
保险理财案例

案例一：风险与保险

【案情介绍】

一场工业意外事故造成死 103 人、伤数百人的惨剧。其中两人生前购买了某保险公司的“分期支付储蓄终身寿险”和“综合个人意外保险”，其家属分别得到了人民币 24 万元和 13 万元的保险赔偿和给付。而其他不幸者因为没买过任何保险，只能得到有关部门有限的抚恤金。

【案例分析】

当风险事故发生时，保险公司的赔偿虽然不能给死者家属多少精神上的安慰，但在经济上却是一种恰逢其时的帮助。相比之下，没有购买保险的死难者家属不得不承受精神与经济上的双重打击。

【启示】

任何人在其一生中都有可能遇到意外事故甚至灾难，其后果可能是轻微的，也可能是严重的，严重时，不但引起伤害，也可能丧失生命，并使依靠其生活的家人失去生活来源。这种经济上的不稳定性需要得到保障。保险就是一种有效的保障方式。保险虽然不能事先化解风险，但是却能在较大程度上减轻或消除风险事故的损害。

案例二：保险与储蓄

【案情介绍】

在中国，保险与银行储蓄对客户吸引程度存在差别。一个调查表明，被调查者的家庭收入中，有 30%用于购买金融产品，而在这些金融产品中，银行储蓄占 50%，保险占 18%，股票也占 18%。这说明，银行储蓄在我国国民心目当中还占有很重要的地位，保险等金融产品的重要性还没有被国民所完全认识。

【案例分析】

“把钱存银行好，要用时随时可以领取，而若购买保险，则没有这么方便。”这是很多中国人对保险的看法。事实上，这种看法是不全面的。

从预防风险上看，保险和银行储蓄都可以为将来的风险做准备，但它们之间有很大的区别：用银行储蓄来应付未来的风险，是一种自助的行为，并没有把风险转移出去；而保险则能把风险转移给保险公司，实际上是一种互助合作行为。从预期收益上看，银行储蓄的收益包括本金和利息，它是确定的；购买保险后得到的“收益”表面上看是不确定的（它取决于保险事故是否发生），但实际上是确定的：购买保险即意味着得到了风险的保障，而且这种保障的保障程度非银行储蓄所能相比：只要缴纳了足额的保险费，就能得到完全的、充分的保障。

【启示】

保险有着储蓄所没有的功能。二者具有本质的区别，并不能作简单的类比。并且，单纯从风险保障的角度来看，保险的保障程度显然比银行储蓄要高。

案例三：“平安世纪理财”——投资型人寿保险险种

【案情介绍】

1999年10月22日，中国平安保险公司在上海正式推出国内第一份投资联结保险“平安世纪理财”。有人评论它标志着我国寿险品种开始由传统型向现代型转换。人寿保险市场的重心开始从有预定利率的储蓄型险种向投资型险种转移。

以下是《平安世纪理财投资联结保险投资账户 2002 年半年度报告》投资账户的介绍部分：

一、平安世纪理财投资联结保险投资账户简介

（一）平安发展投资账户

- 1、账户特征：稳健平衡型投资账户。本账户不保证投资收益。
- 2、投资政策：采用稳健的投资策略，根据对利率及证券市场走势的判断，调整资产在不同投资工具上的比例。追求账户资产的长期稳定增值。
- 3、主要投资工具：银行存款、债券、证券投资基金、债券回购。
- 4、投资组合限制：投资于国债及银行存款的比例不低于 20%；投资于证券投资基金的比例不高于 60%。
- 5、主要投资风险：基金市场风险、利率风险、企业债券信用风险是影响本账户投资回报的主要风险。

（二）保证收益投资账户

1、账户特征：低风险收入型投资账户。设有保证投资收益率。保证投资收益率不低于当年银行活期存款利率按时间（天）进行加权平均的收益率。

2、投资政策：在保证本金安全和流动性的基础上，通过对利率走势的判断，合理安排各类存款的比例和期限，以实现利息收入的最大化。

3、主要投资工具：银行存款，现金拆借等。

4、投资组合限制：投资于银行存款、现金及现金拆借。

5、主要投资风险：银行利率风险是影响本账户投资回报的主要风险。

（三）平安基金投资账户

1、账户特征：高风险高收益型投资账户。本账户不保证投资收益。适合愿意作较长期投资及承担较高风险、追求较高的长期回报的投保人。

2、投资政策：积极参与基金市场运作，把握市场机会，采取对账户所有人有利的积极措施，在一定范围内调节投资于不同投资工具上的比例，从而使投资者在承受一定风险的情况下，有可能获得较高的投资收益。

3、主要投资工具：证券投资基金、银行存款、债券、债券回购。

4、投资组合限制：主要投资于证券投资基金，同时兼顾对债券、债券回购、银行存款等收益型投资品种的投资；投资于基金的比例为 60%-100%。

5、主要投资风险：股票市场风险、基金市场风险、利率风险、企业债券信用风险是影响本账户投资回报的主要风险。

【案例分析】

首先我们需要了解什么是平安世纪理财投资连结保险。它是集保险保障和投资理财于一身的险种。客户所交保险费，一部分用于保险保障，其余部分进入专门投资账户，通过专家理财达到资产保值、增值的目的。举个例子，平安公司收到每期应交保费后，保费分配方法如下：第一个保单年度，所有保险费用于购买保险保障，第二个保单年度起保费开始进入投资账户，（单位：人民币元）

保单年度	每期保险费	投资账户	保险保障
首年	1260	-	1260
次年	1260	240	1020
以后各年	1260	1056	204

该保险设置了多个不同风格的投资账户，客户可根据自身的风险承受能力、投资目标等具体情况灵活选择，同时，客户还可以在账户之间进行资产转换，充分满足客户个性化的理财需求。

上面是从投保人进行投资的角度来说，汇集了资金的保险公司投资角度又有所不同，它要考虑债券市场，股票市场，银行利率等等。但它的投资方式必然受到保险资金的结构限制，包括期限结构，即短期资金来源与短期资金运用相对应，中长期资金来源与中长期资金运用相对应，此外还有收益率结构，将对收益率要求高的资金购买高收益的资产，但需承担更高的风险。

保险资金的运用要以“三性”为基准，但不同的投资方式又有不同的侧重点。这也就是我们在案例中所看到的三个不同账户的原因。

平安发展投资账户和平安基金投资账户均不保证投资收益率，它们的投资工具更加多样化，而且都包括风险相对比较大的证券投资基金，这两个账户的不同在于平安基金投资账户的风险更高。从二者的投资政策中我们也能发现它们的侧重点是收益率，适合中长期资金的运用。对债券的投资策略上，如果能够准确地预测到降息并增加债券的投资比例，或利用债券市场火爆的有利时机，适时地获利了结，同时调整债券品种及期限结构，将获得不错的收益。在证券投资基金投资上重点应关注那些管理规范、运作稳健公司所推出的开放式基金，同时还需要尽力把握封闭式基金的波段投资机会，加强对现有持仓基金进行结构调整，才能确保账户能够获取持续、稳健的收益率。尽量坚持“价值发掘为主、突出风险控制、把握波段机会、追求账户净值稳健增长”的投资原则。

再来看保证收益投资账户。它向投保人保证了以银行利率为基础的收益率，因为它只投资于银行存款和回购协议，很明显地，该账户的侧重点是安全性和流动性，适合短期资金的运用。要考虑的是如何准确预测利率的变动情况。

【启示与教训】

通过对这三个账户的分析，我们看到投资连结险的确是一种能进一步解决保险公司利差损问题的良药。保险投资是一门需要很强的专业知识的学科。但投资业绩的高低不仅要靠专业人才的智慧和经验，也与整个大经济环境息息相关。

案例四：新旧《保险法》对保险投资的不同规定

【案情介绍】

在原《保险法》中的规定：

“第一百零四条 保险公司的资金运用必须稳健，遵循安全性原则，并保证资产的保值增值。

保险公司的资金运用，限于在银行存款、买卖政府债券、金融债券和国务院规定的其他资金运用形式。

保险公司的资金不得用于设立证券经营机构和向企业投资。

保险公司运用的资金和具体项目的资金占其资金总额的具体比例，由金融监督管理部门规定。”

