

保险基础

第一章 保险概论

第一节 保险的要素与特征

一、保险的含义

保险作为分散风险、消化损失的一种经济补偿制度，可以从不同的角度揭示其含义。

从经济角度看，保险是分摊意外损失、提供经济保障的一种财务安排。投保人交纳保险费购买保险，实际上是将其面临的不确定的大额损失转变为确定性的小额支出，将未来大额的或持续的支出转变成目前的固定性的支出。通过保险，提高了投保人的资金效益，因而被认为是一种有效的财务安排。人寿保险中，保险作为一种财务安排的特性表现得尤为明显。因为人寿保险还具有储蓄和投资的作用，具有理财的特征。正是从这个意义上说，保险公司属于金融中介机构，保险业是金融业的一个重要组成部分。

从法律角度看，保险是一种合同行为。保险合同当事人双方在法律地位平等的基础上，签订合同，承担各自的义务，享受各自的权利。《中华人民共和国保险法》（以下简称《保险法》）规定：“本法所称保险，是指投保人根据合同约定，向保险人支付保险费，保险人对于合同约定的可能发生的事故因其发生所造成的财产损失承担赔偿责任，或者当被保险人死亡、伤残、疾病或者达到合同约定的年龄、期限等条件时承担给付保险金责任的商业保险行为。”

从风险管理角度看，保险是风险管理的一种方法，或风险转移的一种机制。通过保险，将众多的单位和个人结合起来，变个体对付风险为大家共同对付风险，从而提高对风险损失的承受能力。保险的作用在于集散风险、分摊损失。

二、保险的要素

保险的要素是指进行保险经济活动所应具备的基本条件。现代商业保险的要素包括五个方面的内容。

（一）可保风险的存在

可保风险也称可保危险或保险危险，是指符合保险人承保条件的特定风险。理想的可保风险应具备六个基本条件：

1. 风险应当是纯粹风险。纯粹风险是一种只有损失机会，没有获利可能的风险。具体地说，风险事故发生以后，保险关系双方当事人面临的只有损失机会，没有获利可能。纯粹风险引起的事故构成保险危险的基础。

2. 风险应当具有不确定性。风险的不确定性包含三层含义：风险是否发生是不确定的；风险发生的时间是不确定的；风险发生的原因和结果是不确定的。

3. 风险应该使大量标的均有遭受损失的可能。这一条件要求大量的性质相近、价值相近的风险单位面临同样的风险。

4. 风险应该有导致重大损失的可能。这一条件的含义是可保风险应是一种发生重大损失的可能性较大、遭受重大损失的机会较小的风险。风险一旦发生，由其导致的损失是被保险人无力承担的。假如采用自保等方式自行承担，也是一种不经济的选择。

5. 风险不能使大多数的保险对象同时遭受损失。这一条件要求损失的发生具有分散性。保险的实质在于，以多数人支付的小额保费，赔付少数人遭遇的大额损失。如果大多数保险标的同时遭受重大损失，则保险人通过收取保险费建立的保险基金就无法补偿所有损失。

在保险实践中，有些可保风险可能不完全满足上述条件，如洪水、地震等巨灾风险，一旦发生，势必导致多数保险标的同时受损。因此，保险人在承保时，应该尽量分散风险单位，一方面避免大多数保险标的同时遭受重大损失，另一方面，追求预期损失与实际的损失相一致，保证保险公司的经营稳定性。

6. 风险应当具有现实的可测性。保险的经营要求制订准确的费率，费率的计算依据是风险发生的概率及其所导致标的损失的概率，因此，风险必须具有可测性。

随着社会经济的发展、科学技术的进步和市场环境的变化，传统的可保风险的条件也将随之发生改变，并影响保险公司的经营和保险业的发展。

（二）大量同质风险的集合与分散

保险的经济补偿活动过程，既是风险的集合过程，又是风险的分散过程。保

险人通过保险将众多投保人所面临的分散性风险集合起来，当发生保险责任范围内的损失时，又将少数人遭受的风险损失分摊给全体投保人，即通过保险的补偿或给付行为分摊损失或保证经营稳定。保险风险的集合与分散应具备两个前提条件。

1. 大量风险的集合体。互助性是保险的特征之一，保险实现互助的方法在于集合多数人的保费，补偿少数人的损失。大量风险的集合，一方面是基于风险分散的技术要求，另一方面是概率论和大数法则原理在保险经营中得以运用的前提。

2. 同质风险的集合体。所谓同质风险，是指风险单位在种类、品质、性能和价值等方面大体相近。如果风险为不同质风险，那么风险损失发生的概率就不相同，风险也就无法进行统一集合与分散。此外，由于不同质的风险，损失发生的频率与幅度是有差异的，若对不同质的风险进行集合与分散，则会导致保险经营财务的不稳定。

（三）保险费率的厘定

保险是一种经济保障活动，而从经济角度看则是一种特殊商品交换行为。因此，厘定保险商品的价格，即厘定保险费率，便构成了保险的基本要素。需要指出，保险费率厘定的含义与保险人在保险市场上的产品定价不同。保险费率厘定主要是根据保险标的的风险状况确定某一保险标的的费率，确定保险人应收取的风险保费。而保险产品定价，除要考虑风险状况外，还要考虑其他因素。影响保险人定价的其他因素包括市场竞争对手的行为、市场供求的变化、保险监管的要求和再保险人承保条件的变化等。当然，保险费率的厘定是保险产品定价的基础。

由于保险商品交换行为是一种特殊的经济行为，为保证保险双方当事人的利益，保险费率的厘定要遵循一定的原则和采取科学的方法。

（四）保险基金的建立

保险的分摊损失与补偿功能是建立在具有一定规模的保险基金基础之上的。保险基金是用以补偿或给付因自然灾害、意外事故和人体自然规律所致的经济损失、人身损害及收入损失，并由保险公司筹集、建立起来的专项货币基金，主要来源于保险公司开业资金和向投保人收取的保险费，其中保险费是形成保险基金的主要来源。由于保险经营上的特殊性，与其他行业的基金相比，保险基金具

有来源的分散性和广泛性、总体上的返还性、使用上的专项性、赔付责任的长期性和运用上的增值性等特点。

保险基金是保险业存在的现实的经济基础，也是保证保险人收支平衡和保证保险企业财务稳定性的经济基础，但同时保险基金也制约着保险企业的业务经营规模。从保险公司财务管理的角度看，除资本金外，从保险收入中提取的部分保险费所形成的保险基金是以各种准备金的形式存在的。就财产保险与责任保险而言，表现为未到期责任准备金、赔款准备金、总准备金和其他准备金几种形式；就人身保险准备金而言，主要以寿险责任准备金形式存在。此外，从为保障被保险人利益的角度看，按照集中管理、统筹使用原则建立的保险保障基金也属于保险基金的范畴。

需要指出，保险基金也是保险公司进行投资活动的经济基础，保险投资收益对保险公司经营效益具有重要的意义。

（五）保险合同的订立

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

三、保险的特征

保险的特征是指保险活动与其他经济活动相比所表现出的基本特点。一般地说，现代商业保险具有四个典型特征。

（一）经济性

保险是一种经济保障活动。保险的经济性主要体现在保险活动的性质、保障对象、保障手段和保障目的等方面。保险经济保障活动是整个国民经济活动的一个有机组成部分，其保障对象即财产和人身直接或间接属于社会生产中的生产资料和劳动力两大经济要素；其实现保障手段，最终都必须采取支付货币的形式进行补偿或给付；其保障的根本目的，无论从宏观角度还是从企业微观的角度，都是为了有利于经济发展。此外，保险的经济性，还表现为在市场经济条件下，保

险是一种特殊的劳务商品，体现了一种特殊的等价交换的经济关系。这种经济关系直接表现为个别保险人与个别投保人之间的交换关系，间接表现为在一定时期内全部保险人与全部投保人之间的交换关系。此外，从经营的角度看，经营商业保险业务的保险公司属商业性机构，经营主要目标之一则是提高经济效益，追求利润最大化。但是，商业保险公司追求利润最大化，必需是建立在保险经济效益与提高社会效益相一致的基础上。

（二）互助性

保险具有“一人为众，众为一人”的互助特性。没有互助性，也就失去了保险的意义。保险是在一定条件下，分担了个别单位或个人所不能承担的风险，从而形成了一种经济互助关系。这种经济互助关系通过保险人用多数投保人缴纳的保险费建立的保险基金对少数遭受损失的被保险人提供补偿或给付而得以体现。当然，在现代商业保险条件下，由于保险公司的出现，并作为一种中间性的机构来组织风险分散和经济补偿，从而使互助性的关系演变成一种保险人与投保人直接的经济关系，但这种变化并不改变保险的互助性这一基本特征。

（三）法律性

从法律角度看，保险具有明显的法律性质。保险是一种合同行为，所以保险的法律性主要体现在保险合同上。保险合同的法律特征主要有：保险行为是双方的法律行为；保险行为必须是合法的；保险合同双方当事人必须有行为能力；保险合同双方在合同关系中的地位是平等的。保险的法律性，不仅体现在保险本身是一种合同行为，法律是保险行为的规范和实现的条件，而且法律也是保险组织和某些保险业务活动（如法定保险、责任保险等）产生的前提条件，此外，对保险的监督管理也是以法律为依据的。

（四）科学性

保险是以科学的方法处理风险的一种有效措施。现代保险经营以概率论和大量法则等科学的数理理论为基础，保险费率的厘定、保险准备金的提存等都是科学的数理计算为依据的。

四、保险与相似制度比较

从现象上看，现有一些制度与保险相类似。因此，人们很容易把保险与这些相似制度相混淆，为了更清晰地了解保险概念，现将保险与一些相似制度作一些

比较。

（一）保险与互助保险

互助保险，即由一些具有共同要求和面临同样风险的人自愿组织起来，以预防风险损失补偿分摊金的一种保险形式。这种互助形式曾存在于古今各种以经济补偿为目的的互助合作组织之中。如古埃及建造金字塔石匠中的互助基金组织、古罗马的丧葬互助会；中世纪的工匠行会、商人行会、宗教行会、村落行会等各种行会。保险与互助保险有共同性的一面，更有其差异性的一面。

1. 保险与互助保险的共同性主要表现为：

（1）保险与互助保险均以一定范围的群体为条件。

（2）保险与互助保险均具有“一人为大家，大家为一人”的互助性质。

2. 保险与互助保险的差异主要表现为：

（1）保险的互助范围以全社会公众为对象，而互助保险的互助范围则是以其互助团体内部成员为限。

（2）保险的互助是其间接后果而不是直接目的，而互助保险的互助则是直接目的。

（3）保险是按照商品经济原则，以盈利为目的而经营的商业保险行为，而互助保险则是以共济为目的的非商业活动。

（二）保险与社会保险

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

这里，保险与社会保险的比较主要是将人身保险与社会保险进行比较。

1. 人身保险与社会保险的共同点表现为：

（1）同以风险的存在为前提。人身特有风险的客观存在，是人身保险存在与发展的自然前提，而人身风险的偶然性和不确定性，则导致了对人身风险保障的需求。对此，人身保险与社会保险并无区别。

（2）同以社会再生产人的要素为对象。人身保险与社会保险的保险标的都是人的身体或生命，只不过社会保险的标的是依法限定的，而人身保险的标的是

以保险合同限定的。

(3) 同以概率论和大数法则为制定保险费率的数理基础。人身保险与社会保险都需要准确地厘定保险费率，因而编制和使用生命表对人身保险与社会保险都很重要。

(4) 同以建立保险基金（或叫“保险准备金”）作为提供经济保障的物质基础。为了使被保险人在遭受人身风险事故后能获得及时可靠的经济保障，人身保险与社会保险都要将收取的保险费建立专门的保险基金，并按照基本相同的投资原则进行运用，以确保保险基金的保值增值，增强偿付能力。

2. 人身保险与社会保险的区别表现为：

(1) 经营主体不同。人身保险的经营主体必须是商业保险公司，对此各国保险法都有相应规定。《保险法》第六条规定：“保险业务由依照本法设立的保险公司以及法律、行政法规规定的其他保险组织经营，其他单位和个人不得经营保险业务。”而社会保险可以由政府或其设立的机构办理，也可以委托金融经营机构如基金公司、银行和保险公司代管，社会保险带有行政性特色。在我国，经办社会保险的机构是由人力资源和社会保障部授权的社会保险机构。

(2) 行为依据不同。人身保险是依合同实施的民事行为，保险关系的建立是以保险合同的形式体现的，保险双方当事人享受的权利和履行的义务也是以保险合同为依据的。而社会保险则是依法实施的政府行为，享受社会保险的保障是宪法赋予公民或劳动者的一项基本权利。为保证这一权利的实现，国家必须颁布社会保险的法规强制实施。

(3) 实施方式不同。人身保险合同的订立必须贯彻平等互利、协商一致、自愿订立的原则，除少数险种外，大多数险种在法律上没有强制实施的规定。而社会保险则具有强制实施的特点，凡是社会保险法律法规规定范围内的社会成员，必须一律参加，没有选择的余地，而且对无故拒交或迟交保险费的要征收滞纳金，甚至追究法律责任。

(4) 适用的原则不同。人身保险是以合同体现双方当事人关系的，双方的权利与义务是对等的，即保险人承担赔偿责任和给付保险金的责任完全取决于投保人是否交纳保险费以及交纳的数额。也就是多投多保，少投少保，不投不保。因而，人身保险强调的是“个人公平”原则。而社会保险因其与政府的社会经济目标相

联系，以贯彻国家的社会政策和劳动政策为宗旨，强调的是“社会公平”原则。投保人的交费水平与保障水平的联系并不紧密，为了体现政府的职责，不管投保人交费多少，给付标准原则上是同一的，甚至有些人可以免交保险费，但同样能获得社会保险的保障。

(5) 保障功能不同。人身保险的保障目标是在保险金额限度内对保险事故所致损害进行保险金的给付。这一目标可以满足人们一生中生活消费的各个层次的需要，即生存、发展与享受都可以通过购买人身保险得到保障。而社会保险的保障目标是通过社会保险金的支付保障社会成员的基本生活需要，即生存需要，因而保障水平相对较低。

(6) 保费负担不同。交付保险费是人身保险投保人应尽的基本义务，而且保险费中不仅仅包含死亡、伤残、疾病等费用，还包括了保险人的营业与管理费用，投保人必须全部承担。因而，人身保险的收费标准一般较高。而社会保险的保险费通常是个人、企业和政府三方共同负担的。至于各方的负担比例，则因项目不同、经济承担能力不同而各异。

(三) 保险与救济

保险与救济同为借助他人安定自身经济生活的一种方法。但是，两者的根本性质是不同的。

1. 提供保障的主体不同。保险保障是由商业保险公司提供的，是一种商业行为；救济包括民间救济和政府救济。民间救济由个人或单位提供，这类救济纯粹是一种施舍行为，一种慈善行为；而政府救济属于社会行为，通常被称为社会救济。

2. 提供保障的资金来源不同。保险保障以保险基金为基础，主要来源于投保人交纳的保险费，其形成也有科学的数理依据，而且国家对保险公司有最低偿付能力标准的规定。而民间救济的资金是救济方自己拥有的，因而救济资金的多少取决于救济方自身的财力。政府救济的资金则来源于国家财政，因而政府救济资金的多少取决于国家的财力。救济资金的来源限制了救济的时间、地区、范围和数量。

3. 提供保障的可靠性不同。保险以保险合同约束双方当事人的行为，任何一方违约都会受到惩罚，因而被保险方能得到及时可靠的保障，而民间救济则是

一种单纯的临时性施舍，任何一方都不受法律约束。尤其对于救济人而言，其行为完全自由，是否救济、救济多少均由自己决定，因而所得到的保障只能是临时的、不稳定的，而且也是不可靠的。至于政府救济，虽然不是合同行为，但却受到法律的约束。政府不能任意决定是否救济、救济多少，因而政府救济是及时可靠的。

4. 提供保障的水平不同。保险保障的水平取决于保险双方当事人的权利和义务，即保险的补偿或给付水平要根据损失情况而定。同时，与投保人的交费水平直接相联系，因而能使被保险人的实际损失得到充分的保障。而救济是单方面的行为，被救济者与救济者之间不存在权利义务关系，民间救济更是一种单方的、无偿的授予行为。被救济方无须为获得救济而承担任何义务，因而救济的水平并不取决于被救济方的实际损失，而是取决于救济方的心愿和能力。至于政府救济，要依法实施，但一般救济标准很低，通常依当地的最低生活水平而定。

（四）保险与储蓄

保险与储蓄都是以现在的剩余资金作未来所需的准备，即同为未雨绸缪之计，因而都体现一种有备无患的思想，尤其是人身保险的生存保险及两全保险的生存部分，几乎与储蓄难以区分。但是，两者属于不同的经济范畴，有着明显的差异。

1. 消费者不同。保险的消费者必须符合保险人的承保条件，经过核保可能会有一些人被拒保或有条件地承保；储蓄的消费者可以是任何单位或个人，一般没有特殊条件的限制。

2. 技术要求不同。保险集合多数面临同质风险的单位和个人分摊少数单位和个人的损失，需要有特殊的分摊计算技术；而储蓄则总是使用本金加利息的公式，无须特殊的分摊计算技术。

3. 受益期限不同。保险由保险合同规定受益期限，只要在保险合同的有效期间，无论何时发生保险事故，被保险人均可在预定的保险金额内得到保险赔付，其数额可能是其所交纳的保险费的几倍、几十倍甚至于几百倍，而储蓄则以本息返还为受益期限，只有达到了一定的期间，储户才能得到预期的利益，即储存的本金及利息。

4. 行为性质不同。保险用全部投保人交纳的保险费建立的保险基金对少数

遭受损失的被保险人提供补偿或给付，是一种互助行为，而储蓄是个人留出一部分财产做准备，以应对将来的需要，无须求助他人，完全是一种自助行为。

5. 消费目的不同。保险消费的主要目的是应付各种风险事故造成的经济损失，而储蓄的主要目的是为了获得利息收入。

第二节 保险的分类

一、按照实施方式分类

按照实施方式分类，保险可分为强制保险和自愿保险。

（一）强制保险

强制保险（又称法定保险）是由国家（政府）通过法律或行政手段强制实施的一种保险。强制保险的保险关系虽然也是产生于投保人与保险人之间的合同行为，但是，合同的订立受制于国家或政府的法律规定。强制保险的实施方式有两种选择：一是保险标的与保险人均由法律限定；二是保险标的由法律限定，但投保人可以选择保险人。强制保险具有全面性与统一性的特征，如我国机动车交通事故责任强制保险就是一种强制保险。

（二）自愿保险

自愿保险是在自愿原则下，投保人与保险人双方在平等的基础上，通过订立保险合同而建立的保险关系。自愿保险的保险关系，是当事人之间自由决定、彼此合意后所建立的合同关系。投保人可以自由决定是否投保、向谁投保、中途退保等，也可以自由选择保险金额、保障范围、保障程度和保险期限等。保险人也可以根据情况自愿决定是否承保、怎样承保等。

二、按照保险标的分类

按照保险标的分类，可将保险分为财产保险与人身保险。

（一）财产保险

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

1. 财产损失保险。财产损失保险是以各类有形财产为保险标的的财产保险。其主要包括的业务种类有：企业财产保险、家庭财产保险、运输工具保险、货物

运输保险、工程保险、特殊风险保险和农业保险等种类。

2. 责任保险。责任保险是指以被保险人对第三者的财产损失或人身伤害依照法律和契约应负的赔偿责任为保险标的的保险。其主要业务种类有：公众责任保险、产品责任保险、雇主责任保险和职业责任保险等。

3. 信用保证保险。信用保证保险是以各种信用行为为保险标的的保险。其主要业务种类有：一般商业信用保险、出口信用保险、合同保证保险、产品保证保险和忠诚保证保险等。

（二）人身保险

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

1. 人寿保险。人寿保险是以被保险人的寿命作为保险标的，以被保险人的生存或死亡为给付保险金条件的一种人身保险。其主要业务种类有：定期寿险、终身寿险、两全寿险、年金保险、投资连结保险、分红寿险和万能寿险等。

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

3. 意外伤害保险。意外伤害保险是指以被保险人的身体为保险标的，以意外伤害而致被保险人身故或残疾为给付保险金条件的一种人身保险。其主要业务种类有：普通意外伤害保险和特定意外伤害保险等。

三、按照风险转移层次分类

按照风险转移层次分类，可将保险分为原保险和再保险。

（一）原保险

原保险是保险人与投保人之间直接签订保险合同而建立保险关系的一种保险。在原保险关系中，保险需求者将其风险转嫁给保险人，当保险标的遭受保险责任范围内的损失时，保险人直接对被保险人承担赔偿责任。

（二）再保险

再保险（也称分保）是保险人将其所承保的风险和责任的一部分，转移给其他保险人的一种保险。转让业务的是原保险人，接受分保业务的是再保险人。这种风险转嫁方式是保险人对原始风险的纵向转嫁，即第二次风险转嫁。

四、按照承保方式分类

按照承保方式分类，可将保险分为共同保险、复合保险和重复保险。

（一）共同保险

共同保险是指投保人与两个以上保险人之间，就同一保险利益，同一风险共同缔结保险合同的一种保险。在保险实务中，数个保险人可能以某一保险公司的名义签发一张保险单，然后每一保险公司对保险事故损失按比例分担责任。共同保险是直接保险的一种，因此，共同保险人在联合承担保险责任以后，根据需要也可以进行再保险，与再保险人建立起再保险关系。

（二）复合保险

复合保险是指投保人以保险利益的全部或部分，分别向数个保险人投保相同种类保险，签订数个保险合同，其保险金额总和不超过保险价值的一种保险。

（三）重复保险

重复保险是指投保人以同一保险标的、同一保险利益、同一保险事故分别与数个保险人订立保险合同，且保险金额总和超过保险价值的一种保险。

需要特别说明的是，共同保险和再保险都有分散风险的类似功效，都是保险人限制自身保险责任的一种措施，但两者具有本质的区别：

1. 反映的保险关系不同。共同保险反映的是投保人与各保险人之间的关系，这种保险关系是一种直接的法律关系；再保险反映的是原保险人与再保险人之间的关系，再保险接受人与原投保人之间并不发生直接的关系。

2. 对风险的分摊方式不同。共同保险的各保险公司对其承担风险责任的分摊是第一次分摊，而再保险则是对风险责任进行的第二次分摊；共同保险是风险的横向分担，再保险则为风险的纵向分担。

第三节 保险的功能

一、保险保障功能

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

（一）财产保险的补偿

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

（二）人身保险的给付

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

二、资金融通功能

资金融通功能是指将保险资金中闲置的部分重新投入到社会再生产过程中所发挥的金融中介作用。保险人为了使保险经营稳定，必须保证保险资金的保值与增值，这也要求保险人对保险资金进行运用。保险资金的运用不仅有其必要性，而且也是可能的。一方面，由于保险保费收入与赔付支出之间存在有时间滞差，为保险人进行保险资金的融通提供了可能；另一方面，保险事故的发生也不都是同时的，保险人收取的保险费不可能一次性全部赔偿出去，也就是保险人收取的保险费与赔付支出之间有时也存在着数量滞差，也为保险人进行保险资金的融通提供了可能。但是，保险资金的融通应以保证保险的赔偿或给付为前提，同时也要坚持合法性、流动性、安全性和效益性的原则。

随着我国保险资金运用渠道的进一步拓宽，资金融通功能对我国金融市场的影响力越来越大。2008年底，我国保险资金运用余额约为3.01万亿元，投资收益率为1.91%。相关的投资比例是银行存款为26.47%、债券为57.88%、权益类投资为13.33%。作为主要的机构投资者，保险公司在促进资本市场稳定发展方面发挥的作用日益突出；保险公司通过持有银行次级债，为银行提高资本充足率，推动商业银行改革提供了有力的支持；保险公司投资入股商业银行，对改善银行

股权结构，优化银行公司治理发挥了积极的作用。

三、社会管理功能

一般来讲，社会管理是指对整个社会及其各个环节进行调节和控制的过程，目的在于正常发挥各系统、各部门、各环节的功能，从而实现社会关系和谐，整个社会良性运行和有效管理。保险的社会管理功能不同于国家对社会的直接管理，而是通过保险内在的特性，促进经济社会的协调以及社会各领域的正常运转和有序发展。保险的社会管理功能是在保险业逐步发展成熟并在社会发展中的地位不断提高和增强之后衍生出来的一项功能。保险的社会管理功能，主要体现在四个方面。

（一）社会保障管理

社会保障被誉为社会的“减震器”，是保持社会稳定的重要条件。商业保险是社会保障体系的重要组成部分，在完善社会保障体系方面发挥着重要作用。一方面，商业保险可以为城镇职工、个体工商户、农民和机关事业单位等没有参与社会基本保险制度的劳动者提供保险保障，有利于扩大社会保障的覆盖面。另一方面，商业保险具有产品灵活多样、选择范围广等特点，可以为社会提供多层次的保障服务，提高社会保障的水平，减轻政府在社会保障方面的压力。2008年，我国保险从业人员达322.81万人，为缓解社会就业压力、维护社会稳定、保障人民安居乐业作出了积极贡献。

（二）社会风险管理

风险无处不在，防范控制风险和减少风险损失是全社会的共同任务。保险公司从开发产品、制定费率到承保、理赔的各个环节，都直接与灾害事故打交道，不仅具有识别、衡量和分析风险的专业知识，而且积累了大量风险损失资料，为全社会风险管理提供了有力的数据支持。同时，保险公司能够积极配合有关部门做好防灾防损，并通过采取差别费率等措施，鼓励投保人和被保险人主动做好各项预防工作，降低风险发生的概率，实现对风险的控制和管理。

（三）社会关系管理

通过保险应对灾害损失，不仅可以根据保险合同约定对损失进行合理补偿，而且可以提高事故处理的效率，减少当事人可能出现的各种纠纷。由于保险介入灾害处理的全过程，参与到社会关系的管理之中，逐步改变了社会主体的行为模

式，为维护政府、企业和个人之间正常、有序的社会关系创造了有利条件，减少了社会摩擦，起到了社会“润滑器”的作用，大大提高了社会运行的效率。

（四）社会信用管理

完善的社会信用制度是建设现代市场体系的必要条件，也是规范市场经济秩序的治本之策。最大诚信原则是保险经营的基本原则，保险公司经营的产品实际上是一种以信用为基础、以法律为保障的承诺，在培养和增强社会的诚信意识方面具有潜移默化的作用。同时，保险在经营过程中可以收集企业和个人的履约行为记录，为社会信用体系的建立和管理提供重要的信息资料来源，实现社会信用资源的共享。

保险的三项功能是一个有机联系、相互作用的整体。经济补偿是保险最基本的功能，是保险区别于其他行业的最根本的特征。资金融通功能是在经济补偿功能基础上发展起来的，是保险金融属性的具体体现，也是实现社会管理功能的重要手段。正是由于具有资金融通功能，才使保险业成为国际资本市场的重要资产管理者，特别是通过管理养老基金，使保险成为社会保障体系的重要力量。现代保险的社会管理功能是保险业发展到一定程度并深入到社会生活的诸多层面之后产生的一项重要功能。社会管理功能的发挥，在许多方面都离不开经济补偿和资金融通功能的实现。同时，随着保险社会管理功能逐步得到发挥，将为经济补偿和资金融通功能的发挥提供更加广阔的空间。因此，保险的三大功能之间既相互独立，又相互联系、相互作用，形成了一个统一、开放的现代保险功能体系。

第二章 保险合同

第一节 保险合同的特征与种类

一、保险合同的含义

合同（也称契约）是平等主体的当事人为了实现一定的目的，以双方或多方意思表示一致设立、变更和终止权利义务关系的协议。

《保险法》第十条规定：“保险合同是投保人与保险人约定权利义务关系的

协议。”

保险合同的当事人是投保人和保险人；保险合同的内容是保险双方的权利义务关系。根据保险合同的约定，收取保险费是保险人的基本权利，赔偿或给付保险金是保险人的基本义务。与此相对应，交付保险费是投保人的基本义务，请求赔偿或给付保险金是被保险人的基本权利。

保险合同属于民商合同的一种，其设立、变更或终止是具有保险内容的民事法律关系。因此，保险合同不仅适用保险法，也适用合同法和民法通则等。

二、保险合同的特征

保险合同作为一种特殊的民商合同，除具有一般合同的法律特征外，还有一些特有的法律特征。

（一）保险合同是有偿合同

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

（二）保险合同是双务合同

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

（三）保险合同是最大诚信合同

任何合同的订立和履行都应当遵守诚实信用的原则。但是，由于保险双方信息的不对称性，保险合同对诚信的要求远远高于其他合同。因为，保险标的在投保前或投保后均在投保方的控制之下，而保险人通常是根据投保人的告知来决定是否承保以及承保的条件。此外，投保方对保险标的过去情况、未来事项也要向保险人作出保证。所以，投保人的道德因素和信用状况对保险经营来说关系极大。另一方面，保险经营的复杂性和技术性使得保险人在保险关系中处于有利地位，而投保人处于不利地位。这就要求保险人在订立保险合同时，应向投保人说明保险合同的内容；在约定的保险事故发生时，履行赔偿或给付保险金的义务等。所

以，保险合同较一般合同对当事人的诚实信用的要求更为严格，故称为最大诚信合同。

（四）保险合同是射幸合同

射幸合同是指合同的效果在订约时不能确定的合同，即合同当事人一方并不必然履行给付义务，而只有当合同中约定的条件具备或合同约定的事件发生时才履行。保险合同是一种典型的射幸合同。投保人根据保险合同支付保险费的义务是确定的，而保险人仅在保险事故发生时，承担赔偿责任或给付义务，即保险人的义务是否履行在保险合同订立时尚不确定，而是取决于偶然的、不确定的保险事故是否发生。但是，保险合同的射幸性是就单个保险合同而言的，而且也是仅就有形保障而言的。

（五）保险合同是附合合同

附合合同是指其内容不是由当事人双方共同协商拟订，而是由一方当事人事先拟就，另一方当事人只是作出是否同意的意思表示的一种合同。保险合同可以采用保险协议书、保险单或保险凭证的形式订立。在采用保险单和保险凭证形式时，保险条款已由保险人事先拟订，当事人双方的权利义务已规定在保险条款中，投保人一般只是作出是否同意的意思表示。投保人可以与保险人协商，增加特别约定条款，或对保险责任进行限制或扩展，但一般不能改变保险条款的基本结构和内容。

三、保险合同的种类

（一）单一风险合同、综合风险合同与一切险合同

按照合同承担风险责任的方式分类，保险合同可分为单一风险合同、综合风险合同与一切险合同。

1. 单一风险合同。单一风险合同是指只承保一种风险责任的保险合同。如农作物雹灾保险合同，只对于冰雹造成的农作物损失负责赔偿。

2. 综合风险合同。综合风险合同是指承保两种以上的多种特定风险责任的保险合同。这种保险合同必须把承保的风险责任一一列举，只要损失是由于所保风险造成的，保险人就负责赔偿。

3. 一切险合同。一切险合同是指保险人承保的风险是合同中列明的除外不保风险之外的一切风险的保险合同。由此可见，所谓一切险合同并非意味着保险

人承保一切风险，即保险人承保的风险仍然是有限制的，只不过这种限制采用的是列明除外不保风险的方式。在一切险合同中，保险人并不列举规定承保的具体风险，而是以责任免除条款确定其不承保的风险。也就是说，凡未列入责任免除条款中的风险均属于保险人承保的范围。

（二）定值保险合同与不定值保险合同

在各类财产保险中，依据标的价值在订立合同时是否确定将保险合同分为定值保险合同与不定值保险合同。在人身保险合同中，通常不区分定值与不定值保险合同。

1. 定值保险合同。定值保险合同是指在订立保险合同时，投保人和保险人即已确定保险标的的保险价值，并将其载明于合同中的保险合同。定值保险合同成立后，一旦发生保险事故，就应以事先确定的保险价值作为保险人确定赔偿金数额的计算依据。如果保险事故造成保险标的的全部损失，无论该保险标的的实际损失如何，保险人均应支付合同所约定的保险金额的全部，不必对保险标的重新估价；如果保险事故仅造成保险标的的部分损失，则只需要确定损失的比例。该比例与保险价值的乘积，即为保险人应支付的赔偿金额，同样无须重新对保险标的的实际损失的价值进行估量。在保险实务中，定值保险合同多适用于以某些不易确定价值的财产，如以字画、古玩等为保险标的的财产保险合同。在国际保险市场上，由于运输货物的市场价格在起运地、中途和目的地都不相同，为保障被保险人的实际利益，避免赔款时由于市价差额而带来的纠纷，习惯上也采用定值保险合同，船舶险亦然。

2. 不定值保险合同。不定值保险合同是指投保人和保险人在订立保险合同时不预先确定保险标的的保险价值，仅载明保险金额作为保险事故发生后赔偿最高限额的保险合同。在不定值保险合同条件下，一旦发生保险事故，保险人需估算保险标的的实际价值，并以此作为保险人确定赔偿金数额的计算依据。通常情况下，受损保险标的的实际价值以保险事故发生时当地同类财产的市场价格来确定，但保险人对保险标的所遭受损失的赔偿不得超过合同所约定的保险金额。如果实际损失大于保险金额，保险人的赔偿责任仅以保险金额为限；如果实际损失小于保险金额，则保险人仅赔偿实际损失。大多数财产保险业务均采用不定值保险合同的形式。

（三）补偿性保险合同与给付性保险合同

按照合同的性质分类，保险合同可以分为补偿性保险合同与给付性保险合同。

1. 补偿性保险合同。补偿性保险合同是指保险人的责任，以补偿被保险人的经济损失为限，并不得超过保险金额的合同。各类财产保险合同和人身保险中的健康保险合同的疾病津贴和医疗费用合同都属于补偿性保险合同。

2. 给付性保险合同。给付性保险合同是指保险金额由双方事先约定，在保险事件发生或约定的期限届满时，保险人按合同规定标准金额给付的合同。各类寿险合同属于给付性保险合同。因为人的生命是无价的，保险金额只能根据保险人的实际需要和缴付保险费的能力来确定。发生保险事故时，保险人以保险金额作为给付金额。

（四）个别保险合同与集合保险合同

根据保险标的的不同情况，保险合同可以分为个别保险合同与集合保险合同。前者是以一人或一物为保险标的的保险合同；后者是以多数人或多数物为保险标的的合同，又称为团体保险合同。

（五）特定保险合同与总括保险合同

按保险标的是否为特定物或是否属于特定范围，保险合同可分为特定保险合同和总括保险合同。特定保险合同是以特定物为保险标的的合同。总括保险合同是以可以变动的多数人或多物为保险标的的合同。

（六）足额保险合同与非足额保险合同

在不定值保险合同里，当发生保险事故时，保险标的的实际价值与保险金额就会出现不一致的情况。此时，按保险金额与保险标的的实际价值的对比关系划分，保险合同可分为足额保险合同与不足额保险合同。足额保险合同又称全额保险合同，是指保险金额大体相当于财产的实际价值的保险合同。在这种情况下，被保险人既可获得充分的经济保障，也不会多支付保险费。在保险事故发生时，如果保险标的全部损失，保险人按实际损失数额如数赔偿。

不足额保险合同又称低额保险合同，是指保险金额小于财产实际价值的保险合同。这种情况的出现有三种原因：

1. 由于保险人的规定，藉以促使被保险人注意防范危险。

2. 由于被保险人的自愿，藉以节省保险费。

3. 由于财产价值的上涨，而使财产的实际价值高于保险金额。在不足额保险合同中，保险人的赔偿方式有两种：比例赔偿方式和第一危险赔偿方式。前者是按保险金额与财产实际价值的比例计算赔偿；后者则不考虑保险金额与实际价值的比例，在保险金额限度内，按照实际损失赔偿。

第二节 保险合同的主体与客体

一、保险合同的主体

保险合同的主体包括保险合同的当事人、保险合同的关系人和保险合同的辅助人。保险合同的当事人是指订立并履行合同的自然人、法人或其他组织。他们在合同关系中享有权利并承担相应的义务。当投保人与被保险人为同一人时，保险人、投保人（被保险人）是保险合同的当事人；当投保人与被保险人不是同一人时，投保人是保险合同的当事人，而被保险人是保险合同的关系人。受益人是保险合同的关系人。

（一）保险合同的当事人

1. 保险人。保险人是指与投保人订立保险合同，并按照合同约定承担赔偿责任或给付保险金责任的保险公司。按照我国《保险法》的规定，它必须符合如下条件：

（1）保险人要具备法定资格。具体内容包括：①保险人必须是依照法定条件和程序设立的保险公司，要接受保险监督管理机构的监管；②保险公司要分业经营，在保险监督管理机构批准的范围内开展保险业务。

（2）保险人须以自己的名义订立保险合同。保险公司只有以自己的名义与投保人订立保险合同后，它才能成为保险合同的保险人。

（3）保险人须依照保险合同承担保险责任。订立保险合同的目的在于使保险人在合同约定的保险期间内，对于发生的保险事故或事件，承担赔偿责任或给付保险金的责任。按照保险合同的约定承担保险责任，是保险人最主要、最基本的合同义务。

2. 投保人。投保人是指与保险人订立保险合同，并按照合同约定负有支付保险费义务的人。投保人并不以自然人为限，法人和其他组织也可以成为投保人。

投保人需具备的条件是：

(1) 投保人须具有民事权利能力和民事行为能力。民事权利能力是指由法律赋予的享有民事权利、承担民事义务的资格，它是自然人、法人、其他组织参加民事法律关系，取得民事权利、承担民事义务的法律依据，也是自然人、法人、其他组织享有民事主体资格的标志。民事行为能力是指能够以自己的行为行使民事权利和设定民事义务，并且能够对自己的违法行为承担民事责任，从而使民事法律关系发生、变更或消灭的一种资格。

(2) 投保人须对保险标的具有保险利益。我国《保险法》第十二条规定：“人身保险的投保人在保险合同订立时，对被保险人应当具有保险利益。财产保险的被保险人在保险事故发生时，对保险标的应当具有保险利益。”第三十一条规定，在人身保险合同中，“订立合同时，投保人对被保险人不具有保险利益的，合同无效”。第四十八条规定，在财产保险合同中，“保险事故发生时，被保险人对保险标的不具有保险利益的，不得向保险人请求赔偿保险金”。这样规定的目的在于：一是为了防范投保人利用保险合同进行投机、赌博等违法活动，以减少道德危险的发生机率；二是为了限制赔偿额度，保证保险业健康发展；三是为了维护国家利益、社会公共道德和保险人合法权益，达到保护被保险人合法权益的目的。

(3) 投保人须与保险人订立保险合同并按约定交付保险费。

(二) 保险合同的关系人

1. 被保险人。被保险人是指其财产或者人身受保险合同保障，享有保险金请求权的人。投保人可以为被保险人。当投保人为自己利益投保时，投保人、被保险人为同一人。当投保人为他人利益投保时，须遵守以下规定：被保险人应是投保人在保险合同中指定的人；投保人要征得被保险人同意；投保人不得为无民事行为能力人投保以死亡为给付保险金条件的人身保险。但父母为未成年子女投保的人身保险不受此限制，只是被保险人死亡给付的保险金总和不得超过国务院保险监督管理机构规定的限额。被保险人的成立应具备的条件是：

(1) 财产或人身受保险合同保障。在财产保险合同中，当发生保险事故致使被保财产遭受损失后，被保险人可依照保险合同获得补偿；在人身保险合同中，当被保险人死亡、伤残、疾病或达到约定年龄期限时，保险人要根据保险合同赔

偿或给付保险金。

(2) 保险事故发生时享有保险金请求权。保险金请求权的享有以保险合同的订立为前提,其行使则以保险事故或事件的发生为条件。①在财产保险合同中,保险事故发生后,未造成被保险人死亡的,保险金请求权由被保险人本人行使;造成被保险人死亡的,保险金请求权由其继承人依继承法继承;②在人身保险合同中,保险事故或事件发生后,被保险人仍然生存的,保险金请求权由被保险人本人行使。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。未指定受益人的或者受益人指定不明无法确定的、受益人先于被保险人死亡没有其他受益人的、受益人依法丧失受益权或者放弃受益权没有其他受益人的,保险金请求权由被保险人的继承人行使。

2. 受益人。受益人是保险合同的重要关系人之一。我国《保险法》第十八条规定:“受益人是指人身保险合同中由被保险人或者投保人指定的享有保险金请求权的人。投保人、被保险人可以为受益人。”受益人的成立应具备的条件是:

(1) 得到被保险人或投保人指定。受益人可以是自然人,也可以是法人。受益人如果不是被保险人、投保人,则多为与其有利害关系的自然人。胎儿也可以为受益人,但须以出生时存活为必要条件。

人身保险合同中因投保人订立合同的目的不同,合同约定的受益人也有所不同:投保人以自己的生命、身体为他人利益订立保险合同的,投保人是被保险人,受益人是指定的人;投保人以自己的生命、身体为自己利益而订立保险合同的,投保人既是被保险人,也是受益人;投保人以他人的生命、身体为他人利益而订立保险合同的,受益人经被保险人同意后,可以是第三人;投保人以他人的生命、身体为自己利益而订立保险合同的,经被保险人同意后,投保人是受益人。投保人指定或变更受益人时,须经被保险人同意。受益人可以是被保险人或投保人指定的一人或数人。被保险人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的,可以由其监护人指定受益人。

(2) 保险事故发生时享有保险金请求权。保险金请求权是受益人依照保险合同享有的基本权利。当被保险人与受益人不是同一人时,保险事故或事件发生后,如果被保险人死亡,则受益人能够从保险人处获得保险金。人身保险合同中被指定的受益人是一人时,保险金请求权由该人行使,并获得全部保险金。受益

人是数人的，保险金请求权由该数人行使，其受益顺序和受益份额由被保险人或投保人确定；未确定的，受益人按照相等份额享有受益权。

受益人的保险金请求权来自人身保险合同的规定，故受益人获得的保险金不属于被保险人的遗产，既不纳入遗产分配，也不用于清偿被保险人生前债务。但是《保险法》第四十二条规定：“被保险人死亡后，遇有下列情形之一的，保险金作为被保险人的遗产，由保险人依照《中华人民共和国继承法》的规定履行给付保险金的义务：（一）没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；（二）受益人先于被保险人死亡，没有其他受益人的；（三）受益人依法丧失受益权或者放弃受益权，没有其他受益人的。受益人与被保险人在同一事件中死亡，且不能确定死亡先后顺序的，推定受益人死亡在先。”

（三）保险合同的辅助人

保险合同的辅助人因国而异，不同国家有不同的保险辅助人。一般说来，保险合同的辅助人包括保险代理人、保险经纪人和保险公估人等。

二、保险合同的客体

客体是指在民事法律关系中主体履行权利和义务时共同的指向。客体在一般合同中称为标的，即物、行为、智力成果等。保险合同虽属民事法律关系范畴，但它的客体不是保险标的本身，而是投保人或者被保险人对保险标的具有的法律上承认的利益，即保险利益。

投保人必须凭借保险利益投保，而保险人必须凭借投保人对保险标的的保险利益才可以接受投保人的投保申请，并以保险利益作为保险金额的确定依据和赔偿依据。此外，保险合同不能保障保险标的不受损失，而只能是保障投保人的利益不变。保险合同成立后，因某种原因保险利益消失，保险合同也随之失效。所以，保险利益是保险合同的客体，是保险合同成立的要素之一，如果缺少了这一要素，保险合同就不能成立。

保险标的是保险利益的载体。保险标的是投保人申请投保的财产及其有关利益或者人的寿命和身体，是确定保险合同关系和保险责任的依据。在不同的保险合同中，保险人对保险标的的范围都有明确规定，即哪些可以承保，哪些不予承保，哪些一定条件下可以特约承保等。因为不同的保险标的能体现不同的保险利益，而且，保险合同双方当事人订约的目的是为了实现保险保障，合同双方当事

人共同关心的也是基于保险标的上的保险利益，所以，在保险合同中，客体是保险利益，而保险标的则是保险利益的载体。

第三节 保险合同的内容与形式

一、保险合同的内容

（一）保险合同内容的构成

狭义保险合同的内容仅指保险合同当事人依法约定的权利和义务。广义保险合同的内容则是指以双方权利义务为核心的保险合同的全部记载事项。这里介绍的是广义的保险合同内容。

从保险法律关系的要素上看，保险合同由以下几部分构成：

1. 主体部分。它包括保险人、投保人、被保险人和受益人等。
2. 权利义务部分。它包括保险责任和责任免除、保险费及其支付办法、保险金赔偿或者给付办法、保险期间和保险责任的开始、违约责任等。
3. 客体部分。保险合同的客体是保险利益，财产保险合同表现为保险价值和保险金额；人身保险合同表现为保险金额。保险标的是保险利益的载体。
4. 其他声明事项部分。它包括其他法定应记载事项和当事人约定事项，前者指除上述事项外的法定应记载事项，如争议处理、订约日期等；后者指投保人和保险人在法定事项之外，约定的其他事项。

从条款的拟定上看，保险合同的内容由基本条款和特约条款构成。基本条款由保险法以列举方式直接规定，是保险合同必不可少的法定条款，由保险人拟定；特约条款是保险法所列举条款以外的条款，特约条款由双方共同拟定。两种条款都具有法律效力，其区别仅在于：前者是根据保险法必须约定的条款；后者则是当事人双方根据实际需要，可约定可不约定的条款。

（二）保险合同的基本条款

1. 保险人的名称和住所。保险人专指保险公司，其名称须与保险监督管理机构和工商行政管理机构批准和登记的名称一致。保险人的住所即保险公司或分支机构的主营业场所所在地。
2. 投保人、被保险人、受益人的姓名或者名称、住所。将保险人、投保人、被保险人和受益人的姓名或者名称、住所作为保险合同基本条款的法律意义是：

明确保险合同的当事人、关系人，确定合同权利义务的享有者和承担者；明确保险合同的履行地点，确定合同纠纷诉讼管辖。

3. 保险标的。保险标的是指作为保险对象的财产及其有关利益或者人的寿命和身体，它是保险利益的载体。保险标的如为财产及其有关利益，应包括该标的的具体坐落地点，有的还包括利益关系；保险标的如为人的寿命和身体，还应包括被保险人的性别、年龄，有的还包括被保险人的职业、健康状况，视具体险种而定。将保险标的作为保险合同的基本条款的法律意义是：确定保险合同的种类，明确保险人承担责任的范围及保险法规定的适用；判断投保人是否具有保险利益及是否存在道德危险；确定保险价值及赔偿数额；确定诉讼管辖。

4. 保险责任和责任免除。保险责任是指保险合同约定的保险事故或事件发生后，保险人所应承担的保险金赔偿或给付责任。其法律意义在于确定保险人承担风险责任的范围。责任免除是指保险人依照法律规定或合同约定，不承担保险责任的范围，是对保险责任的限制。责任免除条款的内容应以列举方式规定。其法律意义在于进一步明确保险责任的范围，避免保险人过度承担责任，以维护公平和最大诚信原则。

5. 保险期间和保险责任开始时间。保险期间是指保险人为被保险人提供保险保障的起止日期，即保险合同的有效期间。保险期间可以按年、月、日计算，也可按一个运程期、一个工程期或一个生长期计算。保险责任开始时间即保险人开始承担保险责任的时间，通常以年、月、日、时表示。《保险法》第十三条规定：“依法成立的保险合同，自成立时生效。投保人和保险人可以对合同的效力约定附条件或者附期限。”《保险法》第十四条规定：“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承担保险责任。”根据上述规定，保险责任开始的时间应为合同成立时或由双方在保险合同中约定。在保险实务中，一般以约定起保日的零点为保险责任开始时间，以合同期满日的 24 点为保险责任终止时间。

6. 保险价值。保险价值是指保险标的的实际价值，即投保人对保险标的所享有的保险利益的货币估价值。保险价值的确定主要有三种方法：（1）由当事人双方在保险合同中约定，当保险事故发生后，无须再对保险标的的估价，就可直接根据合同约定的保险标的的价值额计算损失。（2）按事故发生后保险标的的市场价格

确定，即保险标的的价值额随市场价格变动，保险人的赔偿金额不超过保险标的在保险事故发生时的市场价格。(3) 依据法律具体规定确定保险价值。例如，《中华人民共和国海商法》第二百一十九条，就对船舶、货物、运费等保险标的的保险价值的确定作出了具体规定。

7. 保险金额。保险金额是指保险人承担赔偿责任或者给付保险金责任的最高限额。在定值保险中，保险金额为双方约定的保险标的的价值。在不定值保险中，保险金额可以按下述方法确定：(1) 由投保人按保险标的的实际价值确定。(2) 根据投保人投保时保险标的的账面价值确定。无论在定值保险中还是在不定值保险中，保险金额都不得超过保险价值，超过的部分无效。保险金额在财产保险合同中根据保险价值计算，以保险标的的实际价值为限，可以小于保险价值。在人身保险中，保险金额由双方当事人自行约定。

8. 保险费及其支付办法。保险费是指投保人为取得保险保障，按合同约定向保险人支付的费用。保险费是保险基金的来源。缴纳保险费是投保人应履行的基本义务，其多少取决于保险金额的大小、保险期限的长短和保险费率的高低等。在我国，根据《保险法》第一百三十六条的规定，关系社会公众利益的保险险种、依法实行强制保险的险种和新开发的人寿保险险种等的保险条款和保险费率，应当报国务院保险监督管理机构批准。国务院保险监督管理机构审批时，应当遵循保护社会公众利益和防止不正当竞争的原则。其他保险险种的保险条款和费率，应当报保险监督管理机构备案。

