

人寿保险概述

（转自中国银行保险监督管理委员会网站）

一、普通型人寿保险

（一）死亡保险

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

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

2. 终身寿险。终身寿险是指以死亡为给付保险金条件，且保险期限为终身的人寿保险。终身寿险是一种不定期的死亡保险，即保险合同中并不规定期限，自合同生效之日起，至被保险人死亡为止。也就是保险人对被保险人要终身承担

保险责任，无论被保险人何时死亡，保险人都有给付保险金的义务。终身寿险最大优点是被保险人可以得到永久保障。如果投保人中途退保，可以得到一定数额的现金价值（或称“退保金”）。终身寿险按照交费方式可分为普通终身寿险、限期交费终身寿险和趸交终身寿险。

①普通终身寿险。普通终身寿险是指终身分期交付保险费的终身寿险。

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

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

（二）生存保险

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

（三）两全保险

两全保险（也称“生死合险”）是指被保险人，在保险期

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

二、新型人寿保险

（一）分红保险

从本质上看，分红保险应属于传统保险业务。

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

2. 分红保险产品的主要特征。分红保险产品的特征主要体现在以下几个方面：

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

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

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

④保险给付、退保金中含有红利。分红保险的被保险人

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

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

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

②红利分配。中国保监会《个人分红保险精算规定》中

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

（二）投资连结保险

投资连结保险是一种寿险与投资相结合的新型寿险产品。

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

存在债权、债务关系，也不承担连带责任。

投资连结保险产品的保单现金价值与单独投资账户资产相匹配，现金价值直接与独立账户资产投资业绩相连，一般没有最低保证。大体而言，投资账户的资产免受保险公司其余负债的影响，资本利得或损失一旦发生，无论其是否实现，都会直接反映到保单的现金价值上。不同的投资账户，可以投资在不同的投资工具上，比如股票、债券等。投资账户可以是外部现有的，也可以是公司自己设立的。除了各种专类基金供投保人选择外，由寿险公司确立原则，组合投资的平衡式或管理式基金也非常流行。在约定条件下，保单持有人可以在不同的基金间自由转换，而无须支付额外的费用。

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

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

②保险责任和保险金额。投资连结保险作为保险产品，其保险责任与传统产品类似，不仅有死亡、残疾给付、生存

保险领取等基本保险责任，一些产品还加入了豁免保险费、失能保险金、重大疾病等保险责任。中国保监会规定，投资连结保险产品必须包含一项或多项保险责任。

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

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

的可控性和可预测性，同时提高了对内部操作系统的要求。

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

3. 我国投资连结保险产品的特点。我国投资连结保险产品具备以下特点：

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

收益（损失），都应当划归该保单；

⑦每年至少应当确定一次保单的保险保障；

⑧每月至少应当确定一次保单价值。

（三）万能保险

万能保险是一种交费灵活、保额可调整、非约束性的寿险。

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

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

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

2. 万能保险产品的主要特征。万能保险产品的特征主要体现在以下几个方面：

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

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

②保费交纳。万能保险的投保人可以用灵活的方法来交纳保费。保险公司一般会对每次交费的最高和最低限额做出规定，只要符合保单规定，投保人可以在任何时间不定额地交纳保费。大多数保险公司仅规定第一次保费必须足以涵盖

第一个月的费用和死亡成本，但实际上大多数投保人支付的首次保费会远远高于规定的最低金额。这种灵活的交费方式也带来了万能保险容易失效的缺点，这是由于万能保险保单无法强迫投保人交纳固定保费。为了解决这一问题，保险公司的一般做法是根据保单计划所选择的目标保费，向投保人寄送保费催交通知书，以提醒其交费。另外，投保人一般会同意签发其银行账户每月预先授权提款单据。另一种做法是保险公司按投保人规划的保费金额向投保人寄送保费账单，投保人按账单金额交纳保费。

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

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

三、年金保险

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

（一）按照交费方式分类，可分为趸交年金和期交年金。

1. 趸交年金

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

2. 期交年金

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

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

1. 个人年金

个人年金是指以一个被保险人的生存作为年金给付条

件的年金保险。

2. 联合年金

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

3. 最后生存者年金

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

4. 联合及生存者年金

联合及生存者年金是指以两个或两个以上被保险人中至少尚有一人生存作为年金给付条件，但给付金额随着被保险人人数的减少而进行调整的年金保险。这种年金的给付持续到最后一个生存者死亡为止，但给付金额根据仍生存的被保险人人数进行相应的调整。

