

1

保险学基础

知识目标

- 了解风险及风险管理知识
- 掌握保险基本原理
- 掌握保险合同要素（概念、特征、主体、客体、内容）
- 掌握保险合同签订（订立、生效、履行、变更、解除、终止）
- 掌握保险利益原则的含义及规定
- 掌握最大诚信原则的含义及规定
- 掌握近因原则的含义及近因判定
- 掌握损失补偿原则的含义及其派生原则规定

能力目标

- 能简单分析汽车使用风险并制定相应管理方案
- 能按照保险合同规定开展相关工作
- 能运用保险原则分析保险事故

1.1 风险与风险管理

1.1.1 风险

1. 风险的概念

风险是指引致损失的事件发生的一种可能性。“事件”并非特指“不幸事件”，因为有些风险不仅与损失相联系，而且与盈利相联系。但保险中的“事件”则是指“不幸事件”，此时

风险通常包括三层含义：一是风险是一种随机事件，有可能发生也有可能不发生；二是风险一旦发生，其结果是损失，而不可能是获利；三是风险事件发生所造成的损失是不确定的，可能大也可能小。

2. 风险的特征

(1) 客观性。风险是独立于人的意识之外的客观存在，是不以人的意志为转移的。比如自然界的地震、台风、洪水、人类社会的瘟疫、战争、意外事故等，无论人们是否意识到，它们都一直存在。还有，人们在社会经济活动中，虽然随着科学技术的进步和经营管理的改进，以及认识、管理和控制风险能力的增强，所面临的自然灾害、意外事故、决策失误等风险可以部分地受到控制，但是从总体上说，风险仍是不可能完全排除的。

正是由于风险的存在具有客观性，所以保险的产生和发展才有其必要性。

不过人们通过对风险事件长期大量的观察，已经找到许多风险的存在方式、发生规律等，从而可在一定时间和空间内改变风险存在和发生的条件，降低风险发生频率和损失幅度，使风险得到一定程度的控制。

(2) 损害性。风险与人们的利益密切相关。损害是风险发生的后果，所以，凡是风险都会给人们的利益造成损害，具体表现为人们经济利益的减少。财产损失的经济利益可以用货币直接进行衡量，而人身损害的经济利益一般表现为所得的减少或支出的增多。保险的作用就是保证消除风险发生的后果，对损失的经济利益进行补偿，而不是保证风险的不发生。

(3) 不确定性。风险总体表现为客观存在，数量大体确定，但对风险个体来说是一种随机现象，其发生与否、发生时间早晚、发生地点在哪儿、损失数量多少、由谁承担损失等都表现为不确定性。

(4) 可测性。风险的不确定性说明风险基本上是一种随机现象，是不可预知的，这是对风险个体而言的，即个别风险的发生是偶然的。就风险总体而言，根据数理统计原理，随机现象一定要服从于某种概率分布。也就是说，人们根据以往发生的一系列类似事件的统计资料，运用概率统计的方法，可对某类风险的发生频率和损失率进行预测、衡量与评估，这体现了风险总体的可测性。

风险的可测性为风险的可经营性（即保险费率的厘定）奠定了基础。

(5) 发展性。风险并不是一成不变的，在一定条件下是会发展变化的。尤其是随着人类生产范围的扩大，经济交往的增强，科学技术的发展，风险呈现出空间范围扩大、损失数额增加、风险性质改变、新风险不断出现等变化趋势。比如，建立核电站带来了核污染风险，向太空发射卫星把风险拓展到了外层空间，等等。

风险的发展性为保险的发展创造了空间。

(6) 普遍性。风险是无处不在、无时不有的，已渗入到社会经济生活的方方面面，随时威胁着人类的生命和财产安全。古代社会有风险，现代社会也有风险；国外有风险，国内也有风险；大到一个国家，小到一个人、家庭、企事业单位、机关团体等，都面临着各种各样的风险，因此风险具有普遍性。

风险的普遍性决定了保险需求的普遍性。

(7) 社会性。风险是一个社会范畴，社会由人构成。只有风险给人们的生命和财产造成损害时，才称其为风险，否则只是一种普通的现象。



3. 风险的要素

风险一般由风险因素、风险事故、风险损失三要素构成，它们相互作用，共同决定了风险的存在、发展和变化。

(1) 风险因素。风险因素是指引起和促使风险事故发生及风险事故发生时致使损失增加、扩大的条件。可见，风险因素是针对产生或增加损失频率和损失程度而言的。例如，对汽车来说，风险因素是汽车技术状况与驾驶人员素质和技术等。

风险因素通常分实质风险因素、道德风险因素和心理风险因素三种类型。

实质风险因素，也称物质风险因素，是指有形的并能直接影响事件的物理功能的风险因素。例如，汽车厂家生产的刹车系统、转向系统，维修企业使用的汽车零配件的质量等，均是实质风险因素。

道德风险因素，是指与人的品行修养有关的无形因素，侧重于人的恶意行为或故意行为。例如，保险诈骗、焚烧汽车、故意撞车等，均属道德风险因素。

心理风险因素，是指与人的心理状态有关的无形因素，侧重于人的疏忽或过失行为。例如，人的疏忽导致失火、驾驶时的判断过失导致交通事故等，均属心理风险因素。

道德风险因素和心理风险因素均与人有关，这两类风险可合称为人为风险因素。

(2) 风险事故。风险事故指可能引起人身伤亡或财产损失的偶然事件，是造成风险损失直接的、外在的原因。常见汽车风险事故如图 1-1 所示。



(a) 汽车碰撞事故



(b) 汽车火灾事故



(c) 汽车水灾事故



(d) 车轮被盗事故

图 1-1 常见汽车风险事故

区分风险因素和风险事故对确定保险责任有着重要意义。只有当风险事故为保险责任时,所造成的损失才能获得保险赔偿。二者的区别是:风险因素是损失的间接原因,风险事故是损失的媒介物,二者的区分有时并不是绝对的,判定的标准就是看是否直接引起损失。例如,暴雨把汽车给淹了,则暴雨就是风险事故;如果因暴雨造成路面积水、道路泥泞,引起车祸,则暴雨就是风险因素,车祸才是风险事故。

(3) 风险损失。风险损失是指非故意的、非预期的和非计划的经济价值的减少,是风险事故的直接结果。

风险损失通常分为两种形态,即直接损失与间接损失。前者指风险事故直接造成的有形损失,即实质损失;后者是由直接损失进一步引发或带来的无形损失,包括额外费用损失、收入损失和责任损失。

(4) 三者关系。风险是由风险因素、风险事故和风险损失三者构成的统一体。其关系可概括为:风险因素可能引起风险事故,风险事故可能导致风险损失,但只要出现了风险损失必然存在着风险事故,只要出现了风险事故必然存在着风险因素。它们之间都是必要而不充分的条件,如图 1-2 所示。因此,尽管风险因素客观存在,人们还是有可能减少或避免事故的发生,或当事故发生后尽量减少或避免损失。

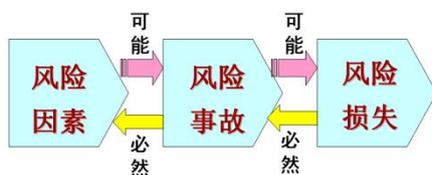


图 1-2 风险因素、风险事故和风险损失三者关系

4. 风险分类

(1) 风险按其性质分类,可分为纯粹风险与投机风险。

纯粹风险是指一旦发生风险事故只有损失机会而无获利可能的风险,如自然灾害。纯粹风险所导致的结果只有两种:损失或无损失。纯粹风险的变化较为规则,有一定规律性,可利用数理统计法计算其发生频率、损失程度。保险公司所承保的风险基本上是纯粹风险。

投机风险是指既有损失可能又有获利希望的风险,如赌博。投机风险所导致的结果有三种:损失、无损失和盈利。投机风险一般都是不规则的,无规律可循的,难以利用数理统计的方法加以测算。保险人通常将投机风险视为不可保风险。

(2) 风险按其损害对象分类,可分为财产风险、责任风险、信用风险和人身风险。

财产风险是指导致各种财产发生损毁、灭失和贬值的风险,如房屋发生火灾的风险。

责任风险是指由于侵权行为造成他人的财产损失或人身伤害,根据法律规定应承担经济赔偿责任的风险,如汽车肇事导致第三者受伤的风险。

信用风险是指权利人因义务人不履行义务而导致损失的风险,如贷款人因借款人不按期还款而遭受损失的风险。

人身风险是指由于人的生老病死残和自然、政治、军事、社会等原因给人们带来的风险,如人意外伤残的风险。

(3) 风险按其产生的原因分类,可分为自然风险、社会风险、政治风险、经济风险。



自然风险是指自然力的不规则变化引起的种种现象所造成的财产损失及人身伤害的风险,如风灾、雹灾、地震、海啸等。在所有风险中,自然风险已成为保险承保最多的风险。

社会风险是指个人或团体的故意或过失行为、不当行为等所导致的损害风险,如盗窃、抢劫、玩忽职守等。

政治风险是指由于政局的变化、政权的更替、政府法令和决定的颁布实施等政治原因导致损失的风险,如对外投资风险。

经济风险是指在生产经营过程中,因各种因素的变化或估计错误,导致经济损失的风险,如市场预期失误、经营管理不善、消费需求变化、通货膨胀、汇率变动等所致的经济损失。

1.1.2 风险管理

1. 风险管理的概念

面对种类繁多、时刻威胁人们自身和财产安全的风险,人们在长期的生活实践中,不断分析、总结,进行了识别风险、控制风险、处理风险的一系列工作,获得了较大的安全保障,这就是风险的管理。

具体地讲,风险管理是指人们对各种风险的认识、控制和处理的主动行为,它要求人们研究风险发生和变化规律,估算风险对社会经济生活可能造成损害的程度,并选择有效的手段,有计划有目的地处理风险,以期用最小的成本,获得最大的安全保障。

