

保险诉讼代理词汇编

序 言.....	2
人保寿险浙江省分公司与郑某英、罗某宁保险纠纷案	3
人保寿险浙江省分公司与胡某平保险纠纷案（二审）	9
人保寿险浙江省分公司与何某等保险纠纷案（一审）	18
人保寿险浙江省分公司与何某等保险纠纷案（二审）	31
人保寿险浙江省分公司与韩某子、韩某烨保险纠纷案	39
人保寿险浙江省分公司与张某保险纠纷案（一审）	43
人保寿险浙江省分公司与张某保险纠纷案（二审）	53
人保寿险浙江省分公司与张某保险纠纷案（再审）	66
人保寿险浙江省分公司与张某富保险纠纷案	74
人保寿险浙江省分公司与刘某辉、黄某合同纠纷案	80
人保寿险浙江省分公司与张某龙保险纠纷案（二审）	89
人保寿险浙江省分公司与蔡某玲等保险纠纷案	97
人保寿险浙江省分公司与陈某波保险纠纷案	109
人保寿险浙江省分公司与张某保险纠纷案	114
人保寿险浙江省分公司与吴某保险纠纷案（一审）	125
人保寿险浙江省分公司与吴某保险纠纷案（二审）	136
人保寿险浙江省分公司与郑某富保险纠纷案	143
人保寿险浙江省分公司与周某辉、杭州 xx 通信工程有限公司提供劳务者受害 责任纠纷案（二审）	149

序 言

2022 至 2025 年间，我以律师身份为中国人民人寿保险股份有限公司浙江省分公司（即人保寿险浙江省分公司）代理保险纠纷案件共 18 起，其中为省公司营业部代理 11 起，为金华市支公司代理 4 起，为嘉兴市分公司代理 3 起。

从审级上看，上述案件有一审 11 起，二审 6 起，再审 1 起。从审理法院看，有浙江省高级人民法院（1 起）、杭州市中级法院（4 起）、金华市中级法院（1 起）、湘潭市中级法院（1 起）、杭州上城区法院（4 起）、临安区法院（1 起）、桐庐县法院（1 起）、金华婺城区法院（1 起）、金华磐安县法院（1 起）、丽水遂昌县法院（1 起）、江苏扬州市江都区法院（1 起）、湖南湘潭市湘潭县法院（1 起）。

上述案件中有 5 起败诉（何某案一审和二审、张某龙案、郑某富案、陈某波案），其余案件均获胜（法院调解 4 起、原告撤诉 1 起、直接胜诉 8 起），胜率超 70%，是人寿保险诉讼中代理保险公司一方能取得的极高胜率，合计为人保寿险浙江省分公司节损数百万元。

胡文苑记于 2026 年 3 月

人保寿险浙江省分公司与郑某英、罗某宁保险纠纷案

郑某英、罗某宁起诉中国人民人寿保险股份有限公司浙江省分公司保险合同纠纷一案（2022 浙 0102 民初 XXXX 号），本人接受中国人民人寿保险股份有限公司浙江省分公司（以下简称“我方”）的委托，发表代理意见如下：

一、本案的核心争议是对罗某宇根本性死亡原因的认定

罗某宇在火车站赶火车时，因突发疾病（自发性蛛网膜下腔出血）而晕倒，因晕倒而枕部着地，因枕部着地还导致了颅脑损伤，最后在医院抢救无效而死亡。这是本案的事实经过。

对于罗某宇的死亡事件，从表面上看，似乎存在着几个原因。但是保险公司是否应该承担保险赔付，取决于导致死亡事件发生的最直接、最根本的那个原因。如果该原因属于保险公司的承保范围，保险公司应该赔付，如果该原因不属于保险公司的承保范围，保险公司就不应该赔付。因此本案的核心争议，在于对罗某宇根本性死亡原因的认定。

二、医生已从临床医学的角度做出判断，罗某宇的根本性死亡原因是蛛网膜下腔出血，这是疾病不是意外

1、蛛网膜下腔出血的病理和病症

蛛网膜下腔出血是一种常见且致死率较高的疾病。患者因先天的体质和日常生活中的不良习惯，导致脑部血管逐步发生病变，当病变的因素积累至临界位置时，脑部血管发生了破裂，血液直接流入了蛛网膜下腔，从而引发了该疾病。

该疾病的主要病因是颅内动脉瘤的破裂，约占发病率的 50 至 85%，

其他诸如脑血管畸形、夹层动脉瘤、血管炎、颅内静脉系统血栓等病因也会引发该疾病。

在发病群体中，有高血压、吸烟、大量饮酒、既往动脉瘤破裂病史的病人引发该病的概率较高。

该疾病的发病有突然起病的特点，往往伴随再出血、脑血管痉挛、脑积水、深度昏迷等并发症。

该疾病按轻重程度分五个等级，医生在入院时对罗某宇的诊断是 V 级即最高的第五等级，在死亡报告上的诊断是 IV 级即次高的第四等级，但都属于极其严重的等级。

从罗某宇病历记录的高血压、大量吸烟、饮酒等生活习惯看，罗某宇生前有引发该疾病的个人既往史。从诊断为该疾病的最高和次高等级的定性看，该疾病的发病是罗某宇生活上长期累积导致的病变，不是一朝一夕的突变。从突发性、意识不清醒、晕倒、恶心呕吐、大小便失禁、去脑强直等症状看，该疾病在发病后恶性很大，救治难度也很大。

2、医院和主治医生已得出结论，收治罗某宇的主要病由是蛛网膜下腔出血，罗某宇的根本性死亡原因也是蛛网膜下腔出血。

根据《住院病案首页》，医院和主治医生对罗某宇病情的“主要诊断”是“颅内动脉的蛛网膜下出血”。至于原告诉求的因摔倒而造成的脑挫伤，则和其他几项病情一起被列为“其他诊断”，证明医生不认为因摔倒而造成的脑挫伤是罗某宇的主要病情。

根据《住院病案首页》，罗某宇死亡后，医院和主治医生在“根本性死亡原因”一栏的结论性意见有且仅有一项，就是“蛛网膜下出血”，不是原告主张的创伤性颅脑损伤。

根据《第1次入院记录》，2021年10月18日事发当天，医院和主治医生收治罗某宇的病由是“自发性蛛网膜下腔出血”，不是原告主张的因摔倒而造成的颅脑损伤。而且医生对罗某宇的病症还有“自发性”的断定，证明医生认为出血的原因在于罗某宇自身的病变，不是外来的创伤。至于“创伤性重型颅脑损伤”，在六项入院诊断中仅列第五位，可见不是罗某宇的主要病症。

根据《死亡记录》和《死亡报告》，罗某宇入院时和入院后出现的症状，都是“自发性蛛网膜下腔出血”这一疾病所体现的症状，也能证明罗某宇的根本死亡原因是疾病。在两份材料的死亡诊断一栏，两份材料记载的主要原因都是“自发性蛛网膜下腔出血”这一疾病，“创伤性重型颅脑损伤”都被列在六项结论中的第四位，可见不是死亡的主要原因。

《住院病案首页》、《第一次入院记录》、《死亡记录》和《死亡报告》的记录内容相互印证，形成了完整的证据链。所以从临床医学的角度，医院和医生已对罗某宇的主要病情和根本死亡原因做出了专业判断。根据医院和医生的专业判断，导致罗某宇死亡的根本性原因是蛛网膜下腔出血，这是疾病而非意外。

需要说明的是，在医院出具的罗某宇《住院病案首页》上，医生对罗某宇“根本死亡原因”有结论性意见。原告申请理赔时曾出具了该证据，但在起诉时却未提交该证据，此做法不妥。

3、尽管《死亡医学证明》上也增加列举了“创伤性重型颅脑损伤”的死因，但在本案中不足以被认定为根本死因

病历（包括《住院病案首页》和《第1次入院记录》）是医生出具的最原始的医护资料，也是事发当时形成的第一手资料，具有最高

的证明效力。《死亡医学证明》是事后出具的资料。如果两者的记录不一致，应以事发当时形成的第一手资料为准，也就是以病历记录的内容为准。而本案的病历记录的根本死亡原因就是疾病。

病历是医学证明，目的是记录患者的病因、病情、救治过程等医学信息。《死亡医学证明》是人口管理凭证，目的是办理死者的户籍注销和殡葬，详情可查阅《国家卫生计生委公安部民政部关于进一步规范人口死亡医学证明和信息登记管理工作的通知》（国卫规划发〔2013〕37号）。本案关于罗某宇病情的争议，病历和《死亡医学证明》的记录不完全相同，应以病历记录的内容为准。而病历记录的根本死亡原因就是疾病。

《死亡医学证明》上记录的是“死亡原因”，不是“根本性死亡原因”。“死亡原因”虽有两项，但疾病原因依然列在摔伤原因之前，证明医生认为主要原因还是疾病。这和病历记录的“根本性死亡原因”是疾病，两者不矛盾。

《死亡医学证明》上记录的两项死亡原因，不是同时发生的，是先疾病后意外。按保险近因原则推断，本案的近因也应推定为疾病。

所以尽管《死亡医学证明》上也列有“创伤性重型颅脑损伤”这一死因，但结合本案的全部证明材料，仍应认定罗某宇的根本死亡原因是疾病。

三、用保险近因关系推断，本案的近因亦是疾病而非意外

1、罗某宇系先因疾病而晕倒，然后才是枕部着地

根据《第1次入院记录》，罗某宇入院时的“现病史”记载：“患者缘于1小时前在火车东站赶火车时突发晕倒在地，以后枕部着地，当即呼之不应”。可见事故发生时，罗某宇是先因疾病而晕倒，然后

才是枕部着地。

根据《死亡报告》，罗某宇的死亡原因是“自发性蛛网膜下腔出血，继而摔伤后枕部着地，导致额叶脑挫伤，术后再出血，最终因脑功能衰竭，脑死亡导致全身多器官功能衰竭，死亡”。该报告再次重复了罗某宇事发的全过程，即先因疾病而晕倒，然后才是枕部着地，这和《第1次入院记录》的记载是一致的。不同之处在于，该报告进一步明确了导致罗某宇晕倒的疾病，是“自发性蛛网膜下腔出血”。

2、疾病是造成罗某宇死亡的近因

所谓的近因，不是指时间上或空间上与损失最接近的原因，而是指造成损失的最直接、最有效，起主导或支配作用的原因。例如，因暴风造成电线杆被刮倒，因电线杆被刮倒造成电线短路，因电线短路造成火灾，因火灾造成财产损失，我们会把暴风认定为近因，因为暴风是造成财产损失的最直接原因，也是起主导作用的原因。如果把在时间上最接近损失的火灾认定为近因，则是明显的错误。这是理论和实务上的共识。

在本案中，罗某宇的死亡事故是由多种原因连续发生所导致，各种原因之间的因果关系没有中断。我们用近因关系进行推断，导致事故发生的最直接原因，也是起主导作用的原因，是“自发性蛛网膜下腔出血”这一前因，也就是本案的近因。原告的诉求是把摔倒作为罗某宇死亡的近因，这是明显错误的。如果不是因“自发性蛛网膜下腔出血”导致昏迷，罗某宇是不会摔倒的。本案的疾病和摔倒不是同时发生的，因疾病导致昏迷继而摔倒，疾病在先摔倒在后，疾病是摔倒之因，摔倒是疾病之果。所以用近因关系推断，本案的近因亦是疾病而非意外。

四、从合同条款看，罗某宇遭受的“意外”，不是保险合同约定的“意外”，不是保险合同的承保范围

本案我方承保的是团体意外险，我方的保险责任是被保险人遭受意外伤害，并在 180 天内因意外伤害导致身故。保险合同约定的意外伤害，指外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。本案罗某宇遭受的“意外”，是由其内在疾病导致的意外，不符合保险合同约定的“外来的”、“非疾病的”特征，不是我方的保险责任范围。根据保险合同的约定，我方对本案也没有理赔责任。

综上所述，我方认为罗某宇所在公司为其投保了意外险，但是医生的专业诊断和保险近因原则的推断，都指向了同一个事实，即罗某宇死亡的根本性原因是“自发性蛛网膜下腔出血”这一疾病，是生活上的长期积累导致的身体病变，该情形不属于保险合同约定的意外伤害的承保范围。我方对罗某宇的身故深表同情，对其家人表示哀悼，但是从法律责任上讲，我方对该事故没有理赔的责任。恳请法院驳回原告的全部诉讼请求。

人保寿险浙江省分公司与胡某平保险纠纷案（二审）

中国人民人寿保险股份有限公司浙江省分公司因不服湘潭县人民法院作出的（2022）湘 0321 民初 XXXX 号民事判决，向贵院提起上诉。本人接受上诉人的委托，担任其与被上诉人胡某平保险纠纷一案的二审代理人。通过对案件的了解，结合庭审的情况，本人发表代理意见如下：

一、一审庭审存在重大的程序错误，本案理应发回重审

被上诉人（原审原告）在一审程序中向法院提交了一份重要的证据，即案涉车辆的一致性证书。该证据是案涉车辆属于机动车的核心证据。因该车辆没有行驶证且被保险人胡某平没有合格的驾驶证，由此触发了保险合同中与机动车有关的两个免责条款（无有效行驶证、无合法有效驾驶证），上诉人有充分的合同依据对本案予以拒赔。但是，一审庭审时没有组织对一致性证书进行质证，从而回避了对案涉车辆的性质认定，进而回避了对上诉人合法拥有的两项拒赔权利的认定，最终错误地判决上诉人承担赔偿责任。

可见该错误不仅只是程序上的错漏，在实体上还剥夺了上诉人的两项拒赔权利，对上诉人的实体权利造成了重大的侵害，并导致了最终的错判，因此该程序错误属于影响实体公正的重大错误。如果该错误得不到纠正，还会侵害上诉人的审级利益。因此按民事诉讼法第 170 条的规定，本案理应发回重审。

二、本案事实清晰、证据确凿、依据充分，二审还可以直接改判上诉人不承担保险责任

（一）一审判决对举证责任的认定是错误的

一审判决认定，上诉人提交的证据不足以证明案涉的二轮轻便摩

托车属于机动车，由上诉人承担举证不能的不利法律后果。上诉人认为，一致性证书就是证明案涉车辆属于机动车的核心证据，该证据是被上诉人在一审程序中提交的，上诉人在一审程序中的责任是对该证据进行质证。对于对方已经提交给法庭的证据，法庭已经接收并在庭前送达给了上诉人，上诉人是不需要向法庭重复提交的。

另外我方特别强调，如果一审法院认为案涉车辆没有做过司法鉴定，不能证明车辆性能和一致性证书的记载是否一致，也应将车辆性能和一致性证书记载不一致的证明责任分配给被上诉人。因为一致性证书本身就是案涉车辆性能指标的法定证明文书，如果对方对此有异议，想推翻一致性证书的法律效力，就应由对方提供证据，证明车辆的实际性能指标和一致性证书的记载不一致。所以如果一审法院认为本案的车辆需要进行司法鉴定，应由对方申请司法鉴定，并由对方承担举证不能的不利法律后果。

综上两点，一审法院对举证责任的认定是错误的。如果一审程序中存在举证不能的不利法律后果，不应由上诉人承担，而应由被上诉人承担。恳请二审予以纠正。

（二）本案的案涉车辆属于机动车，该问题确凿无疑。

1、依据《中华人民共和国道路交通安全法》和国家强制标准《电动自行车安全技术规范》，可推定该车属于机动车

《中华人民共和国道路交通安全法》第 119 条规定，“非机动车”是指以人力或者畜力驱动，上道路行驶的交通工具，以及虽有动力装置驱动但设计最高时速、空车质量、外形尺寸符合有关国家标准的残疾人机动轮椅车、电动自行车等交通工具。

国家市场监督管理总局和国家标准化管理委员会于 2018 年颁布

的国家强制标准《电动自行车安全技术规范》(GB17761—2018)规定,电动自行车的最高车速不能超过 25 km/h,装备完整的整车质量小于等于 55 kg,电机连续输出功率小于等于 400W。对照该国家强制标准,本案的案涉车辆最高车速是 43 km/h,整车质量 98 kg,额定功率 1000 W,指标全部超标,可见该车辆不属于电动自行车。

综上,本案的案涉车辆不是以人力或者畜力驱动的车辆,不是残疾人机动轮椅车,也不是符合国家标准的电动自行车,所以该车不是法律意义上的非机动车,因此可推定该车属于机动车。

2、依据国家推荐标准《机动车辆及挂车分类》,可推定该车属于机动车

全国汽车标准化技术委员会于 2001 年颁布的《机动车辆及挂车分类》(GB/T15089—2001)规定,机动车和挂车共分 L、M、N、O、G 五大类,每个大类又细分为若干个小类,其中 L 大类指两轮或三轮的机动车。L 大类又分成了 5 个小类,分别标注为 L1 至 L5。L1 特指使用热力发动机、气缸排量不超过 50ML、最高设计车速不超过 50 km/h 的两轮或三轮机动车。本案的案涉车辆在一致性证书上的类别是 L1,可见该车是按《机动车辆及挂车分类》中的 L1 标准设计和制造的,所以可进一步推定该车属于机动车。

3、依据国家强制标准《机动车辆类(汽车产品)强制性认证实施规则》和《机动车辆类(摩托车产品)强制性认证实施规则》,可推定该车属于机动车

中国国家认证认可监督管理委员会于 2008 年颁布的《机动车辆

类(汽车产品)强制性认证实施规则》(编号:CNCA—02C—023:2008)和《机动车辆类(摩托车产品)强制性认证实施规则》(编号:CNCA—02C—024:2008)中均有规定,“制造商在认证完成前,应制做完成各型号车辆的车辆一致性证书参数和式样提交认证机构”。这是机动车在出厂前必须完成一致性认证的政策出处。所以一致性认证的要求本身就是针对机动车的,对非机动车是没有该项要求的。既然本案的案涉车辆有一致性证书,足以证明该车属于机动车。

另外,《机动车辆类(摩托车产品)强制性认证实施规则》在标准的名称上就给摩托车做了属于机动车的定性。本案案涉车辆的性质在一致性证书上明确为电动两轮轻便摩托车,摩托车当然属于机动车。

4、依据公安部的部门规章《机动车驾驶证申领和使用规定》,可推定该车属于机动车

公安部的部门规章《机动车驾驶证申领和使用规定》有明确规定,“机动车驾驶人准予驾驶的车型顺序依次分为:大型客车、牵引车、城市公交车、中型客车、大型货车、小型汽车、小型自动挡汽车、低速载货汽车、三轮汽车、残疾人专用小型自动挡载客汽车、普通三轮摩托车、普通二轮摩托车、轻便摩托车、轮式自行机械车、无轨电车和有轨电车。”可见轻便摩托车属于机动车的准驾车型之一,要求驾驶人领证后才能驾驶。本案案涉车辆的性质是轻便摩托车,因此也可直接推定该车属于机动车。

综上四点意见,本案案涉车辆的性质属于机动车,上诉人认为该问题确凿无疑。

（三）本案上诉人有三个拒赔理由，只要一个理由成立就能拒赔，事实上本案三个理由均成立

1、本案的案涉机动车没有行驶证

被上诉人在向我方申请理赔时，无法提供核赔需要的车辆行驶证。在向法院起诉后，为证明车辆的合法性，被上诉人向法庭出具了一致性证书。但是，该一致性证书只能证明案涉车辆的性能是符合国家标准的要求，不能替代机动车的行驶证。因驾驶无有效行驶证的机动车而发生的意外事故，是保险合同约定的责任免除情形，我方不应承担保险责任。

2、本案的被上诉人没有合格的驾驶证

被上诉人的驾驶证是 2008 年 6 月 1 日申领，有限期 6 年，至 2014 年 6 月 30 日已到期，但被上诉人一直未向交管部门办理证件的续期手续。因此，本案的被上诉人是在无有效驾驶证的情形下驾驶机动车发生了意外事故，这也符合保险合同关于责任免除的约定，我方也不应承担保险责任。

3、本案的案发地点不属于保险合同约定的承保范围

《保险法》第 30 条的原意，是对格式条款的理解产生争议时，不是想当然地适用有利于被保险人的解释，而是先按通常理解予以解释。上诉人认为本案的争议条款用通常理解就能解释。具体地说，按合同目的、字面文意就能做出通常理解。

上诉人和投保人在投保时已经达成合意，本案的保险区域是工地上的做工区域和工人的居住区域，这是双方订立合同的目的。本案的

保险费人均 138 元，保险期限是 395 天，折算成一年的保险费是人均 127 元。建工险的承保风险很大，这么低的保费说明当时双方的合意是针对两个特定区域的局部性承保。如果把出行的道路也扩大理解为承保区域，整个工地都可能成为承保区域，那就不会有这么低的保费，这样的理解明显有违于双方订立合同时的目的和合意。

保险条款中把“施工现场”和“生活区域”做并列表述，两者是并列关系。“施工现场”的概念往大了理解也可以包括整个工地，但本案是局部性承保，“施工现场”指现场做工的区域，该问题在一审庭审时双方都是认可的。既然“施工现场”是小概念，“生活区域”也应按小概念理解成居住的区域。如果把“生活区域”理解成衣食住行的大概念，则在整句话的字面意思理解上就出现了错误。

综上按通常理解，本案的承保区域不应扩大至工地里的道路。因案发地点不属于保险合同约定的承保范围，我方不应承担保险责任。

（四）上诉人已对免责条款尽到了提示和明确说明义务，免责条款生效

1、对于免责条款，上诉人在保险合同中已对免责事由的字体进行了加黑加粗，上诉人已经履行了提示义务。

2、《保险法司法解释二》第 13 条规定，投保人对保险人履行了符合本解释第十一条第二款要求的明确说明义务在相关文书上签字、盖章或者以其他形式予以确认的，应当认定保险人履行了该项义务。本案的投保人已在投保单上盖章，因此可以证明上诉人已经履行了明确说明义务。

3、《保险法司法解释二》第 10 条规定，保险人将法律、行政法

规中的禁止性规定情形作为保险合同免责条款的免责事由，保险人对该条款作出提示后，投保人、被保险人或者受益人以保险人未履行明确说明义务为由主张该条款不生效的，人民法院不予支持。本案的被上诉人无证驾驶机动车，以及驾驶无行驶证的机动车，都属于违法行为，上诉人在保险条款上作出提示后，即便没有履行明确说明义务，该免责条款也能生效。

三、其他在庭审中发表的意见

1、上诉人在二审程序中出示的被上诉人的驾驶证，原件由被上诉人掌握，上诉人无法获取。如被上诉人不认同该证据，请二审法院责令被上诉人出示原件。如被上诉人不出示原件，请根据《最高人民法院关于民事诉讼证据的若干规定》第 95 条规定，认定上诉人的主张成立。

2、一致性证书是被上诉人在一审程序中提交给法庭的，基于法庭举证的严肃性，被上诉人不能在以后的诉讼程序中以原件丢失等理由反言不认。如果被上诉人不认可该证书又不出具证书原件，也应按《最高人民法院关于民事诉讼证据的若干规定》第 95 条规定，认定上诉人主张的对其不利的内容成立。另外一审虽未组织对该证据进行质证，但是一审的判决书却认定了该证书上记载的部分要素，其中包括该车辆的性质属于轻便摩托车这一核心事实。依据该事实，即便被上诉人不出示证书原件，也不应影响二审对该车辆的性质认定。

3、被上诉人曾在二审庭审中发表意见，认为国家标准不是法律法规，不应被援引用于本案的认定，上诉人认为此意见不正确。其一，本案上诉人援引的强制性标准，是由政府部门组织制订，在全国范围

内强制实施的规范性文件，《中华人民共和国标准法》赋予了它们强制实施的法律效力。它们属于政府部门制订的、具有法律效力的、必须强制实施的规范性文件，当然可以用于本案的认定。其二，上诉人援引的《机动车辆及挂车分类》虽属于国家推荐标准，但是案涉车辆的一致性证书按该标准规定的分类办法标注了 L1 类型，说明该推荐标准已被案涉车辆的制造厂家接受并采用，所以该推荐标准也是该制造厂家必须遵守的技术规范，对该制造厂家具有强制实施的效力。因此该推荐标准在本案中也能被作为认定标准。

4、被上诉人曾在二审庭审中向上上诉人发问，问上诉人是采用哪种方式送达保单等合同资料的。上诉人的代理人当庭回答肯定是按规定完成了送达，至于何种方式送达还不清楚，同时指出保单等合同资料的送达方式不影响保险合同的成立和生效。被上诉人的发问与本案的争议无关，上诉人在此重申该立场。

5、被上诉人还曾发表意见，主张湘潭当地发生交通事故后，在很多案子里交警会把事故车辆提交鉴定，通过鉴定确定车辆性质。上诉人认为，如果本案没有一致性证书，确实有将车辆提交鉴定以确定车辆性质的必要，但是本案是有一致性证书的，一致性证书本身就是车辆性质的法定证明文件。所以本案不属于被上诉人陈述的情形。上诉人再次强调，如果被上诉人想推翻法定证明文件的效力，应由被上诉人申请鉴定，并由被上诉人承担举证不能的不利法律后果。

6、被上诉人在二审庭审中发表的意见，通篇都将案涉车辆陈述为“电动车”，这是故意实施的混淆行为。本案的案涉车辆是摩托车，

该问题在一致性证书上已有明确记载，并在一审判决书中被一审法院认可，具体可见一审判决书第 11 页的第一段话。电动车是非机动车，摩托车则是机动车，性质完全不同。本案的车辆是机动车，请二审法庭不要受其误导和干扰。

综上所述，首先本案的一审在程序上存在侵害上诉人实体权利的重大错误，理应发回重审，其次本案事实清楚、证据确凿、依据充分，二审还可以直接改判上诉人不承担保险责任。恳请审判长和审判员尊重事实和法律，客观公正地做出裁决。

人保寿险浙江省分公司与何某等保险纠纷案（一审）

何某、武某军、武某洪起诉中国人民人寿保险股份有限公司的人身保险合同纠纷一案（2022 浙 0112 民初 XXXX 号），本人接受中国人民人寿保险股份有限公司（以下简称“我方”）的委托，发表代理意见如下：

一、本案的核心争议和我方立场

（一）核心争议

其一，案涉车辆的性质是乘用车还是商用车。如果是乘用车，本案适用 10 倍保额，主险应赔偿 100 万，附加险还应赔偿 100 万，我方合计应赔偿 200 万。如果是商用车，本案适用 2 倍保额，主险应赔偿 20 万，附加险不用赔偿，我方合计只需赔偿 20 万。

其二，保险合同中关于保险责任范围的 2.3 条款，以及对保险责任范围进行释义的 7.4 条款是否有效，其目的是判断保险合同中关于“自驾车”指乘用车的约定是否有效。如果两个条款有效，“自驾车”的范围仅指乘用车。如果无效，“自驾车”的范围不限于乘用车。

（二）我方立场

其一，本案的案涉车辆属于商用车；其二，保险合同的 2.3 条款和 7.4 条款均有效，本案的“自驾车”仅指乘用车，商用车不适用 10 倍保额。因此本案我方只需赔偿 20 万，我方已经完整地履行了保险责任。

二、关于车辆性质

（一）国家标准对车辆的分类

国家标准《汽车和挂车类型的术语和定义》（GB/T 3730.1-2001），为各种车型给出了具体的术语和定义，并给出了相应的示意

图。

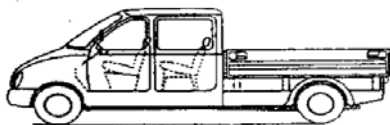
从大类上讲，车辆分为汽车、挂车和汽车列车三个大类。其中，汽车分为乘用车和商用车。

再往下细分，乘用车可分为普通、活顶、高级、小型、敞篷、仓背、旅行、多用途、短头、越野、旅居、防弹、救护、殡仪等类别，商用车可分为小型客车、城市客车、长途客车、旅游客车、铰接客车、无轨电车、越野客车、专用客车、半挂牵引车、普通货车、多用途货车、全挂牵引车、越野货车、专用作业车、专用货车等类别。

（二）本案车辆属于商用车

1、按国家标准，将乘用车项下的所有类别和本案的案涉车辆进行对比，在定义和示意图上都没有找到相符的类别。

2、按国家标准，将商用车项下的所有类别和本案的案涉车辆进行对比，发现了一个完全一致的类别，该类别的序号为“2.1.2.3.2”，术语为“多用途货车”，定义为“在其设计和结构上主要用于载运货物，但在驾驶员座椅后带有固定或折叠式座椅，可运载3个以上的乘客的货车”，其示意图为：



本案的案涉车辆和该类别车辆在定义和图例上完全一致。可见所谓的“皮卡车”或“板栏货车”都是民间俗称，按国家标准，该车属于商用车项下的“多用途货车”，因此属于商用车。

3、在国内访问量最大的商用车门户网站“商车网”上，查找到“江西五十铃 JXW1031BS”型号的车辆性能指标，证明该车是柴油车，

车辆类型注明是“多用途货车”，因此按国家标准也属于商用车。

4、对方提交的证据里有交警部门出具的“非道路交通事故认定书”，交警将该车定性为“轻型栏板货车”，此定性在认定书上共出现五次。对照国家标准，货车是商用车项下的一个大类，序号为“2.1.2.3”。

5、本案案涉车辆的行驶证上标注的车辆类型是“轻型普通货车”。如果要根据行驶证上的标注把该车认定为“普通货车”，按上述国家标准，普通货车也被列在商用车项下，序号为“2.1.2.3.1”。

由此可见，从国家标准的认定、专业商用车门户网站的披露、交警部门的认定、车辆本身行驶证的记载，都能认定本案的案涉车辆是商用车，不是乘用车。

三、关于保险合同中 2.3 条款和 7.4 条款的效力

（一）上述条款是普通的格式条款，不是免责条款

保险合同中的 2.3 条款和 7.4 条款是一对组合。2.3 条款是保险责任范围的条款，不是责任免除条款，合同中的 7.4 条款才是责任免除条款。7.4 条款是对 2.3 条款的释义，是对保险责任范围的解释，因此也属于保险责任范围的条款，不是责任免除条款。

《保险法司法解释二》第 9 条规定，保险人提供的格式合同文本中的责任免除条款、免赔额、免赔率、比例赔付或者给付等免除或者减轻保险人责任的条款，可以认定为保险法第十七条第二款规定的“免除保险人责任的条款”。显然 2.3 条款和 7.4 条款都不属于该规定列明的范围，因此也可加强推定 2.3 条款和 7.4 条款不是免责条款，所以它们的性质是普通的格式条款。

我方特别指出，保险合同中的很多条款都和保险责任的界定问题

有关联，比如保险当事人、保险期限、承保区域、保险责任、责任免除等，实务中上述条款都有可能导致保险公司的赔付或拒赔。但是不能因此就把免责条款的范围扩大化，最常见的错误就是把责任范围条款理解成责任免除条款，误以为一旦保险公司拒赔，就一定是动用了免责条款，殊不知保险公司动用的是责任范围条款，本案的原告在认识上也发生了这样的误解。既然免责条款的范围在司法解释中已有明确界定，本案的 2.3 条款和 7.4 条款就应按司法解释的界定确认其性质，因此不能被认定为免责条款。

