

# 保 险

## 同舟共济渡难关

我们在生活中面临各种各样的风险，比如房屋火灾、交通事故、意外伤害、突然得病……，这些风险发生的概率虽然不高，但一旦发生却会带来巨大损失。虽然这些风险捉摸不定，防不胜防，但是聪明的人们总是能想出好办法来应付这些风险：每个人都拿出很少的一点钱，汇集成巨大的“资金池”，当少数人遭受意外事故时，就从这个“资金池”中拿出一部分帮助他渡过难关——这种做法就是保险。通过保险，人们可以同舟共济，共渡难关。

保险也是金融体系的重要组成部分。对于整个社会经济而言，保险起着很重要的保障作用。如果说银行体系和证券市场是社会经济发展的动力系统，那么保险就是社会经济的“急救箱”。在社会经济“受伤”或者“突发疾病”的时候，保险可以立刻施以救助，帮助社会渡过难关。因此保险体系是整个社会的保障系统，就像一个“缓冲器”，保证社会经济发展的连续性，防止遭遇突发事件而中断。

### “人人为我，我为人人”

600多年前的某一天，地中海上电闪雷鸣、风雨交加，一支商船舰队满载贸易货物在波涛汹涌的大海上时沉时浮。眼看狂风巨浪越来

越猛烈，商船时刻都有倾覆沉没的危险。船队队长当机立断，命令全部商船向大海中抛弃货物！各船船舱中最靠近甲板的货物被扔进大海，船只重量变轻了，终于躲过一劫。风暴过后，各商船清点损失的货物，有的货主损失得多，有的则损失得少，为了公平起见，最终所有损失由所有货主共同分担。这种“人人为我，我为人人”的共同承担风险损失的办法，就是近代保险的萌芽。

保险就是投保人根据合同约定，向保险人支付保险费，保险人对合同约定的可能发生的事故造成而造成的财产损失承担赔偿责任，或者当被保险人死亡、伤残或达到合同约定年龄、期限时承担给付保险金责任的商业行为。

保险实际上是一种分散风险、集中承担的社会化安排。从经济学角度看，保险是对客观存在的未来风险进行转移，把不确定损失转化为确定成本——保险费。拿意外伤害来说，我们每个人每时每刻都面临着遭受意外伤害的风险，但谁也无法确定到底会不会发生、何时发生，有时一旦发生有可能非常严重，沉重的医疗费用甚至会有的家庭走向崩溃的边缘。保险则由保险公司把大家组织起来，每个人交纳保费，形成规模很大的保险基金，集中承担每个人可能发生的意外伤害损失。可见对于个人而言，保险就是在平时付出一点保费，换来在发生风险的时候获得足够补偿，不致遭受重大冲击。

对于整个社会经济而言，保险能够起到维持经济发展的连续性的重要作用。在遇到重大灾害性事件时，巨大损失会严重冲击社会经济的稳定发展，甚至使社会经济发展的链条发生断裂，而保险则能够起到缓冲和补救作用，帮助社会渡过难关。2001年9月11日，美国遭遇严重的恐怖袭击，世贸大楼被撞塌，数千精英殒命，损失巨大。但由于完善的保险体系，全球保险业为此偿付保险金达数百亿美元之巨，美国经济也因此没有出现剧烈动荡。

## 哪些风险可以保

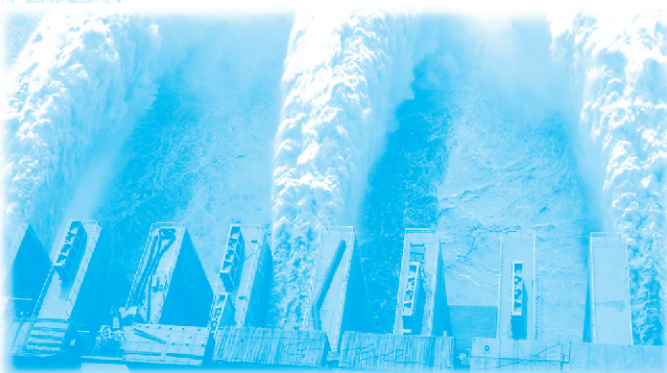
保险中的可保风险仅指“纯风险”。纯风险的意思是说只有发生损失的可能，而没有获利的可能。比如财产被盗、身体得病等风险就是一种纯风险，只会遭受损失而不可能获利。投资股票亏损就不是纯风险，因为投资股票不仅可能亏损，也可能赚大钱。所以，保险公司是不会为股票投资上保险的。具体来说，可保风险必须具备以下条件：

- **损失程度高。**如果潜在损失不大，微不足道或者人们完全可以承受，这类风险根本不用采取“保险”。比如您根本不会因为担心遗失一个苹果而专门买保险。

- **损失发生的概率小。**如果损失发生的概率本身就很高，对这样的风险投保意味着昂贵的保费，也就谈不上转移、分散风险了。比如，某地区新自行车失窃率高达40%，如果对新自行车投保，您需要支付40%的纯保费，外加保险公司为弥补营业开支而收取的保费（比如10%），那么总保费就达到了车价的一半！显然投这样的险很不划算。

- **损失有确定的概率分布。**保险公司在确定收取保险费时，需要明确这种风险发生的可能性有多大，发生后造成的损失有多大，然后才能据此计算应交纳的保费。因此，保险公司必须掌握风险损失发生的概率分布，还要根据外部环境的变化及时调整这些数据。