2. 风险管理的基本程序

风险管理基本程序包括以下步骤:

首先是风险的识别,即对风险的存在与否、风险的种类、风险的性质等进行判断。风险识别是风险管理的第一步。风险识别的方法有:现场调查分析法、以往事故分析法、专业人士调查法、风险列举法、生产流程法,通常多种方法配合使用更有效果。

其次是风险的估测,即预测风险发生的概率和损失幅度,使风险管理建立在科学的基础上。风险的损失程度通常为平均风险频率与平均风险损失程度的乘积。风险估测可以自己做,也可以由保险公司或专业机构做。

第三是风险管理方法的选择,即根据风险特点在众多的风险管理方法中选择适合的方法,通常是多种方法联合使用。

第四是实施风险管理的决策,即制定风险管理计划,并付诸实施。

最后是风险管理效果的评价,即对风险管理方法的适用性和收益性、风险管理计划的执行情况进行分析、检查、修正和评估,看是否有效地规避了风险,是否达到以最小的风险管理成本实现了最大的安全保障。

3. 风险管理方法

风险管理方法分为控制型和财务型两类。

(1) 控制型风险管理方法。它是指采取各种措施避免、防止、排除或减少风险,其目的在于改善损失的不利条件、降低损失频率、缩小损失幅度。常见的控制型方法有风险避免、风险预防、风险抑制、风险集合和风险分散等。

1) 风险避免。它是指放弃或根本不去做可能发生风险的事情。这是一种最彻底的风险处理方法,也是一种非常消极的方法,容易失去与该事情相关的利益。另外,在现实经济生活中,绝大多数风险是难以避免的。

采用避免方法通常在两种情况下进行：一是某特定风险所致损失频率和损失幅度相当高时；二是在处理风险时，其成本大于其产生的效益时。

2) 风险预防。它是指在风险发生前为了消除或减少可能引发损失的各种因素而采取的处理风险的具体措施，其目的在于通过消除或减少风险因素降低损失发生频率。风险预防措施可分为工程物理法和人类行为法。工程物理法指在风险单位的物质因素方面设置预防措施，如防盗装置的设置；人类行为法指在人们行为教育方面设置预防措施，如安全教育。

3) 风险抑制。它是指在损失发生时或之后为缩小损失幅度而采取的各项措施，如发生火灾后应及时灭火。它是处理风险的有效技术。

4) 风险集合。它是指集合同类风险的多数单位，使之相互协作，提高各自应付风险的能力。如多条小船连接在一起以抵抗风浪冲击翻船的风险。

5) 风险分散。它是指将企业面临损失的风险单位进行分散，如企业采用商品多样化经营方式以分散或减轻可能遭受的风险。

(2) 财务型风险管理方法。它是指采用财务技术来处理风险，目的在于建立财务基金消除损失的成本。常见的财务型方法有风险自留和风险转嫁。

1) 风险自留。它是指企业自行承担一部分或全部风险的方法。风险自留可分为主动自留和被动自留。当风险管理者经过对风险的衡量，考虑各种风险处理方法后，决定不转移风险的，为主动自留；当风险管理者没有意识到风险的存在，没有采取措施处理风险的，为被动自留。

2) 风险转嫁。它是指企业将自己的风险转嫁给他人的方法。风险转嫁可分为保险转嫁和非保险转嫁两种。保险转嫁是指通过购买保险将风险转嫁给保险公司，这是一种最重要、最常用的风险处理方法。非保险转嫁是指通过保险以外的方式将风险转嫁给他人，如出让转嫁等。

不同的风险管理方法，具有不同的特点，应从实际出发，根据最小成本原则，择优选用或组合应用，才能取得最佳的风险管理效果。

1.1.3 可保风险

1. 风险与保险的关系

二者关系为：

- (1) 风险是保险成立发展的基础，无风险无保险。
- (2) 保险是风险管理的有效措施之一。
- (3) 保险经营效益受风险管理技术的制约。

2. 可保风险的概念

可保风险是指保险人愿意并能够承保的风险，是符合保险人承保条件的特定风险。

3. 可保风险的构成条件

风险种类繁多，并非任何风险均可向保险公司转嫁，也就是说保险公司所承保的风险是有条件的，具体包括：

- (1) 风险必须是纯粹风险。
- (2) 风险必须使保险标的均存在遭受损失的可能，这决定了人们对保险需求的普遍性。
- (3) 风险必须使保险标的有导致重大损失的可能，这是人们愿意购买保险的动力。
- (4) 风险不能使大多数保险标的同时遭受损失，这是保险公司能够盈利经营的前提。
- (5) 风险必须具有现实的可测性，这是保险公司能够经营风险、厘定费率的基础。



1.2 保险的基本原理

1.2.1 保险的概念

可从不同角度阐述保险的概念。

1. 从经济学角度看

保险是分摊意外事故损失的财务安排，也就是说，保险是通过收取保费建立保险基金，然后对个别客户出现的意外事故损失进行赔偿，这也体现了保险“一人为大家，大家为一人”的保险互助精神。

2. 从法律角度看

保险是保险人同意补偿被保险人损失的一种合同安排，也就是说，保险人根据保险合同对被保险人的经济损失无论多少，都必须按合同规定给予赔偿，这体现了保险合同的严肃性和其所具有法律效力的不容忽视性。

3. 从社会角度看

保险是稳定社会生产和社会生活的一种事物，具有积极的作用。江泽民为《保险知识读本》（马永伟编）的批语中写道：金融是现代经济的核心。保险是金融体系的重要组成部分，它对促进改革、保障经济、稳定社会、造福人民具有重要的作用。保险事业在我国还刚刚起步，必须大力普及保险知识和提高全民的保险意识。可见，保险是社会生产和社会生活的“精巧的稳定器”。

4. 从风险管理角度看

保险是一种具有分散风险、消化损失的非常有效的风险管理方法。每个企业所面临的风险种类众多，同时可采用的风险管理方法也非常丰富，而保险能够把企业不确定的巨额灾害损失化为固定的少量的保险费支出，并摊入企业的生产成本或流通成本，因此，保险是众多风险管理方法中非常有效的风险管理方法之一。

5. 从保险法规定看

《中华人民共和国保险法》（简称《保险法》）第 2 条规定：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、期限时承担给付保险金责任的商业保险行为。可见，我国保险法是一部商业保险法，其将保险分为财产保险和人身保险两类。

6. 保险相关术语

（1）保险人。保险人是指与投保人订立保险合同，并按照合同约定承担赔偿责任或者给付保险金责任的保险公司。

保险人与投保人订立保险合同时，享有收取保险费的权利，在保险合同约定的事故或事件发生后，必须承担赔偿责任的义务和责任。各国法律通常规定保险人必须是法人，在我国它必须是依照《保险法》设立的保险公司以及法律、行政法规规定的其他保险组织，其他单位和个人不得经营保险业务。

1986 年以前，我国保险市场仅有一家保险公司——中国人民保险公司，市场处于垄断状

态; 1988年平安保险公司成立, 1991年中国太平洋保险公司成立, 出现了三足鼎立的局面; 截至2014年年底, 全国共有保险集团公司10家, 保险公司149家, 保险资产管理公司18家, 其他公司3家, 市场竞争日趋激烈。部分保险公司名录(简称)见表1-1。

表 1-1 我国保险公司名录

序号	资本结构	保险公司——人身险(简称)	保险公司——财产险(简称)
1	中资	国寿股份	人保股份
2		太保寿	大地财产
3		平安寿	出口信用
4		新华	中华联合
5		泰康	太保财
6		太平人寿	平安财
7		建信人寿	华泰
8		天安人寿	天安
9		光大永明	华安
10		民生人寿	永安
11		生命人寿	太平保险
12		国寿存续	民安
13		平安养老	中银保险
14		中融人寿	安信农业
15		合众人寿	永诚
16		太平养老	安邦
17		人保健康	信达财险
18		华夏人寿	安华农业
19		正德人寿	阳光财产
20		信泰	阳光农业
21		农银人寿	都邦
22		长城	渤海
23		昆仑健康	华农
24		和谐健康	国寿财产
25		人保寿险	安诚
26		国华	长安责任
27		国寿养老	国元农业
28		长江养老	鼎和财产
29		英大人寿	中煤财产
30		泰康养老	英大财产
31		幸福人寿	浙商财产



续表

序号	资本结构	保险公司——人身险（简称）	保险公司——财产险（简称）
32		阳光人寿	紫金财产
33		百年人寿	泰山财险
34		中邮人寿	众诚保险
35		安邦人寿	锦泰财产
36		利安人寿	诚泰财产
37		前海人寿	长江财产
38		华汇人寿	富德财产
39		东吴人寿	鑫安汽车
40		珠江人寿	北部湾财产
41		弘康人寿	中石油专属保险
42		吉祥人寿	众安财产
43		安邦养老	华海财产
44		外资	中宏人寿
45	中德安联		美亚
46	工银安盛		东京海上
47	信诚		太阳联合
48	交银康联		丘博保险
49	中意		三井住友
50	友邦		三星
51	北大方正人寿		安联
52	中荷人寿		日本财产
53	中英人寿		利宝互助
54	海康人寿		中航安盟
55	招商信诺		安盛天平
56	长生人寿		苏黎世
57	恒安标准		现代财产
58	瑞泰人寿		劳合社
59	中法人寿		中意财产
60	华泰人寿		爱和谊
61	陆家嘴国泰		国泰财产
62	中美联泰		日本兴亚
63	平安健康		乐爱金
64	中航三星		富邦财险
65	中新大东方		信利保险

续表

序号	资本结构	保险公司——人身险 (简称)	保险公司——财产险 (简称)
66		新光海航	
67		汇丰人寿	
68		君龙人寿	
69		复星保德信	
70		中韩人寿	
71		德华安顾	

