

# 人身保险核保核赔

RENSHEN BAOXIAN HEBAO HEPEI

主 编 谢 隽

副主编 陈艳茜 吴新建 范文庆



中南大学出版社

[www.csupress.com.cn](http://www.csupress.com.cn)

# 人身保险核保核赔

主 编 谢 隽

副主编 陈艳茜 吴新建 范文庆



中南大学出版社  
[www.csupress.com.cn](http://www.csupress.com.cn)

·长沙·

---

图书在版编目(CIP)数据

人身保险核保核赔 / 谢隽主编. --长沙: 中南大学出版社, 2018. 1

ISBN 978-7-5487-3159-7

I. ①人… II. ①谢… III. ①人身保险—理赔—中国  
IV. ①F842.62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2018)第 032282 号

---

人身保险核保核赔

主编 谢隽

副主编 陈艳茜 吴新建 范文庆

---

责任编辑 郑伟

责任印制 易红卫

出版发行 中南大学出版社

社址: 长沙市麓山南路

邮编: 410083

发行科电话: 0731-88876770

传真: 0731-88710482

印装 长沙印通印刷有限公司

---

开本 787×1092 1/16 印张 14.25 字数 363 千字

版次 2018 年 1 月第 1 版 2018 年 1 月第 1 次印刷

书号 ISBN 978-7-5487-3159-7

定价 42.00 元

---

图书出现印装问题, 请与经销商调换

# 目 录

## 第一篇 核保篇

第一章 核保基础知识 .....	(3)
第一节 核保概述 .....	(3)
第二节 人身保险核保理论基础 .....	(6)
第三节 人身保险核保的过程 .....	(10)
第四节 核保过程中的信息资料 .....	(18)
第五节 人身保险核保结论 .....	(24)
第二章 核保风险因素 .....	(26)
第一节 健康因素 .....	(26)
第二节 财务因素 .....	(32)
第三节 非健康风险因素 .....	(34)
第四节 道德因素 .....	(39)
第三章 核保实务 .....	(42)
第一节 人寿保险核保 .....	(42)
第二节 意外伤害保险核保 .....	(44)
第三节 健康保险核保 .....	(46)
第四节 年金保险核保 .....	(50)
第五节 团体保险核保 .....	(51)
第六节 核保案例分析 .....	(53)

## 第二篇 理赔篇

第四章 理赔概述 .....	(67)
第一节 理赔的一般概念 .....	(67)
第二节 理赔基础 .....	(69)

第三节 理赔原则 .....	(72)
第四节 理赔发展趋势 .....	(74)
<b>第五章 人身保险理赔中的医学知识 .....</b>	<b>(78)</b>
第一节 理赔与医学概述 .....	(78)
第二节 重大疾病理赔中的医学知识 .....	(83)
第三节 手术术式理赔中的医学知识 .....	(117)
第四节 常见疾病理赔中的医学知识 .....	(121)
第五节 人身伤害理赔中的医学知识 .....	(140)
<b>第六章 人身保险理赔中的法律知识 .....</b>	<b>(147)</b>
第一节 理赔与法律概论 .....	(147)
第二节 人身保险理赔遵循的法律原则 .....	(151)
第三节 人身保险合同 .....	(157)
第四节 人身保险合同理赔中的常见问题 .....	(174)
<b>第七章 理赔调查 .....</b>	<b>(185)</b>
第一节 理赔调查的基本原则 .....	(185)
第二节 理赔调查的方法与途径 .....	(187)
第三节 各类保险事故理赔调查的方法和要点 .....	(196)
第四节 理赔证据审查 .....	(207)
<b>第八章 人身保险欺诈与防范 .....</b>	<b>(212)</b>
第一节 人身保险欺诈概述 .....	(212)
第二节 保险欺诈的防范 .....	(220)
<b>参考文献 .....</b>	<b>(223)</b>

