

# 中国人民大学

## 保险经理

### 《保险学-人身保险》



## 全国职业经理MBA双证班

**认证系列：**职业经理、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、行政总监、采购经理、营销策划师、企业管理咨询师、企业总经理等高级资格认证。

**颁发双证：**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、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

**咨询电话：** 13684609885    0451- 88342620    **招生网站：** <http://www.mhjy.net>

**电子邮箱：** [xchy007@163.com](mailto:xchy007@163.com)    **颁证单位：**中国经济管理大学    **承办单位：**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    学校网址：[www.mhjy.net](http://www.mhjy.net)

# 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《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《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《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《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《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《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《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《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
全国《行政总监》MBA 高等教育双证班	高级行政总监职业经理资格证书+2 年制 MBA 高等教育结业证书	1280 元
全国《采购经理》MBA 高等教育双证班	高级采购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《医院管理》MBA 高等教育双证班	高级医院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《企业管理咨询师》MBA 双证班	高级企业管理咨询师资格证书+2 年制 MBA 高等教育结业证书	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】13684609885 0451--88342620

【咨询教师】王海涛 郑毅

【学校网站】<http://www.mhjy.net>

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



## 【报名须知】

- 1、报名登记表格下载后详细填写并发送邮件至 [xchy007@163.com](mailto:xchy007@163.com) (入学时不需要提交相片，毕业提交试卷同时邮寄4张2寸相片和一张身份证复印件即可)
- 2、交费后请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。



## 【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】可以选择以下任意一种方式缴纳学费

方式一	学校地址	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      收件人：王海涛
方式二	学校帐号	学校帐号：184080723702015 账号户名：哈尔滨市道外区美华管理人才学校 开户银行：哈尔滨银行龙江支行 支付系统行号：313261018018
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
方式六	建设银行帐户 (存折)	中国人民建设银行帐户(存折)： 1141449980130106399 用户名：王海涛
方式七	农业银行帐户 (卡号)	农业银行帐户(卡号)： 6228480170232416918 用户名：王海涛 农行卡开户银行：中国农业银行黑龙江分行营业部道外支行景阳支行

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。

<http://www.mhgy.net>

# 第一章 人身保险概述

## 第一章 人身保险概述

### 本章预习：

俗话说：“天有不测风云，人有旦夕祸福。”“不怕一万，就怕万一。”意思就是说人的一生不是每件事都可以事先预测，都存在着不确定性。人类在进行物质生产、向自然界索取生活资料的过程中，乃至在日常生活中，常常有可能遭遇各种自然灾害、意外事故或人为灾害等的袭击、破坏；同时，作为自然人，人类自身还要受到生、老、病、残、亡等自然规律的支配，影响和危害身体健康和健全的事件总有发生。人们总是向往平和、安定、幸福的生活。人身危险的存在和人们追求安定生活的心理为人身保险的产生和发展提供了前提条件。人身危险的客观存在及其给人们带来的物质与精神损害等损失后果有时是巨大的，甚至是难以独自承担的，因此需要有社会化的危险分散与控制机制。人身保险作为一种经济补偿手段，也就很自然地成为常备的人身危险管理工具。它既成为了现代人的生活方式之一，也对一国的民生与经济安全发挥着举足轻重的作用。

人身保险是以人的生命或身体作为保险标的的一种保险，是保险业的重要组成部分。同时，人身保险标的的特殊性又决定了人身保险的理论实务操作有其自身的特点和规律。本章围绕人身保险的基本理论展开分析，介绍了人身危险、人身保险的基本概念、分类方法、特征及其效能等，以奠定人身保险的理论基础。本章的主要内容包括：

- 人身危险
- 人身保险的界定
- 人身保险的分类
- 人身保险的特征
- 人身保险的效能

### 1.1 人身危险

保险是集合同类危险聚资建立基金，对特定危险的后果提供经济保障的一种危险财务转移机制[1]，因此所有保险都是为特定危险的后果提供经济保障的，从而能够满足个人、家庭和企业对经济安全性的部分需求。保险业一直在不断地设计、改造和更新产品，以满足个人、家庭和企业的各方面保险需求。但万变不离其宗，保险产品为特定危险后果提供经济保障的基本目的从未改变过。

事实上，危险是任何保险（无论是人身保险、财产保险，还是社会保险）的核心之所在。正是人身危险的存在，才使人们产生了人身保险的需求。



### 1.1.1 人身危险

人身保险，顾名思义是对有关人身方面存在的各种危险所采取的有效措施，或预防或减轻因人身事故而带来的人身、经济等方面损害的一类保险。因此我们首先要明确人身危险的概念。

危险是指损失发生及其程度的不确定性，按危险损失的后果为依据，任何危险导致的危险损失不外乎财产危险、责任危险、信用危险与人身危险四种。其中，人身危险是特指人的生命或身体方面遭受损害的危险，人身危险的载体是人的身体、生命和健康、失业、老年人赡养等方面的危险损失发生时承载的主体，它既可以是自然人，也可以是自然人所属的组织。归纳起来，人身危险不外乎两大类：死得太早与活得太久，及其伴随产生的疾病、残疾、衰老、失业[2]或退休等危险。这些危险一旦发生，其危险事故往往表现在人的身体或生命上，导致的后果则是当事人收入的减少或中断、或利益的受损等；此外也会导致精神上的悲哀、痛苦、创伤等。归纳起来，我们可以将人身危险划分为生命危险和健康危险两类，其中，生命危险是与人的生存与否有关的危险，包括生存危险与死亡危险；健康危险主要影响的是人身体的健康或健全程度。在此，人的死亡是必然的事实，并无任何不确定性可言，但死亡发生时间却是不确定的；而健康危险则具有明显的不确定性，如伤残是否发生、疾病是否发生，在什么时候发生，损害健康的程度等等，均是不确定的。

#### 1. 生命危险

对于生命危险，一个人会面临两种截然不同的情况：早逝或退休。早逝危险是指死亡发生时还有其他人依赖死者收入的危险，老年退休危险则是个人虽然生存但已不能赚取收入的危险，也就是指那些退休时没有或没有足够积蓄来满足退休期间的个人或家庭生活费用之需的危险。

(1) 早逝危险。我们在研究人身保险时将会看到，一些寿险品种中包含一份逐渐积累的基金，为退休做准备。这就意味着，寿险的基本作用是为防范早逝带来的经济损失而提供保护措施，是对早逝进行保险以及积累资金的手段。

死亡不会自动导致经济损失，因为死者并不承受损失。损失由那些依赖死者收入的人承受的。早逝之所以会造成收入损失危险，首要原因就是那些由于死者死亡而承受损失的人还活着。如果一个人没有家庭负担，其死亡就不会对别人造成影响，那么他就不存在财务损失危险，也就无所谓采取什么防范经济损失的保护措施。但在现实生活中，这种情况毕竟是少数，人生活在家庭、社会之中，一个人生命的终结往往意味着多个人的悲哀与损失，从而人们也就产生了对早逝危险进行保险保障的需求。

具体来说，死亡可以导致两方面的经济损失：第一种是与死亡本身相关的费用，主要包括丧葬费用、偿还死者所欠债务、以及死亡传递成本（如遗嘱查验费用和遗产税）；第二种损失是死者生前所获收入的丧失，这是一种潜在损失。此外，还有对相关人等精神和心理上的损伤，这种损失是无法用金钱来衡量的。

(2) 老年退休危险。这类危险是有关老有所养方面的问题。从某种意义上说，退休也就是所谓“活得太长”的危险，它意味着人们收入来源的中断，但它对人的威胁性要比早逝危险小。老年退休危险主要表现在两方面：一是个人到退休时没有积蓄，从而负担不起个人及其家庭的生活；二是虽有积蓄但不够维持余生，即退休积蓄不足的危险。

随着人逐渐地趋向衰老，身患疾病或遭受伤残的危险程度也在不断地提高，再加上法律规定、社会习俗等都会导致；老年退休危险。退休在人类历史上也只是在相对较晚的时候才形成的一种看法。在古代并没有“退休”的概念，人们通常是一直工作至死的，或者直至工作不动为止。而在今天，退休已经成为个人生活中一件非常重大的事情。在现实生活中存在着这样一种说法，“人是在用一生的时间为退休做准备”。在古埃及的大饥荒时期，人们往往在丰收年份积累粮食以备荒年之需。出于同样道理，人们在收入充裕的时候也需要积

累一部分积蓄以备不测之需，而数额多少则取决于环境。换言之，退休所需积蓄取决于一个人希望其在退休后所维持的生活标准和通货膨胀率等生活、经济环境的变动情况。

2. 健康危险

健康危险包括疾病危险和残疾危险，这类危险对个人或家庭经济方面的影响主要表现在两个方面：（1）医疗费用危险，意想不到的疾病和意外伤害都可能会给个人及其家庭带来灾难性的医疗费用负担；（2）收入损失危险，由于疾病或残疾并不会减少人对收入来源的需要，而且病人在生病期间、残疾者在残疾期间对收入的需求可能还会提高。

（1）疾病危险

疾病危险可以分为狭义疾病危险和广义疾病危险两个层次。狭义的疾病危险是指由于人体内部患染疾病的危险；广义的疾病危险是指除了疾病引起的危险外，还包括生育及意外伤害事故等方面引起的人身危险。

在人类所面临的多种人身危险之中，疾病危险是一种危害严重、涉及面广、复杂多样，且直接关系到每一社会成员基本生存利益的特殊危险。首先，疾病危险的危害具有严重性。疾病危险发生后，会给人们的生活、工作带来困难、损失，甚至是不幸。疾病危险的危害对象是人，它对人体健康造成伤害，造成暂时性或永久性劳动能力丧失，甚至死亡。其危险损失不仅仅是经济上的损失，并且还有健康和生命的损失，是心理的损伤，而这是无法用金钱来弥补的。其次，疾病危险具有普遍性。疾病危险对于每个人或每个家庭而言都是无法回避的，其发生频率也高。第三，疾病危险具有复杂性。人类已知的疾病种类繁多，每一种疾病又因个体差异而表现各异。此外，环境污染、社会因素、生活方式、精神心理因素等各种因素所致疾病，以及未知疾病或潜在疾病等等均使得疾病危险很难化解，并且一般的危险测算技术也难以适用，防范疾病显得尤为困难。最后，疾病危险具有社会性。由于某些疾病具有传染性，这类疾病危险不仅直接危害个人健康，而且会涉及整个地区乃至社会。

（2）残疾危险

残疾危险是指由于疾病、伤害事故等导致人体机体损伤、遗留组织器官的缺损或功能障碍等的危险。从经济角度上讲，残疾这种“活死亡”所带来的问题可能比真正的死亡要更为严峻。因为如果是家庭中的主要赚取收入者死亡，那么其结局仅仅是家庭一部分收入来源的终止；但如果其残疾，那么其家庭的部分收入来源不仅终止，而且由于家庭总体消费水平未变，同时家庭的收入需求通常还要增加（如残疾者的医疗费用、生活自理辅助设备的购置等），残疾给残疾者家庭所带来的经济问题显然会比前者严重。严格地说，残疾者是指工作能力受到损害、不得不依赖某些工作之外的经济来源以获得收入的人。因此，如果残疾者所在家庭中的其他人都是依赖于这份失去的收入来源而生活的话，问题会变得更为糟糕，残疾给个人和家庭造成了财务负担也就更大。

人在各个年龄段遭受残疾的可能性一般要大于死亡的可能性。表 1-1 是美国 1980 年生命表和残疾表的部分内容，列明了不同年龄所对应的死亡和残疾概率。正如表中数据所示，在人工作的每一年龄段，残疾持续至少 90 天的概率明显高于死亡概率。比如在年龄已达 35 岁的人中，几乎有一半人在 65 岁之前会至少有 3 个月的时间处于残疾状态。

表 1-1：不同年龄死亡和残疾的概率

年龄	65 岁前死亡的概率	65 岁前残疾持续 90 天的概率
25	24%	54%

30	23%	52%
35	22%	50%
40	21%	48%
45	20%	44%
50	18%	39%
55	15%	32%
60	9%	9%

依据 1980 年 CSO 死亡表和 1985 年保险总监残疾表

数据来源：McGill's Life Insurance, Edward E. Graves (ed.), (Bryn Mawr, Pa.: The American College, 1994)

### 1.1.2 人身危险与人身保险的关系

从保险业的发展初衷可以看出，危险与保险有着非常密切的关系。

#### 1. 人身危险对人身保险的影响

人身危险是人身保险产生和发展的前提。人身危险无处不在，时时威胁着人类的生命安全，从而构成了人身保险关系的前提和基础；其次，人身危险的发展是人身保险发展的客观依据，随着人身危险随社会经济发展和科学技术进步而不断变化，人身保险业也不断根据形势变迁，设计出新险种，开发新业务，最终使人身保险获得持续发展。

#### 2. 人身保险对人身危险管理的影响

人身保险是人身危险管理中传统有效的危险财务转移手段，人们通过人身保险将自行承担的人身危险损失转嫁给保险人，以小额的固定保费支出来换取对未来不确定的、巨大危险损失的经济保障，使人身危险的损害后果得以减轻或消化。而且，保险人作为与各种危险打交道的专业部门，不仅具有丰富的危险管理经验，处理危险及其损失具有必然性和高效性；还通过积极参与防灾防损以及督促被保险人加强防灾防损，直接有效地化解着某些危险。

#### 3. 互制与互促关系

一方面，人身保险经营属于商业交易行为，其经营过程同样存在着风险，需要危险管理技术来控制，保险经营效益要受到危险管理技术的制约，而且保险所承保危险的识别、衡量和处理也要受到危险管理技术的制约；另一方面，人身保险的发展与人身危险管理的发展又相互促进。保险人丰富的危险管理经验，可使人们更好地了解危险，及早发现潜在的人身危险，以便选择最佳的危险对策，从而促进被保险人的危险管理，又完善了危险管理的实践，促进了危险管理的发展；而被保险人危险管理的加强和完善，也会促进保险业的健康、稳定发展。

### 1.1.3 可保人身危险

人身保险是人身危险管理中转嫁危险的一种手段。但在人身保险发展过程中，人身危险的普遍性、复杂性往往会与保险的商业性、盈利性发生冲突，也就是说，如果保险人不加选择地满足各种人身危险转嫁的要求，就可能使自己陷入危险的境地。因此，保险人通常将危险划分为可保危险与不可保危险，其中可保危险才是保险客户可以转嫁和保险人可以接受承保的危险。具体来说，可保人身危险必须具备下述基本条件：



## 1. 人身危险的发生是偶然的、意外的

人身危险发生的偶然性是针对单个危险主体来讲的，指危险的发生与损失程度是不可知的、偶然的，具有随机性。人身危险成为可保危险的必要条件是它的发生与否具有偶然性。同时，人身危险的发生应该是由不可预料的事件所导致，或者是由被保险人非故意引发的事件所导致的。故意行为容易引发道德危险，且发生是可以预知的，不符合保险经营的原则。只要是被保险人和投保人的故意行为所致的损失，保险人一律不予以补偿。比如，重大疾病的发生往往是难以预料的；人的死亡虽然是必然事件，但由于一个人的死亡时间是不受自己控制的，即死亡危险的发生时间通常是偶然的。

对于单个主体无法预知的危险发生及损失程度，保险人可以通过大量的统计资料的分析，找出其发生的规律性，从而将偶然的、不可知的危险损失转化为可预知的费用支出，顺利实现保险经营的全过程。这也就是保险公司“危险池”（risk pool）的概念，即保险人向所有希望转移人身危险的个人和团体收取保险费，将产生于诸如疾病、伤残等特定人身危险的实际经济损失由许多面临相同危险的个人和团体共同分担。

## 2. 人身危险损失必须是明确的

对于大多数险种而言，可保损失在时间和金额上都要求是可以明确界定的，也就是说，保险人必须明确规定保险金额和保险金的给付时间。死亡、疾病、残疾和年老等状态通常是易于识别的，但由此所导致的经济损失却难以用金钱来衡量。在人身保险中，保险人对此是通过与被保险人协商、在所订立保险合同中规定承保危险发生后保险人负责给付的保险金数额来确定的。

## 3. 人身危险必须是大量标的均有遭受损失的可能性

保险是以大数法则作为保险人建立保险基金的数理基础的，保险人通过收集大量资料，掌握特定人群以往的人身危险损失规律。只有单个或少量标的危险，是不具备此基础的。因此，单个被保险人的危险发生是无法预测的，我们不可能知道某个人何时死亡、何时残疾、或何时需要住院。但对于一组人数足够多的被保险人，保险人就可以在大量危险的基础上，通过大数法则较精确地预测死亡概率、伤残概率或住院概率、损失率，编制出生命表[1]、发病率表[2]、或伤残率表[3]，在此基础上进行保险经营，确定保费。

## 4. 人身危险应有发生重大损失的可能性

对于保险承保的人身危险，通常是可能会给个人带来重大损失的可能性。如果可能的损失程度是轻微的，就不需要通过保险来获得保障，因为承保轻微损失危险的管理费用很高，从而使得保险成本与危险的潜在损失存在严重的不对称，不具备经济可行性。只有会导致个人或家庭、团体严重财务困难的人身危险才被认为是可保的。比如，家中有学龄期子女的双职工家庭，如果父母双方有一位因故致残、无法继续工作，就会导致家中收入急剧减少，为了防范这种潜在危险的损失可能，他们可以实现购买人身保险。

# 1.2 人身保险的界定

## 1.2.1 人身保险的概念

人身保险是以人的生命或身体作为保险标的、以人的生（生育）、老（衰老）、病（疾病）、残（残疾）、亡（死亡）等为保险事故的一种保险。其基本内容是：投保人与保险人订立保险合同确立各自的权利义务，投保人向保险人缴纳一定数量的保险费；在保险期限内，当被保险人发生死亡、残疾、疾病等保险事故，或被保

险人生存到满期时，保险人向被保险人或其受益人给付一定数量的保险金。因此，凡是与人的生命延续或终结以及人的身体健康或健全程度有直接关系的商业保险形式均可称为人身保险。从人身保险的这一定义中可以看出：

（1）人身保险的保险标的是人的生命或身体。人的生命，是一个抽象概念，当其作为保险保障的对象时，是以生存和死亡两种状态存在。人的身体，是一个具体的概念，但是当其作为保险保障的对象时，特指人的健康和生理机能、劳动能力（即人们赖以谋生的手段）等的程度。人身保险就是将这些作为衡量危险事故发生的侵害程度的标准，进而确定给付的保险金额，以达到“保险”的目的。

（2）由于人身保险权利义务关系所指向的是人的生命或身体（即保险标的），而人的生命和身体是无价的，不能以货币加以度量，因此，除个别情况外，人身保险的保险金额不能像财产保险那样有确定的标准，仅是就理论而言，是由保险双方当事人在保险合同订立之初按照投保方的需求度与可能性相一致的原则协商确定的。

（3）人身保险的保险责任包括生、老、病、死、伤、残等各个方面，即人们在日常生活中可能遭受的意外伤害、疾病、衰老、死亡等各种不幸事故。人身保险的给付条件是当被保险人遭受保险合同范围内的保险事故，以致死亡、伤害、残疾、丧失工作能力或于保险期满、年老退休时，由保险人依据保险合同的有关条文，向被保险人或其受益人给付保险金。

（4）人身保险合同的履行：除个别情况外，由于标的的无价性，人身保险的责任履行一般不能称为补偿或赔付，而只能称为给付。同时，也正是由于这个原因，人身保险中除医疗等伤害性保险外，一般不存在重复保险、超额赔付以及代位求偿等问题。

（5）从危险范围看，人身保险所承保的责任涵盖了人生历程中几乎所能遭遇的各种危险，大到人的生死存亡，小到人的疾病伤害。这些看似纷繁复杂、杂乱无章的危险集合事实上存在着其内在规律，人的生死概率、疾病率、伤残率、生育率等等都是可以测度的，在大量观察的基础上会呈现一定的数量规律性，这就是人身保险经营中至关重要的大数法则。人寿保险公司也正是科学地运用这一原理设计出各种各样的人身保险品种，满足不同层次人群的保险保障需要。

### 1.2.2 人身保险的原理

损失的分担、风险的同质性以及大数定理是保险理论的三大基础。人身保险作为保险的一种，其理论自然亦奠基于此。

#### 1. 损失的分担

“损失的分担”是保险学理论的一个基本思想。人身保险通过将众多面临人身危险的人集中起来，收缴保险费建立保险基金，对人身方面发生保险事故引起的经济责任实现分担。单就人寿保险而言，所谓损失的分担也就是死亡成本的分担。假定有 1000 人（男女各半），每人死亡成本（丧葬费用以及死亡的机会成本等等）假设为 20000 元，经验显示每年死亡 1 人。那么一个人的死亡成本 20000 元由 1000 人分担，平均每人只分担 20 元。对于发生了死亡事故的家庭而言，由承担 20000 元到只需承担 20 元，这其中的巨大变化正是人身保险所发挥的作用。人身危险是普遍存在的，而实际发生危险事故并造成经济损失的毕竟也是有限的，从而保证了损失分担的可能。

#### 2. 人身危险的同质性

客观存在的各种危险在同样的境况、条件之下具有相同的发生或者不发生的可能性。人身危险是客观存在的，人的死亡、伤残、患病、衰老等均是难以预测的随机事件。天灾、人祸以及各类疾病都会给人们带来生命危险或增加人们的经济负担。危险对每一个人而言是平等的，在条件相同的情况下，并不会偏爱或鄙视于谁，因此人们在分担损失之时也是平等的。正是因为这个特性，人身危险可以成为保险危险，得到保险的保障。就寿险而言，影响危险同质性的因素有性别、年龄、职业、健康状况、体格、居住环境、家庭病历等方面。也正是因为风险的同质性，保险人才可以根据长期经营的经验来测定危险，从事新的业务。

### 3. 大数定律

保险公司所承保的各种危险，包括自然灾害和意外事故，都是随机现象。从个别来看其发生是偶然的，对个人来讲这些危险客观存在着，随时可能发生，随时可能带来损害，发生的原因和后果事先都无法预知；但是从整体来看，这些现象也呈现一定的规律性，带有某种必然性，表面上的偶然性受其内部规律性制约，通过长期的观察可以找到它们的内在规律。根据大数定律的原理，人身保险人通过一定的组织形式，结合大量的特定的危险单位，依据以往长期的统计资料，运用概率论基本方法，即可排除偶然因素的干扰来预测未来损失可能发生的规律，从而合理地计算保险费率，建立保险基金，为保险经营建立科学基础。生命表的建立就是依据这些基本原理，进而成为了经营人寿保险业务的基础。

当然保险的预测不可能做到绝对准确，总会与实际情况有出入，其原因可能是：（1）同质风险单位有限，即保险人的业务量有限，未能把某种特定危险承保到足够巨大的数量，使实际值与预期值存在偏差；（2）关于同质风险的分类过粗或过细，影响了预测的准确性——过粗则无法回避不完全重合的部分因素相互干扰，过细基数又不足够大；（3）客观条件不断变化，过去的经验用于预测未来情况存在溢出的危险；（4）客观上影响危险损失后果的因素是复杂的，不可能无一遗漏地将它们正确地计算进去，尤其是道德危险因素、心理危险因素的影响更会干扰了预测的准确性。但总的来说，相对于财产保险而言，人身保险根据大数定理所做出的预测与实际情况的差异是小的，有利于实现保险权利义务的对等，对保险经营人而言，在大数定律基础上运用概率论的方法仍然是预测危险损失的最好途径。

#### 1.2.3 人身保险的基本原则

长期的人身保险业务发展过程中逐步形成了几个基本原则，为各国保险法所共同认可并遵守。各国人身保险的实践证明，坚持这些基本原则有利于维护保险双方的合法权益，更好地发挥人身保险的职能和作用，促进人身保险的健康稳定发展，有利于保障人们的生活安定、社会进步。

##### 1. 保险利益原则

《中华人民共和国保险法》第11条规定，“投保人对保险标的应当具有保险利益。投保人对保险标的不具有保险利益的，保险合同无效。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。”可见，保险利益是保险合同的客体，是其生效的前提条件，要求投保人或被保险人对保险标的无论因何种利害关系而必须具有确定的经济利益，这种经济利益使得投保人或被保险人因保险标的有关危险事故的发生而受损害因其不发生而继续拥有并受益。保险利益原则的确立，有三方面的意义：一是与赌博从本质上划清了界限，防止投保人利用保险进行赌博，遏制了对毫无关系的人的生命或身体投保以赚取保险金的行为；二是防止道德危险的产生，使投保人或被保险人从自身利益出发自觉从事防灾减损工作，消除了“盼望保险事故的发生”或故意损伤被保险人构成在保险事故发生时人为扩大损失程度等道德危险产生的根源；三是限制保险赔偿金额。要求投保人或被保险人在保险事故不发生时具备保险利益，事故发生后其请求损害赔偿或给付的范围应以此为限。

不同种类的保险合同，其保险利益的性质、确认方法、存在时间以及转移、消灭等各有详尽的规定，人身保险合同以人的寿命和身体为保险标的，则在保险利益的确定、金额限定等方面比较复杂。（1）我国《保

险法》第 52 条规定，“投保人对下列人员具有保险利益：（一）本人；（二）配偶、子女、父母；（三）前项以外与投保人有抚养、赡养或者扶养关系的家庭其他成员、近亲属。除前款规定外，被保险人同意投保人为其订立合同的，视为投保人对被保险人具有保险利益”。这里仍然强调经济利益，所以债权人对债务人有保险利益，该项保险利益以债务人实际承担的债务为限；本人对为本人管理财产或具有其他利益关系的人具有保险利益，如企业对其重要职员（总经理、总经济师等）的生命有保险利益，合伙人对其他任一合伙人的生命有保险利益，雇佣人或委托人对受益人或受托人的生命具有保险利益。（2）对于人身保险，保险利益原则要求投保人订约之时对被保险人具有保险利益，而不管保险事故发生时是否具有。正因为有此规定，人寿保险也即具有了有价证券的性质（后文详细论述）。（3）如果被保险人因合同“除外责任”规定的原因死亡，如自杀、刑事犯罪被处决等，则均构成保险利益的消灭，从而保险合同失效。由于人身保险标的物的特殊，一般不存在保险利益的转移。只有那些为一般利害关系而订立的人身保险合同，如债权债务关系，可以作为继承人的利益继续存在。否则，人身保险的保险利益不得继承或转让。

## 2. 最大诚信原则

诚信是指诚实、守信，是一般经济合同关系中双方当事人都应遵守的先决条件。诚信原则也是世界各国民事立法对民事、商事活动的基本要求。人身保险合同是经济合同的一种，又具有自身的特殊性，当事人一方的保险人对另一方投保人情况知之甚少，只能根据投保人的陈述来决定是否承保和如何承保。投保人陈述完整、准确，对保险人承担的义务意义重大，为了保护保险人的利益，必须要求投保人或被保险人的最大诚信；同时，保险合同尤其是保险条款是保险人单方面拟订的，比较复杂，又有较多的技术性要求，比如人寿保险中保险费率的确定，非一般的投保人或被保险人能够充分了解和掌握的，所以要求保险人从最大诚信原则出发，正确计算保费，认真履行保险合同的责任和义务。因此，这一原则适用于当事人双方，任何一方的隐瞒欺诈行为都可能导致合同的失效或在法律诉讼中置其自身于不利处境。

所谓最大诚信，比较典型的是体现在保险实务中的告知和保证。

（1）告知，投保人在投保时必须将有关保险标的的危险的重要事实如实告诉保险人。其中重要事实是指会影响到保险人决定是否接受承保或对保险费率的厘定会起决定作用的事实。投保人在投保时及合同有效期内，对危险的显著增加或者保险事故的发生都有及时通知保险人的义务。比如我国《保险法》第 16 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并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，投保人有意隐瞒事实，不履行如实告知义务的，或者因为过失未履行如实告知义务的，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除保险合同。”对人身保险而言，告知义务主要体现在投保人在投保时要如实申报被保险人的年龄、健康状况、职业工种、家族病史等重要事实；保险事故发生后，提供保险人要求的各种真实证明；续保时，要向保险人申报不同于前期的危险情况。规定投保人告知义务的目的在于方便保险人测定危险程度和决定保险费率，防止投保人不当行为的发生，维护正常保险业务的进行。

在保险实务中，投保人实行告知义务有两种做法：一是无限告知，即投保一方要尽量将有关情况提供给保险人，告知范围包括所有可能影响保险人决定承保与否的事实情况；另一种做法是询问回答，投保人对保险人在了解情况时所提出的询问均要如实回答。两种做法相比，后一种比较合理，因为投保人并不十分清楚哪些是保险人所需要掌握的情况，要求投保人单方面负责告知义务显然是不合理的，因此只要能如实回答保险人的问题即可。最常见的做法是由保险人根据不同的险种设计出被保险人的健康、财务状况调查表，并在表中列出保险人认为重要的问题，由投保人如实填写。

（2）保证，投保人或被保险人对保险人所做出的特定担保事项，这是严格控制危险的原则之一，即担保事项的作为或不作为，某种事项的存在或不存在。保证条款是广义的特约条款的一种，有承诺保证、确认保证之分或分为明示保证和默示保证。主要是对投保人的一种利益约束，以保护保险人的利益。保证按其形式可

分为明示保证和默示保证。明示保证是以文字或书面的形式在保险合同中载明，成为合同条款的保证。明示保证又可分为认定事项保证和约定事项保证。认定事项保证又叫确认保证，该类保证事项涉及过去与现在，它是投保人对过去或现在某一特定事实存在或不存在的保证。如某人保证从未得过某种疾病是指过去及现在从未得过，但并不保证将来是否会患该种疾病。约定事项保证又称承诺保证，是指投保人对未来某一特定事项的作为或不作为，其保证的事项涉及现在和将来。如某人承诺今后不从事高危险性的运动是指从现在开始不参加危险性高的运动，但在此前是否参加过并不重要，也无须知晓。默示保证是指并未在保单中明确载明，但订约双方在订约时都清楚的保证。默示保证无须在保险合同中以文字表述，一般是国际惯例所通行的准则、习惯上或社会公认的在保险实践中遵守的规则。其内容通常是以往法庭的判决结果，也是某行业习惯的合法化，与明示保证一样对被保险人具有约束力。默示保证在海上保险中应用较多。

随着保险业务的开展，又出现了所谓“弃权与禁止反言”的规定。弃权指保险合同当事人一方放弃其在合同中可以主张的某种权利；禁止反言是指合同一方既已放弃其在合同中的某项权利即弃权，日后不得再向另一方主张这种权利，也称为禁止抗辩。这大多与保险代理人的权利行为有关。显然这一规定在保险实践中主要是约束保险人的。弃权与禁止反言的限定，可以约束保险人的行为，要求保险人对其行为及其代理人的行为负责，以防止对投保人或被保险人的利益造成侵害，维护被保险人的权益，有利于保险人权利义务关系的平衡，同时使得保险合同当事人双方在法律上地位趋于平等。

### 3. 近因原则

一般来说，人身保险中不适用近因原则，但唯独人身意外伤害保险例外。近因原则是判断保险事故与保险标的损失之间的因果关系，从而确定保险赔偿责任的一项基本原则。在保险经营实务中是处理赔案所需遵循的重要原则之一。保险人对其承保的危险所引起的保险标的损害承担责任，这就要求保险人承保危险的发生与保险标的损害之间必须存在着确定的因果关系，大多数国家的保险业以“近因原则”作为实务操作的基础。所谓近因，是一种能动而有效的原因，它与结果之间有着必然的直接联系，同时这种原因又十分强大有力，以致在一连串事件中，人们从各个阶段上都可以逻辑地预见下一事件，直到发生意料中的结果；如果有数种原因同时起作用，近因是导致该结果的起决定作用或强有力的原因。这种原因具有不可避免产生损失的作用，与在时间上或空间上最为接近的原因有不同的意义。

近因原则是保险理赔过程中必须遵守的原则，是指当被保险人的损失是直接由于保险责任范围内的事故造成的，保险人才给予赔偿。即保险事故的发生与损失事实的形成二者之间必须有直接因果关系存在，即承保危险是损失发生的近因时，才能构成保险赔偿的条件。例如乘坐民航班机的旅客在途中因意外事故出现了伤亡，虽然大多数旅客在购买机票的同时都投保了人身意外伤害保险，但保险公司是否履行保险金的给付就必须分析发生事故的原因。如果调查结果表明，近因——引起空难的直接有效原因——是飞机的性能或驾驶者的错误操作等，则属于责任保险范围之中的责任意外伤害保险，人身保险公司并不承担给付保险金责任。由此可见，运用这一原则的目的，是保障保险人的利益，限制保险人的赔偿范围，对损失近因不属于责任范围中的不负赔偿责任。引起保险事故发生的原因有时十分复杂，要具体问题具体分析，近因原则在运用过程中也会因情况的复杂而引起争执或纠纷，要求当事人各方实事求是，协商解决。

需要注意的是，上述保险利益原则、最大诚信原则和近因原则是从事所有人身保险业务都必须共同遵循的一些基本原则，也是从事其他保险业务所要遵循的基本原则。基于人身保险标的是人的生命、身体或健康，不能用确定的货币来衡量，因此除个别情况外，人身保险合同一般属于定额给付性合同，因此不适用保险四大基本原则中的损失补偿原则，但人身保险中的医疗等伤害性保险既可以采用定额给付方式，也可以采用补偿方式。如果选择后者，就适用损失补偿原则，保险人对被保险人支付的医疗保险金不得超过被保险人实际支出的医疗费用。同样伤害性保险也适用由补偿原则派生出来的比例分摊等原则（根据《保险法》第 67 条规定，所有人身保险业务均不适用代位追偿原则）。



### 1.3 人身保险的分类

#### 1.3.1 按《保险法》的分类

由于各种商品经济关系和法律关系的不断发展以及社会需求的日趋复杂。保险种类也日益增多，保险的范围除了有形的以外，还包括了无形的利益，如第三人责任保险等。目前国际上对保险的分类并没有一个固定的原则和严格的标准，各国根据不同需要，采用不同的方法。其中中国大陆和台湾等地区采用的方法是较为典型的一种。《保险法》依据保险标的的属性不同，将全部业务分为财产保险业务和人身保险业务两大类。这种方法概括性较强，是一种最基本的分类。实际上就是将全部保险业务分为对人的保险和对物的保险。无论是有形的业务还是无形的利益、责任、信用等保险业务，归根结底，总不免与人或物发生联系。而就人身保险而言，我国《保险法》第91条规定“人身保险业务，包括人寿保险、健康保险、意外伤害保险等保险业务”。这当然是按照保险标的所涵盖的保障范围来划分的。本书所探讨的“人身保险”方面的问题正是建立在这种分类方法基础上的。图3-1是《保险法》对商业保险业务的分类。

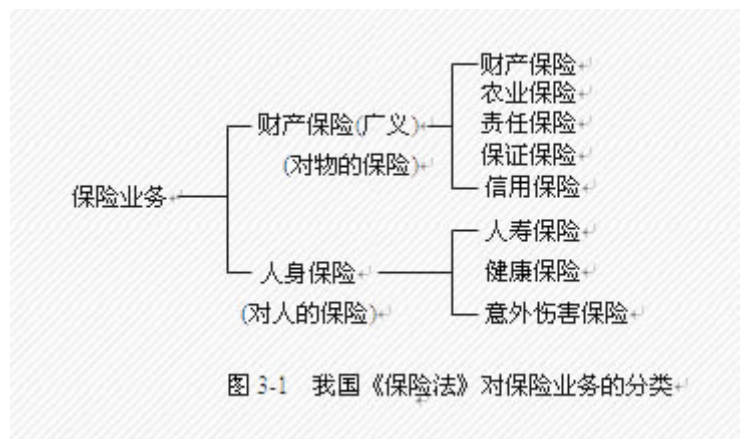


图 3-1 我国《保险法》对保险业务的分类

#### 1. 人寿保险

人寿保险是以人的生命为保险标的，以保险人在保险期限内死亡或生存到保险满期为保险事故的一种人身保险，也称生命保险。人身保险合同期限一般较长，而且带有投资性质。根据合同规定的不同，人寿保险可以分为定期寿险、终身寿险、两全保险、年金保险等多种。人寿保险在保险费、责任准备金的计算以及会计核算、资金运用、业务管理等方面都有自身的特点。

在全部人身保险业务中，人寿保险占绝大部分。因而人寿保险是人身保险中主要和基本的种类。但有人因此把人寿保险等同于人身保险，认为只是狭义与广义的分别，却不够科学，也有失准确。

#### 2. 人身意外伤害保险

人身意外伤害保险，简称意外伤害保险，是以被保险人因在保险期限内遭受意外伤害造成死亡或残疾为保险事故的一种保险。其中的意外伤害是指在被保险人没有预见到或与被保险人意愿相悖的情况下，突然发生的外来致害物对被保险人的身体明显、剧烈侵害的客观事实。意外伤害保险的保险责任仅限于意外伤害造成的死亡、残疾，其它原因（如疾病、生育等）引起的残、亡不属于意外伤害保险的保险责任。意外伤害保险可以单独承保，也可作为人寿保险的附加责任保险。单独承保的意外伤害保险，保险期限较短，一般不超过一年。意外伤害保险在全部人身保险业务中所占比重虽然不大，但因其保费低廉、保障程度高、投保简便、不需办理体检等复杂手续，因而投保人次较多。

### 3. 健康保险

健康保险是以人的身体为保险对象，保证被保险人在疾病或意外事故所致伤害时的费用支出或损失获得补偿的一种人身保险。如同人寿保险并不是保证被保险人在保险期限内避免生命危险一样，健康保险并不是保证被保险人不受疾病困扰、不受伤害，而是以被保险人因疾病等原因需要支付医疗费、护理费，因疾病造成残疾以及因生育、疾病或意外伤害暂时或永久不能工作而减少劳动收入为保险事故的一种人身保险。健康保险可以单独承保，也可以作为人寿保险或意外伤害保险的附加责任承保。习惯上，往往把不属于人寿保险、意外伤害保险的人身保险业务全都归入健康保险中。健康保险业务的发展潜力与一国人口结构、收入水平及社会保障机制的完善程度高低、覆盖范围大小密切相关。

#### 1.3.2 按世界发达国家的分类

西方如西欧、北美、日本这些保险业较发达的国家和地区，往往从另外一个角度对保险业务进行了分类，从而也影响到了我们这里所说的人身保险的分类问题。这些国家依照保险构造技术的不同，将全部保险业务划分为寿险和非寿险两大类。寿险就是指人寿保险，除此之外的其他各种保险业务都划归非寿险范围。非寿险一般可分为海上保险、火灾保险、汽车保险、航空保险等多种。就我们所讨论的问题而言，健康和意外伤害保险应划归非寿险范围，在人身保险业务范围内与寿险构成相对的两大种类。由此也可以得出这样的结论：认为寿险就是人身保险的想法是没有道理的，这根本是两种不同分类方法的结果。而且按照我国《保险法》的分类，人寿保险只是人身保险中的一种，覆盖范围上差别很大，二者根本不应混为一谈。

在保险计算技术上，寿险和其它各种保险的差异较大。寿险因其保险标的即人的生命的特殊性，其保险事故——生存和死亡，遵循内在的规律而客观存在并自然发生着，这种规律较之其它自然、社会现象更易为人们所认识并把握，因此人们用科学的统计方法制定了生命表，并以之为依据计算不同年龄、不同性别、不同境况的被保险人的生存或死亡的概率，这种专门的计算方法和数据处理理论，被称作是寿险数学。寿险数学以及统计学原理所做出的预测，与实际情况极为相近，是保险业务经营的坚实基础。此外，寿险合同以长期的为绝对多数，由于保险期限长，对于投保人预缴的保险费必须计算利息。因此寿险业务经营在制定保险费率、提存责任准备金时，以预测死亡率、预期利率、预定费用率作为计算基础，其精算技术要求较高，也相当复杂。而其它保险则以短期（1年或1年以下）合同居多，尤其是意外伤害保险。同时保险事故发生的频率具有相当的波动性（尤其是在非正常年份，如太阳黑子活动较频繁的年份，人们的健康状况普遍下降，必然使健康保险业务经营出现大幅度的波动），也影响到预测的准确性。由此可见，这些保险业务在计算保费和责任准备金时，既不考虑利率因素，也不可能有人寿保险那样相当精确的生命表作为计算的依据。当然非寿险业务经营对保险费计算以及提存责任准备金等，也有着严格的要求，为保障保险机构在竞争中保持实力、保证利润就必须合理地计算保费，恰当地提存责任准备金，而且科学地运用保险资金，这些也都必然建立在长期经营、科学分析统计资料、运用保险精算技术加以核算的基础之上，只不过与寿险业务相比，寿险精算技术要求更高，而且对资料要求更严格罢了。

寿险与非寿险业务因为精算技术上的区别而产生了许多自身的或是法规限制上的不同。一般来说，在业务经营上，寿险公司和非寿险公司都可经营健康保险和意外伤害保险，而寿险则只能由寿险公司来经营。我国《保险法》则规定寿险、健康保险和意外伤害保险都只能由寿险公司经营。

#### 1.3.3 其他分类方式

##### 1. 按经营方式分类

按经营方式的不同，人身保险业务可以分为人身保险机构经营业务和人身保险代理人经营业务两种。

人身保险机构经营的人身保险，是指投保人直接与人身保险人本人订立人身保险合同，直接填制正式保单，在人身保险人与投保人之间直接建立权利义务关系。

人身保险代理人经营的人身保险是指投保人通过保险代理人与人身保险人订立保险合同，先填制暂保单，间接地与人身保险人建立权利义务关系。《保险法》第 122 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，并在保险人授权范围内代为办理保险业务的单位或者个人”。《保险法》第 124 条又规定，“保险代理人根据保险人的授权代为办理保险业务的行为，由保险人承担责任，经营人寿保险代理业务的保险代理人，不同时接受两个以上保险人的委托”。可见，保险代理除具有一般民事代理的特征外，还具有本身的特点：保险代理人与保险人在法律上视为一人，保险代理人以保险人名义签订保险合同产生的一切权利义务，均由保险人享受和承担，即使代理人的行为侵害了保险人本人或他人的利益也对保险人有约束力。保险代理人所知道的事情，均假定为保险人知道，保险人不能以投保人不如实告知而拒绝赔偿。最大诚信原则的具体体现之一的弃权与禁止反言所指的正是保险人与其代理人之间在代理人弃权之后，保险人也不得反悔的情况。用这种规定来约束保险人，保护投保人的利益不受损害。

## 2. 按保险事故分类

按保险事故的不同，人身保险可以分作生存保险、死亡保险和生死合险（两全保险）三种，它们分别是以保险期限内被保险人生存、死亡、无论生存或死亡作为保险事故的保险。当这些保险事故发生时，保险人按合同约定给付保险金。此外，年金保险为被保险人年老时提供养老退休金，又称养老保险，也应属于生存保险一类之中。

## 3. 按投保方式分类

按投保方式的不同，人身保险可以分为个人保险、联合保险和团体保险两类。

单个被保险人在自愿选择基础上投保人身保险称为个人保险。保险对象为个人。保险人承保时要进行较严格的审查，必要时对其身体状况进行医务检查，比如普通个人人寿险、个人健康保险等；但也有无需体检的情况，如简易人身保险、个人意外伤害保险等。

将存在一定利害关系的 2 个或 2 个以上的人视为一个被保险人，如父母、夫妻、子女、兄弟姐妹或合作者等多人，作为联合被保险人同时投保的人身保险称为联合保险。联合保险中第一个被保险人死亡，保险金将给付其他生存的人；如果保险期限内无一死亡，保险金给付给所有联合被保险人或其指定的受益人。

以一份总的保险合同承保某一机关、企业、事业单位或其他团体的全体或大多数成员的人身保险称为团体保险。对于团体保险，保险人在承保时并不对团体内各个被保险人一一进行审查、选择，而是考虑这一团体的总体危险程度能否承保。在团体保险中，投保人是团体组织，被保险人是团体中的在职人员，由团体组织缴纳保险费为其内部成员投保人身保险。团体保险可以分为团体人寿保险和团体健康保险，与个人保险相比有许多不同之处。

## 4. 按投保动因分类

按照投保动因的不同，人身保险可以分为自愿保险和强制保险两类。

自愿保险是保险双方当事人在公平自愿的基础上，通过签订合同而形成保险关系，双方均可自由选择。自愿保险的投保人可以自由选择险种、保险期限和保险金额。只要符合承保条件，保险人一般不得拒绝；合同一经成立，具有法律效力之后，保险人不得随意终止合同。人身保险业务中绝大部分都属于此类。

强制保险是根据国家法律的规定而自动生效的，是国家为了保护社会公益立法规定的，无论当事人双方愿意与否都必须依法建立保险关系。因此也叫做法定保险。在保险法规规定的范围内，无论投保人或保险人是否愿意，都必须保险。凡属于保险承保范围内的保险标的，其保险责任自动产生。其保险金额和保险期限投保人不能选择，统一规定。一般只有旅客意外伤害保险等少数险种属于强制保险。

## 5. 按保险事故发生可能性分类

按照被保险人的身体危险程度进行分类，人身保险分为健体保险和弱体保险。

健体保险又称为标准体保险，是指对于身体、职业、道德等方面没有明显缺陷的被保险人，保险人按照所制定的标准或正常的费率来承保的保险。大部分的人身保险险种都是健体保险。

弱体保险又称为次健体保险或非标准体保险，是不能用标准或正常费率来承保的保险。此类保险的被保险人发生保险事故的可能性较高，超过了正常人的标准，若使用正常费率将增加保险人的赔付率，只能用特别条件来承保。弱体保险在承保时可采用下列方法：

（1）保额削减法：是指投保人按正常费率投保，但在一定期间内按比例减少保险金给付金额的承保方法。该方法对于发生保险事故可能性递减的被保险人适用。

（2）年龄增加法：是将被保险人的年龄增加一固定的年数后所对应的费率作为保险费率的承保方法。该方法对于发生保险事故可能性递增的被保险人适用。

（3）附加保费法：对投保人征收一定金额的额外保费。该方法适用于保险事故发生率与正常值的差值为固定值的被保险人。

除上述以外，按保险期限长短不同，人身保险业务可以分为长期业务、一年期业务和极短期业务；按保单能否分红，人身保险可以分为分红保险和不分红保险；按保险人是否参加体检，人身保险又分为验体保险和免验体保险等多种分类方法，但应用的广泛性有限，此处不再赘述。

## 1.4 人身保险的特征

### 1.4.1 人身保险与财产保险的比较

根据我国《保险法》与台湾等地区的《保险法》规定，保险业务可以分作财产保险和人身保险两大类，都是对不幸事件给人们造成的经济上的损失给予偿付。然而由于人身保险标的的特殊性，使二者在许多方面存在差异。通过人身保险与财产保险的比较，我们可以总结出人身保险的几点特征。

#### 1. 人身保险是一种定额保险

各种财产都有客观的实际价值，或根据其生产成本，或参考市价，或进行客观估价加以衡量。根据损失赔偿原则，保险人和被保险人在标的的实际价值限度内，按照被保险人对该保险标的存在保险利益程度来确定保险金额作为赔偿的最高限额。因此理论上，财产保险的保险金额确定具有客观依据。

但是人的生命和身体不是商品，其价值无法用货币衡量。人身保险所提供的保险保障是为了使遭受不幸事故的被保险人及其家属获得物质上的帮助和经济上的支持，不至于使家庭生活计划因不幸事故的发生而遭

受灾难性的打击。要避免保险金额与被保险人的社会地位或经济状况不相适应而引致道德危险甚至危害被保险人的生命或超出投保人经济承受能力而导致保险合同的失效。因此，确定人身保险的保险金额首先该从两个方面考虑：一是投保人对人身保险需要的程度，二是投保人缴纳保费的能力。而后由双方当事人通过协商决定一个数目，作为保险金额。一般说来，人们对人身保险的需要有：丧葬费用、遗属生活费用、债务、退休养老费、疾病医疗费用、子女教育费用等。但对不同的投保人来说，收入水平、生活标准、社会工作地位、家庭负担等各方面情况不同，对人身保险的需要也各不相同，因此要做具体分析。

人身保险技术性很强，非一般社会大众所能熟悉掌握和运用。在投保时，保险公司或其代理人应尽量依据投保人实际情况帮助做出正确选择，使保险金额既不过高，也不过低。目前尚没有什么公认的完美的确定方法，使用较为广泛的是所谓“生命价值”理论和“人身保险金设计”的方法。

总之，人身保险是要由当事人双方从客观情况出发，根据经验与科学的分析，协商确定一个保险金额数目，在保险事故发生时，由保险人按此给付保险金。

## **2. 人身保险是给付性保险**

财产保险的保险金额以财产实际价值为上限，只有在保险事故发生使被保险人遭受了实际损失时，保险人才支付赔款，而且赔款不超过被保险人的实际损失金额。因此说，财产保险遵循补偿原则，属于补偿性保险，其目的在于补偿被保险人的经济损失。补偿原则又派生出比例分摊原则和代位求偿原则。在财产保险中，如果投保人对同一标的物进行了重复保险，同时持有两张以上有效的保险单，那么保险事故的损失要由几个保险人按各自保单上的金额的比例分摊保险责任，使被保险人遭受损失后从各张保单项下所得赔偿之和不超过其实际损失金额。如果被保险人的损失由第三方造成，依法应由第三方履行赔偿责任，那么保险人赔偿被保险人损失之后，即获得代位求偿权，以被保险人的名义向第三方请求赔偿；而被保险人不得再向第三方索赔，这样就保证了保险人获得的赔款额不超过其实际损失。

然而补偿原则不适用于人身保险。因为我们不能支付一定的货币资金而使被保险人起死回生，或使被保险人遭受的肢体伤残得到所谓的“补偿”。人身保险是定额保险，即不问是否发生经济上的损失，也不问损失程度，它所关心的只是在保险期限内是否发生保险责任范围内的保险事故。只要发生了保险事故，保险人就依据合同规定，支付约定好的保险金额。因此，人身保险属于给付性保险，在保险事故发生之后给付定额保险金。

由于人身保险不适用补偿原则[6]，所以也不存在比例分摊和代位求偿问题。人身保险是定额保险，就不会有超额投保，也不必受重复投保的限制。因为人的生命、身体是无法以货币衡量其价值，是不能量化的，被保险人可以同时持有若干份有效保单，只要按时缴纳保费，保险事故发生后就可以名正言顺地从各张保单下获得各自约定的保险金。如果保险事故是由第三方行为造成的，依法应由第三方负赔偿责任，那么被保险人在从保险人处获得保险金后并不转移向第三方责任人的赔偿请求权，仍然可以向第三方进行追偿。《保险法》第67条也规定“人身保险的被保险人因第三者的行为发生死亡、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”。

## **3. 人身保险具有变动的危险率**

财产保险中，当社会环境、管理条件不变的情况下，财产遭受危险损失的概率基本上变化不大，不会因为危险逐年变化而频繁地调整费率。

人身保险则不同，尤其是人寿保险，危险是以死亡为基础测定的。不同年龄的人死亡率不同，特别是人到晚年，死亡率更是加速度上升。如果单纯按危险率来确定保险费率，那么保险费率就会年年变动。被保险



人年龄越大，保费越高；大多数被保险人在晚年最需要保险保障的时候就会因无力缴纳高额保费而退出保险，这样就使人寿保险失去了存在的意义；而且还可能出现身体健康的人考虑费率上升而退出保险，体弱多病者考虑危险程度增大而坚持投保的“逆选择”现象，对保险人的经营十分不利。为了避免费率频繁变动，使人到晚年仍可获得保险保障，保证保险人的正常经营，一般人身保险采用“平准保费法”，以均衡的费率代替每年更新的自然保险费率。

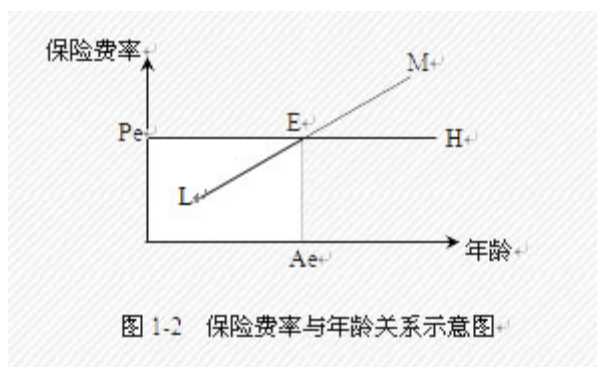


图 1-2 保险费率与年龄关系示意图

如图 1-2，直线 LM 表示了保险费率与年龄之间的函数关系（实际情况不可能如此），E 为均衡点， $P_e$  是均衡费率，LM 代表自然保险费率。显然，在初期年龄小于  $A_e$  时， $P_e < LM$ ；在晚期，当年龄超过  $A_e$  时， $P_e > LM$ 。显然  $ELP_e$  部分的面积与  $EMH$  部分的面积是相等的，保险人正是通过初保时多收保险费来弥补以后年份少收的保险费。当然这个简单的图例暗含了许多假设前提，比如自然保费率简化为线性形式、不考虑货币的时间价值，这些与实际情况相差都较远，但“平准保费法”的确克服了实际业务中的一些不足，这种固定的保险费率还可以使被保险人养成一个定期定额支付保险费的储蓄习惯，从而降低了人身保险不断变动的危险率的不利影响。

#### 4. 人身保险具有储蓄性质

财产保险是补偿性保险，如果保险期内发生保险事故，则保险人根据被保险人损失程度以不超出保险金额为限进行赔偿；如果保险事故并未发生，则保险人并不退还保费给投保人或被保险人。

人身保险除提供一般保险保障外，又兼有储蓄性质。即大部分业务当保险期满时，无论保险事故发生与否，被保险人或受益人都可收回保险金额的全部或部分。仍然以人寿保险为例说明，人寿保险的纯保险费一般由两部分构成，即危险保险费和储蓄保险费。前者也就是自然保险费；后者是投保人的储金，用以积存责任准备金，其实质是投保人存放在保险人那里的储蓄存款。保险人可以将这笔保险费投资、贷款获得利息收益，为被保险人的保险储金增殖，因此也有人将人身保险费称作“保险储金”的。所以投保人身保险，即使未发生保险事故，在保险期满被保险人仍然可以收回一部分保险费，一般称作保单的现金价值。

因为人身保险的某些种类具有储蓄性，所以人身保险被保险人可以在保险单的责任准备金额内，用保单做抵押向保险人借款，也可在中途解除合同时领回退保金，以及利用这种存款改投其它保险等。

#### 5. 人身保险具有长期性

财产保险合同期限一般不超过一年，期满后可以续保。人身保险合同大都属于长期性的，保险有效期可以持续几年，甚至几十年，保险人的责任期限也自然较长。由于这个特点，人身保险与财产保险在保险费交付、给付保费利息、资金运用和内部管理等方面都有许多不同。

人身保险合同期限虽长，但不需要象财产保险那样每年更新保单。人身保险的保费收入稳定，可积聚巨额的、可供长期运用的资金，保险人可从中获得收益，也可以利息方式返还给投保人，比如分红的人身保险就是这样。

一般习惯做法，保险人不能任意中止合同，但在较长的保险期限内，各种保险条件难免变化，尤其是物价变动等因素对合同双方的利益均会产生影响。因此有时需要对合同内规定的某些权利义务加以修正，但是一般只允许做对投保人一方有利的修改。

## 6. 人身保险的保险事故特殊性

首先，人身保险的保险事故的发生通常具有必然性。在人身保险中，人的生命、身体和健康是保险标的，人的生存、死亡、意外伤害、疾病等都可成为人身保险的保险事故。在以人的生命为标的、以生存或死亡为保险事故的人身保险中，保险事故的发生具有必然性：生或是死，只是何时死亡具有不确定性。在将人的生存、死亡或伤残都作为保险事故时，保险事故的发生也完全是必然的。“人有旦夕祸福”是人们遭遇意外伤害事故的真实写照。“吃五谷、生百病”则是人们对疾病的认识。因此说，人身保险事故的发生通常具有必然性。其次，保险事故的发生具有分散性。相对于财产保险来说，人身保险的保险事故的发生比较分散，一般不会出现大量标的同时发生保险事故的情况。其发生完全按照人的生命规律等自然规律，因此，在同一时间段，人身保险的保险事故分散于不同的家庭及地区。只有意外的大型灾害的出现，如火山爆发、特大洪灾、爆炸发生时，才可能导致大量保险标的同时遭受损失的情况。

## 7. 人身保险的保险利益特殊性

保险利益是保险合同有效的前提条件，也是保险基本原则中的主要的一个。保险利益包含两层含义。

(1) 财产保险中，不仅要求投保人对标的必须具有保险利益，而且还要考虑保险利益金额的多少，这里有一个不得超出财产实际价值的量的规定。但在人身保险中，人的生命和身体是无价的，理论上没有保险金额上的限制，没有量的规定，因此对人身保险考查投保人有无保险利益，不问其金额多少。当然在实际业务中，是要受投保人缴费能力等因素制约的。在一些特殊情况下，人身保险的保险利益也有量的规定，如债权人作为债务人投保死亡保险，保险利益以债权金额为限；医疗保险若采用补偿方式，保险利益也必须与实际医疗费用相联系。

(2) 财产保险中，保险利益不仅是订立保险合同的前提条件，而且是维持保险合同有效、保险人支付赔款的条件，一旦保险人对保险标的丧失保险利益，即使发生保险事故，保险人也不负赔款责任。人身保险中，保险利益只是订立保险合同的前提条件，而不是维持合同有效或给付保金的条件。只考虑订立合同时投保人是否对被保险人具有保险利益，不问以后有何变化。比如，妻子为丈夫投保人身保险后，两人离异；企业为雇员投保人身保险后，雇员与企业解除了劳动合同离开原企业，在此情况下若发生了保险事故，虽然投保人对被保险人已丧失了保险利益，但人身保险人仍然要给付保险金。

### 1.4.2 人身保险与社会保险的比较

社会保险也是一种保险形式，它的历史渊源相当悠久。世界上公认的最早的社会保险思想产生于 2000 多年前的中国，而比较完备的社会保险制度则建成于 19 世纪的德国。社会保险是国家通过立法采取强制手段对国民收入进行的再分配，它通过形成专门的保险基金，对劳动者因为年老、疾病、生育、伤残、死亡等原因丧失劳动能力或因失业而中止劳动，本人和家庭失去收入来源时，由国家和社会提供必要的生活和物质帮助，它同社会救济、社会福利等共同构成了社会保障制度，并与商业保险、政策保险等共同构成一个全方位的危险保障网络。社会保险主要包括劳动者的养老金保险、工伤保险、失业保险及医疗保险。社会保险与社会救济、社会福利等共同构成了社会保障制度。社会保险的普及程度，是衡量一国社会发达程度的标志之一。

可以说，从产生伊始，社会保险与人身保险就相伴相随、共同发展，二者既相互联系，又相互区别。从表面看来，社会保险包括的保险事故除失业之外，与人身保险所包括的保险事故基本相同，即都对人的生、

老、病、残、死等危险事故提供保障；从经营技术上都以大数法则作为数理基础，都要求参与择的数量多；从举办目的上看，都是为了保障人们的生活安定、社会稳定和促进社会的发展。但二者实质上却有着很大的差别。

## 1. 保险的经营目的和权利义务不同

(1) 从经营目的看。保险的目的是保障被保险人或受益人经济生活的安定，使其遭受不幸事故之后，可以及时获得货币补偿，不因危险事故的发生造成经济利益上的损失。无论人身保险还是社会保险，在这一点上都是一致的。除此之外，社会保险作为政府的一项社会政策，其目的还在于使低收入者的生活获得有力保障，从而保证大多数国民的集体安全，是福利政治的一项重大的措施。概括而言，社会保险是为劳动者暂时或永久丧失劳动能力时对其基本生活提供的物质保障。它不是靠单纯的经济手段，而是国家和政府为解决特定的社会问题而实施的一种社会政策。这种“政策性”特征决定了它不以盈利为目的，而以社会效益为主，运作过程中有明显的行政性特点。政府是社会保险的实施者，因而对其财务盈亏负有最后的责任。这就是说，保险金盈余时作为社会保险基金，发生亏损则由国家财政拨款弥补，使被保险人有永久获得保障的权利。

与此相对的，人身保险首先是一种商业保险活动，是人们自愿投保，自由参加，没有任何强制性，是以盈利为主要目的的企业经营活动。人身保险是人身保险公司运用经济补偿手段经营的一种险种，是由保险人与被保险人双方按自愿原则签订合同而实现的一种经营活动。人身保险公司是自负盈亏的经济实体，作为企业，其经营的首要目的就是经济效益。因此人身保险人要精确地计算危险率，确立合理的保险费率，积极运用保险资金。当然人身保险业务客观上也有很好的社会效益，对稳定社会生活有积极意义。人身保险公司实行独立核算，经营亏损时，国家财政不予以补贴；经营得当，有利润收入时，完全由保险公司的最高权力机构或决策层决定其使用方向和用途。

社会保险是国家为保护和增进国民身体健康，保障国民在丧失劳动能力和失业时基本生活需要的各种社会保障制度，是国家的基本社会政策和劳动政策，这一政策是通过国家或地方立法强制执行的，它不取决于被保险人的个人意志。社会保险权利义务关系的建立不以所谓保险契约签订为根据。被保险人与保险人并不能视为纯粹保险契约的订立双方，因为凡社会保险法强制规定范围内的对象必须加入保险，被保险人没有自由选择的余地，所以签不签契约其实没有本质区别，因而也即简略了这一段手续。

(2) 从权利对等关系看。社会保险的权利与义务关系建立在劳动关系上，只要劳动者履行了为社会劳动的义务，就能获得为自身及其供养直系亲属享有社会保险待遇的权利。而且社会保险的权利义务关系一旦建立，不到给付保险金一般不会中止。有的社会保险项目为了便于用经济手段进行管理，增强劳动者的费用意识，也还要求劳动者缴纳少量保险费，才能有权享受社会保险待遇。同时社会保险给付金以能保证被保险人最低生活需要为标准，并且保险人采取的给付金额与其所缴纳的保费数额无绝对联系，即社会保险的权利与义务关系并不对等。这种不对等表现在：各人应缴纳保费多少并不取决于将来给付的大小或是风险的高低，而是决定于投保人当时收入的高低。

人身保险的权利义务建立在合同关系上，人身保险人严格遵循商业性和盈利性原则。任何一个有完全行为能力的公民或法人，只要与保险公司自愿签订了人身保险合同，并按合同规定缴纳了保险费，就能获得相应的享受人身保险金给付的权利。被保险人享有保险金额的多少取决于根据危险率计算出来的保险费数额的多少和投保期限的长短，即保险公司与投保人之间的权利与义务关系是一种等价交换的对等关系，表现为多投多保，少投少保，不投不保，二者成正比例关系；一旦保险契约期满，保险责任即告终止，当事人双方之间的权利义务关系也即不复存在了。人身保险双方当事人之间的权利义务关系自合同成立之日建立，一般一直持续到保险满期或直到危险出现后保险人履行给付义务之后。但是人身保险合同会因投保人或保险人的不当行为而失效。如投保人不履行告知义务，保险人有权解除合同，则中止双方之间的权利义务关系。

## 2. 保险责任与责任保险受益人的资格确定不同

(1) 从保险责任来看, 无论社会保险还是人身保险, 都有保险人。保险人的责任是收取保险费与给付保险金, 前者是一种权利, 后者称得上是一种义务。社会保险的保险人是政府机构或是各要保单位的合作组织, 本身不是以营利为目的。保险事故发生后, 被保险人的保险金给付由国库或合作组织拨款提供, 这种特殊的保险人稳定、可靠, 没有宣告破产或停业的危险。除非国家被灭亡, 否则社会保险作为一项社会政策没有停办的可能。被保险人的利益将永远获得保障, 保险人始终会履行自己的保险责任。二战后期, 日本被盟军占领, “国将不存”, 但各项社会保险仍然推广办理, 而且是时还创办了失业保险, 在全国范围普遍推行, 这就是一个极好的佐证, 说明了社会保险极其可靠, 组织赔偿的保险责任的实施毋庸置疑。

在保险关系中, 人身保险人有保险费请求权, 在承保的危险事故发生时, 有负担赔偿的义务。而保险人经营过程中, 应依照有关法律, 自主地进行保费的保管、储存及运用, 自觉足额提存责任准备金、未决赔款准备金、保险保障基金等, 自动调节资本金, 保证最低偿付能力, 及时办理分保业务, 协调风险管理, 保证保险人的经营效益。

人身保险人有遵循保险法规从事保险活动的责任, 不能一味地追求经营效益而违反法律规定造成侵犯被保险人的权益或损害社会效益的不良后果。人身保险业务范围广泛, 关系投保人的切身利益, 人身保险人的经营实际上要对所有投保人的权益负责。从保险人的角度而言, 自主经营、自负盈亏, 一旦经营不善或投资失败, 资不抵债, 只能依法破产, 而一旦破产停业, 原有的保险责任也随之消失, 这势必对一国保险市场造成巨大影响, 甚至动摇保险信用的根基, 震动本国金融市场, 严重的还会影响到其他相关市场。

(2) 从保险受益人的资格界定来看, 保险受益人的资格界定主要与保险对象的确定以及该险种主要实施目的密切相关。

社会保险主要以劳动者及其供养直系亲属为保险对象, 目的在于保障劳动者在丧失劳动能力和失业时的基本生活。概括起来, 主要是给予劳动者切实的生活保障, 这种保障通过国民收入再分配, 有利于维护社会公平, 稳定社会生产。同时社会保险是强制实施的社会政策, 面对社会上所有劳动者及其家庭, 而一国的财政收入中拨付给社会保险给付金, 毕竟是有比例一定数额的限制的。一个时期内过重的给付责任势必给当期财政造成压力。因此, 社会保险对保险受益人严加规定, 要求给付金必须由合法的受益人申领, 即直接指向被保险人本身或其合法继承人, 而且给付金不能转让或赠与, 借以限制滥用给付的发生, 保证给付的实效性。通过有效给付使被保险人及其家属生活维持最低生活水平, 不因劳动收入的实际减少而过多地影响到生活实质, 这也是社会保险的初衷。

人身保险基本上是以自然人为保险对象, 这种保险关系是建立在双方自愿、自由选择的商业保险原则基础上的, 因此一切行为都以保险合同以及保险法规为依据。其目的只是在投保人发生了人身保险事故之后, 给予一定的经济补偿以减轻其损失, 解决一时之需。同时, 人身保险中, 投保人与保险人之间是一种权利义务对等关系, 投保人按时缴纳保费, 根据平等交换的原则就取得了对未来可能发生的给付保险金任意处置的权利。因此人身保险的投保人或被保险人可以任意指定保险受益人, 并且保险给付金一般是可以转让或赠与的。一般的保险受益人是在订立保险合同之时就由投保人指定了的一人或多人, 但实际生活中也存在保险事故发生后仍未指定受益人、或受益人为多人、或是受益人已依法丧失受益权的各种情况, 保险金的给付也另当别论。

此外, 人身保险在受益人资格问题上还有一点与社会保险不同的就是人身保险受益人可以变更而且存在着放弃或丧失受益权, 保险事故发生后, 保险人不承担给付保险金的责任的情况。比如我国《保险法》第 62 条规定“被保险人或投保人可以变更受益人并书面通知保险人”, 但同时“必须经被保险人同意”, 以避免道德危险的发生。《保险法》第 64 条规定, “担保人、受益人故意造成被保险人死亡、伤残或者疾病的, 保险人不承担给付保险金的责任。投保人已交足二年以上保险费的, 保险人应当按照合同约定向其他享有权利的受益人退还保险单的现金价值。受益人故意造成被保险人死亡或者伤残的, 或者故意杀害被保险人未遂的, 丧失受

益权。”还有在被保险人自杀、故意犯罪导致自身伤残或死亡等情况下，保险人也不承担保险责任，而一般相应的可以返还保单的现金价值、退还保费或在保险合同成立二年以上被保险人自杀的情况下按合同给付保险金。

### 3. 保险立法及保费给付不同

(1) 从保险立法范畴和实施管理来看，社会保险涉及的是国家的各种社会政策、经济政策、文化教育政策和劳动工资政策，反映的是国家、企事业单位和劳动者个人三者之间物质利益关系。社会保险是国家对劳动者及其家属提供的一种保障责任，也是劳动者拥有的劳动、学习、生存、享受和发展的权利，因此社会保险主要受国家根本大法——宪法的制约和调整，属于社会立法范畴。社会保险由中央或地方政府立法，是一种推行社会政策的特别立法，具有绝对的强制性，性质上类似国家的税法或兵役法，对违反强制规定或拒不投保者订有处罚条款，由司法机关依照执行，与商业保险法有很大的差别。

人身保险又有很大的不同。人身保险是商业保险的一种，其中的权利义务关系是在当事人双方自由选择的情况下订立的，是非强制性的。人身保险业务的开展，需要以政府公布的保险法规为依据。但在法规的范围之内，可以由保险人自行订立条款，分别与要保人签订保险合同，因此也可以说是一种任意性的双务协定。人身保险中，当事人双方的权利义务以合同规定为准，而保险契约是以平等、自愿、互利、等价为前提的，体现的是商品交换关系，因此人身保险关系要通过民法加以调整和约束。

人身保险由人身保险人自主经营、管理以及运作，以保证保险合同的执行、履行保险责任为内容，不涉及其他社会服务工作。它同一般商业保险一样，财务上独立核算，自负盈亏，国家财政不以任何形式负担其保险金额开支需求。保险当事人双方的权益当然也受经济合同法的保障。

(2) 从保险给付来看，保险给付是被保险人或受益人应享有的保险权利，给付的标准与条件因保险事故的不同而有区别，人身保险与社会保险在保费给付、对投保人生命或健康等的保障程度以及补偿标准上都有很大的不同。

社会保险中的失业保险、疾病保险等因其自身的特殊性，给付责任难以由商业人身保险公司承担，所以由一国政府负责。同时社会保险的目的在于保障劳动者及其供养的直系亲属的基本生活和实现社会安定，因此保障水平上既要考虑劳动者原有生活水平和社会平均消费水平，又要考虑职工平均工资提高幅度、物价上涨因素和国家一定时期财政承受能力。随着社会生产的发展，社会保险待遇的总水平也会相应提高。此外，作为特殊领域的分配调节手段，社会保险在保障水平的确定上采取的是有利于低收入劳动者的原则，借以维护社会公平。由此可见，社会保险的保费给付标准以当地最低生活标准为准绳，不问被保险人的实际损失与缴纳保险费的高低，只是以劳动者自身收入状况为依据，对投保金额有最高限制。其中低收入者不得投保高额保险，由此限制投保人在保险给付上的投机与赌博行为。同时社会保险中，保险事故发生后，保险给付便自动发生，根据国家法律的规定，无论被保险人或其家属是否愿意，这笔给付金都必须生效，也是强制性的体现之一。

人身保险的投保金额普遍要高于社会保险，因为人身保险合同订立之时，有关保险给付问题上，虽然参考投保人收入状况，但只用来考查投保人缴付保险费的经济承担能力。对投保金额的影响因素则是多方面的，包括投保人的意愿、保费承担能力、投保危险概率等，投保金额并不直接、单一地与收入水平发生关联。人身保险是商业保险，因此保险给付完全取决于被保险人缴纳保费的情况和其经济利益实际受到损害的性质与程度，保障水平的确定同样要根据对等原则。在某种意义上而言，通过人身保险，被保险人不仅可以在保险事故发生后保证最低生活水平，还可以在此基础上基本上恢复原来的生活水准，保障程度上要高于社会保险，当然在保费缴纳上，人身保险是要根据科学的、精确的费率核算出应缴保费的，这比社会保险普遍使用的按收入程度一定比例作为保险费计算上要复杂，数额上也一般要有超出。人身保险人自身因其经济效益目标，有时需加收手续费、营业费、理赔费用等附加保险费，因此一般而言，人身保险的被保险人的保险费负担要高于社会保险。



此外，投保人身保险发生了保险事故之后，需要经过合法受益人索赔，人身保险人理赔等过程方能实现保险金的实际给付。

### 1.4.3 人身保险与储蓄的比较

人身保险具有储蓄的性质，它与储蓄既有联系又有区别。从社会观点看，人身保险与储蓄都是以现在资金的剩余用作将来的准备，即聚集一定的资金作为必要的后备。尤其是生存保险，与储蓄一样都是“准备财产的形成”，同样是为了“安定经济生活”。因此二者在后备基金的形成上是一致的。人身保险与储蓄都是减少现时消费，将一部分货币使用权暂时转让出去，经过一段时间逐渐形成后备，以应付各种危险的发生，保障家庭和个人正常的生活和工作。但二者无论是在形式上，还是在实质上又有很大的不同：

#### 1. 危险处理技术不同

储蓄是纯粹的个人行为，是增强个人或家庭未来对付自然灾害和意外事故的能力的一种办法，是将生活费的结余存到银行，逐步形成一定数量的储金，作为个人或家庭的后备。储蓄是属于自保范围的应付危险的方法之一，自存自用，目的是应付未来支出的增加。

人身保险是一种互助行为，是由众人共同参加、缴付保险费，建立保险基金，帮助少数人克服自己或他人发生人身危险而引起的生活困难或是改变了生活倚仗和生活水准。体现的是“人人为我，我为人人”的保险宗旨，目的在于分散危险、分摊损失。

#### 2. 所得性质不同

储蓄资金是个人单独形成的财产准备，是所有权与使用权的暂时分离的后备资金。原则上可以自由地、无条件地提取使用，因此人们常听到“存款自愿，取款自由”的说法。

人身保险缴纳的保险费中，其中自然保险费在使用权转移的同时，所有权其实也同时转移到保险人的名下，不再是投保人的资产；而储蓄保险费部分则积存成保险费准备金。人身保险积聚的保险基金是多数人之间的财产准备，专门用于未来发生保险事故的保险金的给付，不得使用。而投保人也会受到合同的制约，无法自由提取已缴纳的保费；即使可以提取，也要由保险人审核后执行，不同于个人的自由行为。

#### 3. 保障性不同

储蓄投资的回报是指存款利息，经过一定时间的积储形成，由固定利率或自由浮动利率计算而来，而储户最终收回的只能是以本息之和为限，但只要银行经营正常，这笔资金的收回是确定无疑的。

人身保险投保人回收资金的情况大不相同。在保险期限内，如果未发生保险事故，那么投保人回收的只能是“保险储金”的本息之和，其他的诸如保险费、手续费等概不退回。当确定发生保险事故的时候，人身保险人依照合同履行保险金给付的义务，受益人得到事先约定好的保险金额，数量上一般都大大超出所缴保费的本息之和。

#### 4. 经营技术不同

储蓄的计息方法有单利、复利两种，一般采用后种，因为更能反映利息的实质。储蓄的关键是利率的确定，称为存款的价格，由一国金融市场及金融政策影响，是物价等多种因素作用的结果。

人身保险的价格体现在保险费率，以概率论、大数定律等特殊计算技术，以生命表为基础测定危险，求取对危险费用的合理分担。在确定保险费率的时候要考虑的因素更多，包括投保人的年龄、性别、职业、习惯爱好、健康状况、家庭概貌、经济情况、社会地位等等，所以人身保险的保险费率的精算技术要求更高，考虑的问题更复杂，要求的专业性更强，这些都远远超出对储蓄的要求。

人身保险与储蓄都可以作为投资手段，但各有特点，作用不同。人身保险的目的主要是稳定生活，稳定工作，解除个人、家庭或是企业的后顾之忧。储蓄自始至终保留着对本息的所有权，而一般的人身保险如果没有发生保险事故是不会退还保险费给投保人支配的。随着业务的不断扩大、发展，保险机构之间的竞争日益激烈，人身保险大多已兼有储蓄性质，尤其是开办的长期储蓄保险，到规定的年限，这种保险既可以还本，还可以有息；在某些条件下，还允许投保人免交保险费而获得保险保障。

#### 1.4.4 人身保险与其他投资方式的比较

人身保险，尤其是长期人寿保险，保险公司对投保人缴纳的保费计息并在满期后全部或部分地返还给受益人，由于其返还数目大大多于投保人所缴纳的保费，所以被人们普遍认作一种投资手段。

与生产领域的直接投资相比，对投保人而言人身保险投资是一种金融投资，因为当期投入的、预期回收的都是货币资金而非实物。

与股票、期货、债券等其他投资方式相比较，人身保险尤其是长期人寿保险不具投机性，没有风险，有着稳定而且可靠的未来收益，同时又具有经济保障的作用，因此往往被人们看好。寿险保单具有现金价值，可以作为抵押向保险公司借贷，也可以提前退保向保险公司兑现。在这个意义上，寿险保单与股票、债券、期货合约同样都是有价证券，都可以作为个人金融资产。但是投保人身保险的主要目的并不在于获得多少预期收益、收回保费本息，而是防范人身危险的发生所带来的经济利益的损失，而这种保障作用是股票等任何一种其他投资方式所不具备的，同时股票、债券等投资本身就有着很大的风险存在，尤其是衍生市场瞬息万变，强大的杠杆机制更是给投资者以极大的精神与物质压力。因此，尽管投保人身保险的预期收益率可能远远低于其他，但它的稳定、它的保障作用使得它更容易被人们所接受，更多地成为个人投资组合中的一项选择。与股票、债券等投资方式大盈大亏、高投机性相比，投保人身保险更多地是让人们更加脚踏实地、更加稳重，定期地缴纳保险费有利于人们养成储蓄勤俭的好习惯，参加保险增强了人们对危险的认识，提高了人们防范危险的能力，让人们更多地抛弃侥幸心理而相信科学；从自保走向互保，更是将“人人为我，我为人人”的思想渗透到每一位投保人，日益地使得这种经济互助组织发展成为主要的经济补偿形式，为社会和人类发展都做出有利的贡献。

对于团体人身保险的投保人而言，从事这项投资主要是看重了投保人身保险对企业经营的一系列正面效应，而这是其他任何一种投资方式不可能提供的，同时这为企业其他活动创造了有利条件。以投保团体人寿保险为例，当企业内员工发生了保险事故，企业作为投保人可以得到保险公司给付的保险金，支付丧葬、抚恤、慰问等费用就不必由企业临时作帐支出，而且因为要员逝世在企业经营、经济利益等方面所遭受的损失也可以基本上由给付的保险金弥补，从而企业的支出是稳定的，收入也不大会受影响，保证企业的正常运营。同时企业员工会因此大受鼓励，工作积极性因之而调动，对企业的热爱在努力工作中体现出来，企业的凝聚力、向心力提高，市场竞争力也相应提高，有利于企业在任何境况下继续生存与发展；从企业自身考虑，国家的优惠政策，使得保险费税前支出，从另一个角度讲税收减少就是增加了收益，从而广大股东、一切与企业相关的利益人都会对企业信心大增，于是内部盈利的同时对外信誉增长，在金融市场上的筹资更容易，从而推动企业的创新活动，形成良性循环。由此可见，投保人身保险的优越性就在于经济保障作用以及由“保障”而引发的各种有利影响。

### 1.5 人身保险的效能

### 1.5.1 人身保险的一般功能

社会经济补偿制度由自保、集中、保险三种经济补偿制度构成。随着商品经济的发展，保险日益地成为三种经济补偿制度的主导，自保和集中处于辅助地位。人身保险作为保险的一种，自然具有保险的一般功能。

积聚保险基金、组织经济补偿是保险的基本职能，由此而派生出保险的防灾、防损、融资等职能。人身保险同样也具有这样的功能，发挥着保障社会经济生活和调整国民经济运转的作用。

#### 1. 风险分散功能

社会生产和社会生活常面临危险。危险的发生具有偶然性，对个人来说要完全防止危险的出现或回避危险事故造成的损失几乎是不可能的，一方面个人经济力量不足，另一方面防范风险的技术手段也极为有限。而通过建立保险机制，可以将少数受害者的损失分摊在处于同样危险中的多数人身上，对个体而言就实现了对风险的防范，这就是保险的风险分散功能，体现着保险的互济性。保险不仅是一种法律关系，更是一种经济互助制度，保险的实质就是多数人基于合作互助分担个别人在财产和人身上所受损失的经济行为。

风险分散在现代生产和现代生活中意义重大。将危险转移出去，让众多的企业或个人分担，减轻了危险对社会某个环节或单个人的严重侵害，保障了社会生产的正常进行。

#### 2. 保险金给付功能

相当于财产保险中的经济赔偿功能。给付与赔偿并不同义。需要赔偿的损失可以通过价值形式明确计量，保险金给付项目则很难用一个固定金额去计量。给付是人身保险支付保险费的特定说法，有时是一次性的，有时也分期进行。

人的生存、年老、死亡、伤残等等均不能用货币估值，保险人只能根据被保险人生、老、病、残、伤、亡的一般特征和具体情况确定投保费率，征收保险费，建立保险基金。保险当事人双方事先要对保险的条件、期限和金额标准达成协议，保险人按照协定一次或分期付给被保险人保险金。

现代社会经济的正常运行要求劳动力不断扩大再生产。工资收入具有保障劳动力扩大再生产的功能，保险金给付也起到了同样的作用。试想没有保险金给付的情况下，一旦患病、伤残、生育、老年或是丧失了劳动能力，使被保险人本人或家属失去了经济来源，就无法维持劳动力扩大再生产。而这些情况发生时，人身保险的保险金给付在一定程度上维护了受益人的经济利益，对维持劳动力扩大再生产有十分积极的作用。

#### 3. 调节收入分配功能

保险是调节收入分配的手段之一。它通过投保人缴纳保险费，使分散的短期资金集中起来，建立人身保险长期的保险基金，而保险人根据保险合同履行保险金给付义务，积极运用保险资金从事投资，增加投保人的储金价值。这相当于对国民收入的再次分配，即把各个投保人的保险费收入的一部分转移到那些发生了保险事故的投保人名下。

保险调节收入分配的重要意义表现在：遭受了危险事故的投保人能够通过人身保险机构及时得到经济补偿，不致丧失收入来源或其他经济利益。这不仅保证了社会安定，而且促进了社会公平，一定程度地调节了社会成员财产和收入的高低差异。

#### 4. 金融融资功能

指保险机构利用保险基金的长期性、集中规模的特点，积极运用保险资金，按照一定渠道投放，进行投资活动，并预期收回增殖资金的活动。一般方式是，存款生息，购买债券、股票或不动产，进行期货交易，还可以直接投资经济领域，扩大社会再生产规模，促进经济增长。

金融融资是市场经济条件下，保证保险机构正常经营的必要手段，是实现保险资金保值增值的重要渠道。首先，它可以抵消通货膨胀对保险基金产生的贬值影响，确保保险待遇与经济增长及物价上涨同步增长，使投保人及时分享经济增长的果实，免受经济利益的损失。其次，可以增强保险经营活力，扩大承保、偿付范围，增强应付危险的能力，提高保险的财务承担能力，扩宽业务范围。最后，可以扩大保险财务的收益，向广大投保人提供低费率的服务，增强市场竞争力，同时也普遍减轻企业和劳动者个人的保险费负担，带动全行业的共同进步。

### 1.5.2 人身保险的特殊效用

人身保险的主要目的在于确保经济生活的安定。一方面要根据合理的计算来测定危险，而做好充分的准备；另一方面在保险事故发生时，要力使原有经济生活所遭受的不安定可以迅速得到恢复。因而人身保险在整个经济体系中有其特殊的效用，可以从以下三个角度进行考察：

#### 1. 对个人和家庭的效用

保险作为一种化解危险的手段，其作用正日益为人们所重视，因为现代人对生命中的不可预知越来越有认识。人们会担心过早地离开亲人，而使整个家庭陷入困境；会担心万一身染重病，不仅要支付巨额的医疗费用，而且还要影响收入，给家庭经济造成困难。随着人们寿命的不断延长，养老的时间也随着加长，于是老有所养成为人们关心的问题。凡此种种，如不提早筹划就成为人们的后顾之忧。人身保险正是从这几方面给人们提供了保障。人身保险可以减轻个人和家庭对人身危险的忧虑，为个人和家庭提供经济保障，其次也是一种个人投资手段。

(1) 经济保障，化解意外伤害造成的损失。保险最重要的功能是保障，人身危险时时伴随着人的左右。据统计，人受伤的危险概率是  $1/3$ ，遭遇车祸的危险概率为  $1/12$ ，死于车祸的危险概率是  $1/5000$ ，死于突发事件的危险概率是  $1/2900$ ，心脏病突然发作的概率是  $1/77$ ，死于心脏病的概率是  $1/340$ ，死于中风的概率是  $1/1700$ 。上述数字虽然只有多少分之一，但对于遭遇危险的个人来说却是 100%。人身保险可以把个人、家庭的人身危险转嫁给保险公司，缴纳确定金额的保险费以后，发生死亡、伤残、疾病、衰老等人身危险时，从保险公司领取一笔保险金以保证家庭生活的稳定，避免因家庭主要劳动力成员发生保险事故造成的家庭收入减少或支出增加，甚至使生活陷入困境等情况的发生。

(2) 投资手段。由于长期人寿保险中保险公司要对投保缴纳的保险费计算利息，满期给付的保险金大大高于缴纳的保险费，所以投保长期人寿保险往往被作为一种投资手段。由于寿险具有经济保障作用，不具有投机性，无风险，收益稳定，因而往往被人们选择。投保人可以将寿险保单作为抵押向保险公司借款，也可以随时请求解除合同，领取退保金，所以说人寿保险单具有现金价值，往往被视为个人金融资产。显然参加人身保险，可使被保险人安心工作，不再担心人身危险的发生带来经济利益的丧失，定期缴纳保费又具有强制储蓄效应，有利于养成勤俭储蓄的美德；投保寿险，还可以维持固定收入，增强个人信用。

当然经过投保时的严格的身体检查，也可能早期发现疾病，早日医治，有助于健康。现代人工作、生活节奏相当快，有很多人平时无暇去医院进行体检，即使自身有病也无法及时发现。而现代商业人寿保险要求被保险人是身体健康、符合保险公司投保规定的个体。因此，依照投保规定，很多被保险人都需要先行进行身体检查，确保健康之后公司方承保。通过购买寿险，认真地对自己的身体做个全面检查，也可帮助我们了解自

己的健康情况，以便做出及时的调整。在实践中，在投保体检中及时发现疾病并提早治疗的按理还有不少。

(3) 保险单所有人和受益人还可享受税收减免。一般税法规定，在被保险人死亡时给付的人寿保险金可以免交所得税。付给受益人的保险金还可以全部或部分免交遗产税。给保险单所有人的所有支付，如退保金、红利、两全保险期满生存的给付，可以免交所得税的收入金额相当于所交付的保险费金额。对年金收入也只征收适量的所得税，即只对其中的利息收入部分征税。

## 2. 对企业的作用

现代社会中，随着工业化进程加快，越来越多的人在企业中工作。企业作为投保人，缴纳保费为员工投保人身保险，当员工发生死亡、伤残、疾病等事故时或年老退休后可以从保险公司领取一笔保险金，从而稳定企业支出，提高员工福利，增强企业凝聚力。而且不少国家还对此采取鼓励措施，规定企业为员工投保人身保险支出的保险费，在一定金额以内的部分，可以列入成本，作为税前支出。

当然，通过投保人身保险，尤其是人寿保险，可以使企业经营不受重要职员的突然死亡的影响，可以使合伙事业不因任一合伙人的死亡而解散，可以使职工安居乐业；同时提高企业信用，使企业的证券发行工作顺利进行。

## 3. 对社会的效用

人身保险，尤其是长期人寿保险在其经营过程中聚集大量资金（相当部分是长期资金），可由保险公司进行投资运用，以便保值增值。人身保险资金的投资运用，实际是把部分个人消费在一定时期内投入生产领域或其他经济领域，发挥促进经济发展的作用。发展中国家需要资金，可以采用发展储蓄、引进外资、发行国债、借外债等手段，发展人身保险也可作为筹集保金的一种手段。即使在发达国家，人身保险也是提供经济发展所需资金的一条重要渠道。保险公司作为金融机构的一种，其经营也具有调节金融的作用，保险业与银行业、证券业是同等重要的金融活动，对一国金融事业的稳定有较大责任。

此外，人身保险对社会的效用还表现在以下几个方面：

(1) 有助于稳定社会生活。人身危险无处不在，随时随地对每个社会成员构成潜在的威胁，给人们的日常工作和生活带来不良影响，从而形成整个社会的成本支出。同时，若各种潜在的人身危险因素发生作用使潜在危险变成为现实，那么整个社会为之付出的代价就将会更大，社会生活的稳定性也会因此而大受影响。人身保险是社会保障体系的重要组成部分，并且世界各国都把建立和健全社会保障体系作为现代化国家的重要标志之一。社会保险和商业保险是社会保障体系中居于重要地位的两个保障系统，但由于社会保险无法完全提供和解决个人和家庭的经济保障，所以需要由商业保险作为重要补充。也正是因为此，美国学者把社会保险、企业保险和个人保险比喻为“三条腿的椅子”。因此，人身保险作为构建社会的“稳定器”与“安全网”的重要组成部分之一，可以为社会成员提供多层次危险保障的经济补偿的。人们通过平等自愿地参与人身保险，能够在很大程度上消除后顾之忧，或者补偿因人身危险所遭受的经济损失，从而促进全社会的持续发展。

在现代社会，人身保险与社会保险的相互补充已成为社会稳定的基础。在西方发达国家，特别是欧洲一些福利大国，尽管有着形形色色的社会保险和社会救济，商业性人身保险仍然很发达。人们普遍通过购买人身保险，获得较高的经济保障。在社会主义条件下，生产的目的是为了最大限度地满足人们日益增长的物质文化需要。尽管我国人民的生活水平在不断提高，但我国毕竟还是发展中国家，社会财力有限。因此，人身保险作为社会救济和社会保险的重要补充，可以解决年老、疾病、伤残、死亡等引起的特殊经济需要。同时，人身保险还多带有储蓄性质，近年来还推出了一系列具有投资功能的创新型寿险产品，因此发展人身保险还可以为人们提供新的家庭理财方法，有助于投保人有计划地安排家庭生活，增强人们的家庭责任感和社会责任感。

