

意外和健康保险 - 基础知识

本节将介绍不同类别的健康保险政策，以及通常适用于健康保险的概念。首先，您将了解主要的损失和赔付类型、常见的承保除外责任以及生产者的责任和错误赔偿责任。本节将深入探讨健康保险的核保问题。由于某些健康状况的存在和基因信息的使用，这种核保特别容易造成不公平的歧视。最后，您将了解保单更换的概念以及在确定最佳行动方案时应考虑的因素。

TERMS TO KNOW

Comprehensive coverage - 为大多数类型的医疗提供保障的医疗保险

Cost payment

Deductible - 一种安排，在这种安排中，投保人必须 "预付" 一定数额的服务费用，而医疗服务提供者支付其余费用

Dependent Enrollee - 在保险人支付任何索赔之前，应由被保险人支付的损失部分
- 靠投保人供养的人

Insolvent - 参加医疗保险计划的人、被保险人（不包括被保险人的家属）

Pre-existing conditions
- 经济拮据

Riders Solicitation - 被保险人在申请医疗保险之前的特定时间段内接受过诊断、建议、护理或治疗的病症

Waiting period
- 在基本保险单上添加、修改或删除保险条款
- 试图说服某人购买保险；可以口头或书面形式进行

写作

- 损失发生后保险人开始赔付前的一段时间

政策福利

A. 基本医疗和伤残保险原则、概念和市场

Health insurance 是一个通用术语，包含几种类型的保险合同，虽然相互关联，但旨在防范不同的风险。

通用术语 **健康保险** 包括两种不同类型的保险。一种是为与医疗保健相关的费用提供保险，第二种是为收入损失提供赔付。各州以及各公司在提及健康保险时使用的术语各不相同。当被保险人因疾病或受伤而无法工作时，旨在提供定期付款的健康保险被称为 **disability income insurance**

Educational Objective:

II.A.1.能够识别和/或运用你对以下术语的理解：

- a. 意外事故与意外身体伤害、意外事故与疾病、共同保险、共付额、免赔额、消除期、延长给付、看门人概念、管理性保健、主保单所有人、投保前已存在的状况、试用期、止损条款、保费豁免、等待期
- b. 取消和可续期功能（例如，可取消、可选择续期、有条件续期、保证续期、不可取消）

1. Important Terms

Accident vs. Sickness

健康保险有两大损失原因（危险）。保单可能同时承保意外和疾病，也可能只承保意外。

Accidental bodily injury是指因意外而非疾病造成的意外伤害。

Sickness通常是指在保单有效期内首次出现的疾病。大多数健康保险理赔都是由疾病而非意外伤害引起的。紧急医疗状况是指疼痛或症状非常严重，如果不尽快妥善治疗，可能会造成严重的身体伤害，甚至可能导致死亡。

Know This!健康保险承保的两大危险是意外人身伤害和疾病。

Accidental Means vs. Accidental Results

与许多伤残保单一样，意外死亡和伤残（AD&D）保单还区分了因**accidental means**和**accidental results**造成的伤害。

对于以意外事故为赔付依据的保单，伤害及其原因必须是意外的、非故意的（*例如*，一个人在一次车祸中失去了一条腿）。事故和损失都是意料之外的）。

对于以意外结果为赔付依据的保单，只有伤害必须是意外和非故意的（*例如*，一名男子在悬崖跳水时摔断了脖子。该男子是故意跳下悬崖的，但并非有意摔断脖子）。

Coinsurance

大多数大病保险都包含coinsurance 条款，规定由被保险人和保险公司分担费用。在

被保险人满足保单免赔额后，保险公司通常会支付大部分费用，通常是**80%**，被保险人支付剩余的**20%**。其他共同保险安排，如 90/10、75/25 或 50/50。被保险人支付的比例越大，所需的保费就越低。共同保险条款的目的是让保险公司控制成本，阻止过度使用保单。

Deductible

deductible 是指在保险公司支付保单保险金之前，投保人必须先支付的特定金额。免赔额的目的是让被保险人承担较小的索赔，而保单提供的保险将承担较大的索赔。因此，免赔额越大，需要支付的保费就越低。

