

行政院金融監督管理委員會保險局九十七年度委託研究計畫

團體保險商品監理措施改進之研究

委 託 機 關：行政院金融監督管理委員會保險局

受 託 機 構：財團法人保險事業發展中心

計 畫 主 持 人：梁正德

協 同 主 持 人：張淑芬

研 究 員：廖淑惠、張志宏、吳玉鳳

★本報告不代表行政院金融監督管理委員會意見。

★本研究報告之轉載、引用，請加註資料來源、作者，以保持資料來源之正確性。

計畫執行期間：97年12月17日至98年7月16日

行政院金融監督管理委員會保險局九十七年度委託研究計畫

團體保險商品監理措施改進之研究

委 託 機 關：行政院金融監督管理委員會保險局
受 託 機 構：財團法人保險事業發展中心
計 畫 主 持 人：梁正德
協 同 主 持 人：張淑芬
研 究 員：廖淑惠、張志宏、吳玉鳳

★本報告不代表行政院金融監督管理委員會意見。

★本研究報告之轉載、引用，請加註資料來源、作者，以保持資料來源之正確性。

計畫執行期間：97年12月17日至98年7月16日

GRB 計畫編號：PG9712-0176

目 錄

第一章 緒 論	1
第一節 研究背景動機	1
第二節 研究目的	1
第三節 研究方法及研究步驟	2
第一項 研究方法	2
第二項 研究進行步驟	3
第四節 研究範圍	4
第五節 研究限制	4
第二章 我國團體保險現況及相關問題之探討	5
第一節 團體保險之緣起與實務	5
第一項 團體保險之緣起	5
第二項 團體保險之沿革	5
第三項 團體保險市場之概況	8
第一款 團體保險之種類	8
第二款 保險費收入與保險給付	8
第三款 團體保險銷售違法概況	11
第四項 現行團體之定義與團單個賣之情形	12
第五項 團體保險與集體彙繳件	14
第六項 團體保險實務作業問題	17
第一款 保險利益之審核	17
第二款 被保險人書面同意	18
第三款 團體保險商品送審問題	18
第二節 團體保險契約之當事人	19
第三節 保險利益問題	21
第一項 保險利益之概念	21

第一款 保險利益之歸屬主體	23
第二款 保險利益之存在時點	23
第三款 以他人生命身體訂立保險契約之限制	24
第二項 團體保險之保險利益	26
第三項 小結	28
第三章 國外團體保險相關規範	29
第一節 法國	29
第一項 團體保險實務案例	29
第二項 團體保險之定義及類型	30
第三項 團體保險契約之架構	32
第一款 契約之當事人	32
第二款 保單持有人之義務	34
第四項 銷售通路規範	34
第二節 美國	35
第一項 團體之定義及相關規範	35
第一款 美國保險監理官協會	35
第一目 團體定義	35
第二目 相關規範	36
第三目 銷售說明	38
第二款 紐約州	45
第二項 團體保險之保險利益與被保險人同意之特別規定	47
第三節 日本	49
第一項 團體保險之相關規範	49
第一款 日本團體保險所面臨之問題	50
第二款 日本團體保險監理措施	51
第二項 團體保險之類型	55
第一款 團體定期保險	55

第二款 團體信用壽險	60
第三款 消費者信用團體壽險	62
第四款 團體養老、終身保險	64
第五款 身心殘障者扶養人壽保險	66
第四節 國內外團體保險立法例之比較	67
第五節 國外團體保險商品送審與準備金提存規範	99
第一項 國外團體保險商品送審方式	99
第二項 美國團體保險費率釐定與準備金規範	101
第四章 結論與後續研究建議	105
第一節 改進建議	105
第二節 解決現行團體保險實務作業之規劃與建議	111
第一項 短期規劃	111
第一款 保險利益與被保險人書面同意之規範	111
第二款 團單個賣之規範	112
第三款 團體及集體投保件保險費率與準備金規範之建議	113
第四款 商品送審方式之建議	116
第五款 銷售規範建議	118
第二項 長期建議	118
第一款 保險法之修正	119
第二款 行政函釋命令之規範	121
第三款 團體保險單示範條款之修正	122
第三節 後續研究建議	127
附錄	129
附錄一 文獻回顧	130
附錄二 違反法令規定處罰公告情形	134
附錄三 NAIC 團體人壽保險模範法節譯	137
附錄四 NAIC 團體健康保險模範法節譯	150

附錄五 法國法節譯	170
附錄六 紐約州保險法第 3205 條及第 4216 條	175
附錄七 2009 年 6 月日本保險業指導原則	192
附錄八 2009 年 5 月 保險業務檢查手冊	198
附錄九 訪談內容與議題	199
附錄十 團體保險商品監理措施改進座談會會議紀錄	201
附錄十一	222
團體保險商品監理措施改進之研究委託研究期中報告審查會議紀錄 ..	222
附錄十二	229
團體保險商品監理措施改進之研究委託研究期末報告審查會議紀錄 ..	229
參考文獻	235
期中報告審查結論與回覆對照表	238
期末報告審查結論與回覆對照表	257

摘 要

本研究主要目的在探討團體保險目前面臨之急迫必須解決之問題，包括團體保險之核保實務、法制面監理架構、團體保險與要保人定義等問題。本研究預期可提出較佳之團體保險商品監理措施，期能對現行團體保險商品之監理制度有所助益。

本研究認為現行團體保險實務問題與監理措施，宜採短期及長期作法循序解決。整體概念係將現行實務上團體保險區分為第一大類團體保險、第二大類集體投保分別規範。研究期間除邀請人壽保險公司參與訪談外，並邀集學者專家召開座談會參與討論，廣徵各界意見與實務執行上之可行性，作為主管機關團體保險監理之參考。其次，區分個人集體彙繳與第二大類集體投保之異同，採國外立法例之共同連結關係作為第二大類集體投保與個人集體彙繳之主要差異，以改善現行團單個賣之情形。

短期解決方式包括：

1. 團單個賣問題解決上，除建議主管機關公布第二大類集體投保規範之內容外，在精算上，建議保險費率可依個體危險狀況採個別費率或以群體平均危險程度採單一或區間費率，保險公司精算人員可依公司經驗與專業判斷費率決定各項精算因素。
2. 費率與準備金提存規範上，區分第一大類團體保險與第二大類集體投保分別規範，建議應廢止財政部「一年期團體保險費率標準」，第一大類團體保險，精算人員可依公司經驗或國內、外統計資料，專業判斷費率決定各項精算因素，另訂定費率檢測機制；第二大類集體投保件，保險公司可採個別費率計算或平均、區間費率，如採平均或區間費率需說明評估依據與合理性，精算人員可依公司經驗或國內、外統計資料，專業判斷費率決定各項精算因素，保險公司銷售之費率需依送審文件所列示之費率，或

在區間費率範圍內。在準備金規範上，則應依「保險業各種準備金提存辦法」辦理。

長期解決方式包括：

1. 建議保險法設立專節規範團體保險，將或有爭議之保險利益，及實務運作有其困難性之被保險人簽名問題予以解決，並增訂受益人及主管機關訂定團體定義、團體人數、條件等法源依據。
2. 由主管機關以行政函釋方式，將團體保險之團體明確定義。此外，在團體保險單各式示範條款應配合保險法一併修正相關定義。

關鍵詞：團體保險、監理措施、團體定義

Abstract

The main objective of this study is to resolve the emergency issues arising from underwriting practice, regulatory framework and the vague definitions of "groups" and "applicants" in the field of group insurance. It is expected that a feasible supervisory approaches for group insurance products could be formulated to strengthen the supervision of such products.

In this study, that the practical problems of the existing group insurance and supervision measures should adopt the practice of short-term and long-term progressive solution. Overall, distinguish of the existing group insurance into the first category of group insurance and the second category of norms of collective insurance. During the study period, we interviewed the officers of the life insurance companies, scholars and experts for their opinions to confirm the feasibility of the above-mentioned suggestion, as to propose the competent authority in relative to group insurance supervision. Secondly, in order to solve the problems that the insurance companies sell group insurance to individual buyers, the study distinguish between individual insurance and the second category of norms of collective insurance of the similarities and differences, that refer legislation of foreign relations as a common link to the main differences between second category of norms of collective insurance and individual insurance.

Set forth below are the short-term solutions proposed by this study:

1. To solve problems that the insurance companies sell group insurance to individual buyers, it is suggested that the competent authorities announce the content of the second category of norms of collective

insurance. The actuarial of any policy is proposed to take the individual rate of the situation of the individual risk or the single range rate of group average risk. An insurance company can determine any actuarial factor based on its experience and professional evaluation for each policy.

2. The rate and reserve determination is suggested to distinguish between the first category of group insurance and the second category of norms of collective insurance, it is recommended to abolish "one-year group insurance premium rate standards" stipulated by the Ministry of Finance, R.O.C. The first category of group insurance, an insurance company can determine any actuarial factor based on its experience and professional evaluation for each policy, and to set the rate of detection mechanism; the second category of norms of collective insurance, an insurance company may take the individual rate or single range rate, such as adoption of a single range rate, any actuarial staff of an insurance company being requested to explain the assessments basis and reasonableness. For example, the first category of group insurance, an insurance company is allowed to determine any actuarial factors based on its experience, statistical information at domestic and foreign, professional evaluation for each policy. The rate must be conformed to the data submitted for insurance policy review. The reserve specification should be in accordance with the "Regulations for Deposit and Management of the Reserve of Insurance Industry".

Set forth below are the long-term solutions proposed by this study:

1. Suggest to add a special section of the group insurance into the R.O.C. Insurance Act. That can solve the problems in relative to an insurable interest dispute, the insured's signature for his/her consent, beneficiaries.
2. The competent authority is allowed to set the definition, number and conditions of "group" pursuant to the amendment of the R.O.C. Insurance Act.

Keywords: group insurance 、supervisory approaches 、definitions of "groups"

第一章 緒 論

第一節 研究背景動機

我國商業型團體保險之濫觴應可回溯至 1941 年間，據台灣保險史綱¹所載「為配合社會需要，中央信託局壽險辦事處擴充改組為人壽保險處，主要承辦之業務有免體檢之國民壽險、儲蓄壽險、終身壽險、公務人員團體壽險、廠礦職工團體保險、養老年金，以及人壽再保險等壽險業務」，顯見我國團體保險之銷售歷史已將近 70 年之久。

近年來團體保險與個人保險就保險契約當事人與關係人定位、團體保險之定義、要保人之保險利益及費率擬定等議題亦常引起討論。此外，因保險行銷通路多樣化，例如透過銀行通路、郵寄、電話行銷等新型態商品行銷方式，或有部分團體保險批註條款未進行精算評估即予銷售等狀況，此種現況，或造成保險業風險評估失真，或造成保險業面臨法令遵循問題，或有保險公司因『團單個賣』²被主管機關裁罰³，或有因部分團體保險未落實被保險人書面同意違反保險法第 105 條規定遭主管機關裁罰，亦有保險經紀人假借協會專案名義預先與保險公司簽訂團體保險契約，再以低廉保險費為號召，對消費者進行協會專案行銷，類此行為均在在凸顯我國團體保險於實務運作及法令遵循上所面臨之問題，究屬保險監理面過苛導致保險業無法適從，抑或主管機關須予以嚴加導正，以免影響保險公司之清償能力等，究應如何協助保險公司解決團體保險實務問題，及法令規範與實務作業差距之問題，實值深入探討，並試以提出解決之道。

第二節 研究目的

本研究目的主要針對研究背景下所產生之各項問題，進行分析探討，期盼透過國外立法例及實務作業探討，提出團體保險商品相關

¹ 台灣保險史綱，財團法人保險事業發展中心 2009 年 3 月出版，第 69 頁。

² 對個別保戶銷售團體保險之保險單，讓個人保戶得以較低保險費率投保。

³ 例如旺旺友聯於 98 年 4 月 23 日被裁罰。

監理措施建議，預期達到協助保險公司解決團體保險實務問題，俾使實務作業符合法令規範。

第三節 研究方法及研究步驟

第一項 研究方法

一、蒐集回顧文獻資料

為了解國外法令規範與監理機關對團體保險團體定義、契約當事人關係、法規要求等，以及國外團體保險市場銷售行為及法令監理制度發展情形等，本研究將以蒐集兼回顧國內外相關文獻之探討為主，並透過國內外保險公司之協助進行資料蒐集，在此感謝日本第一生命台北事務所所長難波先生、與中華民國人壽保險同業商業公會等單位之協助取得本研究所需外國團體保險相關實務資料。

二、個案訪談或召開座談會

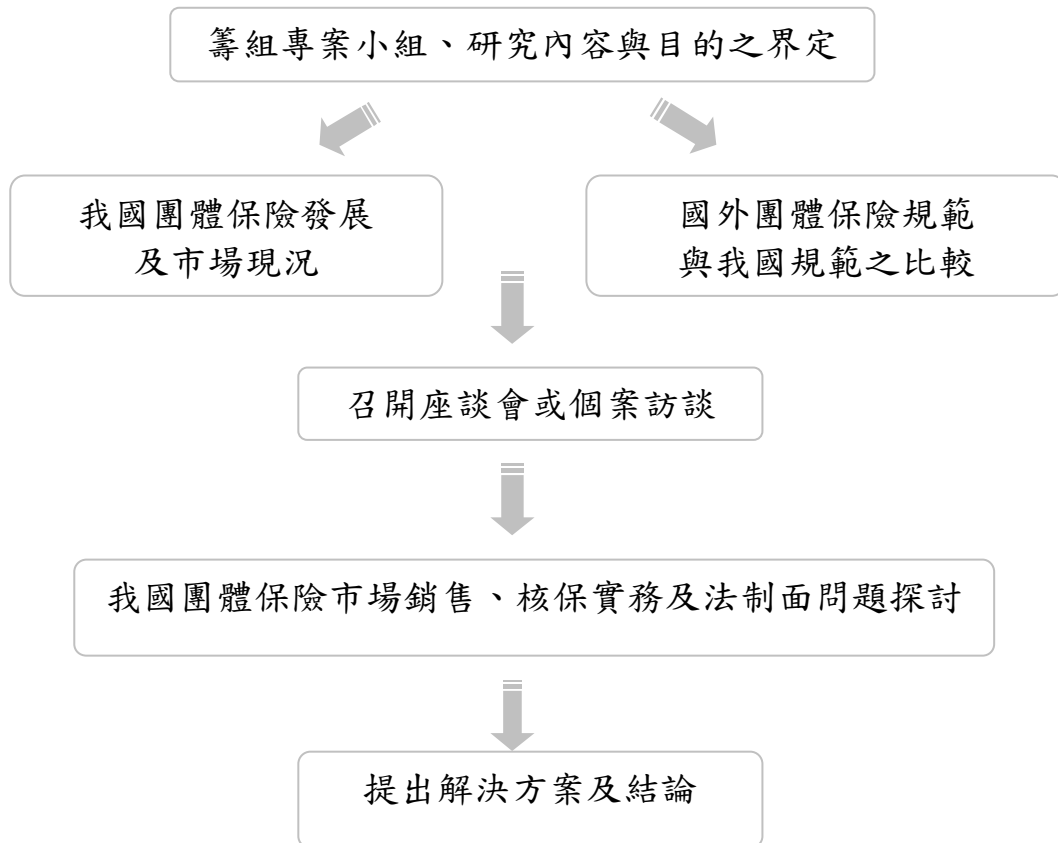
有關團體保險商品審查、市場銷售、核保作業等實務問題，本研究試採進行市場訪談與召開產、官、學、研座談會進行實務問題之探討與了解，並試以提出研究結論與具體修正建議。

三、比較分析、歸納總結

本研究依前述研究方法進行我國與國外之比較，分析整理文獻資料並歸納出適用我國團體保險實務作業之可行方案，再就所獲得之國外文獻資料，預期提出適合我國團體保險實務經營作業之規範，最後總結本研究之結論與具體建議條文。

第二項 研究進行步驟

本研究進行步驟圖示如下



步驟一：蒐集本研究計畫之研究內容相關資料並進行合理適當之分析，包括國內外文獻資料及研究報告。

步驟二：依蒐集所得各項資料，不定期召開本研究成果討論會議及產官、學、研座談會議或個案訪談，預期對團體保險市場存在之實務問題提出建議解決方案、建議修正條文與結論。

步驟三：撰寫期中報告。

步驟四：撰寫期末報告初稿。

步驟五：提出完整期末報告。

第四節 研究範圍

本研究於第三章論述法國、美國、日本等國外立法例就團體保險及相關作法之規範，進而比較國內外在團體保險作法上之異同，俾利本研究提出研究結論。第二章說明團體保險在核保及銷售實務上面臨之窘境與急待解決之問題，並將實務面臨之問題與第三章國外立法規範進行比較，於第四章提出本研究之結論與建議（包括具體之團體保險相關建議修正條文）。

第五節 研究限制

基於國內探討團體保險之相關文獻極為有限，本研究僅就研究小組自行取得之國內外文獻資料與中華民國人壽保險商業同業公會協助取得之資料，在預定之研究方法下，就團體保險實務作業面臨之問題進行研析。

本研究之研究過程中，雖力求內容之嚴謹及完整，惟本研究仍可能受限於國外資料不易完整取得（如銷售上之規範或準備金提存規範），無法援引作為本研究論述參考之依據，可能影響此部分結論或建議之研擬。

另本研究受限於研究期間，僅能定位以團體定期保險之議題探討為研究範圍，有關長年期團體保險之議題探討，並不在本研究專案之範疇。

此外，本研究透過部分人壽保險公司團體保險部門協理或經理級主管人員之口頭訪談或書面訪問，進行市場調查，俾求能真實掌握業者所面臨之問題；基於受訪公司僅為少數之人壽保險公司，其受訪內容或可能無法完整代表實務作業所面臨之問題。

第二章 我國團體保險現況及相關問題之探討

本章節主要針對我國團體保險市場現況及實務作業問題進行介紹。首先說明團體保險與員工福利之關聯及其源起發展；其次，說明團體保險市場現況並探討團體保險核保實務問題。從本章團體保險實務作業面臨問題之探討，本研究先於本章節提出實務問題之初步意見，於結論章節提出較佳之解決方案。

第一節 團體保險之緣起與實務

第一項 團體保險之緣起

團體保險與員工福利有著密切關聯。員工福利的觀念，係為解決歐洲十八世紀工業革命長工時、低工資、不安全之工作環境等社會病徵與不合理社會現象之措施。員工福利之主要目的在維護及增進員工生活福利與經濟安全⁴，也是企業減少員工經濟不安全問題之重要方法。員工福利計畫可透過人身保險達成，其中又以社會保險與團體保險尤為重要，團體保險屬法定外之員工福利⁵。因此，社會保險乃法律規定最基本的保障，而團體保險則係為輔助社會保險保障之不足所生之保險產品。團體保險可說是法定員工福利制度外之具體落實方式；因此，團體保險有彌補社會福利制度或社會保險對受雇員工經濟生活保障不足之功能，也是企業在人力運用上最有效率之工具。

第二項 團體保險之沿革

我國團體保險之引進雖已將近 70 年之久，由於團體保險具有落實雇主照顧員工生活之美意，自 1977 年 7 月財政部所釋示「營利事

⁴ 包括因死亡、退休或失業等所致之正常所得中止；因疾病或傷害事故所致醫療費用之補償。

⁵ 方明川，我國團體保險與保險利益問題新論，壽險季刊，第 101 期，1996 年 9 月，第 19-26 頁。

業所得稅結算申報查核準則」⁶第 83 條第 4 款⁷，將營利事業向人壽保險公司投保員工團體壽險之保險費認定為保單條款所載保險金額之給付含有死亡保險金、殘廢保險金及滿期保險金者，其由各該營利事業代員工支付之保險費，可予以核實認定，免視為被保險員工之薪資所得辦理扣繳。顯見政府以稅賦方式鼓勵企業主動以投保團體保險方式進行員工福利保障之用心。

然其間或有許多企業假藉為員工投保高額團體保險名目，將巨額保險費認列費用支出，由於企業主即為團體保險之要保人，基於要保人得指定受益人，故亦有企業主直接將團體保險之受益人指定為其企業主本身，非但遂行「避稅」之實，亦衍生企業主坐領巨額保險金之道德問題。此非但無法落實照顧員工美意，反而產生員工身故時其遺屬只領少數慰問金之不合理情事。

故稅務機關乃於 1993 年 12 月 30 日修正「營利事業所得稅查核準則」第 83 條第 5 款⁸規定，將其由營利事業負擔之保險費，以營利

⁶ 財政部民國 79 年 02 月 21 日台財稅字第 791186171 號，「營利事業所得稅結算申報查核準則」修正為「營利事業所得稅查核準則」並修正有關條文。

⁷ 民國 75 年第 83 條保險費：

- 一、保險之標的，非屬於本事業所有，所支付之保險費，不予認定。但經契約訂定應由本事業負擔者，應核實認定。
- 二、保險費如有折扣，應以實付之數額認定。
- 三、跨越年度之保險費部分，應轉列「預付費用」科目。
- 四、勞工保險及向人壽保險公司投保團體壽險之保險費，其由營利事業負擔部分，應予核實認定，並不視為被保險員工之薪資所得。但含有滿期給付之團體壽險，其滿期給付部分之保險費，應予核計扣除轉列薪資支出。
- 五、保險費之原始憑證，為保險公司之收據及保險單。

⁸ 民國 82 年修訂第 83 條保險費：

- 一、保險之標的，非屬於本事業所有，所支付之保險費，不予認定。但經契約訂定應由本事業負擔者，應核實認定。
- 二、保險費如有折扣，應以實付之數額認定。
- 三、跨越年度之保險費部分，應轉列「預付費用」科目。
- 四、勞工保險，其由營利事業負擔之保險費，應予核實認定，並不視為被保險員工之薪資。
- 五、營利事業為員工投保之團體壽險，其由營利事業負擔之保險費，以營利事業或被保險員工及其家屬為受益人者，准予認定。每人每月保險費在新臺幣二千元以內部分，免視為被保險員工之薪資所得，超過部分視為對員工之補助費，應轉列各該被保險員工之薪資所得，並應依所得稅法第八十九條規定，列單申報該管稽徵機關。
- 六、保險費之原始憑證，為財政部許可之保險業者收據及保險單。但國際航運業向國外保險業者投保，經取得該保險業者之收據及保險單，可核實認定。團體壽險之保險費收據，除應書有保險費金額外，並應檢附列有每一被保險員工保險費之明細表。

事業或被保險員工及其家屬為受益人者，准予認定。每人每月保險費在新臺幣 2,000 元以內部分，免視為被保險員工之薪資所得；超過部分，視為對員工之補助費，應轉列各該被保險員工之薪資所得，並應依所得稅法第 89 條規定，列單申報該管稽徵機關。

上述修訂雖解決雇主避稅問題，然團體保險之受益人指定為雇主本身仍有疑慮，方明川（1993）⁹對此指摘「團體保險為員工福利計畫重要一環，其主要目的在於提供員工或其家庭生活某種程度之優惠，故受益人自當為員工，或其家屬，或其法定受益人。法理上不應該再歸屬雇主，若未在團保契約或稅負規定上，將受益人明文規範，則亦流於雇主假藉保險之名而行逃避稅之實；且對被保險員工而言，亦未得到完全之權益保障。現行團保市場在行銷上雇主對受益人身分之規範已發生問題，係因我國雇主與賦稅當局對團保之本質未深入了解其真諦所在而致。如依現行稅法對受益人認可營利事業可為受益人一事，則是一項錯誤之規定。」

1996 年財政部頒訂團體一年定期人壽保險契約示範條款¹⁰，即將身故保險金受益人的指定及變更受益人，明訂為以被保險人的家屬或其法定繼承人為限，以杜絕企業主指定為其本人之缺失。其後並於 1996 年 7 月開放 50 人以上團體費率得自由契約雙方洽訂¹¹。

⁹ 方明川，團體保險與年金保險賦稅政策之研究，1993 年，財政部稅制委員會委託。

¹⁰ 民國 85 年 09 月 28 日
（受益人的指定與變更）

第 19 條

身故保險金受益人的指定及變更，以被保險人的家屬或其法定繼承人為限。未指定受益人者，其保險金視為被保險人的遺產。

前項受益人的變更，於要保人檢具申請書及被保險人的同意書送達本公司時生效。

殘廢保險金的受益人，為被保險人本人，本公司不受理其指定或變更。

本公司為身故或殘廢給付時，應以受益人直接申領為限。

受益人同時或先於被保險人本人身故，除已另行指定受益人外，以被保險人之法定繼承人為本契約受益人。

前項法定繼承人之順序及應得保險金之比例適用民法繼承編相關規定。

¹¹ 一年期團體保險費率標準（民國 85 年 7 月 25 日修正）

第一條：投保時，被保險人數五十人以上（含）之團體，其費率由契約雙方洽訂。

第三項 團體保險市場之概況

第一款 團體保險之種類

目前實務上團體保險之保險單種類繁多，有團體人壽保險（一年期定期壽險）、團體傷害保險（意外傷害實支實付、死殘、意外日額、職業災害）、團體一年期重大疾病、團體職業傷害保險、一年期團體借貸保險、醫療、失能（包含一般失能、意外失能）、住院醫療（包含手術津貼）；另外還有一些團體海外旅行保險或是團體海外緊急醫療保險等，雖然其種類眾多，主要可區分為團體人壽、團體健康與團體傷害保險三大類。一般企業雇主對團體保險之選擇較單純，主要係為提供員工福利，故雇主通常選擇團體定期保險與團體傷害保險，若為填補全民健康保險之不足，則於住院醫療保險部分增加額外考量。除團體人壽保險、團體傷害保險、團體健康保險外，雇主為移轉勞動基準法屬於職業災害部分責任，亦可選擇團體職業災害保險。

第二款 保險費收入與保險給付

根據經濟部中小企業處統計資料顯示 2007 年年底台灣有 1,236,012 家中小企業，佔全部企業之 97.63%¹²，顯見團體保險仍有其潛在市場商機。由於勞資關係的改變使得國內企業愈來愈重視員工福利，也透過團體保險稅賦上之優惠提供福利予員工。

在團體保險保險費收入方面，團體人壽保險與團體傷害保險之保險費收入，係呈現下降趨勢，但另一方面，團體健康保險之保險費收入卻呈現逐年上升趨勢。比較團體人壽、團體健康、團體傷害保險三大類型商品，自 2004 年至 2006 年間團體傷害保險之保險費收入，一直高於團體人壽保險與團體健康保險，在 2007 年及 2008 年團體健康保險之保險費收入則明顯大幅上升，超過團體人壽保險與團體傷害保險之保險費收入。由團體保險市場保險費收入發展可知，

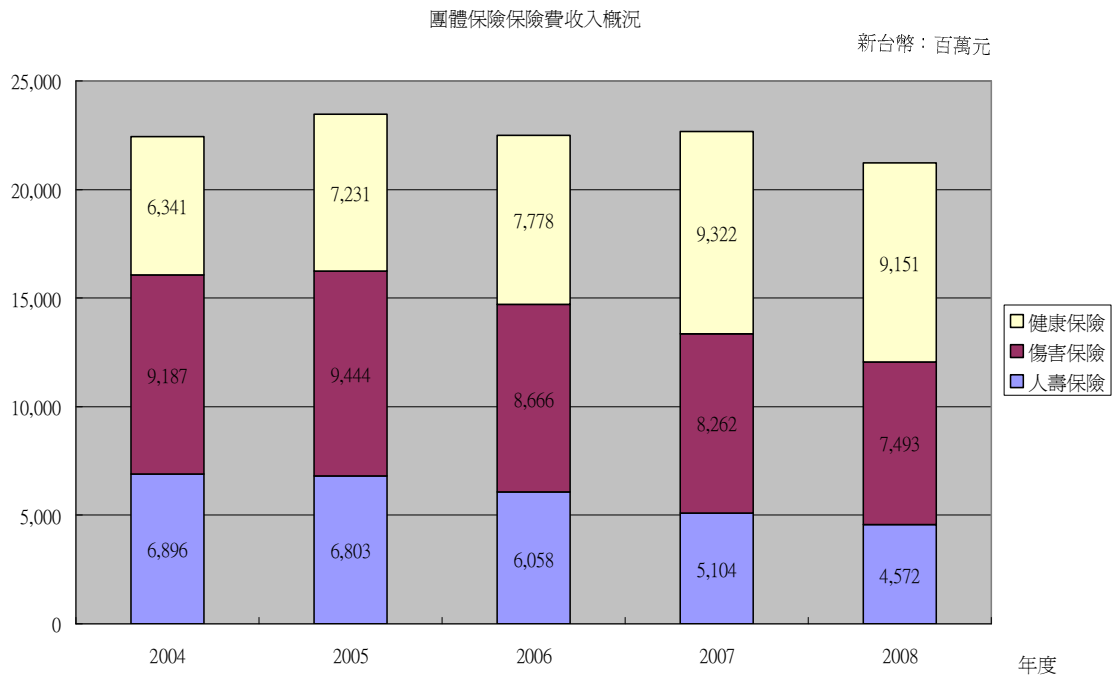
¹² <http://www.moeasmea.gov.tw/public/Attachment/86211281771.pdf>

健康保險在團體保險市場之地位已愈形重要，雖然團體健康保險幾乎無獲利空間，但如圖一所示，其保險費收入仍呈現不斷上漲趨勢。有關團體健康保險保費上漲原因，因壽險公會未辦理業務統計資料填報業務，無法正確說明增加之原因，惟產生團體健康保險保費收入上升之主要原因或為團體健康保險費率調高及將學生平安保險（含大專院校）納入團體健康保險之統計填報範圍之故。在團體保險銷售實務上，多以團體定期壽險保險、團體健康保險與團體傷害保險一併銷售，在計算損失率時必需進行定期壽險、健康保險、傷害保險之費率拆分，業務人員與核保人員在費率拆分上，為控制團體健康保險損失率亦可能產生團體健康保險費收入上升。在團體保險招標案件，因健康險部分損失率差，保險費預算低的情形下，保險公司不願參與投標，也可能產生招標機關提高保險費預算，促使團體保險保費上升。此外，在消費者需求面而言，團體健康保險保費上升之原因，部分亦可能為社會環境變遷或社會少子化、高齡化引起人口結構改變，對健康保險需求之故。

比較團體保險、人壽保險、年金保險、健康保險、傷害保險等佔人身保險市場總保險費收入比重，可知團體保險業務比重極小，自2003年起至2008年止，團體保險之保險費收入呈現逐年遞減之趨勢。2003年至2008年，人身保險市場各險種，歷年保險費收入占人身保險市場總保險費收入比，如圖二所示。

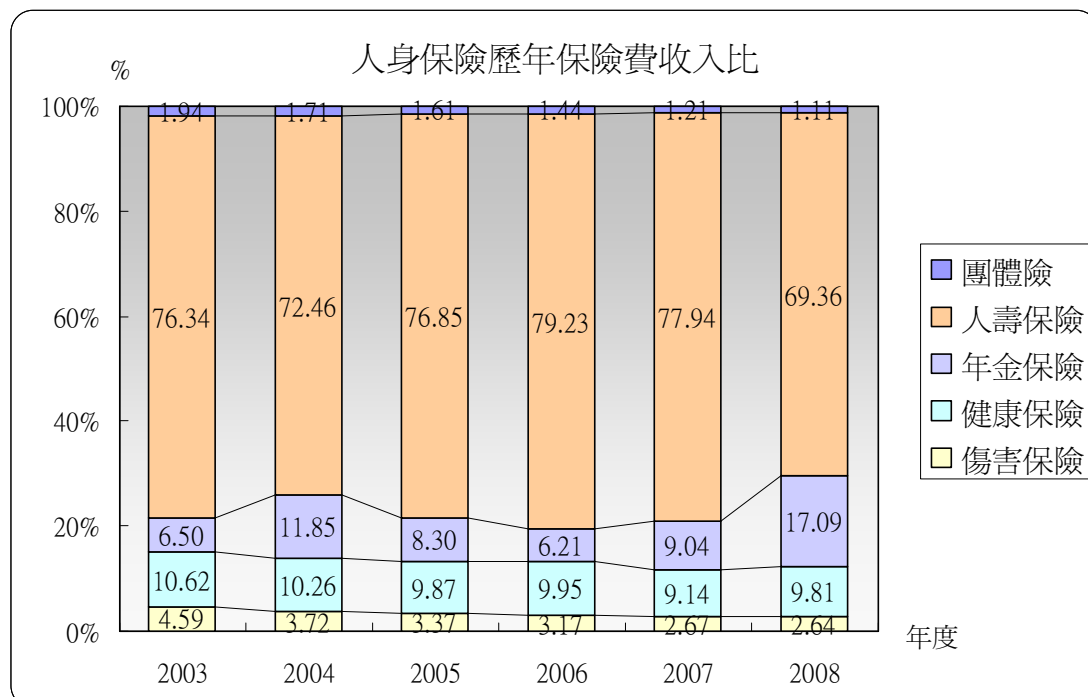
在團體保險理賠方面，團體人壽保險與團體健康保險之保險給付呈現上升趨勢，團體傷害保險則無明顯波動。團體人壽保險於2004年、2007年、2008年之保險給付超過保險費收入，團體健康保險各年度之保險給付將近保險費收入。自2005年至2008年，團體健康保險之保險給付已超過團體人壽保險之保險給付。從2004年至2008年之保險給付資料顯示，團體傷害保險之保險給付無較大之波動。有關團體人壽、團體健康、團體傷害三類團體保險理賠統計，如表一所示。

圖一：團體保險保費收入概況圖



資料來源：財團法人保險事業發展中心 2009 年 4 月時之資料庫內容。

圖二：人身保險歷年保險費收入比



資料來源：財團法人保險事業發展中心 2009 年 4 月時之資料庫內容。

表一：團體保險保險給付統計表 新台幣：百萬元

年度	人壽保險	健康保險	傷害保險	合計
2003	4,841	4,901	3,687	13,429
2004	8,153	5,880	3,992	18,025
2005	5,668	6,607	3,756	16,031
2006	5,577	7,172	3,617	16,366
2007	6,510	7,465	3,502	17,477
2008	6,111	8,049	3,483	17,643

資料來源：財團法人保險事業發展中心 2009 年 4 月資料庫內容。

第三款 團體保險銷售違法概況

自 2003 年開始，團體保險之保費收入占人身保險市場總保費收入不到 2%，且比率有逐年遞減之趨勢，顯示團體保險並非人身保險市場之主要業務來源。然僅 2008 年及截至 2009 年 4 月即有 10 家保險公司（同一保險公司受處罰二次以上者不重覆計入）因銷售團體保險違反法令規定，遭受主管機關處罰（詳細處罰公告內容，參見附錄二）。本研究整理實務上經營團體保險違反法令遭受處罰之態樣，約可分為六類，茲將處罰內容態樣及其對應違犯之法令規範，表列如下：

處罰之內容及態樣	違犯之法令規範
1.承保團體傷害保險保單為由第三人訂立之傷害保險，未經被保險人書面同意逕予承保者	保險法第 105 條、第 135 條及第 149 條第 1 項規定

處罰之內容及態樣	違反之法令規範
2.辦理團體保險業務時，招攬個人保險件以團體保險費率計收保費者	保險法第 171 條規定
3.透過電話行銷團體保險商品、銷售團體保險予個別被保險人及自行增列批註條款者	保險法第 149 條第 1 項、第 171 條、第 171 之 1 第 5 項、保險業辦理電話行銷業務應注意事項第 7 點第 1 項規定
4.銷售團體保險以批註條款變更原核准、核備或備查保險商品之保險範圍、除外責任、保險金給付條件或經驗退費等內容，未完成批註條款之審查程序即予使用者	保險法第 144 條第 1 項、保險商品銷售前程序作業準則第 15 條或第 20 條、保險法第 171 條規定
5.團體保險所使用之加保同意書，未完成保險商品審查程序即行採用者	保險法第 144 條第 1 項、保險商品銷售前程序作業準則第 15 條或第 20 條規定
6.銷售團體傷害保險，變更要保書聲明與告知事項，與原送審通過之內容不符者	保險商品銷售前程序作業準則第 20 條、93 年 3 月 2 日台財保字第 0930750138 號函、保險法第 171 條規定

第四項 現行團體之定義與團單個賣之情形

現行團體保險單示範條款對團體之定義，係規範團體人數及團體組成之目的。在團體一年期定期人壽保險單示範條款、團體傷害保險單示範條款，就『團體』係採如下定義：

- 「1.有一定雇主之員工團體。
- 2.依法成立之合作社、協會、職業工會、聯合團體或聯盟所組成之團體。
- 3.債權、債務人團體。
- 4.依規定得參加公教人員保險、勞工保險、軍人保險、農民健康保險或依勞動基準法、勞工退休金條例規定參加退休金計畫之團體。
- 5.中央及地方政府機關或民意代表組成之團體。
- 6.凡非屬以上所列而具有法人資格之團體。」

本研究參酌國外團體保險之立法（參見第三章），發現有關團體保險符合資格投保之團體，隨著經濟組織型態及市場需求之變遷，符合資格之投保團體類型不斷的擴增，但不論如何，符合團體保險投保資格之團體仍不得以獲得保險為目的而組成。如美國保險監理官協會（NAIC）與紐約州保險法對於團體均有明確之定義，並可由主管機關視社會經濟環境，公布符合資格之團體。至於團體成員與要保人間保險利益之問題，在法國立法例上也要求團體成員與保單持有人（要保人）間需有一定之利益關係或共同連結關係，如僱傭關係、債權債務關係。是以，縱使經濟組織型態及市場需求之變遷，有關團體定義放寬仍不得違反團體保險之精神及特性，以免因過度放寬團體之定義而合法化『團單個賣』之情形。

實務上保險公司違反經營團單個賣之違規情形，係將團體保險之適用費率或承保條件以單一費率及承保條件銷售予個人保戶；亦即，將團體保單進行個別保戶之銷售，不僅於精算費率對價上未符合公平合理原則，於團體保險契約之當事人權利義務亦容易產生混淆。從前述之團體保險銷售違法概況可知，目前監理上，主管機關對於團單個賣處罰之類型可概分為二大類型：

- 1.保險費率違法：辦理團體保險業務時，招攬個人保險件卻以團體保險費率計收保險費之團單個賣。
- 2.銷售通路違法：透過電話行銷團體保險商品（電話行銷限制要保人與被保險人需同一人，而團體保險之要保人與被保險人並非同一人）或由保險經紀人、代理人銷售團體保險予個別被保險人之團單個賣。

不同行業別之被保險人原應適用不同的費率，但在團單個賣以採取單一費率銷售下，保險公司未個別評估承保對象之行業別，因此在報價估算時會產生誤差。舉例來說，電子公司有很多的技術員、作業員及內勤人員、設計人員等等，保險公司得以電子公司為團體評估同一團體保險之標的風險情形。若其所承保之對象不是在同一機構服務（非例中之電子公司）的團體成員，團體裡各種職業類別都有，保險公司很難評估此一團體保險標的之風險，若已經是團單個賣承保之被保險人，其眷屬又選擇以自費方式加入投保之情形，保險公司亦無法評估風險無法報價？此外，對於大型企業團體，其個別員工因為工作性質差異性大，危險均不相同，若保險公司採單一第四類工作性質為投保報價基礎的話，則易吸引團體中個別風險較高的人投保，在報價評估時就有誤差。是以，在團單個賣單一費率銷售之情形，由於保險公司並不能正確預知被保險人之風險所在，其事實上應屬個人保險之銷售與核保。

第五項 團體保險與集體彙繳件

目前團體保險商品主要區分為團體人壽保險、團體健康保險、團體傷害保險三大類及其他團體保險商品（如職業平安定期團體保險、幼童團體保險）。國內保險公司主要以公司聘用之業務人員做為銷售主要通路，另外就是與保險公司合作之保險經紀人或代理人。集體彙

繳件¹³多數由被保險人自行決定投保與否並交付保險費，其本質上即為個人保險，就行銷通路而言，因個別保險公司有不同作法，原則上，集體彙繳件因屬個人保險仍採業務人員銷售方式進行，團體保險與集體彙繳件上並無很大差異，亦即保險公司個人保險業務人員可進行集體彙繳件之銷售。業務人員透過銷售集體彙繳件，可向同一個人保戶開發其他個人保險，甚至是企業保險，非屬集體彙繳件之業務來源是保險公司透過業務人員銷售集體彙繳件之其他目的。團體保險與集體彙繳件實務作業差異如下：

	團體保險	集體彙繳件（個人保險）
保險期間	以一年期為主	以長年期或終身為主
定義	<p>一、有一定雇主之員工團體</p> <p>二、依法成立之合作社、協會、職業工會、聯合團體、或聯盟所組成之團體</p> <p>三、債權、債務人團體</p> <p>四、依規定得參加公教人員保險、勞工保險、軍人保險、農民健康保險</p>	<p>個人人壽保險集體投保彙繳保件，係指集合同一團體內所屬員工或成員及其家屬五人以上，經契約當事人同意，採用同一收費地址或同一金融機構繳費或同一繳費管道之個人保件。上揭團體係指：</p> <p>（一）有一定雇主之員工團體</p> <p>（二）依法成立之合作社、協會、職業工會、聯合團體、或聯</p>

¹³ 行政院金融監督管理委員會 93 年 9 月 29 日金管保二字第 09302520131 號令（修正財政部 81 年 9 月 18 日台財保第 811764604 號函）。

「個人人壽保險集體投保彙繳保件，係指集合同一團體內所屬員工或成員及其家屬五人以上，經契約當事人同意，採用同一收費地址或同一金融機構繳費或同一繳費管道之個人保件。」

	團體保險	集體彙繳件（個人保險）
	<p>或依勞動基準法、勞工退休金條例規定參加退休金計畫之團體</p> <p>五、中央及地方民意代表所組成之團體</p> <p>六、凡非屬以上所列而具有法人資格之團體</p>	<p>盟所組成之團體</p> <p>(三)債權、債務人團體</p> <p>(四)依規定得參加公教人員保險、勞工保險、軍人保險、農民健康保險或依勞動基準法、勞工退休金條例規定參加退休金計畫之團體</p> <p>(五)中央及地方民意代表所組成之團體</p> <p>(六)凡非以上所列而具有法人資格或依法設立登記有案之團體</p>
保險費率	依一定雇主、團體大小、保費多寡給予適當之保費折減	固定優惠比率（現行為 2~3%，至多 5%）無議價機制
投保對象	以示範條款所定義之團體為要保人	以個人為要保人
核保作業	以團體之承保風險為考量；只要團體風險在合理的費率範圍內，通常會容許少數弱體成員存在	以個人之承保風險為考量；承保主要考量個人身體狀況、年齡、道德危險等

第六項 團體保險實務作業問題

第一款 保險利益之審核

保險利益原則係保險法學上極為重要之原則，要保人與被保險人間不具有保險利益者，保險契約失其效力；學者有謂保險利益為保險契約之特別成立要件¹⁴。保險利益具有區分保險與賭博二者之功能，不具有保險利益之保險契約形同賭博。現行保險法第 16 條既已規定要保人對被保險人應具有保險利益之規定，適用在團體保險實務作業時即有困難，蓋雇主與員工間、職業工會與會員、學校與學生間、鄉鎮市與其鄉民鎮民市民間，此等要保人與被保險人間並未符合保險法第 16 條保險利益之規定，但其是否符合保險法第 20 條所規定基於有效契約而生之利益，則有爭議。

據本研究進行書面訪談三家人壽保險公司，口頭訪談二家人壽保險公司，了解保險實務經營團體保險之作法，在保險利益之審核方面，縱存有保險利益適法性之虞，惟於道德危險之防範上，核保政策上仍可透過團體成立、成立宗旨，被保險人與要保單位間具共同連結關係之作法來避免道德危險。

鑑於保險法保險利益之規定，實務上，團體保險在保險利益之審核方面，主要係著重於防範道德危險之核保措施，以維持團體保險經營之穩定與健全。在核保措施上包括：

- 1.保險公司應於團體保險招攬報告書中要求說明要保人與各成員之間的關係，且其關係須明確，例如雇主與員工關係。
- 2.投保團體為合作社、協會等無一定雇主之團體，須請要保人（投保單位）提供團體成立之宗旨、成員加入團體等資格條件與成員加入團體之證明文件。

¹⁴ 梁宇賢、劉興善、柯澤東、林勳發，商事法精論，今日書局，2005 年 10 月。

3.投保時提供經要保單位確認之被保險人資格之名冊；保險事故發生時要求經要保單位確認並檢附相關身分證明文件。

前揭實務上對保險利益核保之措施，係基於團體保險單示範條款規範下之團體而為，與「團單個賣」假團體之名集合多數獨立個人購買保險為目的者，並不相同。團單個賣不僅要保單位與被保險人間不具保險利益，亦無相當之連結關係，保險公司於進行核保時並不會向個別被保險人取得上述相關核保資料，以釐清團體成員與要保單位間之關係。

第二款 被保險人書面同意

由第三人訂立之保險契約，需被保險人書面同意之規定係源自於保險法第 105 條。依現行保險法第 105 條規定，團體保險契約成立時，實務上作業無法落實執行所有個別被保險人書面簽名同意，尤其是中、大型團體保險、軍人保險、學生保險或義警、義消、志工團體保險等，造成法律之規定與實務作業的落差，產生保險契約效力不確定之問題。保險法第 105 條之規定，不僅造成法律規範與實務作業極大差距，亦產生保險契約成立與否之效力不確定問題，影響消費者權益。在被保險人書面同意核保技術上部分解決方式，參見第四章第二節第一項第一款。

第三款 團體保險商品送審問題

實務上保險公司銷售團體保險商品時，常因應客戶需求而額外附加批註條款，其中某些附加條款之承保範圍或給付事項，並無相關參考資料或經驗數值做為費率計價基礎，因此，有些附加條款費率並未經過商品部門精算評估、保費與準備金試算及完成送審程序，而由公司團體保險部門人員自行訂定費率，並未經過公司商品部門進行保費與準備金試算，亦即在缺乏嚴謹的商品研發與送審程序下團體保險附

加或批註條款，不僅可能破壞市場秩序，也會造成公司財務虧損之隱憂以及主管機關監理上之漏洞。

依壽險公會彙整國內各壽險公司銷售團體保險附加條款或批註條款，可發現許多附加條款或批註的內容極為相似、寫法不同但意義相同、或者開放除外責任之特定項目等，例如：A 公司銷售團體癌症保險之「初次罹患癌症保險金」與 B 公司銷售團體癌症保險之「首次罹患癌症慰助金」，兩者名稱與寫法雖不同但其內容卻是雷同；某些公司銷售團體住院醫療保險有開放婦女剖腹生產的保險給付等。針對保險業每年產製大量且同質性很高的團體保險附加條款或批註條款，倘逐一核准審查或列入備查保險商品之抽查範圍，恐需耗費巨大的監理人力與時間，且該附加或批註條款係配合企業需求所訂製之契約，並非弱勢消費者購買之保險契約，因此商品審查方式是否應予以調整或放寬，的確值得深入探討。

第二節 團體保險契約之當事人

鑑於我國保險法係兼採英美及大陸二法系之規範，故有釐清團體保險契約當事人之必要。於被保險人向保險人申請訂立保險契約時，被保險人即係要保人（此時被保險人與要保人合一），若被保險人未自行投保而委任或授權第三人投保，就有要保人是否為契約當事人之問題。

在英美法下，團體保險中契約之效力係直接對被保險人（員工）發生，其當事人應屬被保險人（員工），要保人（要保單位）只是代替員工向保險人訂立契約之人，並非為契約上之當事人，要保人（要保單位）亦不得以員工為保險對象，指定自己為受益人。被保險人為契約上之當事人，不論團體保險為雇主與員工型態或集體投保型態，應無不同。然在大陸法下，團體保險契約係由要保人（要保單位）與

保險人所簽訂，契約當事人應為要保人（要保單位），要保人取得員工之同意即得以員工為保險對象，指定自己為受益人。

按 2002 年對財產保險業報送之團體傷害保險單示範條款（標準型）與（多倍型）第 2 條約定「要保人指載明於被保險人名冊並以其名義與保險人訂立保險契約並負有交付保險費義務之被保險人本人；要保單位指符合團體定義而以其名義代理要保人投保之團體」，當時顯然採用英美法之概念，將要保單位與要保人（即為被保險人）間之法律關係以代理認之，依據前揭示範條款之約定，被保險人即為保險契約之當事人，由於要保人與被保險人為同一人，故無保險利益與被保險人書面同意之問題。被保險人（團體成員）委由要保單位（團體）代為處理團體保險行政管理事務，即團體與團體成員間代理之法律行為，包括代為及代受意思表示及代理之效力等。惟於 2006 年針對財產保險與人身保險業，重新頒訂之團體傷害保險單示範條款已改變，依據團體保險傷害保險單示範條款第 2 條之規定，要保人即為要保單位，與 2002 年要保單位與要保人（即為被保險人）間屬代理之法律關係，並不相同。觀諸 2002 年與 2006 年之示範條款，二者於要保人與要保單位間之法律關係完全不同，現行產物保險與人身保險業經營團體保險，顯然採行要保人即為要保單位之概念。若從實務作業而言，無論是 2002 年或 2006 之團體保險單示範條款，創設要保單位，主要係為因應團體保險行政管理工作，如被保險人基本資料填列、保險費收付、保險證交付等而設置。

為解決現行實務上團體保險契約當事人定位衍生之保險利益與被保險人同意等問題，或可將之區分團體保險與集體投保二大類分別重新定位。第一大類團體保險之要保人與被保險人應維持現行架構，由要保單位擔任要保人，被保險人為團體成員。在保險利益與被保險人同意部分，短期來說可透過保險法第 20 條之擴大解釋處理保險利益問題，並由保險業於技術上落實被保險人書面同意；長期來說，仍

應修改保險法之相關規定始能徹底解決(詳第四章提出之具體建議條文)。另考量道德危險，現行示範條款雖已有關身故保險金受益人與殘廢保險金受益人之規範，惟應提高其位階於保險法上增列規定。第二大類集體投保部分，採要保人即為被保險人之架構，保險利益、被保險人同意及受益人之規定，則應適用保險法之相關規定。至於實務上，個人保件以團體保險費率計收保險費之團單個賣違法情形，則可依個體危險狀況採個別費率或以群體平均危險程度採單一或區間費率，由精算人員依公司經驗與專業判斷費率決定處理(詳第四章第二節)。

第三節 保險利益問題

第一項 保險利益之概念

紐約州保險法第 3205 條明定人身保險利益，於自己所訂定之保險契約，係基於血緣或法律上有密切關係，指的是基於愛或情感所引起的利益關係；為他人所訂定之保險契約，在基於法律或實質經濟利益情況下，指的是被保險人的健康或身體上的安全性，保險利益的判別可由被保險人因死亡、殘廢、受傷所引發之價值損失判定¹⁵。

英國於 1774 年通過人壽保險法(The Life Assurance Act 1774)，禁止無保險利益之保險，雖以人壽保險為法規名稱，但除船舶、貨物保險、非保單式之賭博行為不適用外，其餘險種均適用，對於未有保險利益而承保之保險亦可予以處罰。1906 年制定之海上保險法(Marine Insurance Act 1906)，第 4 條規定：「以賭博方式訂立之海上保險契約無效。有下列情形之一的海上保險契約視為賭博契約：

¹⁵ (1) The term, "insurable interest" means:

- (A) in the case of persons closely related by blood or by law, a substantial interest engendered by love and affection;
- (B) in the case of other persons, a lawful and substantial economic interest in the continued life, health or bodily safety of the person insured, as distinguished from an interest which would arise only by, or would be enhanced in value by, the death, disablement or injury of the insured.