（二）我方只要履行了普通的说明义务就能生效

对于免责条款，《保险法》第 17 条要求由保险公司履行提示和明确说明两重义务才能生效。《保险法司法解释二》第 11 条又对提示和明确说明义务作出补充规定，提示义务对应于合同条款上加黑加粗等特殊处理，明确说明义务对应于常人能够理解的履行标准，要求保险公司在把问题说清楚的同时，在表达上还要做到通俗易懂。

对于普通的格式条款，《保险法》第 17 条只要求保险公司履行普通的说明义务而非明确说明义务，而且也没有要求对相关条文进行加黑加粗的提示。普通说明义务的履行标准低于明确说明义务的履行标准，即保险公司要把问题说清楚，但不需要过度地去追求表达方式的口语化和通俗化。

（三）我方已履行了说明义务，上述条款生效

1、对可能引起争议的“自驾车”概念，我方通过三个步骤对投保人作出了书面说明。第一步，在 2.3 保险责任范围的条款里对“自驾车”等字体进行了加黑；第二步，在加黑的“自驾车”字体边上设计了带括弧的阅读指向，引导投保人阅读 7.4 释义条款；第三步，在

7.4 释义条款的第一点就说明“自驾车”指乘用车。通过这样的条款设计，只要是识字的投保人都能看明白。所以我方已经用书面方式尽到了“自驾车”指乘用车的说明义务。如果该问题仍然被投保人忽略，应归责于投保人的不重视，不应将责任归于保险公司未作说明。

2、《保险法司法解释二》第 13 条规定，投保人对保险人履行了符合本解释第十一条第二款要求的明确说明义务在相关文书上签字、盖章或者以其他形式予以确认的，应当认定保险人履行了该项义务。本案投保人何某在投保单和投保提示上都亲笔签了字，按法律规定，是我方履行了上述说明义务的重要证明。

3、我方的客服人员销售保单后对投保人何某进行了回访。根据回访的录音，何某在电话中亲口承认了三个事实。其一，她已在投保单上签了字，其二，她已阅读过投保提示的相关资料，其三，经业务人员讲解保单内容、保险责任、责任免除，她都已经有所了解。这是投保人本人在投保后作出的意思表示，也是我方履行了上述说明义务的直接证据。

由此可见，我方已通过书面和口头两种方式履行了“自驾车”指乘用车的说明义务，保险合同中的 2.3 条款和 7.4 条款均生效。也就是说，保险合同中的 10 倍保额仅适用于乘用车，不适用于商用车。

四、本案的理赔结果符合保险合同的约定

（一）关于保险责任的约定

1、《人保寿险百万身价惠民两全保险》的保险责任，包括普通的意外责任是 2 倍保额，以及自驾车的意外责任，在 70 周岁后首个保单生效日零时前是 10 倍保额，超过后是 2 倍保额。

2、《人保寿险附加百万身价惠民意外伤害保险》的保险责任，仅

针对自驾车的意外责任，责任约定同上，不包括普通的意外责任。

3、上述约定中的“自驾车”指乘用车，我方已履行了法定的说明义务。

（二）我方的赔付符合保险合同的约定

投保人向我方投保了《人保寿险百万身价惠民两全保险》和《人保寿险附加百万身价惠民意外伤害保险》，基本保险金额都是 10 万。因本案的案涉车辆是商用车，商用车不是保险合同约定的自驾车，所以本案的保险事故不属于 10 倍保额的保障范围，只能认定为普通的意外事故。因此对于《人保寿险百万身价惠民两全保险》，我方按普通的意外责任赔付了 2 倍的基本保额即 20 万，对于《人保寿险附加百万身价惠民意外伤害保险》则不予赔付。我方对本案的理赔结果符合保险合同的约定，我方完全是在依合同履约，不存在惜赔、错赔、拖赔等任何不当行为。

五、其他的相关问题

（一）本案双方不应该有理解上的争议

如果本案双方在理解上有争议，争议点仅在于乘用车和商用车在大类概念上的区别，不在于乘用车和商用车项下二级分类的区别。对于乘用车这个大类，老百姓知道泛指家用的小轿车，对于商用车这个大类，老百姓知道是商业用途的车辆，不是用于拉货就是用于拉客，所以不是货车就是客车。对于这两个大类的区别，普通老百姓心中都有概念，少有认知上的误解。本案的案涉车辆是用柴油驱动的多功能货车，行驶证上也清楚地载明该车是货车，货车属于商用车，投保人心中肯定也明白。既然投保时我方已经向投保人说明过“自驾车”指乘用车，因此投保人应该理解本案不适用 10 倍保额，所以本案双方

不应该有理解上的争议。

（二）原告在庭上的几处举证和说理均不能成立

1、原告提供的 2012 版本的合同条款不是本案的条款，和本案无关。原告想表达的意思无非是 2012 的版本设计尽到了说明义务，但不能因此证明 2013 的版本设计就没有尽到说明义务。本案适用的是 2013 版本，庭审各方应围绕 2013 的版本设计是否尽到说明义务进行调查和辩论，不应受无关事项的干涉。

2、所谓的专家学者的意见，只是法理上的探讨，代表发言者的一家之言，未经立法程序确认，不能成为断案的依据。本案原告发表的所谓的“最高院专家学者”的意见，还是未经具名的意见，不能取代法律和司法解释的成文规定。因此在保险条款定性的问题上，应按司法解释的规定进行认定。

3、本案不需要做有利于被保险人的解释，因为本案的条款用通常理解就能做出解释。正如前文所述，乘用车的通常理解，就是泛指老百姓家用的小轿车，商用车的通常理解，就是泛指客车和货车。用通常理解就能解释的问题，不需要动用有利于被保险人的解释。

（三）我方的举证合法有效

原告在投保单上的签字，按司法解释的规定可以用于证明我方履行了说明义务。犹豫期内对原告进行回访并录音，是应监管部门的要求而采取的服务举措，录音合法且无剪辑，也具有法定的证明效力。如果原告认为我方未尽到说明义务，有权不在投保单上签字，也有权在回访时做出否认的意思表示。因此，原告在投保单上的签字和接受录音回访时的表态，形成了相互印证的证据链，证明我方已经就“自驾车”属于乘用车尽到了说明的义务。

（四）我方的主张有几乎完全一致的在先判例做支持

四川的罗某等人和我方的四川省分公司签订了《人保寿险百万身价惠民两全保险》，因“自驾车”等问题发生争议后，起诉了我方的四川省分公司。当地的一审和二审法院判决一致，主要的裁判观点为：释义条款是对保险责任范围的约定，不是免责条款；自驾车的定义条款适用了国家标准，国家标准定义明确不存在歧义，该案的车辆不符合乘用车的定义；投保资料上的签字和电话录音形成证据链，证明我方的四川分公司履行了说明义务。该案于 2020 年终审，判决我方的四川省分公司胜诉。具体可见（2020）川 05 民终 1238 号判决书。综上所述，本案的案涉车辆属于商用车，商用车不适用 10 倍保额，本案我方只需赔偿 20 万。基于我方已经赔付了 20 万，因此在本案中不应再承担任何责任。恳请贵院驳回原告的全部诉讼请求。

何某、武某军、武某洪、伍某英起诉中国人民人寿保险股份有限公司的人身保险合同纠纷一案（2022 浙 0112 民初 XXXX 号），本人接受中国人民人寿保险股份有限公司（以下简称“我方”）的委托，发表补充代理意见如下：

一、伍某英作为原告加入诉讼，不应加重我方的任何责任

伍某英的身份是保单的受益人。伍某英加入诉讼，导致和保单相关的利益求偿人数发生了变化，因此原告内部的利益分配会发生变化。但是，我方的理赔责任并不因此而发生变化，不能因此加重我方在诉讼中应承担的任何责任。

《保险法司法解释三》第 14 条规定，“保险金根据保险法第四十二条规定作为被保险人遗产，被保险人的继承人要求保险人给付保险

金，保险人以其已向持有保险单的被保险人的其他继承人给付保险金为由抗辩的，人民法院应予支持”。该条规定体现的立法精神，是支持保险人不参与被保险人的遗产纠纷。所以，对于我方已经赔付的 20 万保险金，伍某英应向本案的其他三位原告请求分配，不能向我方重复提出理赔要求，我方也不可能一案两赔。

何某、武某军和武某洪在向我方领取 20 万保险金时，谎称伍某英已故，向我方出具了虚假的承诺文件（见我方提交的补充证据），用不当手段骗取了 5 万元的保险金。此行为涉嫌违反《保险法》第 27 条、第 174 条和《刑法》第 198 条，5 万的金额已达到“数额较大”的认定标准。该行为有违诚信原则，于情理不义，于法律不容。如因该行为加重我方责任，我方保留向三位当事人追责的权利。

本案原告的诉求金额是 200 万，包括了我方已支付的 20 万。因伍某英的加入，导致该 20 万的理赔亦有可能出现纠纷。但该问题的责任在于何某等三位当事人。恳请贵院根据实情，结合《保险法司法解释三》第 14 条的规定，在本案判决中对该问题进行明确。如果判决我方的责任是 20 万，请明确我方的赔款义务已经履行完毕。如果判决我方的责任是 200 万，请明确我方已支付的 20 万以下的赔款义务已经履行完毕。

二、本案的“自驾车”概念约定明确，不存在两种以上的理解，《保险法》第 30 条不适用于本案

《保险法》第 30 条的适用情形，是因保险条款约定不明确，导致存在两种以上的不同理解。在本案中，如果“自驾车”概念没有用释义条款进行释义，确实可能存在两种以上的理解，如此即可动用《保险法》第 30 条作通常理解，以及有利于对方的解释。但是本案的“自

驾车”概念已通过释义条款做了明确的释义，即同时符合“乘用车”、“非营运”、“载运乘客”等定义，在投保时也得到了投保人的签字确认。通过释义，“自驾车”概念已经非常明确没有模糊空间，在本案中是唯一理解，不存在两种以上的理解，因此本案的“自驾车”概念应直接按合同约定的唯一理解进行解释，不需要动用《保险法》第30条作有利于对方的解释。

退一步讲，本案即便真的存在争议，也应该是围绕释义条款是否有效而发生的争议，不应该是因没有释义条款而发生的多种理解上的争议。所以《保险法》第30条不应适用于本案。

三、本案的7.4条款是对保险责任范围的释义，也属于保险责任范围条款，不是免责条款

（一）探究“自驾车”概念的本意和大众层面的实质性理解，7.4条款不带有免责性质

众所周知，自驾和自驾车都是外来词汇，其中自驾的英文名为“self-drive”，自驾车的英文名为“self-driving car”。在国外，自驾是一种生活方式，自驾车既可用于日常交通，也可用于自驾旅游。但是英文里的“car”主要是指家用小汽车，不包括客车和货车（客车是BUS，货车是TRUCKS），一般人的日常交通和自驾旅游是用不到客车和货车的。对照汽车分类标准，家用小汽车是乘用车，客车和货车是商用车。所以即便是在国外，自驾车的本意也是指可用于自驾的乘用车。该词汇和相应的概念传到国内后，我们把这类车辆直译为“自驾车”，是因为在中文里所有的车辆都被统称为“车”，但在英文里不同性质的车辆在表述上是有严格区分的。

中国国内已有很多的自驾车服务公司、自驾车协会，有各类的自

驾车旅游活动和服务。但是，国内的这类机构和活动也都是针对乘用车用户的，客车和货车很少会去加入自驾类服务机构，也不太会被吸收进自驾车协会，中国的老百姓也很少有人会开着客车和货车用于日常交通，以及参加自驾活动。

现实中如果提到“自驾车”的概念，让大众在脑海里去联想，可能会想到两厢轿车，也可能是三厢轿车，也可能是 SUV 等其他车型，但它们无一例外都属于乘用车的范围，很少有人会由“自驾车”而联想到客车和货车。如果问大众什么是“自驾车”，有些人可能会表述成“自己驾驶的~~车辆~~”，但这只是从英文到中文的字面直译，是口头上的表述，其实大众心里都理解，此处的“车辆”是指乘用车，不是商用车。所以并不是大众对“自驾车”的理解有偏差，而是对方利用中文“车”字在表述上的混淆，从而表述混淆了本意和实质性理解，才导致发生了本案的纠纷。

我方认为，对“自驾车”性质的认定，不应局限于字面表述，而应探究其本意和大众层面的实质性理解。从大类上讲，“自驾车”就是指可用于自驾的乘用车，国内外皆是如此，所以我方的 7.4 条款是在释义，没有缩减保险责任，不带有免责性质。同理，7.4 条款中关于非营运、9 座以下、载运乘客等约定也都是在描述乘用车的特征，本质也是在释义，也不带有免责性质。所以 7.4 条款就是针对“自驾车”这个外来概念，为了让其更加明确，让保险责任范围更加清晰，而对保险责任范围进行的释义，不带有免责性质。

（二）探究保险责任条款的文义，7.4 条款不带有免责性质

保险合同中的 2.3 保险责任条款，对 10 倍保额的责任描述是“以乘客身份搭乘或作为驾驶员驾驶自驾车”，可见基于“自驾车”而发

生的“搭乘”和“驾驶”两种行为，均是10倍保额的保障范围。如果按对方的逻辑把“自驾车”扩大理解成所有自己驾驶的车辆，“驾驶自驾车”的行为勉强还能自圆其说，“搭乘自驾车”的行为就出现了逻辑错误，因为从逻辑上讲，我们无法搭乘自己驾驶的车辆。

此外，如果对方的逻辑可以成立，保险合同的2.3条款应该直接表述成“车辆”，不应表述成“自驾车”。甚至我方都不需要单独设计这款保险产品，因为“搭乘”和“驾驶”所有车辆而发生的意外事故，就是交通意外事故，公司的产品体系里早就有交通意外保险。

综上所述，仅从条款文义上也能判断，保险责任条款里的“自驾车”不是指所有自己驾驶的车辆，而指特指某种车辆的类别。结合本案实际，就是指可用于自驾的乘用车。所以7.4释义条款的作用就是在对保险责任进行释义，不是免除保险责任为我方免责。

《保险法》第17条规定，说明义务的履行方式是“书面或者口头”。该条款的文义理解非常清晰，从说明义务的履行责任上看，我方已履行了书面的说明义务，相关条款就已生效。

（三）探究合同本身的法律属性，7.4条款是保险责任范围条款，不是免费条款

1、保险合同中的2.3条款和7.4条款是一对组合。2.3条款是保险责任范围条款，不是责任免除条款，合同中的2.4条款才是责任免除条款。7.4条款是对2.3条款的释义，是对保险责任范围的解释，因此也属于保险责任范围条款，不是责任免除条款。

2、释义条款本身没有性质之分，其定性主要是看该条款的释义对象。如果该条款是为保险责任范围进行释义，该条款也属于保险责任范围条款，如果该条款是为责任免除进行释义，该条款也属于免责

条款。本案的 7.4 条款是为 2.3 条款进行释义，2.3 条款是保险责任范围条款，所以 7.4 条款在性质上也属于保险责任范围条款，不是免责条款。

3、在实务中，把重要概念用释义条款的方式单列说明，是设计保险合同的惯例，其目的是为了更清楚地说明合同双方的权利义务关系。本案的保险合同就是在 2.3 条款的基础上辅以 7.4 释义条款，用这样的方式把保险责任范围界定清楚。当然，在界定保险责任范围时，必然会做出“责任内”和“责任外”的区分，但不能因此就把保险责任范围条款理解成免责条款。

4、保险合同中的很多条款都和保险责任的界定问题有关联，比如保险当事人、保险期限、承保区域、保险责任、责任免除等，实务中上述条款都有可能导致保险责任的赔付或拒赔。但是不能因此就把免责条款的范围扩大化，最常见的错误就是把责任范围条款理解成责任免除条款，误以为一旦保险公司拒赔，就一定是动用了免责条款，殊不知保险公司动用的是责任范围条款。

（四）对照保险法司法解释的明确列举，7.4 条款不是免责条款

《保险法司法解释二》第 9 条规定，保险人提供的格式合同文本中的责任免除条款、免赔额、免赔率、比例赔付或者给付等免除或者减轻保险人责任的条款，可以认定为保险法第十七条第二款规定的“免除保险人责任的条款”。显然 7.4 条款不是责任免除条款（2.4 条款是责任免除条款），也没有规定免赔额、免赔率、比例赔付或者给付，也不带有免责的性质，所以 7.4 条款不是法律意义上的免责条款。

以上补充意见，恳请审判员采纳。

人保寿险浙江省分公司与何某等保险纠纷案（二审）

北京盈科（杭州）律师事务所接受上诉人中国人民人寿保险股份有限公司的委托，指派本人担任其与被上诉人何某、武某军、武某洪、伍某英的人身保险合同纠纷一案的二审代理人。本人根据事实和法律，结合本案的争议焦点，发表代理意见如下：

一、对方的核心错误

对方的逻辑是，首先主张“自驾车指所有自己驾驶的车辆”，所以推论“释义条款缩减了保险责任，是免责条款，在保险公司履行了提示和明确说明义务后才能生效”，再主张“保险公司没有尽到对释义条款的提示和明确说明义务，释义条款无效”，最后得出结论“保险公司应该赔 200 万”。该逻辑存在三个核心错误：

其一，断章取义。本案的保险责任范围不是“自驾车”三个字，而是包含了“自驾车”三个字的一整句话。对“自驾车”的理解，应置身于整句话的语境。但对方孤立地拿出其中的三个字做文章，是断章取义。事实上保险合同中的 2.3 保险责任条款中对 10 倍保额责任的完整描述是“以乘客身份搭乘或作为驾驶员驾驶自驾车”，可见基于“自驾车”而发生的“搭乘”和“驾驶”两种行为，均是 10 倍保额的保障范围。如果按对方的逻辑把“自驾车”扩大理解成所有自己驾驶的车辆，“驾驶自驾车”的行为勉强还能自圆其说，“搭乘自驾车”的行为就出现了逻辑错误，因为从逻辑上讲我们无法搭乘自己驾驶的车辆。此外如果对方的逻辑可以成立，保险合同的 2.3 条款应直接表述成“车辆”，不应表述成“自驾车”。甚至我方都不需要单独设计这款保险产品，因为“搭乘”和“驾驶”所有车辆而发生的意外事故，就是交通意外事故，公司的产品体系里早就有交通意外保险。所以保

险责任范围条款的文义表述是非常直观的，本案保险合同里的“自驾车”不可能指所有自己驾驶的车辆，而是特指某种车辆的类别。可见对方的逻辑基础就是错误的。

其二，混淆理解。自驾和自驾车的概念源自于国外。在国外，自驾是一种生活方式，自驾车既可用于日常出行，也可用于自驾旅游。但即便是在国外，自驾车的本意也是指可用于自驾的乘用车，不包括客车和货车。我们国内把这类车辆直译为“自驾车”，是因为在中文里所有的车辆都被统称为“车”。但国内的情况和国外是一样的，老百姓很少会开着客车和货车用于日常出行，以及参加自驾活动。现实中如果提到“自驾车”的概念，大众在脑海里可能会想到两厢轿车，也可能是三厢轿车，也可能是SUV等其他车型，但它们无不例外都属于乘用车的范围，很少有人会把“自驾车”而联想到客车和货车。所以探究“自驾车”概念的本意和大众的实质性理解，自驾车就是指可用于自驾的乘用车。本案对方的诉求，其迷惑性在于用自驾车的字面表述（自己驾驶的车辆）偷换了实质性理解（可用于自驾的乘用车）。如果问大众“什么是自驾车”，很多人可能会按字面表述来作答。但是如果追问“哪些车是自驾车”，很少有人会举例客车和货车。如果直接问“货车是自驾车吗”，相信大家都会说不是，因为在大众的通常认知里，货车是拉货的，不太会被用于自驾，这就是大众内心的实质性理解。自驾车指乘用车，这是大众的生活常识，也是大众对自驾车的实质性理解，也是大众对自驾车的通常理解。所以本案并不是大众对“自驾车”的理解有偏差，而是对方利用中文“车”字在表述上的混同，用字面表述混淆了“自驾车”的本意和实质性理解。

其三，定性错误。对方错误地把“自驾车”扩大理解成所有自己

驾驶的车辆，所以也就得出了“释义条款是免责条款”的错误定性。事实上“自驾车”的本意是指乘用车，我方的 7.4 释义条款关于“自驾车”指乘用车的解释就是在释义，不带有免责性质。同理，该条款中关于非营运、9 座以下、载运乘客等约定也都是乘用车的特征，也是在释义，也不带有免责性质。可见 7.4 条款就是对“自驾车”概念的进一步解释，是为了让保险责任范围更加清晰，不是为了缩减我方的保险责任，所以 7.4 条款不是免责条款。

二、一审判决的核心错误

其一，预设立场。对于我方在第二次庭审时发表的重要意见，把耳朵捂起来，在判决书里不做任何记载和回应。但是任何一方讲过的话都不会凭空消失。公正的裁判是兼听而不是偏听，即使是不正确的意见，也要先用公心去听，再用司法说理指出错误予以回应。本案一审最大的错误是立场不公正，认为保险纠纷总是要偏向被保险人的，把保险公司判输的责任比判赢要小很多，所以预设了我方的败诉立场，把我方提出的难以回应的意见简单粗暴地从判决书上抹掉。

其二，逻辑混乱。我国的《保险法》确立了三项重要的争议解决规则，一是第 17 条，用以裁决争议条款是否有效；二是第 30 条，用以裁决争议条款应如何解释。从逻辑上讲，本案的审理应区分争议的主线和支线，主线对应于第 17 条，支线对应于第 30 条。保险合同已通过释义条款对“自驾车”概念作出了释义，“自驾车”概念在合同里非常明确且是唯一理解，但是对方否认释义条款的效力，可见本案的核心争议不是因没有释义条款而导致的多种理解，而是释义条款是否有效，因此主线的审理应依据《保险法》第 17 条。在认定释义条款的效力前，先要认定释义条款的性质，于是本案又叠加了“自驾

车”概念的解释争议，这是附于主线之上的支线，支线的审理应依据《保险法》第30条。所以本案的审理逻辑，是先通过第30条认定释义条款的定性（是普通条款，还是免责条款），再通过第17条判断释义条款是否有效（保险公司履行了普通说明义务，还是提示和明确说明两重义务），最终裁决保险公司应承担的责任（释义条款有效是20万，无效是200万）。但是一审判决显然没有在逻辑上把主线和支线梳理清楚，没有认定释义条款的性质，没有对核心争议作出认定，直接适用第30条就作出了全案的判决。

其三，盲目抄袭。本案的释义条款不是免责条款，我方只要尽到普通的说明义务就能生效，但是一审判决却用免责条款的生效条件审视我方，加重了我方的法定责任。究其原因，是因为我方曾告知一审法官我方有类案在金华，当时正在二审，于是法官参照了金华中院的一份判决书（2019浙07民终5277号），几乎完全抄袭了该判决书中关于保险公司没有尽到明确说明义务的裁判用语，作出了我方没有尽到解释说明义务的判决（一审判决第10页第1段）。但是，两个案件的基础事实有很大差别。金华案件的保险合同在描述保险责任时，把自驾车意外责任和公共交通工具意外责任并列表述，客观上确实容易引发不当类比，导致投保人误以为公共交通工具意外责任是乘坐公交出行时的责任，那么自驾车意外责任肯定就是自己开车出行时的责任，所以自驾车就是所有自己驾驶的车辆。金华中院在该案中明确认定释义条款是免责条款，并用免责条款的生效条件审视保险公司是否尽到了提示和明确说明两重义务。我们不讨论该判决认定的结果究竟是对还是错，但该判决在逻辑上至少是通顺的。但是本案的保险合同在描述保险责任时不存在类似该案的误导性陈述，一审判决也始终没有把

释义条款认定为免责条款，却大段抄袭了金华案件的裁判用语和裁决意见，实质上是套用该案的免责条款生效条件加重审查了本案的非免责条款。我方恳请上级法院纠正该错误。

三、本案三大核心争议的再解析

（一）“自驾车”的通常理解不是“所有自己驾驶的车辆”

其一，保险责任条款的文义理解。本案的保险合同约定，除了“驾驶”自驾车外，“搭乘”自驾车也属于 10 倍保额的保障范围。我方的业务人员在投保时肯定会把该问题告诉投保人，因为用常理推断，业务人员不会把已有的保险责任漏掉不讲。站在投保人的角度，在听到“搭乘或驾驶自驾车”这句话时，是不是真会把自驾车理解成所有自己驾驶的车辆？显然不会。本案保险责任的表述非常直观，也不存在不当的类比干扰投保人，所以从文义上就能判断自驾车是指某一类车辆，而不是所有自己驾驶的車輛。这是正常人的逻辑，无关乎投保人的学历水平。所以投保时是不存在对方主张的理解争议的。

其二，该款保险产品的自身特点。本案所涉的保险产品是返本型产品，投保人一年只要交费 3040 元，交五年共 15200 元，保险公司要承担 30 年的保障，最高赔付 200 万，如果 30 年内没有赔付，所交保费还要以 125% 的比例返回给投保人。所以本案的保险产品本质上是让投保人用极少的保费利息换取了一份 30 年的高额保障。保险责任的大小和付出的保费是权责对应的关系，本案的保险产品价格如此低廉，所以是保险公司缩减了保险责任，还是出险后投保人扩大了保险责任，投保人心里大概也是清楚的。

其三，普通老百姓的生活常识。本案的出险车辆是货车。现实生活中，老百姓是不是真会把货车理解成自驾车？也是不会的。鉴于车

辆本身的性能、舒适度和实用性等原因，没有人会开货车去自驾。这是生活的常识，不需要我方再做过多的说明。如果把货车定性成自驾车，是不合常识的裁决，可能会成为老百姓茶余饭后的笑谈，我方认为有损于司法的权威性。

基于以上三点理由，本案的“自驾车”概念实际没有争议。如果要按《保险法》第 30 条对“自驾车”概念作通常理解，也不应该理解成所有自己驾驶的 vehicle，更不应该把货车认定为“自驾车”。

（二）本案的释义条款不是免责条款

其一，从实质意义上判断。免责条款的本质是缩减了保险责任的范围，减轻了保险公司的责任。本案通过保险责任条款，可以直观地认定自驾车不是指所有自己驾驶的 vehicle，通过老百姓的通常理解，货车和客车不是自驾车，因此释义条款没有缩减保险责任范围，没有减轻保险公司的责任。所以本案的释义条款不符合免责条款的实质条件。

其二，从形式意义上判断。释义条款的性质免责条款必须位于《保险法司法解释二》第 9 条的列举范围之内。显然本案的释义条款不是责任免除条款（2.4 条款是责任免除条款），也没有规定免赔额、免赔率、比例赔付或者给付，也不带有免责的性质。所以本案的释义条款也不符合免责条款的形式条件。

其三，从合同体系上判断。释义条款本身没有性质之分，其定性主要是看该条款的释义对象。如果该条款是为保险责任范围进行释义，该条款也属于保险责任范围条款，如果该条款是为责任免除进行释义，该条款也属于免责条款。本案的 7.4 条款是为 2.3 条款进行释义，2.3 条款是保险责任范围条款，所以 7.4 条款在性质上也属于保险责任范围条款，不是免责条款。本案的保险合同就是在 2.3 条款的基础

上辅以 7.4 释义条款，用这样的架构把保险责任范围界定清楚。当然在界定保险责任范围时，必然会做出“责任内”和“责任外”的区分，但不能因此就把保险责任范围条款理解成免责条款。

注：我方安徽分公司的一个关于“自驾车”的理赔纠纷，在庐阳法院、合肥中院、安徽高院、合肥检察院的四轮司法程序中均胜诉，主要依据就是这一条。我方已提供裁判文书为本代理词的附件。

（一）我方尽到了法定的说明义务，释义条款是否生效
其一，法定责任不应被加重。因本案的释义条款不是免责条款，《保险法》第 17 条要求我方履行的法定责任仅为普通的说明义务，不需要履行提示和明确说明两重义务，所以应在通常意义上判断我方是否尽责，不应加重我方的法定责任。但是一审判决在形式上回避了对释义条款的定性，释法说理时也只使用了“解释说明”而非“明确说明”的模糊表述，实际却用免责条款的两重生效条件对我方的履责情况进行审查。此举没有法律依据，加重了我方的法定责任。

其二，书面和口头说明义务都已尽责。本案保险责任条款的文义表述，本身就不会导致对方主张的争议。老百姓的生活常识和对“自驾车”概念的通常理解，也不会导致对方主张的争议。从保险合同的设计上看，保险责任条款里的关键字加黑、阅读指引、责任释义三个步骤，也足以证明我方至少已经履行了书面的说明义务（详见 2022 年 10 月 23 日 16:23 我方提交于法院在线服务平台的代理词的第 5 页第 1 段），释义条款已经生效。同时结合投保人在投保资料上的签字确认，以及在录音回访中的明确应诺，也应在通常意义上认定我方已尽到了口头的说明义务。因此，本案的释义条款确定生效。

因司法审判中倾向于保护被保险人利益的价值取向，保险公司在

司法诉讼中是比较被动的。因此只要符合保险合同约定的赔款，保险公司是应赔尽赔，不敢有任何的惜赔拒赔。但是保险纠纷不见得都是保险公司的过错，也有很多案子，包括以前已经被终审结案的在先判例，保险公司实际是在依据合同履行，但是保险公司的合法利益却没有得到应有的保护。所以，恳请贵院依据我方在一审程序中提交的《代理词》、《补充代理意见》，以及在二审程序中提交的《上诉状》、《二审代理词》，以及张义凡案等在先判例，全面公正地作出裁决。

著作权归作者所有

人保寿险浙江省分公司与韩某子、韩某烨保险纠纷案

韩某子起诉中国人民人寿保险股份有限公司浙江省分公司保险合同纠纷一案（2022 苏 1012 民初 XXXX 号），本人接受中国人民人寿保险股份有限公司浙江省分公司（以下简称“我方”）的委托，发表代理意见如下：

一、保险合同的具体情况

编号为 850088965723008 号的保险合同，投保人是韩某子，被保险人是其本人，受益人是朱某。2019 年投保，保险金额 20 万，仅在投保当年缴纳保费 6100 元。因投保人无正当理由中断缴费超过 2 年，目前该份保险已处于失效状态。

二、我方已对保险责任、责任免除、犹豫期退保等事项尽到了说明义务，保险合同受法律保护

1、《保险法司法解释二》第 13 条规定：投保人对保险人履行了符合本解释第十一条第二款要求的明确说明义务在相关文书上签字、盖章或者以其他形式予以确认的，应当认定保险人履行了该项义务。本案的投保人在投保资料上亲笔签字，确认已阅读过投保提示，确认销售人员已经向其明确说明过保险条款和责任免除等条款。法律规定是我方履行了说明义务的重要证明。

