

保险公司保险经理人

中国《保险职业经理实战培训》全书

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 **报名电话：**0451—88723232 **咨询邮箱：**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

目录：

- 第一章 风险和保险
- 第二章 保险合同
- 第三章 保险的基本原则
- 第四章 保险费率的厘定
- 第五章 财产保险
- 第六章 运输保险
- 第七章 责任保险和信用保证保险
- 第八章 其他财产保险
- 第九章 人寿保险
- 第十章 再保险
- 第十一章 意外伤害保险

第十二章 健康保险 第十三章 保险公司经营管理 第十四章 保险市场和保险监管

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 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 **报名电话：**0451-88723232 **咨询邮箱：**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

第 1 章 风险和保险

1.1 风险和风险管理

1.1.1 风险

关闭内容

1. 风险的含义

风险无处不在，无时不在。风险不仅来自我们生活于其中的自然环境和制度环境，也来自我们作为集体或个人做出的每个决定、每种选择以及每次行动。我们被风险环境包围的同时，也制造着新的风险。

美国著名经济学者奈以德（Knight, F.）称风险为可测定之不确定性；美国保险学者魏以德（Willett, A.）解释风险为某种不幸事件发生与否的不确定性；经济学家施乃特（Snider, H. W.）则称风险为损失的不确定性。综观前人对风险的研究，反映了风险的两个本质特性：损失性和不确定性。也就是说，风险既具有损失性，又具有不确定性。只要风险存在，就一定有发生损害的可能。在风险存在的情况下，损害可能发生，也可能不发生，但如果发生损害的可能性为零或百分之百，则不存在风险，因为风险应该是有些结果不确定的。简而言之，风险就是某种损失发生的不确定性。

同时，风险事故的发生与不确定性的形成，受到各种因素和条件的影响。一般认为，风险的构成要素是风险因素、风险事故和损失。

风险因素又称为风险条件，是指引起或增加因某种损失原因产生的损失机会的条件，是风险事故发生的潜在原因，是造成损害的间接的、内在的原因。风险因素可分为物质风险因素、道德风险因素和心理风险因素。道德风险因素和心理风险因素都是与人的行为有关的无形的风险因素，不同的是心理风险因素为无意的过错行为，道德风险因素则通常是人的故意行为。

风险事故是造成生命财产损失的偶发事件，是造成损害的直接的、外在的原因，是损失的媒介物。只有通过风险事故的发生，才会导致损失和伤害。保险学者施乃特称“危险事故者，为损失之原因，与损失之不确定性不同”，美国保险学者格林也认为“危险事故者，为可能引起损失之偶然事件”。某一事件在一定条件下为风险因素，在另一条件下则可能为风险事故。

损失是指非故意的、非预期的和非计划的经济价值的减少或贬损。风险是指损失发生的

不确定性，因而风险的存在，意味着损失发生的可能性，风险事故发生后可能造成自身或他人的财产和人员的损失。

三者关系为：风险是由风险因素、风险事故和损失三者构成的统一体，风险因素、风险事故以及损失之间存在因果关系：风险因素引起或增加风险事故，风险事故发生可能造成损失。

2. 风险的种类

（1）按照产生风险的环境，分为静态风险与动态风险。

静态风险是指由于自然力变动或者人的失当行为所致的风险，是在社会经济结构未发生变化的条件下存在的一种风险。

动态风险是由于人类社会活动而产生的各种风险，通常是由人们欲望的变化、生产方式和生产技术以及产业组织的变化等所引起的。

（2）按风险损害的对象，分为财产风险、人身风险、责任风险和信用风险。

财产风险：导致财产发生毁损、灭失和贬值的风险。

人身风险：因生、老、病、死、伤残等原因而导致经济损失的风险。

责任风险：因侵权或违约，依法对他人遭受的人身伤亡或财产损失应负的赔偿责任的风险。

信用风险：在经济交往中，权利人与义务人之间，由于一方违约或犯罪而造成对方经济损失的风险。

（3）按照风险的性质，分为纯粹风险和投机风险。

纯粹风险：只有损失可能而无获利机会的风险，即造成损失可能性的风险。其所致结果有两种，即损失和无损失。在现实生活中，纯粹风险是普遍存在的，如水灾、火灾、疾病、意外事故等都可能造成巨大损害。同时，纯粹风险具有可预测性，是风险管理的主要对象。

投机风险：既可能造成损害，也可能产生收益的风险。其所致结果有损失、无损失和盈利三种。在保险业务中，投机风险一般是不能列入可保风险之列的。

（4）按照损失的原因，分为自然风险、社会风险、经济风险、技术风险、政治风险和法律风险。

自然风险：由于自然现象或物理现象所导致的风险。

社会风险：由于个人行为反常或不可预测的团体的过失、疏忽、侥幸、恶意等不当行为所致的损害风险。

经济风险：在产销过程中，由于有关因素变动或估计错误而导致的产量减少或价格涨跌的风险。

技术风险：伴随着科学技术的发展，生产方式的改变而发生的风险。

政治风险：由于政治原因，如政局的变化、政权的更替、政府法令和决定的颁布实施，以及种族和宗教冲突、叛乱、战争等引起社会动荡而造成损害的风险。

法律风险：由于颁布新的法律和对原有法律进行修改等原因而导致经济损失的风险。

（5）按风险涉及的范围分类，分为特定风险和基本风险。

特定风险：与特定的人有因果关系的风险。即由特定的人所引起，而且损失仅涉及个人的风险。

基本风险：其损害波及社会的风险。基本风险的起因及影响都不与特定的人有关，至少是个人所不能阻止的风险。与社会或政治有关的风险，与自然灾害有关的风险，都属于基本风险。

对某些风险来说，特定风险和基本风险的界限会因时代背景和人们观念的改变而有所不同。如失业，过去被认为是特定风险，而现在认为是基本风险。

（6）其他分类。

按照承担风险的主体分类，可分为个人风险、家庭风险、企业风险、国家风险，其中个人风险、家庭风险和一般企业风险也可称为个体风险，而国家（政府）风险和跨国企业的风险则称为总体风险。

按照风险能否预测和控制，可分为可管理风险和不可管理风险，还可分为主观风险和客观风险。

3. 风险的特征

（1）风险存在的客观性。无论是自然界的物质运动，还是社会发展的规律，都是由事物的内部因素所决定的，由超出人们主观意识而存在的客观规律所决定的。地震、台风、洪水、瘟疫、意外事故等，都不以人的意志为转移，它们是独立于人的意识之外的客观存在。人们只能在一定的时间和空间内改变风险存在和发生的条件，降低风险发生的频率和损失程度，而不能彻底消除风险。

（2）风险存在的普遍性。自从人类出现后，就面临着各种各样的风险，如自然灾害、疾病、伤害、战争等。随着科学技术的发展、生产力的提高、社会的进步、人类的进化，又产生新的风险，且风险事故造成的损失也越来越大。在当今社会，个人则面临生、老、病、死、意外伤害等风险；企业则面临着自然风险、技术风险、经济风险、政治风险等；

甚至国家政府机关也面临着各种风险。总之，风险渗入到社会、企业、个人生活的方方面面，无时无处不存在某一风险。

（3）风险的可测性。个别风险的发生是偶然的，是一种随机现象，而对大量风险事故的观察会发现，其往往呈现出明显的规律性。运用统计学方法去处理大量相互独立的偶发风险事故，其结果可以比较准确地反映出风险的规律性。根据以往大量资料，利用概率论和数理统计的方法可测算出风险事故发生的频率及其损失程度，并可构造出损失分布的模型，成为风险估测的基础。

（4）风险的可变性。在一定条件下，风险可能发生变化。随着人们对风险认识的增强和风险管理方法的完善，某些风险在一定程度上得以控制，降低其发生频率和损失程度，从而使得风险发生变化。还有一些风险在一定的空间和时间范围内被消除。总之，随着人类社会的进步与发展，可能产生新的风险，也可能使原有风险发生变化。

1. 1. 2 风险管理

[关闭内容](#)

1. 风险管理的含义

风险管理起源于美国。第一次世界大战以后，美国于 1929—1933 年卷入了 20 世纪最严重的经济危机，经济危机造成的损失促使管理者注意采取措施来消除、控制、处置风险，以减少风险给生产经营活动带来的影响。1931 年，美国管理协会保险部首先提出了风险管理的概念。风险管理在 20 世纪 30 年代兴起以后，在 50 年代得到推广并受到了普遍重视，美国企业界在这一时期发生的两件大事对风险管理的蓬勃发展更是起到了促进作用：其一为美国通用汽车公司的自动变速装置厂引发火灾，造成了巨额经济损失；其二为美国钢铁行业因团体人身保险福利问题诱发长达半年的工人罢工，给国民经济带来了难以估量的损失。这两件事发生以后，风险管理在企业界迅速推广。此后，对风险管理的研究逐步趋向系统化、专门化，风险管理也成为了企业管理科学的一门独立的学科。

1983 年，在美国风险和保险管理协会年会上，世界各国专家共同讨论通过了“101 条风险管理准则”，对风险管理的一般准则、技术和方法、管理等达成共识，用于指导各国风险管理的实践，标志着风险管理达到了一个新的水平。

1986 年，风险管理国际研讨会在新加坡召开，这次会议表明，风险管理由大西洋向太平洋区域发展，成为由北美到欧洲再到亚太地区的全球性风险管理运动。

关于风险管理，有许多不同的定义，风险管理可以定义为有关纯粹风险的管理决策，其

中包括一些不可保的风险。处理投机性风险一般不属于风险管理的范围，由企业中的其他管理部门负责。从本质上讲，风险管理是应用一般的管理原理去管理一个组织的资源和活动，并以合理的成本尽可能减少意外事故损失和它对组织及其环境的不利影响。

2. 风险管理的目标与范围

风险管理的目标由两部分组成：损前目标和损后目标。前者是避免和减少风险事故形成的机会，包括节约经营成本、减少忧虑心理；后者是努力使损失的标的恢复到损失前的状态，包括维持企业的继续生存、生产服务的持续、收入的稳定、生产的持续增长和社会责任。二者有效结合，构成完整而系统的风险管理目标。

（1）损前目标。

1) 经济目标。企业应以最经济的方法预防潜在的损失。这要求对安全计划、保险以及防损技术的费用进行财务分析，从而使风险事故对企业可能造成的损失成本最小，达到最大安全保障的目标。

2) 减轻企业和个人对潜在损失的忧虑和烦恼。用美国罗伯特·麦尔教授的话来说就是“在宁静的夜晚睡个好觉”。风险因素的存在对于人们的正常生产和生活造成了各种心理的和精神的压力，通过制定切实可行的损失发生前的管理目标，便可减轻和消除这种压力，从而有利于社会和家庭的稳定。

3) 遵守和履行外界赋予企业的责任。例如，政府法规可以要求企业安装安全设备以免发生工伤。同样，一个企业的债权人可以要求贷款的抵押品必须被保险。

（2）损后目标。

1) 维持企业的生存。在损失发生后，企业至少要在一段合理的时间才能部分恢复生产或经营。这是损失发生后的企业风险管理工作的最低目标。只有在损失发生后能够继续维持受灾企业的生存，才能使企业有机会减少损失所造成的影响，尽早恢复损失发生之前的生产状态。

2) 保持企业经营的连续性。这对公用事业尤为重要，这些单位有义务提供不间断地服务。

3) 收入稳定。保持企业经营的连续性便能实现收入稳定的目标，从而使企业保持生产持续增长。

4) 履行社会责任。即尽可能减轻企业受损对其他人和整个社会的不利影响，因为企业遭受一次严重的损失灾难转面会影响到雇员、顾客、供货人、债权人、税务部门以至整个社会的利益。企业作为社会的一部分，其本身的损失可能还涉及企业员工的家属、企业的债权人和企业所在社区的直接利益，从而使企业面临严重的社会压力。因此，企业在

制定自身的风险管理目标时不仅要考虑到企业本身的需要，还要考虑到企业所负担的社会责任。

3. 风险管理的程序

(1) 制定风险管理计划。制定合理的风险管理目标是风险管理程序的第一步，其构成了风险管理决策行为的重要基础和首要前提。风险管理计划应该是具体可行的，并融入企业的战略管理、经营管理过程中。风险管理的总目标是通过风险成本最小化，实现企业价值最大化。对不同企业而言，风险管理的具体目标可能不同，但都强调风险管理目标和企业的经营管理目标、战略发展目标相协调。风险管理计划的主要内容除了风险管理的目标外还有以下内容：确定风险管理人员的职责；确定风险管理部门的内部组织结构；与其他部门的合作；风险管理计划的控制；编制风险管理方针书。

(2) 风险识别。风险识别即是对尚未发生的、潜在的和客观的各种风险系统地、连续地进行识别和归类，并分析产生风险事故的原因。风险经理一般要设法识别企业所面临的所有纯粹损失风险，主要是下列五种类型的潜在损失：① 财产的物质性损失以及额外费用支出；② 因财产损失而引起的收入损失和其他营业中断损失以及额外费用支出；③ 因损害他人利益引起的诉讼导致企业遭受的损失；④ 因欺诈、犯罪和雇员的不忠诚行为对企业造成的损失；⑤ 因企业高级主管人员的死亡和丧失工作能力对企业造成的损失。风险经理可以使用保险公司及保险出版机构提供的潜在损失核查清单来识别本企业所面临的各种纯粹风险。此外，还可以使用现场调查法、审核表调查法、组织结构图示法、流程图法、危险因素和可行性研究、事故树法以及风险指数等方法识别风险。

(3) 风险衡量。经过全面系统地识别风险之后，就进入了风险衡量阶段。风险识别和风险衡量经常统称为风险分析。风险衡量是通过对所收集的大量的详细资料加以分析，运用概率论和数理统计，估计和预测风险发生的频率和损失程度。

损失频率是指一定时期内损失可能发生的次数，取决于风险单位数目、损失形态和风险事故；损失程度是指每次损失可能的规模，即损失金额的大小。风险衡量不仅使风险管理建立在科学的基础上，而且使风险分析定量化，损失分布的建立、损失频率和损失期望值的预测值为风险管理者进行风险决策、选择最佳管理技术提供了可靠的科学依据。它要求从风险发生频率、发生后所致损失的程度和自身的经济情况入手，分析自己的风险承受力，为正确选择风险的处理方法提供根据。

(4) 选择对付风险的方法。根据风险评价结果，为实现风险管理目标，选择最佳风险管理技术与实施是风险管理中的核心环节。风险管理方法大致可以分为三类：损失控制、

损失融资和内部风险抑制。损失控制和内部风险抑制的目的是降低损失频率和减少损失程度，重点在于改变引起风险事故和扩大损失的各种条件。损失融资是损失发生时为支付损失额所采取的各种融资决策。

1) 损失控制是一种积极主动的风险管理方法，主要是通过降低损失频率和损失程度来减少期望损失成本的行为。通常把主要影响损失频率的行为称为损失预防，而把主要影响损失程度的行为称为损失抑制。一般来说，损失预防是损失发生之前防患于未然，如对飞机进行定期检查，防止飞机机械故障的发生；损失抑制则是在损失发生过程中或损失发生之后所采取的减少损失措施或挽救措施，如安装热感或烟感的喷淋系统，从而减少火灾事故的损失程度。

损失控制的一种极端情况就是避免风险，当损失发生频率很高或损失程度很严重时，可以主动放弃原来承担的风险或者拒绝承担某种风险。如担心锅炉爆炸，就放弃利用锅炉烧水，改用电热炉等。但是避免风险的方法虽然可以将风险损害的概率控制为零，但同时也丧失了风险可能带来的收益。

2) 损失融资，主要是指通过预先的资金安排来及时有效地补偿损失的办法。损失融资的方法有：风险自留，保险，对冲和其他合约化风险转移。

风险自留是经济单位或个人自己承担全部风险成本的一种风险管理方法，即对风险的自我承担。自留有主动自留和被动自留之分。采取自留方法，应考虑经济上的合算性和可行性。一般来说，在风险所致损失频率和程度低、损失短期内可预测以及最大损失不足以影响自己的财务稳定时，宜采用自留方法。但有时会因风险单位数量的限制而无法实现其处理风险的功效，一旦发生损失，可能导致财务上的困难而失去其作用。

另一种主要的损失融资手段是购买保险。保险是一种风险转移机制，经济主体通过购买保险的方式，以确定的保险费支出获得了保险人对不确定的风险损害进行补偿的承诺。

保险人通过集中大量同质风险单位，收取保险费并建立保险基金，将少数被保险人的风险损失在众多的投保人中进行分摊，从而实现风险分散、损害分摊的职能。

套期保值交易也是一种很重要的损失融资方法，诸如远期合约、期货合约、期权合约以及互换合约等金融衍生品已经广泛用于各种类型的风险管理中，特别是价格风险的管理。可以利用这些合约来对某些风险进行对冲，也就是对冲由于利率、价格、汇率变动带来的损失。在生产过程中要使用石油的公司会因为石油价格的意外上涨而遭受损失，而生产石油的公司会因为石油价格的意外下跌而遭受损失，这预示着两类公司可以使用远期合约来进行套期保值。在远期合约中，生产石油的公司必须在未来某个约定的交货日以

一个事先的价格向使用石油的公司提供约定数量的石油，而不管当时市场上石油的实际价格是高还是低。由于在签订合约时，远期价格就已经商定了，所以使用石油的公司和生产石油的公司都可以通过远期合约来降低价格风险。

经济主体还可以通过签订合约的方式来转移财产或经营活动的风险。例如，出租人可通过财产租赁合同将财产风险转移给承租人；建筑商可以通过分包合同将风险较大的工程项目转移给专业施工队；医院可以通过签订免责协议将手术风险转移给患者及其家属等。与避免风险不同的是，在通过签订合约转移风险的情况下，风险本身依然存在，只不过是通過合约将损失的财务或法律责任转移给其他经济主体。

3) 内部风险抑制。目前被广泛采用的内部风险抑制方式有分散化和增加信息投资。分散化是指经济组织通过将经营活动分散的形式来从组织内部降低风险，也就是人们常说的“不要把鸡蛋放在同一个篮子里”；另一种重要的内部风险抑制方法是增加信息方面的投资，目的是提高损失期望估计的准确程度。增加信息投资所带来的对企业未来现金流更精确的估计和预测，可以减少实际现金流相对于期望现金流的波动。例如，增加信息投资来提高对纯粹风险损害发生频率和损害程度估计的准确性，为降低产品价格风险而对不同产品潜在需求情况进行市场调研，对未来商品价格或利率进行预测等。

(4) 贯彻和实施风险管理决策。风险管理决策是指根据风险管理的目标和基本原则，在全面系统地分析风险的基础上，科学地选择风险管理方法及其组合，从而制定出风险管理的总体方案和管理重点。风险管理决策是风险管理程序的核心。

(5) 风险管理效果评价。风险管理效果评价是分析、比较已实施的风险管理方法的结果与预期目标的契合程度，以此来评判管理方案的科学性、适应性和收益性。由于风险性质的可变性，人们对风险认识的阶段性以及风险管理技术处于不断完善之中，因此，需要对风险的识别、估测、评价及管理方法进行定期检查、修正，以保证风险管理方法适应变化了的新情况。所以，我们把风险管理视为一个周而复始的管理过程。风险管理效益的大小取决于是否能以最小风险成本取得最大安全保障，同时还要考虑与整体管理目标是否一致以及具体实施的可能性、可操作性和有效性。

4. 风险管理的成本与方法

弗里德里奇·涅茨克说过：“一个勇敢而愉快的心灵，不时地需要一点冒险，否则这个世界是不堪忍受的。”当然，由于风险的不确定性，风险管理也需要付出一定的代价和成本。

无论风险的形式如何，其成本包括五个主要组成部分：期望损失、损失控制成本、损失

融资成本、内部风险控制成本和以上方法实施后残余不确定性所带来的成本。(见图 1-1)

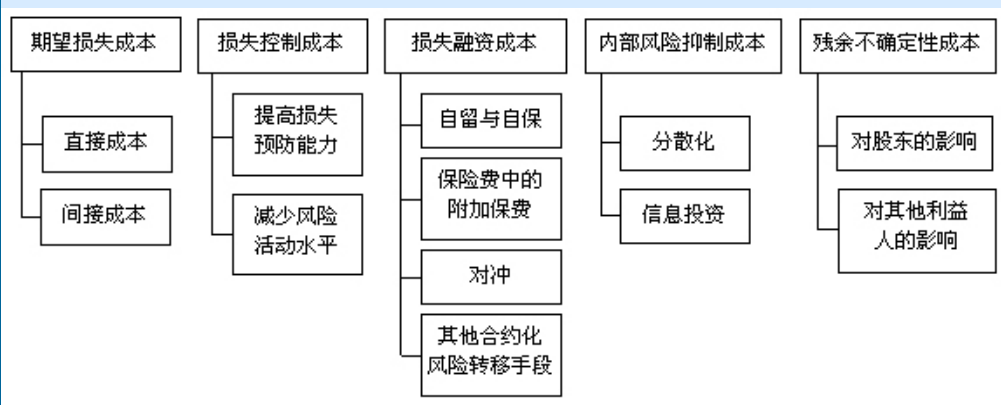


图 1-1 风险成本的构成

(1) 期望损失成本。期望损失成本包括直接成本和间接成本。直接成本主要是对损毁资产进行修理或重置的成本、对遭受伤害的雇员提出的赔偿诉讼进行支付的成本，以及对其他法律责任诉讼进行辩护和赔偿的成本。间接成本是由于直接损失导致的净利润减少和由于放弃了投资机会造成的利润损失等，具体包括营业收入损失、额外费用增加的成本和责任赔偿费用等。

(2) 损失控制成本。损失控制成本是指为了降低损失频率和损失程度而采取的一定手段来提高损失预防能力的成本。例如，购置用于预防和减震的设备及其维护费等。

(3) 损失融资成本。损失融资成本包括自留自保成本，保险费中的附加保费，以及在拟定、协商、实施对冲合约和其他合约化风险转移过程中的交易成本。

(4) 内部抑制成本。内部抑制成本是与实现分散化经营相关的交易成本以及与管理这些分散行为相关的成本；也包括对数据及其他类型的信息进行收集和分析以进行更精确的损失预测而产生的成本，如风险管理顾问的咨询费。

(5) 残余不确定性成本。通过以上措施通常并不能完全消除损失的不确定性。公司在选择并实施了以上措施后遗留下来的那部分不确定性成本称为残余不确定性成本。

5. 风险与保险的关系

风险与保险关系密切，保险是研究风险中的可保风险，两者研究的对象都是风险，主要表现为以下几点：

(1) 风险是保险产生和存在的前提，无风险则无保险。风险是客观存在的，时时处处威胁着人的生命和物质财产的安全，是不以人的意志为转移的。风险的发生直接影响社会生产过程的继续进行和家庭正常的生活，因而产生了人们对损失进行补偿的需要。保险是一种被社会普遍接受的经济补偿方式，因此，风险是保险产生和存在的前提，风险的

存在是保险关系确立的基础。

(2) 风险的发展是保险发展的客观依据。社会进步、生产发展、现代科学技术的应用，在给人类社会克服原有风险的同时，也带来了新风险。新风险对保险提出了新的要求，促使保险业不断设计新的险种、开发新业务。从保险的现状和发展趋势看，作为高风险系统的核电站、石油化学工业、航空航天事业、交通运输业的风险，都可以纳入保险的责任范围。

(3) 保险是风险处理传统且有效的措施。人们面临的各种风险损失，一部分可以通过控制的方法消除或减少，但不可能全部消除。面对各种风险造成的损失，单靠自身力量解决，就需要提留与自身财产价值等量的后备基金。这样既造成资金浪费，又难以解决巨额损失的补偿问题，从而，转移就成为风险管理的重要手段。保险作为转移方法之一，长期以来被人们视为传统的处理风险手段。通过保险，把不能自行承担的集中风险转嫁给保险人，以小额的固定支出换取对巨额风险的经济保障，使保险成为处理风险的有效措施。

(4) 保险经营效益受风险管理技术的制约。保险经营效益的大小受多种因素的制约，风险管理技术作为非常重要的因素，对保险经营效益产生了很大的影响。如对风险的识别是否全面，对风险损失的频率和造成损失的程度估计是否准确，哪些风险可以接受承保，哪些风险不可以承保，保险的范围应有多大，程度如何，保险成本与效益的比较等，都制约着保险的经营效益。

1.2 保险

1.2.1 保险的含义

[关闭内容](#)

《中华人民共和国保险法》的保险定义为：保险（insurance），是指投保人根据合同约定，向保险人支付保险费，保险人对于合同约定的可能发生的事故因其发生所造成的财产损失承担赔偿责任，或者当被保险人死亡、伤残、疾病或者达到合同约定的年龄、期限时承担给付保险金责任的商业保险行为。

保险是以契约形式确立双方经济关系，以缴纳保险费建立起来的保险基金，对保险合同规定范围内的灾害事故所造成的损失，进行经济补偿或给付的一种经济形式。

1. 保险的法律定义

从法律来看，保险是一种合同行为，即通过签订保险合同，明确双方当事人的权利与义务，被保险人以缴纳保费获取保险合同规定范围内的赔偿，保险人则有收受保费的权利

和提供赔偿的义务。这正体现了民事法律关系的内容—主体之间的权利和义务关系。

2. 保险的经济定义

从经济角度来看，保险是一种意外事故损失的分摊方法。通过保险，以多数单位和个人缴纳保费建立保险基金，少数不幸的被保险人的损失由包括受损者在内的所有被保险人分摊，是一种非常有效的财务安排。

此外，从风险管理的角度来看，保险是通过风险转移来达到风险管理目标的一种管理机制。通过保险，将众多的风险单位会聚，从而提高对风险的承受能力。

1.2.2 保险的要素

[关闭内容](#)

保险的要素是指进行保险经济活动所具备的基本条件。现代商业保险的要素包括以下内容。

1. 可保风险的存在

可保风险是指符合保险人承保条件的特定风险，理想的可保风险应具备以下六个条件：

① 风险应当是纯粹风险；② 风险应当具有不确定性；③ 风险应该使大量标的均有遭受损失的可能；④ 风险应当有导致重大损失的可能；⑤ 风险不能使大多数的保险对象同时遭受损失；⑥ 风险应当具有现实的可预测性。

2. 大量同质风险的集合与分散

保险的经济补偿活动过程，既是风险的集合过程，又是风险的分散过程。保险人通过保险将众多投保人面临的分散性风险集合起来，当发生保险责任范围内的损失，又将少数人遭受的损失分摊给全体投保人，即通过保险的补偿或给付行为分摊损失或保证经营稳定。保险风险的集合和分散应具备两个前提条件：

（1）大量风险的集合。大量风险的集合，一方面是基于风险分散的技术要求，另一方面是概率论和大数法则原理在保险经营中得以运用的前提。

（2）同质风险的集合。不同质风险损失发生概率不同，无法进行统一集合和分散。此外，不同质风险损失发生的频率和程度都是有差异的，若对不同质风险进行集合和分散，则会导致保险经营财务的不稳定。

3. 合理保险费率的厘定，即合理制定保险产品的价格

保险是一种经济保障活动，而从经济角度看则是一种特殊商品交换行为，因此，厘定保险商品的价格，即厘定保险费率，便构成了保险的基本要素。需要指出，保险费率厘定主要根据保险标的的风险状况确定某一保险标的的费率，确定保险人应收取的风险保费。

而保险产品定价，除要考虑风险状况外，还要考虑其他因素。影响保险人定价的其他因素包括：市场竞争对手的行为、市场供求的变化、保险监管的要求和再保险人承保条件的变化等。

4. 保险基金的建立

保险的分摊损失和补偿损失功能是通过建立保险基金实现的。保险基金是用以补偿给付因自然灾害、意外事故和人体自然规律所致的经济损失和人身损害的专项货币基金。它主要来源于开业基金和保险费。就财产保险准备金而言，表现为未到期责任准备金、赔款准备金等形式；就人寿保险准备金而言，主要以未到期责任准备金形式存在。

与其他行业的基金相比，保险基金具有来源的分散性和广泛性、总体上的返还性、使用上的专项性、赔付责任的长期性和运用上的增值性等特点，是保险赔偿和给付的经济基础。

5. 保险合同的订立

保险关系作为一种经济关系，主要体现了投保人与保险人之间的商品交换关系，这种经济关系需要有关法律关系对其进行保护和约束，即通过一定的法律关系固定下来，这种法律形式就是保险合同。风险最基本的特征是不确定性，这就要求保险人和投保人应在确定的法律或契约关系约束下履行各自的权利和义务，否则保险经济关系则难以成立，保险保障活动也难以实施。

1.2.3 保险的特征

[关闭内容](#)

保险的特征就其基本特征与比较特征而言，前者是一般特征；后者是与某特定行为比较来阐述其特征。

1. 基本特征

(1) 经济性。保险是一种经济保障活动，是整个国民经济活动的一个有机组成部分。其保障的对象财产和人身都直接或间接属于社会再生产中的生产资料和劳动力两大经济要素；其实现保障的手段，最终都必须采取支付货币的形式进行补偿或给付；其保障的根本目的，无论从宏观的角度还是微观的角度，都是为了发展经济。

(2) 互助性。保险具有“一人为众，众为一人”的互助特性。它在一定条件下，分担了个别单位和个人所不能承担的风险，从而形成了一种经济互助关系。这种经济互助关系通过保险人用多数投保人缴纳的保险费建立的保险基金对少数遭受损失的被保险人提供补偿或给付而得以体现。

(3) 法律性。从法律角度看，保险是一种合同行为，是依法按照合同的形式体现其存在的。保险双方当事人要建立保险关系，其形式是保险合同；保险双方当事人要履行其权利和义务，其依据也是保险合同。没有保险合同，保险关系就无法成立。

(4) 科学性。保险是一种科学处理风险的有效措施。现代保险经营以概率论和大数法则等科学的数理理论为基础。保险费率的厘定、保险准备金的提存等都是以精密的数理计算为依据的。

2. 比较特征

从现象上看，现在有一些制度与商业保险相类似。因此，人们很容易把商业保险和这些相似制度相混淆，为了更清晰地了解保险概念，将商业保险和一些相似制度做一些比较。

(1) 保险与互助保险。互助保险是由一些具有共同要求和面临同样风险的人自愿组织起来的，预交风险损失补偿分摊金的一种保险形式。这种互助形式曾存在于古今各种以经济补偿为目的的互助合作组织之中，如古埃及建造金字塔石匠中的互助基金组织、古罗马的丧葬互助会、职工医疗互助保险等。

保险和互助保险之间也存在差异性：① 保险的互助范围以全社会公众为对象，而互助保险的互助范围则是以其互助团体内部成员为限；② 保险的互助是其间接后果而不是直接目的，而互助保险的互助则是直接目的；③ 保险是按照商品经济的原则，以盈利为目的而经营的商业行为，而互助保险是以共济为目的的非商业活动。

(2) 保险与社会保险。社会保险是国家政府通过立法形式，采取强制手段对全体公民或劳动者因遭遇年老、疾病、生育、伤残、失业和死亡等社会特定风险而暂时或永久失去劳动能力、失去生活来源或中断劳动收入时的基本生活需要提供经济保障的一种制度。其主要包括养老保险、医疗保险、失业保险和工伤保险。

这里，保险与社会保险的比较主要是人身保险与社会保险的比较。两者都是以风险的存在为前提，以概率论和大数法则为制定保险费率的数理基础，以建立保险基金为提供经济保障物质基础的。其区别主要表现为：① 经营主体不同。人身保险的经营主体是商业保险公司；而社会保险可以由政府或其设立的机构办理，也可以委托金融经营机构代管。我国经办社会保险的机构是由劳动和社会保障部授权的社会保障机构。② 行为依据不同。人身保险是以合同实施的民事行为，而社会保险是依法实施的政府行为。③ 实施方式不同。人身保险合同的订立贯彻平等互利、协商一致、自愿订立的原则；而社会保险具有强制实施的特点。④ 适用的原则不同。人身保险是以合同体现双方当事人关系的，双方的权利和义务是对等的，多投多保，少投少保，不投不保；而社会保障是以贯彻国

家的劳动政策和社会政策为宗旨的，强调社会公平的原则，投保人的交费水平和保障水平的联系并不紧密。⑤ 保障功能不同。人身保险的保障目标是在保险金额限度内对保险事故所致损害进行保险金的给付，可以满足生存、发展与享受的各个层次的需要；社会保险的保障目标是通过社会保险金的支付保障社会成员的基本生活需要，即生存需要。⑥ 保费负担不同。投保人承担人身保险的全部保险费，社会保险的保险费通常由个人、企业和政府三方共同负担。

（3）保险与储蓄。保险与储蓄都是为将来的经济需要进行资金积累的一种形式，尤其是人身保险的生存保险和两全保险的生存部分，几乎与储蓄难以区分。但二者存在区别：

① 消费者不同。保险的消费者必须符合保险人的承保条件，经过核保可能会有一些人被拒保或有条件地承保；储蓄的消费者可以是任何单位或个人，一般没有特殊条件的限制。② 计算技术要求不同。保险是集合多数经济单位所交的保险费以备将来赔付用，其目的在于风险的共同分担，且以严格的数理计算为基础。③ 受益期限不同。保险的赔付是不确定的，无论已经交付多少保费和交付时间的长短，只有保险事故发生时，被保险人才能够领取保险金；储蓄支付是确定的，存款人可获得本金，并且随着时间的推移领取利息。④ 行为性质不同。保险是互助互济的行为，是自力与他力的结合；储蓄则是个人行为，无求于他人。⑤ 消费目的不同。保险消费的主要目的是应付各种风险事故造成的经济损失；而储蓄的主要目的是为了获取利息收入。

（4）保险与救济。保险与救济均为对经济生活不安定的一种补救行为。其目标均为努力使社会生活正常和稳定。二者的区别在于：① 提供保障的主体不同。保险保障是由商业保险公司提供的，是一种商业行为；救济包括民间救济和政府救济。民间救济是由个人或单位提供，是一种慈善行为；政府救济属于社会行为，通常被称为社会救济。② 保险实行的是有偿的经济保障；救济实行的是无偿的经济帮助。③ 保险当事人地位的确定基于双方一定的权利义务关系；救济的授受双方无对等义务可言，并非一定的权利义务关系。④ 保险行为受保险合同的约束；救济事业是根据社会救济政策履行职责。⑤ 保险共同准备财产的形成基于数学计算为基础；救济则大都为无准备。⑥ 保险机构是具有互助合作性质的经济实体；救济机构则完全是依靠社会资助的事业机构。

1.2.4 保险的起源与发展

关闭内容

1. 近现代保险的形成与发展

（1）海上保险是一种最古老的保险，近代保险首先是从海上保险发展起来的。共同海损

的分摊原则是海上保险的萌芽。公元前 2000 年,地中海一带就有了广泛的海上贸易活动。为使航海船舶免遭倾覆,最有效的解救方法就是抛弃船上货物,以减轻船舶的载重量,而为使被抛弃的货物能从其他收益方获得补偿,当时的航海商就提出一条共同遵循的分摊海上不测事故所致损失的原则:“一人为众,众人为一。”公元前 916 年在《罗地安海商法》中正式规定:“为了全体利益,减轻船只载重而抛弃船上货物,其损失由全体受益方来分摊。”在罗马法典中也提到共同海损必须在船舶获救的情况下,才能进行损失分摊。由于该原则最早体现了海上保险的分摊损失、互助共济的要求,因而被视为海上保险的萌芽。

船舶抵押借款是海上保险的低级形式。船舶抵押借款方式最初起源于船舶航行在外急需款时,船长以船舶和船上的货物向当地商人抵押借款。借款的办法就是:如果船舶安全到达目的地,本利均偿还;如果船舶中途沉没,“债权即告消灭”,意味着借款人所借款项无须偿还,该借款实际上等于海上保险中预先支付的损失赔款;船舶抵押借款利息高于一般借款利息,其高出部分实际上等于海上保险的保险费;此项借款中的借款人、贷款人以及用做抵押的船舶,实质上与海上保险中的被保险人、保险人以及保险标的物相同。可见,船舶抵押借款是海上保险的初级形式。

现代海上保险是由古代的船货抵押借款思想逐渐演化而来的。1384 年,在佛罗伦萨诞生了世界上第一份具有现代意义的保险单。这张保单承保一批货物从法国南部阿尔兹安全运抵意大利的比萨。在这张保单中有明确的保险标的,明确的保险责任,如“海难事故,其中包括船舶破损、搁浅、火灾或沉没造成的损失或伤害事故”。在其他责任方面,也列明了“海盗、抛弃、捕捉、报复、突袭”等所带来的船舶及货物的损失。15 世纪以后,新航线的开辟使大部分西欧商品不再经过地中海,而是取道大西洋。16 世纪时,英国商人从外国商人手里夺回了海外贸易权,积极发展贸易及保险业务。到 16 世纪下半叶,经英国女王特许在伦敦皇家交易所内建立了保险商会,专门办理保险单的登记事宜。1720 年经女王批准,英国的“皇家交易”和“伦敦”两家保险公司正式成为经营海上保险的专业公司。

1871 年在英国成立的劳合社,是 1688 年爱德华·劳埃德先生在伦敦塔街附近开设的咖啡馆演变发展而成的;1691 年劳埃德咖啡馆从伦敦塔街迁至伦巴第街,不久成为船舶、货物和海上保险交易中心。劳埃德咖啡馆在 1696 年出版了每周三次的《劳埃德新闻》,着重报道海事航运消息,并登载了咖啡馆内进行拍卖船舶的广告。随海上保险不断发展,劳埃德承保人的队伍日益壮大,影响不断扩大。1774 年,劳合社迁至皇家交易所,但仍

沿用劳合社的名称，专门经营海上保险，成为英国海上保险交易中心。19 世纪初，劳合社海上保险承保额已占伦敦海上保险市场的 90%。1871 年，英国国会批准了“劳埃德法案”，使劳合社成了一个正式的团体，从而打破了伦敦保险公司和皇家交易所专营海上保险的格局。1906 年，英国国会通过的《海上保险法》规定了一个标准的保单格式和条款，它又被称为劳合社船舶和货物标准保单，被世界上许多国家公用和沿用。1911 年的法令取消了劳合社成员只能经营海上保险的限制，允许其成员经营一切保险业务。

（2）火灾保险的起源和发展。继海上保险制度之后形成的是火灾保险制度。火灾保险起源于德国。1559 年德国汉堡市的造酒业者成立了火灾合作社，至 1676 年，由 46 个相互保险组织合并成立了火灾合作社，其后，合并成第一家公营保险公司——汉堡火灾保险局。但真正意义上的火灾保险是在伦敦大火之后发展起来的。1666 年 9 月 2 日，伦敦城被大火整整烧了五天，市内 448 亩的地域中 373 亩成为瓦砾，占伦敦面积的 83.26%，13 200 户住宅被毁，财产损失 1 200 多万英镑，20 多万人流离失所，无家可归。次年牙医巴蓬独资设立营业处，办理住宅火险，并于 1680 年开办了一家 4 万英镑资本金的火灾保险公司；巴蓬的火灾保险公司根据房屋租金和结构计算保险费，并且规定木结构的房屋的费率为 5%，砖瓦结构房屋保费的费率为 2.5%。这种差别费率被沿用至今，因而巴蓬被称为“现代火灾保险之父”。

1710 年，查尔斯·波凡创立了伦敦保险人公司，后改称太阳保险公司，开始承保不动产以外的动产保险，营业范围遍及全国。它是英国现存最古老的保险公司之一。

（3）人身保险的起源和发展。人身保险起源于海上保险。15 世纪后期欧洲的奴隶贩子把运往美洲的非洲奴隶当做货物进行投保，后来船上的船员也可投保；如遇到意外伤害，由保险人给予经济补偿，这些应该是人身保险的早期形式。

17 世纪中叶，意大利银行家洛伦佐·佟蒂设计了“联合养老保险法”（简称“佟蒂法”），并于 1689 年正式实行。佟蒂法规定每人缴纳法郎，筹集起总额 140 万法郎的资金，保险期满后，规定每年支付 10%，并按年龄把认购人分成若干群体，对年龄高些的，分息就多些。“佟蒂法”的特点就是把利息付给该群体的生存者，如该群体成员全部死亡，则停止给付。

英国著名的数学家、天文学家埃蒙德·哈雷，在 1693 年以西里西亚的布雷斯劳市的市民死亡统计为基础，编制了第一张生命表——哈雷生命表，精确表示了每个年龄的死亡率，提供了寿险计算的依据。18 世纪 40—50 年代，辛普森根据哈雷的生命表，做成依死亡率增加而递增的费率表。之后，陶德森依照年龄差等计算保费，并提出了“均衡保

险费”的理论，从而促进了人身保险的发展。1762 年成立的伦敦公平保险社才是真正根据保险技术基础而设立的人身保险组织。

（4）责任保险的起源与发展。责任保险是对无辜受害人的一种经济保障。尽管现代保险已经有 300 多年的历史，但责任保险的兴起却只是近 100 年的事。1855 年，英国铁路乘客保险公司首次向铁路部门提供铁路承运人责任保障，开了责任保险的先河。1870 年，建筑工程公众责任保险问世；1875 年，马车第三者责任保险开始出现；1880 年，出现雇主责任保险；1885 年，世界上第一张职业责任保单——药剂师过失责任保险单由英国北方意外保险公司签发；1895 年，汽车第三者责任险问世；1900 年责任保险扩大到产品责任，承保的是酒商因啤酒含砷而引起的民事赔偿责任。进入 20 世纪，责任保险迅速兴起和发展，大部分的资本主义国家都把很多的公众责任以法律规定形式强制投保。第二次世界大战后，责任保险的种类越来越多，如产品责任保险以及各种职业过失责任保险层出不穷，这些在发达的资本主义国家已成为制造商和自由职业者不可缺少的保险。

（5）再保险的产生与发展。现代保险制度从海上保险开始，随着海上保险的发展，产生了对在保险的需求，最早的海上再保险可追溯到 1370 年。当时，一家叫格斯特·克鲁丽杰的保险人，承保自意大利那亚到荷兰斯卢丝之间的航程，并将其中的一段经凯的斯至斯卢丝之间的航程责任转让给其他保险人，这是再保险的开始。17 世纪初，英国皇家保险交易所和劳合社开始经营再保险业务。1681 年，法国国王路易十六曾公布法令，规定“保险人可以将自己承保的保险业务向他人进行再保险”。18 世纪，荷兰鹿特丹的保险公司 1720 年将承保到西印度的海上保险向伦敦市场再保险，丹麦的皇家特许海上保险公司 1726 年成立后从事再保险，德国 1731 年汉堡法令允许经营再保险业务，1737 年西班牙贝尔堡法律和 1750 年瑞典的保险法律都有类似的规定。随着保险形式多样化和保险公司之间的竞争加剧，逐渐出现了专业再保险公司，推动了再保险的发展。

2. 我国保险业的发展

由于我国长期商品经济不发达，导致我国保险起步较晚，我国现代保险业的发展大致可以分为两个阶段。

（1）旧中国保险业。近代中国保险业是随着帝国主义势力的入侵而传入的。1805 年，英国保险商出于殖民目的向亚洲扩张，在广州开设了第一家保险机构，成立“谏当保安行”或“广州保险会社”，主要经营海上保险业务，1841 年总公司迁往中国香港。1835 年，在香港设立保安保险公司（即裕仁保险公司），并在广州设立了分支机构。其后，英国的“太阳保险公司”和“巴勒保险公司”均在上海设立了分公司。1887 年，“怡和

洋行”在上海设立了保险部。到 20 世纪前，旧中国已形成了以上海为中心，以英商为主的外商保险公司垄断中国保险市场的局面。

1865 年 5 月 25 日，上海华商义和公司保险行成立，这是我国第一家民族保险企业，打破了外国保险公司对中国保险市场垄断的局面，标志着我国民族保险业的起步。1875 年 12 月，李鸿章授意轮船招商局集资 20 万银两在上海创办了我国第一家规模较大的船舶保险公司——保险招商局，1876 年在保险招商局开办一年业务的基础上，又集股本 25 万两设立了仁和保险公司。1885 年保险招商局被改组为业务独立的仁和保险公司和济和保险公司，主要承办招商局所有的轮船和货物运输保险业务；1887 年合并为仁济和保险公司，有股本归银 100 万两，其业务范围也从上海转向内地，承办各种水险及火灾保险业务。1905 年黎元洪等官僚资本自办的“华安合群人寿保险公司”是中国第一家人寿保险公司。其后，我国民族保险业得到了一定的发展。从 1865 年到 1911 年，华商保险公司已有 45 家，其中上海 37 家，其他城市 8 家。1907 年，上海有 9 家华商保险公司组成历史上第一家中国人自己的保险同业公会组织——华商火险工会，用以抗衡洋商的“上海火险工会”。1912—1925 年成立的保险公司有 39 家，其中经营寿险的 19 家。在此期间，民族保险的数量有了很大的增加，20 世纪 20—30 年代，有 30 多家民资保险公司宣告成立，至 1935 年增至 48 家。据统计，到 1949 年 5 月，上海约有中外保险公司 400 家，其中华商保险公司 126 家。

与此同时，再保险业务得到了一定的发展。1933 年 6 月在上海成立了唯一经营再保险业务的“华商联合保险股份有限公司”。第一家由华商组成的商联合保险股份有限公司开始再保险业务。抗日战争期间，由于和外商的分保关系中断，又不愿意与日本的保险公司合作，民族保险公司先后成立了久联、太平、大上海、中保、华商联合等分保集团。抗日战争胜利后，民族再保险业务主要有“中央信托局”、“中国再保险公司”、“华商联合保险公司”，但总的来说，再保险业务基本上由外商垄断，民族保险公司的再保险公司自留额低，保费大量外流。

随着保险业务的发展，在保险法律方面，也得到了一定的发展。1929 年 12 月 30 日国民党政府公布了《保险法》，由于种种原因未能实施。1935 年 5 月 10 日国民党政府公布了《简易人寿保险法》，其后，1937 年 1 月 11 日国民党政府公布了修订后的《保险法》、《保险业法》、《保险业法施行法》，除《简易人寿保险法》，其他法规均未得到实施。1949 年 10 月 1 日前，中国保险业的基本特征是保险市场基本被外国保险公司垄断，保险业起伏较大，为形成完整的市场体系和保险监管体系。外国保险公司通过组织洋商保

险同业公会，垄断了保险规章、条款以及费率等制定，民族资本的保险公司虽然也组织了华商同业公会，但由于力量弱小，只能处于被支配地位。

(2) 新中国保险业。1949 年 10 月，中华人民共和国成立，翻开了新中国保险事业的新篇章。新中国成立的 50 年间，中国保险事业几经波折，经历了四起三落的坎坷历程：从中国人民保险公司成立到 1952 年的大发展，1953 年停办农业保险、整顿城市业务；1954 年恢复农村保险业务，重点发展分散业务，1958 年停办国内业务是二落；1964 年保险升格，大力发展国外业务，1966 年开始“文化大革命”中几乎停办保险业务；1979 年恢复国内保险业务，我国保险事业进入一个新时期。

1949 年 10 月 1 日后，一方面，整顿和改造原有保险业及保险市场，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。当时登记复业的有 104 家，其中华商保险公司 43 家，外商保险公司 41 家，1949 年 6 月 20 日，中国保险公司恢复营业，统一办理对外分保。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，这是中华人民共和国成立后设立的第一家全国性国有保险公司，至 1952 年年底已在全国设立了 1300 多个分支机构。1952 年，中华人民保险公司由中国人民银行领导改为财政部领导。至此，我国国营保险公司垄断的独立保险市场开始形成。1958 年年底，全国设有保险机构 600 多个，保险职工近 5 万人。目前，我国保险业逐步走向成熟和完善。

1) 保险机构不断增加，逐步形成了多元化竞争格局。1985 年 3 月 3 日，国务院颁布了《保险企业管理暂行条例》，为我国保险市场的新发展创造了所需的法律环境。1986 年，中国人民银行首先批准设立了新疆生产建设兵团农牧业保险公司（2002 年改为中华联合保险公司），专门经营新疆生产建设兵团内不得以种植和牧养业为主的保险业务，这预示着中国人民保险公司独家经营的局面从此在我国保险市场上消失。随后，1987 年，中国交通银行及其分支机构开始设立保险部，经营保险业务，1991 年在此基础上组建成立了中国太平洋保险公司，成为第二家全国性综合保险公司。接着，1986 年深圳成立了平安保险公司，并于 1992 年更名为中国平安保险公司，成为第三家全国性综合保险公司。进入 20 世纪 90 年代后，保险市场供给主体发展迅速，大众、华安、新华、泰康、华泰等十多家全国性或区域性保险公司进入保险市场。同时，外资保险公司也逐渐进入中国保险市场。从 1992 年美国友邦保险公司在上海设立分公司以来，已有多家外资保险公司获准在我国营业或筹建营业性机构。截至 2006 年年底，我国保险市场上共有保险公司（包括保险集团公司）98 家、保险资产管理公司 9 家、专业保险中介机构 2 110 家。保险公司中，外资公司占了 41 家，来自 20 个国家和地区的 133 家外资保险公司在华设立了 195

家代表处。

2) 保险中介人制度初步形成。随着保险市场趋于成熟, 保险中介人制度也逐步建立。保险代理人、保险经纪人和保险公估人共同组成了保险中介体系。从 1986 年以后, 中国保险市场上陆续出现了各种保险中介人。保险代理人是我国保险中介市场出现最早也是发展最快的一种中介人, 特别是 1992 年美国友邦寿险营销机制的引入, 使我国寿险市场的营销员制(寿险个人代理制)得以迅速发展。1996 年开始, 为提高代理人素质, 规范代理人行为, 保险监督机关组织了“全国代理人资格考试”。此外, 我国东南沿海的部分经济发达地区成立了 10 余家地方性的保险经纪公司。英国奇威克保险服务(中国)有限公司是唯一开办业务的外资保险经纪公司。1999 年开始举行全国保险经纪人资格考试为保险经纪人制度的建立和发展准备了条件。另外, 保险公估公司、精算师事务所等中介机构也陆续出现, 表明我国保险中介机构已具雏形。

3) 保险业务持续发展, 市场规模迅速扩大。随着国民经济的发展, 保险市场主体的增加, 我国保险业务持续发展。就保险险种来说, 包括信用保险和责任保险在内超过了千个险种。就其业务发展规模而言, 保费收入连年增加, 同比增长大多在 20%以上, 远远高于国民经济发展的同期速度。保监会最新统计数据显示, 2006 年我国保险行业共实现保费收入 5 641.44 亿元, 同比增长 14.4%。其中, 人身险保费收入为 4 132.01 亿元, 同比增长 11.8%; 财产险实现保费收入 1 509.43 亿元, 同比增长 22.7%。截至 2006 年年底, 保险公司总资产接近 1.97 万亿元, 比年初增加 2 730.7 亿元。

4) 保险市场监管逐步走向规范化。随着中国保险市场体系的建立及保险业务的发展, 一个政府监管为主、行业自律为辅的市场监管体系也在逐步地建立和完善。1985 年 3 月 3 日颁布的《保险业管理暂行条例》是新中国成立以来第一部保险业的法规。1989 年 2 月 16 日, 针对当时保险市场的形势和存在的问题, 国务院办公厅下发了《关于加强保险事业管理的通知》, 提出了整顿保险秩序的措施和办法。1992 年中国人民银行公布了《保险代理机构管理暂行规定》, 同年 9 月公布了《上海外资管理保险机构暂行管理办法》; 1995 年 6 月全国人民代表大会颁布了《中华人民共和国保险法》; 1996 年 2 月中国人民银行公布了《保险代理人管理暂行规定》; 1997 年 11 月中国人民银行修订并公布了《保险代理人管理暂行规定》(试行); 1992 年 2 月中国人民银行公布了《保险经纪人管理规定》(试行); 1999 年中国保险监督管理委员会公布了《保险机构高级管理人员任职资格暂行规定》、《保险公司管理规定》, 2004 年 5 月修订并公布该规定; 2000 年中国保监会公布了《保险公估人管理规定》(试行), 其后, 修订并公布了保险代理机构、保险

经纪公司、保险公估机构管理规定；同时与此相关的法律法规亦已颁布，2002 年颁布了《中华人民共和国外资保险公司管理条例》，2004 年 5 月保监会公布了《外资保险公司管理条例实施细则》，2002 年 10 月 28 日九届全国人大常委会修正并颁布了《保险法》，从而初步形成了以保险法为核心的法律法规体系。1998 年 11 月 18 日我国成立了专门的保险监督管理机关——中国保险监督管理委员会，取代中国人民银行专门监管中国的商业保险，各省、市、自治区等设立保监会分设机构，从而为加强保险监管，提供了组织保障。同时自 1994 年上海市保险行业协会相继成立，2000 年 11 月 16 日，中国保险行业协会在北京成立，在成立大会上通过了《中国保险行业公约》。这是我国保险行业自律机制建设的重要举措，也是迈向规范和竞争有序的重要开端。

1.3 保险的分类

保险的理论分类、保险的实用分类和保险的法律分类是从不同需要的角度对保险进行分类，这三种分类有很多相似之处，其差异也不是绝对的。以下四种分类标准是综合这三种主要分类方法而得出的。

1.3.1 强制保险与自愿保险

[关闭内容](#)

按保险实施方式，可分为强制保险与自愿保险。

1. 强制保险

强制保险是国家通过法律或行政手段强制实施的保险。强制保险的保险关系虽然也是产生于投保人与保险人之间的合同行为，但是，合同的订立受制于国家或政府的法律规定。强制保险的实施方式有两种选择：一是保险标的与保险人均由法律规定，二是保险标的由法律规定，但投保人可以选择保险人。强制保险具有全面性与统一性的特征，例如，机动车辆第三者责任保险、雇主责任保险、损害责任险等就属于强制保险。

2. 自愿保险

自愿保险是在自愿的原则下，投保人与保险人双方在平等的基础上，通过订立保险合同而建立的保险关系。投保人根据自身需要自主决定是否投保、向谁投保、中途退报等，也可以自由选择保险金额、保障范围、保障程度和保险期限等，保险人也可以根据情况自愿决定是否承保、怎样承保。

商业保险是以盈利为目的的一种保险。商业保险多由私人保险机构举办。商业保险多数为自愿保险，但也有少量为强制保险。社会保险是一种为丧失劳动能力、暂时失去劳动岗位或因健康原因造成损失的人口提供收入或补偿的一种社会和经济制度。它由政府举

办，不以赢利为目的，是国家社会保障制度的最重要组成部分，主要项目包括退休金保险、失业保险、工伤保险和生育保险。

1.3.2 财产保险与人身保险

[关闭内容](#)

从整体上看，保险的标的有两种，一种是经济生活的主体，即人身；另一种是经济生活的客体，即财产。现代保险业务的框架是由财产保险、人身保险、责任保险、信用保证保险四大部分构成的。

按保险标的或保险对象划分，保险可划分为财产保险和人身保险两大类。这是最常见的一种分类方法。

1. 财产保险

财产保险是以财产及其有关利益为保险标的的一种保险，包括财产损失保险、责任保险和信用（保证）保险等保险业务。

（1）财产损失保险。它是以各类有形财产为保险标的的财产保险，其主要的种类有：企业财产保险、家庭财产保险、运输工具保险、货物运输保险、工程保险、特殊风险保险和农业保险等。

（2）责任保险。它是指被保险人对第三者的财产损失或人身损失依照法律和契约应负的赔偿责任为保险标的的保险，主要包括：公众责任保险、产品责任保险、雇主责任保险和职业责任保险等。

（3）信用保证保险。信用保证保险是以各种信用行为为保险标的的保险，主要有：一般商业信用保险、出口信用保险、合同保证保险、产品保证保险和忠诚保证保险。

2. 人身保险

人身保险是以人的寿命和身体为保险标的的保险，包括人寿保险、健康保险和人身意外伤害保险等。

（1）人寿保险是以被保险人的寿命作为保险标的，以被保险人的生存或死亡为给付保险金条件的人身保险。主要有：定期寿险、终生寿险、两全寿险、年金保险、投资连接保险、分红寿险和万能寿险等。

（2）健康保险是以被保险人的身体为保险标的，使被保险人在疾病或意外事故所致伤害时发生的费用或损失获得补偿的一种人身保险。主要有：医疗保险、疾病保险和收入补偿保险等。

（3）人身意外伤害保险是指以被保险人的身体为保险标的，以意外伤害而致被保险人身

故或残疾为给付保险金条件的一种人身保险。主要有：普通意外伤害保险、特定意外伤害保险等。

1.3.3 原保险与再保险

[关闭内容](#)

根据承保方式的不同，保险可划分为原保险、再保险。

1. 原保险

原保险是指保险人与投保人之间通过订立保险合同而建立的一种保险关系的保险。在原保险合同关系中，投保人通过缴纳保险费，将保险风险转移给保险人，当保险标的发生保险责任范围内的损失时，保险人对被保险人进行损失赔偿或保险金给付。

2. 再保险

再保险也称“分保”，是保险人将其所承保的风险和责任的一部分，转移给其他保险人的一种保险，是原保险的进一步延续，也是可保风险的纵向转移和第二次转移。但是在保险合同的主体、保险标的和保险合同的性质等方面，再保险与原保险存在明显差别。

1.3.4 重复保险与共同保险

[关闭内容](#)

1. 重复保险

重复保险是指投保人对同一保险标的、同一保险利益、同一保险事故分别向两个以上保险人订立保险合同，但保险金额总和超过保险价值的一种保险。重复保险的保险金额总和可能超过保险价值。正因如此，重复保险容易引发道德风险，法律对重复保险的要求和规定也比较严格。根据我国《保险法》第四十一条规定，重复保险的保险金额总和超过保险价值的，各保险人的赔偿金额的总和不得超过保险价值。除合同另有规定外，各保险人按照其保险金额与保险金额总和的比例承担赔偿责任。

2. 共同保险

共同保险简称“共保”，是指投保人和两个以上的保险人之间，就同一可保利益、同一风险共同缔结保险合同的一种保险。在保险损失发生时，各保险人按各自承保的保险金额比例分摊损失。共同保险是对可保风险的横向转移，但仍是第一次转移，这是它与再保险的主要区别。重复保险与共同保险都存在多个保险人，但共同保险只签订一份保险合同，保险金额不高于保险价值，而重复保险则签订数份保险合同，保险金额超出保险价值。

1.4 保险的功能

2003 年 9 月 28 日，中国保监会主席吴定富首次提出了“现代保险功能理论”，认为保险的主要功能是经济补偿功能、资金融通功能和社会管理功能。根据保险的本质，保险的功能主要划分为保障功能、资金融通功能和社会管理功能。

1. 4. 1 保障功能

[关闭内容](#)

保障功能是保险业的立业之本，最能体现保险业的特色和竞争力。保险保障功能具体体现为财产保险的补偿功能和人身保险的给付功能。

1. 财产保险的补偿

“无损失，无保险”。保险的机能在于损失的补偿，当特定灾害事故发生时，在保险的有效期和保险合同约定的责任范围以及保险金额内，按其实际损失金额给予补偿。通过补偿使得已经存在的社会财富因灾害事故所致的实际损失在价值上得以减少，在使用价值上得以恢复，从而使社会再生产过程得以继续进行。保险的这种补偿既包括对被保险人因自然灾害或意外事故造成的经济损失的补偿，也包括对被保险人依法应对第三者承担的经济责任的经济补偿，还包括对商业信用中违约行为造成的经济损失的补偿。

2. 人身保险的给付

人身保险是与财产保险性质完全不同的两种保险。由于人的生命价值很难用货币来计价，所以，人身保险的保险金额是由投保人根据被保险人对人身保险的需要程度和投保人的缴费能力，在法律允许的范围和条件下，与保险人双方协商约定后确定。因此，在保险合同约定的保险事故发生或者约定的年龄到达或者约定的期限届满时，保险人按照约定进行保险金的给付。

1. 4. 2 资金融通功能

[关闭内容](#)

资金融通功能是保险的衍生功能。保险人为了使保险经营稳定，必须保证保险资金的保值和增值，这就要求保险人对资金进行运用。保险资金的运用不仅是必要的，而且也是可能的。一方面，由于保险保费收入与赔付支出之间存在时间滞差，为保险人进行保险资金的融通提供了可能；另一方面，保险事故的发生也不都是同时的，保险人收取的保险费不可能一次性全部赔偿出去，也就是保险人收取的保险费与赔付支出之间存在数量滞差，也为保险人进行保险资金的融通提供了可能。但是，保险资金的融通应以保证保险的赔偿与给付为前提，同时也要坚持合法性、流动性、安全性和效益性的原则。随着我国保险资金运用渠道的进一步拓宽，资金融通功能对我国金融市场的影响力越来越

越大。从资金运用情况看，2006 年年末我国保险资金运用余额为 17 785.39 亿元，较 2006 年年初增长 26.2%。其中，银行存款占 33.67%，较 2006 年年初下降 2.98 个百分点；债券投资占 53.14%，较 2006 年年初上升 0.49 个百分点。由于国内股市表现良好，保险公司全年共拿出 912.08 亿元购买证券投资基金，而直接投资股票以及未上市股权的保险资金累计达 929.24 亿元，占 5.22%，比 2006 年年初上升了 4.1 个百分点。作为主要的机构投资者，保险公司在促进资本市场的稳定发展方面发挥的作用日益突出。保险公司持有的银行次级债，占银行次级债发行总量的 30%以上，为银行提高资本充足率，推动商业银行改革提供了有力的支持。

1.4.3 社会管理功能

[关闭内容](#)

保险的社会管理功能是在保险业逐步发展成熟并在社会发展中的地位不断提高和增强之后的衍生功能，具有十分丰富的内涵。

1. 社会保障管理

社会保障被誉为“社会减震器”，是保持社会稳定的重要条件。商业保险是社会保障体系的重要组成部分，在完善社会保障体系方面发挥着重要的作用。一方面，商业保险可以为城镇职工、个体工商户、农民和机关事业单位等没有参加社会基本保险制度的劳动者提供保险保障，有利于扩大社会保障的覆盖面。另一方面，商业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，提高社会保障水平，减轻政府在社会保障方面的压力。此外，目前我国保险从业人员达 150 多万人，为社会提供的就业岗位占金融业总就业人数的 44%，为缓解社会就业压力，维护社会稳定，保障人们安居乐业做出了积极的贡献。

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，保险公司能够积极配合有关部门做好防灾防损，并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，所以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、以法律为保障的承诺，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。

保障是保险最基本的功能，是保险区别于其他行业的一个最基本的特征。资金融通功能是在保障功能的基础上发展起来的，是保险金融属性的具体体现，也是实现社会管理功能的重要手段。正是由于具有资金融通功能，才使保险业成为国际资本市场的重要资产管理者，特别是通过管理养老基金，使保险成为社会保障体系的重要力量。现代保险的社会管理功能是保险业发展到一定程度，并深入到社会生活诸多层面之后产生的一项重要功能。社会管理功能的发挥，有许多方面都离不开保障和资金融通功能的实现。同时，随着保险社会管理功能逐步得到发挥，将为保障和资金融通功能的发挥提供更广阔的空间。因此，保险的三大功能之间既相互独立，又相互联系、相互作用，形成了一个统一、开放的现代保险功能体系。

第 2 章 保险合同

2.1 保险合同的特征

2.1.1 保险合同的特征

关闭内容

保险合同是保险关系得以产生的依据，其概念关系到对保险本质的反映。在了解保险合同概念之前，必须弄清什么是合同。

1. 合同的定义

合同是我们日常生活中经常遇到的法律名词，它是指当事人之间达成的旨在设立、变更、终止某种民事权利义务关系的协议。合同无处不在，无时不有，与我们的工作、生活密切相关。例如，你到公园游玩，与公园有旅游合同；你应聘到公司去工作，要与公司签订劳动合同，等等。

2. 保险合同的定义

保险合同作为合同中的一种，自然也是约定有关民事权利义务关系的协议。那么，究竟什么是保险合同呢？我国《保险法》第 10 条将其定义为：“保险合同是投保人与保险人

约定保险权利义务关系的协议。”由该定义可知，保险合同包括三层含义：一是合同性质，它属于民商事合同；二是当事人，包括投保人和保险人；三是合同内容，即为保险权利义务关系。

2.1.2 保险合同的特征

[关闭内容](#)

1. 保险合同的一般特征

保险合同是合同的一种形式，首先应遵循合同的有关规定，如果不具备这个特点，则不能称为合同。那么，合同的法律特征具体包括哪些方面呢？

(1) 合同行为是一种民事法律行为。合同行为作为民事法律行为，只有在合同当事人做出的意识表示是合法的、符合法律要求的情况下，合同才具有法律约束力，并应受到国家法律的保护。如果当事人以违禁物品投保货物运输保险，即使保险人签发了保单，也不能产生合同的效力。

(2) 合同以设立、变更或终止民事权利义务关系为目的。当事人订立合同都有一定的目的和宗旨，这就是设立、变更、终止特定的民事权利义务关系。所谓设立民事权利义务关系，是指当事人订立合同旨在形成某种法律关系。例如，投保人通过购买保险的行为，与保险人形成了保险权利义务关系，一旦发生约定的保险事故，有权向保险公司请求赔偿或给付保险金。所谓变更民事权利义务关系，是指当事人通过订立合同使原有的合同关系在内容上发生变化。它通常是在继续保持原合同效力的前提下变更合同内容。例如，被保险人因经营规模扩大、资产增加，原有保险金额已起不到足额保障的作用，和保险人协商增加保险金额。所谓终止民事权利义务关系，是指当事人通过订立合同，旨在消灭原民事权利义务关系。例如，投保人因经济原因无力缴纳续期人身险保费时，要求解除保险合同退还保单的现金价值。

(3) 合同是两个或两个以上当事人意思表示一致的结果。意思表示的一致性，表明了合同是当事人协商一致的产物。如果不能协商一致，就不会有合同。例如，保险人之所以愿意承担被保险人的某种风险是因为它可以收取相应的保险费，双方就风险的大小与保费的多少达成了一致意见。

(4) 合同是当事人自愿的行为。当事人在订立合同时，法律地位是完全平等的，任何一方不能把自己的意志强加给他方，否则合同无效。我国《保险法》第4条规定：“从事保险活动必须遵守法律、行政法规，尊重社会公德，遵循自愿原则。”

2. 保险合同的自身特征

我国《保险法》颁布实施，使我国保险业的发展进入了一个有法可依的阶段。但是，在保险纠纷诉讼中，许多同种类型、同样性质的诉讼案件，只是由于司法管辖在地域上的差别，而使诉讼结果大相径庭。这种情况进一步导致了保险合同纠纷的增多，引起了保险业者和保险消费者的困惑，还严重影响了司法的统一。这既有立法上的原因，也有司法上的问题，归结起来，重要原因是忽视了保险合同的法律特性，如保险合同的双务性、诺成性、附和性、射幸性等，下面结合某一人寿保险案例对此加以阐述。

2001年10月5日，谢某向A人寿保险有限公司（以下简称A保险公司）申请投保人寿险100万元，附加长期意外伤害保险200万元，并填写了投保单。10月6日A保险公司向谢某提交了盖有其总经理李某印章的《运筹建议书》，谢某按照该建议书的规定缴纳了首期保险费共计11944元。A保险公司核保人员在审核谢某的投保资料时发现，谢某投保高达300万的保险金额，却没有提供相应的财务状况证明。为防范道德风险，保险公司一般会要求高额保单的投保人和被保险人提供财务状况证明。因此，10月10日A保险公司向谢某发出照会通知书，要求谢某10天内补充提供有关财务状况的证明，并按核保程序要求进行身体检查。10月17日，谢某进行了体检。10月18日凌晨谢某在女友家中被其前男友刺杀致死。10月18日上午8时，A保险公司接到医院的体检结果，因谢某身体有问题，需增加保费承保。A保险公司遂通知了谢家，但谢某家人称无法联络。

2001年11月13日谢母向A保险公司方面告知保险事故并提出索赔申请。

综观此案的整个过程，其实涉及的关键问题主要有两个：一是保险合同成立的标志是什么？二是保费的缴纳、保单的出具与保险合同生效的关系如何？

（1）保险合同成立的标志。

1）保险合同是非要式合同。根据合同的成立是否需要特定的形式，可将合同分为要式合同与非要式合同。要式合同是指法律要求必须采取一定形式或完成一定程序才能成立的合同，如专利转让合同必须采用书面形式才能成立。非要式合同是指法律对合同的成立不要求必须具备一定的形式或履行一定的程序的合同。如一般的买卖合同既可以采用口头方式订立，也可以采用书面方式订立，任何一种方式都可以导致合同成立，双方愿意采用书面形式，法律上也不禁止。区分要式合同和非要式合同的法律意义在于：要式合同未采用特定的形式或履行特定的程序，合同不算成立，原则上不发生法律效力。

那么保险合同究竟属于要式合同还是非要式合同？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者其他保险凭证，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其他书面协议形式订立保险合同。”从该法律规定来看，保险合同在保险单或其他保险凭证签发以前就已经成立，出具保险单或其他保险凭证，并不是法律规定的保险合同成立的特定形式，而是法律规定的保险人的义务。

另外，我国《保险法》的立法过程很明显地体现了保险合同从要式性向非要式性发展的轨迹。在1995年2月7日提交由全国人民代表大会常务委员会第13次会议审议的《保险法（草案）》（以下简称《草案》）中，第13条明确规定：“保险合同以保险单或书面协议的形式订立。”而1995年6月30日通过的《保险法》却删去了这一条款，只是规定“在保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或者其他保险凭证”。并且《保险法》第12条第2款又在《草案》的基础上做了补充规定：“经投保人和保险人协商同意，也可以采取前款规定以外的其他书面协议形式订立保险合同。”这就更为明确地表现了保险单证并非保险合同的唯一法定形式。

因此我们认为，主张保险合同是要式合同，其成立始于保险单或其他保险凭证签发的观点，对保险实践是有害的：

第一，不利于保护被保险人的合法权益，影响生产和生活的安定。实践中，有时出现投保人与保险人就投保事项协商一致，且投保人已交付保险费，但保险人尚未签发保险单或其他保险凭证的情形。产生此种情形的原因可能是多方面的，但也确实有少数保险人持观望态度，一旦发生保险事故造成被保险人损失，就以尚未签发保险单或其他保险凭证，保险合同没有成立为由，拒绝承担保险责任，使被保险人的经济损失得不到及时的补偿，从而影响了生产和生活的安定。

第二，损坏了保险人的名誉，不利于保险业的顺利发展。投保人对保险一般是比较生疏的，他们总以为一旦与保险人协商一致，且交付了保险费，保险合同就成立，在保险期限内其因保险事故造成的损失，由保险人赔偿。如果保险合同的成立始于保险单或其他保险凭证的签发，即在签发之前，保险人不负赔偿责任，就很容易挫伤人们参加保险的积极性，也有损保险人的信誉，不利于保险业的健康发展。

尽管按照我国《保险法》的有关规定，保险合同是非要式合同，但是为了避免和减少纠纷，明确当事人的权利和义务，准确、及时、合理地解决纷争，我们认为，在实务中，应尽可能采用书面形式订立保险合同。对于口头的保险合同，一旦双方当事人达成协议，保险人应马上出具保险单或其他保险凭证，以资证明。

2) 保险合同是诺成性合同。以合同的成立是否必须交付标的物或完成其他给付为标准，

可将合同分为诺成性合同和实践性合同：诺成性合同是指当事人各方意思表示一致即成立的合同。例如，铁路运输合同只要托运人和承运人就货物运输的时间、路线等事宜达成一致意见，该合同就成立，而不论货物是否已交付到承运人之手。实践性合同是指除双方当事人意思表示一致以外，尚需交付标的物或完成其他给付才能成立的合同。例如，赠与合同除了赠与人 and 受赠人双方当事人意思表示一致之外，只有赠与人把相关财产实际转移到受赠人手中，该合同才成立。区分诺成性合同与实践性合同的法律意义在于两者的成立时间不同：诺成性合同自当事人就合同主要条款达成协议时成立；实践性合同当事人只就合同主要条款达成协议，合同并不能成立，只有在当事人双方达成协议且存在一方当事人交付标的物等行为时，合同才能成立。

在我国，相当多的人认为，保险合同是实践性合同。只要投保人未交付保险费，即使双方当事人就合同的条款达成协议，保险合同也不成立。当然，此时发生保险事故，保险人也有权拒绝赔偿。我们认为，这种观点是缺乏法律依据的。因为从我国现有的法律规定来分析，保险合同应是诺成性合同：

第一，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……”从该法律规定来看，保险合同成立与否，取决于双方当事人是否就合同的条款达成一致意见。显而易见，保险合同是诺成性合同。

第二，《保险法》第 14 条规定：“保险合同成立后，投保人按照约定交付保险费；保险人按照约定的时间开始承担保险责任。”这里投保人按照约定交付保险费是指按照保险合同的约定交付保险费，在合同成立之前，这种约定是不可能存在的，更谈不上交付保险费。因此，那种主张保险合同是实践性合同，即在保险费交付之前，保险合同尚未成立的观点是站不住脚的，与上述立法不符。

3) 保险合同是有偿合同。有偿合同是指因为享有一定的权利而必须偿付一定对价的合同。保险合同以投保人支付保险费作为对价换取保险人对风险的保障。投保人与保险人的对价是相互的，投保人的对价是向保险人支付保险费，保险人的对价是承担投保人转移的风险。

4) 保险合同是双务合同。双务合同是指合同双方当事人相互享有权利、承担义务的合同。保险合同的被保险人在保险事故发生时，依据保险合同享有请求保险人支付保险金或补偿损失的权利，投保人则负有支付保险费的义务；保险人应享有收取保险费的权利，具有承担约定事故发生时给付保险金或补偿被保险人损失的义务。

5) 保险合同是附合合同。附合合同是指其内容不是由当事人双方共同协商拟订，而是由

一方当事人事先拟就，另一方当事人只是做出是否同意的意思表示的一种合同。保险合同可以采用保险协议书、保险单或保险凭证的形式订立。在采用保险单和保险凭证形式时，保险条款已由保险人事先拟订，当事人双方的权利义务已规定在保险条款中，投保人一般只能做出是否同意的意思表示，而不能对条款的内容做出实质性的变更。当然，投保人可以与保险人协商，增加特别约定条款，或对保险责任进行限制与扩展，但一般只能在原有保险条款的基本结构和内容下进行改变。

6) 保险合同是射幸合同。射幸一词来源于拉丁语 aleatoria，与 alea（意为死亡）和 aleator（意为玩骰子）有联系。射幸合同是民事合同的一种，是指合同的效果在订约时不能确定的合同，即合同当事人一方并不必然履行给付义务，而只有当合同约定的条件具备或合同约定的条件发生时才履行。保险合同是一种典型的射幸合同：投保人根据保险合同支付保险费的义务是确定的，而保险人仅在保险事故发生时，承担赔偿责任或给付义务，即保险人的义务是否履行在保险合同订立时尚不确定，而是取决于偶然的、不确定的保险事故是否发生。但是，保险合同的射幸性是就单个保险合同而言的，而且也是仅就有形保障而言的。

7) 保险合同是最大诚信合同。凡民事活动，当事人都应遵守诚信这一原则，保险合同也不例外，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。”鉴于保险关系的特殊性，法律对诚实信用程度的要求远远大于其他民事活动。因为保险标的在投保前或投保后均在投保方的控制之下，而保险人通常只是根据投保方的告知来决定是否承保以及承保的条件。此外，投保方对保险标的过去情况、未来事项也要向保险人做出保证。所以，投保方的道德因素和信用状况对保险经营来说关系很大。保险经营的复杂性和技术性使得保险人在保险关系中处于有利地位，而投保人处于不利地位。这就要求保险人在订立保险合同时，应向投保人说明保险合同的内容。在约定的保险事故发生时，履行赔偿或给付保险金的义务等。所以，保险合同较一般合同对当事人的诚实信用的要求更为严格，故称最大诚信合同。

综上所述，保险合同的成立既不是以保单的出具作为标志，也不是以保费的缴纳作为前提。判断一个保险合同是否成立的主要标志就是看保险合同双方当事人是否就保险协议达成了一致意见。

（2）保费的缴纳、保单的出具与保险合同的生效。所谓保险合同的生效，是指已经成立的保险合同在当事人之间产生了一定的法律约束力。《保险法》第 14 条规定：“保险合同成立后，投保人按照约定交付保险费；保险人按照约定的时间开始承担保险责任。”

从《保险法》这一规定可以看出，保险合同成立与保险合同生效不是一个概念，两者既有联系，又有区别。

保险合同成立是指合同订立过程的完成，即当事人经过平等协商对合同的基本内容达成一致意见，解决了保险合同是否存在的问题，但没有解决保险合同是否生效的问题。

一般来说，如果当事人没有在合同里约定合同生效的条件和期限，依据《合同法》第 44 条的相关规定，依法成立的合同，自成立时生效。但在保险实践中，有的保险公司在收取首期保险费后才开始承担保险责任，有的保险公司实行的是“零时起保制”，即签发保单的次日凌晨才开始承担保险责任，为什么会出现这种情况呢？我国《合同法》第 45 条第 1 款规定：“当事人对合同的效力可以约定附条件。附生效条件的合同，自条件成就时生效。附解除条件的合同，自条件成就时失效。”《合同法》第 46 条规定：“当事人对合同的效力可以约定附期限。附生效期限的合同，自期限届至时生效。附终止期限的合同，自期限届满时失效。”原来有的保险公司是根据《合同法》第 45 条第 1 款的规定，约定合同生效的条件是缴纳首期保费；有的保险公司是根据《合同法》第 46 条的规定，约定合同生效的期限是签发保单的次日凌晨，保险合同生效后，保险人就开始承担保险责任了。所以从现行的《保险法》和《合同法》来分析，缴纳保费、出具保单等并不是保险合同生效的要件，一份保险合同是否生效主要是看投保人与保险人对生效的条件和期限是如何约定的。

在对保险合同成立、生效的标志有了深入分析之后，针对上面的人寿保险案例，我们不难得出这样的结论：从整个投保、承保的过程来看，谢某一直是想投保的，而 A 保险公司一直是想承保的，双方已就保险合同达成了一致意见，所以保险合同成立。由于在该保险合同中既没有约定合同生效的条件，也没有约定合同生效的期限，依照《合同法》第 44 条的规定，对生效条件和生效期限没有约定或约定不明的，合同成立即生效。最后 A 保险公司应当承担给付保险金责任。

2.2 保险合同的主体、客体和内容

任何民事法律关系都包括主体、客体和内容这三个要素，缺少其中任何一个都不能成立民事法律关系。其中民事法律关系的主体是指在民事法律关系中独立享有民事权利和承担民事义务的当事人；民事法律关系的客体是指当事人之间的权利义务所指向的对象；民事法律关系的内容是指民事主体之间在民事法律关系中享有的经国家法律确认的民事权利和民事义务。保险合同作为合同的一种，当然也必须包括主体、客体和内容这三个要素，否则，合同不能成立。

保险合同的主体有三类，包括保险合同当事人、保险合同关系人以及保险合同辅助人。保险合同当事人是指订立保险合同并享有和承担保险合同所确定的权利义务的人，包括保险人和投保人；保险合同关系人是指在保险事故发生时或保险合同约定的条件满足时，对保险人享有保险金请求权的人，包括被保险人和受益人；保险合同的辅助人是指协助保险合同当事人和关系人办理保险合同有关事项的人，包括保险代理人、保险经纪人和保险公估人。

1. 保险合同当事人

(1) 保险人。保险人，又称承保人，是指依法成立的，在保险合同成立时，有权收取保险费，并于保险事故发生时，承担赔偿责任或给付保险金义务的人，以法人经营为主，通常称为保险公司。我国《保险法》第10条第3款规定：“保险人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。”

我国法律允许的保险公司的组织形式有：国有独资公司和股份有限公司。

我国保险公司主要分为财产保险公司和人寿保险公司。

(2) 投保人。投保人，又称要保人，是指与保险人签订保险合同，并按照合同约定负有支付保险费义务的人。作为投保人，既可以是自然人，也可以是法人，但必须具备下列三项条件：① 具有相应的民事权利能力和民事行为能力；② 必须对保险标的具有保险利益；③ 投保人须与保险人订立保险合同并按照合同约定交付保险费。