(2) 有助于扩大社会就业。人身保险实质是一项以人为本的营销策略, 增员管理是人身保险行业的一个重要经营理念, 表现为整个行业的人员流动量很大, 不断有许多素质欠缺或缺乏适应性的员工被淘汰出局, 但同时又会有更多吃苦耐劳、素质较高的新员工加盟进来, 使得人身保险行业可以容纳数量极大的社会富余劳动力, 从而可以为社会解决一定的就业问题。据统计, 1996 年美国保险业为社会提供了 220 万人的就业机会。其中, 寿险总公司就约有 57 万名从业人员; 而代理人、经纪人和其他服务人员则约为 70 万名。近年来, 我国人身保险行业的从业人员总数也有较大幅度的增加。从某种程度上说, 人身保险行业是全社会劳动力的蓄水池, 它的发展对整个社会的稳定发展的作用是不容忽视的。

(3) 有助于解决社会老龄化问题。人口老龄化问题正在成为当前世界各国政府急于解决的一个十分棘手的问题, 并被列为 21 世纪妨碍人类顺利发展的十大难题之一。根据联合国制定的划分标准, 当一国总人口中 60 岁以上的老年人达到 10% 时, 即被认为是进入了老龄化社会。这就意味着在全体社会成员中, 每 10 人中就有一个老年人需要其他劳动者来供养, 再加上社会成员中还有未成年人或丧失劳动能力的人, 在业劳动者的负担之重也就可想而知了。根据世界银行的统计, 我国在 2000 年就已跨入了老龄化社会; 目前我国 60 岁以上老年人口已达 1.32 亿, 并以年 3.2% 的速度急剧增长; 到 2026 年, 中国 60 岁以上的老年人口将占总人口数的 18%, 也就是说, 全世界将有 1/4 的老年人集中在中国。面对如此严峻的形势, 探询一条有效解决老龄化问题, 使得老年人能够老有所养, 已是迫在眉睫。虽然社会保险、社会保障体系在处理这个问题时也有其独到之处, 但由于其保障范围、保障程度等因素的限制, 单靠社会保险来解决养老问题是不能得到切实、彻底的解决的。而人身保险与社会保险相比, 有着后者所无法比拟的优势。因此将二者有机地结合起来, 取长补短, 互为补充, 构建起一个全面、有效的社会保障体系, 可以更好地解决人类社会面临的老龄化问题。

## 总结

1. 人身危险是指与个人的死亡、疾病、残疾和老无所养导致的经济损失的可能性。包括生命危险和健康危险。生命危险是与人的生存与否有关的危险, 而健康危险主要影响的是人们身体的健康程度。

2. 在我们面临的各種人身危险中, 保险人可以接受承保的危险是可保危险。作为可保人身危险必须满足以下条件: 危险的发生必须是偶然的、意外的; 危险损失必须是明确的; 危险必须是大量标的均有遭受损失的可能性; 危险应有发生重大损失的可能性。

3. 人身保险是以人的生命或身体作为保险标的的一种保险。其基本内容是: 投保人与保险人订立保险合同确立各自的权利义务, 投保人向保险人缴纳一定数量的保险费, 在保险期限内, 当被保险人发生死亡、残废、疾病等保险事故, 或被保险人生存到满期时, 保险人向被保险人或其受益人给付一定数量的保险金。

4. 损失的分担、风险的同质性以及大数定理是保险理论的三大基础。人身保险作为保险的一种, 其理论自然亦奠基于此。

5. 人身保险的基本原则是保险利益原则、最大诚信原则、近因原则。此外, 对于部分意外伤害险和医疗保险产品还适用损失补偿原则。

6. 人身保险的保险标的是人的生命或身体, 因此与其他险种类, 如财产保险、社会保险相比, 具有不同的特点。而且, 人身保险与储蓄以及其他投资方式相比, 也有其自身的特征。

7. 人身保险具有保险的一般功能, 即风险分散功能, 保险金给付功能, 调节收入分配功能, 金融融资功能等。此外, 人身保险还对个人和家庭、企业、社会等诸方面发挥着特殊的效用。



## 关键词

人身危险	可保人身危险	人身保险	人身保险的标的	损失分担
同质危险	大数定律	保险利益	最大诚信	近因
补偿	人寿保险	意外伤害保险	健康保险	人身保
险的效能				

## 思考题

1. 人身保险的定义及三个要点是什么？
2. 简述人身保险的性质。
3. 简述人身保险的原理。
4. 简述人身保险的基本原则。
5. 如何理解人身保险的特点？
6. 简述人身保险的分类。
7. 我国对人身保险是如何分类的？
8. 试比较人身保险与财产保险的异同。
9. 试比较人身保险与社会保险的异同。
10. 试析人身保险与储蓄及其它投资方式等行为的联系。
11. 简述人身保险的一般功能。
12. 人身保险具有哪些特殊效用？

## 注释

[1] 有关危险和保险的详细论述，参考张洪涛、郑功成主编的《保险学》，中国人民大学出版社 2000 年版。

[2] 由于人身危险中的失业危险一般由社会保险等社会保障体系提供保障，不属于商业人身保险的范畴，而本书介绍的主要是商业人身保险，故在下文的论述中不再赘述。

[3] 生命表是根据一定时期某一国家或地区的特定人群的有关生存、死亡的统计资料，加以分析整理而形成的一种表格，它是人寿保险测定危险的工具，是寿险精算的数理基础，是厘定人寿保险纯费率的基本依据。详细介绍参考本书第 4 章《人身保险的数理基础》。

[4] 发病率表是一定时期某一国家或地区的特定人群的有关疾病发生率的一览表。

[5] 伤残率表是一定时期某一国家或地区的特定人群的意外事故发生导致残疾发生率的一览表。

[6] 此处主要是对一般人身保险而言，医疗等伤害性保险等个别情况除外。

## 附录：有关人身保险的学说

世界各国的学者由于研究的角度不同，对人身保险形成了不同的观点和学说。

### 1. 生命价值说

生命价值说认为，人的生命与财产一样，具有可以用货币来衡量的价值，因而人身保险也是一种损失补偿。该学说认为，人的各种精神与力量具有经济性，可以产生金钱价值，如健康、技能、经验、判断力、创造力等。人寿保险既然以人的生命价值为保障目标，也就相当于对具有经济价值的“精神与力量”进行保险，因此也可以被视为是一种损失保险。

一般认为，在人身危险管理中运用生命价值的概念开始于休伯纳（S. S. Huebner）。1924年，休伯纳提出了著名的人的生命价值理论，用以分析个人所面临的基本经济风险。投保人参加人身保险，就是谋求生命价值的保障。根据休伯纳的解释，每个人拥有两种财产，一种是已获财产（acquired estate），另一种是潜在的财产（potential estate）。前者是指一个人已获得而成为自己所有的财产；后者则是作为一个经济力量的货币价值，也就是个人赚取收入的能力，是一个人死亡所导致的眷属收入损失的现值。潜在财产是个人赚取能力的基础。任何衡量生命价值的办法都必须考虑现值，所以，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现值。衡量生命价值的步骤是：（1）确定某人对家庭的已赚收入量；（2）确定个人的服务期或在职期；（3）估计某人工作预期寿命期间的年平均收入；（4）从年平均收入中扣除税收、保险费和本人的生活费，其余金额可供受抚养人使用；（5）使用合理的贴现率计算家庭在上述期间的收入现值，最终得到一个人的经济价值。休伯纳认为，财产价值与生命价值的评估，可以采用相同的经济与统计原则，只不过在计算生命价值的现值时要考虑三个基本要素：基本收入（basic earnings）、奖励收入（incentive earnings）和花边收入（fringe earnings）。这些收入随个人的职业、愿望、年龄、性别、种族、居住、教育、迁移、婚姻状况、亲属数目等要素的变化而变化。

生命价值学说的提出对美国以及西方保险界产生了极大的影响。原因就在于生命价值学说奠定了人身保险的经济基础。它第一次提出了人身保险就是以保障生命价值所遭受的损失为目的的，而且生命价值的大小、投保期限的长短都直接与保险费挂钩，从而突破了人身保险长期以来对经营保障对象的含糊界定。但是，生命价值说也存在着局限性：（1）根据休伯纳的观点，财产保险与人身保险的基本保险原则相同，即对被保险人死亡所致的损失给予相当的补偿，其补偿金额就是生命价值的保障。但问题是，现实中的人们无法准确衡量“精神与力量”的经济价值。即使将根据上述方法计算得出个人将来收入的现值作为生命价值，但由于每个人的能力、经历、潜在财产是要随经济、社会等因素的变化而变化的，故这种计算方法显然不准确，甚至还可能导致每月无剩余，从而无生命价值，也就成为了不可保的对象。事实上，人身保险与财产保险，虽然保险原理相同但仍有差异。人身保险保障的是人的生命或身体遭受危险而造成的经济损失，并非身心痛苦、情感以及生命或身体本身，它是事前约定保额的给付。（2）根据生命价值说，人的生命可以成为评估客体并予以计算，那么生命价值越大，保险期限也越大；或生命价值一定时，保险期限则是固定的，投保人需缴纳的保险费很大程度上是投保人难以承担的。基于上述局限性，生命价值算法在人身保险经营实务中缺乏应有的实用价值。

### 2. 欲望满足说

欲望满足说，又称满足需要说、偶发事件满足说、需要说，其代表人物是意大利的戈比（U. Gobi）和德国的马纳斯（A. Manes）。该学说认为人身保险是一种满足人们的经济需要和金钱欲望的手段，并且这就是保险的性质。危险事故的发生会造成直接损失、利益损失、储蓄能力停止、紧急防止损失费用以及其他不能以货币计量的一切损失，引起人们对金钱的欲望。保险的目的就在于以共同、互助的补偿手段为保障，使人们能够以最少的费用来满足这种金钱欲望，获得所需要的资金和充分可靠的经济保障。

需求说事实上分析的是那些将要承受财务损失的人的需求，根据此确定需要购买的人身保险金额。需求分析法有三个基本步骤：（1）辨别在某人死亡、伤残或疾病后，其家属或本人有哪些需求是新出现的，有哪些需求是以前就存在的；（2）必须确定已有哪些经济来源可用于满足这些需求。潜在的经济来源可能包括储蓄、雇主提供的人寿保险和各种社会保险计划；（3）需求和可获得的经济来源之间的差额是未满足的需求，人身保险就是一种可以被用来满足这部分剩余需求的工具。

虽然生命价值法和需求分析法概念不同，但在特定情况下这两种确定保险金额的方法之间是有联系的。对赚取收入者死后仍存在的需求进行归纳时，我们只需关注收入—消费公式的另一面就可以了。生命价值概念着重考虑将要失去的收入，而需求分析法则通过区分收入的去向以确定收入被用于什么目的。另外，需求分析法还试图区分死亡导致的意外花费和死后调整期内的额外支出。

例如，在现实中可能存在这样的需求，即要为活着的眷属提供经济来源以满足其生活消费。这一需求的总金额取决于婚姻状况、是丈夫还是妻子、有没有孩子（或是否打算要孩子）以及眷属的求职能力等因素。不同的生活方式对人寿保险都有不同的需要。

### 3. 人格保险说

人格保险说是从人格上也存在损失的角度揭示人身保险性质的学说。长期以来，损失学说在保险学说中占据统治地位。但人身保险产生以后，人身保险的性质是否同样具有损失补偿性，人身保险是不是保险，损失学说在解释这些问题时就显得力不从心了。在这种情况下，先是出现了一些折中的说法，如M·哥保尔（M·Gebauer）提出的人身保险否定说，认为人身保险是储蓄的一种，而不是真正的保险。但这种说法并未真正地脱离损失说，许多学者对于其将保险的性质认为是损失补偿或分担的看法都不赞同。如美国保险法学者柯勒（D·Kohler）就提出了人格保险说。柯勒认为，损失概念不仅体现在财物上，也体现在财物之外的人身、精神和道德等方面，也就是说人格上也存在损失概念；人身保险也属于保险，只是损失及其补偿的含义和方式不同于财产保险。

人格保险说是关于人身保险性质的学说。该学说认为，人身保险之所以是保险，不仅在于它能补偿人身因遭受事故而引起的经济损失，而且它还能补偿道德上和精神上的损失。并且，柯勒还将精神损失按其诱因划分为经济冲击造成的精神损失和纯粹精神刺激造成的精神损失两类。其中，前者能够进行经济上的估价，通过经济补偿可以抵消或减轻损失程度；后者则无法用货币来度量，因此不存在经济手段的补救。但是纯粹的精神损失却是人格的一种损毁，可以通过人身保险提供特殊的补偿，即精神慰藉来实现。因此，柯勒认为人身保险不仅可以为人身事故引起的能用货币度量的经济损失提供保障，还可以为不可估价的纯粹精神损失提供补偿。除了柯勒，日本学者青山众司也认为：“人身保险者，乃以弥补精神缺损为目的的一种慰藉制度。”

### 4. 保险技术说

保险技术说的代表人物是意大利的费方德（C. Vivante）。该学说强调保险的数理基础，认为保险的特点就在于采用了保险费率的计算、保险基金的计算等特殊技术，保险的性质主要体现在技术方面。技术说认为，保险就是把面临同样危险的多数人或多单位集合起来，测出危险事故发生的概率，然后根据概率计算保

险费率并向个人或单位收取保费，当危险事故发生时支付一定的保险金。在计算保险基金时，一定要使实际支出的保险金与全体投保人缴纳的净保险费总额相等。保险的特性就在于采用这种特殊的技术，科学地建立保险基金，这样就没有必要在保险合同是否以损失赔偿为目的这个问题上纠缠不休了。保险所采用的特殊技术是保险机制能够顺利运行的保障，在保险中占有重要的地位。但技术更多地体现的是保险具体操作过程，用它明显无法解释保险的本质。有些学者还认为保费的计算并不一定需要精密的科学方法，有时凭借个人经验和各种因素所做的主观测定也能推断事情发生的概率，这就形成了主观测定法。这种方法在一定范围内还被经常使用。而且，赌博、发行彩票也会采用上述特定技术，用技术作为保险的性质，难免会将保险与赌博混为一谈。所以用技术特性来概括保险是不确切的。

## 5. 二元说

二元说的代表人物是德国的爱伦贝格（V. Ehrenberg）。该学说首先认为人寿保险是一种保险，但损失补偿是不能说明其性质的，人寿保险应该是一种储蓄和投资，它与损失保险不能作统一定义。爱伦贝格认为，保险合同的统一定义既不能用危险、损失、被保险利益或经济损失等概念，也不能用保险人的给付等概念来确定。因此二元说认为保险合同可以分为两类，一类是损失赔偿的合同，如财产保险；一类是以给付一定金额为目的的合同，如人身保险。二者只能择一，因此二元说又称“择一说”。二元说强调保险的法律内涵，并且由于是分别定义，具有较强的实践指导意义和可操作性，因此对各国的保险法产生了普遍影响。

## 第二章 人身保险的历程

### 本章预习

在现代社会，人身保险已成为人们的一种生活方式，深深地融入到社会的各个层面。而人身保险业发展到今天，经历了从无到有、从小到大的发展历程。这一历程揭示了其作为社会分工和社会经济发展的必然产物的内在规律。因此，了解人身保险的产生与发展历程并把握人身保险发展的未来趋势，对于每一个学习和研究人身保险的人来说都是十分有必要的。

本章重点叙述了人身保险发展的历程，介绍了人身保险从萌芽、形成到发展的不同阶段，并介绍了现代人身保险在世界部分国家的发展状况；接着分析了世界人身保险业的发展现状和趋势；最后，专门介绍了中国人身保险的发展历史和现状，并对中国加入世界贸易组织后人身保险业的发展进行了展望。本章主要内容包

- 人身保险的萌芽及古代保险思想
- 近代人身保险的形成
- 现代人身保险的发展
- 世界人身保险业现状与发展趋势
- 中国人身保险的发展史

### 2.1 古代人身保险思想及人身保险的萌芽

自从人类一产生，人身危险就开始伴随人们的左右。原始社会，人类的生命时刻受到来自气候、野兽、食物等基本生存条件不足的威胁；现代文明社会，人类的生命和健康又要直面人口爆炸、大气污染、核辐射的挑战、战争的侵扰、经济的动荡等等，危险不仅存在而且在迅速发展着。人身保险起源于原始的保险形式，随着经济的发展逐渐产生、形成，经过一个漫长过程后才最终演化成为近代比较完善的人身保险形式。

### 2.1.1 古代的人身保险思想

自然界和人类社会存在着各种各样的危险，人身危险只是其中的一小部分，然而它对人类的生存与发展的影响却是巨大的。因为每当死亡、伤残、疾病、衰老这些人身危险事故发生时，就会使一些人的劳动收入和经济来源减少乃至丧失，或者增加一些人的经济负担，从而使得遭遇人身危险的人及其家庭的生活水平下降，给人们的生存和生活带来困难，影响家庭生活乃至社会经济的稳定。面对各种人身危险，人们开始通过各种办法来防范。就在这些不断努力的过程中，人类社会不仅产生了重要的保险思想，而且还出现了早期的人身保险形式。

人类产生早期，生产力水平低下，原始人的生活朝不保夕，于是就选择了群居。从原始人群到氏族公社，人们以某种关系而聚居在一起，共同劳动、共同生活、彼此扶助、相互提携，氏族成员共同抵抗外来的危险，共同克服彼此的困难。当一个成员发生伤残、疾病或是年老等危险事故时，其他成员就会自觉地予以扶助。可以说，是生存的需要导致了这种原始互助行为的产生。

随着生产力水平的逐渐提高，产生了剩余产品，于是人们发现可以通过预先提取后备的方法来防范危险。他们把一部分社会产品（剩余产品）预先保留起来，待危险事故发生后，就用这些预先准备下的产品来弥补人身危险所造成的经济利益上的损失。这同农民在丰收之后将粮食储存起来以备荒年食用的道理是相同的。因此，在剩余产品出现之后，人们就具备了建立后备的条件。但是，随着剩余产品的出现，也产生了私有制和家庭。私有使人们有了自己与他人的区别，尤其是在对财产的态度上发生了转变，只有自己的财产才与自己发生利益利害关系，也才能由自己自由支配。家庭是社会消费的基本单位，人们的个人消费大多要在家庭内部进行。而实践证明，在单个家庭内部建立应付人身危险的后备，既不可靠，也不经济：不可靠是因为时间上的不匹配，人身危险随时都有发生的可能，而单个家庭的经济能力有限，要积蓄起足够的后备势必是个长期的过程，一旦危险事故发生在前，而后备尚不足够，也是杯水车薪，无法解决根本问题；不经济则是由于消费的客观需要，单个家庭的经济承受能力有限，长期积蓄后备必然影响现时的日常消费，而只有维持正常消费才能保证一定生活水平，所以在有限的经济能力条件下存在着即期生活水平与远期生活保障协调的问题。由于人身危险是人们所普遍面临的危险，每一个人都有防范人身危险的需要，因此大多数人聚集在一起可以达到集中提存后备、众人分担危险的目的，这样做既使得后备更加可靠，在经济上也更趋合理，于是就产生了以互助形式建立社会化应付人身危险后备的人身保险思想。

原始的保险思想萌芽在西方出现较早，而且其发展是跟古代社会文明发展水平和开放程度相适应的，其多产生于贸易繁荣的国度，如古巴比伦、古埃及、古罗马、古希腊等文明古国。正如英国学者托兰纳瓦在《保险起源及早期历史》一书中指出：“保险思想发源于古巴比伦，后来传至腓尼基（在今黎巴嫩境内，当时已经有大规模航海活动），再传入希腊”。

保险的历史可以追溯到公元前 3000 多年以前的古巴比伦时代。当时幼发拉底河流域的巴比伦商人经常雇用推销员到国外从事贸易活动，为保证货物的安全，商人们往往要将推销员的家人作为信用担保。待这个推销员航行归来后，商人和推销员可以各自获取销售利润的一半；而一旦推销员未归，或者回来时既无货物也无利润，就认为推销员存在欺诈行为，因此要将其家人扣为奴隶。但由于当时盗贼横行，许多诚实的推销员在遭到抢劫后也不得不面临家破人亡的危险。为改变这种状况，双方达成一种协议即推销员如果能证明货物确实遭到抢劫而本人并无过失时，便可以免除其责任。这种方法长期为巴比伦地区所运用。公元前 2500 年，古巴比伦国王命令僧侣、官员以征收税资的形式，建立救灾后备基金。在公元前 2250 年左右的古代巴比伦的《汉谟拉比

法典》（刻在石柱上的最早的奴隶制成文法典）中也认可了这样的规定。该法典还沿用了一种习惯做法：沙漠商队运输货物途中若遇马匹死亡、货物被劫或发生其它损失，经宣誓并无纵容或过失后，可免除其个人的责任，而由商队全体给予补偿，这样就使危险分散了。这种做法后来传到了腓尼基及其他商业发达地区并增加了其内容，使其通用于航海过程中的货物损失，成为人们最初以信用为基础分担货物运输危险的一种规定。公元前 1000 年左右，以色列国王所罗门曾对从事海外贸易的本国商人征收税金以对遭受海难的人员进行损失补偿。因此，海上保险可以说是较古老的商业财产保险萌芽形式之一。

### 2.1.2 人身保险的萌芽时期

据史料记载，早在公元前 4500 年的古埃及，由于大规模的修建金字塔的工程，许多石匠死于各种人身伤亡事故。为了得到适当的补偿和保障，石匠之间就组织了应付人身危险的原始互助团体。参加者订立契约，每个成员缴付一定数额的互助会费用以支付会员死亡、受伤所需的各种费用支出或抚恤其遗属。在古希腊的一些政治宗教组织中，组织由会员分摊提取一定的会费，形成相当数量的公共基金，专门用于救济和补偿各种经济损失。古罗马的历史上还出现过一种士兵会的互助团体，其成员缴纳相当高的会费后，如果调职，士兵会领到旅费；服役期满，还可返还本金；成员死亡时，支付给其继承人一定抚恤金。公元前二世纪的古罗马也曾出现过种种丧葬互助会，交付会费后，会员一旦死亡，互助会就负担焚尸的柴火费及建造坟墓的费用。后来这种组织还给遗属发放救济金。这与中国古代的一些互助团体，如长生会等都比较相近。

在中世纪的西欧，被称为“基尔特”（Guild）的行会制度十分盛行，它不同于以前的宗教组织，而是以相同职业者基于相互扶助的精神组成一个团体，这些行会除按各自成立的目的进行活动以外，大都兼有互助的性质，由参与该组织的成员共同出资，扶助遭受不幸事故的会员，救济的范围包括死亡、疾病、伤残、衰老、贫困、火灾、房屋损坏、盗窃、丧失家畜等人身和财产损失事故，并且规定了若干非可保损失。德国早期的死亡合作社和英国的友谊社（友爱社）都是从基尔特发展而来的专门办理人身事故的互助组织。

上述组织形式主要都是以互助的方式来分担困难，分担困难的内容有些是现在人身保险的内容。这些从“分担危险”、“互助共济”等最初的保险思想出发建立起来的各种应付人身危险的古代互助团体的确起到了分摊损失的作用，而且它的活动直接体现了“人人为我，我为人人”的现代保险的宗旨。因此，这些组织的形式及其相互扶助的内容是人身保险的雏形，这一时期也是人身保险的萌芽时期。

## 2.2 近代人身保险的形成

在出现以上的原始互助组织之后的很长一段历史时期内，人身保险没有得到发展。而且古代出于应付人身危险的目的而产生的各种互助团体，虽然被称作“原始的人身保险形式”，但那些只是一些有着共同利益、面临同样危险的人们自愿结合而成的团体，由一些德高望重或是大家共同推选的代表主持并附带组织和管理，保险费的缴纳也没有经过科学的计算，而且其组织比较松散，管理也较混乱。

随着商品经济的发展，应付人身危险的后备逐渐由互助形式转化为经营形式。由专门的经营者——保险公司负责集中同样面临人身危险的人们，组织建立保险基金并负责对之进行有效管理。保险经营者与参加保险人之间因订立合约而发生权利义务关系，而参加者之间不再有权利义务关系，经营者既要承担由参加者转嫁过来的各种人身危险，又会因为经营得当而获得一定的利润。只有这时，我们才可以说，近代人身保险制度形成了。

### 1. 人身保险的出现

近代保险制度中出现最早的是海上保险，人身保险制度的形成与海上保险有着密切的联系。新大陆发现后，海上贸易空前繁荣起来。随着海上贸易的发展，海上保险也逐渐形成。海上保险主要保的是船舶和



货物。15 世纪的欧洲已经比较流行奴隶贩卖活动，许多奴隶是殖民主义者海上贩运而来的。奴隶被视为商品，许多奴隶贩子为保障运输过程中不会因为奴隶的病、亡而发生商品价值上的损失，于是纷纷为自己的货物——被贩运的奴隶投保海上保险，这就产生了以人的生命或身体作为标的物的保险，这种保险针对的是人身危险，与以往的对物的保险有所不同。由于海上航行中的人们都面临着海难、海盗抢掠、传染病等各种危及生命或身体健康的危险，因此产生了对奴隶的保险后不久，就出现了对船长、船员也实行人身保险。到 16 世纪，开始了对旅客的人身保险。

这一时期，人身危险逐渐为人们所认识并被试图通过正规的保险手段来防范。人们开始对死亡、疾病、伤残、年老等各种人身危险提出挑战。最先提出人寿保险的是英国伦敦公民及市参议员查理·马丁（Richard Martin），1583 年 6 月 18 日，他为一位名叫威廉姆·吉明（William Gybbons）的人投保了保单期限为 12 个月、保额为 382.33 英镑的人寿保险。这张最早的人寿保险单由伦敦皇家交易所保险行会的 16 名商人共同签发。

## 2. 人身保险的发展

### （1）公典制度与年金制度

近代，许多人都对人身保险业务做了很好的尝试和促进。例如 15 世纪后半期，意大利北部及中部城市出现了一种慈善性质的金融机构。为对抗当时犹太人的高利贷，该机构面向一般平民提供低利率贷款。机构资金来源于捐赠，但由于后期经营限于困难，机构开始吸收资金存款，存款者在最初一定期间内不计利息，只有经过一定时期后方可获得数倍于存入本金的本利。比如父母在女儿出生之际向公典缴存一笔金额，待女儿结婚时（18 年以后）即可领取 10 倍于当初缴存的金额；但若该女未达 18 岁即死亡，或没有结婚，当初缴存的金额则归公典所有，这种制度就是有名的公典（Mount of Piety）制度。公典制度对人身保险的发展产生了不可忽视的影响。16 世纪中叶，德国纽伦堡市市长布鲁修耶尔（B·Bolzano）创立了类似于公典制度的儿童强制保险，其办法是子女出生后，父母每年缴纳定额的保费，待到子女成年后，将获得数倍于本金的给付。此后，乔治·奥布雷特（J·Obrecht）在其故乡斯特拉斯堡大学写出了人身保险方案。但是他们的方案因为得不到大多数人的支持和赞成，都没有真正获得成功。

这一时期的人身保险活动还出现了许多投机行为，一些人为与自己毫无关系的人投保人身保险，如果被保险人在一定时期内死亡，投保人就可以领取一笔数额可观的保险金。这种做法实际上是对他人的生死进行赌博，严格意义上并不能视为保险，而且容易发生道德危险，甚至发生了投保人谋杀被保险人的事件，严重影响到被保险人的生命，所以很快就被政府禁止，并规定投保人投保时必须对被保险人的生命具有保险利益，必要时还要经被保险人的允诺，否则保险合同无效。

在近代人身保险形成过程中，年金制度的作用也是举足轻重的。年金买卖在中世纪就已开始实行，十六七世纪在英国、荷兰最盛行。以人身年金保险创始人而著称的当属意大利的洛伦佐·佟蒂（L·Tortine），他在 1656 年起草完全成了联合养老保险法（简称“佟蒂法”）。30 年后，法国的路易十四为解决财政困难而推行佟蒂法。“佟蒂法”其实是一种类似于养老年金的保险制度。它规定在一定时期以后开始每年付息，对年龄组越高的给付越多。当认购人死亡后其利息在该组的生存者中间平均分配，直至该组认购人全部死亡为止。尽管有许多不足之处，“佟蒂法”毕竟引起人们对人寿保险的关注和生命统计研究的重视，佟蒂本人在保险史上因之而闻名。

### （2）人身保险计算技术的发展

17 世纪初，伦敦流行疫病，各教区每周公布死亡人数的记录，英国数学家约翰·格兰特（John Graunt）对这些记录进行研究，于 1662 年发表了关于生命表思想的论文。荷兰数学家约翰·德·威特（John De Witt）认为当时的年金价格计算不尽合理，于是着手进行改革，于 1761 年完成了“生命年金的理论”并依据人的死亡

概率计算出年金的现值。

对生命表贡献最大的是英国著名的数学家和天文学家爱德华·哈雷（Edward Hally），也就是哈雷慧星的发现者。1693 年他以德国布勒斯劳（Breslau）市 1687-1691 年居民死亡统计资料为依据，选用先进的方法，通过实地考察，较精确地计算出各年龄人口的死亡概率，并在此基础上编制、发表了生命表。这是第一个根据实际统计资料编制的完整的生命表，在人身保险基础理论研究方面取得了突破性进展。到了 18 世纪初，数学家托马斯·辛普森（Thomas Simpson）主张人寿保险费应按不同的年龄分别计算，并以伦敦市民的死亡统计为基础编制了生命表。

关于生命和生命年金理论的研究为寿险精算技术的产生奠定了基础，这使得保险技术日益精确，保险经营不断科学化，近代人身保险制度在几代人努力之下逐渐形成。

### （3）近代人身保险制度的建立

人身保险制度伴随着资本主义经济的发展而日渐成熟。近代人身保险的发源地是当时资本主义经济最发达的英国。1699 年，英国出现了世界上第一家人寿保险组织——孤寡保险社。18 世纪时盛行一种被称作福利社团的组织。凡参加组织的成员死亡之后其家属均可获得事先约定的金额，而这笔费用由生存的成员分摊。到 1720 年，类似的组织在英国已有 50 家左右。英国的保险实践很快地被美、法、荷、德、日等国所借鉴，人身保险在世界范围内发展起来。

但在此过程中费用的分摊却引致了“逆向选择”（anti-selection）。老年人的死亡可能性高于年轻人，但参加保险的人负担的费用却彼此相同，所以要求加入社团的老年人越来越多，而年轻人则纷纷离去，这对福利社团有非常不利的影响。为了改变这种不利状况，有些社团于是规定参加者的年龄不得超过 45 岁。1756 年，詹姆斯·道德逊（James Dodson）教授因为已经 46 岁而被福利社团拒之门外。他对此十分不满，认为福利社团目前的经营不利，是由于保险费的计算不科学，成员负担费用不合理造成的。如果年龄大的人按照高死亡率而缴纳高保费，就理当接受他们的投保，何况这些人正是最需要保险保障的。于是他按照托马斯·辛普森的理论，根据哈雷编制的生命表计算出了各年龄组的人投保死亡保险应缴纳的保险费。这种依据被保险人每年死亡危险测算的当年应缴纳的保险费，称为“自然保险费”，也叫做“危险保险费”。人的年龄越大，死亡概率越高，应缴纳的保险费数额也就越多。所以投保死亡保险的人，随着年龄的增加所需缴纳的保险费会逐年增加，但到了四五十岁以后，保险费更会急剧增长，大多数老年人就会因为无力负担高保费而不得不退出保险。为了解决这个问题，詹姆斯·道德逊又提出了“平准保险费”的理论。这首先就将定期死亡保险的期限由一年改为二三十年甚至更长，又要求投保人在此期限内每年只需缴纳相同数额的保险费，避免了每年调整费率的繁琐。当然，前期，平准保险费高于自然保费，高出部分由保险人代为生息、增值，在保险期限的后一阶段，平准保费低于自然保费，不足部分就由以前超出部分及其所生利息弥补。詹姆斯·道德逊的“平准保险费”理论对于人寿保险费计算技术的提高以及人寿保险经营的完善是一个重大的贡献。

1762 年，辛普森在英国创办了公平人寿及遗嘱公平保险社（The Society for Equitable Assurance on Lives and Survivorship），又称“老公平”。这家保险公司第一次根据生命表，采用了平准保险费的理论科学地计算保费，在保险单中还出现了关于缴纳保险费宽限期以及保险单失效、复效的规定。该公司集前人理论研究与实践探索之大成，其创立使人身保险的业务经营建立在科学的数理基础之上，朝着正规化的方向发展，实现了保险当事人权利义务的真正对等，因此这家保险公司的创立被认为是近代人身保险形成的标志。

## 2.3 现代人身保险的发展<sup>[1]</sup>

### 2.3.1 现代人身保险在英国的发展

英国是世界人身保险的发源地。1762 年英国公平人寿保险公司的创办，标志着现代人寿保险的开端。1774 年，英国通过了《英国人寿保险法》，成为英国人寿保险发展史上的第二个里程碑。其中规定：“这是管理有关人寿保险的法令，除了投保人对被保险人的生存或死亡有利益关系者外，其他人人都不得办理这种保险。”从而有效遏止了投保人替与自己无利益关系的人投保人寿保险后，谋杀被保险人的行为。

从 18 世纪末开始，英国人寿保险有了更大发展，一大批新的保险公司不断出现，如威斯敏斯特保险社（1792 年）、鹈鹕人寿保险公司（1797 年）、节俭人寿保险公司（1806 年）、太阳人寿保险公司（1810 年）。但这些公司的寿险业务的服务范围狭窄（主要是贵族、地主、富商、军官及自由职业者）。1845 年相互人寿保险协会会长估计当时英国 2500 万人口中，只有不到 10 万人与人寿保险公司打过交道，人寿保险并未普及到大部分普通人。19 世纪中期，英国人寿保险公司开始通过保险代理处和设置分支公司来扩大普通寿险业务。

英国是最早完成工业革命的国家，工业革命产生了工人阶级。由于这些工人没有疾病、死亡和年老后的经济保障，更没有购买普通寿险的经济能力，1854 年英国下议院经过社会调查，建议为低薪阶层解决保险问题。此后，伦敦谨慎保险公司首创简易人寿保险[2]，这种保险由保险代理人每周上门收取一次保费；被保险人死亡后，由保险公司给付金额不高保险金，以提供丧葬费并维持死者家庭的短期生活。19 世纪后期，简易人寿保险吸引了无数低收入者投保，并流传至其他国家。与此同时，英国还出现了承保雇员的团体人身保险计划，保险费从团体各成员的工资中扣除。19 世纪 80 年代，团体人身保险计划仅占有签发保险单的 19%，而到 1900 年这一比例高达 47%。20 世纪 30 年代，英国实行了团体养老金保险计划，进一步推动了英国人身保险的发展。

19 世纪中期，英国还推出了人身意外伤害保险，1948 年铁路旅客保险公司开始办理旅客人身意外伤害保险。如 1885 年设在爱丁堡的疾病和意外保险工会开始办理疾病保险，保险期限为一年。后来又推出了永久健康保险，被保险人经体检合格后方可签发保单，承保至规定年龄（如退休年龄）。

在人身保险监管方面，1844 年英国政府曾制定股份公司法，着手对保险公司进行监督，但效果不明显。于是在 1870 年英国又通过了人寿保险公司法，该项法律要求保险公司实行账务公开，接受社会的监督，从而将寿险公司的经营引向正轨，并标志着英国人身保险制度走向成熟。

### 2.3.2 现代人身保险在美国的发展

英国创立的人身保险制度首先传向的是德国和法国，后来才传入美国，但在美国的发展速度却十分迅速。在发达国家中，美国人身保险业的发展过程是比较完整的，有较强的代表性。

19 世纪以前，美国的人寿保险是由个人或合伙经营的保险业者承保的水险业务的附带险种。美国第一个提供死亡保障的是 1759 年在费城教会会议上成立的长老教会牧师基金。该基金为长老教会中的死亡牧师遗属给付终身年金，给付额按缴费期限的长短来确定。美国第一家经营人寿保险的股份公司是 1794 年 4 月 14 日注册成立的北美洲保险公司，其经营普通保险业务，包括人寿保险，但该公司在头 5 年只签发了 6 份人寿保险单，1804 年其寿险业务中止。

17 世纪初，美国开始科学地计算人寿保险的保险费，较英国晚半个世纪。1809 年，美国第一家商业性人寿保险公司——宾夕法尼亚人寿和赠与年金保险公司成立。该公司要求投保人填具投保单，并对被保险人进行体检，保险费随年龄的增加而增加，保单大多为定期寿险，同时也有少量终身寿险。1818 年成立的麻萨诸塞州医院人寿保险公司和 1830 年成立的纽约人寿保险和信托公司也经营寿险业务，但业务量有限，后者还因最先采用保险代理人制度而闻名。1836 年成立的费城吉拉德人寿保险、年金和信托公司推出了分红保险。

随着美国经济的飞速发展和人口的增加，人寿保险的需求不断上升。相互保险公司的出现更是推动了寿险业务的发展。1840~1850 年间成立的大部分寿险公司都采用了相互保险公司形式，其中较著名的有纽约相

互人寿保险公司（1842 年）、新英格兰相互人寿保险公司（1843 年）、新泽西相互福利人寿保险公司（1845 年）。后来一些股份人寿保险也通过退股改制为相互保险公司。例如 1859 年设立的美国公平人寿保险公司于 1925 年变为相互保险公司；1868 年的大都会人寿保险公司于 1915 年变为相互保险公司（现为美国第二大人寿保险公司）。

推动美国人寿保险迅速发展的另一重要因素是与雇员福利有关的团体人寿保险和年金保险的出现。1925 年大都会人寿保险公司签发了美国第一份团体养老金保险，1911 年公平人寿保险公司承保了美国第一笔雇员团体人寿保险业务。此后，团体人身保险在美国全部人身保险业务中的比例逐年递增。1928 年美国谨慎保险公司还首创了信用人寿保险业务。

美国的健康保险开始于 19 世纪 60 年代，当时的健康保险并不是独立的险种，而是作为其他人身保险附带保险责任。直到 1929 年，现代商业健康保险才开始作为独立的险种出现。第二次世界大战后，健康保险得以迅速发展。到 50 年代中期，美国已有 7700 万人购买了住院费用保险，6000 万人拥有手术费用保险，2100 万人有手术费用和医生诊治保险。这一阶段，商业健康保险公司虽然为成千上万人提供了健康保险，但他们计算保险费的依据却仍然是营业经验。20 世纪 60~80 年代是美国健康保险业飞速发展的年代，商业保险公司开始为大众提供大金额的综合医疗保险，并使用精算技术确定保费。这一阶段，统筹医疗也有了很大的发展。

二战以来的大部分时间里，美国始终是世界头号保险大国。战后初期，美国的保险收入占世界保险费收入的 86.5%；到了 1984 年，这一比例下降为 50.9%，但仍居世界之首；直到 1995 年，美国寿险总保费收入为 2645.1 亿美元，占世界市场份额的 21.39%，略低于日本，名列第二位。二战以来，无论是就美国人寿保险公司的数目、资产总额，还是就寿险的有效合同数，都有很大发展。美国人寿保险公司从 1950 年的 649 家增加到 1991 年的 2105 家，1988 年曾达到 2343 家，是世界寿险公司数目最多的国家。寿险公司的资产总额也从 1982 年的 5675 亿美元增加到 1992 年的 16143 亿美元。总体上，美国的寿险公司主要由股份公司和相互公司组成，其中约 95%是股份公司。相互公司一般历史较长、规模较大，其资产总额占 43.8%。

### 2.3.3 现代人身保险在日本的发展

日本的人身保险业是明治维新后从欧美引入的。1881 年日本第一家寿险公司——明治生命保险公司成立，1887~1896 年间又先后设立了帝国生命保险公司（1888 年）、日本生命保险公司（1889 年）等 20 家人寿保险公司；1900 年日本实行保险立法，使日本的人身保险走上了正常发展的轨道。同时，一些外国保险公司也开始进入日本寿险市场。1902 年日本第一家相互保险公司——第一生命保险公司成立。1916 年又实行了简易保险法，即允许邮局办理无体检、每月缴付保费的简易人身险。

二战前，日本的人身保险已获得长足发展，其中 1931 年保费规模达 100 亿日元，1940 年达 300 亿日元。二战以后，伴随着日本经济增长的奇迹，人身保险业也经历了六、七十年代的高速发展期。到 1995 年，日本人身保险业的保费收入已达 5104.5 亿美元，占世界份额的 41.28%，居世界首位。日本的人寿保险市场由私营寿险公司、邮电部寿险局和各种类型的保险合作社三大系统组成。截止 1992 年 3 月底，日本共有 30 家私营寿险公司，其中国内公司 27 家，外国分公司 3 家，中外合资 5 家。在 27 家国内公司中，相互保险公司有 16 家，股份联合公司 11 家。与美国相比，日本寿险公司数量不到美国的 2%，但寿险保费收入却超过美国。

90 年代以来，日本人身保险业的发展出现了新的局面。主力险种由原来的定期保险改为终身保险；个人年金市场扩大，多样化的年金险种出台，其中变额年金最受市场欢迎；医疗保障得到发展；女性人寿保险的投保率大为提高，各种适应女性的专用险种不断得到开发，繁荣了人身保险市场。

从英、美、日三国人身保险发展的历史看，现代人身保险是随着国民经济的发展而发展的，特别是在第二次世界大战后，由于主要资本主义国家经济的快速恢复和发展，人身保险也出现了持续高速增长的局面，

增长率超过了财产保险和国民生产总值的增长率。原因之一在于随着经济发展和人们收入水平的提高，人们在满足基本生活需要之后，对未来安定生活的需求上升，加上人口老龄化和家庭结构的变化，个人对人身保险的需求不断增加；其二，为了补充社会保险的不足，团体人寿保险和公司养老金计划成为了雇员福利计划的一个重要组成部分；第三，由于人身保险具有安定社会生活和为经济发展筹集资金的作用，各国都采取了优惠政策以鼓励人身保险业的发展。

## 2.4 世界人身保险业的现状与发展趋势

### 2.4.1 世界人身保险业的现状

虽然人身保险的产生与形成要晚于以海上保险为代表的财产保险，但在世界范围内，人身保险业从开始经营之初就一直保持着稳步增长的态势，并最终超过财产保险而成为世界第一大险。

#### 1. 保费收入发展状况

自 1987 年世界人均寿险保险费收入在总量上第一次超过财产保险费收入后，这种超出状态就一直保持至今，并保持着良好的增长态势。据瑞士再保险公司《Sigma》发表的最新统计报告，2000 年全球保费收入达到 24437 亿美元，比 1999 年增长 6.6%；其中，寿险保费收入达 15213 亿美元，比上一年增长 9.1%，这一高增长率是过去 10 年间平均增长率的两倍。其中，西欧的寿险市场的增长速度已连续三年保持两位数，2000 年达 17%；北美的寿险业增长速度 7.8%；日本在经历了 1998 和 1999 年两年的经济衰败后仍然仅有微弱的增长，处于人寿保险业的严重低迷时期；而新兴市场则仍保持着较高的增长率，东欧市场甚至创下了高达 35% 的增长率。从市场份额来看，全球的寿险市场仍然主要集中在北美、西欧、日本及大洋州，这些地区在全球共占有 90.7% 的市场份额。

从保险深度[3]和保险密度[4]的角度考察，人身保费收入的差异体现出发达国家与发展中国家的保险发展水平的不平衡。总体上看，发达国家的人身保险深度大大高于发展中国家。在人身保险发达的国家，不仅保费收入高，而且人身险保费占总保费的比重大，人均负担保费高，人身险保费占国内生产总值的比重大。2000 年，寿险保险深度较高的国家有南非和英国，其保险深度均在 10% 以上；而最低的国家沙特阿拉伯和卡塔尔，其保险深度几乎为零，双方差距之大由此可见一斑。2000 年，寿险保险密度最大的两个国家是日本和英国，分别达到了 3165.1 美元和 3028.5 美元，其他工业化国家的保险密度也在 1200 美元至 2500 美元之间，而发展中国家的寿险保险密度几乎都在 100 美元以下。

#### 2. 险种现状

人身保险的险种从无到有，从少到多，主要有人寿保险、健康保险和意外伤害保险。以人寿保险为例，又有短期死亡保险、定期生存保险、终身两全保险、年金保险；普通人寿保险、简易人身保险；个人人寿保险、团体人寿保险等多种。人寿保险占有传统重要地位，但年金保险和健康保险的保费收入增长很快。到 20 世纪 80 年代中期，年金保险的保费收入已超过寿险，而健康险的保费收入也已达寿险的 2/3。就人寿保险而言，普通寿险稳步增长，团体寿险高速增长，简易寿险则逐步萎缩。

同时年金保险的迅速增长超过了死亡保险，说明人们越来越重视生存保障，尤其是年老时的生活保障。分红、投资连结类保单的增长速度在 80 年代中期以来也增长较快，说明不少人将投保人寿保险作为投资手段之

一。2000 年全球寿险业之所以有如此高的增长率，原因之一就在于美国及西欧的个人养老年金需求上升，同时 2000 年中期股票市场的上扬带动了投资连结类保单的热销。

进入 20 世纪 90 年代，世界保险市场竞争日趋激烈。在技术日新月异和自然灾害频繁、环境污染加剧等的背景下，新的保险需求不断产生。在需求的带动下，新险种大量涌现，并且发展很快。比如，日本推出了严重慢性疾病保险，美国推出了“变额保险”，英国甚至还推出了“疯牛病保险”，并获成功。甚至针对全球变暖的情况，许多寿险机构也推出了相关险种。近几年来，随着恐怖活动频繁、社会治安问题严重，还催生了绑架勒索保险。总之，一旦产生保险需求，就会引发险种创新，需求已成为诱致新险种产生的决定性因素。

### 3. 组织机构的发展状况

在国外，人身保险业务由人寿保险专营公司经营或由兼营寿险和非寿险的综合性公司经营。此外，非寿险公司也经营意外伤害保险和健康保险。有些国家保险公司数量多，分工细，存在着专营健康保险和意外伤害保险的保险公司。

一般的人身保险公司的组织形式有两种，相互公司和股份有限公司。由于对投保人而言，选择投保时主要考虑险种、费率、分红等情况，公司的性质倒并不十分重要。所以目前两种公司的数量也都还不少。

20 世纪 80 年代以前，很少有人寿保险公司之间的购并行为。80 年代以来，特别是 90 年代后，全球涌现出许多国内人寿保险公司之间的兼并与收购事件，以及跨国之间的各国保险公司的联盟、收购或者合营。同时，许多人寿保险公司还购买银行、证券经纪公司或者财产保险公司。随着人身保险业务的发展，经营人身保险业务的保险公司及其分支机构、职员也在不断增加，况且人身保险市场上的保险从业人员远不止寿险公司的职员，还包括保险代理人、保险经纪人以及其他辅助服务人员。同时跨国大保险公司的国际化经营，再保险业务的国际性发展都显示着：一个庞大而繁荣的人身保险市场在世界范围内形成并稳步发展着。

### 4. 从业人员的专业化程度高、知识面广

人身保险业具有很强的专业性和技术性，从险种开发到承保、理赔、防灾防损无不需专业化人才。因此，保险机构十分重视人才的引进，并把专业化人才看作事关自身竞争力的一个重要因素。对于内部员工，保险公司经常对其进行各种专业培训，这种培训尤以承保、理赔和财务人员为重点，对于高级管理人员，保险机构有更为严格的要求，必须要有相应的学历和资历。在保险营销过程中，专业化的程度也越来越高。保险代理人 and 保险经纪人要经过专业考试并取得执业证书后方可开展业务。保险从业人员的专业化，提高了保险机构的经营水平，有利于整个保险业的健康发展。

与此同时，由于人身保险涉及的方面越来越广泛，要求现代保险从业人员善于在变化的环境中精通各种相关的技术，尤其随着操作技术日趋细化，对保险从业人员的技术素养和知识面也提出了很高的要求。

## 2.4.2 世界人身保险业的发展趋势

### 1. 世界人身保险市场全球化的趋势

当今世界，经济的发展尤其是国际贸易与国际资本市场的发展决定了开放的必要性，促使全球市场一体化。随着经济的全球化，为社会和经济发展提供保障服务的保险业也不可避免地出现了全球化的趋势。而通信、信息等高新技术的发展为实现一体化创造了技术条件。以计算机网络技术和生物工程技术为代表的高新技术深刻地影响着经济政治生活以及人们的生存方式。在高新技术的推动下，全球经济一体化的趋势越来越明显，作为世界经济重要组成部分的人身保险业，自然也受到了巨大影响，全球化的趋势开始出现。全球化意味着地



理位置对保险人、保险中介人、监管部门和客户越来越不重要了。导致人身保险全球化的本质原因在于客户保险需求的全球化，全球化的公司希望能在世界范围内安排其保险计划；而保险人出于自身的原因，也迫切需要在全世界范围内寻找和开拓新的生存和发展空间。在这一背景下，近 10 年的人身保险业加快了国际化趋势，通过国际间的保险资本运作、战略联盟等多种方式，出现了许多国际化的保险集团，尤其是将大量保险资本投入新兴市场国家，在国际范围内为顾客提供全球化的人身保险服务。

保险资本和服务的国际化导致了保险监管国际化的要求，其核心是要解决监管的协调化和相互认可问题；而 70 年代以来的金融自由化浪潮更波及了保险业。无论是过去对保险业采取严格监管的国家还是采取相对宽松监管的国家，为了适应世界保险业发展的需要，都开始放松对本国保险市场的监管。放松监管的主要内容包括放松对保险机构设立的限制、放松利率管制、放松对险种的监管；保险监管开始从事前监管为主向事后监管为主、由合同条款和价格监管为主向偿付能力监管为主的转变。

发展中国家为了适应经济全球化的潮流，也做出了努力。在保险领域，它们积极地实行对外开放政策。中国、印度、东盟国家以及智利、阿根廷、委内瑞拉等国都在不同程度上开放了本国保险市场，以吸引外国投资者。1995 年，全球多边金融服务协议达成，这意味着全球保险市场的 90% 都将开放。国际化趋势也伴随着国际竞争的激烈化，这又从某种角度上促进了下面这一趋势。

## 2. 人身保险规模大型化的趋势

为适应经济一体化、全球化和市场竞争的白热化，国际金融保险业开始了空前的资本流动，大合并、大重组，其目的无非是在金融保险服务需求多样化、国际竞争日趋激烈的市场上占据一席之地。规模的扩大一方面体现在保险标的的价值越来越大，巨额人身保险增多，另一方面则体现在从事保险的机构越来越多。保险标的价值的增大与经济的发展是分不开的，新技术的运用使得各种机器设备越来越复杂、精细，价值也越来越高。同时危险的影响面由于经济主体之间关系的日益紧密也越来越大，因此巨额保险的数量也在不断增加。

另一方面保险机构的规模日趋庞大。市场竞争的结果必然是优胜劣汰，从而加速了保险机构之间的联合与兼并。19 世纪初，全世界只有 30 多家保险公司；而到了 20 世纪 90 年代初，全世界保险公司的数量增加到过万家。在面临全球化竞争的情况下，许多公司开始进行广泛的合作。竞争与合作呈现出一种相互推动的态势。近年来，合作进一步演化成保险企业之间的并购，保险市场的并购案件显著增多，保险机构呈现大型化的趋势。1996 年 7 月，英国的太阳联合保险与皇家保险宣布合并，成立皇家太阳联合保险公司，一举成为英国第一大综合性保险公司。1996 年 11 月，法国巴黎联合保险集团与安盛保险进行合并，成立保险集团。新的保险集团（以账面价值为准）世界排名第二，欧洲排名第一。而据《日本经济新闻》2002 年 1 月 24 日报道，日本明治生命保险公司和安田相互生命保险公司已经同意在 2004 年 4 月进行合并，合并后的资产总额将达到大约 26.85 万亿日元（约合 2020 亿美元），从而成为日本第三大人寿保险集团。这些合并的目的都是为了提高市场竞争力。另外，在保险中介市场上，并购活动也呈增多趋势。并购案频繁，保险机构日趋大型化的原因可以归纳为以下几点：

（1）巨额保险日趋增多，小型保险机构有限的财力与技术局限已越来越难以应付这一形势，只有实力雄厚的大型保险机构才有能力抵御日益增大的经营风险、实现稳定经营的目标。

（2）保险市场的开放与自由化使保险业的竞争越来越激烈，而费率管制的放松又促使保险费率不断下降，而保险公司通过并购而形成的新的保险机构可以通过削减重复的投资、实现规模经济等各种手段来降低成本，保证公司的生存与发展。

（3）通过并购，能实现强强联合，优势互补，扩大经营范围，提高新公司的声誉和在国际保险市场上的竞争力。

### 3. 保险业内兼业经营的趋势

综观保险业发展的历史，其经营模式可分为三类：混合经营、分业经营和兼业经营。在保险发展初期，大多数国家采用混合经营模式。这种模式的特点是：混合销售产、寿险。这样做节约了销售成本、提高了利润水平，其不利之处在于产、寿险混在一块经营，业务混杂，费用互相分摊，亏损互相弥补，难以体现出各险种的经营效益。当保险业发展到一定程度时，各国都摒弃了混合经营的模式，采用分立经营模式。

分业经营的特点就是同一保险人不得同时经营财产保险业务和人身保险业务，这就克服了混合经营的缺点，因此说，分立经营从当时的经济环境来说是一个更成熟的模式。

但在全球经济一体化的大潮下，人们又对财、寿险联合经营产生了兴趣。必须指出的是，兼业经营和混合经营是不一样的，在兼业经营模式下，一个保险机构可以同时经营产、寿险两种业务，但两种业务的财务核算是分开的，经营管理是独立的。

具体说来，兼业经营有以下优点：首先，保险机构可最大限度地利用人员和设备，把经营成本降到最小；其次，保险机构通过财险危险周期和寿险危险周期的综合管理，可降低经营危险；第三，在兼业经营模式下，可以充分利用销售网络，销售人员可同时销售财险和寿险。

当然，兼业经营对管理水平要求更高，并且在这种模式下，监管的难度很大，对一个不发达的保险市场来说，采用兼业经营模式未必合适。

### 4. 人身危险变化的趋势

21 世纪，经济集中度和关联度的提高，新技术、新材料的使用，已经和正在给国家和人类带来了日益严重的危险。一是自然环境发生了变异，工业化、城市化的进程在满足了人们对基础设施、交通、文化和各种消费品需求的同时，还导致了日益严重的环境污染问题，自然界对人类的报复也越来越频繁、激烈，地震、洪水、风暴等巨灾发生的数量越来越多，人员伤亡和损失也越来越大。二是人文环境发生了变化，人口爆炸使得一次灾害事故导致的损伤大大增加；生活和医疗条件的改善使人类的预期寿命和生活质量得到极大提高的同时，也带来了世界性的老龄化问题，加重了医疗、护理等方面的费用。特别值得关注的是，2001 年 9 月 11 日发生在美国的恐怖主义袭击事件，不仅导致了大量的人员伤亡，更向国际保险界提出了如何应对此类人身危险的全新课题。

和历史及传统认识相比，人身危险及人身危险管理的内容正在发生着变化，当今的保险人开始从世界的、动态的角度来全面理解人类所面临的人身危险，寻求不同于传统方法的新人身危险管理方法。为适应迅速变化的市场与环境，全球保险人、保险经纪人、政府保险机构及民间保险组织已经在综合危险管理非传统危险转移工具的开发、财务风险控制、新型人身保险险种的设计等方面进行了大量创新，人身保险的保障范围也已经由传统意义上的纯粹风险转向非纯粹风险，对未来人身保险业的理论基础和技术将产生革命性的影响。

### 5. 保险创新的趋势

20 世纪 60 年代以来，国际人身保险业就开始了不断的创新，推动了人身保险业迅速发展。60 年代出现了真正意义下的自保公司，70 年代荷兰人首创的银行保险后迅速风靡全球，80 年代出现万能寿险和变额寿险等创新型产品，90 年代则出现保险证券化与大量新型风险转移工具都表明了这样一个事实：只有不断地在经营理念、保险产品、组织形式、管理技术、客户服务、营销方式等方面进行全面创新，人身保险业才能在整个社会经济发展的大格局中获得可持续发展并发挥应有的作用，保险企业也才能适应日趋激烈的市场竞争环境并获

得自身生存与发展的空间。

## 6. 保险营销从产品导向型转向顾客导向型

同其他产业和服务业一样，人身保险业在其发展的初期也遵循产品导向的经营理念，即保险人能经营什么、适合经营什么就经营什么产品。到二战结束，这种经营理念已不适应经济的发展速度和人们的生活水平。尤其是在近二、三十年，人身保险需求出现了多元化和个性化趋势，人们对新型保险产品和新型保险服务的需求不断涌现。为此，国际人身保险业努力改变经营理念，开始实施以市场为中心、以顾客需求为中心的战略。从而，新的保险产品、保险服务层出不穷地推出，例如个人寿险推出了利率敏感型保单、投资连结类保单。与此同时，市场竞争使得保险业面临的价格压力也越来越大，保险人越来越重视非价格的竞争，努力在保险经营上积极创新，力求在保险技术和保险服务上吸引顾客。这种理念将会更快、更深入地遍及世界，尤其是新兴市场国家。

## 7. 金融融合经营的趋势

在历史上，曾经出现过银行业、证券业和保险业混业经营的情况，但由于当时经营管理能力与监管能力不足，导致了行业的混乱和社会的动荡，各国相继禁止了这种做法。但近年来一方面金融市场上的竞争日趋激烈、企业联合有利于成本的降低；另一方面企业经营管理方法不断改进、监管能力不断增强，出现了三业融合经营的情况，并有不断增强的趋势。需要注意的是，融合经营不同于混业经营，在融合经营模式下，一个金融服务机构可以同时进行银行业、证券业和保险业等多种业务的联合经营，但不同业务间的财务核算是分开的，经营管理是独立的。为顺应这一历史潮流，1999年11月美国正式通过了《金融服务业现代化法案》，取消了对金融业融合经营的限制，建立了一套允许商业银行、保险公司、证券公司和其他金融服务提供者间进行联合经营、审慎管理的金融体系。与此相呼应的是英国、日本等国80年代以来出现的以分业经营向融合经营转变和从严格监管向放松监管转变为基本特征的金融改革。因此在提高技术性监管能力的基础上，逐步放松对人身保险业开展其他金融服务来延长自身服务的价值链，是金融企业在市场竞争到一定阶段必然要寻找的一条提高利润空间的道路。

在实践中，银行与保险的融合经营发展尤为迅速，在西方国家甚至因此而出现了一个新的单词：bancassurance，即银行保险。银行保险涉及的领域多为人身保险，财产保险则较少见。这是因为财产保险不易为大众所接受，不易于推销，银行保险业务收入中财险保费收入所占比例最高也不会超过20%，一般仅为5%到10%。银行保险是在欧洲金融、税法和立法产生巨大变化的背景下诞生的。在80年代萌芽时期，银行保险只意味着在银行的柜台销售人寿保险产品。如今，银行保险所涵盖的内容越来越广泛。狭义的银行保险只是寿险公司通过银行出售寿险产品、年金及其他投资产品。广义的银行保险则包括：银行通过其寿险分公司向自己的客户出售寿险产品与年金；寿险公司向自己的客户出售其下属银行的银行产品；寿险公司下属的银行向不属于寿险公司的客户出售银行产品；寿险公司通过经纪人出售寿险产品与年金。由此可见，银行保险已由当初保险公司产品流向银行这一单向渠道发展到银行与保险相互交融的双向流动。银行与保险均可拥有另一方的分公司，形成银行、保险你中有我、我中有你的局面。银行业和保险业之间的相互渗透主要有以下几种形式：1）银行成立自己的保险公司，直接设计和销售保单。如法国农业银行早在1986年就成立起保险公司，独立经营寿险业务；2）通过并购来实现混业经营。如澳大利亚的康联集团为实现混业经营，在1995年并购了澳大利亚新南威尔州立银行，成立“保险银行”集团，其业务范围包括保险、金融、投资等领域；3）合资成立新的金融机构。这种机构往往以控股公司的形式控制不同的子公司，分别经营不同的业务。如1998年美国花旗银行与旅行者保险公司合并为大的花旗集团，同时经营不同的业务。欧洲银行保险较发达的国家，其通过银行保险实现的保费收入已占寿险市场业务总量的60%；而一般的国家该比例也在20%到35%之间。2000年，通过银行销售的寿险保单在法国为60%、荷兰为39%、西班牙为40%、比利时为40%、英国为28%、意大利为30%、德国为14%。可见，银行保险已成为现代人身保险业的一个新的增长点。

虽然目前我国实行的是银行、保险分业经营制度，但银行与保险业的合作在一两年前就已零星出现，进入 2000 年以来银保合作更为频繁[5]。加入 WTO 后，国内银行业和保险业首当其冲受到冲击，国内保险公司单靠原来的传统方式去竞争已无法满足需求；国内银行和保险公司强强联合、相互支持、共同发展，建立起一套适应市场经济的合作机制十分重要。

证券业与保险业之间的相互融合除了有相类似的动机外，还有一个很重要的方面：保险资金进入证券市场引致的融合经营，而且这种融合越来越成为保险公司弥补由于保险市场激烈竞争所致费率下降、利润减少乃至亏损的重要手段。而更进一步则是保险公司利用其保险资金投资于金融业以外的其他产业，实行全方位经营。因此如何根据保险资金自身的特点在保证安全稳定的前提下获取最大的利润成为现代人身保险必须面对的课题。

## 8. 人类基因工程对人身保险业的挑战和机遇

基因是有遗传效应的 DNA 片断，人类遗传物质就是 DNA，其总和就是人类基因组。随着科学技术的不断发展，人类基因技术也得到不断突破。危害人类的 5000 多种遗传病以及与遗传相关的癌症、心血管疾病、高血压、糖尿病、精神病、关节炎等等都可以得到早期诊断和治疗，基因制药将为人类的健康和长寿发挥神奇的功能。但人类遗传基因信息的破译也将破坏人身保险的经营基础。由于保险是在信息不完全的情况下采取的一种危险管理手段，人身保险则是被保险人对自己的疾病和生命长短的不确定而寻求的保险保障，保险人根据概率论和大数法则并基于对人身危险总量的科学预测，对被保险人的个别危险进行测算而设计出保险产品。人的疾病、生命与基因直接对应，人类基因密码的破译正可揭示出人类基因密码所蕴含的相关信息，而且基因技术还可改变人体的生物钟、延长人的生命。因此，将来人寿保险公司在制定生命表时必须考虑基因工程对未来人们的生死存亡概率的影响因素。

## 9. 电子信息技术和互联网对人身保险发展的巨大影响

20 世纪 90 年代以来，电子信息技术和国际互联网引发了人身保险业的一场新革命，保险电子商务作为一种新的经营方式和商业模式已为越来越多的保险人和保险中介机构所重视。随着电子技术的发展，人身保险业务将更多地使用电子计算机从事业务活动和管理工作。在发达国家，总分机构之间实现了联网，又借助通讯设备，就使得保险公司工作效率大大提高。可以预计，未来的业务管理电子化程度将越来越高，更多地代替手工劳动。而利用互联网平台开发的保险业电子商务模式，例如保险公司网站、网上保险超市、网上金融超市、网上风险交易市场及网上风险拍卖市场等，体现了真正以顾客为中心的商务模式。可以预见，随着信息技术和互联网的迅速发展及普及，保险业电子商务还将出现今天不敢想象的新商业模式。

## 2.5 中国人身保险的发展史

### 2.5.1 中国古代的人身保险思想与萌芽

我国古代很早就产生了预先提存后备、养老恤贫、互助共济以保生活安定的思想。据记载，早在公元前 3000 年，我国一些商人在扬子江的危险水域运输货物时就采用了分船装货的办法，即将每个人的货分装在数条船上，如有某只船遇险，每人只受到部分损失，这就体现了“分散危险”的基本保险思想。而孔子所提的“耕三余一”更是典型的提存后备的思想。他认为每年将收获粮食的三分之一积储起来，连续三年就可存足一年的粮食，不断进行，连续 27 年可积存 9 年的粮食，便可达到太平盛世了。《礼记》中，“大道之行也，天下为公；

选贤与能，讲信修睦，故人不独亲其亲，不独子其子；使老有所终，壮有所用，幼有所长；鳏、寡、孤、独、废疾者皆有所养”这一段话更明确地提出了养老扶幼、互助共济、谋求经济生活安定的美好愿望。

与我国早期保险思想相对应的是古代仓储制度，保障社会安定，正是所谓的“积谷防饥”。中国处在季风性气候条件的影响下，经常发生水旱灾害，而分散的小农经济自身难以消化灾害的损失，因此历代统治者和思想家都极为重视农业生产和仓储备荒，这也是我国自古以来始终以农业为支柱的社会政治经济影响的结果。荀子指出：“节用裕民，而善藏其余”，“岁虽凶败水旱，使百姓无冻馁之患”，“知其贫富，勿使冻馁，则民亲矣”。面对各种自然灾害的重大影响，赈济问题成为历代君主必须考虑的头等大事，由国家出面，把部分社会剩余产品（主要是粮食）积蓄起来，遇到灾荒年份便分发给灾民，以渡过难关，保持社会的稳定。因而自周朝开始，与赈济相关的仓储制度便逐渐发展起来了。依历史顺序，古代中国的几种典型的仓储制度分别为：

（1）委积，这是周朝发展起来的一种仓储制度，少量为委，大量为积，是指储蓄的意思。周朝是中国古代重农思想的起点，武王向周公问政时，周公指出：“送行逆来，赈乏救食，老弱疾病，孤子寡独，惟政为先，民有欲蓄。”根据《周礼》的记载：“遗人掌邦之委积，以待施惠；乡里之委积，以恤民之艰厄；门关之委积，以养老孤；县都之委积，以待凶荒。”由此可见，周朝已经着手建立分层次的各级仓储制度，既有平时的扶助，又有凶荒年份的大规模赈济，各级仓储的不同功能和作用都有明确的规定。（2）常平仓。汉朝时，宣帝采用大司农中丞耿寿昌的主张，建立起常平仓。即在丰收年景粮食价格较低时，国家以高于市场价格的价格大量收购入库，以免谷贱伤农。而在欠收年景，国家以低于市场价格的价格大量抛卖，以平抑粮食价格。同时，常平仓中的粮食又可备赈。这样，常平仓在功能和作用上比委积大大前进了一步，它不仅有了社会保障和救济的性质，而且起到了平抑市场价格、保证农民收入稳定的作用。在自汉以后各朝各代中，建立常平仓者甚多，但是常平仓的缺陷也十分明显，它的资金来源于各级官府的财政收入，当财政收入难以维系时，常平仓的作用就大打折扣了。（3）义仓，义仓也源于汉代。而且自汉以后，各朝均有义仓设立。义仓不同于常平仓之处在于常平仓通常是运用官府的资金来进行粮食和实物的囤积、买卖和赈济，而义仓则是在官府的组织下，按人头和田亩抽取费用，后世逐渐发展为民间自愿交纳，自行管理。义仓比常平仓的先进之处，就在于更广泛地动员广大群众的力量，取之于民，用之于民。在通常年份收集粮食和实物，为荒年提供救济。义仓的缺陷在于：原先的按人头或按亩强征，实际上是变相的增加赋税，农民负担沉重。同时义仓经常为官吏移用，民间的仓储转为官府的仓储，老百姓得不到利益，官府把举办义仓作为一种敛集民间资财的办法，只见其入，未见其出。缺少必要的监督，使义仓的社会救济功能难以发挥。（4）广惠仓，广惠仓也是一种古代实物形式的后备仓储制，主要集中于宋朝。宋仁宗嘉祐年间，由枢密使韩琦奏请设立。将每年征收上来的税米部分贮藏于仓，以备平时扶助老、弱、病、残者。这种具有社会保障性质的制度，目的就是为了实践“老有所终，壮有所用，幼有所长，鳏寡孤独废疾者皆有所养”的政治理想。广惠仓与义仓的不同在于它是由官府赋税出资的，主要用于平时扶助老、幼、贫、病，这是它与常平仓的不同之处。

此外，为了应付各种人身危险，在我国漫长的封建社会里，民间还曾流传着名目繁多的丧葬互助组织，如长生会、老人会、葬亲会等，入会者相互约定，当入会者本人或其长辈亲属死亡时，其它入会者要各出一定的金钱，作为丧葬费用。

## 2.5.2 中国人身保险的出现与发展

我们已经知道保险是近代社会经济发展的产物，只有商品经济达到一定程度，近代保险制度才脱离了原始的一般形式而进入了经营阶段。人身保险制度的形成也是这样。我国虽然早在古代就萌芽了养老恤贫、互助共济的人身保险思想，民间也出现了各种丧葬组织，但由于漫长的封建社会里，一直以自给自足的自然经济为主，人们还只是依赖家庭成员之间、亲戚邻里之间的互助以及民间借贷来应付人身危险，没有形成规模经营的近代人身保险机构，因此常有人说“保险”是“舶来品”。的确，中国的近代人身保险的历史是与近代中国的屈辱、抗争、探索的历史密切相关的。

### 1. 近代人身保险制度进入中国

鸦片战争以后，随着外国政治军事势力的入侵，各种经济文化势力也纷纷入侵我国。在华的外国人逐渐增多。1884 年英国殖民者首先在上海设立了永福和大东方两家人身保险公司，其后又有美国的联邦、友邦人寿保险公司以及加拿大的永明、永康、宏利等人寿保险公司相继成立。这些外国人寿保险公司开始只承保在华的外国人，后来也逐渐接受中国人的投保。

当时的外国保险公司基本上是由洋行投资设立的，也有的吸收了部分华商股份。相当长的一段时间里，因为中国没有设立自己的保险公司，外国保险公司独占整个保险市场，无论是海上保险、火灾保险，还是人身保险。外国保险公司在华的设立，一方面将近代西方的保险业带进了中国，另一方面，也赚取了大量的超额保险利润。

## 2. 民族人身保险业的产生与形成

由于寿险公司获利较多，所以中国人也尝试着开始经营。最早的华资寿险公司是成立于本世纪初的福安人寿保险公司。随着洋务运动的开展，民族经济得到了初步的发展，越来越多的有识之士看到了保险经济的重要性，认识到中国保险市场的重要意义。为了适应航运业的发展，挽回民族权利，1865 年到 1912 年，我国在上海设立的水火险公司和人寿保险公司约有 37 家（部分总部设在香港、新加坡等地，在上海设有分支机构），其他城市设立的保险公司约 6 家，共 43 家，民族保险业基本形成。其中人寿保险公司有华洋永庆人寿公司（香港注册）、上海永康人寿、上海永宁人寿公司（香港注册，中外合资）。在此期间，也出现过华安人寿、允康人寿以及延年人寿保险公司等华资寿险公司，但大都因为经营管理不善，业务难以发展，先后歇业倒闭。

1907 年，徐锐起草了《保险业章程草案》，成为中国历史上第一部保险法规。1908 年 10 月，清政府派员参加万国保险公司会议，标志着中国民族保险业初步形成。

## 3. 中国近代人身保险思想

鸦片战争后，我国一些有识之士开始从西方国家寻找“富国强兵”之策。从洋务运动、太平天国、“康梁变法”到辛亥革命，都试图用西方先进的思想、制度来改变、摆脱中国挨打受辱的局面。在此期间，外国的人身保险思想也被介绍到中国，魏源、洪仁玕、郑观应、王韬等人著书立说，介绍外国的人身保险制度，阐述各自的保险观，对我国民族人身保险业的产生和发展起了相当大的促进作用。

魏源是我国介绍西方保险的第一人，在他的《海国图志》中用了较大篇幅介绍了英国货物运输保险的办法。他把“保险”译为“担保”，将其中的“人寿保险”（life insurance）译作“命担保”。

洪仁玕在《资政新篇》的“法法类”中提出开办银行、保险，以利国利民。他提到“外国有兴保人物之例……凡屋宇、人命、货物、船等防于水火者……先与保人议定，每年纳银若干……失物则已不致尽亏……若失命，则父母、妻子有赖”，介绍了西方开办人寿保险和财产保险及其承保范围与保险责任、投保方式以及保险的作用与意义。

郑观应在《盛世危言》中有“保险”一节，他认为保险的原理“不过以一人一身之祸派及众人……”介绍了保险的分散危险、组织经济补偿的职能。他对保险的介绍比较系统和完善。

王韬著有《韬园尺牍》，在该书中他肯定了保险的作用，力主自办保险公司，维护民族利益，还提出了经营涉外保险的思想，具有一定的预见性、超前性。

## 4. 民族人身保险业的发展（1912-1937）

中华民国成立后，民族工商业得到了较迅速的发展，民族人身保险业也得到较大发展。



1912 年设立华安合群保险公司是早期华资人寿保险公司之一，其资金力量比较雄厚，经营也比较好，业务量比较大，是当时国内规模最大的人寿保险公司。随着国内各种大小保险公司的出现，中外保险公司竞争加剧，象华安合群这种较大规模的民族保险公司都纷纷在海外设立分支机构、扩展业务。1925 年，该公司在荷属东印度群岛的爪哇、巴东等 12 处设立分支公司，开展寿险业务，足以显示其经营之能力。

随着人身保险业务的发展，保险机构逐渐由上海、广州延伸到其他口岸和内地。1933 年 7 月、1934 年 4 月中国保险公司和太平保险公司分别设了寿险部，经营人身保险业务，后因当时政府法令不允许兼营财产保险和人身保险，相继改组为人寿保险公司。同时期，福州、天津、北平等地还出现了许多人寿小保险公司，业务层次多样，保险市场前景看好。

从 1917 年开始，天津、营口、上海、南京、汉口、重庆、昆明等地先后成立保险同业公会。

1935 年，胡咏骥当选上海保险同业公会主席，为加强同业公司组织机能、促进保险事业的改革和发展做了大量工作。1932 年 9 月，中华人寿保险协进会成立。1935 年 8 月 3 日，中国第一个保险学术团体——中国保险学会在上海成立。这两个组织的诞生，对宣传、普及保险知识，加强保险理论研究，推动民族保险业的发展起到了积极的作用。

1927 年，国民党政府开始拟定保险法。1935 年，颁布保险业法，立法院通过了“简易人寿保险法”，并命令邮政局办理。同年，国民党政府的中央信托局设立保险部，除经营政府、机关、国营公用事业的财产保险外，还经营公务员和军人的人身保险。

## 5. 解放前的中国人身保险业（1937-1949）

“七·七”事变后，抗日战争全面爆发，国民党政府撤退到西南、西北地区，形成战时大后方。战争的特殊条件刺激了人身保险的发展，但同时也受到战时环境的制约。这表现在：人们的人身保险意识普遍提高，但承保面因经济能力限制而不够广泛；保费收入和赔款支出大量增加，但受到货币贬值的冲击；拓展了新的业务，但分保等依赖国际市场；保险立法和行业管理有进步，但得不到认真贯彻。当时大后方主要的人身保险机构有中央信托局人寿保险处、中国人寿保险公司、邮政储金汇业局人寿保险处等，还有一些地方、民办的保险公司，具有一定实力。抗战时的上海虽然处于“孤岛”时期，但在爱国人士的共同争取下，民族人身保险业得以保存并继续发展。与此同时，日本侵略者以我国东北为其侵略基地，曾在伪“满洲国”设立满洲生命保险会社，经营人身保险业务，但是“国将不国，何以聊生”，沦陷区、半沦陷区的人身保险业萧条冷清。

抗战胜利初期，上海又成为全国保险业中心，据统计，截止 1947 年 3 月底，全国保险业的分支机构达 602 家，保险业一片繁荣。但到了解放战争时期，恶性的通货膨胀严重摧残了保险业，尤其是人身保险业，机构锐减，还有相当部分已名存实亡。

综观 1840-1949 的百余年间，近代人身保险制度虽然进入了中国，并产生了民族寿险公司，但由于经济落后，政治不独立，人民生活贫困，又战火不断，所以人身保险业务发展缓慢，而且在较长时间内是为国外资本所垄断的。

## 6. 建国初期的人身保险业

中华人民共和国成立后，人民政府对原有的保险业进行了接管、改造，1949 年 10 月 20 日成立了国营性质的中国人民保险公司，在全国范围内经营财产保险和人身保险。

人保公司在建国初期主要经营的人身保险业务有：旅客意外伤害强制保险；各种个人人寿保险，如两

全保险和终身保险、简易人身保险；职工团体人身保险；人身意外伤害保险。后来还创立了“综合福利保险”、“保健保险”等许多适应群众要求的新险种。

然而，人身保险业恢复的势头刚刚好转就被“左”的错误打击了。1958年开始，全国开展了人民公社运动。除涉外保险业务以外，国内保险业务均被停办。从1959年开始，铁路、轮船、飞机旅客意外伤害强制保险分别移交给铁路、交通、民航部门办理，其他人身保险业务则清理停办。

据人保公司统计，在1949~1958年这十年里共收保费16亿多元，其中人身保险费收入达1.41亿元，占全部业务的8.81%。据不完全统计，10年间共有180万名职工参加了团体人身保险，300万人参加了简易人身保险。

### 2.5.3 中国人身保险的现状

作为两大险种之一的人身保险，在保险业的整体发展中有着重要的意义，在保障社会生活方面更是发挥着不容忽视的作用。1979年2月中国人民银行全国分行行长会议决定自1980年起恢复办理国内保险业务，得到了国务院的批准。1980年财产保险业务开始重新办理。1982年，人身保险业务开始恢复办理。从此，我国人身保险事业开始了历史性的转折。

#### 1. 1982-1987年是一个超高速发展的阶段

1982年开始，中国人民保险公司首先恢复办理的人身保险险种有：团体人身保险，保期1年；团体人身意外伤害保险，保期1年；简易人身保险，保期5年、10年、15年、20年、30年；公路旅客意外伤害保险。此后还陆续开办了学生平安保险以及子女教育婚嫁保险、独生子女父母养老金保险等与教育事业、计划生育政策相配合的险种。在此期间，人保公司还根据中央的决定小规模试办了养老金保险。

这一时期的人身保险保费收入增长速度是惊人的，1982~1987年年平均增长达到330%。这当然与恢复初期基数较小，反映到相对数上比较大有关，同时也和80年代初国民经济高速增长的刺激以及其他社会背景有密切关联。

#### 2. 1988年至今，是一个稳定增长阶段

20世纪80年代前期国民经济的过热增长导致有效供给与有效需求相脱节，引发通货膨胀，这使得与国民经济发展密切相关的人身保险业务受到了很大冲击，暴露了许多问题。保险公司一方面借治理整顿之机，根据经济发展形势和保险市场的需求，加强了对人身保险业务的经营管理。此后，人身保险业基本上保持了稳定增长的势头。

从保费规模看，1987~1997年中国的人身保险费收入年平均增长率为35.8%，但保费规模仍低于财产保险。1997年，受当年降息的影响，人身保险保费增长速度开始超过财产保险，此后就一直保持着保费规模上的优势。2001年，我国保险费收入为2109.36亿元，同比增加513.67亿元，增幅高达32.19%。其中，人身保险业务保险费收入为1423.97亿元，同比增加426.50亿元，增幅42.76%；在全部保险费收入中，来自人身保险业务和财产保险业务的保险费收入分别占67.51%和32.49%，这是自1997年以来财产保险业务占全部业务比重持续下滑过程中首次跌破1/3的重要关口。[6]

从市场格局上看，由于政府法规及政策的原因，在平安保险公司1988年成立前，中国人寿保险公司于1980年重新开业后一直完全垄断市场。近年来在国有保险公司业务规模持续扩大的基础上，股份制公司的市场份额也有较大幅度的上升。例如2001年中国平安保险公司和中国太平洋保险公司占寿险市场的份额同比分别上

升了 5.4 个百分点和 1.7 个百分点。但地区间业务发展还不平衡，最高的地区增长 50%，最低的地区只增长 7.5%。[6]

从险种结构上看，业务恢复之初，短期意外伤害保险占最大比重；1986 年以后，简身险曾一度成为业务量最大的险种，但 1989 年以后速度减缓；1990 年以后养老保险的保费收入占据首位，业务量居前。1986 年开办的子女教育婚嫁保险和意外伤害满期还本保险保费收入绝对量虽不大，但增长最快。2000 年下半年开始人身保险市场上推出投资连结保险、分红保险、万能寿险等新型险种成为近期人身保险市场上的新宠儿。据统计，2001 年投资连接和分红类新产品保费收入 412.3 亿元，占寿险保费收入的 32.2%，同比增长 28.8 个百分点，成为寿险业务的新增长点，推动了寿险产品的转型。[6]

#### 2.5.4 中国人身保险的发展

对比人身保险国际发展状况，可以看出我国人身保险业务发展的不足够，而且我国的保险业总体也没有能够与国民经济协调比例发展，在国民经济中发挥其应有的作用。人身保险业在规模、市场环境、市场主体以及管理、经营等多个方面与国际人身保险业存在较大的差距。2001 年 12 月，我国正式成为世界贸易组织成员国，如何抓住这一契机发展我国的人身保险业，应对世界保险业的挑战，并在全球保险市场上开拓生存与发展空间成为了急待解决的问题。

##### 1. 人身保险市场前景展望

财、寿险的结构在很大程度上说明了一个国家的保险发展水平。在发达国家，寿险保费收入占保费总收入的比例较大，在发展中国家这一比例则较小。我国自 1982 年恢复人身保险业务以来，人身保险发展很快，保费收入迅速增长。2001 年这一数字为 67.5%。可以肯定，我国人身保险业务将得到迅速的、持续的发展，这是因为：

(1) 中国人口趋于老龄化，必然触动人们对人身保险的需求。目前我国已经基本进入了老年型国家行列，65 岁以上老人的比重达到 7%。在老龄化进程上，我们比发达国家要快得多。世界上 65 岁以上的老年人口占总人口比重从 5%上升到 7%一般需要 50~100 年，而我国只需 10 年多的时间。预计到本世纪 20~40 年代，我国老龄化水平将跃居世界老龄化的前列。值得注意的是欧美国家是在比较发达的背景下进入老龄化的，而我国目前的经济还欠发达。老年人口比重的增加，势必给经济发展以沉重的压力，而要保持社会平均养老水平，更是十分严峻的问题。所以人身保险在这方面既有广阔市场，又有艰巨任务。

(2) 中国有巨大的人身保险市场。我国有 13 亿人口，是世界第一人口大国。对人身保险来讲，这一数字本身就意味着巨大的市场，其中，城镇人口 3.4 亿，他们对人身保险的需求十分强烈。同时随着人民生活水平提高，保险意识增强，人们为了寻求新的安全保障，将会增加对人身保险的需求。另外，我国还有大部分人口在农村，这一片广阔的市场仍没有被开发。随着农村经济的发展和农民收入的提高，农民对人身保险的有效需求将会增加。从总体上看，中国人身保险市场的保险深度和保险密度均大大低于世界平均水平，人身保险的市场潜力巨大。

(3) 医疗保健制度的改革，将扩大人身保险市场。目前推行的基本医疗保险制度仅覆盖约 1.6 亿城市职工，部分乡镇企业职工、城乡其他劳动者、部分农村人口及学生等基本医疗、大病医疗没有任何社会保障，必须通过商业健康保险等方式解决。而按 2000 年口径，这样一批人群要占到总人口的 90%，从业人口的 82%，占城市人口的 50%。为此，商业健康保险必然会成为热门话题，而且业务量会大大提高。但同时要配合医疗保健制度的改革，及时推出适用范围广、生命力长久的新险种，借此机会推进人身保险事业发展的进程。社会保障制度的改革将推动人身保险市场的发展。

(4) 随着改革的深化,重新构筑社会保障体制已势在必行。新的社会保障制度只会给人们提供最基本的社会保障,而不可能把一个人的生老病死全“包”起来,这就为商业性人身保险的发展提供了一个契机。商业保险公司可开办社会保障所覆盖不到的险种,以满足人们对人身保险不同层次的需求。

## 2. 入世后我国人身保险业的发展趋势

我国保险业入世承诺中有关人身保险的内容有:中国将按照审慎原则而非经济需求测试指标,进行保险公司市场准入的审批;外资寿险公司可以合资公司的形式来中国设立营业性机构,可自由选择合资伙伴,但外资股比不超过 50%;外资寿险公司可以对中外客户提供个人寿险业务服务,入世后 3 年内,则可提供健康险、团体险合养老金业务服务;外资保险经纪公司方面,合资保险经纪公司外资股比可以达到 50%;外国寿险公司可在上海、广州、大连、深圳、佛山提供服务,入世后 2 年内,再增加开放 10 个城市,入世后 3 年无地域限制;外国(再)保险公司以分公司、合资公司或独资子公司的形式提供寿险和非寿险的再保险业务,且没有地域限制。保险市场是我国对外开放的关键领域,中国的入世意味着与世界保险业的接轨和保险市场的全面开放,我国人身保险业必将发生深刻变化。

### (1) 人身保险经营主体增加,市场集中度下降,市场将进一步国际化

目前我国内地共有寿险公司 16 家。但入世后大批外资寿险公司将进入我国人身保险市场,中资、外资参股、中外合资以及外商直接投资的寿险公司在中国人身保险市场上将迅速增加。获准筹建合资寿险公司的一些外资保险公司也正在极力寻找合作伙伴,目标更多地集中在那些具有国际业务经验的大型外向型企业。比如,2002 年 1 月 16 日,意大利最大的保险公司忠利保险有限公司和中国石油天然气集团公司的财务子公司中油财务有限责任公司合资组建的中意人寿获准在中国营业;海尔集团与美国纽约人寿保险公司拟共同组建合资寿险公司。此外,保险中介机构也将迅速发展。可以预见,随着中国保险市场的进一步开放,人身保险市场将进一步走向竞争激烈化、主体多元化格局,市场份额也将会重新分配。

人身保险市场经营主体的增加、市场的进一步国际化都将促使我国人身保险业向深度和密度发展,维护保险各方利益,降低人身保险业的经营成本;同时,通过直接的技术合作和间接的市场竞争将会推动中国的寿险公司改进经营管理水平,人身保险业的开放和国际化已经并正在成为未来发展的必然趋势。当然,不排除有不能适应新竞争形式的中资寿险公司在竞争中失败。

### (2) 人身保险机构经营管理模式理念都将发生转化,市场竞争将日趋于规范

近年来,人身保险机构的服务竞争已开始得到了发展。这一方面有外资寿险公司的示范效应,另一方面也是价格竞争发展到一定阶段的产物。但目前中国人身保险业的服务竞争还处于初级阶段,虽然每个公司都强调客户服务导向,但不少还只停留在口号上。从产品导向到客户导向的营销策略,表面只是一个口号或经营理念的转变,但真正做到以客户服务为导向,还需要寿险公司在组织结构和信息技术方面进行大规模的改组,提高组织和技术弹性,以低廉的成本灵活满足客户的需求。

目前,国内各家寿险公司均以保费数额作为考核核心,追求经营规模的扩大,而忽视公司的成本和利润。甚至为了增加保费收入而不惜提高获变相提高保险代理人的手续费或佣金,严重影响到公司的经济效益和偿付能力。入世后,随着保险监管力度的加大、同业协会自律的加强、国际规则的运行,上述粗放型的经营模式将会得到改善,市场竞争也将逐渐有序化,呈现出良性竞争的格局。

此外,由于目前中国资本市场流动性较低,尤其是寿险公司的股权流动性低,资本市场的交易成本高,因此购并等控制权竞争手段的运作有一定难度,故中国人身保险市场上的竞争还主要表现在销售领域的价格或服务竞争上,但中国寿险公司普遍的资本充足率过低已为将来通过公司控制权争夺来扩展市场的竞争方式埋下

了种子。

### （3）人身保险产品功能不断扩展，出现多元化、与其他金融产业融合的趋势

人身保险产品，尤其是寿险产品的功能已由原来单一的保障功能扩展到储蓄和投资功能并重，成为集保障、储蓄、投资功能于一体的保险产品，比如目前在人身保险市场上出现的投资连结保险、万能寿险、分红保险等。人身保险产品功能的多元化是金融服务一体化的结果，它已成为人们的一项投资工具。不仅长期人寿保险如此，短期的意外伤害保险也有长期化、投资化的趋势[7]。此外，外资公司凭着其长期的市场化运作经验、险种开发的技术和人才优势、健全的创新机制以及对市场的灵敏反映机制，也将会结合我国实际适时推出保费适中、保障广泛、交费灵活、方便客户的产品。

### （4）一批大型保险企业集团将出现

在目前条件下，我国金融监管部门要求银行、证券、保险等金融机构实行严格的分业经营，不得相互持有股份。根据《保险法》的规定，产险和寿险业务必须分业经营。而就美国而言，自从《金融服务业现代化服务法案》颁布后，银行、证券和保险机构取消了行业限制，允许交叉经营。西方一些发达国家也纷纷做出类似反映。入世后面对国外这样一个形势，中国金融业的分业经营必抵不过国外金融机构的集团军作战。此外，当今世界保险机构有大型化的趋势。大型保险机构拥有雄厚的资金、垄断着保险技术的最新成果，在市场竞争中处于有利地位。因此，我国应培养出若干大型保险机构，提供在国际保险市场中的地位；并以保险为核心向综合性金融服务集团发展，增强与发达的外资保险公司竞争的能力。

事实上，随着国际形势的发展，我国金融业分业的格局也正在悄悄发生变化。证券公司已获准从银行间同业拆借市场拆借资金；而银行也可以接受股票质押、发放贷款；一年前，中国保监会批准了一部分保险公司购买证券投资基金；而光大集团入主申银万国，从而成为一家集银行、证券、保险业于一身的金融控股公司。所有这些都预示着融合经营、走向大型金融集团的道路正在缓缓开启。

### （5）人身保险监管体系将日趋完善，监管方式将和国际通行做法逐步接轨

首先，保险政策法规将得到合理修订与完善，比如有关保险中介的三大法规已在2001年11月16日颁布，《中华人民共和国外资保险公司管理条例（草案）》也已于12月通过，而有关《保险法》的修订工作也在进行中。其次，我国以政府监管为主、行业自律为辅的监管体系将形成，保险监管将把监管重点放到偿付能力监管上，放松市场准入限制和严格的行政管制，保险资金投放领域也将有望拓宽；同时充分发挥保险协会进行同业自律、自我管理和自我监督作用，使政府监管和行业自律双管齐下，提高监管成效，最终实现繁荣中国人身保险市场、使消费者受益的目标。

## 总结

1. 人身保险的产生与发展有着悠久的历史，从萌芽阶段算起已经有数千年之久。人身保险伴随着社会经济的发展而产生并发展的，是人类社会在面临各种人身危险的威胁下经过长期选择而确立起来的一种机制。

