



# 保险让生活更美好

# 人身保险知识手册

养老 医疗 出行 健康 教育 理财



全国服务热线 SERVICE CENTER  
**400-8855-668**  
网址: [www.ccb-life.com.cn](http://www.ccb-life.com.cn)



**建信人寿**  
CCB LIFE

# 人寿保险概述

## 一、普通型人寿保险

### （一）死亡保险

死亡保险是指以被保险人的死亡为给付保险金条件的人寿保险。死亡保险又分为定期寿险（即定期死亡保险）和终身寿险（即不定期死亡保险）。

1. 定期寿险。定期寿险是指以死亡为给付保险金条件，且保险期限为固定年限的人寿保险。具体地讲，在定期寿险合同中规定一定时期为保险有效期，若被保险人在约定期限内死亡，保险人即给付受益人约定的保险金；如果被保险人在保险期限届满时仍然生存，保险合同即行终止，保险人无给付保险金的义务，亦不退还已收取的保险费。对于被保险人而言，定期寿险最大的优点是可以以极为低廉的保险费获得一定期限内较大的保险保障；其不足之处在于若被保险人在保险期限届满仍然生存，则不能得到保险金的给付，而且已缴纳的保险费不再退还。

2. 终身寿险。终身寿险是指以死亡为给付保险金条件，且保险期限为终身的人寿保险。终身寿险是一种不定期的死亡保险，即保险合同中并不规定期限，自合同生效之日起，至被保险人死亡为止。也就是保险人对被保险人要终身承担保险责任，无论被保险人何时死亡，保险人都有给付保险金的义务。终身寿险最大优点是被保险人可以得到永久保障。如果投保人中途退保，可以得到一定数额的现金价值（或称“退保金”）。终身寿险按照交费方式可分为普通终身寿险、限期交费终身寿险和趸交终身寿险。

①普通终身寿险。普通终身寿险是指终身分期交付保险费的终身寿险。

②限期交费终身寿险。限期交费终身寿险是指保险费在规定期限内分期交付，期满后不再交付保险费，但仍享有保险保障的终身寿险。限期交费终身寿险的交纳期限可以是一定年限，也可以规定交费到某一特定年龄。

③趸交终身寿险。趸交终身寿险是指在投保时一次全部交清保险费的终身寿险。趸交终身寿险也可以认为是限期交费保险的一种特殊形态。

### （二）生存保险

生存保险是指以被保险人的生存为给付保险金条件的人寿保险。即当被保险人于保险期满或达到合同约定的年龄时仍然生存，保险人负责给付保险金。生存保险主要是为老年人提供养老保障或者为子女提供教育金等。年金保险是一种有规则、定期向被保险人给付保险金的生存保险。

### （三）两全保险

两全保险（也称“生死合险”）是指被保险人，在保险期限内死亡或保险期满时生存，保险人均给付保险金的人寿保险。两全保险将定期死亡保险和生存保险两种保险形式结合起来，当被保险人在保险合同规定的年限内死亡或合同期满仍然生存时，保险人均按照合同给付保险金。两全保险的储蓄性极强，其纯保费由危险保费和储蓄保费组成。危险保费用于保险期限内死亡给付；储蓄保费则逐年积累形成责任准备金，它既可用于中途退保时支付退保金，也可用于生存给付。由于两全保险既有死亡保障，又有生存保障，因此，两全保险不仅使受益人得到保障，同时也使被保险人本身享受其利益。

## 二、新型人寿保险

### （一）分红保险

从本质上看，分红保险应属于传统保险业务。

1. 分红保险的定义。分红保险是指保险公司将其实际经营成果优于定价假设的盈余，按一定比例向保单持有人进行分配的人寿保险产品。这里的保单持有人是指按照合同约定，享有保险合同利益及红利请求权的人。分红保险、非分红保险以及分红保险产品与其附加的非分红保险产品必须分设账户，独立核算。分红保险采用固定费用率的，其相应的附加保费收入、佣金、管理费用支出等

不列入分红保险账户；采用固定死亡率的，其相应的死亡保费收入和风险保额给付等不列入分红保险账户。

2. 分红保险产品的主要特征。分红保险产品的特征主要体现在以下几个方面：

①保单持有人享受经营成果。分红保险不仅提供合同规定的各种保障，而且保险公司每年要将经营分红险种产生的部分盈余以红利的形式分配给保单持有人。目前，中国保监会规定保险公司应至少将分红保险业务当年度可分配盈余的70%分配给客户。这样投保人就可以与保险公司共享经营成果，与不分红保险相比，增加了投保人的获利机会。

②客户承担一定的投资风险。由于每年保险公司的经营状况不一样，客户所能得到的红利也会不一样。在保险公司经营状况良好的年份，客户会分到较多的红利；如果保险公司的经营状况不佳，客户能分到的红利就会比较少，甚至没有。因此，分红保险使保险公司和客户在一定程度上共同承担了投资风险。

③定价的精算假设比较保守。寿险产品在定价时主要以预定死亡率、预定利率和预定费用率三个因素为依据，这三个预定因素与实际情况的差距直接影响到寿险公司的经营成果。对于分红保险，由于寿险公司要将部分盈余以红利的形式分配给客户，所以在定价时对精算假设估计较为保守，即保单价格较高，以便在实际经营过程中产生更多的可分配盈余。

④保险给付、退保金中含有红利。分红保险的被保险人身故后，受益人在获得投保时约定保额的保险金的同时，还可以得到未领取的累积红利和利息。在满期给付时，被保险人在获得保险金额的同时，也可以得到未领取的累积红利和利息。分红保险的保单持有人在退保时得到的退保金也包括保单红利及其利息。

3. 分红保险保单的红利。分红保险产品从本质上说是一种保户享有保单盈余分配权的产品，即将寿险公司的盈余，如死差益、利差益、费差益等，按一定比例分配给保单持有人。分配给保户的保单盈余，就是通常所说的保单红利。

①利源。分红保险的红利，实质上是保险公司的盈余。盈余就是保单资产份额高于未来负债的那部分价值。保险公司的精算等相关部门每年都要计算盈余中可作为红利分配的数额，并由公司基于商业判断予以决定分配的数额，此决定分配的数额称为可分配盈余。盈余（或红利）的产生是由很多因素决定的，但最为主要的因素是利差益（损）、死差益（损）和费差益（损）。对于以死亡作为保险责任的寿险，死差益（损）是由于实际死亡率小于（大于）预定死亡率而产生的利益（损失）；当保险公司实际投资收益率高于（低于）预定利率时，则产生利差益（损）；当公司的实际营业费用少于（大于）预计营业费用所产生的利益（损失）时，则产生费差益（损）。

②红利分配。中国保监会《个人分红保险精算规定》中关于红利分配的具体内容包括：第一，红利分配原则。红利的分配应当满足公平性原则和可持续性原则。第二，红利分配比例。保险公司每一会计年度向保单持有人实际分配盈余的比例不低于当年可分配盈余的70%。第三，红利分配方式。红利分配方式有现金红利分配和增额红利分配两类。现金红利分配是指直接以现金的形式将盈余分配给保单持有人的方式。保险公司可以提供多种红利领取方式，比如现金、抵交保费、累积生息以及购买交清保额等。增额红利分配是指在整个保险期限内每年以增加保额的方式分配红利。增加的保额作为红利一旦公布，则不得取消。采用增额红利分配方式的保险公司可在合同终止时以现金方式给付终止红利。

## （二）投资连结保险

投资连结保险是一种寿险与投资相结合的新型寿险产品。

1. 投资连结保险的定义。根据中国保险监管机构的规定，投资连结保险是指包含保险保障功能并至少在一个投资账户拥有一定资产价值的人身保险产品。投资连结保险的投资账户必须是资产单独管理的资金账户。投资账户划分为等额单位，单位价值由单位数量及投资账户中资产或资产组合的市场价值决定。投保人可以选择其投资账户，投资风险完全由投保人承担。除有特殊规定外，保险公司投资连结保险的投资账户与其管理的其他资产或其他投资账户之间不得存在债权、债务关系，也不承担连带责任。

投资连结保险产品的保单现金价值与单独投资账户资产相匹配，现金价值直接与独立账户资产投资业绩相连，一般没有最低保证。大体而言，投资



账户的资产免受保险公司其余负债的影响，资本利得或损失一旦发生，无论其是否实现，都会直接反映到保单的现金价值上。不同的投资账户，可以投资在不同的投资工具上，比如股票、债券等。投资账户可以是外部现有的，也可以是公司自己设立的。除了各种专类基金供投保人选择外，由寿险公司确立原则，组合投资的平衡式或管理式基金也非常流行。在约定条件下，保单持有人可以在不同的基金间自由转换，而无须支付额外的费用。

2. 投资连结保险产品的主要特征。根据国际保险市场经验及中国保监会关于投资连结保险产品的有关规定，投资连结保险产品的主要特征体现在以下几个方面：

①投资账户设置。投资连结保险均设置单独的投资账户。保险公司收到保险费后，按照事先的约定将保费的部分或全部分配进入投资账户，并转换为投资单位。投资单位是为了方便计算投资账户的价值而设计的计量单位。投资单位有一定的价格，保险公司根据保单项下的投资单位数和相应的投资单位价格计算其账户价值。

②保险责任和保险金额。投资连结保险作为保险产品，其保险责任与传统产品类似，不仅有死亡、残疾给付、生存保险领取等基本保险责任，一些产品还加入了豁免保险费、失能保险金、重大疾病等保险责任。中国保监会规定，投资连结保险产品必须包含一项或多项保险责任。

投资连结保险的死亡保险金额设计有两种方法：一种是给付保险金额和投资账户价值两者较大者（方法A）；另一种是给付保险金额和投资账户价值之和（方法B）。方法A的死亡保险金额在保单年度前期不变，当投资账户价值超过保险金额后，随投资账户价值波动。方法B的死亡保险金额随投资账户价值波动而不断变化，但净风险保额（死亡保险金额与投资账户价值之差）保持不变。中国保监会《个人投资连结保险精算规定》中规定，投资连结保险产品“在保险合同有效期内，风险保额应大于零”。

③保险费。投资连结保险的交费机制具有一定的灵活性。在设计方式上，投资连结保险的交费机制有两种：一种方式是在固定交费基础上增加保险费假期，即允许投保人不必按约定的日期交费，而保单照样有效，从而避免了因为超过60天宽限期而导致保险合同的失效。另外，还允许投保人除交纳约定的保险费外，可以随时再支付额外的保险费，增加了产品的灵活性。另一种方式是取消了交费期间、交费频率、交费数额的概念，投保人可随时支付任意数额（有最低数额的限制）的保险费，并按约定的计算方法进入投资账户。这种方式对客户的灵活性最高，但降低了保险公司对保费支付的可控性和可预测性，同时提高了对内部操作系统的要求。

④费用收取。与传统非分红保险及分红保险相比，投资连结保险在费用收取上相当透明。保险公司详细列明了扣除费用的性质和使用方法，投保人在任何时候都可以通过电脑终端查询。在我国，投资连结保险产品可以收取的费用包括：初始费用，即保险费进入个人投资账户之前所扣除的费用；买入卖出差价，即投保人买入和卖出投资单位的价格之间的差价；风险保险费，即保单风险保额的保障成本；保单管理费，即为维持保险合同有效向投保人收取的服务管理费用；资产管理费，即按账户资产净值的一定比例收取的费用；手续费，即保险公司在提供部分领取和账户转换等服务时收取的费用；退保费用，即在保单中途退保或部分领取时收取的用以弥补尚未摊销的保单成本费用。

3. 我国投资连结保险产品的特点。我国投资连结保险产品具备以下特点：

- ①该产品必须包含一项或多项保险责任；
- ②该产品至少连接到一个投资账户上；
- ③保险保障风险和费用风险由保险公司承担；
- ④投资账户的资产单独管理；
- ⑤保单价值应当根据该保单在每一投资账户中占有的单位数及其单位价值确定；
- ⑥投资账户中对应某张保单的资产产生的所有投资净收益（损失），都应当划归该保单；
- ⑦每年至少应当确定一次保单的保险保障；
- ⑧每月至少应当确定一次保单价值。

### （三）万能保险

万能保险是一种交费灵活、保额可调整、非约束性的寿险。

1. 万能保险的定义。万能保险保单持有人在交纳一定量的首期保费后，可以按照自己的意愿选择任何时候交纳任何数量的保费。只要保单的现金价值足以支付保单的相关费用，有时甚至可以不再交费。而且，保单持有人可以在具备可保性的前提下，提高保额，也可以根据自己的需要降低保额。

万能保险的经营透明度高。保单持有人可以了解到该保单的内部经营情况，可以得到保单的相关因素，如保费、死亡给付、利率、死亡率、费用率、现金价值之间相互作用的各种预期结果的说明。然而，保单经营的透明度并不意味着保单持有人能对保单价值做出精确估计，只是可以了解保单基金的支配情况。万能保险具有透明度的一个重要因素是其保单的现金价值与净风险保额是分别计算的，即具有非约束性。保单现金价值每年随保费交纳情况、费用估计、死亡率及利率的变化而变化。净风险保额与现金价值之和就是全部的死亡给付额。

从万能保险经营的流程上看，保单持有人首先交纳一笔首期保费。首期保费有一个最低限额，首期的各种费用支出首先要从保费中扣除。其次，根据被保险人的年龄、按保险金额计算的死亡给付分摊额以及一些附加优惠条件（如可变保费）等费用，要从保费中扣除。死亡给付分摊是不确定的，而且常常是低于保单预计的最高水平。进行了这些扣除后，剩余部分就是保单最初的现金价值。这部分价值通常是按新投资利率计息累积到期末，成为期末现金价值。许多万能保险收取较高的首年退保费用以避免保单过早终止。在保单的第二个周期（通常1个月为1周期），期初的保单现金价值为上一周期期末的现金价值额。在这一周期，保单持有人可以根据自己的情况交纳保费。如果首期保费足以支付第二个周期的费用及死亡给付分摊额，在第二周期内保单持有人就可以不交纳保费。如果前期的现金价值不足，保单就会由于保费交纳不足而失效。本期的死亡给付分摊及费用分摊也要从上期期末现金价值余额及本期保费中扣除，余额就是第二期期初的现金价值余额。这部分余额按照新投资利率累积至期末，成为第二周期的期末现金价值余额。这一过程不断重复，一旦现金价值不足以支付死亡给付分摊额及费用，又没有新的保费交纳，该保单就失效了。

