、储蓄及救济；
- 理解保险的职能与作用；
- 了解保险的产生与发展。

### 第一节 风险与风险管理

#### 一、风险的含义与特征

##### （一）风险的含义

在经济活动和日常生活中，风险（risk）这个词具有多种含义。但有两种定义较为特殊并被人们广泛采用。一是把风险定义为损失发生的不确定性。这种不确定性包括损失发生与否的不确定和损失程度的不确定。不确定性的程度可以用概率来描写，当概率在 0~0.5 时，随着概率的增加，不确定性也相应增加；当概率为 0.5 时，不确定性最大；当概率从 0.5~1 时，随着概率的增加，不确定性随之减少；当概率等于 0 或 1 时，不确定事件转化为确定性事件，概率 0 表示肯定不发生，概率 1 表示肯定发生，二者皆无风险可言。保险中所讲的风险通常就是这一风险定义。二是把风险定义为相对于某一期望结果可能发生的变动情况。如果结果只有一种可能，则风险为 0；如果产生的结果有几种，则风险存在；可能产生的结果愈多，偏差愈大，风险也就愈大。这种风险也可以用数学语言描述，风险的大小决定于损失（X）的期望值（EX）和均方差。在财务管理和投资管理中所讲的风险通常指这一风险定义。

##### （二）风险的特征

1、客观性。风险的客观性是指风险必须是客观存在着的某种自然现象、生理现象和社会现象，是独立于人的意识之外的客观事实，而不是人们头脑中主观想象或主观估计的抽象概念。所谓自然现象是指台风、地震、洪水、飓风等自然界不规则运动的表现形式；客观存在的生理现象是指人的生、老、病、死等生命运动的自然表现；而客观存在着的社会现象是指战争、盗抢、政变及恐怖事件等。正是由于风险具有客观性，使得人们直到现在只能在有限的空间和时间内控制风险，降低其发生的频率和减少其损失程度，而不可能完全消除风险。

2、损失性。只要风险存在，就一定有发生损失的可能，所以凡是风险都会给人们的利益造成损失。经济上的损失可以用货币进行衡量，人身的损失虽然不能以货币衡量，但一般都表现为所得的减少，或支出的增加，或者两者兼而有之，终究还是经济上的损失。

3、不确定性。风险的不确定性通常包括以下几方面：一是损失是否发生不确定；二是损失发生时间不确定，如人什么时候生病是不确定的；三是损失发生空间不确定，如建筑物都有面临火灾可能，但具体到哪一幢建筑物发生火灾不确定的；四是损失程度不确定，如地震，如在海上或荒无人烟的地方发生，损失就较小，如果在人口密集的城市发生，损失就非常大。

4、可测性。风险的不确定性说明风险基本上是一种随机现象，是不可预知的，那是就个别危险单位

而言。就危险总体而言，根据数理统计原理，随机现象一定要服从于某种概率分布。也就是说，对一定时期内特定风险发生的频率和损失率，是可以依据概率论加以正确测定的。最典型是要算生命表了，它表明死亡对于个体来说是偶然事件，但是通过对某一地区人口的各年龄死亡情况进行长期观察统计，就可以准确地得出该地区各年龄段稳定的死亡率。风险的可测性为保险费率的厘定奠定了科学基础。

5、发展性。随着人类社会的发展，科学技术的进步，有些风险在一定空间和时间范围内被消除，如天花。但有些风险却被人们创造出来，如向太空发射卫星，向外层空间发送太空飞船等，带来了航空航天风险。建立核电站带来了核污染、核泄漏和核爆炸的风险。就整体而言，随着科学技术的进步，人类面临的风险越来越多，而风险发生的频率也愈来愈高，风险事故所造成的损失也愈来愈大。

（三）风险的构成要素

为了更深入地理解风险的含义，我们还需要分析风险的三个构成要素：风险因素，风险事故和损失。

1、风险因素（Hazard），是指促使某一特定损失发生或增加其发生可能性的原因。例如将一桶汽油放在车库里就是一种容易导致火灾的风险因素，气候干燥就是森林大火的风险因素。风险因素根据其性质不同可分为物质风险因素、心理风险因素和道德风险因素。

（1）物质风险因素（Physical Hazard），是指能直接影响事件的物理功能的有形风险因素。例如汽车厂家生产的刹车系统、发动机功能，建筑物的坐落地址、建筑材料、结构和消防系统等，均是物质风险因素。

（2）心理风险因素（Morale Hazard），是指与人的心理状态有关的可能引起和增加事故发生的无形风险因素。例如一个粗心、疏忽的驾驶员的心理状态以及有时可能存在对损失下意识的欲望等均属于心理风险因素。

（3）道德风险因素（Moral Hazard），是指与人的品德修养有关的一种无形风险因素，它也是源于一个人的心理态度，即由故意行为而引起损失或使损失扩大。例如纵火、欺诈等行为。

2、风险事故（Peril），又称为风险事件，是指引起损失或损失增加的直接的或外在的事件。它使风险的可能性变成了现实结果，即风险只有通过风险事故的发生，才能导致损失。如火灾造成企业厂房、机器、设备的焚毁，则火灾即是造成损失的直接原因，使发生火灾的可能性变成火灾现实，所以火灾本身就是风险事故。

3、损失（Loss），是指非故意的、非计划的和非预期的经济价值的减少。这一定义包含两个重要条件：一是“非故意的、非计划的、非预期的”；二是“经济价值的减少”，两者缺一不可，否则就不构成损失。如恶意行为、固定资产折旧及面对正在遭受损失的物质可以抢救而不抢救等造成的后果，因分别属于故意的、计划的和预期的，因而不能称之为损失。再如记忆力的衰退，虽然满足第一个条件，但不满足第二个条件，因而也不是损失。但车祸使某受害人丧失一条胳膊，便是损失，因为车祸的发生满足第一个条件，而人的胳膊虽然不能以货币价值来衡量，但丧失胳膊后所需的医疗费以及因残废而导致的收入减少却可以用金钱来衡量，所以车祸的结果也满足第二个条件。

风险因素、风险事故和损失三者之间存在密切的因果关系，即风险因素引发风险事故，而风险事故导致损失。这三者的关系如图 1—1 所示。

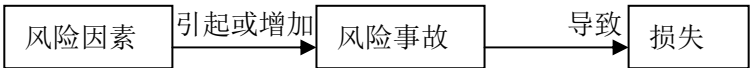


图 1—1 风险构成要素之间的相互关系

一般来说，风险因素越多，造成风害事故的可能性越大，从而导致损失的机会和损失程度也就越大。

## 二、风险的分类

为了便于对各种风险进行识别、测定和管理，对种类繁多的风险按照一定标准进行科学分类是十分必要的。

（一）按风险的性质分类，风险分为纯粹风险和投机风险

1、纯粹风险（Pure Risk），是指那些只有损失机会而无获利可能的风险。如自然灾害和意外事故，以及人的生老病死等均属于这种风险。保险所承保的主要是纯粹风险。纯粹风险对公司带来的损失通常具有以下特征：

（1）财产毁坏、法律责任及雇员遭受伤害等纯粹风险给公司带来的损失往往是巨大的。

（2）由纯粹风险造成损失的原因各不相同。如锅炉爆炸而导致厂房损毁或消费者受到产品伤害而导致的法律责任诉讼，对各公司来说通常是不同的，并取决于公司所采取的措施。

（3）公司一般可以通过向保险公司购买保险的办法，降低纯粹风险的不确定性和进行损失融资，而保险公司则是专门从事纯粹风险的度量和分担工作。

（4）由纯粹风险导致的损失通常不会同时为其他的公司或团体带来利益。

纯粹风险对公司可能导致的损失有直接损失和间接损失，具体内容见图 1—2 所示。

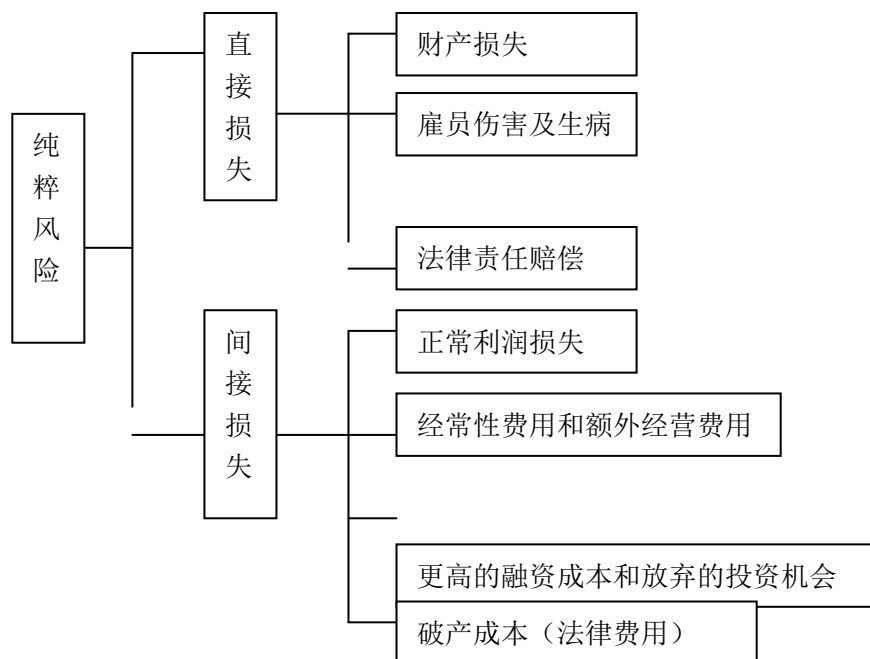


图 1—2 纯粹风险给公司带来的主要损失类型

2、投机风险（Speculative Risk），是指那些既有损失机会，又有获利可能的风险。如股市价格变动的风险，股价下跌便使投资者遭受损失，股价上涨可使其获利。投机风险通常有三种结果：损失，无变化，获利。

（二）按风险的存在形态分类，风险分为静态风险和动态风险



1、静态风险（Static Risk），是指一种在社会经济条件没有变化情况下的自然界的一些不规则变动或由于人们行为失误所造成的风险。这种风险在任何静态社会所不可避免的，如雷电、风暴和车祸等随机现象。

2、动态风险（Dynamic Risk），是指由于社会政治经济的变动为直接原因所造成的风险。如我国在 20 世纪 50 年代开展的毁林开荒导致后来的严重水土流失，60 年代的“文化大革命”所带来的巨大经济损失和人身伤害。

静态风险与动态风险有着本质区别。静态风险一般为纯粹风险，只有损失机会而无获利可能，而动态风险则既包含纯粹风险也包含投机风险；静态风险在一定条件下具有规律性，变化比较规则，可能通过大数法则加以测算，而动态风险的变化却往往不规则，难以用大数法则进行测算。

### （三）按风险产生的原因分类，风险分为自然风险、社会风险、经济风险和政治风险

1、自然风险（Natural Risk），是指由于自然力的不规则变动导致物质毁灭或人员伤亡的风险。自然风险是保险人承保最多的风险，具有如下特征：第一，自然风险具有不可控性。自然灾害的发生是受自然规律作用的结果，人类对自然灾害具有基本的认识，但对灾害的控制往往束手无策，如地震、洪水、飓风等。第二，自然风险形成的周期性。如夏季可能出现涝灾，冬季易发火灾，春季易发流行病等，这就为人类预防灾害提供了可能。

2、社会风险（Social Risk），是指由于个人或团体的行为，包括过失行为、不当行为及恶意行为等对社会生产及人们生活造成损失的风险。

3、经济风险（Economic Risk），是指人们在从事经济活动中，由于经营管理不善、市场预测失误、价格波动、市场供求变化、通货膨胀、汇率变动等所导致经济损失的风险。

4、政治风险（Political Risk），是指由于政治原因，如政局变化、政权更替、战争、罢工等引起社会动荡而造成财产毁损、人员伤亡的风险。

### （四）按风险的对象分类，风险分为财产风险、人身风险、责任风险和信用风险

1、财产风险（Property Risk），是指导致一切有形财产毁损、灭失或贬值的风险。例如，建筑物有遭受火灾、地震、爆炸等损失的风险，船舶有遭受沉没、碰撞、搁浅等损失的风险。这些都是实质风险，属于可保的风险。但因市价跌落致使某种财产贬值，则属于经济风险，通常不在可保风险范围之内。

2、人身风险（Personal Risk），是指人们因生老病死等原因而遭受损失的风险。生老病死虽为人生的必然现象，但在何时发生，并非确定，加之一旦发生，必会使其本人或家属遭受若干经济上的损失，其作为可保风险是显而易见的。

3、责任风险（Liability Risk），是指个人或团体因行为上的疏忽或过失，造成他人的财产损失或人身伤亡，依法应负经济赔偿责任的风险。如驾驶车辆不慎撞人致伤残或死亡；医生因医疗事故致使病人伤残或死亡；制造商销售有缺陷的商品给消费者带来的损害等，均属于责任风险范畴。

4、信用风险（Credit Risk），是指在经济交往中，权利人与义务人之间，由于一方违约或违法行为给对方造成经济损失的风险。如出口信用风险，海外投资风险等。

### （五）按风险是否可保分类，风险分为可保风险与不可保风险

1、可保风险（Insurable Risk），是指可以通过保险的方式加以管理和分散的风险。可保风险必须是纯粹风险，但也并非任何纯粹风险均可保险，也就是说保险公司可承保的风险是要具备以下条件的。

(1) 风险必须是纯粹的。保险人承保的风险必须是纯粹风险，即仅有损失可能而无获利可能的风险。例如火灾，只有给人的生命或财产带来损害的可能，而绝无带来利益的可能。而投机风险则不同，如股市风险，既可能因股价下跌而损失，也可能因股价上涨而获利，这类投机风险，保险人是不能承保的。

(2) 风险必须是偶然的。风险的偶然性是对个体标的而言，因总体风险是客观存在的。风险的偶然性包含两层含义：一是发生的可能性，不可能发生的风险是不存在的。二是发生的不确定性，即发生的对象、时间、地点和损失程度都是不确定的。对于个体标的必然要发生的风险，保险人是不可能予以承保的，如企业机器设备的折旧，某人患了绝症在可预见的时间内必然要死亡等，就是必然要发生的风险。

(3) 风险必须是意外的。意外风险是指非故意行为所致的风险和不是必然发生的风险。非意外风险或可预期经济价值减少，如贬值或磨损等，均是不可保的风险。如果要对这些风险损失进行保险，保险费应包括损失成本及经营费用，其结果将是一个远高于原来费用的、不划算的保险费。

(4) 风险必须是大量的。也就是说，风险必须是大量标的均有遭受损失的可能。因保险基金的积累需要真正大量的风险单位来得到一个事先的准确度，即大数法则的统计效应。准确预测只有在保险基金吸收了大量风险单位时才可以获得。尽管对确定大量风险单位的定义要依据许多因素，但其中最重要的因素则是预测准确度所容许的、足够大的风险单位数量，通过大数法则计算危险概率和损失程度，确定费率。

(5) 风险必须有发生重大损失可能的。风险的发生会导致重大或比较重大损失的可能，才有对保险的需求。如果导致损失的可能性只局限于轻微损失的范围，就不需要通过保险来获取保障，因为这在经济上是不合算的。

(6) 风险的损失发生概率必须是可测的。保险公司予以赔付的损失必须是可测定的，否则许多为了确定损失发生与否及损失大小的纠纷（或官司）将会大量发生。因此，保险人可以承保一个人的房屋火灾损失，却不能承保因精神病患者滋事引起的损失，因前者的损失发生概率和损失程度是可测量的，而后者就难以测量。另外，对承保风险损失的可测性也同样重要，如丧失一只可爱的宠物会令人非常伤心，但这种痛苦不易度量，而对饲养的家畜具有可保风险，因为所造成的损失可以用经济方法度量。

2、不可保风险（Non-insurable Risk），是指无法通过保险方式来管理与分散的风险。当然可保风险与不可保风险的界限是相对的，可以在一定条件下相互转化的。事实上，随着社会经济和经营技术的提高，特别是保险的发展，可保风险的范围正在不断扩大。

### 三、风险管理

#### （一）风险管理的概念

风险管理（Risk Management）是指人们对各种风险的认识、控制和处理的主动行为。它要求人们研究风险发生和变化规律，估算风险对社会经济生活可能造成损害的程度，并选择有效的手段，有计划有目的地处理风险，以最小的成本获得最大安全保障。

风险管理的对象是风险，人类一直以来都在寻求减少不确定性的方法，这就促使了早期氏族、部落和其他群体组织的形成，这种群体结构与单个人或家庭相比减少了生活必需品来源的不稳定性，这就是早期的风险管理方法。但作为独立的管理系统而成为一门新兴的学科，则是到了 20 世纪 50 年代才在美国兴起，并广泛运用到企业财务管理和投资管理中去。

#### （二）风险管理的程序

风险管理的基本程序有风险识别、风险衡量、风险处理和风险管理效果评价等。

1、风险识别(Risk Identification),是指在风险事故发生之前,运用各种方法系统地、全面地、连续地认识所面临的各种风险,以及分析风险事故发生的潜在原因。主要是通过对大量来源可靠的信息资料进行系统了解和分析,辨别经济单位存在的各种风险因素,进而确定经济单位面临的风险及其性质,并把握其发展趋势。风险识别的方法有很多种,有用于一般性风险识别的专家法、保险调查法等,也有针对经济单位内部特有状况而设计的财务报表分析法、流程图分析法和投入产出分析法等。

2、风险衡量(Risk Measure),是指在风险识别的基础上,通过对所收集大量的详细损失资料加以分析,运用概率论和数理统计,估计和预测风险发生的概率和损失程度。风险衡量通常包括以下三个方面:(1)损失概率衡量,是预测风险损失在一定时间范围内实际发生或预期发生损失数量与所有可能发生损失数量的比值。(2)损失程度衡量,是预测标的物发生一次风险事故时的平均损失额度。它是发生损失金额的算术平均数。(3)风险损失的变异程度衡量,也称为风险损失的波动程度,通常用损失变量的方差或标准差来度量。如果某种损失的波动性越大,则其损失额度的不确定性也就越大,相应地,其风险也就越大。

3、风险处理(Risk Handling),是在风险识别和衡量基础上,采取有效的风险管理技术来处理风险。风险管理技术分为控制型和财务型两大类,前者的目的是降低损失频率和减少损失程度,重点在于改变引起意外事故和扩大损失的各种条件。后者的目的是以提供基金的方式,消化发生损失后的成本,即对无法控制的风险所做的财务安排。

4、风险管理效果评价(Evaluating Management),是指对风险管理技术适用性及其收益性情况的分析、检查、修正和评估。在风险管理对策选定之后,在实施过程中仍然需要跟踪监测其执行情况,并不断修正和调整计划。风险管理技术是否为最佳,可通过评估风险管理的效益来判断,即实施该风险管理对策可减少的风险损失与该风险对策实施费用和机会成本之和的比值,比值越大,效益越好。

### (三) 风险管理的方式

风险管理的方法很多,但最常用的有回避、自留、预防、抑制和转移。

1、风险回避(Risk Avoidance),是指设法回避损失发生的可能性,即从根本上消除特定的风险单位和中途放弃某些内含风险的活动。该方法可以将风险降为零,但这是一种处理风险的消极技术。如处于江边地势低洼地区的工厂,因常年遭受洪灾,可以将工厂搬迁到地势高的地区;一个怕坐飞机发生空难事故的人,可以一生不乘飞机而回避这种空难风险。

风险回避技术一般在以下两种情况下采用,一是某特定风险所致损失频率和损失幅度相当高时;二是在处理风险时其成本大于其产生的效益时。

风险回避技术也存在两个缺陷:一是不可能回避所有风险,且回避风险的成本有时很高昂。二是回避一种风险的同时,会带来另一种风险,如不坐飞机避免了空难风险,但可能面临车祸风险。

2、风险自留(Risk Retention),是指风险的自我承担,即企业或个人自我承受风险损害后果的方法。风险自留是一种重要的财务型风险管理对策,但风险自留必须具备以下三个条件:一是没有其他处理风险的方式可以利用;二是企业遭受的最大损失不会影响其财务稳定;三是损失可以较准确预测。在这样的情况下采用风险自留,其成本要低于其他处理风险技术的成本,且处理方便有效。虽然风险自留有减少潜在损失、节省费用支出和增加现金流量等优点,但风险自留有时也会因风险单位数量的限制而无法实现其处

理风险的功效，一旦发生较大的风险损失，可能导致财务上的困难而失去其作用。

3、**风险预防 (Risk Prevention)**，是指风险事故发生前为了消除或减少可能引起损失的各项因素所采取的具体措施。损失预防通常在损失频率高且损失幅度低时采用，预防措施通常有两种：一是工程物理法，指损失预防措施侧重于风险单位的物理功能改进的一种方法，如防火结构设计，防盗装置的安装等。二是人类行为法，是指损失预防侧重于人们行为教育的一种方法，如职业安全教育、消防知识培训等。

4、**风险抑制 (Risk Control)**，是指在风险事故发生时或发生后，采取措施减少损失发生的范围或损失程度的行为。损失抑制的重点在于减少损失发生的程度，方法通常有两种：一是分割风险单位，将面临损失的风险单位分割，即“化整为零”，而不是将它们全部集中在可能毁于一次损失的同处，如波音公司在世界各处的几家工厂生产同一部件。二是复制风险单位，是通过增加风险单位数量来分散风险，如企业设两套会计记录，配备后备人员，储存设备的重要部件等。

5、**风险转移 (Risk Transfer)**，是一方（转移方）向另一方（受让方）转移支付行为，从而把风险转嫁出去的一种方法。风险管理者会尽一切可能回避并排除风险，把不能回避和排除的风险尽可能地转移给第三者。风险转移的方式主要有两种：保险转移和非保险转移。保险转移是指向保险公司投保，以交纳保险费为代价，将风险转移给保险人承担，当发生风险时，由保险人按照合同约定责任给予经济补偿。非保险转移又分为出让转移和合同转移，前者一般适用于投机风险，如当预测股市行情要下跌时，赶快出让手中的股票，从而把股票跌价损失的风险转移出去；后者主要适用于企业将具有风险的生产经营活动承包给对方，并在合同中明确规定由对方承担风险损失的赔偿责任。

以上介绍了五种风险处理的方法，针对某一种风险，应该选择哪一种方法呢？一般是根据某一类风险的损失频率和损失程度的组合来选择，具体见图 1—3 的风险管理矩阵。当风险发生频率低且损失程度也低时，可选用风险自留；当风险发生频率高且造成的损失程度也高时，可选用风险回避；当风险发生频率高但所造成的损失程度低时，可选用风险预防；当风险发生频率低但所造成的损失程度高时，可选用保险转移和损失抑制。具体见图 1—3 的风险管理矩阵。

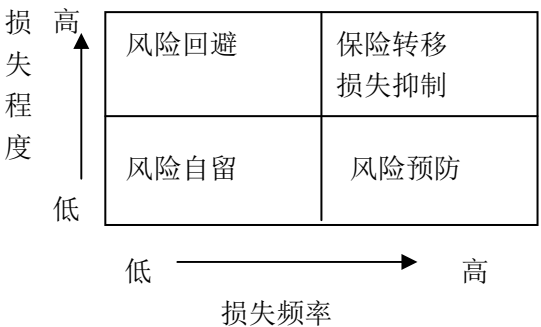


图 1—3 风险管理矩阵图

第二节 保险的性质与分类

一、保险的性质

关于保险的性质，国内外学术界一直存在争议，主要分歧在于财产保险与人身保险是否具有共同性质

的问题。日本学者园乾治教授把学术界关于保险性质的争论归纳为“损失说”、“非损失说”和介于两者之间的“二元说”三大流派。

### （一）损失说

损失说是从损失补偿角度来剖析保险补偿机制，其主要理论分支有：

1、损失补偿说。该学说以英国的马歇尔（S. Marshall）和德国马修斯（E. A. Masius）为代表，他们认为：“保险是双方当事人之间的契约关系，是一种损失补偿合同。”可见，该学说是从合同的角度阐述保险的性质，并认为损失补偿是所有保险的共同特征。这里存在两个问题：一是保险不完全等同于合同，保险是经济关系，而合同是法律行为，是经济关系的实现形式，而且民法上的合同概念，只能解释商业保险关系，而不能解释公法上强制成立的社会保险关系；二是随着人寿保险、年金保险的发展，这种学说难以概括保险的涵义了。

2、损失分担说。该学说是德国华格纳（A. Wagner）首倡，他认为：“从经济意义上说，保险是把个人由于未来特定的、偶然的、不可预测的事故在财产上所受的不利结果，由处于同一危险之中、但未遭遇事故的多数人予以分担以排除或减轻灾害的一种经济补偿制度。”并强调：“所有的保险都是损害保险。”可见，该学说是从经济学的角度阐明了保险的作用机制，这是对保险学的一大贡献。但对分担损失是否是保险最本质的属性这一点仍有很大争议，而且他着眼于事后的补偿。

3、风险转移说。该学说是以美国学者魏兰脱（A. H. Willet）和克罗斯塔（B. Krost）为代表，魏兰脱认为：“保险是为了资本的不确定损失而积累资金的一种社会制度，它是依靠把多数人的个人风险转移给他人或团体来进行。”克罗斯塔认为：“被保险人转移给保险人的仅仅是风险，也就是损失发生的可能性，所以是可以承保的。保险人把这种共同性质的风险大量汇集起来，就能将风险进行分摊。”可见，该学说是从风险处理的角度来阐述保险的性质，认为保险是一种风险转移机制，个人或企业可借此以支付一定的代价为条件将日常生活和经济活动中可能遭遇到的各种风险转移出去。所以该学说至今仍广泛运用于风险管理与保险领域。

### （二）非损失说

非损失说试图摆脱损失概念来解释保险的性质。该学说主要有技术说、欲望满足说和相互金融说。

1、技术说。该学说是以意大利学者费芳德（C. Vivante）为代表，他认为“保险是依据估测偶然事件发生概率的技术来确定保险费率，当风险事故发生时，保险人支付一定的保险金。”因此该学说主张保险的本质是确定保险费与未来可能的赔偿与给付数额之间关系的技术。但这种学说只强调保险的数理基础，而不考虑保险的经济价值和功能，有一定的片面性。

2、欲望满足说。该学说是以意大利学者高比（U. Gobi）和德国学者马纳斯（A. Manes）为代表，他们认为“保险的目的是当意外事故发生时，以最少的费用满足该偶发欲望所需要的资金，并予以充分可靠的经济保障。”这种欲望包括了直接损失、利益损失、储蓄能力停止、紧急防止损失费用以及其他不能以货币估计的一切损失。该学说是以满足经济需要或金钱欲望的角度来解释保险的性质，以充足代替补偿，以需要代替损害。但该学说充满着功利主义色彩，使保险与赌博难以区分开来。

3、相互金融说。该学说是以日本学者米谷隆三和酒井正三郎为代表，他们把保险视为在互助合作基础上的金融机构，与银行、信用社一样起着融通资金的作用。该学说从资金融通的角度来阐述保险的性质，

强调保险是一种金融机构。这一学说容易把金融与保险混淆起来，保险虽具有金融属性，尤其是投资储蓄型人寿保险的发展和保险基金大量投放到金融市场，但保险的保障功能是金融所不具有的。这一学说偏重于解释人寿保险，而不能涵盖整个保险。

### （三）二元说

二元说是以区分财产保险与人身保险不同性质为目的来分别阐述保险的性质。该学说主要有否定说和择一说。

1、否定说。该学说是以德国的埃斯特（L. Elster）和科恩（G. Cohn）为代表，他们认为人身保险不体现保险的性质，它是和保险不相同的另外一种合同。埃斯特认为：“在人身保险中完全没有损失赔偿的性质，从国民经济来看，人身保险不过是储蓄而已。”科恩则认为：“因为在人身保险中，损失赔偿的性质极少，它不是真正的保险而是混合性质的保险。”该学说是从人寿保险中的储蓄成份来否定人身保险的保险性质，实际上人寿保险是保险与储蓄的结合，即通常所说的“储蓄性保险”，单就这一点来看，科恩的观点是正确的，尽管他否定了人身保险是真正的保险，但承认了人身保险中的保险成份。

2、择一说。该学说是以德国的爱伦贝格（V. ehrenberg）为代表，他认为保险合同不是损失补偿合同，就是以给付一定金额为目的的合同，二者只能择其一，因此称为择一说。择一说对各国保险合同法有广泛的影响，我国《保险法》中的合同部分也是对财产保险合同和人身保险合同分别加以定义的。

## 二、保险的概念

### （一）保险的定义

国内外理论界关于保险的定义很多，由于角度不同，所下定义可能千差万别。我们认为保险是一门综合性学科，集经济学、法学、数学为一身，涉及到经济、金融、法律、精算、风险管理和社会保障等知识，因此给保险下定义，必须要全面综合。从这一理解出发，我们给保险下的定义是：保险是一种经济补偿制度，这一制度是对有可能发生的不确定事件进行数理预测以确定费率，并以合同形式，通过收取保险费，建立保险基金，将风险从被保险人转移到保险人，最终实现由多数人来分担少数人损失的目的。从这一定义可以看出，保险具有以下特征：（1）保险的本质是经济补偿。这是保险最初产生的原因，也是保险当今发展的基础。（2）保险的基础是数理预测。没有精确的数理预测，就不可能收取公平合理的保费，也就难以建立雄厚的保险基金。（3）保险的形式是合同关系。没有权利义务平等的保险合同关系，保险人与被保险人之间、被保险人相互之间的风险转移机制就会遭受破坏。（4）保险的目的是分散风险。保险并不能消灭或减小风险，只是将集中在少数人身上的风险分散到众多被保险人身上，这是保险的根本目的。

