

第1章 保险学基础

1.1 风险、风险管理与可保风险

在人们的日常生活与生产活动中,任何个人和社会团体都有可能遭受各种意外而蒙受意想不到的损失,这种意外的出现是一种客观存在。现代保险业正是在不断认识各种意外给人类社会带来风险的过程中应运而生的。保险业的兴起为管理风险、分散损失提供了途径。保险法谚曰:“无风险则无保险。”保险是一种处理风险的制度安排,保险与风险同时存在。因此,研究保险必须从认识风险开始。

1.1.1 风险

风险是指社会和自然界客观存在的,人们时刻警惕和忧虑的,可能因意外事故发生而造成社会财富损毁和影响人们的生命安全的随机现象。目前学术界对风险一词的定义有多种表述,存在一定的争议。但综合各方面的见解,不难看出保险学说中所说的风险包含三重含义,一是客观存在。常言道,天有不测风云,人有旦夕祸福。在现实生活中,不管是不测风云,还是旦夕祸福,都是社会和自然界存在的一种偶发事件,是一种客观存在。二是风险的发生必然会对人身及财产构成威胁,并造成损害。风险就意味着会带来损失,无损失就不能称为风险。三是风险引起的损失具有不确定性,风险是一种随机现象。也就是说,风险是否发生,什么时间发生,在什么地点发生,会带来多大损失,这些都具有不确定性,事先都是无法预测的。

风险总是与损失和不确定性相关联。也正是因为损失发生的不确定性引起了人们对风险、风险管理的重视。

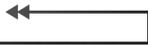
1. 风险的特征

由风险的定义可以看出,风险具有四个主要特征:客观性、损失性、不确定性和未来性。

(1) 风险的客观性。风险是一种客观存在,无论人们是否意识到,它都存在。自然界的地震、台风、洪水、雷雨,人类社会的战争、失业、意外事故,等等,这些风险的发生,都不以人的意志为转移。可以说,风险的存在是客观的、必然的。但是,人们可以通过对风险事件的长期观察和研究,找出影响因素和发生的条件,采取有针对性的防控措施与对策,以减少风险事件发生的频率,并降低损失程度。

(2) 风险的损失性。风险的构成要素包括风险因素、风险事故和风险损失。风险因素又称风险条件,是风险事故发生的潜在原因。风险事故又称风险事件,是导致风险损失的直接原因。可以说风险因素诱发风险事故,风险事故产生风险损失。因此,风险必然会带来损失。

(3) 风险的不确定性。风险及其引起的损失都具有不确定性。风险的发生事先是难以预料的,发生后损失的大小、由谁来承受损失都是不确定的。不同类型的风险就总体而言有一定的统计规律,可以帮助人们采取预防措施,但对某一具体风险事件而言则纯粹是偶然的,具有不确定性。例如,随着汽车保有量的增加,交通事故不断发生,经过对统计资料的分析发现,某些路段由于受公路平面线型设计与纵坡等因素影响成为事故多发地段,经路段改造完全可以达



到减少事故发生的目的。又根据统计资料分析，发现疲劳驾车和酒后驾车易引发交通事故，通过修订交通法律法规也可以使事故减少。但另一方面，每次交通事故的发生又有很大的偶然性，常常难以预料，因此，交通事故时有发生。

（4）风险的未来性。保险学中的风险除了具有客观性、损失性和不确定性之外，还具有未来性。这是因为风险是人们对未来潜在的、可能会发生的意外事件的一种预见和疑惑。

除了上述四个方面的主要特征之外，风险还具有普遍性和可变性。所谓普遍性是指风险无处不在、无处不有；所谓可变性是指人类社会面临着各种各样的风险，而且随着社会外部环境和内在因素的变化而不断发生变化。因此，了解和研究风险及其特征对学好风险管理是很有帮助的。

2. 风险分类

风险是多种多样的，为了便于对风险进行研究和管理的，常常按照不同的分类方法对风险进行分类。

（1）按风险的性质分类。按风险性质的不同，可将风险分为纯粹风险和投机风险两类。

纯粹风险是指可能造成损害的风险，其发生导致的结果有两种可能：损害或无损害。也就是说，纯粹风险是指只有损害机会而无获利可能的风险。例如，地震引起的房屋倒塌，暴雨引发的山洪与泥石流冲毁村舍，都会给人类带来人身伤害和经济损失。各种自然灾害、意外事故的发生，都可能导致社会财富的损失或人员的伤害。因此，这些都属于纯粹风险。纯粹风险的后果表现为对社会的净损害。纯粹风险的发生有一定的规律和条件，一般可以通过大数法则加以测算。正因如此，保险人通常将纯粹风险视为可保风险。

投机风险是指风险所致结果既存在损害可能又存在获利可能的风险。投机风险相对于纯粹风险而言，其结果有三种可能：损害、无损害和收益。比如：买卖股票或期货、博彩业等都存在风险，但此类风险所导致的结果有赔钱、不赔不赚和赚钱三种可能。投机风险的变化往往是不规则的，无规律可言，难以用大数法则来测算，而且，投机风险的结果往往是社会财富的转移，而不一定是社会财富的净损失。因此，保险人通常把投机风险视为不可保风险。

（2）按风险的对象分类。按风险对象可以将风险分为财产风险、人身风险、责任风险和信用风险。

财产风险是指可能会导致有形财产发生损毁、丢失和贬值的风险。比如，货物运输、仓储保管、森林火灾，以及各种自然灾害都有可能引起财产的直接损失及相关利益的损失，因而都属于财产风险。财产风险既包括财产的直接损失风险，又包括财产的间接损失风险。

人身风险是指因疾病、外界各种自然灾害和意外事件的发生导致人身受伤、致残和死亡的风险。这类风险的发生会给当事人、家庭和社会带来巨大的精神痛苦和损失。

责任风险是指个人或团体因疏忽、过失造成他人的财产损失或人身伤害，根据法律规定或合同约定，应负经济赔偿责任的风险。比如，驾驶机动车不慎撞伤行人，构成车主的第三者责任风险；人口密集区从事建筑施工，开挖基础时技术措施不当引起临近楼房下沉，构成建筑承包商施工责任风险。责任风险往往比较复杂，责任认定与损失赔偿应尽可能按法定程序进行。

信用风险是指在经济活动中，权利人与义务人之间因一方违约或违法给对方造成经济损失的风险。比如，借款人不按期还款，从而使贷款人因借款人的不守信用而遭受损失；购货方无正当理由不按约定支付全部货款，致使供货方因购货方不守信用而蒙受经济损失等。在我国经济体制改革过程中，经济立法与经济秩序建立相对比较滞后，商业信用风险相对较大。

除上述按风险的性质、对象分类之外，还可以根据风险产生的原因不同，把风险分为自然



风险、社会风险、政治风险、经济风险和技术风险等。

1.1.2 风险管理

风险管理是指个人或社会团体通过对风险进行识别与度量, 选择合理的经济与技术手段, 主动地、有目的地、有计划地对风险加以处理, 以最小的成本去争取最大的安全保障和经济利益的行为。这一定义包括三层含义: 一是指出风险管理的主体是个人或社会团体等经济单位; 二是强调风险管理是通过对风险的认识、衡量与分析, 从而选择最有效的方式, 即最佳的风险管理技术主动对风险进行处理; 三是明确风险管理的目标是以最小的成本获取最大的安全保障。

风险管理的主要内容包括风险识别、风险估算、风险评价、风险处理方式等内容。

1. 风险识别

风险识别是风险管理工作的基础, 包括感知风险与分析风险两方面的内容。感知风险是通过对风险的调查、了解, 对可能存在的风险作出判断; 分析风险是通过对风险的分类、归纳, 找出风险产生的原因和条件, 确定风险的类别与性质, 从而为进行风险估算与评价提供帮助。

2. 风险估算

风险估算即风险的衡量, 是指对某特定风险的发生概率和损失程度进行估算, 用以评价风险对预定目标的不利影响及其程度。其内容包括估计潜在的风险事件发生的频数和损失程度。风险频数是指一定时期内风险可能发生的次数。损失程度是指每次风险发生可能带来的经济损失大小。风险估算使风险分析定量化, 为风险管理者进行风险决策与选择最佳的风险处理方式提供了科学依据。

3. 风险评价

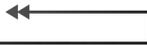
在风险识别与风险估算的基础上, 根据风险发生的概率和损失程度, 以及处理风险的经济投入进行的综合分析比较, 称为风险评价。风险评价的主要目的是测算处理风险所需人力、物力与财力等各方面的投入, 并与可能出现的风险损失相比较, 以确定风险是否需要处理, 在经济上是否合算, 如何使处理效果最佳。