9. 保险金赔偿或给付办法。保险金赔偿或给付办法是指保险人承担保险责任的具体方法，由保险合同当事人在合同中依法约定。投保人订立保险合同的目的在于保险事故或事件发生后，保险人能按合同约定的方式、数额或标准，通过赔偿或给付保险金来承担保险责任，因此，保险金的赔偿或给付办法是保险人在保险合同中承担的一项基本义务。保险金的赔偿或给付办法在财产保险合同中按规定的方式计算赔偿金额，在人身保险合同中保险金额按规定定额给付。

10. 违约责任和争议处理。违约责任指保险合同当事人因其过错不履行或不完全履行合同约定义务所应承担的法律后果。保险合同关系到当事人的利益，任何一方的违约均可能给对方造成损失，因此，在保险合同中必须明确违约责任，以便防范违约行为的发生。承担违约责任的方式应在保险合同中订明，主要是支

付违约金或支付赔偿金。

争议处理是指保险合同发生争议后的解决方式，包括协商、仲裁和诉讼。具体使用何种方式可由当事人双方在合同中事先约定或在争议发生后协商确定；如事先无任何约定（尤其是未约定采用仲裁方式），一方当事人也可在争议发生后直接向法院提起诉讼。

（三）保险合同的特约条款

保险合同除了基本条款以外，当事人还可根据特殊需要约定其他条款。为区别于基本条款，这类条款为特约条款。广义的特约条款包括附加条款和保证条款两种类型；狭义上仅指保证条款。

1. 附加条款。附加条款是指保险合同当事人在基本条款的基础上，另行约定的补充条款。附加条款一般采取在保险单空白处批注或在保险单上用附贴批单的方式使之成为保险合同的一部分。附加条款是对基本条款的修改或变更，其效力优于基本条款。

2. 保证条款。保证条款是指投保人或被保险人就特定事项担保的条款，即保证某种行为或事实的真实性的条款。例如，人身保险合同的投保人保证其申报的被保险人年龄真实。保证条款一般由法律规定或同业协会制定，是投保人或被保险人必须遵守的条款，如有违反，保险人有权解除合同或拒绝赔偿。

二、保险合同的形式

对保险合同应采取何种形式这一问题，我国保险法并未作出直接规定，既没有明确规定必须采取书面形式，也没有禁止口头形式。在保险实务中，为了便于当事人双方履行合同，特别是在保险事故或事件发生后，能够为被保险人、受益人索赔和为保险人承担保险责任提供法律依据，避免日后发生纠纷，也为了便于举证，如无特殊情况，保险合同通常采用书面形式。书面形式的保险合同包括保险单、保险凭证和暂保单等。

（一）保险单

保险单也称保单，是指保险合同成立后，保险人向投保人（被保险人）签发的正式书面凭证。保险单由保险人制作，经签章后交付给投保人。根据保险法第十三条的规定，保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或者其他保险凭证。保险单或者其他保险凭证应当载明当事人双方约定的合同内容。

保险单包括以下四个部分：

1. 声明事项。声明事项即投保人应向保险人说明的具体事项，如被保险人名称（姓名）及住所、保险标的及其所在地、保险价值及金额、保险期限、危险说明及承诺的义务。

2. 保险事项。保险事项即保险人责任范围，指保险人所承担的保障风险项目，包括损失赔偿、责任赔偿、费用负担（施救、救助、诉讼费用等），以及保险金给付的一些规定。

3. 除外责任。除外责任即免除保险人责任的事项，包括道德风险、特殊风险以及保险标的物的原有品质不良和缺陷等。

4. 条件事项。条件事项即保险合同当事人双方享受权利时所应承担的义务。例如，保险单的变更、转让、注销、索赔期限、索赔手续、代位追偿和争议处理等，在保险单上都有明确的规定，保险当事人双方必须遵守，不得违反。保险单具有下述法律意义：①证明保险合同成立；②确立保险合同内容；③是明确当事人双方履行保险合同的依据；④具有证券作用。

（二）保险凭证

保险凭证也称小保单，是保险人向投保人签发的证明保险合同已经成立的书面凭证，是一种简化了的保险单。保险凭证的法律效力与保险单相同，只是内容较为简单，实践中只在少数几种保险业务，如货物运输保险、汽车险及第三者责任保险中使用。另外，在团体保险中也使用保险凭证，即在主保险单之外，对参加团体保险的个人再分别签发保险凭证。

（三）暂保单

暂保单也称临时保险单，是指由保险人在签发正式保险单之前，出立的临时保险凭证。暂保单的内容比较简单，一般只载明被保险人、保险标的、保险金额、保险险种等重要事项，以及保险单以外的特别保险条件。有关保险双方当事人的权利和义务，都以保险单的规定为准。出立暂保单并不是订立保险合同的必经程序，通常是在以下四种情况中采用：

1. 保险代理人在招揽到保险业务，但还未向保险人办妥正式保险单时，可先出立暂保单，作为保险合同成立的证明。

2. 保险公司的分支机构在接受投保人的要约后，尚需要获得上级保险公司

或者保险总公司的批准，在未获得批准前，可先出立暂保单，证明保险合同的成立。

3. 保险人和投保人在洽谈或续订保险合同时，订约双方当事人已就主要条款达成协议，但还有些需要进一步商讨，在没有完全谈妥之前，先出立暂保单，作为合同成立的证明。

4. 出口贸易结汇时，保险单是必备的文件之一，在保险人尚未出具保险单或保险凭证之前，先出立暂保单，以资证明出口货物已经办理保险，作为结汇凭证之一。暂保单的有效期一般为 30 天。

（四）批单

批单又叫背书，是保险双方当事人协商修改和变更保险单内容的一种单证，也是保险合同变更时最常用的书面单证。批单实际上是对已签订的保险合同进行修改、补充或增减内容的批注，一般由保险人出具。批单列明变更条款内容事项，须由保险人签章，一般附贴在原保险单或保险凭证上。批单的法律效力优于原保险单的同类款目。凡经批单改过的内容均以批单为准；多次批改，应以最后批改为准。批单也是保险合同的重要组成部分。

（五）其他书面形式

除了以上书面形式外，保险合同也可以采取其他书面协议形式，如保险协议书、电报、电传和电子数据交换等形式。《保险法》第十三条规定：“当事人也可以约定采用其他书面形式载明合同内容。”在保险合同其他书面形式中，保险协议书是重要的书面形式。当保险标的较为特殊或投保人的要求较为特殊，不能采用标准化的保险单或保险凭证时，可以采用保险协议书的形式。保险协议书是投保人与保险人经协商一致后共同拟定的书面协议，当事人的权利义务在协议书中载明，并由当事人双方盖章或签字。

上述保险合同的书面形式只是保险合同的组成部分（尽管是最重要的组成部分），而不是保险合同的全部。在订立和履行保险合同过程中形成的所有文件和书面材料都是保险合同的组成部分，不仅包括保险单、保险凭证等，而且还包括投保单，投保人的说明、保证，关于保险标的风险程度的证明、图表、鉴定报告（如人身保险中被保险人的体检报告）；保险费收据；变更保险合同的申请；发生保险事故的通知、索赔申请、损失清单、损失鉴定等都是保险合同的组成部分，

都可以作为保险合同关系的证明。

投保单是保险合同的重要法律文件之一。投保单又称要保单，是投保人向保险人申请订立保险合同的书面要约。投保单一般由保险人按照事先统一格式印制，通常为表格形式。投保单所列项目因险种不同而有所区别，投保人应按照表格所列项目逐一填写并回答保险人提出的有关保险标的的情况和事实。投保单一经保险人接受并签章，即成为保险合同的组成部分。

第四节 人寿保险合同中的常见条款

一、不可抗辩条款

不可抗辩条款，又称不可争条款。在订立人寿保险合同时，投保人对被保险人的有关身体健康的情况以及其他会影响保险人决定是否承保及保险费率高低的有关情况，都应依法据实告知，不得有任何隐瞒或欺骗。如果投保人故意隐瞒或因重大过失遗漏或作不实的说明，足以变更或减少保险人对危险的估计的，保险人就有权解除保险合同或不负赔偿责任。但是，保险人对被保险人是否履行如实告知义务提出异议的权利是受到时间限制的。为了保护被保险人和受益人的利益，不少国家和地区规定，保险人只能在两年内可以以投保人告知不实为理由解除保险合同。这个期间就称为可抗辩期或可争期间。超过这个期间即进入不可抗辩或不争期间，保险人就不得再提出异议，即使投保人确有告知不实的情形，保险人在保险事故发生后仍应负给付责任。应该注意的是，如果保险合同中止后又重新复效，则可抗辩期间又重新开始，从复效时计算，经过两年后再成为不可抗辩合同。

另外，保险人在有权解除合同的情况下，自其知道有解除事由之日起，超过30日不行使而消灭。

二、年龄误告条款

被保险人的年龄是决定保险费率的重要依据，也是在承保时测量危险程度，决定可否承保的依据。一般而言，年龄越大，危险也越大。但是，在订立人身保险合同时，要逐个验明被保险人的实际年龄是有困难的，因此，往往是在发生保险事故或者在年金保险开始要发放年金时，才核实年龄。年龄误报条款通常规定，

当被保险人死亡时，如发现年龄有误报，保险金额按真实年龄调整，即根据实际已交的保险费按真实年龄进行推算，得出调整后的保险金额。如果误报年龄大于真实年龄而致使多缴保险费时，可以无息返还溢缴部分的保险费；如果误报年龄小于真实年龄，被保险人应补缴少缴的差额及因此而产生的利息。在真实年龄超过保险人规定的最高承保年龄时，保险合同则无效，由保险人将已收的保险费无息返还给投保人。我国《保险法》第三十二条规定：“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人年龄不真实，致使投保人支付的保险费多于应付保险费的，保险人应当将多收的保险费退还投保人。”

三、宽限期条款

宽限期，又称交付保险费的宽限期间或优惠期间。人身保险合同规定宽限期条款，一方面是为了方便投保人；另一方面是为了不使保险合同轻易失效，巩固保险人的已有业务。有了宽限期，即使投保人未按约定的期限交付保险费，但只要未超过宽限期，保险合同仍然继续有效。但在宽限期内发生保险事故时，保险人可以在应给付的保险金中扣除欠缴的保险费。投保人超过宽限期未缴保险费，将导致保险合同效力中止或失效。除非投保人要求复效，否则保险人不能要求投保人补交保险费。宽限期一般是 30 日或 60 日。我国《保险法》第三十六条规定：“合同约定分期支付保险费，投保人支付首期保险费后，除合同另有约定外，投保人自保险人催告之日起超过三十日未支付当期保险费，或者超过约定的期限六十日未支付当期保险费的，合同效力中止，或者由保险人按照合同约定的条件减少保险金额。”

四、复效条款

投保人因不能如期交付保险费而导致合同效力中止后，既可以重新投保成立新的保险合同，也可以在一定条件下，要求恢复原保险合同的效力。对投保人来说，恢复原保险合同的效力，往往要比重新投保更为有利。特别是效力中止后如果被保险人已经超过投保年龄限制时，也只有要求恢复原保险合同的效力，才有可能继续享有参加保险的权利。保险合同中所规定的复效办法称为复效条款。

我国《保险法》第三十七条规定：“合同效力依照本法第三十六条规定中止的，经保险人与投保人协商并达成协议，在投保人补交保险费后，合同效力恢复。但是，自合同效力中止之日起二年内双方未达成协议的，保险人有权解除合同。”在我国，申请复效一般须具备下列条件：

1. 复效申请的时间不得超过复效期限。复效期限一般为两年，效力中止时间超过两年就不能申请复效。另外，投保人已经办理退保手续并已领取退保金的，也不能申请复效。

2. 被保险人符合复效条件。投保人要求复效时，也要根据最大诚实信用原则，履行如实告知义务，如提交被保险人体检报告或健康证明等文件。在效力中止期间，被保险人健康状况或职业可能会有所变化，如果健康恶化或职业危险性增大，通常会影晌申请复效的结果，如被提高费率或拒绝承保。

3. 投保人必须一次交清复效保费。如果失效前投保人尚有保单借款未还清，还须还清保单借款本息。当然，投保人如果补交保险费及借款本息确有困难，也可以在征得保险人同意后分期还清。

4. 复效的申请必须得到保险人的同意。申请复效时，同样适用投保时的有关条款，如不可抗辩条款和自杀条款等。

五、自杀条款

自杀条款规定的自杀是指被保险人的自杀。被保险人的自杀，是否属于除外责任是一个有争议的问题。如果自杀也能获得保险金，就可能会诱导有自杀意图的人在自杀前投保巨额的人身保险，从而产生道德风险。但是，如果对非为图谋保险金而自杀的人拒付保险金，则会影晌受益人的正常生活。人身保险的目的在于保障受益人或被保险人遗属的经济来源。因此，大多数国家对自杀都作了时间上的限制，即只有在保险合同生效后一定期限内所发生的自杀行为作为除外责任，超过一定期限后的自杀，保险人承担给付保险金的责任。

我国《保险法》第四十四条规定：“以被保险人死亡为给付保险金条件的合同，自合同成立或者合同效力恢复之日起二年内，被保险人自杀的，保险人不承担给付保险金的责任，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外。”在我国，以死亡为给付保险金条件的合同，自成立之日或者合同效力恢复起满两年后，如果被保险人自杀，保险人是否承担给付保险金的责任，应按照合同的约定处理。

六、不丧失价值条款

不丧失价值条款，又称为不丧失价值任选条款。除定期保险外，一般人身保险合同在交付保险费一定期间后都有现金价值，并且随着时间延长而不断递增。这种价值一般称之为不没收价值或不没收给付。换言之，人身保险费交给保险人后，其中一部分用于支付保险人的费用，其余大部分没有用出去，积存了一定的责任准备金。保险事故发生前，投保人也可以利用这部分现金价值。如果发生保险事故，投保人可以取回全部保险金，即使投保人不愿继续投保而致使保险合同失效时，也不能剥夺投保人应享有的现金价值的权利，因此，它称为不丧失价值条款。投保人有权任意选择有利于自己的方式来处理这种现金价值。

1. 申请退保。在申请退保时，现金价值往往体现为退保金。

2. 把原保险单改为交清保险单，即原保险单的保险责任、保险期限均不变，只是依据现金价值金额，相应降低保险金额，此后投保人不必再交纳保险费。这种处理方法实际上是以现金价值作为趸缴保险费，投保与原保险单责任相同的人寿保险，保险期限自停交保险费起至原保单满期时止，保险金额则由趸缴保险费的金额而定。

3. 将原保险单改为展期保险单，即将原保险单改为与原保险单保险金额相同的死亡保险，保险期限相应缩短，此后投保人不必再交纳保险费。这种处理方法实际上是以现金价值作为趸缴保险费，投保死亡保险，保险金额与原保险单保险金额相同，保险期限则由趸缴保险费的金额决定。两全保险改为展期保险单以后，保险期限不能超过原保险单的保险期限。如果责任准备金仍有剩余，则作为满期生存保险责任的趸缴保险费或以现金返还投保人。

七、保单贷款条款

投保人可以以具有现金价值的保险单作为质押，向保险人申请贷款。从一定意义上说，人寿保险单是一种有价值的单证，也是投保人拥有保险单现金价值的权利凭证。在进行质押贷款时，投保人必须将保险单移交给保险人。

保单贷款通常是投保人以保险单作质押向保险人贷款，贷款数额按有关法律或合同约定，一般不超过保单现金价值的一定比例。因为贷款会影响保险人的资金运用，有可能使保险人减少资金收益，所以投保人需承担合同约定的贷款利息。

合同约定的贷款期届满时，投保人应返还所借款项本息；逾期不能归还借款，投保人可申请延期。但贷款本息累计已达到其保险单的现金价值时，投保人又未按期归还借款，保险人有权终止保险合同效力。若贷款本息清偿之前，保险合同已发生保险事故，保险人要从应给付的保险金中扣除投保人所借贷款本息，其余部分作为保险金支付。

《保险法》第三十四条第二款规定：“按照以死亡为给付保险金条件的合同所签发的保险单，未经被保险人书面同意，不得转让或者质押。”

八、自动垫交保费条款

保险合同具有现金价值后，如投保人停交保险费，即可将此现金价值作为一次交纳的保险费，仍可享受保险保障，但会导致保险金额减少，或保险金额不变而由原来的保险改为定期保险等后果。

自动垫交保费条款的基本内容是：保险合同生效满一定期限之后（一般是1年或2年之后），如果投保人不按期交纳保险费，保险人则自动以保单项下积存的现金价值垫交保险费。对于此项垫交保险费，投保人要偿还并支付利息。在垫交保险费期间，如果发生保险事故，保险人要从应给付的保险金中扣除已垫交的保险费及利息；当垫交的保险费及利息达到退保金的数额时，保险合同即行终止。自动垫交保险费条款适用于分期交费的寿险合同。该条款的目的在于维持保险合同的效力，在保险费垫交期间保险合同仍然有效，但减少了保单的现金价值。因此，自动垫交保险费条款必须经保单持有人同意，否则该条款不能生效。

九、战争条款

战争所致的死亡率或者损失程度较高且难以预料，在制定正常的人寿保险费率时，不可能将战争所致死亡的因素计算在内，因此，人身保险合同通常把战争死亡列为除外责任。但是，只有当战争与被保险人的死亡之间存在直接的因果关系时，才能成为除外责任，否则保险人仍需赔偿。

在我国，《保险法》对战争所致的死亡，保险人是否承担给付保险金的责任，没有规定，通常由投保人与保险人在合同中约定。一般情况下，保险人不承担给付因战争所致死亡的保险金的责任。

十、保单转让条款

人寿保险合同是个人资产的一部分，其现金价值逐年递增，因此它与其他有价凭证一样，可转让或用作借款抵押。一般人身保险合同条款均规定，保险单的转让，非经书面通知保险人，不发生效力。这样规定，使保险人在因不知转让的事实而向原受益人作了保险金给付时，不负任何责任。保险单受让人受让后，一方面取得了因合同而产生的所有权利，另一方面也须承担因合同而产生的一切义务。

第五节 保险合同的一般法律规定

一、保险合同的订立

保险合同的订立是投保人与保险人之间基于意思一致而进行的法律行为。《保险法》第十三条规定：“投保人提出保险要求，经保险人同意承保，保险合同成立。”因此，保险合同的成立，须经过投保人提出保险要求和保险人同意承保两个阶段，也就是合同实践中的要约和承诺阶段，通常是由投保人提出投保申请书，保险人同意后签发保险单或者其他保险凭证。

保险合同与其他合同一样，其订立过程往往是一个反复要约（协商）的过程，最终达成协议，即一方（通常是保险人）作出承诺，保险合同成立。保险合同成立后，保险人应当及时签发保险单或者其他保险凭证。

二、保险合同的效力

（一）保险合同的成立与生效

保险合同的成立是指投保人与保险人就保险合同条款达成协议。保险合同的生效是指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。

《保险法》第十三条规定：“依法成立的保险合同，自成立时生效。投保人和保险人可以对合同的效力约定附条件或者附期限。”一般来说，合同成立即生效，但我国实务中通常约定交纳保险费为合同生效的条件。同时，还约定在合同成立后的一定条件下或某一时间开始才生效。在我国保险实务中也普遍实行“零点起保”的规定。

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；

保险合同生效后，发生保险事故的，保险人则应按合同约定承担保险责任。

（二）保险合同的有效与无效

1. 保险合同的有效。保险合同的有效是指保险合同是由当事人双方依法订立，并受国家法律保护。保险合同有效与保险合同生效在保险业务中有所不同。在我国，只要保险合同具备《中华人民共和国民法通则》（以下简称《民法通则》）规定的民事法律有效要件，即当事人有相应的行为能力、意思表示真实、不违反法律或者社会公共利益，就可以认定其有效。保险合同的生效则要求合同所附条件成立，如交纳保险费或满足其他约定条件。因此，保险合同有效是保险合同生效的前提条件。保险合同有效，只要所附条件成立，保险合同就生效；保险合同无效，即使所附条件成立，保险合同也不生效。

2. 保险合同的无效。

（1）无效保险合同的概念及种类。无效保险合同是指当事人虽然订立，但不发生法律效力、国家不予保护的保险合同。保险合同被确认无效后，自始无效。

按照无效的程度，保险合同的无效可分为全部无效和部分无效。保险合同全部无效是指因违反国家禁止性规定而被确认无效后，不得继续履行的保险合同，如投保人对保险标的不具有保险利益的保险合同、违反国家利益和社会公共利益的保险合同、保险标的不合法的保险合同等。保险合同部分无效是指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。

按照无效的性质，保险合同的无效可分为绝对无效和相对无效。保险合同绝对无效是指保险合同自订立时起就不发生法律效力，如行为人不合格，采取欺诈胁迫等手段订立的合同，违反法律或行政法规的合同等。而依照我国《民法通则》及《中华人民共和国合同法》（以下简称《合同法》）的相关规定，重大误解和显失公平的保险合同则是相对无效的保险合同，其特点在于：①须经利害关系人提出。②合同被撤销后，自始无效。③须由人民法院或仲裁机关认定。

（2）无效保险合同的确认。无效合同的确认权归人民法院和仲裁机关。根据我国有关法律、行政法规和司法解释，应从下述几方面确认合同无效：①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、保险人超越法定的经营范围而从事无权经营的保险业务等。②保

险合同的内容不合法，即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、违背法律的同等等。③保险合同的当事人意思表示不真实，即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。⑤未成年人父母以外的投保人，为无民事行为能力人订立的以死亡为保险金给付条件的保险合同。⑥以死亡为给付保险金条件的保险合同，未经被保险人书面同意并认可保险金额。

(3) 无效保险合同的处理。无效保险合同的处理方式有：①返还财产。保险合同被确认无效后，因其自始无效，当事人双方应将合同恢复到履行之前的状态，即保险人应将收取的保险费退还投保人；发生保险金额赔偿或给付的，被保险人应将该项金额返还给保险人。②赔偿损失。对无效保险合同给当事人造成损失的，应按照过错责任，由过错的一方赔偿；如是双方过错，则相互赔偿。

三、保险合同的履行

保险合同的履行是指保险合同当事人双方依法全面完成合同约定义务的行为。

(一) 投保人义务的履行

1. 如实告知。如实告知是指投保人在订立保险合同时将保险标的重要事实，以口头或书面形式向保险人作真实陈述。所谓保险标的重要事实，是指对保险人决定是否承保及影响保险费率的事实。如实告知是投保人必须履行的基本义务，也是保险人实现其权利的必要条件。我国《保险法》实行询问告知的原则，即投保人对保险人询问的问题必须如实告知，而对询问以外的问题，投保人没有义务告知；保险人没有询问到的问题，投保人不告知不构成对告知义务的违反。

2. 交付保险费。交付保险费是投保人的最基本的义务，通常也是当事人约定保险合同生效的条件。我国保险法要求投保人在保险合同成立后，按照约定交付保险费。

3. 维护保险标的安全。保险合同订立后，财产保险合同的投保人、被保险人应当遵守国家有关消防、安全、生产操作、劳动保护等方面的规定，维护保险标的安全。保险人有权对保险标的安全工作进行检查，经被保险人同意，可以对保险标的采取安全防范措施。投保人、被保险人未按约定维护保险标的安全的，

保险人有权要求增加保险费或解除保险合同。

4. 危险增加通知。按照权利义务对等和公平原则，被保险人在保险标的危险程度增加时，应及时通知保险人；保险人则可以根据保险标的危险增加的程度决定是否提高保险费和是否继续承保。被保险人未履行危险增加通知义务的，保险标的因危险程度增加而发生的保险事故，保险人不负赔偿责任。

5. 保险事故发生通知。《保险法》第二十一条规定：“投保人、被保险人或者受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担赔偿或者给付保险金的责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。”规定此义务的目的在于：（1）使保险人得以迅速调查事实真相，不致因拖延时日而使证据灭失，影响责任的确定（2）便于保险人及时采取措施，协助被保险人抢救被保险财产，处理保险事故，使损失不致扩大。（3）使保险人有准备赔偿或给付保险金的必要时间。同时，履行保险事故发生通知义务，是被保险人或受益人获得保险赔偿或给付的必要程序。保险事故发生后的通知可以采取书面或口头形式，法律要求采取书面形式的应当采取书面形式。

6. 财产保险的出险施救。《保险法》第五十七条第一款规定：“保险事故发生时，被保险人应当尽力采取必要的措施，防止或者减少损失。”为鼓励投保人、被保险人积极履行施救义务，《保险法》第五十七条还规定，被保险人为防止或者减少保险标的的损失所支付的必要的、合理的费用，由保险人承担。

7. 提供索赔单证。《保险法》第二十二条规定，保险事故发生后，向保险人提供索赔单证是投保人、被保险人或受益人的一项法定义务向保险人索赔应当提供的单证，是指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，包括保险单、批单、检验报告、证明材料等。财产保险合同、人身保险合同的保险金请求均应履行该项义务。

8. 协助追偿。在财产保险中，因第三人行为造成保险事故的，保险人在向被保险人履行赔偿保险金后，享有代位求偿权，即保险人有权以被保险人名义向有责任的第三人索赔。《保险法》第六十三条规定：“保险人向第三者行使代位请求赔偿的权利时，被保险人应当向保险人提供必要的文件和所知道的有关情况。”

《保险法》第六十一条第三款还规定：“被保险人故意或者因重大过失致使保险人不能行使代位请求赔偿的权利的，保险人可以扣减或者要求返还相应的保险金。”

（二）保险人义务的履行

1. 条款说明。《保险法》第十七条第一款规定：“订立保险合同，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明合同的内容。”保险人承担条款说明义务的原因是：保险人因其从事保险业经营而熟悉保险业务，精通保险合同条款；保险合同条款大都由保险人制定，而投保人则常常受到专业知识的限制，对保险业务和保险合同条款多不甚熟悉，加之对合同条款内容的理解亦可能存在偏差、误解，均可能导致被保险人、受益人的担心，在保险事故或事件发生后，得不到预期的保险保障。

《保险法》第十七条第二款还规定：“对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。”免责条款是当事人双方约定的免除保险人责任的条款，直接影响投保人、被保险人或者受益人的利益，被保险人、受益人可能因免责条款而在保险事故或事件发生后得不到预期的保险保障。因此，为避免被保险人、受益人在保险合同生效后，因免责条款而与保险人引起不必要的冲突，保险人在订立保险合同时，必须就免责条款作出足以引起投保人注意的提示并向投保人作明确说明；否则，该免责条款不发生法律效力。

2. 承担保险赔偿（给付）的义务。承担保险赔偿（给付）的义务是保险人依照法律规定和合同约定所应承担的最重要、最基本的义务。

（1）保险人承担保险赔偿（给付）的义务的范围。①保险金。财产保险合同中，根据保险标的的实际损失确定，但最高不得超过合同约定的保险标的的保险价值。人身保险合同中，即为合同约定的保险金额。②施救费用。《保险法》第五十七条第二款规定：“保险事故发生后，被保险人为防止或者减少保险标的的损失所支付的必要的、合理的费用，由保险人承担；保险人所承担的费用数额在保险标的的损失赔偿金额以外另行计算，最高不超过保险金额的数额。”③争议处理费用。争议处理费用是指被保险人因给第三人造成损害的保险事故而被提起

仲裁或诉讼的应由被保险人支付的费用，例如，责任保险中应由被保险人支付的仲裁费、鉴定费等。依照《保险法》第六十六条规定，在责任保险中，除合同另有约定外，由被保险人支付的上述费用，由保险人承担。④检验费用。在财产保险中，依照《保险法》第六十四条规定，必要的、合理的检验费由保险人承担。

(2) 承担保险赔偿（给付）的义务的时限。①保险人在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。对于属于保险责任的，在与被保险人或者受益人达成赔偿或者给付保险金的协议后 10 日内，履行赔偿或者给付保险金义务。②保险合同对赔偿或者给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行赔偿或者给付保险金义务。③保险人自收到赔偿或者给付保险金的请求和有关证明、资料之日起 60 日内，保险人对其赔偿或者给付赔偿金的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；待赔偿或者给付保险金的最终数额确定后，支付相应差额。

(3) 遵守索赔时效。《保险法》第二十六条对索赔时效作了明确规定：①人寿保险的索赔时效。被保险人或者受益人向保险人请求给付保险金的权利，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起 5 年不行使而自动消灭。②人寿保险以外的其他保险的索赔时效。被保险人或者受益人向保险人请求保险金赔偿或给付的权利，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起 2 年不行使而消灭。

3. 及时签发保险单证。《保险法》第十三条规定，保险合同成立后，“保险人应当及时向投保人签发保险单或者其他保险凭证。保险单或者其他保险凭证应当载明当事人双方约定的合同内容。当事人也可以约定采用其他书面形式载明合同内容”。保险合同成立后，及时签发保险单证是保险人的法定义务。保险单证即保险单或者其他保险凭证是保险合同成立的证明，也是履行保险合同的依据。

4. 为投保人、被保险人保密。依照《保险法》第一百一十六条的规定，保险公司及其工作人员在保险业务活动中，不得泄露在业务活动中知悉的投保人、被保险人的商业秘密。因此，为投保人、被保险人保密是保险人的一项法定义务。

四、保险合同的变更

保险合同的变更是指保险合同有效期间，当事人依法对合同条款所作的修改或补充。合同的变更，有狭义和广义之分，前者是指当事人双方权利、义务的变更；后者不仅包括权利、义务的变更，而且包括主体和客体的变更。《保险法》

第二十条关于保险合同的变更的规定指的是广义上的保险合同变更，即包括主体、客体和权利义务的变更。

（一）保险合同的主体变更

保险合同的主体变更是指保险合同的当事人或关系人的变更，即保险合同的转让。保险合同的主体变更有两个基本特征：一是不改变合同的权利义务和客体；二是合同主体变更的对象主要是投保人、被保险人或者受益人。

1. 财产保险合同的主体变更。财产保险合同的主体变更即财产保险合同的投保人、被保险人变更。主要有下述几种：

（1）保险标的的所有权、经营权发生转移。由买卖、赠与、继承等民事法律行为所引起的保险标的的所有权的转移；保险标的是国有财产的，其经营权或法人财产权的转移等，均可导致保险合同主体的变更。

（2）保险标的的用益权的变动。用益权是指对他人财产的使用和收益的权利。保险标的的承包人、租赁人因承包、租赁合同的订立、变更、终止、致使保险标的的使用权或收益权发生变更，从而导致保险合同主体的变更。

（3）债务关系发生变化。在保险标的为担保物的情况下，主债权债务的设立、变更、终止也可导致保险合同主体的变更。例如，抵押权人为抵押物投保的，当债务人提前履行债务时，抵押权也就随主债务的消灭而消灭，抵押权人也就会因此对保险标的失去保险利益，进而导致保险合同主体的变更。

我国《保险法》第四十九条规定，保险标的转让的，保险标的的受让人承继被保险人的权利和义务。因为保险标的的转让直接涉及保险人利益，所以被保险人或者受让人应当及时通知保险人。但是，在下述两种情况下，保险合同主体的变更可以不通知保险人：①货物运输保险合同保险标的的转让；②保险人与投保人、被保险人事先约定，保险标的的转让可以不通知保险人的，以合同约定执行。

2. 人身保险合同的主体变更。人身保险合同主体的变更，不以保险标的的转移为基础，而主要取决于投保人或被保险人的主观意愿。主要有下列情形：

（1）投保人的变更须征得被保险人的同意并通知保险人，经保险人核准后方可变更。

（2）被保险人的变更。被保险人与投保人是同一人时，投保人经保险人同意即可变更被保险人。

(3) 受益人的变更。依照《保险法》规定：被保险人或者投保人可以变更受益人并书面通知保险人。投保人变更受益人时须经被保险人同意。投保人或被保险人变更受益人的，须书面通知保险人，保险人收到该书面通知后，应在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单。

(二) 保险合同的客体变更

保险合同客体变更的原因主要是保险标的的价值增减变化，从而引起保险利益发生变化。保险合同客体的变更，通常是投保人或被保险人提出，经保险人同意，加批后生效。保险人往往根据变更后的保险合同客体调整保险费率，从而导致保险合同权利义务的变更。

(三) 保险合同的内容变更

保险合同的内容变更，是指保险合同主体的权利和义务的变更，不包括保险合同主体，即保险人、投保人、被保险人或受益人的变更，即在保险合同当事人及关系人不变的情形下，变更合同条款。例如，财产保险合同中保险标的的价值、数量、存放地点、危险程度、保险期限等发生变化；人身保险合同中被保险人职业、保险金额、交费方法等发生变化。保险合同内容的变更一般由投保人提出。投保人变更保险合同的情形有两种：

1. 投保人根据实际需要提出变更保险合同内容。例如，延长或缩短保险期限，增加或减少保险金额等。在这种情况下，保险合同内容的变更主要取决于投保人、被保险人的主观意志。

2. 投保人根据法律规定提出变更保险合同内容。在保险合同的履行过程中，由于某些法定事由的出现，投保人必须根据法律规定及时通知保险人。在这种情况下，变更保险合同内容，不是取决于投保人的主观意志，而是取决于法律的规定。

(四) 保险合同的变更法定程序和形式

关于变更保险合同的法定程序，《保险法》第二十条规定，投保人和保险人可以协商变更合同内容。关于变更保险合同的法定形式，根据《保险法》第二十条的规定，须采取书面形式。保险合同变更的书面形式主要有：

1. 保险人在保险单或其他保险凭证上批注。
2. 保险人在保险单或其他保险凭证上附贴批单。

3. 投保人与保险人订立变更保险合同的书面协议。其中批单是变更保险合同最常见的书面形式，须载明变更的条款内容，由保险人签章后附贴于原始保险单证上。

五、保险合同的解除

（一）保险合同解除的含义

保险合同的解除是指保险合同有效期间，当事人依法律规定或合同约定提前终止合同效力的一种法律行为。保险合同解除与保险合同变更的区别是，前者的目的是终止权利义务关系；后者的目的在于修改权利义务关系，保险合同在修改后将继续履行。

（二）保险合同解除的方式

保险合同的解除是一种法律行为，其形式有以下两种：

1. 法定解除。法定解除是法律赋予合同当事人的一种单方解除权。《保险法》第十五条规定：“除本法另有规定或者保险合同另有约定外，保险合同成立后，投保人可以解除保险合同，保险人不得解除合同。”

法律之所以给投保人这样的权利，是因为投保人订立保险合同的目的是获得保险保障，但当主客观情况发生变化，投保人感到保险合同的履行已无必要，则可解除保险合同。不过，法律对此也有必要的限制：

（1）货物运输保险合同和运输工具航程保险合同，保险责任开始后，合同不得解除。

（2）当事人通过保险合同约定，对投保人的合同解除权作出限制的，投保人不得解除保险合同。

为了保护被保险人的利益，我国《保险法》第十五条对保险人解除合同权利进行了限定。但是，依照《保险法》的有关规定，当发生以下事由时，保险人有权解除保险合同：

（1）投保人故意或过失未履行如实告知义务，足以影响保险人决定是否承保或者以何种保险价格承保。

（2）投保人、被保险人未履行维护保险标的的义务。

（3）被保险人未履行危险增加通知的义务。

（4）在人身保险合同中，投保人申报的被保险人的年龄不真实，并且其真

实年龄不符合合同约定的年龄限制。

(5) 分期支付保险费的人身保险合同，投保人在支付了首期保险费后，未按约定或法定期限支付当期保险费的，合同效力中止，合同效力中止后两年内双方未就恢复保险合同效力达成协议的，保险人有权解除保险合同。保险人解除合同的，应当按照合同约定退还保险单的现金价值。

(6) 被保险人或者受益人在未发生保险事故的情况下，谎称发生了保险事故，向保险人提出索赔或者给付保险金的请求的，保险人有权解除保险合同，并不退还保险费。

(7) 投保人、被保险人或者受益人故意制造保险事故的，保险人有权解除保险合同，不承担赔偿或给付保险金的责任，并不退还保险费。但也有例外，对此，我国《保险法》第四十三条明确规定：“投保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权利人退还保险单的现金价值。受益人故意造成被保险人死亡、伤残、疾病的，或者故意杀害被保险人未遂的，该受益人丧失受益权。”

2. 协议解除。协议解除又称约定解除，是指当事人双方经协商同意解除保险合同的一种法律行为。由于保险合同的解除关系到双方的重大利益，故其约定解除事由应当以书面形式予以记载，解除协议时也应采取书面形式。保险合同的协议解除不得损害国家和社会公共利益。

(三) 保险合同解除的后果

保险合同解除的后果是指解除保险合同的行为对原保险合同权利义务的溯及力。《保险法》中有关保险合同解除不具有溯及力的规定如下：

1. 投保人故意不履行如实告知义务，保险人不退还保险费。
2. 投保人、被保险人或受益人因欺诈行为而被解除保险合同的，保险人不退还保险费。
3. 投保人要求解除保险合同的，保险责任开始后，保险人收取的自合同生效至合同解除期间的保险费不予退还。

六、保险合同的终止

(一) 保险合同终止的含义

保险合同的终止是指某种法定或约定事由的出现，致使保险合同当事人双方的权利义务归于消灭。保险合同终止的主要原因有合同的期限届满、履行完毕、主体消灭等法定或约定事由，其结果是合同权利义务的消灭。

（二）保险合同终止与保险合同解除的区别

1. 直接原因不同。保险合同终止的直接原因是合同的期限届满、履行完毕、主体一方死亡或消灭等法定或约定事由的发生；保险合同的解除虽然也需要某些法定或约定事由，但解除合同的直接原因可以是当事人一方的意思表示或当事人双方达成解除合同的协议。

2. 履行程度和效力不同。保险合同的终止通常是合同期限届满或履行完毕，此时保险合同也随之而终止，所以也叫自然终止；保险合同解除时，原有合同并未履行完毕，期限也未届满，而是将正在生效的保险合同提前终止其效力。

3. 法律后果不同。保险合同终止后，原合同权利义务归于消灭，不存在溯及既往的问题；保险合同的解除是提前终止合同，存在解除合同的效力是否溯及既往的问题。

（三）保险合同终止与保险合同效力中止的区别

1. 两者发生的原因不同。保险合同的终止，除因解除而终止外，一般不存在当事人违约的问题，是合同的自然消灭；保险合同的效力中止是因投保人违约而造成的，即投保人支付首期保险费后，自保险人催告之日起超过 30 日或超过约定期限 60 日未支付当期保险费。

2. 两者产生的后果不同。保险合同的终止，是合同权利义务的消灭，不存在恢复效力的问题，当事人如需维持保险关系需另订合同；保险合同的效力中止后，根据当事人就是否恢复合同效力所达成的协议，合同可能复效，也可能被解除。

（四）保险合同终止的原因

保险合同的终止，除因合同被解除外，还包括下述原因：

1. 保险合同因期限届满而终止。保险合同终止的最常见、最普遍的原因，即保险合同期限届满。

2. 保险合同因履行而终止。所谓保险合同因履行而终止，即保险合同有效期间，发生保险事故后，合同因保险人按约定履行了全部保险金赔偿或给付义务

而消灭。

3. 财产保险合同因保险标的灭失而终止。这里所说的保险标的灭失是指保险事故以外的原因造成的保险标的的灭失或丧失。如果保险标的非因保险事故而灭失，投保人就不再具有保险利益，保险合同也就因客体的消灭而终止。

4. 人身保险合同因被保险人的死亡而终止。人身保险合同以被保险人的寿命或身体为保险标的，其保险利益是投保人对被保险人的寿命或身体所具有的法律上承认的利益。被保险人如果非因保险事故或事件而死亡，投保人于该保险合同就不再具有保险利益，保险合同也就随之而灭失。

七、保险合同的解释

（一）保险合同解释的含义

保险合同的解释即指对保险合同条款的说明。《保险法》第三十条规定：“采用保险人提供的格式条款订立的保险合同，保险人与投保人、被保险人或者受益人对合同条款有争议的，应当按照通常理解予以解释。”

在保险实务中，各种复杂的原因常会导致保险合同当事人对合同条款内容有不各相同的解释，以致造成保险合同履行的困难。因此，确定保险合同的解释原则具有重要的意义。

从解释合同的主体来看，保险合同解释既可以由当事人自行解释，也可以由仲裁机关或人民法院解释。但是，当事人的自行解释非经对方同意不发生法律效力，而仲裁机关或者人民法院的解释则具有法律效力。

（二）保险合同解释的原则

1. 文义解释的原则。文义解释是按照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保险合同条款所作的解释，即从文意上对保险合同进行解释。我国保险合同的文意解释主要有两种情形：

（1）保险合同一般文句的解释。对保险合同条款适用的一般文句通常应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。意图解释即按保险合同当事人订立保险合同的真实意思，对合同条款所作的解释。其具体做法是：书面约定与口头约定不一致时，以书面约定为准；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；特约条款与基本条款不一致时，以特约条款为准；保险合同的条款内容因记载方式记载先后不一致时，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，即以当事人手写的、后加的合同文句为准。其原因是保险合同的基本条款往往是事先印就，要变更时通常只能采取手写或批单的方式。因此，手写的、后加的合同条款更能反映当事人的真实意图。

3. 专业解释的原则。专业解释是指对保险合同中使用的专业术语，应按照其所属专业的特定含义解释。在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。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。

4. 有利于被保险人和受益人的原则。《保险法》第三十条规定：“采用保险人提供的格式条款订立的保险合同，保险人与投保人、被保险人或者受益人对合同条款有争议的，应当按照通常理解予以解释。对合同条款有两种以上解释的，人民法院或者仲裁机构应当作出有利于被保险人和受益人的解释。”按照国际惯例，对于单方面起草的合同进行解释时，应解释遵循有利于非起草人的解释原则。由于保险合同条款大多是由保险人拟定的，当保险条款出现含糊不清的意思时，应做有利于被保险人和受益人的解释。但这种解释应有一定的规则，不能随意使用。人民法院或仲裁机关在使用有利于被保险人和受益人原则时要特别慎重，只有在对合同条款有两种以上解释的情形下才能使用这一原则。

此外，采用保险协议书形式订立保险合同时，由保险人与投保人共同拟定的保险条款，如果因含义不清而发生争议，并非保险人一方的过错，其不利的后果不能仅由保险人一方承担。如果保险双方发生争议时一律作对于被保险人有利的解释，显然是不公平的。

（三）保险合同的解释效力

保险合同条款的解释是否具有法律效力，是与保险合同条款的不同出处相关的。在保险实务中，保险合同条款的出处大致可分为四类：第一，条款中有一部

分条文是直接引用保险法的条款内容；第二，有一部分条文或者是有些险种的完整的条款是报保险监督管理机构审批的；第三，有一部分条文或有些险种的完整条款是保险公司自己制定并报保险监督管理机构备案的；第四，有一部分条文或有些险种的完整条款是保险人与投保人协商制定的。因此，条款的解释效力也应从以上几方面加以分析说明。

1. 对第一、第二类条文和条款进行解释，就是对国家法律作出解释，这种解释可分为立法解释、司法解释、行政解释、仲裁解释和学理解释。

(1) 立法解释是指国家最高权力机关常设机关——全国人大常务委员会对宪法和法律进行的解释。全国人大是全国最高的权力机关，也是最高的立法机关。宪法赋予其常设机构对宪法及其他基本法律进行具有法律效力的解释的权力。这里的法律主要是指狭义的法律，即由全国人大及常委会制定的宪法以外的国家基本法律。《保险法》就属于此类，只有全国人大常委的解释才是属于具有法律效力的立法解释。涉及保险合同条款中有关保险法的内容时，这一解释为最具法律效力的解释，其他解释不能与其相冲突，否则无效。

(2) 司法解释是指国家最高司法机关在适用法律过程中，对于具体适用法律问题所作的解释。国家最高司法机关是指最高人民法院。司法解释所适用的法律也是前文所说的狭义基本法律。地方各级人民法院均无权对适用法律问题作出司法解释，在适用法律过程中遇到疑难问题时，应报送最高人民法院作出决定。对于保险合同条款中有关保险法的内容，在适用法律时，必须遵守司法解释。

(3) 行政解释是指国家最高行政机关及其主管部门对自己根据宪法和法律所制定的行政法规及部门规章所作的解释。中国保险监督管理委员会是中国保险业的最高行政主管机构，其有权解释保险合同条款中有关规章类或视同规章部分，有权解释由中国保险监督管理委员会审批的保险条款。这些解释虽对法院的判决具有重要的影响，但不具有必须执行的强制力。

(4) 仲裁解释。仲裁解释是指保险合同争议的双方当事人达成协议把争议提交仲裁机构仲裁后，仲裁机构对保险合同条款的解释。仲裁机构对保险合同条款的解释同样具有约束力。当一方当事人不执行时，另一方当事人可以申请人民法院强制执行。

(5) 学理解释是指一般社会团体、专家学者对法律所进行的法理性的解释，

但不具有法律效力。作为专家学者等也可以在教学或著书或宣传法律时对我国宪法、法律、行政法规、地方法规进行法理性解释，但一般不能作为实施法律的依据。这些解释在仲裁、审判过程中有一定参考作用。

以上五项中，前四项又合称为法定解释或有权解释，是特定的国家机构以宪法和法律所赋予的对有关法律、行政法规、部门规章等解释权所进行的解释，这些解释只要不违反法律，就与法律具有相同的效力，并应作为办案的依据。

2. 第三、第四类条文和条款不属于法律、法规、规章的范畴，因此其解释权在主体双方手中，但只有在合同订立时双方商定承认的解释或产生争议后双方协商一致的解释，才对双方具有约束力，任何单方面所作的解释都是没有法律效力的。例如，保险人对保险合同条款的内部解释，它只能用于约束保险公司的展业和理赔人员在工作中遵守执行，投保人、被保险人可接受，也可不接受。他们不接受的，该解释对他们不产生约束力。在双方没有共同承认的解释或双方协商不能达成一致时，由仲裁机构和人民法院在审理纠纷时，根据具体情况作出解释。该解释一般情况下只能对该案有效，对其他案件及上诉案件没有任何效力。如上诉法院认为该解释不符合法律、行政法规、部门规章的，可以予以撤销。

八、解决保险合同争议的方式

保险合同争议是指在保险合同成立后，合同主体就保险合同内容及履行时的执行约定具体做法等方面产生不一致甚至相反的理解而导致意见分歧或纠纷。由于保险合同比较特殊，主体之间的争议不仅产生于投保人与保险人，有时还会产生于投保人与被保险人、被保险人与受益人以及上述主体与第三人之间。争议所反映出的问题非常复杂，专业性很强。解决保险合同争议的方式一般有如下三种形式：协商、仲裁、诉讼。

（一）协商

协商是指合同主体双方在自愿诚信的基础上，根据法律规定及合同约定，充分交换意见，相互切磋与理解，求大同存小异，对所争议的问题达成一致意见，自行解决争议的方式。这种方式不但能使矛盾迅速化解，而且还可以增进双方的进一步信任与合作，有利于合同的继续执行。争议双方经协商不能达成一致时，可以约定向仲裁机构提出仲裁，也可以依法向人民法院提起诉讼。

（二）仲裁

仲裁是指争议双方依仲裁协议，自愿将彼此间的争议交由双方共同信任、法律认可的仲裁机构的仲裁员居中调解，并作出裁决。仲裁裁决具有法律效力，当事人必须予以执行。

仲裁机构主要是指依法设立的仲裁委员会，它是独立于国家行政机关的民间团体，而且不实行级别管辖和地域管辖，也就是说仲裁委员会由当事人选定，不受级别和地域的限制。它有良好的信誉和公正性，手续简便，专业性强，争议双方的自主性能够得到充分的发挥，自由意识可以得到充分的表达，是处理纠纷的重要途径。

一般仲裁委员会就每一个案件都要设立仲裁庭，由一名仲裁员或三名仲裁员组成，当事人有权选择其中的任何一种方式。仲裁员必须由符合法律规定资格、公道正派的人担任。当事人约定由一名仲裁员成立仲裁庭的，应当在仲裁员名单中共同选定或者共同委托仲裁委员会主任指定仲裁员；当事人约定由三名仲裁员组成仲裁庭的，应当由当事人各自在仲裁员名单上选择自己所信任的一名仲裁员，或者各自委托仲裁委员会主任指定一名仲裁员，第三名仲裁员，即首席仲裁员由当事人共同选定或者共同委托仲裁委员会主任指定。仲裁实行一裁终局的制度。裁决书自作出之日起发生法律效力，一方不履行仲裁裁决的，另一方当事人可以根据民事诉讼法的有关规定向人民法院申请执行仲裁裁决。当事人就同一纠纷不得向同一仲裁委员会或其他仲裁委员会再次申请仲裁，不得向人民法院提起诉讼，仲裁委员会和人民法院也不予受理。在仲裁裁决生效后六个月内，当事人提出有符合法定撤销裁决书的条件的证据的，可以向仲裁委员会所在地的中级人民法院申请撤销裁决。

