產險理賠績效評量指標之探討

A Study of Non-Life Insurance Claim Adjustment Performance Indicators

撰稿人：廖 述 源

Shuh-Yuan Liao

吳 靜 宜

Jing-Yi Wu

產險理賠績效評量指標之探討

摘　　要

完善之績效評量指標，可基於客觀公正之觀點，為經營管理者提供應檢討及改善之處。基此，國內產險業者依據各項理賠影響因素，擬訂一套適於產險理賠績效評量指標之公式，建構完善產險理賠績效評量制度，實有其必要性與急迫性。如此不僅可作為保險業者檢討與改善理賠績效之重要依據，使理賠人員在理賠過程中更加嚴謹縝密，同時亦可藉由理賠績效評量之結果，與核保等相關經營單位相互對照印證，對於存有不足或潛在缺失之處，適時予以檢討改進，使保險公司經營更具有效率化。基本上，藉由客觀之理賠績效評量指標公式，除可實際瞭解產險公司理賠績效外，更能有效考核理賠單位及理賠人員之理賠績效，因此建構一套完善之理賠考核制度，實為公司治理重要之一環，如此有效提升整體經營效率，進而增加公司整體經營效益，達到產險經營永續發展之目標。

關鍵詞：產險理賠、理賠績效、理賠績效評量指標

廖述源先生：淡江大學保險學系暨保險經營研究所教授

吳靜宜小姐：淡江大學保險經營研究所碩士

壹、前　言

在財產保險經營中，因其產業經營之特殊性與高度專業性，在各方面諸如：行銷、費率釐訂、核保、再保、理賠等，對受有專業訓練之人才，往往具有強烈需求。因保險公司所銷售之保險產品為無形商品，無法對保險消費者產生視覺刺激，於保險事故未發生前，保險消費者對於購買保險可能無實質感受，或是無法感到滿足感；保險之本質為一無形之承諾，一旦發生保險事故，理賠機制啟動，保險之功能始能顯現，保戶最能體認到保險重要性之時刻，即為理賠，故有謂之「保險從理賠開始」即是這個道理。

保險公司之經營，除賺取利潤、滿足保險消費者需求外，實以永續經營為公司之基本理念。保險業以承擔他人危險並收取對價之保費為主要經營業務內容，若保險公司承保之事故發生，責無旁貸需對被保險人負理賠之責，理賠人員憑據專業之理賠知識及豐富之理賠經驗，審慎處理保險賠案。基本上，優質之理賠，可節省不當理賠支出，為保險公司確保經營利潤之達成；反之，劣質之理賠，易造成理賠浮濫或理賠金額擴大，危及保險公司經營之穩定與健全。主關機關所發佈之《保險業招攬及核保理賠辦法》中，第五條訂定：「保險業應建立其內部之招攬、核保及理賠處理制度及程序。」基此，健全之理賠制度，實為保險公司永續經營重要之一環。保險公司除需定期施以考核及檢討外，更需定期評量理賠部門與理賠人員之績效，使理賠單位整體運作效率更為提升。

理賠單位為保險公司重要部門之一，且基於國內產險業過去對於理賠並無一套完善績效評量指標，理賠部門是控制保險理賠浮濫之重要權責單位。大體上，各產險公司皆設有理賠部門，對於理賠單位績效考核，如單僅就年度理賠率來評估該年度理賠之優劣，實難予以通盤掌握；一般而言，產險理賠績效評量為避免純屬主觀之個人臆測或偏見所引起之偏誤，需藉由一系列科學方法之運用，正確呈現其經營結果。基此，建構一套客觀完整之量化與質化產險理賠績評量指標公式，實有其必要性與急迫性，俾作為保險業公司治理之重要一環。

貳、產險理賠之理論基礎

一、理賠之意義

保險當事人約定，一方交付保險費於他方，一方因不可預料或不可抗力之事故遭受損害時，他方負有賠償之責任。保險契約是保險人對保單持有人之承諾，而滿足此種承諾的即是發生保險事故時之保險理賠。所謂保險理賠（Claim Adjustment），係指保險人依保險契約之規定，於保險事故發生後，當被保險人提出保險金給付之請求時，予以處理理賠之一系列正常合理處理過程而言；簡言之，理賠即指保險賠案之處理過程。而處

理理賠之人員，即稱理賠人員（Claims person、Claims Representative、Adjuster）。

索賠與理賠之區別，乃在於被保險人行使權利與保險人履行義務之具體表現之不同；索賠是指保險事故發生後，被保險人或受益人根據保險契約條款之規定，請求保險人履行契約義務之行為；理賠則是保險人對於被保險人或受益人實際獲得保險保障與實現其保險權益之必經途徑。保險理賠所包含之一連串過程，其包括接受索賠通知，搜集有關資料，判斷、調查損失原因，評估損失範圍與損失金額後，根據保險契約條款與被保險人洽商、理算保險人之賠款責任額等。

產險理賠之重點，主要在於處理被保險人當財產遭受保險事故摧毀或損壞所引起之財物損失。通常財產係涵蓋建築物、其他結構物及各種個人財產等，亦包括無形權利、債券、票據等及其他無形資產。財產有動產與不動產之區分，有時會造成判斷之困難，主要係因不動產可以被轉換成動產，動產亦可以被轉換成不動產。例如：地面之石材為不動產，但當開採時，其成為動產，但如果將其用於建造建築時，將再次成為不動產。財產亦可區分為有形（Tangible、Corporeal）或無形（Intangible、Incorporeal），具有物理形體者，諸如：土地、建築物或家具等；至於無物理形體者，諸如：土地所有權、專利權或債券等。

就理賠人員立場而言，不動產包括房屋等建築物；商業個人財產包括設備，機械，貨物、半成品、及提供製造商或商人銷售之成品等；非商業個人財產包括：住宅傢具、電器、衣服、及其他私人物品等；此外，尚有非住宅及非商業之公共與私人學校、圖書館、教堂等。茲不論為何種形式之財產，皆須承保於保單條款中。由於財產保險單多屬不定值保險，一旦發生保險事故，保險標的就須重新評價，因保險標的價值之衡量，係以損失發生時為準，而非以保單生效日為基準；而財產保險之損失程度大多以分損居多，因此，財產保險整個理賠過程則是十分繁瑣且費時耗力。

基於保險理賠是否得宜，會對保險經營具有相當之影響。理賠為被保險人之應有基本權利，同時亦為保險人銷售保險商品必須履行之義務；理賠亦是保險人與保單持有人之間重要接觸。基此，良好理賠服務，可使被保險人儘速得到應有之補償，保險功能更得以發揮，因此保險人所提供之優質理賠服務，將會影響保險公司之聲譽。

二、理賠之功能

至於理賠之主要功能，計有下列幾項說明如後：

(一) 建立公平合理損害補償機制

損害補償是保險基本功能之一，亦是要保人加入保險之主要目的。保險人向要保人收取保險費，一旦保險事故發生，保險人依照保險契約之規定，給予被保險人之賠償金

額。對被保險人而言，損失發生可能使其財富遭受極大損失，理賠功能主要在執行保險契約承諾賠償被保險人之損失，惟在保險賠案中隱藏若干道德危險或心理危險案件，有賴理賠人員仔細研判，方可建立公平合理損害補償機制，使理賠功能充分發揮。

(二) 提供核保政策與核保準則修正參考

核保與理賠兩者存有緊密因果關係，就整個產險業務經營流程而言，核保在前、理賠在後，因此理賠是評估核保人員績效最有效方法之一。通常保險業者可透過相關理賠資料分析，藉此檢視相關之核保績效，諸如：核保時之承保範圍是否合理、保險條款運用是否得當等，前端核保尺度嚴謹或寬鬆，皆會直接影響後端理賠金額多寡。理賠相關資訊可提供核保極具有價值之重要資訊，作為核保政策與核保準則修正之參考，。

(三) 累積業務管理相關資訊

保險人若能善用各項理賠資料，可作為內部管理重要資訊之來源。以行銷部門為例，行銷人員可藉由理賠部門所提供理賠相關資訊，對於被保險人之保險標的危險性更加熟悉，能客觀分辨優良保戶與劣質保戶群，有助於在保險業務競攬過程中，為公司爭取優職之業務。再者，再保部門亦可藉由各項理賠相關資訊，在洽定再保合約時，決定再保合約型態與再保自留額，進而為保險公司爭取最佳再保條件。

(四) 有助損害防阻工作推行

保險理賠另一項重要功能，則是有助損害防阻工作之推行。在理賠過程中，理賠人員知悉損害防阻工作中之欠缺環節，有助於保險公司進一步掌握損害防阻工作之重點方向。此種訊息可由理賠部門告知損失控制部門，適時提供保戶各種防災與減災等資訊與服務，有助保險人形象之提升。基此，損害防阻工作推行之良好，於保險事故發生前降低損失頻率及於保險事故發生後減少損失幅度，兩者若能有效予以降低，將可提高消費者投保之意願，增加保險公司經營之穩健性。

(五) 確保利潤目標達成

保險人善用相關理賠資訊，除可強理賠工作查核，杜絕保險理賠之浮濫，節省保險理賠不當支出。過度偏高之賠款處理將導致保險人獲利能力降低；相對地，過於嚴苛之理賠處理，可能會導致被保險人之不滿，引起不必要之理賠訟爭，進而引起保險監理單位之關注或裁罰；此外，保險人亦可利用理賠資料大幅拓展損失率較低之優質業務，擴大保險收支盈餘差距，確保利潤目標之達成。

(六) 建立良好企業形象與業務關係

從保險業觀點而言，面對保險索賠屬意料之中，然而從被保險人觀點而言，保險事故之發生，全屬意外，保戶在面臨損失時需要幫助應為無可厚非，因此與保戶建立良好

關係之最簡便途徑，在於保險人於事故發生時，適時提供被保險人各種優質理賠相關服務，一方面可與被保險人建立密切且牢固之關係，另一方面利於保險公司於社會上樹立良好之企業形象。

三、理賠之原則

基本上，財產保險理賠之主要原則，計有下列四項基本原則：

(一) 公平原則

保險法第五十四條規定：「保險契約之解釋，應探求契約當事人之真意，不得拘泥於所用之文字；如有疑義時，以作有利於被保險人之解釋為原則。」對於善意被保險人，不可過於苛求，應採從寬原則，儘量協助被保險人，使被保險人得到應得之賠償。其次，保險人於處理諸多賠案時，應確實依據保單內容之規定辦理，不因被保險人身分地位不同而有差別待遇，理賠人員應秉持著公平與公正之態度處理賠案，避免保險賠付金額有偏高或偏低之不當賠付。

(二) 迅速原則

所謂迅速原則係指保險人對於賠案處理不可任意拖延，應盡速將保險賠款給付給受益人。當賠案發生後，保險人必須在最短合理期間內結案，且不可遲延支付保險賠款，俾使被保險人領取保險金後能迅速從事災後重建，當賠償金額已確定，實無遲延賠付之理由，若拖延賠付之理由可歸咎於保險人，我國保險法第三十四條亦明訂，保險人未能於規定期限給付保險金時，應加給遲延利息一分，以示懲處。

(三) 確實原則

所謂確實原則係指保險人應確實依據保單內容之規定理算保險賠款，不可造成被保險人權益受損。被保險人購買保險之主要目的，在於蒙受損害後能獲得補償，理賠人員對損失金額之預估，不可任意壓低保險賠付，有損保險社會功能之發揮，但亦不可受被保險人之脅迫或其他人情因素任意提高保險賠付金額；再者，保險賠付如不確實，對於被保險人實為不公平，故確實理賠原則實為理賠人員應遵守之原則。

(四) 服務原則

保險事業屬於金融服務業之一環，保險專業服務更是其主要核心價值之所在。當意外事故發生造成被保險人之損失時，被保險人往往相當焦慮，理賠人員適當且適時之協助就顯得格外重要，以親切、專業態度與被保險人進行良好溝通，將有助於保險理賠工作順利進行。當保險人賠付被保險人應得之賠償金額後，契約之權利義務關係雖已完成，但保險人尚應提供後續服務，以最大善意協助被保險人，諸如：相關法庭訴訟專業知識提供等。

參、產險理賠處理程序

一、產險理賠基本特性

至於財產保險理賠之基本特性，主要計有下列數項：

(一) 保險價額係以不定值爲主

財產保險所承保標的非人之身體，故不會有人身無價之問題，財產保險所承保之保險標的均有其價值之限制，惟其財產之價值，可能因經濟情勢而有所增減，被保險人投保目的乃在於當危險事故發生時，獲得如數之賠償，以回復保險事故發生前之經濟狀態。保險賠款之賠付，自以保險標的物之實際價值總額估計最為適當，且基於損害填補原則，財產保險之賠款理算，應以保險標的物之保險價額計算。故於財產保險中，除某些特殊標的如古董等外，保險契約多為不定值保險。

(二) 發生損失多屬於部分損失

保險事故之發生與否，繫於不確定且具偶然性，財產保險雖有其損失率可供預測其損失機會，但卻無法測定保險事故發生時，保險標的遭受損失之損失金額，如與人身保險相較，財產保險偶然事件之發生頻率與幅度，通常較不具穩定性，且缺乏一定之規則性。通常財產保險標的遭受全部毀損滅失之機會，較部分損失為少。基於統計之分析，全部損失之機率，遠較部分損失來得小。因此，財產保險之理賠，部分損失發生之賠案，通常較全部損失超出甚多。

(三) 較少爲足額保險

通常被保險人於購買財產保險時，其投保金額與保險價額大抵相同，然財產保險契約於訂立契約時，大多未先約定保險標的價值，故屬於不定值保險。不定值保險雖能有效適應各種情形之變化，卻常因保險價額之變動，而使保險金額與保險價額產生差距，即易形成不足額投保之窘境，該契約自淪為不足額保險。此情形大多非由於被保險人故意為之，而是受經濟因素變動之影響，使被保險人之應有充分保障大打折扣。