大多数重大疾病保单都有一个**annual deductible**（也称为日历年免赔额），顾名思义，在任何一年都要支付一次，无论当年的理赔金额是多少。保单可能包含一个**individual deductible**，其中每个被保险人每年个人负责特定的免赔额，或者一个**family deductible**（通常是个人免赔额的 2 到 3 倍），其中如果两个或更多家庭成员在某一年支付了免赔额，则年度免赔额得到满足，无论其他家庭成员发生多少索赔。有些保单包含所谓的 **per occurrence deductible** 或 **flat deductible**，被保险人必须为每项索赔支付免赔额，这可能导致被保险人在一年内支付不止一项免赔额。

保单还可能包含一项条款，适用于在一次事故中不止一名家庭成员受伤的情况，也称为**common accident provision**。在这种情况下，同一事故中的所有家庭成员只适用一个免赔额。

有些补充重大疾病保险计划还包括**integrated deductible**，在这种情况下，免赔额可以由基本医疗费用保险支付的金额来满足。例如，如果补充保险包括 1,000 美元的综合免赔额，而被保险人发生了 1,000 美元的基本医疗费用，则免赔额将得到满足。如果基本保单只承保 800 美元的基本费用，被保险人必须支付剩余的 200 美元差额。

有些保单还包括一个**carry-over provision**，规定如果被保险人在一年中发生的费用不足以满足免赔额，那么在最后 3 个月中发生的任何费用都可以结转到下一个保单年度，以满足新的年度免赔额。

例如，如果被保险人的免赔额为 500 美元，在上半年发生了 100 美元，在最后一个季度又发生了 250 美元，从而没有达到当年的总免赔额，那么这 250 美元

就可以结转到下一年，当/如果被保险人发生额外的免赔额时，他就有资格获得赔付。

新年 250 美元。

伤残收入和长期护理保险通常以消除期的形式time deductible 。

Copayment

Copayments是指被保险人通常在接受服务时为索赔支付指定金额，然后由保险公司支付剩余金额的安排。共付额与共同保险不同，因为共付额通常以美元金额表示，而共同保险通常以费用的百分比表示。

Gatekeeper Concept

最初，会员选择一名 *初级保健医生*或*把关人*。如果会员需要专科医生诊治，*初级保健医生*必须将其转诊。这有助于让会员远离价格较高的专科医生，除非确实有必要。

Managed Care

任何试图通过控制参与者行为来控制成本的医疗费用计划都被认为是 **managed care** 计划。真正的管理性医疗计划应具备 5 个基本特征：

1. 对提供商的访问进行控制；
2. 全面的个案管理；
3. 预防保健；
4. 风险分担；以及
5. 高质量的护理。

Extension of Benefits

Extension of benefits指雇员或受抚养人在原有保险中止后，继续享受特定福利的保险。该条款保护残疾人不会因任何原因失去保险而成为无保险者。基本医疗费用福利通常会延长 3 个月，而重大医疗费用福利通常会延长 12 个月。被保险人必须在保单中止前已经残疾，而且必须继续残疾，才能延长给付期限。

Stop-Loss Provision

大多数保单还限制被保险人在保单年度内可发生的 *自付*费用金额。

stop-loss limit 是一个指定的美元数额，超过这个数额，被保险人不再参与分摊费用。保险公司支付超过规定止损限额的 100%费用。

Waiting Period

waiting period 或 **elimination period** 规定了一个人在残疾期间必须等待多长时间才能领取保险金。消除期从保单生效日开始，持续 5 个月。可在

从第 6 个月开始。对于在消除期内开始的残疾期，不能追溯提供保险金。

Waiver of Premium

waiver of premium 条款或附加条款通常包含在保证可续保和不可撤销的残疾收入保单中。它规定，如果发生永久性完全残疾，将在残疾期间免除保费。要符合条件，被保险人必须在规定的时间内（通常为 3 至 6 个月）完全丧失劳动能力。在等待期内，被保险人必须继续缴纳保费，但通常情况下，保费豁免可追溯至残疾开始之日，等待期内缴纳的保费将被退还。这种附加险一般在被保险人年满 65 岁时失效；但是，只要被保险人在 65 岁之前残疾，在残疾期间将继续豁免保费。

Master Policy

在团体保险中，保单被称为**master policy**，签发给投保人，投保人可以是雇主、协会、工会或信托机构。

Pre-existing Conditions

Pre-existing conditions是指投保人在申请医疗保险之前的特定时间段内接受过诊断、建议、护理或治疗的病症。截至 2014 年 1 月，个人医疗保险保单可以将这些病症排除在承保范围之外；但是，最近颁布的医疗改革取消了医疗保险计划中对既存病症的限制。