应当注意的是，申请仲裁必须以双方在自愿基础上达成的仲裁协议为前提，没有达成仲裁协议或单方申请仲裁的，仲裁委员会将不予受理。协议应以书面形式订立，并应写明仲裁意愿、事项及双方所共同选定的仲裁委员会。协议可以是保险合同订立时订立仲裁条款，也可以是在争议发生前或发生时及发生后达成仲裁协议。订有仲裁协议的，一方向人民法院起诉，人民法院将不予受理。

保险合同中具有涉外因素的争议，如涉及对外贸易、涉外运输、海事纠纷等，应向中国国际商会组织设立的中国对外经济贸易仲裁委员会或海事仲裁委员会申请仲裁。

（三）诉讼

保险诉讼主要是指争议双方当事人通过国家审判机关——人民法院解决争端，进行裁决的办法。它是解决争议最激烈的方式。人民法院具有宪法授予的审判权，是维护社会经济秩序、解决民事纠纷最权威的机构，不受行政机关、社会团体和个人的干涉，以法律为准绳，以事实为依据，独立行使审判权，维护当事人的合法权益。

人民法院在受理案件时，实行级别管辖和地域管辖、专属管辖和选择管辖相结合的方式。在不违反民事诉讼法关于对级别管辖和专属管辖的规定的前提下，合同双方当事人可以在书面合同中协议选择被告住所地、合同履行地、合同签订地、原告住所地、标的物所在地人民法院管辖，当事人首先应依法或依照合同约定到有权受理该案件的法院提起诉讼，人民法院才可受理并按相应的民事程序进行审理、判决。如合同中未有约定，而根据法律规定有两个以上人民法院具有管辖权的，原告可以选择向其中一个人民法院起诉。

《中华人民共和国民事诉讼法》（以下简称《民事诉讼法》）第二十六条对保险合同纠纷的管辖法院作了明确的规定：“因保险合同纠纷提起的诉讼，由被告所在地或者保险标的物所在地人民法院管辖。”最高人民法院关于适用《民事诉讼法》若干问题的意见规定：“因保险合同纠纷提起的诉讼，如果保险标的物是运输工具或者运输中的货物，由被告住所地或者运输工具登记注册地、运输目的地、保险事故发生地的人民法院管辖。”从以上规定可以看出，只有上述有关法院有权审理保险合同纠纷。因为拥有管辖权的法院在两个以上，所以，保险合同的主体可以在以上所列有管辖权的人民法院范围内，在书面合同中选择管辖法院。一旦发生纠纷，应到合同中约定的管辖法院提起诉讼。

人民法院审理案件实行先调解后审判、两审终审制。如调解成功，要形成调解书，由审判人员和书记员签名并盖人民法院的印章。如调解不成功，人民法院依法判决，并作出判决书。不服一审法院判决的可以在法定的上诉期内上诉至高级人民法院进行再审。第二审判决为最终判决。当事人对已生效的调解书或判决书必须执行。一方不执行的，对方当事人有权向人民法院申请强制执行。对第二审判决还不服的，只能通过申诉和抗诉程序，但不影响二审判决的执行。

第三章 保险基本原则

第一节 保险利益原则

一、保险利益及其成立的条件

（一）保险利益与保险利益原则的含义

保险利益是指投保人或者被保险人对保险标的具有的法律上承认的利益。它体现了投保人或者被保险人与保险标的之间存在的利害关系。倘若保险标的的安全，投保人或者被保险人可以从中获益；倘若保险标的受损，投保人或者被保险人必然会蒙受经济损失。

保险利益原则是指在签订保险合同时或履行保险合同过程中，投保人或者被保险人对保险标的必须具有保险利益的规定。我国《保险法》第十二条规定：“人身保险的投保人在保险合同订立时，对被保险人应当具有保险利益。财产保险的被保险人在保险事故发生时，对保险标的应当具有保险利益。”

（二）保险利益成立的条件

1. 保险利益应为合法的利益。投保人或者被保险人对保险标的所具有的利益要为法律所承认。只有在法律上可以主张的合法利益才能受到国家法律的保护，因此，保险利益必须是符合法律规定的、符合社会公共秩序、为法律所认可并受到法律保护的利益。例如，在财产保险中，投保人对保险标的的所有权、占有权、使用权、收益权或对保险标的所承担的责任等，必须是依照法律、法规、有效合同等合法取得、合法享有、合法承担的利益，因违反法律规定或损害社会公共利益而产生的利益，不能作为保险利益。例如，因偷税漏税、盗窃、走私、贪污等非法行为所得的利益不得作为投保人的保险利益而投保，如果投保人为不受法律认可的利益投保，则保险合同无效。

2. 保险利益应为经济上有价的利益。保险保障是通过货币形式的经济补偿或给付来实现的，如果投保人或被保险人的利益不能用货币来反映，则保险人的承保和补偿就难以进行。因此，投保人对保险标的的保险利益在数量上应该可以用货币来计量，无法定量的利益不能成为可保利益。财产保险中，保险利益一般

可以精确计算，对那些像纪念品、日记、账册等不能用货币计量其价值的财产，虽然对投保人有利益，但一般不作为可保财产。由于人身无价，一般情况下，人身保险合同的保险利益有一定的特殊性，只要求投保人与被保险人具有利害关系，就认为投保人对被保险人具有保险利益；在个别情况下，人身保险的保险利益也可以计算和限定，比如债权人对债务人生命的保险利益可以确定为债务的金额加上利息及保险费。

3. 保险利益应为确定的利益。保险利益必须是一种确定的利益，是投保人或者被保险人对保险标的在客观上或事实上已经存在或可以确定的利益。这种利益是可以用货币形式估价，而且是客观存在的利益，不是当事人主观臆断的利益。这种客观存在的确定利益包括现有利益和期待利益。现有利益是指在客观上或事实上已经存在的经济利益；期待利益是指在客观上或事实上尚未存在，但根据法律、法规、有效合同的约定等可以确定在将来某一时期内将会产生的经济利益。在投保时，现有利益和期待利益均可作为确定保险金额的依据。但在受损索赔时，这一期待利益必须已成为现实利益才属索赔范围，保险人的赔偿或给付，以实际损失的保险利益为限。

4. 保险利益应为具有利害关系的利益。投保人或者被保险人对保险标的必须具有利害关系。这里的利害关系是指保险标的的安全与损害直接关系到投保人的切身经济利益。而投保人与保险标的之间不存在利害关系是不能签订保险合同的。我国《保险法》规定：在财产保险合同中，保险标的的毁损灭失直接影响投保人的经济利益，视为投保人对该保险标的具有保险利益；在人身保险合同中，投保人的近亲属，如配偶、子女以及与投保人有劳动关系的劳动者等的生老病死，与投保人有一定的经济关系，视为投保人对这些人具有保险利益。

二、主要险种的保险利益

（一）财产保险的保险利益

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

1. 财产所有人、经营管理人的保险利益。财产的所有权人、经营管理人，因其所有或经营管理的财产一旦损失就会给自己带来经济损失而对该财产具有

保险利益，可以为该项财产投保。例如，房屋所有权人可以为其房屋投保家庭财产险；货物所有人可为其货物投保运输保险；企业的经营者，可以为其经营的财产投保企业财产险。

2. 抵押权人与质权人的保险利益。抵押与出质都是债权的一种担保，当债权不能获得清偿时，抵押权人或质权人有从抵押或出质的财产价值中优先受偿的权利。抵押权人与质权人因债权债务关系对财产具有经济上的利害关系，因而对抵押、出质的财产均具有保险利益。就银行抵押贷款的抵押品而言，在贷款未还之前，抵押品的损失会使银行蒙受损失，银行对抵押品具有保险利益；在借款人还款后，银行对抵押品的抵押权消失，其保险利益也随之消失。

3. 负有经济责任的财产保管人、承租人等的保险利益。财产的保管人、承租人、承包人等，对他们所保管、使用的财产只要负有经济责任，就具有保险利益。

4. 合同双方当事人的保险利益。在合同关系中，一方当事人或双方当事人，只要合同标的损失能给他们带来损失，其对合同标的就具有保险利益。如在进出口贸易中，出口方或进口方对其贸易货物均具有投保货物运输保险的保险利益。

（二）人身保险的保险利益

人身保险的保险标的是人的生命或身体，虽然其价值难以用货币计量，但人身保险合同的签订同样要求投保人与保险标的之间具有利害关系。根据我国《保险法》第三十一条的规定，人身保险的保险利益包括如下情况：

1. 本人对自己的生命和身体具有保险利益，可以作为投保人自己投保。

2. 投保人对配偶、子女和父母的生命和身体具有保险利益。因为配偶之间、父母与子女之间具有法律规定的抚养或赡养责任，被保险人的死亡或伤残会造成投保人的经济损失，所以投保人对其配偶、父母和子女具有保险利益，可以作为投保人为他们投保。

3. 投保人对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、近亲属具有保险利益。因为与投保人有抚养、赡养或者扶养关系的家庭成员、近亲属的伤亡，可能会给投保人带来经济上的损失，所以，投保人对他们具有保险利益，可以为他们投保。

4. 投保人对与其有劳动关系的劳动者具有保险利益。因为员工的死亡或伤

残会造成单位、企业或雇主的经济损失，所以单位、企业或雇主对员工具有保险利益，可以作为投保人为他们投保。

除此之外，被保险人同意投保人为其订立合同的，视为投保人对被保险人具有保险利益。在国外，就判定投保人对他人的生命和身体是否具有保险利益方面，主要有两种观点：一是利害关系论。只要投保人对被保险人的存在具有精神和物质幸福，被保险人死亡或伤残会造成投保人痛苦和经济损失，有这种利害关系存在就具有保险利益。英美等国一般采用这种主张，如认为债权人对债务人具有保险利益，企业对其职工具有保险利益。二是同意或承认论。只要投保人征得被保险人同意或承认，就对其生命或身体具有投保人身保险的保险利益。德国、日本、瑞士等国采用了这种观点。根据我国《保险法》第三十一条的规定，我国对人身保险合同的保险利益的确定方式是采取了限制关系范围并结合被保险人同意的方式。

（三）责任保险的保险利益

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

1. 各种固定场所的所有人或经营人，诸如饭店、商店和影剧院等，对其顾客、观众等人身伤害或财产损失，依法承担经济赔偿责任的，具有保险利益，可投保公众责任险。

2. 各类专业人员，如医师、律师和设计师等，由于工作上的疏忽或过失致使他人遭受损害而依法承担经济赔偿责任的，具有保险利益，可投保职业责任险。

3. 制造商、销售商等，因商品质量或其他问题给消费者造成人身伤害或财产损失，依照法律承担经济赔偿责任的，具有保险利益，可投保产品责任保险。

（四）信用保险、保证保险的保险利益

在信用保险和保证保险中，权利人与被保险人之间必须建立合同关系，他们之间存在着经济上的利害关系。债权人对债务人的信用具有保险利益，可以投保信用保险。债务人对自身的信用也具有保险利益，可以按照债权人的要求投保自身信用的保险，即保证保险。

三、保险利益的时效

订立和履行保险合同必须坚持保险利益原则，但在财产保险和人身保险中，保险利益的时效是有区别的。

（一）财产保险保险利益的时效规定

在财产保险中，一般要求从保险合同订立到合同终止，始终都应存在保险利益。如果投保时具有保险利益，发生损失时已丧失保险利益，则保险合同无效，被保险人无权获得赔偿。我国《保险法》第四十八条规定，在财产保险合同中，“保险事故发生时，被保险人对保险标的不具有保险利益的，不得向保险人请求赔偿保险金”。

（二）人身保险保险利益的时效规定

在人身保险中，由于保险期限长并具有储蓄性，强调在订立保险合同时投保人必须具有保险利益，而索赔时不追究有无保险利益，即使投保人对被保险人因离异、雇佣合同解除或其他原因而丧失保险利益，也不影响保险合同效力，保险人仍负给付被保险人保险金的责任。例如，某甲以自己为受益人为其丈夫某乙投保死亡保险，并征得某乙的同意，后双方离婚，被保险人未变更受益人。这样，在某乙因保险事故死亡后，某甲作为受益人并不因已丧失妻子的身份而丧失保险金的请求权。

四、保险利益原则存在的意义

保险利益原则规定，投保人对保险标的要具有法律上承认的利益，否则保险合同无效。坚持保险利益原则的意义在于：

（一）避免赌博行为的发生

保险和赌博都具有射幸性。以与自己毫无利害关系的保险标的投保，投保人就可能因保险事故的发生，而获得高于所交保险费几十倍的额外收益，这种收益不是对损失的补偿，是以小的损失谋取较大的经济利益的投机行为。保险利益原则规定，投保人的投保行为必须以保险利益为前提，一旦保险事故发生，投保人获得的就是对其实际损失的补偿或给付，这就把保险与赌博进行了本质上的区分。英国历史上曾出现过保险赌博。投保人以与自己毫无利害关系的远洋船舶为标的投保，一旦发生保险事故就可获得相当于投保价值千百倍的巨额赔款，于是

人们就像在赛马场上下赌注一样买保险，这严重影响了社会安定。所以，英国政府于 18 世纪通过立法禁止了这种行为，维护了正常的社会秩序，保证了保险事业的健康发展。

（二）防止道德风险的产生

投保人以与自己毫无利害关系的保险标的投保，就会出现投保人为了谋取保险赔偿而任意购买保险，并盼望事故发生的现象；或者保险事故发生后，不积极施救；或者为了获得巨额赔偿或给付，采用纵火、谋财害命等手段，制造保险事故，增加了道德风险事故的发生。在保险利益原则的规定下，由于投保人与保险标的之间存在利害关系的制约，投保的目的是为了获得一种经济保障，一般不会诱发道德风险。

（三）便于衡量损失，避免保险纠纷

保险合同保障的是被保险人的利益，补偿的是被保险人的经济利益损失，而保险利益以投保人对保险标的的现实利益以及可以实现的预期利益为范围，因此，是保险人衡量损失及被保险人获得赔偿的依据。保险人的赔付金额不能超过保险利益，否则被保险人将因保险而获得超过其损失的经济利益，这既有悖于损失补偿原则，又容易诱发道德风险和赌博行为。另一方面，如果不以保险利益为原则，还容易引起保险纠纷。例如，借款人以价值 10 万元的房屋作抵押向银行贷款 6 万元，银行将此抵押房屋投保，房屋因保险事故全损，作为被保险人的银行其损失是 6 万元还是 10 万元？保险人应支付 6 万元赔款还是应赔偿 10 万元？如果不根据保险利益原则来衡量，银行的损失就难于确定，就可能引起保险双方在赔偿数额上的纠纷。而以保险利益原则为依据，房屋全损只会导致银行贷款本金及利息的难以收回，因此，银行最多损失 6 万元及利息，保险公司不用支付 10 万元赔款。

第二节 最大诚信原则

一、最大诚信原则及其存在的原因

（一）最大诚信原则的含义

任何一项民事活动，各方当事人都应遵循诚信原则。诚信原则是世界各国立法对民事、商事活动的基本要求。《保险法》第五条规定：“保险活动当事人行使

权利、履行义务应当遵循诚实信用原则。”但是，在保险合同关系中对当事人诚信的要求比一般民事活动更严格，要求当事人具有最大诚信。保险合同是最大诚信合同。最大诚信的含义是指当事人真诚地向对方充分而准确地告知有关保险的所有重要事实，不允许存在任何虚伪、欺骗、隐瞒行为。而且，不仅在保险合同订立时要遵守此项原则，在整个合同有效期间和履行合同过程中也都要求当事人具有最大诚信。

最大诚信原则的含义可表述为：保险合同当事人订立合同及在合同有效期内，应依法向对方提供足以影响对方作出订约与履约决定的全部实质性重要事实，同时绝对信守合同订立的约定与承诺。否则，受到损害的一方，按民事立法规定可以此为由宣布合同无效，或解除合同，或不履行合同约定义务或责任，甚至对因此而受到的损害还可要求对方予以赔偿。

（二）规定最大诚信原则的原因

在保险活动中，之所以规定最大诚信原则，主要归因于保险经营中信息的不对称性和保险合同的特殊性。

1. 保险经营中信息的不对称性。在保险经营中，无论是保险合同订立时还是保险合同成立后，投保人与保险人对有关保险的重要信息的拥有程度是不对称的。对于保险人而言，投保人转嫁的风险性质和大小直接决定着其能否承保与如何承保。然而，保险标的是广泛而且复杂的，作为风险承担者的保险人却远离保险标的，而且有些标的难以进行实地查勘。而投保人对其保险标的的风险及有关情况却是最为清楚的，因此，保险人主要也只能根据投保人的告知与陈述来决定是否承保、如何承保以及确定费率。这就使得投保人的告知与陈述是否属实和准确会直接影响保险人的决定，于是要求投保人基于最大诚信原则履行告知义务，尽量对保险标的的有关信息进行披露。对于投保人而言，保险合同条款的专业性与复杂性，一般的投保人难以理解与掌握，对保险人使用的保险费率是否合理、承保条件及赔偿方式是否苛刻等也是难以了解的，因此，投保人主要根据保险人提供的条款说明来决定是否投保以及投保何险种。于是也要求保险人基于最大诚信，履行其应尽的此项义务。

2. 保险合同的附合性与射幸性。如前所述，保险合同属于典型的附合合同，所以，为避免保险人利用保险条款中含糊或容易使人产生误解的用词来逃避自己

的责任，保险人应履行其对保险条款的告知与说明义务。另外，保险合同又是一种典型的射幸合同。按照保险合同约定，当未来保险事故发生时，由保险人承担损失赔偿或给付保险金责任。保险人所承保的保险标的的风险事故是不确定的，而投保人购买保险仅支付较少量的保费，保险标的一旦发生保险事故，被保险人所能获得的赔偿或给付将是保费支出的数十倍甚至数百倍或更多。因而，就单个保险合同而言，保险人承担的保险责任远远高于其所收取的保费，倘若投保人不诚实、不守信，必将引发大量保险事故陡然增加保险赔款，使保险人不堪负担而无法永续经营，最终将严重损害广大投保人或被保险人的利益。因此，要求投保人基于最大诚信原则真诚履行其告知与保证义务。

二、最大诚信原则的基本内容

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

（一）告知

从理论上讲，告知分广义告知和狭义告知两种：广义的告知是指保险合同订立时，投保方必须就保险标的的危险状态等有关事项向保险人进行口头或书面陈述，以及合同订立后，标的的危险变更、增加或事故发生的通知；狭义的告知仅指投保方对保险合同成立时保险标的的有关事项向保险人进行口头或书面陈述。事实上，在保险实务中所称的告知，一般是指狭义的告知，一般不包括保险合同订立后标的的危险变更、增加，或保险事故发生时的告知，这些内容的告知一般被称为通知。在此所述的告知仅指狭义的告知。

1. 告知的内容。在保险合同订立时，投保人应将那些足以影响保险人决定是否承保和确定费率的重要事实如实告知保险人。比如，将人身保险中被保险人的年龄、性别、健康状况、既往病史、家族遗传史、职业、居住环境和嗜好等如实告知保险人；将财产保险中保险标的的价值、品质和风险状况等如实告知保险人。

要求保险人告知的内容主要有两方面：（1）在保险合同订立时要主动向投保人说明保险合同条款内容，对于责任免除条款还要进行明确说明；（2）保险人对

于不属于保险赔偿（给付）义务的索赔请求，应当向被保险人或者受益人发出拒绝赔偿或者拒绝给付保险金通知书来履行其告知义务。

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

（1）无限告知，即法律或保险人对告知的内容没有明确规定，投保方须主动地将保险标的的状况及有关重要事实如实告知保险人。

（2）询问回答告知，又称主观告知，是指投保方只对保险人询问的问题如实告知，对询问以外的问题投保方无需告知。早期保险活动中的告知形式主要是无限告知。随着保险技术水平的提高，目前世界上许多国家，包括我国在内的保险立法都是采用询问回答告知的形式。我国《保险法》第十六条规定：“订立保险合同，保险人就保险标的或者被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。”一般的操作方法是保险人将需投保方告知的内容列在投保单上，要求投保方如实填写。

按照《保险法》第十七条的规定：“订立保险合同，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。”在保险实务中，保险人通常将免责条款用黑体印刷、使用不同字号、放置在显著位置、用彩图来表现，并要求投保人在投保单底部签字，以示投保人看过并同意等。根据我国《保险法》第二十四条的规定，在理赔阶段，保险人对于不属于保险赔偿（给付）义务的索赔请求，应当自作出核定之日起三日内向被保险人或者受益人发出拒绝赔偿或者拒绝给付保险金通知书，并说明理由，以此来履行其告知义务。

（二）保证

保证是最大诚信原则的另一项重要内容。所谓保证，是指保险人要求投保人或被保险人对某一事项的作为或不作为或对某种事态的存在或不存在作出许诺。保证是保险人签发保险单或承担保险义务，要求以投保人或被保险人必须履行某种义务为条件。其目的在于控制风险，确保保险标的及其周围环境处于良好的状

态中。保证的内容属于保险合同的重要条款之一。

根据保证事项是否已存在，可分为确认保证和承诺保证。

1. 确认保证。确认保证是指投保人或被保险人对过去或现在某一特定事实的存在或不存在的保证。确认保证是要求对过去或投保当时的事实作出如实的陈述，而不是对该事实以后的发展情况作出保证。例如，投保人身保险时，投保人保证被保险人在过去和投保当时健康状况良好，但不保证今后也一定如此。

2. 承诺保证。承诺保证是指投保人对将来某一事项的作为或不作为的保证，即对该事项今后的发展作保证。例如，投保家庭财产保险时，投保人或被保险人保证不在家中放置危险物品，投保家庭财产盗窃险，保证家中无人时，门窗一定要关好、上锁。这些都属于承诺保证。

根据保证存在的形式，可分为明示保证和默示保证。

1. 明示保证。明示保证是指以文字或书面的形式载明于保险合同中，成为保险合同的条款。例如，我国机动车辆保险条款规定：“被保险人必须对保险车辆妥善保管、使用、保养，使之处于正常技术状态。”这就是明示保证。明示保证是保证的重要表现形式。

2. 默示保证。默示保证一般是国际惯例所通行的准则，习惯上或社会公认的被保险人应在保险实践中遵守的规则，而不载明于保险合同中。默示保证的内容通常是以往法庭判决的结果，是保险实践经验的总结。默示保证在海上保险中运用比较多，如海上保险的默示保证有三项：第一，保险的船舶必须有适航能力；第二，要按预定的或习惯的航线航行；第三，必须从事合法的运输业务。

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

（三）弃权与禁止反言

弃权是指保险人放弃其在保险合同中可以主张的某种权利；禁止反言是指保险人既已放弃某种权利，日后不得再向被保险人主张这种权利。值得注意的是，

弃权与禁止反言在人寿保险中有特殊的时间规定，规定保险方只能在合同订立之后一定期限内（一般为两年）以被保险方告知不实或隐瞒为由解除合同，如果超过规定期限没有解除合同，则视为保险人已经放弃这一权利，不得再以此理由解除合同。

三、违反最大诚信原则的表现和法律后果

（一）告知的违反及其法律后果

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

各国法律对违反告知的处分原则是区别对待。（1）要区分其动机是无意还是有意。对有意的处分比无意的重。（2）要区分其违反的事项是否属于重要事实。对重要事实的处分比对非重要事实的处分重。比如，我国《保险法》第十六条规定，“投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿或者给付保险金的责任，并不退还保险费”；“投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿或者给付保险金的责任，但应当退还保险费”。

（二）保证的违反及其法律后果

在保险活动中，无论是明示保证还是默示保证，保证的事项均属重要事实，因而被保险人一旦违反保证的事项，保险合同即告失效，或保险人拒绝赔偿损失或给付保险金，而且，除人寿保险外，保险人一般不退还保险费。

第三节 近因原则

一、近因原则的含义

近因原则是判断风险事故与保险标的损失之间的因果关系，从而确定保险赔偿责任的一项基本原则。长期以来，它是保险实务中处理赔案时所遵循的重要原则之一。

近因，是指在风险和损失之间，导致损失的最直接、最有效、起决定作用的原因，而不是指时间上或空间上最接近的原因。正如英国法庭曾于 1907 年给近因所下的定义：“近因是指引起一连串事件，并由此导致案件结果的能动的、起决定作用的原因。” 1924 年，英国上议院宣读的法官判词中对近因作了进一步的说明：“近因是指处于支配地位或者起决定作用的原因，即使在时间上它并不是最近的。”

保险损失的近因，是指引起保险事故发生的最直接、最有效、起主导作用或支配作用的原因。近因原则的基本含义是：在风险与保险标的损失关系中，如果近因属于被保风险，保险人应负赔偿责任；近因属于除外风险或未保风险，则保险人不负赔偿责任。

二、近因的认定与保险责任的确定

（一）认定近因的基本方法

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

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

2. 从损失开始，沿系列自后往前推，追溯到最初事件，如没有中断，最初事件就是近因。比如，第三者被两车相撞致死，导致两车相撞的原因是其中一位驾驶员酒后开车，酒后开车就是致死第三者的近因。

（二）近因的认定与保险责任的确定

近因判定的正确与否，关系到保险双方当事人的切身利益。在保险实务中，致损原因多种多样，对近因的认定和保险责任的确定也比较复杂，因此，如何确定损失近因，要根据具体情况作具体的分析。

1. 单一原因造成的损失。单一原因致损，即造成保险标的损失的原因只有一个，那么，这个原因就是近因。若这个近因属于被保风险，保险人负赔偿责任；若该项近因属未保风险或除外责任，则保险人不承担赔偿责任。例如，某人投保了普通家庭财产险，地震引起房屋倒塌，家庭财产受损。若保险条款列明：地震属于保险责任，则保险人负责赔偿；反之，则不赔偿。

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

(1) 多种原因均属被保风险，保险人负责赔偿全部损失。例如，洪水和风暴均属保险责任，洪水和风暴同时造成企业财产损失，保险人负责赔偿全部损失。

(2) 多种原因中，既有被保风险，又有除外风险或未保风险，保险人的责任应视损害的可分性如何而定。如果损害是可以划分的，保险人就只负责被保风险所致损失部分的赔偿。但在保险实务中，在很多情况下损害是无法区分的，保险人有时倾向于不承担任何损失赔偿责任，有时倾向于与被保险人协商解决，对损失按比例分摊。依据《保险法》以及有关程序法的相关规定，被保险人对保险事故的性质及其原因，只能提供其可能提供的证据，如果被保险人没能提供此项证据，而保险公司也未能提供其中某部分损失是属于除外责任的证据，则保险公司就应当对保险标的的全部损失承担赔偿责任。

3. 连续发生的多项原因造成损失。多种原因连续发生，即各原因依次发生，持续不断，且具有前因后果的关系。如果损失是由两个以上的原因所造成，且各原因之间的因果关系未中断，那么最先发生并造成一连串事故的原因为近因。如果该近因为保险责任，保险人应负责赔偿损失；反之不负责。具体分析如下：

(1) 连续发生的原因都是被保风险，保险人赔偿全部损失。例如，财产险中，地震、火灾都属于保险责任。如果是地震引起火灾，火灾导致财产损失这样一个因果关系过程，则保险人应赔偿损失。

(2) 连续发生的原因中含有除外风险或未保风险。这分两种情况：①若前因是被保风险，后因是除外风险或未保风险，且后因是前因的必然结果，保险人对损失负全部责任。例如，英国有一个著名的判例：有一艘装载皮革和烟叶的船舶遭遇海难，大量海水浸入船舱，皮革腐烂。海水虽未直接接触包装烟叶的捆包，但由于腐烂皮革的恶臭，使烟叶完全变质。当时被保险人以海难为近因要求保险人全部赔付，但保险人却以烟叶包装没有水渍的痕迹为由而拒赔。最后法院判决，本案烟叶全损的近因是海难，保险人应负赔偿责任。②前因是除外风险或未保风险，后因是承保风险，后因是前因的必然结果，保险人对损失不负责任。例如，莱兰船舶公司对诺威奇保险公司诉讼案。1918年，第一次世界大战期间，莱兰

船舶公司的一艘轮船被敌潜艇用鱼雷击中，但仍拼力驶向哈佛港。由于情况危急，又遇到大风，港务当局担心该船会沉在码头泊位上堵塞港口，拒绝它靠港。在航行途中它的船底触礁，最终船沉没了。该船只保了海上一般风险，没有保战争险，保险公司予以拒赔。法庭判损失的近因是战争。保险公司胜诉。虽然在时间上致损的最近原因是触礁，但船在中了鱼雷以后，始终没有脱离险情。触礁是被鱼雷击中引起的，被鱼雷击中（战争）属未保风险。

4. 间断发生的多项原因造成损失。在一连串连续发生的原因中，有一项新的独立的原因介入，导致损失。若新的独立的原因属于被保风险，保险责任由保险人承担；反之，保险人不承担损失赔偿或给付责任。例如，我国某企业集体投保团体人身意外伤害保险。被保险人王某骑车被卡车撞倒，造成伤残并住院治疗。在治疗过程中，王某因急性心肌梗塞而死亡。意外伤害与心肌梗塞没有内在联系，心肌梗塞并非意外伤害的结果，故属于新介入的独立原因，心肌梗塞是被保险人死亡的近因。由于心肌梗塞属于疾病范围，不包括在意外伤害保险责任范围，保险人对被保险人死亡不负责任，只对其意外伤残按规定支付保险金即可。

第四节 损失补偿原则

一、损失补偿的基本原则

（一）损失补偿原则的含义

损失补偿原则是指保险合同生效后，当保险标的发生保险责任范围内的损失时，通过保险赔偿，使被保险人恢复到受灾前的经济原状，但不能因损失而获得额外收益。该原则包括两层含义。

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

2. 补偿以被保险人的实际损失及有关费用为限，即以被保险人恢复到受损前的经济状态为限，因此，保险人的赔偿额不仅包括被保险标的的实际损失价值，还包括被保险人花费的施救费用、诉讼费等。换言之，保险补偿就是在保险金额范围内，对被保险人因保险事故所遭受损失的全部赔偿。保险合同通常规定，保险事故发生时，被保险人有义务积极抢救保险标的，防止损失进一步扩大。被

保险人抢救保险标的所支出的合理费用，由保险人负责赔偿。我国《保险法》第五十七条规定：“保险事故发生时，被保险人应当尽力采取必要的措施，防止或者减少损失。保险事故发生后，被保险人为防止或者减少保险标的的损失所支出的必要的、合理的费用，由保险人承担；保险人所承担的费用数额在保险标的的损失赔偿金额以外另行计算，最高不超过保险金额的数额。”这主要是为了鼓励被保险人积极抢救保险标的，减少社会财富的损失。

损失补偿原则是保险理赔的重要原则，坚持这一原则的意义在于：（1）维护保险双方的正当权益。既保障被保险人在受损后获得赔偿的权益，又维护了保险人的赔偿以不超过实际损失为限的权益，使保险合同能在公平互利的原则下履行。（2）防止被保险人通过赔偿而得到额外利益，可以避免保险演变成赌博行为以及诱发道德风险的产生。

（二）损失补偿原则的限制条件

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

2. 以保险金额为限。保险金额是指保险人承担赔偿责任或者给付保险金责任的最高限额。赔偿金额只应低于或等于保险金额而不应高于保险金额。因为保险金额是以保险人已收取的保费为条件确定的保险最高责任限额，超过这个限额，将使保险人处于不平等的地位。即使发生通货膨胀，仍以保险金额为限。例如，某一房屋投保时按其市场价值确立保险金额为20万元，发生保险事故全损，全损时的市场价为25万元。那么，保险人的赔偿金额应为20万元，因为保险金额为20万元。

3. 以保险利益为限。保险人的赔偿以被保险人所具有的保险利益为前提条

件和最高限额，被保险人所得的赔偿以其对受损标的的保险利益为最高限额。在财产保险中，如果保险标的受损时财产权益已全部转让，则被保险人无权索赔；如果受损时保险财产已转让，则被保险人对已转让的财产损失无索赔权。例如，王某独立经营一运输船，投保时船的保险价值和保险金额为 1000 万元，保险期限 1 年。投保 3 个月后，将其船只的 40% 转让给李某，投保 8 个月后船全损。保险人只赔给王某 600 万元的损失。再如，在银行抵押贷款中，如银行将抵押品投保，则银行的可保利益以其贷款额度为限。某企业以价值 200 万元的厂房作抵押贷款 100 万元，发生保险事故，厂房全损，保险人给银行的最高赔偿金额只能是 100 万元。若贷款已经收回，则以银行名义投保的保险合同无效，银行无权索赔。

（三）损失补偿原则的例外

损失补偿原则虽然是保险的一项基本原则，但在保险实务中有一些例外情况。

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

2. 定值保险的例外。所谓定值保险，是指保险合同双方当事人在订立保险时，约定保险标的的价值，并以此确定为保险金额，视为足额保险。当保险事故发生时，保险人不论保险标的的损失当时的市价如何，即不论保险标的的实际价值是大于还是小于保险金额，均按损失程度十足赔付。其计算公式为：

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

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

3. 重置价值保险的例外。所谓重置价值保险，是指以被保险人重置或重建

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

二、损失补偿的派生原则

（一）重复保险分摊原则

1. 重复保险分摊原则的含义。在重复保险合同条件下，为避免被保险人在数个保险人处重复得到超过损失额的赔偿，以确保保险补偿目的的实现，并维护保险人与被保险人、保险人与保险人之间的公平原则，重复保险的分摊原则应运而生。重复保险分摊原则是指在重复保险的情况下，当保险事故发生时，各保险人应采取适当的分摊方法分配赔偿责任，使被保险人既能得到充分的补偿，又不会超过其实际损失而获得额外的利益。

2. 重复保险的分摊方式。重复保险的分摊赔偿方式主要包括比例责任分摊、限额责任分摊和顺序责任分摊三种方式。

（1）比例责任分摊方式。在这种方式下，各保险人按其承保的保险金额占保险金额总和的比例分摊保险事故造成的损失，支付赔款。

其计算公式为：

例如，某财产保险金额总和是 140 万元，投保人与甲、乙保险人订立合同的保险金额分别是 80 万元和 60 万元。若保险事故造成的实际损失是 80 万元，那么，甲保险人应赔偿： $80 \times 80 / 140 = 45.71$ 万元；乙保险人应赔偿： $80 \times 60 / 140 = 34.29$ 万元。

（2）限额责任分摊方式。在这种方式下，各家保险公司的分摊不以其保险金额为基础，而是在假设无他保情况下单独应负的赔偿责任限额占各家保险公司赔偿责任限额之和的比例分摊损失金额。

其计算公式为：

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

(3) 顺序责任分摊方式。在这种方式下，各保险公司按出单时间顺序赔偿，先出单的公司先在其保额限度内负责赔偿，后出单的公司只在损失额超出前一家公司的保额时，在自身保额限度内赔偿超出部分。

例如：发货人及其代理人同时向甲、乙两家保险公司为同一财产分别投保 10 万元和 12 万元，甲公司先出单，乙公司后出单，被保财产实际损失 16 万元。按顺序责任，甲公司赔款额为 10 万元；乙公司赔款额为 6 万元。

在保险实务中，各国较多采用的是比例责任和限额责任分摊方式，因为顺序责任分摊方式下各承保公司承担的责任有欠公平。我国规定采用比例责任方式赔偿。我国《保险法》第五十六条规定：“重复保险的各保险人赔偿保险金的总和不得超过保险价值。除合同另有约定外，各保险人按照其保险金额与保险金额总和的比例承担赔偿保险金的责任。”因此，在我国，重复保险依法采用比例责任方式赔偿。

(二) 代位追偿原则

1. 代位追偿原则的含义。保险事故发生后，如果损失是由被保险人以外的第三者造成，被保险人既可以依据法律规定的民事损害赔偿向第三者要求赔偿，也可以依据保险合同规定的索赔权向保险人要求赔偿。如果由保险人和第三者同时赔偿被保险人的损失，就有可能使被保险人获得双重赔偿，这与保险的补偿性质相违背；如果仅由第三者赔偿，又往往会使被保险人得不到及时补偿。于是法律规定了代位追偿原则，以保证当保险标的因第三者责任而遭受损失时，保险人支付的赔款与第三者赔偿的总和，不超过保险标的的实际损失。

代位追偿原则是损失补偿原则的派生原则，是指在财产保险中，由于第三者责任导致发生保险事故造成保险标的的损失，保险人按照合同的约定履行保险赔偿义务后，依法取得对保险标的的所有权或对保险标的的损失负有责任的第三者

的追偿权。保险人所获得的这种权利就是代位追偿权。我国《保险法》第五十九条至第六十三条对此作了一系列的规定。

2. 代位追偿原则的适用范围。

(1) 保险代位追偿原则适用于财产保险合同，而不适用于人身保险合同。人身保险的被保险人伤残或死亡，被保险人、受益人可以同时得到保险人给付的保险金和第三者负责的赔偿金额。因为人身价值是无法以货币形式来衡量的，不存在额外收益问题。我国《保险法》第四十六条规定，在人身保险合同中，“被保险人因第三者的行为而发生死亡、伤残或者疾病等保险事故的，保险人向被保险人或者受益人给付保险金后，不享有向第三者追偿的权利，但被保险人或者受益人仍有权向第三者请求赔偿”。

(2) 在财产保险合同中，保险人不得对被保险人的家庭成员或者其组成人员行使代位请求赔偿的权利，除非被保险人的家庭成员或者其组成人员故意造成保险事故。因为被保险人的家庭成员或其组成人员（如职工）往往与被保险人具有一致的利益，即他们的利益受损，被保险人的利益也同样遭受损失；他们的利益得到保护，实质上也就是保护被保险人的利益。如果保险人对被保险人先行赔偿，而后向被保险人的家庭成员或其组成人员追偿损失，则无异于又向被保险人索还，被保险人的损失将得不到真正的补偿。因此，保险人不得向被保险人的家庭成员或其组成人员行使代位追偿权，除非他们故意造成保险事故的发生。

3. 代位追偿原则的主要内容。代位追偿原则的主要内容包括权利代位和物上代位。

(1) 权利代位。权利代位即追偿权的代位，是指在财产保险中，保险标的由于第三者责任导致保险损失，保险人向被保险人支付保险赔款后，依法取得对第三者的索赔权。我国《保险法》第六十条规定：“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。”《海商法》第二百五十二条规定：“保险标的发生保险责任范围内的损失是由第三人造成的，被保险人向第三人要求赔偿的权利，自保险人支付赔偿之日起，相应转移给保险人。”

第一，代位追偿权产生的条件。代位追偿权的产生必须具备下列三个条件：
①损害事故发生的原因及受损的标的，都属于保险责任范围。只有保险责任范围

内的事造成保险标的的损失，保险人才负责赔偿；否则，保险人无需承担赔偿责任。受害人只能向有关责任方索赔或自己承担损失，与保险人无关，也不存在保险人代位追偿的问题。②保险事故的发生是由第三者的责任造成的，肇事方依法应对被保险人承担民事损害赔偿责任。这样被保险人才有权向第三者请求赔偿，并在取得保险赔款后将向第三者请求赔偿权转移给保险人，由保险人代位追偿。③保险人按合同的规定对被保险人履行赔偿义务之后，才有权取得代位追偿权。因为代位追偿权是债权的转移，在债权转移之前是被保险人与第三者之间特定的债权的关系，与保险人没有直接的法律关系。保险人只有依照保险合同的规定向被保险人给付保险赔偿金以后，才依法取得对第三者请求赔偿的权利。

第二，保险人在代位追偿中的权益范围。第三者对被保险人的损害赔偿赔偿责任属于民事损害赔偿责任，其赔偿额应依法裁定；保险人对被保险人的赔偿责任属于合同责任，其赔偿额应依据保险责任范围和赔偿方式以及损失情况确定，并以保险金额和保险利益为限。因为保险代位追偿的目的在于防止被保险人取得双重赔款而获得额外的利益，从而保障保险人的利益；与此同时，保险人也不能通过行使代位追偿权而获得额外的利益，损害被保险人的利益。

当第三者造成的损失大于保险人支付的赔偿金额时，被保险人有权就未取得赔偿部分对第三者请求赔偿。例如，我国《保险法》第六十条第三款规定：“保险人依照本条第一款规定行使代位请求赔偿的权利，不影响被保险人就未取得赔偿的部分向第三者请求赔偿的权利。”

应当注意的是：①保险人只能在赔偿 responsibility 范围内代位行使追偿权，保险人代位追偿所得不得大于其向被保险人支付的赔偿额。由于代位追偿同保险赔偿之间的联系，保险人向第三者追偿金额如果大于其向被保险人支付的赔偿金额时，多余部分应归还被保险人，保险人不能因为行使代位追偿权而获利。②被保险人已从第三者处取得损害赔偿但赔偿不足时，保险人可以在保额限度内予以补足。保险人赔偿保险金时，应扣减被保险人从第三者处已取得的赔偿金额。③保险人行使代位追偿权，不影响被保险人就未取得赔偿的部分向第三者请求赔偿的权利。

第三，保险人取得代位追偿权的方式。权益取得的方式一般有两种：一是法定方式，即权益的取得无须经过任何人的确认；二是约定方式，即权益的取得必须经过当事人的磋商和确认。根据我国《保险法》第六十条的规定，保险人代位

追偿权的取得是采用法定方式，即保险人自向被保险人赔偿保险金之日起，在赔偿金额范围内代位行使被保险人对第三者请求赔偿的权利，而无须经过被保险人的确认。但是，在实践中，保险人支付保险赔款后，通常要求被保险人出具“权益转让书”。从法律规定上看，“权益转让书”并非权益转移的要件，所以，被保险人是否出具“权益转让书”并不影响保险人取得代位追偿权。但这一文件能起到确认保险赔款时间和赔款金额，同时也就确认了保险人取得代位追偿权的时间和向第三者追偿所能获得的最高赔偿额的作用。

第四，代位追偿的对象及其限制。保险代位追偿的对象为对保险事故的发生和保险标的的损失负有民事赔偿责任的第三者，它可以是法人，也可以是自然人。保险人赔偿被保险人损失后，依法取得对第三者代位追偿权的情况包括：①第三者对被保险人的侵权行为，导致保险标的遭受保险损失，依法应承担损害赔偿赔偿责任。所谓侵权行为，是指：“因作为或不作为而不法侵害他人财产或人身权利的行为”。根据我国《民法通则》第一百零六条第二、三款规定：“公民、法人由于过错侵害国家的、集体的财产，侵害他人财产、人身的，应当承担民事责任。”“没有过错，但法律规定应当承担民事责任的，应当承担民事责任。”而民事责任是以经济利益为特点，即受害人所遭受的经济损失要由致害人给予补偿。所以，第三者应对其侵权行为导致的保险标的的损失承担赔偿责任。例如，第三者违章行驶造成交通事故，导致被保险人投保车辆的损失，依法应对被保险人承担侵权的民事损害赔偿赔偿责任。②第三者不履行合同规定的义务，造成保险标的的损失，根据合同的约定，第三者应对保险标的的损失承担赔偿责任。如在货物运输保险中，由于承运人的野蛮装卸，造成运输货物的损毁。根据运输合同的规定，承运人应对被保险人承担损害赔偿赔偿责任。③第三者不当得利行为造成保险标的的损失，依法应承担赔偿责任。如第三者发生盗窃行为，非法占有保险标的，造成了被保险人的损失。根据法律，如果案件破获，保险人应当向第三者即窃贼进行追偿。④依据其他法律规定，第三者应承担的赔偿责任。如共同海损的受益人对共同海损负有分摊损失的责任。

第五，对保险人代位追偿权的法律保护。为保护保险人的代位追偿权，法律上要求被保险人不能损害保险人的代位追偿权的情况包括：①在保险人赔偿之前，如果被保险人放弃了向第三者的请求赔偿权，那么，也就同时放弃了向保险

人请求赔偿的权利。《保险法》第六十一条第一款规定：“保险事故发生后，保险人未赔偿保险金之前，被保险人放弃对第三者请求赔偿的权利的，保险人不承担赔偿保险金的责任。”②在保险人赔偿之后，如果被保险人未经保险人的同意而放弃了对第三者请求赔偿的权利，该行为无效。《保险法》第六十一条第二款规定：“保险人向被保险人赔偿保险金后，被保险人未经保险人同意放弃对第三者请求赔偿的权利的，行为无效。”③如果因被保险人的过错影响了保险人代位求偿权的行使，保险人扣减相应的保险赔偿金。《保险法》第六十一条第三款规定：“被保险人故意或者重大过失致使保险人不能行使代位请求赔偿的权利的，保险人可以扣减或者要求返还相应的保险金。”④被保险人有义务协助保险人行使代位求偿权。《保险法》第六十三条规定：“保险人向第三者行使代位请求赔偿的权利时，被保险人应当向保险人提供必要的文件和所知道的有关情况。”

(2) 物上代位。物上代位是指保险标的遭受保险责任范围内的损失，保险人按保险金额全数赔付后，依法取得该项标的的所有权。

第一，物上代位产生的基础。物上代位通常产生于对保险标的作推定全损的处理。所谓推定全损，是指保险标的遭受保险事故尚未达到完全损毁或完全灭失的状态，但实际全损已不可避免；或者修复和施救费用将超过保险价值。因为推定全损是保险标的并未完全损毁或灭失，即还有残值，而失踪可能是被他人非法占有，并非物质上的灭失，日后或许能够得到归还，所以保险人在按全损支付保险赔款后，理应取得保险标的的所有权，否则被保险人就可能由此而获得额外的利益。

第二，物上代位权的取得。保险人的物上代位权是通过委付取得的。所谓委付，是指保险标的发生推定全损时，投保人或被保险人将保险标的的一切权益转移给保险人，而请求保险人按保险金额全数赔付的行为。委付是一种放弃物权的法律行为，在海上保险中经常采用。委付的成立必须具备一定的条件：①委付必须由被保险人向保险人提出。我国《海商法》第二百四十九条第一款规定：“保险标的发生推定全损，被保险人要求保险人按照全部损失赔偿的，应当向保险人委付保险标的。保险人可以接受委付，也可以不接受委付，但是应当在合理的时间内将接受委付或者不接受委付的决定通知被保险人。”委付通知是被保险人向保险人作推定全损索赔之前必须提交的文件，被保险人不向保险人提出委付，保

险人对受损的保险标的按全部损失或部分损失处理。委付通知通常采用书面的形式。②委付应是就保险标的的全部提出请求。因为保险标的具有不可分性，委付也具有不可分性，所以被保险人请求委付的应是保险标的的全部。如果仅委付保险标的的一部分，而其余部分不委付，则容易产生纠纷。但如果保险标的是由独立可分的部分组成，其中只有一部分发生委付原因，可仅就该部分保险标的请求委付。③委付不得附有条件。我国《海商法》第二百四十九条第二款明确规定：“委付不得附带任何条件。”④委付必须经过保险人的同意。被保险人向保险人发出的委付通知，必须经保险人的同意才能生效。保险人可以接受委付，也可以不接受委付。因为委付不仅将保险标的一切权益转移给保险人，同时也将被保险人对保险标的的所有义务一起转移给保险人。我国《海商法》第二百五十条规定：“保险人接受委付的，被保险人对委付财产的全部权利和义务转移给保险人。”所以，保险人在接受委付之前必须慎重考虑，权衡利弊，即受损保险标的的残值是否能大于将要由此而承担的各种义务和责任风险所产生的经济损失，不能贸然从事。如船舶因沉没而推定全损，被保险人提出委付，保险人要考虑打捞沉船所能获得的利益是否大于打捞沉船以及由此而产生的各项费用支出。

被保险人提出委付后，保险人应当在合理的时间内将接受委付或不接受委付的决定通知被保险人。如果超过合理的时间，保险人对是否接受委付仍然保持沉默，应视作不接受委付的行为，但被保险人的索赔权利并不因保险人不接受委付而受影响。在保险人未作出接受委付的意思表示以前，被保险人可以随时撤回委付通知。但保险人一经接受委付，委付即告成立，双方都不能撤销，保险人必须以全损赔付被保险人，同时取得保险标的物上代位权，包括标的物上的权利和义务。

第三，保险人在物上代位中的权益范围。由于保险标的的保障程度不同，保险人在物上代位中所享有的权益也有所不同。我国《保险法》第五十九条规定：“保险事故发生后，保险人已支付了全部保险金额，并且保险金额等于保险价值的，受损保险标的的全部权利归于保险人；保险金额低于保险价值的，保险人按照保险金额与保险价值的比例取得受损保险标的的部分权利。”也就是说，在足额保险中，保险人按保险金额支付保险赔偿金后，即取得对保险标的的全部所有权。在这种情形下，因为保险标的的所有权已经转移给保险人，保险人在处理标

的物时所获得的利益如果超过所支付的赔偿金额，超过的部分归保险人所有。此外，如有对第三者损害赔偿请求权，索赔金额超过其支付的保险赔偿金额，也同样归保险人所有，这一点与代位追偿权有所不同。而在不足额保险中，保险人只能按照保险金额与保险价值的比例取得受损标的的部分权利。因为保险标的具有不可分性，所以保险人在依法取得受损保险标的的部分权利后，通常将该部分权利作价折给被保险人，并在保险赔偿金中作相应的扣除。

第四章 保险费率厘定原理

第一节 财产保险的保险费厘定原理

一、保险费和保险费率

保险费（保费）是投保人为获得保险保障而缴纳给保险人的费用。保险人依靠其所收取的保险费建立保险基金，对被保险人因保险事故所遭受的损失进行经济补偿。因此，缴付保险费是投保人的基本义务，只有在投保人履行了约定交费义务的前提下，保险人才能承担保险合同载明的保险责任。保险费由纯保险费和附加保险费构成。纯保险费主要用于支付保险赔款或给付保险金。附加保险费主要用于保险业务的各项营业支出，包括营业税、代理手续费、企业管理费、工资及工资附加费和固定资产折旧等。