因此，理解保险的含义必须要从以下几个角度：

1、从经济角度看，保险是对非预期损失成本再分配的经济合约，它通过收取少量保险费的方法承担被保险人事先约定的风险。当被保险人一旦发生约定的自然灾害、意外事故而遭受财产损失或人身伤亡时，保险人给予经济补偿。保险这种经济补偿制度，体现一定的经济关系，在被保险人与保险人之间，是一种商品交换关系，面临某种风险的经济单位或个人需要一种经济保障，而保险人则能提供这种保障服务，这种保险保障是一种特殊的商品。

2、从法律角度看，保险是一方同意对另一方的损失给予补偿的契约性规定。同意对损失进行补偿的一方称为保险人，对损失进行求偿的一方称为被保险人。我们把保险合同称为保险单。保险合同是合同法



的一个分支，保险合同当事人（保险人、投保人和被保险人）必须按合同履行各自的义务，同时享有相应的权利，这是受法律约束和保护的权利。

3、从金融角度看，保险是对不可预计的损失重新分配的损失融资活动，即单位或个人将损失风险转移给一个风险共担组织，然后在组织成员中重新分摊损失的经济活动。

4、从精算角度看，保险是一种复杂和精巧的机制，它通过对损失的数理预测，将风险从某个个体转移到团体，并在一个公平基础上由团体中的所有成员来分担少数人的损失。

## （二）保险的构成要素

1、特定风险事故的存在。保险是基于风险的客观存在而产生的，无风险则无保险。但保险并不承保所有的风险，它只保前述的“可保风险”，且必须是保险合同双方订立合同时约定的风险事故，否则保险就成了“慈善机构”。

2、众多同质风险单位的集合。如果将众多面临同样风险的同质风险单位集合起来，我们就能比较准确地预测风险事故及其损失概率，从而降低风险的代价。如果保险集合中有一些建筑物因地处飓风多发区而易遭受风灾损失，而另一些风险个体并不面临飓风危险，那么向所有被保险人收取相同保费就是不公平的，那些没有飓风危险的建筑就因付出高额保费而很快从集合中退出，转向收取较低保费的保险集合，那样更公平地反映了他们的风险成本。这样留下来的基本上都是同质风险单位。

3、公平合理的保费负担。保险费是投保人转嫁风险所付出的代价。保险费计算的公平合理与否直接影响到保险双方当事人的利益，因而保险公司必须运用大数法则、概率论等科学方法来预测风险发生的概率和损失程度，从而精确计算出保险费，这样才能体现价值规律的要求，从总体上使保险当事人双方的权利义务相对称。

4、充足保险基金的建立。保险基金是由投保人缴纳而建立起来的，是保险人履行赔偿或给付义务的物质基础，也是保险企业经营的必备条件。充足的保险基金，除了足额收取保险费外，还要加强保险基金的投资运用，确保其保值和增值。

5、保险合同的订立。保险体现了一种经济关系，而这种经济关系是通过订立保险合同来确定的。保险双方当事人通过订立保险合同来约定双方的权利和义务。只有订立保险合同，保险当事人双方的权利与义务才能受到法律的严格监督和保护，商业保险行为也才能运转起来。

## （三）保险与赌博、储蓄、救济的区别

1、保险与赌博。保险常常与赌博相混淆，二者都是金钱财物的得失，都决定于不确定的偶然事件的发生，但两者有着本质区别。首先，保险是分散已有风险，而赌博是产生新的风险。保险是将集中在个别人身上的风险分散到众多的被保险人身上，而赌博使本来并不存在的风险产生了。其次，保险是正和游戏，而赌博是零和游戏。保险从表面上看，似乎是少数人的损失由多数人分担，并不增值，但实际上保险人利用风险管理技术和保险基金投资增值，使被保险人转移风险的成本大大降低，对保险人和被保险人双方都是有利的。但赌博只是一部分人的钱进入另一部分人的口袋，不可能对双方都有利。最后，保险是以诚信为原则的一种社会经济互助行为，而赌博则是一种损人利己的讹诈行为。

2、保险与储蓄。保险与储蓄都是以现在资金的剩余作将来的准备，聚集一定的资金作为必要的后备。但两者也有很大区别。首先，保险是一种互助行为，储蓄是一种自助行为。保险是众多人的集合，起到千

家万户帮一家的作用，而储蓄是个人行为，无求于他人，也无需特殊的计算技术。其次，保险是为将来不确定支出作后备，而储蓄是为将来确定支出作后备。最后，保险基金投保人不得随意处分，而储蓄资金存款人可随意处分。

3、保险与救济。保险与救济都是对不幸事故损失进行补偿的行为，但两者也有很大不同。首先，保险是一种合同行为，救济是一种施舍行为。保险双方是受到合同约束的，而救济是不受任何约束的。其次，保险是双方等价交易行为，而救济是单方面行为。最后，保险金的支付是按对价原则进行的，而救济金的给付完全出于灾害后果及施舍人的心愿，无一定的对价作基础。

### 三、保险的分类

随着保险业的发展，保险领域不断扩大，新的险种层出不穷，因此必须对保险予以分类，以便更好地理解和研究。

#### （一）按保险实施方式不同划分，可分为自愿保险与强制保险

1、自愿保险(Voluntary Insurance)，是指投保人和保险人在平等自愿的基础上，通过订立保险合同或自愿组合而建立起保险关系。如商业保险、相互保险和合作保险等。在自愿保险中，投保人自主决定是否参加保险，自由选择保险人、保险险种、保险金额和保险期限等，也可以中途退保；保险人也可以决定是否承保，承保多大金额等。

2、强制保险(Compulsory Insurance)，是指根据法律、法令或行政命令，投保人和保险人之间强制建立起保险关系。强制保险主要是为了保护公众利益和维护社会安定。例如有些国家法律规定雇主必须为其雇员投保人身意外伤害险，各国普遍规定汽车第三者责任险为强制保险等，均为保护公众利益。又如职工养老保险、基本医疗保险、失业保险等均为强制保险，是为了维护社会安定和保障公民福利。

#### （二）按保险性质不同划分，可分为商业保险、社会保险和政策保险

1、商业保险(Business Insurance)，是由商业性保险公司提供的，以权力义务对等关系为基础的，以盈利为目的的保险。商业保险首先是一种经济行为，不论投保人还是保险人都是从成本收益角度来考虑是否投保和承保；其次是一种合同行为，双方在权利义务对等关系基础上自愿建立保险关系。

2、社会保险(Social Insurance)，是国家通过立法对社会劳动者暂时或永久丧失劳动能力或疾病、失业时，提供一定物质帮助以保障其基本生活的一种社会保障制度。社会保险一般是强制性的，凡符合法律规定条件的成员均要参加，在保险费缴纳方面不遵循等价原则，而是有利于低收入者，并由政府、企业和个人共同承担，提供的是最基本的生活保障。目前世界各国开办的社会保险主要有养老保险、医疗保险、失业保险及工伤保险等。

3、政策保险(Government Insurance)，是政府为实现某项政策目的，对于商业保险公司难以经营的某些险种予以一定的政府补贴而实施的保险。目前一般分为三类：一是为促进本国农业生产的发展而提供的农业保险；二是为促进本国对外贸易及对外投资的发展而开办的出口信用保险和海外投资保险；三是为应付洪水、地震等巨灾给国民带来的灾难而开办的巨灾保险。

#### （三）按保险标的不同划分，可分为财产保险、人身保险、责任保险和信用保证保险

1、财产保险(Property Insurance)，是以财产及与之相关的利益为保险标的，以自然灾害及意外事故为保险事故的保险。

2、人身保险(Personal Insurance)，是以人的生命或身体为保险标的，以生死、年老、疾病、意外伤害等人身风险为保险事故的保险。以生命为标的通常称之为人寿保险，以身体为标的又分为内在疾病和外在意外伤害，所以有健康保险和意外伤害保险之分。

3、责任保险(Liability Insurance)，是以被保险人依法应对第三者承担的民事赔偿责任为保险标的，以第三者的财产损失或人身伤亡为保险事故的保险。目前的责任保险主要分为四大类：公众责任保险，产品责任保险，雇主责任保险，职业责任保险。

4、信用保证保险(Credit & Bonds Insurance)，是以合同双方权利人和义务人的信用关系为标的，以信用风险为保险事故的保险。具体分为信用保险和保证保险，前者是权利人（债权人）投保，保义务人（债务人）的信用，后者是义务人（债务人）投保，保自己的信用。

（四）按风险转移方式不同划分，可分为原保险、再保险、共同保险和重复保险

1、原保险(Insurance)，是指投保人与保险人直接签订保险合同，确立保险关系，投保人将风险损失转移给保险人。

2、再保险（Reinsurance），是指保险人将超过自己承保能力以上的风险责任的一部分或全部向其他保险人再进行投保的保险。

3、共同保险，是指两个或两个以上保险人共同承保同一保险标的，共同与投保人签订一份保险合同的保险，且保险金额之和不超过保险标的的实际可保价值。

4、重复保险，是指投保人就同一个保险标的、同一个保险利益及同一个保险事故向两个或两个以上保险人投保，且保险金额之和超过了保险标的的实际可保价值的保险。

除了上述常见的分类外，保险还有一些其他分类，如按保险标的是否是生命，分为寿险和非寿险，按经营主体是政府还是私人，分为公营保险和私营保险，按承保的对象是团体还是个人，分为团体保险和个人保险，按承保的危险是单一还是综合，分为单一危险保险和综合危险保险等。

### 第三节 保险的职能与作用

#### 一、保险的职能

保险的职能是保险所特有的功能，这是由保险的本质所决定的，因而保险的职能是保险本质的体现。保险的职能并非一成不变的，随着生产力和生产关系的发展变化，原有的保险职能不仅不会消失，而且还会派生出新的职能。因此，保险的职能通常分为基本职能和派生职能。

##### （一）保险的基本职能

保险的基本职能是指保险所固有的职能，是保险一产生就存在的职能，它并不会因社会经济形态的变化而变化的。保险的基本职能有两个：分散风险，经济补偿或给付。

1、分散风险。保险把集中在某一单位或个人身上的因偶发灾害事故或人身伤亡事件所致的经济损失，通过收取保险费的办法平均分摊给所有被保险人，这就是保险的分散风险职能。通过该职能的作用，风险不仅在空间上达到充分分散，而且在时间上亦可达到充分分散。这一保险机制可用例子来说明。假定由 1000 个农民联合组成一个火灾保险社，再假设每个农民的住宅价值为 200000 万元，以往的年平均火灾损失总额为住宅价值的 1%，由此可知：

$$\text{住宅价值总额} = 200000 \times 1000 = 200000000 \text{（元）}$$

预计的损失总额=  $200000000 \times 1\% = 2000000$  (元)

$$\text{每个农民分摊的损失额} = \frac{2000000}{1000} = 2000 \quad (\text{元})$$

即由 1000 个农民每人缴纳 2000 元来分散 2000000 元的集中在个别人身上的火灾损失。如果每栋住宅的价值不同, 每个农民可按 100 元财产缴纳 1 元保险费来分摊预计的损失。当然这里没有考虑火灾保险社的经营费用, 如果再加上经营费用, 每个农民每 100 元财产所缴保险费略高于 1 元。

2、经济补偿或给付。经济补偿针对财产保险而言的, 而给付是针对人身保险而言的。经济补偿或给付是建立保险基金的目的, 也是保险产生和发展的原因。自然灾害和意外事故的客观存在, 使社会再生产过程和人们日常生活面临着风险, 一旦风险事故发生, 社会再生产过程就遭到破坏, 人们日常生活就可能难以维系, 为了保持再生产的顺利进行和人们日常生活的稳定, 就需要对这种经济损失进行补偿, 保险便是适应这种需要而产生的。由于在人身保险中, 是以人的身体或生命为保险标的, 而人的生命和身体是无价的, 不能用货币衡量, 因而对人身事故的经济保障不能用补偿概念, 而用给付概念。

现代保险的经济补偿或给付, 包括以下内容: (1) 补偿被保险人由于自然灾害和意外事故所造成的经济损失; (2) 对被保险人在保险期间发生人身伤亡或生存到保险期满, 给付保险金; (3) 承担被保险人依法应负的民事赔偿责任; (4) 承担信用风险导致权利人的损失。

## (二) 保险的派生职能

随着社会生产力的发展, 经济制度的变迁, 在保险固有职能基础上又派生出一些新的职能, 并不断完善。从目前来看, 主要有三大派生职能: 融通资金职能, 防灾防损职能, 社会管理职能。

1、融通资金职能。融通资金职能是指将保险基金暂时闲置部分, 投入到社会再生产过程或直接进入金融市场, 以获取投资收益。保险公司通过收取保险费集中起规模庞大的保险基金, 保险基金从原理来说, 是保险人的负债, 要随时应付被保险人的经济损失赔偿或给付, 但保险事故不可能同时发生, 且自投保到事故发生一般也有一个时间差, 所以总有一部分基金处于闲置状态。在现代社会, 资金是一种资源, 闲置是一种浪费, 而使用能带来利润, 因此, 保险公司必定会充分发挥保险的融资功能。保险基金的投资通常有两种方式: 一是直接投资, 即投资基础设施建设和向企业贷款, 二是间接投资, 即在金融市场上拆借、购买证券投资基金、股票和债券等。

值得注意的是, 保险的融资职能是由其基本职能派生出来的, 保险基金的运用是以保证偿付能力为前提, 因此保险基金的运用应当坚持安全性、流动性、盈利性的原则。

2、防灾减损职能。防灾减损职能是指保险人介入防灾减损活动, 提高了社会的防灾减损能力。防灾是指保险人和被保险人共同采取措施, 对导致投保标的物可能发生风险事故进行事先防范, 如协助被保险人购买消防设施等。减损是指在保险标的发生灾害事故时, 投保人与保险人会采取积极施救措施, 减少损失额度。灾前的防损和灾后的减损是相辅相承的, 共同构成保险的完整内容, 从而使保险成为一种积极行为。通过防灾、减损, 把灾害损失额限定在损失补偿的范围之内, 使损失补偿容易实现。

3、社会管理职能。社会管理职能是指从社会属性角度看保险本质所产生的对整个社会的积极作用。现代保险的社会管理功能集中而突出显现为经济的助推器和社会的稳定器。保险具有社会管理功能, 一方面保险产品的社会性决定的; 另一方面, 也是作为现代社会生活的一种重要制度安排所决定的。保险的社会管理职能主要体现在以下四个方面:

（1）社会保障管理。商业保险可以作为社会保险的补充和延伸，有利于扩大社会保障的覆盖面。同时保险具有产品灵活多样、选择范围广等特点，可以为社会提供多层次的保障服务，提高社会保障的水平，减轻政府在社会保障方面的压力。

（2）社会风险管理。保险公司不仅具有识别、衡量和分析风险的专业知识，而且积累了大量风险损失资料，为全社会风险管理提供了有力的数据支持。同时保险人通过采取差别费率等措施，鼓励投保人和被保险人主动做好各项预防工作，实现对风险的控制和管理。

（3）社会关系管理。由于保险介入灾害处理的全过程，参与到社会关系的管理之中，逐步改变了社会主体的行为模式，为维护政府、企业和个人之间正常、有序的社会关系创造了有利条件，减少了社会摩擦，起到了社会润滑剂的作用，大大提高了社会运行的效率。

（4）社会信用管理。保险公司经营的产品实际上是一种以信用为基础、以法律为约束的承诺，在培养和增强社会的诚信意识方面具有潜移默化的作用。保险在经营过程中还可以收集企业和个人的履约行为记录，为社会信用体系的建立和管理提供重要的信息资料来源，实现社会信用资源的共享。

## 二、保险的作用

保险的作用可以从微观和宏观两个范围内进行考察。

### （一）保险在微观经济中的作用

保险的微观作用指保险对作为经济个体的单位或家庭（个人）产生的影响。主要表现在：

#### 1、保险有利于受灾企业及时恢复生产

在社会生产过程中，自然灾害和意外事故是不可避免的，这是一条自然规律。但在什么时候什么地点发生，波及面有多广，受损程度有多大，都是不确定的，保险赔偿具有合理、及时、有效的特点。投保企业一旦遭受灾害事故损失，就能够按照保险合同约定的条件及时得到保险赔偿，获得资金，重新购置资产，恢复生产经营，把因生产中断造成的损失降到最低。

#### 2、保险有利于安定人民群众的生活

家庭是劳动力再生产的基本单位，家庭生活安定是人们从事生产劳动、学习、休息和社会活动的基本保证。但是，自然灾害和意外事故对于家庭来说同样是不可避免的，参加保险也是家庭风险管理的有效手段。家庭财产保险可以使受灾家庭恢复原有的物质生活条件。当家庭成员，尤其是工资收入者，遭遇生老病死等意外的或必然的事件时，人身保险作为社会保险和社会福利的补充，对家庭的正常经济生活起保障作用。

#### 3、保险有利于企业的公平竞争

由于企业规模不同，遭灾后的恢复能力也不同，小企业通常因遭灾而面临破产，而大企业抗风险能力相对较强，所以如果没有保险，则小企业就处于不利的竞争环境，一旦遭受自然灾害或意外事故，就可能无力恢复生产。而有了保险，能够为不同规模的企业创造公平的竞争环境。

#### 4、保险有利于促进个人或家庭消费的均衡

这一点主要针对人身保险而言，因人身保险更多地体现了储蓄的性质，将现在的财富积累下来以满足未来经济上的需要，实际上是让渡现在的消费权利，获得未来的消费权利。从人一生的角度来看，这种权利在时间上的转移是很合理的。一般来说，人的收入在整个生命周期内波动幅度是比较大的，人在年轻时，

精力充沛，为社会贡献也大，收入也高，而到老年，收入会明显减少，但人的消费在其整个生命周期内波动幅度并不大，无论年轻还是年老，维持生活的基本消费都是必需的。因此，人一生的收入和消费是不均衡的，而人身保险弥补了这方面的不足，首先，如果一个人参加了人身保险，他必须按期缴纳保费，由于有外部压力，这种定期的“财富储备”较容易坚持下来；其次，人身保险只有在特定的事件发生后才给付保险金，被保险人不可能将这笔财富提前挪作他用，确保资金被用于预定项目。可见，人身保险能更好地解决收入与消费之间的不平衡问题。

## （二）保险在宏观经济中的作用

保险的宏观作用是指保险对全社会和整个国民经济产生的影响。主要表现在：

### 1、保障社会再生产的正常进行

社会再生产过程是由生产、分配、交换和消费四个环节组成，它们在时间上是连续的，在空间上是均衡的。也就是说，整个再生产过程是一个有机体，是一张错综复杂的网，任何一点受到震动都会波及到其他的点，产生类似于“多米诺骨牌”效应，这种效应会将局部的动荡传递到再生产的其他环节，将损失放大。随着生产力的发展，这种趋势会进一步加强，社会分工会越来越细化，各生产部门的专业性越来越强，它们之间的协作要求越来越高，整体经济各部门之间的联系会越来越紧密，把损失控制在一定范围内显得尤其重要，而保险就提供这样一种机制，当一家原材料生产企业发生风险事故，生产受到影响时，通过保险可以及时获得经济补偿，以最快的速度恢复生产，从而使以该企业产品为原料的下游企业不会因此而生产中断，社会再生产能顺利进行。

### 2、有助于财政收支与信贷收支计划的顺利实现

财政收支计划和信贷收支计划是国民经济宏观调控的两大资金计划。毫无疑问，企业遭受自然灾害和意外事故后，如果没有保险，则或多或少地造成财政收入的减少和银行贷款归还的困难，同时还要增加财政支出和信贷支出，从而给国家宏观经济调控带来困难。在生产单位参加保险的情况下，财产损失得到保险补偿，恢复生产经营有了资金保证，财政收入就能保证基本稳定，银行贷款也能得到及时得到清偿。可见，保险确实对财政和信贷收支的平衡发挥着保障性作用。

### 3、有助于增加外汇收入，增强国际支付能力

保险在对外贸易和国际经济交往中是必不可少的环节。按国际惯例，进出口贸易都必须办理保险，保险费和商品的成本价和运费一起构成了进出口商品的价格。一国出口商品时争取到岸价格，即由己方负责保险，则可减少保险外汇支出。此外，当一国进入世界保险市场参与再保险业务时，应保持保险外汇收支平衡，力争保险外汇顺差。保险外汇收入是一种无形贸易收入，对于增强一国的国际支付能力起着积极作用。

### 4、有利于实现科学技术向现实生产力转化

科学技术对经济发展的促进作用如今体现得越来越明显，科技进步逐渐成为经济发展最主要的推动力。采用新技术可以提高企业的劳动生产率，使产品升级换代，扩大市场份额。但对于熟悉了原有技术工艺的企业来说，采用新技术就意味着新的风险。保险则可以对采用新技术带来的风险提供保障，为企业开发新技术、新产品以及使用专利壮胆，促进先进技术的推广运用。

## 第四节 保险的产生与发展



## 一、古代保险思想

人类社会从一开始就遇到自然灾害和意外事故的侵扰，所以在古代社会里就萌生了对付灾害事故的保险思想，这在中外历史上都有文献记载。

### （一）中国古代的保险思想

早在公元前 3000 年，我国长江流域的一些粮食商人在运输中就采用“分舟运米”的办法，各自把所要运送的米分装在同一航程的几条船上，以避免单船运输风险过于集中，这是最古老的体现分散风险的保险思想。

在公元前 2500 年，我国的《礼记·礼运》中就有这样一段话：“大道之行也，天下为公；选贤与能，讲信修睦，故人不独亲其亲，不独子其子；使老有所终，壮有所用，幼有所长；鳏寡孤独废疾者皆有所养。”这一记载足以说明我国古代早有谋求经济生活之安定的强烈愿望，是我国最古老的社会保险思想。

我国长期以来是一个农业国，农业生产依赖自然条件，不可避免地遭受到水旱灾害的影响，所以历代有储粮备荒，以赈济灾民的传统制度，周朝已建立各级后备仓储，到春秋战国以后已逐步形成一套仓储制度，称为“委积”制度；汉代已设有备荒赈济的“常平仓”；隋朝设有“义仓”。这些都是以实物形式的救济后备制度，由政府统筹，带有强制性性质。此外，宋朝和明朝还设有“社仓”制度，它属于相互保险形式，在宋朝还有专门赡养老幼贫病不能自我生存的“广惠仓”，这可以说是原始形态的人身保险制度。

尽管我国古代早就有分散风险、积粮备荒的保险思想，但由于封建制度和重农抑商的传统观念，商品经济不发达，缺乏经常性的海上贸易。所以在中国古代社会没有产生商业性的保险活动。

### （二）外国古代的保险思想

外国最早产生保险思想的国家并不是现代保险业发达的资本主义大国，而是处在东西方贸易要道上的文明古国，如古埃及、古巴比伦和欧洲的古希腊和古罗马。在公元前 4500 年，古埃及的一项文件中记载：当时石匠中盛行一种互助基金组织，通过收缴会费来支付因会员死亡后的丧葬费用和家属必要的生活费用，这应该是最古老的保险互助组织。在公元前 2000 多年的古代巴比伦的汉谟拉比法典中有这样一条规定：商人可以雇用一名销货员去外国港口销售货物，当这个销货员航行归来，商人可收取一半的销货利润；如果销货员未归，或者回来时既无货也无利润，商人可以没收其财产，甚至可以把他的老婆孩子作为债务奴隶；但如果货物是被盗劫夺，可以免除销货员的债务。据说这是海上保险的一种起源。这部法典中还有火灾保险的规定，巴比伦国王命令僧侣、官员和村长向居民征税以筹集火灾救济基金。该法典又记载沙漠商队根据合同规定要对运输货物负绝对责任，对没有把货物运到目的地的承运人处以没收财产、扣押亲属，甚至判处死刑，但在遇到强盗、原始人和半自治地区王子抢劫时，承运人可对货物被盗不承担责任。这可以说是货物运输保险的雏形，后来传到腓尼基和希腊，广泛用于海上贸易。

在古希腊，一些政治哲学或宗教组织中由会员摊提形成一笔公共基金，专门用于意外情况下的救济补偿。在古罗马，曾出现过丧葬互助会，还出现一种缴付会费的士兵团体，在士兵调职或退役时发给旅费，在死亡时发给继承人抚恤金。上述这些都是人身保险的原始形态。

到了中世纪，欧洲各国城市中相继出现各种行会组织，这些行会具有互助性质，其共同出资救济的互助范围包括：死亡、疾病、伤残、年老、火灾、盗窃、沉船、监禁、诉讼等不幸的人身和财产损失事故，但互助救济活动只是行会众多活动中的一种。这种行会或称基尔特制度在 13~16 世纪特别盛行，并在此基

础上产生了相互合作的保险组织。

## 二、西方近现代保险业的产生与发展

### （一）海上保险的产生与发展

海上保险是一种最古老的保险，近代保险也是从海上保险发展而来的。保险学界有关海上保险的起源有两种观点：一种观点认为起源于公元前 2000 年出现于地中海沿岸的“共同海损分摊制度”；另一种观点认为起源于公元前 800~700 年盛行于古希腊的“船货抵押借款制度”。

1、共同海损分摊制度是海上保险的萌芽。早在公元前 2000 年，地中海一带就有了广泛的海上贸易活动。当时由于生产力水平低下，船舶构造非常简单，航海是一种很大的冒险活动。要使船舶在海上遭风浪时不致沉没，一种最有效的抢救办法是抛弃部分货物，以减轻载重量。为了使被抛弃的货物能从其他受益方获得补偿，当时的航海商提出了一条共同遵循的原则：“一人为众，众人为一”（One for all, all for one）。这一个原则后来为公元前 916 年的罗地安海商法所采用，并正式规定为：“凡因减轻船只载重投弃入海的货物，如为全体利益而损失的，须由全体分摊归还。”这就是著名的“共同海损”基本原则。时至今日，共同海损分摊原则仍被各国海商法采用。可以说它是海上保险的萌芽。

2、船货抵押借款制度是海上保险的雏形。公元前 800~700 年间，船货抵押借款制度在古希腊、古罗马等地已相当盛行。船舶抵押借款契约，又称冒险借贷，是指船主在出外航行急需用款时，把船舶和船上的货物作为抵押品向当地商人取得航海资金的借款，如果船舶安全归来，船主归还贷款，并支付较高的利率；如果船舶中途沉没，债权即告结束，船主不必偿还借款本息。这种借款方式实际上体现了海上保险的初级形式，放款人相当于保险人，借款人相当于被保险人，船舶或货物相当于保险标的，高出普通利息的差额相当于保险费，如果船舶沉没，借款就等于预付的赔款。由此可见，船货抵押借款制度具有保险的一些基本特征，因而被认为是海上保险的初级形式。

3、意大利和英国海上保险的发展。在 14 世纪中期经济繁荣的意大利北部出现了类似现代形式的海上保险，意大利的伦巴第商人因代替教会征收和汇划各地缴纳的税款而控制了欧洲大陆的金融枢纽，他们还从事海上贸易，并在 1250 年左右开始经营海上保险。目前世界上最古老的保险单就是一个名叫乔治·勒克维伦的热那亚商人在 1347 年 10 月 23 日出立的一张承保从热那亚到马乔卡的航程保险单。当时的保险单同其他商业契约一样，是由专业的撰状人草拟，13 世纪中期在热那亚一带就有 200 名这样的撰状人，据一位意大利律师调查，1393 年在热那亚的一位撰状人就草拟了 80 份保险单，可见当时意大利的海上保险已相当发达，第一家海上保险公司于 1424 年在热那亚出现。

善于经商的伦巴第人后来移居到英国，继续从事海上贸易，并把海上保险也带进了英国，保险中心逐渐转移到英国。1568 年 12 月 22 日经伦敦市长批准开设了第一家皇家交易所，为海上保险提供了交易场所。1575 年由英国女皇特许在伦敦皇家交易所内设立保险商会，办理保险单登记和制定标准保单和条款。1601 年伊丽莎白一世女皇颁布了第一部有关海上保险的法律，规定在保险商会内设立人口仲裁法庭，解决日益增多的海上保险纠纷案件。在英国海上保险发展史上具有里程碑地位的是伦敦劳合社的建立和发展。伦敦劳合社是从劳埃德咖啡馆演变来的，其演变史可以成为英国海上保险发展的一个缩影。1683 年一个名叫爱德华·劳埃德的商人在伦敦泰晤士河畔开设了一家咖啡馆，该处逐渐成为经营远洋航海的船东、船长、商人、经纪人和银行高利贷者聚会的场所。1691 年劳埃德咖啡馆迁至伦巴第街，不久成为船舶、货物和海上

