

案號：10229A

因應高齡化社會保險相關制度及
保險商品之研究

期末報告

保險業務發展基金管理委員會

中華民國 103 年 9 月

案號：10229A

因應高齡化社會保險相關制度及 保險商品之研究

計畫主持人：郝充仁

協同主持人：戴肇洋

研究顧問：鄭清霞、賴本隊

研究人員：黃琪斐

研究助理：蔡君怡、陳珮蓉、劉穎蓉

委託單位：保險業務發展基金管理委員會

研究單位：台灣綜合研究院

本報告內容係研究單位之觀點，不代表委託機關之意見

保險業務發展基金管理委員會

中華民國 103 年 9 月

目 次

第一章 緒論	
第一節 研究緣起與目的.....	1-1
第二節 研究架構與方法.....	1-3
第三節 研究限制.....	1-7
第二章 相關文獻回顧—論述基礎	
第一節 我國人口結構變遷.....	2-1
第二節 我國老人經濟生活現況.....	2-12
第三節 我國年金保險現況.....	2-32
第四節 我國長期照護保險現況.....	2-35
第三章 主要國家年金保險相關法令制度與商品概述	
第一節 美國年金保險相關法令制度及商品.....	3-1
第二節 英國年金保險相關法令制度與商品.....	3-25
第三節 德國年金保險相關法令制度與商品.....	3-42
第四節 日本年金保險相關法令制度與商品.....	3-48
第四章 主要國家長期照護保險相關法令制度與商品概述	
第一節 美國長期照護保險相關法令制度與商品.....	4-1
第二節 英國長期照護保險相關法令制度與商品.....	4-19
第三節 德國長期照護保險相關法令制度與商品.....	4-24
第四節 日本長期照護保險相關法令制度與商品.....	4-45
第五章 租稅優惠制度成本效益分析	
第一節 商業保險對高齡人口的重要性與迫切性.....	5-1
第二節 商業保險相關稅賦誘因及最適稅制.....	5-5
第三節 商業年金保險伴隨之效益.....	5-11
第四節 民眾購買商業年金之成本效益分析.....	5-23
第五節 長期照護保險之相關探討及成效分析.....	5-24
第六節 民眾購買商業長照險之成本效益分析.....	5-29
第六章 未來我國實施商業年金及長期照護保險制度規劃分析	
第一節 主要國家經驗借鏡.....	6-1

第二節 學者專家意見彙整.....	6-47
第三節 台灣現況探討.....	6-57
第七章 結論與建議	
第一節 結論.....	7-1
第二節 政策建議.....	7-8
參考文獻	參考-1
附錄	
附錄一 南山人壽長期看護終身健康保險-要保書.....	附錄 1-1
附錄二 英國強化年金-投保問卷.....	附錄 2-1
附錄三 期中報告審查意見回覆.....	附錄 3-1
附錄四 訪談紀錄.....	附錄 4-1
附錄五 座談會議紀錄.....	附錄 5-1
附錄六 期末報告審查意見回覆.....	附錄 6-1
附錄七 保險法 第四章第二節 健康保險.....	附錄 7-1
附錄八 保險法 第四章第四節 年金保險.....	附錄 8-1
附錄九 「團體適格年金保險單示範條款—利變型」草案 建議條文對照表.....	附錄 9-1
附錄十 勞退企業年金保險單示範條款.....	附錄 10-1
附錄十一 人身保險業辦理強化年金業務應注意事項(建議事項).....	附錄 11-1
附錄十二 Long term care insurance model act and regulation.....	附錄 12-1