2. 古代人身保险思想及实践的萌芽多以民间的互助团体形式出现。各种互助团体的活动直接体现了“人

人为我，我为人人”的现代保险的宗旨，因此这些组织的形式及其相互扶助的内容是人身保险的雏形。

3. 随着商品经济的发展，应付人身危险的后备逐渐由互助形式转化为经营形式。由专门的经营者——保险公司负责集中同样面临人身危险的人们，组织建立保险基金并负责对之进行有效管理。保险经营者与参加保险人之间因订立合约而发生权利义务关系，而参加者之间不再有权利义务关系，经营者既要承担由参加者转嫁过来的各种人身危险，又会因为经营得当而获得一定的利润。只有这时，我们才可以说，近代人身保险制度形成了。1762 年，辛普森在英国创办的公平人寿及遗嘱公平保险社被认为是近代人身保险制度形成的标志。

4. 从英国、美国、日本等国的人身保险发展简史中，可以看出现代人身保险的发展都有特定的社会经济背景，其发展离不开时代的制约并逐渐趋于成熟和完善。

5. 中国的近代人身保险的历史是与近代中国的屈辱、抗争、探索的历史密切相关的。自鸦片战争爆发，外国人身保险势力就进入我国并一直占据着主导地位，民族人身保险业虽有所发展但却始终未能摆脱受外国保险公司支配的局面。直到新中国成立以后，形势才发生了根本变化，但走过了相当曲折的发展历程。改革开放后，我国的人身保险业长期稳定高速增长。

6. 人身保险业务的产生与形成要晚于以海上保险为代表的财产保险业务，但在世界范围内，人身保险业务从开始经营就保持稳步增长的势头，终于超过财产保险而成为世界第一大险。并且随着国民经济的不断发展、人口的老龄化和医疗保健服务水平的提高、人身保险业竞争的日益激烈以及电子技术的发展，人身保险的发展出现了新的趋势。

7. 中国人身保险业的发展前景是比较乐观的，随着中国人口趋于老龄化、城乡人身保险业务发展的不平衡、医疗保健制度的改革以及中国加入世界贸易组织，都将使得中国的人身保险进入一个黄金发展时期。

关键词

基尔特 积 常平仓 证券化	公典制度  广惠仓	佟蒂法  融合经营	哈雷生命表  银行保险	委  保险
------------------------	-----------------	-----------------	-------------------	-------------

思考题

- 1. 古代人身保险萌芽是如何产生的？
- 2. 委积、常平仓、义仓、广惠仓各有什么特点？
- 3. 怎样看待人身保险发展的历史、现状。
- 4. 试析人身保险业发展的一般趋势。
- 5. 中国人身保险业面临融合经营趋势应采取何种对策？
- 6. 展望一下中国加入 WTO 后人身保险业的发展前景。

## 注释

[1]许谨良、魏巧琴编著 《人身保险原理和实务》 第 16-23 页，上海财经大学出版社，1994 年版。

[2]“简易保险”又称“工业保险”（Industrial Insurance），起源于文中针对低收入阶层的工人开发的险种，沿用到现在通指低保障、低保额、上门服务的险种。

[3] 保险深度是保费收入占国内生产总值（GDP）之比。它反映了一个国家的保险业在整个国民经济中的地位。其计算公式是：保险深度=保费收入/国内生产总值（GDP）。

[4] 保险密度是指按全国人口计算的平均保费额。 它反映了一个国家国民受到保障的平均程度。其计算公式：保险密度=保费收入/人口总数。

[5] 2000 年 4 月，中国建设银行与中国人寿保险公司签署业务合作协议；5 月，农行和工行的上海市分行先后与平安保险上海分公司签署“保单换贷款”的质押贷款业务合作协议；6 月 22 日，平安保险与广发银行首发以非银行金融机构标识为正面的信用卡；6 月 29 日，平安保险与中国工商银行在保险代理、资金结算、证券业务、银行卡等方面展开全面合作；6 月 29 日，工行与中国人寿签署全面合作协议，完成了中国最大的商业银行与最大的人寿保险公司之间的联盟，可谓强强联合；7 月 24 日，华夏银行与泰康人寿保险公司在京签署结盟协议；7 月 31 日，光大集团与太平洋保险公司达成全面合作协议；8 月 6 日，招商银行与太平洋保险公司签约建立战略合作伙伴关系；8 月 8 日，中国银行与平安保险代表签署电子商务合作协议；8 月 21 日，中国人寿保险公司和交通银行签署合作协议；9 月，中国民生银行广州分行与泰康人寿签署合作协议。

[6]数据来源：《深化改革 加强监管 促进保险业健康发展》，马永伟，《保险研究》2002 年第 3 期。

[7] 例如我国已开办的意外伤害满期还本保险，投保人交纳一笔保险储金，投保期限可为 5 年、8 年，以保险储金的利息作为保险费；保险期满时，不论是否发生过赔款，保险人都把储金返还给投保人。

## 第三章 人身保险中的数理基础

### 本章预习

每年新生入学时，都有大量的保险公司来学校向新生推销保单，很多没有学过保险的同学不明白为什么两个年龄差不多的人保费会相差那么多，这一章我们就来讲解人身保险的费率厘定及其相关内容。同时，由于我国已经加入 WTO，根据我国的承诺，保险业将是一个率先开放的行业之一，且开放的步伐比较快、力度比较大。这是对我国保险业极大的挑战，不过也是推动我国保险业改革的极好的机遇。我们要想迎接这个挑战、把我国的保险业推上一个新台阶，一个关键的地方在于，改善经营管理理念，降低成本，提高利润率，而这一切都以一点为基础，就是保费的科学厘定及其后续工作的良好管理。

本章第 1 节主要介绍了人身保险精算的概念、内容、起源、意义、原理等基础知识。第 2、3、4 节介



绍了寿险精算的内容，其中第2节介绍利息理论，第3节介绍生命表和生命函数，第4节介绍人寿保险保费的确定。第5节介绍健康和人身意外伤害保险保费的确定。

- 人身保险精算概论
- 利息理论
- 生命表和生命函数
- 人寿保险保费的确定
- 健康和人身意外伤害保险保费的确定

## 3.1 人身保险精算概论

### 3.1.1 人身保险精算的概念

保险公司在经营保险业务时，需要预先估计它们承担风险的大小，估计发生危险事故造成损失的分布，并在此基础上，计算投保人应交纳的保险费、保险公司在不同时期需为未来赔偿损失建立的责任准备金等。这些计算就是保险精算。确切地讲，所谓保险精算，就是运用数学、统计学、金融学、保险学及人口学等学科的知识 and 原理，对保险业经营管理中的各个环节进行数量分析，为保险业提高管理水平、制定策略和作出决策提供科学依据和工具的一门学科。

人身保险精算是保险精算的主要内容，它是在对人身保险事故出险率及出险率的变动规律加以研究的基础上，考虑资金投资回报率及其变动，根据保险种类、保险金额、保险期限、保险金给付方式、保险费缴纳方式及保险人对经营费用的估计等，对投保人需缴纳的保险费水平、保险人在不同时期必须准备的责任准备金人身保险其他方面等进行的科学精确的计算。

进行人身保险精算首先需研究被保险人遭受危险事故的出险率及出险率的变动规律。出险率即保险事故发生的概率。人身保险精算主要是寿险精算，人寿保险的出险率是死亡概率和存活概率，而死亡概率和存活概率又是互补的，因此通常只研究其中一个的变动规律即可，人身保险是以生命表方法来研究和表述被保险人的死亡规律的。在医疗保险中，出险率就是被保险人的发病概率。在伤残保险中，出险率就是被保险人的伤残概率。在确定了保险事故发生的概率的基础上，保险人方可确定应收的保费。

由于人生保险的标的是人的生命和身体，因此保险事故发生带来的损失很难用价值标准来衡量。它不同于以物为保险标的的财产保险，物的损失价值是可以估算的。因此，人生保险事故发生时保险人的赔偿金额即保险金额一般只能根据投保人的经济收入、家庭状况、生活水平和缴费能力等，由保险人和投保人相互协商来确定。

人身保险一般是长期契约，因此应该考虑资金的时间价值及由此而产生的利率对保费的影响。这样，利息理论和前述的生命表理论就构成了寿险精算的两大理论基础。

### 3.1.2 寿险精算的起源

保险精算学起源于寿险中的保费计算，其发展与寿险有着深厚的渊源关系，而寿险精算则是从寿险经营的困境中产生的一门新兴学科。

早期的寿险组织其经营的寿险业务有很大的局限，概括起来有以下几个特点：首先，寿险业务所承保的对象单一，限制较多；其次，业务量小，尚未大规模经营寿险业务；最重要的是，寿险经营缺乏严密的科学基础，表现在考虑的因素较少，有关计算粗糙不精确。在这样的背景下，造成的是寿险业的不景气，保险技术的停滞不前。

寿险精算学的产生并不是偶然的，它具有自身的理论渊源。1693年，英国天文学家、数学家埃德蒙·哈雷根据德国 Breslan 市居民的死亡资料，编制了世界上第一个完整的死亡表，用科学的方法精确地计算出各年龄段人口的死亡率。哈雷在其中对死亡率、生存率以及死亡率随年龄不同而异等概念的研究，不仅使产生于12世纪的年金价格计算更为精确，也为后来精算的产生奠定了科学的基础。18世纪中期，托马斯·辛普森根据哈雷的死亡表构造了依据死亡率变化而变化的保险费率表。后来，詹姆斯·多德森又根据年龄的差异确定了更为精确的保险费率表，进一步为精算奠定了基础。1724年，法国数学家 Abraham de Moivre 通过对死亡率及其模型作过的大量研究，提出了一个死亡法则，即将一定年龄对应的生存人数看作这一年龄的函数。Moivre 的这一死亡法则成功地计算和简化了当时棘手的年金问题。这些科学家的工作为寿险精算学的建立作出了重大的贡献，奠定了其数理基础。

1756年英国人詹姆斯·道森被以年龄偏大为由拒保，他鉴于此事，提出了保险费应与死亡率相挂钩，随投保人的年龄和预期寿命不同而有所差异等新的保险经营理念。这一理念就是现代寿险精算学的雏形。1762年，英国成立了世界上第一家真正的寿险公司——伦敦公平保险公司。该公司采纳了道森的方案，以死亡表为依据，采用均衡保费的理论来计算保费，并且对不符合标准的投保人另行收费。寿险经营据此打开了新的局面，同时寿险业务开始步入科学的经营之路。该公司的成立，标志着现代寿险制度的建立。

### 3.1.3 人身保险精算的内容

人身保险按照投保人数的不同，可分为一元生命人身保险和复合生命人身保险。一元生命人身保险的承保对象只有一个人，即以单个被保险人发生保险事故为保险金的给付条件。复合生命人身保险的承保对象为两个以及两个以上，并以被保险人组成的联合被保险集团中的某一人或全部的生存或死亡为保险金的给付条件。复合生命人身保险不同于团体保险，团体保险是以团体为保险对象，以集体名义投保并由保险人签发一份总的保险合同，保险人按合同规定向其团体中的成员提供保障的保险。不是一个具体的险种，而是一种承保方式，它以团体中每个成员发生保险事故为给付条件，因此它实际上是一元生命人身保险的一种特殊方式。

相应地，人身保险精算分一元生命人生保险和复合生命人身保险两种进行研究。但由于本书不是专门讲精算的书，我们将只介绍一元生命人身保险精算的内容，有兴趣的读者可以阅读有关专门讲精算的书来获取更多更深的知识。

### 3.1.4 人身保险精算的意义

精算起源于寿险业，随着现代寿险业规模的不断扩大、经营的不断发展，人身保险精算显得更加重要。这是由于现代寿险业经营的复杂性，决定了寿险中要运用精算技术的地方很多。

首先，由保险的定义可知，保险是针对风险而建立的一种经济保障机制，其经营的对象就是风险，具体到人身保险来讲，主要是被保险人活得太久与死得过早这样两类风险。而风险具有如下的特征：第一，风险是客观存在的。一方面，各种自然灾害是按自然规律运行的客观现象，使人力不可抗拒的；另一方面，各种人为事故虽然可以通过加强管理得以减轻，但无论怎样努力，都只能避免个别事故而不可能从整体上消除事故发生的风险。因而，尽管人们在一定的时间和空间可以发挥主观能动性改变风险存在和发生的条件，进而降低风

险发生的频率和损失程度，但绝对不可能消灭风险。第二，风险具有不确定性。风险的不确定性表现在，损失的是否发生、发生的时间、发生的地点、造成损失的大小都是不确定的。第三，风险是普遍存在的。在现实社会中，无论人们的年龄、性别、职业怎样，无论何时，也无论身处何处，人们总会面临各种各样的风险。第四，风险是可以预测。从现代的概率论和数理统计可知，由于风险是一种损失的随机不确定性，对于群体来说，各种风险发生的概率、损失的大小及其波动性是可以大致计算出来的。风险的这些特征表明，在实际的保险经营中，不可避免地存在着一定的风险，同时这些风险又是可以通过科学的方法来预测和减少的。这就要求，在人身保险的经营中必须考虑到这些风险的存在，运用定量的方法进行精确的风险分析。

其次，人身保险经营的特性也决定了其必须要进行大量的定量分析。人身保险的保单一般是长期契约，这就决定了其收入和支出在时间上是不配比的，且为了支付未来赔偿而筹集的保费与未来实际发生的赔偿金额也存在差别。为了降低经营的风险，就必须把这些差别控制在一定的范围内并尽量降低，而这就需要科学精确地厘定保险费率，其考虑的主要因素为预估的死亡率、利息率、费用率，它们都是时间随机变量函数。此外，人身保险经营中收入与支出时间上的不配比也使得经营过程中存在大量的闲置资金，所以人身保险中闲置资金的投资就是一项重要的工作。但投资项目的选择、投资风险的分析、投资金额的确定、投资回报率的估计、投资绩效的评价等都是需要精确确定的，也即与精算有关。

除以上所分析的项目以外，人身保险中需要精算的地方还很多，如随着时间的变化，生命表应作一定的修正，相应地，原来一定时期内相对稳定的费率也将变化；经济周期对人身保险的影响及由此引起的经营调整等。总之，人身保险的科学运营客观上离不开精算，人身保险精算使人身保险的经营科学化，确保了经营的稳定性和盈利水平。

### 3.1.5 人身保险精算的基础

现代保险学是建立在概率论和大数定律基础之上的。

#### 1. 随机事件与概率

自然界和人类社会发生的现象是各种各样的。有一类现象，在一定条件下必然发生，可以事先准确的预言其结果。我们把这类现象称为确定性现象。在我周围还存在着另一类现象，例如，在相同条件下抛同一枚硬币，其结果可能是正面朝上，也可能是反面朝上，并且在每次抛掷之前无法肯定抛掷的结果是什么。这类现象，在一定的条件下，可能出现这样的结果，也可能出现那样的结果，而在试验或观察之前不能预知确切的结果。但人们经过长期实践并深入研究之后，发现这类现象在大量重复试验或观察下，它们的结果都呈现出某种规律性。例如，多次重复抛掷一枚硬币，得到正面朝上的次数大致有一半。这种在大量重复试验或观察中所呈现出的固有的规律性，就是统计规律性。这种在个别试验中其结果呈现出不确定性，在大量重复试验中其结果又具有统计规律性的现象，我们称之为随机现象。

在概率论中，是通过随机试验来研究随机现象的。所谓随机试验就是符合以下特征的事件：（1）可以在相同的条件下重复地进行；（2）每次试验的可能结果不止一个，并且能事先明确实验的所有可能结果；（3）进行一次试验之前不能确定那一个结果会出现。对于随机试验，尽管在每次试验之前不能预知试验的结果，但试验的所有可能结果组成的集合是已知的。我们将随机试验的所有可能结果组成的集合称为随机试验的样本空间。样本空间的元素，即随机试验的每个结果，称为样本点。样本空间的子集称为随机试验的随机事件。

在保险的经营中，风险的普遍性、复杂性决定了如果保险人不加选择地对各种要求风险转嫁的客户都承保，就可能使自己陷入经营困境中。因此，保险人通常将风险划分为可保风险和不可保风险，其中可保风险才是保险人可以承保的风险。而作为可保风险，其发生必须是偶然的，即所承保的保险事故必须是随机事件。风险发生的偶然性是针对单个风险主体来讲，风险的发生与损失程度是不可知的、偶然的。对于必然会发生的

事件，如机器设备的折旧和自然损耗，保险人是不予承保的。从前述的知识我们可知，对于单个主体无法预知的风险的发生及损失的大小，保险人可通过大量的统计资料的分析，找出其发生的规律性，从而将偶然的、不可知的风险损失转化为可预知的费用支出，顺利实现保险经营的全过程。

如果 A 是一随机事件，那么它在一次试验中可能发生，也可能不发生。但仅仅知道这一点对我们的实际工作是没有多大的帮助的。实际中，人们不仅想知道某一事件的发生是否确定，而更为关心的是，如其可能发生，发生的可能性究竟有多大。例如，把一枚硬币抛掷 1 万次，仅仅知道正面朝上可能发生也可能不发生是远远不够的，更为重要的是应知道这 1 万次中正面朝上的次数可能是多少。为此，需要引进概率的概念。

概率表示随机事件发生的可能性的的大小，概率大就表示某种随机事件出现的可能性就大，反之，概率小则表示某种随机事件出现的可能性就小。概率是不确定性事件的确定性程度，即衡量随机事件出现的可能性的尺度的尺度。假定以  $P(A)$  表示随机事件 A 发生的概率，由于必然事件 E 是肯定会发生的，可以约定  $P(E)=1$ ，同时，由于不可能事件  $\Phi$  肯定不会发生，可以约定  $P(\Phi)=0$ ，这样，对于一般的事件 A，应有  $0 \leq P(A) \leq 1$ 。

在实际应用中，要准确的确定随机事件发生的概率并不是一件容易的事情。于是，在实际中，一种有效的确定随机事件概率的方法是概率的频率解释。

在相同的条件下，重复进行 n 次某一随机试验，在这 n 次试验中，事件 A 发生的次数称为事件 A 发生的频数，以 k 表示。比值  $k/n$  称为事件 A 发生的频率。由于事件 A 发生的频率是它发生的次数与试验次数之比，其大小表示 A 发生的频繁程度。频率愈大，事件 A 发生的愈频繁，这意味着 A 在一次试验中发生的可能性愈大。且当试验次数 n 逐渐增大时，频率  $k/n$  逐渐稳定于某个常数 P。对于每一个随机事件都有这样一个客观存在的常数与之对应。这种“频率稳定性”即通常所说的统计规律性，并不断得为人们的实践所证实。这样，就可以用这个常数 P 直观的表现一次试验中事件 A 发生的概率。

在保险实务中，我们就常常用频率来解释计算风险事件的损失概率。例如，可以用一定时期内汽车发生交通事故的频率来估计交通事故的发生概率；再比如某地区根据历年资料观察得知，该地区 40~50 岁年龄组的男性每 10 万人中 1 年内死于结核病的有 60 人，则该地区这个年龄组死于结核病的概率就可估计为 0.6%。也只有比较精确的确定了保险事故发生与所造成的损失大小的概率，才能确定经营成本并合理制定费率，实现正常的业务运行，并在此基础上获取满意的利润水平。

## 2. 大数定律及其在保险中的应用

我们在讨论概率的频率解释时，讲到过随机事件发生的频率具有稳定性，即随着实验次数的增加，随机事件发生的频率逐渐趋于某个常数，这种稳定性就是这里我们要讨论的大数定律的客观背景。

前面讲到危险事故的发生对于单个主体是随机的、不可测的，而对社会群体来说则是必然的、可估测的，这即是由大数定律决定的。大数定律是指随机事件在一次独立试验中发生的这种偶然性在大量的重复试验中将呈现为事件发生发展的某种必然的规律性。它说明了大量的随机现象由于偶然性相互抵消所呈现的必然数量规律，是保险经营的重要数理基础。

大数定律应用于保险时得出的最有意义的结论是：当保险标的的数量足够大时，通过以往统计数据计算出的估计损失概率与实际概率的误差将很小。保险经营利用大数定律把不确定的数量关系转化为确定的数量关系，即某一危险是否发生对某一个保险标的来说是不确定的，可能发生也可能不发生，但当保险标的的数量很大时，我们可以很有把握地计算出其中遭受危险事故的保险标的会是多少。这样，根据大数定律，我们就把对单个保险标的来说不确定的数量关系转化为了对保险标的的集合来说确定的数量关系。

人身保险中，每个被保险人在一定时期是否发生危险事故是随机的、不确定的，并且各被保险人之间发生危险事故是相互独立。当面临同类危险的被保险人组成被保险集团时，相当于对随机事件进行多次重复观察。此时，被保险集团中发生危险事故的频率将随着被保险人数的增多而趋于稳定值，这个稳定值就是危险事故发生的概率。因而可以说单个被保险人遭受危险事故的不确定性将在被保险集团中消失，从而表现为，对于社会总体来说，危险事故的发生为确定的概率值，这一概率值也正是被保险人发生危险事故的可能性。因此可以说，虽然单个主体遭受危险事故是随机的、不可测的，但他遭受危险事故的可能性是可测的、确定的。保险人把单个被保险人面临的不确定性的损失转移到自己身上，也就把不确定的损失转移为保险人对全体被保险人确定的损失补偿金额，也就是说，在一定风险下，保险人承担的损失补偿金额是确定的。另外，保险人为组织和经营保险业务需要有一定的营业费支出，这部分费用是由保险人充分考虑保险经营的市场竞争及实际开支需要的情况下确定的。这样，保险人为承担风险的开支总额是可以预先计算的。根据保险人和被保险人权利和义务的对等关系，被保险人想转嫁风险而需缴纳的保险费就可以确定了。通过保险这一方式，投保人实现了分散风险、分摊损失。保险就像是一个蓄水池，每个投保人缴纳少量的保费，保险公司把这些资金集中起来以弥补少数被保险人所遭受的损失。由上述内容可知，只有当参与这种蓄水机制的个体数越多时，保险人才可能较为精确的确定为承担风险所需的费用及相应的每个投保人需缴纳的保费，只有在此基础上，保险人才能进行正常的经营，蓄水池的功能才能稳定地发挥。这里，保险人是以危险事故的出险概率为基础来计算保险费的，由大数定律可知，只有当投保人数足够多时，出险概率才趋于稳定的概率值，否则实际发生保险事故的频率可能偏离实际的概率值，从而可能使保险人因对所承保的风险估计错误而蒙受损失。因此，在实际的保险实务中要争取尽可能多的保户参加保险，这样才能进行合理的费率厘定，实现稳健经营。

在实际的经营中，我们还必须注意大数定律在保险业务中应用的两个条件。根据大数定律，以往的经验数据越多，对危险事件的出险概率的估计就越准确，而这种估计的准确性是能否准确预测未来危险的前提条件。但是另一方面，即使我们能准确估计出危险事件发生的概率，如果未来可承保的危险单位数较少时，也很难准确估计未来会面对的风险。为使预期结果能很好地接近真实结果，必须将概率的估计值运用到大量危险单位中。因此，大数定律的应用具有双重性。

第一，准确估计危险事件发生的概率，保险公司必须掌握大量的经验数据。经验数据越多，对危险事件发生的概率的估计就越准确。

第二，一旦估计出了危险事故发生的概率，还必须将此概率估计值运用到大量的危险单位中才能对未来损失有比较准确的估计。

在用经验数据进行对未来风险预测时，保险公司往往假设：过去事件发生的概率与未来事件发生的概率相同，并且对过去事件发生的概率的估计是准确的。但是过去事件发生的概率与未来事件发生的概率往往不一样，事实上，由于各种条件的变化，事件发生的概率是不断变化的，另外，也不能从过去经验数据得出完全准确的概率。所有这些都导致实际结果与预期之间必然存在偏差，保险公司的经营风险也就是这种偏差造成的，保险公司可以通过承保大量保险单位来提高得风险预测的准确性。

## 3.2 利息理论

### 3.2.1 利息概述及度量

#### 1. 终值函数和现值函数

##### (1) 终值函数

我们把最初投资的、孳生利息的资金称为本金。把本金经过一定时期后形成的金额称为终值，它是本金和利息之和，又可称为本利和。设  $t$  是本金投资使用的时间长度，以  $A(t)$  表示  $t$  时刻的终值，它是  $t$  的函数，称为终值函数。当  $t=0$  时， $A(0)$  就是本金。利息是终值与本金的差，以  $I(t)$  表示  $t$  时的利息额，则

$$A(t) = A(0) + I(t)$$

(3.2.1)

为了数学处理的方便，进一步地，我们用函数  $a(t)$  表示一单位货币经过  $t$  时期后的价值，定义为

$$a(t) = \frac{A(t)}{A(0)}$$

(3.2.2)

显然  $a(0)=1$ ,  $A(t)=A(0) \cdot a(t)$ ，由于  $A(0)$  即本金是常数，我们以  $K$  表示它，则可记

$A(t)=K \cdot a(t)$ 。那么， $a(t)$  和  $A(t)$  具有类似的性质，我们以后就可以只研究与  $a(t)$  有关的问题。

## (2) 现值函数

现值函数是指一个货币单位的终值在时期之初的价值。设时期长度为  $t$ ，记现值函数为  $a^{-1}(t)$ 。同样

可记  $K$  个货币单位的资本的现值函数为  $A^{-1}(t)$ ，且它和  $a^{-1}(t)$  具有类似的性质。

## 2. 利息的定义

利息可以定义为资本借入者因使用资本而支付给资本所有者的一种报酬，即使用资本的代价。也可以说，利息是资本所有者对因让渡资本的使用权而遭受的损失向资本借入者所收取的一种租金。对于现代社会来说，经济活动中广泛存在着资金的盈余单位和赤字单位，从而也就存在着频繁的资本流动。资本的使用者不一定是资本的所有者，他可借入资本来是用，这样，对于资本借入者来说，利息就是因他使用资本借出者的资金而支付给后者的代价，对资本借出者来说，利息是他暂时让渡资本的使用权而从资本借入者那里得到的报酬。

## 3. 利息计算的方法

利息计算中有两种基本方法：单利与复利

### (1) 单利法

单利法计算利息的特点是，仅对本金计息，对利息不再付息。以  $i$  表示实际利率，则其终值函数的形式为

$$a(t)=1+i \cdot t$$

(3.2.3)

(2) 复利法

复利法的特点是，不仅对本金计息，还对产生的利息计息。则其终值函数的形式为

$$a(t)=(1+i)^t$$

(3.2.4)

#### 4. 利息的度量

利息可以是按年计息，也可以是按半年、季、月等计息。在单利法下，由于它只在本金上计息，计息单位不会影响利息额。但在复利法下，由于利上有利，在年利率不变时，如按半年、季、月等计息，即当计算利息的期间与基本的时间单位（一般为一年）不一致时，实际的利息值就产生了差异。例如，本金一元，年利率为 10%，若半年结息一次，到年末的本利和为

$$1 \times \left(1 + \frac{10\%}{2}\right)^2 = 1.1025$$

则一年总的利息额为 0.1025 元，一年结算的实际利率为 10.25%。若改为每季结息一次，到年末的本利和为

$$1 \times \left(1 + \frac{10\%}{4}\right)^4 = 1.1038$$

则一年总的利息额为 0.1038，一年结算的实际利率为 10.38%。这样，由于一年内结息次数不同，产生了利率的名实不符。于是我们就把原来规定的一年结息多次的利率称为名义利率，如上面的例子中，原来规定的年利率 10% 就是名义利率。

下面给出名义利率和实际利率的准确定义：

(1) 实际利率

若计算利息的期间长度与基本的时间单位一致，则资本在该段时间内获取利息的能力就是实际利率，又称为有效利率，以  $i$  表示。

也就是说，某时期内的实际利率是该时期内得到的总的利息金额与此时期开始投资的本金金额之比，它度量了本金在所度量时期内的获取利息的能力。若一年内只计算一次利息，则该年内获得利息的能力就是年实际利率；若半年计算一次利息，则半年内获得利息的能力就是半年实际利率。

以后若无特别说明，基本的时间单位即为一年。

(2) 名义利率



当计算利息的期间长度与基本的时间单位不一致时，则原来规定的以基本时间单位为基础的利率就是名义利率，以  $i^{(m)}$  表示，其中  $m$  表示在基本的时间单位内计息的次数。

### (3) 名义利率和实际利率的相互转化

名义利率以  $i^{(m)}$  表示， $m$  是一年计息的次数，这样每次计息期间的实际利率为  $\frac{i^{(m)}}{m}$ ，设在期初投入一个货币单位的本金，一年末的终值函数为  $(1 + \frac{i^{(m)}}{m})^m$ ，而以实际利率  $i$  计算的一年末的终值函数为  $1+i$ ，而这两者应该是相等的，于是有

$$1+i = (1 + \frac{i^{(m)}}{m})^m$$

故

$$i = (1 + \frac{i^{(m)}}{m})^m - 1$$

(3.2.5)

根据上述公式，只要知道名义利率和实际利率中的任何一个，就可以求出另外一个，进行有关利息的计算了。

### (4) 名义贴现率和实际贴现率

与名义利率和实际利率的意义相似，也有名义贴现率和实际贴现率。所谓实际贴现率，就是到期末的总贴现额与到期日应付额之比，以  $d$  表示。而名义贴现率则表示原来规定的以基本时间单位为基础的贴现率，以  $d^{(m)}$  表示，其中  $m$  表示在基本的时间单位内贴现的次数。同样的，这两者具有以下的转换关系

$$d = (1 - \frac{d^{(m)}}{m})^m - 1$$

(3.2.6)

## 3.2.2 利息力

实际利率和名义利率分别表示每年结算利息一次的年利率和每年结算利息数次的年利率。这就是说，若已知实际利率和名义利率，就可以分别计算一年和一年以内的分数年的利息，因而它们在实际中有着广泛的应用，大多数涉及利息的问题都可以由它们来度量。但是，在理论上或者实际中的某些问题中，需要度量在某一时刻或某个微小区间上的利息，此时，实际利率和名义利率就不再适用了，为了解决这个问题，我们要引入利息力的概念。

利息力又简称息力，是衡量在某个确切时点上利率水平的指标。如果用  $\delta_t$  表示时刻  $t$  的息力，那么  $\delta_t$  的定义是：

$$\delta_t = \frac{\frac{d}{dt}A(t)}{A(t)} = \frac{\frac{d}{dt}a(t)}{a(t)}$$

(3.2.7)

从根本上讲，息力  $\delta_t$  表示在时刻  $t$  的瞬时利息率，是时刻  $t$  时瞬时获取利息的能力，它是对利息的最基本的度量。而且  $\delta_t$  还是以年率形式来度量时刻  $t$  的利息的。  
根据息力的定义，对公式（4.2.7）两边积分，有

$$\int_0^t \delta_t \cdot dt = \int_0^t d \ln a(t) = \ln a(t)$$

从而

$$a(t) = e^{\int_0^t \delta_t \cdot dt}$$

(3.2.8)

这表明：投入一个货币单位的本金，在息力  $\delta_t$  已知的条件下，经过时期  $t$  后的终值  $a(t)$  可按公式 (4.2.8) 计算。

问题的另一方面为，经过时期  $t$  后的一个货币单位的资本，在息力  $\delta_t$  已知的条件下，它在该时期之初的现值为：

$$a^{-1}(t) = e^{-\int_0^t \delta_t \cdot dt}$$

(3.2.9)

### 3.2.3 利率、贴现率及息力之间的关系

现在我们已经了解了利率、贴现率及息力各自的含义，在实际中往往不能同时获知它们每个的值，因而就需要能从其中的某一个来推知另一个，这要求掌握它们之间的关系。综合前述有关分析及其原理，并结合它们各自的定义，不难得出实际利率、名义利率、实际贴现率、名义贴现率以及息力之间有如下的转换关系：

$$d = 1 - V = i \cdot V_{+1}$$

$$\delta = \ln(1+i)$$

$$i = \left(1 + \frac{i^{(m)}}{m}\right)^m - 1$$

$$d = \left(1 - \frac{d^{(m)}}{m}\right)^m - 1$$

这些关系可用一个式子概括起来表示

$$1+i = \left(1 + \frac{i^{(m)}}{m}\right)^m = (1-d)^{-1} = \left(1 - \frac{d^{(m)}}{m}\right)^{-m} = e^{\delta}$$

(3.2.10)

其中， $V$  为贴现因子，具体的定义在后面将会讲到。

### 3.2.4 现金流的现值与终值的计算

我们称在不同时点上发生的一系列的资本流出或流入为现金流。由于  $A(t)$  和  $a(t)$  的关系是  $A(t) = K \cdot a(t)$ ，为了研究的方便，我们只需讨论  $a(t)$  的计算即可。而由前述内容可知， $a(t)$  的表达式受利息的具体的度量方式的影响，所以下面我们将分别讨论在不同的利息度量方式下  $a(t)$  和  $\ddot{a}^{(i)}(t)$  的计算。

(1) 已知利息率，求  $a(t)$

设本金为 1，经过时期后  $t$  的终值为：

(a) 在单利的条件下：

$$a(t) = 1 + i \cdot t$$

(b) 在复利的条件下：

$$a(t) = (1+i)^t$$

(c) 在实际利率的条件下：

$$a(t) = (1+i_1)(1+i_2) \cdots (1+i_t)$$

(d) 在名义利率的条件下：

$$a(t) = \left(1 + \frac{i^{(m)}}{m}\right)^{-mt}$$

其中，t 既可以是整数也可以是分数。

(2) 已知利息率，求  $a^{-i}(t)$

设本金为 1，经过时期后 t 的终值为：

(a) 在单利的条件下：

$$a^{-i}(t) = (1 + i \cdot t)^{-1}$$

(b) 在复利的条件下：

$$a^{-i}(t) = (1 + i)^{-t}$$

(c) 在实际利率的条件下：

$$a^{-i}(t) = (1 + i_1)^{-1} (1 + i_2)^{-1} \cdots (1 + i_t)^{-1}$$

(d) 在名义利率的条件下：

$$a^{-i}(t) = \left(1 + \frac{i^{(m)}}{m}\right)^{-mt}$$

特别地，一年末的 1 元终值，在年初的现值为  $\frac{1}{1+i}$ ，一般我们用符号  $V$  表示  $\frac{1}{1+i}$ ，并称  $V$  为贴现或折现因子。相应地， $(1+i)$  被称为累积或终值因子。

(3) 已知贴现率，求  $a(t)$

(a) 在单贴现率的条件下：

$$a(t) = (1 - d \cdot t)^{-1}$$

(b) 在复贴现率的条件下：

$$a(t) = (1-d)^{-t}$$

(c) 在实际贴现率的条件下:

$$a(t) = (1-d_1)^{-1} \cdot (1-d_2)^{-1} \cdots (1-d_t)^{-1}$$

(d) 在名义贴现率的条件下:

$$a(t) = \left(1 - \frac{d^{(m)}}{m}\right)^{-mt}$$

(4) 已知贴现率, 求  $a^{-1}(t)$

(a) 在单贴现率的条件下:

$$a^{-1}(t) = 1 - d \cdot t^{+}$$

(b) 在复贴现率的条件下:

$$a^{-1}(t) = (1-d)^t$$

(c) 在实际贴现率的条件下:

$$a^{-1}(t) = (1-d_1)(1-d_2) \cdots (1-d_t)^{+}$$

(d) 在名义贴现率的条件下:

$$a^{-1}(t) = \left(1 - \frac{d^{(m)}}{m}\right)^{mt}$$

(5) 已知息力, 求  $a(t)$  或  $a^{-1}(t)$

在讲利息力的一节里, 我们已经涉及到了这问题, 这里就不再重复了。

### 3.2.5 确定年金

年金是指在一定时期内在相等的时间间隔上所做的一系列给付。年金并不局限于每年给付一次，只要是每隔相等的时间间隔提供一次给付就形成一个年金。而且，年金每次的给付额可以是固定量，也可以是非固定量。

确定年金是年金的一种形式，指只要事先约定，就会必定支付的年金，即确定年金仅与利率有关，而与人的生死无关。确定年金有多种分类，通常情况下的分类有：年金在每期开始时支付的期初付年金以及每期结束时支付的期末付年金；年金的给付在签约后即刻开始的即期年金以及经过一段时间后才开始的延期年金等。

## 1. 年金支付期等于利息结算期的确定年金

### (1) 期末付年金

设年金额为 1，于每年年末支付，共付  $n$  年，年实际利率为  $i$ ，下面求该年金的现值和终值。

用  $a_{\overline{n}|i}$  和  $S_{\overline{n}|i}$  分别表示上述年金的现值和终值，简记为  $a_{\overline{n}|}$  和  $S_{\overline{n}|}$ 。则有

$$a_{\overline{n}|} = v + v^2 + \cdots + v^n = \frac{1 - v^n}{i} \quad (3.2.11)$$

$$S_{\overline{n}|} = 1 + (1+i) + \cdots + (1+i)^{n-1} = \frac{(1+i)^n - 1}{i} \quad (3.2.12)$$

由 (3.2.11) 和 (3.2.12) 可得  $a_{\overline{n}|}$  和  $S_{\overline{n}|}$  具有如下的关系：

$$S_{\overline{n}|} = (1+i)^n \cdot a_{\overline{n}|} \quad (3.2.13)$$

需要知道的是，虽然在有关  $a_{\overline{n}|}$  和  $S_{\overline{n}|}$  的推导过程中，考虑的情形仅限于每年支付一次的确定年金，但是公式  $a_{\overline{n}|}$  和  $S_{\overline{n}|}$  的应用却并不仅限于以年为支付期。只要年金支付期等于利息结算期， $a_{\overline{n}|}$  和  $S_{\overline{n}|}$  的公式就可以应用。

### (2) 期初付年金

设年金额为 1，于每年年初支付，共支付  $n$  年，年实际利率为  $i$ ，下面求该年金的现值和终值。

用  $\ddot{a}_{\overline{n}|i}$  和  $\ddot{S}_{\overline{n}|i}$  分别表示上述年金的现值和终值，简记为  $\ddot{a}_{\overline{n}|}$  和  $\ddot{S}_{\overline{n}|}$ 。则有

$$\ddot{a}_{\overline{n}|i} = 1 + v + v^2 + \cdots + v^{n-1} = \frac{1 - v^n}{d}$$

(3.2.14)

$$\ddot{S}_{\overline{n}|i} = (1+i) + (1+i)^2 + \cdots + (1+i)^n = \frac{(1+i)^n - 1}{d}$$

(3.2.15)

类似地， $\ddot{a}_{\overline{n}|i}$  和  $\ddot{S}_{\overline{n}|i}$  存在如下的关系：

$$\ddot{S}_{\overline{n}|i} = (1+i)^n \cdot \ddot{a}_{\overline{n}|i}$$

(3.2.16)

同样地，只要年金支付期等于利息结算期， $\ddot{a}_{\overline{n}|i}$  和  $\ddot{S}_{\overline{n}|i}$  的公式就可以应用。

### (3) 期末付年金和期初付年金的关系

所谓的期末付年金和期初付年金的关系，是指期末付年金与期初付年金的现值和终值之间的关系。其关系有如下两组：

$$\ddot{a}_{\overline{n}|i} = a_{\overline{n}|i} \cdot (1+i)$$

(3.2.17)

$$\ddot{S}_{\overline{n}|i} = S_{\overline{n}|i} \cdot (1+i)$$

(3.2.18)

$$\ddot{a}_{\overline{n}|i} = a_{\overline{n-1}|i} + 1$$

(3.2.19)

$$\ddot{S}_{\overline{n}|i} = S_{\overline{n-1}|i} + 1$$

(3.2.20)

## 2. 年金支付期大于利息结算期的确定年金

年金支付期大于利息结算期的确定年金即年金支付次数比利息结算次数少的确定年金。假定：年金总的期间为  $n$ ，每一个年金支付期内包含整数个利息结算期，用  $k$  表示一个年金支付期内利息结算的次数， $i$  表示一个利息结算期内的利率，年金额为 1。

下面具体就在这种条件下的期末付年金和期初付年金两种情形进行讨论。

### (1) 期末付年金



满足上述条件的期末付年金的现值和终值分别用  $(PV)_I$  和  $(AV)_I$  表示，则有

$$(PV)_I = V^{\overline{k}} + V^{\overline{2k}} + \cdots + V^{\overline{\frac{n}{k} \cdot k}} = \frac{1 - V^n}{(1+i)^{\overline{k}} - 1} = \frac{a_{\overline{n}|i}}{s_{\overline{k}|i}} \quad (3.2.21)$$

$$(AV)_I = (1+i)^{\overline{n}} \times P \cdot V = (1+i)^{\overline{n}} \cdot \frac{a_{\overline{n}|i}}{s_{\overline{k}|i}} = \frac{S_{\overline{n}|i}}{s_{\overline{k}|i}} \quad (3.2.22)$$

## (2) 期初付年金

满足上述条件的期初付年金的现值和终值分别用  $(PV)_D$  和  $(AV)_D$  表示，用类似的方法可以求出

$$(PV)_D = \frac{a_{\overline{n}|i}}{a_{\overline{k}|i}} \quad (3.2.23)$$

$$(AV)_D = \frac{S_{\overline{n}|i}}{a_{\overline{k}|i}} \quad (3.2.24)$$

## 3. 年金支付期小于利息结算期的确定年金

年金支付期小于利息结算期的确定年金即年金支付次数比利息结算次数多的确定年金。假定：年金总

的期间为  $n$ ，在每个利息结算期内总的支付额为  $\frac{1}{m}$ ，分次  $m$  支付，每次的支付额为  $\frac{1}{m}$ ， $i$  表示一个利息结算期内的利率。

下面具体就在这种条件下的期末付年金和期初付年金两种情形进行讨论。

### (1) 期末付年金

满足上述条件的期末付年金的现值和终值分别用  $a_{\overline{n}|i}^{(m)}$  和  $S_{\overline{n}|i}^{(m)}$ ，则有

$$a_{\overline{n}|i}^{(m)} = \frac{1}{m} v^{\frac{1}{m}} + \frac{1}{m} v^{\frac{2}{m}} + \cdots + \frac{1}{m} v^{\frac{nm}{m}} = \frac{1 - v^n}{i^{(m)}}$$

(3.2.25)

$$S_{\overline{n}|i}^{(m)} = (1+i)^n \cdot a_{\overline{n}|i}^{(m)} = \frac{(1+i)^n - 1}{i^{(m)}}$$

(3.2.26)

(2) 期初付年金

满足上述条件的期初付年金的现值和终值分别用  $\ddot{a}_{\overline{n}|i}^{(m)}$  和  $\ddot{S}_{\overline{n}|i}^{(m)}$ ，用类似的方法可以求出

$$\ddot{a}_{\overline{n}|i}^{(m)} = \frac{1 - v^n}{d^{(m)}}$$

(3.2.27)

$$\ddot{S}_{\overline{n}|i}^{(m)} = \frac{(1+i)^n - 1}{d^{(m)}}$$

(3.2.28)

### 3.3 生命表和生命函数

#### 3.3.1 生命表

人身保险，特别是寿险，是以被保险人的生存和死亡为保险标的的保险，其保费和准备金的计算与被保险人的生死有着密切的关系，然而被保险人自保单生效后的未来的存活时间是不确定的，因此，我们就需要研究人的生、死的规律及其有关概率的计算。

##### 1. 概述

生命表，又称为死亡表，是对一定时期某一国家或地区的特定人群自出生直至全部死亡这段时间内的生存和死亡情况的记录。它刻画了处于整数年龄的人在整数年内生存或死亡的情况。

生命表所考察的这一群人是一确定的生存集合，它一般具有以下几个特点：(1) 人群基数为  $l_0$ ；(2) 集合是封闭的，即一旦选定，就不再有人进入，集合人数减少的唯一原因是自然死亡；(3) 集合中各成员在每一年龄段上的死亡率是确定的。

生命表是寿险精算的基础，在保险费厘定和责任准备金计算时，都是以之为基础开始计算的。确切地

讲，生命表中记载的生存数、死亡数、生存率、死亡率以及平均余寿等是寿险精算的基础。

## 2. 生存模型

在寿险中，我们视被保险人的生存和死亡为随即变量，并在此前提下进行相关的计算，同时，为了简化问题，我们一般假定利率为常数。

为了了解和分析生命函数，我们在此引入几个与生命密切相关的随机变量。

(1)  $T(x)$ ：表示  $x$  岁人的余寿，也即年龄为  $x$  岁的人未来存活的时间，通常简写为  $T$ ，且  $T$  是一个连续的随机变量。特别地， $T(0)$  表示新生儿未来存活的时间

(2)  $F_x(t)$ ：表示  $T$  的分布函数，定义为  $F_x(t)=P(T\leq t)$ ，即对于任意给定的  $t$ ， $F_x(t)$  表示  $x$  岁的人在  $t$  年之内死亡的概率。特别地， $F_0(t)$  表示  $T(0)$  的分布函数。

(3)  $S_x(t)$ ：表示  $x$  岁人的生存函数，定义为  $S_x(t)=1-F_x(t)=P(T>t)$ ，即  $S_x(t)$  表示  $x$  岁的人将至少活到  $x+t$  岁的概率。特别地， $S_0(t)$  新生儿的生存函数。

下面对  $S_x(t)$  作一些变换，可以有助于读者进一步的理解：

$$\begin{aligned} S_x(t) &= P(T>t) \\ &= P[T(0)>x+t | T(0)>x] \\ &= \frac{P[T(0) > x+t]}{P[T(0) > x]} \\ &= \frac{S_0(x+t)}{S_0(x)} \end{aligned} \quad (3.3.1)$$

上式又可以写成：

$$S_0(x+t)=S_0(x)S_x(t) \quad (3.3.2)$$

## 3. 生命表的结构

通常，生命表包括以下几个基本栏目：

(1)  $x$ ：被观察的人口年龄。

- (2)  $l_x$ : 生存数, 指  $x$  岁的生存人数。<sup>+</sup>  
 $l_x = l_0 \cdot P(T(0) > x) = l_0 \cdot S_0(x)$ <sup>+</sup>
- (3)  $d_x$ : 死亡数, 指  $x$  岁的人在一年内死亡的人数。<sup>+</sup>  
 $d_x = l_0 [P(T(0) > x) - P(T(0) > x+1)] = l_0 \cdot S_0(x) - l_0 \cdot S_0(x+1) = l_x - l_{x+1}$ <sup>+</sup>
- (4)  $p_x$ : 生存率, 指  $x$  岁的人在一年内仍生存的概率。<sup>+</sup>  
 $p_x = P(T \geq 1)$ <sup>+</sup>
- (5)  $q_x$ : 死亡率, 指  $x$  岁的人在一年内死亡的概率。<sup>+</sup>  
 $q_x = P(T < 1) = 1 - p_x$ <sup>+</sup>

生命表各栏目间存在如下关系:

$$l_x - l_{x+1} = d_{x+1} \quad (3.3.3)^{+}$$

$$p_x = \frac{l_{x+1}}{l_x} \quad (3.3.4)^{+}$$

$$q_x = \frac{d_x}{l_x} \quad (3.3.5)^{+}$$

$$p_x + q_x = 1 \quad (3.3.6)^{+}$$

$$l_x = \sum_{k=0}^{\infty} d_{x+k} \quad (3.3.7)^{+}$$

$$l_x - l_{x+n} = \sum_{k=0}^{n-1} d_{x+k} \quad (3.3.8)^{+}$$

根据上述关系, 只要知道人群基数和死亡率, 我们就可以构造出生命表, 其编制过程是:

- (1) 选定人群基数  $l_0$ ; <sup>+</sup>
- (2) 算出  $d_x$ :  $d_x = l_x \cdot q_x$ ; <sup>+</sup>
- (3) 算出  $l_{x+1}$ :  $l_{x+1} = l_x - d_x$ ; <sup>+</sup>

(4) 重复执行步骤 2 和 3。

#### 4. 生命表的选择

生命表是针对确定的人群构造的, 依不同的划分标准生命表可划分为不同的类型: 它可分为以一国国民为对象的国民生命表和以人寿保险公司被保险人集团为对象的经验生命表; 以性别为标准划分时可分为男子

表和女子表及男女混合表；此外，按照所考察人群死亡率测定的观察期间取法的不同，生命表还可分为选择表、综合表和截断表；考虑到寿险业务和年金业务中被保险人生死状况的差异，生命表还可进一步划分为寿险生命表和年金生命表。

不同寿险业务的精算，应结合不同分类，选择恰当的生命表作为预定死亡率的基础，否则精算的结果将会出现误差。另外，选择生命表时，应注意到，由于生命表中的死亡率是建立在过去统计资料之上的，而过去一群人与未来一群人的死亡状况绝非一致的。因而在选择生命表作为精算基础时，应假定生命表人群的死亡状况与计算对象的死亡状况接近。

本书附录中，我们给出了中国人寿保险业经验生命表（1990～1993）的节选。

### 3.3.2 生命函数

#### 1. 一般整数年龄生命函数

(1)  ${}_t p_x$ ：表示  $x$  岁的人至少活到  $x+t$  岁的概率，定义为  ${}_t p_x = P(T > t) = \frac{S_0(x+t)}{S_0(x)}$ ，

实际上就是前面定义的  $S_x(t)$ 。

(2)  ${}_t q_x$ ：表示  $x$  岁的人在  $x+t$  岁之前死亡的概率，定义为  ${}_t q_x = P(T \leq t) = F_x(t) = 1 - {}_t p_x$ ，

实际上就是前面定义的  $F_x(t)$ 。

(3)  $\mu_x$ ：表示  $x$  岁时的死力，含义是在活到  $x$  岁的人当中，在一瞬间里死亡的人所占的比率。其严格的数学定义为

$$\mu_x = -\frac{S'_0(x)}{S_0(x)}$$

死力又被称为死亡密度或者瞬间死亡率。

设  $f_x(t)$  为  $T$  的概率密度函数，那么

$$\begin{aligned} f_x(t) &= F'_x(t) = \frac{d}{dt} {}_t q_x = \frac{d}{dt} \left[ 1 - \frac{S_0(x+t)}{S_0(x)} \right] = -\frac{S'_0(x+t)}{S_0(x)} = -\frac{S_0(x+t)}{S_0(x)} \cdot \frac{S'_0(x+t)}{S_0(x+t)} \\ &= {}_t p_x \cdot \mu_{x+t} \end{aligned}$$

(3.3.9)

(4)  ${}_t d_x$ ：表示  $x$  岁的人在将来  $t$  年内死亡的数目。其概率表达式为：

$${}_t d_x = l_0 \cdot [P(T(0) > x) - P(T(0) > x+t)] = l_0 \cdot S_0(x) - l_0 \cdot S_0(x+t) = l_x - l_{x+t}$$

(5)  $L_x$ ：表示活到  $x$  岁的人群在  $x$  岁和  $x+1$  岁之间所活的总年数，表达式是：

$$L_x = \int_0^1 l_{x-t} \mu_{x-t} t dt + l_{x+1} = \int_0^1 l_{x-t} dt$$

(6)  $T_x$ ：表示活到  $x$  岁的人群在  $x$  岁后所活的总年数，表达式是：

$$T_x = \int_0^\infty l_{x-t} \mu_{x-t} t dt = \int_0^\infty l_{x-t} dt$$



## 2. 余寿

### (1) 取整的余寿

令

$$K(x) = [T(x)] \quad (3.3.10)$$

表示  $x$  岁的人未来存活的整年数，简称为取整余寿。显然， $K(x)$  是一个离散型随机变量，我们可从  $T(x)$  的分布来研究的  $K(x)$  分布。

$$\begin{aligned} P[K(x)=n] &= P[n \leq T(x) \leq n+1] \\ &= F_x(n-1) - F_x(n) \\ &= S_x(n) - S_x(n+1) \\ &= \frac{S_0(x+n)}{S_0(x)} - \frac{S_0(x+n+1)}{S_0(x)} \\ &= \frac{S_0(x+n) - S_0(x+n+1)}{S_0(x)} \end{aligned}$$

### (2) 平均余寿

从前面的内容可知，被保险人的余寿是一个随机变量，我们称余寿这一随机变量的均值为平均余寿。需要注意的是，平均余寿是针对某个人群或某年龄的人的集团而言的，指的是集团中每个成员的余寿的平均值。

平均余寿有两种形式：

#### (a) 完全平均余寿

某年龄对应的完全平均余寿，是指全部可能生存的期间，包括不满一年的零数均计算在内的余寿的平均值。我们用  $\overset{\cdot}{e}_x$  表示年龄为  $x$  岁的人的完全平均余寿。显然， $x + \overset{\cdot}{e}_x$  为年龄为  $x$  岁的人的平均死亡年龄。

根据完全平均余寿的定义

$$\overset{\cdot}{e}_x = E[T(x)] = \int_0^{\infty} f_x(t) dt = \int_0^{\infty} {}_t p_x \mu_{x+t} dt = \int_0^{\infty} {}_t p_x dt \quad (3.3.11)$$

#### (b) 取整平均余寿

某年龄对应的取整平均余寿，是指只考虑所生存的整年期，不包括不满一年的零数而计算的余寿的平均值。

我们用  $e_x$  表示年龄为  $x$  岁的人的取整平均余寿。

根据取整平均余寿的定义

$$e_x = E[K(x)] = \sum_{k=0}^{\infty} k P[K(x) = k] = \sum_{k=0}^{\infty} k \cdot {}_k p_x$$

(3.3.12)

### 3. 保险领域常用的死亡法则

死亡法则就是关于死亡顺序的理论上或经验上的统计规律。关于死亡法则的研究相当多，兹列举三种在保险中常用的死亡法则：

#### (1) Abraham de Moivre 死亡法则

Abraham de Moivre 定义死亡法则为  $l_x = k \cdot (\omega - x)$  ( $0 \leq x < \omega$ ,  $\omega$  为终极年龄)。在当时 Abraham de Moivre 虽已意识到视  $l_x$  为一条直线很粗糙，但是好在他之本意并非用其法则拟合真实的  $l_x$  曲线，相反而只是用于简化棘手的年金计算问题。

#### (2) Gompertz 死亡法则

Gompertz 认为，一个人死亡的原因主要受两种作用的支配：一是与年龄无关的死亡机会；另一种是随着年龄而增加的死亡抵抗力的减退。进一步，Gompertz 还假定了一个人抵御死亡的能力是以与自身成比例的速度递减的，并考虑到死力  $\mu_x$  是一个人对死亡的敏感性度量，所以 Gompertz 使用  $\mu_x$  的倒数  $\frac{1}{\mu_x}$  去度量一个人对死亡的抵御程度。从而 Gompertz 死亡法则的分析形式为：

$$D\left(\frac{1}{\mu_x}\right) = -h \cdot \frac{1}{\mu_x} \quad (h \text{ 为比例系数})$$

令  $e_x = C$ ，对上式积分得

$$\mu_x = B \cdot C^x \quad (B \text{ 为常数})$$

(3.3.13)

#### (3) Makeham 死亡法则

虽然 Gompertz 认识到了死亡的两个原因，但是他提出的死亡法则中却只考虑了其中的第二个原因，忽略了第一个原因。1860 年，Makeham 在参酌 Gompertz 的死亡法则基础上，并用常数代表第一个原因，加在 Gompertz 死亡法则所描述的死力之上，便产生了 Makeham 死亡法则：

$$\mu_x = A + B \cdot C^x$$



(A 为常数)

(3.3.14)

## 3.4 人寿保险保费的确定

### 3.4.1 人寿保险保费拟定原则和构成

保费的计算是保险公司经营的基础。本节主要讨论趸缴纯保费、分期缴纳均衡纯保费、均衡费用负荷毛保费、毛保费的计算问题。

#### 1. 保费的概念

保费是保险人(或保险公司)为履行一定的保险责任向投保人收取的实际金额。这也是我们常说的“毛保费”。

保险是一种分散风险的手段，它把大量的风险单位(个人或单位)集合起来，以收取保费的方式建立起风险准备基金，当个别风险单位发生保险合同约定的保险事故时，用此基金进行经济补偿。可见，保险人收取的保费是风险准备基金的基础，确定恰当的保费是保险公司正常运营的重要前提。

#### 2. 保费的构成

一张保单反映了保险公司和投保人各自的权责：对投保人来说，其责任是缴纳保费，权益是在保险事故发生时获取保额；对保险公司来说，其权益是获取保费收入及保费投资收入，责任是在保险事故发生时向投保人支付保额。不管是哪一利益主体，都必须遵循权责相等的原则，也就是说，保险公司向投保人收取的保费应至少能满足其对保额的支付。一般，我们把恰能满足保额支付的保费称作“纯保费”或“净保费”。

但对保险公司来说，其支出责任并不仅限于支付保额。保险公司作为一个经济实体，其经营各项业务必然会发生各种各样的费用，如开业费用、代理手续费、行政管理费、死亡调查费及法律纠纷费等。并且，这些费用正是由于保险公司对投保人进行承保而产生的。我们把恰能满足保额支付和费用支付的保费称作“费用负荷毛保费”。

保险公司以风险作为其经营的对象，其自身的经营不可避免带有一定的风险性，如利率的波动、投保人的退保等，故其会适度地在保费中进行风险加成，以防止对其不利的风险。此外，保险公司作为经济主体，多以盈利为目的(政府直接进行的保险除外)，且政府要对其所收保费进行课税，所以，恰当的利润及税收考虑也是必要的。因而，风险加成、税收及利润因素都构成毛保费的一部分。

综上所述，保险公司向被保险人收取的实际金额，即毛保费，不仅要满足其对保额支付的需要，还要满足对费用支付的需要，以及对风险加成、税收和利润因素考虑的需要。这样，保险公司向被保险人收取的毛保费就可看成由纯保费、费用、风险加成、税收和利润几部分构成。毛保费中，除纯保费外，其余部分统称为“附加保费”。

#### 3. 保费的支付方式

保费的支付方式通常有以下三种：一是一次性付清，这种保费被称为“趸缴保费”；二是定期缴纳一固定款额，这种周期性的保费被称为“定期缴纳均衡保费”；三是定期缴纳一可变款额，这种周期性的保费被称为“定期缴纳非均衡保费”。对于周期性的保费来说，除了保额的款额外，还须明确规定保费的缴纳期限与缴纳频率，一般，保费是预付的，即在每期期初支付。

#### 4. 保费的计算特点和原则

保费的计算特点是由保险业经营的特征决定的。保险业不同于一般企业，它是保费收取在先，保额支付在后，也就是说，保费都是预付的。既然保费是在保险合同生效之前确定的，那么保险公司对保费的计算就不是以已保标的已经发生的损失的资料为基础的，而是依据过去的损失统计与费用记录等因素来推算的。这就是保费计算的特点：在过去资料的基础上，形成对未来的预期。故计算保费时采用的比率都是预期的比率，而不是真实的或实际的比率，预期比率与实际比率之间可能出现的偏差正是保险公司的经营存在风险的主要原因，这也正是毛保费中还包括风险加成的原因。

对保险公司来说，其在计算保费时应考虑以下三个原则：

##### (1) 充足性

对保险公司来说，它在制定保费时应考虑到自身和投保人双方的权益，在不损害投保人权益的同时，维持自身的正常经营。保险公司作为经营性的企业，其目的以盈利为主，所以其收入(保费收入及投资收入)和成本(或说支出)(保额和费用)至少应持平。即：保险公司所收取的保费应至少能满足保险责任的给付和各项费用支出。

##### (2) 公平性

保险公司在制定保费时，应根据被保人的情况相应收取保费，对具有不同生死概率的被保人区别对待。如同一年龄的女性较男性的死亡率为低，所以同样的死亡险种，女性的保费要低一些。

##### (3) 适量性

保险公司对保费的收取应满足其履行责任的最低限度，但这并不意味着保险公司可收取超过其责任限度的保费，从而对投保人造成损失。即：保险公司在制定保费时，不仅要考虑其自身的利益，还要考虑投保人的利益。

以上原则在精算中体现为“期望收支平衡原则”。该原则要求：在保险合同的有效期内，在任一时点上，保险公司所有的收入与其所有的支出的价值相等。

对保险公司来说，其在合同期限内的收(保费收入，投资收入)和支(保额的给付及各项费用支出)实际上是两个随机变量。所以，这里说的收支持平指的是期望的收支持平，注意：期望收支平衡要求的是保险公司在整个保险合同有效期内的所有的收和支的期望值相等，而不是合同期内某一段时间内的收和支的期望值相等。

之所以以期望收支平衡作为保险公司计算保费的原则是因为：若保险公司的期望收入小于其期望支出，则将导致亏损，保险公司无法再正常经营下去；若保险公司的期望收入大于其期望支出，则对投保人不利，因投保人的期望收入(保额)恰是保险公司的期望支出，投保人的期望支出(保费)恰是保险公司的期望收入。因此，在保险公司和投保人双方利益的权衡下，保险公司采用了期望收支平衡原则作为其计算保费的基础。

一般在计算保费时，通常考虑在保单生效时所有收和支的精算现值或在合同终止时所有收和支的精算终值。

期望收支平衡原则还可由另一种方式表达出来，那就是“期望损失为零”原则。因为对保险公司来说，其支出减去收入就是其损失，所以，期望收支平衡就意味着期望损失为零。

下面我们利用等式把这一原则明确化(考虑收和支在保单生效时的精算现值)：

$$\begin{aligned} \text{纯保费的精算现值} &= \text{保额的精算现值} && (4.4.1) \\ \text{费用负荷毛保费的精算现值} &= \text{保额的精算现值} - \text{费用的精算现值} && (4.4.2) \\ \text{毛保费的精算现值} &= \text{纯保费的精算现值} - \text{附加保费的精算现值} \end{aligned}$$

(4.4.3)

上述三个等式又被称为“等值方程”。我们知道，等值方程表示的就是现金流入和现金流出的现值相等，同时这里在考虑现值时加进了被保险人的生死概率因素。在上述等式中涉及到的预期比率主要有：利息率、死亡率及费用率。一般称“预期利息率、预期死亡率和预期费用率”为计算保费的三大基础，对其假设不同，将导致不同的计算结果。所谓“精算现值”，是指现值的期望值，这是因为这里涉及到了被保险人的生死概率。

### 3.4.2 人寿保险纯保费的确定

#### 1. 趸缴纯保费的计算

趸缴纯保费就是一次缴清的保费。由(4.4.1)可知，趸缴纯保费的计算原则为：

$$APV(\text{趸缴纯保费}) = APV(\text{保额})$$

##### (1) 定期死亡保险

死亡保险中，保险期限以一定时期为限的称为定期保险。定期保险仅于被保险人在保险期限内死亡时给付保险金，生存至满期则分文不付。

设年龄为  $x$  岁的人投保保险期限为  $n$  年，保额为 1 且在死亡发生的当年年末支付的死亡保险，以  $A_{x:n}^1$  表示其趸缴纯保费，设  $v$  为贴现因子，则：

$$\text{保费的精算现值} = 1_x A_{x:n}^1$$

$$\text{保额的精算现值} = d_x v + d_{x+1} v^2 + \cdots + d_{x+n-1} v^n$$

由收支平衡原则，

$$1_x A_{x:n}^1 = d_x v + d_{x+1} v^2 + \cdots + d_{x+n-1} v^n$$

于是

$$A_{x:\overline{n}|}^1 = \frac{d_x v + d_{x+1} v^2 + \cdots + d_{x+n-1} v^n}{l_x} = \frac{M_x - M_{x+n}}{D_x} \quad (4.4.4)$$

## (2) 终身死亡保险

终身死亡保险是指，自投保之日起，无论何时死亡，保险人均需在被保险人死亡时给付保险金。

设年龄为  $x$  岁的人投保终身死亡保险，保额为 1 且在死亡发生的当年年末支付，以表示其趸缴纯保费，则：

$$\text{保费的精算现值} = l_x A_x$$

$$\text{保额的精算现值} = d_x v + d_{x+1} v^2 + \cdots$$

由收支平衡原则，

$$l_x A_x = d_x v + d_{x+1} v^2 + \cdots$$

于是

$$A_x = \frac{d_x v + d_{x+1} v^2 + \cdots}{l_x} = \frac{C_x + C_{x+1} + \cdots}{D_x} = \frac{M_x}{D_x} \quad (3.4$$

.5)

## (3) $n$ 年纯粹生存保险

$n$  年纯粹生存保险是指，被保险人若在  $n$  年内死亡，则保险人分文不付，被保险人若活至  $x+n$  岁，保险人则需支付保险金。

设年龄为  $x$  岁的人投保保险期限为  $n$  年，保额为 1 且在被保险人活过  $n$  年后支付的生存保险，以  $A_{x:\overline{n}|}^1$  表示其趸缴纯保费，则：

$$\text{保费的精算现值} = l_x A_{x:\overline{n}|}^1$$

$$\text{保额的精算现值} = l_{x+n} v^n$$

由收支平衡原则，

$$l_x A_{x:\overline{n}|}^1 = l_{x+n} v^n$$

于是

$$A_{x:\overline{n}|}^1 = \frac{l_{x+n} v^n}{l_x} = \frac{D_{x+n}}{D_x}$$

(3.4.6)

#### (4) n 年两全保险

n 年两全保险是指，被保险人无论是在  $x+n$  岁之前死亡，还是活至  $x+n$  岁，保险人均需支付保险金。

设年龄为  $x$  岁的人投保保险期限为  $n$  年，保额为 1 的两全保险，以  $A_{x:\overline{n}|}$  表示其趸缴纯保费，显然：

$$A_{x:\overline{n}|} = A_{x:\overline{n}|}^1 + A_{x:\overline{n}|}^{\overline{1}} = \frac{M_x - M_{x+n} + D_{x+n}}{D_x} \quad (3.4.7)$$

#### (5) 期初付 n 年期生存年金

生存年金是指，被保险人在合同期限内，只要活着，就能定期获得约定金额的支付。

设年龄为  $x$  岁的人投保保险期限为  $n$  年，保额为 1 且在每年年初支付的年金保险，以  $\ddot{a}_{x:\overline{n}|}$  表示其趸缴纯保费，则：

$$\text{保费的精算现值} = l_x \ddot{a}_{x:\overline{n}|}$$

$$\text{保额的精算现值} = l_x + l_x v + \cdots + l_{x+n-1} v^{n-1}$$

由收支平衡原则，

$$l_x \ddot{a}_{x:\overline{n}|} = l_x + l_x v + \cdots + l_{x+n-1} v^{n-1}$$

于是

$$\ddot{a}_{x:\overline{n}|} = \frac{l_x + l_x v + \cdots + l_{x+n-1} v^{n-1}}{l_x} = \frac{N_x - N_{x+n}}{D_x} \quad (3.4.8)$$

#### (6) 期末付 n 年期生存年金

设年龄为  $x$  岁的人投保保险期限为  $n$  年，保额为 1 且在每年年末支付的年金保险，以  $a_{x:\overline{n}|}$  表示其趸缴纯保费，则：

保费的精算现值  $= l_x a_{x:\overline{n}|}$

保额的精算现值  $= l_{x+1}v + l_{x+2}v^2 + \cdots + l_{x+n}v^n$

由收支平衡原则，

$$l_x a_{x:\overline{n}|} = l_{x+1}v + l_{x+2}v^2 + \cdots + l_{x+n}v^n$$

于是

$$a_{x:\overline{n}|} = \frac{l_{x+1}v + l_{x+2}v^2 + \cdots + l_{x+n}v^n}{l_x} = \frac{N_{x+1} - N_{x+n+1}}{D_x}$$

(3.4.9)

我们把上述的  $C_x$ 、 $D_x$ 、 $M_x$ 、 $N_x$  称作“换算函数”，分别定义为：

$$C_x = d_x v^{x+1}$$

(3.4.10)

$$D_x = l_x v^x$$

(3.4.11)

$$M_x = C_x + C_{x+1} + \cdots$$

(3.4.12)

$$N_x = D_x + D_{x+1} + \cdots$$

(3.4.13)

## 2. 均衡纯保费的计算

### (1) 自然保费和均衡保费

对一般保单来说，保费都是分期缴纳的。每期缴纳的保费既可采用自然保费，也可采用均衡保费。自然保费是指每期按被保险人当期的出险频率计算的保费。均衡保费是指每期缴纳相同的保费。从前面章节可知，投保人投保单位保额的一年定期死亡险的趸缴纯保费为  $vq_x$ （保额在死亡发生之年的年末给付）或

$$\int_0^1 {}_tP_x \mu_{x+t} v^t dt$$

（保额在死亡之时给付），对每年缴费的死亡保险来说，这正是自然保费。显然，自然保费与死亡率成比例，随着被保险人年龄的增长，死亡概率通常也增大，这样自然保费也随年龄的增长而逐渐增大。那么，对投保人而言，在自然保费制下，当他们达到高龄时，保费负担就会变得过于沉重，使缴费发生困难，并因而有可能因交不起保费而失去保险保障。

鉴于这一状况，为克服自然保费的这种不足，保险人将长期性寿险改用均衡保费，即把每年计算一次的自然保费在长期内均衡化、平均化，在保费缴纳期内，每隔一定时期，缴纳相等数额的保费。这种方式下的纯保费就称为均衡纯保费。

### (2) 均衡纯保费计算的一般原理

根据等值方程，可知对保额、保险期限确定的同一险种来说，趸缴纯保费的精算现值与均衡纯保费的精算现值应相等，都等于保额的精算现值。所以我们可以利用已求出的趸缴纯保费来计算定期缴纳均衡纯保费。

我们以 NSP (Net Single Premium) 表示死亡保险和生存年金的趸缴纯保费的精算现值，以  $P$  表示定期

缴纳的均衡纯保费， $Y$  表示投保人缴纳的单位纯保费的现值。则根据 (4.4.1)，有  $NSP = E(PY)$ 。所以

$$P = \frac{NSP}{E(Y)} \quad (3.4.14)$$

其中  $E(Y)$  表示单位均衡纯保费形成的生存年金的精算现值。

从理论上来说，保费可以分期缴付(保费形成不连续生存年金)，也可连续支付(保费形成连续生存年金)。保额可在死亡(或存活)发生之年的年末(或年初)支付，也可在死亡(或存活)之时立即支付。这样就会有四种情况：

a. 完全连续的情况

此时保费连续缴付，保费在死亡(或存活)之时立即支付。

b. 完全间断的情况

此时保费分期缴付，保额在死亡(或存活)之年的年末(或年初)支付。

c. 半间断半连续情况之一

此时保费连续缴付，但保额在死亡(或存活)之年的年末(或年初)支付。

d. 半间断半连续情况之二

此时保费分期缴付，但保额在死亡(或存活)之时立即支付。

以下考虑保额为 1，签定保单的年龄为  $x$  岁，保单期限为  $n$  年( $n$  可为无穷)，保费缴纳期限为  $h$  年( $h \leq n$ ) 的险种的均衡纯保费的计算。我们以  ${}_hP$  表示保费缴纳期限为  $h$  年的均衡纯保费。显然，当  $h=1$  时，均衡纯保费就成为趸缴纯保费。当缴纳保费的期限与保单期限相同时，我们就直接以  $P$  表示均衡纯保费。

下面我们主要以完全间断的保险为例来说明均衡纯保费的求法。

(3) 定期死亡保险

我们以  ${}_hP_{x:n}$  表示保额在死亡发生之年年末支付的  $n$  年死亡保险的年均衡纯保费。则：

(3.4.15)

(4) 终身死亡保险

我们以  ${}_hP_x$  表示保额在死亡发生之年年末支付的  $n$  年死亡保险的年均衡纯保费。则：

$${}_hP_x = \frac{A_x}{\ddot{a}_{x:\overline{h}|}} = \frac{M_x}{N_x - N_{x+h}}$$

(3.4.16)

(5)  $n$  年纯粹生存保险

我们以  ${}_hP_{x:\overline{n}|}^1$  表示其年均衡纯保费。则：

$${}_hP_{x:\overline{n}|}^1 = \frac{A_{x:\overline{n}|}^1}{\ddot{a}_{x:\overline{n}|}} = \frac{D_{x+n}}{N_x - N_{x+h}}$$

(3.4.17)

(6)  $n$  年两全保险

我们以  ${}_hP_{x:\overline{n}|}$  表示  $n$  年两全保险的年均衡纯保费。则：

$${}_hP_{x:\overline{n}|} = \frac{A_{x:\overline{n}|}}{\ddot{a}_{x:\overline{n}|}} = \frac{M_x - M_{x+n} + D_{x+n}}{N_x - N_{x+h}}$$

(3.4.18)

(7) 年初缴纳保费，于每年年初支付保额的  $n$  年年金

我们以  ${}_hP(a_{x:\overline{n}|})$  表示其年均衡纯保费。则：

$${}_hP(a_{x:\overline{n}|}) = \frac{\ddot{a}_{x:\overline{n}|}}{\ddot{a}_{x:\overline{h}|}} = \frac{N_x - N_{x+n}}{N_x - N_{x+h}}$$

(3.4.19)

### 3.4.3 人寿保险附加保费与毛保费的确定

#### 1. 费用负荷毛保费的计算

前面讨论了在预定死亡率和预定利息率基础上对纯保费的计算，即在收支平衡原则下，使保险人所承担的保险责任(保额)的精算现值，等于投保人对此而支出的代价(纯保费)的精算现值，计算中并没考虑保险人在经营过程中发生的各项费用，所以，本小节将讨论费用负荷毛保费的计算。我们知道，费用负荷毛保费应恰



好提供保额支付和保单所需一切费用的资金支持。对费用负荷毛保费的计算方法与纯保费的计算方法相同，都必须遵循等值方程，只是前者需要对费用进行一定的分析。我们的讨论就从费用分析开始。

### (1) 费用分析

寿险费用是指寿险经营中所发生的，除保险责任(保额)外的一切支出。因寿险要求保险公司在保单生效前计算出保费，所以保险公司除了对利息率和死亡率进行估计外，也需对在未来可能发生的各项费用进行估计。即计算保费时所用费用率为预定费用率。这是预定费用率是计算保费的三大基础之一的重要原因。

费用有以下几种分类方法：

按经营过程各环节的费用分类：(a)承保费又叫发行费，指与新保单有关的所有费用，一般对保单来收取，通常作为固定量处理，有时也看成与保费成一定比例。如销售费用(佣金、广告费等)、风险分类费(包括健康检查费)、准备新的合同费等。(b)维持费：又叫揽收费，与费用负荷毛保费成比例，每年年初收取保费时发生该费用。如收取保费的费用、保单内容变更费用等。(c)理赔费：在理赔时发生，一般与保额成比例。如死亡调查费、法律纠纷费、给付手续费等。(d)一般费用：其他费用都归于此类，对每个保单在整个合同期限内收取，在每个年度的开始通常作为保额或年金额的一定比例来收取。如研究费用、税金、工资、租金、执照费等。

按费用是否与保费或保额有关分类：(a)每保单固定费用：与保额和保费都无关的费用：如办公设备的费用；(b)与保费相关的费用：如税金、佣金等；(c)与保额相关的费用：如风险分类费、保单维持费；(d)其他费用。

在精算中，一般将与保费相关的费用设成保费的一定百分比，将与保额相关的费用设成保额的一定百分比。每保单固定费用在一年内一般为常数，但可能会因通货膨胀而逐年增加。在计算时，通常认为费用随保费发生于期初。

实际中，保险公司在各年内所发生的费用是不均匀的。一般，初年要发生很高的费用，如支付给代理人的佣金在第一年往往为年保费的50%或者更高。第一年后，后续各年的费用相对要小，要平稳得多。

类似均衡纯保费，一般假设费用负荷毛保费在各年内一样，即假设均衡的费用负荷毛保费。

### (2) 均衡费用负荷毛保费的计算

对费用负荷毛保费的计算有两种方法：一是直接根据等值方程来计算费用负荷毛保费。同均衡纯保费一样，费用负荷毛保费要遵循“收支平衡原则”，公式(4.4.2)即是其计算公式。二是通过对利率和死亡率采用较稳健的假设而在“纯保费”中设置不明显的费用负荷，从而得出费用负荷毛保费。

## 2. 毛保费的计算

前面求出的费用负荷毛保费是保险公司向投保人收取的毛保费的主要部分。除此之外，保险公司还要附加一定的风险加成、利润加成等因素。如4.4.1节中所讲，保险公司在经营过程中可能会遇到各种各样的不确定性：资本市场的波动会造成实际利息率与预定利息率之间的差异，被保人群体的变化会引起预定死亡率与实际死亡率之间的不同，经营状况的更改会带来预定费用率与实际费用率的差别。预定比率与实际比率的偏差是保险公司所面临风险的主要原因。一般，保险公司都要在费用负荷毛保费的基础上进行风险加成。另外，为了获得一定的盈利，保险公司同样要在费用负荷毛保费的基础上进行利润加成。风险加成和利润加成是保险公司除费用负荷毛保费外向投保人收取的主要部分。

在实际中，风险和利润加成表现为每年确定的数额或保费的一定百分比。这与对费用的假设一样，因此对毛保费的计算实际上与对费用负荷毛保费的计算一样，亦需遵循收支平衡原则，公式(4.4.3)即是其计算公式。有时，为了简化起见，可通过对利率、死亡率即费用率采用较稳健的假设而在“费用负荷毛保费”中设置不明显的风险和利润加成，从而得出费用毛保费。

## 3.5 健康和人身意外伤害保险保费的确定

### 3.5.1 健康保险保费的厘定

#### 1. 健康保险费率厘定的方法

健康保险的费率厘定与人寿保险一样，也应该遵循适当、合理和公平等原则。但与人寿保险相比，影响健康保险费率的因素更多，而且难以准确地和连贯地测定这些因素。适用于个人健康保险费率厘定的方法主要有以下四种：

##### (1) 统一费率法

在被保险人的年龄对赔付没有多大影响的情况下，可以使用统一费率法(The Flat-Rate Basis)。根据这种费率厘定方法，对某一种类保险单在一个广大的年龄组的基础上确定其平均保险金成本，如20岁至49岁为一个年龄组，根据这一年龄组的平均保险金成本确定适当的统一费率。按照这种方法，当被保险人的年龄达到50岁时，应增加费率。

##### (2) 阶梯费率法

与统一费率法相比较，阶梯费率法(The Step-Rate Basis)对年龄组的划分要细一些，如以5年或10年为一个年龄组。对同一个年龄组的被保险人使用统一费率，当进入一个更高的年龄组时，应增加费率。

##### (3) 一年定期法

在赔付随着被保险人的年龄增加而增加的情况下，可以使用一年定期法(One-Year Term Basis)，如医疗费用保险。这种费率厘定方法按被保险人的年龄区分费率，每隔一年要提高费率。

##### (4) 均衡保险费法

这种方法类似于人寿保险费率厘定所使用的均衡保险费法，需要提存准备金，把保险前期多缴付的保险费积累用来抵消保险后期增加的平均年净赔付成本。 $\text{平均年净赔付成本} = \text{年赔付频数} \times \text{平均赔付金额}$ 。

要注意的是，在使用上述这些费率厘定方法时，都需要考虑风险的测定和附加保险费的制定。

#### 2. 健康保险费率厘定的原理

个人健康保险保单的保险费受到许多因素的影响，如发病率、利率、费用率和保单失效率等。此外，像保险公司的营销方法、核保理念、理赔方针、整体理念与目标、国家的社会保障制度、医院的管理和医务水

平以及法律、经济状况的变动等因素也影响着费率的厘定。但是，发病率是影响健康保险费率的最重要因素，下面，我们就结合发病率来看健康保险费率的厘定。

### 一、发病率统计资料的来源

由于外界的发病率统计资料不完整，所以，如不考虑年龄差别，为健康保险费率厘定所使用的发病率统计资料主要来自保险公司对被保险人的记录，尽管这些统计资料也有其局限性。

#### （1）个人健康保险单

对于一家刚开始经营个人健康保险的公司来说，最初是根据对可能的年净赔付成本的假设来确定费率的。由于该假设是在统计资料不足的情况下作出的，所以在总保险费中意外准备金所占的比例较大。随着公司的个人健康保险业务量扩大，有关赔付的经验数据也迅速增加，公司自己的这方面经验数据就成为最重要的统计资料来源。

健康保险业的一些出版物也是最可信的统计资料来源。例如，美国健康保险委员会的精算师学会编写和出版的《丧失工作能力收入、住院、外科费用和大额医疗费用保险的个人保险单经验数据的年度报告》。该报告按性别、年龄组、职业提供了各种个人健康保险的经验数据。又如，美国健康保险协会编制和出版了“保险监督官丧失工作能力表”。该表提供了由于意外伤害和疾病造成的丧失工作能力的经验数据，经营健康保险的美国公司只要对这些数据作适当修正，就可以用于计算净保险费和准备金了。

#### （2）人寿保险的丧失工作能力收入附加特约

许多大的人寿保险公司都已积累了这一附加特约的大量经验数据，可以作为自己厘定费率的依据。精算师学会也编写和出版这方面经验数据的报告，可以作为免缴保险费和丧失工作能力收入附加特约的发病率的统计资料来源。

#### （3）团体健康保险单

大多数经营团体健康保险的美国公司都保存了团体健康保险的经验数据，主要根据自己的数据厘定费率。此外，美国精算师学会也定期出版提供一些大公司经验数据的报告。

### 二、发病率统计资料的不足

从上述来源取得的发病率统计资料存在一些不足之处。首先，数据不均匀，有意义的数据应该是同质的，例如，就丧失工作能力收入保险来说，需要签单年份、性别、年龄或年龄组、职业危险因素和取消期都相同的经验数据，甚至需要补偿期限和月度补偿金额也相同的经验数据。由于各家公司经营的健康保险的品种和实务不一致，所以可取得的经验数据不均匀。其次，编制统计资料的选择期与把这些资料应用于测定将来发病率的时期之间有一个时间间隔，在这个时间间隔中各种医疗费用可能已经发生了变化，所以在使用这些可取得的统计资料时必须加以判断，作较大的修正。

### 三、均衡纯保险费计算

在健康保险费厘定时，首先要测定每份保险单的预期的年净赔付成本。假定以1元每天住院保险金为一个风险单位，如果年赔付频数是0.1人，平均赔付期是7天，则该单位的保险金成本是0.70元。如果每天住院保险金为100元，那么年净赔付成本=100×0.70=70（元）。由此可见，估计赔付频数和平均赔付金额是精算

师所面临的两个主要问题。

健康保险合同中的取消期、免赔额、赔付限额等规定对年净赔付成本也有很大影响，这是通过编制持续表来加以处理的。持续表上可以显示一组人持续住院的概率，如 10000 人中有  $t$  天以后仍在住院的人数，或者一组人丧失工作能力持续的概率，还可以显示一组人赔付金额等于或超过  $t$  元的概率。

在确定了保险期各年度净赔付成本之后，如同人寿保险一样，就可以计算出均衡纯保险费。

$$\text{均衡纯保险费} = \frac{\text{将未来净赔付成本的现值}}{\text{保险费缴付期1元期初付年金的现值}}$$

(3.5.1)

将未来净赔付成本是指，从保险单签发日期到合同终止日期的预期给付的所有保险金的价值，再用一定的利率把它们折成现值。

对于一年定期健康保险业务，其费率厘定的基本方法是赔付率法（Loss Ratio Method），赔付率是已发生的赔付成本与已赚得保险费的比率，它是财产和责任保险费率厘定的方法之一。

#### 四、在费率厘定中经验数据的使用

健康保险费率厘定取决于保险金成本、保单失效率、利率和营业费用等，这在很大程度上与寿险相同，但是，在不同地区保险金成本的差别和经济状况的影响，以及取消期和免赔额对保险金成本的影响，产生了寿险费率计算中并不存在的问题。

(1) 在制定总保险费时，应考虑所选择的经验数据和最终的经验数据的关系，选择的经验数据对寿险费率厘定相对适用，而对健康保险的费率厘定并无多大实用之处。由于通货膨胀使每年的医疗费用递增，即使使用的是最终的经验数据，也需要使用趋势系数加以调整。

(2) 相对寿险而言，在健康保险费率厘定中利率的作用并不重要。健康保险在保险前期的赔付明显大于均衡保险费法的人寿保险，因而可用的资金不多，准备金的规模也不大。

(3) 相对寿险而言，健康保险单的失效率较高，对费率的水平有较大影响。

#### 五、总保费

健康保险的总保费如同寿险一样，也是由纯保费、费用、意外准备金等组成。总保费一般按年计算，但可以按月、季度或半年缴付。各种费用项目可以分别用保费的一定比例、每份保险单的一个金额和每笔赔付的一个金额表示。意外准备金是作为赔付和费用开支高于预计情况下的备抵，它可以用保费的一定比例表示。

对一定金额的某种保险金，要按照被保险人的年龄、性别、职业、地区发病率、费用、保单失效率和利率作出假设，然后估计总保费。对这一试验性的总保险费要使用现实的经验数据加以测试，尔后作适当的调整，最终确定总保费水平。对总保费可以不计算每一年龄的总保险费，而是计算每隔一定年数的年龄的总保费，如 20 岁、30 岁、40 岁、50 岁、60 岁，对中间年龄的总保费可以使用对这些年龄的保费画一条平滑曲线的方法得出。

### 3.5.2 人身意外伤害保险保费的厘定

意外伤害保险费率包括纯费率和附加费率两部分，这与人寿保险没有区别。意外伤害保险的费率计算依据的是过去的经验资料，进一步说是根据保额损失率计算的，这与人寿保险就大不一样。

#### 1. 计算意外伤害保险费率的一般方法

意外伤害保险的费率应与被保险人的危险程度相适应，所以，首先要根据被保险人的危险程度分类。一年期意外伤害保险一般按被保险人的职业分类，因为决定危险程度大小的主要因素是他们所从事的职业。例如井下采煤矿工人、海上捕鱼的渔民、机关事业单位的职工，他们所面临的危险显然不一样，于是把他们分成几个类别。

职业分类是一件看似简单实则技术性很强的工作，划分过粗，对保险人比较方便，但会造成被保险人之间保费负担的不公平；划分过细，保险费在被保险人之间分担较为公平，却给保险人带来了繁重的工作。

极短期（期限少于1年）的意外伤害保险，一般按被保险人所从事的活动性质分类，即对飞机旅客、公路旅客、索道乘坐者等分别制定保险费率。

在对被保险人分类的基础上，依有关统计资料分别计算费率。对新开办的险种，可根据相关资料估算费率。例如煤矿工人意外伤害保险的费率，可以根据矿山安全部门的工伤事故统计资料进行估算；铁路旅客意外伤害保险的费率，可以根据铁路部门的伤亡统计资料进行估算。对于已开办多年的意外伤害保险险种，则可根据经验资料计算保额损失率，并在此基础上计算出精确的保险费率。对于已开办多年的险种，则可根据经验资料计算保额损失率，并在此基础上计算出精确的保险费率。

由于一年期意外伤害保险在意外伤害保险中最为普遍，且按保险金额的一定比率计收保险费又是保险费计算的主要方式，所以，我们仅以一年期意外伤害的保费计算为例，来介绍费率的计算方法。

#### 2. 意外伤害保险纯费率的计算

##### 一、纯费率的计算原理

保险是一种商品，因此也要求等价交换，这种等价交换从整体看，是全部被保险人所缴纳的纯保险费与保险人所给付的保险金额相等；从个别看，是每个被保险人所付出的保费代价与所取得的保障程度相符，即按每个被保险人缴纳的纯保险费与其所能获得的保险金的数学期望值相等。

从概率论角度看，每个被保险人在投保了意外伤害保险后，保险事故的发生都是一个随机事件，即每一个被保险人都有可能发生保险事故，从而获得保险金给付，获得的保险金给付最高额以保险金额为限。每个投保意外伤害保险的被保险人也可能不发生保险事故，不获得保险金给付，可以理解为获得保险金给付额为0。由此可见，对单个被保险人而言，保险事故的发生是一个随机事件。假如保险事故肯定不发生，那么谁也不会投保意外伤害保险；反之，保险事故肯定发生，那么保险人也不会对此进行承保。

保险费是投保时缴纳的，被保险人无法预知自己能否获得保险金，获得多少保险金，即被保险人获得的保险金也是一个随机变量，其取值范围介于零和保险金额之间。设某人投保意外伤害险，保险金额为 $S$ ，其获得的保险金给付为 $X$ ，则随机变量 $X$ 的取值范围为 $0 \leq X \leq S$ ，以 $E(x)$ 表示 $X$ 的数学期望值，以 $P$ 表示该被保险人应缴纳的纯保费，则有

$$P=E(x)$$

(3.5.2)

从理论上讲，X 是一个连续型随机变量，即 X 可在 0 和保险金额 S 间连续不断地取值，但是，在实际业务中 X 已被分散化，变成一个离散型随机变量，即 X 只可能在 0 和 S 间取有限个值，于是我们可用下面的公式求其数学期望值

$$E(X) = \sum x_i p_i$$

(4.5.3)

其中：X<sub>i</sub> 表示随机变量 X 可能取的值是 X<sub>1</sub>, X<sub>2</sub>, X<sub>3</sub>, ..., X<sub>i</sub>

P<sub>i</sub> 表示随机变量 X<sub>i</sub> 出现的概率

Σ 为求和符号

那么，则有

$$E(X) = X_1 P_1 + X_2 P_2 + X_3 P_3 + \dots + X_n P_n$$

(3.5.4)

## 二、纯费率的计算方法

仔细观察某一险种的保额损失率，可以发现各年度并不一定相等，而是表现出一定的波动性。因此，不能将某一年的保额损失率作为纯保险费率，而应根据若干年的保额损失率统计资料，来推断纯保险费率，这实际上是一种预测方法在费率计算上的运用。

### (1) 一元线性回归分析法

它是用一元回归方程对事物变化的因果关系作出定量分析。我们以 X 为时间变量（自变量），以 Y 为保额损失率预测值（因变量），以 a 和 b 为回归方程系数，设 X 与 Y 之间的关系为 Y=a+bX。则根据一元线性回归的求解方法即可求出 a 和 b。

使用一元线性回归方法应注意，当保额损失率逐年上升或下降并呈线性趋势时，这种方法较为准确，否则应寻求其他方法。

### (2) 移动平均法

当保额损失率不呈上升或下降趋势，且年与年之间波动不大，则可采用移动平均法计算纯费率。较常用的是移动平均法和加权移动平均法。移动平均法是将原始时间数列逐项移动、依次计算出包含一定项数的序时平均数的方法。加权移动平均法是将所取几年的保额损失率分别赋予不同的权数，离预测期年份越

