

第二章 核保須知

「核保」簡單來說就是了解承保標的危險之所在及程度，藉由危險的認識、評估可能的損失、議定保險條件、決定費率的計算、安排風險的移轉、檢討核保的結果等工作，其亦可調為保險公司就其所得或已承受之風險所進行危險管理之工作。核保工作品質的好壞攸關保險公司的經營成效，故擔任核保工作之保險從業人員應謹慎為之。本章節除了說明核保相關作業外，亦包含保單生效後之保單簽發作業說明。

第一節 要保書之審核

一、要保人/被保險人簽名

要保人及被保險人之簽名係為確認其本意，以避免日後的舉證問題。倘若要保書未經要保人/被保險人簽名，則保險公司於日後要行使保險法第64條所規定因違反告知義務之解除權，恐有困難。蓋要保書未經要保人/被保險人簽名，而保險公司仍同意承保，似可推論保險公司已免除要保人/被保險人說明要保書詢問事項之義務；或者因非本人簽名，依保險法第105條規定該契約將自始無效，保險公司在承保若干年後才發現，恐怕得退還要保人已繳的所有保費，白白承擔了那麼多年的風險。

二、要保書填寫之完整性

核保人員的核保行為需要許多的資訊，依據不同承保風險之差異及複雜性來決定所需資訊的多寡。資訊的來源主要來自於要保書之詢問事項，但仍可包含業務員報告書(業務員通路適用)、體檢報告書及相關病歷、徵信調查報告書、及財務問卷/徵信資料等。

(一) 要保書通常可以分為5大部分：基本資料、告知事項、聲明事項、要保書上填寫日期(申請日期)，及要保人與被保險人簽章。其中基本資料、要保書上填寫日期(申請日期)、及要保人與被保險人簽章屬於共通內容，但告知事項及聲明事項會因保險商品之不同而有所差異。

(二) 各保險公司所使用之要保書可以分為核准及備查兩類。依據保險商品銷售前程序作業準則(民國110年6月4日修正)第15條規定：

「保險商品應依下列方式之一完成審查程序。但主管機關另有規定者，不在此限：

1. 核准：指保險業應將保險商品報請主管機關核准，始得銷售。
2. 備查：指保險商品無須經過主管機關核准，保險業得逕行銷售。但保險業應於開始銷售後15個工作日內檢附資料，送交主管機關或其指定機構備查。

前項第1款之保險商品，主管機關應自收齊申請文件之日起40個工作日內核復，並應於75

個工作日內為准駁之決定。

第1項第1款之保險商品，屬保險業經主管機關駁回之日起30個工作日內再次送審者，主管機關應自收齊申請文件之日起25個工作日內核復，並應於45個工作日內為准駁之決定，不適用前項規定。」

(三) 依「人身保險商品要保書免適用保險商品審查程序之內容及範圍」(民國101年6月29日令，自民國101年7月1日生效)規定：

人身保險商品要保書內容不涉及新增或變更「人身保險要保書示範內容及注意事項」或該保險業已報經主管機關完成審查程序之要保書所載之告知事項或聲明事項，且符合保險相關法令及「人身保險商品要保書免適用保險商品審查程序之必要列載事項及不得列載事項」規定者，得免適用保險商品審查程序。

前項所稱新增或變更告知事項或聲明事項，不包括下列情形：

1. 將「人身保險要保書示範內容及注意事項」或該保險業已報經主管機關完成審查程序之要保書之告知事項或聲明事項予以組合，且該告知事項或聲明事項之組合，係配合商品及險種特性制定。
2. 刪除或減少「人身保險要保書示範內容及注意事項」所定或該保險業已報經主管機關完成審查程序之要保書之告知事項或聲明事項。

註：「人身保險商品要保書免適用保險商品審查程序之必要列載事項及不得列載事項」

1. 必要列載事項：

- (1) 要保書之文號及日期。
- (2) 要保人及被保險人之姓名、性別、年齡及住所。
- (3) 要保人與被保險人之關係。
- (4) 受益人姓名及與被保險人之關係或確定受益人之方法。
- (5) 保險公司名稱及住所。
- (6) 保險商品名稱、保險金額、保險費及其繳費別。
- (7) 投保日期。
- (8) 契約條款中約定須由要保人選擇之項目需以具體之內容列示，並載明要保人未選擇時之效果或處理方式。
- (9) 要保書如載有告知事項，應列載要保人或被保險人違反告知義務之效果。
- (10) 保險商品如對因戰爭，或與恐怖主義者行為有關之事故而致之損害訂有最高給付金額限制者，應載明其限制內容。
- (11) 招攬人員之姓名及登錄字號。
- (12) 保險商品如為以外幣收付之非投資型人身保險商品，應列載「以外幣收付之非投資型人身保險匯率風險說明書」。
- (13) 保險商品如為投資型保險商品，應依「投資型保險投資管理辦法」第3條及「投資型保險資訊揭露應遵循事項」第6點規定列載重要事項告知書。
- (14) 其他保險相關法令所規範應列載之事項。

2. 不得列載事項：

- (1) 保險法第54-1條所列情事。
- (2) 任意增列之告知事項或聲明事項。
- (3) 專案名稱。
- (4) 依規定應提供契約審閱期間之保險契約，約定要保人拋棄契約審閱期間。
- (5) 依規定應提供契約撤銷權之保險契約，約定要保人拋棄契約撤銷權。
- (6) 約定保險公司之廣告說明非保險契約之一部分。
- (7) 信用卡扣款授權書、轉帳授權書或結匯授權書等文件。
- (8) 約定要保人同意提供往來交易資料及其他相關資料予金融控股公司之子公司或其他機構作為商業行銷之用。
- (9) 其他與保險契約條款約定不符之事項。

(四) 目前要保書常為配合法規增刪修正之要求或其他原因而變更其內容，而有新版之要保書產生。故業務員提供要保書供保戶填寫時必需使用符合當時法令及適用商品之正確版本，而且要保書內容必須填寫完整，以作為保險契約之一部分。實務上作業，當公布使用新版本之要保書時，為配合招攬新保單之所需銷售時間，舊版本之要保書使用往往會提供一段合理時間(例如10日)之緩衝期間。如超過各公司所規定之一段期間(例如10日)尚未完成核保，則該舊版本之要保書會請要保人及被保險人重新填寫新版之要保書以符合法令之規定。

三、補充文件或要求體檢

核保人員在檢視要保書被保險人告知事項的內容，進而了解被保險人之身體狀況、既往病史、居住地區、工作內容或財務狀況等，再參考被保險人之理賠紀錄，以決定是否須要求被保險人提供其他相關證明文件作為核保之參考。一般相關證明文件可包括病歷摘要報告書、由被保險人填寫之相關疾病問卷等，主要目的是讓核保人員進一步了解被保險人所告知之身體狀況、既往病史的詳細情形(例如該疾病之發生頻率、癒後狀況等)，被保險人所有告知內容實為保險公司核保資訊主要之來源及依據。

