



重疾险重复投保现状及保险公司对策建议

潘红艳 | 吉林大学法学院

一、引言

重大疾病保险(简称“重疾险”),是被保险人在保险期间内发生合同约定的疾病,并达到约定疾病状态,或实施了约定的手术时,保险公司给付保险金的健康保险产品(韩棣,2018)。重疾险起源于1983年的南非,1995年我国内地市场开始引入重大疾病保险,并逐渐成为人身保险市场重要的保险产品,很快发展成我国主要保障型险种之

一。重疾险合同条款中并无投保人不得重复投保的禁止性规定,理论上,无禁止性规定的结果是投保人可以无限次数的投保重疾险,然后向多家保险公司请求同一重疾事故的多重理赔。实践中已经出现投保人短时间内向多家保险公司投保巨额保险金重疾险,然后短时间内提出理赔申请的事实。例如,2016年吉林省投保人A在短期内(半年)向中国平安、中国人寿、阳光人寿、泰康

人寿等十余家保险公司投保多份重疾险,保险金总额达到人民币600多万元,多家保险公司在核保的过程中均未查出该投保人患有重疾的事实,各大医院也未发现其与重疾有关的诊断记录,但是A短期内的“疯狂”投保行为,加之投保之后不久,A就已经生效的保险合同向各家保险公司提出了理赔申请的事实,引起了相关保险公司的怀疑。保险公司或无奈赔付,或设法搜集其骗保证据,

结果无功而返。着眼于重疾险的现实和未来,寻背后之真实而后达险种之进步,探完善之道而后达保险公司经营之发展,是符合市场化功能导向的不二之选。

二、重疾险保障范围概述

中国保险行业协会颁布的《重大疾病保险的疾病定义适用规范》(中保协寿[2007]9号)规定,重疾险所指的重大疾病包括25种疾病(恶性肿瘤、急性心肌梗塞、终末期肾病、急性或亚急性重症肝炎等)。各家保险公司的重疾险以这25种重疾为基础,推出了承保范围宽泛于(或限于)上述重疾的保险产品。在保险责任条款中,一般约定:“被保险人在等待期后初次发生并经保险人指定或认可的医疗机构明确诊断患合同约定的重大疾病的,保险公司按照被保险人的保险金额给付重大疾病保险金。”

依据《中国平安人寿保险股份有限公司人身保险合同——平安鸿盛终身寿险(分红型,2004)平安附加鸿盛提前给付重大疾病保险(B)条款》,重疾险的保险金申领条件为:由重大疾病保险金受益人填写保险金给付申请书,并须提供下列证明和资料:(1)保险合同;(2)受益人户籍证明或身份证明;(3)医院出具的附有病理显微镜检查、血液检查及其他科学方法检验报告的疾病诊断证明书;(4)受益人所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

从以上合同条款的内容可见:重疾险保重疾,非见票给付、非对医疗费用的补偿。即,投保重疾险,一旦被保险人身患保险合同约定范围内的重大疾病,保险公司就有义务给付保险金,无论被保险人因重大疾病花费了多少(是否花费)医疗费用,也无论被保险人从其他保险公司处获得多少保险金给付,更无论被保险人向同一家保险公司购买了多少份额的重疾险。并且,探查重疾险合同条款的过程中,没有发现禁止重复投保以

及类似财产保险中有关重复投保情况出现时保险金申领方式的约定条款。

三、法律是否禁止重疾险约定适用重复保险

(一)私法的基本理念是:法无明文禁止即为权利

法不禁止即自由。凡是法律没有禁止的,都是允许的;凡是法律没有禁止的,都是合法或准许的;每个人只要其行为不侵犯别人的自由和公认的公共利益,就有权利(自由)按照自己的意志活动(张文显、于宁,2001)。保险法之所以将重复保险规定在财产保险合同一节之中,顺向逻辑符合保险基本理念:人身无价、财产有价。人身无价理念之下(樊启荣,2008),法律自无必要规定重复保险制度;财产有价理念之下,规定重复保险制度保证价格与价值的统一,防止被保险人不当得利。

这一规定的逆向逻辑:因为没有将重复保险规定在人身保险之中,人身保险就不能规定或者约定重复保险,反之,则违背私法理念,不能成立。

在我国《保险法》的分类中,依据保险标的的不同,将保险分为人身保险和财产保险两大类。在保险经营中又可以细分为:

1.财产保险,不禁止重复保险,只是在理赔时禁止不当得利,重复保险的《保险法》制度初衷如此;

2.短期医疗保险,是第三领域,性质不同于寿险,也不同于产险;

3.长期医疗保险、寿险。

重疾险因为承保被保险人身患疾病,而被归入人身保险之中。重复保险法律制度被规定在财产保险中,是否意味着人身保险中不能适用重复保险的规定?回归人身保险与财产保险的分类背后涉及的“人身无价”以及“损害填补”理念,重复保险本质上是防止投保人不当得利的法律制度工具,其功能是通过重复保险制度设置,对现实保险