表目錄

表 2-1	人口粗出生率、粗死亡率、自然增加率及總生育率.....	2-1
表 2-2	主要國家人口動態資料表.....	2-5
表 2-3	主要國家至到達 65 歲以上人口比率之年次.....	2-7
表 2-4	對幼年及老年人口之扶養比.....	2-8
表 2-5	老年人口比率與總生育率之國際比較表.....	2-10
表 2-6	台灣未來人口結構表（中推計）.....	2-10
表 2-7	55~64 歲國民會否為未來老年生活保存資產情形.....	2-13
表 2-8	55~64 歲國民之配偶會否為未來老年生活保存資產情形.....	2-14
表 2-9	65 歲以上老人目前保存資產情形.....	2-15
表 2-10	65 歲以上老人之配偶目前保存資產情形.....	2-16
表 2-11	65 歲以上老人與其配偶皆未保存資產原因.....	2-17
表 2-12	55 歲以上國民之主要經濟來源.....	2-18
表 2-13	55 歲以上國民之主要經濟來源之重要度.....	2-18
表 2-14	55~64 歲國民之主要經濟來源.....	2-18
表 2-15	55~64 歲國民之主要經濟來源之重要度.....	2-19
表 2-16	65 歲以上老人之主要經濟來源.....	2-19
表 2-17	65 歲以上老人之主要經濟來源之重要度.....	2-20
表 2-18	65 歲以上老人日常生活費用使用情形.....	2-21
表 2-19	65 歲以上老人平均每月可使用的生活費用.....	2-23
表 2-20	65 歲以上老人日常生活費用不夠用者不足費用金額.....	2-24
表 2-21	55~64 歲國民提供經濟支援給子女或孫子女的情形.....	2-25
表 2-22	65 歲以上老人提供經濟支援給子女或孫子女的情形.....	2-26
表 2-23	55~64 歲國民提供經濟支援給父母的情形.....	2-27
表 2-24	55~64 歲國民對政府推行長期照護保險制度贊成度.....	2-28
表 2-25	55~64 歲國民認為若實施長期照護保險制度，一般失能者比較願意接受何種服務.....	2-29
表 2-26	65 歲以上老人對政府推行長期照護保險制度贊成度.....	2-30
表 2-27	65 歲以上老人認為若實施長期照護保險制度，一般失	

能者比較願接受何種服務.....	2-31
表 2-28 個人年金保險新契約.....	2-32
表 2-29 個人年金保險有效契約.....	2-32
表 2-30 100 年至 102 年商業年金險現況.....	2-33
表 2-31 人壽保險業保費總收入.....	2-33
表 2-32 人壽保險業項目別保險給付.....	2-34
表 2-33 FTSP 制度下相對提撥比率表.....	2-36
表 2-34 商業長期看護保險契約件數.....	2-39
表 2-35 100 年至 102 年商業長看險現況.....	2-39
表 2-36 商業長期看護保險保費收入.....	2-40
表 2-37 商業長期看護保險理賠件數、保險給付及平均給付額....	2-40
表 3-1 聯邦節約儲蓄計畫各基金投資標的明細表.....	3-9
表 3-2 生命周期基金之投資組合表.....	3-10
表 3-3 2000 年至 2009 年 FTSP 各項基金投資績效表.....	3-10
表 3-4 2005 年至 2009 年生命周期基金投資績效表.....	3-11
表 3-5 部門受雇者退休制度下參加聯邦節約儲蓄計畫受雇者之 提撥.....	3-11
表 3-6 2000 年至 2004 年英國長期性保險收入表.....	3-34
表 3-7 各項強化年金給付表.....	3-35
表 3-8 各項職業分類表.....	3-37
表 3-9 各項疾病給付金額.....	3-39
表 3-10 糖尿病各項檢測項目表.....	3-40
表 3-11 慢性腎臟病分級表.....	3-41
表 3-12 保險公司在退休金制度中的角色.....	3-49
表 3-13 2000 年至 2005 年日本各險種之市佔率表.....	3-58
表 4-1 2002 年主要長期看護保單保險人所售之保單內容.....	4-7
表 4-2 2007 年個人商業長期看護保險統計資料(一).....	4-8
表 4-3 2007 年個人商業長期看護保險統計資料(二).....	4-9
表 4-4 2007 年個人商業長期看護保險統計資料(三).....	4-9
表 4-5 2010 年及 2050 年老齡人口扶養比.....	4-10

