

附件：

人身保险产品“负面清单” (2021 版)

一、产品条款表述

(一) 条款文字冗长，重点不突出，不通俗、不易懂，不便于消费者阅读理解。

(二) 条款中对于免除保险人责任义务的条文不统一、不集中，一些约定缺乏法律依据和判定标准、缺乏合理性。

(三) 条款中对于保险人向投保人、被保险人和受益人应尽义务表述不严谨，存在误导销售隐患。

(四) 条款中对于投保人、被保险人及受益人的部分可选权利表述不清，如减保权、续保权等，存在侵害消费者利益隐患。

(五) 条款中设置不合理的约定限制消费者合法权利。

(六) 条款中设置不合理的条款表述为误导销售提供便利。

(七) 条款中保险金额约定不规范，与《保险法》规定的保险金额概念不一致。

(八) 条款中关于诉讼时效的约定，与《保险法》规定不一致。

(九) 条款中关于保险单现金价值退还的约定，与《保险法司法解释三》规定不一致。

(十) 条款中约定的具有管辖权的法院范围，与《民事

诉讼法》关于地域管辖的规定不符。

(十一) 条款中约定的“社会医疗保险”范围，与《社会保险法》的规定不一致。

(十二) 条款中对于理赔材料的要求不合理。如：部分产品条款中约定保险金申请需提供有效生存证明，但未对有效生存证明的具体形式做出解释；意外伤害保险产品条款中约定保险金申请除提供交管部门出具的事故认定书外，还需提供当次交通工具客票（存根）等不合理材料；人寿保险产品条款中约定身故保险金申请除提供死亡证明和户籍注销证明外，还需提供火化证明、丧葬证明等不合理材料。

(十三) 条款中关于受益人的表述不规范。如：部分产品条款中受益人表述为除另有约定外第一受益人为贷款发放机构。

(十四) 健康保险产品条款中等待期、保障责任或责任免除约定的判定条件不合理。如：部分产品条款中约定将等待期出现的症状或体征作为在等待期后发生保险事故时的免责依据，而症状与体征均无客观判定标准，侵害消费者利益。

(十五) 条款约定不合理，变相增加保险金给付条件。如：定期寿险、终身寿险产品条款中约定在被保险人身故后，不全额给付身故保险金，要按条款约定标准分期给付生存金给保单受益人；疾病保险产品条款中约定被保险人确诊所保疾病后，需生存一定期限方可获得保险金给付。

(十六) 医疗保险产品条款中约定保险期间/保证续保期

间届满时，公司如未收到不续保申请，则视同续保，侵害消费者选择权。

（十七）条款表述前后不一，阅读指引中案例演示的保障内容与实际条款约定不一致，存在误导销售隐患。

（十八）短期健康保险产品条款中含有续保时可能调整产品费率的表述。

（十九）健康保险产品条款中约定消费者不得单独解除附加险，或者约定该产品保险金给付以其他产品保险金是否给付为前提条件，涉嫌侵害消费者利益。

（二十）个别公司利用“保险+信托”等其他非保险金融产品为卖点进行宣传，将保险产品与信托、银行理财、基金等其他金融产品混为一谈，混淆保险产品概念。

（二十一）免责条款设置存在不合理地免除或减轻保险人责任的情况。如：护理保险产品条款中约定对细菌或病毒感染引发的保险事故免责，该约定不符合常理，侵犯消费者利益。

二、产品责任设计

（二十二）产品设计雷同，部分报送产品严重同质化。

（二十三）分红保险产品设计异化，产品条款中包含了账户管理、保证利率等概念，与万能型产品类同。

（二十四）护理保险产品设计异化，产品设计为万能型，且护理责任风险保费占保费整体比例较低，脱离风险保障本源。

（二十五）医疗保险产品设计异化，无风险保额或保险

金额低于保费，严重偏离保险保障属性，同时还提供保险资金投资增值服务。

（二十六）年金保险产品设计异化，第一年末现金价值即超过已交保费，同时条款设计灵活的加、减保额功能，实现类万能型保险自由进行账户部分领取功能，且不收取任何费用。

（二十七）保险产品保障功能弱化，护理保险产品仅包含因意外导致的护理责任；年金保险产品既无保障功能也无储蓄功能。

（二十八）产品责任设计与产品定义不符，定期寿险产品包含意外伤残可选责任或生命终末期保险金提前给付责任；疾病保险产品包含生存金给付责任；护理保险产品包含一般身故责任；医疗保险产品仅承担医疗服务责任。