(四) 協議賠款占極大比重

保險理賠發生時，保險人與被保險人之立場為完全對立，保險雙方當事人對於保險理賠金額意見不一致，往往成為理賠紛爭之根源。就保險人立場而言，基於公司盈餘之考量，儘可能希望減少賠款給付；然基於被保險人立場而言，希望保險人能多給予理賠金額，極易導致彼此間之紛爭。保險雙方當事人經由協商過程取得平衡，藉以降低訴訟之發生。基此，每當有理賠糾紛之賠案時，大多經由理賠協商方式解決爭議，因而財產保險之協議賠款占極大比重。

(五) 重視理賠人員專業性

財產保險理賠工作相當繁雜，理賠人員對於賠案所需負責之相關事宜，包括：保險單分析、保險事故調查、損失評價、賠款理算、及與被保險人或受益人協調談判等，不僅需耗費相當時間；此外，財產保險理賠作業涉及相當多層面，理賠人員除必備之保險專業知識外，尚需具備各種知識，例如：汽車保險理賠人員須同時具有法律與汽車之相關知識等，由此顯示財產保險理賠工作涉及專業性，必須熟悉各種專業知識方可勝任。

(六) 理賠處理涉及相關法令規定

當保險人所承保之保險事故發生時，往往涉及與相關保險法令，例如：責任保險理賠要件中；必須為被保險人依法應負之賠償責任，其所依法源，可能為民法中所規定之契約責任，或可能為其他法律條款中所明定之侵權行為等，而保險人對被保險人所做之損失補償，有各種財產損失之補償，亦有其他法源之損害賠償責任承擔等。由於現行財產保險契約種類繁多，內容亦較為複雜，隨著經濟社會變動發展，各種法令隨之應運而生，因此保險人於理賠處理時，更應熟知相關法令規定。

(七) 重視損害防阻工作

損害防阻工作主要係指對保險事故損失加以損失預防與抑制。當保險事故發生之損失頻率愈高，造成損失次數隨之增加，保險人須付賠款亦愈多。倘保險人加強損害防阻工作，將有助於事故損失頻率與損失幅度之降低，使保險理賠金額因而減少，不僅可以減少保險人之賠款支出，同時更可避免社會寶貴資源不必要之浪費。基此，保險人若積極投入損害防阻工作，即可十分熟悉各項關於防災、減災之措施，並於事故生後最短期限內，充分掌握賠案現況，使保險理賠工作得以順利進行。

(八) 對再保險依存度高

由於財產保險一旦發生事故，保險人所須賠付保險金往往動輒千萬元以上，可能將多年保險經營利潤全部予以賠付，甚至導致保險人清償能力之不足，損及被保險人應有之基本權益。基此，財產保險經營更需仰賴再保險之支持，藉由再保險妥善安排，使保險人不再獨自承擔全部之鉅額賠款，保險人透過再保險有效分散損失與賠付金額，更加鞏固保險人之利潤，同時提高對被保險人之保障。

二、產險理賠程序

(一) 一般財產保險理賠程序

由於財產保險經營範圍十分龐雜，不同險種均有其互異之理賠處理程序，謹此就一般財產保險理賠程序扼要說明如下：

1.受理賠案

理賠程序之啟動，始於保險人收到被保險人危險事故發生之通知。保險單條款規定，當損失發生時，要保人或被保險人對保險人負有損失通知之義務，要保人或被保險人必須在保險契約規定期限將損失告知保險人或其代理人，保險人接獲出險通知後，隨即展開一系列理賠程序，同時要求被保險人提供相關文件，諸如：保險單正本、賠償申請書、報告書、損失清單等必要文件。一般而言，被保險人通知對象為保險公司理賠單位，但保險人如有授權保險代理人或其他代理機構處理理賠事宜，被保險人亦可向該保險代理人或代理機構報案。

2.檢視保險單內容

保險人於接獲要保人或被保險人關於危險發生之通知後，理賠部門應知會保險公司內相關部門，並立即調閱保險單相關資料，建立賠案專卷，除須先確認出險損失是否屬於承保範圍，並檢視被保險人所提供之索賠文件是否齊全、保險事故發生是否在保險有效期間、保險利益是否存在、出險地點及損失是否屬於約定承保範圍、是否存在應當承擔賠償責任第三者等，檢視原有保險單內容，其主要目的在於初步審核保險人責任，以便儘速釐清保險人賠償責任。

3.調查損失

保險人經由靜態相關文件檢視，初步確認有理賠責任後，即應根據被保險人提供資料，指派理賠人員親赴損失現場實地查勘，並檢視被保險人提供出險通知書內容是否相符。損失調查目的在於確認損失之原因、事實、經過及結果，瞭解損失之程度，確認保險人之賠償義務，以及是否有代位求償權之行使權利，同時供為日後核算損害金額之有利佐證，並作為理賠及估計損失金額之依據；財產保險現場查勘為保險理賠之重要環節，亦是掌握賠案出險情況及處理賠案之重要依據；由於各險種承保範圍不同，賠案調查重點亦隨險種而異；此外，若該賠案可能涉及道德危險之保險詐欺，更應做妥各方蒐證工作，以免讓不肖被保險人得逞。

4.評估損失金額

估計保險理賠金額及相關理賠費用為理賠人員職責之一，保險人於完成靜態保險單內容檢視與動態現場實際調查後，若被保險人無違反保險條款規定或其他不當行為，則依索賠文件及損失調查報告，確認損失範圍並評估該賠案數額之多寡；至於損失發生時所產生之施救費用、損害防阻費用等，於評估時均應予以納入，保險人支付該費用應以保險責任範圍為基準。基於財產保契約多屬不定值保險，保險標的毀損減少金額之評價基準，以損失發生時客觀市價為之，因此對於損失金額評估更顯得費力耗時。

5.保險賠款理算

當理賠人員完成損失金額評估後，保險人最終支付保險賠款與損失金額並非相等。換言之，對保險人而言，損失金額並不等同賠款金額，受制於被保險契約投保內容與保單條款規定為主要原因，保險投保內容包括保險金額、自負額約定、損失程度等；至於保單限制條款則有複保險、比例分擔條款、共保條款等等，保單內容與條款規定可能使理賠人員原始估計之損失金額與保險人最後實際理賠金額有所不同。

6.給付保險賠款

保險人經事故調查、評估損失金額與保險賠款理算後，其理算結果經被保險人同意後，保險人應即給付保險金額，履行保險契約上之義務。付款程序須知會其他部門，如：財務部門、會計部門、或再保部門等，同時理賠人員亦須追蹤賠款賠付進度，在合理時間內完成保險賠款賠付給保單受益人，畢竟保險賠款之給付，實為賠案處理中重要之一環，因此更應謹慎為之。

7.檢討保單效力

保險人於賠付保險金後，雙方權利與義務即行消失，保險契約亦告終止，除保險契約另有約定外，保險人應將保險契約註銷，被保險人若欲繼續享有保險保障，則須另行再向保險人投保訂定新保險契約；若保險標的遭受損失為部分損失時，保險人於給付保險金後，須注意保單效力是否應予終止或維持部分保險金額有效，若保險契約繼續有效，其所剩餘之保險金額，保險人可按原承保之保險金額扣除該賠償金額之餘額為限，或以加收保費方式恢復原有之保險金額。

8.殘餘物處理與代位求償權行使

保險人核付保險賠款後，倘若保險人以全損賠付保險標的物，保險人即取得該保險標的殘餘物之所有權。殘餘物之處理，由保險人全權自行處分，應儘量充分利用，以降低賠付於被保險人之賠款損失。再者，一般財產保險條款均有代位求償權之規定，即保險公司對被保險人於給付賠償金或回復原狀後，若損失責任歸屬第三者時，保險人得代位向負有法律責任第三者請求賠償之權利。代位求償權行使成功，除可彌補保險人保險賠款大幅支出外，另外更深層作用在對負有法律責任之加害人課以應得之懲罰，達到督促加害人對日後行為有所警惕之目的，對社會兼具其正面教育功能。

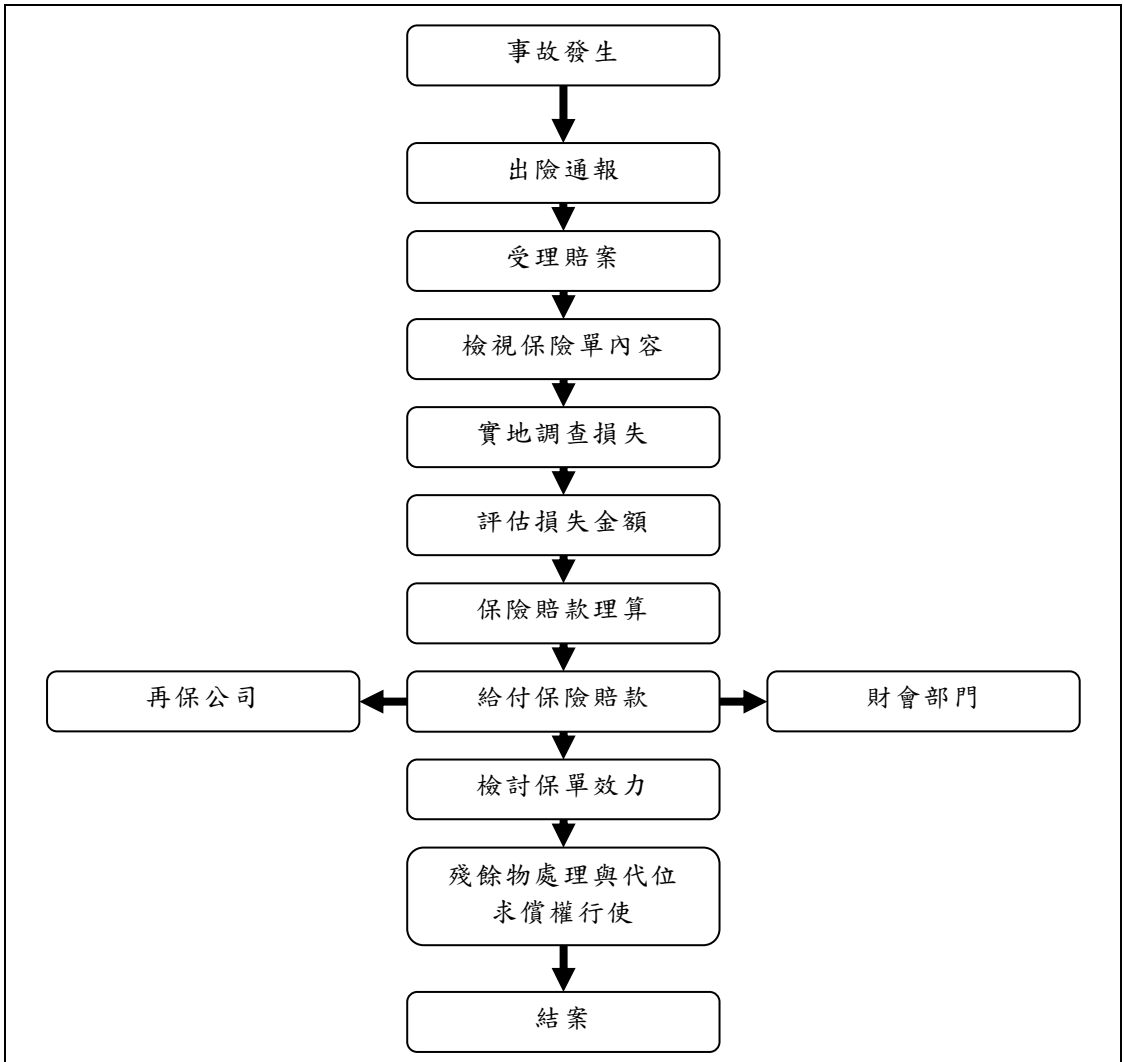

圖 1　產險理賠程序圖

資料來源：廖述源，財產保險經營，修訂二版，2012。

(二) 責任保險理賠程序

責任保險理賠程序與一般財產保險大致相同，但由於其特殊性，故需特別注意事項。至於責任保險理賠程序扼要說明如下；

1.受理賠案

保險事故發生後，被保險人依約須在規定期限內通知保險人，被保險人知有賠償請求權或被起訴時，應將收到之賠償請求書或訴訟文件、傳票或訴狀等影本

送交保險人，並交付保險人認為必要之相關文件或資料，使保險人能儘速進行賠案處理；此外。被保險人為避免或減少損失，須儘盡力積極進行損害防阻，採取必要合理之防範措施

2.檢視保險單內容

保險人除檢視被保險人所提供資料之齊全度與確認承保範圍外，若保險人對於被保險人須負賠償責任,依保險法第 90 條之規定,必須同時具備下列三項要件:

(1)須為被保險人對第三人之賠償責任

所謂第三人，可分為廣義與狹義，就廣義而言，係指保險契約當事人以外之任何人，即保險人與要保人以外之人，在責任保險中，要保人同時亦為被保險人；就狹義面，第三人係指除保險契約當事人外，與當事人有關之家屬、受雇人等予以排除；關於第三人之規定，依現行各種責任保險契約之不同，其規定亦有所差異。

(2)須為被保險人依法應負之賠償責任

所謂依法，係指被保險人對第三人之賠償責任依據之法律規定，責任保險所涉及法律責任規定,可能為侵權責任,可能為契約責任,可能係依契約而定；責任保險所承擔之責任風險，若有特別法，則優先適用特別法之規定，若無特別法之規定，則依民法之規定。

(3)須為被保險人受損害之賠償請求

保險之目的為損害之填補，當被保險人受有第三人之賠償請求時，被保險人始有損害之發生。基於損害填補原則，保險人須對被保險人負賠償之責；倘第三人雖有所損害，但其並無向被保險人提出賠償請求，被保險人則無損失可言，保險人自當無須對被保險人負賠償之責。保險人於收到被保險人之賠案通知後，初步釐清被保險人對第三人是否應負法律上之賠償責任，若無，則予以拒賠，若有，則可進行事故之調查。

3.調查損失或抗辯與訴訟

初步判定保險人須對被保險人負賠償責任後，與一般財產保險理賠程序相同,須調查意外事故發生之狀況,釐清被保險人對第三人是否確實應負賠償責任,同時必須瞭解被保險人應負責任之程度，不論是第三人之體傷程度或財損範圍，保險人須仔細查明與驗證。由於被保險人受第三人請求賠償時，往往可能伴隨著訴訟之進行，保險人必須獲取比一般財產保險理賠更為詳細之資訊，評估賠案之潛在責任，有助於抗辯與訴訟工作之進行。