(2) 投保人。投保人是指与保险人订立保险合同, 并按照合同约定负有支付保险费义务的人。

投保人不管是自然人还是法人, 都必须具备民事权利能力和民事行为能力。民事权利能力是指民事主体依法享有民事权利和承担民事义务资格; 民事行为能力是指民事主体能够通过自己的行为依法行使权利和承担义务资格。同时, 投保人对保险标的必须具有保险利益, 否则, 保险合同无效。

(3) 被保险人。被保险人是指其财产或者人身受保险合同保障, 享有保险金请求权的人。投保人可以为被保险人。可见, 被保险人是在保险事件发生时实际受损的人。

被保险人与投保人的关系有两种情况, 一是投保人为自己的利益而签订的保险合同, 此时投保人即为被保险人。另一种是投保人为他人的利益而签订的保险合同, 此时投保人和被保险人为两个不同的人。

(4) 受益人。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。

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。被保险人或者投保人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。

被保险人或者投保人变更受益人并书面通知保险人。投保人变更受益人时须经被保险人同意。

投保人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。

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。

(5) 保险中介。保险中介是指专门从事保险销售或保险理赔、业务咨询、风险管理活动安排、价值评估、损失鉴定等经营活动, 并依法收取佣金或手续费的组织或个人。

保险中介的主体形式多样, 主要包括保险代理人、保险经纪人和保险公估人。

(6) 保险代理人。保险代理人是根据保险人的委托, 向保险人收取代理手续费, 并在保险人授权的范围内代为办理保险业务的单位或者个人。

开展保险业务的保险公司必须与保险代理人签定代理合同或授权书确定其代理权限, 保险代理人在进行业务活动, 即推销保险产品时, 是以保险公司的名义办理保险业务, 保险公司



必须对其代理权限范围内的业务或活动承担法律责任。

保险代理人可以分为三类：专业代理人、兼业代理人和个人代理人。

专业代理人是指从事保险代理业务的保险代理公司。在保险代理人中，它是唯一具有独立法人资格的保险代理人。

兼业代理人是指受保险人委托，在从事自身业务的同时，指定专人为保险人代办保险业务的单位。

个人代理人是指根据保险人委托，向保险人收取代理手续费，并在保险人授权范围办理保险业务的个人。

(7) 保险经纪人。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，并依法收取佣金的单位。

保险经纪人是为投保人参谋购买保险的人。由于保险经纪人了解保险市场行情，同时又熟知保险条件、保险费率等专业知识，因而保险经纪人的参谋，可以帮助投保人设计费用最低、保险保障程度最高的投保方案。

(8) 保险公估人。保险公估人是指为保险合同中的保险人或被保险人办理保险标的的查勘、鉴定、估损、赔款理算并予以证明的受委托人。

被保险人和保险人都有权委托保险公估人办理相关事宜。

由于保险公估人通常是由具有专业知识和技术的专家担任的，且处于第三者的地位，与保险合同当事人双方以及保险标的均无经济利害关系，因此，保险公估人能保持公平独立、公正的立场，出具客观公正的公估报告，从而能最大限度地维护保险合同各方当事人的利益，易于为保险合同当事人双方所接受，有利于解决保险争议。

(9) 保险费。保险费是投保人为转嫁风险支付给保险人的与保险责任相对应的价金。2000~2014 年我国保险行业保费收入、财产保险保费收入、人身保险保费收入见表 1-2。

表 1-2 2000~2014 年我国保险业数据

年份	保费收入 (亿元)			保险密度 (元/人)	保险深度 (%)
	总保费	财产险保费	人身险保费		
2000	1596	598	998	127.7	1.80
2001	2109	685	1424	162.9	2.20
2002	3054	780	2274	237.6	2.98
2003	3880	866	3014	287.4	3.33
2004	4324	1125	3199	332.0	3.40
2005	4927	1284	3644	379.0	2.70
2006	5641	1580	4061	431.3	2.80
2007	7036	1998	5038	541.2	2.85
2008	9784	2337	7447	736.8	3.09
2009	11137	2993	8144	834.6	3.22
2010	14528	4027	10501	1083.4	3.55
2011	14339	4779	9560	1064.3	2.96

续表

年份	保费收入(亿元)			保险密度 (元/人)	保险深度 (%)
	总保费	财产险保费	人身险保费		
2012	15488	5530	9958	1143.8	2.90
2013	17222	6481	10741	1265.7	2.93
2014	20235	7203	13031	1479.4	3.18

(10) 保险密度。保险密度是指人均保费收入,这是衡量一个国家保险业发达程度的一个重要指标。人均保费收入越高,说明一国保险业相对越发达。2000~2014年我国保险业保费密度见表1-2。

(11) 保险深度。保险深度是指保费收入占国内生产总值(GDP)的百分比,这是衡量一国保险业发达程度的又一重要指标。保险收入占国内生产总值的比例越大,说明一国保险业相对越发达。2000~2014年我国保险业保费深度见表1-2。

(12) 保险金额。保险金额是指保险人承担赔偿责任或者给付保险金责任的最高限额。

保险金额对保险人来说有三项意义:它是收取保险费的计算依据;它是补偿给付的界限和最高额度;它是支付合理费用的最高额度。

保险金额对被保险人来说也有三项意义:它是交费的依据;它是获得保险赔偿的最高额;它是获取预支的合理费用补偿的最高额。

(13) 保险标的。保险标的是保险保障的目标和实体,是保险合同双方当事人权利和义务所指向的对象。

(14) 保险合同。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。

1.2.2 保险要素

保险要素是指进行保险经济活动所应具备的基本条件。一般来讲,现代商业保险包括以下五大要素:

1. 可保风险

可保风险是保险人可以接受承保的风险。风险虽多,但并非所有破坏物质财富或威胁人身安全的风险保险人都能承保,只有符合保险人承保条件的风险,保险人才可以接受。

2. 多数人同质风险的集合与分散

保险的过程,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嫁给保险人,保险人通过承保而将众多风险集合起来。当发生保险责任范围内的损失时,保险人将少数被保险人发生的风险损失分摊给全部投保人,也就是通过保险的补偿行为分摊损失,将集合的风险予以分散转移。保险风险的集合与分散应具备两个前提:第一是多数人的风险。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难以测定,大数法则不能有效发挥作用。第二是同质风险。如果风险为不同质风险,风险损失发生的概率就不同,因此风险也就无法进行集合与分散。此外,由于不同质风险损失发生的频率与幅度是有差异的,倘若进行集合与分散,会导致保险经营的不稳定,保险人将不能提供保险供给。

3. 费率的合理厘定

保险在形式上是一种经济保障活动,实质上是一种商品交换行为。因此,厘定合理费率,



即制定保险商品的价格,便构成了保险的基本要素。费率过高,保险需求会受到限制;费率过低,保险供给得不到保障,这都不能称为合理费率。费率厘定应依据概率论、大数法则的原理进行计算。

保险费率由纯费率和附加费率构成,纯费率是根据保险标的所面临的风险程度而厘定的,附加费率是根据保险经营的成本和保险人应得的利润而厘定的。

4. 保险基金的建立

保险基金是保险分摊损失和补偿功能的物质基础,只有建立了雄厚的保险基金,保险才能发挥其损失补偿和经济给付的职能。保险基金的主要来源是保险公司的开业资金和保险费收入,并以保险费收入为主。

5. 订立保险合同

保险是投保人与保险人之间的经济关系,它是通过合同的订立来确定的。保险是专门对意外事故和不确定事件造成的经济损失给予赔偿的,风险是否发生,何时发生,损失程度如何,均具有较大随机性。这一特性要求保险人与投保人应在确定的契约约束下履行各自的权利与义务。假如不具备在法律或合同上规定的各自权利与义务,保险经济关系就难以成立。因此,订立保险合同是保险得以成立的基本要素,它是保险成立的法律保证。

1.2.3 保险的分类

1. 按保险实施方式分类

按保险实施方式分类,可将保险分为自愿保险与强制保险。

自愿保险也称任意保险,是指投保人与保险人在平等自愿的基础上建立的保险关系,如商业汽车保险。

强制保险也称法定保险,是指投保人与保险人根据国家法律或行政命令的要求必须建立保险关系,否则属于违法行为,如交强险。

2. 按合同中是否确定保险价值分类

按合同中是否确定保险价值分类,可将保险分为定值保险与不定值保险。

定值保险是指以保险当事人双方商定的价值作为保险金额,并载明于保险合同的保险形式。定值保险适用于货物运输保险以及财产险中某些贵重物品的保险。定值保险的赔偿,如果是全损,则按保险金额全数赔偿;如果是部分损失,则需确定损失程度,按损失程度比例赔偿。法律允许定值保险,并非默认超额保险是合法的,超额部分仍无效。

不定值保险是指不列明保险标的的实际价值,只列保险金额作为最高赔偿限度,并载明于保险合同的保险形式。不定值保险的赔偿按事故发生时保险标的的实际损失与保险金额比较后的小者确定。财产损失保险多为不定值保险。

例如,有一保险标的,以定值保险的方式投保了保险,投保时按实际价值与保险人约定保险价值为 30 万元,保险金额也为 30 万元,后保险标的发生保险事故,出险时当地完好市价为 25 万元。如果保险标的的全损,保险人应按保险金额赔偿,赔款为 30 万元。如果保险标的的部分损失,损失程度为 80%,则保险人应按损失程度比例赔偿。因此,赔款=保险金额×损失程度=30×80%=24 万元。

如果该保险标的以不定值保险方式投保了保险,投保时按实际价值与保险人约定保险金额为 30 万元,后保险标的发生保险事故,出险时当地完好市价为 25 万元。如果保险标的的全损,