保险费率又称保险价格，是保险费与保险金额的比例。通常以每百元或每千元保险金额应缴纳的保险费来表示。但作为保险价格的保险费率是不同于其他商品的价格的，因为保险人制定费率时主要依据过去的损失和费用统计记录，而不是已保保险标的损失资料。

同样，保险费率也由纯费率与附加费率两部分组成。纯费率又称净费率，是用来支付赔款或给付保险金的费率。财产保险纯费率的计算依据是保额损失率，人寿保险纯费率的计算依据是利率和死亡率。附加费率是附加保费与保险金额的比率。把纯费率和附加费率加总起来，就构成了保险费率，即营业费率。

二、厘定保险费率的原则

保险人在厘定保险费率时总体上要做到权利与义务对等，具体包括下列几个原则：

（一）公平合理原则

公平有两方面的含义：一是对于保险人来说，其收取的保费应与其承担的风险相当；二是对于投保人来说，其负担的保费应与被保险人获得的保障相当。合理是指保险费率的制定应尽可能合理，保费的多少应与保险种类、保险期限、保险金额相关联，保险人不能为追求超额利润而制定过高的保险费率。

（二）充分原则

充分原则是指收取的保费在支付赔款、营业费用和税款等之后，仍有一部分结余。可见，充分原则要求厘定的保险费率应确保保险人的偿付能力。如果保险费率过低，就会降低保险人的偿付能力，结果使保险人的经营处于一种不稳定状态，不利于其稳健发展。在竞争激烈的保险市场上，为了提高自己的竞争力，保险人常常不惜降低保险费率以招揽顾客。为了贯彻充分原则，避免恶性竞争，许多国家都对保险费率进行管制，以保证保险公司的偿付能力。

（三）相对稳定原则

相对稳定是指在一定时期内应保持费率的稳定。稳定的费率，有利于保险公司的业务核算，也使投保人的保费支出保持稳定。不稳定的保险费率会给保险公司的经营活动带来负面影响。但坚持这一原则并不是要求保险费率一成不变，当风险环境、保额损失率、利率、死亡率、营业费用或税款等因素发生变化时，保险费率应及时作相应的调整。

（四）促进防灾防损原则

促进防灾防损原则要求保险费率的厘定应有利于促进防灾防损。具体地讲，对注重防灾防损工作的被保险人采取较低的费率。贯彻这一原则有两个好处：其一，可以减少保险人的赔款支出；其二，可以减少整个社会的财富损失。

三、纯保险费率的确定

财产保险费率的厘定是以保额损失率为基础的。通过对保额损失率和均方差的计算求出纯费率，然后再计算附加费率，最后将纯费率和附加费率相加即得

出营业费率。

依照费率厘定的原则，保险纯费率应当与保险事故发生的概率和保险事故发生后的赔偿金额有关。因此，确定纯费率，一方面要研究有效索赔的概率，也就是未来保额损失的可能性，即保额损失概率；另一方面要研究有效索赔的金额。我们通常按照统计学的原理，利用过去的的数据来推断这两方面的指标，并由此得出有效索赔额的均值。通常采用的方法是，根据历年的有效索赔额数据计算出单位保额的平均有效索赔额，即平均保额损失率。然后，用其近似地估计未来单位保额的有效索赔额，进而确定纯费率。

（一）确定保额损失率

保额损失率是指单位保额的保险损失赔偿额，即有效索赔额或实际赔偿额占承保保险金额的比率。对于保额损失率概念的理解，应当注意：第一，保额损失率不是保险标的损失额与保险金额之比，而是保险赔偿金额与保险金额之比。事实上，在财产保险实务中，保险人并不是对所有保险标的损失都予以赔偿。受各种保险赔偿方式和保险责任的具体规定的影响，保险人实际赔偿的金额与保险标的的实际损失金额在绝大部分情况下是不一致的，所以计算保额损失率时应采用赔偿金额而不是保险标的损失金额；第二，保险财产的损失率常常要高于社会平均财产损失率，所以计算未来保额损失率，必须根据保险公司的经验数据，而不是根据全社会的财产损失统计资料。

由于风险是不确定的，保险人需要运用历史经验数据，对未来有效索赔额的规律作出统计分析。保险人对相同类型的若干个危险单位，经过一定时间的考察，根据统计分析得知，影响保额损失率的因素包括：

1. 保险事故发生的频率，即保险标的发生保险事故的次数与承保的全部保险标的件数的比率。
2. 保险事故的损失率，即受灾保险标的的件数与保险标的发生保险事故的次数比率。
3. 保险标的损毁程度，即保险赔偿额与受灾保险标的的保险金额的比率。
4. 受灾保险标的的平均保险额与全部保险标的的平均保险额的比率。

保险赔偿与这四个影响因素有着内在的联系，通常保额损失率等于它们相乘的积。

[例 4-1]已知：保险标的的件数为 16000 件，全部保险标的的保险金额为 100000000 元，发生保险事故的次数为 32 次，受灾保险标的的件数为 40 件，受灾保险标的的保险金额为 320000 元，保险人支付的保险赔偿金额为 120000 元。计算保额损失率：

$$\text{保险事故发生的频率} = \frac{32}{16000} = 2\%$$

$$\text{保险事故的损失率} = \frac{40}{32} = 1.25$$

$$\text{保险标的的损毁程度} = \frac{120000}{320000} = 0.375$$

受灾保险标的的平均保险金额与全部保险标的的平均保险金额的比率为：

$$\frac{320000/40}{100000000/16000} = 1.28$$

所以，保额损失率为：

$$2\% \times 1.25 \times 0.375 \times 1.28 = 0.0012 = 1.2\%$$

实际上，也可以用保险赔款金额除以保险金额直接求得保额损失率：

$$\text{保额损失率} = \frac{120000}{100000000} = 1.2\%$$

(二) 历年保额损失率的选择

为了使平均保额损失率能够比较精确地描述未来损失，必须选择适当的历年保额损失率。因为对于过去真实情况反映越准确，它与未来损失状况就越接近。选择历年保额损失率时应当注意的问题包括：

1. 必须有足够年份的保额损失率。一般地说，至少需要有保险事故发生比较正常的连续五年的保额损失率。
2. 每年的保额损失率必须是基于大量统计资料计算出来的。
3. 该组保额损失率必须是比较稳定的。
4. 适当以动态的眼光考虑保额损失率的逐年变化规律。

通常，对于一组保额损失率数据，我们用其均方差与其算术平均值之比来反映该组保额损失率的稳定性。为此，我们定义稳定性系数(k)为：

$$\text{稳定系数 } (k) = \frac{\text{均方差}}{\text{平均保额损失率}} = \frac{\sigma}{\bar{X}} = \frac{\sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (X_i - \bar{X})^2}{n}}}{\bar{X}} \quad (4-1)$$

其中，

$$\text{均方差 } (\sigma) = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (X_i - \bar{X})^2}{n}}$$

$$\text{平均保额损失率 } (\bar{X}) = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n X_i \quad (4-2)$$

稳定性系数 k 值越大，表明各年保额损失率差别越大，从而这组保额损失率的稳定性就越差，保险人的损失赔付情况就越不稳定；反之，稳定性系数 k 值越小，表明各年保额损失率差别就越小，即该组保额损失率的稳定性就越好，保险人的损失赔付情况就越均匀。

[例 4-2] 某财产保险公司企业财产保险基本险业务过去五年的承保及理赔统计情况（见表 4-1）。计算平均保额损失率，并分析其稳定系数。

表 4—1 某财产保险公司企业财产保险业务的承保及理赔统计表 单位：亿元

年份	1996	1997	1998	1999	2000
保险金额	210	263	298	418	568
赔偿金额	4.200	6.575	10.132	12.958	15.904
保额损失率	2%	2.5%	3.4%	3.1%	2.8%

用 \bar{X} 表示平均保额损失率， X_i 表示不同年份的保额损失率（ $i=1996, 1997, \dots, 2000$ ）， n 表示年期，则：

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^n X_i}{n} = \frac{2\% + 2.5\% + 3.4\% + 3.1\% + 2.8\%}{5} = 2.76\%$$

该保险公司的企业财产保险基本险业务过去五年间的平均保额损失率是 2.76%。显然，它还不是该类保险业务的纯保险费率，还必须考虑它的波动因素，即稳定系数。

稳定系数的计算公式是：

$$\text{稳定系数} = \frac{\text{均方差}}{\text{平均保额损失率}} = \frac{\sigma}{\bar{X}} = \frac{\sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (X_i - \bar{X})^2}{n}}}{\bar{X}}$$

将例中的有关数据代入公式，得：

$$\begin{aligned} \text{稳定系数} &= \frac{\sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (X_i - \bar{X})^2}{n}}}{\bar{X}} = \frac{\sqrt{\frac{\sum_{i=1}^5 (X_i - 2.76\%)^2}{5}}}{2.76\%} \\ &= \frac{\sqrt{\frac{(2\% - 2.76\%)^2 + (2.5\% - 2.76\%)^2 + (3.4\% - 2.76\%)^2 + (3.1\% - 2.76\%)^2 + (2.8\% - 2.76\%)^2}{5}}}{2.76\%} \\ &= \frac{\sqrt{2.5048 \times 10^{-5}}}{2.76\%} \\ &\approx \frac{0.005}{0.0276} \\ &\approx 18.12\% \end{aligned}$$

从数值上看，稳定系数的值在 10% 到 20% 之间，比较合适。结果表明，这组保额损失率稳定性比较好，因此，其平均保额损失率可以作为该保险公司基本险业务确定纯费率的依据。

（三）附加均方差，确定纯费率

根据一组适当的保额损失率，我们能够得到纯费率的近似值——平均保额损失率，但还不能直接把它当作要求的纯费率。事实上，平均保额损失率既然是以往各年份保额损失率的算术平均值，那就必然有些年份的保额损失率比它高，而有些年份的保额损失率比它低。倘若我们直接把平均保额损失率作为纯费率，则一般说来，赔偿金额超过当年纯保费的可能性是很大的。

为了减少或避免赔偿金额超过纯保费收入的不利年份的出现，通常采用在平均保额损失率上附加这组年保额损失率的一次、二次或若干次均方差的方法来确定其纯费率。

就[例 4-2] 来看，平均保额损失率 $\bar{X} = 2.76\%$ ，均方差 $\sigma = 0.5\%$ 。

若附加一次均方差，则纯费率为：

$$\bar{X} + \sigma = 2.76\% + 0.5\% = 3.26\%$$

若附加二次均方差，则纯费率为：

$$\bar{X} + 2\sigma = 2.76\% + 2 \times 0.5\% = 3.76\%$$

若附加三次均方差，则纯费率为：

$$\bar{X} + 3\sigma = 2.76\% + 3 \times 0.5\% = 4.26\%$$

由此可见，附加均方差次数越多，纯费率越高，赔偿金额超过纯保险费的可能性越小。这对于保险公司来说，其经营中的风险就越小，但对于投保人来说，其负担也就越重。根据费率厘定的原则，附加均方差的次数必须适当。一般认为，所附加均方差与平均保额损失率之比，在 10%~20% 之间较为合适。在[例 4-2] 中，附加一次均方差是比较合适的，因为附加均方差与平均保额损失率之比为 18.12% (0.5% / 2.76%)。

因此，在实务中，保险人厘定保险费率经常采用的纯费率计算公式是：

$$\text{纯费率} = \text{平均保额损失率} \times (1 + \text{稳定系数}) \quad (4-3)$$

四、附加保险费率的确定

附加费率主要是根据保险公司的营业费用来确定的。财产保险公司的营业费用主要包括：按保险费的一定比例支付的业务费、企业管理费、代理手续费及缴纳的税金；支付的职工工资及附加费用。附加费率的计算公式是：

$$\text{附加费用} = \frac{\text{营业费用总额}}{\text{保险金额}} \times 100\%$$

(4-4)

附加费率还可以用纯保险费率的一定比例来表示，如规定附加保险费率为纯保险费率的 20% 等。

五、营业保险费率的确定

财产保险的营业费率是由纯保险费率和附加保险费率相加构成的。其计算公式为：

$$\text{营业费率} = \text{纯保险费率} + \text{附加保险费率} \quad (4-5)$$

以上分析了财产保险费率厘定的一般原理。需要强调的是，在保险实务中，

财产保险费率厘定远比这里介绍的过程要复杂的多。

第二节 人寿保险的保险费厘定原理

一、影响人寿保险费率的 factors 分析

(一) 利率因素

寿险业务大多是长期性的。寿险公司预定的利率能否实现，要看其未来投资收益，因此，利率预定必须十分慎重。精算人员在确定预定利率之前要与投资部门进行协商，要考虑本公司及其他公司过去的投资收益情况。

预定利率对于保险公司制定费率十分重要，特别是对于传统寿险，因为它们 在保单有效期内是固定不变的。寿险公司在预定利率时往往是十分谨慎的，但过于保守的态度也会损害被保险人的利益或丧失市场竞争能力。

(二) 死亡率因素

寿险公司的经验死亡率是制定寿险费率十分重要的因素之一。各家寿险公司之间的经验死亡率差别是很大的，高的经验死亡率可能是低经验死亡率的 1.5 倍。国民生命表是人口普查数据经统计分析和修正而编制的，大体上与总人口的寿命情形一致，但对某一地区、某一群体就不一定适合了。各寿险公司的科学做法应是 将国民生命表与各公司的经验数据相结合，找出最适合本公司的死亡率数据。

(三) 费用率因素

费用率一般随公司的不同而不同，一般大的公司比小的公司有更低 的费用率。寿险公司的费用一般包括：第一，合同初始费，包括签发保单费用和承保费用等；第二，代理人酬金，包括代理人佣金、奖金、竞赛费用、奖励、培训费和养老金计划支出等；第三，保单维持费用，包括缴费费用、会计费用、佣金的管理费用、客户服务费用、保单维持的记录费用和保费收入税等；第四，保单终止费，包括退保费用、无现金价值失效费用、死亡给付费用和到期费用等。

(四) 失效率因素

一般而言，影响保单失效率的因素包括：第一，保单年度。保单失效率随保 单年度的增加而降低。第二，被保险人投保时的年龄。十几岁至二十几岁的人口 保单失效率较高，而 30 岁以上的被保险人保单失效率较低。第三，保险金额。

大额保单的失效率通常较低。第四，保费交付频率。每年缴费一次与每月预先从工资中扣除保费的保单失效率较低，而每月直接缴费的保单的退保率就较高。第五，性别。当其他情况相同时，女性的保单失效率要比男性的低。

预定失效率应基于本公司的经验数据，而各公司之间由于各种差别而使保单失效率大相径庭。如果本公司经验数据有限，可以找与公司经营状况相类似公司的经验数据，再根据年龄、性别和保额等因素进行调整。即使是本公司的经验数据，在使用时仍需做适当的调整。

（五）平均保额因素

平均保额一般是以千元保额为单位，一般表示为几个单位千元保额，如 5 单位保额，10 单位保额等。通过平均保额可以计算保单费用、每张保单开支、单位保费费用和每次保单终止费用等。保单的特点及保单的最小单位也会影响平均保额的大小，通常可根据被保险人的年龄、性别及保单的特点对平均保额进行调整。

尽管影响人寿保险费率厘定的因素有五个主要方面，但我们在解释人寿保险费率厘定原理时，为了简化分析过程往往只考虑死亡率因素、利息率因素和费用率因素。这三个因素就是我们常说的计算人寿保险费率的三要素。

二、生命表

（一）生命表的概念

生命表是根据以往一定时期内各种年龄死亡统计资料编制的一种统计表。生命表中最重要的内容就是每个年龄的死亡率。影响死亡率的因素主要有年龄、性别、职业、习性、以往病史和种族等。一般情况下，在设计生命表时，主要考虑年龄和性别。

生命表通常分为国民生命表和经验生命表。国民生命表是根据全体国民或者特定地区的人口死亡统计数据编制的。资料主要来源于人口普查的统计资料。经验生命表是根据人寿保险或社会保险以往的死亡记录分析编制的。国民生命表是反映全体国民的正常生存状况的生命表，没有经过风险选择，与保险公司使用的经验生命表相比，其死亡率较高。

（二）生命表的内容

在生命表中，首先要选择初始年龄，然后假定在该年龄生存的人数，也称为

基数。一般，选择 0 岁为初始年龄，通常取此年龄的人数为整数。在生命表中的最高年龄，用 ω 表示，满足 $l_{\omega} \neq 0$ ，但 $l_{\omega+1} = 0$ 。生命表中一般包含以下内容：

x 表示年龄

l_x 表示生存人数，是指从初始年龄至满 x 岁尚生存的人数。如 l_{25} 表示初始年龄定义的基数中有 l_{25} 人活到 25 岁。

d_x 表示死亡人数，是指 x 岁的人在一年内死亡的人数，即指 x 岁的生存人数 l_x 人中，经过一年死去的人数。已知，在 $x+1$ 岁时生存人数为 l_{x+1} ，于是有：

$$d_x = l_x - l_{x+1}$$

q_x 表示死亡率，表示 x 岁的人在一年内死亡的概率。显然有：

$$q_x = \frac{d_x}{l_x} = \frac{l_x - l_{x+1}}{l_x}$$

p_x 表示生存率，表示 x 岁的人在一年后仍生存的概率，即到 $x+1$ 岁时仍生存的概率。

$$p_x = \frac{l_{x+1}}{l_x}, \text{ 所以有:}$$

$$p_x + q_x = 1$$

e_x 表示平均余年或生命期望值，表示 x 岁的人以后还能生存的平均年数。假设死亡发生在每一年的年中，则有：

$$e_x = \frac{1}{l_x} (l_{x+1} + l_{x+2} + \cdots + l_{\omega}) + \frac{1}{2}$$

在寿险保费和责任准备金的计算中，还要遇到下列这些符号：

${}_t p_x$ 表示 x 岁的人再过 t 年仍生存的概率，则：

$${}_t p_x = \frac{l_{x+t}}{l_x}$$

${}_t q_x$ 表示 x 岁的人在 t 年内死亡的概率，则：

$${}_t q_x = \frac{l_x - l_{x+1}}{l_x} = 1 - {}_t p_x$$

${}_{t|u} q_x$ 表示 x 岁的人在生存 t 年后的 u 年内死亡的概率，则：

$${}_{t|u} q_x = \frac{l_{x+1} - l_{x+1+u}}{l_x}$$

当 $u=1$ 时，用 ${}_{t+1} q_x$ 表示 x 岁的人在生存 t 年后的那一年（ $t+1$ 年）中死亡的概率，则：

$${}_{t+1} q_x = {}_t p_x - {}_{t+1} p_x = {}_t p_x \cdot q_{x+t}$$

三、基本利息的计算

（一）单利的计算

利息是指一定资金在一定时期内的收益。计算利息有三个基本要素：本金、利率和期间。利息的数额取决于本金的数量、利率的高低、存放期间的长短。本金数量越大，利率越高，存放期间越长，则利息越多；反之，利息就越少。

单利的计算方法是在原有本金基础上计算利息，对本金所产生的利息不再计息。

以 P 表示本金， i 表示利率， n 表示计息期数， I 表示利息额， S 表示本利和（即本金和利息之和），单利的计算公式是：

$$I = Pni$$

$$S = P + I = P + Pni = P(1 + ni)$$

（二）复利的计算

复利的计算方法是对本金及其所生的利息一并计息，也就是利上有利。复利计息的特点是：把上一期末的本利和作为下一期的本金，每一期本金的数额是不同的。

复利的计算公式是：

$$S = P (1+i)^n$$

$$I = S - P = P (1+i)^n - P = P [(1+i)^n - 1]$$

（三）终值与现值的计算

由于利息因素的影响，一笔资金在不同时期的价值是不同的。一笔资金在一定利率下存放一定时期后所得的本利和称为终值。在复利假设下，终值可表示为：

终值=本金（1+利率） n ，即：

$$S = P (1+i)^n$$

现值与终值是相反的概念。现值可表述为：在一定利率条件下，将来某一时刻要得到一笔固定金额资金，现在应存放的金额称为现值。现值相当于本金。因

为终值=本金（1+利率） n ，所以本金=终值 / （1+利率） n 。设 $v = \frac{1}{1+i}$ ，则：

$$\text{现值} = P = Sv^n$$

v 称为贴现因子，表示 1 年后得到 1 元人民币在年初时刻的现值； v^n 则表示 n 年后得到 1 元人民币在年初时刻的现值。

四、确定年金的计算

（一）期首付确定年金的现值和终值

年金是指在一定时间内按照一定的时间间隔有规则地收或付的款项。年金可分为确定年金和生命年金。有确定的支付起讫时间的年金称为确定年金。取决于生存事件是否发生，即与领款人生命有关的年金称为生命年金。按年金支付的时间划分，确定年金可分为期首付确定年金和期末付确定年金两种。

期首付确定年金是指年金支付发生在每一给付周期的期初。用 n 表示确定年金支付的期间，每期的支付金额为 1，用 $\ddot{a}_{\overline{n}|}$ 表示期首付确定年金的现值， $\ddot{S}_{\overline{n}|}$ 表示期首付确定年金的终值。在利率为 i 的条件下，有：

$$\ddot{a}_{\overline{n}|} = 1 + v + v^2 + \dots + v^{n-1} = \frac{1-v^n}{iv}, \quad \text{其中} \quad v = \frac{1}{1+i}$$

同样可以得出：

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

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

显然，期首付确定年金的现值和终值的关系为：

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

(二) 期末付确定年金的现值和终值

期末付确定年金是指年金支付发生在每一给付周期的期末。用 $a_{\overline{n}|}$ 和 $S_{\overline{n}|}$ 分别表示支付金额为 1 的期末付确定年金的现值和终值。期末付确定年金的现值等于每一期确定年金支付金额在初始时刻的现值之和。即：

$$a_{\overline{n}|} = 1 + v + v^2 + \dots + v^n = \frac{1-v^n}{i}$$

同理：

$$S_{\overline{n}|} = 1 + (1+i) + (1+i)^2 + \dots + (1+i)^{n-1} = \frac{(1+i)^n - 1}{i}$$

期首付确定年金与期末付确定年金的现值和终值之间的关系为：

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

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

五、生命年金的计算

生命年金，即以年金受领人的生存状况为给付年金条件的一类年金。按其给付开始时间和给付期间长短分类，生命年金主要包括期首付定期生命年金、期首付终身生命年金、期首付延期定期生命年金、期首付延期终身生命年金、期末付定期生命年金、期末付终身生命年金、期末付延期定期生命年金和期末付延期终身生命年金。

下面推导八种情形下生命年金的现值计算公式（年金现值就是生命年金的趸缴净保费）。

(一) 期末付生命年金的现值

1. 期末付定期生命年金的现值。设 $a_{x:\overline{n}|}$ 表示年龄为 x 岁的人，购买定期 n 年，期末付年金 1 元的生命年金的现值。则：

第一年末，保险人支付年金的现值为： $v \cdot l_{x+1}$ 。

第二年末，保险人支付年金的现值为： $v^2 \cdot l_{x+2}$ 。

\vdots \vdots

第 n 年末，保险人支付年金的现值为： $v^n \cdot l_{x+n}$ 。

保险人收取的净保费现值为： $l_x \cdot a_{x:\overline{n}|}$ 。

根据收支相等的原则，有：

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

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

为了简化上述表达式，令：

$$D_x = v^x \cdot l_x$$

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

D_x 、 N_x 被称为换算符，它们由 v 和 l_x 确定，通常被编成表供查阅。

所以：

$$\begin{aligned} a_{x:\overline{n}|} &= \frac{v \cdot l_{x+1} + v^2 \cdot l_{x+2} + \cdots + v^n \cdot l_{x+n}}{l_x} \\ &= \frac{v^{x+1} \cdot l_{x+1} + v^{x+2} \cdot l_{x+2} + \cdots + v^{x+n} \cdot l_{x+n}}{v^x \cdot l_x} \\ &= \frac{D_{x+1} + D_{x+2} + \cdots + D_{x+n}}{D_x} \\ &= \frac{N_{x+1} - N_{x+n+1}}{D_x} \end{aligned}$$

2. 期末付终身生命年金的现值。设 a_x 表示年龄为 x 岁的人，购买期末付年金 1 元的终身生命年金的现值。则：

第一年末，保险人支付年金的现值为： $v \cdot l_{x+1}$ 。

第二年末，保险人支付年金的现值为： $v^2 \cdot l_{x+2}$ 。

\vdots \vdots
 第 n 年末，保险人支付年金的现值为： $v^n \cdot l_{x+n}$ 。

\vdots \vdots
 第 $\omega-x$ 年末，保险人支付年金的现值为： $v^n \cdot l_{x+n}$ 。

保险人收取的净保费现值为： $l_x \cdot a_x$ 。

根据收支相等的原则，有：

$$\begin{aligned}
 l_x \cdot a_x &= \frac{v \cdot l_{x+1} + v^2 \cdot l_{x+2} + \cdots + v^n \cdot l_{x+n} + \cdots + v^{\omega-x} \cdot l_{\omega}}{l_x} \\
 &= \frac{v^{x+1} \cdot l_{x+1} + v^{x+2} \cdot l_{x+2} + \cdots + v^{x+n} \cdot l_{x+n} + \cdots + v^{\omega} \cdot l_{\omega}}{v^x \cdot l_x} \\
 &= \frac{D_{x+1} + D_{x+2} + \cdots + D_{x+n} + \cdots + D_{\omega}}{D_x} \\
 &= \frac{N_{x+1}}{D_x}
 \end{aligned}$$

3. 期末付延期定期生命年金的现值。设 ${}^m|a_{x:\bar{n}|}$ 表示年龄为 x 岁的人，购买延期 m 年，定期 n 年，期末付年金 1 元的生命年金的现值，则：

第 $m+1$ 年末，保险人支付年金的现值为： $v^{m+1} \cdot l_{x+m+1}$ 。

第 $m+2$ 年末，保险人支付年金的现值为： $v^{m+2} \cdot l_{x+m+2}$ 。

\vdots \vdots

第 $m+n$ 年末，保险人支付年金的现值为： $v^{m+n} \cdot l_{x+m+n}$ 。

保险人收取的净保费现值为： $l_x \cdot {}^m|a_{x:\bar{n}|}$ 。

根据收支相等的原则，有：

$$\begin{aligned}
 l_x \cdot {}^m|a_{x:\bar{n}|} &= v^{m+1} \cdot l_{x+m+1} + v^{m+2} \cdot l_{x+m+2} + \cdots + v^{m+n} \cdot l_{x+m+n} \\
 {}^m|a_{x:\bar{n}|} &= \frac{v^{x+m+1} \cdot l_{x+m+1} + v^{x+m+2} \cdot l_{x+m+2} + \cdots + v^{x+m+n} \cdot l_{x+m+n}}{v^x \cdot l_x}
 \end{aligned}$$

$$= \frac{D_{x+m+1} + D_{x+m+2} + \cdots + D_{x+m+n}}{D_x}$$

$$= \frac{N_{x+m+1} - N_{x+m+n+1}}{D_x}$$

4. 期末付延期终身生命年金的现值。设 ${}_m|a_x$ 表示年龄为 x 岁的人，购买延期 m 年，期末付年金 1 元的终身生命年金的现值，则：

第 $m+1$ 年末，保险人支付年金的现值为： $v^{m+1} \cdot l_{x+m+1}$ 。

第 $m+2$ 年末，保险人支付年金的现值为： $v^{m+2} \cdot l_{x+m+2}$ 。

⋮

第 $\omega-x$ 年末，保险人支付年金的现值为： $v^{\omega-x} \cdot l_{\omega}$ 。

保险人收取的净保费现值为： $l_x \cdot {}_m|a_x$ 。

根据收支相等的原则，有：

$$l_x \cdot {}_m|a_x = v^{m+1} \cdot l_{x+m+1} + v^{m+2} \cdot l_{x+m+2} + \cdots + v^{\omega-x} \cdot l_{\omega}$$

$${}_m|a_x = \frac{v^{x+m+1} \cdot l_{x+m+1} + v^{x+m+2} \cdot l_{x+m+2} + \cdots + v^{\omega} \cdot l_x}{v^x \cdot l_x}$$

$$= \frac{D_{x+m+1} + D_{x+m+2} + \cdots + D_{\omega}}{D_x}$$

$$= \frac{N_{x+m+1}}{D_x}$$

(二) 期首付生命年金的现值

同理，我们可以求得一下四种生命年金的现值。

1. 期首付定期生命年金的现值：

$$\ddot{a}_{x:\overline{n}|} = \frac{N_x - N_{x+n}}{D_x}$$

2. 期首付终身生命年金的现值：

$$\ddot{a}_x = \frac{N_x}{D_x}$$

3. 期首付延期定期生命年金的现值:

$${}_m|\ddot{a}_{x:n}| = \frac{N_{x+m} - N_{x+m+n}}{D_x}$$

4. 期首付延期终身生命年金的现值:

$${}_m|\ddot{a}_x = \frac{N_{x+m}}{D_x}$$

六、人寿保险趸缴纯保费的计算

人寿保险费由纯保费和附加保费两部分构成。以预定死亡率和预定利率为基础计算的保险费称为纯保险费。纯保险费是用于保险金给付的财务来源，纯保险费总额与保险金给付总额应达到平衡。附加保费主要用于保险经营过程中的一切费用开支。纯保险费和附加保费构成的保险费也称为营业保费。营业保费是保险经营过程中保险人向投保人实际收取的保险费。

人寿保险费制定的基本原则是等价交换、收支相等。此基本原则既适用于纯保费的制定，也适用于营业保费的制定。人寿保险纯保费制定的直接依据是：纯保费收入的现值等于未来支付保险金的现值。营业保费制定的直接依据是：营业保费的现值等于纯保费的现值与所有费用的现值之和。

由于它是在投保时一次付清的，趸缴纯保费在投保时的现值就是其本身。趸缴纯保费应与保险合同所规定的保险人在整个保险期内的给付义务的现值相等。

在以后的计算中，假设利率为 i ，贴现因子为 $v = \frac{1}{1+i}$ ，死亡发生在每一年的年中，保险人给付保险金为1元。

这里，仅用定期死亡保险为例来说明趸缴纯保费的计算原理，其他险种的趸缴纯保费的计算方法与此类似。

假设在 x 岁时有 l_x 人参加定期死亡保险，第一年中有 d_x 个人死亡，保险人对死亡的被保险人每人给付保险金1元，共 d_x 元，则给付金的现值为 $v^{\frac{1}{2}}d_x$ ；第二年中保险人给付保险金的现值为 $d_{x+1}v^{\frac{1}{2}}$...；第 n 年保险人给付保险金的现值为

$$v^{n-\frac{1}{2}}d_{x+n-1}。$$

用总纯保费除以 l_x ，可以得出每个人应缴纳的纯保费金额。用 $\bar{A}^1_{x:\bar{n}|}$ 表示 x 岁的人投保保险金额为1元、保险期限为 n 的死亡保险的趸缴纯保费。则：

$$\begin{aligned}\bar{A}^1_{x:\bar{n}|} &= \frac{v^{\frac{1}{2}}d_x + v^{1+\frac{1}{2}}d_{x+1} + \cdots + v^{n-\frac{1}{2}}d_{x+n-1}}{l_x} \\ &= \frac{1}{l_x}(v^{\frac{1}{2}} \cdot 1 \cdot d_x + v^{1+\frac{1}{2}} \cdot 1 \cdot d_{x+1} + \cdots + v^{n-\frac{1}{2}} \cdot 1 \cdot d_{x+n-1}) \\ &= \frac{1}{v^x l_x}(v^{\frac{1}{2}+x} \cdot 1 \cdot d_x + v^{1+\frac{1}{2}+x} \cdot 1 \cdot d_{x+1} + \cdots + v^{n+x-\frac{1}{2}} \cdot 1 \cdot d_{x+n-1}) \\ &= \frac{1}{v^x l_x}(v^{x+\frac{1}{2}} \cdot 1 \cdot d_x + v^{x+1+\frac{1}{2}} \cdot 1 \cdot d_{x+1} + \cdots + v^{x+n-\frac{1}{2}} \cdot 1 \cdot d_{x+n-1})\end{aligned}$$

引入换算符号：

$$\bar{C}_x = v^{x+\frac{1}{2}} \cdot d_x$$

$$\bar{M}_x = \bar{C}_x + \bar{C}_{x+1} + \cdots + \bar{C}_\omega$$

$$\bar{R}_x = \bar{M}_x + \bar{M}_{x+1} + \cdots + \bar{M}_\omega$$

当 $n=1$ 时， $\bar{A}^1_{x:\bar{n}|} = \frac{\bar{C}_x}{D_x}$ ，即为自然费率公式。

同理可得：

1. 终身死亡保险趸缴净保费：

$$\bar{A}_x = \frac{\bar{M}_x}{D_x}$$

2. 生存保险趸缴净保费：

$$A_{x:\bar{n}|} = \frac{D_{x+n}}{D_x}$$

3. 两全保险趸缴净保费：

$$\bar{A}^1_{x:\bar{n}|} = \frac{\bar{M}_x - \bar{M}_{x+n} + D_{x+n}}{D_x}$$

4. 延期定期寿险趸缴净保费:

$${}_m|\bar{A}^1_{x:\bar{n}} = \frac{\bar{M}_{x+m} - \bar{M}_{x+m+n}}{D_x}$$

5. 延期终身寿险趸缴净保费:

$${}_m|\bar{A}_x = \frac{\bar{M}_{x+m}}{D_x}$$

6. 延期定期生存保险趸缴净保费:

$${}_m|A_{x:\frac{1}{n}} = \frac{D_{x+m+n}}{D_x}$$

7. 延期定期两全保险趸缴净保费:

$${}_m|\bar{A}_{x:\bar{n}} = \frac{\bar{M}_{x+m} - \bar{M}_{x+m+n} + D_{x+m+n}}{D_x}$$

七、人寿保险年缴纯保费的计算

趸缴纯保险费数额较大,投保人往往难以承受,因此,在保险实际业务中一般都采用按年缴费的方式。不论是一次性缴费方式还是按年缴费方式,投保人所缴保险费的现值都应该相等,即年缴保险费的现值等于趸缴保险费的现值。只有如此,才能保证投保人与保险人双方权利义务对等。

以 A 代表各类人寿保险的趸缴纯保险费,以 P 代表年缴纯保险费, P 元是投保人按年缴付的,因此,各年的 P 折算到投保时的现值不同,各年缴费的人数也不同。设年缴纯保费 P 在 t 年内每年初缴纳一次,则保险人各年收取纯保险费的现值为:

$$P (l_x + v l_{x+1} + v^2 l_{x+2} + \cdots + v^{t-1} l_{x+t-1}) = P \ddot{a}_{x:t|}$$

此累积现值应与趸缴纯保费相等,即:

$$P (l_x + v l_{x+1} + v^2 l_{x+2} + \cdots + v^{t-1} l_{x+t-1}) = l_x A$$

即:

$$P = \frac{1}{\ddot{a}_{x:t|}} \cdot A = \frac{A}{\ddot{a}_{x:t|}}$$

1. 定期死亡保险年缴纯保险费:

$$P^1_{x:\overline{n}|} = \frac{\overline{A}^1_{x:\overline{n}|}}{\ddot{a}_{x:\overline{n}|}} = \frac{\overline{M}_x - \overline{M}_{x+n}}{N_x - N_{x+n}}$$

2. 终身寿险的年缴净保费:

$$P_x = \frac{\overline{A}_x}{\ddot{a}_x} = \frac{\overline{M}_x}{N_x}$$

3. 定期生存保险的年缴净保费:

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

4. 两全保险的年缴净保费:

$$P_{x:\overline{n}|} = \frac{\overline{A}_{x:\overline{n}|}}{\ddot{a}_{x:\overline{n}|}} = \frac{\overline{M}_x - \overline{M}_{x+n} + D_{x+n}}{N_x - N_{x+n}}$$

八、人寿保险营业保费的计算

营业保费由纯保费和附加费构成,即在纯保费的基础上附加费用支出。虽然在人寿保险业务经营中费用支出的情况比较复杂,但其计算依据仍是等价交换、收支相等。人寿保险营业保费计算的常用方法包括以下三种。

(一) 三元素法

三元素法是将附加费用分为三大类:新契约费用、维持费用和收费费用。①新契约费用,是一次性费用且在签订保险合同的当年支出,每单位保险金额为 α 。②维持费用,分摊于整个缴费期,每年每单位保险金额为 β 。③收费费用,也是分摊于整个缴费期,按年营业保费的一定比例确定,用 γ 表示。

(二) 比例法

三元素法虽然精确,但计算过程复杂,有时可用较为简单的比例法或常数及比例法。在比例法下,假设附加费用为营业保费的一定比例,比如为 k 。设 P 为纯保费, P' 为营业保费, L 表示附加费,则:

$$P' = P + kP'$$

$$P' = \frac{P}{1-k}$$

$$L = k \cdot P' = k \cdot \frac{P}{1-k}$$

[例 4-3] 已知某投保人缴净保费 $P=1600$ 元，附加费比例 $k=12\%$ ，求该投保人缴纳的营业保费 P' 和附加费用 L 。

$$P' = \frac{P}{1-k} = \frac{1600}{1-12\%} = \frac{1600}{0.88} = 1818.2(\text{元})$$

$$L = k \cdot P' = 12\% \times 1818.2 = 218.2(\text{元})$$

(三) 常数及比例法

常数及比例法是把附加费用分成两部分考虑。首先，根据每张保单的平均保险金额推算出每单位保险金额必须承担的固定费用，这部分作为一个固定常数，用 c 表示。然后，再确定营业保费的一定比例作为其余部分的附加费用，这部分用 k 表示，则：

$$P' = P + kP' + c$$

$$P' = \frac{P+c}{1-k}$$

[例 4-4] 某人现年 30 岁，购买一定期 10 年的两全保险，保险金额为 50000 元。已知经营此类业务，每万元保额需要支出固定费用 100 元。且该合同年的年缴净保费为 3623.10 元。此外，每年投保人还需要按营业保费的 7.5% 承担其余部分的附加费用。求该保单的年缴营业保费。

年缴营业保费为：

$$\begin{aligned} P' &= \frac{P+c}{1-k} \\ &= \frac{3623.10+100 \times 5}{1-7.5\%} \\ &= 4457.41(\text{元}) \end{aligned}$$

九、人寿保险责任准备金的计算

(一) 责任准备金的含义

人寿保险的纯保费是根据死亡率和利率计算而得的。死亡率是随着年龄的增长而递增的。若采用自然保费的话，则保费将逐年增加而且每年的纯保费正好用于死亡给付，没有积累。但在实际中多是采用均衡保费。在这种情况下，对于每一年来讲，所收取的纯保费与实际给付的保险金不相等。在某时点之前，均衡保费大于自然保费，在此时点之后，均衡保费小于自然保费。对于保险人来说，虽然早期所收纯保费大于保险金的给付额，但多出的部分应用于弥补以后少缴的部分。所以，保险人必须将这一部分积存起来用于未来给付。

责任准备金的计算包括理论责任准备金的计算和实际责任准备金的计算。

(二) 理论责任准备金的计算

1. 过去法。过去法是指用过去所缴纯保费的终值减去过去已给付保险金的终值作为责任准备金的计算方法，即：

$$\left[\begin{array}{l} \text{第}t\text{年末的} \\ \text{责任准备金} \end{array} \right] = \left[\begin{array}{l} \text{以往}t\text{年的纯} \\ \text{保费的积累值} \end{array} \right] - \left[\begin{array}{l} \text{以往}t\text{年保险金} \\ \text{给付的积累值} \end{array} \right] \quad (4-6)$$

2. 未来法。未来法是指用将来保险金给付的现值与将来可收取的未缴保费的现值的差额作为责任准备金的计算方法。

如果计算责任准备金所采用的精算假设（如死亡率、利率、费用率）与计算保险费时的精算假设相同，可以证明用过去法和用未来法所计算的责任准备金是相等的。

(三) 实际责任准备金的计算

1. 实际责任准备金的含义。人寿保险的营业保费是由纯保费和附加保费组成的。在均衡保费前提下，各年缴纳的保费是相等的，其中包含的纯保费部分也是各年相等，即各年的附加费也是相等的。但在实际过程中，早期费用开支特别是第一年费用开支较大，如果按照理论责任准备金计提方法提存，再扣去相应的费用开支，则第一年的纯保费收入将不能满足死亡给付，这样可能给保险经营带来困难。所以，一般将纯保费进行修正，这种不以均衡纯保费为责任准备金计算基础，而以修正后的纯保费作为责任准备金计算基础而求得的责任准备金叫做实际责任准备金，或称为修正责任准备金。

2. 实际责任准备金的计算。实际责任准备金是在修正纯保费的基础上计算而得的，修正纯保费的目的是使第一年的纯保费小于均衡纯保费，以便有足够的费用满足第一年的业务开支，即一般修正法。另外一种特殊的计算方法为一年定期修正法，即设第一年修正后的纯保费等于自然保费。在这种前提下，以后各年的纯保费为从 $x+1$ 岁开始的同一类保险的年缴纯保费。

第五章 保险公司业务管理

保险业务经营活动通常包括展业、投保、承保、分保、防灾、理赔及资金运用等环节。这些经营活动均以实现保险经济保障为目的，因此，保险人在注重保险业务的特殊性、安全性和效益性的同时，力求经营的各环节连续、通畅。本章着重对投保、承保、防灾和理赔四个环节的内容进行阐述。

第一节 保险公司的投保业务管理

一、投保服务

投保，亦称购买保险。投保人一旦通过保险公司业务人员或保险中介购买保险后，就与提供这种保险的保险公司建立了一种较为长期的关系。因此，保险投保服务是保险业务经营管理的一个重要环节。事实上，现代保险业务管理是将潜在的准客户转化为保险客户的工作，可以被看成是为被保险人全程服务和提供个性化服务的总目标的组成部分。服务是企业的一种组织功能。投保服务是保险业务经营管理的组织职能的一部分。

在通常情况下，投保人愿意向资金雄厚、管理良好、保障和服务都能满足自己需要的保险公司投保。因此，投保人衡量保险企业是否提供良好服务的标准之一，就在于它是否能为投保人提供许多可能选择的机会。在保险交易过程中，投保人享有的基本权利有：①得到准确保险信息的权利；②保证安全的权利；③可自由选择保险险种的权利；④遭遇不良待遇时，有申诉、控告的权利；⑤要求开发和改进险种的权利；⑥获得良好售后服务的权利；⑦要求提供的服务不得违反社会公共道德。

在一定意义上说，投保人的权利就是保险人的义务，也是保险人为投保人提供投保服务的内容。

（一）帮助投保人分析自己所面临的风险

不同的风险需要有不同的保险计划。每个人或每个企业的生产状况、工作生活状况以及健康状况都会不同，所面临的风险也会不同。例如，投保人面临着财产损失风险、责任风险、意外伤害风险、疾病风险、死亡风险和退休后的经济来源风险等。保险人就要指导投保人分析哪些风险是足以导致企业或家庭经济生活陷入困境的，哪些风险是有可能减少投保人资产和收入的，对于这些风险，投保人应购买哪些合适的保险。

（二）帮助投保人确定自己的保险需求

投保人确认自己所面临的风险及其严重程度后，需要进一步确定自己的保险需求。保险人应当将投保人所面临的风险分为必保风险和非必保风险。那些对生产经营和生活健康将会产生严重威胁的风险，应当属于必保风险。

一般来说，投保人确定保险需求的首要原则是高额损失原则，即某一风险事故发生频率虽然不高，但造成的损失严重，应优先投保。

（三）帮助投保人估算可用来投保的资金

对于投保人来说，确定保险需求后，还需要考虑自己究竟能拿出多少资金来投保。资金充裕，便可投保保额较高、保障较全的保险险种；资金不足，就先为那些必须保险的风险投保；资金紧张，就量力而行购买那些保险金额可以随机修订的险种。保险人还应当注意，投保人可用于投保的资金并不完全在于个人收入的数额，更重要的是在于个人的生活方式，在于个人对未来风险预防的认识。有些人的实际收入并不低，但将主要部分用于提高和丰富现实的生活，这样就使能用于保险的资金大为减少。对于这种人，保险人应帮助他们处理好维持现时生活与获得风险保障这二者之间关系。

（四）帮助投保人制定具体的保险计划

保险人替投保人安排保险计划时确定的内容应包括保险标的情况、投保风险责任的范围、保险金额的多寡、保险费率的高低和保险期限的长短等。在制定保险计划时一般要注意处理好以下几个问题：

1. 综合投保与单项投保。如果投保人需要保险的项目较多，且资金也充裕，

保险人应当尽量安排综合性保单，或一揽子保险方式投保。这样做有两大好处：一是可以避免各个单独保单之间可能出现的遗漏，从而导致保障不全；二是保险单的费率要比各个单项保险单费率的总和要优惠得多，有利于投保人用较少的资金获得最佳的保障。

2. 保障与收益。对投保人而言，保险不是一种以谋利为目的的商业投资。保险人要提醒投保人注意买保险不是为了赚钱，而是为了获得保障，尤其是在投保人身保险时。如果投保人一味追求高收益，就会削弱保险的保障功能，使自己在一些关键方面失去必要的保障，一旦这些风险发生，就会遭受到大大超过收益的损失。

3. 保额与免赔额。保险人与投保人协商确定保险金额时，应提醒他在尽可能适当的范围内根据财产的实际价值选择保险金额的额度。这是因为，如果保险金额适度，可以使投保人得到最充分的保障；如果保险金额太低，则会使投保人在出险时得不到充分的赔偿；如果保险金额太高，则使投保人多承担保险费。对于投保人来说，还可以接受免赔额规定的办法来减少保险费的支出。

二、投保选择

保险意识较强或者明智的投保人，在购买保险时应该作出对自己负责的选择，包括选择保险中介人和保险公司。

（一）选择保险中介人

相当多的投保人是通过保险中介人来实现投保的。因此，投保人必须学会选择保险中介人。选择保险中介人，必须了解他们的工作种类、工作性质以及资格限定等信息。保险中介人包括保险代理人 and 保险经纪人等。一个好的保险中介人应该具有丰富的专业知识和技能；应该具有较高道德标准，将委托人的利益放在首位；应该能清楚地传递信息，从而帮助投保人理解自己所需要的保险合同的含义。

（二）选择保险公司

投保人在选择保险公司时，必须考虑各家保险公司在经营品种、保险价格、偿付能力、经营状况、理赔政策以及服务水平上的差异性。因为投保人在投保之后，在整个保险期间，都将与该保险公司有着密切的关系。

选择保险公司的标准有以下几点：

1. 注意保险公司提供的险种与价格。投保人首先要选择那些能为自己提供适当的、切实可行的保障的保险公司，同时保险的价格要是公正的。

保险价格便宜的保险不一定是合算的保险。因此，投保人选择保险价格时要注意选择公正的价格而不是最低的价格。最低的价格可能来自于财力雄厚的保险公司；也可能来自于经常拒绝被保险人合法索赔的保险公司；也可能来自于其代理人没有受过充分训练的保险公司；还可能来自于保险责任范围不如其他保险公司同类保单的保险公司。

选择公正的价格的方法之一，就是对各家公司相同险种的费率进行比较。但是，在比较费率时应注意两种情况：一是费率开价较高的保险公司。这类公司通常解释高费率的原因是其保单有着特殊优点，或者是本公司有着不同于其他公司的优越之处。二是费率开价较低的公司。这类公司可能是采取先亏后盈的销售术，即在投保人购买该公司保险后，将保险费提高，或是取消某些服务项目，或是不能及时进行理赔，或是随意增加一些限制性保险条款等。可见，选择保险价格时应首先了解开出价格的保险公司的情况。从长远的观点来看，经济效益好的保险公司，往往是价格最便宜、服务最好的公司。

2. 保险公司的偿付能力和经营状况。选择保险公司应着眼于它的经济实力，而对其实力的考察，又以其偿付能力和经营状况为主。

考察保险公司偿付能力的方法有两种：一是查看保险监管部门或评级机构对保险公司的评定结果。国际上有许多专门对银行、保险公司等金融机构的信用等级进行评估的机构，如美国的穆迪公司（Moody's）、标准普尔公司（S&P）和日本投资家服务公司（NIS）等。评定的等级越高，表明该保险公司的偿付能力越强。二是对保险公司的年终报表进行直接分析，着重分析公司净资产是否等于总资产减去负债，如果净资产与负债的比率为 1：1，说明该公司有足够的偿付能力。此外，还要分析保险费与净资产的比率。一般来说，财产保险公司的保险费与净资产的比率不超过 2：1 就被视为安全。如果超过这个比率，就说明保费收入过多，所承担的赔偿责任也相应增大，现有的准备金就会相对不足，偿付能力就会受到威胁。

保险公司经营的稳定性与公司的利润率有着密切联系。保险公司的利润来源于两部分：一是承保利润；二是投资利润。一般来说，利润高（尤其是投资利润

高)的保险公司,其经营的稳定性较好。如果保险公司利用投资利润弥补承保亏损的能力较强,就可以避免被迫提高保险费率或更严格地限制承保标的这类问题。而对于投保人来说,向利润率高的保险公司买保险,可能获得更优惠的保险费率或更宽松的保险条件。