近的保额损失率权数越大，把权数与各年保额损失率的乘积加总，再以权数之和除之。

### （3）正态分布法

正态分布法是把各年度保额损失率看做是一个随机变量，而且，这一随机变量服从正态分布，根据以往若干年度实际发生的保额损失率，估计下一年度的保额损失率小于某一数值的概率。

正态分布法适用于保额损失率各年度间变化没什么规律可循，且承保人数又不多的情况。为使计算准确，要求保额损失率的资料的时间跨度应尽量长一些。

## 3. 意外伤害保险附加费率计算

附加保险费率是以经营管理费、预期利润和税收为基础计算的，换言之，保险公司按附加费率收取的保险费，主要由这三部分构成。

（a）业务费用。业务费用包括保险从业人员工资、代理手续费、宣传费等。衡量方式有两种：一是业务费用占承保金额的比重；二是业务费用占保费收入的比重。

（b）预期经营利润。保险企业利润收入包括经营利润和投资利润两项，在费率中所反映的是经营利润。其衡量方式有两种：一是经营利润占承保金额的比重；二是经营利润占保费收入的比重。

（c）税收。保险企业的赋税包括营业税、城市维护建设税、所得税、房产税、车船使用税、土地使用税等。衡量方法同上。

$$\text{附加费率} = \frac{\text{附加费用总额}}{\text{保险金额总额}} \times 1000\%$$

## 总 结

1. 人身保险经营的特性决定了其必须要进行大量的定量分析。人身保险的保单一般是长期契约，这就决定了其收入和支出在时间上是不配比的，且为了支付未来赔偿而筹集的保费与未来实际发生的赔偿金额也存在差别。为了降低经营的风险，就必须把这些差别控制在一定的范围内并尽量降低，而这就需要科学精确地厘定保险费率。总之，人身保险的科学运营客观上离不开精算，人身保险精算使人身保险的经营科学化，确保了经营的稳定性和盈利水平。

2. 利息是使用资本的代价或报酬，可用利率或贴现率来度量它。计息期与基本的时间单位一致与否，导致了实际利率与名义利率的不同，但二者在一定情况下可相互转化，即二者在一定条件下是等价的。当计息期无限趋近于零时，名义利率即成为利息力，它是衡量资本在瞬时获取利息的能力。只要知道了利率、贴现率、利息力之中的任何一个，以及本金和时间期限，就可以进行有关现值和终值的计算了。

3. 年金是在相等时间区间上所作的一系列给付。在经济生活中，年金是普遍存在的。确定年金是年金的一种形式，熟悉和了解了它，会有助于我们对寿险有一个初步的概念，加深对寿险实际业务的理解。

4. 人身保险，特别是寿险，是以被保险人的生存和死亡为保险标的的保险，其保费和准备金的计算与

被保险人的生死有着密切的关系，然而被保险人自保单生效后的未来的存活时间是不确定的，因此，我们就需要研究人的生、死的规律及其有关概率的计算。通过对余寿这一随机变量的分布函数、概率密度函数及期望值等的研究，可用生存函数和一些特定符号来表示某人群在一段时间内或在瞬时的生死概率，即可估计出被保险人在任意年龄上的生命状态。在实践中，常以生命表来表示这一点。生命表记录了被保险人在整数年龄上的生死概率，在一定的假设下，可由此推出被保险人在分数年龄上的生死概率。生存函数与生命表是相互联系的，可通过生命表对生存函数进行计算。

5. 寿险保费的计算是一个复杂的问题。首先保费的构成是有多种因素决定的。单纯用来支付保额的保费叫纯保费。但保险人向投保人收取的并不仅是纯保费，其经营各项业务时必然会发生各种各样的费用，同时还要考虑各种可能的风险。此外，风险性保险公司作为经济主体，还要考虑一定的利润因素。所有这些，构成了毛保费。等值方程是计算保费的依据。对毛保费的计算可在纯保费的基础上进行，即按等值方程先算出纯保费，然后在此基础上加进必要的风险、费用、利润等因素的考虑。也可以在较保守的费用率利率死亡率风险加成系数的基础上直接用等值方程来计算毛保费。

6. 健康和人身意外伤害保险保费的确定与人寿保险相比是较为简单的。其计算过程同样是先算出纯保费，然后在此基础上加进必要的风险、费用、利润等因素的考虑来得到毛保费，只是决定二者纯保费的因素不同。对健康保险来说，发病率是影响其年净赔付成本的主要因素，从而也是决定其纯保费的主要因素。在人身意外伤害保险保费的确定中，被保险人的职业因素具有重要的意义。

关键词汇

保险精算	出险率	一元生命人生保险	复合生命人生保险	随机事件
概率	大数定律	终值	现	
值	终值函数			
现值函数	本金	单利	复	
利	名义利率			
实际利率	名义贴现率	实际贴现率	利息力	现金
流量				
贴现因子	确定年金	期末付年金	期初付年金	生命表
生命函数	余寿	生存函数	生存	
数	死亡数			
生存率	死亡率	死力	取整余	
寿	平均余寿			
完全平均余寿	取整平均余寿	死亡法则	纯保费	毛保费
收支平衡原则	精算现值	自然保费	均衡保费	均衡纯
保费				
费用负荷毛保费	发病率	年净赔付成本	保额损失率	

思考题



1. 简述人身保险精算与精算的关系。
2. 简述现代人身保险精算研究的主要对象。
3. 人身保险精算在人身保险经营中起那些作用？
4. 什么是大数定律？大数定律对人身保险经营有何重要意义？
5. 什么是利息力？利息力的作用是什么？
6. 什么是确定年金？
7. 什么是生命表？生命表对人身保险费率的厘定有什么重要意义？
8. 什么是死力？死力的作用是什么？
9. 简述对余寿的研究的作用。
10. 简述保费的构成及其决定因素。
11. 保险费厘定时应遵循的原则都有什么？
12. 寿险的纯保费是如何计算的？
13. 简述寿险的毛保费的计算方法。
14. 比较人寿保险和健康保险中各影响因素对它们费率厘定的不同影响。
15. 简述健康保险费率厘定的原理。
16. 简述意外伤害保险纯费率的计算方法。

## 第四章 人身保险合同

### 本章预习

人身保险合同是人身保险学研究的重点。人身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。人身保险合同具有多种特点，拥有多种不同种类。另外，人身保险合同的要素、合同的订立和履行过程中有诸多方面区别于其它合同。

本章主要包括：

- 人身保险合同的概念、特征、分类与形式

- 人身保险合同的要素
- 人身保险合同的常见条款
- 人身保险合同的订立与履行
- 人身保险合同的纠纷、解释与争议处理

## 4.1 人身保险合同概述

### 4.1.1 人身保险合同的概述

合同是一个经济生活中的概念，也可以称为契约。根据《中华人民共和国合同法》的定义，合同是平等的自然人、法人、其他组织之间设立、变更、终止民事权利义务关系的协议。

保险合同也称为保险契约，是商业保险中投保人或被保险人与保险人约定权利义务关系的协议。保险当事人在平等的基础上充分协商，本着真实、自愿和诚实信用的原则订立。它是保险当事人双方的法律行为。当双方意思表示一致时，保险合同成立；在满足一定条件时，保险合同具有法律效力。保险所体现的经济补偿关系必须通过订立保险合同才能得以实现。

人身保险合同则是投保人与保险人约定人身保险权利义务关系的协议。

### 4.1.2 人身保险合同的特征

人身保险合同作为投保人与保险人约定保险权利义务关系的协议，适用《保险法》，《合同法》等的有关规定。人身保险合同具有以下特点：

#### 1. 人身保险合同是有名合同

有名合同是法律直接赋予某种合同以特定的名称，并以相应的法律制度调整的合同。法律尚未为其确定名称和特定规范的是无名合同。一般情况下，只有那些社会经济关系重大、影响深远的合同才会被法律确定其名称和特定的规范。人身保险合同是法律直接赋予名称的合同。同时，又有《保险法》对人身保险合同进行特别的调整。因此，人身保险合同是有名合同。

#### 2. 人身保险合同是要式合同

要式合同是指采用特定形式订立的合同。根据《保险法》第十二条规定：人身保险合同应当以书面形式订立。这种书面形式既可以详细记载双方当事人的权利义务，有利于合同的履行，同时又对人身保险合同的成立起到证明作用。尽管随着承保技术的进步，国外允许电话投保和E-MAIL投保，但最终还要以出具保单作为保险关系成立和有效的证明。

#### 3. 人身保险合同是附和性合同

附和性合同又称为格式合同，是指合同的条款事先由当事人的一方拟订，另一方只有接受或不接受该条款的选择，但不能就该条款进行修改或变更。人身保险合同就属于附和性合同。

人身保险合同的条款事先由保险人拟定，经监管部门审批。投保人往往不熟悉保险业务，很难对保险

条款提出异议。投保人购买保险，要么附和保险人的合同，即同意合同条款并购买该合同；要么拒绝购买该保险，一般没有修改合同内容的权力。即使需要变更某项内容，也只能采纳保险人事先准备的附加条款。因此，在附和性合同中，保险人较之被保险人处于明显优势。由于人身保险合同的这种附和性，当合同双方对人身保险合同条款的某些词意理解有分歧时，法院通常会做出有利于投保人的解释。不过，随着保险市场竞争的激烈化，保险客户亦部分地获得了与保险人平等协商人身保险合同内容的权力，因此，固定格式人身保险合同的有关内容在某种条件下亦存在着修改的可能；个别保险业务甚至可以临时协商、订立无既定格式的人身保险合同。

#### **4. 人身保险合同是有偿合同**

有偿合同是指享有权利同时必须承担义务的合同。订立人身保险合同是双方当事人有偿的法律行为。一方要享有合同的权利，就必须对另一方付出一定的代价，这种相互报偿的关系，称为对价。投保人与保险人的对价是相互的。投保人的对价是支付保费，保险人的对价是承担某种危险，但这种对价并不意味着保险人对投保人付出对等的代价，即一定要给付保险金或赔偿损失。只是当承保的危险发生时，才对投保人的实际损失承担补偿的义务。这也正是人身保险合同的本质所在。

#### **5. 人身保险合同是双务合同**

双务合同是指合同当事人双方相互享有权利，同时也承担义务的合同。人身保险合同的保险人享有收取保险费的权利，同时承担约定事故发生时给付保险金或补偿被保险人实际损失的义务；人身保险合同的投保人承担支付保险费的义务的同时，被保险人在保险事故发生时依据人身保险合同享有请求保险人赔付保险金的权利。

#### **6. 人身保险合同是最大诚信合同**

在我国的《保险法》中，明确规定从事保险活动必须遵守最大诚信的原则。最大诚信原则是保险的基本原则，每个人身保险合同的订立、履行都应当遵守最大诚信原则。对人身保险合同双方当事人违反最大诚信原则的行为，《保险法》规定了严厉的处罚措施。

### **4.1.3 人身保险合同的分类**

依据不同的标准，人身保险合同可以进行多种划分。主要有如下几种分类：

#### **1. 按保险标的性质划分**

人身保险合同是以人的生命和身体为保险标的的人身保险合同。按保险标的性质划分，可分为人寿保险合同、意外伤害保险合同和健康保险合同。

人寿保险合同是以被保险人的生命为保险标的，以生存和（或）死亡为给付保险金条件的人身保险合同。年金保险合同是人寿保险合同的特殊形式。

意外伤害保险合同是以被保险人因遭受意外伤害事故造成死亡或残疾为保险事故的人身保险合同。

健康保险合同是以人的身体为对象，以被保险人在保险期限内因患病、生育所致医疗费用支出和工作能力丧失、收入减少及因疾病、生育、致残或死亡为保险事故的人身保险合同。通常，将不属于人寿保险合同和人身意外伤害保险合同的人身保险合同都归为健康保险合同。

## 2. 按人身保险合同的经济性质划分

按人身保险合同的经济性质划分，可分为补偿性人身保险合同和给付性人身保险合同。

补偿性合同是保险人根据保险标的所遭受的实际损失进行经济补偿的合同。一般而言，在人身保险合同中，医疗保险合同属于此类合同。

给付性合同又称为定额给付合同，是事先由人身保险合同双方当事人约定保险金额，当被保险人发生保险事故时，由保险人按约定的保险金额给付保险金的合同。人身保险的许多险种均属定额保险，特别是寿险。因为人的生命和身体本身是不能用经济价值来衡量的，只能由双方约定的保险金额来确定给付金额。

## 3. 按投保人数的不同分类

按投保人数的不同分类，人身保险合同可分为个人保险合同、联合保险合同和团体保险合同。

个人保险是以一个人作为保险标的的人身保险。在人身保险合同中，以单个人身保险合同居多。

联合保险是将存在一定利害关系的2个或2个以上的人视为联合被保险人，例如父母、夫妻、子女、兄弟姐妹或合作者等多人，作为联合被保险人同时投保的人身保险。联合保险中的一个被保险人死亡，保险金将给付其他生存的人。如果保险期限内无一死亡，保险金给付给所有联合被保险人或其指定的受益人。

团体保险是以团体为保险对象，以集体名义投保并由保险人签发一份总的保险合同，保险人按合同规定向其团体中的成员提供保障的保险。它不是一个具体的险种，而是一种承保方式。团体保险一般有团体人寿保险、团体年金保险、团体意外伤害保险和团体健康保险等四类。

在一般的保险合同分类当中，还有一种按照保险标的的数量和性质进行分类的方法，将保险合同分为个人保险合同、集合保险合同和综合保险合同。结合人身保险，可以将人身保险合同分为个人人身保险合同、集合人身保险合同和综合人身保险合同。

个人人身保险合同是指以单个人为保险标的的人身保险合同。大多数的投保人都针对单个的被保险人进行投保。

集合保险合同是将多个性质相似的保险标的集合在一起，而对每一保险标的分别订有各自的保险金额的保险合同。在人寿保险中，以同一雇主或团体的全部或部分受雇人或会员为被保险人，由保险人签发一张总保险单的团体人身保险合同都是集合保险合同。集合类人身保险合同，当发生保险事故时，单个的被保险人的赔偿按个人人身保险的赔付方式赔付，即在个人的保险金额限定下，按合同约定方式进行全额或比例赔付。

综合保险合同是指保险人承保的是性质不一定类似的众多的保险标的，但仅确定一个总的保险金额，而不分别规定保险金额的保险合同。这种合同无特定的保险标的，而是仅以一定标准限定标的的范围，并按此范围内的所有标的来规定一个总保险金额，保险人在保险金额的限度内承担保险责任。在人身保险中，此类合同主要是针对被保险人常常面临同一危险因素的情况，可以用在团体健康保险和意外伤害保险中。

## 4. 按合同的法律效力划分

按合同的法律效力划分，可分为有效人身保险合同、可撤销人身保险合同和无效人身保险合同。

有效人身保险合同是具有法律效力、可以实施的人身保险合同。

可撤销人身保险合同是指当事人的意思表示不真实，合同的一方具有因合同另一方违背合同而取消合同的权力的人身保险合同。可撤销的人身保险合同在变更、撤销以前是有效的，是否变更或者撤销由权利人决定。当事人请求变更的，人民法院或者仲裁机构不得撤销。因此可撤销人身保险合同又可以称为相对无效的人身保险合同。

无效人身保险合同是指不具备合同成立的条件，违反国家法律、法规要求，国家不予承认和保护，不具有法律效力的合同。导致合同无效的原因可分为以下几种：①合同主体不合格。如投保人为无民事行为能力的人。②合同内容违反法律和行政法规。如合同内容超越了保险公司的经营范围。③意思表示不真实。如投保人是受欺诈而签订的人身保险合同。④无效代理。如该代理人的代理权已经终止，不再具有代理权限。⑤合同形式不符合法律规定或订立合同的手续不完备。法律认为以上这些人身保险合同自签订之日起就不具有法律效力。在人身保险合同被确认无效后，尚未履行的，不得履行，正在履行的，应立即终止履行。

## 5. 按照保险期限分类

人身保险合同可以分为长期保险合同、1年起保险合同和短期保险合同。

长期保险是指保险期限超过1年的人身保险合同。人寿保险大多数都属于长期保险业务。

1年期保险是指保险期限为1年的人身保险业务。1年期保险业务主要集中在人身意外伤害保险。健康保险也可以是1年期保险。

短期保险是指保险期限不足一年的人身保险业务。人身意外伤害险中的许多险种为短期保险，如航空旅游人身意外伤害保险，保险期限仅仅为一个航程。

### 4.1.4 人身保险合同的形式

我国《保险法》规定，订立保险合同必须采用书面形式。人身保险合同的书面形式主要有投保单、暂保单、保险单、保险凭证、保险批单和其他的书面协议形式。

#### 1. 投保单

投保单是投保人向保险人提出保险要求和订立人身保险合同的书面要约。投保单又称“要保书”或“投保申请书”，是保险人出具保险单的依据和前提。投保单一般由保险人事先根据险种需要设计内容格式，投保人投保时依投保单所列的内容逐一填写，保险人再据此核实情况，决定是否承保。投保单一般都会载明保险合同的主要条款，包括投保人、被保险人、以及受益人的姓名、身份证号码、性别、家庭住址、出生年月等基本信息；投保的险种、保险金额、保险期限、缴费方式、缴费期限；开始认领年金年龄、领取方式、领取标准、红利派发形式；保险费和付款方式；告知事项；投保人签名已申请时间等。投保单是人身保险合同构成文件之一，如果投保单上有记载，而保险单上有遗漏，其效力与记载在保险单上相同。投保单一经保险人签章承保，合同成立。

#### 2. 暂保单

暂保单是在出立正式保险单或保险凭证之前出具的临时性的保险证明。暂保单通常只记载保险单中的被保险人、保险标的、保险金额、保险险种等重要事项，及保险单以外的特别约定。经保险人或保险代理人签

章后，交付投保人。暂保单在保险单未签发前，与保险单具有同样的法律效力。但其有效期较短，通常以 30 天为期限，并在正式保险单签订时自动失效。正式保险单签发前，保险人可以终止暂保，但须提前通知投保人。暂保单的签发通常发生如下情形：签订人身保险合同的分支机构受经营权限或经营程序的限制，需要经过保险公司批准，在未获准之前，以暂保单为保险证明；保险人与投保人在洽谈或续订合同时，就合同的主要事项已达成协议，但还有一些条件尚待商洽的，以暂保单为保险证明；或者保险代理人承揽到业务后，暂时还没有办妥全部手续时，以暂保单为保险证明；为出口结汇需要，在正式保单或保险凭证未出立前，以暂保单为保险证明进行结汇。

### 3. 保险单

保险单, 又称保单, 即是指通常所说的书面人身保险合同, 是保险人和投保人之间订立人身保险合同的正式书面文件。它包括前述人身保险合同内容中的所有内容。是投保人与保险人履行权利义务的依据, 是最为重要的书面形式。签发保险单不构成保险合同成立的要件, 而只是保险人的法定义务。若是在签发保险单前发生了保险事故, 要分别不同的情况确定保险人是否承担保险责任。

### 4. 保险凭证

保险凭证也是一种人身保险合同的书面形式。它具有与保险单相同的效力, 但在条款的列举上较为简单。只在少数业务中使用此类形式。通常用于方便携带保险证明的场合: 如在汽车第三者责任保险中, 常以保险凭证代替保险单, 由被保险人随身携带。还有如下情况也使用保险凭证: 保险人为简化单证手续, 在订立海洋运输人身保险合同时, 保险人与外贸公司合作, 直接在发票上印就保险凭证, 并事先加印签章, 当保险公司缮制发票时, 保险凭证也随即办妥。

### 5. 保险批单

批单是人身保险合同双方就保险单内容进行修改和变更的证明文件。通常用于对已经印制好的保险单的内容作部分修改, 或对已经生效的保险单的某些项目进行变更。批单一经签发, 就自动成为人身保险合同的组成部分。批单的法律效力优于保险单, 当批单内容与保险单不相一致时, 以批单内容为准。

## 4.2 人身保险合同的要素

人身保险合同的要素由合同的主体、客体和合同的内容三部分组成。

### 4.2.1 人身保险合同的主体

按照民法规定, 主体是指拥有权利与承担义务的人。人身保险合同的主体是指与人身保险合同发生直接、间接关系的人(含法人与自然人), 包括当事人、关系人和辅助人。当事人是订立合同、规定合同中权利与义务的主体, 是与人身保险合同的订立和履行有直接关系的人; 关系人是与人身保险合同有经济利益关系, 而不一定直接参与人身保险合同的订立的人; 辅助人是协助人身保险合同的当事人签署合同、履行合同, 并办理有关保险事项的人。

#### 1. 人身保险合同的当事人

人身保险合同的当事人是指直接参与建立保险法律关系、确定合同的权利与义务的行为人, 即参与订

立人身保险合同的主体，包括投保人和保险人。

(1) 投保人。投保人又称要保人，是向保险人申请订立人身保险合同，并负有缴付保险费义务的人身保险合同的一方当事人。投保人作为人身保险合同的当事人，要求具有以下条件：

1) 完全的民事权利能力和行为能力。一般说来，没有法人资格的组织及无行为能力和限制行为能力的自然人均不能成为投保人。

人身保险合同关系是一种民事法律关系，投保人作为人身保险合同的当事人即民事主体，须具有民事权利能力和相应的民事行为能力。民事权利能力是指民事主体依法享有民事权利和承担民事义务的资格；民事行为能力是指民事主体以自己的行为，享有民事权利和承担民事义务的资格或能力。民事权利能力是民事行为能力的前提。民事主体包括公民和法人，公民的民事权利能力始于出生，终于死亡。但公民的民事行为能力则因年龄和精神状态的不同而有所不同。依照《民法通则》的规定，年满 18 周岁的公民具有完全民事行为能力；16 周岁以上不满 18 周岁的公民，以自己的劳动收入为主要生活来源的，视为完全民事行为能力人；不满 16 周岁的未成年人和虽满 16 周岁，但不能辨认自己行为的公民，则不具有完全行为能力。因此，未成年人、精神病患者、嗜酒成性者不能成为合同当事人。对于限制民事行为能力者，经其监护人同意的，可作为投保人订立人身保险合同。如此规定，是为了保证合同双方都能对他们所共同签署的协议有充分的理解能力。

法人的民事权利能力始于设立，终于消灭。其民事行为能力与民事权利能力完全一致。凡依法取得法人资格的组织，都可以法人名义订立人身保险合同，成为投保人。

2) 投保人须对保险标的具有保险利益。否则，不能申请订立人身保险合同，已订立的合同为无效合同。

保险利益是指投保人或被保险人对投保标的所具有的合法的经济利益。它体现了投保人或被保险人与保险标的之间存在的利害关系。为了保证投保人的投保行为的合法性，防止投保人利用人身保险合同获取非法利益，防止保险活动中的道德危险的发生和限制赔偿额度，为维护国家利益、社会公共道德和保险人合法权益，各国保险立法都规定投保人须对保险标的具有保险利益。这是成为投保人所应具备的必要条件。

投保人可以为自己的利益投保，亦可为他人的利益投保。投保人为他人的利益投保时，在未经委托的情况下，应征得他人同意或将其订约目的告知保险人，以便保险人查明其是否具有保险利益并决定是否承保。

3) 作为投保人必须与保险人订立人身保险合同，并按约定交付保险费。

该条件包含两层含义：一是投保人须是以自己名义与保险人订立人身保险合同的当事人。无论是自然人，还是法人，都只有当其与保险人订立人身保险合同后，才能成为投保人；二是投保人须依人身保险合同中的约定支付保险费。人身保险合同是双务合同和有偿合同。受益人获得保险保障是以投保人缴纳保险费为前提。当投保人为自己的利益投保时，有义务缴纳保险费；在为他人利益投保时，也要承担保险费的缴纳义务。投保人如不按期交付保险费，保险人可以分情况要求其交付保险费及利息或者终止人身保险合同。保险人对终止合同前投保方欠交的保险费及利息，仍有权要求投保方如数补足。因此，保险人履行合同以投保人按合同约定缴纳保险费为前提，投保人只有在支付保险费后，才能成为法律意义上的投保人。

## (2) 保险人

保险人经营保险业务，是人身保险合同的一方当事人。保险人根据人身保险合同，拥有向投保人收取保险费的权利；当保险事故发生或者约定的保险期限届满时，有履行赔偿责任或者给付保险金的义务。作为人身保险合同的当事人，保险人要求具备下列条件：

1) 作为保险人，要具备法定资格。保险人常以各种经营组织形态出现。因保险经营的特殊性，各国法律都对保险人从业的法律资格作出专门规定。大多数国家规定只有符合国家规定的条件、并经政府批准的法人方可经营保险，成为保险人，并在执照规定的范围内经营保险。如果保险人不具有法人资格，所订立的合同无效。但也有少数特例，如英国劳合社的承保社员，是经国家批准、具有完全民事行为能力、符合一定的资产、信誉要求的自然人来作为保险人经营保险业务的。

我国《保险法》规定：保险人必须是依法成立的保险公司，分为国有独资公司和股份有限公司两种形式。

2) 保险公司须以自己的名义订立人身保险合同。

作为一方当事人，保险人只有以自己的名义与投保人签订人身保险合同后，才能成为人身保险合同的保险人。

## 2. 人身保险合同的关系人

人身保险合同的关系人是指与人身保险合同有经济利益关系，而不一定直接参与人身保险合同订立的人。保险关系人包括被保险人、受益人、保单所有人。

### (1) 被保险人

被保险人是指其人身受人身保险合同保障，享有保险金请求权的人。被保险人的生命、身体等是人身保险合同的保险标的，是保险事故发生的主体对象。投保人将被保险人的生命、身体等作为保险标的投保，投保人与被保险人之间的关系有以下两种情形：①投保人与被保险人是同一人。当投保人以自己的生命、身体投保时，被保险人就是投保人自己。②投保人与被保险人不是同一人，投保人是人身保险合同当事人，被保险人是人身保险合同的关系人。当投保人以他人为被保险人投保时，须遵守如下规定：第一，被保险人须是人身保险合同中指定的；第二，须征得被保险人的同意；第三，不得为无民事行为能力的被保险人投保以死亡为给付保险金条件的人身保险（《保险法》规定了例外的情况，即是父母为未成年子女投保的人身保险，不受此规定限制，但是死亡给付保险金额总和不得超过金融监督管理部门规定的限额）。

无论被保险人与投保人是否同一人，被保险人的成立都应具备两个条件：

1) 保险人必须是人身受人身保险合同保障的人。保险标的是被保险人的生命、身体或者健康等，保险事故发生，将会使被保险人遭受损失。人身保险合同就是通过对被保险人的生命、身体或者健康的保障，来实现对可能发生的保险事故造成的损害进行补偿。因此，被保险人须是生命、身体或者健康受人身保险合同保障的人。

具体来说，在人身保险中，被保险人是从人身保险合同中获得生命、身体机能保障的人，也是保险事故发生的本体，当被保险人死亡、伤残、疾病或达到约定年龄、期限时，可根据人身保险合同获得保险金；

2) 被保险人必须享有保险金请求权。保险金请求权是指被保险人因人身保险合同的订立而享有的，在保险事故发生后可行使的，要求保险人赔偿或给付保险金的权利。被保险人的生命、身体或者健康受人身保险合同保障，保险事故发生后，被保险人的生命、身体或者健康等受到伤害，被保险人有权要求保险人赔偿或给付保险金。因此，享有保险金请求权是被保险人成立的一个必要条件。



保险金请求权的行使因保险标的的不同而不同。在财产保险中，保险事故发生后，被保险人仍然生存，则保险金请求权由被保险人本人行使；若被保险人在该事故中死亡，保险金请求权由其继承人依《继承法》继承。但是在人身保险合同中，保险事故发生后，被保险人仍然生存的，保险金请求权由被保险人本人行使；若被保险人死亡的，保险金请求权由被保险人或者投保人指定的受益人行使。未指定受益人的，保险金请求权由被保险人的继承人继承。

法律对被保险人的资格无其他限制，但一般在人身保险合同中设有约定条件。一般财产保险的被保险人可以是法人与自然人；人身保险的被保险人不可以是法人，而只能是满足合同约定的年龄、健康、职业等条件的自然人。

## （2）受益人。

受益人又叫保险金受领人，即人身保险合同中约定的，在保险事故发生后享有保险赔偿与保险金请求权的人。

在财产保险合同中，并没有专门的受益人规定。这是因为财产保险的被保险人通常就是受益人。只有在某些特殊情况下，财产保险合同的当事人才约定由第三者享有优先受领保险赔偿的权利，而第三者一般是被保险人的债权人，并非保险法上的受益人。在责任人身保险合同中虽没有指定受益人，但保险赔偿却并非为被保险人领取。

在人身保险合同中，受益人是由被保险人或者投保人指定的享有保险金请求权的人，可以是一人，也可以是数人。投保人、被保险人都可以为受益人。受益人与投保人是同一人时，受益人就是合同当事人；否则，受益人是合同关系人。

人身保险合同中的受益人应当具备下述两个条件：

1) 受益人必须由被保险人或投保人指定。受益人必须是被保险人或投保人在人身人身保险合同中指定的人。由投保人指定受益人的，须经过被保险人同意，方才有效。法律对受益人资格并无限制，因此，受益人可以是自然人，也可以是法人。通常情况下，受益人如果不是被保险人、投保人，则多为与其有利害关系的自然人。出生时存活的胎儿也可以为受益人。

当投保人以自己的生命、身体为自己利益而订立人身保险合同时，投保人既是被保险人，也是受益人。当投保人以自己的生命、人身为他人利益订立人身保险合同时，投保人是被保险人，但受益人是由其指定的人。当投保人以他人的生命、人身为自己利益而订立人身保险合同时，须经被保险人同意后，投保人成为受益人。当投保人以他人的生命、人身为他人利益而订立人身保险合同时，经被保险人同意，受益人可以是第三人。若投保人变更受益人，必须经被保险人同意。

在团体寿险中，受益人的指定权仅归被保险人所有。若投保人或被保险人未指定受益人，多认为投保人或被保险人是当然受益人。

2) 受益人必须是享有保险金请求权的人。受益人享有的保险金请求权，是受益人依照人身保险合同享有的一项基本权利。在人身保险合同中，当被保险人与受益人不是同一人时，在保险事故发生后，若被保险人死亡，则受益人应能够从保险人处获得保险金的给付。保险金请求权是受益人实现自己保险金利益的一项必要权利。否则，受益人不能获得保险金，受益人也就没有意义了。因此，是否享有保险金请求权就成为认定受益人的一个必要条件。

人身保险合同中被指定的受益人是一人的，保险金请求权由该人行使，并获得全部保险金。若受益人是多个人的，保险金请求权由多个人共同行使，其受益顺序和受益份额由被保险人或投保人在合同中事先确定；未确定顺序或份额的，受益人按照相等份额享有受益权。

作为受益人，在合同中有两种形式：一种是不可撤销的受益人，在人身保险合同签订时确定且不得随意撤销，只允许在受益人同意下更换受益人；一种是可撤销的受益人，在人身保险合同的有效期内，投保人或被保险人可以中途变更受益人和撤销受益人的受益权。受益人的形式在人身保险合同签订过程中确定。

受益人的保险金请求权直接来自于人身保险合同的规定，当被保险人死亡后，受益人获得的保险金是根据合同取得的，不属于被保险人的遗产，不得纳入遗产分配，也不用于清偿被保险人生前债务。但是，若保险金由继承人以继承方式取得，则在其继承遗产的范围内为他人偿还债务的义务。在下列情形中，只要符合其中之一，且被保险人生前又未指定其他受益人的，保险金将被作为被保险人的遗产处理：①受益人先于被保险人死亡；②受益人依法丧失受益权；③受益人放弃受益权。此时，保险金应按《继承法》规定分配。对于被保险人与受益人在保险事故中同时死亡的情形，按照共同灾难条款的规定，认为受益人先于被保险人死亡。

### （3）保单所有人

保单所有人又称为保单持有人，是拥有保单各种权利的人。主要适用于人寿人身保险合同。拥有人寿保单的保单所有人的权利通常有：变更受益人、领取退保金、领取保单红利、以保单作抵押借款、放弃或出售保单的一项或多项权利、指定新的所有人。保单所有人是在投保人和保险人订立合同时产生的。它可以是一个人，也可以是组织，既可以与受益人是同一人，也可以是投保人等其他任何人。在我国的人寿人身保险合同中没有此概念。通常保单所有人所拥有的权利由投保人、被保险人或受益人单独或分别享有。如分红保单的被保险人可领取保单红利；投保人可要求退保，获得退保金等等。

## 3. 人身保险合同的辅助人

人身保险合同的辅助人是指协助人身保险合同的当事人签署人身保险合同或履行人身保险合同，并办理有关保险事项的人，包括保险代理人、保险经纪人和保险公估人。保险业务的专业性和技术性，要求有专门的从业人员参与、协助办理有关业务。人身保险合同的辅助人为人身保险合同的订立和履行提供服务。它们对人身保险合同既不享有直接权利，也不承担直接义务，但对人身保险合同的订立起着保险人或保险客户的代理人的作用。由于人身保险合同的辅助人所担任的角色具有中介性质，因此，又被称为保险的中介人。

### （1）人身保险代理人

人身保险代理人是指根据保险人的委托，向保险人收取手续费，并且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。保险代理人在保险人授权的范围内代理保险业务的行为所产生的法律责任，由保险人承担。保险代理人包括专业代理人、兼业代理人和个人代理人。专业代理人是指专门从事保险代理业务的保险代理公司，其组织形式为有限责任公司。兼业代理人是指手保险人的委托，在从事自身保险业务的同时，指定专人为保险人代办保险业务的单位。个人代理人是指根据保险人的委托，向保险人收取手续费，并且在保险人授权的范围内代办保险业务的个人。个人必须持有保险代理的资格证书。

保险代理人与保险人之间必须在代办保险业务以前，根据平等互利和双方自愿的原则签订《保险代理合同书》，并且必须明确在合同书里面规定授权的范围、代理的地域和实践范围、险种和双方的收费的标准以及相关的法律责任。一般而言，保险代理人在代理活动当中只能以保险人的名义与投保人发生关系，而且严格在授权的范围之内。在此范围之内进行的活动由此而带来的法律责任，应该有保险人承担。

## （2）人身保险经纪人

人身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人身保险合同提供中介服务，并且依法收取佣金的有限责任公司。经营保险经纪业务，必须按照《保险经纪人管理规定》设立保险经纪公司。因保险经纪公司的过错，给投保人、被保险人造成损失的，由保险经纪公司承担赔偿责任。

保险经纪人和保险代理人都是保险合同的辅助人，主要的区别在于：第一，保险经纪人代表的是投保人的利益，保险代理人代表的是保险人的利益。第二，保险经纪人是以自己的名义进行保险经纪活动，但是保险代理人则是以保险人的名义与投保人和被保险人发生关系。第三，保险经纪人的保险经纪业务所产生的法律责任，由保险经纪公司承担，但是保险代理人在授权范围内进行活动所产生的法律责任由保险人承担。只有在授权范围之外的活动产生的法律责任，才由代理人自己承担。

## （3）人身保险公估人

人身保险公估人是指专门从事保险标的的查验、评估和保险事故的认定、估损、理算等业务，并且据此向当事人委托方收取合理费用的机构和个人。公估人在保险市场当中承担着专业技术服务功能、保险信息沟通功能、和风险管理咨询功能。保险公估人一般受保险公司的委托开展业务，除少数专门受被保险人委托的公估人之外，只对保险人负责，无需对被保险人负责。其出具的公估报告书一般是作为理赔的参考依据，本身不具有法律权威。

保险公估人因为职业疏忽引起委托人遭受损失，公估人要承担法律赔偿责任。因此公估人一般会投保职业责任险。保险公司委托公估人，一般是在经过双方了解和认识的基础上，以口头方式委托。一旦保险公估人接受保险公司的委托，保险公估合同关系就告成立。

### 4.2.2 人身保险合同的客体

人身保险合同的客体是人身保险合同的重要组成要素。按照民法中规定，客体是指权利和义务所指向的对象。人身保险合同的客体不是保险标的本身，而是投保人或被保险人对保险标的的保险利益。

保险标的是保险利益的载体。没有保险标的，保险利益就无从谈起。当标的遭受损坏时，投保人或被保险人的利益即遭到损害。以财产或人身作为保险标的，财产或人身就是保险事故可能发生的本体。保险人对财产及其相关利益的损失或人身伤害及其费用损失承担赔偿责任或给付责任。除了人身保险、责任保险之外，保险标的是保险人进行保险估价和确定保险金额的依据。保险标的的名称、质地、价值、使用性质、所在地点、与投保人的关系，都是保单中明确载明的重要内容。

人身保险合同的客体不是保险标的，而是投保人或被保险人对保险标的所具有的保险利益。这主要是因为人身保险合同保障的不是保险标的本身的安全，而是保险标的受损后投保人或被保险人、受益人的经济利益。危险是客观存在的，人身保险合同的订立并不能保证保险标的不发生危险，不会产生事故损失。当保险事故发生后，保险人依据合同，只能对保险标的的损失进行赔偿，而不可能赔偿原有的保险标的。因此，人身保险合同中规定的权利义务所指的对象是投保人或被保险人对保险标的所具有的保险利益，即人身保险合同的客体是保险利益。

所谓保险利益是指投保人或者被保险人对于投保标的所具有的法律上承认的利益。它体现了投保人或被保险人与保险标的之间存在的利益关系。衡量投保人或者被保险人对保险标的是否具有保险利益的标志是看投保人或者被保险人是否因为保险标的的损害或丧失而遭受经纪商的损失。也就是说，保险标的是保险利益产生的前提，保险利益是保险标的与投保人或者被保险人的经济利益关系。

保险利益是保险合同的客体，是保险合同生效的依据。只有当投保人或者被保险人对保险标的具有保险利益的时候，才能对该标的投保。否则将会引发不良的社会行为和后果。当投保人或者被保险人对同一个保险标的具有不同的保险利益时，可以就不同的保险利益签订不同的保险合同。若在多个保险标的上具有相同的保险利益的时候，也可以就不同的保险标地进行投保。

但是，保险利益不是保险合同的利益。保险利益体现的是投保人或保险人与保险标的之间存在的经济利益关系。该关系在保险合同签订之前就已经客观存在或者已有了存在的条件。投保人与保险人签订保险合同的目的在于保障这一利益的安全。保险合同的利益是指引保险合同生效以后所取得的利益，是保险权益。例如，受益人在保险事故发生以后所取得的保险金。保险权益在一定的条件下可以由权利人自由转让。如寿险合同的投保人和被保险人可以经过保险人批注，自由变更受益人。

保险利益的成立必须满足下列的条件：

- 1) 保险利益必须是合法的权益，被法律认可，受到法律保护。
- 2) 保险利益必须是客观存在、确定的利益。
- 3) 保险利益必须是经济利益，可以通过货币计量。

人身保险的保险利益在于投保人和被保险人之间的利益关系。人身保险宜人的申明合身体为保险标的，只有当投保人对被保险人的生命或者身体具有某种利益关系时，投保人才能够对保险人具有保险利益。

#### 4.2.3 人身保险合同的内容

人身保险合同的内容与人身保险合同的主体、客体一样，是建立合同关系必不可少的要素之一。对人身保险合同的内容，有广义和狭义两种理解：广义的人身保险合同的内容是指人身保险合同的全部记载事项，包括合同的当事人、关系人、双方权利义务和合同标的及保险金额等；狭义的人身保险合同的内容仅仅是指人身保险合同双方当事人所约定的、由法律确认的权利与义务。在此，我们从广义上理解人身保险合同的内容。

人身保险合同的内容通常由保险人与投保人依法约定，以条文形式表现。所以，人身保险合同的内容也就是人身保险合同的条款。

##### 1. 人身保险合同条款及其特征

人身保险合同的条款是记载人身保险合同内容的条文，是人身保险合同双方享受权利与承担义务的主要依据。人身保险合同的条款具有以下特征：

(1) 人身保险合同的条款由保险人事先拟定。人身保险合同为附和性合同，通常由保险人事先拟定。这一方面是因为保险发展的需要，一方面是由于保险业务的特殊性。随着保险事业的发展，保险业务不断扩大，保险人为了便于开展业务，而事先拟定人身保险合同条款，以备投保人索取。保险业务的专业化，也需要保险人的事先拟定，以便于有关部门的监管、有利于投保人权利的保护。投保人投保时，只需按投保单所列项目填妥，经保险人确认承保后，人身保险合同成立。

(2) 人身保险合同条款通常规定各险种的基本事项。由于人身保险合同条款大都由保险人事先拟订，故人身保险合同条款通常只是有关险种的基本条款。对某一人身保险合同若投保人有特殊要求，须与保险人协

商，在原合同的基础上订立特殊条款，或在基本条款的基础上附加条款，增加保障范围。

## 2. 人身保险合同条款的类型

《保险法》规定，保险合同条款分为基本条款和特约条款。

### （1）基本条款

人身保险合同的基本条款又称为法定条款，它是根据法律规定的由保险人制定的必须具备的条款。基本条款一般直接印在保险单证上，它不能随投保人的意愿而变更。根据《保险法》第 18 条规定，基本条款包括：“（一）保险人名称和住所；（二）投保人、被保险人名称和住所，以及人身保险的受益人的名称和住所；（三）保险标的；（四）保险责任和责任免除；（五）保险期间和保险责任开始时间；（六）保险价值；（七）保险金额；（八）保险费以及支付办法；（九）保险金赔偿或者给付办法；（十）违约责任和争议处理；（十一）订立合同的年、月、日。”

### （2）特约条款

特约条款是指在基本条款以外，由投保人与保险人根据实际需要而协商约定的其他权利与义务。特约条款有广义与狭义之分。广义的特约条款包括保证条款、附加条款两种类型；狭义的特约条款仅指保证条款。

1) 保证条款。保证条款是指投保人、被保险人就特定事项担保某种行为或事实的真实性的条款。该类条款由于其内容具有保证性质而得名。保证条款一般由法律规定，是投保人、被保险人必须遵守的条款，否则，保险人有权解除合同。

2) 附加条款。是当事人在合同的基本条款的基础上约定的补充条款。它增加或限制双方的权利义务，是对基本条款的修改或变更，其效力优于基本条款。通常采取在保险单上加批注或批单的方式使之成为合同的一部分。

## 3. 人身保险合同的基本内容

各类人身保险合同的内容，据险别的不同而不尽相同。但大都包括以下几个部分：主体、客体、权利义务和其他声明事项。

### （1）主体部分

人身保险合同的主体部分主要包括保险人、投保人、被保险人、受益人的名称及其住所，对于有多个受益人的，需标出顺序及份额。

保险人在我国专指保险公司，其名称须与保险监管部门和工商行政机关批准和登记的名称一致。其住所为保险公司或分支机构的主营业场所。

投保人、被保险人是法人或合伙企业的，其名称须与经主管部门批准或工商行政部门登记的名称一致，其住所为其主要办事机构或主营业场所。投保人、被保险人、受益人为自然人的须使用真实姓名，其住所为户籍所在地，离开户籍所在地 1 年以上的，以居住地为住所。

该内容是人身保险合同的基本条款，其法律意义在于：明确人身保险合同的当事人、关系人，确定合

同权利与义务的享有者和承担者；明确人身保险合同的履行地点，并确定合同纠纷的诉讼管辖。

## （2）客体部分

人身保险合同中的客体部分即在合同中明确保险利益的部分。包括保险标的和保险价值及保险金额。

保险标的是保险的对象，是保险利益的载体。确定保险标的的条款是人身保险合同的基本条款。对保险标的的明确，有利于确定人身保险合同的种类、明确保险人承担责任的范围、判断投保人是否具有保险利益、确定保险价值及赔偿数额。在财产保险中，标的物的数量、质量、座落地点或运输方式、工具、航程等应在合同中明确记载。在人身保险中，保险标的是被保险人的生命和身体，因此，在人身保险合同中应详细记录被保险人的健康状况、性别、年龄、职业、居住地及其与投保人之间的亲属或利益关系等，这些都是确定其危险程度和保险利益的重要依据。

保险价值是保险标的在某一特定时期内，用货币估计的价值总额，即是投保人对保险标的所享有的保险利益的价额。保险价值的确定为确定保险金额提供计算依据，并由此可确定保险责任的大小。一般保险合同的保险价值的确定可由当事人在保险合同中约定、或按保险标的的市场价格确定、或依据法律确定。具体的确定方法依据险种不同而不同。但是，在人身保险合同中，不存在保险价值问题。

保险金额是保险人承担赔偿责任或者给付保险金的最高限额。保险金额的确定为计算保险费和确定保险赔偿的最高限额提供依据。财产保险的保额必须在标的的实际价值与投保人对标的所具有的保险利益范围之内。人身保险的保额由投保人的支付能力和保险需求决定。

## （3）权利义务部分

通常包括保险责任、除外责任、保险费及其支付方式、保险金赔偿或给付方式、保险期限和保险责任开始时间、违约责任等。

1) 保险责任。是指保险人按合同约定的保险事故发生后，保险人所应承担的保险金赔付责任。规定保险责任的法律意义在于确定保险人承担危险责任的范围。

2) 除外责任。又叫责任免除，是指在合同中列明的保险人不予承担的保险赔偿与保险金给付责任。它是对保险责任的限制。除外责任的明示，进一步明确保险责任的范围。

3) 保险费及其支付方式。保险费是投保人为取得保险保障，而需按合同约定向保险人支付的费用。保险费的支付方式多种多样，依据合同种类不同而不同。有趸缴、分期交付、一次交付分期结算、分期结算等多种方式。投保人保险费的交纳是合同生效的条件。在合同中规定该内容在于明确投保人所承担的基本义务和履行义务的方式及期限。

4) 保险金赔偿或给付方式。是保险人履行人身保险合同的具体方式。该内容的约定有利于明确保险人义务履行的方式。在补偿性人身保险合同中，保险金的赔付按规定的方式计算赔偿金额。在给付性人身保险合同中，保险金额按约定保险金额给付。

5) 保险期限和保险责任开始时间。指保险人为被保险人提供保险保障的起止期间。在此期间内合同有效，保险人承担保险责任。保险期限长短依合同种类及投保人的需求不同而不同。长的可达几十年，短的可以按分钟计算。保险责任的开始时间，由合同约定，通常以年、月、日、时在合同中标示。在我国的保险实务中，是以开始承担保险责任之日的零时为具体开始时间的，即“零时起保”。保险期限及保险责任开始时间

的规定明确了当事人享有权利和承担义务的起止时间，便于合同的履行。

6) 违约责任。当合同当事人因过错不履行合同或不能完全履行合同约定义务时，所应承担的法律后果即违约责任。明确违约责任，在一定程度上可以防范违约行为的发生。

(4) 其他声明事项。

人身保险合同中，还有一些需要声明的事项，如合同订立的准确时间、投保人是否曾有被拒保及有否得到过赔款等保险记录等。此外，人身保险合同中还有合同失效、失权、追偿配合、争议及处理、解除、退费约定。这些约定成为人身保险合同履行过程中解释纠纷与避免纠纷和处理纠纷所必不可少的依据。

## 4.3 人身保险合同的常见条款

保险合同条款是人身保险合同中的核心。下面将介绍一些在人身保险合同中比较常见的、通行的、对投保人和保险人都非常重要的条款。这些条款是对某些事项规定由于经常被使用而逐步固定下来，含义逐渐确定并统一，文字形成也日趋规范，但它们并非人身保险合同中不可缺少的组成部分。在一份具体的人身保险合同中，使用、列入哪些条款，是由保险人在制定保险条款时决定的，也可以由投保人与保险人共同约定。

### 4.3.1 有关保险人责任的常见条款

#### 1. 不可抗辩条款

不可抗辩条款又称为不可争议条款，其内容是：在被保险人生存期间，从人身保险合同订立之日起满2年后，除非投保人停止缴纳续期保险费，保险人将不得以投保人在投保时的误告、漏告和隐瞒事实等为由，主张合同无效或拒绝给付保险金。合同订立的两年为可抗辩期。

在人身保险合同中列入不可争辩条款，是保护被保险人的利益、限制保险人权利的一项措施。根据最大诚信的要求，投保人身保险要在投保时如实申报被保险人的职业、年龄、健康状况、持有有效保单的情况等等，以便由保险人决定是否承保。如果投保人隐瞒真实情况，保险人查实后可主张合同无效，从而不承担保险责任。但是人身保险合同的期限一般较长，投保许多年之后，被保险人的情况必然发生从量到质的变化，如果保险人以上述理由主张合同无效，就会侵害投保人的权益。因而列入不可争辩条款，使保险合同在二年后成为无可争议的文件，避免了保险人方面发生道德危险，即虽然早已查明被保险人的年龄申报有误却仍收取保费，只是到应承担给付责任时才声明保险合同无效。同时可争辩期的规定是比较符合保险人对投保人申报真实性进行调查的实际，也符合民法对诉讼时效的一般原则的，对保险人的经营也不构成危害。

在我国目前的人身保险合同中，一般不列入不可争辩条款，但在保险法条文中有这种思想的体现，因而在工作实践中一般按不可争辩条款的原则掌握。《保险法》第53条有规定，“投保人申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合合同规定的年龄限制的，保险人可以解除合同，并且扣除了手续费后，向投保人退还保险费，但是自合同在成立之日起逾二年的除外。”

#### 2. 年龄误告条款

如果投保人在投保时错误地申报了被保险人的年龄，保险金额将根据真实年龄予以调整；如果实际年龄已超过可以承保的年龄限度，保险合同无效，保险人将已收保费无息退还，但需要在不可争辩期间之内完成。

调整的方法一般是按应缴保费与实缴保费的比例给付保险金，也有补收、退还保险费的做法。这种做法可以是保险有效期内及时发现调整，也可以在保险事故发生时对给付的保险金加以调整。

年龄是影响人身保险保险费水平的一个重要因素。投保人在办理投保手续时要如实申报被保险人年龄。由最大诚信出发，也出于实际工作的需要，保险人对此一般不进行严格地审查。但善意的或恶意的误报年龄将会影响保险费率的高低以及保险金额的多少，从而影响人身保险人的经营。一般地只有在保险事故发生后，保险人理赔审核各种单证时才会核实被保险人的年龄。而依据不可争辩条款，即使发现不符也不能宣布合同无效，如果仍按原来约定给付保险金，显然对保险人有失公平，引入年龄误告条款，可以一定程度地保护保险人的利益，弥补了不足。保险法第 53 条对此也有所提及“……投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人支付的保险费少于应付保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费，或者在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例支付。投保人申报的被保险年龄不真实，致使投保人实付保险费多于应付保险费的，保险人应将多收的保险费退还投保人。”

### 3. 自杀条款

这是包括死亡给付责任的寿险合同中列示的保险人的免责条款，《保险法》第 65 条规定，“①以死亡为给付保险金条件的合同，被保险人自杀的，除本条第二款规定外，保险人不承担给付保险金的责任，但对投保人已支付的保险费，保险人应按照保险单退还其现金价值。②以死亡为给付保险金条件的合同，自成立之日起满二年后，如果被保险人自杀的，保险人可以按照合同给付保险金。”

法律上的自杀，是指故意用某种手段终结自己生命的各种行为。构成自杀要有两个条件，1) 主观上有意图，2) 客观上实施了足以实现意图的行为。二者缺一不可。

目前寿险保单中列入自杀条款已较普遍，其合理性在于：1) 将自杀死亡列入保险人的免责条款，可以防止被保险人发生道德危险，图谋巨额保险金；2) 死亡保险的给付对象是受益人而非被保险人，如果将自杀死亡完全归入除外责任，不给付保险金，就会使受益人失去保障，有悖于保险的宗旨；3) 理论上对图谋保险金的自杀死亡，不应给付保险金，对于其他原因的自杀死亡，则应履行给付义务。但在自杀行为已经发生之后，难以判断自杀动机，所以自杀条款建立在这样的假设之上：图谋保险金的人早有自杀企图，会在订立合同两年内自杀；而超过两年的认为是投保时未有自杀意图，从而给付保险金。在没有办法准确判断被保险人自杀原因，从而给付保险金。在没有办法准确判断被保险人自杀原因的条件下，这样的规定是基本合理的，而且也保证了保险人的权益，并给受益人提供了保障。

### 4. 保费自动垫缴条款

该条款通常规定，投保人按期缴纳保费满一定时期以后，因故未能在宽限期内缴付保险费时，保险人可以把保单的现金价值作为借款，自动垫缴投保人所欠保费，使保单继续有效。其前提是，保单具有的现金价值足够缴付所欠保费，而且，投保人没有反对的声明。如果第一次垫缴后，再次出现保费未在规定期间缴付，垫缴继续进行，直至累计的贷款本息达到保单的现金价值为止。此后，若投保人仍不缴纳保费，保单将失效。在垫付保险费期间发生保险事故，保险人给付保险金时应从中扣除保险费的本息。

保费自动垫缴条款的规定是为了避免非故意的保单失效。为防止投保人的过度使用，有的合同要求投保人需申请才能办理，有的合同对自动垫缴使用设定限制次数。

### 5. 战争除外条款

战争除外条款规定将战争和军事行动作为人身保险的除外责任。该条款是保险人的免责条款。在战争



中往往有大量的人员死亡，远远超过正常的死亡率。对于按照正常死亡率计算的保险费而言，保险人若对此也承担给付责任，将会对保险人的正常经营造成很大影响。所以，一般都将战争或军事行为作为除外责任。确定战争是否属于除外责任时，有两种标准：一是造成死亡的直接原因是战争的情况；一是被保险人在服兵役期间的死亡，无论是否因为战争。我国按照前一种标准判断。

#### 4.3.2 有关保单持有人权益的常见条款

##### 1. 所有权条款

所有权条款规定保单的所有权归属，保单所有人的权利等。保单所有人又叫保单持有人，拥有保单的各种权利。在人身保险中，由于其储蓄性，在许多场合，所有人与受益人并不为同一人。所有人是在投保人与保险人订立人身保险合同时产生的，既可以是个人，也可以是机构；既可以是受益人，也可以是投保人、被保险人或其他的人。保单所有人拥有的权利通常有：变更受益人、领取退保金、领取保单红利、以保单作为抵押进行借款、在保单现金价值的一定限额内申请贷款、放弃或出售保单的一项或多项权利、指定新的所有人等。

##### 2. 宽限期条款

在人身保险中，宽限期一般为30天或60天，自应缴纳保险费之日起计算。宽限期条款是分期缴费的寿险合同中关于在宽限期内保险合同不因投保人延迟缴费而失效的规定。其基本内容是：当投保人未按时缴纳第二期及以后各期保费时，给投保人30天或60天的信用宽限期限。在此期间，保险合同仍然有效，如发生保险事故，保险人照常给付，但从保险金中扣除所欠的保险费。

分期缴费的寿险保单靠投保人按期缴纳保险费维持效力，但寿险期限过长，投保人难免发生资金周转困难或因其他事务而贻误了分期缴费的时机。如果因此造成合同失效，就会使得被保险人太过容易就失去保障或是不得不反复办理复效手续，繁琐又没有效率。而宽限期条款实际是保险人予被保险人的一种优惠，允许延迟缴费30天或60天，不加利息，不增收手续费。当然这一条款只适用于第二期及其后各期的付费，与首期缴费无关。引入宽限期条款之后如果投保人停缴保费，保险合同自宽限期结束的次日起失效，而此时保险人不能再要求投保人补交保险费。

##### 3. 复效条款

这一条款允许投保人在寿险合同因逾期缴费失效后二年内向保险人申请复效，经保险人审查同意，投保人补缴失效期间的保险费及利息，保险合同即恢复效力。保险合同复效后，对失效期间发生的保险事故保险人不予负责。

这就是说分期缴费的投保人即使在宽限期内仍未能及时缴费而导致合同失效，仍然可以比较方便地使合同复效而无需重复投保手续。恢复原有合同效力的，不变更原合同的各项权利义务，这往往使之比建立新合同对投保人更为有利。

但是申请复效往往掺杂逆选择因素，因此保险人要慎重对待，一般提出各种限制，如要求失效不超过两年，被保险人的身体健康状况符合投保条件以及补缴保险费本息等。

##### 4. 保单贷款条款

保单贷款条款允许投保人在寿险合同生效一年或二年后，以保单为抵押向保险人申请贷款，金额以低于该保单项下积累的责任准备金或退保金（也称作保单的现金价值）为限，投保人应按期归还贷款本息。如果

此前发生了保险事故或退保，保险人从保险金或退保金中扣还贷款本息。当贷款本息达到责任准备金或退保金数额时，保险合同即告终止。贷款条款多见于生死合险或终身寿险合同中。

人身保险期限长，投保人或被保险人一旦急需款项就可能办理退保，以退保金应付资金的不足；然而退保意味着终止保险合同，减少了保险人的业务量；而且被保险人意欲继续获得保险保障就要重新办理投保手续。可见退保对双方都有不利影响，于是产生了保单贷款这种变通的做法。贷款金额的来源实际上是“均衡保险费”方法下责任准备金的一部分，向投保人提供贷款，则保险人的自主资金运用就减少，影响其投资收益，因此加收利息也是合理的。

这一条款既提高了寿险保单的使用价值，给投保人提供了极大的便利，同时也保证了寿险保险人的稳定经营。

## **5. 保单转让条款**

一般认为，只要不是出于不道德或非法的考虑，在不侵犯受益人的权利的情况下，保单可以转让。对于不可变更的受益人，未经受益人同意保单不能转让。通常，将保单所有权完全转让给一个新的所有人的转让方式称为绝对转让。绝对转让时要求被保险人必须生存健在。在绝对转让状态下，如果被保险人死亡，全部保险金将给付受让人而不是原受益人。抵押转让是另一种转让类型，是把一份具有现金价值的保单作为被保险人的信用担保或贷款的抵押品，受让人得到保单的部分权利。在抵押转让状态下，如果被保险人死亡，受让人得到的是已转让权益的那一部分保险金，其余的仍然归受益人所有。抵押转让对抵押人的要求是不能使保单失效。大多数寿险保单转让为抵押转让。在保单转让时，保单所有人应书面通知保险人，由保险人加注或加批单生效。

## **6. 受益人条款**

受益人条款一般包括两方面的内容：一是明确规定受益人；一是明确规定受益人是否可以更换。

投保人或被保险人在订立合同时约定的受益人为原始受益人，当被保险人死亡时，其有权领取保险金。当原始受益人先于被保险人死亡，投保人或被保险人再次确定的受益人为后继受益人。若投保人或被保险人没有指定受益人，或者受益人先于被保险人死亡而无其他受益人的，或者受益人依法丧失受益权或者放弃受益权而无其他受益人的，那么，当被保险人死亡后，保险金一般将作为遗产，由保险人向被保险人的继承人履行给付保险金的义务。

除指定受益人外，保单所有人或被保险人有变更受益人的权利，若变更受益人需征得受益人的同意，则该受益人为不可变更受益人。若无需征求受益人同意便可变更受益人的，为可变更受益人。在可变更受益人的情况下，保单所有人享用保单的各种权益无需受益人的同意，对保单具有一切支配权。在被保险人死亡之前，受益人只有“期待权”。保单的变更需书面通知保险人，在变更受益人时发生的法律纠纷由保单所有人自行处理。

关于受益人的问题还可参见人身保险合同主体部分内容。

## **7. 共同灾难条款**

共同灾难条款是为确定在发生被保险人与受益人同时遇难事件时，保险金的归属问题的条款。该条款规定，只要第一受益人与被保险人同死于一次事故中，如果不能证明谁先死，则推定第一受益人先死。由此，若合同中有第二受益人，则保险金由第二受益人领取；若无其他受益人，保险金作为被保险人的遗产处理。该条款的产生，避免了许多无谓的纠纷，使问题得以简化。

### 4.3.3 保单选择权

在欧美日等人身保险比较发达的国家，寿险保单大都提供各种选择条款，以满足投保人的不同需要。解约退保时，有不丧失价值选择权(Non-forfeiture Options)；领取红利时，有红利选择权(Dividend Options)；受领保险金时，有给付选择权(Settlement Options)，这些在寿险理论中合称作保单选择权(Policy Options)。

#### 1. 不丧失价值选择权条款

不丧失价值选择权条款又称不没收条款，是指当投保人无力或不愿意继续缴纳保费维持合同效力时，由其选择如何处理保单项下积存的责任准备金。可以作为退保金以现金返还，也可以作为趸缴保险费将原保险单改为缴清保险单或展期保险单等等。显然这一条款也只适用于分期缴费的保单。

对保险人而言，保持一个较高的保险合同继续比率是非常重要的，因为订约第一年高度的费用会因为投保人的提前解约而无法于以后各年摊回，所以寿险经营要尽量防止解约。这也是由于解约使得保险人的业务量降低，投资收益减少而解约费用开支增加，并且有可能激发逆选择，对经营不利。所以保险人为投保人提供了诸多选择余地，以维持业务量，保证经营的稳定。当然对投保人而言如果因为一时的困难就放弃了保险保障也有很大的不利，所以这一条款对双方都比较有利，当然对投保人好处更多。

#### 2. 红利选择权

在分红保险中，其所涉及到的红利有两种，即是当寿险经营有盈余时，此项盈余归投保人与股东们共同分享，作为公司出资人的股东有权获得分红，这部分称为股东红利

(Stockholder's Dividend)；而分与投保人的那一部分通常称作保单红利(Policy Dividend)，是保险合同当中明确规定的。这里的红利选择权所指的是保单红利部分，当然红利选择权也只可能是分红保单持有人的权利，与不分红保单所有人无关。

寿险公司在厘定保费时一般都比较保守，如前面所述，在修匀死亡率基础之上还要加入安全保证，即表现在预测死亡率略高，同时预定利息率从低，预定费用率从高，以防止意外事件对寿险经营的冲击。这样毛保险费总要超过实际的需要程度一些，而如果没有特殊的不利发生，寿险的经营就会有盈余出现。除去付给股东的分红之外，所谓的保单红利，实质上应视为超收保费的退还(Refund)，与股东的投资报酬有着根本的不同。而寿险公司为投保人提供这种选择权，实际上是竞争中招揽业务的手段之一。

一般红利选择权的内容有：领取现款；以红利额调整下一期的保费做抵免用；存在保险公司，以公司的保证利率累积生息；作为趸缴保费购买增额缴清保险，使得保险金额年年递增，同时也提高保单的现金价值；获得一年定期保险选择权，并可以在以红利的一部分行使此权利后，余下部分做其他选择。

#### 3. 保险金给付选择权

人身保险的基本目的是为受益人提供经济保障。为达到这一目的，保单通常会列出多种保险给付方式，供投保人自由选择。一些寿险业较发达的国家的保单多有此种条款，以扩大对投保人的服务机会，提高服务质量，增强业务吸引力。

给付选择方法除一次性领取现款外还有利息选择，受益人将保金存于保险公司，定期获得保证利率利息，也可以随时提取本金；固定期间选择，由受益人选定期间，以分期支付的方式给付；固定金额选择，即按受益人确定的某一金额给付，直至本息用尽为止；终身年金选择，即于受益人的预测终身期间按期支付年金，这种给付方式与受益人的死亡率等因素有密切关系，此外还有许多其他的方便受益人的选择方式。

给付选择权对受益人而言，可以防止保险金运用不当而带来的损失，又可凭个人意愿选取给付方式而长期受益，由寿险公司提供长期而有保证的资金，还可以合法避税，防止债权人追索而达到保障生活的目的。

纵观各种保险选择权，可以得出这样的结论：在寿险发达的国家和地区，各寿险公司在激烈的竞争中，在保证经营效益基本不受影响的前提之下，以完善服务、增多优惠等为诱饵吸引顾客、抢占市场的实践的结果。它的客观效果是使投保人更加有利可图，更加愿意参保，因此也有力地推动了人身保险市场的进一步繁荣。

## 4.4 人身保险合同的订立与履行

### 4.4.1 人身保险合同的订立

人身保险合同的订立是投保人与保险人之间基于意思表示一致而进行的法律行为。它同订立其他合同一样，需要经过一定的程序。根据《保险法》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，人身保险合同成立。因此，人身保险合同的成立，经过投保人提出保险要求和保险人同意承保两个阶段。这就是人身保险合同的要约和承诺两个程序。[1]

#### 1. 人身保险合同的订立程序

##### (1) 要约

要约，又称“订约提议”，是一方当事人向另一方当事人提出订立合同建议的法律行为，是签订人身保险合同的一个重要程序。提出要约的人称为要约人。一个有效的要约应具备合同主要内容、明确表示订约愿望、在其有效期内对要约人具有约束力三个条件。

人身保险合同的要约，又称为要保，除具备一般合同要约的条件外，还具有下述特点：

##### 1) 投保人通常是人身保险合同的要约人。

一般来说，人身保险合同的要约由投保人提出。虽然在保险实务中，保险公司及其代理人进行展业时是主动开展业务，希望潜在客户订立人身保险合同，但这些不是法律意义上的要约。人身保险合同在投保人签单投保时并不成立，因此，保险人及其代理人的展业不能认为是要约，仅为要约邀请。只有在投保人提出投保申请，即填写好投保单并交与保险公司或其代理人时，才构成要约。此后，只要保险人同意承保，人身保险合同就成立。

##### 2) 人身保险合同的要约内容更加具体和明确。

人身保险合同具有的不确定性和保障性，决定了其内容关系到当事人的重大经济利益，因而投保人与保险人都十分关心合同内容。因此，人身保险合同的要约内容比一般合同要约都更为具体和明确。

##### 3) 人身保险合同要约一般为投保单或其他书面形式。

要约在我国要求必须是书面形式。由于人身保险合同要约的专业性较强，因此，在保险实务中多由保险公司以投保单的形式印就后，向投保人提供，由投保人填写。投保人有特殊要求的，也可与保险公司协商，

约定特约条款。所以，人身保险合同要约一般表现为投保单或其他书面形式。但在有些国家也承认口头形式的投保。如在美国，大多数的州都允许口头投保财产保险，但也考虑到双方利益和避免纠纷问题，有尽快形成书面形式的要求。

## （2）承诺

承诺，又称“接受订约提议”，是承诺人向要约人表示同意与其缔结合同的意思表示。作出承诺的人称为承诺人或受约人。承诺满足下列条件时有效：①承诺不能附带任何条件，是无条件的。②承诺须由受约人本人或其合法代理人作出。③承诺须在要约的有效期内作出。

承诺人对于要约人提出的主要条款内容表示同意后，合同即告成立，并开始承担履行合同的义务；若对要约不能完全赞同，只能部分同意或附有条件接受的，则不能认为是承诺，而是拒绝原要约。此时，承诺人可提出新要约，由原要约人选择承诺或拒绝。承诺通常也要求是书面形式。

人身保险合同的承诺也叫承保，通常由保险人或其代理人作出。当投保人递交填好的投保单后，经保险人或其代理人审查，认为符合要求的，一般都予以接受，即承保。若保险人提出反要约的，投保人无条件接受后，投保人即为承诺人。因此，无论保险人还是投保人，一旦无条件接受对方的要约，即为承诺，人身保险合同也随之成立。以上也可看出，人身保险合同的订立过程也可能是一个反复要约，直至承诺的过程。人身保险合同成立后，保险人应及时签发保险单或其他保险凭证。

## 2. 人身保险合同的成立与生效

人身保险合同的成立是指投保人与保险人就人身保险合同条款达成协议，即经过要约人的要约和被要约人的承诺，即告成立。人身保险合同的成立不一定标志着人身保险合同的生效。人身保险合同成立时并不发生法律效力。这意味着在人身保险合同成立后，尚未生效前，发生保险事故的，保险人不承担保险责任。

人身保险合同的生效是指人身保险合同对当事人双方发生约束力，即合同条款产生法律效力。一般而言，保险合同生效，就意味着保险人开始按照保险合同的规定承担保险责任。人身保险合同的生效还需要一个对价的过程。合同当事人双方的价值交换称之为对价。在人身保险合同中，保险人给予被保险人的对价是一种承诺。即保险人同意当保险事故发生时给被保险人支付赔偿金；而当保险事故没有发生时，保险人则无须支付任何赔偿。作为对保险人承诺的回报，被保险人给予保险人的对价通常是缴纳保费等在合同中所附的条件规定的义务。在一般情况下，投保人缴付保险费后，已订立的人身保险合同即开始生效。在我国，人身保险合同的生效起始时间采用“零时起保”方式确定。

当然，投保人与保险人也可在人身保险合同中约定，人身保险合同一经成立就发生法律效力。此时，人身保险合同成立即生效。

人身保险合同生效后，合同当事人均受合同条款约束。

但是，保险合同的成立、生效和保险责任开始这三个概念还是存在区别的。

保险人开始承担保险责任的时间可以与人身保险合同的成立不一致，而是按照约定的时间开始承担保险责任。现行的保险条款一般规定，人身保险合同自保险人同意承保、投保人缴纳保费且保险人签发保险单时开始生效。按照这个保险合同条款的规定，保险责任开始的时间与人身保险合同的生效的时间是一致的。而现行的航空旅客意外伤害保险条款则规定保险责任从被保险人进入保险单制定的航班班级的舱门开始。人身保险合同生效与保险责任开始的时间不一致。总的来说，保险责任开始的时间与人身保险合同生效的时间可以一致，

也可以不一致。但是保险责任开始的时间一定迟于人身保险合同生效的时间。并且，保险条款一般都规定合同生效和保险责任开始以投保人缴纳保费为前提条件。投保人不缴纳保费，虽然保险合同也可以成立，但是保险合同不生效，保险责任也不开始。保险公司对于在保险责任开始以前发生的保险事故不承担保险责任。

在人身保险合同的订立过程当中，经常会出现保险人没有接受投保人的投保，但实际已收取款项的情况。例如有的保险需要进行体检，在体检以前，保险公司收取了投保人缴纳的款项。在这种情况下如果发生保险事故，保险公司原则上是不承担保险责任的。因为从合同订立的角度分析，实质上保险公司没有对投保人提出的合同要约进行承诺。也就是说，人身保险合同没有成立，更谈不上承担保险责任。但是如果被保险人体检合格，在保险实践当中保险公司可以承担保险责任。这就是人身保险合同的追溯效力。即把人身保险合同成立、生效实践追溯至收取款项之时。这实际上也体现了保险合同的公平原则。

### 3. 人身保险合同的有效与无效

#### (1) 人身保险合同的有效

人身保险合同的有效是指人身保险合同由当事人双方依法订立，并受国家法律保护，具有法律效力。

人身保险合同有效是人身保险合同生效的必要条件。人身保险合同有效与人身保险合同生效在保险业务中有所不同，人身保险合同只要满足当事人具有行为能力、意思表示真实、不违反法律或者社会公共利益等条件，就可以认定为有效。人身保险合同的生效要求合同所附条件成立，如交纳保险费或其他约定条件。因此，人身保险合同有效，只要所附条件成立，合同就生效；而人身保险合同无效，即使所附条件成立，合同也不生效。

正确认定人身保险合同的有效与无效在人身保险合同的履行中具有十分重要的意义，因为对有效合同才有履行的可能，对无效合同无需履行。

#### (2) 人身保险合同的无效

无效人身保险合同是指当事人虽然订立，但不具有法律效力，国家不予保护的人身保险合同。人身保险合同是否无效，需经过确认。无效人身保险合同的确认权归人民法院和仲裁机关。只要符合下列条件之一，即可认定人身保险合同无效。

1) 人身保险合同的当事人不具有行为能力，即投保人、保险人不符合法定资格。如投保人为无行为能力人、保险人超越经营范围经营保险业务等。

2) 人身保险合同的内容不合法，即人身保险合同的条款内容违反国家法律、行政法规。如投保人对保险标的无保险利益、违反法律等的合同等。

3) 人身保险合同的当事人意思表示不真实，即人身保险合同不能反映当事人的真实意志。如采取欺诈胁迫等手段订立的合同、重大误解的合同、无效代理的合同等。

4) 人身保险合同违反国家利益和社会公共利益。如为违禁品提供保险、为违法行为提供保险等。

人身保险合同的无效与失效不同：人身保险合同被认定无效后，自始无效，即人身保险合同自订立时起就不发生法律效力，是绝对无效；人身保险合同的失效，是指合同依法成立后，由于某种事由的发生，致使合同效力中止。如投保人不交纳保险费、超过索赔时效等为人身保险合同失效。

无效人身保险合同按照人身保险合同无效的程度，可分为全部无效和部分无效。人身保险合同的全部无效是指因违反国家禁止性规定而被确认无效后，不得继续履行的人身保险合同。如违反国家利益和社会公共利益的人身保险合同属全部无效。人身保险合同部分无效是指人身保险合同某些条款的内容无效，但合同的其他部分仍然有效。如善意的超额保险，超额部分无效。

对无效人身保险合同的处理方式依合同无效的影响程度不同而不同。一般的无效人身保险合同采取返还财产的方式：当事人双方将合同恢复到履行之前的状态，即保险人将收取的保险费退还投保人，被保险人将保险人赔付的保险金额返还给保险人。对给当事人造成损失的无效人身保险合同采取赔偿损失方式：按照过错责任原则，由有过错的一方向另一方赔偿，如果是双方都有过错，则相互赔偿。对有违反国家利益和社会公共利益的人身保险合同采取追缴财产方式：追缴故意方当事人已通过人身保险合同取得和约定取得的财产，收归国库。

### （3）效力未定人身保险合同。

效力未定人身保险合同指不能明确指出合同有效，也不能说其无效的人身保险合同。当人身保险合同的一方因有违背合同约定的行为而使人身保险合同的效力发生变化还未认定时，或合同中某些关键问题还需进一步明确才能使效力确定时，都存在效力未定的问题。如针对可撤销人身保险合同，若保险人废约，则原合同无效；若保险人继续履行合同，则原合同有效。

## 4.4.2 人身保险合同的履行

合同履行是指合同的当事人按照约定全面履行自己的义务。按照一般的定义而言，合同的义务包括给付义务和附随义务。合同履行应该遵守全面履行原则、诚实信用原则、协作履行原则和同时履行原则。

人身保险合同的履行是指双方当事人依法全面完成合同约定义务的行为。合同是双方当事人为实现一定经济目的而订立的明确相互权利义务协议。人身保险合同的当事人在享有权利的同时，也必须承担相应的义务。而且，当事人权利的实现，又以对方履行相应的义务为前提。

### 1. 人身保险合同的履行

人身保险合同的履行也就是当事人之间的义务的履行。主要包括投保人义务的履行、保险人义务的履行等。

#### （1）投保人义务的履行

投保人在合同的履行过程中，应履行如实告知义务、支付保险费义务、出险通知义务、提供单证义务等。

如实告知义务的履行主要体现在合同订立的过程中。这个义务体现了保险的最大诚信原则。如实告知义务是与保险人对保险条款内容的说明义务相对应的。保险人向投保人收取多少保费、是否承保以及采取什么样的条件和形式，都取决于保险人对承保危险的估计和判断。而这些又都是以投保人的陈述为基础的。我国《保险法》规定保险人“可以就保险标的或被保险人的有关情况提出询问，投保人应当如实告知。”投保人是告知义务人。除此之外，保险公司一般还会要求被保险人也必须履行告知义务。但是受益人则没有告知的义务。在告知义务的时间和范围方面，一般来说，投保人不负有无限告知的义务。投保人应当告知的事项只包括投保人或者被保险人知道或者应当知道的足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的重要事项，并且以保

险人在投保书中列明或者在订立人身保险合同询问的事项为限。对于保险人询问的事项，但是投保人和被保险人不知道的，。投保人和被保险人也没有告知义务。如果投保人不履行告知义务或者进行不实告知，保险人则取得解除人身保险合同的权利。

支付保险费是人身保险合同生效的条件，对于分期缴纳保险费的，定期按时缴纳需更加重视，否则会引起合同失效。投保人履行缴纳保费的义务，是否以保险人通知交费为前提，取决于合同的约定或者法律的规定。如果保险合同中有这样的规定，或者虽然没有这样的约定但是法律有这样的规定，则投保人于受到缴费书面通知书时，才有送缴保险费的义务。

出险通知义务是指投保人、被保险人或者受益人在发现保险事故时及时通知保险人。出险通知义务目的在于使保险人得以及时勘察现场、迅速调查事实真相、确定责任、采取措施处理保险事故，从而使损失不致扩大，并使保险人有准备赔付保险金的必要时间；同时，履行该义务也是被保险人或受益人获得保险赔付的必要程序。所谓的“及时通知”，一般来说，如果法律对通知的期限有规定的，应当按照法律的规定履行通知义务。法律没有规定但是合同有规定的，按照合同的规定来履行。保险事故发生以后，投保人、被保险人或者受益人不履行通知义务的，保险人是否免于承担保险责任，主要取决于法律的规定。我国的《保险法》对于这一条没有明确的规定。是否可以免责，可以由合同来规定。但是一般而言，只有在投保人、被保险人或者受益人没有履行通知义务从而导致保险人不能查明保险事故发生的真正原因的时候，保险人才可以不承担保险责任。

提供单证是指向保险人索赔时应当提供与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料，这些证明和资料既是保险金请求权利人向保险人索赔的依据，也是保险人判断责任范围和赔付保险金额的依据。

## （2）保险人义务的履行

保险人在合同履行过程中的义务主要有承担保险责任、向投保人说明条款、及时签发保险单证、在合同解除或者合同无效时退还保险费或者保险单的现金价值、为投保人等其他人身保险合同的主体保密。

在这些义务中，承担保险赔偿责任是最重要的义务。以致于通常人们讲的保险人履行义务就是指承担保险赔偿责任。投保人投保的目的在于当遭受损失时获得赔偿，因此，保险人在保险事故发生后，履行赔偿义务也是投保人对保险人的基本要求。该义务的履行以保险事故的发生为前提。若保险事故在保险期间没有发生，保险人则不履行保险金赔付义务，即保险人不履行合同。从投保人的角度来讲，是一个索赔的过程。保险人主要通过理赔来承担相应的保险责任。

向投保人说明保险条款是最大诚信原则中的保险人告知义务。保险人的说明义务是法定义务，保险人不能够通过合同条款的方式予以限制或者免除说明的义务。不论在何种情况下，保险人均有义务在订立人身保险合同的时候，主动、详细地说明人身保险合同的各项条款，并且对投保人提出的有关人身保险合同的有关问题做出直接、真实的回答。对于免责条款，保险人不仅要履行说明义务，而且还要明确说明或者做出特别提示，否则该条款无效。

退还保险金或者保单的现金价值的情况包括人身保险合同发生解除或者被确认为无效或者可撤销。一般来说，发生下列的情况要求退还保险费用或者保单的现金价值：1）投保人因过失违反或者不履行如实告知的义务。故意或者恶意违反如实告知义务的，不退还；2）投保人申报的年龄不真实，并且其真实年龄不符合合同约定的年龄限制的，保险人可以解除合同。在扣除手续费之后，退还保险费。但是自合同成立之日起超过两年以上的，保险人不能解除合同；3）谎称发生保险事故或者故意制造保险事故的，并且投保人已经交纳了两年以上保费的，应该向其他享有权利的受益人退还保费或者保单的现金价值；4）合同效力中止两年以上没有复效协议的，保险人有权解除合同，投保人缴纳保费两年以上的，应该按照合同规定退还保费或者保单现金价值，不足两年的，可以在扣除了手续费之后退还；5）被保险人在合同成立2年内自杀的，保险人不承担给付保险金



的义务，但是应该退还保费和保单现金价值。这里的自杀，主要是指有意图的自杀或者故意自杀，不包括因为非故意的原因、精神失常或者心志失常而导致的自杀；6）被保险人故意犯罪而导致其自身伤残或者死亡的保险人不承担给付责任，缴费超过两年的应该退还保费或者保单现金价值；7）投保人要求解除合同的，缴费超过两年的应该退还保费或保单现金价值，不足两年的可以扣除手续费。

及时签发保单为投保人的财产及时得到保险保障创造条件。为投保人、被保险人、再保险人等人身保险合同主体保密是对保险人的基本道德要求。

## 2. 人身保险合同的变更与转让

已订立的合同在履行过程中，由于某些情况的变化而需对其进行补充或修改。人身保险合同的变更就是指在人身保险合同有效期间当事人依法对合同内容所作的修改或补充。有狭义和广义两种变更。狭义的变更是指双方当事人权利和义务的变更，即狭义的合同内容的变更。而广义的变更除包括狭义的变更外，还包括人身保险合同主体和客体的变更，即广义的合同内容的变更。人身保险合同的变更包括法定变更和约定变更。法定变更分为危险的变更、超额保险和保费的变更、重复保险合同内容的变更。

凡人身保险合同内容的变更或修改，均须经保险人审批同意，并出立批单或进行批注。人身保险合同的内容的变更表现为修改合同的条款。变更人身保险合同的结果是产生新的权利和义务关系。

### （1）人身保险合同主体的变更

人身保险合同主体的变更大都是由保险标的的权利发生转移而引起的，因而，合同主体的变更实际是合同的转让。人身保险合同的转让不改变合同的权利和义务及客体。

在人身保险合同中，作为保险人的一方是不允许变更的。投保人只能选择退保来变更保险人。而其他的合同主体如被保险人、投保人的变更，经保险人同意是允许的。

人身保险合同主体的变更都须征得保险人的同意，加批单后有效。但在财产险中也存在例外的情形：如在货物运输保险中，保险单经原被保险人背书后可以随货物所有权的转移而变更或转让，而不必征得保险人的同意；或保险人与投保人、被保险人事先约定变更投保人或被保险人无需征得保险人同意的，也可以直接变更，变更同样有效。

在人身保险中，合同主体的变更取决于投保人与被保险人的主观意志。只要符合法律和有关规定，投保人、受益人、保单所有人等主体都可以变更。投保人的变更须征得被保险人同意并通知保险人，保险人核准后方可变更。这样做是为了保证变更后的投保人仍对保险标的具有保险利益以防范道德危险；投保人仍具有缴费能力使合同继续有效。对于受益人的变更，可以由投保人或被保险人决定。但需注意的是，投保人变更受益人须被保险人同意。受益人的变更无须保险人同意，只需书面通知保险人，由保险人在保单上批注后有效。

人身保险中的被保险人在合同中确定之后是不存在变更的。人身保险合同的承保与否和保费的缴纳与被保险人的年龄、健康状况等紧密联系，若投保人或被保险人变更被保险人，相当于是对第三者重新投保。因此，不存在被保险人的变更的情况。

### （2）人身保险合同客体变更[2]

人身保险合同客体的变更主要是指保险标的的种类、数量的变化而导致保险标的的价值增减变化，引起保险利益变化，从而需要变更客体以获得足够的保险保障。人身保险合同客体的变更，也需经保险人同意加

批后才能生效。

### （3）人身保险合同内容的变更

保险主体不变时，保险合同内容的变更，主要是指主体权利和义务的变更，即合同条款变更，如：被保险人的地址；保险标的的数量、品种、价值、存放地点的变化；保险期限、保险金额的变更；保险责任的范围变化等。

人身保险合同中任何一方当事人都有变更合同内容的权利，同时也有与对方共同协商的义务。因此，需要变更合同内容时，投保人先要提出变更申请，并经保险人审批同意、签发批单或对原保险单进行批注，这样，变更才产生法律效力。

在人身保险合同中，被保险人职业、保险金额发生变化等都可认为是人身保险合同内容的变更。当被保险人的职业发生变化时，被保险人面临的危险及其程度可能会增加，从而使保险人对被保险人的赔偿概率将增加，即保险人履行赔付义务的可能性增加。由此，保险人的义务与保险人针对原有赔付水平而收取的保费不对等，需进行内容的变更并随之调整保险费。投保人变更保险金额时，实际上是保险客体的变更。但在保险金额的变更时，通常伴随着保险费的变更，甚至缴费期限、保险期限的变更，因此，也可认为是权利与义务的变更。对保险责任的变更，通常是通过增加寿险附加险来进行的。

### （4）人身保险合同变更的程序

人身保险合同的内容变更通常要求经过下列主要程序：首先，由投保人向保险人提出变更申请，告知有关人身保险合同变更的情况。随后，保险人对变更申请进行审核，若需增加保险费，则投保人应按规定补交；若需减少保险费，则投保人可向保险人提出要求。无论保险费的增减或不变，均要求当事人取得一致意见。最后，若保险人同意变更，则签发批单或附加条款；若拒绝变更，保险人也需通知投保人。

变更后的人身保险合同是确立保险当事人双方新的权利义务关系的依据。

## 3. 人身保险合同的中止与复效

人身保险合同的中止，是指在人身保险合同存续期间内，由于某种原因的发生而使人身保险合同的效力暂时归于停止。在合同中止期间，发生的保险事故，保险人不承担赔付责任。人身保险合同的中止，在人寿保险中最为突出。人寿保险的责任起讫期限较长，由数年至数十年不等，故其保险费的交付大部分不是趸缴，而是分期缴纳。如果投保人在约定的保费缴付时间内没有按时缴付保费，且在宽限期内仍未缴纳的，人身保险合同中止。根据有关规定，被中止的人身保险合同可以在合同中止后的2年时间内，申请复效，同时，补交保费及其利息。复效后的合同与原人身保险合同具有同样的效力，可继续履行。被中止的人身保险合同也可能因投保人的不再申请复效，或保险人不能接受已发生变化的保险标的（如被保险人在合同中止期间患有保险人不能承保的疾病），或其他原因而被解除，不再有效。因此，被中止的人身保险合同是可撤销的人身保险合同：该合同可以继续履行，也可能被解除。

## 4. 人身保险合同的终止

人身保险合同的终止是指在保险期限内，由于某种法定或约定事由的出现，致使人身保险合同当事人双方的权利义务归于消灭。

人身保险合同终止的原因可分为两类：自然终止与提前终止。

自然终止是指发生下列情形时，无需当事人行使终止权的意思表示，人身保险合同的效力当然归于终止：①保险期限届满；②人身保险合同履行完毕；③人身保险合同中被保险人死亡；④财产保险中保险标的灭失等法定或约定事由发生。

提前终止是由于当事人的意思表示而使合同效力终止，即合同的解除。合同的解除分为法定解除和协议解除。协议解除是指双方当事人通过协商达成一致，在不损害国家、公共利益时终止合同的行为。法定解除是指按法律规定可以进行的合同解除。在我国，除货物运输保险和运输工具航程险外，投保人依法享有解除合同的权利。对保险人来讲，人身保险合同成立生效后，不得任意解除合同。但在下列情形时，保险人可解除合同：①投保人因未能如期缴纳保险费而被中止合同，在随后的2年内不申请复效的。②危险增加时，投保人或被保险人未履行危险增加通知义务。③投保人未履行维护标的安全的义务。此时，保险标的发生保险事故的可能性增加，保险人可要求投保人或被保险人加强防范措施，也可以投保人或被保险人未履行义务为由终止合同。④投保人未能履行如实告知义务，足以影响保险人决定是否承保或以何种价格承保的。导致保险人承担有不应承担的危险责任，则保险人可终止合同。但在人身保险中，如果投保时被保险人的真实年龄已超过可以承保的年龄限度，且自合同成立之日起逾2年的人身保险合同，保险人不能解除。⑤投保人或被保险人、受益人谎称发生保险事故或故意制造保险事故。该行为属于投保人或被保险人、受益人的欺诈行为，保险人可以终止合同。⑥投保人破产。一般情况下，投保人破产时，人身保险合同仍为破产债权人的利益而存在，或是为保单受益人的利益而存在，也即人身保险合同不因投保人的破产而终止。但在人寿保险中，因投保人破产，则无人再缴保费。因此，若利害关系人（如受益人）不代交保费，则保险人有权终止人身保险合同。

## 4.5 人身保险合同的争议处理

人身保险合同争议是指人身保险合同在履行过程中，合同当事人等有关主体之间常常会因为对合同的条款理解有分歧、对索赔、拒赔等处理不一致而发生纠纷。能否及时、合理地处理人身保险合同争议，对规范保险活动，保护保险双方当事人的合法权益，促进保险事业的健康发展，具有十分重要的意义。

### 4.5.1 人身保险合同的纠纷

人身保险合同的纠纷是指人身保险合同的当事人在订立、履行人身保险合同的过程当中发生的争议。人身保险合同的纠纷实际上涉及到保险合同各方的利益，正确认识保险合同的纠纷以及在实践当中的纠纷处理方式，能够有效的保护各方的权益，体现公平的法律原则，有利于保险事业的发展。人身保险合同的纠纷在保险实践当中有多种多样的表现形式，但是总的来说，主要有以下几种表现形式：因投保人不按照合同约定交纳保险费，发生保险事故而就保险人是否承担保险责任发生争议；因投保人、被保险人违反如实告知义务、通知义务等致使在保险索赔、理赔中发生的争议；因危险事故是否属于保险责任事故范围，导致保险人是否承担保险责任而发生争议；有关保险期限的起止时间的认定、保险期限是否届满或是否失效、复效的争议；有关被保险人或受益人是否按索赔时效规定来索赔、索赔单证是否齐全，引起保险人拒赔而发生的争议；因人身保险合同是否可以解除而发生的争议；因保险代理人的代理行为而发生的保险人与投保人、被保险人或受益人之间的争议。

### 4.5.2 人身保险合同的解释

人身保险合同的解释是对人身保险合同条款的理解和说明。人身保险合同的条款内容一般来讲是明确和具体的，但合同当事人经济利益冲突、业务习惯差异以及情势变更、不可预见因素的发生等原因，常会导致保险当事人对合同条款内容的解释不一致，从而影响人身保险合同的履行。因此，正确解释合同具有十分重要

的现实意义。

人身保险合同当事人双方就合同解释发生争议，又不能协商解决时，人民法院或仲裁机关对争议条款作出的解释具有约束力。所以，人身保险合同的解释实质上就是人民法院或者仲裁机关就人身保险合同当事人双方发生的争议的合同条款所作出的具有约束力的理解或说明。

人身保险合同的解释通常依据一定的原则，即人身保险合同解释的原则。它们是对人身保险合同的解释和说明应当遵循的基本准则。人身保险合同首先是合同，因此，人身保险合同的解释首先应遵循合同解释的一般原则，即在坚持合法、公平、诚信、互利的基础上根据合同的整体内容和当事人订立合同的目的，对人身保险合同条款进行全面、公正的解释。同时，人身保险合同的解释还应坚持保险的基本原则。我国《保险法》规定，对于保险条款，保险人与投保人、被保险人、受益人有争议时，人民法院或者仲裁机关应当作有利于被保险人或受益人的解释。这也是与我国《合同法》中关于在格式合同当中存在争议时处理或解释的原则是一致的。这主要是由于保险合同采用的是格式化合同的形式，保险合同由保险人备制，极少反映投保人、被保险人的意思。投保人在订立合同的时候，一般只能接受拟就的条款。另外，保险合同当中存在大量的专业术语，不利于投保人的理解，客观上有利于保险人的利益。为了保护投保人、被保险人和受益人的利益，各国在解释保险合同时，一般都采用的是不利于保险人的原则。