保险人应按保险标的实际损失赔偿,赔款为 25 万元。如果保险标的部分损失,损失程度为 80%,则保险人应按比例赔偿。因此,赔款=实际损失×损失程度=25×80%=20 万元。

3. 按风险转嫁方式分类

按风险转嫁方式分类,可将保险分为足额保险、不足额保险与超额保险。

足额保险是指投保时约定的保险金额与保险标的价值相等的保险。当保险标的遭受损失时,如果是全部损失,保险人按保险金额赔偿;如果是部分损失,保险人按保险标的实际损失赔偿。

不足额保险是指投保时约定的保险金额小于保险标的实际价值的保险。当保险标的的全损,保险人按保险金额赔偿;当保险标的部分损失,保险人按保险金额与保险价值比例赔偿。

超额保险是指投保时约定的保险金额大于保险标的实际价值的保险。造成超额保险的主要原因有:一是投保人想获得超过保险价值的赔偿;二是投保人在投保时高估了保险标的的实际价值;三是保险标的的市价下跌了。不管出于什么原因,超额保险的超额部分无效。其赔偿同足额保险。

例如,一保险标的的价值为 10 万元,如果所投保的保险金额为 10 万元,则为足额保险;如果所投保的保险金额为 5 万元,则为不足额保险;如果所投保的保险金额为 15 万元,则为超额保险。如果该保险标的因保险事故发生全损,则足额保险将赔偿 10 万元;不足额保险将赔偿 5 万元;超额保险将赔偿 10 万元。如果该保险标的因保险事故发生部分损失,损失 1 万元,则足额保险将赔偿 1 万元;不足额保险将赔偿 $1 \times (5/10) = 0.5$ 万元;超额保险将赔偿 1 万元。

4. 按保险标的分类

按保险标的分类,可将保险分为财产保险和人身保险。

财产保险是指以财产及其相关利益为保险标的,由保险人对保险标的可能遭受的意外损失负赔偿责任的一种保险。此处的财产既包括一些有形财产又包括一些无形财产,所以是一种广义的财产,称为广义的财产保险。

我国将财产保险又分为财产损失保险、责任保险、信用保证保险。

财产损失保险中的财产指有形财产,是狭义的财产,所以财产损失保险有时称为狭义的财产保险,常见种类有火灾保险、海上保险、汽车保险、航空保险、工程保险、利润损失保险、农业保险等。

责任保险是指以被保险人依法应负的民事赔偿责任或经过特别约定的合同责任为保险标的的一种保险,常见种类有公众责任保险、产品责任保险、职业责任保险、雇主责任保险、机动车第三者责任保险等。

信用保证保险是指以信用关系为保险标的的一种保险,它是一种担保性质的保险。按投保对象的不同,信用保证保险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)向保险人投保义务人(债务人)的信用风险的保险,常见种类有国内商业信用保险、出口信用保险等。保证保险是指义务人(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,常见种类有合同保证保险、产品质量保证保险、诚实保证保险等。无论是信用保险还是保证保险,其被保险人都是权利人(债权人)。

人身保险是指以人的身体或生命为保险标的,以生存、年老、疾病、死亡、伤残等为保险事故,当被保险人在保险期内发生保险事故或生存到保险期满,保险人按合同约定的条件,



向被保险人或受益人给付保险金的保险。我国将人身保险分为人寿保险、意外伤害保险和健康保险等，人寿保险分为死亡保险、生存保险、两全保险，近几年，人寿保险领域又开发出许多新型保险业务，如分红保险、投资连结保险、万能保险等。

1.2.4 保险的职能

保险的职能是指保险内在的、固有的功能。保险的职能有基本职能和派生职能之分。

基本职能是反映保险原始与固有的职能，它不以时间的推移和社会形态的不同而改变。

派生职能是在保险基本职能基础上，伴随着保险分配关系发展而产生的。

基本职能包括补偿损失职能和经济给付职能；派生职能包括融资职能和防灾防损职能。

补偿职能具体体现在特定风险损害发生时，在保险的有效期和保险合同约定的责任范围以及保险金额内，按其实际损失数额给予赔付。

给付职能具体体现在人身保险事故的保险保障方面。由于人的价值是难以用货币具体量化的，因此，人身保险责任事故发生造成的损失，难以用补偿实现其保险保障，所以人身保险的保障是通过保险人和投保人双方约定的经济给付行为来实现的。

融资职能具体体现在保险把多个投保人的闲散资金先积累成雄厚的保险基金，然后再利用多种投资形式对其进行有效运用，实现其增值。融资职能的发挥能增强保险人的补偿和给付能力，促进保险基本职能的实现。

防灾防损职能具体体现在整个保险过程中保险双方一直强化防灾防损意识，实施防灾防损的措施，力争降低损失发生的频率；如果真是出现了损失，投保方依据保险合同约定，也会采取有效的施救措施，将风险损失控制在最小的程度内。防灾防损职能可降低保险人所积累的社会资产出现不必要的损失，这对保险保障基本职能的发挥也是一种促进。

保险职能在社会经济生活中所产生的效果，称为保险的作用。在我国社会主义市场经济条件下，其作用表现为宏观和微观两个层次，宏观作用是指保险对全社会以及国民经济在整体上所产生的效果，微观作用是指保险对于企业、家庭、个人所起的保障作用。

【案例 1-1】在自然灾害中充分发挥保险的补偿职能

2007 年 7 月 18 日，济南市及周边地区遭受特大暴雨袭击。降水从 17 时开始，到 20:30 减弱，市区 1 小时最大降水量达 151mm，2 小时最大降水量达 167.5mm，3 小时最大降水量达 180mm。这次降水时间短、雨量大，为历史上有气象记录以来最大的一次。突如其来的暴雨造成了部分人员的死亡、失踪，大量车辆出险，城市低洼地区积水，部分地区受灾，大部分路段交通瘫痪，财产损失严重。

特大暴雨的袭击，使得济南各保险公司理赔案件激增，客服电话成了真正的“热线”。山东保监局 8 月 20 日通报了“7·18”暴雨灾害的保险理赔情况：截至 8 月 17 日，山东保险业共支付各类赔款 1.26 亿元，赔付伤亡人员 20 人，财产损失案件 10544 件，结案率达 96.2%，保险业充分发挥了经济补偿的职能。

在暴雨灾害面前，山东保险业以快速、优质的理赔服务，帮助受灾客户尽快恢复正常的生产生活秩序，在维护社会稳定、保障经济运行、减少和化解各种社会矛盾和纠纷方面做出了积极贡献，在灾害救助体系中发挥了重要的作用，在抗灾救灾中树立了保险业的良好形象。

【案情分析】保险的补偿职能是一项最基本的职能，它是把参加保险的全体成员建立起

来的保险基金用于少数成员因遭遇自然灾害或意外事故所承受损失的经济补偿。补偿损失是保险的最终目的,也体现其“一人为大家,大家为一人”的保险本质。补偿损失可以抵抗灾害,保障经济活动的顺利进行以及给予受难者经济帮助。通过保险的补偿,企业可得到足够的资金,购买生产资料,支付生产停顿期间所需的费用,从而保证简单再生产的顺利进行;个人可以免除或减轻不幸事故所造成的经济损失,保障本人或家属的物质利益,保障家庭生活的安定;社会是由千千万万的家庭和企业等构成的,家庭的安定和企业的稳定都是社会稳定的重要因素,保险通过对保险责任内的损失的补偿,为社会稳定提供了切实有效的保障。

1.2.5 保险监管

1. 保险监管的概念

保险监管是指政府对保险业的监督和管理,具体指一个国家的金融主管机关或保险监管执行机关,依据现行法律对保险人和保险市场进行监督管理,以确保保险人经营的稳定和维护被保险人的合法权益。

2. 保险监管体系

保险监管体系包括监管法规、监管机构、行业自律三部分。

(1) 监管法规。我国保险的监管法规主要是《中华人民共和国保险法》,该法于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》修正,后又经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。现该法于2009年10月1日实施。

(2) 监管机构。作为保险的国家主管机关,形式多样,名称不一,不同国家有不同称谓,同一国家不同时期监管机构也不同。

目前,我国保险行业的监管机构是中国保险监督管理委员会(简称中国保监会)。保监会成立于1998年11月18日,是国务院直属事业单位,根据国务院授权履行行政管理职能,依照法律、法规统一监督管理全国保险市场,维护保险业的合法、稳健运行。中国保险监督管理委员会内设16个职能机构和2个事业单位,并在全国各省、自治区、直辖市、计划单列市设有36个保监局,在苏州、烟台、汕头、温州、唐山市设有5个保监分局。其中,16个内设部门为办公厅(党委办公室)、发展改革部、政策研究室、财务会计部(偿付能力监管部)、保险消费者权益保护局、财产保险监管部(再保险监管部)、人身保险监管部、保险中介监管部、保险资金运用监管部、国际部(港澳台办公室)、法规部、统计信息部、稽查局、人事教育部(党委组织部)、监察局(纪委)、党委宣传部(党委统战群工部)。2个事业单位为:培训中心、机关服务中心。计划单列市为深圳、大连、宁波、青岛、厦门。

(3) 行业自律。保险行业的自身监管又称为保险行业自律,是指保险人基于共同的权益组织起来,在遵守国家对于保险业管理的法律、法规的前提下,通过行业内部协作、调节和监督,采取自我约束和自我管理的行为。保险行业的自身监管是通过保险行业组织实现的,它是在保险及其相关领域中从事活动的非官方组织,是保险人自行组织和自愿参加的组织。

中国保险行业协会成立于2001年3月12日,是经中国保险监督管理委员会审查同意并在国家民政部登记注册的中国保险业的全国性自律组织,是自愿结成的非营利性社会团体法人。保险行业协会的基本职责为自律、维权、服务、交流。