實務作業上，為了合理節省核保成本，會對於符合一定條件的保件採取免體檢的作法，免體檢的額度則會因為銷售通路的不同而有所不同。業務員銷售通路上，各保險公司會依被保險人之年齡及招攬業務員之年資或職級之標準訂定免體檢額度，超過免體檢額度則必須依各公司訂定之體檢項目至相關醫療機構進行體檢(例如，被保險人50歲，招攬業務員為一般業務員或經理級業務員其免體檢額度可以不同之適用標準)。在非業務員銷售通路上，各保險公司會依被保險人之年齡之標準訂定所謂的免體檢額度，超過免體檢額度則必須依各公司訂定之體檢項目至相關醫療機構進行體檢。

然而，核保人員為控管風險，仍會因保戶累計各險種的額度或告知之內容再要求被保險人再進行相關之體檢。另外，被保險人雖屬於免體檢額度內之保單，但亦有可能因保險公司所進行之隨機抽檢而必須進行相關之體檢。

超過「免體檢額度」之保單一般稱之為「體檢件保單」，為減少因收取相當於第一期保

險費後產生契約效力認定之爭議，保險公司針對「體檢件保單」通常會要求先將要保書及相關資料送給核保單位進行初步之審核，當核保通過後再照會要保人繳交第一期保費。

第二節 核保準則概述

一、核保的概述

人身保險係為避免個人因其生命、身體或健康發生不可預料、不可抗力之事故，致生有形的金錢支出或無形的期待收入之落空，於是透過大眾的力量來分擔其損失，藉以使社會的不安定因子降到最低，所設計出來的一種安全機制。

然而，要維護此一制度於不墜，必須讓社會大眾相信，它確實能發揮保障個人於萬一的功能，而後才樂於參與。但要做到這一點，首須要求參與此一制度之人的條件是公平的、是平等的，否則，將使制度的本身失衡以致無法維繫。其次，必須就可能破壞此制度「有心的風險」(Minded Risk)減到最低，捨此，將使社會安全機制一環的保險制度遭致惡用而變成罪惡的淵藪，而作為「天助自助」的良法美意也將失去其意義。

各國政府有鑒於此，莫不制定保險法，將此制度委由專業的保險公司經營，而執行此一任務的，即是核保人員(Underwriter)。

核保人員一方面依據長期統計得出的發生率(含死亡率、職業風險發生率、罹病率、意外事故發生率)作為公平衡量的砝碼，另方面則按保險法令的規定，配合社會的脈動，遏阻有心的風險。還有，發生率和法令也隨著社會結構之變動及科技的進步而與時俱進。因此，如何在業務人員引進新契約之際，維繫保險制度於不墜，又不妨礙業務的推展運作，另方面又須時時注視及配合社會的多元變化，從中取得平衡點，可說是一項既科學又藝術的學問。

二、核保人員的職責與任務及職業道德規範

依「人身保險核保實務處理準則及職業道德規範」(民國95年7月27日公布)，核保人員的職責與任務及職業道德規範，說明如下：

(一) 核保人員的職責與任務

1. 確保壽險公司經營安全及盈利性

核保人員的職責在於對每一保件予以適切的危險評估(risk assessment)，公平合理的篩選符合公司可接受危險範圍內的保件，淘汰逆選擇高的不良保件確保公司營運安全，同時力求核保決策符合精算死亡率及發生率的預測，進而提高公司核保盈利。

2. 審慎且有效率執行核保業務

保險契約是最大誠信契約，公司是否接受要保人的要約(要保)，需由核保人員依據危險評估的結果予以決定。核保人員必須審慎且有效率的執行核保業務，避免造成公司整體經營績效的負擔及承擔不必要的風險。

3. 保持公正中立的態度

核保人員在決定承保條件時，對於相同情況之保件，應採取一致合理的核保準則，公平

客觀不可偏頗，以避免影響投保客戶權益。

（二）核保人員的職業道德規範

核保人員是壽險公司經營成敗的關鍵。一位善盡職責的核保人員，除了具有豐富的專業素養之外，還須具有崇高的道德操守，俾能提昇保險的信譽及發揮保險的功能。因此，核保人員在工作上必須遵守下列的職業道德規範：

1. 核保人員應秉持專業、誠信、公平、公正、良知及超然之原則服務。
2. 核保人員應瞭解「核保人員職業道德規範」並善加信守。
3. 核保人員執行業務時應遵守相關法令之規定。
4. 核保人員執行業務時如與自身利益相衝突時，應主動迴避。
5. 核保人員應積極參與人身保險核保專業課程之訓練及活動，密切注意保險相關法規、行政命令及政策之新增或修訂等重要資訊，閱讀核保、醫學或法律相關書籍，以增進自身的核保專業知識。參與簽署商品之核保人員並應參加一定時數之相關業務專業訓練。
6. 核保人員執行業務時，不應對保戶有偏頗之行為並盡力維護全體保戶之公平利益。
7. 核保人員對保戶之資料應善盡保密義務，非因業務正當需要，不得透露他人。
8. 核保人員對個人資料之蒐集或利用，應尊重當事人之權益，依誠實及信用方法為之，不得踰越「電腦處理個人資料保護法」(現「個人資料保護法」)規定之必要範圍。
9. 核保人員應致力維護壽險業之形象。
10. 核保人員發現有冒用人身保險業核保人員名義情事者，應予舉發。
11. 當人身保險業主管機關、相關權責機構(組織)或所屬公司，向核保人員提出與案件調查有關且必要之詢問或意見徵詢時，有義務予以配合，並依據其專業認知，正確回覆詢問或意見徵詢及提供相關資料。

三、核保審查及評估因素

人身保險之核保須要評估之因素很多，但必須達到3個目標：對被保險人本人之適合度、對公司之經營利潤及對招攬人員之報酬是否能維持其銷售推動力。因此，除了達到以上3個目標外，並符合「保險法」、「洗錢防制法」、「**資恐防制法**」、「保險業防制洗錢及打擊資恐內部控制要點」、「人壽保險業防制洗錢及打擊資恐注意事項範本」、「保險業招攬及核保理賠辦法」、「保險業招攬及核保作業控管自律規範」、「金融消費者保護法」及「保險業銷售投資型保險商品連結境外基金應辦理充分瞭解產品之相關作業規範」等相關法規的規範。以下將核保審查及評估因素並配合相關法規分別說明如下：