保险交易的中心。劳合社严格来说不是一个保险公司，而是一个保险市场，它只是向其成员提供交易场所和有关的服务，本身并不承保业务。在劳合社保险是向该市场的经纪人投保，并由经纪人代找承保人，一般由经纪人填一份要保单，递交给从事某种保险业务的承保组合，再由一个牵头的承保人确定费率，并承保一个份额，其余份额由同一组合中的其他成员承保，经纪人还可与其他承保组合联系，直到承保人认足份额后，再送签单部签单。劳合社最多时有近 5 万名经纪人，但经历了 20 世纪 90 年代初期严重亏损后，因负无限责任，不少经纪人无力继续经营而退出劳合社，到 2001 年底，个人会员大约有 14000 人。当然这几年劳合社也进行了一系列改革，其中有影响的就是吸收负有限责任的单位会员，使劳合社成为负无限责任的个人会员和负有限责任的单位会员共同构成。这在一定程度上增加了劳合社的资本实力，但在某种意义上也改变了劳合社的性质，因此也遭到了不少人的批评。

## （二）火灾保险的起源与发展

火灾保险是财产保险的前身。火灾保险的直接起源是 1666 年 9 月 2 日的伦敦大火，这场大火持续了 5 昼夜，烧毁了伦敦城一半的房屋，有 13000 幢房屋和 90 个教堂被烧毁，20 万人无家可归，造成了不可估量的损失。这场大火使人们重视火灾保险，次年一个名叫尼古拉·巴蓬的牙科医生独资开办了世界上第一家私营的火灾保险所，并于 1680 年邀请 3 人增资设立火灾保险合伙组织。当时保险费已经是根据房屋的房租和结构计算，砖瓦建筑的费率为年房租的 2.5%，木结构的费率为 5%。正因为按房屋结构收取差别费率，巴蓬有“现代保险之父”的称号。

18 世纪末到 19 世纪中叶，英、法、德、美等国相继完成了工业革命，大机器生产代替了原先的手工业操作，物质财富大量集中，对火灾保险的需求也变得更为迫切。最早的股份公司形式的保险组织是 1710 年由英国人查尔斯·波文创办的“太阳保险公司”，它不仅承保不动产，还把业务扩大到动产保险。英国在 1714 年出现了联合火灾保险公司，这是一个相互保险组织，费率计算除了考虑建筑物结构外，还考虑建筑物的场所、用途和财产种类等，费率厘定更为科学。美国于 1752 年由本杰明·富兰克林在费城创办了美国第一家火灾保险社。到了 19 世纪，欧美的火灾保险公司如雨后春笋般涌现，承保能力大为提高。1871 年芝加哥一场大火造成 1.5 亿美元损失，其中 1 亿美元损失是保了险的。而且火灾保险从过去只保建筑物损失扩大到其他财产，承保的责任也从单一的火灾扩展到风暴、地震、洪水等。在美国火灾保险的早期，保险人各自设计自己使用的保单，合同冗长且缺乏统一性。1873 年马萨诸塞成为美国首先使用标准火险单的州，纽约州在 1886 年也通过了类似的法律。目前美国 55 个州中有 48 个是使用纽约州的标准火险单。标准火险单的使用减少了损失理算的麻烦和法院解释的困难，也是火灾保险的一大进步。

## （三）人寿保险的起源与发展

人寿保险起源于欧洲中世纪的基尔特制度。起初行会对其成员的人身伤亡或丧失劳动能力给予补偿，后来有些行会逐渐转化为专门以相互保险为目的的“友爱社”，对保险责任和缴费有了比较明确的规定。这种相互保险组织形式对以后的人寿保险发展影响很大，美国最大的人寿保险公司——美国谨慎保险公司就是相互保险公司，其前身就是 1873 年建立的“孤寡老友爱社”。到 15 世纪后期，奴隶贩子把贩运的奴隶作为货物投保，后来船长和船员也可以保险。到 16 世纪，安特卫普的海上保险对乘客也进行了保险。17 世纪以后，人寿保险因“佟蒂法”的实施和“生命表”的编制得以迅速发展。佟蒂法是 17 世纪中期法国在任宰相秘书洛伦·佟蒂提出的一种不偿还本金募集国债的计划，法王路易十四为了筹集战争经费于

1689 年采用了“佟蒂法”，以每人缴纳 300 法郎筹集到 140 万法郎资金。“佟蒂法”是养老年金的一种起源，它规定在一定时期以后开始每年支付利息，把认购人按年龄分为 14 群，对年龄高的群多付利息，当认购人死亡，利息总额在该群生存者中平均分配，当该群认购人全部死亡后，就停止付息。由于这种办法不偿还本金并引起相互残杀，后被禁止，但佟蒂法引起了人们对养老年金和生命统计研究的重视。世界上第一张生命表是英国数学家和天文学家埃德蒙·哈雷于 1693 年编制的，他是根据德国布雷劳市 1687~1691 年间的市民按年龄分类的死亡统计资料编制而成的，为现代人寿保险奠定了数理基础。1762 年由英国人辛浦逊和道森发起的人寿及遗属公平保险社首次将生命表用于计算人寿保险的费率，标志着现代人寿保险的开始。

工业革命以后，机器的大量使用及各种交通工具的发明和推广，使人身职业伤亡和意外伤害事故增多，这为广泛开展人寿保险业务开辟了市场。加上人寿保险带有储蓄性质，年金能提供养老收入，准备金能用于投资，这就加速了人寿保险的发展。到了第二次世界大战以后，人寿保险的覆盖率进一步扩大，大多数家庭有了人寿保险，而且人寿保险种类繁多，并开始与金融市场的投资紧密结合。人寿保险公司已成为仅次于商业银行的投资机构。

#### （四）责任保险、信用保证保险的发展

责任保险是以被保险人的民事赔偿责任为标的，它的产生是社会文明进步尤其是法制完善的结果。19 世纪初法国《拿破仑法典》中的有关责任赔偿的规定为责任保险的产生提供了法律基础。1855 年英国率先开办了铁路承运人责任保险。自此以后，责任保险日益引起人们的重视。工业革命以后，雇主责任险得以发展，1880 年英国通过了雇主责任法，规定雇主经营中因过错使工人受到伤害，应负法律责任，同年就有雇主责任保险公司成立。19 世纪末，汽车诞生后，汽车责任保险随之产生，最早的汽车保险是 1895 年由英国一家保险公司推出的汽车第三者责任险。1898 年美国开办了这项业务，进入 20 世纪后，汽车第三者责任保险得到极大发展。

信用与保证保险是随着商业信用的发展而产生的一种新兴保险业务。在 18 世纪末 19 世纪初，忠诚保证保险就已出现。该项保险的投保人一般是雇主，如果雇员的不忠诚行为使雇主蒙受损失，保险人将负有赔偿责任。19 世纪中期英国又出现了合同保证保险，这种保险主要运用于工程建设上。1919 年由于东西方政治局势的恶化，英国政府为了保证贸易的进行，专门成立了出口信用担保局对有关贸易进行担保，创立了一整套信用保险制度，并成为以后各国争相效仿的样板。1934 年伯尔尼联盟（国际信用和投资保险人联合会）的成立标志着出口信用保险已为世界所公认，此后，各国信用保险和投资保险业务都开始稳步发展。

### 三、中国保险业的产生与发展

#### （一）旧中国的保险业

中国近代保险业是从西方传入的。1805 年英国人首先在广州开设广州保险社，又称谏当保安行，主要经营海上运输保险业务。随后，扬子保险公司、太阳保险公司、巴勒保险公司等英资保险机构在中国纷纷成立。19 世纪下半叶，为了维护清政府的统治，发展民族工商业，以曾国藩、李鸿章为首的洋务派发起洋务运动，民族保险业随之产生。1865 年义和公司保险行在上海成立，标志着我国第一家自办保险机构诞生。1875 年招商局在上海成立，并于 1885 年拨银 20 万两在上海创办了“仁和”、“济和”两家保险公司，

后来合并为仁济和保险公司，承保招商局所有的船舶、货栈以及货物运输保险业务。

第一次世界大战期间，因帝国主义国家之间忙于战争，暂时无暇顾及对中国的侵略，中国的民族工商业和金融保险业得到了一个发展的机会，到 20 世纪 30 年代，中国民族资本的保险公司发展到了 30 多家。我国民族资本的保险公司虽然大多数是由私营银行投资创办，依靠银行的力量开展业务，但同外商相比，他们的力量仍极其薄弱，根本无法同西方列强资本抗衡，加之国民党政府对他们不予以保护和支持，所以他们在保险业务的经营上完全听任西方保险公司的摆布和主宰，他们所承保的业务大部分都分保给外商保险公司，自留业务量很少，同时分保的费率和条款均由外商制定。

抗战爆发后，国内的保险公司则大举内迁，重庆取代了上海成为当时的保险中心。抗战胜利后，各保险公司纷纷将总部迁回上海，外资保险公司在上海复业，上海又成为中国的保险业中心。此时，中国保险市场上的格局起了变化：美资企业取代了英资企业，占据了主导地位。这一时期，新的投机性保险公司不断涌现，呈现出一派虚假繁荣的局面。解放前夕，国民经济濒临崩溃，通货膨胀率居高不下，保险市场陷入了巨大的混乱之中，许多民族保险公司不得不宣告破产。

## （二）新中国保险业的创立与发展

建国以后，我国的保险业大致经历了四个阶段：

第一阶段，1949 年至 1958 年，为整顿、创立和迅速发展时期。1949 年 10 月 1 日以后，一方面整顿和改造旧中国的保险业及保险市场，接管了官僚资本的保险公司，并批准一部分私营保险公司复业；另一方面，1949 年 10 月 20 日经中央人民政府批准成立了中国人民保险公司，至 1952 年底已在全国设立了 1300 多个分支机构。这一时期，中国人民保险公司相继开办了团体和个人人寿保险、国家机关和国营企业财产强制保险、旅客意外伤害保险、货物运输保险和运输工具保险等业务，并试办了农村牲畜保险和棉花收获保险，保险业务发展迅速。据统计，从 1949 年到 1958 年的 10 年内，各种保险费收入总计 16 亿元，共支付赔款 3.8 亿元，上缴国库 5 亿元，积累保险资金 4 亿元，拨付防灾费 2300 万元，结余资金都存入银行作为信贷资金使用。

第二阶段，1959 年至 1979 年，国内保险业务全面停办时期。这一时期由于左倾思想的干扰，认为人们的生老病死和企业的自然灾害和意外事故所造成的损失应该由财政来承担，这是社会主义制度优越性的体现，商业保险是资本主义制度的产物应该停办。但考虑到对外贸易需要保险，所以在广州、重庆、上海等大城市保留了涉外保险，1966 年文化大革命后，涉外保险业务几乎停办，从业人员一度减少到 9 人，史称“九人治丧委员会”。

第三阶段，1980 年至 2002 年，国内保险业务恢复和发展时期。这一时期，保险机构由 1 家发展到 2003 年末内外资保险公司及代表处 60 家；保险费收入从 4.6 亿多元发展到 2003 年末 3880 亿元；保险深度从 1980 年的 0.1% 提高到 2003 年的 3.33%，保险密度从 1980 年的 0.47 元提高到 2003 年的 287.4 元，具体参见表一、二。从业人员从 2000 人发展到近 30 万人，这还不包括 130 多万的保险营销员队伍；保险险种从 30 多种发展到目前 800 多种；保险法规从无到有，从不完善到逐步完善。1995 年 10 月 1 日颁布并实行《中华人民共和国保险法》，之后，相继颁布了《保险企业管理暂行条例》、《保险代理人管理规定》、《保险经纪人管理规定》、《保险公估人管理规定》、《保险机构高级管理人员任职资格管理暂行规定》等法规条例。值得一提的是，2002 年 10 月 28 日全国人民代表大会常务委员会第三十次会议通过了《关于修改中国人民

共和国保险法的规定》的修正案，并决定从 2003 年 1 月 1 日起实行新的保险法。

第四阶段，2002 年以后，国内保险市场全面开放时期。随着我国加入 WTO，按照承诺，我国的保险市场在 3~5 年内要全面开放，这对我国民族保险业来说既是机遇又是挑战。只要我们抓住机遇，迎接挑战，相信我国的保险业将会有个更高的发展平台。

表一：我国内资保险经营主体一览表（截止 2003 年末）

公司名称	性质	成立时间	经营区域	总部地址
中国人民财产保险股份有限公司	国有控股	1949 年	全国	北京
中国人寿保险股份有限公司	国有控股	1949 年	全国	北京
中国财产再保险股份有限公司	国有控股	1949 年	全国	北京
中国人寿再保险股份有限公司	国有控股	1949 年	全国	北京
中华联合财产保险公司	国有独资	1986 年	全国	乌鲁木齐
中国平安保险（集团）公司	股份制	1988 年	全国	深圳
中国太平洋保险（集团）公司	股份制	1991 年	全国	上海
天安保险股份有限公司	股份制	1994 年	区域	上海
大众保险股份有限公司	股份制	1995 年	区域	上海
华泰财产保险股份有限公司	股份制	1996 年	全国	北京
新华人寿保险股份有限公司	股份制	1996 年	全国	北京
泰康人寿保险股份有限公司	股份制	1996 年	全国	北京
华安财产保险股份有限公司	股份制	1996 年	区域	深圳
永安财产保险股份有限公司	股份制	1996 年	区域	西安
太平财产保险股分有限公司	股份制	2001 年	全国	深圳
太平人寿保险股份有限公司	股份制	2001 年	全国	上海
中国出口信用保险公司	国有独资	2001 年	全国	北京
民生人寿保险股份有限公司	股份制	2002 年	全国	北京
大地财产保险股份有限公司	股份制	2003 年	全国	上海

表二：我国保险业务规模一览表（1980~2003 年）

年份	保费收入（亿元）	增长速度（%）	保险深度（%）	保险密度（元）
1980	4.6		0.1	0.47
1981	7.8	69.5	0.16	0.78
1982	10.3	32.1	0.2	1.01
1983	13.2	28.1	0.23	1.28



1984	20	51.5	0.29	1.92
1985	33.1	65.5	0.39	3.13
1986	45.8	38.4	0.65	4.26
1987	71.04	55.1	0.67	6.51
1988	110.4	55.4	0.72	9.86
1989	97.63	-11.6	0.77	12.64
1990	135.2	34.4	0.85	15.56
1991	178.2	35.9	0.9	20.35
1992	211.7	18.8	1	31.39
1993	395.5	86.8	0.98	42.16
1994	500.4	26.5	0.97	49
1995	594.9	18.9	1.17	56.39
1996	777.1	30.6	1.28	71.44
1997	1087.9	40	1.49	90
1998	1247.6	14.7	1.62	102.2
1999	1393.2	10.2	1.75	114.2
2000	1595.9	14.5	1.8	127.7
2001	2109.4	32.2	2.2	168.98
2002	3053.1	44.7	3	237.6
2003	3880.2	27.4	3.33	287.4

#### 四、世界保险业的发展趋势

第二次世界大战后，世界保险业得到了极大的发展，保费收入 1950 年为 207 亿美元，2002 年达到了 26270 亿美元，其中寿险保费收入为 15360 亿美元，市场比重 58.5%，非寿险保费收入 10910 亿美元，市场比重为 41.5%。从总体上看，世界保险市场的格局没有大的变化，2002 年发达国家仍占总保费收入的 90%，但新兴工业国寿险的增幅引人注目，保费收入增幅达 12.7%，远高于发达国家的 1.9%，发达国家引人注目的是非寿险的高速增长，其 9.1% 的增幅远高于上年的 5.0%。世界保险业的发展趋势主要体现在以下几个方面：

##### （一）保险市场全球一体化趋势

当今世界，经济的发展尤其是国际贸易与国际资本市场的发展决定了市场开放的必要性，而通信、信息等高新技术的发展又为实现全球经济一体化创造了技术条件。在高新技术的推动下，全球经济一体化的趋势越来越明显，作为世界经济重要组成部分的保险业，必然要受其影响，保险业国际化趋势也日益明显。在发达国家，为了适应世界保险业一体化需要，都纷纷放松了对本国保险市场的监管。在发展中国家，为

了适应保险一体化需要，也在作出自己的努力，如中国、印度、东盟国家及拉美国家都在不同程度地开放本国的保险市场，以吸引外国投资者。

## （二）保险机构规模大型化趋势

20 世纪末全球金融保险领域掀起了一股兼并浪潮，从而加速了保险机构之间的联合与兼并。19 世纪初，全世界只有 30 多家保险公司，到 20 世纪 90 年代初，全世界保险公司的数量增加到过万家。而在面临全球化竞争的情况下，许多保险公司又开始广泛的合作。竞争与合作呈现出一种相互推动的态势。近年来，合作进一步演化成保险公司之间的并购，保险市场的并购案件显著增多，保险机构规模呈现大型化趋势。1996 年 7 月，英国的太阳联合保险公司与皇家保险公司宣布合并，成立皇家太阳联合保险公司，一举成为英国第一大综合性保险公司。1996 年 11 月，法国巴黎联合保险集团与安盛保险进行合并，成立新的保险集团，资产规模排世界第二。近年来，不仅保险公司之间购并，保险公司与银行之间也发生购并，如 1999 年 6 月花旗银行收购旅行者公司，这是银行与保险合并的典范，也由此促使美国国会通过了《金融服务现代化法案》，法律上认可了混业经营。2001 年 4 月德国安联保险集团公司宣布收购德国的第三大银行德累斯顿银行，合并后的公司将成为全球第四大金融集团。这种购并往往是强强联合，优势互补，形成更大范围的规模经营，提高经营效率，降低经营成本，有效控制风险，提高公司的实力和声誉。

## （三）保险竞争以非价格为主的趋势

市场竞争的白热化使保险业面临的价格压力越来越大，长期的亏损使许多保险公司破产倒闭，严重地影响了保险人与被保险人双方的利益。因此保险人越来越注重非价格的竞争，努力在保险经营上积极创新，力求在保险技术和保险服务上吸引顾客。与此同时，保险人不再被动地提供事后补偿，而是积极地参与事前和事中的防灾防损，在成本收益分析的基础上联合各类技术专家从事风险的识别、测定与预防工作，这一方面提高自己的服务水平，另一方面减少被保险损失和赔款支付。

## （四）保险业内产寿兼营的趋势

综观保险业发展的历史，其经营模式可分为三类：混合经营、分业经营和兼业经营。在保险发展初期，一般都是混合经营，即一家保险公司同时销售产、寿险产品。这样做有利于节约成本，提高利润水平，但不利之处在于：产寿险资金性质不同，混合经营容易导致相互挪用资金，尤其是产险发生大灾而挪用寿险资金，增加保险经营的风险。因此，当保险业发展到一定程度时，各国都摒弃了混合经营的模式，采用分业经营模式。分业经营是指同一保险人不得同时经营财产保险和人寿保险业务，这就克服了混合经营的缺点，因此，分业经营从当时的经济环境来说是一种更为成熟的模式。但这种模式难以适应全球经济一体化条件下保险集团化的需要，所以又出现了兼业经营模式，即在一个保险集团内，同时经营财产险和人寿险，但由两个子公司分别经营，两种业务的财务核算严格分开，经营管理完全独立。应当看到，兼业经营有其独特优势：（1）保险集团可最大限度地利用人员和设备，把经营成本降到最小；（2）保险集团通过产险危险周期和寿险危险周期的综合管理，可降低经营风险；（3）在兼业经营模式下，可以充分利用销售网络，销售人员可同时销售产险和寿险。

我国在 1996 年以前属于混合经营，当时中国人民保险公司、中国平安保险公司等均同时经营产、寿险业务，统一核算。1996 年以后，根据保险法的要求，开始实行分业经营，同一家保险公司不再同时经营产、寿险业务。2003 年后，随着中国人民保险集团公司、中国人寿保险集团公司、中国再保险集团公司的

设立，在集团公司下面将陆续设立产险子公司、寿险子公司、再保险子公司等。所以我国保险业也朝着业内兼营的方向发展。

#### （五）银行、证券与保险混业经营的趋势

在历史上，曾出现过银行业、证券业和保险业混业经营的情况，但由于当时风险防范能力和监管能力不足，导致了1929~1933年的经济金融危机。在这之后，以美国为代表的世界大多数国家实行了金融分业经营，银行、证券和保险由各自的机构经营，严格分开。但近年来，一方面，由于金融市场竞争日趋激烈，混业经营有利于成本的降低；另一方面，金融机构防风险能力增强，金融监管能力增强，这种混业经营的情况重新出现，并有不断发展的趋势，特别是1999年12月美国国会通过《金融服务现代化法案》后，混业经营在法律上得到确认。因此，银行、证券和保险混业经营成为全球趋势。

### 本章小结

1、关于风险的定义，理论界有不同观点，我们认为从保险角度看，风险是指损失发生的不确定性。风险具有客观性、损失性、不确定性、可测性和发展性等特点。一个完整的风险概念应该由风险因素、风险事故和损失三要素构成。

2、风险从不同角度可以有不同分类，最常用的分类是：从性质上分为纯粹风险和投机风险，从对象上分为财产风险、人身风险、责任风险和信用保证风险。

3、风险管理是指人们对各种风险的认识、控制和处理的主动行为，期望达到以最小成本获得最大安全保障的目的。风险管理的方法通常分为财务型和控制型，前者是通过事先设立基金的办法来对付发生的风险，如风险自留、保险转移等；后者是采取措施控制风险，如风险回避、风险预防和风险抑制等。

4、关于保险的概念，理论界有不同观点。我们认为应从经济、法学、精算学等多角度下定义，所以我们的定义是：保险是一种经济补偿制度，这一制度是对有可能发生的不确定事件进行数理预测以确定费率，并以合同形式，通过收取保险费，建立保险基金，将风险从被保险人转移到保险人，最终实现由多数人分担少数人损失的目的。

5、保险从不同角度可以有不同分类，最重要的分类是：按性质分为商业保险、社会保险和政策保险；按保险标的分，分为财产保险、人身保险、责任保险和信用保证保险。

6、保险的职能分为基本职能和派生职能。基本职能是保险固有的功能，主要有：分散风险，经济补偿或给付。派生职能是随着社会经济的变化和保险业的发展而逐步产生和发展起来的，主要有：融通资金，防灾防损，社会管理。

7、保险起源于海上保险，然后发展了火灾保险、人寿保险、信用保证保险等险种。当今世界保险业朝着全球一体化、规模大型化、产寿兼营化和银行、证券与保险混业经营方向发展。

### 关键术语

风险，道德风险，心理风险，投机风险，纯粹风险，动态风险，静态风险，可保风险，风险管理，风险自留，风险抑制，风险回避，风险转移，保险，商业保险，社会保险，政策保险，财产保险，人身保险，责任保险，信用保险，保证保险，再保险，共同保险，重复保险，船货抵押借款，共同海损。

### 复习思考题

- 1、什么是风险？风险的构成要素及其相互关系怎样？
- 2、根据可保风险的条件分析为何人身风险、财产风险和责任风险属于可保风险？
- 3、某大学生（20岁）曾经对他的朋友说：“我不购买任何人寿保险，因为我知道据统计在我这个年龄死亡的可能性很小。”你对这段话作何评论？
- 4、你是怎样理解保险与风险的关系？
- 5、保险与赌博、储蓄、救济有何本质区别？
- 6、商业保险与社会保险有何区别？
- 7、如何理解保险的社会管理职能？
- 8、中国保险业面临世界一体化趋势应该采取何种对策？

## 第二章 保险原则

### 本章学习目的：

- 理解保险利益的内涵及应用；
- 阐明最大诚信原则的基本内容；
- 掌握近因原则在实践中的运用；
- 明确补偿原则在财产保险中的作用；
- 理解代位原则与分摊原则的内容。

### 第一节 保险利益原则

#### 一、保险利益原则概述

##### （一）保险利益的含义

##### 1、保险利益的概念

保险利益（Insurable interest），也称可保利益，是指投保人对保险标的具有法律上承认的利益。衡量投保人或被保险人对保险标的是否具有保险利益的标志，是看投保人或被保险人是否因保险标的的损害或灭失而遭受经济上的损失，即当保险标的安全时，投保人或被保险人可以从中获益；而当保险标的受损时，投保人或被保险人必然会遭受经济损失，则投保人或被保险人对该保险标的具有保险利益。

##### 2、保险利益的构成条件

（1）保险利益必须是合法利益。投保人对保险标的所具有的利益必须被法律认可，符合法律的规定，受到法律的保护，与社会公共利益相一致。它产生于国家制定的相关法律或法规，以及法律所承认的有效合同，而不是违反，法律规定，通过不正当手段获得的利益，非法的利益，不受法律保护，当然不能作为保险利益，如以非法手段所获得的财产均不存在保险利益，对走私物品、违禁品等也无保险利益。

（2）保险利益必须是经济利益。所谓经济利益是指投保人或被保险人对保险标的的利益必须是可以通过货币计量的利益。因为保险保障是通过货币形式的经济补偿或给付来实现的，因此，投保人对保险标的的保险利益必须要能用货币来计量，否则，保险人的承保和补偿就难以进行。因为保险合同的目的是补偿损失，若其损失不能以货币计量，则无法计算损失的额度，也就无法理赔，保险补偿也就无从实现。

（3）保险利益必须是确定利益。确定利益是指投保人对保险标的所具有的现有利益和期待利益，即客观上是已经确定、或将来可以确定的利益。现有利益是指在客观上或事实上已经存在的利益，如投保人或被保险人对已取得所有权、经营权、抵押权的标的所具有的利益。期待利益是指在客观上或事实上尚不存在，但据有关法律或有效合同的约定可以确定在今后一段时间内将会产生的经济利益，如预期的营业利润和租金等。在投保时，现有利益或期待利益都可作为确定保险金额的依据，但在发生保险事故进行受损索赔时，期待利益已成为现实利益才能赔付，保险人的赔偿以实际损失的保险利益为限。

##### （二）保险利益原则的含义

##### 1、保险利益原则的概念

保险利益原则（Insurable interest Principle）是指投保人必须以其所具有保险利益的标的投保，否则保险合同无效。当保险人发现投保人对保险标的不具有保险利益时，可单方面宣布合同无效；当保险合同生效后，投保人或被保险人失去了对保险标的的保险利益，则保险合同也随之失效；当发生保险责任

事故后，被保险人不得因保险而获得保险利益金额之外的利益。我国《保险法》第 12 条第一款和第二款明确规定：“投保人对保险标的应当具有保险利益。投保人对保险标的的不具有保险利益的，保险合同无效。”因此，无论何种保险合同，必须以保险利益的存在为前提。

## 2、保险利益原则的意义

（1）避免赌博行为。保险和赌博都有不确定性，都会因偶然事件的发生获得货币收入或遭受货币损失。如果保险关系的确立不是建立在投保人对保险标的所具有的保险利益的基础上，投保人就可以对任意保险标的投保，由于保险费与保险金额的巨大差额，则可能使该投保人以较小的保费支出获得几倍甚至几十倍的保险金额赔偿。此种保险行为无异于赌博，与“互助共济”的保险思想相违背，也不利于社会公共利益。保险利益原则要求投保人必须对保险标的具有保险利益，是为了使保险与赌博相区别，实现保险补偿损失的目的。在保险业发展初期的英国，出现过保险赌博，在保险标的损毁的情况下，没有经济损失的被保险人却获得了赔偿，使保险标的充当了赌博的对象，严重影响了社会安定，诱发并助长了不良行为的产生。对此，英国议会立法禁止了该种行为，维护了正常的社会秩序，保证了保险的健康发展。

（2）防范道德风险。道德危险是指被保险人或受益人为获取保险人的赔付而故意违反道德规范，甚至故意犯罪，促使保险事故的发生或在保险事故发生时故意放任损失扩大。如果不以投保人对保险标的具有保险利益为前提条件，容易诱发道德危险、犯罪动机和犯罪行为的发生。在财产保险中，投保人故意毁坏他人财物或唆使他人毁坏保险财产；在人身保险中，投保人甚至会不惜采用暗杀方式促使被保险人死亡。这些都给社会增加了不稳定因素，给人们的生命和财产安全造成严重影响。规定保险利益原则将投保人利益与保险标的的安全紧密相连，保险事故发生后，给投保人的保险赔偿仅为原有的保险利益，使投保人促使保险事故的发生变得无利可图，最大限度地控制了道德危险。

（3）限制赔付金额。保险利益原则规定了保险保障的最高限度，并限制了赔付的最高额度。保险的宗旨是补偿被保险人在保险标的发生保险事故时遭受的经济损失，但不允许有额外的利益获得。以保险利益作为保险保障的最高限度就能保证被保险人能够获得足够的、充分的补偿，又能满足被保险人不会因保险而获得额外利益的要求。投保人依据保险利益投保，保险人依据保险利益确定是否承保，并在其额度内支付保险赔付。因此，保险利益原则为投保人确定了保险保障的最高限度，同时为保险人进行保险赔付提供了科学依据。

## 二、财产保险的保险利益

### （一）保险利益的来源

在订立财产保险合同时，保险人首先要审查的就是投保人对其所投保的财产有无保险利益，通常可以从以下几方面来确定。

1、对所投保财产的所有权。对投保人来说，如果其对所保财产具有所有权以及由此带来的收益权，则此财产即为投保人的现有实际财产，投保人可以将其自用、租赁或者转让都可获得一定的效用或者收益，当此财产受损时，对投保人来说是实际资产水平的减少，会对其生活带来不便或者减少了预期的收益，影响到了他的切身经济利益，所以如果投保人对一项财产拥有所有权和收益权时，可认定他对该项资产具有保险利益。