4.計算賠償額度

責任保險之理賠金額多寡與賠償責任幅度，往往高於一般財產保險，且容易受到經濟發展、法律責任基礎、社會習慣等因素影響。一般責任保險損害賠償主要承保範圍為第三人之體傷責任與財損責任，因責任保險承保之保險標的無保險價額，其保險金額實為責任限額，理賠人員對於理賠金額之評估，除被保險人對第三人之損害幅度外，亦包含損害防阻、訴訟及抗辯費用。惟保險人實際理賠金額，當須受責任保險契約所約定之保險金額、自負額、或複保等限制。

5.給付保險金額

保險金額之給付，應由被保險人賠付第三人之損害後，保險人再根據此項金額給付被保險人；然保險人亦可對受害第三人直接給付保險金，保險法第 95 條規定：「保險人得經被保險人通知，直接對第三人為賠償金額之給付」；責任保險契約亦規定：若被保險人取得和解書、法院確定判決或仲裁判斷書及有關單據後，得向保險人請求賠償，保險人經被保險人通知後，即可直接對第三人進行給付。

6.檢討保單效力

責任保險於出險後，其保單效力受賠償責任限額之影響，不論保險金額約定方式係採分項訂之、或是合併單一總額，亦不論出險次數多寡，倘若於保險期間合計累積賠償總額達到約定賠償責任限額時，保險契約即宣告終止，要保人若需繼續獲得保障，則需重新訂定保險契約。

7.代位求償權之行使

保險人於賠付賠償金額後，若有其他依法應負賠償責任之第三人時，被保險人有保全代位求償權之義務，亦如一般財產保險理賠之代位求償權之規定，在保險人於賠付賠償金額後，即代位取得行使被保險人對第三人之求償權利。

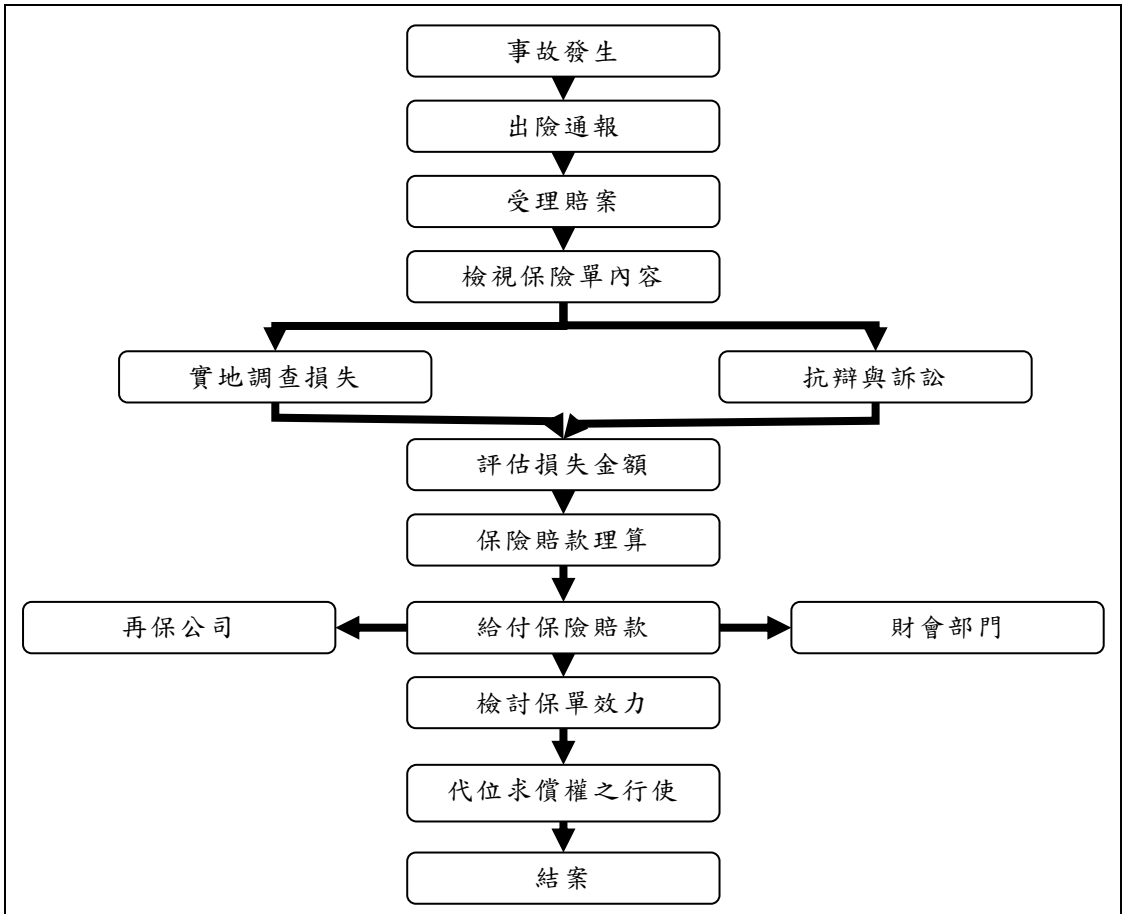

圖 2　責任保險理賠程序圖

資料來源：作者自行整理

(三) 傷害與健康保險理賠程序

傷害保險與健康保險分別自 2001 年及 2008 年先後開放財產保險業者經營後，傷害保險與健康保險自歸屬於財產保險經營範疇內，惟兩者係以人身為承保標的，因此其理賠程序與一般財產責任保險並不相同，但亦有相似之處。至於傷害與健康保險理賠程序如下：

1.受理賠案

不論是財產保險抑或是人身保險，被保險人於保險事故發生後之通知義務均具有相同之重要性，保險人賠償之責始於要保人、被保險人或受益人之通知，主要使保險人儘速釐清賠案之發生，以進行保險金之給付。依保險法第 58 條規定：「要保人、被保險人或受益人，遇有保險人應負保險責任之事故發生，除本法另有規定，或契約另有訂定外，應於知悉後五日內通知保險人。」傷害保險與健康

保險示範條款亦有此項規定，要保人、被保險人或受益人於知悉保險事故發生時，應在一定期間內通知保險人，並檢附理賠申請所需文件一同交予保險人。

2.檢視文件內容

由於傷害保險與健康保險所承保之標的為人身，其所檢附文件除保險單或其謄本、保險金申請書外，尚須包含保險事故證明與身分證明兩類文件，前者依被保險人或受益人所申請理賠項目不同而各異，諸如：申請身故保險金或喪葬費用保險時需檢具被保險人除戶戶籍謄本、死亡證明書或相驗屍體證明書，申請住院醫療費用時，被保險人須提供醫療診斷表、住院證明及醫療費用收據等文件；後者身分證明文件，則係指對於保險契約相關之被保險人、受益人等之身分證明文件。保險人於進行審核作業前，須先確認保戶索賠申請所需檢具之文件或證明有無缺失、遺漏或不正確，以利理賠工作之順利進行。

3.進行審核作業

所謂理賠審核係指被保險人或要保人所繳交之理賠申請文件，經保險公司之理賠人員審理初步確認是否需承擔保險責任；主要確認保險事故是否為保險人應承擔之保障範圍，此一階段理賠審核可分為四方面，其要點如下：

(1)人

主要係指發生保險事故當事人是否為保險契約所承保之被保險人。如同財產保險契約所承保之標的，須為所承保之保險標的發生保險事故時，保險人方負理賠之責；傷害與健康保險所承保之標的即為被保險人之身體，只有當保險契約所承保之被保險人本人發生保險事故時，保險人才負賠償之責。

(2)事

主要係指被保險人所發生之保險事故是否為所承保之危險，確認保險事故及其承保之範圍，將有助於保險人釐清所應負賠償之責。保險人所應負之責任，以保險契約所約定之保險事故為限，傷害保險主要承保被保險人意外所致死亡或殘廢，健康保險則以被保險人自該契約生效日所發生疾病為承保事故；若非為保險所約定之承保事故發生時，則保險人不負賠償之責。

(3)時

主要係指保險事故是否於保險契約之有效期間內發生以及保險契約仍為有效之契約。保險事故之發生，若非為保險單之有效期間，保險人無須負給付保險金之責任；而保險契約是否有效、是否滿期等，係以保險單所載之日期為準，保險人無須對無效之保險契約給付保險金。

(4)地

主要係指保險事故發生之地點是否為保險契約所承保之地點，如屬承保之地區，自然構成符合申請理賠之要件；反之，若為不保之地點或區域，如：戰爭發生地區等，保險人無須對受益人給付保險金。

(5)除外責任

除外責任主要係指被保險人所發生之保險事故，保險人予以排除之除外責任，主要目的為維護公序良俗及避免道德危險，對於保險單所列示之除外責任事項，保險人不負給付保險金之責任。諸如：傷害保險意外傷害事故之發生，如為被保險人之故意行為或犯罪行為等；健康保險之醫療費用如為美容手術、外科整型等產生者，均列為保險人除外責任。

(6)違反告知

違反告知係指要保人於訂定保險契約時，是否違反告知義務。我國保險法第 64 條中明定：「訂立契約時，要保人對於保險人之書面詢問，應據實說明。要保人故意隱匿，或因過失遺漏，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，保險人得解除契約；其危險發生後亦同。」依據保險法之規定，要保人若反告知義務，保險公司得解除契約，無須負理賠之責。

4.事故調查

賠案發生之事故調查，主要目的係在確保理賠結果的正確性、公平性與嚴謹度，透過此項程序可獲得理賠案件之實情，同時避免保險詐欺事件之發生，實為理賠程序中不可避免之重要一環。傷害保險與健康保險之事故調查亦有所差異，傷害保險事故調查之重點，著重於意外事故始末之加以確認，諸如：意外事故之發生是否可能與宿疾或併發症有關等；健康保險則以被保險人就醫之醫院病歷、就診紀錄、是否為既往症等。

5.理賠給付

保險人於釐清保險責任後，保險人即就保險契約所約定之理賠項目、金額、以及契約規定之除外項目，仔細確認並計算保險金之給付金額；然在此程序須注意保險金受益人之確認，由於傷害保險與健康保險係以自然人之身體與生命為保險標的，原則上，為避免道德危險及犯罪行為之發生，除被保險人身故外，不論是傷害保險或健康保險中之殘廢保險金、醫療保險金，皆以保險契約上所載之被保險人為保險理賠給付之受益人。

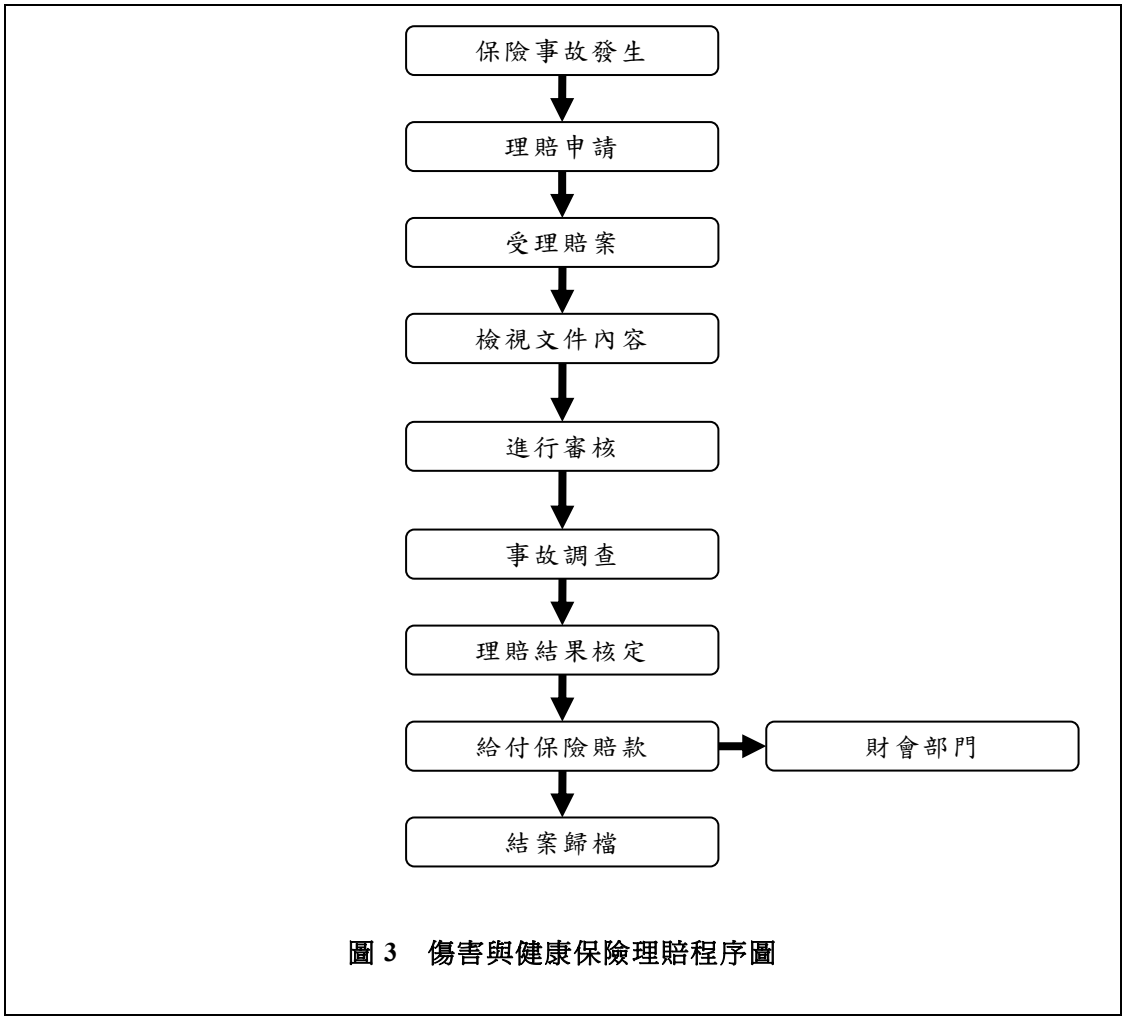

圖 3　傷害與健康保險理賠程序圖

資料來源：作者自行整理

三、產險理賠影響因素

財產保險理賠因涉及諸多複雜理賠因素，茲就其主要影響因素概述如下：

(一) 保單形式 (Types of Policy)