2. Cancellation and Renewability Features

Cancellable

在某些情况下，个人可能需要在特定期限内购买医疗保险。这种保险被视为不可续保的定期健康保险。期满后，投保人必须购买另一份保单。这些保单也被称为**period of time** 保单，因为它们只在特定期限内有效，并将在期限结束时被公司取消。

定期健康保险的例子包括旅行意外保险、短期健康计划或仅意外保险。其他例子还包括承保特定活动的保单，如学校活动、夏令营或运动会。一旦活动结束后，保险就不再有效。

Noncancellable

保险公司不能取消不能取消的保单，也不能在保单规定之外增加保费（注意，保单可能要求在某一年增加保费，如 "65 岁"，但这必须在原始合同中注明）。

在合同有效期内，被保险人有权续保；保险人不得将保费提高到高于最初签发保单的金额。但是，续保保证

通常只适用于被保险人年满 65 岁之前，此时被保险人通常有资格享受医疗保险。对于伤残收入保险，只有当被保险人能够提供继续从事全职工作的证据时，保单才会在被保险人 65 岁以后续保。

Know This!投保人可随时取消保单。

Guaranteed Renewable

guaranteed renewable 条款与不可撤销条款类似，但保险人可以在保单周年日增加保费。然而，被保险人在合同有效期内拥有续保的单方权利。保险人可以在 **class basis only** 上增加保费，而不能在单个保单上增加保费。与不可撤销保单一样，被保险人 65 岁以后一般不能续保。**Medicare Supplements and long-term care policies must be written as guaranteed renewable** 合同、公司不得在投保人 65 岁时取消。

Know This!保证可续保保单要求只要支付保费，保险公司就必须继续承保。

Conditionally Renewable

对于有条件续保的保单，保险人只能在续保时根据合同规定的某些条件终止合同。*例如*，其中一个条件可能是被保险人必须受雇于他人以领取残疾保险金。此外，保单的保费可能会增加。**may not** 公司会根据索赔情况拒绝续保。

Optionally Renewable

选择性续保与有条件续保类似，但保险人可以出于任何原因取消某些同质类别（而不是类别中的个人）的保单。续保由保险人选择。保险人只能在保单周年日或保费到期日（续保日）决定不续保。如果保险人选择续保，也可以提高保费。

3. Major Kinds of Insurance Mechanisms

Service Type Blue Cross & Blue Shield

蓝十字和蓝盾组织与医生和医院签订合同协议。医生和医院是合作社的生产者。蓝计划是自愿参加的非营利性医疗保健组织（尽管最近在一些州，它们已将其结构修改为营利性组织）；它们不是保险公司。

蓝计划最初是两个独立的协会，蓝十字向医院支付费用，蓝盾支付医生费用。尽管如今医院费用仍由蓝十字支付，而蓝盾支付医生费用，但这两个协会已合

并为一个协会。

蓝十字和蓝盾作为地方设施在各州运营，由各地的管理委员会管理。它们被认为是**prepaid plans**，因为每个用户都要支付一定的费用（通常是月费），以获得该计划提供的服务。它也被认为是**service plan**，因为福利是支付给医院和医生（医疗服务提供者），而不是支付给投保人（被保险人）。

在处理团体计划时，蓝调和保险公司都使用**experience rating** 来确定收费率。因此，费率是基于团体的整体经验。然而，蓝调仍使用**community rating** 为小型雇主和个人的产品定价。社区分级涉及将所有团体在所有领域的经验汇集起来，然后设定一个足以支持这种经验的平均费率。该费率适用于在特定计划下投保的所有团体。现在，大多数蓝盾计划都在合理和惯常的基础上提供手术福利。

HMOs

20 世纪 70 年代和 80 年代不断增长的医疗费用刺激了

Health Maintenance Organizations (HMOs) 的迅速发展。HMO

它的建立是为了通过提供强调预防性保健的预付费保健服务来管理医疗保健和相关费用。这与传统的医疗保险政策大相径庭，传统的医疗保险政策通常不涵盖预防性护理，只在疾病发生后才提供保险。

HMO 被认为是一种有组织的医疗保健系统，它以预付费的方式向居住在指定地理区域（称为**service area**）内的自愿参保者提供全面的医疗服务。被保险人（称为**subscribers**）向 HMO 缴纳保费，并获得广泛的医疗保健服务，包括例行看病和急诊室护理。服务由与 HMO 签订协议的医生和医院提供。