（三）按照给付额是否变动分类，可分为定额年金和变额年金。

1. 定额年金

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

2. 变额年金

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

（四）按照给付开始日期分类，可分为即期年金和延期年金。

1. 即期年金

即期年金是指保险合同成立后，保险人按期给付年金的年金保险。

2. 延期年金

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

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

1. 终身年金

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

2. 最低保证年金

最低保证年金是为了防止年金受领人过早死亡、丧失领取年金权利而产生的一种年金保险。最低保证年金又分为确定给付年金和退还年金。确定给付年金规定了一个领取年金的最低保证确定年数，在规定期间内无论被保险人生存与否均可得到年金给付。退还年金是指当年金受领人死亡而其年

金领取总额低于年金购买价格时，保险人以现金方式一次或分期退还其差额的年金保险。

3. 定期生存年金

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

四、简易人寿保险

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

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

五、团体人寿保险

（一）团体人寿保险的定义。团体人寿保险是用一张总

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

（二）团体人寿保险的特征。团体人寿保险的特征主要体现在以下几个方面：

1. 风险选择的对象是团体，而不是个人

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

①投保团体必须是合格的团体，有其特定的业务活动，独立核算。

②投保团体的被保险人必须是能够参加正常工作的在职人员。退休人员、长期因病全体及半体人员，不能成为团体保险的被保险人。在坚持正常工作的在职人员中，采用

团体保险的方法承保，可以消除逆选择因素的影响，保证承保对象总体上达到平均的健康水平。由于新老职工的自然更替，使得大多数团体的员工平均年龄趋于稳定，从而也保证了死亡率、疾病率等的稳定。

③对投保人数的限制。团体人寿保险对团体投保人数的规定有两个方面的要求。一是对投保团体人数绝对数的要求。一般来说，投保团体人寿保险的团体人数不得少于保险监管机构规定的最低人数。早期在经营团体保险时，对人数的要求较高，但近年来的发展趋势是对投保人数的要求逐渐降低，对 10 人甚至少于 10 人的团体也可承保，但通常需要这些人数较少的团体对其中的被保险人提供某些可以承保的证明。二是对投保团体人寿保险参保比例的要求。例如某保险公司为排除逆选择做出如下规定：若保费是双方承担的，则全部合格职工中至少要有 75% 的人参加；若保费是全部由雇主负担，则全部职工都必须参加保险。

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

2. 使用团体保险单

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

3. 成本低

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

4. 保险计划灵活

与普通个人保险的保单相比，团体人寿保险单并非必须是事先印好且一字不可更改的。较大规模的团体投保团体人寿保险，投保单位可以就保单条款的设计和保险条款内容与保险公司进行协商。当然，团体人寿保险单也应遵循一定的格式和包括一些特定的标准条款。团体人寿保险计划作为整

个雇员福利项目的一部分，在绝大多数情况下，保险合同应充分体现投保团体的要求。对于这些要求，只要不导致管理手续复杂化，不引起严重的逆选择行为，不违反法律，保险人都会给予充分的考虑并在合同中加以体现。

5. 采用经验费率的方法

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

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

六、人寿保险合同的常用条款

（一）不可争条款

不可争条款（又称“不可抗辩条款”），是指自人寿保险合同订立时起，超过法定时限（通常规定为2年）后，保险人将不得以投保人和被保险人在投保时违反如实告知义务

（如误告、漏告、隐瞒某些事实）为理由，而主张保险合同无效或拒绝给付保险金。

保险合同是最大诚信合同，在人寿保险中，对于足以影响保险人决定是否同意承保的因素，如被保险人的年龄、健康状况、职业等，投保人或被保险人应履行如实告知义务，不得有任何隐瞒或欺骗。如果在投保时，投保人故意隐匿或因为过失遗漏而作不实申报，足以影响保险人对于风险的评估，保险人有权解除合同。但由于涉及此条款的合同为长期合同，如果不加以限制，保险人有可能滥用这一权利，而使被保险人的利益无法得到保障；同时，经过较长一段时间后，要查明投保人投保时是否履行了如实告知义务非常困难，往往容易引起纠纷，因此，法律规定一个期间，要求保险人在此期间内进行审查，并有权解除合同。一旦超过该期限，保险人不得再主张合同解除或不承担给付保险金责任的权利，从而保护被保险人和受益人的利益。

（二）年龄误告条款

年龄误告条款主要是针对投保人申报的被保险人年龄不真实的情况，主要有两种：

1. 真实年龄不符合合同约定的年龄限制的年龄误告。

《中华人民共和国保险法》第三十二条第一款规定：“投保人申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合合同约

定的年龄限制的，保险人可以解除合同，并按照合同约定退还保险单的现金价值。”由此看出，保险人在投保人误告被保险人的年龄时有解除合同的权利。

2. 真实年龄符合合同约定的年龄限制的年龄误告。如果被保险人的真实年龄符合合同约定的年龄，法律与保险合同中一般均要求保险人按被保险人真实年龄对保险费或保险金进行调整。《中华人民共和国保险法》第三十二条第二、三款规定：“投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人支付的保险费少于应付保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费，或者在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例支付。”“投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人支付的保险费多于应付保险费的，保险人应当将多收的保险费退还投保人。”