基本上，常用保單形式計有下列兩大種類型：

1.綜合保險單與列舉式保險單

綜合保險因保險人所承保危險事故繁多，無法逐詳盡列出，故採負面表列方式列出不保危險事故，作為保險人決定賠償與否責任之依據。換言之，凡不屬於除外之不保事項時，保險人將進行理賠；至於列舉式保險單，係指承保危險事故有限且具體明確，可以逐一詳盡列示，故採正面表列方式列出承保危險事故，作為保險人決定賠償與否責任之依據。由於綜合保險單承保範圍較廣保障性較大；

列舉式保險單承保範圍較窄保障性較小，兩種不同保單形式自會對產險理賠造成不同影響。

2.定值保險單與不定值保險單

一般而言，財產保險多為不定值保單，當保險事故發生時，保險人將按保險標的之實際現金價值計算理賠金額；另外，財產保險契約亦有定值保單，保險契約雙方當事人於訂約時，事先約定並載明保險標的物價值，作為保險事故發生時理賠之依據，古董、字畫、藝術品等大多採用定值保險契約方式承保之。定值保險雖具有理賠單純之優點，但極易誘發道德危險，且與損害補償原則有違，在實務上並不多見，目前仍以不定值保單居多。基於不定值保單與定值保單兩者理賠標準不同，最後賠付之損害賠償金額自所不同。

(二) 保險金額 (Sum Insured)

保險金額之約定，通常係以保險價額為基準，惟因要保人基於不同考量，致使保險金額與保險價額並不相等，保險人於理賠時，依下列三種情形來決定理賠金額：

1.足額保險

足額保險時，保險金額與保險價額間，兩者相等，當保險標的不論遭受全損或分損時，保險人則無須考量被保險人投保比例之多寡，依損害填補原則理算賠償金額支付給受益保險人。

2.超額保險

當保險金額超過保險價額時，即為超額保險；超額保險發生原因可能為被保險人之善意或惡意為之，亦可能為保險標的因物價之跌落；當惡意超額保險，保險人得解除契約；善意超額保險，保險契約僅以保險標的價值內有效。基於財產保險為補償契約，被保險人所得之賠獲金額不應超過保險金額。

3.低額保險

低額保險又稱不足額保險，係指保險金額小於保險價額。成因為要保人主觀上基於保險費考量、或客觀上因通貨上漲所造成；若形成低額保險時，保險人係比例分擔原則計算賠償金額，亦即依保險金額對保險價額之比例，再與損失金額相乘，即可得出保險人之賠償金額。

(三) 損失種類 (Kinds of Loss)

財產保險於理賠處理時，通常會依保險標的損失程度之大小，來決定理賠金額。基本上，損失種類可分為下列兩種：

1.全部損失

保險法第七十四條規定:「全部損失，係指保險標的全部滅失或毀損，達於不能修復或其修復之費用，超過保險標的恢復原狀所需者。」按保險法之定義，保險標的全部滅失或毀損，達於不能修復，即為實際全損；其修復之費用，超過保險標的恢復原狀所需者，即推定全損。若保險標的遭受保險事故致有全損時，保險人即依保險金額與保險標價來理算理賠金額。

2.部分損失

通常財產保險標的之毀損滅失，大多以部分損失居多，當保險事故造成保險標的部分損失時,保險人於實際損失調查後,須就保險標的實際毀損之程度大小，依損害補償原則公平合理計算損害賠償金額，作為保險人賠付之金額。

(四) 保險事故發生原因

保險人對於保險人標的因意外事故所遭受之損害，應否要承負理賠責任，乃基於主力近因原則來論斷。所謂主力近因原則，係指損失發生原因必須具為最主要、最有效、最接近等三大要件，保險人先依據主力近因原則來決定賠償責任之歸屬後，最後才計算其應承負之賠償金額。

(五) 保險契約特殊約定

當保險契約有特別約定時，保險人於額理算時，當依保險契約特別約定進行理賠，常見特別約定計有下列數種：

1.多重保險

當要保人在同一同保險期間內，就同一保險標的物投保兩份以上之保險契約，因而形成多重保險契約。多重保險契約泛指同時存在對同一標的物須負賠償責任之保險契約，其包含複保險及其他保險兩種情形：

(1)複保險：

係指要保人在同一保險期間內，就同一保險利益與同一保險事故分別訂立數個保險契約，即同類、同險種之保單重複投保。

(2)其他保險：

其他保險與複保險之最大不同之處，在於其他保險所投保之險種不相同，如要保人針對同一保險標的分別投保火災保險附加竊盜保險與竊盜損失保險。

無論是複保險抑或是其他保險，被保險人所得到之理賠金額均不可大於標的

實際損失金額或保險價額，否則將違反損害填補原則，亦將使被保險人獲有不當獲利，極易誘發道德危險。倘若被保險人多重投保目的為惡意詐取保險理賠，其保險契約無效；若被保險人投保多重保險為非惡意，各保險人其所應負之責任，係就其所承保之保險金額為基準，按比例分攤損失金額。

2.自負額約定

自負額係指當保險事故發生時，被保險人須依保險契約中所約定之一定金額或百分比，自行優先負擔一定損失，保險人則對其餘金額負賠償之責。保險契約設定自負額之主要目的，可排除經常性小額賠款支出，減少處理賠案費用與人力，減輕被保險人保費負擔，亦可使被保險人採取損害措施，降低保險事故發生機率。

3.共保條款

要保人可能基於避免物價上漲導致不足額投保情形，或是保險人為鼓勵要保人提高投保金額，雙方當事人於保險契約訂立時，而約定共保條款。一般常見者為 80％共保條款。共保條款於部分損失時，最能發揮其應有功能，主要係由於共保條款之規定，當損失發生時，若被保險人所投保保險金額達至標的物實際現金價值之某一百分比時，保險人視為足額投保，賠償被保險人所有損失。基此，要保人投保最低應保金額之多寡，將決定保險人所須賠付金額之多少。

4.共同保險

要保人以同一保險期間、同一保險利益、同一保險利益，與多數保險人共同締結同一保險契約時，即稱為共同保險。共同保險為保險人針對某特定危險較大巨額保險標的，彼此間共同承擔保險標的之損失補償。保險事故發生時，參與共保之各保險人按當初約定之比例，各自承擔被保險人之損失。基本上，共同保險亦屬保險人危險分散之主要方法之一。

(六) 理賠人員專業程度

理賠人員受理賠案，對於理賠處理程序每一步驟，均須依靠專業能力對保險單之契約內容、各項條款、事故現場、案件調查等祥加考量。理賠人員專業度將大大影響保險人對於該賠案理賠責任之判斷，以及保險人應承擔賠償金額之理算。因此理賠人員除須有一定有良好情緒管理與壓力調適之人格特質，更需要累積賠案處理之經驗，同時亦必須具有理賠學識與專業技巧。

(七) 被保險人義務

在危險事故發生後，被保險人依保險契約之規定，必須履行下列之義務：

1.危險發生之通知

為避免要保人或被保險人未能即時通知保險事故之發生，致使保險人未能儘速對賠案做出妥善處理，保險契約規定當保險事故發生時，要保人或被保險人負有危險發生通知之義務。此外，保險法中除規定要保人或被保險人有危險通知期限之規定外，同法第 63 條中亦明訂若要保人或被保人於保險未於規定期限內通知保險人，保險人因此所受之損失，其應承負賠償責任。

2.避免損失之擴大

避免損失之擴大實為被保險人應盡之義務，倘若被保險人恃有保險未於損失發生時，對保險標的即時加以施救或未採取合理必要之措施，設法減少保險標的損害程度，被保險人恐有到德危險因素之虞，保險人對於道德危險之賠案將予以拒賠，對於因此而擴大之損失不予以賠償。

3.確保對第三人之索賠權利

保險法第 53 條規定：「被保險人因保險人應負保險責任之損失發生，而對於第三人有損失賠償請求權者，保險人得於給付賠償金額後，代位行使被保險人對於第三人之請求權；但其所請求之數額，以不逾賠償金額為限。」保險人取得代位求償權，可補償保險人之理賠支出，被保險人若與有責任之第三人私下達成和解、或有其他拋棄對有責任第三人之賠償請求權，保險人可以因無法行使代位求償權為理由，拒絕被保險人之索賠。

4.災後現場之保留

保險事故發生後，要保人或被保險人在未經保險人勘查前，除特殊情況外，對於損失現場不得任意變更，即被保險人有災後現場保留之義務。主要目的在使保險人對於事故調查與估計實際損失易於進行估算；若事故發生現場於保險人同意前即變更破壞，將使理賠工作無法順利進行。

肆、產險理賠績效評量指標之探討

一、評量指標意義與基本理念

(一) 產險理賠績效評量指標之意義

績效係指單位執行業務之成果；評量則係指藉由數字評估之過程，並將此結果予以價值判斷。故績效評量係對單位執行業務成果加以衡量並予以分析判斷。績效評量指標

包括量性與質性兩種指標，其評量目的在於評鑑及改善部門及人員工作績效，做為獎勵之依據，同時發掘重大問題並糾正作業上浪費與偏差等。基此，績效評量除可改善單位與人員缺失外，亦可作為未來業務經營方向之參考，績效評量已是經營管理活動不可或缺。

所謂產險理賠績效評量指標，係指藉由公平客觀之評量指標方式或模型，將理賠工作內容導入並予以量化，期能明確顯示理賠實際工作績效之各項數據評比標準。一般而言，保險公司包含精算、業務、行銷、核保、理賠等單位；在傳統觀念上，核保、行銷等部門因有助於業績成長，對於保險公司有直接貢獻；而理賠則屬後勤單位，因會造成理賠資金大量流失，對保險業務成長較無貢獻，長久以來，保險公司對於理賠績效大多不予重視。目前國內保險公司對於理賠績效之評量，並無一套客觀之評量標準，藉此評量理賠部門與人員之績效，極易造成理賠績效考核不公之情事。

基此，針對產險理賠績效之衡量，須將所有理賠工作內容列入績效評量之範圍，分別從量性與質性兩方面探討。量性指標中，包含經營層面之成本、時效、服務等不同層面之指標；質性指標中，涵蓋理賠人員素質層面之相關因素，諸如理賠證照等，在同時兼顧量性指標與質性指標周延考量下，建構產險理賠績效之公平、公正且客觀之評量模式，使理賠績效能有效之提升，理賠績效評量指標能充分發揮其效用。

(二) 產險理賠績效評量指標之基本理念

關於理賠績效評量指標之基本理念，謹此可分為五大構面說明如下：

1.成本構面

理賠雖無法直接增加保險公司之資金，但可以杜絕不合理、不必要保險賠款支出，因此理賠績效主要在於理賠成本之控制，避免理賠金額浮濫與理賠成本不當支出；在理賠事故發生前，做好損害防阻工作，有效地降低損失頻率與損失幅度；損失發生後，對有責任第三人追償案件之獲償性，彌補保險公司所支付之理賠金額，如此藉由成本有效控制，及透過代位求償成功，確保經營目標與利潤之達成。基此，成本構面產險理賠績效評量指標，主要包括：理賠偏離值、單件已決或未決賠款金額、理賠費用率、理賠成本、代位追償成功百分比（件數）與優惠賠款百分比。

2.專業構面

理賠工作能否圓滿進行，理賠人員具備專業經驗尤為關鍵。建構專業構面之產險理賠績效評量指標，主要包括：道德危險拒賠百分比（件數或金額）、未決賠款偏離值、賠款準備金正確率、勝訴百分比或敗訴百分比與損害防阻貢獻度。理

賠與賠款準備金或相關金額提存是否正確、訴訟爭議案件勝訴或敗訴與否等；此外，直接涉及理賠人員判斷能力、專業能力與素質之優劣與否，亦應一併列入考慮。茲為使專業構面更為周全，除上述量化指標外，尚可再增列質化指標：職業道德倫理、理賠證照與教育訓練等。

3.時效構面

為使被保險人於事故發生後能迅速重建，保險人對於賠案處理應以迅速作為理賠重要原則。在建構時效構面相關評量指標時，應可包括：理賠時效、賠案完成度、每位理賠人員平均處理件數，此些指標主要確認賠案處理績效與時效是否確實，並透過每位理賠人員平均處理件數指標，確認理賠人員處理賠案是否達成迅速確實之效率。

4.服務構面

在服務構面之產險理賠績效評量指標，主要包含：申訴百分比（件數）與訴訟百分比（件數）二項指標。通常理賠爭議可包含兩大方面：一為客訴抱怨理賠人員態度不當或處理時效冗長；二為對理賠金額太少引起客戶申訴與訴訟等。一般而言，理賠爭議是否發生，考驗理賠人員服務與溝通之能力；若能減少爭議之發生，將可減少不必要成本支出，有助於提升公司聲譽與形象；反之，申訴或訴訟案件若層出不窮，將破壞保險公司正面形象，為保險公司帶來負面影響。

5.其他

理賠績效評量指標之建構，除上述四大基本構面外，同樣地亦可將影響理賠績效重要因素予以納入，主要目的在使產險理賠績效評量指標更能充分完整呈現，諸如：損失率、優惠賠款百分比與理賠政策等。此些指標雖無法直接歸入成本、時效、服務與專業四大構面中，但對於理賠指標績效評量仍深具影響，故有予以納入之必要。