2、我方的客服人员在销售保单后的犹豫期内对投保人进行了电话回访。根据回访录音，投保人在电话中亲口承认了以下事实：其一，他已在投保单上签了字；其二，他已阅读过投保提示等相关资料；其三，经业务人员讲解保单内容，特别是保险责任、责任免除，他都已了解；其四，犹豫期是 15 天，过了犹豫期退保保费会有一定损失，

他也已了解。这份录音也是我方履行了说明义务的证据，同时还能证明我方销售人员并没有“夸大保险责任”、“隐瞒保险条款”、“未告知免责条款和犹豫期”等不当行为。

3、我方的内勤曾电话问询业务员。业务员表示在销售时已向原告说明了保险责任、责任免除、犹豫期等事宜，原告在犹豫期内和犹豫期后都没有提过退保要求，只是最近才找业务员要求退保，业务员并没有推脱不管，只是提醒原告保费会有损失。可见我方并没有“以各种理由推脱不予办理不予协商”等不当行为。

三、原告提供的录音证据无法达成原告的证明目的

1、韩某子投保于2019年4月。本案的争议在于，韩某子投保时我方的销售人员对他有没有销售误导。但是这段录音不是投保时的录音，而是由韩某子在2022年5月假托替朋友咨询的名义偷录，因此不能通过这段录音证明我方的销售人员在他投保时对他有销售误导，所以这段录音不能成为韩某子解除保险合同的证据。

2、韩某子根据这段录音提出了三个他认为存在误导的问题，但是这三个问题也都不构成误导，我方逐一回复如下：

第一个问题，是关于投保人身故后可以领取身故保险金的问题。销售人员说不用退保了，可以把钱留给孩子，这样的表述是客观的，不存在误导。

第二个问题，原因在于韩某子先是假托替朋友咨询的名义诱导销售人员，中途又突然询问起自己的保单，导致销售人员处在“韩朋友”和“韩本人”两个主体、“那时”和“现在”两个时空的交叠之中，双方的对话背景不清晰，理解和表述上不处于同一层面，销售人员连续讲话难免也带点口误。而且该销售人员已离司，对前公司的产品和客

户信息也没有完全记清（比如把韩某子的保额记成了 30 万）。我方无忧人生 2020 款产品是保 120 种病的，业务员可能是口误也可能是记错了韩的投保时间。所以这个问题的本质是双方不同的理解和表述，因此也不构成误导。

第三个问题更是韩某子的无中生有。因韩某子假托了替朋友咨询的名义，所以销售人员在介绍一种新的保险，即一份保险合同可以对被保险人先后发生的两次重疾都进行赔付。但销售人员明确说了，韩某子那份保险因为投保得早，只能赔付一种重疾，不属于这类新保险，所以在这个问题上也不存在误导。

四、原告无权主张全额解约该份保险合同

1、如依保险法解除合同，本质为退保，我方只需退还保单的现金价值

《保险法》第 47 条规定，投保人解除合同的，保险人应当自收到解除合同通知之日起三十日内，按照合同约定退还保险单的现金价值。

如果原告是按保险法的规定要求解除保险合同，实质是在要求退保。原告是有权退保的，但按保险法规定，我方只需退还保单的现金价值，原告要求全额退保的诉求违背了保险法。

2、如依民法典撤销合同，因原告不能举证撤销事由的成立，原告亦无权单方面解除合同

按民法典的规定，欺诈、胁迫、重大误解、显失公正等合同为可撤销合同，但是对方有责任举证撤销事由的成立。

从原告的起诉理由看，原告是以受欺诈为由要求撤销保险合同。但是原告未能证明欺诈事由的成立，因此原告提出的解除合同的诉求

也不应得到法院的支持。

3、我方已向原告提供了合同项下的保险服务，原告亦无权要求全额解约

本案的案涉合同，起保于 2019 年 4 月 26 日，原告只缴了一期费用，按《保险法》第 36 条的规定，在 2020 年 4 月 26 日之后的 60 天内，我方仍在承担保险责任，所以我方实际已提供了 1 年零 60 天的保险服务。对原告来讲，没有出险不等于没有享受到保险服务。鉴于我方已经为原告提供了一年多的保险服务，原告已经享受了我方提供的保险服务，按公平原则原告应支付相应的对价，所以原告也不能要求全额解约。

综上所述，本案的保险合同受法律保护，原告在起诉书上对我方的指控均不属实，保险合同不存在法定的撤销事由，原告已经享受了我方提供的保险服务，所以原告无权要求全额解除合同。因此，恳请法院驳回原告的全部诉求。同时我方强调，如果原告坚持解除该份保险合同，请原告通过正常的流程向我方退保，我方将按保险法的规定和保险合同的约定，向原告退还保单的现金价值。

人保寿险浙江省分公司与张某保险纠纷案（一审）

张某起诉中国人民人寿保险股份有限公司浙江省分公司的人身保险合同纠纷一案（2022 浙 0727 民初 XXXX 号），本人接受中国人民人寿保险股份有限公司浙江省分公司（以下简称“我方”）的委托，发表代理意见如下：

一、本案的核心争议和我方立场

（一）核心争议

其一，保险合同中关于保险责任范围的 2.3 条款，以及对保险责任范围进行释义的 7.4 条款是否有效。其目的是判断保险合同中关于“自驾车”指乘用车，而且主要用途是载运乘客的约定是否有效。

其二，案涉车辆的性质是商用车，还是乘用车。如果该车是商用车，该车不属于保险合同约定的“自驾车”，不适用 10 倍保额。

其三，案涉车辆的主要用途是运送货物，还是载运乘客。如果该车的主要用途是运送货物，该车不属于保险合同约定的“自驾车”，不适用 10 倍保额。

（二）我方立场

其一，保险合同的 2.3 条款和 7.4 条款均有效，保险合同约定的“自驾车”指乘用车，而且主要用途应是载运乘客（随身行李和临时物品只是附带运输）。

其二，本案的车辆是商用车，不是乘用车。

其三，本案车辆的主要用途是运输货物，不是载运乘客。

因此，本案的车辆不是保险合同约定的“自驾车”，本案不适用 10 倍保额，本案我方只需赔偿 20 万。

二、保险合同的 2.3 条款和 7.4 条款均有效

（一）上述条款是普通的格式条款，不是免责条款

保险合同中的 2.3 条款和 7.4 条款是一对组合。2.3 条款是保险责任范围的条款，不是责任免除条款，合同中的 2.4 条款才是责任免除条款。7.4 条款是对 2.3 条款的释义，是对保险责任范围的解释，因此也属于保险责任范围的条款，不是责任免除条款。

《保险法司法解释二》第 9 条规定，保险人提供的格式合同文本中的责任免除条款、免赔额、免赔率、比例赔付或者给付等免除或者减轻保险人责任的条款，可以认定为保险法第十七条第二款规定的“免除保险人责任的条款”。显然 2.3 条款和 7.4 条款都不属于该规定列明的范围，因此也可加强推定 2.3 条款和 7.4 条款不是免责条款，所以它们的性质是普通的格式条款。

我方特别指出，保险合同中的很多条款都和保险责任的界定问题有关联，比如保险当事人、保险期限、承保区域、保险责任、责任免除等，实务中上述条款都有可能导致保险公司的赔付或拒赔。但是不能因此就把免责条款的范围扩大化，最常见的错误就是把责任范围条款理解成责任免除条款，误以为一旦保险公司拒赔，就一定是动用了免责条款，殊不知保险公司动用的是责任范围条款。既然免责条款的范围在司法解释中已有明确界定，本案的 2.3 条款和 7.4 条款就应按司法解释的界定确认其性质，因此不能被认定为免责条款。

（二）我方只要履行了普通的说明义务就能生效

对于免责条款，《保险法》第 17 条要求由保险公司履行提示和明确说明两重义务才能生效。《保险法司法解释二》第 11 条又对提示和明确说明义务作出补充规定，提示义务对应于合同条款上加黑加粗等特殊处理，明确说明义务对应于常人能够理解的履行标准，要求保险

公司在把问题说清楚的同时，在表达上还要做到通俗易懂。

对于普通的格式条款，《保险法》第 17 条只要求保险公司履行普通的说明义务而非明确说明义务，而且也没有要求对相关条文进行加黑加粗的提示。普通说明义务的履行标准低于明确说明义务的履行标准，即保险公司要把问题说清楚，但不需要过度地去追求表达方式的口语化和通俗化。

（二）我方已履行了说明义务，上述条款生效

1、对于可能引起争议的“自驾车”概念，我方通过三个步骤对投保人作出了书面说明。第一步，在 2.3 保险责任范围的条款里对“自驾车”等字体进行了加黑；第二步，在加黑的“自驾车”字体边上设计了带括弧的阅读指向，引导投保人阅读 7.4 释义条款；第三步，在 7.4 释义条款的第一点说明了“自驾车”指乘用车，第三点说明了“自驾车”的主要用途是载运乘客。通过这样的条款设计，只要是识字的投保人都能看明白。所以我方已经用书面方式尽到了对“自驾车”概念的说明义务。如果该问题仍然被投保人忽略，应归责于投保人的不重视，不应将责任归于保险公司未作说明。

2、《保险法司法解释二》第 13 条规定，投保人、被保险人履行了符合本解释第十一条第二款要求的明确说明义务在相关文书上签字、盖章或者以其他形式予以确认的，应当认定保险人履行了该项义务。本案投保人张某在投保单和投保提示上都亲笔签了字，按法律规定，是我方履行了上述说明义务的重要证明。

3、我方的客服人员在销售保单后对投保人张某进行了回访。根据回访的录音，张某在电话中亲口承认了两个事实。其一，他已在投保资料上签了字，其二，他已阅读过投保提示等相关资料。投保单、

投保提示等资料对保险责任、责任免除等内容做过特别提示，投保人确认业务人员已就上述内容对他做过单独说明。这是投保人在投保后作出的意思表示，也是我方履行了上述说明义务的直接证据。

由此可见，我方已通过书面和口头两种方式履行了“自驾车”指乘用车，而且主要用途是载运乘客的说明义务，保险合同中的 2.3 条款和 7.4 条款均生效。也就是说，保险合同中的 10 倍保额仅适用于乘用车，而且该车的主要用途应是载运乘客。

三、本案的车辆是商用车，不是乘用车

（一）国家标准对车辆的分类

国家标准《汽车和挂车类型的术语和定义》（GB/T 3730.1-2001），对全部的车辆做出了四个等级的分类，并为各种车型给出了具体的术语和定义，摘要如下：

1、一级分类

车辆，分为汽车、挂车和汽车列车。

2、二级分类

汽车，分为乘用车和商用车。

3、三至四级分类

乘用车，分为普通、活顶、高级、小型、敞篷、仓背、旅行、多用途、短头、越野、专用 11 个三级分类，其中专用这个三级分类里又有旅居、防弹、救护、殡仪 4 个四级分类。

商用车，分为客车、半挂牵引车、货车 3 个三级分类，其中货车这个三级分类里又有普通货车、多用途货车、全挂牵引货车、越野货车、专用作业货车、专用货车 6 个四级分类。

该标准对全社会公布，定义明确，不存在歧义。

（二）按国家标准，本案车辆不是乘用车

1、按国家标准，将乘用车项下的所有类别（11 个三级类别和 4 个四级类别），分别和本案的案涉车辆进行对比，在定义和示意图上没有找到相同的类别，所以该车不属于乘用车。

2、按国家标准，将商用车项下的所有类别和本案的案涉车辆进行对比，发现了一个完全一致的类别。该类别在标准的第 7 页，序号为“2.1.2.3.1”，术语为“普通货车”，定义为“一种在敞开（平板式）或封闭（厢式）载货空间内载运货物的货车”。可见“普通货车”包括“平板式货车”和“厢式货车”两类，本案的案涉车辆就是其中的“厢式货车”。

3、“厢式货车”归于“普通货车”，“普通货车”归于“货车”，“货车”归于“商用车”，所以按国家标准，“厢式货车”属于商用车，不是乘用车。

（三）按其他证据，本案车辆不是乘用车

1、在庆铃汽车（集团）有限公司的官网（网址为 www.qingling.com.cn）上，点击“企业产品”链接里“商用车”页面，查找到了该车的产品展示图样。该车被生产厂家展示在“商用车”页面里，标注为“轻卡”。在同页面被展示的另一款车，生产厂家标注为“皮卡”，按国家标准是“多功能货车”，也属于商用车。可见生产厂家对该车的定性是商用车，不是乘用车。

2、在国内访问量最大的商用车专业网站“商车网”（网址为 www.cn357.com）上，搜索“庆铃 q15041xxyamhaj”，可以查找到该车

的车辆性能指标，证明该车是柴油车，车辆类型是“厢式运输车”。该车的信息被商车网收录，本身就能证明该车属于商用车。厢式车辆只能运货不能载人，所谓的厢式运输车就是厢式货车，所以对照国家标准也能证明该车属于商用车，不是乘用车。

3、对方提交的证据里有车辆行驶证和交警部门出具的“道路交通事故认定书”，行驶证和交警部门的事事故认定书都把该车定性为“轻型厢式货车”，对照国家标准也属于商用车，不是乘用车。

（四）按老百姓的通常认知，本案车辆也不是乘用车

按老百姓的通常认知，乘用车是家用的轿车，商用车是商业用途的车辆，用于运货和载客，所以是货车和客车。对这两个大类的区别，老百姓心中都有概念，少有认知的误解。本案的车辆是用柴油驱动的厢式货车，行驶证上也清楚地载明该车是货车，货车不是乘用车，投保人心中应该也明白，所以本案事实上不应该有争议。

由此可见，从国家标准的规定、生产厂家的定性、专业商用车网站的披露、车辆行驶证的记载、交警部门的认定、老百姓的通常认知等，都能认定本案的案涉车辆是商用车，不是乘用车。

四、本案车辆的主要用途是运输货物，不是载运乘客

1、从车辆性质上看，据车辆行驶证的记载和交警部门的事事故认定，该车的性质是货车，不是客车。显而易见，该车的主要用途是运输货物，不是载运乘客。

2、从车身结构上看，该车的整车长度为6米（5995厘米），但是货厢的长度就有4.2米（4250厘米），驾驶室很小，只能乘坐2人。显而易见，该车的主要用途是运输货物，不是载运乘客。

3、从载运空间上看，该车属于厢式车辆，厢式车辆的载运空间是没有开窗的封闭空间。显而易见，该车的主要用途只能是运输货物，不可能是载运乘客。

因此，本案车辆的主要用途是运输货物，不是载运乘客。

五、本案我方只有 20 万的理赔责任

（一）保险合同关于保险责任的约定

1、《人保寿险百万身价惠民两全保险》的保险责任，包括普通的意外责任是 2 倍保额，以及自驾车的意外责任，在 70 周岁后首个保单生效日零时前是 10 倍保额，超过后是 2 倍保额。

2、《人保寿险附加百万身价惠民意外伤害保险》的保险责任，仅针对自驾车的意外责任，责任约定同上，不包括普通的意外责任。

3、上述约定中的“自驾车”指乘用车，而且主要用途是载运乘客及随身行李或临时物品，我方已履行了法定的说明义务。

（二）我方只有 20 万的理赔责任

投保人向我方投保了《人保寿险百万身价惠民两全保险》和《人保寿险附加百万身价惠民意外伤害保险》，基本保险金额都是 10 万。

但是，本案的案涉车辆不符合保险合同 7.4 条款关于“自驾车”的概念。其一，该车是商用车，不是乘用车，不符合 7.4 条款的第一个概念；其二，该车的主要用途是运输货物，不是载运乘客，不符合 7.4 条款的第三个概念。保险合同关于“自驾车”的概念有三个，只有三个概念同时符合时，案涉车辆才是保险合同约定的“自驾车”，理赔时才能适用 10 倍保额。显然本案的车辆不符合第一和第三两个概念，所以本案的车辆不是保险合同约定的“自驾车”，本案的事故只能认定为普通的意外事故，本案不属于 10 倍保额的保障范围。

因此,对于《人保寿险百万身价惠民两全保险》,我方应按普通的意外责任赔付2倍的基本保额即20万,对于《人保寿险附加百万身价惠民意外伤害保险》则有权拒赔。

六、我方不需要承担任何资金占用利息

原告曾向我方的工作人员提出询问,我方工作人员明确回复愿意按合同约定承担20万的理赔责任。但是原告提出了200万的理赔要求,明显缺乏合同依据,大幅超出了我方的责任范围。原告的错误主张导致双方没有就理赔金额达成一致,责任在于原告,所以我方不应承担任何资金占用期间的利息损失。而且本案的原告只是私下询问了我方的工作人员,没有向我方正式提出理赔申请,导致我方无法启动正式的理赔程序,所以即使是我方本应赔付的20万保险金,本案是因原告的过错导致我方尚未实际赔付行为,所以我方也不需要承担相应的资金占用利息。

七、其他补充意见

1、原告在庭审时主张对“自驾车”的定义采用通常理解,即理解成“自己驾驶的车辆”,我方认为该观点是错误的。因为本案的保险合同对“自驾车”的概念有非常清晰的定义,该定义明确具体,没有模糊空间,不存在理解上的争议,在投保时也得到了投保人的签字确认。所以本案的“自驾车”应按保险合同约定的定义进行理解,即需要同时满足“乘用车”、“非营运”和“载运乘客”三个概念。

2、释义条款本身没有性质之分,其定性主要是看该条款的释义对象。如果该条款是为保险责任范围进行释义,该条款也属于保险责任范围条款,如果该条款是为责任免除进行释义,该条款也属于免责条款。本案的7.4条款是为2.3条款进行释义,2.3条款是保险责任

范围条款，所以 7.4 条款在性质上也属于保险责任范围条款，不是免责条款。

3、在实务中，把重要概念用释义条款的方式单列说明，是设计保险合同的惯例，其目的是为了更清楚地说明合同双方的权利义务关系。本案的保险合同就是在 2.3 条款的基础上辅以 7.4 释义条款，用这样的架构把保险责任范围界定清楚。当然，在界定保险责任范围时，必然会做出“责任内”和“责任外”的区分，但不能因此就把保险责任范围条款理解成免责条款。

4、投保人在投保资料上的签字，按司法解释的规定可以用于证明我方履行了说明义务。犹豫期内对投保人进行回访并录音，是应监管部门的要求而采取的服务举措，录音合法且无剪辑，也具有法定的证明效力。如果投保人时我方未尽到说明义务，投保人有权不在投保资料上签字，也有权在回访时做出否认的意思表示。因此，投保人在投保资料上的签字和接受录音回访时的表态，形成了相互印证的证据链，证明我方已经就“自驾车”属于乘用车且主要用途是载运乘客等问题尽到了说明义务。

5、我方的主张有几乎完全一致的在先判例做支撑。四川的罗某等人和我方的四川省分公司签订了《人保寿险百万身价惠民两全保险》，因“自驾车”等问题发生争议后，起诉了我方的四川省分公司。当地的一审和二审法院判决一致，主要的裁判观点为：释义条款是对保险责任范围的约定，不是免责条款；自驾车的定义条款适用了国家标准，国家标准定义明确不存在歧义，该案的车辆不符合乘用车的定义；投保资料上的签字和电话录音形成证据链，证明我方的四川公司履行了说明义务。该案于 2020 年终审，判决我方的四川省分公司胜

诉。具体可见（2020）川 05 民终 1238 号判决书。

综上所述，本案的案涉车辆属于商用车，不是乘用车，而且该车的主要用途是运输货物，不是载运乘客及随身行李或临时物品，所以该车不是保险合同约定的“自驾车”，本案不适用 10 倍保额，本案我方只需赔偿 20 万。同时，因双方未就赔偿问题达成一致的过错在于原告，我方也不需要承担原告诉求的资金占用期间的利息损失。因此，恳请审判员驳回原告的全部诉讼请求。

著作权归作者所有
商业转载请联系作者获得授权
非商业转载请注明出处

人保寿险浙江省分公司与张某保险纠纷案（二审）

北京盈科（杭州）律师事务所接受中国人民人寿保险股份有限公司浙江省分公司（以下简称被上诉人）的委托，指派本人担任其与上诉人张某的人身保险合同纠纷一案的二审代理人。本人认为一审法院事实认定清楚，法律适用正确，一审判决应予以维持。现根据事实和法律，结合本案的争议焦点，发表代理意见如下：

一、本案的上诉已超出上诉期限，本案不应受理，已受理的应驳回上诉请求

（一）基本事实

1、磐安法院于2022年1月12日通过微法院平台向双方当事人送达了裁判文书。采用电子方式送达文书的，以送达信息到达受送达人特定系统的日期为送达日期。因此2023年1月12日就是一审裁判文书送达上诉人的日期。

2、依据《民诉法解释》第125条的规定，上诉期限从2023年1月13日起算。对民事判决有异议的上诉期限为15日，因此一审的上诉期限至2023年1月27日已届满。

3、上诉人于2023年1月28日提交了上诉状，该日已超出了15日的上诉期限，而且上诉人也没有就逾期上诉的原因作出合理的能让人信服的说明。

（二）本案的上诉期限不能顺延至28日

1、2021年底修订的《民事诉讼法》第85条规定，“期间届满的最后一日是法定休假日的，以法定休假日后的第一日为期间届满的日期”。可见新民诉法用“法定休假日”修改了原民诉法的“节假日”，缩减了可顺延的日期范围。

2、“法定节假日”是一个法律概念，出自《劳动法》第44条，在《工资支付暂行规定》第13条里也有体现。法定节假日，首先指11天的法定节假日，此外还包括年休假、产假、婚假、丧假等劳动法认可的其他节假日。春假是一个民俗上的概念，不是法律概念。春节放假虽有7天，但依据《全国年节及纪念日放假办法》，其中的法定节假日仅有3天，即除夕（21日）、正月初一（22日）和初二（23日），春节的最后4天假期（24日至27日）是双休日的调休。因此春节假期的法律性质应当一分为二，前3天的法定节假日是法定节假日，但后4天的本质是双休日。

3、“双休日”的概念出自1995年国务院颁布的《关于修改〈国务院关于职工工作时间的规定〉的决定》，其效力低于《劳动法》。该决定规定国家机关、事业单位必须实施周六和周日的双休，但允许企业根据实际情况灵活安排周休息日。可见“双休日”虽是很多人的节假日，但追溯源头仅是一项政策，不是面向所有企事业单位和全体公民的法定制度。

4、《劳动法》仅规定劳动者一天工作不超过8小时、一周工作不超过40小时、每周至少休息一天，但没有规定双休日必须安排休息。事实上很多企业在双休日没有安排休息，也不必然违反劳动法，可见双休日的休息不是法律层面的强制规定。

5、《劳动法》第44条对支付员工的加班工资有明确规定，员工在双休日工作的工资补偿是两倍，在法定节假日工作的工资补偿是三倍，可见《劳动法》明确将双休日排除在法定节假日之外。

综上可知，双休日虽是节假日，但不是法律意义上的法定节假日。在本案中，因1月27日是双休日但不是法定节假日，所以依据现有

的《民诉法》第 85 条，本案的一审上诉期限不能顺延至 1 月 28 日。

（三）本案不应受理，已受理的应驳回上诉请求

本案的上诉人未在规定期限内提起上诉，应承担逾期上诉的不利后果。为维护法律的严肃性和权威性，上诉人的诉求不应得到法院的支持。被上诉人认为，本案的二审不应被受理，已经受理的，经过时效审查后也应驳回上诉人的全部上诉请求。

同时，上诉人强调，被上诉人发表的后续代理意见，不应视为放弃了时效抗辩。尽管本案的上诉时效已逾期，但二审程序已经启动，为维护被上诉人的权益，被上诉人围绕本案的全部争议问题作出全面答辩，不表示被上诉人放弃了时效抗辩。

二、本案的“自驾车”概念不存在两种以上的理解，不需要作出有利于上诉人的解释

（一）上诉人因理解错误，导致引用法条也发生错误

保险合同中可能存在各类术语，包括保险术语和非保险术语。《保险法司法解释二》第 17 条的规定，其立法目的是解决保险双方对合同中涉及到的非保险术语的理解争议。

众所周知，术语指专门学科的专门用语，在该学科领域内被大众普遍认可。人身保险合同中有很多非保险术语，常见的例子是各类疾病，它们在医学领域本身就是个专业名词，有特定含义，在医学领域内有共识。但是，本案的“自驾车”是一个外来的概念，在理解上还不能做到全社会层面的完全统一，远未达到术语的标准，在全国科学技术名词审定委员会创办的“术语在线”网站上也查不到“自驾车”。既然它不是一个术语，在保险术语国家标准里肯定找不到，也不是《保险法司法解释二》第 17 条的约束对象。所以上诉人因在理解上发生

错误，导致引用法条时也发生了错误。看上诉人的本意，似乎应直接引用《保险法》第30条。

（二）本案条款约定明确，不存在两种以上的理解，《保险法》第30条不适用于本案

即便上诉人在上诉时引用的是《保险法》第30条，该条也不能适用于本案。《保险法》第30条的适用情形，是因保险条款约定不明确，导致存在两种以上的不同理解。在本案中，如果“自驾车”概念没有用释义条款进行释义，确实可能存在两种以上的理解，如此即可动用《保险法》第30条作通常理解，以及有利于上诉人的解释。但是本案的“自驾车”概念已通过释义条款做了明确的释义，即同时符合“乘用车”、“非营运”、“载运乘客”等定义，在投保时也得到了投保人的签字确认。通过释义，“自驾车”概念已经非常明确具体，没有模糊空间，是唯一理解，不存在两种以上的理解，因此本案的“自驾车”概念应直接按合同约定的唯一理解进行解释，不需要动用《保险法》第30条作有利于上诉人的解释。

退一步讲，本案即便真的存在争议，也应该围绕释义条款是否有效而发生的争议，不应该是因没有释义条款而发生的各种理解上的争议。所以《保险法》第30条不应适用于本案。

三、本案的7.4条款是对保险责任范围的释义，也属于保险责任范围条款，不是免责条款

（一）探究“自驾车”概念的本意和大众层面的理解，7.4条款不带有免责性质

诚如上诉人在一审庭审和二审上诉状中所述，自驾车是外来词汇，英文名为“self-driving car”，被上诉人对此完全认可。在国外，

它既是日常的交通工具，也可用于自驾旅游，体现了西方人的生活方式。但是被上诉人提请法庭注意，英文里的“car”主要是指家用小汽车，不包括客车和货车，客车在英文里是“bus”，货车是“truck”。家用小汽车是乘用车，客车和货车则是商用车。所以即便是在国外，自驾车的本意也是指乘用车。该词汇和相应的概念传到国内后，我们把这类车辆直译为“自驾车”，是因为在中文里所有的车辆都统称为“车”，但在英文里不同性质的车辆在表述上是有严格区分的。

此外，正如上诉人在一审庭审和二审上诉状中所述，中国国内已有很多的自驾车服务公司、自驾车协会，有各类的自驾车旅游活动和服务。但是，国内的这类机构和活动也都是针对乘用车用户的，客车和货车是不会去加入自驾类服务机构的，也不会被吸收进自驾车协会，中国的老百姓也很少有人会开客车和货车用于日常交通，以及参加自驾活动。现实中如果提到“自驾车”的概念，让大众在脑海里去联想，可能会想到两厢轿车，也可能是三厢轿车，也可能是 SUV 等其他车型，但它们无不例外都属于乘用车的范围，很少有人会由“自驾车”而联想到客车和货车。如果问大众什么是“自驾车”，有些人可能会表述成“自己驾驶的车辆”，但这只是从英文到中文的字面直译，是口头上的表述，其实大众心里都理解，此处的“车辆”是指乘用车，不是商用车。所以并不是大众对“自驾车”的理解有偏差，而是对方利用中文“车”字在表述上的混同，用字面的表述混淆了本意和实质性理解，才导致发生了本案的纠纷。

我方认为，对“自驾车”性质的认定，不应局限于字面表述，而应探究其本意和大众层面的实质性理解。从大类上讲，自驾车就是指可用于自驾的乘用车，国内外皆是如此，所以被上诉人的 7.4 条款是

在释义，不带有免责性质。同理，该条款中关于非营运、9 座以下、载运乘客等约定也都是乘用车的特征，也是在释义，也不带有免责性质。所以 7.4 条款就是对“自驾车”概念的补充说明，是为了让保险责任范围更加清晰，不是为了缩减被上诉人的保险责任。

（二）探究保险责任条款的文义，7.4 条款不带有免责性质

保险合同中的 2.3 保险责任条款，对 10 倍保额的责任描述是“以乘客身份搭乘或作为驾驶员驾驶自驾车”，可见基于“自驾车”而发生的“搭乘”和“驾驶”两种行为，均是 10 倍保额的保障范围。如果按上诉人的逻辑把“自驾车”扩大理解成所有自己驾驶的车辆，“驾驶自驾车”的行为勉强还能自圆其说，“搭乘自驾车”的行为就出现了逻辑错误，因为从逻辑上讲我们无法搭乘自己驾驶的车辆。

另外如果上诉人的逻辑可以成立，保险合同的 2.3 条款应直接表述成“车辆”，不应表述成“自驾车”，甚至都不需要设计这个保险产品，因为“搭乘”和“驾驶”所有车辆而发生的意外事故就是交通意外事故，公司的产品体系里早就有交通意外保险。

可见从文义上也能判断，保险责任条款里的“自驾车”不是指所有自己驾驶的车辆，而是特指某种车辆的类别，结合本案实际，就是指可用于自驾的乘用车。所以 7.4 条款的作用就是在对保险责任范围进行释义，不带有免责性质。

（三）探究合同本身的法律属性，7.4 条款是保险责任范围条款，不是免责条款

1、保险合同中的 2.3 条款和 7.4 条款是一对组合。2.3 条款是保险责任范围条款，不是责任免除条款，合同中的 2.4 条款才是责任免除条款。7.4 条款是对 2.3 条款的释义，是对保险责任范围的解释，

因此也属于保险责任范围条款，不是责任免除条款。

2、释义条款本身没有性质之分，其定性主要是看该条款的释义对象。如果该条款是为保险责任范围进行释义，该条款也属于保险责任范围条款，如果该条款是为责任免除进行释义，该条款也属于免责条款。本案的 7.4 条款是为 2.3 条款进行释义，2.3 条款是保险责任范围条款，所以 7.4 条款在性质上也属于保险责任范围条款，不是免责条款。

3、在实务中，把重要概念用释义条款的方式单列说明，是设计保险合同的惯例，其目的是为了更清楚地说明合同双方的权利义务关系。本案的保险合同就是在 2.3 条款的基础上辅以 7.4 释义条款，用这样的架构把保险责任范围界定清楚。当然，在界定保险责任范围时，必然会做出“责任内”和“责任外”的区分，但不能因此就把保险责任范围条款理解成免责条款。