- **存在大量具有同质风险的保险标的。**任何一个险种，保险标的数量必须足够大，否则就起不到分散、转移风险的作用。另



外，根据“大数定律”，投保的人越多，保险标的越多，风险发生的概率和损失程度越稳定，这显然更有利于保险公司测算风险，保证稳定经营。

- **损失发生必须是意外的。**如果故意为之，保险公司将不予赔付。

- **损失必须可以确定和测量。**损失一旦发生，保险公司需要明确损失价值并给予赔偿，若不能确定和测量，就无法进行保险。

可保风险与不可保风险的区别并不是绝对的。比如在过去，战争、地震、洪水等巨灾风险一旦发生，保险标的会普遍受损，而且损失相差很大，由于保险公司财力不足、保险技术落后及再保险市场规模较小，这类风险一般不列为可保风险。但是近年来随着保险公司实力日渐雄厚，加上再保险市场规模扩大，这类巨灾险也被某些保险公司列入保险责任范围之内。

## 神秘的大数定律

如果您随机地向上抛一枚硬币，很难判断这枚硬币落地后是正面朝上还是反面朝上。如果您抛了10次硬币，可能有5次正面朝上，也可能有3次正面朝上，甚至有可能没有一次正面朝上。但是如果您不嫌累，一直不停地抛下去，抛了1000次、10000次、1000000次，您就会发现，硬币正面朝上和反面朝上的次数越来越接近，近似等于总次数的一半；而且抛的次数越多，正面朝上的次数越稳定地接近于总次数的一半。这就是数学上所说的略带神秘色彩的“大数定律”。这个定律说的是随着随机试验次数的大量增加，某随机事件发生的频率具有稳定性，逐渐趋于某个常数。比如上面的抛硬币试验，随着实验次数的大量增加，硬币正面朝上的频率逐渐趋于二分之一，也即抛一枚硬币落地后正面朝上的概率为二分之一。可以说，基于大数定律，我们对一些不确定性很强的个别事件，可以从总体上作出比较确定的预测。

大数定律对于保险经营来说至关重要。大数定律说明，当保险标的的数量足够大时，我们可以根据以往的统计数据计算出某种损失发生的估计概率，这个概率比较稳定，与这种损失未来实际发生的概率非常接近，我们就可以根据这个概率来计算可能发生的损失并确定要收取多少保费。比如，我们无法预测某栋房屋未来一年内发生火灾的概率，因为可能引发火灾的因素实在太多。如果保险公司只为一栋房屋提供保险，这无异于一次赌博。但是根据以往的统计数据，假如发现一年内每 10000 栋房屋就有 20 栋房屋失火，那么，基本可以有把握地说，每栋房屋失火的概率是 0.2%，据此，我们可以计算每栋房屋未来一年可能发生的损失。如果有数量足够大的房屋投保火灾保险，我们还可以根据可能发生的损失厘定应收取的保费。房屋投保的数量越大，损失发生的概率越稳定，越与实际发生的情况接近，越便于保险公司厘定保费和管理风险。

我们常说保险就像蓄水池，每个人拿出一部分保费，保险公司把这些资金集中起来可以弥补少数不幸者所遭受的损失。显然，如果参与这个蓄水池机制的人越多，蓄水池的作用发挥就会越稳定。

### 保险的价格：保险费率

保险费率就是保险费占保险金额的比率，也就是购买保险的价格。那么保险费率是怎么确定的呢？

保险费率包括两个部分：一部分是依据风险发生的概率测定的纯费率，又称自然费率；另一部分是根据保险公司自身管理费用、合理利润和税收等测定的附加费率。比如，我们假设有 10000 人购买了某公司的人身保险，根据经验概率数据，这 10000 人中每年有 1 人因为意外伤害或疾病死亡，保险公司给予死亡者家庭 1000000 元补偿。假定每个人面临的死亡风险都是一样的，那么保险公司应该向每人收取

1000000元 $\div$ 10000=100元保险费以补偿那个家庭。这100元就是我们通常意义上的纯保险费,1000000元则是用于赔付的保险金,100 $\div$ 1000000=0.01%就是纯保险费率。假如保险公司在经营这项保险业务时每年必须付出100000元的各项费用,摊到保费中就是100000 $\div$ 10000=10元,附加费率就是10 $\div$ 1000000=0.001%。纯保费率和附加费率之和就是总保险费率,在这个例子中就是0.011%。

保险费率是保险的价格,直接关系到保险公司业务量的大小。但保险公司一般不能任意降低保险费率以增加市场份额,因为如果保险费率过低,保险公司就会面临无法偿付的危机。所以各国都对保险公司的费率实行严格监管,政府保险监督管理机构不仅具有费率的核定权,还规定费率的计算公式。我国《保险法》规定,保险公司的主要险种的基本保险条款和保险费率,由金融监督管理部门制定,保险公司拟定的其他非主要险种的保险条款和保险费率,应当报保险监督管理部门备案。

保险费率关系到保险公司的偿付能力以及被保险人和受益人的利益,所以保险费率的厘定必须坚持以下准则:

- **合理适当。**厘定费率应公平合理,一方面要防止费率过低损害保险公司偿付能力;另一方面又要减轻投保人保险费负担。
- **相对稳定。**费率厘定后应在相当长的时期内保持稳定,否则既增加公司成本,也影响业务发展。
- **反应灵敏。**
- **鼓励防灾防损。**



2006年12月8日发射升空的中国风云二号D星由中国国内14家保险公司共同承保

## 最大诚信原则——保险原则之一

案例：1996年3月，45岁的老龚患胃癌并住院治疗，为了不  
让老龚情绪波动太大，老龚的家属没告诉他真相。老龚手术出院  
后，继续正常工作。8月，老龚在某保险业务员的劝说下投了一份  
人身保险，但填写保单时并没有申报自己患有癌症的事实。1997  
年5月，老龚旧病复发，医治无效身亡。老龚家属要求保险公司赔  
付，而保险公司审查事实后却拒绝给付，这是为什么呢？

原来，保险这桩买卖最讲究的就是“最大诚信原则”。怎么算是最大诚信呢？最大诚信是要求当事人必须向对方充分而准确地告知有关保险的所有重要事实，不允许存在任何的虚伪、欺骗和隐瞒行为。如果一方隐瞒了重要事实，另一方有理由宣布合同无效或者不履行合同约定的义务或责任。