4. 风险处理方式

风险处理方式即应对风险的办法。人们在同各种自然灾害、风险事件的抗争中, 不断地总结经验教训, 创造出了不少预防与处理风险的办法, 归纳起来主要有规避风险、预防风险、分散风险和转移风险四类。

(1) 规避风险。规避风险即决策中直接设法避免风险事件的发生。例如, 某路段因洪水冲毁了部分桥梁与路基, 可以采用临时便道通行, 但比较危险, 安全起见, 过往车辆完全可以选择其他路线绕道通行, 绕道通行虽然增加了运行费用和时间, 但达到了避免风险发生的目的, 这就是规避风险的处理方法。又比如乘坐旅游缆车上山有一定的安全风险, 为了避免人身安全事故发生, 可以选择不乘缆车, 步行上山, 这同样也是规避风险的处理方法。这些处理方法虽然比较简单, 但都是很有效的风险处理方式。通常, 采用规避的方法处理风险虽然有效, 但却容易给人们的生活与工作带来新的不便或困难。因此, 规避风险是消极的, 是有局限性的。

(2) 预防风险。多数风险事故都有一定的成因和规律, 及时地、有针对性地采取各种预防措施就会控制风险发生。预防风险的目的就是通过尽可能地采取各种控制风险发生的措施, 使发生风险的频率及其损失程度降到最低。预防风险通常分为防损和减损两类。防损是指通过对风险因素的分析, 采取预防措施, 以防止损失的发生。减损则是尽量减小风险造成的损失, 并控制损失的扩大。防损的目的在于努力减小发生损失的可能性, 而减损的目的则在于尽量减轻



损失的程度。

（3）分散风险。分散风险是指联合存在同类风险的众多单位，建立风险分摊机制，当风险损失发生时，由众人共同承担，实现分散风险、分摊损失的目的。

（4）转移风险。转移风险是指通过一定的方式，将风险由一个主体转移给另一个主体。转移风险与规避风险有实质上的区别。规避风险意味着与有风险的事情保持距离，不涉及风险之地，也就是说，人们规避风险就是要回避产生风险的行为或环境。但转移风险则不同，人们仍参与有风险的事情，只不过将可能的风险损失转移给他人来承担。

现代保险业实际上就是运用了分散和转移风险的方法，组织众多的单位和个人参保，将这些单位和个人的风险转移给保险公司，保险公司再采取收取保险费与损失补偿的办法，通过分摊损失，以达到分散风险的目的。

1.1.3 可保风险

保险所承担之风险简称为可保风险。现实生活中，人们面临各种各样的风险，风险的类别、性质、成因、发生频率、损失的大小等千差万别，保险公司所能接受的风险是有限的，也就是说，保险公司并不可能承保所有的风险。一般而言，可保风险必须具备下列条件。

1. 可能性

风险发生必须具有客观上的可能性。保险的动机在于防患于未然，以求补偿。若已知没有发生风险的可能，就失去了投保的实际意义。《中华人民共和国保险法》（以下简称《保险法》）第二条关于“保险定义”的规定中所使用的“可能发生的事”就是此含义。此外，这种可能性是指客观上的，并非人们的主观忧虑。

2. 偶然性

偶然性是指事先无法预知风险发生的时间、地点、损失程度等。事先可以预知，必然会发生损失（如自然损耗、折旧等），保险公司是不会承保的。

3. 意外性

风险的意外性包括两层含义。

（1）风险的发生是不可预知的，可预知的风险带有必然性，保险人不予赔偿。

（2）风险的发生及损失后果的扩展不是被保险人的故意行为所致的，即对于被保险人故意行为或不采取合理预防措施所造成的损失，保险人不予赔偿。

4. 纯粹性

保险人承保的风险只能是纯粹风险，而不可能是投机风险。因为承保投机风险有可能会引起道德风险，使被保险人因投保获取额外收益而违反保险的基本原则。

5. 同质性

可保风险应该是大量存在的同质风险，即大量标的均有遭受同样或者近似损失的可能性。具备这一条件是为了满足保险经营大数法则的要求。保险依据大数法则为保险人建立稳定的保险基金，来赔付少数实际出险的标的损失。因此，可保风险的一个重要条件是必须有某种同质风险的大量存在。同时，风险发生的概率和损失应该是可以计算的，这是保险人计算保险费率的依据。

以上条件之间是有关联的，确定可保风险时应综合分析，以免发生承保失误。这里需要补充说明的是，随着社会经济的发展，人们风险管理意识的增强，保险业技术管理水平的提高，可保风险的范围有可能逐步扩大，可保风险的条件也有可能作出重大调整。



1.2 保险的基本原理

1.2.1 保险的界定

1. 保险的定义

“保险”作为一个专门术语，最初于14世纪在意大利作为商业用语，后传到英国，经由英国传到世界各地并得到了普遍使用。

汉语中“保险”一词的基本含义是指“事物存在的安全状态或者运行的安全系数”。在日常生活中，“保险”一词具有“稳妥可靠、保证、安全”等多种含义。这与西文中的含义解释相去甚远。现代保险学中，保险一词的法学含义是从“保险商行为”的角度来释义的。我国《保险法》第二条规定：“本法所称保险，是指投保人根据合同约定，向保险人支付保险费，保险人对于合同约定的可能发生的事故因其发生所造成的财产损失承担赔偿保险金责任，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。”可见，保险法所称之保险是一种进行经济补偿的商业行为。

一般来说，保险有广义和狭义之分。广义的保险，泛指保险人向投保人收取保险费，建立专门用途的保险基金，用于补偿因自然灾害和意外事故造成的经济损失，或为社会安定发展而建立物质准备的一种经济补偿制度。它一般包括由国家政府部门经办的社会保险，由专门的保险公司按商业原则经营的商业保险，以及由被保险人集资合办的合作保险等多种保险形式。狭义的保险，特指商业保险，即按商业经营原则，以合同形式确立双方经济关系，采用科学的计算方法，收取保险费，建立保险基金，对遭受约定灾害事故所造成的损失进行补偿而建立的一种经济补偿制度。

2. 保险的要素

构成保险的基本要素有以下几个方面。

(1) 存在可保风险。存在大量同质的可保风险是现代保险业存在和运营的基本条件和组成要素。如果没有大量存在的同质风险，保险公司就难以推出保险产品，保险业务就难以开展。

(2) 风险的集合与分散。保险以集合共同团体，分散风险损失为特征。保险的运作过程，既是风险的集合过程，又是风险的分散过程。众多投保人将其所面临的风险转移给保险人，保险人通过承保将众多的风险集合起来；当发生保险责任范围内的损失时，保险人又将少数人发生的风险损失以保险费的方式分摊给全部投保人，也就是通过保险的补偿行为分摊损失，将集合的风险再予以分散处理。风险的集合与分散应具备两个前提条件：一是多数人的风险。如果是少数人或个人的风险，就无所谓集合与分散，而且风险损害发生的概率也难以测定，大数法则难以有效地发生作用。二是同质风险。只有同质风险才能通过风险损害发生的概率测算，确定保险费率，进行风险的集合与分散。

(3) 建立保险基金。保险损失补偿的功能是依靠建立的保险基金来实现的。保险基金是用以补偿或给付因承保范围内所发生的自然灾害、意外事故和人体自然规律所致的经济损失和人身伤害的专项货币基金。保险基金的主要来源有开业资金和保险费。保险基金是保险赔偿与给付的经济基础。

(4) 确定合理的费率。保险既是一种经济保障行为，又含有一定的商品交换属性。因此，确定合理的费率，即制定保险产品的价格，便成了保险的又一基本要素。保险的费率过高，保



险需求会受到限制，会影响保险作用的发挥和保险商自身的发展。反之，费率过低，保险基金储备不足，赔付难以保障，保险商的风险加重，也会影响保险业的稳步、健康发展，这都不能称为合理的费率。费率的确定应依据概率统计和大数法则，经过科学的测算加以确定。

(5) 订立保险合同。保险是投保人与保险人之间的一种保险商行为，他们之间的经济与法律关系是通过保险合同的订立来确定的，双方在法律和契约条款的约束下履行各自的权利与义务。倘若不具备法律上或合同上规定的各自的权利与义务，保险经济关系则难以成立。因此，订立保险合同是保险关系得以确立的基本要素，是保险成立的法律保障。

1.2.2 保险的特征

保险作为一种补偿意外损失的经济制度，有其自身特殊的规律性，即保险的基本特征。

1. 经济性

保险是投保人与保险人之间的一种经济保障活动。这种经济保障活动是整个国民经济活动的一个组成部分。此外，保险体现了一种经济关系，即商品的等价交换关系。所以说，保险是一种经济行为，保险产品具有商品属性，参与保险活动的双方之间存在经济关系。这就是保险的经济性特征。