2. 万能保险产品的主要特征。万能保险产品的特征主要体现在以下几个方面：



①死亡给付模式。万能保险主要提供两种死亡给付方式，投保人可以任选其一。这两种方式习惯上称为A方式和B方式。A方式是一种均衡给付的方式；B方式是直接随保单现金价值的变化而改变的方式。在A方式中，死亡给付额固定，净风险保额每期都进行调整，使得净风险保额与现金价值之和成为均衡的死亡给付额。这样，如果现金价值增加了，则净风险保额就会等额减少；反之，若现金价值减少了，则净风险保额会等额增加。这种方式与其他传统的具有现金价值给付的保单较为类似。在方式B中，规定了死亡给付额为均衡的净风险保额与现金价值之和。这样，如果现金价值增加了，则死亡给付额会等额增加。

在A方式中，为避免由于现金价值太高而超过规定的保额，一些保险公司规定了最低净风险保额，从而使总的死亡给付额增加。中国保监会《个人万能保险精算规定》中规定，在万能保险合同有效期内，若被保险人身故，保险公司可按照身故时该保险年度的保险金额给予保险金，也可以以保险金额与当时个人账户价值之和作为身故给付。在保险合同有效期内，其风险保额应大于零。

②保费交纳。万能保险的投保人可以用灵活的方法来交纳保费。保险公司一般会对每次交费的最高和最低限额做出规定，只要符合保单规定，投保人可以在任何时间不定额地交纳保费。大多数保险公司仅规定第一次保费必须足以涵盖第一个月的费用和死亡成本，但实际上大多数投保人支付的首次保费会远远高于规定的最低金额。这种灵活的交费方式也带来了万能保险容易失效的缺点，这是由于万能保险保单无法强迫投保人交纳固定保费。为了解决这一问题，保险公司的一般做法是根据保单计划所选择的目标保费，向投保人寄送保费催交通知书，以提醒其交费。另外，投保人一般也会同意签发其银行账户每月预先授权提款单据。另一种做法是保险公司按投保人规划的保费金额向投保人寄送保费账单，投保人按账单金额交纳保费。

③结算利率。保险公司为万能保险设立单独账户。首先，万能保险的保单可以提供一个最低保证利率。万能保险的结算利率不得高于单独账户的实际投资收益率，并且两者之差不得高于20%。其次，当单独账户的实际收益率低于最低保证利率时，万能保险的结算利率应当是最低保证利率。第三，保险公司可以自行决定结算利率的频率。

④费用收取。万能保险保单可以收取的费用包括：初始费用，即保费进入个人账户之前所扣除的费用；风险保险费，即保单风险保额的保障成本；保单管理费，即为了维持保险合同有效向投保人收取的服务管理费；手续费，即保险公司在提供部分领取等服务时收取的相关管理费用；退保费用，即在保单中途退保或部分领取时保险公司收取的用于弥补尚未摊销的保单成本费用。

### 三、年金保险

年金保险是指以被保险人生存为给付保险金条件，并按约定的时间间隔分期给付生存保险金的人身保险。其中养老年金保险是指以养老保障为目的的年金保险，保险合同约定给付被保险人生存保险金的年龄不得小于国家规定的退休年龄，相邻两次给付的时间间隔不得超过一年。按约定分期给付生存保险金，且分期给付生存保险金的间隔不超过1年（含1年）的人寿保险。按照不同的标准，年金保险可划分为不同的种类。

#### （一）按照交费方式分类，可分为趸交年金和期交年金。

##### 1. 趸交年金

趸交年金是指一次交清保费的年金保险，即年金保险费由投保人一次全部交清后，于约定时间开始，按期由年金受领人领取年金。

##### 2. 期交年金

期交年金是指在给付日开始之前，分期交付保险费的年金保险，即保险费由投保人采用分期交付的方式，然后于约定年金给付开始日期起按期由年金受领人领取年金。

#### （二）按照被保险人数分类，可分为个人年金、联合年金、最后生存者年金和联合及生存者年金。

##### 1. 个人年金

个人年金是指以一个被保险人的生存作为年金给付条件的年金保险。

##### 2. 联合年金

联合年金是指以两个或两个以上被保险人的生存作为年金给付条件的年金保险。这种年金的给付持续到最先发生的死亡时为止。

##### 3. 最后生存者年金

最后生存者年金是指以两个或两个以上被保险人中至少尚有一个生存作为年金给付条件，且给付金额不发生变化的年金保险。这种年金的给付持续到最后一个生存者死亡为止。

##### 4. 联合及生存者年金

联合及生存者年金是指以两个或两个以上被保险人中至少尚有一个人生存作为年金给付条件，但给付金额随着被保险人人数的减少而进行调整的年金保险。这种年金的给付持续到最后一个生存者死亡为止，但给付金额根据仍生存的被保险人人数进行相应的调整。

#### （三）按照给付额是否变动分类，可分为定额年金和变额年金。

##### 1. 定额年金

定额年金是指每次按固定数额给付年金的年金保险。这种年金的给付额是固定的，不随投资收益水平的变动而变动。

##### 2. 变额年金

变额年金是指年金给付额按资金账户的投资收益水平进行调整的年金保险。这种年金是针对定额年金在通货膨胀下保障水平降低的缺点而设计的。

#### （四）按照给付开始日期分类，可分为即期年金和延期年金。

##### 1. 即期年金

即期年金是指保险合同成立后，保险人按期给付年金的年金保险。

##### 2. 延期年金

延期年金是指保险合同成立后，经过一定时期或被保险人达到一定年龄后保险人才开始给付年金的年金保险。

## （五）按照给付方式（或给付期间）分类，可分为终身年金、最低保证年金和定期生存年金。

### 1. 终身年金

终身年金是指年金受领人在一生中可以一直领取约定的年金，直到死亡为止的年金保险。

### 2. 最低保证年金

最低保证年金是为了防止年金受领人过早死亡、丧失领取年金权利而产生的一种年金保险。最低保证年金又分为确定给付年金和退还年金。确定给付年金规定了一个领取年金的最低保证确定年数，在规定期间内无论被保险人生存与否均可得到年金给付。退还年金是指当年金受领人死亡而其年金领取总额低于年金购买价格时，保险人以现金方式一次或分期退还其差额的年金保险。

### 3. 定期生存年金

定期生存年金是一种以被保险人在规定期间内生存为给付条件的年金保险。这种年金的给付以一定的年数为限，若被保险人一直生存，则年金给付到期满；若被保险人在规定的期限内死亡，则年金给付立即停止。

## 四、简易人寿保险

简易人寿保险是指用简易的方法所经营的人寿保险。它是一种低保额、免体检、适应一般低工资收入人群需要的人寿保险。简易人寿保险的交费期较短，通常为月、半月、周。凡参加简易人寿保险的人，保险金额都有一定的限制，且不用经过身体检查。

为了防止逆选择，简易人寿保险大多采用等待期或削减给付制度，即被保险人加入保险后必须经过一定时期，保险单才能生效；若被保险人在此期间死亡，保险人不负给付保险金责任或减少给付金额。简易人寿保险的保险费率略高于普通人寿保险的保险费率，其主要原因包括：免体检造成死亡率偏高；业务琐碎使附加管理费增加；失效率较高，使保险成本提高。

## 五、团体人寿保险

### （一）团体人寿保险的定义

团体人寿保险是用一张总的保险单对一个团体的成员及其生活依赖者提供人寿保险保障的保险。在团体人寿保险中，投保人是团体组织，被保险人是团体中的在职人员。一般来讲，“团体组织”作为投保人，组织在职人员集体投保，团体应为社会团体、企事业单位等独立核算的单位组织；“在职人员”是指在投保单位领取工资的正常工作人员，已退休、退职的人员不应参加团体保险；临时工、合同工虽然不是投保单位的正式职工，若单位要求投保，保险人也可以接受。

### （二）团体人寿保险的特征

团体人寿保险的特征主要体现在以下几个方面：

#### 1. 风险选择的对象是团体，而不是个人

在保险实务中，投保团体人寿保险一般不需体检或提供其他可保证明。这并不是说团体人寿保险承保可以不进行任何风险选择与控制，只是其方法与个人投保的风险选择与控制方法不同。为了保证团体人寿保险的承保质量以及保险公司的财务稳定性，团体人寿保险对风险选择与控制的主要手段如下：

①投保团体必须是合格的团体，有其特定的业务活动，独立核算。

②投保团体的被保险人员必须是能够参加正常工作的在职人员。退休人员、长期因病全体及半休人员，不能成为团体保险的被保险人。在坚持正常工作的在职人员中，采用团体保险的方法承保，可以消除逆选择因素的影响，保证承保对象总体上达到平均的健康水平。由于新老职工的自然更替，使得大多数团体的员工平均年龄趋于稳定，从而也保证了死亡率、疾病率等的稳定。

③对投保人数的限制。团体人寿保险对团体投保人数的规定有两个方面的要求。一是对投保团体人数绝对数的要求。一般来说，投保团体人寿保险的团体人数不得少于保险监管机构规定的最低



人数。早期在经营团体保险时，对人数的要求较高，但近年来的发展趋势是对投保人数的要求逐渐降低，对10人甚至少于10人的团体也可承保，但通常需要这些人数较少的团体对其中的被保险人提供某些可以承保的证明。二是对投保团体人寿保险参保比例的要求。例如某保险公司为排除逆选择做出如下规定：若保费是双方承担的，则全部合格职工中至少要有75%的人参加；若保费是全部由雇主负担，则全部职工都必须参加保险。

④保额的限制。一般来说，团体人寿保险对每个被保险人的保险金额按照统一的规定确定，其具体做法有两种：一是整个团体的所有被保险人的保险金额相同；二是按照被保险人的工资水平、职位、服务年限等标准，分别制定每类被保险人的保险金额。这种做法是依据统一的标准制定每个人的保险金额，雇主或雇员均无权自己增减保险金额，其目的主要在于消除逆选择的行为。

## 2. 使用团体保险单

团体人寿保险用一张总的保险单为成百上千甚至更多的人提供保险保障。在这份保险单中详细规定了保险条款的内容（包括每一被保险人的姓名、年龄、性别、保险金额、受益人的姓名等）。投保团体是保单的持有人，而每个被保险人则仅持有一张保险证。保险证上并不包括全部保险条款，仅包括被保险人姓名、受益人姓名、保险费、保险金额、生日、领取保险金的开始日期等内容。

## 3. 成本低

团体人寿保险由于采取集体投保的方式，具有规模经营效益的特点，使团体可以以较低的保费获得较高的保险保障。团体保险费率低的原因主要有：团体保险用一张总的保险单承保成百上千的人，简化了承保、收费、会计等手续；减少了代理人的佣金支出，节约了保险公司的业务管理费用；团体保险免体检，节约了体检费；采用团体投保的方法，减少了逆选择因素的消极影响，使平均死亡率、疾病率相对稳定。

## 4. 保险计划灵活

与普通个人保险的保单相比，团体人寿保险单并非必须是事先印好且一字不可更改的。较大规模的团体投保团体人寿保险，投保单位可以就保单条款的设计和保险条款内容与保险公司进行协商。当然，团体人寿保险单也应遵循一定的格式和包括一些特定的标准条款。团体人寿保险计划作为整个雇员福利项目的一部分，在绝大多数情况下，保险合同应充分体现投保团体的要求。对于这些要求，只要不导致管理手续复杂化，不引起严重的逆选择行为，不违反法律，保险人都会给予充分的考虑并在合同中加以体现。

## 5. 采用经验费率的方法

在普通个人人寿保险中，由于不同年龄、性别的被保险人的死亡率不同，所以保险费率的制定是以死亡率表为依据的。团体人寿保险的投保人是一个团体，同个人投保一样，每个投保团体的风险程度也是不同的。因此，团体人寿保险也应按风险程度的不同，分别制定费率。

团体保险费率的制定，主要考虑投保团体的业务性质、职业特点、以往的理赔记录等，其中理赔记录是决定费率的主要因素。在团体人寿保险中，一般参考上年度团体的理赔记录（或经验）决定下年度的保险费率，这就是所谓的经验费率的方法。这是一种非确定性的计算保费的方法，每隔一定时期，由保险双方参考实际的理赔情况，对费率加以修订，以使之更好地实际情况相一致。

# 六、人寿保险合同的常用条款

## （一）不可争条款

不可争条款（又称“不可抗辩条款”），是指自人寿保险合同订立时起，超过法定时限（通常规定为2年）后，保险人将不得以投保人和被保险人在投保时违反如实告知义务（如误告、漏告、隐瞒某些事实）为理由，而主张保险合同无效或拒绝给付保险金。

保险合同是最大诚信合同，在人寿保险中，对于足以影响保险人决定是否同意承保的因素，如被保险人的年龄、健康状况、职业等，投保人或被保险人应履行如实告知义务，不得有任何隐瞒或欺骗。如果在投保时，投保人故意隐匿或因为过失遗漏而作不实申报，足以影响保险人对于风险的评估，保险人有权解除合同。但由于涉及此条款的合同为长期合同，如果不加以限制，保险人有可能滥用这一权利，而使被保险人的利益无法得到保障；同时，经过较长一段时间后，要查明投保人投保时是否履行了如实告知义务非常困难，往往容易引起纠纷，因此，法律规定一个期间，要求保



险人在此期间内进行审查，并有权解除合同。一旦超过该期限，保险人不得再主张合同解除或不承担给付保险金责任的权利，从而保护被保险人和受益人的利益。

## （二）年龄误告条款

年龄误告条款主要是针对投保人申报的被保险人年龄不真实的情况，主要有两种：

1. 真实年龄不符合合同约定的年龄限制的年龄误告。《中华人民共和国保险法》第三十二条第一款规定：“投保人申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合合同约定的年龄限制的，保险人可以解除合同，并按照合同约定退还保险单的现金价值。”由此看出，保险人在投保人误告被保险人的年龄时有解除合同的权利。