（一）依「洗錢防制法」及「**資恐防制法**」等相關法規規範

核保審查時，應確實依「洗錢防制法」、「**資恐防制法**」、「**保險公司與辦理簡易人壽保險業務之郵政機構及其他經金融監督管理委員會指定之金融機構防制洗錢及打擊資恐內部控制與稽核制度實施辦法**」、「人壽保險業防制洗錢及打擊資恐注意事項範本」之相關規定辦理。核保人員於核保時應審核要保書是否為當事人親自填寫，招攬報告對當事人之確認是

否確實；必要時應要求個案生調，並附具相關資料，以備查考。法人投保者，應採合理方式了解其營業性質、實際受益人與控制結構，並保留相關資料。

保險公司、辦理簡易人壽保險業務之郵政機構對達一定金額(現行為新台幣 50 萬元)以上之通貨交易，除有人壽保險業防制洗錢及打擊資恐注意事項範本第 11 條第 2 項之情形外，應於交易完成後 5 個營業日內以媒體申報方式（格式請至法務部調查局網站下載），向法務部調查局申報。無法以媒體方式申報而有正當理由者，得報經法務部調查局同意後，以書面（格式請至法務部調查局網站下載）申報之。

如屬疑似洗錢、資恐或資助武擴交易，各單位承辦人員於發現異常時應立即陳報督導主管。督導主管應儘速裁決是否確屬應行申報事項。如裁定應行申報，應立即交由原承辦人員填寫申報書（格式請至法務部調查局網站下載），並將申報書轉送專責單位。由專責單位簽報專責主管核定後立即向法務部調查局申報，核定後之申報期限不得逾二個營業日。交易未完成者，亦同。前揭申報如屬明顯重大緊急案，應以傳真或其他可行方式儘速向法務部調查局申報，並立即補辦書面資料。但經法務部調查局以傳真資料確認回條回傳確認收件者，無需補辦申報書。保險公司、辦理簡易人壽保險業務之郵政機構並應留存傳真資料確認回條。

（二）依「保險法」、「保險業招攬及核保理賠辦法」及「保險業招攬及核保作業控管自律規範」之相關規範

1. 要保人、被保險人及身故受益人之審核

(1) 要保人與被保險人之保險利益

保險法第16條「要保人對於左列各人之生命或身體，有保險利益。一、本人或其家屬。二、生活費或教育費所仰給之人。三、債務人。四、為本人管理財產或利益之人。」，及保險法第17條「要保人或被保險人，對於保險標的物無保險利益者，保險契約失其效力。」是保險法對人身保險保險利益的主要規定。

因此，核保人員於核保時應注意要保人與被保險人間之關係是否符合保險法有關保險利益的規範，以避免保險契約之要保人對於保險標的(被保險人之生命或身體)因欠缺保險利益而失其效力。

(2) 核保審查時，應確實瞭解並評估保戶之保險需求及適合度

A. 確認要保人及被保險人的基本資料：要保人及被保險人之基本資料(至少應包含姓名、性別、出生年月日、身分證字號及聯絡方式；若為法人者，包含法人之名稱、代表人、地址、聯絡電話)、要保人與被保險人及被保險人與受益人之關係及其他主管機關規定之基本資料。

B. 要保人及被保險人是否符合投保之條件。

C. 要保人及被保險人之投保目的及需求。

(3) 身故受益人之審核

目前保險法雖未規範要/被保險人與身故受益人間的關係，惟「保險業招攬及核保理賠辦法」第6條之招攬內部處理制度及程序規定中，要求身故受益人若未指定為配偶、直系親屬或法定繼承人時，業務員應於招攬報告書說明其原因，第7條之核保內部處理制度及程序規定中亦要求須建立受益人之指定或變更經被保險人同意之作業程序，是核保人員於核保時亦須將要/被保險人與身故受益人間的關係納入

考慮，以減少可能之道德危險並確保訂立該保險契約出發點之善意。

2. 財務核保

財務核保的主要目的是評估要保人/被保險人投保的保額、保障的期間、投保的險種與其所須要保障之風險是否相對合理。核保人員須要確定要保人/被保險人之投保目的及動機、保險需求、年收入及負債、繳交續期保費之能力等，以防止道德危險及確定保單之持續繳費能力。

一般而言，各公司核保規則會根據被保險人之年齡、年收入、財務狀況等因素，訂定可投保金額，超過可投保金額之案件會採行高額投保件之財務核保。針對高額投保件，依據金管會103年6月9日金管保壽字第10302063850號函核復產壽險公會所報之強化核保控管措施規定，若同一被保險人累積同業人壽保險投保金額新台幣(下同)1,001萬元以上、累積同業傷害保險投保金額2,001萬元以上，累積同業旅平險2,001萬元以上，或累積同業人壽保險投保金額合併傷害保險達2,501萬元以上，保險公司即應進行財務核保作業。

實務作業上，保險公司為能減少被保險人、要保人、招攬人員、及核保人員之間對於財務核保有不同之認知，往往都會訂定一些基本規則來說明。例如，依被保險人的年齡及依照不同之商品類型來訂定被保險人之投保的保額與其「年收入」之倍數關係表來確定其真正的保險需求；依要保人繳交保費金額占其「年收入」之百分比來確定要保人繳交續期保費之能力及保單之持續率。保險公司雖然已訂立明確的基本規則，但如何認定所謂的「年收入」仍須透過填寫之財務問卷、提供財務證明或財務徵信來了解真實的狀況。

除考量要保人及被保險人之年收入關係倍數外，還須考量被保險人與受益人之關係是否有不合常理之情形，即所謂的「道德危險」。「道德危險」是指在當產生有潛在獲利之機會時對被保險人會有更高的風險，進而引發相關人等犯罪或詐領保險金之動機。道德危險可以有兩類情況：

- (1)「逆選擇」：即是在當被保險人因投保前已知罹患了某些疾病而未誠實告知，故意主動投保某險種，造成保險公司在核保時評估不正確或不適當。
- (2)「詐欺」：即是被保險人透過不正當的手段(如故意導致保險事故發生、非必要之就醫治療等)造成符合保單條款之事實來申請保險金。

3. 體檢

保險公司會依商品危險保額之不同並洽合約再保公司共同評估後，決定各商品免體檢保額。因此被保險人累積同一公司投保金額超過一定金額以上，會要求辦理體檢；若被保險人累積同一公司投保金額在一定金額以上者，亦會設定抽樣一定比例之免體檢件隨機辦理體檢。

4. 生存調查

依據前開強化核保控管措施規定，保險公司會依同一被保險人累積同業人壽保險投保金額在1,001萬元以上、累積同業傷害保險投保金額在2,001萬元以上，累積同業旅平險投保金額在2,001萬元以上，或累積同業人壽保險投保金額合併傷害保險在2,501萬元以