3. 保险公司提供的服务。保险公司所推行的保险单是极其相似的,但提供的服务却不尽相同。保险公司服务最重要的方面,就是发生保险事故时,能否对保险索赔作出尽快的处理或赔偿。因此,投保人在选择时要格外考虑这一因素。

投保人在选择保险公司服务时,要注意两个方面:一是从其代理人那里获得的服务;二是从该公司本部那里获得的服务。前者的服务水准,可以确定保险公司对其代理人的培训与管理水平;后者对于投保人来说更为重要,尤其是购买人寿保险时,一旦与保险公司订立保险合同,就会长期与该公司打交道,交纳几十年的保险费,领取几十年的保险金。所以,保险公司在服务方面的任何一点微小的差异,都会影响投保人几十年。

第二节 保险公司的承保业务管理

承保是指签订保险合同的过程,即投保人和保险人双方通过协商,对保险合同的内容取得一致意见的过程。从广义上讲,承保包括保险的全过程。保险人承保的目的主要有三个:一是安全地分散保险风险;二是降低成本获得利益;三是保证所有的保单持有人之间的公平。同时,承保也是保险经营的一个重要环节。承保质量如何,关系到保险企业经营的稳定性和经济效益的好坏,同时也是反映保险企业经营管理水平高低的一个重要标志。

一、承保的内容

(一) 审核投保申请

对投保申请的审核主要包括对投保资格的审核、对保险标的的审核和对保险费率的审核等内容。

1. 审核投保人的资格,即审核投保人是否具有民事权利能力、民事行为能力以及对标的物是否具有保险利益。根据我国保险法的规定,投保人必须具备两个条件:一是具有相应的民事权利能力和民事行为能力;二是对保险标的应具有法律上承认的利益,即保险利益。审核投保人的资格主要是审核后者,即了解投

保人对保险标的是否具有保险利益。一般来说，在财产保险合同中，投保人对保险标的的保险利益来源于所有权、管理权、使用权、抵押权和保管权等合法权益；在人身保险合同中，保险利益的确定是采取限制家庭成员关系范围并结合被保险人同意的方式。保险人审核投保人的资格，是为了防止投保人或被保险人故意破坏保险标的，以骗取保险赔款的道德风险。

保险人不会接受所有的投保请求的原因是：第一，保险人只选择那些从整体上看损失风险与他们所收保险费相称的投保请求。换句话说，保险人要尽量避免逆选择。第二，保险人签发新保险单受其承保能力的限制。

2. 审核保险标的。一方面对照投保单或其他资料核查保险标的使用性质、结构性能、所处环境、防灾设施和安全管理等情况。例如，承保企业财产时，要了解厂房地、厂房结构、占用性质、建造时间、建筑材料、使用年限以及是否属于危险建筑等情况，并对照事先掌握的信息资料核实，或是对保险标的进行现场查验后，保险人方予以承保。另一方面，保险人通过选择保险标的，承保不同类型或不同地区的保险标的，分散风险。也就是说，保险人必须使其承保标的多元化，保险单要覆盖不同的险种和不同的地理区域。例如，台风可能会使保险人在一个地区的赔偿金额大量的增加，但是这些索赔将由那些同年没有发生台风的其他地区的保险费来平衡，或是将承保其他险种所获的保险费用来赔付这个地区的台风损失。

3.审核保险费率。审核保险费率的目的是按照保险人承担的风险收取合适的保险费。

一般的财产和人身可能遭遇的风险基本相同，因此，可以按照不同标准，对风险进行分类，制定不同的费率等级，在一定范围内使用。例如，承保建筑物的财产保险，确定费率要考虑因素有：（1）房屋的建筑类别，是砖结构还是木结构；（2）房屋的占用或使用性质，是商用还是民用；（3）周围房屋的状况；（4）房屋所在区域所能提供的火灾防护设施；（5）与房屋相关的任何安全保护设施，如是否安装自动洒水灭火装置或警报器等。保险人承保时只需按风险程度将建筑物划分为不同的等级，套用不同的费率即可。但是，有些保险业务的风险情况不固定。如海上保险，因航程不同、运输工具不同、运输货物种类不同，承保的每笔业务都需要保险人根据以往的经验，结合风险的特性，制定单独的费率。因此，

承保这类业务时，应对每一笔业务的实际情况与它所适用的费率条件进行核查，以保证保险费率的合理性。

（二）控制保险责任

控制保险责任是指保险人在承保时，依据自身的承保能力进行承保控制，并尽量防止与避免道德风险和心理风险。控制保险责任包括：

1. 控制逆选择。所谓逆选择，是指那些有较大风险的投保人试图以平均的保险费率购买保险，或者说，最容易遭受损失的风险就是最可能投保的风险。从保险人的角度来看，这就是逆选择。保险人控制逆选择的方法是对不符合承保条件者不予承保，或者有条件地承保。例如，投保人就自己易遭受火灾的房屋投保财产保险，保险人就会提高保险费率承保；又如，投保人患有超出正常危险的疾病，保险人就会不同意他投保定期死亡保险的要求，而劝他改为投保两全保险。这样一来，保险人既接受了投保，又在一定程度上抑制了投保人的逆选择。

2. 控制承保能力。承保能力是指保险人能够承保业务的总量。保险人承保能力通常采用的度量方法是承保能力比率，即用承保保险费除以偿付能力额度。保险人的承保能力限制了保险公司签发新保险单的能力。因为卖出的新保险单会增加保险人的费用，从短期来看，会降低保险公司的偿付能力；从长期来看，如果新保险单所产生的保险费超过了损失和费用的支付，新保险单会增加保险公司的偿付能力。所以，有计划的增长新保险单的销售，能够保障保险公司承保能力稳定而有序的增长。

保险人保证承保能力的主要途径有：一是保持风险分散。只有通过风险分析与评估，保险人才能确定承保责任范围，才能明确对所承担的风险应负的赔偿责任。二是用特殊的承保技术和经验满足某些险种的承保要求。一般来说，对于常规风险，保险人通常按照基本条款予以承保；对于一些具有特殊风险的保险标的，保险人需要与投保人充分协商保险条件、免赔额、责任免除和附加条款等内容后特约承保。特约承保是根据保险合同当事人的特殊需要，在保险合同中增加一些特别约定，满足被保险人的特殊需要，并加收保险费为条件适当扩展保险责任；或者是在基本条款上附加限制条款，限制保险责任。通过特殊的承保控制，将使保险人所支付的保险赔偿额与其预期损失额十分接近。三是安排再保险。通过再保险，保险公司可以将保险风险转移给再保险人来增加承保新保险单的数量。可

见，再保险对保险公司的承保能力有直接的影响。

（三）分析风险因素

从承保的角度来看，避免和防止逆选择和控制承保能力是保险人控制承保风险的常用手段。但是，对于实质风险、道德风险、心理风险和法律风险，保险人在承保时也要作出具体的分析。保险在承保时必须评估以下四种风险因素。

1. 实质风险因素。在评估投保单时，保险人会考虑各种实质风险因素，如建筑物的结构、占用性质、防火措施和外部环境等。

2. 道德风险。道德风险是指人们以不诚实或故意欺诈的行为促使保险事故发生或夸大索赔金额，以便从保险中获得额外利益的风险因素。投保人产生道德风险的原因主要有两点：一是丧失道德观念；二是遭遇财务上的困难。从承保的观点来看，保险人控制道德风险发生的有效方法就是将保险金额控制在适当额度内。因此，保险人在承保时要注意投保金额是否适当，尽量避免超额承保。

在人寿保险的承保中，如果投保人为他人购买保险，而指定自己为受益人时，也应注意保险金额的大小是否与投保人的财务状况相一致。例如，一个月收入为3000元的投保人，为他人购买了保险金额100万的人寿保险。在这种情况下，保险人除了要查清投保人与被保险人之间是否具有保险利益外，还要对投保人的收入来源和以往的保险史进行调查，并应就保险金额征得被保险人的书面同意，才能决定是否承保。

3. 心理风险。心理风险也称行为风险或态度风险，是指由于人们的粗心大意和漠不关心，以致增加了风险事故发生的机会并扩大损失程度的风险因素。例如，投保人在投保了财产保险后，就不再小心火烛；在投保了盗窃险后，就不再谨慎防盗。从某种意义上说，心理风险是比道德风险更难以控制的问题。任何国家的法律对道德风险都有惩罚的办法，而且保险人对道德风险还可以在保险条款中规定，凡被保险人故意造成的损失不予赔偿。但心理风险既非法律上的犯罪行为，保险条款又难制定适当的规定限制它。因此，保险人在承保时常采用控制手段有：第一，实行限额承保，即对于某些风险，采用低额或不足额的保险方式，规定被保险人自己承担一部分风险。保险标的如果发生全部损失，被保险人最多只能获得保险金额的赔偿；如果发生部分损失，被保险人只按保险金额与保险标的实际价值的比例获得赔偿。第二，规定免赔额（率）。免赔额有绝对免赔额和

相对免赔额之分。绝对免赔额是指在计算赔偿金额时，不论损失大小，保险人均扣除约定的免赔额。相对免赔额是指损失在免赔额以内，保险人不予赔偿；损失超过免赔款时，保险人不仅要赔超过部分，而且还要赔偿免赔额以内的损失。这两种方法都是为了激励被保险人克服心理风险因素，主动防范损失的发生。

4. 法律风险。法律风险是指影响保险人收取与损失风险相称的保险费的法律环境或监管环境。法律风险的主要表现有：主管当局强制保险人使用一种过低的保险费标准，要求保险人提供责任范围广的保险，限制保险人使用可撤销保险单和不予续保的权利，法院可能作出有利于被保险人的判决等。

二、承保工作的程序

承保决定是在审核投保申请、适当控制保险责任、分析评估保险风险的基础上作出的。承保的程序包括接受投保申请、审核验险、接受业务和缮制单证等步骤。

（一）接受投保申请

投保人购买保险，首先要提出投保申请，即填写投保单，交给保险人。投保单是投保人向保险人申请订立保险合同的依据，也是保险人签发保险单的凭证。

（二）审核验险

审核是指保险人收到投保单后，对其进行的审定和核实。审核投保单的内容包括保险标的及其存放地址、运输工具行驶区域、保险期限、投保明细表和对特殊要求的申请等。验险是对保险标的风险进行查验，以便对其存在的风险进行分类。验险的内容，因保险标的的不同而有差异。

1. 财产保险的验险。

（1）查验投保财产所处的环境。例如，对所投保的房屋，要检验其所处环境是工业区、商业区还是居民区；附近有无易燃易爆的危险源；一旦发生火灾，有无蔓延的可能；附近救火水源如何，距离最近的消防队有多远，房屋周围是否通畅，消防车是否能开近；是否属于高层建筑等。

（2）查验投保财产的主要危险隐患和重要防护部位及防护措施状况。首先，要认真查验财产可能发生损失的风险因素。如查验投保财产是否属于易燃易爆或易损物品，投保财产对温度和湿度的敏感程度如何，机器设备是否常常超负荷运转，使用的电压是否稳定，建筑物的材料结构状况等。其次，要重点查验投保财

产的关键部位，如建筑物的承重基底是否牢固，船舶、车辆的发动机保养是否良好。再次，要严格检查投保财产的防护情况，如有无消防设施、报警系统、排水通风设施，机器有无超载保护、降温保护设施，运输货物有无符合要求的包装，运输方式是否合乎标准等。

(3) 查验有无正处在危险状态中的财产。正处在危险状态中的财产意味着该项财产必然或即将发生风险损失。如果保险人承保必然或确定发生的风险，就会造成不合理的损失分摊，这对于其他被保险人不公平。

(4) 查验各种安全管理制度的制定和落实情况。健全的安全管理制度是预防和降低风险发生的重要保障。因此，保险人要检查投保人是否制定了安全管理制度及其实施情况，若发现问题，督促其及时改正。

2. 人身保险的验险。人身保险的验险包括医务检验和事务检验。

(1) 医务检验。医务检验的内容包括：第一，健康状况。健康状况是医疗风险因素中重要组成部分，体格是健康状况确定的因素之一，包括身高、体重和体重的分布。除了体格以外，申请人的其他健康状况仍很重要。经验表明，人的未来死亡率的大小在不同程度上取决于人体一个或更多的重要系统的是否正常，如神经系统、消化系统、循环系统、呼吸系统、排泄系统及内分泌系统等。这些系统的问题往往引起死亡率的升高，因此，对于人体的健康状况，保险公司往往有各种对照指标。第二，个人病史。被保险人的身体背景及其以往病史对于保险公司的核保来讲是非常重要的内容，它往往直接影响被保险人的死亡率。健康记录是个人病史最为重要的因素，如果某个人在过去曾患过严重疾病或遭受意外事故，则很有可能对未来生命的长短造成一定的影响。保险的历史也是一个非常重要的因素，被保险人也许曾被某些保险公司拒保或者按特殊情况承保，这说明该申请人很有可能有较高的风险因素存在，应对其进行必要的调查。在任何情况下，保险公司都应尽可能审查被保险人的可保性。很显然，如果申请人已拥有许多份有效保单，且保额较大，在其财务允许情况下，可以认为该被保险人的风险程度较低。第三，家族病史。申请保险的被保险人的家族病史，对于确定被保险人目前和潜在健康损害是非常重要的，因为某些疾病的遗传性很强。特别是当家族病的某些特征已经在被保险人身上有所反映时，承保人更要注意。如果被保险人家族中的大部分成员活到很大年龄且没有发生心脏病、癌症、糖尿病或其他严重的

疾病，则可以推断该被保险人发生这些疾病的可能性是很小的。

(2) 事务检验。事务检验的内容包括：第一，年龄。未来预期死亡率与年龄有很大的关系。在寿险中，年龄因素是测算费率最为主要的因素。年龄是一个极其重要的选择因素，一般只是对于非常年轻的申请人投保的一些种类的寿险可以放松对年龄的严格限制。在某些时候，保险人会对年龄较大者进行限制或拒绝其参加某些种类的寿险。第二，性别。性别是寿险核保的重要因素，往往用于个人寿险的分类因素以确定费率。相同年龄的女性死亡率小于男性死亡率，因此，大部分保险公司对于以死亡为保障的保单向女性收取较低的保费，对于女性年金保险则收取较高的保费。第三，财务状况。财务状况要素是用来考虑投保人的保险愿望是否与其保险相一致的。财务状况要素应该考虑的问题：一是保险利益。如果投保人申请的保险金额超过了他的相对收入水平，则有可能出现逆选择行为和保险利益问题。承保人必须将投保申请人和受益人的利益与合理的需要及可能的财务损失相联系，以确定其购买保险的目的。二是承受能力。考虑投保人的财务状况的另外一个目的是看其能否负担起他要申请的保险种类所应支付的保费。如果投保人在保险有效期内不能按期交纳规定的保费，则会导致合同失效从而影响投保人的利益。第四，职业。概括起来讲，职业至少可能以三种不同的方式提高死亡风险：一是职业可使被保险人置身于高风险的环境之中，如经常面对暴力活动、不规律的生活或受到毒品和酒的诱惑等。二是工作环境对身体健康造成的影响，例如工作在封闭、脏乱或空气流动较差的环境中，或者工作环境容易受到化学元素的侵害等。三是由于职业关系容易发生意外事故，如专业驾驶人员、建筑工人等。由于某些职业在本质上较其他职业具有危险性，且不同的危险职业的死亡率也有所不同，如何分类危险职业，如何确定保费，都具有一定的核保技术性。第五，吸烟。目前，被保险人是否吸烟已被纳入核保重要的风险因素。过去，对于吸烟，保险公司都予以关注，但并没有认为它十分严重，没有作为独立的重要因素。随着医疗技术的提高，医学已经证明，任何形式的吸烟，即使是在没有任何其他不良因素的前提下，同样会使吸烟者的未来死亡率高于平均死亡率，而这种偏差程度足以引起保险公司的重视并在核保过程中对吸烟与否进行严格的分类。同时，医学还证明，吸烟女性的死亡率高于同年龄不吸烟男性的平均死亡率。正因为吸烟可以引发身体健康方面的许多其他病症，大多数保险公司都将吸

烟与不吸烟者的费率分别计算，以实现风险管理的目的。第六，酗酒和吸毒。被保险人是否酗酒和吸毒是核保的重要内容之一，因为酗酒和吸毒会严重危害一个人的身体而导致死亡率的提高。同时，酗酒和吸毒往往比无此嗜好者更容易引起暴力。如果某人大量酗酒，他很可能被拒保或者被认为是次标准体。吸毒者通常都被拒保。过去曾根据吸毒者吸毒的时间长短来确定费率附加的大小，对于已经戒毒的人的有关规定，各保险公司的做法有所不同。第七，高风险运动和度假。生活水平的提高会使人们有很多闲暇时间从事一些较为危险的运动和度假活动，如赛车、爬山、竞技运动、潜水、跳伞、滑水和探险等都可能引起较大的附加风险，是核保过程不可忽视的内容。如果有这些附加风险的人申请保险且在一定基础上可承保，则这些人会被收取额外的保费。有些国家或地区规定了附加条款，将由于参与高风险活动而造成的死亡列为除外责任。第八，航空风险。在投保书中有一个问题是核定被保险人是否从事飞行活动。如果被保险人是正常航班的乘客，则不会对核保产生太大影响；如果被保险人是飞行员，则飞行的形式就是核保分类的重要因素。如果飞行员从事正常航班的飞行，则属于标准风险；如果是突然行动则不能属于标准风险。由于航空风险造成的后果很严重，不论被保险人飞行是因为商务的、军务的、体育的还是个人的其他原因，都要填写有关附录以说明此事。保险公司会收取一定的附加保费，或者在合同中说明由此引起的死亡属于除外责任。如果航空作为除外责任且被保险人因航空死亡，则保险公司应退还保险费收入，或保险准备金积累值，或者两者之中最大者。第九，居住环境。居住环境对于死亡率的影响是存在的。经验表明，发达国家的死亡率低于发展中国家的死亡率，主要是因为气候和一般居住环境更好。在核保中，要获得被保险人居住的全部信息，如在一定时期的居住调查报告、身体健康状况报告和其他核保信息是很困难的，特别是居住在其他地区或外国的被保险人。第十，保险利益。核保人员必须评估每个申请人在可能损失中的保险利益，即如果被保险人发生事故，保单持有人将遭受的感情和财务上的损失为多少。当被保险人和保单持有人不是同一个人时，保险利益问题尤为重要。为了能够保证合同保险利益存在，避免道德风险和逆选择，核保人员需要考虑的非死亡因素为：保险金额的大小、保险合同种类、保费的缴纳方式、受益人情况等。

（三）接受业务

保险核保人按照规定的业务范围和承保权限，在审核验险之后，有权作出拒保或承保的决定。如果投保金额或标的风险超出了保险核保人的承保权限，他只能向上一级主管部门作出建议，而无权决定是否承保。

（四）缮制单证

缮制单证是在接受业务后，填制保险单或保险凭证等手续的过程。保险单或保险凭证是载明保险合同双方当事人权利和义务的书面凭证，是被保险人向保险人索赔的主要依据。因此，保险单质量的好坏，往往影响保险合同能否顺利履行。填写保险单的要求有以下几点：

1. 单证相符。要依据投保单和验险报告作为原始凭证，填制保险单。所谓单证相符，是指投保单、保险单、保险凭证、财产清单、人身保险的体检报告及其他单证都要符合制单要求，其重要内容如保险标的名称、数量、地址等都应相符。

2. 保险合同要素明确。保险合同的要素是指保险合同的主体、客体和内容。保险合同的主体包括当事人和关系人，即保险人、投保人、被保险人和受益人等，他们是合同中权利的分担者和义务的承担者。因此，保险单中要正确填写被保险人的姓名、单位名称和负责人姓名及详细地址。若是人身保险合同，还需填上受益人姓名、地址及其与被保险人的关系。保险合同的客体是保险合同中权利义务所指向的对象，即保险标的的保险利益。因此，保险单中应标明保险标的的范围及地址、保险利益内容。保险合同的内容包括保险责任、保险金额、保险期限、保险费、被保险义务以及其他特约事项。

总之，明确保险合同要素是保证保险单质量的依据，否则将影响保险合同的法律效力和保险人的信誉，损害保险合同双方当事人的合法权益。

3. 数字准确。填制保险单时，每一个数字都代表着保险人和被保险人的利益。在这些数字上的微小疏忽，都可能给保险合同双方当事人造成重大损失，或导致不该发生的纠纷。

4. 复核签章，手续齐备。保险人签发的保险单是保险合同成立的依据，其他单证也是保险合同的重要组成部分。因此，每一种单证都应要求复核签章，如投保单上必须有投保人的签章；验险报告上必须有具体承办业务员的签章；保险单上必须有承保人、保险公司及负责人的签章；保险费收据上必须有财务部门及

负责人的签章；批单上必须有制单人与复核人的签章等。

三、续保

续保是在原有的保险合同即将期满时，投保人在原有保险合同的基础上向保险人提出续保申请，保险人根据投保人的实际情况，对原合同条件稍加修改而继续签约承保的行为。

续保是以特定的合同和特定的被保险人为对象的。在保险合同的履行过程中，经常与被保险人保持联系，做好售后服务工作，增强他们对保险企业的信心，是保险公司提高续保率、保持业务稳步增长的关键。

对于投保人来说，续保的优越性表现在，通过及时续保，不仅可以从保险人那里得到连续不断的、可靠的保险保障与服务，而且作为公司的老客户，也可以在体检、服务项目及保险费率等方面得到公司的通融与优惠。对于保险人来说，续保的优越性不仅体现在可以稳定公司的业务量，而且还表现为能利用与投保人建立起来的老关系，减少许多展业工作量与费用，因为续保比初次承保手续要简便一些。

保险人在续保时应注意的问题有：①及时对保险标的进行再次审核，以避免保险期间中断；②如果保险标的的危险程度有增加或减少时，应对保险费率作出相应调整；③保险人应根据上一年的经营状况，对承保条件与费率进行适当调整；④保险人应考虑通货膨胀因素的影响，随着生活费用指数的变化而调整保险金额。

第三节 保险公司的防灾业务管理

防灾是保险经营过程中不容忽视的重要环节。实施防灾防损，维护人民生命和财产安全，减少社会财富损失，既是提高保险企业经济效益和实现社会管理功能的重要途径，又是强化社会风险管理和安全体系的必要措施。

一、保险防灾的概念

保险防灾是保险防灾防损的简称，是指保险人与被保险人对所承保的保险标的采取措施，减少或消除风险发生的因素，防止或减少灾害事故所造成的损失，从而降低保险成本，增加经济效益的一种经营活动。

防灾防损，减少社会财富损失，是一项社会性活动。但是，保险防灾只是社会防灾工作的一部分，二者有着明显的区别。保险防灾与社会防灾的区别主要表现在以下几个方面：第一，防灾的主体不同。保险防灾的主体是保险企业；社会防灾的主体则是社会专门防灾部门或机构。第二，防灾的对象不同。保险防灾的对象是保险企业所承保的保险标的；社会防灾的对象则是遍及社会所有团体和个人。可见，保险防灾的对象是特定的，与社会防灾相比，它的覆盖面要窄。第三，防灾的依据不同。保险公司是企业形式的经济组织，它是根据保险经营的特点，依据保险合同关于权利和义务对等关系的规定开展防灾工作的；社会防灾部门则是各级政府主管防灾工作的行政或事业单位，它可根据国家法令和有关规定，对防灾对象的防灾工作提出要求，督促检查。第四，防灾的手段不同。保险企业通过向被保险人提出防灾建议，促使其采取措施进行风险防范。投保人、被保险人未按照约定履行其对保险标的的安全应尽的责任的，保险人有权要求增加保险费或者解除合同。社会防灾部门在开展防灾活动时，可以运用行政手段促使单位和个人采取措施消除危险隐患，对不执行或违反规定的单位和个人可以给予一定的行政或经济处罚。

同时，保险防灾与社会防灾又密切相关，互为补充，其共同之处表现在：第一，两者都是处理风险的必要手段；第二，两者都是为了减少损失，达到保护社会已有的财富、保障社会安定的目的。可见，要使保险为社会生产提供全方位的服务，不仅要做好事后的理赔，还要做好事前的防灾防损。

二、保险防灾的内容

（一）加强同各防灾部门的联系与合作

保险企业作为社会防灾防损组织体系中的重要一员，以其特有的经营性质和技术力量，受到社会各界的重视，发挥着越来越大的作用。因此，保险人一方面要注意保持和加强与各专业防灾部门的联系，并积极派人参加各种专业防灾部门的活动，如公安消防部门对危险建筑的防灾检查、防汛指挥部对防汛措施落实的检查、商检部门对进出口货物的商品检验等；另一方面要充分利用保险企业的信息和技术优势，向社会提供各项防灾防损服务，如防灾技术咨询服务、风险评估服务、社会协调服务、事故调查服务、灾情信息服务和安全技术成果推广服务等。

（二）进行防灾宣传和检查

目前，人们对风险的防范意识还比较薄弱，保险人应运用各种宣传方式，向投保人和被保险人宣传防灾防损的重要性，提高其安全意识，普及防灾防损知识。保险防灾宣传的内容包括：保险与防灾的关系、消防条例和有关规定、防灾防损的基本常识，如救火、抗洪和防震的常用措施。

保险防灾的检查应以所承保的单位和个人为主要对象，具体的做法有：第一，借助防灾主管部门的行政手段，对投保人提出切实可行的整改建议；第二，配合行业的主管部门，根据该行业的特点，进行针对性的风险防范检查；第三，聘请专家和技术人员对某些专业性强、技术要求高的投保单位进行重点防灾检查；第四，保险人在承保前和出险时应应对投保单位进行风险查验，尤其是对一些重点防灾企业。例如，有些保险公司规定，保险金额在 1 亿元以上，保险费超过 10 万元以上，或是五六级工业险的企业都属于防灾检查的重点单位。

（三）及时处理不安全因素和事故隐患

通过防灾防损检查，发现不安全因素和事故隐患时，保险人要及时向被保险人提出整改意见，并在技术上予以指导和帮助，将事故隐患消灭在萌芽状态。同时，保险人在接到重大保险事故通知时，应立即赶赴事故现场，直接参与抢险救灾。抢险救灾主要目的在于防止灾害蔓延并妥善处理好残余物质。

（四）提取防灾费用，建立防灾基金

保险企业每年要从保险费收入中提取一定比例的费用作防灾专项费用。建立防灾基金，主要用于增强社会防灾设施和保险公司应付突发性的重大灾害时的急用。例如，用于资助地方消防、交通、航运、医疗卫生部门，帮助它们添置公共防灾设备，奖励防灾部门和人员。这一内容充分体现了保险企业积极参与社会防灾工作。

（五）积累灾情资料，提供防灾技术服务

保险人除了搞好防灾工作以外，还要经常对各种灾情进行调查研究并积累丰富的灾情资料，掌握灾害发生的规律性，提高防灾工作的效果。例如，有的保险公司要求对资产在 500 万元以上的投保人建立防灾档案。此外，保险人还应开展防灾技术服务活动，帮助事故发生频繁、损失额度大的投保人开展防灾技术研究。

三、保险防灾的方法

（一）法律方法

法律方法是保险防灾管理的方法之一。它是指通过国家颁布有关的法律来实施保险防灾管理。例如，有些国家的法律规定，投保人如不加强防灾措施，保险人不仅不承担赔偿责任，而且还要追究其法律责任。我国保险法第五十一条规定，投保人、被保险人必须按约定履行其对保险标的的安全应尽的责任，否则，保险人有权增加保险费或解除合同。

（二）经济方法

经济方法是当今世界普遍运用于保险防灾的重要方法。保险人在承保时，通常根据投保人采取的防灾措施情况而决定保险费率的高低，从而达到实施保险防灾管理的目的。换句话说，在相同的条件下，保险人通过调整保费来促进投保人从事防灾活动。对于那些防灾设施完备的投保人采用优惠费率，即少收保险费，以资鼓励；反之，对那些懈怠于防灾，缺乏必要防灾设施的投保人则采用较高的费率，即多收保费，以促进其加强防灾。

（三）技术方法

保险防灾的技术方法可以从两个角度来理解：一是通过制定保险条款和保险责任等技术来体现保险防灾精神；二是运用科学技术成果从事保险防灾活动。前者表现在三方面：首先，在设计保险条款时订明被保险人防灾防损的义务。例如，我国现行的许多险种的保险条款中，均规定被保险人必须保证保险财产的安全。其次，在保险责任的认定上，也有防止道德风险的规定。例如，现行的保险条款中，都订有凡属被保险人的故意行为所造成的损失，保险人不负赔偿责任。再次，在保险理赔上提出了抢救和保护受灾财产的要求。例如，财产保险合同中规定，如果灾害事故发生在保险责任范围内，被保险人应尽可能采取必要的措施进行抢救，防止灾害蔓延，对未被破坏和损害的财产进行保护和妥善处理。倘若没有履行这一义务而加重损失的部分，保险人不负赔偿责任。后者通常是指保险企业专门设立从事防灾技术研究部门，对防灾进行有关的技术研究的方法。防灾部门运用有关的技术和设备对承保风险进行预测，对保险标的进行监测，研制各种防灾技术和设备以及制定有关的安全技术标准。这些防灾活动不仅使保险企业获得良好的经济效益，而且在社会上也获得了良好声誉。由于这些保险防灾技术领先于社会防灾技术，从而又促进了社会防灾技术的发展。

第四节 保险公司的理赔业务管理

在保险经营中，保险理赔是保险补偿职能的具体体现。理解保险理赔的含义，揭示理赔的本质和规律，可以帮助我们更好地掌握保险这个经济机制，充分发挥保险的作用。

一、保险理赔的含义

保险理赔是指保险人在保险标的发生风险事故后，对被保险人提出的索赔请求进行处理的行为。被保险人发生的经济损失有的属于保险风险引起的，有的则属于非保险风险引起的。即使被保险人的损失是由于保险风险引起的，因多种因素和条件的制约，被保险人的损失不一定等于保险人的赔偿额或给付额。所以说，保险理赔涉及保险合同双方的权利与义务的实现，是保险经营中的一项重要内容。

投保人投保的主要目的就是为了在发生保险事故的时候得到保险保障，所以保险事故发生后，保险人应及时履行赔偿、给付保险金的责任。因此，保险理赔的意义在于：第一，保险理赔能使保险的基本职能得到实现。也就是说，理赔是保险人依保险合同履行保险责任、被保险人享受保险权益的实现形式。第二，保险理赔能及时恢复被保险人的生产，安定其生活，促进社会生产顺利进行与社会生活的安定，提高保险的社会效益。第三，保险理赔还可以发现和检验展业承保工作的质量。例如，保险人可以发现保险费率、保险金额、保险价值的确定是否合理，防灾防损工作是否有效，从而进一步改进保险企业的经营管理水平并提高其经济效益。

保险理赔工作主要靠理赔人员来做。保险理赔人员作为专门从事保险理赔工作的人员可以分为四种类型：一是保险公司的专职核赔人员，是指直接根据被保险人的索赔要求处理保险公司的理赔事务的人；二是保险代理人，是指接受保险公司的委托从事理赔工作的人；三是理赔服务机构，是指某一地区保险公司联合组织的专门处理赔案的机构，如美国的理赔局；四是独立理赔人，是指有专业技术和经验的独立的理赔人员，如检验机构、保险公估人和律师行等。

二、保险理赔的原则

保险理赔是一项政策性极强的工作。为了更好地贯彻保险经营方针，提高理赔质量，杜绝“错赔、乱赔、滥赔”的现象，保险理赔应遵循以下原则：

（一）重合同、守信用的原则

保险理赔是保险人对保险合同履行义务的具体体现。在保险合同中，明确规定了保险人与被保险人的权利和义务，保险合同双方当事人恪守合同约定，保证合同顺利实施。对于保险人来说，在处理各种赔案时，应严格按照保险合同的条款规定，受理赔案、确定损失。理算赔偿金额时，应提供充足的证据，拒赔时更应如此。

（二）实事求是的原则

被保险人提出的索赔案件形形色色，案发原因也错综复杂。因此，对于一些损失原因较为复杂的索赔，保险人除了按照条款规定处理赔案外，还须实事求是、合情合理地处理，这样做才是既符合条款规定，又遵循实事求是的原则。

此外，实事求是的原则还体现在保险人的通融赔付方面。所谓通融赔付，是指按照保险合同条款的规定，本不应由保险人赔付的经济损失，由于一些其他特殊原因的影响，保险人给予全部或部分补偿或给付。当然，通融赔付不是无原则的随意赔付，而是对保险损失补偿原则的灵活运用。具体来说，保险人在通融赔付时应掌握的要求有：第一，有利于保险业务的稳定与发展；第二，有利于维护保险公司的信誉和在市场竞争中的地位；第三，有利于社会的安定团结。

（三）主动、迅速、准确、合理的原则

这一原则的宗旨在于提高保险服务水平，争取更多客户。我国《保险法》第二十三条和二十五条规定：“保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益人达成赔偿或者给付保险金的协议后十日内，履行赔偿或者给付保险金义务。”“保险人自收到赔偿或者给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其赔偿或者给付保险金的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定赔偿或者给付保险金的数额后，应当支付相应的差额。”保险法的上述规定就指出了保险人应当在法律规定和保险合同约定期限内及时履行赔偿或给付保险金的义务，即应在理赔中坚持“八字”方针——主动、迅速、准确、合理。“主动、

迅速”，即要求保险人在处理赔案时积极主动，不拖延并及时深入事故现场进行查勘，及时理算损失金额；对属于保险责任范围内的灾害事故所造成的损失，应迅速赔付。“准确、合理”，即要求保险人在审理赔案时，分清责任，合理定损，准确履行赔偿义务；对不属于保险责任的案件，应当及时向被保险人发出拒赔的通知书，并说明不予赔付的理由。

在国际上，保险公司大多遵循国际理赔协会制定的理赔准则，其主要内容有：

1. 任何申请理赔的人都有权利得到公平公正的待遇，并在合理的时间内迅速地得到理赔答复。

2. 保险公司对于每一件理赔申请案件，都要迅速作出事实调查和客观的评价，并在责任相对确定时，立即进行公平、合理的处理。

3. 被保险人必须获得平等待遇，保险公司不得用保险合同条款以外的内容来衡量。

4. 被保险人无须提出诉讼，即可获得应得的保险赔偿；保险公司也不得以牺牲保险合同的全部或一部分为条件，而影响另一保险合同的赔偿处理。

5. 保险公司必须了解自己对所有应得到保险金给付的保险单负有迅速理赔的义务，同时也要了解自己还对所有的被保险人负有对等的义务，不能作不当的理赔给付，以避免保险费的增加。

6. 建立理赔程序和规则，以避免事实不明和误用保险合同条款的情况，并优先维持正确的理赔记录。

7. 为了达成有效的理赔工作，必须建立合理的人事、组织和程序规则。这些规则可以消除不必要的延误，或对专业知识的过分要求及过度的查验工作。同时，保险公司应该鼓励、支持理赔人员的专业化，要求他们扩展理赔的专业知识。

三、保险理赔的程序

保险理赔的程序包括接受损失通知书、审核保险责任、进行损失调查、赔偿给付保险金、损余处理及代位追偿等步骤。

（一）损失通知

保险事故发生后，被保险人或受益人应将事故发生的时间、地点、原因及其他有关情况，以最快的方式通知保险人，并提出索赔请求。发出损失通知书是被保险人必须履行的义务。发出损失通知书通常有时限要求，根据险种不同，对被

保险人的要求也不同。例如，盗窃险的条款规定，被保险人在保险财产遭受保险责任范围内的盗窃损失后，应当在 24 小时内通知保险人，否则保险人有权不予赔偿。有的险种虽然没有明确的时限规定，但也要求被保险人在其可能做到的情况下，尽快将事故损失通知保险人。

被保险人发出损失通知的方式可以是口头的，也可用函电等其他形式，但随后应及时补发正式书面通知，并提供各种必需的索赔单证，如保险单、账册、发票、出险证明书、损失鉴定书、损失清单和检验报告等。如果损失涉及第三者责任时，被保险人还需出具权益转让书给保险人，由保险人代位行使向第三者责任方追偿的权益。

接受损失通知书意味着保险人受理案件，保险人应立即将保险单与索赔内容详细核对，安排现场查勘等事项，然后将受理案件登记编号，正式立案。

（二）审核保险责任

保险人收到损失通知书后，应立即审核该索赔案件是否属于保险人的责任，其审核的内容可包括以下几方面：

1. 保险单是否仍有效力。例如，我国财产保险基本险条款规定，被保险人应当履行如实告知义务，否则，保险人有权拒绝赔偿，或从解约通知书送达 15 日后终止保险合同。又如，在人身保险合同中，投保人在规定的时期（包括宽限期）内未交纳保险费的，保险合同的效力将中止。除非投保人在两年内补交保险费及其利息，否则，保险合同将永久失去效力。因此，保险人在处理赔偿问题时，不可忽视这些条款的规定。

2. 损失是否由所承保的风险所引起。被保险人提出的损失索赔，不一定是保险风险所引起的。因此，保险人在收到损失通知书后，应查明损失是不是保险风险所引起的。如果是，保险人才予以承担赔偿责任。

3. 损失的财产是否为保险财产。保险合同所承保的财产并非被保险人的一切财产，即使是综合险种，也会有某些财产列为不予承保之列。例如，我国财产保险综合险条款规定，土地、矿藏、水产资源、货币、有价证券等就不属于保险标的范围之内；金银、珠宝、堤堰、铁路等应要通过特别约定，并在保险单上载明，否则也不属于保险标的范围。可见，保险人对于被保险人的索赔财产，须依据保险单仔细审核。

4. 损失是否发生在保单所载明的地点。保险人承保的损失通常有地点的限制。例如，我国的家庭财产保险条款普遍规定，只对保单载明地点以内保险财产所遭受的损失，保险人才负责赔偿。

5. 损失是否发生在保险单的有效期内。保险单上均载明了保险有效的起讫时间，损失必须在保险有效期内发生，保险人才能予以赔偿。例如，我国海洋货物保险的保险期限通常是以仓至仓条款来限制的，即保险人承担责任的起讫地点，是从保险单载明的起运地发货人的仓库运输时开始，直到保险单载明的目的地收货人仓库为止，并以货物卸离海轮后 60 日为最后期限。又如责任保险中常规定“期内发生式”或“期内索赔式”的承保方式。前者是指只要保险事故发生在保险期内，不论索赔何时提出，保险人均负责赔偿；后者是指不管保险事故发生于何时，只要被保险人在保险期内提出索赔，保险人即负责赔偿。

6. 请求赔偿的人是否有权提出索赔。要求赔偿的人一般都应是保险单载明的被保险人，就人寿保险合同而言，应是保险单指定的受益人。因此，保险人在赔偿时，要查明被保险人或受益人的身份，以决定其有无领取保险金的资格。例如，在财产保险合同下，要查明被保险人在损失发生时，是否对于保险标的具有保险利益。对保险标的无保险利益的人，其索赔无效。

7. 索赔是否有欺诈。保险索赔的欺诈行为往往较难察觉，保险人在理赔时应注意的问题有：索赔单证的真实与否；投保人是否有重复保险的行为；受益人是否故意谋害被保险人；投保时期是否先于保险事故发生的日期等。

（三）进行损失调查

保险人审核保险责任后，应派人到出险现场进行实际勘查，了解事故情况，以便分析损失原因，确定损失程度。

1. 分析损失原因。确定损失原因是调查需要进行的最重要的工作。在保险事故中，造成损失的原因通常是错综复杂的。例如，船舶发生损失的原因有船舶本身不具备适航能力、船舶机件的自然磨损、自然灾害或意外事故的影响等。只有对损失的原因进行具体分析，才能确定其是否属于保险人承保的责任范围。可见，分析损失原因的目的在于保障被保险人的利益，明确保险人的赔偿范围。

2. 确定损失程度。确定损失程度，首先要确定损失发生之前保险财产的实际状况，特别是涉及不动产的损失时，保险人更需详细调查有关情况。其次，要

调查被损坏或损毁的财产是什么。保险人需根据被保险人提出的损失清单逐项加以查证，如对于货物短少的情况，要根据原始单据的到货数量，确定短少的数额；对于不能确定货物损失数量的，或受损货物仍有部分完好或经加工后仍有价值的，要估算出一个合理的贬值率来确定损失程度。

3. 认定被保险人的求偿权利。保险合同中规定的被保险人的义务是保险人承担赔偿责任的前提条件。如果被保险人违背了这些事项，保险人可以此为由不予赔偿。例如，当保险标的的危险增加时，被保险人是否履行了通知义务；保险事故发生后，被保险人是否采取了必要的合理的抢救措施，以防止损害扩大。这些问题足以使被保险人丧失索赔的权利。

（四）估算赔偿金额

损失的估价是处理保险索赔中最困难的一个步骤。保险人在理赔中应回答这样两个问题：第一，保险财产应如何估价。第二，损失财产的价值是多少。通常，在财产保险条款中都有损失发生时如何确定保险财产价值的规定，最常见的估价方法是实际价值、重置价值和约定价值三种。在理赔时，保险人应根据保险条款规定的估价办法来确定保险财产的价值。一旦保险人确定了保险财产的估价方法，就可以对损失金额进行估算了。一般在使用实际价值估价方法时，保险人必须对折旧作出估价。因此，保险人是否具有丰富的理赔经验和精湛的专业知识在估算赔偿金额方面是至关重要的。

（五）赔偿、给付保险金

保险事故发生后，经调查属实并估算赔偿金额后，保险人应立即履行赔偿给付的责任。对于人寿保险合同，只要保险人认定寿险保单是有效的；受益人的身份是合法的；保险事故的确发生了，便可在约定的保险金额内给付保险金。对于财产保险合同，保险人则应根据保险单类别、损害程度、标的价值、保险利益、保险金额和补偿原则等理算赔偿金额后，方可赔付。

保险人对被保险人请求赔偿或给付保险金的要求应按照保险合同的规定办理，如保险合同没有约定时，就应按照有关法律的规定办理。赔偿的方式通常以货币为多。在财产保险中，保险人也可与被保险人约定其他方式，如恢复原状、修理、重置等。

（六）损余处理

一般来说，在财产保险中，受损的财产会有一定的残值。如果保险人按全部损失赔偿，其残值应归保险人所有，或是从赔偿金额中扣除残值部分；如果按部分损失赔偿，保险人可将损余财产折价给被保险人以充抵赔偿金额。

（七）代位追偿

如果保险事故是由第三者的过失或非法行为引起的，第三者对被保险人的损失须负赔偿责任。保险人可按保险合同的约定或法律的规定，先行赔付被保险人。然后，被保险人应当将追偿权转让给保险人，并协助保险人向第三者责任方追偿。

第六章 保险市场

第一节 保险市场概述

一、保险市场的含义

保险市场是保险商品交换关系的总和或是保险商品供给与需求关系的总和。它既可以指固定的交易场所如保险交易所，也可以是所有实现保险商品让渡的交换关系的总和。在保险市场上，交易对象是保险人为保险消费者所面临的风险提供的各种保险保障及其他保险服务。

理论上说，完善的保险市场是由不同要素所构成的。从现代各国保险市场看，无论保险市场模式属于何种市场结构类型，它们都具备以下几个典型要素。

（一）保险商品供给方

保险商品的供给方是指在保险市场上，提供各类保险商品，承担、分散和转移他人风险的各类保险人。它们以各类保险组织形式出现在保险市场上，如国有保险人、私营保险人、合营保险人和合作保险人等。通常，它们必须是经过国家有关部门审查认可并获准专门经营保险业务的法人组织。在我国，保险人的组织形式只能是法人组织，不允许个人经营保险。我国提供各类保险商品的是各类保险公司，它们构成了我国保险市场的供给方。目前，世界上唯一一家经营保险业务的自然人保险组织就是英国伦敦的“劳合社”承保人。

（二）保险商品需求方

保险商品的需求方是指保险市场上所有现实的和潜在的保险商品的购买者，即各类投保人。它们有各自独特的保险保障需求，也有各自特有的消费行为。根据保险消费者不同的需求特征，可以把保险商品需求方划分为个人投保人和团体投保人等。根据保险需求的层次还可以将其划分为当前投保人与未来投保人等。

（三）保险市场中介方

保险市场中介方既包括活动于保险人与投保人之间，充当保险供需双方的媒介，把保险人和投保人联系起来并建立保险合同关系的人，也包括独立于保险人与投保人之外，以第三者身份处理保险合同当事人委托办理的，有关保险业务的公证、鉴定、理算、精算等事项的人。保险市场中介方包括保险代理人、保险经纪人、保险公证人或保险公估人、保险律师、保险理算师和保险精算师等。

（四）保险市场的客体

保险市场的客体是指保险市场上供求双方具体交易的对象，即保险公司提供的保险产品。从经济学角度看，保险市场的客体是一种无形的服务商品。保险公司经营的是看不见摸不着的风险，“生产”出来的商品仅仅是对保险消费者的一纸承诺，而且这种承诺的履行只能在约定的事件发生或约定的期限届满时，不像一般商品可以实质性地感受其价值和使用价值。

（五）保险监督管理者

保险经营涉及众多被保险和社会公众的利益，而且保险经营中的交易方式是一种特殊的交易方式，所以，在完善的保险市场中，应设立保险监管部门，并作为保险市场的要素之一。虽然各国保险监管方式不同，保险监管部门设立在不同的部门。但具有保险监管职能的机构是必须建立和存在的。在我国，保险监管部门是指中国保险监督管理委员会（以下简称保监会）。保险监管部门监管的主要目的是为了维护保险市场的秩序，保护被保险和社会公众的利益。

需要指出的是，在我国，保监会虽是保险市场的直接监管者，但在保险市场上还有一些政府监管机构也对保险市场实施监督管理，如工商管理机构、劳动管理机构和税务部门等。但是这些政府部门不是保险监督管理部门，它们对保险公司的监管不属于保险监管。此外，保险监督管理部门与其他政府管理部门对保险市场的监管重点也是不同的。例如，工商管理部门是综合性执法，其工作重点是对保险机构的资质审查和执行有关法律法规上的审查。当然，保险监督管理

部门应与其他政府管理部门合作，从而形成保险市场监管的合力。

二、保险市场的特征

（一）保险市场是直接的风险市场

这里所说的直接风险市场，是就交易对象与风险的关系而言。尽管任何市场都存在风险，交易双方都可能因市场风险的存在而遭受经济上的损失，但是，一般商品市场所交易的对象，其本身并不与风险联系，而保险市场所交易的对象是保险保障，即对投保人转嫁于保险人的各类风险提供保险保障，所以，本身就直接与风险相关联。保险商品的交易过程，本质上就是保险人聚集与分散风险的过程。风险的客观存在和发展是保险市场形成和发展的基础和前提。“无风险，无保险”。也就是说，没有风险，投保人或者被保险人就没有通过保险市场购买保险保障的必要。所以，保险市场是一个直接的风险市场。

（二）保险市场是非即时清结市场

所谓即时清结的市场，是指市场交易一旦结束，供需双方立刻就能够确切知道交易结果的市场。无论是一般的商品市场，还是金融市场，都是能够即时清结的市场。而保险交易活动，因为风险的不确定性和保险的射幸性使得交易双方都不可能确切知道交易结果，所以，不能立刻清结。相反，还必须通过订立保险合同，来确立双方当事人的保险关系，并且依据保险合同履行各自的权利与义务。因而，保险单的签发，看似保险交易的完成，实则是保险保障的开始，最终的交易结果则要看双方约定的保险事故是否发生。所以，保险市场是非即时清结市场。

（三）保险市场是特殊的“期货”交易市场

由于保险的射幸性，保险市场所成交的任何一笔交易，都是保险人对未来风险事件发生所致经济损失进行补偿的承诺。而保险人是否履约，即是否对某一特定的对象进行经济补偿，取决于保险合同约定时间内是否发生约定的风险事故以及这种风险事故造成的损失是否达到保险合同约定的补偿条件。只有在保险合同所约定的未来时间内发生保险事故，并导致经济损失，保险人才可能对被保险人进行经济补偿。因此，保险市场可以理解为是一种特殊的“期货”市场。

三、保险市场的模式

保险市场模式也叫市场结构，它所反映的是竞争程度不同的市场状态。保险

市场模式所涉及的因素包括保险企业的规模及规模的分布、市场进入障碍和进入条件、产品差异和政府管制的程度。由于各国和地区涉及保险市场模式的因素不同，保险市场的内部结构就不会一样。

（一）完全竞争模式

完全竞争型保险市场，是指一个保险市场上有数量众多的保险公司，任何公司都可以自由进出市场。在自由竞争模式下，保险市场处于不受任何阻碍和干扰的状态中，同时由于大量保险人的存在，且每个保险人在保险市场上所占份额都很小，任何一个保险人都不能够单独左右市场价格，而由保险市场自发地调节保险商品价格。在这种市场模式中，保险资本可以自由流动，价值规律和供求规律充分发挥作用。国家保险管理机构对保险企业管理相对宽松，保险行业公会在市场管理中发挥着重要作用。