二、評量指標基本架構

關於產險理賠績效評量指標之基本建構，分從量性與質性兩方面說明如下：

(一) 量性指標

1.成本構面

(1)理賠偏離值

係指被保險人申請索賠金額與保險人最後結案所賠付金額之差距。

(2)單件已決賠款金額或單件未決賠款金額

係指在特定期間內單件已決賠案之平均理賠金額，反之則係指單件未決賠案之平均賠款金額。

(3)理賠費用率

係指在特定期間內平均每件理賠案件所需支付之理賠費用多寡。

(4)理賠成本

係指在特定期間內每件賠案處理所需花費之平均處理成本多寡。

(5)代位追償成功百分比或件數

係指在代位求償可行使之件數中，成功執行代位求償之件數。

(6)優惠賠款百分比

係指優惠賠款之賠付金額或發生件數佔理賠金額或已決賠款之多寡。

2.理賠人員專業能力

(1)道德危險拒賠百分比、件數或金額

係指於所有申請理賠之件數中，發覺屬於道德危險欲詐領保險金之拒賠百分比、件數或拒賠金額。

(2)未決賠款偏離值

係指特定期間內平均單件未決賠款與已決賠款間之差距。

(3)賠款準備金正確率

係指賠款準備金之預估金額與最後結案支付之保險賠款兩者是否相符。

(4)勝訴件數、百分比或敗訴件數、百分比

係指對於賠案已付諸訴訟後，其最後判決結果。

(5)損害防阻貢獻度

係指保險人因施行損害防阻而使保險理賠金額降低多寡之百分比

3.時效

(1)理賠時效

係指在特定期間內處理每件賠案平均所需時間。

(2)賠案完成度或賠案未完成度

係指在特定期間內賠案處理之效率。

(3)每位理賠人員平均處理件數

係指在特定期間內每一理賠人員平均處理賠案件數之多寡。

4.服務

(1)申訴件數或申訴百分比

係指在特定期間內被保險人提出理賠申訴之總件數、或平均每一賠案被保險人提出申訴之百分比。

(2)訴訟件數或訴訟百分比

係指在特定期間內，於賠案處理過程中，理賠爭議需藉由訴訟解決之件數或百分比。

5.其他

(1)理賠合理性

係指理賠部門對於理賠政策採取從寬或從嚴。

(2)損失率

係指在特定期間內平均每一元保費收入中，用來支付之保險賠款及理賠費用之百分比。

(二)質性指標

1.理賠證照

係指執行理賠工作之理賠人員其理賠證照之有無。

2.教育訓練

係指理賠部門之理賠人員在特定期間內，參與相關在職訓練、研討、座談會或進修課程之次數。

3.職業倫理道德

係指在特定期間內理賠人員違反職業倫理懲戒之次數。

4.其他

包含理賠人員之學歷、相關工作經歷、年資及之人格特質等。

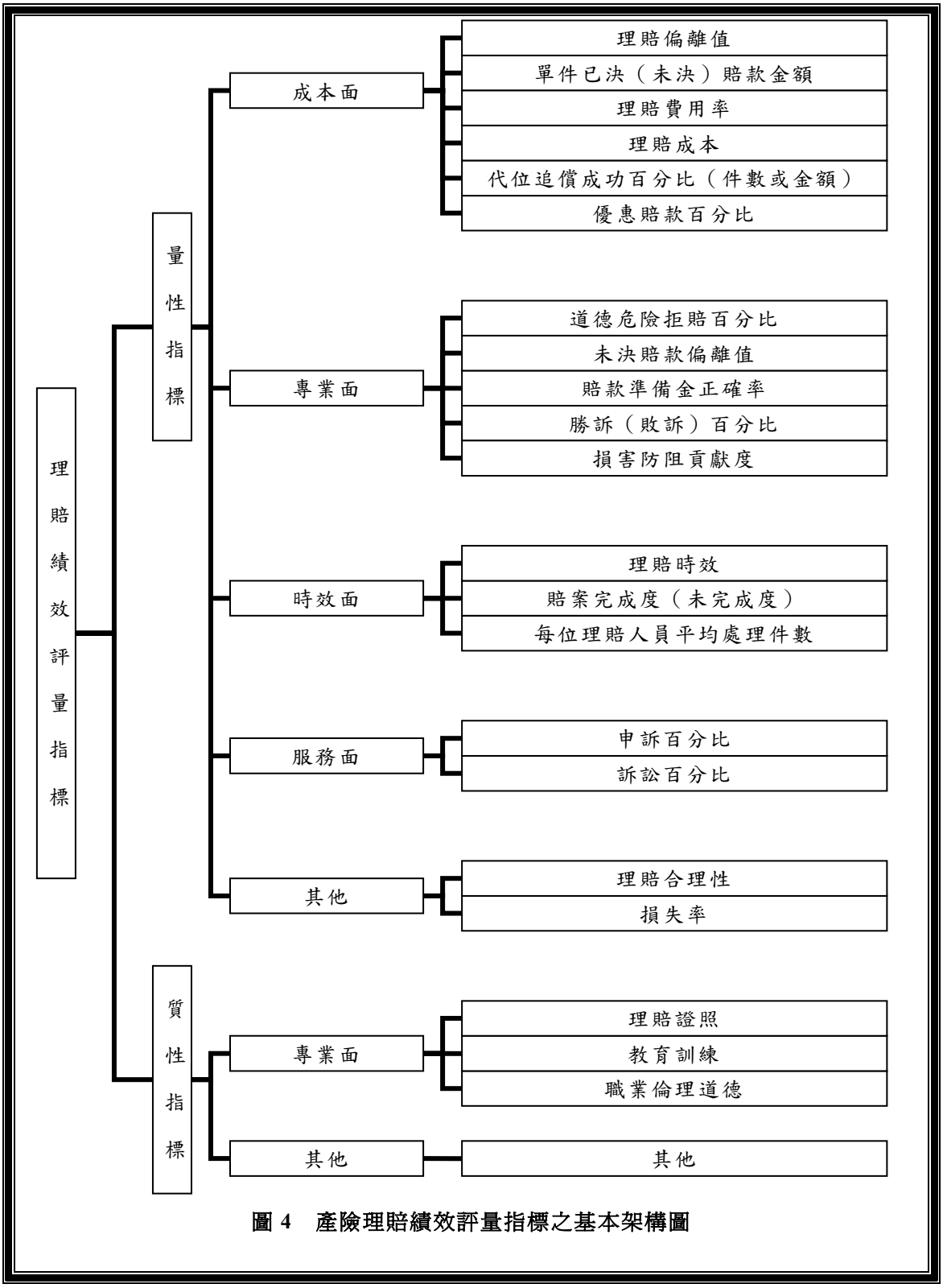

圖 4　產險理賠績效評量指標之基本架構圖

資料來源：廖述源，財產保險經營，修訂二版，2012。

表 1　產險理賠績效評量指標之涵義

	類別	指標名稱	指標涵義
量性指標	成本	理賠偏離值	係指被保險人索賠金額與保險人結案賠付金額之差距
		單件已決或未決賠款金額	係指在特定期間內單件已決或未決賠案之平均理賠金額
		理賠費用率	係指特定期間內平均每件理賠案件所需支付之理賠費用
		理賠成本	係指特定期間內處理每件賠案需花費之平均處理成本
		代位追償成功百分比（件數）	係指可代位求償件數中，成功執行求償之比率、件數或金額
		優惠賠款百分比	係指優惠賠款之發生金額或件數發生之多寡。
	專業度	道德危險拒賠百分比（件數或金額）	係指於所有理賠件數中屬道德危險之拒賠比率、件數或金額
		未決賠款偏離值	係指特定期間內平均單件未決賠款與已決賠款兩者間之差距
		賠款準備金正確率	係指預估之賠款準備金是否與最後結案支付之金額相符。
		勝訴或敗訴百分比（件數）	係指已付諸訴訟之賠案其最後判決結果
		損害防阻貢獻度	係指保險人施行損害防阻而使降低多少保險理賠金額之百分比
	時效	理賠時效	係指特定期間內處理每件賠案平均所需時間
		賠案完成度或未完成度	係指特定期間內處理賠案之效率
		每位理賠人員平均處理件數	係指特定期間內每一理賠人員平均處理賠案件數
	服務	申訴件數或申訴百分比	係指特定期間內理賠申訴之總件數或平均每一賠案提出申訴之百分比
		訴訟件數或訴訟百分比	係指特定期間內理賠爭議需藉由訴訟解決之件數或百分比
	其他	理賠合理性	係指理賠人員對於賠案之處理採取從寬或從嚴
		損失率	係指特定期間內平均每一元保費收入需支付保險賠款及理賠費用之比率
質性指標		理賠證照	係指理賠人員其理賠證照之有無
		教育訓練	係指理賠人員參與相關在職訓練、研討會或進修課程等次數
		職業倫理道德	係指理賠人員違反職業倫理懲戒之次數
		其他	包含理賠人員之學歷、相關工作經歷、年資及無形之人格特質等

資料來源：廖述源，財產保險經營，修訂二版，2012。

三、產險理賠績效評量指標

產險理賠績效評量指標主要功能乃在衡量保險人處理賠案之效率。基本上，可分為量性指標與質性指標兩大類。量性指標係指將理賠部門之各種客觀統計數據導入指標中，達到績效評量之效果；質性指標則是針對無法直接予以量化之各種重要理賠相關因素，將質性指標納入考量，使產險理賠績效評量指標能更加周延。

(一) 量性指標

1.理賠偏離值

$$\text{理賠偏離值} = \frac{|\text{申請索賠金額} - \text{已決賠款金額}|}{\text{已決賠款金額}} \times 100\%$$

(1)指標意義：指標數值愈高，理賠績效愈佳。

(2)指標說明：

理賠偏離值係指在特定期間內被保險人申請索賠金額與最後結案賠付金額兩者間之差距。當申請索賠金額減實際賠付金額大於零時，表示保險人所支付於理賠金額少於申請索賠金額，可減少理賠支出；當申請索賠金額減實際賠付金額小於零時，則表示賠付保險金超過其所索賠之金額，保險公司可增加理賠支出，降低公司獲利。然此指標並非要求理賠人員對於申請賠案採嚴苛處理，除當被保險人提出不合理之索賠金額外，理賠人員皆須秉持公正、合理之態度與專業處理每件理賠案件。

2.單件已決（未決）賠款金額

$$\text{單件已決賠款金額} = \frac{\text{已決賠款金額}}{\text{已決賠案件數}}$$

$$\text{單件未決賠款金額} = \frac{\text{未決賠款金額}}{\text{未決賠案件數}}$$

(1)指標意義：指標數值愈低，理賠績效愈佳。

(2)指標說明：

單件已決賠款金額係指在特定期間內平均單件已決賠案之理賠金額；反之，單件未決賠款金額即係指在特定期間內平均單件未決賠案之理賠金額。當

保險人理賠責任確定時，透過一連串之理賠程序理算保險人對於賠案所應負之賠款金額多寡，利用不同期間進行比較，理賠金額若過高，可能導致公司盈餘降低，影響保險公司利潤之達成，因此不論是單件已決賠案金額或單件未決賠案金額，兩者金額皆須不能超過合理範圍。

3.理賠費用率

$$\text{理賠費用率} = \frac{\text{已決賠案之總理賠費用}}{\text{已決賠案件數}}$$

(1)指標意義：指標數值愈低，理賠績效愈佳。

(2)指標說明：

理賠費用率係指在特定期間內平均每件賠案需支付之理賠費用，亦即處理賠案所產生之費用。理賠費用率愈低，表示每件理賠所需之平均花費愈少；反之，該指標愈高，則表示每件賠案之平均理賠費用愈高。基本上，處理賠案產生理賠費用實無可避免，因此適當之理賠費用是必要的，但不宜過高，不當理賠費用將影響產險公司之經營成本，使保險公司利潤目標不易達成，同時亦會降低獲利能力，本項指標可供作為理賠費用是否有浮濫之參考。

4.理賠成本

$$\text{理賠成本} = \frac{\text{已決賠案之總理賠成本}}{\text{已決賠案件數}}$$

(1)指標意義：指標數值愈低，理賠績效愈佳。

(2)指標說明：

理賠成本係指在特定期間內處理平均每件賠案所需花費之處理成本，包含與賠案處理有關之直接與間接處理成本。理賠成本愈高，代表處理每件賠案所需之平均成本愈高；處理賠案時，必有相對之處理費用，此項指標值之偏高，除處理賠案所需之必要費用外，可能涉及有較多之賠案訴訟、不必要之浪費或其他因素所導致，對保險公司經營有負面影響。本項指標作用在核算理賠單位成本，杜絕理賠過程中不必要浪費。

5.代位追償成功百分比（件數或金額）

$\text{代位追償成功百分比（件數）} = \frac{\text{成功執行代位求償之件數}}{\text{可執行代位求償之件數}} \times 100\%$
$\text{代位追償成功百分比（金額）} = \frac{\text{成功執行代位求償之金額}}{\text{已決賠款金額}} \times 100\%$

(1)指標意義：指標數值愈高，理賠績效愈佳。

(2)指標說明：

代位追償成功百分比係指在已決賠案中可行使代位求償件數，最終執行成功之百分比；本指標亦可採用金額來衡量。在已決賠案中若有可行使代位求償權之案件，保險人應積極進行該權利之行使。行使代位求償權除可彌補保險人支付之賠款金額，亦可使加害人得到應得之懲罰，達到警惕之作用。本項指標可作為理賠人員與理賠部門工作績效評比。

6.優惠賠款百分比

$\text{優惠賠款百分比（金額）} = \frac{\text{優惠賠款金額}}{\text{已決賠款金額}} \times 100\%$
$\text{優惠賠款百分比（件數）} = \frac{\text{優惠賠款件數}}{\text{已決賠案件數}} \times 100\%$

(1)指標意義：指標數值愈低，理賠績效愈佳。

(2)指標說明：

優惠賠款百分比係指優惠賠款所賠付金額佔總理賠金額之百分比、或優惠賠款發生件數佔或已決賠案之多寡；前者在於衡量優惠賠款影響之幅度，後者則是衡量優惠賠款發生之機率。優惠賠款之發生，理當愈低愈好，表示保險人為公平理賠，不隨被保險人政經地位不同而有所歧視；但有時保險人基於業務考量，根據保單契約及條款之規定，雖無賠償之義務，保險公司予以融通優惠之賠款，保險公司稍做通融為在所難免。惟優惠賠款之發生，會使理賠人員之工作遭受干擾，理賠人員之專業無法發揮，同時亦違反保險經營公平性。