4、保险合同中的很多条款都和保险责任的界定问题有关联，比如保险当事人、保险期限、承保区域、保险责任、责任免除等，实务中上述条款都有可能影响保险公司的赔付或拒赔，但是不能因此就把免责条款的范围扩大化，最常见的错误就是把责任范围条款理解成责任免除条款，误以为一旦保险公司拒赔，就一定是动用了免责条款，殊不知保险公司动用的是责任范围条款。

（四）对照保险法司法解释的明确列举，7.4 条款不是免责条款

《保险法司法解释二》第 9 条规定，保险人提供的格式合同文本中的责任免除条款、免赔额、免赔率、比例赔付或者给付等免除或者减轻保险人责任的条款，可以认定为保险法第十七条第二款规定的“免除保险人责任的条款”。显然 7.4 条款不是责任免除条款（2.4 条

款是责任免除条款)，也没有规定免赔额、免赔率、比例赔付或者给付，也不带有免责的性质，所以 7.4 条款不是法律意义上的免责条款。

四、被上诉人已经尽到了提示和说明义务，保险合同的 2.3 条款和 7.4 条款均有效，保险合同应得到全面履行

（一）被上诉人在法律层面的应尽责任

如前所述，保险合同的 2.3 条款和 7.4 条款不是免责条款，它们的性质是普通的格式条款。对于免责条款，《保险法》第 17 条要求由保险公司履行提示和明确说明两重义务才能生效。对于普通的格式条款，《保险法》第 17 条只要求保险公司履行普通的说明义务，而且也没有要求保险公司对相关条文做加黑加粗的提示。

（二）被上诉人已经尽到了提示和说明义务

1、对可能引起争议的“自驾车”概念，被上诉人通过三个步骤对张光富作出了书面的提示和说明。第一步，在 2.3 保险责任范围条款里对“自驾车”等字体进行了加黑，被上诉人虽无法定的提示义务但仍然履行了提示义务；第二步，在加黑的“自驾车”字体边上设计了带括弧的阅读指向，引导张某阅读 7.4 释义条款，让 7.4 条款和 2.3 条款无缝进行链接，确保张光富不会漏看；第三步，在 7.4 释义条款的第一点说明了“自驾车”指乘用车，第三点说明了“自驾车”的主要用途是载运乘客。通过这样的条款设计，只要是识字的投保人都能看明白。所以被上诉人已经用书面方式尽到了对“自驾车”概念的提示和说明义务。

2、《保险法司法解释二》第 13 条规定，投保人对保险人履行了符合本解释第十一条第二款要求的明确说明义务在相关文书上签字、盖章或者以其他形式予以确认的，应当认定保险人履行了该项义务。

本案张某在投保单和投保提示上都亲笔签了字，在签字中作出了“销售人员向其本人对拟投保产品的保险合同内容进行了详细说明，提供了保险条款并就责任免除条款做出了明确说明”等声明。按法律规定，张某的上述签字是被上诉人履行了说明义务的重要证明。

3、被上诉人的客服在销售保单后对张某进行了回访。根据回访的录音，张某在电话中亲口承认了两个事实。其一，他已在投保资料上签了字。其二，他已阅读过投保提示等相关资料。投保单、投保提示等资料对保险责任、责任免除等内容做过特别提示，张某确认业务人员已就上述内容对他做过单独说明。这是张某在投保后作出的意思表示，也是被上诉人履行了说明义务的直接证据。

4、《保险法》第 17 条规定，说明义务的履行方式是“书面或者口头”，被上诉人只要在两种方式中选择任一方式，就能尽到法定的说明义务。本案保险条款本身的设计，就能证明被上诉人履行了书面的说明义务，保险责任条款就已生效。另外张某在投保资料上的签字，按司法解释的规定也可以证明被上诉人履行了说明义务。犹豫期内对张某进行回访并录音，是应监管部门的要求而采取的服务举措，录音合法且无剪辑，也具有法定的证明效力。如果投保时被上诉人未尽到说明义务，张某有权不在投保资料上签字，也有权在回访时做出否认的意思表示。因此上述三项证据均是有效证据，而且形成了相互印证的证据链，足以证明被上诉人已经就“自驾车”属于乘用车且主要用途是载运乘客等问题尽到了提示和说明义务。

5、另外提请法庭关注张某的身份是职业司机，这是本案区别于其他同类案件的重要节点。就自驾车是乘用车，以及乘用车和商用车的区别等和其职业相关的问题，张某比普通老百姓更为了解，其作为

提示和说明义务的接受方，应该是一听就能明白，比普通老百姓更容易理解和接受。在被上诉人出示了三份相互印证的关联证据后，被上诉人已经极致地履行了举证责任。如果上诉人仍不认可被上诉人履行了提示和说明义务，建议将举证责任酌情分配给上诉人，由上诉人出具被上诉人未履行相关义务的证据。

五、本案不适用 10 倍保额，被上诉人只有 20 万的理赔责任

（一）本案的车辆是商用车，不是乘用车

按国家标准，本案的车辆是商用车项下的“普通货车”里的“厢式货车”。生产厂家庆铃汽车（集团）公司的官网将该车展示在商用车页面，可见生产厂家对该车的定性是商用车，不是乘用车。该车的信息被国内访问量最大的商用车专业网站“商用车网”收录，也能证明该车属于商用车。车辆行驶证和交警部门出具的“道路交通事故认定书”，都把该车定性为“轻型厢式货车”，对照国家标准也属于商用车。由此可见，本案的案涉车辆是商用车，不是乘用车。

（二）本案车辆的主要用途是运输货物，不是载运乘客

从车辆性质上看，据车辆行驶证的记载和交警部门的事事故认定，该车的性质是货车不是客车，所以该车的主要用途是运输货物，不是载运乘客。从车身结构上看，该车的整车长度为 6 米（5995 厘米），但是货厢的长度就有 4.2 米（4250 厘米），驾驶室只能乘坐 2 人，也能证明该车的主要用途是运输货物，不是载运乘客。从载运空间上看，该车属于厢式车辆，厢式车辆的载运空间是没有开窗的封闭空间，显而易见该车的主要用途只能是运输货物，不可能是载运乘客。

（三）本案被上诉人只有 20 万的理赔责任

《人保寿险百万身价惠民两全保险》的保险责任，包括普通的意

外责任是 2 倍保额，以及自驾车的意外责任，在 70 周岁后首个保单生效日零时前是 10 倍保额，超过后是 2 倍保额。《人保寿险附加百万身价惠民意外伤害保险》的保险责任，仅针对自驾车的意外责任，责任约定同主险，不包括普通的意外责任。

张某向被上诉人投保了《人保寿险百万身价惠民两全保险》和《人保寿险附加百万身价惠民意外伤害保险》，基本保险金额都是 10 万。但是，本案的案涉车辆不符合保险合同 7.4 条款关于“自驾车”的概念。其一，该车是商用车，不是乘用车，不符合 7.4 条款的第一个概念；其二，该车的主要用途是运输货物，不是载运乘客，不符合 7.4 条款的第三个概念。保险合同关于“自驾车”的概念有三个，只有三个概念同时符合时，案涉车辆才是保险合同约定的“自驾车”，理赔时才能适用 10 倍保额。显然本案的车辆不符合第一和第三两个概念，所以本案的车辆不是保险合同约定的“自驾车”，本案的事故只能认定为普通的意外事故，本案不属于 10 倍保额的保障范围。因此，对于《人保寿险百万身价惠民两全保险》，被上诉人应按普通的意外责任赔付 2 倍的基本保额即 20 万，对于《人保寿险附加百万身价惠民意外伤害保险》则有权拒赔。

六、其他和庭审相关的意见

（一）上诉人的基础逻辑不能成立

上诉人的基础逻辑是“自驾车指所有自己驾驶的车辆”，因此推断，保险合同的 7.4 条款把自驾车定义成乘用车是在免除被上诉人的责任。被上诉人在庭审时提出的“大众对自驾车的实质性理解”，以及“保险责任范围条款的文义解释”两个问题（见本代理词第三大点的前两个小点），足以说明自驾车就是指可用于自驾的乘用车，不是

指所有自己驾驶的车辆。上诉人在庭审时全程回避被上诉人提出的这两个核心问题，本案上诉人的基础逻辑不能成立。

本案上诉人提出的诉求，其迷惑性在于用自驾车的字面表述（自己驾驶的车辆）偷换了实质性理解（可用于自驾的乘用车）。如果问大家“什么是自驾车”，大家可能会回答字面的表述，但是如果追问“哪些车是自驾车”，相信没有人会举例到客车和货车。如果一开始就直接问大家“厢式货车是自驾车吗”，相信大家都会说不是，因为厢式货车是短途拉货的，不会也不可能用于自驾，这就是大家心里的实质性理解。上述三个问题，可以揭示本案的迷惑之处和解惑方法。所以，如果一定要适用《保险法》第30条来处理条款理解上的争议，也应按大众的通常理解，将厢式货车排除于自驾车之外。

（二）本案的事故和自驾车无关

如果张某驾驶自家的小汽车出行或游玩时发生意外，被上诉人可能需要赔付200万，但是本案的情况与之完全不同。本案的车辆是货车，而且是公司名下的货车，张某是职业司机，出险时是在执行公司指派的拉货任务，在返程时发生了意外。这些因素能证明本案是一个交通事故，但是这些因素显然都和自驾无关。所以，上诉人可以要求被上诉人按交通意外责任赔付20万保险金，但是无权要求被上诉人按自驾责任赔付200万保险金。

（三）本案不同于其他类案

上述这些因素，可能也是本案区别于其他类案的因素。本案的保险责任条款和相应的释义条款，和其他类案在表述上可能也不一样。另外被上诉人同时提出“大众对自驾车的实质性理解”、“保险责任范围条款的文义解释”两个意见，也有助于对自驾车的性质作出正确的

认定，也是本案和其他类案的重大区别。类案非同案，恳请法庭根据本案的客观情况，独立公平地作出裁决。

（四）被上诉人不需要支付任何资金占用利息

上诉人曾向被上诉人的工作人员提出询问，被上诉人的工作人员明确回复愿意按合同约定承担 20 万的理赔责任。但是上诉人提出了 200 万的理赔要求，明显缺乏合同依据，大幅超出了我方的责任范围。上诉人的错误主张导致双方没有就理赔金额达成一致，责任在于上诉人，所以被上诉人不应承担任何资金占用期间的利息损失。而且本案的上诉人只是私下询问了被上诉人的工作人员，没有向被上诉人正式提出理赔申请，导致被上诉人无法启动正式的理赔程序，所以即使是被上诉人本应赔付的 20 万保险金，本案是因上诉人的过错导致被上诉人尚未实施赔付行为，所以被上诉人也不需要承担相应的资金占用利息。

综上所述，首先因上诉人逾期上诉，本案的二审不应被受理，已受理的也应驳回上诉人的全部上诉请求。其次，本案对“自驾车”概念的定义明确而且唯一，不存在多种理解，应当依照合同约定进行解释，不需要适用通常理解或有利于上诉人的解释。再次，本案对保险责任范围进行释义的 7.4 条款不带有免责性质，也属于保险责任范围条款，不是免责条款，而且被上诉人已经对保险责任履行了提示和说明义务，保险合同中的相关条款均生效，保险合同应得到双方的全面履行。最后，本案的车辆不是乘用车，主要用途也不是载运乘客，本案不适用 10 倍保额，被上诉人只有 20 万的保险责任。所以一审法院事实认定清楚，法律适用正确，一审判决应予以维持。被上诉人恳请贵院公正裁判，驳回上诉人的全部上诉请求。

人保寿险浙江省分公司与张某保险纠纷案（再审）

北京盈科（杭州）律师事务所接受中国人民人寿保险股份有限公司浙江省分公司（以下简称被申请人）的委托，指派本人担任其与申请人张某的人身保险合同纠纷一案再审审查阶段的代理人。本人认为一审和二审事实认定清楚，法律适用正确，再审申请应予以驳回。现根据事实和法律，结合本案的争议焦点，发表代理意见如下：

一、保险合同的 7.4 条款是保险责任条款，不是免责条款

（一）申请人不理解“比例赔付或者给付”，错误地认为 7.4 条款属于《保险法司法解释二》第 9 条列举的免责条款

比例赔付或给付，指保险人按保险金额的某个比例承担保险责任。比例赔付或给付也是一种法定的赔偿方式，但是仅限于投保不足额的情形。在投保不足额的情形下，对于保险标的的实际损失，保险人可以按保险金额与保险价值的比例承担赔偿责任。但在其他情形下，保险人不得任意设定比例赔付或给付以减轻自身的责任（比如某些健康险条款会约定，当符合某一条件时，保险公司承担损失额的 70%，由被保险人自担 30%）。如果某条款设定了法定情形之外的比例赔付或给付，司法解释认为应属于免责条款，保险人应在投保时向投保人作提示和明确说明。

申请人在理解上有错误，认为本案的 7.4 条款属于比例赔付或给付，是《保险法司法解释二》第 9 条列举的免责条款之一。但是，7.4 条款和比例赔付或给付没有任何关系，也不属于该解释第 9 条列举的免责条款中的其他类型，因此申请人申请再审的该条理由不能成立。

（二）金华中院对该问题说理至明

二审判决书写道，“保险合同所涉及的条款虽与保险责任有关，

但并不均属于免除保险人责任的条款。免除保险人的责任应以保险人承担保险责任为前提，只有先确定保险人承担责任的范围，才能在该范围内确定免除责任的部分，所以应当明确区分保险人责任范围条款与免除保险人责任条款，不能将保险合同中所涉及的包括保险人责任范围在内的条款均视为免除保险人责任的条款”。该论述从释法说理的角度，阐明了以下两个问题：

其一，先有保险责任范围，再有保险责任范围里的免责事项。本案从合同的条款体系上看，7.4 条款附属于 2.3 条款，2.3 条款和 7.4 条款共同约定了保险责任范围，同属于保险责任条款。合同中的 2.4 条款是在保险责任范围内列明了免责事项，是免责条款。

其二，保险合同的很多条款都和保险责任的界定问题有关联，比如保险当事人、保险期限、承保区域、保险责任、责任免除等，实务中上述条款都有可能导致保险公司的拒赔，但是不能因此就把上述条款都认定为免责条款，否则保险合同通篇都是免责条款。

（三）高院层级对同类案件的在先判决也充分支持了我方观点

1、湖北省高院的民事裁定书（2018）鄂民申 2921 号

平安保险的《百万任我行两全保险》，把 10 倍保额的保险责任约定为“个人非营业车辆”，其后对“个人非营业车辆”又作特别注明，指“在境内登记、登记的使用性质为非营业性运输（非营运），且行驶证记载所有人为个人的机动车”。刘某申请再审的理由之一，是认为保险合同对“个人非营业车辆”的特别注明是免责条款，平安保险没有尽到明确说明义务。

湖北省高院认为，平安保险对个人非营业车辆的意外事故承担 10

倍保额保险责任的条款，以及对个人非营业车辆的特别注明，都是保险责任条款。判决书有如下释法说理，“保险责任条款是保险条款中的核心条款，是保险人承担责任的依据与范围。免责条款是保险人与被保险人对属于保险责任范围内的部分责任作出的特别约定，使其排除在保险责任之外。保险责任条款不是免责条款，在投保人与保险人签订保险合同后即对双方当事人均具有法律约束力，不是必须由保险人作明确说明后才生效”。湖北省高院据此驳回了刘某的再审申请。

2、内蒙古高院的民事裁定书(2018)内民申 900 号

平安保险的《平安附加长期意外伤害保险(2013)》，把自驾车意外身故险的理赔条件约定为“个人非营业车辆”，又另起一条款对“个人非营业车辆”进行释义，约定为“在境内登记、登记使用性质为非营业性运输(非营运)，且行驶证记载所有人为个人的机动车”。王某和郭某申请再审的理由之一，是认为保险合同对“个人非营业车辆”的释义条款是免责条款，平安保险没有尽到明确说明义务。

内蒙古高院认为释义条款是保险责任条款。判决书有如下释法说理，“上述条款(指释义条款)系保险责任条款，而非责任免除条款。王俊英在投保书投保人声明处书写了“本人已阅读保险条款、产品说明书和投保提示书，了解本产品的特点和保单利益不确定性”，并在投保人签名处签字，该保险合同条款对双方具有约束力”。内蒙古高院据此驳回了刘某的再审申请。

3、安徽省高院的民事裁定书(2018)皖民申 2020 号

该案与本案都是我公司《百万身价惠民两全保险》的理赔纠纷，张某认为保险合同的 7.4 条款是免责条款，我公司未尽到明确说明义务，故而申请再审。

安徽省高院认为 7.4 条款是保险责任条款。判决书有如下释法说理，“该 7.4 条与其他条款共同确定中国人民寿险安徽分公司合同项下保险责任范围，且高玉梅签字确认中国人民寿险安徽分公司已经尽到提示或明确说明义务，原审判决未采信张义凡关于 7.4 条无效的主张，亦无不当”。安徽省高院据此驳回了张某的再审申请。

二、被申请人尽到了提示和说明义务，保险合同的 2.3 条款和 7.4 条款均有效

（一）被申请人在法律层面的应尽责任

2.3 条款和 7.4 条款不是免责条款，它们的性质是普通的格式条款。对于免责条款，《保险法》第 17 条要求由保险公司履行提示和明确说明两重义务才能生效。但对于普通的格式条款，《保险法》第 17 条只要求保险公司履行普通提示义务，而且也没有要求保险公司对相关条文做加黑加粗的提示。

（二）被申请人已经尽到了提示和说明义务

1、被申请人通过三个步骤对投保人作出了书面的提示和说明。第一步，在 2.3 条款里对“自驾车”等字体进行了加黑，被申请人虽无法定的提示义务但仍然履行了提示义务；第二步，在加黑的“自驾车”字体边上设计了带括弧的阅读指向，引导投保人阅读 7.4 释义条款，使得 7.4 条款和 2.3 条款无缝链接，确保投保人不会漏看；第三步，在 7.4 释义条款的第一点说明了“自驾车”指乘用车，第三点说明了“自驾车”的主要用途是载运乘客。通过这样的一体化设计，识字的投保人都能看明白。所以被申请人已经用书面方式尽到了对“自驾车”概念的提示和说明义务。

2、《保险法司法解释二》第 13 条规定，投保人对保险人履行了

符合本解释第十一条第二款要求的明确说明义务在相关文书上签字、盖章或者以其他形式予以确认的，应当认定保险人履行了该项义务。本案投保人在投保单和投保提示上都亲笔签了字，在签字中作出了“销售人员向其本人对拟投保产品的保险合同内容进行了详细说明，提供了保险条款并就责任免除条款做出了明确说明”等声明。按法律规定，投保人的上述签字是被申请人履行了说明义务的重要证明。

3. 被申请人的客服在销售保单后对投保人进行了回访。根据回访的录音，投保人在电话中亲口承认了两个事实。其一，他已在投保资料上签了字，其二，他已阅读过投保提示等相关资料。投保单、投保提示等资料对保险责任、责任免除等内容做过特别提示，投保人确认业务人员已就上述内容对他做过单独说明。这是投保人在投保后作出的意思表示，也是被申请人履行了说明义务的直接证据。

三、申请人在一审和二审程序中对“自驾车”的表述，和被申请人的意见是实质性一致，申请人在再审时不能反言不认

自驾车是外来词汇。在国外，它既是老百姓的日常交通工具，也可用于自驾旅游。西方人喜欢旅游，而且不通外语旅行社组团，喜欢自驾出行，追求自由的乐趣，体现了西方人的生活方式。还有人会开着货车去自驾出行，所以这类车辆本身就指乘用车，这也是保险合同的设计初衷，被申请人在庭上已经对该问题做过充分的说明。

申请人虽然声称自驾车是“自己驾驶的车辆”，但在庭上表达其具体含义时，却连续强调自驾车是外来词汇，英文名为“self-driving car”，强调国内有很多“自驾车服务有限公司”、“自驾车协会”，经营范围有“自驾车服务”、“组织自驾车开展各种旅游活动”等。一审时上述观点是由对方律师当庭陈述的，可查阅一审庭审的录

音录影，二审时对方直接将上述观点陈述于二审的上诉状（见第3页第2段）。

众所周知，所谓的“car”在英文里就是家用小汽车，也就是乘用车（本案的厢式货车在英文里是“truck”，不是“car”），常识性问题对方肯定是知道的。所谓的“自驾车服务有限公司”、“自驾车协会”，都不是以货车为服务对象的，相信对方也是清楚的。至于“自驾车服务”、“组织自驾车开展各种旅游活动”是何意，更无需被申请人过多陈述。所以申请人内在对自驾车的理解，就是7.4条款的释义，也是被申请人设计保险合同的初衷，双方没有实质上的理解歧义。

在其他案件中，或许案涉双方对自驾车的理解存在争议。但在本案中，由于申请人在一审和二审程序中的两次自认，本案不应认定双方对自驾车的理解存在实质性争议。

申请人在利益驱动下，以“自己驾驶的车辆”为由挑起了诉争，但在庭审中又不自觉地表露了内心对自驾车的真实理解。既然双方对自驾车的理解都是指可用于自驾旅游的车辆，本案公司名下的厢式货车（用于公司运输货物、不是投保人的日常交通工具、不会用于自驾出行）显然不在此列。二审判决第24页中写道，“自驾车本身系外来词汇，其英文单词为“self-driving car”，从该词汇的本义及自驾车的通常理解，案涉张某驾驶单位所有的轻型厢式货车的行为也不应界定为自驾车”，也正是此意。

四、直接从合同的文义上，也不会产生申请人主张的理解歧义

本案的保险责任范围不是“自驾车”三个字，而是包含了“自驾车”三个字的一句话。保险合同对10倍保额保险责任的完整描述是“以乘客身份搭乘或作为驾驶员驾驶自驾车”，可见基于“自驾车”

而发生的“搭乘”和“驾驶”两种行为，均是10倍保额的保障范围。站在业务员的营销立场，是不会漏讲“搭乘”这个保险责任的。站在投保人的角度，听到这句话的第一反应，肯定是把自驾车理解成某一类特定的车辆，绝对不会理解成“自己驾驶的车辆”，因为自己无法搭乘自己驾驶的车辆。

如果双方对保险条款发生理解上的争议，按保险法第30条的规定，是应当通常理解予以解释，然后才作有利于投保人和被保险人的解释。文义理解也属于通常理解，本案从文义上就能直接排除申请人主张的歧义理解，因此也不需要作有利于投保人的解释。

五、从保险产品自身特点看，不能任意扩大保险责任

本案所涉的保险产品是返本型产品，投保人一年只要交费3040元，交五年共15200元，保险公司承担30年的保障，基本保额20万，最高赔付200万，如果30年内没有赔付，到期后所交保费还要以125%的比例返回给投保人。所以本案的保险产品从精算角度看，是让投保人用极少的保费的利息，换取了一份30年的高额保障。保险责任的大小和付出的保费是权责对应的关系。通过保费交纳方式、保险期间、承保风险等因素，也能判断10倍保额的适用范围不是所有车辆。任意扩大保险责任，必会导致保险双方的利益失衡，也是不可取的。

六、申请人的其他几处错误

（一）不尊重事实

一审判决于2023年1月12日，不是2022年12月22日，这是事实，可查证于判决书的电子送达平台。再者，申请人于2023年1月26日提交上诉状，如果一审判决于庭审当日，被申请人可主张申请人的上诉已超过法定期限。

（二）法条援引错误

保险合同中有很多保险术语，也有很多非保险术语，比如各类疾病，它们在医学领域本身就是个专业名词，有特定含义，在医学领域内有共识。《保险法司法解释二》第 17 条的规定，其目的是解决保险双方对合同中的非保险术语的理解争议。但是“自驾车”只是一个外来概念，远未达到术语标准，在全国科学技术名词审定委员会创办的“术语在线”网站上也查不到“自驾车”。既然它不是术语，所以申请人援引《司法解释二》第 17 条要求做非保险术语的释义是法条援引不当，二审对该问题的认定也是正确的。

（三）利息主张亦无据

关于 20 万保险金，申请人不愿意领取而直接向法院起诉，所以责任不在于被申请人，二审判决申请人已经领取，所以被申请人不需要承担延迟支付的利息。关于 180 万保险金，被申请人本不应该支付，所以也不需要承担延迟支付的利息。

综上所述，本人认为一审和二审在事实认定和法律适用上均无不当，释法说理亦简明清晰，申请人的再审请求亦应得到高院的支持。因此恳请高院依法裁决，驳回申请人的全部再审请求。

人保寿险浙江省分公司与张某富保险纠纷案

张某富起诉中国人民人寿保险股份有限公司浙江省分公司保险纠纷一案（2022 浙 0102 民初 XXXX 号），本人接受中国人民人寿保险股份有限公司浙江省分公司（以下简称“我方”）的委托，发表代理意见如下：

一、保险合同合法有效，权利义务受法律保护

1、原告所在的公司为其投保了人保寿险团体意外伤害保险，以及附加意外伤害团体医疗保险和附加意外伤害住院定额给付团体医疗保险。保险合同的权利义务约定清晰，不存在争议。

2、投保时，我方已按照合同约定履行了对保险责任、责任免除、特别约定等条款的说明义务，投保人也已在投保资料上加盖了公章，确认已阅读过投保提示，确认销售人员已经向其明确说明过保险责任、责任免除、特别约定等条款。《保险法司法解释（二）》第 13 条规定，投保人对保险人履行了符合本解释第十一条第二款要求的明确说明义务在相关文书上签字、盖章或者以其他形式予以确认的，应当认定保险人履行了该项义务。

因此本案双方的权利义务约定清晰，我方履行了法定的说明义务，保险合同中的保险责任、责任免除、特别约定等条款均生效，保险合同受法律保护。

二、保险合同约定的医疗费赔付规则

关于主险的伤残保险金，以及附加险中的住院定额保险金，双方

已无争议。本案的争议在于附加险中医疗费度的赔付金额。依据附加意外伤害团体医疗保险合同，医疗费度的赔付规则如下：

1、医疗费度的赔付限额

根据投保单的约定，623 名被保险人的合计保险金额为 6230 万，即人均 10 万。因此本案医疗费度的保险金额即赔付限额为每人 10 万。

2、医疗费度的赔付范围

根据附加意外伤害团体医疗保险合同 2.3 条款，医疗费度的赔付范围是“合同签发地社会基本医疗保险支付范围”。本案的合同签发地是浙江，因此浙江省基本医疗保险范围外的医疗费用不在本附加合同的保障范围之内。

3、医疗费度的赔付办法

根据附加意外伤害团体医疗保险合同 2.3 条款，最终的医疗费赔付，应在“合同签发地社会基本医疗保险支付范围”的基础上，扣除约定的免赔额，再按约定的给付比例进行赔付。根据投保单特别约定第 1 条，本案的免赔额为 0，赔付比例为 90%。

因此本案的医疗费赔付规则，保险双方约定清晰，不存在争议。

三、原告实际的医疗费用和我方的核查结果

1、浙江省的基本医疗保险政策

依据《浙江省基本医疗保险医疗服务项目目录》（2021 版），医疗服务项目分“甲类”和“乙类”。“甲类”项目指临床必须、安全有效、费用适宜的项目，使用“甲类”项目发生的费用，按基本医疗保险有关规定支付。“乙类”项目指基本医疗保险支付部分费用的项目，

主要是一些临床必需、效果确定但容易滥用或费用昂贵的项目，使用“乙类”项目发生的费用，先由参保人员个人先行自付一定比例后，再按基本医疗保险规定支付。

2、我方的核查原则

对照浙江省的基本医疗保险政策，我方逐项核查了原告提交的医疗费用清单。我方的核查原则为：对于甲类药，我方在费用清单上未作标注；对于乙类药，按医保政策应由当事人自担部分金额，我方在费用清单上标注了当事人的自担金额；对于丙类药，按医保政策应由当事人自担，我方在费用清单的对应项目上标注了“x”。我方的核查结果详见《原告的医疗费用明细清单》。

3、我方的核查结果

经核查，原告提交的医疗费用里包含了门诊、药品、床位、检查检验、其他医疗、手术、护理、材料、治疗等九个类别的基本医疗保险外的医疗费用，合计为 6134.4 元，详见《理赔审核批单》。

经进一步核查，在上述医保外费用中，乙类药的自负金额为 2240.56 元，丙类药的自负金额为 3893.84 元。在丙类药中，还包含了在基本医保范围内没有同类服务的床位费 320 元、伙食费 602.4 元、陪客费 34 元（合计 956.4 元），详见《丙类药清单》。

《丙类药清单》是应庭审要求，对《原告的医疗费用明细清单》的归类整理，不是我方提交的新证据。

四、本案的裁判不应适用《保险法司法解释（三）》第 19 条

1、《保险法司法解释（三）》第 19 条的适用前提，是“保险合同

约定按照基本医疗保险的标准核定医疗费用”。但是本案的保险合同只是在设计保险责任范围时参照了基本医疗保险的支付范围，但又变更了具体的费用核定办法（扣除约定的免赔额，再扣除一定的比例）。因此本案的保险合同实质上是自定了医疗费用的核定标准，所以本案的保险合同不属于该条司法解释规治的情形，该条规则在本案的裁判中应排除适用。

2、该条规则模糊不清，实务层面亦不具有操作性。所谓的“同类”，是指性质相同，或是成份相同，还是作用相同，没有一个明确的标准，导致保险公司举证困难。另外在实务中，医生首先会为病人选用医保范围内的药品或服务，在医保范围内没有相应的药品或服务时，才会在医保范围外开单，这是医生的医德。所以很多医保范围外的药品或服务，本身就没有医保范围内的同类药品或服务可用于价格对比，导致保险公司从源头上无法举证。

3、保险合同是最大诚信合同，最大诚信原则既约束保险人，也约束投保人和被保险人。双方在平等自愿的基础上签订了保险合同，保险条款明确约定，医疗费用的赔付前提是合同签发地基本医保的支付范围，投保人已签字确认，双方形成了合意，保险公司当然有权扣除非医保用药不赔。该做法完全符合合同的意思自治原则，也符合保险领域的最大诚信原则。如果强制适用《保险法司法解释（三）》第19条而违反了上述原则，会造成秩序的混乱，诚信的缺失，损害保险人的利益，损害保险行业的公信力。

因此本案的判决应结合本案的具体情形，严格执行保险合同的约

定，尊重合同双方的意思自治，维护保险业的最大诚信原则，将《保险法司法解释（三）》第 19 条排除适用。

五、原告可获赔偿的医疗费金额

1、遵照保险合同约定，原告的医疗费只能获赔 30667.91 元，我方已经履行了保险责任

按保险合同的约定，医保外的费用不属于本案的保险责任范围，理赔时按合同约定应予以剔除。原告提交的总医疗费用为 40209.86 元，剔除基本医疗保险外的医疗费用 6134.4 元，再扣除零免赔，再乘以 90%的赔付比例，本案实际的可赔付金额为 30667.91 元。

