



# 人身保险常用法律法规和司法解释 以及各省市指导性文件汇编

广州市律师协会  
保险法律专业委员会 编  
2023年3月

## 目录

中华人民共和国保险法.....	1
最高人民法院关于适用《中华人民共和国保险法》若干问题的解释(一).....	32
最高人民法院关于适用《中华人民共和国保险法》若干问题的解释(二).....	34
最高人民法院关于适用《中华人民共和国保险法》若干问题的解释(三).....	38
最高人民法院关于适用《中华人民共和国保险法》若干问题的解释(四).....	43
最高人民法院第八次全国法院民事商事审判工作会议(民事部分)纪要【节选】.....	47
最高人民法院关于当前商事审判工作中的若干具体问题【节选】.....	48
最高人民法院关于“《保险法解释二》第九条适用”问题的答复.....	50
人身保险业务基本服务规定.....	51
人身保险公司保险条款和保险费率管理办法.....	56
人身保险产品信息披露管理办法(2023.6.30生效).....	67
意外伤害保险业务监管办法.....	73
健康保险管理办法.....	80
互联网保险业务监管办法.....	91
重大疾病保险的疾病定义使用规范.....	110
人身保险伤残评定标准.....	129
关于废止《人身损害医疗费审核与评定准则》的通知.....	148
中国保监会关于印发《人身保险销售误导行为认定指引》的通知.....	149
中国保监会关于印发《人身保险电话销售业务管理办法》的通知.....	154
中国保监会关于印发《人身保险公司销售误导责任追究指导意见》的通知.....	165

中国银保监会关于使用《中国人身保险业重大疾病经验发生率表（2020）》有关事项的通知.....	171
中国保监会关于规范人身保险公司赠送保险有关行为的通知.....	176
中国保监会关于进一步加强人身保险公司销售管理工作的通知.....	178
中国银保监会办公厅关于规范短期健康保险业务有关问题的通知.....	181
关于人身保险伤残程度与保险金给付比例有关事项的通知.....	185
关于规范人身保险业务经营有关问题的通知.....	187
关于父母为其未成年子女投保以死亡为给付保险金条件人身保险有关问题的通知.....	190
广东省高级人民法院关于审理涉新冠肺炎疫情商事案件若干问题的指引【节选】.....	192
上海市高级人民法院民事审判第五庭关于审理保险代位求偿权纠纷案件若干问题的解答（一）【节选】.....	193
北京市高级人民法院审理民商事案件若干问题的解答之五（试行）【节选】.....	197
北京市高级人民法院关于审理保险纠纷案件若干问题的指导意见（试行）【节选】.....	203
山东省高级人民法院民二庭关于审理保险合同纠纷案件若干问题的解答【节选】.....	208
山东省高级人民法院关于审理保险合同纠纷案件若干问题的意见（试行）【节选】.....	213
江西省高级人民法院关于印发《关于审理保险合同纠纷案件若干问题的指导意见（一）》的通知【节选】.....	217
江苏省高级人民法院关于印发《关于审理保险合同纠纷案件若干问题的讨论纪要》的通知【节选】.....	220
江苏省高级人民法院保险合同纠纷案件审理指南【节选】.....	226

江苏省高院家事纠纷案件审理指南(婚姻家庭部分)【节选】.....	240
云南省高级人民法院关于印发《关于统一全省保险合同纠纷案件裁判标准的会议纪要》的通知【节选】.....	242
济南市中级人民法院发布《关于保险合同纠纷案件 94 个法律适用疑难问题解析》【节选】.....	246

# 中华人民共和国保险法

（1995年6月30日第八届全国人民代表大会常务委员会第十四次会议通过 根据2002年10月28日第九届全国人民代表大会常务委员会第三十次会议《关于修改〈中华人民共和国保险法〉的决定》第一次修正 2009年2月28日第十一届全国人民代表大会常务委员会第七次会议修订 根据2014年8月31日第十二届全国人民代表大会常务委员会第十次会议《关于修改〈中华人民共和国保险法〉等五部法律的决定》第二次修正 根据2015年4月24日第十二届全国人民代表大会常务委员会第十四次会议《关于修改〈中华人民共和国计量法〉等五部法律的决定》第三次修正）

## 第一章 总则

第一条 为了规范保险活动，保护保险活动当事人的合法权益，加强对保险业的监督管理，维护社会经济秩序和社会公共利益，促进保险事业的健康发展，制定本法。

第二条 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。

第三条 在中华人民共和国境内从事保险活动，适用本法。

第四条 从事保险活动必须遵守法律、行政法规，尊重社会公德，不得损害社会公共利益。

第五条 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。

第六条 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。

第七条 在中华人民共和国境内的法人和其他组织需要办理境内保险的，应当向中华人民共和国境内的保险公司投保。

第八条 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。国家另有规定的除外。

第九条 国务院保险监督管理机构依法对保险业实施监督管理。

国务院保险监督管理机构根据履行职责的需要设立派出机构。派出机构按照国务院保险监督管理机构的授权履行监督管理职责。

## 第二章 保险合同

### 第一节 一般规定

第十条 保险合同是投保人与保险人约定保险权利义务关系的协议。

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。

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或者给付保险金责任的保险公司。

第十一条 订立保险合同，应当协商一致，遵循公平原则确定各方的权利和义务。

除法律、行政法规规定必须保险的外，保险合同自愿订立。

第十二条 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。

人身保险是以人的寿命和身体为保险标的的保险。

财产保险是以财产及其有关利益为保险标的的保险。

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。

保险利益是指投保人或者被保险人对保险标的具有的 legally 承认的利益。

第十三条 投保人提出保险要求，经保险人同意承保，保险合同成立。保险人应当及时向投保人签发保险单或者其他保险凭证。

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。

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。

第十四条 保险合同成立后，投保人按照约定交付保险费，保险人按照约定的时间开始承担保险责任。

第十五条 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，投保人可以解除合同，保险人不得解除合同。

第十六条 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。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除合同。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。自合同成立之日起超过二年的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担赔偿或者给付保险金的责任。

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。

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担赔偿或者给付保险金的责任。

保险事故是指保险合同约定的保险责任范围内的事故。

第十七条 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。

第十八条 保险合同应当包括下列事项：

(一) 保险人的名称和住所；

(二) 投保人、被保险人的姓名或者名称、住所，以及人身保险的受益人的姓名或者名称、住所；

(三) 保险标的；

(四) 保险责任和责任免除；

(五) 保险期间和保险责任开始时间；

(六) 保险金额；

(七) 保险费以及支付办法；

(八) 保险金赔偿或者给付办法；

(九) 违约责任和争议处理；

(十) 订立合同的年、月、日。

投保人和保险人可以约定与保险有关的其他事项。

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。

保险金额是指保险人承担赔偿或者给付保险金责任的最高限额。

第十九条 采用保险人提供的格式条款订立的保险合同中的下列条款无效；

(一) 免除保险人依法应承担的义务或者加重投保人、被保险人责任的；

(二) 排除投保人、被保险人或者受益人依法享有的权利的。

第二十条 投保人和保险人可以协商变更合同内容。

变更保险合同的，应当由保险人在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由投保人和保险人订立变更的书面协议。

第二十一条 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。

第二十二条 保险事故发生后，按照保险合同请求保险人赔偿或者给付保险

金时，投保人、被保险人或者受益人应当向保险人提供其所能提供的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。

保险人按照合同的约定，认为有关的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人或者受益人补充提供。

第二十三条 保险人收到被保险人或者受益人的赔偿或者给付保险金的请求后，应当及时作出核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但合同另有约定的除外。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。

保险人未及时履行前款规定义务的，除支付保险金外，应当赔偿被保险人或者受益人因此受到的损失。

任何单位和个人不得非法干预保险人履行赔偿或者给付保险金的义务，也不得限制被保险人或者受益人取得保险金的权利。

第二十四条 保险人依照本法第二十三条的规定作出核定后，对不属于保险责任的，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。

第二十五条 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。

第二十六条 人寿保险以外的其他保险的被保险人或者受益人，向保险人请求赔偿或者给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

人寿保险的被保险人或者受益人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为五年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

第二十七条 未发生保险事故，被保险人或者受益人谎称发生了保险事故，

向保险人提出赔偿或者给付保险金请求的，保险人有权解除合同，并不退还保险费。

投保人、被保险人故意制造保险事故的，保险人有权解除合同，不承担赔偿或者给付保险金的责任；除本法第四十三条规定外，不退还保险费。

保险事故发生后，投保人、被保险人或者受益人以伪造、变造的有关证明、资料或者其他证据，编造虚假的事故原因或者夸大损失程度的，保险人对其虚报的部分不承担赔偿或者给付保险金的责任。

投保人、被保险人或者受益人有前三款规定行为之一，致使保险人支付保险金或者支出费用的，应当退回或者赔偿。

第二十八条 保险人将其承担的保险业务，以分保形式部分转移给其他保险人的，为再保险。

应再保险接受人的要求，再保险分出人应当将其自负责任及原保险的有关情况书面告知再保险接受人。

第二十九条 再保险接受人不得向原保险的投保人要求支付保险费。

原保险的被保险人或者受益人不得向再保险接受人提出赔偿或者给付保险金的请求。

再保险分出人不得以再保险接受人未履行再保险责任为由，拒绝履行或者迟延履行其原保险责任。

第三十条 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。

## 第二节 人身保险合同

第三十一条 投保人对下列人员具有保险利益：

- （一）本人；
- （二）配偶、子女、父母；
- （三）前项以外与投保人有抚养、赡养或者扶养关系的家庭其他成员、近亲

属；

（四）与投保人有劳动关系的劳动者。

除前款规定外，被保险人同意投保人为其订立合同的，视为投保人对被保险人具有保险利益。

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。

第三十二条 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。保险人行使合同解除权，适用本法第十六条第三款、第六款的规定。

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。

第三十三条 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，保险人也不得承保。

父母为其未成年子女投保的人身保险，不受前款规定限制。但是，因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。

第三十四条 以死亡为给付保险金条件的合同，未经被保险人同意并认可保险金额的，合同无效。

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。

父母为其未成年子女投保的人身保险，不受本条第一款规定限制。

第三十五条 投保人可以按照合同约定向保险人一次支付全部保险费或者分期支付保险费。

第三十六条 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。

被保险人在前款规定期限内发生保险事故的，保险人应当按照合同约定给付保险金，但可以扣减欠交的保险费。

第三十七条 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。

第三十八条 保险人对人寿保险的保险费，不得用诉讼方式要求投保人支付。

第三十九条 人身保险的受益人由被保险人或者投保人指定。

投保人指定受益人时须经被保险人同意。投保人为与其有劳动关系的劳动者投保人身保险，不得指定被保险人及其近亲属以外的人为受益人。

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。

第四十条 被保险人或者投保人可以指定一人或者数人为受益人。

受益人为数人的，被保险人或者投保人可以确定受益顺序和受益份额；未确定受益份额的，受益人按照相等份额享有受益权。

第四十一条 被保险人或者投保人可以变更受益人并书面通知保险人。保险人收到变更受益人的书面通知后，应当在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单。

投保人变更受益人时须经被保险人同意。

第四十二条 被保险人死亡后，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。

第四十三条 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。

第四十四条 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。

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。

第四十五条 因被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施导致其伤残或者死亡的，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退还保险单的现金价值。

第四十六条 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。

第四十七条 投保人解除合同的，保险人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。

### 第三节 财产保险合同

第四十八条 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。

第四十九条 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。

保险标的转让的，被保险人或者受让人应当及时通知保险人，但货物运输保险合同和另有约定的合同除外。

因保险标的转让导致危险程度显著增加的，保险人自收到前款规定的通知之日起三十日内，可以按照合同约定增加保险费或者解除合同。保险人解除合同的，

应当将已收取的保险费，按照合同约定扣除自保险责任开始之日起至合同解除之日止应收的部分后，退还投保人。

被保险人、受让人未履行本条第二款规定的通知义务的，因转让导致保险标的的危险程度显著增加而发生的保险事故，保险人不承担赔偿保险金的责任。

第五十条 货物运输保险合同和运输工具航程保险合同，保险责任开始后，合同当事人不得解除合同。

第五十一条 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，维护保险标的的安全。

保险人可以按照合同约定对保险标的的安全状况进行检查，及时向投保人、被保险人提出消除不安全因素和隐患的书面建议。

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责任的，保险人有权要求增加保险费或者解除合同。

保险人为维护保险标的的安全，经被保险人同意，可以采取安全预防措施。

第五十二条 在合同有效期内，保险标的的危险程度显著增加的，被保险人应当按照合同约定及时通知保险人，保险人可以按照合同约定增加保险费或者解除合同。保险人解除合同的，应当将已收取的保险费，按照合同约定扣除自保险责任开始之日起至合同解除之日止应收的部分后，退还投保人。

被保险人未履行前款规定的通知义务的，因保险标的的危险程度显著增加而发生的保险事故，保险人不承担赔偿保险金的责任。

第五十三条 有下列情形之一的，除合同另有约定外，保险人应当降低保险费，并按日计算退还相应的保险费：

（一）据以确定保险费率的有关情况发生变化，保险标的的危险程度明显减少的；

（二）保险标的的保险价值明显减少的。

第五十四条 保险责任开始前，投保人要求解除合同的，应当按照合同约定向保险人支付手续费，保险人应当退还保险费。保险责任开始后，投保人要求解除合同的，保险人应当将已收取的保险费，按照合同约定扣除自保险责任开始之

日起至合同解除之日止应收的部分后，退还投保人。

第五十五条 投保人和保险人约定保险标的的保险价值并在合同中载明的，保险标的发生损失时，以约定的保险价值为赔偿计算标准。

投保人和保险人未约定保险标的的保险价值的，保险标的发生损失时，以保险事故发生时保险标的的实际价值为赔偿计算标准。

保险金额不得超过保险价值。超过保险价值的，超过部分无效，保险人应当退还相应的保险费。

保险金额低于保险价值的，除合同另有约定外，保险人按照保险金额与保险价值的比例承担赔偿保险金的责任。

第五十六条 重复保险的投保人应当将重复保险的有关情况通知各保险人。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。

重复保险的投保人可以就保险金额总和超过保险价值的部分，请求各保险人按比例返还保险费。

重复保险是指投保人对同一保险标的、同一保险利益、同一保险事故分别与两个以上保险人订立保险合同，且保险金额总和超过保险价值的保险。

第五十七条 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。

第五十八条 保险标的发生部分损失的，自保险人赔偿之日起三十日内，投保人解除合同；除合同另有约定外，保险人也可以解除合同，但应当提前十五日通知投保人。

合同解除的，保险人应当将保险标的未受损失部分的保险费，按照合同约定扣除自保险责任开始之日起至合同解除之日止应收的部分后，退还投保人。

第五十九条 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。

第六十条 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。

前款规定的保险事故发生后，被保险人已经从第三者取得损害赔偿的，保险人赔偿保险金时，可以相应扣减被保险人从第三者已取得的赔偿金额。

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。

第六十一条 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。

保险人向被保险人赔偿保险金后，被保险人未经保险人同意放弃对第三者请求赔偿的权利的，该行为无效。

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。

第六十二条 除被保险人的家庭成员或者其组成人员故意造成本法第六十条第一款规定的保险事故外，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。

第六十三条 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。

第六十四条 保险人、被保险人为查明和确定保险事故的性质、原因和保险标的的损失程度所支付的必要的、合理的费用，由保险人承担。

第六十五条 保险人对责任保险的被保险人给第三者造成的损害，可以依照法律的规定或者合同的约定，直接向该第三者赔偿保险金。

责任保险的被保险人给第三者造成损害，被保险人对第三者应负的赔偿责任确定的，根据被保险人的请求，保险人应当直接向该第三者赔偿保险金。被保险人怠于请求的，第三者有权就其应获赔偿部分直接向保险人请求赔偿保险金。

责任保险的被保险人给第三者造成损害，被保险人未向该第三者赔偿的，保险人不得向被保险人赔偿保险金。

责任保险是指以被保险人对第三者依法应负的赔偿责任为保险标的的保险。

第六十六条 责任保险的被保险人因给第三者造成损害的保险事故而被提起仲裁或者诉讼的，被保险人支付的仲裁或者诉讼费用以及其他必要的、合理的费用，除合同另有约定外，由保险人承担。

### 第三章 保险公司

第六十七条 设立保险公司应当经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。

第六十八条 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。

第六十九条 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。

第七十条 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。

第七十一条 国务院保险监督管理机构应当对设立保险公司的申请进行审查，自受理之日起六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。

第七十二条 申请人应当自收到批准筹建通知之日起一年内完成筹建工作；筹建期间不得从事保险经营活动。

第七十三条 筹建工作完成后，申请人具备本法第六十八条规定的设立条件的，可以向国务院保险监督管理机构提出开业申请。

国务院保险监督管理机构应当自受理开业申请之日起六十日内，作出批准或者不批准开业的决定。决定批准的，颁发经营保险业务许可证；决定不批准的，应当书面通知申请人并说明理由。

第七十四条 保险公司在中华人民共和国境内设立分支机构，应当经保险监督管理机构批准。

保险公司分支机构不具有法人资格，其民事责任由保险公司承担。

第七十五条 保险公司申请设立分支机构，应当向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；

(二) 拟设机构三年业务发展规划和市场分析材料；

(三) 拟任高级管理人员的简历及相关证明材料；

(四) 国务院保险监督管理机构规定的其他材料。

第七十六条 保险监督管理机构应当对保险公司设立分支机构的申请进行审查，自受理之日起六十日内作出批准或者不批准的决定。决定批准的，颁发分支

机构经营保险业务许可证；决定不批准的，应当书面通知申请人并说明理由。

第七十七条 经批准设立的保险公司及其分支机构，凭经营保险业务许可证向工商行政管理机关办理登记，领取营业执照。

第七十八条 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关办理登记的，其经营保险业务许可证失效。

第七十九条 保险公司在中华人民共和国境外设立子公司、分支机构，应当经国务院保险监督管理机构批准。

第八十条 外国保险机构在中华人民共和国境内设立代表机构，应当经国务院保险监督管理机构批准。代表机构不得从事保险经营活动。

第八十一条 保险公司的董事、监事和高级管理人员，应当品行良好，熟悉与保险相关的法律、行政法规，具有履行职责所需的经营管理能力，并在任职前取得保险监督管理机构核准的任职资格。

保险公司高级管理人员的范围由国务院保险监督管理机构规定。

第八十二条 有《中华人民共和国公司法》第一百四十六条规定的情形或者下列情形之一的，不得担任保险公司的董事、监事、高级管理人员：

（一）因违法行为或者违纪行为被金融监督管理机构取消任职资格的金融机构的董事、监事、高级管理人员，自被取消任职资格之日起未逾五年的；

（二）因违法行为或者违纪行为被吊销执业资格的律师、注册会计师或者资产评估机构、验证机构等机构的专业人员，自被吊销执业资格之日起未逾五年的。

第八十三条 保险公司的董事、监事、高级管理人员执行公司职务时违反法律、行政法规或者公司章程的规定，给公司造成损失的，应当承担赔偿责任。

第八十四条 保险公司有下列情形之一的，应当经保险监督管理机构批准：

（一）变更名称；

（二）变更注册资本；

（三）变更公司或者分支机构的营业场所；

（四）撤销分支机构；

(五) 公司分立或者合并；

(六) 修改公司章程；

(七) 变更出资额占有限责任公司资本总额百分之五以上的股东，或者变更持有股份有限公司股份百分之五以上的股东；

(八) 国务院保险监督管理机构规定的其他情形。

第八十五条 保险公司应当聘用专业人员，建立精算报告制度和合规报告制度。

第八十六条 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。

保险公司的偿付能力报告、财务会计报告、精算报告、合规报告及其他有关报告、报表、文件和资料必须如实记录保险业务事项，不得有虚假记载、误导性陈述和重大遗漏。

第八十七条 保险公司应当按照国务院保险监督管理机构的规定妥善保管业务经营活动的完整账簿、原始凭证和有关资料。

前款规定的账簿、原始凭证和有关资料的保管期限，自保险合同终止之日起计算，保险期间在一年以下的不得少于五年，保险期间超过一年的不得少于十年。

第八十八条 保险公司聘请或者解聘会计师事务所、资产评估机构、资信评级机构等中介服务机构，应当向保险监督管理机构报告；解聘会计师事务所、资产评估机构、资信评级机构等中介服务机构，应当说明理由。

第八十九条 保险公司因分立、合并需要解散，或者股东会、股东大会决议解散，或者公司章程规定的解散事由出现，经国务院保险监督管理机构批准后解散。

经营有人寿保险业务的保险公司，除因分立、合并或者被依法撤销外，不得解散。

保险公司解散，应当依法成立清算组进行清算。

第九十条 保险公司有《中华人民共和国企业破产法》第二条规定情形的，经国务院保险监督管理机构同意，保险公司或者其债权人可以依法向人民法院申

请重整、和解或者破产清算；国务院保险监督管理机构也可以依法向人民法院申请对该保险公司进行重整或者破产清算。

第九十一条 破产财产在优先清偿破产费用和共益债务后，按照下列顺序清偿：

（一）所欠职工工资和医疗、伤残补助、抚恤费用，所欠应当划入职工个人账户的基本养老保险、基本医疗保险费用，以及法律、行政法规规定应当支付给职工的补偿金；

（二）赔偿或者给付保险金；

（三）保险公司欠缴的除第（一）项规定以外的社会保险费用和所欠税款；

（四）普通破产债权。

破产财产不足以清偿同一顺序的清偿要求的，按照比例分配。

破产保险公司的董事、监事和高级管理人员的工资，按照该公司职工的平均工资计算。

第九十二条 经营有人寿保险业务的保险公司被依法撤销或者被依法宣告破产的，其持有的人寿保险合同及责任准备金，必须转让给其他经营有人寿保险业务的保险公司；不能同其他保险公司达成转让协议的，由国务院保险监督管理机构指定经营有人寿保险业务的保险公司接受转让。

转让或者由国务院保险监督管理机构指定接受转让前款规定的人寿保险合同及责任准备金的，应当维护被保险人、受益人的合法权益。

第九十三条 保险公司依法终止其业务活动，应当注销其经营保险业务许可证。

第九十四条 保险公司，除本法另有规定外，适用《中华人民共和国公司法》的规定。

#### 第四章 保险经营规则

第九十五条 保险公司的业务范围：

（一）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；

（二）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；

（三）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。

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。

第九十六条 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。

第九十七条 保险公司应当按照其注册资本总额的百分之二十提取保证金，存入国务院保险监督管理机构指定的银行，除公司清算时用于清偿债务外，不得动用。

第九十八条 保险公司应当根据保障被保险人利益、保证偿付能力的原则，提取各项责任准备金。

保险公司提取和结转责任准备金的具体办法，由国务院保险监督管理机构制定。

第九十九条 保险公司应当依法提取公积金。

第一百条 保险公司应当缴纳保险保障基金。

保险保障基金应当集中管理，并在下列情形下统筹使用：

（一）在保险公司被撤销或者被宣告破产时，向投保人、被保险人或者受益人提供救济；

（二）在保险公司被撤销或者被宣告破产时，向依法接受其人寿保险合同的保险公司提供救济；

（三）国务院规定的其他情形。

保险保障基金筹集、管理和使用的具体办法，由国务院制定。

第一百零一条 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。

第一百零二条 经营财产保险业务的保险公司当年自留保险费，不得超过其实有资本金加公积金总和的四倍。

第一百零三条 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。

第一百零四条 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。

第一百零五条 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。

第一百零六条 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。

第一百零七条 经国务院保险监督管理机构会同国务院证券监督管理机构批准，保险公司可以设立保险资产管理公司。

保险资产管理公司从事证券投资活动，应当遵守《中华人民共和国证券法》等法律、行政法规的规定。

保险资产管理公司的管理办法，由国务院保险监督管理机构会同国务院有关

部门制定。

第一百零八条 保险公司应当按照国务院保险监督管理机构的规定，建立对关联交易的管理和信息披露制度。

第一百零九条 保险公司的控股股东、实际控制人、董事、监事、高级管理人员不得利用关联交易损害公司的利益。

第一百一十条 保险公司应当按照国务院保险监督管理机构的规定，真实、准确、完整地披露财务会计报告、风险管理状况、保险产品经营情况等重大事项。

第一百一十一条 保险公司从事保险销售的人员应当品行良好，具有保险销售所需的专业能力。保险销售人员的行为规范和管理办法，由国务院保险监督管理机构规定。

第一百一十二条 保险公司应当建立保险代理人登记管理制度，加强对保险代理人的培训和管理，不得唆使、诱导保险代理人进行违背诚信义务的活动。

第一百一十三条 保险公司及其分支机构应当依法使用经营保险业务许可证，不得转让、出租、出借经营保险业务许可证。

第一百一十四条 保险公司应当按照国务院保险监督管理机构的规定，公平、合理拟订保险条款和保险费率，不得损害投保人、被保险人和受益人的合法权益。

保险公司应当按照合同约定和本法规定，及时履行赔偿或者给付保险金义务。

第一百一十五条 保险公司开展业务，应当遵循公平竞争的原则，不得从事不正当竞争。

第一百一十六条 保险公司及其工作人员在保险业务活动中不得有下列行为：

- （一）欺骗投保人、被保险人或者受益人；
- （二）对投保人隐瞒与保险合同有关的重要情况；
- （三）阻碍投保人履行本法规定的如实告知义务，或者诱导其不履行本法规定的如实告知义务；
- （四）给予或者承诺给予投保人、被保险人、受益人保险合同约定以外的保险费回扣或者其他利益；

- (五) 拒不依法履行保险合同约定的赔偿或者给付保险金义务；
- (六) 故意编造未曾发生的保险事故、虚构保险合同或者故意夸大已经发生的保险事故的损失程度进行虚假理赔，骗取保险金或者牟取其他不正当利益；
- (七) 挪用、截留、侵占保险费；
- (八) 委托未取得合法资格的机构从事保险销售活动；
- (九) 利用开展保险业务为其他机构或者个人牟取不正当利益；
- (十) 利用保险代理人、保险经纪人或者保险评估机构，从事以虚构保险中介业务或者编造退保等方式套取费用等违法活动；
- (十一) 以捏造、散布虚假事实等方式损害竞争对手的商业信誉，或者以其他不正当竞争行为扰乱保险市场秩序；
- (十二) 泄露在业务活动中知悉的投保人、被保险人的商业秘密；
- (十三) 违反法律、行政法规和国务院保险监督管理机构规定的其他行为。

## 第五章 保险代理人和保险经纪人

第一百一十七条 保险代理人是根据保险人的委托，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或者个人。

保险代理机构包括专门从事保险代理业务的保险专业代理机构和兼营保险代理业务的保险兼业代理机构。

第一百一十八条 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。

第一百一十九条 保险代理机构、保险经纪人应当具备国务院保险监督管理机构规定的条件，取得保险监督管理机构颁发的经营保险代理业务许可证、保险经纪业务许可证。

第一百二十条 以公司形式设立保险专业代理机构、保险经纪人，其注册资本最低限额适用《中华人民共和国公司法》的规定。

国务院保险监督管理机构根据保险专业代理机构、保险经纪人的业务范围和经营规模，可以调整其注册资本的最低限额，但不得低于《中华人民共和国公司法》规定的限额。

保险专业代理机构、保险经纪人的注册资本或者出资额必须为实缴货币资本。

第一百二十一条 保险专业代理机构、保险经纪人的高级管理人员，应当品行良好，熟悉保险法律、行政法规，具有履行职责所需的经营管理能力，并在任职前取得保险监督管理机构核准的任职资格。

第一百二十二条 个人保险代理人、保险代理机构的代理从业人员、保险经纪人的经纪从业人员，应当品行良好，具有从事保险代理业务或者保险经纪业务所需的专业能力。

第一百二十三条 保险代理机构、保险经纪人应当有自己的经营场所，设立专门账簿记载保险代理业务、经纪业务的收支情况。

第一百二十四条 保险代理机构、保险经纪人应当按照国务院保险监督管理机构的规定缴存保证金或者投保职业责任保险。

第一百二十五条 个人保险代理人在代为办理人寿保险业务时，不得同时接受两个以上保险人的委托。

第一百二十六条 保险人委托保险代理人代为办理保险业务，应当与保险代理人签订委托代理协议，依法约定双方的权利和义务。

第一百二十七条 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。

保险代理人没有代理权、超越代理权或者代理权终止后以保险人名义订立合同，使投保人有理由相信其有代理权的，该代理行为有效。保险人可以依法追究越权的保险代理人的责任。

第一百二十八条 保险经纪人因过错给投保人、被保险人造成损失的，依法承担赔偿责任。

第一百二十九条 保险活动当事人可以委托保险公估机构等依法设立的独立评估机构或者具有相关专业知识的人员，对保险事故进行评估和鉴定。

接受委托对保险事故进行评估和鉴定的机构和人员，应当依法、独立、客观、公正地进行评估和鉴定，任何单位和个人不得干涉。

前款规定的机构和人员，因故意或者过失给保险人或者被保险人造成损失的，

依法承担赔偿责任。

第一百三十条 保险佣金只限于向保险代理人、保险经纪人支付，不得向其他人支付。

第一百三十一条 保险代理人、保险经纪人及其从业人员在办理保险业务活动中不得有下列行为：

- （一）欺骗保险人、投保人、被保险人或者受益人；
- （二）隐瞒与保险合同有关的重要情况；
- （三）阻碍投保人履行本法规定的如实告知义务，或者诱导其不履行本法规定的如实告知义务；
- （四）给予或者承诺给予投保人、被保险人或者受益人保险合同约定以外的利益；
- （五）利用行政权力、职务或者职业便利以及其他不正当手段强迫、引诱或者限制投保人订立保险合同；
- （六）伪造、擅自变更保险合同，或者为保险合同当事人提供虚假证明材料；
- （七）挪用、截留、侵占保险费或者保险金；
- （八）利用业务便利为其他机构或者个人牟取不正当利益；
- （九）串通投保人、被保险人或者受益人，骗取保险金；
- （十）泄露在业务活动中知悉的保险人、投保人、被保险人的商业秘密。

第一百三十二条 本法第八十六条第一款、第一百一十三条的规定，适用于保险代理机构和保险经纪人。

## 第六章 保险业监督管理

第一百三十三条 保险监督管理机构依照本法和国务院规定的职责，遵循依法、公开、公正的原则，对保险业实施监督管理，维护保险市场秩序，保护投保人、被保险人和受益人的合法权益。

第一百三十四条 国务院保险监督管理机构依照法律、行政法规制定并发布有关保险业监督管理的规章。

第一百三十五条 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。

第一百三十六条 保险公司使用的保险条款和保险费率违反法律、行政法规或者国务院保险监督管理机构的有关规定的，由保险监督管理机构责令停止使用，限期修改；情节严重的，可以在一定期限内禁止申报新的保险条款和保险费率。

第一百三十七条 国务院保险监督管理机构应当建立健全保险公司偿付能力监管体系，对保险公司的偿付能力实施监控。

第一百三十八条 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。

第一百三十九条 保险公司未依照本法规定提取或者结转各项责任准备金，或者未依照本法规定办理再保险，或者严重违反本法关于资金运用的规定的，由保险监督管理机构责令限期改正，并可以责令调整负责人及有关管理人员。

第一百四十条 保险监督管理机构依照本法第一百四十条 的规定作出限期

改正的决定后，保险公司逾期未改正的，国务院保险监督管理机构可以决定选派保险专业人员和指定该保险公司的有关人员组成整顿组，对公司进行整顿。

整顿决定应当载明被整顿公司的名称、整顿理由、整顿组成员和整顿期限，并予以公告。

第一百四十一条 整顿组有权监督被整顿保险公司的日常业务。被整顿公司的负责人及有关管理人员应当在整顿组的监督下行使职权。

第一百四十二条 整顿过程中，被整顿保险公司的原有业务继续进行。但是，国务院保险监督管理机构可以责令被整顿公司停止部分原有业务、停止接受新业务，调整资金运用。

第一百四十三条 被整顿保险公司经整顿已纠正其违反本法规定的行为，恢复正常经营状况的，由整顿组提出报告，经国务院保险监督管理机构批准，结束整顿，并由国务院保险监督管理机构予以公告。

第一百四十四条 保险公司有下列情形之一的，国务院保险监督管理机构可以对其实行接管：

（一）公司的偿付能力严重不足的；

（二）违反本法规定，损害社会公共利益，可能严重危及或者已经严重危及公司的偿付能力的。

被接管的保险公司的债权债务关系不因接管而变化。

第一百四十五条 接管组的组成和接管的实施办法，由国务院保险监督管理机构决定，并予以公告。

第一百四十六条 接管期限届满，国务院保险监督管理机构可以决定延长接管期限，但接管期限最长不得超过二年。

第一百四十七条 接管期限届满，被接管的保险公司已恢复正常经营能力的，由国务院保险监督管理机构决定终止接管，并予以公告。

第一百四十八条 被整顿、被接管的保险公司有《中华人民共和国企业破产法》第二条规定情形的，国务院保险监督管理机构可以依法向人民法院申请对该保险公司进行重整或者破产清算。

第一百四十九条 保险公司因违法经营被依法吊销经营保险业务许可证的，或者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。

第一百五十条 国务院保险监督管理机构有权要求保险公司股东、实际控制人在指定的期限内提供有关信息和资料。

第一百五十一条 保险公司的股东利用关联交易严重损害公司利益，危及公司偿付能力的，由国务院保险监督管理机构责令改正。在按照要求改正前，国务院保险监督管理机构可以限制其股东权利；拒不改正的，可以责令其转让所持的保险公司股权。

第一百五十二条 保险监督管理机构根据履行监督管理职责的需要，可以与保险公司董事、监事和高级管理人员进行监督管理谈话，要求其就公司的业务活动和风险管理的重大事项作出说明。

第一百五十三条 保险公司在整顿、接管、撤销清算期间，或者出现重大风险时，国务院保险监督管理机构可以对该公司直接负责的董事、监事、高级管理人员和其他直接责任人员采取以下措施：

（一）通知出境管理机关依法阻止其出境；

（二）申请司法机关禁止其转移、转让或者以其他方式处分财产，或者在财产上设定其他权利。

第一百五十四条 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。

保险监督管理机构依法进行监督检查或者调查，其监督检查、调查的人员不得少于二人，并应当出示合法证件和监督检查、调查通知书；监督检查、调查的人员少于二人或者未出示合法证件和监督检查、调查通知书的，被检查、调查的单位和个人有权拒绝。

第一百五十五条 保险监督管理机构依法履行职责，被检查、调查的单位和个人应当配合。

第一百五十六条 保险监督管理机构工作人员应当忠于职守，依法办事，公正廉洁，不得利用职务便利牟取不正当利益，不得泄露所知悉的有关单位和个人的商业秘密。

第一百五十七条 国务院保险监督管理机构应当与中国人民银行、国务院其他金融监督管理机构建立监督管理信息共享机制。

保险监督管理机构依法履行职责，进行监督检查、调查时，有关部门应当予以配合。

## 第七章 法律责任

第一百五十八条 违反本法规定，擅自设立保险公司、保险资产管理公司或者非法经营商业保险业务的，由保险监督管理机构予以取缔，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二十万元的，处二十万元以上一百万元以下的罚款。

第一百五十九条 违反本法规定，擅自设立保险专业代理机构、保险经纪人，或者未取得经营保险代理业务许可证、保险经纪业务许可证从事保险代理业务、保险经纪业务的，由保险监督管理机构予以取缔，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五万元的，处五万元以上三十万元以下的罚款。

第一百六十条 保险公司违反本法规定，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。

第一百六十一条 保险公司有本法第一百一十六条规定行为之一的，由保险监督管理机构责令改正，处五万元以上三十万元以下的罚款；情节严重的，限制其业务范围、责令停止接受新业务或者吊销业务许可证。

第一百六十二条 保险公司违反本法第八十四条规定的，由保险监督管理机构责令改正，处一万元以上十万元以下的罚款。

第一百六十三条 保险公司违反本法规定，有下列行为之一的，由保险监督管理机构责令改正，处五万元以上三十万元以下的罚款：

- （一）超额承保，情节严重的；
- （二）为无民事行为能力人承保以死亡为给付保险金条件的保险的。

第一百六十四条 违反本法规定，有下列行为之一的，由保险监督管理机构责令改正，处五万元以上三十万元以下的罚款；情节严重的，可以限制其业务范围、责令停止接受新业务或者吊销业务许可证：

- （一）未按照规定提存保证金或者违反规定动用保证金的；
- （二）未按照规定提取或者结转各项责任准备金的；
- （三）未按照规定缴纳保险保障基金或者提取公积金的；
- （四）未按照规定办理再保险的；

(五) 未按照规定运用保险公司资金的；

(六) 未经批准设立分支机构的；

(七) 未按照规定申请批准保险条款、保险费率的。

第一百六十五条 保险代理机构、保险经纪人有本法第一百三十一条规定行为之一的，由保险监督管理机构责令改正，处五万元以上三十万元以下的罚款；情节严重的，吊销业务许可证。

第一百六十六条 保险代理机构、保险经纪人违反本法规定，有下列行为之一的，由保险监督管理机构责令改正，处二万元以上十万元以下的罚款；情节严重的，责令停业整顿或者吊销业务许可证：

(一) 未按照规定缴存保证金或者投保职业责任保险的；

(二) 未按照规定设立专门账簿记载业务收支情况的。

第一百六十七条 违反本法规定，聘任不具有任职资格的人员的，由保险监督管理机构责令改正，处二万元以上十万元以下的罚款。

第一百六十八条 违反本法规定，转让、出租、出借业务许可证的，由保险监督管理机构处一万元以上十万元以下的罚款；情节严重的，责令停业整顿或者吊销业务许可证。

第一百六十九条 违反本法规定，有下列行为之一的，由保险监督管理机构责令限期改正；逾期不改正的，处一万元以上十万元以下的罚款：

(一) 未按照规定报送或者保管报告、报表、文件、资料的，或者未按照规定提供有关信息、资料的；

(二) 未按照规定报送保险条款、保险费率备案的；

(三) 未按照规定披露信息的。

第一百七十条 违反本法规定，有下列行为之一的，由保险监督管理机构责令改正，处十万元以上五十万元以下的罚款；情节严重的，可以限制其业务范围、责令停止接受新业务或者吊销业务许可证：

(一) 编制或者提供虚假的报告、报表、文件、资料的；

(二) 拒绝或者妨碍依法监督检查的；

(三) 未按照规定使用经批准或者备案的保险条款、保险费率的。

第一百七十一条 保险公司、保险资产管理公司、保险专业代理机构、保险经纪人违反本法规定的，保险监督管理机构除分别依照本法第一百六十条至第一百七十条的规定对该单位给予处罚外，对其直接负责的主管人员和其他直接责任人员给予警告，并处一万元以上十万元以下的罚款；情节严重的，撤销任职资格。

第一百七十二条 个人保险代理人违反本法规定的，由保险监督管理机构给予警告，可以并处二万元以下的罚款；情节严重的，处二万元以上十万元以下的罚款

第一百七十三条 外国保险机构未经国务院保险监督管理机构批准，擅自在中华人民共和国境内设立代表机构的，由国务院保险监督管理机构予以取缔，处五万元以上三十万元以下的罚款。

外国保险机构在中华人民共和国境内设立的代表机构从事保险经营活动的，由保险监督管理机构责令改正，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二十万元的，处二十万元以上一百万元以下的罚款；对其首席代表可以责令撤换；情节严重的，撤销其代表机构。

第一百七十四条 投保人、被保险人或者受益人有下列行为之一，进行保险诈骗活动，尚不构成犯罪的，依法给予行政处罚：

(一) 投保人故意虚构保险标的，骗取保险金的；

(二) 编造未曾发生的保险事故，或者编造虚假的事故原因或者夸大损失程度，骗取保险金的；

(三) 故意造成保险事故，骗取保险金的。

保险事故的鉴定人、评估人、证明人故意提供虚假的证明文件，为投保人、被保险人或者受益人进行保险诈骗提供条件的，依照前款规定给予处罚。

第一百七十五条 违反本法规定，给他人造成损害的，依法承担民事责任。

第一百七十六条 拒绝、阻碍保险监督管理机构及其工作人员依法行使监督检查、调查职权，未使用暴力、威胁方法的，依法给予治安管理处罚。

第一百七十七条 违反法律、行政法规的规定，情节严重的，国务院保险监

督管理机构可以禁止有关责任人员一定期限直至终身进入保险业。

第一百七十八条 保险监督管理机构从事监督管理工作的人员有下列情形之一的，依法给予处分：

- （一）违反规定批准机构的设立的；
- （二）违反规定进行保险条款、保险费率审批的；
- （三）违反规定进行现场检查的；
- （四）违反规定查询账户或者冻结资金的；
- （五）泄露其知悉的有关单位和个人的商业秘密的；
- （六）违反规定实施行政处罚的；
- （七）滥用职权、玩忽职守的其他行为。

第一百七十九条 违反本法规定，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

## 第八章 附则

第一百八十条 保险公司应当加入保险行业协会。保险代理人、保险经纪人、保险公估机构可以加入保险行业协会。

保险行业协会是保险业的自律性组织，是社会团体法人。

第一百八十一条 保险公司以外的其他依法设立的保险组织经营商业保险业务，适用本法。

第一百八十二条 海上保险适用《中华人民共和国海商法》的有关规定；《中华人民共和国海商法》未规定的，适用本法的有关规定。

第一百八十三条 中外合资保险公司、外资独资保险公司、外国保险公司分公司适用本法规定；法律、行政法规另有规定的，适用其规定。

第一百八十四条 国家支持发展为农业生产服务的保险事业。农业保险由法律、行政法规另行规定。

强制保险，法律、行政法规另有规定的，适用其规定。

第一百八十五条 本法自 2009 年 10 月 1 日起施行。

# 最高人民法院关于适用《中华人民共和国保险法》 若干问题的解释（一）

（2009年9月14日最高人民法院审判委员会第1473次会议通过 法释〔2009〕12号）

为正确审理保险合同纠纷案件，切实维护当事人的合法权益，现就人民法院适用2009年2月28日第十一届全国人大常委会第七次会议修订的《中华人民共和国保险法》（以下简称保险法）的有关问题规定如下：

第一条 保险法施行后成立的保险合同发生的纠纷，适用保险法的规定。保险法施行前成立的保险合同发生的纠纷，除本解释另有规定外，适用当时的法律规定；当时的法律没有规定的，参照适用保险法的有关规定。认定保险合同是否成立，适用合同订立时的法律。

第二条 对于保险法施行前成立的保险合同，适用当时的法律认定无效而适用保险法认定有效的，适用保险法的规定。

第三条 保险合同成立于保险法施行前而保险标的转让、保险事故、理赔、代位求偿等行为或事件，发生于保险法施行后的，适用保险法的规定。

第四条 保险合同成立于保险法施行前，保险法施行后，保险人以投保人未履行如实告知义务或者申报被保险人年龄不真实为由，主张解除合同的，适用保险法的规定。

第五条 保险法施行前成立的保险合同，下列情形下的期间自2009年10月1日起计算：

（一）保险法施行前，保险人收到赔偿或者给付保险金的请求，保险法施行后，适用保险法第二十三条规定的三十日的；

（二）保险法施行前，保险人知道解除事由，保险法施行后，按照保险法第十六条、第三十二条的规定行使解除权，适用保险法第十六条规定的三十日的；

（三）保险法施行后，保险人按照保险法第十六条第二款的规定请求解除合

同，适用保险法第十六条规定的二年的；

（四）保险法施行前，保险人收到保险标的转让通知，保险法施行后，以保险标的转让导致危险程度显著增加为由请求按照合同约定增加保险费或者解除合同，适用保险法第四十九条规定的三十日的。

第六条 保险法施行前已经终审的案件，当事人申请再审或者按照审判监督程序提起再审的案件，不适用保险法的规定。

## 最高人民法院关于适用《中华人民共和国保险法》 若干问题的解释（二）

（2013年5月6日最高人民法院审判委员会第1577次会议通过，根据2020年12月23日最高人民法院审判委员会第1823次会议通过的《最高人民法院关于修改〈最高人民法院关于破产企业国有划拨土地使用权应否列入破产财产等问题的批复〉等二十九件商事类司法解释的决定》修正）

为正确审理保险合同纠纷案件，切实维护当事人的合法权益，根据《中华人民共和国民法典》《中华人民共和国保险法》《中华人民共和国民事诉讼法》等法律规定，结合审判实践，就保险法中关于保险合同一般规定部分有关法律适用问题解释如下：

第一条 财产保险中，不同投保人就同一保险标的分别投保，保险事故发生后，被保险人在其保险利益范围内依据保险合同主张保险赔偿的，人民法院应予支持。

第二条 人身保险中，因投保人对被保险人不具有保险利益导致保险合同无效，投保人主张保险人退还扣减相应手续费后的保险费的，人民法院应予支持。

第三条 投保人或者投保人的代理人订立保险合同时没有亲自签字或者盖章，而由保险人或者保险人的代理人代为签字或者盖章的，对投保人不生效。但投保人已经交纳保险费的，视为其对代签字或者盖章行为的追认。

保险人或者保险人的代理人代为填写保险单证后经投保人签字或者盖章确认的，代为填写的内容视为投保人的真实意思表示。但有证据证明保险人或者保险人的代理人存在保险法第一百一十六条、第一百三十一条相关规定情形的除外。

第四条 保险人接受了投保人提交的投保单并收取了保险费，尚未作出是否承保的意思表示，发生保险事故，被保险人或者受益人请求保险人按照保险合同承担赔偿或者给付保险金责任，符合承保条件的，人民法院应予支持；不符合承保条件的，保险人不承担保险责任，但应当退还已经收取的保险费。

保险人主张不符合承保条件的，应承担举证责任。

第五条 保险合同订立时，投保人明知的与保险标的或者被保险人有关的情况，属于保险法第十六条第一款规定的投保人“应当如实告知”的内容。

第六条 投保人的告知义务限于保险人询问的范围和内容。当事人对询问范围及内容有争议的，保险人负举证责任。

保险人以投保人违反了对投保单询问表中所列概括性条款的如实告知义务为由请求解除合同的，人民法院不予支持。但该概括性条款有具体内容的除外。

第七条 保险人在保险合同成立后知道或者应当知道投保人未履行如实告知义务，仍然收取保险费，又依照保险法第十六条第二款的规定主张解除合同的，人民法院不予支持。

第八条 保险人未行使合同解除权，直接以存在保险法第十六条第四款、第五款规定的情形为由拒绝赔偿的，人民法院不予支持。但当事人就拒绝赔偿事宜及保险合同存续另行达成一致的情况除外。

第九条 保险人提供的格式合同文本中的责任免除条款、免赔额、免赔率、比例赔付或者给付等免除或者减轻保险人责任的条款，可以认定为保险法第十七条第二款规定的“免除保险人责任的条款”。

保险人因投保人、被保险人违反法定或者约定义务，享有解除合同权利的条款，不属于保险法第十七条第二款规定的“免除保险人责任的条款”。

第十条 保险人将法律、行政法规中的禁止性规定情形作为保险合同免责条款的免责事由，保险人对该条款作出提示后，投保人、被保险人或者受益人以保险人未履行明确说明义务为由主张该条款不成为合同内容的，人民法院不予支持。

第十一条 保险合同订立时，保险人在投保单或者保险单等其他保险凭证上，对保险合同中免除保险人责任的条款，以足以引起投保人注意的文字、字体、符号或者其他明显标志作出提示的，人民法院应当认定其履行了保险法第十七条第二款规定的提示义务。

保险人对保险合同中有关免除保险人责任条款的概念、内容及其法律后果以书面或者口头形式向投保人作出常人能够理解的解释说明的，人民法院应当认定

保险人履行了保险法第十七条第二款规定的明确说明义务。

第十二条 通过网络、电话等方式订立的保险合同，保险人以网页、音频、视频等形式对免除保险人责任条款予以提示和明确说明的，人民法院可以认定其履行了提示和明确说明义务。

第十三条 保险人对其履行了明确说明义务负举证责任。

投保人对保险人履行了符合本解释第十一条第二款要求的明确说明义务在相关文书上签字、盖章或者以其他形式予以确认的，应当认定保险人履行了该项义务。但另有证据证明保险人未履行明确说明义务的除外。

第十四条 保险合同中记载的内容不一致的，按照下列规则认定：

（一）投保单与保险单或者其他保险凭证不一致的，以投保单为准。但不一致的情形系经保险人说明并经投保人同意的，以投保人签收的保险单或者其他保险凭证载明的内容为准；

（二）非格式条款与格式条款不一致的，以非格式条款为准；

（三）保险凭证记载的时间不同的，以形成时间在后的为准；

（四）保险凭证存在手写和打印两种方式的，以双方签字、盖章的手写部分的内容为准。

第十五条 保险法第二十三条规定的三十日核定期间，应自保险人初次收到索赔请求及投保人、被保险人或者受益人提供的有关证明和资料之日起算。

保险人主张扣除投保人、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料期间的，人民法院应予支持。扣除期间自保险人根据保险法第二十二条规定作出的通知到达投保人、被保险人或者受益人之日起，至投保人、被保险人或者受益人按照通知要求补充提供的有关证明和资料到达保险人之日止。

第十六条 保险人应以自己的名义行使保险代位求偿权。

根据保险法第六十条第一款的规定，保险人代位求偿权的诉讼时效期间应自其取得代位求偿权之日起算。

第十七条 保险人在其提供的保险合同格式条款中对非保险术语所作的解释符合专业意义，或者虽不符合专业意义，但有利于投保人、被保险人或者受益人

的，人民法院应予认可。

第十八条 行政管理部门依据法律规定制作的交通事故认定书、火灾事故认定书等，人民法院应当依法审查并确认其相应的证明力，但有相反证据能够推翻的除外。

第十九条 保险事故发生后，被保险人或者受益人起诉保险人，保险人以被保险人或者受益人未要求第三者承担责任为由抗辩不承担保险责任的，人民法院不予支持。

财产保险事故发生后，被保险人就其所受损失从第三者取得赔偿后的不足部分提起诉讼，请求保险人赔偿的，人民法院应予依法受理。

第二十条 保险公司依法设立并取得营业执照的分支机构属于《中华人民共和国民事诉讼法》第四十八条规定的其他组织，可以作为保险合同纠纷案件的当事人参加诉讼。

第二十一条 本解释施行后尚未终审的保险合同纠纷案件，适用本解释；本解释施行前已经终审，当事人申请再审或者按照审判监督程序决定再审的案件，不适用本解释。

## 最高人民法院关于适用《中华人民共和国保险法》 若干问题的解释（三）

（2015年9月21日最高人民法院审判委员会第1661次会议通过 根据2020年12月23日最高人民法院审判委员会第1823次会议通过的《最高人民法院关于修改〈最高人民法院关于破产企业国有划拨土地使用权应否列入破产财产等问题的批复〉等二十九件商事类司法解释的决定》修正）

为正确审理保险合同纠纷案件，切实维护当事人的合法权益，根据《中华人民共和国民法典》《中华人民共和国保险法》《中华人民共和国民事诉讼法》等法律规定，结合审判实践，就保险法中关于保险合同章人身保险部分有关法律适用问题解释如下：

第一条 当事人订立以死亡为给付保险金条件的合同，根据保险法第三十四条的规定，“被保险人同意并认可保险金额”可以采取书面形式、口头形式或者其他形式；可以在合同订立时作出，也可以在合同订立后追认。

有下列情形之一的，应认定为被保险人同意投保人为其订立保险合同并认可保险金额：

- （一）被保险人明知他人代其签名同意而未表示异议的；
- （二）被保险人同意投保人指定的受益人的；
- （三）有证据足以认定被保险人同意投保人为其投保的其他情形。

第二条 被保险人以书面形式通知保险人和投保人撤销其依据保险法第三十四条第一款规定所作出的同意意思表示的，可认定为保险合同解除。

第三条 人民法院审理人身保险合同纠纷案件时，应主动审查投保人订立保险合同时是否具有保险利益，以及以死亡为给付保险金条件的合同是否经过被保险人同意并认可保险金额。

第四条 保险合同订立后，因投保人丧失对被保险人的保险利益，当事人主张保险合同无效的，人民法院不予支持。

第五条 保险人在合同订立时指定医疗机构对被保险人体检，当事人主张投保人如实告知义务免除的，人民法院不予支持。

保险人知道被保险人的体检结果，仍以投保人未就相关情况履行如实告知义务为由要求解除合同的，人民法院不予支持。

第六条 未成年人父母之外的其他履行监护职责的人为未成年人订立以死亡为给付保险金条件的合同，当事人主张参照保险法第三十三条第二款、第三十四条第三款的规定认定该合同有效的，人民法院不予支持，但经未成年人父母同意的除外。