1. 被保險人不具有本法規定之保險利益，且在無取得此等利益之期待下，訂立契約；或
2. 以「不論有無利益」、「除保單本身外無須證明利益之存在」、「保險人不得主張殘餘物之利益」或其他類似條件訂立之契約」。

美國係繼受英國法律但未制定成文法，以判例法（case law）形成與保險利益相關之原則，一般美國法院認為賭博性契約違反公共政策（public policy），判定賭博性保單無保險利益。

歐陸學者以保險利益僅適用於損害保險，保險利益為損害保險（財產保險）之中心概念，也是保險契約之要素；無保險利益則損害保險契約不能有效成立，這是世界各國立法及學說上共認之原則¹⁶。保險法上之損害即為保險利益之反面，整個損害保險之保險利益可定義為一種特定之關係，基於此關係，特定人於保險事故發生時遭受財產損失之不利益。損害保險有關保險利益所欲保護者為被保險人之損害，損害之真正意義為保險利益之反面¹⁷。

我國在保險法上雖未對保險利益加以定義，僅於若干條文規定財產保險與人身保險保險利益之範圍，惟有關保險利益之概念於保險學者或保險法學者均有說明，多指要保人或被保險人對於標的所存有之一種利害關係。要保人或被保險人因保險事故之發生，致保險標的不安全受損，因保險事故不發生致保險標的安全而受益之損益關係¹⁸。再者，我國保險法認為保險利益之概念應適用於財產保險與人身保險¹⁹。

¹⁶ 陳光熙，保險利益之研究，財團法人保險事業發展中心，1987年8月重印，第6頁。

¹⁷ 江朝國，保險法基礎理論，瑞興圖書股份有限公司，1999年9月，修訂三版，第84-85頁。

¹⁸ 鄭玉波，保險法論，三民書局，1984年1月七版，第54頁、施文森，保險法總論，三民書局，1990年九版，第43頁。

¹⁹ 施文森教授亦認為無論財產保險或人身保險，要保人對保險標的須具有保險利益為保險契約成立之前提要件（施文森，保險法總論，三民書局，1990年九版，第43頁）。

第一款 保險利益之歸屬主體

保險法第 3 條及第 17 條對保險利益歸屬之主體為「要保人」或「要保人及被保險人」之規定並不一致，故產生保險利益歸屬主體之爭義。國內保險法學者採英美法見解者（桂裕、施文森）認為人身保險之要保人應具有保險利益；採大陸法見解者（江朝國、鄭玉波）認為保險利益不適用於人身保險，僅損害填補保險須具有保險利益，且以被保險人判斷保險利益之有無²⁰。在英美國外文獻上，被保險人為保險契約當事人，當然取得保險契約上之權利義務，除有轉讓之行為外，被保險人即為保險給付請求權人，因此，被保險人必須對保險標的具有保險利益²¹。在大陸法下，大部分學者主張保險利益之觀念只適用於損失填補保險²²，而保險給付請求權屬於被保險人，並不屬於要保人，契約上之當事人只有交付保險費之義務，並無保險給付請求權之權利；因此，依「損害為保險利益反面原則」被保險人必須具有保險利益²³。

第二款 保險利益之存在時點

保險利益具備與否應於何時判斷，即保險利益存在時點，因大陸法系只有損害填補保險適用保險利益之規定，被保險人於損失發生時保險利益遭受損害，故保險利益於何時存在不生問題。英美法下，任何險種均需具有保險利益，因此，保險利益存在時點，即因險種不同而有不同。損害填補保險（海上保險、陸上財產保險），認為保險利益存在之時點為，損失發生時²⁴，1906 年海上保險法第 6 條第 1 項規定：「被保險人於損失發生時，必須對於保險標的具有保險

²⁰ 梁宇賢、劉興善、柯澤東、林勳發，商事法精論，今日書局，2004 年 9 月修訂版，第 560 頁。

²¹ John Bird, Model Insurance Law, third edition, London Sweet & Maxwell, 1993, p.33.

²² 少部分日本（三浦、青山、村上）及德國學者（Bruck,）強調人身保險亦有保險利益之需要（陳光熙，保險利益之研究，財團法人保險事業發展中心，1987 年 8 月重印，第 29 頁）。

²³ 江朝國，保險法基礎理論，瑞興圖書股份有限公司，1999 年 9 月，修訂三版，第 84-85 頁。

²⁴ John Bird, Model Insurance Law, third edition, London Sweet & Maxwell, 1993, p.49.

利益，雖然於保險契約訂立時，不必具有保險利益。」²⁵通說亦認為海上保險基於國際貿易慣例與需要，被保險人或受讓人只須於損失發生時，對於保險標的具有保險利益，即得請求保險人給付保險金。英美法院普遍認為除成文法另有規定或契約另有約定外，被保險人無須在保險契約訂立時對保險標的具有保險利益。若被保險人投保時對於保險標的具有保險利益，其後喪失保險利益者，但於損失發生前又重新取得保險利益，依英美法院通說，保險利益之中斷，並不影響被保險人之保險給付請求權，只要被保險人損失發生時具有保險利益，仍取得保險給付請求權。

人身保險之當事人必須在訂立契約時，具有保險利益²⁶，至於訂約後保險利益是否存在則無關緊要，訂約時具有保險利益，契約即為有效；訂約後保險利益縱有減少、中止或消滅，契約仍然有效²⁷，保險給付請求權不受影響。因訂約時須具有保險利益，足以達成人身保險防止賭博保單之目的，及人身保險性質上並非填補損失發生時之損失，而是保險人收取對價後，於未來對被保險人或受益人有保險給付之責。因此，於訂約時有保險利益即可，無須在事故發生時具有保險利益。

第三款 以他人生命身體訂立保險契約之限制

在人身保險若由要保人隨意以他人之生命或身體為保險標的，訂立保險契約，則會產生道德危險之可能。在要保人與被保險人同一人時之人身保險即有保險利益，然在要保人與被保險人不同一人（即由第三人訂立之死亡保險）必須採被保險人同意之立法。對於以他人生命身體訂立保險契約，在防止道德危險上我國係採保險利益與被保險

²⁵ (1)The assured must be interested in the subject-matter insured at the time of loss though he need not be interested when the insurance is effected.

(2)Where the assured has no interest at the time of the loss, he cannot acquire interest by any act or election after he is aware of the loss.

²⁶ John Bird, Model Insurance Law, third edition, London Sweet & Maxwell, 1993, p.36.

施文森，保險法總論，三民書局，1990年九版，第53頁。

²⁷ 陳光熙，保險利益之研究，財團法人保險事業發展中心，1987年8月重印，第30頁。

人同意之雙重防護。為防止保險成為賭博及道德危險之發生，各國立法例上可區分為要保人是否對被保險人需有保險利益而有不同之限制²⁸。

一、 要保人對被保險人需有保險利益

（一）金錢利益：英美及我國立法（保險法第 16 條）原則上要保人對被保險人之生死，具有金錢上之利害關係始得訂立保險契約，以利害關係之存在為契約之成立要件，非契約存續要件。

（二）一般利益：荷蘭、比利時、葡萄牙立法要求要保人對被保險人之生死具有利害關係者始得訂立保險契約，但利害關係不限於金錢上之利害關係。

二、 要保人對被保險人無需有保險利益

倘不要求要保人對被保險人須具有保險利益，則其似無法發揮保險利益防範道德危險之功能，但有國外立法例係透過採取限制受益人、被保險人書面同意之規定以防範道德危險，茲舉例說明如下：

（一）限制受益人：1911 年日本修改前商法之規定是要保人雖無須對被保險人具有保險利益，但受益人必須為被保險人之親屬。

（二）被保險人同意：日本、德國、法國、瑞士及我國立法（保險法第 105 條）認為被保險人對於有加害自己生命之虞者，不會同意以被保險人之生命身體為保險標的訂立保險契約，故以被保險人同意為條件防止道德危險及賭博契約。

²⁸ 陳光熙，保險利益之研究，財團法人保險事業發展中心，1987 年 8 月重印，第 64-65 頁。

第二項 團體保險之保險利益

前述保險利益之概念、歸屬主體於團體保險是否亦有適用？保險利益係當事人對保險標的之特殊利害關係，因各種利害關係產生之經濟利益，此種利害關係亦應適用於團體保險。學者認為公司對董監事、無限責任股東有保險利益；雇用人與受雇人相互間如存有密切關係，不僅受雇人得就雇用人投保，雇用人亦得就受雇人投保²⁹。雖然保險法第 16 條適用於團體保險時會產生有無保險利益之問題，但現行團體保險之要保人為要保單位，團體可為企業雇主、協會、工會或其他法人組織等，之所以能為員工或會員投保即在於要保人對其有利害關係存在。團體之利益與會員之利益休戚相關，企業雇主若無員工協助工作，企業無法繼續經營無法產生經濟利益，員工之生死與企業生存至關重要³⁰；同樣的道理亦可適用於工會、協會或其他法人組織³¹。若再從保險法第 20 條規定，基於有效契約而生之利益，得為保險利益，本條是否適用於人身保險學者雖有不同看法，如陳雲中教授認為保險法第 20 條可適用於財產保險，亦可適用於人身保險，如雇主依僱傭契約之訂定，對其雇用人工作享有收益之權利，並負有為其治療疾病傷害之責任。方明教授認為保險利益重點為被保險人與受益人之關係，德、日、瑞國家對此問題以排除或例外條款方式，允許團體保險合法經營³²；惟亦有學者認為依民法第 153 條第 1 項規定，只要團體與其成員間雙方具有某種關係（如僱傭、勞工會員、債權債務），均可產生利益，這些利益若碰到不確定危險事故產生損失，即係不利

²⁹ 施文森，保險法總論，三民書局，1990 年九版，第 52 頁。

³⁰ 陳雲中教授對於僱傭契約所生之利益，認為雇用人對於受雇人完成工作享有收益權，並負有為受雇人治病療傷、為受雇人死亡之社會責任，為救濟責任上之不利益，以此作為保險利益購買團體保險。

³¹ 方明川，我國團體保險與保險利益問題新論，壽險季刊，第 101 期，1996 年 9 月，第 62 頁。

³² (1)適用人身保險與財產保險，包括團體保險者：陳雲中（保險學，五南圖書，2004 年 10 月五版三刷，第 163 頁）、方明川/藍玉珠（團體人壽保險概論，1999 年 8 月初版，第 118 頁）。
(2)適用財產保險不適用人身保險者：施文森、林勳發。

益，團體為救濟此種不利益，即可於要保人非受益人時，為該等團體成員購買團體保險提供保障³³。

歐陸國家保險利益有關防止賭博、禁止被保險人不當得利、避免道德危險等功能因不適用於人身保險；自然地，團體保險（人身保險）是否具有保險利益即非探討重點³⁴，而係著重於要保人與被保險人不同一人時道德危險與不當得利之防範與監理。於英美國家雖然所有保險均需具備保險利益，惟其當事人為被保險人，自亦不生團體保險要保人與被保險人間需具有保險利益之問題。

中國大陸 2009 年 2 月 28 日修正之保險法第 2 章保險合同第 2 節人身保險合同第 31 條第 4 款規定，投保人對於與其有勞動關係之勞動者有保險利益。同條第 2 項規定除前款規定外，被保險人同意投保人為其訂立合同的，視為投保人對被保險人具有保險利益。中國大陸保險法明定雇主對於具有勞動關係之勞動者具有保險利益，無勞動關係者，經被保險人同意投保訂定保險契約，擬制要保人對被保險人具有保險利益。顯見中國保險法團體保險道德危險之防範上視要保人與被保險人是否為勞動關係，決定應具有保險利益或經被保險人同意。具有勞動關係之團體保險明定要保人對被保險人具有保險利益，不需被保險人同意；不具勞動關係之團體保險，若經被保險人同意則視同具有保險利益。具有勞動關係之團體保險因具有員工福利之性質，加上係為團體成員之利益而投保，於道德危險之防範上是否具備保險利益並非團體保險探究之重點，而應著重於要保人與被保險人不同一人時，道德危險與不當得利之防範。不具有勞動關係之團體保險除非經被保險人同意，否則要保人對被保險人仍無保險利益，此時保險契約效力仍處於不確定之狀態，況且於不具有勞動關係之團體保

³³ 方明川，我國團體保險與保險利益問題新論，壽險季刊，第 101 期，1996 年 9 月，第 63 頁。

³⁴ 江朝國教授認為，第三人對被保險人之生存與否具有利益，而欲以他人之生命為保險事故發生之對象，須他人之書面同意，由被保險人以其自由意思指定受益人。因此，只要被保險人同意以其生命為保險標的，則要保人是否對被保險人具有保險利益之規定，並無實質之意義可言。

險，實務作業上欲執行被保險人書面同意以取代具有保險利益，亦非常困難。不具有勞動關係之團體保險，中國保險法雖以經被保險人同意視為要保人對被保險人具有保險利益，惟於實務作業無法執行之情形下，形同未具有保險利益，仍存在不具有勞動關係團體保險之保險利益問題。

參酌國外立法規範及團體保險單示範條款對身故保險金受益人或殘廢保險金受益人之規範，團體一年期人壽保險單及團體傷害保險單示範條款雖將要保人定義為要保單位，但於第 20 條規定，要保人於訂立保險契約時或保險事故發生前得經被保險人同意指定或變更身故保險金受益人；另人壽保險單示範條款第 24 條亦規定，要保人得於訂立契約時或保險事故發生前，經被保險人同意指定或變更受益人。可知，要保人雖為保險契約當事人，然被保險人卻對於保險契約之重要事項，如受益人指定變更有著重要之決定權利³⁵。

第三項 小結

保險學上保險利益有防範道德危險、不當得利與損害填補之功能，原則上不應個人保險或團體保險而有所不同。然而，有關團體保險利益部分在國外文獻資料上卻甚少提及，有學者認為團體保險本質上近似社會保險。而美國、加拿大、歐洲等國家採直接或間接特別立法規範其經營準則，這些均已超出個人保險之範圍，不必討論保險利益問題，如同社會保險立法提供人民經濟安全保障，甚至連保單或保險契約均可免除³⁶。在國外團體保險甚少或幾無探討保險利益之主要原因可能有三：第一，具有員工福利性質之強制型團體保險並無道德危險之可能；第二，任意型團體保險因其保單持有人與被保險人間具

³⁵ 現行保險法以要保人為契約中心之規定下，保險契約上之權利（受益人指定變更權）係由要保人行使；被保險人雖非保險契約之當事人，卻有著受益人指定之同意權。同樣地，由第三人訂立之死亡保險契約，必須經被保險人書面同意，被保險人對於同意亦得隨時撤銷，被保險人行使撤銷權視為要保人終止契約。

³⁶ 方明川，我國團體保險與保險利益問題新論，壽險季刊，第 101 期，1996 年 9 月，第 59 頁。

有之共同連結關係，在國外立法例上將之解釋為得投保之「利害關係」；第三，大陸法系國家多認為人身保險不採用保險利益觀念（團體保險為人身保險，亦不採用保險利益觀念）。

現行保險法第 16 條適用於團體保險雖有保險利益存在與否之質疑，但團體保險之要保人為要保單位，其之所以能為員工或會員投保，或可透過要保人對其有不同程度利害關係加以解釋。若從團體之利益與會員之利益休戚相關，而企業雇主若無員工協助工作，即無法繼續經營且無法產生經濟利益來看，員工之生死、疾病、意外與企業經營有不同程度之關聯，在工會、協會或其他法人合於法人設立之組織團體，亦同樣存在不同程度之利害關係。再者，依據保險法第 20 條之規定，雖然有不適用於人身保險之若干見解，惟只要團體與其成員雙方具有某種契約關係（如僱傭、勞工會員、債權債務），均可產生不同程度之利益，於現行保險法尚未修正下，或可做為現行保險法有關保險利益規範之解釋。

第三章 國外團體保險相關規範

第一節 法國

第一項 團體保險實務案例

法國將團體保險區分為強制型團體保險與任意型團體保險二大類，規範上係採單獨章節立法方式。強制型團體保險可說是典型的團體保險，由保單持有人（通常為雇主）代被保險人（員工）投保團體保險；任意型團體保險則是以保單持有人與被保險人間之「共同連結關係」做為其團體保險實務作業之重要規範。在法國團體保險實務作業上，任意型團體保險與消費者之日常生活息息相關，除銀行、貸款機構、協會等組織外，賣場零售商、電力電信業者、房屋租賃業者等

具有保險仲介人資格者，均得與保險人簽訂合作協議銷售團體保險，由被保險人向保單持有人申請加入團體保險³⁷，保險人則透過這些廣泛的行銷通路與團體保險商品結合，降低行銷成本³⁸。

強制型團體保險由於要保人即為雇主，被保險人為員工；因此，在實務作業上係由保險人簽發保險單予要保人（即保單持有人、雇主），簽發保險證予個別被保險人，保險費收據由保險公司交付予要保人，保險費之負擔則區分為由要保人全數負擔、由被保險人全數負擔或要保人與被保險人共同負擔等三類。強制型團體保險之受益人為被保險人本人或其法定繼承人。

任意型團體保險下，保險人應簽發保險單予保單持有人，另由保單持有人交付保險證予各被保險人³⁹。至於保險費之交付，則多為被保險人自行負擔，在房屋租賃業者與承租人之共同連結關係下，團體保險之保險費內含於租金隨每期租金交付予租賃業者；在賣場零售商與會員之共同連結關係下，團體保險之保險費則內含於帳單內隨每期帳單交付予賣場零售商；由於每期應繳付費用之帳單含有保險費在內，故帳單具有類似保險費收據之功能。任意型團體保險之受益人為保單持有人，故當保險事故發生時，由保險人對保單持有人負賠償之責，確保保單持有人足以繼續提供被保險人於共同連結關係下之服務（如銀行繼續提供貸款、持卡人繼續使用信用卡、賣場零售商或出租人繼續提供會員福利）。有關法國團體保險之規範，本研究分別就團體保險之定義及類型、團體保險之契約架構加以闡述。

第二項 團體保險之定義及類型

法國團體保險係單獨列載於其保險法第一部（Book I）第四篇（Title IV）第一章（Chapter I）及第二章（Chapter II）共計 12 條之

³⁷ 保單持有人為保險人之代理人，參見法國法 L141-6。

³⁸ 法國團體保險實務作業案例，由法國巴黎人壽保險股份有限公司提供。

³⁹ 參見法國保險法 L141-4。

規範。法國保險法並無就團體一詞明確定義，僅就團體保險之定義、團體成員與保單持有人間必須具備之共同連結關係之主要法源依據規定於 L141-1⁴⁰。就法國保險法第四篇團體保險第一章之規定，團體保險係指由一法律主體或由企業主體鑑於團體個別會員生命中可能發生之風險，包括個人身體風險、懷孕妊娠風險、失能風險、殘廢風險與失業風險而洽定之保險契約。L141-1 明定團體保險契約之承保範圍，即保險人應負責任主要係團體成員生命中可能發生之人身、疾病、失能、失業等風險。法國也將團體保險契約區分為強制型（Compulsory Group Insurance）及任意型團體保險（Optional Group Insurance）二種類型，分別規定於其 L141-4、L141-6、L141-7 等條文之規範。此外，L141-6⁴¹則訂有團體信用保障保險之規範，由信用機構以擔保償還貸款為目的所締結之團體保險契約，不適用 L141-6 保單持有人視為保險人之代理人，及保單持有人遇有解散或清算時，保險契約仍繼續存在於保險人與團體成員間的規定。

⁴⁰ A group insurance contract is a contract contracted by a legal entity or a head of business in view of membership by a group of persons meeting the conditions stipulated in the contract in order to cover risks happening during a lifespan, risks affecting a person's physical integrity or maternity risks, risks of incapacity for work or risks of disability or risk of unemployment.

The members must have a common link with the policyholder.

⁴¹ In the case of group insurance contracts within the meaning of Article L141-1, other than those which are governed by Title I of Act n° 89-1009 of 31 December 1989 reinforcing the guarantees offered to insured persons against certain risks, and in case of collective agreements of capitalization which have the same characteristics as group contracts within the meaning of Article L141-1, the policyholder shall, with respect to membership to the contract and its execution, be deemed to be acting, with regard to the member, the insured and the beneficiary, as a representative of the insurance firm by which the contract was underwritten, except for the acts brought to the knowledge of the member in the manner provided for by an order of the Minister responsible for the Economy and that the policyholder is not entitled to perform. In the event of dissolution or liquidation of the policyholder organization, the contract will continue ipso jure between the insurance firm and the members of the group contract.

This article shall not apply to endowment insurance contracts whose services are related to the discontinuance of professional activity, contracted by a firm or a group of firms for the profit of their employees or by a professional body representing firms for the profit of employees or by an organization representing self-employed professionals or officials of local public bodies for the profit of its members. It does not apply to group contracts entered into by a credit institution whose object is to guarantee the refunding of a loan.

第三項 團體保險契約之架構

第一款 契約之當事人

保單持有人與保險人訂立團體保險契約（參見 L141-1），由保單持有人得於團體成員喪失共同連結關係或到期未支付保險費時，將團體成員排除於保險單之外（參見 L141-3）之規定來看，保單持有人應為團體保險契約之當事人。但於 L141-6 卻又規定，若保單持有人所屬之團體遇有解散或清算之情形時，該保險契約依法仍繼續存在於保險人與團體成員之間。是以，外觀上保單持有人為團體保險契約之當事人，持有保險單並負有交付保險證予團體成員之義務（參見 L141-4），屬於雙方當事人之契約關係；但實質上團體保險係為團體成員利益屬於三方當事人之契約關係，此與我國保險契約屬於雙方當事人關係有很大的不同⁴²。茲將團體保險契約當事人間之法律關係說明如下：

1. 強制型團體保險

強制型團體保險主要是保單持有人（即雇主）落實員工福利之方式，承保被保險人（即團體成員、所有員工或特定員工）之退休、健康、死亡等風險。強制型團體保險之保險期間為一年期，保險費可由雇主交付、員工交付或雇主與員工共同交付。要保人即為保單持有人，受益人則為被保險人本人或其法定繼承人。保險人與保單持有人間具有保險契約關係，保單持有人與被保險人間則具有特定利害關係（如僱傭關係）。

2. 任意型團體保險

⁴² 保單持有人一旦解散或清算，則保險契約上之權利義務應由其破產管理人或清算人繼續該契約關係或終止保險契約。

我國保險法第 28 條：「要保人破產時，保險契約仍為破產債權人之利益而存在，但破產管理人或保險人得於破產宣告三個月內終止契約。其終止後之保險費已交付者，應返還之」。

任意型團體保險為三方契約關係，保單持有人與保險人間簽訂協議，保險契約關係存在於被保險人與保險人之間，被保險人為團體成員，團體成員與保單持有人間存有共同連結關係（common link，參法國保險法 L141-1），由於團體保險關係存在於保險人與團體成員，團員成員即為要保人（即法國法下之投保人 Assurés）。相對於強制性團體保險，在任意型團體保險保單持有人通常為銀行、金融機構或其他團體，保單持有人通常亦具備保險仲介人之資格，可視為保險人之代表（L141-6）；只要符合保險仲介人資格之金融機構均得以銷售任意型團體保險商品。此等保險之保險期間並非一年期，屬於可變動期間且可續約，保單持有人不得強制團體成員加入團體保險，每一被保險人可於取得團體保險資格後，依據存款年限、貸款期間選擇保險期間；換言之，保險期間之始期與終期均得依被保險人與保單持有人間之共同連結關係決定⁴³。任意型團體保險之保險費由團體成員自行負擔，透過帳單、收據、租金等形式交付予保單持有人，受益人則可為保單持有人（如銀行、信用卡機構、賣場零售商、租賃業者，參見 L141-6）。

法國強制型與任意型團體保險尚無探究保險利益，團體保險所稱之共同連結關係於其保險法亦無明文規定，學者林建智教授與彭金隆教授則認為共同連結關係屬於一種「類似保險利益」之概念，較我國保險法之保險利益更為廣泛⁴⁴。再從本節第一項法國團體保險之實務運作來看，可列舉數項被保險人與保單持有人間之共同連結關係如下：

(1) 持有銀行帳戶之存戶（銀行與存戶間）。

⁴³ 例如，借款人依其借貸契約所訂之清償期間，選擇保險期間，清償借貸款項後即可選擇退出團體，失去被保險人的身分。

⁴⁴ 林建智、彭金隆、林裕嘉，論我國團體保險契約當事人相關法律問題，政治大學風險管理與保險研究所碩士論文，2008 年，第 49 頁。

- (2) 與銀行有消費借貸關係（銀行與借款人間）。
- (3) 持有信用卡發卡機構所發行之信用卡（發卡機構與持卡人間）。
- (4) 協會的成員（協會與成員間）
- (5) 租賃業者之房屋承租人（租賃業者與承租人間）
- (6) 賣場零售商或電力電信業者之會員（賣場零售商或電力電信業者與消費者間）

第二款 保單持有人之義務

茲就法國保險法所規定強制型團體保險及任意型團體保險保單持有人之義務臚列如下：

1. 保單持有人應交付予各團體成員保險證，保險證並應記載說明保險範圍、保險單生效情形與保險事故發生時必要辦理之手續。
2. 保險契約有修正變更時，保單持有人至少應於團體保險契約修正日起三個月內以書面通知被保險之團體成員有關團體保險契約之修正事項，及團體成員之權利與義務相關事項。

第四項 銷售通路規範

在團體保險之銷售通路上，法國團體保險原則上與個人保險並無太大之差異；除保險公司之業務人員外，一些如零售商、大賣場、電信公司、百貨公司、銀行、信用卡機構等均可置放行銷廣告 DM，進行團體保險之銷售。這些機構必須取得保險經紀人、代理人之資格，而其銷售人員則必需具備銷售保險商品之資格並受有訓練，始得銷售團體保險⁴⁵。

⁴⁵ 法國巴黎人壽保險股份有限公司提供。

第二節 美國

近代團體壽險主要源自於美國，在社會安全之思潮與政府採取社會立法運用保險方式解決社會安全帶動下，雇主紛紛意識到員工之危險管理必須建立在員工福利上，由企業內部自行著手辦理團體保險。美國的團體保險已有 150 年的歷史，1854 年時是以旅行平安保險型態承保勞工意外死亡保險，後於 1911 年簽發第一張團體定期保險單。1926 年、1941 年、1945 年、1959 年及 1964 年時，分別簽發信用壽險、繳清壽險、眷屬壽險、終身壽險、遺屬所得保險等⁴⁶。由於美國保險係由各州管轄，本研究採美國保險監理官協會（以下簡稱 NAIC）及紐約州之立法例，說明如下。

第一項 團體之定義及相關規範

第一款 美國保險監理官協會

第一目 團體定義

為使團體保險之處理有一基準，NAIC 提出較具廣泛性使用之團體人壽保險模範法案及團體健康保險模範法案⁴⁷，明定團體之定義與其標準條款；雖然 NAIC 所制定之模範法案並無強制性，惟仍成為各州制定法規之參考依據。目前 NAIC 將團體區分為二大類，第一類屬於團體人壽保險模範法案第 1 條明定之 6 項符合團體保險定義之團體，及團體健康模範法案第 4 條符合資格之團體；第二大類則屬於團體人壽保險模範法案第 2 條規定之團體，與團體健康模範法案第 5 條

⁴⁶ 方明川、藍玉珠，團體人壽保險概論，1991 年 8 月初版，第 50-51 頁。

⁴⁷ NAIC 制訂之團體保險模範法案，除團體人壽及團體健康保險模範法案外，依 NAIC Model Regulation Service April 2009 Index，其團體保險部分，尚包括聯盟自願購買型團體保險（Alliances for Purchasing Health Insurance）下有私人健康照護（Private Health Care Voluntary Purchasing Alliance Model Act）、區域健康照護（Regional Health Care Voluntary Purchasing Alliance Model Act）、單獨健康照護（Single Health Care Voluntary Purchasing Alliance Model Act），以及小型雇主健康保險（Small Employer Health Insurance Availability Model Act）等之模範法案。

規定之團體。團體保險契約除係依據第一大類及第二大類符合團體資格條件而簽發者，其餘團體保險契約均不得簽發。

第一大類團體：分為 6 項符合資格之團體：

1. 單一雇主之員工團體
2. 債權人與債務人團體
3. 工會團體（勞動組合團體）
4. 複數雇主、工會、組織之信託基金團體
5. 協會團體
6. 信用機構團體

第二大類團體：不符合以上第一大類團體，但符合以下資格條件而成立之團體保險

1. 未違反公眾最大利益者
2. 未影響經濟上之購併或經營者
3. 保險給付與保費收取符合對價平衡者

第二目 相關規範

自 1917 年開始，NAIC 即頒布團體保險模範法案，並歷經多次修正團體之定義，主要之修正內容為降低投保人數、擴充符合資格團體範圍。而現行 NAIC 模範法案除協會團體需成立運作 2 年以上，至少具有 100 人以上成員（投保人數）之規定外，其餘團體已取消最低投保人數之限制⁴⁸。早期 NAIC 也對協會團體於符合資格者，至少必須有 75% 加入團體保險，現在也已廢止最低投保率 75% 之規定，惟

⁴⁸ 參見 NAIC 團體人壽保險模範法案第 1 條 E 之規定及團體健康保險模範法第 4 條 E(4) 之規定。

為降低逆選擇也規定非被保險人負擔保險費之情形，除團體成員可保條件不足，經保險人拒絕承保外，協會團體成員應全數參加⁴⁹。

除 NAIC 模範法案外，美國各州亦得以法令規範符合資格之團體類型；換言之，NAIC 所規範者係最低之制定標準。一些如貿易協會、專業協會、校友會或宗教團體等均得由各州另以法令規定成為符合團體保險條件之團體類型⁵⁰。在 NAIC 的規範下，保單持有人即為團體，被保險人即為團體成員（凡符合條件之團體成員均具有被保險人資格，並無階級之分），保險契約關係存在於保險人與保單持有人之間。以債權人為團體保險者，保單持有人（債權人團體）及其權利、利益繼承人例外得為受益人，其餘團體保險之受益人，於被保險人死亡保險金額支付予指定受益人，被保險人死亡時無指定受益人，則受益人為保單條款中所列之被保險人死亡時仍存活之家庭成員。

NAIC 模範法案規範之保險費負擔方式可區分為，由保單持有人負擔、由被保險人負擔、保單持有人與被保險人共同負擔三種。在保險費全部由保單持有人負擔時，除因團體成員可保條件不足遭受保險人拒絕承保者，所有符合資格之團體成員應全數加入團體保險⁵¹。再細觀 NAIC 團體人壽保險模範法案第 1 條、團體健康保險模範法案第 4 條規定，除保險公司排除保險條件不符合規定之團體成員或限制團體成員之承保範圍者外，保費非由團體成員交付之保險單，亦即全部由雇主交付時，保險契約之保障範圍除保險公司以書面拒絕之成員外，應包括所有其他合適之成員。可知，NAIC 模範法案主要係為避免不符保險條件之團體成員加入產生逆選擇情形，例外允許保險公司有排除不保之權利，否則應採全員加入。我國具有員工福利質由雇主

⁴⁹ 參見 NAIC 團體人壽保險模範法案第 1 條 E(3)之規定及團體健康保險模範法第 4 條 E(5)(c)之規定。

⁵⁰ 李琬鈴，團體壽險暨相關法律問題研究，政治大學風險管理與保險學系碩士論文，2007 年第 15 頁。

⁵¹ 林建智、彭金隆、林裕嘉，論我國團體保險契約當事人相關法律問題，政治大學風險管理與保險研究所碩士論文，2008 年，第 13-14 頁。

全部負擔保險費之團體保險制度已屬全員加入，於事業單位而言有稅賦上之減免，於保險公司而言有平均風險之考量，若團體成員之配偶或眷屬採全部自費加保時，保險公司則有逆選擇之核保考量。

第三目 銷售說明

NAIC 在消費者保護上，有關團體保險之銷售說明（sale illustration）概述如下⁵²：

1. 人壽保險及團體保險應適用人壽保險銷售說明模範法規（Life Insurance Illustrations Model Regulations），但變額人壽保險及個人/團體年金保險、信用人壽保險及其他規定無需銷售說明之保險商品，不在此限。
2. 保險公司行銷時必需先確定保單是否需進行銷售說明。

⁵² Section 6. General Rules and Prohibitions

A. An illustration used in the sale of a life insurance policy shall satisfy the applicable requirements of this regulation, be clearly labeled "life insurance illustration" and contain the following basic information:

- (1) Name of insurer;
- (2) Name and business address of producer or insurer's authorized representative, if any;
- (3) Name, age and sex of proposed insured, except where a composite illustration is permitted under this regulation;
- (4) Underwriting or rating classification upon which the illustration is based;
- (5) Generic name of policy, the company product name, if different, and form number;
- (6) Initial death benefit; and
- (7) Dividend option election or application of non-guaranteed elements, if applicable.

B. When using an illustration in the sale of a life insurance policy, an insurer or its producers or other authorized representatives shall not:

- (1) Represent the policy as anything other than a life insurance policy;
- (2) Use or describe non-guaranteed elements in a manner that is misleading or has the capacity or tendency to mislead;
- (3) State or imply that the payment or amount of non-guaranteed elements is guaranteed;
- (4) Use an illustration that does not comply with the requirements of this regulation;
- (5) Use an illustration that at any policy duration depicts policy performance more favorable to the policy owner than that produced by the illustrated scale of the insurer whose policy is being illustrated;
- (6) Provide an applicant with an incomplete illustration;
- (7) Represent in any way that premium payments will not be required for each year of the policy in order to maintain the illustrated death benefits, unless that is the fact;
- (8) Use the term "vanish" or "vanishing premium," or a similar term that implies the policy becomes paid up, to describe a plan for using non-guaranteed elements to pay a portion of future premiums;
- (9) Except for policies that can never develop nonforfeiture values, use an illustration that is "lapse-supported"; or
- (10) Use an illustration that is not "self-supporting."

C. If an interest rate used to determine the illustrated non-guaranteed elements is shown, it shall not be greater than the earned interest rate underlying the disciplined current scale.

3. 人壽保險單之銷售說明應清楚標示，並記載保險公司名稱、保險經紀人代理人名稱地址、被保險人姓名性別、費率、保單名稱、死亡保險金等。
4. 銷售說明包括基本說明、額外說明、保單生效說明三種。
5. 使用銷售說明時，保險公司、保險經紀人、代理人不得有：
 - (1) 誤導消費者。
 - (2) 明示或默示為保險金給付之保證。
 - (3) 使用未符合法令規定之銷售說明。
 - (4) 提供不完全之銷售說明。

在保險經紀人、代理人收取佣金規範上，NAIC 制定 Producer Licensing Model Act，其第 18 條 A(1)B(1)(2)規定⁵³：

任何核准經營之保險中介人（insurance producer）於下列規定情況，得向消費者收取報酬（包含佣金在內）：

- (1) 獲得消費者之書面同意，同意該筆報酬給付予保險中介人。

⁵³ Section 18. Compensation Disclosure

A. (1) Where any insurance producer or any affiliate of the producer receives any compensation from the customer for the placement of insurance or represents the customer with respect to that placement, neither that producer nor the affiliate shall accept or receive any compensation from an insurer or other third party for that placement of insurance unless the producer has, prior to the customer's purchase of insurance:

- (a) Obtained the customer's documented acknowledgment that such compensation will be received by the producer or affiliate; and
- (b) Disclosed the amount of compensation from the insurer or other third party for that placement. If the amount of compensation is not known at the time of disclosure, the producer shall disclose the specific method for calculating the compensation and, if possible, a reasonable estimate of the amount.

B. A person shall not be considered a "customer" for purposes of this section if the person is merely:

- (1) A participant or beneficiary of an employee benefit plan; or
- (2) Covered by a group or blanket insurance policy or group annuity contract sold, solicited or negotiated by the insurance producer or affiliate.

- (2) 充分揭露報酬金額及其計算方式，如果報酬金額於揭露時無法知悉，保險中介人應揭露報酬金額之計算方式，如果可能，應合理估計該報酬金額。

員工福利計畫之參與人、團體保險之參與人，非屬本條所稱之消費者（團體保險之成員無給付保險經紀人、代理人佣金之義務）。

在保險公司銷售行為之內部控制監控上，保險公司管理階層應對其市場銷售行為進行有效率之監控。管理階層應要求保險中介人提出銷售報告（sales-in-process report），包含潛在客戶資料、銷售通話數量、報價數量、已提送之投保建議、與客戶面談之重點、預估之銷售金額等資料。透過成功銷售率（closing ratio, success rate of completing sales）、新銷售保單之附加收益、舊保單續約率、佣金等數據資料監控保險中介人之市場銷售行為。保險代理人與經紀人亦透過上述方式加以監管，保險公司並應確定保險代理人與經紀人承接案件之風險足以符合統計上之常態分配。

有關團體與團體保險相關規範，本研究彙整 NAIC 團體保險模範法案有關團體之定義、保單持有人、保險費之負擔、團體成員、保險金額、受益人及其規範優點、我國參採之妥適性，表列如下：

項目	團體健康保險	團體人壽保險
團體之定義	<p>第一大類：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 單一雇主之員工團體 2. 債權人與債務人團體 3. 工會團體（勞動組合團體） 4. 複數雇主、工會、組織之信託基金團體 5. 協會團體 6. 信用機構團體 7. 依法成立之團體，必須採用法律規定之可保性證明 	<p>第一大類：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 單一雇主之員工團體 2. 債權人與債務人團體 3. 工會團體（勞動組合團體） 4. 複數雇主、工會、組織之信託基金團體 5. 協會團體 6. 信用機構團體
	<p>第二大類：不符合第一大類之團體，但符合以下資格條件之團體保險</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 未違反公眾最大利益者 2. 具招攬及管理之經濟利益者 3. 保險給付與保費收取符合對價平衡者 	

項目	團體健康保險	團體人壽保險
保單持有人	<ol style="list-style-type: none"> 1. 雇主或管理者 2. 債權人、控股公司之管理者或代理人 3. 工會或組織 4. 信託或受託人 5. 協會 6. 信用機構、信託、受託人或其代理人 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 雇主或管理者 2. 債權人、控股公司之管理者或代理人 3. 工會或組織 4. 信託或受託人 5. 協會 6. 信用機構、信託、受託人或其代理人
保險費負擔	<p>第一大類：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 全部由雇主負擔或由雇主與員工共同負擔 2. 由債權人負擔、債務人負擔、或由兩者共同負擔 3. 工會或組織負擔、被保險會員負擔、兩者共同負擔 4. 雇主負擔、工會組織負擔、員工與雇主工會組織共同負擔 5. 由協會負擔、協會成員負擔、協會成員與協會共同負擔 6. 由信用機構負擔 <p>第二大類：</p>	

項目	團體健康保險	團體人壽保險
	由保單持有人或被保險人負擔，或由兩者共同負擔	
團體成員	1. 符合保險條件之所有員工，並且無階級之分 2. 符合保險條件之所有債務人，並且無階級之分 3. 工會或組織中所有之會員，並且無階級之分 4. 隸屬於該雇主下之所有員工、工會或組織中所有之會員，並且無階級之分 5. 全體會員及員工，並且無階級之分 （最初至少 100 位成員基於最大誠信目的洽訂保險，協會運作至少 2 年以上，每年對會員舉辦 1 次以上會議，向會員收取會費或徵求捐款，其會員在管理理事會和委員會上有投票權及代表權） 6. 信用機構全體會員，並無階級之分	
保險金額及受益人	債權債務人團體之保險總金額不應超過預定未償還債務之金額 保險金額得支付予債權人之權利或利益之繼受者	除開放式信貸保險外，保險金額不得逾未支付予債權人之預定債務額度或確定之債務額度 保險金額得支付予債權人之權利或利益之繼受者
保險人得將可保險條件不符合規定之個人排除於團體保險之外，或限制其承保範圍，但由監理官認可採用之法律規範，不在此限		

項目	團體健康保險	團體人壽保險
優點	<ol style="list-style-type: none"> 1. 明定第二大類團體保險之條件，由主管機關依社會經濟發展或團體保險核保技術認定 2. 團體健康保險明定依法成立之團體需具可保性證明 3. 明定協會團體之最低參加人數、會員投票權及協會運作年限 4. 由團體或其管理人負擔保險費，明定團體成員應全數參加 	
參採之妥適性	<p>有關 NAIC 團體保險之規範，值得我國參採做為監理改進方向者如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 在團體保險認定上具有彈性，可適時反應市場作業符合實務需求 2. 在團體健康保險投保作業上，明定具有法人資格之法人團體應提出團體健康保險之可保性證明 3. 在團體類別上規範保險人最低之核保限制，如協會團體最初至少 100 位成員基於最大誠信目的洽訂保險，協會運作至少 2 年以上，每年對會員舉辦 1 次以上會議，向會員收取會費或徵求捐款，其會員在管理理事會和委員會上有投票權及代表權 4. 在團體成員參加人數規範上，NAIC 明定團體或其管理人負擔保險費時，團體成員應全數參加， 	

項目	團體健康保險	團體人壽保險
	<p>以避免逆選擇之發生，國內具有員工福利性質由雇主全部負擔保險費之團體保險屬團體成員全員加入型，除保險公司已具有排除不符合可保條件之團體成員權利，現行團體保險利度可參採 NAIC 之規定，採全員加入。團體成員之配偶或眷屬採自費個別加保時，則保險公司應具有核保權</p>	

資料來源：NAIC Model Group Life Insurance Definition and Group Life Insurance Standard Provisions Model Act、NAIC Model Group Health Insurance Definition and Group Health Insurance Standard Provisions Model Act。本研究整理。

第二款 紐約州

紐約州於 1986 年對團體保險之實施加以修改，紐約州保險法第 4216 條⁵⁴規定團體保險之符合資格條件，依該條規定有十四種團體可作為承保對象⁵⁵。其中第十四類團體因符合該州所規範之三項要件，美國保險監理官協會（NAIC）可據此公布其所認可之團體，此項規定使得監理機關得以因應社會與經濟之發展對新團體組織之出現，予以認可購買團體保險。紐約州保險法與 NAIC 同樣均對於團體加以定義，有關紐約州所列載之 14 種團體如下：

1. 雇用人或雇用人設立之信託基金受託人團體（employer or to a trustee or trustees of a fund established by an employer）

⁵⁴ (a) (1) In this chapter:

(A) "Group life insurance" means that form of life insurance covering any one of the groups specified in subsection (b) hereof, which is written under a policy issued to the policyholder as hereinafter defined, and which in all other respects conforms to the requirements of subsection (b) hereof.

⁵⁵ (b) Any life insurance company authorized to do business in this state may deliver in this state policies of group life insurance only as follows:

2. 勞工團體 (labor union)
3. 債權人或供應商團體 (creditor or vendor)
4. 複數雇主或勞動組合設立之信託基金受託人團體 (a trustee or trustees of a fund established or participated in by two or more employers or by one or more labor unions)
5. 商業協會設立之信託基金受託人團體 (trustee or trustees of a fund established or participated in by the employer members of a trade association)
6. 正式的民間組織協會團體 (duly organized association of civil)
7. 州軍人或州警察為對象之團體 (troops or units of the state troopers or state police of any state)
8. 地方自治體或公共住宅管理局團體 (municipal corporation or a public housing authority)
9. 紐約州團體 (the state)
10. 同一職業之團體 (have the same profession, trade or occupation)
11. 以美國法典第 32 篇第 709 條之受雇人為對象之團體 (covering persons employed pursuant to 32 U.S.C. § 709)
12. 協會聯合會組織之團體 (association)
13. 機關聯合會組織之團體 (organization)
14. 合乎下列要件之團體⁵⁶

⁵⁶ A policy issued to insure any other group approved by the superintendent upon a finding that:
(A) There is a common enterprise or economic or social affinity or relationship;
(B) The premiums charged are reasonable in relation to the benefits provided; and
(C) The issuance of the policy would result in economies of acquisition or administration, would be actuarially sound, and would not be contrary to the best interest of the public. The

- (1) 團體存在共通事業性、經濟的或社會的親密性或相互關係者
- (2) 保險費水準與保險給付適當平衡者
- (3) 團體保險單之簽發係基於精算之基礎且不違背公眾最大利益

紐約州團體保險在銷售說明上，規定於 Subpart 53-3 of Regulation 74 (11 NYCRR 53)，原則上與 NAIC Life Insurance Illustrations Model Regulation 之規定相似⁵⁷。有關廣告規範部分，主要係保護消費者面臨不公平、不真實、詐欺、誤導性廣告、未與其他保險公司或其他保險公司之產品進行比較下之購買，美國大部分州係採 NAIC 對人壽保險及健康保險之廣告規範⁵⁸。

第二項 團體保險之保險利益與被保險人同意之特別規定

美國團體保險發展初期雖受到不少阻礙（主要係業務競爭及兄弟會之反對），然其係以員工、勞工或會員之福利為利益，降低勞資糾紛為目的，未受其監理機關以保險利益之規範加以限制，於團體保險亦未提及被保險人需有保險利益。紐約州保險法規定所有人壽與健康保險單若無被保險標的（保險對象）同意，契約無效；然亦有例外之規定，例如同意只為防止道德危險時，夫妻以彼此之生命投保無需同意；雇主為員工建立團體非贖金制保險計畫無需員工同意⁵⁹。

美國紐約州保險法第 3205 條對保險利益、被保險人同意有例外之規定，該條(c)⁶⁰項即規定於本章定義下之團體人壽保險、團體意外

superintendent shall promulgate regulations setting forth any such groups that have been accepted as qualifying pursuant to this paragraph.

⁵⁷ http://www.ins.state.ny.us/life/p_fgguide_lipi.htm

⁵⁸ William F. Bluhm, Robert B. Cumming...et al., "Group Insurance", fifth edition, ACTEX Publications, Inc., 2007, p.259.

⁵⁹ 方明川，我國團體保險與保險利益問題新論，壽險季刊，第 101 期，1996 年 9 月，第 47-50 頁。

⁶⁰ 「(c) No contract of insurance upon the person, except a policy of group life insurance, group or blanket accident and health insurance, or family insurance, as defined in this chapter, shall be made or effectuated unless at or before the making of such contract the person insured, being of lawful age or competent to contract therefor, applies for or consents in writing to the making of the contract, except in the following cases:

(1) A wife or a husband may effectuate insurance upon the person of the other.

及團體健康保險、家庭保險得以未經被保險人（the person insured）的同意，申請訂定保險契約。此外，該條(d)⁶¹項明定在 1974 年聯邦員工退休收入法案規範下設置之員工福利計畫，由雇主或由一位、多位雇主、勞工團體所設之不可撤銷信託（irrevocable trust），雇主、信託管理者或其關係企業對合於年齡規定或符合資格標準之員工或退休人員具有保險利益。

(2) Any person having an insurable interest in the life of a minor under the age of fourteen years and six months or any person upon whom such minor is dependent for support and maintenance, may effectuate a contract of insurance upon the life of such minor, in an amount which shall not exceed the limits specified in section three thousand two hundred seven of this article.」

⁶¹ 「(d) In addition to any other basis under which either an employer, or an irrevocable trust established by one or more employers or one or more employers and one or more labor unions, have an insurable interest in the lives of any of its employees or retirees or those of its subsidiaries or affiliated companies, an employer or such a trust shall have an insurable interest in the lives of any such employees or retirees who are participants or who are eligible to participate, upon the satisfaction of age, service or similar eligibility criteria, in an employee benefit plan, established or maintained by an employer as defined by the federal Employee Retirement Income Security Act of 1974,...」

第三節 日本

第一項 團體保險之相關規範

日本團體定期保險之銷售緣起，應可回溯自 1934 年日本團體生命壽險公司⁶²銷售第一張團體保險單開始，由於當時日本經濟環境不佳，勞資對立激烈，故在工商團體的積極爭取下，於 1934 年 3 月成立專門經營團體保險之保險公司—日本團體生命保險公司。

由於日本政府認為團體保險創設伊始，係以照顧勞工福祉為首要目的，社會政策色彩濃厚，不屬於以營利為目的之商業保險公司的營業範圍，故戰前之團體保險業務，乃屬日本團體生命保險公司所獨占之事業。

然此種現象，因日本戰後於 1947 年頒布獨占禁止法（類似於我國之公平交易法）而改觀，1948 年伴隨明治生命等各家壽險公司陸續投入團體保險市場，市場激烈競爭下亦產生費率及分紅等方面之殺價亂象，甚至當時各公司對承保對象之「團體」性質及範圍解釋，也而有所差異。

日本大藏省為導正團體保險業務於正軌，乃於 1951 年 8 月 7 日⁶³頒布「團體人壽保險之營運基準」，該基準乃成為團體定期保險營運之依據。該團體保險之營運基準於團體定期保險普及時，亦經過多次修訂，特別是 1966 年將名稱改為「團體定期保險之營運基準」，現該行政命令已納入金融廳之「保險業務指導原則」⁶⁴。

團體保險係日本昭和時期始引進之保險商品，由於日本商法⁶⁵及保險業法均為明治時期所頒布，故保險相關法制面上並未針對團體保

⁶² 吳崇權譯述，團體保險，生命保險協會編著 保險事業發展中心 85 年 3 月出版 第 4 頁。

⁶³ 藏銀第三七六六號。

⁶⁴ 【Ⅱ－3－3－4 以他人生命為投保標的之保險契約】保險会社向けの総合的な監督指針 <http://www.fsa.go.jp/common/law/guide/ins.pdf>；最後閱覽日 2009/6/16。

⁶⁵ 商法明治 32 年（1883 年）頒布，保險業法明治 33 年（1884 年）頒布。

險之特性予以特別規範，多年來團體保險於法制面上之適用，並無特別窒礙難行之問題產生，故 2008 年（平成 20 年）頒布之日本保險法（保險契約法）亦未針對團體保險特別著墨。目前針對團體保險之監理面規範，係散見於日本金融廳之「保險業務指導原則」及「保險業務檢查手冊」⁶⁶。

以下謹概要就目前日本保險監理機關對團體保險業務之監理現況介紹。

第一款 日本團體保險所面臨之問題

對於以他人生命為保險標的之保險契約，必須取得被保險人同意，係日本保險法第 38 條⁶⁷（原日本商法第 674 條）所明定，由於法制面並未就同意之方式為嚴格規定，鑑於團體保險之被保險人動輒數千人，實務上要取得所有被保險人簽名難度極高，故日本學說通說多採「被保險人擬制同意說」⁶⁸，例如於每個員工進入企業報到時，必需與企業簽訂勞務契約，並同意企業為要保人，以其自身為被保險人投保團體保險。外觀上，以員工死亡為保險標的之契約，雖已於員工進入公司時取得同意，惟仍可能產生一個問題；亦即，員工（被保險人）實質上並不知道企業以其生命投保多少保險金額及其保障範圍為何？於 1996 至 1998 年間日本曾發生多起員工死亡，其家屬發現企業主拿走員工大部分保險金之訴訟案例；此種「員工死亡，企

⁶⁶保險檢查手冊（保險会社に係る検査マニュアル）

<http://www.fsa.go.jp/manual/manualj/hoken.pdf>；最後閱覽日 2009/6/16。

⁶⁷日本第 169 回通常國會通過「保險法」、於 2008 年即平成 20 年 6 月 6 日公布（施行期日為公布日起 2 年以內之政令所定日實施）。「保險法」係就過去之日本「商法」所制定之保險契約、就其適用範圍・內容重新檢討並獨立立法。

保險法第三十八條（被保險者の同意）

生命保險契約の当事者以外の者を被保險者とする死亡保險契約（保險者が被保險者の死亡に關し保險給付を行うことを約する生命保險契約をいう。以下この章において同じ。）は、当該被保險者の同意がなければ、その効力を生じない。

⁶⁸同意擬制說之代表的學說為大森忠夫說、団体定期保險需取得被保險人之同意為必要，但同意之方式並未明定，故大森教授認為、「我國商法上、被保險人為受益人場合不以其同意為必要外，但同意之方式並未限制、書面或口頭同意、明示或默示同意、均得解釋為有效之同意。大森忠夫「いわゆる事業保險と被保險者の同意」三宅一夫・大森忠夫『生命保險契約法の諸問題』220 頁（昭和 33 有斐閣）。

業獲利」現象引起日本社會批判，日本各保險公司自 1996 年起，銷售面也改以對員工家屬為補償之主契約「綜合福祉團體定期保險」。然 2006 年 4 月日本最高法院首次以未經被保險人同意，判決對團體保險之保險契約無效⁶⁹。此判決再度引起日本政府及國會議員之重視，2008 年日本眾議院法務委員會公明黨常任顧問神崎武法氏，提出「團體保險應禁止企業以員工為被保險人，而企業主為保險金受益人，保險公司應對每一被保險人提供保險證，有必要制定團體保險法⁷⁰」質詢。

參議院議員仁比聡平氏也提出「有必要以特別法方式，就團體定期保險之遊戲規則重新檢討」主張。日本法務省也就團體壽險提出「公司端基於經濟強勢立場，並未對其員工詳細說明，員工在未知保險金之給付方式下，就同意簽訂契約之場合，可謂明顯並未真意獲得其本人同意」⁷¹。雖然有所謂「human value」特約條款（即以因企業之董事及重要職員死亡時，所造成企業之經濟損失為保險事故，保險公司提供企業保險理賠之保障），但對團體定期保險而言，法務大臣本人亦說「希望金融廳能再強加嚴格監理」，綜上，可推知日本金融廳目前對團體定期保險之監理機制，仍存有再強化之空間。

第二款 日本團體保險監理措施

依據日本保險業務指導原則，針對以他人生命為保險標的之保險契約，自被保險人等權益之保護及保險公司業務之健全且適切營運之確保之觀點，就保險公司之監督應注意下列各點：

⁶⁹裁判 (1) 1997 年；文化シャッター事件（静岡地裁浜松支部平成 9 年 3 月 24 日判決）

(2) 1996 年；東映視覚事件（青森地裁弘前支部平成 8 年 4 月 26 日判決）

(3) 1998 年；秋田運輸事件（平成 10 年 9 月 16 日名古屋地裁判決）

⁷⁰公明新聞 2008 年 4 月 26 日掲載；<http://www.kanzakitakenori.org/topics.htm?id=1374>；最後閱覽日 2009/6/18。

⁷¹第 169 回國會 參議院法務委員會 第 13 号 2008 年 5 月 29 日 仁比聡平參議院議員。

一、目的

以企業（含個人企業之業主，以下皆同）為保險契約之要保人及保險金受益人，以員工等為被保險人之個人保險契約（以下簡稱「事業保險」），應依據下列目的進行業務營運。

（一）企業為對員工家屬及員工之生活補償，於工作規則、勞動契約等其他類似規則（以下簡稱「家屬補償規定等」）約定給付慰撫金、死亡退職金等（以下簡稱「慰撫金等」），企業為確保支付上述費用之財源。