本案我方已向原告支付了 273067.9 元的保险金，其中包括了医疗费用 30667.91 元，具体可见《理赔审核批单》。可见我方已按保险合同的约定，完整地承担了保险责任。

2、即便适用《保险法司法解释（三）》第 19 条，原告的诉求也不能得到全额支持

退一步讲，本案即便适用了《保险法司法解释（三）》第 19 条，合同约定的 90%的赔付比例仍应得到支持。此外，对于没有医保同类服务的丙类费用，可视为医保内的同类费用为零，我方仍有权主张全额剔除。另外对于乙类药的自负金额，其本质是实际支付和医保支付的差额，该差额可视同为医保同类服务之外的费用，按司法解释的精神也应予以剔除。

因此本案的总医疗费用 40209.86 元，剔除 2240.56 元的乙类药自负金额，再剔除 956.4 元的无医保同类服务的丙类费用，再乘以 90%

的赔付比例，本案实际的可赔付金额为 33311.61 元。鉴于我方已经赔付了 30667.91 元，只需再赔付 2643.7 元。

综上所述，本案保险双方的权利义务约定清晰，保险条款不存在争议。我方请求按合同意思自治和最大诚信原则排除适用《保险法司法解释（三）》第 19 条，驳回原告的全部诉讼请求。退一步讲，本案即便适用了《保险法司法解释（三）》第 19 条，我方只需再向原告赔付 2643.7 元即可。恳请法庭公正裁决。

人保寿险浙江省分公司与刘某辉、黄某合同纠纷案

刘某辉、黄某起诉中国人民人寿保险股份有限公司浙江省分公司、宁波 XX 劳务发展有限公司合同纠纷一案(2023 湘 0321 民初 XXX 号)，本人接受中国人民人寿保险股份有限公司浙江省分公司（以下简称“我方”）的委托，发表代理意见如下：

一、本案保险合同的订立情况

（一）保险合同的主要权利义务

宁波 XX 公司曾向我方投保了人保寿险建筑工程团体意外伤害保险（身故保险金和 I 类伤残保险金），以及附加建筑工程意外伤害团体医疗保险。该保险的主要权利义务约定如下：

1、保险期间

依据《团体保险单》，本案的保险期间为 2020 年 7 月 17 日零时起，至 2021 年 8 月 15 日 24 时止。

2、保险当事人

依据《团体保险单》和保险条款第 1.2 条，本案的投保人为建筑工程的施工企业，即宁波 XX 劳务发展有限公司。被保险人为在建筑工程施工现场从事管理和作业并与施工企业建立劳动关系的人员，即被保险人的身份认定应符合两个条件，其一，应在施工现场从事管理和作业，其二，还应和投保人建立了劳动关系。当两个条件同时符合时，相关人员才能被认定为被保险人。

3、保险责任

依据《团体保险单》和保险条款第 2.3 条，本案的意外伤害保险责任范围包括身故保险金和 I 类伤残保险金，但和争议有关的保险责任是身故保险金。身故保险金的理赔条件是，“被保险人在施工现场

或施工期间指定的生活区域内遭受意外伤害”，并“自意外伤害发生之日起 180 日内因该意外伤害导致身故”。每个被保险人的身故保险金额为 100 万。

4、责任免除

依据保险条款第 2.4 条，本案约定了若干责任免除事项，因责任免除事项导致被保险人身故或伤残的，我方不承担给付保险金的责任。责任免除事项的第 5 项为“被保险人在酒后驾驶（见 7.5）、无合法有效驾驶证驾驶（见 7.6），或驾驶无有效行驶证（见 7.7）的机动车期间遭受意外伤害”，保险条款已对该责任免除事项进行了加黑加粗的特别提示。

（二）保险合同合法有效，受法律保护

1、投保时，我方已按法律规定履行了对保险责任、责任免除、特别约定等条款的说明义务，投保人也在投保资料上加盖了公章，确认已阅读过投保提示，确认销售人员已经向其明确说明过保险责任、责任免除、特别约定等条款。《保险法司法解释二》第 13 条规定，投保人对保险人履行了符合本解释第十一条第二款要求的明确说明义务在相关文书上签字、盖章或者以其他形式予以确认的，应当认定保险人履行了该项义务。

2、投保人 XX 公司当庭确认，投保时我方的业务人员在其总经理的办公室里，向公司总经理出示了纸质的保险条款并向其作出了详细的解释说明，也是我方履行了法定的说明义务的直接证据。

因此本案的权利义务约定清晰，我方履行了法定的说明义务，保险合同中的保险责任、责任免除、特别约定等条款均生效，保险合同受法律保护，应得到全面履行。

二、原告无权向我方主张意外伤害保险责任

（一）黄某龙不是保险合同的被保险人

1、黄某龙和投保人 XX 公司之间没有劳动关系

XX 公司没有和黄某龙签订过劳动合同，没有用规章制度对黄某龙实施过劳动管理，也没有给黄某龙支付过任何劳动报酬，可见黄某龙和 XX 公司之间不存在人格上和经济上的从属关系。原告不能提供工牌、工服、工资卡、银行流水等可证明黄某龙与 XX 公司存在劳动关系的证据，不能证明黄某龙曾和 XX 公司就建立劳动关系进行过协商并达成一致意见，不能证明黄某龙接受了 XX 公司的劳动管理，不能证明黄某龙接受了 XX 公司的劳动报酬。因此，本案不符合《关于确立劳动关系有关事项的通知》（劳社部发〔2005〕12 号）第一条第二款对劳动关系的确认标准，足以认定 XX 公司与黄某龙之间不存在劳动关系。

原告起诉时陈述了本案关于用工关系的事实，即 XX 公司将工程承包给了内部承包人游某国，游某国将工程中的瓷砖路缘石砌筑工作转包给了刘某浪，刘某浪雇佣了黄某龙。原告工作人员和游某国的电话录音，也能证明游某国已将相关工程转包给刘某浪，黄某龙由刘某浪雇佣，归刘某浪管理，向刘某浪领取报酬。原告庭审时补充提交的手制工资单（两页纸），也能证明黄某龙是向刘某浪领取报酬的事实。因此，原告起诉时的自认、游某国的证言、原告庭审时补充提交的手制工资单，也都能证明黄某龙是刘某浪的雇工，接受刘某浪的管理，向刘某浪领取报酬。所以从用工关系上讲，黄某龙和刘某浪之间存在劳务关系，和 XX 公司之间不存在劳动关系。

按保险合同的约定，被保险人的认定条件之一是要和投保人 XX 公司建立劳动关系，因此黄某龙不是保险合同的被保险人。

2、原告无法证明黄某龙曾在施工现场务工

XX 公司和游某国均不知悉黄某龙曾在工地里务工，能证明黄某龙曾在工地里务工的唯一证据是刘某浪出具的一纸证明，其性质是证人语言。但是该证据存在重大问题，不应被法庭采信。其一，证人刘某浪本人未出庭；其二，该证据在内容上存在重大逻辑矛盾，游某国将路缘石砌筑工作转包给刘某浪的时间是 2020 年 9 月 30 日，但刘某浪在证明里却声称黄某龙是从 2020 年 3 月起在工地里务工，把黄某龙在工地的务工时间足足推前了六个月；其三，该证据的落款时期是交通事故后的第 4 天，本案的原告并未申请工伤理赔，在这个时点上出具如此工整的证明不具有合理性，我方合理怀疑该证明制作于本案起诉前，只是把落款时间倒签至交通事故后的第 4 天。可见刘某浪出具的证人证言在程序上不合法，在内容上有重大逻辑矛盾，同时还存在事后倒签的虚假可能，因此不应被法庭采信。

原告在庭审时补充提交的自制工资单，也不能成为黄某龙曾在本案施工现场务工的证据。其一，该证据系由刘某浪以手工方式单方面制作，刘某浪未出庭，导致该证据的真实性无法核实；其二，刘某浪接受转包的时间是 2020 年 9 月 30 日，但该证据却显示其从 2020 年 3 月起就给黄某龙发放小工的工资，在 2020 年 3 月至 9 月的半年时间里，黄某龙没有在本案的施工现场工作，却也在向刘某浪领工资，此处明显不合逻辑；其三，该证据没有写明黄某龙的工作地点，只能证明黄某龙受雇于刘某浪，从工资起付时间上看，黄某龙很可能是从 2020 年 3 月起在刘某浪承包的其他项目上务工，因此才会从 2020 年 3 月起向刘某浪领工资。所以这份手制的工资单也不能证明黄某龙曾在施工现场务工。

XX 公司提交的证据显示，其于 2020 年 6 月与浙江省二建公司签订劳务分包合同，之后组织人员进入项目现场进行施工，并于 2020 年

7月招用了刘某浪。黄某龙是刘某浪雇用的人员，所以不可能在2020年3月就在该项目务工。XX公司的举证也能证明黄某龙是在刘某浪承包的其他项目上务工，因此才会从2020年3月起就向刘某浪领取工资。

按保险合同的约定，被保险人的另一认定条件是要在施工现场从事管理和作业，因此也不能认定黄某龙是保险合同的被保险人。

（二）事故发生地不在保险合同约定的承保区域内

保险合同约定的承保区域是“施工现场或施工期间指定的生活区域内”，可见该合同的承保区域不是整个工地，而是仅指工地上的施工现场和工人的居住区域。本案的保险费人均138元，保险期限是395天，折算成一年的保险费是人均127元。建工险的承保风险极大，但本案是针对两个特定区域的局部性承保，所以保费才会如此之低。

交警部门出具的《道路交通事故认定书》明确载明，本案的事故发生地为湘潭县潭花线河口三角坪至七星桥路段去往“宏兴村”路牌路口处。所以本案的事故发生在工程项目以外的公共道路，显然不在保险合同约定的承保区域内。

（三）本案的事故性质是交通意外事故，不在建筑工程意外保险的承保范围

交警部门出具的《道路交通事故认定书》，可以证明本案的事故性质是发生在公共道路上的交通意外事故。原告在起诉时也陈述了案发情形，是黄某龙在下班途中发生了交通事故。可见本案的事故性质，应是黄某龙在下班回家途中，发生在公共道路上的交通意外事故。

从保险本身的性质判断，该事故应该是交通意外保险的承保范围（不考虑责任免除等情形）。如果其雇主曾向财产保险公司投保过雇主责任险，该事故可能还是雇主责任险的承保范围。但是该事故不属

于建筑工程意外保险的承保范围，因为建工险承保的是因建筑施工相关工作引发的风险，其承保范围不包括上下班路上发生的车祸。如果要让建筑工程意外保险承担交通意外保险或雇主责任保险的保险责任，既违反了保险原理，也违背了行业惯例。

（四）黄某龙既未取得机动车驾驶证，又驾驶了无有效行驶证的机动车，同时符合保险合同约定的 2 项责任免除情形

1、交警部门出具的《道路交通事故认定书》载明，事发时黄某龙驾驶的三轮摩托车有明确的车驾号（LWMICJPL8F1024170），但是未注册没有上牌，而且未购买交强险。车驾号是机动车的身份识别标志，有车驾号说明该车属于机动车，黄某龙驾驶无有效行驶证的机动车上路，属于保险合同约定的“驾驶无有效行驶证的机动车”的免责情形。

2、交警部门还在《道路交通事故认定书》中载明，事发时黄某龙未取得机动驾驶证，见认定书第 1 页的倒数第 3 行。公安部的部门规章《机动车驾驶证申领和使用规定》有明确规定，“机动车驾驶人准予驾驶的车型顺序依次分为：大型客车、牵引车、城市公交车、中型客车、大型货车、小型汽车、小型自动挡汽车、低速载货汽车、三轮汽车、残疾人专用小型自动挡载客汽车、普通三轮摩托车、普通二轮摩托车、轻便摩托车、轮式自行机械车、无轨电车和有轨电车。”可见三轮摩托车属于机动车的准驾车型之一，要求驾驶人领取驾驶证后才能上路驾驶。因此，本案还属于保险合同约定的“无合法有效驾驶证驾驶机动车”的免责情形。

3、《保险法司法解释二》第 10 条规定，“保险人将法律、行政法规中的禁止性规定情形作为保险合同免责条款的免责事由，保险人对该条款作出提示后，投保人、被保险人或者受益人以保险人未履行明确说明义务为由主张该条款不生效的，人民法院不予支持”。本案黄

某龙被交警部门认定为“驾驶无有效行驶证的机动车”，以及“无合法有效驾驶证驾驶机动车”，两项行为都属于《道路交通安全法》等法律法规明令禁止的行为。我方已在保险合同中对应的免责条款作出了加黑加粗的提示，因此即便我方在投保时没有对投保人履行明确说明义务，本案的免责条款也已确定生效，我方具有当然的拒赔权利。

（五）本案不符合以死亡为给付条件的人身保险合同的生效要件。《保险法》第34条规定，“以死亡为给付保险金条件的合同，未经被保险人同意并认可保险金额的，合同无效”。本案的保险合同以死亡为给付保险金的条件，原告诉称不知道有这份保险合同，说明黄某龙没有作出过同意的意思表示。因此退一步讲，即便投保人曾为黄某龙向我方投保，该合同也是无效的，原告亦无权向我方主张保险金。

上述五条理由只要成立其中的任意一条，我方就不需要承担保险责任，事实上本案的五条理由均成立，因此，原告无权向我方主张意外伤害保险责任。

三、如果该事故还存在商业保险以外的其他纠纷，也与我方无关

1、原告的举证和陈述，体现的似乎是黄某龙生前作为雇员，和其雇主之间可能存在的工伤保险待遇的赔偿纠纷，抑或是其他纠纷。因与我方无关，我方不便作评论。如果原告认为黄某龙生前和其雇主之间还存在着诸如工伤保险待遇赔偿纠纷等其他民事纠纷，应另案起诉适格的责任主体，提起和纠纷性质相对应的民事诉讼，当然能不能成立还需由司法作出裁判。但是这些纠纷都不是商业保险纠纷，不论成立与否都和我方没有任何关系。

2、原告在本案中提出的诉求，是要求被告履行商业保险合同的理赔责任。但是，原告的举证和陈述都没有站在商业保险关系的立场，也未涉及商业保险合同的权利义务。原告的举证和陈述与本案的诉求

无关，原告亦无法证明其有权向我方主张该份商业保险合同的保险金。反观我方，已站在商业保险的立场上，围绕商业保险合同的权利义务，从被保险人的主体资格、承保区域、保险性质、免责事由、给死亡为给付条件的保险合同生效要件五方面，充分阐明了我方不需要承担保险责任的事实和理由。

四、其他和庭审相关的意见

1、在团体保险实务中，有两种方式可用于确定被保险人的范围，其一是将被保险人一一列明，其二是对被保险人的范围做一个统括而明确的约定。本案的团体保险就属于第二类。在本案中，被保险人的范围是“在建筑工程施工现场从事管理和作业并与施工企业建立劳动关系的人员”，该约定是很清晰的。出险后如果当事人能够出具劳动合同并证明在施工现场工作，就有申请理赔的权利，但能不能获赔还要结合其他因素综合判断。因此原告认为我方承保时没有被保险人名录的质疑是不了解团体保险的操作实务，该质疑不能成立。

2、按《保险法》第 16 条的规定，投保人对保险人负有如实告知的义务。按《保险法》第 17 条的规定，保险人对投保人负有说明和明确说明的义务。但是，《保险法》没有规定投保人对被保险人的告知义务。因此，本案 XX 公司是否将保险的具体条款告知每一个被保险人，不会影响保险合同的成立和生效。

3、我方在庭上向原告出示了投保单的原件，投保单上有明确的保险条款名称，具体条款在我方总公司的官方网站上对外公示，可任意浏览和下载。投保人在庭上也确认，投保时我方业务人员已向其出示并说明了保险条款，经达成一致后，其已在投保单上签字盖章予以确认，不需要在保险条款上再签字确认。因此，原告认为投保单上没有保险条款的质疑不能成立，认为投保人未在保险条款上签字确认的

质疑也不能成立。

4、原告认为黄某龙被交警部门认定为“驾驶无有效行驶证的机动车”、“无合法有效驾驶证驾驶机动车”的行为不是违法行为，这是违背法律常识的荒谬言论。两项违法行为均是保险合同约定的免责事由，我方已经对相应的免责条款进行了加黑加粗，尽到了足以引起投保人注意的提示义务。按《保险法司法解释二》第10条的规定，本案的免责条款确定生效，仅依据该条理由，我方就有当然的拒赔权利。

综上所述，本案的保险合同权利义务清晰，受法律保护；黄某龙和投保人没有劳动关系，也不能证明其曾在项目工地上务工，因此不是保险合同的被保险人。本案的事发地点不在保险合同约定的承保区域内；本案的事故性质也不属于建筑工程意外保险的承保范围；黄某龙事发时还有两项被交警部门认定的违法行为，均属于合同约定的免责情形，我方具有法定的免责权。原告诉称不知道该保险，就是未同意过该保险，也不符合以死亡为给付条件的人身保险合同的生效要件。因此，原告无权要求我方承担商业保险的理赔责任。如果原告认为黄某龙和其雇主之间还存在其他纠纷，也是和商业保险无关的纠纷，请原告运用恰当的方式另行维权，但是这些纠纷都和我方无关联。因此，恳请贵院维护我方的合法权益，驳回原告的全部诉讼请求。

人保寿险浙江省分公司与张某龙保险纠纷案（二审）

上诉人（一审被告）：中国人民人寿保险股份有限公司浙江省分公司，住所地浙江省杭州市上城区解放路 18 号 401-413 室，统一社会信用代码 91330000668311554T。

负责人：李悦 职务：副总经理（主持工作）

被上诉人（一审原告）：张某龙，男，1989 年 2 月 12 日出生，汉族，住江苏省滨海区滨海港镇龙潭港村四组 XX 号，公民身份号码 3209221989XXXX6357。

上诉人中国人民人寿保险股份有限公司浙江省分公司因与被上诉人张某龙保险纠纷一案，不服浙江省杭州市上城区人民法院于 2023 年 4 月 7 日作出的（2022）浙 0102 民初 XXXX 号民事判决（以下简称“一审判决”），现依法提出上诉。

上诉请求：

- 1、依法撤销一审判决，驳回被上诉人的全部诉讼请求；
- 2、本案一审、二审的诉讼费用由被上诉人承担。

事实和理由：

一、一审法官不理解保险利益原则，却滥用保险利益原则，实际又违反了保险利益原则，导致一审判决违反《保险法》

（一）保险利益原则的本意

1、保险合同的主体

保险合同的双方当事人是保险人和投保人，财产保险和人身保险皆是如此。保险合同的第三方主体是被保险人和受益人，但财产保险和人身保险又有区别。财产保险的被保险人通常就是投保人，财产保险没有受益人，投保人（即被保险人）享有保险金的求偿权利。人身

保险既有被保险人又有受益人，被保险人和受益人可以是投保人自身，也可以在投保人之外按《保险法》的规则另行确定。

2、保险利益原则的本意

保险利益指法律上承认的利益。保险利益原则又叫可保利益原则，《保险法》用该原则为保险合同的成立设定了一个基础条件。即，投保人只能就具有保险利益的标的向保险人投保。如果投保人就没有保险利益的标的向保险人投保，保险人不能接受，即便接受了保险合同也无效。之所以作这样的规定，是因为保险不同于赌博，不同于风险投机，而且还要防范道德风险，所以要用法律上承认的利益作为投保的前提，这是《保险法》确立保险利益原则的本意。

3、财产保险和人身保险对“保险利益”原则的适用

《保险法》第12条规定，“保险利益是指投保人或者被保险人对保险标的具有的法律上承认的利益。人身保险的投保人在保险合同订立时，对被保险人应当具有保险利益。财产保险的被保险人在保险事故发生时，对保险标的应当具有保险利益。”进一步解读如下：

人身保险的保险利益考量的是投保人非被保险人，考量的时点是订立合同时非出险后。该问题符合常规理解，没有任何争议。

但是，财产保险的保险利益考量的是被保险人而非投保人，考量的时点是出险后而非订立合同时。之所以做这样的规定，主要是考虑到一些特殊情形，比如涉外的水险业务，双方约定以 CIF 方式结算，投保人是国内的卖家，被保险人是国外的买家，此财产保险的投保人和被保险人就是两个不同的主体。投保时标的物所有权归投保人，被保险人没有保险利益，但出险时标的物所有权已归被保险人，所以规定被保险人在出险时必须要有保险利益。

通过以上解释，就能理解《保险法》第12条为何要把保险利益的

考量主体写成“投保人或者被保险人”两类人。其实从通常意义上讲，财产保险和人身保险的保险利益都是考量“投保人”的。但在财产保险领域，为兼顾上述特殊情形，所以立法时写成了“被保险人”。通常情形下财产保险的投保人就是被保险人，如此写法对于通常情形没有本质差别，但是能涵盖到涉外水险等特殊情形，这是财产保险领域在立法上的良苦用心。

（二）一审判决两次滥用保险利益原则释法说理，但都是在说和保险利益无关的理，是低级错误。

1、把保险利益错误理解成“求偿保险金的权利”

一审判决第3页最后一段，把本案的争议焦点认定为“原告是否系案涉保险合同的被保险人从而享有保险利益”，犯了法理上的低级错误。保险利益原则解决的问题，是投保人能不能向保险人投保，以及保险人能不能接受投保人的投保。但是一审判决在此处分析的问题却是，被保险人能不能向保险人求偿。法官在此处想表达的意思是，一审原告是被保险人，从而对该份保险享有求偿保险金的权利，可见一审法官把保险利益理解成了“求偿保险金的权利”。保险利益的本意是判断投保人是否有投保权，但在此处被理解成被保险人是否有理赔权。另外，法官可能看到《保险法》第12条对保险利益的考量主体还包括“被保险人”，其内心为一审原告预设了被保险人身份，所以误以为可以这样判决。但前文已经分析，人身保险的保险利益考量的是投保人非被保险人，《保险法》第12条提到的“被保险人”是财产保险领域的特殊之用。一审法官由错误认识作出的判决，其结果肯定也是错误的。

2、把保险利益错误理解成“应享受到保险的保障”

一审判决第4页第一段的总结性论述上写道，“综上，本院认为，

原告作为投保工程项目的施工人员，劳动成果归于该工程，应具有保险利益”。此观点大错特错。其一，保险利益原则是法定的，《保险法》对保险利益的范围有明确规定，法官无权通过自己的个案分析创设新的利益范围。其二，此处法官想表达的意思是，一审原告在项目上务工，成果归于该工程，法官认为他应该享受到保险的保障。可见同样因为不理解保险利益，此处又把保险利益曲解成了“应享受到保险的保障”。很明显，用于判断投保人是否有投保权的保险利益，和此处法官想表达的意思没有任何关系。

可见，一审法官把保险利益原则运用于两处的释法说理，但却表达了两种不同的意思，两种意思都对应于和保险有关的利益，一审法官很可能认为“保险利益就是和保险有关的利益的统称”，但这不是保险利益这个特定法律概念的本意。在法理上对保险利益认识错误，但又不求甚解而滥用，所以出现了裁决上的错误。

（三）人身保险的保险利益在《保险法》第 31 条有明确列举，一审判决将和投保人没有劳动关系的人员认定为有保险利益，进而认定为适格的被保险人，该判决违反《保险法》。

1、《保险法》对保险利益范围的明确规定

保险利益原则是法定原则，我国的《保险法》对保险利益的范围有明确规定。具体见《保险法》第 31 条，“投保人对下列人员具有保险利益：（一）本人；（二）配偶、子女、父母；（三）前项以外与投保人有抚养、赡养或者扶养关系的家庭其他成员、近亲属；（四）与投保人有劳动关系的劳动者。除前款规定外，被保险人同意投保人为其订立合同的，视为投保人对被保险人具有保险利益。”

2、投保人和一审原告没有劳动关系，不具有保险利益

一审原告曾于 2021 年 9 月向嘉兴市秀洲区劳动人事争议仲裁委

员会提起劳动仲裁，要求确认和投保人之间存在劳动关系，但是未获仲裁支持。生效的仲裁裁决具有法律效力，一审判决也对该事实予以了确认。既然投保人和一审原告之间没有劳动关系，因此依据《保险法》第 31 条第四款，本案的投保人对一审原告没有保险利益，不能为一审原告投保人身保险，即使投保了也无效。

3、一审判决是违反保险利益原则的违法判决

法官断案应依据法律，不能想当然地突破法律，更不能以自己的理解去曲解法律。法律已经很明确地把此类保险的保险利益限定于和投保人有劳动关系的人员，一审判决却以一审原告“是项目上的施工人员”，以及“劳动成果归于该工程”为由，在本案中创设出了一个没有法律依据的保险利益，进而认定一审原告是被保险人，判决我方承担保险责任。所以此判决是违法判决，恳请上级法院予以纠正。

二、一审判决的三条释法说理的理由，都是和争议无关或不能成立的理由

（一）关于投保人投保目的的分析，对判决结果不具有说明力

第一条理由，是对投保人投保目的的分析，虽然正确但是对判决结果不具有说明力。投保人的投保目的确实是为了降低事故风险，但该理由从逻辑上不能说明为什么投保人必须要为没有劳动关系的一审原告进行投保。事实上，投保人为有劳动关系的人员投保，就是为了降低事故风险以达到他们的投保目的。

（二）关于被保险人范围的抒情言论，完全脱离了现行的法律

第二条理由，认为建筑行业的行业特点，如将本案建筑工程团体意外保险的被保险人限定于有劳动关系的劳动者，一线施工人员的合法权益无法保障。该理由是在抒发情怀，但不是在剖析法律。从法律角度讲，投保人只能为有劳动关系的人员投保，保险公司只能接受和

投保人有劳动关系的人员的投保，双方都要依法办事，所以整个保险行业的此类保险产品都是这样设计的。法官的言中之意我们何尝不理解，但一线施工人员的权益保障需要政府和社会各界从多个方面采用多种渠道共同努力。对于保险公司来讲，我们依法设计保险产品，依合同承担保险责任，就是在承担我们能承担的那部分社会责任。所以法官抒发情怀但是不讲法，似乎还在指责保险公司不担社会责任，让我们深感遗憾。

（二）对《保险法》第 17 条和第 30 条的运用均系错误

第三条理由，认为没有证据证明我方已把劳动关系（是否排除劳务关系）、施工企业（是否排除转包和分包）两个问题作出明确的解释和说明，所以应作有利于投保人的扩大解释。该理由是动用了《保险法》第 17 条和第 30 条，但是该理由同样不能成立。

其一，劳动关系和劳务关系泾渭分明的两种关系，普通人都理解，既然保险合同写明承保前提是要和投保人有劳动关系，自然是排除了劳务关系，按通常理解该问题不会产生争议。

其二，保险合同 1.2 条款明确约定以施工企业为投保人，本案的投保人就是鸿翔一个主体，合同里的施工企业当然就是鸿翔一个主体，不可能包括经鸿翔分包或转包的其他企业。所以从文义上看，该问题也不会引起争议。

其三，关于我方是否尽到解释和说明义务的问题，因该问题未经一审审理，我方没有机会在庭审中对该问题直接作出答辩。但是一审判决却径自作出这样的认定，实质上是剥夺了我方的答辩权利。事实上我方尽到了解释说明义务。按《保险法》的规定，说明义务的履行有口头和书面两种方式，本案的合同条款表述非常清晰，本身就是书面方式的说明，另外我方也做过口头说明。而且，投保人在投保单上

的签字盖章，依据《保险法司法解释二》第 13 条规定，也是我方履行了说明义务的法定证据。该投保单我方已在一审程序中向法庭提交，一审法官应理解其证明作用，不应得出我方“未有证据证明已作出明确说明”的结论。

其四，投保人没有参与诉讼，没有就上述两个问题提出过和我方不同的理解，可见投保人和保险人就上述两个问题没有理解上的争议，本案不需要启用《保险法》第 30 条做争议条款的释义。法官本应是居中的裁判者，但是一审法官判我方败诉心切，居然从居中的位置离身下场，站在投保人一边，代表投保人提出了所谓的条款理解争议，再返身回到居中位置，裁决该争议对投保人有利。但是，投保人自始至终都没参与其中，对此也不知情。我方认为一审法官立场不公，此举亦极为不当，恳请上级法院予以纠正。

三、保险合同合法有效，我方在本案中无任何赔偿责任

1、保险条款都是向监管部门报批或备案的。依据保险条款而达成的保险合同，是保险双方当事人的合意，也是双方真实意思的表示。依法成立的合同受法律保护，应该得到全面履行。因此，本案的投保人是谁、保险人是谁、被保险人是谁、保险的权利义务又是如何等问题，都应按已生效的保险合同来认定。

2、如果一审法官认为保险合同在条款设计上不合理，可以通过其他方式表达意见，我们也愿意配合法官向上级积极反映意见。但是就本案来讲，保险合同已经成立且合法有效，法官应尊重已生效的合同，也就是尊重投保人和保险人的原始合意，不能动用司法裁决的权利任意突破合同的底线，因为合同的底线也是法律的底线。

3、保险合同明确约定被保险人是和投保人具有劳动关系的人员，这是依据《保险法》而设计的条款。如果我方将和投保人不具有劳动

关系的人员也作为被保险人进行承保，才是违法的行为。我方再次强调，投保人只能为有劳动关系的人员投保，保险公司只能接受和投保人有劳动关系的人员的投保，这是在遵守国家法律的规定。如果司法裁判突破了这一原则，是违法的裁判。

4、从法理层面上讲，本案的投保人和一审原告之间没有劳动关系，不存在保险利益，所以投保人无权为一审原告投保，即使投保了也无效。从事实上讲，本案保险双方的合意是为和投保人有劳动关系的人员提供保险保障，本案的投保人根本没有为一审原告投过保。因此一审原告不是本案保险合同的被保险人，无权向我方主张该保险合同项下的理赔责任。

综上所述，本案的一审判决在法理认识和法律适用上均存在重大的错误，判决结果严重侵害了我方的合法权益。为维护自身权益，我方特向贵院提起上诉，恳请依法撤销一审判决，驳回被上诉人的全部诉讼请求。

人保寿险浙江省分公司与蔡某玲等保险纠纷案

北京盈科（杭州）律师事务所接受中国人民人寿保险股份有限公司金华市中心支公司的委托，指派本人担任其与蔡某玲、涂某龙、潘某月的人身保险合同纠纷一案的代理人。本人根据事实和法律，结合本案的争议焦点，发表代理意见如下：

一、保险合同的订立情况

（一）双方关于保险责任的约定

投保人向我方投保了百万身价惠民两全保险（保额 14 万），以及附加百万身价惠民意外伤害保险（保额 6 万）。保险费已全额缴纳，保险合同已生效。

百万身价惠民两全保险的保险责任有以下三项：其一，一般身故或全残，按所交保费（不计利息）的 105% 给付保险金；其二，因意外伤害导致的身故或全残，按 2 倍保额给付保险金，意外伤害指“外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件”；其三，因自驾车导致的身故或全残，按 10 倍保额给付保险金。

