

寿险教育训练系列教材之六

危险选择

主编 万峰

WEIXIAN XUANZE



中国金融出版社

寿险教育训练系列教材之六

危险选择

主 编：万 峰

编 著：忽 群 郑美玉



中国金融出版社

责任编辑:古文君 郑春青

责任校对:孙蕊

责任印制:郝云山

图书在版编目(CIP)数据

危险选择/万峰主编. —北京:中国金融出版社,

2003.3

(寿险教育训练系列教材;6)

ISBN 7-5049-2998-0

I. 危… II. 万… III. 人寿保险-风险管理-教材

IV. F840.62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 007915 号

出版 **中国金融出版社**

发行

社址 北京市广安门外小红庙南里 3 号

发行部:66024766 读者服务部:66070833 82672183

<http://www.chinafph.com>

邮编 100055

经销 新华书店

印刷 固安印刷厂

尺寸 183 毫米×233 毫米

印张 13.25

字数 276 千

版次 2003 年 3 月第 1 版

印次 2003 年 3 月第 1 次印刷

印数 1—6000

定价 18.60 元

如出现印装错误本社负责调换

总 序

我国寿险业在发展过程中引入了保险业发达国家的代理人制度，产生了大量以保险代理人为主的保险业务员。保险业务员是保险从业人员的主体，其工作不仅需要有良好的体力和热情，更需要有充实的保险知识、娴熟的专业技能和高尚的职业道德。虽然多数寿险公司都已认识到这一点，但由于我国寿险市场形成时间较短、发展较快等原因，国内各寿险公司的教育训练并不成熟，处于一个“瓶颈”状态：一方面是业务员日益强烈的教育训练需求，另一方面是教育训练组织者茫然无从的尴尬。而要有效地解决“瓶颈”问题，必须通过系统性的教授保险、管理、市场营销等基础理论知识来提高业务员的综合素质；同时配合循序渐进的、解决展业过程中具体问题的训练体系来有效地提升销售技能。寿险教育训练要达到这个目标，一套有效、实用的教材是最基本的保证。为此，我们编写了这套“寿险教育训练系列教材”，来配合系统性教育训练的有效实施。

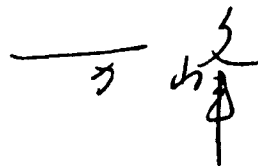
“寿险教育训练系列教材”是一套系统和规范的专业教材，其特点如下：

第一，形成寿险业务员教育训练特有的体系。本套教材不是按一般寿险公司业务员分职级培训的方式编写，而是以建立业务员制式教育为目的，采取循序渐进，由浅入深相互衔接的方式，形成一个将寿险业务员从新人、业务骨干直至培育成初、中、高级管理者的完整的教育训练体系。

第二，明确地将寿险业务员的培训分为“教育”和“训练”两个部分。教育部分包括寿险基本知识、相关法律和相关财务等知识；训练部分包括销售技巧、营销管理等多方面内容。我们的目的是使业务员在推销保险的过程中，既知其然，也知其所以然。

第三，将寿险的基本知识、销售技巧与现实中的典型案例融合成一体。本套教材从寿险业务员成长的实际出发，结合其销售工作的特点，不仅注重原理、法规、原则、方法和管理工具等应知应会的内容，同时配合大量的寿险实际案例、成功寿险业务员的心得体会等供学员研讨，以加深对人寿保险的理解和寿险营销的认识。

“寿险教育训练系列教材”的出版，意在填补国内寿险教育训练教材的空白，把国内寿险教育训练逐渐推向成熟。如果寿险公司教育训练者和业务员能从中获益，促使中国民族寿险业的整体竞争力得以提升，那么也就实现了我们编著这套教材的初衷。

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized Chinese characters.

二〇〇二年十月

前 言

随着保险市场竞争主体的增加和人们保险意识的不断提高,客户在购买人寿保险时日趋理性,对保险服务的要求也在不断提高。如何在竞争日益加剧的保险市场上提高自身的竞争力,这是每位保险从业人员面临的紧迫问题。21 世纪的寿险业务员必须不断提高自己的专业知识水平和专业技能,在热心为客户提供保险服务的同时,成为客户健康和理财的顾问,这样才能为客户提供真正优质的、全方位的服务,使更多客户获得保险带给他们的利益。这既是提升保险从业人员个人能力的需要,也是保险业自身发展的需要。

