

保 险 法 律 资 讯

汇编 保险委执委 周国森



本法律资讯仅为内部交流

2022 年 5 月期

（总第 30 期）

审核：保险委主管副会长 刘海威

保险委主任 吕国玲

目录

监管动态	1
一、中国银保监会、交通运输部发布《关于银行业保险业支持公路交通高质量发展的意见》	1
二、中国银保监会消费者权益保护局发布《部分银行保险机构违反〈银行业保险业消费投诉处理管理办法〉的情况通报》	6
三、中国银保监会就《理财公司内部控制管理办法（征求意见稿）》公开征求意见	10
四、中国人民银行中国银行保险监督管理委员会关于全球系统重要性银行发行总损失吸收能力非资本债券有关事项通知.....	12
五、中国银保监会关于规范和促进商业养老金融业务发展的通知	14
行业新闻	17
一、中国保险行业协会发布《电动摩托车承保实务(试行)》	17
二、2022 年处置非法集资部际联席会议召开	19
三、人身保险销售将迎新规.....	20
法律资讯	25
一、关于理性投保五注意的风险提示，银保监会提醒金融消费者理性投保，非保险机构“××互助”不是保险.....	25
二、中国银保监会关于印发保险资金委托投资管理办法的通知..	28
案例分析	36
一、意外险中的医疗费能否得到重复赔偿.....	36
二、雇员在工作中因突发疾病抢救无效死亡，是否属于雇主责任险的保险责任范围？	45

监管动态

一、中国银保监会、交通运输部发布《关于银行业保险业支持公路交通高质量发展的意见》

银保监发〔2022〕8号

发布时间：2022年4月20日

各银保监局，各省、自治区、直辖市交通运输厅（局、委），各政策性银行、大型银行、股份制银行、外资银行、直销银行、金融资产管理公司、理财公司，各保险集团（控股）公司、保险公司、保险资产管理公司、养老金管理公司：

为深入贯彻落实《交通强国建设纲要》《国家综合立体交通网规划纲要》，完善“政府主导、分级负责、多元筹资、风险可控”的交通运输资金保障和运行管理体制，提高公路建设融资的市场化和可持续性，鼓励银行保险机构依法合规支持公路交通建设，推动公路交通高质量发展，现提出如下意见。

充分认识促进公路交通高质量发展的重要意义

（一）公路交通发展是交通强国建设的重要组成部分。各方面要充分认识促进公路交通高质量发展的重要意义，充分发挥交通作为中国现代化开路先锋的作用，不断增强公路交通对经济社会发展全局和国

家重大战略保障能力，更好地满足人民群众对美好生活的需要。银行保险机构要按照市场化、法治化原则，精准聚焦支撑国家重大战略实施的公路交通重大项目，进一步加大支持力度、提升服务水平、强化风险管控，区分不同地区不同类型的融资需求，有针对性地为加快建设交通强国提供有力的金融支持。地方各级交通运输主管部门要积极发挥行业主管部门作用，按照市场规律持续深化公路投融资改革，合理筹划、科学管理，不断提升公路项目商业可持续能力，保障金融机构合法权益，为金融支持公路交通高质量发展提供良好保障。

（二）聚焦重点领域和重大项目。积极服务京津冀、“一带一路”、长江经济带、长三角一体化、粤港澳大湾区等国家重大战略实施，以出疆入藏、中西部地区、沿江沿边沿海战略骨干通道以及西部陆海新通道、城市群城际通道、交通一体化、综合立体交通走廊、革命老区公路等为重点，支持国家高速公路待贯通路段建设和交通繁忙路段扩容改造，支持具有国家高速公路分流作用的省级高速公路建设。

（三）依法合规做好政府收费公路项目配套融资。严格按照《关于做好地方政府专项债券发行及项目配套融资工作的通知》要求，对有一定收益且收益兼有政府性基金收入和其他经营性专项收入（以下简称专项收入）的政府收费公路项目，在落实好分账管理的前提下，对偿还收费公路专项债券本息后，仍有剩余专项收入、资金可用于偿还市场化融资的，银行保险机构可在风险可控、审慎合规的前提下，根据剩余专项收入情况提供市场化融资。

（四）进一步优化公路项目还款安排。针对公路交通项目现金流收益特征，合理做好贷款还本付息安排。对在运营初期存在收支缺口的收费公路，银行业金融机构可根据评估情况，合理安排债务本息还款宽限期，原则上不超过建设期加1年。

（五）稳妥有序开展业务创新。鼓励银行保险机构为符合条件的绿色低碳公路项目提供金融支持，助力交通运输领域实现碳达峰碳中和。支持交通运输企业在依法合规、风险可控的前提下，通过资产证券化（ABS）、基础设施领域不动产投资信托基金（REITs）等方式有效盘活公路存量资产。

（六）支持保险公司参与公路交通建设。充分发挥保险资金规模大、期限长、稳定性高的优势，鼓励保险机构通过债权、股权、股债结合、资产支持计划和私募基金等形式，参与重大公路交通基础设施、新型交通基础设施等项目建设。鼓励保险机构根据不同类型项目特点，推出合适的公路交通项目灾毁保险产品和服务，积极参与公路灾毁保险等业务。鼓励保险资金在风险可控前提下通过购买地方政府债券方式合法合规参与公路发展。

（七）稳妥做好存量债务风险化解。按照市场化、法治化及双方自愿的原则，根据收费公路资产特性、运营情况，在符合公路收费有关规定的前提下，稳妥有序推进收费公路存量债务接续，防范化解收费公路存量债务风险。对受疫情影响较重、经营遇到暂时困难的公路交通企业，银行业金融机构在依法合规的前提下，按照市场化原则合理

优化贷款期限、利率和还款方式，不盲目抽贷、断贷、压贷，支持公路交通企业应对疫情影响。

优化公路交通投融资环境，坚决遏制新增地方政府隐性债务

（八）加强公路交通项目管理。各级交通运输主管部门要积极发挥行业主管部门作用，不断完善行业发展政策、公路交通发展规划，加强政府投资项目管理、专项资金管理，积极扩大有效投资，加快推进公路重大工程建设，完善综合立体交通网络，有效服务国家区域重大战略、区域协调发展战略和主体功能区战略实施。

（九）完善公路项目市场化运营机制。各级交通运输主管部门要进一步创新和完善公路市场化运营模式，科学规范公路收费，持续发展自主经营，积极拓展路衍专营。通过结合地方区位优势、资源禀赋和市场潜力，规划具有市场吸引力的公路交通项目，做好招商引资和产业导入，大力发展路衍专营经济。路衍专营要积极吸引社会资本参与公路交通建设发展，要做到独立运营，分账管理。

（十）建立完善多元化投融资机制。各级交通运输主管部门要进一步完善公路建设投融资管理模式。在制定收费公路项目收费期限和收费标准时，要充分考虑实际情况，实现对公路建设成本的全覆盖。加强地方政府专项债券支持的公路项目管理，按规定将通行费收入和有关专项收入用于偿还专项债券本息，测算偿还后有剩余专项收入的，在确保专项债券还本付息资金安全的前提下，可由依法确定的高速公路企业法人项目单位根据剩余经营性专项收入情况适度进行市场化融资。纳入政府性基金管理的通行费等收入和纳入企业收入管理的经营

性专项收入实行分账管理，纳入企业收入管理的经营性专项收入包括路衍专营收入，要优先用于偿还银行保险机构融资。

（十一）切实加强资金协同保障。各级交通运输主管部门要加快建立公路发展规划与资金保障协同机制，强化公路建设项目资金风险防控。严格执行固定资产投资项目资本金制度，强化项目资本金的合规性约束，严禁违规将各类债务资金转为项目资本金。加大车购税向中西部和东北部的补贴倾斜力度。凡涉及举债融资的项目，要严格评估项目预期收益，落实好各项资金来源和偿债责任，优先保障在建项目续建和收尾。对通车多年但通行费收入未达预期或收支仍存在缺口的项目，各地交通运输主管部门应统筹研究债务化解方案，保障债权人合法权益。

（十二）深化可行性研究论证。各级交通运输主管部门要扎实开展公路项目前期研究工作，严格按程序选择具备相应技术能力的单位编制可行性研究报告，科学合理测算项目交通量、通行费收入等，确保可行性研究报告编制质量。

（十三）坚决遏制新增地方政府隐性债务。各级交通运输主管部门要将不得新增地方政府隐性债务作为重要政治纪律和政治规矩，严格项目建设审核，严禁通过新增隐性债务上新项目，严禁通过金融机构违规融资或变相举债，切实落实举债终身问责制和债务问题倒查机制。

四、强化组织保障，切实做好风险管控

（十四）严格做好融资审核。银行保险机构要落实主体责任，完善内部规章制度、操作流程和风险控制措施。要加强贷前尽职调查，重

点审核项目合法合规性、资金充足性、效益稳定性等，充分识别和评估项目建设风险和经营风险，严格按照项目工程、资金使用进度，以及资本金到位情况发放贷款，严格贷款支付审核，监督贷款按规定用途使用。同时，要坚决落实防范化解地方政府隐性债务风险的各项要求，不得违规提供融资。