第七条 当事人以被保险人、受益人或者他人已经代为支付保险费为由，主张投保人对应的交费义务已经履行的，人民法院应予支持。

第八条 保险合同效力依照保险法第三十六条规定中止，投保人提出恢复效力申请并同意补交保险费的，除被保险人的危险程度在中止期间显著增加外，保险人拒绝恢复效力的，人民法院不予支持。

保险人在收到恢复效力申请后，三十日内未明确拒绝的，应认定为同意恢复效力。

保险合同自投保人补交保险费之日恢复效力。保险人要求投保人补交相应利息的，人民法院应予支持。

第九条 投保人指定受益人未经被保险人同意的，人民法院应认定指定行为无效。

当事人对保险合同约定的受益人存在争议，除投保人、被保险人在保险合同之外另有约定外，按以下情形分别处理：

（一）受益人约定为“法定”或者“法定继承人”的，以民法典规定的法定继承人为受益人；

（二）受益人仅约定为身份关系的，投保人与被保险人为同一主体时，根据保险事故发生时与被保险人的身份关系确定受益人；投保人与被保险人为不同主体时，根据保险合同成立时与被保险人的身份关系确定受益人；

（三）约定的受益人包括姓名和身份关系，保险事故发生时身份关系发生变

化的，认定为未指定受益人。

第十条 投保人或者被保险人变更受益人，当事人主张变更行为自变更意思表示发出时生效的，人民法院应予支持。

投保人或者被保险人变更受益人未通知保险人，保险人主张变更对其不发生效力的，人民法院应予支持。

投保人变更受益人未经被保险人同意，人民法院应认定变更行为无效。

第十一条 投保人或者被保险人在保险事故发生后变更受益人，变更后的受益人请求保险人给付保险金的，人民法院不予支持。

第十二条 投保人或者被保险人指定数人为受益人，部分受益人在保险事故发生前死亡、放弃受益权或者依法丧失受益权的，该受益人应得的受益份额按照保险合同的约定处理；保险合同没有约定或者约定不明的，该受益人应得的受益份额按照以下情形分别处理：

（一）未约定受益顺序及受益份额的，由其他受益人平均享有；

（二）未约定受益顺序但约定受益份额的，由其他受益人按照相应比例享有；

（三）约定受益顺序但未约定受益份额的，由同顺序的其他受益人平均享有；同一顺序没有其他受益人的，由后一顺序的受益人平均享有；

（四）约定受益顺序及受益份额的，由同顺序的其他受益人按照相应比例享有；同一顺序没有其他受益人的，由后一顺序的受益人按照相应比例享有。

第十三条 保险事故发生后，受益人将与本次保险事故相对应的全部或者部分保险金请求权转让给第三人，当事人主张该转让行为有效的，人民法院应予支持，但根据合同性质、当事人约定或者法律规定不得转让的除外。

第十四条 保险金根据保险法第四十二条规定作为被保险人遗产，被保险人的继承人要求保险人给付保险金，保险人以其已向持有保险单的被保险人的其他继承人给付保险金为由抗辩的，人民法院应予支持。

第十五条 受益人与被保险人存在继承关系，在同一事件中死亡且不能确定死亡先后顺序的，人民法院应依据保险法第四十二条第二款推定受益人死亡在先，并按照保险法及本解释的相关规定确定保险金归属。

第十六条 人身保险合同解除时，投保人与被保险人、受益人为不同主体，被保险人或者受益人要求退还保险单的现金价值的，人民法院不予支持，但保险合同另有约定的除外。

投保人故意造成被保险人死亡、伤残或者疾病，保险人依照保险法第四十三条规定退还保险单的现金价值的，其他权利人按照被保险人、被保险人的继承人的顺序确定。

第十七条 投保人解除保险合同，当事人以其解除合同未经被保险人或者受益人同意为由主张解除行为无效的，人民法院不予支持，但被保险人或者受益人已向投保人支付相当于保险单现金价值的款项并通知保险人的除外。

第十八条 保险人给费用补偿型的医疗费用保险金时，主张扣减被保险人从公费医疗或者社会医疗保险取得的赔偿金额的，应当证明该保险产品在厘定医疗费用保险费率时已经将公费医疗或者社会医疗保险部分相应扣除，并按照扣减后的标准收取保险费。

第十九条 保险合同约定按照基本医疗保险的标准核定医疗费用，保险人以被保险人的医疗支出超出基本医疗保险范围为由拒绝给付保险金的，人民法院不予支持；保险人有证据证明被保险人支出的费用超过基本医疗保险同类医疗费用标准，要求对超出部分拒绝给付保险金的，人民法院应予支持。

第二十条 保险人以被保险人未在保险合同约定的医疗服务机构接受治疗为由拒绝给付保险金的，人民法院应予支持，但被保险人因情况紧急必须立即就医的除外。

第二十一条 保险人以被保险人自杀为由拒绝承担给付保险金责任的，由保险人承担举证责任。

受益人或者被保险人的继承人以被保险人自杀时无民事行为能力为由抗辩的，由其承担举证责任。

第二十二条 保险法第四十五条规定的“被保险人故意犯罪”的认定，应当以刑事侦查机关、检察机关和审判机关的生效法律文书或者其他结论性意见为依据。

第二十三条 保险人主张根据保险法第四十五条的规定不承担给付保险金责任的，应当证明被保险人的死亡、伤残结果与其实施的故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施的行为之间存在因果关系。

被保险人在羁押、服刑期间因意外或者疾病造成伤残或者死亡，保险人主张根据保险法第四十五条的规定不承担给付保险金责任的，人民法院不予支持。

第二十四条 投保人为被保险人订立以死亡为给付保险金条件的人身保险合同，被保险人被宣告死亡后，当事人要求保险人按照保险合同约定给付保险金的，人民法院应予支持。

被保险人被宣告死亡之日在保险责任期间之外，但有证据证明下落不明之日在保险责任期间之内，当事人要求保险人按照保险合同约定给付保险金的，人民法院应予支持。

第二十五条 被保险人的损失系由承保事故或者非承保事故、免责事由造成难以确定，当事人请求保险人给付保险金的，人民法院可以按照相应比例予以支持。

第二十六条 本解释施行后尚未终审的保险合同纠纷案件，适用本解释；本解释施行前已经终审，当事人申请再审或者按照审判监督程序决定再审的案件，不适用本解释。

## 最高人民法院关于适用《中华人民共和国保险法》 若干问题的解释（四）

（2018年5月14日最高人民法院审判委员会第1738次会议通过，根据2020年12月23日最高人民法院审判委员会第1823次会议通过的《最高人民法院关于修改〈最高人民法院关于破产企业国有划拨土地使用权应否列入破产财产等问题的批复〉等二十九件商事类司法解释的决定》修正）

为正确审理保险合同纠纷案件，切实维护当事人的合法权益，根据《中华人民共和国民法典》《中华人民共和国保险法》《中华人民共和国民事诉讼法》等法律规定，结合审判实践，就保险法中财产保险合同部分有关法律适用问题解释如下：

第一条 保险标的已交付受让人，但尚未依法办理所有权变更登记，承担保险标的毁损灭失风险的受让人，依照保险法第四十八条、第四十九条的规定主张行使被保险人权利的，人民法院应予支持。

第二条 保险人已向投保人履行了保险法规定的提示和明确说明义务，保险标的受让人以保险标的转让后保险人未向其提示或者明确说明为由，主张免除保险人责任的条款不成为合同内容的，人民法院不予支持。

第三条 被保险人死亡，继承保险标的的当事人主张承继被保险人的权利和义务的，人民法院应予支持。

第四条 人民法院认定保险标的是否构成保险法第四十九条、第五十二条规定的“危险程度显著增加”时，应当综合考虑以下因素：

- （一）保险标的用途的改变；
- （二）保险标的使用范围的改变；
- （三）保险标的所处环境的变化；
- （四）保险标的因改装等原因引起的变化；
- （五）保险标的使用人或者管理人的改变；

(六) 危险程度增加持续的时间；

(七) 其他可能导致危险程度显著增加的因素。

保险标的危险程度虽然增加，但增加的危险属于保险合同订立时保险人预见或者应当预见的保险合同承保范围的，不构成危险程度显著增加。

第五条 被保险人、受让人依法及时向保险人发出保险标的的转让通知后，保险人作出答复前，发生保险事故，被保险人或者受让人主张保险人按照保险合同承担赔偿责任的，人民法院应予支持。

第六条 保险事故发生后，被保险人依照保险法第五十七条的规定，请求保险人承担为防止或者减少保险标的的损失所支付的必要、合理费用，保险人以被保险人采取的措施未产生实际效果为由抗辩的，人民法院不予支持。

第七条 保险人依照保险法第六十条的规定，主张代位行使被保险人因第三者侵权或者违约等享有的请求赔偿的权利的，人民法院应予支持。

第八条 投保人和被保险人为不同主体，因投保人对保险标的的损害而造成保险事故，保险人依法主张代位行使被保险人对投保人请求赔偿的权利的，人民法院应予支持，但法律另有规定或者保险合同另有约定的除外。

第九条 在保险人以第三者为被告提起的代位求偿权之诉中，第三者以被保险人在保险合同订立前已放弃对其请求赔偿的权利为由进行抗辩，人民法院认定上述放弃行为合法有效，保险人就相应部分主张行使代位求偿权的，人民法院不予支持。

保险合同订立时，保险人就是否存在上述放弃情形提出询问，投保人未如实告知，导致保险人不能代位行使请求赔偿的权利，保险人请求返还相应保险金的，人民法院应予支持，但保险人知道或者应当知道上述情形仍同意承保的除外。

第十条 因第三者对保险标的的损害而造成保险事故，保险人获得代位请求赔偿的权利的情况未通知第三者或者通知到达第三者前，第三者在被保险人已经从保险人处获赔的范围内又向被保险人作出赔偿，保险人主张代位行使被保险人对第三者请求赔偿的权利的，人民法院不予支持。保险人就相应保险金主张被保险人返还的，人民法院应予支持。

保险人获得代位请求赔偿的权利的情况已经通知到第三者，第三者又向被保险人作出赔偿，保险人主张代位行使请求赔偿的权利，第三者以其已经向被保险人赔偿为由抗辩的，人民法院不予支持。

第十一条 被保险人因故意或者重大过失未履行保险法第六十三条规定的义务，致使保险人未能行使或者未能全部行使代位请求赔偿的权利，保险人主张在其损失范围内扣减或者返还相应保险金的，人民法院应予支持。

第十二条 保险人以造成保险事故的第三者为被告提起代位求偿权之诉的，以被保险人与第三者之间的法律关系确定管辖法院。

第十三条 保险人提起代位求偿权之诉时，被保险人已经向第三者提起诉讼的，人民法院可以依法合并审理。

保险人行使代位求偿权时，被保险人已经向第三者提起诉讼，保险人向受理该案的人民法院申请变更当事人，代位行使被保险人对第三者请求赔偿的权利，被保险人同意的，人民法院应予准许；被保险人不同意的，保险人可以作为共同原告参加诉讼。

第十四条 具有下列情形之一的，被保险人可以依照保险法第六十五条第二款的规定请求保险人直接向第三者赔偿保险金：

（一）被保险人对第三者所负的赔偿责任经人民法院生效裁判、仲裁裁决确认；

（二）被保险人对第三者所负的赔偿责任经被保险人与第三者协商一致；

（三）被保险人对第三者应负的赔偿责任能够确定的其他情形。

前款规定的情形下，保险人主张按照保险合同确定保险赔偿责任的，人民法院应予支持。

第十五条 被保险人对第三者应负的赔偿责任确定后，被保险人不履行赔偿责任，且第三者以保险人为被告或者以保险人与被保险人为共同被告提起诉讼时，被保险人尚未向保险人提出直接向第三者赔偿保险金的请求的，可以认定为属于保险法第六十五条第二款规定的“被保险人怠于请求”的情形。

第十六条 责任保险的被保险人因共同侵权依法承担连带责任，保险人以该

连带责任超出被保险人应承担的责任份额为由，拒绝赔付保险金的，人民法院不予支持。保险人承担保险责任后，主张就超出被保险人责任份额的部分向其他连带责任人追偿的，人民法院应予支持。

第十七条 责任保险的被保险人对第三者所负的赔偿责任已经生效判决确认并已进入执行程序，但未获得清偿或者未获得全部清偿，第三者依法请求保险人赔偿保险金，保险人以前述生效判决已进入执行程序为由抗辩的，人民法院不予支持。

第十八条 商业责任险的被保险人向保险人请求赔偿保险金的诉讼时效期间，自被保险人对第三者应负的赔偿责任确定之日起计算。

第十九条 责任保险的被保险人与第三者就被保险人的赔偿责任达成和解协议且经保险人认可，被保险人主张保险人在保险合同范围内依据和解协议承担保险责任的，人民法院应予支持。

被保险人与第三者就被保险人的赔偿责任达成和解协议，未经保险人认可，保险人主张对保险责任范围以及赔偿数额重新予以核定的，人民法院应予支持。

第二十条 责任保险的保险人在被保险人向第三者赔偿之前向被保险人赔偿保险金，第三者依照保险法第六十五条第二款的规定行使保险金请求权时，保险人以其已向被保险人赔偿为由拒绝赔偿保险金的，人民法院不予支持。保险人向第三者赔偿后，请求被保险人返还相应保险金的，人民法院应予支持。

第二十一条 本解释自 2018 年 9 月 1 日起施行。

本解释施行后人民法院正在审理的一审、二审案件，适用本解释；本解释施行前已经终审，当事人申请再审或者按照审判监督程序决定再审的案件，不适用本解释。

## 最高人民法院第八次全国法院民事商事审判工作会议 (民事部分) 纪要【节选】

### 二、关于婚姻家庭纠纷案件的审理

#### (二) 关于夫妻共同财产认定问题

4.婚姻关系存续期间以夫妻共同财产投保,投保人和被保险人同为夫妻一方,离婚时处于保险期内,投保人不愿意继续投保的,保险人退还的保险单现金价值部分应按照夫妻共同财产处理;离婚时投保人选择继续投保的,投保人应当支付保险单现金价值的一半给另一方。

5.婚姻关系存续期间,夫妻一方作为被保险人依据意外伤害保险合同、健康保险合同获得的具有人身性质的保险金,或者夫妻一方作为受益人依据以死亡为给付条件的人寿保险合同获得的保险金,宜认定为个人财产,但双方另有约定的除外。

婚姻关系存续期间,夫妻一方依据以生存到一定年龄为给付条件的具有现金价值的保险合同获得的保险金,宜认定为夫妻共同财产,但双方另有约定的除外。

## 最高人民法院关于当前商事审判工作中的若干具体问题【节选】

### 四、关于保险合同纠纷案件的审理问题

近年来，我国保险业发展迅速，保险合同纠纷案件数量逐年增加，各种新类型案件不断出现，审理难度大、争议多，裁判标准亟需统一。今年我们已公布了《保险法》司法解释（三），明年还将研究制定《保险法》司法解释（四）。关于保险合同纠纷案件的审理，应注意以下问题。

第一，按照新的《保险法》司法解释规定，正确审理人身保险合同纠纷案件。各级法院应按照《保险法》和《保险法》司法解释（三）的精神和相关规定正确审理人身保险合同纠纷案件。

1.防范道德风险，维护最大诚信。人身保险合同涉及被保险人生命安全，故审理中应注重防范道德风险，防止不法分子故意制造保险事故骗取保险金。同时，要注意依法维持合同效力，防止不诚信的保险人与投保人通过主张保险合同无效来逃避责任。

2.理顺法律关系，处理好投保人、被保险人、受益人的关系。人身保险合同中，投保人是保险合同的当事人，被保险人、受益人一般不是保险合同当事人。解除保险合同、返回保险单现金价值等权利属于投保人，而不属于被保险人或者受益人。

第二，遵循合同法原理，正确审理机动车辆保险合同纠纷案件。机动车辆保险合同纠纷案件数量大，难点多，在审理中应注意以下问题：

1.区分第三者责任强制保险与第三者责任商业保险中的赔偿责任。第三者责任强制保险中，保险人是否承担责任应依据《道路交通安全法》以及相关法规、司法解释来判断。第三者责任商业保险中，保险人承担的是合同义务，保险人是否承担赔偿责任以及赔偿数额应根据保险合同的约定来认定。不能将第三者责任强制保险的相关规定直接适用于第三者责任商业保险。

2.区分第三者责任保险与意外伤害保险。第三者责任保险属于财产保险，适用损害填补原则。意外伤害保险属于人身保险，不适用损害填补原则。道路交通

事故中受到伤害的第三人根据第三者责任保险获得赔偿后，仍可根据其自身的意外伤害保险向保险人申请理赔。

## 最高人民法院关于“《保险法解释二》第九条适用”问题的答复

《保险法解释二》第九条是对《保险法》第十七条中“免除保险人责任的条款（以下简称“免责条款”）”的解释。

《保险法》第十七条分为两款：

第一款是对保险人提供的格式条款的一般说明义务，第二款是保险合同中免除保险人责任的条款的提示和明确说明义务。

第二款的理解应以第一款的规定为前提，故第二款中的“免责条款”应指保险人提供的格式条款中的“免责条款”，不包括非格式条款中的“免责条款”。

因此，保险合同中的比例赔付条款如不是格式条款，则不属于《保险法司法解释二》第九条规定的“免除保险人责任的条款”，因为非格式条款往往是当事人双方协商的结果，根据《保险法》第十七条的立法本意，保险人对非格式条款不具有提示和说明义务。以上意见供参考。

# 人身保险业务基本服务规定

中国保险监督管理委员会令 2010 年第 4 号

第一条 为了规范人身保险服务活动，保护投保人、被保险人和受益人的合法权益，依据《中华人民共和国保险法》等法律、行政法规，制定本规定。

第二条 保险公司、保险代理人及其从业人员从事人身保险产品的销售、承保、回访、保全、理赔、信息披露等业务活动，应当符合本规定的要求。

本规定所称保全，是指人身保险合同生效后，为了维持合同持续有效，保险公司根据合同约定或者投保人、被保险人、受益人的要求而提供的一系列服务，包括但不限于保险合同效力中止与恢复、保险合同内容变更等。

第三条 保险公司的营业场所应当设置醒目的服务标识牌，对服务的内容、流程及监督电话等进行公示，并设置投诉意见箱或者客户意见簿。

保险公司的柜台服务人员应当佩戴或者在柜台前放置标明身份的标识卡，行为举止应当符合基本的职业规范。

第四条 保险公司应当公布服务电话号码，电话服务至少应当包括咨询、接报案、投诉等内容。

保险代理人及其从业人员应当将相关保险公司的服务电话号码告知投保人。

第五条 保险公司应当提供每日 24 小时电话服务，并且工作日的人工接听服务不得少于 8 小时。

保险公司应当对服务电话建立来电事项的记录及处理制度。

第六条 保险销售人员通过面对面的方式销售保险产品的，应当出示工作证或者展业证等证件。保险销售人员通过电话销售保险产品的，应当将姓名及工号告知投保人。

保险销售人员是指从事保险销售的下列人员：

- （一）保险公司的工作人员；
- （二）保险代理机构的从业人员；
- （三）保险营销员。

第七条 保险公司应当按照中国保监会的规定建立投保提示制度。保险销售人员在销售过程中应当向投保人提示保险产品的特点和风险，以便客户选择适合自身风险偏好和经济承受能力的保险产品。

第八条 通过电话渠道销售保险产品的，保险销售人员应当告知投保人查询保险合同条款的有效途径。

第九条 保险销售人员向投保人提供投保单时应当附保险合同条款。

保险销售人员应当提醒投保人在投保单上填写准确的通讯地址、联系电话等信息。

第十条 投保人提交的投保单填写错误或者所附资料不完整的，保险公司应当自收到投保资料之日起5个工作日内一次性告知投保人需要补正或者补充的内容。

第十一条 保险公司认为需要进行体检、生存调查等程序的，应当自收到符合要求的投保资料之日起5个工作日内通知投保人。

保险公司认为不需要进行体检、生存调查等程序并同意承保的，应当自收到符合要求的投保资料之日起15个工作日内完成保险合同制作并送达投保人。

第十二条 保险公司应当自收到被保险人体检报告或者生存调查报告之日起15个工作日内，告知投保人核保结果，同意承保的，还应当完成合同制作并送达投保人。

第十三条 保险公司通过银行扣划方式收取保险费的，应当就扣划的账户、金额、时间等内容与投保人达成协议。

第十四条 保险公司应当建立回访制度，指定专门部门负责回访工作，并配备必要的人员和设备。

第十五条 保险公司应当在犹豫期内对合同期限超过一年的人身保险新单业务进行回访，并及时记录回访情况。回访应当包括以下内容：

(一) 确认受访人是否为投保人本人；

(二) 确认投保人是否购买了该保险产品以及投保人和被保险人是否按照要求亲笔签名；

- (三) 确认投保人是否已经阅读并理解产品说明书和投保提示的内容；
- (四) 确认投保人是否知悉保险责任、责任免除和保险期间；
- (五) 确认投保人是否知悉退保可能受到的损失；
- (六) 确认投保人是否知悉犹豫期的起算时间、期间以及享有的权利；
- (七) 采用期缴方式的，确认投保人是否了解缴费期间和缴费频率。

人身保险新型产品的回访，中国保监会另有规定的，从其规定。

第十六条 保险公司与保险销售人员解除劳动合同或者委托合同，通过该保险销售人员签订的一年期以上的人身保险合同尚未履行完毕的，保险公司应当告知投保人保单状况以及获得后续服务的途径。

第十七条 投保人、被保险人或者受益人委托他人向保险公司领取金额超过人民币 1000 元的，保险公司应当将办理结果通知投保人、被保险人或者受益人。

第十八条 保险公司在回访中发现存在销售误导等问题的，应当自发现问题之日起 15 个工作日内由销售人员以外的人员予以解决。

第十九条 保险公司应当自收到资料齐全、符合合同约定条件的保全申请之日起 2 个工作日内完成受理。

保全申请资料不完整、填写不规范或者不符合合同约定条件的，应当自收到保全申请之日起 5 个工作日内一次性通知保全申请人，并协助其补正。

第二十条 保全不涉及保险费缴纳的，保险公司应当自同意保全之日起 5 个工作日内处理完毕；保全涉及保险费缴纳的，保险公司应当自投保人缴纳足额保险费之日起 5 个工作日内处理完毕。

保全涉及体检的，体检所需时间不计算在前款规定的期限内。

保险公司由于特殊情况无法在规定期限内完成的，应当及时向保全申请人说明原因并告知处理进度。

第二十一条 对于约定分期支付保险费的保险合同，保险公司应当向投保人确认是否需要缴费提示。投保人需要缴费提示的，保险公司应当在当期保费缴费日前向投保人发出缴费提示。

保险合同效力中止的，保险公司应当自中止之日起 10 个工作日内向投保人

发出效力中止通知，并告知合同效力中止的后果以及合同效力恢复的方式。

第二十二条 保险公司在接到投保人、被保险人或者受益人的保险事故通知后，应当及时告知相关当事人索赔注意事项，指导相关当事人提供与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料。

第二十三条 保险公司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，应当在 5 个工作日内作出核定；情形复杂的，应当在 30 日内作出核定，但合同另有约定的除外。

第二十四条 保险公司作出不属于保险责任的核定后，应当自作出核定之日起 3 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。

第二十五条 对需要进行伤残鉴定的索赔或者给付请求，保险公司应当提醒投保人、被保险人或者受益人按照合同约定及时办理相关委托和鉴定手续。

第二十六条 保险公司应当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。保险合同对赔偿或者给付保险金的期限有约定的，保险公司应当按照约定履行赔偿或者给付保险金义务。

第二十七条 保险公司应当建立完善的应急预案，在发生特大交通事故、重大自然灾害等事故时，及时启动应急预案，通过建立快速理赔通道、预付赔款、上门服务等方式，提高理赔效率和质量。

第二十八条 保险公司应当建立保护投保人、被保险人和受益人个人隐私和商业秘密的制度。未经投保人、被保险人和受益人同意，保险公司不得泄露其个人隐私和商业秘密。

第二十九条 保险公司应当建立完善的投诉处理机制。

保险公司应当自受理投诉之日起 10 个工作日内向投诉人做出明确答复。由于特殊原因无法按时答复的，保险公司应当向投诉人反馈进展情况。

第三十条 保险公司应当根据本规定的要求制定服务标准与服务质量监督机制，每年定期进行服务质量检查评估。

第三十一条 保险公司、保险代理人及其从业人员违反本规定的，由中国保

监会及其派出机构责令其限期改正，逾期不改正的，给予警告，对有违法所得的处违法所得 1 倍以上 3 倍以下的罚款，但最高不得超过 3 万元，对没有违法所得的处 1 万元以下的罚款。对直接责任人员和直接负责的主管人员可以给予警告，并处 1 万元以下的罚款。

第三十二条 团体人身保险业务不适用本规定。

第三十三条 本规定自 2010 年 5 月 1 日起施行。

# 人身保险公司保险条款和保险费率管理办法（2015 修订）

（2011 年 12 月 30 日中国保险监督管理委员会令 2011 年第 3 号发布 根据 2015 年 10 月 19 日中国保险监督管理委员会令 2015 年第 3 号《关于修改〈保险  
公司设立境外保险类机构管理办法〉等八部规章的决定》修订）

## 第一章 总 则

第一条 为了加强人身保险公司（以下简称保险公司）保险条款和保险费率的监督管理，保护投保人、被保险人和受益人的合法权益，维护保险市场竞争秩序，鼓励保险公司创新，根据《中华人民共和国保险法》（以下简称《保险法》）等有关法律、行政法规，制定本办法。

第二条 中国保险监督管理委员会（以下简称中国保监会）依法对保险公司的保险条款和保险费率实施监督管理。中国保监会派出机构在中国保监会授权范围内行使职权。

第三条 保险公司应当按照《保险法》和中国保监会有关规定，公平、合理拟订保险条款和保险费率，不得损害投保人、被保险人和受益人的合法权益。保险公司对其拟订的保险条款和保险费率承担相应责任。

第四条 保险公司应当按照本办法规定将保险条款和保险费率报送中国保监会审批或者备案。

第五条 保险公司应当建立科学、高效、符合市场需求的人身保险开发管理机制，定期跟踪和分析经营情况，及时发现保险条款、保险费率经营管理中存在的问题并采取相应解决措施。

第六条 保险公司应当充分发挥核心竞争优势，合理配置公司资源，围绕宏观经济政策、市场需求、公司战略目标开发保险险种。

## 第二章 设计与分类

第七条 人身保险分为人寿保险、年金保险、健康保险、意外伤害保险。

第八条 人寿保险是指以人的寿命为保险标的的人身保险。人寿保险分为定

期寿险、终身寿险、两全保险等。

定期寿险是指以被保险人死亡为给付保险金条件，且保险期间为固定年限的人寿保险。

终身寿险是指以被保险人死亡为给付保险金条件，且保险期间为终身的人寿保险。

两全保险是指既包含以被保险人死亡为给付保险金条件，又包含以被保险人生存为给付保险金条件的人寿保险。

第九条 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。

第十条 养老年金保险是指以养老保障为目的的年金保险。养老年金保险应当符合下列条件：

（一）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；

（二）相邻两次给付的时间间隔不得超过一年。

第十一条 健康保险是指以因健康原因导致损失为给付保险金条件的人身保险。健康保险分为疾病保险、医疗保险、失能收入损失保险、护理保险等。

疾病保险是指以保险合同约定的疾病发生为给付保险金条件的健康保险。

医疗保险是指以保险合同约定的医疗行为发生为给付保险金条件，按约定对被保险人接受诊疗期间的医疗费用支出提供保障的健康保险。

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，按约定对被保险人在一定时期内收入减少或者中断提供保障的健康保险。

护理保险是指以因保险合同约定的日常生活能力障碍引发护理需要为给付保险金条件，按约定对被保险人的护理支出提供保障的健康保险。

第十二条 意外伤害保险是指以被保险人因意外事故而导致身故、残疾或者发生保险合同约定的其他事故为给付保险金条件的人身保险。

第十三条 人寿保险和健康保险可以包含全残责任。

健康保险包含两种以上健康保障责任的，应当按照一般精算原理判断主要责任，并根据主要责任确定险种类别。长期健康保险中的疾病保险，可以包含死亡保险责任，但死亡给付金额不得高于疾病最高给付金额。其他健康保险不得包含死亡保险责任，但因疾病引发的死亡保险责任除外。

医疗保险和疾病保险不得包含生存保险责任。

意外伤害保险可以包含由意外伤害导致的医疗保险责任。仅包含由意外伤害导致的医疗保险责任的保险应当确定为医疗保险。

第十四条 保险公司应当严格遵循本办法所规定的人寿保险、年金保险、健康保险、意外伤害保险的分类标准，中国保监会另有规定的除外。

第十五条 人身保险的定名应当符合下列格式：

“保险公司名称”+“吉庆、说明性文字”+“险种类别”+“（设计类型）”  
前款规定的保险公司名称可用全称或者简称；吉庆、说明性文字的字数不得超过 10 个。

附加保险的定名应当在“保险公司名称”后标注“附加”字样。

团体保险应当在名称中标明“团体”字样。

第十六条 年金保险中的养老年金保险险种类别为“养老年金保险”，其他年金保险险种类别为“年金保险”；意外伤害保险险种类别为“意外伤害保险”。

第十七条 人身保险的设计类型分为普通型、分红型、投资连结型、万能型等。

第十八条 分红型、投资连结型和万能型人身保险应当在名称中注明设计类型，普通型人身保险无须在名称中注明设计类型。

### 第三章 审批与备案

第十九条 保险公司总公司负责将保险条款和保险费率报送中国保监会审批或者备案。

第二十条 保险公司下列险种的保险条款和保险费率，应当在使用前报送中国保监会审批：

（一）关系社会公众利益的保险险种；

- (二) 依法实行强制保险的险种；
- (三) 中国保监会规定的新开发人寿保险险种；
- (四) 中国保监会规定的其他险种。

前款规定以外的其他险种，应当报送中国保监会备案。

第二十一条 保险公司报送保险条款和保险费率备案的，应当提交下列材料：

- (一) 《人身保险公司保险条款和保险费率备案报送材料清单表》；
- (二) 保险条款；
- (三) 保险费率表；
- (四) 总精算师签署的相关精算报告；
- (五) 总精算师声明书；
- (六) 法律责任人声明书；
- (七) 中国保监会规定的其他材料。

第二十二条 保险公司报送分红保险、投资连结保险、万能保险保险条款和保险费率备案的，除提交第二十一条规定的材料以外，还应当提交下列材料：

- (一) 财务管理办法；
- (二) 业务管理办法；
- (三) 信息披露管理制度；
- (四) 业务规划及对偿付能力的影响；
- (五) 产品说明书。

分红保险，还应当提交红利计算和分配办法、收入分配和费用分摊原则；投资连结保险和万能保险，还应当提交包括销售渠道、销售区域等内容的销售管理办法。

保险公司提交的上述材料与本公司已经中国保监会审批或者备案的同类险种对应材料完全一致的，可以免于提交该材料，但应当在材料清单表中予以注明。

第二十三条 保险公司报送保险条款和保险费率审批的，除提交第二十一条第(二)项至第(七)项以及第二十二条规定的材料外，还应当提交下列材料：

- (一) 《人身保险公司保险条款和保险费率审批申请表》；

(二) 《人身保险公司保险条款和保险费率审批报送材料清单表》；

(三) 保险条款和保险费率的说明材料，包括保险条款和保险费率的主要特点、市场风险和经营风险分析、相应的管控措施等。

第二十四条 保险公司报送下列保险条款和保险费率审批或者备案的，除分别按照第二十一条、第二十二条、第二十三条规定报送材料以外，还应当按照下列规定提交材料：

(一) 具有现金价值的，提交包含现金价值表示例的书面材料以及包含各年龄现金价值全表的电子文档；

(二) 具有减额交清条款的，提交包含减额交清保额表示例的书面材料以及包含各年龄减额交清保额全表的电子文档；

(三) 中国保监会允许费率浮动或者参数调整的，提交由总精算师签署的费率浮动管理办法或者产品参数调整办法；

(四) 保险期间超过一年的，提交利润测试模型的电子文档。

第二十五条 保险公司报送保险条款和保险费率审批或者备案的，提交的精算报告至少应当包括下列内容：

(一) 数据来源和定价基础；

(二) 定价方法和定价假设，保险期间超过一年的，还应当包括利润测试参数、利润测试结果以及主要参数变化的敏感性分析；

(三) 法定准备金计算方法；

(四) 主要风险及相应管理意见；

(五) 总精算师需要特别说明的内容；

(六) 中国保监会规定的其他内容。

第二十六条 保险公司报送下列保险条款和保险费率审批或者备案的，提交的精算报告除符合第二十五条规定外，还应当符合下列规定：

(一) 具有现金价值的，列明现金价值计算方法；

(二) 具有减额交清条款的，列明减额交清保额的计算方法；

(三) 具有利益演示的，列明利益演示的计算方法。

第二十七条 中国保监会收到保险公司报送的保险条款和保险费率审批申请后，应当根据下列情况分别作出处理：

（一）申请材料不齐全的，自收到材料之日起 5 日内一次告知保险公司需要补正的全部内容；

（二）申请材料齐全或者保险公司按照规定提交全部补正申请材料的，受理该申请，并向保险公司出具加盖受理专用印章的书面凭证。

第二十八条 中国保监会应当自受理保险条款和保险费率审批申请之日起 20 日内作出批准或者不予批准的决定。20 日内不能作出决定的，经中国保监会负责人批准，审批期限可以延长 10 日。中国保监会应当将延长期限的理由告知保险公司。

决定批准的，中国保监会应当将批准决定在保监会文告或者网站上向社会公布；决定不予批准的，中国保监会应当书面通知保险公司，说明理由并告知其享有依法申请行政复议或者提起行政诉讼的权利。

第二十九条 中国保监会可以对审批的保险条款和保险费率进行专家评审，并将专家评审所需时间书面告知保险公司。

中国保监会对涉及社会公共利益的保险条款和保险费率可以组织听证，并根据《中华人民共和国行政许可法》有关规定予以实施。

专家评审时间和听证时间不在本办法第二十八条规定的审批期限内计算。

第三十条 保险公司在保险条款和保险费率审批申请受理后、审批决定作出前，撤回审批申请的，应当向中国保监会提交书面申请，中国保监会应当及时终止对保险条款和保险费率审批申请的审查，并将审批申请材料退回保险公司。

第三十一条 保险公司在保险条款和保险费率审批申请受理后、审批决定作出前，对申报的保险条款和保险费率进行修改的，应当向中国保监会申请撤回审批。

保险公司有前款规定情形的，审批期限自中国保监会收到修改后的完整申请材料之日起重新计算。

第三十二条 保险公司对于未获批准的保险条款和保险费率，可以在修改后

重新报送中国保监会审批。

第三十三条 保险公司报送保险条款和保险费率备案,不得迟于使用后10日。

第三十四条 中国保监会收到备案材料后,应当根据下列情况分别作出处理:

- (一) 备案材料不齐全的,一次告知保险公司在10日内补正全部备案材料;
- (二) 备案材料齐全或者保险公司按照规定提交全部补正材料的,将备案材料存档,并向保险公司出具备案回执;
- (三) 发现备案的保险条款和保险费率有《保险法》第一百三十六条规定情形的,责令保险公司立即停止使用。

#### 第四章 变更与停止使用

第三十五条 保险公司变更已经审批或者备案的保险条款和保险费率,改变其保险责任、险种类别或者定价方法的,应当将保险条款和保险费率重新报送审批或者备案。

第三十六条 保险公司变更已经审批或者备案的保险条款和保险费率,且不改变保险责任、险种类别和定价方法的,应当在发生变更之日起10日内向中国保监会备案,并提交下列材料:

- (一) 《变更备案报送材料清单表》;
- (二) 变更原因、主要变更内容的对比说明;
- (三) 已经审批或者备案的保险条款;
- (四) 变更后的相关材料;
- (五) 总精算师声明书;
- (六) 法律责任人声明书;
- (七) 中国保监会规定的其他材料。

保险公司名称变更导致人身保险定名发生变更,但其他内容未变更的,可以不提交前款第(三)、(四)、(五)项规定的材料。

第三十七条 保险公司决定在全国范围内停止使用保险条款和保险费率的,应当在停止使用后10日内向中国保监会提交报告,说明停止使用的原因、后续服务的相关措施等情况,并将报告抄送原使用区域的中国保监会派出机构。

保险公司决定在部分区域停止使用保险条款和保险费率的，不得以停止使用保险条款和保险费率进行宣传和销售误导。

保险公司省级分公司及以下分支机构，不得决定停止使用保险条款和保险费率。

第三十八条 保险公司决定重新销售已经停止使用的保险条款和保险费率的，应当在重新销售后 10 日内向中国保监会提交报告，说明重新使用的原因、管理计划等情况，并将报告抄送拟使用区域的中国保监会派出机构。

## 第五章 总精算师和法律责任人

第三十九条 保险公司总精算师应当对报送审批或者备案的保险条款和保险费率出具总精算师声明书，并签署相关的精算报告、费率浮动管理办法或者产品参数调整办法。

保险公司总精算师对报送审批或者备案的保险条款和保险费率承担下列责任：

- (一) 分类准确，定名符合本办法规定；
- (二) 精算报告内容完备；
- (三) 精算假设和精算方法符合一般精算原理和中国保监会的精算规定；
- (四) 具有利益演示的险种，利益演示方法符合一般精算原理和中国保监会的有关规定；
- (五) 保险费率厘定合理，满足充足性、适当性和公平性原则；
- (六) 中国保监会规定的其他责任。

第四十条 保险公司应当指定法律责任人，并向中国保监会备案。

第四十一条 保险公司指定的法律责任人应当符合下列条件：

- (一) 在中华人民共和国境内有住所；
- (二) 具有本科以上学历；
- (三) 具有中国律师资格证书或者法律职业资格证书；
- (四) 属于公司正式员工，且在公司内担任部门负责人及以上职务；
- (五) 具有 5 年以上国内保险或者法律从业经验，其中包括三年以上在保险

行业内的法律从业经验；

- (六) 过去 3 年内未因违法执业行为受到行政处罚；
- (七) 未受过刑事处罚；
- (八) 中国保监会规定的其他条件。

第四十二条 保险公司法律责任人履行下列职责：

- (一) 参与制定人身保险开发策略；
- (二) 审核保险条款的相关材料；
- (三) 定期分析由保险条款引发的诉讼案件；
- (四) 及时向中国保监会报告保险条款的重大风险隐患；
- (五) 中国保监会或者保险公司章程规定的其他职责。

第四十三条 保险公司法律责任人应当对报送审批或者备案的保险条款出具法律责任人声明书，并承担下列责任：

- (一) 保险条款公平合理，不损害社会公共利益，不侵害投保人、被保险人和受益人的合法权益；
- (二) 保险条款文字准确，表述严谨；
- (三) 具有产品说明书的，产品说明书符合条款表述，内容全面、真实，符合中国保监会的有关规定；
- (四) 保险条款符合《保险法》等法律、行政法规和中国保监会有关规定；
- (五) 中国保监会规定的其他责任。

第四十四条 保险公司报送法律责任人备案的，应当向中国保监会提交下列材料一式两份：

- (一) 《法律责任人备案情况表》；
- (二) 拟任人身份证明和住所证明复印件；
- (三) 学历证明和专业资格证明复印件；
- (四) 从业经历证明；
- (五) 中国保监会规定的其他材料。

第四十五条 保险公司应当加强对法律责任人管理，建立法律责任人相关制

度，向法律责任人提供其承担工作职责所必需的信息，并保证法律责任人能够独立地履行职责。

第四十六条 法律责任人因辞职、被免职或者被撤职等原因离职的，保险公司应当自作出批准辞职或者免职、撤职等决定之日起 30 日内，向中国保监会报告，并提交下列材料：

- （一）法律责任人被免职或者被撤职的原因说明；
- （二）免职、撤职或者批准辞职等有关决定的复印件；
- （三）法律责任人作出的离职报告或者保险公司对未作离职报告的法律责任人作出的离职说明报告。

## 第六章 法律责任

第四十七条 保险公司未按照规定申请批准保险条款、保险费率的，由中国保监会依据《保险法》第一百六十四条进行处罚。

第四十八条 保险公司使用的保险条款和保险费率有下列情形之一的，由中国保监会责令停止使用，限期修改；情节严重的，可以在一定期限内禁止申报新的保险条款和保险费率：

- （一）损害社会公共利益；
- （二）内容显失公平或者形成价格垄断，侵害投保人、被保险人或者受益人的合法权益；
- （三）条款设计或者费率厘定不当，可能危及保险公司偿付能力；
- （四）违反法律、行政法规或者中国保监会的其他规定。

第四十九条 保险公司有下列行为之一的，由中国保监会依据《保险法》第一百六十九条进行处罚：

- （一）未按照规定报送保险条款、保险费率备案的；
- （二）未按照规定报送停止使用保险条款和保险费率相关报告的；
- （三）未按照规定报送或者保管与保险条款、保险费率相关的其他报告、报表、文件、资料的，或者未按照规定提供有关信息、资料的。

第五十条 保险公司有下列行为之一的，由中国保监会依据《保险法》第一

百七十条进行处罚：

（一）报送审批、备案保险条款和保险费率时，编制或者提供虚假的报告、报表、文件、资料的；

（二）报送法律责任人备案时，编制或者提供虚假的报告、报表、文件、资料的；

（三）未按照规定使用经批准或者备案的保险条款、保险费率的。

第五十一条 保险公司违反本办法第三十七条第三款的由中国保监会给予警告，处 3 万元以下罚款。

第五十二条 保险公司以停止使用保险条款和保险费率进行销售误导的，由中国保监会依据《保险法》第一百六十一条进行处罚。

第五十三条 保险公司违反本办法规定，聘任不符合规定条件的法律责任人的，由中国保监会责令限期改正；逾期不改正的，给予警告，处 1 万元以下罚款。

## 第七章 附 则

第五十四条 中国保监会对保险公司总精算师、法律责任人另有规定的，适用其规定。

团体保险的保险条款和保险费率的管理，中国保监会另有规定的，适用其规定。

第五十五条 本办法规定的期限以工作日计算。

第五十六条 本办法由中国保监会负责解释。

第五十七条 本办法自颁布之日起施行。中国保监会 2000 年 3 月 23 日发布的《人身保险产品定名暂行办法》（保监发〔2000〕42 号）、2000 年 5 月 16 日发布的《关于放开短期意外险费率及简化短期意外险备案手续的通知》（保监发〔2000〕78 号）、2004 年 6 月 30 日发布的《人身保险产品审批和备案管理办法》（保监会令〔2004〕6 号）以及 2004 年 7 月 1 日发布的《关于〈人身保险产品审批和备案管理办法〉若干问题的通知》（保监发〔2004〕76 号）同时废止。

# 人身保险产品信息披露管理办法（2023.6.30 生效）

中国银行保险监督管理委员会令 2022 年第 8 号

（2022 年 11 月 11 日中国银行保险监督管理委员会令 2022 年第 8 号公布 自 2023 年 6 月 30 日起施行）

## 第一章 总 则

第一条 为规范人身保险产品信息披露行为，促进行业健康可持续发展，保护投保人、被保险人和受益人的合法权益，根据《中华人民共和国保险法》等法律、行政法规，制定本办法。

第二条 本办法所称人身保险，按险种类别划分，包括人寿保险、年金保险、健康保险、意外伤害保险等；按设计类型划分，包括普通型、分红型、万能型、投资连结型等。按保险期间划分，包括一年期以上的人身保险和一年期及以下的人身保险。

第三条 本办法所称产品信息披露，指保险公司及其保险销售人员、保险中介机构及其从业人员根据法律、行政法规等要求，通过线上或线下等形式，向投保人、被保险人、受益人及社会公众公开保险产品的行为。

第四条 产品信息披露应当遵循真实性、准确性、完整性、及时性原则。保险公司及其保险销售人员、保险中介机构及其从业人员应当准确说明并充分披露与产品相关的信息，无重大遗漏，不得对投保人、被保险人、受益人及社会公众进行隐瞒和欺骗。

第五条 中国银行保险监督管理委员会（以下简称银保监会）根据法律、行政法规和国务院授权，对保险公司及其保险销售人员、保险中介机构及其从业人员人身保险产品信息披露行为进行监督管理。

## 第二章 信息披露主体和披露方式

第六条 产品信息披露主体为保险公司。

保险公司保险销售人员、保险中介机构及其从业人员应当按照保险公司提供

的产品信息披露材料，向社会公众介绍或提供产品相关信息。

第七条 产品信息披露对象包括投保人、被保险人、受益人及社会公众。保险公司应当向社会公众披露其产品信息，接受保险监管部门及社会公众的监督。保险公司及其保险销售人员、保险中介机构及其从业人员应当在售前、售中、售后及时向投保人、被保险人、受益人披露应知的产品信息，维护保险消费者的合法权益。

第八条 保险公司可以通过以下渠道披露产品信息材料：

- （一）保险公司官方网站、官方公众服务号等自营平台；
- （二）中国保险行业协会等行业公共信息披露渠道；
- （三）保险公司授权或委托的合作机构和第三方媒体；
- （四）保险公司产品说明会等业务经营活动；

（五）保险公司根据有关要求及公司经营管理需要，向保险消费者披露产品信息的其他渠道。

第九条 中国保险行业协会、中国银行保险信息技术管理有限公司等机构应当积极发挥行业保险产品信息披露的平台作用，为社会公众及保险消费者提供行业保险产品信息查询渠道。

保险公司在公司官方网站以外披露产品信息的，其内容不得与公司官方网站披露的内容相冲突。

第十条 保险公司的产品信息材料因涉及国家秘密、商业秘密和个人隐私不予披露的，应当有充分的认定依据和完善的保密措施。

### 第三章 信息披露内容和披露时间

第十一条 保险公司应当根据保险产品审批或备案材料报送内容，披露下列保险产品信息：

- （一）保险产品目录；
- （二）保险产品条款；
- （三）保险产品费率表；
- （四）一年期以上的人身保险产品现金价值全表；

(五) 一年期以上的人身保险产品说明书;

(六) 银保监会规定的其他应当披露的产品材料信息。

第十二条 保险公司销售一年期以上的人身保险产品，应当在销售过程中以纸质或电子形式向投保人提供产品说明书。产品说明书应当结合产品特点，按照监管要求制定。

保险公司通过产品组合形式销售人身保险产品的，应当分别提供每个一年期以上的人身保险产品对应的产品说明书。

第十三条 订立保险合同，采用保险公司提供的格式条款的，保险公司向投保人提供的投保单应当附格式条款及条款查询方式，保险公司应当通过适当方式向投保人说明保险合同的内容，并重点提示格式条款中与投保人有重大利害关系的条款。

第十四条 保险公司在保单承保后，应当为投保人、被保险人、受益人提供电话、互联网等方式的保单查询服务，建立可以有效使用的保单查询通道。

保单查询内容包括但不限于：产品名称，产品条款，保单号，投保人、被保险人及受益人信息，保险销售人员、保险服务人员信息，保险费，交费方式，保险金额，保险期间，保险责任，责任免除，等待期，保单生效日，销售渠道，查询服务电话等。

第十五条 对购买一年期以上的人身保险产品且有转保需求的客户，经双方协商一致，保险公司同意进行转保的，保险公司应当向投保人披露相关转保信息，充分提示客户了解转保的潜在风险，禁止发生诱导转保等不利于客户利益的行为。披露信息包括但不限于以下内容：

(一) 确认客户知悉对现有产品转保需承担因退保或保单失效而产生的相关利益损失；

(二) 确认客户知悉因转保后年龄、健康状况等变化可能导致新产品保障范围的调整；

(三) 确认客户知悉因转保后的年龄、健康状况、职业等变化导致相关费用的调整；

（四）确认客户对转保后产品的保险责任、责任免除、保单利益等产品信息充分知情；

（五）确认客户知悉转保后新产品中的时间期限或需重新计算，例如医疗保险、重大疾病保险产品的等待期、自杀或不可抗辩条款的起算时间等。

第十六条 保险公司决定停止销售保险产品的，应当自决定停止之日起 10 个工作日内，披露停止销售产品的名称、停止销售的时间、停止销售的原因，以及后续服务措施等相关信息。

第十七条 保险公司应当通过公司官方网站、官方 APP、官方公众服务号、客户服务电话等方便客户查询的平台向客户提供理赔流程、理赔时效、理赔文件要求等相关信息。理赔披露内容包括但不限于：

（一）理赔服务的咨询电话等信息；

（二）理赔报案、申请办理渠道，办理理赔业务所需材料清单以及服务时效承诺；

（三）理赔进度、处理依据、处理结果以及理赔金额计算方法等信息。

保险公司应当在产品或服务合约中，提供投诉电话或其他投诉渠道信息。

第十八条 保险公司应当对 60 周岁以上人员以及残障人士等特殊人群，提供符合该人群特点的披露方式，积极提供便捷投保通道等客户服务，确保消费者充分知悉其所购买保险产品的内容和主要特点。

第十九条 保险公司应当在公司官方网站披露本办法第十一条、第十六条规定的产品信息。产品信息发生变更的，保险公司应当自变更之日起 10 个工作日内更新。上述变更包括产品上市销售、产品变更或修订，以及银保监会规定的其他情形。

#### 第四章 信息披露管理

第二十条 保险公司应当加强产品信息披露管理，建立产品信息披露内部管理办法，完善内部管理机制，加强公司网站披露页面建设，强化产品销售过程与售后信息披露监督管理。

第二十一条 保险产品信息披露材料应当由保险公司总公司统一负责管理。

保险公司总公司可以授权省级分公司设计或修改保险产品信息披露材料，但应当报经总公司批准。除保险公司省级分公司以外，保险公司的其他各级分支机构不得设计和修改保险产品信息披露材料。

第二十二条 保险公司不得授权或委托保险销售人员、保险中介机构及其从业人员自行修改保险产品信息披露材料。保险销售人员、保险中介机构及其从业人员不得自行修改代理销售的保险产品信息披露材料。

保险公司保险销售人员、保险中介机构及其从业人员使用的产品信息披露材料应当与保险公司产品信息披露材料保持一致。保险中介机构及其从业人员所使用产品宣传材料中的产品信息应当与保险公司产品信息披露材料内容保持一致。

第二十三条 保险公司应当加强数据和信息的安全管理，防范假冒网站、假冒 APP 等的违法活动，并检查网页上外部链接的可靠性。

第二十四条 保险公司及其保险销售人员、保险中介机构及其从业人员不得违规收集、使用、加工、泄露客户信息。保险公司应当加强客户信息保护管理，建立客户信息保护机制。

## 第五章 监督管理

第二十五条 保险公司应当对产品信息披露的真实性、准确性、完整性、及时性承担主体责任。

保险公司应当指定公司高级管理人员负责管理产品信息披露事务。保险公司负责产品信息披露的高级管理人员、承办产品信息披露的部门负责人对产品信息披露承担管理责任。保险公司保险销售人员、保险中介机构及其从业人员对产品信息披露材料的使用承担责任。

第二十六条 银保监会及其派出机构依法履行消费者权益保护监管职责，通过非现场监管、现场检查、举报调查等手段和采取监管谈话、责令限期整改、下发风险提示函等监管措施，督促保险公司、保险中介机构落实产品信息披露的各项要求，严厉打击侵害消费者权益行为，营造公平有序的市场环境。

第二十七条 保险公司、保险中介机构有下列行为之一的，由银保监会及其派出机构依据《中华人民共和国保险法》等法律、行政法规予以处罚：

- (一) 未按照本办法规定披露产品信息且限期未改正；
- (二) 编制或提供虚假信息；
- (三) 拒绝或妨碍依法监督检查；
- (四) 银保监会规定的其他情形。