2、对所投保财产的经营管理权。对于有些资产，投保人并不拥有所有权，但是通过一定的约定或者



委托，如租赁合同、承包合同等，投保人对此财产具有使用权和经营权。如果当此财产遭受损失时，投保人要承担恢复原状的经济赔偿责任，同时会影响到他的经营和使用，给其带来生活上的不便或者生产上的损失。所以，如果投保人对一项资产拥有经营权和使用权时，也可认定他对该项资产具有保险利益。例如房屋的承租者、企业的承包者或者经理人员可以对其所使用或者经营的财产进行投保。

3、对所投保财产的抵押权和留置权。抵押和留置是抵押合同中的两种行为，如果被抵押物的控制权在债务人手里，则称债权人对被抵押物具有抵押权。如果被抵押物的控制权在债权人的手里，则称债权人对被抵押物具有留置权。无论在那种情况下，当被抵押物受损时，都会直接或者间接影响债权人的债务偿还，即影响到他的切身经济利益。所以如果投保人对一项资产拥有抵押权和留置权时，也可认定他对该项资产具有可保利益。例如，银行或者其他债权人可以以被抵押财产为保险标的进行投保。

4、对所投保财产因有效合同产生保险利益。在一些运输和保管合同中，委托人以有偿的方式将其财产委托给受托人进行保管或者运输，受托人具有妥善保管财产、防止其受损的义务。如果受托管的财产在合同履行期间受损，则在一般情况下受托人负有经济赔偿的责任。所以如果投保人对一项财产拥有保管责任和运输责任时，也可认定他对该项财产具有保险利益。例如运输公司或者仓储公司可以以其受托财产为保险标的向保险公司进行投保。

5、投保人对其所承担的民事赔偿责任或合约双方的履约信用具有保险利益。当投保人因为侵权或者违约可能产生对他人的民事经济赔偿责任时，按照法律法规或行政命令，其必须承担支付对方损害赔偿金和其他费用的责任，这就意味着他的资产总量的减少，所以投保人与其所应负的经济损害赔偿赔偿责任之间的法律关系构成了保险利益，与其相对应的是各种责任保险，如公众责任险、产品责任险等。在一定的合同关系中，如果义务人因种种原因不能履行应尽义务，使权利人遭受损失时，权利人对义务人的信用存在保险利益；而当权利人担心义务人的履约与否、守信与否时，义务人因权利人对其信誉怀疑而存在保险利益。

## （二）保险利益的变动及其对保单效力的影响

保险利益的变动是指在保险合同有效期间，由于某种原因使得保单的投保人失去了对保险标的的保险利益。这种保险利益既可能是永久性消灭，例如保险标的的灭失，也可能是转移给了他人，如在保险事故发生之前，因为被保险人的死亡而随着保险标的被继承而转移；可能会因为保险标的被出售而随之被转让；可能会因被保险人的资金运转不灵而被用于抵债等。在这种情况下，保单的效力会不会发生变化，该如何处理呢？根据保险利益原则，当投保人失去了对保险标的的保险利益后，如果不进行保单所有人的变更，保单就此失效。但是，在实践中为了公平起见，维护投保方的利益和保单的续保率，当保险利益随着保险标的物物权的转让而转让时，投保方可到保险公司申请将投保人变更为新的物权所有人，经过保险公司的同意并履行一个保单批改手续后，保单可以继续有效。如甲某的汽车转让给乙某时，甲某应将该汽车的保单到保险公司办理批改手续，经过保险公司同意后保单继续有效，否则，该保单便失去效力，当汽车出险时，甲某因对该车无保险利益所以不能索赔，而乙某因为没有取得投保人的资格也无权索赔。

但在货物运输保险中，保单可随物权的转移而转移，无需到保险公司办理批改手续。这一规定起源于海上贸易的习惯，为了方便货物的流通转让而规定的。因此，尽管在签发保单时，货物的买方可能还不具有保险利益。但从货物转让时起，就具有合法的保险利益，在发生保险事故时，可要求保险人进行赔偿。

## 三、人身保险的保险利益

在人身保险中，同样要坚持保险利益的原则。任何人在投保人身保险时，保险人必须审查其对被保险人是否具有保险利益。人身保险的保险利益在于投保人与被保险人之间的利益关系。人身保险以人的生命或身体为保险标的，只有当投保人对被保险人的生命或身体具有某种利益关系时，投保人才能对被保险人具有保险利益。

#### （一）保险利益的来源

各国关于人身保险的保险利益来源有不同规定，如我国《保险法》第 53 条规定：投保人对下列人员具有保险利益：本人；配偶、子女、父母；前项以外与投保人有抚养、赡养或者扶养关系的家庭其他成员、近亲属；除前款规定外，被保险人同意投保人为其订立合同的，视为投保人对被保险人具有保险利益。可见，我国现行《保险法》对人身保险保险利益的确认是采取利益主义和同意主义兼顾的原则，即投保人以他人为被保险人，订立人身保险合同，看是否具有保险利益，或是以投保人和被保险人之间是否存在金钱上的利害关系，或是以取得被保险人的同意为判断标准。下面我们具体分析之。

##### 1、对本人的保险利益

对任何人来说，自己的生命和身体对其来说都是具有无限的价值，生命的丧失意味着其本体的不复存在，身体上的伤害或疾病意味着部分机体功能的丧失或者痛苦，所以任何人都对自己的生命和身体具有无限的保险利益；反映在保险实践中，就是任何人在理论上都可以以自己被保险人购买任何金额的人身保险（当然在实际中还要受制于其保费支付能力和保险公司的核保要求）。

##### 2、对配偶、父母、子女的保险利益

配偶、父母、子女是核心家庭成员，投保人与其有亲属血缘关系，并形成最直接的经济利害关系。因此，投保人对配偶、父母和子女有保险利益。

##### 3、对与投保人有抚养、赡养和扶养关系的家庭其他人员及近亲属的保险利益

对兄弟姐妹、祖父母、孙子女等家庭其他成员是否有保险利益，各国规定并不相同，关键要看相互之间有没有经济利害关系。只要生活在同一家庭里，一般认为相互有保险利益。而存在抚养、赡养及扶养关系的，不论是否存在血缘关系，应该存在经济利害关系，一般也认为相互存在保险利益。

##### 4、因经济利害关系而产生保险利益

按利害论的观点，只要投保人与被保险人之间具有经济利害关系，则投保人对被保险人就有保险利益。下面几种关系均属于经济利害关系。

（1）雇主对雇员的生命或身体有保险利益。在劳动雇佣关系中，当雇员为其雇主工作期间，当其遭受意外致使丧失生命或者残疾时，雇主按照法律的规定或者道义出发，要对其进行一定的经济补偿，以维持雇员的基本生存。所以从这个角度出发来看，雇主对其雇员具有的保险利益，可以以投保人身份为雇员订立人身保险合同。

（2）债权人对债务人的生命具有保险利益。当债务人死亡时，可能会影响到债权人的债务偿还，所以债务人的生死对债权人的切身利益有直接影响，因此债权人对债务人具有保险利益；但债务人对债权人却不具有无限的保险利益，应以债务人所欠的债务额为限，当债权人为债务人投保时的保险金额也以此为限。在保险实务中，债权人可以自己为债务人购买保险，并将自己指定为受益人，也可以要求债务人为自己投保，将债权人指定为受益人。

（3）合伙人、合作人之间相互具有保险利益。当几个合伙人合作经营一个经济实体化或者开展一项业务时，其中某个人的中途死亡可能会使得该经济实体的解散或者项目停止进行，可能会使得其他合作者的前期投入无法回收，或是预期收入的减少或者丧失。这说明，在合作关系中，一个人的死亡会影响到其他人的经济利益，所以我们可以认定合伙人、合作人相互之间也存在着保险利益，可以相互为合作对方购买保险，当然此时保险金额以其可能受到的经济损失为限。

#### 5、因被保险人的同意而产生保险利益

无论投保人与被保险人之间有无上述几种经济利害关系，只要被保险人同意，则视作投保人对其具有保险利益。目前我国保险法就是这样规定的。但仅以同意来确定保险利益，订立保险合同，存在一定的道德风险，所以保险人在核保时一定要谨慎。

#### （二）保险利益的变动及其对保单效力的影响

人身保险往往为长期性合同，在合同的有效期内投保人对被保险人的保险利益也常常会发生变化。在订立合同时，投保人对被保险人是存在保险利益的，但是后来由于种种原因丧失了这种保险利益，例如，被保险人死于除外责任范围内的事故，夫妻离婚，雇员辞职或者被辞退等。那么，在这种情况下，原保单的效力是否受到影响？

人身保险的保险利益强调在保险合同订立时，投保人必须对被保险人具有保险利益，而当保险事故发生进行索赔时，投保人是否对被保险人仍然具有保险利益则并不要求。这主要是因为人身保险的保险标的是人的生命和身体，人身保险合同生效后，被保险人的生命或身体受到伤害，获得保险金给付利益的是被保险人或受益人，投保人不会因被保险人发生保险事故而享有领取保险金的权利，因此，在发生保险事故时，投保人是否对被保险人具有保险利益并不重要。即使投保人为受益人时，对投保人同样有约束，依据有关规定，受益人需被保险人同意或指定，当被保险人因受益人的故意行为而受到伤害时，受益人将丧失获得保险金的权利，由此保障了被保险人的生命安全和利益。因此只要在投保时具有保险利益，即使后来投保人对被保险人因离异、雇用合同解除或其他原因而丧失保险利益，也不会影响保险合同的效力，保险人仍负有保险金给付责任。

## 第二节 最大诚信原则

### 一、最大诚信原则的含义

最大诚信（utmost good faith）是指当事人要向对方充分而准确地告知有关保险的所有重要事实，不允许存在任何虚伪、欺骗和隐瞒行为。在保险实践中，最大诚信原则（Principle of utmost good faith）具体含义是：保险合同当事人订立保险合同及在合同的有效期内，应依法向对方提供影响对方做出是否缔约及缔约条件的全部实质性重要事实，同时绝对信守合同订立的约定与承诺，否则，受到损害的一方，可以以此为理由宣布合同无效或不履行合同的约定义务或责任，甚至对因此而受到的损害可以要求对方予以赔偿。

诚信原则是世界各国立法对民事、商务活动的基本要求，是订立各种经济合同的基础。在保险合同关系中，对当事人的要求比一般的民事活动更为严格，要求当事人具有最大诚信。因为在保险合同订立时，投保人和保险人双方各自具有自己的信息优势，双方是否向对方据实告知，直接影响着保险合同是否订立、订立的条件、履行的结果等各个方面。在保险活动中，最早以法律形式出现的最大诚信原则，是英国《1906

年海上保险法》所作的规定：“海上保险是建立在最大诚信原则的基础上的保险合同，如果任何一方不遵守这一原则，他方可以宣告合同无效。”我国《保险法》第 5 条规定“保险活动当事人行使权利、履行义务应当遵循诚实信用原则。”

最大诚信原则的内容主要包括告知、保证和弃权与禁止反言。

## 二、告知

### （一）告知的含义

告知（Representations），即保险合同订立前、订立时及合同有效期内，投保人对已知或应知的危险和与标的有关的实质性重要事实向保险人作口头或书面的申报；保险人也应将与投保人利害相关的实质性重要事实据实通知投保人。

告知强调的是最大诚信中的诚实，告知的目的在于使保险人能够正确估计其承担的危险是否可保，对投保人来说是能够确知未来危险损失是否能得到保障。保险人根据投保人的告知，判断是否接受承保或者以何条件来承保；投保人根据保险人的告知，判断是否向该保险人投保或以何条件投保。

### （二）告知的内容和方式

#### 1、投保方告知的内容和方式

（1）告知的内容。对投保方而言，凡能够影响一个正常的、谨慎的保险人决定其是否承保，或者据以确定保险费，或者是在保险合同中增加特约条款的因素，均属重要事实。

具体来说，投保人应告知的内容有五个方面：

第一，在保险合同订立时根据保险人的询问，对已知或应知的与保险标的及其危险有关的重要事实进行如实回答；第二，保险合同订立后，在保险合同的有效期内，保险标的的危险程度增加时，应及时告知保险人；第三，保险标的发生转移或保险合同有关事项有变动时，投保人或被保险人应及时通知保险人，经保险人确认后可变更合同并保证合同的效力；第四，保险事故发生后投保人应及时通知保险人；第五，有重复保险的投保人应将有关情况通知保险人。

（2）告知的方式。告知的方式有两种：一是无限告知义务，也称为客观告知，即法律上或保险人对告知的内容不管有没有明确的规定，只要是事实上与保险标的的危险状况有关的任何事实，投保人都负有义务告知保险人。无限告知对投保人的要求比较高，目前，法国、比利时以及英美法系国家的保险立法采用该种形式。二是有限告知义务，又称为询问回答告知，它是指投保人对保险人询问的问题必须如实告知，而对询问以外的问题投保人无须回答。大多数国家的保险立法采用该种形式，我国也是采用此种形式进行告知。投保人或被保险人对某些事实在未经询问时可以保持缄默，无须告知。

#### 2、保险人告知的内容和方式

（1）告知的内容。保险人在保险合同订立和履行中也应当遵守诚实守信的原则；在保险经营实践中保险人具体要告知的内容有：第一，保险合同订立时，保险人应主动地向投保人说明保险合同条款的内容，特别是免责条款的内容须明确说明；第二，在保险事故发生时或保险合同约定的条件满足后，保险人应按合同约定如实履行赔偿或给付义务；如果拒赔条件成立，应发送拒赔通知书。

（2）告知的方式。保险人的告知形式也有两种：一是明确列明，是指保险人只需将有关保险的主要内容明确列明在保险合同之中，即视为已告知投保人。二是明确说明，是指保险人不仅应将保险的主要内

容明确列明在保险合同中，还必须对投保人进行正确的解释。明确说明主要适用于保险合同中的免责条款，即双方订立保险合同时，保险人不但要在合同上书面列明免责条款，而且还要就其向投保人进行明确合理的口头提示和解释。我国《保险法》第 18 条规定：“保险合同中规定有关于保险人责任免除条款的，保险人在订立保险合同时应当向投保人明确说明，未明确说明的，该条款不产生效力。”

### （三）违反告知义务的法律后果

由于保险合同当事人双方均有告知的责任和义务，当双方违反告知都将承担法律后果。

1、投保方违反告知的法律后果。投保人或被保险人违反告知义务有四种情形：一是漏告，是由于疏忽、过失而未告知，或者对重要事实误认为不重要而未告知；二是误告，由于对重要事实认识的局限性，包括不知道、了解不全面或不准确而导致，并非故意欺骗；三是隐瞒，是投保人对会影响保险人决定是否承保，或影响承保条件的已知或应知的事实没有如实告知、或仅部分告知。四是欺诈，即投保人怀有不良企图，故意作不实告知，如在未发生保险事故时却谎称发生保险事故。对以上不同的违反告知阶情形的处分也不同。

对于投保人或被保险人违反如实告知的行为，分为故意和过失两种情形。保险人有权宣布合同无效或不承担赔偿责任。对于投保人故意不履行如实告知义务的，我国《保险法》第 17 条规定：“投保人故意隐瞒事实，不履行如实告知义务的，或者因过失未履行如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除保险合同。投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于保险合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿或者给付保险金的责任，并不退还保险费。”

对于投保人因过失或疏忽而未如实告知，当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；对在合同解除前发生的保险事故，保险人不承担赔偿或者给付保险金的责任，但可以退还保险费。

投保人进行欺诈，伪造事实时，有两种后果：当投保人、被保险人在发生保险事故后，编造虚假证明、资料、事故原因，夸大损失时，保险人对弄虚作假部分不承担赔付义务；未发生保险事故，却故意制造保险事故者，保险人有权解除保险合同并不承担保险赔付责任。

2、保险人违反告知义务的法律后果。如果保险人在订立保险合同时未尽告知义务，如对免责条款没有明确说明，根据我国《保险法》第 18 条规定：“保险合同中规定有关保险人 责任免除条款的，保险人在订立保险合同时应当向投保人明确说明，未明确说明的，该条款不产生效力。” 保险人如果在保险业务活动中隐瞒与保险合同有关的重要情况，欺骗投保人，或者拒不履行保险赔付义务，如构成犯罪，将依法追究其刑事责任，如未构成犯罪的，由监管部门对保险人处以 1 万元以上 5 万元以下的罚款，对有关人员给予处分，并处以 1 万元以下的罚款。保险人若阻碍投保人履行告知义务，或诱导投保人不履行如实告知义务，或承诺给投保人以非法保险费回扣或其他利益，都将承担与上相同的法律后果。

## 三、保证

### （一）保证的含义

保证（Warranty）是指保险人与投保人在保险合同中约定，在保险合同履行期间投保人担保对某一事项的作为或不作为或担保某一事项的真实性。保证条款为保险合同的重要条款之一，保证强调守信，恪守合同承诺，保证的目的在于控制危险，确保保险标的及其周围环境出于良好的状态之中。

## （二）保证的方式

1、明示保证，是以文字或书面的形式在保险合同中载明，成为合同条款的保证。明示保证以文字的规定为依据，是保证的重要形式。它又分为承诺保证和确认保证。

（1）承诺保证(Promissory Warranty)，是指投保人对未来某一特定事项的作为或不作为，其保证的事项涉及现在和将来。如某人承诺今后不从事高危险性运动是指从现在开始不参加危险性高的运动，但在此前是否参加过并不重要，也无须知晓。

（2）确认保证(Affirmative Warranty)，该类保证事项涉及过去与现在，它是投保人对过去或现在某一特定事实存在或不存在的保证。如某人保证从未得过某种疾病是指过去及现在从未得过，但不能保证将来是否会患该种疾病。

2、默示保证，是指在保险合同中虽然没有载明，但在保险实践中，按照法律、国际公约和行业习惯等，被保险人应予遵守的一类保证事项。其内容通常是以往法庭判决的结果，也是某行业习惯的合法化，与明示保证一样对被保险人具有约束力。

默示保证在海上保险中应用较多。如在海上保险合同中的默示保证有：保险的船舶必须有适航能力，即船主在投保时，保证船舶的构造、设备、驾驶管理员等都符合安全标准，适合航行；保险的船舶要按预定的或习惯的航线航行，除非因躲避暴风雨或救助他人才允许改变航道；保险的船舶保证不进行非法经营或运输违禁品等。

## （三）对违反保证的法律后果

任何不遵守保证条款或保证约定、不信守合同约定的承诺或担保的行为，均属于破坏保证。保险合同约定保证的事项为重要事项，是订立保险合同的条件和基础，投保人或被保险人必须遵守。各国立法对投保人或被保险人遵守保证事项的要求也极为严格，凡是投保人或被保险人违反保证，无论其是否有过失，也无论是否对保险人造成损害，保险人均有权解除合同，不予以承担责任。对于保证的事项，无论故意或无意违反保证义务，对保险合同的影响是相同的，无意的破坏，不能构成投保人抗辩的理由；即使违反保证的事实更有利于保险人，保险人仍可以违反保证为由使合同无效或解除合同。而且，对于破坏保证，除人寿保险外，一般不退还保险费。

与告知不同的是，保证是对某特定事项的作为与不作为的承诺，而不是对整个保险合同的保证，因此，在某种情况下，违反保证条件只部分的损害了保险人的利益，保险人只应就违反保证部分拒绝承担保险赔偿责任。即当被保险人何时、何事项违反保证，保险人即从何时开始拒绝赔付并就此时此次的保证破坏额而拒绝赔付，但并不一定完全解除保险合同。

但在下列情况下，保险人不得以被保险人破坏保证为由使保险合同无效或解除保险合同：一是因环境变化使被保险人无法履行保证事项；二是因国家法律法规变更，使被保险人不能履行保证事项；三是被保险人破坏保证，由保险人事先弃权所致，或保险人发现破坏保证仍保持沉默，也视为弃权。

## 四、弃权与禁止反言

弃权(Waiver)是指保险合同的一方当事人放弃其在保险合同中本来可以主张的权利，通常是指保险人放弃合同解除权与抗辩权。禁止反言(estoppel)是指合同一方既已放弃其在合同中的某项权利，日后不得再向另一方主张这种权利，也称为禁止抗辩。

弃权与禁止反言主要是为了约束保险人，保险人或其代理人倘若诱导投保人相信，他可以做保险单禁止的某些事情，或者可以不做保险单要求他做的某些事情，这时，保险合同一经成立，保险人就不得以被保险人的此种作为或不作为为由，而主张保险合同无效。

弃权与禁止反言具体在实践中可表现为以下几种情况：

1、投保人有违背按期缴纳保险费或其他约定义务的时候，保险人原本应解除合同，但是，如果保险人已知此种情形却仍旧收受补缴的保险费时，则证明保险人有继续维持合同的意思表示，因此，其本应享有的合同解除权、终止权及其他抗辩权均视为弃权。

2、在保险事故发生后，保险人明知有拒绝赔付的抗辩权，但仍要求投保人或被保险人提出损失证明，因而增加投保人在时间及金钱上的负担，视为保险人放弃抗辩权。

3、保险人明知投保人的损失证明有纰漏和不实之处，但仍无条件予以接受，则可视作为是对纰漏和不实之处抗辩权的放弃。

4、保险事故发生后，保单持有人(投保人、被保险人或受益人)应于约定或者法定时间期限内通知保险人，但如逾期通知，保险人仍表示接受的，则认为是对逾期通知抗辩权的放弃。

5、保险人在得知投保人违背约定义务后仍保持沉默，即视为弃权。具体来说，如财产保险的投保人申请变更保险合同，保险人在接到申请后，经过一定期间不表示意见的，视为承诺；保险人于损失发生前，已知投保人有违背按期缴纳保险费以外约定义务的，应在一定期限内解除或终止合同，如在一定期限内未作任何表示，其沉默视为弃权。

在以上五种情况中，保险人既已做出弃权的行为后，而后不得再以投保方先前的违约行为为由而拒绝承担赔偿责任。弃权与禁止反言的限定，主要是为了约束保险人的行为，要求保险人为其行为及其代理人的行为负责，同时，也维护了被保险人的权益，有利于保险人权利义务关系的平衡。

### 第三节 近因原则

近因原则是判断保险事故与保险标的损失之间的因果关系，从而确定保险赔偿责任的一项基本原则。在保险经营实务中是处理赔案所必须遵循的重要原则之一。在保险实践中，对保险标的的损失是否进行赔偿是由损害事故发生的原因是否属于保险责任来判断的。而保险标的的损失并不总是由单一原因造成，其表现形式也是多种多样的，有的是多种原因同时发生，有的是多种原因不间断连续发生，有的是多种原因时断时续发生。近因原则即要求从中找出哪些属于保险责任、哪些不属于保险责任，并据此确定是否进行赔偿。

#### 一、近因原则的含义

##### (一) 近因的含义

近因(Proximate Cause)，是指引起保险标的损失的最直接的、最有效的、起决定作用的原因，而并非是在时间上、空间上最近的原因。在1907年英国法庭对近因所下的定义是：“近因是指引起一连串事件，并由此导致案件结果的能动的、起决定作用的原因。”在1924年又进一步说明：“近因是指处于支配地位或者起决定作用的原因，即使在时间上它并不是最近的。”

##### (二) 近因原则的含义

近因原则的含义是：凡引起保险事故发生，造成保险标的损失的近因属于保险责任，保险人承担赔偿责任

责任；若近因属于除外责任，保险人不负赔偿责任。英国《1906 年海上保险法》规定：“依照本法规定，除保险单另有约定外，保险人对于由所承保的危险近因造成的损失，负赔偿责任，但对于不是由所承保的危险近因造成的损失，概不负责。”

## 二、近因原则的应用

近因原则在理论上讲简单明了，但在实际中的运用却存在相当的困难，即如何从众多复杂的原因中判断出引起损失的近因。对近因的分析和判断，成为掌握和运用近因原则的关键。

### （一）认定近因的基本方法

认定近因的关键是确定危险因素与损失之间的因果关系。对此，有两种基本方法：一种是从原因推断结果，即从最初的事件出发，按逻辑推理直至最终损失的发生，最初事件就是最后事件的近因。如大树遭雷击而折断，并压坏了房屋，屋中的电器因房屋的倒塌而毁坏，那么，电器损失的近因是雷击，而不是房屋倒塌。第二种方法是从结果推断原因，即从损失开始，从后往前推，追溯到最初事件，没有中断，则最初事件就是近因。如上例中，电器毁坏是损失，它由房屋倒塌被压坏，房屋倒塌是由于大树的压迫，大树是因为雷击而折断，因此，在此系列事件中，因果相连，则雷击为近因。

### （二）近因的认定和保险责任的确定

在保险理赔中，对于引起保险标的损失的原因，我们可以从以下几种情况来认定近因，确定保险责任。

1、单一原因发生的情形。如果事故发生所导致损失的原因只有一个，则该原因为损失近因。当该近因属于承保危险，保险人应对损失负赔偿责任；如果该近因是除外责任，保险人则不予赔偿。如某人的车辆因车辆本身设备原因发生自燃而导致损失时，自燃为近因，若其只投保了机动车辆保险的基本险，则自燃不属于保险责任，保险人不承担赔偿责任；若其在投保了基本险的同时，附加了自燃险，则保险人应予以赔偿。

2、多种原因同时发生的情形。如果损失的发生有同时存在的多种原因，首先看多种原因中是否存在除外原因，造成的结果是否可以分解。如果同时存在导致损失的多种原因均为保险责任，则保险人应承担全部损失赔偿责任；反之，若同时发生的导致损失的多种原因均为除外责任，则保险人不承担任何损失赔偿。当同时发生导致损失的多种原因中既有保险责任又有除外责任的，则应分析损失结果是否易于分解。如果在多种原因中有除外危险和承保危险，而损失结果可以分解，则保险人只对承保危险所导致的损失承担赔偿责任。如果损失的结果不能分解，则除外危险就认定为近因，保险人可不负赔偿责任。如汽车由于发动机故障导致自燃，同时，遭遇冰雹袭击，后因及时施救，车辆未全损。该车辆若投保了机动车辆险，自燃为除外责任，但未附加自燃险，则在自燃的损失与外界冰雹的砸伤易于分解时，保险人只承担冰雹造成的损失。否则保险人不负赔偿责任。

3、多种原因连续发生的情形。如果多种原因连续发生导致损失，并且，前因和后因之间存在未中断的因果关系，则最先发生并造成了一连串事故的原因就是近因。在此情形下，保险人的责任依情况确定：若连续发生导致损失的多种原因均为保险责任，则保险人承担全部保险责任。如果连续发生导致损失的多种原因均属于除外责任，则保险人不承担赔偿责任。若连续发生导致损失的多种原因不全属于保险责任，最先发生的原因即近因属于保险责任，而其后发生的原因中，既有除外责任又有不属于保险责任的，当后因是前因的必然结果时，保险人也负赔偿责任。如某汽车投保机动车辆第三者责任险，汽车行驶过程中，



轮胎压飞石子，石子击中路人眼睛，造成失明，一连串事故具有因果关系，则轮胎压飞石子为近因。汽车在正常行驶过程中，发生意外致使第三者遭受人身伤亡的，属于第三者责任保险的保险责任，保险人依合同应予以赔偿。若最先发生的原因即近因属于除外责任，其后发生的具有因果关系的原因，即使属于保险责任，保险人也不承担赔偿责任。如战争导致火灾发生，若被保险人未投保战争险，受损财产并不能因火灾发生而得到保险人的赔偿，这是因为战争是财产损失的近因，而又为除外责任。在该情形下有一著名的案例，即莱兰船舶公司对诺威奇保险公司诉讼案。1918年，第一次世界大战期间，被保险人的一艘轮船被德国潜艇用鱼雷击中，但仍然拼力驶向哈佛港，由于港务当局害怕该船会在码头泊位上沉没而堵塞港口，拒绝其靠港。该船最终只好驶离港口，在航行途中，船底触礁而沉没。该船只投保了一般的船舶保险，而未附加战争险，保险公司予以拒赔。法庭诉讼的最终判决是：近因为战争，保险公司胜诉。虽然从时间上看致损的最近原因为触礁，但船只在中了鱼雷之后始终没有脱离险情，触礁也是由于险情未解除而导致。被保船只被鱼雷击中为战争所致，不属于船舶保险的保险责任，保险人不负赔偿责任。

4、一连串原因间断发生的情形。当发生并导致损失的原因有多个，并且，在一连串发生的原因中有间断情形，即有新的独立的原因插入，使原有的因果关系断裂，并导致损失，则新插入的独立原因是近因。若近因属于保险责任范围内的事故，则保险人应负赔偿责任；若近因不属于保险责任范围，则保险人不负赔偿责任。如果有除外责任的规定，若新原因为除外责任，在新原因发生之前发生的承保危险导致的损失，保险人应予以赔偿。如某人投保有人身意外伤害险，发生交通事故并使下肢伤残，但在康复过程中，突发心脏病，导致死亡。其中，心脏病突发为独立的新插入的原因，在人身意外伤害保险中，不属于保险责任范围，但其为死亡近因，因此，保险人对被保险人死亡不承担赔偿责任。但对其因交通事故造成的伤残，保险人应承担保险金的支付责任。