2. 互助性

保险采用分摊风险损失的机制。分散风险需要集合起众多面临同质风险威胁的个体共同面对风险，分摊风险带来的损失。共同团体内形成了互助共济的经济关系，体现了“一人为大家，大家为一人”的思想。互助性是保险的基本特征之一。

3. 法律性

保险是一种特殊的经济活动。保险关系的确立，是在法律规定的约束下，通过订立保险合同来实现的。合同一经签订即受法律保护。所以，从法律的角度来看，保险又是一种法律行为，参与保险活动的双方之间也存在法律关系。

4. 科学性

首先，保险是以数学计算为依据确定保险费率的；其次，保险的存在与发展又依赖于有关技术与风险管理学科、保险学科的发展。所以，保险的科学性特征会随着保险业的发展而愈加明显。

1.2.3 保险的分类

保险种类繁多，如何对保险进行分类，学术界存在一定分歧。因此，目前世界各国对保险的分类还没有统一的分类原则和具体的分类标准。本书融合各方意见提出以下几种分类方法，供读者参考。

1. 按保险的性质分类

按保险的性质，可以将保险分为商业保险、社会保险和政策保险。

(1) 商业保险。商业保险是指投保人与保险人订立保险合同，根据合同约定，投保人向保险人支付保险费，保险人对可能发生的事故导致的损失承担赔偿责任，或者当被保险人死亡、疾病、伤残或者达到约定的年龄期限时承担给付保险金责任的保险。商业保险既是一种经济行为又是一种法律行为。目前，一般保险公司经营的财产保险、人身保险、责任保险、保证保险等均属于商业保险的范畴。商业保险一般采用自愿投保的原则。

(2) 社会保险。社会保险是社会保障的重要组成部分，是指国家通过立法对社会劳动者暂



时或永久丧失劳动能力或失业时,由政府指定的专门机构为其提供物质帮助以保障其基本生活的社会保障制度。我国目前实行的社会养老保险、职工医疗保险、失业保险等均属于社会保险的范畴。社会保险与商业保险不同,社会保险一般是强制性的,且在保险费的缴纳和保险金的给付方面,也不遵循完全对等的原则。社会保险实际上是一项社会福利事业。

(3) 政策保险。政策保险是指政府为了适应某项特定政策的要求,以商业保险的一般做法来开办的保险。例如,为保护道路交通事故中的受害人建立的机动车交通事故责任强制保险;为扶持农、牧、渔业而设立的种植业保险;为了促进出口贸易而特设的出口信用保险等。政策保险通常由国家设立的专门机构或委托官方或半官方的保险公司具体承办。例如,目前实行的机动车交通事故责任强制保险是由经保险监督管理委员会批准的中资保险公司承办的,出口信用保险是由中国进出口银行和中国人民财产保险股份有限公司承办的。

2. 按保险立法中的规定分类

按保险立法中的规定分类,不同国家实行不同的保险分类方法。

我国《保险法》第九十五条将保险公司经营的业务分为两大类。

(1) 人身保险。人身保险中包括了人寿保险、健康保险、意外伤害保险等保险业务。

(2) 财产保险。财产保险中包括了财产损失保险、责任保险、信用保险、保证保险等保险业务。

美国在保险立法中曾经将保险分为人寿保险、火灾保险、海上保险和意外保险四大类别。随着保险业的发展,这种分类方法引起了较大的争议。1947年美国保监会(NAIC)提出建议,废除了上述分类方法,把保险分为财产、意外保险和人寿、健康保险两大类。

日本、德国等国家则把保险分为损害保险与人寿保险两大类。不同国家采用不同的分类方法,反映了各国在保险立法上的差异。

3. 按保险标的分类

保险标的是指保险合同中所载明的投保对象。按照不同的标的,保险可分为财产保险、责任保险、信用保证保险和人身保险四大类。

(1) 财产保险。财产保险是指以各种有形财产及其相关利益为保险标的的保险。财产保险的种类繁多,主要有以下几种。

① 家庭财产保险。家庭财产保险是指以城乡居民室内的有形财产为保险标的的保险。

② 企业财产保险。企业财产保险是指以投保人存放在固定地点的财产和物资作为保险标的的保险。

③ 建筑工程保险。建筑工程保险是指以各类民用、工业用和公用事业用的建筑工程项目为保险标的的保险。

④ 机动车辆保险。机动车辆保险是指以机动车辆本身及其相关经济利益为保险标的的一种不定值财产保险。

⑤ 货物运输保险。货物运输保险是指以运输过程中的货物作为保险标的,保险人承保因自然灾害或意外事故造成损失的一种保险。

⑥ 农业保险。农业保险是指由保险公司专门为农业生产者在从事种植业和养殖业生产的过程中,对遭受自然灾害和意外事故所造成的经济损失提供经济保障的一种保险。

(2) 责任保险。我国《保险法》第六十五条规定:“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。”在责任保险中,凡根据法律或合同约定,由于被保险人的疏忽或过失造成他人的财产损失或人身伤害应由其承担的经济赔偿责任,由保险人负责赔



偿。常见的责任保险有以下几种。

① 公众责任保险。被保险人在各种固定场所进行生产、营业或其他活动时，由于意外事故的发生所引起的被保险人在法律上应承担的赔偿责任，由保险人负责赔偿。

② 雇主责任保险。凡被保险人所雇用的员工在受雇过程中，从事合同所列业务有关工作时，因遭受意外而致伤、致残、死亡或患职业疾病，被保险人需负担医药费及经济补偿责任的，由保险人负责赔偿。

③ 产品责任保险。由于被保险人所生产、出售或分配的产品发生事故，造成第三者人身伤害、疾病、死亡或财产损失，依法应由被保险人负责时，由保险人在约定的赔偿限额内予以赔偿。

④ 职业责任保险。各类专业技术人员如医生、律师、会计师、工程师等因工作上的疏忽或过失造成他人的人身伤亡或财产损失，依法应承担的经济赔偿责任，由保险人来负责赔偿。

(3) 信用保证保险。信用保证保险是指以信用关系为保险标的一种保险，它是一种担保性质的保险。按担保对象的不同，信用保证保险又可分为信用保险和保证保险两种。信用保险是指权利人（债权人）向保险人投保债务人的信用风险的保险。保证保险是被保险人（债务人）根据权利人（债权人）的要求，请求保险人担保自己信用的保险。

(4) 人身保险。人身保险是以人的寿命和身体为保险标的一种保险。被保险人在保险期间由于发生保险事故而死亡、生病或伤残的，或者合同约定的期限届满时，保险人依照合同约定履行给付保险金责任。由于人身保险的保险标的价值无法用货币衡量，所以人身保险合同的保险金额并不以保险标的的价值为依据，而是由保险人事先综合各种因素进行科学计算所规定的固定金额，由投保人选择适用，或者由保险人与投保人协商确定一个数额。人身保险主要包括人寿保险、健康保险和人身意外伤害保险三种。

4. 按保险的实施形式分类

按保险的实施形式，保险可以分为强制保险和自愿保险两类。

(1) 强制保险。强制保险又称法定保险，是指国家对某些特定对象以法律或行政法规的形式规定其必须参加的保险。强制保险具有强制性和统一性，表现在凡是法律、法规规定范围内的保险对象，不管本人是否愿意，都必须统一参加强制性保险项目。强制保险的目的一般是建立社会保障体系或公共安全风险处理机制。例如，《中华人民共和国道路交通安全法》（以下简称《道路交通安全法》）规定的机动车第三者责任强制保险也就是目前实施的交通事故责任强制保险属于强制保险。

(2) 自愿保险。自愿保险是指保险双方采取自愿方式，通过协商，取得共识，签订合同，建立的保险关系。自愿保险中自愿的原则体现在投保人对是否参加保险，选择哪家保险公司，投保何种险别，以及保险金额、保险期限的确定等均有自由选择的权利，保险合同订立后还可以中途退保，终止保险合同；同时，保险人也有自由选择的权利。自愿保险是商业保险的基本形式。

1.2.4 保险的职能

现代保险一般具有四个职能，即分散风险、补偿损失、积蓄基金和管理风险。其中，分散风险和补偿损失是保险的两个最基本的职能；而积蓄基金和管理风险则是保险的两个派生职能。

1. 保险的基本职能

(1) 分散风险。保险是将发生在某一单位或个人身上的偶发风险事故或人身伤害事件造成的经济损失，通过保险人收取保险费的办法平均分摊给所有被保险人，这就是保险分散风险的