（二）伴隨員工死亡等企業所需支出之負擔僱用代替人力、員工培訓費用、一時之信用不安等資金等財源確保⁷²。

全體加入之團體定期保險契約（以全體加入團體為對象之團體定期保險，以下皆同），就該當保險之目的，對員工及其家屬提供明確生活補償、慰撫等企業為保障支付之財源部分，以「主契約」方式締約，就因員工死亡企業需另行負擔所需支出之負擔僱用代替人力、員工培訓費用等費用（即企業之經濟損失）之保障部分，以「特約」方式區分，當該保險契約之目的以進行業務營運⁷³。

（一）保險公司對被保險人交付記載契約內容之書面資料。

（二）被保險人對契約內容認知之情況，保險公司應自要保人處加以確認，就其確認結果，應留下可供證明之具體紀錄。

二、團體範圍等確認之機制

（一）能確認被保險人屬於被保險團體之成員之機制。

⁷²需取得被保險人同意取得，例如：對被保險人提供加入申請書影本及記載契約內容之書面資料等、讓被保險人能確認企業主為被保險人之保險金受益人，及保險金額等契約內容確實認知之措置。甚至，需對被保險人交付記載契約內容之書面資料，讓被保險人能對其家屬說明其加入該保險之書面資料等、保險公司對被保險人本及其家屬等能提供必要之投保訊息。

⁷³取得成為被保險人之當事人同意時、例如以下列方法，讓被保險人能對保險金受益人及保險金額等之契約內容能有確實認識之處置。

(二)依團體定期保險等適用條件等之營運計畫所定之方法，能確認妥適運用。

三、保險金額設定方法

保險公司就團體保險之保險金額設定，應依據保險契約之目的決定保險金額之承保基準等，以排除道德危險之觀點為妥適之處置。針對伴隨員工死亡等企業所需支出之負擔僱用代替人力、員工培訓費用、一時之信用不安資金等財源確保，為符合保險契約目的之場合的保險金額設定，需注意金額不宜過大，故於保險契約締結時、應就其年收入、任職年數、職位及企業之年收入規模等基準，設定上限。另，對員工之保險金額為設定時，應注意全體加入之團體定期保險保險金額之設定，主契約部分應以給付員工家屬補償規定等給付金額為上限、特約部分以主契約之保險金額為上限（但不超過2,000萬日幣）及應依保險目的進行相當之處置。

四、確保與家屬補償規定等相連結之保險金給付

企業對依據家屬補償規定等規定，須對為被保險人之員工，給付保險金之全部或其相當額度，以充當慰撫金等之支付財源，保險公司需確保業務健全且適切營運，當要保人為保險金請求時：

(一)被保險人或依勞動基準法施行規則第42條等規定家屬補償之請求權人（以下簡稱「有權受領者」）提供受益人所要求之保險金請求內容及確認（此一確認書面資料須記載保險金受益人及保險金額等之契約內容）；或

(二)提出被保險人或有權受領者已收領之書面證明，對被保險人或有權受領者之支付紀錄等，對被保險人或有權受領者提供依保險契約目的，其享有之保險金以慰撫金等福利厚生權利之處置。

全體加入之團體定期保險之保險金給付，就主契約部分、應全額對員工家屬為支付，企業一旦受領保險金須對員工家屬為支付，應確認並取得員工家屬之了解。確認之書面資料應將保險金之受領人及保險金額等契約之內容詳細記載。

全體加入之團體定期保險，就「human value 重要員工特約」部分之保險金支付，經確認取得慰撫等受領者之了解後，對公司企業主為支付。確認之書面資料應將保險金之受領人及保險金額等契約之內容詳細記載。

為利於金融檢查時清楚界定檢查範圍，日本保險業檢查作業上會針對團體保險之監理上應注意之點，以檢查表（Check List）方式列舉有關團體保險之檢查規定：

1.團體繳費契約、集團繳費契約

- (1)團體性妥適與否，是否符合核定之團體區分標準。
- (2)保險金額及被保險人數、契約（協約）內容適切與否。
- (3)保險費率、收費之手續費適切與否。
- (4)有否切實執行防止非團體成員之契約因應方策。
- (5)針對團體性之變化，有否妥切調整保險費率。

2.他人生命之保險契約

- (1)自被保險人等之保護及確保保險公司業務健全且妥適之營運觀點，就投保之目的，是否確立契約之妥適執行措施。例如：以員工等為被保險人之個人保險契約場合，對員工或其家屬之福利厚生設置之財源確保等目的。

(2)就被保險人同意之確認，於保險契約要保書等被保險人同意欄確認是否有被保險人本人簽名或蓋章，或依營運計畫書所定之方法妥切執行。

原則上，日本對團體保險之團體分類定義予以區分，併入保險業務檢查手冊。一旦保險公司將團體保險銷售予非主管機關規範之團體外客戶，保險公司會受到嚴格的處分；此外，受懲處之公司也將公布於主管機關之網站。

第二項 團體保險之類型

第一款 團體定期保險

日本團體保險係「以多數被保險人總括所簽訂之契約」，具有總括契約（blanket policy）⁷⁴、團體選擇、大量處理、經驗費率、減少事務成本等特徵⁷⁵。其團體人壽保險包括團體定期保險、團體信用壽險、消費者信用團體壽險、團體養老終身保險、身心殘障者扶養人壽保險等五種。團體定期保險係由團體所屬之人為被保險人而總括締約，被保險團體（屬於同一保險契約之被保險人集團稱為被保險團體）包括團體成員之全部或一部。團體定期保險可區分為四種，其團體符合資格要件、被保險團體類別、當事人、保險費負擔、保險金額、保險期間、告知義務、契約之失效及復效、契約之無效及解除等相關規範如表列如下：

項目	團體定期保險規範內容
受雇人團體、職域組合團體、母子關係之	1. 同一企業體或同一官署所屬成員之團體 2. 同一企業體或同一官署所組成之勞動組

⁷⁴ 以可變動之多數人或物之集團為標的之保險契約，亦稱概括保險契約或包括保險契約，如客船以全體旅客為被保險人，不一一記載特定旅客之姓名之人壽保險契約（鄭玉波，保險法論，三民書局，1984年1月7版，第47頁）。

⁷⁵ 吳崇權譯述，生命保險協會編著，財團法人保險事業發展中心，1996年3月，第17-18頁。

項目	團體定期保險規範內容
企業體而結合之團體（第一種團體）	<p>合、協同組合、單獨設立之厚生年金基金，共濟組合等之團體</p> <p>3. 不含孫企業包括子企業，以母企業為要保人，並履行保險契約上之一切權利義務；母企業所屬成員亦為被保險人</p> <p>4. 團體所屬成員之配偶、退休、調職等非現在之團體成員及退休者之配偶亦包含於團體內</p> <p>5. 危險程度最小</p>
聯合設立之厚生年金基金團體、共濟組合團體、依母子關係之企業體之職域團體、母子關係之企業體之子企業體所屬成員之團體（第二種團體，屬第一種團體之延長）	<p>1. 依法律規定聯合設立之厚生年金基金所屬成員之團體</p> <p>2. 依法律設立之地方職員共濟組合、警察共濟組合、公立學校共濟組合、都市職員共濟組合、鄉鎮市職員共濟組合、都市職員共濟組合、農林漁業團體職員共濟組合、私立學校教職員共濟組合之各組合所屬成員之團體</p> <p>3. 母子關係之企業體所屬成員組成之單一勞動組合、協同組合等所屬成員之團體</p> <p>4. 複數公益法人、複數官署或企業</p> <p>5. 團體所屬成員之配偶、退休非現在團體成員及退休者之配偶亦包含於團體內</p>

項目	團體定期保險規範內容
<p>協同組合之團體、工商會等團體、同一業別之團體、連鎖性事業之團體、綜合設立之厚生年金基金之團體、轉包業者團體、特定同業者團體、議員團體（第三種團體）</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 依法律規定設立之職域所組成之協同組合及協同組合聯合會所屬成員之團體（如貨物運送協同組合） 2. 依法成立之工商會及工商會聯合會、商工組合聯合會、商店街振興組合、商店街振興組合聯合會之各團體所屬成員之團體 3. 經營同一業別之事業所組成團體之所屬成員團體（如青果零售商組合） 4. 基於法律加盟為連鎖性事業之團體所屬成員之團體 5. 依法律而綜合設立之厚生年金基金所屬成員之團體 6. 同一企業之轉包業者（業務轉包、產品轉包製造、製品加工包裝搬運之轉包） 7. 職業須經許可之特定同業團體（如會計師、律師、專利商標代理人、稅務代理人、美容師、醫師、護士等） 8. 國會議員或地方公共團體之議會議員所屬成員之團體 9. 團體所屬成員之配偶、團體所屬成員之負責人或受雇人，及其配偶均包含於團體內 10. 以企業主或會員制之團體為主

項目	團體定期保險規範內容
法人團體(第四種團體)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 符合一定標準非前述三種之法人團體 2. 團體所屬成員之配偶、團體所屬成員之負責人或受雇人，及其配偶均包含於團體內 3. 以企業主或會員制之團體為主
團體之符合資格要件	<ol style="list-style-type: none"> 1. 非以加入保險為目的而設立之團體 2. 除第四種團體需經過二年始得投保外，團體須非以加入保險為目的而設立者 3. 團體所屬成員、所屬之董監與受雇人異動情形，團體本身必須能隨時明確掌握
被保險團體之類別	<ol style="list-style-type: none"> 1. 強制加入：所屬成員之加入並非經由勸誘，係以事先約定之年齡、性別、年資、職位等客觀標準加以分類之全員強制加入團體（A 契約或 A 團體） 2. 任意加入：全員強制加入團體外之被保險團體（B 契約或 B 團體）
當事人關係	<ol style="list-style-type: none"> 1. 團體保險之要保人為雇主或團體之代表人（公司、工廠等之情形為總經理、廠長、共濟組合之理事長）。要保人就保險契約事項與保險人締結團體保險契約，被保險人非契約之當事人 2. 代表團體之要保人必須履行團體保險契約

項目	團體定期保險規範內容
	<p>上之一切權利及義務</p> <p>3. 被保險人為所規定團體之所屬成員，以從事正常勤務或就業之人為限</p>
保險費負擔	<p>為履行保險契約之事務，由團體中心事務管理機關之專責職員負責徵收保險費，直接總括向保險人繳納，不得由各事業所及各個人單位分散繳納</p>
保險金額	<p>1. 強制加入：不得任意決定保額</p> <p>2. 任意加入：得任意決定保額，且受最低被保險人數及最高保險金額之倍數限制等規範</p>
保險期間	<p>一年，團體期間屆滿時契約必須更新。保險期間屆滿前二週，要保人或保險人得就續約之意旨通知對方，由更新下一個契約有效日繼續</p>
告知義務	<p>被保險人為全員加入者，要保人仍負有告知義務；保險人認為有必要時仍得進行個別之體檢或以告知代替</p>
契約之失效及復效	<p>未繳納保險費逾約款所訂寬限期時，契約溯及自繳納期日起失效。寬限期間屆滿之日翌日起一個月內，要保人向保險人提出契約復效請求，保險人將徵收延滯保險費</p>

項目	團體定期保險規範內容
契約之無效及解除	因要保人詐欺違反告知義務契約全體為無效或得解除；被保險人詐欺違反告知義務契約仍有效存續，僅該被保險人部分無效或得解除

資料來源：吳崇權譯述，生命保險協會編著，團體保險，財團法人保險事業發展中心，1996年3月，第20頁、第39-68頁。本研究整理。

第二款 團體信用壽險

團體信用壽險係為保全住宅貸款、分期付款銷售等之分期繳納債權，由信用提供機構或信用保證機構為要保人，以貸款之分期付款債務人為被保險人所簽訂之契約，保險金額與未繳納債務額之同一金額為主。早先團體信用壽險置放於團體定期保險中，1966年時團體信用壽險成為獨立的商品⁷⁶；值得注意的是，日本團體信用壽險與法國之任意型團體保險，於保險人與要保人間均具有協議關係。團體信用壽險相關規範表列如下：

項目	團體信用壽險規範內容
特性	1. 原則上，屬於隨著債務之分期償還而保險金額遞減之團體保險 2. 全員加入
當事人關係	1. 要保人及受益人為信用提供機構（銀行、分期付款銷售公司）或信用保證機構

⁷⁶ 吳崇權譯述，生命保險協會編著，團體保險，財團法人保險事業發展中心，1996年3月，第69-70頁。

項目	團體信用壽險規範內容
	<p>2. 於企業內貸款時，母子關係之複數被保險團體，屬同一被保險團體者，母公司亦具要保人資格</p> <p>3. 被保險人為負有分期付款償還債務之債務人，或由信用保證機構提供保證而對第三人之信用提供機構負有分期付款償還債務之債務人</p> <p>4. 受益人為要保人，但得依要保人之申請另為指定受益人</p>
保險金額	<p>1. 未清償債務額為保險金額</p> <p>2. 每一人之保險金額最高限度必須在所訂之額度內，且不得超過分期付款償還債務總額</p> <p>3. 隨著分期付款之償還其未返還債務額亦隨之遞減，保險金額也遞減</p>
責任始期	對保險契約之申請而為承諾者，自收取第一期保險費或保險費概算額起，保險公司即負保險契約上之責任
保險費	採用與年齡無關之平均保險費率
協定書	<p>1. 由要保人與保險人協議決定，並做為契約內容之一部分</p> <p>2. 協議內容：團體範圍之事項、被保險人選擇之事項、被保險人追加加入之事項、被保險人脫</p>

項目	團體信用壽險規範內容
	退事項、保險金額決定標準之事項、每一被保險人保險期間事項、保險費事項、應由要保人通知之事項、其他必要事項、分紅之約定

資料來源：吳崇權譯述，生命保險協會編著，團體保險，財團法人保險事業發展中心，1996年3月，第70-75頁。本研究整理。

第三款 消費者信用團體壽險

團體信用壽險並未包括信用卡或信用卡貸款等債務，消費者信用團體壽險，簡稱簽帳卡團信或循環團信，主要保障利用簽帳卡之債務而增減債務的保險，不以債務額隨分期償還遞減而締結信用提供契約之債務為保險對象⁷⁷。

項目	消費者信用團體壽險規範內容
特性	<ol style="list-style-type: none"> 1. 配合債務餘額決定，被保險人之保險金額經常變動，屬於變動債務保險 2. 全員加入（因簽訂信用提供契約之消費者皆為被保險人，債務額為零者亦為被保險人）
當事人關係	<ol style="list-style-type: none"> 1. 要保人為信用提供機構（銀行、信用金庫、銷售信用公司、消費者金融業及流通業）或信用保證公司 2. 被保險人為與該信用提供機構簽訂信用提供

⁷⁷ 吳崇權譯述，生命保險協會編著，團體保險，財團法人保險事業發展中心，1996年3月，第84頁。

項目	消費者信用團體壽險規範內容
	<p>契約之消費者團體保險契約</p> <p>3. 受益人為要保人，依協議由要保人以外之人為受益人亦可</p>
保險金額	被保險人每人最高限額為限所訂之額度，不得超過債務總額，不論承保型態為何所訂之額度即其上限
保險期間	一年期，以後無需申請自動更新
告知義務	原則上不體檢，被保險人需於加入時告知
被保險人之同意	以死亡或高度殘障時之保險金充當債務餘額，而消滅債務者，需經被保險人同意
責任始期	受理保險契約之申請並收取第一次保費或保費概算額時起，保險公司即負保險契約之責
保險費	與年齡無關之平均保險費率
協議書	<p>1. 要保人與保險人協議所訂事項亦為契約內容之一部分</p> <p>2. 協議內容：團體範圍之事項、被保險人選擇之事項、被保險人追加加入之事項、被保險人脫退事項、保險金額決定標準之事項、每一被保險人保險期間事項、保險費事項、應由要保人通知事項、授信契約申請書格式、其他必要事</p>

項目	消費者信用團體壽險規範內容
	項

資料來源：吳崇權譯述，生命保險協會編著，團體保險，財團法人保險事業發展中心，1996年3月，第84-88頁。本研究整理。

第四款 團體養老、終身保險

團體保險之保險費由企業負擔時，對於退休後之高齡員工若仍繼續享有與工作時相同之高額保障，則企業負擔過大，故退休後有保險金遞減，或經過一定期間將保障打折之方式。另外，若保險費由被保險人自行負擔，由於高齡加入增加對於平均保險費率造成影響，對保險費之徵收也造成困難。為解決此問題，遂有團體養老及終身保險，在員工退休時給予一次付清商品。

團體養老保險於日本實施年金稅制後，退休之保障逐漸由團體養老險移到企業年金保險，目前之團體養老保險，除既有之契約追加，已無新加入之情形。團體終身保險因採企業年金保險方式設立團體終身保險，退休時必須加入繳清團體終身保險，退休者移至個人保險處理，團體保險之色彩已相當稀薄。

團體養老、終身保險具有個人保險轉換與移轉為個人保險處理之重要性質。繼續二年以上之被保險人脫退，可自脫退之日起一個月內提出申請轉換為個人保險。移轉為個人保險處理者，係一種權利之賦予，被保險人就要保人之權利義務，如受益人指定或變更權、解約請求權、分紅受領權，自移轉為個人保險之日起由被保險人承受（此時，個人保險之要保人與被保險人為同一人），應可做為我國未來制定團體養老終身保險之參考。

項目	團體養老、終身保險規範內容
當事人關係	<p>團體養老、終身保險：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.要保人為事業主（團體之代表人） 2.被保險人為董事、監察人、經理人及從業人員 3.受益人為事業主（團體之代表人）、從業人員及其家屬
保險費負擔	<p>團體養老、終身保險：由事業主負擔、被保險人負擔一部分或全部</p>
保險費繳納	<p>團體養老保險：平準保險費或一次繳保險費</p> <p>團體終身保險：平準保險費</p>
團體人數及最低加入比率	<p>團體養老保險：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.事業主負擔保費：全員加入 2.被保險人負擔一部分或全部保費：有資格者必須 75%以上加入，最低被保險人數為 25 人 <p>團體終身保險：</p> <p>原則上與團體養老保險相同，但無團體加入比率之要求</p>
保險金額	<p>團體養老保險：全員均一保額及依報酬、工作年數、資格與職階等分組定保額</p>

項目	團體養老、終身保險規範內容
保險金之支付	團體養老保險：分為死亡保險金、高度殘障保險金、滿期保險金
脫退處理	團體養老保險：被保險人不得任意脫退，得因退休或調職理由脫退
個人保險之轉換	團體養老保險：繼續二年以上之被保險人脫退時，自脫退起一個月得轉換為個人保險
供我國借鏡之處	<ol style="list-style-type: none"> 1.保費由雇主負擔：退休後有保險金遞減，或經過一定期間將保障打折之方式 2.保費由員工負擔：退休時一次付清保險費 3.個人保險之轉換：繼續二年以上之被保險人脫退時，自脫退起一個月得轉換為個人保險，個人保險之要保人與被保險人為同一人。被保險人就要保人之權利義務，如受益人指定或變更權、解約請求權、分紅受領權，自移轉為個人保險之日起由被保險人承受。

資料來源：吳崇權譯述，生命保險協會編著，團體保險，財團法人保險事業發展中心，1996年3月，第90-98頁。本研究整理。

第五款 身心殘障者扶養人壽保險

身心殘障者扶養人壽保險性質上係為身心殘障者之扶養人而訂立之契約，亦即加入者為身心殘障者之扶養人。日本於1968年時，

因地方公共團體基於福利行政推進之觀點，開始實施身心殘障者扶養制度；其後，採行以地方公共團體為要保人之年金給付，由並與壽險公司簽訂團體壽險契約，由二十家保險公司共同承保。

項目	身心殘障者扶養人壽保險規範內容
當事人關係	<p>要保人為地方公共團體</p> <p>被保險人為身心殘障者之扶養人</p> <p>受益人為社會福利醫療事業團</p> <p>年金受領人為殘障者（保險公司給付保險金予社會福利醫療事業，由其指定金錢信託運用於信託銀行，再透過地方公共團體支付年金予殘障者）</p>
保險費負擔	<p>由身心殘障者之扶養人繳費予地方公共團體，地方公共團體繳交相當保險費金額予社會福利醫療事業，社會福利醫療事業則交付保險費予保險公司</p>
稅務	<p>扶養人負擔保險費，得為所得扣除對象，扶養人死亡支付之給付金，得免課稅</p>

資料來源：吳崇權譯述，生命保險協會編著，團體保險，財團法人保險事業發展中心，1996年3月，第98-102頁。本研究整理。

第四節 國內外團體保險立法例之比較

有關團體、團體保險在定義上及其相關規範上，本研究認為NAIC、美國紐約州及日本明確對團體定義之立法例，對現行實務作業規範較為可採，可做為我國需進一步明確定義團體之參考，此部分

於第四章提出團體定義之建議。在團體保險契約架構與制度規範上，則可參採法國強制型團體保險與任意型團體保險之立法架構將團體保險區分為二大類（第一類團體保險及第二類集體投保件）分別加以規範，本研究亦一併於第四章提出具體之立法建議規範。本研究將前述法國、美國、日本及我國現行團體保險有關團體之定義及類型、當事人關係、保單持有人、受益人、保險金額、保險期間、保險費負擔、銷售規範及國外規定值得我國參採之處（優點）等，以表格方式加以比較對照，俾利提出團體保險商品監理問題解決之方向與規範。

法國、美國、日本與我國團體保險相關規範比較表

國家 項目	法國	日本 (團體定期保險)	美國		我國
			NAIC (團體人壽及健康)	紐約州	
團體之 定義及 類型	<p>一、強制型團體： 即雇主、被保險人(全體或部分員工)所組成。為保障被保險人之退休、健康、死亡等企業用以實現員工福利之目的</p> <p>二、任意型團體： 由保險人、保單持有人(銀行、協會組織、或經紀人)及被保險人</p>	<p>一、第一種團體： 受雇人團體、職域組合團體、母子關係之企業體而結合之團體</p> <p>1.同一企業體或同一官署所屬成員之團體</p> <p>2.同一企業體或同一官署所組成之勞動組合、協同組會、單獨設立之厚生年金</p>	<p>一、第一大類團體：</p> <p>1.單一雇主之員工團體</p> <p>2.債權人與債務人團體</p> <p>3.工會團體(勞工團體)</p> <p>4.複數雇主、工會、組織之信託基金團體</p> <p>5.協會團體</p> <p>6.信用機構團體</p> <p>7.依法成立之團體，必</p>	<p>符合資格之團體：</p> <p>一、雇用人或雇用人設立之信託基金受託人團體</p> <p>二、勞工團體</p> <p>三、債權人或供應商團體</p> <p>四、複數雇主或勞動組合設立之信託基金受託人團體</p> <p>五、商業協會設立之信託基金受託人團體</p>	<p>團體是指具有五人以上且非以購買保險而組織之下列之一團體：</p> <p>一、有一定雇主支員工團體</p> <p>二、依法成立之合作社、協會、職業工會、聯合團體、或聯盟所組成之團體</p> <p>三、債權、債務人</p>

國家 項目	法國	日本 (團體定期保險)	美國		我國
			NAIC (團體人壽及健康)	紐約州	
	(與保單持有者須保有一共同連結關係，例：銀行帳戶所有人、信用卡用戶、銀行客戶等)組成。被保險人為任意加入之團體成員；保單之目的在保障被保險人退休、儲蓄、死亡、健康、或貸款保險等。	基金，共濟組合(相當於合作社)等之團體 3.不含孫企業包括子企業，以母企業為要保人，並履行保險契約上之一切權利義務；母企業所屬成員亦為被保險人 4.團體所屬成員之配偶、退休、調職等非現在之團體成員及退休者之配偶亦包	須採用法律規定之可保性證明(限於團體健康保險) 二、第二大類團體：不符合第一大類之團體，符合以下資格條件之團體保險 1.未違反公眾最大利益者 2.具招攬及管理之經濟利益者 3.保險給付與保費收	六、正式的民間組織協會團體 七、州軍人或州警察為對象之團體 八、地方自治體或公共住宅管理局之團體 九、紐約州團體 十、同一職業之團體 十一、以美國法典第32篇第709條之受僱人為對象之團體 十二、協會聯合會組織之團體	團體 四、依規定得參加公教人員保險、勞工保險、軍人保險、農民健康保險或依勞動基準法、勞工退休金條例規定參加退休金計畫之團體 五、中央及地方民意代表所組成之團體 六、凡非屬以上所

國家 項目	法國	日本 (團體定期保險)	美國		我國
			NAIC (團體人壽及健康)	紐約州	
		<p>含於團體內</p> <p>二、第二種團體，屬第一種團體之延長：聯合設立之厚生年金基金團體、共濟組合團體、依母子關係之企業體之職域團體、母子關係之企業體之子企業體所屬成員之團體</p> <p>1.依法律規定聯合設立之厚生年金基金</p>	取符合對價平衡	<p>十三、機關聯合會組織之團體</p> <p>十四、合乎下列要件之團體：</p> <p>1.存在共通事業性、經濟的或社會的親密性或相互關係者</p> <p>2.保險費水準與保證給付適當平衡者</p> <p>3.保單之簽發基於精算之基礎且不違背公眾最大利益。</p> <p>保險監理官並得公布</p>	列而具有法人資格之團體

國家 項目	法國	日本 (團體定期保險)	美國		我國
			NAIC (團體人壽及健康)	紐約州	
		所屬成員之團體 2.依法律設立之地方 職員共濟組合、警察 共濟組合、公立學校 共濟組合、鄉鎮市職 員共濟組合、農林漁 業團體職員共濟組 合、私立學校教職員 共濟組合之各組合 所屬成員之團體 3.母子關係之企業體 所屬成員組成之單 一勞動組合、協同組		依此規定得予認可團體之基準。	

國家 項目	法國	日本 (團體定期保險)	美國		我國
			NAIC (團體人壽及健康)	紐約州	
		<p>合等所屬成員之團體</p> <p>4.複數公益法人、複數官署或企業</p> <p>5.團體所屬成員之配偶、退休非現在團體成員及退休者之配偶亦包含於團體內</p> <p>三、第三種團體： 協同組合之團體、工商會等團體、同一業別之團體、連鎖性事</p>			

國家 項目	法國	日本 (團體定期保險)	美國		我國
			NAIC (團體人壽及健康)	紐約州	
		業之團體、綜合設立之厚生年金基金之團體、轉包(外包)業者團體、特定同業者團體、議員團體 1.依法律規定設立之職域所組成之協同組合及協同組合聯合會所屬成員之團體(如貨物運送協同組合) 2.依法成立之工商會及工商會聯合會、商			

國家 項目	法國	日本 (團體定期保險)	美國		我國
			NAIC (團體人壽及健康)	紐約州	
		工組合聯合會、商店街振興組合、商店街振興組合聯合會之各團體所屬成員之團體 3.經營同一業別之事業所組成團體之所屬成員團體(如青果零售商組合) 4.基於法律加盟為連鎖性事業之團體所屬成員之團體 5.依法律而綜合設立			

國家 項目	法國	日本 (團體定期保險)	美國		我國
			NAIC (團體人壽及健康)	紐約州	
		<p>之厚生年金基金所屬成員之團體</p> <p>6.同一企業之轉包業者(業務轉包、產品轉包製造、製品加工包裝搬運之轉包)</p> <p>7.職業須經許可之特定同業團體(如會計師、律師、專利商標代理人、稅務代理人、美容師、醫師、護士等)</p> <p>8.國會議員或地方公</p>			

國家 項目	法國	日本 (團體定期保險)	美國		我國
			NAIC (團體人壽及健康)	紐約州	
		<p>共團體之議會議員 所屬成員之團體</p> <p>9.團體所屬成員之配偶、團體所屬成員之負責人或受雇人，及其配偶均包含於團體內</p> <p>四、第四種團體： 法人團體</p> <p>1.符合一定標準非前述三種之法人團體</p> <p>2.團體所屬成員之配</p>			

國家 項目	法國	日本 (團體定期保險)	美國		我國
			NAIC (團體人壽及健康)	紐約州	
		偶、團體所屬成員之 負責人或受雇人，及 其配偶均包含於團 體內			
保 險 契 約 當 事 人 關 係	一、強制型團體： 保險人與保單持有人 (即雇主)間為保險契 約關係；保單持有人 及被保險人(即強制加 入之員工)間為特殊利 害關係(如僱傭契約) 二、任意型團體：	1.團體保險之要保人 為雇主或團體之代 表人(公司、工廠等 之情形為總經理、廠 長、共濟組合之理事 長)。要保人就保險 契約事項與保險人 締結團體保險契 約，被保險人非契約	保險人與保單持有人 間為保險契約關係，保 險單之法律效力，除 保單核發、生效兩年 後拒絕支付保費外， 不應被質疑	保險人與保單持有人 間為保險契約關係	團體保險契約乃複 數之被保險人簽訂 一契約以求保障。 基於此，雇主或團 體之代表人為要保 人，而與保險人締 結契約，被保險人 並非契約之當事人

國家 項目	法國	日本 (團體定期保險)	美國		我國
			NAIC (團體人壽及健康)	紐約州	
	保險人及保單持有人 (如銀行或其他協會團體)間訂有協議；保單持有人及被保險人間存有一定連結關係，保險人及被保險人間為保險契約關係	之當事人 2.代表團體之要保人必須履行團體保險契約上之一切權利及義務 3.被保險人為所規定團體之所屬成員，以從事正常勤務或就業之人為限			
保險利益	在一般保險契約保險利益之立法上，要保人對被保險人無需有保險利益，但於防止保	要保人對被保險人無需有保險利益。惟日本立法例上，其保險法第38條(原	不以保險利益著眼，要求團體非以投保為主要目的，將團體明確定義規範，並允許	為防止道德危險，要保人對被保險人應具有保險利益。惟紐約州保險法第3205條(d)	保險法第17條規定要保人對於本人或其家屬、生活費或教育費所仰給之

國家 項目	法國	日本 (團體定期保險)	美國		我國
			NAIC (團體人壽及健康)	紐約州	
	險成為賭博及道德危險上，採被保險人同意之立法 強制型團體保險係為「員工福利計畫」而設，性質上近似於社會保險，並無保險利益之探討與規定；任意型團體保險則要求保單持有人與被保險人間需具有共同連結關係	日本商法第 674 條) 規定生命保險，約定因他人死亡，應支付保險金額之保險契約，應得該他人同意，但要被保險人為保險金額受領者，可不受需經他人同意之限制	監理機關依社會與經濟發展，於符合一定條件下核可團體保險	項明定在 1974 年聯邦員工退休收入法案規範下設置之「員工福利計畫」，由雇主或由一位、多位雇主、勞工團體所設之不可撤銷信託 (irrevocable trust)，雇主、信託管理者或其關係企業對合於年齡規定或符合資格標準之員工或退休人員具有保險利益	人、債務人、為本人管理財產或利益之人，應有保險利益 保險契約未具有保險利益者，保險契約失其效力
被保險	若由第三人訂立之死	日本保險法第 38 條	團體人壽及健康保險	由第三人訂立之保險	保險法第 105 條規

國家 項目	法國	日本 (團體定期保險)	美國		我國
			NAIC (團體人壽及健康)	紐約州	
人同意	亡保險契約需經被保險人同意，在防止道德危險上採取同意主義。惟觀法國保險法第一部分第四篇團體保險第一章未有團體保險須經被保險人同意之準用或相關規定。任意型團體保險之要保人與被保險人為同一人，並無第三人訂立保險契約需經被保險人同意之問題	規定由他人生命為保險標的之保險，必須經被保險人同意	模範法案並無被保險人同意之規定	契約，為防止道德危險，應由被保險人同意。惟紐約州保險法第 3205 條(c)項規定於本章定義下之團體人壽保險、團體意外及團體健康保險、家庭保險得以未經被保險人的同意，申請訂定保險契約	定，由第三人訂立之死亡保險契約，須經被保險人書面同意 未經被保險人書面同意，並約定保險金額，保險契約無效

國家 項目	法國	日本 (團體定期保險)	美國		我國
			NAIC (團體人壽及健康)	紐約州	
保單持有人	<p>一、強制型團體： 保單持有人即雇主</p> <p>二、任意型團體： 保單持有人為銀行、協會組織、或經紀人等，與被保險人須有一共同連結關係</p>	保險契約者	<p>一、雇主或基金管理者</p> <p>二、債權人、控股公司之管理者或代理人</p> <p>三、工會或組織</p> <p>四、信託或受託人</p> <p>五、協會</p> <p>六、信用機構、信託、受託人或其代理人</p>	<p>一、雇用人或雇用人設立之信託基金受託人</p> <p>二、勞動組合</p> <p>三、債權人或供應商</p> <p>四、複數雇主，或雇主、勞動組合設立之信託基金受託人</p> <p>五、商業協會設立之信託基金受託人</p> <p>六、正式之民間組織協會</p>	無保單持有人之概念，惟示範條款有要保單位（要保團體，如雇主、協會或法人組織）之規範，各被保險人則分別持有保險證

國家 項目	法國	日本 (團體定期保險)	美國		我國
			NAIC (團體人壽及健康)	紐約州	
				七、州軍人或州警察 八、地方自治體或公共建設當局 九、紐約州州政府 十、同一職業團體	
受益人	一、強制型團體： 受益人為被保險人本人或其法定繼承人 二、任意型團體： 原則上，保單持有人在會員關係及執行上應視為受益人	受益人為要保人（如企業主）	被保險人死亡時之受益人為指定之受益人，無指定受益人時，受益人為保單條款中所列之於被保險人死亡時仍存活之家庭成員 債權人團體之團體保		團體一年定期人壽保險單示範條款第20條規定，殘廢保險金受益人為被保險人本人，保險人不受理指定或變更。身故保險金受益人的指定及變

國家 項目	法國	日本 (團體定期保險)	美國		我國
			NAIC (團體人壽及健康)	紐約州	
			險受益人為保單持有人(債權人)		更，以被保險人的家屬或其法定繼承人為限 團體傷害保險單示範條款第 24 條規定，要保人得指定或變更身故或喪葬費用保險金受益人，但以被保險人之家屬或法定繼承人為限。殘廢保險金受益人為被保險人，保險人不受理

國家 項目	法國	日本 (團體定期保險)	美國		我國
			NAIC (團體人壽及健康)	紐約州	
					指定或變更
保險 金額		「全員加入」之團體保險之保險金額非由被保險人任意決定。「任意加入」團體之保險金額得任意選擇，且受「最低被保險人數」、及「最高保險金額之倍數限制」等規定所規範	一、團體人壽保險：核發給債權人或其控股母公司，或受託人、受二以上債權人委任之代理人保單，除與額度限制大於\$10,000 的開放式信貸有關之保險，得以不大於其額度限制之金額為保險金額外，保險金額在任何時候都不可超過或大於未	一、團體保險係基於紐約州法規定所核發且與員工福利相關者：保險金額不應超過基於員工福利計畫已發生之員工或退休人員之利益 二、核發予債權人、賣主、託管人、或由二或多位之債權人或賣主委託之經紀人之	訂立契約時，依要保人與保險人約定之保險金額類型如單一制、倍薪制、職級制決定保險金額。保險期間內之保險金額可視採用之保險金額類型，由要保人通知保險公司異動調整。惟通常不允許個別被保險人變更保險金

國家 項目	法國	日本 (團體定期保險)	美國		我國
			NAIC (團體人壽及健康)	紐約州	
			<p>支付給債權人之預定債務額度或確實之債務額度</p> <p>二、團體健康保險： 保險金額不應超過預定或確切之未償還債務金額</p>	<p>保單： 保險金額不得超過被保險人或其代表對保單持有人實際債務清償之金額。若超過實際債務金額，則償付金額應支付予債務人所列名之受益人；若無，則視為債務人之財產，或依償付條款之規定支付</p> <p>三、團體人壽保險保</p>	額。

國家 項目	法國	日本 (團體定期保險)	美國		我國
			NAIC (團體人壽及健康)	紐約州	
				險金額包括被保險員工、會員之配偶、受其撫養、或其他受被保險員工或會員撫養之人死亡時支付之費用	
保險期間	<p>一、強制型團體： 保險期間通常是一年期，但可續保</p> <p>二、任意型團體： 保險期間非一年，屬可變動期間，保險期間之</p>	保險期間為一年期，團體期間屆滿時契約必須更新。保險期間屆滿前二週，要保人或保險人得就續約之意旨通知對方，由更新下一個契			團體定期人壽保險之保險期間為一年，因此於締約一年後，契約必須更新

國家 項目	法國	日本 (團體定期保險)	美國		我國
			NAIC (團體人壽及健康)	紐約州	
	始期與終期均得依被保險人與保單持有人間之共同連結關係決定	約有效日繼續			
保 險 費 之 負 擔	<p>一、強制性團體： 具員工福利性質，保險費由雇主支付。另有，員工全額負擔或雙方依比例負擔</p> <p>二、任意型團體： 由團體成員自行負擔，每位團體成員所負</p>	<p>一、要保人負擔、被保險人負擔、共同負擔。</p> <p>二、為履行保險契約之事務，由團體中心事務管理機關之專責職員負責徵收保險費，直接總括向保險人繳納，不得由各</p>	<p>一、第一大類：</p> <p>1.全部由雇主負擔、雇主與員工共同負擔</p> <p>2.由債權人負擔、債務人負擔、由兩者共同負擔</p> <p>3.工會或組織負擔、被保險會員負擔、由兩者共同負擔</p>	<p>一、雇用人或雇用人設立之信託基金受託人團體保險：</p> <p>保費需由保單持有人負擔（不論是完全由雇主所設之基金、或被保險人所設之基金、或兩者所合設之基金負擔）</p>	由要保人負擔、被保險人負擔、要保人與被保險人共同負擔

國家 項目	法國	日本 (團體定期保險)	美國		我國
			NAIC (團體人壽及健康)	紐約州	
	擔之保險費並不相同。依法國保險法 L141-2 規定，符合資格之團體成員選擇加入團體保險者，必須支付給保單持有人之保險費，依據債權債務契約分別計算	事業所及各個人單位分散繳納	<p>4. 雇主負擔、工會或員工組織負擔、由員工與雇主工會組織共同負擔</p> <p>5. 由協會負擔、協會成員負擔、協會成員與協會共同負擔</p> <p>6. 由信用機構負擔</p> <p>二、第二大類： 由保單持有人或被保險對象支付，或由兩者共同負擔</p>	<p>二、勞動組合團體保險： 保費須由勞動工會、或會員或兩者共同負擔</p> <p>三、債權人或供應商團體保險： 保費須由保單持有人負擔（不論保險費來自債權人所設之基金、來自債務人或來自二者）</p> <p>四、複數雇主或勞動</p>	

國家 項目	法國	日本 (團體定期保險)	美國		我國
			NAIC (團體人壽及健康)	紐約州	
				<p>組合設立之信託基金受託人團體保險：</p> <p>保費應由受託管理人負擔（不論保費是否全額由雇主所設基金或工會所支付、或全額由上述二者共同支付，或由被保險人所設之基金支付）</p> <p>五、商業協會設立之信託基金受託人團體保險：</p> <p>保費應由受託管理人</p>	

國家 項目	法國	日本 (團體定期保險)	美國		我國
			NAIC (團體人壽及健康)	紐約州	
				<p>負擔（不論是否全額由雇主或員工所設基金支付、或全額由上述二者所共同支付）。</p> <p>六、正式的民間組織協會團體：</p> <p>保費由該組織支付、或單位與其會員共同支付、或由其會員獨自支付</p> <p>七、州軍人或州警察為對象之團體保險：</p> <p>保費應由被保險成員</p>	

國家 項目	法國	日本 (團體定期保險)	美國		我國
			NAIC (團體人壽及健康)	紐約州	
				負擔 八、地方自治體或公共住宅管理局之團體保險： 保費須由保單持有人、被保險人或兩者共同負擔 九、紐約州團體保險： 保費與簽訂保險之其他款項應全額由被保險員工與退休員工所設之基金負擔，或由	

國家 項目	法國	日本 (團體定期保險)	美國		我國
			NAIC (團體人壽及健康)	紐約州	
				<p>上述兩者與雇主共同負擔</p> <p>十、同一職業之團體保險：</p> <p>保費須由該機構負擔，或由該機構或被保險人所設之基金之託管人負擔，或由上述單位共同設立之基金託管人負擔</p> <p>十一、以美國法典第32篇第709條之受雇人為對象之團體保險：</p>	

國家 項目	法國	日本 (團體定期保險)	美國		我國
			NAIC (團體人壽及健康)	紐約州	
				<p>保費由被保險人直接負擔或由其薪資中扣抵</p> <p>十二、協會聯合會組織之團體保險：</p> <p>保費須由該機構負擔，或由該機構或被保險人所設之基金之託管人負擔，或由上述單位共同設立之基金託管人負擔</p> <p>十三、機關聯合會組織之團體：</p>	

國家 項目	法國	日本 (團體定期保險)	美國		我國
			NAIC (團體人壽及健康)	紐約州	
				保費須由該機構負擔，或由該機構或被保險人所設之基金之託管人負擔，或由上述單位共同設立之基金託管人負擔	
優點 (我國採用之參考)	1.團體保險採單獨立法明確規範適用個人保險時可能產生之保險利益與被保險人書面同意問題 2.區分強制型團體保險及任意型團體保	1.明確規範團體及其判斷標準 2.團體保險種類規範詳盡	1.NAIC 模範法案明確提供團體定義及範圍，並授權主管機關得依社會經濟及團體變化，認定符合一定條件之團體 2.明定死亡保險給付	1.於保險法上明定團體之類型，並規定符合團體之條件 2.於保險法明定團體人數、最低投保比率或團體設立運作最低年限、會員對團體之權	

國家 項目	法國	日本 (團體定期保險)	美國		我國
			NAIC (團體人壽及健康)	紐約州	
	險清楚規範其當事人法律關係 3.共同連結關係有利於確定保單持有人與被保險人之關係，避免道德危險		之受益人為指定之受益人或仍存活之家庭成員，債權人團體之團體保險受益人為保單持有人(債權人) 3.債權人保險定有保險金額不得超過預定或確切未償還債務金額之限制	利等核保具體規範 3.明定具員工福利之團體保險、債權人團體保險、團體人壽保險之保險金額上限	
缺點	共同連結關係之定義無具體明文規定或授權主管機關認定之明	1.團體保險未於保險法特別規範，同樣產生規範效力是			

國家 項目	法國	日本 (團體定期保險)	美國		我國
			NAIC (團體人壽及健康)	紐約州	
	文規定，易造成解釋與適用上問題	否足夠問題 2. 要保人為受益人（企業主）部分易生道德危險，造成員工與企業主之糾紛（團體保險應禁止企業以員工為被保險人，而企業主為保險金受益人） 3. 被保險人擬制同意說，乃產生被保險人實質上並不知			

國家 項目	法國	日本 (團體定期保險)	美國		我國
			NAIC (團體人壽及健康)	紐約州	
		道企業以其生命 投保多少保險金 額及其保障範圍 為何			

資料來源：本研究整理。

第五節 國外團體保險商品送審與準備金提存規範

第一項 國外團體保險商品送審方式

目前各國有關保險商品的審查方式可區分為實體監督方式與準則監督方式兩大主軸，大體上，歐陸國家對於保險商品之費率與條款大都採取免事先核准方式，只對準備金及清償能力要求採取嚴格規範，而美國雖各州的保險監理規定不一定相同，但對於人身保險商品大部分採取事先核准或核備為主之實體監督方式，當然在這兩大保險監理主軸下，因各國國情不一所衍生出來的保險商品審查制度亦有變化，例如：我國與大陸目前所採行方式是特定範圍實體監督原則，也就是不在特定範圍的商品，保險公司可先行銷售後再將審查文件送交主管機關備查，俗稱負面表列審查方式。但無論是哪一種保險商品監督方式，所有類別保險商品皆遵循整體性監督原則，較少見到保險監理官對團體保險商品特別訂定審查方式。各種審查方式各有其優劣並沒有哪一種是放諸四海皆準之方式，故應視各國保險發展歷史與監理人力及產業專業人員素質而定，茲就各國對於團體保險商品的監督方式彙整如下：

國家	監督原則	團體保險商品審查規定
美國	實體監督	<ol style="list-style-type: none"> 1. 許多州採事先核准制、某些州採核備制、而某些州不對保單費率審核 2. 紐約州承認團體保險市場存在保險人與個別團體有客制規格的需求，因此同意保險人可與團保客戶根據其專屬需求先簽發批註(letter of confirmation)，批註包含承保生效日、給付範圍的調整，但是保險人需在簽發批註後的 6 個月內將文件送交主管機

國家	監督原則	團體保險商品審查規定
		關核准 ⁷⁸
法國	準則監督	保險商品無需事先經主管機關審查，只要符合下列兩項條件，即可逕行銷售： 1. 保險公司擁有該類別保險商品之執照 ⁷⁹ 2. 保險商品內容與條款符合保險法規定
德國	準則監督	保險商品無需事先經主管機關審查，由保險公司自行負責
英國	準則監督	保險商品無需事先經主管機關審查，由保險公司自行負責
香港	準則監督	保險商品無需事先經主管機關審查，由保險公司自行負責
加拿大	準則監督	保險商品無需事先經主管機關審查，由保險公司自行負責
日本	實體監督	所有保險商品（包含團體保險）主契約以及附加條款需主管機關事先核准才能銷售
中國大陸	偏實體監督	特定商品需事先核准，其他商品採備查方式 ⁸⁰
台灣	偏實體監督	特定商品需事先核准，其他商品採備查方式

⁷⁸ 請參考 Regulation 62 – 11 NYCRR PART 52 之 Section 52.32.Conditions for prefiled group coverage。

⁷⁹ 法國保險商品類別共有 26 種，每一類別商品需個別申請核可執照(licence)，團體保險歸為第 26 類商品。

⁸⁰ 所謂特定商品為：1.中國保監會認定的關係社會公眾利益的產品；2.依法實行強制保險的產品；3.中國保監會認定的新開發的人壽保險。

第二項 美國團體保險費率釐定與準備金規範

有關團體保險費率之計算，除因缺乏過去理賠經驗的可信度而採用規章費率(Manual rate)⁸¹或群體費率(Community rate)外，主要是應用經驗費率(Experience rating)做為團險保費之釐定方式，經驗費率方法可依計算未來費率評估期間的可能損失之未來費率法(Prospective rate)，或以過去期間的最終損失評估之追溯費率法(Retrospective rate)。未來經驗費率法是目前實務上最常引用的計算公式，無論是其中的純保費法(Pure premium method)或損失率法(Loss ratio method)，都是以過去的理賠損失為基礎來計算經驗損失值(預期理賠成本)或經驗損失率，來直接計算費率或費率應調整幅度。

美國並無相關法令明確定義團體保險之費率適足性測試方法，但某些州的監理官會參考 NAIC 或 AAA(美國精算學會)相關規範，要求保險公司對小型企業雇主之健康保險計畫所收保費需測試以證明達到「精算合理性(Actuarial Soundness)」⁸²，亦即對於承保期間預期所收之累積保費(包含再保費)現金流量、政府之風險調整現金流量以及投資收入現金流量總和，需足夠支付包含健康給付、健康理賠費用、行銷與管理費用以及資金成本之所有預期成本。精算合理性測試需要對保費釐訂做預期利潤分析，該項分析包含相對於預期水準損失率或者理賠成本之檢視，而從事該項分析工作是由商品訂價精算師負責。

美國壽險公司需依 NAIC 頒定的模範法律與規則提存最低的準備金，其應適用法令有 The Standard Valuation Law、The Acturaial Opinion and Memorandum Regulation、The Minimum Life and Annuity Reserve Standards、The Health Insurance Reserve Model Regulation，

⁸¹ 規章費率的類別有年齡、性別、健康狀態、地區因素、產業別、團體大小與保費期間長度等。

⁸² 精算合理性請參考精算實務準則(Actuarial Standard of Practice, ASOP) No.26.Section2.1。

雖法令有明訂準備金要求，但實際決定準備金金額與在年底證明該提存金額具有適足性，係由各公司擁有美國精算學會正會員資格之簽證精算師所負責。有關團體保險所需提存之準備金，會因保險商品類型而有所不同，總體而言，團體保險的準備金種類如下：

（一）賠款準備金(Claim Reserve)

本項準備金是針對發生損失案件在評價日仍需給付賠款金額之估計值，包含應付而未付(Due and unpaid)準備金、案件處理中(In course of settlement)準備金、已發生已報(Incurred and reported)準備金、已發生未報(Incurred but unreported)準備金、未實現(Unaccrued)準備金、其他特別準備金⁸³等。至於賠款準備金的計算方式，一般皆應用賠款資料與表格來計算賠款發展，常見方法有因子法(Factor Method)、發展法(Development Method)、表格法(Tabular Method)以及損失率法(Loss Method)等。

（二）未滿期保費準備金(Unearned Premium Reserve)

本項準備金是對於超過評價日之保險期間就已收保險費部分，保險公司應負的責任所提列之準備金。至於未滿期準備金的計算方式，法規要求比例基礎(pro rata basis)計提。倘有提存責任準備金情形，則最低未滿期保費準備金係以準備金純保費為基礎；倘無提存責任準備金情形，則最低未滿期保費準備金係以總保費為基礎。對於團體保險而言，因一般都無責任準備金之存在，故本項準備金需以總保費為計提基礎。

（三）責任準備金(Contract Reserve)

⁸³ 例如：團體壽險保單之失能賠款，自發生日起豁免其未到期保費。

本項準備金是發生在平準或保證保費架構下，未來理賠現值超過未來可收保費現值，換言之，責任準備金基於未來理賠所需所提存金額，對於一年期團體保險並不會有本項準備金存在。

（四）保費不足準備金(Premium Deficiency Reserve)

本項準備金是未來所收保費與現行準備金不足支付未來保險期間之理賠與費用的差額估計值。近幾年保費不足準備金愈來愈受到關注，美國法定會計準則對於本項準備金提出特別規範，在會計準則公報第 54 號規定如下：「當預期理賠金額或已發生成本、理賠費用及行政成本超過剩餘保險期間之預期保費收入時，保險公司應認列保費不足準備金以對不足部分增加準備金。為了確認是否需提存保費不足準備金，保單的分類方式應與銷售、服務及評估方法一致。當某保單群組確認有保費不足情形時，則需認列該保單群組之保費不足準備金。某一保單群組的保費不足部分不得以其他保單群組的預期盈餘抵銷。對於發生損失之契約有本情形存在，保費不足準備金即使在保險期間尚未開始前就需予以評估及認列。」

第四章 結論與後續研究建議

第一節 改進建議

有關團體保險商品實務上面臨之核保問題、法制面之監理架構、團體定義規範等，團體保險實務經營與法令規範之保險利益、被保險人書面同意有抵觸之問題，本研究認為徹底解決之道應於保險法中增列相關規範，以解決現行團體保險實務作業困擾。雖然團體保險實務作業問題已存在甚久且有解決之迫切性，惟未來仍應於保險法上進一步明確規定團體保險相關規範，以為實務作業基準。

團體保險核保上面臨保險利益有無之問題、由第三人訂立之死亡保險契約被保險人書面同意等問題，在現行法律規範下，並不能藉由行政規範來解決保險契約缺乏保險利益，或第三人訂立死亡保險契約未經被保險人書面同意所產生保險契約無效之情形。現行團體保險係以示範條款加以規範，示範條款雖非屬法令位階，惟依民國 97 年 9 月 23 日行政院金融監督管理委員會金管保二字第 09702524711 號令修正發布人身保險商品審查應注意事項第 4 條、第 12 條規定，保單條款之訂定除非較示範條款有利被保險人者外，均應比照示範條款及現行相關法令規定。保險商品內容與示範條款內容相同者，應註明與示範條款內容相同；如有不同者，則須詳列與示範條款之對照說明及修改理由。據此，以示範條款對於團體保險之殘廢保險金與身故保險金規範，於現行要保人對被保險人有無保險利益仍有疑問下，對避免道德危險應具一定程度之功能。

本研究建議重新界定團體保險之定義及制定集體投保件之構成要件，將現行團體保險實務所稱之「團體」區分第一類團體保險與第二類集體投保二大類（團體/集體之定義及態樣參見第 115 頁），分別加以規範。未來則於保險法第四章人身保險章另闢專節增訂團體保險之保險利益、被保險人書面簽名同意、受益人等契約法上之規範，

並參酌 NAIC 與紐約州法規定，賦予主管機關得應社會經濟發展與團體保險核保技術，對於第一大類團體保險之團體定義及其態樣、團體人數等，認定符合團體保險之條件。此外，本章第二節也針對團體保險迫切需解決之問題，如保險利益、團體定義、費率與準備金規範、商品送審程序、銷售規範等規劃短期作法與長期建議，提供主管機關參考。

現行團體保險實務作業規範建議表

類別 項目	第一大類 (團體保險)	第二大類 (集體投保件)
建議法令 修改方向	參酌法國立法例，採團體保險單獨立法規範，於現行保險法增列第四章第五節團體保險	廢除現行團體保險單示範條款及行政院金融監督管理委員會金管保二字第09302520131 號函相關內容；另行訂定集體投保件之構成要件，並配合修改相關費率計算方式
團體/集體 定義及其態 樣	<p>一、被保險人為團體之成員（含受雇人），性質上屬於被保險人團體</p> <p>二、要保人之定義同保險法第3條，即對保險標的具有保險利益，向保險人申請訂立保險契約，並負有交付保險費義務之人</p> <p>三、團體包括：</p> <p>1. 有一定雇主之員工及其眷屬團體</p>	<p>一、性質上屬於要保人團體，蓋其本質為個別單一保險契約，相關保險契約之成立及生效要件均應符合相關保險法之規定，例如：保險利益之存在、被保險人之書面同意。是以，保險公司應分別簽發保險單予要保人，並向其收取保險費</p> <p>二、保險業辦理微型保險之被保險人，依其性質，應歸類於第二類</p>

