

# 对《保险法》(09 年修订) 自杀条款和 重复保险条款的思考

陈 兵

(上海立信会计学院 金融学院, 上海 201620)

**摘要:** 2009 年,《中华人民共和国保险法》进行了第二次修订,文章分别对比分析了自杀条款和重复保险条款修订前后的差异,认为修订后的自杀条款与重复保险条款仍然存在着缺陷和不足,会引发保险争议和道德风险,以对保险法相关条款进一步修订完善提供启示。

**关键词:** 保险法; 自杀条款; 重复保险; 人身保险; 财产保险

**中图分类号:** F840.4; DF595 **文献标识码:** A **文章编号:** 2095-0098(2012)06-0061-04

1995 年,随着我国社会主义市场经济体制的建立,金融立法受到高度重视,《中华人民共和国保险法》于 1995 年正式颁布实施。随着我国保险市场的快速发展以及加入 WTO 的要求,2002 年对《保险法》进行了小幅修订。<sup>[1]</sup>近几年,我国保险业发展迅速,《保险法》中的一些规定已不适应业务发展和监管需要,因此,2009 年又对《保险法》进行了第二次重大修订,《保险法》条文从 158 条修改为 187 条,增加 29 条。其中保险合同法部分由原法的 60 条修改为 57 条,减少 3 条;保险业法部分由原法的 83 条修改为 115 条,增加 32 条。<sup>[2]</sup>本文重点分析人身保险合同中自杀条款和财产保险合同中重复保险条款修订前后的差异和存在的不足,以对保险法相关条款进一步修订完善提供启示。

## 一、人身保险合同中自杀条款的修订与不足

财产保险中,投保人或被保险人故意伤害保障对象(保险标的),是典型的道德风险行为,显然不能得到保险赔偿。人身保险中,投保人故意伤害保障对象(被保险人的身体和生命),则保险人不承担保险责任,《保险法》(09 年修订)第四十三条规定“投保人故意造成被保险人死亡、伤残或者疾病的,保险人不承担给付保险金的责任。投保人已交足二年以上保险费的,保险人应当按照合同约定向其他权利人退还保险单的现金价值。”对于受益人故意伤害保障对象(被保险人的身体和生命),《保险法》(09 年修订)第四十三条规定“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。”然而,应该注意到,《保险法》(09 年修订)第四十三条的规定存在缺陷,对受益人故意伤害被保险人,只规定该受益人丧失受益权,并未明确保险人是否应该承担保险责任,即对被保险人或其他受益人是否应给付保险金,或者无其他受益人时是否按照《保险法》(09 年修订)第四十二条的规定来处理——保险金作为被保险人的遗产,由保险人依照《中华人民共和国继承法》的规定履行给付保险金的义务。尽管有缺陷,但非常明确的是,《保险法》(09 年修订)第四十三条规定显然是希望将被保险人面临的道德风险尽量降低,保护被保险人的人身安全。

除了以上情形,人身保险中还存在另一种特殊风险——被保险人自杀。自杀可分为过失自杀和故意自杀,寿险合同的自杀条款是针对故意自杀。被保险人自杀尽管属于故意行为,但不同于以上投保人或受益人故意伤害被保险人的行为,投保人或受益人故意伤害被保险人使伤害别人,甚至可能是犯罪,保险人不承担保险责任通常不会引起争议。但被保险人自杀是伤害自己,伤害自己并不犯罪,因此,尽管自杀属于故意行