一般认为完全竞争是一种理想的市场模式，它能最充分、最适度、最有效地利用生产资源。因而，保险业发展较早的西方发达国家多为该种类型。但是，自由竞争发展的结果，必然导致垄断。自垄断资本主义以后，完全竞争已无现实性。现实中存在的竞争往往是一种不完全的竞争。

（二）完全垄断模式

完全垄断型保险市场，是指保险市场完全由一家保险公司所操纵，这家公司的性质既可是国营的，也可以是私营的。在完全垄断的保险市场上，价值规律、供求规律和竞争规律受到极大的限制，市场上没有竞争，没有可替代产品，没有可供选择的保险人。因而，这家保险公司可凭借其垄断地位获得超额利润。

完全垄断模式还有两种变通形式，一种是专业型完全垄断模式，即在一个保险市场上同时存在两家或两家以上的保险公司，它们各垄断某类保险业务，相互间业务不交叉，从而保持完全垄断模式的基本性质。另一种是地区型完全垄断模式，是指在一国保险市场上，同时存在两家或两家以上的保险公司，各垄断某一地区的保险业务，相互间业务没有交叉。

（三）垄断竞争模式

垄断竞争模式下的保险市场，大小保险公司并存，少数大保险公司在市场上取得垄断地位。竞争的特点表现为同业竞争在大垄断公司之间、垄断公司与非垄断公司之间、非垄断公司彼此之间激烈展开。

（四）寡头垄断模式

寡头垄断型保险市场，是指在一个保险市场上，只存在少数相互竞争的保险公司。在这种模式的市场中，保险业经营依然以市场为基础，但保险市场具有较高的垄断程度，保险市场上的竞争是国内保险垄断企业之间的竞争，形成相对封闭的国内保险市场。存在寡头垄断模式市场的国家既有发展中国家，也有发达国家。

四、保险市场的机制

（一）保险市场机制的含义

在市场经济条件下，保险市场的内涵实质上就是市场机制。若一国或一地区的保险市场存在供求方，也存在交易的对象，但缺乏市场机制或市场机制不完善，就不是真正意义上的保险市场。在我国，发展和培育保险市场，在某种意义上就是建立和完善保险市场机制。而在发达国家和地区的保险市场上，相对完善的市场机制发挥着重要的作用。

所谓市场机制是指，在市场经济运行中形成的以价格、供求和竞争三位一体的互动关系为基础的经济运行和调节的机理。市场机制的构成要素包括价格机制、供求机制和竞争机制。价格机制是市场机制中最基本的机制。按照马克思劳动价值论，价格是商品价值的货币表现，而价值是生产商品所花费的社会必要劳动量。在现实生活中，价格的高低除决定于价值之外，还受市场供求的影响。需求大于供给，价格趋于上升；反之，需求小于供给，价格趋于下降。也就是说，价格水平上升，既会增加供给，又会抑制需求；价格水平下降，则会增加需求，同时减少供给。但是价格机制的实现或作用的发挥，又必须以市场竞争为条件。价格影响供给，要以生产者的相互竞争为条件，价格影响需求，也要以消费者的相互竞争为条件。所以，在市场机制中，价格处于核心的地位。从这个意义上讲，市场机制的作用也可以归结为价格机制的作用。

供求机制是与价格机制紧密联系、共同发挥作用的机制，主要体现于供给、需求及价格之间的关系。供求机制的基本作用是促使商品生产者适应市场需求的变化，引导生产要素的合理流向，提高资源配置效率。

竞争机制是市场机制中的又一个重要机制。市场经济在本质上是一种竞争型经济。市场竞争主要包括供给者之间的竞争和消费者之间的竞争。在价格机制和

供求机制作用下，必然是优胜劣败。也就是说，竞争的结果，使长期获利的生产者将生存，长期亏损的生产者必将被淘汰。竞争机制的基本作用是促使商品生产者之间必然在适应市场和提高效率上展开竞争，并推动整个社会资源配置和使用效益上的不断提高。

（二）保险市场机制及其特殊作用

保险市场属市场经济范畴，所以保险市场机制与其他市场上的市场机制在本质上是没有什么区别的。保险市场机制构成要素同样表现为价格机制、供求机制及竞争机制。但由于保险市场具有不同于一般市场的独有特征，市场机制在保险市场上表现出特殊的作用。

1. 价格机制在保险市场上的作用。保险商品是一种特殊商品，从经济意义上说，投保人据此所交纳的保险费是为换取保险人的保险保障和服务而付出的代价，无论从个体还是总体的角度，都表现为等价交换。但是，保险费率的主要构成部分是依据过去的、历史的经验测算出来的未来损失发生的概率。所以，价格机制对于保险费率的自发调节只能限于凝结在费率中的附加费率部分。此外，保险业是特殊的行业，许多国家对保险产品的价格进行干预或管制，因而，价格机制对于保险商品价格形成方面具有一定的局限性。所以，保险公司应注意改进经营技术，提高服务效率，从而提高市场竞争力。

2. 供求机制在保险市场上的作用。供求机制通过对供需双方力量的调节达到市场均衡，从而决定市场的均衡价格，即供求状况决定商品的价格。因而，就一般商品市场而言，其价格形成，直接取决于市场的供求状况。但是，在保险市场上保险商品的价格即保险费率不是完全由市场供求状况决定的，即保险费率并不完全取决于保险市场供求的力量对比。保险市场上保险费率的形成，一方面取决于风险发生的频率，另一方面取决于保险商品的供求情况。如人寿保险的市场费率，是保险人根据预定死亡率、预定利率与预定营业费用率三要素事先确定的，而不可能依据市场供求的情况完全由市场来确定。也就是说，保险人不能就需求情况的变化随意调整市场费率。保险市场的费率形成需由专门的精算技术予以确立。尽管费率的确定要考虑供求状况，但是，供求状况本身并不是确定保险费率的主要因素。

3. 竞争机制在保险市场上的作用。市场竞争分为价格竞争和非价格竞争。

价格竞争是任何市场的重要特征。一般的商品市场竞争，就其手段而言，价格是最有利的竞争手段。在保险市场上，也曾一度以价格竞争作为最主要甚至是唯一的竞争手段，为了在市场上取得竞争优势，有的甚至将费率降至成本线以下，结果使得一些保险人难以维持，纷纷破产倒闭，最终影响了广大被保险人的利益。其实，在保险市场上，由于交易的对象与风险直接相关联，使得保险商品的费率的形成并不完全取决于供求力量的对比，相反，风险发生的频率即保额损失率等才是决定费率的主要因素，供求仅仅是费率形成的一个次要因素。因此，价格竞争机制在寿险市场上必然受到某种程度的限制。这是竞争机制在寿险市场局限性的一方面。另一方面还表现在，相对于价格竞争，非价格竞争在保险市场上具有更重要的意义。这是因为，在某种意义上说，保险公司所销售的保险产品，既体现一种承诺或保障，也体现一种服务，或者说服务属于保险产品价值的一部分。所以，非价格竞争的重要性大于价格竞争的重要性是竞争机制在保险市场上的特征之一。

第二节 保险市场的供给与需求

一、保险市场供给的概念

（一）保险市场供给的含义

根据经济学原理，保险市场供给是指在一定的费率水平上，保险市场上的各家保险公司愿意并且能够提供的保险商品的数量。这也就是说，在不同的价格（费率）水平上，保险市场供给是不同的。所以，在经济学中，市场供给往往是用市场供给表来标示。但在很多情况下，保险供给都无法进行直接的测算，这是因为保险产出无法进行精确的定义或衡量。所以，保险市场供给用保险市场上的承保能力来表示，它就是各个保险公司的承保能力之总和。而保险公司的承保能力又取决于保险公司的资本金和盈余承保能力，所以，保险公司的资本金和盈余承保能力的变化，直接影响保险市场的供给。

此外，从市场供给所具有的供应能力含义看，保险供给的含义不应简单地视为保单的销售、签单、承保过程，而应该将其视为包括保单设计、合同订立、理赔服务等一系列以保障为核心的保险活动。如果保单前期销售工作顺利完成，后期服务却不能跟上，市场依然表现为供给不足。所以，保险产品的供给也即保险

产品的生产，它是建立在对概率论和大数法则等数理知识运用的基础上，根据承保风险发生的频率和损失程度科学厘定费率，通过直销、代理、经纪等各种销售渠道销售产品，并利用保险费形成的保障基金，对保障范围内的损失进行赔付，所形成的一系列生产活动。所以，保险市场供给或供给过程具有其特殊性。

（二）保险市场供给的内容

保险市场供给的内容包括质和量两个方面。保险市场供给的质有三层含义：一是指保险公司所能提供的保险商品的种类。例如，当前我国寿险市场供给的险种有年金保险、养老保险、子女教育保险、意外伤害保险、重大疾病保险以及分红保险、投资连结保险、万能保险等。二是指具体保险险种质量的高低，比如保险条款是否合理，收取保险费是否与所负责任相符，保障责任是否满足市场需求等。三是指保险公司产品供给的结构。

保险市场供给的量也有两方面含义：第一，是指一定时期内保险市场能提供的保险商品数量，一般用保单数量和保险费总量衡量；第二，是指供给的保险商品所能实现的保障水平，主要体现在保险金额上。

二、影响保险市场供给的因素

保险供给是以保险需求为前提的，保险需求是制约保险供给的基本因素。在存在保险需求的前提下，保险市场供给受到以下因素的制约。

（一）保险费率

在市场经济的条件下，决定保险供给的因素主要是保险费率，保险供给与保险费率呈正相关关系，保险费率上升，会刺激保险供给增加；反之，保险供给则会减少。

（二）偿付能力

由于保险经营的特殊性，各国法律对于保险企业都有最低偿付能力标准的规定，保险供给会受到偿付能力的制约。另外，保险企业的业务容量比率即净保费收入与净资产的比率，也制约着保险企业的供给。

（三）互补品、替代品的价格

互补品价格与保险供给呈正相关关系。互补品价格上升，引起保险需求减少，保险费率上升，使保险供给增加；互补品价格下降，引起保险需求增加，保险费率下降，使保险供给减少。替代品价格与保险供给呈负相关关系。替代品价格下

降，保险需求减少，保险费率上升，使保险供给增加；反之，保险供给减少。

（四）保险技术水平

保险业是一个专业性、技术性较强的行业，有些险种难以设计，因而即使有保险市场需求，也难以有保险市场供给。保险专业的技术水平制约着保险市场供给。

（五）市场的规范程度

竞争无序的市场会抑制保险需求，从而减少保险供给；竞争有序，行为规范，则使保险市场信誉提高，从而刺激保险需求，扩大保险供给。因而，规范的保险市场会促进保险供给扩大，而不成熟不规范的市场则使保险供给受到抑制。

（六）政府的监管

保险业是一个极为特殊的行业，各国对其都有相对于其他行业的严格监管。在这种情况下，即使保险费率上升，由于政府的严格监管，保险供给也难以扩大。

三、保险商品供给弹性

（一）保险商品供给弹性的含义

在经济学中，弹性是指作为因变量的经济变量的相对变化与作为自变量的经济变量的相对变化之比。在保险经济学中，保险供给弹性研究的是影响保险供给的某一种自变量的值每变动 1%所引起的供给量变动的百分比。

一般来说，有多少个影响保险供给的因素，就有多少供给弹性。在保险市场中，保险供给弹性指不同因素对保险供给量影响程度的大小，主要包括供给的价格弹性、资本弹性、人才弹性、物资弹性、管理弹性和利润弹性等。

1. 价格弹性。保险供给的价格弹性表明某种保险产品价格每提高或降低 1%所引起的该种产品的供给量变化的百分比。这个百分比需要通过对大量的实践数据进行统计分析才能得出。一般地说，保险供给量与保险产品价格成正比关系。价格每提高或降低 1%，就会使保险供给增加或减少一定的百分比。理解了供给弹性的概念，就能够分析、预测价格变化对保险产品供给的影响。这里需要注意，供给的价格弹性所表达的是价格和数量的相对变化而不是绝对变化。保险商品供给与保险价格成正相关关系（见图 6-1）。

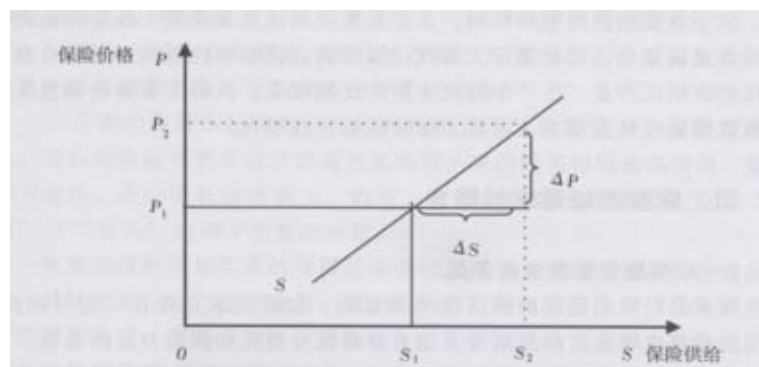


图 6-1 保险商品供给与保险价格的相关关系

2. 资本弹性。保险供给的资本弹性表明投入保险业或保险公司的资本每变动 1%所引起的保险供给量变动的百分比。这个百分比要靠大量的数据和统计分析才能得到。一般而言，保险供给的资本弹性是正值，也就是说，资本增加，寿险产品的供给就会增加。

3. 利润弹性。保险经营的目的是盈利，保险公司的经营目标也是利润。因此，利润的高低对寿险经济的供给影响极大。一般来说，保险产品供给的利润弹性是正值。保险利润弹性对于不同的险种是不同的。

(二) 保险商品供给弹性的种类

由于各保险商品的有机结构、保险对象、设计的难易程度等诸多因素影响，使得保险商品供给弹性表现出不同的情况。第一，供给无弹性，即 $E_s = 0$ ，无论保险费率如何变动，保险商品供给量都保持不变；第二，供给无限弹性，即 $E_s \rightarrow \infty$ ，即使保险费率不再上升，保险商品供给量也无限增长；第三，供给单位弹性，即 $E_s = 1$ ，保险费率变动的比率与其供给量变动比率相同；第四，供给富于弹性，即 $E_s > 1$ ，表明保险商品供给量变动的比率大于保险费率变动的比率；第五，供给缺乏弹性，即 $E_s < 1$ ，表明保险商品供给量的变动比率小于保险费率变动的比率。

(三) 保险商品供给弹性的特殊性

虽然保险商品的供给弹性表现为不同的种类，但从保险商品的总体而言，其供给弹性又有其自身特殊性。首先，保险商品供给弹性较为稳定。保险商品向人们提供的是风险保障，并且其供给与需求几乎同时存在，因而，它不易受经济周期的影响，无论是繁荣期还是衰退期，保险商品的供给均无显著变化，比较稳定。其次，保险商品供给弹性较大。保险业属于国民经济第三产业，生产中的固定资

产比例较低，供给不必经由调整生产规模就能适应社会需求，因此，保险供给弹性较大。

四、保险市场需求的概念

（一）保险市场需求的含义

需求是针对消费者的购买能力而言的。保险需求是指在一定时间内、一定的费率水平上，保险消费者愿意并有能力购买的保险商品的总量。它是消费者对保险保障的需求量，可以用投保人投保的保险金额总量来计量。保险市场需求则是一个总括性、集合性的概念，但它又不是所有保险需求的简单相加，而是在各种不同的费率水平上，消费者购买的保险商品数量表，即在特定时间内，在不同的费率水平上，保险需求的集合形成了保险市场需求。

保险市场需求包括三个要素：有保险需求的人、为满足保险需求的购买能力和购买意愿。这三个要素相互制约，缺一不可，结合起来构成现实的保险市场需求，决定市场需求的规模和容量。人口众多但收入很低，购买力有限，不能成为容量很大的保险市场需求；反之，购买力虽然很高，但人口很少，也不能成为很大的保险市场需求。既有众多的人口，又有很强的缴费能力，才能形成一个有潜力的保险市场需求。但是，如果保险商品不适合保险消费者需要，不能引起人们的购买愿望，对保险企业来说，仍然不能成为现实的保险市场需求。所以，保险市场需求是上述三个要素的统一。

由于保险商品的特殊性，消费者除了要有投保欲望与缴费能力以外，保险利益的存在成为保险需求的首要前提。无论是财产还是人身，倘若投保人与投保的标的之间不存在保险利益关系，那么购买保险是毫无意义的。

（二）保险市场需求的类型

保险市场需求可以从很多不同的层次进行测量。某一地区或某一险种的市场需求规模是由购买者人数决定的，有多少人将成为该地区或该险种的消费者，涉及其兴趣、收入和通路三个特性。据此，保险市场需求可以划分为以下几种类型：

1. 潜在的保险市场需求。潜在的保险市场需求是由一些对保险商品或某一具体险种具有一定兴趣的消费者构成的。

2. 有效的保险市场需求。仅仅有兴趣还不足以确定一个保险市场需求。潜在的保险消费者还必须有足够的收入来供购买保险商品使用。除投保兴趣外，还

必须有缴费能力。因此，有效的保险市场需求是关于“兴趣”与“收入”这两个变数的函数。

有效的保险市场需求的规模还取决于消费者是否容易接近保险产品或某一具体险种，即是否有通路。通路障碍可以阻止消费者对市场上所提供的险种的响应，因而会使需求规模缩小。需求规模与通路障碍成反比。例如，居住在偏僻山区的散户人家，他们对所需要的险种很有兴趣，但是限于保险企业的人力物力，在风险勘查、理赔勘查诸多方面多有困难，无力对他们的风险进行承保，因而这些潜在的消费者仍然不能成为现实的消费者。因此，有效的保险市场需求是指既有保险商品的购买兴趣，又有足够的缴费能力，并有可能接近保险商品的保险消费者的需求总和。

3. 合格有效的保险市场需求。在某些保险商品的供给中，保险企业可能会对一些消费者作出投保限制。例如，虽然所有的消费者都需要人寿保险，但是，只有那些能付得起保费、身体健康、具有责任感并容易接近的人才能成为合格的投保人或被保险人。因此，合格有效的保险市场需求，是指具有保险商品的购买兴趣、有足够的缴费能力、能够接近保险商品，同时还有资格成为投保人或被保险人的消费者的需求总和。

4. 已渗透的保险市场需求。一个保险企业应尽量满足全部有效的保险需求，但是，在一定时期内，它只能根据自己的资源选择其中某些部分作为为之服务的对象，即确定自己的目标市场，并与其他竞争者展开角逐。在其目标保险市场上，那些已经成为本企业的投保人或被保险人是该企业“已渗透的保险市场需求”。

五、影响保险市场需求的主要因素

保险市场需求是一个变量，受诸多因素的影响，当这些因素发生变化时，保险市场需求会增大或减少。影响保险市场需求有几个重要因素。

（一）风险因素

“无风险，无保险”，风险是保险产生、存在和发展的前提条件与客观依据，从而也就成为产生保险需求的触发条件。风险程度越大，保险需求越强烈。

（二）保险费率

保险费率对保险市场需求有一定的约束力，两者一般呈反方向变化。从总体上讲，费率上升会带来保险需求的减少；费率下降，会导致保险需求的增加。但

是，费率对保险需求的这种影响会因保险商品品种的不同而不同。

（三）消费者的货币收入

消费者的货币收入直接关系到其保险购买力的大小。当国民收入增加时，作为保险商品的消费者——个人的货币收入、企业的利润也会随之增多，会有更强的缴费能力，保险的需求随之扩大。因而，消费者的货币收入是影响保险需求的主要因素之一。

（四）互补商品与替代商品价格

财产保险的险种是与财产相关的互补商品，例如汽车保险与汽车，当汽车的价格下降时，会引起汽车需求量的增加，从而导致汽车保险商品需求量的扩大；反之则会引起汽车保险商品需求量的减少。另外，一些保险商品特别是人寿保险商品是储蓄的替代商品，当储蓄利率上升时，人寿保险商品的需求就会减少；反之则会增加。

（五）文化传统

保险需求在一定意义上受人们风险意识和保险意识的直接影响，而人们的风险意识与保险意识又是受特定的文化环境影响和控制的。在我国，由于长期的封建文化的影响，对于一些风险人们有时宁愿求助于神灵的保佑，也不接受保险的保障，从而抑制了保险需求。

（六）经济制度

市场经济条件下，个人与企业会面临更多的风险，这一切不再由国家包揽解决，那么保险就是一条最佳解决途径，因而经济制度的变化会影响到保险需求。

六、保险商品需求弹性

保险需求弹性是指保险需求对其诸影响因素变动的反应程度，通常用需求弹性系数来表示，即：

式中：

D ——保险需求

ΔD ——保险需求的变动

f ——影响保险需求的因素

Δf ——影响保险需求的因素的变动

如前所述，影响保险需求变化的因素很多，但其中保险费率和消费者的收入是直接而有效的两个因素，因而，对保险需求弹性的分析主要集中在对保险需求的费率弹性和收入弹性的分析上。

（一）保险需求的费率弹性

保险需求的费率弹性是指由于保险费率的变动而引起的保险需求量的变动，它反映了保险需求对费率变动的反应程度。保险需求与费率之间呈负相关关系（见图 6-2）。

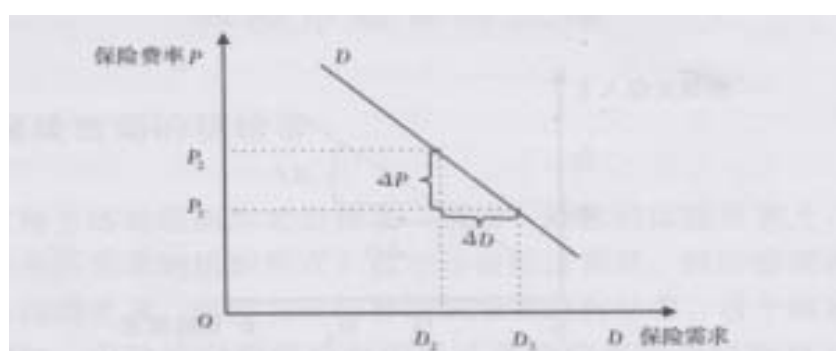


图 6-2 保险需求与保险费率之间的关系

因为保险费率与保险需求之间呈负相关关系，所以保险需求的费率弹性为负值，研究保险需求的费率弹性，基本目的是了解保险费率与保费收入之间的关系。当保险费率变动时，其需求的费率弹性的大小与保费收入是密切相关的。因为费率变动引起保险需求量的变动，从而引起销售量的变动，进而影响到保费收入。不同的险种的需求弹性不同，费率变动引起的销售量的变动也不同，从而保费收入的变动也就不同。保险需求的费率弹性、保险需求与保费收入三者之间的关系可用图 6-3 表示。

图 6-3 表明，在区间 0A 中， $|Ed| > 1$ ，保险需求具有相对费率弹性，费率与保险需求、保费收入呈反方向变化，即当费率下降时，保险需求与保费收入同步增长。在 AB 区间中， $|Ed| = 1$ ，保险需求是一种单位弹性。费率下降，保险需求上升，但保费收入不因费率下降而下降。在 BC 区间中， $|Ed| < 1$ ，保险需求缺乏相对费率弹性，费率下降，需求增长，但保费收入下降。

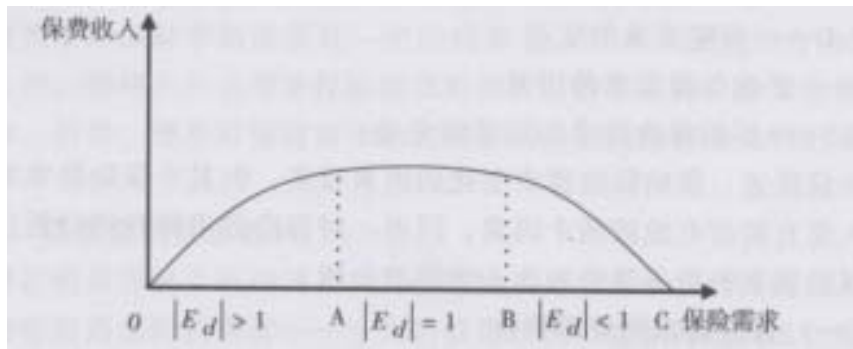


图 6-3 保险需求的费率弹性与保险需求及保费收入之间的关系

(二) 保险需求的收入弹性

保险需求与消费者收入呈正相关的关系（见图 6—4）。

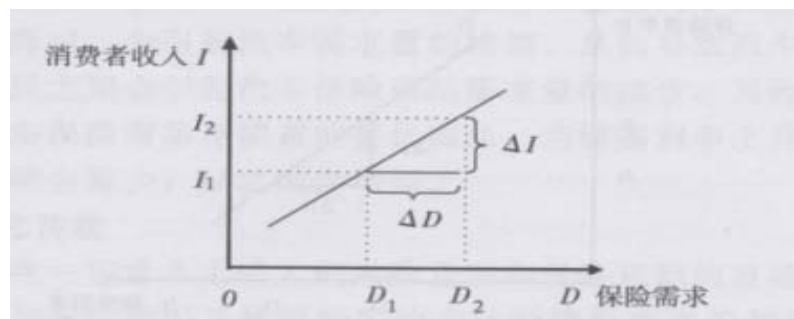


图 6-4 保险需求与消费者收入之间的关系

保险需求的收入弹性是指保险消费者货币收入变动所引起的保险需求量的变动，它反映了保险需求量对保险消费者货币收入变动的反应程度。

一般来讲，保险需求的收入弹性大于一般商品。这是因为：首先，保险产品特别是人身保险带有很大的储蓄性。储蓄与消费者的货币收入呈正方向变化。随着消费者货币收入的增加，必然带动储蓄性保险需求量的增加。其次，人们的消费结构会随着货币收入的增加而变化，一些高额财产、文化娱乐、旅游等精神消费支出比例会由此而增大，而与其具有互补作用的消费会随着消费者货币收入的增加而增加，例如汽车保险、家庭财产保险、旅游意外伤害保险等保险的需求会随之增加。

但是，因为各保险商品的结构、保障对象不同，在一定的经济条件下，消费者对保险商品的需求量也不同，所以各保险商品需求的收入弹性也会出现不同的情况：收入无弹性， $E_i = 0$ ；收入富于弹性， $E_i > 1$ ；收入缺乏弹性， $E_i < 1$ ；收入单位弹性， $E_i = 1$ ，收入负弹性， $E_i < 0$ 。

(三) 保险需求的交叉弹性

保险需求的交叉弹性是指相关的其他商品的价格变动引起的保险需求量的变动，它取决于其他商品对保险商品的替代程度和互补程度，反映了保险需求量变动对替代商品或互补商品价格变动的反应程度。

一般而言，保险需求与替代商品的价格呈正方向变动，即交叉弹性为正，且交叉弹性愈大，替代性也愈大。如自保与保险就是互为替代品。保险需求与互补商品价格呈反方向变动，即交叉弹性为负。如汽车保险与汽车具有互补作用，当汽车价格提高时，汽车保险需求量减少。

第三节 保险市场供给主体

一、保险市场的供给者

保险市场主体的组织形式是指在一国或一地区的保险市场上，保险人经营保险业务所采取的组织形式。由于社会经济制度、经济管理体制和历史传统等方面的差异，保险人以何种组织形式进行经营，各个国家都有特别限定。例如，美国规定的保险组织形式是股份有限公司和相互公司两种。日本规定的保险组织形式是株式会社（股份有限公司）、相互会社（相互公司）以及互济合作社三种。我国台湾地区的保险组织形式有股份有限公司和合作社两类。我国《保险法》未对保险公司组织形式作出特别规定。根据《保险法》第九十四条的规定，除保险法另有规定外，保险公司的组织形式适用《中华人民共和国公司法》的规定。从效率角度看，哪一种形式最优，并没有唯一和固定的。

（一）国营保险组织

国营保险组织是由国家或政府投资设立的保险经营组织，它们可以由政府机构直接经营。通过国家法令规定某个团体来经营的组织形式称为间接国营保险组织，如日本的健康保险组织和专门办理输出保险的日本输出银行等就属于间接国营保险组织。

由于各国的社会经济制度不同，在有些保险市场上，国营保险组织完全垄断了一国的所有保险业务，这是一种完全垄断型国营保险组织。这样的国营保险组织往往是“政企合一”组织。1988年以前，中国人民保险公司就属这一性质的国营保险组织。而在有些国家，为了保证国家某种社会政策的实施，将某些强制性或特定保险业务专门由国营保险组织经营，这是一种政策型国营保险组织，如

美国联邦存款保险公司就属于这一性质的国营保险组织。另外，在许多国家，国营保险组织同其他组织形式一样，可以自由经营各类保险业务，并可与之展开平等竞争，同时还要追求公司最大限度的利润，这是一种商业竞争型的国营保险组织。在股份制改革前，中国人民保险公司、中国人寿保险公司就属于这一性质的国营保险组织。

（二）私营保险组织

私营保险组织是由私人投资设立的保险经营组织，它多以股份有限公司的形式出现。保险股份有限公司是现代保险企业制度下最典型的一种组织形式。股份有限公司简称为股份公司，是现代企业制度最典型的组织形式，它是由一定数目以上的股东发起组织，全部注册资本被划分为等额股份，通常发行股票（或股权证）筹集资本，股东以其所认购股份承担有限责任，公司以其全部资产对公司债务承担民事责任。但股份制公司的投资者并不一定全是私人或私营企业。

股份有限公司以其严密而健全的组织形式早已被各国保险业广泛推崇，保险法也将这一组织形式规定为我国保险公司设立的形式之一，因而，建立我国的现代保险企业制度，稳妥而健康地发展保险股份有限公司，将是十分有益的。保险股份有限公司的特点：首先，股份有限公司是典型的资合公司，公司的所有权与经营权相分离，有利于提高经营管理效率，增加保险利润，进而扩展保险业务，使风险更加分散，经营更加安全，对被保险人的保障更强。其次，股份有限公司通过发行股票（或股权证）筹集资本，因而，比较容易筹集大额资本，使经营资本充足，财力雄厚，有利于业务扩展。

（三）合营保险组织

合营保险组织包括两种形式：一种是政府与私人共同投资设立保险经营组织，属于公私合营保险组织形式。公私合营保险组织通常也是以股份有限公司的形式出现，并具有保险股份有限公司的特征；另一种是本国政府或组织与外商共同投资设立的合营保险组织，我国称之为中外合资保险经营组织形式。目前，在我国保险市场上，也存在这样的保险组织形式。例如，1996年11月由中化集团对外贸易信托投资公司与加拿大宏利人寿保险公司合资设立的中宏人寿保险公司。

（四）合作保险组织

合作保险组织是由社会上具有共同风险的个人或经济单位，为了获得保险保障，共同集资设立的保险组织形式。在西方国家的保险市场上，合作保险组织分为消费者合作保险组织与生产者合作保险组织。前者是由保险消费者组织起来并为其组织成员提供保险的组织，它既可以采取公司形式，如相互保险公司，也可以采取非公司形式，如相互保险社与保险合作社。后者则多半是由医疗机构或人员为大众提供医疗与健康服务组织起来的，如美国的蓝十字会和蓝盾医疗保险组织。

1. 相互保险公司。相互保险公司是由所有参加保险的人自己设立的保险法人组织，是保险业特有的公司组织形式。与股份保险公司相比较，相互保险公司具有以下特点：

(1) 相互保险公司的投保人具有双重身份。相互保险公司没有股东，保单持有人的地位与股份公司的股东地位相类似，公司为他们所拥有。因此，投保人具有双重身份，既是公司所有人，又是公司的顾客；既是投保人或被保险人，同时又是保险人。他们只要缴纳保险费，就可以成为公司成员，而一旦解除保险关系，也就自然脱离公司，成员资格随之消失。

(2) 相互保险公司是一种非营利性公司。相互保险公司没有资本金，以各成员缴纳的保险费形成公司的责任准备金，来承担全部保险责任，也以缴纳的保险费为依据，参与公司盈余分配和承担公司发生亏空时的弥补额。因而这种公司没有所谓的盈利问题，它不是一种以营利为目的的保险组织。

(3) 相互保险公司的组织机构类似于股份公司。相互保险公司的最高权利机关是会员大会或会员代表大会，即由保单持有人组成的代表大会，由他们选举董事会，由董事会任命公司的高级管理人员。但随着公司规模扩大，董事会和高级管理人员实际上已经控制了公司的全部事务，会员很难真正参与管理，而且现在已经演变成委托具有法人资格的代理人营运管理，负责处理一切保险业务。

相互保险公司比较适宜于人寿保险公司，如美国最大的人寿保险公司谨慎人寿保险公司、大都会人寿保险公司都是相互保险公司。但是，需要指出的是，相互保险公司最初的相互性正在渐渐消失，与股份保险公司已无明显差异，而且，事实上，不少相互保险公司最初也是以股份公司形式设立，后来再通过退股相互公司化。因而，相互保险公司在内部组织机构设置、保险业务拓展、保险费率拟

定、保险基金运用等方面，都遵循了保险的一般原则。

2. 相互保险社。相互保险社是同一行业的人员，为了应付自然灾害或意外事故造成的经济损失而自愿结合起来的集体组织。相互保险社是最早出现的保险组织，也是保险组织最原始的状态。但是，目前这种保险组织在欧美国家仍然相当普遍，如在人寿保险方面有英国的友爱社，美国的同胞社，海上保险方面有船东保赔协会等。

与保险合作社及相互保险公司相比较，相互保险社具有以下特征：首先，参加相互保险社的成员之间互相提供保险，即每个社员为其他社员提供保险，每个社员同时又获得其他社员提供的保险，真正体现了“我为人人，人人为我”。其次，相互保险社无股本，其经营资本的来源仅为社员交纳的分担金，一般在每年年初按暂定分摊额向社员预收，在年度结束计算出实际分摊额后，再多退少补。再次，相互保险社保险费采取事后分摊制，事先并不确定。最后，相互保险社的最高管理机构是社员选举出来的管理委员会。

3. 保险合作社。保险合作社是由一些对某种风险具有同一保障要求的人，自愿集股设立的保险组织。保险合作社与相互保险社很相似，而且相互保险社通常又是按照合作社的模式建立的，因此，人们往往对二者不加区别。实际上，它们之间存在着很大的差异。首先，保险合作社是由社员共同出资入股设立的，加入保险合作社的社员必须交纳一定金额的股本。社员即为保险合作社的股东，其对保险合作社的权利以其认购的股金为限。而相互保险社却无股本。其次，只有保险合作社的社员才能作为保险合作社的被保险人，但是社员也可以不与保险合作社建立保险关系。也就是说，保险关系的建立必须以社员为条件，但社员却不一定必须建立保险关系，保险关系的消灭也不影响社员关系的存在，也不丧失社员身份，因而保险社与社员间的关系比较长久，只要社员认缴股本后，即使不利用合作社的服务，仍与合作社保持联系。而相互保险社与社员之间是为了一时目的而结合的，如果保险合同终止，双方即自动解约。再次，保险合作社的业务范围仅局限于合作社的社员，只承保合作社社员的风险。最后，保险合作社采取固定保险费制，事后不补缴，而相互保险社保险费采取事后分摊制，事先并不确定。中国渔业互保协会（China Fishery Mutual Insurance Association, CFMI）（原中国渔船船东互保协会，2007年7月经民政部批准改用现名）是于1994年7月成立

的中国第一家非政府互助保险机构，由全国范围内广大渔民以及其他从事渔业生产经营或为渔业生产经营服务的单位和个人自愿组成。作为非营利组织，该协会的主要资金来源于会员缴纳的保险费。截至 2008 年底，协会累计入保渔民 400 万人（次），入保渔船 20 万艘（次），为渔民提供了约 1100 亿元的风险保障，共支付经济补偿金近 7 亿元。该协会成立之前，为渔民提供保险的是保险公司，但保险公司不愿承保木制的小功率渔船。在实践中，这些渔船却是渔民最需要保险的。

（五）自保组织

自保组织是指某一行业或企业为本行业或企业提供保险保障的组织形式。欧美国家的许多大的企业集团，都有自己的自保公司。自保公司是在第一次世界大战和第二次世界大战期间首先在英国兴起的，到 20 世纪 50 年代，美国也开始出现了这种专业性自保公司。

二、保险公司业务范围

（一）保险公司业务范围概述

由于保险经营的特殊性，各国和地区都对保险公司的经营范围作明确的规定，并对经营范围实施监督管理。所谓保险公司经营范围，是指政府通过法律或行政命令，规定保险公司所能经营的业务种类和范围。在我国，根据《保险法》的规定，保险公司的业务范围包括财产保险业务和人身保险业务，以及与其相应的再保险业务等。具体如下：

按照我国《保险法》第九十五条的规定，保险公司的业务范围包括：

1. 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；
2. 财产保险业务，包括财产损失保险、责任保险、信用保险、保证保险等保险业务；
3. 国务院保险监督管理机构批准的与保险有关的其他业务。

保险人不得兼营人身保险业务和财产保险业务。但是，经营财产保险业务的保险公司经国务院保险监督管理机构批准，可以经营短期健康保险业务和意外伤害保险业务。

经国务院保险监督管理机构批准，保险公司可以经营相应保险业务的分出保险和分入保险的再保险业务。

（二）保险公司业务范围核定

经批准设立的保险公司的业务范围并不自动获得经营全部保险业务的资格。我国《保险法》第九十五条规定：“保险公司应当在国务院保险监督管理机构依法批准的业务范围内从事保险经营活动。”也就是说，保险公司应向保险监督管理机构申请业务经营范围，而保险监督管理机构根据该保险公司的资本金、技术力量、管理水平等因素予以核定，经保险监督管理机构核定的业务范围，可以是人身保险或财产保险的全部业务，也可以是其中的部分业务。经保险监督管理机构核定的业务范围，要在保险公司的保险许可证上予以记载，如果保险公司调整业务范围，要经保险监督管理机构重新核定，并办理换发保险许可证的手续。

保险监管部门对保险公司的分支机构也应核定其业务范围。保险公司的分支机构的业务范围并不必须与其总公司相同。保险公司分支机构在其总公司授权范围内从事经营活动，总公司只能将其有权经营的业务全部或部分授予分支机构，总公司未授权分支机构经营的业务，分支机构就不得经营。此外，保险监督管理机构认为不宜由某个分支机构经营的业务（如再保险）或分支机构在技术上无能力经营的业务，也不会核定分支机构拥有此项业务范围。也就是说，保险监督管理机构在核定分支机构业务范围时，只能核定其总公司业务范围的全部或部分。所以，分支机构的业务范围不可能超过其总公司。

按照我国《保险法》第一百六十一条的规定，保险公司超出批准的业务范围经营的，由保险监督管理机构责令限期改正，没收违法所得，并处违法所得一倍以上五倍以下的罚款；没有违法所得或者违法所得不足十万元的，处十万元以上五十万元以下的罚款；逾期不改正或者造成严重后果的，责令停业整顿或者吊销业务许可证。

（三）保险公司兼业和兼营

1. 保险公司的兼业。为保障广大被保险人的利益，绝大多数国家均通过立法确立商业保险专营原则，未经国家主管机构批准，擅自开办保险业务的法人或个人属非法经营，国家主管机构将勒令其停业并予以经济上乃至刑事上的处罚。同样，保险人也不得经营非保险业务，如银行业务、信托投资业务、房地产业务等，甚至不得从事未经核准的其他性质的保险业务，如社会保险业务。在许多国家还规定保险合作社或保险互助共济组织不得经营非社员或会员业务。但商业保

险专业经营原则也有例外：如英国规定从事其他商业业务的公司，经批准也可以从事与其有关的保险业务，作为其对顾客提供的额外服务；在美国的纽约等四个州规定允许储蓄银行兼营保险业务。

依我国现行法律规定，保险、证券、银行必须分业经营。我国《保险法》规定，保险业和银行业、证券业、信托业实行分业经营、分业管理，保险公司与银行、证券、信托业务机构分别设立。我国证券法规定，证券业和银行业、信托业、保险业分业经营、分业管理。证券公司与银行、信托、保险业务机构分别设立。此外，我国现行法律法规对银行、证券公司、保险公司之间的相互投资也有明确的限制。《商业银行法》（以下简称《商业银行法》）第四十三条规定，商业银行在中华人民共和国境内不得从事信托投资和证券经营业务，不得向非自用不动产投资或者向非银行金融机构和企业投资，但国家另有规定的除外。

随着银行与保险业的相互融合，金融产品的不断创新，金融机构为提高市场竞争力，出现金融控股公司，以设立银行、证券、保险子公司的形式进行兼业。子公司属于具有独立法人资格、独立核算的机构，子公司之间可以相互代理，不能兼业，这样，在一定程度上起到了银行、证券、保险之间的防火墙的作用。

2. 保险公司的兼营。目前，多数国家禁止保险公司同时从事性质不同的保险业务。由于各国保险法对保险类别划分标准不一，具体的禁止规定也不尽相同，但主要是指财产险与人寿险不得兼营。由于财产保险与人寿保险的经营技术基础、承保手续、保费计算方式、准备金的计提方式以及保险金给付条件和方法等诸方面迥然不同，为避免业务上混乱与经营庞杂，保证保险业的偿付能力，保护被保险人的权益，各国保险法一般都规定保险公司实行寿险和财产险分业经营。但有几个例外：（1）英国政府对保险经营的范围基本上没有限制，保险公司可以以会计独立为条件，同时兼营寿险和非寿险业务（在英国《保险公司法》中称为长期业务和普通业务）；（2）美国各州一般都规定实行分业经营，但多数情况下的健康保险可由寿险公司和财产险公司同时兼营；（3）日本原本采取分业经营原则，但在1996年颁布的新《保险业法》中规定：财产保险公司可以通过设立子公司形式兼营人寿保险业务；反之，亦然。

另外，各国保险法一般明确规定：不限制保险公司同时经营原保险和再保险业务。但再保险人是否可以同时经营人寿险再保险和财产险再保险，各国立法无

明文规定，一般从理论和实践上认可其兼营。

我国《保险法》曾明确规定：同一保险人不得同时兼营财产保险业务和人身保险业务。但意外险与健康险这类人身险业务大都是短期业务，在财务处理上与财产险比较一致；此外，这类业务大都适用于损失补偿原则，从业务性质上看，它与财产险业务相一致，所以，在国际保险业，很多国家将这类业务（意外险、健康险）视为第三领域，财产险、人寿险公司通常可以同时经营这类业务。新修订的我国《保险法》在第九十五条对第三领域业务作了更加符合国际趋势的规定：“保险人不得兼营人身保险业务和财产保险业务。但是，经营财产保险业务的保险公司经国务院保险监督管理机构批准，可以经营短期健康保险业务和意外伤害保险业务。”在不违背分业监管的原则下，这项规定有利于刺激第三领域保险市场的发展，这也有益于财产险公司向更宽的领域拓展，而市场的竞争最终将有益于被保险人获得更好的服务。

三、保险市场中介

（一）保险市场中介功能与行为的基本原则

1. 保险市场中介功能。保险中介是随着保险业的发展而产生的，它是保险市场细分的结果，其功能有：

（1）优化保险产业资源配置。保险中介市场的形成和完善，能够有效地促进保险市场资源的优化配置及结构的合理调整，促使保险公司致力于保险险种的开发，加强经营管理。保险代理人代表保险公司的利益，进行展业宣传，最大限度地开发保险需求。保险经纪人利用其专业技术及熟悉保险市场的优势，向投保人推荐服务质量上乘、经营稳健的保险公司，保护客户利益，帮助投保人作出正确的购买选择。保险公估人则以真正的中立人身份协调保险买卖双方的矛盾，保护双方的利益。总之，保险市场各类行为主体在各业务领域内发挥作用，保险市场的各种资源得到高效的利用，并朝着保险资源最优配置目标前进。

（2）降低保险交易成本。保险中介市场的存在有利于沟通保险信息，降低保险交易成本。保险代理人在展业过程中，利用接触信息来源快的优势，成为保险人了解保险市场需求和标的的危险状况的重要渠道。保险人通过保险代理人获得市场信息，并对保险市场进行分析，适应市场变化的要求，不断完善保险条款和经营策略。节约管理成本，极大地降低保险人的交易成本。保险经纪人则利用

其中介身份和专业技术，帮助投保人作出正确的购买决策，避免了保险市场信息不对称给投保人带来的负面影响，从而降低了投保人的交易成本。保险公估人以第三者身份出现，有利于消除保险买卖双方的矛盾，促进保险市场稳定发展。通过保险中介市场可以节约保险经营主体的自营机构的场地及人员开支，降低经营成本，从而达到增收节支的目的。

2. 保险中介行为的基本原则。根据国际和国内保险业的实践，为充分发挥保险中介的作用并有利于保险业的发展，保险中介行为应遵循的原则有：

(1) 合法性原则。国家通过颁布专门的法律法规，明确保险中介人的权利与义务，确立保险中介行为的准则。

(2) 公平竞争原则。在保险市场上，保险公司之间应遵循公平竞争的原则，保险中介人也应遵循公平竞争的原则，尤其不能利用保险中介的行政权利或商业便利引诱或强迫开展保险业务，也不得为任何利益向客户给付回扣或合同规定以外的利益。

(3) 资格认证原则。根据国际惯例，世界各国一般都对保险中介人制定了明确的资格要求，制定并完善资格考试制度。资格认证原则有助于确保保险中介人具有较高的业务素质，以维护好合同双方当事人的合法利益。

(4) 独立性原则。在保险中介活动中，保险中介人应在委托人委托范围内依法独立从事业务活动，不应受其他任何单位和个人的干预，应有效保护合同双方的合法利益，发挥保险中介的作用。

(二) 保险代理人

1. 保险代理和保险代理人的概念。保险代理是代理行为的一种，是保险人委托保险代理人扩展其保险业务的一种制度。保险代理人是指根据保险人的委托，向保险人收取佣金，并在保险人授权的范围内代为办理保险业务的机构和个人。保险代理人的权利依据于保险代理合同的授权。

保险代理具备民事代理的一般特征：一是保险代理人以保险人名义进行代理活动；二是保险代理人在保险人授权范围内作独立的意思表示，保险代理产生于保险人的委托授权，因而属于委托代理；三是保险代理人与投保人实施的民事法律行为，具有确立、变更或终止一定的民事权利义务关系的法律意义；四是保险代理人与投保人之间签订的保险合同所产生的权利义务，视为保险人自己的民事

法律行为，法律后果由保险人承担。因此，保险代理由民法调整的民事法律行为，应遵循民法的基本原则。此外，委托保险代理必须采用书面形式。保险代理合同是保险人与代理人关于委托代理保险业务所达成的协议，是证明代理人具有代理权的法律文件。

2. 保险代理人和保险经纪人的区别。保险经纪人与保险代理人同属保险中介范畴，但是二者具有明显区别，具体表现在：

(1) 保险代理人是受保险人的委托，代表保险人的利益办理保险业务，实质上是保险自营机构的一种延伸；保险经纪人则是基于被保险人的利益从事保险活动，为被保险人提供各种保险咨询服务，进行风险评估，选择保险公司、保险险别和保险条件等。

(2) 保险代理人通常代理的是销售保险人授权的保险服务品种；保险经纪人则接受被保险人的委托为其协商投保条件，提供保险服务。

(3) 保险代理人按代理合同的规定向保险人收取佣金；保险经纪人则根据被保险人的要求向保险公司投保，保险公司接受业务后，向经纪人支付佣金，或者由被保险人根据经纪人提供的服务，给予一定的报酬。

(4) 保险经纪人的法律地位和保险代理人的地位截然不同。保险经纪人是被保险人的代表，其疏忽、过失等行为给保险人及被保险人造成损失，应独立承担民事法律责任；保险代理人的行为则被视为保险人的行为，我国保险法明确规定：“保险代理人根据保险人的授权代为办理保险业务的行为，由保险人承担责任。”

(5) 保险经纪人的职能及其行为的法律特征等特殊性和专业性使经纪人资格的取得、机构的审批等较代理人更为严格。为了维护被保险人的利益，很多国家还规定经纪人必须投保职业责任保险。

3. 保险专业代理机构。保险代理人的主体形式分为机构和个人。根据我国现行法律法规的规定，保险代理人分为保险专业代理机构、保险兼业代理机构和个人保险代理人。保险专业代理机构具有不同于其他形式保险代理人的特点：

(1) 组织机构健全。保险专业代理机构必须依照有关法律法规的规定设立，经保险监督管理机构资格审查，领取经营许可证，并向工商行政管理部门注册登记。它有自己的名称、财产、银行账户和营业场所，有自己的财务管理和人事制

度，独立对外进行意思表示，承担各种经济责任，自主经营、自负盈亏，照章纳税。国外保险专业代理公司的组织形式分为个人型、合伙型和公司型。

(2) 专业技术人才集中。保险专业代理机构作为专业代理人，将是中国未来保险代理市场的主体，是市场规范发展的核心所在。保险专业代理机构利用其业务专长和技术优势，可以有针对性地推动保险业务向纵深发展，不仅为投保人和被保险人提供更加完备的服务，也降低了保险公司的营运成本，使保险公司的经济效益相应提高。

(3) 经营管理专业化、规范化程度高。保险专业代理机构是基于保险公司的利益，代表保险公司与被保险人办理保险业务，提供中介服务的。保险专业代理机构代表保险公司宣传推销保险产品，收取保险费，协助保险公司进行损失的勘察和理赔。保险专业代理机构与客户接触，要了解客户的风险，承担解决客户风险管理任务，因而要求保险专业代理机构拥有高度专业化、规范化的经营管理水平。