2. 真实年龄符合合同约定的年龄限制的年龄误告。如果被保险人的真实年龄符合合同约定的年龄，法律与保险合同中一般均要求保险人按被保险人真实年龄对保险费或保险金进行调整。《中华人民共和国保险法》第三十二条第二、三款规定：“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

宽限期条款的基本内容是：合同约定分期支付保险费，投保人支付首期保险费后，未按时交付续期保险费的，法律规定或合同中约定给予投保人一定的宽限时间（通常是1个月或2个月）。在宽限期内，保险合同效力正常。

一般情况下，分期支付保险费的合同，投保人应于合同成立时支付首期保险费，并应当按期交纳其他各期保险费。然而，由于人身保险合同的保险期限较长，一时疏忽或者经济困难或其他客观原因使投保人没能在约定的期限按时交付保险费的情况时有发生。如果保险人据此解除保险合同，将使保险人、投保人、被保险人的利益均受到损害。为了保护被保险人的利益，给投保人交纳续期保险费规定一定的宽限期。在宽限期内，即使投保人没有及时交付保险费，合同仍然有效。如果发生保险事故，保险人仍承担给付保险金的责任。

《中华人民共和国保险法》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）中止、复效条款

人寿保险合同履行过程中，在一定的期间内，由于失去某些合同要求的必要条件，致使合同失去效力，称为合同中止。一旦在法定或约定的时间内所需条件得到满足，合同就恢复原来的效力，称为合同复效。

为了保护被保险人和受益人的利益，给投保人交纳保险费一定的宽限期，在宽限期结束后仍未交纳应付保险费的，保险合同的效力中止。一旦投保人重新具备交纳保险费的能力并且愿意补交合同效力停止期间的保险费及其利息，保险合同效力将恢复。如果这一中止期限届满，投保人仍未能就复效问题与保险人达成一致意见并补交保险费，保险人就有权解除保险合同。我国法律规定，中止期限为二年。

《中华人民共和国保险法》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满二年双方未达成协议的，保险人有权解除合同。保险人依照前款规定解除合同的，应当按照合同约定退还保险单的现金价值。”

对于投保人来讲，复效要比重新订立保险合同更为有利。投保人提出复效时，必须履行的程序包括：提出复效申请；提供可保证明，例如体检报告、健康证明等；付清欠交保费及利息；付清保单借款。

## （五）自杀条款

所谓自杀，在法律上是指故意剥夺自己生命的行为。如果没有主观上的故意，则不能称为自杀。

在人寿保险合同中，一般都将自杀作为责任免除条款来规定，这主要是为了避免蓄意自杀者通过保险方式谋取保险金，防止道德风险的发生。但自杀毕竟是死亡的一种，有时被保险人遭受意外事件的打击或心态失常亦会做出结束自己生命的行为，并非是在有意图谋保险金。为了保障投保人、被保险人、受益人的利益，在很多人寿保险合同中都将自杀列入保险责任范围，但规定保险合同生效一定期限后（通常是二年）发生被保险人的自杀行为，保险人才承担给付保险金责任。根据心理学的调查，一个人在一两年以前即开始自杀计划，这一自杀意图能够持续二年期限并最终实施的可能性很小。因此，自杀条款的规定既可避免道德风险的发生，也可最大限度地保障被保险人和受益人的利益。

《中华人民共和国保险法》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。”该条第二款规定：“保险人依照前款规定不承担给付保险金责任的，应当按照合同约定退还保险单的现金价值。”另外在保险实践中，根据长期人寿保险中止、复效条款的特点，计算自杀年限还有另一个始点，就是自保险合同复效时起重新计算。

### （六）不丧失现金价值条款

现金价值是指带有储蓄性的人寿保险单所具有的价值。在长期人寿保险中，保险费率组成中含有储蓄因素，特别是长期性带有生存给付的纯保险费往往含有很大比重的储蓄保险费。于是保险单交费达到一定时间后，逐年积存相当数额的责任准备金并随着时间的延伸而不断增加，这就形成了保险单的现金价值。因此，大部分的长期保险单在一段时间后，都包含有一定的现金价值。《中华人民共和国保险法》规定交费满二年的人身保险合同即产生现金价值。但也有一个条款是例外的，即自杀条款。该条款规定，以死亡为给付保险金条件的合同，被保险人自合同成立之日起二年内自杀的，保险人不承担给付保险金责任，但对投保人已支付的保险费，保险人应按照保险单退还其现金价值。也就是说，被保险人在合同成立后二年内自杀，保险人应计算其保险单的现金价值，无论其是否交足二年以上的保险费。

《中华人民共和国保险法》中虽然未对现金价值进行详细解释，但很多条款均体现出了不丧失现金价值条款的精神。如第四十四条、第四十五条、第四十七条等有关解除合同、保险人不承担给付保险金责任的规定中，均有“退还保险单现金价值”的字样。

由此也可以看出，现金价值不因保险合同效力的变化而丧失。虽然现金价值由保险人运用并保管，但实际上仍为投保人、被保险人所有。投保人解除合同时，保险人应当退还保险单现金价值。即使投保人或被保险人、受益人违反合同规定的某些义务而致使保险合同解除，保险单的现金价值也不会丧失。

保险人一般将现金价值列在保险单上，当投保人不愿意继续交纳保险费时，投保人有权选择有利于自己的方式来处理这笔现金价值。其方式有如下几种：

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，只是依据现金价值的数额，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交保险费，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，保险金额则由趸交保险费的数额而定。

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交保险费，投保死亡保险，保险金额与原保险单相同，保险期限则由趸交保险费的数额而定。定期死亡保险、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交保险费或以现金返还投保人。

4. 投保人可以在投保时或保险费宽限期期满前书面声明，在超过宽限期仍未交付续期保险费时，将保险单当时的现金价值作为续期保险费进行垫交。此项垫交的保险费，投保人要在一定时期内予以补交。在垫交保险费期间，保险合同持续有效，保险人承担保险责任；当现金价值垫交不足，而投保人也未补交时，保险合同效力中止。

以上2, 3, 4项所涉及的情况，必须在保险合同中有该类条款的基础上才可选择，否则不适用于人寿保险合同。

### （七）保单贷款条款

投保人可以向具有现金价值的长期性人身保险合同的保险单作为质押，在现金价值数额内，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，投保人应将保险单移交给债权人占有；如果债权人不是其投保的保险人，应通知该保险人。出质后，投保人也不得将保险单转让或解除。

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，因此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。

《中华人民共和国保险法》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）自动垫交保险费条款

自动垫交保险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保单现金价值的数额时，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。

## 七、人寿保险的定价

人寿保险定价即人寿保险的保险费率厘定，是寿险业务开发的重要组成部分，它是寿险公司在考虑了诸多因素的基础上，通过精算方法反复计算而得的。

人寿保险的保费是由纯保费和附加保费两部分构成的。以预定死亡率和预定利率为基础所计算的保险费称为纯保险费。在纯保险费中未计入保险业务经营中所需要的业务费用。纯保险费是保险金给付的来源，纯保险费总额与保险金给付总额应达到平衡。附加保费用于保险经营过程中的一切费用开支。由于寿险期限较长，它的费用比较复杂，有些费用只在保单第一年存在；有些费用分摊于保险合同有效的整个期间；有些费用可表示为固定常数；而有些费用表示为保费或保额的一定比例。

人寿保险定价中的各种假设比定价方法及公式重要得多，计算结果是否有效，几乎完全取决于定价假设是否符合实际。可以说，有什么样的假设，就会有什么样的结果。定价过程中假设因素的确 定既困难，又有一定的风险。由于对未来不能准确预测，因而各种假设因素具有一定的概率特征。

1. 影响定价假设的因素。影响定价假设的因素主要分为四类：经济和社会环境、公司的特点、市场的特点以及产品的特点。

2. 人寿保险的定价假设。人寿保险的定价假设通常考虑死亡率假设、利率假设、失效率假设、费用率假设和平均保额五个因素。

①死亡率假设。死亡率假设是寿险定价及评估的最重要的基础之一。寿险公司自身死亡率的经验对定价的死亡率假设是十分重要的，即使是粗略估计所承担的风险，也应对寿险公司的经验死亡率进行研究。在实践中，死亡率通过生命表的方式列出。生命表是寿险精算的科学基础，它是寿险费率和责任准备金计算的依据，也是寿险成本核算的依据。生命表是根据以往一定时期内各个年龄



的死亡统计资料编制的，是由每个年龄死亡率组成的汇总表。生命表可以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以特定地区人口的死亡统计数据编制的生命表，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、社会保险以往的死亡记录所编制的生命表。保险公司使用的是经验生命表，这主要是因为国民生命表是全体国民生命表，没有经过保险公司的风险选择。不同公司之间的经验死亡率存在一定的差别，同一公司不同险种的死亡率经验也有所不同，因此，不同的业务类型需采用不同的生命表。生命表中最重要的项目就是每个年龄的死亡率（真正影响死亡率的因素很多，主要有年龄、性别、职业、习性、以往病史、种族等）。一般情况下，在设计生命表时，至少要考虑年龄和性别；在有条件的情况下，还可以考虑是否吸烟、保额大小等因素。

②利率假设。寿险公司的利率假设可以看作是保户未来的一种收益，也可看作是单纯根据死亡率计算的保费的折减，寿险大多是长期险，寿险公司假设的利率能否实现，要看其未来投资收益，因此，利率假设必须十分慎重。利率假设对于保险公司的定价十分重要，特别是对于传统寿险，因为它们保单有效期内是固定不变的。当社会经济处于高速发展阶段或处于衰退和动荡阶段，往往伴随着市场利率的大幅度调整和振动，必将对寿险业产生极大的影响。因此，寿险公司在进行利率假设时都是十分谨慎的，常常采用较为保守的态度，但过于保守的态度必然会损害被保险人的利益或丧失市场竞争能力。

③失效率假设。一般而言，保单失效率与下列各因素有关：保单年度、被保险人投保时年龄、保险金额大小、保费支付方式的频率、性别、保单类型等。失效率假设应基于本公司的经验数据，而各公司之间由于各种差别使失效率大相径庭。如果公司经验数据有限，可以参考与本公司经营状况相类似的其他公司的经验数据，再根据年龄、性别、保额等因素进行调整。即使是本公司的经验数据，在使用时仍需作适当的调整。因为险种变化、销售人员的变化、外部环境的变化等都会对未来的失效率产生影响。寿险公司对所推销保单失效率高的代理人的处理办法（如终止其代理行为）也可对未来保单失效率产生影响。理论上可以找到多种减少失效率的方法，但实际上运作起来却比较困难。对某些新的险种，失效率假设就只能基于精算人员的判断、估计了。这种判断、估计越多，就越需要对该险种在各种不同情况下的失效率进行检验，而且要对失效率进行经常性调整；在失效率太高时，甚至有必要对产品的价格重新计算。

④费用率假设。费用率一般因公司的不同而各异，费用可以有不同分类，各公司对费用可合并简化或划分得更加细致。一般寿险公司的费用可分为：合同初始费用，包括保单签发费用、承保费用等；代理人手续费与其他报酬；保单维持费用；保单终止费用，包括退保费用、无现金价值失效费用、死亡给付费用、到期费用等。

⑤平均保额。平均保额以千元保额为1单位，一般表示为几个单位保额，如5单位保额、10单位保额等等。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、每次保单终止费用等。平均保额的计算可以划分为几个区间段。实务中一般每段的保额上限是下限的2~2.5倍，这样，这一段的平均保额可能用保额下限的1.5~1.75倍作为平均保额。若不划分区间或区间段很大，则平均保额的变化就很大。此外，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、性别及保单的特点等对平均保额进行调整。

## 健康保险概述

### 一、健康保险及其特征

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。

#### （一）健康保险经营风险的特殊性

健康保险的保险责任是伤病风险，其影响因素十分复杂，逆选择和道德风险更为严重。为降低逆选择风险，健康保险的核保要比人寿和意外伤害保险严格得多。道德风险导致的索赔欺诈也给健康保险的理赔工作提出了更高的要求。精算人员进行风险评估及计算保费时，除了要依据统计资料，还要获得医学知识方面的支持。此外，健康保险的风险还来源于医疗服务提供者。医疗服务的数量

和价格在很大程度上由他们自行决定，作为支付方的保险公司很难加以控制。

## （二）健康保险的精算技术

与其他人身保险业务特别是寿险业务相比，健康保险产品的定价基础和准备金的计算有其较大特殊之处。人寿保险在制定费率时则主要考虑死亡率、费用率和利息率，而健康保险在制定费率时则主要考虑疾病率、伤残率和疾病（伤残）持续时间。健康保险费率的计算以保险金额损失率为基础，年末未到期责任准备金一般按当年保费收入的一定比例提存。此外，健康保险合同中规定的等待期、免责期、免赔额、共付比例、给付方式和给付限额也会影响最终的费率。

## （三）健康保险的保险期限

除重大疾病等保险以外，绝大多数健康保险尤其是医疗费用保险通常为1年期的短期合同，原因在于医疗服务成本不断上涨，保险人很难计算出一个长期适用的保险费率，而一般的个人寿险合同则主要是长期合同，在整个交费期间可以采用均衡的保险费率。

## （四）健康保险的保险金给付

关于“健康保险是否适用补偿原则”问题，不能一概而论。补偿原则是指“被保险人获得的补偿不能高于其实际损失”。费用型健康保险适用该原则；而定额给付型健康险则不适用，保险金的给付与实际损失无关。对于前者而言，强调对被保险人因伤病所致的医疗费用或收入损失提供补偿，与人寿和意外伤害保险在发生保险事故时给付事先约定的保险金不同。

因为健康保险的特殊性，一些国家把健康保险和意外伤害保险列为第三领域，允许财产保险公司承保。我国也遵从国际惯例，放开短期健康保险和意外伤害保险的经营限制，财产险公司也可提供短期健康保险和意外伤害保险。