上，辦理生存調查。另外，針對一些保戶異常情況之保單亦須辦理生存調查。

（三）依「金融消費者保護法」及「保險業銷售投資型保險商品連結境外基金應辦理充分瞭解產品之相關作業規範」之相關規範

核保審查時，應確實依「金融消費者保護法」及「保險業銷售投資型保險商品連結境外基金應辦理充分瞭解產品之相關作業」之規範，瞭解並評估保戶保險需求、投資屬性及其適合度。

1. 確實核對「業務招攬及適合度報告書」中要保人及被保險人投保時，是否已充分了解投保目的、購買之保險商品內容、保費係用以繳交保險商品、繳納保險費方式、繳費年期、領取各種給付項目等內容。
2. 確實核對要保人及被保險人是否已確認本次投保險種、保險金額及保費支出是否符合其預算支出且符合本身之保險需求。
3. 針對投資型保險商品，應確實核對「投資型保險商品保戶風險適性問卷」中要保人及被保險人，是否已充分了解本身之投資屬性、風險承受能力、財務資訊及目標，及是否確實了解投資型保險之投資損益係由其自行承擔且是否有逾越要保人之財力狀況或要保不適合之商品。
4. 針對投資型保險商品，應確實核對「投資型保險商品保戶風險適性問卷」之「保戶的投資風險屬性」與要保書中「基金風險等級」是否一致。即所謂的Know Your Product (KYP) 與Know Your Customer (KYC)。

（四）其他相關規範

各保險公司之招攬人員(例如業務員、電話行銷人員、保險經紀人、保險代理人等)及核保人員都必須遵守「保險業招攬及核保作業控管自律規範」之下列相關規定：

1. 各會員對於業務員（含電話行銷人員）招攬之保件有單一保單或累積之保險金額達一定金額（額度由各會員自訂）之情形者，應採行下列查核程序之一，業務主管並得視情況另以電話聯繫或親自訪視要保人等方式進行了解，以有效控管風險：1.請要保人提供財務證明文件。2.請要保人填答財務資料相關問卷並簽名確認。各會員銷售各種有解約金之非投資型保險商品（不包括小額終老保險、團體年金保險及保險期間在3年以下之傷害保險）予70歲以上之要保人或被保險人，或銷售投資型商品予65歲以上之要保人或被保險人，應經要保人同意後將銷售過程以錄音或錄影方式保留紀錄，或以電子設備留存相關作業過程之軌跡，並應由適當之單位或主管人員進行覆審，確認要保人辦理該等商品交易之適當性。(第6條第1、2項)
2. 對於70歲（含）以上高齡之被保險人投保時【1年期傷害保險、健康保險、借貸保險、傳統型年金保險（不含利率變動型年金保險）、旅行平安保險及團體保險除外】，各會員應要求所屬之業務員（含電話行銷人員）及核保人員在銷售及進行核保時應依其投保之險種、保險費或保險金額充分瞭解評估客戶之保險需求及對保單之適合度，對累計同公司有效契約年繳化保險費達新臺幣10萬元（含）以上或躉繳單件保險費達新臺幣1百萬元（含）以上之保單，各會員應於保險契約撤銷權期間內以電話訪問客戶並錄音，以確認其瞭解商品內容及投保意願，如若電話聯繫未成或拒訪者，各會員應補寄掛號提醒相關風險並得行使契約撤銷權。

在銷售及核保保證承保商品時，各會員應確實審酌客戶之年齡、意思表示能力、保險需求是否適合投保該等商品，並電訪客戶，以確認其瞭解商品內容及投保意願。前二項之電訪作業，如於新契約核保時，已完成以下作業，得認定已完成：1.業依第 10 條完成生調作業且生調內容已包含前 2 項所要求之電訪內容。2.業依第 14 條，完成承保前電話訪問，且確認內容已包含前 2 項要求之電訪內容。各會員不得承保要保人投資屬性經評估非為積極型且以貸款或保險單借款繳交保險費者之保件。

各會員應評估銷售各種有解約金之非投資型保險商品（不包括小額終老保險、團體年金保險及保險期間在 3 年以下之傷害保險）予 70 歲以上客戶，或銷售投資型商品予 65 歲以上客戶之適當性。

各會員評估繳交保險費之資金來源是否為解約、貸款或保險單借款之作業程序，應包括檢核客戶投保前 3 個月內是否向同一保險業或其他同業辦理終止契約、同一保險業辦理貸款或保險單借款；以及客戶與該保險業往來交易所提供相關財務資訊具一致性之機制。但不包括投保團體保險、旅行平安保險及旅行綜合保險者。(第 13 條)

3. 對於未滿 15 足歲之未成年人投保人壽保險及傷害保險契約時，各會員應依保險法第 107 條及相關法令規定辦理，並斟酌該等被保險人之合理保障需求及各會員自身之風險承擔能力，訂定該等被保險人投保單一保單、同一公司累計及產、壽險同業累計之失能保險金投保限額，若超過新臺幣 200 萬元以上，應採不低於第 9 條第 4 項所定財務核保作業程序。但依規定得於保險業通報作業資訊系統採簡式通報作業之保件，不在此限(第 15 條)。
4. 各會員之核保人員應針對同一保戶之投保資料，參考產、壽險公會通報資訊系統之通報資料及同業累積保險金額，檢視其投保件數、保險金額及保險費等與其財力及社會經濟地位是否合理、適當。(第 8 條第 2 項)，即應落實所謂的「公會通報」，藉由各家保險公司將各被保險人之所有投保紀錄及變動資料通報至公會，並提供其他保險公司透過通報系統查詢，因此當有新保單投保時之核保可以更確實，並減少保險犯罪之產生維護社會之安全。

四、醫務核保

被保險人之身體狀況亦是決定是否承保之重要考量因素之一。在醫學相關統計數據上，隨著年齡的增加，死亡率及疾病罹患率亦相對增加，且疾病康復後之速度也越來越慢。另外，仍須考量其他因素：1. 被保險人身高與體重之關係，即所謂的「體格」來判斷是否較容易感染疾病；2. 被保險人於投保前曾罹患之疾病，即所謂的「既往病史」來判斷是否仍有後遺症或再次復發之可能性；3. 被保險人於投保時之某些異常症狀，即所謂的「現行症狀」來判斷是否仍有罹患疾病之可能性；4. 被保險人之某些家族遺傳疾病，即所謂的「家族病史」來判斷其較其他被保險人發生的機率較高之可能性。有些職業亦涉醫務考量，例如核能電廠工作人員長期曝露在輻射風險、礦業工人長期吸入過量有害的物質等。

五、大數據核保

保險公司目前已開始整合各種相關的資料庫，應用大數據及建立各種風險模型，以達到自動核保的功能。針對不同種商品之核保風險係數，保戶的風險係數及依據保戶的年齡、性別、職業類別、年收入、家庭結構、投保目的及公司內部理賠資料等，來建立風險模型，將來可更進一步結合異業資料，收集所謂的生活相關資料(life style)，例如金融機構信用卡消費資料、參與運動中心之活動頻率、及休閒活動或生活旅遊等資料，算出核保的風險分數，即可做好風險的選擇，讓核保更加精準。