一般说来，对人身保险合同的解释遵循文义解释、意图解释、专业解释、有利于被保险人和受益人的解释等原则。

## 1. 文义解释的原则

文义解释即按照人身保险合同条款所使用文句的通常含义和保险法律、法规及保险习惯，并结合合同的整体内容对人身保险合同条款所作的解释。人身保险合同的双方当事人意思表示一致时，用合同书面形式记载双方的权利义务。因此，文义解释是对人身保险合同解释的最一般的原则。我国人身保险合同的文义解释主要有两种情形：

1) 人身保险合同一般文句的解释。对人身保险合同条款使用的一般文句尽可能按文句公认的表面含义和其语法意义去解释。双方有争议的，按权威性工具书或专家的解释为准。

2) 保险专业术语和法律专业术语的解释。对于保险专业术语或其他法律术语，有立法解释的，以立法解释为准；没有立法解释的，以司法解释、行政解释为准；无上述正式解释的，亦可按行业习惯或保险业公认的含义解释。

## 2. 意图解释的原则

意图解释即按人身保险合同当事人订立人身保险合同的真实意思，对合同条款所作的解释。人身保险合同是最大诚信合同，在对合同条款进行解释时还必须坚持意图解释的原则，充分考虑当事人订立合同时的真实意思。但是，当事人的真实意思只是对当事人订立合同时心理状态的一种推定。因此，在进行意图解释时，按以下做法进行：

1) 双方既有书面约定又有口头约定的。当书面约定与口头约定不一致时，应当推定书面约定更能体现人身保险合同当事人的真实意图，即以书面约定为准。

2) 保险单及其他保险凭证与投保单及其他合同文件不一致时，以保险单及其他保险凭证中载明的合同内容为准。这是因为保险单是证明合同成立并确认合同内容、明确当事人双方权利义务和履行人身保险合同的

基本法律依据。所以，从法律上看保险单及其他保险凭证比投保单及其他合同文件更能体现人身保险合同当事人的真实意图。

3) 合同的特约条款与基本条款不一致时，以特约条款为准。基本条款是保险人根据《保险法》的规定拟订的、人身保险合同必不可少条款；而特约条款是人身保险合同当事人根据其特殊要求拟订的补充条款。因此，特殊条款更能体现当事人的真实意图。

4) 人身保险合同的条款内容按照批单优于正文，后批注优于先批注，手写优于打印，加贴批注优于正文批注的规则解释。即以更能反映当事人真实意图的手写的、后批注的文句为准。

### **3. 专业解释的原则**

专业解释原则是指对人身保险合同中使用的专业术语按照其所属专业的特定含义进行解释的原则。在人身保险合同中除了保险术语、法律术语之外，还会出现某些其他专业术语。因此，对于这些具有特定含义的专业术语，应按其所属行业或学科的技术标准或公认的定义来解释。如寿险合同中，对疾病的解释，应按医学界公认的标准来解释。

### **4. 有利于被保险人和受益人的解释原则**

对保险条款作有利于非起草方的解释，也就是作有利于投保方的解释。该原则的确立是基于人身保险合同是附和性合同的特点。保险人在订立合同时处于优势，且保险人对有关法律法规和对保险知识的了解，这对保险人拟定保险条款显然有利。因此，根据各国的保险立法惯例，在处理人身保险合同争议时，以公平为准绳，应做出有利于被保险人和受益人的解释和判定。使人身保险合同真正起到保险保障的目的，维护被保险人或受益人合法权益。

#### **4.5.3 人身保险合同的争议处理**

人身保险合同的争议处理通常采用如下四种方式：和解，调节，仲裁，诉讼。

##### **1. 和解**

这是在争议发生后，双方当事人平等、互相谅解基础上对争议事项进行协商，取得共识，解决纠纷的方法。该方法是解决争议最常用、最基本的方法。该方法具有较大的灵活性，且双方关系友好，有利于合同的继续履行。

##### **2. 调解**

这是在协商无效的情况下，由双方接受的第三者出面进行的，促使双方达成一致，使合同继续履行的方法。根据第三者的身份不同，调解可分为行政调解、仲裁调解和法院调解。除行政调解外，后二者均具有法律强制执行效力，当事人不得就同一争议事项要求仲裁和诉讼。

##### **3. 仲裁**

这是指当事人双方约定发生争议时，由双方认可的第三方来裁决，并在裁决后双方有义务执行的一种处理争议的方式。该方式的选择依据有关仲裁法律进行，具有一裁终局、与法院裁决等同效力等特点。

仲裁必须遵循双方自愿的原则。当事人如果想采用仲裁的方式解决纠纷，应当取得对方的同意，并且双方达成仲裁协议，递交仲裁委员会。在双方自愿的基础上才能采用仲裁的方式。如果没有仲裁协议，仲裁委员会将不予受理。仲裁应当独立进行，不受行政机关、社会团体和个人的干涉，仲裁委员会之间也没有隶属的关系。仲裁的裁决书下达之后，实行的是一裁终局的制度。如果裁决书下达之后，当事人就同一纠纷在申请仲裁或者向人民法院提起诉讼，仲裁委员会或者人民法院将不予受理。仲裁不公开审理，也不采用开庭的制度，但当事人协议公开进行的可以公开进行。

仲裁协议独立存在，合同的变更、接触、终止或者无效，不影响仲裁协议的效力。仲裁协议对申请仲裁的双方具有约束力。对于人身保险合同的关系人，因为仲裁协议是保险合同的当事人就合同创设和生效的条件以及合同的具体内容达成的协议，被保险人和受益人根据保险合同获取利益，而这种利益受到原来合同的约束，因此仲裁协议对于被保险人和受益人也同样具有一定的约束力。

#### 4. 诉讼

这是指人身保险合同的一方当事人按有关法律程序，通过法院对另一方提出权益主张，并要求法院予以解决和保护的请求的处理争议的方法。该方法实行二审终审制度。法院有权强制执行判决。

在国外的司法实践当中，法院一般会采取理性预期学说(doctrine of reasonable expectations)来进行审判。这一个学说认为应该根据一个未经过法律训练的人的理性预期来解释保单。例如一个理性的人预期保单汇兑某一种损失提供保障，法院就会要求保险人支付尽管可能在合约文字上已经清楚的排除了的赔付。一般的观点是法院通常会要求保险人承担预测实践和签发明确的合同来对事件进行处理的责任。因为经过对众多的处理，保险人具有信息、经验和专业知识上面的优势。另外，保险人经济实力都比较强，在国外，就有可能使得法院产生一种保护弱者的心理，从而忽视合同文字，而使得保单持有人或者保单受益人得到赔偿。此外，国外一些法律人士认为，市场驱动和对合同分歧的正常的司法纠正仍然不足以防止一些保险人拒绝支付索赔费用或者对索赔费用支付过少，也有一些法院允许保单持有人对保险人的非诚信提出指控。这就是所谓的非诚信诉讼(bad-faith suit)，即保险人的行为与理性保单持有人的预期不符合。在一些案例当中，法院多次判给索赔者多于其索赔金额的赔偿金。这是国外司法最新的发展，反映了国外对于保险以及保险合同双方权益的一些理解，体现了国外对于“不利原则”的理解和运用。

## 总结

1. 人身保险合同也称为保险契约，是投保人与保险人约定保险权利义务关系的协议。其主体、客体和内容与一般民事合同或存在有较大差异。人身保险合同是有名合同、要式合同、附和合同、有偿合同、双务合同，最大诚信，具有保障性等特点。人身保险合同可以依据保险标的性质、人身保险合同的经济性质、合同承保的危险、保险标的的数量及其性质、保险金额标示的方式、危险转嫁层次、合同的法律效力等不同进行多种划分。

2. 人身保险合同的要素由合同的主体、客体和合同的内容三部分组成。人身保险合同的主体是指与人身保险合同发生直接、间接关系的人(含法人与自然人)，包括当事人、关系人和辅助人。人身保险合同的当事人包括投保人和保险人。人身保险合同的关系人包括被保险人、受益人、保单所有人。人身保险合同的辅助人是指保险代理人、保险经纪人和保险公估人。人身保险合同的客体不是保险标的本身，而是投保人或被保险人对保险标的的保险利益。人身保险合同的内容，有广义和狭义两种理解。人身保险合同的内容也就是人身保险合同的条款，具有多种特征和类型。基本内容大都有主体、客体、权利义务和其他声明事项等几个部分。人身保险合同的基本形式是书面形式。主要包括投保单、暂保单、保险单、批单和保险凭证等形式。

3. 人身保险合同的订立经过要约和承诺两个程序。人身保险合同的成立并不是人身保险合同的生效。人身保险合同生效后才具有法律效力。正确认定人身保险合同的有效与无效在人身保险合同的履行中意义十分重要。人身保险合同的履行是指双方当事人依法全面完成合同约定义务的行为。人身保险合同的变更就是指在人身保险合同有效期间当事人依法对合同内容所作的修改或补充，包括主体、客体和内容变更三部分内容。在合同有效期间，合同有关当事人可对人身保险合同进行中止和终止。

4. 人身保险合同当事人等有关主体之间常常会因为对合同的理解等有歧义，而发生争议。对人身保险合同争议的处理首先需对合同进行合理解释。合同的解释遵循文义解释、意图解释、专业解释、有利于被保险人和受益人的解释等原则。人身保险合同的争议处理通常采用如下四种方式：协商、调解、仲裁、诉讼。

## 关键词

人身保险合同	有名合同	有偿合同	双务合同	“金边”合同	特定式合同
补偿性合同	给付性合同	定值人身保险合同		一切险人身保险合同	
要式合同	有效人身保险合同	投保单	保险单	暂保单	对价
基本条款	特约条款	人身保险合同的主体	人身保险合同的客体	保险代理人	
人身保险合同的生效	人身保险合同的变更		保险经纪人	保险公估人	

## 思考题

1. 人身保险合同的定义及其特点是什么？
2. 人身保险合同的种类有哪些？
3. 简要介绍人身保险合同的要素。
4. 人身保险合同条款的特征和类型有哪些？
5. 人身保险合同包括哪些形式？
6. 人身保险合同的订立程序如何？
7. 人身保险合同在什么情况下需要变更？
8. 比较人身保险合同的终止和中止。
9. 人身保险合同的解释原则有哪些？

## 10. 人身保险合同的争议处理方式有哪些？

### 注释

[1] 以合同成立为终结的订立过程只有要约和承诺两过程。但一个有效的人身保险合同还应是对价的。有关内容在后面论述。

[2] 通常，人身保险合同的客体变更与合同条款内容的变更紧密相连，因此，又常常在人身保险合同内容的变更中论述。

## 第五章 人寿保险

### 本章预习

人寿保险是人身保险中最基本、最主要的组成部分。人寿保险，简称寿险，也称生命险，是以被保险人的生命作为保险标的，以被保险人的生存或死亡作为保险事故，并在保险期间内发生保险事故时，依照保险合同给付一定保险金额的一种人身保险形式。人寿保险具备人身保险的一般特征，并具有许多自身的特点，反映在业务经营上也有独到之处。

本章主要内容：

- 人寿保险概述
- 普通人寿险
- 特种个人人寿险
- 创新型人寿保险

### 5.1 人寿保险的概述

#### 5.1.1 人寿保险的概念

人寿保险（Life Insurance），简称寿险，也称生命险，是以被保险人的生命作为保险标的，以被保险人的生存或死亡作为保险事故，并在保险期间内发生保险事故时，依照保险合同给付一定保险金额的一种人身保险形式。人寿保险是人身保险中最基本、最主要的组成部分，被保险人在保险期内死亡或期满生存，都可以作为保险事故，即当被保险人在保险期内死亡或达到保险合同约定的年龄、期限时，保险人按照保险合同约定给付死亡保险金或期满生存保险金。



生、老、死是客观存在的，是一个自然的生理过程。自从人类文明产生以来，人们知道了生与死的区别之后，就认为死亡是人类在人身方面的最大危险，死亡意味着劳动力的灭失、价值创造的减少，尤其给家属的继续生存造成困难，更会造成许多精神上损失，因而早期人们把死亡事故作为人寿保险中向被保险人或受益人提供保险金的主要内容。随着生产力的发展，人类生存条件不断改善，人们除了在遭遇死亡危险时需要保险保障之外，都还希望能够身体健康的生存和长寿，但是继续生存需要生活费用，这一笔钱财的来源构成了对人们新的要求的挑战，因而生存也逐渐地成为了一种可保的人身危险，随即又出现了生存保险和生存、死亡相结合的两全保险。然而，人的寿命无法预知，一个人投保人寿险后究竟能活多久谁都没有办法事先确定，而生存保险在满期时一次性给付保险金就很难保障那些继续生存着的老年人生活的需要，所以不久出现了年金保险。人寿保险的产品种类随着人们对寿险产品的需求越来越多而发展的越来越多，人寿保险体系不断地充实、完善，业务经营日臻成熟，从而取得了在人身保险中不可动摇的稳定地位。

人寿保险作为人身保险的一种，它与其他两种人身保险业务的差别表现在保险标的上。健康保险和意外伤害保险都是以人的身体作为保险标的，以疾病或是伤害等对人体的健康、健全构成危害的事件作为保险事故。而人寿保险又可称为生命保险，以人的生命作为保险标的，以人的生死作为保险事故。所谓“生”，就是生存，生命得以延续，指人们维持正常生理机能的一种物理状态，与婴儿出生等性质不同。所谓“死”，就是死亡，与生存相对的一种状态，而且随着保险业的不断实践，死亡不仅包括生命系统彻底停止运转、丧失全部机能的情况，也包括法律上的死亡宣告在内。对“死亡”而言，原则上只问结果、不问发生的原因，一律视为保险事故的发生；当然，由于自杀或触犯刑律被判处死刑等造成死亡的，在保险人的免责条款中列明，则是属于保险合同当事人双方协商议定的一种意向。

人寿保险作为保险的一种，与其他保险业务在保费缴纳和经营上也具有不同的特点。人寿保险采取均衡保费，即保险人在整个保险期间的死亡成本按寿险精算原理重新分摊计算而得的，每期都缴纳相同的保费，不随年龄的变化而相应的变化。均衡保费的数额高于早期的保费，低于晚期的保费，这使得人寿保险经营在责任准备金的提取、利润分析、财务核算等方面都必须遵守特别的规定。

### 5.1.2 人寿保险的特征

人寿保险是人身保险业务中的重要组成部分，它具备人身保险的一般特征，如保险标的的风险不可估价、保险金额的定额给付、保险利益只是合同订立的前提而非效力条件等。与此同时，它还具有许多自身的特点，反映在业务经营上也有独到之处。

#### 1. 风险特殊，经营稳定

人寿保险所面对的人身危险是人的生存或死亡。虽然“人终究是要死亡的”，但是死亡何时发生、生命可以延续多久却具有很大的不确定性。通过长期的保险实践，运用科学的数学、统计学的方法，我们发现，人寿保险所承担的风险与被保险人的年龄密切相关：在每一年龄有着较稳定的死亡概率，并且这种死亡概率随着年龄增长显现规律性变化。

在人寿保险的实际操作中，保险人以生命表作为预测风险和计算、确定纯保险费的基础。生命表的数据来源于保险人多年经营人寿保险的实践中无数被保险人生存、死亡的生命情况，用以反映某一年龄的人生存或死亡的概率。由于资料来源广、基数大，观测时间又长，所以很大程度上排除了偶然性的因素，符合大数法则在统计学领域运用的要求，具有科学性、稳定性。与其它保险相比，人寿保险在风险处理方面，尤其是在预测保险事故发生的可能性上更加准确，因为根据生命表预计人的寿命长短和死亡率的大小与人们的实际寿命长短及死亡发生概率非常接近。这不仅表明人寿保险所承保的危险事故的发生相当稳定；而且也决定了人寿保险业务经营的稳定性。理论上只要保险人选用的生命表以及预定的保证利息适当，就不会发生业务亏损，当然也

不会出现很大的盈余。

人寿保险中，被保险人在不同年龄阶段，有着不同的生存和死亡概率。但是纵向观察各个年龄的死亡率情况， 不难发现，人们的死亡概率随着年龄的增长而逐年增大，而且这一规律十分明显。并且建立在科学的统计数据基础之上的研究成果与人类几千年生产实践所得到的一般结论完全一致，所谓“人生七十古来稀”，说的也正是这个道理（以台湾寿险业经验生命表为例，表 7-1，图 7-1）

表 7-1:

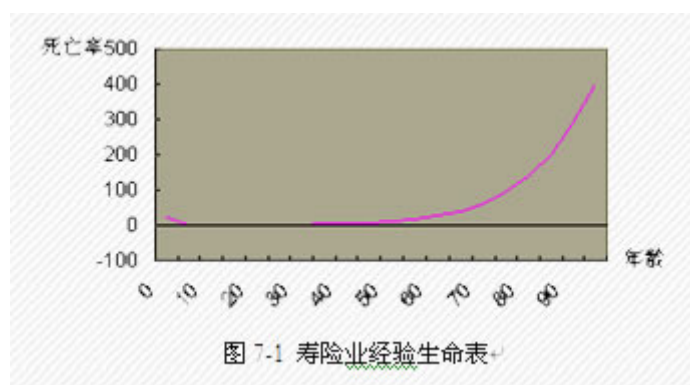
台湾寿险业经验生命表（部分）  
(1969—1972 年)      (每千人为单位)

年龄 X	死亡率	年龄 X	死亡率
0	21.30	50	9.68
5	0.91	55	15.76
10	0.62	60	26.04
15	0.88	65	40.30
20	1.60	70	62.47
25	2.06	75	93.90
30	2.50	80	138.82
35	2.83	85	201.77
40	5.05	90	287.44
45	7.04	95	399.02

2. 以长期性业务为主体

与意外伤害保险等不同，人寿保险的保险期限一般较长。从国际人身保险业的情况来看，保险期限在 5 年以下的人寿保险险种较少，大多数险种的保险期限在十几年甚至几十年。

人寿保险期限较长的原因在于：①“均衡保险费”方法的采用。为了避免出现逆选择现象，就要根据生命表的死亡概率来核算保费，于是随着被保险人年龄增加，应缴保费逐渐增多；又为避免高龄被保险人因劳动能力下降、劳动收入减少而难以负担越来越多的保险费支出而被迫退出人寿保险，引入了“均衡保险费”的方法。而随之而来的许多一年、二年期的人寿保险自然而然地转变为五年、十年，甚至更长的期限。②大多数生存保险是被保险人用于年老时养老之用的，因此很多是年金保险。而年金保险的保险期限大多是从投保之日直至终身。当然投保人坚持投保一年期的生存保险也是可行的，只要能够每年续保，也似乎可以“续短为长”，达到同样的保障目的。但是保险是一种权利义务对等的商业行为，如果被保险人体健康状况较好，经济状况也较好，那么保险人承保没有问题；而一旦被保险人续保时身体状况不佳，经济情形恶化，那么保险人出于经营的需要极有可能拒保或是提高保险费要求而使投保人难于负担从而续保失败。由此看来，在被保险人身体健康，符合投保条件时投保较长期限的人寿保险，就能够使之获得较为稳定的人寿保险的保障，这也是长期业务大受欢迎的主要原因。



也正因为人寿保险单大多是长期保险合同，所以无论对被保险人，还是对保险人而言，利率、通货膨胀率等经济因素的影响都是十分显著的。因而一国宏观经济状况对于人寿保险业而言十分重要，没有稳定的政治、经济环境，寿险业就会出现这样或那样的问题，并会失去健康发展的可能。

### 3. 具有储蓄的性质，日渐成为投资手段的一种

储蓄具有返还性和收益性，表现在存款人经过一段时间以后，可以收回存款本金，同时还可以获得对这段时间放弃资金使用权的补偿——利息收入。人寿保险制度也有着与储蓄相类似的利息返还的情形。

人寿保险根据实际需要大多采用“均衡保险费”的方法收取保险费。在投保初期，实缴保险费势必高于根据生命表等计算得到的危险保险费，这超出的部分由保险人代为保管，通过对保险基金的投资运作生息增殖，用于以后危险发生时的保险给付或直接弥补投保后期均衡保险费的不足，这一部分保险费称为储蓄保险费。储蓄保险费是投保人存于保险人处的一部分资金，一般存放的时间比较长，在此期间保险人对之进行管理和运用，因此应当对这笔资金给予计息或分红。保险人一般都将储蓄保险费和利息、分红提存起来形成责任准备金。如果投保人未到期申请退保，则需将责任准备金退还，而投保人获得的退保金往往要高于历年缴纳保费的总和。单就这一点看，人寿保险与储蓄一样都具有收益性质。

此外，人寿保险业务，无论被保险人生存至保险满期，还是在保险期间内死亡，保险人都要给付保险金。这一点以生死两合保险最为突出，因为在这里，生存与死亡都视作保险事故的发生，而人的生命就物理状态而言除此两者别无他样，所以对于两全保险而言，保险事故是注定发生的，因而资金返还投保人也是注定的。即便是一般的死亡保险，在保险期满未发生保险事故的情况下，也可能出现返还一部分资金的情况。

因为人寿保险具有储蓄的一般特征，所以又被称为储蓄保险或返还性保险。但是人寿保险虽然可以称作是长期的具有储蓄性的人身保险，与银行储蓄仍然有着较大的区别。

由于人寿保险具有资金返还以及收益的性质，在中途退保时人寿保险单具有现金价值，而且随着保险业的发展、金融业的创新，大多数的人寿保险单可以自由转让，这样更与股票等有偿证券相类似，所以人寿保险日益地成为了个人投资手段的一种而且人寿保险几乎没有风险，稳定性强，又对未来的生活提供了保障，因而成为一种人们热衷的投资方式，被越来越多的人纳入自己的投资组合之中。

### 4. 保险费确定的方式——寿险精算

人寿保险由于其所承保危险的特殊性质，形成了保险费的计算和责任准备金的确定上的一整套科学的、完备的体系，被人们称作寿险精算，这与健康保险、意外伤害保险以及其他保险制度有很大不同。人寿保险依

据被保险人投保期间生存与死亡的概率，结合其在签订合同时的年龄、经济状况、健康情况、社会地位等基本要素，以及投保期限、保证利率等多种因素，经过经验的测算以及数学、统计学的方法，来确定保险费及责任准备金。这种确定方式有着比较科学的计算过程和可靠的统计资料，又有多年保险实践的经验，因而科学的成份更大，预测的准确性也比较高；但同时计算系统比较复杂，对寿险精算的专业技能要求较高，从而对人寿保险的从业人员素质有新的要求。出于同样的原因，人寿保险的一般投保人无法在短时间内完全掌握保费的计算，由此对人寿保险人的经营提出了热情周到、最大诚信的要求。制定科学的、合理的保险费标准，同时辅以精明强干的寿险推销人员，为用户就各种有关保费缴纳、保金给付等问题做出圆满的解释，是人寿保险人经营的要诀之一，也是对其业务的最好的宣传方法。

### 5.1.3 人寿保险的种类

人寿保险经历了从无到有、从少到多、从简到繁的漫长发展过程，随着人们对寿险产品需求的日益增加，人寿保险的产品种类也发展得越来越多。在各国，人寿保险的发展速度已远远超过了财产保险，业务繁盛，规模庞大。

#### 1. 按保险性质分类

在人寿保险实务中，人们习惯上按保险性质的将传统人寿保险分为普通人寿保险和特种人寿保险。

所谓普通人寿保险，是对个人或某个家庭的保险，它保障的是人的生、死等基本危险。普通人寿保险的保险品种主要是定期人寿保险、终身人寿保险和两全保险等。

所谓特种人寿保险则是指那些从普通寿险发展而来，在寿险保单条款的某一或某几方面做出特殊规定而形成的新险种，主要有年金保险、简易人寿保险、团体人寿保险和次标准体保险等。从总体上看，普通寿险一直处于寿险业务的核心地位，无论是业务量还是盈利能力都居于首位。

#### 2. 按保险事故不同分类

按保险事故的不同，人寿保险可以划分为死亡保险、生存保险及两全保险三种。

(1) 死亡保险 (Mortality Insurance) 是指以被保险人的死亡为保险金给付条件的人寿保险，即当被保险人在保险期限内死亡，由保险人给付约定的保险金。死亡保险是人寿保险中最基本的组成部分。依据保险期限的不同，死亡保险又分两个基本种类，定期死亡保险和终身死亡保险。

(2) 生存保险是以被保险人于保险期满或达到某一年龄时仍然生存为给付条件的一种人寿保险。生存保险的保险目的或是为年老者提供养老保障，或是为子女的教育提供资金支持。生存保险又分为单纯的生存保险和年金保险两类。

(3) 两全保险是指无论被保险人在保险期内死亡或保险期满时生存，都能获得保险人的保险金给付的保险。它既为被保险人提供死亡保障，又提供生存保障。

#### 3. 按保险利益分配与否分类

按保险利益的分配与否，人寿保险可以划分为分红人寿保险和不分红人寿保险两种。

1) 分红人寿保险 (Life Insurance with Dividend)，又称为利益分配寿险，是指保险公司在每个会

计年度结束后，将上一会计年度该类保险的可分配盈余按一定比例，以现金或增值红利的方式分配给保单受益人的一种人寿保险。

2) 不分红人寿保险 (Life Insurance without Dividend)，又称无利益分配寿险，是指投保人交付保险费后，无营业盈余分配的一种人寿保险。

### 3) 按被保险人的危险程度分类

按被保险人的危险程度不同，人寿保险可分为健体保险和次标准体保险两种。

(1) 健体保险 (Standard Life Insurance) 是指生命危险程度可依保险公司所订标准或正常费率来接受的人寿保险，前面提及的普通人寿保险一般都是健体保险。

(2) 次标准体保险 (Sub-Standard Life Insurance)，又称为弱体保险，是指危险程度较高而不能按正常费率承保，除非由保险人和投保人商定以特别条件来承保的情况下的一种特殊人寿保险形式，因此该险种属于特种人寿保险。

此外，按保险金的给付方法，人寿保险还可分为一次给付保险和分期给付保险两种；按保险人年龄则可划分为儿童保险和成人保险；按投保方式可划分为个人人寿保险和团体人寿保险等。

需要注意的是，上述对人寿保险的种类划分都是在传统型人寿保险范畴内进行的，随着人寿保险的发展，还出现了一些不同于传统型人寿保险品种的创新型品种。创新型人寿保险是保险人为适应新的需求，增加产品竞争力而开发的一系列新型的保险产品。这些产品与传统产品相比较，其通常具有投资功能，是投资连结产品，或称为投资理财类保险产品。在保费缴纳方式、保单的现金价值或保险金额等方面是可以单独或共同变动的。其主要种类有变额人寿保险、万能人寿保险和变额万能人寿保险。

## 5.2 普通人寿保险

### 5.2.1 死亡保险

死亡保险是以被保险人的死亡为保险事故，在保险事故发生时，由保险人给付一定的保险金额的保险。死亡保险所保障的是被保险人的家属或者依赖其生活的人在保险人死亡之后能维持在一定的生活水平，避免因被保险人死亡而陷入困境。按照保险期限的不同，死亡保险可以分为定期死亡保险和终身死亡保险。

#### 1. 定期死亡保险

定期死亡保险是以在合同约定期限内被保险人发生死亡事故、由保险人一次性给付保险金的一种人寿保险，也称定期保险。如果被保险人在保险期间未发生死亡事故，则到期合同终止，保险人不给付保险金。

定期人寿险通常有以下特点：第一，保险期限一定，其保险期限可以为5年、10年、15年或20年、25年不等。有的以达到特定年龄（如65岁、70岁）为保险期满，也有应保户要求而提供的短于一年的定期保险。因此，如果被保险人16岁投保，其保险期限可以有多种选择，最长可达到54年。第二，保费不退还。如果保险期满，被保险人仍生存，保险人不承担给付责任，同时不退还投保人已缴纳的保险费和现金价值。因为生存者在保险期内所交的保险费及保险费所产生的投资收入已作为死亡保险金的一部分，由保险公司支付给了

死亡者的受益人。第三，定期寿险的名义保费低廉。在相同保险金额、相同投保条件下，其保险费低于任何一种人寿保险。这是定期人寿险的最大优点。这是因为死亡保险提供的完全是危险保障，一年定期保险的纯保费就是根据被保险人死亡概率计算而来的危险保险费，没有储蓄的性质。定期保险的保险人承担死亡风险责任的时间有确定的期限，并不超过被保险人年满 65 岁，所以即便是保险期间内采用“均衡保费”的方法，其计收的保险费也低于其他任何一种人寿保险，而保险金额并不因此而压低。如被保险人生存，则其缴纳的保费及其利息成为死亡者的保险金的一部分。因此，定期死亡保险成为在其他条件相同时保费最低的险种。第四，定期保险的低价和高保障，使得被保险人的逆选择增加，也易诱发道德危险。因此，需要严格控制。第五，定期保险的保险期限和保险金额可以考虑投保人的经济状况进行变更，以灵活地满足不同需要。第六，投保人的逆选择倾向与保险人的风险选择并存。投保定期保险可以较少的支出获取较大的保障，所以极容易产生逆选择，表现为人们在感到或已经存在着身体不适感有某种极度危险存在时，往往会投保较大金额的定期保险；而在自我感觉身体健康、状态良好的时候，往往退保或不再续保。为了使承保的风险在保险人掌握之中，保险公司对保户要进行严格的选择，以保证公司财务的稳定，通常采取的措施有：1) 对超过一定保险金额的保户的身体做全面、细致的检查；2) 对身体状况略差或一些从事某种危险工作的保户，提高收费标准；3) 对年龄较高身体又较差者拒绝承保。

## 2、终身死亡保险

终身死亡保险是一种不定期的死亡保险，简称终身寿险，是以被保险人在投保之后无论何时死亡，保险人均依合同给付保险金的一种保险。一般地，终身寿险又可分为普通终身寿险和特种终身保险。

终身寿险有以下的特点：其一是该险种没有确定保险期限，自保险合同生效之日起，至被保险人死亡为止，无论被保险人何时死亡，保险人均须按照合同约定给付死亡保险金。其二是几乎所有的终身寿险都基于生命表所假设的 100 岁为人的生命极限，因此，保险费的计算也按照最高年龄 100 岁确定，即终身寿险相当于保险期限截至至被保险人 100 周岁的定期寿险。当被保险人生存至 100 岁，从保险人的角度看相当于定期寿险到期，但被保险人被视为死亡<sup>[1]</sup>，保险人给付全部保险金。其三是终身寿险的保险费中含有储蓄成分，保单具有现金价值，若保单所有人中途退保可获得一定数额的退保金。

根据终身寿险在缴费方式、保单选择权及给付形式上的不同，可分为均衡缴费的普通终身寿险、限期缴费的终身寿险。

普通终身寿险又称终身缴费的终身寿险 (Continuous Premium Whole Life)，其特点是：

①投保人终身缴纳保险费。保险合同明确规定，投保人必须按期缴纳保险费直至被保险人死亡时止，即缴费期等于保险期。如果中途停缴保险费，除非保单另有规定，保险单将丧失其效力。也就是说，被保险人在享受终身保险保障的同时，要缴纳保险费至终身。②以低廉的保险费获取较高的保障。一般地，普通终身寿险的费率要低于特种终身保险，因为缴费期限的长短不同，而且对于终身保险，只要保单有效，被保险人不必因健康情况而担心保险公司会加收保险费。现在的一般做法是当被保险人生存至生命表的最高年龄时，保险公司给付保险金，保险合同随之宣告中止。普通终身寿险以终身缴费为特征，但每年缴纳的保费相对较低。其保单的现金价值几乎按固定比例增长，直至与保险金额相等，此时，被保险人达到最高年龄。其现金价值的存在使保单所有人具有多种利益，但万能寿险的出现，使其竞争力降低。为增加该险种的灵活性和竞争力，许多保险人允许投保人在一定范围内选择未来的缴费模式和水平，或投保人也可选择低附加费和高保险金额的附加定期险（其保险金额最多可达主险保额的 10 倍）。

特种终身保险也称作限期缴费的终身保险。按缴费的不同方式可以划分为：①趸缴终身寿险 (Single Premium Whole Life)，投保时一次缴清全部保险费。一次缴费终身保险，可以避免停缴保费保单失效的情况发生，但因为一次性缴纳的金额较大，所以投保此险种的人较少。②限期缴费终身寿险 (Limited Payment Whole

Life)。限定缴费期限，或是5年、10年，或是直至60岁、65岁，总之限期缴费终身保险。在同一保险金额下，缴费期限越长，投保人每期应缴的保险费就越少，反之，投保人每期应缴保费就多。终身险中，投保此种险别的人最多。由此可见，限期缴费的终身寿险的缴费期为某一确定期间，全部保费在此期间缴清。缴费期一般为一定年数或达到被保险人的某一年龄。如被保险人今年30岁，选择缴费期为30年的终身寿险，则到被保险人60岁时缴费期结束，该保单为30年缴费终身寿险；也可选择被保险人到65岁之前为缴费期，则其实际缴费期为35年，保单为缴费至65岁的终身寿险。趸缴保费和终身缴费是限期缴费终身寿险的两种极端形式。趸缴保费的保单一开始就具有现金价值，可以进行保单贷款。终身缴费是以缴费期至被保险人的最高年龄的终身寿险。

显而易见，普通终身寿险可以提供最大的死亡保障，对那些需要长期保障的人最为适合；但这种寿险保单的现金价值较其它险种为低，而且要求一直连续缴费，对临时失却缴费能力的人而言是一个不足。限期缴费终身险适合那些需要长期死亡保障，但有保证的收入只集中于某个期间之内的保户；也因此，对那些只需要死亡保障不需要储蓄的人而言就不是最佳选择。趸缴终身险对偏重储蓄的人吸引力较大，在一些国家购买趸缴终身险可以用来抵销遗产税，但是趸缴终身险不大适合需要长期保障的人，而且一次缴清保费，也不是普通人所负担得起的。

终身寿险从是否分红的角度来看，可以分为分红终身寿险和不分红终身寿险。分红产品使保单所有人在每个保单周年日可以得到保险公司的红利分配，分享保险公司的可分配盈余，同时，还可以抵御利率变化的风险。由于终身寿险的保险期限长，保险人很难准确估计未来的变化，因此，分红产品受到青睐。在北美、香港等地，80%以上的保险产品具有分红功能。在英美市场上分红保险的保费约占寿险新合同保费的50%，在德国约为85%，在香港市场上约为90%。

在分红保险的红利分配上，根据有关规定，保险公司每年该类保险业务的可分配盈余的70%都要用于分配。只要被保险人生存，自保险合同生效之日起的每一保险年度末，若保险合同有效且所有到期保险费已缴纳，都能得到根据保险公司分红保险业务的经营状况分派的红利。红利的领取方式则以合同的红利任选条款告知方式，由投保人选择。

此外还有保费不确定的终身寿险和利率敏感型终身寿险。

保费不确定的终身寿险是部分保险人为与分红终身寿险竞争而设立的非分红形式的险种，保险人设定投保人缴纳保费的上限，根据保险人的业务经营状况调整投保人缴纳的保费。

利率敏感型终身寿险通过对当前的投资收益和死亡率的状况分析，调整投保人需缴纳的保费或死亡给付金额或保单的现金价值来体现利率的变化。若保费调整后低于前期保费，投保人可以有如下选择：按新的标准支付保费，保险金额不变；或按原有标准支付保费，保险金额不变，保费差额存入累积基金，增大保单的现金价值；或按原有的标准支付保费，若被保险人仍具有可保性，保费差额用于增加保额。若保费调整后高于前期保费，投保人可选择下列方式之一：按新标准支付，保额不变；按旧标准支付，保额降低；按旧标准支付，保额不变，但用保单的现金价值弥补保费差额。

## 5.2.2 生存保险

生存保险，又称定期寿险，是以被保险人在保险期满或达到某一年龄时仍然生存为给付条件，并一次性给付保险金的保险。只要被保险人生存到约定的时间，保险人就给付保险金。若在此期间被保险人死亡，则被保险人不能得到保险金，且所缴保费不予以退还。通常，单纯的生存保险不作为独立的保险险种销售。而生存保险在保障被保险人年老时的生活需要时通常采取所谓的年金保险形式。年金保险与一般普通人寿保险合同的性质有所不同，属于特种人寿保险品种，我们将在下一节进行介绍。

生存保险是以被保险人在保期期满时仍生存，由保险人依照合同给付保险金的一种保险。其特点主要有：（1）类似定期死亡保险，如果保险期间内被保险人死亡视为未发生保险事故，保险人不负保险责任，也不退回已缴纳的保险费。因此，保险公司依照合同给付生存者的保险金。不仅包括其本人所缴纳的保费及其衍生利息，而且包括保险期内死亡者所缴纳的保险费及衍生利息。（2）投保生存保险的主要目的，是为一定时间之后被保险人可以领取一笔保险金，以满足生活等方面的需要。例如，为年幼的子女投保子女教育保险，可以使其在读大学时有一笔教育基金。（3）生存保险是为保障被保险人今后的生活或工作有一笔基金，以满足未来消费开支，实际上相当于一种强制性的储蓄。而保险人为了使之比银行储蓄更有吸引力，每年为投保生存保险的生存者派发红利。

表面上，定期寿险的保费较低，但越近晚年，保险费增加的速度越快。所以说事实上定期寿险的实质保费偏高于其他两种普通人寿保险。这也是因为根据经验，定期寿险的被保险人死亡率比其他两种要高。此外，因为定期寿险保单不具现金价值，对投保人吸引力较小，不具储蓄性因而佣金不高，对寿险业务推销人员的促进作用不大，其本身又受到保险期间、身体检查等许多限制，所以业务量发展到一定阶段就趋向稳定，逐渐丧失最初急速上升的势头。

### 5.2.3 两全保险

#### 1. 两全保险的概念及其特点

两全保险就是我们常说的生死合险或是储蓄寿险、养老保险，是指无论被保险人在保险期内死亡或保险期满时生存，都能获得保险人的保险金给付的保险。它是死亡保险与生存保险的结合，既为被保险人提供死亡保障，又提供生存保障。在保险有效期内，被保险人死亡，保险人给付受益人约定数额的死亡保险金；若被保险人生存至保险期满，被保险人得到约定数额的生存保险金。因此，两全保险具有下列特点：

（1）两全保险是人身保险中承保责任最全面的一个险种，被保险人无论是生、是死都可以得到保险人的给付。它是死亡保险和生存保险的结合。

（2）两全保险的每张保单的保险金给付是必然的。人不是生存，就是死亡，非此即彼，因此，两全保险的保险金给付就是必然的。因此，其保险费率较高。

（3）两全保险具有储蓄性。两全保险是定期的死亡保险和生存保险的结合。被保险人生存与死亡，保险人都要支付保险金，使两全保险具有储蓄性质。该性质使保单与终身寿险一样具有现金价值，保单所有人享有各种由保单的现金价值带来的权益。而且，在被保险人生存时，与终身寿险不同，被保险人可以得到相当于银行储蓄的保险金。

两全保险的保险期限可以设定为一定年限，如5年、10年、20年等，也可以约定被保险人达到某一年龄时为限，如60岁、70岁等。

#### 2. 两全保险的业务种类

两全保险主要有以下业务种类：

（1）普通两全保险，此种保险的死亡保险金与生存保险金是相同的，即无论被保险人在保险期内是生存还是死亡，都会得到相同数额的保险金。



(2) 期满双赔或多赔两全保险，此种保险是为被保险人生存考虑的，其生存保险金高于死亡保险金，指如果被保险人在保险期内生存将得到两倍于保险金额的保险金；而如果被保险人在保险期内死亡，只能得到约定数量的保险金。

(3) 养老附加两全保险，是为被保险人家人考虑的。如果被保险人在保险期内死亡，能得到约定数额的保险金；但如果被保险人在保险期内死亡，将得到约定数额几倍乃至几十倍的保险金，这使得被保险人死后，其家属仍能获得必要的生存费用。

(4) 联合两全保险，是由几个人共同投保的两全保险。在保险期内，如果被保险人中的任何一人死亡，其余人将得到全部保险金，保单终止；如果无任何人死亡，在保险期满时，由全体被保险人共同领取保险金。这种保险多适用于夫妻投保。

### 3、两全保险的保险和储蓄性质

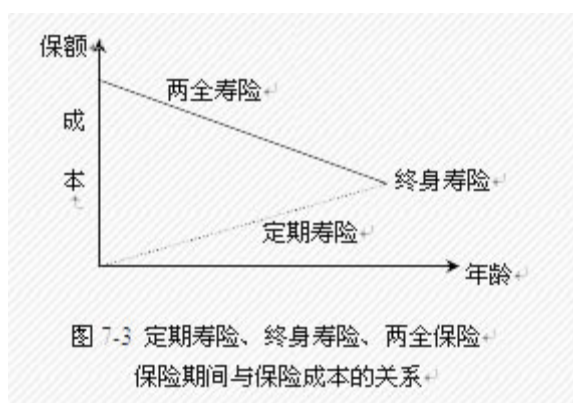
两全保险的养老期间有两种表示方法：①以特定年数表示，如 10 年、15 年期养老保险。②以特定年龄为保险期满日，一般是以被保险人生存到 60 或 65 岁为保险期满日。无论哪种养老保险，保险公司在给付死亡保险金后，保险合同即告终止。由于集生存保险与死亡保险为一体，所以投保人若既想在保险有效期获得保险保障，又希望在年老退休后能有一笔较大的收入以供生活，往往投保以 60 岁或 65 岁为保险期满日的两全保险；如果既想在保险有效期获得保障，又想以储蓄为目的，希望一定时期后有一笔较大的收入为特定目的支出，往往投保定期（5 年、10 年等）养老保险。

从寿险精算的角度来看，生死合险是同一期限生存保险和死亡保险净保费的总和，所以其保险费较高，超过单纯的生存保险或死亡保险的保费水平。从寿险保单的经济价值上看，生死合险中的危险保费和储蓄保费，随着投保时间的延伸向相反方向发展——保障递减，储蓄递增（Decreasing Protection, Increasing Savings）。即保单中的危险保费逐年递减，至保险期满为零，而储蓄保费则逐年递增至期满日为全部投保金额。因此说生死合险最能体现人寿保险中保险与储蓄（投资）的两重性。

养老保险具有高度储蓄性，因而被当作半强迫性的储蓄方法，当作一项投资或是用以防范储蓄期间的死亡危险。所以一般投保养老保险用作教育基金或是老年退休基金。总之养老保险适合于重储蓄的人的品味，而需要长期死亡保障的人不宜购买此项保险。

### 4、普通个人人寿保险的保险期限和保险成本

定期、终身、养老是普通个人寿险保单的三种基本种类。比较这三者，可以看出各自保险期间与保险成本之间的关系（图 7—3）。



定期寿险成本随保险期间的延长而增加，因而一年定期寿险保单是最便宜的寿险保单。养老保险成本随期间延长而递减。终身寿险是最贵的定期寿险也是最便宜的养老保险。三者比较而言，养老保险最贵，终身寿险其次，定期寿险最便宜。

终身寿险可以看作是保险至 100 岁的定期寿险，或养老到 100 岁的养老保险。这是因为我们的经验表假定极限年龄  $w=100$ ，假定没有 101 岁的生存者，所以无论是定期寿险，还是养老保险最多都只能到当被保险人 100 岁之时或履行给付责任，或宣告合同失效，因此终身寿险可以看作是定期寿险、养老保险的特殊一例。

此外，终身寿险和养老寿险的保险金给付是必定发生的；而定期寿险则不一定，除非定期至死亡或生存必定发生之时。由以上各种分析可以得出结论：对投保人而言保险条件越自由，保险人收取的保险费或称投保人负担的保险成本就越高。这也同样是遵循着权利与义务的对等原则的结果。

#### 5.2.4 寿险附加险

附加险又称为附加特约，在人身保险合同中以附加条款形式出现。人寿保险单常通过附加条款的形式扩展其对被保险人的保险保障。保单附加条款使被保险人无须签订新的合同就可得到附加的多重保障。因此，这些附加条款使被保险人或保单所有人得到更多利益。但需要注意的是，保险人可提供的附加条款不尽相同，需由投保人自行选择投保。

##### 1. 保证可保性附加特约

保证可保性附加条约又称为保证加保选择权附加特约，即保单所有人或投保人无须提供新的可保性证明，就可以在规定时间内重新购买一份一定保额的与原来相同保险责任的保险。该特约保证了被保险人具有可保性，而无论事实上是否真的具有可保性。

通常，该附加特约规定保单所有人或投保人购买的保险具有一定限制，如在规定的期限内可购买的保险保额有约定限制、购买时要求有约定事件的发生、对被保险人的年龄有限制等等。在实际购买时，保单所有人必须主动购买，否则保单附加特约所规定的权利将会过期失效。

例如，在平安保险公司的投资连结保险中就有可保选择权附加，但其是在保险责任中提供的。合同中规定：在合同有效期内，经保险公司同意投保人可在第二、四、六、八个保单周年日，选择投保原保险的一份新保险合同。可保选择权的行使期限也是规定的。逾期未行使的，视同投保人自动放弃可保选择权。新合同的保险费和保险金额按照投保人行使可保选择权时本公司的相应规定和被保险人当时的实际年龄确定。投保人在行使可保选择权时须满足多项条件：合同保险单中的保险责任含可保选择权、新合同与原合同的被保险人相同、被保险人未曾且当时未处于失能状态、被保险人 56 周岁的保单周年日之前，并且，只有在新合同保险费不超过投保人行使可保选择权时本合同应缴保险费的 25% 时，被保险人才能享有保证可保的权力。

##### 2. 免缴保费特约

免缴保费特约通常规定，如果被保险人在规定的年龄之前，因遭受意外伤害或疾病而完全丧失工作能力，则投保人可以在此缴费期间免缴所有保险费，而保单继续有效。投保人只需在每次缴费时增加一点保费，就可以获得在被保险人丧失工作能力后的保费免缴优惠。通常，此类特约可以附加在任何寿险保单上，但保费的免缴须视具体的条款而定。如有些附加特约规定该条款只在遭受意外伤害时适用，或只获得免缴主险保费的优惠等等。

##### 3. 丧失工作能力收入补偿附加特约

该特约简称为收入补偿附加，是指如果被保险人完全丧失工作能力，将获得按期给付的每单位保额下一定金额的收入补偿保险金。该附加特约在履行时通常还有一些严格的约定，如被保险人必须在某确定的年龄之前完全丧失工作能力，并且有一段较长的等待期等等。

#### 4. 意外死亡附加特约

意外死亡附加特约为被保险人由于意外而致死提供额外保障。该部分额外保障通常与主险的保额成比例增长，多数情况下与主险保额相等。因此，又称为双倍补偿附加特约，或双重保障意外死亡保险。意外死亡特约一般都规定许多除外责任及限制。如通常要求被保险人的死亡原因是直接地、独立于所有其他原因的意外的身体伤害；对于战争、危险运动、非法活动等引起的死亡往往为除外责任等等。

#### 5. 配偶及子女保险附加特约

该特约通常可附加在终身寿险中，为配偶及子女提供寿险保障。但与主险不同的是，该附加特约往往为定期险，保险金额按基本单位计算，并受到保险公司规定限额的约束。如附加的配偶及子女的保额为主险保额的一定比例，1/4 或 1/5。在该类附加特约中，主险被保险人死亡，子女可免缴附加保费；配偶死亡，可降低保费或增加保额。

#### 6. 生活费用调整附加特约

该条款规定，保单的保险金额可以随着消费价格指数的变化而自动调整。通常情况是，保险人要求在消费价格指数增加一定比例时，保险金额自动增加相同比例，保险费也相应增加相同比例；但消费价格指数降低时，保额不变。当然，保单所有人可以拒绝保额和保费的增加，但也会导致附加条款的终止。

### 5.3 特种个人人寿保险

#### 5.3.1 年金保险

##### 1. 年金保险的概述

年金保险是指在被保险人生存期间，保险人按照合同约定的金额、方式，在约定的期限内，有规则的、定期的向被保险人给付保险金的保险。年金保险同样是以被保险人的生存为给付条件的人寿保险，但生存保险金的给付通常采取的是按年度周期给付一定金额的方式，因此，称为年金保险。

年金保险具有生存保险的特点。只要被保险人生存，被保险人通过年金保险，都能在一定时期内定期领取到一笔保险金，获得因长寿所致的收入损失保障，达到年金保险养老的目的。因此，年金保险又称为养老金保险。年金保险的保费有多种缴费方式，但在被保险人领取年金以前，投保人必须缴清所有的保费。其保险金给付周期有年、半年、季或月等不同，年金的含义是广义的。年金保险较好的解决了老年人的生活问题，各国对年金保险都十分重视。

##### 2. 年金保险的种类

(1) 按缴费方法不同，年金保险可划分为趸缴年金与分期缴费年金两类。

趸缴年金又称为一次缴清保费年金，投保人一次性地缴清全部保险费，然后从约定的年金给付开始日起，受领人按期领取年金。

分期缴费年金的投保人在保险金给付开始日之前分期缴纳保险费，在约定的年金给付开始日起按期由受领人领取年金。

(2) 按年金给付开始时间的不同，年金保险可划分为即期年金和延期年金两类。

即期年金是指在投保人缴纳所有保费且保险合同成立生效后，保险人立即按期给付保险年金的年金保险。通常即期年金采用趸缴方式缴纳保费，因此，趸缴即期年金是即期年金的主要形式。

延期年金是指保险合同成立生效后且被保险人到达一定年龄或经过一定时期后，保险人在被保险人仍然生存的条件下开始给付年金的年金保险。

(3) 按被保险人的不同，年金保险可划分为个人年金、联合及生存者年金和联合年金三类。

个人年金又称为单生年金，被保险人为独立的一人，以其生存为给付条件的年金。

联合及生存者年金是指两个或两个以上的被保险人中，在约定的给付开始日，至少有一个生存即给付保险年金，直至最后一个生存者死亡为止的年金。因此，该年金又称为联合及最后生存者年金。但通常此种年金的给付数额规定，若一人死亡则年金按约定比例减少金额。此种年金的投保人多为夫妻。

联合年金是指两个或两个以上的被保险人中，只要其中一个死亡则保险金给付终止的年金。它是以两个或两个以上的被保险人同时生存为给付条件。

(4) 按给付期限的不同，年金保险可划分为定期年金、终身年金和最低保证年金三类。

定期年金是指保险人与被保险人有约定的保险年金给付期限的年金。一种定期年金是确定年金，只要在约定的期限内，无论被保险人是否生存，保险人的年金给付直至保险年金给付期限结束；一种是定期生存年金，在约定给付期限内，只要被保险人生存就给付年金，直至被保险人死亡。

终身年金是指保险人以被保险人死亡为终止给付保险年金的时间。也就是说，只要被保险人生存，被保险人将一直领取年金。对于长寿的被保险人，该险种最为有利。但一旦被保险人死亡，给付即终止。

最低保证年金是为了防止被保险人过早死亡而丧失领取年金的权利而产生的年金形式。它具有两种给付方式：一种是按给付年度数来保证被保险人及其受益人的利益，该种最低保证年金形式确定有给付的最少年数，若在规定期内被保险人死亡，被保险人指定的受益人将继续领取年金到期限结束；一种是按给付的金额来保证被保险人及其受益人的利益，该种最低保证年金形式确定有给付的最低金额，若当被保险人领取的年金总额低于最低保证金额时，保险人以现金方式一次或分期退还其差额。第一种方式为确定给付年金，第二种为退还年金。

(5) 按保险年金给付额是否变动，年金保险可划分为定额年金与变额年金两类。

定额年金的保险年金给付额是固定的，不因为市场的通货膨胀的存在而变化。因此，定额年金与银行储蓄有类似性质。

变额年金属于创新型寿险产品，通常变额年金也具有投资分离帐户，变额年金的保险年金给付额随投资分离帐户的资产受益不同而不同。通过投资，此类保险有力地解决了通货膨胀对年金领取者生活状况的不利影响问题。变额年金因与投资收益相连接而具有投资性质。

### 3、保险公司在积累期和清偿期的给付责任

年金有积累期和清偿期。积累期为年金资金积累的一段时期，一般在 65 岁以前。清偿期为年金的资金给付年金受领人的时间，一旦年金受领人死亡，保险公司的义务则依据死亡是发生在积累期或清偿期而有所不同。

(1) 积累期的给付责任。在年金的积累期，如果年金购买者死亡，则保险公司有义务退还全部或者部分的年金价值。美国的大部分州的法律都要求最低的现金价值，其值为当时所支付的年金保费减所提领的资金及费用加所生利息。保险公司也提供了节约费用。

(2) 清偿期的给付责任。经过积累期之后，资金累积到了一定额度。在到达开始给付年金的年龄，保险公司则要按照合同的规定，每期给付年金。此时，年金的额度和形态都是固定的。

一般而言，终身年金给付的两种形态可以分为纯终身给付和具有退还保费的年金给付。纯终身年金也可以称为普通终身年金，它所提供的年金给付一直到年金受领人死亡为止。一旦年金受领人死亡，不管死亡多块发生，均不退还保费给年金受领人的遗产继承人或者受益人。在这种形态的给付之下，所有用来购买年金的价钱，都作为提供年金给付之用，没有一部分是用来作为退还的。

具有退还保费性质的年金包括确定并继续终身年金或者确定分期给付终身年金、分期退费年金和现金退还年金。确定并继续终身年金是指不管年金受领人生存或者死亡，都能够获得有保证的月给付或者年给付次数。如果受领人生存超过保证期限，则年金的给付将继续到受领人死亡为止。一般保险合同上规定的年限为 5 年、10 年、15 年或者 20 年。保证期限越长，给付的金额也越少。分期退费年金是指年金受领人死亡时，已经领取的年金收入总额少于领取年金所支付的成本，年金收入仍将继续给受益人，直到领完为止。现金退还年金是指将年金受领人收入总额与领取年金所支付的成本之间的差额一次性的现金给付受益人。对于相同的报废，现金退费年金所提供的给付比分期退费年金少，这是因为以现金退费的年金，保险公司丧失了所能够赚取的利息。

## 5.3.2 简易人寿保险

所谓简易人身保险通常指以劳工或工薪阶层为对象办理的月交、半月交或州交，无体检的低额保险，通常由保险人按时收取保费。一般采取等待期或削减期制度，即被保险人加入保险后，必须经过一定期间，保单才能生效。如果在一定期间内死亡，保险人不负给付责任，或者减少给付金额。

## 5.3.3 团体人寿保险

### 1. 团体人身保险概述

#### (1) 团体人身保险的概念和特征

团体人身保险是以团体为投保人，将其单位在职人员作为被保险人，由单位统一组织向保险公司投保的保险。

在团体人身保险中，其“团体”是指机关、社会团体、企事业单位等独立核算的组织。其“在职人员”是指在投保单位工作并领取工资的人员，已退休、离休、退职的人员不包括在内，临时工、合同工虽然不是正式职工，若要求投保，保险人可以接受承保。其“统一组织投保”指用一张总的保险单对一个职工集体或任何单位成员的集体提供人身保险保障。

团体人身保险起源于 20 世纪初，最早的一例团体人身保险合同是美国 Equitable 人寿保险公司对新泽西州某家企业签发的。这一新的险种一出现，就引起了人寿保险业界的广泛注意，各保险公司群起仿效，随之在世界各地发展起来，成为人身保险中的一个重要险种。以美国为例，截止到 1999 年底，这种保险的有效保单将近 800 000 件，受保障的总人数超过 1.5 亿人，约占美国人口总数的一半，总保险金额达到 18.965 亿美元，这还不包括团体年金保险和团体疾病保险。团体人身保险之所以迅速成长，就在于它有助于社会福利事业的施行，对国家和个人都有利。

团体人身保险不是一个具体的险种，而是一种承保方式。它是用一份合同向一个团体的大部分成员提供人身保险保障。保险人只与团体人身保单的所有人发生合同关系，而不与团体内部的各人发生合同关系。保险人向保单所有人收取保险费，发生保险事故时，保险金也由保单所有人领取，然后转交给被保险人本人。团体保险是相对于个人保险而言的，它有着自身的特点。

1) 保险公司和团体人身保险单的所有人订立一份总合同，大多数团体保险单所有人是企业或雇主。因而使用团体的风险选择方法，只关心整个团体的可保性，而不计较团体中单个成员是否可保。

2) 对投保团体有一定的选择标准。团体保险的保险人在承保时，选择的对象是团体而不是个人，因此，与个人保险相比，选择的角度重点是审核团体的合法性和团体成员的投保比例。具体讲，要求是：投保团体必须是依有关法律成立的合法组织，如各种企业、公司、合法团体、国家机关、事业单位等，如果是为了参加团体保险而专门成立的组织，保险人是不予承保的；投保团体中参加保险的人数与团体中具有参加资格的总人数的比例必须达到保险人规定的比例。

3) 不需要体检。对投保团体作了上述限制规定以后，就可以确保承保团体的死亡率符合社会正常水平了，因此，也就没有体检的必要了。这也正是团体保险的优点之一，方便了被保险人，也节省了体检费用。

4) 保险费率低于个人保险的费率，保障性高。这是因为：一是由于手续简化，节约了大量的费用，如营销费用和管理费用等，从而降低了附加保费，毛保费自然也就降低了。二是团体保险的死亡率可以保持稳定，并和个人保险死亡率一致，有时甚至低于个人保险的死亡率。三是团体保险减少了逆向选择的消极因素，也使平均死亡率相对下降。四是团体保险集体作业，分工细、速度快，经济合理、成本低廉。

5) 采用经验费率法。即根据投保团体的理赔情况制定费率，把一个团体的经验数据与其它规模、风险相似的团体的经验数据合并，不同风险类别的团体适用不同的费率。

6) 保险金额分等级制定。团体首先的被保险人不能自由选择投保金额，一个团体内可以实行单一标准或者划分为不同的等级标准，将被保险人对号入座，符合不同标准的人享受不同的保险金额。确定标准的条件可以是职位、工龄、工资级别、供养人口等，这些条件可单一考虑，也可综合考虑。

7) 团体保险计划的灵活性。与普通个人保险的保险单不同，团体保险的保险单并非是事先印就而一字不可更改的，较大规模的投保团体，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。关于各个被保险人的保险金额，为了避免逆向选择，不得不做出硬性规定，不允许任意选择，但对整个团体来说则有一定的选择余地。

团体保险产生于本世纪初，虽历史不长，但发展很快。现在，几乎全部寿险险种都可以采用团体保险的方式来

办理。

## （2）团体人身保险的基本原则

由于团体保险不要求成员提供可保行证据，即不必进行体检，所以团体人身保险必须遵循以下一些基本原则：

1) 投保的团体原则上应该是依法成立的法人，那种以单纯取得保险为目的临时凑合而成的团体，不能作为团体人身保险的投保人。这一原则旨在减少逆向选择。因为倘若团体是以取得保险这一特定目的而组织起来的，那么这个组织中就会集聚众多“最愿意参加保险的人”，即该团体中健康状况不佳的人所占的比例就会过大，他们的死亡率会超过社会平均死亡率，这样的团体对保险人来讲是不可承保的。

2) 团体中的成员富有流动性。理性的团体应该是不断有年轻人参加和老年人退出，这样就会使团体的平均年龄始终保持稳定，死亡率和发病率也能保持相对稳定。

3) 保险金给付数额不能由企业(雇主)或职工任意选择，而应该根据职工的收入、地位、工龄或综合因素确定，其目的也是为了减少逆向选择，否则健康状况不佳的成员就会选择高的保险金额。

4) 投保人数上的限制。为了避免一个团体内身体交叉着参加保险，而身强力壮者不参加保险，对于团体中的投保人数要有所限制。投保人数的限制包括两方面的要求：一是对投保团体总人数的要求，即规定一个投保团体内参加保险的人数要有一个最低的标准。二是对投保团体参加保险人数占总职工人数的比例的要求。如果职工不要缴付保险费，所有职工都必须参加；如果职工要缴付保险费，至少要有 75% 的职工参加。

5) 由企业或雇主分担团体保险的费用。这样可以减轻老年成员的交费负担。如果有成员缴付全部保险费，那么年轻人就会分担老年人的保险费，促使他们退出团体保险。这一原则对团体定期寿险具有重要意义。

## （3）团体人身保险的种类

大部分人身保险都可以团体保险的方式承保，因此团体人身保险主要包括团体人寿保险、团体健康保险、团体意外伤害保险。

团体人寿保险，是以团体方式投保的定期或终身死亡保险。

### 2) 团体健康保险

团体健康保险是以团体形式购买的健康保险，它主要有以下几种：

第一，团体医疗费用保险。这是以团体中的大部分人员作为被保险人，对其医疗费用给予保障的团体保险。这种保险保险责任包括被保险人因病治疗发生的各项费用，主要有药费、检查费、手术费、住院费等。在一个保险期间内，不论一次或多次因病住院，保险人都按规定分别计算给付保险金，但累计给付的保险金不得超过总保险金额。

第二，团体伤病保险。这是被保险人因伤病暂时或永久丧失工作能力时，由保险人按此团体保险的有关约定给付保险金的一个险种。该险种给付期限有长有短，有几个月、几年的、到被保险人退休年龄的、直至终身的等几种。给付方式大多是按月给付，也有按年给付的。

### 3) 团体意外伤害保险

团体意外伤害保险具有团体保险的全部特征，属于 1 年期的定期保险。其保险费率按行业、工种类别确定，通常划分为若干类，每一类使用一个费率，对特殊行业、工种要按危险程度加收保险费。此外，团体意外伤害保险与个人意外伤害保险在保险责任、给付方式方面相同，只是承保方式不同。团体意外伤害保险还可以附加意外伤害医疗保险。

## 2. 团体人寿保险

团体人寿保险，是以团体方式投保的定期或终身死亡保险。从美国公平寿险公司 1912 年签发第一张团体寿险合同至今，团体寿险的发展对整个社会都具有深远的意义。对寿险公司而言，团体寿险已成为保费收入的主要来源，也是盈利主渠道之一，而且使得保险观念更加普及。对投保人而言，既可以密切团体与员工之间的合作关系，又可以有效防止个别重要职员早期死亡所引起的财务损失。对公司职员及家属而言，可以通过团体寿险获取所需的保险保障，又不必为身体状况、经济能力等事项担忧无法参保。团体寿险也有助于达成某些社会目标，比如一些发达资本主义国家的雇员福利计划（EBP）中就以团体寿险为主要形式，而且发展团体寿险之后也一定程度上减轻了财政对慈善、救济等的责任，也减少了政府对寿险行业的进一步干涉。

在团体人寿险业务中，主要分成两大类：一是团体定期寿险（Group Term Insurance），该险种是团体寿险中最早、最普遍也是业务量最大的一种团体寿险，此种保险无现金价值，目的是提供早期死亡保险，对保障退休员工生活用处不大。另一是团体终身寿险（Group Permanent Insurance），是近年发展起来的，目的在于保障退休职工生活，因产生较晚，所以份额不高。

### （1）团体定期寿险

绝大部分团体定期寿险以年更新式的定期保险单（Yearly Renewable Term Insurance）方式承保，实际上是以团体方式投保的一年定期的死亡保险。由于保险期限只有一年，所以采用自然保险费，保单没有现金价值。投保最初以及续保时无须体格检查。每年更新合同时，剔除已脱离企业的职员，增加新雇员，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，调整费率。

团体寿险的保险费由企业负担的部分，在税收上一般可以得到优惠。在美国，若每位雇员的保险金额在 50000 美元以内，并且保险费全部由雇主负担，则这部分保险费可作为费用处理，免交所得税。如果团体定期寿险的保费，由被保险人个人负担，则对这部分保费也可免交个人所得税。

每年更新的团体定期寿险保单，期满一年时保险责任自动终止，而保单又可自动更新续保无需可保证明。与个人寿险一样，每年更新时费率水平是逐年增加的。不过在保费由团体、员工共同负担时，对个人而言，其所承担的部分可保持不变，投保人负担部分则逐年增加；但就整个保险计划而言，由于团体中年龄结构、性别结构、保险金额等方面的变化，团体的总负担可能基本保持不变，甚至有所下降。

团体定期寿险衍生品之一就是团体信用人寿保险（Group Creditor Life Insurance），这是基于债权人与债务人之间的债权债务关系而签订的保险合同，是债权人以其现在和未来的债务人的生命作为保险标的，以保单持有人（债权人）为受益人（这与其他团体人寿保险有所不同，比如团体定期寿险的保单持有人——投保团体并不是受益人）；被保险人死亡时，保险公司给付保险金来抵偿被保险人所负债务。其保费可以由投保人单方面负担，也可由债务人或双方共同承担。法律一般规定，债权人不得以要求参加团体信用寿险作为扩张信用的条件或手段，以防止道德危险的发生，保证保险人的利益。

### （2）团体终身寿险



团体终身寿险不享有前者的税收优惠，起步也晚，因此在发展速度和规模上远不如团体定期寿险。这种保险通常为小的公司或企业购买，用来为职工退休时提供生活保障。团体终身寿险的主要险种有：

1) 团体缴清保险 (Group Paid-up Life Insurance)，是由一年定期死亡保险和终身死亡保险相结合的险种，前者由投保团体负担保费。采取趸缴保费的方式。

具体办法是：投保团体与员工约定一个死亡保险的总保险金额，不同职员可以有所差别。员工每年缴纳一定保费为自己投保终身寿险，采用趸缴保险费方式，保单均为缴清保单。员工每年的缴费相同，由于年龄变化，危险增加，所以每年投保的终身险缴清保单的保险金额逐年不同，但累积为保险金额逐年增加。团体每年为员工投保一年定期死亡保险，保险金额为约定总金额与终身险累积金额的差额。随着终身险累积保险金额的逐年增加，一年定期死亡险的保险金额逐年下降。一年定期死亡保险的保险费采用自然保险费，保单无现金价值，由团体负担；由员工负担保费的终身险保单则具有现金价值。员工无论何时死亡，都可获得约定的保险总金额；而年老退休或脱离该企业时，也可以继续享受保险保障，或申请退保，领取退保金，以供退休或离职后生活所用。

团体缴清保险中，团体负担的定期寿险的保险费也享有税收优惠。虽然员工没有直接得到税收利益，但因保险契约在员工在职、离职、退休时均保持效力，所以整体上还是有利可图的。

2) 均衡保费型的团体终身保险 (Level Premium Plans)，一般是由公司、企业为员工投保限期缴费的终身死亡保险，如限期缴费至 60 岁退休时止，可以由此为员工提供退休福利。各个员工年龄不同，缴费期限也不相同，但都采用均衡保险费方法。

若这种团体保险费完全由企业负担，则员工个人对保单一般不具有既得利益；若为双方共同负担，则员工拥有由其自付部分的现金价值。至于由企业负担的保费所产生的权益，是否也属于员工，要视退休金合约的规定而定。

3) 储金式团体终身保险 (Deposit Funds)，就是由保险人与企业共同设立一特别基金，每年由分红累积或企业划拨资金交由保险人运用，待到员工退休时则可以运用此基金购买定期险或由保险人直接提供给付以保障退休生活。

### (3) 团体人寿保险合同的条款

团体寿险合同是保险公司与投保团体（即保单持有人）之间的契约、协定，并非与被保员工之间的契约。团体寿险的保单由投保团体持有，而被保员工则发给保险证 (Certificate of Insurance) 作为承保证明。保险证列明了每个员工的保险金额、受雇人、雇佣关系终止时被保险人的权利、保单继续或终止条件及承保范围等。但保险证并不是保险契约的一部分，保单持有人也不是保险公司的代理人。保单持有人——投保团体在实务中确有办理员工投保手续、保费的扣缴、新进员工报告、员工离职退休和其他变动报告的责任，但都是以“本人” (Principal) 的身份从事上述工作，这里并不存在保险代理关系。这里所谈到的团体寿险的契约条款都是指正式保单所包括的内容，主要有：

#### 1) 有关保单持有人责任的条款

① 生效日期及要保书。通常团体寿险的要约要经过保险公司总公司的承诺，才被认作是正式承保。如果需要由员工负担保费的，则要在某一比例之上的合格员工参保并缴纳月保费后才能生效。就一般的要保书而言，需要包括投保团体和被保员工的详细资料，这些构成保险契约的一个组成部分。

②保单持有人报告书及稽核。团体保险的保单管理或由保险公司代理，或由投保团体自己进行。如果是前者，则保险公司保存有每位员工的详细保险记录，投保团体只需要提供这些资料并及时报告各种变动即可。而保险公司依据投保团体的报告，来发放保险证、收缴保险费并给付保险金。如果由投保团体自己管理，则其必须负责保留风险记录，向员工发放保险证，向保险公司通知各项变更事项以决定费率以及保险金给付水平。而且保单中通常规定“包括员工薪资帐册在内的所有保险记录，都要做到随时接受保险公司的检查”，保险公司出于经营的目的，可以依此条款经常进行定期稽核。

③保险费及宽限期间。保单持有人负有缴纳保费的义务，如果在宽限期内未能完成交付，保单效力自动中止。保单持有人需要事先以书面形式通知保险公司终止保单效力，否则在宽限期内仍负有使保险效力持续的缴纳保费的责任。

④保单的修改或中止。保险契约中通常规定，保单持有人要以书面形式先通知保险人于保费到期日或宽限期内修改或中止契约。而此种修改或中止并没有改变被保险人基于保险的履行已经获取的权利或有权继续投保的意愿。

⑤分红及抵扣保险费。如前面提到的，团体寿险的保单红利分派给保单持有人或作为保险费抵扣项目。保单持有人的处理一般是减少员工负担保费，修订保单条款时提高保险金额或设立专项员工福利计划基金。

## 2) 有关保险证持有人条款

①投保资格及个别保险生效日。凡是合格投保团体正式任用的员工都可以成为被保险人，但试用和兼职人员除外，目的是排除逆选择。个别员工保险生效日按保费的分担方式有所不同。全部保费由投保单位负担时，已获得投保资格并实际参与工作的员工，在主保单生效日起就开始有保障；对那些获得投保资格但尚未实际参与工作的，则在其实际参与工作时，才开始有保障。保费由单位和员工共同负担时，a)有投保资格的员工必须申请加入保险，并采用薪资扣除的方式缴付规定分担的保费，于申请参加后即开始有保障；或b)有资格投保的员工于规定期间内申请加入保险，则申请当日即被承保；或c)过了规定期间，或是由于未缴保费使个人保险效力停止，又或是由于更换成个人保险后再欲参加此保险时，则保险公司有权利索取个人可保证明书，并经保险公司认可当日开始承保。

②团体人寿保险给付的受益人。保险给付除了不得给付雇主、工会或投保团体外，可以给付任何指定的受益人。指定的受益人如经过书面通知保单持有人可以变更。一般团体寿险保单还规定，无论员工在保险人收到书面通知当天是否仍生存，只要保险人不因变更通知而发生给付问题时，变更受益人在通知书签发当天即告生效。

③受益人顺位条款。此条款规定，当指定受益人死亡时，则以指定的第二受益人为给付受益人；如果没有其他指定受益人时，则保险给付视为被保险人的遗产，按继承顺序分配。以上规定与普通个人人寿保险是基本相似的，在我国保险法中也有明文规定。而如果死亡员工没有继承人时，团体寿险一般要求此项保险金给付员工的遗嘱执行人或财产管理人处理。

④保险给付变通条款。规定保险人可以把死亡给付的一部分用作丧葬费用或生前最后的疾病医疗费用，并且可以在被保险人已丧失行为能力时支付给指定的受益人。这一规定的目的是使被保险人或保险金申请人与保险公司之间关系简化，不需额外费用也不会发生迟付保险金的现象。

⑤死亡给付的转让。大部分团体保单均规定死亡给付不得转让，但有些保单在保险公司授意之下，允许死亡给付权的转让，但对转让的有效性概不负责。

⑥给付选择权。类似个人寿险保单的给付选择，团体保险的给付通常是一次性给付保险金，也有可供被保险人选择的其他给付方式，如果被保险人未进行选择时，由受益人在被保险人死亡后行使选择权。通常可供选择的给付方式有：a)定期分期给付选择，即在固定期间，按月或按年地等额分期给付，总额是本息之和；b)定额分期给付选择，即选定金额分期领取，至本息摊尽为止；c)终身年金选择，即受益人可以在低于一般的费率下，购买终身年金；d)储存利息选择，即将保险金储存生息，在生存期间或特定期间领取利息，直至死亡或满期领取本金；e)终身收入选择，受益人在生存期间内领取保证的等额分摊给付款，并附带保证至少给付达到某一总额。

⑦员工保险的终止。依据展延给付条款（Extended Benefit Provision），即当a)被保员工的雇佣关系终止，或b)被保员工缴完最后一次分摊保费而保单期满，又或c)主保单终止或因修改保单令该员工保险中止时，个别员工保险的效力自动终止。

⑧雇佣关系的终止。即员工停止实际参与工作，显然那种因伤病、暂时停职或请假等停止工作的不能视为雇佣的终止。被保险员工的保险保障，除非雇主以书面通知或以其他方式通知保险公司，否则暂时中止雇佣关系时，只要雇主继续缴付保险费，保险就继续有效。

⑨换约权利。大多数团体保单都允许保险证持有人在因雇佣关系终止或在合格团体的会员关系终止时，无需可保性证明就有权变更为个人保险。当然变更权利必须在团体保单终止的一段时间之内（一般是一个月）行使，而此期间团体保单还提供展延死亡给付的保障。除了团体定期寿险之外，申请换约者有权变更为任何形式的个人寿险，但保险金额以原团体保单的保金为限。这种变更选择权也是保险公司增扩业务量、招徕顾客的手段之一。

### 3) 一般给付条款

比如不可争辩条款，团体寿险保单对此规定，保单自成立日起有效经过二年后，认定为不可争辩的保险合同，但保单持有人欠缴保费除外。而被保员工的寿险也自保险生效日起二年后，认定为不可争辩。由此出现两个可争辩的期间，即主保单的可争辩期间和个别被保员工的可争辩期。依此条款，保险公司只在不实告知影响其承保决定时，才会对保单提出争议。

以上就是团体寿险的重要条款，但实务中团体保单通常是以团体寿险为主，附加团体健康险或团体意外伤害险等的混合保单，因而一张团体保单会出现有诸如其他健康条款的并不奇怪，不象理论上区分得如此分明。

## 5.3.4 次标准体保险

次标准体保险（Sub-Standard Life Insurance），又称为弱体保险，是指危险程度较高而不能按正常费率承保，除非由保险人和投保人商定以特别条件来承保的情况下的一种特殊人寿保险形式。该险种属于特种人寿保险。此类保险的被保险人发生保险事故的可能性比较高，超过了正常人的标准，若使用正常费率将增加保险人的赔付率，只能用特别条件来承保。

次标准体保险在承保的时候，可以采取下属方法：

1、保额削减法。这种方法是指投保人按照正常的费率投保，但在一定的期间内按照比例减少保险金额的承保方法。该方法对于发生保险事故可能性递减的被保险人适用。

2、年龄增加法。这种方法是指按照一定的标准人为地增大被保险人的年龄，依据增大后的年龄，采用其所对应的费率作为保险费率进行承保的方法。这种方法对于发生保险事故可能性递增的被保险人适用。

3、附加保费法。这种方法是指对投保人征收一定金额的额外保费。这种方法适用于保险事故发生率与正常值的差额为固定值的被保险人。

次标准体保险灵活的采用了保险费率精算方式，满足了保险市场的不同人群的需求，也为保险公司开拓了新的保险市场。但是，开展次标准体保险业务也会给保险公司带来一定的风险。按照经济学的一般原理，由于存在信息不对称，在次标准体保险业务当中，这种信息不对称的现象尤其严重。被保险人危险程度越高，被保险人或者投保人对次标准体保险的需求也越强烈。这种逆向选择的存在，使得保险公司承受了过多的风险。因此在开展次标准体保险业务时，保险公司要求具备比较高的风险管理能力，或者对被保险人的风险能够有一个准确的测算，并能够制定出适当的保险费率。

一般来说，保险公司在开展次标准体保险业务时，除了在承保时要求被保险人或者投保人缴纳特殊的保险费率外，还会在保险合同当中做出一些其他的规定，比如除外责任的规定更加详细、定期的风险提示或者危险增加提示等等。

## 5.4 创新型人寿保险

创新型人寿保险，又称非传统型寿险或投资型保险、投资连结保险、投资理财类保险等，是保险人为适应新的保险需求、增加产品竞争力而开发的一系列新型的保险产品。在美国称其为变额寿险、万能寿险、变额万能寿险等，在英国被称为单位基金连结保单（Unit-linked policy），在加拿大被称为权益连结保单（Equity-link policy），在新加坡、中国及其特别行政区香港均称之为投资连结保险（Investment-linked life insurance）。

创新型寿险产品与传统寿险产品的不同之处在于，创新型寿险产品通常具有投资功能，或保费、保额可变。如中国平安保险公司销售的“平安世纪理财投资连结保险”、中国太平洋保险公司推出的万能寿险保单等都属于创新型保险产品。创新型寿险产品主要有变额人寿保险、万能人寿保险和变额万能人寿保险等。

### 5.4.1 创新型人寿保险概述

#### 1. 创新型人寿保险的界定

创新型人寿保险是指包含保险保障功能并至少在一个投资账户中拥有一定资产价值的人身保险产品。创新型人寿保险除了提供同传统人寿保险一样的保障服务外还可以让客户直接参与由保险公司管理的投资活动。客户的大部分保费记入由保险公司专门设立的投资账户中，由投资专家负责账户内资金的调动和投资决策。投资账户中的资产价值将随着保险公司实际收益情况发生变动，所以客户在享受专家理财的同时也面临一定的投资风险，具体说来，创新型人寿保险主要有以下几个特点：

##### （1）具有保险与投资双重功能

创新型人寿保险与传统人寿保险最大的不同之处在于它集保险保障与投资理财于一身。该险种将客户缴付的保费分成“保障”和“投资”两个部分，一部分用于保险保障，即使投资收益不理想，客户在保险期限内也可获得身故保险金、全残保险金、满期保险金等基本保障；其余部分保费转入专门的投资账户，由保险公司的投资部门通过专业理财渠道进行投资运作，以达到资产的保值增值目的，投资收益全部归客户所有。由于投资部分没有预定的回报率，在实际收益较高时，客户可享有更大的获利空间。

## （2）独立账户，运作透明

独立账户是指客户在投保创新型人寿保险后将拥有一个独立的个人投资账户。投资账户是保险公司为投保人单独设立、单独管理的资金运用账户。在这个账户中，保险公司记录投保人交费、部分领取等资金的流入流出情况，记录所有投资损益的变化情况。这一“独立账户”可以有效地将创新型人寿保险与保险公司的其他资产分割开，作到独立立账、独立管理、独立评估、独立核算，保证客户的切身利益；“独立账户”也可保证创新型人寿保险透明经营。客户所缴保险费按照保险合同条款中规定的项目、比例进行分配，客户还可以随时查询投资账户的买入价、卖出价及账户价值变化，保险公司将定期评估投资账户资产价值，公布投资业绩，使客户全面了解保单信息，并便于监管机构的监督管理。

## （3）保障水平不确定

创新型人寿保险在给付保险金时取决于保险金额和投资账户投资单位价值总额的较大值。因此，当投资账户中的投资单位价值总额低于保额时，保险金按保险金额给付，保障水平是确定的；而当投资账户中的投资单位价值总额高于保额时，保险金额按投资账户价值总额给付，随投资账户资产价值的增加而增加，此时保障水平就表现出一定的不确定性。

## （4）收益与风险并存

创新型人寿保险不承诺投资回报率，客户实际得到的投资收益率取决于公司专门账户的投资绩效，所有的投资风险由客户自行承担。

# 2. 创新型人寿保险的开发背景

人寿保险是一种长期的保险合同，合同期限往往长达十年、数十年，在这样漫长的时间内，投保人的保险需求会随着年龄、家庭结构、经济状况等的变化而改变。这就需要保险计划具有足够的灵活性，即可以随时进行相应的调整，以适应被保险人不断变化的保险需求。但传统的寿险产品由于结构上的局限性，难以根据客户保险需求的变化而作出相应调整，从而往往导致保险计划与客户实际需求的脱节，这一般表现为保障过高，使客户因此而缴纳过多的保费；或保障不足，使客户无法得到充分的保险保障。与此同时，市场利率在长达数十年的保险期限内存在极大的不确定性。寿险公司在设计传统寿险时，如果预定利率设定过低，可能会因产品收益低于市场利率而使产品缺乏竞争力；而如果预定利率过高，又可能会因实际的投资收益率低于预定利率而使公司遭受利差损。为此，保险公司在设定预定利率时一般比较谨慎而选择保守利率，而这一保守利率往往要低于市场水平，特别是随着资本市场的不断发展与成熟，各种新的能够提供更高收益的投资产品不断出现的情况下，寿险产品偏低的收益率使寿险产品储蓄功能的吸引力大大降低，出现了“买定期险，将其余的保费用于投资”的现象，更有许多客户要求退保或通过保单贷款领取现金而转向其他投资，这不仅给保险公司的展业带来巨大困难，而且退保和保单贷款也给公司构成了巨大的现金压力。同时，由于保单现金价值是按照预定利率事先确定的，客户最终获得的保险金若剔除通货膨胀因素，其实际价值往往不足以满足客户投保时设定的财务目标。另外，寿险保单具有长期的保证保单现金价值，保险公司在进行投资时为实现资产与负债的匹配而选择长期投资，从而使得大量现金被锁定在收益较稳定但回报较低的长期投资上，严重限制了保险资金的投资灵活性，难以实现理想的投资效益，违背了保险公司和客户的利益。正是由于传统型寿险产品存在上述诸多局限性，保险公司的市场竞争力和地位受到挑战。为了生存与发展，保险公司必须顺应市场环境，通过产品与服务创新向市场提供更具竞争力、能更好满足客户需求的产品与服务才能建立新的竞争优势。

# 3. 创新型人寿保险的产生与发展

20 世纪 70 年代至 80 年代，欧美国家正值高通货膨胀及高利率时代，消费者想通过购买金融工具来获取高回报，银行和证券公司开发出大量创新的金融产品，从而吸引了大量的个人金融资产，而保险公司的传统型保险产品的给付选择无法应对高通胀，造成保险公司的资金外流，这就迫使欧美的寿险业者纷纷调整传统型寿险产品的设计方向，开发出“投资型保险”即创新型寿险产品。由于创新寿险产品的竞争对手不再是同行业的产品，而是其他金融产品，因此其应运而生了。

20 世纪 70 年代后期，投资型保险（基金连结保险）在英国的保险市场上逐渐取代传统型保险，越来越多的传统型业者开始拓展与共同基金相结合的寿险商品，再加上在股票市场的稳定获利，大多数英国人开始意识到创新型产品的好处，需求不断上升。从 1987 年至 1997 年间，英国的基金连结保险在寿险市场上的份额由 39% 提高到 50%，增长了 11%。

1976 年，美国 Eguitable 人寿保险公司开发出称为“变额保险”的第一代创新型寿险产品。从 80 年代开始，变额保险在美国获得迅速发展，共有 30 多家保险公司销售此类保单。截止 1999 年，变额保险在美国寿险市场所占份额已超过 30%。

创新型寿险产品的推出产生了三大趋势：消费者意识的提高、投资选择自主性以及保险公司经营创新。

#### 5.4.2 变额人寿保险

变额人寿保险（variable life insurance）是一种终身寿险，简称变额寿险，其保险金额随其保费分立账户中投资基金的投资效绩的不同而变化。1976 年变额人寿保险在美国被首次推销给一般大众。

变额人寿保险与传统寿险相比较，其通常具有以下特点：首先，其保费的缴纳与传统寿险产品相同，是固定的，但保单的保险金额在保证一个最低限额的条件下，却是可以变动的。变额寿险也是因此而得名的。变额寿险保险金额的变动取决于投保人所选择的投资分立账户的投资效益。第二，变额寿险通常开立有分立账户（分立账户是美国的叫法，在加拿大叫独立账户，而在中国则叫投资账户）。在寿险公司内部，对应于传统终身寿险的保单责任准备金的资产都要记入保险公司的综合投资账户，为了使这些资金获得较为稳定的资产回报率，保险公司将之投资于一系列的较为安全的项目；而对应于变额寿险的保单责任准备金的资产，则单独开立一个分立账户或多个不同收益、风险特性的分立子账户，由投保人或保单所有人自由选择，由保险公司本身或委托基金公司专业经营。投保人缴纳的保费，在减去费用及死亡给付分摊额后被存入选择的投资分立账户。在该种保单的死亡给付中，一部分是保单约定的固定的最低死亡给付额，一部分是其分立账户的投资收益额。保险人根据资产运用状况，对投资分立账户的资产组合不断进行调整；保单所有人也可以至少每年一次地在各种投资产品中自由选择调整组合。所选择的投资分立账户的投资收益高则保单的现金价值高，死亡保险金即保险金额也高；反之，则保单的现金价值低，死亡保险金即保险金额也低。因此，变额寿险的第三个特点是：变额寿险保单的现金价值随着客户所选择投资组合中投资业绩的状况而变动，某一时刻保单的现金价值决定于该时刻其投资组合中投资分立账户资产的市场价值。

变额寿险产品除了具有保险的保障功能外，最显著的特点是其通过独立投资账户的投资基金来实现投资功能。客户的保费进入投资账户中，由保险公司或委托基金公司的投资专家进行投资运作，投资收益全部归客户所有，但投资账户不承诺投资收益，投资风险由保单所有人承担，保险人只是负责管理投资账户。保单的现金价值可能因投资账户的收益不好而为零。正是如此，在美国，变额寿险产品被认为是一种有价证券产品，经营变额寿险产品的保险公司须作为投资公司经纪商在美国证券交易委员会（SEC）注册，同时出售各种变额寿险保单的也必须在 SEC 注册，并且只有根据联邦证券法取得经纪人或交易商许可证和保险双重从业资格的销售代理人才有资格销售这类产品。但在加拿大等其他一些国家，仍家变额寿险视为寿险产品，由保险公司及其代理人在无特别许可的条件下也可销售。

变额寿险可以是非分红的，也可以是分红的。对于分红的变额寿险，分红的金额决定于该险种的费差益和死差益；而利差益扣除投资管理费用后，用于增加保单的现金价值。保费的缴纳方式为规则的均衡保费，若没有按时缴纳保费，保单就会失效；但也可以选择红利抵充保费或利用红利变更保单为减额缴清保险等红利领取方式使保单继续有效[2]。由于未能及时缴纳保费导致保单的失效，同样可以按复效条款进行复效。

因变额寿险的保费缴纳为均衡缴纳方式，与保费和保额都可变动的变额万能寿险相比较，可以认为是初级的投资连结产品。

#### 5.4.3 万能人寿保险

万能人寿保险，简称万能寿险，是一种缴费灵活、保险金额可调整的寿险。万能寿险的最大特点在于其灵活性，该保单的出现是为了满足保费支出较低、缴纳方式要求灵活的消费者的需求。万能寿险的保费缴纳方式很灵活，保险金额也可以调整。投保人在缴纳了首期保费后，可以选择在以后任何时候缴纳任意数额的保费（但有时会有有一定的整数要求，例如以 100 元为单位），只要保单的现金价值足以支付保单的各项保险成本和相关费用，保单就持续有效。投保人还可以在具有可保性的前提下，提高保额或降低保额。出于上述特点，万能寿险可以适应客户对人寿保险的个性化需求。

投保人在缴纳首期保费后，首期的各种费用、死亡给付分摊、附加优惠条件的费用等从中扣除，剩余部分为保单最初的现金价值。该部分价值按新投资率计息累积到期末，成为期末现金价值，同时也是下一周期的期初价值额。在第二周期，投保人根据自己的情况缴纳或不缴纳保费，若该周期的期初价值额足以支付第二期的费用及死亡给付分摊额，投保人就不用缴费；若现金价值额不足，投保人缴纳的保费不够，则保单会因此而失效。若投保人在第二期期初缴纳了保费，则第二期的期初现金价值额为上期末现金价值加第二期保费减去费用和死亡给付额。第二期的期初现金价值额按新的投资利率累积到期末，成为第二期的期末现金价值额。该过程不断重复，一旦其保单的现金价值额不足以支付保单的死亡给付分摊和费用，又未有新的保费缴纳，则保单失效。

通常情况下，保险人规定的首期保费较高，以支付足够的费用和死亡给付，同时也为了避免保单由于对保费缴纳没有严格的限制而导致的过早终止。有时，保险人按保单签订时投保人的意愿建立目标缴费额，按照缴费目标进行开支计划，利用银行自动划拨的方式引导投保人缴费。有些保险人在保单中列入了基于缴纳最低保费时保单不失效条款，即在此条款下，即使保单已无现金价值，只要投保人缴纳年保单规定的最低保费，保单继续有效。

万能寿险保单的现金价值为保费扣除各种费用及死亡给付分摊额后的累积价值。保单通常都规定一个最低的现金价值累积利率，通常为 4%或 5%，在长期累积下，保单所有者仍有较大的收益。有的保险人提供滚动式利率，如外界的某一移动平均利率（如 5 年期国债利率）为最低利率。也有的保险人的万能寿险保单的利率基于其投资利率或投资组合收益率。

万能寿险的灵活性不仅表现在保费的缴纳方式上，还表现在保单持有者可以在一定的限制范围内选择所需要的保额。万能寿险的死亡给付通常有两种方式可供选择：A 计划和 B 计划。A 计划是一种死亡保险金不变，始终等于保单保险金额的万能寿险。B 计划是一种死亡保险金会不断变化的万能寿险，其保险金等于保单保额与现金价值之和。在投保人投保时，可以选择固定的死亡保险金或随保单现金价值的变化而变化的死亡保险金，即可选择 A 计划或 B 计划。A 计划与传统的具有现金价值的终身寿险相似：在保险有效期内，发生保险事故，受益人得到约定的死亡给付金。该计划的净危险额随着保单的现金价值的增加而减少。当保单的现金价值增加，危险额相应减少，则对应的所需缴纳的保费减少。在 B 计划中，死亡给付额为均衡的净风险保额与现金价值之和。现金价值的变化直接影响到死亡给付额的大小，如现金价值的增加将会使死亡给付额等额增加，但对净风险保额的大小没有影响。即：

A 计划：死亡保险金=保险金额

净危险额=死亡保险金-现金价值

B 计划：死亡保险金=保险金额+现金价值

净危险额=保险金额

万能寿险的另一个特点是保单运作的透明性。寿险公司向客户公开组成商品价格结构的各种因素，客户每年可以得到一份保单信息状况表，向客户说明保费、保险金额、利息、保险成本、各项费用及保单现金价值的发生数额及变动状况，从而便于客户进行不同产品间的对比，并监督保险公司的经营状况。

万能寿险设有独立的投资账户，个人投资账户的价值（即保单的现金价值）有固定的保证利率，但当个人账户的实际资产投资回报率高于保证利率时，寿险公司就要与客户分享高于保证利率部分的收益。

#### 5.4.4 变额万能人寿保险

变额万能人寿保险（universal variable life insurance），简称变额万能寿险，是针对将寿险保单的现金价值视为投资的保单所有人设计。变额万能寿险是一种终身寿险，其将万能寿险的缴费灵活性、死亡保险金的可变性和变额寿险的投资弹性相结合。变额万能寿险遵循万能寿险的保费缴纳方式，保单持有人可以在规定限度内自行决定每期保费支付金额，或在具备可保性及符合保单最低保额的条件下，任意选择降低或调高保额；但其资产由分立账户保存，其现金价值的变化与变额寿险相同，且没有最低投资收益率和本金的保证。换言之，最坏的预计现金价值可能会降为零。因此，在美国此产品被认为是一种投资证券产品，必须在 SEC 注册，由有证券经纪商许可证和保险从业资格的代理人销售。

变额万能寿险的投资与变额寿险一样，是多种投资基金的集合。保单所有人可以在一定时期内将其现金价值从一个账户转移到另一个账户。但其死亡给付采取与万能寿险相同的方式，可由投保人选择。如为 B 计划，死亡给付随投资资产价值的大小不同而不同；如为 A 计划，则为均衡死亡给付额，投资收益的大小只反映保单的现金价值。

在变额万能寿险中，保单所有人承担了其投资账户上资产的全部投资风险。如果投资账户的投资增值则极大欢喜，不会发生收益的减少，而且保单也有效；但一旦保单的现金价值减少为零，若投保人没有足够的保费缴纳，保单将会失效。

变额万能寿险与传统的保险产品完全不同，由于它具有很强的投资功能，加上其在保费缴纳上的灵活性、死亡保险金的可选择性，因此各国对其经营和管理都有较高要求。此类保险为高级投资连结产品。

#### 5.4.5 我国近年推出的的新型寿险产品

##### 1. 分红保险

分红保险虽然比传统的不分红保险增加了分红功能，使投保人可以享受保险人的投资收益和经营效益，但保费只是提供保障服务，不分成两部分，因此从这个意义上说，分红保险仍属于传统人寿保险的险种之一。分红保险最初起源于 1776 年的英国，在国外已经有了 200 多年的发展历史，但在国内却是近年才刚刚面世的，因此是我国人身保险的新型产品之一。

分红适应于各种类型的寿险险种，可与定期寿险、终身寿险和两全保险等结合形成多种分红保险，因此在国际寿险市场上占据重要地位。在美国，大约 80% 的寿险保单具有分红性质；在德国，分红保险占该国人



寿保险市场的 85%；在中国香港，这一数字更是高达 90%。分红保险的红利主要来源于“三差收益”，即死差益、利差益、费差益，此外还有可能取得解约益和资产增值等收益。分红保险的红利分配基于公平原则，按保单对公司盈余的贡献大小进行。红利分现金红利和增值红利，对现金红利的处置方式有领取现金、存入保险公司并按一定利率流动计息、抵缴保费等；增值红利则用于增加保险金额。分红保险的优势在于形成了客户与保险公司的利益共同体。客户不仅享有分红保险具有的固定的利率，同时直接参与经营利润的全面分红。同时，分红保险结构简单，易于客户理解。但其不足之处在于，灵活性较差，分红保险在产品设计上类似传统非分红保险，在保费缴纳、保额选择等方面没有选择性，客户一经确定便无法更改。此外，由于受到固定预定利率的限制，分红保险的资金运用较为保守，所以限制了利差空间。

从 2000 年 3 月下旬友邦保险公司推出我国寿险市场上的第一份分红保险开始，其他寿险公司也纷纷紧随其后推出分红保险。目前，市场上的分红保险险种主要有：友邦保险公司上海分公司的“年年红两全”、“节节高分期给付两全”分红保险；中宏人寿上海分公司的“聪明宝宝”、“理财通”、“馨怡女性”、“馨悦女性”和“轻松保分红”分红终身保险；中国人寿的“国寿两全”、“国寿终身”分红保险；金盛人寿上海分公司的“盛世佳人”、“盛世骄子”、“盛世顺心”分红保险；泰康人寿的“世纪长乐终身”分红保险和平安保险的“平安鸿利终身”、“平安千禧红两全”分红保险等。在这些险种中，只有中国人寿保险公司和中国平安保险公司的分红保险在全国范围内销售。

## 2. 万能保险

万能保险的最大特点在于其灵活性，即保费缴纳的可选择性和保险金额的可调整性。并且，保单运作具有透明性。万能保险设有独立的投资账户，个人投资账户的价值有固定的保证利率，且当实际个人账户资产投资回报率高于保证利率时，保险公司与客户还客分享此部分收益。我国太平洋保险公司的“太平盛世万能寿险”就是采用保证中国人民银行颁布的二年期居民定期储蓄存款利率，当实际利率高于当日中国人民银行颁布的五年期居民定期储蓄存款利率时，高出部分的 20%由保险公司享有的运作模式。

## 3. 投资连结保险

投资连结保险是一种将保险和投资结合起来的新型金融产品，相当于美国的变额寿险或变额万能寿险。投资连结保险是近年中国寿险市场上最引人注目的亮点，其销量几乎压倒了传统寿险产品。我国的投资连结保险有两种类型：一种是固定保费、固定保额性质的变额寿险，如平安世纪理财。客户定期、定额缴纳保费，每期保险费扣除各种费用（包括销售费用、保险成本、维持费用等）后，其余部分进入投资账户用于投资，停止缴纳保费则保单失效；另一种是万能变额寿险，如新华创始之约，保费缴纳和保险金额均可调整，保险费扣除销售费用后全部进入投资账户，保险成本、维持费用以卖出投资账户各基金单位的形式扣除。

投资连结保险的投资账户是指保险公司在经营投资型险种时根据国家政策和相关法律法规进行资金运用而设立的专用账户。投资连结保险至少有一个投资账户，也可能更多，一般按照风险的不同类别划分不同的投资账户。平安保险的“平安世纪理财”投资连结保险和新华人寿的“创世之约”投资连结保险开始推出时都只有一个投资账户。投保人缴纳的保险费被分配到两个账户，一个为投资账户，另一个为保障账户。但投保人无权选择投资组合，投资账户的资金由保险公司负责管理，由保险公司按国家有关规定而决定投资项目。保险公司在投资交易中仅收取手续费，投资盈亏风险均由被保险人承担。当被保险人在保险期间内身故，保险公司根据合同项下的投资单位价值总额或者保险金额，取二者中金额较大者，给付身故保险金。若被保险人在保险期满时仍生存，则自保险期满后的 5 年内，受益人可随时申请给付满期保险金，即合同项下投资单位价值总额。在合同有效期内，投保人还可以要求部分领取投资帐户中的现金价值，但合同项下的保险金额也同时按照领取比例相应减少。且以后每年应缴的保险费也按比例减少，但减少后的保险费不得低于本公司规定的最低限额。

自 2000 年 3 月 17 日开始，平安保险在宁波进行“平安世纪理财”试点，将原来的一个投资账户“平

安发展账户”分解为3个投资账户，增加了“平安保证收益账户”和“平安基金账户”。其中，平安保证收益账户风险最小且有最低保证利率，最低保证利率为银行二年期居民定期存款利率，其收益也相对最低；平安发展投资账户的风险和收益都居中，主要投资于银行存款、债券、证券投资基金，该账户不承诺投资收益；平安基金账户主要投资于证券投资基金，股市变化对该账户的投资收益影响较大，因此风险相对较高，但可能收益也最大。这三类账户的风险和收益差异源于保险公司对不同账户的资金运用选择不同的投资组合。保户可以随时转换3个账户之间的投资比例，也就是说，保户可以根据个人的判断，随时调整自己在各个投资账户中的资金量的分配比例。

## 总结

1. 人寿保险（Life Insurance），简称寿险，也称生命险，是以被保险人的生命作为保险标的，以被保险人的生存或死亡作为保险事故，并在保险期间内发生保险事故时，依照保险合同给付一定保险金额的一种人身保险形式。人寿保险是人身保险中最基本、最主要的组成部分，它具备人身保险的一般特征，与此同时，它还具有许多自身的特点，反映在业务经营上也有独到之处。人寿保险经历了从无到有、从少到多、从简到繁的漫长发展过程，随着人们对寿险产品需求的日益增加，人寿保险的产品种类也发展得越来越多，按照不同的标准可以把人寿保险分成不同的类型。

2. 常见的普通寿险包括死亡保险、生存保险、两全保险和寿险附加险。死亡保险是以被保险人的死亡为保险事故，在保险事故发生时，由保险人给付一定的保险金额的保险。生存保险，又称定期寿险，是以被保险人在保险期满或达到某一年龄时仍然生存为给付条件，并一次性给付保险金的保险。两全保险是指无论被保险人在保险期内死亡或保险期满时生存，都能获得保险人的保险金给付的保险。附加险又称为附加特约，在人身保险合同中以附加条款形式出现。人寿保险单常通过附加条款的形式扩展其对被保险人的保险保障。保单附加条款使被保险人无须签订新的合同就可得到附加的多重保障。

3. 年金保险是指在被保险人生存期间，保险人按照合同约定的金额、方式，在约定的期限内，有规则的、定期的向被保险人给付保险金的保险。简易人身保险通常指以劳工或工薪阶层为对象办理的月交、半月交或周交，无体检的低额保险，通常由保险人按时收取保费。团体人身保险是以团体为投保人，将其单位在职人员作为被保险人，由单位统一组织向保险公司投保的保险。团体人寿保险，是以团体方式投保的定期或终身死亡保险。次标准体保险，又称为弱体保险，是指危险程度较高而不能按正常费率承保，除非由保险人和投保人商定以特别条件来承保的情况下的一种特殊人寿保险形式，该险种属于特种人寿保险。

4. 创新型人寿保险，又称非传统型寿险或投资型保险、投资连结保险、投资理财类保险等，是保险人为适应新的保险需求、增加产品竞争力而开发的一系列新型的保险产品。创新型寿险产品与传统寿险产品的不同之处在于，创新型寿险产品通常具有投资功能，或保费、保额可变。创新型寿险产品主要有变额人寿保险、万能人寿保险和变额万能人寿保险等。我国目前存在的创新型人寿保险主要有分红保险、万能保险和投资连结保险等。

## 关键词

人寿保险    普通人寿保险    死亡保险    生存保险    两全保险    寿险附加险    特种人寿保险

年金保险      简易人寿保险      团体人寿险      次标准体保险      创新型人寿保险      变额人寿保险

万能人寿保险      变额万能人寿保险      分红保险      万能保险      投资连结保险

## 思考题

1. 人寿保险的概念和特征是什么？
2. 如何对传统型人寿保险进行分类？
3. 简述普通人寿险的概念及其分类？
4. 简述年金保险的概念及其分类？
5. 什么是简易人寿保险？
6. 谈谈你对团体人寿险的看法？
7. 什么是次标准体保险？
8. 分析创新型人寿保险产生的背景？
9. 试分析比较变额人寿保险、万能人寿保险和变额万能人寿保险的异同？
10. 论述我国创新型人寿保险的发展现状及发展前景？

## 11. 第六章      人身意外伤害保险

## 12. 本章预习

13.      现实世界是一个充满危险的世界，各种意外伤害事故时时威胁着人类的生命安全与身体健全：房屋坍塌、飞机坠毁、交通事故、火灾、爆炸无不造成残不忍睹的人员伤亡场面。危险面前人人平等，无论是政界要人、商界名流、学术权威，还是平民百姓，都有可能在日常生活中遭受意外伤害；而在意外伤害面前，人的生命与身体又是那么的脆弱：肢体不全、伤痕累累，甚至遭遇不测，更使得家中的亲人遭受感情和经济上的双重压力。人们既要敢于面对一切危险灾难哪怕是死亡的威胁，但也要采取必要而合理的措施应付所有可能发生的事件，并尽可能地将自己和家庭的损失减至最低。人身意外伤害保险就提供了这样一个保障机制。

人身意外伤害保险意外是以被保险人因在保险期限内遭受意外伤害造成死亡或残疾为保险事故的一种保险，它与人寿保险以及下一章将要介绍的健康保险共同构成了人身保险体系。本章围绕人身意外伤害保险展开阐述，介绍人身意外伤害保险的概念和特征、保险责任、人身意外伤害保险的分类、保险金的给付方式以及我国现行的意外伤害保险品种等。本章主要包括：

### ●人身意外伤害保险概述

- 人身意外伤害保险的保险责任
- 人身意外伤害保险的保险金给付
- 人身意外伤害保险的品种

14.