投保人与保险人所订立的保险合同，依订立合同的目的不同，可将其分为为自己利益订立的保险合同和为他人利益订立的保险合同。

1) 为自己利益订立的保险合同，是指投保人为自己设定权利和义务，从而享有保险金请求权的保险合同。一般有两种情形：① 投保人自己为被保险人，自己同时也是受益人；② 投保人以他人为被保险人，而指定自己为受益人。

2) 为他人利益订立的保险合同，是指投保人不自行享有赔偿或给付保险金权利的保险合同。一般有三种情况：① 投保人自己为被保险人，而指定他人为受益人；② 投保人以他人为被保险人，受益人为该被保险人；③ 投保人以他人为被保险人，而又另行指定受益人。

2. 保险合同关系人

(1) 被保险人。被保险人是指其财产或人身受保险保障，享有保险金请求权的人。我国

《保险法》第 22 条第 2 款明确规定：“被保险人是指其财产或者人身受保险合同保障，享有保险金请求权的人，投保人可以为被保险人。” 无论是作为财产保险合同的被保险人，还是人身保险合同的被保险人，以下两点必须明确：

1) 必须是保险事故发生时遭受损失的人。在财产保险中，被保险人必须是保险标的的所有人或其他权利人，如财产的所有者、管理者或使用人等，才可能在保险事故发生时遭受损失；在人身保险中，由于是以被保险人的生命或身体作为保险标的，故保险事故发生时必然遭受损失（各种生存保险除外）。

2) 必须是享有保险金请求权的人。被保险人因保险事故发生而遭受损失，自然应享有保险金请求权，但这点在财产保险和人身保险中并不相同。在财产保险中，由于保险事故发生后只是财产上的损毁灭失，被保险人一般可自己行使赔偿请求权；但在人身保险合同中，尤其是人寿保险中的死亡保险，一旦保险事故发生，被保险人无法自己行使请求给付保险金的权利，故法律规定，可由其受益人或继承人来行使请求给付保险金的权利。

（2）受益人。受益人，又称保险金受领人，是指由投保人或被保险人在保险合同中指定的，在保险事故发生时，享有保险金请求权的人。我国《保险法》第 22 条第 3 款规定：“受益人是指人身保险合同中由被保险人或者投保人指定的享有保险金请求权的人，投保人、被保险人可以为受益人。”

1) 受益人的资格。作为人身保险的受益人，在法律上并没有对受益人加以任何限制。无论是自然人，还是法人，均可以被指定为受益人。

2) 受益人的人数。当指定的受益人为数人时，受益人受益权的行使受到受益顺序与受益份额的制约。受益顺序是指由被保险人或者投保人在保险合同中确定的各受益人所享有的向保险人行使保险金请求权的先后次序；受益份额是指由被保险人或者投保人在保险合同中确定的同一顺序受益人所享有的向保险人行使保险金请求权的份额。

3) 受益人的指定和变更。根据我国《保险法》第 22 条第 3 款的规定，投保人或被保险人可以在保险合同中明确指定受益人，但是投保人指定受益人时必须征得被保险人同意。保险合同生效后，投保人或被保险人可以中途撤销或变更受益人，无须征得保险人同意，但必须通知保险人。如果投保人与被保险人不是同一人，投保人变更或撤销受益人时，需征得被保险人的同意；如果投保人或被保险人没有在保险合同中指明受益人的，那么在被保险人死亡后，保险金作为被保险人的遗产，由保险人向被保险人的继承人履行给付保险金的义务。

3. 保险合同辅助人

(1) 保险代理人。我国《保险法》第 125 条明确规定：“保险代理人是根据保险人的委托，向保险人收取代理手续费，并在保险人授权的范围内代为办理保险业务的单位或者个人。”2001 年 11 月 16 日，中国保险监督管理委员会又制定了《保险代理机构管理规定》。保险人委托保险代理人代办保险业务的，应当与保险代理人签订委托代理协议，约定双方的权利义务以及其他代理事项。保险代理人一般具有以下几个特征：

1) 保险代理人必须以保险人的名义进行保险活动。保险代理人的任务就是代办保险业务，如代理销售保险单、代理收取保险费、代理保险人进行损失勘察和理赔等。因此，保险代理人只有以保险代理人的名义进行代理活动，才能为保险人设定权利和义务，而不能以自己的名义进行保险合同，否则由此产生的法律后果得由自己承担。

2) 保险代理人必须在代理权限内进行保险活动。保险代理人因保险人的委托才享有代理权，因此必须在代理权限内进行活动。保险代理人超越代理权的行为，对保险人无效力。但是，保险代理人为保险人代为办理保险业务，有超越代理权限行为，投保人有理由相信其有代理权，并已订立保险合同的，保险人应当承担保险责任；在保险人承担保险责任之后，保险人可以依法追究越权的保险代理人的责任。

3) 保险代理人代理活动的法律后果由保险人承担。保险代理人在代理权限内所进行的保险活动，在法律上视为保险人自己的活动，故保险代理人的代理行为虽是发生在其本人与投保人之间，但保险法律关系却产生于保险人与投保人之间，基于这种法律关系而产生的权利和义务后果理应由保险人承受。

保险代理人可以分为专业代理人、兼业代理人和个人代理人。

(2) 保险经纪人。保险经纪人是指基于投保人的利益，为投保人与保险人订立保险合同提供中介服务，并依法收取佣金的单位。根据我国《保险法》的相关规定，我国的保险经纪人只能是单位，不能是个人。

保险经纪人与保险代理人的主要区别如下：

1) 保险经纪人是基于投保人的利益，向保险人或其他保险代理人洽订保险合同；而保险代理人则是根据保险人的委托而代为办理保险业务。

2) 保险经纪人虽然也像保险代理人一样，向保险人收取佣金，但有时候，他也向投保人收取佣金，如当保险经纪人为其提供风险咨询服务的时候。

3) 保险经纪人的业务范围要比保险代理人广，如他可以受保险人的委托，为保险人提供防灾、防损或风险评估、风险管理方面的咨询服务，也可以代理保险人进行损失的查勘和理赔等。

(3) 保险公估人。保险公估人是指向保险人或者投保人、被保险人、受益人收取费用，为其办理保险标的的查勘、鉴定、估价与赔偿的理算、洽商，并为其提供证明的人。

2.2.2 保险合同的客体

[关闭内容](#)

保险合同的客体，是指保险合同双方当事人权利和义务所共同指向的对象，即保险利益。由于保险利益是指投保人对保险标的具有的法律上承认的利益，很难直观感受到，往往通过保险标的的将其反映出来。简言之，保险利益与保险标的是内容与形式的关系，保险利益是内容，保险标的是形式，保险标的是保险利益的载体。

那么什么是保险标的呢？保险标的是指作为保险对象的财产及其有关利益或者人的寿命和身体。此类标的物既可以是无形财产，也可以是行为、责任，甚至是人的寿命或身体等。因此，各种财产、民事权利、民事责任、人的身体和寿命等都可以作为保险标的。但是，保险机制所提供的保障作用，不是为了保险标的本身的安全，而是投保人和被保险人在保险标的上所具有的保险利益，保险的目的是为了使这种利益不至于因保险事故的发生而遭受损害或其他不利后果。因此，保险合同的客体应该是保险利益而非保险标的。

2.2.3 保险合同的内容

[关闭内容](#)

1. 保险合同内容的概念

狭义的保险合同内容仅指合同当事人依法约定的权利和义务；广义的保险合同内容则是指以双方权利义务为核心的保险合同的全部记载事项。在这里我们所讲的保险合同内容指的是广义的保险合同的内容。

由于保险合同一般都是依照保险人预先拟订的保险条款订立的，因而在保险合同成立后，双方当事人的权利和义务就主要体现在这些条款上。按照保险条款的目的和作用不同，可将其分为基本条款和附加条款。

(1) 基本条款。又称普通条款，是指保险人在事先准备的保险单上，根据不同险种而规定的有关保险合同当事人双方权利义务的基本事项。它往往构成保险合同的基本内容，是投保人和保险人签订保险合同的依据。

(2) 附加条款。又称单项条款，是指保险合同当事人双方在基本条款的基础上所附加的，用以扩大或限制原基本条款中所规定的权利和义务的补充条款。它产生的原因主要在于：

① 扩大基本条款的伸缩性，以适应投保人的特别需要；② 变更原保险单的合同内容，

如扩大承保危险责任、增加保险标的数量等，也可以用以减少原规定的除外责任或缩小原规定的承保范围。

在保险实务中，一般把基本条款所规定的保险人承保的危险叫做基本险；附加条款所规定的保险人承保的危险叫做附加险。保险条款的这种特殊构成决定了投保人只有在投保基本险的基础上，才能投保附加险，而不能单独投保附加险。

2. 保险合同的基本条款

根据我国《保险法》第 19 条规定，在保险合同中一般应包括以下几方面事项。

- (1) 保险人的名称和住所。
- (2) 投保人、被保险人、受益人的名称和住所。
- (3) 保险标的。

将保险标的作为保险合同的基本条款的法律意义如下：

- 1) 确定保险合同的种类，明确保险人承担责任的范围及保险法规定的适用；
- 2) 判断投保人是否具有保险利益及是否存在道德危险；
- 3) 确定保险价值及赔偿数额；
- 4) 确定诉讼管辖。

(4) 保险责任和责任免除。

1) 保险责任是指保险合同约定的保险事故或事件发生后，保险人所应承担的保险金赔偿或给付责任。其法律意义在于确定保险人承担风险责任的范围。

2) 责任免除是指保险人依照法律规定或合同约定，不承担保险责任的范围，是对保险责任的限制。责任免除条款的内容应以列举的方式规定。其法律意义在于进一步明确保险责任的范围，避免保险人过度承担责任，以维护公平和最大诚信原则。

(5) 保险价值和保险金额。

1) 保险价值是指保险标的在某一特定时期内以金钱估计的价值总额，是确定保险金额和确定赔偿金额的计算基础。对于人身保险合同，不存在保险价值这一概念，因为人的生命和身体是无法用金钱加以衡量的。

2) 保险金额是指保险人承担赔偿责任或者给付保险金的最高限额。在财产保险中，保险金额不得超过保险标的的实际价值，超过部分无效；在人身保险中，保险金额往往由双方当事人自行约定。

(6) 保险期限。保险期限，又称保险期间、承保期间，是指保险合同的有效期限，也即保险人依约承担保险责任的期限。

保险合同的保险期限，通常有两种计算方法：① 用年、月、日来表示，如财产保险的合同期限一般为一年；人身保险的保险期限较长，有的是二年，有的是五年、十年、二十年等。② 以某一事件的始末作为保险期限，例如，货物运输保险、运输工具航程保险都是以一个航程为保险期限。

（7）保险费及其支付办法。保险费是指投保人为取得保险保障而交付给保险人的费用。保险费包括纯保费和附加保费两部分。其中纯保费是以预定死亡率和预定利率为基础计算出来的，用于给付保险金的保险费；附加保费是指用于保险人的营业费用、营业税金和利润等的保险费。

保险费的多少取决于保险金额的大小、保险期限的长短和保险费率的高低。

保险费的支付方式主要有趸缴和期缴两种。

（8）保险金赔偿或给付办法。保险金的赔偿或给付办法，应当在保险合同中明确规定，以增强其严肃性。由于投保人投保的险种不同，保险金赔偿或给付的具体做法也是不同的，不过在实践中，一般以现金赔付和重置为主。

（9）违约责任和争议处理。

1) 违约责任是指保险合同当事人因过错致使合同不能履行或者不能完全履行时，基于法律规定或合同约定所必须承担的法律后果。

2) 争议处理是指保险合同发生纠纷后的解决方式。保险合同订立以后，双方当事人履行合同过程中，围绕理赔、追偿、缴费以及责任归属等问题容易产生争议。因此，采用适当的方式公平合理地处理保险纠纷，直接影响到双方的权益。

对保险业务中发生的争议，可采取和解、调解、仲裁和诉讼四种方式来处理：① 和解是在争议发生后由当事人双方在平等、互相谅解基础上通过对争议事项的协商，互相做出一定的让步，取得共识，形成双方都可以接受的协议，以消除纠纷，保证合同履行的方法。② 调解是在第三人主持下根据自愿、合法原则，在双方当事人明辨是非、分清责任的基础上，促使双方互谅互让，达成和解协议，以便合同得到履行的方法。③ 仲裁是争议双方在争议发生之前或在争议发生之后达成协议，自愿将争议交给第三者做出裁决，双方有义务执行的一种解决争议的方法。④ 诉讼是合同当事人的任何一方按照民事法律诉讼程序向法院对另一人提出权益主张，并要求法院予以解决和保护请求。

保险合同发生争议的，应首先通过友好协商解决。协商不成时，再考虑通过仲裁、诉讼等方式解决。

3. 保险合同的形式

(1) 投保单。投保单是投保人向保险人申请订立保险合同的书面要约，由投保人在申请保险时填写，保险人根据投保单签发保险单。投保单是保险合同的重要组成部分。在投保单中，一般列明订立保险合同所必需的项目，如投保人和被保险人的姓名，被保险人的年龄、性别、家庭住址、通信地址、联系电话、投保险种、保险金额等。如果投保单填写的内容不实或投保人故意隐瞒、欺诈，都将影响保险合同的效力。

(2) 保险单。保险单是保险人与投保人订立正式保险合同的书面凭证。它由保险人制作、印刷、签发，并交付给投保人。保险单要将保险合同的全部内容详尽列明，其主要内容有：① 声明事项，即投保人向保险人应做的说明事项，如被保险人姓名、年龄、保险标的及其所在地、保险金额、保险期限以及对有关危险货物性质的说明及承诺等；② 保险责任，即保险人所承担的保障风险项目及其赔付责任；③ 除外责任，即对保险人风险承担责任的限制；④ 附注条件，一般是合同双方的权利和义务的规定等。

保险单在某些情况下，有类似有价证券的作用，被称为“保险证券”，如长期寿险保单本身包含一定的现金价值，可据以向保险人质押贷款。

(3) 保险凭证。保险凭证也称“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。

(4) 暂保单。暂保单也称临时保险单，是指保险人在签发正式保险单之前，出立的临时保险凭证。

使用暂保单的情况如下：

- 1) 保险代理人在争取到业务时，还未向保险人办妥保险单手续之前，给被保险人的一种证明；
- 2) 保险公司的分支机构在接受投保后，还未获得总公司的批准之前，先出立的保障证明；
- 3) 在洽订或续订保险合同时，订约双方还有一些条件需商讨，在没有完全谈妥之前，先由保险人出具给被保险人的一种保障证明；
- 4) 出口贸易结汇时，保险单是必备的文件之一，在保险人尚未出具保险单或保险凭证之前，先出立暂保单，以资证明出口货物已经办理保险。

暂保单具有和正式保险单同等的法律效力，但一般暂保单的有效期不长，通常不超过 30 天。当正式保险单出立后，暂保单就自动失效。

(5) 批单。批单是保险双方当事人协商修改和变更保险单内容的一种单证，也是保险合同变更时最常用的书面单证。批单的法律效力优于原保险单的同类款目。

(6) 其他书面形式。除了以上印刷的书面形式外，保险合同也可以采取其他书面协议形

式，如保险协议书、电报、电传等。

2.3 保险合同的订立, 变更, 解除与终止

2.3.1 保险合同的订立 关闭内容

保险合同的订立是通过投保人与保险人的双方法律行为而发生的, 双方当事人的意思表示一致是该合同得以产生的基础。

1. 保险合同订立的原则

(1) 公平互利、协商一致原则。我国《保险法》第 11 条第 1 款规定：“投保人和保险人订立保险合同，应当遵循公平互利、协商一致、自愿订立的原则，不得损害社会公共利益。”当事人在保险合同中的法律地位是平等的，在订立保险合同时，应本着公平互利的精神，进行充分协商，取得一致意见。

(2) 自愿订立原则。契约自由原则的内容非常丰富，包括缔结合同、选择合同相对人、决定合同内容、变更和解除合同和选择合同方式的自由。自愿订立合同是契约自由原则的重要内容。因此，当事人是否订立保险合同，选择哪家保险公司订立合同，以及订立何种合同等，完全取决于当事人的意愿，任何人不得欺诈、胁迫或强制他人订立保险合同。如果违背自愿订立原则，采取行政手段，利用职权强迫他人订立保险合同，所订立的保险合同无效，对当事人也没有法律约束力。

(3) 合法性原则。任何单位和个人不得违背党的政策和国家的法律、行政法规，利用保险合同进行违法犯罪活动。否则，所订立的保险合同无效。

此外，还要遵循保险利益原则和诚实信用原则。

2. 保险合同订立的程序

(1) 要约。要约，是一方当事人以缔结合同为目的，向对方当事人提出合同的条件，希望对方当事人接受的意思表示。

在保险实务上，要约体现为投保人向保险人索取投保单并依其所列事项逐一填写，以如实回答保险人所需了解的重要情况，并认可保险人规定的保险费率和保险条款，最后将投保单交付保险人。

(2) 承诺。承诺，是受约人做出同意要约以成立合同的意思表示。

通常，保险人收到投保人填写的投保单后，经过核保审查认为符合承保条件，在投保单上签字盖章并通知投保人的，构成承诺。保险人在对要约做出承诺时，不得附加任何条件或对要约内容进行实质性的变更。如果保险人在承诺保险要约时，附加某项条件或对

要约内容进行实质性的变更，此时构成反要约，不发生承诺的效力。如投保人投保海洋货物运输保险的“一切险”，货物装运至国外某地，保险人对此提出货物的短少，要有一定的免赔额，这就属于保险人对投保人的要约增加新的条件，属于反要约，此时投保人变成了承诺人。

也就是说，保险合同的成立不总是表现为投保人提出要约和保险人承诺的简单过程，有时要经过要约、反要约和承诺这样一个反复协商的过程。承诺生效时保险合同成立，保险人应当及时向投保人签发保险单或者其他保险凭证，用以明确彼此间的权利义务关系。

2.3.2 保险合同的变更

[关闭内容](#)

1. 保险合同变更的含义

保险合同的变更是指在合同的有效期内，基于一定的法律事实而改变合同内容的法律行为。即订立的合同在履行过程中，由于某些情况的变化而对其内容进行的补充或修改。保险合同变更的特点是：① 必须由投保人与保险人协商而定；② 变更保险合同的内容通常表现为修改合同的条款；③ 变更保险合同的结果一般是产生新的权利和义务关系。保险合同的变更一般是指合同主体的变更和合同内容的变更。

2. 保险合同主体的变更

保险合同的主体不同，变更所涉及的法律程序以及法律规定也各不相同。

(1) 投保人的变更属于合同的转让或者保险单的转让，如在转移财产所有权或者经营管理权的同时将保险合同一并转让给新的财产受让人。我国《保险法》第34条规定：“保险标的的转让应当通知保险人，经保险人同意继续承保后，依法变更合同。但是，货物运输保险合同和另有约定的合同除外。”

(2) 被保险人的变更，一般只能发生在财产保险合同中。例如，某出租车营运公司作为投保人为其所属的全部出租车投保了机动车辆保险，其中牌号——京AT4675的出租车的被保险人为甲，后因甲的离职，该营运公司不得不另聘乙作为此车的司机，本保险合同中的被保险人自然也改成了乙。在人身保险合同中，保险标的即被保险人的寿命或身体，这是保险关系确立的基础，是不能变更的。如果对被保险人进行了变更，相关的承保条件、费率基准、合同具体权利义务也都发生了改变，实际上等同于订立了一个新的保险合同。

(3) 受益人的变更，根据《保险法》第63条的规定：“被保险人或者投保人变更受益人并书面通知保险人。保险人收到变更受益人的书面通知后，应当在保险单上批注。

投保人变更受益人时须经被保险人同意。”

3. 保险合同内容的变更

保险合同的内容变更表现为：财产保险在主体不变的情况下，保险合同中保险标的种类、数量、存放地点、保险险别、风险程度、保险责任、保险期限、保险费、保险金额等内容的变更。人身保险合同中被保险人职业、保险金额发生变化等。保险合同内容的变更都与保险人承担的风险密切相连，合同任何一方都有变更合同内容的权利，同时也负有与对方共同协商的义务。

2.3.3 保险合同的解除

[关闭内容](#)

1. 解除的含义

保险合同的解除是在保险合同期限尚未届满前，合同一方当事人依照法律或约定行使解除权，提前终止合同效力的法律行为。

2. 解除的形式

对于保险合同的解除，主体不同，享有的解除事项也不尽相同。

（1）投保人的解除权。一般情况下，投保人可根据自己的意愿，在保险合同成立后，随时提出解除合同的要求，如我国《保险法》第 15 条规定：“除本法另有规定或者保险合同另有约定外，保险合同成立后，投保人可以解除保险合同。”

在某些特殊情况下，投保人的解除权受到一定程度的限制，一种情况是合同订立时，投保人与保险人约定，保险合同成立后，双方都不得解除合同。那么，合同成立以后，无论是投保人还是保险人，此时都不得随意行使合同的解除权，否则要承担相应的违约责任。另一种情况是法律明文规定，在某些险种中，保险责任一旦开始，投保人不得解除合同。例如，我国《保险法》第 35 条规定：“货物运输保险合同和运输工具航程保险合同，保险责任开始后，合同当事人不得解除合同。”

（2）保险人的解除权。为了体现对投保人、被保险人和受益人利益的保护，保险法对保险人的解除权做了严格的限制，一般情况下，保险人不享有合同的解除权。例如，我国《保险法》第 16 条规定：“除本法另有规定或者保险合同另有约定外，保险合同成立后，保险人不得解除保险合同。”

但是，当某些法律规定的解除事项出现时，保险人照样有权解除合同。根据《保险法》，这些法定解除事项主要有以下几点。

1) 投保人、被保险人或者受益人违背诚实信用原则。包括：凡投保人有故意隐瞒事实，

不履行如实告知义务的，或者存在因过失未履行如实告知义务而足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的；被保险人或者受益人在未发生保险事故的情况下，谎称发生了保险事故并向保险人提出赔偿或者给付保险金请求的；投保人、被保险人或者受益人有故意制造保险事故行为的；在人身保险合同中，投保人申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合合同约定的年龄限制的，但是自合同成立之日起逾二年的除外。

2) 投保人、被保险人未履行合同义务。在财产保险合同中，投保人、被保险人未按照约定履行其对保险标的应尽的安全义务。

3) 被保险人违反危险增加的通知义务。在财产保险合同的有效期内，保险标的危险程度增加的，被保险人未按照合同约定及时通知保险人。

4) 在分期支付保险费的人身保险合同中，除合同另外约定外，投保人超过规定的期限60日未支付当期保险费的，合同效力中止。自合同效力中止之日起二年内双方未达成协议的。

2.3.4 保险合同的终止

[关闭内容](#)

保险合同的终止是保险合同成立后因法定的或约定的事由发生，法律效力消灭的法律事实。导致保险合同终止的原因多种多样，主要有以下几个方面。

1. 自然终止

自然终止是指已生效的保险合同因发生法定或约定事由导致合同的法律效力不复存在的情况。这些情况通常包括：① 保险合同期限届满；② 合同生效后承保的风险消失；③ 保险标的因非保险事故的发生而完全灭失；④ 合同生效后，投保人未按规定将合同转让，使被保险人失去保险利益，保险合同自转让之日起原有的法律效力不再存在。

2. 履约终止

履约终止是指在保险合同的有效期内，约定的保险事故已发生，保险人按照保险合同承担了赔偿或给付全部保险金的责任，保险合同即告结束。按照赔偿或给付金额是否累加，履约终止可分为以下两种不同的情况：

第一种情况是在普通的保险合同中，无论一次还是多次赔偿或给付保险金，只要保险人历次赔偿或给付的保险金总数达到保险合同约定的保险金额时，并且保险期限尚未届满，保险合同均终止。

第二种情况是在机动车辆保险和船舶保险合同中，保险人在保险有效期间赔付的保险金

不进行累加，只有当某一次保险事故的赔偿金额达到保险金额时保险合同才终止。否则，无论一次还是多次赔偿保险金，只要保险人每次赔偿的保险金数目少于保险合同约定的保险金额，并且保险期限尚未届满，保险合同继续有效且保险金额不变。

2.4 保险合同的解释

2.4.1 保险合同的解释原则

关闭内容

保险合同的解释是指当对合同条款的意思发生歧义时，法院或者仲裁机构按照一定的方法和规则对其做出的确定性判断。《合同法》第125条规定：“当事人对合同条款的理解有争议的，应当按照合同所使用的词句、合同的有关条款、合同的目的、交易习惯以及诚实信用原则，确定该条款的真实意思。合同文本采用两种以上文字订立并约定具有同等效力的，对各文本使用的词句推定具有相同含义。各文本使用的词句不一致的，应当根据合同的目的予以解释。”保险合同首先应遵循合同解释的一般原则，同时有其特性，具体来讲，保险合同的解释原则如下。

（1）文义解释。文义解释是按保险条款文字的通常含义解释，即保险合同中用词应按通用文字含义并结合上下文来解释。如中国人民保险公司的家庭财产保险条款中承保危险之一“火灾”，是指在时间或空间上失去控制的燃烧所造成的灾害。构成火灾责任必须同时具备以下三个条件：① 有燃烧现象，即有热有光有火焰；② 偶然、意外发生的燃烧；③ 燃烧失去控制并有蔓延扩大的趋势。而有的被保险人把平时用熨斗烫衣被造成焦糊变质损失也列为火灾事故要求赔偿。显然，按文义解释原则，就可以做出明确的判断。

（2）意图解释。意图解释即以当时订立保险合同的真实意图来解释合同。如我们平常逛公园的时候经常看到公园贴有这样的标语：“禁止攀枝摘花。”其实该标语也可以解释为“不允许无故毁损整株花木”，它贯彻的就是意图解释的原则。因为“不允许无故毁损整株花木”即是禁止攀枝摘花的真正目的，而非禁止一切攀枝摘花的行为。

（3）专业解释。保险业务有其特殊性，是一种专业性极强的业务。在长期的业务经营活动中，保险业产生了许多专业用语和行业习惯用语，这些用语的含义常常有别于一般的生活用语，并为世界各国保险经营者所接受和承认。为此，在解释保险合同时，对某些条款所用词句，不仅要考虑该词句的一般含义，而且要考虑其在保险合同中的特殊含义。例如，在保险合同中，“暴雨”一词不是泛指“下得很大的雨”，而是指达到一定量标准的雨，即雨量每小时在16毫米以上，或24小时降水量大于50毫米的，方可构成保险合同中所称的“暴雨”。

(4) 不利解释原则。由于保险合同具有很强的专业性和技术性，而一般的投保人对保险知识知之甚少，再加上保险合同大多由保险公司事先拟订，投保人很少有与保险人平等对话的机会，常常使得他们在合同订立中处于不利地位。为了加强对被保险人和受益人（经济上的弱者）的利益保护，我国保险法因此确定了不利解释原则。

2.4.2 保险合同解释原则的应用

关闭内容

1997年3月10日，某保险公司与沈阳某公司签订了一份财产综合险保险合同，保险标的为维生素E油，保险金额为1 000万元，保险期限为1年。双方在保险单正本特别约定一栏中注明：“附加管道破裂负责氨水泄漏。”

1997年5月18日，储藏保险标的的冷冻厂四号排污阀密封处泄漏氨水，氨水挥发成氨气熏染了维生素E油，造成维生素E油失去原有效用。事故发生后，保险双方当事人各请有关检验机构对出险原因及损失结果进行了鉴定，但意见分歧很大。保险公司以该事故不属于保险责任范围而拒赔。请问本案该如何处理？

解析：本案争论的主要焦点就是该如何理解特别约定——“附加管道破裂负责氨水泄露”。在这里，保险公司认为该特别约定的意思是：保险公司负责因氨水泄漏导致保险标的的损失，但是氨水泄漏的原因必须是由管道破裂所致，除此之外，一律不承担责任。但是，投保人、被保险人对特别约定的理解却与保险公司的出入很大，他们认为，该句话的意思是：保险公司既负责因管道破裂导致保险标的的损失，也负责因氨水泄漏导致保险标的的损失，而不论这个氨水泄漏是因管道破裂所致，还是因密封不严所致……由于“附加管道破裂负责氨水泄漏”按照通常理解进行解释，依旧存在两种以上的含义，再加上保险合同条款又是由保险公司事先拟订，所以依据不利解释原则，应当做出不利于保险公司的解释。最后，保险公司应承担赔偿责任。

第3章 保险的基本原则

3.1 最大诚信原则

3.1.1 最大诚信原则的含义

关闭内容

诚信一般是指诚实可靠、坚守信誉，是签订各种经济合同的基础。它要求合同双方

当事人中的一方对另一方不得隐瞒、欺骗，做到诚实；任何一方当事人都应善意地、全面地履行自己的义务，做到守信用。诚实信用原则是各国立法对民事、商事活动的基本要求。由于保险经营活动的特殊性，保险活动中对诚信原则的要求更为严格，要求做到最大诚信，即要求保险双方当事人在订立与履行保险合同的整个过程中要做到最大化的诚实守信。所以，最大诚信原则的基本含义是：保险双方在签订和履行保险合同时，必须以最大的诚意，履行自己应尽的义务，不得隐瞒有关保险活动的任何重要事实，双方都不得以欺骗手段诱使对方与自己签订保险合同，否则导致保险合同无效。

所谓重要事实是指任何影响保险人判断保险标的危险大小、决定是否承保、费率高低以及合同条件的各种情况。

3.1.2 最大诚信原则存在的原因

[关闭内容](#)

保险经营活动的特殊性决定了保险活动必须坚持最大诚信原则，表现在以下两个方面。

1. 保险合同以最大诚信原则约束投保人，可以避免或减少投保人的欺诈行为或道德风险

在整个保险经营活动中，保险标的始终控制在投保人、被保险人手中，投保人对保险标的的危险因素、危险程度等重要事实了如指掌。相比之下，保险人往往因没有足够的人力、物力、财力、时间对投保人、被保险人、保险标的进行详细的调查研究，因此，保险人对保险标的的了解不如投保人那么全面深刻，保险经营活动要能正常进行，就要求投保人一方在合同订立与履行过程中将保险标的的危险因素、危险程度等重要事实如实告知保险人。例如，海上保险合同的签订地点往往远离船舶和货物所在地，投保人对保险标的的价值及风险程度等情况陈述是否完整准确，直接影响到保险人是否承保以及保险费率的确定，投保人的任何欺骗或隐瞒行为，必然会侵害保险人的利益。所以，英国早在《1906年海上保险法》第17条就规定：“海上保险合同为基于最大诚信的合同，如果一方不恪守诚信原则，另一方可宣布合同无效。”要求投保人自动地对“凡影响保险人确定保险费率或决定是否承保的情况做出正确的、充分的披露”。

2. 保险条款一般由保险人事先拟定或由管理机关制定，具有较强的专业性和技术性，这就要求保险人也必须坚持最大诚信原则，必须将保险合同的主要内容告知投保人、被保险人

保险人对于合同的具体内容，如费率、赔偿方式、各种条款等的了解程度远胜过投保人，

保险费率是否合理，承保条件及赔偿方式是否苛刻等均取决于保险人的诚意。《保险法》第 17 条规定：“订立保险合同，保险人应当向投保人说明保险合同的条款内容。”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。”

不过，由于保险人经营以信用为基础，任何违反经营信誉的行为将会成为今后业务开展的障碍。而且法院对于保险判案，多做对合同非起草方（投保人）有利的解释，保险人违反诚信的情况少见，所以最大诚信原则多用于约束投保人。

3.1.3 最大诚信原则的主要内容

关闭内容

最大诚信原则的主要内容包括告知、保证、弃权与禁止反言。在早期的保险合同及有关法律规定的中，告知与保证主要是对投保人与被保险人的约束，而现代保险合同及有关法律规定的中的告知与保证则是对投保人、保险人等保险合同关系人的共同约束。弃权与禁止反言的规定主要是约束保险人的。

1. 告知

（1）告知的概念。告知包括狭义告知和广义告知两种。狭义告知仅指投保人在与保险人签订保险合同成立时，就保险标的的有关事项向保险人进行口头或书面陈述；而广义告知是指保险合同订立时，投保人必须就保险标的的危险状态等有关事项向保险人进行口头或书面陈述，以及合同订立后，标的的危险变更、增加或事故的发生及时通知保险人。事实上，在保险实务中所称的告知，一般是指狭义告知。关于保险合同订立后保险标的的危险变更、增加，或保险事故发生时的告知，一般称为通知。在此所述的告知仅指狭义告知。

（2）告知的内容。在保险合同订立时，要求投保人应将那些足以影响保险人决定是否承保和确定费率的重要事实如实告知保险人。投保人必须告知的重要事实主要有：保险标的物的危险或损失可能超出正常情况的现象；与保险标的有联系的道德风险；涉及投保人或被保险人的一些事实。例如，将财产保险中保险标的的价值、品质、风险状况等如实告知保险人；将人身保险中被保险人的年龄、性别、健康状况、既往病史、家族遗传史、职业、居住环境、嗜好等如实告知保险人。要求保险人告知的内容主要有两方面：

- ① 在保险合同订立时要主动向投保人说明保险合同条款内容，对于责任免除条款还要进行明确说明。
- ② 保险合同约定的条件满足后或保险事故发生后，保险人应按合同约定如实履行给付或赔偿义务。

(3) 告知的形式。国际上对于告知的立法形式有两种，即无限告知和询问回答告知。

1) 无限告知。即法律上或保险人对告知的内容没有明确规定，投保人必须主动地将保险标的的风险状况、危险程度及有关重要事实如实告知保险人。

2) 询问回答告知。又称主观告知，指投保人只对保险人询问的问题如实告知，对询问以外的问题投保方无须告知。早期保险经营活动中的告知形式主要是无限告知。随着保险经营技术水平的提高，目前世界上许多国家，包括我国在内的保险立法都是采用询问回答告知的形式。《保险法》第 17 条规定：“保险人可以就保险标的或者被保险人的有关情况提出询问，投保人应当如实告知。”一般操作方法是保险人将需投保方告知的内容列在投保单上，要求投保方如实填写。

《中华人民共和国合同法》第 39 条规定，保险人在履行其订约阶段的告知义务时，应“采取合理的方式提请对方注意免除或者限制其责任的条款”，并“按照对方的要求，对该条款予以说明”。在保险实务中，保险人也正在采用各种“合理的方式”来履行这一法定义务：将免责条款用黑体印刷，使用不同字号，放置在显著位置，用彩图来表现等。根据《保险法》第 25 条的规定，在理赔阶段，保险人应以书面通知的形式来履行其告知义务。

2. 保证

(1) 保证的概念。保证是最大诚信原则的另一项重要内容。在保险合同中，所谓保证是指保险人要求投保人或被保险人做或不做某事，或者使某种事态存在或不存在做出承诺。保证是保险人签发保险单或承担保险责任时要求投保人或被保险人履行某种义务的条件，其目的在于控制风险，确保保险标的及其周围环境处于良好的状态中。例如，投保家庭财产保险时，投保人或被保险人保证不在家中放置危险物品，此承诺即保证。若无以上保证，则保险人将不接受承保，或将改变此保单所适用的费率。

(2) 保证的形式。根据保证存在的形式，通常可分为明示保证和默示保证两种：

1) 默示保证。默示保证的内容虽不载明于保险合同之上，但它一般是国际惯例所通行的准则，是习惯上或社会公认的被保险人应在保险实践中遵守的规则。默示保证的内容通常是以往法庭判决的结果，是保险实践经验的总结。默示保证在海上保险中运用比较多，如海上保险的默示保证有三项：① 船舶的适航性，是指船舶在开航前应具备的必要条件，即船体、设备、供给品、船员配备和管理人员都要符合安全标准，并有适航的能力。② 不变更航程，船舶航行于经常和习惯的航道，意味着风险小、安全，除非因躲避暴风雨或求助他人，否则不得变更航程。③ 航程具有合法性，即被保险人保证其船舶不从事非法

经营活动或运载违禁物品等。

2) 明示保证。指以文字或书面的形式载明于保险合同中，成为保险合同的条款。例如，我国机动车辆保险条款：“被保险人必须对保险车辆妥善保管、使用、保养，使之处于正常技术状态。”明示保证是保证的重要表现形式。明示保证又可分为确认保证和承诺保证。① 确认保证。确认保证是要求投保人或被保险人对过去或投保当时的事实做出如实的陈述，而不是对该事实以后的发展情况做出保证。例如，投保人身保险时，投保人保证被保险人在过去和投保当时健康状况良好，但不保证今后也一定如此。② 承诺保证。指投保人对将来某一事项的作为或不作为的保证，即对该事项今后的发展做出保证。例如，在投保家庭财产盗窃险时，保证家中无人时，门窗一定要关好、上锁。

默示保证与明示保证具有同等的法律效力，被保险人都必须严格遵守。保证与告知都是对投保人或被保险人诚信的要求，但二者还是有区别的。告知强调的是诚实，对有关保险标的的重要事实如实申报；而保证则强调守信，恪守诺言，言行一致，许诺的事项与事实一致。所以，保证对投保人或被保险人的要求比告知更为严格。此外，告知的目的在于使保险人能够正确估计其所承担的危险；而保证则在于控制危险。

3. 弃权与禁止反言

弃权是指保险人放弃其在保险合同中可以主张的某种权利。禁止反言是指保险人已放弃某种权利，日后不得再向被保险人主张这种权利。比如，在海上保险中，保险人已知被保险轮船改变航道而没提出解除合同，则视为保险人放弃对不能改变航道这一要求的权利，因改变航道而发生保险事故造成的损失，保险人就要赔偿。值得注意的是，弃权与禁止反言在人寿保险中有特殊的时间规定，规定保险方只能在合同订立之后一定期限内（一般为两年）以被保险方告知不实或隐瞒为由解除合同，如果超过规定期限而没有解除合同，则视为保险人已经放弃这一权利，不得再以此由解除合同。

3.1.4 最大诚信原则的违反及法律后果

[关闭内容](#)

违反最大诚信便是破坏最大诚信，包括违反实质性重要事实的告知和破坏保证两方面。

1. 违反告知及其法律后果

由于保险合同是建立在当事人双方最大诚信原则基础之上的，况且保险标的都在被保险方的监督控制之下，因而要求投保方对所有实质性重要事实予以正确无误的告知，保险人才能在自己技术和经济能力的基础上，权衡是否承保或基于何种条件承保，任何重要

事实的不正确告知，都有可能导致保险人做出错误的决定。

投保人或被保险人违反告知的表现主要有四种：① 隐瞒。投保人一方明知一些重要事实而有意不申报。② 漏报。投保人一方对某些重要事实误认为不重要而遗漏申报，或由于疏忽对某些事项未予申报。③ 误告。投保人一方因过失而申报不实。④ 欺诈。投保人一方有意捏造事实，弄虚作假，故意对重要事实不做正确申报并有欺诈意图。

各国法律对违反告知的处分原则是区别对待的。① 要区分其动机是无意还是故意。对故意的处分比无意的重。② 要区分其违反的事项是否属于重要事实，对重要事实的处分比非重要事实的重。比如，《保险法》第 17 条规定：“投保人因过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对于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，但可以退还保险费。”“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，并且不退还保险费。”

2. 破坏保证及其法律后果

与告知不同的是，保险合同涉及的所有保证内容，无论是明示保证还是默示保证，均属于重要事实，因而投保方必须严格遵守。若投保方一旦违背或破坏保证内容，保险合同即告失效，或保险人拒绝赔偿损失或拒绝给付保险金。而且除人寿保险外，保险人一般不退还保险费。

3.2 保险利益原则

3.2.1 保险利益原则的含义及意义

[关闭内容](#)

1. 保险利益原则的含义

保险利益也称可保利益，是指被保险人对其所投保的标的所具有的法律上认可的经济利益，也就是说，标的的损坏或灭失对被保险人有着利害关系。如果财产安全，投保人就能得益；如果财产受损，其利益亦遭受损害。所谓保险利益原则是指在签订和履行保险合同的过程中，投保人和被保险人对保险标的必须具有保险利益。我国《保险法》第 12 条规定：“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。”但人身保险合同除外。

美国经济学家萨缪尔森在他的《经济学》一书中就保险利益举了一个生动的例子，其意如下：雪对一般人来说，是没有什么利益可言的，但对某处高地旅馆的老板，却有保险利益。如果在 12 月 20 日左右下大雪，他的旅馆就会招来很多滑雪的游客，从而收到大

批租金；如果到期没下雪，那么这家旅馆就门可罗雀，生意清淡。因此，雪对这家旅馆的老板就具有保险利益。

2. 保险利益原则的意义

保险利益原则规定，投保人对保险标的必须具有法律上承认的利益，否则，保险合同无效。在保险经营活动中，坚持保险利益原则意义深远。

（1）防止道德风险的发生。如果投保人以没有保险利益的保险标的投保，则有可能出现投保人为获得保险赔偿而任意购买保险，并盼望事故发生的现象；更有甚者，为了获得巨额赔偿或给付，采用纵火、谋财害命等手段，故意制造保险事故，增加了道德风险事故的发生。在保险利益原则的规定下，由于投保人与保险标的之间存在利害关系的制约，投保的目的是为了获得一种经济保障，一般不会诱发道德风险。

（2）避免赌博行为的发生。在保险业刚刚兴起的时候，有人以与自己毫无利害关系的远洋船舶与货物的安危为赌注，向保险人投保。若船货安全抵达目的地，则投保人丧失少量已付保费；若船货在航行途中灭失，他便可获得高于所交保险费几百倍甚至上千倍的额外收益，这种收益不是对损失的补偿，是以小的损失谋取较大的经济利益的投机行为。于是，人们就像在赛马场上下赌注一样买保险，严重影响了社会的安定。英国政府于18世纪通过立法禁止了这种行为，维护了正常的社会秩序，保证了保险事业的健康发展。保险利益原则规定，投保人的投保行为必须以保险利益为前提，一旦保险事故发生，投保人获得的就是对其实际损失的补偿或给付，这就把保险与赌博从本质上区分开来。

（3）便于衡量损失赔偿金额，避免保险纠纷的发生。保险人对被保险人的保障，不是保障保险标的本身不遭灾受损，而是保障保险标的遭受损失后被保险人的利益，补偿的是被保险人的经济损失；而保险利益以投保人对保险标的的现实利益以及可以实现的预期利益为限，因此是保险人衡量损失及被保险人获得赔偿的依据。保险人的赔付金额不能超过保险利益，否则被保险人将因此获得额外利益，这有悖于损失补偿原则。再者，如果不以保险利益为原则，还容易引起保险纠纷。例如，借款人以价值30万元的房屋作抵押向银行贷款15万元，银行将此抵押房屋投保，房屋因保险事故全损，银行作为被保险人其损失是15万元还是30万元呢？保险人应赔付15万元还是30万元？如果不根据保险利益原则来衡量，银行的损失就难于确定，就可能引起保险双方在赔偿数额上的纠纷。而以保险利益原则为依据，房屋全损只会导致银行贷款本金及利息的难以收回，因此，银行最多损失15万元及利息，保险公司不用赔付30万元。

3.2.2 构成保险利益的必要条件

[关闭内容](#)

保险利益是订立保险合同的前提条件，无论是财产保险合同，还是人身保险合同，必须以保险利益的存在为前提，因此保险利益的确立十分重要。投保人对保险标的的利益关系并非都可作为保险利益，它必须符合以下几个条件。

1. 保险利益必须是确定的利益

保险利益必须是一种确定的利益，是投保人对保险标的在客观上或事实上已经存在或可以确定的利益。这种利益是客观存在的利益，不是当事人主观臆断的利益。财产保险的保险利益必须是财产或同财产相关联的利益；人身保险的保险利益必须是人的身体或生命；责任保险的保险利益必须是不幸事故发生后所丧失的权益等。

2. 保险利益必须是经济上能计（估）价的利益

由于保险补偿是经济补偿或给付，只有投保人或被保险人的保险利益能够用货币反映其价值或进行估价，保险人才能对被保险人的损失进行补偿或给付，否则，无法实施保险职能。因此，投保人对保险标的的保险利益在数量上应该可以用货币来计量，无法计量的利益不能成为保险利益。财产保险中，保险利益一般可以精确计算，对那些像纪念品、日记、账册等不能用货币计量其价值的财产，尽管它们与被保险人有利害关系，但不能作为保险利益，接受其投保。人身保险合同的保险利益有一定的特殊性，由于人身无价，只要求投保人与被保险人具有利害关系，就认为投保人对被保险人具有保险利益。在某些特殊情况下，人身保险的保险利益也可加以计算和限定。比如，债权人对债务人生命的保险利益可以确定为债务的金额加上利息及保险费。

3. 保险利益必须是合法的利益

投保人对保险标的所具有的经济利益必须是国家法律所承认的。只有法律上认可的合法利益才能受到国家法律的保护，因此，保险利益必须是符合国家法律法规、符合社会公共利益、为法律所承认并受到法律保护的利益。例如，在财产保险中，投保人对由保险标的的所有权、占有权、使用权及收益权等产生的利益，必须是依照法律、法规、有效合同等合法取得、合法享有、合法承担的，因违反法律规定或损害社会公共利益而产生的利益，不能作为保险利益。例如，因贪污、走私、盗窃、偷税漏税等非法行为所得的利益不得作为投保人的保险利益而投保，如果投保人为非法手段取得的利益投保，则保险合同无效。

4. 保险利益必须是具有经济利害关系的利益

投保人对保险标的必须具有经济利害关系。这里的经济利害关系是指，因标的的存在、

完好、健在，而使利害关系人获得经济利益，因标的的毁损灭失而使利害关系人遭受经济损失，即保险标的的安全与损害直接关系到投保人的切身经济利益。而投保人与保险标的之间不存在经济利害关系是不能签订保险合同的。

《保险法》规定，在财产保险合同中，保险标的的毁损灭失直接影响投保人的经济利益，视为投保人对该保险标的具有保险利益；在人身保险合同中，投保人的直系亲属，如配偶、子女，债务人等的生老病死，与投保人有一定的经济关系，视为投保人对这些人具有保险利益。

3.2.3 保险利益的种类

[关闭内容](#)

1. 财产保险的保险利益

财产保险的保险标的是财产及其有关利益，凡因财产及其有关利益而遭受损失的投保人，对其财产及有关利益具有保险利益。财产保险的保险利益有下列情况：

(1) 财产所有人、经营管理者、财产保管人及承租人的保险利益。一旦其财产毁损灭失，财产所有人就会使自己遭受经济损失而对该财产具有保险利益；财产的经营管理者、保管人、承租人，对他们所经营、保管、使用的财产负有经济责任，因而具有保险利益；故他们可以为其拥有、经营、保管或承租的财产投保。例如，房屋所有权人可以为房屋投保家庭财产险；承运人可为托运的货物投保运输保险；企业经营者可以为其经营的财产投保企业财产险；房屋承租人可以为所租赁的房屋投保火灾保险。

(2) 抵押权人与质权人的保险利益。抵押与出质都是债务的一种担保，当债务人不能清偿债务时，抵押权人或质权人有从抵押或出质的财产价值中优先受偿的权利，因而对抵押、出质的财产均具有保险利益。就银行抵押贷款的抵押品而言，在贷款未还之前，抵押品的毁损灭失会使银行蒙受损失，银行对抵押品具有保险利益；在借款人偿还贷款后，银行对抵押品的抵押权消失，其保险利益也随之消失。

(3) 合同双方当事人的保险利益。在合同关系中，一方当事人或双方当事人，只要合同标的的毁损会给他们带来经济损失，其对合同标的就具有保险利益。例如，在进出口贸易中，出口方或进口方均具有投保货物运输保险的保险利益。

2. 人身保险的保险利益

人身保险的保险标的是人的生命或身体，签订人身保险合同要求投保人与保险标的之间存在经济利害关系。根据《保险法》第 53 条的规定，人身保险的保险利益可分为以下四种情况。

(1) 本人对自己的生命和身体具有保险利益，可以作为投保人为自己投保。

(2) 投保人对配偶、子女、父母的生命和身体具有保险利益，可以作为投保人为他们投保。由于配偶之间、父母与子女之间具有法律规定的抚养或赡养责任，被保险人的死亡或伤残会给投保人造成经济损失，所以投保人对其配偶、父母、子女具有保险利益，可以作为投保人为他们投保。

(3) 投保人对上述两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、近亲具有保险利益。由于与投保人有抚养、赡养或者扶养关系的家庭成员、近亲属的伤亡，可能会给投保人带来经济上的损失，因此，投保人对他们具有保险利益，可以为他们投保。

(4) 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。在国外，就判定投保人对他人的生命和身体是否具有保险利益方面，主要有两种观点：一是利害关系论。只要投保人对被保险人的存在具有精神和物质幸福，被保险人死亡或伤残会造成投保人痛苦和经济损失，有这种利害关系存在就具有保险利益。英美等国一般采用这种主张，如认为债权人对债务人具有保险利益，企业对其职工具有保险利益。二是同意或承认论。只要投保人征得被保险人同意或承认，就对其生命或身体具有投保人身保险的保险利益。德国、日本、瑞士等国采用这种观点。根据《保险法》第 53 条的规定可以看出，我国对人身保险合同的保险利益的确定方式是采取了限制家庭成员关系范围并结合被保险人同意的方式。

3. 责任保险的保险利益

责任保险的保险标的是被保险人对第三者依法应负的赔偿责任，因承担经济赔偿责任而支付损害赔偿金和其他费用的人具有责任保险的保险利益。责任保险的保险利益主要有以下四种：

(1) 雇主责任保险的保险利益。雇主对雇员在受雇期间从事业务因遭受意外导致伤残、死亡或患有有关的职业性疾病，而依法或根据雇用合同应承担经济赔偿责任的（如医药费、工伤补贴、家属抚恤金等），应具有保险利益，可投保雇主责任保险。

(2) 公众责任保险的保险利益。各种公众或非公众场所（如旅馆、商店、影剧院、工程建设工地等）的所有者或经营者，对因这些场所的缺陷或管理上的过失及其他意外事件导致顾客、观众等人身伤害或财产损失，依法应对受害人承担经济赔偿责任，应具有保险利益，可投保公众责任险。

(3) 职业责任保险的保险利益。各类专业人员，如医师、律师、建筑师、设计师等，可

能由于工作上的疏忽或过失使他人遭受损害而必须依法承担经济赔偿责任，因而具有保险利益，可投保职业责任保险。

（4）产品责任保险的保险利益。制造商、销售商因商品质量缺陷或其他问题给消费者造成人身伤害或财产损失，依照法律应承担经济赔偿责任，因而对这种侵权责任具有保险利益，可投保产品责任险。

4. 信用与保证保险的保险利益

信用与保证保险的保险标的是一种信用行为。信用保险的保险利益是指债权人担心债务人到期无法偿还债务而致使自身遭受经济损失，从而债权人对债务人的信用具有保险利益，债权人可以投保信用保险。保证保险的保险利益是指债务人对自身的信用具有保险利益，可以按照债权人的要求投保自身信用的保险，即保证保险。

3.2.4 保险利益的时效

[关闭内容](#)

1. 财产保险的保险利益时效规定

财产保险一般要求从保险合同签订到合同终止，始终都应具有保险利益。如果投保时存在保险利益，发生损失时已丧失保险利益，则保险合同无效，被保险人无权获得赔偿。但货物运输保险例外，只要求索赔时被保险人对保险标的具有保险利益即可。因为货物运输保险的利益方比较多，经济关系复杂，保险合同随货物运输保险提单转让而转让，保险标的不受被保险人所控制，所以货物运输保险在保险标的受损时存在保险利益就行。

2. 人身保险的保险利益时效规定

人身保险的保险期限通常较长并具有储蓄性，因而强调在签订保险合同时投保人必须具有保险利益，而索赔时不必具有保险利益。即使投保人对被保险人因离异、雇佣合同解除或其他原因而丧失保险利益，保险合同效力并不受影响，保险人仍要承担给付被保险人保险金的责任。例如，某甲以自己为受益人为其丈夫某乙投保死亡保险，并征得某乙的同意，后双方离婚，被保险人未变更受益人，这样，在某乙因保险事故死亡后，某甲作为受益人并不因已丧失妻子的身份而丧失保险金的请求权。

3.3 近因原则

3.3.1 近因及近因原则的含义

[关闭内容](#)

近因是引起保险标的损失的最直接、最有效、起决定作用的原因，而不是指时间上或空间上最接近的原因。英国学者约翰·T·斯蒂尔将近因定义为：“近因是指引起一系

列事件发生，并由此导致某种后果的能动的、起决定作用的原因。”1924年，英国上议院宣读的法官判词中对近因做了进一步的说明：“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。”

近因原则是判断风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。长期以来，它是保险实务中处理赔案时所遵循的重要原则之一。保险损失的近因，是指引起保险事故发生的最直接、最有效、起主导作用或支配作用的原因。近因原则的基本含义是：若造成保险标的损失的近因属于保险责任范围，则保险人应负赔偿责任；若造成保险标的损失的近因不属于保险责任范围，则保险人不负赔偿责任，即只有当承保危险是损失发生的近因时，保险人才承担赔偿责任。

3.3.2 近因的认定及近因原则的应用

关闭内容

近因的判断正确与否，关系到保险双方的切身利益。近因原则从理论上讲比较简单，但在实践中，要从众多复杂的原因中确定近因具有相当的难度。因此，如何确定损失近因要具体问题具体分析。

1. 认定近因的基本方法

认定近因的关键是确定风险因素与损失之间的关系，确定这种因果关系的基本方法有以下两种：

（1）顺推法。从原因推结果，即从最初事件出发，按逻辑推理直到最终损失发生，最初事件就是最后一个事件的近因。比如，雷击折断大树，大树压坏房屋，房屋倒塌致使家用电器损毁，家用电器损毁的近因就是雷击。

（2）逆推法。从结果推原因。从损失开始，从后往前推，追溯到最初事件，如没有中断，则最初事件就是近因。比如，第三者被两车相撞致死，导致两车相撞的原因是其中一位驾驶员酒后开车，酒后开车就是第三者死亡的近因。

2. 近因原则的应用

保险人在分析引起损失的原因时应以最先发生的原因作为近因，从应用近因原则来进行近因认定和保险责任认定来看，可能会有以下几种情况。

（1）损失由单一原因所致。若保险标的损失由单一原因所致，那么该原因就是近因。若这个近因属于保险风险，保险人应承担损失赔偿责任；若该项近因属未保风险或除外责任，则保险人不承担损失赔偿责任。例如，某人投保了企业财产险，地震引起房屋倒塌，使机器设备受损。若此险种列明地震列为不保风险，则保险人不予赔偿；若地震列为保

险风险，则保险人承担赔偿责任。

（2）损失由同时发生的多种原因所致。多种原因同时导致损失，即各原因的发生无先后之分，且对损害结果的形成都有直接与实质的影响效果，那么原则上它们都是损失的近因。至于是否承担保险责任，可分为两种情况：

1) 多种原因均属保险风险，保险人负责赔偿全部损失。例如，暴雨和洪水均属保险责任，暴雨和洪水同时造成家庭财产损失，保险人负责赔偿全部损失。

2) 多种原因中，既有被保风险，又有除外风险，保险人的责任视损害的可分性如何而定。如果损害是可以划分的，保险人就只负责被保风险所致损失部分的赔偿。如果损害难以划分，则保险人按比例赔付或与被保险人协商赔付。

（3）损失由连续发生的多种原因所致。多种原因连续发生，即各原因依次发生，持续不断，且具有前因后果的关系。若损失是由两个以上的原因所造成的，且各原因之间的因果关系并未中断，那么最先发生并造成一连串事故的原因为近因。如果该近因属于保险责任，保险人应负责赔偿损失；反之，不承担赔偿责任。具体分析如下。

1) 连续发生的原因都是被保风险，保险人承担赔偿责任。例如，财产险中，火灾、爆炸都属于保险责任，如爆炸引起火灾，火灾导致财产损失这样一个因果关系过程，保险人应赔偿损失。

2) 连续发生的原因中，既有被保风险，又有未保风险或除外风险，这又分为两种情况：

① 若前因是被保风险，后因是未保风险或除外风险，且后因是前因的必然结果，保险人赔偿全部损失。例如，英国有一个著名的案例：有一艘装载皮革和烟叶的船舶遭遇海难，大量海水浸入船舱，皮革腐烂。海水虽未直接接触烟叶，但由于腐烂皮革的恶臭，使烟叶完全变质。当时被保险人以海难为近因要求保险人全部赔付，但保险人却以烟叶包装没有水渍的痕迹为由而拒赔。最后法院判决，本案海难对皮革和烟叶损失均是近因，海水渗入与皮革腐烂和烟叶完全变质的近因关系并未中断，保险人应负赔偿责任。② 前因是未保风险或除外风险，后因是承保风险，后因是前因的必然结果，保险人不承担损失赔偿责任。例如，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，莱兰船舶公司的一艘轮船被敌潜艇用鱼雷击中，但仍拼力驶向哈佛港。由于情况危急，又遇到大风，港务当局担心该船会沉在码头泊位上堵塞港口，拒绝它靠港，在航行途中船底触礁，终于沉没。该船只投保了海上一般风险，没有保战争险，保险公司予以拒赔。法庭判决损失的近因是战争，保险公司胜诉。虽然在时间上导致损失的最近原因是触礁，但船在被鱼雷击中了以后，始终没有脱离险情，触礁是被鱼雷击中引起的，被

鱼雷击中（战争）属未保风险。

（4）损失由间断发生的多项原因所致。致损原因有多个，他们是间断发生的，在一连串连续发生的原因中，有一项新的独立的原因介入，使原有的因果关系链断裂，并导致损失，则新介入的独立原因就是近因。若新介入的独立原因为被保风险，则保险人应付赔偿责任；反之，保险人不承担损失赔偿或给付责任。例如，我国某企业集体投保团体人身意外伤害保险，被保险人王某骑车被卡车撞倒，造成伤残并住院治疗，在治疗过程中王某因急性心肌梗塞而死亡。由于意外伤害与心肌梗塞没有内在的必然联系，心肌梗塞并非意外伤害的结果，故属于新介入的独立原因。心肌梗塞是被保险人死亡的近因，它属于疾病范围，不包括在意外伤害保险的责任范围，故保险人对被保险人的死亡不负责任，只对其意外伤残按规定支付了保险金。

3.4 损失补偿原则

3.4.1 损失补偿原则的含义

[关闭内容](#)

损失补偿原则的基本含义是指当保险事故发生并导致被保险人经济损失时，保险人给予被保险人的经济赔偿数额，恰好弥补被保险人因保险事故所造成的保险金额范围内的损失，但被保险人不能因损失而获得额外利益。损失补偿原则包括两层含义。

（1）补偿以保险责任范围内损失的发生为前提，即有损失发生就有补偿，无损失则无补偿。在保险合同中体现为：被保险人因保险事故所致的经济损失，依据保险合同有权获得赔偿，保险人也应及时承担合同约定的保险保障义务。

（2）补偿以被保险人的实际损失为限，达到通过保险补偿使被保险人恢复到受损失前的经济状态的目的，不允许被保险人因损失而获得额外收益。但保险合同通常规定，保险事故发生时，被保险人有义务积极抢救保险标的，防止损失进一步扩大。被保险人抢救保险标的所支出的合理费用，由保险人负责赔偿。《保险法》第42条规定：“保险事故发生时，被保险人有责任尽力采取必要的措施，防止或者减少损失。保险事故发生后，被保险人为防止或者减少保险标的的损失所支付必要的、合理的费用，由保险人承担；保险人所承担的数额在保险标的的损失赔偿金额以外另行计算，最高不超过保险金额的数额。”这主要是为了鼓励被保险人积极抢救保险标的，以减少社会财富的损失。

遵循损失补偿原则的意义：真正发挥保险的经济补偿职能；避免将保险演变成赌博行为；防止诱发道德风险的发生。

3.4.2 损失补偿原则的限制

[关闭内容](#)

1. 损失补偿以实际损失为限

在补偿性保险合同中，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，全部损失全部赔偿，部分损失部分赔偿。比如，医疗保险中以被保险人实际花费的医疗费用为限。财产保险中以受损标的的当时市价为限，即以受损标的的当时的市场价计算赔款额，赔款额不应超过该项财产损失时的市价。这是因为财产的价值经常发生变化，只有以受损时的市价作为依据计算赔款额，才能使被保险人恢复到受损前的经济状况。例如，一台机床投保时按其市价确定保险金额为 5 万元，发生保险事故时的市价为 2 万元，保险人只应赔偿 2 万元，尽管保险金额为 5 万元。因为 2 万元的赔偿足以使被保障人恢复到受损前的水平。

2. 损失补偿以保险金额为限

保险金额是指保险人承担赔偿责任或者给付保险金责任的最高限额，也是计算保险费的依据。保险人的赔偿金额不能超过保险金额，只能低于或等于保险金额。因为保险金额是以保险人已收取的保费为条件确定的保险最高责任限额，超过这个限额，将使保险人收取的保险费不足以抵补赔偿支出，影响保险人的经营稳定。即使发生通货膨胀，仍以保险金额为限。例如，某一房屋投保时按其市价确立保险金额为 30 万元，发生保险事故全损，全损时的市价为 40 万元，保险人的赔偿金额应为 30 万元，因为保险金额为 30 万元。

3. 损失补偿以保险利益为限

被保险人在保险事故发生时对保险标的所具有的保险利益是其向保险人索赔的必要条件，保险人对被保险人的赔偿金额要以被保险人对受损标的所具有的保险利益为限，被保险人所得的赔偿以其对受损标的的保险利益为最高限额。保险事故发生时，如果被保险人已丧失了对保险标的的全部保险利益，保险人不予赔偿；如果被保险人已丧失了对保险标的的部分保险利益，那么保险人对被保险人的赔偿仅以仍然存在的那部分保险利益为限。

在财产保险中，如果保险标的受损时财产权益已全部转让，则被保险人无权索赔；如果受损时保险财产已部分转让，则被保险人对已转让的那部分财产所遭受的损失无索赔权。例如，李某独立经营一条运输船，投保时船的保险价值保险金额为 500 万元，保险期限 1 年。投保 3 个月后，将其船只的 60% 转让给王某，投保 8 个月后船全损。保险人只赔给李某 200 万元的损失。再如，在银行抵押贷款中，如银行将抵押品投保，则

银行的可保利益以其贷款额度为限。某企业以价值 200 万元的厂房作抵押贷款 100 万元，后发生保险事故厂房全损，保险人给银行的最高赔偿金额只能是 100 万元。若贷款已经收回，则以银行名义投保的保险合同无效，银行无权索赔。

3.4.3 损失补偿方式

[关闭内容](#)

损失补偿方式是损失补偿原则的具体应用。

1. 第一损失赔偿方式

即在保险金额内，按照实际损失赔偿。当损失金额小于或等于保险金额时，赔偿金额为损失金额；当损失金额大于保险金额时，赔偿金额等于保险金额。这种赔偿方式是把保险财产的价值分为两部分，第一部分为保险金额以内的部分，这部分已经投保，保险人应当承担损失赔偿责任；第二部分是超过保险金额的部分，这部分保险人不予赔偿。故称为第一损失赔偿方式。

2. 比例赔偿方式

在不定值保险条件下，若保险金额等于或大于保险价值，即足额或超额保险时，其赔偿金额等于损失金额；若保险金额小于保险价值，即不足额保险时，其赔偿金额的计算公式为：

赔偿金额=损失金额' 保险保障程度

保险保障程度= 保险金额 ' 100%

损失当时财产的保险价值

例如，某企业投保了企业财产保险，保险金额为 2 700 万元，保险事故发生时，保险价值为 3 000 万元。若发生全部损失，则保险人赔偿 2 700 万元；若发生部分损失，损失金额为 2 000 万元，则按比例计算的赔偿金额为：

赔偿金额=2 000' 2 700/3 000=1 800（万元）

3.4.4 损失补偿原则的例外

[关闭内容](#)

1. 人身保险

人身保险是以人的生命和身体为保险标的的一种保险，而人的生命和身体是不能简单地用货币衡量其价值的，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缓解被保险人及其家庭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求程度和支付保险费的能力来确定的，当保险事故发生时，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

定值保险是财产保险的一种，在订立保险时，保险合同双方当事人约定保险标的的价值，并以此确定为保险金额，视为足额保险。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是大于还是小于保险金额，均按损失程度十足赔付。其计算公式为：

赔偿金额=保险金额' 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。海洋运输货物保险通常采用定值保险的方式，因为运输货物出险地点不固定，各地的市价一样，如果按照损失当时的市价确定损失，不仅很麻烦，而且容易引起纠纷，故采用定值保险的方式。

例如，若某远洋货物运输公司为其运输的某种货物投保了定值保险，其保险金额为 300 万元，保险价值为 300 万元。保险事故发生时，若发生全部损失，则保险人赔偿 300 万元；若发生部分损失，损失程度为 75%，则按比例计算的赔偿金额为：

赔偿金额=300' 75%=225（万元）

3. 重置价值保险

重置价值保险是指以被保险人重置或重建保险标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。因此保险人允许投保人按超过保险标的实际价值的重置或重建价值投保，发生保险事故时，保险人按重置或重建成本赔付。这样就有可能出现保险赔款大于实际损失的情况，所以重置价值保险也是损失补偿原则的例外。

3.5 损失补偿原则的派生原则

3.5.1 代位追偿原则

[关闭内容](#)

1. 代位追偿原则的含义

代位追偿原则是指在财产保险中，保险标的发生保险事故造成推定全损，或者保

险标的由于第三者责任导致损失，保险人按照合同的约定履行赔偿责任后，依法取得对保险标的的损失负有责任的第三者的追偿权或对保险标的的所有权。我国《保险法》第45条规定：“因第三者对保险标的的损害而造成保险事故的，保险人自向被保险人赔偿保险金之日起，在赔偿金额范围内代位行使被保险人对第三者请求赔偿的权利。”保险人所获得的这种权利就是代位追偿权。所谓推定全损是指保险标的遭受保险事故尚未达到完全损毁或完全灭失的状态，但实际全损已不可避免；或者修复和施救费用将超过保险价值；或者失踪达到一定时间，保险人按照全损处理的一种推定性的损失。

坚持代位追偿原则是为了防止被保险人由于保险事故的发生而获得超额赔偿。当保险事故是由被保险人以外的第三者造成的，被保险人既可以依据保险合同规定向保险人要求赔偿，也可以依据法律规定的民事损害赔偿责任向第三者要求赔偿。如果由保险人和第三者同时赔偿被保险人的损失，就有可能使被保险人获得双重赔偿，这不符合损失补偿原则。如果仅由第三者赔偿，又往往会使被保险人得不到及时补偿。于是法律规定了代位追偿原则，以保证当保险标的因第三者责任而遭受损失时，保险人支付的赔款与第三者赔偿的总和，不超过保险标的的实际损失。

2. 代位追偿原则的适用范围

（1）保险代位追偿原则仅适用于财产保险合同，而不适用于人身保险合同。人身保险的被保险人伤残或死亡，被保险人、受益人可以同时得到保险人给付的保险金和第三者负责的赔偿金额。因为人身价值是无法以货币形式来衡量的，不存在额外收益问题。《保险法》第68条规定：“人身保险的被保险人因第三者的行为而发生死亡、伤残或者疾病等保险事故的，保险人向被保险人或者受益人给付保险金后，不得享有向第三者追偿的权利。”

（2）在财产保险合同中，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，除非被保险人的家庭成员或者其组成人员故意造成保险事故。因为被保险人的家庭成员或其组成人员（如职工）往往与被保险人具有一致的经济利益关系，即他们的利益受损，被保险人的利益也同样遭受损失；他们的利益得到保护，实质上也就是保护了被保险人的利益。如果被保险人的家庭成员或者其组成人员由于过失行为导致保险财产损失，保险人对被保险人先行赔偿，而后向被保险人的家庭成员或其组成人员追偿损失，则无异于又向被保险人索还；即保险人一只手将保险金支付给被保险人，另一只手又把保险金收回，被保险人的损失将得不到真正的补偿。因此，保险人不得向被保险人的家庭成员或其组成人员行使代位追偿权，除非他们故意造成保险事故的发生。

3. 代位追偿原则的主要内容

代位追偿原则的主要内容包括权利代位和物上代位。

(1) 权利代位。即追偿权的代位，是指在财产保险中，保险事故由第三者责任方所致，被保险人从保险人处获得赔偿后，其向第三者责任方享有的赔偿请求权依法转让给保险人，由保险人在赔偿金额范围内代位行使被保险人对第三者请求赔偿的权利。《海商法》第 252 条规定：“保险标的发生保险责任范围内的损失是由第三人造成的，被保险人向第三人要求赔偿的权利，自保险人支付赔偿之日起，相应转移给保险人。”

1) 代位追偿权产生的条件。

第一，损害事故发生的原因及保险标的都在保险责任范围内。只有属于保险责任范围内的保险事故，保险人才负责赔偿，否则，保险人无须承担赔偿责任，受害人只能向有关责任方索赔，与保险人无关，也就不存在保险人代位追偿的问题。

第二，保险标的的损失是由第三者责任造成的。依据法律肇事方应向被保险人承担经济赔偿责任，这样被保险人才有权向第三者请求赔偿，并在取得保险赔款后将向第三者请求赔偿权转移给保险人，保险人才有权代位追偿。

第三，保险人必须事先向被保险人履行赔偿责任。因为代位追偿权是债权的转移，在债权转移之前是被保险人与第三者之间特定的债务关系，与保险人没有直接的法律关系。保险人只有依照保险合同的规定向被保险人履行赔偿责任后，才依法取得对第三者请求赔偿的权利。

2) 保险人在代位追偿中的权益范围。保险人在代位追偿中享有的权益以其对被保险人赔付的金额有限，如果保险人从第三者责任方追偿的金额大于其对被保险人的赔偿金额，则超出部分应归被保险人所有。代位追偿原则的目的不仅在于防止被保险人取得双重赔款而获得额外的利益，从而保障保险人的利益；而且保险人也不能通过行使代位追偿权而获得额外的利益，以损害被保险人的利益。当第三者责任方对被保险人造成的损失大于保险人支付的赔偿金额时，被保险人有权就未取得赔偿部分向第三者请求赔偿。例如，《保险法》第 45 条规定：“保险人依照第一款行使代位请求赔偿的权利，不影响被保险人就未取得赔偿的部分向第三者请求赔偿的权利。”

应当注意的是：① 被保险人已从第三者取得损害赔偿但赔偿不足时，保险人可以在保额限度内予以补足，保险人赔偿保险金时，应扣减被保险人从第三者已取得的赔偿金额。

② 保险人行使代位追偿权，不影响被保险人就未取得赔偿的部分向第三者请求赔偿的权利。

3) 保险人取得代位追偿权的方式。权益取得的方式一般有两种：一是法定方式，即权益的取得无须经过任何人的确认；二是约定方式，即权益的取得必须经过当事人的磋商、确认。我国《保险法》规定，保险人代位追偿权的取得采用法定方式，保险人自向被保险人赔偿保险金之日起，在赔偿金额范围内代位行使被保险人对第三者请求赔偿的权利，而无须经过被保险人的确认。但是在实践中，保险人支付保险赔款后，通常要求被保险人出具“权益转让书”。从法律规定上看，“权益转让书”并非权益转移的要件，但这一文件确认了保险人取得代位追偿的时间和向第三者追偿所能获得的最高赔偿额。

4) 代位追偿的对象及限制。保险人代位追偿的对象是造成保险事故及其对保险标的的损失负有民事赔偿责任的第三者，它可以是法人，也可以是自然人。当存在如下情况时，保险人在赔偿被保险人损失后，依法取得对第三者代位追偿权：

第一，第三者对被保险人的侵权行为，导致保险标的遭受保险责任范围内的损失，依法应承担损害赔偿责任。所谓侵权行为是指“因作为或不作为而不法侵害他人财产或人身权利的行为”。例如，第三者违章行驶，造成交通事故，导致被保险人投保的车辆损失，第三者依法应对被保险人承担侵权的民事损害赔偿责任；又如某种产品质量不合格，造成保险标的的损失，产品的制造商、销售商应对被保险人承担侵权的民事损害赔偿责任。

第二，第三者的违约行为，不履行合同规定的义务，造成保险标的的损失。根据合同约定，第三者应对保险标的的损失承担赔偿责任。如在货物运输保险中，由于承运人野蛮装卸，造成运输货物的损毁，根据运输合同的规定，承运人应对被保险人承担损害赔偿责任。

第三，第三者的不当得利行为，造成保险标的的损失，依法应承担赔偿责任。如第三者偷窃行为，非法占有保险标的，造成被保险人的损失，根据法律，如果案件破获，应当向第三者即窃贼进行追偿。

第四，依据其他法律规定，第三者应承担的赔偿责任。如共同海损的受益人对共同海损负有分摊损失的责任。

5) 对保险人代位追偿权的法律保护。为保护保险人的代位追偿权，法律上要求被保险人不能损害保险人的代位追偿权的情况包括：

第一，在保险人赔偿之前如果被保险人放弃了向第三者的请求赔偿权，那么也就同时放弃了向保险人请求赔偿的权利。《保险法》第46条第一款规定：“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的请求赔偿的权利的，保险人不承担赔偿保险金的责任。”

第二，在保险人赔偿之后，如果被保险人未经保险人的同意而放弃了对第三者的请求赔偿的权利，该行为无效。《保险法》第 46 条第二款规定：“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。”

第三，如果因被保险人的过错影响了保险人代位追偿权的行使，保险人扣减相应的保险赔偿金。《保险法》第 46 条第三款规定：“由于被保险人的过错致使保险人不能行使代位追偿权的，保险人可以相应扣减保险赔偿金。”

第四，被保险人有义务协助保险人行使代位追偿权。《保险法》第 48 条规定：“在保险人向第三者行使代位追偿权时，被保险人应当向保险人提供必要的文件和其所知道的有关情况。”

（2）物上代位。物上代位是指保险标的遭受保险责任范围内的损失，保险人按保险金额全数赔付后，依法取得该项标的的所有权。物上代位通常适用于对保险标的的全损或推定全损的保险事故的处理。

1) 物上代位权的取得。保险人的物上代位权是通过委付取得的。所谓委付是指发生保险事故造成保险标的推定全损时，投保人或被保险人将保险标的的一切权益转移给保险人，而请求保险人按保险金额全数赔付的行为。委付是一种放弃物权的法律行为，在海上保险中经常采用。委付的成立必须具备一定的条件：

第一，委付必须以保险标的的推定全损为条件。因为委付包含着全额赔偿和转移保险标的一切权利义务两重内容，所以必须要求在保险标的推定全损时才能适用。

第二，委付必须由被保险人向保险人提出。当保险标的发生推定全损时，被保险人通常采用书面的形式即委付通知向保险人申请按照全部损失赔偿，委付通知是被保险人向保险人做推定全损索赔之前必须提交的文件。保险人接到被保险人的委付通知后，可以接受委付，也可以不接受委付，但是应当在合理的时间内将接受委付或者不接受委付的决定通知被保险人。被保险人不向保险人提出委付，保险人对受损的保险标的只能按部分损失处理。

第三，委付必须是就保险标的的全部提出请求。保险标的在发生推定全损时，通常保险标的本身不可拆分，委付也具有不可分性，因此被保险人请求委付的必须是针对推定全损的保险标的的全部。如果仅委付保险标的的一部分，则极易产生纠纷。但如果保险标的是由独立可分的部分组成，其中只有一部分发生委付原因，可仅就该部分保险标的请求委付。

第四，委付不得有附加条件。我国《海商法》第 249 条第二款明确规定：“委付不得附

带任何条件。”例如，船舶失踪而被推定全损，被保险人请求委付，但不得要求日后如船舶被寻回，将返还其受领的赔偿金而取回该船。因为这会增加保险合同双方关系的复杂性，从而增加保险人与被保险人之间的纠纷。

第五，委付必须经过保险人的同意。被保险人向保险人发出的委付通知，必须经保险人的同意才能生效。保险人可以接受委付，也可以不接受委付。因为委付不仅将保险标的一切权益转移给保险人，同时也将被保险人对保险标的的所有义务一起转移给保险人。

《海商法》第 250 条规定：“保险人接受委付的，被保险人对委付财产的全部权利和义务转移给保险人。”因此，保险人在接受委付之前必须慎重考虑，权衡利弊，即受损保险标的的残值是否大于将要由此而承担的各种义务和责任风险所产生的经济损失，不能贸然从事。如船舶因沉没而推定全损，被保险人提出委付，保险人要考虑打捞沉船所能获得的利益是否大于打捞沉船以及由此而产生的各项费用支出。

被保险人提出委付后，保险人应当在合理的时间内将接受委付或不接受委付的决定通知被保险人。如果超过合理的时间，保险人对是否接受委付仍然保持沉默，应视为不接受委付的行为。但保险人一经接受委付，委付即告成立，双方都不能撤销，保险人必须以全损赔付被保险人，同时取得保险标的物上的代位权，包括标的物上的权利和义务。

2) 保险人在物上代位中的权益范围。由于保险标的的保障程度不同，保险人在物上代位中所享有的权益也有所不同。《保险法》第 44 条规定：“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。”即在足额保险中，保险人按保险金额支付保险赔偿金后，就取得了保险标的的全部所有权。在这种情形下，保险人在处理标的物时获得的利益如果超过所支付的赔偿金额，超过的部分归保险人所有；而在不足额保险中，保险人只能按照保险金额与保险价值的比例取得受损标的的部分权利。此外，如有对第三者损害赔偿请求权，索赔金额超过其支付的保险赔偿金额，也同样归保险人所有，这一点与代位追偿权有所不同。

3.5.2 重复保险的分摊原则

[关闭内容](#)

1. 重复保险的分摊原则的含义

重复保险是指投保人以同一保险标的、同一保险利益、同一保险事故，同时与两个或两个以上保险人订立保险合同，且其保险金额的总和超过保险价值的保险。在重复保险的

情况下，如果发生保险事故并导致保险标的损失，被保险人有可能利用重复保险在数个保险人处重复得到超过实际损失额的赔偿，这就违背了保险的损失补偿原则和宗旨。为了确保保险补偿目的的实现，并维护保险人与被保险人、保险人与保险人之间的公平原则，重复保险分摊原则应运而生。重复保险分摊原则是指在重复保险的情况下，当保险事故发生时，通过采取适当的分摊方法，在各保险人之间分配赔偿责任，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。

2. 重复保险的分摊方式

在重复保险的情况下，当发生保险事故时，保险标的所遭受的损失由各保险人分摊，分摊赔偿方式主要包括比例责任分摊、限额责任分摊和顺序责任分摊三种方式。

(1) 比例责任分摊方式。即由各保险人按其承保的保险金额占保险金额总和的比例分摊保险事故造成的损失，支付赔款。其计算公式为：

各保险人承担的赔款金额= 损失金额×(该保险人承保的保险金额)/(所有保险人承保的保险金额的总和)

例如，某公司以价值 80 万元的某物品，分别向甲、乙两家财产保险公司投保，两家保险公司承保的金额分别是 60 万元和 40 万元，属重复保险。若发生保险事故造成保险标的的实际损失是 50 万元，那么甲保险人应赔偿： $50 \times 60/100=30$ （万元）；乙保险人应赔偿： $50 \times 40/100=20$ （万元）。两家保险公司的赔款总额为 50 万元，正好等于被保险人的实际损失。

(2) 限额责任分摊方式。这种分摊方式是指各保险人的分摊金额不是以其保险金额为基数，而是假设每个保险人在没有其他保险人重复保险的情况下单独承担的赔偿限额与各保险人赔偿限额总和的比例来分摊损失金额。其计算公式为：

各保险人承担的赔款= 损失金额×(该保险人的赔偿限额)/(所有保险人承保的赔偿限额的总和)

例如，A、B 两家保险公司承保同一财产，A 公司承保 4 万元，B 公司承保 6 万元，实际损失为 5 万元。A 公司在无 B 公司的情况下应赔付 4 万元，B 公司在无 A 公司的情况下应赔付 5 万元。在重复保险的情况下，如以责任限额来分摊，A 公司应赔付 $5 \times 4/9$ ，约 2.22 万元；B 公司应赔付 $5 \times 5/9$ ，约 2.78 万元。两家保险公司的赔款总额仍等于实际损失 5 万元。

比例责任分摊和限额责任分摊都是按一定的比例分摊赔偿责任，但前者是以保险金额为计算基础，后者是以赔偿限额为计算基础。

(3) 顺序责任分摊方式。各保险公司按出单时间顺序来确定赔偿责任，先出单的公司首先负责赔偿，后出单的公司只有在损失额超出前一家公司的保额时，才在自身保额限度内赔偿超出的部分。被保险人的损失赔偿有可能由一家保险公司承担，也可能由多家保险公司赔偿。这取决于被保险人的损失大小和顺次承担的保险金额的大小。