第一篇 核保篇



# 第一章 核保基础知识

## 学习指引:

- 掌握核保的定义、目的及原则;
- 熟悉核保的理论基础;
- 掌握核保风险选择的四个阶段;
- 掌握核保结论的分类及适用。

## 第一节 核保概述

### 一、核保的起源与发展

人类社会从一开始就面临着各种自然灾害和意外事故的侵扰。在与大自然抗争的过程中,古代人就萌生了对付灾害事故的保险思想和原始形态的保险方法。近现代史上,随着海上保险、火灾保险以及人寿保险等保险产品的发展,核保从无到有,经历了经验主义时期、生物统计时期和临床生物统计时期。

核保这一名词实际上是随着第一份保险合同的签订而产生的。最早的人寿保险出现在公元1583年,但早期的人寿保险由于缺乏科学的计算基准,故当时的核保也仅仅是承保人面晤被保险人及投保人,最多是向中间人了解一些有关被保险人的健康情况,多数局限于天花、麻疹等,往往是商议确定适当的保险金额及缴纳保险费后即达成协议。因此早期的人寿保险没有正式的核保。

由于缺乏对核保与精算知识的了解,风险管控能力低,早前大多数承保公司常因无法维持正常的运营而相继倒闭。

后来的人寿保险经营者逐渐懂得对于购买保险者不能够来者不拒,便开始试图根据投保人的年龄、健康等来进行选择。由此在18世纪50年代至19世纪末20世纪初,核保进入经验主义时期。1794年美国北美保险公司首先为被保险人做一般普通体检,体检结果作为核保评估的依据,此后其他保险公司相继效仿,体检逐渐成为核保的必要项目。1811年,苏格兰

寡妇保险公司由监事会委托医师做体检，开始了保险公司体检医师制度，并为医学上的查定工作奠定了一定基础。1824年，G. Pinckard 医师在执行体检工作时，对缺陷体一律增收 10% 的特别保险费。经验主义时期采用经验风险选择法，主要依赖于核保医生的经验，核保医生依据投保人填写的健康问卷与健康检查进行风险评估。健康问卷包括被保险人既往病史、健康状况、习惯、嗜好等内容；健康检查包括体温、外形、身高、呼吸频率、叩诊、听诊、心脏检查、尿液检查等项目。

生物统计时期为 20 世纪初至 20 世纪中期。随着人寿保险业务的不断发展及经验的积累，保险公司的精算及医务人员对死亡率进行进一步的分析后，逐渐认识到人的死亡率与年龄有关，于是产生了根据年龄差别计算保险费的方法。1919 年纽约人心保险公司精算师和医师合作开发了一套“分数评分系统”，通过对各种不同的影响死亡率的因素加以评估，提高死亡率的因素计为正值，降低死亡率的因素计为负值，最后综合给出被保险人的评点分数，再将此评分换算成相对应的加费数额。分数评分系统将各种危险因素转换成点数，由点数推算出加费等级，这样，核保人员就能根据核保手册以数理查定的方法来确定被保险人的合理费用。这一评分系统及加费等级使得健康核保变得较为方便、快捷、实用。分数评分系统的出现引出了专职核保人员的产生。这一系统一直沿用至今，且在原来分数评分系统的基础上逐步完善。

临床生物统计时期为 20 世纪 70 年代至今。现代科学技术的迅速发展及医学研究的进步为核保指明了更精确、更迅速的方向。随着保险公司的核保手段的逐渐规范与科学，额外变动死亡率的概念被引入进来，即在病变的整个过程中，随时间的推移额外死亡率是变化的，如肿瘤术后。同时，核保手册的制定表明核保已经成为一种制度并得到普及。

## 二、核保的定义

核保就是保险公司对欲加入其保险计划的各个风险个体加以审核、筛选、分类，以决定是否接受承保，并在接受承保的情况下，确定承保条件的过程。核保能使同风险类别的个体风险达到一致（同质化），保持保险费的公平合理。这一过程又称为风险选择，也就是广义意义上的“核保”（underwriting）。

## 三、核保的必要性

保险的基本职能在于分摊损失，而公平性是保险基本职能正常发挥的基石。公平性是指每一被保险人应根据其转移风险的大小支付保险费。如集团内的某些成员少支付保险费，其他成员势必需多支付保费以弥补风险基金的不足，导致公平性被破坏。而每一风险个体先天与后天的因素都不同，其所面对的风险大小是不同的。核保能够辨别承保风险的高低，并使可保风险的性质趋于同一，即对面对不同风险的个体进行分类，按不同标准进行承保和制定费率，从而保证承保业务的质量、客户的权利以及公司经营的财务稳定性。