危险选择,即我们所说的风险选择,是寿险公司业务管理的一个重要环节,在公司控制经营风险、健全经营管理方面起着重要作用。风险评估过于严格,会在一定程度上影响业务发展;风险评估过于宽松,日后的赔付将会大幅度提高,对寿险公司的长久稳健经营产生影响。因此,如何做好风险选择、风险评估工作是非常关键和重要的问题。

一线的寿险业务员在展业的过程中也经常遇到有关风险选择的问题,如果不了解危险选择的基本知识,就难以解答客户的疑问,从而导致业务员在关键时刻经常会因为核保的问题而遇挫,大大影响了他们的积极性。虽然业务员并没有最终决定是否接受承保的权利,但他们是首次危险选择的关键人物,通过他们可以协助核保人提供所需的资料,而掌握一定的核保知识虽然不能帮助一线业务人员一鸣惊人,但可以帮助他们提高销售效率、节约销售成本、提高销售信心,从而在寿险行业中打下稳定的事业基础。

本书在编写过程中,汇集了众多的理论和实践经验,内容具有很强的操作性和实用价值。它不仅适用于初级核保人员,更有助于提供一线业务员及业务主管所需的核保技能。编者希望本书能使一线的业务员了解和掌握行销必备的核保知识,在处理销售与核保的矛盾时游刃有余,轻松担任起一线核保的光荣重任。

本书在编著过程中参阅了大量的国内外保险书籍和培训资料,还得到了武汉大学保险系李琼老师及中国人寿保险公司深圳市分公司培训中心黄晖老师的热情支持,在此表示衷心感谢。

本书编者是忽群(第1章至第8章)和郑美玉(第9章至第12章),因受水平所限,书中错漏难免,敬请读者批评指正!

编 者

二〇〇三年一月

目 录

第1章 风险和风险选择	1
1.1 风险选择概述	2
1.2 风险选择的精算基础	12
1.3 保险费、保险金的结构与风险选择	16
第2章 环境上的风险因素及评估	19
2.1 职业	20
2.2 业余嗜好和生活习惯	22
2.3 驾驶和旅游	24
2.4 居住和生活环境	25
第3章 经济上的风险因素及评估	27
3.1 保险利益	28
3.2 受益人	32
3.3 道德风险	34
3.4 财务状况	36
第4章 健康上的风险因素及评估	43
4.1 年龄、性别	44
4.2 体格、血压、心率	46
4.3 个人病史	50
4.4 家族病史	51
4.5 医疗状况	53
第5章 风险选择的过程	55
5.1 第一次风险选择——业务员的选择	56

5.2 第二次风险选择 —— 体检医师的选择	61
5.3 第三次风险选择 —— 核保人员的选择	66
5.4 第四次风险选择 —— 生存调查	68
第6章 风险选择的信息来源	73
6.1 信息不对称对信息来源的影响	74
6.2 风险选择的信息来源	77
第7章 风险选择的结果	87
7.1 数理查定制度	88
7.2 标准体	90
7.3 次标准体	91
7.4 非保体	97
第8章 个人保险的核保	101
8.1 个人寿险的核保	102
8.2 意外伤害保险的核保	103
8.3 健康险的核保	106
8.4 重大疾病保险的核保	112
8.5 失能险的核保	114
8.6 儿童险的核保	115
8.7 年金保险、分红保险的核保	117
第9章 团体保险的风险选择	121
9.1 团体保险的核保概述	122
9.2 团体保险核保的方法	124
9.3 团体保险核保的内容	125
9.4 各类团体险种的核保	128

第 10 章 保全业务的风险选择	133
10.1 复效业务的核保	134
10.2 理赔信息反馈业务的核保	139
10.3 补充告知业务的核保	140
10.4 保险合同变更业务的核保	143
10.5 新增附加险业务的核保	144
10.6 申请减免次健体加费业务的核保	144
第 11 章 与其他业务环节的关系	147
11.1 核保与精算	148
11.2 核保与理赔	149
11.3 核保与医务	150
11.4 核保与法律	152
11.5 核保与信息技术	154
11.6 核保与销售	155
第 12 章 认识核保中常见的疾病	157
12.1 体格	158
12.2 呼吸系统的疾病	159
12.3 消化系统的疾病	163
12.4 血液系统的疾病	170
12.5 循环系统的疾病	172
12.6 泌尿系统的疾病	178
12.7 生殖系统的疾病	182
12.8 内分泌系统的疾病	187
12.9 运动系统的疾病	191
12.10 耳鼻喉眼的疾病	194
12.11 神经系统的疾病	196
主要参考书目	200