1.3 保险合同

1.3.1 保险合同要素

1. 概念

法律规定:《保险法》第 10 条规定: 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。

2. 特征

保险合同除具有一般合同的法律特征外, 还具有一些特有特征。

(1) 保险合同是有偿合同。有偿合同是指合同双方当事人的权利取得是需要花费一定代价的。在投保人和保险人订立保险合同时, 投保人是向保险人支付一定的保险费为代价, 取得了当约定的保险事件出现时投保人能从保险人那里得到赔偿的权利; 而保险人所具有的收取投保人保险费的权利, 也是以保险标的发生保险事故后自己给予经济补偿的承诺为代价的。所以保险合同是一种有偿合同。

(2) 保险合同是双务合同。双务合同是指双方当事人相互享有权利, 并且相互承担义务的合同。保险合同对双方当事人都是法律约束, 双方当事人都有义务履行合同, 所以是双务合同。投保人在承担支付保险费的义务后, 合同生效; 被保险人在保险标的发生保险事故时, 依据合同享有请求保险人补偿损失的权利。同样, 保险人在收取投保人保险费以后, 就必须履行保险合同所规定的赔偿损失的义务。

(3) 保险合同是附和合同。附和合同是指合同双方当事人不充分商议合同的重要内容, 而是由一方提出合同的主要内容, 另一方只能取与舍, 即要么接受对方提出的合同内容, 签订合同, 要么拒绝。保险合同中, 其主要内容一般是由保险人事先拟定好, 供投保人或被保险人选择, 投保人没有变更或修改的余地。

(4) 保险合同是射幸合同。射幸是指偶然或不确定的意思。射幸合同是指当事人双方在签订合同时不能确定履行内容的合同。保险合同即为此种合同, 比如, 保险标的发生保险事故, 那么保险人必须依照合同赔偿被保险人的经济损失, 并且赔偿额度往往超过投保人所付保费, 而若保险标的在保险期内没有发生保险事故, 则保险人只收取保费却无任何赔偿。

(5) 保险合同具有个人性。保险标的的出险概率往往与被保险人的年龄、性别、职业、习惯等有一定的相关性, 所以当保险标的的转让时, 需考虑被保险人的相关情况, 经保险人同意后, 方可办理保险的变更手续。

3. 主体与客体

(1) 保险合同主体。保险合同主体是指在保险合同订立、履行过程中享有合同赋予的权利和承担相应义务的人。根据在合同订立、履行过程中发挥的作用不同, 保险合同的主体分为当事人和关系人两类。当事人包括保险人和投保人, 关系人包括被保险人和受益人。

(2) 保险合同客体。保险合同客体是投保人对保险标的的保险利益, 表现为因保险标的的完好无损而使其受益, 因保险标的的遭受损坏而使其蒙受经济损失。

4. 内容与形式

(1) 保险合同内容。它是投保人、被保险人与保险人之间所约定的权利与义务及其他有

关事项,用条款的方式写在保险合同中,是双方履行合同义务、承担法律责任的依据。当保险合同生效后,双方都必须遵守合同的内容。

保险合同的内容分为基本内容和约定内容。基本内容是《保险法》规定必须列明的、涉及合同双方当事人权利义务的内容,是保险合同必不可少的组成部分。约定内容是指当保险合同的基本内容不能完全表达当事人双方的意愿时,当事人双方可以通过协商约定其他内容。

法律规定:《保险法》第18条规定:“保险合同应当包括下列事项:保险人名称和住所;投保人、被保险人名称和住所,以及人身保险的受益人的名称和住所;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;保险费以及支付办法;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。投保人和保险人可以约定与保险有关的其他事项。”

(2) 保险合同形式。主要有投保单、保险单、保险凭证、暂保单和批单等五种。

投保单是投保人向保险人申请订立保险合同的书面要约。投保单是保险人承保的依据,保险合同成立后,投保单是保险合同的重要组成部分。

保险单是保险人和投保人之间订立保险合同的正式书面文件,是保险人向被保险人履行赔偿或给付义务的依据。

保险凭证是保险人签发给投保人或被保险人证明保险合同已经订立的书面凭证,是一种简化的保险单,与保险单具有同等的法律效力。

暂保单是保险人或保险代理人向投保人出具保险单或保险凭证之前签发的临时保险凭证。暂保单的法律效力等同于保险单或保险凭证。暂保单的有效期限较短,一般只有30天,且当保险单或保险凭证出具后,暂保单将自动失效。保险人可以在保险单出具前终止暂保单,但必须提前通知被保险人。

批单是保险合同双方当事人对于保险单的内容进行修改或变更的证明文件。批单是保险合同的重要组成部分。批单的内容与原保险合同内容冲突的,以批单为准;多次批改签发的批单,应以最后批改的批单为准。

1.3.2 保险合同签订

1. 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时双方订立保险合同的行为。合同的订立包括要约阶段与承诺阶段。要约阶段是投保人向保险人提出保险要求的意思表示。承诺阶段是保险人同意投保人提出的保险要求的意思表示。在保险实务中,由于保险合同是附和合同,所以投保人的要约为书面要约形式,即填写投保单,而保险人接到投保单,经审核没有异议后签字盖章,并出具保险单或保险凭证,保险合同即告成立。

2. 生效

保险合同的生效是指保险合同对当事人双方发生约束力,即合同条款产生法律效力。在保险实践中,保险合同往往约定在合同成立后的某一时间生效,所以保险合同的成立和生效往往不一致。保险合同即使已经订立,但生效前发生的保险事故,保险人不承担赔偿责任。

法律规定:《保险法》第13条第3款规定:“依法成立的保险合同,自成立时生效。投保人和保险人可以对合同的效力约定附条件或者附期限。”



3. 履行

保险合同的履行即合同双方各自履行应尽的义务，分为投保人义务履行和保险人义务履行两种。

(1) 投保人义务的履行。投保人作为合同的当事人之一，其应尽的义务包括：

1) 投保人必须按约定的缴费期限、保险费数额、缴纳方式履行自己的缴费义务。及时缴纳保险费是合同生效的必要条件。

2) 保险合同生效后，投保人或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。如果投保人或被保险人未履行上述义务，保险人有权要求增加保险费或解除合同。

3) 当保险标的危险程度增加时，投保人或被保险人应及时通知保险人，否则，因保险标的危险程度增加而发生的保险事故，保险人不承担赔偿责任。

4) 当发生保险合同约定的保险事故后，被保险人应当及时通知保险人。否则，由此造成的损失扩大，保险人将不承担扩大部分的保险责任。

5) 当保险事故发生后，被保险人应当积极采取各种施救措施，防止损失程度的扩大。否则，对保险标的因此而扩大的损失，保险人有权拒绝承担赔付责任。施救费用在保险金额外另行计算，不得超过保险金额。

(2) 保险人义务的履行。

1) 在订立保险合同时，保险人有义务向投保人详细说明保险合同的各项条款及含义，尤其是对责任免除条款必须明确说明，否则，该条款不产生效力。

2) 保险合同成立后，保险人应及时签发保险单证。

3) 保险事故发生后，保险人应积极查勘、准确定损、及时支付赔偿金。否则，由此造成被保险人或受益人损失的，保险人除赔付保险金外，还要承担违约责任。

4) 保险人应赔偿被保险人合理的施救费用及其他费用，如核定事故性质和评估保险标的损失的费用、仲裁费用、诉讼费用等。

5) 保险人应为在订立和履行保险合同的过程中所知晓的投保人、被保险人的秘密、隐私以及其他不愿公开的事项保密。

4. 解除

保险合同的解除是指保险合同有效成立之后，有效期届满之前，保险合同当事人双方协议或一方行使合同解除权，使合同关系归于消灭的法律行为。保险合同的解除分为投保人解除和保险人解除。

(1) 投保人解除保险合同。一般情况下，投保人有随时解除保险合同的权利，可在合同生效前解除，也可在合同生效后解除。合同生效前解除的，投保人应当向保险人支付一定的手续费，保险人应当退还保险费。合同生效后解除的，保险人按短期费率收取自保险责任开始之日起至合同解除之日止期间的保险费，并退还剩余部分保险费。

但有特殊规定的保险合同，投保人是不得解除的，比如货物运输和运输工具航程等保险合同保险责任开始后不允许解除，强制险的保险合同不允许解除等。

(2) 保险人解除保险合同。一般情况下，保险人不得随意解除保险合同。但当投保人、被保险人有违约或违法行为时，保险人也可以解除保险合同。《保险法》规定的保险人可以解除保险合同的情形有：

1) 投保人故意隐瞒事实, 不履行如实告知义务, 或者因过失而未履行如实告知义务, 足以影响保险人决定是否同意承保或提高保险费率的, 保险人有权解除保险合同。

2) 被保险人或受益人在未发生保险事故的情况下, 谎称发生了保险事故, 向保险人提出赔偿或给付保险金请求的, 保险人有权解除保险合同, 并不退还保险费。

3) 投保人、被保险人或受益人故意制造保险事故的, 保险人有权解除保险合同。

4) 投保人或被保险人未按照约定履行其对保险标的的安全应尽的责任的, 保险人有权要求增加保险费或解除合同。

5) 在合同有效期内, 保险标的危险程度增加的, 被保险人按照合同约定应当及时通知保险人, 保险人有权要求增加保险费或解除合同。

5. 终止

保险合同的终止是指保险合同双方当事人消灭保险合同确定的权利和义务的行为。常见的导致合同终止的原因有:

1) 当法律规定或合同约定的事由出现时, 当事人通过行使解除权使保险合同效力终止。

2) 保险合同因保险期限到期而终止, 又称自然终止, 这是最常见的一种方式。

3) 在保险合同有效期内, 保险事故发生后, 保险人依合同规定履行了赔付保险金的全部责任后使合同终止, 即保险合同因义务履行而终止。

4) 保险标的发生部分损失, 在保险人赔偿后, 合同的双方当事人都可以行使终止权使合同效力终止。

5) 因非保险事故引起保险标的的全部灭失而导致保险合同终止。

1.3.3 保险合同解释

1. 解释原则

在保险实践中, 保险双方当事人由于种种原因对保险合同往往有不同的理解, 经常引发保险纠纷, 此时必须依据一定的原则作为准绳, 正确解释合同的含义, 并使双方均认同。解释保险合同的常用原则有文义解释、意图解释、有利于被保险人或受益人的解释、尊重保险惯例的解释。

文义解释是指对保险合同中所使用的文字词句用最通常含义进行解释。它是解释保险合同的最主要方法。

意图解释是指用文义解释原则解释保险合同时, 如果所使用的文字词句或者某些条款可能作两种及以上解释, 此时应根据双方当事人订立合同时的真实意图进行解释。

有利于被保险人或受益人的解释是指当保险合同某些条款出现一词多义时, 并且各种解释都有一定道理时, 应当作有利于被保险人或受益人(即合同非起草人)的解释。

尊重保险惯例的解释是指在对保险业专业用语和行业习惯用语做解释时, 应考虑其在保险业中的特别含义, 能为保险经营者所承认和接受。

2. 争议处理

当保险合同双方对合同内容的解释产生异议, 又无法达成妥协时, 即产生了保险合同的争议。其处理方法通常有协商、调解、仲裁和诉讼四种。



1.4 保险原则

汽车保险业务运行必须遵循一定的原则，主要包括保险利益原则、最大诚信原则、近因原则、损失补偿原则。

1.4.1 保险利益原则

1. 保险利益原则的含义

保险利益原则是指在签定或履行保险合同的过程中，投保人或被保险人对保险标的必须具有保险利益。如果投保人或被保险人对保险标的不具有保险利益，签订的保险合同无效；如果保险合同生效后，投保人或被保险人对保险标的失去了保险利益，保险合同也随之失效。

所谓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。

保险利益原则在财产保险和人身保险中运用时略有区别，财产保险重在强调事故发生时被保险人必须对保险标的具有保险利益，而人身保险重在强调保险合同订立之时，投保人对保险标的必须具有保险利益。

法律规定：《保险法》第 12 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”。

2. 保险利益的构成条件

投保人或被保险人对保险标的所拥有的任何利益并非都可成为保险利益，保险利益的构成必须具备下列条件：

(1) 保险利益必须是合法利益。合法利益是指投保人或被保险人对保险标的的利益必须是法律上承认的利益，即能得到法律认可和保护的利益。违法行为所产生的利益，不能成为保险利益。例如，投保人以盗窃、诈骗、走私等手段所获取的汽车即为非法利益，不能成为保险合同的标的物。

(2) 保险利益必须是经济利益。经济利益是指可以用货币估算其价值的利益，又称金钱上的利益。保险实质是对被保险人遭受的经济损失给予补偿。如果不能用货币衡量其价值的损失，就无法计算其损害程度大小，也就难以确定对其损失补偿的标准。因此，只有经济利益才能构成保险利益，其他利益如政治利益、精神创伤等不能构成保险利益。

(3) 保险利益必须是确定利益。确定利益包括已经确定利益和即将确定利益。已经确定利益指事实上的利益，即现有的利益。即将确定利益指客观上可以实现的利益，即预期利益。预期利益是基于现有利益于未来可以实现的利益，其必须具有客观标准，不能凭当事人主观预测或想象可能会获得。现有利益比较容易确定，预期利益容易引起争议。对于汽车保险，其保险利益多偏重于现有利益。

3. 保险利益的来源

(1) 财产保险。在财产保险中，保险利益来源于投保人对保险标的所拥有的各种权利，如财产所有权、经营权、使用权、承运权、保管权、抵押权、留置权等。

(2) 人身保险。在人身保险中，保险利益来源于投保人与被保险人之间所具有的各种利害关系，如人身关系（自己的生命和身体）、婚姻关系、血缘关系、抚养关系、赡养关系、雇佣关系等，对没有上述关系的，若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。

【案例 1-2】抵押权人对抵押物拥有保险利益

王某与赵某为朋友,2007年10月,王某从工作单位辞职后进行个体经营。开业之初,由于缺乏流动资金,王某向赵某提出借款,并愿意将自己的汽车作为抵押,并保证按时还款。赵某觉得对方以汽车作为抵押,自己的债权较有保证,同时为以防万一,赵某要为汽车购买保险,王某表示同意,2007年10月,双方到保险公司投了保,并且投保人和被保险人一栏中,都写了赵某的名字。2008年初,王某驾驶不慎出险,汽车全损,王某也身受重伤。得知事故后,赵某向保险公司提出索赔,认为该事故属于保险责任,保险公司应当赔偿。保险公司认为尽管该汽车的损失属于保险责任,但是汽车并非赵某所有或使用,赵某对于汽车没有保险利益,根据《保险法》第12条的规定,保险合同无效,保险公司应退还赵某所交的保费,不承担赔偿责任。经过几次交涉未果,赵某将保险公司告上了法庭。法院审理认为,赵某作为债权人,抵押物是否完好关系到抵押权能否实现,最终决定债权能否得到清偿,因此,发生保险事故后,赵某对汽车拥有保险利益,保险公司应当进行赔偿。

【案情分析】本案争议的焦点在于,抵押权人对抵押财产是否拥有保险利益。根据《保险法》第12条的规定,保险利益指投保人对保险标的具有的法律上承认的利益,具体而言指保险事故发生时,投保人可能遭受的损失或失去的利益。实际中,保险利益的形态是多种多样的。就本案而言,赵某为保证自己的抵押权获得实现,以自己为投保人为汽车购买了保险,汽车若损毁,赵某的抵押权随之消灭,其利益是受到影响的,因此,赵某因对汽车具有抵押权而对汽车拥有保险利益,保险合同有效,赵某有权向保险公司要求赔偿。

1.4.2 最大诚信原则

1. 最大诚信原则的含义

最大诚信原则是指保险合同的双方在保险合同的签订和履行过程中,必须以最大的诚意,履行自己的义务,互不欺骗和隐瞒,恪守合同的约定,否则保险合同无效。

诚信是指诚实和守信。讲诚信是进行任何民事活动都必须遵循的。与一般民事活动不同的是,在保险活动中,对当事人的诚信要求更为严格,必须具有“最大诚信”。

2. 最大诚信原则的内容

最大诚信原则的内容包括告知、保证、弃权与禁止反言。

(1) 告知。告知分为投保人告知和保险人告知两种。

投保人告知是指将保险标的的相关事项和被保险人的有关信息如实陈述给保险人。

投保人告知的形式有无限告知和询问回答告知两种。

无限告知是指法律对告知的内容没有具体的规定,只是要求投保人或被保险人自行尽量将保险标的的风险状况及其有关重要事实如实告知保险人。

询问回答告知是指投保人或被保险人对保险人询问的问题必须如实告知,对询问以外的问题视为非重要事实,不需要告知。

无限告知对投保人要求非常严格,大多数国家采取询问回答告知形式,我国保险法即规定采用此种形式。

投保人违反告知义务的法律后果是:投保人故意隐瞒事实,不履行如实告知义务的,或



者因重大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；投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于保险合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿或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，保险人对于保险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，但可以退还保险费。

保险人告知是指保险人应当向投保人据实说明保险合同条款内容。

保险人告知形式有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，即视为已告知投保人。

明确说明是指保险人不仅应将保险的主要内容明确列明在保险合同中，还必须对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。

保险人违反告知义务的法律后果是：未明确说明的保险合同中规定的有关保险人的责任免除条款，该条款不产生效力。

【案例 1-3】营运车以家庭自用车名义投保

2008 年初，某城镇的王某买来一辆长安面包车跑客运。同年 2 月，王某到保险公司以家庭自用车名义，为长安面包车购买了 1 年期的保险。同年 12 月 2 日下午，王某驾面包车装载 13 人从城镇开往赵庄乡，因操作不当，翻到河沟中致 1 人死亡，6 人受伤，车辆严重受损。事故发生后，王某共对死伤人员给予了 9 万余元的赔偿，并要求保险公司按双方签订的保险协议予以赔偿。保险公司则以车辆改变了使用性质为由拒赔。由于协商未果，他将保险公司告上法庭。法院判决：保险公司不承担赔偿责任。

【案情分析】王某将家庭自用性质的投保车辆用于营运，擅自改变了保险车辆用途，应属保险标的发生了重大变化，违背了保险诚信原则，因而其诉讼请求缺乏依据，所以法院判定保险公司不承担赔偿责任。

营运车辆以家庭自用车辆投保，这是一种很常见的投保人不履行诚信原则的现象，投保人隐瞒实情的目的是为了节省保费。殊不知这违背了保险的诚信原则，出险后会导致保险公司的拒赔。

(2) 保证。保证是指投保人或被保险人根据保险合同的规定，在保险期间内对某一投保事项的作为或不作为，或某种事态的存在或不存在向保险人作出的承诺。

保证分为明示保证和默示保证。

明示保证是以语言、文字和其他习惯方式在保险合同内说明的保证。明示保证按事项内容又可以分为确认保证和承诺保证。确认保证是指投保人对过去或现在某种事态存在或不存在的保证，其所保证的事项不涉及将来。承诺保证是指投保人对将来某一特定投保事项的作为或不作为。违反确认保证的，保险合同自始无效，故意违反的，不退还保险费，过失违反的，可退还保险费；违反承诺保证的，自违反之时起保险合同归于无效，并不退还保险费。