保险里的逆选择是指投保人选择对自己有利的时机和条件投保某种保险，以获取必然的保险赔偿。比如，某人在已经知道自己父亲身患某种重大疾病的情况下，向保险公司隐瞒了这一情况，为其投保了一份重大疾病保险，这样的行为就属于逆选择。为此，保险公司对投保人的投保申请需要进行审核，评估核保风险程度，以保证公平和权利义务对等。

#### 四、核保的目的与意义

保险公司核保以确保客户享有公平合理的保费费率为出发点,其主要目的是尽可能地防止和避免危险的逆选择,最大化地发展与维持有利润的保险业务,实现保险公司、客户以及营销员三赢。

核保在保险经营中具有十分重要的意义,主要体现在:

##### 1. 公平性——维持差别费率的公平原则

保险费计算、收取公平是保险经营的原则之一。保险费的公平合理包括两方面:一方面是保险费率的制定合理;另一方面是保险费率的运用合理。前者是保险费率如何制定的问题,后者是指定保险费率如何运用的问题。通过核保,要使每一个投保人都能根据保险公司对其承担风险的大小支付相应的保险费。从保险公司的角度而言,应在标准费率的基础上对被保险人的风险程度进行评估和分类,使每一张保险单收取的保险费均能反映被保险人的风险程度,以体现对客户的公平。

##### 2. 预防性——防止逆选择和道德风险

道德风险的产生一般有两种情况:一是投保人基于欺诈目的而订立保险合同;二是在保险合同订立后,被保险人或受益人蓄意制造保险事故以骗取保险金。无论是逆向选择还是道德风险,都会使保险公司的赔付率超过预定的赔付率,不利于保险公司的经营。合理的核保可以减少逆选择与道德风险,减少不良理赔案件,提高保险业务质量,有利于保险经营的稳定。

##### 3. 安全性——维持稳健经营,提高承保利润

以营利为目的商业保险公司的基本经营特征。保险公司的经营利润来自于承保利润和投资利润两方面。保险公司的承保利润在很大程度上是由精算师所确立的费率组成的,而对于公司承保群体的实际死亡率是否能够控制在预定范围之内,是否可以实现预定的承保利润,核保工作起着重要作用。通过核保,对风险进行选择和控制,能使承保群体的实际死亡率等于或低于预定死亡率,从而实现死差益,获得承保利润,有利于保障公司的稳健经营。

##### 4. 竞争性——利于业务人员开展业务

一个符合保险客户需求的保险产品应符合以下三个条件:一是能满足购买者的基本保障要求;二是多支付的保险费在购买者的经济负担范围之内;三是保险费率比其他公司更具有竞争力。合理的核保可以使保险费结构优化,保险产品更具有市场竞争力,有利于业务人员开展业务。

#### 五、核保的原则

##### (一) 公平性原则

公平性原则是指通过寿险核保维持差别费率的公平。由于参加保险的个体的生活环境、职业危险性、健康状况存在较大的差别,影响其身体健康的因素不尽相同。如果不论其风险程度高低,均采用同一种费率,那么对风险较低的个体是不公平的。因此,通过核保,可以对参加保险的个体,依照其危险程度的高低选择保险费率,收取相应的保险费,使各被保险人之间不因某一个体危险程度较高而损害其他个体的利益。核保的危险分类和收费分类即是公平性原则的具体体现。

## （二）保证经营安全原则

保险经营的成败不仅关系到保险公司的利益，而且与众多企业、家庭、个人的利益息息相关。如果保险公司经营不善甚至破产，则会影响到社会的安定。所以，安全、稳健是保险经营的生命线。核保作为保险公司风险管控的入口，对于保证经营安全有着重要作用。如果核保规则过严，保险费率过高，则保险客户减少，保险公司将失去竞争力；如果核保规则过松，保单质量问题增多，则将会影响保险公司承保利润。因此核保工作应该严格遵守国家有关法规、行业协定、市场准则以及公司的规章制度，实施规范化管理，提供优良的专业服务，把好业务质量关。要避免片面追求规模的短期行为，不盲目承保高风险项目，不任意推销不成熟的险种，不无限制地降费承保，合理控制经营风险。