最大诚信原则可以表述为：保险合同当事人订立保险合同及在合同的有效期内，应依法向对方提供影响对方是否缔约及缔约条件的全部实质性重要事实；同时绝对信守合同订立的约定与承诺。否则，受到损害的一方，可以以此为理由宣布合同无效或不履行合同约定的义务或责任，还可以对因此而受到的损害要求对方予以赔偿。

那么为什么要规定“最大诚信原则”呢？从上面这个故事中我们可以看出，如果投保人不履行最大诚信原则，对保险公司来说将会产生很大的道德风险！人们买保险的时候都故意隐瞒一些重要事实，而这些事实可能增大保险标的发生损失的可能性，长此以往，保险公司就无法经营下去。

最大诚信原则不光保护保险公司的利益，对于投保人或被保险人

来说也有好处。因为保险合同很复杂，专业性很强，而且所有的条款都是保险人制定的，老百姓对保险合同中的有些问题不容易理解和掌握。比如，保险费率是不是过高，承保条件是不是过于苛刻等，如果保险公司不遵守最大诚信原则，您恐怕很容易上当受骗！

所以说，保险当事人都要遵守最大诚信的原则，保险这桩买卖才能公平合理。在上面的案例中，尽管老龚不知道自己得了癌症，但他知道自己动过手术，隐瞒了这些重要事实，就没有尽到最大诚信的义务。试想，如果保险公司知道他得了癌症并动过手术，可能就不会承保了。所以，保险公司拒赔也就不难理解了。

## 保险利益原则——保险原则之二

案例：小张（男）和小王（女）大学时就是一对恋人，毕业后虽然在不同城市工作，但仍不改初衷，鸿雁传情。小王生日快到了，约好到小张那里相聚。小张想给她个惊喜，就悄悄买了份保单，准备生日那天送给小王。谁知在小王赶往小张所在城市的路上，遭遇车祸身亡。小张悲痛之余想起了手里的保单，不料保险公司核查后却拒绝支付保险金。这是为什么呢？

保险四原则中第二个原则就是：保险利益原则。简单地说，就是您不能给与您“毫不相干”的财产或者他人买保险。“毫不相干”在这里当然不是说丝毫没有关系，而是说没有法律上承认的利益关系。这里的保险利益要满足三个条件：首先，保险利益必须是合法的利益，为法律认可，受法律保护；其次，保险利益必须是客观存在的、确定的利益，不能是预期的利益；第三，保险利益必须是经济利益，这种利益可以用货币来计量。

保险利益是指投保人或被保险人对投保标的所具有的法律上承认的利益。保险利益原则要求保险人或投保人对投保标的必须具有保险利益。如果投保人所投保的保险标的没有保险利益，保险人可以单方面宣布保险合同无效；如果保险合同生效以后，投保人或被保险人又失去了对保险标的的保险利益，保险合同也就随之失效。

为什么要讲究保险利益原则呢？试想，假如我们抛弃这个原则，任何人都可以随随便便给您上人身保险，同时指明受益人是他自己，那么您会不会觉得害怕？所以说，如果抛弃保险利益原则，就会产生极大的道德风险。

我国法律对人身保险的保险利益人范围作出了规定：“投保人对下列人员具有保险利益：本人；配偶、子女、父母；前项以外与投保人有抚养、赡养或者扶养关系的家庭成员、近亲属。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。”

在上面的案例中，小张和小王虽然是恋爱关系，但并不是法律认可的保险利益，而且小张在小王不知情的情况下为其买保险，所以，不能认定小张对小王有保险利益，保险公司是可以宣布合同无效的。假如小张在买保险之前征得了小王的同意，情况就完全不同了，根据上述第三款规定，保险公司就应按照约定支付保险金。

### 近因原则——保险原则之三

案例：老李开了个杂货铺，还为自己的杂货铺和杂货铺里的

货物买了财产保险。店铺保险金额15万元，店内货物保险金额3万元。一天杂货铺因电线老化失火，老李在无法将大火扑灭的情况下，奋力把店里的杂货搬了出来。孰料街上的人一哄而起，把货物抢了个精光。事故发生后，老李向保险公司提出索赔。保险公司经审查后确认，老李店铺完全烧毁，店内烧毁货物约1万元，抢救出来被哄抢的货物2万元。于是保险公司只答应赔付店铺损失和店内被烧毁的货物损失，共计16万元；而对于被哄抢的货物则拒绝赔付，理由是货物不是被火烧毁的。双方争执不下，诉至法院，结果法院判决保险公司败诉，应向老李赔偿全部损失18万元。为什么保险公司会败诉呢？

在保险四原则中还有一个“近因原则”。造成保险事故的原因通常很多，有主要的也有次要的，有直接的也有间接的。近因就是引起保险事故或者保险标的损失的具有决定性作用的因素。近因原则的意思是说造成保险事故和保险标的损失的近因如果属于保险责任，保险公司就得赔偿；如果近因不属于保险责任之内，保险公司就可以不赔。

近因是指引起保险标的损失的直接的、最有效的、起决定作用的因素，它直接导致保险标的的损失，是促使损失结果发生的最有效的或起决定作用的原因。

近因原则的基本含义是：若引起保险事故发生，造成保险标的损失的近因属于保险责任，则保险人承担损失赔偿责任；若近因属于除外责任，则保险人不承担赔偿责任。

在上面的案例中，老李的店铺和在店铺内没有抢救出来的货物均被大火焚毁，火灾是近因，在保险责任之内，因而保险公司理应赔偿。但对于从店铺里抢救出来放在大街上、又被过路人哄抢而光的货物，保险公司却说损失不是由火灾引起的，这显然是违背近因原则的。因为搬出来的货物虽然不是烧毁的，但却是因为店铺发生火灾而搬出来