類別 項目	第一大類 (團體保險)	第二大類 (集體投保件)
	<p>2. 依法成立之合作社、協會、職業工會、聯合團體或聯盟所組成之團體</p> <p>3. 債權、債務人團體</p> <p>4. 依規定得參加公教人員保險、勞工保險、軍人保險、農民健康保險或依勞動基準法、勞工退休金條例規定參加退休金計畫之團體</p> <p>5. 中央及地方民意代表所組成之團體</p> <p>6. 公私立各級學校</p> <p>7. 各級政府機關或單位管轄之人民組成之團體</p> <p>8. 凡非屬以上所列而具有法人資格之團體</p> <p>註：有關團體之定義擬由保險法授權主管機關以法規命令方式為之，以利符合實務需要</p>	<p>集體投保件</p> <p>為免衝擊微型保險業務建議主管機關：</p> <p>1. 限縮第二大類集體投保件之共同連結關係範圍</p> <p>2. 保險公司於銷售微型保險業務，僅限以第二大類集體投保方式辦理</p> <p>三、為使集體投保件之保險人得以較大彈性釐訂費率，建議保險費率可依個體危險狀況採個別費率或以群體平均危險程度採單一或區間費率，精算人員可依公司經驗與專業判斷費率決定之各項精算因素</p> <p>四、集體投保件，係指集合五人以上，經契約當事人同意，採用同一收費地址或同一金融機構繳費或同一繳費管道之保件</p>

類別 項目	第一大類 (團體保險)	第二大類 (集體投保件)
保險利益 問題	要保人為團體成員利益訂立之團體保險，於保險法增訂不適用保險法第 17 條之規定	保險法有關保險利益之規定仍應予以適用
被保險人 簽名問題	<ol style="list-style-type: none"> 1. 參酌紐約州保險法規定，雇主為員工建立團體非釀金制保險計畫（保險費由雇主交付）不需員工同意 2. 參酌紐約州保險法規定，團體人壽保險、團體意外及團體健康保險得以未經被保險人之同意，申請訂定保險契約 3. 為使團體保險之運作符合保險法相關規定，增列團體保險之訂定，無須取得被保險人之書面同意，故不適用保險法第 105 條之規定 	保險法第 105 條由第三人訂立之死亡保險契約需經被保險人書面同意並約定保險金額之規定仍應予以適用

類別 項目	第一大類 (團體保險)	第二大類 (集體投保件)
受益人問題	為避免產生道德風險，將現行示範條款有關受益人之指定與變更之約定列於保險法之團體保險章節	直接適用保險法之相關規定

集體彙繳與第二大類集體投保之差異及其優缺點

類別 項目	集體彙繳	第二大類集體投保
性質	多數個人保單集體彙繳，非團體保險，應依個人保件方式處理	具團購性質之要保人團體，費率部分可依個體危險狀況採個別費率或以群體平均危險程度採單一或區間費率。另給予精算人員依公司經驗與專業判斷費率決定各項精算因素
要保人	同保險法第 3 條對要保人所為之定義，無要保單位	同保險法第 3 條對要保人所為之定義，但可由要保單位代理個別被保險人投保
共同連結關係	因無要保單位，故無共同連結關係之概念	個別要保人與要保單位間應具有共同連結關係

類別 項目	集體彙繳	第二大類集體投保
其他	六大類團體，並無主管機關認定符合團體資格之規定	視主管機關擬監理之範圍而定，因須具備共同連結關係，故有必要就相關資格予以規範
優缺點	缺點： 費率較保守，折扣較低	優點： 1. 共同連結關係區分團單個賣情形 2. 費率較具彈性，採個別費率或以群體平均危險程度採單一或區間費率

第二節 解決現行團體保險實務作業之規劃與建議

第一項 短期規劃

第一款 保險利益與被保險人書面同意之規範

現行保險法規範下，團體保險與個人保險相同必須具有保險利益，故目前保險法第 16 條之規定尚不足以完全解釋團體保險之所有保險利益，僅要保人（要保單位）對其所屬重要職員或可認為係為本人管理財產或利益之人具有保險利益；債權人對債務人有保險利益；依勞動基準法職災補償責任或依其他法律規定之損害賠償責任具有消極保險利益外，其餘團體關係尚難認為要保人對被保險人具有保險利益，僅得以條文解釋加以因應。短期內，縱使採取保險法第 16 條第 4 款之解釋，或可解決部分團體保險保險利益問題，但仍不足以完

全說明其他團體保險具有保險利益。至於保險法第 20 條之規定是否適用於人身保險，是否足以解決團體保險短期內有關保險利益之問題，容有爭議。

在被保險人書面同意之規定下，短期內，僅得於保險公司之核保技術上與成本上落實克服此項規定，如團體保險管理單位透過傳真方式由個別被保險人簽名存查，或透過網際網路電子郵件方式，將被保險人名冊掃描成檔案傳送給個別被保險人簽名存查，或採行由要保單位提出被保險人已知悉要保單位替其投保團體保險之文件⁸⁴。參酌國外團體保險之立法規範，只有修正保險法相關規定始能徹底解決團體保險保險利益問題，與被保險人書面同意之問題，此部分將於長期建議，提出保險法應增訂團體保險章節之具體建議修正條文。

第二款 團單個賣之規範

在第一大類要保人與被保險人不同一人，保險費全部由要保人負擔或部分由要保人負擔者，與透過團購之第二大類集體投保件應修改現行團體保險單示範條款及行政院金融監督管理委員會金管保二字第 09302520131 號函相關內容，並為使集體投保件之要保人得以較大彈性釐訂費率，建議保險費率可依個體危險狀況採個別費率或以群體平均危險程度採單一或區間費率，精算人員可依公司經驗與專業判斷費率決定各項精算因素。

為免第二大類集體投保之分際與個人保險無法切割，或可能產生第二大類集體投保件團單個賣違法銷售之模糊邊緣，本研究比較國內外立法規範，建議參採法國立法例將第二大類集體投保件以「共同連結關係」之方式明確加以規範。短期內在團單個賣之規範上，主管機關應另行透過函釋命令規範第二大類集體投保件之構成要件、要保人

⁸⁴ 如新進員工報到時，可於報到相關文件上書面同意要保單位替其投保團體保險；若為既有員工，則可由雇主團體保險管理單位，擬定員工同意投保團體保險之書面，由員工簽名同意投保。

與被保險人之共同連結關係及投保人數等。集體投保之建議規範內容如后：

「主旨：有關保險業『集體投保件』規定如次：

說明：

集體投保件，係指集合五人以上，經契約當事人同意，採用同一收費地址、同一金融機構繳費或同一繳費管道之保件。集體投保件之要保人與被保險人應為同一人，由要保單位代理個別要保人投保集體保險。個別要保人與要保單位間應具有共同連結關係，且每一個要保人對要保單位均應具有歸屬於同一機構、組織、單位之特性。

符合以下條件之一者，主管機關得發布依此規定認可之集體投保件：

- 1.存在共同事業性、經濟性、社會性之關係者。
- 2.保險單之簽發係基於精算之基礎且不違背公眾最大利益者。」

第三款 團體及集體投保件保險費率與準備金規範之建議

目前團體保險相關的保險費與準備金規範，係財政部於 85 年所頒訂之「一年期團體保險保費費率標準」，主要係規範一年期團體人壽保險、團體健康保險及團體傷害保險，並按 5~9 人、10~49 人及 50 人以上不同人數團體，分別規定其預定利率、附加費用率與危險發生率各項精算因子範圍。該法令的主要精神是視團體人數給予保險公司在範圍內設定不同的費率精算假設，在團體人數越高則成本可以下降與發生率比較穩定的基本原理下，公司可使用較低水準的附加費用率與發生率假設。在 50 人以上團體則完全開放由保險公司與被保險團體自由洽訂費率，其後雖有修訂團體保險之預定利率規定，法令架構仍維持大團體費率完全自由化，但中小團體在規定範圍內釐定費率。

團體保險的費率規範在 50 人以上團體已有自由費率之精神，但考量保險公司可能因此產生削價競爭行為，故設定最低法定準備金保

險費標準，防止保險公司的報價遠低於成本進而危及公司清償能力。亦即，主管機關頒訂計算各類險種準備金保險費之預定利率、附加費用率與危險發生率標準數值，無論團體人數多寡一律適用同一標準的準備金保險費基礎。當保險公司實收保險費大於準備金保險費時，以實收保險費做為相關準備金計提基礎並無疑義；然當保險公司實收保險費小於準備金保險費標準時，保險公司必須以準備金保險費做為提存基礎，此時保險公司就必須承受較大的財務壓力。

因團體保險費率與準備金規範係在民國 85 年時所規範訂定，實施迄今已達十餘年，法令訂定當時與目前的保險市場環境已有很大變化。在費率方面，分紅與不分紅壽險保單自民國 92 年 1 月 1 日起與傷害保險保單自民國 94 年 7 月 1 日起皆不再適用「人身保險費率結構」之附加費用率規定⁸⁵，壽險保單計算保險費率之死亡生命表亦得自行決定⁸⁶；在準備金方面，主管機關統合相關準備金規定而在民國 91 年制訂「保險業各種準備金提存辦法」，期間歷經二次修訂已將短年期與長年期之各類保險相關準備金（責任準備金、未滿期保費準備金、特別準備金、賠款準備金以及保費不足準備金）做詳細的規範，其中未報賠款準備金與保費不足準備金在參考國外作法而有大幅變更與新的提存方式，更加符合精算原理原則。因團體保險目前的費率與準備金函令尚未廢止，當初規範與現行規定費率自由化的精神無法完全相吻合，且最低準備金保險費方式在保險公司蒙受重大損失時亦無法充分提存。因此本研究就團體保險與集體投保參酌現行規定，建議修正如下：

⁸⁵ 分別為財政部民國 91 年 12 月 30 日台財保字第 0910712459 號函及金管會保一字第 09402027681 號函。

⁸⁶ 財政部民國 91 年 12 月 27 日台財保字第 0910074199 號函。

投保方式	費率	準備金
第一大類 團體投保	<ol style="list-style-type: none"> 1. 廢止財政部 85 年 7 月 25 日台財保字第 852367814 號函「一年期團體保險費率標準」 2. 精算人員可依公司經驗或國內、外統計資料，專業判斷費率決定各項精算因素，且實收費率由契約雙方洽訂 3. 公司應每年對上一年度實收費率水準實施費率檢測機制，當實際損失率與預期損失率之偏離率超過 X%，公司應提出合理性分析報告 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 廢止財政部 85 年 7 月 25 日台財保字第 852367814 號函「一年期團體保險費率標準」 2. 依金管會 96 年 12 月 28 日金管保一字第 09602505761 號函「保險業各種準備金提存辦法」辦理
第二大類 集體投保	<ol style="list-style-type: none"> 1. 公司可依集體內個體之危險狀況採個別費率計算，或評估集體之平均危險程度採平均或區間費率，如採平均或區間費率需說明其評估依據與合理性 2. 精算人員可依公司經驗或國內、外統計資料，專業判斷費率決定各項精算因素 	依金管會 96 年 12 月 28 日金管保一字第 09602505761 號函「保險業各種準備金提存辦法」辦理

投保方式	費率	準備金
	<p>3. 在送審文件中需揭露費率計算基礎與數值，未來銷售之費率需依送審文件所列示之費率，或在區間費率範圍之內</p> <p>4. 公司應每年對上一年度實收費率水準實施費率檢測機制，當實際損失率與預期損失率之偏離率超過X%，公司應提出合理性分析報告</p>	

第四款 商品送審方式之建議

目前團體保險商品送審方式與個人保險相同，係遵循中華民國 97 年 12 月 30 日行政院金融監督管理委員會金管保二字第 09702526691 號令修正發布「保險商品銷售前程序作業準則」之規範，除非該商品是屬於該準則第 16 條（產險）或第 17 條（壽險）所規定之核准商品範圍，否則皆屬備查制方式送審，亦即保險公司得逕行銷售後再檢附送審文件給主管機關或其指定機構，故在審查制度上團體保險與個人保險之送審方式不應有不同作法。惟團體保險之實務運作上與個人保險迥然不同，個人保險係保險公司先行研發、設計以及訂價過程而完成保險商品後，透過通路系統銷售給消費者，消費者只就公司販賣的商品中選擇其所需保障內容或者拒絕購買，很少發生保險公司願意為個別消費者的需求而另行設計保單或附加條款；但團體保險的承保對象為公司團體，通常規模越大公司的議價能力或要求客製化服務的力量就越大，故保險公司為配合企業的要求，常常在主契約架構下，額

外增加各式各樣的附加條款或批註條款，依據財團法人保險事業發展中心保險商品資料庫之最新統計資料⁸⁷，目前保險業所銷售團體保險保單計有 888 件，其中附加條款與批註條款數量佔 47.9%，顯示保險公司為配合企業設計的附加條款與批註條款之數量不少。

個人保險契約是保險公司（企業）與消費者（個人）訂定，雙方的資訊不對稱與議價能力差異懸殊，故個人保險商品需特別加以審查以防止該契約內容發生損及消費者權益事項。然許多團體保險契約是為企業量身訂作之附加條款與批註條款，而且保險契約的兩造雙方皆為企業團體，屬於雙方合意下締造之民事契約，而非弱勢消費者購買之定型化契約，主管機關應予尊重且盡量不干涉該契約內容，除非該契約已違反保險法規定，基此思維，對於大量且同質性很高的團體保險附加條款或批註條款，建議可朝向免送審方向進行。至於免送審保險之法令依據、商品範圍與配套措施建議如下：

- 一、 法令依據：保險商品銷售前程序作業準則第 15 條第 1 項但書。
- 二、 商品範圍：團體保險附加條款或批註條款。
- 三、 配套措施：為維護保險市場秩序、消費者權益與保險公司清償能力，團體保險商品適用免送審商品之範圍限於符合下列所有條件者：
 1. 不違反保險法令規定。
 2. 較現有保險商品或示範條款之約定，更有利於要保人、被保險人或受益人者
 3. 不影響保險費率之計算。
- 四、 事後監理機制：保險公司每年需就前一年度之免送審團體保險附加條款與批註條款進行風險評估，內容至少包含準備金適足

⁸⁷ 統計時間為 2009 年 4 月 23 日調查保發中心商品資料庫之現行銷售商品資料。

性與財務影響分析等項目，該文件需送總經理核閱，備供主管機關查核。

第五款 銷售規範建議

就實務上團單個賣裁罰情形而言，主要係發生於透過保險經紀人、代理人銷售團體保險之違法，主管機關雖依保險法第 144 條、第 171 條規定課予處罰，仍無法完全規範團單個賣之行為。倘保險公司落實進行業務核保、內部控制及稽核制度，因不致發生團體保險單銷售予個人之違法問題；因此，保險公司業務核保、內部控制及稽核未確實落實執行，實係團單個賣產生之主要原因。本研究建議，基於維護消費者權益考量，違反法令之團單個賣行為，在監理上，應以銷售端與行政端二方面加以規範。亦即，應於保險經紀人、代理人及保險公司二方面分別加以規範，在保險經紀人管理規則第 36 條、保險代理人管理規則第 35 條，除應明確規定保險經紀人、代理人不得有利用團體保險費率銷售予個人之團單個賣行為，亦應針對違反保險經紀人、代理人管理規則第 36 條、第 35 條規定者，課以罰責。保險公司對於各種通路銷售端招攬之個人保險件，若有以團體保險費率計收保費者，或有電話行銷團體保險者，應由保險公司確實落實內部控制及稽核制度，對保險經紀人、代理人之銷售行為加以監控，並由保險公司明確規定保險公司對保險經紀人、代理人銷售行為之監控方法（如管理階層應執行要求保險經紀人、代理人提出銷售情形報告）。

第二項 長期建議

為解決保險法令相關規定適用、實務上團單個賣、批註商品送審、費率準備金規範、銷售規範等，已於前項提出短期解決因應措施，在長期規劃上，本研究仍建議未來應修正保險法及其相關法令之規定，以作為團體保險實務作業基準。

第一款 保險法之修正

具體建議增訂或修正條文

建議條文	現行條文	說明
<u>第五節 團體保險</u>	無	於現行保險法第四章人身保險增訂第五節團體保險。
<u>第一百三十五條之五</u> <u>團體保險係指團體為其所屬團體成員之利益而洽定之保險契約。</u> <u>團體保險之種類為團體人壽保險、團體健康保險、團體傷害保險及團體年金保險。</u> <u>所稱團體及其所屬團體成員之定義及要件，由主管機關定之。</u> <u>關於團體人壽保險、團體健康保險、團體傷害保險及團體年金保險應分別準用第四</u>	無	1. 明定團體保險之定義及種類。 2. 有關團體保險之團體及其所屬團體成員之定義授權主管機關定之，爰增列第三項之規定。 3. 為因應團體保險實務運作難以取得被保險人親自簽名之困難，擬排除保險法第一百零五條之適用。 4. 因團體保險受益人之指定定於第一百三十五條之七有特別規定，故排除第一百一十條、第一百一十一條、第一百一十二

建議條文	現行條文	說明
<u>章人壽保險、健康保險、傷害保險及年金保險之規定，但不包括第一百零五條、第一百一十條、第一百一十一條、第一百一十二條、第一百一十三條及第一百二十條之規定。</u>		條、第一百一十三條及第一百二十條有關受益人指定之適用。
<u>第一百三十五條之六</u> <u>團體保險不適用第十七條之規定。</u>	無	為配合團體保險之實務運作，擬將現行保險法第十七條所規定無保險利益之保險契約失其效力及由第三人訂立死亡契約之限制排除適用。且為避免道德風險，故同時增訂第一百三十五條之七有關受益人指定之規定。
<u>第一百三十五條之七</u> <u>團體保險之健康保險保險金及殘廢保險金之受益人應為被保險</u>	無	具有員工福利性質為團體成員利益之團體保險，已排除保險利益與被保險人書面同

建議條文	現行條文	說明
<p><u>人本人，不得另行指定或變更為他人。但經被保險人書面同意者，不在此限。</u></p> <p><u>被保險人身故時，如前項保險金尚未給付或未完全給付，則以被保險人之法定繼承人為該部分保險金之受益人。</u></p> <p><u>團體保險之身故保險金之受益人應以被保險人之家屬或其法定繼承人為限。</u></p>		<p>意二者以符實務作業，然為防止道德危險與不當得利之發生，必須貫徹限制受益人條款，故須於保險法團體保險專章中增訂，惟若被保險人書面同意以第三人為受益人時，為尊重被保險人之意願，得另行約定，故設有但書。</p>

第二款 行政函釋命令之規範

長期規劃上建議增訂團體保險專章，並於保險法授權主管機關以行政命令因應經濟社會變動及團體保險核保實務，訂定第一大類團體保險之團體定義、態樣、團體人數等之規範依據。建議額外考量目前團體保險之經營實務及態樣，針對學生保險及依據政府採購招標之團體保險案件，增列公私立各級學校教育團體、政府機關或單位管轄之人民組成團體二款。另外，第一大類團體保險係屬為團體成員利益而訂定之團體保險契約，原債權、債務人團體修改為被保險人團體之規定，為有共同債權人之債務人團體。由主管機關以行政函釋方式，將第一大類團體保險之團體明確定義如后：

「所稱『團體』係指具有五人以上且非以購買保險而組織之下列之一團體，團體並得因社會經濟變動及團體保險之發展，由主管機關視情形訂定之：

- 1.有一定雇主之員工及其眷屬團體。
- 2.依法成立之合作社、協會、職業工會、聯合團體或聯盟所組成之團體。
- 3.有共同債權人之債務人團體。
- 4.依規定得參加公教人員保險、勞工保險、軍人保險、農民健康保險或依勞動基準法、勞工退休金條例規定參加退休金計畫之團體。
- 5.中央及地方民意代表所組成之團體。
- 6.公私立各級學校。
- 7.政府機關或單位管轄之人民組成團體。
- 8.凡非屬以上所列而具有法人資格之團體。

所稱『眷屬』係指本人之配偶、父母、子女、繼子女及配偶之父母。」

第三款 團體保險單示範條款之修正

團體一年期人壽保險單示範條款

建議條文	現行條文	說明
<p>第二條</p> <p>本契約所稱「要保人」是指要保單位。</p> <p>本契約所稱「被保險</p>	<p>第二條</p> <p>本契約所稱「要保人」是指要保單位。</p> <p>本契約所稱「被保險</p>	<p>1.參酌美國保險監理官協會（NAIC）團體人壽模範法案、團體健康模範法案與紐約州保險法第四千二百</p>

建議條文	現行條文	說明
<p>人」是指本契約所附被保險人名冊內所載之人員。</p> <p>本契約所稱「團體」是指具有五人以上且非以購買保險而組織之下列之一團體：</p> <p>一、有一定雇主之員工及其眷屬團體。</p> <p>二、依法成立之合作社、協會、職業工會、聯合團體、或聯盟所組成之團體。</p> <p>三、<u>有共同債權人之債務人團體</u>。</p> <p>四、依規定得參加公教人員保險、勞工保險、軍人保險、農民健康保險或依勞動基準法、勞工退休金條例規定參加退休金計畫之團體。</p> <p>五、中央及地方民意</p>	<p>人」是指本契約所附被保險人名冊內所載之人員。</p> <p>本契約所稱「團體」是指具有五人以上且非以購買保險而組織之下列之一團體：</p> <p>一、有一定雇主之員工團體。</p> <p>二、依法成立之合作社、協會、職業工會、聯合團體、或聯盟所組成之團體。</p> <p>三、<u>債權、債務人團體</u>。</p> <p>四、依規定得參加公教人員保險、勞工保險、軍人保險、農民健康保險或依勞動基準法、勞工退休金條例規定參加退休金計畫之團體。</p> <p>五、中央及地方民意</p>	<p>一十六條第十四類符合資格條件之團體等團體定義之規範。</p> <p>2.因應實務上有一定雇主之團體保險實務上多允許員工之眷屬加入投保，參採人身保險商品審查應注意事項第 98 點增列相關規定。另團體保險係為團體成員利益而訂定，修正第三款規定為被保險團體。由要保人編列預算投保之學生團體保險、國軍團體保險、鄉鎮縣市民團體保險等作業需求，爰增列第六款及第七款之規定以符實務。</p>

建議條文	現行條文	說明
<p>代表所組成之團體。</p> <p><u>六、公私立各級學校。</u></p> <p><u>七、各級政府機關或單位管轄之人民組成之團體。</u></p> <p><u>八、凡非屬以上所列而具有法人資格之團體。</u></p> <p><u>本契約所稱「眷屬」係指本人之配偶、父母、子女、繼子女及配偶之父母。</u></p> <p>本契約所稱「殘廢」，是指被保險人在本契約有效期間內致成附表所列殘廢程度之一者。</p>	<p>代表所組成之團體。</p> <p><u>六、凡非屬以上所列而具有法人資格之團體。</u></p> <p>本契約所稱「殘廢」，是指被保險人在本契約有效期間內致成附表所列殘廢程度之一者。</p>	

團體傷害保險單示範條款

建議條文	現行條文	說明
第二條	第二條	1.參酌美國保險監理官協會（NAIC）團體

建議條文	現行條文	說明
<p>本契約所稱「要保人」是指要保單位。</p> <p>本契約所稱「被保險人」是指本契約所附被保險人名冊內所載之人員。</p> <p>本契約所稱「團體」是指具有五人以上且非以購買保險而組織之下列之一團體：</p> <p>一、有一定雇主之員工及其眷屬團體。</p> <p>二、依法成立之合作社、協會、職業工會、聯合團體、或聯盟所組成之團體。</p> <p>三、<u>有共同債權人之債務人團體</u>。</p> <p>四、依規定得參加公教人員保險、勞工保險、軍人保險、農民健康保險或依勞動基準法、勞工退休金條</p>	<p>本契約所稱「要保人」是指要保單位。</p> <p>本契約所稱「被保險人」是指本契約所附被保險人名冊內所載之人員。</p> <p>本契約所稱「團體」是指具有五人以上且非以購買保險而組織之下列之一團體：</p> <p>一、有一定雇主之員工團體。</p> <p>二、依法成立之合作社、協會、職業工會、聯合團體、或聯盟所組成之團體。</p> <p>三、<u>債權、債務人團體</u>。</p> <p>四、依規定得參加公教人員保險、勞工保險、軍人保險、農民健康保險或依勞動基準法、勞工退休金條</p>	<p>人壽模範法案、團體健康模範法案與紐約州保險法第四千二百一十六條第十四類符合資格條件之團體等團體定義之規範。</p> <p>2.因應實務上有一定雇主之團體保險實務上多允許員工之眷屬加入投保，參採人身保險商品審查應注意事項第 98 點增列相關規定增列相關規定。另團體保險係為團體成員利益而訂定，修正第三款規定為被保險團體。由要保人編列預算投保之學生團體保險、國軍團體保險、鄉鎮縣市民團體保險等作業需求，爰增列第六款及第七款之規定以符實務。</p>

建議條文	現行條文	說明
<p>例規定參加退休金計畫之團體。</p> <p>五、中央及地方民意代表所組成之團體。</p> <p><u>六、公私立各級學校。</u></p> <p><u>七、各級政府機關或單位管轄之人民組成之團體。</u></p> <p><u>八、凡非屬以上所列而具有法人資格之團體。</u></p> <p><u>本契約所稱「眷屬」係指本人之配偶、父母、子女、繼子女及配偶之父母。</u></p> <p>本契約所稱「殘廢」，是指被保險人在本契約有效期間內致成附表所列殘廢程度之一者。</p>	<p>例規定參加退休金計畫之團體。</p> <p>五、中央及地方民意代表所組成之團體。</p> <p><u>六、凡非屬以上所列而具有法人資格之團體。</u></p> <p>本契約所稱「殘廢」，是指被保險人在本契約有效期間內致成附表所列殘廢程度之一者。</p>	

第三節 後續研究建議

除上述委託研究內容外，本研究認為團體保險有待進一步延申探討之問題，爰臚列如下，以期納入後續研究內容：

一、強制經驗分紅之妥適性

經驗分紅乃係根據「經驗」而來，且依費率公平原則會將不佳之理賠經驗遞延至下一保單年度。惟團體保險屬一年期之定期保險契約，並無解約金，相對於個人保險消費者亦較無商品忠誠度。因此對於規模較小的團體保戶，經驗好時保險公司給予分紅退費，經驗不好時，消費者卻會立刻轉投保其他保險公司。於此情形下，強制經驗分紅之妥適性如何值得進一步研究。

二、長年期團體保險之規劃

現行長年期團體保險商品進行審查時，於要保人交付部分保險費與員工（被保險人）負擔部分保險費之情形下，因為有保單現金價值歸屬於要保人或被保險人爭議，解約時之解約金歸屬於要保人或被保險人問題，要保人是否有解除契約或終止長年期團體保險契約權利問題未釐清，影響目前實務上保險公司送審長年期團體保險之意願。在國外規範上，屬員工自費由員工和公司共同支付保費者，依據保險費支付之百分比與員工在公司的年資，規範可獲得解約金之比例。對於長年期團體保險之保單現金價值歸屬與解除契約權利之行使，值得進一步研究。

三、團體長期照護保險發展之可行性

近年來，國內企業已漸重視員工福利，團體健康保險保費收入不僅呈現逐年上升之趨勢，於 2005 年開始已超越團體人壽保險之保費收入，2007 年及 2008 年則已超過團體傷害保險之保險費收入。由團體保險市場發展可知，團體健康保險在團體保險市場之重要地位。因

應社會環境之變遷，人口結構改變、少子化高齡化社會之形成；本研究建議未來可由政府帶動企業、民間，由稅賦上之優惠建立長期照護之觀念，就團體長期照護保險之發展做進一步之研究，降低長期照護可能衍生之社會問題。

附錄

附錄一：文獻回顧

附錄二：違反法令及處罰公告情形

附錄三：NAIC 團體人壽保險模範法節譯

附錄四：NAIC 團體健康保險模範法節譯

附錄五：法國法節譯

附錄六：紐約州保險法第 3205 條及第 4216 條

附錄七：訪談內容與議題

附錄八：團體保險商品監理措施改進座談會會議紀錄

附錄一 文獻回顧

第一節 團體保險相關問題之見解

有關團體保險實務作業在保險法上面臨之問題，本研究彙整國內相關文獻有關團體保險之當事人定位、保險利益、被保險人同意、受益人指定及團體定義等見解如下：

一、當事人定位

羅淑娟（1995），認為團體保險之當事人一方為要保人（投保團體），另一方為保險人。基於契約自由原則，團體保險之要保人得依其自由意志選擇保險人與之訂立團體保險契約。

林建智、彭金隆（2008），認為應區分要保人與被保險團體中各被保險人是否具有明確保險利益加以探討。具有明確保險利益者，無須創設要保單位，繼續現行團體保險架構，性質上屬單一保險契約承保之被保險人為多數人而非一人。無明確保險利益者，須以集體投保之概念重新架構契約當事人，被保險團體之成員同時為要保人兼被保險人，使團體成員成為各保險契約之當事人，要保單位則為要保人之代理人。現行示範條款未定義何謂要保單位，無論是否重新定位團體保險之當事人，應釐清要保單位與團體二者概念之差異。

二、保險利益

陳光熙（1987），認為保險利益之概念雖屬損害保險所獨有，但我國保險法之保險利益屬財產保險與人身保險共同之概念；因此，保險利益應採取「關係說」較為洽當，保險利益可說是要保人或被保險人對保險標的因保險事故發生，可能遭受經濟上損害之關係。

方明川（1991），認為團體保險之道德危險防範應自受益人範圍限制、團體符合資格性、團體成立目的等著眼，不必探究團體保險之保險利益問題。因各種利害關係而產生經濟利益，此種利害關係亦能適用於團體保險。團體保險之要保人為團體，該團體可為企業雇主，亦可為工會、協會或其他組織，之所以能為員工或會員投保，係要保人對其有保險利害關係存在，因為團體自己之利益與被保員工之利益休戚相關。悉依保險法第 16 條之法理將個人保險利益用於團體保險，自會發生解釋不通之後果，不符實務與社會大眾對具有社會保險性質之團體保險需要。只要團體與其成員雙方有某種關係使得有效契約存在，如僱傭關係、勞工會員關係、債權債務關係等均產生利益，如遭受不確定性質之危險事故，產生損失，即發生不利益，團體為救濟此一不利益，即可為之購買團體保險提供保障。採保險法第 20 條

基於有效契約而生之利益作為團體保險保險利益之擴大解釋，不全然能解釋團體保險利益，應如同社會保險將被保險成員與受益人關係以法律單獨一條明確規範。

袁宗蔚（1993），認為人身保險契約之訂立，因要保人對被保險人之生命或身體，具有利害關係，有保險利益存在。因此要保人以他人之生命或身體為保險標的，訂立保險契約，其保險利益之存在有二種情形：1.愛情或親情；2.金錢利害關係，如企業雇主對其重要職員。

羅淑娟（1995），認為在保險利益方面應將保險利益之概念自人身保險中抽離，不僅得以解決團體保險要保人無保險利益導致契約無效之問題，亦得以一併導正保險法中規定保險利益概念適用於人身保險之謬誤。

江朝國（1999），認為第三人對被保險人之生存與否具有利益，而欲以他人之生命為保險事故發生之對象，須他人書面同意，由被保險人自由意思指定其受益人。因此，只要被保險人同意以其生命為保險標的，則要保人是否對被保險人具有保險利益並無實質之意義可言。

林建智、彭金隆（2008），認為現行團體保險亦有適用保險法第16條之問題，及保險法第20條不足以作為團體保險要保人對被保險人具有保險利益之依據。團體保險實務上，除債權人及債務人類型、雇主及重要員工間有明顯之保險利益外，大部分均有欠缺保險利益之情形。在團體保險實務上，基於有效契約而生之利益可作為人身保險之保險利益，易造成形式上有契約關係存在，實質上要保人與被保險人間無利害關係存在，如團體成員之死亡或殘廢對於團體並無影響，如此將失去保險利益防範道德危險之功能。

三、被保險人書面同意

羅淑娟（1995），認為以被保險人書面同意限制道德危險，存在團體以優勢地位要求被保險人同意要保人以其生命身體投保之弊端。在被保險人為契約中心之概念下，因保險事故係以被保險人之生命或身體為發生對象，故保險給付應歸屬於被保險人或其繼承人，或被保險人指定之受益人。由於要保團體對保險契約並無任何利益，因此並不會產生要保團體為自己利益，以其優勢地位脅迫被保險人為書面同意之缺失。

四、受益人指定或變更

方明川（1991），認為雖然團體與成員雙方間某種關係得以為保險利益，但又為防止要保人產生道德危險，又規定受益人得為被保險人自己或第三人，不得為要保人。

羅淑娟（1995），認為就保險給付而言依契約之本質保險給付應歸屬於被保險人，故受益人之指定或變更權應由被保險人為之，然為兼顧要保人之契約當事人地位，以被保險人之書面同意達到被保險人指定或變更受益人之實質。再基於團體保險係為被保險人利益訂立，以保障被保險人及家屬之福利與團體保險填補社會福利不足之社會意義，應將團體保險之受益人限於被保險人、被保險人之繼承人或被保險人之家屬。

五、團體定義

方明川（1991），認為團體成員之定義應由保險公司於核保時適當規範，亦須對承保團體成員在團體保險中加上某些相關條件限制。一般團體只設下限未設上限，把團體擴大為一鄉、一鎮、一縣、一市之全體人民，顯然失當，因為鄉鎮縣市不符合團體定義。

林建智、彭金隆（2008），認為在要保人與被保險人同一人，團體對於團體成員無須具有保險利益，可突破傳統團體保險「先確定團體成員，後投保」之僵化作業模式，採取「集體投保」之方式，有助於開發更多新興團體保險商品，而團體之定義亦隨之擴大。

第二節 團體保險實務問題之解決對策

在團體保險實務面臨問題建議解決對策方面，國內相關文獻提出之建議如下：

方明川（1991），建議修正團體保險單示範條款第2條團體定義及第17條受益人之指定及變更。凡購買團體保險之團體，團體之負責人或要保單位不應從中獲取利益，保險公司承作團體保險得視實際需要增訂父母、配偶及子女之定義，並納入為被保險人。債權、債務人團體，債權人得於對債務人債務餘額為受益人，並明訂於契約條款中。

羅淑娟（1995），建議針對團體保險保險法上面臨之問題區分為短期與長期之解決方案。短期來說，以團體個別成員為要保人兼被保險人，將團體視為代各被保險人投保，避免現行制度以團體為要保人所致影響契約效力情形；長期建議刪除保險法第16條、修訂保險法第17條、第110條、第111條，並於保險法中增訂團體保險專節針對團體保險之特殊性為規定，包括團體保險之定義、限制團體保險契

約受益人範圍、被保險人不實告知部分保險契約有效等規定。在示範條款除修訂團體一年定期人壽保險單示範條款第 1 條、第 18 條外，應將示範條款所稱之員工、被保險員工改以「成員」或「被保險成員」代替。此外，亦建議主管機關應制定團體長期壽險、團體健康保險示範條款。

林建智、彭金隆（2008），建議團體保險應區分為甲、乙型分別規範以解決實務作業問題。甲型為要保人與被保險人不同一人，團體成員已確定，團體與團體成員具有保險利益之「被保險人團體」，無須創設要保單位。為免保險法第 16 條之爭議，現行示範條款未提及需有保險利益，要保人與被保險人不同一人時仍應強調要保人對被保險人之需有保險利益。此外，為免道德危險及逆選擇，若要保人對被保險人具有保險利益，且已符合保險法第 105 條之規定，則可刪除團體類型及團體須非以購買保險而組織者。乙型為要保人與被保險人同一人，團體成員投保時未能確定，團體與團體成員間雖欠缺保險利益，但團體與團體成員間具有一定連結關係之「要保人團體」，要保單位為要保人之代理人。

第三節 小結

文獻關於團體保險當事人定位、保險利益、被保險人同意、受益人指定等見解及其建議，本研究認為可將現行實務所稱團體保險區分為二大類，並分別規範當事人定位較為可採。有學者認為保險利益不適用於人身保險（屬於人身保險之團體保險亦包括在內）；亦有學者認為團體保險之道德危險防範應自受益人範圍限制、團體符合資格性、團體成立目的等著眼，不必探究團體保險之保險利益問題。然此等見解均需以修正保險法之方式進行，縱使修正保險法一途較為困難，惟為徹底解決處理實務上落實保險法第 16 條及第 105 條之疑義，在保險利益及被保險人書面同意與指定受益人部分，仍應採保險法單獨設立章節之立法方式規範要保人與被保險人不同一人時，具有為團體成員利益投保之團體保險，其保險利益、被保險人書面同意及受益人指定變更等規範之方式較為可採。

附錄二 違反法令規定處罰公告情形

公 司 名 稱	案 由	裁罰日期	金 額
旺旺友聯產物保險股份有限公司	保險法第 105 條、第 135 條及第 149 條第 1 項規定。旺旺友聯產物保險股份有限公司承保團體傷害保險保單為由第三人訂立之傷害保險，未經被保險人書面同意逕予承保，核與保險法第 135 條準用第 105 條規定不符，依保險法第 149 條第 1 項規定，予以糾正。	98/4/23	旺旺友聯產物保險股份有限公司承保團體傷害保險保單為由第三人訂立之傷害保險，未經被保險人書面同意逕予承保，核與保險法第 135 條準用第 105 條規定不符，依保險法第 149 條第 1 項規定，予以糾正。
國寶人壽保險公司	保險法第 171 條規定。該公司辦理團體保險業務時，查有招攬個人保件者以團險費率計收保費，應依保險法第 171 條規定。	98/4/16	核處罰鍰新臺幣 60 萬元
新光人壽保險股份有限公司	保險法第 149 條第 1 項、第 171 條、第 171 之 1 第 5 項規定。新光人壽所訂招攬作業處理程序有未剛備、業務員不當招攬未予依規懲處、透過電話行銷團體保險商品、銷售團體保險有銷售個別保險人及自行增列批註條款有違反保險法第情事。	98/4/16	共計核處罰鍰新臺幣 720 萬元及予以糾正。

公 司 名 稱	案 由	裁 罰 日 期	金 額
保誠人壽保險股份有限公司	經查保誠人壽保險股份有限公司銷售「台電工會會員優惠福利計畫」之「保誠人壽團體一年定期壽險」、「保誠人壽團體意外傷害保險」、「保誠人壽團體傷害醫療保險給付附加條款」、「保誠人壽團體住院醫療保險(乙型)」及「保誠人壽團體癌症住院日額保險」等 5 商品，以批註條款變更原核准、核備或備查之保險商品之保險範圍、除外責任、保險金給付條件或經驗退費等內容。該公司未完成前揭批註條款之審查程序即予使用，與保險法第 144 條第 1 項授權訂定之「保險商品銷售前程序作業準則」第 15 條或第 20 條規定不符，應依保險法第 171 條規定，核處新臺幣 60 萬元罰鍰。	98/1/23	核處新臺幣 60 萬元罰鍰。
旺旺友聯產物保險股份有限公司	查該公司招攬保險業務人員未具業務員資格及登錄他公司、保險商品之附加保險或條款未依規定備查、要保書修正未依規定備查、團單個賣及辦理放款予力霸集團關係戶致遭受鉅額損失影響債權歸收等情事，依保險法相關規定，核處罰鍰新臺幣 360 萬元整及予以糾正。	97/12/26	核處罰鍰新臺幣 360 萬元整及予以糾正。
法商法國巴黎產物保險股份有限公司台灣分公司	法商法國巴黎產物台灣分公司有電話行銷招攬保險業務人員未具業務員資格、招攬個人保件以團體保險費率計收保險費等情事，依保險法相關規定，核處罰鍰新臺幣 120 萬元整。	97/11/7	核處罰鍰新臺幣 120 萬元整。
幸福人壽保險股份有限公司	該公司辦理團體保險業務時，查有招攬個人保件者以團體險費率計收保費之情事，應依保險法第 171 條規定，核處罰鍰新臺幣 60 萬元整。	97/7/25	核處罰鍰新臺幣 60 萬元整。

公 司 名 稱	案 由	裁罰日期	金 額
中國人壽保險股份有限公司	中國人壽保險股份有限公司銷售「全方位團體定期綜合保險」專案中所使用之「團體定期綜合保險加保同意書」，因未依保險商品銷售前程序作業準則第 15 條或第 20 條規定完成保險商品審查程序即行採用，違反保險法第 144 條第 1 項規定。	97/7/22	依保險法第 171 條規定，核處罰鍰新臺幣 60 萬元。
中國人壽保險股份有限公司	中國人壽保險股份有限公司透過中國信託保險經紀人公司銷售「保家房貸團體定期綜合保險」專案中所使用之「團體綜合保險加保同意書」，因未依保險商品銷售前程序作業準則第 15 條或第 20 條規定完成保險商品審查程序即行採用，違反保險法第 144 條第 1 項規定。	97/6/30	依保險法第 171 條規定，核處罰鍰新臺幣 60 萬元。
紐西蘭商康健人壽保險股份有限公司台灣分公司	該分公司以電話行銷方式銷售團體保險，核有違反「保險業辦理電話行銷業務應注意事項」第 7 點第 1 項規定之情事，應依行為時保險法第 149 條第 1 項規定處予糾正。	97/6/26	應依行為時保險法第 149 條第 1 項規定處予糾正
美商安達保險股份有限公司台灣分公司	該公司辦理團體保險業務時，查有招攬個人保件者以團險費率計收保費，暨專案加保申請書所加列文字未送審查之情事，應依保險法第 171 條規定，核處新臺幣 120 萬元罰鍰。	97/5/29	核處新臺幣 120 萬元罰鍰。
兆豐產物保險股份有限公司	銷售團體傷害保險，變更要保書聲明與告知事項，與原送審通過之內容不符，核與「保險商品銷售前程序作業準則」第 20 條及 93.3.2 台財保字第 0930750138 號函規定不符，應依保險法第 171 條規定，核處新臺幣 60 萬元罰鍰。	97/1/31	核處新臺幣 60 萬元罰鍰。

附錄三 NAIC 團體人壽保險模範法節譯

第一條 團體人壽保險之定義

除第二條定義之情形外，團體人壽保險需滿足下列敘述：

A. 核發給雇主或是由雇主所建立的基金之管理者，該雇主或該管理者視為保單持有人，以確保員工之利益，並以以下規定為條件：

- (1) 符合保險條件之員工為雇主所僱之所有員工，並且無階級之分。保單中所謂合適之「員工」包括：子公司之員工、個別業主之員工，以及一個或多個以上之關係企業之合夥人、獨資、合夥關係之單位皆在規範之中。保單所謂合適之「員工」，亦包括：如果雇主擁有單一個所有權或合夥關係，則其「員工」應包含單一業主或夥伴。保單所謂合適之「員工」，亦包括：退休之員工、前期之員工以及董事。針對公共團體所核發之保單，其「員工」應包括被推選或被指派之官員。

備註：第（1）段末句之條文如被其他情況所涵蓋，則可省略。

- (2) 保險費須由雇主所設之基金或員工所提撥成立之基金支付，或由兩者共同承擔。除了第（3）段所限制之情形外，保費非由被保險之員工所繳納之保單，其保障範圍，除了以書面方式拒絕保險範圍之員工外，涵蓋所有其他合適之員工。

- (3) 保險人可以排除可保險條件不符合規定之個人或限制其承保範圍。

B. 核發給債權人或其控股母公司，或受託人、受二以上債權人委派之代理人之保單，債權人、控股公司、分支機構、管理人或代理人視為保單持有人，訂定以下規範以保障債務人及債權人：

- (1) 保單所約定符合資格之債務人為債權人所有之債務人，並且無階級之分。保單中所謂的「債務人」應包括：

- (a) 金錢之借款人、貨物之買主、租賃人，或以賒欠方式完成的服務、資產所有權之交易。

- (b) 一個或一個以上子公司之債務人；以及
 - (c) 一個或多個以上關係企業之債務人、獨資或合夥關係之單位皆在規範之中。
- (2) 保險費須由債權人之基金或由被保險的債務人所共同支付，或由兩者共同承擔。除了第(3)段所限制之情形外，保費非由被保險之債務人因保險關係所成立之基金支付之保單，其保障範圍適用所有合適之債務人。
 - (3) 保險人可以排除保險條件不符合規定之債務人。
 - (4) 除了與額度限制大於 10,000 元的開放式信貸有關之保險，可以以不大於其額度限制之金額為保險金額外，保險金額在任何時候都不可超過或大於未支付給債權人的預定之債務額度或確實之債務額度。
 - (5) 保險金額可以被支付予債權人或其權利、名義以及利益之受讓人。該筆款項須扣除債務人之負債，並且任何超出保險金額的數額須以被保險人的資產支付。
 - (6) 儘管條文如以上分款規定，有關農業信用交易保證之保險金額最高可至貸款金額，以一非遞減或平準保費的方式承做。
- C. 核發給工會或由員工組成之類似組織，該公會或組織視為保單持有人，為保障該工會或該組織會員（而非該工會或該組織官員、代表或代理人）之利益，訂定以下規範以保障之：
- (1) 保單所約定符合資格之會員為工會或組織中所有之會員，並且無階級之分。
 - (2) 保險費須由工會或組織所設之基金或被保險會員所提撥成立之基金支付，或由兩者共同承擔。除了第(3)段所限制之情形外，保險費非由被保險會員所繳納之保單，其保障範圍，除了以書面方式拒絕保險範圍之會員外，涵蓋所有其他合適之會員。
 - (3) 保險人可以排除保險條件不符合規定之被保險人。
- D. 核發給採用信託或是受託人形式之二(2)或以上之雇主、一或以上之工會、或由員工組成之類似組織，該信託或是受託人視

為保單持有人，以確保員工、工會或組織會員（而非該工會或該組織官員）之利益，並以以下規定為條件：

- (1) 保單所約定符合資格者為隸屬於該雇主下之所有員工、工會或組織中所有之會員，並且無階級之分。保單中所謂符合資格之「員工」包括：子公司之員工、個別業主之員工，以及一個或多個以上之關係企業合夥人、獨資或合夥關係之單位皆在規範之中。保單所謂合適之「員工」，亦包括：如果雇主擁有單一個所有權或合夥關係，則其「員工」應包含單一業主或夥伴。保單所謂符合資格之「員工」，亦包括：退休之員工、前期之員工以及董事。保單所謂符合資格之「員工」，亦包括：受託人或其員工、如果其職責與信託關係有關，則皆屬於規定範圍內。
 - (2) 保險費須由被保險人之雇主所設之基金、工會或由員工組成之類似組織所設之基金、或由被保險人與上述單位共同支付。除了第(3)段所限制之情形外，保費非由被保險會員所繳納之保單，其保障範圍，除了以書面方式拒絕保險範圍之會員外，涵蓋所有其他合適之會員。
 - (3) 保險人可以排除保險條件不符合規定之被保險人。
- E. 核發給協會或以信託基金或受託人基金形式來保障會員收益之二或以上之協會之保單，該協會在最初應該擁有最少 100 成員；基於同一信仰或目的（非以保險為目的）；運作至少兩年以上；並且依法律團體設立規章需：(i) 該組織每年至少需針對會員舉辦不少於一次之會議。(ii) 除信用合作社外，協會需像其會員收取會費或徵求捐款。(iii) 其會員在管理理事會和委員會需有投票權及代表。並以以下規定為條件：
- (1) 保單保障之範圍包括協會中全體之會員及員工，並且無階級之分。以確保上述人員（而非雇主）之利益。
 - (2) 保險費須由協會或雇主所設之基金支付，或由上述單位共同支付；或由被保險人支付。
 - (3) 除了第(4)段所限制之情形外，保費非由被保險人所繳納之保單，其保障範圍，除了以書面方式拒絕保險範圍之會員外，涵蓋所有其他合適之成員。
 - (4) 保險人可以排除可保險條件不符合規定之個人或限制其承保範圍。

F. 核發給信用合作社、信託、受託人、或由二（2）或以上之信用合作社指派代之保單，該信用合作社、信託、受託人、或由二（2）或以上之信用合作社指派代理人視為保單持有人，為確保信用合作社之會員（而非該信用合作社、信託、受託人、代理人或官員）之利益，以下規定為條件：

- （1）保單所約定符合資格之會員為信用合作社全體之會員，並且無階級之分。
- （2）保險費需由持有保單之信用合作社基金支付，除了（3）之情形外，適用於所有之合適之成員。
- （3）保險人可以排除可保險條件不符合規定之個人或限制其承保範圍。

Model Regulation Service—October 2005

GROUP LIFE INSURANCE DEFINITION AND GROUP LIFE INSURANCE STANDARD PROVISIONS MODEL ACT

Table of Contents

Section 1.	Group Life Insurance Definition
Section 2.	Limits of Group Life Insurance
Section 3.	Notice of Compensation
Section 4.	Dependent Group Life Insurance
Section 5.	Group Life Insurance Standard Provisions
Section 6.	Supplementary Bill Relating to Conversion Privileges

Section 1. Group Life Insurance Definitions

Except as provided in Section 2, no policy of group life insurance shall be delivered in this state unless it conforms to one of the following descriptions:

A. A policy issued to an employer, or to the trustees of a fund established by an employer, which employer or trustees shall be deemed the policyholder, to insure employees of the employer for the benefit of persons other than the employer, subject to the following requirements:

- (1) The employees eligible for insurance under the policy shall be all of the employees of the employer, or all of any class or classes thereof. The policy may provide that the term "employees" shall include the employees of one or more subsidiary corporations, and the employees, individual proprietors, and partners of one or more affiliated corporations, proprietorships or partnerships if the business of the employer and of the affiliated corporations, proprietorships or partnerships is under common control. The policy may provide that the term "employees" shall include the individual proprietor or partners if the employer is an individual proprietorship or partnership. The policy may provide that the term "employees" may include retired employees, former employees and directors of a corporate employer. A policy issued to insure the employees of a public body may provide that the term "employees" shall include elected or appointed officials.

Drafting Note: Last sentence of Paragraph (1) may be deleted if its content is covered by other statutes.

- (2) The premium for the policy shall be paid either from the employer's funds or from funds contributed by the insured employees, or from both. Except as provided in Paragraph (3), a policy on which no part of the premium is to be derived from funds contributed by the insured employees shall insure all eligible employees, except those who reject the coverage in writing.
- (3) An insurer may exclude or limit the coverage on any person as to whom evidence of individual insurability is not satisfactory to the insurer.

B. A policy issued to a creditor or its parent holding company or to a trustee or trustees or agent designated by two (2) or more creditors, which creditor, holding company, affiliate, trustee, trustees or agent shall be deemed the policyholder, to insure debtors of the creditor or creditors subject to the following requirements:

Group Life Insurance Model Act

- (1) The debtors eligible for insurance under the policy shall be all of the debtors of the creditor or creditors, or all of any class or classes thereof. The policy may provide that the term "debtors" shall include:
 - (a) Borrowers of money or purchasers or lessees of goods, services or property for which payment is arranged through a credit transaction;
 - (b) The debtors of one or more subsidiary corporations; and
 - (c) The debtors of one or more affiliated corporations, proprietorships or partnerships if the business of the policyholder and of the affiliated corporations, proprietorships or partnerships is under common control.
 - (2) The premium for the policy shall be paid either from the creditor's funds, or from charges collected from the insured debtors, or from both. Except as provided in Paragraph (3), a policy on which no part of the premium is to be derived from the funds contributed by insured debtors specifically for their insurance shall insure all eligible debtors.
 - (3) An insurer may exclude any debtors as to whom evidence of individual insurability is not satisfactory to the insurer.
 - (4) The amount of the insurance on the life of any debtor shall at no time exceed the greater of the scheduled or actual amount of unpaid indebtedness to the creditor, except that insurance written in connection with open-end credit having a credit limit exceeding \$10,000 may be in an amount not exceeding the credit limit.
 - (5) The insurance may be payable to the creditor or any successor to the right, title, and interest of the creditor. The payment shall reduce or extinguish the unpaid indebtedness of the debtor to the extent of the payment and any excess of the insurance shall be payable to the estate of the insured.
 - (6) Notwithstanding the provisions of the above subsections, insurance on agricultural credit transaction commitments may be written up to the amount of the loan commitment on a non-decreasing or level term plan. Insurance on educational credit transaction commitments may be written up to the amount of the loan commitment less the amount of any repayments made on the loan.
- C. A policy issued to a labor union, or similar employee organization, which shall be deemed to be the policyholder, to insure members of the union or organization for the benefit of persons other than the union or organization or any of its officials, representatives or agents, subject to the following requirements:
- (1) The members eligible for insurance under the policy shall be all of the members of the union or organization, or all of any class or classes thereof.

Model Regulation Service—October 2005

- (2) The premium for the policy shall be paid either from funds of the union or organization, or from funds contributed by the insured members specifically for their insurance, or from both. Except as provided in Paragraph (3), a policy on which no part of the premium is to be derived from funds contributed by the insured members specifically for their insurance shall insure all eligible members, except those who reject the coverage in writing.
- (3) An insurer may exclude or limit the coverage on any person as to whom evidence of individual insurability is not satisfactory to the insurer.