例如，某货物保险价值为 30 万元，发货人及其代理人先后向甲、乙两家保险公司为该批货物投保了货物运输保险，其保险金额 20 万元和 10 万元，甲公司先出单，乙公司后出单。若该批货物发生全损，则先由甲保险公司赔偿 20 万元，余下的 10 万元再由乙保险公司赔偿；若发生部分损失，损失额为 10 万元，则先由甲保险公司赔偿 10 万元，而乙保险公司不负赔偿责任。

在保险实务中，各国采用较多的是比例责任和限额责任分摊方式，因为顺序责任分摊方式下各承保公司承担的责任有欠公平。我国规定采用比例责任方式赔偿。《保险法》第 41 条规定：“重复保险的保险金额总和超过保险价值的，各保险人的赔偿金额的总和不得超过保险价值。除合同另有约定外，各保险人按照其保险金额与保险金额总和的比例承担赔偿责任。”因此，在我国，重复保险依法采用比例责任方式赔偿。

[返回顶部](#)

第 5 章 财产保险

5.1 企业财产保险

5.1.1 企业财产保险的保险财产范围

[关闭内容](#)

我国的企业财产保险有主险和附加险两类，主险又分为财产保险基本险和财产保险综合险，适用于一切工商企业、机关单位投保。作为被保险人具有保险利益的财产，符合承保财产的范围，均可成为企业财产保险的保险财产。财产保险基本险和财产保险综合险的保险财产相同。

1. 可保财产

- 属于被保险人所有或与他人共有而由被保险人负责的财产。
- 由被保险人经营管理或替他人保管的财产。
- 具有其他法律上承认的，与被保险人有经济利益关系的财产。

2. 特约可保财产

这类可保财产与一般可保财产不同，需经保险双方特别约定并在保险合同中载明才能成为保险财产。特约可保财产有两类，一类是需特约承保但不需增加费率的财产，如金银、

首饰、玉器、古玩等珍贵财物和道路、桥梁、码头等构筑物。这些财产的特点是：市场价格变化较大或无固定价格，或受某些风险的影响较小。另一类是需特别约定承保还需增加费率的财产，如矿井、坑内的设备和物资，这些地下财产因为面临的风险比地面上财产要大，所以要加费承保。

3. 不可保财产

保险条款中规定下列财产不属于保险标的范围：

- (1) 土地、矿藏、矿井、森林资源等不属于一般生产资料或商品的财产。
- (2) 货币、票证、文件、技术资料等没有具体实物形态或价值难以鉴定的财产。
- (3) 违章建筑、非法占用等不利于贯彻政策法规的财产。
- (4) 危险建筑等必然会发生损失的财产。
- (5) 在运输中的物资、运输工具、饲养的动物、未经收割或收割后尚未入库的农作物等应在其他险种中投保的财产。

5.1.2 企业财产保险的保险责任

[关闭内容](#)

1. 财产保险基本险和综合险共同的保险责任

(1) 列明承保的意外事故。

1) 火灾。火灾是指在时间上或空间上失去控制的燃烧所造成的灾害。构成火灾责任必须同时具备三个条件：① 有燃烧现象，即有热、有光、有火焰；② 偶然、意外发生的燃烧；③ 燃烧失去控制并有蔓延扩大的趋势。

因此，在生产生活中有目的的用火，如为了防疫而焚毁被玷污的衣物、工商执法部门用火焚毁假冒伪劣产品等，不属于火灾责任。因烘烤、烫、烙造成焦糊变质等损失，既无燃烧现象，又无蔓延扩大的趋势，也不属于火灾责任。

电机、电器、电气设备因使用过度，超电压、碰线、弧花、自身发热所造成的本身损毁，不属于火灾责任。但如果发生了燃烧并失去控制蔓延扩大就构成火灾责任，并对电机、电器、电气设备本身的损失负责赔偿。

2) 爆炸。爆炸是物质发生一种急剧的物理或化学变化，能在瞬间内放出大量能量的现象。爆炸分为物理性爆炸和化学性爆炸。

— 物理性爆炸：由于液体变为蒸气或气体膨胀，压力急剧增加并大大超过压力容器所能承受的极限压力，因而发生的爆炸。一般为锅炉、压力容器爆炸。鉴别锅炉、压力容器是否属于爆炸事故，以劳动部门出具的鉴定意见为准。

— 化学性爆炸：物体在瞬间分解或燃烧时放出大量的热和气体，并以很大的压力向四周扩散的现象，如火药爆炸、可燃性粉尘纤维爆炸、可燃气体爆炸及各种化学物品爆炸。

3) 飞行物体及其他空中运行物体坠落。空中运行或飞行物的坠落，如空中飞行器、人造卫星、陨石坠落、吊车、行车在运行时发生的物体坠落，造成保险财产损失的，都属于本保险责任。

在施工过程中，因人工开凿或爆破而使石方、石块、土方飞射塌下而造成保险财产的损失；建筑物倒塌、倒落、倾倒造成保险财产损失的，均视同空中运行物体坠落责任负责。如果涉及第三者责任，保险人可进行代位追偿。

(2) 列明承保的自然灾害。雷击是财产保险基本险和综合险都承保的自然灾害。雷击是雷电造成的灾害，雷电为积雨云中、云间或云地之间产生放电现象，雷击的破坏形式分为直接雷击和感应雷击。

— 直接雷击：由于雷电直接击中保险财产造成的损失，属于直接雷击责任。

— 感应雷击：由于雷电产生的静电感应或电磁感应使屋内对地绝缘金属物体高电位放出火花引起火灾，导致电器本身的损毁，或因雷电的高电压感应，致使电器部件的损坏，属感应雷击责任。

(3) 列明承保的损失和费用。

1) 灾害事故引起的停电、停水、停气的损失，又称“三停”损失。“三停”损失责任必须同时具备以下三个条件：

— 必须是被保险人拥有并使用的供电、供水、供气设备；

— 仅限于因保险事故造成的“三停”损失；

— 仅限于被保险人的机器设备、在产品 and 储藏物品等保险财产的直接损坏或报废损失。

2) 施救、抢救所造成的保险财产的损失。在发生保险事故时，为抢救财产或防止灾害蔓延，采取措施而造成的保险财产的损失，属于保险赔偿责任。

— 在发生火灾抢险救灾时，保险财产遭受碰破、水渍的损失，以及灾后搬回原地、途中遭受的意外碰破损坏。

— 因抢救受灾物资而将保险房屋的墙壁、门窗等破坏造成的损失。

— 发生火灾时为隔断火道，将未着火的保险房屋拆毁造成的损失。

— 遭受火灾后，为防止损坏的保险房屋、墙壁倒塌压坏其他保险财产而将其拆除所致的损失。

3) 施救整理保护费用。在发生保险责任范围内的灾害事故时，被保险人应对面临或遭受

灾害事故的财产采取必要的施救、整理、保护措施，以减少保险财产的损失，保险人对施救、整理、保护保险财产而支出的合理费用予以负责。对这一责任，应掌握好以下几点：

- 必须是因保险责任范围内的灾害事故而发生的费用。例如，在救火时，被保险人使用的消防设备损坏，灭火药剂的损耗，抢运保险财产的运输费用和临时存仓费用等。
- 必须是为了减少保险财产损失而发生的费用。例如，保险财产因火灾受到水渍损失，需雇请人员进行清洗、摊晒、改装等人工费用、物料费用等。
- 必须是必要的和合理的费用。如果所支出的费用超过了被施救财产的价值，就不能认为是必要的和合理的费用。
- 保险人对施救整理保护费用的赔款在保险标的的损失赔偿金额以外另行计算，最高不超过保险金额。
- 保险人只对施救保险财产的费用负责。

2. 财产保险基本险和综合险不同的保险责任

财产保险综合险另约定承保 12 种自然灾害。

(1) 暴雨，指每小时降雨量达 16 毫米，或连续 12 小时降雨量达 30 毫米，或连续 24 小时降雨量达 50 毫米的降雨。

(2) 洪水，山洪暴发、江河泛滥、潮水上岸及倒灌致使保险财产遭受浸泡、冲散、冲毁等损失属洪水责任。但对于规律性的涨潮、自动灭火设施漏水以及在常年水位以下或地下渗水，水管爆裂等造成的保险财产的损失，不属于洪水责任。

(3) 暴风，指风速在 28.3 米/秒，风力等级表中的 11 级风。

(4) 台风，指风速在 32.6 米/秒的热带气旋，中心附近风力达 12 级。

(5) 龙卷风，指一种范围小且时间短的猛烈旋风。龙卷风在陆地上平均最大风速一般达 79 米/秒，其极端风速一般达 100 米/秒以上。

(6) 雪灾，因每平方米雪压超过建筑结构荷载规范规定的标准以致压塌房屋、建筑物造成保险财产损失为雪灾保险责任。

(7) 雹灾，因冰雹降落造成的灾害。

(8) 冰凌，即气象部门所称凌汛。春季江河解冻时冰块漂浮遇阻，堆积成坝，堵塞河道，造成水位急剧上升，以致冰凌、江水溢出河道，蔓延成灾。陆地上有些地区，如山谷风口或严寒使雨雪在物体上结成冰块，成下垂形状，因下垂的拉力致使物体损坏，也属冰凌责任。至于一般冰冻损失，如露天砖坯冻裂、水管冻裂等都不属于冰凌责任。

- (9) 泥石流，指山地大量泥沙、石块突然暴发的洪流，随大暴雨或大量洪水流出。
- (10) 崖崩，指石崖、土崖受自然风化、雨蚀、崖崩下塌或山上岩石滚下，或大雨使山上沙土透湿而崩塌。
- (11) 突发性滑坡，指斜坡上不稳定的岩体、土体或人为堆积物在重力作用下突然整体向下滑动。
- (12) 地面突然塌陷，指地壳因为自然变异，地层收缩而发生的突然塌陷。而对于因地基不牢固或未按建筑施工要求施工而导致建筑物基础下沉、裂缝、倒塌等损失，不属于地面突然塌陷责任。

5.1.3 企业财产保险的责任免除

关闭内容

1. 财产保险基本险和综合险共同的责任免除
- (1) 下列原因造成的保险标的的损失，保险人不负赔偿责任。
- 1) 战争、敌对行为和武装冲突、军事行动、罢工、暴动：
- 战争是指国家与国家、集团与集团之间为了一定的政治、经济目的而进行的武装斗争。
 - 敌对行为和武装冲突是指国家没有宣布战争状态而使用武力解决争端的行为。
 - 军事行动是指国家或政权组织有目的、有计划、有组织地对武装力量签署命令并实施行动。
 - 罢工是指工作者为了实现某种要求，或表示抗议而集体停止工作的行为。
 - 暴动是指破坏社会秩序的武装骚动。
- 2) 被保险人及其代表的故意行为或纵容行为。故意行为指明知道自己的行为会导致灾难性结果，仍希望或放纵这种结果发生的行为。
- 3) 核反应、核子辐射和放射性污染。指核武器爆炸或核反应堆事故产生的光辐射和放射性污染。
- 4) 地震，指地球内部发生形体改变或位置移动，引起剧烈震动、破坏力极强的自然灾害。
- (2) 保险人对下列损失也不负责任：
- 1) 保险标的遭受保险事故引起的各种间接损失。间接损失指停工、停业期间支出的工资、各种费用、利润损失及有关收益损失。
- 2) 保险标的本身缺陷，保管不善导致的损毁，保险标的变质、霉烂、受潮、虫咬、自然磨损、自然损耗、自燃、烘焙所造成的损失。
- 3) 由于行政行为或执法行为所致的损失。各级政府或各级执法机关下令破坏保险标的所

致的损失，属于非常性的行政措施，不属于保险责任。

(3) 其他不属于保险责任范围内的损失和费用。

2. 财产损失基本险和综合险不同的责任免除

(1) 财产保险基本险列明下列情况为责任免除。

1) 12 种自然灾害：暴风、龙卷风、台风、暴雨、洪水、雪灾、冰凌、雹灾、泥石流、崖崩、滑坡、地面突然塌陷。

2) 盗窃、抢劫、水暖管爆裂。

(2) 财产保险综合险中列明：堆放在露天或罩棚下的保险标的，以及罩棚本身因暴风、暴雨造成的损失属责任免除内容。

5.1.4 企业财产保险的保险金额

[关闭内容](#)

1. 固定资产的保险金额确定

(1) 按照账面原价确定。账面原价是指在建造或购置固定资产时所支出的货币总额。

(2) 按照账面原价加成数确定。即在固定资产原价基础上再增加一定成数，使其接近于重置价值。

(3) 按照重置价值确定。重置价值即重新购置或重建固定资产所需支出的全部费用。

(4) 按其他方式确定。如被保险人根据估价或评估后的市价确定保险金额。

固定资产的保险价值为出险时的重置价值。

2. 流动资产（存货）的保险金额确定

(1) 由被保险人按最近 12 个月任意月份的账面余额确定。

(2) 由被保险人自行确定。

流动资产（存货）的保险价值为出险时账面余额。

3. 其他财产的保险金额确定

其他财产有账外财产、代保管财产等，保险金额可由被保险人自行估价或按重置价值确定。

其他财产的保险价值为出险时重置价值或账面余额。

5.1.5 企业财产保险的保险费率

[开始学习](#)

5.1.6 企业财产保险的赔偿处理

[开始学习](#)

5.2 家庭财产保险

5.2.1 普通家庭财产保险

[开始学习](#)

5.2.2 家庭财产两全保险

[开始学习](#)

5.2.3 家庭财产保险的新型险种

[开始学习](#)

5.3 利润损失保险

5.3.1 利润损失保险的投保条件

[关闭内容](#)

(1) 被保险人必须在足额投保财产保险的基础上,才能投保利润损失保险。因为利润损失保险是一种附加险,不能单独承保,只有投保了足额的财产保险,才能避免因财产保险不足额保险而带来的比例赔偿损失。

(2) 利润损失保险只适应于有盈利的企业投保。为了防止利润损失保险中出现道德危险,对经营亏损企业不能承保。

5.3.2 利润损失保险的保险责任

[关闭内容](#)

利润损失保险的保险责任与财产保险的保险责任是一致的,即只有当财产保险基本险或综合险所承保的物质财产遭受了保险事故发生损失后,保险公司才负责赔偿营业中断损失。

利润损失保险不予承保的利润损失有:① 由于被保险人计划不周、经营管理不善或违反政府法令造成的利润减少;② 由于市价下跌、产品质量低劣、产品积压等原因造成的损失。

5.3.3 利润损失保险的保障项目

[关闭内容](#)

利润损失保险承保的是投保企业的生产营业设备(如建筑物、机器等)由于遭受自然灾害或意外事故造成企业生产停顿或营业中断而引起的间接经济损失,即预期净利润损失和营业中断期间仍需支付的必要的期间费用。利润损失的保障项目有以下四类。

1. 毛利润损失

(1) 净利润、毛利润和毛利润率。

— 净利润是衡量财务损益状况的指标,是企业经营收益与经营成本的差额。

— 毛利润是指已扣减生产成本但仍未扣净所有支出的销售或营业收入。在保险业务中,通常计算毛利润的方法是,在企业净利润基础上加各种可承保的期间费用的数额,即

毛利润=净利润+期间费用

期间费用=财务费用+管理费用+销售费用

— 毛利润率是指发生在损失之日前一会计年度内毛利润占营业额的比率。计算公式为：

毛利润率=毛利润÷营业额×100%

该毛利润率是企业已经实现的，而利润损失保险所保的是企业本年度可能实现但尚未实现的利润。在一般情况下，企业可用上一会计年度的毛利润率作为确定毛利润率的依据和计算保险金额的基础。

（2）营业额与标准营业额。

— 营业额是指企业在营业处所经营业务过程中的营业收入，即出售产品、提供服务的收入。用公式表示为：

营业额=生产费用+期间费用+净利润

— 标准营业额是指企业在发生损失之前 12 个月中与赔偿期相对应的营业额。例如，保险人应负责的赔偿期为 2007 年 5 月，6 月，7 月三个月，则标准营业额为 2006 年 5 月，6 月，7 月三个月的营业额（生产、销售带有明显季节性的单位不适合采用）。

（3）营业额减少。营业额减少是指正常的标准营业额减去赔偿期内非正常营业额的差额。用公式表示为：

营业额减少=标准营业额-赔偿期营业额

（4）营业额减少所致的毛利润损失。赔偿期间标准营业额和不正常营业额的差额乘以毛利润率就是营业额减少所致的毛利润损失。在计算毛利润损失时，还要考虑生产发展及通货膨胀等因素，即将标准营业额加上营业增长因素的百分比才能得到真正的标准营业额。用公式表示为：

营业额减少所致毛利润损失=（标准营业额-赔偿期营业额）×毛利润率

2. 营业费用增加所致毛利润损失

除营业额减少能带来毛利润损失外，营业费用的增加同样也能引起毛利润损失。这里所指的费用与期间费用有区别。期间费用是不会由于营业中断而增加。增加的营业费用是指企业在遭受保险事故所造成财产损失后，为了避免和减少营业中断的损失而额外支出的费用。例如，商场发生火灾后，需临时租用其他场所继续营业而花费的租金。只要这些费用是为减少被保险人的营业损失，或为迅速恢复经营而开支的合理费用，保险人就可以负责赔偿。具体来说，保险人予以承保的费用应具备以下条件：

— 这些费用的支出在客观上是避免或减少了营业损失，缩短了营业中断时间。

— 这些增加的费用不能超过一定的“经济限度”，即不能超过赔偿期挽回的营业额与毛利润率的乘积，用公式表示为：

经济限度=赔偿期挽回的营业额×毛利润率

3. 工资

工资通常是指付给雇员报酬的总额，包括奖金、加班费、生活补助、保险费、节假日工资以及其他与工作相关的款项。在承保时由于工资属于可变费用，投保人可以提出不保；也可以应投保人要求，以一定时期的工资总额为保额单独进行承保。

根据以往损失恢复情况及最大危险单位发生责任事故可能导致的停产期限预测，对工资也可采取双重基础保险。由于生产中断，第一线的工人可能会解雇，而管理人员和技术人员一般会被留用，因此投保人没有必要将一定时期的所有雇员 100%的工资总额作为保险金额投保，而只须根据需要进行不同比例投保。

4. 审计师费用

审计师费用可作为利润损失保险的一个单独项目投保，投保金额由投保人自行确定。该项目的费用通常是被保险人为了向保险人索赔时产生的，因为被保险人委托审计师审查，证明其账册和其他业务文件的合法性，编制索赔报告等需要支付的费用。保险人对此费用，一般是按实际支付的费用赔偿，最高不得超过保险金额。

5.3.4 利润损失保险的保险赔偿期

[关闭内容](#)

企业受灾后，一般会立即进行重建或重置，使其能在短期内恢复到受灾前水平，并能进行正常营业。从受灾到恢复正常需要一段时间，这段恢复时间我们称为保险赔偿期。保险赔偿期有保单赔偿期和保险人应负责的实际赔偿期两种。

保单赔偿期是投保人向保险人申请投保的赔偿期。在投保时，投保人根据发生一次最大可能损失预计从受灾到恢复正常的一段时间作为保单赔偿期，一般用多少个月表示，保单赔偿期是保险人负责毛利润的最长时期。实际赔偿期为发生事故后保险人实际应负责的赔偿期。如果保单赔偿期为 3 个月，而被保险人 2 个月就恢复了正常营业，保险人负责两个月的毛利润损失；如果被保险人 4 个月才恢复正常营业，则保险人只能负责 3 个月的毛利润损失。

保险赔偿期与保险期限不同。保险期限是指保险单规定的起讫日期，只有在保险单的保险期限内发生保险事故，保险人才能对损失负责；而保险赔偿期则是在保险期限内发生灾害之日起到恢复正常营业的一段时间。利润损失保险只赔偿被保险人在赔偿期内的利

润损失。

如果财产保险单的保险期限为1年，即从2007年1月1日零时起到2007年12月31日24时时止。如果保险事故于2007年7月1日发生，需9个月才能恢复正常，即到2008年3月31日恢复正常。如果保单赔偿期为7个月，则保险人应负责2007年7月1日—2008年1月31日期间的损失。赔偿期可以全部在保险期限内，也可以部分超出保险期限。

5.3.5 利润损失保险的保险金额和保险费率

[关闭内容](#)

1. 保险金额

利润损失保险的保险金额确定依据为企业上年度《利润表》，按企业上年度的毛利润，考虑本年度业务发展趋势和通货膨胀等因素，计算本年度预计毛利润额来确定的。用公式表式为：

保险金额=上年度毛利润'（1+生产增长指数+通货膨胀指数）

如果赔偿期不超过12个月的，保险金额为预计的毛利润总额，如果赔偿期超过12个月的，保险金额则按相应比例增加。保险金额为上年度毛利润的，即视同足额保险。

2. 保险费率

利润损失保险的费率一般可按以下原则和步骤确定：

- 以承保的财产保险费率为基础费率；
- 根据不同行业、不同工作的标准费率进行增减；
- 加上各种附加险及扩展责任的费率；
- 根据其他影响损失的因素加费或减费；
- 根据保险赔偿期的长短进行调整。

5.3.6 利润损失保险的赔偿处理

[关闭内容](#)

1. 确定保险责任

能够列入利润损失保险赔偿的损失必须具备下列条件：

- 保险事故必须发生在被保险人的保险财产坐落地址。如因邻近场所发生事故，被保险人感到自己场所不安全，擅自停止营业的，保险人不予赔偿。
- 营业中断必须是必要的，尽管发生了保险事故，但损失很轻微不必停业，而业主停业造成的利润损失保险人不予赔偿。
- 损失必须是保险责任范围的原因引起的。如果有利润损失，但不是保险事故，保险人

也不予负责。

— 保险事故必须发生在保险期限内。

2. 确定实际赔偿期

实际赔偿期为保险人应负责的赔偿期，实际赔偿期不能超过保险单上约定的赔偿期。

3. 其他规定

— 对不足额保险，即保险金额小于应投保的毛利润时，要求采取比例分摊的赔偿方式。

— 在赔偿期内，如果某些期间费用实际上可以不必支付或减少支付时，对这部分金额保险人从赔款中扣除，以避免被保险人从赔款中获得额外利润。

— 为缩短实际赔偿期所支付的额外费用可以列入赔款范围，但以不超过因缩短实际赔偿期所减少的利润损失为限；为增加赔偿期的营业额而支付的费用也可列入赔款，即保险人最高只负责到“经济限度”。

4. 赔款计算公式

赔款=（营业额减少所致毛利润损失+营业费用增加所致毛利润损失-
所保期间费用节余）×保险金额÷上年毛利润

例 5.1 某企业投保财产保险基本险并附加利润损失保险，保险金额为 240 000 元，约定的保单赔偿期为 6 个月。在保险期限内发生保险事故火灾，营业额下降为 300 000 元，其中有 100 000 元为花租金 40 000 元租房而挽回的营业额，经查：标准营业额为 500 000 元，上年毛利润率为 20%，上年全年毛利润为 300 000 元，赔偿期固定费用节余 3 000 元，计算保险人的赔款。

（1）营业额减少所致毛利损失

$$= (500\,000 - 300\,000) \times 20\%$$

$$= 40\,000 \text{ (元)}$$

（2）营业费用增加所致毛利润损失=20 000（元）

∴经济限度=挽回的营业额×毛利润率

$$= 100\,000 \times 20\%$$

$$= 20\,000 \text{ (元)}$$

∴对 40 000 元租金保险人最多只能负责 20 000 元

（3）固定费用节余为 3 000 元

$$\text{赔款} = (40\,000 + 20\,000 - 3\,000) \times 240\,000 \div 300\,000$$

$$= 45\,600 \text{ (元)}$$

5.4 机器损坏保险

5.4.1 机器损坏保险承保的保险标的

关闭内容

机器损坏保险承保的保险标的包括各类机器、厂设备、机器装置，如发电机组（锅炉、滑轮发电机组）、电力输送设备（变压器和高压设备）、生产机器和附属设备（机器工具、造纸机、织布机、抽水机），但主要是各类工厂、矿山的大型机械设备和机具。

5.4.2 机器损坏保险的保险责任

关闭内容

在本保险期内，若本保险单明细表中列明的被保险机器及附属设备因下列原因引起或构成突然的、不可预料的意外事故造成的物质损坏或灭失（以下简称“损失”），保险公司按本保险单的规定负责赔偿。

- 设计、制造或安装错误，铸造和原材料缺陷。
- 工人、技术人员操作错误、缺乏经验、技术不善、疏忽、过失、恶意行为。
- 离心力引起的断裂。
- 超负荷、超电压、碰线、电弧、漏电、短路、大气放电、感应电及其他电气原因。
- 除本条款中“除外责任”规定以外的其他原因。

5.4.3 机器损坏保险的除外责任

关闭内容

- 保险公司对由于下列原因直接或间接引起的损失、费用和责任不负赔偿责任。
- 机器设备运行必然引起的后果，如自然磨损、氧化、腐蚀、锈蚀、污垢等物理变化或化学反应。
 - 各种传送带、缆绳、金属线、链条、轮胎、可调换替代的钻头、钻杆、刀具、印刷滚筒、套筒、活动管道、玻璃、磁、陶及钢筛、网筛、毛毡制品、一切操作中的媒介物（如润滑油、燃料、催化剂等）及其他各种易损、易耗品。
 - 被保险人及其代表已经知道或应该知道的被保险机器及其附属设备在保险开始前已经存在的缺点或缺陷。
 - 根据法律或契约应由供货方、制造人、安装人或修理人负责的损失和费用。
 - 由于公共设施部门的限制性供应及故意行为或非意外事故引起的停电、停气、停水。
 - 火灾、爆炸。
 - 地震、海啸、雷电、飓风、台风、龙卷风、风暴、暴雨、洪水、冰雹、地崩、山崩、

- 火山爆发、地面下陷下沉及其他自然灾害。
- 飞机坠毁、飞机部件或飞行物体坠落。
 - 机动车碰撞。
 - 水箱、水管爆裂。
 - 被保险人及其代表的故意行为或重大过失。
 - 战争、类似战争行为、敌对行为、武装冲突、恐怖活动、谋反、政变、罢工、暴动、民众骚扰。
 - 政府命令或任何公共当局没收、征用、销毁或毁坏。
 - 核裂变、核聚变、核武器、核材料、核辐射及放射性污染。
 - 保险事故发生后引起的各种间接损失或责任。
 - 本保险明细表或有关条款中规定的应由被保险人自行负担的免赔额。

5. 4. 4 机器损坏保险的保险金额

关闭内容

本保险承保机器设备的保险金额，应为机器设备的重置价值即重新换置同一厂牌或相类似的型号、规模、性能的新机器设备的价格，包括出厂价格、运费、保险费、税款、可能支付的关税以及安装费用等。不论机器及其附属设备新旧程度，保险金额均按重置价值确定。这是因为老机器的修理费用很高，如果保险金额低于上述重置价值时，其差额应视为被保险人自保，发生损失时，按比例赔偿损失：

$$\text{赔偿金额} = \text{损失金额} \times \frac{\text{保险金额}}{\text{重置价值}}$$

如果被保险机器不止一项时，应分别列明保险金额。如果机器设备的底座、附件需要保险，应在保单中注明，并增加保险金额。

5. 4. 5 机器损坏保险的费率和免赔额

关闭内容

机器损坏保险的费率按机器的类型和用途确定。投保人应按不同机器设备逐台或逐类申报其价值，并开列清单，列明制造商名称、型号、功率、容量、速度、负荷等数据，电气制备还应列明电压、电流等，蒸汽设备还应列明燃料、压力、温度等，以供保险公司确定平均费率。被保险人的管理水平和技术水平、防损和安全措施、近年内的损失和修理费用情况等，对费率高低也有重要影响。由于机器损坏的频率较高，费率一般都较高。

为了增强被保险人的安全生产责任心，保险公司可根据机器的性质、大小、新旧、保养

和使用情况与被保险人商定一个每项事故的免赔额（率）。同一保单中各种机器的情况不同，免赔额可以有高有低。如果在一次事故中有多个项目发生损失，被保险人只承担这些项目中最高的一個免赔额。免赔额大小对费率也有着重要影响。

5.4.6 机器损坏保险的被保险人的义务

关闭内容

被保险人及其代表应严格履行下列义务：

（1）在投保时，被保险人及其代表应对投保申请书中列明的事项以及保险公司提出的其他事项做出真实、详尽的说明或描述。

（2）被保险人或其代表应根据保险明细表和批单中的规定按期交付保险费。

（3）在本保险期限内，被保险人及其代表应：

— 遵守有关安全法规，遵守制造厂商制定的关于机器使用的操作规程，制定安全生产的规章制度并付诸实施，聘用技术及技能合格的工人和技术人员，认真考虑并付诸实施保险公司代表提出的合理的防损建议，由此产生的一切费用，均由被保险人承担。

— 对因电压不稳容易造成损坏的机器部分配备稳压装置。

— 按照机器的规范要求，对被保险机器定期做好维修和保养工作，使之处于良好的技术状态。被保险人在机器大修时应及时通知保险公司并将修理记录提供给保险公司。

（4）在发生引起或可能引起本保险单项下索赔的事故时，被保险人或其代表应：

— 立即通知保险公司，并在 7 天或经保险公司书面同意延长的期限内以书面报告提供事故发生的经过、原因和损失程度。

— 采取一切必要措施防止损失的进一步扩大并将损失减到最低限度。

— 在保险公司代表或检验师进行查勘之前，保留事故现场及有关的实物证据。

— 在被保险机器遭受盗窃或恶意破坏时，立即向公安部门报案。

— 根据保险公司的要求提供作为索赔依据的所有证明文件、资料和单据。

（5）若在某一保险财产中发现的缺陷表明或预示类似缺陷亦存在于其他保险财产中，被保险人应对自付费用进行调查并纠正该缺陷。否则，由类似缺陷造成的一切损失应由被保险人自行承担。

5.4.7 机器损坏保险的赔偿处理

关闭内容

（1）对被保险机器设备遭受的损失，保险公司可选择以支付赔款或修复、重置受损项目的方式予以赔偿，但对保险机器设备在修复或重置过程中发生的任何变更、性能增加或

改进所产生的额外费用，保险公司不负责赔偿。

(2) 在发生本保险单项下被保险机器设备的损失后，保险公司按下列方式确定赔偿金额：

1) 可以修复的部分损失，以将被保险机器设备修复至其基本恢复受损前状态的费用扣除残值后的金额为准，修理时需更换零件的，可不扣折旧。但若修复费用等于或超过被保险机器设备受损前的价值时，则按下列第 2) 项的规定处理。

2) 全部损失或推定全损——以被保险机器设备损失前的实际价值扣除残值后的金额为准，但保险公司有权不接受被保险人对受损机器设备的委托。

3) 任何属于成对或成套的设备项目，若发生损失，保险公司的赔偿责任不超过该受损项目在所属成对或成套设备项目的保险金额中所占的比例。

4) 发生损失后，被保险人为减少损失而采取必要措施所产生的合理费用，保险公司可予以赔偿，但本项费用以被保险机器设备的保险金额为限。

(3) 保险公司赔偿损失后，由保险公司出具批单将保险金额从损失发生之日起相应减少，并且不退还保险金额减少部分的保险费。如被保险人要求恢复至原保险金额，应按约定的保险费率加恢复部分从损失发生之日起至保险期限终止之日比例计算的保险费。

(4) 被保险人的索赔期限，从损失发生之日起，不得超过 2 年。

5.4.8 机器损坏保险的停机退费

[关闭内容](#)

如任何被保险锅炉、汽轮机、蒸汽机、发电机或柴油机连续停工超过 3 个月时（包括修理，但不包括同时发生保险责任范围内损失后的修理），停工期间保险费按下列办法退还给被保险人（但如该机器为季节性工厂所使用者除外）。

连续停工 3~5 个月 退费 15%

6~8 个月 退费 25%

9~11 个月 退费 35%

12 个月 退费 50%

[返回顶部](#)

第 6 章 运输保险

6.1 机动车辆保险

6.1.1 机动车辆保险的概念, 对象和特点

[关闭内容](#)

1. 机动车辆保险的概念

机动车辆保险是以机动车辆本身及机动车辆的第三者责任为保险标的的一种运输工具保险，在国外称为汽车保险。目前，世界上汽车保险的保费占非寿险保费收入的 60%以上，我国机动车辆保险的保费在 2006 年占财产保险保费收入的 70%以上，成为第一大险种。

2. 机动车辆保险的对象

在我国，机动车辆保险的对象是经交通管理部门检验合格并具有有效行驶证和号牌的机动车辆，包括汽车、电车、电瓶车、摩托车、拖拉机、各种专用机车以及特种车等。

机动车辆根据其使用性质可以分为营业性车辆与非营业性车辆；根据车辆的产地可以分为进口车辆与国产车辆；根据车辆的所有权可以分为公有车辆与私有车辆；根据车辆的种类可以分为汽车、电车、电瓶车、摩托车、拖拉机、各种专用机动车以及特种车等。

机动车辆保险的保险标的因险种不同而不同。车辆损失保险的保险标的是各种机动车辆；第三者责任保险的保险标的是保险车辆因意外事故致使他人遭受人身伤亡或财产直接损失而依法应负的赔偿责任。

3. 机动车辆保险的特点

机动车辆保险属于不定值保险；机动车辆保险的赔偿方式主要是修复；机动车辆保险赔偿中通常规定有绝对免赔额（率）；机动车辆保险的续保有无赔款优惠。

6.1.2 机动车辆保险的险种

[关闭内容](#)

1. 交强险

机动车交通事故责任强制保险（简称交强险），是我国首个由国家法律规定实行的强制保险制度。《机动车辆交通事故责任强制保险条例》规定：交强险是由保险公司对被保险机动车发生道路交通事故造成第三者的人身伤亡、财产损失，在责任限额内予以赔偿的强制性责任保险。交强险制度于 2006 年 7 月 1 日起实行。

交强险主要承担的是广覆盖的基本保障，对于更多样、更高额、更广泛的保障需求，消费者可以在购买交强险的同时自愿购买商业三责险和车损险及其附加险，使自己具有更高的保险保障水平。

2. 基本险

机动车辆保险的基本险在 2007 年 4 月 1 日以前分为车辆损失险和第三者责任险，在此后保监会将全车盗抢险也列为可以单独购买的险种。

（1）车辆损失险是指保险车辆遭受保险责任范围内的自然灾害或意外事故造成保险车辆

本身损失，保险人依照合同的规定给予赔偿的一种保险。

(2) 第三者责任保险所承保的是在保险期间内，被保险人或其允许的合格驾驶员在使用车辆过程中，发生意外事故，致使他人遭受人身伤亡或财产损失，依法应由被保险人承担的相应的民事赔偿责任，保险人按照我国道路交通事故处理办法的规定和保险合同的约定给予赔偿。

(3) 全车盗抢险承保机动车辆(含挂车)全车盗窃、被抢劫或被抢夺，经县级以上公安部门立案证实，满3个月未查明下落的损失。此外还承保保险车辆被盗窃、被抢劫或被抢夺期间受到损坏或车上零件或附属设备丢失，需要修复或重置的费用。

3. 附加险

为了满足被保人对汽车有关的其他风险的保障要求，保险人常提供多种附加险供投保人选择。附加险不能单独投保，必须在汽车损失险和第三者责任险的基础上进行选择投保。

(1) 车辆损失险的附加险有玻璃单独破碎险、车辆停驶损失险、自燃损失险、新增加设备损失险等。

(2) 第三者责任险的常见附加险有车上责任险、无过失责任险和车上货物掉落责任险等。

(3) 不计免赔特约险同时为车辆损失险、第三者责任险的附加险，即只有投保了车辆损失险和第三者责任保险的基础上才能投保不计免赔特约险。该附加险仅对基本险的免赔额进行赔偿，对于附加险所规定的免赔额不予负责。

6.1.3 机动车辆保险的保险责任范围

关闭内容

1. 交强险的责任范围

(1) 在中华人民共和国境内(不含港、澳、台地区)，被保险人在使用被保险机动车过程中发生交通事故，致使受害人遭受人身伤亡或者财产损失，依法应当由被保险人承担的损害赔偿责任，保险人按照交强险合同的约定对每次事故在下列赔偿限额内负责赔偿：

- 死亡伤残赔偿限额为50 000元；
- 医疗费用赔偿限额为8 000元；
- 财产损失赔偿限额为2 000元；
- 被保险人无责任时，无责任死亡伤残赔偿限额为10 000元；无责任医疗费用赔偿限额为1 000元；无责任财产损失赔偿限额为400元。

死亡伤残赔偿限额和无责任死亡伤残赔偿限额项下负责赔偿丧葬费、死亡补偿费、受害人亲属办理丧葬事宜支出的交通费用、残疾赔偿金、残疾辅助器具费、护理费、康复费、

交通费、被扶养人生活费、住宿费、误工费，被保险人依照法院判决或者调解承担的精神损害抚慰金。

医疗费用赔偿限额和无责任医疗费用赔偿限额项下负责赔偿医药费、诊疗费、住院费、住院伙食补助费，必要的、合理的后续治疗费、整容费、营养费。

（2）垫付与追偿。被保险机动车在下面的情形下发生交通事故，造成受害人受伤需要抢救的，保险人在接到公安机关交通管理部门的书面通知和医疗机构出具的抢救费用清单后，按照国务院卫生主管部门组织制定的交通事故人员创伤临床诊疗指南和国家基本医疗保险标准进行核实。对于符合规定的抢救费用，保险人在医疗费用赔偿限额内垫付。被保险人在交通事故中无责任的，保险人在无责任医疗费用赔偿限额内垫付。对于其他损失和费用，保险人不负责垫付和赔偿。

- 驾驶人未取得驾驶资格的；
- 驾驶人醉酒的；
- 被保险机动车被盗窃期间肇事的；
- 被保险人故意制造交通事故的。

对于垫付的抢救费用，保险人有权向致害人追偿。

2. 车辆损失险的责任范围

（1）意外事故或自然灾害造成保险车辆的损失。保险人所负的保险责任的具体内容如下：

1) 碰撞事故。碰撞是保险车辆与外界静止的或运动中的物体的意外撞击。通常包括两种情况：一是保险车辆与外界物体的意外撞击造成的本车损失；二是保险车辆所装货物与外界物体的意外撞击造成本车损失，这时车辆与货物视为一体。例如，保险车辆碰撞他车或他车撞击本车；保险车辆撞上树木、电线杆或房屋；保险车辆在停车场停车后退时撞坏了挡泥板；突然开门，碰坏车旁另外一辆车等都属于碰撞责任事故。一般因碰撞责任所造成的损失，除驾驶人的故意行为外，无论驾驶人有无过失（明确除外者不在内），保险人均负责赔偿。

2) 非碰撞事故。非碰撞事故分为自然灾害和意外事故两类。

自然灾害一般包括雷击、暴风、暴雨、龙卷风、洪水、海啸、地陷、冰陷、崖崩、雪崩、雹灾、泥石流、滑坡，以及载运保险车辆的渡船遭受自然灾害，但只限于驾驶人随车照料者。

意外事故包括倾覆、火灾、爆炸、坠落以及外界物的倒塌或坠落等。

（2）合理的施救、保护费用。这是指保险车辆在发生保险事故时，被保险人为了减少车

辆损失对保险车辆采取的施救、保护措施所支出的合理的费用。但此项费用的最高赔偿金额以保险车辆的保险金额为限。

3. 第三者责任保险的责任范围

机动车辆第三者责任保险的保险标的是一种民事责任，即保险期间内，被保险人或其允许的合法驾驶人在使用被保险机动车过程中发生意外事故，致使第三者遭受人身伤亡或财产直接损毁，依法应当由被保险人承担的损害赔偿费用，保险人依照本保险合同的约定，对于超过机动车交通事故责任强制保险各分项赔偿限额以上的部分负责赔偿。

合同中的机动车是指在中华人民共和国境内（不含港、澳、台地区）行驶，以动力装置驱动或者牵引，上道路行驶的供人员乘用或者用于运送物品以及进行专项作业的轮式车辆（含挂车）、履带式车辆和其他运载工具（以下简称被保险机动车），但不包括摩托车、拖拉机和特种车；第三者是指因被保险机动车发生意外事故遭受人身伤亡或者财产损失的人，但不包括被保险机动车本车上人员、投保人、被保险人和保险人。

4. 交强险、车辆损失险、第三者责任保险的责任免除

（1）交强险的责任免除，下列损失和费用，交强险不负责赔偿和垫付：

- 1) 因受害人故意造成的交通事故的损失。
- 2) 被保险人所有的财产及被保险机动车上的财产遭受的损失。
- 3) 被保险机动车发生交通事故，致使受害人停业、停驶、停电、停水、停气、停产、通信或者网络中断、数据丢失、电压变化等造成的损失以及受害人财产因市场价格变动造成的贬值、修理后因价值降低造成的损失等其他各种间接损失。
- 4) 因交通事故产生的仲裁或者诉讼费用以及其他相关费用。

（2）车辆损失险的责任免除。我国各家保险公司规定的车辆损失险的除外责任有所不同，但一般主要包括以下几个方面：

- 1) 不可抗拒因素造成的车辆损失责任。
 - 地震造成的损失；
 - 战争、军事冲突、暴乱、扣押、罚没、恐怖主义、政府征用。
- 2) 车辆自身原因导致的车辆损失责任。
 - 自然磨损、锈蚀、故障、轮胎单独损坏；
 - 保险车辆所载货物坠落、倒塌、撞击、泄漏造成的损失；
 - 自燃以及不明原因引起火灾造成的损失；
 - 玻璃单独破碎、无明显碰撞痕迹的车身划痕。

3) 驾驶员责任。

- 人工直接供油、高温烘烤造成的损失；
- 两轮及轻便摩托车停放期间翻倒的损失；
- 遭受保险责任范围内的损失后，未经过必要修理继续使用，致使损失扩大的部分；
- 被保险人或者非被保险人允许的驾驶员使用保险车辆；
- 驾驶员饮酒、吸毒、被药物麻醉；
- 没有驾驶证、行驶证；
- 驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆。

4) 其他责任。

- 竞赛、测试、在营业性修理场所修理期间；
- 保险车辆发生意外事故，致使被保险人停业、停驶、停电、停水、停气、停产、中断通信及其他各种间接损失；
- 因污染引起的各种损失；
- 因保险事故引起的各种精神损害赔偿；
- 保险车辆全车被盗窃、被抢窃或被抢夺，以及在此期间受到损坏或车上零部件、附属设备丢失所造成的损失；
- 其他不属于保险责任范围内的保险车辆的损失和费用；
- 未按书面约定履行缴纳保费义务；
- 除本保险另有书面约定外，发生保险事故时保险车辆没有公安交通管理部门核准的行驶证和号牌，或未按规定检查或检验不合格。

(3) 第三者责任保险的免除责任。

1) 被保险机动车造成下列人身伤亡或财产损失，不论在法律上是否应当由被保险人承担赔偿责任，保险人均不负责赔偿：

- 被保险人及其家庭成员的人身伤亡、所有或代管的财产的损失；
- 被保险机动车本车驾驶人及其家庭成员的人身伤亡、所有或代管的财产的损失；
- 被保险机动车本车上其他人员的人身伤亡或财产损失。

2) 下列情况下，不论任何原因造成的对第三者的损害赔偿，保险人均不负责赔偿：

- 地震；
- 战争、军事冲突、恐怖活动、暴乱、扣押、收缴、没收、政府征用；
- 竞赛、测试、教练，在营业性维修、养护场所修理、养护期间；

- 利用被保险机动车从事违法活动；
 - 驾驶人饮酒、吸食或注射毒品、被药物麻醉后使用被保险机动车；
 - 事故发生后，被保险人或其允许的驾驶人在未依法采取措施的情况下驾驶被保险机动车或者遗弃被保险机动车逃离事故现场，或故意破坏、伪造现场、毁灭证据；
 - 驾驶人有下列情形之一者：
 - 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
 - 驾驶的被保险机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
 - 实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的被保险机动车，实习期内驾驶的被保险机动车牵引挂车；
 - 持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶被保险机动车；
 - 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶 营运客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；
 - 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶被保险机动车的其他情况下驾车。
 - 非被保险人允许的驾驶人使用被保险机动车；
 - 被保险机动车转让他人，未向保险人办理批改手续；
 - 除另有约定外，发生保险事故时被保险机动车无公安机关交通管理部门核发的行驶证或号牌，或未按规定检验或检验不合格；
 - 被保险机动车拖带未投保机动车交通事故责任强制保险的机动车（含挂车）或被未投保机动车交通事故责任强制保险的其他机动车拖带。
- 3) 下列损失和费用，保险人不负责赔偿：
- 被保险机动车发生意外事故，致使第三者停业、停驶、停电、停水、停气、停产、通信或者网络中断、数据丢失、电压变化等造成的损失以及其他各种间接损失；
 - 精神损害赔偿；
 - 因污染（含放射性污染）造成的损失；
 - 第三者财产因市场价格变动造成的贬值、修理后价值降低引起的损失；
 - 被保险机动车被盗窃、抢劫或抢夺期间造成第三者人身伤亡或财产损失；
 - 被保险人或驾驶人的故意行为造成的损失；
 - 仲裁或者诉讼费用以及其他相关费用。

4) 应当由机动车交通事故责任强制保险赔偿的损失和费用，保险人不负责赔偿。

6.1.4 机动车辆保险的保险期限, 保险金额和赔偿限额

关闭内容

1. 保险期限

保险期限是指保险人为被保险人提供保险保障的起止日期，又称为保险期间或保险合同的有效期间。机动车辆的保险期限通常是 1 年，自保险单载明之日起，到保险期满日 24 时止。对于当天投保的车辆，起保时间应为次日零时，保险人按照保险单上约定的时间承担保险责任。保险期满续保需另行办理投保手续。

2. 保险金额

保险金额是指保险人承担赔偿责任或者给付保险金额的最高限额，简称保额，机动车保险一般采用不定值保险的方式进行投保。车辆损失险的保险金额是保险人对投保车辆损失险的机动车辆，在发生保险责任范围内的自然灾害或意外事故造成损失时，给予赔偿的最高金额。车辆损失险的保险金额由投保人和保险人选择以下三种方式协商确定，保险人根据保险金额的确定方式承担相应的赔偿责任。

(1)按新车购置价确定。新车购置价是指保险合同签订地购置与保险车辆同类型新车(含车辆购置附加税)的价格。

(2)按投保时车辆的实际价值确定。实际价值是指同类型车辆的新车购置价减去该车已使用年限折旧金额后的价格。但最高折旧金额不超过新车购价的 80%。车辆使用年限按每满 1 年扣除 1 年计算，不足 1 年的部分，不计折旧。规定使用年限按国家有关规定执行。折旧计算公式为

实际价值=新车购置价' [1-已使用年限?规定使用年限]

或=新车购置价× [1-已使用年限' 年折旧率]

(3)由投保人与保险人协商确定。采用这种方法确定保险金额时，保险金额不得超过同类型新车购置价。如果超过，其超过部分无效。

如果投保人将保险车辆另行加装的新增加设备与保险车辆一起向保险人投保，就必须列明新增加设备明细表及价格。新增加设备的保险金额在实际价值内由投保人与保险人协商确定，新增加设备的实际价值为其投保时的市场价格。

保险金额=新车购置价+新增设备的实际价值

3. 第三者责任险的赔偿限额

赔偿限额是保险人承担第三者责任险每次事故赔偿的最高限额，也是保险人计算保险费

时所需考虑的因素。第三者责任险的每次事故最高赔偿限额应根据不同车辆种类选择确定，投保人和保险人在投保时可以根据不同车辆的类型，自行协商选择确定第三者责任险每次事故的最高赔偿限额。

挂车投保后与主车视为一体。发生保险事故时，挂车引起的赔偿责任视同主车引起的赔偿责任。保险人对挂车与主车所承担的赔偿金额之和，不得超过主车的赔偿限额。

4. 附加险的保险金额或赔偿限额

- (1) 车上责任险的赔偿限额可以按车辆的座位或吨位来确定。
- (2) 无过失责任险一般分为两个档次（5 万元和 10 万元）确定赔偿限额。
- (3) 车辆停驶损失险按双方约定的赔偿天数和日赔偿金的乘积来确定赔偿限额。
- (4) 自燃损失险的保险金额由双方协商确定，但最高不得超过保险车辆的实际价值。
- (5) 新增设备损失险的保险金额按新增设备的购置价确定。
- (6) 车载货物责任险的赔偿限额由双方协商确定。
- (7) 玻璃单独破碎险的保险金额由双方在协商的基础上，自愿选择按进口玻璃或国产玻璃确定。
- (8) 不计免赔特约保险的赔偿限额以车辆损失险和第三者责任险的免赔额（率）为限。

6.1.5 保险费的计算与无赔偿优待

[关闭内容](#)

1. 机动车辆损失保险的保险费的计算

按照被保险人类别、车辆用途、座位数/吨位数/排量/功率、车辆使用年限所属档次查找基础保费和费率：

车辆损失保险费=基础保费+（保险金额’ 费率）

例 6.1 假定某 5 辆家庭自用汽车投保车损险，车龄为 1 年以下，保险金额为 10 万元。在费率表上查得对应的基础保费为 539 元，费率为 1.28%，则该车辆的保费=539+10 万元’ 1.28%=1 819（元）。

2. 第三者责任保险的保险费的计算

第三者责任保险的保费是一种固定保险费，一般根据车辆种类、使用性质按投保人选择的赔偿险额档次从费率表中查出其保险费收费标准。

我国机动车辆第三者责任险的固定保险按不同车辆种类和使用性质对应的第三者责任险每次最高赔偿限额确定的，对于汽车的最高限额一般分为六个档次，即 5 万元、10 万元、20 万元、50 万元、100 万元和 100 万元至 1 000 万元以内。保险费按投保时确定的每次

事故最高赔偿限额对应的固定保费收取。保费的计算方法是：

(1) 当投保人要求投保的每次事故最高赔偿限额不超过 100 万元时：

保险费=固定保险费。

(2) 当投保人要求投保的每次事故最高赔偿限额超过 100 万元时，其投保的赔偿限额应是 50 万元的整倍数，且最高不得超过 1 000 万元：

保险费=N' A' (1.05-0.025N)?2

式中，A 为同档次限额为 100 万元时的第三者责任险保险费；N 为投保限额/50 万元

例 6.2 某甲拥有一台非营业的上海别克轿车，现单独投保第三者责任险，赔偿限额为 300 万元，其中同档次限额为 100 万元的第三者责任保险的保费是 1 820 元。试计算保险费。

解：A=1 820 (元)

N=300 万元?50 万元=6

保险费=N' A' (1.05-0.025N)?2

=6' 1 820' (1.05-0.025×6)?2=2.7' 1 820

=4 914 (元)

3. 短期费率

如果保险期限不足一年，应按短期费率计收保费。短期费率一般分为日费率和月费率。

采用日费率一般适用被保险人新置车辆的投保，其计算公式为：

应交保费=年保费' 保险天数?365

4. 无赔款优待

保险车辆在上一年度保险期限内，续保时可享受无赔款保险费优待。

(1) 无赔优待的条件：保险期限必须满一年；保险期限内无赔款；保险期满前办理续保。

(2) 无赔款优待金额一般为本年度续保险种应交保费的比例（一般是 10%）。其计算公式为：

无赔款优待金额=该车辆续保险中本年应交保险费' 优待比例

例 6.3 某被保险人今年续保时应交保险费 3 000 元，在上一年保险期内没有发生保险赔款，今年续保时可获得的无赔款优待比例为 10%，则，

无赔款优待金额=3 000 元' 10%=300 (元)

(3) 当被保险人投保车辆不止一辆时，无赔款优待按车辆分别计算。实施无赔款优待办法时应注意以下几个问题：

1) 上年度保险车辆投保的车辆损失险、第三者责任险、附加险中任何一项发生保险赔款，

续保时均不能享受无赔款优待。

2) 不续保者也不得享受无赔款优待。

3) 如果续保的险种与上年度不完全相同，无赔款优待则以险种相同的部分为计算基础；如果续保的险种与上年度相同，但保险金额不同，无赔款优待则以本年度保险金额对应的应交保险费为计算基础。

4) 如果被保险人在续保时享受了无赔款优待，但事后发现上一保险期内发生过赔案或期满后补报赔案，应出具批单追回或在支付赔款时扣除已享受的无赔款优待金额。

5) 从其他保险公司转来续保的车辆，无赔款优待应根据投保人提供的转保车辆上年度的无赔款有效证明确定。

6) 凡发生以下这些情况的，不能享受无赔款优待：① 上一保险年限不足一年；② 在上一年保险期内发生赔案；③ 在上一年保险期内保险车辆发生所有权转移但未办理批改的；④ 保险期满后已脱保等。

6.1.6 机动车辆保险的承保与理赔

[关闭内容](#)

1. 机动车辆保险的承保

(1) 情况调查。保险人调查了解承保机动车辆的情况，以便确定采用合适的承保方式。承保新业务一般要了解的情况包括：

1) 车辆本身及其维修情况和与之有关的风险。通常保险人要考虑车身、车型、维护状况、意外损失、火灾风险。如果加保盗窃险，还应考虑车辆被盗的可能。

2) 车辆的用途和行驶区域。车辆的行驶区域的范围对承保风险程度有一定影响，同一类型的车辆，用途不同、风险程度也不一样，保险费率也就不同。

3) 车辆的驾驶人。在承保机动车辆险时，对承保车辆的驾驶人主要应考虑投保人或驾驶人的年龄、视力、听力、四肢健康状况、驾车经验、驾车习惯、职业等因素。

4) 驾驶人以往的损失记录。据此确定是否承保以及承保费率的高低。保险人可要求投保人必须在投保单上详细填具有关投保车辆以往的损失记录，一般为过去3~5年的记录。

5) 保险人在续保时，发现投保车辆以往的损失记录不好，首先要查清原因，然后再确定续保条件。

(2) 变更、批改与加费、退费。保险单在未到期前，投保人对原承保事项如有补充或变更的，可由投保人提出书面申请，经承保公司同意可以办理批改手续。一般投保人申请变更的内容包括：

- 1) 由于车辆转卖、转让、赠送他人引起被保险人的变更。
- 2) 保险车辆的危险程度发生增减；保险车辆的使用性质发生变更。
- 3) 保险车辆数量增减；被保险人要求调整保险金额或赔偿限额，被保险人要求加保附加险。
- 4) 保险期限发生变更以及其他变更事项。如果投保人或被保险人申请变更事项不涉及保险期限，其批改的保险届满日期，仍应与原保险单的期限相同。当有增减保险单的保险费时，应按未到期的天数比例计算加费或退费，同时在批单上做出批注。
- 5) 如果投保人在保险责任开始前，要求解除合同，则应当向保险人支付保险费金额 3% 的退保手续费，保险人再退还保险费。其计算公式为
$$\text{退还保险费} = \text{实收保险费} - \text{应收保险费} \times 3\%$$
- 6) 如果投保人在保险责任开始后，要求解除合同，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。

2. 机动车辆保险的理赔

(1) 理赔程序。机动车辆保险的理赔程序为：接受出险通知、现场查勘、确定责任、登记立案、定损核损、计算赔款、核赔审批、分理单据、案卷归档支付赔款。其赔款金额经保险合同双方确认后，保险人在 10 天内一次赔偿结案。

(2) 免赔率（额）的规定。根据保险车辆驾驶员在事故中所负责任，计算赔偿金额时，保险人在每次保险事故的赔款中要扣除绝对免赔率（额）。例如，在交通事故中被保险人负全部责任的免赔率为 20%，负主要责任的免赔率为 15%，负同等责任的免赔率为 10%，负次要责任的免赔率为 5%，单方面肇事的绝对免赔率为 20%。单方面肇事是指不涉及与第三方有关的损害赔偿的事故，但不包括自然灾害引起的事故。

(3) 赔偿金额计算。保险车辆肇事后，经现场查勘或事后了解情况，并由被保险人提供保险单、事故证明、事故责任认定书、事故调解书、判决书、损失清单和有关费用单据，经审核无误后，保险人应按车辆损失险、施救费用、第三者责任险分别计算赔偿金额。保险人依据被保险人在事故中所负责任比例，相应承担赔偿责任。

保险车辆因保险事故受损或致使第三者财产损坏，应当尽量修复。修理前被保险人须会同保险人检验，确定修理项目、方式和费用，否则保险人有权重新核定，或拒绝赔偿保险车辆在保险合同的有效期内发生保险事故而遭受的损失或费用。保险人计算赔偿金额应遵循以下规定：

- 1) 车辆损失险的赔偿金额计算。

① 全部损失。全部损失包括实际全损和推定全损。实际全损是指保险标的整体损毁或保险标的受损严重，失去修复价值的损失。车辆推定全损是指保险车辆的修复费用达到或超过出险当时的实际价值，尽管保险标的可能并没有全部灭失。

第一，保险车辆发生全部损失后，如果保险金额高于出险当时的实际价值出险当时的实际价值计算赔偿金额。其计算公式为

$$\text{赔偿金额} = (\text{实际价值} - \text{残值}) \times \text{事故责任比例} \times (1 - \text{免赔率})$$

第二，保险车辆发生全部损失后，如果保险金额等于或低于出险当时的实际价值，保险人则按保险金额计算赔偿金额。其计算公式为：

$$\text{赔偿金额} = (\text{保险金额} - \text{残值}) \times \text{事故责任比例} \times (1 - \text{免赔率})$$

此时的残值应按比例计算，残值=总残值 \times 保险金额 \div 实际价值。

保险车辆出险时的实际价值可按以下方式确定：第一，按出险时的同类型车辆市场新车购置价减去该车已使用年限折旧金额后的价值合理确定。第二，按照出险时同类车型、相似使用时间、相似使用状况的车辆在市场上的交易价格确定。一般的计算方法是
$$\text{实际价值} = \text{新车购置价} \times (1 - \text{年折旧率} \times \text{已使用年限})$$

② 部分损失。部分损失是指保险车辆受损后未达到“整体损毁”或“推定全损”程度的局部损失。其赔偿金额计算的基本方法如下：

第一，如果保险车辆的保险金额是按投保时新车购置价确定的，无论保险金额是否低于出险当时的新车购置价，发生部分损失时均按照实际修复费用赔偿。其计算公式为

$$\text{赔款} = (\text{实际修复费用} - \text{残值}) \times \text{事故责任比例} \times (1 - \text{免赔率})$$

第二，如果保险车辆的保险金额低于投保时的新车购置价，发生部分损失按照保险金额与投保时的新车购置价比例计算赔偿修复费用，其计算公式为：

$$\text{赔款} = (\text{实际修复费用} - \text{残值}) \times (\text{保险金额} \div \text{新车购置价}) \times \text{事故责任比例} \times (1 - \text{免赔率})$$

③ 施救费。保险车辆损失最高赔款金额及施救费用分别以保险金额为限。施救费用仅限于对保险车辆的必要、合理的施救支出。如果施救财产中含有保险车辆以外的财产，则应按保险车辆的实际价值占施救总财产的实际价值的比例分摊施救费用。

第一，保险金额等于投保时新车购置价的，其计算公式为：

$$\text{施救费用} = \text{实际施救费用} \times \text{事故责任比例} \times (\text{保险车辆实际价值} \div$$

$$\text{实际施救财产价值}) \times (1 - \text{免赔率})$$

第二，保险金额低于投保时的新车购置价的，其计算公式为：

$$\text{施救费用} = \text{实际施救费用} \times \text{事故责任比例} \times (\text{保险金额} \div \text{新车购置价})$$

$$\text{赔偿款} = (\text{保险车辆实际价值} - \text{实际施救财产价值}) \times (1 - \text{免赔率})$$

2) 第三者责任险的赔偿金额计算。保险车辆发生第三者责任事故时，按我国《道路交通事故处理办法》确定的赔偿范围、项目和标准以及保险合同的规定，在保险单载明的赔偿限额内核定赔偿数额。对被保险人自行承诺或支付的赔偿金额，保险人有权重新核定或拒绝赔偿。

第一，当被保险人按事故责任比例应负的赔偿金额超过赔偿限额时，其计算公式为：

$$\text{赔款} = \text{赔偿限额} \times (1 - \text{免赔率})$$

第二，当被保险人按事故责任比例应负的赔偿金额低于赔偿限额时，其计算公式为：

$$\text{赔款} = \text{应负赔偿金额} \times (1 - \text{免赔率})$$

6.2 飞机保险

6.2.1 飞机保险的含义

关闭内容

飞机保险是以飞机及其有关利益、责任为保险标的的一种运输保险。它是随着飞机制造业的发展，在海上保险和人身意外伤害保险的基础上发展起来的一个保险领域。飞机保险具有综合性保险的特点，既包括财产保险，如以飞机及设备为保险标的的飞机及零备件保险；又包括责任保险，如承保承运人对旅客及第三者的法定责任保险；还包括人身意外伤害保险，如机组人员人身意外伤害保险、航空人身意外伤害保险等。

6.2.2 飞机保险的基本保险

关闭内容

1. 飞机保险的责任范围

(1) 飞机机身（零备件）一切险的保险责任。该保险承保各种类型的客机、货机、客货两用机以及从事各种专业用途的飞机。该保险中“飞机机身”的概念包括机壳以及其他使飞机飞行的零部件和发动机。飞机机身及零备件和设备一切险的保险责任包括：

1) 由被保险人拥有、使用的飞机不论何种原因（不包括保险单列明的除外责任）造成的损毁和灭失；或由于维修或修理时从飞机上拆卸下来且又未将同类型的零备件装配在飞机上，而由被保险人负责保管的零备件的损毁或灭失，因为该零备件或发动机尽管被拆下离开了机身，但仍属于机身的一部分，如果发生损失仍由保险人负责赔偿。

2) 由被保险人拥有或使用的从被保险飞机上替换下来的零部件和设备的损毁或灭失（通

常上述零部件的保险金额应在保险单上另行列明）。

3) 被保险飞机起飞后失踪, 并且在 10 天之内未得到任何行踪消息所构成的损失。

4) 扩展责任: ① 承保由于人力不可抗拒原因或者由于判断错误致使飞机降落某地, 并且无法再次起飞使得必须拆机而引起的拆机费用、运送到最近的合适的停机场的运输费用和最后重新安装费用。② 承保由于被保险人或其代表因对飞机进行防护、安装、保障而引起的救助、施救和旅行费用等。

5) 修理费用: ① 飞机发生损失后所支付的修理费用包括, 为了修理须往返于飞机停放地或修理地点之间运送修理人员、零部件、工具设备的运输费用。② 飞机修理后的试飞费用或重新取得适航证的费用。③ 修理费用的计算。如果被保险人自己进行修理, 被保险人可以选择。

两种计算修理费用的方式: 一是按修理人的实际工资加 250% 计算修理费用; 二是按被保险人工时费加上合理的运输及存放费用计算。如果由其他人修理飞机, 修理费用应为实际修理费用加上被保险人监督修理而产生的费用, 以及试飞费用或重新获得适航证的费用。

(2) 旅客(行李、货物、邮件)法定责任保险和第三者责任保险。

1) 保险责任。旅客、行李、货物、邮件法定责任保险和第三者责任保险承保由以下原因引起的被保险人依法承担的人身伤害和财产损失赔偿责任: ① 由于使用或拥有飞机、飞机部件造成的责任事故。② 在被保险人经营业务的机场内发生的事故。③ 其他与被保险人从事空中运送旅客或货物业务有关的活动中发生的事故。④ 由于使用或经营飞机或由于从事空中运输事业而提供货物、服务而发生的事故。

2) 扩展责任。旅客、行李、货物、邮件法定责任保险可以扩展承保以下损失及费用: ① 根据与邮政当局的签订的邮件运输合同而承担的法律赔偿责任。② 与被保险人无雇佣关系但乘坐被保险人飞机的授权观察员所承担的法律赔偿责任。③ 清理残骸费用。发生事故后, 被保险人因清理、移动而损坏飞机或者由于疏忽在清理或移动飞机失败而引起的责任和费用。④ 由于搜索、寻找、营救工作而引起的费用。⑤ 为了减少被保险飞机的损失或为了避免事故扩大而使用灭火剂后引起的费用, 以及依据法律规定应由被保险人支付的费用等。

每次事故的所有费用之和不得超过飞机保险金额的一定比例, 如 10%。

3) 附加人身伤害责任。旅客、行李、货物、邮件责任法定保险和第三者责任保险负责承保由以下原因引起的被保险人的人身伤害责任: ① 非法拘留、监禁、扣押或关押。② 恶

意中伤。③ 错误进入、驱逐或侵入私宅及领地。④ 由于拒绝运送而造成的非敌意的种族歧视。⑤ 通过刊物或语言诽谤贬低而造成的侵权行为。⑥ 由于提供必要的紧急救护而产生的医疗错误而引起的责任。

保险人不承担赔偿的人身伤害责任包括被保险人同意、默许的人身攻击；直接进行的人身攻击；对被保险人过去、现在或将来可能雇用的工作人员的人身攻击；在保险期限以外发行的刊物或语言而进行的人身攻击等。

4) 其他费用：① 保险人有权代表被保险人或以被保险人的名义，就承保风险造成的损失对被保险人提出的索赔引起的诉讼进行抗辩。保险人负责赔付事先同意的上述合理的、必要的法律辩护费用。② 保险人负责经事先同意支付的被保险人为解除财产扣押所需的担保金和抗辩过程中要求的保证金，但最高不得超过保险单列明的责任限额。③ 保险人负责上述诉讼中对被保险人征收的费用。④ 保险人负责赔偿对于保险责任范围内的事故引起被保险人所承担的食品、抢救住院和医疗护理，以及丧葬或将尸体和受伤人员运送回国等合理费用。⑤ 按照航空运输合同约定，被保险人有义务在迫降事故发生后，采用其他运输方式把旅客从迫降地运抵目的地。因此而引起的运费由保险人负责赔偿。

2. 飞机保险的除外责任

(1) 飞机机身（零备件）一切险的除外责任。

1) 有战争和军事行动、飞机不符合适航条件而飞行和被保险人的故意行为。

2) 机械失灵、自然磨损、内在缺陷。

3) 由于发动机吸入石子、灰尘、沙土、冰块等而造成发动机的损失。

4) 存仓零备件、设备无法解释的减少、丢失或者在清仓时发现的短少。

(2) 旅客、行李、货物、邮件法定责任保险和第三者责任保险对下列责任不负责赔偿：

1) 房屋或由被保险人占用的建筑物的损失。

2) 有营运牌照的机动车辆的责任及损失，但在机场范围内被保险人使用的车辆除外。

3) 由被保险人分配、提供、销售、处理、服务、修理、改装、建筑、生产的不合格产品和货物进行的修理或换置费用。

4) 由于错误或不按规定而进行工作、设计、生产造成的损失。

3. 飞机保险的保险金额与责任限额

(1) 飞机保险的保险金额的确定。在历史上，飞机机身险是按不定值保险方式承保的，现代保险中，机身险普遍采取定值保险，其保险金额与保险价值相等。飞机保险的保险金额可以按三种方式确定：

- 1) 账面价值, 即按购买飞机时的实际价值或按年度账面逐年扣减折旧后的价值。
- 2) 重置价值, 即按照市场同样类型、同样机龄飞机的市场价值。
- 3) 双方协定价值, 即由保险人与被保险人共同协商确定的价值。

(2) 旅客法定责任保险和第三者责任保险责任限额的确定。旅客法定责任保险和第三者责任保险的责任限额是按每次事故来确定的。确定责任限额主要考虑的因素有飞机的飞行路线、飞机的型号、有关国家对人身伤亡赔偿限额的规定、旅客的构成等。如果是飞机队形式投保的, 还要考虑机队飞机的构成。

4. 飞机保险的赔偿处理

(1) 飞机全部损失及部分损失的赔偿。飞机发生全损的, 保险人按飞机的保险金额全部赔付, 不扣免赔额。此外, 保险人还负责赔偿清理飞机残骸的费用。如果被保险人宣布推定全损, 保险人可不接受委付, 但是按保险金额扣减残值方式计算赔款。飞机发生失踪, 保险人按全损赔付。飞机发生部分损失, 保险人按实际修理费用扣除免赔额后计算赔款。

无论飞机是全损还是部分损失, 保险人均负责赔偿施救费用 (通常按保险金额的 10% 支付)、运输费用 (将飞机从出事地点运往修理厂的费用) 和抢救费用 (为抢救飞机而实施的灭火或其他抢救措施所支付的费用) 等。

(2) 旅客法定责任保险的赔偿。对于旅客的伤亡, 保险人原则上按有关法规或国际公约规定的责任限额予以赔偿。例如, 按照《华沙公约》和《海牙议定书》的规定, 每一位旅客的最高赔偿限额为 25 万金法郎, 约合 2 万美元; 行李为每千克 250 金法郎, 约合 20 美元。

(3) 第三者责任险的赔偿。第三者责任险通常不规定免赔额。第三者责任险的损失赔偿一般可分为三类:

- 1) 空中碰撞造成的其他飞机及人身伤亡及财产损失。对于碰撞责任通常采用分摊责任制来确定, 如甲航空公司负责 60%, 乙航空公司负责 10%, 空中交通指挥负责 30%。保险人按自己所承保的责任比例负责赔偿。
- 2) 飞机在地面上造成第三者的人身伤亡和财产损失。飞机造成地面上任何人员、设备、飞机等损失, 一般按照当地机场的规定或有关合同来确定赔偿责任。
- 3) 飞机在空中造成地面上的第三者的任何损失 (如从飞机上坠入或坠物)。一般按当地法律来处理, 也可以参照有关国际公约的规定处理。

6.2.3 飞机保险的附加险

[关闭内容](#)

1. 飞机战争和劫持险

战争和劫持险一般作为附加险，主要承保由于战争、劫持、敌对行为武装冲突、罢工、民变、暴动、飞机被扣留、没收或第三者恶意破坏造成的被保险飞机及部件的损坏、灭失以及由此引起的被保险人对第三者或旅客应负的法律赔偿责任。

2. 飞机承运货物责任险

凡办好托运手续装载在保险飞机上的货物，若在运输过程中发生损失，根据法律、合同规定应由承运人负责者，由保险人给予赔偿。

6.3 船舶保险

6.3.1 远洋船舶保险

关闭内容

远洋船舶保险一般分为全损险和一切险两种。不同的险别，承保着不同的保险责任范围。

1. 全损险的保险责任

全损险承保被保险船舶因遭受保险范围内的风险而导致的全部损失，包括实际全损和推定全损。全损险承保的保险责任范围是：

(1) 海上风险。海上风险是指由海上自然灾害和意外事故构成的海上灾难，自然灾害包括恶劣气候、雷电、海啸、地震、火山爆发、洪水等，意外事故包括船舶搁浅、触礁、沉没、失踪、碰撞和触碰其他物体等。

(2) 火灾或爆炸。

(3) 来自船外的暴力盗窃或海盗行为。

(4) 抛弃货物。

(5) 核装置或反应堆发生的故障或意外事故。

(6) 装卸或移动货物或燃料时发生的意外事故。

(7) 船舶机件或船壳的潜在缺陷。潜在缺陷是指合格的验船师用正常的检验方法不能发现的瑕疵。这种缺陷通常是船舶在建造上的缺陷。

(8) 船长、船员有意损害被保险人利益的行为。

(9) 船长、船员和引水员、修船人员及租船人的疏忽行为。这里所指的租船人，不包括光船租船人。

(10) 任何政府当局当防止或减轻因承保风险造成被保险船舶损坏引起的污染所采取的行动。

2. 远洋船舶保险一切险的保险责任

船舶一切险除承保全损险责任范围内的风险所致被保险船舶的全部损失外，还负责因这些风险造成的船舶的部分损失，以及碰撞责任、共同海损分摊、救助费用和施救费用。

一切险的承保范围要比全损险大，但承保的风险是相同的。一切险的保险责任范围如下：

(1) 全部损失。全部损失包括被保险船舶由于遭受保险风险而造成的实际全损和推定全损。保险人对全部损失的赔偿以保险金额为限，并且不扣除免赔额。

(2) 部分损失。部分损失是指被保险船舶由于遭受保险风险而造成的不属于全部损失的损失。保险人在保险金额的限度内负责船舶的部分损失，如果船舶在保险期限内连续发生两次或多次事故造成部分损失，尽管累计损失额超过保险金额，但只要每次损失额不超过保险单载明的保险金额，保险人仍负责赔偿，不过在赔偿时应按每次事故扣除免赔额。

(3) 碰撞责任。碰撞责任是指被保险船舶由于航行疏忽或过失造成与其他船舶碰撞或触碰任何固定的、浮动的物体或其他物体所引起的第三者的财产损失或人身伤亡，在法律上应负的赔偿责任。

(4) 共同海损和救助。共同海损是指船舶和船上所载货物遭遇共同危险时，为了共同安全，有意而合理地做出特殊的牺牲或支付额外的费用。由于这种特殊的牺牲和额外的费用是为船舶、船上所载货物以及运费的共同安全而产生的，因此，这种牺牲和费用也由各方受益人按各自的获救价值进行分摊，这种分摊称为共同海损分摊。

救助是指被保险船舶遭受保险风险时，单凭自身的力量无法解脱其所处的困境和危险，只好由委请的第三者或由第三者自愿提供帮助解决危险的一种行为。由此行为引起的费用称为“救助费用”。如果救助费用是船舶或与船舶有关的利益方所引起的，通常列为共同海损费用，参加共同海损分摊。

(5) 施救费用。由于承保风险造成船舶损失或船舶处在危险之中，被保险人为防止或减少根据该保险可以得到赔偿的损失而付出的合理费用，保险人应予以赔付。施救费用是一种单独费用。因此，保险人对施救费用的赔偿不受船舶本身损失、碰撞责任、共同海损分摊和救助费用等赔偿金额的限制，但不得超过船舶的保险金额。如果船舶的保险价值高于保险金额，保险人要按比例赔偿施救费用。

(6) 其他费用。由于船舶碰撞事故或第三者过失造成被保险船舶受损，被保险人或保险

人对第三者提出诉讼或抗辩引起的法律诉讼费用，可由保险人负责赔偿。另外，为确定保险责任范围的损失，进行检验、查勘等合理费用，包括船舶搁浅后检验船底的费用，也可由保险人负责赔偿。

6.3.2 远洋船舶保险的除外责任

关闭内容

1. 被保险船舶不适航的条件

- (1) 船长和船员的配备不当；
- (2) 船舶的装备不妥；
- (3) 货物配载不当。

2. 被保险人的疏忽或故意行为

(1) 船舶保险的被保险人一般是指船东或经营船舶航运的轮船公司，也包括对船舶实际上拥有调动权和使用权的法人代表。船东的代表主要是指行使船东权利管理船舶以及有权调度船舶的部门。船长和船员不是船东，也不是船东的代表，因此船长船员的行为导致的船舶损失，保险人负责赔偿。

(2) 被保险人格尽职责应予发现的正常磨损、锈蚀、腐烂或保养不周或材料缺陷，包括不良状态部件的更换和修理。

6.3.3 远洋船舶保险的保险期限

关闭内容

远洋船舶保险按保险期限分类，可分为定期保险和航次保险。

1. 定期保险的保险期限

定期保险是指以时间作为保险责任起讫期限的保险。定期保险的责任期限一般为 1 年，最短为 3 个月。责任起讫时间以保险单上注明的日期为准。

2. 航次保险的保险期限

航次保险是指以船舶自起运港到目的港为保险责任起讫期限的保险。航次保险的责任期限按保险单上载明的航程为准。不载货船舶的起讫时间自起运港解缆或起锚时开始，至目的港抛锚或系缆完毕时为止；载货船舶的起讫时间自起运港装货时开始，至目的港卸货完毕时终止。但自船舶抵达目的港当日午夜零时起，最多不得超过 30 天。

6.3.4 远洋船舶保险的免赔额规定

关闭内容

船舶保险的免赔额是指被保险船舶发生保险风险事故时，保险人按照保险风险事故

损失额的比例或一定数额免于赔偿。免赔额的具体实施的规定如下：

（1）免赔额的适用范围。船舶保险规定的免赔额适用于被保险船舶的部分损失。对保险责任范围内的风险所造成的被保险船舶的全部损失、共同海损、碰撞责任、救助费用或施救费用的赔偿均不适用免赔额规定。但是船舶发生搁浅，专门为检验船底而产生的合理费用，保险人在赔偿时须扣除免赔额。

（2）免赔额按每次事故扣除。免赔额应在每一次事故造成的损失总额中扣除。也就是说，当每次保险事故造成船舶部分损失时，保险人在计算赔偿金额时都要扣除免赔额。

（3）因恶劣气候造成两个连续港口之间单独航程的损失赔偿应视为一次事故，保险人只扣除一次免赔额。例如，船舶在 A 港至 B 港的单独航程中遭遇飓风袭击，折断桅杆，随后船舶在航行中又遇上台风，造成船体其他部位受损，保险人应按照一次事故从赔偿金额中扣除免赔额。

6.3.5 远洋船舶保险的赔偿处理

[关闭内容](#)

（1）全部损失。

1) 被保险船舶发生完全损毁或严重损坏不能恢复原状，或者被保险人不可能避免地丧失该船舶，保险人可按全部损失赔偿。

2) 被保险船舶在预计到达目的港日期超过 2 个月后，尚未得到它的行踪消息时，保险人可按全部损失赔偿。这种情况称为船舶失踪，可视为实际全损。

3) 当被保险船舶的实际全损已不能避免，或者恢复、修理、救助的费用以及这些费用的总和超过船舶保险价值时，这种情况称为推定全损。被保险人向保险人发出委付通知后，保险人同意接受后可按全部损失赔偿。

（2）部分损失。

1) 保险人对被保险船舶的部分损失均予以赔付，并且对于受损零件的重新置换不扣减折旧费用。

2) 保险人对船底的除锈或喷漆费用不予赔付，除非这些费用与船舶损失有直接关系。

3) 船东为使船舶适航做必要的修理或按惯常进入船坞时，如果被保险船舶同时需要为所承保的损坏进行修理，那么进出船坞或船坞的使用费用应平均分摊。

（3）船舶碰撞责任。在两船双方互有过失情况下，保险人对船舶碰撞责任的赔偿可采用单一责任和交叉责任两种计算方法。根据远洋船舶保险条款的规定，保险人对船舶碰撞责任的赔偿按交叉责任方法计算。

(4) 被保险人为获取和提供资料及文件所花费的时间和劳务,或被保险人委派和以其名义行事的任何经理人、代理人、管理或代理公司的佣金或劳务费用,保险人均不予赔付,除非保险人事先同意赔付。

(5) 凡保险金额低于约定价值,或低于共同海损或救助费用的分摊价值时,保险人对所承保的共同海损或救助费用的赔偿,按保险金额与约定价值或分摊价值的比例来计算赔偿金额。

(6) 被保险船舶与同一船东所有或由同一管理机构经营的船舶之间发生碰撞或接受救助,应视为第三方船舶一样,保险人也负责赔偿。

6.3.6 沿海内河船舶保险

关闭内容

(1) 沿海内河船舶保险的保险标的。沿海内河船舶保险承保的船舶是指依照中华人民共和国的法律、法规和主管部门的章程进行登记注册,在中华人民共和国境内水域,从事合法营运和合法航运作业的船舶,包括海船、河船和其他可视为船舶的水上移动或浮动的装置。

(2) 全损险的保险责任。沿海内河船舶保险分为全损险和一切险。但在责任范围上,沿海内河船舶保险的保险责任采取列明风险的方式,保险单上没有列明的风险保险人不予负责。

全损险是指发生保险责任范围内所列明的灾害或事故致使保险船舶全损时,保险人负责赔偿的一种保险。全损包括实际全损和推定全损。因下列原因造成保险船舶的全损属于保险责任范围:八级以上(含八级)大风、洪水、地震、海啸、雷击、崖崩、滑坡、泥石流、冰凌、火灾、爆炸、碰撞、触碰、搁浅、触礁等灾害或事故引起的船舶倾覆、沉没。船舶失踪也属于保险责任,但必须具备三个条件:①船舶在航行中失踪;②船员和船舶同时失踪;③失踪满6个月以上。

(3) 一切险的保险责任一切险在全损险的基础上,有条件地扩大了保险责任范围。一切险在保险赔偿责任方面,将全损险责任扩大为船舶发生全损或部分损失时均予负责赔偿;在承保的责任方面,增加了被保险船舶碰撞他船或触碰他物而产生的对第三者依法承担的赔偿责任和被保险船舶发生的共同海损、救助及救助费用损失等。

1) 碰撞、触碰责任。一切险承保被保险船舶在可航水域与其他船舶、码头、港口设备、航标、钻井平台发生直接碰撞或触碰产生侵权行为而依法应负的赔偿责任。

2) 共同海损、救助和施救费用。保险人对共同海损、救助和施救费用赔偿的前提是:在

保险船舶发生保险事故时，被保险人为了防止或减少损失而采取救助或施救措施所支付的费用必须是必要的、合理的。保险人对每次保险事故所支付共同海损、救助及施救三项费用之和的最高赔偿额以保险金额为限。当保险金额低于实际价值时，保险人应当按照保险金额与实际价值的比例，支付上述三项费用。

6.3.7 沿海内河船舶保险的除外责任

关闭内容

- (1) 船舶不适航、不适拖。
- (2) 船舶正常的维修、油漆，船体自然磨损、锈蚀、腐烂及机器本身发生的故障和舵、螺旋桨、桅、锚、锚链、橹及子船的单独损失。
- (3) 浪损、座浅。
- (4) 被保险人及其代表（包括船长）的故意行为或违法犯罪行为。
- (5) 清理航道、污染和防止或清除污染的责任和费用，水产养殖及设施、捕捞设施、水下设施、桥梁的损失和费用。
- (6) 因保险事故引起被保险船舶及第三者的间接损失和费用以及人员伤亡或由此引起的责任和费用。
- (7) 战争、军事行动、扣押、骚乱、罢工、哄抢和政府征用、没收。
- (8) 其他不属于保险责任范围内的损失。

6.3.8 沿海内河船舶保险的保险金额

关闭内容

船舶保险金额的确定应考虑船舶的使用年限、新旧程度、船体结构及船舶用途等因素。保险金额可按保险价值确定，也可以由保险双方协商确定，但保险金额不得超过保险价值。

6.3.9 沿海内河船舶保险的赔偿处理

关闭内容

1. 全损险的赔偿处理

船舶全损按照保险金额赔偿。保险金额高于保险价值时，赔偿金额以保险价值为限。推定全损首先要由被保险人提出委付，保险人拒绝接受委付时，不影响其对推定全损的赔偿义务。保险人接受委付时，船舶所有权及附带的义务和责任将转移给保险人。

2. 一切险的赔偿处理

- (1) 新船发生部分损失时的赔偿方法。按照实际发生的损失计算赔偿，新船的保险金额

小于保险价值时，按新船的保险金额与保险价值的比例计算赔偿计算公式为

实际赔偿金额=（实际损失和费用-残值）' 额?重置价值（1-免赔率）' 保险金

或 实际赔偿金额=（实际损失和费用-残值）' 保险金额?重置价值-免赔额

（2）旧船发生部分损失时的赔偿方法。采取扣除折旧的办法，以保险金额和重置价值的比例为依据。旧船发生部分损失时，赔偿方式有两种。

1）保险金额大于或等于旧船的保险价值时，其计算公式为

实际赔偿金额=（实际损失和费用-残值）' （1-免赔率）' 保险价值?重置价值

或 实际赔偿金额=（实际损失和费用-残值）' 保险金额?重置价值-免赔额

2）保险金额小于旧船的保险价值时，其计算公式为

实际赔偿金额=（实际损失和费用-残值）' （1-免赔率）额?