的，也就是说，是火灾导致了最终的哄抢。因此，火灾是这些货物损失的近因，不论第二原因、第三原因是否在保险责任范围内，保险公司都应该照价赔偿。

## 损失补偿原则——保险原则之四

案例：老刘刚买了一辆小轿车，他非常爱惜自己的汽车，就给自己的车上了“双保险”。他先在一家保险公司买了一份15万元的保险，



后又在另一家保险公司买了一份同样的保险，两份保险合计保险金30万元。一天，老刘行驶中合法停靠路边，下车办事。不料刚走没多久，一辆飞驰而过的载重大卡车竟把老刘的爱车碾成“铁饼”，汽车彻底报废。老刘于是分

别向两个保险公司索赔，要求两保险公司各赔付15万元。但两保险公司查明事实后，各自只赔付了7.5万。老刘不服，告上法院，法院却支持保险公司的做法。老刘仍然觉得委屈，凭什么交两份保险的钱，只得一份保险的赔偿？

保险中还有一个原则就是“损失补偿原则”。意思是说，发生了保险事故，保险公司只补偿损失的部分，使被保险人的经济状态恢复到保险事故发生以前的状态。这里就有两层含义：一是只有当保险责任范围内的损失发生了，才补偿损失，没有损失就不补偿；二是损失补偿以被保险人的实际损失为限，不能因为保险公司的赔偿，使被保险

人获得比以前更多的经济利益。

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，被保险人有权按照合同的约定，获得保险赔偿，用于弥补被保险人的损失，但被保险人不能因损失而获得额外利益。

为什么要坚持损失补偿原则呢？因为保险的本意就是要通过集中保险资金补偿个别损失。坚持损失补偿的原则也是为了减少道德风险，如果人们可以通过保险获得额外利益，就会有很多人故意制造损失，以获取更多的赔偿。

在上面的案例中，老刘为自己的爱车买了“双保险”，也就是为同一保险标的重复保险，这种情况下一旦发生保险事故，保险公司的总赔付也是按照损失补偿的原则，所以两家保险公司总赔偿额为15万元，而不是30万元。两家保险公司则按照一定方式，比如根据各自收取的保费比例，分摊赔偿的保险金。

当然，损失补偿原则只运用于损失可以用货币计量的保险中，多用于财产保险合同，而在给付性保险合同中，一般不能适用。比如人身保险合同，由于人的身体是无法用货币计价的，所以一般不适用损失补偿原则。

## 保险合同与保险合同中的“四种人”

买保险，要签保险合同，保险合同是将来赔偿支付的依据，所以必须看懂保险合同。

保险合同是投保人和保险人约定保险权利义务关系的协议，调整的是有保险内容的民事法律关系。所以保险合同不仅适用《保险法》，还适用《合同法》和《民法通则》。

保险合同中涉及四种人：投保人和保险人、被保险人和受益人，

四种人各自的权利义务大不相同。

● 投保人和保险人是保险合同的当事人,也就是签合同的两个人。



投保人又称要保人,是向保险人购买保险,按照与保险人订立的合同缴付保费的人。自然人和法人都可以买保险,都可以成为投保人,条件是:具有相应的民事行为能力能力和行为能力,且对保

险标的有保险利益。保险人又称承保人,也就是保险公司,按照保险合同收取投保人缴付的保费,并承担赔偿或者给付保险金责任。

● 被保险人和受益人不是保险合同的当事人,但却是保险合同中的利益相关人。被保险人是其财产或人身受保险合同保障,享有保险金请求权的人。投保人和被保险人有时是一个人,比如您为自己买了一份人身保险,您既是投保人,也是被保险人。受益人则是人身保险合同中由投保人或被保险人指定的享有保险金请求权的人。受益人一般由投保人或被保险人在保险合同中指定,投保人指定受益人必须经过被保险人同意。比如张三为自己的妻子买了一份人身保险,张三就是投保人,他的妻子则是被保险人。张三和妻子商量指定他们的儿子为受益人,这样,假如张三的妻子发生不测,他们的儿子将获得保险赔付的请求权。如果被保险人是无民事行为能力或限制行为能力人,受益人可以由被保险人的监护人指定。如果没有指定受益人,则在被保险人死亡时,由其继承人领受保险金。被保险人或投保人可以变更受益人,但应当书面通知保险人。

弄清楚了保险合同和合同中所涉及各方的角色,才能在发生保险赔偿时减少纠纷,保障各方的权利和义务。

## 投保人和保险人的义务

演艺巨星梅艳芳得知自己患有子宫肿瘤，为自己买了一份保额高达1000万港元的保险。但在购买保险的时候，梅艳芳担心病情泄露会影响自己的演艺事业，因而没有在保单上申报病情。梅艳芳去世后，保险公司以梅艳芳隐瞒病情未履行告知义务为由，拒绝赔付1000万港元保险金。

梅艳芳少写一句话，千万港元遭拒赔。在买保险的时候，为了将来减少纠纷，您必须清楚自己和保险公司各承担哪些义务。投保人的主要义务有：

- **真实情况不隐瞒。**订立保险合同的时候，投保人必须把保险标的的有关情况如实向保险人陈述、申报和声明。如果隐瞒不报，发生保险事故时保险人可以不予赔偿或解除合同。

- **如约缴纳保费。**您与保险人签了保险合同，就要按照约定的时间、地点、方式向保险人缴纳保费，如果违约，保险人就可以终止合同。

- **危险增加要通知。**如果保险合同当事人在缔约时预料的保险标的的危险在合同有效期内增加了，被保险人应当及时通知保险人；保险人有权根据增加的危险增加保费或解除合同。如果被保险人明知危险增加却不通知保险人，因危险增加而发生事故，保险人有权不赔。