D. A policy issued to a trust or to the trustees of a fund established or adopted by two (2) or more employers, or by one or more labor unions or similar employee organizations, or by one or more employers and one or more labor unions or similar employee organizations, which trust or trustees shall be deemed the policyholder, to insure employees of the employers or members of the unions or organizations for the benefit of persons other than the employers or the unions or organizations, subject to the following requirements:

- (1) The persons eligible for insurance shall be all of the employees of the employers or all of the members of the unions or organizations, or all of any class or classes thereof. The policy may provide that the term "employees" shall include the employees of one or more subsidiary corporations, and the employees, individual proprietors, and partners of one or more affiliated corporations, proprietorships or partnerships if the business of the employer and of the affiliated corporations, proprietorships or partnerships is under common control. The policy may provide that the term "employees" shall include the individual proprietor or partners if the employer is an individual proprietorship or partnership. The policy may provide that the term "employees" shall include retired employees, former employees and directors of a corporate employer. The policy may provide that the term "employees" shall include the trustees or their employees, or both, if their duties are principally connected with the trusteeship.
- (2) The premium for the policy shall be paid from funds contributed by the employer or employers of the insured persons, or by the union or unions or similar employee organizations, or by both, or from funds contributed by the insured persons or from both the insured persons and the employers or unions or similar employee organizations. Except as provided in Paragraph (3), a policy on which no part of the premium is to be derived from funds contributed by the insured persons specifically for their insurance shall insure all eligible persons, except those who reject the coverage in writing.
- (3) An insurer may exclude or limit the coverage on any person as to whom evidence of individual insurability is not satisfactory to the insurer.

E. A policy issued to an association or to a trust or to the trustees of a fund established, created, or maintained for the benefit of members of one or more associations. The association or associations shall have at the outset a minimum of 100 persons; shall have been organized and maintained in good faith for purposes other than that of

Group Life Insurance Model Act

obtaining insurance; shall have been in active existence for at least two (2) years; and shall have a constitution and by-laws which provides that: (i) the association or associations hold regular meetings not less than annually to further purposes of the members, (ii) except for credit unions, the association or associations, collect dues or solicit contributions from members, and (iii) the members have voting privileges and representation on the governing board and committees. The policy shall be subject to the following requirements:

- (1) The policy may insure members of the association or associations, employees thereof or employees of members, or one or more of the preceding or all of any class or classes thereof for the benefit of persons other than the employee's employer.
- (2) The premium for the policy shall be paid from funds contributed by the association or associations, or by employer members, or by both, or from funds contributed by the covered persons or from both the covered persons and the association, associations, or employer members.
- (3) Except as provided in Paragraph (4), a policy on which no part of the premium is to be derived from funds contributed by the covered persons specifically for the insurance shall insure all eligible persons, except those who reject the coverage in writing.
- (4) An insurer may exclude or limit the coverage on any person as to whom evidence of individual insurability is not satisfactory to the insurer.

F. A policy issued to a credit union or to a trustee or trustees or agent designated by two (2) or more credit unions, which credit union, trustee, trustees or agent shall be deemed policyholder, to insure members of the credit union or credit unions for the benefit of persons other than the credit union or credit unions, trustee or trustees, or agent or any of their officials, subject to the following requirements:

- (1) The members eligible for insurance shall be all of the members of the credit union or credit unions, or all of any class or classes thereof.
- (2) The premium for the policy shall be paid by the policyholder from the credit union's funds and, except as provided in Paragraph (3), shall insure all eligible members.
- (3) An insurer may exclude or limit the coverage on any member as to whom evidence of individual insurability is not satisfactory to the insurer.

Section 2. Limits of Group Life Insurance

Group life insurance offered to a resident of this state under a group life insurance policy issued to a group other than one described in Section 1 shall be subject to the following requirements:

A. A group life insurance policy shall not be delivered in this state unless the commissioner finds that:

- (1) The issuance of the group policy is not contrary to the best interest of the public;

Model Regulation Service—October 2005

(2) The issuance of the group policy would result in economies of acquisition or administration; and

(3) The benefits are reasonable in relation to the premiums charged.

B. A group life insurance coverage may not be offered in this state by an insurer under a policy issued in another state unless this state or another state having requirements substantially similar to those contained in Subsection A(1), (2) and (3) has made a determination that the requirements have been met.

C. The premium for the policy shall be paid either from the policyholder's funds or from funds contributed by the covered persons, or from both.

D. An insurer may exclude or limit the coverage on any person as to whom evidence of individual insurability is not satisfactory to the insurer.

Section 3. Notice of Compensation

A. With respect to a program of insurance which, if issued on a group basis, would not qualify under Section 1 of this Act, the insurer shall cause to be distributed to prospective insureds a written notice that compensation will or may be paid, if compensation of any kind will or may be paid to;

(1) A policyholder or sponsoring or endorsing entity in the case of a group policy; or

(2) A sponsoring or endorsing entity in the case of individual, blanket or franchise policies marketed by means of direct response solicitation.

B. The notice shall be distributed:

(1) Whether compensation is direct or indirect; and

(2) Whether the compensation is paid to or retained by the policyholder or sponsoring or endorsing entity, or paid to or retained by a third party at the direction of the policyholder or sponsoring or endorsing entity, or an entity affiliated therewith by way of ownership, contract or employment.

C. The notice required by this section shall be placed on or accompany an application or enrollment form provided to prospective insureds.

D. The following terms shall have the meanings indicated:

(1) "Direct response solicitation" means a solicitation through a sponsoring or endorsing entity through the mails, telephone or other mass communications media;

(2) "Sponsoring or endorsing entity" means an organization that has arranged for the offering of a program of insurance in a manner that communicates that eligibility for participation in the program is dependent upon affiliation with the organization or that it encourages participation in the program.

Group Life Insurance Model Act

Section 4. Dependent Group Life Insurance

Except for a policy issued under Section 1B, a group life insurance policy may be extended to insure the employees or members against loss due to the death of their spouses and dependent children, or any class or classes thereof, subject to the following:

- A. The premium for the insurance shall be paid either from funds contributed by the employer, union, association or other person to whom the policy has been issued, or from funds contributed by the covered persons, or from both. Except as provided in Subsection B, a policy on which no part of the premium for the spouse's and dependent child's coverage is to be derived from funds contributed by the covered persons shall insure all eligible employees or members with respect to their spouses and dependent children, or any class or classes thereof.
- B. An insurer may exclude or limit the coverage on any spouse or dependent child as to whom evidence of individual insurability is not satisfactory to the insurer.
- C. The amounts of insurance for any covered spouse or dependent child under the policy may not exceed fifty percent (50%) of the amount of insurance for which the employee or member is insured.

Section 5. Group Life Insurance Standard Provision

No policy of group life insurance shall be delivered in this state unless it contains in substance the following provisions, or provisions which in the opinion of the commissioner are more favorable to the persons insured, or at least as favorable to the persons insured and more favorable to the policyholder. However, (i) Subsections F to K inclusive shall not apply to policies insuring the lives of debtors; (ii) the standard provisions required for individual life insurance policies shall not apply to group life insurance policies; and (iii) if the group life insurance policy is on a plan of insurance other than the term plan, it shall contain a nonforfeiture provision or provisions which, in the opinion of the commissioner, is or are equitable to the insured persons and to the policyholder. Nothing herein shall be construed to require that group life insurance policies contain the same nonforfeiture provisions as are required for individual life insurance policies.

- A. The policy shall contain a provision that the policyholder is entitled to a grace period of thirty-one (31) days for the payment of any premium due except the first, during which grace period the death benefit coverage shall continue in force, unless the policyholder gives the insurer written notice of discontinuance in advance of the date of discontinuance and in accordance with the terms of the policy. The policy may provide that the policyholder shall be liable to the insurer for the payment of a pro rata premium for the time the policy was in force during the grace period.
- B. The policy shall contain a provision that the validity of the policy shall not be contested except for nonpayment of premiums after it has been in force for two (2) years from its date of issue; and that no statement made by any person insured under the policy relating to his or her insurability shall be used in contesting the validity of the insurance with respect to which the statement was made after the insurance has been in force prior to the contest for a period of two (2) years during the person's lifetime nor unless it is contained in a written instrument signed by him or her. This provision shall not preclude the assertion at any time of defenses based upon provisions in the policy that relate to eligibility for coverage.

Model Regulation Service—October 2005

- C. The policy shall contain a provision that a copy of the application, if any, of the policy holder shall be attached to the policy when issued, that all statements made by the policyholder or by the persons insured shall be deemed representations and not warranties, and that no statement made by any person insured shall be used in any contest unless a copy of the instrument containing the statement is or has been furnished to the person or, in the event of death or incapacity of the insured person, to his or her beneficiary or personal representative.
- D. The policy shall contain a provision setting forth the conditions, if any, under which the insurer reserves the right to require a person eligible for insurance to furnish evidence of individual insurability satisfactory to the insurer as a condition to part or all of his coverage.
- E. The policy shall contain a provision specifying an equitable adjustment of premiums or benefits, or both, to be made in the event the age of a person insured has been misstated. The provision to contain a clear statement of the method of adjustment to be made.
- F. The policy shall contain a provision that any sum becoming due by reason of the death of the person insured shall be payable to the beneficiary designated by the person insured, except that, where the policy contains conditions pertaining to family status, the beneficiary may be the family member specified by the policy terms, subject to the provisions of the policy in the event there is no designated beneficiary, as to all or any part of the sum, living at the death of the person insured, and subject to any right reserved by the insurer in the policy and set forth in the certificate to pay at its option a part of the sum not exceeding \$2,000 to any person appearing to the insurer to be equitably entitled to it by reason of having incurred funeral or other expenses incident to the last illness or death of the person insured.
- G. The policy shall contain a provision that the insurer will issue to the policyholder for delivery to each person insured a certificate setting forth a statement as to the insurance protection to which he or she is entitled, to whom the insurance benefits are payable, a statement as to any dependent's coverage included in the certificate, and the rights and conditions set forth in Subsections H, I, J and K following.
- H. The policy shall contain a provision that, if the insurance, or any portion of it, on a person covered under the policy or on the dependent of a person covered, ceases because of termination of employment or of membership in the class or classes eligible for coverage under the policy, the person shall be entitled to have issued to him or her by the insurer, without evidence of insurability, an individual policy of life insurance without disability or other supplementary benefits, provided application for the individual policy shall be made, and the first premium paid to the insurer, within thirty-one (31) days after termination and provided further that:
 - (1) The individual policy shall, at the option of the person, be on any one of the forms then customarily issued by the insurer at the age and for the amount applied for, except that the group policy may exclude the option to elect term insurance;

Group Life Insurance Model Act

- (2) The individual policy shall be in an amount not in excess of the amount of life insurance that ceases because of termination, less the amount of any life insurance for which the person becomes eligible under the same or any other group policy within thirty-one (31) days after termination, provided that any amount of insurance that shall have matured on or before the date of termination as an endowment payable to the person insured, whether in one sum or in installments or in the form of an annuity, shall not, for the purposes of this provision, be included in the amount that is considered to cease because of termination; and
 - (3) The premium on the individual policy shall be at the insurer's then customary rate applicable to the form and amount of the individual policy, to the class of risk to which the person then belongs, and to the individual age attained on the effective date of the individual policy. Subject to the same conditions set forth above, the conversion privilege shall be available:
 - (a) To a surviving dependent, if any, at the death of the employee or member, with respect to the coverage under the group policy that terminates by reason of the death; and
 - (b) To the dependent of the employee or member upon termination of coverage of the dependent, while the employee or member remains insured under the group policy, by reason of the dependent ceasing to be a qualified family member under the group policy.
- I. The policy shall contain a provision that if the group policy terminates or is amended so as to terminate the insurance of any class of insured persons, every person insured thereunder at the date of termination whose insurance terminates, including the insured dependent of a covered person, and who has been so insured for at least five (5) years prior to the termination date shall be entitled to have issued by the insurer an individual policy of life insurance, subject to the same conditions and limitations as are provided by Subsection H above, except that the group policy may provide that the amount of the individual policy shall not exceed the smaller of:
- (1) The amount of the person's life insurance protection ceasing because of the termination or amendment of the group policy, less the amount of any life insurance for which the person is or becomes eligible under a group policy issued or reinstated by the same or another insurer within thirty-one (31) days after termination; or
 - (2) \$10,000.
- J. The policy shall contain a provision that, if a person insured under the group policy, or the insured dependent of a covered person, dies during the period within which the individual would have been entitled to have an individual policy issued in accordance with Subsection H or I above and before the individual policy shall have become effective, the amount of life insurance which he or she would have been entitled to have issued under the individual policy shall be payable as a claim under the group policy, whether or not application for the individual policy or the payment of the first premium therefor has been made.

Model Regulation Service—October 2005

- K. Where active employment is a condition of insurance, the policy shall contain a provision that an insured may continue coverage during the insured's total disability by timely payment to the policyholder of that portion, if any, of the premium that would have been required from the insured had total disability not occurred. The continuation shall be on a premium paying basis for a period of six (6) months from the date on which the total disability started, but not beyond the earlier of:
 - (1) Approval by the insurer of continuation of the coverage under any disability provision which the group insurance policy may contain; or
 - (2) The discontinuance of the group insurance policy.
- L. In the case of a policy insuring the lives of debtors, the policy shall contain a provision that the insurer will furnish to the policyholder for delivery to each debtor insured under the policy a certificate of insurance describing the coverage and specifying that the death benefit shall first be applied to reduce or extinguish the indebtedness.

Section 6. Supplementary Bill Relating to Conversion Privileges

If an individual insured under a group life insurance policy hereafter delivered in this state becomes entitled under the terms of the policy to have an individual policy of life insurance issued without evidence of insurability, subject to making of application and payment of the first premium within the period specified in the policy, and if the individual is not given notice of the existence of the right at least fifteen (15) days prior to the expiration date of the period, then in that event the individual shall have an additional period within which to exercise the right, but nothing herein contained shall be construed to continue any insurance beyond the period provided in the policy. This additional period shall expire fifteen (15) days next after the individual is given notice but in no event shall the additional period extend beyond sixty (60) days after the expiration date of the period provided in the policy. Written notice presented to the individual or mailed by the policyholder to the last known address of the individual or mailed by the insurer to the last known address of the individual as furnished by the policyholder shall constitute notice for the purpose of this paragraph.

Legislative History (all references are to the Proceedings of the NAIC).

1917 Proc. (adopted).
 1946 Proc. 334, 338-344, 352 (amended).
 1948 Proc. 459-460 (amended).
 1954 Proc. I 114, 117, 136 (amended).
 1955 Proc. I 124, 128-129, 132 (amended).
 1956 Proc. II 355, 358, 361-369, 394 (adopted new model).
 1957 Proc. I 131, 134, 163 (amended).
 1981 Proc. I 47, 51, 421, 516, 528-533 (amended and reprinted).
 1983 Proc. I 6, 35, 447, 667, 678-683 (amended and reprinted).
 1984 Proc. I 6, 31, 374, 377 (amended).
 1985 Proc. I 19, 37, 550-551, 552-557 (amended).
 1988 Proc. I 9, 21-22, 828, 851-852 (amended).

附錄四 NAIC 團體健康保險模範法節譯

第四條 允許之團體

除第五條之情形外，保險人不應簽發一團體件保單，除非該保單與其中一下述情形相符：

A. 核發給雇主或是由雇主所建立並由參與之雇主直接或間接負擔之基金管理者，該雇主或該管理者視為保單持有人，以確保員工之利益，並以下列規定為條件：

(1) (a) 符合保險條件之員工為雇主所僱之所有員工，並且無階級之分。

(b) 保單對「員工」的定義包括：

(i) 子公司之員工。

(ii) 個別業主之員工，以及一個或多個以上之附屬公司之合夥人、或涉有所有權關係或合夥關係之單位皆在規範之中。

(iii) 退休之員工、前期之員工以及董事；及

(iv) 針對團體所核發之保單，其「員工」應包括被推選或被指派之官員。

(2) 保險費須由雇主所設之基金或員工所提撥成立之基金支付，或由兩者共同承擔。

(3) 除了第(4)段所限制之情形外，保費非由被保險之員工所繳納之保單，其保障範圍，除了以書面方式拒絕保險範圍之員工外，涵蓋所有其他合適之員工。

(4) 保險人可以排除可保險條件不符合規定之個人或限制其承保範圍，另由相關委員認可採用之其他適當之法律或規範除外。

註：在 1996 年健康保險之移轉性及帳務說明法案（Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ,HIPAA）規範下，保險人簽發一團體健康保險保單時，不應就健康狀況排除或限制個人或其受撫養親屬之可保範圍。根據 HIPAA 規定，「健康狀況」包括個人之可保性證明。本法第 9 條針對團體已與 HIPAA 規定，提供委員職權去採取符合 HIPAA 規定之登記、資格相關之規章。

- B. 簽發給債權人或其控股母公司，或受託人、受二以上債權人委派之代理人之保單，債權人、控股公司、分支機構、管理人或代理人視為保單持有人，訂定以下規範以保障債務人及債權人：
- (1) 保單所約定符合資格之債務人為債權人所有之債務人，並且無階級之分。
 - (2) 保單所謂「債務人」應包括：
 - (a) 金錢之借款人、貨物之買主、租賃人，或以賒欠方式完成的服務、資產所有權之交易。
 - (b) 一個或一個以上子公司之債務人；以及
 - (c) 一個或多個以上之關係企業之債務人、獨資企業或合夥企業皆在規範之中。
 - (3) 保險費須由債權人之基金或由被保險的債務人所共同支付，或由兩者共同承擔。
 - (4) 除了第(5)段所限制之情形外，保費非由被保險之債務人因保險關係所成立之際金支付之保單，其保障範圍適用所有符合資格之債務人。
 - (5) 保險人可以排除保險條件不符合規定之債務人。
 - (6) 關於負債所應支付的保險總金額不應超過預定獲確切的未償還債務金額。保險人可以排除債務人殘疾時到期未付的款項。
 - (7) 保險金額可以被支付予債權人或其權利、名義以及利益上的繼承人。該筆款項須扣除債務人之負債，並且任何超出保險金額的數額須以被保險人的資產支付。
 - (8) 儘管條文如以上分款規定，有關農業信用交易保證之保險金額最高可至貸款金額，以一非遞減或平準保費的方式承做。
- C. 核發給工會或由員工組成之類似組織，該公會或組織視為保單持有人，為保障該工會或該組織會員（而非該工會或該組織官員、代表或代理人）之利益，訂定以下規範以保障之：

(1) 保單所約定符合資格之會員或員工為工會或組織中所有之會員

或員工，並且無階級之分。

(2) 保險費須由工會或組織所設之基金或被保險會員所提撥成立之基金支付，或由兩者共同承擔。

(3) 除了第(4)段所限制之情形外，保費非由被保險會員所繳納之保單，其保障範圍，除了以書面方式拒絕保險範圍之會員外，涵蓋所有其他符合資格之會員。

(4) 保險人可以排除保險條件不符合規定之被保險人，另由相關委員認可採用之其他適當之法律或規範除外。

註：在 HIPAA 之規範下，保險人簽發一團體健康保險保單時，不應就健康狀況排除或限制個人或其受撫養親屬之可保範圍。根據 HIPAA 規定，「健康狀況」包括個人之可保性證明。本法第 9 條針對團已與 HIPAA 規定，提供委員職權去採取符合 HIPAA 規定之登記、資格相關之規章。

D. 核發給採用信託或是由二(2)或以上之雇主設立、並由參與雇主直接或間接負擔基金之基金之受託人、一或以上之工會、或由員工組成之類似組織，該信託或受託人視為保單持有人，以確保員工、工會或組織會員（而非該工會或該組織官員）之利益，並以下列規定為條件：

(1) (a) 保單所約定符合資格者為隸屬於該雇主下之所有員工、工會或組織中所有之會員，並且無階級之分。

(b) 保單對「員工」的定義包括：

(i) 子公司之員工。

(ii) 個別業主之員工，以及一個或多個以上關係企業之合夥人、或獨資企業或合夥關係之單位皆在規範之中。

(iii) 退休之員工、前期之員工以及董事；及

(iv) 受託人或其員工、或兩者皆是，如果其職責與信託關係有關，則皆屬於規定範圍內。

(2) 保險費須由被保險人之主所設之基金、工會或由員工組成之類似組織所設之基金、或由被保險人與上述單位共同支付。

(3) 除了第(4)段所限制之情形外，保費非由被保險會員所繳納之保單，其保障範圍，除了以書面方式拒絕保險範圍之會員外，涵蓋所有其他符合資格之會員。

(4) 保險人可以排除保險條件不符合規定之被保險人，另由相關委員認可採用之其他適當之法律或規範除外。

註：在 HIPAA 之規範下，保險人簽發一團體健康保險保單時，不應就健康狀況排除或限制個人或其受撫養親屬之可保範圍。根據 HIPAA 規定，「健康狀況」包括個人之可保性證明。本法第 9 條針對團已與 HIPAA 規定，提供委員職權去採取符合 HIPAA 規定之登記、資格相關之規章。

E. (1) 保單為確保會員及一以上之機構利益，簽發予機構、或受託管人、或合於保單條款規定由機構所設立之基金並由參與之機構直接或間接負擔之管理者。

(2) (a) 該機構之營運不該受到保險人之管理。

(b) 以下要件為判斷該機構是否為保險人所經營之機構之要件；然而，下述要件之存在不應被當作是決策之限制或絕對條件。

(i) 常任董事、官員、執行人員、或員工；

(ii) 保險人或該機構之所有權人、或其他合適之團體；

(iii) 共用辦公空間或設備之保險人。

(3) 機構可能會以保險來吸引新的會員。

(4) 該機構應：

(a) 最初須有 100 人；

(b) 共目的非建立於生意關係或主僱關係；

(c) 擁有好的信譽，但並非出自於保險之目的；

(d) 活躍於市場上至少一年；

(e) 設有章程規範下列事項：

(i) 該組織每年至少需針對會員舉辦不少於一次之會議。

(ii) 除信用合作社外，協會需像其會員收取會費或徵求捐款；且

(iii) 其會員在管理理事會和委員會需有投票權及代表。

(5) 保單須遵從以下之規定：

(a) 保單保障之範圍包括協會中全體之會員及員工，並且無階級之分。以確保上述人員（而非雇主）之利益。

(b) 保險費須由協會或雇主所設之基金支付，或由上述單位共同支付；亦可由被保險人所設之基金支付，或被保險人與協會或雇主所設之基金共同支付。

(c) 除了第（d）段所限制之情形外，保費非由被保險人所繳納之保單，其保障範圍，除了以書面方式拒絕保險範圍之會員外，涵蓋所有其他合適之成員。

(d) 保險人可以排除保險條件不符合規定之被保險人，另由相關委員認可採用之其他適當之法律或規範除外。

註：在 HIPAA 之規範下，保險人核發一團體健康保險保單時，不應就健康狀況排除或限制個人或其受撫養親屬之可保範圍。根據 HIPAA 規定，「健康狀況」包括個人之可保性證明。本法第 9 條針對團已與 HIPAA 規定，提供委員職權去採取符合 HIPAA 規定之登記、資格相關之規章。

(6) (a) 為判定該機構是符合分款所提出之標準，委員可以以機構是否以保險為誘因招徠會員衡量。

(b) 如果委員判定該機構以保險為誘因之目的招徠會員，委員不應將其視為判定拒絕之單一要件。

(7) 在針對段落（4）（b）與（c）及段落（6）（a）加入生效日之修改前，段落（4）（b）與（c）及段落（6）（a）之規定不適用於對其會員採用團體保險之機構。然而，根據該分款，任何屬該機構之保單，保險人應根據本法第 6 條之規定，揭露其賠償金及下列事項：

(a) 所有與會員參與、會員維繫相關之成本，例如，手續費、會費、年費；

- (b) 該會費與年費獨立於保費之外；
 - (c) 該機構持有主要契約；
 - (d) 保險費、保險條款與保險範圍由機構與保險人共同洽訂；且
 - (e) 保險費、保險條款與保險範圍可經團體保單之持有機構與保險人共同協議後修改，不需經個別保險證持有人同意。
- (8) 如果保險人代替機構收取保費與年費，保險人須向機構會員公開代收保費與年費之訊息。

註：任何採取本法的州會希望考慮藉由放寬個人保單規定來彌平個人保險市場。

- F. 簽發給信用合作社、信託、受託人、或由二(2)或以上之信用合作社指派代之保單，該信用合作社、信託、受託人、或由二(2)或以上之信用合作社指派代理人視為保單持有人，為確保信用合作社之會員（而非該信用合作社、信託、受託人、代理人或官員）利益，以下規定為條件：
- (1) 保單所約定符合資格之會員為信用合作社全體之會員，並且無階級之分。
 - (2) 保險費需由持有保單之信用合作社基金支付，除了(3)之情形外，適用於所有符合資格之成員。
 - (3) 保險人可以排除可保險條件不符合規定之個人或限制其承保範圍。
- G. 簽發給法律中定義為團體、並屬於團體人壽保險承保範圍之團體成員保單，法律中規定相關可保性之證明須予採用。

Model Regulation Service—April 2007

GROUP HEALTH INSURANCE STANDARDS MODEL ACT

Table of Contents

Section 1.	Short Title
Section 2.	Purpose
Section 3.	Definitions
Section 4.	Permitted Groups
Section 5.	Policies Issued Out of State or to Groups Not Meeting the Requirements of Section 4
Section 6.	Notice of Compensation
Section 7.	Dependent Group Health Insurance
Section 8.	Group Health Insurance Standard Provisions
Section 9.	Regulations

Section 1. Short Title

This Act shall be known and may be cited as the Group Health Insurance Standards Act.

Section 2. Purpose

This Act lists the permissible groups that may be issued a policy of group health insurance coverage in this state. This Act lists the circumstances under which a group health insurance policy that is issued in another state may be offered to residents of this state. This Act describes the circumstances under which dependent coverage is permitted or required to be included in a group health insurance policy. This Act also lists the standard provisions that must be included in a policy of group health insurance.

Section 3. Definitions

For purposes of this Act:

- A. "Commissioner" means the commissioner of insurance.

Drafting Note: Use the title of the chief insurance regulatory official wherever the term "commissioner" appears.

- B. "Evidence of individual insurability" means medical information, or other information that indicates health status, used to determine whether coverage of an individual within the group is to be limited or excluded.

Section 4. Permitted Groups

Except as provided in Section 5, an insurer shall not deliver a group health insurance policy in this state unless it conforms to one of the following descriptions:

- A. A policy issued to an employer, or to the trustees of a fund established by an employer and maintained, directly or indirectly, by the participating employer, which employer or trustees shall be deemed the policyholder, to insure employees of the employer for the benefit of persons other than the employer, subject to the following requirements:
 - (1) (a) The employees eligible for coverage under the policy shall be all of the employees of the employer, or all of any class or classes thereof.

Group Health Insurance Standards Model Act

- (b) The policy may define "employees" to include:
 - (i) The employees of one or more subsidiary corporations;
 - (ii) The employees, individual proprietors and partners of one or more affiliated corporations, proprietorships or partnerships if the business of the employer and of the affiliated corporations, proprietorships or partnerships is under common control;
 - (iii) The retired employees, former employees and directors of a corporate employer; and
 - (iv) For a policy issued to insure the employees of a public body, elected or appointed officials.
- (2) The premium for the policy shall be paid either from the employer's fund or from funds contributed by the insured employees, or from both.
- (3) Except as provided in Paragraph (4), a policy on which no part of the premium is to be derived from funds contributed by the insured employees must insure all eligible employees, except those who reject coverage in writing.
- (4) An insurer may exclude or limit the coverage on any person as to whom evidence of individual insurability is not satisfactory to the insurer unless otherwise prohibited by any other applicable law or regulations adopted by the commissioner.

Drafting Note: Under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), insurers that issue or offer to issue certain policies of health insurance coverage in the group market may not exclude or limit eligibility for coverage to individuals or their dependents based on a health status-related factor. A health status-related factor, as defined under HIPAA, includes evidence of individual insurability. Section 9 of this Act provides authority for the commissioner to adopt regulations related to enrollment and eligibility for coverage consistent with HIPAA for those groups and policies subject to HIPAA requirements.

- B. A policy issued to a creditor or its parent holding company or to a trustee or trustees or agent designated by two (2) or more creditors, which creditor, holding company, affiliate, trustee, trustees or agent shall be deemed the policyholder, to insure debtors of the creditor or creditors with respect to their indebtedness, subject to the following requirements:

- (1) The debtors eligible for coverage under the policy shall be all of the debtors of the creditor or creditors, or all of any class or classes thereof.
- (2) The policy may define "debtors" to include:
 - (a) Borrowers of money or purchasers or lessees of goods, services, or property for which payment is arranged through a credit transaction;
 - (b) The debtors of one or more subsidiary corporations; and

Model Regulation Service—April 2007

(c) The debtors of one or more affiliated corporations, proprietorships or partnerships if the business of the policyholder and of such affiliated corporations, proprietorships or partnerships is under common control.

(3) The premium for the policy shall be paid either from the creditor's funds, or from charges collected from the insured debtors, or from both.

(4) Except as provided in Paragraph (5), a policy on which no part of the premium is to be derived from funds contributed by insured debtors specifically for their insurance must insure all eligible debtors.

(5) An insurer may exclude any debtors as to whom evidence of individual insurability is not satisfactory to the insurer.

(6) The total amount of insurance payable with respect to an indebtedness shall not exceed the greater of the scheduled or actual amount of unpaid indebtedness to the creditor. The insurer may exclude any payments that are delinquent on the date the debtor becomes disabled as defined in the policy.

(7) The insurance may be payable to the creditor or any successor to the right, title and interest of the creditor. The payment or payments shall reduce or extinguish the unpaid indebtedness of the debtor to the extent of each payment and any excess of the insurance shall be payable to the insured or the estate of the insured.

(8) Notwithstanding the preceding provisions of this section, insurance on agricultural credit transaction commitments may be written up to the amount of the loan commitment. Insurance on educational credit transaction commitments may be written up to the amount of the loan commitment less the amount of any repayments made on the loan.

C. A policy issued to a labor union or similar employee organization, which shall be deemed to be the policyholder, to insure members or employees of the union or organization for the benefit of persons other than the union or organization or any of its officials, representatives or agents, subject to the following requirements:

(1) The members or employees eligible for coverage under the policy shall be all of the members or employees of the union or organization, or all of any class or classes thereof.

(2) The premium for the policy shall be paid either from funds of the union or organization, or from funds contributed by the insured members or employees specifically for their insurance, or from both.

(3) Except as provided in Paragraph (4), a policy on which no part of the premium is to be derived from funds contributed by the insured members or employees specifically for their insurance must insure all eligible members or employees, except those who reject coverage in writing.

Group Health Insurance Standards Model Act

- (4) An insurer may exclude or limit the coverage on any person as to whom evidence of individual insurability is not satisfactory to the insurer unless otherwise prohibited by any other applicable law or regulations adopted by the commissioner.

Drafting Note: Under HIPAA, insurers that issue or offer to issue certain policies of health insurance coverage in the group market may not exclude or limit eligibility for coverage to individuals or their dependents based on a health status-related factor. A health status-related factor, as defined under HIPAA, includes evidence of individual insurability. Section 9 of this Act provides authority for the commissioner to adopt regulations related to enrollment and eligibility for coverage consistent with HIPAA for those groups and policies subject to HIPAA requirements.

- D. A policy issued to a trust, or to the trustees of a fund, established by two (2) or more employers and maintained, directly or indirectly, by those participating employers, or by one or more labor unions of similar employee organizations, or by one or more employers and one or more labor unions or similar employee organizations, which trust or trustees shall be deemed the policyholder, to insure employees of the employers or members of the unions or organizations for the benefit of persons other than the employers or the unions or organizations, subject to the following requirements:

- (1) (a) The persons eligible for coverage shall be all of the employees of the employers or all of the members of the unions or organizations, or all of any class or classes thereof.
- (b) The policy may define "employee" to include:
 - (i) The employees of one or more subsidiary corporations;
 - (ii) The employees, individual proprietors, and partners of one or more affiliated corporations, proprietorships or partnerships if the business of the employer and of the affiliated corporations, proprietorships or partnerships is under common control;
 - (iii) Retired employees, former employees and directors of a corporate employer; and
 - (iv) The trustees or their employees, or both, if their duties are principally connected with the trusteeship.
- (2) The premium for the policy shall be paid from funds contributed by the employer or employers of the insured persons, or by the union or unions or similar employee organizations, or by both, or from funds contributed by the insured persons or from both the insured persons and the employers or unions or similar employee organizations.
- (3) Except as provided in Paragraph (4), a policy on which no part of the premium is to be derived from funds contributed by the insured persons specifically for their insurance must insure all eligible persons, except those who reject coverage in writing.

Model Regulation Service—April 2007

- (4) An insurer may exclude or limit the coverage under the policy on any person as to whom evidence of individual insurability is not satisfactory to the insurer unless otherwise prohibited by any other applicable law or regulations adopted by the commissioner.

Drafting Note: Under HIPAA, insurers that issue or offer to issue certain policies of health insurance coverage in the group market may not exclude or limit eligibility for coverage to individuals or their dependents based on a health status-related factor. A health status-related factor, as defined under HIPAA, includes evidence of individual insurability. Section 9 of this Act provides authority for the commissioner to adopt regulations related to enrollment and eligibility for coverage consistent with HIPAA for those groups and policies subject to HIPAA requirements.

- E. (1) A policy issued to an association or to a trust or to the trustees of a fund established by an association or associations otherwise eligible for issuance of a policy under this subsection and maintained, directly or indirectly, by the association or associations for the benefit of members of one or more associations.
- (2) (a) An association shall not be controlled by an insurer as evidenced by the operation of the association.
- (b) The following factors may be used as evidence to determine whether an association is an insurer-operated association; however, the presence of these factors shall not serve to limit or be dispositive of such a determination:
- (i) Common board members, officers, executives or employees;
 - (ii) Common ownership of the insurer and the association or other eligible group; or
 - (iii) Common use of the same office space or equipment utilized by the insurer to transact insurance.
- (3) An association may use the solicitation of insurance as one of its methods to obtain new members.
- (4) The association or associations shall:
- (a) Have at the outset a minimum of 100 persons;
 - (b) Have a shared or common purpose that is not primarily a business or customer relationship;
 - (c) Have been organized and maintained in good faith primarily for purposes other than that of obtaining insurance;
 - (d) Have been in active existence for at least one year; and
 - (e) Have a constitution and by-laws that provide that:

Group Health Insurance Standards Model Act

- (i) The association or associations hold regular meetings not less than annually to further the purposes of the members;
 - (ii) Except for credit unions, the association or associations collect dues or solicit contributions from members; and
 - (iii) Association members have voting privileges and representation on the governing board and committees.
 - (5) The policy shall be subject to the following requirements:
 - (a) The policy may insure members of the association or associations, employees of the association or associations or employees of members, or one or more of the preceding or all of any class or classes thereof for the benefit of persons other than the employee's employer.
 - (b) The premium for the policy shall be paid from funds contributed by the association or associations, or by employer members, or by both, or from funds contributed by the covered persons or from both the covered persons and the association, associations or employer members.
 - (c) Except as provided in Subparagraph (d) of this paragraph, a policy on which no part of the premium is to be derived from funds contributed by the covered persons specifically for their insurance must insure all eligible persons, except those who reject coverage in writing.
 - (d) An insurer may exclude or limit the coverage on any individual as to whom evidence of individual insurability is not satisfactory to the insurer unless otherwise prohibited by any other applicable law or regulations adopted by the commissioner.
- Drafting Note:** Under HIPAA, insurers that issue or offer to issue a health benefit plan through a bona fide association may not exclude or limit coverage to an individual or a dependent based on a health status-related factor. A health status-related factor, as defined under HIPAA, includes evidence of individual insurability. Section 9 of this Act provides authority for the commissioner to adopt regulations related to enrollment and eligibility for coverage consistent with HIPAA for those groups and policies subject to HIPAA requirements.
- (6)
 - (a) In determining whether an association meets the standards set forth in this subsection, the commissioner shall consider whether the association's primary method of obtaining new members is not through, or in conjunction with, the solicitation of insurance.
 - (b) If the commissioner determines that an association uses the solicitation of insurance as its primary method of obtaining new members, the commissioner shall not use this determination as the sole criterion for the disapproval of a group under this subsection.
 - (7) The provisions of Paragraphs (4)(b) and (c) and (6)(a) shall not apply to any association that made available group health insurance to any of its members prior to [insert effective date for the revisions to Paragraphs (4)(b) and (c) and (6)(a)]. However, for any such association policy that would not otherwise be eligible for issuance under this subsection, the insurer shall disclose its compensation, as required by Section 6 of this Act and shall disclose the following:

Model Regulation Service—April 2007

- (a) All costs related to joining and maintaining membership in the association, such as the membership processing fees, the initial association membership fee and the amount of the annual association dues;
 - (b) That membership fees or dues are in addition to the policy premium;
 - (c) That the association holds the master contract;
 - (d) That the premium charged and the terms and conditions of coverage are determined between the association and the insurer; and
 - (e) That the premium and the terms and conditions of coverage may be changed by agreement of the association group policyholder and the insurer, without the consent of the individual certificate holder.
- (8) If an insurer collects membership fees or dues on behalf of an association, the insurer shall disclose to the members of the association that the insurer is billing and collecting membership fees and dues on behalf of the association.

Drafting Note: Any state adopting this Act that has relaxed rate or form requirements for association group policies and such policies have been or are expected to be a significant portion of the state's health insurance market may wish to consider evening the playing field for insurers writing in the individual market by, for example, similarly relaxing the requirements for individual policies.

F. A policy issued to a credit union or to a trustee or trustees or agent designated by two (2) or more credit unions, which credit union, trustee, trustees, or agent shall be deemed the policyholder, to insure members of the credit union or credit unions for the benefit of persons other than the credit union or credit unions, trustee or trustees, or agent or any of their officials, subject to the following requirements:

- (1) The members eligible for coverage shall be all of the members of the credit union or credit unions, or all of any class or classes thereof.
- (2) The premium for the policy shall be paid by the policyholder from the credit union's funds and, except as provided in Paragraph (3), must insure all eligible members.
- (3) An insurer may exclude or limit the coverage on any member as to whom evidence of individual insurability is not satisfactory to the insurer.

G. A policy issued to cover persons in a group where that group is specifically described by a law of this state as a group that may be covered for group life insurance. The provisions of the law relating to eligibility and evidence of individual insurability shall apply.

Group Health Insurance Standards Model Act

Section 5. Policies Issued Out of State or to Groups Not Meeting the Requirements of Section 4

Group health insurance coverage offered to a resident of this state or in connection with employment within this state under a group health insurance policy issued to a group other than a group described in Section 4 shall be subject to the following requirements:

- A. For any such coverage to be delivered in this state the commissioner must find that:
 - (1) The issuance of the policy is not contrary to the best interest of the public;
 - (2) The issuance of the policy would result in economies of acquisition or administration; and
 - (3) The benefits are reasonable in relation to the premiums charged.
- B. For any such coverage that is being offered in this state by an insurer under a policy issued in another state, the commissioner in this state or the state in which the policy is issued, having requirements substantially similar to those contained in Subsection A, must make a determination that the requirements of Subsection A have been met.

Drafting Note: Alternative language to Subsection B:

Alternative 1. This alternative consists of Subsection B above and Subsection C below.

- C. (1) The insurer shall file with the commissioner for information purposes:
 - (a) A copy of the group master contract;
 - (b) A copy of the statute of the state where the policy is issued, authorizing the issuance of the policy under the same or similar statute;
 - (c) Evidence of approval in the state where the policy is issued; and
 - (d) Copies of all supportive material used by the insurer to secure approval of the policy in that state including the documentation in Subsection A.
- (2) The commissioner, at any time subsequent to receipt of the information required under Paragraph (1), after finding that the requirements of Subsection A have not been met, may order the insurer to stop marketing the coverage in this state.

Alternative 2. Under this alternative the language in this Subsection B below may be used as a substitute for the language in Subsection B above.

- B. (1) For any such coverage that is being offered in this state by an insurer under a policy issued in another state, the commissioner must make a determination that the requirements of Subsection A have been met.
- (2) The insurer shall file with the commissioner:

Model Regulation Service—April 2007

- (a) A copy of the group master contract;
 - (b) A copy of the statute of the state where the policy is issued, authorizing the issuance of the group policy under the same or similar statute;
 - (c) Evidence of approval in the state where the policy is issued; and
 - (d) Copies of all supportive material used by the insurer to secure approval of the policy in that state including the documentation required in Subsection A.
- (3) If the commissioner has not made a determination within thirty (30) days of filing by the insurer, the requirements shall be deemed to have been met.
 - (4) The commissioner, at any time subsequent to receipt of the information required under Paragraph (2), after finding that the requirements of Subsection A have not been met, may order the insurer to stop marketing the coverage in this state.

Drafting Note: States should adopt Subsections C and D below regardless of which alternative a state chooses to adopt for Subsection B above.

- C. The premium for the policy shall be paid either from the policyholder's funds or from funds contributed by the covered persons, or from both.
- D. An insurer may exclude or limit the coverage under the policy on any person as to whom evidence of individual insurability is not satisfactory to the insurer unless otherwise prohibited by any other applicable law or regulations adopted by the commissioner.

Drafting Note: Under HIPAA, insurers that issue or offer to issue certain policies of health insurance coverage in the group market may not exclude or limit eligibility for coverage to individuals or their dependents based on a health status-related factor. A health status-related factor, as defined under HIPAA, includes evidence of individual insurability. Section 9 of this Act provides authority for the commissioner to adopt regulations related to enrollment and eligibility for coverage consistent with HIPAA for those groups and policies subject to HIPAA requirements.

Section 6. Notice of Compensation

- A. (1) With respect to an individual, blanket or franchise policy which, if issued through or in conjunction with a sponsoring or endorsing entity, would not qualify under Section 4A, B, C, D, E or F of this Act, the insurer shall distribute a written notice of compensation to prospective insureds if the insurer will or may pay compensation to a sponsoring or endorsing entity.
- (2) (a) With respect to a policy issued on a group basis to a group in compliance with Section 4E of this Act, the insurer shall distribute a written notice of compensation to prospective insureds if the insurer will or may pay compensation to a policyholder or sponsoring or endorsing entity in the case of a group policy.
- (b) If the compensation is solely for services performed and is not directly or indirectly for sponsoring or endorsing the insurer or any of the insurer's products, written notice of compensation is not required for:

Group Health Insurance Standards Model Act

- (i) Any compensation to the insurer for services provided to the policyholder or the sponsoring or endorsing entity; or
 - (ii) Any compensation to the policyholder or sponsoring or endorsing entity.
- B. The notice required under Subsection A shall be placed on or accompany any application or enrollment form provided to prospective insureds.
- C. The notice shall be provided, whether:
 - (1) The compensation is direct or indirect; or
 - (2) The compensation is paid to or retained by:
 - (a) The policyholder or sponsoring or endorsing entity; or
 - (b) A third party at the direction of the policyholder or sponsoring or endorsing entity, or an entity affiliated by way of ownership, contract or employment.
- D. For purposes of this section, "sponsoring or endorsing entity" means an organization that has arranged for the offering of a plan of insurance in a manner that communicates that eligibility for participation in the plan is dependent upon affiliation with the organization or that it encourages participation in the plan.

Section 7. Dependent Group Health Insurance

- A. Except for a policy issued under Section 4B of this Act, a group health insurance policy may be extended to insure the family members and dependents of the employees or members, or any class or classes thereof, if:
 - (1) The premium for the insurance is paid either from funds contributed by the employer, union, association or other person to whom the policy has been issued, or from funds contributed by the covered persons, or from both.
 - (2) Except as provided in Subsection B, a policy on which no part of the premium for the family members or dependents coverage is to be derived from funds contributed by the covered persons shall insure all eligible employees or members with respect to their family members or dependents, or any class or classes thereof.
- B. An insurer may exclude or limit the coverage under the policy on any family member or dependent as to whom evidence of individual insurability is not satisfactory to the insurer unless otherwise prohibited by any other applicable law or regulations adopted by the commissioner.

Model Regulation Service—April 2007

Drafting Note: Under HIPAA, insurers that issue or offer to issue certain policies of health insurance coverage in the group market may not exclude or limit eligibility for coverage to individuals or their dependents based on a health status-related factor. A health status-related factor, as defined under HIPAA, includes evidence of individual insurability. Section 9 of this Act provides authority for the commissioner to adopt regulations related to enrollment and eligibility for coverage consistent with HIPAA for those groups and policies subject to HIPAA requirements.

Section 8. Group Health Insurance Standard Provisions

- A. A group health insurance policy shall not be delivered in this state unless it contains in substance the provisions of this section, or provisions that, in the opinion of the commissioner, are more favorable to the persons insured, or at least as favorable to the persons insured and more favorable to the policyholder, provided that:
 - (1) Subsections F and H shall not apply to policies insuring debtors;
 - (2) The standard provisions required for individual health insurance policies shall not apply to group health insurance policies; and
 - (3) If any provision of this section is in whole or in part inapplicable to or inconsistent with the coverage provided by a particular form of policy, the insurer, with the approval of the commissioner, shall omit from the policy any inapplicable provision or part of a provision, and shall modify any inconsistent provision or part of the provision in such manner as to make the provision as contained in the policy consistent with the coverage provided by the policy.
- B. A provision that the policyholder is entitled to a grace period of thirty-one (31) days for the payment of any premium due except the first. During the grace period the policy shall continue in force, unless the policyholder has given the insurer written notice of discontinuance in advance of the date of discontinuance and in accordance with the terms of the policy. The policy may provide that the policyholder shall be liable to the insurer for the payment of a pro rata premium for the time the policy was in force during the grace period.
- C. A provision that the validity of the policy shall not be contested except for nonpayment of premiums, after it has been in force for two (2) years from its date of issue. Absent a showing of intentional fraud, no statement made by any person covered under the policy relating to insurability shall be used in contesting the validity of the insurance with respect to which the statement was made after the insurance has been in force prior to the contest for a period of two (2) years during the person's lifetime nor unless the statement is contained in a written instrument signed by the person making the statement. However, no such provision shall preclude the assertion at any time of defenses based upon the person's ineligibility for coverage under the policy or upon other provisions in the policy.
- D. A provision that a copy of the application, if any, of the policyholder shall be attached to the policy when issued, that all statements made by the policyholder or by the persons insured shall be deemed representations and not warranties, and that no statement made by any person insured shall be used in any contest unless a copy of the instrument containing the statement is or has been furnished to the person or, in the event of the death or incapacity of the insured person, to the individual's beneficiary or personal representative.

Group Health Insurance Standards Model Act

- E. A provision setting forth the conditions, if any, under which the insurer reserves the right to require a person eligible for insurance to furnish evidence of individual insurability satisfactory to the insurer as a condition to part or all of the individual's coverage.
- F. (1) Except as provided in Paragraph (2), a provision specifying the additional exclusions or limitations, if any, applicable under the policy with respect to a disease or physical condition of a person, not otherwise excluded from the person's coverage by name or specific description effective on the date of the person's loss, that existed prior to the effective date of the person's coverage under the policy. Except for disability income policies, any such exclusion or limitation may only apply to a disease or physical condition for which medical advice or treatment was received by the person during the twelve (12) months prior to the effective date of the person's coverage. In no event shall the exclusion or limitation apply to loss incurred commencing after the earlier of (a) the end of a continuous period of twelve (12) months commencing on or after the effective date of the person's coverage during all of which the person has received no medical advice or treatment in connection with such disease or physical condition; and (b) the end of the two-year period commencing on the effective date of the person's coverage. For disability income policies, any such exclusion or limitation may only apply to a disease or physical condition for which medical advice or treatment was received by the person during the twenty-four (24) months prior to the effective date of the person's coverage. In no event shall the exclusion or limitation apply to a disability commencing after the end of the two-year period starting on the effective date of the person's coverage.
- (2) A policy that is subject to the preexisting condition exclusion requirements in Section 2701 of the Public Health Service Act, as added by Pub. L. No. 104-191, shall have a provision specifying any preexisting condition exclusions or limitations consistent with those requirements except as otherwise provided by state law.

Drafting Note: HIPAA imposes limitations on the ability of insurers offering coverage in the group market to impose preexisting condition exclusions on plan participants and beneficiaries. Language has been added to Subsection F to carve out those group policies that are subject to those restrictions under HIPAA and any provisions of state law that may be more stringent than HIPAA with respect to preexisting condition exclusion and limitation requirements.

- G. If the premiums or benefits vary by age, there shall be a provision specifying an equitable adjustment of premiums or of benefits, or both, to be made in the event the age of a covered person has been misstated. The provision shall contain a clear statement of the method of adjustment to be used.
- H. A provision that the insurer will issue to the master policyholder in electronic or paper form in accordance with any communications preferences of the master policyholder for delivery to each person insured in the group an individual certificate setting forth a statement as to the insurance coverage to which that person is entitled, to whom the insurance benefits are payable, and a statement as to any

Model Regulation Service—April 2007

family member's or dependent's coverage. If family members or dependents are included in the coverage, the insurer need only issue one certificate to each family unit.

- I. If the insurer requires prior notice of a claim, a provision that written notice of a claim must be given to the insurer within twenty (20) days after the occurrence or commencement of any loss covered by the policy. Failure to give notice within that time shall not invalidate nor reduce any claim if it can be shown not to have been reasonably possible to give notice and that notice was given as soon as was reasonably possible. Any notices that may be required to be provided under this subsection may be provided in electronic or paper form in accordance with any communications preferences of the person making the claim. If the person making the claim has not made any communications preferences, then any required notices shall be provided in paper form to the person's last known address.
- J. If the insurer requires prior notice of a claim, a provision that the insurer will furnish to the person making a claim, or to the policyholder for delivery to the person, such forms as are usually furnished by it for filing proof of loss. If the forms are not furnished before the expiration of fifteen (15) days after the insurer received notice of a claim under the policy, the person making the claim shall be deemed to have complied with the requirements of the policy as to proof of loss upon submitting within the time fixed in the policy for filing proof of loss, written proof covering the occurrence, character, and extent of the loss for which claim is made. Any forms that may be required to be furnished under this subsection may be in electronic or paper form in accordance with any communications preferences of the person making the claim or the policyholder. If the person making the claim has not made any communications preferences, then any required notices shall be provided in paper form to the person's last known address.
- K. A provision that, in the case of a claim for loss of time for disability, written proof of loss must be furnished to the insurer within ninety (90) days after the commencement of the period for which the insurer is liable, and that subsequent written proofs of the continuance of disability must be furnished to the insurer at such intervals as the insurer may reasonably require, and that, in the case of claim for any other loss, written proof of loss must be furnished to the insurer within ninety (90) days after the date of loss. Failure to furnish proof within that time shall not invalidate nor reduce any claim if it was not reasonably possible to furnish proof within that time, provided the proof is furnished as soon as reasonably possible and in no event, except in the absence of legal capacity of the claimant, later than one year from the time proof is otherwise required. Any forms that may be required to be furnished under this subsection may be in electronic or paper form in accordance with any communications preferences of the person making the claim. If the person making the claim has not made any communications preferences, then any required notices shall be provided in paper form to the person's last known address.
- L. A provision that all benefits payable under the policy, other than benefits for loss of time, will be payable not more than sixty (60) days after receipt of proof, and that, subject to due proof of loss, all accrued benefits payable under the policy for loss of time will be paid not less frequently than monthly during the continuance of the period for which the insurer is liable, and that any balance remaining unpaid at the termination of the period will be paid as soon as possible after receipt of proof.

Group Health Insurance Standards Model Act

- M. A provision that the insurer at its own expense shall have the right and opportunity to:
 - (1) Examine the person of the individual for whom claim is made when and as often as it may reasonably require during the pendency of claim under the policy; and
 - (2) Make an autopsy in case of death where it is not prohibited by law.
- N. A provision that no action at law or in equity shall be brought to recover on the policy prior to the expiration of sixty (60) days after proof of loss has been filed in accordance with the requirement of the policy and that no action shall be brought at all unless brought within three (3) years from the expiration of the time within which proof of loss is required by the policy.
- O. In the case of a policy insuring debtors, a provision that the insurer will furnish the policyholder for delivery to each debtor insured under the policy a certificate of insurance describing the coverage and specifying that the benefits payable shall first be applied to reduce or extinguish the indebtedness.

Section 9. Regulations

The commissioner may adopt regulations related to enrollment or eligibility for coverage under a group policy to be issued under Section 4A, C, D or E of this Act, Section 5 of this Act or Section 7 this Act with respect to an individual or dependent of an individual based on the individual's or dependent's evidence of individual insurability. The regulations shall be subject to review in accordance with [insert statutory citation providing for administrative rulemaking and review of regulations].

Drafting Note: Under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), insurers that issue or offer to issue certain policies of health insurance coverage in the group market, including bona fide associations, may not exclude or limit eligibility for coverage to individuals or their dependents based on a health status-related factor. A health status-related factor, as defined under HIPAA, includes evidence of individual insurability. This section provides authority for the commissioner to adopt regulations consistent with HIPAA. The commissioner may adopt the provisions of the NAIC Nondiscrimination in Health Insurance Coverage in the Group Market Model Regulation.

Chronological Summary of Actions (all references are to the Proceedings of the NAIC).