新《保险法》中的规定：

“第一百零五条保险公司的资金运用必须稳健，遵循安全性原则，并保证资产的保值增值。

保险公司的资金运用，限于在银行存款、买卖政府债券、金融债券和国务院规定的其他资金运用形式。

保险公司的资金不得用于设立证券经营机构，不得用于设立保险业以外的企业。

保险公司运用的资金和具体项目的资金占其资金总额的具体比例，由保险监督管理机构规定。

【案例分析】

细看之下，变化在于把“不得用于向企业投资”改为了“不得用于设立保险业以外的企业”。这说明：

1、 保险公司进行权益性投资的大门进一步打开。

企业对外投资，一般可分为权益性投资和债权性投资。凡投资于企业，持有股份，利益共享、风险共担，均属于权益性投资；而因借贷和买卖债券等方式形成货币性债权债务关系的为债权性投资。对外投资是企业正常的经营活动，也是企业作为独立法人的基本权利。《公司法》第十二条规定：“公司可以向其他有限责任公司、股份有限公司投资，并以该出资额为限对所投资公司承担责任。”

但是，按照原《保险法》的规定，保险公司只能投资于存款、债券等利率产品，而不能进行任何权益性投资，完全关上了保险公司对企业投资的大门。直到1999年，保险资金被允许间接入市，即通过购买基金来间接持有企业的股票。由于……，保险基金要求直接入市的呼声一直很高。而新的保险法虽然没有直接

规定保险资金可以进入股市，但不允许投资于企业的禁令已经解除，权益性投资的大前提已经成立，剩下的是监管部门如何把握具体放开时间的问题了。

2、 保险公司可以通过对外投资开展股权和资本运作。

【启示与教训】

允许保险公司进行权益性投资，其意义不仅在于保险资金有渠道获得比债权投资更大的收益率。随着中国加入 WTO 和国有保险企业体制的转变，国内保险业通过购并、拆分、重组实现超常发展和优胜劣汰已是必然趋势。借新《保险法》出台的东风，应进一步拓展保险公司资本运作的舞台。

案例五：新《保险法》引起的纷争

新的《保险法》刚一露面，它关于保险投资的修改就引起了两派的纷争：

激进派	保守派
基本立场：强调保险资金的赢利性； 保险投资渠道要加快放开； 这次保险法的修改太保守。	基本立场：强调保险资金的安全性； 保险投资渠道要谨慎放开； 这次保险法的修改适宜。
投资型险种已成保险销售的主流，加大了保险资金入市的压力。	我国资本市场还不规范、不成熟；金融衍生规避工具还未发展起来，保险资金直接进入股市的风险将难以估量。
投资渠道的不同将使中资保险在与外资保险公司的竞争中处于更为不利的地位。	保险公司的投资经验不足，风险控制能力不够高，对保险公司偿付能力的监管机制还不完善。
保险资金入市能为资本市场带来规范的机构投资者，实现“证保”双赢。	保险资金入市对证券市场的远期影响有限，目前的影响只是在于加大了市场的流通量。
保险资金入市为保险公司调整资产结构，实现资产与负债的匹配，有利于保险公司开发新险种。	

【案例分析】

以上列举的只是两派比较有代表性的论据。从中可以看出，“激进派”更多是从保险公司自身的生存发展状况出发来看待保险投资渠道的问题。先来看一组数据：统计显示，2001年末，中国保险公司的总资产为4591亿元，全国保费增幅超过32%。其中，寿险收入增幅超过42%。2002年一季度，全国保险收入的增长速度更惊人，达到100%，寿险收入增长超过120%，中国人寿甚至出现超过220%的增长，其资金运用中心每天保费进账就超过2亿元。以中国人寿为例，其可运用资金达2000亿元，可投资于基金的资金超过了200亿元。

这么大的保费收入，对于保险公司来说不见得一定是好事。巨大的保费收入同时也意味着保险公司背负上沉重的偿付压力，特别是当保险公司无法找到为资金增值的良好渠道时。据一份权威分析报告认为，随着央行今年2月份的再次降息，存款利率下调0.25个百分点，市场上的协议存款利率也加速下跌，由2001年的5%左右下降到目前的3.6%；中长期债券利率也持续走低，债券市场10年期债券的票面利率由3%下降到2.5%左右，回购利率也由3.3%下降到2.4%。因此，保险公司想要在大额协议存款及债券市场上获取与以往大致相当的利率已不太可能。

同样，在证券投资基金方面，投资收益也大幅下降。2002年上半年证券市场持续疲软，连6月24日的“井喷行情”也只维持了3天的上涨行情。受其影响，保险公司投资证券投资基金的收益也大幅回落，由2001年同期的19.07%下降到0.39%。

所以说，保险公司仅仅依靠银行存款、协议存款、买卖政府债券、金融债券和投资证券投资基金等有限的投资形式是无法吃饱的。正是在这样一种情况下，“激进派”强烈要求加快保险投资渠道的拓宽。

相比之下，“保守派”则更多地从社会、从这个金融市场的发展全局来考虑，具体的理由可从表中看到。其实，两派的基调是一致的，大家都认为随着国内保险市场的开放，保险投资渠道一定要放开。分歧在于，放开的速度如何，程度如何。

资料来源：www.pa18.com

案例四：对保险的重新思考

【案情介绍】

2002 年 10 月 12 日，印度尼西亚旅游胜地巴厘岛连续发生两起炸弹爆炸事件。造成近 200 人死亡、300 余人受伤的惨剧。死者中包括了来自新加坡的四名橄榄球运动员，他们生前都购买了保险，然而，不幸的是，他们的保险单都不包括恐怖活动这种风险责任。

【案例分析】

“9·11 事件”后，全球各再保险公司纷纷宣布，不为保险公司提供因恐怖活动造成伤亡的再保险。如此一来，主要靠再保险公司分担承保风险的普通保险公司自然只能将恐怖袭击列为除外风险。

【启示】

美国纽约世贸中心遭受恐怖袭击对于世界保险业来说，无论在财务方面，还是在心理承受方面，都是一次重创。随着恐怖活动愈演愈烈，给无数无辜者造成威胁及对整个社会经济的巨大破坏作用，人们开始重新认真考虑保险所扮演的角色。

案例五：保险的基本职能与作用

【案情介绍】

1998 年盛夏的洪灾使位于洞庭湖畔的安乡县蒙受了建国以来最大的灾难。从 6 月份开始，在长江、澧水、洞庭湖水的夹击下，该县 400 公里长的防洪大堤就开始处于险情之中。7 月 24 日深夜，洪水撕开了一段堤防，吞没了三个乡镇，10 余万百姓被赶上大堤。直到 9 月中旬，洪水才缓慢退去，灾民们回到家园，眼前的景象如同经历了一场战争，田野失去了绿色，房屋倒塌了百分之六十，其中，安全乡 6657 户农户中的 6549 户的财产都受到了不同程度的损害，重建家园的工作相当艰难。虽然政府和社会提供了援助，但还远远不够。由于资金紧缺，寒冬来临时，人们的生活遇到了较大的困难。

安全乡农户曾向平安保险公司投保：1998 年 4 月，由乡保险代办站为全乡农户代投农村家庭财产保险，每户缴费 7.5 元，保额为 2500 元。1998 年 12 月 8 日，平安保险公司一次性给付安全乡 6549 户投保农户赔款及各种开支费用共计

人民币 380 万元。这笔巨款对正处于冬天里的因洪灾失去家园的灾民来说，无疑是雪中送炭。

【案例分析】

我国是自然灾害发生最频繁的国家之一，各种自然灾害发生频率高，波及范围广，不但给人民的生命财产造成严重的威胁，而且在遭遇重大自然灾害时，整个国民经济也会受到影响。保险不仅为遭灾的个人和家庭提供经济补偿，而且保证了灾害过后社会生产的持续进行，从而起到稳定国民经济发展的作用。