#### 第四节 损失补偿及其派生原则

经济补偿是保险的基本职能之一，因而保险的损失补偿原则是保险经营中的重要原则。损失补偿原则的核心是不允许被保险人通过保险而获得额外收益，所以在补偿原则基础上又派生出代位原则和分摊原则，且补偿原则、代位原则和分摊原则只适用于补偿性保险合同，而不适用于给付性保险合同。

##### 一、损失补偿原则

###### （一）损失补偿原则的含义

损失补偿原则（Principle of indemnity），是指当保险标的发生保险责任范围内的事故时，被保险人有权按照保险合同的约定，按照一定的方式获得保险赔偿，但同时被保险人不能因保险赔偿而获得额外的利益。

它有两层含义：一是保险合同订立后，一旦发生保险责任范围内的损失，被保险人有权获得保险金的补偿，用于弥补其在保险事故中所遭受的损失；二是保险补偿的目的仅限于使被保险人受损的资产得到恢复，被保险人不能因保险赔偿而得到额外收益。

###### （二）损失补偿原则的限制

1、损失补偿以实际损失为限。在补偿性的合同中，保险标的遭受损失后，保险赔偿以被保险人所遭受的实际损失为限，全部损失时全部赔偿，部分损失时部分赔偿。如果，被保险人得到的保险赔偿金超过了他在事故中实际损失额，则他在整个保险事故中反而得利，这就违反了损失补偿的第二层含义。

2、损失补偿以保险金额为限。这是因为保险金额是合同中确定的保险赔偿金的最高限额，保险人已收取的保费对价是以此为基础计算出来的。超过此限额进行赔付，将使保险人处于不公平的地位，所以赔偿金额只应低于或等于保险金额而不应高于保险金额。即使发生通货膨胀，仍以保险金额为限。其目的在于维护保险人的正当权益，使损失补偿同样遵循权利义务对等的约束。

3、损失补偿以保险利益为限。保险事故发生后，被保险人所获得的赔偿以被保险人对此标的所具有的保险利益为前提条件。如果保险标的并不属于被保险人独有，则被保险人在此事故中损失的经济利益并不等于保险标的的全部实际损失额，则被保险人得到的赔偿金只能以其保险利益为限；如果保险标的受损时，被保险人已丧失了对该保险标的的保险利益，则被保险人对该财产的损失也不具有索赔权。债权人对抵押的财产投保，当债务人全部偿还债务后，债权人对该财产不再具有保险利益，即使发生标的损失，债权人也不再对此具有索赔权。

在具体的实务操作中，上述三个限额同时起作用，其中金额最少的限额为保险赔偿的最高金额。

### （三）损失补偿原则的意义

#### 1、坚持损失补偿原则是为了真正发挥保险的经济补偿职能

保险的基本职能之一是进行经济补偿，是为了分散风险，维护被保险人生计生活的顺利进行，而不是为了通过投保来获利，所以应该坚持“有损失、有赔偿，损失多、多赔偿，无损失、不赔偿”的原则。一方面当被保险人经济受损失能得到及时的偿付，使其生产生活及时得到恢复，另一方面，有关赔偿限额的规定又可防止某些人通过保险来获利，真正发挥保险的经济补偿职能。

#### 2、坚持损失补偿原则能减少道德危险的发生

如果没有赔偿限额的规定，可能会使某些被保险人通过保险事件反而获得额外利益，则难免会诱导某些人故意购买高额保险，以获得赔款为目的而故意制造事故，增加整个社会的财产损失率。如果坚持损失补偿原则，任何人都不可能从保险事件中获利，也就避免了通过保险来牟利的现象，有利于减少道德危险的发生。

### （四）损失补偿原则的例外

损失补偿原则虽然是保险的一项基本原则，但在保险实务中有一些例外的情况。

#### 1、人身保险例外

由于人身保险的保险标的是无法估价的人的生命或身体机能，其可保利益也是无法估价的。被保险人发生伤残、死亡等事件，对其本人及家庭所带来的经济损失和精神上的痛苦都不是保险金所能弥补得了的，保险金只能在一定程度上帮助被保险人及其家庭缓解由于保险事故的发生所带来的经济困难，帮助其摆脱困境，给予精神上的安慰，所以人身保险合同不是补偿性合同，而是给付性合同。保险金额是根据被保险人的需要和支付保险费的能力来确定，当保险事故或保险事件发生时，保险人按双方事先约定的金额给付。所以，损失补偿原则不适用于人身保险。

#### 2、定值保险例外

所谓定值保险是指保险合同双方当事人在订立合同时，约定保险标的的价值，并以此确定为保险金额，视为足额投保。当保险事故发生时，保险人不论保险标的损失当时的市价如何，即不论保险标的的实际价值大于或小于保险金额，均按损失程度十足赔付。其计算公式为：

$$\text{保险赔款} = \text{保险金额} \times \text{损失程度}(\%)$$

在这种情况下，保险赔款可能超过实际损失，因此，定值保险是损失补偿原则的例外。

### 3、重置价值保险例外

所谓重置价值保险是指以被保险人重置或重建保险标的的所需费用或成本确定保险金额的保险。一般财产保险是按保险标的的实际价值投保，发生损失时，按实际损失赔付，使受损的财产恢复到原来的状态，由此恢复被保险人失去的经济利益。但是，由于通货膨胀、物价上涨等因素，有些财产(如建筑物或机器设备)即使按实际价值足额投保，保险赔款也不足以进行重置或重建。为了满足被保险人对受损的财产进行重置或重建的需要，保险人允许投保人按超过保险标的的实际价值的重置或重建价值投保，发生损失时，按重置费用或成本赔付。这样就可能出现保险赔款大于损失发生时的实际价值，所以重置价值保险也是损失补偿原则的例外。

## 二、代位原则

### (一) 代位原则的含义

#### 1、代位原则的含义

代位原则 (Principle of subrogation)，是指保险人依照法律或保险合同约定，对被保险人所遭受的损失进行赔偿后，则向保险事故的第三方责任人进行追偿的权利，或受损的保险标的的所有权就由被保险人转移给了保险人，由保险人代替被保险人来行使这两项权利。代位原则包括两个部分：权力代位和物上代位。

#### 2、代位原则的意义

(1) 坚持代位原则有利于防止被保险人因同一损失而获得超额赔偿，即避免被保险人获得双重利益。当被保险标的发生损失的原因是由第三者的疏忽、过失或故意行为造成且该损失原因又属于保险责任事故时，则被保险人既可以依据民事法律向第三者要求赔偿，也可以依据保险合同向保险人提出索赔。这样，被保险人因同一损失所获得的赔偿将超过保险标的的实际损失额，从而获得额外利益，违背损失补偿原则。同样，在被保险标的发生保险事故而得到保险人的赔付后，被保险人将保险标的的剩余物资处理或保险标的的被找回后，其所得的利益也将超出实际损失的利益。而按照代位原则来处理，就会防止上述两种被保险人获得双重利益的情况，因被保险人向第三者的追偿权或对残余物的处理权转交给了保险公司。

(2) 坚持代位原则有利于维护社会公正。从社会公平的角度出发，任何肇事者都应对其因疏忽或过失所造成的损失负有责任，如果被保险人仅从保险人处获得赔偿而不追究责任人的经济赔偿责任，将有违社会公平，并且也易造成他人对被保险人的故意或过失伤害行为的发生。通过代位原则，使得第三方责任人无论如何都应承担其损害赔偿赔偿责任，有利于社会公平。

### (二) 权利代位

#### 1、权利代位的概念

权力代位，也叫代位追偿，是指如果保险标的所遭受的保险责任事故是由第三方责任人造成的，依法应当由第三者承担赔偿责任时，保险人向被保险人支付保险赔偿金后，在赔偿金额的限度内就取得了向第三者请求赔偿的权利。

在财产保险中，致使保险标的发生损失的原因既属于保险责任，又属于第三者的责任原因时，依据保

险法规定，当被保险人已从责任人取得全部赔偿的，保险人可免去赔偿责任；如果被保险人从责任人得到部分赔偿，保险人在支付赔偿金时，可以相应扣减被保险人从第三者处已取得的赔偿。如果被保险人首先向保险人提出索赔，保险人应当按照保险合同的规定支付赔偿金，但在被保险人取得赔款后，应向第三者追偿的权利转移给保险人，由保险人代位行使追偿权。被保险人不能同时取得保险人和第三者的赔偿而获得双重或多于保险标的的实际损失的补偿。

## 2、权利代为的实施条件

(1) 权利转移的时间是在保险赔偿之后。保险事故发生后，保险人只有按合同规定对被保险人履行了赔偿义务之后，才有权取得对第三方责任人的代位追偿权。代位追偿权是一种债权的转移，即被保险人与第三者之间特定的债权债务关系，在保险人赔付保险金之前，这种权利与保险人没有任何直接的关系。在事故发生后，在保险人支付保险赔偿金之前，被保险人既有权向保险人请求赔偿，也可以向第三者请求赔偿。当然一旦被保险人获得保险赔偿金后，相应的追偿权就转移给了保险人。在保险实务中，保险人常常在支付保险金给被保险人时，要求其在追偿权委托书上签名，实际上就是追偿权转移给保险人的书面凭证，但即使没有此凭证，也不妨碍保险人对第三者的代位追偿权。

(2) 保险人的代位追偿权以其实际支付的保险赔偿额为限。保险人在代位追偿中追偿的金额是受到一定的限制，是以其对被保险人赔付的金额为准。如果保险人从第三者处追偿的金额大于其对被保险人的赔偿，则超出部分应归被保险人所有。如果被保险人获得的保险赔偿金额小于第三者对其造成的实际损失时，有权就未取得赔偿部分继续对第三者请求赔偿。保险代位原则的规定不仅在于防止被保险人取得双重赔付而获得额外利益，保障保险人的利益，同样也在于防止保险人通过代位追偿权而获得额外利益，损害被保险人的利益。

(3) 被保险人不能损害保险人的代位追偿权。被保险人与第三者之间的债权关系如何，对保险人能否顺利履行和实现其代位追偿权是非常重要的。如果被保险人一方面在保险人处得到赔偿，另一方面私下与第三者责任人达成协议，免去第三者的赔偿义务，则会妨害保险人的代位追偿权的行使。因此，在保险实务中要防止被保险人损害保险人的代位追偿权。

我国《保险法》第46条规定：“保险事故发生后，保险人未赔偿保险金之前，被保险人放弃对第三者请求赔偿的权利的，保险人不承担赔偿保险金责任。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第三者请求赔偿的权利的，该行为无效。由于被保险人的过错致使保险人不能行使代位请求赔偿的权利的，保险人可以相应扣减保险赔偿金。”这一条的规定，目的在于保护保险人行使代位权力。

## 3、权利代位的例外

(1) 人身保险。由于人身保险大多数为给付性合同，不适用补偿原则，相应地也就不适合代位原则。再者，人的生命和身体是无价的，其价值难以估计和衡量，当人身事故发生后，投保方从多处获得赔付并不能说其通过保险而得利。所以在给付性的人身保险中，当保险事故发生后，投保方既可向保险公司索赔，也可追究第三方责任人的经济赔偿责任，两方权利不受影响。保险公司在支付了死亡或残疾保险金后，不能再向第三方责任人进行追偿。

但在涉及给付医疗费用的险种中，医疗费用的支出是可确定的数额，存在多重获利的可能，该类合同具有补偿性。因此，被保险人因第三者行为而发生死亡、伤残或者疾病等保险事故的，由此产生的医疗费

用支出，在保险人向被保险人或者受益人给付保险金后，享有向第三者追偿的权利。

（2）当追偿的对象为被保险人的家庭成员时。保险人和其家庭成员在经济上为一个整体，当发生保险事故后，如果保险人一方面对被保险人进行补偿，另一方面又向其家庭成员进行追偿，从其整个家庭来说仍然没有得到任何补偿，这样就失去了保险的意义。所以各国保险法规定，当保险事故的第三方责任人为被保险人的家庭成员或其组成人员时，保险人赔偿了保险金后不得行使代位追偿权。我国《保险法》第 47 条规定，除被保险人的家庭成员或者其组成人员故意造成的保险事故外，保险人不得对被保险人的家庭成员或者其组成人员行使代位请求赔偿的权利。

### （三）物上代位

物上代位是指发生了保险事故时，保险人在支付了全部或部分保险金以后，即可取得保险标的物的全部或部分的所有权。此规定主要为了防止被保险人在获得保险赔偿金后，又可能通过获得保险标的的残值、保险标的的失而复得而得到额外利益。我国《保险法》规定：保险事故发生后，保险人已支付了全部保险金额，并且保险金额相等于保险价值的，受损保险标的的全部权利归于保险人；保险金额低于保险价值的，保险人按照保险金额与保险价值的比例取得受损保险标的的部分权利。物上代位在海上保险中通常以委付方式进行，所谓委付是指被保险人在发生保险事故造成保险标的的推定全损时，请求保险人按保险金额全数予以赔付，并将保险标的的一切权利和义务转移给保险人的行为。

## 三、分摊原则

### （一）重复保险与分摊原则

#### 1、重复保险的含义

重复保险是指投保人以同一保险标的、同一保险利益、同一保险危险，同时向两个或两个以上保险人投保，且保险金额总和超过保险标的的价值。具体来说，重复保险必须具备下列条件：

（1）同一保险标的及同一保险利益。重复保险要求以同一保险标的及同一保险利益进行保险，保险标的如果不相同，显然不属于重复保险；而保险标的相同，但保险利益不相同，亦不构成重复保险。例如，对同一房屋，甲以所有人的利益投保火灾保险，乙以抵押权人的利益也投保火灾保险，甲、乙的保险利益不相同，两人对同一房屋的保险不属于重复保险。所谓同一保险利益，含有同一被保险人之意味，如被保险人不同，则不存在重复保险的问题。

（2）同一保险期间。如果是同一保险标的及同一保险利益，但保险期间不同，也无重复保险问题。例如，保险合同期满又办理续保，这不构成重复保险。但保险期间的重复，并不以全部期间重复为必要，其中部分期间重复，也可构成重复保险。

（3）同一保险危险。如果以同一保险标的及同一保险利益同时投保不同的危险，也不构成重复保险。例如，同一家庭财产可同时投保火灾保险和盗窃险。

（4）与数个保险人订立数个保险合同，且保险金额总和超过保险标的的价值。如果只与一个保险人订立一个保险合同，虽保险金额超过保险标的的价值，称为超额保险。而与数个保险人订立数个保险合同，但保险金额总和不超过保险标的的价值，则为共同保险。只有既与数个保险人订立数个保险合同，又保险金额总和超过保险标的的价值，才构成重复保险。投保人投保同一种危险，且保险金额总和超过保险标的的价值，这就有可能使得被保险人在保险事故发生时，就同一标的的损失从不同保险人处获得超额赔款，这

就违背了损失补偿原则。为了防止被保险人由于重复保险而获得额外利益，故确立了重复保险分摊原则，由各保险人按相应的责任，共同公平地分摊损失赔款，使被保险人所获得的赔款总额与其实际损失相等。可见，重复保险分摊原则也是由损失补偿原则派生的，是损失补偿原则的补充和体现，同样也只适用于财产保险等补偿性保险合同，不适用于人身保险。

重复保险原则上是不允许的，但事实上却是存在着。其原因通常是由于投保人或被保险人的疏忽，或者为求得更大的安全感，当然也有为谋取超额赔款而故意进行重复保险。对于重复保险，各国保险立法都规定，投保人有义务将重复保险的有关情况告知各保险人。我国《保险法》第 41 条也规定：“重复保险的投保人应当将重复保险的有关情况通知各保险人。”投保人不履行该项义务，其后果与违反告知义务相似，保险人有权解除保险合同或宣告保险合同无效。

## 2、分摊原则的含义

分摊原则是指在重复保险的情况下，当保险事故发生时，各保险人应采取适当的分摊方法分配赔偿责任，使被保险人既能得到充分的补偿，又不会超过其实际损失而获得额外的利益。

在重复保险的情况下，当保险事故发生之后，若被保险人通过向不同的保险人就同一损失索赔，则可能获得超额赔款，这显然是违背损失补偿原则的。为了防止被保险人由于重复保险而获得额外利益，确定了分摊原则。当各保险人按相应的责任分摊损失时，被保险人所获得的赔款总额就与其实际损失相等，从而与损失补偿原则相一致。

### （二）重复保险的损失分摊方式

#### 1、比例责任分摊方式

比例责任分摊方式（Pro Rata Contribution），是指各保险人按照各自保单中承保的保险金额与总保险金额的比例承担保险责任。其计算公式为：

$$\text{某保险人分摊的赔偿金额} = \frac{\text{某保险人承保的保险金额}}{\text{所有保险人承保的保险金额总额}} \times \text{损失金额}$$

通过该种方式分摊赔偿责任，使赔偿总和等于被保险人的实际损失。比例责任分摊方式在各国的保险实务中运用较多，我国也是采用此种分摊方式。例如，某公司以其具有的价值 100 万元的物品，分别向 A、B、C 三家财产保险公司投保，三家保险公司承保的金额分别为 40 万元、60 万元、100 万元。当发生保险事故时，保险标的遭受损失为 80 万元，则该公司所获得的保险赔付金额总额为 80 万元。三家保险公司按比例责任分摊方式赔偿金额各自为 16 万元、24 万元、40 万元。

2、独立责任分摊方式(Independent Liability Method)，又称限额责任分摊方式。是按照各保险人在无他保情况下单独应负的赔偿金额与各保险人单独责任之和的比例承担保险责任，即按各保险人单独赔付时应承担的最高责任比例来分摊损失赔偿的方法。其计算公式为：

$$\text{某保险人分摊的赔偿金额} = \frac{\text{某保险人独立责任限额}}{\text{所有保险人独立责任总额}} \times \text{损失金额}$$

独立责任分摊方式和比例责任分摊方式都是各保险人按照一定的比例进行分摊的，但各自分摊的基础不同。独立责任分摊方式是以赔偿比例为基础，而比例责任分摊方式是以承保金额比例为基础。

在上述例子中，若其他条件相同，但保险赔偿按独立责任分摊，则三家保险公司的赔偿金额各自为 17.78

万元、26.67 万元、35.55 万元。

3、顺序责任分摊方式。这是根据各保险人出立保单的顺序来确定赔偿责任，即先由第一个出立保单的保险人在其保险金额限度内赔偿，再由第二个保险人对超过第一个保险人保险金额的损失部分在其保险金额限度内赔偿，依此类推，直至将被保险人的损失全部赔偿的方法。如上例中，先由 A 保险公司赔偿 40 万，然后由 B 保险公司再赔偿 40 万，C 公司就不承担赔偿责任。

### 本章小结

1、保险利益原则是保险的基本原则，它的本质内容是投保人以其所具有保险利益的标的投保，否则，保险人可单方面宣布合同无效；当保险合同生效后，投保人或被保险人失去了对保险标的的保险利益，则保险合同随之失效；当发生保险责任事故后，被保险人不得因保险而获得额外利益。

2、最大诚信的含义是指当事人要向对方充分而准确地告知有关保险的所有重要事实，不允许存在任何的虚伪、欺骗和隐瞒行为。它主要包括告知、保证、弃权与禁止反言三项内容。

3、近因是指引起保险标的损失的最直接的、最有效的、起决定作用的原因，而并非是时间上、空间上最近的原因。近因原则的含义是指引起保险事故发生，造成保险标的损失的近因属于保险责任，保险人承担损失赔偿责任；如果近因属于除外责任，保险人不负赔偿责任。

4、损失补偿原则是指当保险标的发生保险责任范围内的事故时，被保险人有权按照保险合同的约定，按照一定的方式获得保险赔偿，但同时被保险人不能因保险赔偿而获得额外的利益。损失补偿受到实际损失价值、保险金额和保险利益三个金额的限制。

5、代位原则是指保险人依照法律或保险合同约定，对被保险人所遭受的损失进行赔偿后，则向保险事故的第三方责任人进行追偿的权利，或受损的保险标的的所有权就由被保险人转移给了保险人，由保险人代替被保险人来行使这两项权利。

6、分摊原则是指在重复保险情况下，当保险事故发生时，各保险人应采取适当的分摊方法分配赔偿责任，使被保险人既能得到充分的补偿，又不会超过其实际损失而获得额外的利益。它有三种分摊方法：比例责任分摊方式；限额责任分摊方式；顺序责任分摊方式。

### 关键术语

保险利益，保险利益原则，最大诚信原则，告知，保证，弃权，禁止反言，近因，近因原则，补偿原则，代位原则，权利代位，物上代位，委付，重复保险，分摊原则，比例责任分摊方式，限额责任分摊方式，顺序责任分摊方式。

### 复习思考题

- 1、试述保险利益原则的含义及其确立要件。
- 2、财产保险与人身保险的保险利益怎样确定？
- 3、什么是近因？认定近因的方法有哪些？
- 4、损失补偿原则的含义及限制条件是什么？
- 5、什么是权力代位？构成权力代位的要件有哪些？
- 6、重复保险与分摊原则的含义是什么？分摊方式有哪几种？

### 案例分析题

1、赵某于 1996 年 5 月 22 日为其公公 B 投保 10 年期简易人身险 5 份，保额 8055 元，指定受益人是 B 的孙子 C，现年 11 岁。保险费按月从赵某的工资中扣缴。1998 年元月，赵某与被保险人的儿子 A 因感情破裂离婚，离婚时经法院判决，C 由 A 抚养。离婚后赵仍自愿按月从自己的工资中扣缴这笔保险费，从未间断过。1999 年 1 月 20 日，被保险人 B 因病死亡。同年 3 月，赵某向保险公司申请给付保险金 8055 元。与此同时，A 也提出被保险人是他的父亲，指定受益人又是由他抚养的，应由他作为监护人领取这笔保险金。赵某则认为投保人是她，交费人也是她，而且她是受益人 C 的母亲，也是合法的监护人，这笔保险金应由她领取。而保险公司认为，赵某为 B 投保时虽然有保险利益，但离婚后不再是 B 的家庭成员，已失去保险利益，故保险单随婚姻解除而失效，应按无效保单处理。

你认为保险公司的主张是否正确？为什么？

2、刘某系某装饰公司职员，40 岁，1995 年 4 月，刘某感到右腹疼痛，经医院检查，确诊为肝癌，遂病休治疗。1995 年 7 月，经某保险公司业务代办员的宣传，装饰公司决定为全公司职员投保团体人身保险，每人保额 5000 元。公司在提交被保险人名单时，在健康状况一栏中说明了刘某因肝癌病休的情况。保险代办员接到装饰公司提交的投保单和被保险人的名单后未经严格审查，即办理了承保手续，签发了保险单，保险期限自 1995 年 7 月 1 日零时至 1996 年 6 月 30 日 24 时止。1995 年 10 月 30 日，刘某因肝癌死亡，刘某的妻子持保险凭证向保险公司请求给付保险金 5000 元。其理由是，保险条款第四条规定，被保险人在保险期限内因意外伤害或疾病死亡，保险公司给付保险金全数。刘某在保险期内因肝癌死亡理应得到赔偿。保险公司对刘某的死因进行了核实，提出拒付。其理由是：依照保险条款第一条规定，只有身体健康、能够正常参加劳动的人才能参加本保险。在办理投保手续时，刘某已患肝癌数月，并病休在家，显然不符合投保条件，只是由于保险代办员的疏忽，承保时未将刘某剔除，故保险合同对刘某无效。

你认为保险公司的拒付理由是否成立？

3、某工厂向保险公司集体投保团体人身意外伤害保险，保险期限自 1999 年 3 月 5 日零时至 2000 年 3 月 4 日 24 时，保险金额为每人 5000 元。该厂干部赵明指定其妻为受益人。1999 年 3 月 28 日，赵明在马路上骑车时，被一卡车撞到，造成锁骨骨折和左肋骨骨折，随即住院治疗。赵明被卡车撞伤后，经交通监理机关裁决，卡车方应负全部责任，由卡车方赔偿 1000 元结案。由于赵明投了团体人身意外伤害保险，保险公司仍应根据保险条款给付保险金。鉴于赵明尚在治疗过程中，保险公司待其治疗结束后视其残废程度给付保险金。赵明在治疗过程中于 1999 年 5 月 16 日死于医院。医院于 5 月 18 日对尸体进行了解剖鉴定，结论为：“死亡的直接原因是急性心肌梗塞。”赵明死后，赵明妻子即赵明生前指定的受益人，依据条款中关于“因意外死亡事故以致死亡的，给付保险金全数”的规定，要求保险公司给付保险金 5000 元。保险公司认为，被保险人赵明死因不是意外伤害而是急性心肌梗塞，而急性心肌梗塞属于疾病。意外伤害造成的后果只是锁骨骨折和左肋骨骨折，按规定，锁骨和肋骨骨折后如有显著畸形，应分别给付保险金额的 10%，即应给付保险金额的 20%，计 1000 元保险金。

请问：保险公司的意见是否正确？为什么？

4、1999 年 7 月 5 日，某市居民刘某家失盗，盗窃分子盗走了其 18 寸北京牌彩电一台，价值 1500 余元。案发后三个月，刘某得到了保险公司的全额赔款。到 2000 年 4 月 8 日，在该市公安局举办的被盗财



物认领会上，刘某意外地发现了自己失盗的彩电，以邻居及所在地派出所出具证明，他又领回这台彩电，但发现损坏了一个机件，经修理后恢复正常，修理费花了 85 元。彩电被盗复得后，刘某并未通知保险公司，当地群众向保险公司反映了这一情况，于是保险公司工作人员前往刘家，决定收回彩电或让刘某退回赔款，但被刘某拒绝。

请问：保险公司的决定是否正确？为什么？

5、某商场向甲保险公司投保了企业财产险综合险，保险期限为一年，从 1999 年 6 月 11 日至次年 6 月 10 日止。其中，库存商品保额为 1000 万元。当年 11 月初，该商场购进了一批冬装，价值 120 万元，由于仓库场地限制，向保险公司申请增设一处存放地点（某仓储公司仓库）并获批改。12 月 9 日，某仓储公司仓库因电气短路原因发生火灾，造成库存商品损失，其中有该商场尚未卖出的冬装计 58 万元。为此，该商场向甲保险公司提出索赔申请。甲保险公司理赔人员发现，该仓储公司以仓库年平均库存量在乙保险公司投保了企业财产险综合险，使本来比较简单的案情变得复杂起来。

你认为对该保险事故保险公司应如何赔偿？

6、1998 年 3 月，某厂 50 岁工人张某因患胃癌住院治疗，术后出院上班。半年之后，张某见同事去保险公司办理投保手续，于是一同到保险公司投保了三年期的简易人身保险。填写投保单时，因其不知自己曾患过胃癌，因而在表中未申报癌症事实，也未将住院治疗胃病的事实告知保险人。1999 年 6 月，张某旧病复发，治疗无效死亡。张某的女儿以受益人身份要求保险公司给付保险金，保险公司在审查提交的有关证明材料时，发现张某的死因病史上载明其投保前曾患过胃癌并动过手术，于是对此案是否违背最大诚信原则，保险公司是否要给付保险金问题引起争论。

请问保险公司是否应该赔偿？为什么？

7、某棉织厂于 1998 年 11 月投保了企业财产保险综合险，保险期限一年。同年 12 月，该厂与一家制衣厂签订了一万米涤纶棉布的购销合同。按照合同规定，制衣厂于 1999 年 1 月 10 日派人送来购货款，并验收货物，准备装车。当制衣厂的负责人将涤纶棉布验收并装车 6100 米时，天色已晚，为保证质量，该负责人决定第二天上午再验收并装余下的货物，已验收并装上车的货物暂交棉织厂代为看管。不料，在这天夜里该棉织厂发生了火灾，涤纶棉属于易燃物，库内存放的 35000 米涤纶棉布全烧毁，由于已验收的 6100 米涤纶棉布随车停放在仓库内，这些布匹也未能幸免于难。事故发生后，保险公司立即赶往现场进行查勘，确认了事故是由于线路短路造成的，决定对损失予以赔偿，但当了解到被保险人与制衣厂的购销合同时，对于库内车上存放的和仓库内的涤纶棉的损失是否赔偿？如何赔偿？保险公司内部产生了分歧。

你认为保险公司是否应该赔偿？如何赔偿？

8、1998 年 1 月 2 日，某公司向本市的一家印刷厂租借了一间 100 多平方米的厂房做生产车间，双方在租赁合同中约定：租赁期为一年，违约方将支付违约金。同年 3 月 6 日，该公司在一切就绪准备开工时，向保险公司投保了企业财产保险综合险，保险期限一年。当年年底，该公司订单不断，效益颇佳，因此，向印刷厂厂方表示希望续约一年，但遭到了印刷厂的拒绝，理由是该厂要新上一套设备，急于上马，正愁无处安装。无奈之下，该公司只好边生产边准备搬迁。为了完成一宗大额订单，该公司怕影响工期，迟迟没有停产搬迁，自次年 1 月 2 日至 18 日间，印刷厂多次与该公司索要违约金及请求赔偿损失的权利。该公司经理向印刷厂做出了反复多次的解释，并表示情愿支付违约金。对此，印刷厂的法定代表人只得要求