（十五）加强工作联动。各级交通运输主管部门和银保监局要加强信息共享和工作联动，建立企业和银行保险机构对接机制，促进交通运输行业政策信息、企业生产经营信息、银行保险产品信息交流共享。各级交通运输主管部门探索对公路建设运营企业建立“白名单”制度，为银行保险机构支持公路交通高质量发展提供参考。执行过程中，如有问题，及时向银保监会、交通运输部报告。

来源：中国银行保险监督管理委员会管

二、中国银保监会消费者权益保护局发布《部分银行保险机构违反〈银行业保险业消费投诉处理管理办法〉的情况通报》

银保监消保发〔2022〕7号

发布时间：2022年4月29日

各银保监局，各政策性银行、大型银行、股份制银行、外资银行、直销银行，各保险集团（控股）公司、保险公司，各会管单位：

为进一步规范银行保险机构消费投诉处理工作，保护消费者合法权益，现将我局 2020 年 3 月以来发现部分银行保险机构违反《银行业保险业消费投诉处理管理办法》（以下简称《投诉办法》）的问题通报如下：

工商银行未按《投诉办法》回复投诉人，未在官网醒目位置公布投诉渠道和流程

经举报调查，工商银行存在多次未在规定时间内作出消费投诉处理决定并告知投诉人或未告知投诉人可采取的救济途径等问题，造成消费者不满，数次向监管部门举报。上述行为违反《投诉办法》第十八条“银行保险机构应当依照相关法律法规、合同约定，公平公正作出处理决定，对于事实清楚、争议情况简单的消费投诉，应当自收到消费投诉之日起 15 日内作出处理决定并告知投诉人，情况复杂的可以延长至 30 日；情况特别复杂或者有其他特殊原因的，经其上级机构或者总行、总公司高级管理人员审批并告知投诉人，可以再延长 30 日”、第十九条“银行保险机构在告知投诉人处理决定的同时，应当说明对消费投诉内容的核实情况、作出决定的有关依据和理由，以及投诉人可以采取的申请核查、调解、仲裁、诉讼等救济途径”等规定。同时，工商银行将其投诉渠道信息和投诉处理流程置于该行官方网站子栏目中，未在官方网站醒目位置公布。工商银行官方网站设置“消费者权益保护”栏目，点击打开该栏目页面后还需点击左侧“客户投诉指南”，打开指南后方可查看该行投诉渠道和投诉处理流程，无法较好满足消

费者投诉维权需求，容易导致矛盾升级。此行为违反了《投诉办法》第八条“银行保险机构应当在官方网站、移动客户端、营业场所或者办公场所醒目位置公布本单位的投诉电话、通讯地址等消费投诉渠道信息和消费投诉处理流程”的规定。

光大银行未按《投诉办法》统计、报告和披露投诉数据，违反《中华人民共和国银行业监督管理法》关于银行业金融机构应当严格遵守审慎经营规则的规定

经立案调查，光大银行存在未按《投诉办法》要求进行投诉统计的问题，未将部分消费纠纷纳入投诉统计，且通过年报披露及向银行保险监督管理机构报告的投诉数据远低于实际投诉量。上述行为违反了《投诉办法》第二条“银行业保险业消费投诉是指消费者因购买银行、保险产品或者接受银行、保险相关服务与银行保险机构或者其从业人员产生纠纷，并向银行保险机构主张其民事权益的行为”、第二十六条“银行保险机构应当建立消费投诉统计分析、溯源整改、信息披露、责任追究制度，定期开展投诉情况分析，及时有效整改问题；通过年报等方式对年度消费投诉情况进行披露”、第三十六条“银行保险机构应当按照银行保险监督管理机构的要求，报告本单位消费投诉数据、消费投诉处理工作情况，并对报送的数据、文件、资料的真实性、完整性、准确性负责”的规定。同时，上述行为违反了《中华人民共和国银行业监督管理法》第二十一条“银行业金融机构应当严格遵守审慎经营规则”的规定。

中邮人寿未按《投诉办法》统计、报告和披露投诉数据，违反《中华人民共和国保险法》关于保险公司向保险监督管理机构报送有关报告必须如实记录保险业务事项的规定

经投诉督查，中邮人寿 2020 年度、2021 年度存在保险消费投诉统计、报告和披露不符合《投诉办法》要求的问题。2020 年度中邮人寿未将部分消费纠纷纳入投诉统计，且通过年报披露及向银行保险监督管理机构报告的投诉数据远低于实际投诉量。2021 年度中邮人寿未将部分消费纠纷纳入投诉统计，且向银行保险监督管理机构报告的消费投诉数据远低于实际投诉量。上述行为违反了《投诉办法》第二条、第二十六条和第三十六条的相关规定。同时，上述行为违反了《中华人民共和国保险法》第八十六条“保险公司应当按照保险监督管理机构的规定，报送有关报告、报表、文件和资料。保险公司的偿付能力报告、财务会计报告、精算报告、合规报告及其他有关报告、报表、文件和资料必须如实记录保险业务事项，不得有虚假记载、误导性陈述和重大遗漏”的规定。

上述问题给消费者投诉维权带来不便，影响人民群众的获得感，也不利于银行保险机构溯源整改、进一步加强和改进服务、保护消费者合法权益。各银行保险机构要引以为戒，举一反三，认真贯彻落实《国务院办公厅关于加强金融消费者权益保护工作的指导意见》《中国银保监会关于银行保险机构加强消费者权益保护工作体制机制建设的指导意见》和《银行业保险业消费投诉处理管理办法》等法律法规和消

保行为监管要求，落实消费者权益保护主体责任，健全投诉处理工作制度，畅通投诉渠道，规范投诉处理，妥善化解矛盾纠纷，提升消费者对银行保险机构投诉处理工作满意度。

来源：中国银行保险监督管理委员会官网

三、中国银保监会就《理财公司内部控制管理办法（征求意见稿）》公开征求意见

发布时间：2022 年 4 月 29 日

为贯彻落实党中央、国务院关于加强金融法治建设的重要部署，推动理财公司依法合规经营和持续稳健运行，按照诚实信用、勤勉尽责原则切实履行受托管理职责，根据《银行业监督管理法》《关于规范金融机构资产管理业务的指导意见》等法律法规，中国银保监会制定《理财公司内部控制管理办法》（以下简称《办法》），自 2022 年 4 月 29 日起公开征求意见。

《办法》对《关于规范金融机构资产管理业务的指导意见》《商业银行理财业务监督管理办法》《商业银行理财子公司管理办法》等法规的原则性要求进行细化和补充，与上述制度共同构成理财公司内控管理的根本遵循。《办法》共六章 41 条，分别为总则、内部控制职责、内部控制活动、内部控制保障、内部控制监督及附则。

《办法》坚持问题导向、行业对标和风险底线原则，要求理财公司建立全面、制衡、匹配和审慎的内控管理机制和组织架构，完善投资

管理分级授权机制，健全交易制度全流程管理，加强重要岗位关键人员全方位管理，强化关联交易管理与风险隔离，充分发挥内控职能部门和内审部门的内部监督作用。监管部门应坚持为民监管理念，加强持续监管，逐步建立理财公司评价体系，提升监管有效性。

《办法》是理财行业迈向高质量发展的重要制度保障。发布实施《办法》有利于统一同类资管业务监管标准，增强理财公司法治观念和合规意识，促进构建与自身业务规模、特点和风险状况相适应的内控合规管理体系，推动理财行业形成良好发展生态。

下一步，银保监会将做好《办法》征求意见工作，持续督促理财公司强化内控合规管理建设，提高经营管理质效，增强风险防范能力，促进理财业务规范健康和可持续发展。

附：中国银保监会关于《理财公司内部控制管理办法（征求意见稿）》公开征求意见的公告

<http://www.cbirc.gov.cn/cn/view/pages/ItemDetail.html?docId=1049374&itemId=951&generaltype=2>

来源：中国银行保险监督管理委员会官网

四、中国人民银行中国银行保险监督管理委员会关于全球系统重要性银行发行总损失吸收能力非资本债券有关事项通知

银发〔2022〕100号

发布时间：2022年4月29日

中国工商银行股份有限公司、中国农业银行股份有限公司、中国银行股份有限公司、中国建设银行股份有限公司：

为提升我国全球系统重要性银行总损失吸收能力，防范化解系统性金融风险，维护金融稳定，保护投资者合法权益，根据《中华人民共和国中国人民银行法》《中华人民共和国商业银行法》《全球系统重要性银行总损失吸收能力管理办法》（中国人民银行 中国银行保险监督管理委员会 财政部令〔2021〕第6号发布）以及金融债券发行管理相关规定，现就全球系统重要性银行发行总损失吸收能力非资本债券有关事项通知如下：

一、本通知所称总损失吸收能力非资本债券是指全球系统重要性银行为满足总损失吸收能力要求而发行的、具有吸收损失功能、不属于商业银行资本的金融债券。

二、全球系统重要性银行发行总损失吸收能力非资本债券，由人民银行、银保监会依据金融债券发行管理规定和银行业监管规则进行监督管理。人民银行将总损失吸收能力非资本债券纳入对发行人金融债券的余额管理范畴。

三、总损失吸收能力非资本债券的受偿顺序，劣后于《全球系统重要性银行总损失吸收能力管理办法》规定的除外负债，优先于各级别合格资本工具。

四、总损失吸收能力非资本债券应当含有减记或转股条款，当全球系统重要性银行进入处置阶段，二级资本工具全部减记或者转为普通股后，人民银行、银保监会可以强制要求总损失吸收能力非资本债券以全部或部分方式进行减记或转为普通股。