六、「外國帳戶稅收遵從法」(FATCA)

自民國103年7月1日起(含)，依據美國稅務法案「外國帳戶稅收遵從法」(FATCA) 規範，外國金融機構如果沒有遵循FATCA，其美國來源之所得將會被美國政府課以30%的扣繳稅，因此保險公司和全球多數的金融機構一樣，會參與遵循FATCA。

依此規範，保險公司需要審查客戶是否為美國納稅義務人。如客戶為美國納稅義務人，保險公司需要申報他們的帳戶資料給美國稅務局。故客戶在要保相關文件上填有所謂的「美國指標」(說明如下)，代表他們有可能是美國納稅義務人，故要求客戶提供進一步的資料，以進行確認。

美國指標(U.S. indicia)：

- (一) 曾被註記具美國公民身分或擁有永久居留權(綠卡)；
- (二) 出生地為美國；
- (三) 擁有美國住址或郵寄地址；
- (四) 擁有美國電話號碼；
- (五) 經常將資金轉入位於美國的帳戶；
- (六) 曾指定住址設於美國的人士為代理人以處理本件要保相關事宜；
- (七) 留存於本公司之地址並非要保人之地址，而是以「郵局暫時代替保管郵件」(hold mail)(註：類似郵政信箱) 或「交由某人代轉信件」(in the care of)為唯一地址。

因應 FATCA 之規範，保險公司對於新保單銷售時，依確認後要保人是否為美國納稅義務人的結果(例如為特定美國人士(Specified U.S. Person)、非特定美國人士(not a Specified U.S. Person)、不合作帳戶(Recalcitrant Account)而有不同的作業準則。因此，民國103年7月1日起(含)銷售之新保單，部分保險公司有可能採取不銷售此保單給要保人為美國納稅人之方式處理。

七、核保流程的分類

核保會因為是否透過與保戶面對之銷售管道而有不同的核保篩選流程。

(一) 由招攬人員(業務員、保險經紀人、保險代理人)進行招攬

1. 第一層核保篩選

招攬人員在招攬新保單的過程中，透過與要保人及被保險人面對面的接觸，直接觀察被保險人之身體狀態/外觀，並同時了解投保動機及要保人及被保險人之職(兼)業、經

濟能力等。另外，業務員應以誠實告知之態度協助要保人及被保險人填寫要保書的內容。尤其，對於符合免體檢額度之被保險人，業務員之初步核保的判斷的正確性扮演著一個非常重要的角色。

2. 第二層核保篩選

透過被保險人之體檢結果進行核保之風險篩選。即經由專業的醫師，依據被保險人體檢後的相關數據及當時被保險人告知既往症或家族病史等，將其診斷結果填於體檢報告書中。

3. 第三層核保篩選

核保人員依據要保書之告知內容、業務員報告書及醫師診斷證明書等資料，來判斷是否可以承保或承保是否應附加條件。

(二) 未直接面對招攬人員(電話行銷、電視行銷)之招攬方式

因投保動機及道德危險之考量，針對保戶未直接面對招攬人員之核保篩選可以分為以下2類：

1. 保戶被動投保

保險公司取得有效名單後，依據客戶群的來源，再依據每一種商品所要預計銷售商品的目標市場及所訂定之核保條件，先做第一層的核保篩選。接著再透過招攬業務員(電話行銷人員)以電話的方式依各種商品所設定之問題詢問保戶以進行第二層核保篩選。針對詢問後之問題後若保戶有進一步告知既往症或家族病史等，再經由核保人員判斷告知事項或其相關資料，即是第三層核保篩選。

2. 保戶主動投保

保戶透過電視頻道/廣告得知保險商品之訊息，主動表示投保之意願。當保戶看到電視頻道/廣告保險商品之介紹後，直接撥打專線電話，經過招攬業務員(電話行銷人員)以電話的方式依各種商品所設定之問題詢問保戶進行第一層核保篩選，或者請保戶填寫要保書之內容。針對詢問後之問題後保戶有進一步告知其告知既往症或家族病史等，再經由核保人員判斷進行第二層核保篩選。

(三) 透過網路投保

網路投保的方式投保，由保戶直接在網路上填寫基本資料及回答線上所詢問之問題，經由系統所設定之判斷條件進行所謂的第一層核保篩選，當系統判斷後，就其在線上告知之內容決定是否須經由核保人員進行所謂的第二層核保篩選。

依保險業辦理電子商務應注意事項(民國 110 年 9 月 9 日修正)之第十二點(二)之規範，有關人身保險商品網路投保之核保作業規定如下：

1. 保險業受理網路投保申請案件，應於送出繳款資料並取得信用卡或轉帳銀行授權碼後即時連線辦理收件通報，並應於扣款完成且保險契約成立時 24 小時內，立即辦理承保通報。
2. 須檢核承保公司內部有無異常投保或理賠紀錄，且單一公司保險金額不得超過規定之限額。
3. 須即時連線保險業通報作業資訊系統，檢核同業累積保險金額不得超過相關之規定。

4. 保險業應依各投保險種及投保金額所應遵循之核保規範進行網路投保核保作業。如有需體檢、財務核保或不符合承保公司內部訂立之網路投保篩選標準或其他異常者，應依保險業核保規範轉人工核保。

八、核保後之承保決定

(一) 標準體(Standard)

經由核保的判斷，因被保險人之告知內容符合當時商品所預估的風險範圍內，故直接以標準體費率(即一般商品銷售文件所列出之費率)收費。大多數保單皆屬於此類。

(二) 次標準體(Substandard)

經由核保的判斷，因被保險人之告知內容或其他相關體檢資料超出當時商品所預估的風險範圍內，所額外所致的風險，但所增加的風險可以用加費的方式承保，而不需調整其保障內容。一般而言，次標準體的加費有 2 種類型：長期加費(即整個繳費期間內)及短期加費(即非整個繳費期間內，例如繳費 20 年但只加費 5 年)。核保人員會給「加費通知單」告知要保人，當作 Counter Offer，由要保人依據加費通知單的金額繳費。

(三) 延期承保(Postpone)

經由核保的判斷，因被保險人之告知內容或其他相關體檢資料有額外的危險因素，且在核保當時無法確定，故請保戶等待一段期間(例如 6 個月)後再提出購買保單之申請。核保人員會給「延期承保通知書」給要保人。

(四) 批註除外(Exclusions)

經由核保的判斷，因被保險人之告知內容或其他相關體檢資料，有額外的危險因素，但可經由批註除外的方式將其風險除外，而其他保障範圍不受影響，核保人員會給「批註除外通知書」給要保人。