默示保证是指在保险单中，虽没有文字明确列出，但在习惯上已经被社会公认为是投保人或被保险人应该遵守的规则，如要求被保险的车辆必须有正常的行驶能力等。

对于保证条款，包括明示保证和默示保证，投保人或被保险人应严格遵守，一旦违反，

无论是否给保险人造成损害, 保险人均有权解除合同, 并不承担赔偿或给付保险金的责任。

(3) 弃权 and 禁止反言。弃权是指保险合同的当事人放弃他在保险合同中可以主张的权利。

禁止反言是指保险合同的一方当事人既然已经放弃了这种权利, 当保险合同生效后, 就不得反悔再向对方主张这种权利。

在保险活动中, 弃权与禁止反言主要是用以约束保险人的。

1.4.3 近因原则

1. 近因原则含义

近因原则是指造成保险标的损失的近因是保险责任范围的, 保险人承担损失赔偿责任; 造成保险标的损失的近因不属于保险责任范围的, 保险人不承担损失赔偿责任。在保险业务中, 近因原则是认定保险责任的一个重要原则, 对判定事故损失是否属于保险赔偿范围具有重要的意义。

所谓近因是指造成保险标的损失的最直接、最有效、起主导作用或支配性作用的原因, 而不是指在时间上或空间上与损失最接近的原因。

2. 近因的判定

任何一起事故的理赔都必须坚持近因原则, 所以对事故的近因判定非常关键。事故的近因判定可分为以下几类:

(1) 单一原因造成的损失。该种情况下, 造成损失的原因唯一, 该原因即为近因。若这一原因符合条款的保险责任范围, 则保险人应赔偿事故损失; 否则, 保险人不应赔偿事故损失。例如, 一投保了车辆损失保险的车辆, 若因雹灾导致车辆受损, 则雹灾为近因, 且雹灾属于车辆损失险的保险范围, 所以保险人负责赔偿车辆损失; 若因地震导致车辆受损, 则地震为近因, 而地震不属于车辆损失险的保险范围, 所以保险人不负责赔偿车辆损失。

(2) 多种原因同时发生造成的损失。该种情况下, 造成损失的多种原因均为近因。若这些原因均符合条款的保险责任范围, 则保险人应赔偿事故损失; 若这些原因均不符合条款的保险责任范围, 则保险人不应赔偿事故损失; 若这些原因中既有符合保险责任范围的, 也有不符合保险责任范围的, 且损失比例划分清楚, 则保险责任范围内的原因导致的损失保险人负责赔偿, 而保险责任范围外的原因导致的损失, 保险人不负责赔偿; 如果损失比例难以划分清楚, 则保险人不予赔偿或保险双方协商后按比例赔偿。

(3) 多种原因连续发生造成的损失。该种情况下, 要分析前因与后因之间有无因果关系。若有因果关系, 那么最先发生并造成一连串事故的前因为事故损失的近因。此时, 只需要判断最先的原因是否属于保险责任范围即可。若无因果关系, 只是时间有先后, 则后因为事故近因。若后因属于保险责任范围, 则保险人应负赔偿责任, 否则, 不负赔偿责任。如保险车辆暴雨中行驶时熄火, 强行启动后导致发动机受损的案例, 用近因原则分析可知: 发动机受损的过程是“暴雨——强行启动——发动机受损”, 有暴雨的前因, 有强行启动的后因, 但后因与前因之间没有必然联系, 因此, 该起事故的近因是强行启动发动机。

(4) 多种原因间断发生造成的损失。在一连串间断发生的原因中, 有一项新的独立的原因介入, 导致损失。若新的独立的原因为保险责任, 保险人应负赔偿责任; 反之, 保险人不负赔偿责任。



1.4.4 损失补偿原则

1. 损失补偿原则的含义

损失补偿原则是指当保险标的发生保险责任范围内的损失时，保险人按照合同规定，给予被保险人一定的保险赔偿，使被保险人恢复到受灾前的经济原状，但不能因损失而获得额外利益。损失补偿是保险的基本职能，通过保险补偿，避免被保险人因保险事故造成的损失而影响生产或生活的稳定。

2. 损失补偿的方式

保险人履行损失赔偿责任的方式有现金给付、重置和维修三种。

现金给付是财产保险的最常见的损失补偿方式，它简单方便，结案迅速，深受欢迎，如机动车第三者责任险中的人身伤害的赔偿。

重置是指保险人重新购置与保险标的相同或相似的物品给予被保险人作为补偿，如汽车玻璃破碎的赔偿。

维修是指当保险标的受损时，保险人采用维修的办法，将保险标的的性能恢复到未受损时的状况，如车辆损失的赔偿。

3. 损失补偿的限度

保险人履行损失赔偿责任时，必须把握三个限度，以保证被保险人既能恢复失去的经济利益，又不会由于保险赔款而额外受益。具体如下：

(1) 以实际损失为限。即保险赔偿金额不能超过保险标的损失时的市价。

(2) 以保险金额为限。即保险赔偿金额不得高于保险金额。

(3) 以保险利益为限。即被保险人获得的赔款，不得超过对被损财产所具有的保险利益。

例如，某房屋价值 50 万元，房主投保了半年的火灾保险，保额 50 万元。由于市场波动，1 月后该房市价变为 40 万元，如果此时发生火灾，房屋全损，那房主可从保险公司获得 40 万元的赔偿，这是以实际损失为限。2 月后该房市价又变为 60 万，如果此时发生火灾，房屋全损，那房主可从保险公司获得 50 万元的赔偿，这是以保险金额为限。9 月后该房市价又变为 50 万元，此时，房主向银行贷款 30 万元，并以房屋做抵押，银行为安全起见，将该房屋投了为期 1 年的火灾保险，保险金额 50 万，如果刚买了保险后发生火灾，房屋全损，那银行可从保险公司获得 30 万元的赔偿，这是以保险利益为限。可见，保险的补偿以保险金额、实际损失、保险利益中最小的一个为赔偿限度。

4. 代位原则

代位原则是损失补偿原则的派生原则。

(1) 代位原则的含义。代位原则是指保险人依照约定，对被保险人遭受的损失进行赔偿后，依法取得向对损失负有责任的第三者进行追偿的权利，或取得被保险人对保险标的的所有权。其中，依法取得向对损失负有责任的第三者进行追偿的权利，为权利代位，又称代位追偿；依法取得被保险人对保险标的的所有权，为物上代位。所以代位原则包括权利代位和物上代位两部分。

(2) 权利代位（代位追偿）。

1) 代位追偿权产生的条件。产生代位追偿权，必须具备三个条件：

首先，保险标的的损失必须是由第三者造成的，依法应由第三者承担赔偿责任。

其次, 保险标的的损失是保险责任范围内的损失, 根据合同约定, 保险公司理应承担赔偿责任。

第三, 保险人必须在赔偿保险金后, 才能取代被保险人的地位与第三者产生债务债权关系。

2) 保险人在代位追偿中的权益范围。保险人通过代位追偿得到的第三者赔偿额度, 只能以保险人支付给被保险人的实际赔偿额为限, 超出部分的权利属于被保险人, 保险人无权处理。如保险人在支付了 5000 元的保险赔款后向有责任的第三方追偿, 追偿款为 6000 元, 则将多余的 1000 元退还给被保险人。

保险人向负民事赔偿责任的第三者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。

3) 保险人取得代位追偿权的方式。权益取得的方式有两种, 一是法定方式, 即权益的取得无须经过任何人的确认; 二是约定方式, 即权益的取得必须经过当事人的磋商、确认。《保险法》第 60 条第 1 款规定: “因第三者对保险标的的损害而造成保险事故的, 保险人自向被保险人赔偿保险金之日起, 在赔偿金额范围内代位行使被保险人对第三者请求赔偿的权利。”可见, 我国保险人取得代位追偿权的方式为法定方式, 无须经过被保险人的确认。

但被保险人的一些不当做法, 有可能会影响保险人代位追偿权的实施, 所以《保险法》第 61 条规定: “保险事故发生后, 保险人未赔偿保险金之前, 被保险人放弃对第三者请求赔偿的权利的, 保险人不承担赔偿保险金的责任。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。”

4) 代位追偿的对象及其限制。代位追偿的对象是负民事赔偿责任的第三者, 既可以是法人、自然人, 也可以是其他经济组织, 但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追偿权利, 除非被保险人的家庭成员或者其组成人员为故意造成保险事故。

(3) 物上代位。保险事故发生后, 保险人已支付了全部保险金额, 并且保险金额相等于保险价值的, 受损保险标的的全部权利归于保险人; 保险金额低于保险价值的, 保险人按照保险金额与保险价值的比例取得受损保险标的的部分权利。

物上代位实际上是一种物权的转移, 当保险人在处理标的物时, 若得到的利益超过赔偿的金额, 应属保险人所有。

5. 分摊原则

分摊原则是损失补偿原则的另一派生原则。分摊原则适用于重复保险。

(1) 分摊原则的含义。分摊原则是指在重复保险的情况下, 当保险事故发生时, 各保险人应按一定的方式分摊被保险人的损失, 使被保险人既能得到充分的补偿, 又不会获得超过实际损失以外的不当利益, 从而避免引发道德风险。

所谓重复保险是指投保人对同一标的、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, 其保险金额总和超过保险标的实际价值的保险。重复保险原则上是不允许的, 但事实上却是存在着的。保险法规定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。

(2) 分摊方式。在重复保险的情况下, 当发生保险事故时, 保险标的所遭受的损失由各保险人分摊, 分摊方式有三种: 比例责任分摊、限额责任分摊、顺序责任分摊。

1) 比例责任分摊。这是将各保险人的保险金额相加, 除以各个保险人的保险金额, 得出



每个保险人应分摊的比例，然后按比例分摊损失金额。即：

$$\text{赔款} = \text{损失金额} \times \frac{\text{该保险人的保险金额}}{\text{各保险人保险金额总和}}$$

例如，某人将一批财产先后向 A、B、C 三家保险公司投保，保额分别为 60 万元、50 万元和 40 万元。如果保险财产发生保险事故损失 45 万元，A、B、C 三两家保险公司应分别赔付多少？