## （三）成本节约原则

成本节约原则是指核保工作应坚持以最小的人力、物力和最短的时间完成核保任务。核保人员面对客户千差万别的风险，不能简单利用一切可以利用的技术手段，耗费大量的时间和精力去挖掘客户可能存在的潜在风险，而要在合理评估风险时兼顾核保成本。比如，体检是评估风险的有效手段，选择体检项目应遵循简廉有效原则，检查项目费用不宜过高，而且要尽量避免选择有创检查项目。

## （四）促进销售原则

促进销售原则是指在制定核保政策时必须考虑是否符合公司经营方针、有利于促进保单销售、扩大市场份额的原则。

核保的实质是保证承保业务质量，并非限制业务发展。保险核保人员对投保标的和 risk 的选择，并不是只承保风险较小的业务而拒保风险较大的业务，或只承保高质量业务而拒保质量较差的业务。因此在制定核保规则时，其宽严尺度的把握是核保部门首先要考虑的问题。

## 第二节 人身保险核保理论基础

### 一、信息不对称理论

信息不对称理论是由乔治·阿克洛夫、迈克尔·斯彭斯和约瑟夫·斯蒂格利茨于 20 世纪 70 年代提出的。信息不对称理论是指在市场经济活动中，各类人员对有关信息的了解是有差异的，掌握信息比较充分的人员往往处于比较有利的地位，而信息贫乏的人员则处于比较不利的地位。

保险市场也存在信息不对称现象。投保人和被保险人对于自己的各种风险以及购买保险的目的最为清楚，而保险人对自己开发的保险产品与保险合同最为熟悉，因此保险合同双方也存在着信息不对称，拥有信息优势的一方有可能利用这种信息优势来获取不当得利，从而损害对方的利益。

投保人和被保险人在保险知识方面，相对于拥有大量专业知识和实践经验的保险人而言处于劣势。一方面，保险客户对保险合同的难以理解难以与保险人相比，导致在保险险种、保险金额、保险期限、保险费率的方面存在盲目性；另一方面，在如实告知义务的履行方面，他们也无法同专业保险人相比，其投保信息的真实性与全面性难以保证。这既给核保人员收

集核保资料工作造成了困难,也为核保决定的正确选择增加了难度。

投保人和被保险人对自身风险的认知比保险人要强,而且受利益的驱使有可能故意隐瞒投保动机和应如实告知的内容,从而影响保险人做出合理的核保结论,甚至影响到后续保险事故的索赔。另外,保险人与业务员对保险条款设计、费率厘定、保险营销、保险承保、理赔等内容的掌握要远胜于保险客户。受代理佣金的利益驱使,某些业务员可能存在展业不规范问题,比如不能按照核保要求对客户进行询问、观察,收集相关的核保资料,所写业务员报告内容失真,甚至存在夸大保险责任、代填投保单或代签名等违规行为。而专业核保人员一般不与客户直接接触,其在获取核保资料方面不如保险营销员,难以判断保险营销员提供资料的真伪,势必影响核保结论的正确。

保险合同双方在人身保险实务中存在信息不对称,如果不规范双方行为,则势必增加保险人核保的工作难度,会出现承保纠纷。因此保险合同双方都需要本着最大诚信原则,如实做到核保要求的内容。

## 二、风险管理理论

### (一) 可保风险

保险的经营对象是风险,但在保险实务运作中,商业保险公司是以营利为目的的,且自身财力有限,既不愿意又无能力承担一切风险的可能损失。从主观意愿上讲,商业保险经营希望承保满足一定条件的纯粹风险。这种满足可保条件的纯粹风险称为可保风险。可保风险必须具备以下几个条件:

- (1) 损失率必须是可预测的;
- (2) 符合大数法则的大量同质风险单位存在;
- (3) 损失必须是意外的;
- (4) 损失必须是明确的;
- (5) 对保险人而言不能是巨灾损失。