附加百万身价惠民意外伤害保险的保障范围，仅针对“自驾车”和“公共交通工具”两类意外，因此和本案无关。

（二）保险合同合法有效，受法律保护

投保时，我方已按法律规定履行了对保险责任、责任免除、特别约定等条款的说明义务。投保人也在投保资料上签字，确认已阅读过投保提示，确认销售人员已经向其明确说明过保险责任、责任免除、特别约定等条款。《保险法司法解释二》第 13 条规定，投保人对保险人履行了符合本解释第十一条第二款要求的明确说明义务在相关文

书上签字、盖章或者以其他形式予以确认的，应当认定保险人履行了该项义务。

因此本案的权利义务约定清晰，我方履行了法定的说明义务，保险合同中的保险责任、责任免除、特别约定等条款均生效，保险合同受法律保护，应得到全面履行。

二、我方的赔付符合保险合同的约定

（一）被保险人因突发疾病而死亡

原告方提交的关于被保险人死亡的两份书面证据，是泗阳县公安局穿城派出所出具的《非正常死亡证明》，以及泗阳运北医院站出具的《泗阳县急救中心院前医疗急救病历》。

穿城派出所出具的《非正常死亡证明》，只能证明死亡的性质是“未发现他杀”，但未提及死亡的具体原因，因此不足以认定被保险人的死亡原因。运北医院站出具的《急救病历》，描述了被保险人死亡时的情形是“躺在床上看手机时突发晕厥，由他人呼喊无任何回应”，疾病类型是“心搏骤停”，病情记录是“车到患者已心跳呼吸停止”，被保险人的既往史里明确记录其有“心脏病、糖尿病、高血压”。

可见被保险人本身患有心脏病，以及和心脏病相关的其他疾病。事发当天，被保险人在家中休息时（躺在床上玩手机）因突发心脏类疾病而死亡。医院出具的《急救病历》是被保险人死亡原因的权威证明，该病历指向的死亡原因都是疾病因素，没有体现出意外因素，原告方申请理赔时依据的也是该份病历。因此，本案的被保险人因疾病而死亡，该问题证据确凿。

（二）我方已按合同约定履行了保险责任

因突发疾病而死亡，在百万身价惠民两全保险中属于一般身故。

投保人每年交费 3178 元，连续交费 5 年，合计交费 15890 元。按保险合同约定，一般身故的保险责任是所交保费（不计利息）的 105%，因此我方在本案中的赔付责任是 15890×1.05 即 16684.50 元。我方已经向原告方支付了上述赔偿金，保险责任已经履行完毕。

三、原告方关于意外身故的主张不应被认可

（一）是否发生意外事故等事实是存疑的

原告方提供的用于证明存在意外事故的证据是证人证言，但是该证言不应该被法庭采信。理由如下：

1、从身份关系上看，证人汤某女跟随被保险人从金华远赴江苏宿迁，帮助被保险人管理工程项目，可见其与被保险人的关系非亲即故，是非常要好的朋友关系。因汤在身份上不具有独立性，如果没有其他证据予以佐证以形成有效的证据链，汤的单方陈述不一定具有客观性。

2、除了缺乏独立证人的证言外，事发现场也无音频、视频等影像证据加以佐证，事故本身也没有得到公安、交管、消防等相关政府部门的认定，不能仅凭汤的单方陈述就认定案件的全部事实。

3、证人在庭上几次陈述被保险人摔落时是“头朝下”，又说被保险人摔落时挖机离地有两米高。如果被保险人真是从这么高处“头朝下”摔落，事故当场就是难以描述的惨烈现场，可见证人关于摔落情形的描述不是事实。该问题是一个不容模糊的核心问题，即便发生过摔跤的意外，不能把普通的摔跤混淆成严重的摔跤，进而主张摔跤是导致身故的主因。如果对该问题没有其他明确的证据加以佐证，证人的单方陈述达不到其证明目的。

4、证人在庭上还陈述说被保险人摔落后曾昏迷。但在 3 月 23 日接受我方人员访谈时，却表示“当时被保险人自己从地上爬起来”（见

《面访笔录》第2页)。我方人员曾询问“当时摔下来的第一时间，他人是什么状态”，汤回答“他爬起来，我问他有没有事，他说有点不舒服去睡一下”(见访谈录音第8分钟处)。后来我方人员再次询问“当时他是自己爬起来的吗”，汤再次回答“嗯，他是爬起来的”(见访谈录音8分20秒处)。汤在接受访谈时根本未提及昏迷一事，被保险人摔倒后是自己爬起来，但在庭上却说被保险人摔倒后昏迷，很明显是在庭上夸大了事故的严重性。

5、证人还陈述说被保险人在该日五点多摔跤，然后回去睡了一个多小时，再起来看证人和其他人员插苗。但事发当日是三月，被保险人睡醒后天色已黑，证人关于插苗的陈述不合常理。该问题虽不是核心争议，但可从侧面证明本案证人证言的可信度不高。

6、证人的多处陈述反而能证明被保险人系死于疾病。其一，被保险人摔落时是“头朝下”，这不是正常的摔跤姿势，此时极像是心脏病作用下的身体失控，这是白天时心脏疾病的一次发作；其二，被保险人平时都在吃药(侧面佐证了病历里提到的既往病史)，事发当天没有吃药，这是夜间心脏疾病二次发作的重要诱因；其三，被保险人在摔跤后休息一下又好了，旁人问他要不要去看医生，被保险人说没事不用看医生，这极像是心脏疾病两次发作的间歇性缓解，也能证明白天的摔跤并不是导致夜间死亡的主因；其四，被保险人死亡前出现皮肤紫瘀、身体抽搐等情形，也符合心脏疾病发作的病征。

综上，我方认为被保险人是否真的发生过意外，以及该意外(即便发生过)是不是足以导致身故的严重意外，两个问题都是存疑的，不应得到法庭的认可。

(二)即便存在意外事故，意外事故也不是死亡的主因

退一步讲，即便原告方提供的证人证言属实，也只能证明被保险人在死亡的数小时前曾在工地上摔过一跤，但是不足以认定摔跤和死亡之间存在直接的因果关系，更无法认定死亡的主因就是意外。

1、不符合医理

心脏病分为先天性心脏病、风湿性心脏病、冠心病、心肌病等种类，先天遗传、风湿热感染、吸烟酗酒等不良生活习惯、精神压力过大、高血压、高血脂、高血糖等因素，都是造成心脏疾病的原因。但是，医理上没有因摔了一跤而导致的心脏病。所以因摔跤而导致心脏病，再因心脏病而死亡的观点不符合医理。

2、不符合常识

即便被保险人确实曾在工地上摔过一跤，但被保险人不是死亡于摔跤的现场。相反，被保险人在摔跤后还能起身、回家、吃饭、出来看证人插苗、再回去玩手机，从摔跤到心脏骤停的时间间隔非常长。此间被保险人一直处于正常的状态，做了很多事情，直到夜间十点多才发生了心脏骤停。依普通老百姓的生活常识，死亡原因也应是心脏病突发，很难会把心脏骤停的结果归因于五个小时前的摔跤。

3、不符合保险合同的约定

保险合同约定，意外伤害指“外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件”。本案被保险人的死亡原因是内在疾病，不符合“外来的”和“非疾病的”两项特征，因此本案的事故不是意外伤害导致的身故，原告方无权主张意外身故赔偿金。

4、不符合保险近因原则的法理

所谓的保险近因，指造成损失的最直接、最有效、起主导或支配作用的原因。如果是单一原因导致的事故，该原因就是保险近因。如

果存在几个连续发生的原因，应认定初始原因为保险近因，但必须证明几个原因之间的因果关系没有中断。

本案依据医生出具的《急救病历》，造成被保险人死亡的原因就是心脏病导致的心脏骤停，所以我方认为本案是由单一原因导致的事故，导致死亡的近因就是疾病。

本案即便真的发生过意外事故，似乎存在摔跤和心脏病两个事故原因，原告方似乎可以主张由摔跤导致心脏病、再由心脏病导致死亡，从而主张摔跤是近因。但是这个逻辑同样也不能成立，因为原告方无法证明由摔跤导致心脏病的因果关系，因果关系发生了中断，所以此种情形下也不能认定摔跤是导致死亡的近因。

（三）本案明显不属于意外身故的情形

为便于对比，我方再对意外身故的情形予以举例。其一，如果被保险人是直接死亡于摔跤事故现场，那肯定是因摔跤而导致的意外身故。其二，如果被保险人平时身体健康，事故当天因摔跤导致了某种致命的疾病（比如脾脏破裂），夜间再因该疾病导致身故，也可以接近因原则认定为意外身故，属于保险合同约定“自意外伤害发生之日起在 180 天内因该意外伤害导致全残或死亡”的两种情形，我方都有按意外身故予以赔付的责任。但是本案明显不属于上述两种情形。

四、原告方关于延迟支付保险赔款的利息诉求也不能被认可

主要原因在于，我方不需要承担意外身故赔偿金，因此也不需要承担意外身故赔偿金的延迟支付利息。

其次，原告方在报案时提交了 2 份资料计 2 页，在申请理赔时提交了 10 份资料计 11 页，在我方访谈汤国女时汤提交了 1 份笔录计 2

页。应庭审要求，我方已将上述资料提交于法庭。但汤在笔录中的陈述和在法庭上的陈述不完全一致，而且在汤指向的事故现场也没有看到深井和挖机，只看到一个河塘。可见所谓的意外事故全程都是原告方的口述，仅凭口述无法核实其真伪。包括报案时原告方提交的汤和四位工友的证言，也是口述，而且连签名人的身份和签名都无法核实真伪，更无法核实证言的真伪。相反，医生出具的病历却能证明被保险人是因疾病而死亡。所以我方只能按一般死亡予以赔付。

五、其他和庭审有关的问题

（一）原告方的诉讼主体资格仍然存疑，相关证据需要补正

该保险的受益人是被保险人的配偶、父母和子女，但是本案的原告方没有提交关于子女身份的证明材料，导致涂某龙是不是被保险人的子女，以及被保险人是否还有其他子女（包括亲子女、养子女和有扶养关系的继子女）等问题无法得以证实。因此，本案存在原告的诉讼主体不适格、遗漏必要的诉讼参与人等问题的可能性，原告方有责任就该问题补充提供有效的证据。

（二）关于健康问询和告知问题，和本案的争议无议

原告方在庭审时提出的关于投保时的健康问询和健康告知问题，因我方已经支付了疾病赔偿金，所以和本案的争议无关。具体地说，该争议在于，如果我方在投保时没有问询对方的健康情况，我方就有支付疾病赔偿金的义务，如果我方问询后对方没有如实告知，我方就有拒赔疾病赔偿金的权利。可见该争议是针对我方是否应支付疾病赔偿金的争议。本案我方已经支付了疾病赔偿金，也就不存在这个层面上的争议。

（三）原告方因自身原因无法提交意外事故的确凿证明，并非因

我方未作说明而漏交

原告方曾来我公司申请理赔，我方的工作人员明确告知原告方理赔需要提交的资料，我方不需要就该问题向原告方作隐瞒。我方的理赔资料是通过手机用电子方式提交的，理赔时需要提交的资料也是在程序上设定好的。如果理赔资料不齐全，程序本身无法完成提交。资料在提交前也是经过原告方确认的，如果原告方还有能提交而未提交的其他资料，最后的提交也是无法完成的。

我方在出具理赔通知前还主动联系过原告方，提前告知了我方的理赔决定，原告方表示要咨询一下律师。如果当时原告方还有其他资料可以提交，在我方出具正式的理赔通知前也是可以继续提交的。

所以原告方其实已经提交了所有能提交的资料。之所以没有提交意外事故的确凿证明，是因原告方自身的原因提交不了，不是因我方工作人员未作说明而漏交。

（四）医生出具的《急救病历》不应被原告方无端质疑

医生出具的《急救病历》里提及，被保险人存在心脏病等既往症。原告方在庭上主张医生记录的既往症不实，但原告方没有提交相反的证据证明其主张。病历是原告方在申请理赔时提交的证据，也是在起诉时提交的证据，是本案的有效证据，我方亦相信医生的职业素质和专业能力。证人汤某女作证时也说过被保险人每天都要吃药，证人证言是对病历记录的佐证。如果原告方还要质疑病历的真实性，应提供相反的证据证明其主张，否则该主张不应得到法庭的支持。

综上所述，本案的保险合同权利义务约定清晰，保险合同受法律保护，现有的证据能够证明被保险人系因自身疾病原因导致的身故，原告方关于意外身故的主张缺乏证据支持，又不符合医理、常识、保

险合同约定和保险近因原则的法理，不应得到法庭的认可。鉴于我方已经完整地履行了保险责任，恳请贵院维护我方的合法权益，驳回对方的全部诉讼请求。

本人接受中国人民人寿保险股份有限公司金华市中心支公司的委托，就本案发表补充代理意见如下：

一、关于第二次庭审的质证意见

（一）证人证言只能证明被保险人在死亡当日曾摔倒，不能证明摔倒的严重程度，更不能证明被保险人是因摔倒而死亡

1、本案的意外事故究竟是普通事故，还是足以导致被保险人死亡的严重事故，取决于被保险人摔倒时的具体情形。因为朱某洪只看到被保险人摔倒后的情形，所以汤某女是能证明被保险人如何摔倒的唯一证人。朱某洪表示被保险人是从挖机履带上摔落的，汤某女表示被保险人是从挖斗上摔落的，两个证人证词不一致，也应以后者的证词为准。

2、汤某女在第一次庭审时，因表达上的错误，造成了被保险人是从两米高处头朝下摔倒的错误印象。如果事实果真如此，被保险人大概率应死亡于事发当场，而不是五个多小时后的心脏疾病，可见汤某女在第一次庭审时的陈述不是本案的客观事实。

3、原告方向我方报案后，我方的调查人员曾在事发现场访谈过汤某女。汤在事发现场亲手比划并陈述了被保险人摔倒的全过程，有视频为证。被保险人系从汤某女受访时的位置，滚落到一个斜坡的下方，所谓的两米高度是指滚落的距离。我方的调查人员已将视频截图，并根据汤某女的比划，在图中用红字标注出了几个关键位置，该视频

和截图都已作为证据提交给法院。

4、还原本案的事实，被保险人从挖斗下来时摔倒，真正摔倒的那个瞬间，挖斗的位置在截图中汤某女所在的路面位置，挖斗的高度也是贴近路面的。摔倒的姿势是头朝下，应是心脏疾病发作时的身体失控。倒地本身是轻微的，但因路边有一个泥地斜坡，被保险人沿着坡道滚了下去，滚动的距离是两米左右（见汤在视频第 20 秒处的陈述）。可见被保险人并不是直接从两米高处头朝下摔落，而是先有一个轻微倒地，后又沿斜坡滚动了近两米的距离。这是本案的客观事实，朱某洪表示事发地点是一个斜坡，也是对该事实的佐证。

5、我方调查人员在现场拍摄的视频，显示事发的地面是软质的泥地，不是硬质的水泥地。朱某洪表示被保险人起身后身上一塌糊涂，是很脏的意思，也能证明被保险人是在泥地里打过滚。从两米高处头朝下摔落于硬质的水泥地，很可能当场死亡，但在软质的泥地上滚动两米是不可能导致死亡的。所以用常识推断，也能证明本案的意外事故不是严重的事故，不足以导致被保险人死亡。

6、朱某洪看到被保险人时，被保险人用手撑着泥坑的外沿，说明身体是半挂状态，被保险人当时还有半挂的力气，也没有因丧失意识而昏迷。从坑里起身后，被保险人能够单独坐立，旁人问他要不要送医，被保险人表示不需要。汤某女在接受我方调查人员面访时，也表示被保险人在摔倒后是自己爬起来的。证人的上述陈述，也能证明本案的事故性质并不严重。

综上，原告提供的证人证言只能证明被保险人在死亡当日曾经摔倒，但不能证明摔倒的严重程度，更不能证明被保险人是因摔倒而死亡。相反汤某女在接受我方调查时的陈述，能证明摔倒本身并不严重，

摔倒不可能是导致被保险人死亡的主要原因。

（二）医生出具的关于死亡原因的专业意见，应被法庭优先采纳

汤某女是被保险人的雇员，和本案的原告方有较为密切的关系，在身份上不具有独立性，而医生则是独立的第三方。所以从身份关系上看，法庭应优先采纳医生出具的意见。

被保险人的死亡原因是医学领域的专业问题，医生出具的意见是医学领域的专业意见。汤某女和朱某洪只能就当时的目击情况作出回忆，但没有能力就死亡原因作出医学上的判断。所以从专业角度看，法庭也应优先采纳医生出具的意见。

另外提请法庭注意，法官曾询问朱某洪，被保险人事发后哪个部位感觉不舒服，朱某洪比划了一个区域，大致对应于人体的右心室和右上胳膊。右上胳膊的不适，可能是滚动时外力挤压所致，但右心室的不适，可能就是心脏疾病的体现。可见夜间死亡的原因是心脏疾病（医生有专业意见），傍晚摔倒的原因可能也和心脏不适有关联，朱某洪的陈述是对医生意见的佐证。

二、关于健康问询和告知问题的补正

原告方在第一次庭审时提出的关于投保时的健康问询和健康告知问题，和本案的争议无关。如果本案的保险是重大疾病保险，该问题就有可能发生争议。但本案的保险是意外保险，意外险的保险责任不是意外事故，因疾病导致的死亡不是意外险的保险范围。所以意外险在投保时不注重对被保险人的健康问询，也不要求被保险人就健康状况向保险人作详细告知。先前提交的代理意见在观点上是正确的，但关于“我方已经支付了疾病赔偿金”的陈述有误，现作出补正。

三、关于被保险人死亡原因的补充意见

导致被保险人死亡的主要原因是疾病，先前提交的代理意见已从医理、常识、合同约定和保险近因四个方面作出了陈述，现增加一点意见。

本案的被保险人有心脏疾病在先。即便被保险人曾在死亡当日发生过意外事故（在泥地上滚落两米，不是在硬质地面上头朝下摔落两米），意外事故的作用只是诱发了在先的心脏疾病，导致被保险人于夜间死亡，心脏疾病。所以在认定保险责任时，仍应认定疾病是死亡的主因，意外事故只是诱因。

此类纠纷法院系统有类似的在先判例。以（2020）浙 01 民终 7878 号为例，被保险人有心脏疾病，某日驾车外出时因车祸受撞击，下车和对方理论时突发心脏病而死亡，西湖区法院和杭州中院都判决死亡的主因是疾病，意外事故只是诱因，保险公司不需要承担意外责任。该案因死亡过于突然，被保险人来不及就医，只能事后通过司法鉴定得以确定心脏病的死因，本案经医生现场施救，有医生出具的第一手的临床诊断结论，本案的心脏病死因比该案更为确凿。另外该案的疾病发作时间和意外时间只间隔几分钟，本案的疾病发作时间是在意外事故后的五个小时，本案在死亡主因的认定上更容易排除意外因素。虽然我们找不到完全相同的两个案例，但该案和本案总体一致，裁判思路可供本案借鉴。

以上补充意见，恳请法庭予以采纳。

人保寿险浙江省分公司与陈某波保险纠纷案

北京盈科（杭州）律师事务所接受中国人民人寿保险股份有限公司浙江省分公司的委托，指派本人担任其与陈某波的人身保险合同纠纷一案的代理人。本人根据事实和法律，结合本案的争议焦点，发表代理意见如下：

一、根据《保险法》第 16 条，我方有权不支付保险金

（一）原告在投保前就已患有与本案相关的肠道疾病

1、原告投保前曾在邵逸夫医院查出肠道炎症

2021 年 8 月 8 日，原告因肛周感染在邵逸夫医院做了肠道 CT 检查，医生的诊断意见是“右下腹节段小肠壁水肿增厚，强化明显，系膜侧血管增多并淋巴结显示，炎症病变考虑”。

2、原告的肠道炎症具有克罗恩病的明显症状

克罗恩病是众多肠道疾病中的一种病症，是消化道的慢性、炎性、肉芽肿性疾病，多见于回肠末端和邻近结肠，病灶多呈节段或跳跃性分布，可致肠壁变厚、肠腔狭窄、肠道穿透。从医生的诊断结论看，原告的肠道炎症具有克罗恩病的明显症状，具体表现为：

（1）性质相同。克罗恩病和原告 CT 诊断的病症，性质上都属于肠道的炎症。

（2）发病部位相同。原告 CT 显示，其炎症部位在右下腹。克罗恩病常见病发于回肠末端和邻近结肠的部位，该部位大致就是人体的右下腹。

（3）病灶相同。原告 CT 显示，其右下腹的小肠壁水肿增厚，强化明显，符合克罗恩病“肠壁变厚”的特征。

(4) 分布状态相同。普通的肠道溃疡是一整片连续分布的，克罗恩病的病灶是节段不连续分布的。原告 CT 显示，其肠壁增厚是节段分布的，可见原告的病症符合克罗恩病的特征，不是普通的肠道溃疡。

克罗恩病是一种慢性的肠道炎症，有几个月甚至几年的潜伏和缓慢发病期。根据邵逸夫医院的诊断，原告克罗恩病的症状始于 2021 年 8 月。

(二) 原告在投保时故意不履行如实告知义务

1、原告在投保时未向我方履行如实告知义务

2021 年 10 月，原告主动向我方投保医疗险。因其当时已患有肠道疾病，该投保属于带病投保。按《保险法》第 16 条的规定，原告有义务就其患病情况向我方作如实告知。但是，当我方用书面方式询问原告“过去 6 个月内是否接受过医生的诊断、检查和治疗”时，原告刻意隐瞒了其曾于 8 月份在邵逸夫医院进行检查诊断的经历，回复我方为“否”。显然原告在投保时未尽到如实告知义务，其行为违反了《保险法》第 16 条的规定。

2、原告不履行如实告知义务的行为，是出于主观上的故意

如果原告的投保是在接受邵逸夫医院检查之前，原告还不知道自己患有疾病，此时的投保就是正常投保。但在接受了邵逸夫医院的诊断检查后，知道自己已患有疾病，一个多月后马上投保了医疗保险，则是带病投保，原告主观上的投保动机是不单纯的。

原告投保时是我公司的业务员，不是普通老百姓，原告是自己为自己投保。原告对我公司的规章、流程、制度是非常清楚的，知道如果如实告知曾接受过医生的诊断检查，按我方的核保流程，我方必会要求其出具医生的诊断书，带病投保的实情是隐瞒不住的。我方在审

核了医生的诊断书后，可能直接拒绝承保，也可能对肠道疾病作除外责任后再承保，无论我方作何决定，原告带病投保的企图都是无法实现的。所以原告故意欺骗我方，虚假告知没有接受过医生的诊断检查，从而隐瞒了已患有肠道疾病的实情，骗取我方与其达成了违背我方真实意愿的保险合同。

（三）原告不履行如实告知义务的行为，已足以影响我方作出是否同意承保的决定

如果当时邵逸夫医院对原告出具的诊断结论是一切正常，原告身体很健康，即使原告没有对是否接受医生诊断的事项尽到如实告知义务，在实质上也不影响我公司作出是否同意承保的决定。

但是本案中邵逸夫医院已明确诊断原告患有肠道疾病，只要原告履行了如实告知义务，我方按正常流程会拒保，或将肠道疾病作为除外责任后再承保。所以本案中原告不履行如实告知义务的行为，已足以影响我方作出是否同意承保的决定。

因此，按《保险法》第 16 条的规定，我方有权解除保险合同，对合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任。

二、依据保险合同第 2.7.17 条，我方有权不支付保险金

（一）保险合同的免责条款约定明确

保险合同的责任免除条款（第 2.7.17 条）约定，“在本合同的生效之日前被保险人已存在但未如实告知的疾病、症状（包括外伤）或其复发”。

（二）我方尽到了提示和明确说明义务，免责条款有效

1、我方对该条款作出了加黑加粗的处理，已尽到了对免责条款的提示义务。

2、我方对免责条款也已尽到了明确说明义务。

(1)原告在投保资料上亲笔签字，确认我方已提供了保险条款，并单独就责任免除条款作出了明确说明。《保险法司法解释二》第13条第2款规定，“投保人对保险人履行了符合本解释第十一条第二款要求的明确说明义务在相关文书上签字、盖章或者以其他形式予以确认的，应当认定保险人履行了该项义务”，本案原告在投保资料上的签字，按司法解释的规定，是我方履行了明确说明义务的证据。

(2)原告投保时是我公司的业务员，原告投保的险种是自己销售的险种，原告对自己销售的保险产品的概念、内容和法律后果当然也是清楚的，理所当然应视为我方已向投保人履行了明确说明义务。

综上所述，本案的免责条款（第2.7.17条）约定明确且有效。

(三)本案的情形符合保险合同约定的免责情形

本案的原告在投保时已存在肠道炎症的疾病，而且其症状符合克罗恩病的症状（前文已述），但原告投保时未向我方作如实告知。本案的情形属于在合同生效前已存在但未如实告知的疾病和症状，符合保险合同约定的免责情形，我方也有权不承担给付保险金的责任。

三、即便我方放弃拒赔，原告只能获赔3812.72元，抵扣退费后实际仅能再获赔2976.72元

即便我方放弃拒赔权，原告也只能要求我方再支付2976.72元，计算如下：

原告共发生费用41080.78元，剔除自理自费的622元特需费用（见保险合同7.3条款），再剔除医保支付的26646.06元，再剔除保险合同约定的免赔额10000元（见保险合同附表一），原告实际可获赔3812.72元。但如果我方同意赔付，是不需要向原告退费的，所以

我方已支付的 836 元退费应予以扣回，因此原告实际还能获赔 2976.72 元。但这是以我方放弃拒赔权为前提而进行的测算，我方声明在本案中不放弃拒赔权。

四、其他庭审中的问题

1、对方在庭审中强调不知道存在这份 CT 检查单，该意见不符合常理。既然做过 CT 检查，肯定知道有这份检查单。即便真的不知道，也属于对方的重大过失。因重大过失未尽到如实告知义务，且足以影响保险公司作出是否同意承保的决定，保险公司仍有解约和拒赔的权利，法律依据也是《保险法》第 16 条。

2、克罗恩病是一种慢性的肠道炎性疾病，虽然病人自身的不适是逐渐感受出来的，但影像学上的症状却在投保时就已显现。在合同生效前已存在症状但未如实告知，符合免责条款约定的免责情形。

3、人身保险包括人寿、重疾、医疗、意外等险种，其中医疗险对如实告知的要求最为严格。投保时有肠道炎症且处于发病期，医疗保险是不会按标准体承保的，肠道疾病会作除外处理。所以如果原告履行了如实告知义务，克罗恩病不会被列入承保范围。原告了解我方的承保规则，所以故意隐瞒了病情。司法的价值在于惩戒欺诈，所以不应支持此类不诚信行为。

综上所述，原告在获知患病后一个多月带病投保，并利用对公司投保规则的了解，故意隐瞒患病事实，未尽到如实告知义务，且足以影响我方作出是否同意承保的决定，按《保险法》第 16 条的规定，我方有权解除合同并不承担给付保险金的责任。同时根据保险合同的免责条款（第 2.7.17 条），我方也不需要承担给付保险金的责任。恳请贵院维护我方的合法权益，驳回对方的全部诉讼请求。

人保寿险浙江省分公司与张某保险纠纷案

北京盈科（杭州）律师事务所接受中国人民人寿保险股份有限公司浙江省分公司的委托，指派本人担任其与张某的人身保险合同纠纷一案的代理人。本人根据事实和法律，结合本案的争议焦点，发表代理意见如下：

一、原告在投保前已患有冠心病等心脑血管类的疾病

（一）原告投保前的求诊情况

1、我方的举证

我方的举证，能证明2020年7月至2022年12月间，原告曾因“冠状动脉粥样硬化性心脏病”就诊5次，因“冠状动脉缺血”就诊7次，因“心律失常”就诊12次，因“脑血管病”就诊4次。其中2022年6月和7月，即原告向我方投保前的三个多月，原告先后两次去分水卫生院（即桐庐第二人民医院）求诊，医生的诊断结论均为“冠状动脉粥样硬化性心脏病”，通常简称为冠心病。

纵观原告所有的诊断纪录，原告最早求诊“冠状动脉粥样硬化性心脏病”是在2020年8月4日，在投保前共求诊5次。其他“冠状动脉缺血”、“心律失常”、“脑血管病”等，都和冠心病具有较强的关联性，是伴随于冠心病的常见症状。

2、原告的举证

原告8月11日向法庭补充提交的证据，也能证明原告在2022年1至10月间，曾4次配药“血塞通”，4次配药“黄芪生脉饮”，它们都是治疗冠心病的药物。其中，“黄芪生脉饮”具有益气滋阴、养心

补肺的功效，主要用于治疗气阴两虚、心悸气短的冠心病等疾病，“血塞通”具有活血化瘀、通脉活络的功效，可增加心脑血管流量，主要用于治疗中风、冠心病、心绞痛等疾病。所以原告 8 月 11 日的补充举证，构成原告投保前患有冠心病的自证。

（二）上述求诊应系原告本人所为

原告上述 28 次的求诊，有 18 次发生在医院。医院是需要医生对病人进行问诊的，所以上述求诊应系原告本人所为。共有两家医院何、王、丁、汪、何五位医生给原告做过诊断，相信五位医生不会同时在工作中出错，也能进一步证明原告在投保前患有相关疾病。

二、我方有权解除保险合同

（一）原告投保时未履行法定的如实告知义务

两份保险在投保时，我方在投保单“告知事项”的“病史告知”栏，曾询问原告“是否患有或接受治疗过下列疾病：a、高血压、先天性心脏病、风湿性心脏病、心内膜炎、冠心病、心肌梗塞、心律失常、心肌炎、脑血管疾病”，原告回答“否”。

从事后查实的情况看，至少在冠心病、心律失常、脑血管疾病三项问询上，投保时原告未能履行法定的如实告知义务。

（二）原告的行为足以影响我方作出是否同意承保的决定

以寿命为承保标的的人寿保险，或以意外事故为承保标的的意外保险，此类情形或许也能被承保（也要按保险公司的询问做如实告知）。但是以健康为承保标的的重大疾病保险和医疗保险，因投保前已患有相应疾病，是不会被承保的。

本案原告投保的是重大疾病保险，但在投保前已患有心脑血管类的疾病。如果原告如实告知，我方一定会调阅原告的医保记录，从而

发现原告的频繁求诊行为并拒绝承保。可见，原告未履行如实告知义务的行为已足以影响我方作出是否同意承保的决定。

（三）投保前体检不能免除原告的如实告知义务

保险法司法解释三第 5 条规定，“保险人在合同订立时指定医疗机构对被保险人体检，当事人主张投保人如实告知义务免除的，人民法院不予支持。保险人知道被保险人的体检结果，仍以投保人未就相关情况履行如实告知义务为由要求解除合同的，人民法院不予支持。”