## 15. 6.1 人身意外伤害保险概述

16. 人身意外伤害保险起源于 15 世纪，最初只是海上保险的附加保险，承保对象是经海上贩运的奴隶。后来，船长和海员等也陆续参加了这一保险。但意外伤害保险真正形成并获得发展的是在 19 世纪 40 年代发明了火车之后。在铁路使用的最初阶段，人们乘坐火车旅行具有一定的危险。1848 年英国开始办理旅行意外伤害保险，保险期限为一个旅程。此后，这种保险逐步从铁路客运扩展到其他易受伤害的部门。截至 1900 年，英国共有 50 多家保险公司开办了意外伤害保险业务，保障范围也随业务的扩大而扩大。到了 1915 年，意外伤害保险的保障范围已包括意外伤害造成的残疾、死亡、住院治疗及看护等费用。在西方国家，人寿保险公司和非寿险公司均可以经营人身意外伤害保险业务。但在我国，该业务则只能由人寿保险公司来经营。

### 17. 6.1.1 人身意外伤害保险的定义

18. 人身意外伤害保险，简称意外伤害保险或意外险，是人身保险中的一种，指在保险效力期间内，被保险人由于外来的、突然的、剧烈的事件（即意外事件）造成身体的伤害，并因此致使被保险人死亡或残疾时，由保险人按合同规定向被保险人或受益人给付死亡保险金、残疾保险金或医疗保险金的一种保险。由人身意外伤害保险的定义我们可以看出，意外险保险人承保的危险是意外伤害事故造成的残疾或死亡。

### 19. 6.1.2 意外伤害的含义

由于人身意外伤害保险承保的是意外伤害，因此我们首先应该明确意外伤害的含义。

#### 1. 伤害

所谓伤害，是指被保险人身体遭受外来事故的侵害发生了损失、损伤，使人体完整性遭到破坏或器官组织生理机能遭受阻碍的客观事实。伤害必须由致害物、侵害对象、侵害事实三个要素构成，缺一不可。

##### （1）致害物

致害物是直接造成伤害的物体（物质），是导致伤害的物质基础，没有致害物的存在，就不可能构成伤害。意外伤害保险强调的致害物是外来的，即在发生伤害之前存在于被保险人身体之外的物质，与那些在被保险人身体内部形成的内生疾病截然不同。这也正是意外险与健康险的主要差别。

##### （2）侵害对象

侵害对象是指遭受致害物侵害的客体，在意外伤害保险中当然是指被保险人的身体。

任何伤害都必然导致被保险人身体的一个或若干个具体部位受到损伤，比如扭脚、闪腰、骨折等，否则就不构成伤害。如果不是被保险人受到伤害，而是被保险人作为施害者去促使第三人受到伤害，意外险保险人不因此对第三人负任何保险给付的责任，当然被保险人也无权领取保险金。

如果受伤害的不是被保险人的身体，而是姓名权、肖像权、名誉权、荣誉权、著作权等与人身相联系的权利，则不认为构成保险意义上的伤害。所以说，意外险所承保的伤害必须是发生在被保险人生理或身体上的，而不是精神、权利等方面的侵害。

### （3）侵害事实

侵害事实就是要求致害物以一定的方式破坏性地接触、作用于被保险人身体的客观事实。也就是要求必须存在致害物对侵害对象以一定方式侵害的客观过程，这个过程要求有通过侵害方式直接接触被保险人身体的，是破坏性的而且是要有损伤结果的接触，任何的主观臆想或推测都不能构成伤害。所以对那些被保险人突然死亡、原因不明又未进行科学的解剖等判定死因之前，都不能证实是伤害致死，因此也当不能纳入保险责任、履行死亡给付义务。

经保险理论界和实际工作者的总结，侵害方式可以概括为以下 15 种：

- 1) 碰撞（包括固定物体撞人、运动物体撞人、互撞）；
- 2) 撞击（包括落下物撞击、飞来物撞击）；
- 3) 坠落（包括由高处坠落在平地上，由平地坠落到井、坑洞里）；
- 4) 跌倒；
- 5) 坍塌；
- 6) 淹溺；
- 7) 灼烫；
- 8) 火灾；
- 9) 辐射；
- 10) 爆炸；
- 11) 中毒（包括吸入有毒气体、皮肤吸收有毒物质、有毒物质进入体内）；
- 12) 触电；
- 13) 接触（包括接触高低温环境、接触高低温物体）；
- 14) 掩埋；
- 15) 倾覆。

### （4）伤害的分类

首先，按起因划分，伤害包括：1）职业上的伤害，即因职业关系或执行工作时发生的伤害，这种伤害是因职业本身的潜在危险造成的，但其发生的时间和后果具有不确定性；2）日常生活上的伤害，即工作之余日常生活所遭受的伤害；3）交通上的伤害，即乘坐各类交通工具所遭受的伤害；4）运动上的伤害，即专门从事体育活动的运动员或非运动员在体育活动中遭受的伤害；5）军事上的伤害，即部队官兵在执行正常的战备值勤任务时所遭受的伤害。

其次，按致害物划分，伤害包括：1）器械伤害，指使用机械设备、机动车辆、劳动工具、建筑材料、凶器等造成的被保险人身体损伤；2）自然伤害，指那些自然环境或自然灾害对人体的伤害，比如气温剧变、气压过低、强光暴晒、暴风雨、洪水、龙卷风等造成的伤害；3）化学伤害，指各种酸、碱、有毒气体、有毒液体等化工产品或化学药品、化学武器对人体体表、四肢、神经系统等的损坏；4）生物伤害，指由于野兽侵袭、花粉过敏等动植物对人体造成的侵害。

最后，按日常伤害遭受的载体划分，伤害包括：1）身体伤害，即意外事故给人体某个部位造成的损害，如擦伤、脱臼、骨折等等；2）精神伤害，即由意外事故的打击所致人的精神障碍。

## 2. 意外

所谓意外，是指被保险人主观上没有预计会发生致伤的事故或是虽然预计到灾害的发生，但由于各种约束、限制而不得不接受与自己本来的主观意愿——回避外来侵害相反的现实结果。归纳起来，对意外的理解应从以下几个方面去理解：

（1）被保险人事先对伤害的发生没有预见到，因此也无法躲避。具体来说：

首先，伤害的发生是被保险人事先不能预见或无法预见的，比如走在路上被身后突奔而来的失控汽车撞伤。被保险人事先不能预见到马路上会有失控的汽车，也没有想到汽车会撞伤自己，他仅仅是按照日常的习惯走在路上却因突然发生的事件造成人身伤害，这种情况理当称为意外。

其次，伤害的发生是被保险人本可以预见，但由于疏忽大意而没有预见到的，比如在停电时未切断电源就开始动手修理线路。被保险人对用电方面的知识足以使他预见到“一旦恢复供电，自己就有触电的危险”，但根据以往的经验认为需要较长时间才会恢复供电而未切断电源，结果突然恢复供电就会造成被保险人触电受伤甚至死亡。这种情况下被保险人所受伤害也被认为是意外伤害，属于意外险承保范围。

第三，一般来说，这种被保险人事先没有预见的伤害应该是偶然性事件或是突发性事件。

偶然性是相对于必然性而言的。在通常情况下不会发生的事件称为偶然性事件，正因为通常情况下不发生，所以才无法预见。而必然性事件或几乎是必然的事件，被保险人就应该能够预见，而且能够防备，因此不属于意外事件。比如被保险人在城市中被狂犬咬伤和被蚊虫叮咬就是两种不同性质的事件，在城市中被疯狗咬伤一般是少见的、偶然发生的事件，被保险人事先无法预见，属于意外伤害；而在一定地区、一定季节被蚊虫叮咬几乎是必然发生的事件，被保险人理应预见得到，则不属于意外事件。又比如某地区夏季持续高温，中暑事件经常发生，那么就算不得什么意外；但如果某地区本来是避暑胜地，但这一年气温与历年同期气温有明显差异，过高的气温导致了被保险人中暑，因为是被保险人根据一般常识所无法预见的偶然事件，所以后者属于意外伤害。

突然性是相对于缓慢发生的事件而言的。伤害是在短时间里骤然发生的剧烈行为，使得被保险

人来不及预见就已经遭受了伤害事实。如果是在较长时间里缓慢发生,比如长期接触汞逐渐发生汞中毒、长期接触粉尘慢慢地发生尘肺,这些都是被保险人可以预见的,一般不认为属于意外伤害。

(2) 被保险人虽然已经预见到伤害,但伤害仍然违背被保险人的主观意愿最终发生。具体来说:

首先,被保险人预见到伤害即将发生时,在技术上已不能采取措施避免。比如出海捕鱼的渔船,在海上突遇暴风雨的袭击,船员虽然明知渔船无法抵御大的风雨,倾覆必然使自己遭受淹溺之苦,但在附近没有避风港、船上没有足够的救生设备,且无法通过无线电呼救救援船只的情况下,就没有办法采取有效措施使自己避免落入海中。这时预见到伤害的发生对被保险人回避伤害没有任何裨益,当然也属于意外保险承保范围。

其次,被保险人预见到伤害的发生,在技术上也可以采取措施避免,但现于法律或职责上的规定不能躲避或是出于道德、公共利益的原因甘冒危险。比如民警遇到歹徒持凶抢劫,如果回避当然可以避免伤害,但是民警肩负同一切违法犯罪行为作坚决斗争的职责,所以要挺身而出将歹徒依法逮捕。而民警与歹徒搏斗中所受伤害应属于意外伤害。又如路过某居民住宅起火,与自己毫无任何利害关系可言,没有法律或职责上的规定,只要绕行就可以免遭伤害,但听到火中有婴儿啼哭,出于道义上的高尚动机冲入火海,救出被困的大人、孩子,又协助灭火,自己却不幸被火烧伤。这种为集体利益、为他人生命而甘冒危险遭受的伤害,应视为意外伤害。

### 3. 意外伤害

人身意外伤害保险的保险事故是被保险人遭受意外伤害。所谓意外伤害,是指在被保险人没有预见到或与意愿相左的情况下,突然发生的外来侵害对被保险人的身体明显地、剧烈地造成损伤的客观事实。意外伤害的构成包括意外和伤害两个必要条件,缺一不可。我们将在下文详细论述。

### 4. 几种特殊情况的分析

(1) 医疗意外一般构成意外伤害。医疗意外事故是指医务人员无法预料的原因造成的,或者根据实际情况无法避免的损害后果。医疗意外有两个主要特征:医务人员或医疗单位对于损害后果的发生没有主观上的过失;同时,损害后果的发生属于医疗单位或医务人员难以防范的。因此,从患者角度看,医疗意外符合意外伤害的定义,构成意外伤害事故。

(2) 被保险人的某些被迫行为应属于意外伤害。在某些特殊的紧急危险情况发生时,被保险人为了自身利益必须做出某种行为,也构成意外伤害。比如被保险人所乘坐的轮船失事,被保险人被迫跳入水中,结果溺水而死。在这一案例中,导致被保险人死亡的事故是被保险人的故意跳水行为,但被保险人是出于当时形势所逼,在别无选择的情况下不得已而为之的。就其本人意愿来说,是非本意的,是不可抗拒的情况造成的,因此应当属于意外伤害事故。

(3) 猝死不构成意外伤害。猝死是指非外因所致的突然死亡,死因源于本身内部潜在的疾病或机能障碍。法律上认为,“猝死”是指一个貌似健康的人由于潜在疾病或机能障碍,于开始感到不适后 24 小时内发生意外的突然死亡。猝死是源于自然性疾病或身体上的机能障碍,虽具有突发性和不可预料性,但并非外来因素,所以不能构成意外伤害。

#### 20. 6. 1. 3 人身意外伤害保险的可保危险

21. 人身意外伤害保险承保的人身危险是意外伤害,但并非一切意外伤害都是保险人所能承担和保障的。一般而言,按照保险人的担保能力,可以将一切意外伤害划分为一般可保意外伤害、特约保意外

伤害和不可保意外伤害三种。

### 1. 一般可保意外伤害

一般可保意外伤害是在一般情况下都可以承保的意外伤害。我国的人身保险界普遍认为：不论原因结果，意外就是意外。我国的人寿保险公司往往在保单中将“意外伤害”的定义为“外来的、突然的、非本意的、非疾病的使被保险人的身体遭受伤害的客观事实”。意外伤害是意外伤害保险所承保的人身危险，只有非常清楚地划分出什么是意外伤害，才能够保证保险人在经营中的诚信、有利与优势，也有利于意外伤害保险制度的成长与发展。归纳来说，一般可保意外伤害主要包括以下几点内容：

#### （1）必须是被保险人身体上的伤害

伤害特指身体受到侵害造成损坏、创伤的客观事实，与精神上或称心灵上的创伤没有关系。意外险的承保条件首先要求有身体伤害事实存在，而且这种伤害必须是发生在被保险人身上。被保险人是否受到伤害，可以通过指定医院的证明或是保险公司工作人员的查验来确定；至于“伤害事实”是否成立，则要从多方面来考察。

#### （2）必须是由外界原因、意外事故所致的伤害

##### 1) 由外界原因引起的伤害

外界原因引起的伤害是相对于内部疾病而言的。无论是疾病，还是伤害，都对人们身体的健康、健全构成威胁，甚至造成损害，这是人身危险中的一个重要的内容。从理论上讲，两个不同的险种必须将各自的责任划分清楚以便于承保实践，所以要将内生疾病与外来伤害区分开来，这也是实务中判断是否履行给付义务的一个关键标准。但事实上，很多疾病先是从外界环境诱发的，象空气污染造成的呼吸道感染，居住环境缺碘而引发甲状腺肿大等。少数伤害也存在所谓的潜伏期，比如剧烈的碰撞使得内脏或头部受伤，当时没有任何过度不适的反应，但实质上已造成脑震荡或内脏位置偏离，在以后的某个时候会突然发作脑震荡后遗症或是由此引起内脏功能失调等，这都使得外来伤害与内生疾病的界限趋于混淆。而保险的经营原则要求必须有一定明晰的界限，所以对特种伤害或是特殊疾病在保险单中都要单独列示，以便于赔付工作的进行，避免争执的发生。

##### 2) 意外事故造成的伤害

由意外事故造成的伤害是指被保险人事先对伤害的发生不能预见或无法预见到，因此也无法躲避；或者被保险人虽已预见到伤害，但伤害仍然是违背被保险人的主观意愿而最终发生的[1]。

#### （3）非故意诱发的伤害

人身意外伤害保险中强调所承保的意外伤害是偶然的、突然发生的意外事件，是被保险人主观上不曾预见或违背其主观意愿而发生的身体上的伤害事实。这其实就是要尽力杜绝被保险人发生道德危险，利用主观行为不好鉴别这一客观现实来骗取意外险的保险费。概括而言，其做法无非是故意伤害自己、有意诱发意外或是用保险有效期以外的意外伤害来欺骗保险人，这些行为显然都是有违“最大诚信原则”的，也不符合保险制度的一般规定，保险人一旦发现了事实真相，在证据充分的情况下，就有权单方面解除合约，没收保险费，也不必履行给付保险金的义务。但这样做对保险人而言仍然构成不利的影响，因为许多工作都已经完成，合约的解除就意味着这些工作全部失去意义。保险人出于经营的需要，又要维护好的信誉与好的形象，因而不会动辄就解除合约。对上述道德危险的处理主要在于防范，保险



人一方面提高承保工作的质量，尽量避免有蒙混过关的投保人存在；另一方面则在保险责任中加入适当的条款，以条文的形式规定双方的权利义务，同时适当增加对自己经营有利的规定，以平衡当事人双方的优劣态势。

在这里，我们有必要解释一下因故意自我伤害、故意诱发的意外伤害。故意自我伤害是指被保险人故意使自己的身体遭受伤害，比如自残、自虐行为，这不符合意外伤害的定义，因此也不属于意外伤害的承保范围；故意诱发意外伤害是指伤害的最终发生是由于被保险人的主观意识、主动行为的诱发或推动，比如故意穿得很少在冬季进行户外活动引起冻伤。虽然表面上与意外伤害没有什么区别，但这种伤害与意外伤害中的“与被保险人主观意愿相违背”的规定不符，因此也不宜列入保险责任中，大多在除外责任列示。故意分为积极故意和消极故意两种。积极故意指被保险人明知自己的行为会使自己的身体受到伤害，同时希望受到伤害，从而积极采取措施造成自我伤害。常见的有自杀、自伤身体等。消极故意是指被保险人已经预见到自己将会受到伤害，而且完全来得及采取措施避免，但由于其主观上希望自己遭受伤害而不采取措施避免，任其发生而终于导致伤害的发生。比如被保险人迎面遇到汽车驶来而不躲避。无论是积极故意还是消极故意，都是在被保险人神志清醒、有独立思考能力、有行为意识的情况下因主观上希望伤害发生而造成自我伤害或是故意诱发外来伤害的发生。

被保险人故意使自己受到伤害，与被保险人已经预见伤害即将发生，但由于法律或职责上的规定不能躲避，或是为了抢救集体财产、他人生命而甘冒危险，性质上是完全不同的。前者，被保险人主观上希望伤害发生，即伤害的最终发生并不违背主观意愿，所以不能视为意外伤害。而后者，被保险人并不希望自己受到伤害，只是出于责任或出于道义而没有躲避伤害的发生，这已经违背了其主观意愿，属于意外，因而可以承保。

意外与故意是相互排斥的。如果伤害的发生是被保险人的故意行为，显然不是意外，而意外伤害保险当然不会承保非意外伤害。然而意外与故意虽然矛盾但不对立，即不是故意的伤害未必就是意外的伤害，有些伤害既不属于故意，也不属于意外。比如蚊虫叮咬显然不是被保险人的故意行为造成的，因为被保险人主观上可能并不希望它的发生，但蚊虫叮咬在一定条件下几乎是必然发生的，被保险人显然可以预料得到，也不能算作是意外。所以规定故意诱发的伤害不保并没有剔除所有的非意外伤害。

## 2. 特约可保意外伤害

特约保意外伤害是指那些理论上可以承保但保险人出于保险责任区分的考虑、承保能力的限制或盈利的需要而一般不予承保的意外伤害危险。这类危险只有经过双方的特别约定，在另加保费或其他条件下才准予承保的意外伤害。一般包括：战争等使参战、非参战的被保险人遭受的意外伤害，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、竞技性体育比赛或特别冒险活动中遭受的意外伤害，由于核爆炸等大的灾难引发的核辐射而造成的意外伤害，由于医生误诊、药剂师错发药品、检查中忽略了潜伏病痛、手术中错切除等医疗事故造成的意外伤害等。这些意外伤害或者发生机率远远高于一般水平，或是对不同的被保险人发生概率有过大的差异，因而出于经营稳定的需要，出于对被保险人保险费负担公平合理的考虑，保险公司一般是不予承保的。但是可以通过特别约定，使之从除外责任中剔除，转为可保危险。

应该指出的是，特约保意外伤害与一般可保意外伤害之间并没有绝对的界限。某些保险公司可以根据自身的技术条件、承保能力及经营业务地区的情况，把某些一般可保意外伤害列为特约保意外伤害；而某些曾经因危险程度过高而被列为特约保意外伤害的活动，因为科学技术的发展而危险程度不断降低，从而成为了一般可保意外伤害。

## 3. 不可保意外伤害

不可保意外伤害，一般是指那些因违反法律规定或违反社会公共利益的行为引发的意外伤害，这种危险保险人一般都不予理睬。比如：

被保险人在过失或故意犯罪活动中受到的伤害。根据“意外伤害”的两个判别标准，这种情况下不符合主观愿望的伤害应该视为意外的伤害，但是保险人仍然有理由拒绝承保。第一，保险只为合法行为提供保障，只有如此，保险合同才具有法律效力。一切犯罪行为都是违法的，所以在犯罪活动中所受到的意外伤害不予以保险保障。第二，犯罪活动具有社会危害性质，如果为犯罪活动中的意外伤害提供保险保障，就等价于间接地支持这些不法行为，既违反社会公共利益，也不利于社会的安定。

被保险人在寻衅斗殴中受的意外伤害也不可保。寻衅斗殴是故意制造事端挑起殴斗，虽然不一定构成犯罪，但也具有社会危害性，有违社会安全，属于违法行为，所以同样不能承保。但值得注意的是在受到他人不法侵害之时被保险人正当防卫中所受的意外伤害是正义行为所致，应当予以承保。

被保险人在酒醉、吸食或注射毒品后发生的意外伤害，比如因为神志不清、过度兴奋、产生幻觉而发生的跌打损伤、失足落水、交通事故等，虽然属于意外伤害，但是不道德的行为，甚至在大多数国家是不法行为，因此不予以承保。

一般，对于不可保的意外伤害，保险公司均要以除外责任的形式在保险条款中加以明确列示。

22.

23. 6. 1. 4 人身意外伤害保险的特征

24. 1. 人身意外伤害保险与人寿保险的比较

人身意外伤害保险是以人的生命和身体为保险标的，以各种意外伤害事件为保险责任的保险，即当被保险人因意外伤害事件导致伤残或死亡时，由保险人负责给付保险金的保险。与人寿保险相比，意外伤害保险与其共同具有的特性包括：

首先，二者同属人的保险，即二者都是以人的生命和身体为保险标的的险种，都以人为直接的保障对象，所以都划归人身保险的范畴，并在一些原则问题上有别于财产保险。

其次，与人寿保险一样，由于生命和身体是无法用货币衡量的，所以二者的保险金额都不是根据保险标的的价值确定，因此也就不存在超额投保或不足额投保等问题。保险金额是由双方约定的，因此都是给付保险；投保人和被保险人都可以是同一人或两个主体，需要指定受益人来领取保险金；都不适用财产保险的损失补偿原则和代位追偿原则。

但是，二者在许多方面也存在着不同之处：

首先，二者的可保危险不同。人寿保险承保的是人的生存或死亡给付、或养老年金、或满期领取等，因此属于人体新陈代谢的自然规律，与被保险人的年龄有密切关系；而意外险承保的则是被保险人由于外来的、突然的、剧烈的事件（意外事件）造成身体的伤害，并因此而致使被保险人死亡、残疾。而这种危险对每个人来说其危险程度大致相同，与年龄的关系不大。

第二，人寿保险是纯粹的定额给付保险，即当保险事故发生，不问有无损失或损失程度都按保险合同的约定给付保险金，合同同时终止，因此不存在比例给付问题；而在意外险中，死亡保险金的给付按合同约定，残疾保险金则按保额的一定比例进行支付，而且合同也不一定终止。

第三，费率确定不同。从理论上说，人寿保险承保的是人的自然生死，而自然死亡率一般认为取决于年龄，其大小可由生命表中查出，因此，人寿保险的纯保费依据生命表和利息率计算；而意外伤害保险承保的是意外伤害事件，它与性别及年龄关系不大，而与被保险人的职业、工种、从事的活动或生活环境的危险程度等因素密切相关，意外险的费率厘定是根据过去各种意外伤害事故发生概率的经验及其对被保险人造成的伤害程度、对被保险人的危险程度等进行分类而进行统计计算的，尤其注重职业危险。职业是确定意外伤害保险的保险费的重要因素，被保险人的职业的危险程度越高，则费率越高。而性别和年龄的差异对意外伤害发生的概率影响较小，故不予考虑。按照职业危险程度来看，机关、团体、事业单位和一般工商企业单位的职工属于危险较小的职业，从事建筑、冶金、勘探、航海、伐木、搬运、装卸、筑路、地面采矿、汽车驾驶、高空作业的人员面临的危险较大，从事井下采矿、海上钻探、海上打捞、海上捕鱼、航空执勤的人员面临的危险更大。此外从事一些特殊职业的人，如战地记者、剧烈体育运动的运动员等，普通意外伤害保险不予承保，因此需要投保特约意外伤害保险。

第四，保险期限不同。人寿保险的期限一般较长，超过一年；而意外伤害保险的期限则较短，最多3年或5年，一般不超过一年，短的甚至只有几十分钟。而且由于意外险的保险费率与被保险人的年龄、健康状况关系不大，保险费不会随年龄的增长而有大的变化，所以从投保人的角度而言，考虑到货币的时间价值，也出于经济负担能力的原因，宁可每年续保一次，也不愿一次性支付长时期的较大金额的保险费。

第五，人寿险的年末未到期责任准备金是依据生命表、利息率、被保险人年龄、已保年期、保险金额等因素计算的；而意外险的年末未到期责任准备金是按当年保险费收入的一定百分比（比如40%、50%）计算的。

此外，二者的交费方式也有所不同，前者多为分期交，后者只能为趸交。自杀免责规定也不同，人寿保险中的自杀免责期为2年，超过2年保险人要对被保险人的自杀负给付责任；而意外伤害保险合同下被保险人一律不得自杀，否则合同免责终止。

## 2. 人身意外伤害保险与财产保险的比较

人身意外伤害保险因其以人身为保险标的，属人身保险的范畴，但其在许多方面与财产保险有着类似之处：

首先，在保险事故的发生方面类似。人身意外伤害事故的发生是偶然的、意外的、不可预见的。因此人身意外伤害保险与财产保险的保险事故对于某一被保险人来说，其发生都具有偶然性，而且保险事故的发生必然会给被保险人造成各种各样的损失。

其次，在保险责任方面也有类似之处。人身意外伤害保险中，强调保险事故的发生是外来原因造成的，非被保险人自身的原因导致，强调非故意行为。否则，保险公司不承担赔偿责任。在财产保险中也是如此，保险公司对被保险人的故意行为免责。

第三，在保险合同的性质方面类似。人身意外伤害保险保障的主要是因意外伤害而致死亡或残疾时所导致的死亡、伤残给付或医疗费用损失补偿。因此，此类险种既具有人寿保险的给付性质（如死亡保险金的给付），又具有财产保险的补偿性质（如医疗保险金的支付选择补偿方式时）。

第四，在保险期限上类似。人身意外伤害保险的保险期限一般为一年以内的短期保险，最长不超过五年，这一点与财产保险一致。

第五，在保险费的缴纳与确定方面类似。人身意外伤害保险的保费缴纳与财产保险一样是一年一缴。另外，人身意外伤害保险的保费与被保险人的年龄无关而与职业和所从事的活动有关，而财产保险保险费率的高低也是与保险标的的性质有关，二者的纯保险费都是根据保险金额损失率计算的。

第六，在财务处理方面类似。因为都是短期保险，财产保险、人身意外伤害保险都提取保险保障基金（长期寿险则无需提取）。二者在责任准备金的计算与提存方面也是一致的，包括赔款准备金和未到期责任准备金，其中，保险期限在一年以下业务的未到期责任准备金按当期自留保费收入的一定比例提取；对一年以上的业务，则在年终按业务到期年份将历年累计的保费收入与赔款支出的差额提取准备金，无需累积。而寿险产品中主要是未到期责任准备金，需逐年计提、积累。

但是，二者毕竟属于不同的险种范畴，其不同之处也是显著的。财产保险的保险标的是财产或利益；意外险的保险标的是被保险人的生命或身体。财产保险的保额由标的价值确定；意外险的保额则由双方协商约定。财产的投保人与被保险人一般是同一主体，既可以是自然人，也可以是法人，需要对标的拥有所有权或合法占有权，因此也不必指定受益人；意外险的投保人与被保险人既可以是同一主体，也可以是两个不同主体，投保人可以是法人、自然人，被保险人则一定是自然人，并且需要指定受益人。财产保险中的保险人只补偿被保险人的损失；意外险即使是按伤害程度的不同而有给付额的差异，但只要达到某一损伤程度，就要给付约定的保险金额。

### 3. 意外伤害保险与人身伤害责任保险的比较

意外伤害保险与人身伤害责任保险在字面上虽有相似之处，且都是以发生人身伤亡事故为条件而给付保险金或赔款的保险业务，但实质上却有很大的不同。人身伤害责任保险是责任保险的一种。责任保险的基本内容是：投保人（即被保险人）向保险人交纳一定数量的保险费，在保险期限内，如果由于投保人疏忽、过失造成第三人财产损失或人身伤害，依照法律或合同的规定应由投保人对他人承担民事赔偿责任时，保险人补偿投保人由此造成的损失。人身伤害责任保险就是承保投保人造成他人人身伤害而引起民事赔偿责任的责任保险，即当由于投保人的疏忽、过失造成他人人身伤害，依照法律或合同的规定应由投保人对他人承担民事赔偿责任时，保险人补偿投保人由此造成的损失。具体地讲，意外伤害保险与人身伤害责任保险的区别主要表现在：

（1）合同主体不同。意外险合同的投保人和被保险人可以是同一主体，也可以是两个不同的主体；投保人是自然人或法人，被保险人只能是自然人，需要指定受益人；意外险所承保的意外伤害必须是发生在被保险人身上的。而人身伤害责任险的投保人和被保险人必须是同一主体，法人或自然人，无需指定受益人；这种保险实际承保的是被保险人对他人的施害，即被保险人是有可能造成他人人身伤害的人。

（2）保障对象不同。意外险保障的是在意外伤害中的受害人，与施害人无关。所以那些由第三方责任造成伤害的被保险人在领取保险金后，仍然可以要求施害人承担民事赔偿责任。而人身伤害责任险的保障对象广义上讲既包括作为施害人的被保险人，也包括受害人（第三方）。第一，被保险人投保此项责任保险后，对受害人应承担的民事赔偿责任可以由保险人代为承担，被保险人本人因此可避免损失；第二，间接地，受害人通过保险人履行保险义务而得到赔偿，避免了因施害人无力承担经济赔偿责任而导致受害人索赔不果。

（3）保险标的不同。意外险的保险标的是被保险人的生命或身体，人身伤害责任险的保险标的是被保险人对他人的民事赔偿责任。

（4）保险责任不同。意外险只要被保险人在有效期内遭受意外伤害导致死亡、残疾等，就构

成保险责任，保险人要依约给付保险金。人身伤害责任险中，只有依据法律或合同的规定，被保险人应对受害人承担民事赔偿责任时，才构成保险责任，由保险人支付责任保险赔款。这就是说即使意外伤害事实存在，但并非被保险人的民事责任，比如是不可抗力、受害人自己的过失行为造成的伤害，那么就不属于责任保险范围，而属于意外伤害保险的责任内容。

（5）保险金额的确定不同。意外险要事先规定保险金额，是被保险人或受益人所能从保险公司领取保险金的最高限额。人身伤害责任险合同既可以规定保额，也可以不做规定，即保额无限。在后一种情况下，被保险人对受害人的民事赔偿责任可以全部由保险人承担，而规定了限额时，保险人只承担不超过保额的那部分民事赔偿责任。其余部分由被保险人自行负担。

（6）赔偿方式不同。意外险一般是定额给付方式，不问被保险人实际损失多少，按照合同中约定金额或比率给付保险金。人身伤害责任险是补偿性保险，保险人只在保额限度以内补偿被保险人（受害人）的实际付出（损失），即施害人应对受害人负多少赔偿责任，保险人就支付多少赔款（以保额为最高限）。由于受害人不是人身伤害责任保险合同的当事人，所以对其的赔偿责任不由保险合同规定，而要由法律或施害人、受害人双方协商确定。此外，受害人的索赔金额并不以施害人的保额为限，凡是保险人保险责任范围之外的赔偿责任，由施害人自己进行处理。

#### 4. 对人身意外伤害保险的再认识

我们说意外伤害保险是人身保险的一种，这是根据我国《保险法》的分类得出的结论。其实关于保险的分类一直就没有定论，比如寿险、非寿险的划分等。从实务角度也可以将除却海上保险、火灾保险等传统保险之外的新兴的各项保险都统称为意外保险，这并不是一种严格意义上的分类，此时所谓的“意外保险”与海上保险、火灾保险等是无法相提相比的。但这并不妨碍我们研究每一个险种，并且有助于我们从一个新的侧面审视本已熟悉的各种保险制度。

我们上面谈及的人身保险中的意外伤害保险当然也在“意外保险”的范围之中。工业革命带来科技的革新，经济活动日益繁荣，人们的生活形态、生活方式也不断地改变，不断出现的新的危险也产生了新的险种。所谓“意外保险”跨越了传统的人身险与非人身险的分类，凡是新开办的险种又有别于海上保险、火灾保险的都属其范围之内。目前意外保险包纳了普通意外伤害保险、职业意外伤害保险、汽车保险、责任保险、工程保险、航空保险、盗窃保险、保证保险以及现金、信用、玻璃、动产综合和动物保险等不同险种。

之所以会出现这样一种做法，正是因为意外伤害保险本身也有着许多跨越传统的人身险与非人身险分类的特点。比如意外伤害保险虽然因其保险事故的原因划归人身保险属下，但其目的主要是补偿被保险人因意外伤害所蒙受的损失（比如医疗保险金的给付），而且意外伤害保险的保险金给付一般也依伤情轻重而由低到高（比如残疾保险金的给付），保险期限较短（一年期的为主），其经营方式、核算制度与财产保险都十分相似。所以在许多国家，虽然法律规定人身保险与财产保险业务要分开经营，但不论是人身保险人还是非人身保险人都可以经营意外伤害保险。此外人身保险中的意外伤害保险与责任保险中的人身伤害责任保险在保险事故的载体上（都是针对人身伤害或死亡）也有着相似之处，这些都使得意外伤害保险更象是人寿保险、财产保险和人身伤害责任保险等多种险种的中间险种，是一种兼有给付保险与补偿保险性质的保险制度。因此也有些国家将人身意外伤害保险和健康保险一起称为“第三领域险”。

意外伤害保险既可以单独承保也可以作为人寿保险或是财产保险的附加险种。在保险实务中，有专门经营意外伤害险的保险人，当然更多的意外险业务是由其他保险公司兼营的。一般而言，被保险

人在保险有效期间，不论由于一次还是连续多次发生意外伤害事故，保险人都要给付保险金，直到累积给付金额达到约定保险金额，保险责任自动终止，这也是意外伤害保险的优点之一。

## 25. 6. 1. 5 人身意外伤害保险的分类

### 26. 1. 按照所保危险的不同分类

按照所保危险的不同，人身意外伤害保险可以划分为普通意外伤害保险和特定意外伤害保险两类。

(1) 普通意外伤害保险，又称一般意外伤害保险或个人意外伤害保险，即指被保险人在保险有效期内，因遭受普通的一般意外伤害而致死亡、残疾时，由保险人给付保险金的保险。它所承保的危险是一般的意外伤害。它通常是一种独立的险种，多采用短期保险的形式，以一年或不到一年为期，根据保险双方的约定决定保险的内容、保险金额和保险方式。

(2) 特定意外伤害保险承保的是以“三个特定”（特定原因、特定时间、特定地点）为约束条件的意外伤害保险，其承保的危险是因特定原因造成的意外伤害或特定时间、特定地点遭受的意外伤害。通常需要投保人与保险人特别约定，有时保险人还要求加收保险费。此类保险承保的意外伤害包括：战争所致意外伤害；从事剧烈体育运动、危险娱乐运动所致意外伤害；核辐射造成的意外伤害；医疗事故所致意外伤害等等。这些特约承保的意外伤害可以单独承保，也可以在其他保险单中附加，或签注特约或出具批单从除外责任中剔除。

### 2. 按照保险责任分类

按照保险责任的不同，人身意外伤害保险可以划分以下四类：

(1) 意外伤害死亡残疾保险，通常简称为意外伤害保险。此种保险只保障被保险人因意外伤害所致的死亡和残疾，满足被保险人对意外伤害的保险需求。其基本内容是：投保人交纳保险费，被保险人在保险期限内遭受意外伤害并由此造成死亡或残疾，保险人按合同规定向被保险人或受益人给付保险金。它的保障项目包括：意外伤害造成的死亡和意外伤害造成的残疾等两项。因被保险人死亡给付的保险金称死亡保险金，因被保险人残疾给付的保险金则称残疾保险金。此种保险通常作为附加条款附加在其他主险上。但也有作为单独的险种投保的。

(2) 意外伤害医疗保险，是以被保险人因遭受意外伤害需要就医治疗而发生的医疗费用支出为保险事故的人身保险。它的保险责任通常规定：被保险人因遭受意外伤害，且在责任期限内，因该意外伤害在医院治疗且由本人支付的治疗费用的，保险人按合同规定进行医疗保险金的支付。通常，被保险人在合同有效期内，不论一次或多次因遭受意外伤害而需医院治疗，保险人均按规定支付保险金，但累计给付医疗保险金不超过保险金额。而且，该种保险通常还对被保险人住院治疗进行住院津贴给付。在此险种中，因疾病所致医疗住院费用等属于除外责任。此险种大多为附加条款附加在主险上。

(3) 综合意外伤害保险。此种保险是前两种保险的综合。在其保险责任中，既有被保险人因遭受意外伤害身故或残疾保险金给付责任，也有因该意外伤害使被保险人在医院治疗所花费的医疗费用的医疗保险金给付责任。此类保险大多单独承保。

(4) 意外伤害停工保险。意外伤害停工保险是指被保险人因遭受意外伤害暂时丧失劳动能力而无法工作，保险人给付保险金的人身保险。它的保险责任通常规定，被保险人因遭受意外伤害造成死亡或残疾达到一定程度时，在一定时期内不能从事有劳动收入的工作时，由保险人按合同约定对被保险人或受益人给付停工保险金。该种保险旨在保障被保险人因意外伤害而导致收入的减少，维护依靠被保

险人的收入生活的人的利益。

应该注意的是，停工与残疾的区别在于，停工是指暂时丧失完全劳动能力，在一定时期内不能从事有劳动收入的工作；而残疾是指永久丧失全部或部分劳动能力，即如果残疾是永久性的，则被保险人永久不能从事有劳动收入的工作，如果残疾只是部分丧失劳动能力，则被保险人还可以从事一定的有劳动收入的工作。因此，停工的发生是从被保险人遭受意外伤害时立即开始，而造成残疾与否则只有在被保险人治疗结束后才能确定。被保险人遭受意外伤害后暂时不能工作期间由保险人支付停工保险金，但一般都规定有保险金的最长给付期；假如已获得停工赔款后转化为残疾或死亡的，被保险人按死亡残疾的赔付标准获得保险金，但要扣除已获得的停工赔款。

### 3. 按投保方式不同分类

按照投保方式的不同，人身意外伤害保险可划分为个人意外伤害保险和团体意外伤害保险两类。

个人意外伤害保险是投保人或被保险人个人购买的保险，一份保单只承保一名被保险人；团体意外伤害保险是以团体方式投保的人身意外伤害保险，其保险责任、给付方式均与个人投保的意外伤害保险相同。由于意外伤害保险的保险费率与被保险人的职业和所从事的活动有关，因此，团体投保意外伤害保险往往比个人投保更为适合。而且意外险保险期限短、保费低而保障高，在雇主需为员工承担一定事故责任的场合，团体意外险对雇主更为有利。因此与人寿保险、健康保险相比，人身意外伤害保险最有条件、最适合采用团体投保方式。事实上意外伤害保险的保单中也以团体意外险居多。

团体意外伤害保险的保单效力与个人意外险保单有所区别：在团体保险中，被保险人一旦脱离投保的团体，保单效力对该被保险人即刻终止，投保团体可以为其办理退保手续，而保单对其他被保险人依然有效。

### 4. 按投保动因分类

按照投保动因的不同，人身意外伤害保险可以划分为自愿意外伤害保险和强制性意外伤害保险两类。

自愿性的意外险是投保人自愿购买的各种意外险。而强制性的意外险是国家通过各种法律法规强制当事人必须参加的保险，它是基于国家保险法令的效力而构成的保险双方当事人之间的权利义务关系。例如美国不仅规定在美国国内乘坐飞机的旅客要投航空意外伤害保险（简称航意险），还规定只要经过美国上空的外国飞机的所有乘客也都要投保一定数额的航意险；又如我国曾经实行过的强制旅行意外伤害保险〔2〕。

另外，按照保险期限分类，人身意外伤害保险还可划分为一年期意外伤害保险、极短期意外伤害保险和长期意外伤害保险等。

27.

## 28. 6.2 人身意外伤害保险的保险责任

### 29. 6.2.1 保险责任的内容及特征

#### 30. 1. 人身意外伤害保险保险责任的内容

保险责任是保险单上载明危险发生时造成保险标的损失或约定的保险事故（或约定的保险期限

届满)发生后, 保险人所应承担的保险金赔付责任, 也就是保险人对被保险人承担保险金支付责任的事项。人身意外伤害保险的保险责任项目包括死亡给付、残疾给付、医疗费给付等几项, 在实践中可以只保其中的一项或几项。从理论上讲, 人身意外伤害保险的保险责任还可以包括停工保险给付。但在我国目前的保险实践中, 有关人身意外伤害保险停工保险的规定很少, 只有极个别的险种规定了停工保险金。如《人身意外保险条款》规定, 因伤暂时不能工作, 经医院证明, 在被保险人不能工作期间, 每天按照保险金额的 0.1%进行赔付, 但赔付时间最长不得超过 1 年。

2. 人身意外伤害保险保险责任的特征

根据我国《保险法》人身保险包括人寿保险、意外伤害保险和健康保险三类。其中, 人寿保险包括生存保险、死亡保险、两全保险三种最基本的类别。生存保险是以被保险人于保险期满或达到某一年龄时仍然生存为保险金的给付条件, 死亡保险是以被保险人在保险期限内死亡为保险金的给付条件, 两全保险则无论被保险人在保险期内死亡或保险期满时生存都可领取保险金。人身意外伤害保险与死亡保险、两全保险虽然都包括有死亡保险金的给付责任, 但各自具体的保险责任是有区别的: 人身意外伤害保险的保险责任是被保险人因遭受意外伤害而导致的残疾或死亡, 不负责因疾病所导致的残疾或死亡; 死亡保险的保险责任则是被保险人因疾病或意外伤害事件所导致的死亡, 不负责意外伤害引起的残疾; 而两全保险的保险责任是被保险人因疾病或意外伤害所致的死亡以及被保险人生存到保险期限期满。国内有学者形象地将上述三者之间的关系表示为下图 8-1:



图 8-1 意外险、死亡保险和两全保险的保险责任示意图

31.
32.
33. 6. 2. 2 人身意外伤害保险保险责任的构成
34. 人身意外伤害保险的保险责任必须由三个必要条件构成, 缺一不可, 即被保险人在保险期限内遭受了意外伤害事故; 被保险人在责任期限内死亡或残疾或支付医疗费用; 意外伤害是死亡或残疾或支付医疗费用的直接原因或近因。

1. 被保险人遭受了意外伤害

所谓伤害, 是指被保险人身体遭受外来事故的侵害发生了损失、损伤的客观事实; 所谓意外, 是指被保险人主观上没有预计会发生致伤的事故或是虽然预计到灾害的发生, 但由于各种约束、限制不得不接受与自己本来的主观意愿——回避外来侵害相反的现实结果。

意外伤害强调两个方面, 仅有主观上的意外而无伤害的客观事实, 有惊无险, 不能构成意外伤害, 反之, 有伤害的客观事实发生而无主观上的意外支持, 只能是“必然伤害”或是“故意伤害”, 与所说的“意外伤害”仍有差距。因此在表述意外伤害的含义时必须同时反映主观和客观两个方面, 避免理解上的偏差和实际工作中的失误。总的来说, 被保险人遭受的意外伤害必须是客观事实, 而不是臆想或推测的; 其次, 被保险人遭受意外伤害的客观事实必须是发生在保险期限内的。

2. 被保险人死亡或残疾或支付医疗费用



被保险人在责任期限内死亡或残疾或支付医疗费用，是构成意外险的保险责任的必要条件之二。

#### （1）被保险人死亡或残疾

一般情况下所谓的死亡都是指医学意义上的生理死亡，即指机体生命活动和新陈代谢的终止。保险合同具有法律效力，又要受《民法》约束，因此在保险学中，尤其是在意外伤害险等险种中，适用法律意义上的“死亡”。在法律上发生效力的死亡有两种情况，一是生物学死亡，即心跳和呼吸永久停止，机体即进入死亡。近年提出了“脑死亡”的新概念，脑死亡是包括大脑、小脑和脑干在内的全脑功能完全地停止，即脑先死亡，随后呼吸与心跳停止；二是宣告死亡，即法律上设立的死亡制度，是按照法律程序推定的死亡。公民下落不明满4年，或者因意外事故下落不明，从事故发生之日起满2年；或者因意外事故下落不明，经有关机关证明该公民不可能生存，人民法院可以根据利害关系人的申请在法律上推定其死亡，即宣布该公民死亡。

人身意外伤害保险残疾是因意外伤害事故直接造成的被保险人机体损伤，遗留组织器官的缺损或功能障碍。在意外险中，若被保险人虽然遭受意外伤害，但是通过治疗或自身修复在180天内未遗留组织器官缺损或功能障碍，则不属于残疾。

#### （2）保险期限内的意外伤害所致死亡或残疾或支付医疗费用发生在责任期限之内

保险期限是在保险合同中明确约定的保险效力起始、终止的日期。如果被保险人在保险期限开始以前曾遭受意外伤害或其他对身体健康的不利影响，却在保险期限以内死亡、残疾或发生医疗费用支出的，不构成意外险保险人的保险责任。而对那些在保险期限内遭受伤害，却在保险期限之后死亡、残疾或发生医疗费用支出的被保险人，保险公司的一般做法是在合约中规定一个责任期限，责任期限是意外险和健康保险所特有的概念，是指被保险人从可保意外伤害发生之日开始的一段时间里（如90天、180天、一年等）如果发生了死亡、残疾等保险事故的，意外险保险人仍然承担保险责任。

如果被保险人在保险期限内遭受意外伤害，在责任期限内死亡，显然构成保险责任，应付给死亡保险金。对因乘坐飞机、车船失踪等特殊情况一般要做出特别约定。责任期限对于意外伤害造成的残疾，实质上是确定残疾程度的期限。被保险人遭受意外伤害后，往往要经过一段时间的治疗才能确定是否造成残疾以及造成何种程度的残疾。如果当责任期限结束时仍不能确定最终结果，那么就应该推定责任期限结束这一时点上被保险人的组织残缺或器官正常机能的丧失是永久性的，即以这一时点的情况确定残疾程度，并以此为基础给付残疾保险金。在此之后，即使被保险人经治疗痊愈或残疾程度减轻，保险人也不能追回多给付的保金；反之即使以后被保险人加重了残疾程度甚至死亡，也不能要求保险人追加保险金。

对医疗费用支出，也是类似的道理，因为医疗过程往往要持续一段时日，相应的费用支出也会持续发生。但无论是以上哪一种情况，如果累积给付保险金额已达到最高限额时，保险责任就会自动终止。

另外在意外险保单中规定责任期限，也是为了有利于判定意外伤害与死亡、残疾或就医之间的因果关系。如果被保险人遭受意外伤害后很长时间才发生死亡、残疾或就医治疗，那么极有可能介入其他独立因素，比如被保险人的故意行为等，很难判定意外伤害是否为直接原因或是近因，而且容易诱发被保险人道德危险。因此在保险单中加入责任期限的规定，超过责任期限的死亡、残疾程度或就医总费用支出与保险人没有关系，就认为这些结果与保险期限内发生的意外伤害之间没有因果联系，保险人也不再承担保险责任。

### 3. 意外伤害必须是死亡、残疾或医疗费用支出的直接原因或近因

意外伤害必须是伤害的直接原因或近因，这也是构成意外险承保条件的一个必要条件。只有当意外伤害与死亡、残疾或医疗费用支出等保险事故存在因果关系时，才能视为属于承保范围。

（1）意外伤害是直接原因。即意外伤害事故直接造成被保险人死亡、残疾或就医治疗增加额外开支，比如雪天路滑被保险人不小心摔倒导致骨折，不得不住院治疗增加了住院费、外科手术费等项支出；又如被保险人乘坐的飞机因天气骤变坠毁造成被保险人意外死亡等等。当意外伤害直接导致死亡、残疾、受伤治疗等结果时，保险人应按规定给付死亡保险金、残疾保险金或医疗保险金。

（2）意外伤害是近因。意外伤害虽然不是导致死亡、残疾、就医等的直接原因，却是引这一结果成一连串相关事件的最初原因。近因原则是保险中用以判断危险事故与保险标的伤害之间的因果关系，从而确定保险赔偿责任或给付责任的一项基本原则。一般来说，人身保险中不适用近因原则，但惟独人身意外伤害保险例外。所谓近因，是指引起保险标的损失的直接的、最有效的、起决定作用的因素。比如被保险人被狂犬咬伤后患狂犬病死亡，这里被狂犬咬伤是意外伤害，但并未直接导致被保险人死亡，被保险人死亡的直接原因是疾病（狂犬病属于疾病）；由于被狂犬咬伤这一意外伤害是引起被保险人患狂犬病的最初原因，其间又无其他独立因素介入，因此意外伤害是被保险人死亡的近因，意外险保险人要承担死亡给付义务。

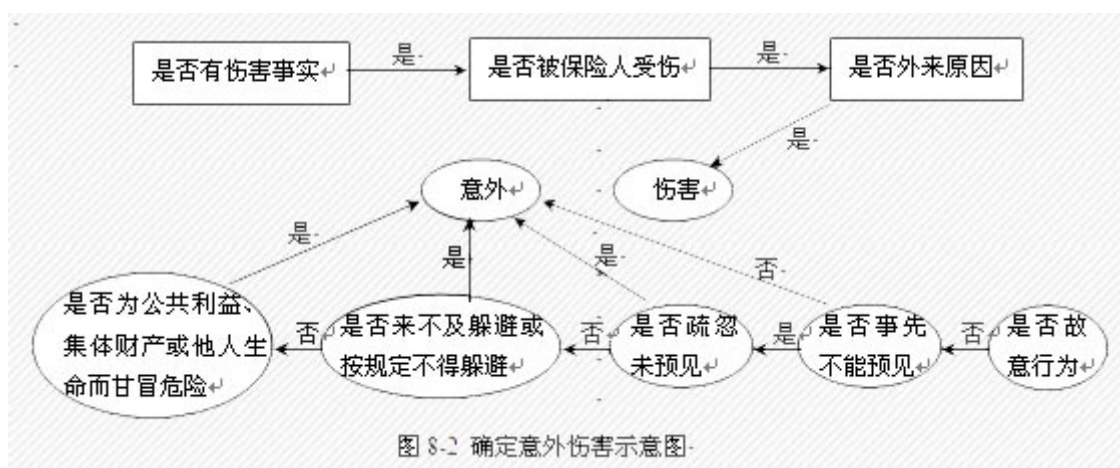
（3）意外伤害是诱因。意外伤害诱发被保险人原有的疾病发作、恶化，造成被保险人死亡、残疾或就医治疗。比如被保险人原患血液病，受轻微外伤后血流不止致死。又如，某被保险人患心脏病，乘车中因颠簸诱发心肌梗塞而死亡。上述案例中的外伤、颠簸都可以认为是意外伤害，但是这些的意外伤害对健康人而言所能造成的侵害后果微乎其微，真正造成被保险人死亡的是原患疾病，意外伤害只是诱因。在这种情况下，意外险保险人一般不是按照保险金额和被保险人的最终后果给付保险金，而是比照身体健康者遭受此种意外伤害可能产生的后果进行给付。

### 4. 保险责任的确认

在实际工作中，保险公司也正是循着如下这样一条思路来考察是否属于意外险保险人的保险责任的。

（1）确定被保险人体身体有无遭受外来伤害的事实。这里又包括几个方面，首先确定有否伤害的事实存在——即是否有死亡、残疾或其他需要治疗的事件发生，或者说是否身体的健康、健全受损，出现异常的行为能力、言谈举止等；如果确定已发生了伤害，就要判明受伤害人是否就是保险契约中所指示的被保险人，该契约是否仍在效力期间内；如果答案是肯定的，就要判别造成伤害的原因是否来自外界，这里要贯彻“近因原则”来找出致伤原因，根据“伤害”的定义，只有来自外界的致害物的侵害、并对被保险人的身体造成侵害事实的，才认为构成伤害，否则不属于意外险保险责任。

35. （2）确认被保险人所受伤害是否源自意外。这就需要根据被保险人的客观行动以及致害当时的客观环境等因素来探寻被保险人的主观行为，以判断这种伤害事实是否称得上是“意外伤害”从而成为应保的“保险事故”。首先推断是否是被保险人的故意行为，如果不是，再讨论伤害能否为被保险人所预测得到，如果无法预测得到，就构成意外伤害；如果可以预见，就分辨是否被保险人因疏忽而未预见，是则构成意外伤害；反之，如果确实可以预见而且也已预料到伤害的发生，就讨论被保险人不躲避伤害的原因——如果是不及躲避，仍构成意外伤害；如果是因为法律、职责的规定不得躲避或是出于道义、公德等高尚的动机甘冒风险而致伤害，都视为意外伤害，相反的情况则一般不认定为“意外伤害”处理。具体流程如图 8-2。



36.

37.

38.

### 39. 6.3 意外伤害保险的保险金给付

#### 40. 6.3.1 死亡保险金的给付

##### 41. 1. 死亡保险责任的构成

一般情况下所谓的死亡都是指医学意义上的生理死亡，即指机体生命活动和新陈代谢的终止。如果被保险人在保险期限内遭受意外伤害，在责任期限内生理死亡，并且保险期限内的意外伤害是导致被保险人死亡的直接原因或近因，显然已经构成意外伤害保险的保险责任，保险人即当准备给付保险金。

但是，如果被保险人在保险期限内因飞机、车、船失事等原因下落不明，那么从事故发生之日起满 2 年，法院宣告被保险人死亡时已经超过了意外险的责任期限（一般都规定在 1 年以内）。在这种情况下，如果保险人坚持依据责任期限不负保险责任，那么显然有损于被保险方受益人的利益，也失去了人身保险提供经济保障的意义。为了解决这一问题，可以在意外伤害保险条款中订立失踪条款或有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，受领保险金的人应本着诚信原则将保险金退还保险人。

##### 2. 死亡保险金的给付方式

在确定了被保险人死亡的确构成意外伤害保险的保险责任之后，保险人就要按照保险单的规定履行死亡保险金给付的义务。

在意外伤害保险合同中，要规定死亡保险金的数额或死亡保险金占保险金额的比重。例如规定被保险人因意外伤害死亡时给付保险金 3000 元、5000 元，或规定给付意外伤害保险金额的 100%、70%、50%等等。

另外，有些人寿保险合同的附加意外伤害保险条款将死亡保险金的给付按行业危险程度做出了规定。如将意外伤害保险金分为特殊保险金和普通保险金两种，凡从事井下作业、海上作业、航空作业及其它高危险工作的人员适用特殊保险金，其他人员适用普通保险金，特殊保险金和普通保险金的比例为 1：2，从而体现了人身保险合同权利和义务的对等原理。

#### 42. 6.3.2 残疾保险金的给付

## 1. 残疾及残疾程度的评定标准

保险学所说的“残疾”是纯粹医学意义地判断人的身体组织或部分器官丧失正常活动机能，永久性地、不可挽回地缺失某种正常的生理活动能力的一种状态。人身意外伤害保险所指的残疾与医学意义上的基本一致，包括两种情况：一是人体组织的永久性残缺（或称缺损），如肢体断离等；二是人体器官正常机能的永久丧失，如失去视觉、听觉、嗅觉，语言障碍或行为障碍等。在保险期限内发生意外伤害事故，由伤害引致并且能够在此期间或规定的责任期限内由指定医院确诊的永久性残疾构成意外伤害险的保险责任，保险人应按残疾程度的高低，根据事先约定给付全部或部分保险金。若治疗延续的时间较长，在责任期限结束时仍未能确定是否造成残疾或造成何种程度的残疾，则按一般做法根据责任期限结束时点被保险人的状态推定残疾程度，并以此为基础进行给付；若被保险人遭受意外伤害后通过治疗或自身修复在 180 天内未遗留组织器官缺损或功能障碍的，则不属于残疾。

我国保险公司数目不多，但人身意外伤害保险残疾与保险金给付标准繁多，各家保险公司都制定了自己的《人身保险意外伤害残疾给付标准》。由此造成了人身意外伤害保险残疾理赔的混乱局面。如一个人持有多家人寿保险公司的保单，发生意外伤害导致残疾时，各家保险公司对是否给付以及给付多少的结果往往是不同的。有些人身保险合同还规定了被保险人身体高度残疾的标准。为了规范保险公司人身保险残疾程度的核定，便于产品开发和费率测算，中国人民银行于 1998 年 7 月 14 日制定了《人身保险残疾程度与保险金给付比例表》。保监发（1999）237 号关于继续使用《人身保险残疾程度与保险金给付比例表》的通知要求，各保险公司报备的险种条款与新签单业务条款中对残疾程度的定义及保险金给付比例仍继续按照《人身保险残疾程度与保险金给付比例表》[3] 执行。从而在一定程度上解决了人身意外伤害保险残疾理赔的混乱局面，有利于人身意外伤害保险业务的健康发展。但此表也存在着诸多不足之处，比如该表没有全面反映人身意外伤害造成的残疾，有些残疾程度等级条款跨度较大，易导致保险人与被保险人在残疾程度评定与保险金给付方面的纠纷事件。因此，由中国保险监督管理委员会制定统一的规范性解释将是势在必行。

## 2. 残疾程度的评定[4]

一般来说，保险公司并不对所有的意外伤害都承担保险责任，而只对符合保险合同约定的伤残程度和给付标准的意外伤害事故，按照合同约定的给付比例承担保险责任。目前各家保险公司确定残疾保险金给付比例的重要标准是《人身保险残疾程度与保险金给付比例表》。该表将人身保险残疾分为 7 个等级、34 个项目。第一级为 8 个项目，保险金最高给付比例为 100%；第二级有 2 个项目，保险金最高给付比例为 75%；第三级有 5 个项目，保险金最高给付比例为 50%；第四级有 7 个项目，保险金最高给付比例为 30%；第五级有 7 个项目，保险金最高给付比例为 20%；第六级有 3 个项目，保险金最高给付比例为 15%；第七级有 2 个项目，保险金最高给付比例为 10%。因此，人身意外伤害保险残疾保险金的数额由保险金额和残疾程度两个因素确定。其中，残疾程度的确定最为关键，也最复杂：

（1）残疾程度的评定时机。一般，残疾评定应在损伤及其所致并发症经治疗达到临床医学一般原则所承认的临床症状稳定状态（包括医疗终结和医疗依赖）后再进行。但如果被保险人经过 180 天的治疗仍未结束，则无论病情如何均可评定残疾程度，即所谓的推定残疾情况。此外，如果被保险人遭受意外伤害后发生组织器官缺损等明显无法复原的情况时，在损伤发生后即可进行残疾程度的评定工作。

（2）残疾程度的分项评定与晋级原则。被保险人遭受意外伤害，如果同一器官或系统发生多处损伤，或者一个以上器官同时受到损伤时，应先对单项残疾程度进行鉴定；然后根据保险合同的约定，确定是否晋升残疾等级。残疾等级的晋级有两种方法：第一种是同一意外伤害造成两项以上身体残疾时，保险人给付各项残疾保险金之和，但保险金给付总额不得超过约定保险金额的 100%。第二种是同一意

外伤害造成两项以上身体残疾时，以最高等级残疾作为给付残疾保险金的依据；若两项残疾等级相同，残疾程度可以晋升一级，以晋级后的残疾等级给付保险金。但是若不同身体残疾项目属于同一器官时，则只给付严重项目的残疾保险金，而不能晋升残疾等级。

（3）残疾程度的类推。对于《人身保险残疾程度与保险金给付比例表》中未作规定的残疾，确定是由意外伤害造成的，可以参照最相似的项目评定残疾等级，给付残疾保险金。

（4）高等级残疾覆盖低等级残疾。《人身保险残疾程度与保险金给付比例表》仅规定高等残疾的，如果被保险人的残疾未达到高等级残疾的可以评定为下一等级残疾。比如，双目永久完全失明的残疾程度为第一级，其中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；若未达到第一级程度的，可以根据实际功能的障碍程度评定为第二、三、四、五、六或七级。

### 3. 残疾保险金的给付

在残疾程度确定后，保险人应根据《人身保险残疾程度与保险金给付比例表》的规定，按照保险金额及该项残疾所对应的给付比例给付残疾保险金。也就是说，在残疾程度确定以后，计算应给付的残疾保险金事实上非常简单，一般数额计算公式为：

残疾保险金=保险金额×残疾程度对应的给付比例

具体来说，在残疾保险金的给付过程中有很多细小的地方需要引起注意：

（1）一次伤害，多处致残。这具体又分两种情况：一是被保险人因为保险有效期内的一次意外伤害事故导致了身体若干部位致残，即同时发生残疾给付标准上二项或二项以上的残疾，并且伤残属于同一器官部位，即同时达到一类身体组织残疾中的几个级别，一般只给付较高级别的残疾保险金。二是如果被保险人遭受不同部位的残疾时，应以保额为限加总给付，即保险人根据给付比例将各处残疾给付百分比累加，未超过 100%的，则

残疾保险金=约定保险金额×累计给付百分比

超过 100%的，则

残疾保险金=保险合同约定的保险金额

比如被保险人因意外伤害导致一目永久完全失明（应给付 30%），同时又缺失十个手指的（应给付 75%）时，两项百分率加总超过 100%，则只给付合同约定的保险金额。

总之，残疾保险金的最高给付额不得超过保险合同约定的保险金额。当累计给付额尚未达到保险金额时，保险合同中的保险金余额部分继续有效；而累计给付额一旦超过保险金额则保险合同即告终止。

（2）多次伤害。根据意外伤害保险的一般规定，被保险人在保险有效期内多次遭受伤害的，保险人应按每次致残程度分别给付保险金，但累计金额不得超过约定的保险金额。

（3）先残后死。被保险人多次遭受意外伤害事故而先残疾、后死亡的情况。在这种情况下，

被保险人的残疾保险金仍是按上述方法计算的，而最后的死亡保险金则等于合同约定的保险金额扣除先期给付的残疾保险金额后的余额，合同同时宣告终止。

（4）特别约定残疾给付。这是用来弥补残疾程度百分比的不足的一项约定。因为人体各部位的残疾对从事不同职业的人的劳动能力的影 响是不相同的。比如普通人丧失一个手指，并不会根本性地影响生计，但对钢琴演奏家而言却是致命的打击；作家失去了一个脚拇趾照样可以从事写作，但对舞蹈演员、尤其是芭蕾舞演员却可能因此而结束舞台生涯；还有许多情况，象音乐家耳朵失聪、教师失声等。因此特定职业的人们可能对自己身体的某个特别部位予以特别关注，因此也需要保险人提高对这一部位的给付百分比或是保险金额。此时就需要保险双方共同签定一项特别约定，并在保单中列示。类似的事情在国外早就不再新鲜，大家熟知的钢琴家为自己的十根手指、足球明星为自己的腿、世界名模为自己的窈窕身材投保巨额保险等等。保险界花样翻新，层出不穷，归根结底都是人身意外伤害保险这种特别约定演变而来的。

6.3.3 医疗保险金的给付

44. 不同国家对于意外伤害医疗保险金给付的做法有很大不同，有的列为除外责任，有的是其中几个险种给付医疗保险金，有的则是将医疗保险金的给付作为一个常规条款列在保险条款之中。

当被保险人在保险有效期内遭受承保危险事故导致身体伤害，并且因此发生了医疗费用开支，在责任有限期内提出申请的，由保险人按实际发生数额在保险金额之内对被保险人进行补偿。此项保险金额包括实际医疗费用和住院费等项，前者是被保险人必须支付的合理的实际医疗费用，给付医疗保险金，但每次给付不得超过保单所规定的“每次伤害医疗保险金限额”；后者是指被保险人因意外伤害经公费医疗或保险人指定医院住院治疗发生的费用，由保险人按其住院日数给付保单所载的“伤害医疗保险金日额”，或按规定金额报销，但每次伤害的给付或报销天数不得超过规定时日。此外，如果被保险人因伤害骨折未住院治疗的，保险人可以按经验住院日数乘以“医疗保险金日额”的一半进行给付，这是台湾等地区的一般做法（见表 8-1）。

45. 表 8-1 意外伤害骨折保险金给付表

项 目	给付日数(天)	项 目	给付日数(天)
1. 鼻骨、眶骨	14	11. 骨盆（包括肠骨、耻骨、坐骨）	40
2. 掌骨、指骨	14	12. 头盖骨	50
3. 颧骨、趾骨	14	13. 臂骨	50
4. 下颚（齿槽医疗除外）	20	14. 桡骨与尺骨	40
5. 肋骨	20	15. 腕骨（一手或双手）	40
6. 锁骨	28	16. 胫骨或腓骨	40
7. 桡骨与尺骨	28	17. 踝骨（一足或双足）	40
8. 膝盖骨	28	18. 股骨	50
9. 肩胛骨	34	19. 胫骨及腓骨	50
10. 椎骨（包括胸椎、腰椎及尾骨）	40	20. 大腿骨头	60

46.  
47.

48. 6.4 人身意外伤害保险的品种

49. 人身意外伤害保险以被保险人的身体利益为保险标的，当意外伤害发生造成被保险人死亡、残疾等保险事故时，由保险人根据合同规定给付保险金。所谓身体利益，是指自然的躯体，不包括人体的



非天然部分，如假肢、假牙、假眼等的人工安装、移置的部分。虽然这些部分与人体密不可分，但人工装置应列入财产保险范围，不应列入意外伤害人身保险范围之内。

意外伤害保险包括普通意外伤害保险和特定意外伤害保险两大类。前者承保的危险是在保险期限内发生的各种一般可保意外伤害和特别约定的特约保意外伤害，目前我国开办的团体人身意外伤害保险、学生平安意外伤害保险、普通伤害保险等都属于普通意外伤害保险。所谓特定意外伤害保险是以特定时间、特定地点或特定原因发生的意外伤害为保险危险的意外伤害保险，目前主要有旅客意外伤害保险、职业意外伤害保险等大险种。

下面就人身保险业目前经营的几个主要意外险险种做一简单介绍。

50. 6. 4. 1 普通伤害保险及团体人身意外伤害保险

51. 1. 普通伤害保险 (General Accident Insurance)

普通伤害保险也称个人伤害保险，或一般伤害保险。这是一种独立经营的险种，适合于为被保险人为单个自然人因意外伤害事故而致身体伤害提供保险保障。这种保险的给付，通常包括因伤害致死的死亡保险金的给付和因伤害致残的残疾保险金的给付两项，而医疗保险金的给付则要经过当事人双方的协议，以特约条款方式附加于保单之中。普通伤害保险的保险期限都比较短，通常是一年以下的短期险或就某一事件的全过程投保意外险。

普通伤害保险对所保危险同样提出了各种要求，比如急剧性 (Violent)，要求伤害的发生剧烈而迅速，而不是缓慢渐进的；外来性 (External)，由体外因素引起的，内生疾病等体内原因决定性地造成的伤害结果不视为可保危险；偶然性 (Accidental)，即要求伤害事件是否发生，伤害结果是否出现以及该事故是否导致该种结果都属偶然，强调伤害的意外性；直接结果 (Direct Result)，要求意外伤害与保险事故之间有直接的、必然的因果关系，也就是强调意外伤害是直接原因或近因，是身体伤害 (Bodily Injury)，要求伤害结果体现在被保险人的体表、四肢或器官功能异常，有时也包括外部无明显伤痕但内部发生障碍的情况。

普通伤害保险承保的保险事故，在核保时所考虑的因素除了一般所说的残疾率、利率和费用率之外，还要对被保险人的职业、职务、性别、健康状况、生活习惯、生活环境加以考察，同时也包括所投保的某一特定事件、特定过程在特定时期的危险程度的高低，从而与投保人协商确定保险内容、保险金额和保险方法。

普通伤害保险投保时一般不需要进行严格的身体检查。出于避免道德危险发生的考虑，保险人一般要对未成年人、超高年龄者在保额上加以限制或加入相关的加费标准，比如台湾保险业通常对未满十四岁的未成年人投保金额加限（一般是新台币 60 万元），对超过 65 岁的老人也设定投保限额以及相应的加费标准（见表 8-2）。

52. 表 8-2: 高龄投保限额及加费表 (台湾)

年龄	最高限额	加费标准
66~70	1000	超过 300 部份加费 15%
71~75	500	超过 250 部分加费 25%
76~80	300	超过 200 部分加费 40%

53. 单位：新台币 (万元)

54. 普通伤害保险的内容也可以作为附加伤害条款附于人寿保险合同之后，这种综合保险承保死亡、残疾等多种人身危险，再保险费的收取和保险金的给付上有一些特殊规定。比如被保险人因伤害致残，可领取残疾津贴，并对分期缴纳保费者免收全残以后的保险费或减收半残后的一半保费；对因伤残致死者额外给付原定金额的一倍或两倍，称双倍或三倍保险。意外伤害保险条款与疾病保险合一的综合保险，又称广义的健康保险，以同一个人的健康利益为保险标的，期限一年，无论伤害还是疾病都视为保险事故发生而给付保险金，保障范围相对较宽。

## 2. 团体人身意外伤害保险 (Group Accident Insurance)

团体人身意外伤害保险是以各种社会团体为投保人，以该团体的全体在职人员为被保险人的意外伤害保险。团体人身意外伤害保险规定：凡机关、团体、企业事业单位的在职人员，身体健康，能正常工作或劳动的，都可作为被保险人，由其所在单位向保险公司办理集体投保手续。这一险种的最大优点就是可以一定程度地减轻被保险人的保险费负担。

团体意外险一般期限一年，期满可申请续保。保险金额根据投保单位支付保费能力而定，一般要以每千元为单位进行增减变化。保险金额一旦确定，中途不得变更。

被保险人在保单有效期间发生意外事故而导致死亡、残疾或就医治疗的，保险人按事先约定给付全部或部分保险金。被保险人在保单有效期内无论一次或连续多次发生意外伤害事故，保险人都需按规定给付保险金，直至累计达到保险金额为止。一旦给付总额达到保险总金额，保险责任自动终止。这一点与个人意外伤害险保单的要求是一致的。同样，因保险除外责任所致的被保险人的身体伤害或死亡，保险人不履行给付责任。比如战争、军事行动或被保险人犯罪、斗殴、诈骗、自杀等行为引起的伤亡，被保险人因意外伤害支出的治疗、医药等项费用，都不在保险人的保险责任之内。

与团体寿险相类似的，参加团体人身意外伤害保险，投保团体要填写投保单和全体被保险人名单，给保险人核定承保后签发保险单，保单由投保团体持有，被保险人只持有保险证明书。被保险人在投保时可以指定受益人，如果没有指定受益人的，可作为遗产由法定继承人继承。在保单有效期间，投保团体如因人员变动需加保、退保，或因被保险人要求变更受益人，投保人应填写变动通知单，送交保险人核发，并作为保单附件。被保险人中途离职，不论是否已办理批改手续，均自离职之日起丧失保险保障，保险人应退还已缴纳的未到期保险费。

团体人身意外伤害保险的保险费率根据行业（工种）或工作性质，分别订立，因为不同工作、不同环境的意外伤害危险程度不同。比如建筑工地工人的危险程度显然要高于机关干部，武打演员的受伤可能性远远高于群众演员等，所以在办理意外险时，要认真考虑职业、职务等对意外发生概率的特殊决定作用。当被保险人从事的职业工种与就业的社会组织收取费率不一致时，应就高不就低，按高等级收费。团体险保费负担方法有多种，如分担法、职工个人分担或单位全部负担等。一般地，职工负担的保费部分由投保人直接在被保险人薪资内扣除。投保团体应在保险起保日一次交清保险费，有特别约定的也可按月缴费。保险人收到保费后，保单开始生效。

被保险人发生保险事故后，可以由被保险人本人或其受益人通过投保团体向保险人申请给付保险金。被保险人需提交的证明文件包括：保险单证及投保团体证明，被保险人死亡或残疾程度的证明等。保险人核实无误即按规定给付保险金。又规定，保险事故发生之日起满一年，被保险人或受益人不提出保险金给时申请的，按自动放弃权益处理。

### 6.4.2 旅行伤害保险 (Travel Accident Insurance)



55. 旅行伤害保险有狭义与广义之说。狭义的旅行伤害保险是以旅行中的旅客为保险对象，当其因既定旅行中的意外伤害事故致残、致亡时给付保险金的一种人身保险，又可以分为国内旅行伤害保险和国外旅行伤害保险。其中普通伤害保险包括了对在国内的旅行途中的意外伤害事故提供保障，但被保险人要出国旅行时需加付保费或另投国外旅行伤害保险。广义的旅行伤害保险，其实是将与旅行密切相关的所有人身意外伤害保险汇总在一起，比如被保险人在运输工具上的意外伤害保险、旅游者旅游过程中的意外伤害保险、旅客住宿时的意外伤害保险等。这里介绍的是所谓的广义旅行伤害保险。

### 1. 在运输工具上的旅客意外伤害保险

近现代旅行与交通工具有着密切的关系，长途徒步旅行只有在特定情况下才会发生，大多数情况下人们都利用各种交通工具——汽车、轮船、火车、飞机。但迄今为止还没有哪一种交通工具可以确保旅客的绝对安全。旅行者在搭乘交通工具过程中，如果发生了因天灾人祸等造成的意外伤害事故，就由各种旅客意外伤害保险提供保障，比如公路旅客意外伤害保险、铁路旅客意外伤害保险、航空旅客意外伤害保险、轮船旅客意外伤害保险等等。

以公路旅客意外伤害保险为例，这其实是以持有效车票搭乘长途汽车的旅客为保险对象的一种超短期人身保险。保险有效期自旅客验票进站或中途上车购票开始，到旅客抵达旅程终点验票出站为止。保险手续由公路客运企业办理，对每一旅客不另签发保险凭证。旅客所乘汽车在途中因故障停驶而改乘公路客运部门指定的其他车辆的，在继续旅程中保险仍然有效。

这一类保险的保险费一般由各种运输企业代收后汇缴保险机构。所有旅客保险金额都一样。旅客在旅行中途自行脱离原运输工具不再随同原来共行的旅行者的，保险责任自其离开时宣告终止。但经有关运输部门签字证明原票有效的，从旅客重新验票搭乘该运输工具或另一运输工具时开始恢复保险责任，比如铁路、公路运输中的中转车票持有人可以有一定范围内的选择权。

在保险有效期内，保险人对被保险人（旅客）负有下列保险责任：旅客因意外伤害事故死亡的，给付死亡保险金；因意外伤害事故致残的，根据人身意外伤残给付标准的规定给付全部或部分保险金；旅客因意外伤害事故受伤后必须抢救和治疗时，由保险人在保额之内按实际发生的费用给付医疗保险金。

对旅途中被保险人因疾病、自杀、斗殴、跳车（船）、爬车（船）、犯罪行为或其他故意行为所致的死亡或伤残；因战争或军事行动、欺诈行为等致使旅客遭受伤害的，保险人不负保险责任。如果被保险人随身携带的行李物品，因发生意外遭受损失的，不得向保险人申请意外险保险金，因为已经超出了意外险保险人的保障范围。

在保险有效期间，旅客遭受意外伤害后，应由本人或其指定代理人持指定医院及交通监理部门或其他有关部门的证明向运输营运部门提出给付保险金的申请，由营运企业及时向保险人转交有关发生意外伤害及要求给付保险金证明文件，保险人在核实后，按规定给付保险金。一般规定自事故发生一年之内可以办理申领保险金的手续，逾期按自动弃权处理。

### 2. 旅游者人身意外伤害保险

旅游是外出旅行的一个重要组成部分，这种旅游者人身意外伤害保险与狭义的旅行伤害保险含义比较接近，为旅游者旅行过程提供人身危险方面的保险保障，是以旅行社、机关、团体、企业事业单位组织的团体旅游者保险对象的一种人身意外伤害保险。保险期限根据旅行安排可长可短，从被保险人乘上由旅行社等单位指定的汽车、火车、轮船或飞机时开始，至本次旅游结束离开相应的交通工具时

为止。如遇旅游中因故延长日期，可以补交保险费，保险责任继续有效。这种保险由旅游组织单位统一代办。

保险有效期内，被保险人因意外伤害事故，如爆炸、雷电、溺水、跌坠、碰撞、交通事故、歹徒行凶、牲畜袭击等所致残疾或死亡，由保险人一次性给付包括受伤、残疾所需的抢救及医疗费用在内的保险金，但最高不超过合同约定的保险金额。

被保险人因除外责任所致的伤、残、亡，保险人不负给付责任：如被保险人自杀、故意自伤、斗殴、冒险行为、犯罪行为或因疾病、酗酒、药物中毒、麻醉等引起的各种伤害，擅自离开旅行社等单位规定的旅游地点或不乘坐指定交通工具所引起的意外伤害等。

被保险人在保险事故发生后一年内，提交有关证明，填写人身保险给付申请书，经保险人核实即可按规定领取保险金。

### 3. 住宿旅客人身意外伤害保险

衣、食、住、行是人们日常生活的四大要素。外出旅行中，住宿更是一个不可忽视的方面。住宿旅客人身意外伤害保险是以工商行政管理部门登记的旅馆、饭店、招待所等旅客为保险对象的一种人身意外伤害保险。保险期限自被保险人办理完住宿手续开始，直至其办妥退房手续并按退房规定可停留在住宿地的时间结束为止。

每一被保险人的保险金额按住宿标准不同而有差异。住宿费用高的，保险金也高，反之保险金就低。被保险人的保险费包含在旅客客房的租价内。住宿单位每月按住宿营业额的一定比例计算后向保险人缴纳保费。

保险人在保险有效期内承担以下责任：被保险人无论外出或在住处因意外伤害导致死亡或残疾，或因遭受意外伤害需要抢救治疗时，保险人都要根据保单规定给付保险金或补偿被保险人支出的医疗费。除外责任所致保险事故都不在保险人承保范围之内。

被保险人在保单有效期内发生了保险事故的，由其本人或其受益人通过投保的住宿单位向保险人提出给付保险金的申请，并提供有关证明、凭单等供保险人审核。保险人核实无误，即给付保险金。从保险事故发生起三个月内不报案，6个月内不提供书证或一年之内不申领保险金者，视为自动弃权。

#### 56. 6.4.3 职业伤害保险 (Occupational Accident Insurance)

57. 从字面就可以看出，这是一种为那些因从事特定职业在执行公务之时遭受人身意外伤害事故，并因此暂时或永久丧失工作能力的人们提供保障的人身保险，即在被保险人遭受意外伤害之后，由保险人按规定给付保险金，以使得被保险人不因履行职责而承受身体上、精神上和经济上的多重损害。这种保险多采用团体投保的方式，如英美等国现行的职业灾害赔偿保险 (Employment Injury Insurance)，就属于职业伤害保险的范畴；我国保险公司经营的外出人员和执法人员平安保险，从性质上讲也属于职业伤害保险。

我国的外出人员和执法人员平安保险又称公务人员意外伤害保险，是面对国家机关、政府部门、企业事业单位、社会团体聘用，并经委派授权执行政策、法律、履行公共管理事务权力的专业人员，在其外出工作期间，执行政策、维护法律过程中，受到自身以外的机械力量或不法歹徒的伤害和攻击，致使残疾死亡，而由保险公司给付保险金的一种人身保险业务。

#### 58. 6.4.4 意外伤害满期还本保险

59. 意外伤害满期还本保险是一种多年期储蓄型意外伤害死亡残疾保险。由于这一险种具有多年性和储蓄性，使得它不同于一般意外伤害保险的性质，所以此处单列一类进行介绍。意外伤害满期还本保险的保险责任为：被保险人在保险期限内因遭受意外伤害导致死亡或残疾时，保险人给付死亡保险金或残疾保险金。被保险人投保意外伤害满期还本保险不交纳保险费，而只交纳保险本金。保险期限结束后，不论是否发生过保险金给付，保险公司都把保险本金返还给被保险人。保险本金根据保险期限、保险金额和被保险人的职业工种确定计收。这一险种，由于保险公司在保险期限结束后返还保险本金，被保险人损失的只是利息，所以在意外险市场上颇受欢迎。《简易人身保险条款》第四条规定：被保险人生存到保险期满，保险人给付保险金全数；被保险人在保险期限内因遭受意外伤害导致的死亡，保险人给付死亡保险金；因遭受意外伤害导致残疾的，保险人则按给付标准给付残疾保险金；保险期限结束，保险人向被保险人或其受益人返还保险本金。

#### 60. 6. 4. 5 作为附加险的人身意外伤害保险

61. 在人身保险实务中，人身意外伤害保险既可以作为单一的险种进行承保，也可以作为其他人身保险的附加险，还可以与其他险种合二为一。

### 1. 健康保险含有意外伤害保险条款

人身意外伤害保险与健康保险承保的标的都是人的身体或生命，只是保险责任有所不同。健康保险是指被保险人因疾病、生育或因疾病或生育致残或死亡导致医疗费用支出或收入减少时，被保险人给付约定的保险金的行为。在人身保险实践中，有时保险人将人身意外伤害保险作为健康保险的附加险，即除因病致残或致死外，被保险人遭受意外伤害导致残疾或死亡或需要就医治疗时，保险人也负责给付保险金。如医疗保险中，被保险人在保险期间因疾病或遭受意外伤害支付的医疗费用超过免赔额之后，保险人根据合同约定支付保险金，这就是健康保险包含人身意外伤害保险条款。个人住院医疗保险、个人住院医疗补贴保险、少儿住院医疗保险等都是此类保险。

### 2. 人寿保险含有人身意外伤害保险

人寿保险简称寿险，也称生命险，是以被保险人的生命作为保险标的，以被保险人的生存或死亡作为保险事故，并在保险期间内发生保险事故时，由保险人依照保险合同给付一定保险金额的一种人身保险形式。寿险区别于伤害保险的主要地方就在于约定给付保险金的保险事故方面的差别。人寿保险附加意外险的实质是寿险附加残疾、死亡条款的综合保险。这种保险在保险费的收取和保险金的给付上一般都有特殊的规定。被保险人因意外伤害致残时，保险人给付残疾津贴，并对分期交付保险费的被保险人免收全残以后的保险费或减收半残以后的保险费，对因意外伤害致死的被保险人给付保险金额的2或3倍。比如家庭人寿保险就是一种寿险附加意外险的保险，它规定在保险合同的有效期内，保险人负下列保险责任：（1）自保单生效之日起180天后，因疾病身故；（2）因意外伤害导致身故；（3）任一被保险人因一次或多次意外伤害所致伤残达到下列标准之一的：a、失去腕关节或踝关节以上两肢，造成永久性残疾；b、双目视力完全丧失，并不可复原并失去腕关节或踝关节以上一肢。

62.