职能。在这里分散风险成了处理偶发性风险事故的一种技术手段，是保险人从事保险业经济活动所特有的内在职能，即保险人是利用分散风险这样一种技术手段来完成保险活动的。

(2) 补偿损失。保险将集中起来的保险费用用于补偿被保险人因合同约定的保险事故或人身事件发生所致的经济损失，保险所具有的这种补偿能力就是保险补偿损失的职能。补偿损失是投保人投保的直接目的。

分散风险和补偿损失是手段和目的的统一，是保险本质特征的最基本反映，最能表现和说明保险分配关系的内涵。因此，它们是保险的两个基本职能。两者互为补充、缺一不可。没有分散风险就不可能有损失的补偿，分散风险是补偿损失的前提条件，补偿损失是分散风险的目的。

2. 保险的派生职能

保险的派生职能是在保险的基本职能之上派生、延伸而来，伴随着保险业的发展而产生的。

(1) 积蓄基金。保险合同一经签订，投保人就需缴纳保险费，保险人把每笔保险费积蓄在一起作为损失赔付的保险基金，这就是保险积蓄基金的职能。提前收取保险费起到了预提分摊金的作用，预提的分摊金必然形成积蓄。保险这种以保险费的形式预提分摊金并将其积蓄起来，达到了时间上分散风险的效果。由此可见，积蓄基金的职能是从分散风险的职能派生出来的。

(2) 管理风险。保险是一种经济行为，保险双方必然各自追求利益的最大化。具体表现在，投保人追求以尽可能低的保险费负担来获得同样的保险保障；保险人追求尽可能降低风险发生的频数和损失程度，以达到减少赔偿或给付保险金的目的。双方的这种追求必然引起对风险监督管理的关注，这就是保险所具有的管理风险的职能。管理风险是为了防灾防损、减少损失补偿，所以该职能是补偿损失职能的派生职能，也是保险分配关系处于良性循环的客观要求。

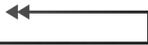
1.3 保险的基本原则

保险的基本原则集中体现了保险法的本质和精神，它既是保险立法的依据，又是保险活动中必须遵循的行为准则。这些基本原则贯穿在《保险法》文本的条款之中。

1.3.1 保险利益原则

关于保险利益，我国《保险法》第十二条规定：“保险利益是指投保人或者被保险人对保险标的具有的法律上承认的利益。”保险利益又称可保利益，是保险合同成立的必备条件，从而形成了保险法中的一项重要原则——保险利益原则，即投保人必须对保险标的具有法律上承认的利益，才可以与保险人签订保险合同。该原则已被各国保险法普遍采用。《保险法》第十二条规定：“人身保险的投保人在保险合同订立时，对被保险人应当具有保险利益。财产保险的被保险人在保险事故发生时，对保险标的应当具有保险利益。”这一规定包括了两层含义：其一，投保人在投保时，必须对保险标的具有保险利益，否则，就有可能产生赌博行为或引发道德风险，丧失保险补偿经济损失、给予经济帮助的功能；其二，是否具有保险利益，是判断保险合同是否有效的根本依据，缺乏保险利益要件的保险合同是无效合同。《保险法》的这一规定以法律的形式对“保险利益原则”作出了明确的规定。

确立保险利益原则有着十分重要的现实意义，主要在于：一是避免赌博行为的发生。保险的目的在于对发生的损失进行补偿，如果没有保险利益则会使保险变成侥幸图利的赌博。二是防止道德风险的发生。道德风险是指投保人为了索取赔偿而违反道德规范，故意促使保险事故的发生或者在发生保险事故时放任损失的扩大。如果投保人对保险标的不具有保险利益则极易



发生道德风险，以机动车辆保险为例，若投保人在无保险利益的情况下签订了保险合同，则投保人就可能故意造成保险事故，以期骗赔。三是可有效限制保险补偿的程度。财产保险以损害补偿为目的，当保险事故发生时，被保险人所能获得的赔偿额度以保险利益为最高限度，保险利益原则的确立起到了有效限制保险补偿程度的作用，以机动车辆保险中的车辆损失保险为例，不论投保金额为多少，也不能获得超过车辆自身价值以外的赔款。

保险利益的确认必须符合以下条件。

(1) 必须是法律认可并予以保护的合法权益。也就是说，不法利益，不论当事人是何种意图，均不能构成保险利益。因而，所签订的保险合同为无效合同。例如，投保人以盗窃的汽车或购买来的赃车投保，该保险合同无效。此外，法律上不予承认或不予保护的利益也不构成保险利益。

(2) 必须是经济上的利益。经济上的利益是指可以用货币计算和估价的利益。如果被保险人遭受的损失不是经济上的，就不能构成保险利益。例如，政治利益的损失，竞争失败、精神创伤等，可能与当事人有利害关系，但这种利害关系不是经济上的，就不构成保险利益。

(3) 必须是确定的利益。确定的利益是指已经确定或可以确定的利益。它包括两层含义：其一，能够用货币估价的；其二，这种确定的利益是指事实上或客观上存在的利益，而不是当事人主观臆断的利益。

1.3.2 最大诚信原则

最大诚信原则是指保险合同双方当事人对于与保险标的有关的重要事实，应本着最大诚信的态度如实告知，不得有任何隐瞒、虚报、漏报或欺诈行为的原则。这是当事人在保险合同有效期内，履行自己的义务时所应遵循的基本原则之一。

所谓“重要事实”是指那些足以影响保险人判别风险大小、决定承保与否及承保条件，以及确定保险费率的每一项事实。对保险人而言，最大诚信原则可以使保险人有效地选择和控制风险，有利于维护保险活动的经营秩序；对于被保险人而言，最大诚信原则可以确保其承担的保险费率合理、恰当。在保险实务中，被保险人对保险标的的情况最清楚。因此，只有如实告知，诚实信用，双方当事人才能互相清楚。

为此，我国《保险法》第五条明确规定：“保险活动当事人行使权利、履行义务应当遵循诚实信用原则。”第十六条又明确规定：“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。”

遵循最大诚信原则，主要表现在以下三个方面。

1. 履行如实告知义务

如实告知是指在保险合同订立过程中和合同有效期内，投保人应将保险标的的重要事实如实向保险人作出口头或书面申报，保险人也应将与投保人利害直接相关的重要事实据实告知投保人。在保险实务中，对于保险人来说，通常称为据实说明义务；对于投保人来说，则称为如实告知义务。

如实告知的内容主要包括以下方面。

(1) 合同订立时，保险人应当主动向投保人说明保险合同条款内容，以及费率和其他可能会影响投保人作出投保决定的事实。

(2) 合同订立时，根据询问，投保人或被保险人对于已知的与保险标的及其危险有关的重要事实应作如实回答。

(3) 保险合同订立后,如果保险标的的危险程度增加,投保人或被保险人应当及时通知保险人。

(4) 保险事故发生后,投保人或被保险人应及时通知保险人。

(5) 重复保险的投保人,应将重复保险的相关情况通知保险人。

(6) 保险标的转让时,投保人应及时通知保险人,经保险人同意继续承保后,方可变更保险合同。

保险人的告知形式包括明确列明和明确说明两种。明确列明是指保险人只需将保险的主要内容明确列明在保险合同中,即视为已告知被保险人;明确说明是指保险人在明确列明的基础上,还需要向投保人进行明确的提示和正确的解释。在国际上,通常只要求保险人采用明确列明的告知形式。我国为了更好地保护被保险人的利益,要求保险人采用明确说明的告知形式,对保险条款、责任免除等重要内容加以解释。

投保人告知的形式有无限告知和询问回答告知两种。我国《保险法》规定投保人采用询问回答告知方式。

2. 履行保证义务

保证是指投保人或被保险人向保险人作出承诺,保证在保险期间遵守作为或不作为的某些规定,或保证某一事项的真实性。这是对投保人的要求。

保证分为明示保证和默示保证两种。明示保证是指以文字形式在保险合同条款中列出的保证。例如,机动车辆保险合同中列有遵守交通法规、安全驾驶、做好车辆维护等条款。一旦合同生效,上述内容就成了投保人对保险人的保证,对投保人具有作为或不作为的约束力。默示保证是指在保险单中虽无文字表述,但已被社会普遍认同的行为规范与准则,投保人也必须遵守。例如,投保人因未关闭门窗外出造成家庭被盗,虽然财产保险合同中未列明关闭门窗的内容,但这被视为应有的日常行为准则,对此,保险人对因为被盗造成的财产损失不承担赔偿责任。