运营中出现的重复保险现象进行法律后果的规定和导引。防止借由保险制度超越“遭受损害”的范围,获得多于损害的不当得利。重疾险中并无有关重复投保的约定。结合重疾险保险金的申领方式,可以得出结论:重疾险不禁止投保人重复投保,其保险金给付条件是被保险人身患重疾,非如其他医疗保险中尤其是补偿型医疗保险中约定的给付保险金的条件是根据医院出具的诊疗费用,并且给付保险金以后保险公司需要在该诊疗费用单据上加盖保险金已经给付的印章。换言之,只要投保人能够支付得起保险费,保险公司无权干涉其是否重复投保、重复投保的相关情况以及重复投保的具体保险金额,全由投保人根据自身承担保险费的能力自决。投保人是何身份,对保险产品熟知与否,以及用多长时间投保,只能反映投保人的投保偏好,对重疾险的重复投保等相关问题不产生影响。

(二)是否为保险公司的产品设计漏洞

笔者在《医疗保险法律适用问题研究》一文中曾写道:“我国《保险法》人身保险与财产保险分类的功能性体现在对不同类型的保险适用不同的法律规定,如财产保险适用损害填补原则涵盖的超额保险、保险代位权、重复保险等规定,而人身保险则不适用这些规定。”但是,结合保险运营实践分析可知:在人身保险中,应当绝对排除重复保险规定适用的仅仅存在于人寿保险中,其保险费的厘定以生命表为基础,遵循人身无价的伦理基础,保险金的支付与投保人承担保险费的能力直接对应,除非极端情况(投保人为获取保险金而自杀)一般不会出现以命换钱的道德风险。故此,排除重复保险在人寿保险中的适用存在保险法基本理论和保险产品费率厘定的正当性基础。

在非人寿保险以外的人身保险产品,包括短期健康保险和意外伤害保险,也包括长期的重疾险等,并不完全排除重复保险

的适用。

1.以逻辑论,重复保险虽然规定在财产保险之中,法律无禁止在人身保险中当事人自由选择是否适用重复保险的规定,即:人身保险合同中可以约定适用重复保险规则,这种约定不为法律所禁止。

2.以保险法和保险经营的关系论,保险法和保险经营之间以宏观、外向的视角,可以概括为联系与互动;以微观、具象的视角,可以被探知为交织、融合、规则互替的结构性关联。人身保险产品的设计,是在遵守保险法律的强制性规定、自由选择适用保险法中的非禁止性规范的基础上进行的。如前,法律无明文禁止人身保险不准适用重复保险的规定,人身保险产品设计中可以准用、类推适用保险法中规定在财产保险合同一节中的重复保险规则。同时,可以将该规则蕴含的“禁止不当得利”的功能纳入到人身保险的保险公司经营风险防范体系中来(有关重复保险规则的功能详见本文第四部分的论述)。

四、重疾险中应否约定适用重复保险

我们的结论是:重疾险应约定适用重复保险,以保持风险厘定与保险金支付的经营预期得以实现。监管部门应倡导重疾险约定重复保险的适用,以保护投保群体利益。原因有二:

其一,以人身保险产品费率厘定基础和保险公司控制经营风险论,除了人寿保险以被保险人的年龄作为厘定风险的决定性要素以外,其他类型的人身保险产品(以本文论题核心的重疾险为例),实际上均包括了以下的费率厘定基础:身患疾病的投保人在一般情况下的实际损失的医疗费用、所需要的康复费用、护理费用、劳动能力受损(或完全丧失)的经济损失、患病的精神抚慰金等实际发生的经济上可以货币形式量化的损失。这一定价基础显然与漫无边际的“人身无价”理念之间存在一个构想和市场的巨大鸿沟。允许保险公司依据其厘定保险费率的的基础,自由设置保险合同条款,以市场的

“商业理性”控制保险经营风险,是保险商品市场化运作的基础。在重疾险中允许保险公司以合同约定自决是否适用重复保险的规定,就是这一保险经营内在要求的体现。

事实上,各大保险公司在重疾险的费率厘定上均参考或者以《中国人身保险业重大疾病经验发生率表》为标准,以保证重疾险经营的盈利目标得以实现。

其二,以重疾险等投保群体利益论,不因为投保重疾险等人身保险而发财,更深层次的原因在于对投保群体利益的保护。厘定保险费的基础是具有遭受重疾危险的一般投保人的、一般可能造成的经济损失。如果出现极端的超出这一费率厘定基础的特殊投保人——意欲通过患病而发财的投保人,则超出了保险费厘定的基础。对这些投保人的行为以一定的技术手段进行限制,其实是保护购买了同类保险产品的其他投保人。如果任由这些意欲患病发财的投保人枉为,不啻于借由医疗保险产品鼓励了违背公序良俗的投保人对善良投保人的抢劫行为。

可见,非生命保险产品中,不仅应当允许保险公司约定是否适用重复保险制度,而且保险公司为了实现保险经营风险的防范、保护善良投保群体利益的需要,应该将重复保险纳入保险合同之中。