【启示】

从本案例中我们可以体会到保险的基本职能及其在国民经济中的作用。

1、保险的基本职能是组织经济补偿和实现保险金的给付。保险的本质是一种经济关系，它是面临着共同风险的经济单位和个人为补偿灾害事故或其他约定事件所产生的损失而建立和使用保险基金而形成的经济关系的总和。在灾害事故、意外事故或约定的事件发生后，通过保险的补偿和给付，企业可以得到足够的资金，购买劳动资料、劳动对象，支付生产停顿期间所用的费用，以保证简单再生产的顺利进行。保险对个人可免除或减轻不幸事故造成的经济损失，保障本人或家属的物质福利。

2、保险也有利于国民经济持续稳定的发展。在现代社会生产中，灾害和意外事故越来越多。灾害和意外事故的发生总是会造成生产或经营终止或缩小，也有可能造成各种间接经济损失，引起一系列不良反应，影响国民经济计划的执行。由于保险具有经济补偿和给付保险金的职能，任何单位，只要在平时缴付少量保费，一旦发生保险责任范围的事故，就可以立即得到保险的经济补偿，消除因自然灾害和意外事故造成经济损失引起生产中断的可能，保证国民经济持续稳定地朝着既定的目标发展。

3、保险还有利于社会的稳定。自然灾害和意外事故可能给人们带来突然的财产损失和人员伤亡，突如其来的灾害事故完全有可能使企业生产和人们生活陷入困境，给社会带来许多不安定因素。但是，有了保险保障，情况就会发生根本的变化。保险能在最短的时间里帮助企业恢复生产，帮助居民重建家园，解除人们在经济上的各种后顾之忧。这能从根本上稳定企业，稳定家庭，消除社会不安定因素。

案例六：保险的防灾减损功能

【案情介绍】

某工厂于2000年1月31日与某保险公司签订财产保险合同。其后某天，厂值班人员擅自离开工厂，结果厂内的财产被盗，该厂的财产损失约16万元。工厂向保险公司索赔，但保险公司拒赔，其理由是，保险公司的《企业财产保险条款附加盗窃险特约条款》（以下简称《特约条款》）约定，“由于保险地址无人看守而发生的被盗窃损失，保险人不负赔偿责任”。工厂向法院起诉保险公司，要求其赔偿财产损失。

一审法院认为，保险合同合法有效。但被盗是由于保险地址无人看守导致的，该行为属于保险条款中的除外责任。因此，法院作出如下判决：驳回工厂的诉讼请求。一审法院判决后，工厂不服，遂向上级法院提起上诉。二审法院以同样的理由维持原判。

【案例分析】

本案中，投保人是接受了附加险条款并了解其内容的，《特约条款》中的除外责任对被保险人具有法律约束力。所以，保险公司的拒赔及法院的判决都是正确的。

【启示】

购买保险是投保人分散和转移风险的一种手段，但投保人切不可在投保后“高枕无忧”，对保险财产不管不顾。减少灾害和意外事故的发生，避免保险财产损失和人员伤亡，这是保险人与被保险人的共同利益所在。把防灾减损列为保险职能，有助于保险人把防灾减损放到一个正确的位置。保险人为了提高经济效益，减少赔款，增加盈余，必然要与被保险人共同做好防灾减损工作。防灾减损必须具体地体现在保险制度、保险条款和保险费率上，本案例中保险公司的《特约条款》的约定（“由于保险地址无人看守而发生的被盗窃损失，保险人不负赔偿责任”）就是从保险条款保证被保险人防灾减损的自觉性，增强保险的防灾减损功能。被保险人在自觉遵守保险条款的同时也在不自觉中起到了防灾减损的作用。

案例七：代理人失职后的责任承担者

【案情介绍】

某工厂于2001年1月1日向某保险公司投保企业财产险，保险期限为一年。合同到期后该厂提出了续保要求。2002年1月1日，该厂向保险公司的业务员王某递交了投保单，王某接受了该投保单并足额收取了保险费，但未及时将投保单和保险费交到保险公司，因此保险公司没有给该厂签发保险单。

2002年2月13日，该厂发生火灾，财产损失巨大。该厂向保险公司索赔，保险公司拒赔，理由是并未收到该厂的保险费，也未经核保签发保单。该厂诉至法院，要求保险公司承担赔偿责任。法院受理该案后，判决保险公司败诉。

【案例分析】

法院的判决是正确的。以下从三个方面对此进行分析：

1、一般地，保险合同只有在保险公司收到保险费并同意承保后才能成立。但是，本案中，工厂没有得到保险公司签发的保险合同是由于该公司业务员未及时将投保书和保险费交到保险公司。保险公司未及时承保的“过错”是保险代理人造成，根据我国《民法通则》关于民事责任承担的“过错责任原则”，投保人不负责任。

2、按照保险代理人的性质与特征，保险代理人以保险人名义进行代理活动，在保险人授权范围内做独立的意思表示；保险代理人与投保人之间签订的保险合同产生的权利义务，视为保险人自己的民事法律行为，法律后果由保险人承担。所以，本案中，王某作为保险公司的代理人，接受投保人的投保书和保险费的行为，视同为保险公司的行为。该行为是对投保人订立保险合同的要约行为的承诺，表明保险合同已经成立，保险公司应当承担赔偿责任。

综上所述，保险公司应对该工厂进行赔偿。保险公司可以根据《民法通则》有关“代理人不履行职责而给被代理人造成损害的，应当承担民事责任”的规定，追究王某的经济责任。

【启示】

对于投保人来说，保险代理人的行为在法律上等同于保险人的行为；对于保险人来说，保险代理人要承担自己的行为所造成的法律后果。这两点不能混淆。特别是，保险公司必须承担其代理人的过错给投保人造成的损失。

在本案中，保险代理人王某显然缺乏保险从业人员应该具备的业务素质，造成保险人的损失，保险人应当引以为鉴，加强对保险代理人的管理。

案例八：保险经纪人成功定责财产险

【案情介绍】

某企业因台风发生保险事故，其一幢旧厂房遭暴风、暴雨袭击而受损。事故发生前，该企业在保险经纪人的安排下向保险公司投保了财产一切险，遂向保险公司提出索赔，保险公司理赔人员在查勘过程中发现，该幢建筑物的屋顶、梁、柱、壁有破损及倾斜的现象，的确存在一定的损失。但通过进一步调查，发现该幢建筑物在事故发生前已出现轻微的破损及梁、柱倾斜的情况，该企业在发现上述情况后，也的确采取了临时的加固措施，并准备加以修复。保险公司在得知上述情况后，即提出厂房受损的近因是厂房的“年久失修”，不属保险责任范围，据此予以拒赔。

在事故发生后，该企业即向保险经纪人提出协助索赔的请求。保险经纪人也参与了上述事故的处理，在得知保险公司的拒赔决定后，又进行了进一步的调查分析，认为保险公司的拒赔并不合理。在和该企业沟通后，向保险公司提出拒绝接受其拒赔处理的决定。保险经纪人的主要意见是：第一，若厂房结构完好，则不可能造成如此大的损失，因此“年久失修”的确是事故的一个近因；第二，若受损厂房未经受暴风、暴雨，即使“年久失修”，也不会造成如此大的损失，因此暴风、暴雨也是事故的一个近因；第三，

“年久失修”和“暴风、暴雨”都是该事故的近因，都对最终损失的发生有独立的影响，两个近因并不相互依存；第四，“年久失修”和“暴风、暴雨”造成的损失无法区分；“年久失修”不属责任范围（不能认为是“意外事故”），但也不属列明的除外责任，“暴风、暴雨”则很明确地属列明的责任范围。两个近因，一个是责任范围内，另一个也并非除外责任，且两者造成的损失无法区分，因此，保险公司应该对全部损失承担赔偿责任。