3. 违反最大诚信原则的处理

最大诚信原则是保险合同的基础。如果没有遵守此项原则,就要受到相应的处理。

违反告知义务,可以视情况决定是否重新核收保险费,从违约开始废止保险合同,也可以对某一索赔案件拒绝赔付。违反告知义务主要表现为遗漏、隐瞒、伪报、欺诈等行为。受害方有如下权利。

(1) 要求补办合同变更手续,重新核收保险费。

(2) 废除保险合同。

(3) 如果涉及欺诈行为,除了可以废除保险合同外,还可以向对方索赔损失。

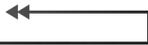
(4) 可以放弃上述权利,保险合同继续生效。

受害方必须在发现对方违反最大诚信原则的合理时间内行使上述权利,否则,被认为自动放弃。

1.3.3 近因原则

近因原则是指损害结果与风险事故的发生有直接的因果关系时,保险人对责任范围内的风险事故导致的损失给予赔偿或给付的原则。近因原则是确定保险损失赔偿或给付责任的一项基本原则。

保险关系上的近因,是指造成损失的最直接、最关键、最主要的原因。也就是说,近因是



导致损失结果的决定性原因。在分析风险与保险标的损失的成因中，如果造成损失的近因属于被保风险，保险人就应该承担赔偿责任；若近因属于保险合同中的除外责任或未保风险，则保险人不承担赔偿责任。

1. 保险关系上风险事故近因的判定

在现实生活中，发生风险事故的原因往往十分复杂，常常多种因素并存，且交互产生影响。这就需要对造成损失的各种因素进行深入、细致、科学、准确的分析，比较其与损失之间是直接关系还是间接关系，是关键因素还是一般因素，是主要成因还是次要成因，从中找出导致损失的决定性原因——近因。

通常保险关系上近因的判定按以下几种类型进行。

(1) 判定单一原因造成的损失近因。单一原因造成的损失比较容易判断，造成损失的原因就是近因。若此近因属于保险责任，则保险人承担赔偿责任或给付责任；若此近因属于除外责任或未保风险，则保险人不承担赔偿责任。例如，某机动车投保了盗抢险后发生丢失，丢失的近因是被盗抢，属于保险责任，因此，保险人应承担赔偿责任。

(2) 判定多种原因造成的损失近因。对于多种原因造成的损失，如果能分清各种原因对损失产生的影响程度，就可以从中找出损失近因。多因损失主要有以下几种情况。

① 多因同时发生。若同时发生的多种原因都属于保险责任，则保险人承担损失赔偿责任；若其中既有保险责任范围内的原因，也有除外责任和未保风险范围内的原因，保险人只承担保险责任范围内的原因造成的损失。

② 多因连续发生。两个以上原因连续发生造成损害，一般以最近的（“后因”）、最主要的原因近因，若其属于保险责任，则保险人承担损失赔偿责任。但是，当“后因”是“前因”直接自然的结果、合理连续或自然连续时，则应以“前因”为近因。

③ 多因间断发生。“后因”与“前因”之间没有必然的因果关系，彼此独立，可按单因事故处理。

(3) 判定原因不明损失的近因。对原因不明损失的近因判定，一般要根据客观事实和实践经验进行合理推断。要广泛收集造成损失的各种资料，然后，根据掌握的资料科学地分析造成损失的主要原因，从中找出损失的近因。

2. 判定保险关系上风险事故近因应遵循的原则

在保险实务中，判定风险事故的近因，一般应遵循以下原则。

(1) 如果事故是由保险责任范围内的原因和其他未指明的原因同时导致的，保险责任范围内的原因为近因。

(2) 如果事故是由保险责任范围内的原因和属于除外责任和未保风险范围的原因同时导致的，除外责任和未保风险范围的原因为近因。

(3) 如果事故是由多种原因连续发生造成的损失，最初的原因为近因。

(4) 如果导致损失发生的各个因素可以分开，保险人仅负责保险责任范围内的原因造成的损失，除外责任和未保风险造成的损失不予负责；如果导致损失发生的各种因素难以区分开来，保险人负全部损失的赔偿责任。

1.3.4 损害赔偿原则

损害赔偿原则是指风险事故发生后，保险人在其责任范围内，对被保险人保险标的遭受的实际损失进行补偿的原则。这一原则是由保险的目的所决定的。损害赔偿原则包括两层含义：

其一，保险人必须承担其责任范围内的赔偿义务。风险事故发生后，对被保险人提出的索赔请求，保险人应对其责任范围内的风险事故，按照主动、迅速、准确、合理的原则尽快核定损失，与被保险人达成协议，全面履行赔偿义务，以补偿保险标的的损失。其二，赔偿金额以补偿保险标的的实际损失额为限，即保险赔偿以恰好能使保险标的恢复到事故损失发生前的状况为限。保险赔偿不能高于实际损失。否则，会产生不当得利，给被保险人带来额外的利益，容易诱发道德风险。

这里要特别说明的是，保险人的赔偿额中除了包括保险标的的实际价值损失之外，还应包括被保险人花费的施救费用、诉讼费用等。其目的是鼓励被保险人积极抢救保险标的，以减少损失。

1. 损害赔偿的限制条件

在保险实务中，保险事故损害赔偿有以下三个限制条件。

(1) 以实际损失为限。在财产保险中，保险标的遭受损失之后，多数情况下，保险赔偿以保险标的所遭受的实际损失为限，赔款不会超过实际损失额。

(2) 以保险金额为限。《保险法》第十八条规定：“保险金额是指保险人承担赔偿责任或者给付保险金责任的最高限额”。这就是说，赔偿金额只能低于或等于保险金额，而不能高于保险金额。这是因为，保险金额是计算保险费的基数，投保人以此为基数缴纳保费，保险人也以此为限额承担损失赔偿责任，公平合理。若超过这一限额将使保险人处于不平等地位。因而，即使发生市值变化，仍以保险金额为限。

(3) 以保险利益为限。保险人的赔偿以被保险人所具有的保险利益为前提条件，以其对受损保险标的的保险利益为最高限额。在财产保险中，如果保险标的受损时财产权益已经全部转让，则被保险人无权索赔；如果受损时保险财产已部分转让，则被保险人对已转让的那部分财产损失无索赔权。

2. 损害赔偿的派生原则

(1) 代位原则。代位原则是损害赔偿原则的派生原则。保险的代位，是指保险人取代被保险人的求偿权和对保险标的的所有权。代位原则是指保险人依照法律或保险合同的约定，对被保险人遭受的损失进行补偿后，依法取得向对损失负有责任的第三方进行追偿的权利，或取得被保险人对保险标的的所有权。代位原则只适用于财产保险。

(2) 分摊原则。分摊原则是损害赔偿原则的另一个派生原则。它的特点是被保险人所得到的赔偿金，由各保险人采用适当的办法进行损失分摊。因此，它适用于重复保险。分摊原则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，构成重复保险，发生保险责任事故时，按照分摊原则由几个保险人根据不同比例分摊赔偿金额。分摊原则是为了防止发生重复赔偿，造成被保险人不当得利现象的发生。

1.4 《保险法》概述

法是由国家制定或认可，反映统治阶级意志，依靠国家强制力保证实施的，具有普遍约束力的行为规范的总和。法律一词有广义和狭义两种理解。广义的法律是一切规范性法律文件的总称；狭义的法律专指特定或具体意义上的法律。

保险是社会经济发展到一定阶段的产物，随着保险业的出现和发展，保险法应运而生。目前，保险法已成为世界各国法律体系中不可缺少的重要组成部分。



1.4.1 《保险法》的概念

《保险法》有广义和狭义之分，又有形式意义与实质意义之分。广义的保险法，是指以保险为规范对象的一切法规的总称，包括保险公法和保险私法两部分，保险公法涉及保险监督管理机关与保险业经营者之间的监督管理的纵向关系，保险私法涉及保险合同当事人之间形成的横向关系。狭义的保险法，则专指保险私法，保险公法不包括在内。形式意义的保险法，系指以保险法命名的专门性规范文件，如我国1995年6月30日公布的《保险法》。实质意义的保险法，泛指法律体系中有关保险法律规范的总和。本书中所称的保险法，既指广义的保险法又指形式意义的保险法。这是因为我国目前的保险立法，采用合并立法体例，新的《保险法》包括了保险公法与保险私法两部分内容，是一部比较完整的保险法规。

综上所述，可以这样对保险法加以释义：保险法是调整商业保险法律规范的总称。具体地说，保险法既是调整保险活动中保险人与投保人、被保险人，以及受益人之间法律关系的重要民商事法律，也是国家对保险企业、保险市场实施监督管理的法律。