按比例责任分摊：

$$\text{A 保险公司的赔偿额} = 60 \div (60+50+40) \times 45 = 18 \text{ 万元}$$

$$\text{B 保险公司的赔偿额} = 50 \div (60+50+40) \times 45 = 15 \text{ 万元}$$

$$\text{C 保险公司的赔偿额} = 40 \div (60+50+40) \times 45 = 12 \text{ 万元}$$

即 A、B、C 三家保险公司各承担 18 万元、15 万元、12 万元，赔款总额为 45 万元，正好等于被保险人的实际损失。

比例责任分摊方式在各国保险实务中应用最多。《保险法》第 56 条第 2 款规定：“重复保险的各保险人赔偿保险金的总和不得超过保险价值。除合同另有约定外，各保险人按照其保险金额与保险金额总和的比例承担赔偿保险金的责任。”

2) 限额责任分摊。这是假定在没有重复保险的情况下，由各保险人单独应负的责任限额比例分摊损失金额。即：

$$\text{赔款} = \text{损失金额} \times \frac{\text{该保险人责任限额}}{\text{各保险人责任限额总和}}$$

如上例，在没有重复保险的情况下，A 保险公司应承担 45 万元的赔偿责任，B 保险公司应承担 45 万元的赔偿责任，C 保险公司应承担 40 万元的赔偿责任。现按照限额责任分摊方式计算：

$$\text{A 保险公司的赔偿额} = 45 \div (45+45+40) \times 45 = 15.6 \text{ 万元}$$

$$\text{B 保险公司的赔偿额} = 45 \div (45+45+40) \times 45 = 15.6 \text{ 万元}$$

$$\text{C 保险公司的赔偿额} = 40 \div (45+45+40) \times 45 = 13.8 \text{ 万元}$$

即 A、B、C 三家保险公司各承担 15.6 万元、15.6 万元、13.8 万元，三家保险公司的赔款总额也为 45 万元。

限额责任分摊方式与比例责任分摊方式的共同点是各保险人都是按照一定的比例分摊赔款责任；二者的区别是计算分摊比例的基础不同，前者以赔偿责任为计算基础，后者以保险金额为计算基础。

3) 顺序责任分摊。这是根据多个保险合同生效的先后顺序，由先出立保单的保险人首先负责赔偿，第二个保险人只负责赔偿超出第一保险人保险金额的部分，如果仍有超出部分，即依次由第三、第四个保险人负责赔偿。

仍以上例为例，采用顺序责任分摊方式，先出单的 A 保险公司应承担赔款的 45 万元，后出单的 B、C 两家保险公司则不必承担赔偿责任。可见，三家保险公司的赔款总额仍为 45 万元。

因顺序责任分摊方式不符合公平原则，所以目前很少使用。

本章小结

1. 风险具有的特征: 客观性、损害性、不确定性、可测性、发展性、普遍性、社会性。
2. 风险由风险因素、风险事故、风险损失三要素构成。
3. 风险按其性质分为纯粹风险与投机风险; 风险按其损害对象分为财产风险、责任风险、信用风险和人身风险。
4. 风险管理方法分为控制型和财务型两类。常见的控制型方法有风险避免、风险预防、风险抑制、风险集合和风险分散等。常见的财务型方法有风险自留和风险转嫁。
5. 现代商业保险包括五大要素: 可保风险、多数人同质风险的集合与分散、费率的合理厘定、保险基金的建立、订立保险合同。
6. 保险按保险实施方式分为自愿保险与强制保险; 按合同中是否确定保险价值分为定值保险与不定值保险; 按风险转嫁方式分为足额保险、不足额保险与超额保险; 按保险人承担保险责任的次序分为原保险和再保险; 按保险标的分为财产保险和人身保险。
7. 保险监管是指政府对保险业的监督和管理, 保险监管体系包括监管法规、监管机构、行业自律三部分。
8. 保险合同特有特征: 有偿合同、双务合同、附和合同、射幸合同、具有个人性。
9. 保险合同主体分为当事人和关系人两类。当事人包括保险人和投保人, 关系人包括被保险人和受益人。保险合同客体是投保人对保险标的的保险利益。
10. 保险合同的内容分为基本内容和约定内容。保险合同形式主要有投保单、保险单、保险凭证、暂保单和批单等五种。
11. 保险利益构成条件: 保险利益必须是合法利益、经济利益、确定利益。
12. 最大诚信原则的内容包括告知、保证、弃权与禁止反言。
13. 近因是指造成保险标的损失的最直接、最有效、起主导作用或支配性作用的原因, 而不是指在时间上或空间上与损失最接近的原因。
14. 保险人履行损失赔偿责任的方式有现金给付、重置和维修三种。保险人履行损失赔偿责任时, 必须把握三个限度: 以实际损失为限、以保险金额为限、以保险利益为限。
15. 代位原则是损失补偿原则的派生原则。代位原则包括权利代位和物上代位两部分。分摊原则是损失补偿原则的另一派生原则。分摊原则适用于重复保险。

知识训练

1. 填空题

- (1) 风险一般由_____、_____、_____三要素构成, 它们相互作用, 共同决定了风险的存在、发展和变化。
- (2) 只有损失机会而无获利可能的风险是_____风险。
- (3) 保险合同的当事人包括_____和_____, 关系人包括_____和_____。
- (4) 风险管理技术分为_____和_____两类。



- (5) 保险利益存在必须具备的条件有_____、_____、_____。
- (6) 某一风险的发生具有_____，大量风险发生具有_____。
- (7) 订立保险合同要经历两个法定程序，即_____和_____。
- (8) 保险赔偿方式主要有_____、_____、_____三种。保险人履行损失赔偿责任时，必须把握三个限度，具体为_____、_____、_____。
- (9) 保证按其存在形式分为_____和_____。
- (10) 保险中介的主体形式多样，主要包括_____、_____、_____。
- (11) 保险深度是指_____，保险密度是指_____。
- (12) 保险监管体系包括_____、_____、_____三部分。
- (13) 保险合同的争议处理方法通常有_____、_____、_____和_____四种。
- (14) 在最大诚信原则中，告知的形式为：投保人告知的形式有_____和_____两种；保险人告知形式有_____和_____两种。
- (15) 重复保险的分摊方式有三种，分别为_____、_____、_____。

2. 简答题

- (1) 什么是风险？风险的特征有哪些？
- (2) 风险管理的方法有哪些？
- (3) 可保风险应具备哪些条件？
- (4) 《保险法》对保险的概念是如何规定的？
- (5) 保险的要素包括哪些内容？
- (6) 比较足额保险、不足额保险与超额保险在损失赔偿时的区别。
- (7) 保险有哪些职能？
- (8) 根据身边人员因遭受事故而债台高筑、生活困难的实例，谈谈保险的作用。
- (9) 到某一保险公司，调查投保单、保险单、批单、暂保单等的式样及包含内容。
- (10) 近因如何判定？
- (11) 代位追偿权的产生条件包括哪些？
- (12) 何谓重复保险？

 能力训练

1. 赵某为妻王某投保了人身保险，其中死亡保险金额为 50 万元，王某指定其女小玉为受益人，未指明受益份额。09 年 1 月赵某又指定其父老赵为受益人，但未获得王某的同意。王某也指定其外甥小王为受益人，但忘记通知保险公司。09 年 9 月，王某出车祸死亡。试问：
- (1) 有权向保险公司申请给付保险金的人是（ ）。
 - A. 小玉
 - B. 赵某
 - C. 老赵
 - D. 小王
 - (2) 小玉的受益份额为（ ）。
 - A. 50 万元
 - B. 25 万元
 - C. 16.67 万元
 - D. 12.5 万元
 - (3) 若王某指定外甥小王为受益人时，通知了保险公司，则小玉的受益份额为（ ）。
 - A. 50 万元
 - B. 25 万元
 - C. 16.67 万元
 - D. 12.5 万元

(4) 若赵某指定其父老赵为受益人时获得王某的同意, 王某指定其外甥小王为受益人时也通知了保险公司, 则小玉的受益份额为 ()。

- A. 50 万元 B. 25 万元 C. 16.67 万元 D. 12.5 万元

2. 若李某 2009 年 6 月 10 日购买一栋别墅, 价值 120 万元, 同月 15 日, 李某向 A 保险公司购买了房屋保险, 保险期限为 1 年, 保险金额为 120 万元, 并于当日交清了保险费。2009 年 12 月 10 日, 李某将该别墅以 150 万元的价格卖给周某, 李某并没有经 A 保险公司办理批单手续, 2010 年 3 月 10 日, 因意外发生巨大火灾, 房屋全部被烧毁。问:

(1) 若李某向 A 保险公司索赔, 保险公司是否赔偿? 为什么?

(2) 若周某向 A 保险公司索赔, 保险公司是否赔偿? 为什么?

3. 某投保人将财产分别向甲、乙、丙、丁、戊五家保险公司投保同一险种, 保额分别为 10 万元、15 万元、5 万元、7 万元、8 万元, 已构成重复保险。若因一事故使该财产损失额为 9 万元, 则按《保险法》规定, 五家保险公司通常采用何种分摊方式? 赔偿额分别为多少?

4. 有一批货物出口, 货主以定值保险的方式投保了货物运输保险, 按投保时实际价值与保险人约定保险价值 240 万元, 保险金额也为 240 万元, 后货物在运输途中发生保险事故, 出险时当地完好市价为 200 万元。问:

(1) 如果货物全损, 保险人如何赔偿? 赔款为多少?

(2) 如果部分损失, 损失程度为 80%, 则保险人如何赔偿? 其赔款为多少?