Indemnity Type

indemnity 计划根据预先确定的医疗服务费率向被保险人支付医疗保险金。这些服务的实际费用数额并不重要。保单将支付合同中规定的固定金额。通常情况下，赔偿计划将为被保险人作为住院病人住院的每一天支付规定的金额；它通常不支付医疗费用、具体的医院账单或具体的医生账单。

Insurers

商业保险公司（如股票保险公司、互助保险公司和人寿保险公司）也承保补偿性医疗保险和伤残保险。这些保单可以是个人保单，也可以是团体保单，包括住院、医疗、手术和重大医疗费用的赔付。

MET

Multiple-Employer Trust (MET) 由两个或两个以上从事*类似或相关业务*的雇主组成，这些雇主本身不符合团体保险的条件。在 HIPAA 界定小雇主之前，许多小公司由于没有足够的人员投保而无法以合理的价格获得医疗保险。在这种情况下，几家小公司联合起来，形成一个庞大的人员库，以便保险公司提供保险。这群雇主共同购买一个单一的福利计划，为每个独立雇主的员工提供保险。

非保险计划可以在没有保 险 公 司 提供服务 and 资金的情况下运作。信托基金一旦建立，就可以直接支付雇员的医疗费用（自筹资金）。受托人负责管理资金，所有财务活动都通过受托人进行。与任何自筹资金计划一样，雇主承担提供保险的法律责任，雇员在退出团体保险时没有转换权。

PPO

首选提供者组织（PPO）可视为传统医疗系统对 HMO 的回应。在 PPO 系统中，医生获得的是服务费而不是工资，但鼓励会员到事先商定收 费 的认可会员医生处就诊。这种鼓励以福利的形式出现。虽然会员可以使用他们选择的任何医生，但 PPO 可能会为其认可名单上的医生提供 90% 的费用，而如果会员选择使用未列入 PPO 认可名单的医生，则可能只提供 70% 的费用。

EPO

Exclusive Provider Organization (EPO) 是 PPO 的一种。不过，EPO 的成员并不从首选医疗服务提供者名单中选择医疗服 务 提 供 者。相反，EPO 计划的受保人使用特定的医疗服务提供者，这些医疗服务提供者按服务收费。

Self-Funding

Self-funded plans由被保险人（通常是雇主）出资，由第三方管理。成功的自费计划应具备以下特点：

- 一个足以合理预测未来损失情况的群体；
- 有可靠的统计数据支持自筹资金概念；
- 承担被保险人自留额以外损失的止损合同；
- 为索赔提供服务的第三方管理人；以及
- 计划设计和管理程序的灵活性。

4. Limited Insurance Policies

Educational Objective:

II.A.2.能够确定下列有限保险的定义：

- a. 旅行事故
- b. 特定或可怕疾病和危重疾病
- c. 住院收入和住院补偿
- d. 仅限事故
- e. 信用残疾

有多种健康保险为特定的事故或疾病提供有限的保险。这些合同必须明确规定承保的事故或疾病类型、有限的危险和承保金额。保险金可以在**expense-paid**（报销）或**indemnity** 的基础上支付。

Know This!有限保单只承保特定疾病或事故。

Travel Accident

travel accident 保单为付费乘客在乘坐普通承运人航班时因意外事故造成的伤亡提供保险。*只有在旅行期间发生损失时才会支付*保险金。

Specified and Dread Disease and Critical Illness

dread disease 或有限风险保单为特定疾病提供各种赔付，如癌症保单或心脏病保单。赔付通常是针对特定事件或医疗程序（如住院或化疗）*按期支付固定金额*的赔偿金。

critical illness 保单承保多种疾病，如心脏病、中风、肾功能衰竭，一旦被保险人被确诊（并存活）患上保单承保的任何一种疾病，保单就会一次性给付保险金。保单通常

规定被保险人在首次确诊疾病后必须存活的最低天数。

Hospital Income or Hospital Confinement Indemnity

hospital indemnity 保单在被保险人住院期间按日、周或月提供特定金额。这类保单的赔付与所产生的医疗费用无关，*而仅以住院天数为基础*。这种保险也可称为医院固定费率保险。