(五) 更改投保商品、年期、保額(Counter-Offer)

經由核保的判斷，因被保險人之告知內容或其他相關體檢資料，建議保戶購買其他商品或將其購買之保額降低，保險公司可以將其風險控制在一定範圍內，核保人員會給「契約內容變更通知書」給要保人，要保人必須簽回後視為同意更改原要保書投保之內容。

(六) 拒絕承保(Decline)

經由核保的判斷，因被保險人之告知內容或其他相關體檢資料，其額外的危險因素不在保險公司的承保範圍內或已超過保險公司承受的程度，核保人員會給「拒絕承保通知書」給要保人。

九、各險種之核保要點

(一) 人壽保險(含優體壽險)

人壽保險的主要危險因素是考慮死亡之發生機率，因此某一疾病或症狀的危險因素會影響一個人的壽命長短，即是人壽保險核保的考量重點。另外，人壽保險都牽涉到一筆非常大的金額(可能為數百萬元甚至數千萬元)，核保人員對於要保人及被保險人之年收入及其投保之保額必須依所屬保險公司訂定之相對倍數作為判斷依據，以期儘量減少各種可能引發犯罪之誘因而導致被保險人之危險。相對地人壽保險也因具有死亡風險保障屬性，為避免外界質

疑其死亡保障比率過低而與一般儲蓄商品混淆引發爭議，也必須符合主管機關所訂「人壽保險商品死亡給付對保單價值準備金(保單帳戶價值)之最低比率規範」之規定。

(二) 傷害保險(含旅行平安保險)

傷害保險主要是針對「意外傷害事故」(即非因疾病引起之外來突發事故)所致的死亡、殘廢、醫療給付保險金，故主要核保考量為被保險人的職業及職務內容、年齡、休閒運動、及上下班的交通工具等因素。另外，旅行平安保險的核保主要是考量旅遊之地點環境的安全，同時考量道德危險之因素，針對高保額之投保，亦須經過財務核保之程序以減少各種可能引發犯罪之誘因而導致被保險人之危險。因為傷害保險具有保費低保障高的特性，很容易被利用成為保險犯罪的工具，故財務核保相形重要。

(三) 健康保險(包括醫療保險、癌症險、長期照顧險及重大疾病險等)

健康保險的主要危險因素是考慮疾病罹病率，其主要目的是補償保戶之醫療支出或者工作收入中斷之損失為主。核保主要是考量被保險人之年齡、身體狀況、家族病史、既往症及現在各種異常的身體狀況，且其發生率較人壽保險為高，為減少道德危險之發生率，因此健康保險之財務核保較人壽保險更形重要。

(四) 團體保險

團體保險是以非為購買保險而組織之團體為對象，因其被保險人較多，故核保主要考量是以該團體之參加人員年齡分布、職業內容、參加人數及性別等為主要核保考量，而不是考量個別被保險人之體況或財務狀況。

(五) 年金保險

年金保險是以被保險人生存期間或於某一固定期間後，保險公司定期給付固定金額，故較無道德危險因素之考量，但現行年金險多附有少額死亡保障，仍須注意是否該商品會有被保險人購買後短期間內死亡造成理賠之誘因存在。

(六) 投資型商品

投資型商品是一個兼具保險及投資雙重功能的商品，將其投資的部分去除後，其核保的重點同人壽保險或年金保險，另外，與傳統型人壽保險相同，投資型人壽保險仍須符合「人壽保險商品死亡給付對保單價值準備金(保單帳戶價值)之最低比率規範」之規定。

(七) 微型保險

微型保險主要核保重點必須符合「保險業辦理微型保險保險業務應注意事項」中定義之特定身分及經濟弱勢者之條件及其累計保額之規定(目前為人壽保險及傷害保險合計分別以新臺幣 50 萬元為上限，微型實支實付型傷害醫療險以 3 萬元為上限)。

第三節 保險費、年齡及費率計算

一、保險費之交付

依據保險法第 21 條：「保險費分一次交付，及分期交付兩種。保險契約規定一次交付，或分期交付之第一期保險費，應於契約生效前交付之，但保險契約簽訂時，保險費未能確定

者，不在此限。」故個人保險之保險費應於契約生效前繳交，而團體保險因保險契約訂立時，參加團體保險之被保險人並未確定，故團體保險之保險費於團體保險契約通常會待參加之被保險人確定後再繳交。

二、年齡約定

人身保險商品之保費與年齡有相對之關係，而保險商品之內容或條款若未特別說明為足歲，一般是指「保險年齡」，其計算方式是以足歲計算，但未滿 1 歲的零數超過 6 個月者，加算 1 歲。在保險契約之條款上所述之年齡一般可以分為 2 類：投保(承保)年齡及續保年齡。若保險商品之保障期間為一定期間(例如 1 年、10 年、或 20 年)，則有些商品會訂定最高續保年齡。為能有效控制風險之範圍，保險公司會限制該商品之最低/最高之投保(承保)年齡及最高之續保年齡。購買保險商品之投保(承保)年齡之限制往往會說明於相關銷售文件中說明。而針對一定期間之保險，有些商品會於條款中就保險期間及續保(保證續保或非保證續保)之相關條款約定最高續保年齡。

以投保(承保)/續保對象可以分為 3 類：被保險人本人(主被保險人)、被保險人配偶及被保險人子女。條款參考範例如下：

- (一) 被保險人本人(主被保險人)：本契約之被保險人本人之保險年齡達○○歲止或本契約之被保險人本人之保險年齡達○○足歲止。
- (二) 被保險人配偶，係指年齡未滿○○足歲之被保險人本人之配偶。以其姓名記載於要保書上或隨後批註於本保單上者為限。被保險人本人之配偶因下述情形喪失其被保險人資格：
 - 1. 被保險人本人喪失被保險人資格。
 - 2. 身故、全失能。
 - 3. 年滿○○足歲。
 - 4. 與被保險人本人離婚。
- (三) 被保險人子女：係指出生滿 15 天且已出院至○○足歲之被保險人本人未婚之子女、繼子女、養子女。以其姓名記載於要保書上或批註於本保單上者為限。
被保險人本人之子女因下述情形喪失其被保險人資格：
 - 1. 身故或致成主契約所約定之完全失能時。
 - 2. 結婚。
 - 3. 被他人收養或認領。

三、年齡計算錯誤之效果

依據保險法第 122 條：「被保險人年齡不實，而其真實年齡已超過保險人所定保險年齡限度者，其契約無效，保險人應退還所繳保險費。因被保險人年齡不實，致所付之保險費少於應付數額者，要保人得補繳短繳之保險費或按照所付之保險費與被保險人之真實年齡比例減