1.4.2 我国的保险立法

我国的保险立法活动始于清朝末年。光绪二十九年（公元1903年）起草的《大清商律》和光绪三十四年（公元1908年）完成的《大清商律草案》，首次对“损害保险和生命保险”方面的内容作出了规定。从清末到中华民国期间，不同时期的政府先后制定了一些保险业方面的法律法规。但是，由于战事不断，政局不稳，经济落后，国力不济等因素的影响，这些法律大多没有什么影响，甚至根本没有颁布实施。直到新中国成立后，特别是改革开放以来，我国的保险业和保险立法才得到了真正的快速发展。

新中国成立以来，我国的保险立法大体上经历了以下三个阶段。

1. 新中国成立初期的保险立法

新中国成立初期，为适应保险事业发展的需要，政务院于1951年颁布了《关于实行国家机关、国营企业、合作社财产强制保险及旅客强制保险的决定》。为了贯彻落实这一决定，有关部门于同年4月公布了《财产强制保险条例》、《船舶强制保险条例》、《铁路车辆强制保险条例》、《轮船旅客意外伤害强制保险条例》、《铁路旅客意外伤害强制保险条例》和《飞机旅客意外伤害强制保险条例》等。此外，财政部于1957年公布了《公民财产自愿保险办法》。同时在对外保险方面，政府对进出口保险、货物运输保险、远洋船舶保险、国际航线保险等作出了规定。上述立法活动，奠定了新中国成立初期保险事业的格局和基础。出台的保险法规在当时起到了规范保险行为，调整保险关系，促进保险业发展的作用。后来，由于保险业务的停办，保险立法活动随之终止。

2. 改革开放后的保险立法

改革开放之后，我国于1980年重新恢复了国内保险业务，保险业迎来了第二次大发展的机遇，保险立法工作再一次受到了各方的重视。1981年12月，国家颁布的《中华人民共和国合同法》对财产保险作出了原则性的规定。1983年9月，国务院又颁布了《中华人民共和国财产保险合同条例》，该《条例》的颁布实施，为加快制定保险基本法奠定了基础，并对促进保险业的发展起到了积极的促进作用。

国务院于1985年3月又发布了《中华人民共和国保险企业管理暂行条例》，这是我国又一部重要的保险法规，其立法宗旨在于加强国家对保险企业的管理，维护被保险人的利益，发挥



保险的经济补偿职能,促进保险事业的发展。实际上起到了保险业监督法应有的作用。它的颁布与施行,标志着我国的保险立法活动又向前迈出了一大步。

3. 市场经济体制下的保险立法——保险基本法的出台

随着社会主义市场经济体制在我国的逐步确立,保险业发展的外部环境和内部结构都发生了深刻的变化。为适应市场经济体制下中国保险业发展的需要,一部新的保险基本法的立法工作得到了有关方面的重视。1991年10月由中国人民银行牵头组成了《保险法》起草小组,研究起草《保险法》。1995年6月,我国第一部保险基本法——《保险法》经第八届全国人民代表大会常务委员会第十四次会议审议通过,并于1995年10月1日起实施。该法采用了当时国际上较为流行的立法体例,将保险合同法和保险业法即保险私法和保险公法合并为一法。《保险法》的颁布与实施,对于促进我国保险业的健康发展具有十分重要的意义。

为了配合《保险法》的贯彻与实施,保险监管部门又先后出台了《保险代理人管理规定(试行)》(1997年11月)、《保险经纪人管理规定(试行)》(1998年2月)、《保险机构高级管理人员任职资格管理暂行规定》(1999年1月)、《保险公司投资证券基金管理办法》(1999年10月)、《保险公司管理规定》(2000年1月)等规定、制度。这些规定、制度的制定,对于规范保险市场行为,落实保险监管职责,发挥了重要的保障作用,使保险监管工作纳入了依法管理的轨道。

1.4.3 《保险法》的基本内容

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审议通过了新修订的《保险法》,并于2009年10月1日起开始施行。这是我国《保险法》颁布实施14年来的第二次修订。修订之后的《保险法》更符合国际通则和惯例,更注意保护被保险人的利益,更加强调保险行业的监管。修订后的《保险法》包括总则、保险合同、保险公司、保险经营规则、保险代理人 and 保险经纪人、保险业监督管理、法律责任及附则等内容共计八章一百八十七条。

我国现行的《保险法》是一部商业保险法,采用了合并立法的体例,包括了保险合同法与保险业法两部分内容。保险合同法又称保险契约法,是《保险法》中的核心内容,是调整保险合同双方当事人之间权利和义务关系的法律规范。这里的双方当事人,是指保险方和投保方。保险合同法的内容主要包括三个方面:一是关于保险合同的一般规定;二是关于人身保险合同的规定;三是关于财产保险合同的规定。保险业法又称保险事业监督法,是调整保险监管关系、规范保险人经济行为的法律规范。调整对象包括:国家监管部门在执行监管过程中与保险公司之间的关系;保险公司之间在合作、竞争过程中的关系;保险公司内部在管理过程中的关系等。

综上所述,我国现行的《保险法》集行为法规与组织法规于一身,结构完整,内容翔实。为便于读者对这部法规的了解,现将其有关内容分述如下。

1. 《保险法》的适用范围

《保险法》的适用范围是指其效力范围,一般包括时间效力、空间效力和对人的效力三个方面。

(1) 《保险法》的时间效力。

①《保险法》的生效日期。法律的生效日期一般有两种,一种是自颁布之日起实施;另一种是在公布之日起满一定时间后生效。我国《保险法》采用的是后一种,其第一百八十七条规定:“本法自2009年10月1日起施行。”



②《保险法》的失效日期。一般来讲，若法中未规定施行的时间期限，则被视为不受时间的限制直到被明令废除而失效。《保险法》未规定废止时间，留待以后的法律予以明确。

③《保险法》的溯及力。法律的溯及力是指法律是否追究生效之前的事件和行为。如果追究称之为“溯及既往”；否则称之为“不溯及既往”。《保险法》中没有该法具有溯及力的规定，因而，采取了“不溯及既往”的原则。

(2) 保险法的空间效力。《保险法》第三条规定：“在中华人民共和国境内从事保险活动，适用本法。”另外，根据国家《中华人民共和国宪法》和《中华人民共和国香港特别行政区基本法》、《中华人民共和国澳门特别行政区基本法》中的有关规定，保险法的空间效力范围是除依法设立的特别行政区外的中华人民共和国的领土范围。

(3) 保险法对人的效力。《保险法》第三条的规定不仅表明了《保险法》的空间效力，同时也明确了《保险法》对人的效力，即《保险法》适用于参加到商业保险活动中的中华人民共和国境内的所有人，具体指以下几种。

① 保险监管部门——中国保险监督管理委员会。

② 依法设立的商业保险公司、外国保险公司在中国的分公司、依法取得经营许可证或业务许可证的保险代理人、保险经纪人等。

③ 参加了依照《保险法》开办的各种商业保险的中国公民、外国公民和无国籍人等。

2. 保险合同的基本规定

《保险法》中对保险合同的相关内容均作出了明确的规定，有关保险合同的法律条文是《保险法》中的重要内容。这是因为保险合同是商业保险必须具备的一种特定法律形式，也是目前世界保险制度中普遍采用的一种制度。

合同，又称契约。根据《中华人民共和国合同法》（以下简称《合同法》）的规定，合同是指平等主体的自然人、法人、其他组织之间设立、变更、终止民事权利义务关系的协议。保险合同是合同的一种。根据《保险法》第十条第1款的规定：“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。”

保险合同实质上是一种债权债务合同，即保险人只能对投保人有请求给付保险费的债权，在保险事故发生前有承担危险的债务，在保险事故发生后有依约赔偿或给付保险金的债务。保险人与投保人，一方的权利对应另一方的义务，因此，保险合同又是一种双方有偿合同。

保险合同既是合同的一种，又是一种债权债务关系，依据法学原理，其首先符合《保险法》的规定，此外，《保险法》没有规定的项目还要符合《中华人民共和国民法通则》、《合同法》等的规定。

(1) 保险合同的主体。保险合同的主体包括保险合同的当事人和关系人。主体是保险合同不可缺少的要素，没有主体就没有保险合同。

① 保险合同的当事人，是指保险合同的双方缔约人。就订立保险合同的缔约人而言，保险合同的当事人是投保人和保险人。

《保险法》第十条第2款规定：“投保人是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。”其法律特征主要是，投保人可以是自然人，也可以是法人。投保人为自然人时，应当具有完全民事行为能力；投保人为法人时，应当具有权利能力。