- 1983 Proc. I 6, 35, 447, 667, 670-676 (adopted).
- 1984 Proc. I 6, 32, 528, 529 (amended).
- 1985 Proc. I 19, 38, 571, 599-604 (amended and reprinted).
- 1989 Proc. I 9, 24-25, 704, 839, 842-843 (amended).
- 2007 Proc. 1st Quarter (amended and reprinted).

附錄五 法國法節譯

INSURANCE CODE

法國保險法

BOOK I The contract

第一部分 契約

TITLE IV Group insurances

第四篇 團體保險

CHAPTER I

第一章

Articles L141-1

第 L141-1 條

A group insurance contract is a contract contracted by a legal entity or a head of business in view of membership by a group of persons meeting the conditions stipulated in the contract in order to cover risks happening during a lifespan, risks affecting a person's physical integrity or maternity risks, risks of incapacity for work or risks of disability or risk of unemployment.

The members must have a common link with the policyholder.

團體保險契約係指由一法律主體或由企業主體鑑於團體個別會員生命中可能發生之風險，包括個人身體風險、懷孕妊娠風險、無法工作風險、失能風險與失業風險而洽定之保險契約。

團體成員與保單持有人間必須存在有共同連結關係。

Articles L141-2

第 L141-2 條

The sums owed by the member to the policyholder for the insurance must be counted separately from those which he may owe him pursuant to another contract.

團體成員必須支付給保單持有人的保險費，必須依據團體成員另一契約分別計算之。

Articles L141-3

第 L141-3 條

The policyholder may exclude a member from the benefit of the group insurance contract only if the link which units Updated 07/27/2005 - Page 24/108 them (the member and the policyholder) is broken or if the member ceases paying the premium.

The exclusion can take effect only after forty days as from the dispatch by the policyholder of a registered letter of formal demand. This letter can be sent only ten days at the earliest after the date on which the sums due must be paid.

At the time of the formal demand, the policyholder shall inform the member that at the expiry of the time-limit provided for in the preceding paragraph, the non-payment of the premium may lead to his exclusion from the contract.

This exclusion cannot avoid, as the case may be, satisfying the established rights of the insured in consideration of the premiums or contributions formerly paid by him.

保單持有人僅可於團體成員與保單持有人間之連結關係消失或團體成員停止支付保險費的情況下，將團體成員排除於該團體保險契約之外。

前項之規定於保單持有人以掛號信向保險人正式申請後四十日開始生效；掛號信函之交寄日期必須於保險費交付後的第十天起始得寄送。

保單持有人正式申請排除團體成員於保險契約時，保單持有人應通知團體成員前項時間限制，並告知不支付保費可能被排除於保單契約外之情形。

前述之排除事項，不得對抗團體成員因前期已繳保險費所取得之權利。

Articles L141-4

第 L141-4 條

The policyholder must:

- give to the member a note prepared by the insurer which explains the covers and the conditions for entry into force as well as the formalities to be fulfilled in the event of damage;

- inform in writing the members of the modifications made to their rights and obligations, at least three months prior to the date provided for their entry into force.

The burden of proof of the delivery of the note to the member and the information relating to the contractual modifications falls on the shoulders of the policyholder.

The member can terminate his membership owing to these modifications.

However, the right to terminate the membership is not granted to the member when the link which units him with the policyholder makes compulsory his membership to the contract.

Group insurances whose object is to guarantee the refunding of a loan and which are governed by special laws shall not be submitted to the provisions of this article.

保單持有人之義務：

- 給予團體成員由保險人準備已說明記載保險範圍與保單生效情況與損害發生時必要手續之保險證。
- 至少於契約修正日起三個月內以書面通知承保之團體成員有關契約修正其權利與義務事項。

保單持有人須負擔遞送保險證給團體成員之義務，並負擔保險契約修正時通知團體成員之義務。

就第一項第二款保險契約之修正，團體成員得終止其與團體間之會員關係。

當團體成員與保單持有人間為強制性之連結關係時，團體成員無終止會員關係之權利。

團體保險之目的在擔保貸款之償還，並由特別法所規範時，不受本條之限制。

Articles L141-5

第 L141-5 條

As exception to the provisions of Articles L132-2 and L132-3, the legal representative of a disqualified person can enter, in the latter's name, into a whole life group insurance contract concluded for the performance of a labour agreement or company agreement.

除保險法第 L132-2 與 L132-3 條規定外，為當團體壽險契約因勞動契約或公司契約所締結時，不符資格之團體成員，則其法定代表人得以員工之名義加入團體壽險契約。

Articles L141-6

第 L141-6 條

In the case of group insurance contracts within the meaning of Article L141-1, other than those which are governed by Title I of Act n° 89-1009 of 31 December 1989 reinforcing the guarantees offered to insured persons against certain risks, and in case of collective agreements of capitalization which have the same characteristics as group contracts within the meaning of Article L141-1, the policyholder shall, with respect to membership to the contract and its execution, be deemed to be acting, with regard to the member, the insured and the beneficiary, as a representative of the insurance firm by which the contract was underwritten, except for the acts brought to the knowledge of the member in the manner provided for by an order of the Minister responsible for the Economy and that the policyholder is not entitled to perform. In the event of dissolution or liquidation of the policyholder organization, the contract will continue ipso jure between the insurance firm and the members of the group contract.

This article shall not apply to endowment insurance contracts whose services are related to the discontinuance of professional activity, contracted by a firm or a group of firms for the profit of their employees or by a professional body representing firms for the profit of employees or by an organization representing self-employed professionals or officials of local public bodies for the profit of its members. It does not apply to group contracts entered into by a credit institution whose object is to guarantee the refunding of a loan.

在第 141-1 條團體保險定義之規範下，除了 1989 年 12 月 31 日第一篇 89-1009 條文，增加被保險人某類風險之保障，以及其他與 L141-1 條所定義之團體契約，有相似特性之集體契約外，保單持有人在契約之會員關係及執行上應視為保險人及受益人身分，並為保險公司之代表；但在經濟部長發布之相關法令中，若有明定保單持有人不得行使前述之身分時為例外情形。若保單持有人所屬之團體遇有解散或清算之情形時，該保險契約依法仍繼續存在於保險人與團體保險成員間。

本條規定不適用於有關專業活動的終止、單一公司或數個公司為其員工福利、由專業主體代表為員工福利、自僱專業人員組織代表團體、

政府公共團體為其團體成員福利等之養老保險。本條規定亦不適用於信用機構以擔保償還貸款為目的所締結之團體保險契約。

Articles L141-7

第 L141-7 條

The board of directors of policyholder associations of endowment or capitalization group insurance contracts, whose link uniting the member with the policyholder does not make compulsory the membership to the contract, is composed of, for more than half, members who do not hold or who have not held during the two years preceding their appointment any interest nor any mandate in the insurance body that underwrites the group insurance contract, and who do not receive or who have not received during the same period any remuneration from these same organizations or companies.

The members of these contracts shall be ex-officio members of the policyholder association.

They have voting rights at the general meeting and can propose a resolution at the general meeting. A Conseil d'Etat decree shall specify the rights of the members at the general meetings of associations.

養老保險或團體保險之保單持有人董事會成員，因其與保單持有人間不具強制性之連結關係，故半數以上的董事會成員必須在現任或上任前兩年內與保險契約之保險人未曾存在任何利益或權利關係，且在現任或前項二年期限內未曾接受保險人之餽贈。

保險契約承保之會員即是保單持有人協會當然之會員。

這些會員於常會中有投票權與提案權。行政法院（Conseil d'Etat）須具體規範成員在常會中之權利。

附錄六 紐約州保險法第 3205 條及第 4216 條

§ 3205. Insurable interest in the person; consent required; exceptions.

(a) In this section:

(1) The term, "insurable interest" means:

(A) in the case of persons closely related by blood or by law, a substantial interest engendered by love and affection;

(B) in the case of other persons, a lawful and substantial economic interest in the continued life, health or bodily safety of the person insured, as distinguished from an interest which would arise only by, or would be enhanced in value by, the death, disablement or injury of the insured.

(2) The term "contract of insurance upon the person" includes any policy of life insurance and any policy of accident and health insurance.

(3) The term "person insured" means the natural person, or persons, whose life, health or bodily safety is insured.

(b) (1) Any person of lawful age may on his own initiative procure or effect a contract of insurance upon his own person for the benefit of any person, firm, association or corporation. Nothing herein shall be deemed to prohibit the immediate transfer or assignment of a contract so procured or effectuated.

(2) No person shall procure or cause to be procured, directly or by assignment or otherwise any contract of insurance upon the person of another unless the benefits under such contract are payable to the person insured or his personal representatives, or to a person having, at the time when such contract is made, an insurable interest in the person insured.

(3) Notwithstanding the provisions of paragraphs one and two of this subsection, a Type B charitable, educational or religious corporation formed pursuant to paragraph (b) of section two hundred one of the not-for-profit corporation law, or its agent, may procure or cause to be procured, directly or by assignment or otherwise, a contract of life insurance upon the person of another and may designate itself or cause to have itself designated as the beneficiary of such contract.

(4) If the beneficiary, assignee or other payee under any contract made in violation of this subsection receives from the insurer any benefits thereunder accruing upon the death, disablement or injury of the person insured, the person insured or his executor or administrator may maintain an action to recover such benefits from the person receiving them.

(c) No contract of insurance upon the person, except a policy of group life insurance, group or blanket accident and health insurance, or family insurance, as defined in this chapter, shall be made or effectuated unless at or before the making of such contract the person insured, being of lawful age or competent to contract therefor, applies for or consents in writing to the making of the contract, except in the following cases:

(1) A wife or a husband may effectuate insurance upon the person of the other.

(2) Any person having an insurable interest in the life of a minor under the age of fourteen years and six months or any person upon whom such minor is dependent for support and maintenance, may effectuate a contract of insurance upon the life of such minor, in an amount which shall not exceed the limits specified in section three thousand two hundred seven of this article.

(d) In addition to any other basis under which either an employer, or an irrevocable trust established by one or more employers or one or more employers and one or more labor unions, have an insurable interest in the lives of any of its employees or retirees or those of its subsidiaries or affiliated companies, an employer or such a trust shall have an insurable interest in the lives of any such employees or retirees who are participants or who are eligible to participate, upon the satisfaction of age, service or similar eligibility criteria, in an employee benefit plan, established or maintained by an employer as defined by the federal Employee Retirement Income Security Act of 1974, 29 U.S.C. § 1001 et seq., provided that:

(1) The employer providing for insurance coverage or causing such coverage to be issued under this subsection: (A) prior to or at the commencement of any such coverage notifies prospective insureds in writing that coverage is being obtained on their lives, requires that prospective insureds consent in writing to such coverage, provides each consenting insured the right to have any coverage on his/her life issued under the authority of this subsection discontinued at any time and describes in the notice the method the insured may use to terminate coverage; (B) at the time any insured employee's employment terminates, notifies the employee of the right to discontinue such coverage, provided, however, that no such notification shall be required if the insured employee possesses a present or prospective right to receive any of the benefits under an employee benefit plan being financed, in whole or in part, by such life insurance coverage; and (C) at any time after the termination of an insured employee's employment and upon the termination of an employee benefit plan being financed, in whole or in part, by such life insurance coverage or a reduction of the benefits provided thereunder, notifies the employee of the right to discontinue such coverage.

(2) At the time coverage is issued, the total amount of insurance coverage issued to date to the employer or trust under authority of this subsection shall not exceed the costs of employee and/or retiree benefits already incurred in connection with such employee benefit plan since the earliest date coverage on an employee or retiree was issued under this subsection, plus the projected future cost of such benefits as established by the employer.

(3) The amount of coverage insuring the life of each such employee or retiree and the selection of the employees or retirees to be insured is based purely on nondiscriminatory factors such as age, premium amount or some other nondiscriminatory factor, and not on conditions or terms of employment other than participation in an employee benefit plan described herein.

(4) If subsequent to issuance of the policy or policies providing life insurance coverage pursuant to this subsection, the insurer providing the coverage is replaced by another insurer, the employer shall notify each insured employee or retiree of such replacement.

(5) During the first five years subsequent to issuance of the policy or policies providing life insurance pursuant to this subsection, the policyholder does not undertake a pattern of borrowing likely to require all or a substantial part of the cash values of the policies to be pledged as security against repayment of such loans, unless such borrowing was incurred because of an unforeseen substantial loss of income or unforeseen increase in financial obligations.

(e) If, pursuant to subparagraph (A) of paragraph one of subsection (d) of this section, the employer receives from the employee or retiree written notice that he or she rejects the issuance of the insurance, the employer shall notify the insurer of such rejection and the insurance shall not be issued, or if the insurance has already been issued and the employee elects to have the existing coverage terminated, the employee shall notify the insurer of the election to terminate coverage in writing, and upon receipt of such written notice from the employee, the insurance shall not be continued in effect and shall terminate upon receipt of such written notice from the employee. In such event, the insurer shall pay any amounts which are payable to the employer or trust policy owner as the result of such termination of coverage, pursuant to the terms and conditions of coverage. Unless the employee or retiree complies with the requirements of this subsection, neither the employee, retiree nor his or her successor in interest, may contest the validity of the coverage.

§ 4216. Group life insurance; premium requirements; notice of conversion; filing of compensation.

(a) (1) In this chapter:

(A) "Group life insurance" means that form of life insurance covering any one of the groups specified in subsection (b) hereof, which is written under a policy issued to the policyholder as hereinafter defined, and which in all other respects conforms to the requirements of subsection (b) hereof.

(B) "Certificate holder," as used in relation to a group life insurance policy, means the person to whom a certificate evidencing such insurance is issued under any such policy, as hereinafter provided.

(2) In this section, for the purposes of insurance hereunder: "employees" may be deemed to include (i) the officers, managers, employees and retired employees of the employer and of subsidiary or affiliated corporations of a corporate employer, and the individual proprietors, partners, employees and retired employees of affiliated individuals and firms controlled by the employer through stock ownership, contract or otherwise; (ii) the individual proprietor or partner if the employer is an individual proprietor or a partnership; (iii) as used in paragraph one of subsection (b) hereof, the directors of the employer and of subsidiary or affiliated corporations of a corporate employer; and (iv) as used in paragraphs four and five of subsection (b) hereof, the trustees or their employees, or both, if their duties are principally connected with such trusteeship.

(b) Any life insurance company authorized to do business in this state may deliver in this state policies of group life insurance only as follows:

(1) A policy issued to an employer or to a trustee or trustees of a fund established by an employer, which employer or trustees shall be deemed the policyholder, insuring with or without evidence of individual insurability satisfactory to the insurer, employees of such employer, and insuring, except as hereinafter provided, all of such employees or all of any class or classes thereof determined by conditions pertaining to the employment, or by a combination of such conditions and conditions pertaining to the family status of the employee, for amounts of insurance on each person insured based upon some plan which will preclude individual selection. However, such a plan may permit a limited number of selections by employees if the selections offered utilize a consistent pattern of grading the amounts of insurance for individual group members so that the resulting pattern of coverage is reasonable. The premium for the policy shall be paid by the policyholder, either wholly from the employer's funds or funds contributed by him or from funds contributed by the insured employees, or from funds contributed jointly by the employer and employees. If all or part of the premium is to be derived from funds contributed by the insured employees, such policy must insure not less than fifty percent of such eligible employees or, if less, fifty or more of such employees. Except as provided in subsection (b) of section four thousand two hundred thirty-one of this article and in paragraph five of subsection (a) of section three thousand two hundred twenty of this chapter, such policy shall provide for payment of all benefits thereunder, to the person insured or to some beneficiary or

beneficiaries other than the employer, and shall provide for the issuance of a certificate to the policyholder for delivery to the person insured or to such beneficiary, as evidence of such insurance.

(2) A policy issued to a labor union, which shall be deemed the policyholder insuring, with or without evidence of individual insurability satisfactory to the insurer, not less than twenty-five members of such union, and insuring, except as hereinafter provided all of the members of such union or all of any class or classes thereof determined by conditions pertaining to their employment or membership in the union, or both, and who are actively engaged in their occupations, for amounts of insurance on each person insured based upon some plan which will preclude individual selection. However, such a plan may permit a limited number of selections by members if the selections offered utilize a consistent pattern of grading the amounts of insurance for individual group members so that the resulting pattern of coverage is reasonable. The premium on such policy may be paid by the union, by the members, or by the union and its members jointly. If the premium is paid by the members or by the union and its members jointly such policy must insure not less than fifty percent of such eligible members or, if less, fifty or more of such members. Except as provided in paragraph five of subsection (a) of section three thousand two hundred twenty of this chapter, such policy shall provide for the payment of benefits to the person insured or to some beneficiary or beneficiaries, other than the union or any of its officials, representatives or agents, and shall provide for the issuance of a certificate to the union for delivery to the person insured or to such beneficiary, as evidence of such insurance. Any such policy may vary from the foregoing requirements, as follows:

(A) if the policy is cancellable at the option of the insurer at the end of any policy year and if the basis of premium rates may be changed by the insurer at the beginning of any policy year, all members of such labor union may be insured thereunder;

(B) if and when members of such union apply for and pay for additional amounts of insurance, a smaller percentage of such members than fifty percent may, with evidence of individual insurability satisfactory to the insurer, be insured thereunder for such additional amounts.

(3) (A) A policy issued to a creditor or vendor, or to a trustee or agent designated by two or more creditors or vendors, which creditor, vendor, trustee, or agent shall be deemed the policyholder, except as hereinafter provided.

(B) The policy shall insure all of the members, but may exclude any as to whom evidence of individual insurability is not satisfactory to the insurer, of a group of debtors or vendees, defined as follows:

(i) all of the borrowers, or borrowers and guarantors of borrowers, or intended borrowers (under a program for defraying the cost of attendance of a student at a college or university or at an elementary or secondary school providing education required for minors, which program includes provision for immediate periodic payments by the parent or guardian of such student and a loan commitment to such parent and guardian by a financial institution, or by or on behalf of a college or university or such an elementary or secondary school to defray the cost of

attendance at such college or university or elementary or secondary school in excess of the accumulated periodic payments by the parent or guardian) from one financial institution and its subsidiary or affiliated companies, or from two or more creditors or vendors so designating such trustee, trustees or agent, or

(ii) all of the purchasers of securities, merchandise or other property from one vendor, or from two or more vendors so designating such trustee or agent, or

(iii) all of any class or classes of such debtors or purchasers determined by conditions pertaining to the type of indebtedness or purchase.

(C) The policy may specify the ages to which the insurance provided shall be limited, provided however that if the insurance terminates at a particular age, the age at which it terminates shall be prominently displayed on the application for insurance.

(D) If the agreement provides for repayment in instalments, the insurance may be continued for the duration of the debt over a period of not more than thirty-five years from the date the debt is first incurred; otherwise the insurance may be continued for a period not in excess of eighteen months except that such insurance may be continued for an additional period not exceeding six months in the case of default, extension or recasting of the loan.

(E) Notwithstanding anything in this paragraph to the contrary,

(i) the insurance of borrowers, who incur indebtedness arising from the granting of policy loans pursuant to policy provisions therefor, provided under a policy issued to the insurance company granting the policy loan, may be continued for the duration of the indebtedness,

(ii) under a plan approved by the superintendent the insurance of debtors with respect to an agreement which does not provide for repayment in instalments may be continued for the duration of the indebtedness but not more than seven years from the date the indebtedness is incurred, and

(iii) the insurance of persons who are tenants or shareholders of a mutual or other housing corporation (organized pursuant to the provisions of the private housing finance law and regulated by such statute as to rent, dividends and profits) under a policy issued with identifiable charges or fixed amounts of premiums to such corporation or to a trustee or trustees or agent designated by one or more such corporations may be continued for the term of the tenant's lease with such corporation or thirty-six months or whichever is the greater period, and the amount of insurance with respect to any person insured under such policy may be a fixed amount not greater than the lesser of fifty-five thousand dollars or an amount equal to thirty-six times the monthly instalments due under such lease.

(F) The benefits of any policy authorized under this paragraph shall be payable to the policyholder; but the amount of any benefit received by the policyholder thereunder not in excess of the actual indebtedness shall be applied by the policyholder to the discharge of any obligation of the person insured, or his personal representative, to the policyholder, creditor or his assignee and the amount of any benefit received by the policyholder thereunder in excess of the

actual indebtedness shall be payable to a beneficiary named by the debtor or, if none, then either to the estate of the debtor or under the provision of a facility of payment clause.

(G) No such group shall be eligible for insurance hereunder unless the new entrants to such group number at least twenty-five persons yearly.

(H) The premium for the policy shall be paid by the policyholder, either from the creditor's or vendor's funds, or from charges collected from the insured debtors or purchasers, or from both. A policy on which all or part of the premium to be derived from the collection from the insured debtors or purchasers of identifiable charges not required of uninsured debtors or purchasers may be issued only if the policy reserves to the insurer the right to require evidence of individual insurability if less than seventy-five percent of the new entrants in any year become insured and provided that such policy shall not include, in the class or classes of debtors or purchasers eligible for insurance, debtors or purchasers under obligations outstanding at its date of issue without evidence of individual insurability unless at least seventy-five percent of the then eligible debtors or purchasers elect to pay the required charges.

(I) The policy may be issued to an assignee to whom such creditor or vendor has transferred all of its right, title and interest to the unpaid indebtedness, or to the unpaid purchase price, under all such agreements made by it.

(J) The amount of insurance on any person insured under a policy shall not at any time exceed:

(i) in all cases except as hereinafter provided the lesser of fifty-five thousand dollars and the amount of unpaid indebtedness or the amount of the purchase price unpaid by such person;

(ii) in the case of a loan commitment pursuant to the hereinabove program for defraying the cost of attendance of a student at a college or university or at such an elementary or secondary school, the lesser of fifty-five thousand dollars and the total of the unpaid balance of the scheduled periodic payments whether due or not due and the amount of any outstanding loan commitment pursuant to such a program; or

(iii) in the case of a transaction secured by a real estate mortgage, the lesser of the sum of two hundred twenty thousand dollars and the amount of the indebtedness so secured.

(iv) in the case of indebtedness arising from a credit card account where there is no specific charge for insurance, the lesser of the sum of one hundred thousand dollars or the amount of unpaid indebtedness.

(K) (i) With respect to loans made by production credit associations organized pursuant to the federal Farm Credit Act of 1933, 12 U.S.C. §§1131c - 1138c, and with respect to loans made by a bank, trust company or industrial bank to a borrower engaged in the business of farming, crop production or the raising, breeding, fattening or marketing of livestock for the purposes of such business and other requirements of the borrower, the amount of insurance may exceed the unpaid indebtedness and shall not be limited as to amount except that the

insurance shall not exceed the greater of the loan commitment or the outstanding balance of the loan at the inception of the period for which the borrower is insured.

(ii) With respect to loans made by Federal Land Banks established pursuant to an Act of Congress of the United States entitled the "Federal Farm Loan Act", approved July seventeenth, nineteen hundred sixteen, as amended, the amount of insurance on any person insured under the policy shall not at any time exceed the amount of the unpaid indebtedness at the inception of the period for which premiums are paid, but shall not otherwise be limited as to amount.

(L) The superintendent shall prescribe from time to time regulations determining the procedures, terms and conditions applicable to a policy issued pursuant to this paragraph to the trustee or agent designated by two or more creditors or vendors.

(M) Each insurer shall file with the superintendent its forms of policies, certificate statements and applications pertaining to credit insurance together with its premium rates for such insurance and the same shall be subject to his approval. The superintendent shall not approve any such forms if the premium charged is unreasonable in relation to the benefits provided.

(N) For the purposes of this paragraph: (i) "creditor" includes a lessor of real or personal property, (ii) "borrower" includes a lessee of real or personal property, and (iii) "indebtedness" includes rentals payable under the lease of real or personal property.

(4) A policy issued to a trustee or trustees of a fund established or participated in by two or more employers or by one or more labor unions, or by one or more employers and one or more labor unions, which trustee or trustees shall be deemed the policyholder, to insure employees of the employers or members of the unions for the benefit of persons other than the employers or the unions, subject to the following requirements:

(A) The persons eligible for insurance shall be all of the employees of the employers or all of the members of the unions, or all of any class or classes thereof determined by conditions pertaining to their employment, or to membership in the unions, or to both.

(B) The premium for the policy shall be paid by the trustees either wholly from funds contributed by the employer or employers of the insured persons or by the union or unions, or by both, or from funds contributed by the insured persons, or jointly from such funds and funds contributed by the insured persons specifically for their insurance. A policy on which no part of the premium is to be derived from funds contributed by the insured persons specifically for their insurance must insure all eligible persons, excluding any as to whom evidence of individual insurability is not satisfactory to the insurer.

(C) The policy shall insure at least fifty persons at date of issue.

(D) The amounts of insurance under the policy shall be based upon some plan precluding individual selection either by the insured persons or by the policyholder,

employers, or unions. However, such a plan may permit a limited number of selections by employees or members if the selections offered utilize a consistent pattern of grading the amounts of insurance for individual group members so that the resulting pattern of coverage is reasonable.

(E) With respect to a policy issued to a trustee or trustees of a fund established by one or more labor unions, or by one or more employers and one or more labor unions the proposed insured must submit, and the insurer must obtain, a written certification that a reasonable number of comparative bids have been obtained from different insurers and that such bids have been considered by the trustees before making a decision concerning which bid to accept. Such decision must be made at a trustees' meeting held on a date certain, and a copy of the minutes of such meeting must be attached to such certification.

(5) A policy issued to a trustee or trustees of a fund established or participated in by the employer members of a trade association, which trustee or trustees shall be deemed the policyholder, to insure employees of such employers for the benefit of persons other than the association or the employers, subject to the following requirements:

(A) The policy may be issued only if:

(i) the association has been in existence for at least two years and was formed for purposes principally other than obtaining insurance, and

(ii) the participating employers, meaning such employer members whose employees are to be insured, constitute at date of issue at least fifty percent of the total employers eligible to participate, unless the total number of persons covered at date of issue exceeds six hundred, in which event such participating employers must constitute at least twenty-five percent of such total employers, in either case omitting from consideration any employer whose employees are already covered for group life insurance;

(B) The persons eligible for insurance under the policy shall be all of the employees of the participating employers, or all of any class or classes thereof determined by conditions pertaining to their employment.

(C) The premium for the policy shall be paid by the trustee or trustees either wholly from funds contributed by the employers or by the employees or funds contributed jointly by the employers and the employees. A policy on which no part of the premium so payable is to be derived from funds contributed by the insured employees must insure all eligible employees, excluding any as to whom evidence of individual insurability is not satisfactory to the insurer;

(D) The policy must cover at least fifty employees at date of issue;

(E) The amounts of insurance under the policy must be based upon some plan precluding individual selection either by the employees or by the policyholder or the employer. However, such a plan may permit a limited number of selections by employees if the selections offered utilize a consistent pattern of grading the amount of insurance for individual group members so that the resulting pattern of coverage is reasonable.

(6) A policy issued to a duly organized association of civil service employees which shall include in its membership not less than five thousand civil service employees having a common employer, or to a duly organized association of teachers having a membership of not less than five thousand, which association, in either event, shall be deemed the policyholder, and which shall have been formed and is maintained for purposes other than to effect group life insurance on its members. Such policy shall insure only members of such association, with or without evidence of individual insurability satisfactory to the insurer, based upon a plan which will preclude individual selection. However, such a plan may permit a limited number of selections by members if the selections offered utilize a consistent pattern of grading the amounts of insurance for individual group members so that the resulting pattern of coverage is reasonable. The premium on such policy may be paid by the association or by the association and the insured members jointly or by the insured members alone. Every member of such association in good standing shall have opportunity to apply for such insurance and not less than sixty percent of the eligible members in good standing may be so insured. Such policy shall provide for the payment of benefits, except policy dividends, to the person insured or to some beneficiary or beneficiaries, other than the association or any of its officers or directors, as such, and shall also provide for the issuance of a certificate to the association for delivery to the person insured or to such beneficiary, as evidence of such insurance.

(7) A policy insuring the members of one or more troops or units of the state troopers or state police of any state, issued to the commanding officer of the state troopers or state police, who shall be deemed the policyholder, the premium on which is to be paid by the members insured; or a policy covering the members of one or more duly incorporated policemen's benevolent associations or of one or more associations or organizations of uniformed firemen or volunteer firefighters or volunteer ambulance workers which association or organization shall have been in existence for at least two years prior to the issuance of such policy and which shall have twenty-five members at the time of the issuance of such policy, which shall be issued to such association or to a trustee or trustees of a fund established, or participated in, by one or more of such associations or organizations as the policyholder. If the opportunity to take such insurance is offered to all eligible members of a unit of such state troopers or state police, or to all eligible members of such incorporated policemen's benevolent association or of an association or organization of uniformed firemen, volunteer firefighters, then not less than fifty percent of such members or, if less, fifty or more of such members may be so insured. If the insurance is limited to those eligible members who are employed as state troopers, policemen, firemen or volunteer ambulance workers, then not less than sixty percent or five hundred of such members, whichever is less, may be so insured. Such policy shall provide for the payment of benefits, except policy dividends, to the person insured or to some beneficiary or beneficiaries, other than such commanding officer or such association or any of its officials, as such, and shall also provide for the issuance of a certificate to the policyholder for delivery to the person insured or to such beneficiary, as evidence of such insurance. For the purposes of this paragraph any association currently holding premium dividends as a result of policies issued under this section shall be permitted to maintain said dividends for the general purposes of the entire membership. For the purposes of this paragraph the

term "eligible members of an association of volunteer firefighters or volunteer ambulance workers" means members who perform services in fire-fighting duties or members of a volunteer exempt fire benevolent association who are entitled to benefits from the expenditures of foreign fire insurance tax moneys, including, inactive exempt volunteer firefighters as defined by section two hundred of the general municipal law or in ambulance-related duties, respectively. The amounts of insurance may be based upon a plan which permits a limited number of selections by the members if the selections offered utilize a consistent pattern of grading the amounts of insurance for individual group members so that the resulting pattern of coverage is reasonable.

(8) (A) A policy issued to a municipal corporation or a public housing authority, which corporation or authority shall be deemed the policyholder, insuring, with or without evidence of individual insurability satisfactory to the insurer, not less than twenty-five employees of such corporation or authority, except that in each of the villages of Croton-on-Hudson and Lloyd Harbor not less than ten such employees, and insuring all of such employees or all of any class or classes thereof determined by conditions pertaining to the employment, for amounts of insurance on each person insured based upon some plan which will preclude individual selection. However, such a plan may permit a limited number of selections by employees if the selections offered utilize a consistent pattern of grading the amounts of insurance for individual group members so that the resulting pattern of coverage is reasonable.

(B) The premium for the policy may be paid either by the policyholder or by the insured employees, or both, in the manner provided in section ninety-three of the general municipal law. If a part of the premium is to be derived from funds contributed by insured employees, the policy must insure not less than seventy-five percent of all eligible employees. Such policy shall provide for the payment of benefits to the person insured or to some beneficiary or beneficiaries other than the municipal corporation or the public housing authority, and shall also provide for the issuance of a certificate to the policyholder for delivery to the person insured or to such beneficiary, as evidence of such insurance. A policy on which no part of the premium is to be derived from funds contributed by the insured employees specifically for their insurance must insure all eligible employees, or all except any as to whom evidence of individual insurability is not satisfactory to the insurer.

(C) Subject to the constitution and general laws of this state, every municipal corporation or public housing authority is empowered to contract by its fiscal or disbursing officer with an authorized life insurance company for group life insurance on the lives of its employees.

(9) A policy issued to the state covering, with or without evidence of individual insurability satisfactory to the insurer, persons who are managerial or confidential employees, or retired managerial or confidential employees, of governments or public employers for the purposes of article fourteen of the civil service law. The state shall be deemed to be the policyholder. With respect to its employees, the state and each other participating government or public employer shall be deemed to be the employer. The premiums or subscription charges may be derived from funds contributed entirely by insured employees and retired

employees or by insured employees and retired employees and the employer jointly or entirely by the employer. If the premiums or subscription charges are derived from funds contributed wholly by the employer, all eligible employees are to be covered. If all or part of the premiums or subscription charges are to be derived from funds contributed by insured employees and if the opportunity to take such insurance is offered to all eligible employees of an employer, then such policy must cover not less than forty percent of such employees, the calculation being with respect to each employer individually. The amounts of insurance may be based upon a plan which permits a limited number of selections by the employees if the selections offered utilize a consistent pattern of grading the amounts of insurance for individual group members so that the resulting pattern of coverage is reasonable.

(10) A policy issued to an association, or to a trustee or trustees of a fund established, created or maintained for the benefit of members of one or more associations, all of whose eligible members have the same profession, trade or occupation, which association or associations have been organized and maintained in good faith for purposes principally other than that of obtaining insurance and have been in active existence for at least two years. The policy shall insure members, or employees of members, of such association or associations, and except as provided in paragraph five of subsection (a) of section three thousand two hundred twenty of this chapter, such policy shall provide for the payment of benefits to the person insured or some beneficiary or beneficiaries other than employers and the association or associations, or any officials, representatives, trustees or agents thereof and shall provide for the issuance of a certificate to the persons insured or such beneficiary as evidence of such insurance. The members or employees eligible for the insurance under the policy shall be all the members who have not attained any limiting age specified in the policy, or all such members and their employees, or all of any class or classes thereof determined by conditions pertaining to their employment or to association membership or both. The premium for the policy shall be paid by the association or trustee or trustees either from funds contributed by the association or by the insured individuals, or from funds contributed jointly by the association and insured individuals specifically for their insurance. A policy on which all or part of the premium is to be derived from funds contributed by the insured individuals specifically for their insurance must insure at least fifty percent of the then eligible individuals or a minimum of two hundred individuals, whichever is less, excluding any as to whom evidence of individual insurability is not satisfactory to the insurer. A policy on which no part of the premium is to be derived from funds contributed by the insured individuals specifically for their insurance must insure all eligible individuals, excluding any as to whom evidence of individual insurability is not satisfactory to the insurer. The policy must insure at least one hundred individuals at date of issue. The amounts of insurance on employees or members insured under the policy shall be based upon some plan precluding individual selection. However, such a plan may permit a limited number of selections by employees or members if the selections offered utilize a consistent pattern of grading the amounts of insurance for individual group members so that the resulting pattern of coverage is reasonable. If a policy dividend is declared or a reduction in rate is made under such a policy, the excess, if any, of the aggregate dividends or rate reductions under the policy over the aggregate expenditure for insurance under such policy made from

association or employer funds, including expenditures made in connection with administration of such policy, shall be applied by the policyholder for the sole benefit of the insured individuals.

(11) A policy, covering persons employed pursuant to 32 U.S.C. § 709, members of the national guard on full-time training duty under provisions of such title 32, or on active duty or active duty for training under provisions of title 10 of the United States Code, under the full-time manning program, issued to the adjutant general, who shall be deemed the policyholder, or to a trustee or trustees of a fund established, created, or maintained for the benefit of such individuals insured, which trustee or trustees shall be deemed the policyholder, the premium of which is to be paid by the individuals insured either directly or by deduction from wages or salary. The policy must insure at least fifty percent or four hundred of the individuals eligible for such insurance, whichever is less. Such policy shall provide for the payment of benefits to the individual insured or to some beneficiary or beneficiaries other than to the aforesaid trustee or trustees or the adjutant general. The policy shall also provide for the issuance of a certificate to the policyholder for delivery to the individual insured or to such beneficiary, as evidence of such insurance. The amounts of insurance may be based upon a plan which permits a limited number of selections by the members provided the selections offered utilize a consistent pattern of grading the amounts of insurance for individual group members so that the resulting pattern of coverage is reasonable.

(12) A policy issued to an association, or the trustee or trustees of a trust established, or participated in, by one or more associations, to insure association members subject to the following:

(A) Each association shall have (i) A minimum of two hundred insured members at the policy's date of issue;

(ii) Been organized and maintained in good faith for purposes principally other than that of obtaining insurance;

(iii) Been in active existence for at least two years; and

(iv) A constitution and by-laws which provide that:

(I) The association holds regular meetings not less than annually to further purposes of the association;

(II) The association collects dues or solicits contributions from members; and

(III) The members have voting privileges and representation on the governing board and committees.

(B) The premium for the policy shall be paid by the association or trustees either wholly from funds contributed by the association or by the insured individuals, or from funds contributed jointly by the association and insured individuals. A policy on which no part of the premium is to be derived from funds contributed by the insured individuals specifically for their insurance must insure all eligible individuals excluding any as to whom evidence of individual insurability is not satisfactory to the insurer.

(C) The amounts of insurance under the policy shall be based upon some plan precluding individual selection either by the insured persons or by an association. However, such a plan may permit a number of selections by the association, if the selections offered utilize a consistent pattern of grading the amounts of insurance so that the resulting pattern of coverage is reasonable. Furthermore, such plan may permit a limited number of selections by members if the selections offered utilize a consistent pattern of grading the amounts of insurance for individual group members so that the resulting pattern of coverage is reasonable.

(D) Except as provided in paragraph five of subsection (a) of section three thousand two hundred twenty of this chapter, such policy shall provide for the payment of benefits to the person insured or to some beneficiary or beneficiaries, other than the association or any officials, representatives, trustees or agents thereof and shall provide for the issuance of a certificate to the persons insured or such beneficiary, as evidence of such insurance.

(E) The premiums charged must be reasonable in relation to the benefits provided.

(13) A policy issued to any organization, or the trustee or trustees of a trust established, or participated in, by one or more of such organizations to insure certain persons subject to the following:

(A) The organization must be:

(i) A bank, retailer or other issuer of a credit card, charge card or payment card which can be used to buy goods or services, and the policy must insure holders of that card;

(ii) A bank, savings and loan association, credit union, mutual fund, money market fund, stockbroker or other similar financial institution regulated by state or federal law, and the policy must insure the depositors, account holders or members of that institution.

(B) Except for a credit union where the premium shall be paid entirely from funds contributed by the credit union, the organization or organizations shall have a minimum of two hundred insured persons at the policy's date of issue.

(C) The premium for the policy shall be paid by the organization or trustees either wholly from funds contributed by the organization or by the insured individuals, or from funds contributed jointly by the organization and insured individuals. A policy on which no part of the premium is to be derived from funds contributed by the insured individuals specifically for their insurance must cover all eligible individuals excluding any as to whom evidence of individual insurability is not satisfactory to the insurer.

(D) The amounts of insurance under the policy shall be based upon some plan precluding individual selection either by the insured persons or by the organization. However, such plan may permit a number of selections by the organization if the selections offered utilize a consistent pattern of grading the amounts of insurance so that the resulting pattern of coverage is reasonable. Furthermore, such a plan may permit a limited number of selections by members if the

selections offered utilize a consistent pattern of grading the amounts of insurance for individual group members so that the resulting pattern of coverage is reasonable.

(E) Except as provided in paragraph five of subsection (a) of section three thousand two hundred twenty of this chapter, such policy shall provide for the payment of benefits to the persons insured or to some beneficiary or beneficiaries other than the organization, or any official, representatives, trustees or agents thereof, and shall provide for the issuance of a certificate to the persons insured or such beneficiary, as evidence of such insurance.

(F) The premiums charged must be reasonable in relation to the benefits provided.

(14) A policy issued to insure any other group approved by the superintendent upon a finding that:

(A) There is a common enterprise or economic or social affinity or relationship;

(B) The premiums charged are reasonable in relation to the benefits provided; and

(C) The issuance of the policy would result in economies of acquisition or administration, would be actuarially sound, and would not be contrary to the best interest of the public. The superintendent shall promulgate regulations setting forth any such groups that have been accepted as qualifying pursuant to this paragraph.

(c) (1) No domestic, foreign or alien life insurance company shall be permitted to do business in this state if it hereafter issues, within or without this state, any policy of group life insurance which on its issuance does not appear to be self-supporting on reasonable assumptions as to interest, mortality and expense.

(2) Anything in this chapter to the contrary notwithstanding, any group life insurance policy issued or delivered in this state may provide for readjustment of the rate of premium based on the experience thereunder, at the end of the first year or of any subsequent year of insurance thereunder, and such readjustment may be made retroactive only for such policy year. Any such rate readjustment shall be computed on a basis which is equitable to all group life insurance policies.

(d) In the event a group life insurance policy hereafter issued for delivery in this state permits a certificate holder to convert to another type of life insurance within a specified time after the happening of an event, such certificate holder shall be notified of such privilege and its duration within fifteen days before or after the happening of the event, provided that if such notice be given more than fifteen days, but less than ninety days after the happening of such event, the time allowed for the exercise of such privilege of conversion shall be extended for forty-five days after the giving of such notice. If such notice be not given within ninety days after the happening of the event, the time allowed for the exercise of such conversion privilege shall expire at the end of such ninety days. Written notice by the policyholder given to the certificate holder or mailed to the certificate holder at his last known address, or written notice by the insurer mailed to the certificate holder at the

last address furnished to the insurer by the policyholder, shall be deemed full compliance with the provisions of this subsection for the giving of notice.

(e) Each domestic insurer and each foreign or alien insurer doing business in this state shall file with the superintendent its schedule of rates of commissions, compensation and other fees or allowances to agents and brokers pertaining to the solicitation or sale of group life insurance and of fees or allowances, exclusive of amounts payable to persons who are in the regular employ of the insurer other than as agent, to any individuals, firms or corporations pertaining to the service or administration of group life insurance, whether transacted within or without this state. An insurer may revise such schedules from time to time, and shall file such revised schedules with the superintendent. No insurer shall pay to an agent, agents, broker or brokers or any combination of licensees for the solicitation or sale of a policy of group life insurance or for any other purpose related to such group insurance any commission, compensation or other fees or allowances in excess of that determined on the basis of the schedules of such insurer as then on file with the superintendent; nor shall such insurer pay for services pertaining to the service or administration thereof to any individual, firm or corporation any fees, commissions or allowances in excess of that determined on the basis of the schedules of such insurer as then on file with the superintendent or for such services except such as are rendered in behalf of such insurer, provided, however, nothing contained herein shall apply to or affect the computation of dividends or experience rating credits.

(f) Any policy of group life insurance may include provisions for the payment by the insurer of life insurance benefits upon the death of the spouse of the insured employee or member or his or her child dependent upon him or her for support and maintenance or any other person dependent upon the insured employee or member, provided that insurance upon the life of the spouse or other person shall not exceed the amount of insurance for which the employee or member is eligible, nor shall the insurance upon the life of each dependent child so insured exceed twenty-five thousand dollars. A policy of insurance issued in accordance with paragraph three of subsection (b) of this section, while it may provide coverage for a spouse of the insured employee or member, it shall not, however, provide coverage for a dependent child of the insured employee or member. An insurer providing group life insurance for a spouse or dependent children shall require evidence of insurability sufficient to protect against substantial adverse selection.

(g) An insurer authorized or licensed to do business in this state may solicit or make available credit life insurance coverage in this state as provided for in paragraph three of subsection (b) of this section under a policy of group life insurance only if the policy is delivered to policyholders described in and conforming to the definition in paragraph three of subsection (b) of this section, and with respect to all credit transactions entered into in this state, the policy fully complies with the requirements of paragraph twelve of subsection (a) of section three thousand two hundred twenty of this chapter.

(h)(1) Any dividend hereafter apportioned on any participating group insurance policy, or any rate reduction hereafter made or continued on any non-participating

group policy for the first or any subsequent year of insurance under any such policy heretofore or hereafter issued under paragraph twelve, thirteen or fourteen of subsection (b) of this section, may be applied to reduce the policyholder's part of the cost of such policy, except that the excess, if any, of the insured's aggregate contribution under the policy over the net cost (gross premium less dividends or rate reductions) of the insurance shall be applied at the discretion of the insurer either as a cash payment to the insured or to reduce the insured's premium, unless the insured assigns the dividend or rate reduction to the policyholder. If a dividend or rate reduction is payable upon termination of the policy the insurer shall either make payment to the insured or to the policyholder upon receipt of a certification from the policyholder that the dividend or rate reduction will be distributed by the policyholder to the insureds or applied to reduce the insured's premium.

(2) The provisions of paragraph one of this subsection shall apply to New York residents insured under a policy issued in any other jurisdiction to a group which is not of the type described in paragraphs one through eleven of subsection (b) of this section.

(i) (1) The provisions of subsections (d), (f) and (h) of this section shall not apply to policies issued under the authority of subsection (d) of section three thousand two hundred five of this chapter, provided such policies are issued in compliance with the requirements of subsection (d) and subsection (e) of section three thousand two hundred five of this chapter.

(2) Any life insurance company authorized to do business in this state may deliver in this state policies of group insurance issued to an employer or to the trustee of a fund established by one or more employers, or one or more employers and one or more labor unions without complying with the provisions of paragraphs one and four of subsection

(b) of this section where group insurance is issued under the authority of subsection (d) of section three thousand two hundred five of this chapter.

附錄七 2009 年 6 月日本保險業指導原則

II-3-3-3 團體繳費契約等關係

有關團體繳費契約及集團繳費契約監督事務，自確保保險公司經營健全性及保護保戶利益等觀點，應注意下列各點：

(1) 團體繳費契約

☐ 團體繳費契約目的

就「IV-1-15 有關團體繳費・集團繳費之因應」規定之團體繳費契約，應就其目的，進行妥當之契約締結。

☐ 團體繳費契約之適用團體及適用費率

- A. 保險公司與要保人所屬之團體的代表人間，就保險費之收取，訂定團體繳費契約。
- B. 適用費率：對應於已區分之團體，計算出相對應之妥當費率。
- C. 因要保人或被保險人狀況變化，就該當之要保人等之保險契約，已非屬團體繳費契約之對象時、須對該保險契約所適用之保險費率進行調整。

☐ 收費之手續費

就團體之代表人支付收費之手續費，需考慮經營之健全性及確保要保人間之公平性並促進公正競爭等，收取之費用須符合一般適當之水準。

(2) 集團繳費契約

☐ 集團繳費契約目的

「IV-1-15 有關團體繳費・集團繳費之因應」所規定之集團繳費契約，應就其目的，進行妥當之契約締結。

☐ 集團繳費契約之適用團體及適用費率

- A. 保險公司與要保人所屬之集團的代表人間，就保險費之收取，訂定集團繳費契約。
- B. 適用費率：對應於已區分之集團，計算出相對應之妥當費率。

- C. 因要保人或被保險人狀況變化，就該當之要保人等之保險契約，已非屬集團繳費契約之對象時、須對該保險契約所適用之保險費率進行調整。

☐收費之手續費

就集團之代表人支付收費之手續費，需考慮經營之健全性及確保要保人間之公平性並促進公正競爭等，收取之費用須符合一般適當之水準。

II-3-3-4 以他人生命為保險標的之保險契約

以他人生命為保險標的之保險契約，依商法第674條第1項（含第683條第1項準用第664條規定之準用場合及第677條第2項（含於第683條第1項準用第664條規定之準用場合）規定準用之場合）規定以他人生命為保險標的之保險契約（同項但書契約除外。以下、簡稱「他人生命之保險契約」）締結相關契約，就保險公司之監督，自被保險人等之保護及保險公司業務之健全且適切營運之確保之觀點，應注意下列各點：

（1）目的

☐ 以企業（含個人企業之業主。以下皆同）為保險契約之要保人及保險金受益人，以員工等為被保險人之個人保險契約（以下簡稱「事業保險」），應依據下列A或B之目的進行業務營運。

- A. 企業為對員工家屬及員工之生活補償，於工作規則、勞動契約等其他類似規則（以下簡稱「家屬補償規定等」）約定給付慰撫金・死亡退職金等（以下簡稱「慰撫金等」），企業為確保支付上述費用之財源。
- B. 伴隨員工死亡等企業所需支出之負擔僱用代替人力・員工培訓費用・一時之信用不安等資金等財源確保。

（注）需取得被保險人同意取得，例如：對被保險人提供加入申請書影本及記載契約內容之書面資料等、讓被保險人能確認企業主為

被保險人之保險金受益人，及保險金額等契約內容確實認識之措置。甚至，需對被保險人交付記載契約內容之書面資料，讓被保險人能對其家屬說明其加入該保險之書面資料等、保險公司對被保險人本及其家屬等能提供必要之投保訊息。

☐ 全體加入之團體定期保險契約（以全體加入團體為對象之團體定期保險；以下皆同），就該當保險之目的，對員工及其家屬提供明確生活補償、慰撫等企業為保障支付之財源部分，以「主契約」方式締約，就因員工死亡企業需另行負擔所需支出之負擔僱用代替人力・員工培訓費用等諸費用（即企業之經濟損失）之保障部分，以「特約」方式區分之、當該保險契約目的，進行業務營運。

（註）取得成為被保險人之當事人同意時、例如以下列方法，讓被保險人能對保險金受益人及保險金額等之契約內容能有確實認識之處置。

（A）保險公司對被保險人交付記載契約內容之書面資料。

（B）被保險人對契約內容認識之情況，保險公司應自要保人處加以確認。其確認結果，應留下可供證明之具體紀錄。

（2）團體範圍等確認之機制

☐ 能確認被保險人屬於被保險團體之成員之機制。

☐ 依團體定期保險等適用條件等之事業方法書所定之方法，能確認妥適運用。

（3）保險金額設定方法

☐ 保險公司就團體保險之保險金額設定，應依據保險契約之目的，決定保險金額之承保基準等、以排除道德危險之觀點為妥適之處置。

針對伴隨員工死亡等企業所需支出之負擔僱用代替人力・員工培訓費用・一時之信用不安等資金等財源確保，為符合保險契約目的之場合的保險金額設定，需注意金額不宜過大，故於保險契約締結

時、應就其年收入、任職年數、職位及企業之年收入規模等基準，設定上限。另，對員工之保險金額為設定時、應注意下記□所述。

□ 就全體加入之團體定期保險之保險金額設定，主契約部分應以給付員工家屬補償規定等給付金額為上限、特約部分以主契約之保險金額為上限（但，不超過2,000 萬日幣）、應依保險目的進行相當之處置。

（4）確保與家屬補償規定等相連結之保險金給付

□ 企業對依據家屬補償規定等規定，須對為被保險人之員工、給付保險金之全部或其相當額度、以充當慰撫金等之支付財源，保險公司需確保業務健全且適切營運，當要保人為保險金請求時，能對A・被保險人或依勞動基準法施行規則第42條等規定家屬補償之請求權人（以下簡稱「有權受領者」）提供受益人所要求之保險金請求內容及確認（此一確認書面資料須記載保險金受益人及保險金額等之契約內容）、或B・提出被保險人或有權受領者已收領之書面證明、對被保險人或有權受領者之支付紀錄等；對被保險人或有權受領者提供依保險契約目的，其享有之保險金以慰撫金等福利厚生權利之處置。

□ 全體加入之團體定期保險之保險金給付，就主契約部分、應全額對員工家屬支付、企業一旦受領保險金須對員工家屬為支付、應確認並取得員工家屬之了解為支付。確認之書面資料應將保險金之受領人及保險金額等契約之內容詳細記載。

□ 全體加入之團體定期保險，就「human value 重要員工特約」部分之保險金支付、經確認取得慰撫等受領者之了解，對公司企業主為支付。確認之書面資料應將保險金之受領人及保險金額等契約之內容詳細記載。

IV-1-14 團體保險或團體契約之因應

就團體保險或團體契約之商品審查、應注意下列各點：

- (1) 團體及被保險團體之範圍，應明確訂定。
- (2) 被保險團體之區分（全體加入團體、任意加入團體）及團體之區分（第I種至第IV種等）、例如一契約之最低被保險人數及最高保險金額倍數應明確訂定之。
- (3) 以職業領域為基礎之團體保險或團體契約、退職者及退職者之配偶等（以下本項簡稱「退職者等」）仍繼續加入被保險團體之場合、應符合下列各點規定。

☐ 團體、就退職者等之異動狀況掌握及保險費之收取管理，具有處理事務之能力。

☐ 將退職者等包含在內之被保險團體、在預估未來退職者等之比率上昇時，導致影響保險承保之風險，應設定有配合調整保險費或分紅之機制。

IV-1-15 有關團體繳費・集團繳費之因應

多數之保險契約的保險費、透過團體或集團收取彙繳，一次向保險公司交付之契約之商品審查，應注意下列各點：

- (1) 作為繳費對象之要保人的範圍，合理性與妥当性。
- (2) 確保引進團體繳費・集團繳費之保險類別之制度的整合性。
- (3) 團體繳費・集團繳費相關折扣比例之新設（含修訂）、配合損害率之折扣比例、應考慮「IV-5-5 各種折扣比例制度等（2）」。

IV-1-16 有關他人生命保險契約之被保險人同意的確認

有關他人生命保險契約之被保險人同意的確認，例如：以下列方法進行即屬明確。

- (1) 以個人或企業為要保人及保險金受益人、要保人以外之人或經理人及員工為被保險人之保險契約的場合、應以被保險者本人之簽名或蓋章為同意之確認。

(2) 企業為要保人及保險金受益人、全體員工等為被保險人之保險契約(被保險人不同意者除外之保險契約)中個人生命保險及全體員工加入團體定期除外之保險契約、在上述(1)之確認方式有困難之場，得以下列任一方式提出同意之確認。

☐ A・成為投保保險契約之目的的職災補償規定等書面資料，及 B・全體被保險人已同意之簽名或蓋章之員工名冊

☐ A・成為投保保險契約之目的的職災補償規定等書面資料、B・要保人對全體被保險人將保險契約之內容，已為通知之確認書(以要保人及被保險人代表之簽名或蓋章為限)及 C・不同意之被保險人名冊。