重置价值' 保险金额?重置价值

或 实际赔偿金额=（实际损失和费用-残值）' （保险金额?

重置价值）' 保险价值?重置价值-免赔额

（3）船舶碰撞、触碰责任赔偿的规定。保险人负责赔偿保险船舶在可航水域碰撞其他船舶或触碰码头、港口设施、航标发生的直接损失和费用，包括被碰撞船舶上所载货物的直接损失，以及依法应当由被保险人承担的赔偿责任。保险人对每次碰撞、触碰责任仅负责赔偿金额的 3/4，保险期限内一次或累计最高赔偿额以船舶保险金额为限。因保险船舶的碰撞责任所致被碰撞船舶及其所载货物的损失应当合并计算。

（4）共同海损、施救及救助的赔偿规定。三项费用之和的最高赔偿额以保险金额为限，对于不足额投保的船舶，其共同海损、施救及救助费用应当按比例分摊。

6.4 国际货物运输保险

6.4.1 海上运输货物保险

关闭内容

1. 海上运输货物保险基本险的保险责任

国际上习惯采用的英国《伦敦协会海上运输货物保险条款》将基本险的保险责任分为平安险（F.P.A）、水渍险（W.A）和一切险（A.R）。

（1）平安险（Free From Particular Average, F.P.A）。平安险按其英文原意是“不负责单独海损”，仅对全部损失和共同海损负赔偿责任。平安险的保险责任包括：

1）被保险货物在运输途中由于恶劣气候、雷电、海啸、地震、洪水等自然灾害造成整批货物的全部损失或推定全损。

2) 由于运输工具遭受搁浅、触礁、沉没、互撞、与流冰或其他物体碰撞以及失火、爆炸等意外事故造成货物的全部或部分损失。

3) 在运输工具已发生搁浅、触礁、沉没、焚毁等意外事故的情况下，货物在此前后又在海上遭受恶劣气候、雷电、海啸、地震、洪水等自然灾害所造成的部分损失。

4) 在装卸或转运时，由于一件或数件整件货物落海造成的全部或部分损失。

5) 被保险人对遭受承保责任内危险的货物进行抢救，采取防止或减少货损的措施而支付的合理费用。保险人的赔偿责任以不超过该批被救货物的保险金额为限。

6) 运输工具遭受海难后，在避难港由于卸货所引起的损失，以及在中途港、避难港由于卸货、存仓及运送货物所产生的特别费用。

7) 共同海损的牺牲、分摊和救助费用。

8) 运输合同中订有“船舶互撞责任”条款，根据该条款规定应由货方偿还船方的损失。平安险一般适用低值、裸装的大宗货物，如矿砂、钢材、铸铁制品等。

(2) 水渍险 (With Particular Average, W.A)。水渍险承保的责任范围除包括平安险的各项责任外，还负责被保险货物由于恶劣气候、雷电、海啸、地震、洪水等自然灾害所造成的部分损失，即水渍险的保险责任是在平安险的基础上，加上被保险货物由于海上自然灾害所造成的部分损失。可见，水渍险的保险责任大于平安险的保险责任，与此相适应，水渍险的保险费率也高于平安险的。

水渍险只适用于那些不大可能发生碰损、破碎，或容易生锈但不影响使用的货物，如铁钉、铁丝、螺丝等小五金类商品，以及旧汽车、旧机床、旧设备等二手货。

(3) 一切险 (All Risks, A.R)。一切险的保险责任，除包括平安险和水渍险的所有责任外，还包括被保险货物在海上运输途中由于各种外来原因所造成的全部损失或部分损失。一切险保险责任中所指的“外来原因”并非运输途中的一切外来风险，而是以一般附加险中的 11 种风险为限。简而言之，一切险的保险责任范围是平安险、水渍险和一般附加险的总和，是一种风险高度综合的险别。

三个基本险别的除外责任是：

(1) 被保险人的故意行为或过失所造成的损失。

(2) 属于发货人责任所引起的损失。

(3) 被保险货物存在的品质不良或数量短差所造成的损失。

(4) 被保险货物的自然耗损、本质缺陷、特性以及市价跌落、运输延迟所引起的损失或费用。

(5) 属于战争险条款和罢工险条款规定的保险责任和除外责任的货损。

2. 海上运输货物保险附加险的保险责任

海上运输货物保险的附加险可分为一般附加险、特别附加险和特殊附加险三种。

(1) 一般附加险。一般附加险亦称“普通附加险”，承保一般外来原因所造成的货物损失。我国海上运输货物保险承保的一般附加险共有 11 种：偷窃、提货不着险；淡水雨淋险；短量险；混杂、玷污险；渗漏险；碰损、破碎险；串味险；受潮受热险；钩损险；包装破裂险；锈损险。

(2) 特别附加险。特别附加险与一般附加险不同之处有两点：一是特别附加险不含在一切险责任范围内；二是导致特别附加险的货物损失原因往往同政治、国家行政管理以及一些特殊的风险相关。我国现行的特别附加险有 6 种：交货不到险、进口关税险、舱面险、拒收险、黄曲霉（毒）素险、出口货物到香港（包括九龙在内）或澳门存仓火险责任扩展条款。

(3) 特殊附加险。特殊附加险和特别附加险一样，不属于一切险的责任范畴。特殊附加险承保的风险主要是战争和罢工这两种风险。

3. 海上运输货物保险的保险期限

我国海洋运输货物保险的保险期限采用“仓至仓”条款（Warehouse to Warehouse Clause, W/W），规定保险人对被保险货物所承担责任的时空范围，从货物运离保险单所载明起运港发货人的仓库时开始，一直到货物运抵保险单所载明的目的港收货人的仓库时为止。保险人的保险责任起讫分为正常运输和非正常运输两种情况。

(1) 正常运输情况下保险责任的起讫。正常运输是指按照正常的航程、航线行驶并停靠港口的运输，包括途中正常延迟和正常转船，其过程自被保险货物运离保险单所载明的起运地发货人仓库或储存处所开始，直到货物到达保险单所载明的目的地收货人仓库或储存处所为止。

1) 被保险货物运抵卸货港并全部卸离海轮后，但未被收货人立即运到自己的仓库时，保险责任可以从货物全部卸离海轮时起算满 60 天终止。若在 60 天内货物到达收货人仓库，保险责任即在到达仓库时终止。

2) 被保险货物运抵卸货港，卸货港即为目的地，收货人提货后并不将货物运往自己的仓库，而是将货物进行分配、分派或分散转运，那么保险责任就从开始分配货物时终止。

3) 如果被保险货物以内陆为目的，收货人提货后运到内陆目的地自己的仓库，保险责任即行终止。如果收货人提货后没有将货物直接运往自己在内陆目的地的仓库，而是先

行存入某一仓库，然后在这个仓库对货物进行分配、分派或分散转运，即使其中一部分货物运到了保险单所载明的内陆目的地的最后仓库，则先行存入的某一仓库视为收货人的最后仓库，保险责任在货物到达该仓库时终止。

上述第 2 项、第 3 项规定也受被保险货物全部卸离海轮后满 60 天的限制。如果在这两项规定的情况发生之前，时间已满 60 天时，货物才全部卸离海轮，保险责任的终止以先发生的为准。

(2) 非正常运输情况下保险责任的起讫。在运输过程中，由于遇到被保险人无法控制的情况致使被保险货物无法运往原定卸载港而在途中被迫卸货、重装或转运，以及由此而发生的运输延迟、绕航或运输合同终止等非正常的情况，属于非正常运输。

4. 海上运输货物保险的保险金额

海上运输货物保险一般为定值保险即以当事人所持有的保险利益为限，以约定保险价值作为保险金额。通常以货物价值、预付运费、保险费、其他费用及预期利润总和作为计算标准，即以国际贸易价格条件——CIF 价格加成一定比例作为保险金额。我国常用于确定保险金额的价格条件可分为两类：不带保险费的 FOB 和 CFR；带保险费的 CIF。

(1) CIF 价格条件下保险金额的计算。CIF 价格条件明确规定货物价格中包括成本、保险费和运费，货物所需要的运输工具及保险，由卖方办理并负担费用。它是国际贸易货物价格条件中最常见的一种。其计算公式为：

保险金额 = $CIF' \times (1 + \text{加成率})$

(2) CFR 价格条件下保险金额的计算。CFR 即为成本加运费价格条件，又称为离岸加运费价格条件。在这种价格条件下，卖方负责租船订舱并将货物装上船且支付运费，负担装船前的一切风险和费用；由买方办理有关保险并支付保险费。由于海上运输货物保险金额是以 CIF 价格为计算基础的，因此，买方投保时需要首先将 CFR 价格换算成 CIF 价格，然后再加成计算保险金额。CFR 价格换算成 CIF 价格的计算公式为：

$CIF = CFR \div [1 - (1 + \text{加成率}) \times \text{保险费率}]$

如果货物按 CFR 价格成交，买方要按 CIF 价格加成 10% 办理保险，用下列公式直接用 CFR 价格计算保险金额。

保险金额 = $CFR \div [1 - (1 + \text{加成率}) \times \text{保险费率}] \times (1 + 10\%)$

(3) FOB 价格条件下保险金额的计算。FOB 价格又称“离岸价格”，即装运港船上交货价格，是指卖方在约定的装运港将货物交到买方指定的船上，卖方负责办理出口手续，买方负责派船接运货物，买卖双方费用和风险的划分，以装运港船舷为界。一般按 FOB

价格条件成交的货物，都明确规定由买方办理海上运输货物保险。但买方办理的保险是自货物在起运港越过船舷之后生效的，保险公司对买方所负的赔偿责任仅限于货物上船之后由承保危险所造成的损失。对于货物从发货人仓库运到装船码头未装船之前这一期间的损失，买方因为尚未承担货物的风险，也就不能向保险公司索赔。因此，对于这一期间的风险，卖方应自行办理保险。

同样，以 FOB 价格成交的货物，其投保金额也以 CIF 价格加成一定比率，如 10%为计算基础，因此在计算保险金额时也要先将 FOB 价格换算成 CIF 价格，换算方法同 CFR 价格换算成 CIF 价格。

6.4.2 陆上运输货物保险

[关闭内容](#)

我国陆上运输货物保险基本险的险别为陆运险、陆运一切险；专门险有陆上运输冷藏货物险等；附加险有陆上运输货物战争险等。

1. 陆上运输货物保险基本险

(1) 保险责任。

1) 陆运险。陆运险的保险责任与海上运输货物保险中“水渍险”的责任范围相似。保险人负责赔偿被保险货物在运输途中遭受暴风、雷电、洪水、地震等自然灾害，或由于运输工具遭受碰撞、倾覆、出轨，或使用驳船驳运过程中，因驳运工具遭受搁浅、触礁、沉没、碰撞，或由于遭受隧道倒塌、崖崩或失火、爆炸等意外事故所造成的全部或部分损失，还负责赔偿被保险人对遭受承保风险的货物采取抢救、防止或减少货损的措施而支付的合理费用，但这种赔偿以不超过该批被救货物的保险金额为限。

2) 陆运一切险。陆运一切险的保险责任除包括上述陆运险的责任外，还负责被保险货物在运输途中由于外来原因所致的全部或部分损失。

(2) 除外责任。

1) 被保险人的故意行为或过失所造成的损失。

2) 属于发货人的责任所引起的损失。

3) 在保险责任开始前，被保险货物存在的品质不良或数量短差所造成的损失。

4) 被保险货物的自然耗损、本质缺陷、特性以及市价跌落、运输延迟所引起的损失或费用。

5) 陆上运输货物战争险和罢工险条款规定的责任范围和除外责任。

(3) 保险期限。陆上运输货物保险的责任起讫采用“仓至仓”条款的规定。保险合同自

被保险货物运离保险单所载明的起运地仓库或储存处所时生效，包括正常运输过程中的陆上和与陆上有关的水上驳运在内，直至该项货物运达保险单所载明的目的地收货人的最后仓库和储存处所，或被保险人用做分配分派的其他储存处所为止。如未运抵上述仓库或储存处所，则以被保险货物运抵最后卸载车站满 60 天为止。其索赔时效是从被保险货物在最后目的地车站全部卸离车辆后算起，最多不超过 2 年。

2. 陆上运输冷藏货物保险

陆上运输冷藏货物保险是陆上运输货物保险中的一种专门保险。

(1) 保险责任。保险人除负责陆运险所列举的自然灾害和意外事故所造成的全部损失和部分损失外，还负责赔偿由于冷藏机器或隔热设备在运输途中损坏所造成的被保险货物解冻融化而腐败的损失。

(2) 除外责任。该保险的除外责任除了适用于一般险别的除外责任条款外，对于下列两种损失，保险公司也不予以负责：一是因战争、罢工或运输延迟而造成的被保险货物的腐败或损失；二是被保险冷藏货物在保险责任开始时未能保持良好状态，整理包扎不妥或冷冻不合规格所造成的损失。

(3) 保险期限。该保险的责任是从被保险货物运离保险单所载明的起运地点的冷藏仓库装入运送工具开始运输时生效，包括正常陆运和与陆运有关的水上驳运在内，直至货物到达目的地收货人仓库为止。与陆运险、陆运一切险不同的是，陆上运输冷藏货物保险的保险责任的有效期限是以被保险货物到达目的地车站后 10 天为限。

3. 陆上运输货物战争险

陆上运输货物战争险是陆上运输货物保险的一种附加险。只有在投保了陆运险或陆运一切险的基础上，经过投保人与保险人协商并经保险人同意后方可加保。

除战争险外，陆上运输货物保险还可以加保罢工险。如果在投保战争险后要求加保罢工险，其保险费按战争险的费率计算，无须另加保险费。陆上运输货物罢工险的保险责任、除外责任等，均与海上运输货物罢工险相同。

6.4.3 航空运输货物保险

[关闭内容](#)

航空运输货物保险一般分为航空运输险和航空运输一切险。

1. 航空运输货物保险的保险责任规定

(1) 航空运输险的保险责任。保险人负责赔偿被保险货物在运输途中遭受雷电、火灾、爆炸，或由于飞机遭受恶劣气候或其他灾难事故而被抛弃，或由于飞机遭受碰撞、倾覆、

坠落或失踪等意外事故所造成的全部或部分损失。此外，保险人还负责被保险人对遭受承保责任范围内处于危险的货物采取抢救、防止或减少货损的措施而支付的合理费用，但以不超过该批获救货物的保险金额为限。

(2) 航空运输一切险的保险责任。航空运输一切险除包括航空运输险的全部责任外，保险人还负责被保险货物由于外来原因所致的全部或部分损失。

2. 航空运输货物保险的保险期限

航空运输货物保险的责任起讫也采用“仓至仓”条款的规定。根据航空运输货物保险的特点，其责任起讫规定为：自被保险货物运离保险单所载明的起运地仓库或储存处所运输时生效，包括正常运输过程中的运输工具在内，直至该项货物到达保险单所载明目的地收货人的最后仓库或储存处所，或被保险人用做分配分派或做正常运输的其他储存处所为止。若未抵达上述仓库或储存处所，则以被保险货物在最后卸载地卸离飞机后满 30 天为止。若在上述 30 天内，被保险货物需转送到非保险单所载明的目的地，则以该项货物开始转运时终止。在非正常运输情况下，保险期限除了 30 天的规定以外，其他与海上货物运输保险的规定相同。

6. 4. 4 邮包运输保险

[关闭内容](#)

邮包运输保险是指承保邮包通过海、陆、空三种运输工具在运输途中由于自然灾害、意外事故或外来原因所造成的包裹内物件的损失。邮包运输保险的险别分为邮包险和邮包一切险。

1. 邮包运输保险的保险责任

(1) 邮包险的保险责任。邮包险负责赔偿被保险邮包在运输途中由于恶劣气候、雷电、海啸、地震、洪水等自然灾害或由于运输工具遭受搁浅、触礁、沉没、碰撞、倾覆、出轨、坠落、失踪，或由于失火、爆炸等意外事故所造成的全部或部分损失。此外，该保险还负责被保险人对遭受承保责任范围内危险的货物采用抢救、防止或减少损失的措施而支付的合理费用，但以不超过被保险货物的保险金额为限。

(2) 邮包一切险的保险责任。邮包一切险除承保包括邮包险的保险责任外，还负责被保险邮包在运输途中由于外来原因所致的全部或部分损失。但战争、罢工等风险仍然除外不保。

2. 邮包运输保险的保险期限

邮包运输保险的保险责任自被保险邮包离开保险单所载起运地点寄件人的处所开始生效

至保险单所载明的目的地起算满 15 天为止。但在此期间内邮包一经递交至收件人的处所时，保险责任即行终止。

6.4.5 国际多式联运保险

[关闭内容](#)

国际多式联运是指按照多式联运合同，以至少两种不同的运输方式，由多式联运经营人将货物从一国境内接受货物的地点运至另一国境内指定交付货物地点。迄今为止，国际多式联运货物保险业务尚未形成一种单独的险种。

6.5 国内货物运输保险

6.5.1 国内货物运输保险概述

[关闭内容](#)

1. 国内货物运输保险的险种

国内货物运输保险是以国内运输过程中的货物作为保险标的的保险。它属于财产保险的范畴。国内货物运输保险按运输工具的不同可分为四类：

- (1) 铁路运输货物保险。该险种主要承保利用火车运输的货物。
- (2) 水路运输货物保险。该险种是以水上运输工具运输的货物为保险标的的一种保险，保险险种分为基本险和综合险。
- (3) 公路运输货物保险。该险种承保公路运输的货物，保险责任与铁路运输货物保险的保险责任基本相同，但一般不负责盗窃和整件提货不着的损失。
- (4) 航空运输货物保险。该险种专门承保航空运输的货物，其责任范围除了自然灾害或意外事故外，还包括雨淋、渗漏、破碎、偷盗或提货不着等风险。

2. 国内货物运输保险的险别

按照保险人承担责任的方式，国内货物运输保险划分为基本险、综合险与附加险三类。

6.5.2 国内水路、陆路(公路、铁路)运输货物保险

[关闭内容](#)

1. 国内水路、陆路（公路、铁路）运输货物保险的保险责任

- (1) 基本险的保险责任：
 - 1) 因火灾、爆炸、雷电、冰雹、暴风、洪水、海啸、地陷、崖崩、突发性滑坡、泥石流造成的损失。
 - 2) 由于运输工具发生碰撞、搁浅、触礁、沉没、倾覆、出轨或隧道、码头坍塌所造成的损失。

3) 在装货、卸货或转载时, 因遭受不属于包装质量不善或装卸人违反操作规则所造成的损失。

4) 按国家规定或一般惯例应分摊的共同海损的费用。

5) 在发生上述灾害、事故时, 因纷乱而造成的货物散失以及因施救或保护货物所支付的直接、合理的费用。

(2) 综合险的保险责任:

1) 基本险承保的风险, 综合险均负责。

2) 因受震动、碰撞、挤压而造成货物破碎、弯曲、折断、凹瘪、开裂、渗漏等损失, 以及包装破裂致使货物散失的损失。

3) 液体货物因受震动、碰撞或挤压致使所用容器(包括封口)损坏而渗漏的损失, 或用液体储装的货物因液体渗漏而造成储装货物腐烂变质的损失。

4) 遭受盗窃的损失。

5) 因外来原因致使提货不着的损失。

6) 符合安全运输规定而遭受雨淋所致的损失, 即货物在包装、堆放等符合有关安全运输规定的情况下, 遭受雨水(包括人工降雨、雪融)而致的水渍损失。

2. 国内水路、陆路(公路、铁路)运输货物保险的除外责任

无论基本险, 还是综合险条款规定, 对下列原因导致的被保险货物损失, 保险人均不负赔偿责任:

(1) 战争、军事行动、扣押、罢工、哄抢和暴动。

(2) 地震造成的损失。

(3) 核反应、核子辐射和放射性污染。它是指核设施内的核燃料、放射性物资、废料或运入运出核设施的核材料所发生的放射性、毒性、爆炸性或其他危害性事故。

(4) 保险货物本身的缺陷或自然耗损, 以及由于包装不善所致的损失。

(5) 投保人或被保险人的故意行为或违法犯罪行为。

(6) 市价跌落、运输延迟所引起的损失。

(7) 属于发货人责任引起的损失。

(8) 由于行政行为或执法行为所致的损失。

(9) 其他不属于保险责任范围内的损失。

3. 国内水路、陆路(公路、铁路)运输货物保险的保险期限

运输货物保险的保险责任起讫期, 是自签发保险单和保险货物运离起运地发货人的最后

一个仓库或储存处所时，至该保险单上注明的目的地收货人在当地的第一个仓库或储存处所时终止。但保险货物运抵目的地后，如果收货人未及时提货，则保险责任的终止期最多延长至以收货人接到到货通知单后的 15 天为限（以邮戳日期为准）。

4. 国内水路、陆路（公路、铁路）运输货物保险的保险价值

国内货物运输保险一般采用定值保险方式承保。国内货物运输保险的保险价值可按下列价格中的任何一种确定：

（1）起运地成本价。它是指起运地货物的购进价格，即货物本身的价值，如出厂价、购进成本价。

（2）目的地成本价。它是指货物运抵目的地的实际成本，即起运地的购进价或调拨价加上运杂费、包装费、搬运费等。

（3）目的地市价。它是指货物到达目的地的销售价，即目的地的实际成本价加上合法利润。

5. 国内水路、陆路（公路、铁路）运输货物保险的保险金额

国内货物运输保险的保险金额按保险价值确定，也可由保险双方具体协商确定投保价值。根据国内货物运输保险实践，运输货物的保险价值通常按照货价或货价加运杂费确定。货物运输保险的保险金额一经确定，既是投保货物的保险价值，也是保险人承担赔偿责任的最高限额。

6.5.3 国内航空运输货物保险

[关闭内容](#)

1. 国内航空运输货物保险的保险责任

国内航空运输货物保险承保被保险货物在保险期限内的运输或存放过程中，由于下列原因遭受的损失。

（1）由于飞机遭受碰撞、倾覆、坠落、失踪（在 3 个月以上），在危难中发生卸载以及遭遇恶劣气候或其他风险事故发生抛弃行为所造成的损失。

（2）因遭受火灾、爆炸、雷电、冰雹、暴风、暴雨、洪水、海啸、地面陷落、崖崩等所造成的货物损失。

（3）因受震动、碰撞或压力而造成的破碎、弯曲、凹瘪、折断、开裂等损害以及由此而引起包装破裂而造成货物的散失。

（4）凡属液体、半流体或者需要用液体储装的被保险货物，在运输途中因受震动碰撞或压力致使所装容器（包括封口）损坏发生渗漏而造成的损失，或用液体储装的货物因

液体渗漏而致储装货物腐烂的损失。

(5) 被保险货物因遭受偷窃或者提货不着的损失。

(6) 在装货、卸货时以及地面运输过程中，因遭受不可抗力的意外事故及雨淋所造成的被保险货物损失。

(7) 在发生保险责任范围内的灾害事故时，因施救或保护被保险货物而支付的合理费用，保险人也负责赔偿，但最高以不超过保险金额为限。

2. 国内航空运输货物保险的除外责任

在航空运输货物保险中，保险单上列明的除外责任，一般与铁路运输货物保险等相同。

3. 国内航空运输货物保险的保险期限

被保险货物如在非保险单所载明目的地出售，被保险人及时将获知的情况通知保险人并在必要时加交保险费的情况下，保险合同仍然继续有效，保险责任至交货时为止。但无论任何情况，均以被保险货物在卸载地卸离飞机后满 15 天为止。如果被保险货物在 15 天期限内继续运往保险单所载明原目的地或其他目的地时，保险责任仍原规定终止。

[返回顶部](#)

第 7 章 责任保险和信用保证保险

7.1 责任保险

7.1.1 责任保险的概念及分类

[关闭内容](#)

1. 责任保险的概念

(1) 责任保险的概念。责任保险是以被保险人对第三者依法应承担的民事赔偿责任为保险标的的保险。责任保险属于广义的财产保险范畴。

(2) 承保标的。责任保险的保险标的是被保险人在法律上应负的民事损害赔偿责任。责任保险承保的民事责任主要包括侵权的民事责任（侵权责任）和违反合同的民事责任（合同责任或违约责任）两种。

(3) 适用对象。责任保险的适用对象包括各种公众场所的所有者、经营管理者；各种产品的生产者、销售者和维修者等；各种运输工具的所有者、经营管理者或驾驶员；各种需要雇用员工的单位；各种提供职业技术服务的单位或个人；城乡居民家庭或个人，等等。此外，建设工程的所有者、承包者等也对相关责任事故风险具有保险利益；非公众活动场所也存在着公众责任风险。

(4) 承保基础。在保险实务中，有两种确定责任的方法，即承保基础。其一，期内发生

式。以损失发生的时间为承保基础，即保险人负责赔偿发生在保险期限内的事故。其二，期内索赔式。以索赔提出的时间为承保基础，即保险人负责赔偿在保险期限内受害人向被保险人提出的索赔。

（5）赔偿对象。责任保险的直接赔偿对象是被保险人，间接赔偿对象是第三者，即受害人。当保险事故发生后，受害人有权向被保险人索赔，被保险人有权向保险人索赔。保险人既可以直接对受害人支付赔款，也可以在被保险人赔偿受害人后将赔款支付给被保险人。

（6）赔偿范围。责任保险的赔偿范围一般包括两方面：第一，保险人负责赔偿被保险人对第三者造成的人身伤害与财产损失依法应负的赔偿责任。第二，因赔偿纠纷引起的诉讼、律师费用及其他事先经保险人同意支付的费用。

（7）赔偿限额。从责任保险的发展实践来看，赔偿限额作为保险人承担赔偿责任的最高限额，通常有以下几种类型：第一，每次责任事故或同一原因引起的一系列责任事故的赔偿限额。它又可以分为财产损失赔偿限额和人身伤害赔偿限额。第二，保险期内累计的赔偿限额。它也可以分为累计的财产损失赔偿限额和人身伤害赔偿限额。第三，在某些情况下，保险人也将财产损失和人身伤害两个赔偿限额合成一个限额，或者只规定每次事故和同一原因引起的一系列责任事故的赔偿限额而不规定累计赔偿限额。

（8）承保方式。责任保险的承保方式有两种：一种将责任保险作为各种财产保险的组成部分或将其作为附加险来承保，；另一种以单独的责任保险方式。

2. 责任保险的分类

（1）根据业务内容分类，责任保险的主要种类包括产品责任保险、雇主责任保险、公众责任保险、职业责任保险和第三者责任保险等。其中，每一类业务又由若干具体的险种构成。

（2）根据责任发生的原因分类，责任保险的主要种类包括无过失责任保险和过失责任保险。在无过失责任保险中，保险人承保被保险人无论有无过失，都要对造成他人的损害依法承担赔偿责任，如雇主责任保险、核电站责任保险等。过失责任保险是指保险人承保被保险人因疏忽或过失行为对他人造成损害依法应负的赔偿责任，如场所责任保险、医生职业责任保险、个人责任保险和机动车辆第三者责任保险等。

（3）根据法律的归类分类，责任保险的主要种类包括法律责任保险与约定责任保险。法律责任保险，通常是指保险人对被保险人因过失损害他人而负有的法律规定的责任承担赔偿责任。约定责任保险也称合同责任保险，保险人承保被保险人违反合同约定依法应

负的赔偿责任。

7.1.2 产品责任保险

[关闭内容](#)

1. 产品责任保险的概念

(1) 产品责任。产品责任是指产品生产者或销售者等因该产品的缺陷致使消费者遭受人身伤害或财产损失时应承担的经济赔偿责任。

产品责任与产品责任法律制度密切相关。产品责任法律制度是由国家立法机关颁布的各种有关产品责任的法律及由国家权力机关颁布的有关产品责任的法规、条例等。在我国有关产品责任的法律制度在不断完善。目前,我国确认产品责任相关的法律制度包括《民法通则》、《食品卫生法》、《药品管理法》、《产品质量法》、《消费者权益保护法》和《工业企业法》等。

(2) 产品责任保险。产品责任保险是指以产品生产者或销售者等的产品责任为承保风险的责任保险,即产品的生产者或销售者等向保险人投保产品责任保险,缴付保险费,一旦因产品责任给消费者或其他人造成人身伤亡或财产损失,依法应由该生产者或销售者等负责时,由保险人予以赔偿。可以投保产品责任保险的群体包括生产商、出口商、进口商、批发商、零售商及修理商等一切可能对产品责任事故造成的损害负有赔偿责任的人。可以由他们中间的任何一人投保,也可以由他们中间的几个人或全体联名投保。

2. 产品责任保险的内容

(1) 责任范围。产品责任保险的责任范围要从保险责任、除外责任和责任期限三个方面分析。

1) 保险责任。产品责任保险主要承担两项保险责任:① 在保险期限内,被保险人生产、销售的产品或商品在承保区域内发生事故,造成用户、消费者或其他任何人的¹人身伤害(包括疾病、伤残、死亡)或财产损失,依法应由被保险人负责赔偿时,保险人在保单规定的赔偿限额内予以赔偿;产品责任事故是“意外、偶然”的,且产品责任事故必须发生在被保险人制造或销售场所以外的地方,而且产品的所有权必须已转移至用户。承保餐饮、旅馆等行业的产品责任保险,不要求满足后一个条件。② 有关法律费用。被保险人为产品责任事故所支付的诉讼、抗辩费用及其他经保险人事先同意支付的费用,保险人也予以赔付。发生产品责任后,是否应由被保险人承担赔偿责任以及赔偿数额的高低,通常都通过诉讼由法院判定。通常保险人为了避免或减少这项开支,对一些小额赔案或责任比较明确的案件,常采用与受害人协商解决的方式。

2) 除外责任。包括以下内容：根据合同或协议应由被保险人承担的责任；被保险人根据劳动法或雇佣合同对其雇员及有关人员应承担的责任；被保险人所有或照管或控制的财产的损失；被保险人故意违法生产、销售的产品或商品发生事故造成任何人的的人身伤害或财产损失；被保险产品本身的损失以及退换、回收有缺陷产品造成的费用及损失；被保险产品造成大气、土地、水污染及其他各种污染引起的责任；被保险产品造成对飞机或轮船的损害赔偿；战争、罢工、核风险引起的产品责任事故造成的损害；因缺陷产品造成责任事故而导致的罚款以及保单规定的免赔额。

3) 责任期限。产品责任保险的保险期限通常为一年，期满可以续保。产品责任保险的责任期限是由两种不同的承保基础决定的。①“期内发生式”的具体规定为：即使产品是在保险期限前几年生产或销售的，只要该产品在保险期限内发生事故并导致损害，保险公司均负赔偿责任。其具体要点包括：产品责任事故必须发生在保险期限内；不论产品是否在保险期限内生产或销售；不论意外事故或损失是否在保险期限内发现；不论被保险人提出的索赔是否在保险期限内。②“期内索赔式”的具体规定为：不管保险事故是否发生在保险期限内，只要被保险人在保险期限内提出索赔，保险人就承担赔偿责任。假设某制药有限责任公司在 2003 年投保了产品责任保险，保险期限为一年。在保险期限内，某患者服用了该公司生产的已投保产品责任保险的药品，因此种药品的配方存在缺陷致使该患者身体受到了伤害。该患者于 2006 年发现并向制药公司提出索赔。保险事故是在 2003 年发生的，因此，如果该保单是以“期内发生式”为基础承保的，那么保险公司对此索赔要负责赔偿；反之，若该保单是以“期内索赔式”为基础承保的，且该制药公司在 2006 年未投保产品责任保险，则保险人不负任何赔偿责任。原则上讲，凡保险事故发生后能够立即得知或发现的，宜采用“期内发生式”；反之，如保险事故发生后不能立即得知或发现的，宜采用“期内索赔式”。

(2) 保险费率和保险费。影响保险费率的因素有：产品的特点及其可能对人体或财产造成损害的风险大小；赔偿限额的高低；承保地区范围的大小；产品数量多少和产品价格的高低；保险公司以往经营此项业务的损失或赔付统计资料；产品制造者的技术水平和质量管理情况。产品责任保险的保险费，通常是按上年的生产、销售总额或营业收入总额及适用的保险费率计算出预收保险费，待保险期满时再按实际营业收入总额计算出实际保险费，多退少补。

(3) 赔偿限额。保险人所承担赔偿责任的最高限额。被保险人因产品责任事故对受害人应该承担赔偿责任的金额的大小，通常由法院判定或有关各方协商确定。通常规定两项

赔偿限额，即每次事故的赔偿限额和保单累计赔偿限额。前者指保险人对每一次产品责任事故可以赔付的最高金额，后者指保险人在整个保险期限内可以赔付的最高限额。每项赔偿限额还可以分别划分为人身伤害和财产损失两项赔偿限额。赔偿限额应该根据不同产品发生责任事故后可能引起的赔偿责任大小确定。在确定赔偿限额时应考虑不同产品、不同地区的差异。

(4) 承保地区范围。承保地区范围由保险双方当事人商定，并在保单中列明。保险人仅对规定地区范围内发生保险事故引起的赔偿责任负责。

7.1.3 雇主责任保险

[关闭内容](#)

1. 雇主责任保险的概念

(1) 雇主责任。雇主责任是指雇主对其雇员在受雇期间因发生意外事故或职业病而造成人身伤残或死亡时依法应承担的经济赔偿责任。雇主责任的产生有两个来源：一是由国家通过立法规定雇主对雇用的员工在受雇期间从事与职业相关工作中因发生意外事故或职业病而引起人身伤残或死亡时应承担的经济赔偿责任；二是依据雇主与雇员之间签订的劳动合同而产生的雇主对雇员的经济赔偿责任。雇主所承担的对雇员的责任，包括雇主自身的故意行为、过失行为以及无过失所致的雇员人身伤害赔偿责任。被保险人的故意行为通常都列为除外责任。雇主过失或疏忽责任的情况包括：第一，雇主提供危险的工作地点、机器工具或工作程序；第二，雇主提供不称职的管理人员；第三，雇主本人直接的疏忽或过失行为，如对有害工种未提供相应合格的劳动保护用品等。

(2) 雇主责任保险。雇主责任保险是指以雇主的雇主责任为承保风险的责任保险。它保障雇主对雇员在受雇过程中的伤亡、疾病的赔偿责任。对非因工作或非工作时间内雇员的人身伤亡和疾病，雇主责任保险不予负责，此外，对雇员的财产损失也不负责赔偿。我国目前开办的雇主责任保险，主要是承保雇主根据有关法律或雇佣合同对雇员人身伤害的损害赔偿赔偿责任。

- 1) 注意区分雇主责任保险与劳动保险。① 前者是基于雇主未能尽其法律义务，即因过失或疏忽而产生的法律赔偿责任的保险，它与劳动保险（又称劳工补偿保险）不同；后者虽然也是保障雇员遭受人身伤亡或疾病时的雇主赔偿责任，但不考虑雇主有无过失。② 前者由雇主交付保险费，后者常常由政府、雇主、雇员共同交付保险费。③ 前者的赔偿金交给雇主；后者的赔偿金不交给雇主，直接交给受伤害雇员（或由法院交给雇员）。④ 前者属于责任保险；后者属于社会保险。

2) 雇主责任保险的投保人和被保险人均为雇主，但保证的是雇员的利益。保险人与雇主之间存在保险合同关系，与雇员之间不存在保险合同关系（除非法律另有规定或雇佣合同另有约定）。

2. 雇主责任保险的内容

(1) 责任范围。雇主责任保险的保险责任是雇主根据劳工赔偿法等法令对雇员应负的赔偿责任。在我国，雇主责任保险多以雇佣合同中约定的雇主赔偿责任为保险责任。下面从保险责任、除外责任、附加责任和责任期限四方面来了解。

1) 保险责任。基本责任包括两方面的内容：一是被保险人雇用的人员在受雇过程中且在保险期间、在保单列明的地点、从事保单列明的被保险人的业务活动时，遭受意外而受伤、致残、死亡或患与业务有关的职业性疾病所致伤残或死亡的经济赔偿责任；二是被保险人的有关诉讼费用。要注意几点内容：受雇过程是指雇员的受雇佣期间（包括假日和加班）；保单载明的业务工作是指在保单中列明的每一名雇员所从事的工种，雇员从事的工种必须是列明的或与列明有关的，因为“业务工作”是保险人制定雇主责任保险费率重点考虑的因素；职业性疾病是指经过医院确诊的与职业有关的疾病；雇主自身（包括企业董事会成员）在工作地点和工作期间的人身伤亡不属于保险责任范围。

2) 除外责任。包括下列内容：战争、类似战争行为、叛乱、罢工、暴动或由于核子辐射所致的雇员伤残、死亡或疾病；雇员由于疾病、传染病、分娩、流产以及因这些疾病而施行内、外科治疗手术所致的伤残或死亡；由于雇员自加伤害、自杀、犯罪行为、酗酒及无证驾驶各种机动车辆所致的伤残或死亡；被保险人的故意行为或重大过失；被保险人对其承包商雇员的责任。

3) 附加责任。我国雇主责任保险经保险双方当事人约定后，可以扩展承保以下两项保险责任：附加医疗费保险和附加第三者责任保险。这种第三者责任保险，也可以采用单独的公众责任保险保单承保。

4) 责任期限。一般是一年期，以保险双方当事人约定的时间为始终点，也有的合同以承包工程期为保险期间。国外多以“期内索赔式”承保雇主责任保险。

(2) 赔偿限额。我国的雇主责任保险没有法律规定的赔偿标准，由被保险人根据雇佣合同的要求，以雇员若干个月的工资额制定赔偿限额。雇主责任保险保单按照死亡和伤残两种情况下的赔偿限额分别赔付。其中伤残赔付规定如下：永久性完全残废，按每一名雇员的最高赔偿限额赔付；永久性局部残废，按赔偿金额表中规定的百分比赔付；雇员在工作中受伤称为伤害，暂时丧失工作能力超过 5 天，经医生证明，按雇员的工资给予

赔偿。在保险期限内，不论发生一次或多次赔偿，保险单对每位雇员的赔偿累计不得超过保单规定的赔偿限额。附加医疗费用保险，对每名雇员规定累计赔偿限额；附加第三者责任保险，规定每次事故赔偿限额。

（3）保险费。根据被保险人的工资总额（包括奖金、伙食补助等各种津贴、加班费等）、工作地址、职业性质以及被保险人选定的赔偿限额来确定。一般来说，从事危险工作的雇员，费率最高；从事一般工作的雇员，费率中等；办公室职员和做秘书工作的雇员，费率较低。保险费计算公式为：

预收保费=A 工种估计年工资总额' 适用费率+B 工种估计年工资总额' 适用费率+……

附加医疗费保费=每人累计赔偿限额' 人数' 适用费率

附加第三者责任保费=每次事故赔偿限额' 适用费率

7.1.4 公众责任保险

[关闭内容](#)

1. 公众责任保险的概念

（1）公众责任。公众责任又称第三者责任、公共责任或综合责任，是指公民、企事业单位、机关、团体因自身的疏忽或过失等侵权行为，致使他人的人身或财产受到损害而依法承担的经济赔偿责任。

（2）公众责任保险。公众责任保险又称普通责任保险或综合责任保险，是指以损害公众利益的民事赔偿责任为保险标的的责任保险。公众责任保险承保的民事赔偿责任可以是侵权责任，也可以是合同（契约）责任。公众责任保险适用范围极其广泛，既可以承保不同行业的企业和团体在生产、经营活动中因意外事故造成他人人身伤害和财产损失应承担的赔偿责任，也可以承保家庭或个人在日常生活中因意外事故造成他人人身伤害和财产损失应承担的赔偿责任（这种责任保险又称为个人责任保险）。公众责任保险的投保人可以是被保险人，但被保险人不仅可以是投保人，还可以是其他人，可以包括：被保险人死亡后，须负赔偿责任的被保险人的个人代表；经被保险人的要求，被保险人的董事、合伙人、雇员或被保险人经营机构的工作人员等均可以成为被保险人；工程的承包人和委托人（业主）可以同时成为被保险人。

2. 公众责任保险的种类

我国开办的公众责任保险主要包括下列几类，但每一类又包括若干保险险种，它们共同构成公众责任保险的业务体系：

（1）场所责任保险。它承保固定场所因存在着结构上的缺陷或管理不善，或被保险人在

被保险场所进行生产经营活动时因疏忽发生意外事故，造成他人人身伤害或财产损失且依法应由被保险人承担的经济赔偿责任。场所责任保险是公众责任保险中业务量最大的险种。固定场所，如宾馆、展览馆、电梯、车库、机场、公众体育场所、娱乐活动场所等。

（2）承包人责任保险。它承保承包人的损害赔偿责任，主要适用于承包各种建筑工程、安装工程、修理工程施工任务的承包人。适用的行业有：建筑工程行业、装卸作业及修理行业。

（3）承运人责任保险。它承保承担各种客、货运输任务的部门或个人在运输过程中可能发生的损害赔偿责任，主要包括旅客责任保险、货物运输责任保险等险种。

（4）个人责任保险。它承保城乡居民家庭或个人的法律风险，包括住宅责任保险、运动责任保险等。

（5）综合共同责任保险。该保险承保被保险人在任何地点因非故意行为或活动所造成的他人人身伤害或财产损失依法应负的经济赔偿责任。该险种除承担一般公众责任外，还承担包括合同责任、产品责任、业主及工程承包人责任、完工责任及个人伤害责任等风险。

3. 公众责任保险的内容

（1）责任范围

1) 保险责任。公众责任保险单的基本责任是保障被保险人在保险期限内从事所保业务活动因意外事故对第三者造成的人身伤害（包括疾病、残疾、死亡）和财产的损害或灭失引起的法律赔偿责任。另外，还负责被保险人因发生损害事故而支出的有关诉讼费用。

2) 除外责任。列举如下：可以用其他专业保单承保的责任，如航空保险、海上保险和机动车辆保险等；由于核燃料、核废料或核爆炸引起的责任；战争、暴乱等后果责任；由被保险人照顾、监护或控制的财产的损失责任；包括在产品质量保证范围内的有缺陷产品的回收、修理或置换费用责任等。在我国，公众责任保险主要用于场所责任，除外责任规定如下：被保险人的合同责任，除非该合同责任同时构成法律责任；被保险人的雇员所遭受的人身伤害；被保险人或其雇员或其代理人照管、控制的财产的损失；被保险人或其雇员因经营活动一直使用的任何物品、土地、房屋和建筑物的损失；下列原因造成的损失或伤害责任，即保险单未列明的属于被保险人的或其名义使用的任何牲畜、脚踏车、机动车、火车、船只、飞机、电梯、自动电梯、起重机或其他升降装置，火灾、地震、爆炸、洪水、烟熏和水污，任何类型的中毒或不洁的食物或饮料，大气、土地、

水污染及其他污染，由被保险人做出的或认可的医疗措施或医疗建议；由于震动、移动或减弱支撑引起的土地或财产损失的责任；战争、内战等行为引起的后果责任；罢工等行为直接或间接引起的后果责任；被保险人及其代表的故意行为或重大过失；核风险所引起的责任；罚款或惩罚性赔款；被保险人自行负担的免赔额。以上所列除外责任可以概括为三类：一是不能承保的风险，即绝对除外责任，如战争、核风险等；二是不能在公众责任保险中承保，但可以在其他保险中承保的风险，如被保险人的雇员所遭受的人身伤害；三是一般责任险保单不予承保，但经过特别约定并加收保费的风险。

3) 责任期限。按保险双方当事人约定时间为始终点，多以“期内发生式”为承保基础。

(2) 赔偿限额。赔偿限额由保险双方当事人根据可能发生的赔偿责任风险的大小协商确定。通常，对每次责任事故或年责任事故的累计赔偿金额的限制性规定是：① 每次责任事故（或事件）的赔偿限额，即在一个保险期限内内，保单对所有的保险事故（或事件）都负责赔偿，每次所赔付金额不超过合同赔偿限额，无累计最多赔偿金额限制。② 保单的累计赔偿限额。有的公众责任保险保单除了规定每次事故（或事件）的保单赔偿限额外，同时规定保单的累计赔偿限额，即保单在保险期限（通常为一年）内能够负责的最高赔偿限额，如果保险期间发生了多次保险事故，当累计赔偿责任超过保单的累计赔偿限额时，保险人对其超过部分不予负责。③ 免赔额。公众责任保险一般有免赔额的规定。免赔额的确定以承保业务的风险大小为依据，并在保单上注明。按保障内容划分，免赔额可以分为人身伤害免赔额和财产损失免赔额，有的也将人身伤害和财产损失合并为一个免赔额。按损失情况划分，免赔额分为一次事故免赔额和累计免赔额。

(3) 保险费。厘定公众责任保险的保险费率需要考虑被保险人的具体风险因素，一般不采用固定的费率表。按照国际公众责任保险惯例，保险人一般按照每次事故的赔偿限额和免赔额分别制定人身伤害和财产损失两项费率。保险人厘定保险费率时，还要重点考虑的因素包括被保险人的业务产生损害赔偿可能性的大小、被保险人的风险类型、被保险人的管理水平与管理效果和被保险人以往损失赔偿的记录等。计算公众责任保险费的全部基础是：被保险人经营活动的规模、承保的工作人员（包括被保险人的雇员等）的总数、正常的工作量（业务量）、雇员的工资总额等。

7.1.5 职业责任保险

[关闭内容](#)

囧

1. 职业责任保险的概念

(1) 职业责任。职业责任是指各种专业技术人员因工作上疏忽或过失造成他人的人身伤

害或财产损失，依法应当由提供服务的专业技术人员承担的经济赔偿责任。职业责任，实际上是由失职行为引起。

（2）职业责任保险。职业责任保险是指以各种专业技术人员的职业责任为承保风险的责任保险。国外办理较为普遍的有医生、药剂师、会计师、律师、设计师、工程师等的职业责任保险。

2. 职业责任保险的分类

目前国际上开办的职业责任保险主要有以下几种：

（1）内科医生、外科医生及牙科医生职业责任保险。该职业责任保险承保医生在履行职责时，因作为或不作为致使他人遭受伤害，应当承担的赔偿责任。

（2）药剂师职业责任保险。该职业责任保险承保药剂师在配方或出卖成药时，发生错误而致使他人遭受损害应承担的赔偿责任。

（3）会计师职业责任保险。该职业责任保险承保会计师因履行职责时作为或不作为而使他人遭受损失依法应承担的赔偿责任。这里的损害必须是被保险人以会计身份为他人服务时所导致的财务损失，不包括他人的身体伤残、死亡以及实物财产的损毁。

（4）律师职业责任保险。该职业责任保险承保律师因执行业务时的作为或不作为而使他人遭受损害依法应承担的赔偿责任。

（5）保险代理人及经纪人职业责任保险。该职业责任保险承保保险代理人及经纪人由于业务上的错误、遗漏或其他过失行为，所致他人财物损失依法应承担的赔偿责任。此种保单又可扩大承保代理人由于未能按照授权或指示所引起的对其保险人的赔偿责任。

3. 职业责任保险的内容

（1）责任范围

1) 保险责任。职业责任险保单只负责专业人员由于职业上的疏忽行为、错误或失职造成的损失。职业责任险保单负责的被保险人的职业疏忽行为，除被保险人自己外，还包括被保险人从事该业务的前任、被保险人的雇员及从事该业务的雇员的前任的职业疏忽行为。职业责任险承担的赔偿责任包括两方面，即赔偿金和诉讼费用。职业责任险通常采取“期内索赔式”为承保基础。保险公司仅对在保险期限内提出的索赔负责，而不管导致该索赔的事故是否发生在该保单有效期内。也有一些业务采取“期内发生式”为基础的承保方式。在该承保方式下，保险人仅对在保险期限内发生的责任事故引起的法律赔偿责任负责，而不论受害方是否在保险期限内提出索赔。

2) 除外责任。一般有下列几条：战争和罢工造成的损失；核风险造成的损失；被保险人

的故意行为造成的损失；被保险人的家属、雇员的人身伤害或财物损失；被保险人的契约责任（没有该契约被保险人依法所应负责者除外）；被保险人所有或由其照管、控制的财产损失；因被保险人或者从事该业务的前任或其任何雇员或从事该业务的雇员的前任的不诚实、欺骗、犯罪或恶意行为所引起的任何索赔；因文件的灭失或损失引起的任何索赔（但也可加费后扩展承保）；因被保险人隐瞒或欺诈行为，以及被保险人在投保或保险期限内不如实向保险人报告应报告的情况而引起的任何责任；被保险人被指控有对他人诽谤或恶意中伤行为而引起的索赔。但对某些特定的职业责任险，也可承保这种赔偿责任。

3) 责任期限。职业责任保险的保险期限通常为一年。由于职业责任事故的发生到受害方提出索赔，有可能间隔一个相当长的期限。保险人为了能确切地把握保单项下应支付的赔款，对应承担的风险作出比较切合实际的估测，通常在一定的保险期限之外均规定责任追溯日期，保险人仅对该追溯日期开始后发生的疏忽行为并在保险期限内提出的索赔负责。

（2）赔偿限额。职业责任保险的保单的赔偿限额一般为累计的赔偿限额，而不规定每次事故的赔偿限额，但也有些承保人采用每次索赔或每次事故赔偿限额而不规定累计赔偿限额。诉讼费费用在赔偿限额以外赔付。

（3）保险费。保险费的计算方法同其他险种的相近。

7.2 信用保险

7.2.1 信用保险的概念及信用保险的分类

[关闭内容](#)

1. 信用保险的概念

信用保险是指权利人向保险人投保债务人的信用风险的一种保险。信用保险的一个特点是投保人都是权利人。欧洲是信用产生较早的地区，开始是由一些银行和商人来承担信用风险。1919年英国政府被迫出面对同东方和中欧诸国进行贸易的本国公司实行担保，为此专门成立了出口信用担保局，创立了一套完整的信用保险制度，成为以后各国效仿的样板。第一次世界大战后，欧美的许多国家都出现了商业信用保险公司，1934年，英国、法国、意大利和西班牙的私营和国营信用保险机构成立了“国际信用和投资保险人联合会”，简称“伯尔尼联盟”。如今世界许多国家都形成了完善的信用保险制度和一定数量的信用保险机构。我国的信用保险产生于20世纪80年代初期。1994年成立的中国进出口银行的主要业务之一是经营我国的出口信用保险业务。2001年12月正式成立

专门经营我国出口信用保险业务的中国出口信用保险公司。

2. 信用保险的分类

主要是一般商业信用保险的分类。一般商业信用保险，又叫国内信用保险。它是指在商业活动中，作为权利人的一方当事人要求保险人将另一方当事人作为被保证人，并承担由于被保证人的信用风险而使权利人遭受商业利益损失的保险。商业信用保险承保的标的是被保证人的商业信用，这种商业信用的实际内容通过列明的方式在保险合同中予以明确，其保险金额根据当事人之间的商业合同的标的价值来确定。

国内信用保险一般承保批发业务，不承保零售业务；承保 3~6 个月的短期商业信用风险，不承保长期商业信用风险。其险种主要有赊销信用保险、贷款信用保险和个人贷款信用保险。

（1）赊销信用保险。赊销信用保险是为国内商业贸易的延期付款或分期付款行为提供信用担保的一种信用保险业务。在这种业务中，投保人是制造商或供应商，保险人承保的是买方（义务人）的信用风险，目的在于保证被保险人（权利人）能按期收回赊销货款，保障商业贸易的顺利进行。

（2）贷款信用保险。贷款信用保险是保险人对银行或其他金融机构与企业之间的借贷合同进行担保并承保其信用风险的保险。贷款信用保险的保险责任一般包括借款人决策失误、政府部门干预和市场竞争风险，贷款信用保险的保险费率厘定应与银行利率相联系，并着重考虑的因素包括企业的资信情况、企业的经营管理水平、企业的市场竞争力、贷款的期限、贷款的用途和借款人所属经济区域等。

（3）个人贷款信用保险。当金融机构对自然人进行贷款时，可能发生债务人不履行贷款合同致使金融机构遭受经济损失的情况。个人贷款信用保险就是承保这种情况下的债务人信用的信用保险。

7.2.2 投资保险(政治风险保险)

[关闭内容](#)

1. 投资保险的概念

投资保险，又称政治风险保险，是承保被保险人因投资所在国政府局势动荡或政府法令变动所引起的投资损失的风险。一国开展投资保险业务的主要目的是鼓励资本输出。美国于 1948 年 4 月开始实施马歇尔计划，同时设立了经济合作署，专门管理外援及海外投资事务，并开始实行投资风险保险制度。投资保险作为一项独立的新型保险业务，它是于 20 世纪 60 年代在欧美国家形成的。此后，投资保险成了向海外投资的前提条件。投

资保险承担的是特殊的政治风险，责任重大，因此，通常由政府设立的保险机构办理。

2. 投资保险的内容

(1) 保险责任。投资保险的保险责任主要包括以下三个方面的风险：① 战争风险，又称战争、革命、暴乱风险，包括战争、类似战争行为、叛乱、罢工及暴动所造成有形财产直接损失的风险，现金、证券等不属于保险财产。② 征用风险，又称国有化风险，是投资者在国外的投资资产被东道国政府有关部门征用或没收的风险。③ 汇兑风险，即外汇风险，是投资者因东道国的突发事变而导致其在投资国与投资有关的款项无法兑换货币转移的风险。

(2) 除外责任。我国投资保险条款规定下列风险造成的损失保险人不予赔偿：由于原子弹、氢弹等核武器造成的损失；被保险人投资项目受损后造成被保险人的一切商业损失；被保险人及其代表违背或不履行投资合同或故意违法行为导致政府有关部门征用或没收造成的损失；被保险人没有按照政府有关部门所规定的汇款期限汇出款项所造成的损失；投资合同范围之外的任何其他财产的征用、没收所造成的损失。

(3) 保险期间。投资保险的保险期间有短期和长期两种。短期为一年；长期的最短为 3 年，最长的为 15 年。保险人不能中途修改保险合同，除非被保险人违约。

(4) 保险金额与保险费率。投资保险的保险金额以被保险人在海外的投资金额为依据确定，一般是投资金额与双方约定比例的乘积。投资保险费率的确定，一般考虑保险期间的长短、投资接受国的政治形势、投资者的能力、工程项目以及地区条件等因素。一般分为长期费率和短期费率。投资保险的保险费通常按年收取，且在当年开始时预收，年末结算。

(5) 理赔。① 赔偿期限的规定如下：战争、类似战争行为、叛乱、罢工及暴动造成投资项目的损失，在提出财产损失证明后或被保险人投资项目终止 6 个月后赔偿；政府有关部门的征用或没收引起的投资损失，在征用、没收发生满 6 个月后赔偿；政府有关部门汇兑限制造成的投资损失，自被保险人提出申请汇款 3 个月后赔偿。② 赔偿金额规定如下：当被保险人在保单所列投资合同项下的投资发生保险责任范围内的损失时，保险人根据损失金额按保险金额与投资金额的比例赔付；被保险人所受损失若将来追回，应由被保险人和保险人按各自承担损失的比例分享。

7.2.3 出口信用保险

[关闭内容](#)

1. 出口信用保险的概念

出口信用保险是承保出口商在经营出口业务的过程中因进口商的商业风险或进口国的政治风险而遭受的损失的一种信用风险。出口信用保险大多数是靠政府支持来经营的。出口信用保险主是国际公认的贸易促销手段；是出口商获得银行贷款的前提条件；它是出口商采取灵活支付方式，开拓国际市场，增加出口安全的保证。我国于 1983 年试办出口信用保险，在支持国家出口创汇以及为出口企业提供外汇贷款保障方面起到了十分重要的作用。

2. 出口信用保险的经营特点

(1) 离不开政府的参与。根据政府支持程度的不同，出口信用保险的经营形式可以分为以下四种方式：政府直接经营方式、政府间接经营方式、政府委托经营方式、混合经营方式。第一种方式是政府设置机构直接承保出口信用保险业务，英国、日本、丹麦、瑞典和瑞士等发达国家采用这一方式；第二种方式是政府投资设立独立的机构，制定相应的法律、法规确定其性质、地位，政府只管方针政策，不直接经营，但政府提供最后担保。采取这种方式的国家和地区有加拿大、澳大利亚、印度和香港等。第三种方式是政府委托商业保险公司来承保。实行这种方式的国家有美国和德国等。第四种方式是指信用保险机构自己承保了部分信用保险业务，采取这种方式的国家有法国等。

(2) 出口信用保险必须全额投保。全额投保是指出口商必须向信用保险公司投保其所有合格的出口业务。全额投保要求主要是约束出口商的，对于保险人来说，并不要求全额承保。

(3) 出口信用保险必须实行风险评估。风险评估包括对买方风险和国家风险的评估。买方风险的评估是出口信用保险的关键。买方国家风险的评估是出口信用保险公司制定买方信用限额、厘定保险费率等必不可少的环节。

3. 出口信用保险的分类

(1) 按保险责任的起讫的时间分类，分为出运前的保险和出运后的保险。出运前的保险从出口合同生效之日开始至货物出运时终止。出运前的保险通常作为短期出口信用保险的附加险。出运后的保险，货物一交付承运人，保险合同即开始生效，一旦出口商安全收汇，保险责任即告结束。

(2) 按出口合同的信用期分类，分为短期出口信用保险和中长期出口信用保险。短期出口信用保险的信用期，一般是在 180 天以内，经扩展也可延长，但最长不超过两年；中期出口信用保险的信用期为 2~5 年；长期出口信用保险的信用期为 5 年以上。短期出口信用保险适用于一般性商品的出口，包括所有消费性制成品、初级产品及工业用原材料

的出口，汽车、农用机械、机床工具等半资本性货物出口也可适用；中长期出口信用保险适用于资本性货物的出口，如电站、大型生产线等成套设备项目，飞机、船舱等大型运输工具等。短期出口信用保险一般采取统保的承保方式；而中长期出口信用保险一般采取逐个出口合同协商承保的办法。

1) 短期出口信用保险。

① 适用范围。投保短期出口信用保险的出口合同必须同时具备以下三个条件：付款条件为商业信用方式，主要是指付款交单（D/P）、承兑交单（D/A）和赊账（O/A）方式；信用期不超过 180 天；出口产品全部或部分在中国生产或制造。不适用短期出口信用保险的业务有：包括预收全部货款后发货的出口贸易、不通过货币结算的易货贸易、付款金额和付款期限不确定的寄售贸易、通过政府协定设立的清算账户结算的贸易、中长期资本性货物的出口贸易和进口贸易等。

② 保险责任和除外责任。短期出口信用保险承保被保险人发运货物后由于商业风险和政治风险引起的货物损失。商业风险包括：买方被宣告破产或实际已资不抵债；买方拖欠货款达 6 个月（或 4 个月）以上；买方违约拒收货物，致使货物被运回，降价转卖或放弃。政治风险包括：买方国限制汇兑；买方国禁止贸易；买方国吊销有关的进口许可；买方国颁布延期付款令；买方国发生战争、动乱等；买方国发生非常事件。除外责任主要有：货物运输项下的损失；汇率变动损失；被保险人违约或违法所致的损失；买方违约在先的情况下被保险人坚持发货所致的损失；由于买方违反本国法令未获进口许可证所致的损失；被保险人的代理人或买方的代理人所致的损失；被保险人未按时办妥投保手续的出口业务发生的损失等；被保险人向未经信用保险公司批准买方信用限额，或不适用被保险人自行掌握的信用限额的买方出口所发生的损失；在损失发生之日两年内，被保险人仍未向信用保险公司索赔的损失。

③ 承保。承保工作分为保单的承保、国家的承保、买方的承保和出运的承保。保单的承保：保单开始生效的时间可根据投保人意愿填写，不需要规定保险单终止时间；被保险人自行掌握的每一买家的信用限额；赔偿百分比通常规定为 80%~90%；保单赔偿限额是保险公司在一年内在该保单项下承担的最高赔偿金额；保险费率水平的高低由预计年投保额、市场结构、客户结构、出口商品种类、信用风险控制经验和以往收汇情况等因素决定；在需要时，保险人可以利用批注修改保单条款中的某些规定。国家的承保：高于买方的承保，评估国家风险主要考察各国的政治、经济和社会状况，如果某一国家的风险不可接受，就没有必要考虑是否承保该国的某一买方。买方的承保，通过逐一审批买

方信用限额来实现的。出运的承保：要求被保险人于每批货物出运后，及时向信用保险公司申报其每批出口货物的国别、买方、商品、出运时间、交付条件、发票号和发票总值等，以便信用保险公司计算和收取保险费。

④ 保险费。短期出口信用保险的保险费的计算公式为

保险费 = 申报发票总值 × 保险费率

确定短期出口信用险保险费应考虑的因素包括：买方所在国家或地区所属类别；支付方式；账期的长短。

⑤ 赔偿处理。赔偿过程主要包括以下几个环节：索赔时效；施救措施；索赔文件（包括证明被保险人已按贸易合同出口的文件；证明有关出口货物已经投保出口信用保险的文件；证明损失确实已经发生及损失原因、损失金额的文件；证明被保险人已经履行保单条款规定的义务，并采取了一切可以采取的减少损失的措施的文件）；赔偿等待期（如果造成损失的原因是买方破产，保险公司通常在证实买方确已破产或确定不具备偿付能力之后，即可定损核赔；如果损失原因为买方拖欠贷款，则赔偿等待期为 4 个月；买方拒收货物或拒付贷款的损失，赔偿等待期为该货物重新出售或处理完毕后 1 个月；由于政治风险造成的损失，赔偿等待期为该政治风险事件发生后 4 个月）；赔款计算；赔款转让；追偿。

2) 中长期信用保险。

① 适用范围。中长期出口信用保险适用于信用期在 180 天以上的资本性或半资本性货物的出口项目。中长期出口信用保险的承保条件和承保对象不同于短期出口信用保险，具体包括：使用银行买方信贷、卖方信贷或其他方式签订的，收汇期在 1 年至 10 年之间、贸易金额在 100 万美元至 1 亿美元之间的出口合同；出口的大型成套设备和机电产品等资本性或半资本性货物国产化率在 70%以上，车辆、船舶和飞机等国产化率在 50%以上；出口企业所经营的出口产品应获得国家有关部门的批准，出口企业经营状况良好；进口商或招标人应为依法注册并获得所在国家政府进口许可证的有良好的履约能力的法人；信用保险公司视具体合同、具体时间、具体国别而定的其他条件。

② 保险责任。保险人承担下列赔偿责任：买方、借款人或其还款担保人倒闭、破产、被接管或清盘，或丧失偿付能力；买方、借款人或其还款担保人从商务合同或贷款协议规定的还款日起逾期 6 个月仍未履行还款义务；买方因故单方面停止或终止执行贸易合同；买方所在国，或借款人所在国，或任何与履行商务合同或贷款协议有关的第三国政府颁布政令、法令，实行外汇管制，限制汇兑；买方所在国，或借款人所在国与中国，或与

任何第三国发生战争、革命、暴乱等事件，或发生不可抗力的特别事件造成进口商不能履行商务合同或借款人不能履行贷款协议项下的还款义务。

③ 投保。投保包括下列内容：递交投保申请和相关文件；审查投保资料并做出承保与否的决定；提出承保方案，签订保险合同；缴纳保险费；损失通知，支付赔款；向买方追偿。

④ 承保。承保时必须注意下列两点：第一，参照国际惯例，保险公司承保中长期出口信用保险比例一般为贸易合同总金额的 85%。其余 15% 的贸易合同金额应在贸易合同签字后，自买卖双方规定的时间内，由买方现汇支付出口商；第二，保险公司对中长期出口信用保险项下银行买方信贷和卖方信贷的本金和利息提供 100% 无条件担保。

⑤ 赔偿处理。基本上与短期出口信用保险的赔偿处理相同。

(3) 按出口信用保险的承保风险分类，分为商业风险的出口信用保险和政治风险的出口信用保险。商业风险又包括进口商资信或信誉方面的风险。商业风险和政治风险都承保的出口信用保险称为综合出口信用保险。

(4) 按出口合同的性质分类，分为货物出口的出口信用保险、劳务输出的出口信用保险和建筑工程承包的出口信用保险等。

7.3 保证保险

7.3.1 保证保险的概念和分类

[关闭内容](#)

1. 保证保险的概念

(1) 保证保险。保证保险是被保证人（债务人）根据权利人（债权人）的要求，请求保险人担保自己信用的保险。

(2) 保证保险与信用保险的区别。① 保证保险是通过出立保证书来承保的，该保证书同财产保险单有着本质区别，只规定担保事宜；而信用保险是通过保险单来承保的，其保险单同其他财产保险保险单并无大的区别，同样规定责任范围、责任免除、保险金额或责任限额、保险费、损失赔偿、被保险人的权利义务等条款。② 保证保险是义务人应权利人的要求投保自己的信用风险，义务人是被保证人，保险公司是保证人，除保险公司外，保证保险中还涉及义务人、反担保人和权利人三方；信用保险的被保险人是权利人，承保的人被保证人（义务人）的信用风险，除保险人外，保险合同中只涉及权利人和义务人两方。③ 在保证保险中，义务人缴纳保费是为了获得向权利人保证履行义务的凭证。风险仍由义务人承担，在信用保险中，被保险人缴纳保费是为了把可能因义务人

不履行义务而使自己受到的损失风险转嫁给保险人，保险人承担着风险。

2. 保证保险的分类

保证保险可以分为确实保证保险和诚实保证保险两大类。确实保证保险的保险标的是被保证人的违约责任，保证的是权利人的权利。确实保证保险的险种很多，可以概括为五类，即合同保证保险、贷款保证保险、存款保证保险、司法保证保险和许可证保证保险。

7.3.2 合同保证保险

[关闭内容](#)

1. 合同保证保险的概念

合同保证保险又称为契约保证保险，是指因被保证人不履行合同义务而造成权利人经济损失时，由保险人代被保证人进行赔偿的一种保险。合同保证保险主要用于建筑工程的承包合同。根据建筑工程的不同阶段划分，合同保证保险可以分为以下几种：供应保证保险、投标保证保险、履约保证保险、预付款保证保险、维修保证保险。

2. 合同保证保险的内容

- (1) 保险责任。合同保证保险承保被保证人因违约行为所造成的经济损失。
- (2) 除外责任。除外责任主要包括：第一，因人力不可抗拒的自然灾害造成的权利人的损失；第二，工程所有人提供的设备、材料不能如期运抵工地，延误工期而造成的损失。
- (3) 保险金额。一般不超过工程总造价的 90%。合同保证保险所收取的保险费，实际上是一种劳务费或手续费。
- (4) 赔偿处理。在合同保证保险中，保险人的赔偿责任仅以工程合同约定的承包人对工程所有人承担的经济责任为限。

7.3.3 产品质量保证保险

[关闭内容](#)

1. 产品质量保证保险的概念

产品质量保证保险又称为产品保证保险，是指因被保险人制造或销售丧失或不能达到合同约定效能的产品给使用者造成经济损失时，由被保险人对有缺陷的本身以及由此引起的有关损失和费用承担赔偿责任的一种保险。

2. 产品质量保证保险的内容

- (1) 保险责任。包括：使用者更换或修理有质量缺陷的产品所蒙受的损失和费用；使用者因产品质量不符合使用标准而丧失使用价值的损失和由此引起的额外费用；被保险人根据法院的判决或有关政府当局的命令，收回、更换或修理已投放市场的存有质量缺陷

的产品所承受的损失和费用。

(2) 除外责任。第一，产品购买者故意行为或过失引起的损失；第二，不按产品说明书安装、调试和使用引起的损失；第三，产品在运输途中因外来原因造成的损失或费用等。

(3) 保险金额。一般按投保产品的购货发票金额或修理费用收据金额来确定。

(4) 保险费率。应考虑的因素有产品制造者、销售者的技术水平和质量管理情况；产品的性能和用途；产品的数量和价格；产品的销售区域；保险人的承保的该类产品以往的损失记录。

(5) 赔偿处理。对保险产品因内在质量缺陷，在使用过程中发生产品本身损失时，保险人在保险单规定的保险金额内按实际损失赔付；对属于可修理范围内的产品，保险人按更换的零配件材料费和人工费予以赔偿；由于产品质量风险不易估算和控制，保险人通常在保险合同中订有共保条款，要求被保险人共同承担损失，分担赔偿责任。

3. 产品质量保证保险与产品责任保险的区别

(1) 标的不同。前者是产品质量违约责任；后者是产品责任。

(2) 性质不同。前者是保险人针对产品质量违约责任提供的带有担保性质的保证保险；后者是保险人针对产品责任提供的替责任方承担因产品事故造成对受害方经济赔偿责任的责任保险。

(3) 责任范围不同。前者承保投保人因其制造或销售的产品质量有缺陷而产生的对产品本身的赔偿责任；后者承保的是因产品质量问题导致用户财产损失或人身伤亡依法应负的经济赔偿责任。

7.3.4 忠诚保证保险

[关闭内容](#)

1. 忠诚保证保险的概念

忠诚保证保险又称为雇员忠诚保险，是指因雇员的不法行为，如盗窃、贪污、伪造单据和挪用款项等，而使雇主遭受经济损失时，由保险人承担赔偿责任的一种保证保险。它以雇员的品德为承保对象，雇主是权利人，雇员是被保证人。

2. 忠诚保证保险的内容

(1) 保险责任。包括：被保险人（雇主）的货币和有价值证券损失；被保险人拥有的财产损失；被保险人有权拥有的财产或对其负责任的财产损失；保单指定区域的可移动财产损失。

(2) 除外责任。包括：因雇主擅自减少雇员工资待遇或加重工作任务致使雇员不诚实行

为所带来的损失；雇主没有按照安全预防措施和尽职督促检查而造成的经济损失；雇主及其代理人 and 雇员勾结而造成的损失；超过了索赔期限仍未索赔的损失；因核裂变、核聚变、核辐射等引起的损失；由于武装力量、暴乱造成的损失；因地震、火山爆发、风暴等自然灾害引起的损失。

(3) 分类与保险金额。按照承保方式分类，忠诚保证保险的种类包括指名保证、职位保证和总括保证。指名保证是指以特定个人为被保证人的忠诚保证保险，又可以分为个人保证和表定保证两种。职位保证是指被保险人承担某一职位上的若干被保证人，但可不列明被保证人的姓名，并按职位确定保证金额，凡担任该职位职务的人，都按约定的保证金额自动承保。也可以分为单一职位保证和职位表定保证两种。总括保证是指在一个保险合同内承保雇主所有的正式雇员。用这种方式承保，所有雇员的担保金额相等。无论指名保证保险，还是职位保证保险或总括保证保险，对每个人或职位均由雇主与保险人商定一个固定的保险金额。

(4) 保险费率。影响忠诚保证保险保险费率的因素主要是职业和岗位。有较大机会实施不法行为的岗位和雇员，保险人将确定较高的费率；反之，则实行较低的费率。

(5) 保险期限。一般为一年，期满可以续保。通常规定如下：忠诚保证保险必须规定发现期，发现期不是从损失发生时开始，而是从合同终止时开始；任何不诚实行为必须是发生在雇员连续无中断的工作期间；任何不诚实行为引起的损失必须是在雇员被辞退或退休或死亡之后 6 个月内或忠诚保证保险合同期满 3 个月内发现。

(6) 赔偿处理。① 雇主及其代理人在发现雇员有不诚实行为，并造成钱财损失时，应及时通知保险人。自发现之日起，应在 3 个月内提交完整的索赔单证。② 雇主对雇员只能提出一次索赔请求，保险保证金额不累计计算。③ 雇主向保险人索赔时，应协助保险人向有不诚实行为的雇员进行追偿。④ 自发现雇员有不诚实行为之日起，若雇主还有应付给雇员的薪金或佣金或其他钱财时，应当在保险赔偿金额中扣除。⑤ 忠诚保证保险可规定免赔额。

[返回顶部](#)

第 8 章 其他财产保险

8.1 建筑工程保险

8.1.1 工程保险的定义与特征

[关闭内容](#)

工程保险是指以各种工程项目为主要承保对象的保险。按照保险市场的承保惯例，

工程保险一般分为建筑工程保险、安装工程保险、机器损坏保险、船舶工程保险和高科技工程保险。工程保险的特征：

第一，风险广泛而集中。工程保险除了条款列明的责任免除外，保险人对保险期间工程项目因一切突然和不可预料的外来原因造成的财产损失、费用和责任，都给予赔偿；现代工程项目本身就是高价值、高技术的集合体，从而使工程保险承保的风险基本上都是巨额风险。

第二，涉及较多的利害关系人。由于同一个工程项目涉及多个具有经济利害关系的人，如工程所有人、工程承包人及其他利益方（如贷款银行），均对该工程项目承担不同程度的风险。所以，凡对工程保险标的具有保险利益者，均具备对该工程项目进行投保的资格，并且均能成为该工程保险中的被保险人，受保险合同规范和制约。

第三，工程保险的内容相互交叉。在建筑工程保险中，通常包含安装项目，如房屋建筑中的供电、供水设备安装，而在安装工程保险中一般又包含着建筑工程项目；再如，船舶建造保险，本身就是建筑、安装工程的高度融合。因此，工程保险业务虽然有险种差异，相互独立，但内容多有交叉，经营上也有互通性。

第四，工程保险承保的是技术风险。现代工程项目的技术含量很高，专业性极强，而且可能涉及多种专业学科或尖端科学技术，因此，从承保的角度分析，工程保险对于保险的承保技术、承保手段和承保能力比其他财产保险提出了更高要求。

8.1.2 建筑工程保险的定义

[关闭内容](#)

建筑工程保险，简称建工险，是以各类民用、工业用及公共事业用的建筑工程项目为保险标的的保险，保险人承担对这些项目在建筑过程中由自然灾害和意外事故引起的损失的经济补偿责任。

一个建筑工程项目往往涉及多个经济主体，每个经济主体对建筑工程项目都具有保险利益，所以建筑工程保险的投保人或被保险人就可能不是一个，而有多。主要有：① 工程所有人，即建筑工程的最后所有人；② 工程承包人，即负责承建该项工程的施工单位；③ 技术顾问，即由所有人聘请的建筑师、设计师、工程师和其他专业顾问，代表所有人监督工程合同执行的单位或个人；④ 其他关系方，如贷款银行或债权人等。

当存在多个被保险人时，一般由一方出面投保，并负责支付保费，申报投保期间风险变动情况，提出原始索赔等。由于被保险人不只一个，而且每个被保险人各有其本身的权益和责任需要向保险人投保，为避免有关各方相互之间的追偿责任，大部分建筑工程保

险单附加交叉责任条款。其基本内容是：各个被保险人之间发生的相互责任事故造成的损失，均可由保险人负责赔偿，无须根据各自的责任进行相互追偿。

8.1.3 建筑工程保险的保障对象

[关闭内容](#)

建筑工程保险的保障对象主要有两类：一是物质损失，二是第三者赔偿责任。其中物质损失主要有：

建筑工程，包括永久性和临时性工程及工地上的物料；业主提供的物料及项目；施工机具设备，它是指配置在施工场地，作为施工用的机具设备；安装工程项目，它是指未包括在承包工程合同金额内的机器设备的安装工程项目；工地内现成的建筑物；场地清理费用；所有人或承包人在工地上的其他财产。

建筑工程保险的第三者责任是被保险人在工程保险期限内因意外事故造成工地以及工地附近的第三者人身伤亡或财产损失，依法应负的赔偿责任。

8.1.4 建筑工程保险的保险责任与除外责任

[关闭内容](#)

1. 保险责任

建工险的保险责任是指保险人承保的风险损失补偿限额，它包括建筑工程中以财产物资为保险标的而确定的保险金额、以第三者责任风险为保险标的的赔偿限额以及根据保险双方确定的免赔额：

建工险的保险责任主要有列明的自然灾害，如雷电、水灾、暴雨、地陷、冰雹等；列明的意外事故，如火灾，爆炸、空中运行物体坠落、原材料缺陷等引起的意外事故，以及工作人员在施工中的过失造成的间接损失；盗窃及清理保险事故现场所需的费用；属于其他风险责任的第三者责任。

2. 除外责任

建筑工程保险中，适用于物质损失部分的除外责任主要有：设计错误引起的损失和费用；自然磨损和消耗；因原料缺陷或工艺不善引起的保险财产本身的损失以及为换置、修理或矫正这些缺陷或错误所支付的费用；非外力引起的机器或电气装置的本身损失，或施工用机具、设备、机械装置失灵造成的机械或装置本身损失；维修保养或正常检修的费用；档案、文件、账簿、票据、现金、各种有价证券、图表资料及包装物料的损失；盘点时发现的短缺；领有公共运输行驶执照的，或已由其他保险予以保障的车辆、船舶和飞机的损失；在保险工程开始以前已经形成的位于工地范围内或其周围的属于被保险人