保险公司在接到经纪人提出的意见后仍坚持拒赔，该企业遂向法院提起诉讼，法院受理后，由经纪人代表该企业出庭。在法庭上，经纪人依据保险相关法规、保险条款以及保险的原理及过往案例据理力争，迫使保险公司最终接受索赔要求，同意进行调解。最终，保险公司按照企业的实际损失进行了赔付。

【案例分析】

保险经纪人是基于投保人的利益，为投保人与保险人订立保险合同提供中介服务，并依法收取佣金的组织和个人。保险经纪人的主要工作是帮助投保人选择保险人和保险产品，同时也可以帮助投保人处理风险，或参与理赔谈判，协助索赔。

由于保险事故的定责是一项对专业知识要求较高的工作，一般投保人难以掌握，经纪人作为企业的保险顾问，可以利用自身对专业知识的熟悉，对保险公司的不合理的定责处理提出不同意见，帮助投保人行使正当权利。

【启示】

财产保险因其专业技术性较强，投保人和保险人常常处在不平等的地位。正是基于这一点，保险经纪人在保险市场上扮演着重要的角色。投保人应该充分利用保险经纪人专业技术上的优势，维护其自身利益。

案例来源：《中国保险报》

案例九：意外死亡还是自杀 谁来举证

【案情介绍】

某人分别同四家保险公司签订了共 6 份意外伤害保险合同，保险金总额为 4.5 亿日元，保险期间为 1 年。受益人为其妻子和子女。一个月后，投保人在建筑工地上工作时，从脚手架上坠地而亡。受益人向保险公司提出支付保险金的要求。保险公司拒绝了受益人的要求。受益人向法院提起诉讼，要求保险公司按合同规定支付保险金。

一审法院认定投保人不是意外死亡，而是自杀，驳回了受益人的请求。受益人不服，向高级法院提起控诉。二审法院审理后认定投保人的自杀嫌疑十分浓厚，

同样驳回了受益人的请求。受益人不服，向最高法院提起上诉。最高法院同样驳回了受益人的请求。

【案例分析】

1、一审法院明确地断定投保人是自杀。其举证责任是完全由保险人承担的，由保险人提供证据证明投保人不是死于非命，而是故意自杀。保险人提供的依据是：投保人所经营的公司濒临破产，负有 2.3 亿日元的债务。并且，投保人还在其他保险公司投了将近 26 亿日元的人寿保险，每年支付的保费高达 2200 万日元。以此，断定投保人的死亡是具有故意性。

二审法院没有公开断定其死亡原因是自杀，而是将其归结为“具有十分浓厚的自杀嫌疑”。

最高法院没有直接对是“自杀还是事故中意外死亡”作结论，而是认为，如果对保险事故产生怀疑，怀疑事故的发生是基于投保人故意行为时，对事故偶然性的举证责任，不应当由保险人承担。最高法院虽然没有直接下判断，但是它是站在更高的层次上，作出了一个十分重要的判断，也是对保险法学理论作出了一个重要的法理解释，这就是举证责任的归属问题。它引起了保险实务界和保险法学理论界的重视。

2、意外伤害保险的三要素问题。在日本，意外伤害保险中，支付保险金的根据是，保险事故必须具备三项要素，即偶然性、外来性、急剧性。如果不具备这三要素，保险事故的发生只能被认定是投保人或被保险人故意行为。

3、举证责任的归属问题。在一般情况下，根据意外伤害保险条款的规定，保险人对保险金受益人提出的支付死亡保险金的请求，表示怀疑而拒绝支付保险金的话，则对其发生的保险事故的偶然性负有举证责任。从日本的中、下级法院的判例来看，分为两种倾向，一种是倾向于保险人举证，另一种则要求受益人举证。鉴于本案的情况十分复杂，从事故现场找到排除偶然性的证据十分困难，故这种举证责任完全由保险公司来承担的话，不具有公平合理性。因此，最高法院才做出了上述判断。

【启示】

法律只能从众多的事例中找到十分抽象的法理来立法，不可能网罗所有的现象加以详尽地规定。法院在进行判断时应当重视一些比较特殊的现象。例如，当

保险人无法举证或没有可能进行举证的时候,尤其是在投保人重复投保并且其保险金额“超过常识地过高”、在客观上的确存在着巨大道德风险的时候,完全由保险人来承担举证责任的话,有失公允。由此判定由受益人来举证,是符合现代保险法理的。

案例来源:《中国保险报》

案例十:承保有违操作规程保险合同仍然成立

【案情介绍】

1998年8月11日,刘某填写了“终身寿险投保单”,并交付了首期保险费。约一个月后,刘某出差时在所住宾馆的意外火灾中不幸身亡。事故发生后,保单受益人要求保险公司全额给付100万元保险金。保险公司拒赔,其理由是,由于该人身保险合同保额巨大,必须经过体检后方可决定是否承保,刘某尚未体检,因而该保险合同不成立。受益人不服,向法院起诉,要求保险公司承担给付保险金的责任。

在法院一审过程中,保险公司认为,保险合同没有成立:首先,投保人填写投保单并预交首期保险费只是要约行为,并不能因此认为保险公司已作出承诺;其次,刘某并没有根据保险公司的规定进行体检,保险公司无法确定保险金额和应交纳的保险费;第三,保险公司出具保险费收据并不能代表保险公司已作出承诺。受益人则认为,刘某填具投保单是要约行为,保险公司收取保险费是承诺行为,保险合同已经成立并生效。至于刘某没有完成体检这一过程,是由于没有收到保险公司的通知,过错应该在保险公司。

一审法院经审理认为,保险合同未成立,判决驳回原告的诉讼请求,保险公司返还所收保险费。原告不服,提起上诉。在二审过程中,双方达成调解协议,保险公司赔付30万元结案。

【案例分析】

保险公司违反业务操作规定承保并不影响保险合同成立。本案中,保险合同已经成立。分析如下:

1、《保险法》(1995年版)第十二条规定:“投保人提出保险要求,经保险人同意承保,并就合同的条款达成协议,保险合同成立。”从合同法的原理看,

保险合同需要经过要约和承诺两个阶段方可生效。本案中，刘某填写了投保单是要约行为，投保单交给保险公司，保险公司接受了保单，此时，该要约即生效。如果保险公司作出承诺的意思表示并送达刘某，保险合同成立。本案中，投保单上写明：“投保人和被保险人填写完本投保单和健康告知书后，请向我公司业务人员交纳首期保险费，并索取临时收据。保险计划书、保险费正式收据及保险单将延后 1 至 5 天呈送。”从投保单上述约定看出，保险公司的承诺期最多为 5 天。而从保险公司收取保险费之日到被保险人意外死亡之日已有近 1 个月，保险公司在承诺期内没有作出明确的拒绝承保的意思表示；相反，保险公司收取了首期保险费。所以从法律上可以推定保险公司对投保人的要约作出了承诺，保险合同因此成立并生效。

2、保险公司的业务操作规定是保险公司在开展保险业务时用来规范业务流程、强化内部管理的一系列规则和制度，对投保人不具约束力，因为这些规定并没有载明在保险合同中，也没有在投保人投保时告知投保人。本案中保险公司关于超过一定保险金额的保险合同须经体检后才能承保等规定，并未在合同中注明，也没有告知刘某。因此，保险公司应当按保险合同的约定承担保险责任。

【启示】

根据我国对保险代理人的有关规定，保险代理人员无权签发保险单。保险合同是否签发，由保险公司决定。保险公司必须审查投保人的申请，为控制风险，对超过一定金额的保险还要在对被保险人进行体检后才决定是否承保。这样，在投保人交付首期保险费到保险公司作出承保决定这一过程中就可能出现一段被保险人利益得不到保护的空白，这对被保险人来说显然是不公平的。在此期分生的保险事故一般应由保险人承担责任。