收稿日期: 2012-10-22

作者简介: 陈 兵(1972-),男,副教授,研究方向: 金融风险与金融监管、个人理财。

为,但不能简单地处理。一种观点认为应将其列入责任免除,因为如果列入保险责任范围,客观上鼓励被保险人通过自杀来谋取保险金,违反人道主义原则,也会造成社会问题。此外,自杀属于故意制造保险事故,对于故意制造保险事故,保险条款中通常将故意行为作为责任免除来对待。另一种观点则认为应将其列入保险责任范围,因为自杀的原因可能并非为了骗取保险金,而是其他的原因如家庭矛盾、事业上的挫折、疾病带来的痛苦等。如果将自杀作为责任免除,显然不恰当,也损害受益人的利益。两种意见争论的结果,达成一种共识:如果被保险人自杀的目的在于谋取保险金,那么保险人不负保险责任;如果被保险人自杀的目的不是谋取保险金,保险人可以承担保险责任。但是,被保险人自杀的目的往往是一种主观推测,很难判断,在被保险人死亡后再追究其自杀的动机,就更加困难。为了便于操作和掌握,国际保险界根据业务经验,形成一种惯例,把被保险人在合同成立二年内自杀与合同成立二年后自杀加以区分。被保险人在合同成立二年后自杀,推定为并非以谋取保险金为目的。其理由是:一般情况下,一个人不可能在两年前预谋自杀,也不可能预谋两年后才付诸实施(这也是心理学研究的发现)。<sup>[3]</sup>被保险人在合同成立二年内自杀,极有可能是为谋取保险金而自杀,为了稳妥起见,保险人不负给付保险金的责任。这样,即使真的有被保险人为谋取保险金而与保险人订立人身保险合同,然后自杀,也很难实现其目的。

我国《保险法》(02年修订)的规定基本上遵循国际惯例,即保险合同成立两年内被保险人自杀,属于责任免除;保险合同成立满两年后自杀,属于保险责任。见《保险法》(02年修订)第六十六条规定“以死亡为给付保险金条件的合同,被保险人自杀的,除本条第二款规定外,保险人不承担给付保险金的责任,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。以死亡为给付保险金条件的合同,自成立之日起满二年后,如果被保险人自杀的,保险人可以按照合同给付保险金。”仔细分析该条款,发现存在明显的缺陷,即保险合同自成立之日起满二年后,如果被保险人自杀的,保险人可以按照合同给付保险金。可以给付保险金的表述赋予保险公司最终的决定权,使保险金的给付充满不确定性,实务中容易产生保险纠纷。事实上,法律条款中用“可以”之类的表述是不严谨的,在《保险法》(95版)和《保险法》(02年修订)中存在这种现象,如《保险法》(02年修订)第十七条“投保人因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。”当然,前述条款中用“可以”而不是“应当”或“必须”等表述,也可能是立法初衷本来就不鼓励对自杀行为提供保障,用“可以”给了保险公司最终决定权,使得被保险人自杀能否获得保险金充满不确定性,这本身对自杀行为就能起到一定的抑制作用,因此,“可以”有其积极的作用。但无论如何,这样的表述在法律条款中是不严谨的,为保险争议留下了空间。《保险法》(09年修订)将自杀条款作了修改,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。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。”将该条款与《保险法》(02年修订)第六十六条对比,发现几个变化:一是合同成立二年内被保险人自杀的,保险人不承担给付保险金的责任,但同时增加了合同效力恢复之日起二年内的情形,有助于抑制逆向选择的问题,因而更加合理全面。二是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。根据我国《民法通则》规定,无民事行为能力人包括10岁以下未成年人和不能辨认自己行为的精神病人。显然,这两类人即使在保险合同成立或者合同效力恢复之日起二年内自杀,也不大会有谋取保险金的动机,因此,保险人承担给付保险金责任也是合理的。三是合同成立或者合同效力恢复之日起二年后被保险人自杀的,保险人是否承担给付保险金责任根本就未提及。因此,自然就留下了问题:合同成立或合同效力恢复超过二年被保险人自杀,保险人承担责任吗?如果逻辑推理保险人应该承担保险责任,那么条款就不严谨;如果在《保险法》(02年修订)第六十六条的基础上进一步收缩,那么有可能无法可依,保险争议更大。此外,被保险人自杀时如果为无民事行为能力人,合同成立或合同效力恢复已超过二年,保险人是否承担责任?从逻辑推理保险人应该承担责任,但条款未明确提及仍然显得不够严谨。因此,对自杀条款还需进一步修订完善,避免留下保险争议的空间。<sup>[4]</sup>

## 二、财产保险合同中重复保险的界定和规范

在财产保险中,重复保险的存在可能诱发道德风险,被保险人可能在重复保险的前提下制造保险事故,获得超额赔偿,进行保险欺诈,因此,对重复保险及其赔偿要有专门的法律条款进行界定和规范,防止被保险人获得超额赔偿从而诱发道德风险的发生。