的财产损失；保险财产中已由工程所有人签发竣工验收证书，或验收合格，或实际占有，或已经使用，或已经接收的部分。

适用于第三者责任险的除外责任主要有：保险单物质损失项下或本应在该项下予以负责的损失及各种费用；由于地震、移动或减弱支撑而造成任何财产、土地、建筑物的损失及由此造成的任何人身伤害和物质损失；工程所有人、承包人或其他关系方或他们所雇用的在工地现场从事与工程有关工作的职员、工人以及他们的家庭成员的人身伤亡或疾病；工程所有人、承包人或其他关系方或他们所雇用的职员、工人所有的或由其照管、控制的财产发生的损失；领有公共运输行驶执照的车辆、船舶、飞机造成的事故；被保险人根据与他人的协议应支付的赔偿或其他款项。在责任保险中，保险人通常不承保被保险人承担的合同责任，而对被保险人承担的民事赔偿责任予以负责。

3. 总除外责任

总除外责任既适用于物质损失部分又适用于第三者责任部分。总除外责任主要有以下几个方面：战争、类似战争行为、敌对行为、武装冲突、恐怖活动、谋反、政变引起的任何损失、费用和责任；政府命令或任何公共当局的没收、征用、销毁或毁坏；罢工、暴动、民众骚乱引起的任何损失、费用和责任；被保险人及其代表的故意行为或重大过失引起的任何损失、费用和责任；核裂变、核聚变、核武器、核材料、核辐射及放射性污染引起的任何损失、费用和责任；大气、土地、水污染及其他各种污染引起的任何损失、费用和责任；工程部分停工或全部停工引起的任何损失、费用和责任；罚金、延误、丧失合同及其他后果损失；保险单明细表或有关条款中规定的应由被保险人自行负担的免赔额，建筑工程保险第三者责任部分只对财产损失规定了每次事故的免赔额，而对人身伤亡无免赔额的规定。

8.1.5 建筑工程保险的保险期限

[关闭内容](#)

建工险的保险期限一般采用工期保险单，以工期的长短来确定保险责任期限的依据，由保险人承保从开工之日起到竣工验收合格的全过程。对大型、综合性建筑工程，如有各个子工程分期施工的情况，则应分项列明保险责任起讫期。根据建筑工程的种类和进程，可以将合同工程划分为以下几个时期：一是工程建造期，即从开工之日起至工程竣工之日止；二是各项工程的检验考核期，即工程竣工之日起至通过检验之日止；三是工程保证期，即从考核通过之日起至通过建筑合同规定的保险期满日止。保险人承保时，可以只保一个责任期，也可以连同建筑工程合同保证期一并承保。

建筑工程保险的保险金额为保险建筑工程完工时的总价值，包括原材料费用、设备费用、建造费、安装费、运输费、保险费、关税、其他税项和费用，以及由工程所有人提供的原材料和设备的费用。考虑到施工期间各种因素的变化，保险人一般让投保人根据计划价投保，待工程完毕后再按实际造价对保险金额予以调整。其他承保项目的保险金额则以投保标的的实际价值或重置价值为依据由保险双方协调确定。对因地震、洪水等特约灾害造成损失的，保险人一般还另行规定赔偿限额，按保险金额的一定比例计算。建工险的费率，应以投保人填写的投保单内容和保险人对投保标的的风险调查为依据，在对风险及其可能产生的损害后果作为评估的基础上，科学合理地进行厘定。保险人厘定费率时，应着重考虑下列因素：保险责任的大小；保险标的本身的危险程度，包括承保项目的种类、性质、建筑结构、施工场所等；承包人的技术水平和管理水平；承包人及工程其他关系方的资信情况；保险金额、赔偿限额及免赔额的高低。在综合考虑上述因素的基础上，再结合以往承保同类业务的赔付情况，保险人就可以制定出比较合理的费率标准。但是，由于保险金额要在工程完毕后才能真正确定，保险费的计收应在合同时预收，期满时多退少补。

葛

1. 赔偿方式

- (1) 支付赔款。根据保险财产受损的情况，核定准确的损失金额，以现金的形式支付给被保险人。
- (2) 修复。在保险财产遭受部分损失并可以修复的情况下，保险人支付费用对保险财产进行修复。
- (3) 重置。保险财产的损失程度已经达到全部损失或者修复的费用将超过保险财产的原有价值（保险金额）的情况下，保险人支付费用对保险财产进行重置。

2. 赔偿标准

- (1) 部分损失的赔偿标准。对于可以修复的部分损失，保险人支付修理费将保险财产修复到受损前的状态。如果修复中有残值存在，残值应在保险人赔款中扣除。
- (2) 全部损失或推定全损的赔偿标准。在全部损失的情况下，保险人按照保险金额扣除残值后进行赔偿，如果发生推定全损，保险人有权不接受被保险人对受损财产的委付。

(3) 任何成对或成套设备项目，若发生损失，保险人的赔偿责任不超过该受损项目在所
属整对或整套设备项目的保险金额中所占的比例。

(4) 发生损失后，被保险人为减少损失而采取必要措施所产生的合理费用，保险人可予
以赔偿，但该项费用的赔偿金额以保险财产的保险金额为限。

3. 免赔额的扣除

保险人在赔偿时，应先按保险合同约定扣除每次事故的免赔额。保险人在扣除免赔额时
应注意以下问题：

- (1) 应按保险单的规定，分别对不同的项目扣除适用的免赔额。
- (2) 若多个保险项目因同一事故发生损失，则只扣除最高的一个免赔额。
- (3) 若免赔额和免赔率同时适用，则应以较高者为准。
- (4) 若损失金额超过保险金额，则应从损失金额中扣除免赔额。
- (5) 若被保险人是多个关系组成，则免赔额的承担也应在被保险人之间进行分摊；如果
有多张保险单承保同一标的的损失，则免赔额要按保险单的规定进行分摊。

8.2 安装工程保险

8.2.1 安装工程保险的保险责任和除外责任

关闭内容

安装工程保险，简称安工险，是建工险的姐妹险种，它以各种大型机器设备的安装工
程为保险对象，包括成套设备、生产线、大型机器装置、各种钢架构造、管道安装等。
安装工程保险的保险责任主要是承保上述工程项目在安装期间因自然灾害和意外事故造
成的物质损失，以及被保险人对第三者依法应承担的赔偿责任的保险。安工险的保险责
任主要有：

- (1) 因设计错误、铸造或原材料缺陷或工艺不善引起的被保险财产本身的损失，以及为
换置、修理或矫正这些缺点错误所支付的费用。这类风险可能造成的损失有三种情况：
1) 存在设计错误、铸造或原材料缺陷或工艺不善的被保险机器设备本身的损失，应由机
器设备的生产厂家根据购货合同进行赔偿，安装工程保险不予承担。
- 2) 为了换置、修理或矫正这些存在着设计错误、铸造或原材料缺陷或工艺不善的被保险
机器设备本身的缺点错误所支付的费用，也应由生产厂家根据购货合同进行赔偿，而不
应由安装工程保险承保。
- 3) 由于这些设计错误、铸造或原材料缺陷或工艺不善的被保险机器设备造成其他被保险
财产的损失，安装工程保险可以赔偿，但在赔偿之后有权向设备制造厂商追偿。而建筑

工程保险既不承保因设计错误等原因引起的保险财产本身的损失及费用，也不承保因此而造成的其他保险财产的损失和费用。

(2) 由于超负荷、超电压、碰线、电弧、漏电、短路、大气放电及其他电气原因造成电气设备或电气用具本身的损失。由于安装工程将面对大量的电气设备或电气用具的安装和调试，常常会发生超负荷、超电压等电气原因造成的事故，而这类事故往往是由于电气设备本身存在质量问题的原因造成的。因此，安装工程保险将这类风险损失作为除外责任。

8.2.2 安装工程保险的保险金额的确定

关闭内容

安装工程保险的保险金额是按保险工程安装完成时的总价值确定的，包括原材料费用、设备费用、建造费、安装费、运输费和保险费、关税、其他税项和费用，以及由工程所有人提供的原材料和设备的费用。

应该注意的是，安装工程承包合同价并不包括被安装设备的价值，仅仅包括安装费用和安装过程中必需的辅助材料的费用。因此，确定保险金额时，一定要以被安装设备的总价值加上安装合同的承包价之和为准。

8.3 核电站保险

8.3.1 核电站保险及其特征

关闭内容

核电站保险是以核电站建造、营运过程中的风险为保险标的的保险。核电站本身具有的高科技、高风险的特点，使得核电站保险与其他财产保险有所区别。

第一，核电站保险的主要承保责任是核风险。在所有的财产保险中，保险人都将核风险列为除外责任。而核电站保险恰恰相反，不仅承保核风险造成的财产损失，而且还承保核风险所致的第三者责任。

第二，核电站保险承保的主要手段是控制风险。由于核电站风险太高，保险人特别注重风险控制。为了控制风险，保险人在承保时往往以低于保险标的的实际价值的标准来确定保险金额和责任限额，并采用集团共同保险或再保险方式，将风险转嫁到国际保险市场，以保证经营的稳定性。

第三，核电站保险是一种政策性很强的保险。世界上许多国家都通过立法规定核损害的赔偿方式。因此，保险人开办核能保险在发生保险赔款不足时，可以根据法律的有关规定获得政府的财政补贴，以保证被保险人的利益。此外，各国的核能保险集团在相互分

保时，也将分保手续费降得比其他财产保险低，以减轻被保险人的负担。

8.3.2 核电站保险的种类

关闭内容

核电站保险的险种主要有以下几种：

1. 核电站建筑安装工程保险

该险种的保险标的是在核电站安装的各种机器设备。保险人主要承保保险标的在安装过程中因自然灾害和意外事故导致的损失。

2. 核电站海运险

该险种主要承保有辐射和无辐射的核燃料物料的运输，包括运输中的临时仓储。投保人一般为业主、主承包商、分承包商和其他合作方为共同保险人。该险种的其他规定与海上运输货物保险基本相同，但第三者责任险通常由核能保险集团承保，并经由核能保险集团安排分保。

3. 核电站机器损坏保险

该险种承保核电站所有设备，不同的是对于核反应堆压力容器及其内部设备只能以第一危险方式承保。对于核燃料、冷却水、化学剂等易消耗物质一般不予承保。此外，该险种通常作为核电站财产保险的附加险予以承保，有时也可按主险承保，单独签订保险单。

4. 核电站物质损失保险

该险种的保险标的是核电站的反应装置、核燃料、发电设备、办公场所等项目。其保险责任分为两部分：第一部分主要对核风险和常规风险提供保障；第二部分是对其他设备的常规风险提供保障。常规风险包括火灾、雷电爆炸等。核风险包括核裂变过程中超常规释放以及核污染和核辐射等。此外，保险人还负责清除核污染费用和损失。

5. 核电站责任保险

核电站责任保险主要承保核电站所有人依照本国法律规定，因发生一般保险事故或核事故，包括运输中的核事故造成第三者的财产损失和人身伤亡时依法应承担的赔偿责任。如果核电站所在国家法律规定，操作核电站设施的员工也属第三者责任险的范围，保险人一般也要将他们作为第三者责任险的范围，保险人按一般事故和核事故分别拟定赔偿限额。

8.3.3 核电站保险的保险责任和除外责任

关闭内容

1. 物质损失保险的保险责任

核电站保险的主要保险责任是承保核风险。核风险是指核燃料、核废物或核产品引发的辐射的、有毒的、爆炸性的物质，容易造成其他财产的丢失的风险。

2. 责任险的保险责任

核电站责任险由核责任和第三者责任两部分组成，不同的责任险承担不同的保险责任。核责任保险是根据各国核电站运营的有关法律规定，主要承保由于核辐射和核放射致使第三方人身或财产遭受的伤害或损失，被保险人对第三方应承担的责任。

核电站第三者责任保险与其他第三者责任险承保的保险责任内容基本相同。

3. 核电站物质损失保险的除外责任

核电站物质损失保险的除外责任有以下各项：

被保险人及其代表或工程师的故意行为或重大过失引起的损失、费用和责任；战争类似战争行为、敌对行为、武装冲突、没收征用、罢工、暴动引起的损失、费用和责任；因自然磨损、氧化、锈蚀而造成的损失或在正常操作中造成放射性污染而产生的清污费用；全部停工或部分停工引起的损失、费用和责任；领有公共运输用执照的车辆、船舶和飞机的损失；第三者责任险条款规定的责任范围。伴随正常运转的放射能污染造成的损失；由于地震或火山爆发而引起的损失；由于暴风、暴雨、台风、洪水、滑坡、场面下沉或塌陷所引起的损失、费用和责任。

4. 核电站责任保险的除外责任

核电站责任保险的除外责任主要包括：

合同责任，即由被保险人按照其与他人签订的合同应向对方承担损害赔偿；被保险人所有的财产损失；特大自然灾害导致的人员伤亡和财产损失；战争、暴乱、恐怖行为、内战、革命等政治风险；大气、土地、水污染等污染风险；10年后才申报的损失；产品责任；遗传疾病；正常损耗等。

8.3.4 核电站保险的保险金额和赔偿方式

[关闭内容](#)

在核电站保险中，保险人对核电站物质损失保险与核电站邮政信箱分别确定保险金额与赔偿限额。保险人在确定保险金额时，通常根据核保险市场的承保能力，由保险人和被保险人协商来确定保险金额。此外，对于核电站责任险，保险人也按常规风险和核风险两类不同风险，分别确定不同的赔偿限额。

在对核风险造成的核电站责任赔偿时，保险人一般都按法律规定处理，按照绝对责任负责承担赔偿责任，而不是按照过失责任来承担。因此，当保险人的赔偿金额超过保险单

规定的赔偿限额时，政府会给予财政补贴。

8.4 航天保险

8.4.1 航天保险的定义及其种类 关闭内容

航天保险是指为航天产品包括卫星、航天飞机、运载火箭等提供风险保障的保险。它承保的是航天产品进入太空遭受灾害事故而导致的经济损失，包括航天产品发射前的制造、运输、安装过程中，发射时和发射后的轨道运行过程中，以及使用寿命等方面的风险损失。根据承保风险的内容不同，航天保险可以分为卫星及火箭或其他运载工具的工程保险、发射前卫星及火箭保险、卫星发射保险、卫星运行寿命保险、卫星经营者收入损失保险、卫星及发射责任保险等。

1. 卫星及火箭的工程安装保险

该险种同常规的工程安装保险一样，主要承保卫星与运载工具及其附属备件在生产制造安装中的物质损失风险，包括卫星及运载火箭的组装过程及相应的静态试车，在模拟发射环境下的各种试验过程，以及因其他意外原因所导致的卫星与火箭的损失。由于这些损失通常属于常规工程保险承保的范围，因此卫星及火箭工程安装保险一般由卫星或火箭的制造商投保。

2. 发射前的卫星及火箭保险

发射前的卫星及火箭保险的保险期限，一般从卫星和火箭在制造厂房吊装开始，至意向点火时终止。在发射前这一阶段，卫星及火箭都要从生产厨房运送到发射工地，并经历运输、仓储、装配、准备发射等环节。如果火箭在意向点火和起飞期间由于点火终止而终止发射，其损失同卫星发射保险赔偿，如果发生发射终止情况，火箭和卫星没有造成全部损失，并经过修理和检测仍能继续完成发射任务，发射前保险人在被保险人补交相应保险费的情况下，继续负责到再一次发射点火时终止。发射前保险的保障可按不同阶段分为运输保险、仓储保险及装配保险，不同阶段的保险金额会有所差别，该保险的主要保险责任是因意外事故致使卫星或火箭以及相关的发射设备在保险期内的物质损失，或因其物质损失导致不能按期发射而造成的费用损失。发射前保险根据保险市场惯例承保，其除外责任主要有核辐射或核泄漏、战争险、自然磨损、设计缺陷、机械故障等风险。

3. 卫星发射保险

卫星发射保险是航天保险的最主要部分，航天保险的高科技性、高风险及高价值的特征

都集中体现在这一阶段。卫星发射保险主要提供卫星及火箭物质损失的一切风险保障。一切风险是指火箭发射过程中对卫星及火箭所造成的损失，既包括因发射工具即火箭的原因使卫星及火箭在发射时造成全部损失；又包括卫星在星箭分离过程、卫星从同步转移轨道变轨到同步静止轨道过程、卫星调姿和各项在轨过程中由于自身故障发生爆炸，或进入轨道后因自身系统不能正常工作使卫星失去控制等全部损失。卫星发射保险有全损险和一切险两种险别，被保险人可以根据自己的需求进行投保选择。

卫星发射保险的保险金额通常由发射服务费、卫星的成本、保险费和额外费用构成。卫星发射保险的费率通常受火箭的可靠性、卫星的设计和型号、保障范围和市场承保能力等因素的影响。此外，保险安排方式也会对卫星发射保险的费率产生影响。所谓保险安排方式，是指卫星所有人或卫星保险经纪人在保险市场上是以单一项目，还是以一揽子方式安排卫星发射保险。

4. 卫星寿命保险

卫星寿命保险是指卫星在运行轨道上运行期间的保险。卫星寿命保险以卫星发射保险终止时为起点，通常一年续保一次，最长保险期限不超过卫星的设计寿命。卫星寿命保险主要承保卫星在预定的定点轨道上因意外事故发生导致运行失灵、无法正常工作或部分更新换代工作能力，或因事故致使卫星寿命减短等损失。卫星寿命保险的保险金额由卫星送上预定轨道运行的重置成本或资产价值利润损失、额外费用或合同债务构成。但续保时要按照卫星每年折旧金额扣减其保险金额。卫星寿命保险也有全损险和一切险两个险别。如果被保险人投保了一切险，保险人对保险卫星所遭受全损、部分损失及费用负责赔偿。卫星寿命保险的费率一般根据承保范围和卫星健康状况考虑。

5. 卫星经营者收入损失保险

经营卫星发射和商业卫星通信服务具有高科技、高风险、高投资和高收益的特点，因此卫星经营人可以获得很高的利润收入。如果卫星遭受全部或部分损失，卫星经营者在利润收入方面的损失要比重新发射一颗卫星所需要的成本及费用大得多。卫星经营者收入损失保险主要承保卫星发射和卫星寿命保险之外的经营收入损失，如果因卫星发射失败导致被保险人的收入损失，保险人予以负责赔偿。

6. 卫星发射责任保险

卫星发射责任保险，又称第三者责任保险。根据 1972 年 9 月 1 日生效的《空间物体损害的国际赔偿责任公约》规定，卫星及发射工具在发射后所造成的地面上或在空中飞行的飞机上的人员及其财产损失的责任由空间物体的所有人及发射国负责赔偿。这样，每

个发射国政府以及商业发射机构和卫星经营者必须办理卫星及发射责任保险，使卫星在其发射过程及其发射后，从火箭或卫星上掉落的物体造成地面上第三者的人身伤亡和财产损失，以及在空中飞行的飞机上的人员伤亡和财产损失得到保障。该保险责任通常从卫星发射点火开始生效，可以根据投保人的要求承保一年或发射后几年内的责任损失。该保险的责任限额可以在 6 000 万美元到 5 亿美元之间浮动，由被保险人自己确定，费率则根据市场承保能力而上下波动。

8.4.2 航天保险的保险责任与除外责任

[关闭内容](#)

航天保险合同是在发射合同和卫星合同的基础上，经各方充分协议后签订的。尽管目前航天保险市场上使用的保险单格式不尽相同，但其内容基本一致，主要包括事实陈述、承保协议、定义、除外责任和保险条件等。根据发射服务合同要求，在保险有效期内，保险人承担从火箭意向点火开始，卫星与火箭运行过程中的全部损失和部分损失。

1. 全部损失

由于运载火箭的设计错误，元器件、零备件、原材料故障发生的错误操作，运载火箭环境条件超出了发射服务合同规定的环境偏差，卫星有效载荷本身的故障等原因，使运载火箭发射的卫星不能按预定设计轨道入轨，造成发射全部失败，保险人负责按保险金额赔付。所谓发射失败是指，有效载荷与火箭分离失败；运载火箭飞行期间，有效载荷失灵或丢失；有效载荷所使用远地点发动机失灵；有效载荷未能进入预定轨道；从服务开始之日起算，有效载荷不能提供足够可用的燃料以维持其卫星工作寿命。

2. 部分损失

保险人可承担的部分损失主要有：卫星转发器的损失超过免赔额所规定的金额，但不足以构成全部损失；卫星推进剂减少导致的损失超过免赔额规定的金额，但未达到构成全损的程度；卫星电能损耗导致的损失，但未能达到全部损失的程度。

3. 航天保险的除外责任

由下列原因造成的损失和费用，保险人不承担保险赔偿责任：

保险单列明的保险责任之外的损失和费用；保险单列明的运载火箭保险金额以外的一切费用；在运载火箭飞行阶段，外来电磁和频率的干扰引起的损失和有关费用；外来搭载卫星引起的损失和费用；因战争、敌对行为或武装冲突及政府拘留、扣押、没收等行为所致的损失和费用；原子弹、氢弹或其他核武器爆炸及核辐射和各类物质的辐射污染所造成的一切损失及费用。

8. 4. 3 航天保险的保险金额与保险费率

关闭内容

航天保险的保险金额通常分阶段、按险种确定。具体地说，发射前保险是以制造、安装卫星及火箭的总成本为依据确定保险金额；发射保险是以卫星及火箭的市场价格加上发射等费用之和为依据确定保险金额；卫星寿命保险是以将卫星送上轨道的成本及有关费用并参照卫星的工作效率为依据来确定保险金额，其保险金额数量按年限递减。航天保险费率通常高于其他财产保险或工程保险的保险费率。一般来说，保险人在确定费率时主要考虑因素包括产品质量、损失率、恶劣气候及意外事故等。卫星发射保险的费率通常受到火箭的可靠性、卫星的设计和型号、保险保障范围和航空保险市场承保能力等因素的影响。

8. 4. 4 航天保险的保险期限

关闭内容

航天保险的保险期限关键在于确定保险责任的开始时间和终止时间。航天保险的保险责任的开始时间有两种情况：一是以火箭在指定发射场所意向点火为起始时间；二是如果发射点火终止，则从火箭在指定发射场重新点火为起始时间。航天保险的保险责任的终止时间分五种情况：一是卫星交付客方使用，卫星在轨道正常工作并运行时；二是保险单载明的保险期限届满；三是卫星发生全部损失；四是卫星在发射过程中宣布发射失败；五是发射点火终止，火箭发动机熄灭，火箭未脱离发射台。以上情形以先发生者为准。

8. 4. 5 航天保险的赔偿处理

关闭内容

1. 航天保险理赔的特征

航天保险的损失理赔与其他财产险业务相比，不同的地方在于：

- （1）损失金额的计算方法必须承保前确定。由于卫星在太空中运行，人们无法直接接近受损的保险标的，损失程度和损失金额的分析 and 计算要在承保前加以明确。保险人与被保险人往往根据以往的经验，对发生损失的各种可能性和情况加以评估。对于发射阶段的损失往往显而易见，这一阶段的损失情况或者火箭主动飞行阶段爆炸，造成星箭全损；或者火箭在地面点火终止或火箭没有将卫星准确送入预定轨道造成保险标的的全损或部分损失。这个阶段发生损失的定损和理赔工作相对而言比较简单。
- （2）保险经纪人参与理赔工作。卫星在轨测试和运行期间发生故障，根据保险单规定，

被保险人获知卫星出现故障后，应立即通知经纪人，经纪人通知各保险人，随后由保险人展开进一步的调查工作。工作的结果可能出现两种情况：一是由于卫星各关键部位均有一个或一个以上的备份，通过使用备份替代原始发生故障的部件使卫星仍能重新正常工作，则不发生索赔。二是经过进一步的调查，卫星确实遭受损失，无法补救，则须卫星的损失程度，根据保险单规定和计算的结果，分析是部分损失还是全损。

（3）被保险人应尽快提交损失证明。卫星在保险期限内发生部分损失或全损，根据保险单规定，被保险人应尽快提交一份损失证明，其格式和内容应根据保险人的要求做出，损失证明中至少应列明事故发生的日期、时间、性质、可能的原因及提出索赔的依据和索赔金额的计算基础。损失证明须经被保险人的代表签字盖章方为生效。损失证明的提交日期不得晚于事故通知后的 180 天，或保单承保的风险终止后的 210 天，两个时间以先发生的为准。保险单中对赔款支付的时间一般规定为“赔款在保险人同意被保险人提交的损失证明后 60 天内支付”。

（4）保险人对残值享有绝对权利。在支付赔款后，根据法律及有关规定，保险人享有对卫星残值的绝对权利，包括全损情况下对卫星产权的拥有，以及部分损失情况下对卫星所赔偿部分的产权的拥有。在双方事先同意的情况下，保险人将承担维护上述残值而产生的费用。被保险人有义务与保险人合作，尽可能帮助保险人获得残值的最大权益，由此产生的费用通常也由保险人承担。

2. 航天保险的赔偿金额计算

不同型号和不同用途的卫星保险，适用不同赔偿金额结算方法。以卫星发射保险为例，其赔偿规定和计算方法如下：

（1）全部损失的赔偿处理。全部损失是指卫星完全损毁，或无法满足卫星运营能力标准，不能实现其预定的目的，具体损失达到以下程度。① 有 50% 以上的转发器发生故障；② 卫星范围寿命降低 50%；③ 卫星运行能力相对正常减少 50%。对于这些情况，被保险人可以选择按全部损失索赔，也可以选择按部分损失索赔。如果是按全部损失索赔，保险人可以按保险金额全部赔付。

（2）部分损失的赔偿处理。对于部分损失，保险人通常按以下三种方式计算赔偿金额：① 推进剂减少导致的部分损失。② 转发器损失导致的部分损失。③ 电能损失导致的部分损失。

8.5 海洋石油开发保险

海洋石油开发保险是以海上石油开发过程中的财产、责任、费用为保险标的的一种保险。海洋石油开发行业是一个投资巨大，技术性强、风险集中的行业。海洋石油开发商和承包商难以承担在海洋石油钻探和开发过程中发生的诸如海上井喷、起火和溢油污染等风险事故损失。

海洋石油开发一般要经过钻前普查勘探、钻探、建议和生产四个阶段。不同阶段具有不同的风险，而不同的风险，适用不同的保险险种。目前，我国开办的海洋石油开发保险的险种有钻井平台一切险、钻井船一切险、平台钻井机一切险、油管保险、保赔保险、承租人责任险、第三者责任险、海洋石油开发工程建造险、井喷控制费用保险、重钻费用保险等。

1. 钻井平台保险

钻井平台保险承保被保险财产的一切物质损失。其保险标的为固定平台装置，包括平台本身、人行道、登录斜梯（系缆机除外），以及置放在平台上的为被保险人所有的或由被保险人负责或保管的各种财产。钻井平台因设计不当引起的损失，经保险人同意并加收保险费可予以承保。钻井平台保险一般采用定值保险方式承保，保险金额以重置价值方式确定。

2. 移动式钻探设备保险

该险种通常由钻井平台钻井船所有人或承包人负责投保。被保险财产为保险单列明的钻井平台和钻井船体及有关装置设备，包括钻井机及设备、起重设备及其他备用物和附属物。钻井船可以允许航行范围内被拖航。钻井船与其他船舶发生碰撞，适用一般船舶互撞的原则。钻井船的保险金额确定方式与船舶保险一样，也是按约定价值投保，如果发生全损或推定全损，保险人按保险金额赔偿，而不根据出险时的市场价值与保险金额的比例支付赔偿金额。停泊退费计算也与船舶保险相似。保险人对于被保险财产的间接损失、免赔额内的损失、被保险人未恪尽职责所造成的损失不予负责赔偿。

3. 平台钻井机保险

该保险的保险标的包括钻井平台设施和被保险人所拥有、保管或控制的有关设备，如固定在平台上的钻探工具、设备、机械、材料、供应物、钻井架、底层结构、钻杆等。保险人对于在保险单列明的作业区域作业的平台钻井机所遭受的直接损失负责赔偿，同时对保险标的在岸上储存或在港口与平台之间往返运输过程中引起的直接损失也予以负

责。由于平台钻井机发生小额损失的机会较多，保险人在承保时通常对平台钻井机保险规定较高的免赔率。

4. 海洋石油开发管道保险

管道保险可分为管道铺设保险和管道作业保险两种。前者一般按工程保险承保，有时也可附加在海洋石油开发工程建造保险中作为整个工程的一部分。后者一般按钻井平台保险承保，但保险人在承保时应查明管道铺设的时间和地点、管道承建单位、管道口径大小、作业地点水深、管道价值、水下管道是否埋设以及过去损失记录等。管道保险的保险责任和除外责任与钻井平台保险基本相同，只是增加了一些有关输油管线特殊风险的内容。管道保险一般采用第一危险方式承保。

5. 海洋石油开发责任保险

这类保险的险种主要有保赔保险、承租人责任险和第三者责任险。保赔保险是指在海洋石油开发中涉及各种船舶的责任赔偿的一种保险。承租人责任险承保的租船人的租船合同责任。第三者责任险承保的是被保险人依法应对第三者承担的经济损害赔偿赔偿责任。这些责任在石油工程项目中往往相互重复交叉，为了避免这种重叠，在国际保险市场上常采用“三者合一”的混合保险形式来承保海洋石油开发责任保险。

6. 海洋石油开发工程建造、安装保险

国际上通常采用近海工程一切险来承保海洋石油开发工程建造、安装险。该险种的保险责任一般以建筑、安装工程一切险为基础，然后根据海洋石油开发工程的特点附加船舶的碰撞责任、特约保险责任等，使之适应近海石油工程和水上作业以及拖船过程中需要的风险保障。该险种的保险标的为被保险人承包的工程及其使用的机器设备、材料、平台、海上建筑物、输油管、单点停泊设施，为石油生产所列明的一切物资材料和机械设备，以及为完成所使用的临时建筑物、架设生产配线、器材、设备等。保险期限通常从被保险物资、器材装卸到工程地点进开始，一直到建筑、安装工程完成时的完工价值或估计价值（成本加费用）计算。该保险的除外责任以一般建筑、安装工程保险的除外责任为主，再加上海洋石油开发的一些特点，如海上平台或设施被建造在错误地点；未完工及延迟完工、未达到合同标准而导致的罚款等。

7. 海洋石油开发费用保险

费用保险包括井喷控制费用保险、重钻费用保险、控制污染及清理费用保险三部分内容。井喷控制费用保险承保海洋石油开发工程作业中因突然发生井喷，为控制井喷并使之恢复正常钻探所产生的费用损失，并规定，在油井完全恢复控制以后，保险人承担的井

喷费用责任立即停止。重钻费用保险是指由保险人负责对因井喷、井塌和火灾造成的可恢复的钻井的损失，支付重钻或恢复受损井眼的费用的一种保险，对于不能恢复的井眼进行重钻的费用，保险责任以重钻达到被保险井眼受损前的深度和状态为限。这种保险一般作为井喷控制费用保险的附加责任。井喷造成的控制污染和清理费用，可以在原保险单上批注予以承保，但保险人对因井喷引起的任何罚款、精神损害等损失不负责赔偿。

8.5.2 海洋石油钻井平台保险

关闭内容

海洋石油钻井平台分为生产平台和生活平台。这些建筑在海上的庞大的平台，容易受到海上旋风、飓风和台风的袭击。海洋钻井平台保险既承保生产平台，也承保生活平台。平台装置本身、平台上为被保险人所有的、保管的或控制的设备、工具、机械、材料、供应物、配件、钻井架、底层结构和其他财产均可作为本保险的保险标的。该保险的保险责任是保险标的在保险单载明的地区范围之内，由于外来风险所致的直接物质损失，包括保险标的离开平台设施时在其储存期间或往返港口和平台设施之间的运输中导致的直接物质损失；包括保险标的发生保险事故后，保险人对于被保险人为减少损失所支付的施救费用。除外责任一般在保险合同中会明确列出。

钻井平台保险的保险金额按被保险人的财产在不低于重置价值基础上，扣除合理的折旧费用后确定。如果被保险人的按这种方式确定保险金额，其差额部分视为被保险人自保。当发生保险责任范围内的损失时，保险人按保险金额与保险价值的比例进行赔偿。

影响钻井平台保险的保险费率因素有保险金额的高低、免赔额的高低、平台建造年限、平台用途（分为生产、生活或加工处理等）、作业区的自然环境（是否为地震带、台风区、结冰区以及浪高、水深、海床状况等）、历年损失记录（包括平台、作业人）。此外，保险人还应了解有关海上设施的近期状况、油气的储量、预计开发年限、油气质量、用途开发前景等。

钻井平台保险的免赔额是根据承保风险的大小、保险费率的高低等因素，由保险双方协商确定。在钻井平台保险中，免赔额按每次事故扣除，最低为每次事故 10 万美元。在计算每一事故引起的一系列损失作为一个事故考虑。值得注意的是，免赔额不适用于实际全损和推定全损。这一点与船舶保险、飞机保险的做法一样。

8.5.3 井喷控制费用保险

关闭内容

井喷是海洋石油开发作业中一种常见的巨大风险。井喷是指井中的液体、油、气

和水等不可控制地不断流到地面的现象。井喷的发生往往会带来火灾，造成钻井平台与设备的损毁。因此，发生井喷时，必须及时采取措施，控制井喷。由于控制费用保险的费用十分高昂，需要投保井喷控制费用保险来转移风险。井喷控制费用保险的保险标的包括正在钻探的井、评价井、开发井、已完成的钻井，生产井、关闭井、堵封井、暂放弃的井眼等。

在井喷控制费用保险中，保险人对每一事故赔偿限额是与被保险人约定的，并在保险单上列明，发生保险事故时，保险人按照责任限额与被保险人承担的部分比例赔偿井喷费用。目前，责任限额的确定，一般按照国际惯例规定，每次事故两用限额为 500 美元~5 000 万美元不等。

保险人在厘定保险费率时主要影响因素有油气井的类型；井深和水深；预计地层压力以及是否含有有毒气体；井口装置是水面上还是在海底；责任限额高低、免赔额多少；钻井公司的经验以及以往事故记录等。

8.6 农业保险

8.6.1 农业保险概述

[关闭内容](#)

1. 农业保险与农村保险

农业保险是对种植业（农作物）、养殖业（禽畜）在生产、哺育、成长过程中可能遭到的自然灾害或意外事故所造成的经济损失提供经济保障的一种保险。农业保险不是农村保险，农村保险是一个地域性的概念，它是指在农村范围内所举办的各种商业保险的总和。农村保险不仅包括农业保险、农业生产者家庭财税保险和人身保险，还包括乡镇企业的各种财产、人身、责任保险等。

2. 农业保险的作用

（1）稳定财政收支。农业生产遭到一般损失后，由保险机构赔偿损失。除非发生特大灾难，否则政府用不着发放救济款，从而减轻财政负担。

（2）促进农业科技的推广和应用。农业保险可为推广和应用改良种子、土壤、肥料、种畜、饲料等的新技术壮胆，解除农民的后顾之忧。

（3）有利于发展农村商品经济，开展多种经营。改革开放以来，全国农村涌现出大批从事商品经济的专业户，也出现了不少的专业村和专业乡，开展各种种植和养殖保险业务，有利于产业结构调整，发展农村商品经济。

（4）安定农民生活。在农业生产中，现代农民使用的生产资料和技术设备，专业化程

度不很高，若遇到大灾，农民的生活势必受到严重影响，毕竟农村的抗风险能力太弱，农业保险可为他们解除这个忧虑。

（5）培养农民自力更生与互助合作精神。以往，农业遭受自然灾害或意外事故，总是等待政府救济；现在农民只要支付少量保险费就可获得应有的赔偿，从而培养农民的互助精神与自理能力。

（6）保障农业信贷资金。农业银行发放农业信贷资金支持农业生产，但遇到自然灾害，农民无力偿还贷款，造成农业信贷资金拖欠，这对农业银行也不利，通过农业保险使信贷资金收回有了保障，农业银行可以放心地发放信贷资金。

（7）为发展农业经济积聚资金。大力发展农业保险能使分散的、零星的保险费汇集成巨额的保险基金。保险公司再把积聚的一部分资金用于农村地区投资，促进农业生产发展。

8.6.2 我国农业保险的经营原则与经营方式

[关闭内容](#)

1. 经营原则

（1）集体互助为主，国家调剂为辅。我国农业保险尚处在初级阶段，在国家财力不能大力资助的情况下，应坚持这一原则。集体互助是把面临的同类风险生产单位和农民组织起来，使用科学方法计算保险费和筹集保险基金对受灾单位和农户给予合理补偿。国家调剂是指在大面积损失时，即保险基金入不敷出时，应运用国家财力予以支持。

（2）贯彻预防为主。种植业、养殖业十分容易受到水、旱、风、雹等自然灾害的危害，经常可能受到病虫害的侵袭，一旦受灾，造成的危害是大面积的，损失巨大。因此，在制定条款、拟定费率和提供保险服务等方面，都要体现预防为主的精神，促使农民加强植物保护和畜禽的饲养管理。当发生损失时，要尽力抢救，及时处理、赔付，把意外损失降到最低。

（3）提供基本保障。在农业保险中，种植业一般按产量投保，养殖业按实际价值投保，这样使投保人有受灾后可能得到维持和恢复农业再生产的基本保障，即补偿生产投入的成本和部分预期利润，而不是全部预期利润。另一方面，为了适应农村中投保人的缴费能力，也应实行低保障、低保费的原则。促使被保险人加强农业生产的责任心，一般规定少量的免赔额。使农业保险做到“不赔不赚”，各种险种都要单独计算，尽力使费率合理科学。

2. 经营方式

根据农业生产具有经营的多样性、分散性、不平衡性、自然风险和病虫害灾害等特点，必须采取多种保险经营方式。1999 年以来我国保费收入年年增加，但农业保险费却年年减少，险种也由原来的 130 多种缩减到不足 30 种。鉴于此，保监会正在研究建立多层次体系、多渠道支持、多种经营主体的政策性农业保险制度。

这些经营农业保险的模式主要有：

- （1）与地方政府签订协议，由商业保险公司代办农业保险。
- （2）设立专业农业保险公司。2004 年 3 月，保监会批准上海安信农业保险公司筹建，这是我国第一家专业性的股份制农业保险公司。其经营思路是“以险养险”，通过有效益的农村财产保险和意外伤害保险等的收益来贴补种植业和养殖业可能产生的亏损。
- （3）设立农业相互保险公司和互助合作保险。
- （4）设立由地方财政做后盾的政策性农业保险公司。
- （5）引进农业保险方面有专长的外资保险公司。法国安盟保险公司占据了法国农险市场的 65% 份额。保监会于 2003 年 6 月批准其在成都筹建财产保险分公司。

8.6.3 农业保险的分类

[关闭内容](#)

广义的农业保险应包括作物栽培（农业）、森林营造（林业）、畜禽饲养（畜牧业）、水产养殖（渔业）以及农村中的副业（农林牧副渔业保险）。狭义的农业保险只包括植物栽培和畜禽饲养保险两类。

1. 种植业保险

（1）农作物保险。农作物保险以水稻、小麦等粮食作物和棉花、烟叶等经济作物为对象，以各种作物在生长期因自然灾害或意外事故使收获量价值或生产费用遭受损失为主承保责任的保险。

在作物生长期，其收获量有相当部分是取决于土壤环境和自然条件、作物对自然灾害的抗御能力、生产者的增减管理。因此，在以收获量作为保险标的时，应让被保险人自保一定成数，促使其精耕细作和加强作物管理。如果以生产成本为保险标的，则按照作物在不同时期、处于不同生长阶段投入的生产费用，采取定额承保。

（2）收获期农作物保险。收获期农作物保险以粮食作物或经济作物收割后的初级农产品价值为承保对象，即作物处于晾晒、脱粒、烘烤等初级加工阶段时的一种短期保险。

（3）森林保险。森林保险是以天然林场和人工林场为承保对象，以林木生长期间因自然灾害和意外事故、病虫害造成的林木价值或营林生产费用损失为承保责任的保险。

（4）经济林、园林苗圃保险。经济林、园林苗圃保险承保的对象是生长中的各种经济

林种。包括这些林种提供具有经济价值的果实、根叶、汁水、皮等产品，以及可供观赏、美化环境的商品性名贵树木、树苗。保险公司对这些树苗、林种及其产品对于自然灾害或病虫害所造成的损失进行赔偿。此类保险有苹果、山楂、板栗、橡胶树、茶树、核桃、枣树等保险。

2. 养殖业保险

(1) 牲畜保险。牲畜保险是以役用、乳用、肉用、种用的大牲畜，如耕牛、奶牛、菜牛、马、骡、驴、骆驼等为承保对象，承保在饲养使役期，因牲畜疾病或自然灾害和意外事故造成的死亡、伤残以及因流行病而强制屠宰、掩埋所造成的经济损失。牲畜保险是一种死亡损失保险。

(2) 家畜、家禽保险。家畜、家禽保险是以商品性生产的猪、羊等家畜和鸡、鸭等家禽为保险标的，承保在饲养期间的死亡损失。

(3) 水产养殖保险。水产养殖保险是以商品性的人工养鱼、养虾、育珠等水产养殖产品为承保对象，承保在养殖过程中因疫病、中毒、盗窃和自然灾害造成的水产品收获损失或养殖成本损失。

(4) 其他养殖保险。其他养殖保险是以商品性养殖的鹿、貂、狐等经济动物和养蜂、养蚕等为保险对象，承保在养殖过程中因疫病、中毒、盗窃和自然灾害造成的收获损失或养殖成本损失。

[返回顶部](#)

第 9 章 人寿保险

9.1 人寿保险的含义, 特征与种类

9.1.1 人寿保险的含义

[关闭内容](#)

人寿保险是以人的生命作为保险标的，以人的生死作为保险事件，当发生保险事故时，保险人履行给付保险金责任的一种人身保险业务。由于人的生命状态可以分为生存和死亡两种类型，因此人寿保险的保障项目包括死亡和期满生存，即如果被保险人在保险有效期内死亡或按照合同约定到期仍存活时，保险人按照约定支付死亡保险金或生存保险金。人寿保险可以承保单项的生命风险，如死亡保险；也可承保双项的生命风险，如两全保险。

1. 生命风险是客观存在的，具有可保风险的一切特征

(1) 生命风险是纯粹风险。生存意味着更大的经济支出，而死亡不但意味着经济收入的中断，同时还意味着要支出一笔死亡丧葬费用。

(2) 生命风险具有不确定性。在未来的某一时间或时间段，人的生命状态处于一种不确定状态，何时死亡对个人来说通常难以预料。

(3) 生命风险是人人需要面对的风险。作为生命个体，无法回避。

(4) 除非发生战争或大规模的瘟疫、自然灾害等事件，一般情况下要出现大量的被保险人同时死亡是不大可能的。而且随着寿险公司经营的持续进行，所承保的被保险人不断增加，其承保的生命风险将不断得到有效分散。

(5) 生命风险根据经验数据和概率统计学的相关知识，可以有效进行预测统计。通过统计计算得出不同年龄的生存或死亡概率，并可将之制成生命表。

由上可知，生命风险具备可保风险的一切特征。

2. 自然保费与均衡保费

人寿保险费率计算的三要素：预定死亡率、预定利率和预定费用率，其中死亡率是计算各年龄的被保险人应交纯保费的主要依据，根据生命表所示，人的死亡率除幼年外，通常是随着人的年龄增大而不断增高的，尤其是 60 岁以后，因此如果按照自然保费，也就是根据被保险人在各年龄的死亡率计算出的逐年更新的死亡危险保费，则对于年龄大的被保险人来说，在其老年应负担的自然保费将不断增加而且数额巨大，这样就出现了一种矛盾，当被保险人年轻能赚钱时却只需缴纳很少的自然保费，而当其年老丧失了工作能力并且极需保障时却要缴纳数额很大的自然保费，这就会导致一些年龄较大的被保险人因为保费负担不断加重而丧失投保能力失去保障，也不利于寿险公司的持续稳定经营。为了解决上述矛盾，人寿保险实务中多采用均衡保费，所谓均衡保费是指投保人在保险缴费期间的每一年所缴纳的保费都是一样的，即相对于自然保费来说，在年青时多缴纳一点，在年老时少缴纳一点，将年青时多交的保费用来弥补年老时少交的保费，从而实现在不同的生命周期中进行保费再分配，减轻年龄较大时的保费负担，减少老年被保险人因为无法承担高额保费而丧失投保的概率。自然保费和均衡保费的关系如图 9-1 所示。

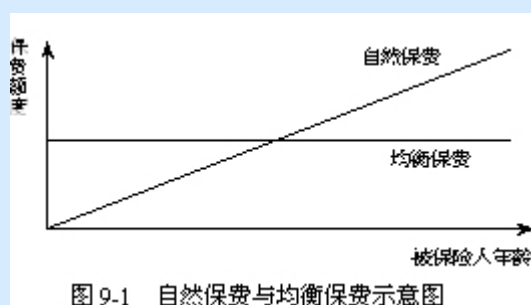


图 9-1 自然保费与均衡保费示意图

3. 生命风险的同质性

所谓风险的同质性是指的每个风险单位发生损失的机会是均等的。在人寿保险实务中，对不同的个体，根据其年龄、性别、健康状况、职业特点、居住环境、生活习惯、个人爱好、家庭遗传病史、个人既往病史、身体体格等不同状况，采取不同的费率进行承保，这样既保证了承保的公平性，又在一定程度上减少了逆选择，从而很好地将生命风险的同质性原理与实务操作有机结合，促进寿险公司公平、持续运营。

9.1.2 人寿保险的特征

[关闭内容](#)

1. 生命风险的特殊性

其他保险所承保的损失事件可能会发生，也可能不会发生，而人寿保险的损失事件（死亡）在某一年内发生与否是不确定的，但死亡概率会逐年递增，最后变成一个确定事件，而且相比其他险种的损失概率而言，死亡率在一定时期内是相对稳定的，很少出现大规模的波动。因此，只要承保的个体足够多，生命风险就可以得到很好的分散，也正因为如此，在人寿保险中，除了巨额保单和次标准体保险以外，很少有再保险。而生命风险的这种特殊性，也使得人寿保险费率精算的公平性尤为必要，公平原则要求保险费按照保险单出立时被保险人的年龄来分类，年龄大的被保险人应交付高的保险费；在死亡保险中，不同年龄、不同身体状况及职业的人，死亡概率也不相同，被保险人应交付的保险费也应体现其差异。

2. 保险标的的特殊性

在人寿保险中，是以人的生命作为保险标的，而人的生命无法用货币来衡量，因此，人寿保险的保险金额有特殊的确定方法。理论上，一般可以采取生命价值法、收入置换法和需要法 3 种方式。所谓生命价值法，按照美国人寿保险大师休伯纳的解释，人的生命价值就是一个人扣除自己生活费用后的将来净收入的资本化价值。由于个人面临着未老身故、丧失工作能力风险，所以人的生命价值有可能遭受损失。人的生命价值的估计可作为保险金额确定的基础，估计一个人的生命价值需要预测其工作收入项目，这些项目取决于职业、年龄、教育等因素。所谓收入置换法，是根据家庭需求、收入确定保险金额，同时考虑到社会保险和通货膨胀因素，将保险金额按家庭年收入的倍数来表示。所谓需要法，是根据假如被保险人死亡后家庭的各种需要来确定保险金额，家庭需要包括子女的生活费用和教育费用、偿还债务、医疗费和丧葬费等。在实务中，人寿保险金额主要是根据投保人的实际需要和缴纳保险费的能力来确定的。

3. 保险利益的特殊性

由于人寿保险的标的和生命利益确定的特殊性，使得人寿保险的保险利益不同于财产保险，主要表现在两个方面：一是财产保险的保险利益在数量上可以确定，一般可用其保险标的的货币价值来衡量，而生命的无价，决定了人寿保险中的保险利益无法用标的的货币价值来确定，只能通过双方约定具体的保险金额来进行；二是保险利益的时效性问题，在财产保险中，除货运险外，在订立合同时和在保险期间，保险利益自始至终均须存在，这是保险合同有效和获得保险赔偿的前提条件，而在人寿保险中，保险利益只需在订立合同时存在，在保险期间和保险事故发生时是否存在并不影响保险合同的履行和效力。

4. 保险金额确定与给付的特殊性

人寿保险中，因为生命无价，其合同都是定额给付保险合同，所以人寿保险不适用损失补偿原则及其派生出来代位追偿原则和分摊原则。另外，人寿保险不仅能提供经济保障，而且大多数人身保险还兼有储蓄性质，由于被保险人死亡必然会发生，死亡保险金给付具有必然性，因此纯保险费中的大部分直接构成准备金，是保险人的负债。上述也决定了人寿保险一般没有重复保险、超额投保和不足额投保的问题。

5. 保险期限的特殊性

在人寿保险中，投保人的主要目的是在自己过早死亡后，为家庭提供经济保障，或为自己年老后提供经济保障，这种保障的需要是长期的，因此人寿保险合同以长期为主。在成熟的保险市场中，人寿保险 90%以上的业务都是超过 1 年期的长期险种，所以国外通常把人寿保险称为长期性保险。正因为人寿保险合同通常是长期性合同，在保险条款中往往规定保险单所有人享有增减保险金额、保单贷款、恢复失效保单的效力等权利。而且，由于保险期限的长期性，人寿保险在厘定费率时要充分考虑下列因素：一是利率因素，预定利率的高低，会对未来的保险金给付额度产生重大影响；二是通货膨胀因素，它严重影响货币未来的实际购买能力，也是投保人投保长期寿险险种时的一种主要顾虑因素，为了较好地解决通货膨胀带来的不利影响，通常保险人采取投资型险种设计和保额递增型险种设计来应对；三是预测因素的偏差，人寿保险的长期性特征使得市场利率、投资收益水平、死亡率、费用率、保单失效率等相关风险因素将对保险人的未来经营成果产生难以预料的影响，因此保险人只好采取相对保守的估计方法，尽可能地保证自身具备足够的偿付能力。

按照不同的分类标准，人寿保险可以分为不同的类别。

(1) 按照设计类型的不同，人寿保险可以分为传统型（或普通型）的人寿保险险种与投资型（或新型）的人寿保险险种。传统型的人寿保险险种主要提供纯粹的保障功能，同时有些长期性险种也具备储蓄功能，而投资型的人寿保险险种除提供保障功能外，还偏重于提供投资功能，偏重于保单资金的投资营运。

(2) 按照保险责任的不同，人寿保险可以分为定期寿险、终身寿险、两全保险和年金保险几种。定期寿险主要提供一定时期内的生存或死亡保障，但纯粹的定期生存险较难遇见；终身寿险主要提供终身死亡保障；两全保险既提供一定时期后的生存保障，又提供相应期间的死亡保障；年金保险主要是为老年人提供未来的生存保障。

(3) 按照承保风险和承保方式的不同，人寿保险可以分为普通人寿保险和特种人寿保险。普通人寿保险主要是指按标准费率承保的一般性寿险险种；特种人寿保险有简易人身保险、次标准体保险和团体保险等，一般需要采取特种方法或特种费率来承保。

人寿保险还可以按照保险期限分为长期性寿险业务和一年期寿险业务；按年龄可以分为成年人寿险和未成年人寿险等。

9.2 传统型人寿保险

9.2.1 定期寿险

[关闭内容](#)

定期寿险又称死亡保险，是保险人在一定期限内提供死亡保障的一种人寿保险。所有的定期寿险产品都有一个确定的保障期限，这个期限叫做保险期间，如1年、5年、10年，或者到被保险人达到某个年龄为止，如60岁。定期寿险只是对在保险期限内死亡的被保险人承担给付保险的期责任。保险金的给付必须同时满足下列两个条件：①被保险人在保险期间内死亡；②被保险人死亡时保单仍然有效。如果保险期满后被保险人仍然存活，投保人可以续保；如果不再续保，则保单期满时，公司的保险责任即告终止。除了长期性定期寿险，定期寿险保单通常没有现金价值，即属于非储蓄性保单。定期保险的特点在于：

(1) 可以更新或展期。许多1年、5年和10年的定期寿险保单规定，保险单所有人具有可以更新或展期的选择权，即在保险期满时可以延长保险期限，不必提供可保性证据，但通常续保的期限有一定的限制，被保险人续保时的年龄也有一定的限制。

(2) 可转换性。很多定期寿险都可以进行转换，即允许保单持有人将定期寿险转换成为

终身保险或其他等额的寿险而无须提供可保性证明。通常，定期寿险的可转换期较保单有效期要短。

(3) 生命表的选择性。寿险公司使用的经验生命表通常有 3 种：选择生命表、终极生命表和综合生命表，许多寿险公司通过生命表的可选择性，开发出更具竞争性定期寿险，这种寿险的竞争性主要表现在费率上。

定期寿险的种类有以下几种：

(1) 普通定期寿险。普通定期寿险指一般的、没有特别规定的定期寿险。

(2) 可转换定期寿险。此种保险的保险期限多以被保险人不超过 60 周岁为限，投保此险得到定期寿险保障外，还可以得到保证可保的权利，被保险人在可转换期内不会因健康状况的变坏等而失去按标准风险投保的资格。

(3) 可转换及自动续期的定期寿险。这种保单的保险期限一般都是 5 年，保险人每 5 年将自动给保单续期，直到被保险人 75 周岁为止。每次续保无须被保险人出示任何健康证明，但保险费率将根据被保险人当时的年龄重新调整。另外，保单持有人在保单有效期间有权要求保险人将此保单转换成终身寿险或两全保险，且无须出示任何关于被保险人的健康证明，但通常规定此转换权必须在被保险人年满 65 周岁前行使。

(4) 家庭收入保险。这种定期寿险可单独投保也可作为终身寿险或两全保险的附加险投保，它保障被保险人在一定年龄前（如 60 周岁）给家庭带来的经济收入，因为被保险人对家庭提供的未来经济收入随年龄的增长而减少，所以这种定期寿险的保额是逐年减少的，当被保险人 60 岁时保额变为零，保单终止。

(5) 递减型定期寿险。递减型定期寿险是为分期偿还的贷款合同和分期付款的购货合同而设置的险种，一般可单独投保，保险期以合同期限为限，保险费率是均衡费率，保险金额随债务的偿还而减少，在保险有效期内，如果被保险人死亡，债权人就向保险人索取被保险人未还的款项。

定期寿险以其费率低、保障大等优点越来越受到人们的重视，许多国家定期寿险保单销售都呈上升趋势。定期寿险在下列几方面的作用是其他险种无法取代的：

(1) 定期寿险适用于低收入而急需较高保险金额的人购买。例如，刚结婚并有了孩子的年轻夫妇。

(2) 保证被保险人将来的可保资格。这可以通过购买自动续期的保单来实现。

(3) 作为终身寿险或两全保险的补充。缴付同样保险费可以购得比终身寿险和两全保险的保险金额高许多倍的定期寿险，因而定期寿险可以用来补充终身寿险或两全保险的保

险金额不足。

(4) 作为信用的保证手段之一。许多债权人愿意接受债务人的定期寿险单为附加的担保品。

定期寿险的局限性主要体现在：

(1) 保险期限届满时，被保险人可能因为其身体状况或经济原因以致无法购买新的保单，继续获得保险的保障。

(2) 除了长期性定期寿险，通常定期寿险保单不具有现金价值，没有储蓄功能。

9.2.2 终身寿险

[关闭内容](#)

终身寿险是保险期间不确定，保险人向被保险人提供终身死亡保险保障的一种保险。终身寿险保额通常保持不变，除非保单有特约条款允许在一定情况下进行调整，如按物价指数调整，分红型的终身寿险可通过分红使整个给付额会不断增长。大多数终身寿险的保费采取均衡形式，但如果保单另有规定也可以采取非均衡形式。

终身寿险的基本形式有以下几种：

(1) 普通型终身寿险。它是商业人寿保险公司提供的最普通的保险，采取均衡费率，提供终身保障，并在保险单失效时退还现金价值。

(2) 限期缴费的终身寿险。缴付保险费的期限可以用年数或被保险人所达到的年龄来表示，其两种极端的形式即趸缴终身保险和终身缴费的普通型终身寿险。

(3) 保险费可以调整的终身寿险。它是普通终身寿险的一个变种，在起初的几年内，年保险费低于普通终身寿险单的年均衡保险费，此后高于年均衡保险费，也可以使用其他保险费调整方式。

(4) 利率敏感型终身寿险。传统的终身寿险通过分红将利率风险及死亡率风险的一部分转嫁给保单持有人，这种终身寿险根据当前的投资收益以及死亡率状况，通过保单现金价值的调整将利率风险及死亡率风险的一部分转嫁给保单持有人，使得实际经营结果与保单预计结果的差异得到补偿。

(5) 联合型的终身人寿保险。虽然绝大多数人寿保险单只承保一个人的生命，但在理论上一份人寿保险单可以承保任何人数的生命，当一份人寿保险单承保两个或两个以上人的生命时，就称之为联合人寿保险单，联合人寿保险单可以使用终身寿险、两全保险或定期寿险方式承保，但经常使用终身寿险方式。

此外，终身寿险还有费率优惠的大额终身寿险、可以调整的终身寿险、万能寿险、变额

寿险等创新型品种。

9.2.3 两全保险

[关闭内容](#)

两全保险又叫生死合险，是既提供死亡保障，又提供生存保障的一种人寿保险。两全保险中的死亡给付对象是受益人，而期满生存给付的对象是被保险人。因此，两全保险是死亡保险和生存保险的综合，与终身寿险的区别是保险有一定期限，其年均衡保险费要高于终身寿险。从数学的概念上看，两全保险的保险人提供两种承诺：一是若在保险有效期内被保险人死亡，则向其受益人支付保单规定数额的死亡保险金；二是若被保险人生存至保险期满，则给付生存保险金。因此，两全险中的两个要素即均衡的定期寿险与生存保险合在一起，构成了两全保险的保障。从经济学的角度看，两全险可以分为两个部分：保额递减的定期寿险及保额递增的储蓄性保险。储蓄部分的价值，保单持有人可以通过退保及保单贷款获得，递增的储蓄部分与递减的定期寿险部分相结合，恰好等于保单规定的保额。

两全保险一般按保险期限分类，期限可以是 10，15，20，25，30 年或更长时期，或者把期限安排到某一年龄为止，如 60，70 岁。保险费通常在整個保险期内按年、半年、季或月缴付，也可以限期缴清。除了标准的两全保险单外，还有其他一些种类的两全保险单，如“退休收入”保险单，即对被保险人生存的给付金额大于保险单面额，而对被保险人死亡的给付金额是保险单面额或现金价值，以金额高的为准；“半两全保险”，即对被保险人生存给付金额只有死亡给付金额的一半；“子女两全保险”等。

两全保险的作用主要体现在下列方面：

- (1) 作为一种储蓄手段。期满生存给付金实际上是通过现金价值的积累来完成的。
- (2) 作为提供养老保障的一种手段。这也是通过生存给付来实现的。
- (3) 作为为特殊目的积累一笔资金的手段。例如，两全保险可以为子女教育目的积累一笔资金。

9.2.4 年金险

[关闭内容](#)

年金保险是指保险人承诺在一个约定时期或所指定人的生存期做一系列的定期支付，该定期支付可以按年、半年、季度、月支付，分期给付期限间隔一般不超过一年（含一年）。如果支付是取决于人的生存，就称之为生存年金，生存年金可以是定期的（支付一个固定时期或者支付到年金受领者死亡时为止，以两者先发生的为准），也可以是

终身的（支付到年金受领者死亡时为止）；反之就是确定年金，即在约定时期内支付年金。如果年金受领者在未到期前死亡，则把剩余年金支付给其受益人。

与死亡保险不同，参加年金保险的被保险人，通常是身体健康、预期寿命长的人，因此无论团体投保还是个人投保，一般不需要进行体检，凡年龄在 65 周岁以下的居民，均可作为年金保险的被保险人。

目前较为常见的年金保险有以下几种。

1. 按被保险人的人数分类

（1）个人年金。个人年金是以一个被保险人生存作为支付年金条件的年金保险。

（2）联合年金。联合年金是以两个或更多的被保险人均生存作为支付年金条件的年金保险，即支付至数个被保险人中出现第一个死亡时止。

（3）最后生存者年金。最后生存者年金是以两个或两个以上的被保险人中至少尚有一个生存作为年金支付条件的年金保险，即支付至所有被保险人均死亡时止，同时支付金额不变。

（4）联合及生存者年金。联合及生存者年金是以两个或两个以上的被保险人中至少尚有一个生存作为年金支付条件，同时支付金额随着被保险人的生存人数减少而调整的年金保险，即年金支付至所有被保险人均死亡时为止，但生存支付金额根据被保险人生存人数而调整。

2. 按保险费缴付方式分类

（1）趸缴年金保险。也就是一次性缴清所有保险费的方式购买年金保险。

（2）期缴年金。也就是用分期缴费的方式购买年金保险，缴费截止日在给付日之前。

3. 按年金开始给付的日期分类

（1）即期年金。它必须用趸缴保费方式购买，保险人在合同生效后即行给付第一期年金。

（2）延期年金。延期年金是在隔了一定时期后才开始给付年金，这个一定时期必须比一个给付间隔期长，延期年金可以用趸缴保费方式购买，也可以用分期缴费方式购买。

4. 按给付方式分类

（1）终身年金。年金受领人自年金给付日起一直领至死亡时为止。

（2）最低保证年金。最低保证年金分为两种：一种是确定给付年金，即规定一个最低保证给付年数，在规定期间内，无论被保险人生存与否均可得到年金给付。若被保险人在领满固定年金后仍生存，可继续领取年金直至身故。另一种为退还年金，即当年金受领人死亡而其年金领取总额低于年金购买价格时，保险人以现金方式一次或分期退还差额。

(3) 定期生存年金。定期生存年金是指年金的支付以一定的年数为限，如被保险人一直生存，则给付到给付期满；若被保险人在规定的期限内死亡，则年金给付立即停止，即年金给付停止以生存期满或死亡谁先发生为止。

5. 按年金给付金额是否变动分类

(1) 定额年金。给付金额是固定的，如果是即期年金，保单中列明定期给付的年金金额；如果是延期年金，保单中则列明按年龄和给付期分类的每千元积累价值保证给付的年金金额。

(2) 变额年金。在变额年金保险中，保险人支付的年金金额与保险人资金运用状况紧密联系，其特点在于保险费交付方式的灵活性和投资选择的多样性，具体表现为有多种基金可供选择，通常包括一个独立账户选择权，投资风险由投保人承担。

由于年金保险较好地解决了社会生活中高龄者生活安定的问题，世界各国对年金保险都十分重视。具体来说，年金保险在以下一些方面发挥着积极的作用：

(1) 提供晚年生活保障。用年金保险的方式提供老年生活保障至少有两大优点：一是可以降低保费，提高老年生活水平。因为年金收入中不仅包括了投保人交付的本金及其利息，而且还包括了生存者的利益。二是用于养老所需的年金保险一般支付周期为月，每月支付一定年金额，保证生活需要，可避免老人的浪费或使用不当，造成最后年月中生活无保障的局面。

(2) 建立子女教育基金。这种类型的年金保险一般支付周期为年，给付期为子女教育期间，并且一般都附加了意外伤害或死亡保险。

(3) 具有现金价值。因此有人也把年金保险作为一种安全投资的方式，而且还可获得税法上的优惠。

9.3 特种人寿保险

9.3.1 简易人寿保险

关闭内容

简易人寿保险是一种以低收入的劳动者或薪金者为承保对象、按月（或按周）收取保险费、免体检、低保额的人寿保险。简易人寿保险又称为上门服务的寿险单，通常情况下是由保险代理人或保险人委托邮政人员每周或每月上门收取保险费，绝大部分简易人寿保险保险期限较长，保单具有现金价值。在大多数情况下，简易人寿保险是按保险费单位出售，而不是按保险金额单位出售，如以 5 美元保险费单位出售一份简易人寿保险。

简易人寿保险起源于英国。20 世纪三四十年代是高峰时期，曾成为美国人寿保险的第二大险种，其有效人寿保险金额一度占到总寿险保额的 18%左右；但时至今日，简易人寿保险的风光已不在，仅占有效人寿保险金额的 1%，这主要归因于团体人寿保险的迅速发展，以及大多数美国工人购买大额人寿保险的经济能力增强。在我国，简易人寿保险在 20 世纪 80 年代后期与 90 年代早期也曾一度得到迅速发展。

简易人寿保险的基本内容与普通人寿保险大同小异，其特殊性在于：

（1）保险品种。通常是以限期缴费的终身寿险或定期的两全险为主力品种，简易人寿保险一般均属不分红保险。

（2）保险金额。对每一保单或每一被保险人的保险金额有最高额限制。例如，在美国通常为每张保单或每位被保险人最高保险金额为 5 000 美元，而我国则限制为最高保额人民币 1 万元。

（3）保险费率。由于以下几种原因使得简易人寿保险的保险费率相对高于普通终身寿险：一是被保险人一般是低收入阶层，又未经过体检，因而死亡率相对要高；二是上门收取保险费增加了销售和管理费用；三是保险单失效率高。

（4）保险费的缴纳。考虑到低收入者的负担能力，简易人寿保险的保险费一般是采取按月或按周缴纳。

（5）免检身体。由于保险金额较低，故在承保时，无体检，只是根据投保书的陈述及保险代理人的说明作为核保的依据。但为了防止逆选择，保险公司通常会在不可抗辩条款内附带规定，被保险人在投保前一定时期内（通常为 2 年）患有重大疾病而不作如实告知，保险人在抗辩期内可终止保险合同。

9.3.2 次标准体保险

[关闭内容](#)

次标准体保险，又称弱体保险、次健体保险，即与一般的人相比较，身体有缺陷的人，或者从事危险职业的人。由于这部分人群死亡率较高，为保证公平性，不能按照标准的人寿保险费率来承保，必须采取特定方法或特殊技术来承保的人寿保险。

次标准体保险的概念从 1762 年英国的标准人寿保险公司开办现代化人寿保险业务的时候就有了，但在当时仅采取加征特别保险费一种办法来办理相关业务，并没有现代化的科学精算基础与风险处理技术。近代的次标准体保险是在以 1896 年美国纽约人寿的基于缺陷体死亡率调查的基础上，并采用评分制方法来承保的次标准体保险为起始，目前大多数寿险公司都承保次标准体保险。一般而言，寿险公司要对被保险人进行体检，并就

职业、居住环境、道德危险、既往病史等加以审查，当评定其死亡指数超过临界线时（如果以标准死亡指数为 100%时，则订为 125%或 130%为标准体承保的最高界限，而弱体保险是指该被保险人的审查点数高于 125%或 130%），如果寿险公司认为在某一条件下尚可承保，则将该被保险人称为弱体或次标准体；如果寿险公司认为根本无法承保，则称为拒保体或谢绝体。

鉴于次标准体保险的危险性较标准体保险高，为了充分分散风险，弱体保险的自留额以及最高保险金额都订得比标准体保险要低。对于次标准体保险，寿险公司多采用特别承保同意书，载明增加若干岁，或加征特别保险费，或采用削减保险金等方式来承保。这个同意书也是整个保险合同的重要组成部分，对于投保时已经一目失明或一肢残疾的被保险人也可采用除外责任作同意书，约定将来再失一目或再失一肢时放弃残废保险金，然后才予以承保。

对于次标准体保险，通常采取下列方法来承保以降低风险，保证公平性：

（1）保险金削减给付法。允许次标准体仍按标准风险的正常费率缴纳保险费，但在保险期限的一定期间内按比例减少保险金的给付。这种方式通常仅在保险单生效开始的若干年内予以按比例削减，之后逐渐趋于正常，但在削减期内，对遇意外事故死亡或得法定传染病死亡的被保险人，通常仍全额给付。这种承保方法通常适用于递减性危险的被保险人。例如，刚进行过手术处于恢复或愈合期的被保险人。

（2）年龄增加法。一般而言，除幼年外，死亡率是随着人们的年龄增加而递增的，所以提高投保年龄可以相对地提高保险费率，用这种方法来计算次标准体的保险费称为增加年龄以提高费率法，简称年龄增加法。这种方法通常适用于那些具有递增性的额外风险的被保险人，如患有糖尿病、显著的肥胖症等。

（3）特别保险费（额外保费）征收法。对于次标准体的被保险人，按照其实际额外死亡率的高低，征收一定额度的额外保险费。这种方法通常适用于固定性的额外危险。例如，我国一些保险公司对吸烟的被保险人加收 50 元的额外保险费即是一个范例；又如，对职业性危险、酗酒、肺结核等被保险人也可采取该法承保。

9.3.3 团体人寿保险

[关闭内容](#)

1. 团体保险的含义

团体保险起源于 20 世纪初，虽然历史不长，但发展异常迅速。自第二次世界大战以后，在西方发达资本主义国家，为了改善企业雇主与雇员的关系，迎合工会的要求，以及用

较低的保费获得保险保障等方面的原因，团体保险日益发达，现已取代普通人寿保险及简易人身保险而居于主导地位的趋势。以美国为例，截止到 1984 年为止的 10 年间，团体人寿保险的有效保额增长了近 3 倍，占全部寿险有效保额的近 44%。

（1）团体保险的定义。在我国，根据保监发（2005）62 号文件《关于规范团体保险经营行为有关问题的通知》（下简称《通知》）的解释，团体保险是指投保人为其 5 人以上特定团体成员（可包括成员配偶、子女和父母）投保，由保险人用一份保险合同提供保险保障的一种人身保险；它包括团体定期寿险、团体终身寿险、团体年金保险、团体健康保险和团体意外伤害保险等。而在西方国家，团体保险在很大程度上等同于员工福利计划，它指由雇主与雇员共同参加，可以为雇员提供社会保障以外的补充性福利计划。目前，团体人身保险已成为西方发达国家社会保障体系的重要组成部分。

团体保险用一张总的保险单 (Master Contract) 为成百上千甚至更多的人提供保险保障，保单中说细规定了每一被保险人的姓名、受益人的姓名、年龄、性别、保险金额等。投保团体是保单持有人，而每个被保险人则仅持有一张保险凭证，保险凭证上并不包括全部的保险条款，仅有被保险人姓名、受益人姓名、投保险种、保险费、保险金额、生日、领取保险金的开始日期等内容。

（2）团体的界定。团体保险在承保时进行风险选择控制的方法与个人投保的风险选择控制的方法不同。为了控制保险责任、规范团体风险、保证团体保险的承保质量以及保险公司的财务稳定性，保险人通常都要对所承保的团体的相关属性进行严格的界定。我国保监会就在《通知》中针对团体保险的相应概念和团体属性进行了界定和规范。

1) 团体组成的规定。并非所有的团体都可以投保，《通知》中指出：“二、保险公司不得为以购买保险为目的组织起来的团体承保团体保险。”一般情况下，投保团体必须是一正式的法人团体，有其特定的业务活动，独立核算。这一投保条件就决定了专为保险目的而集结的团体不可能获得团体保险的保障。

2) 参保人数的规定。为了防止团体投保时，发生逆选择的情况，通常对团体中投保的成员数目有相应要求，一是规定投保人数的绝对数要求，二是规定参保成员的相对比例要求。我国规定，投保团体的人数等于或少于 8 人时，所有成员必须全部投保，投保人数多于 8 人时，投保成员应占到团体成员总数的 75% 以上（含 75%），当被保险人数在保险期限内减少到团体成员总数的 75% 以下时，保险公司可在条款或合同协议中约定，有权在提前 30 日书面通知投保人的前提下解除该份团体保险合同。

3) 团体参保成员资格的认定。为避免投保团体进行逆选择，控制承保风险，通常还对参

保成员的工作、年龄和身体条件提出要求。主要分为以下几类：一是对全职或专职工作的规定。大部分的团体保险通常只针对全职或专职成员承保；此外，由于团体中能够参加正常工作的在职人员存在新老人员的自然更替，使得大多数团体的平均年龄趋于稳定，从而也保证了死亡率、疾病率的稳定。二是对正常在职工作的规定。通常要求团体保险的被保险人员，必须是能参加正常工作的在职人员，按照这一条件，退休人员、长期因病全体及半休人员就不能成为团体保险的被保险人。三是试用期间的规定。该规定是指新入成员要求必须工作一段时间后才能参加团体保险，其试用期长短根据团体的流动性高低而不同。

4) 投保保额的规定。一般来说，团体保险对每个被保险人的保险金额按照统一的规定计算。具体做法有：或者整个团体的所有被保险人的保险金额相同；或者按照被保险人的工资水平、职位、服务年限等标准，分别制定每类被保险人的保险金额，此外，对单个被保险人的投保金额设有上限，一般是以平均保险金额的数倍为上限（大多以 3.5 倍为上限），这种做法是依据统一的标准制定每个人的保险金额，雇主或雇员均无权自由增减保险金额，其目的主要在于消除逆选择的行为。在实践中，计算保险金额的具体方法可由投保团体和保险人具体协商来确定。

2. 团体保险的特征

鉴于团体保险的承保对象与承保方式的特殊性，相对于个人保险而言，团体保险呈现出下列特征：

（1）团体保险中风险选择的特殊性。团体保险中风险选择的对象是基于团体而不是基于个人，用对团体的选择代替对个人的选择，是团体保险中最为显著的特点。在实务中，团体保险不需体检或提供其他可保证明，就可以对某团体加以承保。团体保险中保险人所承保的风险一般比较稳定，这是因为：

1) 团体保险的风险分散，逆选择情况不严重。在对团体的规模和参保人数进行限制后，团体保险中承保的风险基于规模效应得到了较为充分的分散，而对参保成员的工作要求，又使得团体保险中的健康风险状况得到有效的保证，因此在严格遵守承保规定的前提下，团体保险的风险情况一般比较稳定。

2) 团体保险合同再订，实行经验费率。团体保险中的风险程度高、保险保障要求高的人寿保险产品大多数是以一年期甚至更短期限的方式来承保的，每当保险期满时，保险人根据经验费率进行续保，即根据该团体上一年度的赔付情况来决定次年度的保险费率，这样经过调整后的保险费率就能比较全面地反映该团体所面临的风险状况；而对于团体

年金那样的长期团体寿险，因为保险期限很长（有时长达 30 年、40 年甚至更久），保险人虽然面临利率变动、通货膨胀等难以预测的风险，但可以通过资金运用、财务再保险安排或参加养老金公司的再保险战略同盟等方式来降低经营风险。

3) 团体保险的退保风险小。一般情况下，团体保险较个人保险的保单失效率要小，当团体经营状况稳定时，一般不会发生退保的问题。

(2) 团体保险计划的灵活性。与普通个人保险的保单不同，团体保单并非必须是事先印就而一字不可更改的，较大规模的团体投保团体保险，投保单位可以就保险条款的设计和保险内容的制定，与保险公司进行协商。

(3) 团体保险经营成本的低廉性。团体保险由于采取集体作业的方法，具有规模经济效益的特点，使得在团体保险中可以较低的保费获得较高的保险保障。团体保险费率低的原因如下：

- 1) 手续简化，单证印制和单证管理成本低于个人寿险。
- 2) 团体保险免体检，节约了体检费，使得核保成本降低。
- 3) 团体保险的附加佣金所占的比例要低于个人寿险。
- 4) 减少了逆选择的消极影响，使平均死亡率、疾病率相对下降。

(4) 团体保险服务管理的专业性。因为团体保险中的承保对象是团体，相对于个人来说，团体尤其是大型团体的讨价还价能力要高于个人投保者，且市场竞争激烈，因此，这样要求保险人要具有专业化、科学化的优质服务和管理水平，能针对投保团体的具体情况制定出合理、科学、高质的保险理财建议，能为团体提供包括保障、福利、税收、财务、法律等全方面的服务，并能建立起良好的沟通机制。

(5) 团体保险中的保费分担。团体保险中的保费负担情况因团体性质而异，通常情况下，由雇员个人全部承担的情况比较少见，绝大部分情况下要么是由雇主和雇员共同分担，要么是由雇主单独承担，因此大量情况下团体保险具有一定的福利性质。有些国家规定，保费负担要与投保比例相挂钩，如规定保费是由雇主、雇员各负担一部分，即保费是贡献性的，则至少有全部合格职工人数的 75% 参加，合同方能生效；如果保费全部由雇主负担，即保费是非贡献性的，则全部职工必须 100% 参加。

3. 团体人寿保险的主要险种

(1) 团体定期寿险。团体定期寿险是团体保险的主要险种，绝大部分的团体定期寿险是以每年更新式的定期保险单方式承保的，无须体检，每年续保时也是如此。这种保单没有现金价值，而且保险人有权根据投保团体的年龄结构、性别等方面的变化，在每年更

新时调整费率。因此，团体定期寿险实际上是以团体方式投保的 1 年定期死亡保险。

(2) 团体信用人寿保险。团体信用人寿保险是基于债权人与债务人之间的债权债务关系所签订的合同。通常情况下是指为保全住宅贷款定期付款销售等分期偿还债权，由贷款提供机构或信用保证机构作为投保人（受益人），以与其发生借贷关系的众多分期付款债务人作为被保险人，同保险人签订的一种团体保险合同。

(3) 团体养老保险。出于考虑团体成员退休后的养老需要，团体可以为其成员向保险人购买一份“生存保险”合同，员工退休后，由保险人一次性按保险金额向退休员工支付一笔款项，供其养老生活所用，这种团体保险称为团体养老保险。

(4) 团体终身保险。团体终身保险是指以团体或雇主为投保人，团体员工为被保险人向保险公司投保，当被保险人死亡时，由保险人负责给付死亡保险金的一种团体寿险产品。因此，团体终身保险能为员工提供终身死亡保障，解决其退休后因为死亡而给遗属带来的经济损失。

(5) 缴清退休后终身保险。这是一种以企业年金方式设立的团体终身保险，员工自行负担保险费，逐年约定缴清，每年保障的差额由团体雇主以购买定期保险的方式来补足。

(6) 团体遗属收入给付保险。在这种团体保险中，以团体或其雇主作为投保人，团体所属员工为被保险人，员工的遗属作为受益人，团体或其雇主与保险人签订保险合同，约定在员工死亡时，由保险人向死亡员工的遗属给付死亡保险金。

(7) 团体万能寿险。雇主一般不为团体万能寿险缴付任何保费，所以团体万能寿险并不是严格意义上的团体保险产品。如果团体的规模大，可以根据该团体的经验数据收取死亡率费用，而且收取的管理费用较个人保单低。此外，如果雇员离开该团体，他的保险可以在该团体继续保留。

9.4 投资型人寿保险

9.4.1 分红寿险

[关闭内容](#)

1. 分红寿险的内涵

分红寿险又称利益分配保险，是指签订保险合同的双方事先在合同中约定，当投保人所购险种的经营出现盈利时，保单所有人享有红利的分配权。在对分红寿险险种进行经营的过程中，保险人将其实际经营成果优于定价假设的盈余，按一定比例向保单持有人进行盈余分配。因此，分红寿险是一种准投资型保险。寿险公司经营时，必须将分红保险与非分红保险分设账户，独立核算。在这个过程中，如果分红寿险采用的是固定费用率，

则其相应的附加保费收入和佣金、管理费用支出等不得列入分红保险账户；如果是采用固定死亡率方法，则其相应的死亡保费收入和风险保额给付等不得列入分红保险账户。

2. 分红寿险的特征

(1) 与不分红寿险相比较，分红保单的持有人能享受到保险人的经营成果，参与其利益分配。在获得保单提供的风险保障的同时，保单持有人每年均可从保险人那里得到当年度红利分配，我国保监会规定保险人应至少将分红业务当年度可分配盈余的 70% 分配给客户，因此可将分红保险视成一种附带投资功能的保障险种，同时也促进了保险合同双方当事人在合同履行过程中的公平性。

(2) 分红寿险的保单持有人在多缴保费，享有投资功能的同时也承担了一定的投资风险。保险公司每年的红利是根据当年度的保险人的资金运用和业务经营情况来进行核算的。因此，当保险人经营理想时红利就高些，当经营状况不好时红利就低些，甚至没有。

(3) 保险人对分红寿险的定价精算假设要比不分红寿险更加保守。寿险产品的定价主要是依据预定死亡率、预定费用率和预定利率来进行的。对于分红寿险，考虑到保单红利的分配，保险人在对这三者进行预估时比不分红保险更趋保守，所以分红寿险的费率要高于不分红寿险。

(4) 分红寿险的保险金给付与退保金中含有相应的保单红利。分红寿险的受益人在领取保险金时，除双方约定部分的保额外，还包括保单未领取的累积红利及利息；当分红寿险保单持有人退保时，其领取的退保金中同样含有相应的保单红利与利息。