## 63. 总结

64. 1. 人身意外伤害保险，简称“意外险”，是人身保险制度中的一种，是指在保险效力期间内，被保险人由于外来的、突然的、剧烈的事件（即意外事故）造成身体的伤害，并因此致使被保险人死亡或残疾时，由保险人按合同规定向被保险人或受益人给付死亡保险金、残疾保险金或医疗保险金的一种保险。

2. 要准确理解意外险的概念，我们首先应该明确意外伤害的含义。所谓伤害，是指被保险人身体遭受外来事故的侵害发生了损失、损伤的客观事实。伤害必须由致害物、侵害对象、侵害事实三个要

素构成，缺一不可。所谓意外，是指被保险人主观上没有预计会发生致伤的事故或是虽然预计到灾害的发生，但由于各种约束、限制而不得不接受与自己本来的主观意愿——回避外来侵害相反的现实结果。因此，所谓意外伤害，就是指在被保险人没有预见到或与意愿相左的情况下，突然发生的外来侵害对被保险人的身体明显地、剧烈地造成损伤的客观事实。意外伤害的构成包括意外和伤害两个必要条件，缺一不可。

3. 人身意外伤害保险承保的人身危险是意外伤害，但并非一切意外伤害都是保险人所能承担的了和保障的了。按照保险人的担保能力，可以将一切意外伤害划分为一般可保意外伤害、特约可保意外伤害和不可保意外伤害三种。

4. 一般可保意外伤害必须符合以下几个条件：必须是被保险人身体上的伤害，必须是由外界原因、意外事故所致的伤害，非故意诱发的伤害。

5. 特约可保意外伤害，就是那些按照保险原理讲是可以承保的，但保险人出于保险责任区分的考虑、承保能力的限制或盈利的需要而一般不予承保的意外伤害危险。这类危险只有经过双方的特别约定，在另加保费或其他条件下才准予承保的意外伤害。不可保意外伤害，一般是指那些因违反法律规定或违反社会公共利益的行为引发的意外伤害，这种危险保险人一般都不予理睬。

6. 人身意外伤害保险与人寿保险、财产保险、人身责任伤害保险存在着许多异同点。

7. 人身意外伤害保险品种繁多：按照所保危险的不同，人身意外伤害保险可以划分为普通意外伤害保险和特定意外伤害保险两类；按照保险责任的不同，人身意外伤害保险可分为意外伤害死亡残疾保险、意外伤害医疗保险、综合意外伤害保险、意外伤害停工保险等四类；按照投保方式的不同，人身意外伤害保险可划分为个人意外伤害保险和团体意外伤害保险两类；按照投保动因的不同，人身意外伤害保险可以划分为自愿意外伤害保险和强制性意外伤害保险两类。

8. 人身意外伤害保险的保险责任必须由三个必要条件构成，缺一不可，即被保险人在保险期限内遭受了意外伤害；被保险人在责任期限内死亡或残疾；被保险人所遭受的意外伤害是其死亡或残疾的直接原因或近因。

9. 目前人身保险业开办的普通意外伤害保险有：团体人身意外伤害保险、学生平安意外伤害保险、普通伤害保险等；开办的特定意外伤害保险主要有旅客意外伤害保险、职业意外伤害保险等几大险种。这些险种对人们防范因突发性事件引起的家庭经济困难起到了较好的作用。

65.

66. 关键词

67.

伤害	意外	意外伤害	人身意外伤害保险	人身伤害责任保
险				
普通意外伤害保险	特种意外伤害保险	个人意外伤害保险	团体意外伤害保险	
旅客意外伤害保险	可保危险	特约可保危险		

68.

69. 思考题

70. 1. 简述人身意外伤害保险的分类。
2. 简述意外伤害保险与人寿保险的联系与区别。
3. 简述意外伤害保险的可保危险。
4. 简述意外伤害保险中残疾保险金的给付方式。
5. 简述团体人身意外伤害保险条款的主要内容。

71.

72. 【注释】

[1] 参见前文有关“意外”含义的解释。

[2] 我国政府在 1951 年公布的“铁路旅客意外伤害强制保险条例”、“轮船旅客意外伤害保险条例”、“轮船旅客意外伤害保险条例”和“飞机旅客意外伤害保险条例”中规定：凡在国内搭乘火车、轮船和飞机旅行的人都必须交纳规定的保险费。发生事故后，由中国人民保险公司按上述 3 个条例的规定予以赔偿。但 2001 年 9 月 1 日，国内强制旅游意外伤害保险被取消，取而代之的是旅行社责任保险，被保险人由旅游者个人转向旅行社。

[3] 参见附录 1。1998 年版寿险条款和 1999 年 7 月 1 日起所有新签单业务按中国人民银行制定的《人身保险残疾程度与保险金给付比例表》执行。原已签发的有效保险单凡在条款中已载明伤残给付标准按《中保人寿保险有限公司人身保险意外伤害残疾给付标准修订办法》执行的，继续有效。

[4] 戴小明、张颖编著《〈人身保险残疾程度与保险金给付比例表〉的理解与适用》，61-63 页，中国检察出版社。

73.

74. 附录 1 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	给付比例
第一级	1	双目永久完全失明的（1）	100%
	2	两上肢腕关节以上或两下肢踝关节以上缺失的	
	3	一上肢腕关节以上或一下肢踝关节以上缺失的	
	4	一目永久完全失明及一上肢腕关节以上缺失的	
	5	一目永久完全失明及一下肢踝关节以上缺失的	
	6	四肢关节机能永久完全丧失的（2）	
	7	咀嚼、吞咽机能永久完全丧失的（3）	
	8	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	
第二级	9	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完全丧失的（5）	75%
	10	十手指缺失的（6）	
第三级	11	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	50%

三 级	12	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	
	13	双耳听觉机能永久完全丧失的（7）	
	14	十手指机能永久完全丧失的（8）	
	15	十足趾缺失的（9）	
第 四 级	16	一目永久完全失明的	30%
	17	一上肢三大关节中，有二关节之机能永久完全丧失的	
	18	一下肢三大关节中，有二关节之机能永久完全丧失的	
	19	一手含拇指及食指，有四手指以上缺失的	
	20	一下肢永久缩短 5 公分以上的	
	21	语言机能永久完全丧失的（10）	
	22	十足趾机能永久完全丧失的	
第 五 级	23	一上肢三大关节中，有一关节之机能永久完全丧失的	20%
	24	一上肢三大关节中，有一关节之机能永久完全丧失的	
	25	两手拇指缺失的	
	26	一足五指缺失的	
	27	两眼眼睑显著缺损的（11）	
	28	一耳听觉机能永久完全丧失的	
	29	鼻部缺损且嗅觉机能遗存显著障碍的（12）	
第 六 级	30	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	15%
	31	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	
	32	一足五趾机能永久完全丧失的	
第 七 级	33	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	10%
	34	一手拇指或食指机能永久完全（13）丧失的	

75. 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，并由保险人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意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，需要他人扶助。

（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，语言频率为 500、1000、2000 赫兹。

(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二分之一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) 所谓永久完全系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。

## 76. 第七章 健康保险

### 77. 本章预习

78. 死亡曾经是人们公认的第一人身危险。然而随着生产力的不断提高, 人类的物质生活日益丰裕, 死亡和生存已不再是人们眼中可怕又恐怖的人身危险, 身体的健康和健全开始成为人们普遍关注的问题, 于是疾病和残疾就相继被纳入主要的人身危险之列。健康是人类最大的财富, 疾病或残疾不仅暂时或永久地剥夺了人们健康快乐生活的权利, 给人们带来心理、生理的压力, 而且看病治疗永远意味着一笔费用开支, “经济越发达的社会, 医疗费用越昂贵” 已经成为不争的事实, 给个人和家庭也造成了一种相当严重的经济负担; 更为不幸的是, 很多病人或因病致残的人在忍受疾病的同时, 还要承受不能继续原来的工作的压力, 由此产生的收入上的损失无疑更是雪上加霜。

人身保险为人们防范各种人身危险提供了经济上的保障, 其中的健康保险就是以人的身体为保险对象, 以发生疾病或因病、因生育而致残、致亡给个人和家庭造成的不确定费用开支以及收入损失为保险事故, 由保险公司给付或补偿保险金的人身保险, 这也就是本章所要介绍的内容。本章的具体内容包括:

- 健康保险概述
- 医疗保险
- 残疾收入补偿保险

79.

### 80. 7.1 健康保险概述

81. 7.1.1 健康保险的概念

82. 1. 健康保险概念的界定

从某种意义上说, 健康是人类社会的主题。人类曾经为了追求财富可以抛弃一切, 但当人们开

始比较财富与健康（Wealth and Health）时，理智的人都会选择健康。根据著名心理学家马斯洛的“需求五层次”论，人类需求大致可以分为五个层次，当较低一级的需求获得满足之后，人们才会产生更高级的需求，从而产生新的行为动机。当人们解决了温饱之后，就会对健康和安全产生需求。并且，即使人们在追求更高层次的自我价值实现需求时，健康需求仍为首要因素。因为健康的体魄是人们从事一切活动的基础，没有了健康就没有了生活的乐趣，也就丧失了创造新财富的一切机会。但是在现实生活中，没有人可以实现对所有疾病的终身免疫，也就是说每个人都面临疾病的危险；同样也没有人可以保证不会被疾病或者意外事故夺去自身健康且健全的身体，尤其是在患病时、或妇女生育时。而一旦发生疾病就需要治疗，需要花费一定的医疗费用，这笔费用对每个人都可能是一种相当严重的经济负担；更为不幸的是，疾病或遭受意外伤害致残还可能会导致人工作能力的完全或部分丧失，劳动收入也将因此减少。而保险正好提供了这样一个将这些不确定的费用支出或收入损失转变为日常一笔小金额的稳定开支（即保险费）的机制，这也就是健康保险。

### （1）健康保险的含义

健康保险是以人的身体为保险标的，保证被保险人在疾病或意外事故所致伤害时的费用支出或损失获得补偿的一种保险。如同人寿保险并不是保证被保险人在保险期限内避免生命危险一样，健康保险并不是保证被保险人不受疾病困扰、不受到伤害，而是以被保险人因疾病等原因需要支付医疗费、护理费，因疾病造成残疾以及因生育、疾病或意外伤害暂时或永久不能工作而减少劳动收入为保险事故的一种人身保险。根据人身保险业界的习惯，往往把不属于人寿保险、意外伤害保险的人身保险业务全都归入健康保险中。

健康保险主要有以下两层含义：1）健康保险承保的保险事故是疾病和意外伤害事故两种。疾病主要是由人体内部的生理或疾病因素造成的；意外伤害事件则由人们非本意的、外来的、突然的因素所造成的。2）健康保险所承保的危险是因疾病（包括生育）导致的医疗费用开支损失和因疾病或意外伤害致残导致的正常收入损失。我们知道，疾病和意外伤害事故带给人们的结果可能是同样的，即上医院治疗而支出医疗费用或者耽误工作而减少劳动收入。因此，健康保险正是针对这两种后果而规定的其保险责任的，以提供人们在医疗费用开支和收入损失上的保障。

健康保险与人身意外伤害保险同属于短期保险，二者具有许多共同之处，因此国外一般将二者合二为一，统称为健康保险。其实，人身意外伤害保险与健康保险在保险责任上是有区别的，在保险合同的实务处理上也存在显著差别，这些我们将在随后的讨论中逐步比较，但这里首先必须明确的是：第一，二者虽然都要对被保险人的意外伤害提供保障，但意外伤害保险的保险责任仅限于意外伤害造成的死亡、残疾，其他原因如疾病、生育等引起的残、亡则不属于其保险责任范围，而属于健康保险的保险责任范围。第二，意外伤害保险是向被保险人或受益人给付死亡或残疾保险金，有些意外伤害保险品种可能还会给付医疗保险金，但对因意外伤害造成的其他损失（如劳动收入减少损失）则不属于意外伤害保险的保险责任，而属于健康保险的保险责任范围。

### （2）不同国家对健康保险概念的不同定义

健康保险是人身保险的一种，其覆盖的范围却因国家而异，因此对健康保险概念的界定也有不同的阐述。在有的国家，比如美国，健康保险是包括意外保险、疾病保险、医疗费用保险以及意外伤害残疾保险等多个险种的统称，涵盖的范围相当广泛。在这些国家，健康保险费收入往往可以达到人身保险费收入的一半左右，是一项重要业务。而一些高福利的发达国家则明文规定，健康保险的保险人是政府或健康保险合作社，私人保险人很少经营，这就将健康方面的人身危险基本上完全纳入了社会保险体系，使之更方便地接受政府管理。



我国《保险法》第91条规定：“人身保险业务，包括人寿保险、健康保险、意外伤害保险等保险业务。”在我国的保险实践中，健康保险习惯上又称疾病保险，是以被保险人患病、分娩导致死亡或残疾为给付条件的保险。

### （3）健康保险的承保责任

笼统地讲，健康保险的承保责任范围包括：工资收入损失；业务利益损失；医疗费用；残疾补贴以及丧葬费及遗属生活补贴等。从总体上看，健康保险承保的主要内容可以分为两大类，一类承保的是由于疾病、分娩等所致的医疗费用支出损失，一般称这种健康保险为医疗保险或医疗费用保险；另一类承保的是由于疾病或意外事故致残所致的收入损失，如果被保险人完全不能工作，则其收入损失是全部的；如果无法恢复所有工作，只能从事比原工作收入低的工作，那么收入损失是部分的，损失数额就是原收入与新收入的差额，一般称这种健康保险为残疾收入补偿保险。

目前，我国健康保险中的残疾收入补偿保险较为少见，健康保险的保险责任范围主要包括：疾病、分娩、因分娩或疾病所致的残疾和因分娩或疾病所致的死亡等四项。前两项以补偿医疗费用损失为目的，属单纯的健康保险。第三项除医疗费用外，还补偿被保险人生活收入的损失，属于残疾保险。第四项弥补丧葬费用并给付遗属生活费用，类似以死亡为条件的人寿保险。因此也有人说健康保险是一种综合保险。事实上，健康险单独承保的情况比较少，大多数时候都是作为人寿保险的附加险出现，即附加疾病保险和附加分娩保险。

## 2. 健康保险的承保条件

健康保险在我国的《保险法》中主要是指“以被保险人疾病、生育及其所致残疾或者死亡为给付条件的保险”，其中更是以疾病保险为其主要内容。在美国等国家“Health Insurance”的最初意义就是疾病保险，但由于经营管理技术复杂，保险人很难获利；同时随着业务范围的不断扩展，健康保险才逐渐增添了新的意义。以下仅以疾病保险为例来说明健康保险的一般承保条件，虽然并不能完全体现出如残疾保险、生育保险以及残疾收入补偿保险等其他险种承保条件上的逐一细节，但就总体而言，也是具备一定的代表意义的。

疾病保险，也就是狭义的健康保险，顾名思义，就是以影响人们健康的各种疾病为保险事故的险种。保险人出于经营需要，一般都要对可保疾病加以限制，主要是指人身体内部原因所引起的病症，包括精神上的，或是身体方面的痛楚或是不健全等。构成可保疾病的，通常必须具备以下三个条件：

（1）内部原因的疾病。强调内部原因对人们健康构成威胁甚至危害，实质上是区分健康保险与意外伤害保险的一个重要标准。健康保险要求的疾病必须是由人身体内部的某种原因引发的，即是由于某个或多个器官、组织、甚至系统病变而致功能异常，从而出现各种病理表现的情况，比如肺炎会引起发烧，肠炎直接反映为腹泻等；而那些显然是缘由外来剧烈原因造成对身体健康的损害，应当视作伤害而非疾病，由此在保险理论上严格区分了两大险种。但实际情况是许多疾病是外部原因造成的，比如病菌的感染、气候变化影响、环境污染而致病等等，这似乎又一次模糊了二者的界限，对此种情况，理论上一般认为即使基本源于外界各种因素，也必然要在身体内部经过一段时间的酝酿，引起身体内部的各种物理、化学反应的影响，才会发作、形成疾病，这与伤害是有所区别的。

（2）非先天性疾病。保险的一个重要特征就是对那些在保险期间内发生的保险事故由保险人根据保险合同履行补偿或给付义务，健康保险要求疾病发生在保险合同的效力期间。根据这样的原则，一切先天存在身体上的缺陷，比如目盲、耳聋、内脏位置异常、器官性能残缺等，都不属于健康保险承保范围之内。对于一些由于遗传原因而形成的如先天性心脏病、遗传性精神分裂等疾病，各国的健康保

险法规都有不同的规定，大多数国家将此内容判归社会险范畴，也有的地方保险人会对保险要件加以适当调整，做到灵活掌握承保原则。

一些潜伏性疾病，例如遗传性结核病、性病等若无诱发因素引起发作，对人们的健康并无大碍，如果在保险效力有效期间发作，应当视作与普通疾病一样，在实务中一般列入可保范围之内。而且这种疾病与那些内脏机能自动发生变化或损伤等被当作是同一性质、同一类型的疾病，与先天残疾有着质的不同。

(3) 偶然性疾病。偶然性疾病的限制来自于这样的假设，即认为人生以健康为常态，以疾病为异常。因此疾病的发生应当纯属偶然，并非人们所能预料得到的；但这种偶然性疾病是可以治愈的、并不是一旦得上就无可救药。所以一般对偶然性疾病又要求其在客观上有药可治，通过各种医药手段、措施可以减轻痛苦、缓解病势并最终可以根除病患。

健康保险加进了偶然性疾病的限制，就排除了那些必然发生的人身方面有损健康的各种危险，比如死亡、年老衰弱等。对那些常年卧床、以各种药物维持生命的投保人，健康保险人通常不会接受，因为这种情况甚至不符合最初关于“健康常态”的假设。对“疾病常态”的保护，保险人不但无利可图、而且还可能出现亏损。进一步而言，偶然性不但是说被保险人是否会患上某种疾病应该是不确定的，而且还包括会患上哪一种疾病也是无法预测的，甚至何时会感染乃至发作也是没有定数的。因此，健康保险人所提供的健康保险对那些要防范这些危险、试图寻找健康保障的人们而言具有重大意义。与人寿保险的可保危险相比，健康险的保险对象具有更大的不确定性。

健康保险的保险单一般都会对保险的责任范围做出具体而明确的规定。这一方面是便于明确保险人与被保险人双方的权利义务关系；另一方面长期的保险实践证实：随着科学技术的进步，医学技术也不断地提高，曾经的不治之症多少年之后就可能成了一般疾病，而许多以前不为人知的病症也不断地涌现出来，成为新的不治之症，这些对保险人而言当然也是忧喜参半的，为了保证经营的稳定，最保守的方法当然就是在具体保单中列明已知的各种承保疾病，避免理赔过程中可能出现的各种纠纷与争执。

[1]

### 3. 健康保险不保的危险

继续以疾病保险为例来说明健康保险所不保的危险，它们是在保险单的“除外责任”条款中列示清楚的，“除外责任”的法律意义就是约定了保险人不负保险金的给付或是补偿的责任。在保险合同中加入除外责任条款、进一步明确保险责任范围，可以有效地避免许多理赔时无谓的争议，保障了保险人的经营利益。

一般地，除外责任要根据这样一些因素来确定：必然发生的损失；缺乏可测性的损失；容易引起被保险人的道德危险的保障；违反法律和社会公德的保险保障；保险人难以承受的损失以及因保险制度而容易产生的消极作用等等。正是遵循着这样的思路，疾病保险的“除外责任”条款除了进一步明确不符合承保条件的疾病不保之外，还规定了以下不保的危险：

(1) 订约时被保险人已有疾病。这在前面的文字中已有提及。疾病保险中之所以一再强调这一点是因其保险标的、保险事故的特殊性。疾病保险以被保险人的身体健康为保险标的，以在保险有效期间内被保险人染患各种可保疾病为保险事故的发生，而且在合同中约定，保险人依照保险合同履行补偿或给付保险金的责任。可见，疾病保险的实质是提供一种经济保障，保证被保险人不因患病支付各种医药费用而增加经济上的负担，维持家庭生活的正常稳定。在这个过程中，保险经营人出于经营稳定的需要而强调“危险的可保”是完全可以理解的。因为保险就是这样一种建立在对危险事故发生的可能性

进行科学的预测而提前做出充分准备的基础之上的运行机制，所以那些不可估测的危险或是确定发生的危险就超出了商业保险的能力范围，应当寻找社会保险或社会保障等其他出路。

保险人拒绝承保“投保疾病保险时被保险人已有疾病”是有着充分理由的。首先，这一行为不符合“保险危险是可测危险”的一般要求。疾病保险以保险期间内被保险人患上可保疾病为发生保险事故，这是一种可保危险，因为被保险人是否会在保险期间内患上列示的疾病中的一种是未来不确定的事件。而保险人对这些可保疾病在多年经验积累的基础上，可以通过比较科学的方法，根据被保险人的生活环境、工作环境、身体状况、家族健康状况分析等比较准确地估算出被保险人患病的机率，从而可以顺利地完承保手续。但是投保时被保险人已经患有“保险责任”中可保疾病的某种，就说明“患病”已不是可能，而成为了“已然”，并不满足保险危险的“不确定性”的规定。如果连“危险”都谈不上，就更无从谈起“保险”二字了。因此无论是善意的还是恶意的投保，都是无效的。其次，如果是恶意投保，那么是更违反了“最大诚信原则”。投保人如明知自己身体情况，还无视保险合同的规定，隐瞒病情、谎称健康，又逃过了承保前的身体检查为保险人接纳。这样的行为无疑是骗取保单，所以保险人有理由在任何时候宣布保单无效，当然法律上也要求有时限存在，避免保险人的不当行为或报复性措施出现。第三，不问投保人是善意或是恶意，如果出于以少量保费支出获取较大数额的保险金为最初动机，那么这种投保与“以小博大”的赌博心理毫无二致。如果保险成为了和赌博一样的行为，那就完全失去了保险保障的意义，变成了纯粹投机行为，从而根本背离了保险制度的初衷。由此可见，在除外责任中明示这一点是非常必要的。

(2) 自杀所致疾病。就象人寿保险在除外责任中规定了“自杀不保”一样，健康保险一般也在保单条款中明确规定“自杀所致疾病或残疾”属于保险人的免责范围之内。自杀，被认为是被保险人所采取的故意结束自己生命的行动。不论被保险人出于怎样的动机而发生自杀的行为，经常会出现自杀未遂的情况，而出于自杀的行为多为致命，虽经全力抢救而侥幸得以保存性命，但往往有后遗症或致残。如果单从结果来看，同时投保了人寿保险和疾病保险却自杀未遂而留有残疾的人虽不能索要寿险保险金，却可以以发生了疾病或残疾事故来索要健康保险的保险金。但是从保险人的角度来看，虽然这种疾病或是残疾符合健康保险单中的承保条件，但是由于是自杀这种故意行为所导致的直接结果，应属于道德危险的性质，保险人一般都不承担给付或补偿的责任，这也是保险合同的通则之一。同样，对其他一些有意识地损害健康导致疾病或残疾的行为，比如吸毒、酗酒等，保险人也都可列为除外责任。同时从其外部效应来看，这种规定显然也是利多弊少，投保人出于经济上的考虑也会谨慎自身的行为，从而有利于保障国民健康，维护公众道德和良好的社会习俗。

(3) 战争、军事行动、暴乱或武装叛乱中发生的医疗费用。战争、侵略、暴乱等的发生往往是大规模的，不仅对现代经济产生很大的破坏作用，而且也严重地影响着人们的正常生活，甚至对人们的生命、健康构成严重的威胁。这些意外性事件的发生在瞬间改变了各种危险发生的可能性，而且大多数情况下造成众多保险事故集中发生，因而给保险人的经营带来极大的压力，所以在许多保险合同中都将战争等列为除外责任，或是单独列示为特殊附加保险条款来承保。比如《伦敦保险协会货物保险条款》中就有专门的“战争险条款”、“罢工、暴动和民变险条款”，而在平安险中则有“战争危险不保条款”、“罢工、暴动和民变险不保条款”等细则。对健康险当然也不例外，由于战乱非常事件改变了人们正常的生活秩序和生活习惯，因此非常危险也就频繁的发生，战争当中伤亡无数、传染病流行，对保险经营有很大的冲击，所以理应将其纳入除外责任条款之中。

从另一个角度来看，健康保险所承保的是身体内部原因引起的疾病或是造成残疾，而战争、暴乱当中发生的大多数伤害、疾病都是外界原因造成的，源于意外事件的意外伤害，无论其结果是致病、致残还是致死，都应当列为意外伤害保险的范围之内，与健康保险有着质的区别。再辅以近因原则来判断，这些疾病或伤害源于外界的意外事件，是大多数人在正常的生活条件下给予合理的谨慎就可以避免的、因此也完全有理由将其纳入健康险除外责任之中。此外，象地震、洪水、飓风、海啸等自然灾害带

来的大规模的财产损失、人身伤亡也已经超出了商业保险人的承保能力，一般要由国家财政负担，因此属于社会保险范畴。

健康保险条款中，一般在“保险责任”后面就会列示出“除外责任”比如“由于下列原因所致被保险人发生的疾病，不属保险责任：1）被保险人的自杀或犯罪行为；2）被保险人或其受益人的故意欺骗行为；3）战争或军事行动；4）先天性疾病及其手术；5）意外伤害引起的疾病或手术；6）在观察期内发生的疾病或手术；7）凡保险责任内未列明的疾病。”也有的保单将特定的区域以外罹患疾病除外不保，或将精神障碍、结核病等除外不保，还有的将不法行为、酗酒、吸毒等也列入不保危险的范围之中。

### 83. 7.1.2 健康保险的特征

84. 健康保险虽然与人寿保险、人身意外伤害保险同属人身保险的范畴，但健康保险也有许多不同于其他人身保险险种的特点。健康保险的特征，不仅体现在保险标的、保险事故方面，而且体现在健康保险业务的独特性质方面。

#### 1. 健康保险的保险标的、保险事故具有特殊性

（1）健康保险的危险具有变动性和不易预测性。健康保险涉及许多医学上的技术问题，尤其是危险的估测、保险费的测定都比较复杂。人类的疾病种类越来越多，医疗技术日益发展，医疗器械和药品也不断更新，医疗费用的支出水平也不断上升。而且，健康保险日益增长的医疗费用中存在不少人为因素，其中既有合理的因素，也有不合理的因素，且二者之间难以区分，这就进一步使得健康保险的危险不易预测。

（2）健康保险以人的身体健康为保险标的，以疾病、生育、意外事故等原因造成的残疾、死亡为保险事故。其中“疾病”是必须由人身体内部的某种原因引发的，即是由于某个或多个器官、组织、甚至系统病变而致功能异常，从而出现各种病理表现的情况。同时健康保险的保险事故还包括其他一切人寿保险、意外伤害保险不保的人身危险事故。而人寿保险则是以被保险人的生命为保险标的，以被保险人在保险期内死亡或期满生存作为保险事故，即当被保险人在保险期内死亡或达到保险合同约定的年龄、期限时，保险人按照合同约定给付死亡保险金或期满生存保险金。即若人寿保险金的给付是以死亡为条件的，则不问其具体死亡原因（除了因道德危险所致外），一般是指自然死亡。

（3）健康保险是一种综合保险。健康保险的内容广泛而复杂，一般，凡不属于人寿保险、人身意外伤害保险的人身保险都可以归为健康保险。健康保险的保险事故可分为疾病、生育、疾病和生育所致残疾或疾病和生育所致死亡等四类四类，从而健康保险也可以因此而分为四类。其中，疾病保险和生育保险是以补偿医疗费用支出的损失为目的，因此，此两类保险被称为单纯的健康保险。疾病和生育所致残疾的保险，除了要求对医疗费用进行补偿外，还要求补偿被保险人因疾病和生育所致残疾的经济收入损失，属于残疾保险。因疾病和生育所致死亡的保险还要求补偿因被保险人的死亡而支出的丧葬费用及其遗属的生活费用，属于死亡保险。因此，健康保险既是独立的保险业务，又具有综合保险的性质。

#### 2. 健康保险的经营内容具有复杂性

无论是从健康保险经营内容的整体出发，还是从某一具体的健康保险业务经营内容出发，其复杂性的特征均很明显，主要表现在：

（1）承保标准复杂。由于健康保险的保险事故不同于其他人身保险，健康保险的承保条件相对于人寿保险而言要严格得多。以“疾病”这种主要危险为例，要对疾病产生的因素进行严格的审查，一方同要根据病历考察既往病史，另一方面也要对被保险人所从事的职业及其居住的地理位置等做详细

的分析。关于健康保险的承保条件，已在前面做了具体的阐述，这里仅摘录几点一般规定：①观察期。仅仅依据病历等有限资料很难判断被保险人在投保时是否已患有某种疾病，为了保证保险人的利益，保单中要规定一个观察期（大多是半年）。在此期间，被保险人因疾病所致的医疗费支出或收入损失，保险人均不负责，只有在观察期满后，保单才正式生效。也就是说，观察期内发作的疾病都假定为投保之前就已患有，保险人根据最大诚信原则可以拒绝承担责任。②次健体保单。是指对没有达到标准条款规定的身体健康要求的被保险人所施行的承保方式，一般通过提高保费或重新规定承保范围来完成承保工作。③特殊疾病保单。对特殊疾病，保险人制定出特种条款，以特定费率进行承保，既使得保险人的业务范围拓宽，信誉较高，又不给保险经营带来过大压力。

（2）确定保费的要素复杂。我们已经知道，人寿保险纯保费计算的三个基础率是预定死亡率、预定利息率和预定费用率。健康保险因保险内容不同，所以保费确定上也略有区别。首先，决定健康保险费率的因素比人寿保险以及其他险种多，而且这些因素很难进行可靠、稳定的测量，主要包括：疾病发生率、残疾发生率、疾病持续时间、利息率、费用率、死亡率等因素。其次，同其他险种一样，类似保单失效率、展业方式，承保习惯、理赔原则以及保险公司的主要经营目标等都影响着费率的高低。第三，由于健康保险承保内容的特殊，确定保费时对诸如医院的管理、医疗设备以及经济发展、地理环境等条件的依赖程度较大，这些方面的些许变化都会给保险人对未来的赔付的预测以较大的影响。总之，影响因素是多方面的，各个因素又不易完整而准确地预测，这都为健康险保费的确定带来一定的困难。

（3）责任准备金的性质复杂。保险经营人经营的是保险危险，本身就具有很大的不确定性。为了保证经营稳定，对成千上万的保户负责，也为了保证本公司经营的持续性，保险人总要以各种各样准备金的形式积累资财，以应付不测事件的发生，保证正常赔付、退保自由，以维护保险公司的良好信誉，在竞争中处于优势。前面提到了人寿保险中的责任准备金对寿险经营有着重要的意义，其中最重要的是保单责任准备金（Policy Reserve），即保单年度初期投保人缴纳的超额保险费（均衡保费的方法下，除去危险保费后实缴保费）复利计算的累积终值。对健康保险而言略有不同，在此最重要的准备金是所谓未到期保费准备金（Unearned Premium Reserve），即等年度决算时，对于保险责任尚未届满的保费所应提存的准备金。与寿险保单责任准备金相比，健康保险的未到期保费准备金对保险人来说，有更大的可发挥主动性的余地，因此运用上应该更谨慎。

（4）保险金给付基础的多样性。人寿保险的给付通常根据保险合同规定为定额给付，所以也有“定额保险”之称。健康保险则不同，其给付金额通常具有不确定性。总体看来依据保险合同的规定有三种不同的给付基础，即①定额基础（Valued Basis），类似寿险的给付；②实际补偿基础

（Reimbursement Basis）在最高限额之内依据实际发生的费用给付；③预付服务基础（Prepaid Service Basis）是提供由保险组织直接支付住院、外科医生等医疗费用的服务。即使合同约定了不同的给付基础，在具体给付上仍有无法确定的因素，比如医疗费用被认为是一切合理的和必须的费用，但如何赔付可以有不同的掌握，这就只能依靠保险人曾经的赔付经验来进行理赔、给付。因为不同险种在保险人履行保险金支付上遵循的原则不同，所以经常有人将健康保险称作“集补偿性与给付性于一体的人身保险。”另外，对于健康保险，被保险人可以进行多次索赔，而人寿保险只有在被保险人死亡或生存至满期时才可提出索赔。

此外，在医疗费用方面，为了避免处理赔款产生的费用超过赔款数额的现象发生，就产生了成本费用分摊问题。保险合同一般规定一个最高保险金额，保险人在此限额内支付被保险人所发生的费用，超出部分由被保险人自己承担。免赔额条款、比例给付条款也通常被采用。上述做法是出于这样一种认识，即认为自负费用的一定比例能够促使被保险人努力地恢复身体、使得病人不去肆意地使用没有必要的服务项目和医疗设备，防止道德危险的发生，控制保险公司的支出。

### 3. 健康保险的保险合同具有特殊性

(1) 健康保险具有补偿的特殊性。与人身保险的保险金通常具有的给付性质不同，在健康保险中，保险人支付的保险金具有补偿性质。针对疾病和生育的保险事故的保险金给付，不是对被保险人的生命和身体的伤害进行补偿，而是对被保险人因为疾病或生育在医院医治所发生的医疗费用支出和由此引起的其他费用损失的补偿。只有在发生由疾病或生育导致残废或死亡需要保险人承担保险责任时，保险金的支付才是给付性质。正由于健康保险具有补偿性质，因此其在核算上与财产保险有许多共同之处，例如费率计算都以损失率为基础，年末未到期责任准备金一般都按当年保费收入的一定比例计提；保险金额的支付额取决于实际发生的费用或损失；存在重复保险问题，如被保险人同时向两家保险公司投保医疗保险，保险金额同为 30000 元，若被保险人因病花费 10000 元，若无特别约定，此人最多只能获得 10000 元的医疗费用补偿。

(2) 健康保险一般不指定受益人。受益人是享有保险金请求权的人，除合同另有约定，受益人为被保险人。只要被保险人生存，他就具有保险金请求权；只有当被保险人死亡时，受益人才享有受益权。健康保险的目的是为被保险人提供医疗费用或残疾收入补偿，使他们获得治疗，在生活上有一定的保障。为此，被保险人得到的保险金基本上是以被保险人的存在为条件的，无需指定受益人。

(3) 健康保险合同多为短期合同。除少数承保特定危险的健康保险（如癌症保险、长期护理保险等）外，健康保险的保险期间多为 1 年，因此在保险条款中会注明在什么条件下失效，什么条件下又可自动续保。这主要是因为寿险保费计算有三大基础率、有科学的计算方法，可以比较准确地对被保险人未来多年甚至终身的生死概率做出预测，因此可以承保长期险。而健康保险的保费计算，以发病率、残疾率、替换死亡率为基础，第一没有类似生命表的“发病率表”、“残疾率表”来估计人们因疾病、分娩发生疾病和死亡的概率；其次发病率、残疾率受职业环境等因素的影响较大，而长期来看更不稳定，所以一般的健康保险都是 1 年期的。初次投保无论对保险人、还是投保人而言都意味着复杂的手续和各项杂费，对于希望长期投保健康险的客户，反复投保一年期保单显然是不方便的，也是不现实的。因此保险人往往通过在保单条款中的说明，使健康险保单变成为连续有效的保单；而且更新时还可以更改费率。

此外，在健康保险合同中，除适用一般人寿保险合同的不可抗辩条款、宽限期条款、不丧失价值条款等条款外，健康保险合同的条款设计上还往往有核保的考虑。因为健康保险是以被保险人的本身利益为目的而投保的，且其承保事故不如人寿保险那么明确，道德危险或危险的逆向选择可能性大，因此在健康保险合同中需要有为核保目的而设计的条款，如既存状况条款、观察期条款、等待期条款、转换条款、体检条款等等，这些条款我们将在下文具体说明。

85.

### 86. 7. 1. 3 健康保险的分类

#### 87. 1. 按保险保障的内容分类

按照保险保障的内容不同，健康保险可划分为医疗保险和残疾收入保险 [2]。医疗保险，又称医疗费用保险，是指提供医疗费用保障的保险，保障的是被保险人因疾病或生育需要治疗时支出的医疗费用损失。其中，费用包括医生的医疗费和手术费、药费、住院费、护理费、检查费和医疗设施的使用费等。各种不同的健康保险所保障的费用一般是其中的一项或若干项组合。常见的医疗保险有普通医疗保险、住院保险、综合医疗保险、重大疾病保险等等。

残疾收入补偿保险，又称残疾收入保险、丧失工作能力补偿保险等，是指对被保险人因疾病或意外事故导致残疾后，不能正常工作而失去原来的工资收入的补偿保险。在实际生活中，残疾的原因常常是身体内潜伏病症与外在突发伤害共同作用，因此，需根据近因原则确定责任归属。此种保险常附加有生活指数条款，这样，保险人给付的保险金可随着生活指数进行调整。

## 2. 按损失种类分类

健康保险依此可划分为收入保险、死亡和残疾保险、费用保险三类。收入保险是指当被保险人因患病获遭受意外伤害而丧失部分或全部工作能力时，由保险人定期给付收入保险金。死亡和残疾保险在被保险人意外死亡时或意外丧失肢体、器官等残疾给付一次性死亡或残疾保险金。费用保险是指当被保险人因病或遭受意外伤害导致医疗费用支出时给付医疗保险金，如住院费用保险单、普通医疗费用保险单等等。

## 3. 按损失原因分类

健康保险依此可划分为意外伤害健康保险和疾病保险两类。意外伤害健康保险是以被保险人因遭受意外伤害而导致死亡或残疾为保险事故，对因医治、手术、住院、护理等医疗费用支出，或者因丧失部分或全部工作能力的收入减少给付补偿保险金，以及对特定的意外伤害的多倍补偿。此险种可以单独承保，亦可与疾病保险合并提供。

疾病保险是对被保险人因患病而发生的医疗费用以及因病致残而完全丧失工作能力支付补偿保险金或收入保险金的保险。疾病不包括意外伤害，但包括精神病、怀孕或分娩、牙科检查费和视力保护等某些疾病的预防和诊断费用。

## 4. 按投保方式分类

健康保险可依此划分为个人健康保险和团体健康保险。个人健康保险是保险公司与保单所有人之间订立的一种合同，是对某一个人或某几个人提供保障的保险。团体健康保险则是保险公司与团体保单持有人（雇主或其他法定代表）之间订立的合同，它对主契约下的人群提供保障。团体健康保险与人寿保险中的团体保险的性质相似。近数十年来，西方国家以购买团体健康保险来提高员工福利待遇的做法得到了不断扩张。我国目前个人购买的健康保险较多，团体健康保险的投保对象主要是学校，企业购买团体健康保险正在逐渐得到重视。

团体健康保险除提供与个人健康保险相类似的医疗保障，如住院、手术、高额医疗费用保险、长期或短期残疾收入给付外，还提供一些个人健康保险所没有的保障，如牙科医疗、处方药费用等。个人健康保险相比，团体健康保险具有以下几个优点：

（1）保险费率低。首先团体健康保险的管理费用低于个人保险。这是因为团体健康保险的保险费通常由雇主在雇员的薪资中扣缴，收费便利；且事故发生时，雇主方面常会先做初步处理，协助雇员填写或准备各种证明及其他相关事宜，从而大大减少了理赔时的人力物力；同时，雇员早日返工有利于雇主的利益，因此雇主会制止雇员的索赔欺诈或不适当延长病假时间。其次，团体健康保险业务由保险公司与团体代表直接接洽即可订立每年收入巨额保险费的保险合同，因此行销较个人保险简便且行销费用大大减少。

（2）核保标准宽松。首先团体的存在是因为工作，而不是专为参加保险，所以相对个人而言，其道德危险和逆选择的情形较少。对个人健康保险核保时，主要审查年龄、性别、职业、业余爱好、生活习惯、家族病史、既往病症等；而对团体健康保险核保时，则主要审查团体规模、新成员流入量、团体的稳定性等。

（3）给付条件优厚。团体健康保险的给付手续简单，给付处理迅速。同时在西方国家团体健

康保险还有税收方面的优惠。

## 5. 按续保条件分

健康保险依此可分为六类：

(1) 不可撤消 (Non-cancelable) 健康保险，即保险人不可要求解约，只要被保险人预缴一定金额的保证费就有权利每年续保直至规定年数或规定年龄（通常是 60 或 65 岁）。

(2) 保证续约 (Guaranteed renewable) 健康保险，即保证被保险人续约至特定年龄为止（通常至 65 岁或终身），保险公司可随被保险人年龄调整保费，但调整权必须对同一类别的所有保单而不是个别保单行使。

(3) 有条件续约 (Conditionally renewable) 健康保险，即保险公司保留续约与否的权利，但仅能在若干情况下才可拒绝续约，且续约的情况为整体保单拒绝续约或同一类别的被保险人全部拒绝续约。通常保险人不得因被保险人的健康状况变动而拒保，必须按期续保直至某一特定的时间或年龄。

(4) 保险公司选择续约 (Renewable at the company's option) 健康保险，即要经保险公司的同意才能续保的健康保险，续约的费率仍由保险人决定。

(5) 无续保条款 (No provision) 健康保险，属于定期保单，此种保单没有续保条款，只是一个定期保险，只在保险合同的规定期限内提供保障，保险期限一旦届满保单即自行终止效力。

(6) 可撤消 (Cancelable) 健康保险，这是最早的健康保险合同形式，即保险公司或被保险人均有权在保险期间内终止保险，但必须事先通知对方。保险公司撤消合同的应按比例退还未满期保费，被保险人撤消合同的应按短期费率计算退还未满期部分的保费。

## 6. 按核保标准分

健康保险依此可划分为简单健康保险、高龄健康保险、次标准体健康保险、特殊疾病健康保险等。简单健康保险的核保标准最低，投保人每周缴付保险费，由保险人派工作人员上门收取，但保费、保险期限和保险金额均较小。投保人不适合投保其他个人健康保险时，可购买简单健康保险。

高龄健康保险主要是针对身体健康但年龄在 60 岁以上的老人，以补充实际医疗费用与社会保险保障的差额。

次健体健康保险是指对没有达到标准条款规定的身体健康要求的被保险人所施行的承保方式，一般通过提高保费或重新规定承保范围来完成承保工作。

特殊疾病健康保险是指保险人对特殊疾病制定出特种条款，以特定费率进行承保。从而既使得保险人的业务范围拓宽，信誉较高，又不给保险经营带来过大压力。

## 7. 按组织性质分

健康保险依此可划分为商业健康保险、管理式医疗、社会健康保险、自保计划。商业健康保险是投保人与保险人双方在自愿的基础上订立合同，当出现合同中约定的保险事故（被保险人患病支出的



医疗费用或因病致残造成收入损失)时,由保险人给付保险金的一种保险。

管理式医疗是美国健康保险主要采用的形式,它是指除商业健康保险和社会健康保险之外的其他形式的健康保险,其组织形式有蓝十字与蓝盾计划、医疗保健组织、优先医疗服务组织等。它们的共同点是对保健服务与资金供给实行统一管理。

社会健康保险是国家通过立法的形式强制实施的,对劳动者因患病、生育、伤残等原因所支出的费用和收入损失进行物质帮助的制度。

自保计划是指雇主通过部分或完全自筹资金的方式为其雇员提供医疗费用保险或残疾收入补偿保险,并因此而承担部分或全部的理赔风险。

## 8. 其他分类法

除了上述比较常见的划分外,我们还可以按险种结构把健康保险划分为健康保险主险和健康保险附加险。前者即单独开办的一张保险单,保险人所承保的责任仅限于健康保险或包括健康保险在内的几项保险责任的组合。后者是附加于主险之上,并且是与主险同时投保的健康保险,如危险疾病保险、外科费用保险、意外伤害附加医疗保险等。

如果按照健康保险中有无附加利益划分,健康保险还可分为有附加利益健康保险和无附加利益健康保险。有附加利益健康保险在基本保障的基础上加进其他一些保障即所谓的补充利益,如残疾收入保险中加进残疾免交保费条款、医疗保险中加进提前给付条款。

另外,如果按给付方式分类,健康保险还可划分为定值方式、报销方式、提供服务方式等三类。

### 88. 7. 1. 4 健康保险合同的特殊条款

89. 在健康保险合同中,除适用一般人寿保险的宽限期条款、复效条款、不可抗辩条款等条款之外,由于健康保险的危险具有变动性和不易预测性、赔付危险大,保险人对所承担的保险金给付责任还规定了一些特殊的条款,即健康保险所独有的条款。

#### 1. 一般特殊条款

一般特殊条款是指个人健康保险和团体健康保险共同采用的一些特别规定:

(1) 年龄。不同年龄的人具有不同的健康状况,年龄过高或过低都存在较常人更高的健康方面的危险,因此年龄大小是保险人在决定是否承保时所要考虑的一个重要因素一般,健康保险的承保年龄多为3岁以上、60岁以下,个别情况下可以放宽到0~70岁。此外,人的性别也有很大关系。通常,女性的期望寿命要长于男性,健康状况也要好于男性,从而男性投保健康保险时的保险费率要较同龄女性高。

(2) 体检条款。它允许保险人指定医生对提出索赔的被保险人进行体格检查,目的是使保险人对索赔的有效性做出鉴定。体检条款适用于残疾收入补偿保险。

(3) 观察期条款。仅仅依据病历等有限资料很难判断被保险人在投保时是否已经患有某种疾病,为了防止已有疾病的人带病投保、保证保险人的利益,保单中要规定一个观察期(大多是半年)。在此期间,被保险人因疾病支出医疗费或收入损失,保险人不负责,只有观察期满之后,保单才正式生效。也就是说,观察期内发作的疾病都假定为投保之前就患有,保险人根据最大诚信原则可以拒绝承

担责任。如果在观察期内因免责事由造成保险标的灭失的（如被保险人因病死亡），则保险合同终止，保险人在扣除手续费后退还保险费；如果保险标的没有灭失的，则由保险人根据被保险人的身体状况决定是否续保，也可以危险增加为由解除保险合同。

（4）等待期条款。所谓等待期（Waiting Period），也称免赔期间，是指健康保险中由于疾病、生育及其导致的病、残、亡发生后到保险金给付之前的一段时间。健康保险的保险合同在“保险金的申请和给付”条款中一般都要加上“等待期”的约定，时间长短不一，短的只有3、5日，长的可达90日，比如疾病保险的保单中都明确规定，“被保险人自患病之日起，直到约定的等待期间届满以前，不能从保险人处获得任何给付”。一些意外伤害保险的保单中也有这种等待期间的约定，但一般等待的期限比疾病保险要短。等待期间的提出，既可为保险金申请人准备资料、申请保险金提供了充足而有效的的时间。对保险人而言，“等待期”的约定，第一可以防止被保险人借轻微的疾病或小的医疗费支出坐享给付，同时防止道德危险发生引起严重的自伤行为。在等待期内一切经济上的负担要由被保险人自己承担，这就避免了被保险人以暂时性疾病或以其他不当手段制造保险事故假冒来骗取保险金，给保险人的经营带来不利的影响；第二则是保险人可以充分利用这段时间进行调查、核实、杜绝不良现象发生，以保证经营的需要。

此外，健康保险条款一般还会约定一旦发生投保人要求增加保险金额度的情况，要安排新的一段观察期（比如90天）。在增加保额后的这一段观察期内，如果发生责任范围内的保险事故，保险公司不承担所增部分的保险金的给付义务，这显然是出于杜绝“逆选择”的需要。等待期满，如果保险人调查结果保险事故真实无误，则根据合同约定给付或补偿保额给受益人或被保险人本人。在被保险人全部领取保险给付后保险责任终止。如果被保险人意欲再次投保此种健康保险，必须经过指定医院检查确认治疗康愈后才允许办理再保手续。

（5）免赔额条款。在健康保险合同中，一般均对医疗费用采用免赔额的规定，即在一定金额下的费用支出由被保险人自理，保险人不予赔付。免赔额有两层含义：一是指规定一个固定额度（比如100元或200元），当被保险人在保险事故中遭受的损失没有达到此限额时，保险人不履行保险责任，只有当损失额达到这一限额时才予以全额赔偿，这叫“相对免赔额”；二是指不管被保险人的实际损失多大，保险人都要在扣除免赔额之后才支付保险金，这叫“绝对免赔额”。在健康保险中多采用绝对免赔方式。免赔额条款，一方面可以促使被保险人加强自我保护、自我控制意识，减少因疏忽等原因导致的保险事故的发生和损失的扩大，避免不必要的费用支出，减少道德危险；一方面由被保险人承担可以承担的较低的医疗费用支出，可以减少保险人大量的理赔工作，从而减少成本，对保险人和被保险人都有利。

（6）比例给付条款，又称为共保比例条款。比例给付是保险人采用与被保险人按一定比例共同分摊被保险人的医疗费用的方式进行保险赔付的方式。此种情形下，相当于保险人与被保险人的共同保险。例如，共保比例为80%，意味着对被保险人的医疗费用，保险人负担80%，被保险人要自负20%；如果同一份健康保险合同既有共保条款又有免赔额条款，则是指保险人对超出免赔额以上部分的医疗费用支出，采用与被保险人按一定比例共同分摊的方法进行保险赔付。健康保险是以人的身体为标的，不存在是否足额投保的问题。但由于其承保的危险不易控制，因此，在大多数健康保险合同中，保险人对医疗保险金的支出有比例给付的规定。当然，通常是保险人承担其中的大部分费用。这样，既有利于被保险人对医疗费用的控制，也有利于保障被保险人的经济利益，达到保险保障的目的。

（7）给付限额条款。在补偿性质的健康保险合同中，保险人给付的医疗保险金有最高限额规定，如单项疾病给付限额、住院费用给付限额、手术费用给付限额、门诊费用给付限额等。健康保险的被保险人的个体差异很大，其医疗费用支出的高低差异也很大，因此为保障保险人和大多数被保险人的利益，规定医疗保险金的最高给付限额，可以控制总的支出水平。而对于具有定额保险性质的健康保险，

如大病保险等，通常没有赔偿限额，而是依约定保险金额实行定额赔偿。

## 2. 个人健康保险的特殊条款

个人健康保险是保险公司与保单所有人之间订立的一种合同，是对某一个人或某几个人提供保障的保险。这类保险的被保险人不能选择保障范围，但可以就给付水平、可续保条款等与保险人进行协商。在医疗保险中，被保险人还可以选择自负额的计算方式，是每次保险事故自负额还是日历年度自负额；在残疾收入补偿保险中，被保险人可以选择免赔期间、观察期和给付期间的不同组合。不同的选择，保险费率也不同。

个人健康保险包含一些独特的条款有：

（1）可续保条款。一般的健康保险都是一年期的。初次投保无论对保险人、还是投保人而言都意味着复杂的手续和各项杂费，对于希望长期投保健康险的客户，反复投保一年期保单显然是不方便的，也是不现实的。通过在保单条款中的说明，使健康险保单变成为连续有效的保单是解决这一问题的很好的方法。一般可以在保单中加入这样的内容：

1) 定期条款。该条款规定了有效期限，如 1 年期保单。承诺在保险期内保险人不能提出解除或终止合同，也不能要求变更保费或保险责任。这就避免了被保险人被迫每年重复检查身体办理投保手续等定式，同时也在一定程度上延长了平均投保期限，保险人借此亦收到益处。

2) 可取消条款。这种条款的灵活性较强，被保险人或保险人在任何时候都可以提出终止合同或改变保费、合同条件保障范围。规定这样的条款，保险人承担的风险小，所以成本也低，当然承保条件就不那么严格，但对保险人在出售保险单之后的工作要求较高。

3) 续保条款。一般有两种不同的续保条款，一是条件性续保，即被保险人在符合合同规定的条件的前提下，可以续保直至某一特定时间或年数；二是保证性续保，也称无条件续保，即只要被保险人继续缴费，合同就可以持续有效，直到一个既定的年龄，在此期间，保险人不能单方面变更合同中的任何条件。

4) 不可取消条款。这一条款同时针对被保险人和保险人双方，被保险人不能要求退费退保；当其无力继续缴纳保费时，保险人可以自动终止合同。

可见，虽然健康保险的保险合同大多是短期的，但可以根据保险条款中的相应规定使所持保险单成为连续有效保单，从而满足投保人获得长期健康保障的要求，也保证健康保险人的业务总量和保费收入。

（2）既存状况条款。既存状况条款规定，在保单生效的约定期间内，保险人对被保险人的既往病症不给付保险金。既往病症是指在保单签发之前被保险人就已患有，但却未在投保单中如实告知的疾病或伤残。通常保单规定被保险人必须告知保单签发前 2 年或更多年内所患过的疾病。对被保险人因既往病症而发生属于保险责任范围内的损失时，保险人只在保单生效 2 年以后才给付保险金。既存状况条款有助于被保险人出现逆向选择，避免那些得过某些疾病但有复发危险或未痊愈的人通过购买健康保险获得保险给付。

在这里，我们有必要解释一下既存状况条款与不可抗辩条款之间的区别。在健康保险合同中，虽然二者都与投保人对被保险人的健康状况不实告知有关，但不可抗辩条款针对的是属于重大不实告知

的病症，它保证保险人在保单生效未满 2 年期间可以以此终止合同；而既存状况条款针对的不实告知的事实属于小事，如被保险人有关节痛、有时厌食等等。

(3) 职业变更条款。在健康保险中，被保险人的职业发生变动将会直接影响发病率、遭受意外伤害的危险，所以通常在职业变更条款中规定，如果被保险人的职业危险性提高，保险人可以在不改变保险费率的的前提下降低保险金额。

(4) 理赔条款。该条款规定，理赔申请人有及时将损失通知保险人的义务，保险人有迅速理赔的责任。我国《保险法》第 23 条规定：“保险人收到被保险人或者受益人的赔偿或者给付保险金的请求后，应当及时作出核定；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益人达成有关赔偿或者给付保险金额的协议后 10 日内，履行赔偿或者给付保险金义务。”

(5) 超额保险条款。由于健康保险的保险金具有补偿性质，因此为防止被保险人因疾病或残疾后获利，在合同中可规定超额保险条款，即对于超额保险，保险人可减少保险金额，但要退还超额保险的保费部分。

(6) 防卫原因时间限制条款。防卫是指投保书上所列明的重大不实告知事项。根据此条款，保单生效经过一定时间后，除非被保险人有欺诈行为，否则保险人不得以重大不实告知为由决定保单无效或拒绝赔付。典型的防卫原因时间限制条款如下：

“保单生效 2 年后，仅限于欺诈性的不实告知，保险公司才可终止合同；否则，不能以保单生效前的既存状况而拒绝赔付，除非既存状况属于保单列举的除外责任。”

该条款与不可抗辩条款具有相似之处，但不可抗辩条款规定，保单经过不可抗辩期后，即使投保书内重大不实告知属于欺诈行为，保险公司也不得拒赔。

### 3. 团体健康保险的特殊条款

团体健康保险是保险公司与团体保单持有人(雇主或其他法定代表)之间订立的健康保险合同，它对主契约下的人群提供保障。为此，保险人可以在一份团体健康保险单中提供多种团体保障，也可以为每一种保险保障签发独立的团体保单。团体健康保险的特殊条款有：

(1) 既存状况条款。该条款的具体内容与个人健康保险有所不同。在团体险中，该条款规定除非被保险人享受保险保障已达到约定的期限，保险人不负对被保险人的既存状况给付保险金的责任；但被保险人如果对某一既存状况已连续 3 个月未因此而接受治疗，或者参加团体保险的时间已达 12 个月，则该病症不属于既存状况，由此而发生的医疗费用支出或收入损失可以向保险人提出赔付申请。

(2) 转换条款。转换条款允许团体被保险人在脱离团体后若购买个人医疗保险，可不提供可保证明。但是，被保险人不得以此进行重复保险。将团体健康保险转换为个人健康保险时，被保险人通常要缴纳较高的保费，有关保险金的给付也有更多的限制。

(3) 协调给付条款。该条款在美国和加拿大的团体健康保险中较常见，因为在这些国家，有资格享受多种团体医疗保险的被保险人较普遍，如双职工家庭可能享有双重团体医疗费用保险。该条款主要是为解决享有双重团体医疗费用的团体被保险人获得的双重保险金给付问题，而将两份保单分别规定为优先给付计划和第二给付计划。优先给付计划必须给付它所承诺的全额保险金；若其给付的保险金额不足被保险人所应花费的全部合理医疗费用，被保险人就可要求第二给付计划履行赔付差额部分保险

金的责任，同时告知保险人优先给付计划的给付金额，第二给付计划根据协调给付条款支付保险金。

关于优先给付计划的确定，协调给付条款规定：两份团体保单中不包含协调给付条款的作为优先给付计划，另一份则作为第二给付计划；如果两份保单都含有此条款，则以雇员身份而非受抚养者身份作为被保险人的那份团体保单是优先给付计划；如果受抚养者持有多份团体保单时，优先给付计划可按生日规则或性别规则确定，即以生日较早的雇员或男性雇员所享有的计划作为受抚养者的优先给付计划。

#### 90. 7. 1. 5 影响健康保险发展的因素

##### 91. 1. 逆向选择与道德危险

逆向选择与道德危险普遍存在于包括保险市场在内的金融市场中，它同样影响着健康保险的发展，并且表现得尤为显著。健康保险市场是一个非完全竞争的特殊市场，在这个市场上，一方面保险双方存在的不对称信息构成被保险人的逆向选择。因为被保险人比保险人更了解自身的健康状况，保险人处于信息劣势方。当被保险人具有较标准体稍高的危险水平，而保险人并未意识到这种危险而没有提高保险费率时，就诱发了被保险人的逆向选择。保险人为防止逆向选择的发生，往往采取提高保费的方法，从而危险程度低的被保险人最终会因保费水平与自身健康水平不匹配而退保或不保，结果健康保险整体的危险水平被抬高了，保险人的医疗费用负担随之加重，经营风险也因此增加。

健康保险的道德危险来自两个方面：一是医疗各环节的技术问题，比如被保险人可能会面临不同的治疗方案，而不同的方案其费用开支可能存在巨大的差异；二是保险人与医生合谋抬高医疗费用以向保险人索取更高的保险金，如开假发票、小病大养。这些因素加剧了医疗费用的大幅上涨，从而加重了保险公司的保险金给付负担，增加了经营风险，再加上保险公司缺乏有效的费用控制措施，从而极大地阻碍着健康保险的健康发展。[3]

##### 2. 医疗技术的进步

人类的医疗技术发展经历了不同的阶段：第一阶段为非技术阶段，医疗技术水平低下，治疗成本低；第二阶段为半技术阶段，在这一阶段许多疾病的治疗成为可能，但治疗成本很高；第三阶段为高技术阶段，人类对疾病原理的认识不断提高，可以通过免疫等预防措施来控制疾病的发生，医疗费用也较低。健康保险与医疗技术之间存在着相互促进的关系，技术的提高促进了健康保险的需求，而健康保险需求又带动医疗技术的发展。对于医疗技术的投资取决于其所能带来的利润。保险公司与定点医院签定医疗服务合同后，医院为治疗病人所支出的成本在合理的范围内如果能得到足够的补偿，医院就会更加注重医疗技术的提高，改善医疗服务的质量，稳定与保险公司的合作关系。但另一方面，医学进步的同时也提高了医疗保健的成本，从而使得健康保险的成本也随之提高。

##### 3. 收入水平

国际经验数据包括消费倾向、平均消费倾向、边际消费倾向、基尼系数等说明，人均国民收入与健康保险需求成正比。当只有人的基本生活需求得到满足后，人们才会对自身健康或健全更加重视。他们不仅希望获得最好的产品，而且希望享受最好的服务。这就意味着人们所花费的医疗费用也日益增加。而健康保险正可以为高昂的医疗费用的提供补偿。我国正处在经济的高速增长阶段，人们的收入水平和生活水平也随之提高，自我保健意识也在不断增强，健康保险的需求将会越来越旺盛，健康保险在我国的开展也将会有广大的市场。

##### 4. 人口结构

影响健康保险发展的人口结构因素包括人口的年龄结构和性别结构。分析人的年龄结构，首先人的一生分为幼儿、少儿、青年、中年和老人等阶段，不同年龄易患的疾病也不同，因此对健康保险险种的需求也不同。其次，在人口结构中各年龄组人口，尤其是老年人口在总人口中所占比重的大小对健康保险的影响也不容忽视。一般来说，年龄越大，患病的危险也越高，平均住院天数也越长。现在，全球普遍出现了人口老龄化的趋势。根据中国老龄协会公布的我国人口老龄化的状况，我国 60 岁以上的老年人口已达到 1.26 亿，80 岁以上的老人将有 1100 多万。我国第 5 次人口普查结果表明，65 岁以上人口占总人口的比重为 6.96%，比 1990 年的第 4 次人口普查数据上升了 1.39 个百分点。2000 年我国的人口结构图还是基本正规的金字塔形，但到了 2050 年，这种状况将发生根本性的变化：60 岁以上的老人将达到 4.4 亿，80 岁的老人将突破 8800 万，人口结构的金字塔形将被柱状图所代替，也就是说，老、中、青、少、幼将等额存在。因此，随着人口老龄化进程的加快，人们对健康保险的需求也会随之增加。

人口性别的差异会导致对健康保险险种需求的差异，比如乳腺癌是女性所特有的疾病，注定了女性对特种疾病保险的需求。

更为人们所重视的是人类疾病谱的演变趋势和慢性病的增加，许多疾病如癌症、脑中风、高血压等的发病率在明显上升，心血管疾病、恶性肿瘤等慢性病成为危害健康保险的罪魁祸首，对商业健康保险的发展也产生深刻影响。

## 5. 社会保障机制情况

健康保险业务的发展潜力与一国社会保障机制的完善程度高低、覆盖范围大小密切相关。一国采取何种医疗保险模式对该国健康保险的发展影响是截然不同的。社会医疗保险与商业健康保险所涵盖的内容一致，互为替代品，如果采用社会医疗模式，则商业健康保险的发展空间会受到抑制而相对萎缩；反之，如果以商业健康保险为主，则该国健康保险的发展空间会相当广阔。另外，一国政府介入医疗保险市场的力度不同，对该国商业健康保险的发展也有影响。医疗保险市场是非完全竞争的特殊市场，存在市场失灵的可能，而政府的适当干预在协调各方利益冲突和控制医疗费用方面卓有成效。但由于社会医疗保险的种种局限性，其无法取代商业健康保险，从而为商业健康保险留下了巨大的发展空间。

按 2000 年的口径计算，我国目前推行的基本医疗保险制度所覆盖的人群所占比例不足全国人口的 10%，大多数人必须通过商业健康保险等方式来寻求保障。但 2000 年我国各商业寿险公司实际承保的健康保险保费才约为 160 亿元左右，覆盖人群仅占总人口的 4% 左右，全国年人均保费约 12 元，总保费占 GDP 不到 0.23%。这一规模不仅无法与美国等商业健康保险占主体的国家比，甚至与社会保险占主体的德国（其商业健康保险保费占 GDP1%）也相距甚远，因此健康保险在我国的开展有广大的市场潜力和光明的前途。

92.

## 93. 7.2 医疗保险

### 94. 7.2.1 医疗保险的概念

#### 95. 1. 医疗保险的基本概念

医疗保险，又称医疗费用保险，人们投保医疗保险的目的就在于补偿医疗费用的支出，是健康保险最重要的组成部分。医疗保险是指提供医疗费用保障的保险，保障的是被保险人因患疾病或生育需要治疗时的医疗费用支出，包括医生的医疗费和手术费、药费、诊疗费、护理费、各种检查费和住院费及医院杂费等。各种不同的医疗保险所保障的费用一般是其中一项或若干项医疗费用的组合。

## 2. 医疗保险的特征

(1) 出险频率高，保险费率高。人类健康既要受到生理、社会等多种因素的影响，也要受个人行为、群体行为等的影响。具体来说，影响健康的因素主要有四个：一是环境因素，许多疾病的发生与自然环境有关，特别是随着环境污染的加剧，环境对健康的影响更加突出；二是行为和生活方式；三是生物因素，主要是遗传因素；四是卫生保健因素。随着人们生活的日益丰裕，生存已不是问题，疾病成为侵袭人类最频繁的危险之一，几乎每个人每年都会因患疾病而需要得到医疗服务，由此决定了医疗保险具有高出险率、高损失率的特点。再加上医疗保险的技术性强，其费用总额也要高于其他人身保险，保险费率自然也要高于其他险种了。

(2) 赔付不稳定且不易预测。虽然保险公司可以通过历年的统计资料对某一地域某一时人群群的发病率、患病率、住院率以及门诊住院医疗费等事项作出大致预测，但正如前文所述，人的健康状况受到诸多因素的影响，其中许多因素是不确定的，难以准确预测。另外，医疗条件的改善和医疗技术的日益发展，医疗费用开支中不能排除的人为因素，这些使得医疗费用总额的合理与否难以区分。因此，保险人的赔付也具有不易预测性。

(3) 保险费率厘定困难，误差大。首先，决定医疗保险费率的因素比人寿保险以及其他险种要多，而且这些因素很难进行可靠、稳定的测量，除了年龄、性别、健康状况、职业与嗜好等因素外，还包括：疾病发生率、残疾发生率、疾病持续时间、利息率、费用率、死亡率、损失率等因素。其次，同其他险种一样，类似保单失效率、展业方式，承保习惯、理赔原则以及保险公司的主要经营目标等都影响着费率的高低。第三，由于医疗保险承保内容的特殊，确定保费时对诸如医院的管理、医疗设备以及经济发展、地理环境等条件的依赖程度较大，这些方面的些许变化都会使保险人对未来的赔付的预测产生较大的影响。总之，影响因素是多方面的，各个因素又不易完整而准确地预测，从而给确定医疗保险保费带来一定的困难。

(4) 在医疗保险中，疾病发生导致被保险人遭受实际的医疗费用损失可以用货币来衡量，所以医疗保险具有补偿性，即被保险人在保险金额的限度内补偿被保险人实际支出的医疗费用。当然，医疗保险也可以采用定额给付方式，但仅适用于某些特定保障项目，如住院医疗费、手术费、护理费等。当医疗保险采用补偿方式时，保险人通常按实际医疗费用进行补偿。

## 2. 医疗保险的分类

目前，商业保险公司推出的医疗保险产品种类繁多，按照不同的分类标准，大致可以有以下几种类别：

(1) 按投保人数的不同，医疗保险可以分为个人医疗保险和团体医疗保险。个人医疗保险只能由个人作为投保人来购买。团体医疗保险产品必须由单位作为投保人，投保单位不能是为投保目的而临时组成的团体，并且投保单位必须达到一定的人数，如有的团体医疗保险规定被保险团体必须在 10 人以上等。

(2) 按给付保险金内容的不同，医疗保险可以分为费用型医疗保险和津贴型（或称定额给付型）医疗保险。费用型医疗保险是保险人以被保险人在医疗诊治过程中发生的医疗费用为依据，按照保险合同的约定，补偿其全部或部分医疗费用。由于这类产品在理赔时必须提供原始医疗费用收据，因此，适合没有社会医疗保险或其他费用型保险的人群投保。津贴型保险是指不考虑被保险人的实际医疗费用支出，而是以保险合同约定的保险金额给付保险金的保险。这类保险产品在理赔时无须提供医疗费用收据，因此适合所有人群投保。

此外，还可以对医疗保险中的各类产品进行细分，如普通医疗保险、住院医疗费用保险、手术保险、门诊医疗费用保险、综合医疗保险、高额医疗费用保险、特种医疗费用保险等，我们将在下一节进行详细介绍。

### 3. 医疗保险的内容

#### （1）保险期限和责任期限

保险期限是指保险人对保险合同约定的保险事故所造成的损失承担给付保险金责任的时间段。责任期限则是指被保险人自患病之日起的时间段，如果被保险人患病治疗超过保险期限，则保险人只负责责任期限内的医疗费用开支。也就是说，只有发生在保险期限内的保险事故才能享受责任期限的待遇，被保险人在保险期内患病但在保险期内还未治愈，则从患病之日期起的不超过责任期限内所消耗的医疗费用由保险人提供补偿保险金。责任期限一般可定为 90 日、180 日、360 日不等，以 180 日居多。

#### （2）保险金额

医疗保险一般规定一个最高保险金额，保险人在此限额内支付被保险人所发生的医疗费用，无论被保险人是一次还是多次患病治疗；但超过之后，保险人就停止支付。除此之外，在实践中还可采取规定每次门诊费的保险金额、规定每日住院金额数（平均数）、即时限额补偿、疾病别限额补偿等方式确定医疗保险的保险金额。

#### （3）保障项目

被保险人患病治疗过程中，医疗费用涉及的范围很广，既有治疗疾病的直接费用，如药费、手术费，又有与治病无关但患者必须支出的费用，如假肢费、整形费。对于这些名目繁多的费用，究竟是否属于保障范围，是保险人在进行赔付之前必须仔细区分的。原则是直接费用予以负责，间接费用可负可不负，无关费用一律不予负责。一般来说，保险人均会列入保障范围的费用有：药费、手术费（包括麻醉师费和手术室费）、诊断费、专家会诊费、化疗费、输血输氧费、检查费（包括心电图、CT、核磁共振等）、拍片透视费、理疗费、处置费、换药费及 X 光疗费、放射疗费等。有些费用是否属于保障范围，则视保险单的具体规定而异，如住院床位费、家属陪护费、取暖费、异地治疗交通费。另外，还有一些费用是作为除外责任的，如病人的膳食费、滋补药品费、安装假肢假牙假眼费、整形整容费。但对于上述费用，不同保险人提供的医疗保险，其保障范围和除外责任范围也不大相同。

#### （4）医疗费用分摊

医疗费用分摊条款是医疗保险常用条款之一，通常采取免赔额和比例分担两种形式。除此之外，还有给付比例与免赔额结合法、限额给付法、免责期限（即在合同生效的最初一段时间内，保险人对被保险人发生的保险事故不负赔付责任，以减少带病投保现象，降低保险人的经营风险）等方式。

#### 96. 7. 2. 2 医疗保险的品种

##### 97. 1. 普通医疗保险

普通医疗保险给被保险人提供治疗疾病的一般医疗费用提供保障，主要包括门诊费、医药费、检查费等。该类保险的保费成本较低，但由于医药费用和检查费用支出控制有一定难度，因此，合同条款中一般都有免赔额和比例给付的规定，保险费则每年规定一次。该险种通常没有观察期规定。当治疗疾病的医疗费用累计额超过保险金额时，保险人不再负责赔付保险金。此险种是一种简单的医疗保险，比较适用于一般社会公众。



## 2. 住院医疗费用保险

住院保险是为特定的住院费用提供保障的医疗保险。一般来说，由于住院所发生的费用比较可观，因此住院保险可作为一项单独的保险承保。其中，住院费用包括住院期间的床位费用、医生费用、手术费、医院杂费、各种检查费等。住院时间的长短将直接决定医疗费用的金额，而住院所发生的费用又比较高，因此，为了防止被保险人的道德危险、无故延长住院时间，此险种的合同中一般都约定每日的给付金额、免赔天数和最长给付天数，保险人只负责承担超过免赔天数而未超过最长给付天数的住院费用。

## 3. 手术保险

手术保险是为被保险人在患病治疗过程中进行必要的各种大小外科手术而消耗的医疗费用提供保障的医疗保险，保险人负责的主要是所有手术费用。该险种既可作为独立的险种，也可作为住院费用保险的一项附加险。在实践中，保险人一般根据两种方法确定手术保险的保险金额：一是在保险合同中规定各种手术的保险金额，这种方式具体又有两种处理方法，其一只要被保险人在保险期间接受外科手术的费用不超过保险金额，保险人就按实际发生额进行赔付，其二则不论被保险人实际发生的手术费金额，保险人只按合同的约定给付固定的保险金额；二是制定外科手术表。这种方式也有两种具体处理方法，一是在表中列明各种外科手术及相对应的保险人给付的最高保险金额；另一种方法是根据外科手术的复杂程度确定保险金额的给付，兼顾各地外科手术费用的差价，具体做法是将外科手术表列成相对价值表，该表对每种外科手术分配一个单位数，实际给付保险金额等于该单位数乘上保险合同中规定的单位价值。

## 4. 门诊医疗费用保险

它是为被保险人的门诊治疗费用提供保障的医疗保险，门诊费用主要包括检查费、化验费、医药费等。但是对于被保险人门诊处方的合理性难以监督检查，再加上患者和医院工作人员的道德危险，因此保险人开办门诊医疗费用保险的风险较大，即使推出，它对被保险人的限制规定也很严格。

## 5. 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保障范围较全面的医疗保险，其保障项目包括医疗和住院、手术等的一切费用，它实际上是前面几个险种的板块式组合，如住院医疗费用保险已包括了住院的外科手术费用，但没涵盖在门诊接受外科手术的费用，如果将三者结合在一起，就形成了综合医疗保险了。一般，综合医疗保险的保险费率较高，同时还会确定一个较低的免赔额及适当的分摊比例。

总的来说，上述 5 种医疗费用保险是为被保险人提供因患病或伤残所花费的医疗费用所提供保障的基本险种，或可称之为基本医疗保险。应该说这几种医疗保险，尤其是综合医疗保险，其保障范围是比较宽泛的，但基本医疗保险一般保险期限较短、保险金额较低，当人们对更为广泛的医疗保险保障产生更大的需求时，保险人为了适应客户的需求而开始推出下面一些新险种。

## 6. 高额医疗费用保险 (Major Medical Expense Policy)

高额医疗费用保险是在人身保险比较发达的地区非常流行的险种。此险种只限于医药费给付，包括住院费、医院杂费、手术费、就诊费、急诊费以及看护费。而除住院费一项之外，其他各项都设有最高金额的限制，但每一次患病就医的医药费总数却有一定金额的限制。这种保险通常有免赔额规定，

保单中一般还要明确保险金的给付以患病后多少时日所发生的医药费总额超过免赔额为条件，或 90 日，或一年不等。还有的保单约定超出免赔额的医药费由当事人双方各自以一定比例分担，或免赔额以下由被保险人自己承担，超出部分由保险人全部负担。保单条款一般是比较灵活的，由当事人双方协商而定。

高额医疗费用保险主要有两类：一类是补充高额医疗费用保险，它是在某一基本医疗费用保险基础上补充签发的，既为超过基本保险单给付水平的医疗费用差额提供保险金，也为基本医疗保险单保障范围内的医疗费用提供保险金。第二类是综合高额医疗费用保险，即将补偿高额医疗费用保险和基本医疗费用保险结合在一起的保险。

7. 特种医疗费用保险

特种医疗费用保险是专门为被保险人因患上特种疾病而发生的医疗费用提供的保险，它主要有：特种疾病保险、牙科费用保险、眼科保健保险、生育保险、长期护理保险等。

（1）特种疾病保险，或称大病医疗费用保险，是针对那些特种疾病，特别是癌症等需要巨额医疗费用的恶性疾病所致医疗费用提供保障的，现今在美、日等国十分流行，在我国医疗保健体制改革之后也十分热门。特种疾病保险有两种组合形式，一种是就某一种重大疾病提供的保险，其中尤以癌症保险居多。此险种的补偿方式分明细费用定额型和每日费用限额型两种，前者对每一类型的费用约定保险金给付定额，一经确诊立即一次性支付保险金；后者通常对住院期间的每日费用仅给付合同约定的日保险金额。各项给付合计金额达到最高总额时，合同自动终止。这里所承保的癌症，通常只限于合乎世界卫生组织第 7 回修正国际死亡原因及疾病统计分类第 140~209 号所列示的范围，其分类项目如下（见表 9-1）。另一种特种疾病保险是针对多种重大疾病开办的保险，保障的疾病一般有心脏病、冠状动脉旁路手术、脑中风、慢性肾衰竭、癌症、瘫痪、重大器官移植手术、主动脉手术等。

98.

表 9-1:

国际分类号码	分 类 项 目
140~148	口腔恶性肿瘤
150~159	消化道及腹膜恶性肿瘤
160~165	呼吸系统恶性肿瘤
170~181	乳房及泌尿生殖器恶性肿瘤
190~199	其他及部位不明恶性肿瘤
200~209	淋巴及造血组织恶性肿瘤

99.

100.

（2）牙科费用保险在西方发达国家十分普遍，它是为被保险人的牙齿常规检查、牙病预防、龋齿等口腔疾病治疗而提供医疗费用保障的保险。牙齿常规检查和牙病预防可以有效降低牙科医疗费用总额，因此保险人往往将此列入保障范围内。

（3）眼科保健保险是为被保险人提供接受眼科常规检查和视力矫正时所发生的医疗费用保险，如眼科检查费、眼镜配置费、隐形眼镜等。

（4）生育保险一般有以下几种：一种是为身体健康的孕妇及婴儿提供的母婴安康保险，若自产妇入院办理住院手续之日起到出院为止的期间，产妇因分娩、疾病或意外伤害致死，或婴儿因疾病或意外伤害致死，保险人即给付保险金。另一种是健康婴儿保险，保险人以被保险妇女产下畸形儿为保险事故而负责支付优厚的养育费。此外还有英国劳合社率先推出的多胞胎保险，对被保险妇女产下多胞胎负责给付保险金。

(5) 长期护理保险是针对那些身体衰弱而生活无法自理或不能完全自理、需要他人辅助全部或部分日常生活、或需要在疗养所接受长期护理的被保险人(老人或伤残者)提供护理服务或经济保障的一种保险。随着人口老龄化的到来,对年老患病的人,尤其是长年卧床不起、痴呆老年人的护理工作,越来越成为一项重要的医疗服务工作,而这类的护理费用往往是很高的,我国保险市场上此类险种还没有得到进一步地推广和普及。从国外经验来看,此类保险对被保险人的年龄都要有所限制,如50~84岁等,其保险责任可定为24小时特护,或非全天护理,或者为不带治疗性质的护理和家庭护理等。保险期限一般为1至10年,很少有终身的。

101.

## 102. 7.3 残疾收入补偿保险

### 103. 7.3.1 残疾收入补偿保险的概念

#### 104. 1. 残疾收入补偿保险的基本概念

残疾收入补偿保险,又称丧失工作能力收入保险、收入损失保险、收入保险等,是对被保险人因疾病或遭受意外事故而导致残疾、丧失部分或全部工作能力而不能获得正常收入或使劳动收入减少造成损失的补偿保险。它并不承保被保险人因疾病或意外伤害所发生的医疗费用。

事实上,当人们谈论健康保险时,主要是看重医疗费用保险。以美国为例,健康保险给付中的82%是用于医疗费用支付的。与医疗费用保险相比,残疾收入补偿保险居于次要地位,但该险种却是健康保险中最古老的险种之一,它已在保险市场上存在了一个多世纪。当被保险人因患病或遭受意外伤害致残而无法正常工作,该保险可以定期给付收入保险金。残疾收入补偿保险承保的危险是收入损失危险,但表面上,它承保的通常是导致无法继续工作的残疾。一个人若因病或意外伤害事故致残而丧失工作能力后,其伤残时间无法确定,由此无法参加工作而导致的收入损失数额可能是全部的,也可能是部分的。更为严重的是,丧失工作能力的人将需要依靠其家庭其他成员的收入来维持生活,在某些方面的支出还可能要比以前增加许多;如果家庭其他成员没有收入来源的话,其后果将更为不堪设想。

残疾收入补偿保险一般可分为两类,一类是补偿因疾病致残的收入损失,另一类是补偿因意外伤害致残的收入损失。因此,它并不承保被保险人因疾病或意外伤害所发生的医疗费用[4]。

在这里,我们特别要区分一下残疾收入补偿保险与意外伤害保险中的意外伤害停工保险。虽然二者都要对意外伤害提供保障,但意外伤害停工保险是以被保险人因遭受意外伤害而暂时丧失劳动能力、不能工作为给付保险金的条件。这里的“停工”与“残疾”是有所区别的:停工是指暂时丧失完全劳动能力,在一定时期内不能从事有劳动收入的工作;而残疾是指永久丧失全部或部分劳动能力,即如果残疾是永久且完全性的,则被保险人永久不能从事有劳动收入的工作,而如果残疾只是部分丧失劳动能力,则被保险人还可以从事一定的有劳动收入的工作。因此,停工的发生是从被保险人遭受意外伤害时立即开始,而造成残疾与否则只有在被保险人治疗结束或病情稳定后才能确定。

#### 2. 残疾收入补偿保险的特殊条款

残疾收入保险合同除了在被保险人全残时给付保险金外,还可以提供其他利益。这些补充利益,既可以自动包含于基本险中,也可以缴纳附加保费的方式获得。

##### (1) 部分残疾保险金给付条款

某些残疾收入补偿保险单在被保险人部分残疾时,在约定期间内提供残疾收入保险金。部分残

疾是指导致被保险人不能完全从事其原有职业的某些工作内容或全天从事其职业的残疾。这是在原有残疾收入补偿保险业务发展到一定阶段之后才产生的。保险公司在保险单中规定，当被保险人因病导致部分残疾时可在约定期间内领取残疾收入补偿保险金。一般，部分残疾收入补偿保险金可以在保单中约定（比如为全残收入补偿保险金的一个固定比例），也可以约定给付公式。当然具体给付金额视被保险人因残导致收入的损失程度而定。

#### （2）加保选择权益条款

加保选择权的全称是未来增加保险金额选择权，也叫保证未来的可保性，即如果被保险人在未来某一时期的收入增加的话，则不论其当时的健康状况如何均有增加保险金额的权利。被保险人增加保险金额时，也不必提供可保证明，但必须提供收入增加证明。一般，被保险人每年可以加保一次，直至合同约定的购买截止年龄（一般为 50 或 55 周岁）。同时，每次允许增加的保险金额依各保险公司的规定而异，但一般不会超过最初合同给付额的 2 倍。而有的保险公司则规定被保险人在 45 周岁之前可以按合同约定额度购买，在此之后每年可增加的保额减少至原始额度的 1/2 或 1/3。

#### （3）生活指数调整（COLA）给付条款

按生活费用调整保险金的给付额是为解决通货膨胀造成的保险给付金购买力下降的问题，为残疾的被保险人提供定期增长的残疾收入保险金。在这一条款下，残疾收入补偿保险金根据消费者物价指数的增长或保单中规定的比例而增加。既定比例通常是 5%或 10%，同时被保险人要求增加保险金给付的申请必须是在残疾保险金给付一年之后提出的。

#### （4）免缴保险费（WP）条款

几乎所有的残疾收入保险单都包含有免缴保险费的条款。根据这一规定，如果被保险人全残并且持续期超过规定的最短期限就可免缴保险费。不过仅在被保险人的保险金给付期间或在其伤残期间可以免缴。同时被保险人在没有完全康复的伤残时期内也可免缴保险费。

### 3. 残疾收入补偿保险的特征

（1）残疾收入补偿保险的目的是对被保险人因病或意外伤害致残而导致的劳动收入减少损失提供经济保障，相当于对其收入中断的延续，因此它要求被保险人在投保时必须有固定的全职工作。否则，若原来就没有固定的收入，也就没有保险的必要了。

（2）保险金额与保险金给付的确定。残疾收入补偿保险的目的不是维持被保险人丧失部分或全部工作能力前的收入不变，而是缓解被保险人因丧失工作能力给自身及家庭所带来的经济压力。一般，保险人在确定保险金额时，要参考被保险人过去的专职工作收入水平或社会平均年收入水平。但一个人的收入来源总是多渠道的，如在专职收入之外还有兼职收入，有时兼职收入甚至要高于专职收入，按照专职收入确定最高赔付额显然满足不了这类人的保障需求，因此保险人在确定保险金额时碰到的难度较大。

（3）保险责任。残疾收入补偿保险的保险责任是被保险人因病或遭受意外伤害而丧失的工作能力，丧失工作能力是指被保险人在最初的一段时间内（也称等待期，比如 2 年）无法从事其原有的工种，并且没有从事其他任何工作；并且在等待期后仍然无法从事任何与其以往接受的教育和培训合适的工作。

(4) 保险费率的厘定。残疾收入补偿保险与医疗保险相比，受时间因素的影响程度更大。因此，在确定保险费率时，保险人还需要考虑货币的时间价值、通货膨胀状况等。为此，保险人在保单中往往要制定生活指数条款，规定保险人给付的保险金额按照生活指数进行调整。

(5) 残疾收入补偿保险的形式多样，它既可以作为独立险种进行承保，也可以作为主险的附加险。从保险期限看，也可长可短。在短期的残疾收入补偿保险中，保险人基本上把保险金额限制在被保险人每周收入的 60%；在长期的残疾收入补偿保险中，保险人有时把保险金额限制在被保险人月收入的 70%，但绝大多数的保险人是把月最大保险金给付额限制在某一限额上，规定这些限额的主要目的在于防止道德危险因素的发生。

#### 105. 7.3.2 全残的界定

106. 在残疾收入补偿保险中，相关概念的界定是最重要的，最关键的一点是对全残的定义。

每一份残疾收入补偿保险单都要明确给出全残的定义，并规定相应的全残保险金。被保险人只有符合全残定义时，才能领取保险金。传统残疾收入补偿保险对全残所下的定义属于绝对全残，即要求被保险人由于意外事故或疾病而丧失不能从事任何职业。但这一要求过于严格，它使得大多数被保险人不能领取残疾收入保险金。目前，国外大多数保险公司已经放宽了全残的限制条件。有关全残的定义，大致有如下几种：

##### 1. 原职业全残

原职业全残是指被保险人丧失从事其原先工作的能力。依据此定义，只要被保险人因残疾不能从事其原职业，就可以领取约定的残疾收入保险金，而不论其是否从事其他有收入的职业。原职业全残定义是最广义的全残定义。

##### 2. 现时通用的全残定义

美国大多数残疾收入保险单规定，如果在致残初期，被保险人不能完成其惯常职业的基本工作，则可认定为全残，领取全残收入保险金。致残以后的约定时期内（通常为 2 到 5 年）若被保险人仍不能从事任何与其所受教育、训练或经验相当的职业时，还可认定为全残，领取相应保险金。也就是说，致残后但从事有收入职业的被保险人就不能认为是全残。因此，如果被保险人自愿重返任何一种有收入的职业，他就不能领取相应的保险金了。

##### 3. 收入损失全残

20 世纪 70 年代末，美国和加拿大产生了一种特殊的残疾收入补偿保险即收入保障保险，并受到了高收入阶层的欢迎。它将全残定义为被保险人因病或遭受意外伤害致残而收入损失的情况。具体又分为两种情况：一是被保险人因全残而丧失从事工作能力，并且无法从事任何可获取收益的（或合适的）职业；二是被保险人因尚能工作，但因残疾导致收入减少。也就是说，被保险人在因全残而丧失工作能力、或者即使尚能工作但因伤残致使收入减少时，均可从保险人处获得保险金的赔付。

##### 4. 推定全残

残疾收入补偿保险单针对某些特殊情况还做出了推定全残定义。在实践中，推定全残有两种不同的定义：一是指被保险人患病或遭受意外伤害后，在短期内还无法确定其是否会残疾，为此，保险人在保险条款中规定了定残期限，即被保险人如果在定残期限届满时仍无明显好转的征兆时，将自动被推定为全残；第二种情况是被保险人发生了保单所规定的伤残情况时，将被自动作为全残，如完全永久失

明、任意两肢失去活动能力、语言或听力丧失等。发生推定全残后，保险人将一次性给付全额保险金，即使该被保险人以后痊愈且恢复了原职业也不例外。

## 5. 列举式的全残定义

有的保险公司在残疾收入补偿保险单中列举了被保险人可被认定为“全残”的情况，并规定全残的鉴定应在治疗结束后由保险人指定或认可的医疗机构作出。但如果被保险人在治疗 180 日后仍未结束，则按照 180 日的身体状况进行鉴定。

显然，在上述这些有关全残的定义中，根据第一种定义（即原职业全残）可以提供最广泛的保障范围，但是根据这一定义进行的保险给保险人带来的损失可能也最大，因此目前保险公司多采用第二种定义。根据这种定义，如果被保险人无法从事其原先的职业，除非被保险人从事另一种职业，否则保险人都将负责给付保险金。

一般而言，导致残疾的原因有：（1）先天性疾病，如先天性聋哑、先天性畸形等；（2）患疾病后留下的后遗症，如中风后的瘫痪、乙型脑炎后的痴呆症等；（3）因遭受意外伤害致残，如肢体残缺、双目失明等。其中，先天性疾病导致的残疾不属于残疾收入补偿保险的保障范围。

### 107. 7. 3. 3 保险金的给付金额及给付方式

108. 残疾收入补偿保险所提供的保险金并不是完全补偿被保险人因残疾所导致的收入损失。事实上，残疾收入保险金有一限额，一般该限额要低于被保险人在残疾前的正常收入。如果没有这一限制，就有可能导致残疾的被保险人失去重返工作岗位的动力，甚至有意延长伤残时间。因此，残疾收入保险金的目的仅在于保障被保险人的正常生活。

## 1. 残疾收入补偿保险金的给付金额确定

残疾一般可分为全残或部分残疾。全残是指被保险人永久丧失全部劳动能力，不能参加工作以获得工作收入。部分残疾是指被保险人部分丧失劳动能力，只能进行原职业以外的其他职业，且新的职业可能会使收入减少。因此，收入的损失在数额上可能是全部或部分、在时间上可能是长期的或短期的。

收入损失保险金的给付金额有定额给付和比例法给付两种：

（1）个人残疾收入补偿保险通常采取定额给付的方法。定额给付是指保险双方当事人在订立保险合同时根据被保险人的收入状况协商约定一个固定的保险金额（一般按月份定）。被保险人在保险期间发生保险事故而丧失工作能力时，保险人按合同约定的金额定期给付保险金。在这种方式下，无论被保险人在残疾期间是否还有其他收入来源及收入多少，保险人都要根据合同约定给付保险金。

为了防止道德危险的出现，保险人在对每一个被保险人确定其最高残疾收入保险金限额时，需要考虑以下几个方面：被保险人税前的正常劳动收入；非劳动收入，如股利、利息等；残疾期间的其他收入来源，如团体残疾收入保险或政府残疾收入计划所提供的保险金；现时适用的所得税率，因为被保险人的正常劳动收入属于应税收入，而保险金不属于应税收入。

（2）团体残疾收入补偿保险通常比例给付是指保险事故发生后，保险人根据被保险人的残疾程度，给付相当于被保险人原收入的一定比例的保险金。对于团体长期收入保险单，该比例通常在 60% 到 70% 之间；团体短期保险单所规定的比例通常会高一些。

比例给付的具体方法有：（1）对于被保险人全残的，保险人给付的保险金额一般为被保险人

原收入的一定比例，如 70%或 80%；（2）对于被保险人部分残疾的，保险人则给付被保险人全残保险金的一定比例，其计算公式一般为：

部分残疾给付金=完全残疾给付金×（残疾前收入-残疾后收入）/残疾前收入

2. 残疾收入补偿保险金的给付方式

（1）一次性给付

1）被保险人全残。被保险人因病或遭受意外伤害导致全残，同时保单规定保险金的给付方式为一次性给付，那么保险公司通常按照合同约定的保险金额一次性给付被保险人。  
比如，有的保险公司规定保险金给付方式如表 9-3：

109. 表 9-3： 残疾收入补偿保险金给付方式

被保险人全残时的年龄（周岁）	小于 16	16~25	26~60	61~75	75 岁以上
全残保险金	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	保险金额

110.