《保险法》(02年修订)第四十一条规定“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。重复保险的保险金额总和超过保险价值的,各保险人的赔偿金额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义务。重复保险是指投保人对同一保险标的、同一保险利益、同一保险事故分别向二个以上保险人订立保险合同的保险。”

《保险法》(09年修订)第五十六条规定“重复保险是指投保人对同一保险标的、同一保险利益、同一保险事故分别与两个以上保险人订立保险合同,且保险金额总和超过保险价值的保险。重复保险的投保人就可以就保险金额总和超过保险价值的部分,请求各保险人按比例返还保险费。”

对比两次修订,有一些问题值得深入探讨。

1. 关于重复保险的定义。02年的定义只要满足同一保险标的、同一保险利益、同一保险事故分别向二个以上保险人订立保险合同就是重复保险,不管保险金额总和是否超过保险价值。而09年的定义除了满足三个同一,还必须满足保险金额总和超过保险价值的条件才是重复保险。显然,如果只满足三个同一,但保险金额总和不超过保险价值,也不是重复保险。分析这两个定义,均存在缺陷,实际上,重复保险除了满足三个同一,还必须要在同一时间内分别向二个以上保险人订立保险合同,或者不同保险合同必须有重叠的时间,否则也不是重复保险。例如,某企业分别于2012年3月1日、4月1日分别向A、B二家保险公司订立企业财产保险合同,保险期限均为1年,保险金额分别为2000万、3000万,保险价值为6000万元。分析该案例,因保险金额总和小于保险价值,根据09年定义不属于重复保险;根据02年定义,在2012年4月1日至2013年3月1日属于重复保险,2012年3月1日至2012年4月1日、2013年3月1日至2013年4月1日就不属于重复保险。

2. 09年的定义为什么要加上保险金额总和超过保险价值的条件才是重复保险,即保险金额总和是否超过保险价值有何意义?如前所述,重复保险条款的规定目的主要是防止被保险人获得超额赔偿从而诱发道德风险的发生。因为重复保险按照一般的赔偿方式计算赔偿,可能会出现各个保险公司赔偿的总和超过损失金额,从而导致被保险人因赔偿额外获利,这就违背了补偿原则的要求,也会诱发道德风险。那么重复投保在什么情况下按照一般的赔偿方式会导致保险公司赔偿总和超过损失金额呢?以下面的案例来分析。

某企业分别向A、B、C三家保险公司投保企业财产险(不定值保险),保险金额分别为1000万元、2000万、4000万元,保险期内发生火灾,损失金额2000万元。假设:(1)保险财产受损时价值为8000万元,按照不定值保险一般的赔偿方式分别计算A、B、C保险公司的赔偿;(2)保险财产受损时价值为5000万元,按照不定值保险一般的赔偿方式分别计算A、B、C保险公司的赔偿。

不定值保险的赔偿一般采用比例赔偿方式,其赔偿计算公式为:

保险赔款 = 保险财产损失价值 × 保险金额 / 保险财产受损时实际价值

第一种情况,保险金额总和小于保险价值,每份保险合同都是不足额保险,不足额保险按比例赔偿:则A保险公司的赔偿 =  $2000 \text{ 万} \times 1000 \text{ 万} / 8000 \text{ 万} = 250 \text{ 万元}$ ; B保险公司的赔偿 =  $2000 \text{ 万} \times 2000 \text{ 万} / 8000 \text{ 万} = 500 \text{ 万元}$ ; C保险公司的赔偿 =  $2000 \text{ 万} \times 4000 \text{ 万} / 8000 \text{ 万} = 1000 \text{ 万元}$ ,保险公司赔偿总和为1750万元,小于损失金额2000万元,被保险人没有获得超额赔偿,因此缺乏制造保险事故的动机。

第二种情况,保险金额总和大于保险价值,每份保险合同也是不足额保险,如果此时仍然采取不足额保险按比例赔偿:则A保险公司的赔偿 =  $2000 \text{ 万} \times 1000 \text{ 万} / 5000 \text{ 万} = 400 \text{ 万元}$ ; B保险公司的赔偿 =  $2000 \text{ 万} \times 2000 \text{ 万} / 5000 \text{ 万} = 800 \text{ 万元}$ ; C保险公司的赔偿 =  $2000 \text{ 万} \times 4000 \text{ 万} / 5000 \text{ 万} = 1600 \text{ 万元}$ ,保险公司赔偿总和为2800万元,大于损失金额2000万元,被保险人获得了超额赔偿,因此就可能有制造保险事故的动机。