保险公司对内要加强管理，教育员工及其代理人严格按业务操作规程开展业务。

案例十一：最大诚信原则的履行与保险人的责任

【案情介绍】

某人投保重大疾病终身险。保险代理人未对其身体状况进行询问就填写了保单，事后也未要求投保人做身体检查。保险期间内投保人不幸病逝，其受益人要求保险公司理赔。保险公司以投保人未如实告知在投保前因“帕金森综合症”住院治疗的事实为由，拒绝理赔。受益人遂上诉法院，要求给付保险金 24 万元。

【案例分析】

本案焦点在于投保人是否履行了“如实告知”义务。

根据保险法第 16 条的规定：投保人故意隐瞒事实，不履行如实告知义务的，或因过失未履行如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保或提高保险费率的，保险人有权解除合同。投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于保险合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿或给付的责任，并不退还保险费。按照这一规定，投保人未履行最大诚信原则将承担法律后果。

但是，在此案中，难以确认投保人未履行最大诚信原则。因为，保险公司业务员未对投保人进行任何询问，就填写了保单中有关病史内容，事后也未要求投保人做身体检查，故不能认定投保人故意隐瞒事实、不履行如实告知义务。所以保险公司应予赔付。

【启示】

最大诚信原则是保险的基本原则之一，这一原则要求投保人应把自己知道或者应该知道的有关保险标的的重要事实尽量告知保险人，即履行如实告知义务。否则，如果投保人违反最大诚信原则，保险人就可以宣告保险合同无效或不予承担赔偿责任。因此，作为投保人，在投保时应严格遵守最大诚信原则，履行如实告知的义务，否则就将面临保险合同无效和发生事故得不到赔偿的风险

这样看来，投保人承担了较大的责任。但这并不能免除保险人的责任。因为，一般投保人并不知道需要向保险人申报哪些事实。保险公司应该在操作规程上对投保人的如实告知作适当的规定，如规定业务员必须完成必要的询问事项，如果出现业务员过失使投保人未尽如实告知义务而令公司蒙受损失，则应该由有关业务员负责。

案例十二：如何处理“风险程度增加”

【案情介绍】

1997年6月，某厂向保险公司投保财产保险，保险金额达600万元。同年10月，该厂保险标的风险程度增加。保险公司要求该厂增交一定的保费，该厂不同意，要求退保，保险公司不愿失去这笔业务，答应以后再作商议是否要增交保费，但双方后来一直未就此事进行商谈。同年11月中旬，该厂发生火灾，财产损失达50万元，于是向保险公司索赔，但保险公司以该厂未增交保费为由而拒赔。

【案例分析】

本案实际上涉及的是如何处理财产保险中关于“保险标的风险程度增加”的问题。

1、按照《保险法》的相关规定，在合同有效期内，保险标的风险程度增加，投保人应及时通知保险人；保险人有权要求增加保险费或解除合同；若此要求被投保人拒绝，保险人有权解除保险合同。

2、若被保险人在保险标的风险程度增加时履行了通知义务，而保险人未作任何意思表示，则可视为默认，根据不可抗辩原则，保险人事后不得再主张增加保险费或解除合同。在此案中，投保人履行了风险程度增加的通知义务，保险人要求增加保费，被拒绝后，保险人理应解除保险合同，但保险人因不愿失去这笔业务，心存侥幸，并未通知投保人解除这个保险合同，这应视为保险合同继续有效，保险人应履行赔付义务。

【启示】

最大诚信原则要求投保人在保险标的的风险情况发生变化、特别是风险增加的时候及时告知保险人。对于投保人，正确履行了风险增加告知义务，就避免了保险合同因违背最大诚信原则而失效的可能。对于保险公司，在标的风险增加以后应及时依法采取合适的行动。

案例十三：推定全损后的财产处理权

【案情介绍】

1998年3月2日，张某将其汽车投保了车辆损失险和第三者责任险。后该车坠入悬崖下一条湍急的河流中。事故发生后，张某向保险公司索赔。保险公司经过现场查勘，认为地形险要，无法打捞汽车，按推定全损理赔。张某看到采购货物的2800元现金在车内，就将残车以4000元的价格转让给王某，双方约定：由王某负责打捞残车，车内现金归张某，残车归王某。残车被打捞起来后张某和王某均按约行事。保险公司知悉后，认为张某未经保险公司允许擅自处理此残车是违法的，遂成纠纷。

【案例分析】

1、保险公司推定该车全损，给予车主张某全额赔偿，已取得残车的实际所有权。因此，原车主张某未经保险公司同意而转让残车是非法的。

2、保险公司对车主张某进行了全额赔偿，而张某又通过转让残车获得4000元的收入，其所获总收入大于总损失，显然不符合财产保险中的损失赔偿原则，因此保险公司可追回张某所得额外收入4000元。

3、王某获得的是张某非法转让的残车，但由于他是受张某之托打捞残车及现金，付出了劳动，且获得该车是有偿的，可视为善意取得，保险公司不得请求其归还残车。

【启示】

《保险法》第44条规定：“保险事故发生后，保险人已支付了全部保险金额，并且保险金额相等于保险价值的，受损保险标的的全部权利归于保险人；保险金额低于保险价值的，保险人按照保险金额与保险价值的比例取得受损保险标的的部分权利。”因此，在保险标的推定全损以后，标的的残值应属保险公司所有。

案例十四：索赔金额不能超过有效保险金额

【案情介绍】

1998年7月31日，某货运公司与保险公司订立雇主责任保险合同。保险对象为货运公司所雇用的全部驾驶员，每人死亡赔偿限额是60个月工资，永久性伤残赔偿限额为72个月工资（每人每月工资按1500元计算）。保险期限自1998

年8月1日至1999年7月31日。

1999年7月28日，货运公司驾驶员王某驾车途中出事，造成车辆损坏、货物损失、王某本人受伤及乘坐在驾驶室外的另一名驾驶员张某当场死亡的重大交通事故。经交警部门现场查勘认定，王某违规操作是造成本起事故的原因。根据《道路交通事故处理办法》（以下简称《办法》）第19条，王某应负本起事故全部责任。交警部门进行事故调解处理，根据《办法》规定由货运公司赔偿王某误工费、住院伙食补助费、护理费、医疗费、8级伤残生活补助费共计37027元；由货运公司一次性赔偿张某家属72000元，作为张某死亡补偿费、丧葬费、被抚养人生活费、交通费、住宿费。

之后，货运公司向保险公司提出索赔金额127027元（其中张某死亡金额90000元，王某伤残37027元）。保险公司在审理案件时，获知并查实货运公司曾在另一保险公司投保机动车辆保险附加第三者责任保险、车上人员责任保险、承运货物保险等，并从该保险公司得到赔偿（包括张某死亡、王某伤残的上述交警部门调解处理认定的全部赔款金额）。因此保险公司做出拒赔决定。货运公司不服，于1999年12月向法院起诉，请求法院判令保险公司支付保险金及利息、诉讼费用。

法院判决驳回原告诉讼请求。

【案例分析】

货运公司在两家保险公司分别投保了雇主责任保险及车上人员责任保险，这两个责任保险对张某、王某的赔偿责任是相同的，也就是说货运公司就同一保险标的、同一可保利益、同一事故分别向两家保险公司订立了责任保险合同，属重复保险。

货运公司已从一保险公司获得赔偿，另一保险公司应予拒赔。但后者应根据其承保的雇主责任保险的赔偿限额与另一保险公司承保的车上人员责任保险赔偿限额之总和按比例承担赔偿责任。

【启示】

投保人不能通过保险获得额外利益，这是损失赔偿原则的基本内容之一。保险实务中，由于各保险公司之间并没有实现完全的信息流通，这给少数人购买重复保险以获取不当利益提供了可能。

案例十五：死亡原因与交通事故时伤害之间的因果关系

【案情介绍】

张某投保了意外伤害保险。后其因交通事故腿部遭到重创，腰部的肌肉受到损伤，这些伤害直接引起了急性肾功能衰竭。接着，由于大腿的肌肉坏死引起的感染无法控制，被迫锯腿以求保命。