表 4-6	2010 年生效之長期護理保險	4-10
表 4-7	年度保單退保率	4-16
表 4-8	總計年事故發生率	4-17
表 4-9	長期照護給付等級	4-19
表 4-10	長期照護服務	4-20
表 4-11	照護保險人同意批准之法定長期照護保險各等級相關 數據.....	4-26
表 4-12	實物給付額度	4-33
表 4-13	照護津貼	4-33
表 4-14	日/夜間照護給付	4-35
表 4-15	照護等級三與特別嚴重個案的費用變動.....	4-37
表 4-16	照護服務人員之年金保險費與每月年金受領額度.....	4-39
表 4-17	給付項目總整理	4-41
表 4-18	各級別之保險給付	4-41
表 4-19	家庭照護與機構照護之最高限額	4-42
表 4-20	德國三種看護保險比較	4-44
表 4-21	要介護認定 5 大分類	4-50
表 4-22	長期照護需求等級、需求時間估計及給付限制額度.....	4-50
表 4-23	2008 年及 2009 年長期照護(介護)保險保單數量	4-55
表 4-24	日本保險業銷售之長期看護險型態	4-56
表 4-25	戒護等級	4-58
表 4-26	看護保險商品一覽表	4-58
表 4-27	兩款日本商業長期護理保險商品	4-60
表 4-28	日本所得稅壽險保費扣除額(所得稅法第 76 條).....	4-61
表 5-1	65 歲以上老人之職業	5-1
表 5-2	不同所得級距之本人及配偶滿 20 歲未滿 70 歲人數.....	5-7
表 5-3	不同所得級距購買商業年金的人數.....	5-9
表 5-4	不同所得級距下，購買商業年金致使政府短收的稅額....	5-10
表 5-5	不同累積期之商業年金終值	5-12
表 5-6	購買商業年金開始年齡不同之商業年金每年平均年金給付額	

.....	5-13
表 5-7 65 歲以上民眾之總薪資及平均薪資所得.....	5-13
表 5-8 65 歲以上民眾之平均薪資.....	5-14
表 5-9 購買商業年金起始年齡不同之所得替代率.....	5-15
表 5-10 保險公司繳納的營業稅及營所稅.....	5-16
表 5-11 政府針對 65 歲後領取的商業年金可能徵收到的稅額....	5-17
表 5-12 65 歲以上老人之主要經濟來源之重要度.....	5-19
表 5-13 平均每位 65 歲以上老人可分得的社會福利支出 (97 年度)	5-22
表 5-14 65 歲以上老人分得社會福利津貼所估算出之所得替代率	5-22
表 5-15 商業保險與社會保險之比較.....	5-25
表 5-16 民眾購買長照保險可減輕政府負擔的比率.....	5-28
表 6-1 各國準備金提存方法.....	6-2
表 6-2 各國風險監理機制.....	6-2
表 6-3 各項年金受領人領取生存年金之課稅表.....	6-9
表 6-4 各項年金受領人領取死亡年金之課稅表.....	6-10
表 6-5 各項年金提存之課稅表.....	6-14
表 6-6 各項年金累積期之課稅表.....	6-15
表 6-7 各項年金給付期之課稅表.....	6-15
表 6-8 公的年金等雜所得速算表(2005 年以後).....	6-24
表 6-9 企業年金保險稅制之整理.....	6-25
表 6-10 所得稅壽險保費扣除額(同個人年金保費扣除額)(所得稅法第 76 條).....	6-27
表 6-11 居民稅壽險保費扣除額(同個人年金保費扣除額)(地方稅法第 34 條).....	6-27
表 6-12 所得稅產險保費扣除額.....	6-28
表 6-13 居民稅產險保費扣除額.....	6-28
表 6-14 各國年金稅制比較表.....	6-30
表 6-15 聯邦節約儲蓄計畫各基金投資標的明細表.....	6-32