Accident Only

Accident-only医疗保险是一种有限的保险，为意外事故导致的死亡、残废、残疾或住院和医疗提供保障。由于它是一种有限医疗费用保单，因此*只能赔偿意外事故造成的损失，而不能赔偿疾病造成的损失*。

Credit Disability

信贷伤残保单只发放给那些欠特定债权人债务的人。在借款人残疾的情况下，将向债权人支付贷款，直到残疾借款人能够重返工作岗位。

有限政策的要点

- **Accidental injury** - 仅对意外伤害支付赔付（不包括以下原因造成的伤害病）：只
- **Specified disease** — 为特定疾病支付固定金额的补助金
- **Indemnity policies** — 按提供服务的天数付费、有，

通常是每天固定的金额。

B. 核保

Educational Objectives:

II.I.1. 能够识别核保的目的：防止逆向选择、对风险进行适当分类（能够区分 *优先*、*标准*和*次级*风险分类）以及对次级风险的核保应对措施。

II.I.2.能够识别核保流程：

- a. 代理人作为现场核保人的责任
- b. 填写申请表
- c. 了解如果申请显示了某些健康状况或其他风险暴露，可能需要提供补充信息

核保是整个健康风险保险过程的第一步。健康保险核保的基本目的是 **adverse minimize the problem of selection**.逆向选择是指最有可能索赔的人就是最有可能寻求保险的人。保险公司如果有合理的承保准则，就能避免逆向选择。

1. Field Underwriting

在健康保险中，**field underwriting** 远比人寿保险重要。健康保险核保的基本目的是尽量减少逆向选择问题。逆向选择是指那些最有可能索赔的人就是那些最有可能寻求保险的人。保险公司如果有合理的核保准则，就会经常避免逆向选 **insurer.**

择。请注意 **specific underwriting requirements will vary by**

道德风险是健康保险核保中的一个重要因素，因为有可能出现装病的情况，而真正与申请人进行个人接触的是代理人，而不是总部核保员。代理人有责任清

楚准确地向申请人提问，并准确记录答案。

作为现场核保员，生产商的职能是向申请人收集可信的信息，以帮助核保员在接受保单申请之前甄别边缘风险或不可接受的风险。

Know This!生产商是公司的现场承销商。

Application Procedures

申请保险时，首先要填写一份由公司提供的表格，然后由代理人向申请人提出问题，并记录申请人的回答。然后将这份表格（通常称为 "申请表"）提交给保险公司，供其批准或拒绝。申请书是申请人向保险公司提出的书面请求，要求保险公司根据申请书中的信息签发保单或合同。如果保单被签发，该申请表的副本将被装订在保单背面，成为保单的一部分。 **entire contract.**

必须向所有医疗保险申请人发放 **notice to the applicant**。该通知告知申请人，将要求其提供有关其过去历史及之前申请的任何其他健康保险的信用报告。代理人必须将此通知留给申请人。

Completeness and Accuracy

为了公司和被保险人的利益，代理人必须特别注意申请表的准确性。因为申请表通常是承保信息的主要来源，所以代理人有责任确保申请表填写完整、正确，并尽最大可能反映申请人的情况。

Know This! 代理人有责任确保保险申请表的完整性和准确性。

Signatures

每份健康保险申请表都需要拟投保人、保单所有人（如果与投保人不同）和推销保险的代理人签名。

Changes in the Application

由于申请表非常重要，大多数公司都要求用墨水填写。代理人在填写申请表时可能会出错，或者申请人可能回答了一个错误的问题并希望修改。更正申请有两种方法。第一种也是最好的一种方法就是重新填写一份新的申请表。如果这不现实，可以在错误的答案上画一条线，然后填上正确的答案。

The applicant must initial the correct answer.

Know This! 申请表上的任何更改都必须由申请人或投保人草签。

Premiums with the Application

根据可保条件收据的条款，如果申请获得批准，保险自收据日期起生效。该收据一般在申请时支付首期保费时提供给申请人。

Disclosure of Information about Individuals

保险公司或代理人不得披露个人的任何个人信息或保密信息，除非出现以下情况：

- 提供个人在过去 12 个月内签署的书面授权；
- 这些信息将提供给以下所有机构：
 - 保险监管机构或执法机构，根据法律规定；
 - 附属机构进行审计，但不做进一步披露；
 - 团体投保人，用于报告索赔情况；
 - 保险公司或自保计划，以协调福利；以及
 - 留置权人、抵押权人、受让人或其他对保单拥有合法或实际利益的人。