由于张某在遭遇此交通事故之前，患有严重的肝功能不全，事故之后其肝功能不全的疾病并发，GOT 等指标急速上升，在事故发生一年后死亡。其家属向保险公司提出要求支付保险金的请求。保险公司以其死因是源于肝脏病，死因与交通事故造成的伤害之间没有直接的因果关系为由拒绝支付保险金。家属向法院提起诉讼。

一审法院在判决中认为患者的死亡和交通事故中受伤有因果关系，对原告的大部分请求予以认可，一部分要求不予支持。二审法院支持了一审法院的判决。

【案例分析】

在寿险和意外险的保险实务中，经常会遇到死因和保险事故之间究竟有没有因果关系的问题。

关于张某死亡和交通事故所造成的伤害之间有无因果关系，成为本案原被告之间争论的焦点。本案的事实关系错综复杂，因为，张某是由于上消化道出血、肺炎、肾脏、肝脏、心脏功能衰竭、败血症等并发最后导致死亡，所以从医学角度也难以做出十分权威的结论。

法院对上述事实进行了分析，第一，张某由于右腿开放性骨折造成了右下肢血流不畅，导致败血症的感染，形成肌肉坏死。为了保全生命而进行了截肢，但是，手术后并没有阻止败血症的进一步感染，导致死亡。第二，肝功能不全的加重 GOT 指标的急增是由于右腿肌肉坏死导致败血症感染而致。第三，无法证实张某的死亡是直接源于肝脏疾病，但是不排除加速死亡的可能性。

法院从主要病因着手，从中找到主要原因和次要原因，借助比例因果关系的理论，认定张某的死因与交通事故所造成的伤害之间有因果关系，但不是全部，只有 80%。另外 20%的死因与交通事故所造成的伤害之间没有因果关系。因此判

决保险公司赔付 80%的保险金。

【启示】

近因原则是保险的基本原则之一，近因是指造成保险标的损失的最直接、最有效的原因。近因原则是指保险事故的发生与损失事实的形成这两者之间必须有直接因果关系的存在，才能构成保险赔偿的条件。当保险事故是由多个原因导致的时候，往往难以判断其中的因果关系问题。这需要具体情况具体分析，其中可能会涉及到多方面的专业知识。

案例十六：已付首期保费但未签发保险单时合同是否成立

【案情介绍】

1998 年 3 月 17 日，曾某填写了终身寿险投保单，并支付了首期保费。同年 4 月 2 日，曾某因意外事故不幸死亡，其家属凭借保费收据向保险公司索赔，却遭到拒绝。保险公司的理由是，曾某还没有进行体检，保险单亦尚未签发，双方之间不存在权利与义务关系。

【案例分析】

1、保险关系的有效建立以投保人与保险人订立合同及交纳保费为前提。在投保程序上应该是要约——承诺——核保——缴费——出具保单。保险合同的生效是指保险合同对当事人双方发生约束力，通常是在合同成立以后，投保人缴纳保费立即生效，当然也可以由双方约定合同一经成立即告生效。

2、《保险法》第 57 条规定：“合同规定分期支付保险费的，投保人应当于合同成立时支付首期保险费，并应当按期支付其余各期的保险费”。《保险法》第 14 条规定：“保险合同成立后，投保人按照约定交付保险费；保险人按照约定的时间开始承担保险责任。”在本案例中，保险公司已向曾某收取保费，视为已表示同意承保，即承诺成立。同时因为首期保费已缴，保险合同生效，即保险双方的权利义务关系成立。保险公司应该履行赔付责任。

3、保险公司有违规操作的行为。本案例中保险公司采取先收保费，再核保，然后签发保单的方式开展保险业务，不符合正常的承保手续这种不规范的展业方式，其后果理应由保险公司自行承担。

4、此案中，被保险人曾某是因意外伤害事故造成死亡，体检与否及身体状况如何对保险事故的发生不产生严重影响。

综合上述分析，保险公司应按约承担给付保险金的责任。

【启示】

由于保险公司错误的展业程序造成的后果，应该由保险公司自己来承担。

案例十七：保险标的已消失时保险合同是否成立

【案情介绍】

1997年9月16日，某保险公司接到业务员的报案，称被保险人于9月9日晚被杀，现该案正在侦破过程中，要求赔付保险金30万元。该保险公司的理赔人员查明：（1）被保险人杨某被人在汽车内用尖刀刺死，抛尸野外。经法医鉴定，死亡时间为9月9日晚9时许。（2）1997年8月30日，杨某填写了该保险公司的投保单，投保主险平安长寿15万元附加意外伤害15万元，次日，杨某交纳了体检费，业务员开具了“人身保险费暂收收据”，因保险金额较大，业务员按公司有关规定告知杨某必须体检，体检合格并经核保同意承保后，体检费会转为首期保费的一部分。9月8日，杨某依约到公司体检，业务员告诉她，若身体有问题，公司可能拒保，也可能有条件承保，杨某即告诉业务员，如果要加费承保，在1000元内可由业务员自行处理。按公司规定，被保险人按标准体承保所需交纳的保费为15460元，杨某便与业务员约定，9月10日晚5时30分在杨某家收取保费（400元体检费承保后转为保费）。9月10日业务员到杨某家，杨不在，业务员便从杨母手中取得保费15160元，并给杨母开具了“保险费暂收收据”，标明保费总额为15460元。

9月11日、12日属法定假日。9月13日，业务员将杨某的保费交至公司，核保人员在审核保单内容后，在“投保书”上的“核保意见与结论”中得出结论“右肾积水，需作为次标准体承保，加费400元”。业务员为杨某垫交了这笔加

费。9月15日，保险公司签发了杨某的正式保单，保单上载明保额为平安长寿险15万，附加人身意外险15万元、扩展医疗险5万元，受益人为张某，保险责任自1997年9月13日12时起。9月16日，业务员将正式保单送到杨某家，得知被保险人杨某已经由有关部门证实死亡。

【案例分析】

合同的订立程序应该是：投保人投保（要约）——保险人核保——保险人承诺。《保险法》第13条规定：“投保人提出保险要求，经保险人同意承保，并就合同的条款达成协议，保险合同成立。”保险合同的成立以合同的签订为起始日，生效则以投保人缴纳保险费为起始日，也可以由双方约定以合同的成立日为生效日。在本案例中，投保人于1997年8月30日签署投保书后，向保险人实施投保要约行为，保险人在审核了被保险人的体检结果和投保书后，于9月13日对投保人的要约提出反要约，即要求被保险人以次标准体加费承保，同时，业务员代表被保险人杨某接受了保险人的反要约，作出了承诺，并代被保险人交纳了加费的费用。一般说来，合同就会就此生效，对双方具有约束力。

但是，保险合同应具有其主体和客体，保险合同的主体包括当事人和关系人，其中关系人包括被保险人、受益人、保险代理人和经纪人，保险合同的客体指投保人或被保险人对保险标的所具有的可保利益。保险合同的订立需要有明确的保险标的。此案中，作为保险标的的被保险人在合同签订时已经死亡，也就是这个合同的客体不存在，保险合同无效。

综上，本案中的保险合同不成立，保险公司无需承担赔偿责任；但是，保险人因无效合同而取得的财产即保险费应该退还给投保人。

【启示】

在保险合同签订时，保险标的的存在是必不可少的条件。

案例十八：保险合同的变更

【案情介绍】

某贸易公司购买了一辆轿车，并与保险公司订立了机动车辆分项保险合同。在保险期间内，该公司与某工业公司签订一书面协议，约定：“贸易公司的该辆

轿车转给工业公司，车的过户手续由贸易公司负责办理，所需费用由工业公司负担；但工业公司必须给贸易公司取得追加一辆小轿车的专控指标，否则，贸易公司不办理过户手续。”

某日，工业公司董事长李某因外出办事，贸易公司将该车派给其使用。李某驾该车发生事故，致使车毁人亡。贸易公司当日向公安局报了案，并要求被告保险公司查验了事故现场。交警部门就该车交通事故作出最终责任认定书，确认该车已彻底报废，事故由贸易公司负全部责任。随后，贸易公司多次要求赔付，均遭拒绝。保险公司的理由是：贸易公司在保险合同有效期内将此车转让给了工业公司，且未向保险公司申请批改，保险公司有权拒绝赔偿。