第二十八条 保险公司、保险中介机构未按照本办法规定设计、修改、使用产品信息披露材料的，由银保监会及其派出机构责令限期改正；逾期不改正的，对保险机构处以一万元以上十万元以下的罚款，对其直接负责的主管人员和其他直接责任人员给予警告，并处一万元以上十万元以下的罚款。

## 第六章 附 则

第二十九条 本办法适用于个人人身保险产品信息披露要求。团体人身保险产品信息披露不适用本办法，另行规定。

第三十条 本办法由银保监会负责解释。

第三十一条 本办法自 2023 年 6 月 30 日起施行。《人身保险新型产品信息披露管理办法》（中国保险监督管理委员会令 2009 年第 3 号）、《关于执行〈人身保险新型产品信息披露管理办法〉有关事项的通知》（保监发〔2009〕104 号）和《关于〈人身保险新型产品信息披露管理办法〉有关条文解释的通知》（保监寿险〔2009〕1161 号）同时废止。

# 意外伤害保险业务监管办法

## 第一章 总则

第一条 为推动意外伤害保险高质量发展，规范意外伤害保险经营行为，保护意外伤害保险活动当事人合法权益，根据《中华人民共和国保险法》等法律、行政法规，制定本办法。

第二条 本办法所称意外伤害保险（以下简称意外险），是以被保险人因遭受意外伤害造成死亡、伤残或者发生保险合同约定的其他事故为给付保险金条件的人身保险。本办法所称保险公司，是指依法设立的人身保险公司和财产保险公司。

第三条 保险公司开展意外险业务，应严格遵守法律、行政法规以及各项监管规定，遵循保险原理，准确把握回归本源、防范风险的总体要求，不得损害社会公共利益和保险消费者的合法权益。

## 第二章 产品管理

第四条 保险公司在厘定保险费时，应符合一般精算原理，采用公平、合理的定价假设。

（一）保险公司在厘定保险期限一年以上的意外险保险费时，应根据公司历史投资回报率经验和对未来的合理预期及产品特性按照审慎原则确定预定利率。

（二）保险公司应以公司实际经验数据和行业公开发布的意外伤害经验发生率表等数据为基础，按照审慎原则确定预定发生率。

（三）各保单年度的预定附加费用率由保险公司自主设定，但平均附加费用率不得超过下表规定的上限。平均附加费用率是指保单各期预定附加费用精算现值之和占保单毛保费精算现值之和的比例。

业务类型	保险期限一年及以下的意外险	保险期限一年以上的意外险	
		期交	趸交
个人	35%	35%	18%
团体	25%	15%	8%

第五条 保险期限一年及以下的意外险保单最低现金价值按照未到期净保费方法确定，最低现金价值=净保费×（1-保险合同已生效的天数/保险合同保险期限的天数），经过日期不足一日的按一日计算。

保险期限一年以上的意外险保单最低现金价值按照《普通型人身保险精算规定》相关要求计算。

第六条 保险公司应根据《普通型人身保险精算规定》要求计提业务相关报告责任准备金。航空意外险应额外按自留毛保费收入的5%计提特别准备金，并逐年滚存。

对保险期限为24小时以内（含24小时）的航空意外险，业务相关报告责任准备金不得低于按如下方法计算所得数值：保单责任准备金=过去滚动12个月航空意外险自留毛保费×2/365。

第七条 保险公司报送保险条款和保险费率审批或备案的，应根据保险条款和保险费率管理相关监管规定，提交精算报告。精算报告至少应包含：

（一）数据来源和定价基础。

（二）定价方法和定价假设。对保险期限一年以上的意外险，还应包括利润测试参数、利润测试结果以及主要参数变化的敏感性分析；对可以进行费率浮动的意外险，还应包括费率浮动情况的详细说明，至少包含费率调整因子（系数）、计算方法、费率上下限等，并由总精算师遵循审慎原则签字确认。其中，费率调整因子（系数）应符合风险定价原则。

（三）业务相关报告责任准备金计算方法。

（四）总精算师需要特别说明的内容。

（五）银保监会规定的其他内容。

第八条 保险公司将意外险产品报送备案的，提交的申请材料除保险条款、保险费率表、精算报告外，还应另外提供佣金费用支付相关材料，说明该产品预计向保险代理人、保险经纪人支付的年度佣金费用率上限，佣金费用率上限应根据产品实际情况科学合理确定。产品任一渠道的年度佣金费用率超出上表规定的平均附加费用率上限10个百分点以上的，应提供总经理签署的书面说明材料，

材料应当包含佣金费用水平的合理性分析、业务经营依法合规的承诺、公平竞争的声明等。其中，佣金费用应据实列支，不得通过信息技术支持和服务类费用、账外激励费用等方式变相突破佣金费用率上限。

第九条 保险公司应于每年末开展意外险业务回溯工作，根据实际经营情况与精算假设之间的偏差程度，采取费率调整等整改措施，并于次年3月31日前完成整改。保险期限一年及以下的意外险产品，应回溯综合赔付率、费用率等指标；保险期限一年以上的意外险产品应回溯发生率、费用率、投资收益率和退保率等指标。

第十条 对年度累计原保险保费收入连续三年超过500万元的保险期限一年及以下的意外险产品，如过往三年再保后综合赔付率的平均值低于50%，保险公司应及时将费率调整至合理水平，并按相关要求重新报送审批或备案。

其中，再保后综合赔付率的计算公式为： $(\text{再保后赔款支出} + \text{再保后未决赔款准备金提转差}) \div (\text{再保后已赚保费})$ 。

### 第三章 销售管理

第十一条 保险公司应建立严格的意外险业务销售管理制度，严格执行经审批或备案的保险条款和保险费率。

第十二条 保险公司通过保险中介机构销售意外险的，应在代理或合作协议中明确保险中介机构责任，确保保险中介机构在单证管理、出单管理、销售行为、收付费管理、客户信息管理、反洗钱等方面符合相关要求。

保险公司通过保险中介机构展业，支付的中介费用应与实际中介服务相匹配，不得通过保险中介机构套取资金、为其他机构或者个人谋取不正当利益。

第十三条 保险公司通过互联网开展意外险业务，应严格遵守互联网保险业务相关监管规定，加强自身风险管理能力和客户服务能力建设。

第十四条 保险公司以激活注册方式销售意外险，产品保险期限应不少于7天，保险责任开始时间应在激活注册之后。同时，应在产品相关资料上标明激活注册方式，并以显著字体或其他足以引起消费者注意的方式明示保单生效的条件。

第十五条 保险公司应对航空意外险业务做好再保险安排，并在每年向银保

监会及其派出机构上报的意外险业务经营情况报告中单独列明航空意外险的再保计划。

第十六条 保险公司赠送意外险，应遵守赠送保险相关监管规定，不得以赠险为由，变相开展违法违规业务或进行不正当竞争。

第十七条 保险公司开展业务活动应自觉维护市场竞争秩序，不得存在以下行为：

- （一）直接或通过保险中介机构、其他机构强迫消费者订立保险合同；
- （二）在非保险类商品或服务上向不特定公众捆绑销售意外险；
- （三）通过无合法资质的机构、未进行执业登记的个人销售意外险；
- （四）委托保险公司经营区域外的保险中介机构或个人销售意外险，根据相关规定开展的互联网人身保险业务除外；
- （五）夸大保险保障范围、隐瞒责任免除、虚假宣传等误导投保人和被保险人的行为；
- （六）混淆意外险与责任险，扰乱市场秩序，如通过特别约定改变保障范围，或未经被保险人或受益人授权将意外险赔款直接支付给事故责任方等；
- （七）通过保险中介机构为其他机构或者个人谋取不正当利益，或虚构中介业务套取资金；
- （八）对保险期限一年及以下的意外险，距保单到期日前间隔 60 天以上预收下一保单年度保费；
- （九）向特定团体成员以外的个人销售团体意外险；
- （十）银保监会规定的其他违规行为。

#### 第四章 信息管理与披露

第十八条 保险公司应加强意外险业务的客户信息真实性管理，在遵守有关法律法规的前提下，明确要求保险销售人员以及保险中介机构按照意外险业务经营和客服服务的需要提供真实、完整的客户信息，并对其所提供客户信息的真实性、完整性进行审核。

保险公司的核心业务系统、保险中介机构业务系统等有关业务系统应具备客

户信息字段完整性和逻辑准确性的控制功能。

第十九条 保险公司应为客户提供电话、互联网、微信或其他方式的意外险保单信息实时查询服务，并在保险合同生效后，通过短信、电子邮件或即时通讯工具等方式告知投保人查询保单信息的途径和方法。保单信息查询服务应至少保留至保险责任结束后三个月。

第二十条 保险公司经营意外险业务，应按照法律、行政法规和监管的相关规定进行信息披露，不得有虚假记载、误导性陈述和重大遗漏。

第二十一条 保险公司对保险期限一年及以下的意外险产品采取费率调整措施，应至少在费率调整前 30 日，通过合理方式将具体时间、具体原因以及对存量投保人的后续服务措施等信息通知每一张有效保单的投保人，并为已购买产品的保险消费者在保险期限内继续提供保障服务。

第二十二条 自 2023 年起，保险公司应于每年 4 月 30 日前在其官方网站信息披露专栏对上一年度个人意外险业务经营情况进行公开披露。披露的内容包括：

（一）上一年度个人意外险业务经营总体情况（披露格式详见附件 1）。

（二）上一年度航空意外险、借款人意外险、旅行意外险、交通工具意外险等四类险种每一款产品的经营数据（披露格式详见附件 2）。

（三）综合保险服务水平、社会责任担当等多个因素确定的典型理赔案例。

第二十三条 自 2024 年起，在前期个人意外险经营情况信息披露的基础上，全面实施意外险信息披露。

（一）全面实施个人意外险分产品信息披露，即将分险种信息披露范围从航空意外险、借款人意外险、旅行意外险、交通工具意外险等四个险种扩展到全险种，披露每一款个人意外险产品的经营数据（披露格式详见附件 3）。

（二）实施团体意外险信息披露，即增加披露团体意外险业务经营情况，披露的内容包括：

1. 上一年度团体意外险业务经营总体情况（披露格式详见附件 4）。

2. 上一年度每一款团体意外险产品经营数据（披露格式详见附件 5）。

3. 综合保险服务水平、社会责任担当等多个因素确定的典型理赔案例。

## 第五章 监督管理

第二十四条 保险公司应于每年 3 月 31 日前，将上一年度的意外险业务经营情况报告报送至银保监会及其派出机构。意外险业务经营情况报告应至少包括以下内容：

（一）上一年度意外险业务经营总体情况。

（二）每款产品上一年度的经营情况。

（三）航空意外险等再保险安排。

（四）上一年度产品回溯情况，具体包含以下内容：

1. 产品总体情况，涵盖上一年度累计原保险保费收入超过 500 万元的意外险产品；

2. 产品定价精算假设与实际经营情况之间的偏差；

3. 回溯指标出现较大偏差的原因，以及保险公司根据偏差程度采取的整改措施。

（五）意外险业务经营情况附表（填报格式详见附件 6、附件 7）。

第二十五条 保险公司经营意外险业务存在下列情形之一的，银保监会及其派出机构可以根据《中华人民共和国保险法》及有关规定，采取有关监管措施或实施行政处罚。

（一）产品开发设计不公平不合理，侵害消费者合法权益；

（二）产品定价方法、参数假设、精算评估等不符合一般精算原理；

（三）费率浮动超出产品审批或备案材料中的费率区间，或明显偏离被保险人风险水平；

（四）通过特别约定、签订补充协议等形式实质改变经审批或备案的保险条款、保险费率；

（五）向保险代理人、保险经纪人支付的佣金费用率超过产品备案材料中的佣金费用率上限，或支付的佣金费用水平违反公平竞争原则；

（六）未按规定调整产品费率，或调整后产品费率仍不合理；

（七）未按规定进行信息披露，或披露的信息不真实、不完整；

(八) 存在本办法规定的禁止性行为；

(九) 银保监会认定的其他行为。

第二十六条 保险公司委托保险中介机构开展意外险业务违反本办法有关规定的，对保险公司和保险中介机构同查同处，同类业务保持统一的裁量标准。

## 第六章 附则

第二十七条 相互保险公司经营意外险业务，参照本办法执行。

第二十八条 银保监会对扶贫意外险、小额意外险等特殊业务另有规定的，从其规定。

第二十九条 保险公司经营保险期限一年及以下的意外险业务，可以不受《中国银保监会关于强化人身保险产品监管工作的通知》（保监寿险〔2016〕199号）第四条第一款产品停售有关规定限制。

第三十条 本办法由银保监会负责解释。

第三十一条 本办法自2022年1月1日起施行。《关于短期意外伤害保险产品管理有关问题的复函》（保监函〔2003〕1076号）、《关于加强航空意外保险管理有关事项的通知》（保监发〔2007〕94号）、《关于印发〈人身意外伤害保险业务经营标准〉的通知》（保监发〔2009〕91号）、《关于银行为信用卡客户赠送意外伤害保险有关问题的复函》（保监厅函〔2010〕34号）、《关于规范激活注册式意外险业务经营行为的通知》（保监寿险〔2010〕921号）及《关于意外险出单管理有关问题的复函》（保监寿险〔2010〕1066号）自本办法施行之日起废止。

《关于人身保险伤残程度与保险金给付比例有关事项的通知》（保监发〔2013〕46号）第四条规定自本办法施行之日起停止执行。

第三十二条 本办法发布之日起至2021年12月31日，新报送审批或备案的意外险产品须严格遵照本办法要求执行。本办法发布前已经审批或备案的意外险产品，第十条、第二十一条及第二十五条第六款规定从2023年1月1日起执行，不符合其他规定的，保险公司应于2022年6月30日前完成整改。

# 健康保险管理办法

中国银行保险监督管理委员会令 2019 年第 3 号

## 第一章 总 则

第一条 为了促进健康保险的发展，规范健康保险的经营行为，保护健康保险活动当事人的合法权益，提升人民群众健康保障水平，根据《中华人民共和国保险法》（以下简称《保险法》）等法律、行政法规，制定本办法。

第二条 本办法所称健康保险，是指由保险公司对被保险人因健康原因或者医疗行为的发生给付保险金的保险，主要包括医疗保险、疾病保险、失能收入损失保险、护理保险以及医疗意外保险等。

本办法所称医疗保险，是指按照保险合同约定为被保险人的医疗、康复等提供保障的保险。

本办法所称疾病保险，是指发生保险合同约定的疾病时，为被保险人提供保障的保险。

本办法所称失能收入损失保险，是指以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。

本办法所称护理保险，是指按照保险合同约定为被保险人日常生活能力障碍引发护理需要提供保障的保险。

本办法所称医疗意外保险，是指按照保险合同约定发生不能归责于医疗机构、医护人员责任的医疗损害，为被保险人提供保障的保险。

第三条 健康保险是国家多层次医疗保障体系的重要组成部分，坚持健康保险的保障属性，鼓励保险公司遵循审慎、稳健原则，不断丰富健康保险产品，改进健康保险服务，扩大健康保险覆盖面，并通过有效管理和市场竞争降低健康保险价格和经营成本，提升保障水平。

第四条 健康保险按照保险期限分为长期健康保险和短期健康保险。

长期健康保险，是指保险期间超过一年或者保险期间虽不超过一年但含有保证续保条款的健康保险。

长期护理保险保险期间不得低于 5 年。

短期健康保险，是指保险期间为一年以及一年以下且不含有保证续保条款的健康保险。

保证续保条款，是指在前一保险期间届满前，投保人提出续保申请，保险公司必须按照原条款和约定费率继续承保的合同约定。

第五条 医疗保险按照保险金的给付性质分为费用补偿型医疗保险和定额给付型医疗保险。

费用补偿型医疗保险，是指根据被保险人实际发生的医疗、康复费用支出，按照约定的标准确定保险金数额的医疗保险。

定额给付型医疗保险，是指按照约定的数额给付保险金的医疗保险。

费用补偿型医疗保险的给付金额不得超过被保险人实际发生的医疗、康复费用金额。

第六条 中国银行保险监督管理委员会（以下简称银保监会）根据法律、行政法规和国务院授权，对保险公司经营健康保险的活动进行监督管理。

第七条 保险公司开展的与健康保险相关的政策性保险业务，除国家政策另有规定外，参照本办法执行。

保险公司开展不承担保险风险的委托管理服务不适用本办法。

## 第二章 经营管理

第八条 依法成立的健康保险公司、人寿保险公司、养老保险公司，经银保监会批准，可以经营健康保险业务。

前款规定以外的保险公司，经银保监会批准，可以经营短期健康保险业务。

第九条 除健康保险公司外，保险公司经营健康保险业务应当成立专门健康保险事业部。健康保险事业部应当持续具备下列条件：

（一）建立健康保险业务单独核算制度；

- (二) 建立健康保险精算制度和风险管理制度；
- (三) 建立健康保险核保制度和理赔制度；
- (四) 建立健康保险数据管理与信息披露制度；
- (五) 建立功能完整、相对独立的健康保险信息管理系统；
- (六) 配备具有健康保险专业知识的精算人员、核保人员、核赔人员和医学教育背景的管理人员；
- (七) 银保监会规定的其他条件。

第十条 保险公司应当对从事健康保险的核保、理赔以及销售等工作的从业人员进行健康保险专业培训。

第十一条 保险公司应当加强投保人、被保险人和受益人的隐私保护，建立健康保险客户信息管理和保密制度。

### 第三章 产品管理

第十二条 保险公司拟定健康保险的保险条款和保险费率，应当按照银保监会的有关规定报送审批或者备案。

享受税收优惠政策的健康保险产品在产品设计、赔付率等方面应当遵循相关政策和监管要求。

第十三条 保险公司拟定的健康保险产品包含两种以上健康保障责任的，应当由总精算师按照一般精算原理判断主要责任，并根据主要责任确定产品类型。

第十四条 医疗意外保险和长期疾病保险产品可以包含死亡保险责任。长期疾病保险的死亡给付金额不得高于疾病最高给付金额。其他健康保险产品不得包含死亡保险责任，但因疾病引发的死亡保险责任除外。

医疗保险、疾病保险和医疗意外保险产品不得包含生存保险责任。

第十五条 长期健康保险产品应当设置合同犹豫期，并在保险条款中列明投保人在犹豫期内的权利。长期健康保险产品的犹豫期不得少于 15 天。

第十六条 保险公司应当严格按照审批或者备案的产品费率销售短期个人健康保险产品。

第十七条 除家族遗传病史之外，保险公司不得基于被保险人其他遗传信息、

基因检测资料进行区别定价。

第十八条 短期团体健康保险产品可以对产品参数进行调整。

产品参数，是指保险产品条款中根据投保团体的具体情况进行合理调整的保险金额、起付金额、给付比例、除外责任、责任等待期等事项。

第十九条 保险公司将产品参数可调的短期团体健康保险产品报送审批或者备案时，提交的申请材料应当包含产品参数调整办法，并由总精算师遵循审慎原则签字确认。

保险公司销售产品参数可调的短期团体健康保险产品，应当根据产品参数调整办法、自身风险管理水平和投保团体的风险情况计算相应的保险费率，且产品参数的调整不得改变费率计算方法以及费率计算需要的基础数据。

保险公司销售产品参数可调的短期团体健康保险产品，如需改变费率计算方法或者费率计算需要的基础数据的，应当将该产品重新报送审批或者备案。

第二十条 保险公司可以在保险产品中约定对长期医疗保险产品进行费率调整，并明确注明费率调整的触发条件。

长期医疗保险产品费率调整应当遵循公平、合理原则，触发条件应当客观且能普遍适用，并符合有关监管规定。

第二十一条 含有保证续保条款的健康保险产品，应当明确约定保证续保条款的生效时间。

含有保证续保条款的健康保险产品不得约定在续保时保险公司有减少保险责任和增加责任免除范围的权利。

保险公司将含有保证续保条款的健康保险产品报送审批或者备案的，应当在产品精算报告中说明保证续保的定价处理方法和责任准备金计算办法。

第二十二条 保险公司拟定医疗保险产品条款，应当尊重被保险人接受合理医疗服务的权利，不得在条款中设置不合理的或者违背一般医学标准的要求作为给付保险金的条件。

第二十三条 保险公司在健康保险产品条款中约定的疾病诊断标准应当符合通行的医学诊断标准，并考虑到医疗技术条件发展的趋势。

健康保险合同生效后，被保险人根据通行的医学诊断标准被确诊疾病的，保险公司不得以该诊断标准与保险合同约定不符为理由拒绝给付保险金。

第二十四条 保险公司设计费用补偿型医疗保险产品，必须区分被保险人是否拥有公费医疗、基本医疗保险、其他费用补偿型医疗保险等不同情况，在保险条款、费率或者赔付金额等方面予以区别对待。

第二十五条 被保险人同时拥有多份有效的费用补偿型医疗保险保险单的，可以自主决定理赔申请顺序。

第二十六条 保险公司可以同投保人约定，以被保险人在指定医疗机构中进行医疗为给付保险金的条件。

保险公司指定医疗机构应当遵循方便被保险人、合理管理医疗成本的原则，引导被保险人合理使用医疗资源、节省医疗费用支出，并对投保人和被保险人做好说明、解释工作。

第二十七条 疾病保险、医疗保险、护理保险产品的等待期不得超过 180 天。

第二十八条 医疗保险产品可以在定价、赔付条件、保障范围等方面对贫困人口适当倾斜，并以书面形式予以明确。

第二十九条 护理保险产品保险期间届满前给付的生存保险金，应当以被保险人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条件。

第三十条 鼓励保险公司开发医疗保险产品，对新药品、新医疗器械和新诊疗方法在医疗服务中的应用支出进行保障。

第三十一条 鼓励保险公司采用大数据等新技术提升风险管理水平。对于事实清楚、责任明确的健康保险理赔申请，保险公司可以借助互联网等信息技术手段，对被保险人的数字化理赔材料进行审核，简化管理流程，提升服务效率。

第三十二条 保险公司应当根据健康保险产品实际赔付经验，对产品定价进行回溯、分析，及时修订新销售的健康保险产品费率，并按照银保监会有关规定进行审批或者备案。

第三十三条 鼓励保险公司提供创新型健康保险产品，满足人民群众多层次多样化的健康保障需求。

第三十四条 保险公司开发的创新型健康保险产品应当符合《保险法》和保险基本原理，并按照有关规定报银保监会审批或者备案。

#### 第四章 销售管理

第三十五条 保险公司销售健康保险产品，应当严格执行经审批或者备案的保险条款和保险费率。

第三十六条 经过审批或者备案的健康保险产品，除法定理由和条款另有约定外，保险公司不得拒绝提供。

保险公司销售健康保险产品，不得强制搭配其他产品销售。

第三十七条 保险公司不得委托医疗机构或者医护人员销售健康保险产品。

第三十八条 保险公司销售健康保险产品，不得非法搜集、获取被保险人除家族遗传病史之外的遗传信息、基因检测资料；也不得要求投保人、被保险人或者受益人提供上述信息。

保险公司不得以被保险人家族遗传病史之外的遗传信息、基因检测资料作为核保条件。

第三十九条 保险公司销售健康保险产品，应当以书面或者口头等形式向投保人说明保险合同的内容，对下列事项作出明确告知，并由投保人确认：

- （一）保险责任；
- （二）保险责任的减轻或者免除；
- （三）保险责任等待期；
- （四）保险合同犹豫期以及投保人相关权利义务；
- （五）是否提供保证续保以及续保有效时间；
- （六）理赔程序以及理赔文件要求；
- （七）组合式健康保险产品中各产品的保险期间；
- （八）银保监会规定的其他告知事项。

第四十条 保险公司销售健康保险产品，不得夸大保险保障范围，不得隐瞒责任免除，不得误导投保人和被保险人。

投保人和被保险人就保险条款中的保险、医疗和疾病等专业术语提出询问的，

保险公司应当用清晰易懂的语言进行解释。

第四十一条 保险公司销售费用补偿型医疗保险，应当向投保人询问被保险人是否拥有公费医疗、基本医疗保险或者其他费用补偿型医疗保险的情况，投保人应当如实告知。

保险公司应当向投保人说明未如实告知的法律后果，并做好相关记录。

保险公司不得诱导投保人为同一被保险人重复购买保障功能相同或者类似的费用补偿型医疗保险产品。

第四十二条 保险公司销售医疗保险，应当向投保人告知约定医疗机构的名单或者资质要求，并提供查询服务。

保险公司调整约定医疗机构的，应当及时通知投保人或者被保险人。

第四十三条 保险公司以附加险形式销售无保证续保条款的健康保险产品的，附加险的保险期限不得小于主险保险期限。

第四十四条 保险公司销售长期个人健康保险产品的，应当在犹豫期内对投保人进行回访。

保险公司在回访中发现投保人被误导的，应当做好解释工作，并明确告知投保人有依法解除保险合同的权利。

第四十五条 保险公司承保团体健康保险，应当以书面或者口头等形式告知每个被保险人其参保情况以及相关权益。

第四十六条 投保人解除团体健康保险合同的，保险公司应当要求投保人提供已通知被保险人退保的有效证明，并按照银保监会有关团体保险退保的规定将退保金通过银行转账或者原投保资金汇入路径退至投保人缴费账户或者其他账户。

## 第五章 准备金评估

第四十七条 经营健康保险业务的保险公司应当按照本办法有关规定提交上一年度的精算报告或者准备金评估报告。

第四十八条 对已经发生保险事故并已提出索赔、保险公司尚未结案的赔案，保险公司应当提取已发生已报案未决赔款准备金。

保险公司应当采取逐案估计法、案均赔款法等合理的方法谨慎提取已发生已报案未决赔款准备金。

保险公司如果采取逐案估计法之外的精算方法计提已发生已报案未决赔款准备金，应当详细报告该方法的基础数据、参数设定和估计方法，并说明基础数据来源、数据质量以及准备金计算结果的可靠性。

保险公司总精算师不能确认估计方法的可靠性或者相关业务的经验数据不足 3 年的，应当按照已经提出的索赔金额提取已发生已报案未决赔款准备金。

第四十九条 对已经发生保险事故但尚未提出的赔偿或者给付，保险公司应当提取已发生未报案未决赔款准备金。

保险公司应当根据险种的风险性质和经验数据等因素，至少采用链梯法、案均赔款法、准备金进展法、B-F 法、赔付率法中的两种方法评估已发生未报案未决赔款准备金，并选取评估结果的最大值确定最佳估计值。

保险公司应当详细报告已发生未报案未决赔款准备金的基础数据、计算方法和参数设定，并说明基础数据来源、数据质量以及准备金计算结果的可靠性。

保险公司总精算师判断数据基础不能确保计算结果的可靠性，或者相关业务的经验数据不足 3 年的，应当按照不低于该会计年度实际赔款支出的 10% 提取已发生未报案未决赔款准备金。

第五十条 对于短期健康保险业务，保险公司应当提取未到期责任准备金。

短期健康保险提取未到期责任准备金，可以采用下列方法之一：

（一）二十四分之一毛保费法（以月为基础计提）；

（二）三百六十五分之一毛保费法（以天为基础计提）；

（三）根据风险分布状况可以采用其他更为谨慎、合理的方法，提取的未到期责任准备金不得低于方法（一）和（二）所得结果的较小者。

第五十一条 短期健康保险未到期责任准备金的提取金额应当不低于下列两者中较大者：

（一）预期未来发生的赔款与费用扣除相关投资收入之后的余额；

（二）在责任准备金评估日假设所有保单退保时的退保金额。

未到期责任准备金不足的，应当提取保费不足准备金，用于弥补未到期责任准备金和前款两项中较大者之间的差额。

第五十二条 本办法所称责任准备金为业务相关报告责任准备金，财务报告责任准备金、偿付能力报告责任准备金的计提按照财政部和银保监会的相关规定执行。

第五十三条 长期健康保险未到期责任准备金的计提办法应当按照银保监会的有关规定执行。

第五十四条 保险公司应当按照再保前、再保后分别向银保监会报告准备金提取结果。

## 第六章 健康管理服务与合作

第五十五条 保险公司可以将健康保险产品与健康管理服务相结合，提供健康风险评估和干预、疾病预防、健康体检、健康咨询、健康维护、慢性病管理、养生保健等服务，降低健康风险，减少疾病损失。

第五十六条 保险公司开展健康管理服务的，有关健康管理服务内容可以在保险合同条款中列明，也可以另行签订健康管理服务合同。

第五十七条 健康保险产品提供健康管理服务，其分摊的成本不得超过净保险费的 20%。

超出以上限额的服务，应当单独定价，不计入保险费，并在合同中明示健康管理服务价格。

第五十八条 保险公司经营医疗保险，应当加强与医疗机构、健康管理机构、康复服务机构等合作，为被保险人提供优质、方便的医疗服务。

保险公司经营医疗保险，应当按照有关政策文件规定，监督被保险人医疗行为的真实性和合法性，加强医疗费用支出合理性和必要性管理。

第五十九条 保险公司应当积极发挥健康保险费率调节机制对医疗费用和风险管控的作用，降低不合理的医疗费用支出。

第六十条 保险公司应当积极发挥作为医患关系第三方的作用，帮助缓解医患信息不对称，促进解决医患矛盾纠纷。

第六十一条 保险公司与医疗机构、健康管理机构之间的合作，不得损害被保险人的合法权益。

第六十二条 保险公司应当按照法律、行政法规的规定，充分保障客户隐私和数据安全，依据服务范围和服务对象与医疗机构、基本医保部门等进行必要的信息互联和数据共享。

## 第七章 再保险管理

第六十三条 保险公司办理健康保险再保险业务，应当遵守《保险法》和银保监会有关再保险业务管理的规定。

第六十四条 保险公司分支机构不得办理健康保险再保险分入业务，再保险公司分支机构除外。

## 第八章 法律责任

第六十五条 保险公司及其分支机构违反本办法，由银保监会及其派出机构依照法律、行政法规进行处罚；法律、行政法规没有规定的，由银保监会及其派出机构责令改正，给予警告，对有违法所得的处以违法所得1倍以上3倍以下罚款，但最高不得超过3万元，对没有违法所得的处以1万元以下罚款；涉嫌犯罪的，依法移交司法机关追究其刑事责任。

第六十六条 保险公司从业人员、保险公司分支机构从业人员违反本办法，由银保监会及其派出机构依照法律、行政法规进行处罚；法律、行政法规没有规定的，由银保监会及其派出机构责令改正，给予警告，对有违法所得的处以违法所得1倍以上3倍以下罚款，但最高不得超过3万元，对没有违法所得的处以1万元以下罚款；涉嫌犯罪的，依法移交司法机关追究其刑事责任。

## 第九章 附 则

第六十七条 相互保险组织经营健康保险适用本办法。

第六十八条 保险中介机构及其从业人员销售健康保险产品适用本办法。

第六十九条 通过银行、邮政等渠道销售健康保险产品的，应当遵守相关监管部门的规定。

第七十条 本办法施行前原中国保险监督管理委员会颁布的规定与本办法不

符的，以本办法为准。

第七十一条 本办法由银保监会负责解释。

第七十二条 本办法自 2019 年 12 月 1 日起施行。原中国保险监督管理委员会 2006 年 8 月 7 日发布的《健康保险管理办法》（保监会令 2006 年第 8 号）同时废止。

# 互联网保险业务监管办法

中国银行保险监督管理委员会令 2020 年第 13 号

《互联网保险业务监管办法》已于 2020 年 9 月 1 日经中国银保监会 2020 年第 11 次委务会议通过。现予公布，自 2021 年 2 月 1 日起施行。

主席 郭树清

2020 年 12 月 7 日

## 第一章 总则

第一条 为规范互联网保险业务，有效防范风险，保护消费者合法权益，提升保险业服务实体经济和社会民生的水平，根据《中华人民共和国保险法》等法律、行政法规，制定本办法。

第二条 本办法所称互联网保险业务，是指保险机构依托互联网订立保险合同、提供保险服务的保险经营活动。

本办法所称保险机构包括保险公司（含相互保险组织和互联网保险公司）和保险中介机构；保险中介机构包括保险代理人（不含个人保险代理人）、保险经纪人、保险公估人；保险代理人（不含个人保险代理人）包括保险专业代理机构、银行类保险兼业代理机构和依法获得保险代理业务许可的互联网企业；保险专业中介机构包括保险专业代理机构、保险经纪人和保险公估人。

本办法所称自营网络平台，是指保险机构为经营互联网保险业务，依法设立的独立运营、享有完整数据权限的网络平台。保险机构分支机构以及与保险机构具有股权、人员等关联关系的非保险机构设立的网络平台，不属于自营网络平台。

本办法所称互联网保险产品，是指保险机构通过互联网销售的保险产品。

第三条 互联网保险业务应由依法设立的保险机构开展，其他机构和个人不得开展互联网保险业务。保险机构开展互联网保险业务，不得超出该机构许可证

（备案表）上载明的业务范围。

第四条 保险机构开展互联网保险业务，应符合新发展理念，依法合规，防范风险，以人为本，满足人民群众多层次风险保障需求，不得损害消费者合法权益和社会公共利益。

保险机构开展互联网保险业务，应由总公司集中运营、统一管理，建立统一集中的业务平台、业务流程和管理制度。保险机构应科学评估自身风险管控能力、客户服务能力，合理确定适合互联网经营的保险产品及其销售范围，不能有效管控风险、保障售后服务质量的，不得开展互联网保险销售或保险经纪活动。

保险机构应持续提高互联网保险业务风险防控水平，健全风险监测预警和早期干预机制，保证自营网络平台运营的独立性，在财务、业务、信息系统、客户信息保护等方面与公司股东、实际控制人、公司高级管理人员等关联方实现有效隔离。

第五条 保险机构通过互联网和自助终端设备销售保险产品或提供保险经纪服务，消费者能够通过保险机构自营网络平台的销售页面独立了解产品信息，并能够自主完成投保行为的，适用本办法。

投保人通过保险机构及其从业人员提供的保险产品投保链接自行完成投保的，应同时满足本办法及所属渠道相关监管规定。涉及线上线下融合开展保险销售或保险经纪业务的，其线上和线下经营活动分别适用线上和线下监管规则；无法分开适用监管规则的，同时适用线上和线下监管规则，规则不一致的，坚持合规经营和有利于消费者的原则。

第六条 中国银行保险监督管理委员会（以下简称银保监会）及其派出机构依法对互联网保险业务实施监督管理。

## 第二章 基本业务规则

### 第一节 业务条件

第七条 开展互联网保险业务的保险机构及其自营网络平台应具备以下条件：

（一）服务接入地在中华人民共和国境内。自营网络平台是网站或移动应用程序（APP）的，应依法向互联网行业管理部门履行互联网信息服务备案手续、

取得备案编号。自营网络平台不是网站或移动应用程序（APP）的，应符合相关法律法规的规定和相关行业主管部门的资质要求。

（二）具有支持互联网保险业务运营的信息管理系统和核心业务系统，并与保险机构其他无关的信息系统有效隔离。

（三）具有完善的网络安全监测、信息通报、应急处置工作机制，以及完善的边界防护、入侵检测、数据保护、灾难恢复等网络安全防护手段。

（四）贯彻落实国家网络安全等级保护制度，开展网络安全定级备案，定期开展等级保护测评，落实相应等级的安全保护措施。对于具有保险销售或投保功能的自营网络平台，以及支持该自营网络平台运营的信息管理系统和核心业务系统，相关自营网络平台和信息系统的安全保护等级应不低于三级；对于不具有保险销售和投保功能的自营网络平台，以及支持该自营网络平台运营的信息管理系统和核心业务系统，相关自营网络平台和信息系统的安全保护等级应不低于二级。

（五）具有合法合规的营销模式，建立满足互联网保险经营需求、符合互联网保险用户特点、支持业务覆盖区域的运营和服务体系。

（六）建立或明确互联网保险业务管理部门，并配备相应的专业人员，指定一名高级管理人员担任互联网保险业务负责人，明确各自营网络平台负责人。

（七）具有健全的互联网保险业务管理制度和操作规程。

（八）保险公司开展互联网保险销售，应符合银保监会关于偿付能力、消费者权益保护监管评价等相关规定。

（九）保险专业中介机构应是全国性机构，经营区域不限于总公司营业执照登记注册地所在省（自治区、直辖市、计划单列市），并符合银保监会关于保险专业中介机构分类监管的相关规定。

（十）银保监会规定的其他条件。

第八条 保险机构不满足本办法第七条规定的，应立即停止通过互联网销售保险产品或提供保险经纪服务，并在官方网站和自营网络平台发布公告。保险机构经整改后满足本办法第七条规定的，可恢复开展相关互联网保险业务。保险机构拟自行停止自营网络平台业务经营的，应至少提前 20 个工作日在官方网站和

自营网络平台发布公告。涉及债权债务处置的，应一并进行公告。

第九条 保险公司开展互联网保险销售，应在满足本办法规定的前提下，优先选择形态简单、条款简洁、责任清晰、可有效保障售后服务的保险产品，并充分考虑投保的便利性、风控的有效性、理赔的及时性。

保险公司开发互联网保险产品应符合风险保障本质、遵循保险基本原理、符合互联网经济特点，并满足银保监会关于保险产品开发的相关监管规定，做到产品定价合理、公平和充足。不得违背公序良俗、不得进行噱头炒作、不得损害消费者合法权益和社会公共利益，不得危及公司偿付能力和财务稳健。

第十条 银保监会可根据互联网保险业务发展阶段、不同保险产品的服务保障需要，规定保险机构通过互联网销售或提供保险经纪服务的险种范围和相关条件。

## 第二节 销售管理

第十一条 保险机构开展互联网保险业务，应加强销售管理，充分进行信息披露，规范营销宣传行为，优化销售流程，保护消费者合法权益。

第十二条 开展互联网保险业务的保险机构应建立官方网站，参照《保险公司信息披露管理办法》相关规定，设置互联网保险栏目进行信息披露，披露内容包括但不限于：

（一）营业执照、经营保险业务相关许可证（备案表）。

（二）自营网络平台的名称、网址，以及在中国保险行业协会官方网站上的信息披露访问链接。

（三）一年来综合偿付能力充足率、风险综合评级、消费者权益保护监管评价等相关监管评价信息，银保监会另有规定的从其规定。

（四）保险机构之间开展合作的，各保险机构应分别披露合作机构名称、业务合作范围及合作起止时间。

（五）互联网保险产品名称、产品信息（或链接），产品信息包括条款、审批类产品的批复文号、备案类产品的备案编号或产品注册号、报备文件编号或条款编码。

- (六) 互联网保险产品及其保单的查询和验真途径。
- (七) 省级分支机构和落地服务机构的名称、办公地址、电话号码等。
- (八) 理赔、保全等客户服务及投诉渠道，相关联系方式。
- (九) 本办法第八条规定的经营变化情况。
- (十) 银保监会规定的其他内容。

第十三条 保险机构应在开展互联网保险业务的自营网络平台显著位置，列明以下信息：

- (一) 保险产品承保公司设有省级分支机构和落地服务机构的省（自治区、直辖市、计划单列市）清单。
- (二) 保险产品承保公司全国统一的客户服务及投诉方式，包括客服电话、在线服务访问方式、理赔争议处理机制和工作流程等。
- (三) 投保咨询方式、保单查询方式。
- (四) 针对消费者个人信息、投保交易信息和交易安全的保障措施。
- (五) 自营网络平台在中国保险行业协会官方网站上的信息披露访问链接。
- (六) 本办法第八条规定的经营变化情况。
- (七) 银保监会规定的其他内容。

第十四条 互联网保险产品的销售或详情展示页面上应包括以下内容：

- (一) 保险产品名称（条款名称和宣传名称），审批类产品的批复文号，备案类产品的备案编号或产品注册号，以及报备文件编号或条款编码。
- (二) 保险条款和保费（或链接），应突出提示和说明免除保险公司责任的条款，并以适当的方式突出提示理赔条件和流程，以及保险合同中的犹豫期、等待期、费用扣除、退保损失、保单现金价值等重点内容。
- (三) 保险产品为投连险、万能险等人身保险新型产品的，应按照银保监会关于新型产品信息披露的相关规定，清晰标明相关信息，用不小于产品名称字号的黑体字标注保单利益具有不确定性。
- (四) 投保人的如实告知义务，以及违反义务的后果。
- (五) 能否实现全流程线上服务的情况说明，以及因保险机构在消费者或保

险标的所在地无分支机构而可能存在的服务不到位等问题的提示。

(六) 保费的支付方式，以及保险单证、保费发票等凭证的送达方式。

(七) 其他直接影响消费者权益和购买决策的事项。

第十五条 本办法所称互联网保险营销宣传，是指保险机构通过网站、网页、互联网应用程序等互联网媒介，以文字、图片、音频、视频或其他形式，就保险产品或保险服务进行商业宣传推广的活动。保险机构开展互联网保险营销宣传活动应符合《中华人民共和国广告法》、金融营销宣传以及银保监会相关规定。

保险机构应加强互联网保险营销宣传管理：

(一) 保险机构应建立从业人员互联网保险营销宣传的资质、培训、内容审核和行为管理制度。

(二) 保险机构应从严、精细管控所属从业人员互联网保险营销宣传活动，提高从业人员的诚信和专业水平。保险机构应对从业人员发布的互联网保险营销宣传内容进行监测检查，发现问题及时处置。

(三) 保险机构从业人员应在保险机构授权范围内开展互联网保险营销宣传。从业人员发布的互联网保险营销宣传内容，应由所属保险机构统一制作，并在显著位置标明所属保险机构全称及个人姓名、执业证编号等信息。

(四) 开展互联网保险营销宣传活动应遵循清晰准确、通俗易懂、符合社会公序良俗的原则，不得进行不实陈述或误导性描述，不得片面比较保险产品价格和简单排名，不得与其他非保险产品和服务混淆，不得片面或夸大宣传，不得违规承诺收益或承诺承担损失。

(五) 互联网保险营销宣传内容应与保险合同条款保持一致，不得误导性解读监管政策，不得使用或变相使用监管机构及其工作人员的名义或形象进行商业宣传。

(六) 互联网保险营销宣传页面应明确标识产品为保险产品，标明保险产品全称、承保保险公司全称以及提供销售或经纪服务的保险中介机构全称；应用准确的语言描述产品的主要功能和特点，突出说明容易引发歧义或消费者容易忽视的内容。

（七）保险机构及其从业人员应慎重向消费者发送互联网保险产品信息。消费者明确表示拒绝接收的，不得向其发送互联网保险产品信息。

（八）保险机构应对本机构及所属从业人员互联网保险营销宣传承担合规管理的主体责任。

第十六条 保险机构应通过其自营网络平台或其他保险机构的自营网络平台销售互联网保险产品或提供保险经纪、保险公估服务，投保页面须属于保险机构自营网络平台。政府部门为了公共利益需要，要求投保人在政府规定的网络平台完成投保信息录入的除外。

第十七条 保险机构应提高互联网保险产品销售的针对性，采取必要手段识别消费者的保险保障需求和消费能力，把合适的保险产品提供给消费者，并通过以下方式保障消费者的知情权和自主选择权：

（一）充分告知消费者售后服务能否全流程线上实现，以及保险机构因在消费者或保险标的所在地无分支机构而可能存在的服务不到位等问题。

（二）通过互联网销售投连险、万能险等人身保险新型产品或提供相关保险经纪服务的，应建立健全投保人风险承受能力评估及业务管理制度，向消费者做好风险提示。

（三）提供有效的售前在线咨询服务，帮助消费者客观、及时了解保险产品和服务信息。

（四）通过问卷、问询等方式有效提示消费者履行如实告知义务，提示消费者告知不准确可能带来的法律责任，不得诱导消费者隐瞒真实健康状况等实际情况。

（五）在销售流程的各个环节以清晰、简洁的方式保障消费者实现真实的购买意愿，不得采取默认勾选、限制取消自动扣费功能等方式剥夺消费者自主选择权利。

第十八条 保险机构核保使用的数据信息应做到来源及使用方式合法。保险机构应丰富数据信息来源，深化技术应用，加强保险细分领域风险因素分析，不断完善核保模型，提高识别筛查能力，加强承保风险控制。

第十九条 保险公司通过自营网络平台开展互联网保险业务的，应通过自有保费收入专用账户直接收取投保人交付的保费；与保险中介机构合作开展互联网保险业务的，可通过该保险中介机构的保费收入专用账户代收保费。保费收入专用账户包括保险机构依法在商业银行及第三方支付平台开设的专用账户。

第二十条 保险机构开展互联网保险业务，可通过互联网、电话等多种方式开展回访工作，回访时应验证客户身份，保障客户投保后及时完整知悉合同主要内容。保险机构开展电子化回访应遵循银保监会相关规定。

第二十一条 保险机构通过互联网销售可以续保的保险产品或提供相关保险经纪服务的，应保障客户的续保权益，为其提供线上的续保或终止续保的途径，未经客户同意不得自动续保。

第二十二条 保险机构开展互联网保险业务，应向客户提供保单和发票，可优先提供电子保单和电子发票。采用纸质保单的，保险公司或合作的保险中介机构应以适当方式将保单送达客户。采用电子保单的，保险公司或合作的保险中介机构应向客户说明，并向客户提供可查询、下载电子保单的自营网络平台或行业统一查验平台的访问方式。

第二十三条 非保险机构不得开展互联网保险业务，包括但不限于以下商业行为：

- （一）提供保险产品咨询服务。
- （二）比较保险产品、保费试算、报价比价。
- （三）为投保人设计投保方案。
- （四）代办投保手续。
- （五）代收保费。

### 第三节 服务管理

第二十四条 保险公司应建立健全在线核保、批改、保全、退保、理赔和投诉处理等全流程服务体系，加强互联网保险业务的服务过程管理和质量管理，并根据客户评价、投诉等情况，审视经营中存在的问题，及时改进产品管理，优化服务流程。服务水平无法达到本办法要求的，保险公司应主动限制互联网保险

业务的险种和区域。

保险中介机构与保险公司合作，或接受保险公司委托，开展互联网保险相关业务活动的，应参照本办法关于保险公司的业务规则执行。

第二十五条 保险公司应在自营网络平台设立统一集中的客户服务业务办理入口，提升线上服务能力，与线下服务有机融合，并提供必要的人工辅助，保障客户获得及时有效的服务。

第二十六条 对于部分无法在线完成核保、保全、理赔等保险业务活动的，保险公司应通过本公司分支机构或线下合作机构做好落地服务，销售时应明确告知投保人相关情况。线下合作机构应是其他保险机构及其分支机构，包括区域性保险专业中介机构。对于完全无法在线完成批改、保全、退保、理赔等保险业务活动的，保险公司不得经营相关互联网保险产品。

保险公司委托其他合作机构提供技术支持和客户服务的，应建立委托合作全流程管理制度，审慎选择合作机构，进行有效的监测监督。

第二十七条 保险公司应不断加强互联网保险售后服务的标准化、规范化、透明化建设：

（一）在自营网络平台明示业务办理流程和客户权利义务，一次性告知业务办理所需材料清单，明确承诺服务时限。

（二）提供包含电话服务、在线服务在内的两种及以上服务方式。

（三）提供客户自助查询服务，及时向客户展示告知处理进程、处理依据、预估进展、处理结果。涉及保费、保险金、退保金等资金收付的，应说明资金的支付方式，以及资金额度基于保费、保险金额或现金价值的计算方法。

（四）提升销售和服務的透明化水平，可在自营网络平台提供消费者在线评价功能，为消费者提供消费参考信息。

第二十八条 保险公司为互联网保险客户提供保单批改和保全服务的，应识别、确认客户身份的真实性和合法性。对于线上变更受益人的请求，保险公司应确认该项业务已取得被保险人的同意。

第二十九条 保险公司应保障客户退保权益，不得隐藏相关业务的办理入口，

不得阻碍或限制客户退保。

第三十条 保险公司为互联网保险客户提供查勘理赔服务的，应建立包括客户报案、查勘理赔、争议处理等环节在内的系统化工作流程，实现查勘理赔服务闭环完整。参与查勘理赔的各类机构和人员应做好工作衔接，做到响应及时准确、流程简捷流畅。

第三十一条 保险公司应建立健全理赔争议处理机制和工作流程，及时向客户说明理赔决定、原因依据和争议处理办法，探索多元纠纷解决机制，跟踪做好争议处理工作。

第三十二条 保险公司应建立完整的客户投诉处理流程，建设独立于销售、理赔等业务的专职处理互联网保险客户投诉的人员队伍。对于银保监会及其派出机构、相关行业组织、消费者权益保护组织、新闻媒体等转送的互联网保险业务投诉，保险公司应建立有效的转接管理制度，纳入互联网保险客户投诉处理流程。

#### 第四节 运营管理

第三十三条 保险机构应采用有效技术手段对投保人身份信息的真实性进行验证，应完整记录和保存互联网保险主要业务过程，包括：产品销售页面的内容信息、投保人操作轨迹、保全理赔及投诉服务记录等，做到销售和服务等主要行为信息不可篡改并全流程可回溯。互联网保险业务可回溯管理的具体规则，由银保监会另行制定。

第三十四条 保险公司与保险中介机构合作开展互联网保险业务的，应审慎选择符合本办法规定、具有相应经营能力的保险中介机构，做好服务衔接、数据同步和信息共享。保险公司应与保险中介机构签订合作或委托协议，确定合作和委托范围，明确双方权利义务，约定不得限制对方获取客户信息等保险合同订立的必要信息。

第三十五条 保险机构授权在本机构执业的保险销售、保险经纪从业人员为互联网保险业务开展营销宣传、产品咨询的，应在其劳动合同或委托协议中约定双方的权利义务，并按照相关监管规定对其进行执业登记和管理，标识其从事互联网保险业务的资质以供公众查询。保险机构对所属从业人员的互联网保险业务

行为依法承担责任。保险机构在互联网保险销售或经纪活动中，不得向未在本机构进行执业登记的人员支付或变相支付佣金及劳动报酬。

第三十六条 保险公司向保险中介机构支付相关费用，或保险机构向提供技术支持、客户服务等服务的合作机构支付相关费用，应按照合作协议约定的费用种类和标准，由总公司或其授权的省级分支机构通过银行或合法第三方支付平台转账支付，不得以现金形式进行结算。保险机构不得直接或间接给予合作协议约定以外的其他利益。

第三十七条 保险机构应严格按照网络安全相关法律法规，建立完善与互联网保险业务发展相适应的信息技术基础设施和安全保障体系，提升信息化和网络安全保障能力：

（一）按照国家相关标准要求，采取边界防护、入侵检测、数据保护以及灾难恢复等技术手段，加强信息系统和业务数据的安全管理。

（二）制定网络安全应急预案，定期开展应急演练，建立快速应急响应机制，开展网络安全实时监测，发现问题后立即采取防范和处置措施，并按照银行业保险业突发事件报告、应对相关规定及时向负责日常监管的银保监会或其派出机构、当地公安网安部门报告。

（三）对提供技术支持和客户服务的合作机构加强合规管理，督促其保障服务质量和网络安全，其相关信息系统至少应获得网络安全等级保护二级认证。

（四）防范假冒网站、假冒互联网应用程序等与互联网保险业务相关的违法犯罪活动，开辟专门渠道接受公众举报。

第三十八条 保险机构应承担客户信息保护的主体责任，收集、处理及使用个人信息应遵循合法、正当、必要的原则，保证信息收集、处理及使用的安全性和合法性：

（一）建立客户信息保护制度，明确数据安全责任人，构建覆盖全生命周期的客户信息保护体系，防范信息泄露。

（二）督促提供技术支持、客户服务等服务的合作机构建立有效的客户信息保护制度，在合作协议中明确约定客户信息保护责任，保障客户信息安全，明确

约定合作机构不得限制保险机构获取客户投保信息，不得限制保险机构获取能够验证客户真实身份的相关信息。

（三）保险机构收集、处理及使用个人信息，应征得客户同意，获得客户授权。未经客户同意或授权，保险机构不得将客户信息用于所提供保险服务之外的用途，法律法规另有规定的除外。

第三十九条 保险机构应制定互联网保险业务经营中断应急处置预案。因突发事件、政策变化等原因导致互联网保险业务经营中断的，保险机构应在官方网站和自营网络平台及时发布公告，说明原因及后续处理方式，并按照银行业保险业突发事件报告、应对相关规定及时向负责日常监管的银保监会或其派出机构报告。