显然,在重复投保的情况下,即使满足三个同一条件,但保险金额总和并不大于保险价值,保险事故发生时

按照不定值保险一般的赔偿方式理赔,也不会出现超额赔偿的结果。而保险金额总和一旦大于保险价值,保险事故发生时再按照不定值保险一般的赔偿方式理赔,将会出现超额赔偿的结果,就可能诱发道德风险。因此,在重复投保的前提下,保险金额总和是否大于保险价值成了是否会导致超额赔偿的关键因素,这正是 09 年重复保险定义中加上保险金额总和超过保险价值条件的原因。根据这一定义,如果保险金额总和不大于保险价值,即使满足三个同一条件,也不属于重复保险,不需要依据重复保险条款来处理赔偿,也不会导致超额赔偿的问题。而满足三个同一条件且保险金额总和大于保险价值的情况下,就属于重复保险,就必须按照其他赔偿方式(比例责任、限额责任、顺序责任)来计算各个保险公司的赔偿,即各个保险公司按照一定的方法进行赔偿分摊,保证赔偿金额总和不大于损失金额,从而防止道德风险的发生。当然,实务中,保险公司间可能由于信息不对称,并不清楚重复保险的存在,从而仍然按照不定值保险一般的赔偿方式理赔并导致超额赔偿的出现,但这种情况还是很少的,保险公司在理赔中是容易发现重复保险情况的。

3. 重复保险性质的区分。与《保险法》(02 年修订)第四十一条相比,《保险法》(09 年修订)第五十六条增加了多缴保费返还的规定,保护了投保人的合法权益。但遗憾的是,《保险法》(09 年修订)第五十六条并未区分善意重复保险与恶意重复保险。<sup>[5][6]</sup>

善意重复保险是指投保人无蓄意制造保险事故获取保险金的动机,却因对标的价值估计错误或不知情而进行重复投保;恶意重复保险是指投保人明知保险标的价值,为骗取超额赔偿而故意进行重复投保。恶意重复保险隐藏着投保人制造保险事故的道德风险,一定程度上会纵容投保人的诈骗动机。但是按照《保险法》(09 年修订)第一百七十六条规定“保险诈骗的行为包括:故意虚构保险标的、编造未曾发生的保险事故,或者编造虚假的事故原因或者夸大损失程度、故意造成保险事故”。显然恶意重复投保的行为不在以上范围之内。保险诈骗中不包括恶意重复保险,为投保人恶意超额投保留下余地,而且恶意重复保险的情况下,投保人要求保险人返还保费显然不合理。

#### 参考文献:

- [1]《中华人民共和国保险法》(02 年修订)。
- [2]《中华人民共和国保险法》(09 年修订)。
- [3]樊启荣. 人寿保险合同之自杀条款研究——以 2009 年修订的《中华人民共和国保险法》第 44 条为分析对象[J]. 法商研究, 2009(5): 106 - 113.
- [4]杨洪泽. 浅谈我国人身保险合同中的自杀条款——兼与新保险法送审稿比较[J]. 经济研究导刊, 2008(9): 184 - 185.
- [5]董彪. 论我国重复保险制度的立法完善[J]. 上海金融, 2010(3): 71 - 75.
- [6]刘玉焕. 新《保险法》存在的缺陷及其改进[J]. 南京审计学院学报, 2010(1): 17 - 21.

## Analysis on Suicide and Double Insurance Clauses of Insurance Law( 2009 revision)

CHEN Bing

( School of Finance ,Shanghai Lixin University of Commerce ,Shanghai 201620 ,China)

**Abstract:** The Insurance Law of the People's Republic of China was amended the second time in 2009 ,this article analyses the differences before and after amendments of suicide and double insurance clauses ,and points out the shortcomings and deficiencies after amendments ,which can cause insurance dispute and moral risk ,so as to provides the relevant reference for further improvement of insurance law.

**Key words:** insurance law; suicide clauses; double insurance clauses; personal insurance; property insurance

( 责任编辑: 张秋虹)