第 1 章

风险和风险选择

- ☐ 风险选择概述
- ☐ 风险选择的精算基础
- ☐ 保险费、保险金的结构
与风险选择

通过本章学习将帮助你：

- 了解风险和风险选择的定义与原则
 - 了解风险选择的起源和历史
 - 掌握为何要设立如实告知义务
 - 掌握如实告知对风险选择的意义及其法律作用
 - 理解生命表、死亡指数、额外死亡指数的意义
 - 了解保险费、保险金的结构与风险选择的关系
-

1.1 风险选择概述

1.1.1 风险和风险选择的定义

我们生活的周围到处都有风险，各种各样的风险潜藏在每个人的身边，例如暴风、暴雨、台风等自然灾害，火灾、失业等人为灾祸。同时每个人更不可避免地面临着生、老、病、死、残的威胁。随着科学技术的进步，一方面一些风险可以用新的科技加以防范，另一方面，又因科学技术的进步不断地带来新的风险，如汽车、核能、煤气等风险。风险虽然是客观存在的，但风险何时会发生、会造成怎样的损失，一般是无法提前预知的，这种不确定性就构成了风险，也就是我们所说的危险。

风险的定义目前业界有多种认识，一般来说，我们认为风险是在一定条件下财产损失的不确定性。这种不确定性包括事故发生与否不确定、发生的时间不确定、发生的状况不确定以及造成的损失不确定。

本书所讨论的主要内容均为人身保险。在人身保险方面，被保险人所遭遇的风险大致分为两类，一类是实际风险，另一类是道德风险。例如，从事工作危险性较高的人，当然比从事工作相对安全的人死亡率高，像这样由于危险职业所带来的、对被保险人死亡率的影响是具体而实际的，因此可以归为“实际风险”。道德风险是指具有不纯的投保动机、企图利用寿险得到不法利益的心理状态。

而在寿险公司日常运作中，经常将风险分为医学上的风险和环境上的风险。而在这两种分类中，各自都包含着实际风险和道德风险。

医学上的风险是关于被保险人本身身体和健康方面的风险，而环境上的

风险则是指被保险人职业、收入、嗜好等非医学上的风险，即围绕在被保险人身边的风险。

寿险公司为了拓展业务，努力招揽新契约，从而形成了一个逐渐增大的被保险人团体。在当今社会状况下，从寿险思想的普及程度及人们的习惯来看，自愿加入保险的人很少，人们对自己的死亡、灾害等并不感到不安。但在健康和环境方面经常感受到死亡、灾害危险的人群，却对其死后所遗留的家庭保障问题或自己生病住院时的保障问题等非常在意，反而希望加入保险。如果寿险公司在承保时不加以选择和限制，则在医学上、环境上有高死亡率或高事故率的人一定会纷纷投保，而那些低死亡率或低事故率的人反而很少来投保，长此下去，寿险公司的经营就会受到威胁。虽然对个人来讲，他的危险发生具有非常大的偶然性，是难以估计和预测的，但当寿险公司承保了大量的此种风险时，就可以根据大数法则得出一个平均经验率。因此，寿险公司为了形成一个健全的被保险人团体，实行合理的保费及公平的给付，寿险公司必须对所有投保的风险进行处理和评估，这就是危险选择的目的。

在人寿保险的经营过程中，为了实现安全收益、维护公平合理的原则，寿险公司不仅需要拥有大量的被保险人群体，同时还需要对被保险人群体存在的危险种类和危险程度有相当的认识，对各种危险及其大小做出正确的分类和评估，以符合分散风险的需要，并对每个被保险人收取适当的、合理的保费。

在人身保险中，寿险公司对投保的保险标的（即人的生命和身体）的风险加以审核、筛选、分类以决定是否接受投保、承保的条件如何、采用何种费率，以使相同风险类别的个体风险达到一致，从而维持保费的公平合理，这一过程就称之为危险选择，即俗称核保。也就是说，危险选择是寿险公司估计风险、给予评分、加以分类，从而订立一个公平、合理、安全的被保险人团体的一连串过程。

1.1.2 风险选择的意义和原则

1. 风险选择的意义

风险选择（也称危险选择）的目的主要是使投保的每一个被保险人能享有公平合理的保费费率。风险选择包括了两个因素，即选择与分类。选择是寿险公司在评估每个投保申请时，确定被保险人风险程度的一个程序；分类则是将被保险人分配至预期损失率大概相同的团体中的一个程序。对寿险公司而言，实行风险选择有如下意义。