少保險金額。但保險事故發生後，且年齡不實之錯誤不可歸責於保險人者，要保人不得要求補繳短繳之保險費。因被保險人年齡不實，致所付之保險費多於應付數額者，保險人應退還溢繳之保險費。」

依不同保險商品之特性，對於年齡計算錯誤之效果有不同之約定，以下謹以「人壽保險單示範條款」及「投資型商品示範條款」為例來做說明。

(一) 依據「人壽保險單示範條款」第 24 條約定：

「要保人在申請投保時，應將被保險人出生年月日在要保書填明。被保險人的投保年齡，以足歲計算，但未滿 1 歲的零數超過 6 個月者，加算 1 歲。被保險人的投保年齡發生錯誤時，依下列規定辦理：

1. 真實投保年齡較本公司保險費率表所載最高年齡為大者，本契約無效，其已繳保險費無息退還要保人。
2. 因投保年齡的錯誤，而致溢繳保險費者，本公司無息退還溢繳部分的保險費。但在發生保險事故後始發覺且其錯誤發生在本公司者，本公司按原繳保險費與應繳保險費的比例提高保險金額，而不退還溢繳部分的保險費。
3. 因投保年齡的錯誤，而致短繳保險費者，**要保人得補繳短繳的保險費或按照所付的保險費與被保險人的真實年齡比例減少保險金額**。但在發生保險事故後始發覺且其錯誤不可歸責於本公司者，**要保人不得要求補繳短繳的保險費**。

前項第 1 款、第 2 款前段情形，其錯誤原因歸責於本公司者，應加計利息退還保險費，其利息按○○○○○○利率計算(不得低於本保單辦理保單借款之利率與民法第 203 條法定週年利率兩者取其大之值)。」

依以上說明，即已明白約定保險契約之保險年齡之計算方式及投保年齡計算錯誤之效果。若真實投保年齡超過保險公司所定之最高投保年齡，其契約無效且**無息**退還其所繳之保險費。若真實投保年齡仍在保險公司所定之投保年齡且為溢繳保費者，於未發生理賠之前，退還其所溢繳之保險費或加計利息(即保險公司有可歸責事由之情形)；但已發生**應理賠事故**，則比例提高其保險金額。若真實投保年齡仍在保險公司所定之投保年齡且為短繳保費者，於未發生理賠之前，**保險公司得**收取其所短繳之保險費或**按照所付的保險費與被保險人的真實年齡比例減少保險金額**；但已發生**應理賠事故且投保年齡錯誤不可歸責於保險公司者**，則比例減少其保險金額。

(二) 依據「投資型人壽保險單示範條款」第 35 條約定：

「要保人在申請投保時，應將被保險人出生年月日在要保書填明。被保險人的投保年齡，以足歲計算，但未滿 1 歲的零數超過 6 個月者，加算 1 歲。

被保險人的投保年齡發生錯誤時，依下列約定辦理：

1. 真實投保年齡高於本契約最高承保年齡者，本契約無效，其已繳保險費無息退還要保人。
2. 因投保年齡的錯誤，而致溢繳保險成本者，本公司無息退還溢繳部分的保險成本。如在發生保險事故後始發覺且其錯誤發生在本公司者，前述溢繳保險成本本公司不予退還，改按原扣繳保險成本與應扣繳保險成本的比例提高淨危險保額，並重新計算身

故、完全失能保險金或喪葬費用保險金後給付之。

- 3.因投保年齡的錯誤，而致短繳保險成本者，要保人得補繳短繳的保險成本或按照原扣繳的保險成本與被保險人的真實年齡比例減少淨危險保額。但在發生保險事故後始發覺且其錯誤不可歸責於本公司者，要保人不得要求補繳短繳的保險成本，本公司改按原扣繳保險成本與應扣繳保險成本的比例減少淨危險保額，並重新計算身故、完全失能保險金或喪葬費用保險金後給付之；但錯誤發生在本公司者，本公司應按原身故、完全失能保險金或喪葬費用保險金扣除短繳保險成本後給付。

前項第 1 款、第 2 款前段情形，其錯誤原因歸責於本公司者，應加計利息退還各款約定之金額，其利息按給付當時○○○○的利率計算（不得低於本保單辦理保險單借款之利率與民法第 203 條法定週年利率兩者取其大之值）。」

依以上說明，即已明白訂定保險契約之保險年齡之計算方式及投保年齡計算錯誤之結果。若真實投保年齡超過保險公司所定之投保年齡，其契約無效且退還其所繳之保險費或加計利息(即保險公司有可歸責事由之情形)。若真實投保年齡仍在保險公司所定之投保年齡且為溢繳部分的保險成本者，於未發生應理賠事故之前，退還其所溢繳部分的保險成本或加計利息(即保險公司有可歸責事由之情形)；但已發生應理賠事故，則比例提高其淨危險保額。

若真實投保年齡仍在保險公司所定之投保年齡且為短繳保險費成本者，於未發生理賠之前得補繳短繳的保險成本或按照比例減少淨危險保額。但已發生應理賠事故，則比例減少其淨危險保額並重新計算身故、完全殘廢保險金或喪葬費用保險金後給付；但錯誤發生可歸責保險公司者，應按原身故、完全殘廢保險金或喪葬費用保險金扣除短繳保險成本後給付。

四、費率計算簡要說明

(一) 保險費之收取

傳統型商品於保險契約訂定時，保險公司會依據年齡、性別來訂定各保險商品之保險費率表；而投資型商品則會依被保險人之年齡及保額訂定不同的區間。

1. 傳統型商品之收費類型

保險費率表一般可分為兩大類：平準式費率或階梯式費率。平準式費率為繳費期間其繳費金額固定(例如：人壽保險女性其每萬元保額其保險費 1,000 元)。階梯式費率為被保險人於投保時其保險年齡於某一區間內其費率表為一個固定金額，當被保險人之保險年齡到達另一階區間內，則費率表為另一固定金額(例如健康保險男性於投保時其每一單位 45 歲以下為 2,000 元，當其保險年齡到達 45 歲時，其費率適用於 45 歲至 55 歲之每一單位 2,050 元，以此類推至最高續保年齡)。