本案我方曾组织原告进行投保前体检，但检查项目是“血常规”和“甲状腺功能”，没有组织对冠心病的专业检查，不存在明知原告投保时患有冠心病却仍愿意为其承保的情形。如实告知义务是原告应履行的法定义务，尽管原告参加了我方组织的投保前体检，原告仍应履行其对我方应尽的法定义务。

（四）我方有权解除保险合同

我国《保险法》第 16 条第 2 款规定，“投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除合同。”第 3 款规定“前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。自合同成立之日起超过二年的，保险人不得解除合同”。

原告未履行如实告知义务的行为已足以影响我方作出是否同意承保的决定，所以我方有权依据《保险法》第 16 条第 2 款解除保险合同。同时我方的解约行为发生在合同成立后两年内，以及知道解除事由之日起 30 日内，没有违反第 3 款的限制性规定。所以我方的解约行为合法有效，原告的诉求 1 应予以驳回。

（五）本案亦不存在保费豁免的争议

保险合同已被解除，合同关系自解除通知送达原告时已不处于存续状态。因此本案不存在保费豁免的争议，原告的诉求 3 也应同时予以驳回。

三、我方有权拒赔且不退还保险费

（一）不履行如实告知义务系因原告的主观故意

如果原告是不懂保险的普通人，投保时因不了解保险规则而未告知，此情形或可认为是主观上的过失。但原告曾是我方的业务员，接受过培训，做过销售有出单记录，领过销售佣金，知道投保时的健康告知要求。本案可以排除此类的过失情形。

原告在投保前两年内有 28 次的求诊记录，对自己的健康状况不可能不清楚。这个问题不存在模糊空间，可以排除因不了解自身健康状况而未告知的过失情形。

既然了解投保的规则，也充分地知晓自身的健康状况不符合投保要求，但是为了促成投保，原告故意不告知，该行为应认定为主观上的故意。

（二）我方有权拒赔且不退还保险费

原告基于解除合同前发生的保险事故提交了理赔申请。但是《保险法》第 16 条第 4 款规定，“投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿或者给付保险金的责任，并不退还保险费”。所以本案我方有权拒绝赔付保险金，且不必退还保险费，原告的诉求 2 也应被驳回。

综上所述，原告在投保前患有重大疾病保险不能承保的疾病，但原告故意不向我方履行如实告知义务，所以我方有权解除保险合同、不退还保险费、不承担保险责任。原告的诉讼请求均不能成立，恳请

贵院维护我方的合法权益，驳回对方的全部诉讼请求。

张某起诉中国人民人寿保险股份有限公司浙江省分公司的人身保险合同纠纷一案（2024 浙 0102 民初 XXXX 号），本人接受中国人民人寿保险股份有限公司浙江省分公司（以下简称“我方”）的委托，发表补充代理意见如下：

一、关于原告的身体健康状况

（一）投保时原告患有轻微的心脑血管类疾病

1、从药物性质、看病频繁、配药用量、症状特点、遗传因素等方面综合判断，原告在投保时已患有轻微的心脑血管类疾病，理由如下：

（1）原告配的药物虽是中成药，但都是治疗心脑血管类疾病的药物，而且都是处方药，按规是需要医生诊断后才能配备的，相信医生们不会违规执业。五位医生数十次给原告出具了疾病的诊断意见并配了大量的处方药，这是原告患有心脑血管类疾病的直接证据。

（2）对于轻微的心脑血管类疾病，普通心电图因只记录数十秒的心脏电流，在发作的间歇期内很难查出异常。反过来即便没有做过心电图检查，凭借医生的基本素质，根据原告的口述和现场的望闻问切，医生对这类轻微的心脑血管类疾病也会有一个基本的判断。

（3）从看病频繁看，原告心脑血管不适的症状不是偶发症状。从配药用量看，原告两年来合计的用药量不是普通的用药量。从症状的特点看，原告的不适体现在心脏跳动不规则、脑部供血不足等多个方面，不是单一症状。

（4）原告父亲有中风和高血压等病史，此类疾病和心脏类疾病同属于心脑血管类疾病。因家族遗传因素的影响，原告患此类疾病的

可能性要比普通人大。

所以我方认为原告在投保时已患有轻微的心脑血管类疾病，即便医院和医生不愿意表态，也不应影响对客观事实的认定。

2、分水卫生院和两位医生出于某些顾虑，不愿证明原告患有上述疾病，但医学常识和医生的医德又不允许他们作出原告身体健康的表态。所以他们证明了原告长期看病服药的事实，但不对原告是否患有心脑血管类疾病直接表达意见。因为他们的回避，不能把他们的证言作为原告未患有心脑血管类疾病的证据。

3、原告提交的药品从业人员健康检查、常规体检、开庭前检查（2024年8月18日）等材料，对于轻微的心脑血管类疾病不具有排除性的证明作用，具体理由在质证时都已表达。

4、原告提交的其父亲的病历资料，能证明原告存在家族遗传史，但不足以证明原告是为父亲配药。相反骨科医院医生的证言明确指出原告是因自身的症状而看病，分水卫生院医生的证言也具有同样的证明作用，如果原告陈述的是父亲的症状，医生会让其父亲到场，否则不会违规开具处方。

（二）退一步讲，即便原告不承认在投保时已患有心脑血管类疾病，但至少已具有疾病的症状，原告已不是完全健康的体征。

心脑血管类疾病是一个从无到有、从轻到重的发展过程。先是出现了疾病的症状，然后会因症状的加重而被确诊为疾病，再往后会发展成严重疾病。治疗手段也是逐步升级的，病情轻微时西医往往查不出来，患者大多通过中药延缓病情，病情严重后西医会介入，最严重时需要西医的手术治疗。

骨科医院医生的证言，证明原告自2020年8月起就有心脑血管

类疾病的症状（心血不足、心悸失眠）。分水卫生院医生的证言，证明原告在 2020 至 2022 年间持续都有此类疾病的症状（脑闷、头晕、乏力）。原告的医保记录，证明原告在 2020 年 7 月至 2022 年 12 月间曾就此类疾病在医院看病配药 18 次、在药房配药 10 次。分水卫生院的门诊病历，证明原告在 2021 年 11 月至 2022 年 12 月间曾就此类疾病看病配药 12 次。基于上述情况，再考虑到家族遗传等因素，即便原告不承认在投保时已患有心脑血管类疾病，但无法否认疾病的症状已较为明显，投保时原告至少已不是完全健康的体征。

二、投保时原告未如实告知的事项

（一）投保单上的健康告知

1、关于症状，我方曾询问“是否曾患有或被告知有下列症状：---胸闷、心慌、气短---”，原告回答“否”，这是不实告知（见分水卫生院医生的证言）。

2、关于病史，我方曾询问“是否患有或接受治疗过下列疾病：a、---冠心病、心律失常、脑血管疾病---”，原告回答“否”。从事后查实的情况看，原告对“心律失常”是不实告知（见骨科医院医生的证言），对“冠心病”、“脑血管疾病”的两项问询涉嫌不实告知。

3、关于遗传史，我方曾询问“父母兄弟姐妹中是否有人曾患有---中风、高血压---”，原告回答“否”，这也是不实告知（见原告提交的证据 10）。

4、关于治疗史，我方曾询问“过去 6 个月内是否接受过医生的诊断、检查和治疗”，原告回答“否”，这也是不实告知。

（二）投保前体检的健康告知

1、健康告知下有原告的签字声明，“本健康告知书各项内容均属

真实并无欺骗，可以作为贵公司签发保险合同的依据，并作为保险合同的组成部分。如有隐瞒或不实告知，贵公司可以不承担保险责任”。所以投保前体检的健康告知和投保单上的健康告知，都是原告在投保时应履行的健康告知义务。原告在我方工作人员的陪同下完成了投保前体检，并当面在告知书上亲笔签字。

2、我方曾询问“是否曾有下列症状、曾被告知患有下列疾病或因此接受治疗：a、---胸闷、心慌、气短---，c、---冠心病、心律失常---”，原告回答“否”，这是不实告知（见分水卫生院和骨科医院医生的证言）。

3、我方曾询问“家族史：您的亲属（祖父母、父母、兄弟姐妹）是否患有高血压、脑中风---”，原告回答“否”，这也是不实告知（见原告提交的证据 10）。

4、我方曾询问“是否曾经或正在接受诊查、治疗、住院、手术或上述建议”，原告回答“否”，这也是不实告知。

（三）既往疾病问卷的健康告知

我方向原告发放既往疾病问卷后，原告只填报了孕期内甲状腺功能减退的症状，未填报两年多来因心脑血管不适而频繁地看病和配药的情况。

可见关于病史、症状、遗传史和治疗史，原告都没有如实告知。如果说双方对病史的未告知存在争议，但对症状、遗传史和治疗史的未告知是不应该有争议的，所以至少在症状、遗传史和治疗史的告知问题上，原告肯定违反了如实告知义务。

三、关于解约

按保险法的规定（第 16 条第 2 款），只要投保人不履行如实告知

义务的行为影响了保险公司的核保，保险公司就有权解约。请注意两个问题：

其一，保险公司能否解约，主要是看未告知的事项是否影响到核保，而不是对应的疾病是否被确诊。原告否认投保时患有心脑血管类疾病，但退一步讲，即便原告当时只是具有疾病的症状，因症状已持续两年且高频地看病服药，该症状已不是偶尔身体不适的普通症状，即便还未被确诊为疾病，但至少已不处于完全健康的体征。此类疾病不可逆，若干年后可能会因症状的加重而被确诊为疾病，再因疾病的加重而向保险公司索赔。这是个长期的过程，但原告投保的是终身保险，再长的过程也都处于保险责任的覆盖范围内，所以本案对症状的隐瞒也足以影响保险公司的核保。另外隐瞒遗传史和治疗史也对核保产生了重大影响，所以本案符合保险法规定的解约条件。

其二，只要不告知的行为影响了保险公司的核保，保险公司就有权解约，不必区分投保人不如实告知的主观态度是故意还是过失。

所以本案我方有权解约，该问题不容质疑。

四、关于拒赔和不退还保险费

按保险法的规定（第 16 条第 4、5 款），如果投保人不如实告知是出于故意，保险公司对解约前的保险事故都有权拒赔，而且不退还保险费。

本案的原告在我公司做过一年半的销售员，接受过培训，出过单，其本人也先后投保过 4 份保险，是了解投保规则的。投保前频繁就医，也是了解自己的健康状况的。我方在投保单、既往疾病问卷、投保前体检连续三次询问原告，原告都没有如实告知，所以原告的不告知应认定为故意。因此本案我方有权拒赔，同时不退还保险费。

五、其他事项

（一）承保时我方不知道原告在分水卫生院看病配药

2019 年原告向我方投保了两份重大疾病保险，2021 年我方在风险排查中查到了原告生育期间的住院记录，得知原告在孕期内曾有甲状腺异常和贫血等情况。2022 年 10 月 12 日原告又向我方投保重大疾病保险，我方于 10 月 13 日要求原告填写既往疾病问卷和甲状腺问卷以了解病情。原告于 10 月 14 日填写了问卷，但填写的内容和我方排查到的信息不完全一致，所以我方于 10 月 17 日要求原告做了关于甲状腺和血常规的投保前体检。

我方在承保时没有查过原告的医保记录，不知道原告在分水卫生院频繁地看病配药。如果核保时知道该情况，我方是不会承保的。

（二）我方已尽到健康询问的责任

1、投保单第三部分的“告知事项”是我方对原告的健康询问。我公司的工作人员替原告填写投保单是我方提供的服务，原告在投保单上签字，是对我方工作人员代填内容的确认，代填的内容视为原告本人填写。其法律依据是《保险法司法解释（二）》第 5 条第 2 款，“保险人或者保险人的代理人代为填写保险单证后经投保人签字或者盖章确认的，代为填写的内容视为投保人的真实意思表示”。

2、要求原告填报既往疾病问卷，也是我方的健康询问。原告应该填写关于心脑血管类疾病长期看病吃药的情况，但原告没有填写，证明我方尽到了询问责任，原先没有如实告知。

3、投保前体检时也有健康询问，其性质等同于投保单上的健康询问。投保前体检时的询问表是由原告亲笔划勾并签字，足以证明我方尽到了健康询问的责任，而原告没有尽到如实告知的义务。

4、销售回访时，原告承认投保单及相关资料上的签字都是其本人所签，应由投保人确认的事项都由其本人确认（见问题2），能证明投保单及投保前体检上的健康告知事项是经原告本人确认的。

5、原告签收保险合同后，会看到投保单上健康告知等情况，如果和投保时的实际情况不一致，可以提出异议，也可以在犹豫期内退保。但原告长时间内未作任何表示，也能证明原告对投保单的健康告知事项是认可的。

以上意见，恳请法庭采纳。

人保寿险浙江省分公司与吴某保险纠纷案（一审）

北京盈科（杭州）律师事务所接受中国人民人寿保险股份有限公司浙江省分公司的委托，指派本人担任其与吴某的人身保险合同纠纷一案的代理人。本人根据事实和法律，结合本案的争议焦点，发表代理意见如下：

一、原告投保时未履行如实告知义务

（一）关于结节

2022年6月8日，原告在嘉兴武警海警总队医院做胸部CT检查，检查结果为“两肺多发增殖灶、结节灶，考虑良性可能大，建议随诊，右中肺及左上肺舌段少量条索灶”。这是原告第一次被确诊为肺部有结节，但结节尚小，医生建议随诊。

2022年9月29日，原告在嘉兴第一医院因糖尿病住院，住院期间做了第二次胸部CT检查，检查结果为“两肺多发微小及磨玻璃结节，其中左肺下叶磨玻璃结节，炎性结节不排除”。这是原告第二次被确诊为肺部有结节，同时还要关注三个细节。其一，医生指出了左肺下叶这个部位，该部位就是日后原告癌变的部位；其二，该部位的结节在第二次检查时已被确认为“磨玻璃结节”，即该部位的结节已发生了密度较高、透明度较低的病变；其三，医生不排除炎性病变的可能性，后期该部位的癌变也证明医生当时的判断是正确的。根据上述情况，可以判断原告第二次检查时的病情较第一次检查时有所加重。

2023年3月29日，原告在嘉兴第一医院做糖尿病出院后的第二次糖尿病复查，同日原告还向医生主动要求做第三次的肺部检查。检查结果为“两肺多发微小结节及磨玻璃结节，其中左肺下叶混合磨玻

璃结节对比前片（2022-9-29）实性成分增多”。这是原告第三次被确诊为肺部有结节，而且左肺下叶的结节被进一步确认为“混合磨玻璃结节”。该部位的结节在第二次检查时是“磨玻璃结节”，但在第三次检查时已发生实性病变，转变成磨玻璃结节和实性结节的混合体。对于“混合磨玻璃结节”，实性成分越多，癌变的可能性越大，医生特别指出实性成分增多，已是比较严重的健康预警信号。

由上可知，原告在投保前共做过三次肺部检查，都被确诊为肺部有结节，而且结节的病情逐次加重。特别是在第三次检查时，结节的实性病变在加快，癌变的可能性也在增加。上述事实已足以影响我方作出是否同意承保的决定。投保时我方在投保单“告知事项”的“病史告知”栏，曾询问原告“是否患有或接受治疗过下列疾病：f、肿瘤（包括恶性肿瘤、原位癌、类癌、肉瘤、尚未证实为良性或恶性的肿瘤、息肉、囊肿、结节、赘生物、包块、肿块等）”，此时距原告的第三次结节检查还不到一周，但原告故意回答“否”，对已发生实性病变的结节未尽到如实告知的义务。

（二）关于糖尿病

2022年9月28日，原告在嘉兴第一医院急诊科急诊以2型糖尿病为由收入住院，至2022年10月5日出院。出院诊断为“2型糖尿病性酮症酸中毒、2型糖尿病、高血压、高脂血症、高尿酸血症、低钾血症、肺结节、脂肪肝、维生素D缺乏”。

出院后，原告于2023年2月9日和3月29日，又在嘉兴第一医院做过两次复查，诊断结论都是“维生素D缺乏、2型糖尿病”。

可见原告的糖尿病虽经住院治疗但没有治愈，投保时仍是患病的状态。该事实也足以影响我方作出是否同意承保的决定。投保时我方

询问原告“是否患有或接受治疗过下列疾病：g、糖尿病、痛风、垂体机能亢进或减退、甲状腺功能亢进或减退、甲状腺结节、肾上腺功能亢进或减退”，此时距原告的第二次糖尿病复查还不到一周，但原告故意回答“否”，对糖尿病没有尽到如实告知的义务。

（三）关于高血压

2022年9月28日，原告在嘉兴第一医院因糖尿病住院，住院时被确诊有高血压的既往病史，医生在原告的入院诊断和出院诊断中都有高血压的诊断结论。

高血压的病症也足以影响我方作出是否同意承保的决定。投保时我方询问原告“是否患有或接受治疗过下列疾病：a、高血压、先天性心脏病、风湿性心脏病、心内膜炎、冠心病、心肌梗塞、心律失常、心肌炎、脑血管疾病”，但原告故意回答“否”，对高血压没有尽到如实告知的义务。

（四）其他应告知但未告知的重大事项

原告投保于2023年4月4日，但在3月29日，原告曾主动要求嘉兴第一医院为其诊断过肺结节，在2月9日和3月29日，原告在嘉兴第一医院两次诊断过糖尿病。上述情形足以影响我方作出是否同意承保的决定。但为隐瞒其肺结节和糖尿病的患病事实，投保时我方询问“过去6个月内是否接受过医生的诊断、检查和治疗”，原告故意回答“否”。

2022年9月28日至10月5日，原告曾因糖尿病在嘉兴第一医院住院，出院时仍未治愈，而且入院和出院时还都被诊断有高血压。该事实对我方是否承保构成重大影响，但为隐瞒其糖尿病、高血压的患病事实，当我方询问“过去5年内是否因疾病或受伤住院或手术”

时，原告故意回答“否”。

原告第三次肺结节检查、第二次糖尿病复查的时间都是 2023 年 3 月 29 日。该日糖尿病复查无好转，还得知左肺下部的结节也发生了实性病变，原告紧迫感爆满，情急之下竟然主动托人找关系，在一周内向两家保险公司连续投保了巨额的重大疾病保险，其中 4 月 4 日向我公司投保 80 万，4 月 6 日向平安公司投保 100 万。为了不引起核保的怀疑，当我方询问“是否已购买或正在申请本公司或其他保险公司的人身保险”时，原告故意回答“否”。

二、原告不履行如实告知义务系出于主观上的故意

（一）投保阶段，原告故意隐瞒病情和诊断、住院等经历，骗取我方与其订立了重大疾病和医疗保险合同

对于肺部的结节，原告在投保前已做过三次检查，其中第三次检查就在投保前一周，系原告主动要求，而且检查结果非常不利。4 月 13 日原告还去医院做过第四次结节检查，两次检查仅间隔两周，足见第三次检查的结论对原告的心理带来巨大压力。但就在这两周间隙内，原告主动托人向两家保险公司带病投保，而且隐瞒了病情。对于糖尿病，原告在投保前住过院，出院后又去做过两次复查，第二次复查的时间就在投保前一周。对于高血压，是原告一直都有的既往病史。上述疾病如此确定，投保时机又如此“特别”和“精准”，所以面对我方的健康问询，原告的不告知不存在任何推脱的理由，就是原告为骗取我方与其订立保险合同而故意不告知。

对于投保前 6 个月的诊断情况和投保前 5 年的住院情况，原告也是故意不告知。原告已经隐瞒了疾病，为骗取我方与其订立保险合同，必须隐瞒看病和住院的经历，否则我方会去医院调取其投保前的诊断

和住院记录，疾病也就无法隐瞒。

在向我方投保时，原告出于相同的目的，还在向平安公司投保巨额的健康险（也已被平安公司拒赔）。特定时点的巨额投保和多方投保，是核保的风险点，会引起我方核保人员的关注，所以原告为骗取我方与其订立保险合同，也故意选择了不告知。

（二）理赔阶段，原告继续隐瞒病情，同时欺骗我方结节发现于投保后，企图骗取保险金

投保后不到半年，原告左肺下叶的混合磨玻璃结节随着实性成分的不断增多，迅速发生了癌变。在向我方申请理赔后，我方于 2023 年 9 月 20 日面访了原告。此时的原告不知道我方已查到他在投保前的诊断和住院记录，再次欺骗我方平时身体是好的，欺骗我方投保前没有体检、检查以及住院，特别离谱的是，还强调投保时的健康状况已按投保单询问事项作了如实告知。原告理赔时继续隐瞒了糖尿病、高血压的病情，针对相同问题对我方进行了二度欺骗，表明原告没有任何的悔意。但肺部的结节是不能再隐瞒了，所以欺骗我方是 2023 年 7 月在嘉兴荣军医院做痔疮手术时才发现的，编造了肺部结节发现于投保之后的假象。

原告提交的荣军医院 2023 年 9 月的肺腺癌手术病历，确有记录“发现左下肺结节 1 月半”，如果孤立地看这份病历，会误以为原告肺部的结节是发现于投保之后，这也正是原告的意图。实际情况是，原告在 2023 年 7 月 15 日因混合痔在荣军医院动过手术，手术时该院曾给原告做过胸部 CT，查出过肺部的结节。所以此处的“1 月半”，是荣军医院 7 月和 9 月两次检查的时间差。事实上原告肺部的结节最早发现于嘉兴武警海警总队医院，时间是 2022 年 6 月 3 日。在荣军

医院 2023 年 7 月 15 日的混合痔手术前，原告至少已四次被诊断为肺部有结节（2022 年 6 月 3 日、2022 年 9 月 29 日、2023 年 3 月 29 日、2023 年 4 月 13 日），其中前三次诊断都发生在投保前，所以原告投保前已在肺部患有结节是不争的事实。原告向我方公开了投保后在荣军医院的两次诊断情况，却隐匿了投保前在武警医院和第一医院的全部诊断记录，编造了肺部结节发现于投保之后的假象，是利用真实事件作了虚假陈述。

综上，明知自己的肺部患有结节且已发生实性病变，同时还患有糖尿病、高血压等疾病，原告萌生了非法骗取保险金的不良用心，并在投保和理赔两个阶段策划并实施了前后呼应的保险欺诈行为。原告的欺诈是故意而为之，在主观上应认定为故意，不是过失。

三、原告全程参与了投保单的录入和签字

（一）投保单录入和签字的全过程

投保当日，原告来到我方的营业场所，经我方人员的询问和原告的回答，与我方人员一起录入了投保单。录入的终端是我方提供的一部手机，录入的信息包括“客户资料”、“投保内容”和“告知事项”三大类，是依次录入的。所有的信息都是先询问原告，得到原告的回复或确认后再录入系统。因我方人员向原告作过解释，原告知道该过程是在录投保单，所以对我方很配合，整个录入的过程都在我方人员旁边，除回答问题外没有提过异议。

录完投保单的信息后，我方立即安排原告进行签字。原告先后在几份文件上签过字，我方拍摄了原告签字的全过程。其中投保单的签字开始于视频第 14 分 27 秒，系统通过语音提示原告将对投保单进行签字，原告知道下个签字针对的是刚才录入的投保单，原告没有提异

议。在第 15 分 10 秒处，原告开始签字。签完字后的第 16 分 1 秒，系统将投保单和原告签好的字同框显示，原告也没有提异议。从签字的过程看，原告提前被告知要为投保单签字，也在投保单的签字位置签下了自己的字，该签字是原告本人所签，与寄给原告投保单上的签字目测也一致，所以投保单的签字过程也没有争议。

（二）原告的误导性陈述不应被采信

原告声称投保单是在投保后二十天才看到的，这是误导性陈述，是想营造其不知道投保单的假象，引导法庭误认为是我方私下制作了投保单，最终是想引导法庭相信我方没有对其进行健康询问。该陈述不应被采信。

其一，原告在面访时自认，签单地点是我方的营业场所。所谓的签单就是办理投保手续，即录入投保单和签字。所以原告不可能不知道投保单，可见原告在法庭上的陈述不是事实。

其二，投保单的第一部分“客户资料”涉及很多原告的不公开信息，第二部分“投保内容”需要原告最终确定，其中的扣款账户需要原告明确具体的银行账号。如果原告本人不在场，其他人员是没有能力单方面录入上述内容的，所以录入“客户资料”和“投保内容”时原告是在场的。

其三，争议在于录第三部分“告知事项”时，原告是否已离场。按原告的说法，此时原告应已离场，所以这部分资料才会由我方私下制作。如果没有签字视频，该说法真假难判，我方百口莫辩。但本案有签字视频为证，可证明原告签字时仍在我方的投保现场，所以录“告知事项”时必然也在投保现场。

原告全程参与了投保单的录入和签字，这是本案的事实。原告的

误导性陈述和其指向的不实目的，不应被法庭采信。

四、我方已按法律规定完成了对原告的询问

（一）投保单的录入过程，就已体现了我方的问和原告的答

原告看到过投保单的录入界面，在我方工作人员的询问下，回复或确认了投保单的录入信息，与我方人员共同录入了投保单，该过程就已体现了我方的问和原告的答。至于原告何时看到最终成形的纸质投保单，其实已和争议无关。

（二）我方代原告打勾是代填保险单证，原告的签字是对代填内容的追认

原告声称投保单上的勾是我方划上去的，该说法也带有误导性，是想引导法庭认为我方没有询问过原告，但这也不是事实。

《保险法司法解释二》第八条第2款规定，“保险人或者保险人的代理人代为填写保险单证后经投保人签字或者盖章确认的，代为填写的内容视为投保人的真实意思表示”。保险是服务行业，法律允许保险公司为投保人代填保险单证。保险公司为投保人代填单证后，投保人在单证上签字的，视为投保人认可了代填内容的真实性，代填的内容视为投保人本人的意思表示。

投保单是在我方的营业场所录入的，录入时原告是全程在场的，录入的信息是经原告回复或确认的，录入的过程原告没有提出异议。录入的过程中，我方代原告打勾，是按原告的意见协助其填写保险单证，原告后续的签字是对代填内容的追认，所以在法律性质上视同为原告本人在打勾。

（三）原告自认签单时我方向其询问过健康状况，自认知道投保单的问询事项

面访发生于原告提交理赔申请后的第三天，是事发后的第一时间，是相对可信的。原告在回答第四个问题时表示“签单是在人保公司签单，有询问身体健康状况”，在回答第五个小时时表示“办理保险时，身体健康状况都按投保单询问事项如实告知”。

对第四个问题的回答，是原告自认签单时我方向其询问过健康状况，能辅证我方人员在录入“告知事项”时确实是先询问原告的。对第五个小时的回答，说明原告是知道投保单的询问事项的，也能辅证投保时我方向原告询问过健康状况。

（四）我方询问的范围和内容都很清晰

我方在健康询问中直接询问了“结节”、“糖尿病”、“高血压”，指向清晰，明确具体，不是概括性询问。原告在投保前一周还去医院检查过结节和糖尿病，也不可能不理解我方询问的疾病是何含义，我方的询问不会造成原告在理解上的歧义。

五、我方有权解除保险合同、不退还保险费、不承担保险责任

（一）我方有权解除保险合同

《保险法》第 16 条第 1 款规定，“订立保险合同，保险人就保险标的或者被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知”，第 2 款规定“投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除合同”。

原告在结节（已实性病变）、糖尿病、高血压、投保前 6 个月曾接受医生诊断、投保前 5 年曾住院、同一时点上向多家保险公司巨额投保重疾险等问题上故意不履行如实告知义务，上述任一问题都足以影响我方作出是否同意承保的决定，所以我方有权依据《保险法》第

16 条第 1 款和第 2 款解除保险合同。

（二）我方有权不承担保险责任且不退还保险费

《保险法》第 16 条第 4 款规定，“投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿或者给付保险金的责任，并不退还保险费”。

荣军医院为原告手术切除的部位是左肺的下叶，该部位就是投保前嘉兴第一医院在第三次 CT 检查时查出的实性成分增多的部位，后续也正是该部位的结节发生了癌变。原告不履行如实告知义务系其主观上的故意，而且未告知的事项和保险事故的发生还具有直接的因果关系，原告的不告知对保险事故的发生具有严重影响。所以本案我方有权依据《保险法》第 16 条第 4 款拒付保险金，并不退还保险费。

六、其他庭审时的相关问题

（一）原告的面访笔录真实有效

对原告的面访，性质上是我方向原告做的理赔调查。我方针对和理赔有关的事项向原告提问，在获得原告的回答后，将原告的回答记录在册。没有法律规定保险公司对投保人的理赔调查必须由多人参加，一人也能代表公司，所以一人调查也是有效的调查。

原告在笔录上签字并拍照，是对笔录内容的确认，足以证明笔录内容是真实有效的，原告在事后不能反言不认。

（二）原告签字真实，我方不需要提交电子签名证书

本案的两份保险是只能在线下销售的产品，不能在互联网上自主投保，不是《互联网保险业务监管办法》中提及的互联网保险产品，而且该《办法》也没有要求保险公司必须要对电子签名制作证书。现阶段我国没有任何法律对电子签名证书作出强制实施的规定，是否使

用电子签名证书取决于各方的选择和需求。保险行业也没有强制实施电子签名证书的要求，保险公司都是从电子终端直接采集投保人的签字的。所以原告要求我方出具电子签名证书是没有法律依据的。原告指责我方变造原告的电子签名，更是没有根据的信口开河。

本案的保险合同是在我方的营业场所线下订立的，我方在原告签字时拍摄的视频是原告签字真实性的直接证据，再辅以原告接受我方面访时的自认，已可充分证明原告签字的真实性。

综上所述，我方认为本案的性质是保险欺诈，原告的行为违反了《保险法》的禁止性规定，构成了对保险诚信原则的重大违背，对诚实善良的社会价值观亦构成重大的负面影响。原告挑战了道德和法律的双重底线，且对保险欺诈的不法行径没有任何的悔意。根据《保险法》的有关规定，我方有权解除保险合同、不退还保险费、不承担保险责任。原告的诉讼请求均不能成立，恳请贵院维护我方的合法权益，驳回对方的全部诉讼请求。

人保寿险浙江省分公司与吴某保险纠纷案（二审）

北京盈科（杭州）律师事务所接受中国人民人寿保险股份有限公司浙江省分公司（以下简称被上诉人）的委托，指派本人担任其与上诉人吴某的人身保险合同纠纷一案的二审代理人。本人认为一审法院事实认定清楚，法律适用正确，一审判决应予以维持。现根据事实和法律，结合本案的争议焦点，发表代理意见如下：