- **保险事故要通知。**保险事故一旦发生，投保人、被保险人或者受益人应当及时通知保险人，以便保险人迅速调查事实真相，收取证据，及时处理。

- **遇有危险要施救。**被保险人要遵守国家有关消防、安全、生产



操作、劳动保护等方面规定，维护保险标的的安全，并根据保险人的建议改进安全维护工作。发生保险事故时，被保险人有义务尽力采取必要措施，防止或减少保险标的的损失。

● **有关材料要提供。**保险事故发生后，投保人、被保险人、受益人应当尽力向保险人提供与确认保险事故原因、性质等有关的材料。

保险人的义务包括：

● **赔付保险金。**保险事故发生后，保险人应当依据保险合同向被保险人或受益人赔偿或给付保险金。

● **明确告知保险合同条款。**保险人应当向投保人明确告知保险合同的条款内容，合同中有保险人责任免除条款而保险人未明确说明的，该条款不生效。

● **及时签发保险单证。**合同成立后保险人应及时向投保人签发保险单或其他保险凭证，载明双方约定的内容。

● **积极防灾防损。**保险人应当充分利用自己的专业技术，配合被保险人，积极进行防灾防损的工作。

## 五花八门的险种

保险品种五花八门，根据不同的标准可以划分为不同的保险。

根据保险标的的不同，保险可以划分为财产保险和人身保险两大类。财产保险以某项有形或无形财产或与之相关的利益为保险标的，是一种补偿性保险。财产保险包括财产损失保险、责任保险、信用保险、保证保险以及农业保险等。人身保险是以人的寿命和身体为保险标的的保险，如健康保险、意外伤害保险、人寿保险、生存保险、死亡保险及两全保险等。当人们遭受不幸事故或因疾病、年老以致丧失工作能力、伤残、死亡或年老退休时，根据保险合同的约定，保险人对被保险人或受益人给付保险金或年金。

按照业务承保方式不同,保险可分为原保险和再保险。原保险发生在保险人与投保人之间,再保险发生在保险人与保险人之间。比如,一家保险公司为某次卫星发射提供保险,但卫星发射风险很大,而且一旦失败损失巨大,实力较小的保险公司可能会因此破产。比较明智的做法就是将该风险再转移给其他保险人,由几个保险人共同分担,这就叫再保险。可见,再保险是以原保险为基础,以原保险人所承担的风险责任为保险标的的补偿性保险,因此,也叫“保险人的保险”。需要说明的是,再保险人和原保险合同中的投保人没有任何直接法律关系,原来的投保人无权要求再保险人赔付,再保险人也无权要求原投保人缴保费,再保险是原保险人和再保险人之间的保险。

按照被保险人的不同,保险可分为个人保险和团体保险。个人保险以个人或家庭的财产、生命、健康等为标的;团体保险则是一份总的保险合同,为一个经营单位的各类财产及责任提供保险保障,或者为该团体中的众多成员提供人身保险。

按照保险的实施方式,保险还可以分为自愿保险和强制保险。自愿保险是投保人和保险人自愿订立的保险,而强制保险则是法律规定某一定范围内的单位或个人,不论愿意与否都必须参加的保险。比如,车辆第三者责任险就是强制保险,主要目的是为了在事故发生时能够迅速解决争议。

按照经营方式的不同,保险可以分为商业保险、社会保险和政策性保险。商业保险是指由专门的保险企业按照商业原则经营的保险,保险公司追求盈利目标;社会保险是国家依法要求公民强制缴纳保费,形成保险基金,用于医疗、养老、教育等目的的基本社会保障制度。社会保险不以盈利为目的,出现赤字由国家财政予以支持;政策性保险是指以支持国家经济政策为目的的非盈利保险,通常受到政府财政税收政策支持,如出口信用保险、农业保险等。

## 让您高枕无忧：财产保险



准确地说，财产保险是指以各种财产物资和有关利益为保险标的，以补偿投保人或被保险人的经济损失为基本目的的一种社会化经济补偿制度。财产保险是包括财产损失保险、责任保险、信用保证保险和农业保险四大类在内的财产保险体系。

财产损失保险是以承保客户的财产物资损失危险为内容的各种保险业务的统称，也是保险公司最传统、最广泛的业务。常见的是火灾保险，如团体火灾保险、家庭财产保险等；各种运输保险，如机动车辆保险、飞机保险、船舶保险、货物运输保险等；各种工程保险，如建筑工程保险、安装工程保险、科技工程保险等。

责任保险的保险标的是某种民事赔偿责任，具体说来是致害人（被保险人）对受害人（第三者）依法应承担的民事损害赔偿赔偿责任或经过特别约定的合同责任，当被保险人依照法律需要对第三者负损害赔偿赔偿责任时，由保险人代其赔偿责任损失。责任保险包括：公众责任保险、产品责任保险、雇主责任保险及职业责任保险等。

信用保证保险包括信用保险和保证保险。比如，您的公司向国外某企业出口了一批货物，但是您对买方能不能守信心里没底，您就可以向保险公司购买一份保险合同，约定您支付保费后，如果对方破产或赖账，就由保险公司代替买方企业向您偿还货款，这就是信用保险。再比如您想贷款买一部车，可是银行并不知道您姓甚名谁，对您的信用状况没有把握，银行就会要求您到保险公司为自己购买一份保险合

同，约定如果您不能偿还贷款，由保险公司承担偿还责任，这就是保证保险。

农业保险则是指专为农业生产者在从事种植业和养殖业生产过程中，对遭受自然灾害和意外事故所造成的经济损失提供保障的一种保险。

财产保险的一个很大特点是损失补偿，它强调保险人要按照约定赔偿损失，而不允许被保险人通过保险获得额外利益。这就是我们前面讲的保险原则之四——损失补偿原则。

## 与您共渡难关：人身保险

人身保险就是以人的寿命和身体为保险标的一种保险。投保人按照保险合同约定向保险人交纳保险费，当被保险人在合同期限内发生死亡、伤残、疾病等保险事故或达到合同约定的年龄、期限时，由保险人依照合同约定承担给付保险金的责任。