该公司最迟在 2 月 10 日前交还厂房，不允许超过这一最后期限，否则就到法院起诉。2 月 3 日，该公司的一名职工在生产中忙中出错，不慎将洒在地上的煤油引燃，霎时，燃起大火，由于厂房内堆满纸制品，闻讯赶来的消防人员及该公司职工奋力抢救，终因火势太猛，导致惨重损失。等到大火熄灭后，理赔人员现场测定，厂房内的纸张及设备尽皆烧毁，直接损失达 215000 元；厂房屋顶烧塌，需修复费用 53000 元。火灾发生后，保险公司和被保险人就赔偿责任问题进行商议，该公司在厂房内遭受火灾灭失的纸张及设备属于流动资产和固定资产，属于保险标的范畴，这一总额为 215000 元的损失应当赔偿，对此并无异议，但保单中保险标的的损失还包括了公司租借的厂房，对此保险标的的损失是否应给予赔偿，双方当事人产生了争议。

你认为保险公司对厂房损失是否应予以赔偿？为什么？

9、翁某，男，1964 年 8 月出生，其母亲于 1997 年 7 月及 1998 年 7 月以翁某为被保险人先后向中国人寿保险公司××分公司投保鸿寿养老险及大病终身险，累计保险金额 9 万元。2000 年 1 月 30 日，被保险人翁某在家中突然出现心跳、呼吸停止，经当地某医院急诊抢救无效死亡，受益人遂向保险公司提出索赔。保险公司经调查得知：被保险人在投保后短期内发生猝死，根据他人提供的线索，终于在当地某驻军医院发现被保险人投保前的住院记录，查明翁某曾因“发作性胸闷、心悸 3 年余”于 1995 年 8 月 7 日至 8 月 18 日住院治疗 11 天，诊断“预激综合症”明确。住院期间实行射频消融术，但未成功。出院后间断门诊治疗。2000 年 1 月 30 日身故前急诊心电图显示：室颤，经胸外按摩、电除颤及静推肾上腺素等药物抢救治疗无效死亡，临床诊断：心跳、呼吸骤停。保险公司认为：投保人投保时隐瞒了预激综合症病史，未告知的事实足以影响公司是否决定同意承保，且对保险事故发生有严重影响，故予以拒赔。

请问保险公司拒赔是否有理？为什么？

10、某商贸公司从东北购得一批粮食，委托当地的粮食储运公司储存。该粮食储运公司将粮食运入粮仓后向当地的 A 保险公司投保了财产保险。与此同时，该商贸公司也以此批粮食为标的向当地 B 保险公司投保了财产保险。一日，粮库发生意外火灾，这批粮食全部损毁。储运公司及商贸公司分别向各自投保的保险公司报险索赔，由此产生了一场争议，最后走上了法庭。你认为保险公司应如何赔偿这笔损失？

## 第三章 保险合同

### 本章学习目的：

- 分析保险合同的概念与形式；
- 描述保险合同的特征；
- 理解保险合同的主体及其相互关系；
- 探讨保险合同的基本条款；
- 分析人寿保险合同的特定条款；
- 了解保险合同的订立、变更与终止。

### 第一节 保险合同概述

#### 一、保险合同的概念与特征

##### （一）保险合同的概念

保险合同又称保险契约，是指投保人与保险人约定保险权利义务关系的一种协议。保险合同是经济合同的一种，因此必须具备经济合同的基本条件，第一，保险合同的当事人必须具有民事行为能力；第二，保险合同是双方当事人意思表示一致的行为，而不是单方的法律行为。第三，保险合同必须是合法的。

##### （二）保险合同的特征

保险合同作为特殊的经济合同，有着自身的特征：

1、保险合同是保障合同（Contract of Protection）。这是相对于偿付性合同而言的。保险是一种无形的保障性商品，保险人以保险合同为依据向被保险人提供保障服务。这种保障服务直接表现为：保险人承诺当约定的保险事故发生造成保险标的损害时，保险人对被保险人遭受的经济损失进行补偿，或当被保险人死亡、伤残、疾病或达到约定年龄或期限时，向被保险人或受益人给付保险金，保证他们的经济安全。当然保险人的保障承诺是以投保人缴纳保险费为对价的。需要说明的是，保障只是一种承诺，并不是每个保险合同都能得到赔偿或给付的，因为保障不等于保险金的赔偿或给付，保障主要是使投保人或被保险人得到精神和物质上的安全感，即可减少忧虑与不安。

2、保险合同是射幸合同(Aleatory Contract)。这是相对于相互性合同而言的。射幸是指碰运气、机会性的意思。对于财产保险合同和一部分人身保险合同而言，并不是所有缴纳保险费的投保人或被保险人都可获得赔偿或给付。根据大数法则和概率论，只有少数被保险人才发生保单承保风险范围内的损失，因而只有少数遭受事故的被保险人才能获得赔偿或给付。因此，就个体而言，保险合同也被称为“碰运气合同”，即射幸合同。但就总体而言，投保人支付的全部纯保费和获得的全部赔款应该大体上是相等的。尽管射幸合同的本质是机会性，或某种偶然性事件的发生，但保险合同并不是赌博性合同，因赌博制造了原来并不存在的风险，而保险只是对已存在的纯粹风险进行分散转移，它不会产生新的风险。

3、保险合同是附合合同(Adhesion Contract)。又称为格式合同，这是相对于协商合同而言的。一般买卖合同是一种由双方当事人共同协商拟定合同条款。但保险合同则不同，合同条款事先由保险人拟定，投保人或被保险人只有接受或拒绝该条款，不能就条款内容进行修改或变更。因此，投保人在购买保险时，要么附合保险人的合同，即同意合同条款并购买该保险，要么拒绝购买该保险，即使需要变更某项内容，也只能采纳保险人事先准备好的附加条款。可见，在附合性合同中，保险人较之被保险人处于明显的优势，

正因为这样，一旦合同双方对保险合同条款的某些词意理解有分歧时，法院通常会作出有利于被保险人解释。

4、保险合同是双务合同（Bilateral Contract）。这是相对于单务合同而言的。单务合同是指对当事人一方发生权利，对另一方只发生义务的合同。如赠与合同等。而双务合同是当事人双方都享有权利和承担义务，一方的权利即为另一方的义务。保险合同就整体来说是双方合同，投保人的义务是支付保险费，其权利是发生保险事故后获得赔款或给付；保险人的权利是收取保险费，其义务是支付保险赔款或给付。当然就个别保险合同来讲，可能这种权利与义务并不对称，因保险合同是一种有条件的双务合同，投保人在订立合同时必须要交纳保险费，但保险人履行义务是以承保危险事故发生为前提的。因此，也有人称保险合同是一种或然性合同。

5、保险合同是对人合同(Personal Contract)。这是相对于对物合同而言的。保险合同是一种基于个人性质(无论是自然人还是法人)基础上的合同，这一性质称为属人性，主要体现在财产保险合同中，其含义是，保险合同保障的是遭受损失的人，而不是遭受损失的财产。如果保险合同的可保利益寄存于特定标的物，在标的物所有权发生转移后，原所有人对标的物不再有可保利益，受让人虽然因取得标的物而具有可保利益，但和保险人之间并没有保险合同，所以，如果受让人没有取得保险人的同意或承认，原保险合同应视为终止。因此各国保险法一般都规定，保险合同除另有约定外不得随标的的转移而转让。但这一规定并不适用于人身保险合同。因为人身保险合同原本就以特定人的生死或伤害为对象，并不含有物的关系。所以，人身保险合同的转让，与财产保险合同不同，一般不需要经过保险人的同意。但为了保护被保险人的人身安全，人身保险单的转让或抵押应经过被保险人的同意。

## 二、保险合同的分类

保险合同依不同的标准有不同的分类。

（一）按保险合同的性质划分，可分为补偿性保险合同和给付性保险合同

1、补偿性保险合同，是保险人根据保险标的所遭受的实际损失进行经济补偿的合同。在补偿性合同下，保险人的赔偿金额既不能超过实际损失，也不能超过保险金额，更不能超过保险利益，换言之，就是使投保人或被保险人恢复到损失发生之前的状态，不能通过保险额外获益。通常财产保险合同和医疗保险合同属于此类合同。

2、给付性保险合同，是事先由保险合同双方当事人约定保险金额，当被保险人发生约定的保险事故时，由保险人按约定的保险金额给付保险金的合同。人身保险合同一般属于此类合同。因为人身保险的保险标的是无法估价的生命或身体机能，其可保利益也是无法估价的。被保险人发生伤残、死亡事件，对其本人及家庭所带来的经济损失和精神上的痛苦都不是保险金所能弥补的，保险金只是一定程度上帮助被保险人及其家庭缓解经济上的困难，给予精神上的安慰。因此，人身保险合同不是补偿性合同，而是给付性合同，其保险金额根据被保险人的需要和支付保险费的能力来确定。

（二）按保险价值在订立合同时是否确定划分，可分为定值保险合同和不定值保险合同

1、定值保险合同，是指保险合同当事人将保险标的的保险价值事先约定并在合同中予以载明的保险合同。定值保险合同一旦发生保险事故，无论保险标的的实际价值在发生事故时是怎样变化，都以合同约定的保险价值作为计算赔偿保险金的依据。定值保险合同适用于市场价值变化较大或价值不易确定的

标的物，如运输中的货物、字画和古玩等。

2、不定值保险合同，是指在订立合同时，未载明其保险价值，而只约定保险标的保险金额，保险价值留待损失发生时再确定的保险合同。在不定值保险合同中，仅仅载明保险金额，并依此作为赔偿的最高限额，至于保险标的的保险价值则处于不确定的状态。不定值保险合同有如下特点：一是以保险事故发生时的当地市场价格为确定保险价值的依据；二是当保险价值与保险金额一致时，产生了足额保险，当保险金额大地保险价值时，产生了超额保险，当保险金额小于保险价值时，产生了不足额保险。

（三）按保险合同的标的不同划分，可分为财产保险合同和人身保险合同

1、财产保险合同，是以财产及其相关利益和民事赔偿责任为保险标的的保险合同。财产保险合同所涉及的标的包括有形财产和无形财产，故以有形财产为合同标的的称为财产损失保险合同，以无形财产为合同标的的称为责任保险合同和信用保证保险合同。

2、人身保险合同，是以人的寿命和身体为保险标的的保险合同。由于人身保险合同所保障的危险不同，又可分为人寿保险合同、人身意外伤害保险合同和健康保险合同。

（四）按保险标的数量多少划分，可分为单一保险合同、集合保险合同和总括保险合同

1、单一保险合同，是以一个人或单一物体为保险标的的保险合同。在保险合同中，以单一保险合同居多，如以一栋房屋投保火灾险，以一辆汽车投保车辆险，以一个被保险人投保定期寿险等。

2、集合保险合同，是指以多数特定的人或多数特定的物为保险标的的保险合同。在保险合同中，这类合同也较为常见，如某运输公司以其全部五十辆车为保险标的投保汽车保险，某雇主以其所有雇员为被保险人与保险人订立一份团体意外伤害保险合同等。

3、总括保险合同，是指无特定保险标的，仅在一定标准所限定的范围内，泛指某种保险利益或某类保险标的，而确定一个总的保险金额的保险合同。在总括保险合同中，对所承保的保险标的只是以财产性质、存放地点、保险利益及保险金额等因素进行固定，而不以特定的保险标的为限。如某企业以一仓库内存放的货物为保险标的投保，并确定总保险金额，至于货物平时的进出并不影响合同效力，只要发生保险事故，保险人在保险金额内赔偿。再如，某外贸公司每年有多批次货物运输出口，所以在年初时与保险人签订一个总括货物运输保险合同，确定货物的性质和总保险金额即可，这样每批次出运货物都能自动获得保障。

（五）按保险责任范围大小划分，可分为特定风险保险合同和综合风险保险合同

1、特定风险保险合同，是指承保一种或某几种风险责任的保险合同。该合同通常是以列举风险的方式进行。如果仅承保一种风险的保险合同，称为单一风险保险合同，如地震险或战争险等；如果承保数种风险的保险合同，称为多种风险保险合同，如火灾保险、车辆保险等。

2、综合风险保险合同，是指保险人承保除“除外责任”以外的一切风险的保险合同。综合风险保险合同一般不明确列举所承保的风险，而是以除外责任方式来确定不承保的风险，以此界定承保风险的范围。由于该类合同对多种不同的风险事故都承担保险赔偿责任，故又称为“一揽子保险”。

（六）按订立合同的主体不同划分，可分为原保险合同和再保险合同

1、原保险合同，是指投保人直接与保险人订立的保险合同。如果保险标的发生损失，由保险人直接向被保险人或受益人承担赔偿责任或给付责任。

2、再保险合同，是指原保险人为了转移已承保风险责任的全部或一部分而与再保险人签订的保险合同。一旦发生保险事故，再保险人负责赔偿按规定分摊的保险赔款给原保险人，再保险人不与投保人或被保险人发生关系。因此，再保险合同全部是补偿性合同。

### 三、保险合同的形式

我国《保险法》第 13 条规定：“投保人提出保险要求，经保险人同意承保，并就合同的条款达成协议，保险合同成立。保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证，并在保险单或者其他保险凭证中载明当事人双方约定的合同内容。经投保人和保险人协商同意，也可以采取前款规定以外的书面形式订立保险合同。”可见保险合同通常采用书面形式。保险合同的书面形式包括：

#### （一）投保单

投保单（Application），又称要保单，是投保人申请保险的一种凭证，是一种书面要约。投保单经投保人据实填写并交付给保险人，就成为投保人表示愿意与保险人订立保险合同的书面要约，投保单一经保险人盖章，就对双方产生法律约束力，成为保险合同的重要组成部分。财产保险的投保单通常要载明保险标的的名称、用途、坐落地点、保险金额、保险责任期限等。人身保险的投保单通常要载明被保险人的姓名、年龄、职业、健康状况、保险期限、受益人姓名、保险金额等。

#### （二）保险单

保险单（Policy），是投保人与保险人订立保险合同的正式书面证明。它是由保险人签发给投保人。保险单上完整地记载了合同双方当事人的权利和义务，它是被保险人在保险标的因保险事故发生损失时向保险人提出索赔或给付的依据和凭证。保险单通常载明四项内容：（1）声明事项，即声明双方当事人姓名住址，保险价值或保险金额，保险责任期限，适用的保险费率，保险费的支付方式等。（2）责任事项，明确保险人应该承担的风险责任范围及赔偿或给付数额。（3）除外事项，列举除外风险责任事项。（4）条件事项，即投保条件和索赔条件等。除了声明事项需要填写外，其他事项通常包含在事先制定的条款中，保险条款是格式化的，通常印在保单的下半部分或背面。

#### （三）暂保单

暂保单（Binder），是保险单没有发出前出立给投保人或被保险人的一种临时凭证。暂保单与正式保险单具有同等的法律效力，但正式保单一旦签发，暂保单就自动失去法律效力，其最长有效期只有 30 天。保险人亦可以提前终止暂保单效力，但必须提前通知投保人。暂保单通常在下列情况下使用：（1）保险分支机构争取到大额的保险业务，需要上级保险公司或总公司审批，在审批获准前可以先开出暂保单。（2）保险代理人争取到保险业务但尚未向保险人办妥正式保单之前，可先开出暂保单。（3）保险双方当事人就合同的有关内容尚未谈妥前，可先开出暂保单。

#### （四）保险凭证

保险凭证（Insurance Certification），又称小保单，是保险人向投保人签发的证明保险合同已经成立的书面凭证。是一种简化了的保险单。其法律效力与保险单相同，只是内容较为简单。实践中，保险凭证没有列明的内容，以同一险种的正式保险单为准；保险凭证与正式保险单内容相抵触时，以保险凭证上的特约条款为准。保险凭证一般以下情况下使用：（1）在团体人身保险中，统一签发一份正式保单，而对团体中每一被保险人只签发一张保险凭证，以证明其参加了该保险。（2）在投保人提出一些特殊要求而保险人

所提供的保险单无法满足时，签发保险凭证，作一些特别约定。（3）保险人开设新险种的初期，保险人与投保人通常直接协商确定保险合同内容，就不使用标准的保险单而使用保险凭证。

#### （五）批单

批单是对保险合同进行修改、补充或增删内容，由保险人出立的一种凭证。批单是变更保险合同最常见的书面形式，须载明变更的条款内容，由保险人签章后附贴于原保险单证上。

## 第二节 保险合同的主体与客体

### 一、保险合同的主体

保险合同的主体包括直接参与合同订立的当事人、与合同利益直接相关的关系人和协助合同订立的辅助人。

#### （一）保险合同的当事人

保险合同当事人主要是保险人和投保人。

1、保险人（Insurer/Underwriter），是指与投保人订立保险合同，并承担赔偿或者给付保险金责任的保险公司。我国保险法规定保险人应具备的条件有：保险人必须是依照法定条件和程序设立的保险公司；保险公司的组织形式应是股份保险公司和国有独资保险公司；保险公司应按照分业经营的原则，在保险监督管理部门核定的业务范围内从事保险活动并接受监管。但从世界各国法律规定的保险公司组织形式看，除了上述两种组织形式外，还有相互保险公司、保险合作社和个人保险组织。下面分别介绍。

（1）国有独资保险公司，是国家授权的投资机构或国家授权的部门单独投资设立的保险有限责任公司，它是国家以投资者身份参与保险业经营的重要手段。这是我国所特有的一种保险经营组织，原来的中国人民保险公司、中国人寿保险公司、中国再保险公司和中华联合财产保险公司均属于国有独资保险公司，但随着三大国有独资保险公司的股份制改造成功，尤其是中国人民财产保险股份有限公司 2003 年 11 月 6 日在香港发行股票成功，中国人寿保险股份有限公司 2003 年 12 月 16 日在纽约和香港两地发股成功，标志着这三家公司已成功地从国有独资公司转向了国家控股的上市公司。2004 年初，中华联合财产保险公司的股份制改造方案也已呈报国务院，年内有望转制成功。这样，国有独资保险公司在我国就不存在了。

（2）股份保险公司（Capital Stock Company），又称保险股份有限公司，是将全部资本分成等额股份，股东以其所持股份为限对公司承担责任，公司则以其全部资本为限对公司债务承担责任的企业法人。股份保险公司的内部组织机构主要由权力机构、经营机构和监督机构三部分组成，即股东会、董事会和监事会。为了保证股份保险公司的稳定经营，各国保险法律法规对其资本金的最低限额、高级管理人员资格一般都有明确的规定。股份保险公司是世界各国的主要保险组织形式，在美国，股份保险公司的业务占财产及责任保险业务的 2/3，而经营人身保险的机构约有 90% 为股份公司。在日本，23 家经营财产保险的公司中有 21 家采取股份公司形式。

（3）相互保险公司（Mutual Insurance Company），是所有参加保险的人为自己办理保险而合作成立的法人组织，即社员（投保人）以从事相互保险为目的设立公司，社员首先向公司交纳保险费，公司对社员进行保险赔付。公司出现盈余时，对社员进行分配。虽然它名为公司，但实为非盈利组织。因此相互保险公司是公司保险与合作保险相结合的一种形式，其参与者并非股东，仅是合同当事人，公司的所有社员为投保人，既是保险人，也是投保人或被保险人。相互保险公司的保费收取采用三种方式：① 摊收保费制，

即在签发保单时仅收取小额承保费用，如不足以支付费用与赔偿损失时，再按每一保单持有人的保险金额比例摊收。② 预收保费制，即在签发保单时即收取足够支付一切损失和费用的保险费，但如遇到超过计收保费时所假定的损失，仍要向保单持有人补收保费。③永久保费制，即在向相互保险公司投保时，须支付大额保险费，用由此积存的资金所产生的投资利益来支付保险金以及经营费用，如有盈余，保单持有人可以分享红利。

（4）保险合作社（Cooperative Insurance Company），是由一些对某种风险具有同一保障要求的人自愿集股设立的保险组织，它依合作的原则从事保险业务。保险合作社也属于非盈利性保险组织，一般以人身保险为主，如日本的“全劳济”，有的以健康保险为主，如美国的“蓝十字与蓝盾”协会。虽然都是非盈利性组织，但与相互保险公司相比，当今的保险合作社更表现出其合作保险的特性，其优势主要表现在：它能满足了某种共同保险需要的人群，它的低费率优势使它在解决低收入阶层的保险保障方面具有独特的作用。其劣势表现在：因不是股份公司，其筹资能力弱，发展受到一定程度的限制，且国际化能力很差。

（5）个人保险组织，是以个人名义承保保险业务的一种组织。由于个人的资本能力和信誉有限，很难得到投保人的信任和认可，因此世界上个人保险组织很少。但是以个人单独承保并承担无限责任为特征的劳合社却规模很大，在世界保险市场上占到举足轻重的地位。这是值得研究的。

2、投保人（Applicant），是指与保险人订立保险合同，并按照保险合同负有支付保险费义务的人。投保人可以是自然人，也可以是法人。但投保人必须具备两个条件：第一，必须具有完全的民事行为能力。未取得法人资格的组织不能成为投保人，无民事行为能力或限制民事行为能力的自然人也不能订立保险合同。第二，对保险标的必须具有保险利益。因没有保险利益的保险合同是无效合同。

## （二）保险合同的关系人

保险合同的关系人包括被保险人和受益人。

1、被保险人（Insured），是指其财产或人身受到保险合同保障，并享有保险金请求权的人。被保险人可以是自然人，也可以是法人。投保人为自己的利益而与保险人订立保险合同时，投保人即为被保险人；投保人为他人利益而订立保险合同时，必须对被保险人具有保险利益，或征得被保险人同意。投保人与被保险人不是同一人时，投保人是合同当事人，被保险人则是保险合同的关系人。

被保险人必须具备两个条件：第一，发生保险事故时，是直接遭受财产损失或人身伤亡的人；第二，具有保险金请求权的人。在财产保险合同中，保险事故发生后，未造成被保险人死亡的，保险金请求权由被保险人本人行使；造成被保险人死亡的，保险金请求权由其继承人依《继承法》继承。在人身保险合同中，保险事故发生后，被保险人依然生存的，保险金请求权由被保险人本人行使；被保险人死亡的，保险金请求权由被保险人或者投保人指定的受益人行使，未指定受益人的，保险金请求权由被保险人的继承人继承。

2、受益人（Beneficiary），是指人身保险合同中由被保险人或投保人指定的享有保险金请求权的人。受益人必须具备两个条件：第一，受益人必须经被保险人或投保人指定。受益人可以是自然人，也可以是法人，受益人如果不是被保险人和投保人，则多为与其有利害关系的自然人，胎儿也可以为受益人，但以出生时存活为必要条件。第二，受益人应该是享有保险金请求权的人。受益人享有保险金请求权，但不承担任何义务，当被指定的受益人为一人时，保险金请求权由该人行使，并获得全部保险金；当受益人是数



人时，保险金请求权由数人行使，其受益顺序和受益份额由被保险人或投保人事先确定，未确定的，受益人按照相等份额享有受益权。但受益人在下列情况下丧失受益权，保险金作为被保险人的遗产：①受益人先于被保险人死亡；②受益人依法丧失受益权；③受益人被指定变更；④受益人主动放弃受益权。

这里值得注意的是，受益人不同于法定继承人。虽然受益人与继承人都在他人死亡后受益，但两者的性质是不同的。受益人享有的是受益权，是原始取得；而继承人享有的是遗产分割，是继承取得。受益人没有承担被保险人生前债务的义务；而继承人在其继承遗产的同时，要承担被继承人生前未清偿的债务。

### （三）保险合同的辅助人

保险合同的辅助人虽不直接参与合同的订立，但正是辅助人的存在，促使保险合同当事人更顺利完成合同的订立和履行，因此也是保险合同的重要主体。保险合同的辅助人主要有保险代理人、保险经纪人和保险公估人。

1、保险代理人（Insurance Agent），是根据保险人的委托，在保险人授权的范围内代为办理保险业务的单位和个人，并向保险人收取代理手续费。在保险业发达的国家，保险人广泛使用代理人自己招揽和销售保险业务。如日本的产险公司主要通过保险代理店来销售业务和提供售后服务，而寿险公司主要通过代理人推销保单；在美国，财产与责任保险公司的代理人分为独立代理人 and 专用代理人，前者是代表多家保险公司的代理人，后者只代理一家保险公司的业务，而寿险公司通常采用总代理人制度，在一个地区代理一家保险公司的业务，再由总代理人负责招聘和培训分代理人。我国自 1995 年起也开始大量采用代理人来推销保险单，尤其是人寿保险，目前大约有 80% 的寿险保单是通过代理人销售的。根据我国《保险法》的规定，保险代理人分为：专业代理人、兼业代理人和个人代理人三种。

（1）专业代理人，即保险代理人公司，其组织形式为有限责任公司。在我国设立保险代理人公司必须符合以下条件：最低实收货币资本人民币 50 万元，且个人资本之和不得超过 30%；有至少 30 名持有保险代理人资格证书的代理人员；有符合任职资格的董事长和总经理；有符合要求的营业场所。

（2）兼业代理人，是指受保险人委托，在从事自身业务的同时，指定专人代办保险业务的单位。兼业代理人必须具备的条件：具有所在单位法人授权书；有专人从事保险代理业务；有符合规定的营业场所。

（3）个人代理人，是指根据保险人委托，向保险人收取手续费，并在保险人授权的范围内办理保险业务的个人。个人代理人必须持有保险监管部门颁发的《保险代理人资格证书》和保险公司颁发的保险代理证。个人代理人业务范围限于推销保险单和代理收取保险费。

2、保险经纪人（Insurance Broker），是基于投保人的利益，为投保人与保险人订立保险合同提供中介服务，并依法向保险人收取佣金。在国际上，保险经纪人有三种形式：个人保险经纪人，合伙制保险经纪公司，保险经纪人公司。大多数国家都允许个人保险经纪人从事经纪业务活动，但为了保护客户利益，使客户不因个人保险经纪人的过失遭受损失，各国监管机关都要求个人保险经纪人参加职业责任保险或交纳营业保证金。合伙制保险经纪公司是以合伙方式设立，并要求所有的合伙人必须是经执业注册的保险经纪人，其最大特点是合伙人对公司的债务承担无限责任。保险经纪人公司是有限责任公司，各国对保险经纪人公司的清偿能力都有要求，也是大多数国家认可的组织形式。我国目前只认可了保险经纪人公司，对个人保险经纪人和合伙制保险经纪公司并不许可。

3、保险公估人（Insurance Surveyor），又称保险公证人，是为保险人或被保险人办理保险标的损失查勘、鉴定、估损和赔款计算等事项并出具公估书的人。从国外来看，保险公估人从其业务内容侧重点不同通常分为三类：一是保险型公估人，这类保险公估人侧重于解决保险方面的问题，而技术性问题解决相对为辅，英国的保险公估人多属此类；二是技术型保险公估人，该类公估人侧重于解决技术性问题，而对保险方面的问题解决得相对较少，德国的保险公估人大多属于此类；三是综合型保险公估人，这类公估人解决保险性问题和 technical 问题并重，欧洲其他国家的公估人均属此类。我国保险公估行业起步较晚，到目前全国共有 30 多家保险公估行，但我国的保险公估人属于综合型的。

## 二、保险合同的客体

保险合同的客体是保险合同当事人的权利义务共同指向的对象。保险合同的客体不是保险标的本身，而是体现于该标的（财产或人身）上的利益，即可保利益。财产保险合同的可保利益取决于投保人对保险标的所具有的为法律所承认的经济利益，如所有权、占有权、抵押权等关系，可保利益的大小根据保险标的的经济价值大小而定；人身保险合同的可保利益则取决于投保人与保险标的的人身关系或经济利害关系，如父母、配偶、债务人等，可保利益的大小由双方约定的。

## 第三节 保险合同的主要条款

### 一、保险合同的基本条款

保险合同的条款是规定保险人与被保险人之间的基本权利和义务的条文，它是保险公司对所承保的保险标的履行保险责任的依据。根据合同内容的不同，保险条款可以分为基本条款和附加条款。基本条款是关于保险合同当事人和关系人权利与义务的规定，以及按照保险法律一定要记载的事项。保险合同的基本条款主要包括以下事项：

#### （一）当事人的姓名和住所

明确当事人的姓名和住所是为保险合同的履行提供了一个前提。因在合同订立后，保费的缴纳、保险金额的赔偿均与当事人及其住所有关。由于保单是保险人印制的，因此保险公司的名称及住所已在上面，保单上需要填写的只是被保险人或所有人的姓名和住所。如果被保险人不只一个人，则需要在保险合同中列明。

#### （二）保险标的

保险标的（Subject Matter），是保险合同的保障对象。明确记载保险标的，一方面可以确定投保人对保险标的是否具有可保利益；另一方面也可以确定保险人对哪些承保对象承担保险责任。不同的保险标的所面临的风险种类、性质、风险因素和风险程度不同，所适用的保险费率也不同。确定保险标的，决定了保险合同当事人、关系人权利义务的性質。当然，在不同的保险合同中，保险标的记载的内容是有所不同的。人身保险合同的标的是人的身体或生命，因此应详细记载被保险人的性别、年龄、职业、健康状况等重要信息；财产保险合同的保险标的是物及相关利益，因此应详细记载财物的性质特征、存放地点、用途等，使之特定化，以便在保险事故发生时，评估其损失范围。

#### （三）保险责任和除外责任

保险责任（Scope of Cover），是保险合同约定的保险人所负的责任，即所承保的保险事故发生时保险人应承担的损失赔偿责任或保险金给付责任，它具体表现为保险人所承担的承保范围内的一切责任。除外