## （五）健康保险的成本分摊

健康保险的基本责任主要是指疾病（通常不包含分娩）医疗给付责任，即对被保险人的疾病医治所发生的医疗费用支出，保险人按规定给付相应的疾病医疗保险金。由于健康保险有风险大、不易控制和难以预测的特性，因此，在健康保险中，保险人对所承担的疾病医疗保险金的给付责任往往制定很多限制或制约性条款。

## （六）健康保险合同条款的特殊性

健康保险为被保险人提供医疗费用和残疾收入补偿，无须指定受益人。健康保险合同中，除适用寿险合同的不可抗辩条款、宽限期条款、不丧失价值条款等外，还采用一些特有的条款，如既存状况条款、转换条款、协调给付条款、体检条款、免赔额条款、等待期条款等。此外，健康保险合同中有较多的名词定义，有关保险责任部分的条款也显得比较复杂。

**（七）健康保险的除外责任保险合同中规定的在某些特定的灾害、事故及损失范围下，保险人不负的赔偿损失或给付保险金的责任。**

除外责任一般包括战争或军事行动，故意自杀或企图自杀造成的疾病、死亡和残疾，堕胎导致的疾病、残疾、流产、死亡等。健康保险中将战争或军事行动除外，是因为战争所造成的损失程度一般来讲是较高的，而且难以预测。在制定正常的健康保险费率时，不可能将战争或军事行动的伤害因素考虑在内，因而把战争或军事行动列为除外责任。故意自杀或企图自杀均属于故意行为，与健康保险所承担的偶然事故相悖，故亦为除外责任。

## 二、健康保险的种类

### （一）医疗保险

医疗保险是指是指以保险合同约定的医疗行为的发生为给付保险金条件，为被保险人接受诊疗期间的医疗费用支出提供保障的保险，它是健康保险的主要内容之一。医疗费用是病人为了治病而发生的各种费用，它不仅包括医生的医疗费和手术



费用，还包括住院、护理、医院设备等的费用。医疗保险就是医疗费用保险的简称。

医疗保险的范围很广，医疗费用则一般依照其医疗服务的特性来区分，主要包含医生的门诊费用、药费、住院费用、护理费用、医院杂费、手术费用、各种检查费用等。各种不同的健康保险保单所保障的费用一般是其中的一项或若干项的组合。

1. 医疗保险的主要类型。常见的医疗保险主要有普通医疗保险、住院保险、手术保险和综合医疗保险。

①普通医疗保险。普通医疗保险主要承保被保险人治疗疾病的一般性医疗费用，主要包括门诊费用、医药费用、检查费用等。这种保险的保费成本较低，比较适用于一般社会公众。由于医药费用和检查费用的支出控制有一定的难度，这种保单一般也具有免赔额和比例给付规定，保险人支付免赔额以上部分的一定百分比（比如 80%），保险费用则每年更新一次。每次疾病所发生的费用累计超过保险金额时，保险人不再负保险责任。

②住院保险。由于住院所发生的费用是相当可观的，故将住院的费用作为一项单独的保险。住院保险的费用项目主要是每天住院房间的费用、住院期间医生治疗费用、利用医院设备的费用、手术费用、医药费等。住院时间长短将直接影响其费用的高低，因此，这种保险的保险金额应根据病人平均住院费用情况而定。为了控制不必要的长时间住院，这种保单一般规定保险人只负责所有费用的一定百分比（例如 90%）。

③手术保险。手术保险提供因病人需作必要的手术而发生的费用。这种保单一般是负担所有手术费用。

④综合医疗保险。综合医疗保险是保险人为被保险人提供的一种全面的医疗费用保险，其费用范围包括医疗、住院、手术等的一切费用。这种保单的保险费较高，一般确定一个较低的免赔额和适当的分担比例（如 85%）。

2. 医疗保险的常用条款。医疗保险的常用条款主要有免赔额条款、比例给付条款和给付限额条款。

①免赔额条款。免赔额条款是医疗保险的主要特征之一。在健康保险中，一般均对一些金额较低的医疗费用采用免赔额的规定，即保险人只负责超过免赔额的部分。一方面，对金额较低的医疗费用，被保险人在经济上可以承受；同时，规定免赔额后，可以省去保险人因此而投入的大量工作。另一方面，免赔额的规定可以促使被保险人加强对医疗费用的自我控制，避免不必要的浪费。免赔额的设计一般有三种：一是单一赔款免赔额，即针对每次赔款确定一个免赔额；二是全年免赔额，即按全年赔款总计，超过一定数额后才赔付；三是集体免赔额，即针对团体投保而言，规定了免赔额之后，小额的医疗费由被保险人自负，大额的医疗费用由保险人承担。如果是一个家庭投保，免赔额可在整个家庭成员费用之和的基础上规定。

②比例给付条款。比例给付条款（又称“共保比例条款”）是对超过免赔额以上的医疗费用部分采用保险人和被保险人共同分摊的比例给付办法。此条款是在免赔额基础上经常采用的一个条款。在健康保险中，由于以人的身体为保险标的，不存在是否足额投保问题，同时由于健康保险的危险不易控制，因此，在大多数健康保险合同中，对于保险人医疗保险金的支出均有比例给付的规定。比例给付既可以按某一固定比例（例如保险人承担 70%，被保险人自负 30%）给付，也可按累进比例给付，即随着实际医疗费用支出的增大，保险人承担的比例累计递增，被保险人自负的比例累计递减。这一规定，既有利于保障被保险人的经济利益，解除其后顾之忧，也有利于保险人对医疗费用的控制。

③给付限额条款。由于危害人体健康的风险大小差异很大，医疗费用支出的高低也相差很大，为了加强对健康保险的管理，保障保险人和广大被保险人的利益，一般对保险人医疗保险金的最高给付均有限额规定，以控制总支出水平。当然，在以某些专门的大病为承保对象的健康保险中，也可以没有赔偿限额的规定，但这种合同的免赔额一般比较高，被保险人自负的比例一般也较高。

## （二）疾病保险

疾病保险是指以保险合同约定的疾病的发生为给付保险金条件的保险。某些特殊的疾病往往给病人带来的是高额的费用支出，例如癌症、心脏疾病等。这些疾病一经确诊，必然会产生大额的医疗费用支出。因此，通常要求这种保单的保险金额比较大，以足够支付其产生的各种费用。疾病保险的给付方式一般是在确诊为特种疾病后，立即一次性支付保险金额。

1. 疾病保险的基本特点。疾病保险的基本特点主要体现在如下几个方面：

①个人可以选择投保疾病保险。作为一种独立的险种，它不必附加于其他某个险种之上。

②疾病保险条款一般都规定了一个观察期，一般为180天（不同的国家规定可能不同）。被保险人在观察期内因疾病而支出的医疗费用及收入损失，保险人概不负责，观察期结束后保险单才正式生效。

③疾病保险为被保险人提供切实的疾病保障，且保障程度较高。疾病保险保障的重大疾病，均是可能给被保险人的生命或生活带来重大影响的疾病项目，如急性心肌梗塞、恶性肿瘤。

④保险期限较长。疾病保险一般都能使被保险人“一次投保，终身受益”。保费交付方式灵活多样，且通常设有宽限期条款。

## 2. 重大疾病保险。

重大疾病保险是当被保险人在保险期间内发生保险合同约定的疾病、达到约定的疾病状态或实施了约定的手术时给付保险金的健康保险产品。重大疾病保险的根本目的是为病情严重、花费巨大的疾病治疗提供经济支持。

重大疾病保险在国内比较流行，保障的疾病一般有恶性肿瘤、急性心肌梗塞、脑中风后遗症、重大器官移植术或造血干细胞移植术、冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）、急性或亚急性重症肝炎、严重的原发性心肌病等。

(1) 按保险期间划分，可以将重大疾病保险分为定期和终身两类。

①定期重大疾病保险。定期重大疾病保险为被保险人在固定的期间内提供保障。固定期间可以按年数确定（如10年），也可以按被保险人年龄确定（如保障至70岁）。

②终身重大疾病保险。终身重大疾病保险为被保险人提供终身的保障。“终身保障”的形式有两种：一种是为被保险人终身提供重大疾病保障，直至被保险人身故；另一种是指一个“极限”年龄（如100周岁）。当被保险人健康生存至这个年龄时，保险人给付与重大疾病保险金额相等的保险金，保险合同终止。终身重大疾病保险产品一般都含有身故保险责任，费率相对比较高。

(2) 按保险金的给付形态划分，重大疾病保险有提前给付型、附加给付型、独立主险型、按比例给付型、回购式选择型五种。

①提前给付型重大疾病保险。提前给付型重大疾病保险的保险责任包含重大疾病、死亡和（或）高度残疾；保险总金额为死亡保额，但包括重大疾病和死亡保额两部分。如果被保险人罹患保单所列重大疾病，保险人可以按照死亡保额一定比例提前给付重大疾病保险金，用于医疗或手术费用等开支，身故时由身故受益人领取剩余部分的死亡保险金。如果被保险人没有发生重大疾病，则全部保险金作为死亡保障，由受益人领取。

②附加给付型重大疾病保险。附加给付型重大疾病保险通常作为寿险的附约，保险责任包含重大疾病和死亡高残两类。不同于提前给付型的是该产品有确定的生存期间。生存期间是指自被保险人身患保障范围内的重大疾病开始至保险人确定的某一时刻止的一段时间，通常为30天、60天、90天、120天不等。如果被保险人死亡或高残，保险人给付死亡保险金；如果被保险人罹患重大疾病且在生存期内死亡，保险人给付死亡保险金；如果被保险人罹患重大疾病且存活超过生存期间，保险人给付重大疾病保险金，被保险人身故时再给付死亡保险金。此种产品的优势在于死亡保障始终存在，且不会因重大疾病保障的给付而减少死亡保障。

③独立主险型重大疾病保险。独立主险型重大疾病保险包含的死亡和重大疾病责任是完全独立的，各自的保额为单一保额。如果被保险人身患重大疾病，保险人给付重大疾病保险金，死亡保险金为零；如果被保险人未患重大疾病，则给付死亡保险金。此类保险产品较易定价，即单纯考虑重大疾病的发生率和死亡率，但对重大疾病的描述要求严格。

④按比例给付型重大疾病保险。按比例给付型重大疾病保险产品是针对重大疾病的种类而设计的，同时可应用于以上诸类产品中，主要考虑某一种重大疾病的发生率、死亡率、治疗费用等因素。被保险人罹患某一种重大疾病时按照重大疾病保险金额的一定比例给付，其死亡保障不变。

⑤回购式选择型重大疾病保险。回购式选择型重大疾病保险产品是针对提前给付型产品存在的因领取重大疾病保险金而导致死亡保障降低的不足而设计的。根据该产品的条款规定，保险人给付重大疾病保险金后，如果被保险人在某一特定时间后仍存活，可以按照某固定费率买回原保险总额的一定比例（如25%），使死亡保障有所增加；如果被保险人再经过一定的时间以达到购买之初的保额。此类保险产品最早出现在南非，在澳大利亚和英国非常普遍，目前我国尚属空白。回购式选择带来的逆选择是显而易见的，因此对于“回购”的前提或条件的设定至关重要。

### （三）失能收入损失保险

1. 失能收入损失保险的定义。失能收入损失保险是指以因保险合同约定的疾病或者意外伤害导致工作能力丧失为给付保险金条件，为被保险人在一定时期内收入减少或者中断提供保障的保险。当被保险人由于疾病或意外伤害导致残疾，丧失劳动能力不能工作以致失去收入或减少收入，保险人在一定期限内分期给付保险金。其主要目的是为被保险人因丧失工作能力导致收入的丧失或减少提供经济上的保障，但不承担被保险人因疾病或意外伤害所发生的医疗费用。

2. 失能收入损失保险的特点。失能收入损失保险一般分为两种：一种是补偿因伤害而致残疾的收入损失；另一种是补偿因疾病造成残疾而致的收入损失。在实践中，因疾病而致残疾比因伤害而致残疾更为多见一些。失能收入损失保险的特点主要体现在以下几个方面：

①给付方式。失能收入损失保险一般是按月或按周进行补偿，主要根据被保险人的选择而定，每月或每周可提供金额相一致的收入补偿。失能收入损失保险所提供的保险金不一定能完全补偿被保险人因伤残而遭致的收入损失。失能收入损失保险的给付额一般都有一个最高限额，该限额低于被保险人在伤残以前的正常收入水平。这一限制的目的是为了促使残疾的被保险人尽早重返工作岗位。

失能收入损失保险除了在被保险人全残时给付保险金外，还可以提供其他利益，包括部分伤残保险金给付、未来增加保额给付、生活费用调整给付、残疾免交保费条款、移植手术保险给付、非失能性伤害给付、意外死亡给付等。这些补充利益作为特殊条款，通过交纳附加保费的方式获得。

②给付期限。给付期限是指收入保障保单支付保险金的最长时间。给付期限可以是短期，也可以是长期。短期补偿是为了补偿被保险人在身体恢复前不能工作的收入损失；长期补偿是为了补偿被保险人全部残疾而不能恢复工作的收入损失。一般而言，失能保险期间，不论是生病致残、还是受伤致残均相同，从13周、26周、52周，到2年、5年或给付至65岁。如全残始于55岁、60岁或65岁，可提供终身给付。多数失能为短期失能，即失能者恢复期在12个月内。若恢复期超过12个月，恢复工作能力的几率也锐减，尤其是年老者，对此更宜于选择较长的保险给付期间。

③免责期间。免责期间是指在残疾失能开始后无保险金可领取的一段时间，即残疾后的前一段时间。免责期间类似于医疗费用保险中的免责期或自负额，在此期间保险人不给付任何补偿。免责期的设定目的在于排除一些不连续的疾病或受伤，因其所致丧失劳动能力可能只有几天，或者在短时间内，被保险人还可以维持一定生活。同时，设置免责期还可以通过取消对短期残疾的给付而减少保险成本。各保险公司的免责期不同，如30天、2个月、3个月、6个月和1年等，越长的免责期，保费愈便宜。此外，免责期间允许中断，如被保险人在短暂恢复后（一般限定为6个月以内）再度失能，可将两段失能期间合并计算免责期。