第四十条 保险机构应建立健全反洗钱内部控制制度、客户尽职调查制度、客户身份资料和交易记录保存制度、大额交易和可疑交易报告制度，履行《中华人民共和国反洗钱法》规定的反洗钱义务。

保险机构原则上应要求投保人使用本人账户支付保费。退保时保费应退还至原缴费账户或投保人本人其他账户。保险金应支付到被保险人账户、受益人账户或保险合同约定的其他账户。保险机构应核对投保人账户信息的真实性。

第四十一条 保险机构应建立健全互联网保险业务反欺诈制度，加强对互联网保险欺诈的监控和报告，及时有效处置欺诈案件。保险机构应积极参与风险信息共享的行业协同机制，提高风险识别和反欺诈能力。

第四十二条 保险机构停止经营互联网保险相关业务的，应采取妥善措施做好存续业务的售后服务，有效保护客户合法权益。

第四十三条 保险机构应开展互联网保险业务舆情监测，积极做好舆情沟通，回应消费者和公众关切，及时有效处理因消费争议和纠纷产生的网络舆情。

### 第三章 特别业务规则

#### 第一节 互联网保险公司

第四十四条 本办法所称互联网保险公司是指银保监会为促进保险业务与互联网、大数据等新技术融合创新，专门批准设立并依法登记注册，不设分支机构，

在全国范围内专门开展互联网保险业务的保险公司。

第四十五条 互联网保险公司应提高线上全流程服务能力，提升线上服务体验和效率；应在自营网络平台设立统一集中的互联网保险销售和客户服务业务办理入口，提供销售、批改、保全、退保、报案、理赔和投诉等线上服务，与线下服务有机融合，向消费者提供及时有效的服务。

第四十六条 互联网保险公司应积极开发符合互联网经济特点、服务多元化保障需求的保险产品。产品开发应具备定价基础，符合精算原理，满足场景所需，让保险与场景、技术合理融合，充分考虑投保的便利性、风控的有效性、理赔的及时性。互联网保险公司应加强对产品开发、销售渠道和运营成本的管控，做到产品定价合理、公平和充足，保障稳健可持续经营。

第四十七条 互联网保险公司不得线下销售保险产品，不得通过其他保险机构线下销售保险产品。

第四十八条 互联网保险公司应不断提高互联网保险业务风险防控水平，健全风险监测预警和早期干预机制，运用数据挖掘、机器学习等技术提高风险识别和处置能力。

互联网保险公司应建立完善与互联网保险业务发展相适应的信息技术基础设施和安全保障体系，提升信息化能力，保障信息系统和相关基础设施安全稳定运行，有效防范、控制和化解信息技术风险。

第四十九条 互联网保险公司应指定高级管理人员分管投诉处理工作，设立专门的投诉管理部门和岗位，对投诉情况进行分析研究，协同公司产品开发、业务管理、运营管理等部门进行改进，完善消费者权益保护工作。

互联网保险公司应根据业务特点建立售后服务快速反应工作机制，对于投诉率异常增长的业务，应集中力量应对，及时妥善处理。

## 第二节 保险公司

第五十条 本节所称保险公司，是指互联网保险公司之外的保险公司。

保险公司应优化业务模式和服务体系，推动互联网、大数据等新技术向保险业务领域渗透，提升运营效率，改善消费体验；应为互联网保险业务配置充足的

服务资源，保障与产品特点、业务规模相适应的后续服务能力。

第五十一条 保险公司总公司应对互联网保险业务实行统一、垂直管理。

保险公司总公司可将合作机构拓展、营销宣传、客户服务、投诉处理等相关业务授权省级分支机构开展。经总公司同意，省级分支机构可将营销宣传、客户服务和投诉处理相关工作授权下级分支机构开展。总公司、分支机构依法承担相应的法律责任。

第五十二条 经营财产保险业务的保险公司在具有相应内控管理能力且能满足客户落地服务需求的情况下，可将相关财产保险产品的经营区域拓展至未设立分公司的省（自治区、直辖市、计划单列市），具体由银保监会另行规定。

经营人身保险业务的保险公司在满足相关条件的基础上，可在全国范围内通过互联网经营相关人身保险产品，具体由银保监会另行规定。不满足相关条件的，不得通过互联网经营相关人身保险产品。

第五十三条 保险公司分支机构可在上级机构授权范围内为互联网保险业务提供查勘理赔、批改保全、医疗协助、退保及投诉处理等属地化服务。保险公司应为分支机构开展属地化服务建立明确的工作流程和制度，在保证服务时效和服务质量的前提下，提供该类服务可不受经营区域的限制。

第五十四条 保险公司开展互联网保险业务，应结合公司发展战略，做好互联网与其他渠道融合和联动，充分发挥不同销售渠道优势，提升业务可获得性和服务便利性，做好经营环节、人员职责和业务数据等方面的有效衔接，提高消费者享有的服务水平。

第五十五条 保险公司开展互联网保险业务核算统计，应将通过直销、专业代理、经纪、兼业代理等销售渠道开展的互联网保险业务，计入该销售渠道的线上业务部分，并将各销售渠道线上业务部分进行汇总，反映本公司的互联网保险业务经营成果。

### 第三节 保险中介机构

第五十六条 保险中介机构应从消费者实际保险需求出发，立足角色独立、贴近市场的优势，积极运用新技术，提升保险销售和服务能力，帮助消费者选择

合适的保险产品和保险服务。保险中介机构应配合保险公司开展互联网保险业务合规管理工作。

保险中介机构应对互联网保险业务实行统一、垂直管理，具体要求参照本办法第五十一条、第五十三条规定。

第五十七条 保险中介机构应立足经济社会发展和民生需要，选择经营稳健、能保障服务质量的保险公司进行合作，并建立互联网保险产品筛选机制，选择符合消费者需求和互联网特点的保险产品进行销售或提供保险经纪服务。

第五十八条 保险中介机构开展互联网保险业务，经营险种不得突破承保公司的险种范围和经营区域，业务范围不得超出合作或委托协议约定的范围。

第五十九条 保险中介机构及其自营网络平台在使用简称时应清晰标识所属行业细分类别，不得使用“XX 保险”或“XX 保险平台”等容易混淆行业类别的字样或宣传用语。为保险机构提供技术支持、客户服务的合作机构参照执行。

第六十条 保险中介机构应在自营网络平台设立统一集中的客户服务专栏，提供服务入口或披露承保公司服务渠道，保障客户获得及时有效的服务。保险中介机构销售互联网保险产品、提供保险经纪服务和保险公估服务的，应在自营网络平台展示客户告知书。

第六十一条 保险专业中介机构将互联网保险业务转委托给其他保险中介机构开展的，应征得委托人同意，并充分向消费者进行披露。受托保险中介机构应符合本办法规定的条件。

保险经纪人、保险公估人接受消费者委托，为消费者提供互联网保险相关服务的，应签订委托合同，明确约定权利义务和服务项目，履行受托职责，提升受托服务意识和专业服务能力。

第六十二条 保险中介机构可积极运用互联网、大数据等技术手段，提高风险识别和业务运营能力，完善管理制度，与保险公司的运营服务相互补充，共同服务消费者。保险中介机构可发挥自身优势，建立完善相关保险领域数据库，创新数据应用，积极开展风险管理、健康管理、案件调查、防灾减损等服务。

第六十三条 保险中介机构开展互联网保险业务，应在有效隔离、风险可控

的前提下，与保险公司系统互通、业务互联、数据对接。保险中介机构之间可依托互联网等技术手段加强协同合作，促进资源共享和优势互补，降低运营成本，提高服务效率和服务质量。

第六十四条 银行类保险兼业代理机构销售互联网保险产品应满足以下要求：

（一）通过电子银行业务平台销售。

（二）符合银保监会关于电子银行业务经营区域的监管规定。地方法人银行开展互联网保险业务，应主要服务于在实体经营网点开户的客户，原则上不得在未开设分支机构的省（自治区、直辖市、计划单列市）开展业务。无实体经营网点、业务主要在线上开展，且符合银保监会规定的其他条件的银行除外。

（三）银行类保险兼业代理机构及其销售从业人员不得将互联网保险业务转委托给其他机构或个人。

#### 第四节 互联网企业代理保险业务

第六十五条 互联网企业代理保险业务是指互联网企业利用符合本办法规定的自营网络平台代理销售互联网保险产品、提供保险服务的经营活动。

互联网企业代理保险业务应获得经营保险代理业务许可。

第六十六条 互联网企业代理保险业务应满足以下要求：

（一）具有较强的合规管理能力，能够有效防范化解风险，保障互联网保险业务持续稳健运营。

（二）具有突出的场景、流量和广泛触达消费者的优势，能够将场景流量与保险需求有机结合，有效满足消费者风险保障需求。

（三）具有系统的消费者权益保护制度和工作机制，能够不断改善消费体验，提高服务质量。

（四）具有敏捷完善的应急响应制度和工作机制，能够快速应对各类突发事件。

（五）具有熟悉保险业务的专业人员队伍。

（六）具有较强的信息技术实力，能够有效保护数据信息安全，保障信息系统高效、持续、稳定运行。

(七) 银保监会规定的其他要求。

第六十七条 互联网企业代理保险业务，应明确高级管理人员负责管理，建立科学有效的管理制度和工作流程，实现互联网保险业务独立运营。

第六十八条 互联网企业可根据保险公司或保险专业中介机构委托代理保险业务，不得将互联网保险业务转委托给其他机构或个人。

互联网企业根据保险公司和保险专业中介机构委托代理保险业务的，应审慎选择符合本办法规定、具有相应经营能力的保险机构，签订委托协议，确定委托范围，明确双方权利义务。

第六十九条 互联网企业代理保险业务，应参照本办法第四十九条，建立互联网保险售后服务快速反应工作机制，增强服务能力。

第七十条 互联网企业代理保险业务，应进行有效的业务隔离：

(一) 规范开展营销宣传，清晰提示保险产品与其他产品和服务的区别。

(二) 建立支持互联网保险业务运营的信息管理系统和核心业务系统，并与其他无关的信息系统有效隔离。

(三) 具有完善的边界防护、入侵检测、数据保护以及灾难恢复等网络安全防护手段和管理体系。

(四) 符合银保监会规定的其他要求。

#### 第四章 监督管理

第七十一条 银保监会在有效防范市场风险的基础上，创新监管理念和方式，落实审慎监管要求，推动建立健全适应互联网保险业务发展特点的新型监管机制，对同类业务、同类主体一视同仁，严厉打击非法经营活动，着力营造公平有序的市场环境，促进互联网保险业务规范健康发展。

第七十二条 银保监会统筹负责互联网保险业务监管制度制定，银保监会及其派出机构按照关于保险机构的监管分工实施互联网保险业务日常监测与监管。

对互联网保险业务的投诉或举报，由投诉人或举报人经常居住地的银保监局依据相关规定进行处理。投诉举报事项涉及多地的，其他相关银保监局配合，有争议的由银保监会指定银保监局承办。

银保监会可授权下级派出机构开展互联网保险业务相关监管工作。

第七十三条 银保监会建设互联网保险监管相关信息系统，开展平台管理、数据信息报送、业务统计、监测分析、监管信息共享等工作，提高监管的及时性、有效性和针对性。

第七十四条 保险机构开展互联网保险业务，应将自营网络平台、互联网保险产品、合作销售渠道等信息以及相关变更情况报送至互联网保险监管相关信息系统。

保险机构应于每年4月30日前向互联网保险监管相关信息系统报送上一年度互联网保险业务经营情况报告。报告内容包括但不限于：业务基本情况、营销模式、相关机构（含技术支持、客户服务机构）合作情况、网络安全建设、消费者权益保护和投诉处理、信息系统运行和故障情况、合规经营和外部合规审计情况等。保险机构总经理和互联网保险业务负责人应在报告上签字，并对报告内容的真实性 and 完整性负责。

保险机构应按照银保监会相关规定定期报送互联网保险业务监管数据和监管报表。

第七十五条 中国保险行业协会对互联网保险业务进行自律管理，开展保险机构互联网保险业务信息披露相关管理工作。

保险机构应通过中国保险行业协会官方网站的互联网保险信息披露专栏，对自营网络平台、互联网保险产品、合作销售渠道等信息及时进行披露，便于社会公众查询和监督。

第七十六条 银保监会及其派出机构发现保险机构不满足本办法第七条规定的经营条件的，或存在经营异常、经营风险的，或因售后服务保障不到位等问题而引发投诉率较高的，可责令保险机构限期改正；逾期未改正，或经营严重危害保险机构稳健运行，损害投保人、被保险人或受益人合法权益的，可依法采取相应监管措施。保险机构整改后，应向银保监会或其派出机构提交整改报告。

第七十七条 保险机构及其从业人员违反本办法相关规定，银保监会及其派出机构应依法采取监管措施或实施行政处罚。

## 第五章 附则

第七十八条 保险机构对于通过非互联网渠道订立的保险合同开展线上营销宣传和线上售后服务的，以及通过互联网优化业务模式和业务形态的，参照本办法执行。

再保险业务及再保险经纪业务不适用本办法。

第七十九条 保险机构通过自营网络平台销售其他非保险产品或提供相关服务的，应符合银保监会相关规定，并与互联网保险业务有效隔离。保险机构不得在自营网络平台销售未经金融监管部门批准的非保险金融产品。

第八十条 银保监会根据互联网保险业务发展情况和风险状况，适时出台配套文件，细化、调整监管规定，推进互联网保险监管长效化、系统化、制度化。

第八十一条 保险机构应依据本办法规定对照整改，在本办法施行之日起3个月内完成制度建设、营销宣传、销售管理、信息披露等问题整改，6个月内完成业务和经营等其他问题整改，12个月内完成自营网络平台网络安全等级保护认证。

第八十二条 本办法自2021年2月1日起施行，《互联网保险业务监管暂行办法》（保监发〔2015〕69号）同时废止。

第八十三条 本办法由银保监会负责解释和修订。

# 重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020年修订版）

## 前言

为进一步保护消费者合法权益，提升重大疾病保险产品供给质量，更好地发挥对社会保障体系的重要补充作用，结合我国重大疾病保险发展及现代医学最新进展情况，并广泛研究参考国际经验，中国保险行业协会与中国医师协会共同对2007年制定的重大疾病保险的疾病定义（以下简称疾病定义）进行了修订。

为更好地指导保险公司使用疾病定义，中国保险行业协会特制定《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020年修订版）》（以下简称规范）。

本规范中所称“疾病”是指重大疾病保险合同约定的疾病、疾病状态或手术。

### 1. 适用范围

本规范中的疾病定义主要在参考国内外成年人重大疾病保险发展状况并结合现代医学最新进展情况的基础上制定，因此，本规范适用于保险期间主要为成年人（十八周岁及以上）阶段的重大疾病保险。

### 2. 使用原则

2.1 保险公司将产品定名为重大疾病保险，且保险期间主要为成年人（十八周岁及以上）阶段的，该产品保障的疾病范围应当包括本规范内的恶性肿瘤——重度、较重急性心肌梗死、严重脑中风后遗症、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）、严重慢性肾衰竭；如果该产品还保障了保险金额低于上述六种重度疾病的其他疾病，则还应当包括本规范内的恶性肿瘤——轻度、较轻急性心肌梗死、轻度脑中风后遗症。除前述疾病外，对于本规范疾病范围以内的其他疾病，保险公司可以选择使用；同时，上述疾病均应当使用本规范中的疾病名称和疾病定义。

2.2 保险公司设计重大疾病保险产品时，所包含的本规范中的每种轻度疾病累计保险金额分别不应高于所包含的本规范中的相应重度疾病累计保险金额的

30%；如有多次赔付责任的，轻度疾病的单次保险金额还应不高于同一赔付次序的相应重度疾病单次保险金额的 30%，无相同赔付次序的，以最近的赔付次序为参照。

2.3 根据市场需求和经验数据，各保险公司可以在其重大疾病保险产品中增加本规范疾病范围以外的其他疾病，并合理制定相关定义。

2.4 重大疾病保险条款和配套宣传材料中，本规范规定的疾病应当按照本规范 3.1 所列顺序排列（对于分组列示疾病的，本规范规定的疾病可以按照疾病分组顺序排列），并置于各保险公司自行增加的疾病之前；同时，应当对二者予以区别说明。

2.5 保险公司设定重大疾病保险除外责任时，对于被保险人发生的疾病、达到的疾病状态或进行的手术，保险公司不承担保险责任的情形不能超出本规范 3.2 规定的范围。

### 3. 重大疾病保险条款的相关规定

重大疾病保险条款中的疾病名称、疾病定义、除外责任和术语释义应当符合本规范的具体规定。

#### 3.1 重大疾病保险的疾病名称及疾病定义

被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病，应当由专科医生明确诊断。以下疾病名称仅供理解使用，具体保障范围以每项疾病具体定义为准。

##### 3.1.1 重度疾病

###### 3.1.1.1 恶性肿瘤——重度

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO, World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，不在保障范围内：

(1) ICD-0-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；

b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

(2) TNM 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

(3) TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌；

(4) 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

(5) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

(6) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

(7) 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 $<10/50$  HPF 和 ki-67 $\leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

#### 3.1.1.2 较重急性心肌梗死

急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合（1）检测到肌酸激酶同工酶（CK-MB）或肌钙蛋白（cTn）升高和 / 或降低的动态变化，至少一次达到或超过心肌梗死的临床诊断标准；（2）同时存在下列之一的证据，包括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的病理性 Q 波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。

较重急性心肌梗死指依照上述标准被明确诊断为急性心肌梗死，并且必须同时满足下列至少一项条件：

（1）心肌损伤标志物肌钙蛋白（cTn）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 15 倍（含）以上；

（2）肌酸激酶同工酶（CK-MB）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 2 倍（含）以上；

（3）出现左心室收缩功能下降，在确诊 6 周以后，检测左室射血分数（LVEF）

低于 50%（不含）；

(4)影像学检查证实存在新发的乳头肌功能失调或断裂引起的中度（含）以上的二尖瓣反流；

(5)影像学检查证实存在新出现的室壁瘤；

(6)出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。

其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在保障范围内。

#### 3.1.1.3 严重脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：

(1)一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；

(2)语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；

(3)自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

#### 3.1.1.4 重大器官移植术或造血干细胞移植术

重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏、肺脏或小肠的异体移植手术。

造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的移植手术。

#### 3.1.1.5 冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）

指为治疗严重的冠心病，已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。

#### 3.1.1.6 严重慢性肾衰竭

指双肾功能慢性不可逆性衰竭，依据肾脏病预后质量倡议（K/DOQI）制定的

指南，分期达到慢性肾脏病 5 期，且经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗。规律性透析是指每周进行血液透析或每天进行腹膜透析。

#### 3.1.1.7 多个肢体缺失

指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

#### 3.1.1.8 急性重症肝炎或亚急性重症肝炎

指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：

- (1) 重度黄疸或黄疸迅速加重；
- (2) 肝性脑病；
- (3) B 超或其他影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；
- (4) 肝功能指标进行性恶化。

#### 3.1.1.9 严重非恶性颅内肿瘤

指起源于脑、脑神经、脑被膜的非恶性肿瘤，ICD-0-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）范畴，并已经引起颅内压升高或神经系统功能损害，出现视乳头水肿或视觉受损、听觉受损、面部或肢体瘫痪、癫痫等，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且须满足下列至少一项条件：

- (1) 已经实施了开颅进行的颅内肿瘤完全或部分切除手术；
- (2) 已经实施了针对颅内肿瘤的放射治疗，如  $\gamma$  刀、质子重离子治疗等。

下列疾病不在保障范围内：

- (1) 脑垂体瘤；
- (2) 脑囊肿；
- (3) 颅内血管性疾病（如脑动脉瘤、脑动静脉畸形、海绵状血管瘤、毛细血管扩张症等）。

#### 3.1.1.10 严重慢性肝衰竭

指因慢性肝脏疾病导致的肝衰竭，且须满足下列全部条件：

(1)持续性黄疸；

(2)腹水；

(3)肝性脑病；

(4)充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。

因酗酒或药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。

#### 3.1.1.11 严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症

指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指经相关专科医生确诊疾病 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：

(1)一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；

(2)语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；

(3)由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）评估结果为 3 分；

(4)自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

#### 3.1.1.12 深度昏迷

指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级（GCS, Glasgow Coma Scale）结果为 5 分或 5 分以下，且已经持续使用呼吸机及其他生命维持系统 96 小时以上。

因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。

#### 3.1.1.13 双耳失聪

指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆性丧失，在 500 赫兹、1000 赫兹和 2000 赫兹语音频率下，平均听阈大于等于 91 分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之后的保障责任，须在疾病定义中特别说明。

#### 3.1.1.14 双目失明

指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失，双眼中较好眼须满足

下列至少一项条件：

(1)眼球缺失或摘除；

(2)矫正视力低于 0.02（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）；

(3)视野半径小于 5 度。

注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之后的保障责任，须在疾病定义中特别说明。

#### 3.1.1.15 瘫痪

指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体随意运动功能永久完全丧失。肢体随意运动功能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后或意外伤害发生 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或肢体肌力在 2 级（含）以下。

#### 3.1.1.16 心脏瓣膜手术

指为治疗心脏瓣膜疾病，已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。

#### 3.1.1.17 严重阿尔茨海默病

指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为严重的认知功能障碍、精神行为异常和社交能力减退等，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，并经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：

(1)由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）评估结果为 3 分；

(2)自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不在保障范围内。

注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之前的保障责任，须在疾病定义

中特别说明。

#### 3.1.1.18 严重脑损伤

指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：

(1) 一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；

(2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；

(3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

#### 3.1.1.19 严重原发性帕金森病

是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为运动迟缓、静止性震颤或肌强直等，经相关专科医生确诊，且须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

继发性帕金森综合征、帕金森叠加综合征不在保障范围内。

注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之前的保障责任，须在疾病定义中特别说明。

#### 3.1.1.20 严重Ⅲ度烧伤

指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤的面积达到全身体表面积的 20% 或 20% 以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

#### 3.1.1.21 严重特发性肺动脉高压

指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级Ⅳ级，且静息状态下肺动脉平均压在 36mmHg（含）以上。

#### 3.1.1.22 严重运动神经元病

是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、

进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症，经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：

(1)严重咀嚼吞咽功能障碍；

(2)呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难，且已经持续使用呼吸机 7 天（含）以上；

(3)自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之前的保障责任，须在疾病定义中特别说明。

#### 3.1.1.23 语言能力丧失

指因疾病或意外伤害导致语言能力完全丧失，经过积极治疗至少 12 个月（声带完全切除不受此时间限制），仍无法通过现有医疗手段恢复。

精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。

注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之后的保障责任，须在疾病定义中特别说明。

#### 3.1.1.24 重型再生障碍性贫血

指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少，且须满足下列全部条件：

(1)骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断：骨髓细胞增生程度〈正常的 25%；如 $\geq$ 正常的 25%但 $<50\%$ ，则残存的造血细胞应 $<30\%$ ；

(2)外周血象须具备以下三项条件中的两项：

①中性粒细胞绝对值 $<0.5 \times 10^9/L$ ；

②网织红细胞计数 $<20 \times 10^9/L$ ；

③血小板绝对值 $<20 \times 10^9/L$ 。

#### 3.1.1.25 主动脉手术

指为治疗主动脉疾病或主动脉创伤，已经实施了开胸（含胸腔镜下）或开腹（含腹腔镜下）进行的切除、置换、修补病损主动脉血管、主动脉创伤后修复的手术。主动脉指升主动脉、主动脉弓和降主动脉（含胸主动脉和腹主动脉），不

包括升主动脉、主动脉弓和降主动脉的分支血管。

所有未实施开胸或开腹的动脉内介入治疗不在保障范围内。

#### 3.1.1.26 严重慢性呼吸衰竭

指因慢性呼吸系统疾病导致永久不可逆性的呼吸衰竭，经过积极治疗 180 天后满足以下所有条件：

- (1)静息时出现呼吸困难；
- (2)肺功能第一秒用力呼气容积（FEV1）占预计值的百分比<30%；
- (3)在静息状态、呼吸空气条件下，动脉血氧分压（PaO<sub>2</sub>）<50mmHg。

#### 3.1.1.27 严重克罗恩病

指一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克罗恩病（Crohn 病）病理组织学变化，须根据组织病理学特点诊断，且已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

#### 3.1.1.28 严重溃疡性结肠炎

指伴有致命性电解质紊乱的急性暴发性溃疡性结肠炎，病变已经累及全结肠，表现为严重的血便和系统性症状体征，须根据组织病理学特点诊断，且已经实施了结肠切除或回肠造瘘术。

### 3.1.2 轻度疾病

#### 3.1.2.1 恶性肿瘤——轻度

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO, World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴，但不在“恶性肿瘤——重度”保障范围的疾病。且特指下列六项之一：

- (1) TNM 分期为 I 期的甲状腺癌；
- (2) TNM 分期为 T1N0M0 期的前列腺癌；
- (3)黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

(4)相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

(5)相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

(6)未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 $<10/50$  HPF 和 ki-67 $\leq 2\%$ ）的神经内分泌肿瘤。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”，不在保障范围内：

ICD-0-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；

b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等。

#### 3.1.2.2 较轻急性心肌梗死

急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合（1）检测到肌酸激酶同工酶（CK-MB）或肌钙蛋白（cTn）升高和 / 或降低的动态变化，至少一次达到或超过心肌梗死的临床诊断标准；（2）同时存在下列之一的证据，包括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的病理性 Q 波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。

较轻急性心肌梗死指依照上述标准被明确诊断为急性心肌梗死，但未达到“较重急性心肌梗死”的给付标准。

其他非冠状动脉阻塞性疾病引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在保障范围内。

#### 3.1.2.3 轻度脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，并导致神经系统永久性的功能障碍，但未达到“严重脑中风后遗症”的给付标准，在疾病确诊 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：

(1) 一肢（含）以上肢体肌力为 3 级；

(2) 自主生活能力部分丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项。

### 3.2 重大疾病保险的除外责任

因下列情形之一，导致被保险人发生疾病、达到疾病状态或进行手术的，保险公司不承担保险责任：

3.2.1 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

3.2.2 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；

3.2.3 被保险人故意自伤、或自本合同成立或者本合同效力恢复之日起 2 年内自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；

3.2.4 被保险人服用、吸食或注射毒品；

3.2.5 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无合法有效行驶证的机动车；

3.2.6 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；

3.2.7 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

3.2.8 核爆炸、核辐射或核污染；

3.2.9 遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常。

### 3.3 术语释义

#### 3.3.1 专科医生

专科医生应当同时满足以下四项资格条件：(1)具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；(2)具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；(3)具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；(4)在国家《医院分级管理标准》二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

#### 3.3.2 组织病理学检查

组织病理学检查是通过局部切除、钳取、穿刺等手术方法，从患者机体采取病变组织块，经过包埋、切片后，进行病理检查的方法。

通过采集病变部位脱落细胞、细针吸取病变部位细胞、体腔积液分离病变细胞等方式获取病变细胞，制成涂片，进行病理检查的方法，属于细胞病理学检查，

不属于组织病理学检查。

### 3.3.3 ICD-10 与 ICD-0-3

《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10），是世界卫生组织（WHO）发布的国际通用的疾病分类方法。《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-0-3），是 WHO 发布的针对 ICD 中肿瘤形态学组织学细胞类型、动态、分化程度的补充编码。其中形态学编码：0 代表良性肿瘤；1 代表动态未定性肿瘤；2 代表原位癌和非侵袭性癌；3 代表恶性肿瘤（原发性）；6 代表恶性肿瘤（转移性）；9 代表恶性肿瘤（原发性或转移性未肯定）。如果出现 ICD-10 与 ICD-0-3 不一致的情况，以 ICD-0-3 为准。

### 3.3.4 TNM 分期

TNM 分期采用 AJCC 癌症分期手册标准。该标准由美国癌症联合委员会与国际抗癌联合会 TNM 委员会联合制定，是目前肿瘤医学分期的国际通用标准。T 指原发肿瘤的大小、形态等；N 指淋巴结的转移情况；M 指有无其他脏器的转移情况。

### 3.3.5 甲状腺癌的 TNM 分期

甲状腺癌的 TNM 分期采用目前现行的 AJCC 第八版定义标准，我国国家卫生健康委员会 2018 年发布的《甲状腺癌诊疗规范（2018 年版）》也采用此定义标准，具体见下：

甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hürthle 细胞癌和未分化癌

pTx: 原发肿瘤不能评估

pT0: 无肿瘤证据

pT1: 肿瘤局限在甲状腺内，最大径 $\leq$ 2cm

T1a 肿瘤最大径 $\leq$ 1cm

T1b 肿瘤最大径 $>$ 1cm, $\leq$ 2cm

pT2: 肿瘤 $\geq$ 4cm

pT3: 肿瘤 $>$ 4cm，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT3a: 肿瘤 $>$ 4cm，局限于甲状腺内

**pT3b:** 大体侵犯甲状腺外带状肌，无论肿瘤大小带状肌包括：胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

**pT4:** 大体侵犯甲状腺外带状肌外

**pT4a:** 侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

**pT4b:** 侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管甲状腺髓样癌

**pTx:** 原发肿瘤不能评估

**pT0:** 无肿瘤证据

**pT1:** 肿瘤局限在甲状腺内，最大径 $\leq 2\text{cm}$

**T1a** 肿瘤最大径 $\leq 1\text{cm}$

**T1b** 肿瘤最大径 $>1\text{cm}, \leq 2\text{cm}$

**pT2:** 肿瘤  $2\text{~}4\text{cm}$

**pT3:** 肿瘤 $>4\text{cm}$ ，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

**pT3a:** 肿瘤 $>4\text{cm}$ ，局限于甲状腺内

**pT3b:** 大体侵犯甲状腺外带状肌，无论肿瘤大小带状肌包括：胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

**pT4:** 进展期病变

**pT4a:** 中度进展，任何大小的肿瘤，侵犯甲状腺外颈部周围器官和软组织，如喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

**pT4b:** 重度进展，任何大小的肿瘤，侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管区域淋巴结：适用于所有甲状腺癌

**pNx:** 区域淋巴结无法评估

**pN0:** 无淋巴结转移证据

**pN1:** 区域淋巴结转移

**pN1a:** 转移至 VI、VII区（包括气管旁、气管前、喉前 / Delphian 或上纵隔）淋巴结，可以为单侧或双侧。

**pN1b:** 单侧、双侧或对侧颈淋巴结转移（包括 I、II、III、IV或V区）淋巴结或咽后淋巴结转移。

远处转移：适用于所有甲状腺癌

M0：无远处转移

M1：有远处转移

乳头状或滤泡状癌（分化型）			
年龄<55岁			
	T	N	M
I期	任何	任何	0
II期	任何	任何	1
年龄≥55岁			
I期	1	0/x	0
	2	0/x	0
II期	1~2	1	0
	3a~3b	任何	0
III期	4a	任何	0
IVA期	4b	任何	0
IVB期	任何	任何	1
髓样癌（所有年龄组）			
I期	1	0	0
II期	2~3	0	0
III期	1~3	1a	0
IVA期	4a	任何	0
	1~3	1b	0
IVB期	4b	任何	0
IVC期	任何	任何	1
未分化癌（所有年龄组）			
IVA期	1~3a	0/x	0
IVB期	1~3a	1	0
	3b~4	任何	0
IVC期	任何	任何	1

注：以上表格中“年龄”指患者病理组织标本获取日期时的年龄。

### 3.3.6 肢体

肢体是指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。

### 3.3.7 肌力

指肌肉收缩时的力量。肌力划分为0-5级，具体为：

0级：肌肉完全瘫痪，毫无收缩。

1级：可看到或者触及肌肉轻微收缩，但不能产生动作。

2级：肌肉在不受重力影响下，可进行运动，即肢体能在床面上移动，但不能抬高。

3级：在和地心引力相反的方向中尚能完成其动作，但不能对抗外加阻力。

4级：能对抗一定的阻力，但较正常人为低。

5级：正常肌力。

### 3.3.8 语言能力完全丧失或严重咀嚼吞咽功能障碍

语言能力完全丧失，指无法发出四种语音（包括口唇音、齿舌音、口盖音和喉头音）中的任何三种、或声带全部切除，或因大脑语言中枢受伤害而患失语症。

严重咀嚼吞咽功能障碍，指因牙齿以外的原因导致器质障碍或机能障碍，以致不能作咀嚼吞咽运动，除流质食物外不能摄取或吞咽的状态。

### 3.3.9 六项基本日常生活活动

六项基本日常生活活动是指：(1)穿衣：自己能够穿衣及脱衣；(2)移动：自己从一个房间到另一个房间；(3)行动：自己上下床或上下轮椅；(4)如厕：自己控制进行大小便；(5)进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；(6)洗澡：自己进行淋浴或盆浴。

六项基本日常生活活动能力的鉴定不适用于 0-3 周岁幼儿。

### 3.3.10 永久不可逆

指自疾病确诊或意外伤害发生之日起，经过积极治疗 180 天后，仍无法通过现有医疗手段恢复。

### 3.3.11 美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级

美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）将心功能状态分为四级：

I级：心脏病病人日常活动量不受限制，一般活动不引起乏力、呼吸困难等心衰症状。

II级：心脏病病人体力活动轻度受限制，休息时无自觉症状，一般活动下可

出现心衰症状。

Ⅲ级：心脏病病人体力活动明显受限，低于平时一般活动即引起心衰症状。

Ⅳ级：心脏病病人不能从事任何体力活动，休息状态下也存在心衰症状，活动后加重。

### 3.3.12 感染艾滋病病毒或患艾滋病

艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文缩写为 AIDS。

在人体血液或其他样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

### 3.3.13 遗传性疾病

指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。

### 3.3.14 先天性畸形、变形或染色体异常

指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）确定。

## 4 重大疾病保险宣传材料的相关规定

在重大疾病保险的宣传材料中，如果保障的疾病名称单独出现，应当采用以下主标题和副标题结合的形式。

4.1 〔恶性肿瘤——重度〕——不包括部分早期恶性肿瘤

4.2 较重急性心肌梗死

4.3 严重脑中风后遗症——永久性的功能障碍

4.4 重大器官移植术或造血干细胞移植术——重大器官须异体移植手术

4.5 冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）——须切开心包手术

4.6 严重慢性肾衰竭——须规律透析治疗

4.7 多个肢体缺失——完全性断离

4.8 急性重症肝炎或亚急性重症肝炎

4.9 严重非恶性颅内肿瘤——须开颅手术或放射治疗

4.10 严重慢性肝衰竭——不包括酗酒或药物滥用所致

4.11 严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症——永久性的功能障碍

4.12 深度昏迷——不包括酗酒或药物滥用所致

4.13 双耳失聪——永久不可逆

注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之后的保障责任，须在副标题中注明。

4.14 双目失明——永久不可逆

注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之后的保障责任，须在副标题中注明。

4.15 瘫痪——永久完全

4.16 心脏瓣膜手术——须切开心脏手术

4.17 严重阿尔茨海默病——严重认知功能障碍或自主生活能力完全丧失

注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之前的保障责任，须在副标题中注明。

4.18 严重脑损伤——永久性的功能障碍

4.19 严重原发性帕金森病——自主生活能力完全丧失

注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之前的保障责任，须在副标题中注明。

4.20 严重III度烧伤——至少达体表面积 20%

4.21 严重特发性肺动脉高压——有心力衰竭表现

4.22 严重运动神经元病——自主生活能力完全丧失

注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之前的保障责任，须在副标题中注明。

4.23 语言能力丧失——完全丧失且经积极治疗至少 12 个月

注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之后的保障责任，须在副标题中

## 注明

4.24 重型再生障碍性贫血

4.25 主动脉手术——须开胸（含胸腔镜下）或开腹（含腹腔镜下）手术

4.26 严重慢性呼吸衰竭——永久不可逆

4.27 严重克罗恩病——瘻管形成

4.28 严重溃疡性结肠炎——须结肠切除或回肠造瘘术

4.29 恶性肿瘤——轻度

4.30 较轻急性心肌梗死

4.31 轻度脑中风后遗症——永久性的功能障碍

## 5 附则

5.1 中国保险行业协会设立保险行业疾病定义管理办公室，协助中国银保监会做好健康保险产品监管中有关疾病定义的管理工作，建立行业疾病定义长效管理机制，研究重大疾病保险相关疾病医疗实践的进展情况，原则上至少每 5 年对疾病定义及规范进行全面评估，视评估结果决定是否开展修订工作。

5.2 本规范自发布之日起施行。本规范发布之日前已生效的重大疾病保险合同，保险公司应按该保险合同约定做好相关服务工作。自 2021 年 2 月 1 日起签订的保险期间主要为成年人（十八周岁及以上）阶段的重大疾病保险合同应当符合本规范。

5.3 本规范由中国保险行业协会负责解释。

# 人身保险伤残评定标准

中国保险行业协会、中国法医学会 联合发布

2013年6月8日

## 目录

前 言 .....	1
人身保险伤残评定标准(行业标准) .....	3
1 神经系统的结构和精神功能 .....	3
1.1 脑膜的结构损伤 .....	3
1.2 脑的结构损伤,智力功能障碍 .....	3
1.3 意识功能障碍 .....	3
2 眼,耳和有关的结构和功能 .....	4
2.1 眼球损伤或视功能障碍 .....	4
2.2 视功能障碍 .....	4
2.3 眼球的晶状体结构损伤 .....	5
2.4 眼睑结构损伤 .....	5
2.5 耳廓结构损伤或听功能障碍 .....	5
2.6 听功能障碍 .....	5
3 发声和言语的结构和功能 .....	6
3.1 鼻的结构损伤 .....	6
3.2 口腔的结构损伤 .....	6
3.3 发声和言语的功能障碍 .....	6
4 心血管,免疫和呼吸系统的结构和功能 .....	6
4.1 心脏的结构损伤或功能障碍 .....	6
4.2 脾结构损伤 .....	6
4.3 肺的结构损伤 .....	6
4.4 胸廓的结构损伤 .....	6
5 消化、代谢和内分泌系统有关的结构和功能 .....	7
5.1 咀嚼和吞咽功能障碍 .....	7
5.2 肠的结构损伤 .....	7
5.3 胃结构损伤 .....	7
5.4 胰结构损伤或代谢功能障碍 .....	7
5.5 肝结构损伤 .....	7
6 泌尿和生殖系统有关的结构和功能 .....	8
6.1 泌尿系统的结构损伤 .....	8
6.2 生殖系统的结构损伤 .....	8
7 神经肌肉骨骼和运动有关的结构和功能 .....	8
7.1 头颈部的结构损伤 .....	8

7.2	头颈部关节功能障碍 .....	9
7.3	上肢的结构损伤, 手功能或关节功能障碍 .....	9
7.4	骨盆部的结构损伤 .....	10
7.5	下肢的结构损伤, 足功能或关节功能障碍 .....	10
7.6	四肢的结构损伤, 肢体功能或关节功能障碍 .....	10
7.7	脊柱结构损伤和关节活动功能障碍 .....	11
7.8	肌肉力量功能障碍 .....	11
8	皮肤和有关的结构和功能.....	12
8.1	头颈部皮肤结构损伤和修复功能障碍 .....	12
8.2	各部位皮肤结构损伤和修复功能障碍 .....	13

## 前言

根据保险行业业务发展要求, 制订本标准。

本标准制定过程中参照世界卫生组织《国际功能、残疾和健康分类》(以下简称“ICF”)的理论与方法, 建立新的残疾标准的理论架构、术语体系和分类方法。

本标准制定过程中参考了国内重要的伤残评定标准, 如《劳动能力鉴定, 职工工伤与 职业病致残等级》、《道路交通事故受伤人员伤残评定》等, 符合国内相关的残疾政策, 同时参考了国际上其他国家地区的伤残分级原则和标准。

本标准建立了保险行业人身保险伤残评定和保险金给付比例的基础, 各保险公司应根据自身的业务特点, 根据本标准的方法、内容和结构, 开发保险产品, 提供保险服务。

本标准负责起草单位: 中国保险行业协会。

本标准规定了人身保险伤残程度的评定等级以及保险金给付比例的原则和方法, 人身保险伤残程度分为一至十级, 保险金给付比例分为 100%至 10%。

### 1 适用范围

本标准适用于意外险产品或包括意外责任的保险产品中的伤残保障, 用于评定由于意外伤害因素引起的伤残程度。

### 2 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。

2.1 伤残: 因意外伤害损伤所致的人体残疾。

2.2 身体结构: 指身体的解剖部位, 如器官、肢体及其组成部分。

2.3 身体功能: 指身体各系统的生理功能。

### 3 标准的内容和结构

本标准参照 ICF 有关功能和残疾的分类理论与方法, 建立“神经系统的结构和精神功能”、“眼, 耳和有关的结构和功能”、“发声和言语的结构和功能”、“心血管, 免疫和呼吸系统的结构和功能”、“消化、代谢和内分泌系统有关的结构和功能”、“泌尿和生殖系统有关的结构和功能”、“神经肌肉骨骼和运动有关的结构和功能”和“皮肤和有关的结构和功能” 8 大类, 共 281 项人身保险伤残条目。

本标准对功能和残疾进行了分类和分级，将人身保险伤残程度划分为一至十级，最重为第一级，最轻为第十级。

与人身保险伤残程度等级相对应的保险金给付比例分为十档，伤残程度第一级对应的保险金给付比例为100%，伤残程度第十级对应的保险金给付比例为10%，每级相差10%。

#### 4 伤残的评定原则

4.1 确定伤残类别：评定伤残时，应根据人体的身体结构与功能损伤情况确定所涉及的伤残类别。

4.2 确定伤残等级：应根据伤残情况，在同类别伤残下，确定伤残等级。

4.3 确定保险金给付比例：应根据伤残等级对应的百分比，确定保险金给付比例。

4.4 多处伤残的评定原则：当同一保险事故造成两处或两处以上伤残时，应首先对各处伤残程度分别进行评定，如果几处伤残等级不同，以最重的伤残等级作为最终的评定结论；如果两处或两处以上伤残等级相同，伤残等级在原评定基础上最多晋升一级，最高晋升至第一级。同一部位和性质的伤残，不应采用本标准条文两条以上或者同一条文两次以上进行评定。

#### 5 说明

本标准中“以上”均包括本数值或本部位。

### 人身保险伤残评定标准（行业标准）

说明：本标准对功能和残疾进行了分类和分级，将人身保险伤残程度划分为一至十级，最重为第一级，最轻为第十级。与人身保险伤残程度等级相对应的保险金给付比例分为十档，伤残程度第一级对应的保险金给付比例为100%，伤残程度第十级对应的保险金给付比例为10%，每级相差10%。

#### 1 神经系统的结构和精神功能

##### 1.1 脑膜的结构损伤

外伤性脑脊液鼻漏或耳漏	10 级
-------------	------

##### 1.2 脑的结构损伤，智力功能障碍

颅脑损伤导致极度智力缺损(智商小于等于 20)，日常生活完全不能自理，处于完全护理依赖状态	1 级
颅脑损伤导致重度智力缺损(智商小于等于 34)，日常生活需随时有人帮助才能完成，处于完全护理依赖状态	2 级
颅脑损伤导致重度智力缺损(智商小于等于 34)，不能完全独立生活，需经常有人监护，处于大部分护理依赖状态	3 级

颅脑损伤导致中度智力缺损(智商小于等于 49)，日常生活能力严重受限，间或需要帮助，处于大部分护理依赖状态	4 级
---	-----

注：①护理依赖：应用“基本日常生活活动能力”的丧失程度来判断护理依赖程度。

②基本日常生活活动是指：(1)穿衣：自己能够穿衣及脱衣；(2)移动：自己从一个房间到另一个房间；(3)行动：自己上下床或上下轮椅；(4)如厕：自己控制进行大小便；(5)进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；(6)洗澡：自己进行淋浴或盆浴。

③护理依赖的程度分三级：(1)完全护理依赖指生活完全不能自理，上述六项基本日常生活活动均需护理者；(2)大部分护理依赖指生活大部不能自理，上述六项基本日常生活活动中三项或三项以上需要护理者；(3)部分护理依赖指部分生活不能自理，上述六项基本日常生活活动中一项或一项以上需要护理者。

### 1.3 意识功能障碍

意识功能是指意识和警觉状态下的一般精神功能，包括清醒和持续的觉醒状态。本标准中的意识功能障碍是指颅脑损伤导致植物状态。

颅脑损伤导致植物状态	1 级
------------	-----

注：植物状态指由于严重颅脑损伤造成认知功能丧失，无意识活动，不能执行命令，保持自主呼吸和血压，有睡眠-醒觉周期，不能理解和表达语言，能自动睁眼或刺激下睁眼，可有无目的性眼球跟踪运动，丘脑下部及脑干功能基本保存。

## 2 眼，耳和有关的结构和功能

### 2.1 眼球损伤或视功能障碍

视功能是指与感受存在的光线和感受视觉刺激的形式、大小、形状和颜色等有关的感觉功能。本标准中的视功能障碍是指眼盲目或低视力。

双侧眼球缺失	1 级
一侧眼球缺失，且另一侧眼盲目 5 级	1 级
一侧眼球缺失，且另一侧眼盲目 4 级	2 级
一侧眼球缺失，且另一侧眼盲目 3 级	3 级
一侧眼球缺失，且另一侧眼低视力 2 级	4 级
一侧眼球缺失，且另一侧眼低视力 1 级	5 级
一侧眼球缺失	7 级

## 2.2 视功能障碍

除眼盲目和低视力外，本标准中的视功能障碍还包括视野缺损。

双眼盲目 5 级	2 级
双眼视野缺损，直径小于 5°	2 级
双眼盲目大于等于 4 级	3 级
双眼视野缺损，直径小于 10°	3 级
双眼盲目大于等于 3 级	4 级
双眼视野缺损，直径小于 20°	4 级
双眼低视力大于等于 2 级	5 级
双眼低视力大于等于 1 级	6 级
双眼视野缺损，直径小于 60°	6 级
一眼盲目 5 级	7 级
一眼视野缺损，直径小于 5°	7 级
一眼盲目大于等于 4 级	8 级
一眼视野缺损，直径小于 10°	8 级
一眼盲目大于等于 3 级	9 级
一眼视野缺损，直径小于 20°	9 级
一眼低视力大于等于 1 级	10 级
一眼视野缺损，直径小于 60°	10 级

注：①视力和视野

级别		低视力及盲目分级标准	
		最好矫正视力	
		最好矫正视力低于	最低矫正视力等于或优于
低视力	1	0.3	0.1
	2	0.1	0.05 (三米指数)
盲目	3	0.05	0.02 (一米指数)
	4	0.02	光感

	5	无光感
--	---	-----

如果中心视力好而视野缩小，以中央注视点为中心，视野直径小于 20° 而大于 10° 者为盲目 3 级；如直径小于 10° 者为盲目 4 级。

本标准视力以矫正视力为准，经治疗而无法恢复者。

②视野缺损指因损伤导致眼球注视前方而不转动所能看到的空间范围缩窄，以致难以从事正常工作、学习或其他活动。

### 2.3 眼球的晶状体结构损伤

外伤性白内障	10 级
--------	------

注：外伤性白内障：凡未做手术者，均适用本条；外伤性白内障术后遗留相关视功能障碍，参照有关条款评定伤残等级。

### 2.4 眼睑结构损伤

双侧眼睑显著缺损	8 级
双侧眼睑外翻	8 级
双侧眼睑闭合不全	8 级
一侧眼睑显著缺损	9 级
一侧眼睑外翻	9 级
一侧眼睑闭合不全	9 级

注：眼睑显著缺损指闭眼时眼睑不能完全覆盖角膜。

### 2.5 耳廓结构损伤或听功能障碍

听功能是指与感受存在的声音和辨别方位、音调、音量和音质有关的感觉功能。

双耳听力损失大于等于 91dB，且双侧耳廓缺失	2 级
双耳听力损失大于等于 91dB，且一侧耳廓缺失	3 级
一耳听力损失大于等于 91dB，另一耳听力损失大于等于 71dB，且一侧耳廓缺失，另一侧耳廓缺失大于等于 50%	3 级
双耳听力损失大于等于 71dB，且双侧耳廓缺失	3 级
双耳听力损失大于等于 71dB，且一侧耳廓缺失	4 级
双耳听力损失大于等于 56dB，且双侧耳廓缺失	4 级
一耳听力损失大于等于 91dB，另一耳听力损失大于等于 71dB，且一侧耳	4 级

廓缺失大于等于 50%	
双耳听力损失大于等于 71dB, 且一侧耳廓缺失大于等于 50%	5 级
双耳听力损失大于等于 56dB, 且一侧耳廓缺失	5 级
双侧耳廓缺失	5 级
一侧耳廓缺失, 且另一侧耳廓缺失大于等于 50%	6 级
一侧耳廓缺失	8 级
一侧耳廓缺失大于等于 50%	9 级

## 2.6 听功能障碍

双耳听力损失大于等于 91dB	4 级
双耳听力损失大于等于 81dB	5 级
一耳听力损失大于等于 91dB, 且另一耳听力损失大于等于 71dB	5 级
双耳听力损失大于等于 71dB	6 级
一耳听力损失大于等于 91dB, 且另一耳听力损失大于等于 56dB	6 级
一耳听力损失大于等于 91dB, 且另一耳听力损失大于等于 41dB	7 级
一耳听力损失大于等于 71dB, 且另一耳听力损失大于等于 56dB	7 级
一耳听力损失大于等于 71dB, 且另一耳听力损失大于等于 41dB	8 级
一耳听力损失大于等于 91dB	8 级
一耳听力损失大于等于 56dB, 且另一耳听力损失大于等于 41dB	9 级
一耳听力损失大于等于 71dB	9 级
双耳听力损失大于等于 26dB	10 级
一耳听力损失大于等于 56dB	10 级

## 3 发声和言语的结构和功能

### 3.1 鼻的结构损伤

外鼻部完全缺失	5 级
外鼻部大部分缺损	7 级
鼻尖及一侧鼻翼缺损	8 级
双侧鼻腔或鼻咽部闭锁	8 级

一侧鼻翼缺损	9 级
单侧鼻腔或鼻孔闭锁	10 级

### 3.2 口腔的结构损伤

舌缺损大于全舌的 2/3	3 级
舌缺损大于全舌的 1/3	6 级
口腔损伤导致牙齿脱落大于等于 16 枚	9 级
口腔损伤导致牙齿脱落大于等于 8 枚	10 级

### 3.3 发声和言语的功能障碍

本标准中的发声和言语的功能障碍是指语言功能丧失。

语言功能完全丧失	8 级
----------	-----

注：语言功能完全丧失指构成语言的口唇音、齿舌音、口盖音和喉头音的四种语言功能中，有三种以上不能构声、或声带全部切除，或因大脑语言中枢受伤害而患失语症，并须有资格的耳鼻喉科医师出具医疗诊断证明，但不包括任何心理障碍引致的失语。

## 4 心血管，免疫和呼吸系统的结构和功能

### 4.1 心脏的结构损伤或功能障碍

胸部损伤导致心肺联合移植	1 级
胸部损伤导致心脏贯通伤修补术后，心电图有明显改变	3 级
胸部损伤导致心肌破裂修补	8 级

### 4.2 脾结构损伤

腹部损伤导致脾切除	8 级
腹部损伤导致脾部分切除	9 级
腹部损伤导致脾破裂修补	10 级

### 4.3 肺的结构损伤

胸部损伤导致一侧全肺切除	4 级
胸部损伤导致双侧肺叶切除	4 级
胸部损伤导致同侧双肺叶切除	5 级
胸部损伤导致肺叶切除	7 级

#### 4.4 胸廓的结构损伤

本标准中的胸廓的结构损伤是指肋骨骨折或缺失。

胸部损伤导致大于等于 12 根肋骨骨折	8 级
胸部损伤导致大于等于 8 根肋骨骨折	9 级
胸部损伤导致大于等于 4 根肋骨缺失	9 级
胸部损伤导致大于等于 4 根肋骨骨折	10 级
胸部损伤导致大于等于 2 根肋骨缺失	10 级