《保险法》第十条第3款规定：“保险人是指与投保人订立保险合同，并按照合同约定承担赔偿责任或者给付保险金责任的保险公司。”其法律特征主要是，保险人必须是依法成立的经营保险业务的公司法人。任何自然人，未经特别许可的法人，都不得擅自经营保险业务。

② 保险合同的关系人，是指虽然不是保险合同缔约人，但却享有保险合同中的权利或承担保险合同中的义务的人。保险合同的关系人一般包括被保险人和受益人。

《保险法》第十二条第5款规定：“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。”《保险法》第十八条规定：“受益人是指人身保险合同中由被保险人或者投保人指定的享有保险金请求权的人。投保人、被保险人可以为受益人。”

在保险业务中，投保人、被保险人和受益人合称投保方，三者之间存在着种种联系：投保人和被保险人可以是同一个人，也可以是两个人。若是两个人则必然存在某种利益关系。投保人、被保险人和受益人可以是一个人，也可以是两个人或三个人。在保险合同中，当受益人为投保人和被保险人之外的第三人时，受益人与被保险人一般应有特定的经济利益关系。

(2) 保险合同的客体。保险合同的客体是保险合同当事人的权利和义务共同指向的对象。

保险标的即保险对象，但作为保险对象的保险标的是不是保险合同的客体在法学界存在争议。有些学者认为，保险合同的客体就是保险标的，是保险合同双方当事人的行为所指向的对象。对此，持不同见解的学者则认为，保险标的本身并不是保险合同的客体。因为保险合同的订立和履行并不能保障保险标的本身不受损失，而只是保障投保人、被保险人在保险事故或事件发生后，依附于该保险标的上的保险利益不受损失。所以，保险利益才是保险合同的客体。上述后一种见解目前得到了更多学者的认同。

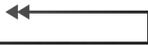
(3) 保险合同的内容。保险合同的内容即保险合同条款。保险合同条款一般由保险人事先拟订，其内容包括基本条款和特约条款两部分。

① 保险合同的基本条款。根据《保险法》第十八条之规定，保险合同应当包括下列事项：

- 保险人的名称和住所；
- 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；
- 保险标的；
- 保险责任和责任免除；
- 保险期间和保险责任开始时间；
- 保险金额；
- 保险费及支付办法；
- 保险金赔偿或者给付办法；
- 违约责任和争议处理；
- 订立合同的年、月、日。

② 保险合同的特约条款。《保险法》第十八条还规定：“投保人和保险人可以约定与保险有关的其他事项。”这就是说，除了《保险法》第十八条前款规定的基本条款之外，当事人还可以通过协商特别约定其他保险条款。这类条款通常有两种：一种是扩大或限制保险责任的条款；另一种是约束投保人或保险人行为的条款，后者又被称为“保证条款”。

保险合同的条款具有法规性质。《保险法》第一百三十六条规定：“关系社会公众利益的保险险种、依法实行强制保险的险种和新开发的人寿保险险种等的保险条款和保险费率，应当报国务院保险监督管理机构批准”，“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”。这说明保险合同不同于一般合同，保险合同的条款，依法受保险监督管理机构监管，使之具有法规性质。



（4）保险合同的订立和生效。

① 保险合同的订立。保险合同的订立，是指投保人和保险人在意思表示一致的情况下签订保险合同的行为。保险合同是双方当事人约定保险权利和义务的协议，是当事人之间的一种合意行为，需要经过一方当事人提出保险要求，另一方当事人表示同意承保的程序。在法律上，通常把提出保险要求称为“保险上的要约”，把同意承保称为“保险上的承诺”，保险合同只有经过要约和承诺两个法定程序才能成立。

投保人提出要约是订立保险合同的必需和首要程序，应采取书面形式。保险实务中，这种书面形式指的是投保单。投保单是保险人事先制定的，投保人必须按照投保单所列举的内容逐一填写，投保人填写得准确与否，直接关系到投保人是否履行了如实告知义务。当然，对于投保单上没有列举的内容，投保人不承担告知义务。

保险上的承诺指保险人认可了投保人在投保单上填写的全部内容，接受了投保人在投保单上提出的所有条件，同意在双方合意的条件下承担保险责任，即接受了投保人提出的要约。保险人的承诺是保险合同成立的必要程序。保险人承诺既可以由保险人自己作出，也可以由其保险代理人作出。

在保险实务中，当双方当事人经过要约、承诺的程序而达成了协议，保险人在投保单上签字盖章后，保险合同即告成立。

② 保险合同的生效。保险合同生效的前提，必须是依法成立的保险合同。

保险合同生效的时间，即保险合同效力开始产生的时间。一般情况下，保险合同成立时即开始生效，保险合同的成立时间与生效时间是一致的，保险合同依法成立，其效力随之产生，当事人便开始依据合同享有权利并承担义务。但是，当保险合同中有附加条款时，合同生效时间延后。《合同法》第四十五条规定：“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。”例如，保险合同当事人约定以投保人缴纳保险费作为合同生效的条件，那么，只有当投保人缴纳保险费后保险合同才开始生效。否则，保险合同虽已签订但并不发生法律效力。

③ 保险合同订立的凭证。保险合同订立的凭证，是指能够证明双方当事人已经达成保险协议的书面文件。这些文件主要包括投保单、暂保单、保险单、保险凭证、批单或批注等。

（5）保险合同的履行。保险合同的履行，是指保险合同成立后，双方当事人完成各自承担的义务，保证对方权利实现的整个行为过程。保险合同的履行是投保方和保险方双方的义务。

① 投保方的合同履行，主要包括下列义务：

- 按期、足额缴纳保险费的义务；
- 防灾减损的义务；
- 履行危险增加通知义务；
- 履行出险通知义务；
- 保险事故发生时，履行积极施救义务。

② 保险方的合同履行，主要包括下列义务：

- 承担赔偿责任或给付保险金责任的义务；
- 承担施救及其他必要合理费用的义务；
- 保密义务。

（6）保险合同的变更。保险合同的变更，是指在保险合同有效期限内，由于订立保险合同时所依据的主客观情况发生变化，双方当事人按照法定或合同规定的程序，在协商一致的基础



上,对原保险合同的某些条款进行修改或补充的行为,即保险合同的变更是指对保险合同内容的变更。一般而言,保险合同的变更是一种双方民事行为,其生效的条件是,投保人或被保险人提出变更书面申请,保险人同意后签发批单或批注。少数属单方民事行为,如被保险人变更受益人,只书面通知保险人即可,而不必得到保险人同意。

(7) 保险合同的解除。保险合同的解除,是指双方当事人依法或依合同约定而提前终止保险合同的行为。保险合同的解除可以分为投保人解除和保险人解除两大类。

《保险法》第十五条规定:“除本法另有规定或者保险合同另有约定外,保险合同成立后,投保人可以解除合同,保险人不得解除合同。”从法律规定看,保险人得以解除合同的前提是投保人、被保险人或受益人有违约或违法行为。《保险法》在第十六条、第二十七条、第三十二条、第三十七条、第四十九条、第五十一条和第五十二条中分别规定了保险人在以下几种情况出现时可以解除合同:

- 投保人违反如实告知义务;
- 被保险人或受益人谎称发生保险事故骗取保险金给付;
- 投保方故意制造保险事故;
- 投保人、被保险人未履行对保险标的的安全责任,违反防灾防损义务;
- 被保险人违反危险增加通知义务;
- 因保险标的的转让导致危险程度显著增加;
- 人身保险合同的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;
- 效力中止的人身保险合同逾期未复效。

(8) 保险合同的终止。保险合同的终止,是指保险合同双方当事人消灭合同确定的权利和义务的行为。保险合同一旦终止,就失去法律效力。保险合同的终止,可以分为五种情况。

① 自然终止。自然终止即保险合同因合同期限届满而终止的情况。

② 因保险合同约定的义务已经履行而终止。保险合同约定的义务已履行,主要是保险人具体赔付保险金义务的履行。当保险合同约定的事故或事件已发生,保险人依合同约定赔付保险金后,保险合同即告终止,主要有两种情形:一是保险合同约定的义务已全部履行,即保险人按照合同约定的保险金额已全数赔偿或给付。具体的履行方式,可能是一次履行完毕,也可能是分次履行,直至达到保险合同约定的保险金额。二是保险合同约定的义务部分履行后,当事人终止合同。保险标的因保险事故的发生而遭受部分损失,保险人按照合同约定承担部分保险责任后,保险合同的效力并不终止。但是,当事人行使终止权的,可以提前结束合同的效力。