3. 失能收入损失保险中关于残疾的界定。残疾和全残是失能收入损失保险中两个非常重要的概念。残疾指由于伤病等原因在人体上遗留的固定症状，并影响正常生活和工作能力。导致残疾的原因通常有先天性的残障、后天疾病遗留、意外伤害遗留等。失能收入损失保险对先天性的残疾不给付保险金，并规定只有满足保单载明的全残定义时，才可以给付保险金。在失能收入损失保险保单中，关于残疾的定义有很多种，这里讨论完全残疾和部分残疾的定义。

（1）完全残疾。完全残疾一般指永久丧失全部劳动能力，不能参加工作（原来的工作或任何新工作）以获得工资收入。商业保险中常见的全残定义有以下几种：

①全残。目前多将残疾分成两个阶段：在致残初期，如被保险人不能完成其惯常职业的基本任务，则可认定为全残或完全丧失工作能力，被保险人就可按规定领取保险给付；在致残2-5年后，被保险人仍不能完成任何与之所受教育、训练或经验相当的职业任务，可认定为全残，并继续领取残疾收入给付直至保险期满。这种定义可能导致被保险人自愿重返任何一种有收入的职业后就不能再领取全残保险给付。

②绝对全残。失能保险单中将全残定义为绝对全残，即该残疾使得被保险人不能从事任何职业。现在大多数公司已经不再采用此种苛刻的定义。

③原职业全残。一些收入保障保险对从事某些特定职业者（如钢琴师、医师、牙医、律师或会计师等）签发的保单进一步放宽了对全残的限制，规定如被保险人因伤残不能完成原职业的基本任务时，就可认定为全残，也可以领取约定的保险金，而不论他是否从事其他有收入的职业。

④收入损失全残。被保险人由于残疾而遭受收入损失，就可被认定为全残。这种保险单提供的



残疾收入保险金包括两种情况：一是被保险人因全残而丧失工作能力；二是被保险人尚能工作，但因伤残而致使其收入降低。

⑤推定全残。在某些情况下，被保险人患病或遭受意外伤害，最终是否残疾在短期内难以判定，为此，保险公司往往在保险条款中规定一个定残期限，如180天。如果被保险人发生的伤残在定残期限届满时尚无明显的好转征兆，将自动被认定为全残。

⑥列举式全残。有的保险公司还在保单中列举出被保险人可以被认定为“全残”的情况。这些情况通常包括：双目永久完全失明；两上肢腕关节以上或两下肢踝关节以上缺失；一上肢腕关节以上及一下肢踝关节以上缺失；一目永久完全失明及一上肢腕关节以上缺失；一目永久完全失明及一下肢踝关节以上缺失；四肢关节机能永久完全丧失；咀嚼、吞咽机能永久完全丧失；中枢神经系统机能或胸、腹腔部脏器机能极度障碍，终身不能从事任何工作，为维持生命必要的日常生活活动，全需他人扶助等。

全部残疾给付金额一般比残疾前的收入少一些，通常是原收入的75%—80%。

(2)部分残疾。部分残疾是指部分丧失劳动能力。如果我们把全部残疾认为是收入全部损失，那么，部分残疾则意味着被保险人还能从事一些有收入的其他职业（显然这种职业的收入比原来职业的收入少）。在这种情况下，保险人给付的将是全部残疾给付的一部分，其计算公式如下：

部分残疾给付 = 全部残疾给付 × (残疾前的收入 - 残疾后的收入) / 残疾前的收入

#### (四) 护理保险

1. 护理保险的定义。护理保险是健康保险非常重要的组成部分，在国外比较流行。护理保险是指以因保险合同约定的日常生活能力障碍引发护理需要为给付保险金条件，为被保险人的护理支出提供保障的保险。一般的医疗保险或其他老年医疗保险不提供长期护理的保障。护理保险的保险范围分为医护人员看护、中级看护、照顾式看护和家中看护四个等级，但早期的护理保险产品不包括家中看护。



2. 护理保险的特点。护理保险的特点主要体现在以下几个方面：

①护理保险保险金的给付期限。护理保险保险金的给付期限有1年、数年和终身等几种不同的选择，同时也规定有20天、30天、60天、90天、100天等多种免责期，例如选择20天的免责期，即从被保险人开始接受承保范围内的护理服务之日起，在看护中心接受护理的前20天不属保障范围。免责期愈长，保费愈低。终身给付保单通常很昂贵。

②护理保险的保费。护理保险的保费通常为平准式。也有每年或每一期间固定上调保费者，其年交保费因投保年龄、等待期间、保险金额和其他条件的不同而有很大区别。护理保险一般都有豁免保费保障，即保险人开始履行保险金给付责任的60天、90天或180天起免交保费。

③护理保险的保单。所有护理保险保单都是保证续保的，可保证对被保险人续保到一特定年龄如79岁，有的甚至保证对被保险人终身续保。保险人可以在保单更新时提高保险费率，但不得针对具体的某个人，必须一视同仁地对待同样风险情况下的所有被保险人。

④护理保险的特殊条款。护理保险有不没收价值条款，即当被保险人撤销其现存保单时，保险人会将保单积累的现金价值退还给投保人。

### 三、什么是健康保险中的观察期？

在健康保险中，有一个很关键的词：观察期，也称为等待期。观察期是指在医疗保险、重大疾病保险这几类健康保险中，被保险人在首次投保时，从合同生效日算起的一段时间内，被保险人患病所发生的费用，保险公司不予赔付。从观察期的时限来看，在普通住院类医疗保险中，观察期一般为60天或90天；在重大疾病保险中，观察期一般为90天、180天、一年。

观察期可分为两种，简单地说，就是健康观察期和理赔观察期，健康观察期即我们通常所说的观察期。

如某重大疾病保险条款规定：“在附加合同有效期内，若被保险人因意外伤害事故或自本附加合同生效日（或最后复效日，以较迟者为准）起 90 天后被确诊首次患有所列举的疾病，且自确诊之日起 30 天后仍生存，将会获得本附加合同之全额保险金的给付，本附加合同效力终止。”在这项附加重大疾病保险的条款里，我们可以看到，其健康观察期为 90 天，这与一般的健康保险条款并无区别，但同时我们可以看到有“自确诊之日起 30 天后仍生存”这个条件，保险公司才给予赔付，这个 30 天就是我们所说的理赔观察期。也就是说，被保险人经过了健康观察期，患了所承保范围内的重大疾病后，虽然确诊所患的疾病在可承保范围内，但得有 30 天的理赔观察期。目前，在市场上同类产品，理赔观察期一般为 15 天、28 天、30 天，有主险形式，但多以附加重大疾病保险的形式出现。

某些普通医疗保险中也有理赔观察期的规定，如某医疗保险的条款规定：“在保险责任有效期内，本公司承担下列保险责任：一般住院日额保险金，即被保险人因疾病经医院诊断必须住院治疗，本公司从被保险人每次住院的第四天开始按住院天数给付住院日额保险金，即：每次疾病住院日额保险金给付天数 = 实际住院天数 - 3 天；被保险人因意外伤害经医院诊断必须住院治疗，本公司从被保险人住院的第一天开始给付住院日额保险金，即：意外伤害住院日额保险金给付天数 = 实际住院天数。在保险责任有效期内，一般住院日额保险金给付天数最多可达 365 天。”在本例中，医疗保险是从被保险人住院后的第 4 天起开始计算医疗费，前 3 天的不算，这“前 3 天不赔”的类似条款可以看做是另一类“理赔观察期”。

## 人身意外伤害保险概述

### 一、人身意外伤害保险的含义

意外伤害包括意外和伤害两层含义。伤害指人的身体受到侵害的客观事实；意外是就被害人的主观状态而言的，指侵害的发生是被害人事先没有预见到的，或违背被保险人主观意愿的。意外伤害保险中所称的“意外伤害”是指在被保险人没有预见到或违背被保险人意愿的情况下，突然发生的外来致害物对被保险人的身体明显、剧烈地侵害的客观事实。

（一）伤害。伤害是指被保险人的身体受到侵害的客观事实。伤害由致害物、侵害对象、侵害事实三个要素构成，三者缺一不可。

1. 致害物。致害物是直接造成伤害的物体或物质。没有致害物，就不可能造成伤害。在意外伤害保险中，只有致害物是外来的时，才被认为是伤害。

2. 侵害对象。侵害对象是致害物侵害的客体。在意外伤害保险中，只有致害物侵害的对象是被保险人的身体时，才能构成伤害。

3. 侵害事实。侵害事实是致害物以一定的方式破坏性地接触、作用于被保险人身体的客观事实。如果致害物没有接触或作用于被保险人的身体，就不能构成伤害。

（二）意外。意外是就被保险人的主观状态而言，指伤害的发生是被保险人事先没有预见到的，或伤害的发生违背了被保险人的主观意愿。

1. 被保险人事先没有预见到伤害的发生。这可理解为伤害的发生是被保险人事先所不能预见或无法预见的，或者伤害的发生是被保险人事先能够预见到的，但由于被保险人的疏忽而没有预见到。

2. 伤害的发生违背被保险人的主观意愿。主要表现为：被保险人预见到伤害即将发生时，在技术上已不能采取措施避免；或者被保险人已预见到，伤害即将发生，在技术上也可以采取措施避免，但由于法律或职责上的规定，不能躲避。应该指出的是，凡是被保险人的故意行为使自己身体所受的伤害，均不属意外伤害。被保险人故意使自己遭受伤害，与被保险人已经预见到伤害即将发生，但由于法律或责任上的规定不能躲避，性质是完全不同的。

（三）意外伤害的构成要件。意外伤害的构成包括意外和伤害两个必要条件。仅有意外而无伤害的客观事实，不能构成意外伤害；反之，仅有伤害的客观事实而无意外，也不能构成意外伤害。只有在意外的条件下发生伤害，才构成意外伤害。因此，意外伤害是指在被保险人没有预见到或违背被保险人意愿的情况下，突然发生的外来致害物明显、剧烈地侵害被保险人身体的客观事实。

人身意外伤害保险是指以意外伤害而致身故或残疾为给付保险金条件的人身保险。投保人向保险人交纳一定的保险费，如果被保险人在保险期限内遭受意外伤害，并在自遭受意外伤害之日起的

一定时期内死亡、残疾时，保险人应该按照合同约定给付被保险人或其受益人保险金。人身意外伤害保险的含义至少包含三层意思：

1. 必须有客观的意外事故发生，且事故原因是意外的、偶然的、不可预见的。
2. 被保险人必须有因客观事故造成死亡或残疾的结果。

3. 意外事故的发生和被保险人遭受人身伤亡的结果之间存在着内在的、必然的联系，即意外事故的发生是被保险人遭受伤害的原因，而被保险人遭受伤害是意外事故的后果。

## 二、人身意外伤害保险的特征



### （一）人身意外伤害保险的保险责任保险合同中载明的应由保险人赔偿损失或给付保险金的责任。

意外死亡给付和意外伤残给付是人身意外伤害保险的基本保险责任。疾病导致被保险人的死亡和残疾不属于人身意外伤害保险的保险责任。

### （二）人身意外伤害保险的保险费率厘定

人身意外伤害保险的纯保险费率是根据保险金额损失率计算的。与人寿保险的被保险人的死亡概率取决于年龄不同，人身意外伤害保险的被保险人遭受意外伤害的概率取决于其职业、工种或所从事的活动，

一般与被保险人的年龄、性别、健康状况无必然的内在联系。在其他条件都相同的情况下，被保险人的职业、工种、所从事活动的危险程度越高，应交的保险费就越多。因此，人身意外伤害保险的费率厘定不以被保险人的年龄为依据，而被保险人的职业、工种是人身意外伤害保险费率厘定的重要因素。另外，人身意外伤害保险属于短期保险，保险期限一般不超过1年，因此，意外伤害保险的保险费计算一般也不考虑预定利率的因素。基于这一特点，人身意外伤害保险保险费的计算原理近似于非寿险，即在计算意外伤害保险费率时，应根据意外事故发生频率及其对被保险人造成的伤害程度，对被保险人的危险程度进行分类，对不同类别的被保险人分别厘定保险费率。

### （三）人身意外伤害保险的承保条件

人身意外伤害保险的承保条件较宽。相对于其他业务，人身意外伤害保险的承保条件一般较宽，高龄者可以投保，而且对被保险人不必进行体格检查。

### （四）人身意外伤害保险的保险期限

人身意外伤害保险的保险期较短，一般不超过1年，最多3年或5年。但是，有些意外伤害造成的后果却需要一定时期以后才能确定，因此，人身意外伤害保险有一个关于责任期限的规定，即只要被保险人遭受意外伤害的事件发生在保险期限内，自遭受意外伤害之日起的一定时期内即责任期限内（通常为90天、180天或1年）造成死亡或残疾的后果，保险人就要承担给付保险金的责任。即使在死亡或者被确定为残疾时保险期限已经结束，只要未超过责任期限，保险人就要承担给付保险金的责任。

### （五）人身意外伤害保险金的给付

人身意外伤害保险属于定额给付保险。在人身意外伤害保险中，死亡保险金的数额是保险合同中约定的，当被保险人死亡时如数给付；残疾保险金的数额多按保险金额的一定百分比给付，一般由保险金额和残疾程度两个因素确定。

### （六）人身意外伤害责任准备金的计算

人身意外伤害保险在责任准备金的提存和核算方面，与寿险业务有着很大的不同，往往采取非寿险责任准备金的计提原理，即按当年保险费收入的一定百分比（如40%、50%）计算。

### 三、不可保意外伤害和特约保意外伤害

#### (一) 不可保意外伤害

不可保意外伤害，也可理解为意外伤害保险的除外责任，即从保险原理上讲，保险人不应该承保的意外伤害。如果承保，则违反法律的规定或违反社会公共利益。不可保意外伤害一般包括：