Common Situations for Errors and Omissions

在销售过程中，任何时候都可能出现误解或虚假陈述，从而导致被保险人采取法律行动。代理人应记录一切：面谈、电话交谈、要求提供信息等。

sales interview and the policy delivery 是最

常见的错误和遗漏（E&O）情况可能会导致提供的保险不足或未能维持和提供服务。

2. Company Underwriting

承保人的职能是选择保险公司可以接受的风险。根据法律规定，这一过程中使用的选择标准必须是那些基于合理精算原则或预期经验的项目。核保员不能以失明或失聪、遗传特征、婚姻状况或性取向为由拒绝风险。

在核保健康保险时，主要考虑申请人的年龄、性别、职业、身体状况、爱好、道德和精神危害以及财务状况。

Sources of Underwriting Information Application

对于保险公司来说，一份准确而详尽的申请是必不可少的。

Producer Report

只有代理人/制片人参与填写代理人（制片人）报告。它询问的问题包括代理人认识申请人的时间长短、对申请人收入和净资产的估计以及代理人是否知道不应签发合同的任何理由。代理人的声明**does not** 将成为 整个合同的一部分。

Attending Physician's Statement

如果承保人认为有必要，将向申请人的医生发送一份主治医生声明 (APS)，请其填写。这一信息来源最能提供有关申请人病史的准确信息。医生可以准确解释申请人接受治疗的原因、所需治疗、治疗和康复时间以及预后。

如果主治医生的报告显示申请人的身体状况需要更多的信息来进行核保，而这些信息又无法从主治医生那里获得，那么保险人可以要求申请人接受由保险人选择的医生的检查，费用由保险人承担。

Investigative Consumer (Inspection) Report

消费者调查报告包括通过调查获得的有关申请人性格、总体声誉、个人习惯和生活方式的信息。例如，该报告可包括与申请人的同事、朋友和邻居的面谈。除非以书面形式清楚准确地告知申请人，否则不得进行此类报告。消费者报告通知通常是申请表的一部分。在填写申请表时，代理人会将通知书分开并交给申请人。

Medical Information Bureau (MIB)

Medical Information Bureau (MIB) 是一家由会员保险公司拥有的会员制公司。它是一个非营利性贸易组织，负责接收保险公司提供的不利医疗信息，并对个人的医疗损害信息进行保密。有关以往保险信息的报告可从医疗信息局获取。MIB 成员可要求提供关于申请人的报告，并从提交给其他 MIB 成员的任何其他保险申请中接收编码信息。MIB 信息本身不能用于拒绝风险，但可以为核保人提供重要的补充信息。

Medical Examinations and Lab Tests (Including HIV Consent)

保险公司要求体检时，由医生或医护人员进行，费用由保险公司承担。通常情况下，健康保险不要求进行此类体检，这就强调了代理人在申请表上记录医疗信息的重要性。体检要求在人寿保险核保中更为常见。如果保险公司要求进行体检，则体检费用由保险公司承担。

如果保险人要求申请人进行 HIV 检测，保险人必须首先获得申请人对检测的书面同意。同意书必须解释测试的目的，告知申请人测试结果的保密性，以及通知申请人测试结果的程序。只要不是不公平的歧视，就允许对 HIV 或 AIDS 进行核保。如果仅以存在症状为依据，则不允许作出不利的核保决定，但只有在确认艾滋病毒与症状有关时才允许作出不利的核保决定。保险

公司必须对与 HIV 相关的检测结果或诊断严格保密。

以下是帮助保险公司避免对艾滋病毒/艾滋病风险进行不公平承保的 指导原则：

- 如果检测结果正确，但在进行了两次不同的检测后，如果被保险人的体检样本显示 "艾滋病毒/艾滋病呈阳性"，保险公司可能会拒绝为其提供保险。如果申请人已经被其他医疗专业人员确诊为艾滋病/艾滋病毒感染者，保险公司也可能拒绝为其提供保险。
- 这些检查费用必须由保险公司支付，而不是由被保险人支付。
- 如果保险公司进行艾滋病毒检测，必须首先获得被保险人的知情书面同意。这通常需要一份由所有被保险人和代理人签署的单独披露表。然后，应将这份表格的副本留给客户。这些信息包括所做检查的书面细节、目的和用途，以及如何将结果反馈给被保险人。表格中通常会要求提供医生的姓名和地址，以便客户的医生在检测结果呈阳性时能及时介入。如果客户没有医生，保险公司应敦促客户咨询医生或政府卫生机构。
- 知情同意还包括从第三方来源向客户提供有关艾滋病/艾滋病毒咨询的信息。
- 收集到的信息必须由授权人员按照保密要求正确处理。
- 如果被保险人正确地获得了保险，但后来因艾滋病或与艾滋病相关的疾病而死亡，则不能限制或拒绝保险。