#### 5 消化、代谢和内分泌系统有关的结构和功能

##### 5.1 咀嚼和吞咽功能障碍

咀嚼是指用后牙(如磨牙)碾、磨或咀嚼食物的功能。吞咽是指通过口腔、咽和食道把食物和饮料以适宜的频率和速度送入胃中的功能。

咀嚼、吞咽功能完全丧失	1 级
-------------	-----

注：咀嚼、吞咽功能丧失指由于牙齿以外的原因引起器质障碍或机能障碍，以致不能作咀嚼、吞咽运动，除流质食物外不能摄取或吞咽的状态。

##### 5.2 肠的结构损伤

腹部损伤导致小肠切除大于等于 90%	1 级
腹部损伤导致小肠切除大于等于 75%，合并短肠综合症	2 级
腹部损伤导致小肠切除大于等于 75%	4 级
腹部或骨盆部损伤导致全结肠、直肠、肛门结构切除，回肠造瘘	4 级
腹部或骨盆部损伤导致直肠、肛门切除，且结肠部分切除，结肠造瘘	5 级
腹部损伤导致小肠切除大于等于 50%，且包括回盲部切除	6 级
腹部损伤导致小肠切除大于等于 50%	7 级
腹部损伤导致结肠切除大于等于 50%	7 级
腹部损伤导致结肠部分切除	8 级
骨盆部损伤导致直肠、肛门损伤，且遗留永久性乙状结肠造口	9 级
骨盆部损伤导致直肠、肛门损伤，且瘢痕形成	10 级

##### 5.3 胃结构损伤

腹部损伤导致全胃切除	4 级
------------	-----

腹部损伤导致胃切除大于等于 50%	7 级
-------------------	-----

#### 5.4 胰结构损伤或代谢功能障碍

本标准中的代谢功能障碍是指胰岛素依赖。

腹部损伤导致胰完全切除	1 级
腹部损伤导致胰切除大于等于 50%，且伴有胰岛素依赖	3 级
腹部损伤导致胰头、十二指肠切除	4 级
腹部损伤导致胰切除大于等于 50%	6 级
腹部损伤导致胰部分切除	8 级

#### 5.5 肝结构损伤

腹部损伤导致肝切除大于等于 75%	2 级
腹部损伤导致肝切除大于等于 50%	5 级
腹部损伤导致肝部分切除 8 级	8 级

### 6 泌尿和生殖系统有关的结构和功能

#### 6.1 泌尿系统的结构损伤

腹部损伤导致双侧肾切除	1 级
腹部损伤导致孤肾切除	1 级
骨盆部损伤导致双侧输尿管缺失	5 级
骨盆部损伤导致双侧输尿管闭锁	5 级
骨盆部损伤导致一侧输尿管缺失，另一侧输尿管闭锁	5 级
骨盆部损伤导致膀胱切除	5 级
骨盆部损伤导致尿道闭锁	5 级
骨盆部损伤导致一侧输尿管缺失，另一侧输尿管严重狭窄	7 级
骨盆部损伤导致一侧输尿管闭锁，另一侧输尿管严重狭窄	7 级
腹部损伤导致一侧肾切除	8 级
骨盆部损伤导致双侧输尿管严重狭窄	8 级
骨盆部损伤导致一侧输尿管缺失，另一侧输尿管狭窄	8 级
骨盆部损伤导致一侧输尿管闭锁，另一侧输尿管狭窄	8 级

腹部损伤导致一侧肾部分切除	9 级
骨盆部损伤导致一侧输尿管缺失	9 级
骨盆部损伤导致一侧输尿管闭锁	9 级
骨盆部损伤导致尿道狭窄	9 级
骨盆部损伤导致膀胱部分切除	9 级
腹部损伤导致肾破裂修补	10 级
骨盆部损伤导致一侧输尿管严重狭窄	10 级
骨盆部损伤导致膀胱破裂修补	10 级

## 6.2 生殖系统的结构损伤

会阴部损伤导致双侧睾丸缺失	3 级
会阴部损伤导致双侧睾丸完全萎缩	3 级
会阴部损伤导致一侧睾丸缺失，另一侧睾丸完全萎缩	3 级
会阴部损伤导致阴茎体完全缺失	4 级
会阴部损伤导致阴道闭锁	5 级
会阴部损伤导致阴茎体缺失大于 50%	5 级
会阴部损伤导致双侧输精管缺失	6 级
会阴部损伤导致双侧输精管闭锁	6 级
会阴部损伤导致一侧输精管缺失，另一侧输精管闭锁	6 级
胸部损伤导致女性双侧乳房缺失	7 级
骨盆部损伤导致子宫切除	7 级
胸部损伤导致女性一侧乳房缺失，另一侧乳房部分缺失	8 级
胸部损伤导致女性一侧乳房缺失	9 级
骨盆部损伤导致子宫部分切除	9 级
骨盆部损伤导致子宫破裂修补	10 级
会阴部损伤导致一侧睾丸缺失	10 级
会阴部损伤导致一侧睾丸完全萎缩	10 级
会阴部损伤导致一侧输精管缺失	10 级

会阴部损伤导致一侧输精管闭锁	10 级
----------------	------

## 7 神经肌肉骨骼和运动有关的结构和功能

### 7.1 头颈部的结构损伤

双侧上颌骨完全缺失	2 级
双侧下颌骨完全缺失	2 级
一侧上颌骨及对侧下颌骨完全缺失	2 级
同侧上、下颌骨完全缺失	3 级
上颌骨、下颌骨缺损，且牙齿脱落大于等于 24 枚	3 级
一侧上颌骨完全缺失	3 级
一侧下颌骨完全缺失	3 级
一侧上颌骨缺损大于等于 50%，且口腔、颜面部软组织缺损大于 $20\text{cm}^2$	4 级
一侧下颌骨缺损大于等于 6cm，且口腔、颜面部软组织缺损大于 $20\text{cm}^2$	4 级
面颊部洞穿性缺损大于 $20\text{cm}^2$	4 级
上颌骨、下颌骨缺损，且牙齿脱落大于等于 20 枚	5 级
一侧上颌骨缺损大于 25%，小于 50%，且口腔、颜面部软组织缺损大于 $10\text{cm}^2$	5 级
一侧下颌骨缺损大于等于 4cm，且口腔、颜面部软组织缺损大于 $10\text{cm}^2$	5 级
一侧上颌骨缺损等于 25%，且口腔、颜面部软组织缺损大于 $10\text{cm}^2$	6 级
面部软组织缺损大于 $20\text{cm}^2$ ，且伴发涎瘘	6 级
上颌骨、下颌骨缺损，且牙齿脱落大于等于 16 枚	7 级
上颌骨、下颌骨缺损，且牙齿脱落大于等于 12 枚	8 级
上颌骨、下颌骨缺损，且牙齿脱落大于等于 8 枚	9 级
上颌骨、下颌骨缺损，且牙齿脱落大于等于 4 枚	10 级
颅骨缺损大于等于 $6\text{cm}^2$	10 级

### 7.2 头颈部关节功能障碍

单侧颞下颌关节强直，张口困难Ⅲ度	6 级
------------------	-----

双侧颞下颌关节强直，张口困难Ⅲ度	6 级
双侧颞下颌关节强直，张口困难Ⅱ度	8 级
一侧颞下颌关节强直，张口困难Ⅰ度	10 级

注：张口困难判定及测量方法是以患者自身的食指、中指、无名指并列垂直置入上、下中切牙切缘间测量。正常张口度指张口时上述三指可垂直置入上、下切牙切缘间（相当于 4.5cm 左右）；张口困难Ⅰ度指大张口时，只能垂直置入食指和中指（相当于 3cm 左右）；张口困难Ⅱ度指大张口时，只能垂直置入食指（相当于 1.7cm 左右）；张口困难Ⅲ度指大张口时，上、下切牙间距小于食指之横径。

### 7.3 上肢的结构损伤，手功能或关节功能障碍

双手完全缺失	4 级
双手完全丧失功能	4 级
一手完全缺失，另一手完全丧失功能	4 级
双手缺失（或丧失功能）大于等于 90%	5 级
双手缺失（或丧失功能）大于等于 70%	6 级
双手缺失（或丧失功能）大于等于 50%	7 级
一上肢三大关节中，有两个关节完全丧失功能	7 级
一上肢三大关节中，有一个关节完全丧失功能	8 级
双手缺失（或丧失功能）大于等于 30%	8 级
双手缺失（或丧失功能）大于等于 10%	9 级
双上肢长度相差大于等于 10cm	9 级
双上肢长度相差大于等于 4cm	10 级
一上肢三大关节中，因骨折累及关节面导致一个关节功能部分丧失	10 级

注：手缺失和丧失功能的计算：一手拇指占一手功能的 36%，其中末节和近节指节各占 18%；食指、中指各占一手功能的 18%，其中末节指节占 8%，中节指节占 7%，近节指节占 3%；无名指和小指各占一手功能的 9%，其中末节指节占 4%，中节指节占 3%，近节指节占 2%。一手掌占一手功能的 10%，其中第一掌骨占 4%，第二、第三掌骨各占 2%，第四、第五掌骨各占 1%。本标准中，双手缺失或丧失功能的程度是按前面方式累加计算的结果。

### 7.4 骨盆部的结构损伤

骨盆环骨折，且两下肢相对长度相差大于等于 8cm	7 级
髌臼骨折，且两下肢相对长度相差大于等于 8cm	7 级
骨盆环骨折，且两下肢相对长度相差大于等于 6cm	8 级
髌臼骨折，且两下肢相对长度相差大于等于 6cm	8 级
骨盆环骨折，且两下肢相对长度相差大于等于 4cm	9 级
髌臼骨折，且两下肢相对长度相差大于等于 4cm	9 级
骨盆环骨折，且两下肢相对长度相差大于等于 2cm	10 级
髌臼骨折，且两下肢相对长度相差大于等于 2cm	10 级

#### 7.5 下肢的结构损伤，足功能或关节功能障碍

双足跗跖关节以上缺失	6 级
双下肢长度相差大于等于 8cm	7 级
一下肢三大关节中，有两个关节完全丧失功能	7 级
双足足弓结构完全破坏	7 级
一足跗跖关节以上缺失	7 级
双下肢长度相差大于等于 6cm	8 级
一足足弓结构完全破坏，另一足足弓结构破坏大于等于 1/3	8 级
双足十趾完全缺失	8 级
一下肢三大关节中，有一个关节完全丧失功能	8 级
双足十趾完全丧失功能	8 级
双下肢长度相差大于等于 4cm	9 级
一足足弓结构完全破坏	9 级
双足十趾中，大于等于五趾缺失	9 级
一足五趾完全丧失功能	9 级
一足足弓结构破坏大于等于 1/3	10 级
双足十趾中，大于等于两趾缺失	10 级
双下肢长度相差大于等于 2cm	10 级
一下肢三大关节中，因骨折累及关节面导致一个关节功能部分丧失	10 级

注：①足弓结构破坏：指意外损伤导致的足弓缺失或丧失功能。

②足弓结构完全破坏指足的内、外侧纵弓和横弓结构完全破坏，包括缺失和丧失功能；足弓 1/3 结构破坏指足三弓的任一弓的结构破坏。

③足趾缺失：指自趾关节以上完全切断。

#### 7.6 四肢的结构损伤，肢体功能或关节功能障碍

三肢以上缺失(上肢在腕关节以上, 下肢在踝关节以上)	1 级
三肢以上完全丧失功能	1 级
二肢缺失(上肢在腕关节以上, 下肢在踝关节以上), 且第三肢完全丧失功能	1 级
一肢缺失(上肢在腕关节以上, 下肢在踝关节以上), 且另二肢完全丧失功能	1 级
二肢缺失(上肢在肘关节以上, 下肢在膝关节以上)	2 级
一肢缺失(上肢在肘关节以上, 下肢在膝关节以上), 且另一肢完全丧失功能	2 级
二肢完全丧失功能	2 级
一肢缺失(上肢在腕关节以上, 下肢在踝关节以上), 且另一肢完全丧失功能	3 级
二肢缺失(上肢在腕关节以上, 下肢在踝关节以上)	3 级
两上肢、或两下肢、或一上肢及一下肢, 各有三大关节中的两个关节完全丧失功能	4 级
一肢缺失(上肢在肘关节以上, 下肢在膝关节以上)	5 级
一肢完全丧失功能	5 级
一肢缺失(上肢在腕关节以上, 下肢在踝关节以上)	6 级
四肢长骨一骺板以上粉碎性骨折	9 级

注：① 骺板：骺板的定义只适用于儿童，四肢长骨骺板骨折可能影响肢体发育，如果存在肢体发育障碍的，应当另行评定伤残等级。

②肢体丧失功能指意外损伤导致肢体三大关节(上肢腕关节、肘关节、肩关节或下肢踝关节、膝关节、髋关节)功能的丧失。

③关节功能的丧失指关节永久完全僵硬、或麻痹、或关节不能随意识活动。

## 7.7 脊柱结构损伤和关节活动功能障碍

本标准中的脊柱结构损伤是指颈椎或腰椎的骨折脱位，本标准中的关节活动功能障碍是指颈部或腰部活动度丧失。

脊柱骨折脱位导致颈椎或腰椎畸形愈合，且颈部或腰部活动度丧失大于等于 75%	7 级
脊柱骨折脱位导致颈椎或腰椎畸形愈合，且颈部或腰部活动度丧失大于等于 50%	8 级
脊柱骨折脱位导致颈椎或腰椎畸形愈合，且颈部或腰部活动度丧失大于等于 25%	9 级

## 7.8 肌肉力量功能障碍

肌肉力量功能是指与肌肉或肌群收缩产生力量有关的功能。本标准中的肌肉力量功能障碍是指四肢瘫、偏瘫、截瘫或单瘫。

四肢瘫(三肢以上肌力小于等于 3 级)	1 级
截瘫(肌力小于等于 2 级)且大便和小便失禁	1 级
四肢瘫(二肢以上肌力小于等于 2 级)	2 级
偏瘫(肌力小于等于 2 级)	2 级
截瘫(肌力小于等于 2 级)	2 级
四肢瘫(二肢以上肌力小于等于 3 级)	3 级
偏瘫(肌力小于等于 3 级)	3 级
截瘫(肌力小于等于 3 级)	3 级
四肢瘫(二肢以上肌力小于等于 4 级)	4 级
偏瘫(一肢肌力小于等于 2 级)	5 级
截瘫(一肢肌力小于等于 2 级)	5 级
单瘫(肌力小于等于 2 级)	5 级
偏瘫(一肢肌力小于等于 3 级)	6 级
截瘫(一肢肌力小于等于 3 级)	6 级
单瘫(肌力小于等于 3 级)	6 级
偏瘫(一肢肌力小于等于 4 级)	7 级

截瘫(一肢肌力小于等于 4 级)	7 级
单瘫(肌力小于等于 4 级)	8 级

注：① 偏瘫指一侧上下肢的瘫痪。

② 截瘫指脊髓损伤后，受伤平面以下双侧肢体感觉、运动、反射等消失和膀胱、肛门括约肌功能丧失的病症。

③ 单瘫指一个肢体或肢体的某一部分瘫痪。

④肌力：为判断肢体瘫痪程度，将肌力分级划分为 0-5 级。

0 级：肌肉完全瘫痪，毫无收缩。

1 级：可看到或触及肌肉轻微收缩，但不能产生动作。

2 级：肌肉在不受重力影响下，可进行运动，即肢体能在床面上移动，但不能抬高。

3 级：在和地心引力相反的方向中尚能完成其动作，但不能对抗外加的阻力。

4 级：能对抗一定的阻力，但较正常人为低。

5 级：正常肌力。

## 8 皮肤和有关的结构和功能

### 8.1 头颈部皮肤结构损伤和修复功能障碍

皮肤的修复功能是指修复皮肤破损和其他损伤的功能。本标准中的皮肤修复功能障碍是指瘢痕形成。

头颈部Ⅲ度烧伤，面积大于等于全身体表面积的 8%	2 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于面部皮肤面积的 90%	2 级
颈部皮肤损伤导致瘢痕形成，颈部活动度完全丧失	3 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于面部皮肤面积的 80%	3 级
颈部皮肤损伤导致瘢痕形成，颈部活动度丧失大于等于 75%	4 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于面部皮肤面积的 60%	4 级
头颈部Ⅲ度烧伤，面积大于等于全身体表面积的 5%，且小于 8%	5 级
颈部皮肤损伤导致瘢痕形成，颈部活动度丧失大于等于 50%	5 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于面部皮肤面积的 40%	5 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于面部皮肤面积的 20%	6 级

头部撕脱伤后导致头皮缺失，面积大于等于头皮面积的 20%	6 级
颈部皮肤损伤导致颈前三角区瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于颈前三角区面积的 75%	7 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于 24cm <sup>2</sup>	7 级
头颈部Ⅲ度烧伤，面积大于等于全身体表面积的 2%，且小于 5%	8 级
颈部皮肤损伤导致颈前三角区瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于颈前三角区面积的 50%	8 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于 18cm <sup>2</sup>	8 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于 12cm <sup>2</sup> 或面部线条状瘢痕大于等于 20cm	9 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于 6cm <sup>2</sup> 或面部线条状瘢痕大于等于 10cm	10 级

注：① 瘢痕：指创面愈合后的增生性瘢痕，不包括皮肤平整、无明显质地改变的萎缩性瘢痕或疤痕。

②面部的范围和瘢痕面积的计算：面部的范围指上至发际、下至下颌下缘、两侧至下颌支后缘之间的区域，包括额部、眼部、眶部、鼻部、口唇部、颈部、颧部、颊部和腮腺咬肌部。面部瘢痕面积的计算采用全面部和 5 等分面部以及实测瘢痕面积的方法，分别计算瘢痕面积。面部多处瘢痕，其面积可以累加计算。

③颈前三角区：两边为胸锁乳突肌前缘，底为舌骨体上缘及下颌骨下缘。

## 8.2 各部位皮肤结构损伤和修复功能障碍

皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 90%	1 级
躯干及四肢Ⅲ度烧伤，面积大于等于全身皮肤面积的 60%	1 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 80%	2 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 70%	3 级
躯干及四肢Ⅲ度烧伤，面积大于等于全身皮肤面积的 40%	3 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 60%	4 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 50%	5 级
躯干及四肢Ⅲ度烧伤，面积大于等于全身皮肤面积的 20%	5 级

皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 40%	6 级
腹部损伤导致腹壁缺损面积大于等于腹壁面积的 25%	6 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 30%	7 级
躯干及四肢III度烧伤，面积大于等于全身皮肤面积的 10%	7 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 20%	8 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 5%	9 级

注：①全身皮肤瘢痕面积的计算：按皮肤瘢痕面积占全身体表面积的百分数来计算，即中国新九分法：在 100%的体表总面积中：头颈部占 9% (9×1) (头部、面部、颈部各占 3%)；双上肢占 18% (9×2) (双上臂 7%，双前臂 6%，双手 5%)；躯干前后包括会阴占 27% (9×3) (前躯 13%，后躯 13%，会阴 1%)；双下肢(含臀部)占 46% (双臀 5%，双大腿 21%，双小腿 13%，双足 7%) (9×5+1) (女性双足和臀各占 6%)。

② 烧伤面积和烧伤深度：烧伤面积的计算按中国新九分法，烧伤深度按三度四分法。III度烧伤指烧伤深达皮肤全层甚至达到皮下、肌肉和骨骼。烧伤事故不包括冻伤、吸入性损伤(又称呼吸道烧伤)和电击伤。烧伤后按烧伤面积、深度评定伤残等级，待医疗终结后，可以依据造成的功能障碍程度、皮肤瘢痕面积大小评定伤残等级，最终的伤残等级以严重者为准则。

## 关于废止《人身损害医疗费审核与评定准则》的通知

粤鉴协〔2022〕1号

各鉴定机构：

为进一步规范司法鉴定执业，根据司法部印发的《法医类司法鉴定执业分类规定》（司规〔2020〕3号）（以下简称“执业分类规定”）规定，经我会研究决定，对2018年下发的《关于发布〈法医临床司法鉴定行业指引〉（修订版）的通知》（粤鉴协〔2018〕31号）中附件3《人身损害医疗费的审核与评定准则》予以废止，自本通知印发之日起停止使用，如需受理法医临床赔偿相关的鉴定事项，请严格按照执业分类规定第十七条的要求执行，不得随意扩大该执业规定范围受理与其相关的费用评定项目。

本通知印发之日起鉴定机构不得再受理人身损害医疗费用相关的鉴定，本通知印发之前已经受理但还未出具鉴定意见书的案件，鉴定机构可以与委托方协商沟通，在双方书面确认同意的前提下，办理完已受理的案件。

广东省司法鉴定协会

2022年12月27日

# 中国保监会关于印发《人身保险销售误导行为认定指引》的通知

保监发〔2012〕87号

各保监局，机关各部门，各人身保险公司、保险代理机构、保险经纪机构：

为了规范对人身保险销售误导行为的认定，明确执法标准，有效惩处销售误导行为，切实维护投保人、被保险人或者受益人的合法权益，我会制定了《人身保险销售误导行为认定指引》（以下简称《指引》）。现就《指引》适用的有关事宜说明如下：

一、查处人身保险销售误导行为，有《指引》所列行为之一的，通常按照下列要求认定违法行为：

人身保险公司、保险代理机构以及办理保险销售业务的人员，有《指引》第五条、第六条规定行为之一的，可以认定为《保险法》第116条或者第131条规定的“欺骗投保人、被保险人或者受益人”的行为，依照《保险法》进行处罚。

人身保险公司、保险代理机构以及办理保险销售业务的人员，有《指引》第七条规定行为之一的，可以认定为《保险法》第116条或者第131条规定的“隐瞒与保险合同有关的重要情况”的行为，依照《保险法》进行处罚。

人身保险公司、保险代理机构以及办理保险销售业务的人员，有《指引》第八条规定行为的，认定为《保险法》第116条或者第131条规定的阻碍投保人履行如实告知义务，或者诱导其不履行如实告知义务的行为，依照《保险法》进行处罚。

人身保险公司、保险代理机构以及办理保险销售业务的人员，有《指引》第九条规定行为之一的，应当根据案件的具体情况，明确违法行为的性质，依法进行处罚。

二、违法行为不能按照前条要求予以认定的，应当根据个案的具体情况，明确违法行为性质与法律适用。

查处人身保险销售误导行为，应当充分考虑违法行为的复杂多样性，正确行

使行政处罚裁量权，确保行政执法合法性与合理性的统一。《指引》所列举的行为，不能按照前条有关要求予以认定的，应当根据物证、书证、调查笔录、现场检查事实确认书等证明材料，重点结合违法行为的表现形式、实施目的、危害后果等因素，依法适用其他规定实施处罚。

《指引》是规范行政处罚裁量权的指导性文件，供各保监局、机关各部门在认定保险销售误导违法行为时参考。对违法行为实施处罚的，应当依法以法律、行政法规、规章或者其他规范性文件的规定作为执法依据。

中国保监会

2012年9月29日

## 人身保险销售误导行为认定指引

第一条 为了规范对人身保险销售误导行为的认定，明确执法标准，有效惩处销售误导行为，切实维护投保人、被保险人或者受益人合法权益，根据《中华人民共和国保险法》（以下简称《保险法》）等法律、行政法规和中国保险监督管理委员会（以下简称中国保监会）的有关规定，制定本指引。

第二条 本指引所称销售误导，是指人身保险公司、保险代理机构以及办理保险销售业务的人员，在人身保险业务活动中，违反《保险法》等法律、行政法规和中国保监会的有关规定，通过欺骗、隐瞒或者诱导等方式，对有关保险产品的情况作引人误解的宣传或者说明的行为。

前款所称办理保险销售业务的人员，是指人身保险公司、保险代理机构中销售保险的工作人员，以及受人身保险公司委托，代理人身保险公司销售保险的人员。

第三条 本指引所称欺骗，是指人身保险公司、保险代理机构以及办理保险销售业务的人员，在人身保险业务活动中，违反《保险法》等法律、行政法规和

中国保监会的有关规定，对有关保险产品的真实情况进行虚假陈述。

本指引所称隐瞒，是指人身保险公司、保险代理机构以及办理保险销售业务的人员，在人身保险业务活动中，违反《保险法》等法律、行政法规和中国保监会的有关规定，对与保险合同有关的重要情况不予告知或者予以掩盖。

第四条 办理人身保险业务应当遵循守法合规、诚实信用的原则，不得损害投保人、被保险人或者受益人合法权益。

第五条 人身保险公司、保险代理机构以及办理保险销售业务的人员，不得在营业网点、公共场所等区域，或者利用产品说明会、新闻媒体、公司网站以及其它媒介等对有关保险产品的情况进行虚假宣传。

第六条 人身保险公司、保险代理机构以及办理保险销售业务的人员，在人身保险业务活动中，不得有下列欺骗行为：

- （一）夸大保险责任或者保险产品收益；
- （二）对与保险业务相关的法律、法规、政策作虚假宣传；
- （三）以赠送保险名义宣传销售保险产品，实际并未赠送；
- （四）以保险产品即将停售为由进行宣传销售，实际并未停售；
- （五）对保险公司的股东情况、经营状况以及过往经营成果作虚假宣传；
- （六）以银行理财产品、银行存款、证券投资基金份额等其他金融产品的名义宣传销售保险产品；
- （七）将本公司的保险产品宣传为其他保险公司或者金融机构开发的产品进行销售，或者将本公司的销售人员宣传为其他保险公司或者金融机构的销售人员；
- （八）其他欺骗行为。

第七条 人身保险公司、保险代理机构以及办理保险销售业务的人员，在人身保险业务活动中，不得隐瞒下列与保险合同有关的重要情况：

- （一）免除保险人责任的条款；
- （二）提前解除人身保险合同可能产生的损失；
- （三）万能保险、投资连结保险费用扣除情况；

- (四) 人身保险新型产品保单利益的不确定性；
- (五) 人身保险产品保险期间、交费期限，以及不按期交纳保费的后果；
- (六) 人身保险合同观察期的起算时间以及对投保人权益的影响；
- (七) 人身保险合同犹豫期起算时间、期间及投保人犹豫期内享有的权利；
- (八) 其他重要情况。

第八条 人身保险公司、保险代理机构以及办理保险销售业务的人员，在人身保险业务活动中，不得阻碍投保人履行《保险法》规定的如实告知义务，不得以利诱、唆使等不当引导方式，诱导投保人不履行《保险法》规定的如实告知义务。

第九条 人身保险公司、保险代理机构以及办理保险销售业务的人员，在人身保险业务活动中，还不得有下列销售误导行为：

- (一) 对保险产品的不确定利益承诺保证收益；
- (二) 诱导、唆使投保人为购买新的保险产品终止保险合同，损害投保人、被保险人或者受益人合法权益；
- (三) 使用保险产品的分红率、结算利率等比率性指标，与银行存款利率、国债利率等其他金融产品收益率进行简单对比；
- (四) 阻碍投保人接受回访，诱导投保人不接受回访或者不如实回答回访问题；
- (五) 其他销售误导行为。

第十条 保险经纪机构及其从业人员在办理保险经纪业务活动中，有本指引规定的人身保险销售误导行为的，对该违法行为的认定与查处，参照适用本指引。

第十一条 中国保监会及其派出机构认定与查处人身保险销售误导行为，适用本指引。

对保险销售误导行为的定性以及法律适用，应当结合该违法行为的具体情形，根据《保险法》等法律、行政法规和中国保监会的有关规定予以确定，依法实施处罚。

第十二条 本指引由中国保监会负责解释。

第十三条 本指引自发布之日起施行。

# 中国保监会关于印发《人身保险电话销售业务管理办法》的通知

保监发〔2013〕40号

各保监局，各人寿保险公司、健康保险公司、养老保险公司：

为进一步规范人身保险电话销售业务，切实维护保险消费者权益，我会制定了《人身保险电话销售业务管理办法》。现予以印发，并将有关事项通知如下，请遵照执行。

一、本办法实施前已经开展电话销售业务的人寿保险公司、健康保险公司和养老保险公司（以下简称“保险公司”），应按照本办法相关要求在6个月内完成改建。

## （一）改建申请

已经设立电话销售中心的保险公司，应根据本办法有关规定对电话销售中心进行改建，并向电话销售中心所在地保监局提出改建申请，向呼入地保监局报告。改建申请材料应包括：

1. 改建申请书，应明确机构名称、专用号码、所在地、销售区域等；
2. 改建报告，应说明改建机构是否符合本办法第十一条各项标准；
3. 改建机构负责人的简历及有关证明等。

通过与其他机构合作开展人身保险电话销售业务的保险公司，应根据本办法相关规定对合作机构资质进行审核，并向合作机构呼出地保监局备案，向呼入地保监局报告。备案材料参见本办法第十七条。

## （二）改建审批和备案

关于电话销售中心改建的，保监局自收到完整申请材料之日起20个工作日内，作出批准或者不予批准的书面决定。批准改建的，颁发专属机构经营保险业务许可证；不予批准改建的，应当书面通知申请人并说明理由。

关于保险公司委托保险代理机构开展电话销售业务备案的，保监局收到备案材料后可视情况对备案项目进行检查，对不符合有关条件的及时提出整改意见。

二、为统一监管标准、提升监管效率，各保监局应根据本办法修订完善现有关于人身保险电话销售业务的规范性文件。

中国保监会

2013年4月25日

## 人身保险电话销售业务管理办法

### 第一章 总 则

第一条 为规范人身保险电话销售业务，保护消费者合法权益，维护良好的市场秩序，鼓励新兴渠道专业化发展，依据《中华人民共和国保险法》、《保险公司管理规定》、《人身保险业务基本服务规定》等法律、法规，制定本办法。

第二条 人身保险公司（以下简称“保险公司”）直接或委托具有保险代理资格的机构（以下简称“保险代理机构”）在中华人民共和国境内开展电话销售业务，适用本办法。

第三条 本办法所指的电话销售业务，是指保险公司主动呼出或接受客户呼入，通过电话销售中心或委托保险代理机构销售保险产品的业务。

### 第二章 市场准入

第四条 保险公司应设立电话销售中心或委托保险代理机构开展电话销售业务，其他单位和个人不得经营或变相经营电话销售业务。

保险销售从业人员个人不得随机拨打电话约访陌生客户，或者假借公司电话销售中心名义约访客户。

第五条 保险公司开展电话销售业务，应符合以下条件：

- （一）上一年度及提交申请前连续两个季度偿付能力均达到充足；
- （二）最近2年内无受金融监管机构重大行政处罚的记录，不存在因涉嫌重大违法违规行为正在受到中国保监会立案调查的情形；
- （三）对拟设立电话销售中心的可行性已进行充分论证，包括业务发展规划、电话销售系统建设规划等，并具备电话销售业务管理制度；
- （四）有符合任职资格条件的筹建负责人；

(五) 中国保监会规定的其他条件。

第六条 保险公司总公司和省级分公司可以向拟设地保监会派出机构（以下简称“保监局”）申请设立电话销售中心。电话销售中心是保险公司直接经营电话销售业务的专属机构。

总公司申请设立的电话销售中心，可以在总公司经营区域内开展电话销售业务；省级分公司申请设立的电话销售中心，可以在省级分公司经营区域内开展电话销售业务。

第七条 设立电话销售中心，应当提交下列材料：

- (一) 设立申请书，应包括机构名称、拟设立地、销售区域等；
- (二) 偿付能力符合条件的说明；
- (三) 电话销售中心设立的可行性论证报告，包括拟设机构 3 年业务发展规划、电话销售系统建设规划、电话销售业务管控体系及主要制度等；
- (四) 受到行政处罚或者立案调查情况的说明；
- (五) 拟设机构筹建负责人的简历及相关证明材料；
- (六) 中国保监会规定提交的其他材料。

第八条 保险公司申请设立的电话销售中心，名称至少应当包含“申请人名称”和“电话销售中心”两个要素。

第九条 保险公司电话销售中心负责人属于保险公司高级管理人员，应当在任职前取得中国保监会核准的任职资格。

保险公司电话销售中心负责人应当具有下列条件：

- (一) 大学本科以上学历或者学士以上学位；
- (二) 从事金融工作 3 年以上或者从事经济工作 5 年以上；
- (三) 具有 1 年以上电话销售业务管理经验或 2 年以上金融业务管理经验；
- (四) 《保险公司董事、监事和高级管理人员任职资格管理规定》规定的其他条件。

第十条 电话销售中心所在地保监局应当自收到完整申请材料之日起 30 日

内对设立申请进行审查。对符合本规定第五条的，向申请人发出筹建通知；对不符合本规定第五条的，作出不予批准决定，并书面说明理由。

申请人应当自收到筹建通知之日起6个月内完成电话销售中心的筹建工作，筹建期间不计算在行政许可的期限内。筹建期间届满未完成筹建工作的，应当根据本办法重新提出设立申请。筹建机构在筹建期间不得从事任何保险经营活动。

第十一条 保险公司电话销售中心开业应当符合以下标准：

（一）营业场所权属清晰，安全、消防等设施符合要求，使用面积、使用期限、功能布局等满足经营需要。营业场所连续使用时间原则上不短于两年；

（二）具备专业、完备的电话销售系统，通过该系统实现电话呼出、电话呼入、录音质检、实时监听、客户信息管理、销售活动管理、号码禁拨管理等功能；

（三）拟任高级管理人员或者主要负责人符合任职条件；

（四）筹建期间未开办保险业务；

（五）中国保监会规定的其他条件。

第十二条 保险公司电话销售中心筹建工作完成后，申请人应向拟设地保监局提交开业验收报告，并提交以下材料：

（一）筹建工作完成情况报告，其中说明筹建电话销售中心是否符合本办法第十一条所规定的开业标准；

（二）拟任电话销售中心负责人的简历及有关证明；

（三）电话销售系统建设报告，包括计算机配置、应用系统、网络建设情况等；

（四）拟设机构营业场所所有权或者使用权证明；

（五）消防证明或者已采取必要措施确保消防安全的书面承诺；

（六）中国保监会规定提交的其他材料。

第十三条 电话销售中心所在地保监局应当自收到完整的开业验收报告之日起30日内，进行开业验收，并作出批准或者不予批准的决定。验收合格批准设立的，颁发专属机构经营保险业务许可证；验收不合格不予批准设立的，应当书

面通知申请人并说明理由。

第十四条 经批准设立的电话销售中心，应向受话地保监局报告，并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。

第十五条 保险公司委托保险代理机构开展电话销售业务，应对保险代理机构资质进行审核。拟合作的保险代理机构应符合下列条件：

- （一）配备专业、完备的电话销售系统，通过该系统实现自动拨号、电话呼出、录音质检、实时监听、客户信息管理、销售活动管理、号码禁拨管理等功能；
- （二）建立必要的组织机构和完善的电销业务管理制度；
- （三）具有合法的运营场所，安全、消防设施符合要求；
- （四）中国保监会规定的其他条件。

第十六条 保险公司委托保险代理机构开展电话销售业务，应提前向保险代理机构呼出地保监局备案，并告知受话地保监局。保险代理机构呼出地保监局视情况对备案项目进行检查，对不符合有关条件的及时提出整改意见。

第十七条 保险公司就开展电话销售代理业务申请备案，应当提交下列材料：

- （一）保险公司委托保险代理机构开展电话销售业务的项目书，包括拟委托的保险代理机构名称、合作方式、管理模式、销售区域、3年业务发展规划和 market 分析等；
- （二）偿付能力符合条件的说明；
- （三）受到行政处罚或者立案调查情况的说明；
- （四）委托代理合同复印件；
- （五）保险代理机构资质证明，包括经营保险代理业务许可证、营业场所合法性报告、电话销售系统建设报告、电话销售业务运营管理制度等；
- （六）中国保监会规定提交的其他材料。

第十八条 保险公司开展电话销售业务，销售区域应当符合保险公司的经营区域。保险公司委托保险代理机构开展电话销售业务，销售区域应同时符合保险

公司和保险代理机构的经营区域。

第十九条 保险公司开展电话销售的产品范围限于普通型人身保险产品，但连续经营电话销售业务两年以上，期间未受到金融监管机构重大行政处罚的，可以通过电话销售分红型人身保险产品。产品选择应充分考虑电话销售的特殊性，简明易懂，便于投保。

第二十条 保险公司设立电话销售中心开展电话销售业务，应设置全国统一的专用号码。保险公司委托保险代理机构开展电话销售业务的，应对保险代理机构进行号码审查，确保其使用统一的专用号码。

保险公司和保险代理机构开展电话销售业务，应保持电话销售号码的稳定性，专用号码使用年限不得少于 1 年。

第二十一条 保险公司开展电话销售业务，应在保险公司及保险代理机构官方网站显著位置开辟信息披露专栏。披露内容应至少包括：

- （一）保险公司及保险代理机构用于开展电话销售业务的统一专用号码；
- （二）通过电话销售的产品信息，包括产品名称（宣传名称）、条款、产品说明书（如有）等；
- （三）委托开展电话销售业务的保险代理机构名称、合作期限、销售区域等；
- （四）消费者投诉维权途径。

第二十二条 保险公司电话销售中心负责人和营业场所变更，应报电话销售中心所在地保监局批准；电话销售中心名称和电话销售号码变更，应向机构所在地保监局备案。

保险公司委托保险代理机构开展电话销售业务，保险代理机构营业场所、电话号码发生变更，应向合作项目所在地保监局备案。

第二十三条 保险公司撤销电话销售中心，应参照保险公司撤销分支机构办理。

保险公司终止委托保险代理机构电话销售的，应在终止合作前 15 个工作日内向电话销售中心所在地保监局备案，并提交妥善的后续业务处理方案。

### 第三章 销售行为

第二十四条 保险公司开展电话销售业务，应建立严格的客户信息管理制度，遵守个人信息保护相关法律法规，通过合法途径获取客户信息，有序开发、规范使用现有客户资源，确保客户资料和信息采集、处理、使用的安全性和合法性。

第二十五条 保险公司及保险代理机构应建立健全电话销售禁拨管理制度。

（一）应通过电话销售系统对销售时间进行管理，根据不同地区、不同人群的生活习惯设置禁止拨打时间。除客户主动要求外，每日 21 时至次日 9 时不得呼出销售。

（二）应通过电话销售系统建立禁止拨打名单。对于明确拒绝再次接受电话销售的客户，应录入禁止拨打名单，并设定不少于 6 个月的禁止拨打时限。

（三）应建立因禁拨管理不当对客户造成骚扰的责任追究机制。

第二十六条 保险公司应加强对电话销售人员的培训：

（一）应对电话销售人员统一进行岗前和岗中的培训教育，培训内容应至少包括业务知识、法律知识及职业道德等；

（二）应按照有关规定，对销售分红型人身保险产品的电话销售人员进行专门培训；

（三）应由保险公司总公司统一设计制作电话销售人员培训材料，保险代理机构、电话销售中心不得擅自修改培训材料内容；

（四）应建立健全电话销售人员销售资质认证体系、销售品质考核制度和培训档案管理制度。

第二十七条 保险公司应加强对电话销售人员的销售行为管理，不得允许电话销售人员规避电话销售系统向客户销售保险产品。

第二十八条 保险公司应针对不同电话销售模式和保险产品制定规范的销售用语。电话销售人员销售保险产品须正确使用电话销售用语，禁止不当阐述。

电话销售用语由保险公司总公司统一制定并存档备查，保险代理机构、电话销售中心未经总公司同意不得更改。

第二十九条 保险公司制定电话销售用语，应至少包括以下内容：

- （一）电话销售员工号、所属保险公司或代理机构名称；
- （二）产品名称、承保公司名称、产品信息披露方式、保险责任、责任免除、保险金额、保险期间、缴费期间、退保损失、新型产品保单利益不确定性等；
- （三）缴费方式、保单生效时间、投保意愿确认方式、保单形式、保单送达方式等；
- （四）犹豫期、客户服务电话、保单查询方式等。

保险公司委托代理机构开展电话销售业务，电话销售用语除包括以上内容外，还应明确告知保险代理性质。

第三十条 保险公司可以通过签署投保单和电话录音两种方式确认投保人的投保意愿。

保险公司通过电话录音确认投保人投保意愿的，须同时满足以下条件：

- （一）投保人与被保险人为同一人，年届 18 周岁至 60 周岁间；
- （二）所售产品应为普通型人身保险产品，且免于体检；
- （三）销售用语应包含“您是否同意通过电话录音确认投保”的内容，并取得投保人肯定答复。

第三十一条 保险公司可以在风险可控的前提下使用移动支付设备、网上银行、支付平台等新技术提升收付费效率。保险公司通过银行转账方式或其他电子支付方式收取保险费的，应通过书面或电话录音的方式取得客户授权。

保险公司以电话录音方式确认客户转账授权的，应符合以下条件：

- （一）客户明确表示同意通过其名下账户支付保险费用；
- （二）销售用语明确告知首期保费支付时间及续期保费支付时间、频率等内容；
- （三）保费扣划成功后，通过电话或短信等方式通知投保人。

第三十二条 保险公司通过电话销售保险产品，可以向投保人提供纸质保单或电子保单。

保险公司向投保人提供电子保单的，应符合以下条件：

- （一）通过有效途径确认投保人收到保单；
- （二）在官方网站上设置保单查询功能；
- （三）在保险期间内根据投保人要求及时提供纸质保单。

第三十三条 保险公司应建立健全电话销售质量检测体系，符合以下基本要求：

- （一）具备完善的质检制度，应包括质检流程、质检标准、对质检发现问题件的整改处理以及人员责任追究等内容；
- （二）配备专职质检人员，质检人员应与销售人员岗位分离；
- （三）应通过信息系统进行质检，并通过权限划分、模块划分、系统分离等方式实现质检系统与销售系统分离；
- （四）质检记录应通过质监系统生成，保存期限不少于保险期间。

鼓励保险公司通过技术手段实现系统信息化质检，如语音识别、关键字、音调时长等新技术进行系统化质检。

第三十四条 保险公司通过不同销售模式开展电话销售业务的，应按照统一标准进行质检，质检比例不得低于以下标准：

- （一）对保险期间在 1 年以上的成交件录音按不低于 30%的比例在犹豫期内全程质检；
- （二）对保险期间在 1 年期以内的成交件录音按不低于 20%的比例在保单期限内全程质检。

第三十五条 保险公司开展电话销售业务，应将电话通话过程全程录音，并对成交件录音备份存档。电话录音及其它投保文件的保存时限自保险合同终止之日起计算，保险期间在一年以下的不得少于五年，保险期间超过一年的不得少于十年。

保险公司对客户信息和电话录音内容负有保密义务，不得用于其他商业用途。

第三十六条 保险公司应加强电话销售信息数据管理工作，确保信息数据的

安全性、完整性、准确性和时效性，并做好数据备份。

保险公司设立电话销售中心开展电话销售业务的，应实现电话销售系统与保险公司核心业务系统无缝对接。保险公司委托保险代理机构开展电话销售业务的，应强化数据传输管理，确保主要业务数据、销售录音、客户信息等数据传送的及时性和安全性。

第三十七条 保险公司直接或委托保险代理机构通过电话赠送保险的，参照电话销售业务进行规范和管理。

电话赠险人员属于电话销售人员，电话赠险号码应与电话销售号码一致。保险公司不得委托没有取得经营保险代理业务许可证的机构开展电话赠险业务。保险公司应对电话赠险业务进行抽样质检，抽检比例不低于 1%。

第三十八条 保险公司电话销售业务涉及投保单、保险合同、转账授权书等纸质文件递送的，应在投保人同意投保之日起 7 个工作日内送达。如遇客观原因无法按时送达的，应通过电话、短信等方式通知投保人。

第三十九条 保险公司电话销售业务，犹豫期起算日期应以确认投保人收悉保单之日或保单生效之日中较晚者为准。

第四十条 保险公司至少应为客户提供电话和柜面两个渠道受理保全及理赔申请，鼓励保险公司探索高效便捷的服务渠道。保险公司通过电话接受客户保全及理赔申请的，应全程录音并在保单期限内存档备查。

第四十一条 保险公司应建立健全投诉受理和处理制度，至少为客户提供电话和柜面两个投诉渠道，并配备必要的人员和设备。

保险公司委托代理机构开展电话销售业务，应制定统一规范的投诉处理程序，明确职责、分工合作，确保妥善处理投诉纠纷事件。

第四十二条 保险公司接到客户投诉后，应于 2 个工作日内向投诉人说明办理流程，于 10 个工作日内向投诉人反馈处理结果。投诉处理过程应通过书面记录、录音等方式详细记录并存档备查。

投诉事项涉及电话销售行为的，保险公司应在投诉处理过程中调听电话销售

录音。因自身原因不能提供有效电话销售录音的，保险公司应按照有利于投保人的原则处理客户诉求。

第四十三条 保险公司应根据电话销售业务流程和特点，改造和完善现有服务支持体系，确保投保人享有不低于其他渠道的服务水平。

#### 第四章 监督管理

第四十四条 中国保监会委托各保监局对电话销售业务进行监管。

呼出地保监局依法对保险公司在辖内设立电话销售中心进行审批，对保险公司委托代理机构开展电销业务的项目进行备案，并履行日常监管职责。

受话地保监局对电话销售业务实行属地监管，依法查处电话销售业务中出现的违法违规行为。

第四十五条 保监局应根据《保险公司管理规定》和《保险公司董事、监事和高级管理人员任职资格管理规定》有关规定对保险公司电话销售中心及其负责人进行监督管理。

第四十六条 保险公司应加强对保险代理机构及其电话销售人员的销售行为管理，并对该机构在授权范围内的代理行为依法承担责任。

第四十七条 保险公司及保险代理机构存在违反本办法第二十五条相关规定，对客户构成滋扰的，中国保监会有权依据监管需要采取通报、监管谈话、下发监管函或其他必要的监管措施。

#### 第五章 附 则

第四十八条 本办法自印发之日起实施，《关于促进寿险公司电话销售业务规范发展的通知》（保监发〔2008〕38号）和《关于进一步规范人身保险电话销售和电话约访行为的通知》（保监发〔2010〕99号）同时废止。

# 中国保监会关于印发《人身保险公司销售误导责任追究指导意见》的通知

保监发〔2012〕99号

第一条 为进一步强化各人身保险公司对销售误导问题的责任追究力度，有效遏制销售误导行为，保护保险消费者合法权益，根据《中华人民共和国保险法》等法律、法规，制定本指导意见。

第二条 本指导意见所称销售误导，是指人身保险公司、保险代理机构以及办理保险销售业务的人员，在人身保险业务活动中，违反《保险法》等法律、行政法规和中国保监会的有关规定，通过欺骗、隐瞒或者诱导等方式，对有关保险产品情况作引人误解的宣传或者说明的行为。

第三条 人身保险公司发生销售误导问题，应当进行责任追究的情形包括以下方面：

- （一）因销售误导问题受到监管部门行政处罚；
- （二）因销售误导问题受到监管部门下发监管函或者监管谈话等监管措施；
- （三）因销售误导问题引发重大群体性事件；
- （四）其他因销售误导给公司造成重大损失，或者造成系统性风险的情形。

第四条 本指导意见所称重大群体性事件，是指因销售误导问题引发50名以上投保人集体上访、静坐或其他过激行为，或者因销售误导问题引发人身保险公司或其代理机构一个营业场所内同时出现30名以上投保人集中退保，以及其他中国保监会认为应当采取应急处置措施的突发事件。

重大群体性事件分为三个响应层级。其中，三级响应是指因销售误导问题引发50名以上100名以下投保人集体上访、静坐或其他过激行为，或者人身保险公司或其代理机构一个营业场所突发出现30名以上100名以下投保人集中退保，或非正常退保金额超过3000万元；

二级响应是指因销售误导问题引发100名以上500名以下投保人集体上访、

静坐或其他过激行为，或者人身保险公司或其代理机构一个营业场所突发出现 100 名以上 500 名以下投保人集中退保，或非正常退保金额超过 1 亿元；

一级响应是指因销售误导问题引发 500 名以上投保人集体上访、静坐或其他过激行为，或者人身保险公司或其代理机构一个营业场所突发出现 500 名以上投保人集中退保，或非正常退保金额超过 5 亿元，或因集中退保金额巨大导致保险公司出现支付困难，以及其他影响较为恶劣，中国保监会认为应当采取应急处置措施的突发事件。

第五条 依据本指导意见应当进行责任追究的人员，是指销售误导行为发生之时，对销售误导行为的发生负有责任的保险公司从业人员，包括直接责任人和间接责任人。

直接责任人，是指指挥、决策、组织、实施或者参与实施销售误导行为，或者指使、教唆、帮助、直接或者间接授意他人实施销售误导行为，以及有直接管理职责，但未采取必要措施制止或纠正，对销售误导行为的发生起直接作用的有关人员，包括保险公司从业人员及营销员。

间接责任人，是指在职责范围内，不履行或不正确履行职责，未能有效制约或防范销售误导行为的发生，对销售误导行为的发生起间接作用的有关人员，包括经营管理人员和其他间接责任人。

其中，经营管理人员是指对应当进行责任追究的销售误导行为及直接责任人负有管理责任的高级管理人员及部门负责人。其他间接责任人是指对应当进行责任追究的销售误导行为负有业务管理、流程制约、审计监督等间接管理责任的其他高级管理人员及部门负责人。

第六条 保险公司进行销售误导责任追究，应当按照“责任明确、程序合法、权责对等、逐级追究”的原则，根据销售误导问题性质、情节及损失程度，综合考虑社会影响，在摸清事实的基础上，根据相关人员承担的责任予以追究。

第七条 保险公司进行销售误导责任追究，可以根据公司实际，综合采取纪律处分、组织处理和经济处分等多种方式。

其中，纪律处分由轻到重依次包括：警告、记过、记大过、降级（职）、撤职、留用察看、开除。

第八条 对销售误导行为的直接责任人，属于公司员工的，按规定程序和标准追究其责任；属于非员工的营销员，按照合同约定追究其责任。

对直接责任人的责任追究标准不应低于对同一行为的间接责任人的追究标准。

第九条 对人身保险公司总公司经营管理间接责任的，参照以下标准进行追究：

（一）因销售误导问题受到监管部门限制在全国或者某省、直辖市、计划单列市业务范围、责令停止接收新业务或者吊销业务许可证行政处罚的，或者系统内一年内发生 1 起及以上因销售误导原因引发的重大群体性事件且响应等级为一级响应的；或者发生 3 起及以上因销售误导原因引发的重大群体性事件且响应等级为二级响应的，应当对总公司相关部门负责人降级（职）以上处分，分管负责人记过以上处分，主要负责人警告以上处分。

（二）总公司本级一年内因销售误导问题受到监管部门 3 次及以上监管谈话、监管函或者其他监管措施，或受到监管部门 1 次及以上警告或罚款行政处罚的，应当对总公司相关部门负责人降级（职）以上处分，分管负责人记过以上处分。

（三）系统内一年内因销售误导问题受到监管部门行政处罚或监管谈话、监管函或者其他监管措施达到一定数量时，应当对总公司相关部门负责人、分管负责人进行责任追究。责任追究的具体标准由各人身保险公司总公司规定。

第十条 对人身保险公司分公司经营管理间接责任的，参照以下标准进行追究：

（一）分公司辖内各机构一年内因销售误导问题受到监管部门限制业务范围、责令停止接收新业务或者吊销业务许可证行政处罚，或者一年内发生 1 起及以上因销售误导原因引发的重大群体性事件且响应等级为二级及以上响应等级，或者一年内发生 3 起及以上因销售误导原因引发的重大群体性事件且响应等级为三

级响应的，应当对分公司相关部门负责人降级（职）以上处分，分管负责人记过以上处分，主要负责人警告以上处分。

（二）分公司本级一年内因销售误导问题受到监管部门 3 次及以上监管谈话、监管函或者其他监管措施，或受到监管部门 1 次及以上警告或罚款行政处罚的，应当对分公司相关部门负责人降级（职）以上处分，分管负责人记过以上处分。

（三）分公司辖内各机构一年内因销售误导问题受到监管部门行政处罚或监管谈话、监管函或者其他监管措施达到一定数量时，应当对分公司相关部门负责人、分管负责人进行责任追究。责任追究的具体标准由各人身保险公司总公司规定。