我们知道，财产保险强调损失补偿，但是人身保险就不同了，它的标的是人的生命和身体，可人的生命和身体是不能用货币来衡量的，更不可能要求保险公司向车祸中失去双腿的被保险人“补偿损失”。也就是说，人身保险合同的保险金额不像财产保险那样以保险标的的价值为依据，而是依据被保险人对保险的



需求程度、投保人的缴费能力以及保险人的可承受能力来确定的。只要您愿意，您就可以为自己或他人购买多份人身保险合同。人身保险讲究保险受益人应依法受益，除了医药费不能重复给付外，您可以获得多份保险金。

按照保险的范围，人身保险可以分为人寿保险、人身意外伤害保险和健康保险。人寿保险以被保险人的生存或死亡为给付保险金的条件；人身意外伤害保险以被保险人因遭受意外伤害事故造成死亡或残疾为保险给付条件；健康保险以人的身体为保险对象，保证被保险人在因疾病或意外事故受到伤害时的费用支出或收入损失获得补偿。

人身保险合同与其他保险合同一样，要求投保人、被保险人和保险人做到最大诚信。如果您误报、漏报、隐瞒年龄和身体健康状况等事实，保险公司有权更正，如果您少缴保费了，就得补缴；如果您多缴了，保险公司就得退还。如果保险公司认为您没有尽到最大诚信原则，保险公司可以解除合同。当然，在国外，法律规定保险公司只能在两年内要求解除合同，两年之后就不可以了，这也是为了防止保险公司滥用最大诚信原则，随便解除合同。

## “鳏寡孤独废疾者皆有养”：社会保险

《礼记·礼运篇》里曾经为我们描述过一个美丽的大同世界：“老有所终，壮有所用，幼有所长，鳏寡孤独废疾者皆有所养……”这样的大同世界毕竟只是美丽的“乌托邦”，那么现实中的“鳏寡孤独废疾者”怎么办呢？让我们设想两种情景。

情景一：老王两口子已年过六旬，只有一个女儿，已经出嫁，女婿在家里也是独生子女，父母健在。说到这里您恐怕已经开始担心了：谁来为老王两口子养老？

情景二：40多岁的老张正值壮年，在一家国有企业当了20多

年的工人，可是因为企业减员增效而突然下岗，一下子全家生活无着落。类似老张这样的例子还有很多，他们的吃饭问题又怎么解决？

如果不能让老人们安度晚年，不能解决失业人员的温饱，社会恐怕就不会有安宁。为了解决社会的养老问题、失业问题以及其他类似的问题，社会保险应运而生。

社会保险就是国家通过立法采取强制手段对国民收入进行的再分配。它从社会各方筹集资金形成保险基金，当劳动者因年老、疾病、生育、伤残、死亡等原因，丧失劳动能力或因失业而终止劳动，本人和家庭失去收入来源时，由国家和社会提供必要的生活和物质帮助。它同社会救济、社会福利等共同构成了社会保障制度。

建立社会保险的目的在于满足劳动者的基本生活需要，既不像社会救济那样旨在满足人们的最低生活需要，也不像商业保险那样可以满足人们的较高生活需要。社会保险在劳动者部分或全部丧失劳动能力或失业时，为劳动者提供切实可靠的基本生活保障。社会保险包括养老保险、失业保险、医疗保险、工伤保险、生育保险等，保险资金主要来源于用人单位缴纳的保险费和劳动者个人缴纳的保险费，出现亏空的时候用国家财政弥补，也就是我们说的“财政兜底”。



在社会保险中，养老保险是最重要的险种之一。养老保险就是当劳动者达到国家规定的退休年龄后，为解决他们的基本生活而建立的社会保险制度。筹集养老保险资金的方式有两种，一种叫“现收现付

制”，就是用当代年轻人缴纳的保险费支付当代退休劳动者的养老金支出。也就是说，收现在年轻人的钱给现在老年人用。另一种叫“基金积累制”，即在劳动者工作期间，由本人和雇主缴纳保险费，交社保经办机构管理，把这些资金用于投资，等劳动者退休后，用积累的养老金支付其养老支出。也就是说，自己在工作期间积累一部分钱，留给自己退休后用。

社会保险集中了大量的保险资金，为了保值增值，这些资金一般交由专业的基金管理公司管理，投资于证券。但是，因为这些钱都是老百姓的养命钱，所以投资时安全性是第一位的。很多社保基金的管理者主要投资于国债等安全性很高的债券或者等级很高的公司债券、股票，一般不会涉足期货期权市场，也不会投资于高风险的房地产市场。

社会保险被称做社会的“减震器”或“防护网”，可以帮助这个社会平稳地渡过难关。有的国家（如美国）通过社会保险体系积累了巨额的社会保险基金，这些巨额资金被投资于金融市场，对于维护金融市场的效率和稳定功不可没。

我国目前正在积极完善和发展社会保险体系，为实现“鳏寡孤独废疾者皆有养”的和谐社会而努力。

### 保险人与投保人之间的桥梁：保险中介

保险中介是保险业不可缺少的机构，他们是连接您和保险公司的桥梁。保险中介包括三种：保险代理人、保险经纪人和保险公估人。

您可能经常在银行营业大厅甚至大街上碰到“卖保险的”，他们向您介绍、推销某个公司的保险品种，这些“卖保险的”也就是所谓的保险代理人。保险代理人受保险公司的委托，在保险公司的授权范围内为顾客代办保险业务，同时向保险公司赚取代理手续费。可见保险