(4) 节省保险公司经营成本。保险专业代理机构能节省保险公司招聘、培训、管理个人保险代理人的成本，有利于保险公司有效发挥其有限的资源。

4. 保险兼业代理机构。保险兼业代理机构是指接受保险人的委托，在从事自身业务的同时，指定专人为保险人代办保险业务的单位。保险兼业代理机构的业务范围是代理销售保险单和代理收取保险费。保险兼业代理机构具有建立机构简单，易于开展业务、适应性强等特点。

常见的保险兼业代理机构主要有银行代理、行业代理和单位代理三种。保险人利用银行与社会各行各业接触面广的特点，通过银行代理向企业和个人进行保险宣传，可取得十分显著的效果。行业代理就是利用某一行业对保险的特殊需求以及该行业业务开展的便利条件为保险人代理保险业务。所以，行业代理的保险业务一般为专项险种，如由货物运输部门代理货物运输保险业务，由航空售票点代理航空人身意外伤害保险等。单位代理主要是由各单位工会、财务部门代理，办理一些与职工生活关系密切的保险业务，方便群众投保。

5. 个人保险代理人。个人保险代理人是指受保险人的委托，向保险人收取佣金，并在保险人授权范围内代理保险业务的个人。个人保险代理人经保险人的授权，可以代理销售保险单和收取保险费。

（三）保险经纪人

1. 保险经纪人的概念。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，并依法收取佣金的机构。保险由于其技术复杂、保单条款专业而冗长，保险需求者倾向于委托保险经纪人来为其提供专业化的保障计划，选择资信良好、服务完备的保险人和适合自身需要的保险产品。保险经纪人依据其保险方面的专业知识和对保险市场的熟悉，根据保险需求者的要求对其面临的风险进行评估。选择合适的保险人和保险产品，提供专业化的服务。在我国保险经纪人主要是指保险经纪公司。按我国有关法律法规，成立保险经纪公司具有一定的条件，同时，有关法规还对从事保险经纪业务的人员的资格要求作了具体规定，从事保险经纪业务的人员，必须参加保险经纪人员资格考试。考试合格者，由保险监督管理机构或其授权机构核发“保险经纪人资格证书”。该证书不作执业证明文件使用。

2. 保险经纪人的特点

（1）保险经纪人提供的服务专业性强。保险经纪人一般都具有较高水平的业务素质和保险知识，是识别风险和选择保险方面的专家，可以帮助投保人及时发现潜在风险，能够提出消除或减少这种风险的各种可能办法，并帮助投保人在保险市场上寻找最合适的保险公司等。

（2）保险经纪人作为被保险人的代表，独立承担法律责任。在保险市场上，保险经纪机构代表投保人或被保险人的利益，为其与保险公司协商保险事宜，办理投保手续，充当了保险顾问的角色。因此，根据法律规定，保险经纪机构应对投保人或被保险人负责，有义务利用自己的知识和技能为其委托人购买最佳的保险。如果因为保险经纪机构的疏忽致使被保险人的利益受到损害，保险经纪机构要承担法律责任。应当注意的是：保险经纪机构不同于保险代理机构，保险代理机构是保险人的代表，在授权范围内所从事的保险业务活动由保险公司承担法律责任；而保险经纪机构是被保险人的代表，其在办理保险业务中的过错，应由其自己独立承担法律责任。

（四）保险公估人

1. 保险公估人的概念。保险公估人是指经保险当事人委托，专门从事保险标的的评估、勘验、鉴定、估损、理算等业务，并据此向保险当事人合理收取费

用的人，也称保险公估行或保险公估机构。最初的保险公估业务只涉及火灾保险理赔工作。早在 18 世纪，保险理赔的高技术含量已使保险公司内部专门从事理赔工作的人员难以应付。当时的理赔工作仅由公司内部雇员进行现场查勘，理赔人员要具备相应的专业知识与技能，以便对保险标的发生损害的原因、程度、责任划分作出正确、合理的判断，提出进一步赔偿建议，并在必要时使用法律手段协助保险人处理赔案。因此，保险公司聘请与保险理赔内容相关的各行各业的技术人员协助自己处理理赔业务。这些人员运用自己的专业知识向保险公司提供有关赔偿建议，他们相当于保险人的雇员或代理人。到了 19 世纪初，大多数开展火灾保险业务的保险公司都采用雇佣独立的专门技术人员作为其代理人，称为估价人。从此，雇佣独立公估人作为一种行业习惯被各保险公司接受并沿袭下来。保险公估人具有以下性质：

（1）独立性。保险公估人是一种中介服务机构。它既不属于保险人一方，也不属于被保险人一方，而是为保险当事人提供公估服务的中介机构。保险公估人与保险代理人和保险经纪人相比，其地位显得更为独立。保险公估人是处理保险理赔业务的第三者，独立于保险合同当事人之外。保险公估人既可以接受保险人的委托，也可以接受被保险人的委托，以独立、公正的身份参与保险事故处理，以科学为依据作出评估鉴定，不偏袒任何一方，缓解保险合同双方当事人的矛盾，维护了保险人与被保险人双方的合作关系。

（2）保险公估人贯穿于保险业务的始终。保险公估人不仅从事保险理赔业务，而且还从事保险标的承保时的价值和风险评估、鉴定、估算以及保险事故发生造成保险标的损失的勘验和损失理算，保险公估人的业务贯穿保险经营的始终。尽管保险公估最初产生于保险理赔环节，但随着社会经济各部门和保险业的迅猛发展，保险公估已不再完全是单纯的损失理算的含义了，而是贯穿保险业务的始终。目前，保险公估已由单一的损失理算发展为包括验资、评估、风险管理、查勘、理算等一系列综合性保险中介行为在内的行业。服务对象也涵盖了保险人和被保险人双方。它既可以接受保险人的委托，对保险标的进行评估和查勘，也可以接受被保险人的委托，对保险标的的实际损失作出科学、公正的判断。保险公估人由于其独立性，站在公正、公平的立场上出具公估报告，更易于为被保险人接受。同时，由于保险公估人自身的技术优势，保险人也或多或少的依赖保险

公估人。随着高新技术的发展，电子网络的兴起，其他领域的保险变得越来越复杂。巨灾风险的发生、尖端技术的滞后以及复杂多变的环境令保险人望而却步，裹足不前，越来越多地需要保险公估人的帮助，保险公估人的高新技术手段使保险人的承保有了坚实的后盾。为了更好地服务于保险人，发挥自身的优势，保险公估人扩大了业务范围，增加了业务种类。目前，保险公估人的业务从承保标的的资产评估、风险识别与衡量到防灾防损、灾后理赔，从原来的建筑物火灾保险到普通财产保险、海上保险、特种保险、责任保险，不一而足，并将继续在深度和广度上延伸下去。保险业的横向及纵深发展为保险公估业的发展提供了广阔的空间，带来了新的契机。

2. 保险公估人的分类。

(1) 按业务活动顺序分类。根据保险公估人在保险公估业务活动中先后顺序的不同，保险公估人可以分为承保公估人和理赔公估人两类。承保公估人在投保时对保险标的进行价值评估和承保风险评估，保险人依据承保公估人提供的公估报告，评估保险标的风险，审核其自身承保能力。理赔公估人是在保险公司约定的保险事故发生后，对保险标的进行检验、估损及理算的专业公估人。保险理赔公估人包括损失理算师、损失鉴定人和损失评估人。损失理算师是指在保险事故发生后，计算损失赔偿金额，确定分担赔偿责任的理算师，其主要确定保险财产的实际价值。例如，海损理算师专门处理海上保险标的理赔事项。损失鉴定人是指在保险事故发生后，判断事故发生的原因和责任归属的保险公估人。损失评估人是指接受被保险人委托，办理保险标的的损失查勘、计算的保险公估人，它们通常只接受被保险人单方面的委托，代表被保险人的利益。

(2) 按业务性质分类。按照业务性质的不同，保险公估人可以分为保险型公估人、技术型公估人和综合型公估人三类。保险型公估人侧重于解决保险方面的问题，这类公估人精通保险、经济以及金融方面的知识，但对其他专业技术知识相对较为欠缺，对于技术型问题的解决只能作为辅助。技术型保险公估人侧重解决保险业务中技术方面的问题，而有关保险方面的问题涉及较少。综合型公估人是解决保险型问题和解决保险业务中的技术问题并重。综合型保险公估人知识全面，经验丰富，社会对此类保险公估人的需求越来越多。

(3) 按委托关系分类。从保险公估人与委托方的关系来看，保险公估人可

以分为雇佣保险公估人和独立保险公估人。雇佣保险公估人长期受聘于某一家保险公司开展工作，按该公司的委托或指令处理各项理赔业务，一般不能接受其他保险公司的委托业务。独立保险公估人可以同时受聘于多家保险公司开展业务，它们之间的雇佣关系是暂时的，一旦公估人完成保险公司委托的业务后，这种雇佣关系即将结束。

(4) 按委托方分类。根据委托方的不同，可以分为接受保险公司委托的保险公估人和只接受被保险人委托的保险公估人。接受保险公司委托的保险公估人，受保险公司委托，但必须站在中立的立场上，公正、公平地处理保险承保和保险理赔业务。接受被保险人委托的保险公估人，只接受被保险人的委托处理索赔和理算，而不接受保险公司的委托。

第四节 再保险市场

一、再保险市场概述

(一) 再保险市场的含义

再保险市场是再保险商品交换关系的总和或是再保险商品供给与需求关系的总和。在再保险市场上，交易的对象是再保险人为原保险人所面临的保险风险提供的各种再保险保障。一个完整意义上的再保险市场，同样包括几方面的要素：第一，再保险市场的卖方或供给方；第二，具体的交易对象——各类再保险商品；第三，为促成再保险交易提供辅助作用的保险中介方。

从国际保险实践看，再保险市场的供给方主要由专业再保险公司、兼业再保险业务的直接保险公司及区域性、国际性再保险集团等组成。专业再保险公司是指那些只从事再保险业务的保险公司。再保险集团指由两家或两家以上的保险公司组织起来的一个集团。再保险集团以国际性的再保险集团为主，还包括国内的再保险集团和区域性的再保险集团。这里指的区域性再保险集团是指在世界不同区域内成立的再保险集团，其组成一般有两种方式：一是由该地区内的各国出资人入股，成立一个专门的区域性的再保险机构，如亚洲再保险集团，其成员国有中国、印度、菲律宾和韩国等；二是由该区域内的各保险公司组成一个区域性的再保险集团。成立再保险集团可以减少保费的外流，但同时也潜伏着风险相对集中的因素。

从再保险市场的需求看，最主要的分出源是直接经营业务的保险公司，此外，再保险业务的另一分出源是专业自保公司。专业自保公司虽然具有较强的资本实力，但也需要再保险的支持，以保证经营的稳定性。所以，许多国家通过立法对再保险业务直接进行规定，以充分保证保险人的偿付能力，或通过保险产业政策对再保险市场的发展加以引导和培育。

（二）再保险市场的分类

1. 按区域范围划分，再保险市场可为国内再保险市场、区域性再保险市场和国际再保险市场。

2. 以再保险责任限制划分，再保险市场可以分为比例再保险市场和非比例再保险市场。例如，伦敦的超赔分保市场是典型的非比例再保险市场，而德国的汽车再保险市场是典型的比例再保险市场。

（三）再保险市场的特点

1. 再保险市场是国际保险市场的重要组成部分。在再保险市场上，全世界的保险人可以充分安排分保业务，保障业务的稳定性。特别是国内和国际间的重大贸易活动，如航空航天项目、核电站工程这样的有巨大风险的责任，更加需要再保险。因此，尽管再保险市场是从保险市场发展而来的，但不是简单延伸，而是国际保险市场不可缺少的重要组成部分。

2. 再保险市场具有广泛的国际性。虽然在世界上有许多区域性再保险市场，但每一项巨额业务的分保，几乎都要从一个市场向另一个市场分保或转分保。一旦发生赔款，牵连的保险公司多达几十甚至几百家。

3. 再保险市场交易体现了保险人和再保险人的合作。在保险人与再保险人之间，双方的良好接触起决定性的作用。对于要签定长期再保险合同的分出人，往往在定约前或定约后，要对可能发生的技术问题、市场问题，与分保接受人进行磋商，所以，再保险交易在某种程度上也是一种合作经营。

（四）再保险市场形成的条件

从各国保险实践看，再保险市场的形成或培育需具备一定的条件。如：比较稳定的政局；发达的保险市场；现代化的通讯设备和信息网络；具有丰富的再保险理论知识和实践经验的专业人员；比较宽松的外汇制度；拥有相当数量的律师、会计师和精算师等中介服务机构。

二、我国再保险市场

（一）我国再保险市场的历史

我国的再保险市场起步于 20 世纪 30 年代。当时的再保险业务主要由外商操纵，华商保险公司因实力薄弱，主要通过联合经营，增强对巨额业务的承保能力。中华人民共和国成立的初期，主要由中国人民保险公司和中国保险公司接受私营保险企业的分出业务，此外，私营保险公司组成上海民联分保交换处，经营参加该交换处的保险公司的互惠分保，并与在天津成立的华北“民联”订立分保合约，接受其预约分保。

1953 年，随着私营保险公司合并经营和外商保险公司的退出，再保险市场主体逐渐减少，分保业务逐步演变成由“人保”一家办理国际再保险业务的局面。1959 年，我国国内保险业务停办以后，涉外保险业务和国际分保业务由中国人民银行国外业务管理局保险处统一负责。

改革和开放以后，我国 1979 年恢复了国内保险业务，与此同时，再保险业务也重新由中国人民保险公司经营。随着我国保险体制改革的深入，1996 年 2 月，中保再保险公司正式成立，从而结束了新中国成立以来无专业再保险公司的历史。1999 年，中保再保险公司又改组成中国再保险公司，成为独立的一级法人，经营各类再保险业务。

2003 年，中国再保险公司实施股份制改革，并于 2003 年 8 月 18 日正式更名为中国再保险（集团）公司，由中再集团作为主发起人并控股，吸收境内外战略投资者共同发起成立了中国财产再保险股份有限公司、中国人寿再保险股份有限公司、中国大地财产保险股份有限公司。2003 年，中再保险公司实现分保费收入 192.72 亿元，其中商业分保费收入 28.62 亿元，占 14.85%。2006 年，中再集团全面启动申请注资、整体改制工作，年底经国务院批准，获得汇金公司注资 40 亿美元。2007 年 10 月 10 日，中国再保险（集团）股份有限公司在北京召开创立大会，标志着中再集团二次改制的成功。中国再保险（集团）股份有限公司整体继承了原中国再保险（集团）公司及 6 家子公司的资产、负债、业务及员工，简称仍为“中再集团”。

随着我国加入世界贸易组织（WTO），外资保险公司进入了我国保险市场，外资再保险公司也开始进入我国再保险市场。2003 年下半年，拿到中国保监会

颁发的设立分公司许可证的慕尼黑再保险公司、瑞士再保险公司、通用科隆再保险公司相继开业。2007年4月，经过四个月的筹备，劳合社再保险落户上海。2006年11月，汉诺威再保险获批在华筹建人寿再保险分公司。2008年2月，法国再保险公司北京分公司获批开业，成为进驻中国市场的又一家外资再保公司。这几家均为国际再保险市场上位列前茅的再保险巨头，它们对中国再保险市场觊觎已久，随着其分公司的开业，中国再保险市场由中国再保险公司一家垄断的局面彻底宣告结束，中国再保险集团将与这些外资再保险公司同台竞技。

（二）我国再保险市场的现状

1. 再保险经营主体。在我国，再保险经营主体包括专业再保险公司和其他保险公司。我国《保险管理规定》第七十二条规定：“再保险公司，包括外国再保险公司分公司，可以直接在全国开展再保险业务。”我国《保险法》第九十六条规定：“经国务院保险监督管理机构批准，保险公司可以经营本法第九十五条规定的保险业务的下列再保险业务：（一）分出保险；（二）分入保险。”

2. 再保险业务范围。目前，我国再保险公司经营的业务有：

- （1）接受财产保险公司的分出业务；
- （2）接受人身保险业务的分出业务；
- （3）办理转分保业务；
- （4）经营国际再保险。

从再保险性质上看，再保险业务可分为法定再保险和商业再保险。法定再保险是保险不发达国家扩大本国保险市场的承保能力，减少对外国公司的再保险依赖的一种保护策略。新加坡、韩国、印度、埃及等国都以法令规定国内保险公司承保的某项或全部保险业务，按一定比例向指定的国内专业再保险公司办理再保险。我国自1995年开始实施的保险法曾规定国内各财产保险公司一律向中国再保险公司办理20%的法定分保。根据我国加入WTO的承诺，2006年全部取消法定再保险后，我国再保险市场已全面实行商业化运作。2009年10月开始实施的新保险法，进一步取消了境内优先分保，开放我国再保险市场。

3. 再保险市场的监管。

（1）我国《保险法》第一百零五条规定：“保险公司应当按照国务院保险监督管理机构的规定办理再保险，并审慎选择再保险接受人。”

(2) 我国《保险法》第一百零四条规定，“保险公司对危险单位的划分方法和巨灾风险安排方案，应当报国务院保险监督管理机构备案。”

(3) 我国《保险法》第一百零二条规定，“经营财产保险业务的保险公司当年自留保险费，不得超过其实有资本金加公积金总和的四倍。”同时，《保险法》第一百零三条规定：“保险公司对每一危险单位，即对一次保险事故可能造成的最大损失范围所承担的责任，不得超过其实有资本金加公积金总和的百分之十；超过的部分应当办理再保险。保险公司对危险单位的划分应当符合国务院保险监督管理机构的规定。”

三、国际再保险市场

(一) 伦敦再保险市场

伦敦再保险市场是以劳合社为主、众多保险公司并存、相互竞争、相互促进、完善有序的市场，其主要包括劳合社再保险市场、伦敦保险承保人协会再保险市场、伦敦再保险联营组织（集团）、伦敦保险与再保险市场协会。世界保险市场中，航空航天保险及能源等保险的承保能力有 60% 以上集中在伦敦再保险市场。

(二) 美国再保险市场

在美国再保险市场上，最为著名的是纽约再保险市场。纽约再保险市场主要由国内和国外专业再保险公司及直接保险公司组成。公司规模有大有小，组织结构多种多样。其业务来源主要是北美洲、南美洲和伦敦保险市场。纽约再保险市场过去主要是内向型，但随着美国市场在国际市场上进行扩张，纽约再保险市场逐渐演变成国际性的再保险中心。

(三) 欧洲再保险市场

欧洲再保险市场主要由专业再保险公司组成，其中心在德国、瑞士和法国。欧洲再保险市场的特点是完全自由化、商业化，竞争激烈，是世界再保险市场重要的中心之一。德国是欧洲大陆最大的再保险中心，在世界前 15 家最大的再保险公司中，德国占 1/3。德国的再保险市场很大程度上是由专业再保险公司控制的，直接由保险公司做的再保险业务量很有限。德国再保险市场擅长承保大型复杂的工程项目。瑞士是欧洲大陆第二大再保险中心。稳定的社会和经济、成熟的金融业和自由的法律环境、资金流动和货币兑换无限制，使瑞士成为国际保险和再保险中心，它主要从事转分保业务。

第五节 中国保险市场的历史沿革

一、新中国保险业的诞生

1949年10月20日，中国人民保险公司成立，揭开了中国保险业发展的新篇章。中国人民保险公司的资金统一由人民银行“保本运营”，支援国家建设，这也标志一个垄断经营的具有国家制度特征的保险市场的建立。

新中国成立后的早期保险业基本上以财产保险为主。1949年底，中国人民保险公司账面盈余纯收益为16901651万元(旧币)，扣除资本金600亿元(旧币)，折实保本升值数是16695492万元(旧币)，实收纯收益为206159万元(旧币)，其中30%上交人民银行总行，即上交61847万元(旧币)。截至1950年5月，在全国各类保险公司总保费收入中，国营公司占70%，华商公司占8%，外商公司占22%。中国人民保险公司由于其特殊的资本背景，信誉空前，起到了保障国民经济、领导全国保险市场的作用，并结束了解放前外商资本长期操纵、控制、垄断中国保险市场的局面。

在新中国成立初的三年经济恢复时期，中国国营保险业基本依照苏联模式，依靠政府支持，办理强制保险。1951年2月3日，中央人民政府政务院作出了《关于实行国家机关、国营企业、合作社财产强制保险的决定》，确定中国人民保险公司为办理强制保险的法定机关，县以上国家机关财产的绝大部分也都投保。在企业财产保险迅猛发展的同时，以牲畜保险为主体的农业保险也发展起来。从1950年到1952年，农险保费收入4800亿元(旧币)，付出赔款1800亿元(旧币)，其中，从保费中抽出240余亿元(旧币)用作防灾补助费。

随着“一五”期间社会主义改造的逐步完成，我国的国民经济成分逐步单一化，最终只存在国营经济和集体经济，所以人们对保险是否还有必要在我国继续存在产生了怀疑。此外，国家在指导思想，也认为人民的生、老、病、死、残应由国家统一包下来，人身保险对个人而言也无存在必要性。因此，1958年12月，武汉全国财贸会议正式作出决定：“立即停办国内保险业务”。中国人民保险公司历年积存的4亿元人民币(新币)准备基金分别下拨各省、自治区、直辖市财政各400万~600万元，留下5000万元作为涉外保险继续办理的基金，剩余部分全部上缴国家财政。在随后的20年里，除上海、广东、天津、哈尔滨等少

数几地还坚持办理少量国内保险业务外，我国的国内保险业务基本上处于停滞状态。“文化大革命”开始后，这几个地方的国内业务也陆续停办。

该时期所提供的寿险产品是与该时期的经济发展和体制的变化相关的。当年中国人民保险公司在华东地区办理职工团体人身保险，其保障范围是死亡及意外伤害丧失劳动能力等。开办初期，可以附加疾病、医药津贴和意外伤害医疗津贴，并可凭保单获得贷款。后来，由于国家实行劳动保险和公费医疗，1953年就取消了疾病津贴及贷款办法，1954年全国掀起社会主义改造高潮，全行业实行公私合营，过去由私营企业承担保险费的一部分业务，随着客观情况的变化而起了变化，不再发展新业务。为了保障旅客及其家属的经济利益，中国人民保险公司根据国务院公布的铁路、轮船和飞机各种旅客意外伤害强制条例，于1951年7月1日办理旅客强制保险，各地保险公司还根据地方公布的地方性公路旅客意外伤害强制保险办法，陆续举办地方的公路旅客强制保险。因为“铁路、轮船、飞机旅客意外伤害强制保险”自开展以来，发挥了很大的作用，所以在国内保险业务停办以后，铁道部、交通部、民航局等部门均不同意停办，进而改由各有关部门自行办理。

二、国内保险业的恢复

随着我国实施改革开放政策，中国人民银行在1979年2月召开的全国分行行长会议上提出恢复国内保险业务。1979年4月，国务院批准《中国人民银行分行行长会议纪要》，作出“逐步恢复国内保险业务”的重大决策。中国人民银行立即颁布《关于恢复国内保险业务和加强保险机构的通知》，对恢复国内保险业务和设置保险机构作出具体的部署。1979年11月，全国保险工作会议对1980年恢复国内保险业务的工作进行了具体的部署。随后，中国人民保险公司在全国各地都恢复了分支结构，同时经营财产险和寿险业务。中国人民保险公司分支机构接受总公司和中国人民银行当地分支机构的双重领导。从1984年1月开始，其分支机构脱离中国人民银行，改由总公司直接领导，实行系统管理，但保险监督管理机构仍为中国人民银行。

需要指出是，虽然保险业的恢复属于我国经济体制改革的产物，但恢复初期的保险体制与新中国成立初期的保险体制还是基本相同的。然而，保险业务经营的做法与新中国成立初期相比发生了较大的变化。凡是全民所有制和集体所有制

企业财产，包括固定资产和流动资产，都可以自愿参加保险。全民所有制单位投保的财产，一旦发生损失，由保险公司按保险合同的规定负责赔偿，国家不再核销和拨款。

随着我国经济体制改革的不断深入，传统保险体制的制度性障碍日益明显，并影响了保险业的发展，这就要求保险体制要实行与经济体制相适应的改革。1986年，中国人民银行批准设立“新疆生产建设兵团农牧业保险公司”，专门经营新疆生产建设兵团农场内部的种养两业保险。1987年，中国人民银行批准交通银行及其分支机构设立保险部。1988年，平安保险公司在深圳成立。1991年，中国人民银行要求保险业与银行业分业经营、分业管理，批准交通银行在其保险部的基础上组建中国太平洋保险公司，成为继中国人民保险公司之后成立的第二家全国性综合型保险公司。1992年9月，平安保险公司更名为“中国平安保险公司”，成为第三家全国性综合型保险公司。随着保险市场主体的多元化发展，我国保险市场发生了重大的变革，保险经营的垄断体制不复存在，并已逐步形成了垄断竞争的格局。

1995年颁布并于同年10月1日实行的《保险法》对保险业产生了深远影响，诸如规定财产险和寿险的分业经营，要求保险公司有足够的偿付能力等。1996年7月，经国务院批准，中国人民保险公司改组为中国人民保险（集团）公司，下设中保财产保险有限公司、中保人寿保险有限公司、中保再保险有限公司，实行财产险和寿险分业经营。同时，根据保险法确定的商业保险与社会保险分开经营的原则，国务院决定将17家地方寿险公司全部并入中保人寿保险有限公司。为进一步推动保险业的发展，1998年10月7日，国务院又批准《撤销中国人民保险（集团）公司实施方案》，将中保财产保险有限公司更名为中国人民保险公司，将中保人寿保险有限公司更名为中国人寿保险公司，将中保再保险有限公司更名为中国再保险公司，将中保集团所属的其他海外经营性机构全部划归香港中国保险（集团）有限公司管理。1996年，为继续探索寿险与财产险分业经营的发展道路，中国人民银行还批准设立新华人寿保险股份有限公司、泰康人寿保险股份有限公司等专业寿险公司，及华泰财产保险股份有限公司、永安财产保险股份有限公司、华安财产保险股份有限公司等专业财险公司。

此外，从市场建设和完善角度看，中国保险监督管理委员会的成立，不仅标

志着我国金融业分业经营、分业管理体制改革任务的基本完成，同时，新的保险监管体制的形成也进一步促进保险市场的规范和完善。

三、我国保险市场的开放

在我国，保险业是较早引进外资主体进入国内市场竞争的金融行业。从总体上看，从 1980 年起我国保险业已进入对外开放的时期。其主要特征是我国允许一些外国保险公司设立代表处。这些代表处的主要职能包括沟通母公司与中国保险业的联系，对中国保险市场进行调研，举办各种保险研讨会介绍国外保险业的情况，通过建立基金和向高等院校提供奖学金等形式支持中国的保险教育事业等。

1992 年，我国在上海进行保险市场对外开放的试点，并在同年 7 月，中国人民银行颁布了《上海外资保险机构暂行管理办法》，对外资保险公司的设立条件、业务范围、资金运用以及外资保险公司的监管等作出了较为明确的规定，成为这一时期对外资保险公司进行管理的重要依据。1992 年 9 月，美国国际集团（AIG）的全资子公司友邦保险公司和美亚保险公司获准在上海设立分公司，经营人身保险业务和财产保险业务。这标志着我国保险市场对外开放的开始。随后，1994 年 9 月，日本东京海上火灾保险公司经批准在上海设立分公司，经营财产保险业务。1995 年，美国友邦保险和美亚保险在广州设立分公司，这又标志着我国保险市场对外开放的区域已从上海扩大其他城市。到我国加入世贸组织之前，外资保险公司经营范围主要包括境外企业的各项保险和境内外商独资企业的财产保险及其相关的责任险，外国人和境内个人交费的人身保险业务，以及上述两项业务的再保险。

从我国保险市场对外开放到我国加入世贸组织之前的 10 年间，共有 29 家外资保险公司进入中国市场，对外开放的积极作用逐步发挥，并得到了全行业的广泛的认同。

第一，促进了开放地区保险市场的发展，提高了该地区的保险深度和密度。

第二，带来了新营销方式和经营管理经验，如个人营销模式给我国寿险业的销售带来了巨大的变化，促进我国寿险业的发展。

第三，促进了市场的竞争。外资保险公司进入也激发了中资保险公司的竞争意识，提高了我国保险资源的配置效率。

第四，促进了中资保险公司管理模式和经营理念的转变，提高了我国保险公司的经营水平。如注重集约式集中统一管理，确立经营效益观念和市场观念；在产品定价方面，引入了精算制度。

第五，外国资本的注入，增加了中资保险公司的资本实力。我国一些保险公司先后吸收了外国资本，不仅增加了承保能力，而且有利于提高经营管理水平。

四、加入世贸组织与中国保险业发展

中国于 2001 年 12 月 11 日正式成为 WTO 成员国。我国加入 WTO 对外承诺关于保险业的主要内容有经营区域、业务范围、公司组织形式、法定分保等，我国承诺在 5 年内取消外资保险公司的地域限制和大部分业务限制，并取消法定分保。加入世贸组织对我国保险业发展的影响是：

1. 中资保险公司的发展已经与国际保险业的发展命脉联结在一起了，规范、公平、公正而透明的优胜劣汰竞争机制和法律环境将促使中资保险机构不断改革和成长。具体地说，它进一步促使了我国保险市场主体多元化；加快了中资保险企业的体制改革和经营机制转换的步伐；外资保险机构带来崭新的保险产品、先进的经营管理经验以及优质的服务，对我国保险企业产生了示范和启迪作用，有利于促进保险人才的培养；推动了我国保险市场、保险机构以及保险监管的法律法规和监管方式与制度的调整，使其与国际保险业发展环境并轨。

2. 随着我国根据“市场逐步开放的时间表”而不断承诺保险市场对外开放的主要内容，更高领域和更高层次的中外保险公司的竞争与合作格局也逐步形成。2008 年，外资产险公司原保险保费收入约占全国产险公司原保险总保费收入的 1.18%；外资寿险公司原保险保费收入约占全国寿险公司原保险总保费收入的 4.92%。在北京、上海、深圳、广东外资保险公司相对集中的区域保险市场上，外资保险公司的市场份额分别为 12.73%、16.62%、9.33%、8.75%。中外保险公司同台竞技的基本格局已初步形成。

3. 按照 WTO 的对等原则，我国民族保险公司开拓国际市场将成为可能，中资保险公司在海外设立分支机构和开展海外业务的限制逐步减少。这样便于中资保险公司或现有的海外机构向其他地区渗透，加快开拓国外市场，分享国际保险资源，从而提高我国保险国际化水平。

随着我国加入世贸组织的 5 年保护期的结束，保险业已进入全面对外开放时

期，并进入了一个新的发展时期。经过三十几年的快速发展，经过十几年保险市场的对外开放，我国保险市场的经营主体、资本规模、保险覆盖面等已在不同程度上得到扩张。同时，保险市场结构也已不断完善，经营活动更加理性化，经营效率不断提高，保险消费者也更加成熟，保险市场正趋于稳定发展和完善。应当说，我国保险业全面发展的势头已呈现出来。

第七章 保险监督管理

第一节 保险监督管理概述

一、保险监督管理的概念

保险监督管理是指政府的保险监督管理部门为了维护保险市场秩序，保护被保险人及社会公众的利益，对保险业实施的监督和管理。

保险监督管理制度则通常由两大部分构成：一是国家通过制定有关保险法规，对本国保险业进行宏观指导与管理；二是国家专司保险监督管理职能的机构依据法律或行政授权对保险业进行行政管理，以保证保险法规的贯彻执行。所以，保险监督管理制度与保险监督管理的含义是不同的，保险监督管理制度的含义要更加宽泛。

（一）保险监督管理的主体

保险监督管理的主体是指享有监督和管理权利并实施监督和管理行为的政府部门或机构，亦可称为监督管理机构。各国保险监督管理机构，形式多样，名称不一，不同国家有不同的称谓，同一国家不同时期也有不同的主管机构。综观国外保险监督管理机构的设置，大致分为两种情况：一是部分国家的保险监督管理机构是财政部，在财政部设立专门的部门从事保险监督管理；二是有的国家设立独立的保险监督管理机构，如在美国，各州制定各自的保险法，并设立独立的保险监督管理机构，而由各州保险监督管理机构组成的全美保险监督官协会，则属于非政府机构，不具有任何监督管理的权力。

目前，我国保险监督管理机构是中国保险监督管理委员会。中国保险监督管

管理委员会成立于 1998 年 11 月，是国务院的直属事业单位，是全国商业保险的主管机构，根据国务院授权履行行政管理职能，依照法律、法规统一监督管理中国保险市场。在中国保险监督管理委员会成立之前，我国保险监督管理机构则是中国人民银行。

中国保险监督管理委员会的任务是：拟定商业保险的注册法规和行业规划；依法查处保险企业违法违规行为，保护被保险人的利益；维护保险市场秩序，培育和发展保险市场；完善保险市场体系，推进保险改革，促进保险企业公平竞争；建立保险业风险的评价和预警系统，防范和化解保险业风险，促进保险企业稳健经营与业务的健康发展。根据其任务，保监会既监督管理保险公司所从事的保险活动，包括保险公司的设立、业务范围、经营规则、偿付能力、准备金提存和结转、再保险经营等行为，也监督管理保险中介机构所从事的有关保险业务的活动，包括保险代理人、保险经纪人和保险公估人等的行为。

（二）保险监督管理行为的性质

对于保险监督管理行为的性质，可以从两方面理解：一方面保险监督管理是以法律和政府行政权力为根据的强制行为。保险监督管理这种强制性的行为不同于以自愿为基础的保险同业公会对会员公司的监督管理，不同于以产权关系为基础的母公司对子公司的监督管理，也不同于以授权为根据的总公司对分支机构的监督管理。对于保险机构和保险中介机构而言，他们必须接受保险监督管理部门的监督管理。保险同业公会、保险公司的母公司、股东会、董事会和监事会等对保险公司的监督管理，保险公司总公司对分支机构的监督管理，不能取代保险监督管理部门对保险业的监督管理。另一方面，在市场经济体制下，保险监督管理的性质实质上属于国家干预保险经济的行为。在市场经济条件下，为防止市场失灵，或市场配置资源失灵，国家具有干预经济的基本职能。在市场经济体制下，政府执行的主要经济职能是：（1）确立法律体制。（2）决定宏观经济稳定政策。

（3）影响资源配置以提高经济效率。（4）建立影响收入分配的方案。就某一行业而言，国家的干预职能同样表现为规范和调控。就调控而言，国家对行业的调控主要表现为制定产业政策。所谓产业政策是指国家规划、干预和诱导产业形成的发展的一种政策，其目的在于引导社会资源在产业部门之间以及产业内部的优化配置，建立高效益的均衡产业结构。就规范而言，国家对行业的规范主要表现

为维护市场秩序。

对于保险市场而言，保险监督管理部门一方面要体现监督职能，规范保险市场行为，消除“市场失灵”情况，维护保险市场秩序，保护被保险人及社会公众的利益。具体而言，监督职责主要是监督保险公司及其分支机构、保险中介的市场行为是否合乎法律、法规和部门规章，对于违反者予以查处，此外，还需监测保险公司的偿付能力和经营风险，督促保险公司防范和化解经营风险。另一方面要体现管理职能，根据国务院授权履行行政管理职能，优化保险资源的配置，调控保险业的发展。具体而言，管理职责主要包括批准设立保险公司及其分支机构，审查保险机构高级管理人员任职资格，制定或受理基本保险条款和费率，办理保险许可证颁发和变更事项等。

（三）保险监督管理的领域、内容和对象

保险监督管理的范围仅限于商业保险领域。由于商业保险与社会保险的性质、经营原则完全不同，世界各国和地区通常对商业保险和社会保险均分别立法，由不同的政府部门实施监督管理。

保险监督管理的内容是保险经营活动。保险经营活动除了涉及保险组织的有关内容外，主要体现为保险业务经营活动。保险公司所从事的业务经营活动，不是一般的物质生产和交换活动，而是为社会提供保险保障的特殊活动，即保险产品。保险产品的核心概念是保险保障，而保险险种是保险产品的形态。根据保险的功能，保险公司的生产可以定义为“保险保障的生产”和“风险转移的生产”。随着保险业的发展，保险产品的含义和内容在扩展，现代保险公司的保险产品是通过三个层次来体现的：一是核心产品“保险保障”；二是与此相关的保险公司为业务处理提供的直接服务；三是为顾客的问题而提供的其他服务，可以称之为“功能保险”。与此相关，可以将保险公司的业务分为：风险性业务、储蓄性业务和服务性业务。但其核心业务应当是风险性业务，即生产保险保障产品。虽然在经济一体化、金融一体化的影响下，现代保险公司的业务已不限于传统的承保业务，或风险保障业务，但就保险监督管理而言，上述保险公司的经营活动或业务同样属于保险监督管理的内容，只是对有些保险经营活动（如保险资金运用），需要与其他监督管理部门的协调（如证监会）来实施监督管理。例如，为了加强对保险公司股票投资的管理，2005年2月17日，中国保监会与中国银监会联合

下发《保险公司股票资产托管指引》，同时下发《关于保险资金股票投资有关问题的通知》。这两个文件和2月15日中国保监会与中国证监会联合下发的《关于保险机构投资者股票投资交易有关问题的通知》和《保险机构投资者股票投资登记结算业务指南》共同构成了保险机构投资者股票投资的基本制度和政策框架。

保险监督管理的对象是保险产品的供给者和保险中介人。保险产品的供给者是指保险人，具体包括保险公司、保险公司分支机构。保险中介人是辅助保险人和被保险人从事保险业务活动的，按照国外的惯例也列入保险监督管理的对象。在我国，按照保险法的规定，保险代理人和保险经纪人属于保险监督管理的对象。对于保险公估人，保险法中虽未作明确的规定，但按照有关规定也列为保险监督管理对象。需要指出，虽然投保人、被保险人、受益人也是保险市场不可或缺的主体，是保险合同另一方的当事人，但是投保人、被保险人、受益人不属于保险监督管理的对象。若投保人、被保险人、受益人发生违法行为，如故意制造保险事故骗取保险金，自然要承担法律责任，但保险监督管理机构无权对投保人、被保险人、受益人予以行政处罚。

（四）保险监督管理的依据

保险监督管理的依据是有关的法律、行政法规、规章和规范性文件。在我国，法律主要是指全国人民代表大会及其常务委员会通过的法律，如保险法、公司法和海商法等；行政法规是指国务院制定和发布的条例，如《外资保险公司管理条例》；规章是指中国保监会和国务院有关部委制定和发布的部门规章，如中国保监会发布的《保险公司管理规定》、《保险专业代理机构监管规定》和《保险经纪机构监管规定》等；规范性文件是指国务院、中国保监会和国务院有关部委发出的通知、指示、命令或制定的办法。这些通知、指示、命令或制定的办法虽不属于行政法规和部门规章，但具有执行效力，对保险业务的经营具有普遍的约束力，也是保险监督管理的依据。

依法监督管理是保险监督管理的基本原则。这里的法主要是指保险监督管理法规。保险监督管理法规，又称保险业法，是指调整国家对保险业进行管理过程中所形成的权利与义务关系的一种法律规范。保险监督管理法规是保险法律体系的一个组成部分，一般可以单行法规的形式出现。有些国家按保险监督管理的不同内容分别立法，构成保险监督管理的法规体系，如英国、日本等；有些国家和

地区则将保险监督管理法与保险合同法合并立法，如美国的纽约州、中国等。我国于1995年6月30日颁布了第一部保险法，并于2002年10月28日对其进行了第一次修订，于2009年2月28日进行了第二次修订。

尽管各国保险监督管理法规建设的形式不尽相同，但其内容基本一致，主要包括：（1）保险业务许可。（2）保险企业的组织形式。（3）最低偿付能力。（4）保险准备金。（5）再保险安排。（6）保险资金的运用。（7）保险企业的资产评估。（8）会计制度。（9）审计制度。（10）财务报表。（11）破产和清算。（12）保险中介人的管理等法律制度。

二、保险监督管理的必要性

在市场经济条件下，保险监督管理的必要性一方面在于保险市场运行可能出现“市场失灵”；另一方面在于保险经营的特殊性。

当保险业按照市场机制要求运行和发展时，也会出现“市场失灵”的问题。其主要表现有：（1）市场功能有缺陷。如有些当事人不付代价便可得到来自外部经济的好处。（2）市场竞争有失灵。如市场竞争规律的作用往往导致垄断，而垄断的存在会产生进入市场的障碍，从而破坏市场机制，排斥竞争，导致效率的损失。（3）市场调节本身具有一定的盲目性。因为市场调节是一种事后的调节，从价格形成、信号反馈到产品生产，有一定的时间差。加之，企业和个人掌握的经济信息不足，微观决策带有一定的被动性和盲目性。（4）市场信息的不对称性，导致市场失灵。如与保险人相比，被保险人的信息相对不足，被保险人的经济福利不能最大化，有时还会由于虚伪的信息提供和不公正交易使被保险人的利益受到损失。此外，投保人或被保险人利用信息不对称进行逆选择。因此，为了弥补保险市场运行本身的弱点和缺陷，为了减少或消除这些“市场失灵”的情况及其影响，保险监督管理无疑具有必要性和合理性。

与其他行业相比，保险业的性质及其经营具有显著的特点。这也是世界上绝大多数国家对保险业均实行严格监督管理的基本原因。这些特点有：

（一）保险经营的公共性

保险业是一个公共性极强的行业，一向有“社会稳定器”之称。保险经营的公共性主要体现在保险业对整个社会有较大的影响和渗透。这种特征，一方面表现为保险公司的投保人或被保险人是社会上的千家万户，另一方面保险公司能否

持续经营将会广泛、长期地影响到其客户的绝大部分利益。因此保险公司经营不善，破产或倒闭退出，而不能正常履行其补偿或给付职能，其负面的影响将比一般企业要大的多，将使广大被保险人利益也即社会公众利益受到损害，带来社会福利的损失，影响社会稳定。

（二）保险经营的负债性

一般企业的负债指过去的交易、事项形成的现实义务，履行该义务会导致经济利润流出企业。保险公司经营本身就是一种负债经营。所谓负债性，是指保险公司通过收取保险费建立保险基金来履行其赔偿或给付职能。保险公司的保险基金则很大一部分是以保险准备金的形式存在的。所以，保险公司实质上是风险分散和经济补偿的中介。保险公司的负债与银行等金融机构的负债也不同。以银行为例，银行的基本业务是吸收存款并发放贷款，并取得利率差收入。银行有权利向贷款者定期索要利息并在规定时间收回本金，而且有义务向存款人定期支付利息并在规定时间返还本金，而最重要的是这些数量金额都是事先确定的。但是，保险公司提取责任准备金所形成的负债是确定的，而保险公司应承担义务所形成的负债因风险事故的不确定而不确定。因此，对于保险公司而言，如何对保险公司的负债项目进行评估，如何合理计提准备金，以及如何运用负债准备金进行投资都是非常重要的。保险公司的负债管理显然不同于一般企业的负债管理。

（三）保险合同的特殊性

与一般经济合同相比，保险合同的特殊性在于其本身所具有的附和性和射幸性。保险合同的附和性表现为保险人根据本身承保能力和技术特点，确定承保的基本条件，规定双方的权利与义务。在一般情况下，投保人只能依据保险人设定的不同险种的标准合同进行选择，难以对合同的内容提出变更意见。加之保险合同条款较为复杂，专业性强，一般的投保人或被保险人不易理解和掌握，保险费率是否合理，承保条件及赔偿方式是否苛刻等，投保方是难以了解的。所以，保险合同往往是在一种信息不对称、交易力量不对等的基础上建立起来的。一些国家从保护被保险人权益的角度出发，对保险合同的条款、保险费率等内容进行严格审核，以达到公平合理的目的。保险合同之所以属于射幸合同，是因为保险合同约定的的是未来保险事故发生时，由保险人承担赔偿责任或给付保险金责任的合同。保险人所承保的保险标的的风险事故是不确定的，而投保人购买保险时仅支

付少量的保费，保险标的一旦发生保险事故，被保险人所能获得的赔偿或给付将是保费支出的数十倍甚至数百倍。从个体保障的角度看，保险人的保险责任远远高于其所收取的保费，这种关系需要通过政府监督管理的手段确保保险合同交易的公平合理。

（四）保险交易过程的特殊性

从一般企业销售过程看，支付货款和提取货物几乎可以同时进行，客户在交易中能及时对所交易的货物的质量进行判断。如果出现商业欺诈或企业破产，涉及受损失的客户数量及损失金额都较少。但是保险交易过程具有特殊性：保险公司的生产和销售是在一起的。保险公司的生产时期就是保险产品出售的时刻，也就是签订合同时。此外，在保险交易中，总是先向众多的被保险人收取保费，保险事故发生才向个别被保险人支付赔款或给付保险金。现代商业保险采取的是事前分摊的方式，而不是一种事后的分摊方式。保险公司无论何时破产，破产的保险公司的客户都会遭受损失。再者，保险交易过程时期远远大于一般企业的交易过程，对于大部分财产保险而言，保险期限是一年的时间，对于大部分人身保险则可能是5年、10年，甚至几十年的时间。保险交易过程期限的变长，就使得保险公司的经营风险具有隐蔽性、累积性、社会性。

三、保险监督管理的目的

保险监督管理目的是保险监督管理部门希望通过其监督管理活动实现并保持的一种状态。

（一）维护保险市场秩序

维护保险市场秩序，为保险业提供公平竞争的机会和环境是保险监督管理的目的之一。实行保险监督管理，不仅在于维护保险人与被保险人之间的公平，保护被保险人的利益，而且在于为保险人之间的竞争提供良好的环境。竞争是市场经济的基本规律之一，只有通过竞争才能实现生产要素的优化配置，使市场经济的机制发挥作用。具体地说，竞争能推动保险公司的进步，能够刺激保险人为被保险人提供优质服务。但竞争又必须在公平的基础上进行。不公平的、不合理的竞争，不但保护落后，而且容易增加保险公司的经营风险。

为保险业提供公平竞争的机会主要是针对保险业与社会资源的关系而言的。也就是说，社会上的资本、人才等要素应有公平的机会进入保险业。如果这些要

素没有公平的进入保险业的机会，原有的保险公司就有可能处于垄断的地位，并依靠垄断地位谋求垄断利润，从而阻碍保险业的发展，损害被保险人和社会公众的利益。此外，为保险业提供公平竞争的机会还包括正确对待保险公司与业务经营的关系。也就是说，在保险市场上，只要保险公司符合有关规定或条件，不同的保险公司都应有相同的机会经营相同的保险业务。否则，同样会形成原保险公司在某业务领域的垄断地位，产生垄断利润阻碍保险业的发展，损害被保险人和社会公众的利益。

为保险业提供公平竞争的环境是指保险监督管理部门对于保险公司采取不正当的竞争手段的行为，必须采取处罚等措施，纠正不规范的竞争行为，从而形成一个使保险公司之间能够公平竞争的市场环境。

（二）保护被保险人的利益

从被保险人和保险人在保险交易中的关系和地位，被保险人处于相对不利的位置。这是因为，被保险人对于保险知识不及保险公司，保险合同通常又是保险公司事先单方面制定的。即使在保险市场上，被保险人可以通过保险经纪人办理保险业务，或者可以拟定协议条款或合同，但与保险公司的地位和能力相比，或者从保险交易方式看，被保险人是先交费，在发生保险事故后向保险人索赔，被保险人还是处于相对不利的地位和属于弱势群体。所以，如果保险公司经营行为不规范、不守信用就会使被保险人的利益受到损害。

四、保险监督管理的原则

（一）保护被保险人利益原则

保护被保险人利益原则是指保险监督管理的根本目的是保护被保险人利益和社会公众利益。保护被保险人利益和社会公众利益应当是保险监督管理各项工作的出发点，同时也是评价保险监督管理部门工作的最终标准。而对于保险行业协会和保险公司及保险中介而言，他们的工作原则或利益原则显然与保险监督管理部门是不同的。保险行业协会可以进行行业自律，维护整个保险业（保险公司、保险中介）的利益，个别保险公司和保险中介可以通过协商、诉讼等手段保护自己的合法权益。

（二）独立监督管理原则

独立监督管理原则是指保险监督管理部门应独立行使保险监督管理的职权，

不受其他单位和个人的非法干预。当然，保险监督管理部门实施监督管理行为而产生的责任（如行政赔偿责任）也由保险监督管理部门独立承担。

（三）公开性原则

公开性原则是指保险监督管理的各种信息，除涉及国家秘密、企业商业秘密和个人隐私的以外，应尽可能向社会公开，增加保险监督管理的透明度。这样既有利于保险监督管理的效率，也利于保险市场的有效竞争。

（四）公平原则

公平原则是指保险监督管理部门对各监督管理对象要公平，监督管理对象在法律面前应平等，在服从监督管理的问题上平等。保险监督管理部门对各保险公司和各保险中介人必须采用同样的标准，不能对一些监督管理对象较宽，而对其他监督管理对象严。市场经济要求公平竞争，公平监督管理可以创造公平竞争的市场环境。