五、发行人应充分、及时披露总损失吸收能力非资本债券相关信息，真实、准确、完整地揭示债券特有风险，包括但不限于次级性风险、减记损失风险、转股风险。

总损失吸收能力非资本债券存续期间，发行人应按季度进行信息披露。

六、发行人或投资人可聘请信用评级机构对总损失吸收能力非资本债券进行信用评级。投资人应当提高内部评级能力，对总损失吸收能力非资本债券的投资风险做出独立判断。

七、发行人应提升总损失吸收能力非资本债券的市场化定价程度，增强对各类投资者的吸引力。发行人及受其控制或有重要影响的关联方不得直接或变相购买其发行的总损失吸收能力非资本债券。

八、总损失吸收能力非资本债券的登记、托管、结算等业务，应在人民银行认可的债券登记托管结算机构办理。

九、关于债券发行的其他事宜按照《全国银行间债券市场金融债券发行管理办法》（中国人民银行令〔2005〕第1号发布）有关规定执行。

十、在本通知发布后，被金融稳定理事会认定为全球系统重要性银行的境内商业银行，以及在境外设立的全球系统重要性银行被认定为处置实体的境内附属公司，发行总损失吸收能力非资本债券有关事项参照本通知执行。

来源：中国银行保险监督管理委员会官网

五、中国银保监会关于规范和促进商业养老金融业务发展的通知

发布时间：2022年5月10日

各银保监局，各大型银行、股份制银行、理财公司、人身保险公司，建信养老金管理有限责任公司：

为深入贯彻党中央、国务院关于规范发展第三支柱养老保险的决策部署，推动银行保险机构更好服务多层次、多支柱养老保险体系建设，现就有关事项通知如下：

支持和鼓励银行保险机构依法合规发展商业养老储蓄、商业养老理财、商业养老保险、商业养老金等养老金融业务，向客户提供养老财务规划、资金管理、风险保障等服务，逐步形成多元主体参与、多类产品供给、满足多样化需求的发展格局。

银行保险机构开展商业养老金融业务应体现养老属性，产品期限符合客户长期养老需求和生命周期特点，并对资金领取设置相应的约束性要求。

银行保险机构应在产品合同中与客户对特殊情形下的流动性安排作出明确约定，但不得以期限结构化设计等方式变相缩短业务存续期限。

银行保险机构应当落实客户适当性管理要求，充分了解客户年龄、退休计划、财务状况、风险偏好等信息，合理评估客户养老需求、风险承受能力等，向其推介销售适当的养老金融产品。

银行保险机构经营商业养老金融业务，应当按照监管规定进行信息披露和风险提示，及时、准确、全面披露期限、费用、风险、权益等关键信息。商业养老金融产品宣传材料和销售文件应当简明易懂，不得包含与事实不符或者引人误解的宣传。商业养老理财产品不得宣传预期收益率。

支持和鼓励银行保险机构向客户提供长期直至终身的养老金领取服务，探索将商业养老金融产品与养老、健康、长期照护等服务相衔接，丰富养老金领取形式。

银行保险机构应当持续开展客户教育，提高社会公众对商业养老金融产品的认知度和接受度，逐步培育成熟的养老金融理念和长期投资理念，引导客户合理规划、持续投入、长期持有、长期领取，切实提高养老保障水平。

银行保险机构应当立足实际，制定合理的商业养老金融发展规划，有序开展普惠性产品创新和业务经营，将长期经营效果纳入销售、投资、管理人员考核评价体系，推动商业养老金融业务持续健康发展。

支持和鼓励银行保险机构之间开展业务合作，优化商业养老金融产品的设计、渠道推广、市场营销、投资管理、风险管控等。商业养老金融业务合作费用水平原则上不高于本机构其他同类型业务。

银行保险机构应当加强商业养老资金投资管理，采用成熟稳健的资产配置策略，有效管控商业养老资金投资风险。鼓励积极投向符合国家战略和产业政策领域，为资本市场和科技创新提供支持。

符合银保监会规定的银行理财、储蓄存款、商业养老保险等运作安全、成熟稳定、标的规范、侧重长期保值的满足不同投资者偏好的金融产品可纳入个人养老金投资范围，享受国家规定的税收优惠政策。

对于符合本通知规定的商业养老金融产品，银行保险机构可在产品名称和营销宣传中使用“养老”字样。其他金融产品不得在名称和营销宣传中使用“养老”或其他可能造成混淆的字样。

银行保险机构应当按照依法合规、稳妥有序、保护客户合法权益的原则，对名称中带有“养老”但不符合本通知规定的金融产品进行更名或清理，并于2022年6月30日前向监管部门报送整改情况。各银行保险机构法人应向其直接监管责任单位报送。

来源：中国银行保险监督管理委员会官网

行 业 新 闻

一、中国保险行业协会发布《电动摩托车承保实务(试行)》

发布时间：2022 年 04 月 28 日

为深入贯彻以人民为中心的发展思想和高质量发展要求，更好地维护电动摩托车保险消费者合法权益，增强保险保障能力，提升电动摩托车服务水平，在中国银保监会财产保险监管部的指导下，中国保险行业协会（以下简称保险业协会）深入实施调研、广泛征求意见、认真开展测算，完成《电动摩托车承保实务（试行）》，并正式发布。

近年来，国家统筹推进“双碳”战略，电动摩托车作为绿色交通的重要组成部分，逐步受到消费者青睐。相关政策标准、交通管理制度逐步出台也为保险行业进一步优化电动摩托车保险供给，提升服务水平营造了良好的外部环境。

在此背景下，为满足消费者绿色出行和交通安全保障的需要，适应电动摩托车产业发展要求，保险行业在电动摩托车风险识别、费率定价、服务质量等方面开展相关工作，与行业公司、专家学者、相关协会座谈研讨，建立工作机制，实施行业调研，全面征求意见，最终形成《电动摩托车承保实务（试行）》。

一是进一步明确消费者当前可投保电动摩托车类型。根据《机动车运行安全技术条件（中华人民共和国国家标准 GB7258-2017）》《电动摩托车和电动轻便摩托车通用技术条件（GB/T24158-2018）》等规定，在承保实务中明确电动摩托车是指在中华人民共和国境内（不含港、

澳、台地区）行驶，采用电驱动的两轮或三轮车辆；电动摩托车包括电动轻便摩托车和电动摩托车，不含电动自行车，明确当前电动摩托车承保范围。

二是进一步统一消费者交纳保费费率标准。综合国家电动摩托车有关技术规范 and 不同类型电动摩托车风险状况，目前将电动摩托车按功率和最高设计车速分为三档，分别为功率不大于 4KW 且最高设计车速不大于 50 公里/小时；功率大于 4KW、小于 8KW（含 8KW）或最高设计车速大于 50 公里/小时；功率 8KW 以上及电动三轮摩托车。并将三档电动摩托车的交强险、商业险执行费率与燃油摩托车对应排量档位保持一致。

三是进一步规范消费者线上化服务流程。鼓励公司加快线上化转型，推动保险人规范移动端应用程序、微信公众号等线上投保渠道，为投保人提供全流程线上投保服务，增强消费者保险服务的可获得性和便利性，提升服务触达率，同时规范投保信息真实、准确、安全录入要求等。

四是进一步梳理消费者投保信息要点。在传统车险承保实务基础上，理顺消费者投保信息关键要点，重点对交强险和商业险说明和告知、投保单填写与录入方面进行规范，梳理了电动摩托车关键的指标项目，要求保险公司要准确、完整地在系统中，录入投保单各项信息，统一行业信息收集标准，提升行业承保出单效率。

下一步，保险业协会将在中国银保监会的指导下，根据公安交管、交通运输、市场监督管理等部门的政策法规，不断丰富产品供给，扩

大风险保障覆盖面，优化保险服务水平，便捷承保理赔流程，不断满足电动摩托车消费者的保险保障需求。

来源：中国保险行业协会官网

二、2022 年处置非法集资部际联席会议召开

4 月 19 日，2022 年处置非法集资部际联席会议以电视电话形式召开。联席会议召集人、人民银行党委书记、银保监会主席郭树清出席会议并讲话。联席会议成员单位有关负责同志在主会场参会，各省（自治区、直辖市、计划单列市）人民政府和新疆生产建设兵团有关负责同志在分会场参会。

会议强调，要深入学习领会和贯彻落实习近平总书记重要指示批示精神，准确把握打非处非工作的政治性、人民性，将做好打非处非工作作为重要政治任务，作为捍卫“两个确立”，增强“四个意识”、坚定“四个自信”、做到“两个维护”的具体行动，全力以赴攻坚克难，坚决防范非法集资风险反弹，切实保护人民群众财产权益，坚决维护社会大局稳定，以实际行动迎接党的二十大胜利召开。

会议指出，2021 年以来，全国处非战线认真贯彻落实党中央、国务院决策部署，扎实推进《防范和处置非法集资条例》落地见效，严厉打击非法集资违法犯罪活动，初步建成全国监测预警“一张网”，深入推进防非宣传教育，非法集资风险防控取得明显进展。但当前非

非法集资风险形势依然复杂严峻。2022 年打非处非工作要提高政治站位，紧扣防反弹、保稳定中心任务，坚持稳字当头、稳中求进，加强系统治理、源头治理，着力遏制增量、消化存量、管控变量。