代理人代表的是保险公司的利益,为保险公司招揽业务、收取保费,其行为后果由保险人(保险公司)承担相应的法律责任。保险代理人可以是个人,也可以是单位,包括专业代理人、兼业代理人和个人代理人。专业代理人是专门从事保险代理业务、具有法人资格的保险代理公司;兼业代理人则是受保险公司委托,在从事自身业务的同时,为了方便人们投保而代办保险业务的单位;个人代理人则是办理保险代理业务的个人。保险代理人的出现源于保险公司展业的需要,既帮助了公司拓展业务,也方便了客户投保,自己也能盈利。



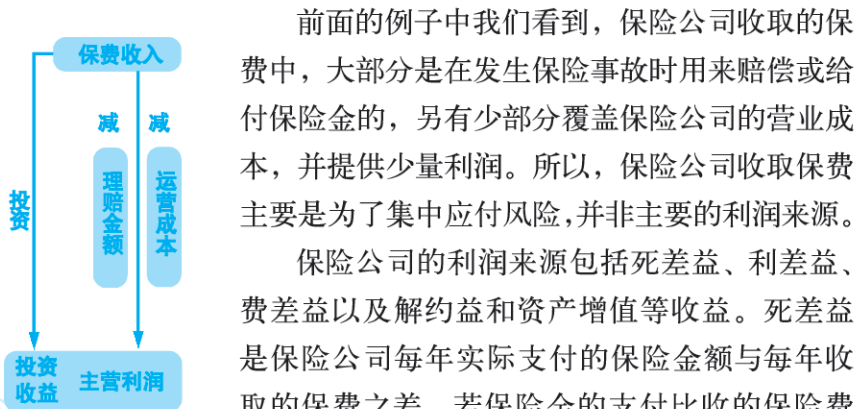
17世纪到18世纪,欧洲海上保险业务随着海上贸易的繁荣而兴起。由于早期的保险人实力小,没有人敢于单独承保一次航行的全部风险,一些人就不得不跑遍全城寻找众多商人共同为某次航行提供保险,保险经纪人就出现了。与代理人不同,保险经纪人代表的是投保人的利益,为投保人和保险人订立保险合同提供中介服务并收取佣金。保险经纪人可以为您提供保险咨询,帮助您设计专业的投保方案,代办投保手续。国外一些知名人士往往聘请固定的保险经纪人,把自己的保险事务委托给专业水平高的经纪人办理。在发生保险事故的时候,保险经纪人还可以凭借自己的专业知识,帮助您代办检验、索赔等事务。

当发生保险事故的时候,需要对保险标的检验、定损并确定赔付金额。在保险业发展初期,这些工作是由保险公司自己来做的,但这么做一来保险公司加重了经营成本,二来保险公司既检验定损又负责理赔,结论的公正性就难以令人信服。于是地位超然、专门从事保险标的查勘、鉴定、估损的保险公估人就出现了,他们不代表任何一方的利益,客观地作出结论,向委托人收取酬金。保险公估人已经成为

保险市场上不可缺少的重要一环。

## 保险公司怎么赚钱

保险公司是经营保险业务的企业，按商业化原则运营，追求利润。那么保险公司怎样赚钱呢？很多人认为，保险公司每年收取那么多保费，肯定是靠收保费赚钱了。实际上并不完全是这样，保费收入并非保险公司的主要利润来源。



前面的例子中我们看到，保险公司收取的保费中，大部分是在发生保险事故时用来赔偿或给付保险金的，另有少部分覆盖保险公司的营业成本，并提供少量利润。所以，保险公司收取保费主要是为了集中应付风险，并非主要的利润来源。

保险公司的利润来源包括死差益、利差益、费差益以及解约益和资产增值等收益。死差益是保险公司每年实际支付的保险金额与每年收取的保费之差，若保险金的支付比收的保险费多的话，死差益就是负值；利差益是保险公司运用资金进行投资所获得的收益，它是保险公司的主要利润来源；费差益是保险公司实际营业费用支出与预期营业费用支出之差；解约益是投保人因退保而缴纳的退保费；资产增值是保险公司各项资产增值带来的收益，比如公司的大楼增值了等。

保险公司运用资金进行投资之前，必须首先预留一部分准备金，用于满足可能发生的赔付保险金需求，这部分资金也就是所谓的保险准备。各国保险监督管理当局都对保险准备金率作出了严格限制和监管，比如划定保险准备的计提比率，集中保险准备，防止保险公司在利润的驱使下过度投资，造成不能满足保险金赔付的流动性

危机。

保险公司计提保险准备后的资金可用于投资，但保险资金运用必须坚持安全性、收益性和多样性的原则。保险资金运用的范围在法律上也有严格限制。我国《保险法》规定：“保险公司的资金运用限于在银行存款、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。保险公司的资金不得用于设立证券经营机构，不得用于设立保险业以外的企业。”目前我国保险公司的资金主要投资于：银行存款、政府债券、金融债券、资金拆借、投资基金等。对于股票投资、不动产投资、抵押贷款、境外投资等，必须经过国务院批准。

## 保险公司也有风险

保险公司为别人承担风险，自身就没有风险了吗？实际上，保险公司自身也面临很多风险。保险公司不同于一般的工商企业，保险经营具有保障性、**射幸性**、长期性、负债性，风险也比一般的工商企业和服务行业更大。概括起来，保险公司面临着定价风险、利率风险、资产风险和杂项风险四大类。

定价风险是由于保险公司定价过低带来的风险。保险公司必须对投保风险的概率进行精确计算，确定保险费率。如果保险费率定得过低，保险公司就会面临入不敷出。另外，保险责任事故是概率事件，可能发生，也可能不发生，如果不发生，这份保单的成本似乎就是零，这就让很多保险公司在经营时产生侥幸心理，结果发生承保质量风险。