从道德和非歧视的角度来看，任何保险公司或其代理人在决定是否接受申请、提供保险或进行任何医疗检查时，都不得考虑个人的性别、性取向、婚姻状况、生活安排、职业、邮政编码或其他相关人口特征。保险人不能询问投保人以前是否接受过检查，除非是出于保险目的。这些信息都不应该出现在申请表上或隐含在申请表中。这样承保人才能做出明显公正的判断，避免公开或明显的歧视。公司在确定是否进行 HIV 检测时唯一允许使用的标准是申请人在特定年龄范围内申请的保险金额。

如果疏忽大意，向未经授权的第三方披露保密结果或承保信息，可能会被处以最高 1,000 美元的民事罚款，外加诉讼费。对于故意违规者，罚款可高达 5,000 美元外加诉讼费。如果违规行为对另一方造成经济、身体或心理伤害，则处罚可能包括misdemeanor 控罪、一年监禁和/或最高 10,000 美元的罚款。

如果申请表显示某些健康状况或其他风险暴露，可能需要医疗保险申请人提供以下补充信息：

- Department of Motor Vehicles - 据统计，美国一半的意外死亡事故都是由交

通碰撞造成的，因此保险公司对申请人的驾驶记录非常感兴趣。不良的驾驶记录可能会导致保单评级。

- ◆ - 保险人可以要求申请人接受医生检查，并将检查结果提交给保险公司考虑。通常还要求由辅助医疗公司进行检查，并使用血液、尿液或唾液样本检查是否使用尼古丁或其他药物，以及是否存在以下情况

是否感染艾滋病毒。可能还需要进行心电图（EKG）或跑步机检查。

- **Hazardous activity questionnaire** - 保险人还可能要求申请人填写一份单独的危险活动调查表，以确定申请人的风险分类。问卷可能包括有关业余航空、潜水、汽车、船只或摩托车比赛的问题。

Genetic Testing

Genetic characteristics是指任何科学上或医学上可确定的基因或染色体，它是已知的疾病或紊乱的病因，并被确定与某种疾病或紊乱的发病风险在统计学上的增加有关。遗传病的例子包括泰-萨克斯病、镰状细胞病和 x 连锁血友病。

保险人不能为了确定可保性而要求对遗传特征进行检测（以检测其他疾病或医疗条件为条件的保单除外）。无论何时进行遗传特征测试，保险公司都必须首先获得申请人的书面同意。保险人还必须直接或通过指定医生将检测结果通知申请人。

Classification of Risks

一旦核保人员收集并审查了申请人的所有必要信息，他们就会做出接受或拒绝申请人投保的决定。被接受的申请者将被分为三类：首选、标准或次要。

Preferred

优先风险反映了损失风险的降低，承保费率也随之降低。不吸烟者就是首选风险的一个例子。

Standard

标准风险反映的是平均风险，可按标准费率和保费投保。

Substandard

次标准风险是指损失风险增加的风险。这些申请人可以获得健康保险，但保费会增加。申请人可能因为健康史不良或从事危险职业或业余爱好而被评为不合标准。

承保人在处理申请人的不达标风险时可采用的替代方案包括

- 收取额外保费，以反映更大的损失风险；或
- 通过要求更长的试用期来修改承保范围。

c. 费率制定组件

Educational Objective:

IV.A.4.能够识别以下费率构成要素：发病率、保险人费用、投资回报和给付期限。

1. Morbidity

Morbidity是指特定人群中疾病或事故的发生率或概率。发病率表明每年因事故或疾病致残的平均人数，有助于保险公司预测每年的索赔成本。

2. Insurer Expenses

如果被保险人死亡，保险公司将收取死亡费用以支付保单面额。由于保险公司从收取的保费中赚取利息，因此预期利息要从死亡费用中减去，得出**净保费**。然后，保险公司再加上预期经营成本（承保、管理费用和佣金），计算出被保险人支付的**毛保费**。