（1）维持寿险公司经营的稳定性

按照大数法则的原理，参加保险的人越多，保险公司的经营就越趋于稳定。但是由于实际中存在逆选择，高风险者愿意投保，而低风险者放弃投保，结果导致参加保险的人数不能达到大数法则所要求的——人数众多

到能够达到“平均经验率”起作用那样大的数。所以，寿险公司要立足于大数法则这一原则，努力营造标准风险的大团体及非标准风险的大团体，极力排除为逆选择而混进来的被保险人团体，从而谋求保险公司经营的稳定性，充分发挥保险保障的功能。

(2) 维持寿险公司经营公平合理的原则

公平合理是保险的重要原则。维持公平的原则体现在根据风险程度的大小来交纳相应的保险费。由于被保险人的身体状况、生活环境及职业环境不同，他们的寿命、患病率及意外事故发生率都不相同，表现为他们获得理赔的几率不同。因此，保险公司所承担的风险也是不同的。

为维持风险公平的原则，并不是排除高风险者，而是高风险者按其风险程度之大小交纳保险费。寿险公司必须按风险程度将被保险人加以分类，依据风险的大小交纳相应的保险费，使得高风险的人多交纳保险费，低风险的人按较低的标准交费，对风险太高的人则予以拒保。如果风险大小不同的被保险人交纳相同的保险费，获得的理赔也相同，也就是说，不同的风险，同等的保费支出得到同等的风险保障，这样的结果显然是违反公平合理原则。

因此，风险选择的风险分析和由此进行的收费分类就是公平合理原则的具体体现。

(3) 维护保险公司的安全性

保险公司的资金来源是收取的保险费，保险金的给付是保险公司支出的主要内容之一。如果没有好的风险选择，不良的理赔案件就会频频发生，从而造成实际的死亡率高于预定的死亡率，那么保险公司的支出就会大增，势必给公司的经营安全带来困难。寿险经营的安全性是必须考虑的，因此对投保申请进行审核是必不可少的，只有将全部被保险人的保险事故发生率控制在预定的范围之内，才可以保障保险公司经营的安全性。

我们知道，寿险公司的经营效益主要表现为费差益、利差益和死差益，也就是通常所说的三差益。其中死差益就是指预定死亡率与实际死亡率的差益，是由正确、得当的风险选择而取得的。如果没有正确、适当的风险选择，那么被保险人的实际死亡率必将会大大高于预定死亡率，保险公司经营的安全性将受到威胁。

2. 风险选择的原则

(1) 标准体群体足够大的原则

在寿险行业，标准体群体被视为平均水准，是可以以标准费率承保的群体。这个群体是寿险公司经营的基本群体，只有当这个群体足够大的时候，寿险公司的经营才能够趋于稳定。因此，进行风险选择的基本原则是保证被保险人群体中有足够大的标准体群体和可预测的经验死亡率。

但是，在风险选择过程中，对标准体群体的判定标准过于精确，有可能会造成过多的加费及拒保个案，这样也会打击一线业务人员的士气，加大公司的营运成本。事实上，对预期死亡率和患病率的评估，无论如何也

做不到十分精确。所以标准体群体只是一个相对的群体,在风险选择中并不排斥非标准体群体。只要标准体群体在整个被保险人群中足够大,就可以保证公司经营稳定性。

根据美国的一项调查显示,93%的人是以标准费率承保的,4%的人以次标准体费率承保,另外还有3%的人是被拒保的。

(2) 非标准体群体分类合理的原则

非标准体又称为次标准体,是高于或低于平均水准,需要对承保的群体给予限定条件的群体,如疾病次标准体群体、身体缺陷次标准体群体、职业次标准体群体等。由于每一个次标准体群体内的次标准程度又有所不同,因此需要寿险公司将次标准体群体划分为不同的风险类别,并进一步在同一类风险中再分成不同的等级,以体现公平合理原则。在风险选择过程中,这一步被称为风险分类。在同一间公司中可以根据不同的业务风险特点而采用不同的标准分类。如不同的险种采用不同的定价标准,以反映它们之间不同的预期死亡率的差别。

(3) 在各个等级内的平衡原则

寿险公司对每一个等级所接受的被保险人要维持合理的平衡。维持平衡并不是一件容易的事,许多核保人员在考虑一个模棱两可的投保申请时,会被诱使以最低的可能费率予以核准申请。大量的事实证明,在每一个次标准体等级中,风险的分配都会倾向于该等级的最低底线。