因此,现代保险的经营是建立在科学基础上的,核保就是保险公司在承保前对可保风险进行评判与分类,进而决定是否承保、以什么样的条件承保的分析过程。保险人通过核保将不同风险程度的标的物或人群进行分类,这样就可以防止非可保风险的承保,排除不合格的被保险人和保险标的,对保险经营中出现的逆选择现象也能有效地加以控制。否则,如果保险对投保人不加区别地一律承保,就会造成对保险人极为不利的逆选择,会影响到保险人的正常经营。因此,保险人必须对投保人和保险标的加以选择和控制。通过核保,能够辨别投保风险的高低,并使可保风险的性质趋于同一,即对不同风险程度的风险单位进行分类,按不同标准进行承保,制定保险费率,从而保证承保业务的质量和公司经营的财务稳定。

### (二) 风险识别

风险识别是对客观存在的各种风险因素进行系统的鉴别和归类的过程。通过风险识别,可以较为全面地了解公司或个人所面临的各种风险因素。寿险核保工作首先要做的就是人身风险的识别。

对于人身风险常用的风险识别方法有风险清单识别法、生存调查识别法、财务报表识别法、事故分析法等,这些方法均可用于寿险核保工作。

### 1. 风险清单识别法

风险清单识别法是指人们通过设计,编制一种收集有关信息的表格、框架,借以识别风险的方法。风险清单识别法经常在寿险的核保中运用。例如,投保单健康告知栏的内容设计、病史问卷等设计,都是针对被保险人可能存在的风险,用清单的方式列明,通过投保人或被保险人的如实回答来采集风险信息,从而识别风险。

### 2. 生存调查识别法

生存调查识别法就是在保险人接到投保人投保申请后,对存在疑问的投保件进行险种核对,将其所有申请投保标的(投保人、被保险人)的年龄、性别、职业、健康情况等逐项列出,然后进行相应的调查比较,识别风险。在此基础上,对投保的险种、险种保险责任、保险价格、保险金额等是否合理提出修正建议;对投保人自留风险的处理和应协助采取的风险预防、控制措施提出处理方案。这样做既可以为投保人、被保险人选择较为合理有效的保障方案,又可防范因保险人对承保标的的风险不明、责任界定不清而导致的风险。

### 3. 财务报表识别法

财务报表识别法在团体人身保险中常用,是指风险管理者(核保人员)通过分析资产负债表、损益表、现金流量表等资料,对经济单位(企业)固定资产和流动资产的分布进行的风险分析,以便从财务的角度发现企业面临的潜在风险和财务损失。财务报表是综合反映一个经济单位经营状况的指标,经济单位的许多问题都可以从财务报表中表现出来,而且很多会计科目本身已包含了投机风险和纯粹风险的信息。寿险核保运用财务报表分析的方法很多,如比较分析法、比率分析法、趋势分析法、因素分析法和共同比分析法等。这些分析方法在团体人身保险核保工作中都具有十分重要的作用。

### 4. 事故分析法

事故分析法是对可能引起种种不利后果的事故进行研究,并探索其原因和结果的一种方法。此种方法针对某一风险事故,运用逻辑学演绎分析原则,由结果分析原因,找出各种可能引起事故的潜在风险及风险因素引起事故的重要程度,求出事故发生的概率,进而提出控制风险因素的建议和方案。在寿险团体保险核保中,此种方法经常被运用。例如,当我们采集到某建筑企业作为投保团体近年所发生的意外伤害损失事件的资料后,便能够针对该损失事件使用事故分析法分析,找出事故发生的原因和产生的结果,判断该企业风险的特点和大小,进而选择合适的承保方案。

## (三) 风险衡量

### 1. 风险衡量的含义

风险衡量,也称风险估测,是在识别风险的基础上对风险进行定量分析和描述,即在对过去损失资料分析的基础上,运用概率论和数理统计的方法对风险事故的发生概率和风险事故发生后可能造成的损失严重程度进行定量的分析和预测,最终目的是为风险决策提供信息。