该公式的另一种解释是，净保费加费用（附加费）等于毛保费。

- ♦ Mortality - Interest = Net Premium
- ♦ Net Premium + Expense (loading) = Gross Premium
- ♦ Mortality - Interest + Expense (loading) = Gross Premium

计算示例:

假设

500 美元 死亡率成本 400 美元 净保费

- 100 美元利息 + 200 美元运营成本

\$400 Net Premium因此、 **\$600 Gross Premium**

3. Investment Return

由于保费是在理赔发生之前支付的，保险公司将保费的很大一部分用于投资，以赚取这些资金（投资于债券、股票或抵押贷款）的利息。利息收入有助于保险公司降低投保人的保险费率。

4. Benefit Duration

Probationary Period

probationary period 条款规定，在特定条件的保险生效之前，必须有一段时间失效。这一条款最常见于残疾收入保单中。在团体健康保险中

试用期也适用于新员工，他们必须等待一段时间才能加入团体计划。这一规定的目的是避免在员工流动时产生不必要的管理费用。

Elimination Period

elimination period 是残疾收入保单中常见的一种免赔额。它是指在疾病发生或事故发生后，必须过了一定的天数才能支付保险金。免赔期越长，保险费用越低。

D. 发生损失时被保险人和保险人的责任

一旦发生损失，保险合同双方必须采取以下步骤：

1. 被保险人必须将损失通知公司。
2. 保险公司的代理人会将索赔表邮寄给被保险人。
3. 被保险人填写表格后，连同损失证明一起交还给保险公司。
4. 保险公司尽快（或在保单或州法律规定的时限内）支付赔款。

在收到书面损失证明后，保险公司必须立即支付死亡赔偿金（大多数州的解释是在 30 天内）。(如果保单中没有指定受益人，死亡赔偿金将支付给被保险人的遗产。(在被保险人的遗产结算完成之前，保险人不得延迟支付死亡理赔款)。

E. 章节回顾

本章介绍了意外和医疗保险的基本知识和健康保险的核保程序。让我们来回顾一下：

TYPES OF LOSSES AND EXCLUSIONS

Important Terms

- *意外人身伤害*--意外事故造成的意外伤害
- *疾病*--保单生效期间表现出的疾病
- *共同保险*--被保险人和保险人分担的费用
- (百分比) *共付额*--被保险人和保险人分担的费用（美元金额）
- *免赔额*--投保人在开始赔付前必须支付的金额
- *把关人*--将被保险人转介给专科医生的初级保健医生
- *管理式医疗*--旨在控制医疗成本的计划

- *扩展福利*--在雇员或受抚养人的原保险中止后继续保险

	<ul style="list-style-type: none"> •等待期--领取补助金前的等待时间 •主保单--在团体保险中向保单所有人（通常是雇主）签发
Types of Limited Policies	<ul style="list-style-type: none"> •意外--承保因意外导致的残疾、医疗、死亡或残废 •可怕疾病政策--针对特定疾病的各种福利，如癌症政策或心脏病政策 •危重疾病--在被保险人确诊患上危重疾病并存活后，向其一次性支付保险金 •住院补偿--在被保险人住院期间，按日、周或月提供特定金额的补偿 •信贷伤残--在被保险人伤残的情况下支付贷款

UNDERWRITING

Steps in the Underwriting Process	<ul style="list-style-type: none"> •实地核保--由代理人 •公司核保 •保费确定 •保单交付
Sources of Insurability Information	<ul style="list-style-type: none"> • 必须填写 申请表并签名 •生产商/代理报告--代理对申请人的观察，有助于核保 •主治医生报告--最好能提供有关申请人病史的准确信息 •消费者调查报告--包括通过调查获得的关于申请人性格、总体声誉、个人习惯和生活方式的信息 •MIB 报告--帮助公司共享被保险人的不良医疗信息

RIGHT OF RENEWABILITY

Noncancellable	<p>保险公司不得取消保单或提高保费，不得超出保单规定的金额</p>
Cancellable	<p>保险人可随时取消保单或在保单期结束时取消保单，但须以适当的</p>
Guaranteed Renewable	<p>书面形式发出通知，并退还任何已付未缴保费。</p> <p>保险人可在保单周年日增加保费（仅限于分级）；被保险人在合同有效期内拥有单方续保权</p>