第十一条 对人身保险公司中心支公司及以下层级机构经营管理人员的间接责任，参照以下标准进行追究：

（一）中心支公司辖内各机构一年内发生 1 起及以上因销售误导原因引发的重大群体性事件且响应等级为三级及以上响应等级的，应当对中心支公司相关部门负责人降级（职）以上处分，分管负责人记过以上处分，主要负责人警告以上处分。

（二）中心支公司本级一年内因销售误导问题受到监管部门 2 次及以上监管谈话、监管函或者其他监管措施，或受到监管部门 1 次及以上警告或罚款行政处罚的，应当对中心支公司相关部门负责人降级（职）以上处分，分管负责人记过以上处分。

（三）中心支公司辖内各机构一年内因销售误导问题受到监管部门行政处罚或监管谈话、监管函或者其他监管措施达到一定数量时，应当对中心支公司相关部门负责人、分管负责人进行责任追究。责任追究的具体标准由各人身保险公司总公司规定。

第十二条 其他因销售误导给公司造成重大损失，或者造成系统性风险的情形，结合公司实际情况，根据损失和危害程度比照上述标准进行责任追究。

第十三条 实行业务部制管理、集中化管理或者业务条线管理的保险机构，

根据权责对等的原则，按照上述标准，追究负有经营管理责任的相关经营管理责任人的间接责任。

第十四条 对负有业务管理、流程制约、审计监督等间接管理责任的其他间接责任人的追究，由各保险公司根据实际情况，参照上述标准进行追究。

第十五条 出现下列情形，应当从重追究有关人员责任：

（一）因销售误导问题受到监管部门监管谈话、监管函、其他监管措施或者行政处罚，未及时整改或者整改不力，导致销售误导问题反复发生的；

（二）因销售误导问题引发系统性风险或重大群体性事件，造成的社会影响特别恶劣，后果特别严重的。

第十六条 有下列情形之一的，可以从轻、减轻或者免于追究有关人员责任：

（一）负有间接管理责任的经营管理人员和其他间接责任人事前发现了销售误导行为并履行了相应职责，如采取措施纠正和制止违规行为、提出反对意见，或者主动向上级机关、监管部门反映、举报违规问题等。

（二）发生因销售误导问题引发的重大群体性事件后采取措施主动平息事件，积极化解纠纷，有效控制事态恶化，降低或消除负面影响的。

（三）有其他可从轻、减轻或免于责任追究事项的。

从轻、减轻或者免于追究有关人员责任的，应当由上级机构研究决定。各人身保险公司总公司应当明确规定从轻、减轻或者免于追究有关人员责任的具体标准和程序。

第十七条 各人身保险公司总公司应在本指导意见的基础上，结合公司实际，制定销售误导内部责任追究办法，指定销售误导责任追究的承办部门，明确对各类销售误导问题进行责任追究的标准、范围、对象和程序。

各人身保险公司总公司应于 2013 年 2 月 1 日前向中国保监会报送销售误导内部责任追究办法。

第十八条 人身保险公司发生销售误导问题应当进行责任追究的，应当于问责情形发生之日起 6 个月内完成责任追究。

第十九条 各人身保险公司总公司应于每年4月1日前向中国保监会上报销售误导年度责任追究报告，汇总报送系统内上年度销售误导责任追究情况。各人身保险公司分公司应于每年4月1日前向当地保监局报送分公司销售误导年度责任追究报告。

报告内容应当包括上年度发生的应当进行责任追究的事项及责任追究的具体情况。对从轻、减轻或者免于追究有关人员责任的，应当在报告中特别说明从轻、减轻或者免于追究责任的原因、处理流程，并附相关审批文件。

第二十条 本指导意见由中国保监会负责解释和修订。

第二十一条 本指导意见自2013年1月1日起施行。

# 中国银保监会关于使用《中国人身保险业重大疾病经验发生率表（2020）》有关事项的通知

银保监发〔2020〕51号

各人身保险公司：

为规范重大疾病保险业务法定责任准备金评估工作，夯实重大疾病保险定价基础，中国银保监会决定将中国精算师协会发布的《中国人身保险业重大疾病经验发生率表（2020）》（以下简称2020版重疾表）作为包含重大疾病保险责任的人身保险产品法定责任准备金评估用表及定价参考用表。现将有关事项通知如下：

## 一、重大疾病定义

本通知中重大疾病（含恶性肿瘤——重度）定义参照中国保险行业协会、中国医师协会发布的重大疾病定义的有关规定，包括2007年发布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范》（以下简称2007版定义）和2020年发布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范修订版》（以下简称2020版定义）。

## 二、适用范围

本通知适用于包含重大疾病保险责任的长期人身保险产品。重大疾病保险责任是指以保险期间内首次发生重大疾病为给付保险金条件的保险责任，其包含的病种应符合以下条件：

1. 2007年8月1日之前在中国银保监会进行备案或审批的人身保险产品，承保病种至少包含2007版定义中的恶性肿瘤、急性心肌梗塞和脑中风后遗症。

2. 2007年8月1日至本通知发布之日前在中国银保监会进行备案或审批的产品，承保病种至少包含2007版定义中的恶性肿瘤、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）和终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）。

3. 本通知发布之日起在中国银保监会进行备案或审批的产品，承保病种至少

包含 2020 版定义中的恶性肿瘤——重度、较重急性心肌梗死、严重脑中风后遗症、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）和严重慢性肾衰竭。

4. 本通知发布之日起在广东银保监局或深圳银保监局进行备案或审批的粤港澳大湾区专属产品，承保病种至少包含 2020 版定义中的恶性肿瘤——重度、较重急性心肌梗死、严重脑中风后遗症、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）和严重慢性肾衰竭。

满足以上第 1 个或第 2 个条件的产品以下简称 2007 版定义重疾险，满足以上第 3 个条件的产品以下简称 2020 版定义重疾险，满足以上第 4 个条件的产品以下简称 2020 版定义粤港澳大湾区专属重疾险。本通知发布之日起在中国银保监会进行备案或审批，且承保病种中重度疾病仅包含 2020 版定义中的恶性肿瘤——重度的疾病保险产品，以下简称 2020 版定义恶性肿瘤（重度）险。

### 三、法定责任准备金评估

保险公司在评估包含重大疾病保险责任的人身保险产品的法定责任准备金时，应以 2020 版重疾表作为重大疾病发生率评估基础的下限（以下简称评估下限）。保险公司应根据包含重大疾病保险责任的人身保险产品的实际情况，在评估下限的基础上，按照审慎性原则进行适当调整，合理确定重大疾病发生率评估基础。

重大疾病发生率评估基础包括重大疾病经验发生率（ $i_x$ ）和因患重大疾病死亡占全部死亡的比率（ $k_x$ ）。

#### （一）重大疾病发生率评估下限的确定

1. 保险公司评估法定责任准备金时使用的重大疾病经验发生率，不得低于 2020 版重疾表的重大疾病经验发生率（ $i_x$ ）。

2. 保险公司评估法定责任准备金时使用的因患重大疾病死亡占全部死亡的比率，应按照审慎性原则合理确定。其中，对于同时包含提前给付型重大疾病保险责任和死亡保险责任的人身保险产品，或以主附险形式包含重大疾病保险责任

和死亡保险责任的产品组合，保险公司评估重大疾病保险责任和死亡保险责任的发生率之和，应以  $i_x+q_x-k_x \times q_x$  ( $q_x$  为中国人身保险业经验生命表(2010—2013)中的非养老类业务一表的死亡率) 作为评估下限。另外，若重大疾病保险责任保额高于死亡保险责任保额，则重大疾病保险责任超出部分应以 2020 版重疾表的重大疾病经验发生率 ( $i_x$ ) 为评估下限。

3. 保险公司在评估法定责任准备金时，应根据包含重大疾病保险责任的人身保险产品所属类别和承保病种的不同情形，按照以下规则确定重大疾病发生率评估下限：

(1) 2007 版定义重疾险

2007 版定义重疾险应按照以下规则确定重大疾病发生率评估下限：

①如承保病种不少于 2007 版定义的全部 25 种疾病，保险公司应以“25 病种（2007 版定义）经验发生率表 CI2（2020）”作为重大疾病发生率评估下限，因患重大疾病死亡占全部死亡的比例使用“因重大疾病死亡比例二表 K2（2020）”。

②如承保病种少于 2007 版定义的全部 25 种疾病，且在 65 周岁以上的承保病种包括严重阿尔茨海默病和严重帕金森病，保险公司在评估法定责任准备金时，对于 65 周岁及以下年龄，应以“6 病种（2007 版定义）经验发生率表 CI1（2020）”作为重大疾病发生率评估下限，因患重大疾病死亡占全部死亡的比例使用“因重大疾病死亡比例一表 K1（2020）”；对于 65 周岁以上年龄，应以“25 病种（2007 版定义）经验发生率表 CI2（2020）”作为重大疾病发生率评估下限，因患重大疾病死亡占全部死亡的比例使用“因重大疾病死亡比例二表 K2（2020）”。

③除以上两款规定的情形外，保险公司应以“6 病种（2007 版定义）经验发生率表 CI1（2020）”作为重大疾病发生率评估下限，因患重大疾病死亡占全部死亡的比例使用“因重大疾病死亡比例一表 K1（2020）”。

(2) 2020 版定义重疾险和 2020 版定义粤港澳大湾区专属重疾险

2020 版定义重疾险和 2020 版定义粤港澳大湾区专属重疾险应按以下规则确定重大疾病发生率评估下限：

①如承保病种不少于 2020 版定义的全部 28 种疾病，保险公司应以“28 重度疾病病种（2020 版定义）经验发生率表 CI4（2020）”作为重大疾病发生率评估下限，因患重大疾病死亡占全部死亡的比例使用“因重大疾病死亡比例二表 K2（2020）”。

②如承保病种少于 2020 版定义的全部 28 种疾病，且在 65 周岁以上的承保病种包括严重阿尔茨海默病和严重原发性帕金森病，保险公司在评估法定责任准备金时，对于 65 周岁及以下年龄，应以“6 重度疾病病种（2020 版定义）经验发生率表 CI3（2020）”作为重大疾病发生率评估下限，因患重大疾病死亡占全部死亡的比例使用“因重大疾病死亡比例一表 K1（2020）”；对于 65 周岁以上年龄，应以“28 重度疾病病种（2020 版定义）经验发生率表 CI4（2020）”作为重大疾病发生率评估下限，因患重大疾病死亡占全部死亡的比例使用“因重大疾病死亡比例二表 K2（2020）”。

③除以上两款规定的情形外，保险公司应以“6 重度疾病病种（2020 版定义）经验发生率表 CI3（2020）”作为重大疾病发生率评估下限，因患重大疾病死亡占全部死亡的比例使用“因重大疾病死亡比例一表 K1（2020）”。

### （3）2020 版定义恶性肿瘤（重度）险

①保险公司应以“恶性肿瘤——重度（2020 版定义）经验发生率表 CI7（2020）”作为恶性肿瘤（重度）发生率评估下限。

②因患恶性肿瘤——重度死亡占全部死亡的比例，使用“因重大疾病死亡比例三表 K3（2020）”。

### （二）重大疾病发生率评估基础的确定

保险公司应根据包含重大疾病保险责任的人身保险产品承保病种的范围及病种定义，在评估下限的基础上，按照审慎性原则进行适当调整，确定法定责任准备金的重大疾病发生率评估基础。

1. 基于病种范围的调整。保险公司在评估法定责任准备金时，应根据产品实际承保病种的数量，在评估下限的基础上，参考公司经验分析结果或中国精算师

协会发布的行业经验分析结果，按照审慎性原则进行适当调整，合理确定重大疾病发生率评估基础。

2. 基于病种定义的调整。如中国保险行业协会、中国医师协会发布的重大疾病有关定义发生变化，保险公司应根据调整后的定义与原有定义的差异，按照审慎性原则，进行相应调整，合理确定重大疾病发生率评估基础。

3. 保险公司按照重大疾病发生率评估基础计提的法定责任准备金，不得低于按照评估下限计算得到的法定责任准备金。

### （三）重大疾病发生率表的动态修订

中国精算师协会根据重大疾病保险发展的需要，组织更新重大疾病经验发生率表。如新发生率表用于法定责任准备金评估，中国银保监会须重新认定相关内容，并就新发生率表出台配套监管规定，保险公司根据新发生率表及相应使用规范进行法定责任准备金评估。

## 四、产品定价

保险公司在开发 2020 版定义重疾险、2020 版定义粤港澳大湾区专属重疾险和 2020 版定义恶性肿瘤（重度）险时，可以将 2020 版重疾表作为重大疾病发生率的定价参考，根据产品特性和公司实际经验数据，合理确定重大疾病发生率水平。

## 五、其他事项

《中国保监会关于发布〈中国人身保险业重大疾病经验发生率表（2006—2010）〉的通知》（保监发〔2013〕81 号）及《中国保监会关于〈中国人身保险业重大疾病经验发生率表（2006—2010）〉用于法定责任准备金评估有关事项的通知》（保监寿险〔2013〕685 号）自本通知发布之日起废止。

中国银保监会

2020 年 11 月 5 日

# 中国保监会关于规范人身保险公司赠送保险有关行为的通知

保监发（2015）12号

各人身保险公司：

为规范人身保险公司赠送保险的行为，维护人身保险市场的正常秩序，保护保险消费者的合法权益，现就人身保险公司赠送保险的有关问题通知如下：

一、赠送保险是指保险人在订立保险合同时，免除投保人支付保险费的义务，或者代替投保人履行支付保险费的义务。人身保险公司可以以促销或者公益事业为目的赠送人身保险，但不得赠送财产保险。

二、人身保险公司赠送的人身保险产品仅限于意外伤害保险和健康保险，且保险期间不能超过1年。对每人每次赠送保险的纯风险保费不能超过100元，以公益事业为目的的赠送保险不受此金额限制。

三、人身保险公司赠送的人身保险产品应当符合《人身保险公司保险条款和保险费率管理办法》的有关规定。

四、人身保险公司赠送人身保险时，投保人对被保险人应当具有保险利益；赠送的人身保险为以死亡为给付保险金条件的，应经被保险人同意并认可保险金额；被保险人为未成年人的，死亡给付的保险金额应符合有关监管规定。

五、人身保险公司应向投保人出具纸质或电子保险单，赠送团体人身保险产品的，应向被保险人出具纸质或电子保险凭证。

六、人身保险公司赠送人身保险对应的保费，根据会计准则不应确认为保费收入，但应按照监管规定计提责任准备金，同时将赔款计入赔付成本。

七、人身保险公司应当将赠送的人身保险视同正常销售的保险产品进行管理，认真做好客户服务、保全和理赔工作；其中赠送的意外伤害保险要符合《人身意外伤害保险业务经营标准》的有关要求。

八、人身保险公司总公司应加强对赠送保险行为的管控，赠送保险行为要经

过总公司的批准。严禁以赠送保险为由，变相开展违法违规业务或进行不正当竞争。

本通知自 2015 年 4 月 1 日起施行，《关于规范寿险公司赠送保险有关行为的通知》（保监发〔2005〕98 号）同时废止。

# 中国保监会关于进一步加强人身保险公司销售管理工作的通知

保监人身险〔2017〕136号

各保监局、各人身保险公司：

为进一步规范人身保险市场秩序、整治市场乱象，加强人身保险公司销售管理工作，严厉打击违法违规行为，保护保险消费者合法权益，现就有关事项通知如下：

一、各人身保险公司应当高度重视销售管理工作，认真贯彻落实“保险业姓保”要求，坚持正确经营理念，强化公司主体责任，把合规经营和防控风险摆在更加重要的位置，进一步加强内部管控和人员教育培训，为保险消费者提供优质的保险产品和服务。

二、自本通知下发之日起，各人身保险公司应当立即对2016年以来公司销售管理合规情况开展自查自纠，重点针对产品管理、信息披露、销售宣传、客户回访、续期服务和投诉处理等业务环节，排查相关经营行为是否依法合规、内控制度是否健全有效、信息资料是否真实完整，对捏造散布“返还型健康险被叫停”、“部分重大疾病将列为免责病种”等虚假信息的炒作行为和通过虚假宣传引诱投保人订立保险合同等违规销售问题开展全面清查和责任追究。各人身保险公司总公司应于2017年6月30日前将自查整改和责任追究情况向中国保监会报告，省级分公司应向当地保监局进行报告。

中国保监会将对公司自查整改情况进行全面核查。对违法行为轻微并及时纠正，没有造成危害后果的，中国保监会将免于处理。对认真自查自纠，主动消除或减轻违法行为危害后果的，中国保监会将依法从轻或减轻处理。对自查自纠走过场、不真查实改以及迟报、瞒报的公司，中国保监会将依法严肃处理，采取责令停止接受新业务等措施。

三、各保监局应当切实履行好属地监管责任，始终保持监管高压态势，重点

针对公司销售合规情况开展现场检查，在日常监管中采取多种调查取证方式，切实加大监管力度，加快调查程序，对公司销售行为存在违法违规问题且一经查实的，应依法从严从速进行处罚。

各人身保险公司存在以下情形之一的，各保监局应当依法进行行政处罚；情节严重的，依法责令省级分公司停止接受新业务 3 个月至 12 个月，并向中国保监会报告：

（一）对与保险业务相关的法律、法规、政策作虚假宣传；

（二）以保险产品即将停售为由进行宣传销售；

（三）对保险产品的不确定利益承诺保证收益，以历史较高收益率披露宣传并承诺保证收益；

（四）以银行理财产品、银行存款、证券投资基金份额等其他金融产品的名义宣传销售保险产品；

（五）未经客户同意擅自签订、变更保险合同；

（六）因销售行为存在违法违规问题而导致非正常给付与退保群体性事件；

（七）通过虚假客户信息阻碍投保人接受回访、诱导投保人不接受回访或者不如实回答回访问题；

（八）保险机构及其高管人员指挥、决策、组织、实施销售违法违规行为，或者指使、教唆、帮助、授意他人实施销售违法违规行为，以及有直接管理职责，但未采取必要措施制止或纠正销售违法违规行为；

（九）采取委托销售、产品包销、层层分销等方式，通过无合法资质的第三方平台销售意外伤害保险和其他人身保险产品；

（十）其他因销售行为存在违法违规问题而造成严重负面影响，或引发较大风险的情形。

人身保险公司一年内因上述情形有 2 家以上省级分公司被保监局责令停止接受新业务，总公司负有直接责任的，中国保监会将依法责令总公司停止接受新业务 3 个月至 12 个月。

四、各人身保险公司应当建立与薪酬和职级挂钩的内部问责制度。对于出现销售违法违规问题、侵害保险消费者合法权益的机构和个人，应当从严从重给予经济处分和纪律处分，对直接责任人和直接负责的主管人员采取限薪、降职、停职、撤职等措施。

人身保险公司总公司应当对销售管理工作承担首要责任，从制度层面查漏补缺，不断强化合规经营管理，因制度规定缺失、监督执行不到位、合规管控不力等原因导致销售行为违法违规问题的，应当追究总公司相关部门和高管人员责任。省级分公司经营区域内发生本通知第三条所列情形的，应当对省级分公司相关高管人员进行追责；一年内发生 2 次以上本通知第三条所列情形的，还应当对省级分公司主要负责人进行追责。

五、各人身保险公司应当做好销售管理的宣传和舆论引导工作，主动接受新闻媒体和社会舆论的监督，加强舆情监测和信息沟通。对于市场出现的不实宣传和虚假信息，应当及时主动澄清事实，并向监管部门报告有关情况。

中国保监会

2017 年 5 月 17 日

# 中国银保监会办公厅关于规范短期健康保险业务有关问题的通知

银保监办发〔2021〕7号

各保险公司、中国保险行业协会：

为规范各保险公司短期健康保险业务经营管理行为，切实保护保险消费者合法权益，根据《中华人民共和国保险法》《健康保险管理办法》等法律法规，经银保监会同意，现就规范短期健康保险业务有关问题通知如下：

一、本通知所规范的短期健康保险，是指保险公司向个人销售的保险期间为一年及一年以下且不含有保证续保条款的健康保险。团体保险业务除外。

二、保险公司开发设计的短期健康保险产品，应当以提升人民群众的健康保障水平，满足多层次、多样化的健康保障需求为目标，不断扩大健康保障与健康管理服务覆盖面。

保险公司开发的短期健康保险产品应当在保险条款中对保险期间、保险责任、责任免除、理赔条件、退保约定，以及保费交纳方式、等待期设置，保险金额、免赔额、赔付比例等产品关键信息进行清晰、明确、无歧义的表述。

三、保险公司开发的短期健康保险产品中包含续保责任的，应当在保险条款中明确表述为“不保证续保”条款。不保证续保条款中至少应当包含以下内容：

本产品保险期间为一年（或不超过一年）。保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

保险公司不得在短期健康保险产品条款、宣传材料中使用“自动续保”“承诺续保”“终身限额”等易与长期健康保险混淆的词句。

四、保险公司应当科学合理确定短期健康保险产品价格。产品定价所使用的各项精算假设应当以经验数据为基础，不得随意约定或与经营实际出现较大偏差。保险公司可以根据不同风险因素确定差异化的产品费率，并严格按照审批或者备案的产品费率销售短期个人健康保险产品。

保险公司应当每半年在公司官网披露一次个人短期健康保险业务整体综合赔付率指标。其中，上半年赔付率指标应当不晚于每年7月底前披露；年度赔付率指标应当不晚于次年2月底前披露。综合赔付率指标计算公式如下：

综合赔付率=(再保后赔款支出+再保后未决赔款准备金提转差)÷再保后已赚保费

其中，未决赔款准备金包含已发生未报告未决赔款准备金（IBNR准备金）。

五、保险公司应当根据医疗费用实际发生水平、理赔经验数据等因素，合理确定短期健康保险产品费率、免赔额、赔付比例和保险金额等。保险公司不得设定严重背离理赔经验数据基础的、虚高的保险金额。

六、保险公司计算短期健康保险产品的最低现金价值，应当采用未到期净保费计算方法，其计算公式为：最低现金价值=净保费×(1-m/n)，其中，m为已生效天数，n为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。

七、保险公司将短期健康险开发设计成主险产品的，不得强制要求保险消费者在购买主险产品的同时，购买该公司其他产品。

保险公司将短期健康险开发设计成附加险产品的，应当明确告知保险消费者附加险所对应的主险产品情况，并由保险消费者自主决定是否购买该产品组合。

保险公司不得在附加险产品条款中限制投保人单独解除附加险合同的权利。

八、保险公司应当加强销售人员管理，严格规范销售行为。保险公司应当以合理方式引导保险消费者完整阅读保险条款，使投保人充分了解保险产品及服务等信息。

保险公司在销售短期健康保险产品时，应当向保险消费者提供“短期健康保险产品投保须知书”，并重点提示以下内容：

- (一) 投保人如实告知义务及未如实告知会造成的后果；
- (二) 保险责任及除外责任；
- (三) 保险期间；
- (四) 保险金额；

- (五) 免赔额；
- (六) 赔付比例；
- (七) 等待期；
- (八) 投保年龄与保费高低具有关联性等情况；
- (九) 银保监会规定的其他告知事项。

九、保险公司应当加强对短期健康保险产品的核保、理赔管理，规范设定健康告知信息，健康告知信息的设定不得出现有违一般医学常识等情形。保险公司应当引导保险消费者向保险公司履行如实告知义务。

保险公司不得无理拒赔。严禁保险公司通过设定产品拒赔率等考核指标，影响保险消费者正常、合理的理赔诉求，以弥补因产品定价假设不合理、不科学造成的实际经营损失，侵害消费者利益。

十、保险公司决定停止销售短期健康保险产品的，应当将产品停售的具体原因、具体时间，以及后续服务措施等信息通过公司官网和即时通讯工具等便于公众知晓的方式披露告知保险消费者，并为已购买产品的保险消费者在保险期间内继续提供保障服务，同时在保险期间届满时提供转保建议。

保险公司主动停售保险产品的，应当至少在产品停售前 30 日披露相关信息。保险公司因产品设计存在违法违规等问题被监管机构责令停售的，应当于停售之日起 3 日内披露相关信息。保险公司应当在披露产品停售相关信息后，以合理方式通知每一张有效保单的投保人。

保险公司对已经停售的短期健康保险产品应当及时清理注销。保险公司对已经停售产品进行重新销售的，应当向监管部门重新报批或备案保险产品。

保险公司应当于每年 3 月 31 日前在公司官网披露前三个年度个人短期健康保险产品停售情况及每一款产品的有效保单数量。

保险公司经营短期健康保险业务，可以不受《中国保监会关于强化人身保险产品监管工作的通知》（保监寿险〔2016〕199 号）第四条第一款产品停售有关规定限制。

十一、中国保险行业协会应当加强对短期健康保险产品定价基础、核保理赔等行业基础性标准建设，促进短期健康保险业务科学化、规范化发展。

十二、保险公司违反本通知有关规定的，银保监会将依法依规追究保险公司和相关责任人责任。情节严重的，银保监会将依法采取包括责令停止接受新业务、撤销相关人员任职资格等行政处罚措施。

十三、本通知印发前保险公司已经审批或备案的短期健康保险产品，不符合本通知要求的，应于 2021 年 5 月 1 日前停止销售。

2021 年 1 月 11 日

## 关于人身保险伤残程度与保险金给付比例有关事项的通知

保监发〔2013〕46号

各保险公司，中国保险行业协会：

为进一步规范人身保险合同对伤残程度与保险金给付比例的约定，更好地保护投保人和被保险人利益，现将有关事项通知如下：

一、保险责任涉及伤残给付的人身保险合同应在保险条款中明确约定伤残程度的定义及对应保险金给付比例。保险公司应科学划分伤残程度，公平设定保险金给付比例。

二、保险条款中约定的伤残程度评定标准为经国家标准化行政主管部门制定的国家标准，或由国务院有关行政主管部门制定并报国务院标准化行政主管部门备案的行业标准的，条款内容应包含该标准的全称、发布机构、发文号及标准编号。

三、中国保险行业协会应加强对相关技术标准的基础研究工作，研究制定伤残程度评定与保险金给付比例标准，供保险公司使用。行业协会应请相关专业组织或专业鉴定机构对行业标准进行论证，并将论证结果向社会公示。行业协会应根据实际情况建立科学调整机制。

保险条款中约定的伤残程度评定标准为行业标准的，条款内容应包含该评定标准全文，并注明“行业标准”字样。

四、保险公司应在每年3月15日前向中国保监会提交短期意外伤害保险产品的定价回顾报告。定价回顾报告要求参照《关于〈健康保险管理办法〉实施中有关问题的通知》（保监发〔2006〕95号）第七、八、九条执行。

**【注：该条已失效。《意外伤害保险业务监管办法》第三十一条规定“本办法自2022年1月1日起施行。……《关于人身保险伤残程度与保险金给付比例有关事项的通知》（保监发〔2013〕46号）第四条规定自本办法施行之日起停止执**

行。”】

五、需要调整伤残程度与保险金给付比例的保险条款，应于 2013 年 12 月 31 日前完成重新备案和条款更换工作。对于已经生效的保险合同，保险公司应做好客户服务工作，确保产品调整工作平稳有序进行。

六、本通知自下发之日起执行，中国保监会《关于继续使用〈人身保险残疾程度与保险金给付比例表〉的通知》（保监发〔1999〕237 号）同时废止。

中国保监会

2013 年 6 月 4 日

## 关于规范人身保险业务经营有关问题的通知

保监发（2011）36号

各保监局、各保险公司：

为规范人身保险业务经营，维护投保人、被保险人利益，根据《中华人民共和国保险法》，现将人身保险业务经营有关要求通知如下：

### 一、关于保险条款和保险合同

保险公司可以在经中国保监会审批或备案保险条款的基础上出具批单或在保单上加批注，批单和批注不得改变条款中规定的保险责任和保险期间，批单和批注上应加盖保险公司公章、经授权出单的分支机构公章或上述两者的合同专用章。

### 二、关于业务宣传材料

保险公司的人身保险投保计划书、产品说明书、投保提示书等业务宣传材料应由总公司统一制定和管理，由总公司或其授权分公司印刷，保险公司不得授权保险销售人员个人设计、变更业务宣传材料。

### 三、关于年金保险业务经营

在承保年金保险业务时，保险公司可以采用趸缴期领或期缴期领的方式，对于期缴期领方式，可允许被保险人选择趸领方式，但不得对同一保单采用趸缴趸领的方式承保。

### 四、关于犹豫期

（一）“犹豫期”是从投保人收到保险单并书面签收日起10日内的一段时期。

（二）投保单或保险条款中应载明投保人在犹豫期内的权利，保险公司销售人员展业时以及保险公司向投保人、被保险人发送保单时，应对犹豫期内的权利

进行说明。

(三) 在犹豫期内, 投保人可以无条件解除保险合同, 保险公司除扣除不超过 10 元的成本费以外, 应退还全部保费, 并不得对此收取其他任何费用。保险公司对投资连结保险投保人在犹豫期内解除保险合同的费用扣除应当符合《人身保险新型产品信息披露管理办法》的有关规定。

## 五、关于销售佣金

(一) 个人寿险保单支付的直接佣金不得超过以下规定的标准:

趸缴保费的直接佣金占保费的比例不得超过 4%;

期缴保费的直接佣金总额占保费总额的比例不得超过 5%, 并且直接佣金占各保单年度保费的比例不得超过下表标准:

缴费期	第一年		第二年		第三年	
	死亡保险	年金和 生死两 全保险	死亡保险	年金和 生死两 全保险	死亡保险	年金和 生死两 全保险
10 年以下	25%	20%	15% <sup>&gt;</sup>	10%	10%	5%
10—20 年	35%	30%	20%	15%	15%	10%
20 年及以上	40%	35%	25%	20%	15%	10%

注: 表中所列死亡保险, 指只承担死亡给付责任的保险。

(二) 个人长期健康险业务直接佣金参照个人寿险趸缴和期缴死亡保险佣金比率执行。

(三) 保险公司应按照保险代理协议约定向代理人支付佣金, 佣金应采用分期形式支付, 但短期人身保险业务除外。保险公司向代理人支付佣金应充分考虑代理人对投保人的服务品质, 应通过对首期佣金水平、续期佣金水平以及支付期限的合理调节, 提升代理人在保单存续期间对投保人的服务水平。

## 六、关于保单贷款

(一) 保险公司可以向具有现金价值的个人长期险保单投保人提供保单贷款

服务，保单贷款的有关事项应当在保险合同中约定。

（二）保单贷款金额不得超过保单现金价值，贷款利率应当参照人民银行公布的同期贷款利率、公司自身资金成本及风险管控能力确定，贷款期限一般不超过六个月。

（三）保险公司不得向投保人以外的第三方提供保单贷款。

（四）以死亡为给付保险金条件的合同所签发的保单贷款，应当事先经被保险人书面同意。

### 七、关于客户信息保护

保险公司应当高度重视投保人、被保险人的信息保护，建立客户信息管理和保密制度，制定泄露客户信息的处罚措施，不得非法获取、使用或倒卖个人信息资料。

本通知自 2011 年 7 月 1 日起执行。财产保险公司经营意外险和短期健康险业务应遵守本通知。外国保险公司在中国境内设立的分公司参照本通知执行。对于违反本通知的保险机构和个人，中国保监会及其派出机构将依照有关法律、法规予以处罚。

中国保险监督管理委员会

二〇一一年六月二十七日

## 关于父母为其未成年子女投保以死亡为给付保险金条件人身保险 有关问题的通知

保监发（2015）90号

各保险公司：

为保护未成年人的合法权益，根据《中华人民共和国保险法》第三十三条规定，现就规范父母作为投保人为其未成年子女投保以死亡为给付保险金条件人身保险的有关问题通知如下：

一、对于父母为其未成年子女投保的人身保险，在被保险人成年之前，各保险合同约定的被保险人死亡给付的保险金额总和、被保险人死亡时各保险公司实际给付的保险金总和按以下限额执行：

（一）对于被保险人不满10周岁的，不得超过人民币20万元。

（二）对于被保险人已满10周岁但未满18周岁的，不得超过人民币50万元。

二、对于投保人为其未成年子女投保以死亡为给付保险金条件的每一份保险合同，以下三项可以不计算在前款规定限额之中：

（一）投保人已交保险费或被保险人死亡时合同的现金价值；对于投资连结保险合同、万能保险合同，该项为投保人已交保险费或被保险人死亡时合同的账户价值。

（二）合同约定的航空意外死亡保险金额。此处航空意外死亡保险金额是指航空意外伤害保险合同约定的死亡保险金额，或其他人身保险合同约定的航空意外身故责任对应的死亡保险金额。

（三）合同约定的重大自然灾害意外死亡保险金额。此处重大自然灾害意外

死亡保险金额是指重大自然灾害意外伤害保险合同约定的死亡保险金额，或其他人身保险合同约定的重大自然灾害意外身故责任对应的死亡保险金额。

三、保险公司在订立保险合同前，应向投保人说明父母为其未成年子女投保以死亡为给付保险金条件人身保险的有关政策规定，询问并记录其未成年子女在本公司及其他保险公司已经参保的以死亡为给付保险金条件人身保险的有关情况。各保险合同约定的被保险人死亡给付的保险金额总和已经达到限额的，保险公司不得超过限额继续承保；尚未达到限额的，保险公司可以就差额部分进行承保，保险公司应在保险合同中载明差额部分的计算过程。

四、保险公司应在保险合同中明确约定因未成年人死亡给付的保险金额，不得以批单、批注（包括特别约定）等方式改变保险责任或超过本通知规定的限额进行承保。

五、保险公司应积极引导投保人树立正确的保险理念，在注重自身保险保障的基础上，为未成年人购买切合实际的人身保险产品。

六、保险公司应进一步完善未成年人人身保险的有关业务流程，强化投保、核保等环节的风险管控，在防范道德风险的同时，为未成年人提供更加丰富多样的保险保障，保护未成年人合法权益。

七、本通知自 2016 年 1 月 1 日起执行。中国保监会《关于父母为其未成年子女投保以死亡为给付保险金条件人身保险有关问题的通知》（保监发〔2010〕95 号）自本通知执行之日起废止。

中国保监会

2015 年 9 月 14 日

## 广东省高级人民法院关于审理涉新冠肺炎疫情商事案件 若干问题的指引【节选】

十、受新冠病毒感染的被保险人或者其受益人，依照保险合同请求保险人赔付因病毒感染而产生的医疗费及其他相关损失，保险人以被保险人未在保险合同约定的医疗服务机构接受治疗作为抗辩事由的，可综合考虑新冠肺炎病情的严重性和紧迫性，依据《最高人民法院关于适用〈中华人民共和国保险法〉若干问题的解释（三）》第二十条的规定处理。

被保险人因疫情或者防控措施影响遭受损失，根据保险合同的约定提出理赔的，依法支持应赔尽赔。分期缴纳保费的保险合同投保人，因疫情或者防控措施影响，主张适当延缓保险费缴纳期限的，可予支持。

## 上海市高级人民法院民事审判第五庭关于审理保险代位求偿权纠纷 案件若干问题的解答（一）【节选】

沪高法民五[2010]2号

一、在医疗费用保险中，保险人能否向第三者行使保险代位求偿权？

答：根据中国保险监督管理委员会《健康保险管理办法》第二条、第四条的规定，医疗费用保险可以分为补偿性医疗保险（亦称费用补偿型医疗保险）和非补偿性医疗保险（亦称定额给付型医疗保险）。补偿性医疗保险适用补偿原则和保险代位制度，非补偿性医疗保险不适用补偿原则和保险代位制度。

在保险代位求偿权纠纷中，法院应根据保险合同的约定，确定系争保险是否属于补偿性医疗保险。

保险合同明确约定本保险适用补偿原则、“以实际支出医疗费作为赔付依据”等内容的，保险人在向被保险人支付保险赔偿金后，有权向第三者行使保险代位求偿权。

保险合同明确约定本保险为定额给付保险或不适用补偿原则等内容的，保险人在向被保险人支付保险赔偿金后，无权向第三者行使保险代位求偿权。

医疗费用保险合同对是否适用补偿原则未作约定或约定不明的，视为非补偿性医疗保险，保险人无权向第三者行使保险代位求偿权。

三、保险人能否就已经投保再保险的部分，一并向第三者行使保险代位求偿权？在保险代位求偿权纠纷中，是否应当审查再保险合同的签订和履行情况？

答：再保险又称保险的保险，是指保险人将其对危险的承保责任，基于再保险合同关系，一部或全部转移给其他保险人。原保险和再保险之间，虽有关联，

但在法律关系上各自独立。

根据合同相对性原则，保险人投保再保险的，保险人对第三者的保险代位求偿权不因此受到影响。保险人可以就全部金额向第三者行使保险代位求偿权，获得赔偿后按再保险合同分摊给再保险人。

在保险代位求偿权纠纷中，因再保险人无权向第三者行使保险代位求偿权，故法院无需审查再保险合同的签订和履行情况。

五、就保险事故所致损失，被保险人对同一第三者享有数个竞合的赔偿请求权，保险人在承担保险赔偿责任后提起保险代位求偿权诉讼的，如何处理？

答：被保险人因同一法律事实，依据不同法律规定，可以向同一第三者主张两个以上请求权，而这些不同的请求权又不能同时得到满足的，属于请求权竞合。

根据《合同法》第一百二十二条、《最高人民法院关于适用〈中华人民共和国合同法〉若干问题的解释（一）》第三十条的规定，保险人依据保险代位制度行使原属被保险人的上述竞合的请求权时，法院应当予以释明，要求保险人进行选择。

保险人经法院释明后作出明确选择的，法院按照保险人确定的请求权进行审理。释明后，保险人未作选择的，法院应根据最有利于纠纷解决的原则依职权确定。

六、就保险事故所致损失，被保险人对多个第三者同时享有给付目的一致的赔偿请求权，保险人在承担保险赔偿责任后提起保险代位求偿权纠纷诉讼的，如何处理？

答：就保险事故所致损失，被保险人基于不同法律关系对多个第三者享有赔偿请求权，但给付目的一致的，属于不真正连带之债。例如甲投保财产险，并委托乙保管一台彩电、乙在保管期间借给丙使用，丙使用时不小心损毁。甲对乙的违约损害赔偿请求权与甲对丙的侵权损害赔偿请求权即构成不真正连带之债。

不真正连带之债的各债务人对同一债权人负有以同一给付为目的的数个债务，因一个债务人的履行而使全体债务均归于消灭。各请求权所依据的法律关系和债务人均不相同，故属于不同的诉讼标的，债权人有权分别起诉。债权人同时起诉数个债务人的，属于普通共同诉讼。对普通共同诉讼，法院应根据便利人民群众诉讼、便利法院审判案件的“两便”原则，确定案件是否合并审理。

保险人向被保险人支付保险赔偿金后，即取代被保险人，有权基于不同的法律关系，对数个第三者分别提起保险代位求偿权诉讼，也可以提起共同诉讼。

#### 八、保险人能否对第三者的保证人行使保险代位求偿权？

答：根据《担保法》第二十二条、《物权法》第一百九十二条的规定，让与主债权时，该债权的保证债权、抵押权一并转移给受让人，但法律另有规定或者当事人另有约定的除外。

赔偿请求权因保险代位求偿权转让给保险人时，被保险人对第三者的保证债权、抵押权等从权利一并转移给保险人，保险人可以对保证人、抵押人行使保险代位求偿权，但法律另有规定或者当事人另有约定的除外。

九、在保险理赔程序中，保险人为查明和确定保险事故的性质、原因和损失程度所支付的公估费、鉴定费等必要费用，能否在保险代位求偿权纠纷中要求第三者赔偿？

答：保险人向投保人收取的保险费（亦称毛保费）由两部分构成，一是纯保费，对应于每个单位保额的可能损失额；二是附加保费，即保险人就每单位保额支出的经营费用，包括保险公司的手续费、佣金和固定成本等各种费用。查明和确定保险事故的性质、原因和损失程度是保险人理赔工作的一部分，是理赔必须支出的费用，属于附加保费的范畴。

《保险法》第六十四条规定，在理赔程序中支出的公估费等必要费用，由保险人承担。保险人支出的公估费不属于《保险法》第六十条规定的保险赔偿金，

在保险代位求偿权纠纷中，保险人要求第三者赔偿公估费的，法院不予支持。

十二、保险人根据保险合同的约定，仅就被保险人所受损失中的特定项目承担保险赔偿责任后，能否就其他赔偿项目向第三者行使保险代位求偿权？

答：保险代位求偿权的内容，必须与保险人填补损失的内容具有一致性，保险人才能代位行使。

当被保险人有多项损失，而保险人依据保险合同的约定仅就其中部分项目的损失予以赔付的，被保险人可以就未获赔付的损失项目，向第三者行使赔偿请求权。保险人则只能就已经给付保险赔偿金的损失项目行使保险代位求偿权。

比如在补偿性医疗费用保险中，被保险人因侵害产生医疗费用、误工费、护理费等损失。保险人仅就医疗费用损失承担保险赔偿责任后，被保险人可以就其他损失继续向侵权人主张赔偿请求权，保险人则只能就医疗费用行使保险代位求偿权。

二〇一二年九月十九日

**北京市高级人民法院审理民商事案件  
若干问题的解答之五（试行）【节选】**

京高法发〔2007〕168号

（2007年3月12日北京市高级人民法院审判委员会第3次会议通过）

五、保险法律制度中的实务问题

28. 《保险法》第十八条中“责任免除条款”的范围？

包括《保险法》第十九条第（四）项“责任免除”，即通常所称的“除外责任”条款，以及保险合同中所有不因投保人、被保险人或受益人未履行法定或约定义务而免除保险人责任的条款。

29. 投保人、被保险人或受益人涉嫌犯罪但已死亡，没有生效裁判文书认定其构成犯罪的，是否适用保险合同中“违法犯罪行为”责任免除条款？

同时符合下列条件的，应适用“违法犯罪行为”责任免除条款：

（1）有充分的直接证据证明保险当事人是犯罪行为参与者，其行为触犯了刑事法律法规，即具有明显的犯罪嫌疑；

（2）涉嫌参与的犯罪行为是故意犯罪行为；

（3）涉嫌参与的犯罪行为与保险事故的发生有因果关系。

30. 保险事故发生后，投保人、被保险人或受益人未履行及时通知义务的，保险人是否承担保险责任？

保险事故发生后，保险人不能仅以投保人、被保险人或受益人未履行及时通知义务为由不承担保险责任。

保险事故发生后，投保人、被保险人或受益人未依约或法律规定履行及时通

知义务，导致保险人无法核实保险事故的性质、原因和损失程度等，以及是否属于免责范围无法确定的，投保人、被保险人或受益人要承担不利的法律后果。

31. 投保人在病历中对其病情的“主诉”，能否作为证明其投保时隐瞒病史的证据使用？

答：医院病历中，投保人对自己病情的“主诉”内容记载明确的，包括病症、患病时间等，可以作为证据使用。

32. 投保人故意或者过失未履行如实告知义务，在法律后果上是否一样？

投保人故意不履行如实告知义务，保险事故未发生时，保险人有权解除合同；保险事故发生后，保险人不承担保险责任，并有权解除合同。保险人解除合同的，不退还保险费。

投保人过失不履行如实告知义务，未告知事项影响保险人决定承保与否、费率高低的，保险事故未发生时，保险人有权解除合同。未告知事项对保险事故的发生有严重影响的，保险人不承担保险责任，并有权解除合同。保险人解除合同的，可以退还保险费。

33. 投保人未经被保险人或受益人同意，是否可以转让或质押人寿保险单？

依照以死亡为给付保险金条件的合同所签发的保险单，投保人和被保险人不是同一人时，未经被保险人书面同意，投保人将保险单转让或质押的行为应认定无效。

非依照以死亡为给付保险金条件的合同所签发的保险单，投保人和被保险人不是同一人时，未经被保险人同意，投保人将保险单转让或质押的行为应认定无效。

34. 商业医疗费用类保险是否适用损失补偿原则？

人身保险所属的健康保险、意外伤害保险中关于医疗费用的保险，不适用损失补偿原则。保险合同另有约定的除外。

35. 责任保险中，第三者对保险人是否享有直接赔偿请求权？

责任保险中，第三者对保险人不享有直接赔偿请求权。但法律规定或者保险

合同约定第三者对保险人享有直接赔偿请求权的除外。

36. 责任保险中，被保险人对第三者尚未实际赔偿时，是否可以获得保险赔偿？

被保险人的赔偿责任已为法院生效裁判文书所确认，或已为保险人、被保险人和第三者之间的协议所约定的，即使尚未实际付出，被保险人亦可起诉保险人，获得保险赔偿。

被保险人的赔偿责任未被法院生效裁判文书所认定，或未被保险人、被保险人和第三者之间的协议所约定的，被保险人起诉保险人要求保险赔偿的，法院不予支持。

关于《北京市高级人民法院审理民商事案件若干问题的解答之五（试行）》  
的说明【节选】

（五）保险法律制度中的问题

问题解答 28. “责任免除”条款的范围关系到保险人履行“明确说明”义务的范围。掌握责任免除条款范围的关键是，在“除外责任”条款之外，是否还有属于免除保险人单方责任义务的条款，即保险人责任的免除具有绝对性，其只享有权利不承担义务，导致保险人和被保险人之间的权利义务不对等。因此我们认为在《保险法》第十九条第（四）项的“责任免除”，即通常所称的“除外责任”之外，责任免除条款还应包括其它所有即使不是因为被保险人未履行法定或约定义务，保险人也当然地不承担责任义务的条款。

问题解答 29. 对此问题的回答，主要是参照保监会的答复做出。需要注意的是，保险人以“违法犯罪行为”责任免除条款抗辩成立需要同时满足三个条件。

保监复[1999]168号“关于保险条款中有关违法犯罪行为作为除外责任含义的批复”指出，“在保险条款中，如将一般违法行为作为除外责任，应当采取列

举方式，如酒后驾车、无证驾驶等；如采用‘违法犯罪行为’的表述方式，应理解为仅指故意犯罪行为”。“对于犯罪行为，如果当事人尚存，则应依据法院的判决来决定是否构成犯罪；如果当事人已经死亡，无法对其进行审判，则应理解为事实上已明显构成犯罪行为”。“对于违法犯罪行为、犯罪行为或者故意犯罪行为构成除外责任或责任免除，除保险合同有明确的约定外，应理解为被保险人实施的犯罪行为与保险事故的发生应具有因果关系”。

问题解答 30. 《保险法》第二十二条第一款规定，“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。”保险合同（保险单）中往往约定，保险事故发生后，如果投保人、被保险人或受益人未及时通知保险人，不在若干天内报案、提交有关保险单证，保险人将不承担保险责任。因此产生了不少纠纷。保监复[2000]304号“关于对《保险法》有关索赔时限理解问题的批复”中提到，“某些保险条款中关于索赔时限、通知期限等诸如此类的规定，不是一种时效规定，应当理解为是合同当事人约定的一项合同义务。投保人或被保险人违反此项义务的责任应当根据合同的约定及其违约所造成的实际后果来确定，并不必然导致保险金请求权的丧失或放弃。”参照保监会的批复，我们认为，保险人不能因为投保人、被保险人或受益人未履行及时通知义务而当然免责。

问题解答 31. 此问题往往和投保人的如实告知义务联系在一起。所谓“主诉”，是指投保人在某次看病过程中，主动告诉医生其曾经患过何种疾病。需要注意的是，“主诉”内容应明确记载于医院留存的原始病历中，语言不能模糊，不能引起歧义。

问题解答 32. 这关系到对《保险法》第十七条第二款、第三款和第四款的理解问题。容易产生不同理解的是第二款，“投保人故意隐瞒事实，不履行如实告知义务的，或者因过失未履行如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承

保或者提高保险费率的，保险人有权解除保险合同”，即在投保人故意隐瞒事实，保险人要求解除合同时，是否还需要满足“足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率”这一条件？我们认为，在投保人故意隐瞒事实，不履行如实告知义务的情况下，无论是否足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率，保险人都有权解除合同；而在投保人因过失未履行如实告知义务的情况下，只有足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人才有权解除合同。同时，在保险事故发生后，无论投保人未告知事项是否与保险事故有因果关系，只要是投保人“故意”不告知，保险人就可以拒赔。

问题解答 33. 对此问题，有一种意见认为，投保人可以依法（转让）或者质押人寿保险的保险单。我们从《保险法》第五十六条、第六十一条、第六十三条的相关规定出发，区分了两种情况，即对以死亡为给付保险金条件和非以死亡为给付保险金条件的保险单，分别对待。在投保人对以死亡为给付保险金条件的保险单进行转让或质押时，强调需要被保险人“书面”同意，以加强对被保险人生命安全的保护。

问题解答 34. 实践中一种意见认为，由于人身保险所属的健康保险、意外伤害保险中关于医疗费用的保险，其目的在于填补被保险人为治疗疾病所产生的费用，应认为其属于“损失补偿性质”保险。从财产保险“无损失则无补偿”原则出发，保险人不能因疾病或受伤治疗而获得费用以外的利益，保险人有权在给付保险金的范围内向第三者进行追偿。另一种意见认为，健康保险、意外伤害保险属于人身保险，如果适用“无损失则无补偿”适用原则，是否会与《保险法》的现行规定相矛盾？我们从保险法的相关规定出发，结合保险行业主管部门的相关答复，并考虑到保险人相对强者的地位，对此问题作出了回答。

《保险法》第六十八条规定，“人身保险的被保险人因第三者的行为而发生死亡、伤残或者疾病等保险事故的，保险人向被保险人或者受益人给付保险金后，

不得享有向第三者追偿的权利”。中国人民银行银保险[1998]63号“关于医疗费用重复给付问题的答复”中指出，“如果在意外伤害医疗保险条款中无关于‘被保险人由于遭受第三者伤害，依法应由第三者负赔偿责任时，保险人不负给付医疗费责任’之约定，保险人应负给付医疗费的责任。依《保险法》第六十七条（注，修改后的第六十八条），保险人给付上述医疗费后，不享有向第三者追偿的权利”。我们参照此种意见作出了解答。

## 北京市高级人民法院关于审理保险纠纷案件 若干问题的指导意见（试行）【节选】

（2004年12月20日市高级人民法院审判委员会第138次会议通过）

为正确审理保险纠纷案件，根据《中华人民共和国保险法》及相关的法律、司法解释，结合我市法院民商事审判实践，制定本指导意见。

### 一、保险合同的成立及责任认定问题

1. 人身保险中的投保人按照保险人的要求，预交了保险费，但由于保险人或其代理人自身的原因，未及时对投保单作出处理，如果发生了应予赔偿或给付保险金的保险事故，作如下处理：

（1）被保险人符合承保条件，应认定保险合同成立。保险人应当承担保险责任。承保条件根据保险业的通常标准进行裁判。

（2）被保险人不符合承保条件，应认定保险合同不成立。保险人对未及时处理投保业务有过错的，承担缔约过失责任。

2. 人身保险合同不因保险人预收保险费而当然成立。保险人预收保险费后在合理期限内拒绝承保的，应当及时退还投保人预交的保险费，保险人对因其超过合理期限退还保险费而产生的利息损失亦应赔偿。

### 二、保险人的说明义务问题

3. 保险人与同一投保人再次或多次签订同类的保险合同时，保险人的说明义务可以适当减轻；但保险人仍然应当履行保险法规定的明确说明义务。

4. 保险人未履行对一般保险条款的说明义务时，应当赔偿投保人或被保险

人因此产生的实际损失。

5. 保险人对保险条款的说明义务，不因保险合同条款是对保险法规定内容的合同化而免除。

6. “责任免除条款”中包含有通常人不易理解的专门术语时，保险人对其概念、内容及其法律后果等所作的解释与说明，应当达到通常人所能理解的程度。

### 三、投保人的如实告知义务问题

7. 保险人的代理人代投保人填写需投保人如实告知的事项并代投保人签名的，可以因此免除投保人相应的如实告知义务。

8. 投保人向保险人主动告知某事项并记载于投保书上的，视为保险人就有有关情况提出询问，投保人负有如实告知义务。

9. 人身保险合同中投保人的如实告知义务，不因保险人指定的机构对其进行体检而免除。

10. 保险人在缔约或保险事故发生之前已经知道或应当知道投保人有违反如实告知义务的情形，但仍承保的，对其在保险事故发生后拒绝承担保险责任或者要求解除保险合同的主张，不应予以支持。