表 6-16	生命周期基金之投資組合表.....	6-33
表 6-17	各級別之保險給付.....	6-36
表 6-18	家庭照護與機構照護之最高限額.....	6-36
表 6-19	德國三種看護保險比較.....	6-38
表 6-20	要介護認定 5 大分類.....	6-39
表 6-21	長期照護需求等級、需求時間估計及給付限制額度.....	6-39
表 6-22	日本保險業銷售之長期看護險型態.....	6-40
表 6-23	介護等級.....	6-42
表 6-24	看護保險商品一覽表.....	6-43
表 6-25	兩款日本商業長期護理保險商品.....	6-44
表 6-26	98 年至 102 年個人遞延年金保險保費收入.....	6-59
表 6-27	98 年至 102 年個人即期年金保險保費收入.....	6-60
表 6-28	各項職業分類表.....	6-63
表 6-29	Health-Indicator Annuities 基本問卷調查.....	6-64
表 6-30	各項疾病給付金額.....	6-64
表 6-31	慢性腎臟病分級表.....	6-66
表 6-32	100 年至 102 年商業長看險現況.....	6-73
表 6-33	壽險業類長期看護保險摘要.....	6-74
表 6-34	傳統長看險(ADLs)及類長看險(病因)的優缺點比較.....	6-75
表 7-1	FTSP 制度下相對提撥比率表.....	7-11

圖目錄

圖 2-1	婦女總生育率下降趨勢圖	2-3
圖 2-2	人口粗出生率及出生數趨勢圖	2-4
圖 2-3	與鄰近國家總生育率之比較圖	2-5
圖 2-4	未來人口轉型趨勢圖	2-6
圖 2-5	人口老化趨勢國際比較圖	2-7
圖 2-6	三階段人口年齡結構變動趨勢圖	2-9
圖 3-1	美國年金制度之體系	3-1
圖 3-2	美國歷年個人及團體年金保費支出圖	3-20
圖 3-3	美國歷年團體年金保費收入圖	3-21
圖 3-4	美國歷年個人年金保費收入圖	3-21
圖 3-5	英國年金制度之體系	3-25
圖 3-6	英國吸菸及非吸菸死亡率圖	3-36
圖 3-7	英國不同階層之標準化死亡率統計圖	3-37
圖 3-8	英國不同階層之標準化及各地區之死亡率統計圖	3-38
圖 3-9	德國的老年經濟安全體系	3-42
圖 3-10	日本年金制度之體系	3-48
圖 3-11	現行日本公共年金架構示意圖	3-50
圖 3-12	規約型確定給付企業年金	3-52
圖 3-13	基金型確定給付企業年金	3-52
圖 3-14	企業型年金制	3-54
圖 3-15	個人型年金制	3-54
圖 4-1	依診斷病種區分之索賠數量分佈圖	4-18
圖 4-2	日本購買商業長期照護(介護)保險之人口比例	4-55
圖 5-1	65 歲以上老人對老年生活擔心的問題	5-2
圖 5-2	美國年金制度之體系	5-3
圖 5-3	全國失能人口—5 歲以上及 65 歲以上失能人數	5-4
圖 5-4	各年齡層之失能累積風險	5-4