(4) 参加者之间的公平原则

风险选择过程中,必须依照公平原则对被保险人进行分类。公平原则要求对同等风险有同等的分类,这不仅要求相同的等级有相同的标准,也要求对不同的等级不能有相同的处置。由于在商业寿险公司中逆选择是不可避免的,保持参加者之间的公平性对寿险公司的经营就显得十分重要。因此,风险选择是商业寿险公司经营中不可缺少的环节,而在风险选择中维护参加者之间的公平原则是保证寿险合同稳定经营的、必不可少的手段。

(5) 死亡率假设认可原则

风险分类的目的是确定被保险人适用的保险费率。在保险费率中,反映了假定的死亡率水准。如果被保险人以标准体费率承保,则其预期的经验死亡率必须与计算保险费时的假定死亡率保持一致。在实际中死亡率的状态是不断变化的,只要不超过保费计算时假定的死亡率,出于竞争的需要也允许接受一些弱体生命。所以,风险选择是以假定的死亡率为基础,不断将损失数据与标准体经验数据作比较,并据此调整有关风险分类的原则,以使风险选择既具有风险理论的原则性,又具有适应市场竞争的灵活性。

核保的目的

● 对保户而言：投保人交付保险费，换取了保险公司对风险的承担，而保险公司通过风险选择，可以避免发生危险性高而所缴保险费又少的不公平现象，且可以创造死差益，从而使保户得以用更低的保费购买保险。

● 对营销伙伴而言：一个符合被保险人需要的保险，它必须符合三个基本要求：(1) 能够满足购买者所需的基本保障。(2) 所缴保费能够在购买者的经济负担范围内。(3) 支付的保险费在市场上具有竞争力。因此，公司核保做得好，可以使保费结构健全，不致长期亏损；如果风险选择不好，则会导致保险费的提高，不但减少了保险商品的市场竞争力，而且会使展业发生困难。

● 对保险公司而言：如果通过核保，对风险的评估正确，才可使参加保险的人的实际死亡率符合精算部门所评估的预定死亡率，而不会产生死差损。如果核保做得好，可使被保险人的实际死亡率小于精算部门的预期死亡率，从而使寿险公司有死差益产生，增加市场的竞争力。

面对客户，我们可以考虑如下解释

保险，是具有资格的人才能拥有的，我们今天拥有健康，才有权利拥有保险。反之，如果我们不幸失去健康，也只能自怨自悔了！

1.1.3 风险选择的起源和历史

1. 保险医学以前的风险选择

一般认为保险起源于中世纪基尔特，是一种工商业者的互助组织。团体性极强，不论男女老幼一律以同样的保险费来承保，并无风险选择的痕迹。

1699年设立于伦敦的“寡妇和孤儿保险”(Society of Assurance for Widows & Orphants)是具有近代人寿组织形态的组织，经营者已经明白选择的重要性和必要性，开始尝试着根据被保险人的年龄和健康状态来选择被保险人。进入18世纪，1706年创办的Amicable Society for Perpetual Assurance对被保险人的年龄限制在12~45岁之间，而且要求被保险人必须出席理监事会，对其健康提出声明，并由该会确定对老人和病人进行排

除,但这时仍没有设立体检制度来防止逆选择,而以问诊(询问被保险人的既往病史和现在的健康状态)和望诊(观察被保险人的面色、语言、动作等)的手段以及被保险人在社会上的地位、名望、财富为基准来进行选择。根据选择,对保险金额、保险期间可以采用一定的限制方法。英国的Society for Equitable Assurance on Lives and Survivorships 成立于1762年,开始采用科学的年龄划分保险费,当时以面晤为主要的风险选择手段,但因为被保险人数的增加,不得不将对被保险人的面晤工作委托出去,由熟练的工作者来直接面晤,反而获得了良好的效果,因此面晤的方式一直沿用至今。无法面晤者,也可以通过附加特别条件来予以承保。那时,对被保险人的既往病史、健康状况、爱好等书面询问形式也被创造出来,而且内容也相当完整。此后要求家庭医生报告的方法也被采用了。

2. 保险医学出现以后的风险选择

18世纪,人寿保险开始以死亡率的统计数字作为核算的基础,收取较为科学的保险费,而且此时,随着生命表的编制,医生开始参与人寿保险的审核工作,大大提高了风险选择的可信度和经营上的稳定性。