3. 分红寿险保单红利的利源分析

(1) 死差益。实际死亡率小于预定死亡率所产生的盈余。其计算公式为死差益 = (预定死亡率 - 实际死亡率) × 风险保额。

(2) 利差益。实际投资回报率大于预定利率所产生的盈余。其计算公式为利差益 = (实际投资收益率 - 预定利率) × 责任准备金。

(3) 费差益。实际费用率小于预定费用率所产生的盈余。其计算公式为费差益 = (预定费用率 - 实际费用率) × 保险金额。

除上述三益外，还有下列盈余来源可作为红利分配的利源：失效收益；投资收益及资产增值；残废给付、意外加倍给付、年金预计给付额等与实际给付额的差额；预期利润等。

4. 分红寿险保单红利的分配方式

(1) 红利分配的基本原则。

1) 公平性。公平性是指每一位保户所获取的红利应与其对盈余的贡献程度成正比，当然

实务中无法做到绝对公平，只能在考虑其他因素的基础上做到相对公平。

2) 弹性。弹性是指对于盈余影响较大的各因素，应以合理的分配计算以求适应，从而有利于公平性的实现。

3) 简单性。红利分配的方式应越简单越好，简单则易于向保户进行解释说明，但简单又会带来不公平。

(2) 红利计算办法。

1) 百分比比例法。以每位保户所支付的保费为基础采取同一比例分配红利，方法简单但有失公平。

2) 三元素分红法。又称利源分红法或贡献法。理论认为可分配盈余源于三元素，即利差益、死差益和费差益，根据保单对这三者所做的贡献来进行分红，计算复杂而比较公平，但保户不易理解。

3) 经验保费分红法。分两步来进行计算。首先按全部保单种类及所有年龄计算经验保费，经验保费通常低于实际所收保费，二者之差额即为该年度可分配盈余的一部分，另一部分则来自于利息差，两部分相加即当年可分配的盈利。

此外，还有资产额分红法、增额保险金分红法、责任准备金式分红法和展延分红法等其他分红方式。

(3) 红利领取。

1) 现金红利。现金红利是指直接以现金的形式将盈余分配给保单持有人，保险人可提供多种红利领取方式，如现金支付、累积生息、抵交保费、购买交清保额、提前满期等方式。采取累积生息的红利领取方式的，红利累积利率有效期至少为 6 个月。

2) 增额红利。增额红利是指在整个保险期限内每年以增加保额的方式来分配红利，增加的保额作为红利一旦公布不得取消。采用增额红利方式的保险公司可在合同终止时以现金方式给付终了红利。

9.4.2 投资连接保险

[关闭内容](#)

1. 投资连结保险的内涵

在我国，投资连结保险有时又称为变额寿险，是指包含保险保障功能并至少在一个投资账户拥有一定资产价值的人身保险产品。寿险公司为被保险人设立单独账户，将资金进行投资，保险金额随着投资收益而变化。投连险的投资账户必须是资产单独管理的资金账户，投资账户划分为等额单位，单位价值由单位数量及投资账户中资产或资产组合的

市场价值决定，投保人可以选择其投资账户，投资风险完全由投保人承担，除有特殊规定外，保险公司的投资账户与其管理的其他资产或其投资账户之间不得存在债权债务关系，也不承担连带责任。

投连险产品的保单现金价值与单独投资账户（或叫“基金”）资产相匹配，现金价值直接与独立账户资产投资业绩相连，没有最低保证。也就是说，保单现金价值随投资收益变动而变动。不同的投资账户，可以投资于不同的投资品种，如股票、债券、基金与货币市场等，除了各种专类基金供投保人选择外，由寿险公司确立原则，组合投资的平衡式或管理式基金也非常流行，通过双方约定，保单持有人可以在不同的基金账户间自由转换而不需支付额外的费用。

2. 投资连结保险的相关特征

（1）投资账户的设置。投资连结保险均要设置单独的投资账户，保险人在收到保费后，按事先约定将保费的部分或全部分配入投资账户并转为投资单位，保险人就根据保单项下的投资单位数目与当时的投资单位市场价格来计算投资账户的价值。

（2）保险责任与保险金额的设计。投资连结作为寿险的一种，同样可以有死亡残疾给付、生存领取等基本的保障责任，另外有些投连产品还附带有豁免保费、失能保险金、重大疾病等相关条款或保险责任。在死亡保险金额的设计上，存在两种方法：

第一种方法是给付金额与投资账户价值两者较大者。因此，该种方式的死亡给付金额在保单年度前期是不变的，当投资账户价值超过保险金额后，随投资账户价值变动而变动。第二种方法是给付保险金额和投资账户价值之和。因此，该种方式的死亡给付金额随投资账户价值不断变动，但风险保额（死亡给付金额与投资账户价值之差）保持不变。

（3）保险费的收取。目前投资连结保险均采用比较灵活的缴费方式，但在具体设计上依然有所不同：一种方式是在固定缴费的基础上增加保险费假期，允许投保人不按约定的日期交费，而保单照样有效，从而避免了超过 60 天宽限期而导致的保单失效。另外，还允许投保人在缴纳约定保费外，可以随时增交额外的保费以增加产品的灵活性。另一种方式是取消了交费期间、交费频率、交费数额的限制，投保人可以随时缴纳任意数额（但有最低数额限制）的保险费，并按约定的计算方法进入到投资账户中，这种方式对保户的灵活性最高，但对保险人的保险费现金流产生了一定的影响。

（4）费用的收取方式。投资连结产品的费用收取相当透明，保险公司应详细列明各项费用数额及其使用。我国保监会规定，保险人可收取下列费用：

1）初始费用。也就是保险费进入个人投资账户前所扣除的费用。

- 2) 买入卖出差价。也就是投保人买入和卖出投资单位的价格之间的差价。
- 3) 风险保费。也就是保单风险保额的保障成本，风险保费的收取应通过扣除投资账户单位数的方式来收取，其计算方法为风险保额乘以预定风险发生率的一定百分比，该百分比不得大于 100%，其中，预定死亡率应采取中国人寿保险业经验生命表所提供的数据。
- 4) 保单管理费。也就是为维持保险合同有效向投保人收取的服务管理费用，该项费用在首年度可以高于续年度。
- 5) 资产管理费。按账户资产净值的一定比例收取，比例每年不得超过 2%；
- 6) 手续费。保险公司可以在提供部分领取和账户转换等服务时收取一定的费用，用以弥补相关的行政费用。
- 7) 退保费用。也就是在保单中途退保或部分领取时收取的费用，用以弥补尚未摊销的保单获取成本，退保费用的收取不得高于投保人持有单位价值或者部分领取部分对应的单位价值的一定比例，具体的年度比例为第一年至第五年分别是 10%，8%，6%，5%和 2%，第六年及以后则为 0。

9. 4. 3 万能寿险

关闭内容

1. 万能寿险的含义

万能寿险是一种缴费灵活、保额可调整、非约束性的寿险险种。万能人寿保险的最大特点是具有灵活性，保险单所有人能定期改变保险费金额，可以暂时停止缴付保险费，还可以改变保险金额。这种保险单适合于需要长期保障和投资相对安全的人购买。

万能寿险的投保人在缴纳首期保费后，可以按自己的意愿选择在任何时候缴纳任何数目的保费，只要保单的现金价值足以支付保单的相关费用，甚至可以不再缴费。首期保费有一个最低限额，首期的各项费用支出首先要从保费中扣除。其次是根据被保险人的年龄，保险金额计算的相应死亡给付分摊额以及一些附加优惠条件等费用，要从保费中扣除；其中的死亡给付分摊是不确定的，而且常常低于保单预计的最高水平。扣除上述费用后，余下部分就是保单的最初现金价值，这部分价值通常是按新的投资利率计算累积到期末，成为期末的保单现金价值，因此许多万能寿险收取较高的首期保费以避免保单的过早终止。

在保险期间，保单持有人可以根据自己情况来缴纳保费，如在保单的第二个周期（通常一个月为一周期），保单现金价值即上一周期期末的现金价值额足以支付第二个周期的费用及死亡分摊额，则第二个周期中投保人就不必缴纳保费，但若不足以支付则保单

会失效。本期的死亡给付分摊及费用分摊也要从上期期末现金价值余额及本期保费中扣除，余额就是下期期初的现金价值。依此类推，一旦该期的现金价值不足以支付该期的死亡分摊费用和其他费用，而保单持有人又不缴纳保费，保单就会因保费缴纳不足而失效。

万能寿险保单的透明度很高，保险人应定期将保单的相关情况告知保险持有人，从而保单持有人可以了解保单资金的支配情况。还有一个重要因素是因为万能寿险保单的现金价值与纯保险金额是分别计算的，具有非约束性，保单现金价值每年随保费缴纳情况、费用估计、死亡率及利息率的变化而变化，纯风险保额与现金价值之和就是全部的死亡给付额，因此保单持有人有权了解保单的相关情况。

2. 万能寿险的相关特征

（1）死亡给付模式。在投保时，有两种死亡保险金给付方式可供选择，当然，给付方式也可以随时进行更改：

一种是均衡给付，通常称为 A 方式，死亡给付金额等于保险金额，即给付金额始终保持不变，净风险保额每期根据保单现金价值进行调整，等于均衡死亡给付额与现金价值之差；

另一种是递增给付，通常称为 B 方式，死亡给付金额等于保险金额加上现金价值，风险净额是保险金额，增加给付的金额取决于今后非保证的现金价值的变动情况。

在《个人万能保险精算规定》中规定，万能寿险保单的有效期内，若被保险人身故，保险公司可按照身故时该保险年度的保险金额给予保险金，也可以以保险金额与当时个人账户价值之和作为身故给付；在保险合同有效期内，其风险保额应大于零。

（2）保费的缴纳。保险公司一般仅对每次缴费的最高与最低数额做出限制，只要符合保单规定，保单持有人可以随时不定额地缴纳保费，这种缴费方式也带来了万能寿险保单容易失效的问题。因此，保险人通常会根据保单计划所选择的目标保费，向投保人寄送保费通知单，以提醒其在保单失效前缴费。

（3）利率的结算。在保险公司为万能保单设立的单独账户中，不得出现资产小于负债的情况，一旦资产小于负债，保险公司应当立即补足资金，同时，因结算利率低于实际投资收益而产生的公司收益也应被转出单独账户，通常万能保险提供一个最低的保证利率从而保证投保人的投资收益水平。万能保险的结算利率不得高于单独账户的实际投资利率，两者之差不得高于 2%。当单独账户的实际收益率低于最低保证利率时，万能寿险的结算利率应当是最低保证利率，保险公司可以自行决定结算利率的频率。

(4) 费用的收取。万能寿险保单只可以收取下列规定的费用：初始费用、风险保费、保单管理费、手续费、退保费用。

9.5 人寿保险核保原理与实务

9.5.1 人寿保险核保原理概述

[关闭内容](#)

核保，又称风险选择，是指保险公司根据保险标的的不同风险水平进行审核、筛选、分类，以决定是否签发保单以及如何签发保单的过程。其过程分为两个方面：选择与分类。选择是保险公司评估每件投保单申请并确定被保险人风险程度的过程。分类是将被保险人分配到期望损失概率与其最接近的被保险人一组。保险公司之所以进行风险选择，是因为其所面对的投保保险标的的风险水平客观上存在着差异，为了对被保险人公平起见，不同风险水平的被保险人应该缴纳与其风险水平相对应的保险费。保险公司核保的结果是对投保单做出承保或拒保的决定，对于承保的保单，是按标准费率承保还是附带相应的条件承保，应视被保险人的风险状况而定。一旦做出承保或拒保的决定，保险公司应即时通知投保人并收取保费和缮制保单。

寿险公司的核保师进行风险选择的意义或目标是：

- (1) 保证寿险合同的公平性。不同风险的被保险人应按不同的保险费率或保险条件进行承保。
- (2) 防止逆选择。保证保险公司的持续稳定经营并能从中获利。
- (3) 有利于代理人销售的原则。核保过程和费率收取要清楚明了，便于被保险人理解并配合支持，利于保险业务的开展。

9.5.2 人寿保险核保风险因素及其分析

[关闭内容](#)

1. 健康因素

- (1) 年龄。在寿险核保中，年龄是决定承保费率和是否承保的最为重要因素。
- (2) 性别。通常情况下，女性的平均预期寿命要高于男性的，因此同样年龄但不同的性别的被保险人采取的费率是不同的。
- (3) 体格。体格是遗传所致的先天性体质与后天各种因素的综合表现。
- (4) 既往病史。核保员要根据投保单和健康告知书等资料详细了解客户的既往病史，如果被保险人有住院史，应当查看其病历和住院记录，必要时要进行抽查体检或生存调查，以避免逆选择的产生。

(5) 个人现有疾病。包括客户投保时告知正患疾病和体检时发现的疾病并针对性地采取不同的承保措施或拒保。

(6) 家族病史。主要是了解准保户的父母兄弟姐妹的健康状况，必要时还要扩大范围，了解其祖父母和外祖父母的相关情况，以了解是否存在遗传性疾病或家族的特殊健康状况。

2. 非健康因素

(1) 职业。不同职业所代表的风险程度是不一样的，职业按其危险程度可分为事故危险职业、健康危险职业、工作环境危险职业三类。针对不同的职业类别，保险公司应收取不同的保险费，职业变更时，费率同时进行调整。

(2) 生活习惯。

1) 吸烟。吸烟会严重地影响身体健康状况。据统计，吸烟致死的人数几乎为交通事故的 10 倍。

2) 酗酒。喝酒轻度通常认为是正常的，但对某些职业除外，酗酒严重则可能引起肝硬化等健康风险及行为不端，因此保险公司应区别对待。

3) 药物滥用。对于吸毒者，一般予以拒保，其他一些非医疗目的的反复、大量地使用一些具有依赖性的药物如兴奋剂等，也会带来严重的健康危害。

(3) 业余爱好。对于那些爱好登山、攀岩、潜水等危险性运动的被保险人要注意承保条件，应收取更多的附加保费或将这些活动列为除外责任。

(4) 兼职情况。兼职者一般处于过分紧张状态，其危险性高于无兼职者。

(5) 生活环境。生活环境通常与收入和生活状况相关，同时亦与教育程度、家庭成员、社交环境是否复杂相关。

3. 道德或心理因素

(1) 投保动机。投保动机是否纯正可以从以下几方面来进行衡量：

1) 选择的保险种类。如果选择保险保障大而保费低的保单，一般逆选择的状况较严重。

2) 投保时间。短期内陆续多次投保或增加保额者，动机未必纯正，多是对自己健康状况无信心者或财务状况出现问题等原因造成的。

3) 主动投保者。对于主动投保者应认真审查其投保动机。

4) 跨区域投保者。对于不在自己居住或工作的区域就近投保而又无合理原因的人应提高警觉。

5) 催促保单生效者。

(2) 保费缴纳方式。一般来说，趸缴方式下危险相对小些，年缴其次，如果投保人坚持以月缴方式投保高额保险，尤其是有保费豁免和意外事故加倍给付的险种，核保人员应认真审核调查。

(3) 受益人指定。

(4) 可保利益。注意评估每个申请人在可能损失中的可保利益及大小。

4. 财务因素

(1) 个人现有收入。它直接决定了投保人的缴费能力和可保利益大小的重要因素，同时也应关注投保人的潜在收入状况。

(2) 保费支付能力。一般情况下，投保人最多可用总收入的 20% 购买保险。

要了解上述相关因素的情况，寿险核保师可从下列资料中获取相关信息：

(1) 投保单。包括保险合同当事人、关系人的相关情况，投保险种及保费缴纳与保险金领取，被保险人的健康告知等信息。

(2) 体检报告书。根据投保书的内容，有的申请人会要求进行体检，通过不同的体检等级来确定其风险状况。体检的等级通常与被保险人的年龄、保额有关。体检报告书通常包括三个方面的内容：

- 1) 被保险人对体检医师的书面健康陈述；
- 2) 医师对被保险人进行体检结果的记载；
- 3) 体检医师对被保险人的综合健康评价。

(3) 代理人报告。通常要求代理人填写业务员报告书，对其展业过程进行详细陈述。

(4) 医生报告书。当核保师需要了解更多的被保险人的健康信息时，可要求医生报告书，并对有既往病史的客户，查看其病历报告，调取病历摘要报告书。

(5) 调查报告。若核保师需要了解被保险人更多的健康状况以外的情况，如职业、品行、习惯、经济状况等，可通过实地考察来进行了解或证实，一般对于高额保单可进行生存调查。

(6) 医疗信息中心。在美国，寿险公司核保的另一个信息来源是同业健康信息中心，它是由多家寿险公司组成的一个非营利机构，成员可以利用该中心的档案来核实被保险人的健康状况。

9.5.3 人寿保险核保环节与流程

[关闭内容](#)

核保的过程就是保险人对保单申请人的风险状况进行评估、选择与分类的过程，

一般可分为下列阶段。

1. 业务员初审（第一次风险选择）

（1）面晤。在面晤过程中了解投保动机，引导投保人如实填写投保单及健康告知书与声明书。

（2）观察。详细观察准客户的健康状况及生活环境。

（3）询问。通过询问发解准客户的家庭情况、职业、财务状况、婚姻史、既往病史等。

（4）报告。如实填写业务员报告书。

2. 体检核保（第二次风险选择）

（1）必须采用体检核保的几种情况：

- 1) 投保时如实告知健康存在问题的；
- 2) 低保费高保额的保单；
- 3) 年龄较大申请投保健康保险或定期寿险的；
- 4) 因职业、嗜好等因素需加征特别保费的。

（2）体检核保的内容和程序：

- 1) 体检医师听取被保险人的告知；
- 2) 进行身体检查，此时应注意核对身份；
- 3) 完成体检报告，对被保险人的健康状况做出综合评价并提出核保建议。

3. 核保人员核保（第三次风险选择）这一过程包括下列步骤：

（1）初步审核。根据保险公司的投保规则对投保单、业务员报告书、体检报告书等资料进行审核，看是否符合承保条件或需要增加收集什么资料或信息。

（2）进一步收集资料。对投保金额巨大或者告知有遗漏或者核保人员有疑问的保单，进行进一步的资料收集。

（3）医务查定与事务查定。医务查定包括：① 查阅健康告知书、保险金额和年龄，决定体检项目并指定体检或者索取病历及相关证明资料；② 审核体检结果及体检医师报告，根据医务查定标准进行查定计点，并据此将被保险人分为标准体、次标准体和延期承保等几种情况。

事务查定包括：① 查定以往记录，审核其是否有以往投保或拒保等情况，若有则将档案材料调出进行审核，同时调查其是否在其他保险公司有相关投保记录。② 审核保险金额和投保人、被保险人年龄，看是否符合条件，需要体检的应尽快安排体检。③ 审核投保单中各项问题是否回答完备及符合公司要求，对有所遗漏或模糊的应安排补充收

集。

(4) 核保决定。在这一阶段，一般有快速核保和电脑核保之分，根据上述资料，由核保人员对准被保险人进行风险评估，做出核保决定。对小额的简单的保单可采用快速核保，电脑核保则是指使用自动化系统进行简单核保，符合电脑程序和公司标准的则自动签单。

4. 生存调查（最后一次风险选择）

生存调查是指保险人为保证经营的稳定性，在承保前和承保后，对被保险人的健康状况、财务状况及投保动机等实施的全方位调查。

生存调查的方法包括：

- (1) 直接调查。通过走访和面见投保人或被保险人来了解相关情况，常由业务员实施。
- (2) 间接调查。通过向第三者如同事、邻居等作调查来进行了解，通常由保险公司的生存调查人员实施。
- (3) 委托调查。委托专业机构来进行调查，通常对于那些高额保单或直接、间接调查有困难的保件实施。

9.5.4 人寿保险核保结果分析与处理

[关闭内容](#)

核保的评估与分类有其确定的基本原则与因素，保险公司的核保体系直接影响到基于这些原则的结果，不同的保险公司其承保能力与承保方式可能会有一定的差别。

一般来说，核保规则包括：

- (1) 投保规则。它是保险公司为了控制风险而制定的在投保人投保寿险时应遵循的规则，保险公司限制的内容主要包括保额的限制、年龄的限制、附加险的投保规定和特殊的投保规则等。
- (2) 免验体规则。对符合某些规定的投保申请，保险公司可以免体检进行承保。
- (3) 体检规则。保险公司对不同保额、年龄和健康状况的准被保险人分别实施不同的体检标准。

当被保险人的相关信息收集完整后，核保人员根据这些信息和上述核保规则对投保件进行评估和分类，并将其分为：

- (1) 标准体。也就是可按平均死亡风险和标准费率进行承保的对象。
- (2) 完美体。这一群体的对象比标准体的死亡风险更低，保险公司可以收取更加低的保费。

(3) 次标准体。这一群体对象的死亡风险要高于平均值，必须要按不同的方法来进行特殊承保。

(4) 延期体。当被保险人的危险程度不明确或不确定，无法进行准确合理的风险评估时，核保人员常采取暂不予承保即延期处理的方式。

(5) 拒保体。该群体的死亡风险过大，保险公司拒绝承保。

9.6 人寿保险理赔原理与实务

9.6.1 寿险理赔原理概述

关闭内容

寿险理赔，又称核赔，是指当被保险人发生寿险保单所约定的保险事故，向保险人提出索赔申请和相关索赔资料后，经保险人审核、调查并做出赔付或拒赔的行为。

1. 寿险理赔的基本原则

(1) 重合同守信用的原则。保险人应依据保险合同的约定进行理赔，不得无故拒赔或进行不合理赔付。

(2) 实事求是的原则。保险人应本着从实的原则来进行保险核赔，而不能仅考虑自身的经济利益而损害被保险人或受益人的权益，遇到复杂赔案时应根据实际情况进行灵活处理。

(3) 主动、迅速、准确、合理的原则。保险人在收取保险费后就承担了保险事故发生后的理赔义务，因此当保险事故发生时，保险人应主动、迅速地采取行动，并客观、准确、合理地估算理赔金额，及时将保险金给付给受益人。

2. 寿险理赔的时效问题

保险人对保险事故的发生要承担给付保险金的责任，同时被保险人或受益人也应承担保险事故发生的通知义务，只有及时通知了保险人才有利于保险人展开调查和准确的核赔。因此，我国的《保险法》在第 27 条明确规定：

“人寿保险以外的其他保险的被保险人或者受益人，对保险人请求赔偿或者给付保险金的权利，自其知道保险事故发生之日起二年不行使而消灭。

人寿保险的被保险人或者受益人对保险人请求给付保险金的权利，自其知道保险事故发生之日起 5 年内不行使而消灭。”

3. 寿险理赔的特殊性

与财产保险和其他非寿险险种比较起来，寿险理赔具有自身的特殊性：

(1) 寿险保险金给付的确定性。寿险合同一般是定额给付，只要约定的保险事故发生，

保险人不得就保险金额进行增减。

(2) 寿险理赔不适用损失补偿原则。由于人的生命是无价的，因此不存在损失金额的衡量与补偿问题，自然寿险理赔中对由损失补偿原则派生出来的比例分摊原则和代位追偿原则同样不适用。

(3) 寿险理赔中不存在对施救费用进行补偿的问题。被保险人发生疾病、意外等原因而造成的死亡所导致的医疗费用、救治措施等虽然是合理的、必要的支出，但不能要求保险人承担，保险人也仅对合同约定的给付金额进行给付而不承担其他费用。

9.6.2 寿险理赔环节与流程处理

[关闭内容](#)

通常情况下，寿险理赔要经历下列流程：接案、立案、初审、调查、理算、复核审批、结案归档七个环节。

1. 接案

接案是指被保险人发生保险事故后，保险接受客户的报案和索赔申请的过程。

(1) 报案。投保人、被保险人、受益人自其知道保险事故发生后应及时通知保险人。报案的方式可以采取口头通知、电话通知或书面通知，同时应填写或补交保险事故通知书。

报案的内容包括保险事故发生的时间、地点、原因、经过及相关情况，被保险人（当事人）姓名、身份证号、保险单号、投保险种和日期，报案人的姓名、联系方式等。

保险人的接案要求包括：接案人员要准确记录报案时间；引导和询问报案人以便掌握更多的案情；准确设定报案编号，确认出险人身份。接案人员应根据所掌握的案情，依相关理赔规定判断案件性质以及是否需要采取适当的应急措施，并在《报案登记表》中注明。对于应立即展开调查的案件，如预计赔付金额较大或社会影响较大的，应尽快通知理赔主管及调查人员展开调查；对于应保留现场的案件，应通知报案人采取措施维护现场。

(2) 索赔申请。索赔是受益人在保险事故发生后向保险人请求按合同约定进行给付的行为。

寿险索赔申请人应由保单载明的身故受益人提出申请，没有指定受益人的，则由被保险人的法定继承人提出，若受益人或继承人无民事行为能力，则由其法定监护人提出。生存保险金的索赔申请只能由被保险人本人提出，若被保险人为无民事行为能力人，则由其法定监护人提出。

寿险索赔的举证责任一般由受益人负责提供索赔时所需的单证，保险人应明确向受益人说明应提供单证的名称和种类。

2. 立案

立案是指保险公司的理赔部门受理客户索赔申请并按公司相关规则对索赔案件进行登记和编号的过程，以使案件进入正式处理阶段。

（1）索赔资料的提交。索赔申请人应填写《索赔申请书》并提交相关的单证资料。若委托他人代为办理，还需提交委托代理的授权委托书。

（2）索赔资料受理。保险公司在收到索赔申请书后一般在 3 日内对索赔资料进行审核，并分别做出以下处理：单证齐全且符合立案条件的，予以立案；不符合立案条件的，不予立案并将决定及理由及时采取书面方式通知申请人，退还原始单证；单证不全的，书面通知申请人补交，待资料符合要求后再行立案。

（3）立案条件。包括：保险合同责任范围内的保险事故已经发生；出险人是保单上载明的被保险人；保险事故发生在保险合同的有效责任期内；索赔申请在索赔时效内提交；提交的相关单证符合要求。

（4）立案处理。对符合立案条件的索赔申请，保险人应及时进行立案登记，生成赔案编号，记录立案时间、经办人等情况，并将所有资料归档后移交下一环节进行处理。

3. 初审

初审是理赔人员对索赔申请案件的性质、合同的有效性、索赔材料等进行初步审核的过程。

（1）案卷移入登记。初审人员接收案卷后应进行移入登记，记录所接案件的报案号、初审人员的姓名、代码及接案时间。

（2）审核保险合同的有效性。初审人员根据保险合同原件、最近一次的缴费凭证等资料来判断申请索赔的保险合同在出险时是否真实有效，特别是出险前后是否有中止复效或其他变动申请的情况。

（3）审核出险事故的性质。初审人员应审核出险事故是否在保险合同保险责任条款约定的事故范围之内，是否是责任免除中的情形等。

（4）审核事故证明材料是否完整、有效。包括判断出险的事故类型、证明材料是否完整齐全、证明材料是否具备法律效力等。

（5）审核出险事故是否需要理赔调查。根据上述步骤，初审人员判断该案件是否需要理赔调查，对于需要进行理赔调查的案件，提出初审意见并缮制《理赔调查通知

书》，提示调查重点并移交调查人员，等待调查结果出来再提出意见；对于无须理赔调查的，出具初审意见后移交理算人员。

4. 调查

调查是指对保险事故进行核实和查证的过程，它对理赔处理结果有着决定性的影响。

（1）调查的原则。包括实事求是的原则，迅速、准确、全面的原则，双人查勘的原则，回避原则，调查过程中禁止做出任何承诺的原则等。

（2）调查的依据。包括有关保险合同的内容，被保险人、受益人的情况，保险事故的疑难点，理赔申请文件是否有效等。

（3）调查的方法。包括现场查勘、调查询问、聘请专业机构鉴定等方式。

5. 理算

理算是指理算人员对索赔案件做出给付、拒付、通融赔付、豁免处理和对给付保险金额进行计算的过程。理算人员根据出险合同以及类别进行理赔计算并缮制《理赔计算书》与《理赔案件处理呈报表》。

（1）给付理算。对于应正常给付的索赔案件，按保险合同的约定进行保险金给付，应补交保费及利息或归还贷款及利息的，应进行相应的扣除。

（2）拒付理算。对不应进行给付的案件，做出拒付确认并记录原因及意见，对于因此而引起保险合同终止的，如果按约应退还保费或现金价值、归还贷款及利息的，应计算出具体金额；对于合同继续有效的进行注明并将合同置于继续有效状态。

（3）通融赔付。对一些需要进行通融赔付的案件，理算人员做出相关通融赔付金额的确定意见。

（4）豁免保费计算。对于该类案件，理算人员做出豁免确认并将保险合同作“已理算且保费豁免”的处理。

6. 复核审批

（1）复核。复核的内容有出险人的确认、保险期间的确认、出险事故原因及性质的确认、保险责任的确认、证明材料完整性与有效性的确认、理赔计算准确性与完整性的确认等。

（2）审批。已复核的案件根据保险公司的相关规定逐级呈报给有相应审批权限的主管进行审批，并根据审批结果进行相应处理。

7. 结案归档

（1）结案。结案人员根据复核人员送交的理赔案卷的批示进行不同的处理：

1) 给付案件的处理。对继续有效的合同, 缮制《批单》一式二份, 一份附贴在合同上, 交还客户以明示, 另一份归档; 同时缮制《理赔领款通知书》寄送申请人并将合同作“已结案且合同继续有效”处理。对于终止的保险合同, 缮制《理赔领款通知书》寄送申请人并注明保险合同效力终止的原因, 同时将保险合同作“已结案且合同终止”处理。

2) 拒付案件的处理。对继续有效的合同, 缮制《拒赔通知书》寄送申请人并注明拒赔原因和提示申请人取回相关材料, 同时将保险合同作“已结案且合同继续有效”处理。对于效力终止的合同, 缮制《拒赔通知书》寄送申请人并注明拒赔原因及合同效力终止的原因, 如有退还款项的, 同时在通知书中注明应退款项, 将保险合同作“已结案且合同终止”处理。

3) 豁免案件的处理。对豁免保费的案件, 缮制《豁免保费通知书》寄送申请人并将合同作“已结案且合同豁免保费”处理。

(2) 归档。归档是结案人员将已结案的理赔案件的所有材料按规定的顺序排放和装订, 并按业务档案管理的要求进行档案管理, 以便将来查阅和使用。

9.6.3 寿险理赔中的欺诈与防范实务

[关闭内容](#)

保险欺诈, 是指投保人、被保险人、受益人以骗取保险金为目的, 以虚构保险标的、编造保险事故发生原因、夸大损失程度及故意制造保险事故等手段, 使保险人因错误认识而支付保险金的行为。保险欺诈具有极强的隐蔽性和严重的社会危害性, 它是我国保险业做大做强做优过程中的最大威胁之一。

1. 保险欺诈的原因

(1) 社会原因。社会道德体系对人们约束力的下降, 个人欲望的非正常膨胀和急功近利的思想等的蔓延使得保险欺诈有了滋生的温床。

(2) 经济原因。很多保险欺诈案件中, 骗保人是出于经济上或财务上的原因而铤而走险的。

(3) 诚信原因。因为信息的典型不对称而导致的保险欺诈案件屡见不鲜, 这与保险业甚至整个社会的诚信体系建设不完善有着直接的联系。

(4) 技术原因。保险人风险管理与控制水平不高, 保险核保技术能力不强也是保险欺诈屡屡得手的重要原因。

(5) 法制原因。法治体系的不完善、法律制度的空白与处罚不力也是其中的一个重要

原因。

2. 常见的寿险欺诈类型

(1) 虚构事实。指投保人、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并索取保险金的行为。

(2) 故意不如实告知。指投保人或被保险人在投保时隐瞒既往病史和现有病症，或者隐瞒真实年龄、真实职业等，以达到影响保险人承保的目的。

(3) 先出险后投保。指被保险人已发生风险事故，然后为骗取保险金而进行投保并伪造或修改相关凭证以达到骗取保险金的目的。

(4) 冒名顶替。将被保险人进行冒名顶替，或者顶替投保，或者顶替索赔。

(5) 预谋杀杀人。投保人先骗取被保险人信任并为其投保，然后谋杀被保险人伪装为意外事故等以诈取保险金。

(6) 医患勾结，出具伪证。达到骗取更多保险金的目的。

3. 寿险欺诈的防范

(1) 加强立法和加大司法处理力度，从制度上进行防范。国家通过完善法律法规体系，细化保险欺诈的相关规定，加大处罚打击力度，从而起到威慑作用。

(2) 建立严格的承保预防体系，加大风险管控力度。提高核保人员的风险防范意识，提高保险从业人员的道德素质水平，建立一整套科学合理的核保体系并责任到人，从程序上堵塞漏洞。

(3) 建立行业保险信息交换系统，加强全社会诚信体系建设，形成畅通的资源共享渠道。保险人在核保时就可通过信息共享、理赔时互通有无来挤压保险欺诈的空间。

(4) 加强理赔体系的建设，规范理赔与调查程序，健全审核制度，加强监督管理，从而防止内外勾结、恶意骗保。

(5) 加强与其他行业和司法部门的联系与合作。通过加强与医院、交通部门等行业和与公安、交警、法院等国家机关的联系与合作，多方获取相关信息，借助他方的技术力量来达到防止保险欺诈的目的。

(6) 加强法制宣传，提高人们的法律意识和社会整体道德水平。从根本上和源头上杜绝保险欺诈产生的土壤。

[返回顶部](#)

10.1 再保险概述

10.1.1 再保险的基本概念

关闭内容

所谓再保险,是指保险人将自己所承保的部分或全部风险责任向其他保险人进行保险的行为。对于前者是分出保险业务,对于后者是分入保险业务。因此,再保险也称分保。

对于再保险的定义,可以从不同的角度考虑。从法律角度来看,我国《中华人民共和国保险法》第二章第二十九条:“保险人将其承担的保险业务,以分保形式,部分转移给其他保险人的,为再保险。”从业务角度来看,再保险是指保险人为了分散风险而将原承保的部分风险和责任向其他保险人进行保险的行为。

在再保险中,转移风险责任的一方或分出保险业务的公司叫原保险人或分出公司,承受风险责任的一方或接受分保业务的公司叫再保险人或分入公司;分出公司自己负责的那部分风险责任叫自留额,转移出去的那部分风险责任叫分出额。分出公司所接受的风险责任还可以通过签订合同再分摊给其他保险人,称为转分保。分出公司在分出风险责任的同时,把保险费的一部分交给分入公司,称为分保费;分入公司根据分保费付给分出公司一定费用以支付分出公司为展业及管理所产生的费用开支,叫做分保佣金或再保险手续费。当再保险合同有盈余时,分入公司根据分保费付给分出公司的费用称为盈余佣金,也叫纯益手续费。

10.1.2 再保险和原保险

关闭内容

葛

1. 再保险和原保险的关系

(1) 原保险是再保险的基础,再保险是由原保险派生的。再保险的产生和发展,是基于原保险人分散风险的需要。再保险是以原保险人承保的风险责任为保险标的,以原保险人的实际赔款和给付为摊赔条件的。所以,其保险责任、保险金额、保险期限等都必须以原保险合同为基础,没有原保险就没有再保险。

(2) 再保险是对原保险的保险,再保险支持和促进原保险的发展。

保险人将自己所承保的一部分风险责任向再保险人分保,从而也将一部分风险责任转移给再保险人。当原保险人承保的保险标的产生损失时,再保险人必须按保险合同的规定分担相应的赔款。

2. 再保险和原保险的区别

再保险与原保险都是为了分散风险，补偿损失，但在保险经营中两者还是有很大的区别：

（1）合同当事人不同。原保险合同的双方当事人是投保人和保险人；再保险合同的双方当事人都是保险人，即分出人与分入人，与原投保人无关。

（2）保险标的不同。原保险合同的保险标的是被保险人的财产或人身，亦即，被保险人的财产及有关利益或者人的寿命和身体；而再保险合同的保险标的是原保险人分出的责任，分出人将原保险的保险业务部分地转移给分入人。

（3）保险合同的性质不同。原保险合同具有经济补偿性或者保险金给付性；而再保险合同具有责任分摊性或补充性。其直接目的是要对原保险人的承保责任进行分摊。

（4）保险费支付不同。在原保险合同中，除了补偿或给付性支付外，是单项付费的，即投保人向保险人支付保费；而在再保险合同中，保险人须向再保险人支付分保费，再保险人须向原保险人支付分保佣金。

10.1.3 再保险的作用

[关闭内容](#)

葛

1. 再保险的微观作用

（1）分散风险，避免巨额损失。保险人作为风险的承担者，在它直接承保的大量业务中，不可避免地会有一些巨额责任保险，特别是随着现代化生产和科学技术的高度发展，财产的价值越来越昂贵，使保险人承担了前所未有的巨额风险。如果一个保险公司将它所承担的大额业务全部由自己负责，那么一定会在财务上感觉不安全，而通过再保险，将巨额的保险责任转分给几个再保险人，而再保险人再通过转分保，实现风险在全球范围内的分散。这样，一旦巨额损失发生，由于有众多的保险人共同承担，其损失对各保险人带来的财务冲击就小得多。

例如，当时美国的保险公司在 9·11 事件中估计保险赔偿将会超过 300 亿美元，但是因为全球再保险巨头做其后盾，所以其经营状况并没有受到根本性的损伤，世界排行前 55 名的保险公司和再保险公司都参与赔偿，其中世界第一大再保险公司——慕尼黑再保险公司预计将赔付 19.5 亿美元，世界第二大再保险公司——瑞士再保险公司预计将赔付 12.5 亿美元。这场灾难导致的巨额赔偿将由全球整个保险业承担。

（2）扩大承保能力，增加业务量。保险公司的承保能力受其资本和准备金等自身财政状况的限制，如果保险人承保量过大，超过自己实际承保能力，就会造成经营的不稳定，因而会影响到保险人的生存，对被保险人也会造成威胁，因为这意味着他们可能得不到补偿。因此，各国保险法都规定有业务量与资本额的比例。例如，《中华人民共和国保

险法》第四章第九十九条：“经营财产保险业务的保险公司当年自留保险费，不得超过其实有资本金加公积金总和的四倍。”因此，保险人，尤其中小保险公司，因受其资本和财力的限制，无法承办保险金额较大的保险标的，从而失去承保大额业务的机会，这势必影响保险人的业务来源和业务量，也难以与其他保险人进行竞争。但有了再保险的支持，保险公司则可大胆承担超过自身财力的大额业务，从而扩大了业务量。由于保险公司通过再保险将超过自身财力的部分责任转移出去了，因而其承担的责任仍控制在正常标准的范围内。

（3）降低营业成本，提高经济效益。从经济效益的角度来看，再保险可使分出公司降低经营成本，提高经济效益。在发生损失时，分出公司向再保险人摊回赔款，因而可以降低赔付率。分出公司将业务分给再保险公司，再保险公司要给予分保佣金。有的国家的保险法规定，保险公司在计算未到期保费准备金时不能扣除营业费用。但保险公司办理再保险后，一方面要在分保费中扣除未到期保费准备金，另一方面有分保佣金收入。因此，分出公司通过再保险一方面降低了经营的业务成本，另一方面增加了佣金收入和可运用资金，获利机会大大增加，经济效益由此提高。

2. 再保险的宏观作用

（1）提高保险企业的经营管理水平。办理再保险业务涉及面十分广泛，需要丰富的知识。尤其在对风险的评估、自留额的确定、费率的厘定等方面，要求保险人有较高的数学精算水平和业务管理水平，以最小的成本获得最大的收益。这就要求保险企业加强科学管理和经济核算，及时掌握保险市场信息，培养具有相当业务技术知识和专业素质的人才。

（2）国际经济合作的手段。作为国际经济活动的组成部分，再保险已成为国际合作的重要手段之一。西方国家的保险资本集团通过再保险从发展中国家的保险市场取得了大量外汇资金。因此，加强对国际再保险的管理已成为发展中国家维护国家利益和巩固民族独立的一项重要任务。事实证明，发展国际再保险业务有利于涉外经济活动的发展。现在，世界各国都十分重视再保险的分出、分入业务，以此推动和开展国际间的经济合作。

（3）再保险为国民经济的发展积聚资金。由于自然灾害、意外事故的发生有不确定性，因而保险赔偿也具有不确定性。再保险人为扩展业务，必须积累充分的准备金，包括未到期保费准备金、赔款准备金、法定准备金、各种异常灾害准备金等。这种巨额准备金再加上再保险人的自有资金，均可适当地运用到国民经济建设中去。

（4）促进科学技术的发展。随着科学技术的发展，创造财富手段的价值及其创造的价值越来越大，使得巨额风险不断增加，如一颗人造卫星、一座核电站、一架航天飞机价值

都是数亿或数十亿美元，其损失的风险都不是一家保险公司或一国保险市场所能承担得了的，必须通过再保险分散风险，所以再保险可以支持和促进科学技术的发展。

10.2 再保险合同

10.2.1 再保险合同的概念

[关闭内容](#)

葛

再保险合同又称分保合同。它是分出公司和接受公司为实现一定经济目的而订立的一种在法律上具有约束力的协议。再保险合同是保险合同形式的一种。再保险合同约定再保险关系双方的权利和义务，即分出公司必须按照合同的规定将其承担的保险责任风险的一部分或全部分给接受公司，并支付相应的再保险费；接受公司向分出公司承诺对在其保险合同项下所发生的对被保险人的赔付，将按照再保险合同的条款和应由其负责的金额给予经济补偿。

再保险合同是以原保险合同为基础的合同，同时又是脱离原保险合同的独立合同。首先，再保险合同以原保险合同的存在为前提。因为，再保险合同的责任、保险金额和期限都以原保险合同为限。当原保险合同的责任解除、失效或终止时，再保险合同的责任也随之解除、失效或终止。其次，在法律上再保险合同和原保险合同是各自独立的合同。因此，再保险人不得因原保险人不支付再保险费，而要求原保险的投保人支付保险费；原保险人不得以再保险接受人未履行再保险责任为由，拒绝或延迟履行对被保险人的赔偿或给付责任；原保险的被保险人也不得向再保险接受人直接提出保险赔偿请求。

10.2.2 再保险合同的种类

[关闭内容](#)

葛

1. 按再保险的方式分类

按再保险的方式分为比例再保险合同和非比例再保险合同。比例再保险合同以保险金额为基础，规定再保险双方承担责任的比例；非比例再保险合同以赔款金额为基础来确定原保险人责任和分保责任。

2. 按不同的分保安排分类

再保险安排方式基本上有三种：临时分保、合同分保和预约分保。因此，按不同的分保安排可以分为临时再保险合同、合同再保险合同和预约再保险合同。

（1）临时再保险合同。临时再保险合同是根据业务需要临时选择分保接受人，经协商达成协议，逐笔成交的分保合同。对于临时再保险的业务，分保接受人没有义务一定接受。临时再保险合同的优点包括业务条件清楚、掌握业务情况、收费快、有利于资金运用。

但是也存在一定的局限性：手续较烦琐，分出人必须将分保条件及时通知对方，对方是否接受事先无法掌握，容易影响原保险业务的承保。

(2) 合同再保险合同。合同再保险合同是由分出人和分入人以预先签订合同的方式确定双方的权利义务关系，在一定时期内对一宗或一类业务进行约定。凡是合同规定的业务，分出人有义务分出，再保险人有义务接受，对双方均产生约束，无权选择，即分出人必须分出，接受人必须接受。

(3) 预约再保险合同。预约再保险合同是介于合同再保险合同和临时再保险合同之间的一种再保险合同。对于合同中规定的业务，分出人有权选择是否分出，但一旦分出，分入人必须接受。即预约再保险对分出人有临时再保险合同性质，对分入人有合同再保险合同性质。预约再保险合同往往作为合同再保险合同的一种补充。就分出人来说，预约再保险合同具有临时再保险的可选择性；就再保险人来说，预约再保险合同具有合同再保险人的强制性。

10.2.3 再保险合同的特点

[关闭内容](#)

再保险合同的特点如下：

(1) 再保险合同是射幸合同。这是由再保险合同的射幸性决定的。原保险合同的射幸性决定了再保险合同的射幸性。在合同有效期内，倘若再保险标的发生损失，原保险人可从再保险人处得到再保险责任赔偿金，其金额会远远超过其所付出的再保险费；若无损失发生，则原保险人只付出再保险费而没有得到再保险赔付金额。此时，再保险人收取了保险费，而无须支付再保险赔偿金。

(2) 再保险合同是双务合同。双务合同是指当事人双方均须承担有对价关系的债务合同。表现在再保险合同中是原保险人负有支付再保险费的义务，再保险人负有赔偿损失的义务。原保险合同的双务性源于原保险合同的双务性。原保险人支付再保险费是一定的，再保险人承担的赔偿是以偶然的保险事故发生为条件的。

(3) 再保险合同是补偿性合同。不论原保险合同是财产保险还是人身保险，一旦它们分保构成再保险合同，都是以补偿责任为目的，即再保险人对原保险人直接支付赔款的补偿，不再具有给付性质，均体现为补偿性质。

(4) 再保险合同是诚信合同。再保险合同作为保险合同的一种，它的订立和履行都以合同当事人双方的诚信为基础，而且再保险合同较原保险合同要求更高的诚信。

10.3 再保险形式

10.3.1 比例再保险

[关闭内容](#)

葛

比例再保险是指分出人与分入人相互订立合同，按照保险金额比例分担原保险责任的一种分保方式。在比例再保险中，可以分为成数再保险、溢额再保险、成数和溢额混合再保险。

1. 成数再保险

成数再保险是最简单的一种再保险方式。原保险人将每一风险单位的保险金额，按双方商定的固定比例即成数确定原保险人的自留额和再保险人的分保额，再保险费、赔款的分摊均按同一比例计算。

成数再保险对每一危险单位都按固定的比率分配责任，故在遇有巨额风险责任时，将使原保险人和再保险人承担的责任仍然很大。因此，为了使承担的责任有一定范围，每一份成数再保险合同都按每一危险单位或每张保单规定一个最高责任险额，分出公司和接受公司在这个最高责任限额中各自承担一定的份额。

例 10.1 假设一成数再保险合同，每一危险单位的最高限额规定为 1 000 万元，自留部分 20%，分出部分 80%（即为 80%的成数再保险合同），则通过表 12-1 来说明成数再保险责任、保费和赔款的计算。

表 12-1 成数分保计算表 单位：万元

名称	总额	100%	自留	20%	分出	80%			
保险金额	保费	赔款	自留额	保费	自负赔款	分出额	分保费	摊回赔款	
A	200	20	40	0.4	0	160	1.6	0	
B	400	40	80	0.8	2	320	3.2	8	
C	600	60	120	1.2	4	480	4.8	16	
D	800	80	160	1.6	0	640	6.4	0	
E	1 000	100	200	20	200	800	80	0	
合计	3 000	300	600	60	200	2 400	24	24	

通过本例可以发现，成数再保险的责任、保费和可能承担的赔款与对应的总责任、总保费和总赔款的比例，三者完全一致，从而其计算简便、管理成本低。

2. 溢额再保险

溢额再保险是以保额为基础，由分出人确定自己承担的自留额，以自留额的一定倍数为分出额，并按照自留额和分出额对保额的比例对保费和赔款进行分摊的一种分保方式。与成数再保险不同，在溢额再保险合同项下分出公司是否分出业务，取决于实际业务的

保险金额是否超过分出公司的自留额。只有实际业务的保险金额超过分出公司的自留额，超过的部分才分给分入公司。但分入公司分入的保险金额，并非无限制，而且以自留额的一定倍数为限。这种自留额的一定倍数，称为线数。自留额与线数的乘积为分入公司的最高分入限额。

溢额分保与成数分保相比，相同点是保险条件遵循原保险单条款，最大的不同是溢额分保是按分出人自留额的责任办理分保，而不是按每一风险的一定比例分出。另外，溢额分保的自留比例和分保比例根据每一标的的保额大小而变动，保费和赔款摊付的比例也相应变化，而成数分保的比例关系是固定不变的。

例 10.2 有一溢额分保合同，每一风险单位的自留额为 200 万元，分保额为 4 线，即 800 万元，总承保能力 1 000 万元，超过的另外办理分保或分出公司自留。则有三笔业务分保情况如表 12-2 所示。

表 12-2 溢额分保计算表 单位：万元

名称	总 额			自留额			分保额		
	保额	保费	赔款	保额	保费	赔款	保额	保费	赔款
A	200	2	4	200	2	4	0	0	0.33
B	600	6	0	200	2	0	400	4	0.33
C	1 500	15	100	200	2	13.33	800	8	53.33
合计	2 300	23	104	600	6	17.33	1 200	12	53.33

其中，根据合同要求，自留额为 200 万元，所以 A 公司不需要分保，全部由自己承担保险责任。B 和 C 公司的总保额超过 200 万元，所以需要分保。合同规定分保 4 线，则 B 公司分保额为 400 万元，C 公司分保额为 800 万元。C 公司剩余的 500 万元由自己负责或另外安排临时分保。

3. 成数和溢额混合再保险

成数和溢额混合再保险属于比例再保险，是将成数再保险和溢额再保险组织在一个合同里，它既有成数再保险的优点，又包括溢额再保险的长处，从而弥补了成数和溢额各自安排方式的不足。在安排上有先有后，既可以先安排成数分保，也可以先安排溢额分保。以先安排溢额分保为例：某分出公司安排 6 000 万元承保能力的溢额分保，自留额为 2 000 万元，分保 2 线；针对自留额 2 000 万元再安排成数分保：40%自留，即 800 万元，60%分保，即 1 200 万元。

10.3.2 非比例再保险

关闭内容

非比例再保险是指分出人和分入人相互订立保险合同，以赔款金额作为基础分担原保险责任的一种再保险方式，故又称之为损失再保险，一般称之为超过损失再保险。超额赔款也可以是非比例再保险的通称，但这里指的是以赔款额度作为自留和分保界限的一种分保方式。非比例再保险的种类很多，分为险位超赔再保险、事故超赔再保险和赔付率超赔再保险。

1. 险位超赔再保险

险位超赔再保险是指以每一风险单位或每一保单在一次事故中所发生的赔款金额来计算自留额和分保额。合同双方约定，对每一危险单位所发生的赔款，分出公司自负一定的金额，接受公司负责超过部分的一定金额。对于险位超赔的赔款计算也是有一定方式：一是按危险单位分别计算，没有限制；二是有事故限制，即对每次事故的总的赔款有限制，一般为险位限额的 2~3 倍，即每次事故接受公司只赔付 2~3 个单位的损失。

例 10.3 现有一超过 200 万元以后的 1 000 万元的火险险位超赔再保险合同。在一次事故中有三个危险单位遭受损失，每个危险单位损失 300 万元。

如果每次事故对危险单位没有限制，则赔款分摊如表 12-3 所示。

表 12-3 险位超赔的赔款分摊表（没限制） 单位：万元

危险单位	发生赔款	分出公司承担赔款	接受公司承担赔款
I	300	200	100
II	300	200	100
III	300	200	100
共 计	900	600	300

但如果每次事故有危险单位限制，譬如为险位限额的 2 倍。则赔款分摊如表 12-4 所示。

表 12-4 险位超赔的赔款分摊表（有限制） 单位：万元

危险单位	发生赔款	分出公司承担赔款	接受公司承担赔款
I	300	200	100
II	300	200	100
III	300	300	0
共 计	900	700	200

在这种情况下，由于接受公司已经承担了两个危险单位的赔款，所以第三个危险单位的损失全部由分出公司自己负责。

2. 事故超赔再保险

事故超赔再保险是以一次事故所发生的赔款总和计算自留额和分保额，即一次事故中许多风险单位同时发生损失，责任累积额超过自留额，由接受公司负责。在这种再保险的方式下，不论每次事故中涉及的风险单位有多少、保险金额有多大，只要总赔款是在分出公司的自负责任额内，就由分出公司自己负责赔款，而分入公司只对超过的部分负责。事故超赔再保险的责任计算最关键的是一次事故的划分。例如，有的规定台风、飓风、暴风连续 48 小时内为一次事故，地震、洪水连续 72 小时内为一次事故，其他的巨灾事故连续 168 小时内为一次事故。假设有一超过 100 万元以后的 200 万元的巨灾超赔再保险合同，一次台风持续了 6 天，该事故共损失 500 万元。若按一次事故计算，500 万元赔款，原保险人先自负 100 万元，再保险人承担 200 万元赔款，剩下的 200 万元赔款仍由原保险人负责，原保险人共承担了 300 万元赔款。

3. 赔付率超赔再保险

这种方式是按年度赔款累计总额或按年度赔款与保费的比率来计算自留额和分保额，即在约定的某一年度内，对于赔付率超过一定标准时，由再保险人对超过部分责任至某一赔付率或金额负责的再保险方式。这也是在一定期间内控制风险的一种方式。

通常，在营业费用率为 30% 时，再保险的起点赔付率规定为 70%，最高责任一般规定为营业费用率的 2 倍，即 60%。也就是说，再保险责任是负责赔付率在 70%~130% 部分的赔款。

例 10.4 有一赔付率超赔再保险合同规定，赔付率在 70% 以下由分出公司负责，超过 70%~120% 部分，即超过 70% 的 50% 部分由接受公司负责，并规定赔付金额 60 万元的责任限制，两者以较小者为准。假设净保费收入为 100 万元，已发生赔款为 80 万元，则赔付率为 80%，分出公司负责 70%，计 70 万元；接受公司负责 70% 以后的部分，即 10%，计 10 万元。

[返回顶部](#)

第 11 章 意外伤害保险

11.1 意外伤害保险概述

11.1.1 意外伤害的含义和意外伤害保险的定义

[关闭内容](#)

1. 意外伤害的含义

在意外伤害保险中，“意外伤害”具有特定的含义，它包含意外和伤害两层含义，两者缺一不可。意外是就被保险人的主观状态而言的，指伤害事件的发生是被保险人事先没

有预见到的，或者违背被保险人主观意愿的。伤害则是指人的身体受到侵害的客观事实。意外伤害保险中所称的意外伤害是指，在被保险人没有预见到或违背被保险人主观意愿的情况下，突然发生的外来致害物对被保险人的身体明显、剧烈的侵害的客观事实。

（1、）意外。

意外伤害保险中所称的意外并非人们在日常生活中通常所理解的意外，是特指伤害事件的发生是被保险人事先没有预见到的或者是违背被保险人的主观意愿的，这是就被保险人的主观状态而言的。

被保险人事先没有预见到伤害事件的发生，是指被保险人事先不能预见或无法预见伤害事件的发生，或者被保险人虽然能够事先预见到伤害事件的发生，但由于疏忽而实际没有预见到。比如例如，游客在游乐场乘坐过山车时，因为机械故障而发生坠落，这并非游客所能预见到的。被保险人不能预见的伤害，或被保险人能够预见但由于疏忽而没有预见到的伤害，应该是偶然发生的事件或突然发生的事件。偶然是相对于必然发生的事件而言的，是指在正常状态下不会发生的事件。突然则是指事件的发生对被保险人而言来不及预防，即指事件发生的原因与结果之间具有直接瞬间的关系，。例如，飞机失事、爆炸等引起的人身伤亡均属意外。

伤害事件的发生违背被保险人的主观意愿，可以理解为被保险人预见到伤害事件即将发生时，在技术上已无法采取措施避免，或者被保险人已预见到伤害事件即将发生，也可以采取防范措施加以避免，但基于法律或职责上的规定而不能躲避。比如例如，银行工作人员面对持枪抢劫的歹徒，为保护国家财产、恪尽职守而与歹徒搏斗受伤，仍属意外事件所致的伤害。

最后还应明确的是，凡是被保险人的故意行为导致其身体遭受伤害的，均不属于意外。

（2、）伤害。

伤害也称损伤，是指被保险人的身体受到侵害的客观事实。伤害由致害物、侵害对象和侵害事实三个要素共同构成，三者缺一不可。

致害物是指直接造成伤害的物体或物质。没有致害物，就不可能构成伤害。根据致害物的不同，伤害可以分为器械伤害、自然伤害、化学伤害、生物伤害和精神伤害。在意外伤害保险中，只有致害物是外来的，才被认为是伤害。

侵害对象是致害物侵害的客体。在意外伤害保险中，只讨论对被保险人的身体或生命的侵害情况，而不讨论有关权益上的侵害。

侵害事实是指被保险人的身体与致害物以一定的方式破坏性地接触并作用于被保险人身

体的客观事实。如果致害物没有接触或作用于被保险人的身体，就不能形成侵害事实，也就不构成伤害。法医学将侵害的方式分为以下十五种：碰撞、撞击、坠落、跌倒、坍塌、淹溺、灼烫、火灾、辐射、爆炸、中毒、触电、接触、掩埋和倾覆。

（3、）意外伤害的构成。

意外伤害保险中，意外伤害的构成包括意外和伤害两个必要条件。仅有主观上的意外而无伤害的客观事实，或者仅有伤害的客观事实而无意外事件的发生，均不能构成意外伤害。只有同时具备意外和伤害两个条件，即在意外的条件下发生伤害的客观事实，才构成意外伤害。意外伤害是指在被保险人没有预见到或违背被保险人主观意愿的情况下，突然发生的外来致害物明显、剧烈地侵害被保险人身体的客观事实。

2. 意外伤害保险的定义

意外伤害保险，是指当被保险人因遭受意外伤害而致死亡或残疾时，保险人依照合同规定给付保险金的人身保险。

保险人与投保人协商订立意外伤害保险合同，以被保险人的生命及身体为保险标的，投保人向保险人缴纳一定的保险费，。双方约定，如果被保险人在保险期限内遭受意外伤害并以此为直接原因或近因，在自遭受此意外伤害之日起的一定时期内造成被保险人死亡或残疾等结果，则保险人给付约定数量的保险金。

可见，意外伤害保险包含以下三层含义：第一，意外事故的发生是首要条件；第二，被保险人遭受意外事故导致死亡或残疾的结果；第三，意外事故的发生与被保险人死亡或残疾的结果之间存在内在的必然联系，即前者是后者的直接原因或近因。

意外伤害保险主要提供死亡给付和残疾给付这两项基本的保障，即当被保险人遭受意外伤害造成死亡时，保险人给付死亡保险金；当被保险人遭受意外伤害造成残疾时，保险人给付残疾保险金。除此之外，有些意外伤害保险的保险责任中还可能包括医疗费补偿、误工给付、丧葬费给付和遗嘱生活费给付等派生责任。

11.1.2 意外伤害保险的特征

[关闭内容](#)

葛

1. 保险期限通常较短

人寿保险的保险期限一般长达十几年、几十年，甚至终身，而意外伤害保险的期限通常较短，且保险期限的确定也很灵活。意外伤害保险的保险期限大多为一年，根据不同险种的特点，还有的意外伤害保险的保险期限可定为几天、几小时，甚至可能是几分钟，期限长的通常也不超过三、五年。比如例如，航空意外伤害保险的保险期限自被保险人

踏入保险单指定的航班班机舱门开始至飞抵目的港离开舱门时止，通常只有几小时，而索道游客意外伤害保险的保险期限仅包括游客乘坐索道的几分钟。

2. 保险金的给付方式较特殊

当意外伤害事故发生时，意外伤害保险金的给付主要有两种情况，即死亡保险金给付和残疾保险金给付。死亡保险金按照合同中约定的金额（通常是保险金额，有时也规定为保险金额的一定比例）给付，残疾保险金则是按照保险金额与残疾程度百分比的乘积来给付的。如果意外伤害保险合同中包含有意外医疗责任时，则保险人将按照合同的约定，对被保险人因意外伤害事故造成的医疗费用支出进行补偿。本章第二节 11.2 节还将对此进行阐述。

3. 纯保险费以保额损失率为基础计算

与人寿保险根据生命表和利息率计算纯保险费的方法不同，意外伤害保险是根据保险金额损失率计算出其纯保险费的，这与财产保险费率厘定的原理相同。被保险人遭受意外伤害的概率主要取决于职业及其所从事的活动，与被保险人的年龄及性别关系不大。因此，职业是确定意外伤害保险费率的 关键因素，在其他条件相同时，被保险人的职业或其从事活动的危险程度越高，费率就越高，其年龄和性别则一般不予考虑。

在意外伤害保险经营实务中，各保险公司都制定了非常详细的职业分类表，一般把人们从事的职业分为 21 大类，每一大类下又有若干中分类和小分类，从事不同职业类别的人们面临的意外伤害风险不同，投保意外伤害保险时适用的费率也就不同。表 11-1 和表 11-2 分别列出了中国人寿保险股份有限公司和太平洋人寿保险股份有限公司的一年期个人意外伤害保险费率表。

表 11-1 中国人寿保险股份有限公司个人意外伤害保险费率表

职业类别	一 类	二 类	三 类	四 类	五 类	六 类
年费率（%）	0.2	0.3	0.35	0.6	0.8	1.0

表 11-2 太平洋人寿保险股份有限公司个人意外伤害保险费率表
（每年每千元保险金额）

职业类别	第一 类	第二 类	第三 类	第四 类
保险费（元）	1.8	3.5	6	9

4. 责任准备金类似财产保险

人寿保险大多为长期业务，一般采取均衡保费制度来计收保费。均衡保险费通常可划分为危险保费和储蓄保费，储蓄保费及其利息构成人寿保险的责任准备金，以保证保险人

将来履行其保险责任。与人寿保险不同的是，意外伤害保险的保险期限一般为一年，属于短期保险业务，保费为自然保费，保单没有现金价值，是纯保障性险种。因此，意外伤害保险的责任准备金主要是未到期责任准备金，年末未到期责任准备金是按其当年自留保费的 50%来计提的，这与财产保险责任准备金的性质和计算方法相同。

11.1.3 意外伤害保险的可保风险

[关闭内容](#)

意外伤害保险中，保险人承担着被保险人遭受意外伤害的风险，但是并非一切意外伤害都是意外伤害保险所能承保的。根据意外伤害是否可被承保划分，可将其分为不可保意外伤害、特约保意外伤害和一般可保意外伤害三种。

1. 不可保意外伤害

不可保意外伤害即意外伤害保险的除外责任。基于法律的规定或社会公共利益的要求，保险人不应该承保此类意外伤害。不可保意外伤害一般包括以下四种情况：

（1、）被保险人在犯罪活动中所受的意外伤害。

意外伤害保险不承保被保险人在犯罪活动中所受的意外伤害，是因为：首先，保险只能为合法的行为提供经济保障，只有这样，保险合同才是合法的，才具有法律效力，因此被保险人在犯罪活动中所受的意外伤害不予承保；其次，犯罪活动具有社会危害性，如果承保被保险人在犯罪活动中所受意外伤害，即使该意外伤害非由犯罪行为直接造成，也违反社会公共利益。

（2、）被保险人在寻衅斗殴中所受的意外伤害。

寻衅斗殴指被保险人故意制造事端挑起的斗殴。寻衅斗殴不一定构成犯罪，但具有社会危害性，属于违法行为，因此保险人不能承保。

（3、）被保险人在酒醉、吸食（或注射）毒品（如海洛因、鸦片、大麻、吗啡等麻醉剂、兴奋剂、致幻剂）后发生的意外伤害。

酒醉或吸食毒品对被保险人身体的损害，是被保险人的故意行为所致，当然不属于意外伤害。

（4、）由于被保险人的自杀行为造成的伤害。

对于不可保意外伤害的，在意外伤害保险条款中应明确列为除外责任。

2. 特约保意外伤害

特约保意外伤害是指那些保险人考虑到保险责任不易区分或限于承保能力，一般不予承保，只有经过投保人与保险人特别约定，有时还要加收保险费后才能承保的意外伤害。

特约保意外伤害一般包括以下四种情况：

（1、）战争使被保险人遭受的意外伤害。由于战争使被保险人遭受意外伤害的风险过大，保险公司一般无力承保。战争是否爆发、何时爆发、会造成多大范围的人身伤害，往往难以预计，保险公司一般难以厘定保险费率。因此战争使被保险人遭受的意外伤害一般不予承保，只有经过特别约定并加收保险费后方能承保。

（2、）被保险人在从事登山、跳伞、滑雪、江河漂流、赛车、拳击、摔跤等剧烈的体育活动或比赛中遭受的意外伤害。

当参加上述高危险性的活动或比赛时，被保险人遭受意外伤害的概率大大增加，所以保险公司一般不予承保，只有经过特别约定并加收保险费后方能承保。

（3、）核辐射造成的意外伤害。核辐射造成人身意外伤害的后果，往往在短期内无法确定，而且若当发生大的核爆炸时，通常造成较大范围内的人身伤害。从技术及承保能力上考虑，保险公司一般不承保核辐射造成的意外伤害。

（4、）医疗事故造成的意外伤害（如医生误诊、药剂师发错药品、检查时造成的损伤、手术切错部位等）。

意外伤害保险的保险费率是根据大多数被保险人的情况厘定的，而大多数被保险人身体是健康的，只有少数患病的被保险人才存在因医疗事故遭受意外伤害的危险。为使保险费的负担公平合理，保险公司一般不承保医疗事故造成的意外伤害。

对于上述特约保意外伤害，在保险条款中一般列为除外责任，经投保人与保险人特别约定承保后，由保险人在保险单上签注特别约定或出具批单，对该项除外责任予以删除。

3. 一般可保意外伤害

一般可保意外伤害，即在一般情况下可以承保的意外伤害。除上述不可保意外伤害、特约保意外伤害以外，均属一般可保意外伤害。

11.2 意外伤害保险的内容

11.2.1 意外伤害保险的保险责任

[关闭内容](#)

意外伤害保险的保险责任是指由保险人承担的被保险人因意外伤害所致的死亡和残疾，对被保险人因疾病所导致的死亡及残疾则不负责任。意外伤害保险的保险责任由三个必要条件构成，三者缺一不可。

1. 被保险人在保险期限内遭受了意外伤害

被保险人在保险期限内遭受意外伤害是构成意外伤害保险责任的首要条件，它又包括两

方面的要求。首先，被保险人遭受意外伤害必须是客观发生的事实，而非推测或臆想的；其次，被保险人遭受意外伤害的客观事实必须发生在保险期限之内。如果被保险人在保险期限开始以前遭受意外伤害导致其在保险期限内死亡或残疾，则不构成保险责任。

2. 被保险人在责任期限内死亡或残疾

被保险人在责任期限内死亡或残疾，是构成意外伤害保险责任的必要条件之一，它包括以下两方面的要求。

（1、）被保险人死亡或残疾。

意外伤害保险中所称的死亡或残疾，遵循有关的法律规定。死亡是指机体生命活动和新陈代谢的终止。在法律上发生效力的死亡包括两种情况，即生理死亡和宣告死亡。生理死亡是指被医生证实的死亡，宣告死亡是指按照法律程序推定的死亡。《中华人民共和国民法通则》第二十三条规定，公民下落不明满四年的，或因意外事故下落不明而从事事故发生之日起满两年的，其利害关系人可以向人民法院申请宣告他死亡。

残疾包括两种情况，一种是人体组织的永久性残缺（或称缺损），如肢体断离等；另一种是人体器官正常机能的永久丧失，如视觉、听觉、嗅觉、语言机能、运动机能的丧失或障碍等。

（2、）被保险人的死亡或残疾发生在责任期限之内。

与人寿保险和财产保险不同的是，意外伤害保险和健康保险中规定有责任期限的概念。在意外伤害保险中，只要被保险人遭受意外伤害的事件发生在保险期内，而且自遭受意外伤害之日起的一定时期内造成死亡或残疾的后果，保险人就要承担保险责任。自遭受意外伤害之日起的一定时期即为责任期限，通常规定为 90 天、180 天或 360 天等。只要意外伤害发生在保险期限内，即使被保险人在死亡或确定残疾时保险期限已经结束，只要未超过责任期限，保险人就要负责。反之，如果被保险人在保险期限内遭受意外伤害，并导致其在责任期限以后死亡或残疾，即使这时仍处在保险期限内，保险人也不再承担保险责任。

由于死亡包括宣告死亡的情形，如果被保险人在保险期限内因意外伤害下落不明，自事故发生之日起满两年后法院宣告被保险人死亡时，无疑时间上早已超过责任期限。为解决这一问题，在意外伤害保险条款中通常订有失踪条款或在保险单上签注关于失踪的特别约定，规定被保险人确因意外伤害事故下落不明超过一定期限（如 3 个月、6 个月等）时，视同被保险人死亡，保险人给付死亡保险金，但如果被保险人以后生还，受领保险金的人应返还保险金。

责任期限对于意外伤害造成的残疾实际上是确定残疾程度的期限。如果被保险人在保险期限内遭受意外伤害，在责任期限内结束治疗被确定为残疾的，根据确定的残疾程度给付残疾保险金。如果被保险人在保险期限内遭受意外伤害，责任期限结束时仍未能结束治疗，且不能确定最终是否造成残疾以及残疾程度的，则应该推定责任期限结束时这一时点被保险人的组织残缺或机能丧失是否是永久性的，即以这一时点的情况确定残疾程度，并按照这一残疾程度给付残疾保险金。以后，不管被保险人是经过治疗痊愈或减轻了残疾程度，还是加重了残疾程度甚至死亡，保险人既不追回也不追加保险金。

3. 被保险人遭受的意外伤害是其死亡或残疾的直接原因或近因

在意外伤害保险中，当满足了前两个条件，即被保险人在保险期限内遭受了意外伤害并于责任期限内死亡或残疾时，并不必然构成保险责任。只有当意外伤害与死亡、残疾之间存在因果关系，即意外伤害是死亡或残疾的直接原因或近因时，才构成保险责任。意外伤害与死亡、残疾之间的因果关系包括以下三种情况：

（1、）意外伤害是死亡、残疾的直接原因。

当意外伤害是死亡、残疾的直接原因时，即意外伤害事故直接造成了被保险人死亡或残疾，构成保险责任，保险人应该按照约定的金额给付死亡保险金或根据保险金额和残疾程度给付残疾保险金。

（2、）意外伤害是死亡或残疾的近因。

当意外伤害是死亡或残疾的近因时，即意外伤害是引起直接造成被保险人死亡、残疾的事件或一连串事件的最初原因，也构成保险责任，保险人应该按照约定的金额给付死亡保险金或根据保险金额和残疾程度给付残疾保险金。

（3、）意外伤害是死亡或残疾的诱因。

意外伤害是被保险人死亡或残疾的诱因，是指意外伤害使被保险人原有的疾病发作，从而加重后果，造成被保险人死亡或残疾。这时同样构成保险责任，但保险人不是按照保险金额和被保险人的最终后果给付保险金，而是参照身体健康的人遭受这种意外伤害会造成的后果进行给付。

11.2.2 意外伤害保险的给付方式

[关闭内容](#)

经营意外伤害保险的保险人主要承担着被保险人因遭受意外伤害而致死亡或残疾的风险，。当意外伤害事故发生时，意外伤害保险金的给付主要有两种情况，即死亡保险金给付和残疾保险金给付。

1. 死亡保险金的给付

死亡保险金的给付通常简单明确。意外伤害保险条款中均明确规定了死亡保险金的数额，一般是按照保险金额给付死亡保险金，或者规定为保险金额的一定比例（如保险金额的80%、50%）或倍数等。

中国人寿保险股份有限公司的人身意外伤害保险条款中规定，被保险人在保险期限内遭受意外伤害并自意外伤害发生之日起 180 日内因同一原因死亡的，公司按保险金额给付死亡保险金。太平洋人寿保险股份有限公司的太平盛世·长顺安全保险（A）是一款较特别的长期意外伤害保险，。条款规定，被保险人因意外伤害身故，保险人根据保险事故发生时被保险人的年龄给付身故保险金，金额如表 11-3 所列示：。

表 11-3 太平盛世·长顺安全保险身故保险金给付金额表

被保险人身故时的年龄（周岁）	小于 16	16 至~25	26 至~60	61 至~70
身故保险金	保险金额	保险金额的 3 倍	保险金额的 5 倍	保险金额的 2 倍

2. 残疾保险金的给付

残疾保险金的给付相对比较复杂。残疾是指人体组织的永久性残缺或人体器官正常机能的永久性丧失。可见，意外伤害保险中，残疾的确定是基于被保险人的永久的稳定的状态而言的。如果被保险人因为遭受意外伤害而导致眼睛一时丧失视力，但其失明有可能通过治疗得以恢复或改善，因此必须在治疗结束后经伤残鉴定委员会的鉴定，方能确定是否残疾及其残疾程度。倘若在责任期限终了时仍未能结束治疗，则按这一天的身体情况进行残疾鉴定，并据此给付残疾保险金。

残疾保险金的给付金额由保险金额和残疾程度（一般以百分率表示）两个因素确定，。其计算公式为：：

残疾保险金=保险金额×残疾程度百分率

保险双方在订立意外伤害保险合同时已约定好保险金额，因此，当意外伤害发生后，被保险人的残疾程度越高，保险人给付的残疾保险金数额也就越高。关于被保险人怎样的残疾状况应该对应怎样的残疾程度百分率，在意外伤害保险合同中应明确规定，以免将来发生争执。实务中，各保险公司通常采用由保监会颁布的《人身保险残疾程度与保险金给付比例表》（见表 11-4）来列举残疾程度百分率。该表将残疾按程度不同共分为七级三十四项，分别对应由 100%到~10%的给付比例。对于未能列举穷尽的情况，则由保险双方遵循公平合理的原则，参照已列举的残疾程度百分率来协商处理，协商不一致时可提请有关机关仲裁或由人民法院审判。

表 11-4 人身保险残疾程度与保险金给付比例表

等 级 项 目 残疾程度 最高给付比例

第一级 一 二 三 四 五 六 七 八 双目永久完全失明的（注 1）两上肢腕关节以上或两下肢踝关节以上缺失的一上肢腕关节以上及一下肢踝关节以上缺失的一目永久完全失明及一上肢腕关节以上缺失的一目永久完全失明及一下肢踝关节以上缺失的四肢关节机能永久完全丧失的（注 2）咀嚼、吞咽机能永久完全丧失的（注 3）中枢神经系统机能或胸、腹部脏器机能极度障碍，终身不能从事任何工作，为维持生命必要的日常生活活动，全需他人扶助的（注 4） 100%

第二级 九 十 两上肢，或两下肢，或一上肢及一下肢，各有三大关节中的两个关节以上机能永久完全丧失的（注 5）十手指缺失的（注 6） 75%

第三级 十一 十二 十三 十四 十五 一上肢腕关节以上缺失或一上肢的三大关节全部机能永久完全丧失的一下肢踝关节以上缺失或一下肢的三大关节全部机能永久完全丧失的双耳听觉机能永久完全丧失的（注 7）十手指机能永久完全丧失的（注 8）十足趾缺失的（注 9） 50%

第四级 十六 十七 十八 十九 二十 二十一 二十二 一目永久完全失明的一上肢三大关节中，有二关节之机能永久完全丧失的一下肢三大关节中，有二关节之机能永久完全丧失的一手含拇指及食指，有四手指以上缺失的一下肢永久缩短 5cm 以上的语言机能永久完全丧失的（注 10）十足趾机能永久完全丧失的 30%

续表

等 级 项 目 残疾程度 最高给付比例

第五级 二十三 二十四 二十五 二十六 二十七 二十八 二十九 一上肢三大关节中，有一关节之机能永久完全丧失的一下肢三大关节中，有一关节之机能永久完全丧失的两手拇指缺失的一足五趾缺失的两眼眼睑显著缺损的（注 11）一耳听觉机能永久完全丧失的鼻部缺损且嗅觉机能遗存显著障碍的（注 12） 20%

第六级 三十 三十一 三十二 一手拇指及食指缺失，或含拇指或食指有三个或三个以上手指缺失的一手含拇指或食指有三个或三个以上手指机能永久完全丧失的一足五趾机能永久完全丧失 15%

第七级 三十三 三十四 一手拇指或食指缺失，或中指、无名指和小指中有二个或二个以上手指缺失的一手拇指及食指机能永久完全（注 13）丧失的 10%

注：

1. 失明包括眼球缺失或摘除、或不能辨别明暗、或仅能辨别眼前手动者，最佳矫正视力

低于国际标准视力表 0.02，或视野半径小于 5 度，并由保险公司指定有资格的眼科医师出具医疗诊断证明。

2. 关节机能的丧失系指关节永久完全僵硬，或麻痹，或关节不能随意识活动。

3. 咀嚼、吞咽机能的丧失系指由于牙齿以外的原因引起器质障碍或机能障碍，以致不能作咀嚼、吞咽运动，除流质食物外不能摄取或吞咽的状态。

4. 为维持生命必要之日常生活活动，全需他人扶助系指食物摄取、大小便始末、穿脱衣服、起居、步行、入浴等，皆不能自己为之，需要他人帮助。

5. 上肢三大关节系指肩关节、肘关节和腕关节；下肢三大关节系指髋关节、膝关节和踝关节。

6. 手指缺失系指近位指节间关节（拇指则为指节间关节）以上完全切断。

7. 听觉机能的丧失系指语言频率平均听力损失大于 90 分贝 dB，语言频率为 500、1 000、2 000 赫兹 Hz。

8. 手指机能的丧失系指自远位指节间关节切断，或自近位指节间关节僵硬或关节不能随意识活动。

9. 足趾缺失系指自趾关节以上完全切断。

10. 语言机能的丧失系指构成语言的口唇音、齿舌音、口盖音和喉头音的四种语言机能中，有三种以上不能构声，或声带全部切除，或因大脑语言中枢受伤害而患失语症，并须有资格的五官科（耳、鼻、喉）医师出具医疗诊断证明，但不包括任何心理障碍引致的失语。

11. 两眼眼睑显著缺损系指闭眼时眼睑不能完全覆盖角膜。

12. 鼻部缺损且嗅觉机能遗存显著障碍系指鼻软骨全部或 1/2 缺损及两侧鼻孔闭塞，鼻呼吸困难，不能矫治或两侧嗅觉丧失。

13. 所谓永久完全指自意外伤害之日起经过 180 天的治疗，机能仍然完全丧失，但眼球摘除等明显无法复原之情况，不在此限。

3. 保险金额通常还是给付限额

一般地，在意外伤害保险合同中，保险金额不仅是确定死亡保险金、残疾保险金的依据，也是保险人给付保险金的最高限额。

如果一次意外伤害造成被保险人身体多处部位残疾，保险人按保险金额与被保险人身体各部位残疾程度百分率之和的乘积计算残疾保险金，但如果身体各部位的残疾程度百分率之和超过 100%，则按保险金额给付残疾保险金。

如果被保险人在保险期限内先后多次遭受意外伤害，保险人对每次意外伤害造成的残疾或死亡均按保险合同中的规定给付保险金，但累计给付金额以不超过保险金额为限。

综上所述，在意外伤害保险中，只要被保险人发生了合同约定的意外死亡或残疾，不论一次或多次，保险人均应按照合同规定给付保险金，但累计给付金额以不超过保险金额为限。当给付金额等于保险金额时，该意外伤害保险合同效力即告终止。

4. 意外医疗保险金的给付

某些意外伤害保险除承担死亡给付和残疾给付外，还提供包括意外医疗给付等其他保障。在这样的意外伤害保险合同中，除约定有意外伤害保险金额（用于确定死亡保险金和残疾保险金的依据）外，还规定有意外医疗保险金额，意外医疗保险金额通常是保险人给付医疗保险金的限额。

中国人寿保险股份有限公司的人身意外伤害综合保险条款中保险责任第四条规定：被保险人因遭受意外伤害在县级以上（含县级）医院或本公司认可的医疗机构诊疗所支出的、符合当地社会医疗保险主管部门规定可报销的医疗费用，在扣除人民币 100 元免赔额后，本公司在意外医疗保险金额范围内，按其实际支出的医疗费用的 80% 给付保险金。本公司所负给付意外医疗保险金的责任以意外医疗保险金额为限，一次或累计给付的保险金达到意外医疗保险金额时，该项保险责任终止。

11.3 意外伤害保险的种类

11.3.1 个人意外伤害保险

[关闭内容](#)

意外伤害保险的分类标准很多，依据不同的分类标准可将意外伤害保险分为不同的种类。本节是根据投保方式的不同将意外伤害保险分为个人意外伤害保险和团体意外伤害保险，再分述之。

（一）个人意外伤害保险

个人意外伤害保险是指由一个自然人（即投保人）投保，被保险人通常为一人的意外伤害保险。个人意外伤害保险还可以进一步细分如下：。

1. 按投保动因划分

根据投保动因的不同，个人意外伤害保险可以分为自愿意外伤害保险和强制意外伤害保险。自愿意外伤害保险的双方当事人自愿基础上通过平等协商订立合同，投保人可以选择是否投保以及向哪家保险公司投保，保险人也可以选择是否承保及承保条件。强制意外伤害保险又称法定意外伤害保险，是指由国家机关通过颁布法律、法规强制施行的