（二十九）重大疾病保险产品通过调整附加费用率系数倒算的方式，使产品的个别不同交费年期的年交费率调整为一致水平，存在误导销售隐患。

（三十）健康保险产品犹豫期设置过短；等待期设置过长。

（三十一）附加两全保险产品在费率和现价计算时考虑了主险重疾发生率，但未对主、附险比例关系进行限制，在组合销售时可能存在保险产品异化为理财产品的风险隐患。

（三十二）万能保险产品其万能账户以日为单位进行结算，结算方式不合理，存在噱头营销风险。

（三十三）疾病保险产品责任约定可根据指定机构基因

检测结果调节费率水平，不符合《健康保险管理办法》要求。

（三十四）投资连结型保险产品约定犹豫期退保为退还保单账户价值，未区分投保人是否选择在犹豫期内将保险费转入投资账户的不同情况进行约定。

（三十五）保单贷款比例约定不清晰，没有约定为不超过现金价值 80%。

（三十六）保险产品通过调整保险金额等方式变相延长等待期，或通过等待期内发生风险事故不全额退还所交保险费变相惩罚消费者、损害消费者利益。

（三十七）产品责任设计不合理，疾病保险产品以急性病发生且身故为给付保险金条件；年金保险产品保险责任只有年金选择权，或要求被保险人提出申请后予以给付。

三、产品费率厘定及精算假设

（三十八）费用补偿型医疗保险产品，为追求营销噱头，在严重缺乏经验数据、定价基础的情况下，盲目设定高额给付限额，并在短期健康保险中引入“终身给付限额”“连续投保”等长期保险概念，夸大产品功能，扰乱市场秩序。

（三十九）保险产品预定附加费用率或初始费用为零或明显偏离实际费用水平，产品费率厘定不真实不合理。

（四十）通过现金价值计算、退保率、费用率等精算假设参数调整，异化产品形态，变相突破产品监管规定。

（四十一）医疗保险产品其整体或部分年龄段健康管理服务费用占比过高。

（四十二）长期保险产品交费期设计为 2 年交，存在假

期交风险。

(四十三) 费用补偿型医疗保险产品定价未区分社保、非社保。

(四十四) 长期保险产品利润测试投资收益率假设严重偏离公司投资能力和市场利率趋势。

(四十五) 保险产品保险期间与利润测试中退保率假设等所反映出的预期存续期不一致。如：公司认定为非中短存续期产品，但利润测试的退保率假设前5年已超过60%。

(四十六) 保险产品费率厘定未考虑等待期因素。

(四十七) 精算报告中关于已发生未报案未决赔款准备金的计提方式与精算规定要求不符。

(四十八) 利润测试只选取单个模型点，未考虑业务结构相关假设的影响。

(四十九) 对于保险期间一年以上的保险产品按其他合理的计算基础和方法确定保单现金价值的，未在精算报告中明确体现其计算的现金价值不低于精算规定所要求的保单年度末最低现金价值。

(五十) 对保险期间一年及以内的保险产品，保单年度中保单最低现金价值低于未经过净保费。

(五十一) 含有保证续保条款的健康保险产品，未在产品精算报告中说明保证续保的定价处理方法和责任准备金计算办法。

(五十二) 采用自然保费定价的长期保险产品，未在产品精算报告中说明非平准保费责任准备金计算方法。

(五十三) 通过设定不合理假设、采用偏离度较大的利润测试因子来实现利润测试新业务价值率不为负。

(五十四) 万能型产品未按规定进行账户管理、确定结算利率，实际确定的结算利率与账户投资情况无关。

(五十五) 重疾险产品的参数调整管理办法中设置调整疾病种类及定义。

(五十六) 通过刻意调整投资连结型产品投资安排，使产品投资收益率在一定时间内为固定值，且在销售宣传时明示或暗示产品为“保证收益”，误导消费者，与投资连结型产品投资风险由消费者自行承担相违背。

(五十七) 分红型产品分红演示中使用的股东、消费者之间分红比例，给予消费者的比例高于公司实际分红中给予消费者的分红比例，夸大分红利益，误导消费者。

(五十八) 万能型产品条款约定只可以趸交，不允许消费者追加保费，与万能型产品交费灵活的特点相违背。

四、产品报送管理

(五十九) 产品备案材料存在漏报、少报，材料相关信息缺失等问题。如：实际报送材料少于清单表中所载材料；部分材料的签字或用印缺失；变更备案的产品未完整报送其变更项目涉及的全部备案材料；清单表或条款中无产品编码信息等。

(六十) 审批类产品作为备案产品进行报送。

(六十一) 费率改革信息表中未提供核心偿付能力数据，或未根据产品报送时间，及时更新近五年公司投资收益数据。

(六十二) 费率表中费率区分的维度或涵盖的年龄范围与产品条款及精算报告中的表述不一致。

(六十三) 部分产品通过电子公文传输系统报送产品备案材料。

(六十四) 部分保险产品报送的部分材料不属于产品备案材料范畴。

(六十五) 产品备案系统报送产品信息填写错误，如：报送信息中的产品名称与条款不一致，报送日期与系统上传日期不一致等。

(六十六) 精算报告或其他备案材料中引用已废止文件。

(六十七) 部分公司未严格按照《人身保险公司保险条款和保险费率管理办法》(2015年修订)有关要求，任命不符合资质人员担任公司法律责任人；法律责任人离职未报告。

(六十八) 投资连结型产品备案，未按照规定对投资账户设立等事项进行报告。

(六十九) 某项产品材料附加于其他材料中，未按要求单独列报。

(七十) 已经变更备案的产品，其变更前的老产品仍未停止使用，或部分公司新开发的产品仍使用已经停售的产品名称。

(七十一) 对已备案满一年但保单件数和保费规模不达标产品未按规定报送停止使用报告，或停止使用后立即复售。

(七十二) 对存量产品清理不及时，对质量效率低，市场认可度、有效性不强的“僵尸”产品清理力度不够、决心不

强。

(七十三) 通过业务展期等方式变相销售已停售保险产品。