7.道德危險拒賠百分比（件數或金額）

$\text{道德危險拒賠百分比（件數）}=\frac{\text{道德危險拒賠件數}}{\text{理賠件數}}\times 100\%$
$\text{道德危險拒賠百分比（金額）}=\frac{\text{道德危險拒賠金額}}{\text{理賠金額}}\times 100\%$

(1)指標意義：指標數值愈高，理賠績效愈佳。

(2)指標說明：

道德危險拒賠百分比係指在理賠件數中，被發覺屬於道德危險詐領保險金而拒賠之百分比，其可使用因道德危險拒賠件數或被拒絕之被保險人索賠金額來衡量。當危險事故發生時，其中不乏有道德危險或心理危險之被保險人，若未能及時察覺並予以拒賠，將使理賠運作所建立之公平合理損害補償機制遭到破壞，亦會使保險公司之經營遭受不良影響。本項指標可作為理賠人員與理賠部門之重要工作績效考評。

8.未決賠款偏離值

$$\text{未決賠款偏離值}=\frac{\left|\text{單件未決賠款金額}-\text{單件已決賠款金額}\right|}{\text{單件已決賠款金額}}\times 100\%$$

(1)指標意義：指標數值愈低，理賠績效愈佳。

(2)指標說明：

未決賠款偏離值係指在特定期間內平均單件未決賠款與單件已決賠款間之差距百分比。理賠人員於受理賠案後，秉持著專業之態度處理每件賠案，除嚴加控制已決賠案之賠款金額與相關成本外，對於未決賠案亦不可忽略，藉由此指標衡量，作為理賠人員專業度之參考。

9.賠款準備金正確率

$$\text{賠款準備金正確率}=\frac{\left|\text{賠款準備金}-\text{未決轉已決賠款金額}\right|}{\text{未決轉已決賠款金額}}\times 100\%$$

(1)指標意義：指標數值愈低，理賠績效愈佳。

(2)指標說明：

賠款準備金正確率係指在特定期間內賠款準備金預估金額是否與最後結案支付之保險賠款相符。賠款準備金乃針對未決賠案事先予以估算提存，此未決賠案包含已報未決賠款與未報未決賠款，保險人皆需依法提列，做為日後支付保險賠款擔保之用；對於未報未決賠款應提列之金額多寡，有賴理賠人員之經驗與專業做判斷，故此項預估金額若與最後結案支付之保險賠款金額愈相符，表示理賠人員所做之估計愈準確，素質與專業度愈高。準備金之提存過高或過少，皆會造成保險公司營運上之不良影響，準備金提存是否適當，此項指標可作為理賠人員素質評估及理賠績效評量指標之依據。

10.勝訴或敗訴百分比（件數）

$\text{勝訴百分比（件數）} = \frac{\text{勝訴件數}}{\text{理賠訴訟件數}} \times 100\%$
$\text{敗訴百分比（件數）} = \frac{\text{敗訴件數}}{\text{理賠訴訟件數}} \times 100\%$

(1)指標意義：若為勝訴百分比（件數），指標數值愈高，理賠績效愈佳。

若為敗訴百分比（件數），指標數值愈低，理賠績效愈佳。

(2)指標說明：

勝訴百分比、勝訴件數或敗訴百分比、敗訴件數，係指對於已付諸訴訟賠案之最後判決結果。本項指標可依勝訴件數或敗訴件數判定，若該賠案勝訴，表示理賠人員對於拒賠之理由或有賠案爭議之部分，有正確之判斷；反之，若該賠案敗訴，則表示理賠人員有判斷錯誤之可能性發生。訴訟雖會增加額外之理賠成本，若理賠人原專業判斷能力足夠，勝訴件數相對提高，將可使保險人減少龐大之理賠金額與理賠費用。本項指標可作為理賠人員專業判斷能力之依據。

11.損害防阻貢獻度

$\text{損害防阻貢獻度} = \frac{\text{因損害防阻所降低理賠金額}}{\text{已決賠款金額}} \times 100\%$

(1)指標意義：指標數值愈高，理賠績效愈佳。

(2)指標說明：

損害防阻貢獻度係指保險人施行損害防阻後，因而降低須賠付予被保險人保險理賠金額之百分比。損害防阻工作之推行，能有效縮減保險事故發生之損失頻率與損失幅度，減少保險理賠金額支出，進而提高經營利潤。而有效之損害防阻措施，亦有賴理賠部門與人員之協助，透過此項指標可使理賠部門與人員瞭解損害防阻措施是否確實施行，督導相關人員進行損害防阻措施工作，同時激勵理賠人員採行有效損害防阻措施，降低保險索賠金額與保險金額。

12.理賠時效

$$\text{理賠時效} = \frac{\text{處理已決賠案總需時間}}{\text{已決賠案件數}}$$

(1)指標意義：指標數值愈低，理賠績效愈佳。

(2)指標說明：

理賠時效係指在特定期間內平均每件已決賠案所需處理時間。理賠迅速原則提到保險人須在最短合理期間，儘速支付賠款予被保險人，故該指標數值愈高，表示每件賠案所需平均處理時間愈長，愈不符合理賠迅速原則，保險功能未能充分發揮。本項指標可作為理賠人力資源評量依據，同時亦能考評是否符合理賠迅速原則，但並非要求理賠人員縮短賠案處理時間，導致未以嚴謹態度處理賠案，而是期望理賠人員能在正常且合理之時間儘速使被保險人得到補償。

13.賠案完成度或賠案未完成度

$$\text{賠案完成度} = \frac{\text{已決賠案之件數}}{\text{理賠件數}} \times 100\%$$

$$\text{賠案未完成度} = \frac{\text{未決賠案之件數}}{\text{理賠件數}} \times 100\%$$

(1)指標意義：賠案完成度，指標數值愈高，理賠績效愈佳。

賠案未完成度，指標數值愈低，理賠績效愈佳。

(2)指標說明：

賠案完成度係指在特定期間內已處理完成之已決賠案佔所有理賠件數中之百分比；反之，若使用未處理完成之未決賠案做為分子項，則為賠案未完成度。

原則上，兩項指標相互對照，且加總將等於一。其指標中所指之理賠件數係指包含未決與已決賠案件數。該項指標主要在衡量賠案之處理效率，除評估理賠人員於處理賠案時是否符合理賠迅速原則外，亦可觀察理賠人員對於賠案是否確實處理。

14.每位理賠人員平均處理件數

$$\text{每位理賠人員平均處理件數} = \frac{\text{已決賠案件數}}{\text{理賠人員}}$$

(1)指標意義：指標數值愈高，理賠績效愈佳。

(2)指標說明：

每位理賠人員平均處理件數，係指在特定期間內平均每一理賠人員處理賠案之件數。其中理賠件數除將已決賠案納入指標計算外，同時亦可將未決賠案納入計算。基本上，若理賠件數愈少，平均每位理賠人員處理件數相對降低，保險公司所需支付之理賠成本相對減少；但此指標主要評估理賠人員處理賠案之效率，故該指標數值愈高，表示理賠人員工作效率愈高，理賠績效相對愈佳；若數值愈低，可能表示理賠人員過多，工作效率不佳，造成人力成本之浪費。

15.申訴百分比

$$\text{申訴百分比} = \frac{\text{理賠申訴件數}}{\text{理賠件數}} \times 100\%$$

(1)指標意義：指標數值愈低，理賠績效愈佳。

(2)指標說明：

申訴百分比係指在特定期間內平均每一賠案被保險人申訴之百分比或被保險人理賠申訴之件數。此理賠件數包含未決賠案與已決賠案兩者。優質之服務將有助於業務之延續與開發，並與被保險人建立良好與相互信任之關係，保險公司才能達到永續經營；若申訴件數數值愈高，表被保險人因不滿而申訴之件數或百分比愈高，將會影響保險公司之聲譽。本項指標可作為顧客滿意度之考評。

16.訴訟百分比

$$訴訟百分比=\frac{理賠訴訟件數}{理賠件數}\times 100\%$$

(1)指標意義：指標數值愈低，理賠績效愈佳。

(2)指標說明：

訴訟百分比或訴訟件數，係指在特定期間內賠案處理過程中需藉由訴訟解決之百分比或件數；與申訴百分比或申訴件數指標相同，理賠件數包含皆將未決賠案與已決賠案列為計算標準。當理賠人員與被保險人對於保險賠付金額意見與協商無法達成一致時，必要時將以訴訟方式解決；但訴訟除耗費成本外，更會使保險公司形象受損。本項指標可作為評量理賠人員協調能力與理賠服務品質。

17.理賠合理性

$$理賠合理性=\frac{|理賠金額-預期賠款|}{預期賠款}\times 100\%$$

(1)指標意義：指標數值愈低，理賠績效愈佳。

(2)指標說明：

理賠合理性係指理賠人員對於賠案之處理態度。此指標值愈低，理賠績效愈佳。反之，標值愈高，理賠績效恐與理賠政策有違。基本上，理賠政策大多與核保政策有相當程度之連結，當核保政策從嚴，理賠政策則從寬；相對地，核保政策從寬，則理賠政策從嚴。本項指標數值過高，若非預期賠款過低，則是實際賠款過高，顯示理賠人員對於理算過於寬鬆，須視預期賠款與實際賠款差距多寡，決定採取合理之理賠政策。

18.損失率

$$損失率=\frac{當年度已決賠款+年末未決賠款-年初未決賠款}{當年度簽單保費-年末未滿期保費+年初未滿期保費}\times 100\%$$

(1)指標意義：指標數值愈低，理賠績效愈佳。

(2)指標說明：

損失率又稱實際賠款率，係指特定期間內平均每一元保費收入中，需支付之保險賠款及理賠費用的比率。透過損失率之計算，除可瞭解業務品質好壞，作為核保與理賠經營方針之指標。損失率偏高原因繁多，諸如：業務品質不良、核保過於寬鬆、理賠浮濫等，因此本項指標同時可作為檢討核保、理賠、費率精算之參考。

(二) 質性指標

至於各項質性指標分序說明如下：

1.理賠證照

理賠為高度專業性之工作，須具備保險專業相關學識。基本上，理賠人員在從事理賠工作時，依規定應具有理賠證照，理賠人員理賠證照之考取，表示專業能力之最佳證明，可使保險公司專業形象提高。目前國內可透過中華民國產物保險核保學會每年兩次定期舉行考試取得產險理賠人員考試及格證明，於保險公司從事協助處理理賠工作業務一年以上，檢具服務證明文件證照，再由核保學會發給理賠人員資格證書。

2.教育訓練

財產保險理賠之處理極為複雜，理賠人員除須不斷充實保險專業知識，尚須具有與保險有關之其他常識或學識，諸如：處理海上保險賠案之理賠人員亦須具有國際貿易實務。理賠人員若能每年定期接受理賠專業在職訓練，包含客戶服務、專業技術等，藉由各種不同之在職訓練協助，提升產險理賠之專業技巧及技術；此外，尚可參與公會或相關單位舉行之講座、短期進修課程或研討會等，不斷提升與充實自我，彌補實務經驗之不足。

3.職業倫理道德

基本上，從事涉及專門技術行業，都需遵守職業道德倫理。保險理賠工作，除涉及專門技術性外，更因與保險賠款有關，極易受到金錢之誘惑，可能做出違反職業道德倫理之醜事；再者，保險專門技術性較一般行業為高，理賠人員若違反職業道德倫理時，其所造成公司傷害更為嚴重，此時更突顯理賠人員職業道德倫理格外重要性。

4.其它

除將上述三項列入質性指標中外，尚可包括理賠人員之學歷、相關工作經歷、年資及人格特質等。學經歷包括理賠人員過去之養成教育；相關工作經驗係指曾從事保險相關工作；年資則指從事工作年資長短；人格特質係指理賠人員之性格

與服務品質。

伍、產險理賠績效評量指標之模擬分析

茲將產險理賠績效各項評量指標擬成一評量表，依各評量指標之重要性給予不同之配分，便於理賠績效評量指標模擬試算之執行，以及模擬試算結果之分析，期使結果更具有客觀與公信。至於各項理賠績效評量指標之評量表如表 2 所示：

表 2　理賠績效評量表

	類別	指標名稱	1	2	3	4	5	6
量性指標	成本	理賠偏離值（5%）						
		單件已決或未決賠款金額（5%）						
		理賠費用率（5%）						
		理賠成本（5%）						
		代位追償成功百分比或件數（5%）						
		優惠賠款百分比（5%）						
	專業	道德危險拒賠百分比（5%）						
		未決賠款偏離值（5%）						
		賠款準備金正確率（5%）						
		勝訴或敗訴百分比（5%）						
		損害防阻貢獻度（4%）						
	時效	理賠時效（4%）						
		賠款完成度或未完成度（4%）						
		每位理賠人員平均處理件數（4%）						
	服務	申訴件數或申訴百分比（4%）						
		訴訟件數或訴訟百分比（4%）						
	其他	理賠合理性（3%）						
		損失率（3%）						
質性指標		理賠證照（5%）						
		教育訓練（5%）						
		職業倫理道德（5%）						
		其他（5%）						
合　　計　　（100%）								