五、重疾险中约定重复保险的功能导向

(一)保险法规定的重复保险的功能探查

保险法中规定的重复保险制度具有多重功能:防止赌博、防范道德风险、防止不当得利。多重法律效果:恶意无效、善意保险金支付规则。法律效果的规定是为了保障功能的实现,在多重功能之中,最核心、最基础的功能在于防止不当得利,防止赌博和防止道德风险均源自于防止不当得利这一基础功能。重复保险的法律效果与重复保险的基本功能是一个问题的两个方面:“在保险金额总额未超过保险价额时,被保险人并不受超额填补,自无不当得利之问题;只有

在数保险之保险金额总额超过保险价额时,被保险人始有不当得利之问题。”

财产保险中规定重复保险规则侧重于道德风险的防范,即防止滋生投保人通过重复保险,获取多重保险金给付的道德风险。通过规定恶意重复保险无效(潘红艳,2006),善意重复保险法定保险金给付规则,实现即使重复投保,也无法获得多重保险金给付的功能。

(二)重疾险约定重复保险的功能探查

在重疾险约定重复保险条款,功能在于其道德风险的防范,而不主要在于其法律后果的规定,及法定的保险金给付规则。原因在于,既然保险法秉持人身无价的观念,包括重疾险在内的投保人购买人身保险产品的数量不受限制,获得保险金给付的数额也不受限制。重复保险体现在重疾险合同约定条款中,功能在于防范可能的道德风险,而不是限制或者否定投保人的多重获赔。

具体而言体现在:防范道德风险,防止因为重疾而致富;和重疾险费率厘定保持一致,费率厘定基础是对发生重疾的经济损失的常态预估,保险金给付和这一费率厘定基础保持一致是保险公司经营不亏本的保障,保险公司可以通过合同条款设置防止重疾致富,以保障其他投保人的利益。

六、重疾险中的道德风险

(一)重疾险中道德风险的特殊性

购买了保险,如果没有法律之力的介入,投保人的内在心理以及外在行为模式的可能状态包括:1.对危险的恐惧减少;2.放任危险的发生以及和危险发生相关事项的发生;3.希冀危险的发生;4.积极行动促使危险发生;5.消极行为放任危险发生结果的扩大。第一种为保险的安定功能,不属于道德风险,第二种至第五种皆为因为保险而出现的危险(道德风险)。这种多种层次上的道德风险防范最直接的路径包括两种:保险合同中以条款约定加以防范,保险法律以规范

加以防范。

道德风险防范的功能发挥场域:只能通过对外在行为的调整,达至对内在心理的调整。只能规制行为不能规制心理。第四与第五种是合同约定以及法律规定能够发挥道德风险防范功能的场域。

重疾险中道德风险的特点:不存在积极行为制造危险的可能性,或者这种可能性很小。医学上可能,法学上无法规制,也没有必要规制(欲患重疾而暴露于癌症多发地带、非患癌高几率食品不吃、非患癌高风险生活不行)。重疾险中的“道德风险”(如果说可以称为道德风险的话)集中体现为一种对保险金结果的超出常人的追求:欲通过重疾而致富。

(二)如何区分防范重疾和通过重疾险牟利

投保意图是通过投保行为逆向推知出来的,这一推知过程常常是以推知主体自身的视角和视域出发,这导致对具体个案投保人的投保意图的推定结果可能发生偏颇甚至偏执。比如仅以投保人的经济收入情况判断其投保多份重疾险目的是为了重疾险牟利,而没有考虑到投保人父母纷纷因重疾去世,给投保人造成的心理上的恐慌,以及在这种恐慌支配下催生的购买重疾保险以求得心理安宁的实际需求。实践中,有些保险公司在投保书中会设置与投保人收入有关的问题,以衡量投保人支付保费与收入之间的比例关系,进而起到防范投保人因重疾支付的道德风险的作用。这种做法仅具有一般意义上的可行性。当投保人遭遇极端情况,如文中提及的父母患重疾去世的情况,其保费支出与收入之间的比例衡量就失去了一般的理性基础,投保人更多考虑的不再是保费的多寡,而是保险保障和“安心”的功能。

七、结论及建议

(一)结论

对重疾险可否重复投保以及重复投保

人约定效果如何,保险公司不作约定,要求消费者执行,有违常理,也不利于保险消费者的保护。一旦发生投保人投保多份重疾险的情况,只要合同条款中没有禁止重复保险的约定内容,保险公司就应该给付保险金。

(二)对完善重疾险产品的建议

在重疾险等保险合同条款的设计中,保险公司应当体现其厘定保险费率基础的考

量因素,以控制经营风险为功能性出发点,约定是否适用重复保险制度;为了避免与《保险法》规定的形式冲突,可以采取变换语言表达方式约定,以及缓和《保险法》有关通知义务的规定方式,目的是实现费率控制,防范重疾致富的道德风险,如,约定投保人应告知其向其他保险公司投保重疾险的情况。支付规则不能用,无法获得保险法支撑。恶意无效可以选择适用,归入违反如实告知义务解除合同的适用。SM