（三）宽限期条款

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

一般情况下，分期支付保险费的合同，投保人应于合同成立时支付首期保险费，并应当按期交纳其他各期保险费。然而，由于人身保险合同的保险期限较长，一时疏忽或者经济困难或其他客观原因使投保人没能在约定的期限按时交

付保险费的情况时有发生。如果保险人据此解除保险合同，将使保险人、投保人、被保险人的利益均受到损害。为了保护被保险人的利益，给投保人交纳续期保险费规定一定的宽限期。在宽限期内，即使投保人没有及时交付保险费，合同仍然有效。如果发生保险事故，保险人仍承担给付保险金的责任。

《中华人民共和国保险法》第三十六条规定：“合同约定分期支付保险费，投保人支付首期保险费后，除合同另有约定外，投保人自保险人催告之日起超过三十日未支付当期保险费，或者超过约定的期限六十日未支付当期保险费的，合同效力中止，或者由保险人按照合同约定的条件减少保险金额。”

（四）中止、复效条款

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

为了保护被保险人和受益人的利益，给投保人交纳保险费一定的宽限期，在宽限期结束后仍未交纳应付保险费的，保险合同的效力中止。一旦投保人重新具备交纳保险费的能力并且愿意补交合同效力停止期间的保险费及其利息，保险合同效力将恢复。如果这一中止期限届满，投保人仍未能就

复效问题与保险人达成一致意见并补交保险费，保险人就有权解除保险合同。我国法律规定，中止期限为二年。

《中华人民共和国保险法》第三十七条规定：“合同效力依照本法第三十六条规定中止的，经保险人与投保人协商并达成协议，在投保人补交保险费后，合同效力恢复。但是，自合同效力中止之日起满二年双方未达成协议的，保险人有权解除合同。保险人依照前款规定解除合同的，应当按照合同约定退还保险单的现金价值。”

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

（五）自杀条款

所谓自杀，在法律上是指故意剥夺自己生命的行为。如果没有主观上的故意，则不能称为自杀。在人寿保险合同中，一般都将自杀作为责任免除条款来规定，这主要是为了避免蓄意自杀者通过保险方式谋取保险金，防止道德风险的发生。但自杀毕竟是死亡的一种，有时被保险人遭受意外事件的打击或心态失常亦会做出结束自己生命的行为，并非是在有意图谋保险金。为了保障投保人、被保险人、受益人的利益，在很多人寿保险合同中都将自杀列入保险责任范围，但规定保险合同生效一定期限后（通常是二年）发生被保险人的自

杀行为，保险人才承担给付保险金责任。根据心理学的调查，一个人在一两年以前即开始自杀计划，这一自杀意图能够持续二年期限并最终实施的可能性很小。因此，自杀条款的规定既可避免道德风险的发生，也可最大限度地保障被保险人和受益人的利益。

《中华人民共和国保险法》第四十四条规定：“以被保险人死亡为给付保险金条件的合同，自合同成立或者合同效力恢复之日起二年内，被保险人自杀的，保险人不承担给付保险金的责任，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外。”该条第二款规定：“保险人依照前款规定不承担给付保险金责任的，应当按照合同约定退还保险单的现金价值。”另外在保险实践中，根据长期人寿保险中止、复效条款的特点，计算自杀年限还有另一个始点，就是自保险合同复效时起重新计算。

（六）不丧失现金价值条款

现金价值是指带有储蓄性的人寿保险单所具有的价值。在长期人寿保险中，保险费率组成中含有储蓄因素，特别是长期性带有生存给付的纯保险费往往含有很大比重的储蓄保险费。于是保险单交费达到一定时间后，逐年积存相当数额的责任准备金并随着时间的延伸而不断增加，这就形成了保险单的现金价值。因此，大部分的长期保险单在一段时间后，都包含有一定的现金价值。《中华人民共和国保险法》规

定交费满二年的人身保险合同即产生现金价值。但也有一个条款是例外的，即自杀条款。该条款规定，以死亡为给付保险金条件的合同，被保险人自合同成立之日起二年内自杀的，保险人不承担给付保险金责任，但对投保人已支付的保险费，保险人应按照保险单退还其现金价值。也就是说，被保险人在合同成立后二年内自杀，保险人应计算其保险单的现金价值，无论其是否交足二年以上的保险费。