1. 被保险人在犯罪活动中所受的意外伤害。意外伤害保险不承保被保险人在犯罪活动中受到的意外伤害的原因：第一，保险只能为合法的行为提供经济保障，只有这样，保险合同才是合法的，才具有法律效力。一切犯罪行为都是违法行为，所以，对被保险人在犯罪活动中所受的意外伤害不予承保。第二，犯罪活动具有社会危害性，如果承保被保险人在犯罪活动中所受的意外伤害，即使该意外伤害不是由犯罪行为直接造成的，也违反社会公共利益。

2. 被保险人在寻衅殴斗中所受的意外伤害。寻衅殴斗是指被保险人故意制造事端挑起的殴斗。寻衅殴斗不一定构成犯罪，但具有社会危害性，属于违法行为，因而不能承保，其道理与不承保被保险人在犯罪活动中所受意外伤害相同。

3. 被保险人在酒醉、吸食（或注射）毒品（如海洛因、鸦片、大麻、吗啡等麻醉剂、兴奋剂、致幻剂）后发生的意外伤害。酒醉或吸食毒品对被保险人身体的损害，是被保险人的故意行为所致，当然不属意外伤害。

4. 由于被保险人的自杀行为造成的伤害属于不可保风险。对于不可保意外伤害，在意外伤害保险条款中应明确列为除外责任。

#### (二) 特约保意外伤害

特约保意外伤害，即从保险原理上讲可以承保，但保险人考虑到保险责任不易区分或限于承保能力，只有经过投保人与保险人特别约定，有时还要另外加收保险费后才予承保的意外伤害。特约保意外伤害包括：

1. 战争使被保险人遭受的意外伤害。由于战争使被保险人遭受意外伤害的风险过大，保险公司一般没有能力承保。战争是否爆发、何时爆发、会造成多大范围的人身伤害，往往难以预计，保险公司一般难以拟定保险费率。所以，对于战争使被保险人遭受的意外伤害，保险公司一般不予承保，只有经过特别约定并另外加收保险费以后才能承保。

2. 被保险人在从事登山、跳伞、滑雪、江河漂流、赛车、拳击、摔跤等剧烈的体育活动或比赛中遭受的意外伤害。被保险人从事上述活动或比赛时，会使其遭受意外伤害的概率大大增加，因而保险公司一般不予承保，只有经过特别约定并另外加收保险费以后才能承保。

3. 核辐射造成的意外伤害。核辐射造成人身意外伤害的后果，往往在短期内不能确定，而且如果发生大的核爆炸时，往往造成较大范围内的人身伤害。从技术上考虑和从承保能力上考虑，保险公司一般不承保核辐射造成的意外伤害。

4. 医疗事故造成的意外伤害（如医生误诊、药剂师发错药品、检查时造成的损伤、手术切错部位等）。意外伤害保险的保险费率是根据大多数被保险人的情况制定的，而大多数被保险人身体是健康的，只有少数患有疾病的被保险人才存在医疗事故遭受意外伤害的危险。为了使保险费的负担公平合理，所以保险公司一般不承保医疗事故造成的意外伤害。

对于上述特约保意外伤害，在保险条款中一般列为除外责任，经投保人与保险人特别的约定承保后，由保险人在保险单上签注特别约定或出具批单，对该项除外责任予以剔除。

#### (三) 一般可保意外伤害

一般可保意外伤害，即在一般情况下可承保的意外伤害。除不可保意外伤害、特约保意外伤害以外，均属一般可保意外伤害。

### 四、人身意外伤害保险的主要内容

#### (一) 人身意外伤害保险的保险责任

人身意外伤害保险的保险责任是被保险人因意外伤害所致的死亡和残疾。死亡保险的保险责任是被保险人因疾病或意外伤害所致的死亡，而意外伤害所致的残疾保险人不负责。两全保险的保险

责任是被保险人因疾病或意外伤害所致的死亡以及被保险人保险期满时继续生存。

人身意外伤害保险的保险责任由三个必要条件构成。

1. 被保险人遭受了意外伤害。被保险人在保险期限内遭受意外伤害是构成意外伤害保险的保险责任的首要条件。这一首要条件包括两方面的要求：

①被保险人遭受意外伤害必须是客观发生的事实，而不是臆想的或推测的。

②被保险人遭受意外伤害的客观事实必须发生在保险期限之内。如果被保险人在保险期限开始以前曾遭受意外伤害，而在保险期限内死亡或残疾，不构成保险责任。

2. 被保险人死亡或残疾。被保险人在责任期限内死亡或残疾是构成意外伤害保险的保险责任的必要条件之一。这一必要条件包括以下两方面的要求：

①被保险人死亡或残疾。死亡即机体生命活动和新陈代谢的终止。在法律上发生效力的死亡包括两种情况：一是生理死亡，即已被证实的死亡；二是宣告死亡，即按照法律程序推定的死亡。《中华人民共和国民事诉讼法通则》第二十三条规定：“公民有下列情形之一的，利害关系人可以向人民法院申请宣告他死亡：（一）下落不明满4年的；（二）因意外事故下落不明，从事故发生之日起满2年的。”残疾也包括两种情况：一是人体组织的永久性残缺（或称“缺损”），如肢体断离等；二是人体器官正常机能的永久丧失，如丧失视觉、听觉、嗅觉、语言机能、运动障碍等。

②被保险人的死亡或残疾发生在责任期限之内。责任期限是人身意外伤害保险和健康保险特有的概念。如果被保险人在保险期限内遭受意外伤害，在责任期限内生理死亡，则显然已构成保险责任。对于被保险人在保险期限内因意外事故下落不明，自事故发生之日起满2年，法院宣告被保险人死亡后责任期限已经超过的情况，可以在人身意外伤害保险条款中订明失踪条款或在保险单上签注关于失踪的特别约定，规定被保险人确因意外伤害事故下落不明超过一定期限（如3个月、6个月等）时，视同被保险人死亡，保险人给付死亡保险金；如果被保险人以后生还，受领保险金的人应把保险金退还给保险人。

责任期限对于意外伤害造成的残疾实际上是确定残疾程度的期限。如果被保险人在保险期限内遭受意外伤害，治疗结束后被确定为残疾时责任期限尚未结束，当然可以根据确定的残疾程度给付残疾保险金。但是，如果被保险人在保险期限内遭受意外伤害，责任期限结束时治疗仍未结束，尚不能确定最终是否造成残疾以及造成何种程度的残疾时，应该推定在责任期限结束的这一时点上，被保险人的组织残缺或器官正常机能的丧失是否为永久性的，即以这一时点的情况确定残疾程度，并按照这一残疾程度给付残疾保险金。即使以后被保险人经过治疗痊愈或残疾程度减轻，保险人也不能追回全部或部分残疾保险金。同理，如果以后被保险人残疾程度加重或死亡，保险人也不追加给付保险金。

3. 意外伤害是死亡或残疾的直接原因或近因。在人身意外伤害保险中，被保险人在保险期限内遭受了意外伤害，并且在责任期限内死亡或残疾，并不意味着必然构成保险责任。只有当意外伤害与死亡、残疾之间存在因果关系，即意外伤害是死亡或残疾的直接原因或近因时，才构成保险责任。意外伤害与死亡、残疾之间的因果关系包括以下三种情况：

①意外伤害是死亡或残疾的直接原因。当意外伤害是被保险人死亡、残疾的直接原因时，构成保险责任，保险人应该按照保险金额给付死亡保险金或按照保险金额和残疾程度两个因素确定给付残疾保险金。

②意外伤害是死亡或残疾的近因。当意外伤害是直接引起被保险人死亡、残疾事件或一连串事件的最初原因时，构成保险责任，保险人应该按照保险金额给付死亡保险金或按照保险金额和残疾程度两个因素确定给付残疾保险金。

③意外伤害是死亡或残疾的诱因。当意外伤害使被保险人原有的疾病发作，从而加重后果，造成被保险人死亡或残疾时，意外伤害就是被保险人死亡、残疾的诱因，构成保险责任。然而，保险人不是按照保险金额和被保险人的最终后果给付保险金，而是比照身体健康遭受这种意外伤害会造成何种后果给付保险金。

构成人身意外伤害保险的保险责任的三个必要条件必须同时具备，缺一不可。

## （二）人身意外伤害保险的给付方式

当人身意外伤害保险责任构成时，保险人按保险合同中约定的保险金额给付死亡保险金或残疾保险金。

在人身意外伤害保险合同中，死亡保险金的数额是保险合同中规定的，当被保险人死亡时如数支付。残疾保险金的数额由保险金额和残疾程度两个因素确定。残疾程度一般以百分率表示，残疾保险金数额的计算公式是：

残疾保险金 = 保险金额 × 残疾程度百分率

在意外伤害保险合同中，应列举残疾程度百分率，列举得越详尽，给付残疾保险金时，保险人和被保险人就越不易发生争执。但是，列举不可能完备穷尽，残疾程度百分率列举得无论如何详尽，也不可能包括所有的情况。对于残疾程度百分率中未列举的情况，只能由当事人之间按照公平合理的原则，参照列举的残疾程度百分率协商确定。协商不一致时可提请有关机关仲裁或由人民法院审判。

意外伤害保险的保险金额不仅是确定死亡保险金、残疾保险金数额的依据，而且是保险人给付保险金的最高限额，即保险人给付每一被保险人的死亡保险金和残疾保险金，累计以不超过该被保险人的保险金额为限。当一次意外伤害造成被保险人身体若干部位残疾时，保险人按保险金额与被保险人身体各部位残疾程度百分率之和的乘积计算残疾保险金；如果各部位残疾程度百分率之和超过 100%，则按保险金额给付残疾保险金。被保险人在保险期限内多次遭受意外伤害时，保险人对每次意外伤害造成的残疾或死亡均按保险合同中的规定给付保险金，但给付的保险金以累计不超过保险金额为限。

## 五、人身意外伤害保险的主要种类

按不同的分类标准，人身意外伤害保险可分为不同的种类。

### （一）自愿意外伤害保险和强制意外伤害保险

按实施方式可将人身意外伤害保险划分为自愿意外伤害保险和强制意外伤害保险。

1. 自愿意外伤害保险。自愿意外伤害保险是投保人和保险人在自愿基础上通过平等协商订立保险合同的人身意外伤害保险。投保人可以选择是否投保以及向哪家保险公司投保，保险人也可以选择是否承保。只有双方取得一致时才订立保险合同，确立双方的权利和义务。

2. 强制意外伤害保险。强制意外伤害保险（又称“法定意外伤害保险”）是政府通过颁布法律、行政法规、地方性法规强制施行的人身意外伤害保险。凡属法律、行政法规、地方性法规规定的强制施行范围内的人必须投保，没有选择的余地。有的强制意外伤害保险还规定必须向某家保险公司投保，在这种情况下，该保险公司也必须承保，没有选择的余地。



### （二）普通意外伤害保险和特定意外伤害保险

按保险风险分类，可将人身意外伤害保险分为普通意外伤害保险和特定意外伤害保险。

1. 普通意外伤害保险。普通意外伤害保险所承保的危险是在保险期限内发生的各种意外伤害（不可保意外伤害除外，特约保意外伤害视有无特别约定）。目前，保险公司开办的团体人身意外伤害保险、学生团体平安保险等，均属普通意外伤害保险。

2. 特定意外伤害保险。特定意外伤害保险是以特定时间、特定地点或特定原因发生的意外伤害为保险风险的人身意外伤害保险。如保险风险仅限于在矿井下发生的意外伤害、在建筑工地发生的意外伤害、在驾驶机动车辆中发生的意外伤害、煤气罐爆炸发生的意外伤害等的特定意外伤害保险。

### （三）1年期意外伤害保险、极短期意外伤害保险和多年期意外伤害保险

按保险期限分类，可将个人意外伤害保险分为 1 年期意外伤害保险、极短期意外伤害保险和多年期意外伤害保险。把人身意外伤害保险进行这种分类的意义在于，不同的保险期限，计算未到期责任准备金的方法不同。

1. 1年期意外伤害保险。1年期意外伤害保险是指保险期限为1年的人身意外伤害保险业务。在人身意外伤害保险中，1年期意外伤害保险占大部分。保险公司目前开办的个人人身意外伤害保险、附加意外伤害保险等均属1年期意外伤害保险。

2. 极短期意外伤害保险。极短期意外伤害保险是指保险期限不足1年，只有几天、几小时甚至更短时间的意外伤害保险。我国目前开办的公路旅客意外伤害保险、旅游保险、索道游客意外伤害保险、游泳池人身意外伤害保险、大型电动玩具游客意外伤害保险等，均属极短期意外伤害保险。

3. 多年期意外伤害保险。多年期意外伤害保险是指保险期限超过1年的意外伤害保险。

#### （四）单纯意外伤害保险和附加意外伤害保险

按险种结构分类，可将人身意外伤害保险分为单纯意外伤害保险和附加意外伤害保险。

1. 单纯意外伤害保险。单纯意外伤害保险是指一张保险单所承保的保险责任仅限于意外伤害的人身意外伤害保险。保险公司目前开办的个人人身意外伤害保险、公路旅客意外伤害保险、驾驶员意外伤害保险等，均属单纯意外伤害保险。

2. 附加意外伤害保险。附加意外伤害保险包括两种情况：一种是其他保险附加意外伤害保险；另一种是意外伤害保险附加其他保险责任。

## 重大疾病保险概述

### 一、重大疾病保险以约定疾病为给付保险金条件的保险。的发展历程是怎样的？

重大疾病保险于1983年在南非问世，是由外科医生马里优斯-巴纳德最先提出这一产品创意的。他的哥哥克里斯汀-巴纳德是世界上首位成功实施了心脏移植手术的医生。马里优斯医生发现，在实施了心脏移植手术后，部分患者及其家庭的财务状况已经陷入困境，无法维持后续康复治疗。为了缓解被保险人一旦患上重大疾病或实施重大手术后所承受的经济压力，他与南非一家保险公司合作开发了重大疾病保险。