圖 5-5	99 年度綜稅納稅單位採用標準扣除額及列舉扣除額比率	5-8
圖 5-6	不同所得級距購買商業年金的比率	5-9
圖 5-7	65 歲以上老人之主要經濟來源	5-19
圖 5-8	65 歲以上年底人口數 (人) - 中推計	5-20
圖 5-9	社會福利支出概況	5-21
圖 6-1	98 年至 102 年個人年金保險新契約件數折線圖	6-57
圖 6-2	98 年至 102 年個人年金保險新契約保額折線圖	6-58
圖 6-3	98 年至 102 年個人年金保險有效契約件數折線圖	6-58
圖 6-4	98 年至 102 年個人年金保險有效契約保額折線圖	6-59
圖 6-5	98 年至 102 年個人年金保險給付件數折線圖	6-60
圖 6-6	98 年至 102 年個人年金保險給付金額折線圖	6-61
圖 6-7	100 年至 102 年年金保險佔人壽保險之比率圖	6-61

研究需求規格與報告章節對應

研究需求內容	對應章節
<p>一、各國因應高齡化社會之個人及團體年金保險、長期照護保險之類型、發展歷史、市場現況(例如：保費收入、投保率、理賠金額等)及創新商品介紹。</p>	<p>個人及團體年金保險：美國請參見第三章第一節、英國請參見第三章第二節、德國請參見第三章第三節、日本請參見第三章第四節。</p> <p>長期照護保險：美國請參見第四章第一節、英國請參見第四章第二節、德國請參見第四章第三節、日本請參見第四章第四節。</p>
<p>二、以量化分析商業個人及團體年金保險、長期照護保險具有補充社會安全制度缺口之功能。</p>	<p>請參見第五章第三節及第五章第五節。</p>
<p>三、分析整理在現行社會安全制度下我國勞工、公教人員、農漁民、軍人及一般國民等不同對象之所得替代率，並就如賦稅制度提供個人及團體年金保險及長期照護保險相關稅負誘因(例如：保費扣除額)後，其所得替代率之變化並進而提具個人及團體年金保險及長期照護保險之最適稅制結構建議(至少包括保費扣除額額度、採行稅惠具體作法及稅式支出評估)</p>	<p>所得替代率：請參見第二章第一節。</p> <p>最適稅制結構建議：請參見第五章第二節與第五章第三節。</p>
<p>四、蒐集研析各國商業個人及團體年金保險之相關規範內容及制度背景：</p> <p>(一)個人及團體年金保險費率、準備金及資產負債管理相關規範，是否涉有反映長壽風險之相關規範內容。</p> <p>(二)蒐集研析國外強化年金(Enhanced Annuity)等創新年金商品之發展現況、運作模式及相關規範，並研提引進我國之具體作法及法令建議條文。</p>	<p>(一)請參見第六章第一節。</p> <p>(二)請參見第三章第二節與第七章第二節。</p>
<p>五、蒐集研析各國商業長期照護保險之相關規範內容及制度背景：</p> <p>(一)國外長期照護保險費率、準備金及資產負債管理相關規範，及就發生率及損失率(理賠率)是否訂有法定之最低標準，以及理賠率統計方法及評估方式。</p>	<p>(一)相關內容詳述於第四章，各國內容分述於各節。</p> <p>(二)我國長期照護政策請參見第二章第四節；具體建議與研析請參見第六章第三節與第七章第二節。</p>

研究需求內容	對應章節
<p>(二)蒐集、分析我國政府目前就長期照護政策(含長期照護制度、長期照護保險)之法規制定及規劃策略等相關資訊,提供政府長照政策與商業長期照護保險之配合與補足具體建議,並研析長期照護保險可補足之社會保險缺口項目(如:依我國長期照護保險規劃之照護類型設計)。</p> <p>(三)蒐集研析國外分級式長期照護保險等創新商品之發展現況、運作模式及相關規範,並研提引進我國之具體作法及法令建議條文。</p>	<p>(三)國外分級式長照保險商品發展請參見第四章第三節、第四章第四節與第六章第一節;具體做法與建議請參見第七章第二節。</p>
<p>六、對我國健全發展及有效推廣個人及團體年金保險、長期照護保險等保險商品,就商品設計、費率、資產負債管理、準備金及推動監理誘因等實務作法及法規增修等面向提出相關具體建議。</p>	<p>請參見第七章第二節。</p>
<p>七、結論與後續研究建議。</p>	<p>請參見第七章第二節。</p>