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

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

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

1. 申请退保。在申请退保时，现金价值往往体现为退保

金。

2. 把原保险单改为交清保险单，即原保险单的保险责任、保险期限均不变，只是依据现金价值的数额，相应降低保险金额，此后投保人不必再交纳保险费。这种处理方法实际上是以现金价值作为趸交保险费，投保与原保险单责任相同的人寿保险，保险期限自停交保险费起至原保单满期时止，保险金额则由趸交保险费的数额而定。

3. 将原保险单改为展期保险单，即将原保险单改为与原保险单保险金额相同的死亡保险，保险期限相应缩短，此后投保人不必再交纳保险费。这种处理方法实际上是以现金价值作为趸交保险费，投保死亡保险，保险金额与原保险单相同，保险期限则由趸交保险费的数额而定。定期死亡保险、两全保险改为展期保险单以后，保险期限不能超过原保险单的保险期限。如果责任准备金仍有剩余，则作为满期生存保险责任的趸交保险费或以现金返还投保人。

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

以上 2, 3, 4 项所涉及的情况，必须在保险合同中有该

类条款的基础上才可选择，否则不适用于人寿保险合同。

（七）保单贷款条款

投保人可以以具有现金价值的长期性人身保险合同的保险单作为质押，在现金价值数额内，向保险人申请贷款。

从一定意义上说，人寿保险单是一种有价值的单证，也是投保人拥有保险单现金价值的权利凭证。在进行质押贷款时，投保人应将保险单移交给债权人占有；如果债权人不是其投保的保险人，应通知该保险人。出质后，投保人也不得将保险单转让或解除。

保单贷款通常是投保人以保险单作质押向保险人贷款，贷款数额按有关法律或合同约定，一般不超过保单现金价值的一定比例。因贷款会影响保险人的资金运用，有可能使保险人减少资金收益，因此投保人需承担合同约定的贷款利息。合同约定的贷款期届满时，投保人应返还所借款项本息；逾期不能归还借款，投保人可申请延期；但贷款本息累计已达到其保险单的现金价值时，投保人又未按期归还借款，保险人有权终止保险合同效力。若贷款本息清偿之前，保险合同已发生保险事故，保险人从应给付的保险金中扣除投保人所借贷款本息，其余部分作为保险金支付。

《中华人民共和国保险法》第三十四条第二款规定：“按照以死亡为给付保险金条件的合同所签发的保险单，未经被保险人书面同意，不得转让或者质押。”

（八）自动垫交保险费条款

自动垫交保险费条款的基本内容是：保险合同生效满一定期限之后（一般是1年或2年之后），如果投保人不按期交纳保险费，保险人则自动以保单项下积存的现金价值垫交保险费。对于此项垫交保险费，投保人要偿还并支付利息。在垫交保险费期间，如果发生保险事故，保险人要从应给付的保险金中扣除已垫交的保险费及利息；当垫交的保险费及利息达到保单现金价值的数额时，保险合同即行终止。自动垫交保险费条款适用于分期交费的寿险合同。该条款的目的在于维持保险合同的效力，在保险费垫交期间保险合同仍然有效，但减少了保单的现金价值。因此，自动垫交保险费条款必须经保单持有人同意，否则该条款不能生效。

七、人寿保险的定价

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

人寿保险的保费是由纯保费和附加保费两部分构成的。以预定死亡率和预定利率为基础所计算的保险费称为纯保险费。在纯保险费中未计入保险业务经营中所需要的业务费用。纯保险费是保险金给付的来源，纯保险费总额与保险金给付总额应达到平衡。附加保费用于保险经营过程中的一切费用开支。由于寿险期限较长，它的费用比较复杂，有些费

用只在保单第一年存在；有些费用分摊于保险合同有效的整个期间；有些费用可表示为固定常数；而有些费用表示为保费或保额的一定比例。

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

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

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

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

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

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

市场竞争能力。

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

④费用率假设。费用率一般因公司的不同而各异，费用可以有不同分类，各公司对费用可合并简化或划分得更加细致。一般寿险公司的费用可分为：合同初始费用，包括保单签发费用、承保费用等；代理人手续费与其他报酬；保单维

持费用；保单终止费用，包括退保费用、无现金价值失效费用、死亡给付费用、到期费用等。

⑤平均保额。平均保额以千元保额为1单位，一般表示为几个单位保额，如5单位保额、10单位保额等等。通过平均保额可以计算保单费用、每张保单开支、单位保费费用、每次保单终止费用等。平均保额的计算可以划分为几个区间段。实务中一般每段的保额上限是下限的2~2.5倍，这样，这一段的平均保额可能用保额下限的1.5~1.75倍作为平均保额。若不划分区间或区间段很大，则平均保额的变化就很大。此外，保单的特点及保单的最小单位也会影响平均保额的大小，通常可根据被保险人的年龄、性别及保单的特点等对平均保额进行调整。