1811年Scottish Widows 公司委任医生对被保险人进行体检,自此建立了医学上的查定基础。1824年,G.Pinckard 医生在执行体检工作时,对有缺陷的被保险人一律加收10%的特别保险费。此后,各国业界对于体检能够有效对付逆选择达成了共识,并普遍采用了体检的方法来进行风险选择。

在保险医学的萌芽期,当时的医学存在一定缺陷,对死亡率的影响程度并不明确。因此,当时契约成立与否,完全根据保险公司专任医生的临床经验来判断,加上资料方面也未达到统计风险程度的量化规模,所以区分标准体与次标准体的立足点,在技术上存在着模糊的一面。

3. 以保险医学为中心的风险选择

自Pinckard 医生之后,英国的Brinton 医生对医学选择作了进一步的说明。此时(符罗利叶甫)提倡对超过死亡率使用加龄法来征收危险保险费,1874年欧田杜夫主张采用统计学的方式,对危险增加因素用数学的方法进行评估。19世纪末,寿险公司专任医生Florsehut 和Karup 共同合作,进行了广泛的死亡调查后,提出了完整、科学的理论依据,此时才确立了保险医学是医学的一个分科。

19世纪中叶以后,美国保险业有力地促进了保险医学的进步。纽约寿险公司医生O. Rogers 和精算师A. Hunter 以统计学为基础,研究出一套风险选择的标准(数理化评定系统),对被保险人的各种身体状况以加减分的形式来进行评估。其科学性、简易性带来了风险评估的革命性变化,对被保险人的风险标准作出了最公平、合理的评定,是寿险业一件划时代的大事。

从此以后,数理查定法便由各国的寿险公司普遍使用。数理评分系统的出现引致专职核保人员的产生。

1.1.4 如实告知和风险选择

1. 信息不对称性

信息不对称是指在交易双方或形成合作关系的双方中,一方拥有另一方所不知道的信息。在现实经济生活中,市场参与者之间的信息一般是不对称的。例如卖者通常对产品质量的了解要比买者多,被保险人对自己身体健康状况的了解要比保险人多。

产生信息不对称的原因,一是社会劳动分工,使不同行业的劳动者之间产生了巨大的行业信息差别,不同行业的劳动者在不同的信息领域、不同的时期,产生了不同的信息优势和信息劣势。二是专业化生产,专业化生产产生了专业性的信息优势和信息劣势。

而信息不对称性对保险市场最重要的影响,就是导致投保之前的逆选择和投保之后的道德风险问题,情节严重的构成保险欺诈。

2. 告知

正是因为被保险人和保险人就被保险人的身体健康状况、环境状况等因素存在很大的信息不对称性,所以为使保险人顺利估计风险,投保人或被保险人应就其重要事项,据实告诉保险人,称为投保人的告知义务。

我国《保险法》第五条规定:“保险活动当事人行使权利、履行义务应当遵循诚实信用原则。”同时还在第十七条规定:“订立保险合同,保险人应当向投保人说明保险合同的条款内容,并可以就保险标的或者被保险人的有关情况提出询问,投保人应当如实告知。”

告知义务的性质并不是保险公司强迫投保人或被保险人来执行告知义务,而是在投保人、被保险人违反义务时,保险公司仅有可解除保险合同的权利而已。告知义务是在订立保险合同前就应履行的义务,而不是根据合同而来的义务。

为何要设立告知义务呢?这是由于保险技术上进行风险估计的要求而来的。人寿保险是以事故发生率为计算基础,基于收支平衡的原则,即保险金的总额与保险费的总收入之间是平衡的。因此,保险公司必须维持被保险人团体的危险均衡,从而能够合理地经营保险。所以,必须对被保险人团体进行危险选择。但是以目前的风险选择技术,保险人想要对被保险人的风险有一个全面而准确的了解是不可能的。例如,最近因为急性胃溃疡而入院的人,虽然经过治疗已经痊愈,但是在一段时间里复发或再患其他消化系统疾病的风险很大,但是如果这个人并未进行开刀治疗,而且他本人也不告知的话,体检医生再怎样精心体检也无法得到正确的结论。

具有告知义务的是投保人和被保险人,投保人是合同当事人的一方当然有告知义务,至于被保险人负有告知义务是因为有关被保险人的危险状态,只有他本人最熟悉和了解。受益人并无告知的义务。