【案例分析】

本案涉及到保险合同的变更问题。关键在于投保的汽车是否发生了转让。

1、财产保险保险标的的所有权、经营权发生转移或保险标的的用益权发生变动，或者债务关系发生变化的时候，投保人可能发生变更。此案中涉及债务关系发生变化的问题。贸易公司将该车转给工业公司，以清理债权债务。

2、《保险法》第34条规定：“保险标的转让应当通知保险人，经保险人同意继续承保后，依法变更合同。”此案中的保险合同变更附有条件，贸易公司在该车保险期内虽与工业公司签订了转让该车的协议。但按照《民法通则》“民事法律行为可以附条件，附条件的民事法律行为在符合所附条件时生效”之规定，由于工业公司未取得追加小轿车的指标，转让该车的协议所附条件就没有成就，该协议没有生效，汽车所有权也不发生转移。

3、事实上，贸易公司也没有办理该车的过户手续，事故发生时该汽车所有权仍在贸易公司手中。

综上，保险公司当然应依法承担赔偿责任。

【启示】

保险标的的所有权发生变更以后，投保人应及时向保险公司申请合同变更的批改。

案例十九：保险受益人的变更

【案情介绍】

1999 年 7 月 11 日，王某到保险公司投保了保额为 10 万元的人寿保险，指定其妻子李某为受益人。后来，王某与李某离婚。不久，王某又与张某结婚。婚后，王某与张某办理了一份写有“自本日起受益人由王某的前妻李某变更为张某”的公证书。但是王某并未将公证书变更受益人一事通知保险公司。1998 年 9 月 12 日，李某遭遇车祸身亡。张某以受益人的身份向保险公司提出领取保险金的要求。保险公司确认了张某与王某结婚后确实办理了变更受益人的公证书但未将变更受益人的情况以书面形式通知保险公司的情况，认定该变更无效。保险公司按原合同的规定将保险金付给原受益人即王某的前妻李某。张某于是起诉保险公司至法院。

【案例分析】

此案涉及受益人的变更问题

被保险人对受益人的变更不需要征得保险人的同意，但是必须及时向保险人作出通知。《保险法》第 63 条规定：“被保险人或者投保人变更受益人并书面通知保险人。保险人收到变更受益人的书面通知后，应当在保险单上批注。”此案中，王某最初指定的受益人为李某，虽然在与李某离婚并又与张某结婚后，办理了一份变更受益人的公证书，但是并未将变更受益人一事通知保险公司，因此在这个保险合同中受益人没有发生改变，依然为先前指定的李某。因此保险公司可以付给李某保险金。

【启示】

保险合同变更后应当及时通知保险公司，并由保险公司开具批单。

案例三十：不足额投保赔偿纠纷案

【案情介绍】

1999 年 12 月 29 日，某公司以 2 万美元免税购置进口轿车一辆，办理牌照后，即日向某保险公司投保车辆损失险。保险公司承保并出具了“机动车辆保险单”。保险单载明：投保汽车重置价值 30 万元；保险金额 30 万元；保险期限自

1999年12月29日至2001年1月4日。因国内未进口过此种车，市价不明。经有关汽车经销部门估价国内购置该种车新车最低市价至少应在60万元以上。

后该车发生交通事故。某公司立即向保险公司报告了出险情况。在出险地，该公司与保险公司商定先将汽车拖回工厂所在地修理，由公司先垫付施救费、差旅费5152元。后承修单位、保险公司、某公司三方确定：汽车为部分损坏，部分修理，修理费初步定为22.5万元(含配件18万元)，配件由保险公司从国外进口。因提供配件迟延，致修复延期约3个月。实际修理费共计294099元(含配件23万元)。

为了赔偿问题，某公司经与保险公司协商未果，遂向法院起诉。

原告诉称：所购汽车投保时按重置价值确定保险金额，请求被告履行保险合同，赔偿投保汽车出险后其已支付的全部修理费，并赔偿其已支付的差旅费、施救费和租车费等3万元。

被告保险公司答辩称：保险车辆重置价值约60万元，该公司申报为30万元，属于不足额投保。依照《机动车辆保险条款》规定，投保时保险金额低于重置价值的车辆，应按保险金额与重置价值比例赔偿。如果投保人要求全部赔偿，赔偿金(即修理费)已经等同于保险金额和重置价值，保险公司则有权要求收回出险的汽车。

法院认为，出险车辆修理费共计应为294099元。承修单位确定修理费为22.5万元，被告进口配件迟延，扩大经济损失约7万元，应由被告负责。投保汽车重置价值在60万元以上，被告要求确认为60万元，予以确认。保险金额登记为30万元，属于保险范围，应为有效。投保时保险的汽车投保金额低于重置价值，被告请求按保险金额与重置价值之比例赔偿损失，承担修理费用，符合《机动车辆保险条款》规定，应予支持。保险汽车重置价值为60万元，登记为30万元，属于双方当事人的重大误解，不足额部分的民事行为无效。致使保险合同部分无效，主要是被告未将投保有关事项告知原告以及对原告申请保险的内容审查不严，应负主要责任；原告投保不足，也有一定的责任。

【案例分析】

本案涉及不足额投保的赔付问题。可以从两个方面分析：

1、不足额保险的效力认定问题。不足额保险是指投保时确定的保险金额低

于保险标的的实际价值。本案作为保险标的的汽车重置价值应为 60 万元，但保险单载明保险金额 30 万元，显然属于不足额投保。对于 30 万元的保险金额，保险公司和某公司作出了一致的意思表示，符合法律规定，认定为有效。而对于重置价值与保险金额的差额部分，即不足额投保部分，是由于当事人双方对保险标的的重置价值作出错误判断而造成的，是错误的意思表示。根据《民法通则》第 59 条的规定，行为人对行为内容有重大误解的，属可撤销的民事行为，被撤销的民事行为从行为开始起就无效。因此，本案例中保险合同部分内容无效。

2、本案法律责任的分担问题。《保险法》第 40 条规定：“保险金额低于保险价值的，除合同另有约定外，保险人按照保险金额与保险价值的比例承担赔偿责任。”由于保险合同中保险金额为 30 万元，而重置价值为 60 万元，保险金额与保险价值的比例为 1：2，所以保险公司应负责修理费的一半。但是，本案中保险公司要负提供配件迟延而导致修复期延长的责任。本案的实际修理费为 29 万元，对于其中的 22 万元，其一半应由保险公司承担比例责任赔偿义务，即赔偿某公司 11 万元；另一半则应该根据对造成合同无效所负的责任的大小，由双方按一定比例分担。余下的 7 万元是保险公司的过失。根据《民法通则》第 114 条的规定：“当事人一方因另一方违反合同受到损失的，应当及时采取措施防止损失的扩大，没有及时采取措施致使损失扩大的，无权就扩大的损失要求赔偿。”保险公司对扩大损失的 7 万元应自己承担。

【启示】

保险金额的确定有时候是一件艰难的事情，很容易造成不足额保险或者超额保险。当出现不足额保险时，保险人按照保险金额与保险价值的比例承担赔付责任，这可能使得被保险人得不到应有的保障。因此，在保险金额确定的问题上，投保人应该慎重。

资料来源：qzr.51.net

案例三十一：获得第三者赔偿后是否还可向保险公司索赔

【案情介绍】

2002年2月20日，张某被王某驾驶的运货大卡车撞伤住院治疗，交警部门认定王某负全部责任。经协商，王某赔偿了张某医疗费、营养费、护理费、误工费、交通费等损失共计18000元。在事故发生前，张先生已向其保险公司投保了1万元的意外伤害医疗保险。为此，张某咨询，他获得了王某的赔偿后，是否还可以向保险公司申请赔付1万元的保险金。