一、上诉人未尽到如实告知义务

上诉人投保于2023年4月4日，但在投保时对以下病史及重要事项未尽到如实告知义务，且足以影响我方作出是否同意承保的决定。

（一）隐瞒投保前的病史

1、肺部的结节

上诉人于2022年6月3日在嘉兴武警海警总队医院、2022年9月29日在嘉兴第一医院、2023年3月29日在嘉兴第一医院，都被检查出肺部有结节，而且病情逐次加重，在第三次检查时结节的实性病变已在加快。

详情可见一审时我方提交的证据1、证据2和证据3。

2、糖尿病

上诉人于2022年9月28日在嘉兴第一医院因糖尿病住院，后于2023年2月9日和3月29日又在该院做过两次糖尿病复查。

详情可见一审时我方提交的证据2、证据3和证据4。

3、高血压

上诉人于2022年9月28日在嘉兴第一医院住院期间，被确认有高血压的既往病史，其入院和出院诊断中都有高血压的诊断结论。

详情可见一审时我方提交的证据2。

（二）隐瞒其他重要事项

1、投保前的医疗史

上诉人于 2023 年 3 月 29 日在嘉兴第一医院诊断过肺部结节，2 月 9 日和 3 月 29 日在该院两次诊断过糖尿病。但为隐瞒病情，投保时否认在投保前 6 个月内接受过医生的诊断、检查和治疗。

上诉人于 2022 年 9 月 28 日至 10 月 5 日在嘉兴第一医院因糖尿病住院，期间还被确诊为高血压。但为隐瞒病情，投保时否认在投保前 5 年内因疾病而住院。

详情可见一审时我方提交的证据 2、证据 3、证据 4、证据 5 和证据 6，以及证据 9 的第 3 个问题，上诉人回答“以前没有体检、检查以及住院，都没有”。

2、同时在其他保险公司巨额投保

上诉人于 2023 年 4 月 3 日在平安保险公司投保重大疾病保险 100 万，4 月 4 日又来我公司投保 80 万。但为通过核保，投保时否认正在申请其他保险公司的人身保险。

详情可见一审时我方提交的证据 6 和证据 9 的第 6 个问题，上诉人回答“投保时有在平安人寿投保重疾险”，以及一审时上诉人表示向平安公司的投保时间是在向我方投保的前一天。

二、我方在投保时已尽到健康询问的责任

（一）投保单上的健康询问

投保时，我方在健康询问中直接询问了“结节”、“糖尿病”、“高血压”，以及投保前是否治疗和住院等问题。我方的询问指向清晰，明确具体。上诉人在投保前一周还去医院检查过结节和糖尿病，我方的询问不会造成上诉人在理解上的歧义。

详情可见一审时我方提交的证据 6。

（二）我方对上诉人的面访记录

上诉人于 2023 年 9 月 18 日申请理赔，我方于 9 月 20 日面访了上诉人。面访时，上诉人先后两次承认我方在投保时向其询问过健康状况，这是上诉人在起诉前对该问题的自认。

详情可见一审时我方提交的证据 9，上诉人在回答第 4 个问题时表示“签单是在人保公司签单，有询问身体健康状况”，在回答第 5 个问题时表示“办理保险时，身体健康状况都按投保单询问事项如实告知”。

但在起诉后，上诉人为获得诉讼利益，改口指责我方未作询问。这与上诉人起诉前的自认相矛盾，因此未获得一审法院的采信。

（三）签字环节的视频

所谓的签单，就是先填好投保单，然后签字，本案在签字时还同步录有签字视频。该签字视频不仅能证明签字环节用时约 16 分钟，还能证明上诉人签单时全程都在签单现场，是录完签字视频后才离开的。详情可见一审时我方提交的补充证据 1。

投保单需填写“客户资料”、“投保内容”和“告知事项”三项资料。其中“客户资料”和“投保内容”涉及上诉人的众多隐私信息，肯定是双方共同填写的。因录签字视频时上诉人还在签单现场，所以填“告知事项”时上诉人也是在场的。投保单的填写过程是连贯的，我方没有现实的机会可以支开上诉人私下填写“告知事项”。双方共同填写“告知事项”的过程，就是我方的健康询问和上诉人的回答，这与上诉人 9 月 20 日接受面访时的两次自认是一致的。

（四）对方提交的《吴某补充质证意见》

我方提交签字视频后，上诉人在其质证意见的第一段中表示，“实际销售过程约有一小时”。详情可见上诉人于 2024 年 10 月 21 日发送

至人民法院在线服务平台的《吴某补充质证意见》。

销售总用时约 1 个小时，除去双方见面寒暄需要的几分钟，以及最后的签字环节用时约 16 分钟，可以推断填写投保单的用时约 40 分钟。如果投保单是由我方背着上诉人私下填写，用时不会超过 10 分钟。之所以用时 40 分钟，也能证明填写投保单时双方在进行交流互动，也就是询问和回答，因此断不会是我方单方面填写了投保单。

上述四项证据中，前两项为直接证据，是上诉人本人在投保和理赔时分别作出的意思表示，没有人强迫上诉人作这样的意思表示。后两项虽是间接证据，但也起到了对事实的辅助证明作用。所有的证据都不是孤证，它们相互印证构成了有效的证据链，充分证明我方在投保时已经尽到了健康询问的责任。

三、上诉人有欺骗保险公司的主观故意

（一）在结节发生实性病变的一周内，连续在两家保险公司巨额投保重疾险，而且都隐瞒了病情

2023 年 3 月 29 日，上诉人在嘉兴第一医院做了第三次肺部检查和第二次糖尿病复查，得知糖尿病无好转，而且左肺下部的结节也发生了实性病变。情急之下，上诉人于一周内（4 月 3 日和 4 日）连续向两家保险公司紧急投保了巨额的重大疾病保险，而且对两家公司都隐瞒了病情（平安公司已拒赔），可见上诉人的投保动机不单纯。

（二）申请理赔时继续隐瞒病情

申请理赔后，上诉人在接受我方面访时继续隐瞒病情，声称平时身体是好的，投保前没有体检、检查以及住院，投保时的健康状况已按投保单询问事项作了如实告知。这是上诉人在本案中的第二次说谎，谎话说两遍，在主观上应认定为故意。

（三）假借投保后三个月的荣军医院病历，将发现结节的时间谎

报至投保之后

结节的发现时间是上诉人能否获得保险金的关键。上诉人 2023 年 7 月在嘉兴荣军医院做痔疮手术时恰好也有一份 CT 报告，于是向我方选择性地提交了这份 CT 报告，谎称是在投保后三个月才发现了肺部结节。这是利用真实事件作虚假陈述，主观上也应认定为故意。

四、签单和面访的程序都是合规的

上诉人声称没有在健康告知上勾选“否”，言下之意是我方在健康告知上勾选了“否”，这是在混淆概念。从法律性质上讲，我方是按上诉人的意见协助其填写保险单证，上诉人后续的签字是对代填内容的追认。保险也是服务行业，法律允许保险公司为投保人代填单证。

《保险法司法解释二》第 3 条第 2 款规定，“保险人或者保险人的代理人代为填写保险单证后经投保人签字或者盖章确认的，代为填写的内容视为投保人的真实意思表示”。本案的签单是在我方的营业场所，上诉人全程都在场，我方只是按上诉人的意见代其填写单证，填写的内容都是由上诉人提供或确认的。如果我方没有按上诉人的意见进行填写，或者支开上诉人私下填写，上诉人当场就会提异议。事实是我方填写时上诉人没有提异议，填完后还进行了签字确认，所以我方代填的投保单证应视为上诉人本人填写。

上诉人声称在签字视频里没有看到我方的询问，称其只是在空白屏幕上签字，这也是对法庭的误导。因软硬件条件的限制，我方对填写投保单的环节还无法进行录音录像，本案我方录制的是签字环节的视频。上诉人在一审时指责我方对其签字进行造假，所以我方在一审庭审后补充提交了签字视频，用于证明上诉人签字的真实性。该视频是用我方总公司开发的双录系统录制的，是对签字环节的回溯。询问发生于签字前填写投保单的环节，所以在签字视频里是看不到的。而

且在将为投保单签字前，系统曾用语音提示过上诉人（见视频第 14 分 27 秒），告诉上诉人下个签字对应于投保单，投保单是签字前由双方共同填写的，所以上诉人实际是知道该签字对应的内容的。

上诉人声称我方篡改了面访笔录，这也不是事实。面访笔录在访谈的内容上没有任何篡改，到达现场的调查员虽然只有一人，但也足以代表我公司，而且保险调查也没有规定必须要两人以上，一人面访在法律性质上也是有效面访。面访时先由我方提出问题，再请上诉人回答，我方做好笔录后交给上诉人签字确认，最后请上诉人拍照，整个过程都是合规的。上诉人声称是我方先让上诉人在空白笔录上签字，再由我方填入笔录内容，再让上诉人拍照，这类情形不可能发生。保险公司没有能力如此摆布投保人，在法制社会里，也不会有投保人如此地任人摆布而漠视自己的权利。

五、一审判决对我方已作健康询问的认定是正确的

上诉人主张我方在投保时未向其作健康询问，一审法院对此不予采信，这是一审法院依据多项事由作出的正确判断，也是本案的实情。首先，不予采信的主要原因是该主张与上诉人自己在面访时的两次自认相矛盾，如果投保时我方未向上诉人作健康询问，面访时上诉人肯定会回答未询问，如此回答也最符合上诉人的利益，上诉人没必要帮我方承认已询问，所以在逻辑上就可推断我方投保时已向上诉人作过询问。其次，上诉人在投保时结节已有实性病变，自知保险事故发生概率极大，所以才会紧急投保，按常理在收到保险合同后也会认真地看，肯定也看到了投保单，但看到后又不提异议，也能推断投保单就是对投保时情形的真实记载。至于一审判决里提到的上诉人“收到签字后的相应纸质投保单后亦未提出异议”，是一审法院综合全案情形，把该事由作为判断事实的依据之一，不是在给上诉人增设法外义务。

六、其他和庭审有关的事项

（一）本案的保险不是互联网保险

互联网保险是直接通过网络销售的新型保险产品，不需要业务员居中对接，投保、核保完全网络化，客户和保险公司不见面。本案的保险产品没有网络销售的端口，客户在互联网上是无法投保的，必须通过公司的业务员线下投保，需要业务员居中对接。本案也是在公司的线下营业场所投保的，只是投保的信息是通过终端设备录入的，所以只能称为传统保险的电子化操作，但不能把它们混淆为新型的互联网保险。

（二）保险行业没有要求必须制作电子签名证书

保险行业还没有强制制作电子签名证书的要求，即使是互联网保险产品，也没有要求保险公司必须制作电子签名证书。目前保险公司都是在终端设备上直接提取投保人的签名的。本案还有投保人的签字视频，完全可以证明是投保人本人签了字。

综上所述，上诉人投保时故意不履行如实告知义务，我方有权解除合同、不退还保险费、拒绝支付保险金。一审法院事实认定清楚，法律适用正确，一审判决应予以维持。我方恳请贵院公正裁判，驳回上诉人的全部上诉请求。

人保寿险浙江省分公司与郑某富保险纠纷案

北京盈科（杭州）律师事务所接受中国人民人寿保险股份有限公司浙江省分公司的委托，指派本人担任其与郑某富的意外伤害保险合同纠纷一案的代理人。本人根据事实和法律，结合本案的争议焦点，发表代理意见如下：

一、本案意外伤残的保险金额分 120 万和 20 万两档

（一）保险合同对意外伤残保险金额的两处约定

依据团体保险单，本案意外伤残的保险金额是 120 万。

但是依据特别约定，意外伤残的保险金额应按事故原因分两档。如因工作原因引发保险事故，意外伤残的保险金额是 120 万，如因非工作原因引发保险事故，相应的保险金额为 20 万。

（二）本案应优先适用特别约定

依法理，合同中的特别条款优先适用于一般条款，特别约定就是合同中的特别条款。在保险领域，《保险法司法解释二》第 14 条更有明确规定，“保险合同中记载的内容不一致的，按照下列规则认定：…（二）非格式条款与格式条款不一致的，以非格式条款为准。”。特别约定是保险双方就标准合同文本中的特定事项另行协商而达成的非格式条款，在适用效力上优先于格式条款。

对于保险合同的格式条款，《保险法》第 17 条要求保险公司向投保人履行说明义务，在履行说明义务后才能生效。但特别约定是非格式条款，不受该条约束。而且三维公司在投保时已通过盖章的方式对特别约定进行过确认，盖章的文本已在庭审时向法庭出示，表明投保人知悉并同意特别约定，所以本案的特别约定是确定生效的。

因此本案意外伤残的保额不是固定不变的 120 万，而应根据事故原因分两档，其中因工作原因造成意外伤残适用 120 万的保额，因非工作原因造成意外伤残则适用 20 万的保额。

二、本案的事故原因是非工作原因

（一）保险合同对事故原因的界定

1、保险合同将工作原因引起的意外伤害限定为三种情形，即①工作场所内，因工作原因受到意外伤害；②受单位指派，在工作场所外从事与职务相关的工作受到意外伤害；③在上下班途中发生的交通意外伤害事故。

2、上述三种情形之外的其他情况均视为非工作原因，由此引起的意外伤害均视为非工作原因引起的伤害。

（二）本案属于非工作原因引起的意外伤害

1、从用工关系上看，原告是中移建设的劳务工，出险时在为中移建设工作

理由如下：①原告的身份是中移建设的劳务工，具体可见原告申请理赔时向我方提交的《个人劳务合同书》；②虽然原告和中移建设签订的是劳务合同，但也约定了试用期，而且工作时间是日制的（每周工作 6 天、每天工作 8 小时），在用工上完全接受中移建设的管理，所以原告和中移建设之间的用工关系近似于劳动关系，对外也可通俗地称原告为中移建设的员工；③原告和中移建设的合同期限是从 2023 年 1 月 1 日起至 2024 年 12 月 31 日止，本案出险于 2023 年 9 月 5 日，正处于该合同期内，出险时间是该日上午 11 点，也在每天 8 小时的常规工作时间内，可见出险时原告归中移建设用工管理；④众所周知，中移建设是中移集团的下属公司，主要承接中移集团的基建项

目，比如建基站、铺光纤等，原告在中移建设的工作岗位是施工员，出险时是在户外拉光纤，做的也是中移建设施工员该做的工作。以上事实充分证明出险时原告是在中移建设的工作时间和工作地点，接受中移建设的指派，为中移建设从事施工工作。

如果本案的投保人是中移建设，原告的出险原因就是工作原因。但本案的投保人是三维公司，中移建设是和保险合同无关的主体。从投保人的立场看，为其他雇主工作是原告的私人行为，所以本案的保险事故是由原告的私人行为所导致，不是因工作原因而引发。

2、从项目运作上看，三维公司不负责项目施工，没必要去招聘施工员，不和原告发生直接的关系

三维公司将项目劳务分包给中移建设，中移建设的承包方式是“清工”（分包协议 1.2 条），最终是由中移建设负责具体的施工任务。施工人员是中移建设组织和管理的（分包协议 2.9 条），施工中发生伤亡事故也由中移建设负责处理（分包协议 2.11 条）。原告就是被中移建设招聘的施工员，所以中移建设出面和原告签订了劳务合同。原告受中移建设管理，对中移建设负责。

劳务分包后，三维公司还留有一些管理责任，比如办理证件、组织施工图会审、认定设计变更、审核工程量、监督工程质量等（分包协议 2.1 至 2.5 条），所以也在当地设有项目部并招聘一些工作人员。但三维公司已不负责项目施工，所以没必要招聘施工员，也没有和原告订立任何形式的用工合同，和原告不发生直接的关系。

3、即便原告和三维公司也存在劳动或劳务关系，本案也不符合以工作原因理赔的条件

原告和中移建设已经签订了全日制的工作合同，原告没有分身术，

所以是没有能力再和其他公司建立劳动或劳务关系的。如果原告主张和投保人三维公司也存在劳动或劳务关系，应提供劳动或劳务合同，否则就是违背常理的陈述，不应被法庭采信。

退一步讲，即使原告和三维公司也存在劳动或劳务关系，本案仍无法以工作原因进行理赔。因为以工作原因进行理赔，必须对照适用保险合同约定的三种工作情形。但是三种情形在本案中均无法适用，理由如下：

如果原告主张适用情形①，理赔时应提供证据证明事发区域是三维公司的工作场所。因为出险地点（遂昌县金竹镇金竹加油站后山山岗）是一个开放的户外区域，按通常理解不会是三维公司的工作场所。只有证明是三维公司组织人员在该区域施工，才能证明该区域是三维公司的工作场所。但是本案的证据指向于三维公司已经把项目劳务包给了中移建设，是中移建设组织人员在该区域施工。所以原告无法提供相应的证据。

如果原告主张适用情形②，理赔时应提供三维公司的派工单，证明是三维公司指派原告去为中移建设工作。如果原告不能提供相关证明，对三维公司来讲，原告就是在从事工作之外的私人活动。本案的原告同样也无法提供相关的证明文件。

情形③显然和本案不具有相关性，原告也无法主张适用。

所以即使原告能够证明其与三维公司也存在劳动或劳务关系，但按保险合同的约定，本案仍不符合以工作原因理赔的条件。

因工作原因造成意外伤害的保额是非工作原因的6倍，利益差距非常大。原告以工作原因提出理赔，是在主张6倍的赔偿利益，为体现权利和义务的对等性，保险合同约定证明责任也归原告。但原告没

能提供有效的证据对该问题加以证明，所以本案只能认定为是非工作原因引起的意外伤害。

4、三维公司投保了应由中移建设投保的商业保险，对方搞错投保关系导致发生本案的纠纷

中移建设招聘了施工员，负责最终的项目施工任务，所以应由中移建设为自己的员工投保商业保险。分包协议也有约定，施工中发生的伤亡事故由中移建设负责处理，和三维公司是无关的，所以也应由中移建设通过投保来转移风险。所以我们的理赔遵循了保险法律关系，符合保险合同的约定，是对方在投保时搞错了投保关系，导致发生了本案的纠纷。

三、我方的理赔符合保险合同的约定

原告因非工作原因发生意外伤害，依据保险合同的特别约定，本案意外伤残的保险金额是 20 万。经丽水人民医院司法鉴定所的司法鉴定，原告构成人身保险 5 级伤残，保险合同约定的保险金给付比例是 60%，所以我方应支付 12 万保险金。我方已于今年 1 月向原告支付了上述保险金。

四、其他和庭审有关的问题

1、庭审时对方承认一直在为中移建设工作，已为中移建设工作十多年，也承认和三维公司之间没有订立劳动或劳务合同。这是本案的重要事实，恳请法庭予以重视。

2、本案我方没有动用免责条款进行拒赔，所以不存在对免责条款是否履行明确说明义务的争议。本案的特别约定非常清晰，不存在因没有约定或约定不明而发生的条款争议，所以也不需要作有利于被保险人的解释。

3、本案不存在劳务派遣关系。如果对方主张有劳务派遣关系，应出示用人单位和派遣机构之间的劳务派遣合同，以及劳动者和派遣机构之间的劳动合同，但实际是没有的。

综上所述，我方已经完整地履行了保险合同约定的保险责任，原告的诉讼请求不能成立。恳请贵院维护我方的合法权益，驳回对方的全部诉讼请求。

著作权归作者所有

人保寿险浙江省分公司与周某辉、杭州 XX 通信工程有限公司提供劳务者受害责任纠纷案（二审）

上诉人（一审第三人）：中国人民人寿保险股份有限公司浙江省分公司，住所地浙江省杭州市上城区小营街道解放路 18 号 401-413 室、301-301 室、306-313 室，统一社会信用代码 91330000668311554T。

负责人：李悦 职务：总经理

被上诉人（一审原告）：周某辉，男，1969 年 3 月 28 日出生，汉族，住杭州市临安区天目山镇横塘村 3 组横塘 XX 号，公民身份号码 3301241969XXXX2011。

被上诉人（一审被告）：杭州 XX 通信工程有限公司，住所地杭州市临安区锦城街道锦城新天地 XXX 号营业房，统一社会信用代码 91330185MA2AXGXXXX。

法定代表人：盛某军 职务：执行董事兼总经理

上诉人中国人民人寿保险股份有限公司浙江省分公司因与被上诉人周某辉、杭州 XX 通信工程有限公司的提供劳务者受害责任纠纷一案，不服浙江省杭州市临安区人民法院于 2025 年 6 月 13 日作出的（2025）浙 0112 民初 XXXX 号民事判决（以下简称“一审判决”），现依法提出上诉。

上诉请求：

- 1、撤销一审判决，改判上诉人不承担伤残保险金的赔偿责任；
- 2、本案一审、二审的诉讼费用由两被上诉人承担。

事实和理由：

一、伤残保险的基本保险金额应以 20 万为限

（一）特别约定在理解上不存在争议

特别约定是经保险双方共同协商达成的条款。按《特别约定》第2条，被保险人在工作及上下班途中发生的意外事故（指被认定为工伤的意外事故），基本保险金额以100万为限，非工作时发生的意外事故（指未被认定为工伤的意外事故），基本保险金额以20万为限。该约定非常清晰，不存在理解上的争议。

（二）我方已经尽到了明确说明的义务

《保险法》第17条规定，说明义务的履行方式是“书面或者口头”，我方只要在两种方式中选择任一方式，就能尽到明确说明义务。

《特别约定》第2条约定得如此清晰，在理解上不存在任何争议，本身就是我方用书面方式履行了明确说明义务的证据。

《保险法司法解释二》第13条规定，投保人对保险人履行了符合本解释第十一条第二款要求的明确说明义务在相关文书上签字、盖章或者以其他形式予以确认的，应当认定保险人履行了该项义务。一审被告作为本案的投保人，在特别约定的条款上盖章的行为，按司法解释的规定也是我方履行了明确说明义务的证据。

上述两项证据是我方已经履行了明确说明义务的举证，保险法的司法解释也认可我方的举证。虽然《保险法司法解释二》第13条还有但书规定（“但另有证据证明保险人未履行明确说明义务的除外”），但该但书不能成为投保人的抗辩理由。投保人作为具有完全民事行为能力的责任人，应对自己的盖章行为承担责任，除非投保人能证明我方对其盖章行为实施了欺诈、胁迫及其他不法行径，但该项举证责任在于投保人自己。

（三）对方因自身原因错过工伤认定期限，我方不存在过错

特别约定是双方协商达成的，我方也尽到了明确说明义务，所以特别约定是生效的，应切实得到履行。本案伤残保险的基本保险金额

是 100 万还是 20 万，取决于保险事故是否得到了工伤认定。对方的用工关系是可以去做工伤认定的，不存在一审判决里提到的用工性质障碍。对方一审时也承认曾询问过工伤部门，工伤部门回复也是可以做的，但对方因自身原因错过了申请时限。该责任在于对方，我方不存在过错，所以本案伤残保险的基本保险金额应按特别约定以 20 万为限。

二、伤残鉴定应适用保险合同约定的人身保险行业标准

（一）鉴定标准的适用

我国现有三个人损的鉴定标准。《职工工伤与职业病致残等级》（GB/T16180-2014）是国家标准中的推荐标准，由国家标准化管理委员会发布于 2014 年，适用于职工工伤和职业病致残的劳动能力鉴定。《人身保险伤残评定标准》（JR/T0083—2013）是保险行业通用的行业标准，由保监会发布于 2013 年，适用于意外险产品和包含意外责任的其他保险产品的伤残鉴定。《人体损伤致残程度分级》由最高法、最高检、公安部、国安部、司法部联合发布于 2017 年，适用于除职工工伤、意外保险之外的人身损害伤残鉴定，适用范围包括交通事故、非工伤事件、刑事案件、普通伤害和其他意外伤害等领域。三个标准不存在效力上的高低，但是适用于不同的领域。

一审判决适用的《人体损伤致残程度分级》，是由五部委联合发布的一个规范性文件，但不是由国家标准化行政主管部门批准和发布的国家标准。国家标准都有以 GB 开头的标准号，但该规范性文件在发布时没有标准号。国家标准都能在全国标准信息公共服务平台上进行查询，但该规范性文件是查不到的。一审判决在该文件的性质认定上犯了想当然的错误，因为平时用的比较多，所以轻率地认为它是国家标准，潜意识里还认为它是国家标准中的强制性标准，所以会推定它

的效力高于保险的行业标准，最后还依据该标准作出了一审判决，这是明显的错误。

现行人损鉴定标准中的国家标准只有《职工工伤与职业病致残等级》(GB/T16180-2014)，也就是本案保险合同中约定的Ⅱ类伤残保险金的鉴定标准。但该标准有T字符，是国家标准中的推荐性标准，不是强制性标准，也要经合同当事人约定适用后才能实施。但本案约定的是Ⅰ类保险金，所以该国家标准也不能适用于本案的争议处理。

假设《人体损伤致残程度分级》也是国家标准，因此就有两个国家标准，同时再假设本案的保险合同对标准适用问题也没有作出约定，那就要从两个国家标准中选择一个进行适用。即便是在这样的假设前提下，本案依旧不能适用《人体损伤致残程度分级》。因为《职工工伤与职业病致残等级》适用于工伤领域，本案的争议恰是工伤领域的争议，所以本案无论如何都不应该适用《人体损伤致残程度分级》。

本案真正应适用的就是《人身保险伤残评定标准》。该标准虽是行业标准，但我国的标准法没有规定行业标准的效力低于国家标准。行业标准本是推荐性标准，没有强制实施的效力，但保险合同约定Ⅰ类保险金适用该标准，本案投保的就是Ⅰ类保险金，所以经保险合同的约定适用后，该推荐性标准在本案中具有强制实施的法律效力。

(二) 我方对相应的保险条款已作说明

一审被告表示只有投保单，没有合同条款，主张我方对保险合同条款未作说明，但这不是事实。

选择Ⅰ类保险金进行投保是双方协商后的决定，协商时我方做过条款说明。对方是有保险合同的，我方于2024年5月17日向对方送达了保险合同，有签收回执为证。保险合同里有保险条款，对方收到保险条款后长时间未提异议，也能辅助证明对条款内容没有异议。对

方自认有投保单，反能证明特别约定是有效的，因为特别约定的盖章就体现在投保单上。

三、我方已经完整地履行了保险责任

特别约定是生效的，因对方未提交工伤认定，本案伤残保险的基本保险金额是 20 万。本案经合同约定适用人身保险的鉴定标准，一审被告是十级伤残，应按 90%的比例以及不足额投保的折扣率计算伤残保险金。可见我方在本案的理赔处理上符合保险合同的约定，而且已经履行了保险责任，所以我方在本案中不应再承担责任。

综上所述，一审判决在特别约定的效力和伤残鉴定标准的适用问题上均存在明显错误，其结果侵害了我方的合法权益。为此特向贵院提起上诉，恳请贵院依法改判。

北京盈科（杭州）律师事务所接受中国人民人寿保险股份有限公司浙江省分公司（以下简称上诉人）的委托，指派本人担任其与周某辉、杭州 XX 通信工程有限公司的提供劳务者受害责任纠纷一案的二审代理人。现结合争议焦点，提交补充上诉意见如下：

一、意外保险的理赔款，不能抵扣雇主对雇员的损害赔偿赔偿责任

1、从法理上讲，一审原告向一审被告主张的人身损害赔偿是法定的侵权责任，依据是《民法典》第 1191 条。一审原告向我方主张的意外保险赔偿，是保险合同约定的合同责任，依据是《保险法》和保险合同的约定。侵权责任和合同责任的法律关系不同，请求权基础也不同，是两个独立纠纷。

2、从保险原理上讲，保险法规定雇主为雇员投保的团体保险，受益人必须是被保险人本人或近亲属，一审被告显然不在此列。用保险赔款抵扣其对一审原告的损害赔偿，实际是把一审被告判成了保险

金的受益人，这不符合法律规定，也不符合保险合同的约定。

3、人身领域的赔偿不是补偿原则，一审原告既可以依据《民法典》向一审被告主张人身损害赔偿，又可以依据保险合同向我方主张意外保险赔偿，不存在重复赔偿的问题。但本应获得两笔赔款的一审原告，却因错误判决失去了对商业保险金的请求权。

4、发生该错误的原因，是把本案的意外险混同成了责任险。责任险的投保人和被保险人都是雇主，保险责任是雇主对雇员的赔偿责任，投保目的是把雇主对雇员的赔偿责任转嫁给保险公司，所以保险金是支付给雇主的。意外险的投保人虽然也是雇主，被保险人却是雇员，保险责任是因意外伤害造成的人身损失，投保目的是为雇员提供保险合同约定的保障，所以保险金是支付给雇员的。两类保险的投保目的、保险责任、保险合同的对象是不一样的。本案是直接为雇员提供保障的意外险，不是转嫁雇主对雇员的赔偿责任的责任险。

5、本案的正确判决是一审被告向一审原告支付 46.3 万损害赔偿，我方无需再支付保险金。因保险赔款不能抵扣一审被告的法定赔偿，一审原告实际可获得约 54 万赔偿款（7.6 万+46.3 万）。虽然抵扣判决在本案中对我方利益没有造成直接影响，但如果不予纠正，可能会在大杭州范围内影响我方后续同类案件的审理，还有可能导致一审原告提出再审申请增加我方的诉讼成本，所以请中院务必予以纠正。

注：我方向法庭提供 1 份杭州中院的同类案例在先判决，刘某、方某诉杭州中旅生命权、健康权、身体权纠纷一案（2019 浙 01 民终 2964 号），一审时拱墅法院用意外险的理赔款抵扣了杭州中旅对刘某和方某的侵权赔款，杭州中院在二审中进行了纠正。

二、一审在实体和程序上还存在多处错误

本案是提供劳务者受害责任纠纷，本应审理原被告双方基于劳务关系而发生的侵权纠纷，但实际却在审理原告和我方的意外保险合同纠纷，导致一审庭审在组织上存在以下错误。

1、本案是意外险不是责任险，所以提供劳务者受害责任纠纷和我方是无关的。但是一审混同了意外险和责任险，强制我方参与了无关的诉讼。

2、如果要把我方列为提供劳务者受害责任纠纷的第三人参与诉讼，应是基于对事故情况的了解，但不应对意外保险的理赔情况进行实质性审理。

3、如果要对意外保险的理赔情况进行实质性审理，应由一审原告另行提起意外保险合同纠纷之诉。两个诉讼的案由都不一样，合同之诉不受侵权之诉的影响。

4、如果要把意外保险合同纠纷和本案的侵权纠纷合并审理，应提前通知我方，而且要明确告知我方以被告身份应诉，因为被告和第三人的应诉准备是不一样的。本案我方被通知参加原被告之间的侵权之诉，身份是第三人，到庭后才发现实际参加的是原告和我方的合同之诉，而且身份是被告。因庭审组织上的混乱，导致我方对意外保险合同纠纷的应诉准备不充分，我方的诉讼权利没有得到应有的保障。

综上所述，本案在事实认定、法律适用、庭审组织等问题上均存在多处错误，且都属于重大错误。恳请中院依法予以改判，至少应发回临安法院进行重审。