会议强调，要继续对非法集资保持严打态势，形成有力震慑。紧盯养老、投融资等重点领域，稳妥有序出清风险。持续深入开展重点案件督办，按照“三统两分”原则处置跨省案件，加大存量案件处置力度，力争早日扭转案件积压局面。将全力追赃挽损作为重中之重，多措并举提升挽损质效，尽可能减少群众损失。高度重视打击整治养老诈骗专项行动，从严从实做好养老领域非法集资排查整治各项工作。坚持科技防非、以网治网，全面实现国家监测平台与地方监测平台互联互通，加强风险源头管控。持续扩大防非处非宣传月品牌影响力，引导群众自觉抵制非法集资。持续深入推进《防范和处置非法集资条例》落实，各地和各行业主管、监管部门要及时研究细化配套制度和政策措施，提升依法打非处非能力。

来源：中国保险行业协会官网

三、人身保险销售将迎新规

发布时间：2022 年 4 月 18 日

人身保险销售监管规则将迎来重大变化。4 月 15 日，银保监会向各保险公司下发《人身保险销售行为管理办法（征求意见稿）》（以下简称《征求意见稿》）。

《征求意见稿》共八章 85 条，主要包括销售主体管理、销售业务管理、监督管理与法律责任等，拟对保险公司、保险中介机构和保险销售人员的人身保险售前、售中、售后行为进行全面规范。

业内人士表示，《征求意见稿》是监管部门对人身保险行业以销售为抓手进行的整体流程梳理，是对原有监管制度的改进和升级，正式实施后将会深刻影响人身保险销售的发展模式，有利于推动行业高质量发展，保护保险消费者合法权益。

亮点一：对销售人员实施分级管理

《征求意见稿》明确，对保险销售人员分级管理。保险公司、保险中介机构应按照中国保险行业协会发布的保险销售人员销售能力资质标准，建立保险销售人员分级管理机制，对保险销售人员实施分级管理。

业内人士认为，过去很长一段时间，保险销售人员参差不齐，部分人员对复杂的产品理解不到位，引发一些销售误导，给保险机构和整个行业带来负面影响。此次《征求意见稿》对分级管理的时间进程进行了明确：新增保险销售人员于 2023 年 12 月 31 日前达到要求，现有保险销售人员于 2024 年 12 月 31 日前全部达到规定要求。

值得关注的是，《征求意见稿》中新增了对佣金管理的规定，即“佣金占总保费的比例以所售产品定价时的附加费用率为上限”。“监管部门的目的是降低中间销售成本，让利于客户，这对产品开发也提出了新要求”。一家寿险公司总精算师对《中国银行保险报》记者表示，部分产品还不能满足这一要求，例如，目前市场上销量较好的一些终

身寿险，定价时附加费用率偏低，从保险精算的角度来看可能要重新进行设计。

此外，针对保险销售人员，《征求意见稿》也对自保件、互保件进一步规范，明确保险公司、保险中介机构不得以购买人身保险产品作为保险销售人员入司、转正或晋级的条件，不得允许自保件和互保件参与任何形式的业绩考核和业务竞赛。

亮点二：将产品分为三大类

对人身保险产品分类管理，是《征求意见稿》的一大关注点。

《征求意见稿》要求，保险公司应当根据人身保险产品的不同类型、复杂程度和风险水平，对人身保险产品进行分级分类管理。

具体来看，从低到高依次为：第一类：意外保险，健康保险（除第二类列明险种外），普通型人寿保险；第二类：分红型、万能型人寿保险，年金保险，税优健康保险、费率可调的长期健康保险、长期护理险，税收递延养老保险、专属商业养老保险；第三类：投资连结型保险，变额年金保险。

同时，《征求意见稿》进一步要求，保险公司、保险中介机构应根据保险销售人员分级结果及保险产品分级分类情况，对保险销售人员可销售产品进行差异化授权。产品授权范围应与保险销售人员级别相匹配，随着保险销售人员级别晋升逐步扩大。

业内人士表示，对产品分级管理，是监管部门进行产品监管的一个抓手，销售人员按照级别销售不同类型的保险产品，会对稳定市场起到积极作用。

亮点三：存在 4 类情形，建议终止投保行为

“对销售人员和产品分级管理，是对人身保险销售行为的基本要求，对于市场主体而言，还要将合适的产品卖给真正对其有需求的消费者。”业内人士说。

《征求意见稿》提及销售适当性管理，强调消费者购买长期人身保险时，保险公司、保险中介机构应在投保前，开展投保人保险需求分析、风险承受能力与缴费能力评估，依据分析和评估结果推介与之相适合的保险产品，使产品特点与客户需求、风险承受能力和缴费能力相匹配。

《征求意见稿》还明确，保险公司、保险中介机构应明确消费者与保险产品不具备适当性时的终止投保标准。存在以下 4 类情形的，应当建议投保人终止投保：一是投保人投保趸缴长期人身保险产品，支付人身保险保费超过其家庭年收入 5 倍的；二是投保人投保期缴长期人身保险产品，包括拟投保产品在内，每年支付人身保险保费的总额超过其家庭年收入 50%的；三是投保人投保时年龄超过 60 岁，投保投资连结型及变额年金保险的；四是监管部门规定的其他情形。

此外，在人身保险销售流程中，还应向投保人提供产品说明书和投保建议书。“这两项内容，很多保险公司已有类似的，只不过监管部门有了更多的标准化要求，未来在投保过程中，产品说明书是要经投

保人签字或阅读确认后留存的。这些规定都将进一步推动保险消费者保护。”上述寿险公司总精算师表示。

亮点四：直播等渠道销售内容要合规

除了个险渠道，《征求意见稿》也对中介、银保、直播等互联网渠道的人身险销售行为作出相关规定。

在合作机构甄选方面，保险公司应审慎选择拟合作的保险中介机构。对近2年内受到监管部门行政处罚或被采取行政监管措施的，不遵守行业自律准则的，应审慎合作；对近2年内存在重大违法违规问题的，不得开展新业务合作。

在银行合作方面，鼓励具备保险代理业务资质的银行建立专业化保险销售人员队伍。

在融合销售方面，保险公司、保险中介机构通过直播、自媒体账号、互联网群组等新型网络渠道线上线下融合开展人身保险销售的，应指定合规人员审看直播或访问相关自媒体账号、互联网群组，完整保存相关视频、音频、图文资料，确保销售宣传内容符合监管规定。开展人身保险销售的人员，应当是经保险公司、保险中介机构授权的保险销售人员；其他人员不得通过直播、自媒体账号、互联网群组等方式宣传或者销售人身保险产品。

来源：中国银行保险报官网

法律资讯

一、关于理性投保五注意的风险提示，银保监会提醒金融消费者理性投保，非保险机构“××互助”不是保险

以“××互助”“××联盟”“××统筹”等为名的非保险机构推出的互助活动不是保险或互助保险，分红保险、投资连结保险、万能保险等产品保单利益不确定，不要轻信“代理维权”“代理退保”等虚假承诺……

发布时间：2022 年 4 月 26 日

购买保险是现代社会进行风险管理的有效手段之一，随着经济社会发展、金融市场繁荣和人们风险意识增强，保险产品与个人、社会愈加息息相关。为更好保护金融消费者合法权益，预防销售误导虚假宣传等风险，减少保险消费纠纷隐患，引导社会公众树立科学理性投保意识，中国银保监会消费者权益保护局发布 2022 年第 3 期风险提示：提醒金融消费者掌握理性投保的五个注意要点，增强个人合法权益保护意识。

选择有保险业务经营许可的合规机构

购买保险第一步，就是要认清保险机构资质。消费者应从持有保险业务经营许可的合规机构，或在保险机构办理有效职业登记的销售人

员处办理保险业务。销售人员的执业登记信息，可登录银保监会官网-保险中介监管信息系统-保险中介从业人员查询。要特别注意的是：以“XX 互助”“XX 联盟”“XX 统筹”等为名的非保险机构推出的互助活动，不是保险或互助保险，不要与商业保险混淆。如有互助计划、机动车“交通安全统筹”等以互助保险名义或保险名义进行宣传，属于误导公众，经营此类业务的机构并非依法设立的保险公司，且部分经营组织的业务模式不可持续，相关承诺履行和资金安全难以有效保障，可能给消费者带来损失，蕴含较大风险。

了解保险责任、责任免除等重要条款，防范销售误导风险

保险产品所提供的保障范围均以合同条款中的保险责任为准，消费者应当清楚理解所购买的保险产品保什么、不保什么、保费缴纳、保险金如何赔偿等，切勿“望文生义”“一勾到底”或是随意跟风购买，注意防范营销过程中混淆和模糊保险责任、夸大保险责任、虚假宣传等风险。在投保过程中，无论是线下购买或是在互联网平台购买，消费者均要仔细阅读保险条款，对特别提示的保险责任、责任免除、保费缴纳、保险金赔偿或给付、犹豫期、退保损失、风险告知等合同重要条款应明确理解后再签字，以有效保障自身权益。

积极配合可回溯、“双录”、回访等环节，履行如实告知义务

为规范保险销售行为，切实保护消费者合法权益，银保监会出台了保险销售行为可回溯、金融机构销售“双录”等规定。同时，根据相关规定，保险公司应在犹豫期内对合同期限超过一年的人身保险新单业务进行回访，向投保人确认是否知悉保险责任、责任免除、犹豫期、