【案例分析】

如果损失确是保险事故所致，但事故是第三者的责任引起，根据法律应由第三者负责损失赔偿。保险人应按保险合同规定，先赔偿被保险人损失，然后从被保险人那里获得对第三者的追偿权。《保险法》第45条规定：“因第三者对保险标的的损害而造成保险事故的，保险人自向被保险人赔偿保险金之日起，在赔偿金额范围内代位行使被保险人对第三者请求赔偿的权利。”

本案中，张某由于被第三者王某撞伤住院治疗，由此获得向王某请求侵权损害赔偿的权利。同时，张某已向保险公司投保意外伤害医疗保险，他因被撞伤而入院，有向保险公司申请住院治疗保险金的权利。这就产生了一个问题：张某在获得王某的赔偿后还可以从保险公司获得补偿吗？

根据损失赔偿原则，被保险人所获得的赔偿不得超过其所受到的损失，被保险人不能因保险而取得额外的利益。但一般来说，损失赔偿原则只用于财产保险，因为财产保险的标的可用价值衡量，能客观地确定保险金额和损失金额，要确保被保险人所得赔偿不超过其损失是可行的。而人的生命和健康是难以用价值来衡量的，因此，损失赔偿原则不适用于人身保险。

人身保险可以重复投保，也允许得到多份保险金。并且如果被保险人因他人过错遭到损失，在获得保险公司的赔偿后，并不影响其再向第三者索赔的权利。

因此，即使张某已获得王某的赔偿，除非保险合同中有相反的规定，不影响他向保险公司行使赔偿请求权。

【启示】

代位求偿原则是财产保险中普遍适用的原则，但并不适用于人身保险。

案例三十二：退保后提出保险金给付请求的有效性

【案情介绍】

某单位于1996年4月为其全体职工投保了3年期定期人身保险,后又在1998年1月办理了集体退保手续。1998年6月,该单位一名职工家属向保险公司提出身故保险金的给付申请。原来,该职工已于1997年10月因患白血病不治身亡。

围绕能否给付,在保险公司内部有两种观点:一种观点认为,投保人单方解除保险合同,是受保险法保护的民事法律行为,该保险合同应自解除之时(即退保之时)起终止效力。但是,保险事故(指该职工因疾病死亡这一事件)发生在合同终止日期前,保险公司仍应履行合同存续期间的义务,保险公司应给付该笔死亡保险金。另一种观点认为,由于保险合同已被解除,任何当事人或关系人向保险公司索赔已无法提供保险合同凭证,故保险公司无需履行保险金给付义务。

围绕怎样给付,在保险公司内部也有两种观点:一种观点认为,投保人在知道被保险人死亡这一事实后,仍就全体被保险人的保单办理了退保手续(该险种条款中明确规定当被保险人发生保险责任范围的事故后,应及时通知保险公司),由于退保金所得是投保人,而死亡保险金的所得是被保险人指定的受益人,因此是投保人侵犯了受益人的权益,受益人应向投保人而不是向保险公司主张其所应得的那部分保险利益。另一种观点认为:退保是投保人的权利,而死亡保险金的受领是受益人的权益,既然我国相关法律并未就两者效力大小或先后问题有过规定,那就应以事实发生的时间的先后来确定哪种权益可以优先主张。本案中被保险人死亡时间先于退保时间,受益人有向保险公司主张保险金给付的请求权,保险公司也应当履行给付义务,同时根据该保单条款规定,给付死亡保险金后保险合同责任即止,故保险公司在向受益人给付保险金的同时,应向投保人追回其不应得的那部分退保利益。

【案例分析】

保险公司应承担赔付责任。因为投保人是1998年1月办理退保手续,而被保险人的保险事故发生在1997年10月,在退保之前发生的保险事故都属保险公司承担的责任范围。

虽然被保险人到1998年6月才申请给付身故保险金,违背了及时通知保险人保险事故的原则,但《保险法》第27条规定“人寿保险的被保险人或受益人

对保险人请求给付保险金的权利，自其知道保险事故发生之日起 5 年不行使而消灭”。

保险公司应该实施给付，并追回支付给投保人的退保金中针对原应承担的已死亡被保险人 1996 年 4 月至 1998 年 1 月的保险责任的保险费。只要在保险期间保险合同有效，投保人履行及时交费义务，且发生了保险责任范围内的保险事故，被保险人及其受益人就有权向保险公司申请给付保险金。

【启示】

保险公司应该对在保险期间内发生的保险合同规定的责任范围内的保险事故负赔付责任。按照保险法的规定，人寿保险的被保险人或受益人对保险人请求给付保险金的权利，自其知道保险事故发生之日起五年有效，即使保险事故发生之后的某一时间保险合同已经不再成立也是如此。

资料来源：qzr.51.net

案例三十四：保险条款的合理解释

【案情介绍】

王某乘坐某客运公司客车，司机在不应停车的地方停车，王某下车后横穿公路时被汽车冲撞身故。交通事故管理部门认定客车对该起事故负全部责任。客运公司在向王某家属赔偿损失后，依据其所投保的机动车第三者责任险向保险公司提出索赔。

保险公司认为，在这起事故中，客运公司赔偿王某家属的经济损失并不是所保车辆直接引起的，因此这不是保险责任范围内的事故，保险公司不承担赔偿责任。客运公司认为拒赔不合理，起诉到法院。

法院审理认为，客运公司在致王某死亡的交通事故中因违反了《高速公路交通管理办法》，应当承担赔偿王某损失的责任。客运公司投保了第三者责任险，原、被告双方在对保险合同条款的理解上发生争议，即对该赔偿责任是否属于

保险责任有分歧，应按照《保险法》第 31 条的规定作有利于被保险人的解释。因此判决保险公司承担赔偿责任。保险公司对一审判决不服，提起上诉。

【案例分析】

本案争议的焦点是导致客车公司赔偿肖某家属的事故是否属于保险事故，双方在对相关条款的解释上有争议。

我国《保险法》第 31 条规定：“对于保险合同的条款，保险人与投保人、被保险人或者受益人有争议时，人民法院或者仲裁机关应当作有利于被保险人和受益人的解释。”《合同法》第 41 条规定：“对格式条款的理解发生争议的，应当按通常理解予以解释。对格式条款有两种以上解释的，应当作出不利于提供格式条款一方的解释。格式条款和非格式条款不一致的，应当采用非格式条款。”这两条法律规定确立了我国对保险合同条款解释的原则——“不利解释”原则。

“不利解释”原则为在有争议时解释保险合同条款提供了一种原则，但其本身并没有提供解释保险合同的方法。《合同法》确立的合同解释的一般原则是：“当事人对合同条款的理解有争议的，应当按照合同所使用的词语、合同有关的条款、合同的目的、交易习惯以及诚实信用原则，确定该条款的真实意思”。这一原则同样适用于对保险合同的解释。因此，“不利解释”原则不能排除合同解释的一般原则或方法，不能对保险合同任意作不利于保险人的解释。也就是说，并不是只要对保险条款发生争议，就必须作不利于保险人的解释。如果保险条款的含义清楚、意图明确，只是由于投保人、被保险人或受益人的理解错误而与保险人发生争议，就应该按保险条款的真实含义进行解释。

在本案中，第三者责任险的保险责任条款的含义是很明确的：由于保险车辆自身发生的保险事故，给第三者造成了人身损害或直接的财产损毁，被保险人依法应当承担赔偿责任。王某的死亡是迎面而来的小轿车直接撞击造成的，尽管客车司机违反有关道路交通管理规定应承担事故的全部责任，但由于大客车本身并未发生交通事故，所以并没有发生保险事故。因此保险公司不应当承担客运公司对王某的赔偿责任。

【启示】

对保险合同条款的理解产生的争议是导致保险合同纠纷的重要原因之一，对保险合同条款进行正确合理的解释对于维护保险人和被保险人的合法权益起着

至关重要的作用。虽然我国《保险法》充分体现了对被保险人利益的保护，规定了“不利解释”原则，但这一原则在实际中的使用是有条件的，不能一有争议即照搬。