☐ A・有記載以企業為死亡保險金受益人之保險契約內容之災害補償規定等書面資料、B・災害補償規定等係基於勞動基準法第89條規定，須向行政機關提出之資料、及同法第106條第1項之規定，應對被保險人、就災害補償規定等為公告周知之意旨為記載之確認書(以要保人之簽名或蓋章為限)與 C・不同意之被保險人名冊。

(3) 全體員工加入團體定期保險之場合、要保人應以下列任一方式提出同意之確認。

☐ A・成為投保保險契約目的之遺族補償規定等書面資料，及 B・全體被保險人已同意之簽名或蓋章之員工名冊

☐ A・成為投保保險契約目的之遺族補償規定等書面資料，B・要保人對全體被保險人將保險契約之內容，已為通知之確認書(以要保人及被保險人代表之簽名或蓋章為限)及 C・不同意之被保險人名冊。

(4) 全體員工加入團體定期保險附加「human value 重要員工特約」之保險契約場合，應取得被保險人個別之簽名或蓋章之同意確認書面資料，或上述(3)－☐之確認。

附錄八 2009 年 5 月 保險業務檢查手冊

保險募集

2．人壽保險關係

☐ 一公司專屬制例外之適用

2 就以上所屬保險公司之人壽保險招攬人（保險業法第282條第3項），應要求對所屬保險公司間之不當契約轉換招攬之防止、顧客情報管理等提出因應對策。

☐ 團體繳費契約・集團繳費契約

☐ 團體性妥適與否。是否符合核定之團體區分標準。

☐ 保險金額及被保險人數、契約（協約）內容適切與否。

☐ 保險費率、收費之手續費適切與否。

☐ 有否切實執行防止非團體成員之契約因應方策。

☐ 針對團體性之變化，有否妥切調整保險費率。

☐ 他人生命之保險契約

☐ 自被保險人等之保護及確保保險公司業務健全且妥適之營運觀點，就投保之目的，是否確立契約之妥適執行措施。例如以員工等為被保險人之個人保險契約場合、對員工或其家屬之福利厚生措置之財源確保等目的，所投保之保險契約。

☐ 就被保險人同意之確認、於保險契約要保書等被保險人同意欄是

否有被保險人本人簽名或蓋章或依營運計畫書所定之方法妥切執行

上述之確認。

附錄九 訪談內容與議題

壽險公司個案訪談內容與議題

一、 商品銷售通路

1. 貴公司有哪些團體保險的商品？透過那些通路銷售？
2. 貴公司目前團體保險主要是透過何種行銷方式銷售？
3. 貴公司團體保險商品銷售與保險經紀人或代理人、銀行簽訂之契約可否於得公開資訊情形下，提供本研究使用？
4. 貴公司在銷售團體保險與「集體彙繳件」在作法上是否有差異？行銷通路是否不同？
5. 團體保險與一般所謂「團單個賣」之情形有何差別？
6. 在現行規範下？ 貴公司認為團體保險在實務運作上是否有困難？請說明相關的困難及建議。

二、 核保實務作業

1. 貴公司對投保團體保險之對象有何限制？如何進行核保？
2. 就目前示範條款之規範， 貴公司如何審核被保險人與要保人（要保單位）間已存在之保險利益？
3. 團體保險之保費與集體彙繳件之保費計算有何不同？請簡略說明。
4. 目前 貴公司就團體保費的計算方式，在實務運作上是否遭遇困難？若有，請說明原因。

三、 商品送審程序

1. 團體保單在商品送審時常遭遇到的問題為何？有無費率精算方面的問題？ 貴公司如何因應？
2. 在現行保險商品審查規範下， 貴公司希望「放寬」團體保險商品送審的那一個程序或步驟？
3. 現行制度下， 貴公司認為團體保險商品在設計上的困境為何？

4. 貴公司是否認為有必要於現行保險法下，增訂團體保險立法章節或條文？請說明原因。
5. 貴公司認為目前人身保險商品審查應注意事項有關團體保險之規定是否需修正或補充之處？

四、 商品費率部分

1. 若排除考量市場競爭保險出單的時效性，有關團體保險商品費率精算的困難性何在？
2. 貴公司認為目前團體保險費率標準因人數多寡而定，是否合理？50 人以上實收保費由契約雙方洽訂，是否反而助長保險業削價競爭，不利於市場秩序？
3. 貴公司認為團體保險強制經驗分紅是否適合？其優點與弊病在哪裡？

五、 其他

1. 貴公司認為目前市面上無長年期團體保險的原因在哪裡？哪幾種長年期團體保險列為優先推動商品？哪些配套措施（例：示範條款、法令等）需先擬訂？

附錄十 團體保險商品監理措施改進座談會會議紀錄

時 間：民國 98 年 4 月 15 日上午 09:30-11:30

地 點：財團法人保險事業發展中心 第一會議室

主 席：詳簽到表

出席人員：

學者專家代表：詳簽到表

人壽保險公司代表：詳簽到表

保發中心代表：詳簽到表

列 席 者：

行政院金融監督管理委員會保險局（詳簽到表）

中華民國人壽保險商業同業公會（詳簽到表）

中華民國產物保險商業同業公會（詳簽到表）

主席致詞：

今天會議的主持人因為今天另外有一個會議，所以由我來代理主持。首先，介紹在場列席人員，有學者專家代表、人壽保險公司代表、保發中心代表。非常感謝產壽險公會與業界的代表參加今天的會議。再來，請保發中心代表 A 作簡單報告。

壹、 報告事項

保發中心代表 A 說明：

主席、老師各位先進大家好，首先針對今天的議程跟大家做一個介紹。今天討論的議題有三項，第一項主要是針對實務上團體保險作業區分二大類來做一個規劃。第一大類希望可以從目前比較傳統的團體保險的實務作業直接進行規範，再自保險法或相關法令作修正規範，給予明確的法源依據。第二大類，是希望針對一些聯合會、協會或職業工會，針對集體投保的這一個方向來做規劃。在團體保險示範條款的函令中已經針對「團體」的定義作一些規劃，我們也把這個團體的定義變成集體的定義，再從費率上來做一個修正。接下來，在各位的今日的議程上，我們可以看到在團體定義與其態樣上在目前實務上有許多的問題，我們希望針對第一大類與第二大類能有一個比較明確的定義。第一大類就是目前團體示範條款所定義的內容，但是因為在學生保險與政府採購發包的保險與目前規定有一些無法符合規範之情形，所以希望可以依據實務上的態樣來更加詳細的定義第一大類團體。第二大類，也就是我們所稱的集體投保件的部分，原則上是以擴充團體或集體的定義為目標，並符合精算之基準，另為配合保險業者辦理微型保險，希望也將此種情形歸在第二大類部分來承作。主管機關已針對微型保險進行一些規劃，其類形、態樣與目前的集體投保件十分相似，但增加了社福團體、經濟弱勢團體等。在微型保險中可以透過要保單位以代理的觀念來跟保險公司投保，與目前我們所規劃的第二大類很類似。我們希望在第二大類的團體保險中，要保人等於被保險人，使之不違反保險法有關保險利益與被保險人親簽之規定。

再來，針對保險法第 16 條保險利益的部分，希望在保險法增加單獨章節，建議參考紐約州保險法，明確的定義「保險利益」在團體保險上適用之規範。針對保險人親簽的議題，國外的立法例有規定團

體保險可以不需被保險人同意之規定，尤其是在保險費非由被保險人支付之非釀金制團體保險情形下，是不受被保險人親簽的規範，這部分我們希望能夠在單獨的一個章節來做規範。至於第二大類的部分，因為要保人與被保險人為同一人，所以原則上要適用保險法相關的規範。受益人規範部分，是目前道德危險防範的主要考量，目前有關受益人的指定與變更是列在示範條款當中，我們希望可以將其位階拉高，在保險法中來做規定。第二大類的部分，因為要保人與被保險人為同一人，所以也應直接適用保險法相關之規定。最後，被保險人告知義務的問題，目前第一大類的部分，由於要保人與被保險人非為同一人，所以要保人不一定能夠據實告知被保險人的情況，規範上應直接課予被保險人告知義務，再由業者進行要保書的修正；於第二大類的部分，因為要保人與被保險人為同一人，故亦應直接適用保險法第64條之規定。

貳、 討論事項

一、討論團體保險實務作業修改方向

主席：

這幾年來團體保險在費率上有其優惠性，所以變成實際上可能不符合團體保險的構成要件，但又搭團體保險的便車，因此我們希望可以來做一個區隔，我們會希望把團體保險分作兩類，一類是傳統型的團體保險，另一類是集體的投保件。集體投保件的規格不像傳統的團體保險要求那樣嚴格，但在費率上透過某種的配套措施使其費率降低，以期符合市場的競爭需求。這是我們的建議，想請教在座的各位先進，針對這兩種方式，各位有沒有意見。

公會代表 A：

我個人覺得這樣的分類是蠻好的。在第一大類中將團體定義分作兩項，這兩項的分類也符合目前實務，第一大類後面也提到被保險人親簽與保險利益的問題，直接在保險法中增列法源依據，這直接解決了困擾我們幾十年的問題；至於第一大類所提的受益人問題，提案中希望直接在保險法裡規定被保險人直接受益人的指定與變更，但在實務上不應該做這樣的限定，應該賦予要保人指定與變更之權利，因為目前的受益人限定是家屬或法定繼承人，在實務上若由被保險人來作指定與變更是有其困難的，所以受益人部分我認為目前示範條款是可行的，由要保人可以指定受益人，但以家屬為限，當然被保險人也可以做變更與指定，若被保險人對受益人的順位有意見，是可以主張變更的。

主席：

我想請教一下，目前團體保險中有以要保人來指定變更受益人的情形嗎？

公會代表 A：

在團體保險要保書中，要保人簽約時，針對受益人的部分可以勾選以被保險人之法定繼承人為受益人，或勾選依勞基法或民法之順位來指定受益人，但均是以被保險人之家屬為限，在要保人勾選後再告知被保險人，若被保險人有意見，也可以再個別作變更受益人的動作；若在保險法中規定僅有被保險人可以指定變更受益人，所有的公司行號要給其員工相關資料去做指定或變更，這樣在實務上是非常麻煩的，若是學生保險就更是不可行了。

主席：

當我們在看日本的文獻資料時發現，要保人是公司的老闆，受益人也是公司，所以曾發生公司以員工的生命作投保標的，保額四千六

百萬，有一員工過勞死，但其家屬只領到六百萬的補償保障，其他四千萬部分公司拿走了，這種案例層出不窮。

公會代表 A：

這在早期台灣也是這樣，所以示範條款中才會規定團體保險之受益人須為被保險人之家屬，因為早期沒有這樣的限制，所以那時會以公司為受益人，後來示範條款中規定受益人應以家屬為限，來避免這種情形發生。

主席：

所以這也說明了台灣的團體保險是比日本先進的，日本在最近二、三年，國會裡也有很大的爭論，國會議員希望可以設立專章的團體保險，以上是補充報告。

公會代表 B：

針對著個議題很感謝主管機關有在重視團體保險。我們現在看到的一些法令在實務運作上其實是有一些困難，針對這樣的團體分類，我們目前實務上是有這樣的運作，但在費率的精算上可能會有一些不同。再來是保險利益的問題，除了剛剛公會代表 A 提到身故的部分，其實還有另一塊醫療的部分，醫療的部分，受益人僅能限被保險人本人。但基本上團體保險很多都是員工福利，就是公司會幫員工的家屬買健康險，這部分支票是給被保險人，就是員工的家屬，但要保單位就會來跟我們要求這筆保險金是不是可以給員工，因為其出處是給員工的家屬有一些醫療的補償，希望是可以補償到員工，所以這部分在我們實務的作業有其困難點。因為就要保單位來說，本來是好意，後來反而變成他的困擾，舉例來說，有些可能保到員工的子女，小孩很小，沒有自己的帳戶，父母牽就必須要為其未滿十四歲的子女開戶，所以反而造成作業上的一個困擾。

公會代表 C：

針對這一個議題，我比較擔心的是很多公司可能會打著團體壽險的傘，然後在傘下作一些個人壽險殺價的活動，因為我們的個人壽險都是用表訂費率來承作，不能殺價的，因此若未做嚴謹的監理規範，那團體險的市場會吃到個人險的市場，姑且不論對錯，但在市場上若團體險與個人險是必要存在的情況下，可能要去做一個比較清楚的切割。另外，剛剛提到很多程序上的問題，希望能夠在細節上將之定義清楚，在依循上會比較有根據，否則在金融檢查時會造很多困擾，原則上希望可以把「團體」定義清楚，與個人壽險區分清楚。

主席：

謝謝。補充說明一下，其實在國外的立法，譬如說日本，他們的團體險是把幾類都區分的很清楚，在金融檢查的時候，這些規定都納在金融檢查的手冊裡，要是說保險公司把團體保險賣給非團體以外的客戶時，保險公司會受到嚴格的處分，並公布在網站上，所以他的分際是切得比較清楚的。

公會代表 D：

在看這個問題的時候，我有一個想法，第二類的集體投保件其實還是個人險的一種表達方式，我認為問題是比較小，原來在學者專家代表 A 所做的研究中，是將其分成甲、乙兩型，是不是可以等一下再請學者專家代表指導一下，對於甲、乙兩類是否跟現在的分類是一樣的想法。對於團體的定義，若是可以定義清楚，是一件非常好的事。我們在經營上常也會有一些模糊邊緣，舉例來說，最近某一旅行社想要推廣團購機票，搭配旅行險，找我們洽談團體保險，被保險單位是旅行社，被保險人是機票的購買者，但其實要保人與被保險人間沒有保險利益的關係，如果團體保險在定義上可以規定的更清楚，我們也比較方便告知客戶這不在我們的承保範圍。另外在「團體」的定義上，

幼稚園或托兒所算不算私立學校？還有志工團體，是否滿足團體之定義？以上是我的看法，請專家指導。

主席：

請教公會代表 D，針對幼稚園或志工團體您是傾向將之歸為第一類的團體保險中，還是第二類？

公會代表 D：

如果用我過去看過學者專家代表 A 的論文資料，是比較傾向第二類。

公會代表 D：

針對第一大類的團體保險，與之前學者專家代表 A 所做論文談的不太一樣，像之前論文中所談到的甲類，是直接有保險利益關係，乙類是比較沒有保險利益關係，那這邊寫到的：依法成立的合作社、職業工會感覺上定義比較不明確。有些人是認為有關係的，但從團體角度來看這跟有雇主的團體，危險發生率是不一樣的，像公司行號，因為處理的工作是一樣的，所以危險發生率是比較相近，但是像工會或是協會其實在危險發生率上是比較沒有相關性的，是比較接近個人險的。至於學生，在某種程度上來說，比較偏向有一定雇主之員工。像微型投保這種保險方式，是以個人方式做投保，其費率很難用到向公司行號一樣很低的費率，若將來可以也比較明確的區隔，那業界在定價、費率控管上也會較容易。

主席：

所以您的意思是說，假如是傳統、真正的團體保險，就是盡量的把它的定義，定義清楚，比較有模糊空間的，類似職業團體其成員來自四面八方，類似這種團體，還是要把它寫清楚，免得將來在檢查的時候又發生問題？

公會代表 A：

團體保險這幾年存在的問題就是簽名跟保險利益的問題，我認為這兩個問題依照這樣修改已經找到法源依據的話，可以解決被保險人簽名與保險利益的問題。針對團體險第一大項增加的兩個團體項目，其實是因為考慮到實務作業而增加的，可以解決保險利益的爭論。當初有模糊空間無保險利益的，可以透過第二大類來承作即便是合作社或職業工會這些保險利益模糊的單位，可以從大方向來解決。另外，幼稚園的部分，目前市場上的保單基本上是有報請主管機關核准的保單，所以並非以一般的團體保險在處理。至於學保的部分也是一樣，賣的是壽險與意外險結合的一個特殊商品，再報請主管機關核准，也不是屬於一般團體保險的商品。所以我認為團體保險第一類的規範已經解決上述的兩個問題，除此之外的團體，沒有保險利益，保險公司就不會去承做，但是可以利用集體投保的方式來做處理。另外有提到一點，成員如果要額外購買保險的話，就必須要歸納到集體購的方式去做，我個人是認為不妥。因為既然是第一類，保費的負擔方式可能是按身分、按險種、或按比例，如果保險公司要分區團體保險保單與集體投保兩種保單，會非常複雜，要去做不同保單的處理在實務上有困難，對保險公司在處理承保資料的時候也會很困難，所以應該以團體的性質來做區分。第二類集體保件的部分，採取的其實是一種「團購」的概念，只是說要把它定義的再明確一些，避免用團體險去賣。舉例來說銀行的會員或是賣場的會員，投保主要的目的是為了要享受集體保單的優惠，在此觀念下，要保人就是被保險人個人，其實就可以解決團單個賣的問題。集體保單很多都是個人繳費，但對第一類的團體保險保單來說，都是由要保人繳交保費，所以保險公司是直接針對要保人，也就是法人直接作業，那集體投保件的要保人其實就是個人，所以我認為規劃第二類集體投保件是要有一種類似「團購」的商品，將適用團購的團體標示清楚，以解決團單個賣的情形。所以說應

該是以這種方式來做切割而不是以保費繳交的人來做切割，這是我個人的意見。

主席：

補充說明，其實我們設計集體投保件，雖然是類似集體彙繳件，但我們會把它設計到它可以把費率降下來，所以他的收費要單純，保險公司針對代投保單位來作業，由代保單位來向其成員收取保費，這樣來說成本才可以下降，而不是像過去集體彙繳件，雖然是同一個住址但是可能一個月要造訪三次以上收取保費。所以集體保件在做法上是希望朝向將保險公司的本降低，另一方面又希望有某種牽連關係，這個待會我們請保發中心代表 C 來做說明，看是否可以從費率上去做控管。

公會代表 E：

針對剛剛的議題我有兩個意見。第一大類中提到同一團體有成員欲另行洽購額外保障，則該額外增購部分應屬於第二類。以目前本公司的情形來說，有一定雇主之員工保險，我們早就在做，我是認為不要把它歸在第二類，因為我們會要求要保單位自員工帳戶去對保費扣款，我們所給的費率其實是跟員工福利是一樣的，我們可以把價錢降下來的原因是因為省去發單的動作，若針對每一個人發單，成本上是難以下降的。另外，有一定雇主的員工，保險期間其實是會去跟員工福利去做結合的，因此我的建議是不需要把這一塊另外歸到第二類去。針對保險受益人部分，實務運作上，因為少子化的原因，曾經碰到沒有家屬，也無法定繼承人的情形，有些人想要把保險理賠捐給慈善機構，但是我們沒有辦法做到，因為在整個示範條款裡面是不吻合的。以上兩點是我的意見。

公會代表 F：

針對計畫中未來團體保險分成這兩大類提議，本人是非常樂見其成，這邊本人也提供一些實務上的經驗供大家參考。現行員工保險如果以員工福利的角度來看的話，也會有雇主出資提供保障給員工與其眷屬，以現在規劃中的第一類來說，感覺上員工眷屬在未來會變成一個模糊地帶。因為目前修改的方向是希望所列的這些團體跟他的成員之間需具備保險利益，如果成員與成員眷屬都具備保險利益，才會比較符合現行實務上的需求，提供給各位參考。

主席：

員工家屬保險的難度比較高一點，我們再來想想。

公會代表 G：

在員工福利部分，以受雇人而言有一部分是部分負擔，我會建議員工眷屬的部分如果也納入第一類就不會有剛剛提到的員工部分負擔遇到的問題情形，所以我會比較傾向，所以果將員工眷屬納入第一類，在實務運作，在成本上來說都會比較簡單一些。另外，第二大類，非所謂第一大類以外的團體，在定義上其實會跟團單個賣有所混淆。

主席：

原則上第二類還是要有某種程度的牽連關係，負責去收保費的團體必須對其成員有某種程度上的掌控。我另外想請教各位先進，我們目前在實務的運作上，員工的家屬都已經納入在裡面了，目前這部分有沒有甚麼問題？

公會代表 A：

這部分沒有甚麼問題，在現行保險裡已經把員工的配偶甚至是父母都納入到團體保單之中，所以我們作業就會主張第一大類應包含目前的成員與其眷屬，即便是另行洽購我們還是認為不要把它歸到第二類，而應該放在第一類，在保單的處理上會比較順暢。

公會代表 H：

以現行情況來看，如果員工離職，理論上眷屬也會離開，所以是比較傾向員工福利來看。

公會代表 F：

第一類既然要正本清源要立法，解決過去保險利益模糊的問題，如果這一塊沒有涵蓋進去，在未來這一塊還是會有模糊地帶。之前學者專家代表 A 曾經研究過的被保險人就等於要保人，投保單為是代理投保，這樣的觀念如果放在第一大類的話，搞不好連修法都不用修，但不曉得是不是有其他技術面的困難，所以沒有朝這個方向？

人壽保險公司代表 A：

之前的訪談還有今天的資料，我很感謝保發這邊處理這個專案的長官們，還有學者提供的意見。在這裡可以看得很清楚實務上作業的問題在此都有點到，可能各位拿到資料的時間比較急促，沒有辦法從頭看到尾，但如果看完的話其實剛剛有一些提到的問題其實不存在，答案已經在資料當中。另外，剛剛公會代表 E 提到關於受益人、企業裡家屬員工額外購買保險的部分，這些東西是很細的，那在大的架構沒有問題的時候，我們再針對這一部分作一些比較清楚的說明。剛剛有提到，保單每個人對文字的解釋說明不同，我覺得寫這些條文的時候可以再作說明，就不會有所謂各說各話，模糊的地方。我想現在分成兩個大類就是目前實務上的狀況，第一大類，沒有甚麼問題，只是再增列了兩個團體。第二個部分是大家比較關心的，事實上這一類就是由被保險人自己付錢，不管是用集體投保或是集體彙繳哪一個名詞，但這一類並不是把所有個人找來，像剛剛主席也提到這一類成員其實還是有一點關聯的。因為是這樣的一個來源，所以在精算上的規定是不同於第一類，大家比較擔心的是把第一類的精算基礎或是自由化的做法挪到第二類，那就是一個災難，但實際上這個災難已經產生

了，只是每家公司的做法不同。大致上這裡很多細節已經定的跟實務上操作相當類似。

學者專家代表 B：

我目前初步想法是，問題固然很多，但目前問題的來源沒有把他做一個分類。所以我大致上把這些問題做了以下的歸類，有契約法上的問題，例如說剛剛提到的保險利益、受益人指定、告知義務等，這些都牽涉到保險公司契約簽訂上的問題。看到資料中建議增列團體保險章節，我的理解是契約法的部分，因為在業法方面並沒有這種險別的分類，但看到內容的時候，我發現處理的並非全然都是契約法的問題，甚至包括團體的大小、團體的要求、簽名關係要到甚麼程度，這已經超過契約法的範圍。團體關係的要求是屬於業法的部分，所以我的第一個感覺是，我們應該把問題做有效的分類，才可以有效的來處理問題，就契約法部分是否有必要單獨去修法，這有討論的空間，我個人是認為不是很有必要。

在德國保險法中是沒有特別去要求保險利益，當然他們有他們的理由，並不一定適用國內。但就國內實務來看，其實我們已經把保險利益作廢了，即使沒有保險利益依然承保，今天只是因為實務所做的與法不符，所以想要在保險法中加入保險利益。若是這樣，保險利益的規定是否真的滿足當初我們立法的目的，就目前增訂保險利益的看法跟目前實務上的作法可能不太一樣，保險利益是否增訂我認為無所謂，因為依我的理解保險利益根本就不重要。

至於書面同意，牽涉到契約法也牽涉到技術層面，書面同意我認為可以做，因為本來就有規定，做起來雖然有點麻煩，但真的這麼麻煩嗎？我到傾向這不是一個契約法的問題，而是一個技術上的問題，給每一個被保險人簽立書面同意，我不覺得這個很複雜，但可能有一些實務界的環節是我不曉得的。這也牽涉到剛才說到未成年的被保險

人該如何繳交保費，我認為這也是技術層面的問題，而不牽涉到法律層面的問題，在國外都沒有這些問題。我想是不是我們的做法綁住了，所以我們堅持一定要這樣做不可。

再來，有關受益人的指定，我們回到契約法，這邊建議給被保險人指定跟我們現在所理解的給要保人指定是不一樣，我不清楚有甚麼特別的理由一定要給被保險人指定，如果我們為了一個團體險在這裡做一個跟一般人壽保險不一樣的規定的時候，我們要有充分的理由去說原來的規定有甚麼不好，若原來的規定不好，為什麼不就原規定去做修改要去做一個增設的動作？這會使法律的適用變得複雜。

另外，告知義務直接用保險法 64 條有甚麼困難嗎？被保險人有告知義務目前在學界跟業界應該是沒有爭議的。這是契約法的部分，至於業法部分，大家比較關心的是團體的人數跟關聯性，以及將來如何面對金融檢查，這個問題如果要處理的話就要在業法的部份去形成一個規範，這部分有其必要性，但細節部分如何拿捏，我現在初步沒有一個很特定的看法。我的看法是盡量在業法或是業法行政命令授權去處理這些問題會比較好。

主席：

有關被保險人親簽的問題，我看日本的文獻規定，在契約法中還是堅守一定要被保險人同意，在每個員工一進入企業要去報到的同時就要去簽約。不過這裡有一個問題就是被保險人也不知道公司以其身體到底保了多少保額，後來就有身故員工家屬發現企業拿走員工大部的保險金因此提出告訴，判決結果保險契約無效。所以在技巧上我們是可以去克服的，但針對學生保險或是鄉鎮市民保險難度就會比較高一點，所以假如說可以的話修改保險法第 105 條，若無道德危險，且又把法定的受益人限定在被保險人家屬及其法定繼承人，則前面親簽

的問題就可以做一個配套的措施，這是我們研究小組目前的構想。再來我們請保發中心代表 B 發表看法。

保發中心代表 B：

其實我一開始的想法是行政上沒有甚麼不可以，為什麼要動到修法？我們就在員工手冊上告知員工授權給雇主來做這件事情，但在進行訪談的過程中，發現到實務上面臨很多問題，像舊保單的問題、有些員工外派的問題，對於新進員工當然是可以做到親簽，但是要求規模比較大的企業要做到每一員工親簽其實是有困難的。因為第 105 條是保險法的規定，我們在沒有其他法源依據的情況下，很難用行政命令明定，團體保險不適用保險法第 105 條的規定。近幾天我有發現因為競價的結果，沒有親簽，就到保險局告發，保險局收到這個案子也不能不處理，因為法律規定明明就在那裡。

在保險利益部分，可能德國實務跟法律可以配合，但我國現行的保險法，我們很難去排除適用實務上保險利益的情形。一旦主張沒有保險利益，保險契約即不生效的情況之下，被保險人在投保三年後依此宣稱契約不生效要求退還保費，我們該怎麼處理？所以到最後我們討論的結果是不得不修法來杜絕相關爭議，因為如果不修法就會明顯的違反保險法。當然要請各位努力的是，針對團體的定義、集體件的定義都是有很多我們可以去修改的空間，我們研究小組也會參考國外立法例將這些寫得更清楚方便各位來承作。也許就團體的定義我們可以用授權命令來做，不直接在法裡面定義出來，因為基於時代的變化，團體的定義會有所變遷，所以未來如果修改保險法的話，應該在法裡面會有一個法規的授權命令，讓主管機關在適合的情況下去修改團體的定義。

至於集體投保，我們某種程度是希望解決目前團單個賣的問題，一定要有相對的誘因，像是剛剛提到團購的概念，讓團單個賣的業務

能移到這邊，在費率精算上當然要有適度的調整，否則沒有辦法導正市場上團單個賣的這個問題。但這誘因又不能太過高，否則會去壓縮到個人保險，所以在做法上是需要一些技術性。在設計上與保險公司核保上要如何去做，都是我們下一步要討論的地方。剛剛聽了這麼多，我有一個問題，是關於員工福利的部分，譬如說眷屬那一塊，或是員工額外加保的那一塊，如果那部分拉出來處理，如果員工他自己扣款，那這保費的部分本來在稅負上優惠就沒了，因為沒有給予單獨的保單。再來，另外一個問題是說當他加退保的時候，在目前團體保險的概念底下要保人其實就是企業主，把保險當作員工福利來看，但就員工自費的部分，員工應該有其權利，在退費的時候是退給要保人，我不知道這些問題現在實務上要怎麼處理？

壽險公會代表 B：

目前我們在契約成立的時候，會去註明哪些保費是公司負擔哪些保費是員工負擔的，所以到報稅的時候就會開始寄發保費證明，所以員工自費的情形或是員工為其眷屬買保險的情形我們在要保書中會寫得很清楚。

保發中心代表 B：

有關受益人部分我想再請教一下，如果未來我們在設計上受益人直接寫被保險人的繼承人，當被保險人沒有繼承人時，他可以再指定，如果用這樣的做法，在實務上是否可行？

壽險公會代表 D：

這是法律程序上的問題，因為規定我們要保書上一定要寫繼承人，若不寫繼承人保險金會變成遺產，遺產會被扣稅，其實問題在於說一定要完成這個手續，我是覺得直接寫繼承人就好了，反正他也沒眷屬了，捐給國家也是蠻好的。

學者專家代表 A：

其實各位剛剛講的問題我們都考慮過，第二點我要聲明我沒有參與這個計畫，出發點是要幫各位解決問題。這邊看到的第一分類不是我們的主張，第二大分類比較像是我們的主張。我們當初是分成甲型跟乙型，甲型是說只要存在有保險利益符合現行法架構下去做，但乙型不一樣，乙型是說我們傾向團購的概念，但也不是集體彙繳，因為集體彙繳是個別買，而我們是團體買，所以與第二類是比較一樣的。剛剛學者專家代表 B 也提到，保險利益的問題，在現行台灣的保險法中就是有規定保險利益。所以我們在做研究後端，像是受益人或是親簽的部分，我們都是回歸到保險法來做。這邊我們唯一要管制的是「團體」的範圍不要無限的上綱，所以行政管制會由主管機關這邊來管控，配合市場的需要。

再來針對「專章」的部分，我贊成學者專家代表 B 的觀點，專章沒有必要，首先就是說要幫團體保險開一個門，為何不先檢討保險法第 16 條，如果覺得特別的可以直接加註在保險法第 16 條上，甚至針對第 16 條過時落伍的可以順便檢討一下。如果第一類部分很多是可以做吸收的話，其實未來第二類就可以解決大多數的問題，如果其他部分認為有必要去討論的，就把它加註在保險法中，而不是去弄一個專章。第二個是費率的問題，各位最擔心的就是團單個賣，我們團體保險沒有規定要統一費率，團體保險要省的是大家一起去買的那個附加費用（loading），但是個體上應該還是可以調整，所以節省的那一塊是在附加費用。所以可以用兩種方式來做，可以用平均的方式做，或是就危險等級給予差別費率，所以這部分應該不是問題。我重申我的看法，如果第一類要修法的話會遇到很多問題。

主席：

謝謝學者專家代表 A。接下來我們請保發中心代表 C 來補充一下精算方面的想法。

保發中心代表 C：

團險的費率依據五十人以上自由洽訂，五十人以下區分為五到九人與十人以上，第二類集體投保因為可慮到成員不一，危險不定，所以我們偏向以個人保單做集體投保的方式，費率仍是依據個人保險的部分。如果是一壽險保單，可以根據每個年齡來訂定不一樣的費率，若是依傷害險，成員又類似可能依據風險做一個評估做平均費率。集體投保與團體保險不一樣的地方在於，集體投保會在送審文件中去揭露費率訂定的範圍在哪，未來在銷售上按照送審文件的表訂費率，集體的話費率上會去做限縮，但團體保險的話完全是自由洽訂。準備金方面，如果在年底清償能力不足的話，要再提存準備金。

二、討論團體保險之團體之定義及其態樣

主席：

討論議題第二項已於第一項時有作討論，請各位先進再發表意見。

壽險公會代表 E：

我想請教保發中心代表 B 與兩位學者專家代表，有關被保險人告知部分，在第二類直接寫明適用保險法第 64 條，因為團體保險賣的都是一年期的，既然是一年期的還有保險法第 64 條的適用範圍嗎？按照示範條款第 8 條來講的話其實已經有規範，一年期契約已經是滿期了，其實續保是重新來的，若沒有經過重新的告知，其實是延續把它接過來的，接過來理論上來說，是照單全收。

學者專家代表 A：

按照你的說明，團體保險一年期續保都是沒有遵循告知義務？其實保險公司可以放棄要求告知義務，即不能主張。我的意思是說，一年期的部分還是有告知義務的存在，在續約的時候要不要放棄是保險公司的權利。

壽險公會代表 D：

我們曾遇到公司負責人告知不實，有員工在投保數日後死亡，我們就在考慮要不要主張保險法第 64 條解除契約，如果解除的話會引起公司跟企業的對立。如果這邊有加註是被保險人有告知義務的話，我們可能會主張對被保險人解除契約，我想應該是要在保險法第 64 條加註被保險人有告知義務的規定。

主席：

這部分壽險公會在保險法有提案。

壽險公會：

這個案子聽說已經送交立法院，但不知是否進入黨團協商。針對這個議題，我個人認為，在示範條款有加註被保險人告知義務的規定，其實可以透過現行實務的做法去約定就可以解決了，未必要透過修法。

學者專家代表 B：

我完全同意這是一個問題，但是這個問題跟增訂告知義務是沒有關聯的。加了被保險人告知義務它還是一個契約，不會因此可以對個別被保險人解除契約，因為契約只有一個。現在需要克服的問題是可能因為要保人，公司方面，去違反告知義務造成解約，全部無效的情形，但影響的是被保險人。當然法律上有解除契約溯及無效，不論是一部分無效或是全部無效，這都只是原則，可能還是有例外。在民法總則第 111 條中規定，如果除去無效部分其他部分還是可以成立，所

以解除契約可以只做部分解除，怎樣解除其實我們可以在條款中做約定，只解除部分，這並不違法，保險法在此也沒有做強硬的規定。

學者專家代表 A：

我想剛剛學者專家代表 B 提到的我完全贊成，我稍微在演繹一下，其實按照我們原來想法是分成甲、乙兩型。甲型，就是一個要保人對很多被保險人，都有保險利益，單一型的就是像學者專家代表 B 所說的，可以有部分無效的情形；乙型是集體型，是團購概念，很多要保人變成一個團體，若單一要保人違反告知義務的話，就解除他的契約，之所以說後續還有許多配套措施要做是因為如果是團體成員的話就可以來買這張保險。如果不是就必須被排除在外，否則就會浮濫，所以我們建議裡提到必須是團體，團體間要有連結關係，這個定義的部分就是要由主管機關來界定，就不會浮濫。如果因為身分的喪失或是違反告知義務，當然在效力上就脫鉤了，不會以影響到整體保單持有人的利益。

三、討論團體保險單示範條款規範最低人數五人之必要性

人壽保險公司代表 A：

從企業，就是要保單位的角度來看，難道小於五人的團體就不是團體了嗎？有一些企業在剛成立，籌備之時只有二、三個員工，但不等於未來只會有二、三個員工，但五人的規定就把它限制住了。有一些團體可能是五個人，但因為一些因素員工離職了，那該保單是不是立刻停止或到保單年度結束停止，這些是實務運作上確實存在的問題，但從企業的角度來看，並不特別去理解五人的意義。從保險公司的角度來看，如果這是一個生意，那為什麼不做？我所謂的生意是說我願意承擔風險，只要這個風險我算的出來，我願意承擔，為什麼要放棄這筆生意？以上是從各個角度來看待這件事情，謝謝。

學者專家代表 A：

我補充一下，假若是單一型保險，人數有無設限並不重要，因為可以反映在計價上，而且只有一張單子。集體型的，我打個比方，如果我們今天要去團購一些吃的，譬如說金牛角，賣家一定會說至少要有幾份以上的訂單才可以免運費。所以如果是集體型的話，要請教一下業者，多少人數以上的規模才可以降低附加費用？危險保費的部分可以用平均費率，但是要降保費，一定要有相當的經濟規模的量，所以五個人到底夠不夠，還是回到實務面來看，還是要請業者來表達意見我覺得會好一點。

學者專家代表 B：

我跟學者專家代表 A 意見一樣，應該是各位實務界的專家比較清楚。不過就像剛剛這位專家所提的，如果我們設了一個人數，不管是幾人，如果一開始人數就不足或後來人數下降是不是會產生契約效力有疑問，這個是我一開始所講的，不要放在契約法裡的原因。如果放在業法或授權命令，就算有這個規定，也是監理機關對業者的要求，至於契約上的關係是不受影響的，可以區分規範的用意。

主席：

感謝兩位學者專家代表的發言。假如將來會訂定人數的地方，可能會在費率的地方用行政法令去規範必須符合某種程度的大數法則，才會有團購的效益，到時會在行政規範去訂定。假如說各位今天沒有辦法給我們具體的建議，也歡迎在會後告訴我們。

壽險公會：

今天業者有提到保險架構的問題，其實今天我們業者遇到很大的問題是批註的部分。團體保險常常會配合要保單位去加一些內容，一

般是要保單位要我們加我們就加，但是加的內容有很多是不符合現行的法律規範，不知道這個研究報告就商品會不會著墨到這一塊？

保發中心代表 A：

有關批註部分問題在研究報告中會提到一些，或許可採行免送審方式處理，至於附加條款在報送主管機關的時候不要限制在某一個主約商品，而是以險種別方式處理。此外，在損失率控管上則併入主約一起做監督、控管。

主席：

有關批註部分壽險公會的資料，可於會後提供給我們參考。謝謝各位今日的討論，有任何意見歡迎會後提供給我們。

散會

附錄十一

團體保險商品監理措施改進之研究委託研究期中報告審查會議紀錄

一、時間：98年5月12日(星期二)下午1時30分至4時

二、地點：本局第1724會議室

三、出席人員：

專家學者：柯委員曉南、洪委員燦楠、盛委員鈺、汪委員信君
、吳委員君誠

壽險公會：金憶惠主任、黃烈暉(安泰人壽)、陳紅瑩(南山人壽)
、康益瑞(中國人壽)、吳重義(國泰人壽)、黃千玲(台灣人壽)

產險公會：楊永為、楊秩修(旺旺友聯產物)、林志強(國泰世紀產物)、李柏松(明台產物)、黃皇賓(富邦產物)

研究團隊：財團法人保險事業發展中心梁副總經理正德、張律師淑芬、廖處長淑惠、張專員志宏、吳研究員玉鳳

本局：陳組長淑娟、王副組長麗惠、林副組長耀東

四、列席人員：本局蔡科長火炎、張副研究員瑞珠

五、主席：曾副局長玉瓊 記錄：張瑞珠

六、決議：

(一)本委託研究計畫期中報告審查通過。

(二)下列事項請研究團隊參考辦理：

- 1.目前研究內容探討方向偏向以一年期團體保險為主，請研究團隊併就國外團險運作實務中，經驗分紅是否具有強制性、是否均採平均費率及國外長年期團體保險之保險類型部分再予補充及相關規範。
- 2.請補充實務上採「團單個賣」之業者為何不採集體彙繳方式來銷售之原因，並比較集體彙繳與報告中所建議第二大類團體之優劣點。

- 3.建議補充美國對團體保險費率適足測試、準備金規範之相關內容，及簽證精算報告中如何評估團體保險之保費不足準備金。
- 4.團單個賣與團體定義、要保單位與被保險人間保險利益，及團體保險被保險人書面同意等問題，均係主管機關現階段亟待解決之監理事項，若僅建議透過修法方式處理，恐緩不濟急，故建議研究團隊可分別短期及長期作法，研議具體改進措施，供監理機關參酌。
- 5.請於研究報告中納入國外集體投保之定義、團體保險之銷售與行為規範。並依本研究案需求增列國外制度規範之優、缺點比較，及進一步說明該優點為我國參採之妥適性。
- 6.關於國外團體保險商品送審方式部分，請補充其他國家作法，並就我國現行團體保險商品送審方式之改進，提具法規具體修正建議。
- 7.請併同考量依團體大小採不同監理方式之可行性及建議。
- 8.其餘修正意見，請依審查會意見表(詳附件)辦理修正。

「團體保險商品監理措施改進之研究」委託研究計畫
期中報告審查會意見表

意見

- 一、第一章第一節：p4「，或有因銷售團體」請修正為「，或有部分團體」。
- 二、第一章第二節：p5「法令規範與」似屬贅字，請檢視修正。
- 三、第一章第三節：p6 第二項之圖文框內無文字，請檢視修正。
- 四、第二章第一節：
 - (一) p8：請檢視第一項第一行是否有漏字。
 - (二) p11：團體健康保險保費收入不斷上升之原因，建請洽壽險公會表示意見。
 - (三) p13 表一及圖一：中華郵政公司是否有銷售團體保險？另團體保險市場規模向來不大，請說明中華郵政公司所占數字有多少，從何時開始納入統計？
 - (四) p15：請釐清所謂「適格」之判斷基準係以「稅」或「團體定義」為考量，並修正明確。另實務上團體保險即有採多種商品搭配銷售之作法，似非「團單個賣」行為所獨有，所謂「套裝方式」是否為「團單個賣」之特徵？
 - (五) p16：第五項「營業人員」是否指保險業務員？
 - (六) p17：團體保險與集體彙繳件之實務作業差異，資料來源之妥適性，請檢視修正。
 - (七) p18：第六項第一款「雇主」文字有誤植，請修正。
 - (八) p19：政府標案隔年若未得標，何以附加條款須重新送審一次？又批註轉成附加條款，為何有精算計價問題？請補充其原因。另報告中提及團體保險商品批註事項，可改以附加條款方式來做之問題，似有商榷之處。按批註與附加條款，在壽險實務上，性質截然不同，前者以變更原契約之內容或效力為原則，後者則係在不影響原契約之前提下，作為契約內容之補充。因此，似非可藉附加條款之方式，解決團體保險商品批註事項送審之問題。
 - (九) p23：關於所提團體傷害保險單示範條款（標準型）與（多倍型）將要保單位與要保人間之法律關係以代理認之，請補充說明。
 - (十) 有關團體保險契約當事人之問題，認為可區分團體保險與集體投保二類分別定位。惟實務上，團體保險與集體彙繳件雙軌制，已行之有年，且集體投保彙繳件，理論上亦非團體保險商品，故有關團體之定位，建議可從目前以被保險人團體為架構之保險商品，考量未來是否增加以要保人團體為設計之保險商品。
- 五、第二章第三節：
 - (一) p24：「美國係繼受．．．」請另起一段；第 13 行「除簡易人壽

「團體保險商品監理措施改進之研究」委託研究計畫
期中報告審查會意見表

意見

保險外，其餘各險種均適用保險利益原則。」請檢視文字是否誤置。

(二) p27：要保人與被保險人為同一人者，當然有保險利益，所述「需有保險利益」似屬多餘。

(三) p29：人壽保險單示範條款第 24 條亦有身故、生存保險金受益人之變更，應檢具申請書及被保險人同意書之約定，似乎不宜以團體一年定期人壽保險單示範條款第 20 條即推定被保險人為團體保險契約實質上之當事人。

(四) p29：第三項第一段第一行請修正為「因大陸法系國家．．．」，另第三行有無特別強調「團體」之必要，請再酌。

(五) 研究報告第 29 頁結論認為團體保險無須探討保險利益之問題，如以學術立場而言，當予以尊重。然基於此研究計畫，係主管機關未來擬作為團體保險商品監理之參考，有其行政考量，故建議仍宜從適用保險法有關保險利益之規範下，提供主管機關合理性之解釋較妥。

(六) p30：第四行請修正為「．．．大陸法系．．．」。

六、 第三章第一節：

(一) 本報告介紹之法國任意型團體保險，其要保人與被保險人是否為同一人，於 p31 及 p33 之敘述，似有歧異之處，宜請釐清。

(二) p34：第一行請修正為「．．．保單持有人．．．」；法國團體保險不探究保險利益之有無，係指在任意團體保險之下，抑或全部團體保險皆不探究保險利益？

(三) p35：請修正為「．．．被保險之團體．．．」。

七、 第三章第二節：

(一) P36：以下介紹之美國 NAIC 團體保險模範法案，僅有壽險及健康險二者，是否表示美國無其他險種之團體保險商品，建議研究團隊能予以補充此部分之論述。

(二) p37：請增列 NAIC 模範法案規範之優、缺點分析，並進一步說明該規範為我國參採之妥適性。

(三) p38：請釐清 NAIC 模範法案規範在保險費全部由保單持有人負擔時，所有適格之團體成員應全數加入團體保險，係因稅之規範，或避免逆選擇之發生？國內團險制度有無可參採處？

八、 第三章第三節：

(一) p45：第四行請修正為「．．．已同意．．．」。

(二) p46：以下介紹日本團體人壽保險有五種類型，並就團體定期保

「團體保險商品監理措施改進之研究」委託研究計畫
期中報告審查會意見表

意見

險、團體信用壽險、消費者信用團體壽險等，特設專節說明，惟對於團體養老終身保險及身心殘障者扶養人壽保險，則未加以著墨，尤其是團體養老終身保險有無可供我國借鏡之處，期待研究團隊能於期末報告再多所論述。

(三) p50：請修正為「2.任意加入：……」。

(四) p55：第三款表格中，團體保險為一年期，為何每二年支付紅利，請說明其作法。

九、第三章第四節：

(一) p69：我國「保險金額一致」乙節，請說明是否為通案情形？

(二) p72：我國團體保險單示範條款對於保險期間之但書約定，僅在於約定起迄時間可不從午夜 12 時起算，尚非指可約定超過 1 年。本項目保險期間之比較重點何在？請敘明。

十、第四章第一節

(一) p81：我國現行團體保險單示範條款非法令位階，是否與美國 NAIC 模範法較近似，請再酌。

(二) p82：請釐清第二大類集體投保件之契約當事人為何？若第二大類係採用要保單位代被保險人投保之觀念（要保人即為被保險人），如何適用保險法第 105 條？

(三) P83：表中最右邊一欄稱「為使集體投保件之要保人得以較大彈性釐訂費率」中之“要保人”，建議修訂為“保險人”。並補充如採單一或區間費率時可能衍生之弊端(如逆選擇、誤購等)如何在法令面予以規範。

(四) p83～84：研究報告建議第一大類團體保險完全捨棄保險利益原則與被保險人同意權，與 p29 稱「大陸法系或英美國家均認應具有保險利益」有出入，建議捨棄保險利益原則是否符合國際趨勢？能否就各國團體保險對保險利益原則與被保險人同意權規範予以列表比較，再就是否允宜兩者皆可拋，提出研究團隊見解與建議。

(五) p84：在第二大類集體投保件之下，要保人及被保險人是否仍會不同？請釐清法國作法。

(六) p88：第二款第二大類集體投保件如開放，是否可能衝擊微型保險業務？或可規定保險業銷售第二大類集體投保件時，應有一定比例以上業務為微型保險業務？相關監理機制請研究團隊提出建議。

(七) p90：示範條款中增列之「眷屬」範圍何指？請修正明確。

「團體保險商品監理措施改進之研究」委託研究計畫
期中報告審查會意見表

意見

- (八) p95：建議廢止 85.7.25 函令，因團體有大有小，小公司如投保團體保險仍處資訊弱勢，對此有何機制得以予以適當保護，建議增列說明。
- (九) p95：團體年金保險除發生率外，還涉及利率風險的問題，建議併增說明暨建議。
- (十) p96：請進一步提供法國主管機關設定之「一定範圍」之參考資料。
- (十一) p97：請釐清目前產險之簡易備查與法國不需主管機關審核之異同。另關於不涉及費率或準備金者之團體保險批註條款或附加條款建議無需列入商品審查範圍，請說明建議之免送審方式為何，與產險之簡易備查之差異。
- 十一、 附錄一
- (一) p103：第三行請修正為「．．．亦有．．．」。
- (二) 文獻回顧與違反法令規定處罰公告情形兩者性質不盡相同，建議拆分為二個附錄，另後者當中建議列出與團體保險有關即可。
- 十二、 其他：
- (一) 依研究報告內容表示建議於保險法中增訂「團體保險」專章，請考量一併增訂團體保險之定義，並請考量明確定義團體保險係以保障被保險人之利益而訂定之保險商品之可行性。
- (二) 研究報告似尚未將團單個賣問題予以具體化、類型化，請就本會裁罰保險業之個案資料予以歸納分類，並就監理角度加以論述。
- (三) 報告中建議受益人之範圍訂於保險法中，請補充說明國外立法例。
- (四) 有關經驗分紅之部分，請說明法規上是否有「強制」經驗分紅，及比照個人保險區分為分紅保單與不分紅保單的可行性。
- (五) 目前團體保險僅有「團體一年定期壽險年度經驗死亡率研究報告」，建議未來增加其他各類團體保險之經驗資料，以為提存準備金監理之依據。
- (六) 有關保險利益之乙節，可併同參考中國大陸 98 年 2 月 28 日修正之保險法，將團體保險分為有一定雇主之團體保險(適用「與投保人有勞動關係者的勞動者」、無一定雇主之團體保險(適用「被保險人同意投保人為其訂定合同的，視為投保人对被保險人具有保險利益」)。

「團體保險商品監理措施改進之研究」委託研究計畫
期中報告審查會意見表

意見

(七)為了解目前業界實務情形，建議團隊將已完成之問卷、個案訪談之分析結果補充於報告中。

附錄十二

團體保險商品監理措施改進之研究委託研究期末報告審查會議紀錄

一、時間：98 年 6 月 29 日(星期一)下午 2 時至 4 時 15 分

二、地點：本局第 1724 會議室

三、出席人員：

評審委員：吳委員君誠、盛委員鈺(請假)、汪委員信君(請假)、
柯委員曉南、洪委員燦楠、陳委員淑娟、施委員麗
婕(請假)、洪委員美貞(請假)

壽險公會：金憶惠主任、黃烈暉(富邦人壽)、蔡錦雄(南山人壽)
、吳重義(國泰人壽)、郭文珍(國泰人壽)、黃千玲(台
灣人壽)

產險公會：林榮宗、黃皇賓(富邦產物)、何欣恆(國泰世紀產物)
、李柏松(明台產物)

研究團隊：財團法人保險事業發展中心梁副總經理正德、張律
師淑芬、廖處長淑惠、張專員志宏、吳研究員玉鳳

四、列席人員：本局蔡科長火炎、張副研究員瑞珠

五、主席：曾副局長玉瓊

記錄：張瑞珠

六、決議：

(一)本委託研究計畫期末報告於修正後通過。

(二)下列事項請研究團隊參考辦理：

- 1.第二大類集體投保之「共同連結關係」建議舉例說明並提出如何避免第 106 頁所提法國缺點的可行之作法。
- 2.報告中所提集體彙繳折扣較少亦為團單個賣的原因，請補充該解決之道的可行性評估。
- 3.請研議由各保險公司自行訂定準備金提存標準並檢視其適足性之可行性及建議。

- 4.請研議針對大量且同質性高之團體保險附加條款或批註條款提出免送審之可行性及建議。
- 5.其餘修正意見，請依審查會意見表(詳附件)辦理修正。

附件

「團體保險商品監理措施改進之研究」委託研究計畫
期末報告審查會意見表

意見

- 一、第一章第一節：我國商業團體保險始於 1941 年間由中央信託局辦理，請確認相關團體保險業務辦理地點是否在台灣？
- 二、第二章第一節：
- (一) P16：查業界曾銷售長年期團體養老保險，第 1 段內容請查明後予以修正。
 - (二) P17：第 3 行請修正為「.....健康保險在團體.....」。
 - (三) P20：表一右方請加列合計欄。
 - (四) P21：表格中之 3 右方欄請刪除多餘的下引號。另 4 中請修正為「.....備查保險商品.....」。
 - (五) P24：第三列第一欄請修改為「定義」。
 - (六) P28：學生團體保險原即無本會 95 年 9 月核定修正團體傷害保險單示範條款之適用，並無學生團體保險殘廢等級與上開示範條款不一致，直至 98 年 8 月 1 日始修正一致之疑義，若以此舉例似非妥適，能否更換其他例子？
- 三、第二章第二節：
- (一) P31：2002 年所核准之團體傷害保險單示範條款(標準型)與(多倍型)係針對產險經營傷害險而定；2006 年修正團體傷害保險單示範條款已對產、壽險業經營傷害保險制訂一致性規範，相關說明請檢視修正。
 - (二) 95 年 9 月核定修正團體傷害保險單示範條款時，並未修正要保人定義，即修正前後之「要保人」均指要保單位，此處謂放棄原 2001 年時要保單位與要保人(即為被保險人)間代理之法律關係乙節，似與事實不合？請檢視修正。
- 四、第二章第三節：P36：二之(二)：被保險人同意權與有無保險利益應無關，本段文字是否另起一段表達？
- 五、第三章第二節：
- (一) P49：「制定人壽保險銷售說明模範監理(Life Insurance Illustrations Model Regulations)，除變額人壽保險及個人/團體年金保險、信用人壽保險、不需銷售說明者外，適用於所有人壽保險及團體保險」乙節，建議文字再予修正，以方便閱讀。
 - (二) P49：使用銷售說明時，保險公司、保險經紀人、代理人不得有「明示或默示付款」，請進一步說明其指為何。
 - (三) P50：補償及同意該筆補償給付予保險生產者等陳述，請再酌修以避免誤解。

「團體保險商品監理措施改進之研究」委託研究計畫
期末報告審查會意見表

意見

(四) P54：參採之妥適性中提及「至少具有上述 4 項優點值得作為我國參採」後下接 4 點說明，請依原意酌予修正。

六、第三章第三節：

(一) P69：日本之「猶豫期間」即為我國「寬限期間」，請修正。

(二) P74：表格內稱日本團體保險商品每 2 年支付紅利，惟註腳稱乃採第 2 年分紅方式，請檢視修正明確。

七、第三章第四節：P106：「法國、美國、日本與我國團體保險相關規範比較表」中美國 NAIC 及紐約州缺點分析為空白，請檢視係漏列亦或是有他考量。

八、第三章第五節：

(一) P111：美國要求保險公司對小型企業雇主之健康保險計畫所收保費需測試以證明達到「精算健全性」之規定，與一般認為大企業議價能力較強，為免保險公司因競爭因素壓低費率而需有進一步規範不同，請再確認並補充說明。

(二) P112：請修正為「未滿期保費準備金(Unearned Premium Reserve)」。

九、第四章第一節

(一) P114：第 2 段示範條款係壽險公會研擬草案報主管機關備查實施，主管機關係核復准予備查，並非訂定或修正發布，用語請審酌修正。另第 12 行請修正為「對避免道德危險應具一定程度之功能」。

(二) P114：第 3 段「本研究建議參酌法國立法例重新界定團體之定義」乙節，與 P78 稱「本研究認為 NAIC、美國紐約州及日本明確對團體定義之立法例，……可做為我國需進一步明確定義團體之參考」敘述存有矛盾，請審酌修正一致。

(三) P116：「眷屬團體」之眷屬範圍何指？請修正明確。

(四) P117：部分團體(如 6.公私立各級學校教育團體)於立法院財政委員會協商之保險法第 107 條修正條文，係屬依其他法律辦理之保險，不受第 107 條之限制，提請團隊注意。

(五) P117、P133、P135 及 P137：「公私立各級學校教育團體」請修正為「公私立各級學校」。

(六) P117：第二大類所提「保險公司銷售第二大類集體投保件，應有一定比例以上業務為微型保險業務」乙節，因目前僅針對微型保險開放第二大類集體投保件之團體，於其他商品尚無第二大類團體之適用，請審酌修正建議內容。

「團體保險商品監理措施改進之研究」委託研究計畫
期末報告審查會意見表

意見

(七) P119：表格中性質項目「具團購性質之要保人團體」是否與團體保險中投保團體不得為以購買保險為目的而形成團體之原則有所扞格(P121 亦有相同情形，請檢視)。另第二大類集體投保其個別要保人與要保單位間是否應具「共同連結關係」請再研議。

十、第四章第二節

(一) P120：保險法第 20 條僅適用於產險或再保險，似無適用人身保險？該建議之妥適性請再酌。

(二) P121：第 2 段請修正為「.....網際網路.....」。

(三) P123：第二段「人身保險費率結構」並未廢止，請查明修正。

(四) P124：第二大類集體投保之風險應較第一大類團體投保高，請考量是否亦參照第一大類訂定費率檢測機制。

(五) P126：有關建議參照目前產險業作法，由產險公會報經主管機關核定之保險乙節，因過去由產險公會送審商品有其背景因素，現為考量公平交易法之規範，請酌予調整建議內容。

(六) P126：「.....相關法令修正建議如下.....」建議明示「相關法令」係指為何，另產險業亦可承作團體保險業務，請併同考量修正。

(七) P127：現行「人身保險商品審查應注意事項」第 182 點於個人險及團體險皆適用，然本研究係針對團體保險提出建議，文意表達請再修正明確。

(八) P134：增列「眷屬」之範圍為何，請說明。

十一、附錄二 P146：「中國人壽保險股份有限公司（以下稱中國人壽）透過中國信託保險經紀人公司銷售.....」，其中「（以下稱中國人壽）」等文字請刪除。

十二、期中報告審查結論與回覆對照表

(一) P225、226：建議就我國與美國醫療福利制度不同方面再予補充說明。

(二) P235：就 P83~84 回應說明，因學生團體保險保額達 100 萬元，亦有道德危險存在，不宜逕認其完全無道德危險，無須探討保險利益與被保險人同意權問題，回應理由請審酌調整。

十三、其他：除前述意見外，請就報告內容、前後用語之一致性、錯別字、遺漏字等再予檢視修正。

參考文獻

【中文部分】

康鴻誼，團體保險契約條款的解釋及其判例，壽險季刊，第 46 輯，1982 年 12 月。

鄭玉波，保險法論，三民書局，1984 年 1 月 7 版。

陳光熙，保險利益之研究，財團法人保險事業發展中心，1987 年 8 月重印。

施文森，保險法總論，三民書局，1990 年九版。

方明川、藍玉珠，團體人壽保險概論，1991 年 8 月初版。

江朝國，德國保險法，財團法人保險事業發展中心，1993 年 10 月。

袁宗蔚，保險學－危險與保險－，三民書局，1993 年 10 月 32 版。

劉春堂，日本保險法規，財團法人保險事業發展中心，1994 年 4 月。

羅淑絹，論團體保險暨相關法律問題，政治大學風險管理與保險研究所碩士論文，1995 年。

吳崇權譯述，生命保險協會編著，團體保險，財團法人保險事業發展中心，1996 年 3 月。

方明川，我國團體保險與保險利益問題新論，壽險季刊，第 101 期，1996 年 9 月。

王清白，抵押權人保險利益保險之研究，政治大學風險管理與保險學研究所碩士論文，1997 年 10 月。

胡木成，評析我國團體壽險示範條款之當事人、關係人及保險利益問題，保險專刊，第 51 輯，1998 年 3 月。

施文森譯，美國加州保險法，財團法人保險事業發展中心，1999 年 8 月。

江朝國，保險法基礎理論，瑞興圖書股份有限公司，1999 年 9 月，修訂三版。

梁宇賢、劉興善、柯澤東、林勳發，商事法精論，今日書局，2004 年 9 月修訂版。

王超馨，保險法第 105 條實務應用問題研討，壽險季刊，第 137 期，2005 年 9 月。

李琬鈴，團體壽險暨相關法律問題研究，政治大學風險管理與保險研究所碩士論文，2007 年。

林勳發主持，保險契約法相關法律問題及其解決對策，行政院金融監督管理委員會保險局委託研究，2007 年 2 月。

林建智、彭金隆、林裕嘉，論我國團體保險契約當事人相關法律問題，政治大學風險管理與保險研究所碩士論文，2008 年 6 月。

【日文部分】

大森忠夫，「いわゆる事業保険と被保険者の同意」，三宅一夫、大森忠夫『生命保険契約法の諸問題』，有斐閣 昭和 33 年。

（社）生命保険協会，「欧米における団体保険の動向－グループ保険海外調査団報告書」，1993 年 11 月。

石田満，「商法Ⅳ（保険法）【改訂版】」現代法律学講座，青林書院，1997 年。

（社）生命保險協會，團體保險，2000年3月。

【英文部分】

John Birds, Modern Insurance Law, third edition, London Sweet & Maxwell, 1993.