另外，依「住院醫療費用保險單示範條款」(日額型)之第 8 條約定：

「※保證續保適用

第 8 條

本契約保險期間為 1 年，保險期間屆滿時，要保人得交付續保保險費，以逐年使本契約繼續有效，本公司不得拒絕續保。

本契約續保時，按續保生效當時依規定陳報主管機關之費率及被保險人年齡重新計算保險費，但不得針對個別被保險人身體狀況調整之。

※不保證續保適用

第 8 條

本契約保險期間為 1 年且不保證續保。保險期間屆滿時，經本公司同意續保後，要保人得交付保險費，以使本契約繼續有效。

本契約續保時，按續保生效當時依規定陳報主管機關之費率及被保險人年齡重新計算保險費。」

故保險公司依以上規定保證續保之商品仍可有調整保險費之空間，而目前實務上保險公司調整費率之情況較少發生。

2. 投資型商品之收費類型

「投資型人壽保險單示範條款」第 2 條約定：

(1)目標保險費：係指本契約所載明之定期繳付保險費，該保險費係依據○○○○訂定，用以提供被保險人身故、完全失能保障及投資需求。

(2)超額保險費：係指由要保人申請並經本公司同意，為增加其保單帳戶價值，於目標保險費以外所繳付之保險費。

超額保險費得以定期或不定期方式繳交，要保人應先繳足當期及累計未繳之目標保險費後，始得計入超額保險費。（上開繳交超額保險費條件得由各公司自行修正約定）。

（二）契約撤銷及終止契約之退費

1. 契約撤銷

「人壽保險單示範條款」第 2 條及「投資型人壽保險單示範條款」第 4 條(辦理電子商務適用)

「要保人於保險單送達的翌日起算 10 日內，得以書面或其他約定方式檢同保險單向本公司撤銷本契約。

要保人依前項規定行使本契約撤銷權者，撤銷的效力應自要保人書面或其他約定方式之意思表示到達翌日零時起生效，本契約自始無效，本公司應無息退還要保人所繳保險費；本契約撤銷生效後所發生的保險事故，本公司不負保險責任。但契約撤銷生效前，若發生保險事故者，視為未撤銷，本公司仍應依本契約規定負保險責任。」依前開約定，要保人有所謂的「10 日契撤期」之權利，當要保人於收到保單翌日起算 10 日內得以書面或其他約定方式(如電子郵件)表示撤銷此保單，保險契約自始不發生效力，保險公司應無息退還所繳保費。

實務作業上，保險公司會以保戶之保單簽收單上之填寫日期視為保險單送達日，自此日之翌日起算 10 日內為契撤期間。

另外，針對透過電話行銷人員招攬，而要保內容係根據要保人之電話陳述，並由電話行銷服務人員記錄之保單。依據保險局 98 年 6 月 26 日保局（理）字第 09802552370

號函規定，保險公司必須於保險單內提供選項供要保人再次確認。

範例如下：

本保險契約以○○人壽同意承保且要保人繳付保險費或信用卡扣款成功後，追溯自電話成交日翌日零時起生效，本電話陳述內容構成本保險契約之一部分。

要保人保險單內容確認勾選欄及保險單收訖簽名欄：

☐ 本人同意及瞭解本保險單係透過電話行銷方式投保，已詳閱所檢附之保險單條款、要保書及保險內容，經本人同意並已確認無誤。

☐ 本人不同意本保險單之內容，並瞭解：

(1) 可於收到保險單 10 日內以書面檢同本保險單向本公司撤銷。

(2) 契約撤銷的效力自要保人書面之意思表示到達翌日零時起生效，於完成契約撤銷之前，本保險單持續有效。

如果對上述事項有不清楚之處，請撥 0800-xxx-xxx，我們將有專人為您服務。

2. 終止契約

保險法第 119 條：

「要保人終止保險契約，而保險費已付足 1 年以上者，保險人應於接到通知後 1 個月內償付解約金；其金額不得少於要保人應得保單價值準備金之 4 分之 3。償付解約金之條件及金額，應載明於保險契約。」

實務上在要保人終止保險契約時，因為商品種類之不同而有下列作法：

(1) 傳統型商品

依保險商品之特性，終止契約時之退費可以分為兩類：一、退還解約金或二、退還未到期保險費。為避免造成保戶之權益損失，應提醒保戶審慎行使其終止契約之權利。

A. 退還解約金

依保險商品之特性，若該商品具有保單價值準備金，保險公司會依各保單所附之「解約金表」依其終止契約時之保單年度金額計算至終止日之金額給付解約金。解約金之金額較所繳之保險費金額較小，係因保險公司會扣除解約費用所致。

B. 退還未到期保險費

依保險商品之特性，若該商品未有保單價值準備金，實務上依條款當時設計之精算原則，未到期保險費之計算可以分為 2 類：(A) 依短期費率表計算或 (B) 依按日數比例計算返還未滿期保險費。

(2) 投資型商品

終止時之退費，係為保險公司收到終止契約書面通知之次 xx 個資產評價日的保單帳戶價值扣除解約費用後之餘額計算。

第四節 保單之簽發作業

依據保險法第 43 條：「保險契約，應以保險單或暫保單為之。」故保險公司自同意承保並收取第一期保險費後負保險責任，同時會發給保險單作為承保的憑證。實務上，保險公司會寄發紙本的保險單給保戶。

保險公司為減少紙張之使用及維護環保，已有部分保險公司開始與要保人訂立保險契約，並約定以電子文件方式簽發之保險單或暫保單給保戶。

以下將「保險業辦理電子保單簽發作業自律規範」(民國 103 年 8 月 26 日修正)重點摘要如下：

一、電子交易紀錄之保存(第 4 條及第 5 條)

(一)保險業保存現有和已歸檔之電子保單相關交易資料紀錄時，應使用加密之特定媒體儲存或委託公信第三者保存，並定期製作備份資料。

(二)已歸檔儲存之電子保單相關交易資料紀錄(以下簡稱歸檔資料)，其保存期限於保險契約期滿或終止後至少 5 年；用以處理歸檔資料之應用程式保存期限亦同。

(三)已逾保存期間之歸檔資料如欲銷燬，應採取適當之安全防範措施，避免洩漏個人資料。

二、電子保單之控管原則(第 6 條)

保險業管理電子保單之歸檔資料，應依下列原則控管：

(一)不得新增、修改或刪除歸檔資料。

(二)必要時得將歸檔資料移至另一儲存媒體儲存，但應提供適當的保護，且保護等級應不低於原保護等級。

(三)歸檔資料應存放於安全處所。

(四)歸檔資料之管理應訂定相關作業程序。

(五)應對歸檔資料之歸檔時間加以紀錄及管理。

(六)欲取得歸檔資料者，除法令另有規定外，須提出申請並經允許後始得為之。歸檔資料之調閱，如涉及個人資料者，應依個人資料保護法相關規定辦理，未涉及個人資料者，則依內部調閱程序辦理。

三、作業人員管理之規定(第 10 條)

保險業應依下列原則管理負責電子保單作業之人員：

(一)就資訊系統與人員之管理及權責分工訂定相關作業辦法，並與員工簽署書面約定及定期宣導，以提醒員工注意。

(二)訂定人員違反資訊安全規定之處理程序，並明訂處理電子保單相關交易資料之授權處理層級。

(三)作業人員應定期接受有關資訊安全之訓練，並作成紀錄。