111. 2）被保险人部分残疾。如果残疾收入补偿保险合同规定被保险人可以领取部分残疾收入补偿保险金，那么保险公司一般根据被保险人的残疾程度极其对应的给付比例支付保险金。

（2）分期给付

1）按月或按周给付。保险人根据被保险人的选择，每月或每周提供合同约定金额的收入补偿。由保险公司在等待期末开始给付，直至最长给付期间。

2）按给付期限给付。给付期限分为短期或长期两种。短期给付补偿是被保险人在身体恢复以前不能工作的收入损失补偿，期限一般为 1 年到 2 年。长期给付补偿是被保险人因全部残疾而不能恢复工作的收入补偿，具有较长的给付期限，通常规定给付至被保险人年满 60 周岁或退休年龄；若此期间被保险人死亡，保险责任即告终止。

3）按推迟期给付。在被保险人残疾后的一段时期为推迟期，一般为 90 天或半年，在此期间被保险人不能获得任何给付补偿。超过推迟期，被保险人仍不能正常工作的，保险人才开始承担保险金给付责任。推迟期的规定，是由于被保险人在短期内通常可以维持一定的生活；同时设定推迟期也可以降低保险成本，有利于为确实需要保险帮助的人提供更好的保障。

112.

113. 总结

114. 1. 健康保险是以人的身体为保险对象，保证被保险人在疾病或意外事故所致伤害时的费用支出或损失获得补偿的一种保险。健康保险并不是保证被保险人不受疾病困扰、不受伤害，而是以被保险人因疾病等原因需要支付医疗费、护理费，因疾病造成残疾以及因生育、疾病或意外伤害暂时或永久不能工作而减少劳动收入为保险事故的一种人身保险。根据人身保险业界的习惯，往往把不属于人寿保险、意外伤害保险的人身保险业务全都归入健康保险中。

2. 在我国，健康保险习惯上又称疾病保险，是以被保险人患病、分娩导致死亡或残疾为给付条

件的保险。

3. 健康保险中的疾病危险必须是内部原因的疾病、非先天性疾病、偶然性疾病。健康保险不保的危险是订约时被保险人已有的疾病、自杀所致疾病、战争等引起的意外伤害。

4. 健康保险有许多不同于其他人身保险险种的特点。健康保险的特征体现在保险标的、保险事故、保险业务等方面的独特性质上。

5. 健康保险的险种种类繁多，按照保险保障的内容不同，健康保险可划分为医疗保险和残疾收入保险；按损失种类，健康保险可划分为收入保险、死亡和残疾保险、费用保险；按损失原因，健康保险可划分为意外伤害健康保险和疾病保险；按投保方式，健康保险可分为个人健康保险和团体健康保险；按续保条件，健康保险可分为不可解约健康保险、保证更新健康保险、有条件更新健康保险、保险公司选择更新健康保险、无续保健康保险、可解约健康保险等；按核保标准，健康保险可划分为简单健康保险、高龄健康保险、次标准体健康保险、特殊疾病健康保险等；按组织性质，健康保险可划分为商业健康保险、管理式医疗、社会健康保险、自保计划等。

6. 在健康保险合同中，除适用一般人寿保险的条款之外，由于健康保险的危险具有变动性和不易预测性、赔付危险大，保险人对所承担的保险金给付责任还规定了一些特殊的条款，即健康保险所独有的条款。健康保险的一般特殊条款包括：年龄条款、体检条款、观察期条款、等待期条款、免赔额条款、比例给付条款、给付限额条款等。

7. 个人健康保险个包含的特殊条款有：可续保条款、既存状况条款、职业变更条款、理赔条款、超额保险条款、防卫原因时间限制条款等。

8. 团体健康保险包含的特殊条款有：既存状况条款、转换条款、协调给付条款等。

9. 健康保险在其发展过程中要受到逆向选择和道德危险、医疗技术的发展、人们的收入水平、人口结构、社会保障机制情况等诸方面因素的影响。

10. 医疗保险，又称医疗费用保险，是健康保险最重要的组成部分。它是指提供医疗费用保障的保险，保障的是被保险人因患疾病或生育需要治疗时的医疗费用支出，包括医生的医疗费和手术费、药费、诊疗费、护理费、检查费和住院费等。各种不同的健康保险所保障的费用一般是其中一项或若干项医疗费用的组合。

11. 医疗保险具有下述特征：出险频率高，保险费率高；赔付不稳定且不易预测；保险费率制定困难，误差大。

12. 对医疗保险中的各类产品进行细分，可分为普通医疗保险、住院医疗费用保险、手术保险、门诊医疗费用保险、综合医疗保险、高额医疗费用保险、特种医疗费用保险等。

13. 残疾收入补偿保险，又称丧失工作能力收入保险、收入损失保险，是对被保险人因疾病或遭受意外事故而导致残疾、丧失部分或全部工作能力而不能获得正常收入或使劳动收入减少造成损失的补偿保险。

14. 残疾收入补偿保险的特殊条款有：部分残疾保险金给付条款、加保选择权益条款、生活指数调整给付条款、免缴保险费条款等。



15. 在残疾收入补偿保险中，最关键的一点是对全残的定义。残疾收入补偿保险通常规定，被保险人只有符合保单中载明的全残定义时，保险人才负给付保险金的责任，因此每一份的残疾收入补偿保险单都包含有全残的定义。传统残疾收入补偿保险对全残所下的定义是指被保险人由于意外事故或疾病而丧失从事指定工作的工作能力。

16. 残疾收入补偿保险的收入损失保险金的给付金额有定额给付和比例法给付两种方法。残疾保险金有一次性给付和分期给付两种方法。

115.

116. 关键词

117. 健康保险新	疾病	疾病保险	不可解约	保证更新
有条件更新额	选择更新	观察期	等待期	免赔
比例给付	医疗保险	普通医疗保险	住院医疗费用保险	手术保险
门诊医疗费用保险	综合医疗保险	高额医疗费用保险	特种医疗费用保险	
残疾收入补偿保险	加保选择权益	生活指数调整给付	全残	
收入保障保险	部分残疾保险金给付			

118.

119. 思考题

- 120.
1. 简述健康保险的含义及基本内容？
  2. 简述健康保险的承保条件和不保危险。
  3. 比较健康保险与人寿保险的异同。
  4. 简述健康保险的种类。
  5. 健康保险合同有哪些特殊条款？
  6. 分析影响健康保险发展的几大因素。
  7. 何为医疗保险？医疗保险具有哪些特征？
  8. 试述残疾收入补偿保险采用的几个特殊条款。
  9. 区分在商业保险中，残疾收入补偿保险所做的常见的全残定义：1）绝对全残，2）现时通用定义，3）原职业全残，4）推定全残，5）认定全残。

10. 如何发展我国的健康保险市场？

121.

## 122. 【注释】

123. [1] 见附录 1 摘录的《健康保险条款》（样本）中 “保险责任” 的一部分文字就证实了这一做法。

[2] 这是健康保险最基本的分类，本章后面的内容就是按此分类法分类介绍各个重要险种的。

[3] 相关内容可参考第三章，在此就仅作为健康保险发展的外部环境因素之一列举出来，不再赘述。

[4] 被保险人因疾病所发生的医疗费用属于医疗保险的保险责任范围；因意外伤害所发生的医疗费用则可由意外伤害医疗保险承保。

## 124. 第八章 人身保险的营销

125.

## 126. 本章预习

127.

128. 人身保险营销是保险公司经营的重要环节，它直接关系到整个公司的收入赢利状况。良好的人身保险营销是公司不断扩大规模，提高经营效益的保证。

学习本章的目的主要是了解人身保险营销的含义，它与一般保险推销的区别，及在进行营销时要制定那些不同的策略，通过那些渠道进行营销，如何进行营销的信息管理等。本章的主要内容包括：

●人身保险营销

●产品开发

●人身保险营销渠道

●人身保险营销策略

●人身保险营销的信息管理

129.

## 130. 8.1 人身保险营销的概述

### 131. 8.1.1 人身保险营销的定义

132. 20 世纪以来，世界的商品经济得到很大发展，飞速的生产发展使消费者的需求日益多样化和复杂化，市场也逐渐从卖方市场步入到买方市场。因此，企业要控制市场、实现其经营目标，必须对市场进行全面的、系统的调查和研究，依据市场销售原则，运用现代先进技术预测市场的需求变化，制订有效的生产计划和销售计划，为市场提供切实可用的商品，才能从中获取最大利润。这即是现代的市场营销(marketing)。市场营销从诞生以来就不断发展，与经济学、社会学、心理学和管理学等结合在一起，形成一个新的科学，关于它的定义也不断地被修改。美国市场营销协会在 1985 年提出了一个较权

威的定义：市场营销是关于构思、货物和劳务设计、定价、促销和分销的规划与实践过程，旨在导致符合个人和组织目标上交换。

人身保险属于服务业，作为服务产品当然也需要进行产品的营销。人身保险营销是寿险公司为实现其经营目标，满足人们对人身风险保障的需求、依据市场环境、利用各种营销技术和策略、与保险营销对象进行沟通并达到说服保险营销对象投保保险的目的的运作过程。其中，包括对保险市场的开发、费率的合理厘定、保险营销渠道的选择、相关信息的收集整理、保险产品的推广以及相应的售后服务等一系列活动。现在社会产品市场极大丰富，对人身保险产品要求程度也越来越高，人身保险也要不断地进行产品设计、对新险种进行开发安排、拓展营销渠道、扩大销售途径。只有拥有良好的营销体系，人身保险公司才能扩展其业务量，扩大规模同时增加收益。人身保险营销，不再是以个险销售为重要活动，而开始成为一个体系，一个系统，它确立了公司经营目标下的总体销售战略，建立了比较完善的销售组织，衍生出更细化的销售部门和相关辅助部门，并借助各种辅助系统促进最终的销售。人身保险营销也逐渐形成了一种理念：以顾客为中心，以整合营销活动为手段，以客户最终满意为活动目标，保证客户、公司和社会的三位一体。

### 133. 8.1.2 人身保险营销的特征

134. 人身保险营销是与人身保险市场有关的人的活动，其主要作用是识别和鉴定目前尚未被满足的市场需要和欲望，估量并确定其需要量的大小，来选择本公司能够最好地为其服务的目标市场，以决定适当的产品服务计划。它是一个动态的管理过程，是一个险种从设计前的市场调研到最终转移到保险消费者手中的整体过程。这和常说的人身保险推销（policy selling）有着本质的区别，人寿保险的推销只是营销过程的一个阶段。与其相比，人身保险营销有以下特点：

1. 人身保险营销具有比人身保险推销更广泛的内涵。前者不仅包括后者，还包括人身保险市场研究、预测、售后服务等其他的内容。

2. 人身保险营销更注重人身保险公司在整个保险市场上的长远利益，它不仅仅是单纯的销售活动，还非常注重本公司的形象，为本公司今后的发展做出预测和决策；而人身保险推销则偏重于眼前的短期利益，是一种短期行为。

3. 人身保险营销始终以客户的最终利益为目标导向，为不断满足客户的需要而开展活动；而人身保险推销则把重点放在人身保险产品上，是为了进行现期销售产品而进行的活动，二者的活动重点有很大的区别。

4. 人身保险营销是一种整体营销行为，从开始调查，探测人身保险市场上的需求到进行相应的险种设计、险种安排，直至最后对投保人销售和售后服务，这是一整套的营销活动，是一系列的方法；而人身保险推销则主要是采用各种短期的促销手段来推销人身保险产品，其进行活动的时空范围都相对狭窄一些。

5. 人身保险营销在不断满足客户需要中通过对投保人提供全方位的服务而获取收益，其利润最大化的方式是通过博得投保人的满意而达成的；人身保险推销只是通过直接销售获得收入源，继而获得利润。

6. 人身保险营销还具有人身保险推销所不可比拟的广泛的功能，主要包括：

（1）它能充分识别人身保险市场上尚未满足的各种投保需求和潜在需求，并能准确估量出这些需求量的大小；

(2) 它能准确描述人身保险市场的现状，确定其公司所处的市场营销环境，并据此做出相应的生产计划或进行战略调整；

(3) 它能收集到有关人身保险市场的信息，开发设计新的险种以增加其吸引力，扩大业务量并满足客户需求；

(4) 它能对公司的内部环境和外部环境做出准确分析，并协调其经营目标，保持本公司的稳定经营，并逐年增加收益；

(5) 它能运用先进技术或数理模型对其经营活动做出准确的预测和决策以保证其产品的顺畅销售，收入的稳定增长；

(6) 它在进行公司的整体营销活动中可以组织各种策略组合，如险种搭配策略、销售渠道策略、费率差异策略、售后服务优化策略等；

(7) 它能及时分析人身保险市场的变化，以及其竞争对手的情况对本公司情况进行准确定位，保证在激烈竞争中的稳固的地位。

而人身保险推销主要是增加保单的销售量来保证人身保险公司的稳定经营。

### 135. 8. 1. 3 人身保险营销的意义

136. 现代社会是一个竞争程度不断加剧的社会，在人身保险市场上也面临着激烈的竞争，在这样一个多元化的人身保险市场格局下，每一个公司都是一个独立的角色，每一个公司也要尽可能地争取更大的市场份额，来增加业务量，扩大公司规模、巩固和加强自己的竞争地位。而占领市场的份额大小则取决于公司的营销策略、营销人员的工作情况，哪一个公司的最终营销活动能博得客户的最大满意，哪个公司才能获得更多的客户支持，占领更多市场。所以在这种强大的外在竞争压力下，要求人身保险公司必须注重本公司的市场调研、开发出满足客户需要的新险种，这样可以减少花费在旧险种上的直接推销成本而同时增加客户数量。

人身保险营销的中心是一种特殊的产品——人身保险产品，它是对未来的人身风险提供的保障，持续时期很长，这种对未来的一种保障作用增强了人们对人身保险产品的潜在需求，而要将这种潜在需求转变为现实的需求就需要全面的市场营销活动，来实现这种转化。同时，人身保险的经营也同样遵循和财产保险一样的大数法则，要求有广泛的社会群众参与，才能在尽可能大的时空范围内，吸收和分散风险，保证人身保险公司的经营稳定性。而群众的广泛参与客观上需要人身保险公司的高技术的市场营销活动。所以人身保险营销具有重要的意义，主要有以下几点：

1. 人身保险营销不仅能满足客户对未来保障的需要，还能为客户提供高质量的保险产品，提高了保险保障质量。人身保险营销是始终以客户为中心，围绕着如何使客户获得更大程度的满意而展开活动，所以保险公司在进行现有产品的销售时，还要不断考察客户需求，增加研发能力，设计、开发出新的好的险种以更好地满足客户需要。这些不断升级的新险种也增强了产品质量，提高了对投保人的保障质量。如很多人身保险公司根据客户的不同需求重点，开发出不同的新险种，书法家、画家以手为投保标的，歌唱家以嗓子为投保标的、并投入巨额保额，这些都是不断满足客户需求的体现。

2. 人身保险营销能帮助公司找开产品销售渠道，拓展销售范围，增加公司收入，这对于人身保险公司增加利润，适应激烈的市场竞争是很重要的。人身保险商品属于服务产品，是无形商品，它所提供的是对保护人身安全的保障。这种无形商品给消费者带来的效益不能立刻体现出来，而需要一段时滞。投保人在投保后得到的只是一个承诺，所以会产生对人身保险的一种疑惑和不信任，这就需要公司营销

时做许多服务工作以说服投保人进行投保，还要进行与此有关的包括市场调研、开发新产品、营销技术策略、风险控制等复杂工作。保险公司取得保费收入后，提取必要的各项准备金后形成可用资金，保险公司再对资金进行合理运用，获得巨额利润。

3. 人身保险营销是人身保险公司经营的重要活动，对于公司进行风险经营控制、衡量保险商品的成本、效益及不足之处的加以改进具有重要意义。人身保险经营是建立在大数法则基础之上的，只有订立更多的保险合同，同质的风险越多，分散风险的范围越广，风险发生的偶然因素才能相互抵消而减少，才能把保险事故发生率控制在预定范围内，降低人身保险公司的经营风险。人身保险营销的整体战略将不断改进产品质量、降低原有产品成本，这对于公司合理厘定费率、增加业务量，增加收益也很重要。

4. 人身保险营销还能提高全社会各阶层人们的保险和保障意识。随着社会经济结构的变化，人口老龄化状态将是一个重要的社会问题，而人身保险能将人们面临的未来的不确定因素引起的后果加以保障。所以人身保险营销对于唤起全社会的风险意识、给社会公众能带来保险保障的作用，同时增强公司的竞争力也具有重要意义。

人身保险营销是人身保险公司经营管理的关键性环节，在我国人身保险业发展的初步阶段，充分开展人身保险营销活动对我国人身保险业的发展将起到重要的推进作用，对于我国社会的安定发展也有重要意义。

#### 137. 8. 1. 5 人身保险营销的环境分析

138. 任何一个公司都不能脱离其他事物而独立存在，人身保险公司同样也处在一个客观环境中，公司以外的各种外部力量构成了一个影响其生存、发展的市场环境。外部市场环境对一个公司的发展有着至关重要的作用，若处在一个良性的积极向上的环境中，公司能够依赖这种热温而快速发展，反之若是遇到恶劣的外部环境，将极大地影响公司的正常经营发展。因此不断了解外部环境变化情况并依据其变化对公司战略规划做出调整是一个好公司必须进行的重要活动，只有如此公司才能趋利避害，协调自身经营发展。人身保险公司主要通过销售保单来获取利润，其面临的客户对象来自于一个大的社会环境，因此人身保险营销中对于环境的分析就显得格外重要。影响人身保险公司营销的环境可以分为宏观环境和微观环境两大类。

### 1. 宏观环境

#### (1) 政治、法律环境。

政治法律属于一个社会的上层建筑机构，它是由那些强制和影响社会上各种组织和个人行为的法律机构、政府机关和公众团体所组成的。人身保险公司作为社会上的一个团体必然要受到其影响和制约。国家政府通过制定各种方针政策，规定各种法令法规来引导国民经济的发展方向、速度和规模，同样也影响了社会购买力和市场整体需求环境的变化。国家制定、颁布新的税收政策、金融政策、会计准则和与经济相关的立法都会对人身保险公司有重要影响，降低的税率、开放的金融政策、严格的会计准则和法规能鼓励人身保险公司的发展，促进其营销开发新险种，增加其发展速度。而一旦相反的限制性政策出台时，将减少人身保险营销的业务量，为人身保险营销增加了难度。所以人身保险营销要密切关注这些政治法律环境的变化，并以此协调自己的营销战略目标和战略计划，以保证其能顺利营销、开拓市场、稳定公司经营。

#### (2) 经济环境。

经济环境对人身保险营销尤为重要，它主要包括社会经济体制、经济发展水平、人均收入水平

等因素。

1) 社会经济体制。社会经济体制是一个国家或地区的整体的经济模式，是计划经济为主还是市场经济为主。在市场经济条件下，各个企业都以利润最大化为主要经营目标，可能不会为其员工投入人身保险，而随着竞争的激化，又出现了企业老板为员工投保人身险以提高其员工待遇水平的现象，这是社会发展的结果，这样很有利于人身保险营销活动的进行。而在我国原来的计划经济为主的社会中，企业、国家会对职工提供公费医疗、养老保障等，所以，不需要人身保险的保障，这几乎将对人身保险的需求降至为零。而现在逐渐转向市场经济的过程中，许多原有的保障措施均已逐渐取消，人们将逐渐依靠人身保险来锁定其未来生活的不确定性，这极大地增加了对人身保险的需求。人身保险营销也在这种强大的需求拉力作用下有了较大的发展潜力，有利于人身保险营销活动的开展。

2) 经济发展水平和收入水平。人身保险是随经济发展水平的提高而不断向前发展的，不同的经济发展水平有不同的市场营销环境。在经济发展水平相对较低的国家，其险种、责任、范围和购买力都有一定的限制，所以保险产品的多样性也受到限制，人身保险营销中以价格为主要的竞争力量。而在经济发展水平较高的发达国家，人身保险营销中更侧重于对新险种的开发，所以竞争更集中在技术方面，在营销策略方面应集中体现本产品的优质服务来吸引客户。而且在发达国家，人均收入水平也较高，对于高技术的新险种往往定价也较高，收入相对高的客户有能力进行意愿支付，而在发展中国家，人们的收入水平有限，高价的新产品会减少人们的吸引力，只能在营销时注意价格竞争的优势所在。我国在改革开放以后，经济发展水平有了很快的增长，人们的收入也有了很大提高，这对于我国人身保险市场的扩展有重要的促进作用，我国人身保险营销也要注意新险种的开发，以满足人们的需求，促进我国人身保险事业的发展。

### (3) 社会文化环境。

社会文化是一个国家或地区经过长期历史发展而形成的，对于人身保险营销有重要的影响，人身保险营销的最终目的是使投保人购买其产品并为之提供相应服务，而投保人的保费支出行为在很大程度上要受到其所处的社会文化环境的影响。社会文化环境包括社会平均文化教育水平，宗教信仰、传统习俗、价值观念等等。

1) 社会平均文化教育水平不仅代表其文化教育的广度还代表其深度。一般来说，文化教育水平越高则越容易接受人身保险，人身保险营销活动也越易开展，而文化教育水平越低，则对人身保险尤其是寿险会产生一种抵触情绪，有时会成为人身保险营销的障碍。

2) 宗教信仰、价值观念也对人身保险营销产生重要影响。宗教信仰、价值观念使人们对世界有不同的看法和认识，这些不同的世界观使人们对各种自然界的风险和自身可能遇到的风险有不同的认识，从而直接影响到对人身保险的需求。

### (4) 人口环境。

人口因素是影响人身保险营销的又一重要因素，主要包括以下几个：

1) 人口总量。人身保险营销是主要针对于人而开展的活动，每一个个体单位构成了对人身保险的需求单位。如果一个国家或地区有较大的人口总量则预示着该国有着潜在的巨大的人身保险需求量，这对于人身保险营销是一个极好的机会，应对此而进行系统的调研、制定相关的计划。

2) 人口结构。人口结构主要指人口的年龄结构，它和人口的出生率、死亡率和老龄化程度密

切相关。社会中人们的年龄不同，对人身保险产生的需求也就不同，老龄人更多的对寿险有需求。我国的人口老龄化问题将是本世纪所要解决的一个重要问题，人口老龄化也相应地增加了对人身保险的需求，人身保险公司开发新险种满足这种需要既能保障老人的安全问题，又能解决社会问题，将有重要的意义。

3) 人口的地域分布。人口的地域分布决定了人们面临的不同的风险保险的需求分布，如处在山洪和地震爆发较多区域的人就会增加对人身保险的需求，对险种也要求也有所不同，这要求人身保险公司在制定营销计划时给予不同的考虑。

## 2. 微观环境

(1) 投保人。投保人是人身保险公司服务的最终对象，是人身保险营销活动的出发点和最终点，是人身保险营销中最重要的微观环境因素，人身保险营销活动要仔细调查研究投保人的行为、心理等情况，了解其需求情况如对险种的要求价格、收益方式等，依据其不同需要而制定营销计划。

(2) 竞争对手。任何企业的发展都密切注视其竞争对手的情况，人身保险营销也要关注这方面。尤其在我国，由于我国已经加入 WTO，在 5 年内将有大量外国保险公司进驻到中国，外商保险公司在中国的营业机构数量也将迅速增长，而外国保险公司拥有较强的技术开发能力和资金优势，这对我国人身保险公司的发展都构成了重要的竞争压力，所以我们要不断改进技术、增加新品种、合格厘定费率、加强售后服务，这样才能巩固自己的市场地位，并不断地在竞争中前进。

(3) 保险营销的中介机构。人身保险营销活动必须借助营销中介机构的帮助才能完成，这些中介组织主要指保险经纪人、保险代理人 and 保险公估人。人身保险经纪人多在经济发展水平较高的国家，因为其人均收入水平较高，对理财需求也较高，而在我国人身保险营销中，主要是通过保理代理人来完成保单的最终销售活动。我国由于人身保险发展较晚，且保险法相对滞后，因而出现了多种类型的人身保险代理人，有点混乱，但这也极大地促进了我国人身保险业的发展。在人身保险营销活动中，还要涉及保险咨询、律师、会计师、广告商等，他们对人身保险营销的顺利进行也起到一定作用。我国要着力发展保险中介市场，加强相关法律法规的制定，以强化管理，改变目前的这种经营较为混乱的局面。

(4) 公众。影响人身保险营销环境的公众是指实际上或潜在地影响人身保险公司经营的任何团体或个人。由于人身保险营销是为社会公众服务，因而各级政府机构、媒介系统、地方居民等公众都会关注、影响甚至制约人身保险营销。公众的行为既能促进又能阻碍人身保险营销的活动，所以人身保险公司在制定战略营销计划时要充分考虑到公众的利益和要求，采取对其有利的措施，发挥出公众对其营销活动的促进作用，将其限制作用尽可能地减小。

(5) 人身保险公司的经营目标。人身保险公司的营销活动即是为了实现其经营目标，所以其营销战略计划也围绕这个目标而制定，它是营销环境中的内部环境因素。公司要根据影响其发展的内、外部环境来制定经营目标、确定营销策略等。

(6) 人身保险公司经营水平。公司的经营水平直接关系到其营销活动的进展情况，只有公司拥有高水平的经营管理能力才能有较好的人身保险营销计划，获得更多收入。公司的经营水平包括以下几点：

1) 承保水平：即人身保险公司的业务承受能力，其能够支付赔偿的最大限度；

2) 营销费用的承受能力：反映了该公司进行媒介宣传活动的支付水平；

- 3) 风险选择水平：反映了保险公司承保的保险标的的质量水平；
- 4) 营销渠道情况：表明人身保险公司完成最终保险业务的中间渠道情况；
- 5) 人员素质水平：反映公司总体的经营水平；
- 6) 今后服务水平：反映公司业务的后处理水平。

(7) 人身保险公司财务状况。人身保险公司的财务状况是整个公司经营绩效的表现，也是营销环境的一个内部因素。它主要指公司的资产负债比率、投资收益率、赔付率等，通过对这些指标进行分析发现公司发展过程的成绩和有关问题并予以及时纠正。人身保险营销要注意结合本公司的财务状况，制定与之相符的营销策略，才能使公司稳步向前发展。

139.

## 140. 8.2 人身保险营销的产品开发

### 141. 8.2.1 产品开发的概述

142. 随着社会经济的不断向前发展，保险市场的竞争也日渐激烈。由于人们收入水平和生活水平的提高，对于保险的投入和要求也随之提高，所以各个保险公司都努力提供种类繁多的、功能齐全的新产品以满足人们的需求，同时增强自己的竞争地位。人身保险商品是人身保险营销的客体，也是其核心内容，所以如何开发、安排有竞争力的新产品已越来越成为人身保险公司竞争的焦点，人身保险公司都逐渐增加自身在新产品的研发方面的实力，通过对新产品的市场需求调查、开发、设计、定价等一系列活动来吸引更多客户，获取客户对保险产品更高的保障满意程度。新产品的推出能为人身保险公司开拓出新的市场，扩展业务量，增加获利能力。

#### 1. 新产品的涵义

所谓新产品是指过去不存在的，经专业人士研究、开发并推出的在结构、功能、设计等方面有显著改进或提高的产品，它通常具有以下特点：

- (1) 具有新的保险内容、即新的保新责任、保险风险；
- 143. (2) 具有新的目标市场，新的保障对象；
- (3) 拥有新的缴费方式、赔付方式、现金获取方式等。

新产品包括那些完全采用新技术重新设计、开发的产品，还包括对原有产品进行重大改革、改进而形成的产品。不论哪一种形式都是针对客户的需要，花费大量的人力、物力、财力经过很长时间才开发出来的，能占有新的市场，保障新的人身风险。

#### 2. 产品开发的意义

创新是一个企业的灵魂，没有创新企业也就失去生命存在的意义。同样，人身保险公司也需要创新，这样才能在激烈的竞争中立稳脚跟。人身保险公司的创新除了在组织结构、经营理念上的改进外，更重要的就是指其经营产品——人身保险商品的改进，即提供更符合客户需求的新产品，这对人身保险公司的营销发展乃至整个公司的未来都具有重要的意义。



首先，产品开发、创造出新险种，有利于不断满足人们日益增长的需要，提供更好的保险保障。在社会经济日新月异的今天，人们生活水平不断提高，对于未来的保险保障要求也不断增加，人身保险公司只有不断进行产品开发推出新产品才能满足这些需求。而且当今社会新产品的生命周期都有缩短的趋势，即新产品推出不久就会在市场上逐渐饱和，而后下降，这也增加了对人身保险公司新产品开发的要求，迫使其不断地改进产品，提供更优质的客户服务。

其次，人身保险公司进行产品开发，能极大地增加本公司的竞争能力，有利于本公司业务拓展和规模扩张，获取更多的收益。由于社会的快速发展，人身保险市场的竞争也越来越剧烈，一个公司要想在激烈竞争中脱颖而出并保持其优势地位必须不断进行新产品的开发，以吸引更多客户，增大本公司的市场占有份额，扩大营销量，才能保持稳步增长，不断进步。当前，许多国际的大型人身保险公司都是通过创新产品的方法来增强其自身实力的。对于我国，目前的人身保险公司新产品还较少，在加入WTO后中国的人身保险公司面临着外国人身保险公司的强大竞争压力，我们本身在经验和资金实力方面是不能与外国保险公司相比的，而且这些经验和资金的积累也是一个长期过程，所以我们要致力于开发新产品，在技术优势上占有领先地位，而这项业务却可以在不太长的时期内获得，能增强我国人身保险公司的实力，加上中国人民原有的对中国人身保险公司的信心，定能获得更高的市场占有率，增强竞争能力。

再次，开发新产品，还可以补偿人身保险公司在其它产品经营方面损失的风险。若公司由于经营不善，在其他业务方面产生了亏损，开发新产品带来的巨额利润能进行抵补，防止公司整体经营上的亏损，降低经营风险，保持公司稳定经营。

### 3. 产品开发的原则

(1) 适应性原则。人身保险公司进行产品开发的最大目的就是满足人们更高的保险保障要求，因此新产品的开发必需能适应这种要求，在整个社会中具有很强的适应性，这样的新产品才具有开发价值，才具有开发意义。适应性还要体现在新产品的定价方面，在其功能满足人们需要的基础上，其定价也要同人们的承受能力水平相适应，这样才能获得更高的客户支持率。如果公司对新产品提出过高的保费，即使人们对其产品功能较满意，但超出其意愿支付水平，客户也不会接受，那么新开发产品将不会带来较高的市场营销额，也就不能为公司带来相应利润。

(2) 合法性原则。人身保险公司经营要受到国家政策法规的影响和制约，因此其开发的新产品也必须符合国家法律法规。新产品在符合现有规定的前提下，也不能违背社会道德，不能具有赌博利益，不能透发道德危险，不能侵害客户的利益。只有这样的产品才具有开发潜力，才能长期经营下去。

(3) 技术优势原则。新产品的开发要想能开拓新的市场，占有新的客户，就必须在技术上具有较大优势。现在社会产品的竞争主要来自于其核心技术的不可效仿性，因此人身保险营销中新产品的开发必须在技术上占据领先地位，才能有长期的经营效益。新产品的技术优势还体现在产品的优质、精致上。我国已开办的各类险种虽已很多，但其技术含量较低，产品质量较差，因而给我国人身保险业的经营带来了不良影响，因此我国在新产品开发方面要注意这方面。

### 4. 产品开发的程序

产品开发是一个艰巨而复杂的项目任务，它需要许多专业人士花费大量精力、财力进行长时间的研究，主要有以下程序：

(1) 市场调查。新产品的开发要想占有市场，首先必须满足市场的有效需求，因此先要进行

广泛的市场调查，包括对客户调查、竞争对手调查、中介机构组织的调查、国家有关政策部门调查以及国外领先公司的调查。首先对客户进行抽样调查，了解客户需求所在，才能创造出满足客户需要的产品。其次，还要充分了解中介机构组织和本企业的员工，因为他们往往是和客户直接接触的人员，更能了解客户的要求、不满，要根据他们的建议来设计新产品。再次，对竞争对手和国际领先公司进行调查是为了探询对方已有的而本公司未有的产品，并进行仿效和改进，以增强自身实力。最后，由于国家的政策法规对产品的营销有重要的指导作用，所以要密切关注国家政策行情，开发出符合国家政策导向的产品，能使公司经营时获得优惠待遇，减少成本支出，增加净利润。

(2) 构思评审。通过对调查结果进行总结研究，制定出令人满意的产品开发计划，构思出新产品的功能，并将目标新产品的初级构思提高有关单位进行审核，通过后即可进行产品的具体内容设计，包括新产品的保险对象范围、保险金额、缴费方式、现金价值索取、保险责任、除外责任、赔付条件金额及一些特殊的条款和附注等。

(3) 广告宣传。新开发的产品在品种丰富的市场上是天外来客，对客户来说是一个没有要领之新事物，因此人身保险营销人员要制定出详细可行的广告宣传计划来将新产品引入市场，介绍给消费者。可以通过电视、广播、报纸、网络等进行宣传介绍，也可由本公司在特定地点举行小型的宣传会，直接向客户提供咨询服务，还可以向原有的投保人进行相关介绍等。

(4) 投入市场。新的人身保险保单经设计、宣传后开始初步投入市场，人身保险营销人员要进行相应的营销的策划，确定具体的营销策略、营销渠道，并对相关业务人员进行培训。

(5) 绩效评估。对于投入市场的新保单，要对其初步的营销效果进行评价。根据销售人员的业绩总结出保单的销售总额、保险标的在投保人中的性质分布情况，如年龄、性别、地区分布等。还要评估出新的保险产品是否有缺陷、漏洞，如保险条款是否有歧义等，最后要计算出新保险产品的收益，如预期的未来收益。并以此进行不断改进和提高。将改进后的产品再投入市场，进行绩效评估，如此进行几次，得到最终的成熟产品。对新品进行持续经营，增加公司收益。

#### 144. 8.2.2 产品开发的策略

145. 新产品的开发能给人身保险公司带来巨额收益，但新产品的优质服务功能需要被客户认可接受后才能带来实际的经济效益，这中间的转化过程需要人身保险营销机构组织制定详尽的营销策略，才能将产品真正地推向市场并占有市场，这些策略包括技术策略，组合策略、时机策略等。

##### 1. 技术策略

新产品的研发人员要努力提高目标产品的技术含量，要在保费厘定、保险金额、赔付方式、现金价值获取方式等方面尽可能制作出方便客户的优点，让投保人真正享受到新产品与其它产品的不同的优质服务，并且要使得这些技术上的优势很难被其竞争对手效仿，这样的产品会在市场上长期占据优胜的竞争地位，能为人身保险公司带来长期利润。技术上的要求主要是针对研发产品的专业人员提出的，他们必须能提供专业上的需要。所以研发人员要不断学习，提高自己的知识水平，才能将知识转化为实际的生产力，为本公司开发出超额价值的新产品。

#### 146. 2. 组合策略

人身保险公司开发出的新产品可以和该公司的其它产品进行组合营销来提高公司整体的营销量，这也是人身保险营销的一个重要策略。组合策略包括全面型策略和专业型策略。全面型策略指公司面向尽可能多的顾客，向他们提供各种各样的人身保险产品，通过原有产品的稳定吸引力向原来的客户推销新开发产品，增加总体营销量。或者用新产品的优质功能吸引新的投保人，同时向其推出本公司的其他产品。专业型策略是人身保险公司将自己的力量集中于某一特定市场，如开发的新寿险产品主要针

对于老龄人，新开发的医疗保险产品主要针对于某一类型的病人等，这样能集中公司的技术力量，不断地改进，创新险种充分发挥专业化的优势，同时又能扩大市场份额，提高本公司的声誉。经过一段时期后，营销部要对现有的组合策略进行业绩评估，根据实际情况进行改进，扩大或缩小组合等。

### 3. 时机策略

人身保险营销时，要对新产品的推出时机做出准确把握，将其打入市场的最佳时机要与客户对其有效需求最多时刻相吻合，这样新产品才能快速占领市场，并不断扩大其市场份额。或者公司可以选择在某一特殊日期或有重要意义的日期推出新产品，提高新产品的宣传力度和反映效应。或者最好选在经济总体处于向上繁荣时期，人们收入稳定，更愿意进行支出的时期。

总之，人身保险营销对于新产品要采取灵活、机动的方式，对以上各种策略进行整体考虑，依据外部和内部市场环境、本公司的竞争优势等来制定营销策略，努力提高新产品的销售额。

147.

## 148. 8.3 人身保险的营销模式

### 149. 8.3.1 人身保险营销的传统渠道

150. 保险产品从保险公司最初的产品开发到最终保人手里的过程、途径称为保险营销的渠道，有效、畅通的保险营销渠道是保单顺利销售的保证，因此人身保险公司在进行人身保险营销时务必要保证行销渠道的畅通无阻、广泛有效。传统的人身保险行销渠道大致可分为两大类：直接渠道和间接渠道。

#### 1. 直接渠道

直接的营销渠道是指人身保公司将保单直接销售给最终投保人，其不需要任何中间环节。它以保险买卖双方的直接交流为特点。直接的营销渠道一般在以下几种情况较为常见：一是人身保险产品的功能单一，只面向特定的投保人，人身保险公司根据客户的特殊需要而提供该类产品；二是人身保险产品的功能过于复杂，需要人身保险公司细致的指导和详细的解说、优良的售后服务，这也需要投保人直接和公司进行关系。

在美国，直接营销渠道是人身保险公司通过邮寄、报纸、杂志、广播电视或电话等方式直接与客户联系而形成的，不需要任何中间人。在这种行销渠道下，人身保险公司可以节省中间人的费用支出，但要相应增加广告的支出。若是针对某一特定险种，则有利于投保人的集中投保，可一次性进行大量销售，节省成本支出。人身保险公司和投保人的直接联系有助于公司、及时有效了解市场行情、对现有产品作改进并开发出市场需要的新产品。但一般由于人身保险公司的业务量庞大、保单品种繁多，这种直接营销不利于人身保险公司的规模经济效益，所以只对特殊险种采取此方式。

#### 2. 间接渠道

间接的营销渠道是指人身保险公司通过若干中间环节将保单销售给最终投保人。其营销的中间环节各公司有所不同，可以是一个，也可以是多个，可以是代表人身保险公司利益的中介组织机构，也可以是代表投保人利益的中介组织机构，这种间接的营销渠道又可根据中间环节的不同分为不同的类型。

(1) 保险代理人制度。在这种间接营销渠道下，人身保险公司首先通过代理合同明确代理人，并授权代理人在保险公司的授权范围内进行代理保险产品的销售。代理人向客户出立暂保单、代收保险费及理算赔款等。客户直接与代理人发生联系，而不必通过人身保险公司进行市场行销活动的主体，在

发达国家，保险的代理人制度很发达，保险代理人的佣金也很高，可达保费收入的 30%—40%。保险代理人制度的建立，对于人身保险公司降低销售成本，分散风险、提高保单销售量，增加公司利润有着重要的意义。保险代理人的展业活动渗透到各行各业，覆盖城乡的每个角落，为社会各层次的保险需求提供了方便、快捷的人身保险服务，产生了较大的社会效益。保险代理人进行保单的专业销售，有助于人身保险公司保单行销效率的提高，同时，代理人与客户紧密接触，还能将保单不足之处和客户需求及时反馈给人身保险公司，提高了公司的经营效率。

（2）保险经纪人制度。保险经纪人和保险代理人有很大不同，保险经纪人是代表投保人的利益，为其寻找合适保险人后代表投保人拟定保险合同，完成保险行为，并收取佣金。而保险代理人是代表保险公司的利益，帮助公司进行保单的销售。保险经纪人是西方发达国家保险公司销售保单的重要形式。由于保险经纪人具有良好的在保险条件、保险费率厘定及保险市场方面的专业知识和丰富经验，因此他能为投保人提供专业化的服务，方便了投保人的活动。而且保险经纪人能从保险公司那里按照招揽业务的一定比例，获取一定佣金，既节省了保险公司的相对于其内部较高直销人员工资的支出，又使保险经纪人获得了一定的收入，具有较好的社会效益。

（3）寿险营销员制度。寿险营销员是人身保险公司向社会招聘的并经其培训合格的专门从事人身保险推销业务的人员。寿险营销员虽然由人身保险公司招聘并由其管理，但他们不属于保险公司的正式员工，其收入包括底薪的所收保费的一定比例的提成。他是介于保险人和投保人之间的中介人。寿险营销员制度方便了人身保险公司的营销活动，具有很大的灵活性和机动性。

我国人身保险市场上保险代理人制度和保险经纪人制度都不是很发达。因为保险代理人和保险经纪人都是需经有关机构的批准才能设立组织形式，对其从业人员有较高的要求，对各组织机构的硬性要求也比严格，而我国人身保险业发展时期较短，人才缺乏，所以在这方面有很大的欠缺。我国已加入 WTO，这将给我国的人身保险业的发展带来巨大的压力，要求我们必须尽快完善这些制度，客观上刺激了我国人身保险间接行销渠道的发展。2001 年 6 月 28 日，广东省首家专业保险代理公司粤联合保险代理有限公司正式开业。作为第一批被中国保监会“放”入市场的 33 家保险代理公司之一，粤联合将在广东发起一轮保险营销方式的变革。

在世界上，保险代理公司等保险中介已经有上百年的历史，而中国的保险中介实际上是自 1992 年美国友邦进入后才大规模引入的。我国的人身保险公司也要努力培养专业人才，国家政策给予适当倾斜，增强国内人身保险公司的竞争实力，健全保险代理制度和佣金制度，加强代理人员的管理和培训，完善相关的法律法规制度。

### 151. 8. 3. 2 人身保险营销渠道的创新

152. 世界互联网技术的迅速发展，给人身保险的营销也开辟了新的道路。新的人身保险营销方式已经在国际保险市场上露出头角即网络营销。网络营销是指保险公司借助于联机网络、电脑通讯和数字交互媒体等来实现其营销目标。目前，世界上的知名国际大型保险公司均已实现了网上营销。网络营销开创了世界保险营销的新渠道，其强大优势构成了对传统营销渠道的巨大威胁。网络营销将从整体上改变现行营销体制，创建更快捷、有效的营销服务体系。人身保险公司利用网络营销将给其本身带来巨大利益：

（1）降低营销成本。人身保险公司通过引进电子系统，可以大大降低其在保单印刷、保管、中介开支及其相关的密集劳动的成本，因此也相应的降低了保险费率的报价。对于大型人身保险公司来说，还可以得到资源共享的优势、减少了信息成本。

（2）增大销售数量。由于 Internet 的方便、快捷、准确的服务，网络营销能增强对投保人的吸引力。在传统的营销渠道中，投保人不得不花费大量时间在保单的查询、签订等方面，而现在可以随

时随地获得及时、方便的服务，能增强其购买意愿。而且人身保险公司由此降低的成本开支也相应地降低了保单的定价，这更能刺激投保人的购单行为。

(3) 有利于人身保险公司的经营控制。网络营销通过互联网技术，可以向人身保险公司提供及时准确的保单销售业绩情况，便于营销部门进行保单的管理，也有利于财务部门的帐务处理工作。客户可以直接和公司进行联系，增强了人身保险公司对市场的掌握和熟悉程度，便于公司整体经营的改进。

网络营销带来的巨大优势不仅体现在人身保险公司获得的利益上，而且还能给投保人带来切实利益，为整个社会带来福利效应。

(1) 投保人在新的保单购买方式下可以自由选择各类保险产品，轻松享受人身保险公司的全天 24 小时服务。在传统营销渠道中，投保人若想投保，必须先和保险公司或其代理人联系，获得人身保险公司提供服务的信息，再仔细研究后开始签订保险合同，这是一个复杂而耗时、耗力的活动，投保人有时由于项目的繁琐而不愿投保。而网络营销服务的提供，使客户可以随时在网上获取任何需求信息，足不出户便可浏览全部保单种类及相关内容，同时能获得人身保险公司提供的投保理财的专业化服务，进行专家理财。

(2) 客户可以在网上进行多家人身保险公司的比较，获得不同公司的全面的服务信息选择最优保单种类、最低价格，实现在保险产品的多元化中的最优选择。

(3) 网络营销面向全社会，能增强人身保险公司的宣传力度，增强人们的保险保障意识，鼓励人们进行有效的风险管理，提高整个社会的安全意识，有利于国家社会的稳定发展。

我国人身保险营销中间渠道发展较落后，而网络营销却能开辟新的营销渠道，这对我国人身保险营销发展有着重要的意义。网络营销拓展了销售的新的空间，我国可以利用这个空间，弥补传统销售渠道的局限，大力挖掘保险市场的潜力。我国人身保险业的发展是随着国家医疗改革、企业改革的步伐同步发展起来的，目前人身保险业的服务对象多为大中城市的中高收入阶层，而这个市场的客户一般都是互联网的用户，所以网络营销对于这样一个定位的市场的挖掘具有明显的优势，可以加快我国人身保险业的发展。我国现已开辟了中国人寿保险网等多家网站，并在不断地更新升级，为人们提供更优质的服务，网络营销对于我国人身保险公司迎接外国人身保险公司的挑战将起到重大的增强竞争能力的作用。

网络营销虽然有诸多优势，但目前互联网还存在着数据传输较慢特点，其扩展还受到计算机普及程度和通讯技术水平的限制。而且，客户投保都需要个人资料的绝对保密，网络有可能出现技术窃密等现象，这是投保人的一个担忧。而且网络是一个无形的东西，如何防止一些不法分子通过此捷径来进行非法经营和网上诈骗也对保险网上营销提出了巨大挑战。

在我国，网络保险还是新生事物，大多数保险公司对于网络保险的认识还处于摸索阶段。我国目前已开通网站的保险公司在网络销售方面还处于最初阶段，即静态信息给予阶段，仅仅提供险种内容、经营机构、投保意向书等内容。1999 年 3 月 9 日，由朗络电子商务有限公司与中国太平洋保险公司北京分公司合作开通的网站，真正实现了“网上投保”。为了解决网上支付问题，朗络公司与国外数家银行建立了广泛的业务联系，顾客可以使用中国银行长城信用卡、工商银行牡丹信用卡、建行龙卡及 VISA、MasterCard、AE 等信用卡在网上实现支付。与此同时，由非保险公司（主要是网络公司）搭起的保险网站也风起云涌，目前影响较大的是一家是由中国人寿、平安、友邦、太平洋等十几家保险公司协助建立的易保网（www.ebao.com），它以中立的网上保险商城为定位，打出了“网上保险广场”的旗号，使保险公司、保险中介、保险相关机构都可以在这个平台上设立个性化的专卖区，客户只需在一个网站浏

览就能完成对十几家国内大型保险公司的保险咨询，特别是其推出的保险需求评估工具，如同在线计算器，客户只需在网页上输入个人需求，服务器就能自动的列出各家保险公司现有的满足客户需要的险种，使客户能很方便的选择适合自己的险种，甚至直接将客户带进网上保险网页，通过信用卡完成保费支付，尽管如今能进行网上支付的城市只限于北京和上海，但在不久这种便捷的支付方式将遍及全国。

153.

## 8.4 人身保险营销的策略

154. 人身保险营销要从整体上构建营销策略，这是其营销的关键。可以通过广告、商品组合、公共关系等方面制定营销策略，多角度、全方位的营销战略将对人身保险公司的业务发展起到重要促进作用。

### 155. 8.4.1 广告宣传策略

156. 广告在当代社会中已成为一种重要的营销手段，是一门营销艺术。人身保险营销也要借助于广告的巨大宣传作用，把人身保险信息传达给所有人，扩大公司在社会上的知名度和影响力，同时传播公司的最新产品，促进保单的销售。

人身保险公司在进行广告宣传时要注意以下几点：

（1）首先要进行创意选择，创意是广告的灵魂，所以必须对人身保险产品的广告进行精心设计，力求以瞬间的广告传达丰富的信息量并能给人以深刻印象。要根据不同产品适应的不同对象有所差别对待，老年人和青年人的喜好不同，要选择不同的媒介。广告宣传意在保证树立公司的良好形象，提高公司声誉。

（2）广告宣传对于人身保险公司来说是一项比较大的资金支出项目，因此在进行广告宣传时要注意成本节约。广告可以通过电视、广播、报纸、杂志等媒介传播，而电视广告的花费最多的，所以在电视中力求语句简练、信息播放迅速，这样可以节省开支；或者通过专门节目进行宣传，这样效果更好但支付也更多。广播的广告成本相对较低，可以进行较长的广告播送。报纸、杂志也是很好的媒介手段，而且销售很大，成本较电视相比也较低，可以开展详细的人身保险说明、宣传，还可以在专门的保险报纸、杂志上宣传，这样更能增强客户对公司产品的信心。

### 157. 8.4.2 保险推销策略

158. 广告宣传意在扩大人身保险产品在社会上的认识度，但最终的保单销售还要依赖于保险营销员的工作。公司要对其营销品进行系统的业务培训，使其掌握基本的推销技巧，同时在奖金上设置较大的激励机制，让其业务成绩和收入直接挂钩，鼓励其努力工作。推销技巧好坏对于保单能否成功销售有着重要作用，推销员首先要消除客户对人身保险的各种疑虑、误解、并宣传人身保险的优势、积极意义、重要性等，再结合客户的经济状况、保险需求等具体情况向其建议适合的保单形式。这一过程需要推销员表现热情、说话诚恳，可以引用成功案例，并要有耐心。总之，推销员要仔细揣摩客户心理，用贴切实际的语言、行动满足客户所需，达到销售保单的目的。

### 159. 8.4.3 公共关系策略

160. 人身保险公司经营的是一种服务，是以现在的保费收入换取未来的赔付支出的一种承诺服务，这是直接与公众进行接触的，所以公共关系在人身保险营销中格外重要。如很多企业投其员工投保团体险，这需要人身保险公司和企业有良好的关系，企业才能带来大量投保需求。公共关系更多的是指人身保险公司和政府部门、新闻媒体、社区的关系。人身保险公司保持和政府部门的良好关系有助于其及时获得国家政策信息，向政府支持、鼓励的方向拓展产品的开发、销售；保持同新闻媒体的良好关系可以使公司通过新闻界传播自己的优势项目，增强公司的良好形象，同时可以避免不利消息的传播。新闻界的广泛支持，能提高公司的声誉，即可增强了客户的认可程度，相应地增加了自己的潜在客户数量。

为搞好公共关系，人身保险公司要积极配合国家政策的颁布实施，主动接受相关部门的监管；要经常与新闻媒体保持联系，可以对其发展进行一些投资赞助，还能扩大公司的利好消息的传播。

#### 161. 8. 4. 4 优质服务策略

162. 人身保险公司提供的无形产品——服务也是存在质量问题的。由于人身保险公司提供的是一种给予未来某项赔付的承诺，所以其更注重长期的稳健经营，这要求公司必须提供优质服务才能不断地保持并增加其客户数量，增加其市场的份额。优质服务策略是指人身保险公司努力使其提供的各种服务达到或超过客户的期望和要求。如尽量在方便的时间和地点为客户提供咨询、介绍、签订合同等服务；具有良好的服务态度和服务技能；人身保险服务内容真实真可靠等，为客户提供稳定的长期的优质的服务。

#### 163. 8. 4. 5 公司形象设计

164. 投保人在选择向哪一家人身保险公司投保时的一个重要考虑因素就是公司的形象、声誉。因为公众对于保险公司提供的服务承诺的兑现与否很大程度上取决于公司声誉，有较高威望与声誉的公司更能获得客户的青睐。因此公司要致力于提高本公司的声誉、加强本公司的形象设计。公司的形象一部分通过其业务推销员的行为举止表现出来，所以人身保险公司要加强对员工的培训，增强其业务素质，展示公司良好形象；另一部分即是公司的宣传，人身保险公司可以定期举办宣传会，开发新产品时召开记者招待会、保户座谈会，积极参加公益活动并通过媒体进行宣传，这样提高公司的知名度，增强公众对公司的认可就相应地拓宽了业务市场。

#### 165. 8. 4. 6 价格策略

166. 价格是商品价值的表现，也是现今社会商品竞争的焦点所在。不仅新产品需要进行定价研究，原有的老产品也要有相应的定价策略。产品的定价既要适应客户的支出承受能力，又要使人身保险公司能通过其保费收入获取利润。如果产品定价过高，则其收入的保费形成的风险准备金将超过其未来支付的理赔支出和相关费用支出，则公司会产生超额收益，但同时也产品的价格竞争方面处于劣势地位，将失去一定的客户量；若公司采取较低的定价，则每份保单销售所获取的利润将大大减少。所以公司在降低产品价格的同时要衡量其价格下降导致客户数量增加而增加的收益能否抵补其单位产品价格下降带来的净损失，其最佳价格在理论是应使得产品的边际收益和边际成本相等。但在实际中还要考虑其它因素的影响，所以不同的定价机制会产生不同的收益效果，下面作进一步的详细分析。

### 1. 低价策略

低价策略是指人身保险公司将产品的价格定在低于原价格的水平上，其价格只略高于成本价。这种定价策略主要是为了迅速占有市场，打开保单的销路，在总量上为人身保险公司获得更多的人身保险资金，为公司的进一步资产经营创造条件。因为有的新产品在刚刚推向市场时，人们对其功能都不甚了解，不愿意花费较高的代价去换取一个比较陌生的未来服务，因此低价策略对于新产品有更大的优势，它能更容易地被市场接受，而这是公司长期持续经营该产品的第一步。原有产品降低价格也能增强人们的购买力。

但低价策略在运用时，人身保险公司必须实行高效的管理。不能对所有的产品都采取低价策略，这容易在客户心理上打下产品质量较差、未来服务的承诺不可靠的烙印，客户会因此对该公司的产品产生怀疑，公司也可能因此降低声誉，带来不良影响。这种低价只能建立在对产品的高效经营管理的基础之上，公司要加强成本和管理费用的控制、降低产品的推销成本。低价策略更适合在市场的宏观环境较差的情况下采用，增强客户的意愿购买能力。

### 2. 高价策略

高价策略是指人身保险公司将产品的价格定在高于其成本价或在原来价格的水平上，获得超额的价值增值利润。人身保险公司实行高价策略主要有三个原因：

一是通过新产品的内在技术优势而提供方便灵活的服务来获取垄断利润。由于新产品的独特性能，它能提供其它市场上的产品不能提供的特殊服务或给客户带来更多的便利和保险保障作用，公司可以利用其这一特性获取高额利润，待其他竞争对手逐渐获得这种技术、新产品在市场上的供应逐渐增多时再慢慢降下价格，获得稳定收入。

二是某些产品只是针对于某一特定类型的客户，其保障的风险难度较高，由于其产品应用范围较狭小，出售的数量有限，因而必须通过高价来补偿其它相关费用，如人员研究的费用、推销费用等，保证该产品为公司创造新的利润收入。

三是较高的价格能增强市场上客户对产品的信心，保证公司产品的人气指数。同时公司能获得高额利润。

四是有些投保人要求保障的风险过高，通过较高的定价方法能拒绝风险过高的人身保险标的。这有利于降低公司的经营风险，提高公司的经济效益，保证其稳定经营。

但人身保险公司实行高价策略时要谨慎采用，因为过高的保费定价会加重投保人的债务负担，容易失去对客户的吸引力，不利于产品市场的大规模开拓，会给公司未来持续经营带来困难。

### **3. 优惠价策略**

优惠价策略是指人身保险公司在产品现有价格的基础上，在产品销售时给予折扣或优惠折让的策略。优惠价包括两种形式：

一是降低原有产品的价格，其目的是为了刺激人们投保，拓展新市场。降低价格会使人们得到实际的优惠，迅速地扩展市场，增加业务量，这种产品降价是暂时的，待市场拓展开以后，产品有了广泛的销售渠道，就取消优惠价。由于人们已对该产品包有广泛的认知，所以提升价格以后带来的收入仍能大于低价销售时的总收入。

二是在进行产品的组合销售时给予价格上的优惠，如人身保险公司在推出新产品时，可以在原产品的销售的基础上给予新产品的优惠折让，刺激客户购买产品组合，能打开新产品的销售市场，增加公司的整体收益。

除了在保费交纳的绝对数额给予降低外，人身保险公司还可以在保费缴纳方式上给予优惠，如减少首期保费投入额，或延长保费缴纳期限而降低每期缴纳额，这都会在一定程度上刺激投保人、增加其购买保单的欲望。

### **4. 差异价策略**

差异策略是根据时间、地点、竞争对手的情况不同而采取不同的价格的策略，包括时间差异策略、地理差异策略和竞争差异策略。

（1）时间差异策略。人身保险公司在对产品定价时根据外部经济环境和内部经济环境的变化情况，在不同的时期可以制定不同的价格水平。当外部的整体经济环境处在繁荣期，人们的收入水平较高且收入稳定，更愿意对未来的不确定性风险进行保障时，可以制定较高的价格，不会减少收入。当某一时期的自然灾害或意外事故发生较频繁时，人们因此而带来巨大损失，会相应地增加对人身保险的需求。



求，这样也可以增加保单的价格来增加收入。但如果人身保险公司在开业初期，其公司的整体信誉还较低的时候，公司产品的价格就要相应地低一些，相应地该公司不断扩大业务规模、增强自身实力、有了一定的影响力和声誉后，可以提高其产品价格，而不会导致客户的流失。

(2) 地区差异策略。这是指人身保险公司对同一人身保险标在不同地区采取不同的保费定价的策略。地区差异策略适用于在不同地区人们的收入水平、思想观念和社会秩安、风险发生频率都有所不同的情况。在高收入水平的国家或地区可以定价高一些，因为人们对保险的支出承付能力较高，所以较高定价仍然具有一定的销售市场。若某一地区人们的思想观念较保守，不愿意为未来获得某项保障而进行现期支付时，保费的定价要相对低一些。还有些地区，社会秩安较差，风险发生频率较高、风险事故较严重时，要制定较高的保费定价以抵补其高赔付支出。如某一工作危险性较高、某一地区意外伤害情况较多时都要采取相对较高的价格。

(3) 竞争差异策略。人身保险市场是一个市场主体多元化的市场，竞争对手都不断地改变其价格策略以占据有利的竞争地位。因此人身保险公司也要根据其竞争对手的价格变化情况调整自己产品的价格。若人身保险公司是一个大型的国际知名公司，在保险业界具有较高声誉，在产品价格制定上有领导优势，可以依据其强大的实力在其它公司纷纷降低保费时依然不改变价格，这还能提高整个公司的声誉，维护自身的形象，同时获取较高利润。而如果本公司是一个中小型公司，在整个人身保险市场上只是同类产品价格的接受者，在其它公司降低产品价格时就不不得不随之调整本公司产品的价格，否则在价格竞争中将要被市场所淘汰，不能继续稳定的经营。

总之，价格的竞争是最激烈的，不同的价格策略既能给公司带来巨额利润也能使公司在竞争中垮台。公司在进行人身保险营销时要比较本公司的优势和劣势，依据外部环境，结合本公司的经营情况制定不同的定价策略，并不断地改变策略的组合，才能在竞争市场上长期占据优势，持续稳定地经营，扩大公司规模，创造更多的收益。

## 167. 8.5 人身保险的客户服务

168. 人身保险产品的销售过程即是对客户的服务过程，而且是一种全面的服务，其过程包括咨询、约访、面谈、缔约、收费等，如果保险标的发生符合合约规定的保险事故，还要包括审核、理赔、契约变更、附加价值服务等过程，还有可能发生投保人和保险人之间的法律申诉过程。这些复杂的过程可归结为三类服务：售前服务、售中服务和售后服务。

### 169. 8.5.1 售前、售中服务

170. 售前服务主要是咨询服务。投保人在投保前，需要先掌握有关人身保险的信息，因此人身保险公司除了通过广告宣传其产品服务以外，还要为客户提供信息咨询服务。咨询服务可以由公司设置专门的咨询服务窗口、开通咨询服务电话或由营销员向客户详细解释的方法来进行。不论通过哪种方式，人身保险公司事前都要对相关咨询服务人员进行培训，保证其精通本公司的服务业务。

一般来说，客户到公司的咨询服务窗口或电话咨询只是想要获得初步的信息如险种类别、保费等，服务人员要进行细致、耐心、准确的解答以给客户留下第一次的好印象，引导其购买本公司的保单。而营销员向客户提供的咨询服务更直接、更详尽，营销员在向客户推销保单时占据更主动的地位，他们要向客户介绍保险的相关知识，如现存保险种类、价格等给他们带来的众多利益。还要说明本公司的优点、特点，与其它公司相比选择本公司能获得更多的好处等等。营销员介绍完公司情况以后，还要深入了解客户的情况，如其经济收入状况、保险需求、生活支出、目前的其他资产等，根据其现状向其建议适合的保险品种及该产品能给客户带来的实际利益：如一旦发生保险事故其能获得的赔付金、保险产品的现金价值、分红情况等等。也可向客户推荐相应的产品组合，使其能获得更大的保险保障。还要指出该产品的保费定价、缴费方式、保障责任、除外责任等。

咨询服务是营销员推销保单的第一步，也是最重要的一步，因此要在提供咨询信息时细致、耐心，从客户的需求出发，洞察客户心理，满足其所需。在客户实际购买保单之后，营销员也可提供咨询服务，通知其保单分红状况，现金价值如何，公司目前经营状况如何等还可进一步劝说其购买其它产品。

售中服务是指投保人决定投保后，营销员在合约签订过程中所提供的各项服务，主要是指导投保人如何正确地填写投保书。因为投保书是人身保险合同的重要组成部分，而投保人对此又不甚了解，所以营销员有责任指导其填写，并将其投保后的利益和责任详细地告知投保人，这样才能真实地体现客户的投保意愿，维护客户的正常利益。

#### 171. 8. 5. 2 售后服务

172. 由于人身保险公司提供的人身保险合同都是长期性合同，有的保险产品是终身寿险，因此保险合同的有效期都很大。在这样长的保险期限内，保险公司和被保险人都会发生很大变化，如被保险人年龄增长、收入增加或有的被保险人经济贫困不能续交保费、工作地点转移等情况，均会使原有保单的保障范围及人身保险金额与保护的实际需求有较大偏差。而保险公司也可能由于技术不断进步而能为客户提供更多更新的服务。这些变化都需要人身保险公司为客户提供大量方便、及时的售后服务避免保单的中途失效，真正保障投保人的利益。

良好的售后服务能真正满足投保人的有效需求，还能树立公司的优良形象，提高公司声誉，使客户对公司的人身保险服务真正满意，从而能带来新的客户，开拓出潜在的市场。售后服务对人身保险公司的经营是至关重要的，公司要努力提高其售后服务质量。售后服务主要包括以下几种：

#### 1. 续期保险费的收取

投保人向保险公司缴纳的保费在很多情况下都是分期给付的，第一次交纳保费可以直接缴纳现金支票，而以后各期可以由投保人按期续缴，也可通过银行自动转账方式，这可以省去很多麻烦，方便快捷。

#### 2. 保险合同变更的服务

在保险合同有效期内，由于期限较长，投保人的很多情况可能会发生变化，保险合同的有些内容可能相应的变更。保险合同变更的主要内容包括投保人或被保险人地址、保险期限、交费方式、受益人、投保人以及养老金领取方式等。

若投保人要求变更保险合同，应先填写更改保险合同的申请书，然后交到保险公司业务部门。业务部门查看投保人的申请后，出立批单并予以约定。

#### 3. 保险合同的复效

投保人要在保险合同约定期限内交保险费，如果在 60 天宽限期后仍未交保险费的，保险合同效力就中止，即保单失效。保险合同失效的原因很多，如投保人疏忽、收入下降无力支付或不愿支付，投保人出国等多方面的原因。保险合同失效后，营业员应及时跟投保人联系，详细询问保险单失效的原因。若保险单失效的原因为投保人疏忽所致，则应及时通知投保人办理复效手续；若是因投保人主动行为导致保险单失效，则应帮投保人办理退保手续。办理复效手续时，营业员要指导投保人先填写保险单复效申请书，然后交保险公司业务处理部门办理。在保险合同失效两年后，保险公司有权不为投保人办理复效手续。

#### 4. 保险单的迁移

在保险有效期内，客户可能会因住所变动或其他原因而要求办理到原签单公司以外的其他机构继续享受保单权益、履行保单义务的有关手续，即保险关系的转移。保险公司要为投保人提供保单迁移的变动手续服务。保险关系转移只能由投保人提出，其他人无权提出。保险关系转移可以在保险合同有效期内的任意时点提出。保险单转移目前只能在一个保险公司内部转移，不同的保险公司的保险单不能相互转移。

业务员在指导投保人填写保单时，应该告知投保人相关事项。

## **5. 保单遗失、污损补发**

如果保险单发生遗失或污损，投保人可以向保险公司申请补发。投保人需说明保险单遗失的具体情况，或将遭受污损的保险单交回保险公司，保险公司要依据真实情况为客户办理新的保险单。

## **6. 保险费自动垫交**

投保人在逾宽限期还未缴保险费的情况下，保险公司将自动按保险单的现金价值垫交应交的续期保险费，从而使合同继续有效。这种做法即为自动垫交。

一般而言，长期性寿险交足两年以上，该保险合同便有现金价值。如果第二期以后的保险费超过宽限期还未缴交，保险公司会用该保单的现金价值自动垫交保险费，使合同继续有效。垫交期间的长短，根据现金价值的多少而定。投保人如果不同意条款约定的该内容，应在订立保险合同时作书面申明，一般在投保单上的特别约定栏约定。

如果投保人曾经办理保单贷款，而且尚未还清，则只能以现金价值扣除贷款本息后的余额，来垫交保险费及利息。垫交保险费的利息自宽限期限终了的次日起，按保险公司规定的利率计算。保险费的自动垫交的规定，可以使保险合同继续有效。若投保人在垫交期间发生保险事故，保险公司要承担给付保险金的责任，依约理赔，但要在所给付的保险金中扣除垫交的保险费及利息。

## **7. 保单贷款**

当保单具有现金价值时，投保人可以凭借保险单向所投保的人寿保险公司申请保单贷款以解决资金短缺问题。贷款金额不能超过保险单的现金价值，保险单所列的各年度的现金价值，可以作为保户贷款额度的参考。投保人依据保单获得的贷款要付利息，并按时偿还本息若投保人不能按期付清本息，当贷款本息金额超过保险单的现金价值时，该保单的效力就会中止，如果投保人在此期间发生保险事故，将无法获得理赔。

## **8. 减额缴清保险**

缴清保险是指在不改变原保险期间与条件的情况下，以积存的保单现金价值一次性购买所能保障的金额。在变更为缴清保险后，被保险人若在保险期间内死亡，保险公司按缴清后的保额给付死亡保险金；若保险期间届满仍生存的，保险公司亦按缴清后的保额给付生存保险金。

## **9. 利差返还和红利领取**

有些人寿保险条款里设计有“利差返还”条款，规定当预定利率低于银行存款利率时，保险公

司以保险单现金价值为本金，将利息差额返还给客户。

红利领取是针对分红保险而言的。红利的金额是根据保险公司当年的经营状况计算的，如果公司在某经营年度内没有利润，则没有分红。在保险条款内没有分红条款的，投保人不得进行红利申请。

## 10. 退保

不同的险种退保的处理方式不一样。没有现金价值的短期性险种，如果保险条款规定可以退保的，退保时一般将未满期保险费退还给客户。长期性人寿保险，投保人未交足两年以上保险费的，保险公司将扣除手续费后的保险费退还给投保人；交足两年以上保险费的，保险公司将保险单的现金价值退还给客户。

## 11. 保单附加增值服务

保单附加增值服务并不是与保险业务有关的服务项目，而是保险公司在业务之外对保险客户提供的额外服务，这种服务通常附加在保险单上：通常而言，它包括保险公司对大客户开展的一些免费体检、联谊、健康咨询等活动。考虑到成本费用等因素，附加增值服务有一定的条件，一般只针对一定保险金额或保险费以上的客户，并不一定针对所有的客户开展。

保险公司开展附加增值服务的主要目的，是为了加强投保人和保险公司之间的联系和沟通，促进保险公司了解客户的具体服务需求，同时也在客户之间的联系提供必要的方便。目前，我国寿险公司提供大附加增值服务面仍很狭窄，随着服务水平的提高，附加增值服务的水平也会不断提高。

保险公司的人员要善于利用公司已有的条件，尽量做好售后服务工作，取得客户的信任，客户群体也会源源不断地增大。

173.

## 174. 8.6 人身保险营销的信息管理

175. 信息在整个社会的经济发展中正起着越来越重要的作用，相关的信息成本，信息管理等概念也相应出现。及时、准确、有效的信息能使企业的经营扭亏为盈，错误的信息也将导致企业破产，因此如何迅速获得有效的信息并进行加工分析已被越来越多的公司企业所重视。人身保险公司在营销中也必须拥有足够的信息量才能进行正确的决策制定和顺畅的销售管理。

### 176. 8.6.1 人身保险营销信息的含义和进行信息管理的意义

#### 177. 1. 信息的含义

信息是各种相互联系的客观事物在运动变化中，通过一定的传递形式而揭示的一切有特征内容的总称，信息必须体现事物的差异和特性才是有效信息，同时信息必须经过一定形式的传播才能被利用。人身保险营销的信息指的就是在人身保险市场上与人身保险营销相关联的各种经济资讯以及各种经济活动现象的客观情况。

人身保险营销的信息具有信息的一般特征：客观性、传递性、广泛性、价值性和可分享性。人身保险营销的信息涉及面广，包括外部信息和内部信息：

(1) 外部信息包括以下几方面：

1) 经济政策信息。经济政策信息主要源自于政府、官方及保险的监管者，他们会根据社会经

济的发展状况及时制定、颁布新的经济政策来影响经济结构的发展，这些宏观性的经济政策对人身保险业的发展是至关重要的。人身保险公司必须紧紧跟随国家的经济的政策导向，才能在经营中获得优惠。而且有关保险业的官方机构还会对保险市场的发展及时做出调查，专门制定保险的经营管理政策，人身保险公司必须迅速获得这些信息或者在这些政策信息尚未出台以前就能捕捉到这些资讯，这样可以预先做好准备，在竞争中占据主动地位。如国家政策允许寿险公司的大规模资金进入证券、基金行业，则寿险必须已具备相应的投资理财专家和硬件设施，才能迅速、有效地利用这些信息。国家还会为鼓励人身保险产品的创新出台一些相关的优惠政策，人身保险公司要想享受这些优惠也必须按照国家的政策导向行事。这些经济政策信息获得的前提是公司要密切关注政策动态、和官方人员搞好关系，所以公司必须具备良好的外交能力。

2) 人身保险市场的信息。人身保险公司在经营时，要确定各类保单的需求数量，这样就必须熟悉人身保险市场中客户的情况。包括不同客户的收入水平、消费倾向、消费支出结构；团体企业的经营效益、保险支出比例；社会人口数量、人口结构、地区分布等还有社会公众总体对保险的认知程度、意愿购买程度等。这些都是重要的市场信息。

3) 人身保险产品的现实和潜在需求。现实需求即已购买保险的总体情况；潜在需求即社会中尚未购买保险但在未来某一时刻会购买保险的总体状况。人身保险公司了解保险市场的现实需求状况有利于其进行对过去业绩的分析，评价并预测未来；对于潜在需求，它是人身保险公司要占领的市场，要明确其暂时未购买保险的原因：可能是由于现有产品的保费定价过高；可能是现在的产品不能充分满足客户的需求；可能是客户还没有认识到保险保障的重要性等等。了解其原因原就要对不同的原因加以改进如相应降低保费价格可能会带来保单销售量的大幅增长，开拓出新的保险产品以更好地满足客户需求：向客户阐明保险的重要意义及其购买保险后的利益的优势等等。

4) 竞争对手的信息。当市场需求是一定时，竞争的主要方向就是击败自己的竞争对手占据优势地位。人身保险市场的竞争非常激烈，由于市场参与主体不断增加，而各主体单位又不断地改进技术，开发新产品等使当今时代的竞争更剧烈。人身保险公司要了解竞争对手的经营状况，包括其提供的服务险种、保单价格、营销渠道、新产品开发等等。只有在竞争中知己知彼，取人之长补己之短才能真正地获得成功。

5) 风险信息。人身保险公司提供的是一种风险保障服务，所以必须了解风险的产生原因和保障措施。人身保险公司主要针对人身提供保险保障，因此要了解各个地区不同时间的风险分布状况，如哪些地区易于出现洪水、地震，哪些地方容易导致人员伤亡，哪些工作容易使人受伤，哪些疾病发生后给人带来重大损失等。人身保险公司要根据不同地区不同人的风险保障要求，提供能满足其需求的保险保障。

风险具有可变性，可以随时间的推移原有的旧风险逐渐变大，变小或消失，而也可能产生新的风险。因此人身保险公司要根据风险变化情况不断改变保单内容，才能更好地满足客户需求，提高公司的信誉。如现代科学技术水平的提高使原有的某些危险性工作逐渐由机器操作取代，减少了人身伤亡的概率，而核电站的发展使核泄漏可能对人体产生的巨大伤害，对于这些变化了的风险人身保险公司要给予密切关注。

## (2) 内部信息

人身保险公司除了要掌握大量的外部信息以外，还要洞悉自身经营内部的相关信息，这些信息主要包括：

1) 公司内部管理状况。即指人身保险公司内部职工是否团结一致, 为公司的长远发展而一起努力奋斗。员工的工作的目标和企业整体的工作目标是否一致协调; 公司员工和领导之间的交流是否顺畅; 领导的构思计划是否顺利地传达下去并付诸有效实施, 员工的意见是否有效地反映到领导层; 公司内部各部门之间是否协调发展, 实行资源、人力共享等等。公司内部力量是公司经营的核心力量, 只有大家共同努力才能使整个公司发展蒸蒸日上, 不断前进。所以公司在经营时要密切关注这些情况, 给予问题的及时解决。

2) 公司经营的财务状况。这是指公司销售保单获得保费收入、理赔支出、相关管理费用以出、现有资金的投资运作状况, 这些资料可以通过查看公司的资产负债表、损益表和考察有关财务指标如资产负债比率、杠杆比率、流动性比率等。保持良好的财务状况是公司经营销售的稳定保障, 也能提高客户对公司的信心, 恶劣的财务状况会降低公司在公众中的信誉度, 破坏公司形象。

## 2. 人身保险营销信息管理的意义

(1) 有助于人身保险公司的正确的战略规划制定, 人身保险公司通过收集、加工、整理信息, 形成对宏观市场和微观市场的正确认知和评价, 能够依此制定完备、正确的营销战略规划, 并总结相关的历史经验, 改进不足之处。还能对市场经济活动, 经济变化以及市场经济规律有深刻了解, 有利于公司的长远发展。

(2) 有助于提高人身保险公司的工作效率。由于公司掌握了大量的市场信息, 能加快公司内部运行速度, 工作效率大大提高。而且大量的信息及时地在公司内部各个部门间传播, 实现资源共享, 形成一个良好的信息沟通网络, 这会使整个公司的经营达到事半功倍的效果。

### 178. 8. 6. 2 人身保险营销信息的收集途径与传递方法

179. 信息的收集是有成本的, 人身保险公司进行信息收集可以通过公开收集和私下收集两种途径, 进行公开的信息搜寻花费成本小, 但信息价值含金量也相对较低, 私下收集需要花费较高成本, 但其信息数据更准确、有效、更能帮助公司制定正确的发展策略与营销计划。

公开的信息收集主要有以下方法:

1. 从各种公开出版发行的刊物上统计。如公司订购各种报纸、杂志等, 从中筛选出与自身经营相关的有效信息, 或者通过查阅相关的经济年鉴、金融数据资料、保险专刊等获得更多信息。这些信息都是历史信息, 需要有关工作人员进行加工整理, 才能最终形成对公司有价值的信息。

2. 向有关情报机构、信息咨询机构、信息预测部门、统计部门获取有关数据资料。近年来, 各国的统计工作都有较高水平的发展, 能为各行各业提供有用的统计资料, 人身保险公司也可以通过统计部的资料获得有关保险方面的有用数据、信息。而且, 各信息情报机构、咨询机构会对各种信息进行细致的分析研究, 人身保险公司也可直接利用其结果, 也可在其研究结果的基础上进行更细致、深入的分析。因为各信息服务机构不可能完全满足保险公司所需的特殊的信息服务需要, 所以基本上公司还要将其信息加工处理, 符合本公司所需。

3. 通过外交公关网络收集信息。这是指人身保险公司通过各种社会交际手段、协调、沟通各种有关的社会公共关系, 创立良好的公司形象, 取得社会的认可和国家官方部门的好评, 从社会各个方面的政府获取有关的信息。

4. 通过互联网收集信息。现今社会互联网的迅速发展为全世界人带来方便快捷的信息, 可随时随地进行信息查询, 人身保险公司可以利用因特网查找搜集信息。

5. 营销员保险代理人、经纪人的反馈的信息。由于营销员、保险代理人 and 保险经纪人是直接和客户进行联系的主体，因此他们最熟悉人身保险市场的现状，也最能探查到客户的需求及市场的发展动态趋势，所以他们提供的信息最具前瞻性，也是公司主要考虑的。营销员要及时把市场相关信息反馈给上级领导层，保险代理人 and 保险经纪人在向人身保险公司进行业务联系时也要传递客户意见，要求等，这样保险公司才能完善其产品种类、价格，提供更好的客户服务。

以上的公开信息的搜集只需人身保险公司花费较少的时间、人力就可获得，然而公司要想获得潜在的客户需求信息，有利于其今后制定正确的营销策略、及时满足客户需求、扩大营销总量还需对公众市场做进一步的调查分析，对客户市场进行抽样调查可以采用以下方法：

1. 在公共场所实行客户问卷调查，人身保险公司的员工设计出调查试卷，待客户填写之后，对其意见和建议进行综合处理，总结出客户的实际需求和不满之处。
2. 由营销员对居民区进行调查，可以采取居民访问法，切实地深入居民生活，关心客户利益，从大量的居民意见中得到有效信息，供公司研究并制定有效改进政策。
3. 人身保险公司还可以通过报纸、杂志及其它公开性刊物进行调查，这样的调查面更宽、更广、更能体现信息的准确性，这需要公众的密切配合。没有营销员的耐心细致解说，公众也许不愿填写各种意见反馈表。

无论采取何种方法，人身保险公司的目的都是获取对其有价值的信息，有助于其制定业务发展计划，所以要对各种方法交叉使用以求达到最佳效果。

#### 180. 8. 6. 3 人身保险营销信息系统的建立

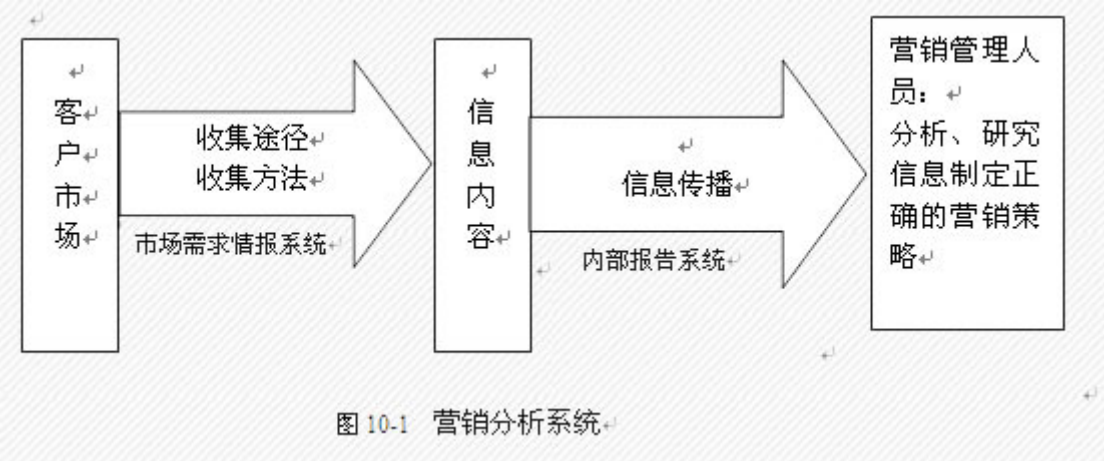
181. 人身保险公司进行信息的搜集、加工、整理、传递、利用的整个过程即是建立营销信息系统的过程。一个完整的营销信息系统由下几个子系统构成：

1. 市场需求情报系统。这个系统是指人身保险公司营销员等进行的信息调查、收集、将所获得的资料绘制成报表、完成第一步的信息获取工作。
2. 内部报告系统。其主要任务是将初始资料反映给上级管理人员，是信息的自下而上的传播过程，要求及时、准确、完整的无传输泄漏的有效信息传播。
3. 营销分析系统。该系统人员从改善本公司经营管理、获得最佳经营效益的目标出发，通过各种分析模型，对现有信息数据进行分析、研究、并据此制定出正确的营销策略。

一个理想的人身保险营销信息系统一般要具备如下条件：

1. 它能提供各级人员从事工作所必需的一切信息。
2. 能对信息进行筛选，使不同人员获得其所需信息。
3. 要求提供的信息是最新的，并且提供信息的形式方便易懂。
4. 要求提供任何形式的分析工具、研究模型等。

人身保险公司的信息管理要为建立一个理想的信息系统而不断努力，便于其最终的经营管理。人身保险营销整个信息管理的运作流程可由图 10-1 表示：



182.

183.

184. 总结

1. 人身保险营销是寿险公司为实现其经营目标，满足人们对人身风险保障的需求，依据市场环境，利用各种营销技术和策略，与保险营销对象进行沟通并达到说服保险营销对象投保保险的目的的运作过程。
2. 人身保险营销是一个动态的管理过程，是一个险种从设计前的市场调研到最终转移到保险消费者手中的整体过程。这和常说的人身保险推销有着本质的区别，人寿保险的推销只是营销过程的一个阶段。
3. 在进行人身保险营销时要对其环境做细致分析，包括宏观环境和微观环境。宏观环境又包括政治法律环境、经济环境、社会文化环境、人口环境等。微观环境包括投保人、竞争对手、营销中介机构、公众、人身保险公司的经营目标、经营水平、财务状况等。
4. 新产品是指过去不存在的，经专业人士研究、开发并推出的在结构、功能、设计等方面有显著改进或提高的产品。产品开发要遵循以下原则：适应性原则、合法性原则、技术优势原则。产品开发的程序包括市场调查、构思评审、广告宣传、投入市场、绩效评估。产品开发策略有技术策略、组合策略和时机策略。
5. 人身保险产品的营销渠道包括直接渠道和间接渠道。间接渠道又包括保险代理人制度、保险经纪人制度、寿险营销员制度等。保险公司可以采取不同的渠道营销。
6. 网络营销在逐渐发展起来，它具有传统营销渠道不可比拟的优越性，但也存在一些技术障碍。
7. 保险产品营销时有不同的定价策略，包括低价策略、高价策略、优惠价策略、差异价策略。
8. 人身保险营销除了价格策略外，还包括广告宣传策略、保险推销策略、公共关系策略、优质服务策略、公司形象设计策略等。
9. 人身保险公司提供的客户服务有售前服务、售中服务、售后服务。



10. 人身保险营销的信息指的就是在人身保险市场上与人身保险营销相关联的各种经济资讯以及各种经济活动现象的客观情况。外部信息包括经济政策信息、人身保险市场的信息、人身保险的现实需求和潜在需求、竞争对手的信息、风险信息；内部信息包括公司内部管理状况、公司经营的财务状况等。各种信息有不同的收集途径和方法。

11. 人身保险公司进行营销的信息管理要致力于建立一个完善的营销信息系统。

185.

186. 关键词

187. 营销	人身保险营销	新产品	产品开
发			
营销渠道	低价策略	高价策略	优惠价策
略			

# 全国职业经理MBA双证班

认证系列：职业经理、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、行政总监、采购经理、营销策划师、企业管理咨询师、企业总经理等高级资格认证。

颁发双证：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、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

咨询电话：13684609885 0451- 88342620 招生网站：<http://www.mhjy.net>

电子邮箱：[xchy007@163.com](mailto:xchy007@163.com) 颁证单位：中国经济管理大学 承办单位：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 学校网址：[www.mhjy.net](http://www.mhjy.net)