退保损失等重要内容。可回溯、“双录”、回访等规定是对保险机构和保险销售人员的监督，督促其依法依规履行销售过程中的合同内容说明、免责条款提示、风险告知等义务，也是保障消费者合法权益的重要手段，消费者应当积极配合，如实告知、如实答复回访问题，不清楚的地方可以要求保险公司进行详细解释。

正确认识人身保险新型产品，不被“高收益”误导

分红保险、投资连结保险、万能保险等人身保险新型产品兼具风险保障功能和长期储蓄功能，不同保险产品对于风险保障功能和长期储蓄功能侧重不同，此类产品具有保单利益不确定等特征，但本质上仍属于保险产品，产品经营主体是保险公司。消费者不宜将人身保险新型产品与银行存款、国债、基金等金融产品进行片面比较，也不应轻信只强调“高收益”而不展示不利信息、承诺保证收益等不实宣传行为。此外，保障期限在一年期以上的人身保险产品均设有犹豫期。在犹豫期内，投保人可以无条件解除保险合同，保险公司除保单工本费以外，将退还全部保费。

依法维护自身合法权益

若发现销售人员在保险销售过程中存在误导销售等违规行为，或认为自身权益受到侵犯，消费者应注意保留相应证据，及时向保险公司投诉，或向行业调解组织申请调解，必要时还可以根据合同约定，申请仲裁或向法院起诉。如果涉及要求查处违法违规行为的，可以向监管部门举报。

消费者要通过正常渠道用法律武器维护自身权益，不轻信“代理维权”“代理退保”等虚假承诺，不参与违背合同约定、提供虚假信息、编造事实的不法行为。

来源；中国银保监会官网

二、中国银保监会关于印发保险资金委托投资管理的通知

发布时间：2022 年 5 月 9 日

保险资金委托投资管理办法

第一章 总则

第一条 为规范保险资金委托投资行为，防范投资管理风险，切实保障资产安全，维护保险当事人合法权益，根据《中华人民共和国保险法》《保险资金运用管理办法》（中国保险监督管理委员会令 2018 年第 1 号）等法律法规，制定本办法。

第二条 中国境内依法设立的保险集团(控股)公司和保险公司(以下统称保险公司)将保险资金委托给符合条件的保险资产管理机构，由保险资产管理机构作为受托人并以委托人的名义在境内开展主动投资管理业务，适用本办法。

第三条 保险公司应当建立委托投资资产托管机制，并按照本办法规定选择受托人。保险公司委托投资资金及其运用形成的资产，应当独立于受托人、托管人的固有财产及其管理的其他资产。受托人因投资、管理或者处分保险资金取得的资产和收益，应当归入委托投资资产。相关机构不得对受托投资的保险资金采取强制措施。

第四条 中国银行保险监督管理委员会（以下简称银保监会）负责制定保险资金委托投资的监管制度，依法对委托投资、受托投资和资产托管等行为实施监督管理。

第二章 资质条件

第五条 开展委托投资的保险公司应当符合下列条件：

- （一）具有完善的公司治理、决策流程和内控机制；
- （二）具有健全的资产管理体制和明确的资产配置计划；
- （三）财务状况良好，委托投资相关人员管理职责明确，资产配置能力符合银保监会有关规定；
- （四）建立委托投资管理制度，包括受托人选聘、监督、评价、考核等制度，并覆盖委托投资全部过程；
- （五）建立委托资产托管机制，资金运作透明规范；
- （六）银保监会规定的其他条件。

第六条 受托管理保险资金的保险资产管理机构应当符合下列条件：

- （一）公司治理完善，操作流程、内控机制、风险管理及审计体系、公平交易和风险隔离机制健全。

（二）具有稳定的投资管理团队，设置资产配置、投资研究、投资管理、风险管理、绩效评估等专业岗位。

（三）具有一年以上受托投资经验，受托管理关联方保险资金除外。

（四）具备相应的投资管理能力并持续符合监管要求，其中，受托开展间接股权投资的，应当具备股权投资计划产品管理能力；受托开展不动产金融产品投资的，应当具备债权投资计划产品管理能力。

第七条 保险公司应当聘请符合银保监会规定的商业银行等专业机构担任委托投资资产的托管人。托管人应当按规定忠实履行托管职责，妥善保管托管财产，有效监督投资行为，及时沟通托管资产信息，保障委托人合法权益。

第三章 投资规范

第八条 保险资金委托投资资产限于银保监会规定的保险资金运用范围，直接股权投资、以物权和股权形式持有的投资性不动产除外。

第九条 保险公司应当建立委托投资决策程序和授权机制，并经董事会审议通过。

第十条 保险公司应当根据资金运用目标和投资管理能力审慎选择受托人，并严格履行委托人职责。受托人未按照约定的投资范围、风险偏好等开展投资的，保险公司应当要求其限期纠正。

第十一条 保险公司应当与受托人签订委托投资管理协议，载明当事人权利义务、关键人员变动、利益冲突处理、风险管理、信息披露、异常情况处置、责任追究等事项。

第十二条 保险公司应当加强资产负债管理，根据保险资金负债特点、偿付能力和资产配置需要，审慎制定委托投资指引，合理确定委托投资的资产范围、投资目标、投资期限和投资限制等，定期或不定期审核委托投资指引，及时调整相关条款。

第十三条 保险公司与受托人应当按照市场化原则，根据资产规模、投资目标、投资策略、投资绩效等因素，协商确定管理费率及定价机制，并在委托投资管理协议或委托投资指引中载明管理费率及定价机制。

第十四条 保险公司开展委托投资，不得有下列行为：

- （一）妨碍、干预受托人正常履行职责，包括违反委托投资管理协议或委托投资指引对投资标的的下达交易指令等；
- （二）要求受托人提供其他委托人信息；
- （三）要求受托人提供最低投资收益保证；
- （四）非法转移利润或者进行其他利益输送；
- （五）利用受托人违规开展关联交易；
- （六）国家有关法律法规和监管规定禁止的其他行为。

第十五条 受托人受托管理保险资金，应当履行以下职责：

- （一）严格遵守委托投资管理协议、委托投资指引和本办法规定，恪尽职守，忠实履行诚信、谨慎、有效的管理义务；
- （二）根据保险资金特性、委托投资指引等构建投资组合，独立进行风险评估并履行完整的投资决策流程，对投资标的和投资时机选择以及投后管理等实施主动管理，对投资运作承担合规管理责任；

（三）持续评估、分析、监控和核查保险资金的划拨、投资、交易等行为，确保保险资金在投资研究、投资决策和交易执行等环节得到公平对待；

（四）依法保守保险资金投资的商业秘密；

（五）定期或不定期向保险公司披露公司治理、受托资金配置、价格波动、交易记录、绩效归因、风险合规、关键人员变动、重大突发事件等信息，并为保险公司查询上述信息提供便利和支持，保证披露信息的及时、真实、准确和完整。

第十六条 受托人受托管理保险资金，不得有下列行为：

（一）违反委托投资管理协议或委托投资指引；

（二）承诺受托管理资产不受损失，或者保证最低收益；

（三）不公平对待不同资金，包括直接或间接在受托投资账户、保险资产管理产品账户、自有资金账户之间进行利益输送等；

（四）混合管理自有资金与受托资金；

（五）挪用受托资金；

（六）以保险资金及其投资形成的资产为他人提供担保；

（七）违规将受托管理的资产转委托；

（八）将受托资金投资于面向单一投资者发行的私募理财产品、证券期货经营机构发行的单一资产管理计划；

（九）为委托人提供规避投资范围、杠杆约束等监管要求的通道服务；

（十）利用受托资金为委托人以外的第三人谋取利益，或者为自己谋取合同约定报酬以外的其他利益；

（十一）以资产管理费的名义或者其他方式与委托人合谋获取非法利益；

（十二）国家有关法律法规和监管规定禁止的其他行为。

第十七条 受托人可以聘请专业服务机构为受托业务提供独立监督、信用评估、投资顾问、法律服务、财务审计或者资产评估等专业服务。专业服务机构的资质要求等参照保险资产管理产品相关监管规定执行。

第十八条 受托人存在下列情形之一的，保险公司应当及时予以解聘或者更换：

- （一）违反委托投资管理协议约定，致使委托人利益遭受重大损失；
- （二）利用受托管理的保险资金为自己或第三人谋取不正当利益；
- （三）与受托管理保险资金发生重大利益冲突；
- （四）受托人解散、依法被撤销、破产或者由接管人接管其资产；
- （五）不符合本办法第六条规定的条件；
- （六）银保监会规定的其他情形。

第四章 风险管理

第十九条 保险公司应当定期评估受托人的公司治理情况、投资管理能力、投资业绩、服务质量等，跟踪监测各类委托投资账户风险及合规状况，定期出具分析报告。

第二十条 保险公司应当与受托人及托管人建立信息共享、关联交易识别、重大突发事件等沟通协调机制，及时解决委托投资管理中的相关问题。

第二十一条 保险公司应当建立完善的风险管理和内部控制机制，配备满足业务发展需要的风险监测和信息管理系统。

第二十二条 保险公司委托投资相关人员应当遵守法律法规及监管规定，恪守职业道德和行为规范，不得利用受托人提供的资产配置、交易记录等信息开展内幕交易，不得利用职务之便为自己或他人谋取不正当利益。