資料來源：作者自行整理

一、基本資料

茲將 A、B、C、D、E 等四家產險公司之基本資料彙整如表 3 所示：

表 3　產險公司基本資料（公司別）

公司別 / 項目	A	B	C	D	E
理賠件數	54660	32655	23946	42891	130005
道德危險拒賠件數	549	1085	669	977	2571
理賠申訴件數	45	38	18	32	30
理賠訴訟件數	21	14	8	13	29
勝訴件數	13	14	8	8	17
已決賠案件數	50632	30302	19876	39233	115698
未決賠案件數	4028	2353	4070	3658	14307
可執行代位求償件數	565	338	550	418	1025
成功執行代位求償件數	263	220	393	255	626
被保險人索賠金額（千元）	943292	477941	240971	642804	2150262
未決轉已決賠款金額（千元）	64130	42930	30060	48026	208940
已決賠款金額（千元）	808170	400499	193600	538592	1840181
未決賠款金額（千元）	65980	30820	40210	51580	235950
預期賠款（千元）	899533	438388	233215	583835	2124701
損害防阻節省之理賠金額（千元）	6651	6055	1629	4930	8996
優惠賠款金額（千元）	3163	1511	729	1884	7203
已決賠案之總理賠費用（千元）	8185	4653	3001	6077	17736
已決賠案之總理賠成本（千元）	10077	5788	3239	7118	20008
賠款準備金（千元）	66505	42231	30506	46236	198528
損失率（百分比）	49.15	46.2	43.58	43.53	48.52
理賠人員人數（人）	152	112	75	137	405
處理已決賠案總時效（小時）	334395	366625	253870	426775	1228995
理賠證照	111	90	71	96	300
教育訓練時效（小時）	1430	1134	872	1354	3892
違反職業倫理次數	5	1	1	2	1
理賠人員學歷（人）	研究所：0 大　學：85 專　科：42 高　中：25	研究所：31 大　學：40 專　科：35 高　中：6	研究所：40 大　學：30 專　科：4 高　中：1	研究所：2 大　學：89 專　科：40 高　中：6	研究所：103 大　學：185 專　科：100 高　中：17

資料來源：作者自行整理

二、計算過程

依據各公司基本資料導入各項理賠指標公式計算，所得結果如表 4 所示：

表 4　各項評量指標計算值（公司別）

	類別	指標名稱	A	B	C	D	E
量性指標	成本	理賠偏離值（5%）	16.72	19.34	24.47	19.35	16.85
		單件已決賠款金額（5%）	15.96	13.22	9.74	13.73	15.91
		理賠費用率（5%）	1.61-1	1.53-1	1.50-1	1.54-1	1.53-1
		理賠成本（5%）	0.20	0.19	0.16	0.18	0.17
		代位追償成功百分比（5%）	46.55	65.09	71.45	61.00	61.07
		優惠賠款百分比（5%）	0.39	0.38	0.37	0.34	0.39
	專業	道德危險拒賠百分比（5%）	1.00	3.32	2.79	2.28	1.98
		未決賠款偏離值（5%）	2.62	0.90	1.43	2.71	3.69
		賠款準備金正確率（5%）	3.70	1.63	1.48	3.73	4.98
		勝訴百分比（5%）	61.90	100.00	100.00	61.54	58.62
		損害防阻貢獻度（4%）	0.82	1.51	0.84	0.92	0.49
	時效	理賠時效（4%）	6.60	12.10	12.77	10.88	10.62
		賠案完成度（4%）	92.63	92.79	83.00	91.47	89.00
		每位理賠人員平均處理件數(4%)	333.11	270.55	265.01	286.37	285.67
	服務	申訴百分比（4%）	8.23-2	1.16-2	7.51-2	7.46-2	2.30-2
		訴訟百分比（4%）	3.84-2	4.28-2	3.34-2	3.03-2	2.23-2
	其他	理賠合理性（3%）	2.82	1.61	0.26	1.09	2.29
		損失率（3%）	49.15	46.20	43.58	43.53	48.52
質性指標		理賠證照（5%）	0.73	0.80	0.95	0.70	0.74
		教育訓練（5%）	9.41	10.13	11.63	9.88	9.61
		職業倫理道德（5%）	5.00	1.00	1.00	2.00	1.00
		其他（5%）	2.39	2.86	3.45	2.64	2.92

資料來源：作者自行整理

三、評分標準

依據相關資料數據並將其導入指標公式後，先求出各指標之平均數與標準差，如表 4 所示。該項指標若為 5 分，以平均數為中間值，給予 3 分；若指標為 4 分，亦以 2 分為平均數；若指標為 3 分，則改以 2 分為平均數；後則以 1 個標準差為間距，依各項評指標評比值分別給予評量分數，如表 5 所示。

量性指標部分，道德危險拒賠百分比、損害防阻貢獻度、代位求償成功百分比、理賠偏離值、勝訴百分比、賠案完成度、每位理賠人員平均處理件數，此幾項指標，高於

平均數愈多，指標分數愈高；其餘指標則相反，係以低於平均數愈多，給予之指標分數愈低。

質性指標部分，教育訓練以公司所舉辦之訓練課程、研討會等總時數為評分標準；職業倫理道德係以公司因理賠等相關因素，遭懲戒之次數為評分標準；在其他項目中，則以理賠人員之學歷為參考依據，依研究所、大學、專科至高中，分別給予不同之加權分數後，再計算其平均值。四項指標中，除職業倫理道德該項指標外，皆係以高於平均數之數值，作為指標分數較高之評比。

表 5　各項評量指標評比值（公司別）

	類別	指標名稱	平均數	標準差	A	B	C	D	E
量	成本	理賠偏離值（5%）	19.34	2.81	-0.94	0.00	1.83	0.00	-0.89
		單件已決賠款金額（5%）	13.71	2.28	0.99	-0.22	-1.74	0.00	0.96
		理賠費用率（5%）	0.15	3.61-3	1.88	-0.37	-1.08	0.00	-0.44
		理賠成本（5%）	0.18	0.01	1.38	0.75	-1.45	0.00	-0.67
		代位追償成功百分比（5%）	61.03	8.18	-1.77	0.50	1.27	0.00	0.00
		優惠賠款百分比（5%）	0.38	0.02	0.93	0.00	-0.05	-1.81	0.93
性	專業	道德危險拒賠百分比（5%）	2.28	0.78	-1.62	1.33	0.66	0.00	-0.38
		未決賠款偏離值（5%）	2.27	0.99	0.35	-1.38	-0.85	0.45	1.43
		賠款準備金正確率（5%）	3.11	1.35	0.44	-1.10	-1.20	0.46	1.39
		勝訴百分比（5%）	76.41	19.29	-0.75	1.22	1.22	-0.77	-0.92
		損害防阻貢獻度（4%）	0.92	0.33	-0.28	1.79	-0.22	0.00	-1.29
指	時效	理賠時效（4%）	10.60	2.15	-1.86	0.70	1.01	0.13	0.01
		賠案完成度（4%）	89.78	3.65	0.78	0.83	-1.86	0.46	-0.21
		每位理賠人員平均處理件數（4%）	288.14	23.98	1.87	-0.73	-0.96	-0.07	-0.10
	服務	申訴百分比（4%）	0.07	0.03	0.27	1.41	0.03	0.00	-1.72
		訴訟百分比（4%）	0.03	7.03-3	0.70	1.34	-0.00	-0.45	-1.59
標	其他	理賠合理性（3%）	1.61	0.90	1.35	0.001	-1.51	-0.59	0.75
		損失率（3%）	46.20	2.37	1.25	0.00	-1.10	-1.13	0.98
質性指標		理賠證照（5%）	0.78	0.09	-0.62	0.22	1.85	-0.95	-0.50
		教育訓練（5%）	10.13	0.79	-0.92	-0.00	1.90	-0.31	-0.66
		職業倫理道德（5%）	2.00	1.55	1.94	-0.65	-0.65	0.00	-0.65
		其他（5%）	2.85	0.35	-1.30	0.01	1.70	-0.62	0.20

公式=（評量指標評比值－平均數）／標準差

資料來源：作者自行整理

表 6　各項評量指標評分結果（公司別）

	類別	指標名稱	A	B	C	D	E
量性指標	成本	理賠偏離值（5%）	2	3	5	3	2
		單件已決賠款金額（5%）	2	4	5	3	2
		理賠費用率（5%）	1	4	5	3	4
		理賠成本（5%）	1	2	5	3	4
		代位追償成功百分比（5%）	1	4	5	3	3
		優惠賠款百分比（5%）	2	3	4	5	2
	專業	道德危險拒賠百分比（5%）	1	5	4	3	2
		未決賠款偏離值（5%）	2	5	4	2	1
		賠款準備金正確率（5%）	2	5	5	2	1
		勝訴百分比（5%）	2	5	5	2	2
		損害防阻貢獻度（4%）	2	4	2	3	1
	時效	理賠時效（4%）	4	2	1	2	2
		賠案完成度（4%）	4	4	1	4	2
		每位理賠人員平均處理件數（4%）	4	2	2	2	2
	服務	申訴百分比（4%）	2	1	2	3	4
		訴訟百分比（4%）	2	1	3	4	4
	其他	理賠合理性（3%）	1	2	3	3	1
		損失率（3%）	1	2	3	3	1
質性指標		理賠證照（5%）	2	4	5	2	2
		教育訓練（5%）	2	3	5	2	2
		職業倫理道德（5%）	1	4	4	3	4
		其他（5%）	1	4	5	2	4
合　　計			42	73	83	62	52

資料來源：作者自行整理

四、綜合分析

(一) 總體比較分析

依各公司之各項評量指標分數彙整如表 7 所示：

表 7　各層面項目分數統計表（公司別）

公司 / 指標		A 公司	B 公司	C 公司	D 公司	E 公司
量性指標	成本面	9	20	29	20	17
	專業面	9	24	20	12	7
	時效面	12	8	4	8	6
	服務面	4	2	5	7	8
	其他	2	4	6	6	2
質性指標		6	15	19	9	12

資料來源：作者自行整理

1.量性指標方面

(A) A 公司：領先指標計有 3 項，領先層面計有 1 層面，總評分為 36 分。

(B) B 公司：領先指標計有 6 項，領先層面計有 1 層面，總評分為 58 分。

(C) C 公司：領先指標計有 9 項，領先層面計有 2 層面，總評分為 64 分。

(D) D 公司：領先指標計有 5 項，領先層面計有 1 層面，總評分為 53 分。

(E) E 公司：領先指標計有 2 項，領先層面計有 1 層面，總評分為 40 分。

就量性指標之各項目分數加總排序，以 C 公司排名第一，後依序為 B＞D＞E＞A。

就量性指標之各層面排序：

(A) 成本面：C 公司排名第一，依序為 B＝D＞E＞A。

(B) 專業面：B 公司排名第一，依序為 C＞D＞A＞E。

(C) 時效面：A 公司排名第一，依序為 B＝D＞E＞C。

(D) 服務面：E 公司排名第一，依序為 D＞C＞A＞B。

(E) 其他：C 公司與 D 公司並列第一，依序為 B＞A＝E。

2.質性指標方面

(A) A 公司：領先指標計有 0 項，總評分為 6 分。

(B) B 公司：領先指標計有 0 項，總評分為 15 分。

(C) C 公司：領先指標計有 3 項，總評分為 19 分。

(D) D 公司：領先指標計有 0 項，總評分為 9 分。

(E) E 公司：領先指標計有 0 項，總評分為 12 分。

就質性指標之各項目分數加總排序，以 C 公司排名第一，後依序為 B＞E＞D＞A。

3.綜合評比方面

五家產險公司理賠績效之評比，其結果如下表 8 所示，係以 C 公司之 82 分為最佳，其後依序分別為 B、D、E 公司，而以 A 公司之 42 分為表現最差之公司。

D 公司雖在質性指標部分略低於 E 公司，然分數差距不大，且 D 公司於量性指標所得之分數較 E 公司多，故仍以 D 公司排名第三，E 公司位居第四。

表 8　評量結果統計表（公司別）

公司 指標	A 公司	B 公司	C 公司	D 公司	E 公司
量性指標	36	56	62	54	40
質性指標	6	15	19	9	12
合計	42	73	83	62	52
優劣排序	5	2	1	3	4

資料來源：作者自行整理

(二) 個別公司分析

1.【A 公司】

(1)量性指標

A.較優指標：理賠時效、賠案完成度、每位理賠人員平均處理件數等三項。

B.較差指標：道德危險拒賠百分比、理賠費用率、理賠合理性等六項。

(2)質性指標：無較佳指標。

(3)綜合評析

A 公司表現不甚理想，除時效面各項指標外，其餘多項指標皆低於平均水準，尤以成本面之指標表現最差，其餘多項指標皆有大幅進步空間；但對於 A 公司在時效面之優秀表現，應給予其肯定。另 A 公司亦應思考是否有因在處理賠案時，為求快速，以致未保有理賠處理過程中應有之注意與謹慎，使相關指標皆落於平均水準以下之可能性。

2.【B 公司】

(1)量性指標

A.較優指標：賠款完成度、未決賠款偏離值、賠款準備金正確率等六項。

B.較差指標：申訴百分比、訴訟百分比等二項。

(2)質性指標：無較佳指標或較差指標。

(3)綜合評析

B 公司表現良好，尤以專業面表現最佳，該層面之各項指標均得到最高分，值得其他公司學習；其他指標亦多在平均水準以上。惟 B 公司在服務面所得之分數，其排名卻屬落後；B 公司相對於其他公司，其理賠成本偏高，可能與為處理申訴或訴訟案件而發生之費用有一定程度之關係。B 公司於理賠處理過程中，應多加與被保險人溝通，並秉持著專業與真誠態度協助被保險人，將可降低被保險人之不滿情緒，進而減少理賠申訴與訴訟之發生。

3.【C 公司】

(1)量性指標

A.較優指標：單件已決賠款金額、理賠成本、勝訴百分比等九項。

B.較差指標：理賠時效、賠案完成度等二項。

(2)質性指標：理賠證照、教育訓練及職業倫理道德三項。

(3)綜合評析

C 公司表現最為傑出，多項指標皆在平均值之上，除質性指標表現不俗外，量性指標中之成本面亦為最佳表現，居各公司之冠； C 公司在所有指標中，除時效面外，僅專業面中損害防阻貢獻度一項指標未達平均水準，C 公司若能改善損害防阻措施之缺失，此層面定能獲得更佳成績。同時，C 公司應採取，如：增聘理賠人員等方法，改善賠案之處理速度，並持續保持其他指標之優秀表現，相信 C 公司未來績效必定更加優異。

4.【D 公司】

(1)量性指標

A.較優指標：優惠賠款百分比、賠案完成度、訴訟百分比等五項。

B.較差指標：無較差指標。

(2)質性指標：無較佳指標或較差指標。

(3)綜合評析

D 公司表現平平，指標多屬於平均水準，不論是量性指標或質性指標，皆無較差之指標；其中優惠賠款百分比此項指標，相較於其他公司而言，表現堪稱優異，為其他公司所應效法之榜樣；但 D 公司仍應設法改善其餘不足之部分，才能有效提升績效；否則，一旦原屬較差之公司皆相繼進步，D 公司便會落入中下之排名，成為表現落後之公司。