利率风险则是利率波动给保险公司带来的风险。比如，保险业务中的寿险业务经营期限特别长，预先收取保险费，在若干年后才给付保险金。而且，寿险费率的

通俗地讲，**射幸性**就是保险合同是否发生给付取决于保险事故发生的偶然性。

厘定方式特殊，根据预定利率、死亡率和业务费率来计算，其中预定利率是很重要的折现因子，所以寿险业务常常面临很高的利率风险。如果预定利率高于银行利率，就意味着保险公司寿险资金成本高于银行利率，这显然会挤压保险公司的利润。此外，利率的波动还会引起保险公司投资资产市场价值的下降，给保险公司带来不利影响。

资产风险是指保险公司存在资产价值降低的风险。比如，保险公司资金的借款者可能违约，保险公司的投资资产可能由于资产价格的波动等因素造成市场价值下跌。资产价值下降可能会影响保险公司的偿付能力。

除了以上三种风险，保险公司还面临着由于社会、政治、法律、技术等因素带来的杂项风险。比如，保险公司理赔的时候也会发生风险，事故的责任核定、损失审核以及赔案处理等都存在不确定性，容易产生错赔、滥赔的风险。此外，保险公司还面临一些外部风险，比如来自投保人的风险、不正当竞争的风险等。投保人总是愿意选择风险程度高的保险标的投保，有的甚至故意隐瞒事实，造成赔付率过高。有的险种尤其是人寿保险，发生事故时给付的保险金远远高于所缴纳的保费，这就可能引发保险欺诈，骗取保险金。据统计，美国保险赔款中有10%—20%是欺诈者所为，欧洲保险人每年因欺诈多支付赔款超过100亿美元。

由此可见，保险公司并不“保险”，面临着各种各样的风险。

20世纪80年代的日本经济，通货膨胀居高不下。在这期间，日本保险公司承诺向投保人提供很高的固定利率回报。90年代初，泡沫经济破裂后，利率水平持续走低，一度长期维持零利率水平。这对于日本的保险公司来说无异于一场灾难，巨额的利差倒挂，以及证券市场、房地产市场和外国债券投资的惨败，保险公司损失惨重，由此引发了一次大规模倒闭风潮，日本日产生命保险等著名保险公司相继宣告破产。

## 保护保险当事人的合法权益：保险监管

早期的保险行业是充分自由的，没有任何专门机构对保险市场进行监管。这种自由竞争的模式促进了保险行业的迅速繁荣和发展，但也酿就了苦果。19世纪中叶以后，很多人认为保险业有利可图，蜂拥涌入保险行业，开办保险公司，有的甚至进行投机经营，结果大量保险公司破产倒闭，投保人和被保险人损失惨重，甚至引发了社会动荡。于是，人们开始思考对保险业进行监督管理。最早建立保险监督机构的是美国。1857年，由于Ohio寿险公司纽约分公司和辛辛那提信托公司经营突然失败，引发金融恐慌。1859年，政府成立纽约州保险监督官委员会，其他各州纷纷效仿，建立起现代意义的保险监管机构。

有的人可能会说，为什么一定要专门的保险监管机构呢？“看不见的手”难道不能很好地调节保险市场吗？其实，“看不见的手”的确在很有效率地调节着保险市场，但这只“手”并不是万能的，也有失灵的时候。各国都设立专门的保险监管机构，主要考虑到以下三个问题：第一，保险业具有社会广泛性。保险公司客户包括成千上万的企业和个人，保险业经营好坏不仅关系到保险公司自身的利益，还牵涉到千万企业和个人的利益。一家保险公司破产会直接损害千家万户的利益，所以，政府要对保险业实行严格监管，保护被保险人的合法权益。第二，保险业具有突出的信息不对称性。保险专业性很强，单是保险费率的确定就不是老百姓所能明白的，所以如果没有一个“懂行”的监管者，老百姓就可能被保险公司蒙蔽。第三，保险产品无影无形，该不该赔偿或给付由合同规定，有的合同期限可能长达数十年，这么长的时间跨度，仅仅依靠保险公司的自律是不行的，必须要有一个专门的监管机构来监督。

除了国家专门的监督机构监管外，实际上保险监管还包括保险行业自律、社会监督以及保险公司自身的内部控制。保险行业一般组织成立行业协会，对保险公司实行自律监管；社会公众、媒体、合法的

审计机构等也发挥一定的监管作用；保险公司自身还要加强内部控制制度的完善，防止发生内部风险。

## 我国保险行业的监管者：中国保监会

自1998年起，我国组建了中国保险监督管理委员会，简称中国保监会，专门行使对全国商业保险行业的监督管理职能。

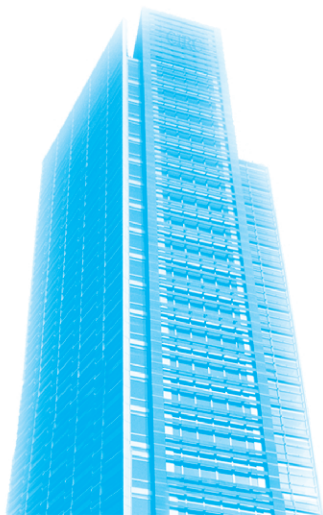
中国保监会根据国务院授权，依法对保险市场实施监督管理。其主要职责包括：

- 审批保险机构的设立、变更和终止；
- 监督检查保险公司的业务经营活动、财务状况和资金运用状况，查处保险公司的违法违规经营行为，监管保险公司的偿付能力，以保护被保险人利益；

- 制定、修订或备案保险条款和保险费率，对保险公司的保险产品进行监管；

- 查处和取缔非法保险机构以及非法经营或变相经营保险业务的行为。

应当指出的是，中国保监会履行的是一种对保险业的行政管理职能，是通过对保险公司偿付能力和市场行为的监督管理来保护被保险人的合法权益。对于保险消费者即广大的投保人、被保险人和受益人与保险公司之间的保险纠纷，中国保监会没有直接裁判的权力。



位于北京金融街的中国保监会