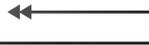
③ 因财产保险合同中保险标的的灭失或人身保险合同中被保险人死亡而终止。

④ 因保险合同效力中途丧失而终止。

⑤ 因保险合同解除而终止。

(9) 保险金的请求与赔付。

① 保险金的请求。保险金的请求,即索赔,是保险事故发生后,被保险人或受益人根据保险合同约定,向保险人提出支付保险金要求的行为。行使索赔权的主体,原则上应是被保险人或受益人。若被保险人为无民事行为能力或限制民事行为能力人,可以由其法定代理人代为行使索赔权。行使索赔权有时间限制,即索赔时效。《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两年,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



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。”此外，索赔是一种要式行为，其过程必须遵循一定程序，一般包括：

- 提出索赔请求；
- 接受检验；
- 提供索赔单证；
- 出立权利转让证书，领取保险金。

② 保险金的赔付。保险金的赔付，即理赔，是指保险人因被保险人或受益人的请求，依据保险合同，审核保险责任并处理保险赔付的行为。保险人在履行这一重要义务时，应当重合同、守信用，做到主动、迅速、准确、合理。理赔的一般程序如下：

- 受理报案；
- 现场勘查；
- 立案；
- 支付保险金或发出拒赔通知书。

理赔中的重要原则是“迅速”。要求保险人迅速进行理赔，是为了帮助被保险人或受益人尽快从危险事故的阴影中摆脱出来，尽快恢复到出险前的状况。为此，《保险法》在第二十三条、第二十四条和第二十五条中，对理赔的期限作了如下规定：

- 保险人应对索赔请求及时作出核定，对属于保险责任的，应当在与被保险人或受益人达成赔付协议后十日内，履行赔付义务；
- 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；
- 保险人未及时履行上述义务的，除支付保险金外，应当赔偿被保险人或受益人因此而受到的损失；
- 保险人自收到赔偿或者给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其赔偿或者给付保险金的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；
- 保险人最终确定赔偿或者给付保险金的数额后，应当支付相应的差额；
- 保险人经审核认定不属于保险责任的，应当向被保险人或受益人发出拒绝赔付通知书。

（10）保险合同的解释和争议的处理。

① 保险合同的解释。保险合同的解释是对保险合同条款的理解和说明。保险合同生效后，双方当事人在主张权利或履行义务时，常常会对合同条款作出不同的理解，从而引发争议甚至引起仲裁或诉讼。因此，为了判明当事人的真实意图，保护当事人的合法权益，正确处理保险纠纷，有必要对保险合同的解释作出某些原则性的规定。保险实务中，对保险合同的解释，主要采用以下原则：

- 文义解释原则，即对于保险合同条款中的文字，应当按普遍的理解、通常的含义进行解释的原则。根据这一原则，保险人在制定保险合同条款时，如果使用的文字具有特定含义，则必须作出说明，否则，一律按通常文义解释。
- 逻辑解释原则，即对于保险合同条款的上下文，应当进行逻辑分析和推理，从而判明当事人的真实意图的解释原则。根据这一原则，保险人在制定合同条款时，应当注意文本的逻辑性、概念的统一性，避免上下文之间产生矛盾或不一致。
- 有利于被保险人或受益人的解释原则，即当保险合同出现纠纷，按照其他解释原则难



以判明当事人的真实意图时，所采取的保护被保险人或受益人的原则。产生这一原则的根本原因，是在一般情况下保险合同的双方当事人地位实际上是不平等的。保险合同由保险人事先制定，投保方只能表示接受与否；在专业知识、保险信息等许多方面，投保方也处于绝对劣势，作为救济措施，法律要求保险人在制定保险条款时，必须做到公平合理、准确严谨，如果保险人做不到这一点，则必须承担法律责任。

- 尊重保险惯例的原则。保险业是一个特殊的、专业性极强的行业，在长期的业务经营活动中，保险业产生了许多专业用语和行业习惯用语，这些用语为世界各国保险经营者所承认和接受，所以，在解释保险合同中的这些用语时，不仅要考虑其一般含义，而且要考虑其在保险合同中的专业含义，即在这种情况下，应按照尊重保险惯例的原则来解释保险合同。

② 保险合同争议的处理。当投保人、被保险人或受益人和保险人对保险合同出现了各自的解释，又无法达成妥协时，便产生了保险合同的争议。保险合同争议的处理方法通常有两种：一是仲裁，二是诉讼。仲裁机关或人民法院应当用有利于被保险人或受益人的解释原则来解释保险合同，并作出公正的裁决。

3. 保险业的基本规定

(1) 对保险公司的规定。我国保险业的组织形式是实行公司制，保险公司应当采取股份有限公司或国有独资公司的组织形式。设立保险公司，必须经金融监管部门的批准，其注册资本的最低限额为人民币2亿元。保险公司的设立、变更、解散和清算，适用《保险法》、《中华人民共和国公司法》和其他有关法律和行政法规的规定。

(2) 保险业务范围和经营规则的规定。

《保险法》第四章中规定了保险公司的业务范围：

- ① 人身保险业务，包括人寿保险、健康保险、意外伤害保险等保险业务；
- ② 财产保险业务，包括财产损失保险、责任保险、信用保险、保证保险等保险业务；
- ③ 国务院保险监督管理机构批准的与保险有关的其他业务。

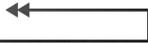
保险公司的经营规则：保险人不得兼营人身保险业务和财产保险业务。但是，经营财产保险业务的保险公司经国务院保险监督管理机构批准，可以经营短期健康保险业务和意外伤害保险业务。经国务院保险监督管理机构批准，保险公司可以经营上述保险业务的再保险业务。

为了确保投保人的利益和维护保险业务的安全，保险公司应当具有与其业务规模相适应的最低偿付能力，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。

在资金运用上，保险公司必须遵循稳健与安全性原则，并保证资产的保值增值。其资金运用途径按照《保险法》的规定限于在银行存款、买卖政府债券、金融债券和国务院规定的其他资金运用形式。

(3) 保险业的监督管理规定。我国保险业的监管部门是国务院保险监督管理机构——中国保险监督管理委员会（简称保监会）。保险公司依法接受保监会的监督管理。保监会有权检查保险公司的业务状况、财务状况及资金运用状况，有权要求保险公司在规定的期限内提供有关的书面报告和资料。

(4) 法律责任的规定。《保险法》第七章对违反《保险法》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；违反《保险法》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；保险公司违反《保险法》规定，超出批准的业务范围经营的；保险公司及其工作人员在保险业务活动中有违法行为的；保险代理机构、保险经纪人在保险业务活动中有违法行为的；保险公司、保险资产管理公司、保险专业代理机构、保险经纪人在保险业务活动中有违法行为的；个人保险代理人 and 未取得合法资格的人员在保险业务活动中有违法行为的；外国保险机构在保险业务活动中有违法行为的；投保人、被保险人或者受益人进行保险诈骗活动的；保险事故的鉴定人、评估人、证明人故意提供虚假证明文件，为投保人、被保险人或者受益人进行保险诈骗提供条件的；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、调查职权的；保险监督管理机构从事监督管理工作的人员在保险业务活动中有违法行为等情况下的法律责任进行了规定。

习 题 1

1. 名词解释

风险

保险

保险利益

保险合同的主体

保险合同的变更

2. 填空

(1) 风险管理工作的主要内容包括_____、_____和_____。

(2) 按保险的实施形式，保险可以分为_____保险和_____保险两类。

(3) 保险的基本原则包括_____、_____、_____等。

(4) 广义的保险法包括_____和_____两部分。

(5) 订立保险合同是当事人之间的一种合意行为，需要经过_____和_____两个法定程序才能成立。

(6) 当保险双方就保险合同产生争议时，可以通过_____或_____予以解决。

(7) 保险合同条款包括_____条款和_____条款两部分。

3. 简述

(1) 简述风险与保险的相互关系。

(2) 简述保险具有的基本职能。

(3) 简述保险事故发生后，损害赔偿应该遵循的原则。

(4) 张某为其东风载重货车办理了保险，保险有效期为2003年5月1日至2004年4月30日，中途在未通知保险公司的情况下，于2003年8月1日将车卖给李某并办理了过户手续，2003年10月5日，李某驾车发生事故，张某随即向保险公司提出索赔。试分析保险公司是否需要给张某作出赔偿？

(5) 孙某欲为其新买的别克车办理保险，他考虑如果在一家保险公司办理了保险，一旦出险保险公司会为其提供赔偿，那么如果他在多家保险公司投保，一旦出险承保公司都会对其进行赔偿，这样就可以充分补偿损失甚至还可能因为出险而赚钱。试分析这种想法是否正确。