第二十三条 保险公司和受托人应当建立委受托投资责任追究制度，相关高级管理人员和主要业务人员违反有关规定，未履行职责并造成损失的，应当依法追究责任。

第五章 监督管理

第二十四条 受托人应当按照监管规定定期向银保监会报告受托投资管理情况。银保监会组织相关机构对报告进行收集、整理和分析。

发生与委托投资有关的重大诉讼、重大风险事件及其他影响委托投资资产安全的重大事件的，委托人应当立即采取有效措施，防范相关风险，并及时向银保监会报告。

第二十五条 保险公司和保险资产管理机构开展委受托投资违反本办法规定的，银保监会将依法采取相应监管措施或实施行政处罚。

第六章 附则

第二十六条 保险资金委托投资关联交易管理另有规定的，从其规定。

本办法自发布之日起施行。《保险资金委托投资管理暂行办法》（保监发〔2012〕60号）同时废止。

来源：中国银保监会官网

案例分析

一、意外险中的医疗费能否得到重复赔偿

李思佳诉西陵人保公司人身保险合同纠纷案

《最高人民法院公报》2006 年 7 期

【案情简介】

2004 年 1 月 7 日，李思佳乘坐李某驾驶的鄂 EA9821 号二轮摩托车发生交通事故，致使受伤，经宜昌市第一人民医院门诊治疗，产生医疗费 1313.90 元。因伤者李思佳在泰康保险公司购买四季长乐终生分红人身保险，该保险亦附加意外伤害医疗保险，交通事故赔偿处理后，伤者李思佳持医疗费发票复印件等材料要求泰康保险公司进行理赔，保险公司认为伤者医疗费已经得到第三方全额赔偿为由拒绝赔偿。

【判决依据】

一、根据保险法第九十二条第一款第（二）项规定，意外伤害保险属于人身保险，不适用财产保险中的“损失补偿原则”。

二、保险合同中有保险人责任免除条款的，在订立保险合同时，保险人应当向投保人明确说明；未明确说明的，该条款不产生效力，保险公司应当按照合同约定理赔。

【裁判文书摘要】

原告：李思佳，女，11 岁，学生，住湖北省宜昌市夷陵路。

法定代理人：李斌（系李思佳之父），男，38 岁，宜昌市工商局干部，住址同上。

被告：中国人寿保险股份有限公司宜昌西陵区支公司，住所

地：宜昌市西陵一路。

代表人：高萍，该支公司经理。

原告李思佳因与被告中国人寿保险股份有限公司宜昌西陵区支公司（以下简称西陵人保公司）发生保险合同纠纷，由其父李斌作为法定代理人，向湖北省宜昌市西陵区人民法院提起诉讼。原告李思佳诉称：2003 年 5 月，原告之母在被告西陵人保公司为原告购买学生平安保险一份（该保险附加意外伤害医疗保险），被告未按规定出具书面保险合同。原告在泰康人寿保险股份有限公司宜昌中心支公司（以下简称泰康保险公司）购买了相同类型的附加保险。2004 年 1 月 7 日，原告因发生交通事故受伤，共花去医疗费 1313.90 元。2004 年 3 月，原告持医疗费发票原件到泰康保险公司进行了理赔。后原告持医疗费发票复印件及病历原件到被告处要求理赔，被告却以必须持医疗费发票原件方可办理理赔手续为由至今不予理赔。请求判令被告向原告支付医疗保险金 1313.90 元。

被告西陵人保公司辩称：原告李思佳在我公司投保的学生平安保险中附加的意外伤害医疗保险，是一种财产性质的保险，应适用损失补偿原则理赔，原告在已经获得泰康保险公司赔付的情况下，不能重复理赔。我公司要求原告提供医疗费原始凭证，是为了确认原告的损失是否获得赔偿，并对重复理赔行为加以控制。原告因交通事故受伤而支付的医疗费已经获得赔偿，我公司有权拒绝赔付。故原告的诉讼请求应当依法驳回。

被告提供中国人寿保险股份有限公司《国寿学生、幼儿平安保险附加意外伤害医疗保险条款》，用以证明原告发生的事故属于合同条款中

所称的“意外伤害事故”。根据该条款，原告要求理赔，需提供医疗费等相关资料原件。

在庭审质证中，双方当事人对上述证据的合法性、真实性均无异议，宜昌市西陵区人民法院对双方提供的证据均予确认。

宜昌市西陵区人民法院经审理查明：

2003年5月7日，原告李思佳之母所在单位宜昌市职业教育中心在被告西陵人保公司为原告购买“学生、幼儿平安保险”一份（该保险附加意外伤害医疗保险，保险期间为1年），并按规定交纳了保险费。2004年1月7日，原告乘坐李某驾驶的鄂EA9821号二轮摩托车在本市城区发生交通事故，致使原告受伤，经宜昌市第一人民医院门诊治疗，用去医疗费1313.90元。因原告另在泰康保险公司购买四季长乐终生分红人身保险，该保险亦附加意外伤害医疗保险，事故发生后，原告持医疗费发票原件等相关资料到泰康保险公司要求理赔，该公司依保险合同为原告赔付医疗保险金1263.90元（实际支付的医疗费1313.90元减去免赔额50元）。之后，原告持医疗费发票复印件等相关资料到被告处要求理赔，被告拒绝赔付。

宜昌市西陵区人民法院认为：

本案争议的焦点是：1. 意外伤害医疗保险是人身保险还是财产保险。
2. 原告要求理赔，是否必须提供医疗费单据等资料原件。

关于第一点。《中华人民共和国保险法》（以下简称保险法）中所称保险，包括财产保险和人身保险两大类。人身保险是以人的寿命和身体为保险标的的保险。原告在被告处投保的“学生、幼儿平安保险”，是对被保险人因疾病或遭受意外伤害造成死亡或身体残疾，由保险人按约定给付保险金的保险，属于人身保险；其附加的意外伤害医疗保

险，是以被保险人身体因遭受意外伤害需要治疗为给付保险金条件的保险，其性质亦应属人身保险。因此，被告应按照保险法中关于人身保险合同的赔付原则支付保险金。被告关于附加的意外伤害医疗保险是一种财产性质的保险，应适用损失补偿原则理赔的答辩观点无法律依据，不予采纳。

关于第二点。根据保险法第二十三条第一款的规定，保险事故发生后，被保险人申请理赔，应当向保险人提供其所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料，并未要求必须提供相关资料原件。因此，被告要求原告必须提供医疗费收据等资料原件方可理赔的答辩观点，缺乏法律依据，不予采纳。

另外，关于原告李思佳请求的医疗保险金的给付标准问题。因原、被告双方对保险合同关系的成立和生效无异议，现原告已依被告西陵人保公司的要求交纳了保险费，尽管被告未向原告出具书面保险合同，根据权利义务对等的原则，被告应比照本公司承办此项保险业务对外公布的合同条款中载明的标准支付原告医疗保险金。被告提供的《国寿学生、幼儿平安保险附加意外伤害医疗保险条款》第三条第一项规定：“被保险人在县级以上（含县级）医院或者本公司认可的医疗机构诊疗所支出的、符合当地社会医疗保险主管部门规定可报销的医疗费用，本公司扣除人民币 50 元的免赔额后，在保险金额范围内，按 80% 的范围内给付医疗保险金。”对于被告提供的上述保险条款，原告亦予以确认，故该条款应当作为确定本案保险金给付标准的依据。因此本案被告赔付的具体数额应当为原告实际支付的医疗费 1313.90 元减去免赔额 50 元后剩余金额的 80%，即 1011.12 元。原告要求被告对其发生的医疗费全额赔付的诉讼请求，没有法律依据，不予支持。

据此，宜昌市西陵区人民法院于 2004 年 9 月 1 日判决：被告西陵人保公司给付原告李思佳医疗保险金 1011.12 元。

西陵人保公司不服一审判决，向湖北省宜昌市中级人民法院提出上诉，理由是：1. 本案中的意外伤害医疗保险的保险标的为医疗费用，是一种财产损失，而财产保险适用损失补偿原则。被上诉人的损失已得到补偿，因此上诉人对被上诉人的理赔申请有权拒绝；2. 被上诉人没有提供有效票据（即医疗费票据原件）。故请求依法撤销原判，改判驳回被上诉人的诉讼请求。

被上诉人李思佳答辩称：根据保险法第九十二条第一款第（二）项的规定，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。原判认定事实清楚，适用法律正确，应予维持。

宜昌市中级人民法院经审理，确认了一审查明的事实。

宜昌市中级人民法院认为：

一、关于意外伤害医疗保险是否属于财产性质的保险。

人身保险，是指以人的生命或身体为保险标的，当被保险人在保险期限内发生死亡、伤残、疾病、年老等事故或生存至保险期满时，由保险人给付保险金的保险。财产保险，是指以财产及其有关利益为保险标的，当被保险人的财产及其有关利益因发生保险责任范围内的灾害事故而遭受经济损失时由保险人给予补偿的保险。意外伤害医疗保险，是指当被保险人由于遭受意外伤害需要治疗时，保险人给予医疗保险金的保险。意外伤害医疗保险具有一些特点，例如意外伤害造成医疗费用的支出，是一种经济损失，这种损失的数额可以确定，等等。但是，意外伤害医疗保险毕竟是基于人身发生意外伤害而形成的保险，不能因涉及经济损失而将其归属于财产性质的保险。保险法第九十二