11. 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范围的，需要投保人补交或支付的保险费的数额按照保险行业的标准确定。

12. 保险人在投保单询问表中设计的“其他”等字样的兜底条款，违反了有限告知原则，应当认定无效。

13. 保险合同复效时，投保人、被保险人或受益人对保险人提出的询问应当履行如实告知义务。

14. 在下列情形下，投保人的如实告知义务被免除：

- (1) 投保人未告知的事实会导致保险风险的出险率降低；
- (2) 保险人知道或者应当知道的事实；
- (3) 保险人明确声明免除投保人对相关事项的告知义务。

#### 四、保险条款解释的问题

15. 保险监督管理机构制定的强制性保险条款不属于保险合同的格式条款，保险合同当事人对其内容发生争议时，对保险人不应当适用“不利解释原则”。

16. 保险人对保险监督管理机构制定的示范性保险条款决定使用或者经过变更使用的，应当视为保险人自行制定的条款，具有格式条款的性质，在保险合同当事人对条款内容发生争议且已穷尽其他解释原则的情况下，对保险人应当适用“不利解释原则”。

17. 保险人自行制定的保险合同条款，具有格式条款的性质，在保险合同当事人对条款内容发生争议且已穷尽其他解释原则的情况下，对保险人应当适用“不利解释原则”。

18. 保险合同当事人通过协商确定的个别保险合同的特殊条款，不具有格式条款的性质，对保险人不适用“不利解释原则”。

#### 六、代位求偿权问题

21. 保险人行使代位求偿权的范围不应包括保险人因赔偿被保险人保险金而支出的各种费用。

22. 保险事故发生前，被保险人放弃对第三者请求权情况的处理：

(1) 保险合同签订之前被保险人放弃对第三者请求权的，保险人对该事项提出询问的，投保人必须如实告知，否则保险人不承担保险责任；

(2) 保险合同签订之前被保险人放弃对第三者请求权的，保险人没有对该事项提出询问或投保人如实告知后保险人同意承保的，一旦发生保险事故，保险人应赔付保险金，但无权向第三者行使代位求偿权；

(3) 保险合同签订之后被保险人放弃对第三者请求权的，被保险人应当及时通知保险人，否则保险人不承担保险责任；

(4) 保险合同签订之后被保险人放弃对第三者请求权，保险人同意继续承

保的，发生保险事故后，保险人应赔付保险金，但无权向第三者行使代位求偿权；

(5) 如果第三者是以格式条款免除其对被保险人的责任的，依据合同法第四十条的规定，应认定该条款无效。

23. 保险法第四十六条中“保险人放弃对第三者请求赔偿的权利的”应理解为系行为人的明示行为，不应以默示为由推定被保险人放弃。

#### 九、人身保险合同的解除问题

31. 投保人和被保险人不是同一人时，除保险合同另有约定外，被保险人不享有保险合同的解除权。保险合同解除后的现金价值属于投保人。

32. 投保人和受益人不是同一人时，除保险合同另有约定外，受益人不享有保险合同的解除权和变更权。保险合同解除后的现金价值属于投保人。

33. 保险合同的效力因被保险人、受益人向保险人补交保险费而得以恢复的，补交保险费的被保险人、受益人对复效后的保险合同享有解除权。

保险合同的效力因被保险人、受益人向保险人补交保险费而得以恢复的，投保人可以向被保险人、受益人主张保险合同复效前的现金价值。

保险合同的效力因被保险人、受益人向保险人补交保险费得以恢复而后又解除的，合同解除后的现金价值根据保险费实际交纳情况分别属于投保人、被保险人或受益人。

#### 十、保险合同中的宽限期问题

34. 在分期支付保险费的保险合同中，定期通知投保人按时或在宽限期内交付保险费不属于保险人的附随义务，当事人另有约定的除外。

35. 保险法第五十八条规定的保险费交付宽限期的保险责任属于续期保险费对应期间的保险责任，而非前一期交费期间的保险责任；如果被保险人在宽限期内发生应予赔付的保险事故，保险人可于给付保险金时扣除欠交保险费，但扣除保险费并不影响其终止保险合同的权利。

## 十一、其他问题

36. 保险人未按照保险法第二十六条的规定根据已有的证明和资料确定先予支付最低数额保险金的，保险人对被保险人因此产生的损失应当承担赔偿责任。

37. 属于影响保险人决定是否承保、保险费率的确定、赔付范围的确定等因素的危险程度增加，但与保险事故发生无因果关系的，不能依照保险法第三十七条第二款的规定免除保险人的保险责任。

38. 被保险人或受到损害的第三者在保险金额的范围内，可以向保险人就后续治疗必要的费用提出主张。

39. 投保人或被保险人、受益人请求保险合同复效时应当符合投保条件，一次性补交保险合同中止前未缴纳的保险费和利息，以及中止期间应当缴纳的保险费和利息，当事人另有约定的除外。

## 山东省高级人民法院民二庭关于审理保险合同纠纷案件 若干问题的解答【节选】

为进一步规范保险合同纠纷案件的审理,平等保护当事人合法权益,根据《中华人民共和国保险法》(以下简称保险法)及最高人民法院相关司法解释,山东高院民二庭针对全省法院在审理保险合同纠纷案件中遇到的部分问题进行了研究,并起草了以下问题解答,供全省各级人民法院在审理保险合同纠纷案件时参考。

### 一、一般规定

1. 保险人已作出承保的意思表示,但是投保人未依约交付保险费,是否影响保险人承担保险责任

答:如果无特别约定或者无效情形,自保险人以书面或者其他形式作出承保的意思表示开始,保险合同成立并生效。保险人以投保人未交付或者未足额交付保险费为由主张不承担保险责任的,人民法院不予支持。

保险合同约定不按时足额支付保险费,保险人有权解除合同且不予赔偿或者支付保险金的,保险人主张解除保险合同,人民法院应予支持,但应同时判决退还已经收取的保险费。如果保险人未行使合同解除权,对于保险合同解除前发生的保险事故,被保险人或者受益人主张保险人赔偿或者给付保险金的,人民法院应予支持,但是应当扣减应收取的保险费。保险合同约定未支付保险费,保险人不承担保险责任的,保险事故发生后,如果保险合同不存在无效情形,被保险人或者受益人主张保险人赔偿或者给付保险金的,人民法院不予支持。保险合同约定未足额支付保险费,按照保险事故发生前保险人实际收取的保险费与投保人应

当交付的保险费的比例承担保险责任的，保险事故发生后，保险人主张按照比例承担赔偿责任或者给付保险金责任的，人民法院应予支持。

## 2. 被保险人应否承担如实告知义务

答：根据保险法第十六条及《最高人民法院关于适用〈中华人民共和国保险法〉若干问题的解释（二）》第五条规定，投保人为如实告知义务的履行主体。保险人对被保险人的询问不能视为对投保人的询问。但是，如果保险人就相关事项同时向投保人和被保险人进行询问，投保人或者被保险人只要有一人如实告知，则应视为投保人就该事项的告知义务已经履行。

## 3. 保险代理人代投保人填写如实告知事项，能否认定投保人履行了如实告知义务

答：保险代理人是指根据保险人的委托授权，代理经营保险业务，并收取代理费用的人。保险代理人在保险人授权的范围内以保险人名义进行的业务活动，其民事行为后果应当由保险人承担。保险代理人代为填写投保人如实告知事项并代投保人签名的，应视为保险人对投保人如实告知义务的免除。保险人再以投保人未尽如实告知义务为由，要求解除合同并免除赔偿责任的，人民法院不予支持。保险代理人代为填写后经投保人签名确认的，代为填写的内容应视为投保人的真实意思表示，投保人的如实告知义务并不能因此而免除。

## 4. 如何认定保险法中的“法律、行政法规的禁止性规定”，对于禁止性规定保险人是否需要履行提示和明确说明义务

答：禁止性规定是命令民事主体不得为一定行为之规定，属于强制性规定，任何主体都应当遵守。在判断某种行为是否违反了“法律、行政法规的禁止性规定”时应当按照以下标准：法律、行政法规对于该行为的法律后果作出了全面否定性评价；法律、行政法规对于比该行为相对较轻的行为已作出全面否定性评价。对于法律、行政法规的禁止性规定，投保人有义务知晓并理解规定内容。故保险人只需提示被保险人违反禁止性规定将导致保险人免责的后果，使得投保人知晓违反禁止性规定与保险人免责之间的直接联系即可。

5. 保险合同中关于“投保人应当于规定时限内阅读相关免责条款，逾期未告知阅读情况视为无异议”的条款对投保人是否具有约束力，能否免除保险人的提示和明确说明义务

答：保险人应当主动履行对免责条款的提示和明确说明义务，使投保人完全了解其含义，全面认知保险责任范围及责任免除事项，从而帮助其决定是否投保并对所投保险产生合理预期。上述保险合同条款将保险人的提示和明确说明义务转变为投保人的阅读和自行理解义务，应当认定对投保人不具有约束力，不能视为保险人履行了提示和明确说明义务。

6. 如何确定自助式保险卡业务中保险合同成立生效和开始计算保险责任的时间

答：自助式保险卡是由保险人制作，虽然其中包含了部分保险条款，但并不属于保单或者其他保险凭证。自助式保险卡的购卡人通常是投保人，在卡被转让的情况下，相应的投保权利也发生转让。如果保险人在自助式保险卡上对保险合同的成立生效并无特别说明，应当认定自助式保险卡在网上被激活之时，保险合同成立并生效，并根据激活所生成的电子保单确定被保险人、保险责任开始的时间以及范围。如果被保险人有证据证明系保险人原因导致自助式保险卡未被激活，被保险人主张保险人在保险金额范围内承担赔偿责任的，人民法院应予支持。

7. 投保人申请保险合同复效时，应否履行如实告知义务及范围如何确定

答：保险合同的复效是指恢复已经中止效力的保险合同效力。由于保险合同效力中止期间，保险人对于保险标的风险状态是否变化并不知情，因此应赋予保险人对保险标的重新评估危险的权利，即不应免除投保人的如实告知义务。由于申请复效是对原保险合同效力的延续，故合同复效时告知的内容应当缩减，即投保人无需就原合同已经告知的内容再行告知，告知内容应当仅限于保险合同效力中止期间保险标的变化的有关情况。

## 二、人身保险合同

8. 用人单位为与其具有劳动关系的劳动者投保团体人身保险的，被保险人如何确定

答：保险人在承保时应当要求投保人提交被保险人名单，未要求投保人提交被保险人名单的，视为不记名投保，与投保人具有劳动关系的全部劳动者均应认定为被保险人。

保险人以记名方式承保，被保险人劳动关系发生变更的，投保人应当及时通知保险人，双方就该变动达成一致或者保险人未在合理期限内提出异议的，保险人应按照劳动关系变动后的被保险人名单承保。保险人在合理期限内提出异议且异议通知到达投保人的，视为保险人对变更后的被保险人拒绝承保。

9. 保险合同中按照伤残等级比例赔付保险金的约定是否属于保险法第十七条第二款规定的“免除保险人责任的条款”

答：保险合同中按照伤残等级比例赔付保险金的约定系关于保险人保险范围和赔付标准的约定，兼顾被保险人利益的同时合理分担了各方权利义务，并未在保险人承担保险责任的范围内减轻或者排除其应当承担的风险和赔偿责任，不当认定为保险法第十七条第二款规定的“免除保险人责任的条款”。

10. 意外伤害保险的被保险人或者受益人从实施致害行为的第三者处获得侵权赔偿后，是否仍有权向保险人主张给付死亡或者残疾保险金

答：意外伤害保险属于人身保险，人身保险以人的寿命和身体为保险标的，二者的价值无法用金钱衡量。故在意外伤害保险中死亡或者伤残保险金的给付不适用损失填补原则。意外伤害保险的被保险人或者受益人从实施致害行为的第三者处获得侵权赔偿后，向保险人主张给付死亡或者残疾保险金的，人民法院应予支持。

11. 在重大疾病医疗保险中，被保险人未按照合同约定的治疗措施对承保疾病进行治疗的，保险人应否承担保险金给付义务

答：即使被保险人采取的治疗措施不属于保险合同约定的治疗措施范围，但如果采取该治疗措施为疾病治疗所必须，可以达到保险合同约定的治疗目的，且

治疗费用亦未明显高于合同约定的治疗措施费用，被保险人主张保险人履行保险金给付义务的，人民法院应予支持。

#### 12. “猝死”是否属于意外伤害保险的保险责任范围

答：世界卫生组织对“猝死”的定义为：平素身体健康或者貌似健康的患者，在出乎意料的短时间内，因自然疾病而突然死亡。故疾病与“猝死”之间存在因果关系。目前保险业对意外伤害的定义为，被保险人遭受“外来的、突发的、非本意的、非疾病的”客观事件。因此，除非保险合同有特别约定，“猝死”并不属于意外伤害保险的保险责任范围。

## 山东省高级人民法院关于审理保险合同纠纷案件 若干问题的意见（试行）【节选】

为正确审理保险合同纠纷案件，根据《中华人民共和国合同法》、《中华人民共和国保险法》及相关法律、法规和司法解释规定，结合我省保险合同纠纷审判实践，制定本指导意见。

### 一、保险合同的成立生效问题

1、保险人虽未出具保险单或者其它保险凭证，但已接受投保单并收取了投保人交纳的保险费的，一般应认定保险人同意承保，保险合同成立。依法成立的保险合同，自成立时生效。但投保人与保险人在投保单上或通过其他方式对合同成立、生效另有约定的除外。

保险人未及时处理投保业务导致保险合同未成立的，对由此给被保险人造成的损失，保险人应根据过错承担相应赔偿责任。

2、保险合同生效后，投保人未按约定交纳保险费，除合同另有约定外，保险事故发生后，保险人不能以投保人拖欠保险费为由免除其应承担的保险责任，但可以扣减欠交的保险费。保险合同约定按已交纳保险费与应交保险费的比例承担保险责任的，依照其约定。

3、保险合同约定的保险责任开始时间与保险合同生效时间不一致的，保险责任开始时间早于合同生效时间的，以合同生效时间为准，保险责任结束时间相应顺延。保险责任开始时间晚于合同生效时间的，以保险责任开始时间为准。

### 二、投保人的如实告知义务问题

4、投保人的如实告知义务限于保险人询问的事项，对于保险人未询问的事项，投保人不负如实告知义务。

保险人在询问表、告知书等上面采用“其他”、“除此以外”等询问方式的，视为没有询问。

5、投保人与被保险人非同一人时，保险人主张被保险人未履行如实告知义务而拒绝承担责任的，人民法院不予支持。

6、人身保险合同中，投保人的如实告知义务不因保险人指定的机构对被保险人进行体检而免除。

7、投保人因重大过失未履行如实告知义务的内容和保险事故发生之间不具有因果关系的，保险人对合同解除前发生的保险事故，以投保人未尽如实告知义务为由拒绝承担保险责任的，人民法院不予支持。

8、保险代理人代投保人填写需投保人如实告知的事项并代投保人签名的，可以免除投保人的如实告知义务。保险代理人代为填写后经投保人签名确认的，代为填写的内容视为投保人的真实意思表示，但有证据证明保险代理人存在欺诈、胁迫等情形的除外。

### 三、保险人的提示和明确说明义务问题

9、采用保险人提供的格式条款订立的保险合同中，“责任免除”、“除外责任”及其他有关免赔率、免赔额等部分或者全部免除保险人责任的条款，一般应当认定为保险法第十七条第二款规定的“免除保险人责任的条款”。但保险合同中有关法律、行政法规明确规定的保险人不承担保险责任的条款除外。

10、保险人的提示和明确说明义务的对象是投保人，投保人与被保险人或受益人不一致的，被保险人或受益人主张保险人未向其履行提示或明确说明义务的，人民法院不予支持。

11、保险人对履行提示和明确说明义务承担举证责任。

保险人在投保单、保险单或其它保险凭证上对免除保险人责任条款有显著标

志（如字体加粗、加大或者颜色相异等），或者对全部免除保险人责任条款及说明内容单独印刷，并对此附有“投保人声明”或单独制作的“投保人声明书”，投保人已签字确认表示对免责条款的概念、内容及其法律后果均已经明了的，一般应认定保险人已履行提示和明确说明义务。但投保人有证据证明保险人未实际进行提示或明确说明的除外。

## 五、投保人的及时通知义务问题

13、保险事故发生后，保险人仅以投保人、被保险人或受益人未履行及时通知义务为由要求不承担保险责任的，人民法院不予支持。

投保人、被保险人或受益人未依法律规定或者约定履行及时通知义务，导致保险事故的性质、原因和损失程度无法确定的，除可以通过其他途径进行确定外，保险人对于无法确定的部分主张不承担责任的，人民法院应予支持。投保人、被保险人或受益人应对“可以通过其他途径进行确定”承担举证责任。

## 六、保险责任认定的有关问题

14、如事故是由多种原因造成，保险人以不属保险责任范围为由拒赔的，应以其中持续性地起决定或主导作用的原因是否属于保险责任范围为标准判断保险人是否应承担保险责任。

15、分期交纳保险费的保险合同，投保人未按期足额交纳保险费的，保险人根据约定主张按照保险事故发生前保险人实际收取保险费总额与投保人应当交付的保险费的比例承担保险责任的，人民法院应予支持。

16、由保险人制作的载明“该案一切赔偿责任业已终结”的收款收据不能单独作为保险人与被保险人或受益人达成最终赔偿或给付保险金协议的证据。但保险人有其他证据证明已经向被保险人或受益人说明了赔偿范围、标准、方法、数额等基本情况，被保险人或受益人已明确表示同意终结赔偿的，可以认定保险人的赔偿责任终结。

17、被保险人与第三者之间的赔偿金额已为人民法院发生法律效力裁判确认，在责任保险合同纠纷案件中保险人对该赔偿金额提出异议要求重新审核的，人民法院不予支持。保险人对生效判决确定的赔偿金额无异议，但是根据有效合同条款约定，要求扣除相应的免赔、比例赔偿或不予赔偿等项目的，人民法院应予支持。

被保险人与第三者之间的赔偿金额系当事人自行协商确定，或通过人民法院民事调解程序确定的，人民法院应根据保险人请求对相关事实进行必要的审查。

18、投保人投保多份商业医疗费用报销型保险的，因同一保险事故被保险人要求各保险人支付的保险金超过实际发生的医疗费用的，人民法院不予支持。除保险合同另有约定外，各保险人按照其保险金额与保险金额总和的比例承担支付保险金的责任。

19、人身意外伤害保险合同附有《人身保险残疾程度与保险金给付比例表》（保监发[1999]237号），且保险人履行了提示和明确说明义务，保险人主张以该表作为计算和支付残疾保险金依据的，人民法院应予支持。

## 八、保险合同的解释问题

28、对保险人提供的保险合同格式条款存在争议时，应从保险合同的用词、相关条款的文义、合同目的、交易习惯以及诚实信用原则，认定条款的真实意思。按照上述方法仍有两种以上解释的，应做出不利于保险人的解释。

保险合同当事人通过协商确定的特约条款和投保人提供的条款，对保险人不适用“不利解释原则”。

29、投保单与保险单或其它保险凭证记载不一致的，除投保人有充分证据加以证明外，应以保险单或其他保险凭证的记载内容为准。

## 九、管辖确定

30、人身保险合同的标的为人的寿命或身体，当事人因合同产生纠纷的，根

据《民事诉讼法》第二十六条规定，被保险人住所地或被告住所地人民法院均有权管辖。

## 江西省高级人民法院关于印发《关于审理保险合同纠纷案件若干问题的指导意见(一)》的通知【节选】

赣高法(2010)280号

全省各中级人民法院、南昌铁路运输中级法院：

《江西省高级人民法院关于审理保险合同纠纷案件若干问题的指导意见(一)》业经江西省高级人民法院审判委员会二〇一〇年第三十四次会议讨论通过，现将该指导意见印发给你们，并请转发至辖区基层法院，认真贯彻执行。对于贯彻执行中遇到的新情况、新问题和典型案例，要认真调查研究并提出意见建议，并及时向省法院请示报告。

二〇一〇年十二月二十一日

江西省高级人民法院关于审理保险合同纠纷案件若干问题的指导意见(一)

为正确审理保险合同纠纷案件，根据《中华人民共和国保险法》、《中华人民共和国合同法》及相关法律、法规的规定，结合我省审判实践，制定本指导意见。

第一条投保人提出保险要求，经保险人同意承保，保险合同成立。保险人虽未出具保险单或者其他保险凭证，但已接受投保单并收取了保险费的，一般应认定双方保险合同关系成立，投保人与保险人另有约定的除外。

第二条投保人未按约定交付保险费，合同中也未对投保人拖欠保险费的后果作出约定的，在保险事故发生后，保险人不能以投保人拖欠保险费为由免除其应承担的保险责任。

第四条对于不属于投保人、被保险人知道或应当知道的情况，保险人以投保人或被保险人未履行如实告知义务为由主张解除合同或免除责任的，不予支持。

第五条保险人明知投保人未履行如实告知义务，仍然与投保人签订保险合同，保险事故发生后以投保人或被保险人未履行如实告知义务为由主张解除合同或免除责任的，不予支持。

第六条投保人对保险人所询问的下列事项不作回答，不应认定为如实告知义务的违反：

- （一）为保险人所已知的；
- （二）依常理判断保险人已知的；
- （三）经保险人声明不必进行告知的。

第七条保险人责任免除条款内容明确、具体，并已经使用黑体字等醒目字体或以专门章节予以标识、提示，且投保人以书面明示知悉条款内容的，可以认定保险人履行了责任免除条款的说明义务。

第十三条保险人在保险赔偿后，以自己名义提起诉讼行使代位追偿权的，法院应予准许。保险人在诉讼中对自己享有的代位追偿权负有举证责任。

第十四条保险人行使代位追偿权时，被保险人已经向第三者提起诉讼的，经被保险人同意，保险人可以向受理法院提出变更当事人的请求，代位行使被保险人对第三者请求赔偿的权利。

第十五条保险纠纷案件中，保险人未对造成保险事故负有责任的第三者提出代位追偿权请求的，法院不应在判决中对保险人的代位追偿权作出处理。

第十六条对保险合同条款发生争议的用语属于专业术语的，应当按照其在专业上所具有的意义加以解释。

第十七条保险人与投保人、被保险人以及受益人对保险合同的条款存在争议时，应从保险合同的用词、相关条款的文义、合同目的、交易习惯以及诚实信用原则，认定条款的真实意思；按照上述方法仍有两种以上解释的，应作出不利于保险条款制定方或提供方的解释。

第十八条 保险合同非格式条款与格式条款不一致的，以非格式条款为准；特别约定条款与一般条款不一致的，以特别约定条款为准；书面约定与口头约定不一致的，以书面约定为准。

第十九条 投保单与保险单、其他保险凭证不一致的，保险人已将保险单或其他保险凭证送达给投保人，投保人未提出异议的，以保险单或其他保险凭证的内容为准；保险人未将保险单或其他保险凭证送达给投保人，或投保人在收到保险单或其他保险凭证后已提出异议，保险人仍同意承保的，以投保人填写的投保单记载内容为准。

第二十条 本意见由江西省高级人民法院审判委员会负责解释，自下发之日起参照适用。

## 江苏省高级人民法院关于印发《关于审理保险合同纠纷案件若干问题的讨论纪要》的通知【节选】

苏高法审委[2011]1号

为正确审理保险合同纠纷案件，统一全省法院裁判尺度，江苏省高级人民法院审判委员会对当前审理保险合同纠纷案件适用《中华人民共和国保险法》（以下简称《保险法》）、《中华人民共和国合同法》（以下简称《合同法》）等相关法律、行政法规中的若干问题进行了讨论，现将讨论意见纪要如下：

### 一、免责条款范围及保险责任范围与免责条款关系的界定

第一条 采用保险人提供的格式条款订立的保险合同中，“责任免除”、“除外责任”及其它有关免赔率、免赔额等部分或者全部免除保险人赔偿或者给付保险金责任的条款，人民法院应当认定为《保险法》第十七条第二款规定的“免除保险人责任的条款”。

第二条 保险责任范围与免责条款之间的关系不限于包含关系。被保险人或者受益人以相关免责条款不产生效力为由要求保险人赔偿或者给付保险金的，人民法院应当审查保险条款关于保险责任范围的具体规定，以确定事故是否属于保险责任范围。事故不属于保险责任范围的，无需审查事故是否属于免责范围以及相关免责条款的效力；事故属于保险责任范围的，应进一步审查事故是否属于免责条款规定的情形，以及免责条款是否有效。

### 二、保险人的明确说明义务

第三条 订立保险合同时，保险人对于合同中有关免除保险人责任条款的概念、内容及其法律后果以书面或者口头形式向投保人作出通常人能够理解的解释的，人民法院应当认定保险人履行了《保险法》第十七条第二款规定的明确说明义务。保险人对其履行了明确说明义务负举证责任。

保险人在保险合同订立时采用足以引起投保人注意的文字、符号、字体等特别标识对免责条款进行提示，且投保人对保险人已履行了符合前款要求的明确说明义务签字或者盖章认可的，人民法院应当认定保险人履行了明确说明义务。但有相反证据证明保险人未履行明确说明义务的除外。

第四条 保险人以其采用在保险单中印制“投保人有核对保险条款义务，超过规定时限未通知则视为投保人无异议”等限时要求投保人阅读的方式，主张已履行对相关免责条款的明确说明义务的，人民法院不予支持。

第五条 下列情形，保险人的明确说明义务可适当减轻但不免除：

- （一）同一投保人签订二次以上同种类保险合同的；
- （二）机动车辆保险合同中规定严重违反交通法规的免责条款，如无证驾驶、酒后驾车、肇事后逃逸等。

第六条 投保人、被保险人或者受益人以保险人未履行明确说明义务为由，主张下列情形相关免责条款不生效力的，人民法院不予支持：

- （一）免责条款是相关法律规定免除保险人责任的条款。
- （二）同一投保人签订二次以上同种类保险合同，且保险人有证据证明曾就同种类相同的免责条款向投保人履行过明确说明义务。

第七条 学生平安险不属团体险，保险人应当逐一向投保人履行明确说明义务。保险人仅对学校履行明确说明义务的，或者保险人提供了履行免责条款说明义务的《告家长书》但无涉案被保险人或者其监护人签字的《告家长书》回执栏的，对于保险人已经履行了明确说明义务的抗辩，人民法院不予支持。

### 三、保险免责条款的效力

第八条 对于下列保险条款，人民法院应当依照《合同法》第四十条、《保险法》第十九条的规定认定无效：

（一）设定索赔前置条件，规定被保险人向负有责任的第三人求偿后才能向保险人主张权利的保险条款。

（二）规定“保险人依据被保险机动车驾驶人所负的事故责任比例承担相应的赔偿责任”的机动车辆损失险条款。

（三）规定“保险人依据被保险机动车驾驶人所负的事故责任比例承担相应赔偿责任”的机动车第三者责任险条款。

（四）规定“主车与挂车连为一体发生事故，两车的保险赔偿限额以主车的保险限额为限”的保险条款。

（五）规定“保险事故发生后，只要投保人、被保险人或者受益人未履行及时通知义务，保险人即不承担保险责任”的保险条款。

人民法院依据前款第（五）项规定认定相关保险条款无效后，应当依据《保险法》第二十一条的规定进行处理。

第九条 保险条款约定“保险人按照基本医疗保险的标准核定医疗费用的赔偿金额”的，对于基本医疗保险范围外的医疗项目支出，保险人应当按照基本医疗保险范围内的同类医疗费用标准赔付。

第十条 保险人依据机动车交通事故责任强制保险条款，主张对于驾驶人未取得驾驶资格或者醉酒的、被保险机动车被盗抢期间肇事的、被保险人故意制造道路交通事故的情形下，保险人只负责垫付抢救费用而对于财产损失之外的死亡伤残赔偿金等损失不予赔偿的，人民法院不予支持。保险人赔偿保险金后向致害人追偿的，人民法院予以支持。

第十一条 保险人依据“被保险人未尽施救义务的，就扩大的损失部分保险人不承担保险责任”的保险条款，主张对于因被保险人未尽施救义务而扩大的损失部分不予赔偿的，人民法院予以支持。

第十二条 保险人采用保险卡的方式销售保险产品，保险卡载明“其他未尽

事宜以某保险条款为准”等兜底条款，发生保险事故后，保险人援引上述兜底条款指明的其他保险条款拒赔的，因兜底条款指明的其他保险条款并未附在保险卡上，应当认定兜底条款指明的其他保险条款不属于保险合同的内容，对投保人、被保险人、受益人无约束力。但保险人能够证明投保人投保时知晓其内容的除外。

第十三条 保险人在保险单上以“特别声明”或者“特别约定”等方式对保险条款的相关内容单方作出变更，限制被保险人权利或者限缩保险人义务的，对投保人、被保险人、受益人不发生法律效力。但保险人能够证明“特别声明”或者“特别约定”征得了投保人同意的除外。

第十四条 保险机动车未按规定年检，保险人依据“发生保险事故时保险机动车未按规定检验或者检验不合格的，保险人不承担保险责任”的保险条款，主张免除保险责任的，人民法院应当区分以下情形分别作出认定：

（一）交通事故发生后经公安机关检测认定车辆发生事故前存在安全隐患的，对于保险人免除保险责任的主张，人民法院予以支持。

（二）交通事故发生后经公安机关检测认定车辆发生事故前不存在安全隐患的，对于保险人免除保险责任的主张，人民法院不予支持。

（三）交通事故发生后公安机关未对车辆进行检测或虽进行检测但已无法确定事故发生前车辆是否存在安全隐患的，对于保险人免除保险责任的主张，人民法院予以支持。

第十五条 对于依照《道路交通事故受伤人员伤残评定》或者《职工工伤与职业病致残程度鉴定标准》相关标准评定的伤残级别与《人身保险残疾程度与保险金给付比例表》相一致的，保险人应当按照《人身保险残疾程度与保险金给付比例表》对应的赔付率赔付。

对于依照《道路交通事故受伤人员伤残评定》或者《职工工伤与职业病致残程度鉴定标准》相关标准评定构成残疾而在《人身保险残疾程度与保险金给付比例表》中找不到对应等级的，保险人应当按照评定结论确定的残疾等级，对应《人身保险残疾程度与保险金给付比例表》中相应等级的赔付率赔付。

对于依照《道路交通事故受伤人员伤残评定》或者《职工工伤与职业病致残程度鉴定标准》相关标准评定构成八至十级残疾的，保险人应当按照《人身保险残疾程度与保险金给付比例表》中的七级残疾标准赔付。

#### 四、投保人的如实告知义务

第十六条 保险人以投保人违反了对投保单询问表中所列“其他”等兜底事项的如实告知义务为由，主张解除合同的，人民法院不予支持。

第十七条 投保人对其不知道的事项未作披露，保险人以投保人违反了如实告知义务为由要求解除合同的，人民法院不予支持。

第十八条 学生平安险的投保人以及履行如实告知义务的主体是学生或者其监护人，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，应为各投保人履行如实告知义务提供必要条件，以使投保人知道询问的内容。保险人仅向学校进行询问而以投保人未履行如实告知义务为由要求解除合同的，人民法院不予支持。

第十九条 投保人、被保险人或者受益人以保险人指定机构对被保险人进行体检为由，主张减轻投保人的如实告知义务的，人民法院不予支持。

保险人知道被保险人的体检结果与投保人的告知不符而仍然承保，或者体检机构未将体检结果告知保险人以致保险人仍然承保的，保险人以投保人未履行如实告知义务为由要求解除合同的，人民法院不予支持。

第二十条 保险合同订立时事故已发生，投保人就此向保险人作了不实告知，保险合同成立两年后，被保险人或者受益人以可抗辩期已过为由，要求保险人对该项隐瞒的事故赔偿或者给付保险金的，人民法院不予支持。

被保险人或者保险标的因前款规定的事故之外的其它原因发生新的保险责任范围内的事故的，无论该保险事故是否发生在保险合同成立后两年期间内，保险人应当依据保险合同的约定赔偿或者给付保险金。

第二十一条 保险人依据《保险法》第十六条第四款、第五款规定，主张不承担赔偿或者给付保险金责任，但未主张解除合同的，或者保险人主张解除合同

但不符合《保险法》第十六条第二款规定的解除条件的，人民法院不予支持。

## 七、保险代位求偿权

第二十六条 保险人行使代位求偿权，第三者以诉讼时效已经届满为由抗辩的，人民法院应当依照被保险人对第三者行使权利的诉讼时效的规定处理。

被保险人故意或者因重大过失致使诉讼时效届满，导致保险人不能行使代位请求赔偿的权利，保险人要求扣减或者返还相应保险金的，人民法院予以支持。

## 江苏省高级人民法院保险合同纠纷案件审理指南【节选】

鉴于保险纠纷当事人之间的争焦点几乎遍及保险各环节，为便于系统把握，现以保险合同纠纷案件的裁判理念为先导，将突出影响当前保险案件审判的 35 个具体难题按内在逻辑分放在八类问题之下。这八类问题涉及免责条款的范围、保险人的明确说明义务、保险免责条款的效力、投保人的如实告知义务、保险利益、不利解释规则、保险代位求偿权、机动车第三者责任险等。

### 一、保险合同纠纷案件的裁判理念

1. 坚持正确的价值取向，发挥保险审判对保险市场的规制和引导功能。强化对被保险人利益的保护、加大对保险公司经营活动的规范力度，是新保险法确立的重要立法指导思想，是新保险法相关法律规范的价值取向所在。案件审理中应当严格遵循这一指导思想，以确保保险纠纷案件审判正确的价值取向、应有的规制和引导功能。

2. 均衡保护保险市场主体的权益，促进保险业的健康有序发展。辩证看待保险纠纷当事人之间的关系，既要坚持保险立法的基本精神和价值取向，注重对被保险人利益的保护，又要尊重保险业的固有属性，防止因对被保险人利益的过度保护而不当压缩保险人的市场空间，从而损害保险业的长远健康发展。

3. 随着经济社会的不断发展，逐步加大对保险公司的司法规范力度。在具体的司法尺度把握上，应当坚持动态标准，即应当与我国经济社会发展阶段和保险业的发展阶段相适应，总体上不断加大规范力度，促使保险公司的规范经营水平随着经济社会的发展而同步提高。

## 二、关于免责条款范围及免责条款与保险责任范围的界定

保险合同中的免责条款在保险案件审理中具有特殊的地位。保险人往往援引免责条款作为拒赔的依据，被保险人或者受益人往往以免责条款无效或者保险人未向投保人履行明确说明义务因而免责条款不产生法律效力为由，要求保险人赔偿或者给付保险金。因此，免责条款范围的认定便成为决定案件最终处理结果的重要因素，成为保险纠纷当事人之间争执的焦点和影响司法尺度统一的难点。此外，保险责任范围与免责条款的关系界定也是审判实践中的难点之一。

1. 保险免责条款的范围。保险条款中，除了明确标注的“除外责任”条款外，还存在一些客观上减轻或者免除保险人赔付责任的条款。鉴于“除外责任”条款之外的免除或者限制（限制实为部分免除）保险人责任的条款分散于保险条款中，非经保险人特别说明，投保人一般无从关注，易造成利益失衡的局面，有必要将其作为免责条款从而赋予保险人明确说明义务。概言之，采用保险人提供的格式条款订立的保险合同中，“责任免除”、“除外责任”及其它有关免赔率、免赔额等部分或者全部免除保险人赔偿或者给付保险金责任的条款，人民法院应当认定为《保险法》第十七条第2款规定的“免除保险人责任的条款”。

2. 保险责任范围与免责条款的关系界定。保险责任范围与免责条款之间的关系不限于包含关系，还应包括原因关系等复杂情形，不应采用“非此即彼”的推理方式去确定保险责任范围，即不能认为“只要未在免责条款中加以排除，就推定属于保险人应予赔付的情形”。被保险人或者受益人以相关免责条款不产生效力为由要求保险人赔偿或者给付保险金的，人民法院应当审查保险条款关于保险责任范围的具体规定，以确定事故是否属于保险责任范围。事故不属于保险责任范围的，无需审查事故是否属于免责范围以及相关免责条款的效力；事故属于保险责任范围的，应进一步审查事故是否属于免责条款规定的情形，以及免责条款是否有效。

### 三、保险人的明确说明义务

《保险法》第十七条将保险人未履行免责条款明确说明义务的法律后果设定为“该条款不产生效力”，因而往往被投保人、被保险人、受益人援引作为对抗保险人的主要理由之一。法官关于保险人是否履行了明确说明义务的判断遂成为影响案件判决走向的决定因素之一。由于《保险法》并未就“明确说明”的方式作进一步界定，司法实践中关于保险人是否履行了明确说明义务的判断标准或宽或严，存在较大分歧。引发争执的主要问题点有六个：

1. 保险人履行明确说明义务的认定。订立保险合同时，保险人对于合同中有关免除保险人责任条款的概念、内容及其法律后果以书面或者口头形式向投保人作出通常人能够理解的解释的，人民法院应当认定保险人履行了《保险法》第十七条第2款规定的明确说明义务。保险人对其履行了明确说明义务负举证责任。

保险人如何证明其履行了明确说明义务是实践中的难题。目前保险人为履行明确说明义务而采用的较为普遍的做法，是在投保单上投保人声明栏载明“保险人已向本人详细介绍了保险条款，并就该条款中有关责任免除的内容做了明确说明，本人接受上述内容，自愿投保本保险”，由投保人签名认可。应当说，保险人采用由投保人签署声明的方式具有一定的合理性，而且投保人签名时应负必要的谨慎注意义务。但仅有投保人签署声明的证据并不足以认定保险人履行了明确说明义务。从平衡保险纠纷当事人利益出发，亦为避免当事人就“明确说明”与“提示”之间的关系再生争议，比较妥当的做法应当是：保险人在保险合同订立时采用足以引起投保人注意的文字、符号、字体等特别标识对免责条款进行提示，且投保人对保险人已履行了符合前款要求的明确说明义务签字或者盖章认可的，人民法院应当认定保险人履行了明确说明义务。但有相反证据证明保险人未履行明确说明义务的除外。

2. 能否以投保人未在规定时限内提出异议为由认定保险人履行了明确说明义务。根据《保险法》第十七条规定，保险人应当主动履行其对免责条款的明确说明义务。保险人以其采用在保险单中印制“投保人有核对保险条款义务，超过

规定时限未通知则视为投保人无异议”等限时要求投保人阅读的方式，主张已履行对相关免责条款的明确说明义务的，人民法院不应支持。

3. 保险人明确说明义务举证责任的减轻。对于以酒后驾车等法律或行政法规禁止的行为作为免责事由的保险条款，如果法律或行政法规未明确规定出现上述禁止性行为保险人可以免责，则保险人的明确说明义务不能免除。尽管投保人应当明知酒后驾车的含义、非法性及对社会的危害性，但如果保险人不向投保人说明“酒后驾车不赔”，则投保人自身无从知悉“酒后驾车”还会产生“保险人不负赔偿责任”的法律后果，在这样的保险知识背景下，不利于遏制投保人（被保险人）从事酒后驾车等违法行为，可以说，免除保险人的明确说明义务，既与《保险法》的规定不符，亦不利于预防和减少酒后驾车等违法行为。不过，鉴于投保人投保时对于酒后驾车等违法行为能否获得保险赔偿应当较一般免责条款具有更高的关注度，保险人的明确说明义务虽不应免除，但可适当减轻其举证责任关于同一投保人签订二次以上同一种类（限于相同的保险产品）保险合同同时明确说明义务的履行问题，综合考虑平衡当事人的利益，保险人仍然应当履行《保险法》规定的明确说明义务，但可适当减轻其举证责任。

4. 保险人可以不履行明确说明义务的特殊情形。明确说明义务设置的目的在于矫正保险合同双方当事人之间的信息不对称，非为此目的，没有必要让保险人承担明确说明的义务。法律的规定视为人人皆知，对《保险法》规定的免责事由，保险人本无必要纳入合同条款，故对于这类免责条款，保险人可以不履行明确说明义务。

5. 认定保险人已履行明确说明义务的特殊情形。同一投保人签订二次以上同种类（限于相同的保险产品）保险合同，且保险人有证据证明曾就同种类（限于相同的保险产品）相同的免责条款向投保人履行过明确说明义务的，保险合同双方当事人之间不存在信息不对称问题，本质而言，可以认定保险人已经履行了明确说明义务。

6. 学生平安险中保险人明确说明义务的履行。团体人身险一般是单位为其

职工办理，投保人为单位，保单只有一份，即只有一个保险合同，保险人只需向投保单位履行明确说明义务，不存在履行明确说明义务困难的情形。而学生平安险是各个学生分别投保，一人一保单一份保险合同，所以学生平安险不属团体险，学生在保险合同订立中信息不对称的劣势地位与其他投保人无异，保险人仍然应当逐个履行明确说明义务，不能因为学生人数众多而免除或者减轻其明确说明义务。保险人仅对学校履行明确说明义务的，或者保险人提供了履行免责条款说明义务的《告家长书》但无涉案被保险人或者其监护人签字的《告家长书》回执栏的，对于保险人已经履行了明确说明义务的抗辩，人民法院不应予以支持。

#### 四、保险免责条款的效力

对于保险免责条款，即便保险人订立合同时向投保人履行了明确说明义务，但若符合《合同法》第四十条、《保险法》第十九条规定的条件，应当认定这类保险免责条款无效。在保险免责条款无效及因保险人未履行明确说明义务而致保险免责条款不产生法律效力这两种情形之外，实践中还存在着一些保险免责条款对当事人是否具有约束力及在多大程度上具有约束力的争论。实践中遇到的主要争议包括以下十二种情形：

1. 设定索赔前置条件的保险条款的效力。一些保险条款规定：“保险车辆发生保险责任范围内的损失应由第三方负责赔偿的。被保险人应当向第三方索赔。如果第三方不予支付，被保险人应提起诉讼，经法院立案后，保险人根据被保险人提出的书面赔偿请求，应按照保险合同予以部分或者全部赔偿，但被保险人必须将向第三方追偿的权利全部或者部分转让给保险人，并协助保险人向第三方追偿。”保险条款规定被保险人首先要向负有责任的第三人求偿，实际上剥夺了被保险人直接向保险人求偿的权利，也不符合及时分散社会风险的保险功能。作为提供格式条款的保险人免除其直接给付保险金的义务，限制了被保险人直接要求保险人赔偿保险金的权利，应当依照《合同法》第四十条、《保险法》第十九条的规定认定该条款无效。

2. “保险人依据被保险机动车驾驶人所负的事故责任比例承担相应的赔偿责任”的机动车辆损失险条款的效力。一些机动车辆损失险条款规定：“保险人依据被保险机动车驾驶人在事故中所负的事故责任比例承担相应的赔偿责任。”保险人据此主张保险车辆的驾驶员在事故中无责任时，保险人免责；驾驶员在事故中负全责时，保险人全赔；驾驶员在事故中负一定责任时，保险人按比例赔偿。总的赔付原则是：驾驶员在事故中的责任越大，保险人赔付比例越高。车辆损失险是一种损失补偿保险，被保险人获得赔偿的依据是其实际损失，而非其承担的赔偿责任。按责任比例进行赔偿是第三者责任险的基础，在车辆损失险中不应当适用。保险条款关于驾驶员在交通事故中无责任则保险人不承担赔偿责任的规定不符合保险法理，不符合缔约目的，亦有违公平原则，且与鼓励机动车驾驶者遵守交通法规的社会正面价值导向背离，容易诱发道德风险，应当按照《合同法》第四十条及《保险法》第十九条的规定，认定该免责条款无效。

3. “保险人依据被保险机动车驾驶人所负的事故责任比例承担相应赔偿责任”的机动车第三者责任险条款的效力。机动车商业第三者责任险条款往往规定，保险人依据被保险机动车驾驶人在事故中所负的事故责任比例承担相应的赔偿责任。在机动车与机动车之间发生交通事故的情形下，该条款应认定为有效。但机动车与非机动车驾驶人、行人之间发生交通事故，机动车一方承担的赔偿责任往往要大于其事故责任比例。以交通事故责任认定书认定同等责任为例，被保险人在人身侵权损害赔偿纠纷中要承担60%~70%的赔偿责任，但保险人依据保险条款只愿承担50%的赔偿责任。这样一来，被保险人的对外赔偿与保险人的赔付之间就有10%~20%的差额。保险人究竟应按交警部门认定的事故责任比例来确定赔偿的比例，还是应当赔偿被保险人依法承担的全部赔偿责任？换句话说，在机动车与非机动车驾驶人、行人之间发生交通事故的情形下，关于按事故责任比例赔偿保险金的保险条款是否有效？责任保险是指以被保险人对第三者依法应负的赔偿责任为保险标的的保险。这一条款混淆了“侵权民事责任”与“事故责任”的概念，脱离了被保险人的侵权责任去确定保险人的赔偿责任，与责任

保险的基本原理相悖，应当认定该保险条款无效，保险人应当赔偿被保险人依法承担的全部赔偿责任。

4. “主车与挂车连为一体发生事故，两车的保险赔偿限额以主车的保险限额为限”的保险条款的效力。一些机动车第三者责任险条款规定“主车与挂车连为一体发生事故，两车的保险赔偿限额以主车的保险限额为限”。挂车，顾名思义是没有牵引力而依附于牵引车行驶得名，其使用必须与主车相连接。如认可上述保险条款的效力，则挂车投保的价值大打折扣。保险人分别收取主车和挂车的保险费，却将两车的赔偿总额限制在主车的保险限额内，应当依法认定为无效条款。

5. “保险事故发生后，只要投保人、被保险人或者受益人未履行及时通知义务，保险人即不承担保险责任”的保险条款的效力。一些保险条款规定，保险事故发生后，如果投保人、被保险人或者受益人未及时通知保险人，不在若干天内报案、提交有关保险单证，保险人将不承担保险责任。及时通知是保险合同履行中基于诚信原则而生的附随义务，不应仅因被保险人等违反该项附随义务而当然导致实体权利的丧失。而且，《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。”据此，保险人只能对因投保人未及时履行通知义务致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的部分不承担保险责任。上述保险免责条款与《保险法》第二十一条的立法精神相冲突，对投保人、被保险人、受益人而言有失公平，依据《合同法》第四十条、《保险法》第十九条的规定，应认定其无效。上述保险免责条款被认定无效后，应当依据《保险法》第二十一条的规定处理。

6. 按医保标准核定医疗费用条款的效力。保险条款约定“保险人按照基本医疗保险的标准核定医疗费用的赔偿金额”的，对于基本医疗保险范围外的医疗

项目支出，保险人应当按照基本医疗保险范围内的同类医疗费用标准赔付。比如，使用了医保范围外的药品，而医保范围中有同种类或者同功能可使用的药品，则应按医保范围内同种类或者同功能药品的标准予以赔付。如此处理，既保护了被保险人利益，又未从实质上损害保险人利益，较为公平。

7. 关于驾驶人未取得驾驶资格等四种情形下保险人只负责垫付抢救费用的交强险条款的效力。保险人依据机动车交通事故责任强制保险条款，主张对于驾驶人未取得驾驶资格或者醉酒的、被保险机动车被盗抢期间肇事的、被保险人故意制造道路交通事故的情形下，保险人只负责垫付抢救费用而对于财产损失之外的死亡伤残赔偿金等损失不予赔偿的，不符合《道路交通安全法》和《机动车交通事故责任强制保险条例》的立法精神，与机动车交通事故责任强制保险的性质不符，人民法院不应予以支持。基于防范道德风险和保障交通安全的考虑，应由致害人负终局赔偿责任，保险人赔偿保险金后向致害人追偿的，人民法院应当予以支持。如此处理，既及时充分保护了受害人利益，又兼顾了保险人利益，且未纵容违法者，价值取向和社会效果较好。

8. “被保险人未尽施救义务的，就扩大的损失部分保险人不承担保险责任”的保险条款的效力。《保险法》第五十七条规定了被保险人的减损义务，即“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”，但该条未规定被保险人未尽施救义务的后果。实践中对于“被保险人未尽施救义务的，就扩大的损失部分保险人不承担保险责任”的保险条款的效力引发争议。鉴于《保险法》第五十七条明确规定了被保险人的减损义务，且《合同法》第一百一十九条规定“当事人一方违约后，对方应当采取适当措施防止损失的扩大；没有采取适当措施致使损失扩大的，不得就扩大的损失要求赔偿。当事人因防止损失扩大而支出的合理费用，由违约方承担”，尽管《合同法》的该条规定不能直接套用到保险人与被保险人的关系中，但该条规定所体现的合同双方当事人均应遵守诚实信用原则的精神值得借鉴。因此，对该保险免责条款的效力应予认定，保险人依据该保险免责条款，主张对于因被保险人未尽施救义务而扩大的损失部分不予

赔偿的，人民法院应予支持。对扩大的损失范围，由保险人负举证责任。

9. 保险人将其它文件纳入保险条款但并未将文件具体内容附上，该文件对投保人等有无约束力。保险人采用保险卡的方式销售保险产品，保险卡载明“其他未尽事宜以某保险条款为准”等兜底条款，发生保险事故后，保险人援引上述兜底条款指明的其他保险条款拒赔的，因兜底条款指明的其他保险条款并未附在保险卡上，投保人在投保时无从知晓其内容，应当认定兜底条款指明的其他保险条款不属于保险合同的内容，对投保人、被保险人、受益人无约束力。但保险人能够证明投保人投保时知晓其内容的除外。

10. 保险单记载的与保险条款存在抵触的事项或者限制保险条款中被保险人权利、限缩保险人义务的“特别声明”或者“特别约定”对投保人等是否具有约束力。保险人向投保人出具的保险单往往以“特别声明”或者“特别约定”的方式对保险条款的相关内容单方作出变更，以限制被保险人权利、限缩保险人义务。出具保险单系保险合同成立后保险人应当履行的义务。保险单应当忠实地反映双方当事人缔约过程中协商一致的内容。除非保险人能够举证证明“特别声明”或者“特别约定”征得了投保人的同意，否则对投保人等不应发生法律约束力。

11. “发生保险事故时保险机动车未按规定检验，保险人不承担保险责任”的保险条款是否具有约束力。机动车辆保险免责条款一般规定：“发生保险事故时保险机动车未按规定检验或者检验不合格的，保险人不承担保险责任。”车辆每次检验合格都有一个存续期，到期需到公安机关再进行年检。如果事故发生在车辆前一次年检已到期但尚未进行下一次年检时，则保险人是否承担赔偿责任？保险免责条款的制定应当公平合理。分析该项保险免责条款，包括两个方面的免责事由：一是“发生保险事故时保险机动车未按规定检验”；二是“发生保险事故时保险机动车检验不合格”。从保险精算基础考察，“机动车检验不合格”显然会大大增加风险发生的概率，保险人将其作为免责事由具有合理性。但对于“机动车未按规定检验”而高，因为“机动车未按规定检验”并不一定增加风险发生的概率，应当对其适用加以合理的限缩。具体而言，确定保险人是否免责，应以

保险免责条款的规定为基础，结合“机动车未按规定检验”是否明显增加了风险发生的概率为标准加以衡量。如果公安机关在事故发生后经检测认定车辆发生事故前存在安全隐患，则保险人可依据该项免责条款拒赔；如果公安机关在事故发生后经检测认定车辆发生事故前并不存在安全隐患，则保险人仍应承担赔偿责任；公安机关在事故发生后未检测或虽进行检测但已无法确定事故发生前车辆是否存在安全隐患的，不利后果直由被保险人一方承担，保险人有权拒赔。