摘要

依據國家發展委員會統計資料顯示，預估至民國 107 年時，台灣地區 65 歲以上老年人口將會超過 14%，符合高齡社會；至民國 114 年時，65 歲以上老年人口將會超過 20%，進入超高齡社會。面對國內人口結構快速朝向高齡化、少子化社會發展趨勢之下，若以現行社會安全保險制度而言，恐將無法因應與滿足老人晚年所衍生之各項經濟安全需求，而是必須採取政策工具。透過稅負誘因機制，提高民眾參加各式商業年金保險及長期照護保險意願，以作為規劃退休之後所需要的經濟安全之來源，在政策上是值得政府作為解決人口高齡化問題之選擇。

本研究透過初、次級資料分析，以及參考主要國家實施經驗之後，將其所獲致之結論大致彙整如下：

首先，從世界各國對於老人生活的措施發展來看，租稅優惠為發展年金商品及長期看護商品的重要利器。一般而言，在年金商品中，通常搭配遞延課稅政策，並且要求要保人在累積中不得解約或保單貸款，因此在美國 ERISA 中，特別建構適格年金的架構，以此為年金商品發展之基石。此外，長期照顧商品也需要租稅優惠，才能鼓勵民眾去購買。

其次，以德國與日本為例，政府在建構社會長期看護保險之同時，特別將看護的等級加以分類，藉此作為商業保險實施依據等級，以完善建立分級的長期看護保險制度。反觀國內在建構社會長期看護保險制度上，由於迄今尚未統一認定標準，加上各家保險公司又無較一致之規定，不僅導致一般民眾對於長期照顧商品認識有限，而且影響其銷售意願。

第三，未來國內在推動年金改革上，勢必讓軍公教人員第一層與第二層年金所得替代率降低。為免造成推動阻力，當所得替代率下降後，第三層可仿照美國 TSP 制度來辦理，但是，仍需主管機關訂定相關辦法，例如：賦益權、適格年金與租稅優惠等。最後，在國外利

用強化年金，對弱體提供優惠費率，是一種提升年金保險投保意願的工具，但是仍有一些配套措施要進行，例如由政府制定強化年金生命表。

關鍵字:適格年金，強化年金，長期照護保險

Abstract

According to the statistics issued by National Development Council, the elderly person ratio will exceed by 14% by 2018, also exceed by 20% by 2025, which is so called super-aged society. In the face of demographic hurricane, we can't rely only on the current social security system to solve the problem. Therefore, through tax-incentive mechanism, we can encourage people purchase annuity and long-term care insurance in order to meet their demand in the future.

After gathering data from other countries and interviews, we make the following conclusions. First of all, it is important for the development of annuity and long-term care insurance to use tax-incentive mechanism. Government will suffer a little revenue right now, but get a big reward in the future. In addition, as Germany and Japan as examples, government not only build up national long-term care insurance, but also classify the degree of care. Therefore, it can build up a foundation for the fully development of long-term care insurance in the future. Thirdly, we can use TSP to help government to build up multiple-layer pension system for the public serviceman. In order to facilitate the development of TSP in Taiwan, we must build up some systems, such as vesting right, qualified annuity, and tax-incentive system. Finally, in order to promote the development of annuity market, we can follow other country's idea to facilitate enhanced annuity. However, it needs government to step in to build up related tables.