### 2. 衡量风险的方法选择与核保决策

衡量风险的方法,一般根据不同的应用领域来选择。在保险领域,针对可保标的的风险和损失情况进行选择。最常用的关于损失的指标有损失频率和损失严重程度。损失频率测量的是在单位时间内损失事件发生的平均次数,通常用分数、百分数或小数来表示。例如,某投保单位有1000名员工,每年住院的为20人次,则损失的频率为 $20/1000$ 或 $2/100$ ;又例

如,某100人单位,死亡的损失频率为1,这说明该死亡损失为每年1人。这一衡量风险的方法在核保团体业务时常用。通过对该团体过去实际损失频率(即实际发生的损失数量与所有可能发生的损失数量之比)的计算,可以了解该投保团体的风险大小,为核保决策提供依据。

损失严重程度是标的物发生一次风险事故的平均损失额度,该额度是发生损失的算术平均数。例如,某一地区购买了住院医疗保险的被保险人在一个保单年度内,有500人住院治疗,若发生合理医疗费用500万,则这一损失的平均额为 $500\text{万元}/500\text{人}=10000\text{元/人}$ 。如果这一地区购买该保险产品的总人数(或保单件数)为5万人,我们就可计算出损失期望。损失期望=损失频率×平均损失严重程度= $500/50000\times 10000=5/500\times 10000=100$ (万元)。即这一地区该保险产品在该保单年度内的损失期望额度为100万元。这对我们核保中的风险管理具有很重要的意义,为我们在制定该地区该险种的风险控制目标和核保标准提供了参考依据。

由于上述损失频率和损失严重程度得到的都是平均意义上的结果,在实际风险估算时还应考虑风险损失波动程度,这种波动程度由损失变量的方差或标准差来度量。某种风险损失的波动性越大,其损失额度的不确定性就越大,相应的风险就越大。对此,核保人员应特别关注。

#### (四) 风险评价

##### 1. 风险评价的含义

风险评价是指在风险识别和风险衡量的基础上,将风险发生的概率、损失严重程度,结合其他因素综合起来考虑,得出发生风险的可能性及其危害程度,并与公认的安全指标进行比较,评定危险等级,然后根据危险等级,决定采取相应的风险管理措施的过程。

##### 2. 核保中常用的风险评价方法

在核保实务中,常用的风险评价方法主要有定性风险评价、可靠性风险评价和综合风险评价三种。

(1) 定性风险评价。定性风险评价是指通过观察和分析,借助于经验和判断能力进行评价的方法。定性风险评价中常用的方法是安全检查表风险评价法,即利用安全检查表进行风险状况分析和评价。基本做法是,根据安全检查表,把检查对象按一定标准给出一定分数,再按每一检查项目的实际情况给出一个分数。在寿险核保中自觉地运用这一评价方法有利于我们准确判定投保体的风险程度,使核保结论建立在科学的基础上。

(2) 可靠性风险评价。可靠性风险评价是以过去的损失统计资料为依据建立数学模型,对风险进行评价的方法。该方法的特点是评价精确度较高。基本步骤是:先计算出风险率,然后进行风险率和安全指标的比较。风险率比安全指标大,则处于危险状态,且其差距越大,危险程度越高。可靠性风险评价法在团体保险中运用较多,要重视对被评价单位过去损失资料的收集和真实性评定,这是计算风险率的基础。

(3) 综合风险评价。综合风险评价是指运用两种以上方法进行评价。每一种风险评价方法都有各自的优缺点,因此同时运用两种以上的评价方法去评价系统的风险,可以取长补短,更符合实际。在组合的方式上主要是根据被评价的系统的具体情况而定,可以是定性评价和定量评价的组合,也可以是两种相同评价方法的组合。

### 第三节 人身保险核保的过程

核保是保险公司的风险控制入口，一份保险合同的订立必须经过多环节的风险选择，才能确定合理的承保条件。一般情况下，核保有四个阶段：营销人员的风险选择、体检医师的风险选择、核保人员的风险选择、生存调查的风险选择。

#### 一、营销人员的核保

营销人员在业务拓展过程中所做的客户筛选工作称为第一次风险选择，在整个核保过程中发挥着不可忽视的作用。营销人员的品质、业务素质和风险选择意识，是做好第一次风险选择的关键，因此，加强对营销人员的教育引导和管理至关重要。