（五）不干预监督管理对象的经营自主权的原则

保险公司、保险中介等监督管理对象是自主经营、自负盈亏的独立企业法人。在市场经济条件下，保险对象有权在法律法规规定的范围内，独立决定自己的经营方针和政策。企业法人如果不能享有经营自主权，也就难以承担自负盈亏的责任。保险监督管理部门对监督管理对象享有实施监督管理的权利，负有实施监督管理的职责。但是，保险监督管理部门不干预监督管理对象的经营自主权，也不对监督管理对象的盈亏承担责任。这是社会主义市场经济体制的要求，也是保险监督管理部门依法监督管理应当遵循的基本原则。我国公司法第五条规定：“公司的合法利益受法律的保护，不受侵犯。”这里所说的合法权益，应当包括合法的经营自主权。

（六）依法监督管理原则

依法监督管理原则是指保险监督管理部门必须依照有关法律或行政法规实施保险监督管理行为。保险监督管理行为是一种行政行为，不同于民事行为。凡法律没有禁止的，民事主体就可以从事民事行为；对于行政行为，法律允许做的或要求做的，行政主体才能做或必须做。凡法律、行政法规和国务院未明确授予的职权，都是监督管理部门并不享有的职权，保险监督管理部门不得超越职权实施监督管理行为，保险监督管理部门超越职权的行为无效。另一方面，保险监督

管理部门又必须履行其职责，否则属于失职行为。依法监督管理原则是市场经济的客观要求。

需要指出，在我国，保险监督管理部门对于国有或国有控股的保险公司经营行为同样不能干预。因为，国有或国有控股的保险公司同样是保险市场的主体，是一个独立的企业法人，它与其他组织形式的保险公司一样，在市场上享有同等的权利，并承担同等的义务。

五、保险监督管理的方式与监督管理目标模式

由于各国经济、法律环境不同，对保险业实施监督管理的方式并不完全相同，总体来看，有三种主要方式。

（一）公告管理

公告管理亦称公示主义，它是政府对保险市场进行监督管理的各种方式中最为宽松的一种。其主要含义是，政府对保险业的经营不作直接监督，仅规定各保险人必须按照政府规定的格式及内容定期将营业结果呈报政府的主管机构并予以公告。对保险人的组织、保险公司的规范、保险资金的运用，均由保险人自我管理，政府不对其多加干预。保险人经营的好坏，是由被保险人及一般大众进行评判的。这样一种监督管理方式将政府和大众结合起来，有利于保证保险人在较为宽松的市场环境中自由发展。1994年以前，英国采用这一管理方式。随着现代保险业的发展，这种方式因不利于切实有效地保证被保险人的利益而被许多国家放弃。

（二）规范管理

规范管理亦称准则主义，它是指国家制定出一系列有关保险经营的基本准则，并监督执行。在此种管理方式中，政府对保险经营的若干重大事项，如最低资本金的要求、资产负债表的审核、资本金的运用、违反法律的处罚等，都有明确的规范，但政府对保险人的业务经营、财务管理及人事等方面，则不加干预。这种管理方式只注重保险经营形式上的合法，但未触及保险业经营的实体。目前有不少国家采用这种方式。

（三）实体管理

实体管理亦称批准主义，它是指国家订立有完善的保险监督管理规划，政府的保险监督管理机构根据法律赋予的权力，对保险市场尤其是对保险企业进行全

方位的、全过程的有效监督和管理。通过立法明确规定保险人从设立到经营直至清算所应遵循的批准和审查制度。实体管理方式是由瑞士创立的，与上述两种管理方式相比最为严格、具体。

上述三种不同的保险监督管理方式，实质上体现了现代国际保险市场上不同的保险监督管理的目标模式。所谓保险监督管理的目标模式指保险监督管理的核心或重点。目前世界各国的监督管理模式大致分为三种：一种是重点监督管理保险公司的偿付能力，主张承保费率、承保条件自由竞争，可由保险经纪人起草保险条款，拟定保险费率，如英国。在这种模式下，保险监督管理部门对保险公司的偿付能力不仅有一套详细、完整的评估方法，而且对偿付能力不足的保险公司进行严格的处理。另一种模式是主要监督管理保险公司的市场行为，如亚洲金融危机前的日本，政府对保险费率控制得很严，在保险市场上几乎不存在价格竞争，但对偿付能力则缺乏一套评估和处理的办法。还有一种模式是既监督管理市场行为，也监督管理偿付能力，但以对偿付能力监督管理为主，如美国。

此外，由国际保险监督官协会提出一种新的监督管理模式，即把公司治理结构与偿付能力和市场行为监督管理并列的模式。目前，这一新的监督管理模式已得到众多国家和地区保险监督管理部门的重视和认可。

随着我国保险市场的不断发展，我国对保险市场的监督管理，从偿付能力和市场行为并重的监管模式，逐步过渡到以偿付能力为主的监管模式，再到市场行为、偿付能力和保险公司治理的“三支柱”的监管框架。2003年，中国保监会对试行两年的《保险公司最低偿付能力及监督管理指标管理规定》进行了重大修订，制定发布了保监会2003年1号令《保险公司偿付能力额度及监督管理指标管理规定》，标志着我国保险业偿付能力监督管理框架基本形成。2006年1月，保监会正式出台了《关于规范保险公司治理结构的指导意见（试行）》，标志着我国市场行为监管、偿付能力监管和保险公司治理结构监管“三支柱”的保险监管框架初步形成。2008年9月1日，《保险公司偿付能力管理规定》正式实施，进一步完善了保险业偿付能力监管体系。我国保险监督管理在向市场化、国际化和专业化方向发展过程中已取得了实质性的进展，将对保险业的发展产生重要而深远的影响。

第二节 保险监督管理内容

按照目前保险监督管理的模式，保险监督管理的内容主要包括三大方面：一是偿付能力监督管理；二是市场行为监督管理；三是保险公司治理结构监督管理。

一、偿付能力监督管理

（一）偿付能力概念

1. 偿付能力与偿付能力额度。偿付能力是指保险公司偿付其到期债务的能力。在保险经营中，保险人先收取保险费，后对保险损失进行赔付。先收取的保险费被视为保险人的负债，赔偿或给付保险金被视为对负债的偿还。偿付能力大小以偿付能力额度表示。偿付能力额度等于保险人的认可资产与实际负债之间的差额。

2. 保险公司的实际偿付能力。从保险监督管理的角度看，保险公司的偿付能力一般分为保险公司的实际偿付能力和保险公司最低偿付能力。保险公司的实际偿付能力即在某一时点上保险公司认可资产与认可负债的差额。

3. 保险公司最低偿付能力。保险公司最低偿付能力是指由保险法或保险监督管理机构颁布有关管理规定，保险公司必须满足的偿付能力要求。如果保险公司认可资产与负债的差额低于这一规定的金额，即被认为是偿付能力不足。由于偿付能力在保险公司的经营中具有举足轻重的地位和作用，保险法规定了保险公司的最低偿付能力。我国《保险法》第一百零一条规定：“保险公司应当具有与其业务规模和风险程度相适应的最低偿付能力。保险公司的认可资产减去认可负债的差额不得低于国务院保险监督管理机构规定的数额；低于规定数额的，应当按照国务院保险监督管理机构的要求采取相应措施达到规定的数额。”

另外，有关保证金的提存、最低偿付能力的确定等方面的规定，都是对保险公司偿付能力监督管理的重要措施。

（二）保险公司偿付能力监督管理

1. 偿付能力监督管理的含义。所谓偿付能力监督管理，是指保险监督管理部门对保险公司的偿付能力实行的监督和管理，它包括偿付能力评估和偿付能力不足两个处理环节。

需要指出，在保险监督管理实践中，偿付能力监督管理的实际内容远大于偿

付能力额度监督管理，涉及保险公司的许多方面。或者说，我们虽然在理论上将偿付能力监督管理与费率监督管理、产品监督管理、机构监督管理等相提并论来讨论保险监督管理的内容，但实际上保险偿付能力监督管理的内容是与费率监督管理、产品监督管理、机构监督管理相关的。影响偿付能力的因素有很多，或者说导致保险公司偿付能力不足的原因有许多，包括：（1）资本额和盈余。保险公司必须符合法定的最低资本金要求，如果保险公司的资本不充足，则直接影响保险公司的偿付能力。（2）定价和产品，如保险费率确定过低，在未来保险经营中就可能入不敷出，形成亏损。（3）投资。（4）再保险。（5）保险准备金。如，准备金计算错误或估计方法不当，就会出现保险准备金与实际承担的保险责任不匹配的情况，这样也会形成亏损。（6）资产负债匹配。（7）与子、支公司的交易。（8）公司管理。因此，如果简单将偿付能力监督管理视为偿付能力额度监督管理，而忽视对影响偿付能力因素的监督管理，实质上将偿付能力监督管理变为事后监督管理，就不能有效地对偿付能力进行监督管理。所以，我们可以认为，偿付能力是整个保险监督管理的一个核心内容。

2. 偿付能力评估的含义与内容，所谓偿付能力评估，就是对每个保险公司的偿付能力是否充足进行的评估、检测。

（1）预防性的保险偿付能力指标监督管理。为了评估和监控保险公司的偿付能力，许多国家都制定保险偿付能力监督管理指标。保险偿付能力监督管理指标的性质属于监督管理中的预防性指标，而不是强制性的指标。在我国，按照原《保险公司偿付能力额度及监督管理指标管理规定》，中国保监会可通过预警指标体系对保险公司的偿付能力状态和变化趋势进行监测，对指标超过正常范围的个数达到4个以上的公司，保监会将要求公司进行解释、提交改进报告，或者实施进一步的检查以评估其偿付能力。但是，随着我国偿付能力监管制度的逐步完善，监管指标的预警作用逐渐弱化，2008年9月实施的《保险公司偿付能力管理规定》中不再设置监管指标。

（2）强制性的偿付能力额度监督管理。具体包括最低偿付能力额度的计算和实际偿付能力额度的确认。一般地说，偿付能力监督管理直接表现为偿付能力额度的监督管理。我国《保险公司偿付能力管理规定》中分别用“最低资本”、“实际资本”替代了最低偿付能力额度、实际偿付能力额度等概念。

《保险公司偿付能力管理规定》第三条和第四条明确指出，“保险公司应当具有与其风险和业务规模相适应的资本，确保偿付能力充足率不低于 100%”。

“保险公司应当建立偿付能力管理制度，强化资本约束，保证公司偿付能力充足。”按照保监会《关于实施（保险公司偿付能力管理规定）有关事项的通知》的规定，财产保险公司应具备的最低资本为非寿险保障型业务最低资本和非寿险投资型业务最低资本之和。（1）非寿险保障型业务最低资本为下述两项中数额较大的一项：①最近会计年度公司自留保费减营业税及附加后 1 亿元人民币以下部分的 18%和 1 亿元人民币以上部分的 16%。②公司最近 3 年平均综合赔款金额 7 000 万元以下部分的 26%和 7 000 万元以上部分的 23%。综合赔款金额为赔款支出、未决赔款准备金提转差、分保赔款支出之和减去摊回分保赔款和追偿款收入。经营不满三个完整会计年度的保险公司，采用第①项规定的标准。（2）非寿险投资型业务最低资本为其风险保费部分最低资本和投资金部分最低资本之和。其中，非寿险投资型业务风险保费部分最低资本的计算适用非寿险保障型业务最低资本评估标准，非寿险投资型业务投资金部分最低资本为下述两项之和：①预定收益型非寿险投资型产品投资金部分期末责任准备金的 4%。②非预定收益型非寿险投资型产品投资金部分期末责任准备金的 1%。

人寿保险公司最低资本为长期人身险业务最低资本和短期人身险业务最低资本之和。长期人身险业务是指保险期间超过 1 年的人身保险业务。短期人身险业务是指保险期间为 1 年或 1 年以内的人身保险业务。（1）长期人身险业务最低资本为下述二项之和：①投资连结保险产品期末责任准备金的 1%和其他寿险产品期末责任准备金的 4%。投资连结保险产品的责任准备金，是指根据中国保监会规定确定的投资连结保险产品的单位准备金；其他寿险产品的责任准备金，是指根据中国保监会规定确定的分保后的法定最低责任准备金，包括投资连结保险产品的非单位准备金。②保险期间小于 3 年的定期死亡保险风险保额的 0.1%，保险期间为 3~5 年的定期死亡保险风险保额的 0.15%，保险期间超过 5 年的定期死亡保险和其他险种风险保额的 0.3%。在统计中未对定期死亡保险区分保险期间的，统一按风险保额的 0.3%计算。风险保额为有效保额减去期末责任准备金，其中有效保额是指若发生了保险合同中最大给付额的保险事故，保险公司需支付的最高金额；期末责任准备金为中国保监会规定的法定最低责任准备金。（2）短

期人身险业务最低资本的计算适用非寿险保障型业务最低资本评估标准。

为配合对偿付能力的监督管理，应建立及时的财务报告制度。保险监督管理机构定期检查保险企业的财务报告，发现有问题的企业，及时进行处理。对此，《保险法》第八十六条作了明确规定，“保险公司应当按照保险监督管理机构的规定，报送有关报告、报表、文件和资料”。

按照我国《保险公司偿付能力管理规定》，凡是偿付能力不足类即偿付能力充足率低于 100% 的保险公司，保监会将根据其严重程度分别采取责令增加资本金、责令分保、限制业务范围、责令拍卖资产、限制高级管理人员薪酬水平和在职消费水平直至责令停止新业务和依法接管等措施。同时，保监会还将把对保险公司的产品、业务范围、增设分支机构、资金运用渠道等审批事项与公司的偿付能力状况挂钩，将偿付能力是否充足作为一项基本条件。

3. 偿付能力不足处理。偿付能力不足处理是对偿付能力不足的保险公司所作的处理决定，包括责令保险公司补充资本金、办理再保险、转让业务、停止接受新业务、调整资产结构等措施直至对保险公司接管、清算。我国《保险法》第一百三十九条规定：“对偿付能力不足的保险公司，国务院保险监督管理机构应当将其列为重点监管对象，并可以根据具体情况采取下列措施：（一）责令增加资本金、办理再保险。（二）限制业务范围。（三）限制向股东分红。（四）限制固定资产购置或者经营费用规模。（五）限制资金运用的形式、比例。（六）限制增设分支机构。（七）责令拍卖不良资产、转让保险业务。（八）限制董事、监事、高级管理人员的薪酬水平。（九）限制商业性广告。（十）责令停止接受新业务。”第一百四十五条规定，保险公司的偿付能力严重不足的，国务院保险监督管理机构可以对其实行接管。第一百五十五条还规定，保险公司偿付能力低于国务院保险监督管理机构规定标准，不予撤销将严重危害保险市场秩序、损害公共利益的，由国务院保险监督管理机构予以撤销并公告，依法及时组织清算组进行清算。

4. 偿付能力监督管理体系。为了保证保险公司偿付能力，各国都在研究探索偿付能力监督管理手段。一个完善的偿付能力监督管理体系包括：完整准确的数据收集系统、合适的偿付能力边际、资产负债的适当评估以及风险预警体系。美国的偿付能力监督管理体系是较为典型，它包括三个部分：保险监督管理信息系统（IRIS）、财务分析和偿付能力跟踪系统（FAST）和法定风险准备金监控

(RBC)。IRIS 是在美国保险监督官协会 (NAIC) 的早期预警系统的基础上发展而来的,其主要任务是协助各州的保险署依法监控在本州营业的保险公司的财务状况。保险监督管理信息系统由两个阶段组成,第一个阶段是统计阶段,即利用保险公司依法报送的年度报表计算其财务比率;第二个阶段是分析阶段,由有经验的分析员对保险公司的财务报表和财务比率进行分析。FAST 的分析则依赖于各保险公司在前三年中所提交的年度财务报告和季度财务报告。FAST 系统通过两项分析来审查保险公司的财务报告,即保险公司最近的财务报告的比率分析和保险公司财务报告中特别专项的五年历史分析。RBC 分别为寿险公司和财险公司衡量四种风险,利用风险资本公式将各种因素应用于年度财务报表中的数据,以确定每类风险所需的风险资本定额。对累积风险资本定额通过均方差调整可以消除主要风险资本定额之间的分散化情形。调整后的风险资本总额与保险公司调整后的实际资本总额进行对比,可反映出保险公司的风险资本状况。在我国,在 2003 年《保险公司偿付能力额度及监管指标管理规定》的基础上,中国保监会于 2008 年又出台了《保险公司偿付能力管理规定》。该规定是一部符合新的时代特征和要求、与国际先进的偿付能力监管理念和原则趋同的监管规章,是推进构建中国特色现代化保险监管体系的重要举措,将对我国保险业的发展改革产生重要而深远的影响。在监管标准方面,中国保监会已陆续研究制定并发布实施了 10 多项偿付能力监管标准,不仅形成了一个体系比较完整的保险公司偿付能力报告标准体系,而且在与国际趋势相符的风险资本、保险集团等监管标准的研究方面也取得了一定的成果。

二、市场行为监督管理

保险市场行为监督管理是指对保险公司经营活动过程所进行的监督管理,包括保险机构的设立、高级人员的任职资格,以及对保险费率、保单条款、保险资金运用和再保险等经营行为的监督管理。保险市场行为监督管理的核心是保险费率监督管理。

(一) 保险机构监督管理

1. 对保险人的组织形式的限制。保险人以何种组织形式进行经营,各个国家和地区根据本国国情均有所规定。

2. 保险公司申请设立的许可。根据保险业专营的原则,创设一家保险公司

必须得到主管机构的批准。任何机构和个人未经政府批准不得经营保险业，这是当今世界各国的普遍做法。在保险市场准入的处理原则上，目前各国大致有两种制度，一种是登记制，即申请人只要符合法律规定进入保险市场的基本条件，就可以提出申请，经政府主管机构核准登记后进入市场。对于符合条件的申请，政府主管机构必须予以登记。另一种是审批制，即申请人不仅必须符合法律规定的条件，而且还必须经政府主管机构审查批准后才能进入市场。对于符合条件的申请，主管机构不一定予以批准。我国《保险法》第六十七条规定，国务院保险监督管理机构审查保险公司的设立申请时，应当考虑保险业的发展和公平竞争的需要。这意味着，对于每一保险公司的设立申请，不一定会予以批准。显然，我国对于保险市场的准入采用的是审批制。

需要指出，批准设立保险公司是保险监督管理中行政许可中的重要内容。保险监督管理中行政许可是保险监督管理部门通过颁发许可证、资格证等形式，允许特定的组织或公民从事保险业务经营活动、保险中介业务经营活动与保险有关的其他活动，以及担任某种职务的行政行为。保险监督管理中行政许可的主要内容包括：批准设立保险机构；批准设立保险中介机构；授予从事有关保险业务的资格，如对参加保险代理人资格考试合格者发给资格证书。

(1) 设立保险公司的基本条件。《保险法》第六十八条规定：“设立保险公司应当具备下列条件：（一）主要股东具有持续盈利能力，信誉良好，最近三年内无重大违法违规记录，净资产不低于人民币二亿元。（二）有符合本法和《中华人民共和国公司法》规定的章程。（三）有符合本法规定的注册资本。（四）有具备任职专业知识和业务工作经验的董事、监事和高级管理人员。（五）有健全的组织机构和管理制度。（六）有符合要求的营业场所和与经营业务有关的其他设施。（七）法律、行政法规和国务院保险监督管理机构规定的其他条件。”《保险法》第六十九条还规定：“设立保险公司，其注册资本的最低限额为人民币二亿元。国务院保险监督管理机构根据保险公司的业务范围、经营规模，可以调整其注册资本的最低限额，但不得低于本条第一款规定的限额。保险公司的注册资本必须为实缴货币资本。”

(2) 设立保险公司的基本程序。我国对保险公司实行较为严格的审批制度，根据《保险法》及《保险管理规定》，设立保险公司需经过申请、筹建和开

业三个阶段。

申请设立保险公司，申请人首先要向保险监督管理部门提出申请，经批准后进行筹建。筹建就绪，经验收合格，由保险监督管理部门颁发经营保险业务许可证和法人机构许可证，并向工商行政管理机构办理企业登记，领取营业执照，然后才能开业。

《保险法》第七十条规定，“申请设立保险公司，应当向国务院保险监督管理机构提出书面申请，并提交下列材料：（一）设立申请书，申请书应当载明拟设立的保险公司的名称、注册资本、业务范围等；（二）可行性研究报告；（三）筹建方案；（四）投资人的营业执照或者其他背景资料，经会计师事务所审计的上一年度财务会计报告；（五）投资人认可的筹备组负责人和拟任董事长、经理名单及本人认可证明；（六）国务院保险监督管理机构规定的其他材料。”《保险公司管理规定》第九条和第十一条规定：“中国保监会应当对筹建保险公司的申请进行审查，自受理申请之日起6个月内作出批准或者不批准筹建的决定，并书面通知申请人。决定不批准的，应当书面说明理由。”“经中国保监会批准筹建保险公司的，申请人应当自收到批准筹建通知之日起1年内完成筹建工作。筹建期间届满未完成筹建工作的，原批准筹建决定自动失效。”筹建完成后，申请人应当向中国保监会提出开业申请，并向保监会提交相关文件资料。《保险公司管理规定》第十四条规定：“中国保监会应当审查开业申请，进行开业验收，并自受理开业申请之日起60日内作出批准或者不批准开业的决定。验收合格决定批准开业的，颁发经营保险业务许可证；验收不合格决定不批准开业的，应当书面通知申请人并说明理由。经批准开业的保险公司，应当持批准文件以及经营保险业务许可证，向工商行政管理部门办理登记注册手续，领取营业执照后方可营业。”

《保险法》第七十八条规定：“保险公司及其分支机构自取得经营保险业务许可证之日起六个月内，无正当理由未向工商行政管理机构办理登记的，其经营保险业务许可证失效。”

3. 保险公司停业解散的监督管理。政府对保险企业监督管理的基本目的是为了保证保险公司稳健经营，始终具备充足的偿付能力和避免保险企业破产，以保障被保险人的合法权益。如发现保险公司存在某些违反保险法的行为时，可以责令保险公司限期改正，若保险公司在限期内未改正，保险监督管理机构可以决

定对保险公司进行整顿；对于违法、违规行为严重的公司，保险监督管理机构可对其实行接管；被接管公司已资不抵债的，经保险接管机构批准可依法宣告破产。

4. 外资保险企业的监督管理。外资保险企业是指外国保险公司在本国设立的分公司和合资设立的保险公司。对外资保险企业的监督管理，是以本国保险市场对外开放为前提的，而本国保险市场是否开放，又取决于各国社会制度、经济发展水平和民族保险业发展程度等因素。一般发达国家对此限制较少，而发展中国家为维护本国利益，对外资保险企业的开业条件、经营业务范围、投资方向及纳税等都有严格要求。对外资保险企业的监督管理一般体现在保险人的设立方面，以确保其经营基础的稳固和人员的合格，而对经营内容和条件，则不应多加干预，按国民待遇准则应与本国保险企业相同。

（二）经营范围的监督管理

经营业务范围的监督管理，是指政府通过法律或行政命令，规定保险企业所能经营的业务种类和范围，一般表现在两个方面：一是保险人可否兼营保险以外的其他业务，非保险人可否兼营保险或类似保险的业务，即兼业问题；二是同一保险企业内部，是否可以同时经营性质不同的保险业务，即兼营的问题。保险公司的经营范围由保险监督管理部门核定，保险公司只能在被核定的经营范围内从事保险经营活动。

（三）保险条款的监督管理

保险条款是保险人与投保人关于保险权利与义务的约定，是保险合同的核心内容。保险主管机构对保险合同及其条款进行审定，对保险关系双方都会产生积极的影响，一方面可以避免投保人接受不公平的条件，保护被保险人或受益人的权益；另一方面可以避免保险人对投保人因竞争压力而被迫作出不合理的承诺，确保保险人的偿付能力。对保险条款的规范，各国一般通过保险合同法来进行。鉴于保险的专业性以及保险合同的附合性，有的国家保险监督管理部门对于保险条款进行比较严格的监督管理。

对保险条款的监督管理，首先是对保险条款内容的监督管理，即对于保险标的、保险责任与责任免除、保险价值与保险金额、保险费率、保险期限等的监督管理。除此之外，不少国家还对保险条款的格式、字体和用词都有严格的规定。

对于保险条款的监督管理，主要是通过保险条款的审批和备案两种方式进

行。具体情形有以下几种：

(1) 由保险监督管理部门制定，经营该项保险业务的保险公司必须执行该条款。

(2) 由保险公司自行拟定条款，报经保险监督管理部门审批或备案。

(3) 由保险公司拟定并使用，但在使用后一定时间内，需报保险监督管理部门备案，保险监督管理部门在接到备案后对条款进行审查，如发现条款中有法律禁止项，或有危害社会公共利益项或显失公平项，则有权要求保险公司修改该条款，或终止执行该条款。

(4) 法律允许的，由保险同业协会依法制定条款。

(四) 保险费率的监督管理

保险费率的监督管理是国家对保险市场进行监督管理的重要内容之一，其目的在于确立保险费率管理的政策及其厘定的原则，规范保险费率的^{管理}范围；引导保险市场向合理竞争与健康方向发展；促使保险人致力于费用管理，提高经营效率；避免保险公司偿付能力不足的情况发生，维护被保险人的权益。

保险费率的监督管理方式因保险业务性质的不同而不同。即使同一性质的保险业务，不同国家也有不同的做法。归纳起来，保险费率的监督管理方式大致可以分为强制费率、规章费率、事先核定费率、事先报批费率、事后报批费率和自由竞争费率等。多数国家对人寿保险费率并不直接管理，每个保险企业之间因竞争费率有高有低是正常的，但间接控制还是普遍存在的。例如对保险公司红利分配；相互保险组织盈余累积最高比率的限制；保险费中费用部分使用的规定；费率计算时所采用生命表及预定利率的报批等。因此，人寿保险费率虽然可以由保险公司自由决定，但保险市场上公司相互之间的费率差异并不太大。至于财产保险费率的订立和调整，各国政府大都规定必须先经核定，方可使用。只是由于政府的核定工作需要一定的时间，使得费率的调整与市场的实际需要不能有效配合。为了解决这种时间差问题，有些国家规定，财产与责任险费率的采用不必事先报批。在他们看来，保险市场中的竞争规律可以对保险费率产生自发调整的作用。另外一些国家则采取折衷的办法，规定费率的决定，一方面必须报经政府主管部门核定，另一方面可以先行实施，报批与实施并行。就大多数国家情况而言，仍采用事先报批的办法。我国《保险法》第一百三十六条规定：“关系社会公众

利益的保险险种、依法实行强制保险的险种和新开发的人寿保险险种等的保险条款和保险费率，应当报国务院保险监督管理机构批准。国务院保险监督管理机构审批时，应当遵循保护社会公众利益和防止不正当竞争的原则。其他保险险种的保险条款和保险费率，应当报保险监督管理机构备案。保险条款和保险费率审批、备案的具体办法，由国务院保险监督管理机构依照前款规定制定。”

（五）再保险的监督管理

对再保险业务进行监督管理，有利于保险公司及时分散风险，保持经营稳定，限制保险费外流，保护本国保险业的发展。一般在发达国家，由于其保险公司经营实力雄厚、管理技术先进、保险市场的自由化和商业化特点显著，对再保险很少直接进行行政干预，也无具体的法定分保内容，但在发展中国家和地区，一般都由政府出资成立了官方专业再保险公司或开展半官方的政策性再保险业务，并对再保险进行监督管理。

在我国，保险法规定保险公司应当按照国务院保险监督管理机构的规定办理再保险，并审慎选择再保险接受人。保险公司承保的业务超过一定限额时，超过部分必须办理再保险，至于向哪一家保险公司办理，保险法并无规定，保险公司可以自由选择。这样做的目的主要是为了保证保险公司的经营稳定性，同时利于保险公司的科学化经营及促进再保险的健康发展。《保险法》第一百零二条规定：“经营财产保险业务的保险公司当年自留保险费，不得超过其实有资本金加公积金总和的四倍”。《保险法》第一百零三条规定：“保险公司对每一危险单位，即对一次保险事故可能造成的最大损失范围所承担的责任，不得超过其实有资本金加公积金总和的百分之十；超过的部分应当办理再保险。保险公司对危险单位的划分应当符合国务院保险监督管理机构的规定。”

（六）资金运用的监督管理

资金运用是保险企业收入的一项重要来源，也是壮大和保证保险企业偿付能力的重要手段。保险公司可运用的资金总体来讲主要包括资本金、准备金（包括未到期责任准备金、未决赔款准备金、寿险责任准备金、长期健康险责任准备金等）和其他资金三部分。保险公司资金存在的形式是各种资产。保险公司的资产按用途的不同，可以分为两大类：一是投资性的资产，其目的在于保值增值；另一类资产属于保险公司营业用等资产。在比较成熟的保险市场上，在保险公司的

总资产中，投资性的资产一般占绝大部分。对于保险公司来说，通过资金运用，达到保值增值是保险经营和保险市场竞争的重要要求。对于寿险公司而言，如果资金运用收益率达不到寿险保单的预定利息率就会发生利差损，导致保险公司的亏损，影响保险公司的市场竞争力。此外，如果保险资金运用失败，不仅使保险公司遭受损失，而且因属于对被保险人负债的保险资金变成不良资产，将使保险公司无法履行保险责任，而将影响被保险人的利益。所以，保险监督管理部门必须对保险公司的保险资金运用进行监督管理。

保险资金的运用应遵循投资的基本原则是：安全性原则、流动性原则和收益性原则。这也是各国对保险企业资金运用进行监督管理的宗旨所在。各国经济体制和金融市场的发育状况不同，对保险公司资金运用的监督管理也各有特点。一般来说，保险资金运用监督管理的主要内容，就是规定资金运用的范围、形式及各投资形式的比例限度等。

我国《保险法》第一百零六条对保险企业的资金运用作了有关规定：“保险公司的资金运用必须稳健，遵循安全性原则。保险公司的资金运用限于下列形式：（一）银行存款。（二）买卖债券、股票、证券投资基金份额等有价证券。（三）投资不动产。（四）国务院规定的其他资金运用形式。保险公司资金运用的具体管理办法，由国务院保险监督管理机构依照前两款的规定制定。”相对于修改前的保险法相关条款来说，此项规定进一步扩展了我国保险企业资金运用的渠道，为其增加盈利提供了更多政策上的便利。

目前，我国保险资金运用的渠道如下：

1. 银行存款。保险监督管理部门对此并没有比例限制。
2. 买卖政府债券。保险监督管理部门对此并没有比例限制。
3. 买卖金融债券。保险监督管理部门对此并没有比例限制。
4. 买卖中央企业债券。中央企业债券是指国家部、委一级批准发行，债券信用评级达到 AA+以上的铁路、三峡、电力等中央企业债券。债券由保险公司总公司统一购买、自愿购买，中国保监会向保险公司分别下达每期发行债券的购买额度，作为最高限额。保险公司持有的各种债券余额一般不得超过本公司总资产的 20%，持有的同一期债券余额一般不得超过该期债券发行额的 10% 或本公司总资产的 3%，两者以低者为限。

5. 长期大额协议存款。长期大额协议存款指存款期超过 5 年（含 5 年）、每笔起存金额超过 3000 万元的存款。长期大额协议存款仅限于中资保险公司法人机构（总公司）向商业银行法人机构（总行）办理。长期大额协议存款的利率水平、存款期限、结息和付款方式、违约罚款标准等由双方协商确定。

6. 投资银行次级债券、银行次级定期债务。保险公司投资的银行次级债券应当是经中国人民银行和中国银行业监督管理委员会批准发行，符合《商业银行次级债券发行管理办法》规定的银行次级债券，并纳入金融债券管理。保险公司投资次级债券的余额按成本价格计算不得超过该保险公司上月末总资产的 15%，投资一家银行发行的次级债券比例累计不得超过该保险公司上月末总资产的 3%，投资一期次级债券的比例不得超过该期次级债券发行量的 20%。保险公司投资一家银行发行的次级定期债务累计占该保险公司上月末总资产的比例限制为 2%。

7. 买卖证券投资基金。保险公司买卖证券投资基金，应由总公司统一进行，分支机构不得买卖证券投资基金。此外，保险公司买卖证券投资基金必须向中国保监会申请，经批准后才能买卖证券投资基金。保险公司持有的证券投资基金总额占总资产的比例，由中国保监会根据各保险公司资产负债率、资产结构、资产质量、资金运用收益率等因素，并以上年末的总资产为基准来核定。保险公司持有的单一基金按成本价计算，不得超过保险公司可用于购买证券投资基金的资产的 20%。

8. 债券回购。作为全国银行间同业市场成员的保险公司可与其他全国银行间同业市场成员在银行间同业市场上进行债券回购交易。交易的券种为中国人民银行批准交易的国债、中央银行融资债、政策性银行金融债券等债券。保险公司在全国银行间同业市场交易的债券必须在中央国债登记结算有限责任公司托管和结算，不得转托到证券交易所。

9. 保险资金境外投资。2007 年 7 月 26 日，中国保险监督管理委员会、中国人民银行和国家外汇管理局共同制定了《保险资金境外投资管理暂行办法》，规定保险公司、保险集团公司、保险控股公司等保险机构境外投资总额不得超过上年末总资产的 15%。《保险资金境外投资管理暂行办法》第三十一条还规定：“保险资金境外投资限于下列投资形式或者投资品种：（一）商业票据、大额可

转让存单、回购与逆回购协议、货币市场基金等货币市场产品；（二）银行存款、结构性存款、债券、可转债、债券型基金、证券化产品、信托型产品等固定收益产品；（三）股票、股票型基金、股权、股权型产品等权益类产品；（四）《中华人民共和国保险法》和国务院规定的其他投资形式或者投资品种。”

10. 直接股票投资。2004年10月，经国务院批准，中国保监会联合中国证监会下发了《保险机构投资者股票投资管理暂行办法》。允许保险公司直接投资股票，这是我国保险资金运用管理体制上的一个重大的改革。保险资金直接投资股票市场是保险机构投资者有效分散资金运用风险，增加市场投资机会，促进保险盈利模式改革的重要途径之一，对加强保险市场与资本市场互动发展具有重要而深远的意义。为加强风险管控，借鉴国际通行做法和国内成功经验，引入了专业的第三方托管，确定了托管银行的外部监督职责，建立了分工明确和相互制衡的体制机制，并充分发挥托管银行的信息优势，解决监督管理部门实时监督管理的数据来源问题，提高监督管理效能。此外，为加强市场监督管理，我国金融监督管理部门将建立对保险资金直接投资股票市场的协同监督管理机制，加强对有关金融机构从事保险资金运用相关业务的监督管理协调，共同防范系统性金融风险。

11. 间接投资基础设施项目。2006年3月6日，中国保监会颁布《保险资金间接投资基础设施项目试点管理办法》。按照《保险资金间接投资基础设施项目试点管理办法》的规定，委托人可将其保险资金委托给受托人，以债权、股权、物权及其他可行方式投资于交通、通讯、能源、市政、环境保护等国家级重点基础设施项目。

12. 投资商业银行股权。2006年10月，为进一步拓宽保险资金投资渠道，改善资产配置状况，提高投资管理效益，促进保险业与银行业战略合作，经国务院批准，中国保监会下发《关于保险机构投资者投资商业银行股权的通知》（以下简称《通知》）。根据《通知》规定，保险集团（控股）公司、保险公司和保险资产管理公司可以投资境内国有商业银行、股份制商业银行和城市商业银行等未上市银行的股权。2008年1月16日，经国务院批准，中国银监会和中国保监会签署了《关于加强银保深层次合作和跨业监管合作谅解备忘录》，为加强银保深层次合作和跨业监管合作问题确定了原则框架。根据备忘录的内容，商业银行和保险公

司在符合国家有关规定以及有效隔离风险的前提下，按照市场化和平等互利的原则，可以开展相互投资的试点。备忘录的签署将有效地规范商业银行和保险公司对现有金融资源的整合优化，化解现有或潜在的金融风险，增强我国金融业的整体竞争实力和抗风险能力，将对银行业和保险业以及整个金融业的发展产生相应的促进作用。

13. 投资不动产。2009年10月实施的新《保险法》明确规定保险资金可以投资不动产。具体而言，主要是购买办公用房，投资廉租房、养老实体和商业物业等，保险机构不直接参与房地产开发，不允许进行房地产的炒作。不动产项目的低流动性，在一定程度上更加符合保险资金长期运用的特性，有助于保险公司拓宽资金运用渠道，分散投资风险。新的资金运用渠道同时意味着新风险，保监会正在加紧制定《保险资金投资不动产试点管理办法》，审慎有序地放开新渠道，更好地防范新渠道可能带来的风险。

三、公司治理结构监督管理

（一）公司治理结构的概念

狭义的公司治理，是指所有者主要是股东对经营者的一种监督与制衡，即通过一种制度安排来合理地配置所有者与经营者之间权利与责任的关系。公司治理的目标是保证股东利益的最大化，防止经营者对所有者的背离。其主要特点是通过股东大会、董事会、监事会及管理层来实现公司的内部治理。广义的公司治理则不仅限于股东对经营者的制衡，而是涉及广泛的利害相关者，包括股东、债权人、供应商、雇员、政府和社区等与公司有利害关系的集团。公司治理是通过一套包括正式或非正式的、内部或外部的制度或机制来协调公司与所有利害相关者之间的利益关系，以保证公司决策的科学化，从而最终维护公司各方面的利益。

（二）保险公司治理结构监督管理

1. IAIS 保险公司治理结构监管核心原则。公司治理结构是公司制的核心，是提高公司素质和核心竞争力的关键。尽管最优的公司治理结构尚缺乏统一的标准，但建立有效公司治理结构的原则具有一定的普适性，值得我们借鉴。2004年10月，国际保险监督官协会（International Association of Insurance Supervisors, IAIS）发布了《保险公司治理的核心监管原则》，提出了对完善保险公司治理的

要求及保险公司治理监管的重点与方法。

(1) 保险公司治理结构监管核心原则的内涵。综合 IAIS 监管核心原则及其颁布的其他涉及保险公司治理结构监管的原则、标准与指引，IAIS 保险公司治理结构监管核心原则的内涵主要有：①保险监管机构应要求保险公司遵守所有适用的公司治理标准，并对保险公司是否遵守了前述标准进行检查。②保险公司治理结构应区分和保护所有有关各方的利益。③保险公司治理结构监管的对象与内容十分丰富，主要包括：保险公司的机构构成、职责，包括董事会及其下属委员会的组成与职责；高级经营层的任命和撤换；公司机构重要担当人的任职资格；保险公司的主要股东；保险公司的合并与业务转移；保险公司的内部控制；信息披露等等。④董事会是保险公司治理结构监管的重点。有效的保险公司治理结构的构建，首先仰赖于保险公司有一个有效且受制衡的董事会。

(2) 保险公司治理结构监管的标准。为有效监管保险公司治理结构，IAIS 提出了保险公司治理结构监管的标准。这种标准分基本标准与附加标准两种。其中，基本标准是运用监管核心原则的最主要标准，监管机构要表明遵守了某一原则，就必须符合该基本标准。附加标准是比基本标准更高的要求，它不用于评价是否遵守了某一原则，而是用于评价一国保险监管体系及提出一些建议。

①基本标准。第一，保险公司应遵守所有适用的公司治理原则。第二，董事会应发挥其在公司治理结构中的重要作用，包括：明确规定董事会在执行具体的公司治理原则时的职责；制订政策、目标及落实政策实现目标的方法以确保政策的贯彻与目标的实现；建立和维护有效、审慎的公司内部组织结构；任免、评价和监督公司高级经理层人员，包括任命和撤换公司高级经理层、建立一套定期评价的薪酬制度、对高级管理层进行评价和监督；建立公司人员的业务操守标准；制订公司处理利益冲突等方面的政策等。第三，经理层应履行其职责，包括：对董事会负责，根据董事会制订的目标、政策和相关法规，负责公司的日常经营；为董事会提供全面及时的有关信息，以供董事会评论其业务目标、策略和政策，并对其行为负责等。第四，董事、经理、精算师等关键职位人员应具有相应资格。第五，保险公司股东应符合一定要求。主要股东应有与其职责相适应的能力与品行。当保险公司的主要股东不再满足合格和适宜的标准时，监管机构必须能够采取适当措施，包括使该股东放弃在保险公司中的所有权和利益。第六，保险公司

股权变更应置于监管之下。第七，业务转移应受到一定监管。第八，保险公司应进行适当的信息披露。进行这种信息披露的目的是使所有与保险公司相关的市场参与者能够正确作出相应的判断。

②附加标准。第一，董事会可设立相应的专业委员会。第二，薪酬制度应具有良好的行为导向作用。第三，董事会指定专人负责确保公司合规经营。第四，精算师应能直接与董事会联系。第五，考核审计师和精算师合格适宜性的标准包括专业水平、实践经验、专业组织的会员资格及对本专业最新发展情况的掌握情况。第六，对审计师和精算师的资格认定，监管机构可以依靠制订和实施相关执业准则的专业组织。第七，保险公司应提供股东的信息。这是指，应监管机构的要求，保险公司要提供其股东的信息及任何直接或间接行使控制权的人的信息。

2. 我国保险公司治理结构监管。在我国，涉及保险公司治理结构及其监管的法律法规较多，主要有《中华人民共和国公司法》、《中华人民共和国保险法》、《中华人民共和国证券法》、《外资保险公司管理条例》及其实施细则和《保险公司管理规定》等。直到 2006 年 1 月，中国保监会才发布专门针对保险公司治理结构的指导文件《关于规范保险公司治理结构的指导意见（试行）》。该意见在借鉴国外规范公司治理结构的先进经验的同时，紧密结合中国保险业发展的实际情况，对完善我国保险公司治理结构作了全面的规定。规范内容主要包括强化主要股东义务、加强董事会建设、发挥监事会作用、规范管理层运作、加强关联交易和信息披露管理以及治理结构监管等。但是，该指导意见仅以中国保监会规范性文件的形式下发，尚不具有强制执行的效力。中国保监会将根据保险公司发展时机，采取区别对待、分类指导的原则，加强督导，以推动完善保险公司治理结构。

近年来，中国保监会又陆续颁布并实施了《保险公司独立董事管理暂行办法》、《保险公司关联交易管理暂行办法》、《保险公司内部审计指引（试行）》、《保险公司风险管理指引（试行）》、《保险公司总精算师管理办法》、《保险公司合规管理指引》、《保险公司董事会运作指引》、《关于规范保险公司章程的意见》、《关于向保监会派出机构报送保险公司分支机构内部审计报告有关事项的通知》等一系列有关保险公司治理结构监管的规范性文件，进一步完善了治理结构监管制度框架。

第三节 保险监督管理方法

保险监督管理部门对保险监督管理对象进行监督管理的方法主要有现场检查和非现场检查两种。我国《保险公司管理规定》第五十九条规定：“中国保监会对保险机构的监督管理，采取现场监管与非现场监管相结合的方式。”《保险法》第一百五十五条规定：“保险监督管理机构依法履行职责，可以采取下列措施：（一）对保险公司、保险代理人、保险经纪人、保险资产管理公司、外国保险机构的代表机构进行现场检查。（二）进入涉嫌违法行为发生场所调查取证。

（三）询问当事人及与被调查事件有关的单位和个人，要求其对与被调查事件有关的事项作出说明。（四）查阅、复制与被调查事件有关的财产权登记等资料。

（五）查阅、复制保险公司、保险代理人、保险经纪人、保险资产管理公司、外国保险机构的代表机构以及与被调查事件有关的单位和个人的财务会计资料及其他相关文件和资料；对可能被转移、隐匿或者毁损的文件和资料予以封存。（六）查询涉嫌违法经营的保险公司、保险代理人、保险经纪人、保险资产管理公司、外国保险机构的代表机构以及与涉嫌违法事项有关的单位和个人的银行账户。

（七）对有证据证明已经或者可能转移、隐匿违法资金等涉案财产或者隐匿、伪造、毁损重要证据的，经保险监督管理机构主要负责人批准，申请人民法院予以冻结或者查封。保险监督管理机构采取前款第（一）项、第（二）项、第（五）项措施的，应当经保险监督管理机构负责人批准；采取第（六）项措施的，应当经国务院保险监督管理机构负责人批准。”

一、现场检查

现场检查是指保险监督管理机构及其分支机构派出监督管理小组到各保险机构进行实地调查。现场检查有定期和临时检查两种，临时检查一般只对某些专项进行检查，定期检查要对被检查机构作出综合评价。现场检查的重点是被检查保险机构内部控制制度和治理结构是否完善，财务统计信息是否真实准确，保险投诉是否确实合理。现场检查的内容包括：被检查保险公司的报告和报表的准确性，被检查保险公司的总体经营状况，内部控制制度的完善程度，承保和理赔情况，以及各项责任准备金提取数额，财务统计信息的完善程度，非现场或以前现场检查过程中发现的问题，执行保险法律法规的情况。为保证现场检查管理的质

量，保险监督管理机构要建立清偿的、与检查频率和范围有关的规定，同时制定必要的检查程序和处理方法，以确保工作的严格进行，保证既定目标和检查结果相统一。

现场检查一般分为以下几个阶段：

1. 检查准备阶段，包括对相关材料初步审核、确认、制定现场检查方案、确定人员及下发检查通知书。
2. 检查实施阶段，包括出示授权检查文件，说明检查目标，听取汇报，查阅有关账册、报表、文件或其他档案材料，整理现场记录及与被检查单位交换意见，核对事实材料等。
3. 报告与处理阶段，包括编写检查报告，起草检查结论和处罚决定等。
4. 执行决定与申诉阶段。
5. 后续检查阶段。

我国《保险公司管理规定》第六十一条明确规定，中国保监会对保险机构的现场检查包括但不限于下列事项：“（一）机构设立、变更是否依法经批准或者向中国保监会报告。（二）董事、监事、高级管理人员任职资格是否依法经核准。（三）行政许可的申报材料是否真实。（四）资本金、各项准备金是否真实、充足。（五）公司治理和内控制度建设是否符合中国保监会的规定。（六）偿付能力是否充足。（七）资金运用是否合法。（八）业务经营和财务情况是否合法，报告、报表、文件、资料是否及时、完整、真实。（九）是否按规定对使用的保险条款和保险费率报经审批或者备案。（十）与保险中介的业务往来是否合法。（十一）信息化建设工作是否符合规定。（十二）需要事后报告的其他事项是否按照规定报告。（十三）中国保监会依法检查的其他事项。”

二、非现场检查

非现场检查是指保险监督管理部门审查和分析保险机构各种报告和统计报表，依据报告和报表检查审查保险机构法律法规和监督管理要求的执行情况。非现场检查的作用在于它能反映保险机构潜在的风险，特别是现场检查间隔时期发生风险的可能，从而提前防范风险并在风险表现化、扩大化和公开化之前，迅速制订化解措施。保险监督管理机构在进行非现场检查时，一般要报送各类报表，通过对报表资料的归并、汇总和上报，既可以发现个别保险机构存在的问题和暴

露的矛盾，也可以了解整个保险系统以及市场体系的总体趋势。同时，非现场检查还能为保险监督管理机构的业务质询工作提供依据。非现场检查报告，在大多数发展中国家，成为非现场稽核的基础，但常常局限于偿付能力、准备金计算和资产负债表情况、收集的报告信息资料和数据准确性差，使风险分析和评估缺乏可靠性和科学性。而在西方发达国家，非现场检查得到了普遍的重视和业内应用。这些国家一般都建立了监督管理控制系统，确定一套较为科学的监督指标体系，建立和完善了保险业务报送稽核制度。为确保非现场检查方式在保险风险监督管理中发挥应有的效力，要求保险公司的报表要具有时效性、准确性和真实性，以便对数据资料进行分析比较，与整个监督过程相对，以弥补薄弱环节。

为有效发挥非现场检查的作用，保险监督管理机构要制订各种各样的标准报表，每个保险公司根据不同的内容分别按月、季、半年、年向监督管理机构报送。一般而言，资产负债表按月报送，反映资产流动性的报表按季报送，反映经营业绩的报表按年报送。保险监督管理机构收到这些报表后，对保险公司的各种风险进行评估，如果发现问题，便责成保险公司立即整改。必要时，要聘用外部注册会计师或审计师检查。这是现场检查方式的协同检查，这种检查工作不是由保险监督管理机构来操作，而是由其聘请的注册会计师和审计师来操作，或者由双方共同完成。有些国家保险监督管理部门对于委托检查的身份、资格有所选择。我国现在没有形成这种制度，但随着“两师”制度的逐步完善，聘用注册会计师和审计师进行监督管理是可能的。《保险公司管理规定》第六十六条规定：“保险机构应当按照规定及时向中国保监会报送营业报告、精算报告、财务会计报告、偿付能力报告、合规报告等报告、报表、文件和资料。”

现场检查与非现场检查这两种方法各有其优势和特点。一般来说，非现场检查方法，限于反映一个时点信息，它完全依赖资产负债表等报表的真实性和准确性。非现场检查能够帮助我们有效地确定开展现场检查的范围，调整进行现场监督的频率，增强现场检查的针对性，具有全面性和连续性。现场检查方法，作为一种有效的监督方法，可以获得非现场分析所得不到的重要信息，具有真实性和全面性，为对被检查单位作出准确评价提供了依据。因此，在通常情况下，应该把现场检查和非现场检查结合起来进行，加以综合运用，充分发挥两种方法的作用。另外，保险监督管理机构对保险公司的检查，应该坚持监督、管理、处罚相

结合，建立起双向反馈的信息网络，定期公布检查结果，并根据监测结果评定风险管理等级。