责任 (Exclusions)是保险合同明确列明的不属于保险赔偿和给付范围的责任。保险责任条款是确定保险人赔偿范围的重要依据，我国《保险法》第 18 条明确规定：“保险合同中规定有关于保险人责任免除条款的，保险人在订立保险合同时应当向投保人明确说明，未明确说明的，该条款不产生效力。”这是为保护被保险人、受益人的利益，防止保险人利用保险合同的专业性、技术性来侵犯他们的利益，也是保险活动中诚实信用原则的体现。

#### （四）保险期限和保险责任的开始时间

1、保险期限 (Insurance Period)，是保险责任的起讫时间。保险事故在此期间发生，保险人应负赔偿或给付保险金的义务。超过该期限，即使是承保风险造成的损失，保险人也不再承担保险责任。保险期限的确定一般有两种方式：（1）规定具体期限，如半年、一年或更长的期限。财产保险一般为一年，人寿保险往往是一年以上，甚至几十年。（2）以某一特定事件的始末为保险期间，如航空意外险一般都以被保险人踏入指定航班飞机舱门开始至飞机抵达目的地走出飞机舱门为止。

2、保险责任的开始时间，是明确保险人承担保险责任开始的时间。需要明确的是，保险合同成立的时间与保险责任开始的时间可能并不完全一致。保险责任开始时间应根据保险合同约定的保险期限而定。对于定期保险，按国际惯例一般都实行“零时起保制”，即合同订立后第二天凌晨零点开始生效，经特别约定也可以是订立合同当天的凌晨零点开始生效。对于按某一特定事件始末为保险期限，则以该事件开始为保险责任开始时间。

#### （五）保险价值

保险价值 (Insured Value)，是指保险标的在订立保险合同时所确定的实际价值或在发生保险事故时所具有的实际价值，是确定保险金额的依据。在财产保险合同中，如果是定值保险，则在订立合同时就确定保险价值，保险金额通常就等于保险价值；如果是不定值保险，则在订立合同时并不确定保险价值，等到出险时再按当时当地市价确定。而在人身保险合同中，由于人的身体和生命无法用金钱衡量，所以在人身保险合同中不存在保险价值问题。

#### （六）保险金额

保险金额 (Insured Amount)，是指双方当事人在保险合同中约定的保险人应当赔偿或给付的最高货币金额，是计算保险费的依据。在财产保险合同中，保险金额是以保险标的的保险价值为依据，保险金额超过保险价值部分是无效的。在人身保险合同中，由于其标的无法用金钱衡量，故保险金额不以保险价值为依据，只要投保人对被保险人有可保利益，原则上由投保人与保险人约定保险金额。但以死亡为给付保险金条件的保险合同，应由被保险人认可保险金额，否则合同无效。在保险理赔时，以死亡或生存为给付保险金条件的人身保险合同，给付金额应与保险金额一致；而财产保险合同约定的保险金额是表示保险人承担赔偿责任的最高金额，保险人赔偿的具体数额应视实际损失情况而定的。

#### （七）保险费及其支付办法

保险费 (Premium)，是投保人付给保险人使其承担保险责任的费用，是保险金额与保险费率的乘积，即：保险费=保险金额×保险费率。保险费由纯保费和附加保费构成，纯保费是保险人用于赔付被保险人或受益人的保险金，它是保险费的最低限；附加保费是由保险人所支付的费用，由营业费用、营业税和营

业利润构成。保险费的支付办法一般有两种：一种是趸缴保费，即投保人在订立合同时一次性缴清保费，合同才生效；另一种是期缴保费，即分期缴费，可以是年缴，半年缴等，只要缴纳第一期保费合同就生效。

#### （八）保险金的赔偿或给付办法

保险金的赔偿或给付是保险人在保险标的遭受保险责任范围内的保险事故导致被保险人经济损失或人身伤亡时，依法履行的义务。按我国《保险法》第 24 条规定：“保险人收到被保险人或者受益人的赔偿或者给付保险金的请求后，应当及时作出核定，并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有关赔偿或者给付保险金额的协议后 10 日内，履行赔偿或给付保险金的义务。”人身保险的给付较为简单，发生生命事故给付保险金全数，发生伤残事故，按伤残程度比例给付。但财产保险的赔偿相对较为复杂，不同险种的赔偿方式不同，目前主要有四种方式：比例赔偿方式，第一损失赔偿方式，定值保险赔偿方式，重置价值赔偿方式。具体内容详见第五章。

#### （九）违约责任和争议处理

保险合同订立后即产生相应的法律效力，双方当事人应按合同规定的内容履行合同。没有按照合同的约定完全地、全面地履行保险合同，应当承担相应的法律后果和违约责任。对保险合同发生争议时，应首先通过友好协商解决，协商解决不成，可以通过仲裁或诉讼方式解决。

#### （十）订立保险合同的时间

保险合同应当注明订约的时间，因其对证明可保利益是否存在、保险危险是否已经发生具有重要意义。对于成立即生效的保险合同，订约时间还关系到保险责任期限的计算和保险责任的开始时间。在特定情况下，订约时间对查明合同争议和避免保险欺诈起到关键作用。

## 二、财产保险合同的特定条款

在财产保险合同中除上述条款外，还有以下一些特定的条款。

#### （一）免赔额条款

免赔额是常见的保险条款。免赔额条款规定，在保险人根据保险的条件作出赔偿之前，被保险人先要自己承担一部分损失。免赔额条款在财产、健康和汽车保险中得到广泛使用。但在人寿保险中不使用该条款，因为被保险人的死亡总是一种全部损失。免赔额的种类有以下几种：

1、相对免赔额（Franchise Deductible），即免赔额以一个百分比或一定金额表示，如果损失低于规定的比例或金额，保险人不承担赔偿责任，但当损失高于规定的比例或金额时，保险人将赔偿全部的损失。

2、绝对免赔额（Straight Deductible），是指在保险人作出赔付之前，被保险人要自担一定的损失金额。一般来说，这种免赔额应用于每次损失。

3、总计免赔额（Aggregate Deductible），是把保险期内所有属于保险责任范围的损失加总在一起，如果这全部损失低于总计的免赔额，保险人不作任何赔付，一旦全部损失超过总计的免赔额，保险人对所有超额部分的损失予以赔付。

4、消失免赔额（Disappearing Deductible），即免赔额随着损失增加而减少，直至最后消失。这实际上是对小额损失不予赔偿，对大额损失全部赔偿。

保险合同中规定免赔额的作用是明显的，第一，消除小额索赔，节省理赔费用。因为，相对来说，小额索赔的理赔费用高，处理 20 元的索赔可能要花费 30 元的理赔费用，这就不合算。所以免赔额能消除许多小额索赔，损失理赔费用就大为减少。第二，减少保险费，降低投保成本。如果使用了免赔额，购买保险就更为经济，在其他因素相同的情况下，免赔额愈大，保险费就愈便宜。第三，促进防损工作。因为被保险人要自己负担一部分损失，就不会因有了保险而高枕无忧，这势必使被保险人注意财产保护和防损工作。

## （二）共同保险条款

在财产保险赔案中，损失金额在保险标的价值 10% 以下的小额赔案总是占绝大多数，所以投保人往往不愿以高额投保，针对这一情况，有些国家在保单上增加共同保险条款。最常用的是“80% 共同保险条款”，依据这一条款，凡损失发生后，对保险标的价值进行估价，如保险金额大于或等于保险价值的 80%，损失在保险金额内全部赔偿；如果保险金额小于保险价值的 80%，则按比例赔偿，被保险人要承担一部分损失。计算公式：

$$\frac{\text{保险金额}}{\text{80\%的保险价值}} \times \text{损失金额} = \text{赔偿金额}$$

例如，假定一幢建筑物的实际价值为 500000 元，但它的所有人只保险了 300000 元，如果保险单共同保险条款规定的比例为 80%，即规定的保险金额为 400000 元，假定一次火灾事故损失额为 10000 元，则赔偿金额为：

$$\frac{300000}{400000} \times 10000 = 7500 \text{元}$$

规定共同保险条款的目的是实现费率的公平合理。大多数财产损失部分损失，如果大多数投保人都投保部分损失，保险费率势必要大大提高，这对那些希望全额投保的被保险人在费率上就显得不公平。我国目前还未采用共同保险条款，凡不足额投保的，一律按保险金额与保险价值的比例来赔偿。

## （三）分摊赔款条款

当几家保险公司或数份保单承保同一保险利益时，保险赔款实行分摊制，具体有三种分摊方式：

1、按比例分摊赔偿责任。当数家保险公司承保财产中相同保险利益时，每家保险公司可根据各自保险金额与总保险金额的比例分摊赔偿责任。

2、按相同份额分摊赔偿责任。在责任保险中，当数家保险公司赔偿同一责任损失时，每家公司一般按相同份额分摊赔偿责任，当一家保险公司的赔偿达到保险单限额时，其余公司继续按相同份额分摊赔偿责任，直到全部赔偿完毕或每家公司的保险单限额用完为止。

3、基本保险单和超额保险单。当数份保险单赔偿同一损失时，可由基本保险单首先赔付损失，在保险单限额赔付完后，再由超额保险单赔付。如某人向出租公司租用一辆汽车，出租公司已经投保了汽车责任险，租赁人也购买了一份汽车责任险，一旦承租人由于驾驶不慎伤害了他人，这两份保险单要赔偿同一损失，一般规则是：出租汽车责任保险单是基本保单，他自己的保险单则是超额保单。

## 三、人身保险合同的特定条款

### （一）不可争辩条款

不可争辩条款（Incontestability Clause），是指自人身保险合同订立时起，超过法定年限（一般为二年）后，保险人将不得以投保人在投保时违反如实告知义务、误告、隐瞒某些事实为由，而主张合同无效或拒绝给付保险金。这一条款是用来保护被保险人和受益人权益的。因保险合同是最大诚信合同，它要求投保人在投保时据实告知，否则保险人有权解除合同。但在人身保险业务的实务中，有的保险人滥用此规定，特别是人身保险多是长期性的保单，在生存保险中，许多年后当被保险人年老或生病需要保障时，保险人却以投保人在投保时的误告、隐瞒或漏告等理由来否定合同的有效性，尽管保险人提供的理由可能是事实，也将极大地损害被保险人的利益。在死亡保险中，保险合同保障的是受益人的利益，如果经过很多年后保险人解除合同，受益人的保障就失去了，也就是让受益人承担投保人的误告之责，这是不公平的，况且被保险人已经死亡，受益人也无法与保险人抗辩了。当然，不可争辩条款也有例外情况，如投保人存在本性的欺骗，请别人代替体检或投保时对被保险人不具有保险利益等，保险人还是可以主张合同无效或拒付保险金。

为了树立保险人在社会公众中的良好形象，也为了维护被保险方的权益，从 19 世纪后期开始，一些国家的寿险合同中增加了不可争辩条款。到目前，不可争辩条款已成为国际惯例，且国际上一般都适用于健康状况。由于这一条款的存在，要求保险公司在签发寿险合同之前要进行大量的调查，合同订立的法定期限内还要深入了解，否则也许会给保险人带来本不应有的赔偿。但我国到目前为止基本上还没有使用这一条款。

## （二）年龄误告条款

年龄误告条款（Misstatement of age Clause），是指投保人申报被保险人年龄不真实，导致投保人支付的保险费少于应付保险费，保险人有权更正并要求投保人补交保险费，或者在给付保险金时按实付保险费与应付保险费的比例支付。被保险人的年龄是确定保险费率的重要依据之一，也是承保时判断能否承保的条件。投保人在申请投保时应尽可能提供被保险人的真实年龄，保险人一旦发现投保人申报被保险人年龄不真实，则视具体情况按下列三种方法处理：

1、在保险事故尚未发生或约定的期限尚未到达时发现被保险人年龄不真实，保险人应及时调整。对实缴保费少于应缴保费者，应补缴保费差额及利息，或相应降低保险金额；对实缴保费多于应缴保费者，应退还多收保费，或相应调高保险金额。

2、在保险事故已经发生或约定的期限已经到期时发现被保险人年龄不真实，如果实缴保费少于应缴保费，则只能调整给付金额，按实缴保费与应缴保费之比给付保险金：

$$\text{调整后的保险金额} = \frac{\text{按误告年龄计算的年实缴保费}}{\text{按真实年龄计算的年应缴保费}} \times \text{原保险金额}$$

3、如果误告的年龄不符合保险合同约定的最低或最高年龄，则保险合同自始无效，保险人退还保险费。我国《保险法》第 54 条规定：投保人申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合合同约定的年龄限制的，保险人可以解除合同，并在扣除手续费后，向投保人退还保险费，但是自合同成立之日起逾两年的除外。显然我国保险法规定的年龄误告部分适用不可抗辩条款。

## （三）宽限期条款

宽限期条款(Grace period Clause)，是指投保人在交了首期保险费后，以后各期保险费可以在约定的宽限期（一般为 30 或 60 天）内交纳，保单仍然有效。在宽限期内发生保险事故的，即使保险人没有交费，保险人也给付保险金，但要从保险金中扣除当期应交的保险费。如宽限期满投保人仍未交保险费，则保险合同自宽限期满翌日中止效力。

在分期缴费的长期寿险合同中规定一个宽限期，可使投保人弥补过失或从容筹款，从而降低保单的失效率。事实上，在较长的缴费过程中，不可避免地会出现一些影响投保人按时缴费的因素，如出差在外、遗忘、经济暂时困难等，规定一个宽限期，既体现了保险人的人性化服务，也有助于保单有较高的续保率。

#### （四）自杀条款

自杀条款 (Suicide Clause)，是指被保险人在合同订立一定期限内（一般为两年、也有国家规定一年）自杀，保险人有权拒绝赔偿，但要退还保费或保单现金价值。自杀曾在很长一段时期内一直被作为除外责任，人们简单地认为如果将自杀列为保险责任的话，就会助长道德风险，有损于社会公德。但在人寿保险经营的长期实践中，人们发现对自杀完全免除责任是很不合理的。因为，（1）人寿保险的目的是保障受益人的利益，往往受益人就是依靠被保险人提供经济来源的人，如果对自杀一概不承担给付保险金责任，必将损害受益人的利益；（2）编制生命表时已经考虑了自杀这个因素，也就是说，投保人已经给自杀风险投了保；（3）蓄意自杀以骗取保险金的行为是可以被排除的。人们研究还发现，人在特定的环境下，一时因挫折产生自杀念头是很容易的，但要将此念头保持到两年后去实施，则是不大可能的。所以规定在两年内自杀不赔，两年后自杀给付是合理的。当然，保险人以被保险人在免赔期内自杀为由拒绝赔偿，他必须充分地证明死因确实为自杀。

#### （五）中止、复效条款

中止是指当保险合同的必要条件得不到满足时，合同效力被暂时中止。但中止期只有两年，如果超过两年，合同的必要条件依然得不到满足，则保险合同最终被终止。

复效条款 (Reinstatement Clause)，是指当保险合同的必要条件在中止期内重新得到满足时，投保人可以向保险人申请复效，经保险人审核同意后，投保人补缴失效期间的保费及利息，保险合同被恢复效力。保险合同复效后，保险人对中止期间发生的保险事故依然不予负责。申请复效通常要具备三个条件：一是保单必须在规定时期内复效；二是被保险人要提供可保性证据；三是须补缴所欠保险费及利息。

一般来讲，复效比重新投保来得合算，这是因为：（1）随年龄的增长，费率会随之增加；（2）身体状况可能发生了较大变化，出现了加费因素。而复效是不需要考虑这些因素的，只要符合可保条件即可。

#### （六）不丧失现金价值条款

不丧失现金价值条款 (Non-forfeiture cash value Clause)，是指寿险保单中的储蓄因素在任何情况下都不会被保险人没收，而总是作为被保险人的收益累积。也就是说，即使保险单失效了，保险单上的现金价值所有权归投保人所有。

由于均衡费率的实施，人寿保险中除定期寿险之外的大部分保险单，在交付一定时期（通常是两年后）的保险费之后都具有一定的现金价值，这部分现金价值如同储蓄存款一样，为投保人所有。投保人处置保单的现金价值有三种方式：

##### 1、退保以获取现金。

2、将原保险单改为缴清保险（Pay - up Insurance），即将保险单上已产生的现金价值作为趸缴保险费，在原保单的保险期限和保险责任保持不变的情况下，重新确定保险金额。缴清保险的保险金额比原保单的保险金额要小。

3、将原保险单改为展期保险（Extended Term Insurance），即将保险单上的现金价值作为趸缴保险费，用以购买与原保险合同保险金额相同的死亡保险，其保险期限长短取决于保单现金价值的多少，但最长不能超过原保险合同的保险期限。如果现金价值抵缴后仍有余额，其剩余部分可以购买生存保险，这样，如果被保险人生存到保险期满就可获得生存保险金。

#### （七）保单贷款条款

保单贷款条款（Policy Loan Clause），是指在人寿保险单生效一定时期（一般是2年）后，保单持有人有权以具有现金价值的保单作质押要求保险人提供贷款。这是根据不丧失现金价值条款发展而来的，如果保单持有人遇到经济上的临时需要，保险人应该将该现金价值暂时借给投保人使用。贷款的金额只能是保单现金价值的一个比例，如80%。保险人将按照保险单上规定的利率收取利息，当贷款本息和达到保单的现金价值时，投保人应按保险人的通知日期还清款项，否则保单失效。如果在保单质押贷款期内发生保险事故，保险人同样要给付保险金，但可从保险金中先扣除贷款本息。需要特别指出的是，以死亡为给付保险金条件的保险合同，非经被保险人书面同意，不得将保险单进行质押。

#### （八）自动垫缴保费条款

自动垫缴保费条款（Automatic Premium Loan Clause），是指保险合同生效一定时期后，投保人因故未按时缴纳保险费，保险人可用保单已产生的现金价值自动垫缴保险费，使保险单继续有效。如果垫缴后投保人仍未交付保费，垫缴应继续进行，直到累计的垫款本息达到保单上的现金价值时，保险合同的效力中止，此中止适用复效条款。如果被保险人在垫缴期间发生保险事故，保险人应从给付的保险金中扣除垫款本息。

#### （九）红利任选条款

红利任选条款（Dividend Options），是指投保人购买分红寿险保单后，有权分享红利分配，有权选择红利分配方式。可选择的红利方式有：

- 1、领取现金。即保险单持有人直接领取现金红利。
- 2、抵缴续期保费。用红利抵缴下一期保险费。
- 3、积累生息。即将红利留在保险公司，并能获得利息。

4、购买定期寿险。用红利购买附加的一年期定期寿险，保险金额取决于红利金额、被保险人年龄及费率等因素。

5、提前满期。即将红利并入责任准备金中，以便责任准备金数额提前达到保险金额，从而使保单提前满期，被保险人提前领取保险金。

#### （十）不得以诉讼方式要求支付保险费条款

因为人身保险是带有储蓄性的险种，投资储蓄是自愿的。如果投保人首期保费没有缴纳，则保险合同本身就不成立；如果以后各期保费没有按时缴纳，则过了宽限期保险合同即中止，过了中止期，保险合同就终止。所以保险人不得以诉讼方式要求投保人缴纳保险费。



## 第四节 保险合同的订立、变更与终止

### 一、保险合同的订立

保险合同的订立必须具备以下四项内容：

#### （一）要约与承诺

1、要约，就是以缔结合同为目的，希望相对人予以承诺的意思表示。在订立保险合同的过程中，一般先由投保人向保险人提出要约，即投保申请。投保人首先对自己面临的风险以及所需要的风险保障进行全面的评估，然后通过咨询或保险业务人员的宣传，结合自身的财务计划安排明确所要投保的保险险种，并以填写投保单的方式向保险人或保险代理人提出投保的申请。

2、承诺，是指受约人在收到要约后，对要约的全部内容表示同意并作出愿意订立合同的意思表示。在投保人提出投保申请后，保险人通过对投保单的审核，对保险标的的查勘以及对投保人的询问，确定承保的具体条件，对投保人作出承保的承诺，保险合同正式成立。保险人作出承诺的表示方式有以下几种：①保险人在投保单上签章；②保险人向投保人出具保险费收据；③保险人向投保人出具保险单或暂保单等保险凭证；④保险人以其他书面形式表示同意承保。判断保险人的承诺是否具有法律效力，关键是看保险人的承诺内容是否包括了保险合同的实质内容，如保险标的、保险金额、保险险种等，并且双方就这些内容完全协商一致。

#### （二）合法有效的对价

对价是指合同一方作为交换给予另一方的有价值物品、服务或承诺。换言之，对价是指双方承担的义务是对等的。在订立保险合同过程中，投保人的对价是支付首期保费和同意遵守合同的规定；保险人的对价是承诺当被保险人发生承保损失时按合同规定履行赔偿或给付义务。

#### （三）双方当事人具有法定资格

保险合同的当事人必须有订立合同的民事权利能力和民事行为能力。对投保人来说，法人一般都具有民事行为能力，自然人中的成年人大多数有民事行为能力，但精神病患者、醉酒的人，通常不具有订约的法定资格，未成年人一般也没有订约的法定资格。保险人一般是法人，都有订立合同的法定资格。

#### （四）合法的目的

保险合同的合法性是指保险合同必须涉及合法的保险标的，例如，承保非法获得或违禁走私物品的保险合同无效；承保责任明显违反公共利益的保险合同无效；可能产生鼓励投保人或被保险人错误行为后果的保险合同也无效。

### 二、保险合同的变更

保险合同的变更是指保险合同有效期间，当事人依法对合同条款所作的修改或补充。通常情况下，保险合同一经成立，当事人不得擅自变更，但由于主客观情况发生变化，当事人可依法对原保险合同进行变更。保险合同的变更主要涉及到保险合同主体的变更和保险合同内容的变更。

#### （一）保险合同主体的变更

保险合同主体变更习惯上又叫做保单转让，在财产保险与人身保险中保单转让的要求是不同的。

1、财产保险合同主体变更的要求。在财产保险中，保单的转让往往因保险标的的所有权发生转移而发生。关于保单转让的程序，有两种国际惯例：一种是转让必须得到保险人同意，即被保险人必须书面通

知保险人，经保险人同意，并对保单批注后方为有效，否则保险合同从保险标的的所有权转移时即告终止；另一种是允许保险单随保险标的的转让而自动转让，不需要征得保险人同意。货物运输保险合同一般属于这种情况，主要从有利货物流通转让出发，如果每次被保险人变更都需征得保险人的同意，必然会影响商品流转。

2、人身保险合同主体变更的要求。在人身保险中，主体的变更涉及到投保人、被保险人和受益人的变更，投保人的变更须征得保险人同意，并通知保险人，经保险人核准后方可变更；被保险人原则上不得变更；受益人可由投保人或被保险人重新指定变更，并书面通知保险人即可。

## （二）保险合同内容的变更

保险合同内容变更，是指在保险合同当事人及关系人不变的情形下，变更合同条款。例如，在财产保险中，保险标的的价值、数量、存放地点、危险程度、保险期限等发生变化，均可变更；在人身保险中，被保险人的职业、保险金额、交费办法等发生变化，也可变更。保险合同内容的变更一般是由投保人提出，经保险人同意即可。

关于变更保险合同的法定程序，我国《保险法》规定，须经投保人和保险人协商同意，由保险人在原保险单或其他保险凭证上批注或粘贴批单。关于变更保险合同的法定形式，我国《保险法》规定采取书面形式。保险合同变更的书面形式有：①保险人在保险单或其他保险凭证上批注；②保险人在原保险单或其他保险凭证上粘贴批单；③投保人与保险人订立变更保险合同的书面协议。其中，批单是最常用的方式。

## 三、保险合同的解除

保险合同的解除是指在保险合同的有效期限届满前，当事人依法使合同效力终止的行为。各国《保险法》赋予投保人和保险人的合同解除权是不同的。

### （一）投保人有解除保险合同的权利

各国保险法都规定，在一般情况下，投保人可以随时提出解除保险合同。但有两个保险合同例外，货物运输保险合同和运输工具航程保险合同，在保险责任开始后，投保人不得解除合同。保险合同被解除后，双方的权利义务关系终止，但保险人所收取的保险费要视情况而退还。在保险责任开始前投保人要求解除合同的，应当向保险人支付手续费，保险人应当退还保险费；在保险责任开始后投保人要求解除合同的，保险人可以收取自保险责任开始之日起至合同解除之日止期间的保险费，剩余部分退还投保人。

### （二）保险人解除保险合同的法定条件

由于保险合同成立后，保险人承担着保险合同所规定的风险责任，因此各国保险法都规定保险人不得任意解除保险合同。如果允许保险人随意解除合同，它即可在获悉危险增加时注销保险合同，这对被保险人极为不利的。但保险人在法定事项出现时或保险合同有约定时，也有权解除保险合同。具体法定事项如下：

1、投保人故意隐瞒事实，不履行如实告知义务或因过失未履行如实告知义务，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。

2、被保险人或受益人在未发生保险事故的情况下，谎称发生了保险事故，或故意制造保险事故，向保险人提出赔偿或给付保险金的请求，保险人有权解除保险合同，并不退还保险费。

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

4、在保险合同有效期内，保险标的危险程度增加的，被保险人按照合同约定应及时通知保险人，保险人有权要求增加保险费或解除合同。

5、在人身保险合同中，投保人申报的被保险人年龄不真实，并且真实年龄不符合合同约定的年龄限制时，保险人有权解除合同，但超过二年法定年限除外。

6、保险合同效力中止两年内，投保人与保险人未达成恢复效力协议的，保险人有权解除合同。

#### **四、保险合同的终止**

保险合同的终止是指当事人之间由合同所确定的权利义务因法律规定的原因出现而不复存在。导致保险合同终止的原因有以下几种：

##### **（一）自然终止**

自然终止包括两个方面：一是期限届满而终止，二是标的灭失而终止。前者是指保险合同订立后，虽然没有发生保险事故，但合同有效期已满，则保险人的保险责任即自然终止。后者是指保险标的因保险事故或非保险事故导致完全灭失，保险合同即行终止，对保险事故导致完全灭失，保险人在履行赔偿义务后终止；对非保险事故导致完全灭失的，保险人退还未满期的保费后终止。

##### **（二）解除终止**

在实务中，保险合同的解除主要有法定解除、约定解除和任意解除三种。法定解除是指法定条件出现时，保险合同当事人一方依法行使解除权，消灭已经生效的保险合同关系。约定解除是双方当事人可以约定解除合同的条件，一旦约定条件出现时，一方或双方即有权利解除保险合同。任意解除是指法律允许双方当事人都有权根据自己的意愿解除合同。但保险合同对任意解除一般都有严格条件限制。

##### **（三）违约终止**

如果被保险人违反保险合同的基本条件，如未按期缴付保险费，违反保证条款和未告知危险增加，保险人就有权自违约日起终止保险合同。

##### **（四）履行终止**

保险合同是约定保险人在发生保险事故时，承担赔偿责任或给付保险金责任的合同。因此，保险合同约定的保险事故发生，保险人履行了赔偿或给付保险金责任后，保险合同关系也告终止。在这种情况下，即使保险合同期限没有届满，只要保险人一次或数次的赔偿或给付达到保险合同约定的最高保险金额，保险合同关系即行终止。在财产保险合同中，保险标的发生部分损失的，在保险人履行赔偿义务后 30 天内，投保人可以终止合同，除合同约定不得终止合同外，保险人也可以终止合同，但必须提前通知被保险人，并退还未到期的部分的保费。

#### **本章小结**

1、保险合同是指投保人与保险人约定保险权利义务关系的一种协议。具有保障性、射幸性、附合性、双务性、对人合同等特点。

2、保险合同按不同标准有不同分类，通常有补偿性合同与给付性合同、定值保险合同与不定值保险合同、财产保险合同与人身保险合同、原保险合同与再保险合同的划分。

3、保险合同应当采用书面形式，通常有保险单、暂保单和保险凭证等多种形式。

4、保险合同的主体涉及到当事人、关系人和辅助人。当事人主要是保险人和投保人。关系人主要是被保险人和受益人。辅助人主要有保险代理人、保险经纪人和保险公估人。

5、保险合同的客体并非是保险标的，而是投保人对保险标的所拥有的可保利益。

6、保险合同的基本条款主要涉及到保险当事人、保险标的、保险期限、保险价值、保险金额、保险费等基本内容。

7、财产保险合同的特定条款主要有免赔额条款、共同保险条款和分摊赔款条款等。人身保险合同的特定条款主要有不可争辩条款、年龄误告条款、宽限期条款、自杀条款、复效条款、不丧失现金价值条款等。

8、保险合同的订立需要要约和承诺两个步骤。保险合同的变更主要涉及到主体的变更和内容的变更。除货物运输保险合同和运输工具航程保险合同外，投保人可以随时解除保险合同，但保险人必须满足法定条件才能解除保险合同。保险合同的终止有自然终止、解除终止、违约终止和履行终止等。

### 关键术语

保险合同，射幸合同，附合合同，定值保险合同，不定值保险合同，补偿性合同，给付性合同，投保单，保险单，暂保单，保险凭证，批单，保险人，相互保险公司，投保人，被保险人，受益人，保险代理人，保险经纪人，保险公估人，保险价值，保险金额，保险责任，免赔额，不可争辩条款，年龄误告条款，宽限期条款，自杀条款，不丧失现金价值条款，复效条款，保单贷款条款，保险合同变更，保险合同解除，保险合同终止。