##### （一）营销人员核保的重要性

通常人们对所面临的风险并不十分清楚，且多存有侥幸心理，因此大多数潜在的投保人或被保险人不会主动地参加保险。保险公司为了能够安全、有效地经营、占领市场，运用大数法则预测、控制风险，必须拥有大量的业务，所以如何招揽业务是保险公司的首要任务，是保险公司能否发展的先决条件。将上述两方面衔接起来的桥梁即是开展业务，简称展业，故保险公司的营销人员是代表公司与客户直接接触的首要环节之一。

目前人身保险业务的拓展主要是以营销展业的方式进行的，而这种方式是大量的业务员去寻找新的客户。绝大部分的新业务达成均需有一个积累促成的过程，也就是说要和客户进行一段时间的接触，才会对客户的投保动机、保险需求、健康状况、职业及工作环境、收入状况、家族情况、生活环境等重要投保信息了解得清楚。如果营销人员能以良好的职业素养尽可能地收集投保信息，如实填写业务员报告书，并以专业的角度对投保客户进行筛选，那么承保效率将有所提高，不但可以避免人力与物力的浪费，减少核保成本，而且有利于提高保险公司信誉，促进营销人员的展业。

##### 1. 健全经营

核保人员主要依靠营销人员提供的投保信息和业务员报告书来进行风险的评估，因此，营销人员能否提供真实、可靠的资料，对核保有着至关重要的决定作用，以至于有人说业务员的第一次风险选择几乎代表了核保的全过程。营销人员规范的第一次风险选择，有利于保单质量的提升，维护被保险人之间互助行为的公平性，使保险经营健康发展。

##### 2. 提高效率

营销人员在展业过程中的第一次风险选择能否为核保人员提供准确、详实的资料，直接关系到以后的风险选择能否顺利进行。如果营销人员能够为核保人员提供准确而充分的信息，就可以节约第二、第三次风险选择的人力、物力和时间，甚至可以省去生存调查，大大提高核保的效率。

##### 3. 减少合同纠纷

营销人员在展业过程中如果对投保人及被保险人的有关情况不做深入的了解，不能如实解说保险合同，有可能使被保险人健康告知不全，误解保险合同。这样难免造成保险事故发生后保险金不能及时给付，从而引起合同纠纷。这不仅会损害投保人的利益，也会损害保险公司的声誉。

#### 4. 降低道德风险

在保险实务中,某些投保人投保时可能故意隐瞒被保险人的健康问题,带病投保,以达到骗取保险金的目的。如果营销人员在与投保人和被保险人的接触中,对其投保动机、财务状况、健康状况等不做深入的了解和观察,或根本没见过被保险人,就难以发现这些问题,也就无法降低道德风险。而营销人员与客户接触最多,了解投保信息最为清楚,其规范展业将有利于避免逆选择与降低道德风险。

#### (二) 营销人员核保的工作内容

第一次风险选择是在业务员展业过程中完成的,它一般分为四步。

##### 1. 面晤

营销人员通过与客户面晤,从而可以:①了解投保人的投保动机;②确定投保人、被保险人和受益人之间的关系;③帮助投保人填写投保单;④明确健康声明,告知必须由被保险人填写;⑤确认被保险人、投保人签字。

##### 2. 观察

仔细观察被保险人的健康状况和生活环境,主要包括:①被保险人的体格、外观、面色、行动等是否正常;②被保险人有无残疾、智力和功能障碍等;③被保险人的家庭情况、工作和居住环境等。

##### 3. 询问

对被保险人的健康情况、职业及告知等做具有技巧性的询问,主要包括:①投保的目的、投保的历史(总投保金额,既往有无被加费、限额、延期、拒保);②被保险人的既往病史、家族病史;③被保险人的职业及使用工具的具体情况;④在可能的情况下,了解其收入和资产情况。