1986年后，重大疾病保险陆续引入英国、加拿大、澳大利亚、东南亚等国家和地区，并得到了迅速发展。

1995年，我国内地市场引入了重大疾病保险，现已发展成为人身保险市场上重要的保障型产品。

重大疾病保险在发展过程中，保障范围逐步扩大，保障功能日趋完善，但该类产品的设计理念一直延续至今。

### 二、重大疾病保险以约定疾病为给付保险金条件的保险。归属为疾病保险，为什么会有手术方面的保障责任？

重大疾病保险之所以会有手术方面的保障责任，一是需要实施这类手术的疾病具有病情严重、治疗花费巨大的特点，这和重大疾病保险的产品定位是一致的；二是最初的重大疾病保险就包括了手术保障责任，这一特征得到了保留和发展。因此，重大疾病保险中所称的疾病，是指合同约定的疾病、疾病状态或手术。

### 三、重大疾病保险以约定疾病为给付保险金条件的保险。为什么要确定必保疾病？必保疾病有哪些？

从世界各国的经验来看，重大疾病保险所保障的多种疾病中，发生率和理赔率最高的疾病至少有三至六种，这些疾病对重大疾病保险产品的价格影响最大。为保护消费者权益，充分发挥重大疾病保险的保障功能，中国保险行业协会与中国医师协会合作制定了《重大疾病保险的疾病定义使用规范》，并规定以“重大疾病保险”命名、保险期间主要为成年人阶段的保险产品，其保障范围必须包括6种必保疾病：

恶性肿瘤——不包括部分早期恶性肿瘤  
急性心肌梗塞  
脑中风后遗症——永久性功能障碍  
重大器官移植术或造血干细胞移植术——须异体移植术  
冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）——须开胸手术  
终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）——须透析治疗或肾脏移植手术

#### 四、我国保险行业重大疾病保险的疾病定义

中国保险行业协会与中国医师协会合作制定了我国首个保险行业统一的重大疾病保险的疾病定义，根据成人重大疾病保险的特点，对我国重大疾病保险产品中常见的 25 种疾病的表述进行了统一和规范，这 25 种疾病的名称如下：

1. 恶性肿瘤——不包括部分早期恶性肿瘤
2. 急性心肌梗塞
3. 脑中风后遗症——永久性功能障碍
4. 重大器官移植术或造血干细胞移植术——须异体移植术
5. 冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）——须开胸手术
6. 终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）——须透析治疗或肾脏移植手术
7. 多个肢体缺失——完全性断离
8. 急性或亚急性重症肝炎
9. 良性脑肿瘤——须开颅手术或放射治疗
10. 慢性肝功能衰竭失代偿期——不包括酗酒或药物滥用所致
11. 脑炎后遗症或脑膜炎后遗症——永久性功能障碍
12. 深度昏迷——不包括酗酒或药物滥用所致
13. 双耳失聪——永久不可逆
14. 双目失明——永久不可逆
15. 瘫痪——永久完全
16. 心脏瓣膜手术——须开腔手术
17. 严重阿尔茨海默病——自主生活能力完全丧失
18. 严重脑损伤——永久性功能障碍
19. 严重帕金森病——自主生活能力完全丧失
20. 严重Ⅲ度烧伤——至少达体表面积的 20%
21. 严重原发性肺动脉高压——有心力衰竭表现
22. 严重运动神经元病——自主生活能力完全丧失
23. 语言能力丧失——完全丧失且经积极治疗至少 12 个月
24. 重型再生障碍性贫血
25. 主动脉手术——须开腔或开腹手术

#### 五、重大疾病保险是否能够满足被保险人全面的健康保障需求？

重大疾病保险产品是健康保险中疾病保险产品的一种。该保险产品只有在被保险人发生合同约定的疾病、达到约定的疾病状态或实施了约定的手术时，才能给付人身保险合同中，保险公司按照合同约定对发生保险事故的被保险人给予经济赔偿的行为。保险金。因此，重大疾病保险不能满足被保险人所有的健康保险需求，配合其他类型的健康保险产品或健康保障计划，被保险人才能得到比较完善和完善的健康保险保障。

#### 六、重大疾病保险有什么保障功能？

重大疾病保险所保障的“重大疾病”通常具有以下两个基本特征：一是“病情严重”，会在较长一段时间内严重影响到患者及其家庭的正常工作与生活；二是“治疗花费巨大”，此类疾病需要



进行较为复杂的药物或手术治疗，需要支付昂贵的医疗费用。

重大疾病保险给付的保险金主要有两方面的用途：一是为被保险人支付因疾病、疾病状态或手术治疗所花费的高额医疗费用；二是为被保险人其财产或者人身受保险合同保障，享有保险金请求权的人。患病后提供经济保障，尽可能避免被保险人的家庭在经济上陷入困境。



## 保单及理赔 Q&A

### 什么是现金价值？为什么投保人在交足两年保费时解除合同要退还现金价值？

现金价值是指投保人退保或保险公司解除保险合同时，由保险公司向投保人退还的那部分金额。在通常情况下，保险公司根据保险事故的发生概率来确定保险费率，事故发生概率高则保险费率高，反之则保险费率低。

但在寿险当中，由于交费期一般比较长，随着被保险人的年龄增加，其死亡的可能性将越来越高，保险费率也必然逐渐上升直到接近 100%，这样的费率，不仅投保人难以承受，而且保险也已经失去意义了。为此，保险公司在实际操作中往往采用“均衡保费”的办法，通过数学计算将投保人需要交纳的全部保费在整个交费期内均摊，使投保人每期交纳的保费都相同。被保险人年轻时，死亡概率低，投保人交纳的保费比实际需要的多，多交的保费将由保险公司逐年积累。被保险人年老时，死亡概率高，投保人当期交纳的保费不足以支付当期赔款，不足的部分将正好由被保险人年轻时多交的保费予以弥补。这部分多交的保费连同其产生的利息，每年滚存累积起来，就是保单的现金价值，相当于投保人在保险公司的一种储蓄。

根据《保险法》，保险公司在以下情况出现时，应当按照合同约定向投保人退还保单的现金价值：1、保险公司根据规定解除保险合同，且投保人已经交足二年以上保险费；2、以死亡为给付人身保险合同中，保险公司按照合同约定对发生保险事故的被保险人给予经济赔偿的行为。保险金条件的合同，自合同成立之日起二年内被保险人自杀；3、被保险人故意犯罪导致其自身伤残或死亡，且投保人已经交足二年以上保险费；4、投保人解除合同，且已经交足二年以上保险费。此外，《保险法》还规定，投保人、受益人故意造成被保险人死亡、伤残或疾病的，保险公司不承担给付保险金的责任。投保人已经交足二年以上保险费的，保险公司应当按照合同约定向其他享有权利的受益人退还保险单的现金价值。

### 投保重大疾病保险时要注意什么？

首先，消费者应该根据需求认真选择合适的重大疾病保险产品，遇有不明白的地方可向业务员或保险公司咨询。

其次，决定投保重大疾病保险后，需回答个人健康及家族病史等与投保有关的问题，投保人和被保险人一定要仔细阅读并如实填写。如果相关情况没有如实告知保险公司，将来申请给付保险金时可能无法得到保险保障。

最后，投保人和被保险人一定要在投保单相应落款处签上自己的名字，没有投保人和被保险人的亲笔签名，往往会引起纠纷。

### 怎样选择保险产品？

买保险如同买衣服，要根据不同家庭、个人的经济和风险情况，量体裁衣，合理设计，正所谓没有最好的保险，而只有最适合自己的保险。投保时应分析家庭的主要风险是什么，合理地把风险通过保险转给保险公司。

1. 少年儿童。此阶段生病、意外的概率较高，应首先考虑购买健康医疗类及人身意外伤害类保险；其次可以购买教育金类的保险，为高等教育、留学等储备资金；如家庭条件许可，还可提前购买商业养老保险，因为少年儿童购买商业养老保险缴费较低，保障程度较高。

2. 青年人群。此阶段人群意外伤害的可能性和对家庭的影响都比较大，而经济收入又有限，因此首先应考虑购买价格较低、保障较高的人身意外伤害保险以意外伤害而致身故或残疾为给付保险金条件的人身保险。或定期寿险；如有经济余力，可考虑购买健康医疗类保险；如建立了家庭，需考虑更多生活中的风险，对家人负责，应该开始投保一些长期人寿保险。

3. 中年人群。此阶段人群家庭和收入较稳定，子女逐渐长大。作为家庭的主要收入来源和经济支柱，此时应以长期寿险为第一选择；同时，随着年龄的增加，生病的概率也日渐增大，所以其次要考虑投保健康及医疗类保险；如有余力，还可以选择一些理财、分红类险种，为养老做准备。

## 买多少保险比较合适？

买保险应遵循量力而行的原则。投保时要根据自己的经济能力，量力而行。如选择每年缴费的，一般以家庭年收入的10%到20%为宜，保障额度（发生了保险事故保险人按照保险合同的约定需承担保险责任的各种事故或者事件。后保险公司给付的赔款额）以年收入的10到20倍较合适。

## 怎样选择保险营销员？

购买保险过程中，保险营销员的选择是非常重要的。

第一，聆听保险营销员的自我介绍，看一看从业资格证书和展业证，了解他（她）以前的从业记录和成绩。一位优秀的营销员不仅应该熟练地掌握专业领域内各方面的知识，而且对自己的工作充满热情，具有强烈的责任感。

第二，当保险营销员解释保单条款时，您可以问得仔细些，观察他（她）是否回答得迅速流利而且有条不紊。保险条款功能有许多，诸如保单贷款人身保险合同在保费缴纳一定时间后，投保人可凭借保单向保险公司申请贷款，其贷款的额度连同利息一般不得超过该保单的现金价值的一定比例。如果贷款本息达到保单上现金价值净额，则合同终止。、减额交清、可转换权益、自动垫交等，如果保险营销员的专业水平不够高，就可能解释不清楚了。

第三，要看保险营销员是否诚实可靠和有责任心。负责的保险营销员应该介绍险种的不承保范围及有关责任免除的条款规定，因为任何保单都有不承保的范围。有的保险代理人故意遗漏此项，误导消费者，这样不诚信的营销员不可相信。

第四，不要因为保险营销员在你投保后给予你回扣而选择保险营销员；不要因情面匆匆投保。按照规定，保险营销员是不得以返还佣金等形式提供回扣的；因情面匆匆投保也往往导致日后问题。切记您签署的是一份具有长期法律效力的合同，不要因小失大，终至后悔。

## 投保时应注意哪些环节？

首先，您应该查看营销员的《展业证》。《展业证》是保险营销员接受保险公司委托，代表其从事保险营销活动的证明。保险营销员从事保险营销活动，应当出示《展业证》。消费者应仔细查看《展业证》，并可拨打所属保险公司的客户服务电话，查询营销员的姓名、工号等信息进行核实；也可以登陆保险行业协会网站查询相关信息及营销员的诚信记录。

其次，您应该认真阅读保险计划书，了解保险产品的保障范围、免责条款、保险费用等主要内容。同时如实填写投保单，并签名。填写投保单时，为确保您作为投保人的合法权益，应在填写同时仔细阅读《人身保险投保提示》（本提示适用于1年期（不含1年）以上的人身保险产品），并如实填写投保单有关内容，亲笔签名或盖章。被保险人签名一栏应由被保险人亲笔签名，若被保险人为未成年人，由法定监护人亲笔签名；团体保险中，若涉及死亡责任或受益人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。指定为单位的，须被保险人本人签字同意。

最后您应认真履行告知义务。投保人需按最大诚信原则履行如实告知的义务，否则将严重影响合同的合法性。如出现虚假告知情况，严重的将使合同失去法律效力，最终造成投保人和被保险人的经济损失。告知的内容一般在投保单上已详细列明，特别要注意的是保险只能保在未来的时间里

有可能发生的风险，已发生的或肯定将要发生的风险是不能投保的。

## 怎么交付保险费？

保费的付款方式有营销员上门收取、保户到保险公司经保险监督管理机构批准设立，并依法登记注册的商业保险公司。营业厅柜面直接缴纳、通过银行或邮政网点代收等形式，但续期保费一般采取通过银行代收的方式。若您付款给营销员，应要求当场开具保险费暂收收据，在此收据上签署营销员姓名和代码。一般情况下，如投保一个月未收到保险公司的正式保险单，请向保险公司查询。收到保险单后，您应当场审核，如发现错漏之处，有权要求保险公司及时更正。

## 收到保单时应注意哪些问题？

有效利用“犹豫期”规定。为确保客户投保纯属理性和自愿，保险公司经保险监督管理机构批准设立，并依法登记注册的商业保险公司。都会为新客户提供一段犹豫期来对自己的投保行为做冷静的考虑。犹豫期一般为投保人签收保单后的十天。犹豫期内，投保人有权要求解除保险合同，保险公司在扣除工本费（一般为10元）后将全额退还已收保费。收到保单正本后应认真阅读保险责任、缴费方式、保险赔偿或给付办法、责任免除等重要条款，如发现保单条款规定与保险计划书或营销员口头陈述不符，或者经冷静考虑认为自己投保的险种、期限、费率等不合适，则应尽快在犹豫期内解除合同，以免造成不必要的损失。

## 八大投保误区

### （一）我收入稳定，不需要保险

人生风险无处不在，我们应做好防范抵御风险的准备，保险为大家提供了风险发生后的资金保障，保证自己和家人的生活质量不受影响。

### （二）我有社保，不需要商业保险

社会保险的特点是低水平、广覆盖。社会医疗保险一般仅按一定比例赔付规定范围内的医疗费用，其余的全部由个人承担。商业保险的好处是补充社会保险的不足。

保险消费者可以在自己的预算范围内，量力购买商业保险，以确保在真的发生重大保险事故时不至于因社保的保障程度不够而使自己和家庭陷入财务危机。

### （三）别人买什么，我就买什么

对自身及家人的情况和财务状况缺乏充足了解而盲目投保，将无法购买到合适的保险产品和适当的保额。

消费者可以自行分析自己可能面临的潜在风险，或者参考专业人士的意见，有针对性得购买保险，以使得自己和家人获得充分的保障。

### （四）只要告诉我多少钱，看合同太麻烦

投保时未详细阅读保单和保险合同条款，没有按规定在保险合同和保单回执上亲笔签名，将会造成很多麻烦。

消费者在决定投保之前，一定要在负责的保险营销员的指导下仔细阅读保险条款，以了解将要购买的保险产品的具体保险责任范围、免责条款等。也要明确自己的告知义务和签订合同的具体流程，以免给自己带来不必要的不便。