### 复习思考题

- 1、什么是保险合同？它有哪些特点？
- 2、保险合同当事人和关系人有哪些？他们的相互关系怎样？
- 3、保险合同基本条款的主要内容是什么？
- 4、人身保险合同特定条款的含义是什么？
- 5、保险合同解除的法定条件有哪些？

### 案例分析题

1、2001年3月，杨某将自己1岁的女儿送给刘某夫妇收养，双方办理了收养手续。为便于收养，刘某将养女改姓刘，但因刘某夫妇工作太忙，最终在未经过户籍部门同意的情况下擅自将养女改姓刘。同年10月杨某意外身故，留下了一份指定受益人为其亲生女儿的人寿保单，但受益人姓名却填写未经户籍部门同意的、不具法律效力的新名刘蕾。保险公司在给付6万元保险金时遇到困难，刘蕾的养父刘某以受益人监护人的身份要求代领保险金，但却未能提供受益人的有效身份证明；被保险人杨某的母亲李某则认为保单上记载受益人姓名不具法律效力，应视为无受益人，保险金应作遗产处理。你认为保险公司怎样处理是正确的？

2、1998年12月2日，个体运输户高某到保险公司办理小客车车辆损失险和第三者责任险的保险手续，

当保险单填好，保险人按规定收取保险费时，高某声称钱未带够，并对保险公司的业务股长要求说：“我急着出车，先把保险单给我，下午一定将钱送来。”该业务股长一再叮嘱：“下午一定把钱送来。”高某只交了保险费 100 元（应交 285 元）便领走了保险单。第二年 1—2 月，保险公司曾 3 次催促高某交纳拖欠的保险费，但高某一直未交，4 月高某的小客车因零件脱落而翻车，造成车辆损失 6600 元。高某持保险单向保险公司提出索赔请求，保险公司以高某拖欠保险费为由拒赔。理由是高某没有一次交清保险费，故保险合同订立过程尚未完成，因此合同尚未成立。你认为保险公司拒赔是否有理？为什么？

3、某县制革厂于 2000 年 11 月 11 日与中国人民保险公司某县支公司签订了企业财产保险合同，将该厂自有的固定资产和流动资产全部投了财产保险综合险，投保总金额 420 万元，保险费 1.5 万元，保险期限一年。在财产保险合同中，写明了投保的流动资产包括产成品、原材料和半成品，存放在本厂仓库、车间，并在保险单所附的制革厂简图中标明了仓库、车间的位置。2001 年 2 月 1 日，制革厂与上海某公司签订了由某公司为制革厂代销合成内底革合同，制革厂于 2001 年 3 月份两次发货给某公司内底革 1900 件，货款 28 万元，某公司把货物存放在其所在地的一所仓库，7 月 14 日，由于某公司所在地连续高温，引起该批内底革自燃，烧毁 40 吨。经公安部消防科学研究所对火灾鉴定，结论为：“合成内底革为骤然自燃所致”。火灾发生后，制革厂向保险公司索赔，保险公司以制革厂投保的标的物被销售转移，保险项目变更，不属赔偿范围为由，拒绝赔偿。制革厂遂向某市中级人民法院提出诉讼。你认为保险公司的拒赔是否有理？为什么？

4、2000 年 4 月 1 日，某省甲汽车运输公司为该公司一辆解放牌汽车向保险公司投了保，保险期限为一年，保险金额为 50000 元。次年元月，甲汽车运输公司将该解放牌汽车卖给了个体运输户乙某。为图省事，甲汽车运输公司没有到保险公司办理该车的保险合同过户手续，也未办理汽车过户手续。当月，乙某找到其在保险公司工作的熟人丙某，向丙某介绍了其买车的情况，求丙某帮助办理保险合同的转移手续。丙某找到该车的保单存根，未请示领导，擅自给乙某办了保险证。几天后，3 月 15 日，乙某驾驶该解放牌汽车跑长途运输，在邻省某地与当地个体运输户的汽车相撞。致使对方车辆严重损坏。乙某当日向保险公司报了险。保险公司查实该解放牌未办理过户批改手续，拒绝派人勘查现场。事故经当地交通警察大队勘查裁定，乙某的车负全部责任，乙某需赔偿对方损失 31200 元。乙某遂以办理保险证为由向保险公司索赔，保险公司则以乙某未办理保险过户批改手续为由拒绝给付保险金。此后，乙又请甲汽车运输公司向保险公司索赔，也被保险公司拒绝。因此，乙某向人民法院起诉，要求保险公司赔偿。你认为保险公司是否应予以赔偿？为什么？

5、2000 年 5 月，辽宁省某县农民李某将自有旧房 3 间通过保险公司某镇代办所向保险公司投保家财险。年底，由于李某搬入新居，将其旧房及房内家具用具一同租给两个外地人居住。2001 年 1 月，该房屋因照明线路短路引起火灾，造成财产损毁，李某到保险公司索赔，保险公司查明情况后拒绝赔偿。李某不服，向法院提起诉讼。双方的意见是：李某认为，火灾属于房屋保险的基本责任，该保单在保险有效期内，理应得到赔偿，而且，出租行为不属于保险标的的“过户转让或出售”行为。保险公司则认为，保险标的的过户转让或出售，应事先通知保险公司，经保险公司同意并批改后方为有效。而被保险人在出租时，并未通知保险公司，所以，自房屋出租时起，保险责任即行终止。因此，保险公司不负赔偿责任。你认为保险公司的拒赔是否有理？为什么？

6、2000 年 11 月 2 日，孙某夫妇每人投保了 1 0 0 万元人寿保险并缴纳了保险费，1 1 月 3 日，保险公司同意承保并签发了正式保单，保单上约定承担保险责任的时间为 1 1 月 3 日零时。1 1 月 4 日，孙某夫妇在外出途中发生车祸，当场死亡，保单受益人孙某夫妇的父母向保险公司索赔。保险公司认为，根据该公司投保规定，人身保险合同金额巨大的，应当报总公司批准并且必须经过体检后方可承保，孙某夫妇违反了保险公司关于投保方面的规定，因此，该保单并没有发生法律效力。保险公司据此作出了拒赔决定。孙某夫妇的父母不服，向法院起诉，要求保险公司承担给付保险金的责任。法院判决如下：保险公司将预收的保险费返还孙某夫妇的父母，驳回孙某夫妇父母的诉讼请求。你认为保险公司的拒赔是否有理？法院的判决是否正确？

7、武汉纺织学院青年教师张某，她爱人袁某，30 岁，系武汉工业大学数理系青年教师，业余时间在该校下属凯狮高科技公司做兼职工程师，从事有关项目的实验研究工作。凯狮公司先后于 1996 年 5 月和 1997 年 5 月向中保人寿保险武汉市洪山区支公司为其员工投保了人寿保险，为每人缴纳保险费 700 元（7 份），人均最高保额为 3.5 万元（5000 元 / 份）。1998 年 10 月，该公司承担了国家建材局的一项水泥项目的技术实验。考虑到参加试验的技术人员与水泥机械接触较多，人身风险较大，又出资为全体参试人员投保了人身意外伤害保险，每人缴纳保费 500 元（10 份），人均最高保额为 20 万元。作为参试人员之一的袁某，此时已获得 23.5 万元的人身风险保障。1999 年 3 月 30 日，袁某随实验人员前往某水泥厂进行回转炉运行情况检测。在对回转炉的中心线测量时，不幸身亡。4 月 2 日，中国人寿武汉市洪山区支公司接到袁某死亡的报案。他们立即成立了以经理孙某为组长的理赔工作小组，迅速前往某水泥厂事故现场进行调查。理赔小组通过现场调查和走访，并经有关安全技术人员和医务人员模拟实验和推断，确定袁某意外死亡事故属保险责任范围，应予以赔付的承诺。与此同时，由于保险金额高达二十多万元，谁来领取这笔巨额保险金？袁某的家人和所在单位发生了争议。争议一，袁某生前是单位出资为其投保，如果谁投保谁受益，应该是凯狮公司领取保险金。像袁某这样工龄不足 10 年的年轻职工，按国家人事部门的政策规定，因公死亡的抚恤金不到一万元。是单位领取后按政策规定拿出部分给予袁的家人，还是应该袁的家人全额领取？争议二，如果是袁某家人领取，由谁领取，如何进行分配？他家中年轻的妻子和年迈的老母，另外还有哥哥等人。而袁某夫妇婚后一直忙于事业，至今尚未生育。这笔保险金是否拿出部分给老母作为赡养费？你认为这笔保险金该由袁某家人还是单位领取？为什么？如果家人领取，则如何分配？

8、2000 年 4 月 29 日，某公司为全体职工投保了团体人身意外伤害保险，保险公司收取了保险费并当即签发了保险单。但是在保险单上列明的保险期间是自 2000 年 5 月 1 日起至 2001 年 4 月 3 0 日止。2000 年 4 月 30 日，该公司组织职工登山活动，职工王某登山时不慎坠崖身亡。事故发生后，王某的亲属向保险公司提出了索赔申请。保险公司拒赔。你认为保险公司拒赔是否有理？为什么？

9、2001 年 2 月，王某向某保险公司投保了 10 万元养老保险及附加意外伤害保险，指定其妻张某为受益人。两人虽独立居家，但在王某的父母家吃饭。同年 5 月 1 日，王某的母亲因多日未见二人前去吃饭，遂前往二人住处探望，发现二人因煤气炉烧水时不慎火被浇灭，造成煤气泄漏，中毒身亡。5 月 3 日，王某的父母向保险公司报了案，并以被保险人王某法定继承人身份申请给付保险金。两天后，张某的父母也以受益人法定继承人身份申请给付保险金。由于争执不下，两亲家诉诸法院。法院经审理后认为，受益权是一项期待权，只有发生约定的保险事故时才转为现实的财产权。本案中被保险人王某与受益人张某同时

死亡，他们之间不发生相互继承关系。故判决 10 万元保险金作为被保险人王某的遗产，由其父母继承。  
你认为法院的判决是否正确？为什么？

10、44 岁的李君于 1996 年 12 月 26 日经保险业务员介绍，投保了二十年缴费的终身寿险 10 万元，并附加 10 万元的定期寿险及 30 万元的意外伤害保险，年缴保费 3100 余元，选择派员收费的方式。1997 年 12 月保费到期时，因业务员跳槽到另一个公司，以致保费没人收取。待投保人李君发现时，保单因超过宽限期而失效，后来李君于 1998 年 4 月 8 日补缴保费办理复效。1999 年 12 月 21 日，李君因车祸受伤被送到医院住院治疗，于 1999 年 12 月 30 日出院，不料却于出院不到 6 日的时间（2000 年 1 月 6 日）即因故身亡，医院所开死亡证明书记载的直接原因为急性胰脏炎并肾、肺衰竭。事后李君家属向保险公司请求理赔，却于 3 月 20 日收到保险公司拒赔信函，理由是被保险人于 1991 年前就有胰脏炎、肾脏炎病史，但却未于复效申请书询问事项中据实告知，已严重影响本公司对危险的估计，依复效申请书声明及同意事项的约定，该保险合同的复效不生效力，所以不予理赔。你认为保险公司拒赔是否有理？为什么？

## 第四章 保险费率

### 本章学习目的:

- 描述保险费率的含义与特点;
- 探讨保险费率厘订的原则与方法;
- 了解财产保险费率厘订的基本步骤;
- 理解人寿保险费率厘订的一般原理;

### 第一节 保险费率概述

#### 一、保险费率的含义与构成

##### (一) 保险费率的含义

##### 1、保险费的概念

保险费(Premium)是投保人为获得经济保障而缴纳给保险人的费用,也是保险人承担保险责任为被保险人提供风险保障的报酬。保险费是保险基金的主要来源,也是保险人履行赔偿与给付义务的基础。

保险费又称为毛保费、营业保费,是由纯保险费加附加保费构成。纯保险费主要用于形成保险基金,以应付将来的赔付支出,是保险费的最低界限。附加保费主要用于保险业务的各项营业支出和预期利润,其中包括营业税、代理手续费、企业管理费、工资及工资附加费、固定资产折旧费、税金以及企业盈利等。

##### 2、保险费率的含义

保险费率(Premium Rate)是单位保险金额的保费,又被称为保险价格,通常以每百元或每千元的保险金额应缴的保险费来表示。

##### (二) 保险费率的构成

保险费率一般也由纯费率与附加费率两部分组成,即毛费率=纯费率+附加费率。纯费率又称净费率,它是用来支付赔款或保险金的费率,其计算依据因险种的不同而不同。财产保险纯费率的计算依据是损失率,人寿保险纯费率计算的依据是利率和生命表。附加费率是附加保费与保险金额的比率,把纯费率和附加费率加总起来,就构成了保险费率。

#### 二、保险费率的特点

保险费率是保险商品的价格,但它与一般商品的价格有所不同,主要表现在以下三个方面:

1、保险费率的厘订在实际成本发生之前。一般商品的价格通常在成本发生以后来确定。而保险合同订立并收取保费时,保险人并不知道将来要为该保单付出多少保险金,所以保险费的收取是在真实的成本发生之前,是对将来保险损失的一种数理预测。因此保险费率实际上保险人根据过去的赔付统计资料对未来损失的一种预测。

2、就单个保险合同而言,保险费率与将来保险金的赔付并没有对等关系。即与一般商品的等价交换不同,保险费率和将来保险金的赔付额之间并没有必然的正比关系。就同一类保险业务来说,保险费率与保险标的的风险程度相适应,风险高则费率高,风险低则费率低,收取的总纯保险费理论上应等于总的保险金支出。但保险活动具有很强的射幸性,同一类保险业务的投保人都缴纳了保险费,但最后能否得到保险金赔偿以及赔偿多少,则取决于保险事故的发生与否及其损失情况。所以单个合同中保险费率与保险金的偿付并没有对等关系,保险人只能对全部保险业务推断出一个保险金额损失率的期望值作为保险费率。



3、保险费率受政府的管制较严。在市场经济条件下，一般商品价格是由市场供求关系决定的，政府管制较少。但在保险市场上，保险费率则不同，由于保险技术的复杂性，以及保险业在保障整个社会安全运行中的重要地位，许多国家规定，政府保险监管部门具有规定保险费率的计算方法，审核保险费率的合理性，必要时可以要求保险人修正保险费率。

### 三、保险费率的厘订原则

保险人在厘订费率时要遵循权利与义务平衡的原则，具体包括以下几点：

#### （一）公平合理原则。

公平有两方面的含义，对保险人来说，其收取的保费应与其承担的危险相当，对投保人来说，其负担的保费应与被保险人获得的保障相对称；但公平原则只能在一定程度上得以贯彻，想达到绝对的公平是不可能的。合理是指保险费率的制定应尽可能合理，保费的多少应与保险种类、保险期限、保险金额相对应，保险人不能为追求超额利润而制定高费率。

#### （二）保证偿付原则。

保证偿付是指保险人按照保险费率向投保人收取的保险费，必须足以应付赔款支出以及各种经营费用。除此以外，还应有一部分利润以保证保险公司的持续经营。如果保费过低，就会降低保险人的偿付能力，结果使保险人的经营处于一种不稳定状态，不利于其稳健发展。在竞争激烈的保险市场上，为了提高自己的竞争力，保险人常常不惜降低保险费率以吸引顾客，结果导致盲目竞争。为了贯彻充分原则，避免恶性竞争，许多国家都对保险费率进行管制，以保证其偿付能力。

#### （三）相对稳定原则。

在一定时期内应保持费率的稳定，稳定的费率，有利于保险机构核算。对投保人来说，稳定的费率可使其支出确定，免遭费率变动之苦；反之，如果费率经常上涨，尽管保险人可以获得一定的利润，但势必激起投保人的不满，以至于减少对保险的购买。如果保险费率呈下降趋势，投保人也将会减少保险购买，以等待一个更低的价格。可见，不稳定的价格会给保险机构的经营活动带来负面影响。因此，在厘订费率上，要遵循相对稳定原则。但这一原则并不是指保险费率一成不变，当危险环境、保险责任以及保险需求状况发生变化时，费率应及时改变。

#### （四）促进防损原则。

保险费率的厘订应有利于促进防灾防损。具体说，就是采用价格杠杆，对注重防灾防损工作的被保险人采取较低的费率，鼓励和引导被保险人从事防灾防损的活动。例如对安装防盗装置、自动灭火系统的单位采取适当降低费率的做法。贯彻这一原则有两个好处：其一，减少了保险人的赔付支出；其二，减少了整个社会财富的损失。

### 四、保险费率的厘订方法

保险费率的厘订，从理论上讲是在依据损失概率测定纯费率的基础上，再加上附加费率得到的市场保险费率或毛保费率。在实际业务过程中，因为保险费率的测定还需要必要的技术支持，所以存在不同的费率厘订方法。一般来说，保险费率的厘定方法大致有以下三种。

#### （一）判断法

判断法又称为观察法，它是通过保险费率厘订者的个人观察和判断来对每一保险标的分别单独制定费

率的方法。费率厘订者凭借着过去的经验和对未来的预测，通过对保险标的风险因素的具体分析，估计其损失概率，进而直接决定保险费率。

之所以采用判断法，是因为有些情况下，所承保的同质风险的保险标的的数量太少，无法获得充足的保额损失率的历史统计资料，难于用概率统计的方法来精确厘订费率，只能靠费率厘订者个人的经验和直觉判断能力。这种方法虽带有一定的主观色彩，不尽科学，但有其可取之处：首先，根据不同性质的危险，确定出相应的费率，更具灵活性。在标的数量较少的情况下，不能将各种危险生硬地集中在一起来厘订费率，这样做违反了大数定律，无法保证费率的准确性。其次，用观察法厘订费率，尽管主要考虑个别危险因素，但仍不可避免地运用相关的经验和数据，这就从一定程度上保证了其科学性。

## （二）分类法

分类法是基于风险分类来计算保险费率的方法。具体做法是，依据明显的风险标志，将保险标的分成若干类别。同类标的被认为具有大体相同的风险，归入相应的风险群体，再对每个群体分别确定费率。在具体承保时，先找出保险标的所在的风险类别，再据以确定其适用的费率水平。

分类法是基于这样一种假设：被保险人将来的损失很大程度上由一系列相同的风险因素决定。这一方法有时也被叫做手册法，因为各种分类费率平常印在手册之上，保险人只需查阅手册，便可决定费率。这是一种最常用也是最主要的保险费率厘订方法，广泛运用于财产保险、健康保险和大部分人身意外伤害保险。对于财产保险，一般根据标的物的使用性质分为不同的类别，每一类又可以分为若干等级。对于人身保险，一般按照性别、年龄、健康状况、职业等分类。

分类法的思想符合保险运行所遵循的大数定律。大数定律要求保险标的损失概率相同。只有标的物面临同质风险，才能较好地符合这个条件。因此，必须在对风险进行分类的基础上确定不同类别的保险费率。在进行分类时，为了保持其精确度，一方面要求其分类适当，另一方面要求各类保险标的都有足够的数量。决定每类费率时，主要考虑相同的标的类型，相同的风险，相同的保险期限等因素。

分类费率可通过两种方法来计算：纯保险费率法和损失比率法。两种方法的不同之处在于：纯保险费率法以损失经验为计算基础，而损失比率法则以整个行业的实际损失为计算基础；

1、纯保险费率法。其主要做法是：将同一类同质风险单位进行集合，根据统计资料计算其总体的风险事故发生频率，作为风险事故概率的近似，进而确定纯费率，再加上一定的附加费率，就得到保险费率。

纯保险费率法要求有足够的统计资料为基础，计算的费率一般较为精确。但纯费率厘订后经过一定的时间要根据实际情况加以合理调整，而且对于一些旧险种，费率的调整比计算还要重要。

2、损失比率法。损失比率法就是将风险性质较为接近的类别的实际损失资料进行合并，以便凑够足够的标的数量，然后再应用上述的纯费率法来求出一个关于整体的费率，然后再以调整法进行适当的调整，得出最后的保险费率。

之所以采用这一方法是因为有些情况下，纯保险费率法会不适用。例如分类过多，每一类包含的标的物过少，从统计学的角度出发，不符合大数定律的前提条件，无法运用纯保险费率法。这时需要结合其他近似风险群体的损失资料，对保险费率进行调整。

分类法的优点在于便于运用，适用费率可迅速查到，缺点是不尽公平。如在分类法下是不加区别地向所有投保人按确定的火灾保险费率征收保费，这对不同的投保人来说是欠公平的。因为，相对于钢筋混凝

土建筑来说，砖木结构的建筑遭受火灾的危险更大，但两者所缴的保费却一样。

### （三）增减法

增减法又称为修正法，是指在同一类保险标的中，在分类法确定基本费率的基础上，再依据个别保险标的的实际风险状况进行适当修正，得出最终适用的费率。

与分类费率相比，在增减法下厘订出来的费率，有可能高于或低于分类法所确定的费率。通常要先用分类法确定基本费率，再依照实际经验和标的的实际情况进一步细分，据以提高或者降低费率。增减法能结合标的的实际风险程度的差异，有利于实现费率的公平合理，还有促进防灾防损的作用。

增减法主要分为三种做法：表定法、经验法、追溯法。

1、表定法，它是以每一危险单位为计算依据，在基本费率的基础上，参考标的物的显著危险因素来确定费率。使用表定法，首先要在分类中就各项特殊危险因素，设立客观标准，例如，关于建筑物的火灾保险，先以砖结构、具有一般消防设施的建筑物为基点，确定基本费率；然后再确定一些显著危险因素，如用途、构造、位置和防护设施，再由费率的厘订者根据建筑物的这四项显著危险因素在基本费率上进行调整，得出最后适用的费率。

表定法的优点在于：①能够促进防灾防损。若被保险人的防灾防损意识不强，可能会面临较高的保险费率，为了改变这一状况，被保险人将主动减少有关危险因素。②适用性较强。表定法可适用于任何大小的危险单位。其缺点主要是使用该法成本太高，保险人为了详细了解被保险人的情况，经常要支付大量营业费用。另外，该法只注重物质或有形的因素而忽视了人为的因素，这是比较片面的。

2、经验法，它是以分类法计算的费率为基础，根据特定被保险人过去的损失记录，对基本费率进行修正，然后将其用于下一保险期间的费率。在这种方法中，当年的保费额并不受当年经验的影响，而是以过去数年的平均损失，来修订未来年份的保险费率。

经验法的理论基础是：凡能影响将来的危险因素，必已影响过去的投保人的经验。其计算公式如下： $M=(A-E)/E \times C$ ，此式中， $M$  为经验调整数； $A$  为经验时期被保险人的实际损失； $E$  为被保险人适用某费率的预期损失； $C$  为可靠度。举例说明：某投保人在过去 3 年经验期间预期损失 5 万元，实际损失 4 万元，可靠度为 80%，则其经验调整数可依据上式求得： $M=(4-5)/5 \times 80\%=-16\%$ ，即该投保人下年所缴的保费将减少 16%。

经验法的优点是：在决定被保险人的费率时，已考虑到若干具体影响因素，反映的是各种风险因素综合作用的结果，而表定法只给出了物质方面因素，没有包括非物质因素。与表定法相比，经验法更能全面地顾及到影响危险的各项因素。经验法主要应用一些被保险人的主观因素对事故的发生有一定的影响的保险种类，例如汽车保险、公共责任保险、盗窃保险等。

3、追溯法，它是依据保险期间被保险人的实际损失为基础来计算被保险人当期应缴的保费，即实际保险费率是在保险期间终了时，根据被保险人在保险期间的实际损失来调整的。投保人起初以其他方法(如表定法或经验法)确定的费率购买保单，而在保险期满后，再依照本法最后确定保费。如果实际损失大，缴付的保费就多；实际损失小，缴付的保费就少。

追溯保险费的计算公式是： $RP=(BP+L \times VCF) \times TM$

在上式中， $RP$  为追溯保险费； $BP$  为基本保险费； $L$  为实际损失金额； $VCF$  为损失调整数(大于 1)；

TM 为税收系数(大于 1)。基本保险费又叫纯保险支出,它由两部分组成,一部分用于支付与理赔的各种费用,一部分用于弥补超过最大保险费的损失额。基本保费经常为标准保险费的某一百分比。损失调整系数将随着损失变动而变动的费用考虑在内,税收系数则是一个将税收因素考虑在保费之内的数字。

**例 4-1** 如果某厂商投保,起初它所预缴的标准保费是依据经验法而定的,为 1 万元,由此可使用追溯法得出基本保险费(BP)。如果基本保险费为标准保险费的 20%,即 2000 元。损失调整系数和税收系数分别为 1.1 和 1.2,在保险期间,投保人损失了 1000 元或 2 万元。

当其损失为 1000 元时,应缴的保费为:  $RP=(2000+1000 \times 1.1) \times 1.2=3720(\text{元})$

当其损失为 2 万元时,应缴保费为:  $RP=(2000+20000 \times 1.1) \times 1.2=28800(\text{元})$

保费的缴纳有最高限额和最低限额,假设最低保费额为标准保费的 50%,最高保费额为标准保费的 150%,即意味着保险费的上下限为:5000~15000 元。这样,投保人损失 1000 元时,就必须缴 5000 元的保费,而不是 3720 元。当投保人损失 20000 元时,只需缴纳 15000 元,而不必缴纳 28800 元。追溯法的计算方法不只这一种,它视具体情况而定。

追溯法在实务中的具体做法是:被保险人在投保时先预缴保险费,并规定保险期间的最高保费和最低保费。在期满时如果实际损失小,就采用较低值作为实际保险费,如果实际损失大,则采用较高值作为实际保险费。这一方法能促进被保险人加强防灾防损,但运用时要比经验法更为复杂,适用范围不广,这一方法通常只适用于大型企业。

## 第二节 财产保险费率的厘订

财产保险费率的厘订是以损失概率为基础的,实务中,通常是选择一组适当的历年保额损失率,计算其算术平均值作为平均保额损失率,用于近似替代损失概率,加上均方差,求出纯费率,然后再计算附加费率,最后将纯费率和附加费率相加得到财产保险毛费率。

### 一、平均保额损失率的确定

#### (一) 计算保额损失率

保额损失率是同类业务在一定期间保险赔偿金额(赔款数额)与承保责任金额(保险金额)之比。它是由该类保险标的的保险事故发生频率、保险事故毁损率、保险标的毁损程度和受损标的的平均保额与所有保险标的的平均保额之比四个因素来决定的。

1、保险事故发生的频率,即保险标的发生保险事故的次数(用  $c$  表示)与全部承保的保险标的的件数(用  $a$  表示)的比率,用  $c/a$  表示。

2、保险事故的毁损率,即受损保险标的的件数( $d$ )与保险标的发生保险事故的次数( $c$ )的比率,用  $d/c$  表示。

3、保险标的的毁损程度,即保险赔偿金额( $f$ )与受损保险标的的保险金额( $e$ )的比率,用  $f/e$  表示。

4、受损保险标的的平均保额( $e/d$ )与总平均保额( $b/a$ )的比率,用  $e/d : b/a$  表示。

其四个因素的乘积为保额损失率:  $c/a \times d/c \times f/e \times (e/d : b/a) = f/b$

即,保额损失率 = 赔偿金额/保险金额  $\times 1000\%$

上式中,赔偿金额是保险人在一定时期内对某项业务的实际赔偿总额,保险金额则是保险人对该类业

务的总的承保金额。

根据历年来的保险事故发生的情况，可求出平均保额损失率。下面举例说明

**例 4-2：**假设某公司过去 10 年某项业务的各年保额损失率统计资料如表 4—1 所示：

表 4-1：某保险标的 1991 至 2000 年的保额损失率统计资料

年度	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
保额损失率%	1.9	2.1	1.8	2.1	2.2	1.9	2.0	2.1	1.7	2.2

若以  $\bar{X}$  表示平均保额损失率； $x_i$  ( $i$  为  $1, 2, \dots, n$ ) 表示不同时期的保险损失额， $n$  为期限，则可得出以下公式：

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^n x_i}{n} = \frac{1}{10} \times (1.9 + 2.1 + 1.8 + 2.1 + 2.2 + 1.9 + 2.0 + 2.1 + 1.7 + 2.2)$$

体;mso-ascii-font-family:"Times New

# 全国迷你型MBA职业经理双证班

**认证系列：**高级职业经理资格认证、人力资源总监、营销经理、品质经理、生产经理、物流经理、项目经理、企业培训师、酒店经理、市场总监、财务总监、营销策划师等认证。

**颁发双证：**通用高级经理资格证书+MBA 高等教育研修结业证书（含 2 年全套学籍档案）

**证书说明：**证书全国通用、国际互认、电子注册，是提干、求职、晋级、移民的有效依据

**学习期限：**3 个月（允许工作经验丰富学员提前毕业） **收费标准：**全部学费 **1280** 元

**学校网站：**[www.mhjy.net](http://www.mhjy.net) **报名电话：**0451—88723232 **咨询邮箱：**[xchy007@163.com](mailto:xchy007@163.com)

**颁证单位：**中国经济管理大学

**承办单位：**中国教育培训网 美华管理人才学校

**全国招生 函授教育 颁发双证 权威有效**



**职业经理 MBA 整套实战教程**

千本好书 **免费** 下载网址 [www.mhjy.net](http://www.mhjy.net)