##### 4. 填写报告

在完成上述的三项步骤后,营销人员根据此次观察、询问的情况,据实完成业务员报告,提供给核保人员。

#### (三) 营销人员核保的注意事项

##### 1. 注意避免道德风险,防止逆向选择

避免投保人的道德风险和防止逆向选择行为的产生是第一次风险选择中重要的内容,甚至是最重要的内容。为了达到好的效果,营销人员一定要面见投保人、被保险人,对投保动机不纯、来者不善的人,应婉言谢绝。要注意投保人、被保险人、受益人之间的利益关系,对无保险利益的保件不应接收。若受益人与被保险人无明确利益关系,应了解其指定受益人的理由并给出书面说明,如无正当理由,应请其指定受益人为父母、配偶或子女。此外,投保的金额、所缴保费与投保人的经济能力要相适应,以避免不良后果。对于有不良嗜好,如酗酒、赌博、药物成瘾或社会交往关系复杂的投保人,应尽量婉拒。

##### 2. 注意投保人或被保险人的健康状况

由于人身保险是以人的生命与健康为保险标的的,因此被保险人的健康状况是第一次风险选择中最为重要的内容。营销人员应仔细观察被保险人的体格、外观、精神状态和步态等,如有可疑情况应提示核保人员,对按核保规则本应免体检的保件也应要求其体检,并在业务员报告书中加以说明。体型较肥胖的人易患心脑血管疾病、糖尿病等,如果近期体重下降明显则有患恶性肿瘤的可能。被保险人的精神状态往往反映了一定的病症,若反应迟钝,

答非所问,要考虑其有无智力障碍。如果被保险人跛行,步态怪异或使用辅助工具,甚至不能行动等,业务员应巧妙地观察其行动并探知原因。

### 3. 正确指导投保人填写投保单及有关专项问卷

为了避免引发投保人与保险公司的争议甚至法律纠纷,投保申请书上要求填写的内容不得有遗漏,有关条款的重要内容及相关的法律应向客户详细解释,明确说明如实告知义务、除外责任、合同失效、合同解除等方面的规定。业务员要帮助投保人或被保险人填写投保申请书、健康告知书以及核保相关问卷,并要求其如实告知,而且要求由被保险人或投保人亲自填写以上内容。如被保险人为未成年人,应由法定监护人代为签名。

### 4. 业务员报告书要准确、详细

业务员报告书是核保的重要资料,它能够对投保单以外的信息加以补充说明,并提醒核保人员注意重要的细节,避免遗漏,并提示调查方向,从而做出正确的核保结论。因此营销人员填写报告书一定要准确、详细而且客观。

保险营销人员与客户接触最多,了解投保信息最为清楚,因此其能否规范地进行第一次风险选择,对于保单质量至关重要。保险营销人员的职业道德水准、法律意识、责任感及其知识水平的高低,在一定程度上决定着保险公司保件的质量,影响着风险选择的效果。

## 二、体检医师的核保

体检医师核保,就是体检医师运用保险医学知识,对被保险人的健康状况进行的风险选择,称为第二次风险选择。也就是说,体检医师核保对被保险人的健康风险进行评估、筛选、分类,能为确定被保险人的死亡率提供最有价值的资料及意见,是确定投保人或被保险人健康风险最重要的方法。

### (一) 体检医师核保的重要性

某些影响健康的危险因素不是肉眼能观察出来的,被保险人或投保人对于其身体健康状况未必了解,而且保险客户在投保时未必都能做到如实告知。而人身保险以人的生命与健康为保险标的,健康信息的收集不足,将影响到核保结论的正确性,也不利于维护投保客户之间的公平。在人身保险诸多风险因素中,健康危险因素对死亡率的影响最大,且这种危险因素往往导致逆向选择,而且不易被察觉,只有通过体检医师的专项检查才能做出正确的判断。

### (二) 保险体检医师与临床医师的不同

保险体检医师和临床医师都运用医学知识与技术对受检者进行检查,了解其既往病史、现病史、家族史等疾病相关信息,并对其健康状况做出评价。但是两者在面临对象、应用目的以及关注点等方面有所不同。

#### 1. 面对的人群不同

保险体检医师检查的对象是欲参加保险的被保险人群体。他们大多数是健康人,以参加保险为目的。

临床医师检查的对象多数是患病的个体,他们求诊的目的是查明病情,及时诊断治疗,恢复健康。

#### 2. 目的不同

保险体检医师的工作目的在于了解影响受检者健康的危险因素,大致确定被保险人群体