条第一款第（二）项规定：“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。”该条款非常明确的把意外伤害保险划分在人身保险中，因此，意外伤害医疗保险应属于人身保险范畴。上诉人将意外伤害医疗保险归属于财产保险，或者认为“应当视为财产保险”的观点，并无法律上的依据。人民法院审理案件，严格遵守“以事实为依据，以法律为准绳”的原则，与法律相悖的理论、学说，不能作为断案的依据。

二、关于本案是否适用损失补偿原则

“损失补偿原则”是适用于财产保险的一项重要原则，即当保险事故发生并使被保险人遭受损失时，保险人必须在其承担的保险金给付义务范围内履行合同义务，对被保险人所受实际损失进行填补；保险人履行给付义务旨在弥补被保险人因承保危险发生所失去的利益，被保险人不能因保险给付义务的履行而获得额外利益。保险法第四十五条规定，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。法律赋予保险人行使代位追偿权也是财产保险中“损失补偿原则”的体现，其目的就是防止被保险人通过购买保险而获取不当利益。同时，保险法第四十一条限制了财产保险的重复投保，规定在财产保险中重复保险的保险金额总和超过保险价值的，各保险公司的赔偿金额的总和不得超过保险价值。除当事人另有约定外，各保险公司按其保险金额与保险金额总和的比例承担赔偿责任。但是在人身保险中，保险法第六十八条规定：“人身保险的被保险人因第三者的行为而发生死亡、伤残或者疾病等保险事故的，保险人向被保险人或者受益人给付保险金后，不得享有向第三者追偿的权利。但

被保险人或者受益人仍有权向第三者请求赔偿。”明确限制保险人行使代位追偿权，但被保险人或者受益人仍有权向第三者请求赔偿。而且，保险法对人身保险并无重复投保的限制。因此，“损失补偿原则”不适用于人身保险，当然也不适用于本案中属于人身保险的意外伤害医疗保险。

三、关于保险人能否以第三人已经向被保险人、受益人赔偿为由拒绝理赔。

前已述及，保险法对于人身保险并不限制重复投保，也不适用“损失补偿原则”。作为人身保险的一种，意外伤害医疗保险的被保险人或受益人依保险合同取得赔偿是一种合同法律关系，是约定之债。意外伤害医疗保险的被保险人因侵害人的过错获取赔偿是一种侵权法律关系，是法定之债。根据债之相对性原理，法定之债和约定之债之间、数个约定之债之间均是不同的法律关系。同时，保险合同是最大诚信合同，保险人往往还是格式合同的提供方。因此，保险人若是认为被保险人获得理赔后仍可能从第三人处获得赔偿，从而“获得额外的不当利益，违反公平原则，引发道德风险”，则应当在保险免责事项中，明确规定在何种情形下、何种范围内免除自己的责任，并对自己尽到此说明义务负有举证责任。中国保险监督管理委员会《关于商业医疗保险是否适用补偿原则的复函》（保监函〔2001〕156号）第二条规定：“根据《中华人民共和国保险法》第十七条（编者注：现十八条）‘保险合同中规定有关于保险人责任免除条款的，保险人在订立保险合同时应当向投保人明确说明，未明确说明的，该条款不产生效力’，对于条款中没有明确说明不赔的保险责任，保险公司应当赔偿。”在保险人尽到了明确说明关于保险人责任免除条款义务的情形下，民事主体作

为自己利益的最佳判断者，可以在综合考虑缴纳保险金的数额、可得赔偿数额、风险及收益之后，决定自己是否投保，是否重复投保。保险人以不重复赔偿为由拒绝理赔，又不能证明自己已经明确向被保险人声明此免责事项的，人民法院不予支持。

四、关于上诉人能否以医疗费票据复印件不是有效票据为由拒绝理赔。

上诉人西陵人保公司在一审中提出，要求被保险人提供医疗费原始凭证，是为了确认被保险人的损失是否已经获得赔偿，从而对重复理赔行为加以控制。根据保险法第二十三条第一款的规定，保险事故发生后，依照保险合同请求保险人赔偿或给付保险金时，投保人、被保险人或者受害人应当向保险人提供其所能提供的与确认保险事故性质、原因、损失程度等有关的证明和资料。因此，在处理人身保险赔偿事宜时，只要被保险人提供的有关证明和资料能够确认保险事故及相关费用已经发生，保险公司就应按照保险合同履行给付保险金的义务，而不应以被保险人是否出具相关费用单据原件为必备条件。对于保险责任范围内的索赔，保险公司只有在相关法律和保险合同有明确规定的情况下，才能予以拒赔。本案保险人对于被保险人发生保险事故的事实并不否认，而以医疗费票据复印件不是有效票据为由不予理赔，没有法律依据，且如前所述，本案中意外伤害医疗保险属于人身保险，法律并不禁止在该种保险中重复投保，重复理赔，被告不能举证证明自己对投保人明确说明第三人已经赔偿或理赔是免责事由，而以要求被保险人提供医疗费用单据原件的方法对重复理赔加以控制，没有法律依据，不予支持。

综上，上诉人的上诉理由均不成立，原审判决认定事实清楚，适用法律正确，程序合法，应予维持。据此，宜昌市中级人民法院依据《中华人民共和国民事诉讼法》第一百五十三条第一款第（一）项之规定，于 2004 年 11 月 16 日判决：驳回上诉，维持原判。

【案例评析】

根据本案公报案例，可以得出二个结论：

一、医疗费在投保财产类别险中（如机动车交强险、商业三者险、车上人员责任险、雇主责任险、旅责险、校责险、公众责任险等）的赔偿具有一定的财产属性，不能重复赔偿；但在意外险（如驾乘意外险、团体意外险、意外伤害险等）或人身险中则不具有财产属性，可以重复赔偿。

二、如果在意外险或人身险中明确约定，本保险中医疗费不支持重复赔偿，在扣除被保险人获得其他方面医疗费赔偿后就剩余费用按约定进行赔偿，并将该免赔内容在免责条款中明确单列，尽到法律规定的明确说明义务，做到投保“双录”，规范操作，主张医疗费不重复理赔可以得到法律的支持。

二、雇员在工作中因突发疾病抢救无效死亡，是否属于雇主责任险的保险责任范围？

【裁判文书】

(2020)豫01民终961号

上诉人（原审原告）郑州市兴东市政建设管理有限公司，住所地郑州市郑东新区郑开大道136号801室。

法定代表人李清震，总经理。

委托代理人杜攀，河南豫龙律师事务所律师。

被上诉人（原审被告）中华联合财产保险股份有限公司郑州中心支公司，住所地河南自贸试验区郑州片区（郑东）商务外环路3号中华大厦一楼101-106、201-209、四楼。

负责人范鹏，经理。

委托代理人陈学军，河南闻禹律师事务所律师。

委托代理人张雪龙，河南闻禹律师事务所律师。

上诉人郑州市兴东市政建设管理有限公司（以下简称兴东公司）因与被上诉人中华联合财产保险股份有限公司郑州中心支公司（以下简称中华联合保险）人身保险合同纠纷一案，不服河南省郑州高新技术产业开发区人民法院（2019）豫0191民初33145号民事判决，向本院提起上诉。本院受理后依据《最高人民法院关于民事诉讼程序繁简分流改革试点实施办法》第十八条规定，适用独任制进行了审理。本

案现已审理终结。

兴东公司向一审法院提出诉讼请求：1、判令中华联合保险立即向兴东公司支付保险赔付款 503634.85 元；2、由中华联合保险承担本案全部诉讼费用。事实和理由：兴东公司于 2018 年 1 月 8 日向中华联合保险投保雇主责任险，保险单号为 02184101220004400000003，保险责任期限自 2018 年 3 月 6 日 0 时起至 2019 年 3 月 5 日 24 时止。2018 年 3 月 30 日，兴东公司单位员工韩光姣在工作时患病经抢救无效当日死亡，经郑州市人力资源和社会保障局认定为工伤，并经郑州市中级人民法院判决，兴东公司支付雇员韩光姣家属赔偿金共计 948984.85 元，其中包括兴东公司支付医药费 3634.85 元。根据投保保单约定，上述费用中医疗费用 3634.85 元，以及死亡赔偿限额 500000 元均在中华联合保险理赔范围内，但中华联合保险至今未给付兴东公司。为维护兴东公司的合法权益，故诉至法院。

中华联合保险辩称：1、本案中韩光姣的死亡不属于保险责任范围。根据保险合同约定，雇主责任险的保险责任为：在受雇过程中，从事本保险合同载明的被保险人的业务有关工作时，遭受意外而致受伤、××，被保险人依照中华人民共和国法律须承担的经济赔偿责任，保险人按照本保险合同的约定负责赔偿。只有在遭受××的情况下才属于保险责任。××的范畴。××经抢救无效死亡，不属于保险责任中的“意外”。“意外”是指外来的、突发的、非本意的、××的原因，××导致的死亡，是内部的、××的原因导致的死亡，不应属于“意外”的范畴。2、本案中，中华联合保险已经尽到了提示义务和明确说