意外伤害保险。凡属法律、法规所规定的强制施行范围内的人，必须投保，无选择余地。有的强制意外伤害保险还规定必须由哪家保险公司承保，则该保险公司也必须承保。

2. 1、1. 按保险危险划分

根据保险危险的不同，个人意外伤害保险可以分为普通意外伤害保险和特定意外伤害保险。普通意外伤害保险承保在保险期限内发生的各种可保意外伤害，而不是特别限定的某些意外伤害。实务中大多数意外伤害保险属于此类，比如个人人身意外伤害保险、团体人身意外伤害保险、学生团体平安保险等。特定意外伤害保险是承保特定时间、特定地点或特定原因发生的意外伤害的一类业务。比如例如，驾驶员意外伤害保险所承保的危险只限于在驾驶机动车辆中发生的意外伤害。

2. 按投保动因划分

根据投保动因的不同，个人意外伤害保险可以分为自愿意外伤害保险和强制意外伤害保险。自愿意外伤害保险的双方当事人自愿基础上通过平等协商订立合同，投保人可以选择是否投保以及向哪家保险公司投保，保险人也可以选择是否承保及承保条件。强制意外伤害保险又称法定意外伤害保险，是指由国家机关通过颁布法律、法规强制施行的意外伤害保险。凡属法律、法规所规定的强制施行范围内的人，必须投保，无选择余地。有的强制意外伤害保险还规定必须由哪家保险公司承保，则该保险公司也必须承保。

3. . 按保险期限划分

根据保险期限的不同，个人意外伤害保险可以分为一年期意外伤害保险、极短期意外伤害保险和多年期意外伤害保险。一年期意外伤害保险的保险期限为一年，在实务中，这样的产品占大部分，比如个人人身意外伤害保险、人身意外伤害综合保险和附加意外伤害保险等等。极短期意外伤害保险是保险期限不足一年、往往只有几天、几小时甚至更短的意外伤害保险。航空意外伤害保险、公路旅客意外伤害保险、旅游保险、游泳池人身意外伤害保险、索道游客意外伤害保险等均属此类产品。多年期意外伤害保险的保险期限超过一年，太平洋人寿保险股份有限公司开办的太平盛世·长顺安全保险就是一款多年期意外伤害保险，但这类产品一般不多。

4. . 按险种结构划分

根据险种结构的不同，个人意外伤害保险可以分为单纯意外伤害保险和附加意外伤害保险。单纯意外伤害保险是指一张保单所承保的保险责任仅限于意外伤害保险。保险公司目前开办的个人人身意外伤害保险、公路旅客意外伤害保险、驾驶员意外伤害保险等，均属单纯意外伤害保险。附加意外伤害保险包括两种情况：，一种是其他保险附加意外

伤害保险，另一种是意外伤害保险附加其他保险责任。

11.3.2 团体意外伤害保险

关闭内容

团体保险是指使用一份总保单向一个团体的多个成员提供人身保险保障的一类保险业务。团体意外伤害保险是以各种社会团体为投保人，以该团体的全部或大部分成员为被保险人，对被保险人因意外事故导致死亡、残疾或产生医疗费用的，保险人按合同约定给付保险金的意外伤害保险。

因为意外伤害保险的保险费率通常取决于被保险人的职业及其从事的活动，与被保险人的年龄、性别和健康状况关系不大，所以对于从事风险性质相同的工作的团体内众多成员而言，可以采用相同的保险费率。因此，相比保险费率主要依被保险人的年龄、性别和健康状况而定的人寿保险和健康保险而言，意外伤害保险最适合采用团体方式投保。在实务中，团体意外伤害保险业务确实占有相当大的比例。

团体意外伤害保险的保险期限一般为一年，期满可申请续保，保险费率根据投保单位的行业或工作性质来确定。由于是团体投保，能够有效降低逆选择和经营成本，通常团体意外伤害保险的费率要比个人意外伤害保险的费率低。

团体意外伤害保险的保险责任和给付方式等均与个人意外伤害保险相同，但保单效力方面有所不同。团体意外伤害保险中，被保险人一旦脱离投保的团体，保单效力对该被保险人即行终止，投保团体可以为该被保险人办理退保手续，而保单对其他被保险人仍然有效。

返回顶部

第 12 章 健康保险

12.1 健康保险概述

12.1.1 健康保险的定义

关闭内容

健康保险是以被保险人的身体健康为标的，对被保险人因疾病或意外伤害所发生的医疗费用，或因疾病或意外伤害而失能导致收入损失以及因年老、疾病或伤残需要长期或短期护理而产生的护理支出提供保障的保险。健康保险定义包含了三个基本要素：第一补偿被保险人因治疗疾病和伤害所发生的费用。第二补偿因疾病或伤害带来的财务损失。第三补偿因年老、疾病或伤残导致日常生活能力障碍需支出的护理费用。我国由国

家保监会颁布于 2006 年 9 月 1 日起施行的《健康保险管理办法》按照保险责任，将健康保险分为疾病保险、医疗保险、失能收入损失保险、护理保险等。疾病保险，是指以保险合同约定的疾病的发生为给付保险金条件的保险；医疗保险，是指以保险合同约定的医疗行为的发生为给付保险金条件，为被保险人接受诊疗期间的医疗费用提供保障的保险；失能收入损失保险，是指以因保险合同约定的疾病或意外伤害导致工作能力丧失为给付保险金条件，为被保险人在一定时期内收入减少或者中断提供保障的保险；护理保险，是指以因保险合同约定的日常生活能力障碍引发护理需要为给付保险金条件，为被保险人的护理支出提供保障的保险。

12.1.2 构成健康保险可保疾病的条件

[关闭内容](#)

因致病因素的繁杂，侵蚀人体健康的疾病很多，但并非所有疾病都属商业健康保险的可保疾病。构成健康保险可保疾病须符合以下要求。

(1) 必为明显非外来原因所致。健康保险的可保疾病的条件与意外伤害保险的条件即必须是外来的、突发的、不可预料的原因导致的伤害不同，必为身体内在的生理原因所致。虽然许多疾病是因饮食不洁、外感病菌、病毒而产生，但不能简单理解为外来因素。因为外来的病菌与病毒往往要在人体内部感染并逐渐酝酿方可形成疾病，表现为一个损伤与抗损伤的过程。因此，是否有明显外来的原因，是划分疾病和意外伤害的界限。

(2) 必为非先天性原因所致。健康保险仅对被保险人在保险合同效力存续期间由健康状态转入病态承担责任。由于先天原因（一般为遗传基因变异）所致身体发生的缺陷或形态的不正常，不能成为健康保险的承保范围。值得注意的是，健康保险只对投保后在保险合同效力存续期限内发生的疾病承担保险责任。因为保险转移的是具有不确定性、偶然性特点的风险。

(3) 必为非长存的自然常态原因所致。人的一生必然经历从生长、成年、衰老的过程，这一过程是与时间相关生理上长存的原因所致。机体进入衰老过程时显示一些病态，这是必然要经历的生理现象。不属于健康保险的保障范围。但是，在衰老的同时，诱发出其他疾病却是偶然的，需要健康保险来提供保障。

12.1.3 健康保险的特征

[关闭内容](#)

(1) 保险期限。健康保险的期限与人寿保险比较，除重大疾病保险外，绝大多数为一年期的短期合同。主要原因：一是医疗服务成本呈递增趋势；二是疾病发生率每年

变动较大，保险人很难计算出一个长期适用的保险费率，而人寿保险的合同期限多为长期合同，在整个缴费期间可以采用均衡的保险费率。

（2）精算技术。健康保险与其他人身保险，特别是人寿保险相比较，在产品的定价基础和准备金计算方面有较大的不同。人寿保险在制定费率时是依据人的生死概率、费用率、利息率来计算的，而健康保险计算费率是依据发病率、伤残率和疾病（伤残）持续时间等因素，并以保险金额损失率为基础，同时结合药品价格和医疗费用水平对费率进行调整。年末到期责任准备金一般按当年保费收入的一定比例提存。此外，健康保险合同中规定的等待期、免责期、免赔额、共保比例和给付方式、给付限额也会影响最终的费率。

（3）健康保险的给付。健康保险的给付依据保险合同中承保责任的不同，而分为补偿性给付和定额给付。费用型健康保险，即对被保险人因伤病所致的医疗花费或收入损失提供保险保障，属于补偿性给付，类似于财产保险。定额给付型健康保险，则与人寿和意外伤害保险在发生事故时依据保险合同事先约定的保险金额予以给付相同。

因为健康保险的特性，一些国家把健康保险和意外伤害保险列为第三领域，允许财产保险公司承保，我国也遵从国际惯例，放开短期健康保险和意外伤害保险的经营限制，财产保险公司也可以提供短期健康保险和意外伤害保险。

（4）经营风险的特殊性。健康保险经营的是伤病发生的风险与人寿和意外伤害保险相比较易发生逆选择和道德风险。因为，一方面健康保险各环节中的技术问题其结论往往不是唯一的。例如，被保险人的疾病可选择的合理的诊疗方法有多种，但其花费是不同的，有的相差甚远。另一方面，健康保险的构成环节较多，包括被保险人门诊、住院治疗、医生开药方出具有关证明和被保险人持单索赔，其中任一环节都可能发生道德风险。例如，小病大治，冒名顶替他人就诊，带病投保等。因此，为降低逆选择和道德风险，健康保险的核保要严格得多，对理赔工作的要求也高得多，同时也要求精算人员进行风险评估及做好计算保费时，不仅依据统计资料，还要获得医学知识方面的支持。此外，在医疗服务的数量和价格的决定方面保险人难以控制，也是健康保险的风险之一。

（5）成本分摊。在健康保险中，保险人对所承担的医疗保险金的给付责任往往带有很多限制或制约性条款，以此来分摊成本和降低经营风险。例如，住院医疗费用，采取分级累进制的报销方法；用药必须属于医保中心颁布的药品目录中的药品，并分等级按比例报销；医用材料与器械使用以国产标准价格报销等。

（6）合同条款的特殊性。健康保险除带有死亡给付责任的终身医疗保险之外，都是为被保险人提供医疗费用和残疾收入损失补偿，基本以被保险人的存在为条件，受益人与被

保险人为同一人，所以无须指定受益人。健康保险条款中，除适用一般寿险的不可抗辩条款、宽限期条款、不丧失价值条款等外，还采用一些特有条款，如体检条款、免赔额条款、等待期条款、既存状况条款、转换条款、协调给付条款等。此外，健康保险合同中有较多的医学方面的术语和名词定义，有关保险责任部分的条款也显得比较复杂。

（7）健康保险的除外责任。健康保险的除外责任主要有两方面：一是因为战争和军事行动造成的损失程度较高，且难以预测。在制定正常的健康保险费率时，不可能将战争和军事行动的伤害因素和医疗费用因素计算在内，故将其作为除外责任。另一方面，健康保险只承担偶然发生事故的风险，对故意自杀或企图自杀造成的疾病、死亡、残疾，不属健康保险的责任。

12.1.4 健康保险的作用

关闭内容

（1）对个人和家庭的作用。疾病风险对于个人和家庭是客观存在的，大多数人在自己或家人身患重病或遭遇严重身体伤害时，都无法独立承担全部医疗费用，也可能会因为疾病导致暂时或永久失能，减少或失去经济收入能力而面临严重经济困难。防止因疾病造成贫困的风险，健康保险就是转移这种风险最常用的方法。

（2）对企业和单位的作用。健康保险作为员工福利体系中的重要组成部分，其在维护企业和单位的正常生产，抵御疾病造成的减员给生产带来的影响中发挥日益重要的作用。特别是对于运用商业医疗保险来管控疾病风险的企业和单位，可以把不可控制的疾病风险转变为固定的保费支出，不仅便于成本核算，也减轻了企业的负担。此外，为企业重要员工提供健康保险对于增强企业凝聚力，留住人才，促进企业持续稳定发展具有重要意义。

（3）对国家和社会的作用。健康保险在不同医疗保障制度模式的国家中所起的作用是不同的。在以国家税收模式和社会医疗保险模式中，商业健康保险起到的是重要的补充作用。在以商业性健康保险作为国家的健康保险模式中，商业健康保险发挥的是主要作用。在我国，商业健康保险和社会医疗保险同为社会保障体系的重要组成部分，为全社会成员提供健康保障。

12.2 健康保险产品的类别

12.2.1 健康保险产品分类

关闭内容

健康保险产品的分类一直没有统一标准。根据我国目前各家保险公司健康保险业务情况分析，常用的分类方法有以下几种。

1. 按保障范围分类

根据保障范围的不同，健康保险产品可以分为疾病保险、医疗保险、失能收入损失保险和长期护理保险。

疾病保险是指以保险合同约定的疾病的发生为给付保险金条件的保险。

医疗保险是指以保险合同约定的医疗行为的发生为给付保险金条件，为被保险人接受诊疗期间的医疗费用支出提供保障的保险，医疗费用一般包括门诊费用、药费住院费用、护理费用、医院杂费、手术费用和各種检查费用。

失能收入损失保险是指以因保险合同约定的疾病或意外伤害导致工作能力丧失为给付保险金条件，为被保险人在一定时期内收入减少或者中断提供保障的保险，该保险的保险金通常采用按月支付固定津贴的方式给付。

长期护理保险是指以因保险合同约定的日常生活能力障碍引发护理需要为给付保险金条件，为被保险人的护理支出提供保障的保险、日常生活能力障碍产生的原因，一般是疾病、意外或者年老等。

2. 按承保对象分类

健康保险产品按承保对象的不同，可以分为个人健康保险和团体健康保险。个人健康保险是指以单个自然人为投保人的健康保险，团体健康保险是以团体或雇主为投保人，团体成员为被保险人的健康保险。

个人健康保险保单的投保人与被保险人通常为同一人，投保人对健康保险保单中包含的一些条款，如保险金额水平和续保规定有一定的选择权，保险人根据投保人的选择计算或调整保险费。个人健康保险一般需要借助大量的个人业务代理人员进行销售，承保时在订立可保标准、核保理赔和保费等方面都比团体健康保险要复杂。

团体健康保险是对一个主合同下的一群人提供保障，投保人可以是各类企业、政府机关、事业单位、各种社团以及雇主等。但不能是专为购买团体健康保险而组成的团体，团体健康保险中保障的对象是该投保团体的所属员工，有的产品还可以包括团体成员的家属和子女。团体健康保险的保费，既可以约定由各类团体或雇主独自缴纳，也可以由各类团体或雇主与团体员工共同缴纳。由于团体健康保险的销售和管理都较个人健康保险简单，因此，在同样的保障内容下，团体健康保险的管理成本要比个人健康保险的管理成本低。

3. 按给付方式分类

根据保险金给付方式可以将健康保险产品分为费用补偿型、津贴给付型、定额给付型和

提供服务型。费用补偿型是指被保险人因意外伤害或疾病导致医疗行为发生而产生的医疗费用支出，保险人按合同约定的方式和限额给予经济补偿的健康保险，是一种最为普遍的医疗保险给付方式。津贴给付型和定额给付型是指不考虑被保险人因意外伤害或疾病所发生的实际医疗费用，当被保险人被诊断患有保险合同约定疾病或因意外伤害和疾病导致医疗行为的发生，保险人按合同约定的金额或标准向被保险人一次或分期支付的健康保险。这种保险方式一般不需要提供医疗费用单据，而且与其他社会医疗保险的给付并不发生矛盾，对保险人来说也较好控制经营风险。提供服务型是指由合作健康保险组织的医院向被保险人提供医疗服务，由保险人向提供服务的医院或者医生支付费用和报酬的形式。

4. 按合同形式分类

健康保险按照合同形式可分为主险合同和附加险合同。主险合同是指可以独立出单，为因意外伤害或疾病造成的相关损失或产生的医疗费用提供保障的保险合同。附加险合同是指不能单独出单只能附属于主险合同的基础上，附加险可以扩展主合同的保险责任但合同效力随主险合同的消失而消失。

5. 按保险合同期限的长短分类

根据保险合同期限的长短可将健康保险分为短期健康险、长期健康险、终身健康险。短期健康险是指保险期限在一年以内（含一年）的保险产品；长期健康险是指保险合同期限在一年以上的保险产品；终身健康险是指保险期限以被保险人的生存期限为标准的保险产品。

健康保险的分类方法较多，尚无统一标准。这里只是介绍了几种较为常用的方法。在健康保险的实务中，大多采取的是以承保对象为分类方式，即以个人和团体划分为个人健康保险和团体健康保险为纲，以保险责任方式划分的健康保险类型为目，来分析和掌握各种不同类型的健康保险，即在个人健康保险范围或团体健康保险范围来划分个人健康保险的产品类型和团体健康保险产品类型。

12.2.2 健康保险的主要险种

[关闭内容](#)

1. 个人健康保险

个人健康保险主要包括医疗保险、疾病保险、失能收入损失保险和长期护理保险。

（1）医疗保险。医疗保险是医疗费用保险的简称，医疗费用是被保险人因意外伤害或疾病发生医疗行为而产生的费用支出，一般依照其医疗服务的特性来区分，主要包含门诊

费用、药费、住院费用、护理费用、医院杂费、手术费用、各种检查费用等。不同险种所包含的费用保障一般是其中的一项或若干项的组合。根据具体产品的不同，保障范围可以是限定为某一特定医疗服务方式的基本给付，也可以是包含各种意外伤害和各类重大疾病的所有医疗费用的综合给付。医疗费用保险通常为一年期或一年期以内的短期险。医疗保险的主要类型有以下几种：

1) 普通医疗保险。普通医疗保险给被保险人提供治疗疾病时所相关的一般性医疗费用，其主要包括门诊费用、医药费用、检查费用等。这种保险的保费成本较低，比较适合一般社会公众。由于保险人对医药费用和检查费用的支出控制较为困难，为了防范经营风险，这种保单一般制定了免赔额以及最高给付限额和比例给付条款。保险人支付免赔额以上部分的一定百分比，保险费则每年规定一次。每次疾病所发生的费用累计超过保险金额时，保险人不再负保险责任。

2) 住院医疗保险。住院医疗保险提供被保险人因疾病或意外伤害住院而支出的医疗费用。这种保单在目前市场上较为多见。住院医疗保险的费用项目主要是每天住院房间费用、住院期间治疗费用、利用医院设备费用、医药费用、手术费用等。为了防范道德风险，保险人在此类保险产品中规定每天住院费用额度和最长住院天数。并且分项规定给付比例和最高给付额。例如，人寿附加住院医疗保险条款规定：① 住院费按实际支出的 85% 给付保险金，最高给付为合同金额的 30%。② 药品费按实际支出的 75% 给付，最高给付为合同金额的 45%。③ 治疗费按实际支出的 80% 给付，最高给付为合同金额的 30%。④ 检查费按实际支出的 75% 给付，最高给付额为合同金额的 14%。⑤ 材料费按实际支出的 75% 给付，最高给付限额为合同金额的 5%。

3) 手术保险。这种保险提供因被保险人需做必要的手术而发生的费用。这种保单通常约定保险人承保的各项手术以及每项手术的最高给付金额。被保险人经医院诊断属于必须住院施行非器官移植手术者，保险人按合同约定给付手术医疗保险金。

4) 综合医疗保险。综合医疗保险是保险人为被保险人提供的一种全面的医疗费用保险，其费用包括医疗、住院、手术等一切费用。这种保险单的保费较高，一般确定一个较低的免赔额连同适当的分担比例。

在健康保险中最常用的条款有免赔额条款、比例给付条款、给付限额条款。

1) 免赔额条款。在健康保险中对一些金额较低的医疗费用，采用免赔额的规定，保险人按照合同条款只负责超过免赔额的部分医疗费用的报销。免赔额的计算方法有三种：一是针对每次赔款发生时采取单一固定的免赔额；二是全年免赔额按全年赔款总计，超过

一定数额后才赔付；三是集体免赔额。针对团体投保而言。规定了免赔额之后，小额的医疗费用由被保险人自负，大额的医疗费用由保险人承担。免赔额的规定可以促使被保险人加强对医疗费用的自我控制，避免不必要的浪费，同时也可减轻保险人在这些险种中防范道德风险的压力和工作量。

2) 比例给付条款。或称共保比例条款。所谓比例给付条款，是指保险人和被保险人共同按比例承担被保险人发生的医疗费用的保险条款。健康保险是以人的身体为保险标的，不存在是否足额投保问题。而且健康保险的风险不易被控制，具有经营风险较大的特点。为了控制医疗费用不合理增长，保险人在大多数健康保险合同中，对于医疗保险金的支出制定有按比例给付的条款，即对超过免赔额以上的医疗费用部分采用保险人和被保险人共同分摊的比例给付办法。比例给付，既可按某一固定比例（如保险人承担 70% 被保险人自负 30%）给付，也可按分级累进比例给付，即将实际医疗费用支出由低到高分若干等级，保险人承担的比例随级别的升高而递增。被保险人自负的比例则随级别的升高而递减。例如，人寿学生平安保险中住院医疗费用报销方式就是如此。该条款规定：住院医疗发生的实际费用在扣除 100 元以下免赔之后按下列方法给付：101~1 000 元给付 50%，1 001~5 000 元给付 60%，5 001~10 000 元给付 70%，10 001~30 000 元给付 80%。30 001~最高给付限额给付 90%，这样既有利于保障被保人的经济利益，解除后顾之忧，也利于保险人对医疗费用的控制。

3) 给付限额条款。所谓给付限额条款，是确定每次保险事故的给付金额条款。由于健康的危险大小差异很大，医疗费用支出的高低也相差很大，为了保障保险人和被保险人的利益，加强对健康保险的管理，保险人在制定医疗保险产品时，对保险金的支付订立最高给付限额条款，以控制总支出水平。此外，某些健康保险产品中，还制定有给付限期条款，确定每一次保险金给付的最长时期。

（2）疾病保险。疾病保险是指以保险合同约定的疾病为给付条件的保险。某些特殊的疾病往往给被保险人带来灾难性的费用支付。例如，恶性肿瘤、肾功能衰竭等。这些疾病的治疗会产生巨额医疗费用支出，要有效地转移这种风险通常要求这种疾病保险保单的保险金额比较大以满足其支付高额费用的需求。疾病保险的给付方式一般要求在确认为保险合同约定范围的疾病后，立即一次性支付合同约定的保险金额。

1) 疾病保险的特点。

① 疾病保险是一种独立的险种，即主险，保险人可以作单一产品的推销，投保人可任意选择该产品。② 疾病保险提供保障的疾病多为可能给被保险人的生命或生活带来重大影

响的病种，如脑中风、尿毒症等。而且保障水平较高，以求达到切实为被保险人提供保障的目的。③ 疾病保险条款一般都规定了一个等待期或观察期，等待期或观察期一般为180天（不同的国家规定可能不同），被保险人在等待期或观察期内因疾病而支出的医疗费用及收入损失，保险人概不承担保险责任，观察期或等待期期满后保险单才正式生效。④ 保险期限较长，疾病保险一般都是终身保险，被保险人一旦投保并按期缴纳保险费将获得终身保险保障。⑤ 疾病保险的保险费交付方式灵活多样，可以按年、半年、季、月分期交付，也可以一次交清，为了保证保单的效力，通常设有宽限期条款。

2) 重大疾病保险。所谓重大疾病保险，是指当被保险人患保单指定的重大疾病确诊后，保险人按合同约定定额支付保险金的保险。该险种保障的疾病有心肌梗塞、冠状动脉绕道术、癌症、脑中风，尿毒症、严重烧伤、突发性肝炎、瘫痪和主要器官移植手术、主动脉手术等，对于这些疾病的具体内容在保险合同中有详细的释义。因该险种保障程度高，需求量大，在我国较为流行，所覆盖的病种呈现增多的趋势。

① 重大疾病保险按保险期限划分，可以分为定期和终身两类。定期重大疾病保险为被保险人在固定的期间内提供保障，固定期间可以按被保险人的年龄（如保障75岁）确定或按年数（如20年）确定，定期重大疾病保险近年来发展较快，新的险种不断出现。例如，“两全”形态的重大疾病保险，即被保险人在保险期间内未患重大疾病且生存至保险期末也可获得保险金。另有扩大保障范围，增加高残和身故保险责任的重疾保险。终身重大疾病保险为被保险人提供终身的保障。终身保障有两种形式，一是为被保险人提供的重大疾病保障，直到被保险人身故；另一种是当被保险人生存至合同约定的极限年龄（如100周岁）时，保险人给付与重大疾病保险金额相等的保险金，保险合同终止。一般终身重大疾病保险产品都会含有身故保险责任，因风险较大费率相对比较高。

② 按给付形态划分。重大疾病保险按给付形态可划分为提前给付型、附加给付型、独立给付主险型、按比例给付型、回购式选择型五种。提前给付型重大疾病保险产品保险责任包含重大疾病死亡、高度残疾，保险总金额为死亡保额，其中包含重大疾病和死亡或高残保额两部分，如果被保险人患保单所列重大疾病，被保险人可以将一定死亡保额比例的重大疾病保险金提前领取，用于医疗或手术费用等开支，剩余部分在被保险人身故时由受益人领取。如果被保险人没有发生重大疾病，则全部作为身故保险金，由受益人领取。附加给付型重大疾病保险产品通常是以寿险为主险的附加险，保险责任也包含有重大疾病和高残两类。该型产品有确定的生存期间。生存期间是指被保险人身患合同约定范围内的重大疾病开始（正式确诊）至保险人确定的某一时刻止的一段时间，通常有

30 天、60 天、90 天、120 天不等。如果被保险人患重大疾病且在生存期内死亡，保险人给付死亡保险金。如果被保险人患重大疾病且存活超过生存期间，保险人给付重大疾病保险金，被保险人身故时再给付死亡保险金。该产品的优势在于死亡保障不仅始终存在而且不因重大疾病保障给付而减少死亡保险金。独立给付主险型重大疾病保险包含死亡和重大疾病的保险责任，而且其责任是完全独立的，并且二者有独立的保额。如果被保险人患重大疾病保险人给付重大疾病保险金，死亡保险金为零，保险合同终止，如果被保险未患重大疾病，则给付死亡保险金。此型产品较易定价，只需考虑重大疾病的发生率和死亡率。但对重大疾病的描述要求严格。按比例给付型重大疾病保险是针对重大疾病的种类而设计，主要是考虑某一种重大疾病的发生率、死亡率、治疗费用等因素，来确定在重大疾病保险总金额中的给付比例。当被保险人患有某一种重大疾病时按合同约定的比例给付，其死亡保障不变，该型保险也可以用于以上诸型产品之中。回购式选择型重大疾病保险产品，目前我国尚属空白。该型产品是针对提前给付型产品存在的因领取重大疾病保险金而导致死亡保障降低的不足而设计的，其规定保险人给付重大疾病保险金后，若被保险人在某一特定时间仍存活，可以按照某些固定费率买回原保额的一定比例（如 25%）使死亡保障有所增加，如果被保险人再经过一定时期仍存活，可再次买回原保险总额的一定比例，最终使死亡保障达到购买之初的保额。回购式选择带来的逆选择是显而易见的，作为曾经患过重大疾病的被保险人要按照原有的费率购买死亡保险也有失公平。因此对于“回购”的前提或条件的设计至关重要，是防范经营风险的关键。

（3）失能收入损失保险。失能收入损失保险，又称收入保障保险，是指当被保险人由于意外伤害或疾病导致残疾，丧失劳动能力不能工作以致失去收入或减少收入时，由保险人在一定期限内分期给付保险金的一种健康保险。其主要目的是为被保险人因丧失工作能力，导致收入减少或丧失提供经济上的保障，但不承担被保险人因疾病或意外伤害所发生的医疗费用。

1) 失能收入损失保险概述。失能是指丧失劳动能力或参加工作能力。保险人将失能分为二类，一类是完全失能，是指不能从事任何报酬性工作；另一类为部分失能，是以被保险人员原来从事的职业作为衡量标准；被保险人不能从事与其教育、训练及经验相关的职业，但可以从事其他职业以获取报酬。例如，外科医生由于手部受伤，不能灵活运动，不能再做外科手术，但也可以做一般的医疗服务则被视为部分失能。如果一个人因残疾或意外伤害事故所致而不能参加工作，那么他就会失去原来的工资收入。这种收入的损

失数额可能是全部的，也可能是部分的，其时间可能较长，也可能较短。但不管怎样，都会给当事人造成经济上的困难。健康保险化解这一困难的就是失能收入损失保险。收入损失保险一般可分为两种：一种是补偿因疾病造成残废而导致的收入损失；一种是补偿因意外伤害而致残的收入损失。保险实际工作中，因疾病致残的更为多见。

① 失能收入损失保险给付方式。给付方式应该考虑两个因素，一是给付金额，要能达到保障被保险人失能后能保持正常生活的目的；二是要有利于提高被保险人残疾后重返工作岗位获取报酬的积极性，有利于防止故意延长残疾失能期间和为骗保而自残的行为。因此，保险人在确定最高保险金限额时，要准确了解被保险人的收入状况，例如，税前的正常劳动收入；非劳动收入，如股利与利息，被保险人残疾期间后续获取的收入；残疾期间的其他收入来源，如团体残疾收入保险和政府残疾收入计划所提供的保险金；目前适用的所得税率。因被保险人的正常收入属于应税收入，而个人保险单所提供的残疾收入保险金不属于应税收入。一般来说，保险人在了解被保险人的收入状况的基础上，对低收入者每月所偿付的保险金一般不得高于原收入的 85%，此比例随原收入的升高而降低，可能为 65%或更少。这样做既可以满足被保险人正常生活需要，又可以促进被保险人重返工作岗位。收入损失保险，在保险金给付的具体操作时，一般是按月或按周进行，主要是根据被保险人的选择而定。一旦确定，被保险人就能如期获得保险人给付的额度一致的保险金。

② 失能收入损失保险的给付期限。给付期限是指收入损失保险保单支付保险金的最长时间。根据给付期限的长短，有长期失能和短期失能两种形态。短期失能收入损失的保险是为了补偿在身体恢复前不能工作的收入损失；而长期失能收入损失保险则是规定较长的给付期限，补偿全部残废而不能恢复工作的被保险人的收入。失能收入损失保险的给付期限，不论生病致残还是意外伤害致残都是相同的。一般给付期限有：从 13 周、26 周、52 周，到 2 年、5 年或给付至 65 岁，如果全残始于 55 岁、60 岁或 65 岁，可提供终身给付。多数失能为短期失能。约 98%的失能者在一年里或 6 个月内可恢复；若恢复期超过 12 个月，恢复工作能力的几率锐减，尤其年老者，对此更宜于选择较长的保险给付期间。

③ 失能收入损失保险的免责期。又称等待期或推迟期。它是指在残疾失能后无保险金可领取的一段时间，在此期间内保险人依据合同约定不承担保险金给付责任。其与医疗费用保险中的免责期相类似。免责期的设定目的在于排除一些不连续的疾病或受伤导致的短暂的失能；也可以通过对免责期内短期残废的给付的取消而减少保险成本。同时，被

保险人在短时间的失能之后，还可以维持一段正常生活，因此，不会给被保险人造成过重的经济负担。各家保险公司推出的失能收入损失保险产品规定的免责期并不相同，有30天、60天、90天、180天或者一年等，越长的免责期保费越便宜。此外，免责期间允许中断，如被保险人在短暂恢复后（一般定为6个月以内）再度失能。可将两段失能期间合并计为免费期。

2) 残疾的定义。残疾是指由于疾病或伤害等原因在人体上遗留下影响正常生活和工作能力的固定症状。通常导致残疾的原因有先天性的残障、后天疾病遗留、意外伤害遗留。失能收入损失保险对先天性的残疾不给付保险金并规定只有满足保单载明的全残定义时，才可以给付保险金。在失能收入损失保险中，各公司的保单关于残疾的定义有很多方式，这里只讨论完全残疾和部分残疾的定义。

① 完全残废。亦可称完全失能，是指永久性丧失全部劳动能力，不能从事任何职业的工作（原职业的工作或新职业工作）以获得工资收入。关于永久丧失劳动能力的定义，不同的行业，不同的学科领域，解释有许多不同，商业保险中关于全残定义常见的有以下几种。

第1种，全残，亦称通用完全失能。大多数失能收入损失保险保单对全残（完全失能）的规定都有一定的弹性，一般分为两个阶段：完全致残初期和完全致残（失能）2~5年后（我国通常规定为2年）。在致残初期（失能初期），如果被保险人不能完成其惯常职业的基本任务，则可以认定为全残或完全丧失工作能力，被保险人可以按规定获取保险金；在致残（失能）2~5年后，被保险人仍不能完成任何与之受教育、训练或经验相当的职业任务，才可认定为全残（完全失能），并继续领取残疾收入直至保单规定的给付期。这种定义可能导致被保险人自愿重返任何一种有收入的职业后就不能再领取全残保险金。

第2种，绝对全残，亦称完全失能，是指该残疾（失能）使得被保险人不能从事任何职业。在过去的失能保险单中全残被定义为绝对全残。现在大多数保险公司不再采用这种苛刻的定义。

第3种，原职业全残，亦称原职业完全失能。在我国称为专门职业能力丧失。这类保险保单规定，如果被保险人因伤残不能完成原职业的基本任务时，就可以认为完全失能或全残，即可以领取约定的保险金，无须考虑他是否还可以从事其他有收入的职业。保险公司在签发这类保单时进一步放宽了对从事某些特殊职业者（如钢琴师、医师、律师、等）全残（完全失能）的限制，扩大了保险范围。

第4种，收入损失全残，亦称收入损失失能。1972年美国和加拿大开发一种特殊失能收入保险，称为收入保障保险。这种保险对完全失能（全残）的定义为：如果被保险人由于失能而遭到收入损失，那么它就可以认定为收入损失失能（收入损失全残）。这种保单在两种情况下提供失能（残疾）收入：一是被保险人因全残而丧失工作能力；二是被保险人尚能工作，但因为伤残而致使其收入降低。一般这种保单规定了被保险人完全丧失工作能力时所能领取的最高限额和因残疾失能而遭受收入损失的确定方法。

第5种，推定全残，亦称推定完全失能。在某些情况下，被保险人患病或遭受意外伤害，最终是否完全失能在短期内难以判定，为此，保险公司往往在保险条款中规定一个定残期限，如180天。如果某被保险人发生了保单规定的伤残情况，而且在定残期限届满时尚无明显的好转征兆，将自动认定为完全失能。例如，某被保险人遭车祸入院，诊断为双目失明，180天后双眼视力没有好转，则可推定为全残完全失能，受益人（被保险人）可以一次性领取全额全残失能收入保险金，即使该被保险人眼睛复明，恢复了原职业也不例外。

第6种，列举式全残，亦称列举式完全失能。有的保险公司在保单中列举出被保险人可以被认定为“全残”的情况，只要被保险人因疾病或意外伤害导致出现与列举“全残”情况中某项相同的伤残时，就可以被认定为“全残”或“完全失能”。列举“全残”的情况有：双目永久完全失明；两上肢腕关节以上或两下肢踝关节以上缺失的；一上肢腕关节以上及一下肢踝关节以上缺失的；一目永久失明及一下肢踝关节以上缺失的；四肢关节机能永久完全丧失的；中枢神经系统机能或胸、腹腰部脏器机能极度障碍，终身不能从事任何工作，为维持生命必要的日常生活活动，全需他人扶助的。

② 部分残废。部分残废是指部分丧失劳动能力，即被保险人不能完成其原有职业的某些工作或全日从事其职业的伤残。这意味着被保险人还能进行一些有收入的，但比原来职业收入要低的职业。针对这种情况，许多保险公司提供部分失能收入损失保险，该保险单中规定，当被保险人部分伤残时，可在约定期间内领取失能收入保险金。通常该保险金是一个约定金额，是完全失能收入损失保险的一个固定比例，也可以应用保单中所规定的公式。按被保险人部分伤残导致收入损失的程度，确定给付保险金。计算公式如下：
$$\text{部分死亡给付} = \text{全残给付} \times (\text{残疾前的收入} - \text{残疾后收入}) / \text{残疾前的收入}。$$

③ 其他给付类型。失能收入损失保险是对被保险人的收入损失进行有效补偿，通常因条件不同而具有不同类型。例如，通货膨胀条款或生活费用调整给付。对于一个永久失能者来说，保险金的支付是长期性的，在一个比较长的时期内，通货膨胀发生的几率较大，

为防止被保险人因物价上涨带来生活困难，许多保险公司的保单中含有通货膨胀条款，即规定保险金额可随通货膨胀率和物价指数的变化而进行调整。也有的保单规定，被保险人在住院期间由于医疗费用高，引发生活困难，保险人可以支付一笔较大数额的补偿。此外，许多条款还规定如果被保险人通过其他渠道得到一定的收入补偿，保险人在支付保险金时，将扣除被保险人这部分已获得的收入只负责支付其余部分。因此，收入损失保险是一种损失补偿保险。

（4）长期护理保险。长期护理保险是为因年老、疾病或伤残而需要长期照顾的被保险人提供护理服务费用补偿的健康保险。该保险在我国还没有上市的产品。但在国外是比较流行的成熟健康保险产品。

1) 长期护理保险的保障范围。长期护理保险提供的保障分为四个等级，即医护人员护理、中度安养护理、照顾式的护理、家中护理。但在早期的长期护理保险产品不包括家中护理。

① 医护人员护理。属于在安养中的最高程度者，是在医师嘱咐下的 24 小时护理，由有执照的护士或护理人员担任，或由治疗医师提供康复治疗。与住院相比，选择医护人员看护较为便宜。

② 中度安养护理。其护理程度与医护人员护理相似，不同点在于被保险人不需要接受 24 小时的护理，也不需要专业医务人员全日看护，即为一种非连续性的医护人员看护。

③ 照顾式的护理。为最基本的安养护理。通常不含医疗性质，只是给被保险人在日常生活起居上予以照顾，护理人员不需要经过专业训练。是否需要照顾式护理由医生决定，护士来监督执行。

④ 家中护理。是指护士或治疗师到病人家中做医疗照顾或治疗，佣人提供家政服务或外出看病购药等服务。愈来愈多的长期护理保险单提供了家中护理的保障。因为家中护理比在看护机构价格要便宜，生活要方便，所以深受老年人欢迎。此类保单每天的最大限额为看护机构护理最大限额的 50%。

2) 长期护理保险给付条件标准。典型长期护理保单对保险金的支付条件都制定了相关标准，一般有：

① 日常活动能力失败。日常活动指人们日常生活所必须从事的活动，包括吃、沐浴、穿衣、如厕、移动等五项。被保险人不能完成此五项中两项活动，即可获得长期护理保险的保险金。

② 认知能力障碍。在生活中我们经常见到，有些因认知能力障碍常常需要长期护理的人，却能执行某些日常活动，如果按日常活动能力失败的标准要求，这些人不能获得护理保险金。为了解决这一矛盾，更客观地确定保险金给付条件，保险公司增加了认知能力障碍作为保险金给付标准，如果被保险人被诊断为某些方面有认知能力障碍，如患老年痴呆症、阿基米德病及其他精神疾患等他就可以得到保险金。

3) 长期护理保险条款的特点。

① 给付时间限制。长期护理保险单一般都规定有保险金给付时间限制，给付期限有一年、数年和终身等几种不同的选择。同时规定有 20 天、30 天、60 天、90 天、100 天等多种免责期。例如，选择了 60 天免责期，即被保险人从开始接受承保范围内的护理之日起，前 60 天不属于保障范围，保险人不负责给付保险金。如果被保险人因为前次相同原因重新需要长期护理时，一般保险人不再适用免责条款。实际执行中，查清导致被保险人重新需要长期护理的原因是关键问题。

② 给付水平限制。保险公司一般在保险条款中列出日常活动表，如饮食、如厕、沐浴、穿衣等，采用梯结构计算给付数额。例如，所有日常活动失败者给付 100% 的保险金，3~5 项日常活动失败者给付 50% 的保险金等。

③ 既往症限制。既往症是在保单生效以前就已存在的伤病。大多数长期护理保单对既往症有所限制，常见的限制期有 6 个月，也有 1 年或 2 年的。也存在不设既往症限制的保单。

④ 豁免保费保障。保险人开始履行保险金给付责任的 60 天、90 天或 180 天起免除投保人（被保险人）缴纳保险费责任。

⑤ 保证续保。所有长期护理保险保单都有保证续保条款，有的保证续保到一定年龄，如 79 岁，有的甚至保证续保到终身，即直到死亡。保险人在续保或更新保单时可以调整或提高保险费率，但不得针对具体的某个人，必须一视同仁地对待同样风险情况下的所有被保险人。

⑥ 现金价值条款。长期护理保险制定有现金价值条款，当被保险人撤销已缴纳多年保费的现存保单时，保险人会将保单积累的现金价值退还给投保人。

2. 团体健康保险

团体健康保险的保险产品较多，是各家保险公司重点经营的项目，其中主要产品有团体（基本）医疗费用保险、团体补充医疗保险、团体特种医疗费用保险、团体丧失工作能力收入损失保险。

（1）团体（基本）医疗费用保险。这种团体健康保险的保险责任是，在保险责任期内被保险人因疾病而住院治疗时发生的住院费用、治疗费用、医生出诊费用以及透视费用和化验费用等，由保险人按合同约定支付保险金。其中，住院费用的给付，是以住院天数乘以每日住院给付金额进行计算，保单对每日住院给付金额和每次住院天数都做出了规定。超出规定标准的住院费用由被保险人承担。每日住院给付金额和每次住院天数也可以由保险人与投保团体或雇主在条款的基础上协商通过合同（协议）方式签订。治疗费

用的给付一般采用两种确定方法：一是列表法，即在合同附件中详细列明各项治疗费用限额，如药品费、注射费、手术费、医用材料费等，并确定每项的保险金额。在保险实务中，保险人可根据合同团体的需要或员工所能承担的范围，将此费用金额乘上某一系数，以调整其限额。保险人按此确定的限额给付保险金，或代为支付治疗费用。二是根据合理习惯（通常考虑该团体人群或该地区人群的主要病种及发病率、平均费用额度、年龄结构和性别等因素）确定每次住院治疗的费用，无须分项列明。被保险人因疾病发生医疗费用时，保险人在规定额度内给付保险金。医生出诊费用以及透视费用和化验费用，则通常在保险合同中予以明确规定。值得注意的是，团体医疗费用通常不承担门诊医疗费用。在各项医疗费用报销中，通常要求按照国家基本医疗保险的相关文件规定执行。例如，要求按当地省级社会统筹医疗保险基金管理中心颁布的医疗费用报销标准以及用药目录确定给付金额。超出报销标准或不在用药目录中的用药保险人不予报销或减额报销。

（2）团体补充医疗保险。团体补充医疗保险是针对企业，团体员工患重病、大病，医疗费用负担沉重的情况，专门开发的高额医疗保险。因此，亦称团体高额医疗保险。由于基本医疗保险，在药品、器材、假肢、假牙、血或血浆、诊断服务、预防性药物、门诊治疗、护理及其他很多费用的承保和费用报销方面有许多限制，如最高给付金额、最高给付比例、最高住院时间、每次住院报销金额等。这些限制给员工造成了较大的经济负担，特别是患重病大病的高额医疗费用的负担。这就给团体补充医疗保险这种以排除基本医疗保险的诸多限制为主要目的团体健康保险有较大的施展空间。团体补充医疗保险通常由团体或雇主与保险人共同协商医疗费用的限额。保险人在协商过程中通常是各地基本医疗保险的支付限额以及医疗消费的整体水平来确定不同的支付线和保险金额。并根据各地医疗数据，科学测算相应缴费标准。保险人为了规避费用过高的风险，在签订团体补充医疗保险合同中，还常常附加有免责条款及共保条款。

（3）团体特种医疗费用保险。团体特种医疗费用保险主要包括团体长期护理保险、团体牙科保险、团体眼科保健保险等。

团体长期护理保险是以团体或雇主为投保人，以团体下属员工（包括退休员工）及其眷属、年长的家庭成员为被保险人，承担被保险人的长期护理服务费用，保障他们退休后的财产或生活的一种团体保险。该保险的保险责任保障范围及保险金给付方式和个人长期护理保险的基本相同。

团体牙科保险是以团体或团体雇主为投保人，以团体下属员工为被保险人，为员工所需

要的一些牙科服务（包括预防性护理、定期口腔检查、清洗和早期诊断）和治疗提供保障的一种团体健康保险。在很多国家，因牙病的医疗费用要比其他疾病更高，而且牙病的发病率较高，所以牙科保险得到了较快的发展，在我国尚属新鲜事不多见，一般在基本医疗费用保险中有所涉及，但补牙、嵌牙、洗牙等属免除责任。

（4）团体丧失工作能力收入损失保险。团体丧失工作能力收入损失保险，是以团体或雇主为投保人，以团体下属员工为被保险人，由保险人承担补偿被保险人遭遇意外伤害或疾病而丧失工作能力并因此而造成收入损失的责任的团体保险。该保险保单在给付金额、给付期限、给付方式方面都有明确规定。一般情况下给付金额的高低与被保险人的正常收入呈一定比例，最高给付金额不会超过被保险人的正常收入；给付期限是从保险合同约定的缺职期之后开始，到合同的最高期间或被保险人的极限年龄；给付方式以合同约定可按月给付保险金。

实务经营中，根据最高给付期限将团体丧失工作能力收入损失保险分为长期和短期两类。一年期以上的为长期团体丧失工作能力收入损失保险。六个月以内或一年以内的为短期团体丧失工作能力收入损失保险。大多数的团体丧失工作能力收入损失保险为不超过六个月的最高给付期间的短期保险合同。

12.3 健康保险的常用条款

12.3.1 个人健康保险的常用条款

[关闭内容](#)

1. 续保条款

续保是保险合同约定的期限已到期，保险人和投保人就原合同进行协商确定是否继续承保或不承保以及有条件承保的过程。一般情况下，保险人在制定保险条款时将续保与否的条件写进了保险条款之中，即续保条款。个人健康保险续保条款描述了两个方面的内容：一是保险人有权拒绝续保或者有权解除健康保险单的环境因素或条件；二是保险人增加健康保险单的保险费的权利。这说明保险人可以根据被保险人的危险程度或某些导致危险增加的因素和条件出现，在保单到期后有采取拒保或加费承保的权利。当然对于原保单有保证续保条款规定的一般应该允许投保人继续投保。根据保险单所包含的续保条款内容。可将个人医疗费用保险和个人收入保障保险分为保证续保个人健康保险保单、不可撤销个人健康保险保单以及有条件续保个人健康保险单等。

2. 宽限期条款

个人健康保险的宽限期条款是指缴付首期保险费以后允许保单所有人有一个宽限期（如

30 天、60 天）缴付逾期保险费，并不计收利息。在宽限期内，保险合同仍然有效，如果发生健康保险事故，保险人仍需承担合同约定的保险责任，但保险人可以从应支付的保险金中扣除逾期保险费及利息。超过宽限期，仍未缴纳保险费，保险合同即告失效。规定宽限期条款的目的是避免保险合同非故意失效，保全保险人的业务。

3. 复效条款

复效条款是指投保人在由于未缴纳保险费停效以后一段时间通常为两年内，有权申请并与保险人达成复效协议，保险人恢复保险单效力的一种条款。投保人要使得保险人恢复合同效力，一般须符合以下条件：① 投保人必须提出复效申请，并提出使保险人感到满意的可保性证据；② 必须补缴拖欠的保险费及利息；③ 必须归还保险单所质押贷款；④ 不曾退保或把保险单换为定期寿险。健康保险单的复效是对合同法律效力的恢复，不改变合同的各项权利和义务。

一般来说，保单所有人申请复效比重新购买一份新的保险单更为有利，因为：① 被保险人年龄增大，新保单的费率一般比旧保单高；② 新保单要二年后才能有现金价值；③ 购买新保单的各项手续较为复杂。因此，投保人或被投保人在保险保障相同的情况下，都会选择复效来重新获得保险保障。值得注意的是，健康保险单的复效是以保险人接受欠缴保费为标准。如果保险人在收到复效申请一段时间后，没有完成对复效申请的评价或者投保人没有提出复效申请，但保险人接受了该保单投保人欠缴的保险费，则该保单仍可被认作自动复效。

4. 等待期或观察期或事先存在条件条款

等待期或观察期条款是健康保险单签发后一段时期后，即保险人对被保险人提供健康保险保障一段时间后，保险人才对被保险人事先存在的条件履行保险赔付责任。保险合同生效到履行赔付责任这段时间为等待期或观察期。事先存在的条件在个人健康保险中通常被定义为发生的伤残，或者第一次出现的疾病，或者保单签约前且并未在保险单中给予披露的事件等，如果保险人对被保险人已经披露的条件（如实告知的情况）不予排除（免责处理），那么这个条件将得到保险人的保障。健康保险设置等待期或观察期的目的是防止被保险人可能发生的逆选择。健康保险的等待期或观察期，在不同的国家，不同的保险产品中规定是不同的，等待期或观察期内保险人是否有权否定或排除保险责任，取决于事先存在的条件的保障。

5. 不可抗辩条款

不可抗辩条款又称不可争议条款。其含义是指从保单生效之日起满两年后，保险人不能

以投保人或被保险人在投保时的故意隐瞒、过失、遗漏或不实说明为由来否定合同的有效性。不可抗辩条款是为了保护受益人、被保险人的权益而做出的规定。如果被保险人已经死亡，受益人很难对保险人提出的争议进行解释。如果没有不可抗辩条款的规定，受益人很难得到保险人给付的保险金。当然，对不可抗辩条款的适用性也规定了一些例外情况，即保单满两年后，保险人仍可拒付保险金的情况。例如，受益人有谋害被保险人的意图取得保险单的；由他人代被保险人进行体检的；在取得保单时不存在可保利益的。保险人都可不承担保险责任。不可抗辩条款，虽然在世界上被绝大多数国家所采用，但在我国的《保险法》中对此没有明确的规定。只是在投保人和保险人签订保险合同时，如果没有履行如实告知义务而产生的后果，如何处理方面做出了规定。例如，投保人故意或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提高费率的，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。投保人因过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对于保险合同解除前的保险事故，不承担赔偿或者给付保险金的责任，但可以退还保险费。在保险实务中，保险人是否承担保险金的给付责任，关键在于对未如实告知的内容是否对保险事故，即保险合同约定的保险责任范围的事由有严重影响做出评价。如果投保人的未告知不足以影响保险人的承保，同时对保险事故的发生没有严重影响，保险人应该履行保险合同规定的责任，给付保险金。

6. 索赔条款

个人健康保险中的索赔条款，是对保险人和被保险人分别对赔付支出的时间限制和对保险人通知损失与提出索赔时间限制的规定。例如，被保险人的损失发生后，必须在规定的时间内，如 30 天，用书面的形式向承保保险公司报告损失的发生和索赔要求；在规定的时间内，如 60 天，向保险公司提供损失证明（如疾病诊断证明，医疗费用清单）等。保险公司在收到损失证明后，也必须在规定的时间内，对被保险人进行损失赔付。

12.3.2 团体健康保险的常用条款

[关闭内容](#)

1. 转化条款

转化条款是指当团体中的被保险人不再成为这个团体的成员或被保险人时，保险人将给予这个或这些被保险人一定的权利，购买个人医疗费用保险而不要求被保险人的可保性证明。该条款主要在医疗费用型保险中使用。保险人在运用这一条款时，即团体的被保

险人将团体健康保险转化为个人健康保险时，给予被保险人的权利是有限的，当被保险人得到的个人医疗费用保险，加上在团体医疗费用保险中得到的保险保障之和过多时，保险人可以拒签个人医疗费用保险。一般来说，个人健康保险的保费要高于团体健康保险的保费。个人健康保险的核保理赔比团体健康保险的核保理赔的限制更多。医疗费用保险中是否规定转化条款，视不同国家或法律规定而定。

2. 等待期或观察期或事先存在条件条款

团体健康保险的等待期或事先存在条件条款的定义与个人健康保险的等待期或事先存在条件条款的定义是相同的，目的也是防止被保险人的逆选择或道德风险。但在对事先存在的条件的规定上两者不完全相同。有的国家规定团体健康保险中事先存在条件，是指被保险人的健康保险生效前 3 个月内接受医生治疗的条件。

3. 调整保险金条款

调整保险金条款是指被保险人当受到不止一个团体健康保险单保障时，通过调整被保险人获得的保险金，使得被保险人获得的保险金不超过其实际发生损失的有关规定。这个条款多在医疗费用保险中应用。具体的调整保险金的方法在不同的国家和不同的医疗费用保险中有所不同。美国通常使用顺序赔付方式，即规定保险金的第一赔付人、第二赔付人等。例如，被保险人 G，分别受到了 A 和 B 两个团体健康保险的保障，A 的保险金额为 5 万元，B 的保险金额为 6 万元。这两个团体健康保险条款中都包含有调整保险金额的条款。当被保险 G 发生了保险责任事故产生医疗费用 8 万元，若 A 团体保单为第一赔付人则是按规定应当全额给付 5 万元保险金给被保险人 G，剩余 3 万元由第二赔付人 B 按规定给付。很显然，调整保险金条款的主要目的就是防止被保险人从多个健康保险单中获得超过他实际遭受损失的额外利益。在我国，一般采取的是按比例分割赔付的方法，即对被保险人发生的实际医疗费用，在剔除不合理费用之后的费用额乘上多个团体健康保险保单保险金之和与其中一个团体健康保险保单金额之比，来划分各团体保单应给付的保险金额。以上例说明，A 和 B 两个团体保单各自应支付的保险金计算如下：

A 支付金额 = $8 \times A / (A+B) = 8 \times 5/11 = 3.64$ (万元)

B 支付金额 = $8 \times B / (A+B) = 8 \times 6/11 = 4.36$ (万元)

在不考虑剔除不合理医疗费用的前提下，A 团体保单应支付 3.64 万元保险金，B 团体保单应支付 4.36 万元保险金。

[返回顶部](#)

13.1 保险公司的投保业务管理

13.1.1 保险公司的投保服务

关闭内容

保险公司的经营管理是从投保人的投保管理开始的。投保，也称购买保险，投保人通过购买保险与保险公司建立保险合同关系。保险公司通过提供保险服务使投保人的保障需求得到满足。保险公司提供的服务有以下几种。

1. 分析风险和确定保险需求

不同的风险需要有不同的保险计划。保险人要指导投保人分析自身所面临的风险，进而，投保人可以确定自己的保险需求，应购买哪些合适的险种来应对这些风险。

对生产经营和个人健康将会产生严重威胁的风险，属于必保风险。一般来说，投保人确定保险需求的首要原则是“高额损失原则”，即对发生频率虽然不高，但造成的损失严重的风险，应优先投保。

2. 估算投保费用

对于投保人来说，确定保险需求后，还需要考虑自己究竟能拿出多少资金来投保。资金充裕的投保人，可以投保保额较高、保障较全的险种；资金不足的投保人，可以先为必须保险的风险投保；资金紧张的投保人，可购买保险金额可以修订的险种。

3. 制定具体的保险计划

保险人替投保人安排保险计划时，确定的内容应包括保险标的情况、投保风险责任的范围、保险金额的多寡、保险费率的高低、保险期限的长短等。在制定保险计划时，应处理好以下几个问题。

（1）综合投保与单项投保。综合保单的费率比各个单项保单费率的总和要优惠很多，有利于投保人用较少的资金获得最佳的保障。同时，综合保单可以避免各个单项保单之间可能出现的遗漏，使保障更全面。如果投保人需要保障的项目较多，且资金也充裕，保险人应当尽量为其安排综合性保单。

（2）保障与收益。对于偏重收益的投保人，保险人要提醒投保人，买保险不是为了赚钱，而是为了获得保障。如果投保人一味追求高收益，就会削弱保险的保障功能，使自己在一些关键方面失去必要的保障。

（3）保额与免赔额。在财产保险中，为了加强投保人对所投保财产的管理，保险人通常都规定有免赔额。保险人与投保人协商确定保险金额时，应提醒他在尽可能的范围内，根据财产的实际价值选择保险金额的额度。如果保险金额过低，投保人在出险时就得不

到充分的赔偿；如果保险金额过高，投保人应承担过多的保险费。投保人可以通过接受免赔额的规定来减少保险费的支出。

13.1.2 投保人的投保选择

[关闭内容](#)

1. 选择保险中介人

保险中介人包括保险代理人 and 保险经纪人。投保人在选择保险中介人时，必须了解他们的工作种类、工作性质以及资格限定等信息。一个好的保险中介人应该具有丰富的专业知识和较高的道德标准；把委托人的利益放在首位；能够清楚准确地传递信息，从而帮助投保人理解自己所需要的保险合同的含义。

2. 选择保险公司

投保人在投保之后，在整个保险期间都与该保险公司有着密切的关系。因此，投保人在选择保险公司时，应注意以下标准。

(1) 保险公司提供的险种与价格。投保人选择保险价格时要注意选择公正的价格而不是最低的价格。选择公正价格的方法之一，就是对各家公司相同险种的费率进行比较，在比较费率时应注意两种情况：一是费率较高的保险公司，其保单具有特殊优点，或有着不同于其他公司的优越之处；二是费率较低的保险公司，可能免责规定过多，或在续保时加上一些限制性保险条款，等等。

(2) 保险公司的偿付能力和经营状况。考察保险公司偿付能力的方法有两种：一是保险监管部门或评级机构对保险公司的评定结果；二是保险公司的年终报表。

保险公司的经营状况与公司的利润率有着密切的联系。保险公司的利润来源于两个部分：一是承保利润，二是投资利润。一般来说，利润高的保险公司，其经营的稳定性较好。对于投保人来说，向利润高的保险公司投保，可能获得更优惠或更宽松的保险条件。

(3) 保险公司提供的服务。各家保险公司所推出的保险单是极其相似的，但提供的服务却不尽相同。保险公司服务最重要的方面，就是发生保险事故时，能否对保险索赔尽快地做出处理或赔偿。因此，投保人在选择时要充分考虑这一因素。

13.2 保险公司的承保业务管理

13.2.1 承保工作的基本程序

[关闭内容](#)

承保指保险人接受投保人的申请并与之签订保险合同的全过程。严格意义上讲，从一项保险业务的接洽、协商、投保、审核、配证、收费、建卡都属于承保工作。保险公司的承保程序包括制定承保方案，获取和评价承保信息，审核验险，做出承保决策，缮

制保单等步骤。

1. 制定承保方案

保险公司设有专职的承保部门，制定与公司目标相一致的承保方案和编制承保手册。承保手册具体规定承保的险种，展业的地区，所使用的保单和费率厘定计划，以及可以接受的、难以确定的和拒保的业务，保险金额，需要上一级承保人批准的业务等。承保手册能帮助承保人做出最优承保决策。

2. 审核验险

（1）审核。审核是指保险人收到投保单后，对其进行的审定和核实。审核投保单的内容包括保险标的、存放地址、运输工具行驶区域、保险期限、投保明细表、对特殊要求的申请等。

（2）验险。验险是对保险标的风险进行查验，以达到对风险进行分类的目的。

1) 财产保险的验险内容。

第一，查验投保财产的性能或构造。例如，保险财产是否是易燃、易爆品或易受损物品，对温度、湿度的灵敏度如何，建筑物的结构状况等。火灾保险通常将建筑物按其构造分为三类：木结构、钢筋水泥结构和防火建筑，这三类建筑保险人均可承保。在具体承保某一建筑物时，必须考虑其位置、用途等因素，而且采用不同的费率承保。

第二，查验投保财产的用途。例如，木结构房屋用做办公或民用住宅，保险公司可以承保，如果用做加工场所，保险人会拒绝承保或加收附加保费承保。同样，对汽车保险，保险人也要考虑汽车的用途再决定是否承保或承保费率的高低。例如，出租汽车或商用汽车，单位用的货车与出租货车的费率均不同。

第三，查验投保财产所处的环境。例如，房屋投保火灾保险，保险人要考虑投保房屋所处的是工业区、商业区还是居民区；附近有无易燃易爆的危险源，一旦发生火灾，有无蔓延的可能；附近救火水源如何，消防设施或消防条件如何等。

第四，查验有无处在危险状态中的财产。如果保险人承保必然或确定发生的风险，就会造成不合理的损失分摊，这对其他被保险人不公平。

第五，查验各种安全管理制度的制定和执行情况。若发现问题，保险人应督促投保人及时改正。对投保人屡不整改或整改无效的，保险人可以增加特别条款，调高费率或拒绝承保。

2) 人身保险的验险内容。人身保险的验险包括医务检验和事务检验。

医务检验的内容包括：第一，被保险人的健康情况。如体格、身体的神经系统、消化系

统、循环系统、呼吸系统、排泄系统等。第二，个人病史。如果某人曾患过严重疾病或遭受过意外事故，很可能存在较高的风险，应对其进行必要的调查，以确定其可保性。第三，家族病史。有些疾病是容易遗传的，特别是当家族病中某些特征在被保险人身上有所反应时，更应引起承保人的注意。

事务检验的内容包括：第一，年龄。保险人对不同年龄的投保人规定不同的保险费率，对于年龄较大者限制或拒绝参加某些种类的寿险。第二，性别。相同年龄的女性死亡率小于男性死亡率，因此，大部分保险公司对以死亡为给付条件的保险向女性收取较低的保费，对于男性保险则收取较高的保费。第三，职业。不同职业的危险性不同，且不同的危险职业的死亡率也不同，因此，制订费率时要充分考虑职业因素。第四，习惯和嗜好。主要了解被保险人是否吸烟、酗酒和吸毒，以及是否爱好赛车、跳伞、登山等危险运动。如果投保人有上述习惯或嗜好，保险人可以拒保或提高费率予以承保。第五，财务状况。财务状况主要包括：一是可保利益。承保人必须将投保申请人和受益人的利益与合理的需要及可能的财务损失相联系，以确定投保的目的。二是承受能力。考虑投保人财务状况的另一个目的是看其能否承担他应支付的保费，如果投保人在保险的有效期内不能按期缴纳规定的保费，则会导致合同失效，从而影响投保人的利益。

3. 做出承保决策

保险人按照规定的业务范围和承保权限，在审核验险之后，有权做出承保的决定。

（1）正常承保。保险公司按标准费率承保保险标的的风险，出具保险单。

（2）条件承保。保险公司通过增加限制性条件或加收附加保费的方式予以承保，出具保险单。例如，在财产保险中，保险人要求投保人安装自动报警系统等安全设施才予以承保；如果保险标的低于承保标准，保险人采用减低保险金额，或者使用较高的免赔额或较高的保险费率的办法承保。在人身保险中，条件承保有年龄增加法、保险金削减法、附加费率法。年龄增加法适用于递增型风险的人，将被保险人的年龄增加一个固定年数加以承保。保险金削减法适用于递减型风险的人，承保时按正常费率承保，但是在一定期间内按比例减少保险金给付。附加费率法适用于固定型额外风险的人，在承保时保险人征收一定金额的额外保费。

（3）拒绝承保。如果投保人的投保条件明显低于保险人的承保标准，保险人就会拒绝承保。

4. 缮制单证

缮制单证是在接受投保业务后填制保险单或保险凭证等手续的过程。填写保险单的要求

有以下几点：

（1）单证相符。投保单、保险单、批单、财产清单、人身保险的体检报告及其他单证都要符合制单要求，其重要内容（如保险标的名称、数量、地址等）都应相符。

（2）保险合同要素明确。保险合同要素是指保险合同的主体、客体和内容。主体包括当事人和关系人，即保险人、投保人、被保险人和受益人等。保险合同的客体是保险合同中权利义务所指向的对象，即保险利益。保险合同的内容包括保险责任、保险金额、保险期限、保险费以及其他特约事项等。明确保险合同要素是保证保险单质量的依据，否则将影响保险合同的法律效力。

（3）复核签章，手续齐备。保险单证是保险合同的重要组成部分。每一种单证都要求复核签章，如投保单上必须有投保人的签章；验险报告上必须有具体承保业务员的签章；保险单上必须有承保人、保险公司及负责人的签章；保险费收据上必须有财务部门及负责人的签章；批单上必须有制单人与复核人的签章等。

13.2.2 承保管理的内容

[关闭内容](#)

1. 审核投保申请

审核投保申请包括投保人资格的审核、保险标的的审核、保险费率的审核等内容。

（1）审核投保人的资格。根据我国《保险法》的规定，投保人必须具备两个条件：一是具有相应的民事权利能力和民事行为能力；二是投保人对保险标的应具有保险利益。一般来说，财产保险合同中，投保人对保险标的的保险利益来源于所有权、管理权、使用权、抵押权、保管权等合法权益；人身保险合同中，保险利益的确定限制在家庭成员范围内，并结合被保险人同意的方式。

（2）审核保险标的。一方面对照投保单或其他资料核查保险标的的使用性质、结构性能、所处环境、安全管理等情况。另一方面，保险人通过选择保险标的，承保不同类型和地区的保险标的将风险分散。

（3）审核保险费率。一般可以按照不同标准，对风险进行分类，制定不同的费率等级，在一定范围内使用，保险人承保时只须按风险程度将保险标的划分为不同的等级，套用不同的费率即可。但是，有些保险业务的风险情况不固定，如海上保险，因航程、运输工具等不同，风险也不同，承保的每一笔业务都需要保险人根据以往的经验，制定单独的费率，以保证保险费率的合理性。

2. 控制保险责任

控制保险责任就是保险人在承保时，依据自身的承保能力进行承保控制，并尽量防止和避免逆选择。控制保险责任包括：

（1）控制承保能力。保险人的承保能力通常用承保保险费除以偿付能力额度。保险人的承保能力限制了保险公司签发新保单的能力。因为卖出的新保单会增加保险人的费用，从短期来看，会降低保险公司的偿付能力；但从长期来看，如果新保单所产生的保费超过了损失和费用的支付，新保单会增加保险公司的偿付能力。因此，有计划地增长新保单的销售，能够保障保险公司承保能力的稳定和有序增长。

保险人保证承保能力的有效途径有：一是保持风险分散。通过风险分析与评估，确定承保责任范围，明确对所承保的风险应负的赔偿责任。二是用特殊的承保技术和经验满足某些险种的承保要求。一般来说，对于常规风险，保险人按基本条款予以承保；对于具有特殊风险的保险标的，保险人需要与投保人充分协商保险条件、免赔额、责任免除和附加条款等内容后特约承保。即根据保险合同当事人的特殊要求，在保险合同中增加一些特别约定，满足被保险人的特殊需要，并以加收保险费为条件适当扩展保险责任；或者在基本条款上附加限制条款，限制保险责任。三是安排再保险。通过再保险，保险公司可以将风险转移给再保险人来增加承保新保险单的数量。

（2）控制逆选择。逆选择指那些有较大风险的投保人试图以平均的保险费率购买保险。或者说，最容易遭受损失的风险就是最可能投保的风险，从保险人的角度来看就是逆选择。保险人控制逆选择的方法是对不符合承保条件者不予承保，或者有条件承保。例如，投保人对自己易遭受火灾的房屋投保财产保险时，保险人就会提高保险费率承保；对患有超出正常危险的疾病，不允许投保定期死亡保险，改投两全保险。

3. 分析风险因素

（1）实质风险。在评估保险单时，保险人要考虑保险标的存在的各种实质风险。如建筑物的结构、使用性质、防火措施、外部环境等。

（2）道德风险。道德风险指投保人或被保险人在参加保险后产生的松懈心理，不再小心防范所面临的自然风险和社会风险，或保险事故发生时，不积极采取施救措施，任凭损失扩大。

从承保的观点来看，保险人控制道德风险发生的有效方法有：第一，将保险金额控制在适当额度内，尽量避免超额承保。财产保险的保险金额按定值保险和不定值保险分别确定，不定值保险的保险金额由投保人自行选定，但原则上应客观地反映保险标的投保时的实际价值。定值保险的保险金额由投保人和保险人双方通过协商，充分考虑市场因素

和特约财产的品质，特别约定并在保单中载明。在人寿保险的承保中，如果投保人为他人购买保险，而指定自己为受益人时，应注意保险金额的大小是否与投保人的财务状况相一致。第二，控制赔偿程度。根据保险补偿原则，当保险事故发生时，被保险人可以获得充分全面的补偿，但所获得的赔偿仅限于其实际损失，或将保险标的恢复到原有的状态，被保险人不能因保险额外获利。因此，损失补偿时通常有三个限额：一是以保险金额为限，二是在保额的限度内以实际损失为限，三是以可保利益为限。财产保险和人身保险中的医疗费用保险必须严格遵守保险的补偿原则。对于不定值保险，保险公司保险条款中明确规定，按财产发生的实际损失赔偿，不得超过保险金额。对于定值保险，发生全损时，不论受损标的市价如何，均按双方约定的保额赔付。发生部分损失，按损失程度赔付。对不足额保险，按保险金额与保险标的物的保险价值之间的比例赔偿。对于超额保险，超过部分无效。对因被保险人的故意行为导致保险标的损失的，保险人可免除赔付责任。对被保险人失职，保险人赔付后，应追究其个人责任。对被保险人破坏公共财物，性质严重的可移交司法机关给予刑事处罚。

（3）心理风险。心理风险是指投保人或被保险人在参加保险后产生的松懈心理，不再小心防范所面临的自然风险和社会风险，或在保险事故发生时，不积极采取施救措施，任凭损失扩大。例如，投保了汽车保险后，驾驶员不遵守交通规则，不谨慎驾驶；农业保险中农民对恶劣气候变化不采取防护措施；投保了盗窃险，就不再谨慎防盗等。

为防止此类风险的发生，保险人在承保时采用的控制手段有：第一，实行限额承保。对于某些风险，采取低额或不足额的保险方式，规定被保险人自己承担一部分风险。第二，规定免赔额（率）。免赔额分为绝对免赔额和相对免赔额。前者是指在计算赔偿金额时，不论损失大小，保险人均扣除约定的免赔额。后者是指损失在免赔额以内，保险人不予赔偿，损失超过免赔额时，对免赔额以内，及超过部分都进行赔偿。

（4）法律风险。法律风险是指影响保险人收取与损失风险相称的保费的法律或监管环境。如主管当局强制保险人使用一种过低的保费承保；要求保险人提供责任范围广的保险；法院可能做出有利于被保险人的判决等。

13.2.3 续保

[关闭内容](#)

续保是在原有的保险合同即将期满时，投保人在原有保险合同的基础上向保险人提出续保申请，保险人根据投保人的实际情况，对原合同条件稍加修改而继续签约承保的行为。

续保是以特定合同和特定的被保险人为对象的。保险合同签发后，并不意味着保险双方的关系已经结束，保险人应该认真做好保单的售后服务工作，与被保险人经常保持联系，使被保险人真正体会到保险人的关心，这既能提高保单的续保率，又能保持保险业务的稳定增长。

对于投保人来说，通过及时续保，不仅可以得到连续不断的、可靠的保险保障和服务，而且作为公司的老顾客，也可以在体检、服务项目及保险费率等方面得到通融和优惠。对于保险人来说，续保的优越性不仅可以稳定公司的业务量，而且还能减少许多展业工作量与费用。因此续保对保险双方均有利。保险人在续保时应注意以下几个问题：

- （1）及时对保险标的进行再次审核，以避免保险期间中断。
- （2）如果保险标的的危险程度有增加或减少时，应对保险费率做出相应调整。
- （3）保险人应根据实际情况对承保条件进行适当调整。
- （4）保险人应考虑通货膨胀因素的影响，随着生活费用指数的变化而调整保险金额。

13.3 保险公司的防灾业务管理

13.3.1 保险防灾的内容

[关闭内容](#)

1. 加强同各防灾部门的合作，进行防灾宣传和检查

保险人一方面要注意保持和加强与各专业防灾部门的联系，并积极派人参加各种专业防灾部门的活动，如公安消防部门对危险建筑的防灾检查、防汛指挥部对防汛措施落实的检查、商检部门对进出口货物的商品检验等；另一方面要充分利用保险企业的信息和技术优势，向社会提供各种防灾、防损服务和宣传，如防灾技术咨询服务、风险评估服务、社会协调服务、事故调查服务、灾情信息服务和安全技术成果推广服务等。

2. 及时处理不安全因素和事故隐患

通过防灾防损检查发现不安全和事故隐患时，保险人要及时向被保险人提出整改意见，并在技术上予以指导和帮助，将事故隐患消灭在萌芽状态。同时，保险人在接到重大保险事故通知时，应立即赶赴事故现场，直接参与抢险救灾，防止灾害并妥善处理好残余物质。

3. 提取防灾费用，建立防灾基金

保险企业每年要从保险费中提取一定比例的费用做防灾专项费用，建立防灾基金，主要用于增强社会防灾设施和保险公司应付突发性的重大灾害。

4. 积累灾情资料，提供防灾技术服务

保险人除了做好防灾工作以外，还要经常对各种灾情进行调查研究，并积累丰富的灾情资料，掌握灾害发生的规律性，提高防灾工作的效果。此外，保险人还应开展防灾技术服务活动，帮助事故发生频繁、损失额度大的投保人开展防灾技术研究。

13.3.2 保险防灾的方法

关闭内容

1. 法律方法

通过国家颁布有关的法律来实施保险防灾管理。例如，有些国家的法律规定，如果投保人不加强防灾措施，保险人不仅不承担赔偿责任，而且还要追究其法律责任。我国《保险法》第三十七条规定：“投保人、被保险人必须按约定履行其对保险标的的安全应尽的责任，否则，保险人有权增加保险费或解除合同。”

2. 经济方法

保险人通过调整保险费率来促进投保人重视防灾活动。对于防灾措施完备的投保人采用优惠费率，以资鼓励；反之，对懈怠防灾，缺乏必要防灾措施的投保人则采用较高的费率，促使其加强防灾。

3. 技术方法

保险防灾的技术方法从两个角度来理解：一是通过制定保险条款和保险责任等技术来体现保险的防灾精神。首先，在设计保险条款时，要明确被保险人防灾防损的义务。例如，在设计保险条款时规定被保险人必须保证保险财产的安全。其次，在保险责任的制定上，也要有防止道德风险的规定。例如，在现行的保险条款中，都规定凡属被保险人的故意行为所造成的损失，保险人不负赔偿责任。再次，在保险理赔上提出了抢救和保护受灾财产的要求。例如，财产保险合同中规定，如果灾害发生在保险责任范围内，被保险人应尽可能采取必要的措施进行抢救，防止灾害蔓延，对未被损害和破坏的财产进行保护和妥善处理。二是运用科学技术成果从事保险防灾活动。保险企业的防灾部门运用有关的技术和设备对承保风险进行预测，对保险标的进行监测，研制各种防灾技术和设备以及制定有关的安全技术标准。

13.4 保险公司的理赔业务管理

13.4.1 保险理赔的含义

关闭内容

保险理赔，即处理赔案，是指保险标的发生保险责任范围内的事故造成损失时，

保险公司根据保险合同的规定，对被保险人提出的索赔请求进行处理的行为。被保险人发生的经济损失有的属于保险风险引起的，有的则是非保险风险引起的，即使被保险人的损失是由于保险风险引起的，因多种因素和条件的制约，被保险人的损失不一定等于保险人的赔偿额或给付额。保险理赔涉及保险合同当事人各方的利益，是保险公司经营管理中的一项重要内容。

保险理赔工作主要靠理赔人员来做，保险理赔人员可以分为四类：一是保险公司的专职核赔人员，指直接根据被保险人的索赔要求处理保险公司的理赔事务的人；二是保险代理人，指接受保险公司的委托从事理赔工作的人；三是理赔服务机构，指某一地区保险公司联合组织的专门处理理赔案的机构；四是独立理赔人，指有专业技术和经验的独立的理赔人员，如检验机构、保险公估行、律师行等。

13.4.2 保险理赔的原则

[关闭内容](#)

1. 重合同、守信用

保险人与被保险人之间的权利义务关系是通过保险合同来实现的，保险合同双方当事人都必须恪守合同的规定，保证合同的顺利履行。保险理赔是保险人对保险合同履行义务的具体体现，对保险人来说，在处理各种赔案时，应严格按照保险合同中条款的规定，受理赔案、审核责任、确定损失、及时赔付。既不能任意扩大保险责任范围乱赔，也不能缩小保险责任范围惜赔。

2. 实事求是

保险合同条款对赔偿责任作了原则性规定，但实际情况错综复杂，这就要求保险公司必须以实事求是的精神，运用保险条款的规定，并结合具体情况合情合理地处理赔案，既要有原则性，又要有一定的灵活性。

此外，实事求是的原则还体现在保险人的通融赔付方面。所谓通融赔付，是指按照保险合同条款的规定，本不应由保险人赔付的经济损失，由于其他特殊原因的影响，保险人给予全部或部分补偿或给付。当然，通融赔付不是无原则的随意赔付，而是对保险损失补偿原则的灵活运用，应从严掌握。对有利于保险公司业务的稳定和发展，有利于维护保险公司的信誉和提高市场竞争能力，有利于社会的安定团结的案例才考虑通融赔付。

3. 主动、迅速、准确、合理

我国《保险法》第二十四条和第二十六条规定：“保险人与被保险人或受益人达成赔偿协议或给付保险金额协议的情况下，应在达成协议后十日内履行赔偿或给付义

务。”“如果保险人在收到被保险人或受益人的索赔请求和证明资料六十日内，对赔偿或给付数额不能确定的，应当根据已有的证明和资料确定的最低数额先予支付；保险人最终确定赔偿或给付保险金额后，支付相应的差额。”《保险法》的上述规定指出了保险人应当在法律规定和保险合同约定的期限内及时履行赔偿或给付保险金的义务，即在理赔中应坚持主动、迅速、准确、合理的“八字”方针。所谓主动、迅速，要求理赔人员在处理赔案时要积极主动，及时深入现场，主动了解受损情况，迅速赔偿损失。所谓准确、合理，要求理赔人员在审核赔案时要分清责任，合理定损，准确地核定赔偿金额，做到不惜赔，不乱赔。

13.4.3 保险理赔的程序

[关闭内容](#)

1. 受理和立案

(1) 出险登记。保险人收到出险通知后，首先应做好出险登记工作。根据保险法的有关规定，保险事故发生后，投保人、被保险人或者受益人应及时通知保险人。及时通知可以使保险公司立即开展损失调查，避免因延误造成调查的困难。

损失通知根据险种不同通常有时限要求。例如，被保险人在保险财产遭受保险责任范围内的盗窃损失后，被保险人应该在 24 小时内通知保险人，否则保险人有权不予赔偿。

有的险种没有明确的时限规定，只要求被保险人在可能的情况下，尽快将损失通知保险人。如果被保险人在法律规定或合同约定的索赔时效内未通知保险人，视为自动放弃索赔权利。我国《保险法》第二十七条对此做出了明确规定：“人寿保险以外的其他保险的被保险人或受益人，对保险人请求赔偿或者给付保险金的权利，自其知道保险事故发生之日起二年不行使而消灭；人寿保险的被保险人或受益人对保险人请求给付保险金的权利，自其知道保险事故发生之日起五年内不行使而消灭。”

保险人收到出险通知后，应当及时、认真、准确、详细填写出险登记簿或者出险通知书。理赔机构工作人员受理出险通知后，应当及时要求被保险人或受益人填写保险赔偿或者保险金给付申请书。

(2) 立案。在保险理赔活动中，立案是指保险公司同意受理申请人的保险赔付申请的行为。理赔机构工作人员在收到出险通知或索赔申请书后，对有关材料进行初步审查，如果认为属于保险公司的责任范围，就应当予以立案；如果不属于保险公司的责任范围，不予立案。

立案意味着保险理赔工作进入实质性的阶段。不予立案的案件意味着保险公司不予赔

偿，但立案的案件也不一定意味着申请人一定能获得赔付。因为有些出险通知可能是错报、误报或谎报。在工作人员收到出险通知后，经初步判断，如果没有发生不予立案的理由，一般都应立案。理赔工作人员应要求申请人提供必要的材料和证明文件，如保险单正本、保险标的损失程度的证明材料、被保险人、受益人的身份证明等。

（3）立案审查。立案审查是指保险公司立案后，根据合同约定或者法律规定，对申请人提供的有关材料进行初步判断，以决定理赔程序是否继续进行的行为。立案审查主要包括以下事项。

1) 保险单是否仍有效力。例如，我国财产保险基本险条款规定，被保险人应当履行如实告知义务，否则保险人有权拒绝赔偿，或从解约通知书送达十五日后终止保险合同。在人身保险合同中，投保人在规定的时期（包括宽限期）内未缴纳保险费，保险合同的效力将中止，除非投保人在两年内补交保险费及利息，否则保险合同将永久失去效力。保险人在处理赔偿问题时，应考虑这些条款的规定。