### （五）投保回报率有多高

过分看重某些险种的投资功能，将购买保险简单地视同为投资，忽视了保险的保障功能。

### （六）未遵循“先大人后小孩”

购买保险时未能遵循“先大人后小孩”的原则，过分强调先为小孩投保，而忽略大人的人身保障。成年人是家庭支柱，应受到重视。

### （七）搬家还得告诉你啊

在个人信息变更后未能及时通知保险公司或保险营销员，在真正发生保险事故时很可能损害自己索取保险金的权利。

消费者应该通过各种途径更多的了解有关保险的知识，例如通过阅读“险知识大讲堂”这样的保险知识普及平台，使自己了解到为了维护自己的权利需要做的，比如及时的通知保险公司保险标的情况的变化

### （八）帮保单做“体检”没必要

购买保险后未能谨慎保存保单、收据等重要资料，或未能对已有保单进行定期审核，以确定哪些保险应该终止，哪些应该增加保额；在没有新的保险保障前，轻率地解除已有的保险合同等行为，都是没有很好利用保险来为自己降低风险。

消费者可以定期检查自己所拥有的保险合同的状况，或者要求保险公司提供相关服务，以根据具体情况的变化来及时终止不必要的保单、为需要更多保险额度的保单增加保险金额等。

## 如何申请给付重大疾病保险金？

重大疾病保险合同中均有“保险金申请”条款，在发生合同约定的保险事故保险人按照保险合同的约定需承担保险责任的各种事故或者事件。后，应及时通知保险公司，并按“保险金申请”条款中的要求，准备相关资料向保险公司申请给付保险金。需要提供的与确认保险事故有关的证明和资料主要包括保险合同、被保险人身份证明、专科医生诊断证明或手术证明等。

## 投保重大疾病保险后要注意什么？

投保人与保险人订立保险合同，并按照保险合同负有支付保险费义务的人。在收到保险合同后应再次仔细阅读合同的具体内容，对合同有疑异的地方可以向保险公司或业务员咨询。重大疾病保险通常设有10天的犹豫期（犹豫期的起始日为投保人书面签收保单日），投保人若发现购买的产品与自身需求不相符时，在犹豫期内退保，保险公司会全额或在扣除保单工本费后无息退还已交保险费，并且自始不承担保险责任。投保人若在犹豫期后退保，将会受到较大的费用损失。

如果投保人选择分期缴纳保险费，为保证保单的有效性，投保人要按期缴纳保险费，逾期未缴纳保险费，超过60天的宽限期后，保险合同效力中止。在保险合同效力中止两年内，投保人可以向保险公司申请恢复合同效力，保险公司做出是否同意复效的决定，双方协商并达成协议，投保人补交保险费后，双方协商并达成协议，投保人补交保险费后，合同效力恢复。自合同效力中止之日起两年内双方未达成协议的，保险公司有权解除合同。

## 出险后，应该如何报案和理赔？

保户购买寿险的最终目的，是在事故发生时，或达到领取保险金年龄时，能够得到寿险公司的赔偿或给付。因此，为了维护您的利益，应注意以下事项：

1、出险报案。被保险人发生保险事故后应立即通知保险公司。

2、填写申请。由被保险人或受益人填写“理赔申请书”。申请书必须如实填写，以免延长案件调查时间。

3、出具证明。持保险单、理赔申请书、最近一次交费凭证及有关证明交保险公司验证。如死亡、伤残，需提供死亡证明和伤残鉴定书；如门诊治疗需提供门诊处方笺、病历；如交通事故，需提供交管部门出具的事故裁决书或认定书。

4、调查核实。保险公司接到上述单证后要调查核实，核定是否属于保险责任。

5、领取保险金。经保险公司核赔同意后，即通知被保险人或受益人领取保险金。

《保险法》第26条规定：人寿保险是以被保险人的生命为保险标的，以被保险人（在保险期限内）生存或死亡为给付保险金条件的人身保险。的索赔时效为五年，自其知道或应当知道保险事故发生之日起五年内仍然有权向保险公司索赔。

## 保险到期该如何领取生存金？

被保险人本人凭身份证、保险单、最后一次缴费凭证到保险公司填写一份生存金给付申请书即可从保险公司处领取保险金。

## 保险公司有哪些售后服务？

保险公司除为被保险人办理理赔、支付养老金、年金、保单红利和投资收益等服务外，一般还提供：

- (1) 为客户更改保险单内容、办理保单迁移等保全事宜；
- (2) 为客户递送保单、提供咨询；
- (3) 缴费和领取保险金提醒服务；
- (4) 急难救助抢救或者挽救损失标的以获得对象保留价值的活动。服务；
- (5) 回访服务；
- (6) 保单及发票遗失补发等。

## 被保险人改名了，该怎么办？

如被保险人为未成年人，由监护人持身份证、保险单和被保险人的户口簿原件及派出所出具的变更证明（如户口本上有新旧姓名的不用再开证明）到公司办理即可。如被保险人是成年人，则需由其本人办理。

## 如何变更地址和电话等联系方式？

您的联系方式变更后，请及时到保险公司办理变更手续，可以选择到保险公司柜台或委托他人、信函、电话等方式办理，便于保险公司与您保持联系。

## 如何变更受益人？

由投保人持本人有效身份证件和保险单正本到保险公司柜面提出申请，并由被保险人与投保人订立保险合同，并承担赔偿或者给付保险金责任的保险公司。签字确认后，保险公司出具批单，粘贴在原保险单上。

经以上步骤，受益人即得到了修改。保险事故发生后，保险金在被保险人不能领受的情况下将付给批单上所记载的更改后的受益人。

## 保险单遗失了怎么办？

不慎遗失保险单后，可由投保人持本人身份证到保险公司柜面进行补办，一般需交工本费 10 元。

## 长期缴费的保险，如果中途交不起了怎么办？

如果您选择的缴费方法是分期缴付，则您应按合同约定，按期如数缴纳续期保险费，以保证保单持续有效。如果万一碰到缴费困难，可以考虑采取以下办法：

(1) 利用宽限期。宽限期一般为 60 天，可以作为缓冲时间，用来筹措资金缴纳保费。

(2) 自动垫交保费。有些保单具有自动垫交保费条款，且投保时您可选择此项功能，只要保单现金价值大于应交保费，就可由现金价值自动垫交保费。

在签保单时，应仔细阅读“自动垫交保费”这一栏的内容并咨询它的涵义，并经认真考虑后选择是否使用该条款。不要在不知情的情况下由保险营销员替自己选择，以尽量避免签约后不必要的麻烦。

(3) 保单质押贷款。有些保单具有保单质押贷款功能，可按此条款以寿险保单作为质押物向保险公司办理贷款，缴纳保费。

(4) 办理减额缴清保险。如投保满 2 年以上，可以保单现金价值作为保险费，一次性购买对应金

额的保障，可使原险种和期间不变，只是保险金额相应减少。

(5) 减保。即部分退保，可以降低保险金额，减少所缴保险费，这样能缓解缴费压力，拥有部分保险保障。

(6) 失效与复效。如果以上办法均不成功，则保单效力将暂时中止（称“失效”或“停效”）。此时，如果发生保险事故，保险公司将不承担赔付责任。但在两年之内，您仍然可以向保险公司申请保单复效。保单复效不但可以维持原保单的现金价值，而且是按被保险人原来的年龄继续缴费。因此，建议在重新具备缴费能力后，在两年之内及时办理复效，以便重新获得保险保障。但如果被保险人身体状况不佳，保险公司有可能拒绝复效，因此最好不要让保单失效。

(7) 退保。这是下策，退保虽然是投保人与保险人订立保险合同，并按照保险合同负有支付保险费义务的人的自由，但它会带来很多不利后果。主要是失去了保障，保费有所损失，若今后重新投保，要按新的年龄和健康状况收取更多的保费等。

## 忘记缴付保险费怎么办？

购买保险后应及时缴纳续期的保险费，如果忘了缴费，您首先应该检查一下是否在宽限期之内。如果仍在宽限期之内，应迅速通知保险公司客户服务专员办理收费或尽快缴纳（尽快去授权银行存钱）保费；如果超过了宽限期 60 天，保单就失效了，需要办理保单复效手续。

## 我的保险业务员离职了怎么办？

如果您的原业务员因工作调动离开了公司，保险公司经保险监督管理机构批准设立，并依法登记注册的商业保险公司。将委派客户服务专员为您提供专门服务。

## 保单复效应具备哪些条件？

保单复效应具备：(1) 投保人向公司提出复效申请，双方达成恢复合同效力的协议；(2) 复效申请的保留期限为合同中止之日起两年；(3) 投保人与保险人订立保险合同，并按照保险合同负有支付保险费义务的人。必须补缴保险合同中止期间所欠的保险费及利息。

## 保险单现金价值与保费的区别？

保单现金价值是投保人在解除寿险合同或合同失效时，保险人将投保人所缴保险费的本利和，在扣除已承担的风险费用，并提存必要的责任准备金之后，向投保人退还保险费。保险单现金价值一般随缴费年限和投保年龄的变化而变化，一般投保初期较少，随着保单年度的增加，现金价值逐年增加。

## 解除保险合同时，退保金如何计算？

根据 2009 年版《中华人民共和国保险法》第四十七条规定：“投保人解除合同的，保险人与投保人订立保险合同，并承担赔偿或者给付保险金责任的保险公司。应当自收到解除合同通知之日起三十日内，按照合同约定退还保险单的现金价值。”

## 保险事故发生如何报案申请理赔

保险金保险合同约定对于发生保险事故后保险公司根据标的的损失和损伤程度按照保险责任计算审核后给付的金额。受益人在保险事故发生之日起的 10 个工作日内给保险公司拨打全国统一的客服热线报案，以便及时获得帮助。您还可以通过以下方式获得理赔帮助：

(一) 通知您的保险营销员，寻求协助；

(二) 若是通过保险公司授权的代理机构购买的，可以向代理机构提交理赔申请，再由代理机构转交保险公司；

(三) 若是通过银行购买产品的，可以向银行提交理赔申请，再由银行转交给保险公司；

(四) 通过保险公司的网上报案系统进行报案;

(五) 亲自前往保险公司, 客户服务人员将为您解答理赔问题并协助您办理理赔。



## 资料齐备理赔有门

### (一) 身故理赔

需要提供的必备资料(如无特殊说明, 所有资料均要求原件)

1. 理赔申请书。
2. 保险合同。
3. 身故保险金保险合同约定对于发生保险事故后保险公司根据标的的损失和损伤程度按照保险责任计算审核后给付的金额。受益人的身份证件或户籍证明。
4. 身故保险金受益人与被保险人关系证明: 如户口簿、结婚证、亲属关系证书等。
5. 若未指定受益人或指定受益人先于被保险人身故, 请提供法定继承人公证文件。
6. 被保险人的身份证件、医院或公安部门出具的医学死亡证明、户籍注销证明、丧葬证明。
7. 您所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明文件和资料。
8. 若因意外原因导致身故, 请提供意外事故证明。

### (二) 非身故理赔

需要提供相关的检查检验报告, 如: 核磁共振、CT、B超、X光、心电图、实验室检验报告、病理组织检查报告等。

1. 重症监护室的证明包括重症监护室收费证明、护理记录等。
2. 身份证件/户籍证明: 若保险金申请人为未成年人的, 由法定监护人代为申请理赔金, 申请

时请提供监护关系证明、监护人的身份证件等资料。

3. 若因意外原因就诊，请提供意外事故证明：公安部门笔录、证明、报警回执、法医检验报告等；道路交通事故责任认定书、交通事故调解书、机动车驾驶证、机动车行驶证等；工伤事故鉴定报告、单位工伤事故报告等；其他：剪报、照片等。

4. 申请豁免保险费时需同时提供投保人、被保险人的户籍证明、身份证件。

5. 重大疾病类理赔申请资料请同时参考条款的要求提供。

6. 在医院门诊进行诊治的，门诊资料包括：完整且真实的门诊、急诊病历记录；姓名、日期等内容完整无误的门诊、急诊医疗费用正式收据；门诊急诊检查检验报告单；发票所对应的处方或费用明细单。

7. 您所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明文件和资料。

## 从申请理赔到领款需要多长时间

材料齐全后，对属于保险责任且不需要调查的案件，保险公司将在 10 个工作日内做出理赔决定并向被保险人或受益人反馈。

对 10 个工作日内不能确定结果的案件，保险公司在第 10 个工作日结束之前将进展情况通知被保险人或受益人，并向其说明可能需要的时间。

对属于保险责任的，在与被保险人或者受益人达成有关赔偿或者给付保险金额的协议后 10 日内，履行赔偿或者给付保险金义务。

对不属于保险责任的，保险公司向被保险人或者受益人发理赔结论通知书作出说明。

保险公司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，对赔偿或者给付保险金的数额不能确定的，将根据已有的证明和资料可以确定的最低数额先予支付；保险公司最终确定赔偿或者给付保险金的数额后，再支付相应的差额。

## 其他理赔注意事项

1. 需在规定的索赔有效期内（寿险 5 年、意外及健康险 2 年）及时申请理赔。
2. 理赔申请书、委托书必须是理赔受益人亲笔签名。
3. 理赔申请书填写时需写明事故情况和申请险种。
4. 受益人尚处于未成年时由监护人代理申请，同时需提供监护关系证明。
5. 就诊医院需是保险公司指定或认可的医院。
6. 医疗费用的收据与处方需互相对应。
7. 医疗收据的姓名与身份证需相符。
8. 需及时回复理赔审核通知书。
9. 住院医疗险一般都有等待期的限定。