明义务。中华联合保险拒赔的理由是韩光姣的死亡不属于保险责任，并不是依据保险合同中的免责条款。兴东公司向中华联合保险签署投保单，并声明已经仔细阅读保险条款，尤其是字体加粗部分的条款内容，并对保险公司就保险条款内容的说明和提示完全理解，没有异议，申请投保，兴东公司在投保人声明处签章，保险责任条款已经生效。因此对不符合保险责任的情况，中华联合保险不应承担赔偿责任。3、兴东公司因其向韩光姣的家属进行了赔偿而向中华联合保险索赔没有事实和法律依据。兴东公司并没有为韩光姣缴纳工伤保险，所以本应由工伤保险基金赔付的款项由兴东公司进行了赔偿，兴东公司据此向中华联合保险索赔没有依据。综上，本案中韩光姣的死亡不属于保险责任，兴东公司的诉请没有事实和法律依据，应当驳回兴东公司的诉讼请求。

一审法院经审理查明：（2019）豫 0191 民初 8491 号民事判决书及郑州市中级人民法院（2019）豫 01 民终 12394 号民事判决书载明：韩光姣系兴东公司员工，2018 年 3 月 30 日，韩光姣在郑州市××与××交叉口向××北保洁时，××发并被人发现后拨打 120 急救电话送至郑州大学第一附属医院进行救治，入院后被诊断为：1. 脑疝；2. 脑干出血；3. 左侧额颞叶基底节区脑出血；住院期间医疗费共计 3634.85 元。2018 年 3 月 30 日晚 8 点，韩光姣去世。

2018 年 7 月 13 日，郑州市人力资源和社会保障局作出豫（郑）工伤认字【2018】0030059 号工伤认定决定书，认定韩光姣受到的事故伤害，符合《工伤保险条例》第十五条第一项之规定，属于工伤范围，

视同工伤。故依据相关法律规定，判决兴东公司于判决生效后十日内支付韩跃军、王生耀、王文栋、王文倩一次性工亡补助金、丧葬补助金、医疗费共计 749919.85 元；向韩跃军、王文栋、王文倩支付供养亲属抚恤金共计 199065 元。

判决生效后，2019 年 7 月 11 日，兴东公司向法院账户转款 948989.85 元，附言显示为付（2019）豫 0191 民初 8491 号案件赔偿款。

兴东公司另提供中华联合保险雇主责任保险（B 款）保险单一份，显示投保人为兴东公司，投保人数 446 人，每人伤亡责任限额 50 万，每人医疗费用责任限额 5 万元，保险期间共 12 个月，自 2018 年 3 月 6 日 0 时至 2019 年 3 月 5 日 24 时止，保险费合计 205160 元。特别约定为：医疗费用免赔金额 200 元后按 90% 赔付。保险责任约定为凡被保险人的雇员，在本保险合同有效期内，在受雇过程中，从事本保险合同所载明的被保险人的业务有关工作时，遭受意外而致受伤、××，被保险人依照中华人民共和国法律须承担的经济赔偿责任，保险人按照本保险合同的约定负责赔偿。

庭审中，双方对双方之间存在保险合同关系，×× 因及其死亡并认定工伤的基本事实无异议。

兴东公司赔偿韩光姣家属后向中华联合保险索赔，双方对韩光姣因脑出血等原因死亡是否属于意外，是否属于保险责任赔偿范围有异议，引发纠纷，诉至法院。

一审法院认为，依法成立的合同，对当事人具有法律约束力。当事人对于自己提出的诉讼请求所依据的事实或者反驳对方诉讼请求所

依据的事实有责任提供证据加以证明。没有证据或者证据不足以证明当事人的事实主张的，由负有举证责任的当事人承担不利后果。

本案中，兴东公司为其员工投保雇主责任保险，并交纳保费，双方存在保险合同关系。××发被送至医院进行救治，入院后被诊断为：1. 脑疝；2. 脑干出血；3. 左侧额颞叶基底节区脑出血，后于当晚死亡。根据兴东公司投保的保险责任范围，法院认为，意外伤害是指非本意的、外来原因造成、突然发生的，××是人体内部生理故障或新陈代谢的结果，因此疾病所致伤害不属于意外事故。故兴东公司员工韩光姣的死亡不属于保险责任范围，兴东公司据此要求中华联合保险支付保险赔付款 503634.85 元的诉请，不予支持。综上，依照《中华人民共和国合同法》第八条、第六十条，《中华人民共和国民事诉讼法》第六十四条之规定，一审法院判决：驳回郑州市兴东市政建设管理有限公司的诉讼请求。案件受理费 4418 元，由郑州市兴东市政建设管理有限公司负担。

兴东公司不服一审法院判决向本院上诉称：一、本案是财产保险合同纠纷，应当按照保险合同本身的条文约定以明确保险责任范围。本案的保险合同是中华联合保险提供的格式性合同。兴东公司的员工因投保时未患有的疾病死亡（猝死）不属于免责事由，则应当属于保险条款中约定的“意外”。二、兴东公司雇员韩光姣在从事与公司业务有关的工作时猝死，属于意外之外的，料想不到的不幸事件，即“意外”。针对“意外”含义的理解，被保险人和保险人存在理解偏差时，也应作出不利于格式条款一方的解释。请求改判支持兴东公司的诉讼

请求。

中华联合保险答辩称：一、保险人是否应承担赔偿责任，需要结合保险条款和免责条款综合认定。二、××是并列的，××都属于保险责任。三、中国保险协会作出的《保险·名词解释》第40条规定意外为外来的、突发的、非本意、××的使被保险人身体受到伤害或财产遭受损失的客观事件。四、××导致的死亡，不属于意外，不属于保险责任。请求驳回兴东公司的上诉请求，维持原判。

本院经审理查明的事实与一审一致。

本院认为：××发被送至医院进行救治，入院后被诊断为：1. 脑疝；2. 脑干出血；3. 左侧额颞叶基底节区脑出血，后于当晚死亡。按保险业的常见定义，意外伤害是指外来的、突发的、非本意的、××的使身体受到伤害的客观事件。包括四重含义：一是非本意的，即预料外的和非故意的事件；二是由外因构成，指身体外部原因造成的事故；三是突发，即意外伤害在极短内发生，来不及预防；××的。××不属于意外伤害，故兴东公司员工韩光姣的死亡不属于保险责任范围。同时，兴东公司作为从事市政管理服务的公司，其员工众多，且已经在中华联合保险购买了446份内容相同的保险，应当对保险条款有充分的了解，故本案不存在对保险条款的理解有不同认识的情况。综上，兴东公司的上诉请求和理由，与事实及合同约定不符，不能成立，本院不予支持。一审判决认定事实清楚，适用法律正确，应予维持。依照《中华人民共和国民事诉讼法》第一百七十条第一款第一项的规定，判决如下：

驳回上诉，维持原判。

二审案件受理费 8836 元，由郑州市兴东市政建设管理有限公司负担。

本判决为终审判决。

审判员 张 鹏

二〇二〇年三月二十五日

书记员 高慧丽

【案例评析】

本案的争议焦点雇员“突发疾病”是否属于意外事件，是否属于雇主责任险的赔偿范围。

1、关于“猝死”的概念与理解。

根据世界卫生组织（WHO）对猝死的定义：平素身体健康或貌似健康的患者，在出乎意料的短时间内，因自然疾病而突然死亡即为猝死。这便将“猝死”定性为因自然疾病突发造成的死亡后果，引起猝死的原因不是“意外事件”，而是自身疾病造成的。而意外险中所指的“意外”，是外来的，突发的，非本意的，非疾病的客观事件，故猝死不是意外原因造成的。猝死在临床医学上，猝死可以按照是否由心脏引起，分为心源性猝死和非心源性猝死，根据统计，75%的猝死都是心源性猝死。本案非心源性猝死，而是脑出血造成的猝死，故法院对脑出血等雇员自身疾病引起的死亡认定为“非意外原因”是客观的。

2、关于雇主责任是否承担赔偿责任问题。

根据雇主责任的法律规定及工伤的认定，本案用人单位即被保险人需要承担法定工伤赔偿，其投保雇主责任险是为了分散转嫁用工风险，通常理解，雇主责任险需要承担被保险人及雇主的用工赔偿责任，但根据本案投保的雇主责任险的责任范围明确约定，“在受雇过程中，从事本保险合同载明的被保险人的业务有关工作时，遭受意外而致受伤、死亡”，且保险人规范承保，尽到法律规定的免责条款交付和明确说明义务，法院认定免赔约定符合法律规定。本案雇主责任的保险责任范围进行缩小，仅对雇员“遭受意外”导致的受伤、死亡后果承担保险责任，将自身疾病导致的伤亡排除在外，故二审法院均认定因本案雇员因自身突发疾病造成死亡，不是意外事件或意外事故造成的，不属于保险责任范围。本案保险诉争在郑州地区取得胜诉不易，也说明保险公司规范承保的重要意义。

3、当然，有人会说，投保此类雇主责任险不能分担雇主的责任与风险，投保目的无法实现，但可以与保险人协商赔偿范围，就被保险人经法院或仲裁部门依法确定其承担雇员的赔偿损失，作为保险人应承担的赔偿责任范围；因雇主责任险的赔偿项目，一般包括医疗费、住院津贴、伤残或死亡保险金等，与工伤赔偿项目不一致，主要是赔偿医疗费和伤残及死亡保险金，故投保人与保险人协商约定赔偿责任范围和赔偿项目比较重要。

（完）