5.【E 公司】

(1)量性指標

A.較優指標：申訴百分比、訴訟百分比等二項。

B.較差指標：損害防阻貢獻度、未決賠款偏離值、理賠合理性等五項。

(2)質性指標：無較佳指標或較差指標。

(3)綜合評析

E 公司表現差強人意，僅有服務面表現最佳；量性指標部分，共計有五項落後指標，多落於專業面；E 公司應多提供理賠人員進修資訊與機會，並鼓勵其員工多加參與，以增進其所欠缺之理賠相關經驗與技巧；此外，對於其他指標仍有進步空間，應設法改善。

陸、結論與建議

一、結　論

長期以來，國內產檢公司對於理賠績效之評量，尚無建立一套客觀且完善之標準，且不將理賠績效之優劣視為產險經營之重要項目。產險公司之經營，從設計商品、精算、行銷、核保至理賠等一系列過程，理賠可謂是保險公司能否保有應得盈餘之最後一道防線。

優質之理賠，透過有效之成本控管，可為保險公司帶來更佳之收益；賠案處理迅速與優良服務，可使被保險人對該保險公司有較高之滿意度，提升公司之正面形象，亦可增加潛在之客戶群，進而提高保險公司營業收入；反之，劣質之理賠，可能使保險公司出現經營危機，被保險人權益可能因此受損，甚至使整體產險業接受到連帶影響；質言之，理賠之優或劣，對保險公司經營所帶來影響實不容小覷。

本文中所擬訂十餘項理賠績效評量指標公式，分就量性與質性兩大方面；量性指標可再細分為成本、專業、時效、服務與其他等五大構面；希望藉由不同構面之考量，兼顧質量並重之評量指標，針對具有高度專業之理賠工作，提出客觀且公正之數據結果，使保險公司能了解其理賠上之優劣得失，並作為改善與修正之依據，引導未來理賠工作能更加嚴謹，提升整體理賠素質。另外，透過諸如：損害防阻貢獻度或損失率等指標，可同時檢測相關單位之工作執行績效，進行公司內部之績效考核。

提高企業在大環境中之競爭力，以及增進員工未來之工作品質，績效評量不失為一項有力之工具。所有企業都應實施績效評量，保險業自不例外，如何在具有高度專業與技術性之保險業，建立一套合宜之績效評量系統，將比一般企業來得更有難度。至於理賠績效評量指標最主要功能與目的，乃在提供保險公司一套衡量理賠績效之客觀方法，保險公司應將各項理賠相關資訊予以保留與建檔，藉由將各項理賠資料導入公式，再將數據結果加以分析，以期儘早發現理賠相關問題之癥結，並及時改善各項缺失。

在瞬息萬變現今社會中，消費者意識抬頭，保險消費者對於保險公司之經營績效與服務品質，均較以往有更高之要求，保險公司透過各項理賠績效指標之評比，增加彼此間之良性競爭，促使理賠人員能不斷自我警惕與充實自我，加強專業技能，提升服務品質，達到保險人與被保險人雙贏之局面；現今，不論是商業活動中之商業火災保險、產品責任險，或是日常生活中之汽車險、住宅火災保險等各種產險商品，財產保險已與生活密不可分，為確保保戶權益以及保險公司經營穩健與永續發展，政府主管機關對於保險業監理益趨嚴格，對於政府主管單位而言，理賠績效評量指標可協助主管機關監理工作之進行。基上，建構產險公司之理賠績效評量指標，確實有其必要性與重要性。

二、建　議

茲就本文有關理賠績效評量之建議事項，研擬八則建議事項依序說明如下：

(一) 建構符合公司經營需求之評量指標機制

本文於理賠評量績效表格中，依其重要性分別給予不同配分，保險公司可依自身經營實況重新調整配分。實務上，各家保險公司經營理念不同，其對於理賠政策會有所差異；而本文各項理賠績效評量指標均屬初步之模擬，無法滿足所有保險公司對於理賠績效評量指標之需要。基此，茲建議各保險公司可依其經營實際情形，逕行調整配分或增

刪本文各項評量指標之公式，亦或是自行建構一套合於自身需求之理賠績效評量指標機制。

(二) 擴充理賠績效評量指標之適用範圍

除本文中原已適用之公司、單位與個人別外，更可將其擴大適用至險種別，經由不同險種之評估與測試，將使理賠績效評量指標適用範圍更加廣泛，評量指標之效益得以發揮至更大，並彰顯理賠績效評量指標之價值所在。基此，透過績效評量指標適用範圍之擴充，保險公司快速得知理賠上之缺失，並得以儘速改善與修正，期能達到全方面提升理賠單位及理賠人員等品質之目的，使保險公司之經營更趨穩健。

(三) 設立自我評比之比較基準

理賠績效評量指標應以公司經營目標為基準，客觀評量自身績效是否有所增進，因此可以就相同公司之不同年度加以比較，或是相同年度不同理賠單位及理賠人員予以綜合比較；藉由評量結果可確實得知理賠績效優劣，作為保險公司檢討改為之依據；此外，亦可透過外在與內在之交叉比對分析，找出理賠績效評量指標之潛在盲點，使理賠績效評量指標功能更加強化。

(四) 委外理賠應列入考核

由於各家保險公經營方式多有所不同，有些保險公司可能將理賠工作一部或全部委外處理，授權給保險代理人或其他單位代為執行理賠工作。委外理賠處理單位與保險公司雖屬不同體制，但理賠處理單位績效之優劣，對於該保險公司經營影響仍具有相當程度之重要性。因此，保險公司亦應將委外授權之理賠工作單進行理賠績效評量考核，方能確保整體業務理賠品質之一致性。

(五) 指標公式應與時俱進

隨著整體環境變化與社會變遷，保險公司原有理賠績效評量指標，可能未能符合現時需要，導致評量指標無法真實反映理賠工作績效，例如產險業於未來開放銷售保證續保之健康險時，保險公司應即時將相關因素納入修正，修正後指標公式評量結果才不致於失真，繼續作為保險公司修正理賠缺失之重要依據，故理賠績效評量指標應定期檢討與修正，藉以維持理賠績效評量指標之應有價值。

(六) 作爲公司治理項目之一

理賠工作對於保險公司經營實有其重要性，理賠績效不佳，可能造成保險公司之現金短缺、利潤下降，甚至導致清償能力之不足，除影響公司之利益外，對於廣大保戶權益之影響更是不容忽視；保險公司透過理賠績效評量指標之施行與檢視，將可在第一時間發現癥結之所在。基此，保險公司在進行公司治理時，如能建構完善理賠績效評量機

制，將可大幅提升保險公司經營績效。

(七) 理賠人員應定期考核與獎懲

保險公司如無客觀之理賠績效評量指標，將無法定期對理賠人員實施績效考核，給予理賠人員之公平獎懲。藉由理賠績效評量指標，客觀評比理賠人員工作績效，建立公平與公正獎優汰劣制度，使優秀理賠人員獲得應有之獎勵，對於績效不佳之人員，視情節給予適度之懲處。基此，對於理賠單位及理賠人員定期考核，除確保員工工作品質外，更有助於人事考核公平性之建立，以及相互激勵良性競爭風氣之形成，有效提升理賠服務品質。

(八) 理賠資訊應公開透明

保險公司雖依法令規定公開揭露資訊，惟公開揭露項目十分有限，難能滿足消費者之需求。至於本文研擬建構理賠績效評量指標所需相關數據，在現有公開揭露項目中大多未能充分揭露列示，致使理賠績效評量指標無法量化評比，著實十分可惜，雖保險公司基於市場競爭，應保有一定之商業機密，但某些理賠評量指標資訊與商業機密無關，建議應予以公開透明化，使保險消費者對於理賠相關資訊有一定認知，俾作為保險消費者自行評比各保險公司之理賠績效，進而選擇理想保險公司購買保險。

主要參考文獻

一、中文部份

1.王事展，產物保險經營管理，豪峰出版社，1994 年 8 月四版，pp.1-2、pp.180-201。

2.江傳賢、許沖何等，傷害及健康保險，財團法人保險事業發展中心，1998 年 10 月，pp.170-173、pp.182-183、pp.204-205。

3.李建華、方文寶，企業績效評估理論與實務，1996 年 1 月，pp.1-14。

4.李維倫等，財產保險理論與實務，中華民國產物保險商業同業公會，1998 年 10 月，pp.8-1-8-7。

5.吳榮清，財產保險概要，三民書局，1992 年 5 月初版，pp.25-30。

6.林麗銖，人身保險實務，平安出版，2000 年 8 月三版，pp.282-287。

7.林慧紋，產險核保績效評量指標之研究，淡江大學保險經營研究所碩士論文，2010 年 6 月。

8.凌氤寶、康裕民、陳森松，保險學-理論與實務，1998 年 6 月，pp.183-191、p.235。

9.徐當仁，財產保險契約法，中華民國產物保險商業公會，2000 年 12 月修訂三版，pp.83-99。

10.袁宗蔚，保險學概要，三民書局，2005 年 8 月修訂五版，pp.140-143。

11.凌氤寶,財產保險學,華泰文化,2007 年 3 月初版,pp.100-105、pp.200-209、pp.294-297。

12.凌氤寶、陳森松，產物保險經營，華泰文化，2009 年 9 月初版，pp.149-169、p.177。

13.陳益茂，產險經營，優文印刷，1992 年 6 月初版，pp.197-211。

14.陳森松等譯，保險經營（上冊），1997 年 3 月，pp.29-34。

15.陳森松等譯，保險經營（下冊），1997 年 3 月，pp.211~277。

16.陳美惠，中國大陸財產保險理論與經營實務，五南圖書，2003 年 6 月初版，pp.17-20、pp.125-129、pp.135-157。

17.陳彩稚，保險學，三民書局，2004 年 8 月增訂二版，pp.131-138、pp.327-367。

18.陳雲中，保險學要義理論與實務，三民書局，2004 年 9 月修訂七版。

19.陳澤義、陳啟斌，企業診斷與績效評估-平衡計分卡之運用，華泰文化，2006 年 1 月

初版，pp.150-151。

20.張仲源等，人身保險理賠實務，財團法人保險事業中心，2009 年 7 月，pp.37-41、pp.85-103。

21.黃靜嘉等譯，保險契約，中華民國產物保險核保學會，1997 年 3 月再版，pp.120-146、pp.192-359、pp.440-451。

22.湯錦文，應用平衡計分卡建構部門績效評估模式-以產物保險公司理賠部門為例，國立臺北大學企業管理學系碩士論文，2008 年 5 月。

23.程惠慈，產險行銷績效評量指標之研究，淡江大學保險經營研究所碩士論文，2010 年 6 月。

24.詹美枝，我國汽車車損險經營之研究-從行銷、核保、理賠三方面探討，淡江大學保險經營研究所碩士論文，2005 年 6 月。

25.廖述源，財產保險經營，財團法人保險事業發展中心，2012 年 6 月修訂二版，pp.265-288。

26.廖述源，實用產險數理，豪峰出版社，2012 年 2 月修訂版，pp.39-54、pp.133-157、pp.221-233。

27.潘清泉，業務績效評估與考核，超越企管顧問股份有限公司，1911 年 3 月再版，pp.17-19。

28.謝國成等，人身與財產保險經營，平安出版，2002 年 3 月初版，pp.188-191、pp.234-255。

二、外文部分

1.Albert H. Mowbray, Ralph H. Blanchard, C. Arthur Williams, Jr., “Insurance-Its Theory and Practice in the United States”, McGraw-Hill Book Company, 6th ed., 1969, pp.474-483.

2.Andrew S. Grove, “High Output Management”, Random House Inc., 1st ed., 1983, pp.181-183.

3.Bernard L. Webb, J. J. Launie, Willis Park Pokes, Norman A. Baglini, “Insurance Company Operations Volume II”, American Institute For Property and Liability Underwriters, 3th ed., 1984, pp.225-396.

4.Carris, Richard, “Benchmarking Claims Performance”, Risk Management, Volume 41, Issue 12, December 1994, pp.30-32、p.34、p.38.

5.David L. Bickelhaupt, “General Insurance”, Richard D. Irwin, Inc., 11th ed., 1983

pp.834-843.

6.Herbert S. Denenberg, Robert D. Eilers, Joseph J. Melone, Robert A. Zelten, “Risk and Insurance”, Prentice-Hall, Inc., 2ed., 1974, pp.603-611.

7.Jo Ann S. Appleton, “Claim Administration-Principles and Practice”, International Claim Association, 2ed., 1989, pp.3-10.

8.John D. Long, Davis W. Gregg, “Property and Liability Insurance Handbook”, Richard D. Irwin, Inc., 21thed., 1975, pp.219-231、pp.714-725..

9.Joseph Calandro Jr., Scott Lane, “The Insurance Performance Measure:Bringing Value to The Insurance Industry”, Journal of Applied Corporate Finance Volume 14, Issue 4, Winter 2002, pp. 94–99,.

10.Joseph Calandro Jr., Scott Lane, “Why the Property and Casualty Insurance Industry Needs a New Performance Measure”, Measuring Business Excellence, Vol. 8, No. 2, 2004, pp. 31-39.

11.Michael A. Costonis, “Transforming the Claim Process”, Outlook Point of View，Aprill 2008。

12.Peter F. Drucker, Thomas G. Cucuzza, etc., “Harvard Business Review on Measuring Corporate Performance”, Harvard Business School Press, 8th ed., 1998, pp.1-3.

13.Peter R. Kensicki, Robert S. Smith, J.D., Thomas S. Marshall, Seeman Warance, Darwin B. Close, “Principles of Insurance Production Volume I”, Insurance Institute of America, 2ed., 1986, p.84.

14.The Non-Life Insurance Institute of Japan, “Miscellaneous Casualty Insurance Business in Japan – Personal Lines”, 2003, pp.33-70、pp.85-105.

15.Ward, John L., “Benchmarking Claims Performance”, Canadian Insurance, Volume 103, Issue 1, January 1998, p.12, pp.14-15.