12. “发生保险事故按照《人身保险残疾程度与保险金给付比例表》赔付保险金”的保险条款是否具有约束力。现行理赔残疾给付标准是按照中国保监会下发的[1999]237号《人身保险残疾程度与保险金给付比例表》执行的，该《比例表》共计七级 34 条。因道路交通事故或者工伤事故致残，相关职能部门依据《道路交通事故受伤人员伤残评定》或者《职工工伤与职业病致残程度鉴定标准》相关标准评定相应的伤残级别。由于后两个伤残鉴定表分为十级，且前七级标准也与《人身保险残疾程度与保险金给付比例表》不完全对应。则在发生第八级至第十级伤残或者虽是前七级伤残但相互不对应的情形时，保险人与被保险人就会发生争执。鉴于《人身保险残疾程度与保险金给付比例表》系保险监管机构明令各保险人采用的，是费率厘定、条款制定的基础，应予尊重并作适当变通。对于依照《道路交通事故受伤人员伤残评定》或者《职工工伤与职业病致残程度鉴定标准》相关标准评定的伤残级别与《人身保险残疾程度与保险金给付比例表》相一致的，保险人应当按照《人身保险残疾程度与保险金给付比例表》对应的赔付比例赔付。对于依照《道路交通事故受伤人员伤残评定》或者《职工工伤与职业病致残程度鉴定标准》相关标准评定构成残疾而在《人身保险残疾程度与保险金给付比例表》中找不到对应等级的，保险人应当按照评定结论确定的残疾等级，对应《人身保险残疾程度与保险金给付比例表》中相应等级的赔付比例赔付。对于依照《道路交通事故受伤人员伤残评定》或者《职工工伤与职业病致残程度鉴定标准》相关标准评定构成八至十级残疾的，保险人应当按照《人身保险残疾程度与保险金给付比例表》中的七级残疾标准赔付。

## 五、投保人的如实告知义务

投保人的如实告知义务与保险人的明确说明义务相互对应，是保险立法基于最大诚信原则分别赋予双方当事人的基本义务。保险人在诉讼中往往以投保人未履行如实告知义务为由拒赔，由此引发的纠纷数量众多，难点问题有以下六类：

1. 保险人在投保单询问表中设计的“其他”等字样的兜底条款的效力。实践中有些保险人在投保单询问表中设计有“其他”一项，并以投保人违反了对该项询问的如实告知义务为由拒赔。保险人在投保单询问表中设计的“其他”等字样的兜底条款，违反了《保险法》确立的有限告知原则，应当认定为无效。保险人以投保人违反了对投保单询问表中所列“其他”等兜底事项的如实告知义务为由，主张解除合同的，人民法院不应支持。

2. 对于投保人不知道的事项，能否以其违反了如实告知义务为由解除合同。投保人对其不知道的事项（实践中常体现为先天性疾病）未作披露的，保险人能否以投保人违反了如实告知义务为由解除合同？保险人以投保人违反如实告知义务为由解除合同必须具备投保人有过错（故意或者重大过失）这一主观要件。对于投保人不知道的事项，投保人未作披露并无过错，保险人以投保人违反了如实告知义务为由要求解除合同的，人民法院不应支持。

3. 学生平安险中投保人如实告知义务的履行。我国《保险法》采询问告知主义原则，如果保险人没有采取落实到每名参保学生的询问措施，则学生或者其监护人还有无如实告知义务？学生平安险的投保人是学生或者其监护人，他们是如实告知的义务主体，保险人的询问只有到达他们，才能产生询问的法律效力。保险人就被保险人的有关情况提出询问的，应为各投保人履行如实告知义务提供必要条件，以使投保人知道询问的内容，否则视为保险人放弃要求投保人履行如实告知义务的权利，投保人无须履行如实告知义务。保险人仅向学校进行询问而以投保人未履行如实告知义务为由要求解除合同的，人民法院不应支持。

4. 体检程序的介入能否减轻投保人的如实告知义务。保险人在人身保险中

引入体检程序是一普遍现象。体检是保险人用于过滤欺诈投保的辅助手段，在询问告知主义的立法例下，投保人、被保险人或者受益人以保险人指定机构对被保险人进行体检为由，主张减轻投保人的如实告知义务的，人民法院不应支持。否则，仅因保险人采用了医生体检手段而免除投保人的如实告知义务，无异于鼓励保险欺诈，社会效果不佳。而且，对于同样的情形（即投保人违背如实告知义务而保险人承保时并不知情），结果却因被保险人是否体检而完全相反，有违情理和逻辑。再者，有些疾病在非发病期不易被发现，有些疾病可通过药物暂时控制而在体检指标上显示正常，如果允许投保人在通过了体检程序后可不履行如实告知义务，将助长投保人的不诚信。但是，保险人知道被保险人的体检结果与投保人的告知不符而仍然承保，或者体检机构未将体检结果告知保险人以致保险人仍然承保的，保险人以投保人未履行如实告知义务为由要求解除合同的，人民法院不应支持。前一种情形可以认定保险人弃权；后一种情形属于保险人应当知道但因其代理人的过错而未知，由此产生的不利后果不应归于投保人。

5. 事故发生后投保的，保险人应否赔付保险金。保险合同订立时事故已发生，投保人就此向保险人作了不实告知，保险合同成立两年后，被保险人或者受益人以可抗辩期已过为由，要求保险人对该项隐瞒的事故赔偿或者给付保险金的，鉴于非保险期间内发生的事故不属保险责任范围，人民法院对于被保险人或者受益人的上述请求不应支持。被保险人或者保险标的因前述事故之外的其它原因发生新的保险责任范围内的事故的，如果该保险事故发生在保险合同成立两年后，保险人应当依据保险合同的约定赔偿或者给付保险金；如果该保险事故发生在保险合同成立后两年期间内，除非保险人依法行使了合同解除权，否则保险人应当依据保险合同的约定赔偿或者给付保险金。

6. 保险人以投保人未履行如实告知义务为由拒赔的条件。《保险法》第十六条第4款规定了投保人故意不履行如实告知义务情形下保险人的拒赔权：“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。”第5款则规定了投保人因重大过失未履行如实告知义务情形下保

险人的拒赔权：“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。”由于上述两款均规定“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”，则在把握保险人的拒赔条件时，不能不考虑保险人的合同解除权。实际上，《保险法》第十六条第4款、第5款关于保险人拒赔权的规定，与同条第2款关于保险人合同解除权的规定之间有着内在的逻辑关联，保险人行使拒赔权时离不开保险人的合同解除权。保险人正当拒赔，首先要满足合同解除权的要件并现实地行使合同解除权；在投保人因重大过失未履行如实告知义务的情形下，还要进一步具备“对保险事故的发生有严重影响”这一客观要件。保险人依据《保险法》第十六条第4款、第5款规定，主张不承担赔偿或者给付保险金责任，但未主张解除合同的，或者保险人主张解除合同但不符合《保险法》第十六条第2款规定的解除条件的，人民法院不应支持。

## 七、不利解释规则的适用

关于适用不利解释规则要不要设定必要的门槛问题，已经因新保险法第三十条的规定而无争论必要。但实践中对以下问题尚存不同认识：

1. 对“按照通常理解予以解释”如何界定。根据《保险法》第三十条，适用不利解释规则的条件是“按通常理解予以解释后产生了两种以上解释”，则“按通常理解予以解释”就成为问题的关键所在，需要就“按通常理解予以解释”作进一步界定。根据合同法原理，合同解释方法有多种，如果穷尽《合同法》第一百二十五条规定的合同解释方法再适用不利解释规则，不符合《合同法》和《保险法》的本意，也将使得不利解释规则对保险条款的规制功能大打折扣，故宜将“按通常理解予以解释”加以适当的限制。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，应当按照合同所使用的词句、合同的有关条款、交易习惯等，确定该条款的真实意思。仍

有两种以上解释的，人民法院应当作出有利于投保人、被保险人和受益人的解释。

2. 专业术语是否适用不利解释规则。专业术语不适用不利解释规则，但法律之外的专业术语或者其解释所体现的表面文义与实质含义有较大差别、不就该差别予以揭示将对投保人构成普遍性误导的，保险人应就上述差别予以揭示。保险人未就上述差别予以揭示的，有违诚信，应当承担因此产生的不利后果，即人民法院应当适用不利解释规则，作出对投保人、被保险人、受益人有利的解释。

## 八、保险代位求偿权

立法赋予保险人代位求偿权，是对《保险法》损失补偿规则的贯彻。保险人行使代位求偿权引发的争执主要集中在以下方面。

保险人行使代位求偿权的诉讼时效。保险人行使代位求偿权，第三者以诉讼时效已经届满为由抗辩的，人民法院应当依照被保险人对第三者行使权利的诉讼时效的规定处理。因为，保险人向第三者行使的既然是“代位求偿权”，则其权利范围不应大于被保险人对第三者享有的权利，代位求偿权的时效起算与被保险人求偿权的时效起算应当一致，即应自被保险人知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。如果被保险人故意或者因重大过失致使诉讼时效届满，导致保险人不能行使代位请求赔偿的权利，则符合了《保险法》第六十一条第3款的规定，保险人可以扣减或者要求返还相应的保险金。

## 江苏省高院家事纠纷案件审理指南（婚姻家庭部分）【节选】

### 43、离婚案件中对于人身保险合同应当如何处理？

人身保险分为人寿保险、意外伤害保险和健康保险。离婚案件中对于人身保险合同，除当事人另有约定外，可以按以下情形分别处理：

#### （1）已获得保险金的情形

婚姻关系存续期间，夫妻一方作为被保险人依据意外伤害保险合同、健康保险合同获得的保险金，主要用于受害人的治疗、生活等特定用途，具有人身性质，应当认定为个人财产。

夫妻一方作为受益人依据以死亡为给付条件的人寿保险合同获得的保险金，该保险合同中受益人的指定本身就表明了投保人与受益人之间的特定关系，体现了保险金的专属性，应当认定为个人财产。

婚姻关系存续期间，夫妻一方依据以生存到一定年龄为给付条件的具有现金价值的保险合同获得的保险金，该保险具有一定的投资属性，由此获得的投资收益，应当认定为夫妻共同财产。

#### （2）尚未获得保险金的情形

婚姻关系存续期间以夫妻共同财产投保，离婚时仍处于保险有效期内的人身保险合同，夫妻双方主张分割保险单现金价值的，应予支持。

如果投保人和被保险人均为夫妻一方，离婚时夫妻双方可以协议退保或者继续履行保险合同。投保人不愿意继续履行的，保险人退还的保险单现金价值应当

作为夫妻共同财产分割；投保人愿意继续履行的，投保人应当支付保险单现金价值的一半给另一方。

如果夫妻一方为投保人，夫妻另一方为被保险人，离婚时夫妻双方可以协议退保或者继续履行保险合同。协商一致退保的，保险人退还的保险单现金价值应当作为夫妻共同财产分割；协商一致愿意继续履行的，获得保险合同利益一方应当支付保险单现金价值的一半给另一方。如果投保人要求退保，而被保险人要求继续履行的，保险合同应当继续履行，获得保险合同利益一方应当支付保险单现金价值的一半给另一方。

### （3）为未成年子女购买人身保险的处理

婚姻关系存续期间，夫妻一方或者双方为未成年子女购买的人身保险获得的保险金，如果未成年子女未死亡，应当专属于未成年子女所有。

离婚时，如果为未成年子女购买的人身保险合同尚处于保险有效期的，因保险的最终利益归属于未成年子女，该保险应当视为对未成年子女的赠与，不再作为夫妻共同财产分割。

## 云南省高级人民法院关于印发《关于统一全省保险合同纠纷案件裁判标准的会议纪要》的通知【节选】

2009年，新修订的《中华人民共和国保险法》发布实施后，全省法院对如何认定保险人是否履行其明确说明义务、保险合同条款解释、交强险赔偿是否分项、是否应预留份额给未参加诉讼受害人、无证驾驶或醉驾保险人应否在交强险责任范围内赔偿受害人等问题存在争议，案件裁判不尽统一，社会各界对此反映强烈。

为统一裁判尺度，公正、及时审理保险合同纠纷案件，云南省高级人民法院组织人员对有关问题进行充分调研后，根据《中华人民共和国合同法》、《中华人民共和国保险法》、《中华人民共和国道路交通安全法》、《机动车交通事故责任强制保险条例》等法律、行政法规规定，提出了统一全省保险合同纠纷案件裁判标准的若干意见。云南省高级人民法院2012年第16次审判委员会对意见进行了充分研究讨论，达成以下共识，现纪要如下：

### 一、关于保险人的明确说明义务及投保人的如实告知义务问题

《中华人民共和国保险法》第十七条规定的“明确说明”是指保险人在与投保人签订保险合同时，应当对保险合同中格式条款所约定的有关免除保险人责任的条款作明确说明。会议认为，保险人是否履行其明确说明义务应从以下几方面判断：

（一）保险人应于保险合同签订之前或签订之时，向投保人提供保险合同格

式条款，否则格式条款中免除保险人责任的条款不生效。保险人应当证明，其向投保人提供投保单的同时也提供了保险合同格式条款。

（二）保险人应当在保险单或者其他保险凭证上对免除保险人责任的条款做出足以引起投保人注意的提示，并且应以书面或口头形式对有关免除保险人责任的条款向投保人做出能够使其明白该条款真实含义和法律后果的解释。是否以书面或口头形式对免除保险人责任的条款的内容向投保人做出解释，由保险人承担举证责任。

（三）投保单或其他保险凭证应记载投保人已领阅保险条款，保险人对全部条款已作明确说明，投保人已知悉免除保险人责任的条款的含义，同意投保等内容。投保人声明栏应由投保人本人签字。

（四）保险人明确说明的范围至少应包括：责任免除条款、免赔额或免赔率或者绝对免赔率、投保人违反保证条款导致的免责、援引法律规定导致的免责等内容。

（五）保险人对是否履行了明确说明义务承担举证责任。保险合同中免除保险人责任的条款本身，不能证明保险人履行了说明义务。

会议认为，保险合同是一种民商事合同，应遵循合同相对性原则及其他民商事活动原则。保险代理人代理保险人与投保人签订保险合同的，应依照《中华人民共和国民法通则》相关规定处理。保险人与法人或其他组织签订的团体保险合同，保险人应向与其签订保险合同的投保人履行明确说明义务。保险人与同一投保人再次或多次签订同类保险合同时，保险人仍应履行《中华人民共和国保险法》第十七条规定的明确说明义务。

会议认为，《中华人民共和国保险法》第十六条规定的是询问告知制，保险人以投保人违反如实告知义务为由请求解除合同，投保人证明该告知内容不在保险人询问范围的，人民法院对保险人的请求不予支持。

## 二、关于保险合同条款解释问题

会议认为，根据《中华人民共和国保险法》第三十条的规定，保险人与投保人、被保险人以及受益人对保险合同的条款存在争议时，应当按照通常理解予以解释。即按保险合同的有关词句、有关条款、合同的目的、交易习惯以及诚实信用原则，确定条款的真实意思，并可以按照以下规则予以认定：

（一）书面约定与口头约定不一致的，以书面约定为准；

（二）投保单与保险单或者其他保险凭证不一致的，以保险单或者其他保险凭证载明的内容为准；

（三）格式条款与非格式条款不一致的，应当采用非格式条款；

（四）保险合同的条款内容因记载方式或者时间不一致的，按照“批单”优于“正文”、“后批注”优于“前批注”、“加贴批注”优于“正文批注”、“特别约定”优于“合同文本”的原则进行解释。

对合同条款有两种以上理解的，则应当按照《中华人民共和国保险法》第三十条的规定，作出有利于被保险人、受益人的解释。

#### 四、关于综合性人身保险合同中包含的死亡保险合同效力问题

会议认为，含有死亡、疾病、伤残以及医疗费用等保险责任的综合性人身保险合同，未经被保险人同意并认可死亡责任保险金额的，该合同死亡给付部分无效。

#### 五、关于会议纪要的执行问题

会议要求，保险合同纠纷案件的审理，应严格执行国家法律、行政法规和司法解释的规定，依法保护保险合同当事人合法权益。全省法院应按照本次审委会纪要要求，统一裁判标准，确保司法统一，平等保护保险活动参与人的合法权益。2009年11月4日下发的《云南省高级人民法院关于审理保险纠纷案件适用法律若干问题的会议纪要》自本会议纪要下发之日起不再执行。

会议研究决定，根据最高人民法院《关于当前形势下加强民事审判、切实保

障民生若干问题的通知》要求，2012年2月12日之前，因醉酒驾驶、无证驾驶等违法情形发生交通事故，受害第三人向人民法院提起诉讼，请求保险人承担交强险赔偿责任的，不予支持。2012年2月12日之后（包括当日），因醉酒驾驶、无证驾驶等违法情形发生交通事故，受害第三人向人民法院提起诉讼，请求保险人承担交强险赔偿责任的，按本会议纪要规定处理。

会议强调，根据最高人民法院、最高人民检察院《关于地方人民法院、人民检察院不得制定司法解释性质文件的通知》要求，地方人民法院不得制定在本辖区普遍适用的、涉及具体应用法律问题的“指导意见”、“规定”等司法解释性质文件，制定的其他规范性文件不得在法律文书中援引。全省法院必须按照最高人民法院的通知要求，严格依法审理保险合同纠纷案件，全面提高案件裁判质量。

## 济南市中级人民法院发布《关于保险合同纠纷案件 94 个法律适用疑难问题解析》【节选】

为进一步规范保险合同纠纷案件的审理，统一裁判尺度，济南中院民二庭结合审判实践，对保险合同纠纷案件审理中的有关问题进行解答，供全市法院在审理保险合同纠纷案件时参考。

### 第一部分 综合性问题

#### 一、保险合同成立、生效的问题

##### 1. 未附条件的保险合同成立、生效问题

《中华人民共和国合同法》（以下简称合同法）第十三条规定：“当事人订立合同，采取要约、承诺方式”、第二十五条规定：“承诺生效时合同成立”、第四十四条规定：“依法成立的合同，自成立时生效”。

除双方对合同生效条件另有约定外，保险人同意承保并就合同内容与投保人达成一致，保险合同即告成立并生效。

保险人尚未出具保单或其他保险凭证，但已接受投保单并收取保险费的，被保险人主张保险合同成立，人民法院应予支持。

保险合同生效后，投保人未按约定交纳保险费，除合同另有约定外，保险事故发生后，保险人不能以投保人拖欠保险费为由免除其应承担的保险责任，但可以扣减欠交的保险费。保险合同约定按已交纳保险费与应交保险费的比例承担保险责任的，依照其约定。

## 2. 附生效条件的保险合同成立、生效问题

合同法第四十五条第一款规定：“当事人对合同的效力可以约定附条件。附生效条件的合同，自条件成就时生效”。

保险合同约定以投保人交付保险费作为合同生效条件的，从其约定；投保人己交付部分保险费但未交足的，被保险人主张保险人按己交保险费与应交保险费的比例承担保险责任的，人民法院应予支持。

## 3. 保险合同生效时间与保险责任开始时间不一致的问题

保险合同约定的保险责任开始时间与保险合同生效时间不一致的，保险责任开始时间早于合同生效时间的，以合同生效时间为准，保险责任结束时间相应顺延。保险责任开始时间晚于合同生效时间的，以保险责任开始时间为准。

## 4. 多种记载方式的效力问题

保险合同内容采用多种记载方式或者出现多个落款日期，按以下规则进行解释：

- (1) 时间在后的约定优于时间在前的约定；
- (2) 手写的约定优于打印的约定；
- (3) 如有批单的，批单优于正文；既有加贴批注也有正文批注的，加贴批注优于正文批注。

## 二、保险条款的效力问题

5. 人民法院是否应当主动审查保险人履行《中华人民共和国保险法》（以下简称保险法）第十七条规定的提示和明确说明义务的情况

保险法第十七条规定：“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”。

人民法院对保险人是否按保险法第十七条的规定履行了提示和说明义务不采取职权审查方式。只有当保险人依据格式合同条款提出减免保险责任的主张，且被保险人或受益人明确要求人民法院依据保险法第十七条确认该保险合同条款不发生法律效力时，人民法院才应当予以审查。

保险人依据格式合同条款提出减免保险责任的主张，但被保险人或受益人未明确要求人民法院确认该条款不发生法律效力的，人民法院应当予以释明。被保险人或受益人仍不予明确的，人民法院对保险人是否履行上述义务不予审查。

6. 人民法院是否应当依据职权审查保险合同条款有无违反保险法第十九条的规定

保险法第十九条规定：“采用保险人提供的格式条款订立的保险合同中的下列条款无效：（一）免除保险人依法应承担的义务或者加重投保人、被保险人责任的；（二）排除投保人、被保险人或者受益人依法享有的权利的。”保险人援引保险合同条款拒绝赔付的，人民法院应当依据职权审查该保险条款是否属于保险法第十九条规定的无效条款，且不受当事人主张的约束。

7. 当事人于一审时未要求人民法院确认保险合同条款未经提示和明确说明而不发生效力，二审时提出的，二审法院是否应予审查的问题

一审期间，被保险人或受益人未明确请求人民法院确认该格式合同条款不发生效力，但于二审期间要求二审法院确认该条款不发生效力的，二审法院不予支持。但保险人于二审期间提出依据格式合同条款应减免保险责任的新主张的，被保险人或受益人有权要求二审法院确认该格式合同条款因未履行提示和明确说明义务而不发生效力。

8. 免责条款效力认定

保险免责条款的效力认定问题直接关系到案件的实体处理结果，一直是保险纠纷当事人之间争执的焦点和影响司法尺度统一的难点问题。实务中保险人往往援引免责条款作为拒赔的依据，被保险人或受益人往往以免责条款无效或保险人

未向投保人履行明确说明义务因而免责条款不产生法律效力为由，要求保险人赔偿或给付保险金。在判断免责条款效力问题时，应当区分保险免责条款无效、不生效、不属于保险事故、不用提示说明就当然有效及仅需提示就生效等情形。

#### 9.关于保险免责条款无效的认定

合同法第四十条规定：“格式条款具有本法第五十二条和五十三条规定情形的，或者提供格式条款一方免除其责任，加重对方责任、排除对方主要权利的，该条款无效”。保险法第十九条规定：“采用保险人提供的格式条款订立的保险合同中的下列条款无效：（一）免除保险人依法应承担的义务或者加重投保人、被保险人责任的；（二）排除投保人、被保险人或者受益人依法享有的权利的”。

对于保险免责条款，即便保险人订立合同时向投保人履行了提示及明确说明义务，但若符合合同法第四十条、保险法第十九条规定的条件，也应当认定这类保险免责条款无效。实践中遇到的主要无效情形包括：

##### （1）车损险中设定索赔前置条件的保险条款

车损险中一些保险条款规定：“保险车辆发生保险责任范围内的损失应由第三方负责赔偿的，被保险人应当向第三方索赔。如果第三方不予支付，被保险人应提起诉讼，经法院立案后，保险人根据被保险人提出的书面赔偿请求，应按照保险合同予以部分或全部赔偿，但被保险人必须将向第三方追偿的权利全部或部分转让给保险人，并协助保险人向第三方追偿。”保险条款规定被保险人首先要向负有责任的第三人求偿，实际上剥夺了被保险人直接向保险人求偿的权利，也不符合及时分散社会风险的保险功能。作为提供格式条款的保险人免除其直接给付保险金的义务，限制了被保险人直接要求保险人赔偿保险金的权利，应当依照合同法第四十条、保险法第十九条的规定认定该条款无效。

##### （2）车损险中依据机动车驾驶人在事故中所负的事故责任比例承担相应的赔偿责任的约定无效

保险人据此主张保险车辆的驾驶员在事故中无责任时，保险人免责；驾驶员在事故中负全责时，保险人全赔；驾驶员在事故中负一定责任时，保险人按比例

赔偿。总的赔付原则是：驾驶员在事故中的责任越大，保险人赔付比例越高。车损险是一种损失补偿保险，被保险人获得赔偿的依据是其实际损失，而非其承担的赔偿责任。按责任比例进行赔偿是第三者责任险的基础，在车损险中不应当适用。保险条款关于驾驶员在交通事故中无责任则保险人不承担赔偿责任的规定不符合保险法理，也不符合缔约目的，亦有违公平原则，且与鼓励机动车驾驶者遵守交通法规的社会正面价值导向背离，容易诱发道德风险，应当按照合同法第四十条及保险法第十九条的规定，认定该免责条款无效。

### （3）保险条款中的时效条款

保险法第二十六条规定：“人寿保险以外的其他保险的被保险人或者受益人，向保险人请求赔偿或者给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。人寿保险的被保险人或者受益人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为五年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算”。如果保险条款中约定被保险人或者受益人主张权利的时效分别少于二年和五年，则这种条款属于排除被保险人或受益人法定权利的条款，应当属于无效条款。

（4）关于保险事故发生后，投保人、被保险人或受益人未履行及时通知义务的，保险人不承担保险责任的保险条款

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。”一些保险条款规定，保险事故发生后，如果投保人、被保险人或受益人未及时通知保险人，不在若干天内报案、提交有关保险单证，保险人将不承担保险责任。及时通知是保险合同履行中基于诚信原则而生的附随义务，不应仅因被保险人等违反该项附随义务而当然导致实体权利的丧失。据此，保险人只能对因投保人未及时履行通知义务致使保险事故的性质、原因、损失程度等

难以确定的部分不承担保险责任。上述保险免责条款与保险法第二十一条的立法精神相悖，对投保人、被保险人、受益人而言有失公平，依据合同法第四十条、保险法第十九条的规定，应认定其无效。

#### 10.关于保险免责条款不生效的认定

保险法第十七条第二款规定，“对于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的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”。

上述条文包含了保险人对于免责条款负有的提示和说明两项法定义务，只有保险人对免责条款尽到了提示及说明两项义务后，该条款才对投保人产生效力。如保险人在投保单、保险单或其它保险凭证上对免除保险人责任条款有显著标志，如字体加粗、加大或者颜色相异等足以引起投保人注意的字体，可认定保险人已尽提示义务；如保险人对免责条款的概念、内容及其法律后果作出了常人能够理解的解释与说明，可以认定保险人已经说明义务。

认定保险免责条款是否产生效力的关键在于认定保险人是否履行了提示及明确说明义务。由于保险法未就提示及明确说明的方式作进一步界定，司法实践中关于保险人是否履行了上述义务的判断标准或宽或严，存在较大分歧。

##### (1) 投保人声明

投保人在投保单上“投保人声明栏”概括确认保险人对免责条款已尽明确说明义务并签字的，是否可据此认定保险人履行了明确说明义务。投保单上“投保人声明栏”载明：“保险人已向本人详细介绍了保险条款，并就该条款中有关责任免除和投保人、被保险人义务以及本投保单中付费约定的内容做了明确说明，本人接受上述内容，自愿投保本保险。”这是目前保险人较为通行的做法。

第一种意见认为，投保人在投保单上的“投保人声明栏”已签字确认表示对免责条款的概念、内容及其法律后果均已经明了的，一般应认定保险人已履行提示和明确说明义务。但投保人有证据证明保险人未实际进行提示或明确说明的

除外。（倾向性意见）

第二种意见认为，鉴于实践中这类声明多是保险人印制好的格式条款，仅依据该声明尚不足以认定保险人履行了明确说明义务。

第三种意见认为，保险合同在免责条款的告知形式上采取投保人声明等方式写入概括性告知内容，仅能起到提示投保人注意的作用，不足以证明保险人尽到了明确说明的义务，在这种情况下该免责条款不产生效力。如果这类声明是投保人手抄的，则可认定保险人履行了明确说明义务。

### （2）保险单上印制的限时阅读的条款

保险人在保险单上印制有“投保人有核对保险条款义务，超过规定时限未通知则视为投保人无异议”、“收到本保险单、承保险种对应的条款后，请立即核对，如有不符或疏漏，请在 48 小时内通知保险人并办理变更或补充手续，超过 48 小时未通知的，视为投保人无异议”等内容，据此能否认定其履行了明确说明义务。根据保险法第十七条的规定，保险人履行明确说明义务应是其主动行为，不能通过限时强迫投保人阅读的方式来履行保险人的明确说明义务，故此种情形下不应认定保险人履行了明确说明义务。

### （3）保险人与同一投保人多次签订同样的保险合同时，能否减轻或免除保险人的提示和明确说明义务

第一种意见认为，法律并未就保险人与同一投保人多次签订同样的保险合同情形作出例外规定，故不应因此减轻或免除保险人的提示和明确说明义务。

第二种意见认为，可以因此免除保险人的提示和明确说明义务。因为作为连续性合同，只需一方提出继续缔约的要约，另一方承诺，重复性的行为可免，对投保人权利并无损害。而且，投保人有充分的时间了解保险条款，再次签订同类合同时可不理解的条款要求保险人说明，如果投保人没有这样去做，表明其对自身的权利漠不关心，没有必要再给予特别的保护。

第三种意见认为，保险人仍然应当履行保险法规定的明确说明义务，但司法认定标准可以适当降低。（倾向性意见）

### 11.不属于保险事故的情形

对于不属于保险事故的情形，保险人不负赔偿责任，不需要提示及明确说明。

### 12.不用提示说明就当然有效的情形

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”。合同法第一百一十九条规定：“当事人一方违约后，对方应当采取适当措施防止损失的扩大；没有采取适当措施致使损失扩大的，不得就扩大的损失要求赔偿。当事人因防止损失扩大而支出的合理费用，由违约方承担。”根据上述法律规定可知，关于被保险人减损义务的规定属于强制性规范，是被保险人的法定义务，必须遵守。故被保险人未尽施救义务的，就扩大的损失部分保险人不承担保险责任的保险条款不需保险人的提示及明确说明义务就当然有效。

### 13.仅需提示就生效的情形

《最高人民法院关于适用<中华人民共和国保险法>若干问题的解释（二）》第十条规定：“保险人将法律、行政法规中的禁止性规定情形作为保险合同免责条款的免责事由，保险人对该条款作出提示后，投保人、被保险人或者受益人以保险人未履行明确说明义务为由主张该条款不生效的，人民法院不予支持。”对于因违反法律法规规定的禁止性行为的免责条款，保险人只需尽到提示义务，该条款就发生法律效力。但只有违反全国人大及常委会制定的法律、国务院制定的行政法规中的禁止性规定才可适用本规定。司法实践中常遇见的情形有无证驾驶、酒后驾驶、肇事逃逸等。上述这些行为都是违反了《中华人民共和国道路交通安全法》（以下简称道交法）的相关禁止性规定。

### 14.关于保险条款效力的其他情形

（1）保险人将其它文件纳入保险条款但并未将文件具体内容附上，该文件对投保人、被保险人、受益人有无约束力

一些保险人在销售保险产品时采用保险卡的方式，保险卡上的保险条款比较简单，往往有一个兜底条款规定：“其他未尽事宜以某某保险条款为准”。发生

保险事故后，保险人援引兜底条款指明的其他保险条款拒赔，被保险人或受益人则以其他保险条款对其无约束力为由要求保险人赔偿。

第一种意见认为，此种兜底条款指向明确，在保险合同订立时已经客观存在，应当对当事人有约束力。法律允许空白条文，保险条款的设计从节约交易成本的角度考虑亦应允许。且保险合同的成立是以双方当事人意思表示达成一致为标准，在投保人认可的保险条款中存在这样指向明确的条款，投保人同意缔约也表明其对于指向明确的保险条款的认同，法院没有必要干预。另外，从逻辑关系而言，条款未附不等同于投保人不明知。如果认定指向明确的条款对投保人无约束力，一方面影响保险人的精算基础，另一方面也将造成对于缺失部分的合同内容无法援引。

第二种意见认为，保险条款不是法律，不能因其客观存在即推定投保人当然知晓并同意。兜底条款指明的其他保险条款并未附着在保险卡上，投保人在投保时无从知晓其内容，故其不能纳入保险合同，对投保人、被保险人、受益人无约束力。（倾向性意见）

（2）保险单记载的与保险条款存在抵触的事项或者保险条款中限制被保险人权利、限缩保险人义务的特别声明或特别约定对投保人等是否具有约束力

保险人向投保人出具的保险单往往以特别声明或特别约定的方式对保险条款的相关内容作出变更，以限制被保险人权利、限缩保险人义务。对于保险单中上述记载的效力：

第一种意见认为，在保险单中以特别声明或特别约定的方式就某些事项作出特殊约定是保险行业惯例，特别声明或特别约定构成保险合同的组成部分，且其效力应高于作为格式条款的保险条款。

第二种意见认为，出具保险单系保险合同成立后保险人应当履行的义务。保险单应当忠实地反映双方当事人缔约过程中协商一致的内容。除非保险人能够举证证明特别声明或特别约定征得了投保人的同意，否则对投保人等不应发生法律约束力。（倾向性意见）

## 15.发生保险事故按照人身保险残疾程度与保险金给付比例表赔付保险金的保险条款是否具有法律效力

现行理赔残疾给付标准是按照中国保监会下发的（1999）237号《人身保险残疾程度与保险金给付比例表》（以下简称《比例表》）执行的，该《比例表》共计七级 34 条。因道路交通事故或工伤事故致残，相关职能部门依据道路交通事故受伤人员伤残评定或职工工伤与职业病致残程度鉴定相关标准评定相应的伤残级别。由于后两个伤残鉴定表分为十级，且前七级标准也与《比例表》不完全对应。则在发生第八至第十级伤残或虽是前七级但不对应的情形时，保险人与被保险人就会发生争议。保险人主张严格按照《比例表》进行理赔，而被保险人主张按照已经确定的伤残等级理赔，争议很大。

对于《比例表》，从形式上看，它并不包含在保险条款中，而是一张单独的表格。保险合同成立后，保险人通常会将保险条款和保单一并交付给投保人，在保险条款中会有约定被保险人出险后保险公司按照比例表赔付保险金的内容。比例表本身的内容并不晦涩难懂，但却大大降低了保险人的赔付数额。保险人往往以比例表约定的是保险金的计算方式，故不属于免责条款为理由予以抗辩。人身保险的赔付项目包括医疗费和残疾赔偿金两部分，并且通常情况下残疾赔偿金的保险金额远远高于医疗费保险金额，也就是说，投保人所负担的保费中大部分是基于残疾赔偿金而支付。因此几乎所有的投保人都认为，只要被保险人出险构成残疾，并且依法计算的残疾赔偿金不超过保单约定的保险金额，被保险人都会从保险人处获得全额赔偿。但根据比例表的约定七级以下伤残根本得不到任何赔付，这也就使投保人支付的对价与收益严重不相符，显然超出了一般人的认知范围。如果投保人在订立合同时对这种后果有充分了解，必然会重新慎重考虑是否要缔结合同。所以这种条款显然应当归类为免责条款，保险人有义务对此做出提示及明确说明。

第一种意见认为，既然《比例表》是保险监管部门制定，其赔偿体系相对于工伤事故及道路交通事故而言应属不同的法律体系，被保险人强求适用工伤或道

道路交通事故标准无约定及法定依据。且从行业惯例的角度看，《比例表》已经存在多年，反复使用，在保险行业内客观上形成了商业惯例。故应以《比例表》作为案件处理的依据。

第二种意见认为，《比例表》系保险监管机构强令各保险人采用的，是费率厘定、条款制定的基础，应予尊重并作适当变通。对于依照道路交通事故受伤人员伤残评定或职工工伤与职业病致残程度鉴定相关标准评定的伤残级别与《比例表》相一致的，应当按照《比例表》对应的赔付率赔付；对于依照道路交通事故受伤人员伤残评定或职工工伤与职业病致残程度鉴定相关标准评定构成残疾，而在《比例表》中找不到对应等级的，应依照评定结论确定的残疾状况，对应《比例表》中相应等级的赔付率赔付；对于依照道路交通事故受伤人员伤残评定或职工工伤与职业病致残程度鉴定相关标准评定构成八至十级残疾的，应当按照《比例表》中的七级标准赔付。（倾向性意见）

**16.发生保险事故时保险机动车未按规定检验，保险人不承担保险责任的保险条款是否具有法律效力**

机动车未按期参加年检并不当然影响行驶证的效力，并不必然导致保险公司免除保险责任。保险人依据“发生保险事故时保险机动车未按规定检验或者检验不合格的，保险人不承担保险责任”的保险条款，主张免除保险责任的，应当区分以下情形分别作出认定：

（一）交通事故发生后经公安机关检测认定车辆发生事故前存在安全隐患的，对于保险人免除保险责任的主张，人民法院予以支持；

（二）交通事故发生后经公安机关检测认定车辆发生事故前不存在安全隐患的，对于保险人免除保险责任的主张，人民法院不予支持；

（三）交通事故发生后公安机关未对车辆进行检测或虽进行检测但已无法确定事故发生前车辆是否存在安全隐患的，对于保险人免除保险责任的主张，人民法院予以支持。

**17.驾照超期未审的问题**

驾驶证已经被注销，就意味着驾驶员失去了驾驶机动车的资格。在其通过重新考试再次取得驾驶证也无法证明此前其具有驾驶资格。因为新驾照只能是在对印制之日之后才具有相应的证明效力。为了防范道德风险，提高安全驾驶意识。应认定为无证驾驶，新证无追认的效力。

#### 18. “逃逸”、“逃离”、“离开”、“驶离”等的法律后果

保险条款一般会约定有关驾驶人在发生事故后逃逸（逃离）事故现场的免责的内容。究其合同目的，是为了督促驾驶人在事故发生后积极采取救助、减损措施以及及时确定事故性质和责任、驾驶人员的驾驶资格、是否存在禁驾事由等情形，从而进一步确定保险人的保险责任。一般情况下交警部门往往在事故责任认定书上不会使用“逃逸”或“逃离”的字眼儿，这就与保险条款中约定的逃逸（逃离）免责不完全相符，继而产生了逃逸（逃离）与“离开”、“驶离”等表述上的差异。

（一）如果交警部门在事故责任认定书上已经认定驾驶员在事故发生后“逃逸（逃离）”的，可依据《最高人民法院关于适用〈中华人民共和国保险法〉若干问题的解释（二）》第十条的规定处理。

（二）对于“离开”、“驶离”等表述应当依据常理审查离开现场的合理性与必要性。免责条款需结合生活经验和设立目的予以解释。按照交通行政法规的规定，保护现场、及时报警是事故发生后驾驶员的重要义务，只有在特殊情况下才允许撤离现场。如事故中出现人员伤亡需要及时医疗救治、如不及时撤离会有其他危及生命健康、财产安全危险等，即未采取合理措施而离开现场的行为必须具有合理性和必要性，否则保险人可以按约免责。从个案情形来看，可根据事故的严重程度、人员受伤状况来判断离开现场的合理性和必要性。轻微伤或者仅是身体不适不能作为离开现场的合理理由。

#### 四、有关保险利益的问题

##### 31.人身保险因不具有保险利益导致保险合同无效的法律后果。

保险法第三十一条第三款规定：“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。”合同法第五十八条规定：合同无效后，因该合同取得的财产，应当予以返还；不能返还或者没有必要返还的，应当折价补偿。有过错的一方应当赔偿对方因此所受到的损失，双方都有过错的，应当各自承担相应的责任。保险法解释（二）第二条规定：“人身保险中，因投保人对被保险人不具有保险利益导致保险合同无效，投保人主张保险人退还扣减相应手续费后的保险费的，人民法院应予支持。”

根据上述法律规定，应注意以下几个问题：

第一，正确认定保险费返还的范围。保险合同无效后，保险人应当返还的保险费是保险公司从投保人处收取的全部保险费，而不是投保人的保单现金价值，这是保险合同无效与保险合同解除的重要区别。

第二，正确计算应当扣减的手续费。投保人对人身保险合同无效存在过错的，保险人在退还保险费时可以扣除相应的手续费。保险人扣减的手续费应当是合理的，而且只能扣减与投保人过错相对应的手续费。

第三，正确认定其他法律后果。实践中，有些保险公司业务员在明知投保人不具有保险利益的情况下仍劝说投保人投保，保险公司在核保时也同意承保，这种行为有违诚信原则，故审判实践中，即使保险合同无效，仍可依据缔约过失责任判决保险合同承担相应的赔偿责任。

## 五、其他综合性问题

### 32. 保险人诉讼主体资格的确定问题

保险公司依法成立的各级分支机构具有独立的诉讼主体资格。保险公司设立的营销服务部在工商行政管理部门办理工商登记手续并取得营业执照的，应认定属于《中华人民共和国民事诉讼法》第四十八条规定的其他组织，可以自己的名义参加诉讼。

### 33. 保险公司开具的理赔专用发票所载内容的效力问题

保险公司开具的理赔专用发票是办理理赔过程中单方面确定的内容。并非被

保险人的真实意思表示，根据《民法通则》第五十五条的规定，保险公司单方确定“该案一切赔偿责任业已终结，立此存证”的内容无效。对于被保险人不具有法律约束力。被保险人对于保险公司理赔结果不满意，可以向法院提起诉讼。

#### 34. 医保用药问题

责任保险合同或人身保险合同对医疗费用赔付标准有约定的，从其约定。没有约定或约定不明的，一般应参照当地社会医疗保险主管部门规定的医疗报销标准确定。因治疗确需使用标准以外的药品，被保险人主张列入保险赔付范围的，人民法院应予支持，但被保险人能够举证证明上述药品不属于治疗必需药品的除外。

#### 35. 近因原则

所谓近因，是指导致标的物损害发生的最直接、最有效、起决定性作用的原因，而非指时间上或空间上最近的原因。如果近因属于承保风险，保险人应承担赔付责任；如果近因属于除外风险或未保风险，则保险人不承担赔付责任。

多个原因造成保险事故，其中有承保风险又有非承保风险的，被保险人主张保险人按承保风险占事故原因的比例或程度承担保险责任的，人民法院应予支持。

#### 37. 个人体质特殊不属于减轻侵权人责任的情形即损伤参与度不等同于过错责任

《中华人民共和国侵权责任法》第二十六条规定：“被侵权人对损害的发生也有过错的，可以减轻侵权人的责任。”道交法第七十六条第一款第（二）项规定：“机动车与非机动车驾驶人、行人之间发生交通事故，非机动车驾驶人、行人没有过错的，由机动车一方承担赔偿责任；有证据证明非机动车驾驶人、行人有过错的，根据过错程度适当减轻机动车一方的赔偿责任。”因此，交通事故中在计算残疾赔偿金是否应当扣减时应当根据受害人对损失的发生或扩大是否存在过错进行分析。虽然个人体质状况对损害后果的发生具有一定的影响，但这不是侵权责任法等法律规定的过错，不应因个人体质状况对交通事故导致的伤残存在一定影响而自负相应责任。虽然受害人年事已高，但其年老骨质疏松仅是事故

造成后果的客观因素，并无法律上的因果关系。因此，受害人对于损害的发生或者扩大没有过错，不存在减轻或者免除加害人赔偿责任的法定情形。

#### 42.投保人、被保险人死亡或终止时保险合同的承继

投保人死亡或者终止的，除另有约定外，投保人的继承人或者权利义务的承继人主张承继保险合同权利义务的，应予支持。

被保险人死亡或者终止时，除另有约定外，保险标的继承人或权利义务的承继人主张承继被保险人的权利义务的，应予支持。

#### 45.“该案一切赔偿责任业已终结，立此存证”或“赔款责任终结书”的效力问题

被保险人虽在保险人制作的赔款相关凭证“赔偿责任终结”一栏内签字，或出具类似“赔偿责任终结书”，但保险人并未完全履行赔偿责任的，不能认定保险人赔偿责任终结，被保险人向保险人主张保险赔偿责任的差额部分，应予支持。保险人有其他充分的证据证明已经向被保险人说明了赔偿范围、标准、方法、数额等基本事实，被保险人明确表示同意终结赔偿的，保险人的赔偿责任终结。

### 第三部分 人身保险合同

#### 82.人身保险有无保险利益是否属于人民法院需要依据职权审查的范围

为防范道德风险，保险法第三十一条第三款规定：“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。”根据上述法律规定，人身保险合同欠缺保险利益的，合同无效。故人民法院应当依据职权审查投保人在订立人身保险合同时是否对被保险人具有保险利益，且不受当事人主张的约束。

#### 83.以死亡为给付条件的保险合同被保险人如与投保人为同一人，被保险人未签字，保险合同的效力问题

保险法第三十四条第一款规定：“以死亡为给付保险金条件的合同，未经被保险人同意并认可保险金额的，合同无效。”

此条适用的是投保人与被保险人不一致的情形。如果投保人与被保险人为同一人，其投保时已有真实的意思表示并履行了合同，即使没有书面同意，仍然可

以认定有效。

根据保险法第三十四条第一款及合同法第五十六条的规定,包含以死亡为给付条件保险条款的综合保险合同,以死亡为给付条件的保险条款无效,不影响综合保险合同其他保险条款的效力。

#### 84.保险人解除失权的问题

保险法第十六条第三款规定“自合同成立之日起超过2年的,保险人不得解除合同;发生保险事故的,保险人应当承担赔偿或给付保险金的责任”。人身保险合同中投保人违反如实告知义务,保险人享有解除权。

从该条文分析,“自合同成立之日起超过2年投保人不得解除合同”是指保险人不得解除合同的前提是自合同成立之日起超过2年后新发生的保险事故,如保险合同成立后的两年中的某个时间保险事故已经发生,两年后才去理赔时,保险人要求解除合同的,被保险人以保险法第十六条第三款进行抗辩,是对该条文的断章取义,不应得到支持。即两年的起算时间是保险合同成立之日,到保险事故发生之日,而不是到被保险人或投保人主张权利之日。

如果投保人违反如实告知义务,保险人在合同成立后二年内拥有解除权,同时自保险人知道有解除事由之日起,超过三十日不行使而消灭。上述两个期间系除斥期间,不因任何原因而中断、中止或延长。

#### 85.人身保险不适用损失补偿原则

人身保险合同中被保险人或者受益人已从实施致害行为人处获得侵权赔偿后,仍然可以向保险人主张保险理赔,保险人不得以被保险人或者受益人已经获得侵权赔偿为由拒绝承担保险理赔责任。

#### 86.意外伤害保险项下多因致损的近因如何确定

意外伤害保险是目前各保险公司的主流产品之一,意外伤害身故理赔案件在保险公司理赔案件中占了重要的比例,此类案件的争议焦点大多集中在受益人是否可以证明被保险人因意外伤害事故身故,即是否是保险事故。举证责任应如何分配。

（一）在死亡原因属于被保险人自身疾病或者意外伤害难以确定的情况下，应适用保险法上的近因原则，结合举证责任的合理分配，对该类事故是否属于保险公司的保险责任范围作出认定。

（二）如果受益人通过提供一些国家机关或具有社会组织管理职能的组织（最常见的如户籍地派出所、村委会、居委会）出具的公文书证进行证明，那么受益人的举证责任则转移给保险公司，其应对不是保险事故的抗辩承担举证责任。

（三）如果依据上述方法或事实仍无法判断时，举证责任通过以下标准判断：

一是对普通意外伤害保险考虑出险通知时间。若受益人在被保险人遗体火化前已通知保险公司并申请理赔，保险公司未明确告知受益人不属于意外伤害保险责任范围或未提出尸检要求的，应由保险公司举证证明保险事故属于除外责任确定的情形；若遗体火化后才通知保险公司，因保险公司失去了被保险人身体状况或死亡原因进行举证的能力，应由受益人证明被保险人由外因致死。

二是对团险意外伤害保险考虑受益人知险情况。由于受益人在意外发生时可能并不知晓团险伤害保险合同的存在，无法及时通知保险公司，故诉讼中应由受益人对发生意外伤害事件进行初步举证，由保险公司对该意外伤害事件与被保险人的死亡之间无因果关系，或被保险人死亡原因不属于意外伤害事件进行举证。

#### 87.有关现金价值的问题

保险法第四十七条规定：投保人解除保险合同的，保险人按合同约定退还保险单的现金价值。因现金价值与缴纳保费的差距较大。交纳保费是投保人的合同义务，投保人在保险合同履行合同的过程中，拒绝支付保费达一定期限时，投保人可以要求解除合同并有权按照保险合同的约定，仅退还保险合同的现金价值。

#### 88.保险公司履行提示及明确说明义务所指向的对象

保险法第十七条规定“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。”

山东省高级人民法院《关于印发审理保险合同纠纷案件若干问题意见(试行)的通知》第十条规定：“保险人的提示和明确说明义务的对象是投保人，投保人与被保险人或受益人不一致的，被保险人或受益人主张保险人未向其履行提示或明确说明义务的，人民法院不予支持。”

由此可见，上述两条均明确了保险人的提示及明确说明义务仅针对于投保人而非被保险人。

#### 89. 保险合同的成立及责任认定问题

人身保险中的投保人按照保险人的要求，预交了保险费，但由于保险人或其代理人自身的原因，未及时对投保单作出处理，如果发生了应予赔偿或给付保险金的保险事故，作如下处理：

(1) 被保险人符合承保条件，应认定保险合同成立。保险人应当承担保险责任。承保条件根据保险业的通常标准进行裁判。

(2) 被保险人不符合承保条件，应认定保险合同不成立。保险人对未及时处理投保业务有过错的，承担缔约过失责任。

#### 90. 投保人的如实告知义务问题

保险法第十六条第一款规定“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”。

投保人应当如实告知的事实应为保险标的的重要事实，主要指足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率等事实情况，且限于保险人询问的事项，对于保险人未询问的事项，投保人不负如实告知义务。

保险人的代理人代投保人填写需投保人如实告知的事项并代投保人签名的，可以因此免除投保人相应的如实告知义务。

人身保险合同中投保人的如实告知义务，不因保险人指定的机构对其进行体检而免除。人身保险中，被保险人虽应保险人的要求进行指定体检，但投保人因

故意或重大过失没有如实告知被保险人患有保险人询问范围内的疾病，且指定体检未发现该疾病，投保人不能免除如实告知义务。

投保人虽因故意或重大过失没有如实告知被保险人患有保险人询问范围内的疾病，但被保险人应保险人的要求进行了指定体检，且指定体检已发现未如实告知的疾病，视为投保人已经履行了如实告知义务。

保险人知道被保险人的体检结果与投保人的告知不符而仍然承保，或者体检机构未将体检结果告知保险人以致保险人仍然承保的，保险人以投保人未履行如实告知义务为由要求解除合同的，人民法院不予支持。

保险人在缔约或保险事故发生之前已经知道或应当知道投保人有违反如实告知义务的情形，但仍承保的，对其在保险事故发生后拒绝承担保险责任或者要求解除保险合同的主张，不应予以支持。

保险人在投保单询问表中设计的“其他”等字样的兜底条款，违反了有限告知原则，应当认定无效。

#### 91.人身保险合同的解除问题

投保人和被保险人不是同一人时，除保险合同另有约定外，被保险人不享有保险合同的解除权。保险合同解除后的现金价值属于投保人。

投保人和受益人不是同一人时，除保险合同另有约定外，受益人不享有保险合同的解除权和变更权。保险合同解除后的现金价值属于投保人。

保险合同的效力因被保险人、受益人向保险人补交保险费而得以恢复的，补交保险费的被保险人、受益人对复效后的保险合同享有解除权。

保险合同的效力因被保险人、受益人向保险人补交保险费而得以恢复的，投保人可以向被保险人、受益人主张保险合同复效前的现金价值。

保险合同的效力因被保险人、受益人向保险人补交保险费得以恢复而后又解除的，合同解除后的现金价值根据保险费实际交纳情况分别属于投保人、被保险人或受益人。

#### 92.学生平安险项下保险人的明确说明义务

学生平安险不属团体险，保险人应当逐一向投保人履行明确说明义务。保险人仅对学校履行明确说明义务的，或者保险人提供了履行免责条款说明义务的《告家长书》但无涉案被保险人或者其监护人签字的《告家长书》回执栏的，对于保险人已经履行了明确说明义务的抗辩，人民法院不予支持。

学生平安险的投保人以及履行如实告知义务的主体是学生或者其监护人，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，应为各投保人履行如实告知义务提供必要条件，以使投保人知道询问的内容。保险人仅向学校进行询问而以投保人未履行如实告知义务为由要求解除合同的，人民法院不予支持。

### 93.团体保险中保险人的明确说明义务

保险法第十七条规定，“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。对于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的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”。

保险合同是投保人与保险人签订的合同，合同的主体是保险人与投保人。在保险合同中涉及被保险人及受益人的利益，从而使得被保险人、受益人成为保险合同的关系人。但是，被保险人与受益人并非合同主体。对于明确说明义务，从该条规定可以看出，保险人履行提示及明确说明义务的相对方是投保人，只要是向投保人履行了义务即可。而并非向被保险人履行提示及说明义务。

### 94.投保人投保多份商业医疗费用报销型保险的赔付问题

投保人投保多份商业医疗费用报销型保险的，因同一保险事故被保险人要求各保险人支付的保险金超过实际发生的医疗费用的，人民法院不予支持。除保险合同另有约定外，各保险人按照其保险金额与保险金额总和的比例承担支付保险金的责任。