Marine Insurance Act 1906

William F. Bluhm, Robert B. Cumming...et al., “Group Insurance”, fifth edition, ACTEX Publications, Inc., 2007.

【行政函釋部分】

行政院金融監督管理委員會 93 年 9 月 29 日金管保二字第 09302520131 號令（修正財政部 81 年 9 月 18 日台財保第 811764604 號函）。

團體一年定期人壽保險單示範條款

團體傷害保險示範條款

一年期團體保險費率標準

【網路資源部分】

<http://www.legifrance.gouv.fr>

<http://195.83.177.9/code/liste.phtml?lang=uk&c=38&r=8112>

<http://195.83.177.9/code/liste.phtml?lang=uk&c=38&r=8113>

<http://caselaw.lp.findlaw.com/nycodes/LLISC.html>

<http://www.moeasmea.gov.tw/public/Attachment/86211281771.pdf>

<http://www.socialsecurity.gov/>

http://www.ins.state.ny.us/life/p_fgguide_lipi.htm

http://www.ins.state.ny.us/life/p_fgguide_lipi.htm

期中報告審查結論與回覆對照表

時間：98 年 5 月 12 日下午 1 時 30 分

地點：保險局第 1724 會議室

期中報告審查會意見	回應說明
<p>目前研究內容探討方向偏向以一年期團體保險為主，請研究團隊併就國外團險運作實務中，經驗分紅是否具有強制性、是否均採平均費率及國外長年期團體保險之保險類型部分再予補充及相關規範。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 目前國外團體保險運作對於經驗分紅並無法令上強制性規定，團險保單是否含有經驗分紅係由保險公司在銷售上考量。 2. 目前國外團體保險銷售上大都採平均費率 (average premium rate)，然並無法令強制要求需採平均費率。 3. 在長年期團體保險之保險類型除已於報告中補充日本團體養老終身保險、身心殘障者扶養人壽保險外，參見第 74-77 頁。美國尚有長期照護或退休金計畫（變額年金商品或其他非保險公司提供之商品）。至於長年期團體保險之相關規範，因與一年期團體保險差異性很大且牽涉範圍廣泛，建請另以獨立專案予以深入研究。
<p>請補充實務上採「團單個賣」之業者為何不採集體彙繳方式來銷售之原因，並比較集體彙繳與報告中所建議第二大類團體之優劣點。</p>	<p>實務上團單個賣採團體保險方式銷售之主要原因係團體保險較個人保險集體彙繳在銷售上較具優勢，其可分為以下二項加以說明：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 團體保險之核保程序較個人保險集體彙繳件簡化，且保險

期中報告審查會意見	回應說明
	<p>公司需出具之保險單樣式亦較簡便。</p> <p>2. 集體彙繳件之費率較為保守，保費折扣多為 2~3% 至多為 5%。其次，在集體彙繳上因屬於個人保險，保險商品內容可依不同個人有不同之需求，團體保險商品內容則具一致性。</p> <p>集體彙繳與第二大類團體之優劣已增列於報告中(參見第 118-119 頁)。</p>
<p>建議補充美國對團體保險費率適足測試、準備金規範之相關內容，及簽證精算報告中如何評估團體保險之保費不足準備金。</p>	<p>1. 美國對團體保險之準備金規範，參見第 110-112 頁。</p> <p>2. 查美國對團體保險並無明確規範費率適足測試方法，其基本原則性規範，參見第 110-112 頁。</p> <p>3. 查美國簽證精算報告有關團體保險準備金適足性之評估，因團險保費所佔整體業務的保費比率不高，實務上未見團體保險業務之準備金獨立評估，而是併入個人保險業務以總保費準備金方法(Gross Premium Valuation)提存。美國針對保費不足準備金有比較詳細敘述，詳法定會計原則標準(SSAP; the standards for statutory accounting principles)第 54 號內容，參見第 110-112 頁。</p>
<p>團單個賣與團體定義、要保單位</p>	<p>已於第四章第二節分別就短期及</p>

期中報告審查會意見	回應說明
與被保險人間保險利益，及團體保險被保險人書面同意等問題，均係主管機關現階段亟待解決之監理事項，若僅建議透過修法方式處理，恐緩不濟急，故建議研究團隊可分別短期及長期作法，研議具體改進措施，供監理機關參酌。	長期作法加以說明（參見第119-134頁）。
請於研究報告中納入國外集體投保之定義、團體保險之銷售與行為規範。並依本研究案需求增列國外制度規範之優、缺點比較，及進一步說明該優點為我國參採之妥適性。	<p>在國外立法例上，團體保險區分為強制型、任意型或將團體以不同型態區分投保，並無本研究所謂之集體投保件定義，惟國外立法例上任意型團體保險或第二大類團體保險，即係類似要保人團體。</p> <p>團體保險銷售說明、銷售通路，參見法國、美國、日本相關章節。國外制度規範之優、缺點與我國參採之妥適性已補充，參見第104-107頁。</p>
關於國外團體保險商品送審方式部分，請補充其他國家作法，並就我國現行團體保險商品送審方式之改進，提具法規具體修正建議。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 除法國外已補充美國、英國、大陸、香港與日本之保險商品送審方式，參見第108-109頁。 2. 團體保險商品送審之具體修正建議，參見第124-126頁。
請併同考量依團體大小採不同監理方式之可行性及建議。	大型團體通常擁有跨州或跨國之部門，並設有專責之單位負責處理保險及其風險控管之相關事宜。大型保險公司始有能力專責處理大型團體之保險，地區性之保險公司多無足夠之承保容量。自1989年開始，美國許多州通過小團體改革法案（Small Group

期中報告審查會意見	回應說明
	<p>Reform)，以消除小型企業（2-50人）在購買健康保險時之阻礙。紐約州透過小型企業健康保險計畫（Small Business Health Insurance Plan）以較低之保險費與較完整之保障分散小型企業之財務風險。一般而言，企業主對員工支出之保費可達 100% 稅負抵免，雇主負擔部分保費者，亦有 25%-50% 之保費抵免，若員工為其眷屬加保，雇主亦得負擔部分保費，但非強制性。紐約州針對小團體規定，至少應有 75% 之員工參與該保險計畫，保費則參照紐約州所制定之費率（community rating）。保險公司成本之計算非基於被保險人之年齡、性別、職業或健康情形，而係基於家庭大小與地理位置訂定，保險公司亦不得因疾病解除小型企業健康保險保單。</p> <p>美國區分大小團體加以監理之原因在於美國並無全國性健康保險制度，故於我國並無此必要。本研究建議團體保險實務作業區分第一大類及第二大類加以規範，第二大類集體投保件費率以個體危險狀況採個別費率或以群體平均危險程度採單一或區間費率，已無大小團體之區分。美國大小團體之監理模式與本研究建議之第二大類集體投保件相違，擬不採大小團體監理模式。</p>

期中報告審查會意見	回應說明
第一章第一節：p4「，或有因銷售團體」請修正為「，或有部分團體」。	已修正，參見第 10 頁。
第一章第二節：p5「法令規範與」似屬贅字，請檢視修正。	已修正，參見第 11 頁。
第一章第三節：p6 第二項之圖文框內無文字，請檢視修正。	已修正，參見第 12 頁。
<p>第二章第一節：</p> <p>(一) p8：請檢視第一項第一行是否有漏字。</p> <p>(二) p11：團體健康保險保費收入不斷上升之原因，建請洽壽險公會表示意見。</p> <p>(三) p13 表一及圖一：中華郵政公司是否有銷售團體保險？另團體保險市場規模向來不大，請說明中華郵政公司所占數字有多少，從何時開始納入統計？</p> <p>(四) p15：請釐清所謂「符合資格」之判斷基準係以「稅」之考量，或亦是「團體定義」之考量。另實務上團體保險即有採多種商品搭配銷售之作法，似非「團單個賣」行為所獨有，所謂「套裝方式」是否為「團單個賣」之特徵？</p>	<p>(一) 已修正，參見第 14 頁。</p> <p>(二) 已洽壽險公會表示意見，因目前壽險公會並未辦理業務統計資料填報業務所以無法正確分析增加之原因，可能原因是團體健康險的統計填報範圍包含學生平安保險（含大專院校），而學保保險費有逐年上升趨勢，所以造成團體健康保險費收入上升，參見第 18 頁。</p> <p>(三) 中華郵政公司無銷售團體保險，亦不包括中華郵政公司銷售之個人壽險集體保件。中華郵政資料係個人保險部分，主要係資料來源之統一用語，為免造成誤解，將該部分用語刪除。</p> <p>(四) 符合資格之判斷基準係以團體定義為考量，在符合團體定義條件下屬於符合資格團體，非稅之考量。套裝方式係屬文詞用語誤植，並非團單個賣之特徵，為避免誤解，已修正報告內容，參見第 22-23 頁。</p>

期中報告審查會意見	回應說明
<p>(五)p16：第五項「營業人員」是否指保險業務員？</p>	<p>(五)營業人員係指所僱用之業務人員（保險業務員）。</p>
<p>(六)p17：團體保險與集體彙繳件之實務作業差異，僅依一家壽險公司提供之資料整理，表達方式似有未妥，請修正。</p>	<p>(六)已修正，參見第 25 頁。</p>
<p>(七)p18：第六項第一款「雇主」文字有誤植，請修正。</p>	<p>(七)已修正，參見第 26 頁。</p>
<p>(八)p19：政府標案隔年若未得標，何以附加條款須重新送審一次？又批註轉成附加條款，為何有精算計價問題？請補充其原因。另報告中提及團體保險商品批註事項，可改以附加條款方式來做之問題，似有商榷之處。按批註與附加條款，在壽險實務上，性質截然不同，前者以變更原契約之內容或效力為原則，後者則係在不影響原契約之前提下，作為契約內容之補充。因此，似非可藉附加條款之方式，解決團體保險商品批註事項送審之問題。</p>	<p>(八)本段文字意義表達有誤，已刪除，參見第 27-28 頁。</p>
<p>(九)p23：關於所提團體傷害保險單示範條款（標準型）與（多倍型）將要保單位與要保人間之法律關係以代理認之，請補充說明。</p>	<p>(九)已補充說明，參見第 29 頁。</p>
<p>(十)有關團體保險契約當事人之問題，認為可區分團體保險與集體投保二類分別定位。惟實務上，團體保險與集體彙繳件雙軌</p>	<p>(十)本研究第二大類集體投保即係採要保人團體考量，主管機關得依市場需要認定符合集體之資格。</p>

期中報告審查會意見	回應說明
<p>制，已行之有年，且集體投保彙繳件，理論上亦非團體保險商品，故有關團體之定位，建議可從目前以被保險人團體為架構之保險商品，考量未來是否增加以要保人團體為設計之保險商品。</p>	
<p>第二章第三節：</p> <p>(一)p24：「美國係繼受．．．」請另起一段；第13行「除簡易人壽保險外，其餘各險種均適用保險利益原則。」請檢視文字是否誤置。</p> <p>(二)p27：要保人與被保險人為同一人者，當然有保險利益，所述「需有保險利益」似屬多餘。</p> <p>(三)p29：人壽保險單示範條款第24條亦有身故、生存保險金受益人之變更，應檢具申請書及被保險人同意書之約定，似乎不宜以團體一年定期人壽保險單示範條款第20條即推定被保險人為團體保險契約實質上之當事人。</p> <p>(四)p29：第三項第一段第一行請修正為「因大陸法系國家．．．」，另第三行有無特別強調「團體」之必要，請再酌。</p> <p>(五)研究報告第29頁結論認為團體保險無須探討保險利益之問題，如以學術立場而言，當予以尊重。然基於此研究計畫，係主管機關未來擬作為團體保險商品監理之參考，有其行政考量，故</p>	<p>(一)已修正，參見第31頁。</p> <p>(二)已修正，參見第33頁。</p> <p>(三)已增列人壽保險單示範條款之規定，被保險人有受益人變更權，並修正以此推論為保險契約實質上當事人之用語，參見第37頁。</p> <p>(四)已修正，參見第37頁。</p> <p>(五)為監理上之作為，於保險利益近程解決方案上，建議採保險法第16條第4款及第20條解釋，長期則建議保險法應予修正，參見第37-38,119-134頁。</p>

期中報告審查會意見	回應說明
<p>建議仍宜從適用保險法有關保險利益之規範下，提供主管機關合理性之解釋較妥。</p> <p>(六) p30：第四行請修正為「．．．大陸法系．．．」。</p>	<p>(六) 已修正，參見第 38 頁。</p>
<p>第三章第一節：</p> <p>(一) 本報告介紹之法國任意型團體保險，其要保人與被保險人是否為同一人，於 p31 及 p33 之敘述，似有歧異之處，宜請釐清。</p> <p>(二) p34：第一行請修正為「．．．保單持有人．．．」；法國團體保險不探究保險利益之有無，係指在任意團體保險之下，抑或全部團體保險皆不探究保險利益？</p> <p>(三) p35：請修正為「．．．被保險之團體．．．」。</p>	<p>(一) 法國法任意型團體保險契約當事人為團體成員(Adhérents)與保險人，保單持有人(團體)與保險人間簽訂合作協議，保單持有人具中介人身分，為保險人之代理人。因法國任意型團體保險契約當事人為團體成員，保險關係存在於保險人與被保險人，故要保人(投保人 Assurés)為團體成員，亦為被保險人。參見第 41 頁。</p> <p>(二) 已修正，參見第 42 頁。觀法國保險法團體保險係屬獨立章節，獨立於一般個人保險加以規範，並無保險利益之探究或適用個人保險之規定，法國保險法對於全部團體保險皆未探究保險利益。</p> <p>(三) 已修正，參見第 43 頁。</p>
<p>第三章第二節：</p> <p>(一) P36：以下介紹之美國 NAIC 團體保險模範法案，僅有壽險及健康險二者，是否表示美國無其他險種之團體保險商品，建議研究團隊能予以補充此部分之論述。</p>	<p>(一) NAIC 制訂之團體保險模範法案，除團體人壽及團體健康保險模範法案外，依 NAIC Model Regulation Service April 2009 Index，其團體保險部分，尚包括聯盟自願購買型團體保險</p>

期中報告審查會意見	回應說明
<p>(二)p37：請增列 NAIC 模範法案規範之優、缺點分析，並進一步說明該規範為我國參採之妥適性。</p> <p>(三)p38：請釐清 NAIC 模範法案規範在保險費全部由保單持有人負擔時，所有符合資格之團體成員應全數加入團體保險，係因稅之規範，或避免逆選擇之發</p>	<p>(Alliances for Purchasing Health Insurance) 下有私人健康照護 (Private Health Care Voluntary Purchasing Alliance Model Act)、區域健康照護 (Regional Health Care Voluntary Purchasing Alliance Model Act)、單獨健康照護 (Single Health Care Voluntary Purchasing Alliance Model Act)，以及小型僱主健康保險 (Small Employer Health Insurance Availability Model Act) 等之模範法案。補充於註腳，參見第 44 頁。</p> <p>此外，亦包括年金、傷害及健康保險等模範法案，惟並非列載於團體保險一節。</p> <p>年金保險：如人壽保險及年金廣告監理模範法案、年金告知模範法案、變額年金模範法案。</p> <p>傷害與健康保險：如傷害與疾病保險廣告監理模範法案、健康照護組織模範法。</p> <p>(二) 已增列於法國、日本、美國與我國團體保險規範比較部分，NAIC 規範部分，主要參採其第二大類團體，認定符合團體資格之條件，參見第 104-107 頁。</p> <p>(三) 依 NAIC 團體人壽保險、團體健康保險模範法案規定，除保險公司排除可保條件（保險條件）不符合規定之成員或限制其承保範圍者外，保費非由團體成</p>

期中報告審查會意見	回應說明
<p>生？國內團險制度有無可參採處？</p>	<p>員交付之保險單，亦即全部由雇主交付時，保險契約之保障範圍除保險公司以書面拒絕之成員外，應包括所有其他合適之成員。據此，NAIC 模範法案主要係為避免不符可保條件（保險條件）之團體成員加入，產生逆選擇情形而採取全員加入之規定。國內具有員工福利性質由雇主全部負擔保險費之團體保險屬團體成員全員加入型，除保險公司已具有排除不符合可保條件之團體成員權利，現行團體保險制度可參採 NAIC 之規定，採全員加入。團體成員之配偶或眷屬採自費個別加保時，則保險公司應具有核保權。參見第 46-47 頁。</p>
<p>第三章第三節：</p> <p>（一）p45：第四行請修正為「．．．已同意．．．」。</p> <p>（二）p46：以下介紹日本團體人壽保險有五種類型，並就團體定期保險、團體信用壽險、消費者信用團體壽險等，特設專節說明，惟對於團體養老終身保險及身心殘障者扶養人壽保險，則未加以著墨，尤其是團體養老終身保險有無可供我國借鏡之處，期待研究團隊能於期末報告再多所論述。</p> <p>（三）p50：請修正為「2.任意加入：．．．」。</p> <p>p55：第三款表格中，團體保險</p>	<p>（一）已修正相關內容，參見第 59 頁。</p> <p>（二）團體養老終身保險及身心殘障者扶養人壽保險，已新增於報告內，參見第 73-76 頁。</p> <p>（三）已修正文字，參見第 67 頁。採利源別計算盈餘，依主管機關認可之方式計算分紅金，由契約</p>

期中報告審查會意見	回應說明
<p>為一年期，為何每二年支付紅利，請說明其作法。</p>	<p>支付。在個人保險，須等事業年度之收益確定後決定分紅成數，即一般所謂第三年分紅方式。而團體保險係以每保險年度有關各契約單位之收支作為計算分紅之基礎，自第一保險年度結束起，其分紅之支付乃採第二年分紅方式。</p>
<p>第三章第四節：</p> <p>(一)p69：我國「保險金額一致」乙節，請說明是否為通案情形？</p> <p>(二)p72：我國團體保險單示範條款對於保險期間之但書約定，僅在於約定起迄時間可不從午夜12時起算，尚非指可約定超過1年。本項目保險期間之比較重點何在？請敘明。</p>	<p>(一) 訂立契約時，依要保人與保險人約定之保險金額類型如單一制、倍薪制、職級制決定保險金額。保險期間內之保險金額可視採用之保險金額類型，由要保人通知保險公司異動調整。惟通常不允許個別被保險人變更保險金額。</p> <p>(二) 國內外團體保險保險期間之比較主要敘明強制型團體保險、任意型團體保險之保險期間與我國團體保險保險期間之差異，尤其在以貸款或存款為保單持有人與團體成員具共同連結關係之任意保險下，保險期間屬於可變動期間，非固定一年期間。</p>
<p>第四章第一節</p> <p>(一)p81：我國現行團體保險單示範條款非法令位階，是否與美國 NAIC 模範法較近似，請再酌。</p>	<p>(一) 現行示範條款係壽險公會研擬草案報主管機關備查實施，由主管機關核復准予備查。於保險商品銷售前採行之核准或備查程序中，示範條款係保險契約條款之最低標準，可知示範條款具有相對強制規範之效果。依人身</p>

期中報告審查會意見	回應說明
<p>(二)p82：請釐清第二大類集體投保件之契約當事人為何？若第二大類係採用要保單位代被保險人投保之觀念（要保人即為被保險人），如何適用保險法第 105 條？</p>	<p>保險商品審查應注意事項第 4 條、第 12 條規定，保單條款之訂定除非較示範條款有利被保險人者外，均應比照示範條款及現行相關法令規定。保險商品內容與示範條款內容相同者，應註明與示範條款內容相同；如有不同者，則須詳列與示範條款之對照說明及修改理由。</p> <p>NAIC 係美國各州監理官組成，其頒布之模範法案係供各州採納使用，以統一各州採行之條款內容，惟各州亦得以自行訂定規範內容，NAIC 模範法案並無強制各州應統一使用。</p> <p>(二)觀保險法第 104 條至第 106 條之規定，人身保險原係由本人（即要保人與被保險人同一人）訂立，允許人身保險由第三人訂立時（即要保人與被保險人不同一人），為防範道德危險即須有保險利益、被保險人同意之機制加以保護被保險人；此於國外立法例上多有採保險利益、被保險人同意或二者均採之規定。因此，要保人與被保險人不同一人時，始有保險法第 105 條之適用。第二大類集體投保件之契約當事人採行法國任意型團體保險立法規範為保險人與團體成員（為要保人與被保險人），保單持有人為要保單位，居於代理之關係代理團體成員投保，故不生</p>

期中報告審查會意見	回應說明
<p>(三) P83：表中最右邊一欄稱「為使集體投保件之要保人得以較大彈性釐訂費率」中之“要保人”，建議修訂為“保險人”。並補充如採單一或區間費率時可能衍生之弊端(如逆選擇、誤購等)如何在法令面予以規範。</p> <p>(四) p83~84：研究報告建議第一大類團體保險完全捨棄保險利益原則與被保險人同意權，與p29 稱「大陸法系或英美國家均認應具有保險利益」有出入，建議捨棄保險利益原則是否符合國際趨勢？能否就各國團體保險對保險利益原則與被保險人同意權規範予以列表比較，再就是否允宜兩者皆可拋，提出研究團隊見解與建議。</p>	<p>保險法第 105 條適用上之問題。</p> <p>(三) 已修訂誤植處將「要保人」修改為「保險人」。另本研究案建議保險公司針對集體投保保戶可採個別、單一或區間費率計價，並非要求保險公司強制採用單一或區間費率，保險公司需先評估被保險人群體之危險程度與差異性，再決定計價方式為何，倘該群體間個體的危險程度差異性不大，則即可用單一費率來承保，例：A 公司的員工全部為辦公室內勤人員，則承保之傷害保單可用單一費率（第一職類）計價。故針對集體投保保件，保險公司應落實執行核保程序辦理，以防止逆選擇問題發生。</p> <p>(四) 保險利益章節所稱大陸法系或英美國家均認為應具有保險利益，係屬原則性之規範，且以被保險人應具有保險利益（英美法當事人為被保險人，大陸法損害填補保險始有保險利益，亦採被保險人需有保險利益）。保險利益之例外規範如紐約州保險法第 3205 條排除保險利益之規定；大陸法系保險利益之功能因僅於損害填補保險始有適用，故我國歐陸學者多採人身保險無須探究保險利益。</p> <p>保險利益與被保險人同意之比較已增列於研究報告中，參見第 88-90 頁。</p>

期中報告審查會意見	回應說明
<p>(五)p84：在第二大類集體投保件之下，要保人及被保險人是否仍會不同？請釐清法國作法。</p> <p>(六)p88：第二款第二大類集體投保件如開放，是否可能衝擊微型保險業務？或可規定保險業銷售第二大類集體投保件時，應有一定比例以上業務為微型保險業務？相關監理機制請研究團隊提出建議。</p>	<p>就實務作業而言，鄉鎮市民之團體保險在保險公司技術落實被保險人書面同意時即有困難。本研究採行大陸法系（法國）及英法系（美國紐約州）類似之立法規定，不探究團體保險保險利益之有無與團體保險保險利益之例外規定，加上採用身故保險金及殘廢保險金受益人之規定避免道德危險，解決團體保險缺乏保險利益與被保險人書面同意所致契約效力不確定問題。</p> <p>於第一大類為團體成員利益，由要保人交付全部保險費或部分保險費時，保險公司已進行危險選擇，而簽訂團體保險契約，可參採國外團體保險不探究保險利益或保險利益例外之規定。</p> <p>(五)於法國立法例上保險契約關係存在於保險人與團體成員之間，保險人與保單持有人間僅訂有簽訂團體保險契約之協議，故第二大類集體投保件之要保人即為被保險人。</p> <p>(六)經濟弱勢者的承保風險較高，因此開放集體投保件可能衝擊微型保險業務，為避免微型保險業務的推展阻礙，建議措施如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.限縮第二大類集體投保件之共同連結關係範圍。 2.保險公司銷售第二大類集體投保件，應有一定比例以上業務為

期中報告審查會意見	回應說明
<p>(七) p95：建議廢止 85.7.25 函令，因團體有大有小，小公司如投保團體保險仍處資訊弱勢，對此有何機制得以予以適當保護，建議增列說明。</p> <p>(八) p95：團體年金保險除發生率外，還涉及利率風險的問題，建請併增說明暨建議。</p> <p>(九) p96：請進一步提供法國主管機關設定之「一定範圍」之參考資料。</p>	<p>微型保險業務。</p> <p>(七) 本研究建議廢止 85.7.25 函令，係鑒於個人壽險與傷害保險商品費率大都已解除附加費用率之限制，費率自由化(但準備金與資本適足性仍嚴格限制)是世界潮流，實無需對團體的規模再區分大小給予不同之費率條件限制。至於如何確保消費者擁有足夠商品或公司的資訊，一直是主管機關所關注的議題，已頒訂「人身保險業辦理資訊公開管理辦法」、「對保單相關附加費用資訊揭露之辦理原則」、「人身保險商品審查應注意事項」第七點等規定，故無論是消費者個體、或大小團體皆受到資訊揭露的保護，建請明察相關法令已臻完備。</p> <p>(八) 目前國內有關年金保險商品之利率風險，在風險資本額(RBC)的 C3 風險規定採一年期利差損方式計算。對於利率變化導致資產與負債存續期間不一致的風險，因國內尚未對長年期傳統保險商品做全盤性法規考量，建議未來在企業風險管理之監督上，可要求保險公司檢送資產負債管理(ALM)報表以供查核。</p> <p>(九) 經再次查詢法國保險商品並不需經核准程序，而是保險公司需先申請欲開賣類別保險商品執照且經主管機關核准後，該類保險商品不需經主管機關審核即</p>

期中報告審查會意見	回應說明
<p>(十)p97：請釐清目前產險之簡易備查與法國不需主管機關審核之異同。另關於不涉及費率或準備金者之團體保險批註條款或附加條款建議無需列入商品審查範圍，請說明建議之免送審方式為何，與產險之簡易備查之差異。</p>	<p>可銷售，故該段文字將予以修正，參見第 108-109 頁。</p> <p>(十) 監理上若考量簡易備查涉及公平交易法問題，可採符合一定條件之團體保險附加條款或批註條款，採免送審方向進行。</p>
<p>附錄一</p> <p>(一) p103：第三行請修正為「．．．亦有．．．」。</p> <p>(二) 文獻回顧與違反法令規定處罰公告情形兩者性質不盡相同，建議拆分為二個附錄，另後者當中建議列出與團體保險有關即可。</p>	<p>(一) 已修正，參見第 139 頁。</p> <p>(二) 文獻回顧參見第 138-141 頁，違反法令規定處罰公告參見第 142-144 頁。</p>
<p>其他</p> <p>(一) 依研究報告內容表示建議於保險法中增訂「團體保險」專章，請考量一併增訂團體保險之定義，並請考量明確定義團體保險係以保障被保險人之利益而訂定之保險商品之可行性。</p> <p>(二) 研究報告似尚未將團單個賣問題予以具體化、類型化，請就本會裁罰保險業之個案資料予以歸納分類，並就監理角度加以論述。</p>	<p>(一) 基於現行保險法第 16 條、第 17 條、第 105 條之規定，本研究建議長期仍需修改保險法，始可解決團體保險保險利益與被保險人書面同意問題。參酌法國 L141-1 之立法於保險法團體保險專章內增訂團體保險之定義，並明定團體保險具有員工福利，係為團體成員利益而訂立之保險契約，參見第 127 頁。</p> <p>(二) 參見第 20-23 頁。</p>

期中報告審查會意見	回應說明
<p>(三) 報告中建議受益人之範圍訂於保險法中，請補充說明國外立法例。</p> <p>(四) 有關經驗分紅之部分，請說明法規上是否有「強制」經驗分紅，及比照個人保險區分為分紅保單與不分紅保單的可行性。</p> <p>(五) 目前團體保險僅有「團體一年定期壽險年度經驗死亡率研究報告」，建議未來增加其他各類團體保險之經驗資料，以為提存準備金監理之依據。</p> <p>(六) 有關保險利益之乙節，可併同參考中國大陸 98 年 2 月 28 日修正之保險法，將團體保險分為有一定雇主之團體保險（適用</p>	<p>(三) NAIC 團體人壽保險模範法案第 5 條規定(參見附錄三)，團體人壽保險單須有指定受益人之相關條款，受益人須由被保險人指定。保險單中若已約定受益人係依據親屬關係訂定者，則為指定受益人之例外情形。如無指定受益人，則保險人得將保險理賠賠付予支出被保險人喪葬費用或與死亡疾病有關費用之人，但金額不得超過 2,000 美金。</p> <p>團體具有員工福利性質且為團體成員利益之團體保險，已排除保險利益與被保險人書面同意二者，然為防止道德危險之發生，必須貫徹限制受益人條款，故須於保險法團體保險專章中增訂。</p> <p>(四) 鑑於國外並無強制經驗分紅(Experience Refunds)規定，故短年期團體保險不建議區分強制經驗分紅與非經驗分紅商品；但長年期團體壽險與年金險商品應比照個人保險規定，區分為自由分紅與不分紅保險商品。</p> <p>(五) 有關其他各類團體保險之經驗資料，建議提壽險業精算統計小組研議。</p> <p>(六) 中國大陸 98 年 2 月 28 日修正之保險法第 2 章保險合同第 2 節人身保險合同第 31 條第 4 款規定，投保人對於與其有勞動關</p>

期中報告審查會意見	回應說明
<p>「與投保人有勞動關係者的勞動者」）、無一定雇主之團體保險（適用「被保險人同意投保人為其訂定合同的，視為投保人對被保險人具有保險利益」）。</p>	<p>係的勞動者有保險利益。同條第2項規定除前款規定外，被保險人同意投保人為其訂立合同的，視為投保人對被保險人具有保險利益。中國大陸保險法規定規定雇主對於具有勞動關係之勞動者具有保險利益，無勞動關係者，經被保險人同意投保訂定保險契約，擬致要保人對被保險人具有保險利益。顯見中國保險法於道德危險之防範上視要保人與被保險人之關係，決定應具保險利益或經被保險人同意。具有勞動關係之團體保險明定要保人對被保險人具有保險利益，不需被保險人同意，不具勞動關係之團體保險，若經被保險人同意則視同具有保險利益。具有勞動關係之團體保險因具有員工福利之性質，加上係為團體成員之利益而投保，於道德危險之防範上是否具備保險利益並非團體保險探究之重點（參見第二章第三節第二項團體保險保險利益與第三節小結部分），而應著重於要保人與被保險人不同一人時，道德危險與不當得利之防範。不具有勞動關係之團體保險除非經被保險人同意，否則要保人對被保險人仍無保險利益，保險契約效力仍處於不確定之狀態，況且於不具有勞動關係之團體保險，實務作業上欲執行被保險人書面同意以取代</p>

期中報告審查會意見	回應說明
<p>(七) 為了解目前業界實務情形，建議團隊將已完成之問卷、個案訪談之分析結果補充於報告中。</p>	<p>具有保險利益，亦非常困難。不具有勞動關係之團體保險，中國保險法雖以經被保險人同意視為要保人對被保險人具有保險利益，惟於實務作業無法執行之情形下，形同未具有保險利益，仍存在不具有勞動關係團體保險之保險利益問題。</p> <p>(七) 訪談內容與議題參見附錄九，參見第 207-208 頁。除部分涉及受訪公司表示不適宜公開之資訊外，第二章第一節團體保險市場概況、實務作業問題（保險利益、被保險人簽名、團單個賣情形、批註送審）與銷售方式已納入受訪內容，參見第 17-28 頁。</p>

期末報告審查結論與回覆對照表

期末報告審查會意見	回應說明
<p>第二大類集體投保之「共同連結關係」建議舉例說明並提出如何避免第 106 頁所提法國缺點的可行之作法。</p>	<p>1.為免法國保險法未明定共同連結關係之定義，或於保險法條文中授權主管機關認定共同連結關係，易造成解釋與適用上問題。故本研究建議參採美國法之精神，以 1.存在共同事業性、經濟性、社會性之關係者；2.保險單之簽發係基於精算之基礎且不違背公眾最大利益者，由主管機關認定具有共同連結關係。</p> <p>2.第二大類集體投保之共同連結關係應由主管機關採行政函釋發布規範構成要件，明確於相關函釋命令中訂定，並可由主管機關依保險發展情勢認定，應可避免共同連結關係解釋與適用上問題。具體而言，第二大類之共同連結關係，應落實於要保人與要保單位間，且每一個要保人對要保單位均應具有歸屬於同一機構、組織、單位之特性。</p>
<p>報告中所提集體彙繳折扣較少亦為團單個賣的原因，請補充該解決之道的可行性評估。</p>	<p>財政部於 84 年 05 月 18 日函釋，原規定集體彙繳費率之降低以不超過百分之五為原則之限制已停止適用。</p> <p>有關團單個賣之因應方式，為使集體投保件之保險人得以較大彈性釐訂費率，建議保險費率可依個體危險狀況採個別費率或以群體平均危險程度採單一或區間費</p>

期末報告審查會意見	回應說明
	率，精算人員可依公司經驗與專業判斷費率決定之各項精算因素。
請研議由各保險公司自行訂定準備金提存標準並檢視其適足性之可行性及建議	針對主管機關頒訂各種準備金提存辦法，係公司針對銷售保險業務之最低準備金提存標準，實務上各公司有評估準備金與資本適足性的計算方法與模型，惟考慮法規適用的統一性，故不同保險產業(產、壽險業)、不同業務屬性保險商品(個人保險與團體保險)以及不同公司所銷售的同類型保險商品，都應遵循共同的法定準備金提存規範，而不宜有不同的提存標準，因此不建議將公司內部評估準備金適足性的模型與方式做為準備金提存標準。
請研議針對大量且同質性高之團體保險附加條款或批註條款提出免送審之可行性及建議	已遵照指示研擬團體保險商品附加條款或批註條款之免送審範圍與可行性，請參見第 125 頁。
第一章第一節：我國商業團體保險始於 1941 年間由中央信託局辦理，請確認相關團體保險業務辦理地點是否在台灣？	中央信託局成立於 1934 年總局設於上海，1949 年國民政府遷往台北，中央信託局總局隨行，業務限於購料、易貨、儲運與保險。其後，中央信託局擴大範圍到辦理軍人及公務員人壽保險等項目。
第二章第一節： (一)P16：查業界曾銷售長年期團體養老保險，第 1 段內容請查明後予以修正。 (二) P17：第 3 行請修正為「……健康保險在團體……」。	(一) 已修正，參見第 17 頁。 (二) 已修正，參見第 18 頁。

期末報告審查會意見	回應說明
<p>(三)P20：表一右方請加列合計欄。</p> <p>(四)P21：表格中之3右方欄請刪除多餘的下引號。另4中請修正為「……備查保險商品……」。</p> <p>(五)P24：第三列第一欄請修改為「定義」。</p> <p>(六)P28：學生團體保險原即無本會95年9月核定修正團體傷害保險單示範條款之適用，並無學生團體保險殘廢等級與上開示範條款不一致，直至98年8月1日始修正一致之疑義，若以此舉例似非妥適，能否更換其他例子？</p>	<p>(三) 已加列，參見第20頁。</p> <p>(四) 已修正，參見第21頁。</p> <p>(五) 已修正，參見第24頁。</p> <p>(六) 已刪除學生團體保險之案例，而改以其他送審問題陳述，參見第27~28頁。</p>
<p>第二章第二節：</p> <p>(三) P31：2002年所核准之團體傷害保險單示範條款(標準型)與(多倍型)係針對產險經營傷害險而定；2006年修正團體傷害保險單示範條款已對產、壽險業經營傷害保險制訂一致性規範，相關說明請檢視修正。</p> <p>(二) 95年9月核定修正團體傷害保險單示範條款時，並未修正要保人定義，即修正前後之「要保人」均指要保單位，此處謂放棄原2002年時要保單位與要保人(即為被保險人)間代理之法律關係乙節，似與事實不合？請檢視修正。</p>	<p>(一) 已修正，參見第29頁。</p> <p>(二) 查2002年團體傷害保險單示範條款(標準型)、(多倍型)與2006年團體傷害保險單示範條款，二者對要保人之定義，法律關係確有不同，修正後之內容，參見第29頁。</p>
<p>第二章第三節：</p> <p>P36：二之(二)：被保險人同意權與有無保險利益應無關，本段</p>	<p>保險利益防範道德危險功能，在國外立法例上，可區分為要保人對被保險人需否具有保險利益二</p>

期末報告審查會意見	回應說明
文字是否另起一段表達？	者。要保人不需保險利益者，於道德危險之防範上採被保險人同意或限制受益人方式，參見第 34 頁。
<p>第三章第二節：</p> <p>(一)P49：「制定人壽保險銷售說明模範監理 (Life Insurance Illustrations Model Regulations)，除變額人壽保險及個人/團體年金保險、信用人壽保險、不需銷售說明者外，適用於所有人壽保險及團體保險」乙節，建議文字再予修正，以方便閱讀。</p> <p>(二)P49：使用銷售說明時，保險公司、保險經紀人、代理人不得有「明示或默示付款」，請進一步說明其指為何。</p> <p>(三)P50：補償及同意該筆補償給付予保險生產者等陳述，請再酌修以避免誤解。</p> <p>(四)P54：參採之妥適性中提及「至少具有<u>上述</u> 4 項優點值得作為我國參採」後下接 4 點說明，請依原意酌予修正。</p>	<p>(一) 已修正，參見第 47 頁。</p> <p>(二) 參見第 48 頁。</p> <p>(三) 已修正，參見第 48-49 頁。</p> <p>(四) 已修正，參見第 53 頁。</p>
<p>第三章第三節：</p> <p>(一) P69：日本之「猶豫期間」即為我國「寬限期間」，請修正。</p> <p>(二)P74：表格內稱日本團體保險商品每 2 年支付紅利，惟註腳稱乃採第 2 年分紅方式，請檢視修正明確。</p>	<p>(一) 已修正，參見第 68 頁。</p> <p>(二) 有關紅利支付係引用自參考文獻，擬刪除此部分內容。</p>
第三章第四節：P106：「法國、美國、日本與我國團體保險相關	1.有關我國實務作業面臨之問題，於長期建議，在團體定義與

期末報告審查會意見	回應說明
<p>規範比較表」中美國 NAIC 及紐約州缺點分析為空白，請檢視係漏列亦或是有他考量。</p>	<p>集體投保件之認定，參採 NAIC 及紐約州規定，可由主管機關視情形加以認定。在保險利益與被保險人書面同意之認定上，亦參採紐約州之例外規定，基於團體成員利益洽訂之團體保險，不適用被保險人同意之規定。</p> <p>2.相較於我國團體保險實務經營問題，NAIC 及紐約州尚無此缺點。</p>
<p>第三章第五節：</p> <p>(一) P111：美國要求保險公司對小型企業雇主之健康保險計畫所收保費需測試以證明達到「精算健全性」之規定，與一般認為大企業議價能力較強，為免保險公司因競爭因素壓低費率而需有進一步規範不同，請再確認並補充說明。</p> <p>(二) P112：請修正為「未滿期保費準備金(Unearned Premium Reserve)」。</p>	<p>(一) 「Actuarial Soundness」翻譯修正為「精算合理性」，俾使名詞意義更貼切。至於為何小型企業雇主之健康保險需做精算合理性測試，主因是為消除小企業購買健康保險計畫之阻礙，主管機關會要求較低的保險費率，請參見第 247~248 頁之期中報告審查意見回應說明。</p> <p>(二) 已修正，參見第 111 頁。</p>
<p>第四章第一節：</p> <p>(一) P114：第 2 段示範條款係壽險公會研擬草案報主管機關備查實施，主管機關係核復准予備查，並非訂定或修正發布，用語請審酌修正。另第 12 行請修正為「對避免道德危險應具一定程度之功能」。</p> <p>(二) P114：第 3 段「本研究建議參酌法國立法例重新界定團體</p>	<p>(一) 已修正，參見第 113 頁。</p> <p>(二) 已修正，參見第 113 頁。</p>

期末報告審查會意見	回應說明
<p>之定義」乙節，與 P78 稱「本研究認為 NAIC、美國紐約州及日本明確對團體定義之立法例，……可做為我國需進一步明確定義團體之參考」敘述存有矛盾，請審酌修正一致。</p> <p>(三) P116：「眷屬團體」之眷屬範圍何指？請修正明確。</p> <p>(四) P117：部分團體(如 6.公私立各級學校教育團體)於立法院財政委員會協商之保險法第 107 條修正條文，係屬依其他法律辦理之保險，不受第 107 條之限制，提請團隊注意。</p> <p>(五) P117、P133、P135 及 P137：「公私立各級學校教育團體」請修正為「公私立各級學校」。</p> <p>(六) P117：第二大類所提「保險公司銷售第二大類集體投保件，應有一定比例以上業務為微型保險業務」乙節，因目前僅針對微型保險開放第二大類集體投保件之團體，於其他商品尚無第二大類團體之適用，請審酌修正建議內容。</p> <p>(七) P119：表格中性質項目「具團購性質之要保人團體」是否與團體保險中投保團體不得為以購買保險為目的而形成團體之原則有所扞格(P121 亦有相同情形，</p>	<p>(三) 參採人身保險商品審查應注意事項第 98 點規定，增列眷屬之範圍，參見第 130、132、134 頁。</p> <p>(四) 已參卓。</p> <p>(五) 已修正，參見第 116、130、132、134 頁。</p> <p>(六) 已修正，參見第 116 頁。</p> <p>(七) 投保團體不得以購買保險為目的而形成之團體，主要係防止逆選擇發生，第二大類集體投保件需以具有共同連結關係為前提，該成員始得投保，與為購買</p>

期末報告審查會意見	回應說明
<p>請檢視)。另第二大類集體投保其個別要保人與要保單位間是否應具「共同連結關係」請再研議。</p>	<p>保險而形成之團體不同。 第二大類集體投保屬於任意加入，要保人與要保單位間必需先具有共同連結關係，以確保各團體成員非以購買保險為目的而組成。</p>
<p>第四章第二節：</p> <p>(一)P120：保險法第 20 條僅適用於產險或再保險，似無適用人身保險？該建議之妥適性請再酌。</p> <p>(二) P121：第 2 段請修正為「.....網際網路.....」。</p> <p>(三) P123：第二段「人身保險費率結構」並未廢止，請查明修正。</p> <p>(四) P124：第二大類集體投保之風險應較第一大類團體投保高，請考量是否亦參照第一大類訂定費率檢測機制。</p> <p>(五) P126：有關建議參照目前產險業作法，由產險公會報經主</p>	<p>(一)保險法第 20 條是否僅適用於財產保險或再保險，於解釋上，學者間存有不同見解。第 20 條列於第一章總則第二節保險利益，與第 17 條同樣產生是否適用於人身保險之問題。保險法第 20 條無論採適用人身保險，或不適用人身保險之見解均屬法律解釋範圍，若以第 17 條與第 20 條同為立法編列第一章總則第二節保險利益，似乎應採適用人身保險之見解。修正報告內容，參見第 120 頁。</p> <p>(二) 已修正，參見第 120 頁。</p> <p>(三) 已修正為不再適用「人身保險費率結構」有關人壽保險與傷害保險部分之附加費用率規定，參見第 122 頁。</p> <p>(四) 已遵照審查意見，將第二類集體投保件亦需適用費率檢測機制之規定，參見第 124 頁。</p> <p>(五) 已刪除透過壽險公會報經主管機關核定商品版本之簡化送</p>

期末報告審查會意見	回應說明
<p>管機關核定之保險乙節，因過去由產險公會送審商品有其背景因素，現為考量公平交易法之規範，請酌予調整建議內容。</p> <p>(六) P126：「……相關法令修正建議如下……」建議明示「相關法令」係指為何，另產險業亦可承作團體保險業務，請併同考量修正。</p> <p>(七) P127：現行「人身保險商品審查應注意事項」第 182 點於個人險及團體險皆適用，然本研究係針對團體保險提出建議，文意表達請再修正明確。</p> <p>(八) P134：增列「眷屬」之範圍為何，請說明。</p>	<p>審文件做法，改採朝向符合一定條件之團體保險附加條款或批註條款以免送審方向進行研擬，參見第 124-125 頁。</p> <p>(六) 因審查方式朝向免送審方向進行，原該段文字已配合刪除。</p> <p>(七) 本項建議已刪除。</p> <p>(八) 眷屬範圍參採人身保險商品審查應注意事項第 98 點，參見第 132 頁。</p>
<p>附錄二 P146：「中國人壽保險股份有限公司（以下稱中國人壽）透過中國信託保險經紀人公司銷售……」，其中「（以下稱中國人壽）」等文字請刪除。</p>	<p>已修正，參見第 144 頁。</p>
<p>期中報告審查結論與回覆對照表：</p> <p>(一) P225、226：建議就我國與美國醫療福利制度不同方面再予補充說明。</p>	<p>(一) 美國醫療福利制度有 medicare、medicaid，惟美國並無類似我國全民健康保險制度。Medicare 在美國稱之為醫療保險制或醫療照護制、聯邦醫療保險補助，Medicare 於 1968 年 7 月開始實施，是美國社會保障制度的一環，基本上這是年滿 65 歲老年人的醫療保險、但未滿 65 歲的殘</p>

期末報告審查會意見	回應說明
<p>(二) P235：就 P83～84 回應說明，因學生團體保險保額達 100 萬元，亦有道德危險存在，不宜逕認其完全無道德危險，無須探討保險利益與被保險人同意權問題，回應理由請審酌調整。</p>	<p>障者及長期腎病患者亦可申請。根據聯邦保險補助法 (Federal Insurance Contribution Act)，聯邦政府徵收稅項，稅項分為兩部分，一是社會保障稅，一是醫療保險稅。前者的稅收與醫療無關，後者是 Medicare 的財源。Medicaid 在美國稱之為醫療援助制或稱醫療補助制，Medicaid 是聯邦政府主辦出資及由州政府管理操作的計畫，主要為照顧低收入戶的醫療保險補助，由州政府決定低收入審核與補助標準。通常州政府與保險公司會簽約處理 Medicaid 事務，因此計畫名稱不盡相同，例如華盛頓州稱為「健康方案 Healthy Options」、加州稱為「加州醫療 Medi-Cal」、其他名稱則有「社會服務 Social Services」、「公共援助 Public Aid」、「人類服務 Human Services」、「公共福利 Public Welfare」等。</p> <p>(二) 已修正，參見第 257 頁。</p>