2) 损失是否由所承保的风险引起。被保险人提出的索赔，不一定都是由保险风险所引起的。保险人在收到损失通知书后，应查明损失是否由保险风险引起，否则，保险公司不承担赔偿责任。

3) 损失的财产是否为保险财产。保险合同所承保的财产并非被保险人的一切财产，即使综合险种，也会有某些财产列为不予承保之列。例如，我国财产保险综合险条款规定：土地、矿藏、水产资源、货币、有价证券等就不属于保险标的范围之内；金银、珠宝、堤堰、铁路等应通过特别约定，并在保险单上载明，否则也不属于保险标的范围。保险人对于被保险人的索赔财产，应依据保险单仔细审核。

4) 损失是否发生在保单所载明的地点。例如，我国的家庭财产保险条款规定，只对保单载明地点以内的保险财产所遭受的损失，保险人才负责赔偿。

5) 损失是否发生在保险单的有效期内。损失必须发生在保单上载明的有效期内，保险人才能予以赔偿。例如，我国海洋货物保险的保险期限通常是以仓至仓条款来限制的。责任保险中常规定“期内发生式”或“期内索赔式”的承保方式，前者是指只要保险事故发生在保险期内，而无论索赔何时提出，保险人均负责赔偿；后者是指不管保险事故发生在何时，只要被保险人在保险期内提出索赔，保险人即负赔偿责任。

6) 请求赔偿的人是否有权提出索赔。要求赔偿的人一般都是保单载明的被保险人，就人寿保险合同而言，应是保单指定的受益人。保险人在赔偿时，要查明被保险人或受益人的身份，以决定其有无领取保险金的资格。在财产保险中，要查明被保险人在损失发

生时，对于保险标的是否具有保险利益。对保险标的无保险利益的人，其索赔无效。

7) 索赔是否有欺诈。保险人在理赔时应注意：索赔单证的真实性；投保人是否有重复保险的行为；受益人是否故意谋害被保险人；投保时期是否先于保险事故发生的日期等。

2. 现场勘察

保险公司的理赔人员经过立案审查后，认为保险公司应当对申请人予以赔付的，接下来的工作就是现场勘察。在人身保险的理赔工作中，现场勘察主要是到保险公司指定的医院核实被保险人的病历，以确定被保险人的病因、用药等。同人身保险相比，财产保险的现场勘察具有更重要的意义。财产保险的现场勘察包括事故原因调查，出险时间调查，出险地点调查等。由于财产保险的保险人具有代位求偿权，所以明确事故发生的原因对保险人来说显得尤为重要。此外，通过现场勘察，也有助于保险人确定对保险事故所承担的责任。

3. 估算赔偿金额

损失的估价是处理保险理赔的重要步骤，保险人应考虑保险财产如何估价，损失财产的价值是多少。通常在财产保险条款中都有损失发生时如何确定保险财产价值的规定，最常见的估价方法是实际价值、重置价值和约定价值三种。在理赔时保险人应根据保险条款规定的估价方法来确定保险财产的价值。一旦保险人确定了保险财产的估价方法，就可以对损失金额进行估算了。一般在使用实际价值估算方法时，保险人必须对折旧做出估价。

4. 支付保险金

保险理赔工作的主要目的是向被保险人或受益人支付保险金。保险金一般都是一次性支付的，但是，有时也有多次支付的可能：一种情况是保险人在未最终计算出赔付金额之前先予赔付；一种情况是被保险人在保险期间内保险事故处于持续状态（如患病），保险人分期给付保险金。保险人的赔偿方式通常以货币为主，在财产保险中，保险人也可与被保险人约定其他方式，如恢复原状、修理、重置等。保险公司应当根据合同约定或者法律规定，及时、准确地支付保险金。

5. 损余处理

损余处理是指在财产保险中，保险人处理残余保险标的的行为。在财产保险中，受损的财产一般都有一定的残值。如果保险人按照全部损失赔偿，其残值应归保险人所有，或从保险金额中扣除残值部分；如果按部分损失赔偿，保险人可将损余财产折价给被保险人冲抵赔偿金额。对保险标的进行损余处理的目的是避免被保险人获得额外的经济利益。

6. 代位追偿

如果保险事故是由第三者的过失或非法行为引起的,第三者对被保险人的损失须负赔偿责任。保险人可按保险合同的约定或法律的规定,先行赔付被保险人,然后,被保险人应将追偿权转让给保险人,并协助保险人向第三者责任方追偿。

保险人在行使代位追偿权时有几点值得注意:

- (1) 代位追偿只适用于财产保险与人身保险中的医疗费用险,不适用于死亡保险金、残废保险金的赔付。
- (2) 保险人只能在赔偿责任范围内行使代位追偿权,保险人代位追偿所取得的金额不得超过向被保险人支付的赔偿额,如果保险人向第三者追偿金额大于向被保险人支付的赔偿金额时,多余部分归被保险人所有。
- (3) 保险人行使代位追偿权时,不得影响被保险人对未取得赔偿的部分向第三者请求赔偿的权利。
- (4) 保险人赔偿前,被保险人放弃对第三者请求赔偿的权利,保险人不承担赔偿责任。
- (5) 除被保险人的家庭成员故意制造保险事故外,保险人不得对他们行使代位追偿权。
- (6) 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权利的行为无效。
- (7) 保险人赔偿保险金时,可以相应扣减被保险人已从第三者取得的赔偿金额。
- (8) 由于被保险人的过错导致保险人不能行使代位追偿权,保险人可以相应扣减保险赔偿金。
- (9) 被保险人有义务协助保险人共同向第三者追偿,为保险人提供必要的文件单证和资料。

13.5 保险公司的资金管理

13.5.1 保险资金的构成

[关闭内容](#)

保险资金是社会总资金的一部分,专门用于应付自然灾害和意外事故可能对人们生产和生活造成的不利后果。保险资金一般由以下几部分构成。

1. 资本金

资本金是保险公司成立时,由股东认缴的股金。拥有一定数额的法定资本金是保险公司成立的必要条件,以保证保险公司最基本的偿付能力。世界各国均对设立保险公司规定

了最低限额的资本金。我国规定保险公司注册资本的最低限额为 2 亿元，其中，注册资本的 20%要缴存保证金。保证金要存入保险监督管理部门指定的银行，除保险公司清算时用于清偿债务外，不得动用。

2. 责任准备金

责任准备金是保险公司为保障被保险人的利益，从收取的保费中按期和按一定比例提留的资金。与资本金不同，责任准备金一般是公司的负债，是保险公司将向被保险人偿付的资金。责任准备金是保险投资的重要来源。

责任准备金分为未到期责任准备金和未决赔款准备金。未到期责任准备金，又称未了责任准备金、未到期责任准备金，是经营保险业务的保险人在每一财务年度决算时，将还没有到期的保险责任应当属于下一年度的部分保险费提取出来的准备金。它通常是当年出具的保险单在下一财务年度仍然有效保险单的保费之和。由于保险费一般都是在初期预交的，而保险赔偿或保险金给付却是后来发生的，为了避免保险公司滥用保险资金，保障被保险人的利益，我国《保险法》规定，经营人寿保险业务的保险公司，应当按照人寿保险单的全部净值提取未到期责任准备金。经营寿险业务以外的保险业务，应以当年自留保费的 50%提取未到期责任准备金。未决赔款准备金是指损失已经发生，但由于某种原因尚未向被保险人或受益人赔付，在这种情况下，保险公司就要提取未决赔款准备金。

3. 公积金

我国《保险法》第九十六条规定：“保险公司除提取责任准备金和未决赔款准备金外，应当依据有关法律、行政法规及国家财务会计制度的规定提取公积金。”公积金是保险公司从经营利润中提取的自有资金。根据《公司法》、《保险法》的有关规定，保险公司必须从税后利润中提取 10%的法定公积金。当法定公积金累计达到注册资本的 50%以上时，可以不再计提。保险公司还可以按公司章程或股东大会的决议在提取法定公积金的基础上提取任意公积金。保险公司的公积金用于弥补公司亏损，或者转为增加公司资本金，从而增强保险公司的偿付能力或承保能力。

4. 保险保障基金

保险保障基金是指保险组织为了有足够的 ability 应付可能发生的巨额赔款，从年终结余中专门提存的后备基金。保险保障基金与公积金都是公司的自有资金，但这些基金的使用往往要受到限制。未到期责任准备金和未决赔款准备金是保险公司的负债，用于正常情况下的赔款，而保险保障基金则属于保险公司的资本，主要用于应付巨大灾害事故的特

大赔款，只有在当年业务收入和其他准备金不足以赔付时才能运用。为了保护被保险人的利益，世界各国均要求保险公司提存保险保障基金。

保险保障基金的提存主要有两种不同方式：一是事先提存，即在尚未出现赔付不能时要求各保险组织先提存出来，并逐渐积累，如美国各州就是由各保险组织按照一定比例筹集的。二是事后提取，即在出现赔付不能时，再由各保险组织按比例提交。我国采用事先提存的做法，《保险法》第九十七条规定：“为了保障被保险人的利益，支持保险公司稳健经营，保险公司应当按照保险监督管理部门的规定提存保险保障基金。保险保障基金应当集中管理，统筹使用。”

13.5.2 保险资金的运用

[关闭内容](#)

保险资金的运用即保险投资，是保险公司运用保险资金进行各种形式的投融资以增加盈利的行为。保险资金是保险公司偿付能力的基本保证，只有加强保险资金的监督管理，正确使用保险资金，才能最大限度地保证被保险人的利益。如果对保险资金管理和运用不当，就可能导致保险资金的减少，降低保险公司的偿付能力。

1. 保险资金运用的原则

(1) 安全性原则。安全性原则是实现保险资金数额完整、回流可靠、保证偿付的条件。《保险法》第一百零五条规定：“保险公司的资金运用必须稳健，遵循安全性原则，并保证资产的安全增值。”但是任何投资都具有风险，安全性原则要求保险公司投资应按照风险管理的程序和要求，认真识别和衡量风险以避免高风险投资，运用分散投资策略以避免风险过于集中，从而达到控制风险的目的。

(2) 收益性原则。投资收益是保险公司运用保险资金的动机和目的。但收益性与安全性并不是一致的，往往表现为收益高、风险大、安全性差。这就要求保险公司应以安全为条件寻求尽可能高的投资收益，而不是以风险为代价，牺牲安全性换取高收益。保险企业必须处理好安全性原则与收益性原则之间的关系。

(3) 流动性原则。流动性原则要求保险公司的资金具有在不损失价值的前提下的即时变现能力。流动性对保险公司关系重大，保险事故具有极强的偶然性、突发性、破坏性，有可能在一夜之间要求保险人提供巨额赔款。如果保险企业仅在账面资产上具有相应的偿付能力，而不能及时转化为现金赔款，那么，它所担负的社会责任就难以及时兑现，无法起到稳定社会经济生活的应有作用，甚至保险公司也可能因缺乏流动性而倒闭。

上述原则是相互联系、相互制约的。保险公司经营的特殊性决定了其资金的运用首先要

保证安全性和流动性，在此基础上追求收益，增加利润。

2. 保险资金运用的形式

1995 年的《保险法》和 2000 年的《保险管理规定》都明确规定，除经中国保监会批准，保险公司的资本金、公积金、各项保险责任准备金，应当在中国境内运用。保险公司的资金运用，限于在银行存款，买卖政府债券、金融债券和国务院规定的其他资金运用方式。2002 年新修订的《保险法》对保险资金运用方式没有改变，但近年来保险监督管理机关陆续出台的，对保险公司资金的投资渠道的新规定，一定程度上放宽了保险资金的运用渠道。目前我国保险资金运用的形式如下。

(1) 银行存款。保险保险公司将保险资金存入银行，可以确保资金的安全性和流动性，但对比其他投资，收益率则较低，且不能避免因货币贬值或通货膨胀引起的资金损失。所以，存款主要用做保险公司正常的赔付或寿险保单满期给付的支付准备金，一般不作为追求收益的投资对象。

(2) 购买债券。债券是依据法定程序发行，约定在一定期限内还本付息的有价证券。债券的发行人通常是政府、与政府有关的公用事业单位、银行及信用较高的公司。保险资金一般有一定比例用于购买国库券、地方政府债券、金融债券和公司债券等可在二级市场流通的债券。这类投资债券具有安全性好，变现能力强，收益相对稳定的优点。国库券和地方政府债券基本上不存在不确定性风险，但收益却不如金融债券和公司债券。由于债券一般采取息票的形式发行，尽管债券对通货膨胀和市场利率变动很敏感，但对通货膨胀和利率变动损失的避险能力较差。

(3) 投资股票。股票是股份公司发给股东作为入股权凭证并借以获得股息收入的一种有价证券。股票投资的特点是收益高、流动性好、风险大。股票收益来自股息收入和资本利得，股息收入完全取决于公司的经营状况，资本利得则取决于未来股票价格的走向。股票分为优先股和普通股。优先股股息固定，派息后于公司债券，而先于普通股。当公司破产清算时，对公司剩余财产的请求权也后于公司债券而先于普通股。因此，优先股的投资风险比债券大，比普通股小，优先股的预期收益比债券高，比普通股低。普通股是收益高而风险最大的股票，因此，为了保证保险投资的安全，各国对股票投资均有严格的比例限制。

(4) 贷款。保险资金用于贷款是指向需要资金的单位或个人提供融资。贷款的收益率取决于市场利率。由于我国不存在信贷资产的二级市场，故信贷资产的变现能力不如价证券，流动性较差。贷款可分为信用贷款和抵押贷款两种形式，信用贷款的风险主要

是信用风险和道德风险，抵押贷款的主要风险是抵押物贬值或不易变现的风险。

（5）投资不动产。不动产投资是指保险资金用于购买土地、建筑物或修建住宅、商业建筑等的投资。不动产投资具有安全性好、收益高、项目投资金额大、期限长、流动性差等特点。因此，各国保险法对不动产投资的比例也做了严格的规定。

保险资金除上述运用形式外，还可用来投资各类基金、同业拆借、黄金、外汇等。我国《保险法》第一百零五条规定：保险公司的资金运用方式有银行存款、买卖政府债券、金融债券和国务院规定的其他资金运用方式。1998年10月，保险公司获准加入全国银行同业拆借市场，从事债券买卖业务。1999年7月，保险公司获准通过一、二级市场购买信用评级在AA+以上的中央公司债券。自1999年8月12日起，保险公司可以在全国银行间同业市场办理债券回购业务。1999年10月，国务院批准保险公司可以通过证券投资基金间接进入证券市场，资金投资方式有了历史性的突破。

13.5.3 保险公司偿付能力的维持

[关闭内容](#)

保险公司的偿付能力是指保险公司对其承担的保险责任所具有的经济补偿或支付能力，即保险公司有足够的或充分的现金、流动资产或可以变现的其他资产，当负债到期时如期清偿债务的能力。对保险公司来说，不仅要求资产能够完全清偿债务，而且资产必须超过负债达到一定额度，即具有最低偿付能力。保险公司的偿付能力与其经营规模是相对应的。

1. 偿付能力的标准

由于保险公司经营范围的不同，确定和衡量保险公司偿付能力的标准和要求也不同。为了保护被保险人的利益，中国保监会规定了保险公司最低的偿付能力标准。

（1）财产保险、短期人寿保险。根据中国保监会的规定，经营财产保险、短期人寿保险业务的保险公司，其最低偿付能力额度为下述两项中较大的一项：

第一，本会计年度自留保费减保费税后，1亿元以下部分的18%和1亿元以上部分的16%。

第二，最近3年年平均赔付金额7000万元以下部分的26%和7000万元以上部分的16%。

对于经营期间不满3年的保险公司，采取第一项规定的标准。

例如，某财产保险公司，税后自留保费余额为3.6亿元，按第一项标准计算，保险公司的最低偿付能力为

$$1 \times 18\% + (3.6 - 1) \times 16\% = 0.596 \text{ (亿元)}$$

（2）长期人寿保险。长期人身保险业务的最低偿付能力额度为下述两项之和：

第一，一般寿险业务，会计年度末寿险责任准备金的 4%和投资连结类业务会计年度末寿险责任准备金的 1%。

第二，保险期间小于 3 年的定期死亡保险风险保额的 0.1%，保险期间为 3~5 年的定期死亡保险风险保额的 0.15%，保险期间超过 5 年的定期死亡保险和其他险种风险保额的 0.3%。在统计中，未对定期死亡保险区分保险期间的，统一按风险保额的 0.3%计算。

确定最低偿付能力额度，其目的保障被保险人最基本的保险利益，也是保险组织自身稳健经营的需要。

2. 影响保险公司偿付能力的因素

(1) 保险公司的承保能力和承保数量。保险公司经营保险业务，应当考虑自己的承保能力。《保险法》规定，保险公司对每一危险单位可能造成的最大损失范围所承担的责任，不得超过其实有资本金加公积金总和的 10%，超过部分应当办理再保险。保险公司的承保能力与保险公司的注册资本和公积金有关，资本金越多，抗风险的能力越强。如果保险公司的承保能力相当，承保数量多的保险公司就要承担较大的保险责任。

(2) 保险公司提取公积金的规模。根据《公司法》、《保险法》和《保险管理规定》，为弥补公司可能出现的亏损，保险公司在每个会计年度，均应依法提取法定公积金。保险公司也可以按一定比例提取任意公积金，以不断提高公司的偿付能力。当发生重大或特大灾害性保险事故时，保险公司可以动用资本金、公积金等自有资金用于保险赔付。

(3) 赔付率。保险公司的赔付率是指其赔款支出与保费收入的比率，这是衡量保险公司经营状况好坏的重要标准。如果保险公司的赔付率相对较低，那么这一年的利润就会增加，即以资本金、公积金、未分配盈余构成的赔付准备金也将增加，偿付能力就会增强。在其他因素不变的情况下，赔付率的高低直接影响保险公司偿付能力的大小。对保险公司来说，不同险种的保险业务，由于承保的风险责任的性质、特点不同，赔款波动的趋势也不同。随着保险市场竞争的加剧，保险公司承保范围越来越广，承保风险变化也越来越大，赔款的波动也就更大。如果保险公司直接承保一些巨灾风险，如洪水、台风、地震等，一旦发生承保风险，造成赔款的波动肯定是剧烈的，这不仅影响保险公司的偿付能力，严重的还会导致保险公司的破产。

(4) 投资收益。投资收益的高低直接影响保险公司的经营成果，从而影响偿付准备金的提存数额和偿付能力的大小。保险公司的利润来源于承保利润和投资收益，由于保险业竞争不断加剧，保险承保范围和承保责任也不断扩大，而保险费率往往在成本线以下，

导致了保险公司承保业务盈利甚少，甚至出现业务亏损，投资收益成了保险公司的主要利润来源。高投资收益还可以扩大保险公司的利润，增加保险公司的偿付能力和经营的稳定性。因此，科学合理的投资组合有利于减少投资风险，增加投资收益，壮大保险公司的偿付能力。

（5）费用水平。费用是控制业务流量和盈利水平的重要杠杆。保险公司费用水平的高低，直接影响保险公司利润的高低，从而影响保险公司偿付能力的大小和经营的稳定。我国保险公司实行的是一条“数量扩张型”的发展战略，比较重视展业而相对忽视管理，经营方式粗放，从而造成保险公司的管理成本高，经营效益差。

3. 保险公司偿付能力的维持与提高

维持和提高保险公司的偿付能力，不仅是保险监督管理部门的重要职能，也是保险公司日常管理的重要任务。要维持和提高保险公司的偿付能力，主要应做好以下几方面的工作。

（1）保证保险公司具有法律规定的最低偿付能力。最低偿付能力是指保险公司实际资产减去实际负债后的差额，不得低于法律、行政法规规定的金额。根据《保险管理规定》的有关规定，保险公司实际偿付能力低于法定标准的，保险公司应当采取有效措施，使其偿付能力达到最低偿付能力标准，并向中国保监会做出说明。如果实际偿付能力额度低于最低偿付能力额度的 50% 的，或实际偿付能力额度连续 3 年低于最低偿付能力额度的，中国保监会可将该公司列为重点监督检查对象。保险公司被列为重点监督检查对象期间，不得申请设立分支机构或支付红利、分红，中国保监会可以责令其采取办理再保险、业务转让、停止接受新业务、增资扩股、调整资产结构等方式改善其偿付能力状况。实际偿付能力额度低于最低偿付能力额度的 30% 的，或被列为重点监督检查对象的保险公司财务状况继续恶化，或可能已经危及被保险人和社会公众利益的，中国保监会可以对该保险公司实行接管。

（2）财产保险公司自留保险费的限制。保险公司以收取保险费为条件，为被保险人的保险标的承担保险责任，保险人收取的保费越多，其承担的保险责任也越大。根据保险法的规定，经营人寿保险业务的保险公司，应当按照有效的人寿保险单的全部净值提取未到期责任准备金。除人寿保险业务外，经营其他保险业务，应当从当年自留保险费中提取未到期责任准备金，提取和结转的数额应相当于当年自留保费的 50%。这就意味着，对财产性保险公司来说，当年自留保费的多少，实际反映了保险公司承担保险责任的大小。为了控制保险公司的风险责任范围，使保险公司具有足够的偿付能力，国家限制了

经营财产业务的保险公司自留保费的数额。经营财产业务的保险公司，当年自留保费不得超过其实有资本金加公积金总额的 4 倍。

（3）保险责任的限制。保险责任的限制主要表现在两个方面，一是对单一保险单位保险金额的限制；二是对所有保险单位保险责任的限制。

前者主要指保险公司承担的每一危险单位的责任，即对一次保险事故可能造成的最大损失范畴所承担的责任，不得超过其实有资本金加公积金总和的 10%。例如，某一保险公司的资本金加公积金的总和是 5 亿元，那么其承保的单一保险单位的最大保险责任是 5 000 万元。如果该公司承保卫星发射保险，卫星的造价是 2 亿元，那么该保险公司实际承担的保险责任最多是 5 000 万元，剩下的 1.5 亿元则要办理再保险。如果对每一风险单位不加以限制，一旦发生保险事故，保险公司将要支付巨额赔款，这难免会影响保险公司正常的经营，影响公司的偿付能力。

后者指保险公司应当依法将其承保的每一份保险，向其他保险公司分保。我国保险法规定，除人寿保险业务外，保险公司应当将承保的每笔保险业务的 20%按照有关规定办理再保险。

（4）保险资金的投资。除保险费外，保险公司的资本金和公积金是衡量保险公司偿付能力的重要指标，资本金雄厚、公积金多的保险公司，其偿付能力就高。因此，从根本和长远的观点来看，增加公司资本金和公积金是提高保险公司偿付能力的主要途径，而要实现这一目标，关键的是使保险公司有一个理想的收益。从各国保险业的发展来看，通过保险资金的投资而获得的收益，日益成为保险公司利润的主要来源。一旦保险公司有了可观的盈利，不仅可以直接用利润支付巨额赔偿，而且可以用利润转化为公积金和资本金，从而扩大了企业的实力，提高了保险公司抗风险的能力。

[返回顶部](#)

第 14 章 保险市场和保险监管

14.1 保险市场

14.1.1 保险市场概述

[关闭内容](#)

1. 保险市场的含义与特征

（1）保险市场的含义。保险市场是保险商品交换关系的总和，或保险商品供给与需求关系的总和。它既可以指固定的交易场所，如保险交易所，也可以是所有实现保险商品让渡的交换关系的总和。在保险市场上，交易的对象是保险人为保险消费者所面临的风险

提供的各种保险保障及其他保险服务。

（2）保险市场的特征。保险市场的特征是由保险商品的特殊性决定的。保险市场交易的对象是一种特殊形态的产品——保险保障，因此保险市场表现出特有的特征。

1) 保险市场是直接的风险市场。这里所说的直接风险市场，是就交易对象与风险的关系而言。尽管任何市场都存在风险，交易双方都可能因市场风险的存在而遭受经济上的损失，但是，一般商品市场所交易的对象，其本身并不与风险联系，而保险市场所交易的对象是保险保障，即对投保人转嫁于保险人的各类风险提供保险保障，所以本身就直接与风险相关联。保险商品的交易过程，本质上就是保障人聚集与分散风险的过程。风险的客观存在和发展是保险市场形成和发展的基础和前提。“无风险，无保险”；也就是说，没有风险，投保人或者被保险人就没有通过保险市场购买保险保障的必要。所以，保险市场是一个直接的风险市场。

2) 保险市场是非即时清结市场。所谓即时清结的市场是指市场交易一旦结束，供需双方立刻就能够确切知道交易结果的市场。无论是一般的商品市场，还是金融市场，都是能够即时清结的市场。而保险交易活动，风险的不确定性和风险的射幸性使交易双方都不可能确切地知道交易结果。因此，保险交易不能立刻结清。相反，在保险交易中还必须通过订立保险合同，来确定双方当事人的保险关系，并且依据保险合同履行各自的权利和义务。因此，保险单的签发，看似保险交易的完成，实质是保险保障的开始，最终的交易结果还要看双方约定的保险事故是否发生。所以，保险市场是非即时清结市场。

3) 保险市场是特殊的“期货”交易市场。由于保险的射幸性，保险市场所成交的任何一笔交易，都是保险人对未来风险事件发生所致经济损失进行补偿的承诺。而保险人是否履约，即是否对某一特定的对象进行经济补偿，则取决于保险合同约定的时间内是否发生约定的风险事故，以及这种风险事故造成的损失是否达到保险合同约定的补偿条件。只有在保险合同所约定的未来时间内发生保险事件，保险人才可能对被保险人进行经济补偿，这实际上交易的是一种“灾难期货”。因此，保险市场是一种特殊的“期货”市场。

2. 保险市场的模式与机制

（1）保险市场的模式。保险市场模式，也叫市场结构，它所反映的是竞争程度不同的市场状态。在当今世界保险市场上，主要存在完全竞争、完全垄断、垄断竞争和寡头垄断等保险市场模式。

1) 完全竞争模式。完全竞争型保险市场，是指在一个保险市场上有数量众多的保险公司，

任何保险公司都可以自由地进出市场。在这种模式下，保险市场处于不受任何阻碍和干扰的状态中，同时，由于存在大量的保险公司，且每个保险公司在保险市场上所占的份额都很小，因而任何一个保险公司都不能单独左右市场，而由保险市场自发地调节保险商品的价格。保险资本可以自由流动，价值规律和供求关系充分发挥作用。政府保险监管机构对保险企业管理相对宽松，保险行业协会在市场管理中发挥重要作用。

一般认为完全竞争模式是一种理想的市场模式，它能充分、适度、有效地利用生产资源。因此，保险业发展较早的西方发达国家在早期多为该种模式。但是，自由竞争发展的结果，必然导致垄断。

2) 完全垄断模式。完全垄断型保险市场，是指保险市场完全由一家保险公司操纵，这家保险公司的性质既可以是国营的，也可以是私营的。在完全垄断的市场上，价值规律、供求规律和竞争规律受到极大的限制，市场上没有竞争，没有替代品，没有可供选择的保险人。因此，保险公司可凭借其垄断地位获得超额利润。

完全垄断模式分为两种形式，一种是专业型完全垄断模式，即在一个保险市场上同时存在两家或两家以上的保险公司，各自垄断某类保险业务，相互之间业务也不交叉，从而保持完全垄断模式的基本性质。另一种是地区型完全垄断模式，指在一个国家中同时存在两家或两家以上的保险公司，各垄断某一地区的保险业务，相互之间的业务没有交叉。

3) 垄断竞争模式。在垄断竞争型的保险市场中，大小保险公司并存，少数大公司在市场上取得垄断地位。竞争的特点表现为：同业竞争在大垄断公司之间、垄断公司与非垄断公司之间激烈展开。

4) 寡头垄断模式。寡头垄断型保险市场，是指在一个保险市场上，只存在少数相互竞争的保险公司。在这种模式的市场中，保险业经营依然以市场为基础，但保险市场具有较高的垄断程度，保险市场上的竞争是保险垄断企业之间的竞争，形成相对封闭的保险市场。存在寡头垄断模式市场的国家既有发展中国家，也有发达国家。

(2) 保险市场的机制。所谓市场机制，是指机制规律、供求关系和竞争规律三者之间相互制约、相互作用的关系。由于保险市场具有不同于一般市场的独有特征，市场机制在保险市场上表现出特殊的作用。

1) 价值规律在保险市场中的作用。保险商品是一种特殊的产品，其价值一方面体现为保险人提供的保险保障所对应的等价劳动的价值，另一方面体现为保险从业人员社会必要劳动时间的凝结。保险费率即保险商品的价格，投保人据此所缴纳的保险费是为了换取保险人的保险保障而付出的代价，从总体的角度表现为等价交换。但是，由于保险费率

的主要成分是依据过去的、历史的经验测算出来的未来损失发生的概率，所以，价值规律对于保险费率的自发调节只限于凝结在费率中的附加费率部分的社会必要劳动时间。因此，对于保险商品的价值形成方面具有一定的局限性，只能通过要求保险企业改进经营技术，提高服务效率，来降低附加费率成本。

2) 供求规律在保险市场中的作用。供求规律通过对供求双方力量的调节达到市场均衡，从而决定市场的均衡价格，即供求状况决定商品的价格。就一般商品市场而言，其价格形成直接取决于市场的供求状况，但在保险市场上，保险商品的价格，即保险费率不是完全由市场供求状况决定的，即保险费率并不完全取决于保险市场供求的力量对比。保险市场上保险费率的形成，一方面取决于风险发生的概率，另一方面取决于保险商品的供求状况。如人寿保险的市场费率，是保险人根据预定死亡率、预定利率和预定营业费用率三要素事先确定的，而不能完全依据市场供求的情况由市场确定。尽管保险费率的确定需要考虑市场供求状况，但是，保险市场供求状况本身并不是确定保险费率的主要因素。

3) 竞争规律在保险市场中的作用。价格竞争是商品市场竞争最有力的手段。然而在保险市场上，由于交易的对象与风险直接相关，使保险商品费率的形成并不完全取决于供求力量的对比，风险发生的频率和损失程度等是决定费率的主要因素，供求关系仅仅是费率形成的一个次要因素。因此，一般商品市场价格竞争机制在保险市场上必然受到某种程度的限制。

14.1.2 保险市场的供给与需求

关闭内容

1. 保险市场的供给

保险市场供给是指在一定的费率水平上，保险市场上的各家保险企业愿意并且能够提供的保险商品的数量。影响保险供给的因素主要有：

(1) 保险费率。在市场经济条件，保险供给的主要影响因素是保险费率。一般来说，保险费率越高，保险供给越大；反之，愈小。

(2) 保险技术水平。保险业是一个专业性和技术性都很强的行业，有些险种很难设计，因此要有专业性很强的保险市场来适应。如国内保险市场上至今没有提供给残疾给付保险和老年护理保险的专业保险公司。

(3) 保险市场规范。竞争无序的市场会抑制保险需求，从而减少保险供给。反之会提高保险市场需求。

(4) 互补品和替代品价格。互补品价格和保险供给呈正相关关系。替代品价格和保险供给呈负相关关系。

(5) 保险偿付能力。各国法律对保险企业都有最低偿付能力标准的规范，也会制约保险供给。

(6) 政府监管。目前，各国对保险业都有严格的监管制度。因此，即使保险费率上升，由于政府的严格管制，保险供给也会受控制。

2. 保险市场的需求

保险需求是全社会在一定时期内购买保险商品的货币支付能力。它包括保险商品的总量需求和结构需求。保险商品的结构需求是各类保险商品占保险商品需求总量的比重，如财产保险保费收入占全部保费收入的比率，财产保险和人身保险各自内部的结构。影响保险需求的因素较多，主要有：

(1) 风险因素。“无风险，无保险”，风险是保险产生、存在和发展的前提条件和客观依据，从而也就成为产生保险需求的条件。风险程度越大，保险需求越强烈。

(2) 保险费率。保险费率对保险市场需求有一定的约束力。两者一般呈反方向变化，从总体上来讲，费率上升带来保险需求的减少；反之增加，但是，费率对保险需求的影响会因保险品种的不同而不同。

(3) 消费者收入。消费者收入直接关系到保险购买力的大小。当国民收入增加时，作为保险商品的消费者、企业的利润也会随之增多，会有更强的缴费能力，保险的需求随之扩大。因此，消费者收入是影响保险需求的主要原因之一。

(4) 保险互补品和替代品价格。财产保险的险种是与财产相关的互补商品。例如，汽车保险与汽车，当汽车的价格下降时，会引起汽车需求量增加，从而导致汽车保险商品需求量的扩大，反之，则会引起汽车保险商品需求量的减少。另外，一些保险商品，特别是人寿保险商品是储蓄的替代商品，当银行利率上升时，人寿保险商品的需求量就会减少，反之，则会增加。

(5) 文化传统。保险需求在一定程度上受人们风险意识和保险意识的影响，而这些意识又受到特定文化环境的影响和控制。在我国，由于长期封建迷信的影响，对有一些风险，人们有时宁愿求助于神灵的保佑，也不接受保险的保障，从而抑制了保险的需求。

(6) 经济制度。市场经济条件下，个人和企业会面临更多的风险，而这一切不再由国家包揽解决，保险就成为一条最佳的解决途径，因而经济制度的变化会影响保险的需求。

3. 保险市场均衡价格的决定

保险市场供求平衡，是在一定的保险价格条件下，保险供给恰好等于保险需求，即保险供给与保险需求达到均衡点，或当 P 不变时， $S=D$ 。

保险市场供求平衡包括供求的总量平衡与结构平衡两个方面，而且还是相对的平衡。保险供求的总量平衡是指保险供给规模与需求规模的平衡。保险供求的结构平衡是指保险供给的结构与保险需求的结构相匹配，包括保险供给的险种与消费者需求险种的适应性，费率与消费者缴费能力的适应性，以及保险产业与国民经济产业结构的适应性等。

保险供给与保险需求之间的均衡问题，存在三种情况：第一种情况达到了保险供给与保险需求之间的均衡；第二种情况即保险供给大于保险需求时，要采取措施，激发社会公众对保险的需求量增大，同时加强对保险供给方的管理，使两者逐步趋于均衡，即刺激需求，调整供给，尤其发挥保险价格的作用，适当降低保险价格；第三种情况保险需求大于保险供给时，只能从增加供给方的保险供给入手，新增保险业务，扩大范围，最大限度地满足投保者的要求，必要时适当提高保险价格，从而，使保险需求与供给达到均衡。

保险市场供求平衡受市场竞争程度的制约。市场竞争程度决定了保险市场费率水平的高低，因此，市场竞争程度不同，保险供求平衡的水平各异。而在不同的费率水平下，保险供给与需求的均衡状态也是不同的。如果市场达到均衡状态后，市场价格高于均衡价格，则保险需求缩小，迫使供给缩小以维系市场均衡；如果市场价格低于均衡价格，则保险供给缩小而迫使需求下降，实现新的市场均衡。所以，保险市场有自动实现供求平衡的内在机制。

14.1.3 保险中介市场

[关闭内容](#)

1. 保险代理市场

保险代理是代理行为的一种，是保险人委托保险代理人扩展其保险业务的一种制度。而保险代理人是指根据保险人的委托，向保险人收取手续费，并在保险人授权的范围内代为办理保险业务的单位和个人。保险代理人的权利依据保险代理合同中保险人的授权。保险法第一百二十五条规定：“保险代理人是根据保险人的委托，向保险人收取代理手续费，并在保险人授权的范围内代为办理保险业务的单位和个人。”

保险代理具有民事代理的一般特征：一是保险代理人以保险人名义进行代理活动。二是保险代理人在保险人授权范围内做独立的意思表示；保险代理产生于保险人的委托授权，属于委托代理。三是保险代理人与投保人实施的民事法律行为，具有确立、变更或终止

一定的民事权利义务关系的法律意义。四是保险代理人与投保人之间签订的保险合同所产生的权利义务，视为保险人自己所做的民事法律行为，应遵循民法的基本原则。此外，委托保险代理必须采用书面形式。保险代理合同是保险人与代理人关于委托代理保险业务所达成的协议，是证明代理人具有代理权的法律文件。

2. 保险经纪市场

保险经纪人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，并依法收取佣金的单位。保险由于其技术复杂，保单条款专业而冗长，保险需求者倾向于委托保险经纪人来为其提供专业化的保障计划，选择资信良好、服务完备的保险人和适合自身需要的保险产品。保险经纪人则依据其保险方面的专业知识和对保险市场的熟悉，根据保险需求者的要求对其面临的风险进行评估，选择合适的保险人和保险产品，提供专业化的服务。在我国，保险经纪人主要指保险经纪公司。依照我国有关法律法规，成立保险经纪公司须具备一定的条件；对从事保险经纪业务的人员的资格要求做了具体规定，从事保险经纪业务的人员，必须参加保险经纪人员资格考试。考试合格者，由保险监督机构或其授权机构核发保险经纪人资格证书，该证书不做执业证明文件使用。

保险经纪公司作为被保险人的代表，独立承担法律责任。根据法律规定，保险经纪公司应对投保人或被保险人负责，有义务利用自己的知识和技能为其委托人购买最佳的保险。如果因为保险经纪公司的疏忽致使被保险人利益受到损害，保险经纪公司要承担法律责任。应当注意的是：保险经纪公司不同于保险代理公司，保险代理公司是保险人的代表，在授权范围内所从事的保险业务活动由保险公司承担法律责任；而保险经纪公司是被保险人的代表，在办理保险业务中的过错，应独立承担法律责任。

保险经纪人和保险代理人也是有区别的。保险经纪人和保险代理人同属于保险中介范畴，他们凭借自身的保险知识和专业优势，活跃于保险人与投保人之间，成为保险市场的重要组成部分。同时，我国法律规定保险代理人、保险经纪人都应当具备保险监督管理部门规定的资格条件，并取得其颁发的许可证。向工商银行行政管理部门办理登记，领取营业执照才能从事经营活动。两者的区别主要体现在以下几个方面：

(1) 从定义上看。保险经纪人是基于投保人的利益，与保险人签订保险合同，并向投保人和保险人收取手续费的机构；而保险代理人是根据保险人的委托，向保险人收取手续费，并在保险人授权范围内代为办理保险业务的单位和个人。

(2) 从法律地位上看。保险经纪人只是投保人的代表，他的疏忽、过失等践约或越权行为给保险人及投保人造成的损失，应独立承担民事责任。保险代理人的行为则被视为保

险人的行为，《保险法》中明确规定：“保险代理人根据保险人的授权代为办理保险业务的行为后果，由保险人承担责任。

（3）从利益关系上看。保险代理人是受保险人委托，代表保险人的利益办理保险业务，实质是保险自营机构的一种延伸；保险经纪人则是投保人的代理人，代表投保人的利益，为其提供各种保险咨询服务，进行风险评估，设计险种及协商投保条件和承保条件。

（4）从基本职能看。保险代理人通常是在某一区域内代理销售保险人授权的保险品种；保险经纪人则是接受投保人的委托，为其协商投保条件，提供保险服务。

（5）从佣金来源上看。保险代理人一般都是按照合同的规定向保险人收取代理手续费或佣金；而保险经纪人则是根据投保人的要求向保险公司投保，保险公司接受业务后，向经纪人支付代理手续费，经纪人也可以向投保人或被保险人及受益人收取手续费。

3. 保险公估市场

（1）保险公估人的定义。保险公估是受保险合同当事人单方或双方，以及受其他委托方的委托，向其收取合理的费用，办理保险标的的鉴定、评估、估价、查勘与赔款理算，洽商并出具公估报告的行为。保险公估人是接受保险当事人委托，专门从事保险标的的评估、鉴定、估损、勘验和理算等业务的机构。公估后将出具公估报告书。国外也有将其称为“理算局”或者“公估行”的。从事保险公估的公司或其他经济组织，即保险公估人，也称为保险公估行或者保险公估公司，是独立于政府、行政管理部门及经济领域各环节和部门之外，面向社会的经济实体。保险公估人是保险业发展不可缺少的组成部分，在保险市场上具有不可替代的作用。它和保险代理人、保险经纪人一起构成了保险中介的“三大支柱”。

（2）保险公估人的职责和特点。

1) 保险公估人的职责。保险公估人受保险合同的当事人单方或双方委托，必须履行一定职责：对遭损财产的检验、鉴定、定责和定损；对遭损财产的损失原因检测和鉴定；对财产的现时价值和承保风险进行评估；对货物进行装卸的监视和鉴证；代办财产的索赔、理赔及追偿；协商、调停保险人、被保险人或其他代理人之间对财产处理和理赔的争议；提供与保险、检验、鉴定、评估等有关的信息的咨询服务。

2) 保险公估人的特点。

公正性：公估机构在承办保险标的的公估业务既要维护保险人的利益，也要维护被保险人的利益，应当公正、客观、合理和负责地履行其职责。公估人一旦失去了公正性就无法履行其职责，无法保证公估结论的合理性和合法性。

独立性：公正性决定了公估人的独立性。公估人是独立的，它必须和保险人、被保险人在经济上相互独立，没有兼职或直接从属关系。独立性的另一面表现在依着客观事实，借以科学技术、保险条款及其有关法律、法规，独立地完成公估业务。

技术性：对标的物进行评估时，要求公估人员熟悉并了解标的物。在专业上既要精通理论又有丰富的估损经验，要求他们既懂得自然灾害或突发事件的物理、化学和生化过程，又了解标的物在各种灾害下可能引起的后果，以及他们的恢复方法、市场价格、损失的估算和灾害的预防。因此，保险公估人必须由通晓金融、保险、法律、会计等相关专业的专家组成，其专业性和技术性相当强。

协调性：公估人在处理业务时既不代表保险人，也不代表被保险人，而是通过对客观的标的以专业知识和相关保险条款为依据，在客观、公正的立场上，以维护保险双方合理与正当的利益为出发点，对保险标的做出合理的理赔，并得到双方确认，从中协调保险双方的关系。

法规性：保险公估人在承保前后对保险标的评估时，一切结论的出处，除具体标的的实际情况外，都必须有一个标准的法律依据，如商品法、商检法、技术法、保宪法和合同法等，这样才能保证评估的正确性。

不可替代性：在保险公估人的发展过程中，技术专家、资产评估公司、产品质量检验中心等都发挥了不小的作用，并且在以后的公估作业中还具有重要作用，但由于自身性质的限定，在保险市场上不可能替代保险公估人。

（3）保险公估人的分类。

1) 按业务活动顺序分类。根据保险公估人在保险公估业务中先后顺序的不同，可以分为承保公估人和理赔公估人。承保公估人主要从事保险标的的承保公估，即对保险公估标的的做现时价值和承保风险的评估，由承保人提供的查勘报告是保险人评估保险标的的风险、审核其自身承保能力的重要参考。保险理赔公估人是在保险合同约定的保险事故发生后，受托处理保险标的的检验、估损及理算的专业公估人，包括损失理算师、损失鉴定人和损失评估人。例如，海损理算师专门处理海上保险标的的理赔事项。损失鉴定人是在保险事故发生后，判断事故发生的原因和责任归属的保险公估人。损失评估人是指接受被保险人委托，办理保险标的的损失查勘、计算的人，他们通常只接受被保险人单方面的委托，代表被保险人的利益。

2) 按业务性质分类。主要分为保险型公估人、技术型公估人和综合型公估人。保险型公估人熟悉保险、金融以及经济等方面的知识，侧重解决保险方面的问题，对其他专业技

术知识没有要求，不对技术型问题进行公估；技术型公估人侧重解决保险技术方面的问题，涉及其他有关保险方面的知识很少；综合型公估人不仅解决保险方面的问题，同时还解决保险业务中的技术问题，他们由于知识面广、经验丰富，成为最受欢迎的保险公估人。

3) 按业务范围分类。根据保险公估人从事业务活动的范围不同，可以分为海上保险公估人、汽车保险公估人和火灾及特种保险公估人。海上保险公估人主要处理海上、航空运输保险等方面的业务。汽车保险公估人主要处理与汽车保险有关的业务。火灾及特种保险公估人主要处理火灾及物质特种保险等方面业务。

4) 按委托方分类。根据委托方的不同，保险公估人可以分为接受保险公司委托的保险公估人和只接受被保险人委托的保险公估人。

5) 按委托关系分类。从保险公估人与委托方的关系来看，保险公估人可以分为独家保险公估人和独立保险公估人。独家保险公估人是指长期固定受聘于某一家保险公司，接受该公司的委托或指令处理各项保险理赔业务的公估人，这类公估人一般不能接受其他保险公司的委托。独立保险公估人是指可以同时接受数家保险公司委托，处理理赔事项，其间的委托方与被委托方是暂时的，公估人完成了保险公司的委托业务，他们之间的委托关系也相应结束。

14.1.4 再保险市场

关闭内容

1. 再保险市场概述

(1) 再保险市场的概念。再保险市场是再保险商品交换关系的总和或再保险商品供给与需求关系的总和。在再保险市场上，交易的对象是在保险人委员保险人所面临的保险风险提供的各种再保险保障。一个完整的再保险市场，包括以下几方面的要素：第一，再保险市场的卖方或供给方；第二，具体的交易对象——各类再保险商品；第三，为促成再保险交易提供辅助作用的保险中介方。

从国际保险实践看，再保险市场的供给方主要由专业再保险公司、兼业再保险业务的直接保险公司及区域性、国际型再保险集团等组成。专业再保险公司是指那些只从事再保险业务的保险公司。再保险集团指有两家或两家以上的保险公司组织起来的一个集团。再保险集团以国际性的再保险集团为主，还包括国内的再保险集团和区域性的再保险集团。区域性再保险集团是指在世界不同区域内成立的再保险集团，其组成一般有两种方式：一是由该地区内的各国出资人入股，成立一个专门的区域性的再保险机构，如亚洲再保险集团，其成员国有中国、印度、菲律宾、韩国等；二是由该区域内的各保险公司

组成一个区域性的再保险集团。成立再保险集团可以减少保费外流，但同时也潜伏着风险相对集中的危险。

从再保险市场的需求看，再保险业务最主要的分出源是直接经营业务的保险公司，此外，另一分出源是专业自保公司。专业自保公司虽然具有较强的资本实力，但也需要再保险的支持，以保证经营的稳定性。所以，许多国家通过立法对再保险业务直接进行规定，以充分保证保险人的偿付能力，或通过保险产业政策对再保险市场的发展加以引导和培育。

（2）再保险市场的分类

1) 按区域范围划分，再保险市场可分为国内再保险市场、区域性再保险市场和国际型再保险市场。

2) 以再保险责任限制划分，再保险市场可以分为比例再保险市场和非比例再保险市场。例如，伦敦的超额再保险市场是典型的非比例再保险市场，而德国的汽车再保险市场是典型的比例再保险市场。

（3）再保险市场的特点

1) 再保险市场是国际保险市场的重要组成部分，具有广泛的国际性。在再保险市场上，全世界的保险人可以充分安排再保险业务，保障业务的稳定性。特别是国内和国际间的重大的贸易活动，如航空航天项目、核电站工程等都有巨大风险责任，更加需要保险。尽管再保险市场是从保险市场发展而来的，但不是简单的延伸，而是国际保险市场不可缺少的重要组成部分。

2) 再保险市场的交易体现了保险人和再保险人的合作。在保险人与再保险人之间，双方的良好接触起决定性的作用。对于签订长期再保险合同的分出人往往在订约前或订约后，要对可能发生的技术问题、市场问题，与分保接受人进行磋商。所以，再保险交易在某种程度上也是一种合作经营。

（4）再保险市场形成的条件。从各国保险的实践看，再保险市场的形成或培育须具备一定的条件。

- 1) 比较稳定的政治局面；
- 2) 发达的保险市场；
- 3) 现代化的通信设备和信息网络；
- 4) 比较宽松的外汇制度；
- 5) 具有丰富的再保险理论知识和实践经验的专业人员；

6) 拥有相当数量的律师、会计师和精算师等中介服务机构。

2. 中国再保险市场

(1) 中国再保险市场的历史。中国再保险市场开始于 20 世纪 30 年代。当时的再保险业务主要由外商操纵，华商保险公司因实力薄弱，主要通过联合经营，增强对巨额业务的承保能力。中华人民共和国成立初期，主要由中国人民保险公司和中国保险公司接受私营保险企业的分出任务。此外，私营保险公司组成上海民联分保交换处，经营参加该交换处的保险公司的互惠分保，并与在天津成立的华北“民联”订立分保合约，接受其预约分保。1953 年，随着私营保险公司合并经营和外商保险公司的退出，再保险市场主体逐渐减少，分保业务逐步演变成由“人保”一家办理国际再保险业务的局面。1959 年，我国国内保险业务停办以后，涉外保险业务和国际分保业务由中国人民银行国外业务管理局保险处统一负责。

改革开放以后，1979 年恢复了国内保险业务，与此同时，再保险业务也重新由中国人民保险公司经营。随着我国保险体制的改革，1996 年 2 月，中保再保险公司正式成立，从此结束了建国以来无专业再保险公司的历史。1999 年，中保再保险公司又改组成中国再保险公司，成为独立的一级法人，经营各类再保险业务。2003 年，中国再保险公司实施股份制改革，并于 2003 年 8 月 18 日正式更名为中国再保险（集团）公司，由中再集团作为主要发起人并控股，吸收境内外战略投资者，共同发起并成立了中国财产再保险股份有限公司、中国人寿再保险股份有限公司、中国大地财产保险股份有限公司。2003 年，中再集团实现分保收入 192.72 亿元，其中商业分保收入 28.62 亿元，占 14.85%。

随着我国加入 WTO，外资保险公司进入我国保险市场，外资再保险公司也开始进入我国再保险市场。2003 年下半年，拿到中国保监会颁发的设立分公司许可证的慕尼黑再保险公司、瑞士再保险公司、通用科隆再保险公司相继开业。这三家均为国际再保险市场上位列前三名的再保险巨头，对中国再保险市场觊觎已久，随着其分公司的开业，中国再保险市场由中国再保险公司垄断的局面彻底宣告结束。

(2) 中国再保险市场的现状。我国保险法第九十三条规定：“经保险监督管理机构核定，保险公司可以经营规定的保险业务的下列再保险业务，分出保险；分入保险。”我国《保险公司管理规定》第四十七条、四十八条也规定，经中国保监会批准，财产保险公司和人身保险公司可以经营其业务范围内的再保险业务。也就是说，保险公司在不超出原保险业务范围的情况下，可以经营再保险业务。我国再保险经营主体包括专业的中国再保险公司和其他保险公司。

目前，我国再保险公司经营的业务有：接受财产保险公司的分出业务；接受人身保险公司的分出业务；经中国保监会批准，接受境内保险公司的法定分保业务；办理转分保业务；经营国际再保险。

从再保险性质来看，再保险业务可分为法定再保险和商业再保险。法定再保险是保险不发达国家为扩大本国保险市场的承保能力，减少对外国保险公司的再保险依赖的一种保护策略。新加坡、韩国、印度、埃及等国都以法令规定国内保险公司承保的某项或全部保险业务，按一定比例向指定的国内专业再保险公司办理再保险。我国自 1995 年开始实施的保险法规定，国内各财产保险公司一律向中国再保险公司办理 20% 的法定再保险业务，但在现阶段依然保留一定比例的法定再保险。

3. 国际再保险市场

目前，再保险的主要市场为发达国家，国际再保险市场主要分布在英国、美国、德国和瑞士等。如英国、美国、法国、瑞士和德国的海外分支机构大约占外国公司的 3/4，年保费收入约 800 亿美元。西欧的再保险业务保费收入占全世界总保费的 60%，美国占 20%。欧洲在保险市场主要是专业再保险公司，特点是完全自由化（无法定分保）、商业化，竞争激烈，国际地位举足轻重。国际上最大的 20 家经营再保险业务的公司，欧洲市场就有 7 家。德国是欧洲最大的再保险市场，目前与世界上 120 个国家的 2 000 多个国外公司有联系，保费收入有 40% 来自国外，对外扩展的最佳业务是工程保险的再保险。但受 9·11 事件等诸多因素的影响，2003 年 8 月，标准普尔将它的评级连降 4 级，从 AA- 降到了 A+，现在它的评级比竞争对手瑞士再保险和巴菲特的通用再保险降低了两个等级。欧洲第二大再保险中心是瑞士。瑞士再保险市场也是专业再保险公司占统治地位，除瑞士再保险外，还有名列世界第八位的苏黎士再保险集团和第十六的丰泰集团（Winterthur Swiss Insurance）。瑞士再保险市场建于 1864 年，公司的发展以国际业务为基础，以其高居首位的国外保险费收入和广泛的信息网络闻名于世。

英国的伦敦再保险市场由劳合社和保险公司市场两部分组成，尤以劳合社更为显著，其主要业务体现在再保险市场。其特点是所有再保险业务均须经过经纪人，且业务多来源于国外。虽然近年来劳合社再保险业务供过于求，但在世界再保险市场上仍占有重要地位。

美国的保险业发展相对较晚，相应地，再保险的发展时间也相对较晚，但其实力不可忽视，纽约再保险公司现跻身于世界再保险市场的前列。美国再保险市场的发展偏重于业务交换、共同保险和联营方式，比欧洲再保险公司的自留额高。世界前 15 家再保险公司

中，美国的通用再保险公司（GE Re）占第三位。

日本再保险市场上专业再保险公司很少，大部分是兼营再保险公司。日本保险法中没有法定分保的规定，国内风险主要采取共保或分保的方式解决，从日本市场流向国际市场的业务主要是高风险和巨灾风险。目前主要通过与国外再保险的互惠交换业务进入世界再保险市场。

除此之外，一些新兴的再保险市场也颇受瞩目。如阿拉伯的巴林、亚洲的新加坡和韩国、大洋洲的澳大利亚等。

14.2 保险监督管理

14.2.1 保险监督管理概述

[关闭内容](#)

1. 保险监督管理的含义

（1）保险监督管理的概念。保险监督管理是指政府的保险监督管理部门为了维护保险市场秩序，保护被保险人及社会公众的利益，对保险业实施的监督和管理。

可从以下几个方面来理解保险监督管理的概念。

1) 保险监督管理的主体。即享有监督和管理权利并实施监督和管理行为的政府部门或机关，也称为监督管理机关。不同国家的保险监督管理机关有不同的形式和名称。目前，我国保险监督管理机关是中国保险监督管理委员会。中国保险监督管理委员会成立于1998年11月，是国务院的直属事业单位，是全国商业保险的主管机关。根据国务院授权履行行政管理职能，依照法律、法规统一监督管理中国保险市场。在中国保险监督管理委员会成立之前，我国保险监督管理机关是中国人民银行。

2) 保险监督管理行为的性质。对于保险监督管理行为的性质，可从两方面来理解：一方面，保险监督管理是以法律和政府行政权力为根据的强制行为。保险监督管理这种强制性的行为不同于以自愿为基础的保险同业公会对会员公司的监督管理，不同于以产权关系为基础的母公司对子公司的监督管理，也不同于以授权为根据的总公司对分支机构的监督管理。另一方面，在市场经济体制下，保险监督管理的性质实质上属于国家干预保险经济的行为。在市场经济条件下，为防止市场或市场配置资源失灵，国家具有干预经济的基本职能。对于保险市场而言，保险监督管理部门一方面要体现监督职能，规范保险市场行为，防止“市场失灵”，维护保险市场秩序，保护被保险人及社会公众的利益。具体而言，监督保险公司及其分支机构、保险中介的市场行为是否合乎法律、法规和部门规章，对于违反者予以查处，还需监测保险公司的偿付能力和经营风险，督促保险公

司防范和化解经营风险。另一方面要体现管理职能，根据国务院授权履行行政管理职能，优化保险资源的配置，调控保险业的发展。具体而言，批准设立保险公司及其分支机构，审查保险机构高级管理人员任职资格，制定或受理基本保险条款和费率，办理保险许可证和变更事项等。

3) 保险监督管理的领域、内容和对象。保险监督管理仅限于商业保险领域，不涉及社会保险领域。保险监督管理的内容是保险经营活动，除涉及保险组织的相关内容外，主要指保险业务经营活动，即“保险保障的生产”和“风险转移的生产”活动，还包括资金运用等领域。需要指出的是，保险监督管理对有些保险经营活动（如保险资金运用）需要与其他监督管理部门协调（如证监会）来实施监督管理。例如，为了加强对保险公司股票投资的管理，中国保监会与中国银监会联合下发《保险公司股票资产托管指引》，中国保监会与中国证监会联合下发《关于保险机构投资者股票投资交易有关问题的通知》和《保险机构投资者股票投资登记结算业务指南》，这些规章和规范性文件共同构成了保险机构投资者股票投资的基本制度和政策框架。保险监督管理的对象是保险产品的供给者和保险中介人。保险产品的供给者是指保险人，具体包括保险公司、保险公司分支机构。保险中介人是辅助保险人和被保险人从事保险业务活动的，如保险代理人、保险经纪人和保险公估人。

4) 保险监督管理的依据。保险监督管理的依据是有关的法律、行政法规、规章和规范性文件。在我国，法律主要是指全国人民代表大会及其常务委员会通过的法律，如保险法、公司法、海商法等；行政法规是指国务院制定和发布的条例，如《外资保险公司管理条例》；规章是指中国保监会和国务院有关部委制定和发布的部门规章，如中国保监会发布的《保险公司管理规定》、《保险代理机构管理规定》、《保险经纪机构管理规定》等；规范性文件是指国务院、中国保监会、国务院有关部委发出的通知、指示、命令或制定的办法。这些通知、指示、命令或制定的办法虽不属于行政法规和部门规章，但具有执行效力，对保险业务的经营具有普遍的约束力，也是保险监督管理的依据。

（2）保险监督管理的必要性。由于保险经营具有特殊性，在市场经济条件下保险市场运行可能出现“市场失灵”，因此，保险监督管理是必要的。

保险经营的特殊性是世界上绝大多数国家对保险业实行严格监督管理的基本原因。保险业的特殊性体现在：① 保险经营的公共性。保险公司的投保人或被保险人是社会上的千家万户，保险公司能否持续经营，会广泛、长期地影响到广大客户的利益，如果保险公司经营不善，破产或倒闭退出而不能正常履行其补偿或给付职能，将使广大客户即社会

公众利益受到损害，影响社会稳定。② 保险经营的负债性。保险公司经营的负债是指保险公司通过收取保险费建立保险基金来履行其赔偿或给付职能，保险基金很大一部分是以保险准备金的形式存在的，保险公司提取准备金所形成的负债是确定的，而保险公司应承担义务所形成的负债因风险事故的不确定而不确定。因此，对于保险公司而言，如何对保险公司的负债项目进行评估，如何合理计提准备金，以及如何运用负债准备金进行投资都是非常重要的。而银行等金融机构和一般企业的负债往往是确定的。③ 保险合同的特殊性。保险合同具有附和性和射幸性。保险合同的附和性表现为保险人确定承保的基本条件，规定双方的权利与义务，投保人一般只能依据保险人设定的标准合同进行选择，难以对合同的内容提出变更意见。加之保险合同专业性强，所以，保险合同往往是在一种信息不对称、交易力量不对等的基础上建立起来的。一些国家从保护被保险人权益的角度出发，对保险合同的条款、保险费率等内容进行严格审核，以达到公平合理的目的。保险合同具有射幸性，是因为保险合同约定的是在未来保险事故发生时，由保险人承担赔偿责任或给付保险金责任的合同。保险人所承保的保险标的的风险事故是不确定的，而投保人购买保险时支付的保费与保险标的一旦发生保险事故时被保险人所能获得的赔偿或给付金是不对等的。从个体保障的角度看，保险人的保险责任远远高于其所收取的保费，这种关系需要通过政府监督管理的手段来确保保险合同交易的公平合理。

④ 保险交易过程的特殊性。现代商业保险交易总是先向众多的被保险人收取保费，保险事故发生后才向个别被保险人支付赔款或给付保险金，这是事前分摊的方式，而不是事后分摊方式，保险公司无论何时破产，破产的保险公司的客户都会遭受损失。另外，保险交易过程时间远远长于一般企业的交易过程，对于大部分财产保险而言，保险期限是1年的时间，对于大部分人身保险则可能是5年、10年，甚至几十年的时间，保险交易过程期限的延长，使保险公司的经营风险具有隐蔽性、累积性和社会性。保险经营具有的特殊性使保险业隐含的风险增加，需要加强保险监管防范和控制风险。

保险市场运行可能出现的“市场失灵”主要表现在：① 市场功能有缺陷，如有一些当事人不付代价便可得到来自外部经济的好处。② 市场竞争失灵，如市场竞争可能导致垄断，垄断会产生进入市场的障碍，从而破坏市场机制，排斥竞争，导致效率的损失。③ 市场调节本身具有一定的盲目性，从价格形成、信号反馈到产品开发的时间差，可能造成保险产品的供给与需求的某种失衡。另外，企业和个人掌握的经济信息不足，微观决策也带有一定的被动性和盲目性。④ 市场信息的不对称性，导致市场失灵，如与保险人相比，被保险人的信息相对不足，被保险人的经济福利不能最大化，有时还由于提供虚假的信

息和不公正交易使被保险人的利益受到损失。此外，投保人或被保险人利用信息不对称进行逆选择。因此，为了弥补保险市场运行本身的弱点和缺陷，为了减少或消除这些“市场失灵”的情况及其影响，保险监督管理无疑具有必要性和合理性。

（3）保险监督管理的目的。

1) 保护被保险人的利益。保险合同的附和性特点使被保险人在与保险人进行交易时处于相对不利的位置，即使被保险人可以通过保险经纪人办理保险业务，或者可以拟订协议条款或合同，但与保险公司的地位和能力相比，或者从保险交易方式看，被保险人是先交费，在发生保险事故后才向保险人索赔，被保险人还是处于相对不利的地位和属于弱势群体。如果保险公司经营行为不规范、不守信用就会损害被保险人的利益，因此需要通过保险监督管理来保护被保险人的利益。

2) 维护保险市场的秩序。保险监督管理的另一目的是维护保险市场秩序，为保险业提供公平竞争的机会和环境。为保险业提供公平竞争的机会体现在：保证社会资源在保险业中的公平合理配置，保证不同的保险公司享有均等的业务经营机会。为保险业提供公平竞争的环境是指保险监督管理部门对于保险公司采取不正当的竞争手段的行为，必须采取处罚等措施，纠正不规范的竞争行为，从而保证保险公司之间能够公平竞争。

2. 保险监督管理的原则

（1）依法监督管理的原则。保险监督管理部门必须依照有关法律或行政法规实施保险监督管理行为。保险监督管理行为是一种行政行为，不同于民事行为。凡法律没有禁止的，民事主体就可以从事民事行为；对于行政行为，法律允许做的或要求做的，行政主体才能做或必须做。保险监督管理部门不得超越职权实施监督管理行为，同时，保险监督管理部门又必须履行其职责，否则属于失职行为。

（2）独立监督管理原则。保险监督管理部门应独立行使保险监督管理的职权，不受其他单位和个人的非法干预。当然，保险监督管理部门实施监督管理行为而产生的责任（如行政赔偿责任）也由保险监督管理部门独立承担。

（3）公开性原则。保险监督管理需体现透明度，除涉及国家秘密、企业商业秘密和个人隐私以外的各种监管信息应尽可能向社会公开，这样既有利于保险监督管理的效率，也有利于保险市场的有效竞争。

（4）公平性原则。保险监督管理部门对各监督管理对象要公平对待，必须采用同样的监管标准，创造公平竞争的市场环境。

（5）保护被保险人利益原则。保护被保险人利益和社会公众利益是保险监督管理的根本

目的，同时也是衡量保险监督管理部门工作的最终标准。

(6) 不干预监督管理对象的经营自主权的原则。保险监督管理对象是自主经营、自负盈亏的独立企业法人，在法律、法规规定的范围内，独立决定自己的经营方针和政策。保险监督管理部门对监督管理对象享有实施监督管理的权利，负有实施监督管理的职责，但不得干预监督管理对象的经营自主权，也不对监督管理对象的盈亏承担责任。

3. 保险监督管理的方式与监督管理的目标模式

保险监督管理的方式大致可分为以下三种：

(1) 实体管理。也称批准主义，是指政府的保险监督管理机关根据法律赋予的权力，对保险市场，尤其是对保险企业进行全方位的、全过程的有效监督和管理。通过立法明确规定保险人从设立到经营，直至清算所应遵循的批准和审查制度，其监管的内容具体实际，有明确的衡量尺度，是最为严格的一种监督管理方式。实体管理方式由瑞士创立。

(2) 规范管理。也称准则主义，是指国家制定出一系列有关保险经营的基本准则，并监督执行。在此种管理方式中政府对保险经营的若干重大事项，如最低资本金的要求、资产负债表的审核、资本金的运用、违反法律的处罚等，都有明确的规范；但政府对保险人的业务经营、财务管理及人事等方面，则不加以干预。这种管理方式只注重保险经营形式上的合法性，但未触及保险业经营的实体。规范管理适用于保险法规比较严谨和健全的国家，目前有不少国家采用这种方式。

(3) 公告管理。亦称公示主义，是最为宽松的一种监管方式，是指政府对保险业的经营不做直接监督，仅规定各保险人必须按照政府规定的格式及内容定期将其资产负债、财务成果及相关事项呈报政府的主管机关并予以公告。这种监督管理方式适用于保险业自律能力较强的国家，有利于保证保险人在较为宽松的市场环境中自由发展。1994年以前，英国采用这一管理方式。随着现代保险业的发展，这种方式因不利于切实有效地保证被保险人的利益而被许多国家放弃。

保险监督管理的目标模式是指保险监督管理的核心或重点，大致分为三种：一种是重点监督管理保险公司的偿付能力，如英国，保险监督管理部门对保险公司的偿付能力不仅有一套详细的、完整的评估方法，而且要对偿付能力不足的保险公司进行严格的处理；另一种是主要监督管理保险公司的市场行为，如亚洲金融危机前的日本，政府对保险费率的控制很严；还有一种是既监督管理市场行为，也监督管理偿付能力，但以偿付能力监督管理为主，如美国。此外，由国际保险监督官协会提出一种新的监督管理模式，即把公司治理结构与偿付能力和市场行为监督管理并列的模式。目前，这一新的监督管理

模式已得到众多国家和地区保险监督管理部门的重视和认可。我国保监会不断推进监管创新，借鉴国际保险监督官协会核心监管原则，引入了保险公司治理结构监管制度，已初步形成了偿付能力、市场行为和公司治理结构监管三大支柱的现代保险监管框架。

14.2.2 保险监督管理的内容

[关闭内容](#)

1. 偿付能力监督管理

(1) 偿付能力概念。偿付能力与偿付能力额度。偿付能力是指保险公司偿付其到期债务的能力。在保险经营中，保险人先收取保险费，后对保险损失进行赔付。先收取的保险费被视为保险人的负债，赔偿或给付保险金被视为对负债的偿付。偿付能力大小用偿付能力额度表示。偿付能力额度等于保险人的认可资产与实际负债之间的差额。

保险公司的偿付能力分为保险公司的实际偿付能力和保险公司最低偿付能力。保险公司的实际偿付能力即在某一时点上保险公司认可资产与认可负债的差额。保险公司最低偿付能力是指由保险法或保险监督管理机构颁布有关管理规定的，保险公司必须满足的偿付能力要求。如果保险公司认可资产与负债的差额低于这一规定的金额，即被认为是偿付能力不足。我国保险法第九十八条规定：“保险公司应当具有与其业务规模相适应的最低的偿付能力。保险公司的实际资产减去实际负债的差额不得低于保险监督管理机构规定的数额，低于规定数额的，应当增加资本金，补足差额。”最低偿付能力的确定，保证金的提存和法定再保险业务的安排等方面的规定，都是对保险公司偿付能力监督管理的重要措施。

(2) 保险公司偿付能力监督管理。保险公司偿付能力监督管理是指保险监督管理部门对保险公司的偿付能力实行的监督和管理，包括偿付能力评估和偿付能力不足处理两个环节。

1) 偿付能力评估。偿付能力评估是对保险公司的偿付能力是否充足进行的评估、检测。预防性的保险偿付能力指标监督管理。为了评估和检测保险公司的偿付能力，许多国家都制定保险偿付能力监督管理指标。保险偿付能力监督管理指标的性质属于监督管理中的预防性指标，而不是强制性的指标。按照《保险公司偿付能力额度及监督管理指标管理规定》，中国保监会可通过预警指标体系对保险公司的偿付能力状态和变化趋势进行监测，对指标超过正常范围的个数达到4个以上的公司，保监会将要求公司进行解释、提交改进报告，或者实施进一步的检查以评估其偿付能力。

强制性的偿付能力额度监督管理。具体包括最低偿付能力额度的计算和实际偿付能力额

度的确认。一般地说，偿付能力监督管理直接表现为偿付能力额度的监督管理。我国《保险公司偿付能力额度及监督管理指标管理规定》明确指出，保险公司应当根据保障被保险人利益，保证偿付能力的原则，稳健经营，确保实际偿付能力额度随时不低于应具备的最低偿付能力额度。

为配合对偿付能力的监督管理，应建立及时的财务报告制度。保险监督管理机构定期检查保险企业的财务报告，发现有问题的企业，及时进行处理。

2) 偿付能力不足处理。偿付能力不足处理是对偿付能力不足的保险公司所作的处理决定，包括责令保险公司补充资本金、办理再保险、转让业务、停止接受新业务、调整资产结构等措施直至对保险公司接管。按照我国《保险公司偿付能力额度及监督管理指标管理规定》，凡是实际偿付能力额度低于法定最低偿付能力额度的，保监会将根据其严重程度分别采取责令提出整改方案、责令分保、限制经营费用规模、责令拍卖不良资产、限制高级管理人员薪酬水平和在职消费水平直至责令停止新业务和依法接管等措施。

在保险监督管理实践中，偿付能力监督管理的实际内容大于偿付能力额度监督管理，涉及保险公司的许多方面。因为影响偿付能力的因素有很多，或者产生保险公司偿付能力不足的原因有许多，包括资本金和盈余、定价和产品、投资、再保险、保险准备金、资产负债匹配及公司等。因此，如果简单地将偿付能力监督管理视为偿付能力额度监督管理，而忽视对影响偿付能力因素的监督管理，实质上将偿付能力监督管理变为事后监督管理，这样就不能有效对偿付能力监督管理。可见，偿付能力是整个保险监督管理的一个核心内容。

2. 市场行为监督管理

保险市场行为监督管理是指对保险公司经营活动过程所进行的监督管理。主要包括以下环节。

(1) 保险机构监督管理。

1) 对保险人的组织形式的限制。保险人以何种组织形式进行经营，各个国家和地区根据本国国情均有特别规定。根据我国保险法第七十条的规定，保险公司应当采取股份有限公司或国有独资公司的组织形式。随着我国保险业的不断发展，行业自保和互助合作保险等保险组织形式已相继出现，《国务院关于保险业改革发展的若干意见》(国发[2006]23号)明确规定：“规范行业自保、互助合作保险等保险组织形式，整顿规范行业或企业自办保险行为，并统一纳入保险监管。”

2) 保险公司申请设立的许可。目前在保险市场准入的处理原则上，各国大致有两种制度，

一种是登记制，即申请人只要符合法律规定进入保险市场的基本条件，就可以提出申请，经政府主管机关核准登记后进入市场。对于符合条件的申请，政府主管机关必须予以登记。另一种是审批制，即申请人不仅必须符合法律规定的条件，而且还必须经政府主管机关审查批准后才能进入市场。对于符合条件的申请，主管机关不一定予以批准。我国对保险市场的准入采用的是审批制。

关于设立保险公司的基本程序。我国对保险公司实行较为严格的审批制度，根据保险法及《保险公司管理规定》，设立保险公司需经过申请、筹建和开业 3 个阶段。

3) 保险公司合规经营的监督管理。政府对保险企业监督管理的基本目的是为了保证保险公司合规经营，以保障被保险人的合法权益。如发现保险公司存在某些违反保险法规的行为时，可以责令保险公司限期改正。若保险公司在限期内未改正，保险监督管理机关可以决定对保险公司进行整顿。对于违法、违规行为严重的公司，保险监督管理机关可对其实行接管。被接管公司已资不抵债的，经保险监管机关批准可依法宣告破产。

4) 外资保险企业的监督管理。对外资保险企业的监督管理取决于各国社会制度、经济发展水平和民族保险业发展程度等因素。一般发达国家对外资保险企业限制较少，而发展中国家为维护本国利益，对外资保险企业的开业条件、经营业务范围、投资方向及纳税等都有严格要求。

(2) 经营范围的监督管理。保险公司所能经营的业务种类和范围由保险监督管理部门核定，保险公司只能在被核定的经营范围内从事保险经营活动。对经营业务范围的监督管理一般表现在两个方面：一是保险人可否经营保险以外的其他业务，即兼业问题；二是同一保险企业内部，是否可以同时经营性质不同的保险业务，即兼营问题。

(3) 保险条款的监督管理。鉴于保险的专业性以及保险合同的附和性，有的国家保险监督管理部门对保险条款进行比较严格的监督管理。对保险条款的监督管理，首先是对保险条款内容的监督管理，即对保险标的、保险责任与责任免除、保险价值与保险金额、保险费率、保险期限等的监督管理。除此之外，不少国家还对保险条款的格式、字体和用词都有严格的规定。对于保险条款的监督管理，主要是通过保险条款的审批和备案进行操作。具体方式有以下几种：① 由保险监督管理部门制定，经营该项保险业务的保险公司必须执行该条款；② 由保险公司自行拟定条款，报经保险监督管理部门审批或备案；③ 由保险公司拟定并使用，但在使用后一定时间内，需报保险监督管理部门备案，保险监督管理部门在接到备案后对条款进行审查，如发现条款中有法律禁止项，有危害社会公共利益项或显失公平项，则有权要求保险公司修改该条款，或终止执行该条款；④ 由

保险同业协会依法制定条款。我国 1995 年的保险法规定采取第一种方式，2002 年修改后的保险法赋予了保险公司制定某些保险条款的权限，部分允许采用第二种方式。

（4）保险费率的监督管理。对市场行为监督管理的核心是对保险费率的监督管理。保险费率监管的目的在于规范保险费率的范围，确立保险费率管理的政策及厘定原则；引导保险市场向合理竞争与健康方向发展；促使保险人致力于费用管理，提高经营效率；避免保险公司偿付能力不足的情况发生，维护被保险人的权益。

保险费率的监督管理方式可以分为强制费率、规章费率、事先核定费率、事先报批费率、事后报批费率和自由竞争费率等。就大多数国家而言，一般采用事先报批费率的办法。我国保险法第一百零七条明确了保险条款费率的监管方式。

（5）再保险的监督管理。对再保险业务进行监督管理，有利于保险公司及时分散风险，保持经营稳定。一般在发达国家，对再保险很少直接进行行政干预，也无具体的法定分保内容。但在发展中国家和地区，一般都由政府出资成立了官方专业再保险公司或开展半官方的政策性再保险业务，并对再保险进行监督管理，达到限制保险费外流，保护本国保险业发展的目的。在我国，保险法及《保险公司管理规定》均规定保险公司应当按照保险监督管理机构的有关规定办理再保险。保险公司需要办理再保险分出业务的，应当优先向中国境内的保险公司办理，坚持优先国内分保原则。此外，保险法规定保险公司承保的业务超过一定限额时，超过部分必须办理再保险，至于向哪一家保险公司办理，保险法并无规定，保险公司可以自由选择。我国保险法第九十九条和第一百条明确了对于再保险的相关规定。

（6）资金运用的监督管理。资金运用是保险企业收入的一项重要来源，也是保证保险企业偿付能力的重要手段。保险公司可运用的资金总体来讲有资本金、准备金（包括未到期责任准备金、未决赔款准备金、寿险责任准备金、长期责任准备金、长期健康险责任准备金和保户储金等）和其他资金三部分。保险公司资金存在的形式是各种资产。保险公司的资产按用途的不同，可以分为两大类：一是投资性的资产，其目的在于保值增值；另一类资产属于保险公司营业用等资产。在比较成熟的保险市场上，在保险公司的总资产中，投资性的资产一般占绝大部分。

保险监督管理部门需对保险公司的保险资金运用进行监督管理。对于寿险公司而言，如果资金运用收益达不到寿险保单的预定利息率就会发生利差损，导致保险公司的亏损，不仅影响保险公司的市场竞争力，甚至导致保险公司无法履行保险责任，从而影响被保险人的利益。因此，对保险资金运用进行监督管理是必要的。

一般来说，保险资金运用监督管理的主要内容包括规定资金运用的范围、形式及各投资形式的比例限度等。目前，我国保险资金运用的形式包括银行存款，买卖政府债券，买卖金融债券，买卖中央企业债券，长期大额协议存款，投资银行次级债券、银行次级定期债务，买卖证券投资基金，债券回购，保险外汇资金境外运用，直接股票投资等，正在开展保险资金投资不动产，创业投资企业试点和支持保险资金参股商业银行等。保险资金的运用应遵循投资的基本原则，即安全性原则、多样性原则、流动性原则和收益性原则。

关于公司治理结构监管。我国保险监管在向市场化、国际化和专业化发展过程中已取得了实质性的进展，借鉴国际保险监督官协会监管原则，引入了保险公司治理结构监管制度。因此，我国保险监督管理部门除了对保险企业的偿付能力、市场行为进行监管外，在公司治理结构监管方面，采取了一系列措施，包括发布《关于规范保险公司治理结构的指导意见（试行）》，研究制定《保险公司合规管理指引》等配套制度，初步建立了保险公司治理结构监管的基本制度框架；加强内部审计责任人制度研究，强化内部审计在公司内控建设和内控评估中的作用等。

14.2.3 保险监督管理方法

[关闭内容](#)

保险监督管理部门对保险监督管理对象进行监督管理的方法主要有现场检查和非现场检查两种。

1. 现场检查

现场检查是指保险监督管理机构及其分支机构派出监督管理小组到各保险机构进行实地调查。现场检查有定期检查和临时检查两种，临时检查一般只对某些专项进行检查，定期检查要对被检查机构做出综合评价。现场检查的重点是被检查保险机构内部控制制度和治理结构是否完善，财务统计信息是否真实准确，保险投诉是否确实合理。

为保证现场检查管理的质量，保险监督管理机构要建立清楚的、与检查频率和范围有关的规定，同时制定必要的检查程序和处理方法，以确保工作的严格进行，保证既定指标和检查结果相统一。现场检查一般分为检查准备阶段、检查实施阶段、报告与处理阶段、执行决定与申诉阶段、后续检查阶段等 5 个阶段。

2. 非现场检查

非现场检查是指保险监督管理部门审查和分析保险机构各种报告和统计报表，依据报告和报表审查保险机构法律法规和监督管理要求的执行情况。非现场检查能反映保险机构

潜在的风险，尤其是现场检查间隔阶段发生风险的可能，从而提前防范风险。由于非现场检查要汇总分析各类报表资料，从中既可以发现个别保险机构存在的问题，也可以把握整个保险系统以及市场体系的总体趋势，还能为保险监督管理机构的业务咨询工作提供依据。为确保非现场检查方式在保险风险监督管理中发挥应有的效力，要求保险公司的报表具有时效性、准确性和真实性。在西方发达国家，非现场检查得到了普遍的重视和应用。而在大多数发展中国家，由于报告信息资料和数据准确性差，使风险分析和评估缺乏可靠性和科学性。

为有效发挥非现场检查的作用，保险监督管理机构要制定各种各样的标准报表，每个保险公司根据不同的内容分别按月、季、半年、年向监督管理机构报送。一般来说，资产负债表按月报送，反映资产流动性的报表按季报送，反映经营业绩的报表按年报送。保险监督管理机构收到这些报表后，对保险公司的各种风险进行评估，如果发现问题，便责令保险公司立即整改。必要时，聘用外部注册会计师或审计师检查，这是现场检查方式的协同检查，这种检查工作不是由保险监督管理机构来操作，而是由其聘请的注册会计师和审计师来操作，或者由双方共同完成。

现场检查与非现场检查这两种监管方法各有特色。非现场检查限于反映一个时点信息，能够帮助我们有效地确定开展现场检查的范围，调整进行现场监督的频率，增强现场检查的针对性，它的作用的发挥完全依赖于资产负债表等报表的真实性。而现场检查方法可以获得真实和全面的信息，为被检查单位做出准确评价提供了依据。通常情况下，应该把现场检查和非现场检查两种方法结合运用。



职业经理 MBA 整套实战教程

千本好书 **免费** 下载网址 www.mhjy.net