Key words: Qualified annuity, enhanced annuity, long-term care insurance

第一章 緒論

第一節 研究緣起與目的

一、研究緣起

近年，隨著國民所得的提高，生活水準之改善，加上實施全民健康保險制度，獲致良好完善醫療體系照顧之下，國民平均餘命不斷延長（若按民國 101 年統計結果，兩性零歲平均餘命為 79.45 歲，男性零歲平均餘命 76.16 歲，女性零歲平均餘命 83.03 歲），使得國內(台灣地區)65 歲以上老年人口大幅增加。

依據國家發展委員會(行政院經濟建設委員會)統計資料顯示，國內 65 歲以上老年人口占總人口之比重，不但早在民國 93 年超過 7%，達到「高齡化」社會 (*Ageing Society*)，而且不斷快速增加，預估至民國 107 年時，65 歲以上老年人口將會超過 14%，符合「高齡」社會(*Aged Society*)；至民國 114 年時，65 歲以上老年人口將會超過 20%，進入「超高齡」社會 (*Super Aged Society*)。

另一方面，受到社會經濟發達影響，加上工商活動忙碌，晚婚成為趨勢之下，使得近年國內婦女總生育率 (*Total Fertility Rate, TFR* 係指平均每位婦女於 15 至 49 歲育齡期間中所生育之子女人數)有逐漸下滑之現象。依據統計資料顯示，從民國 73 年起，總生育率已下滑至 2.1 人以下；民國 75 年到 86 年之間，總生育率平均維持在 1.75 人左右，民國 89 年之後，總生育率又再持續明顯下降，到民國 92 年時總生育率僅為 1.23 人，已跨入全球「超低生育率」的國家行列。尤其民國 99 年總生育率更進一步下跌到 0.895 人的新低，雖民國 101 年已回升為 1.265 人，但其回升幅度有限，所以預估從民國 112 年起人口將由正成長轉為負成長。

面對國內人口結構快速朝向高齡化、少子化社會發展趨勢之下，若以現行社會安全保險制度而言，恐將無法因應與滿足老人晚年所衍生之各項經濟安全需求，而是必須採取政策工具，例如稅負優惠手段

誘發其透過商業個人及團體年金保險、長期照護保險等保險管道，藉以補足其缺口，俾讓老人安度有尊嚴的晚年生活。換句話說，透過稅負誘因機制，提高民眾參加各式商業年金保險及長期照護保險意願，以作為規劃退休之後所需要的經濟安全之來源，在政策上是值得政府作為解決人口高齡化問題之選擇。

很顯然地，在人口老化社會背景下，如何透過稅負優惠政策，鼓勵個人參與各式商業年金保險及長期照護保險，先行規劃個人退休之後經濟安全及健康照護需求。亦即利用各式商業保險，作為移轉及分攤老人晚年經濟安全所面對之各項風險，藉以更進一步加強社會安全體系，進而降低未來財政可能負擔，已成為政府相關部門刻不容緩之重要政策議題。

二、研究目的

依據計畫緣起，茲將計畫目的彙整歸納臚列如下：

(一) 分析美國、英國、德國、日本等主要國家商業個人及團體年金保險、長期照護保險所涉及的實務面及監理面相關法令制度差異，以及各國創新年金、長期照護商品(包括：設計、費率、資產負債管理等)發展現況，同時從其實施經驗中彙整歸納值得作為借鏡之處，以作為提出相關政策或推動相關商品建議之參考。

(二) 分析我國現行社會安全保險制度之下，勞工、公教人員、農漁民、軍人及一般國民等不同職業類別對象所得替代率，以及提供相關租稅誘因透過個人及團體年金保險及長期照護保險之下，其所得替代率變化情形，以及其對補充社會安全制度缺口之功能。

(三) 分析因應高齡化社會之下，推動商業個人及團體年金保險、長期照護保險最適稅制結構建議，以構築我國因應高齡化社會保險商品發展的良好環境。

(四) 分析未來我國因應高齡化社會之下，健全發展及有效推廣個人及團體年金保險、長期照護保險等保險商品，其商品設計、費率、資產負債管理、準備金及推動監理誘因等實務作法及法規增修面向，提

出相關具體可行建議。

第二節 研究架構與方法

一、研究架構

(一) 論述基礎

本章旨在，釐清研究方向與目標之後，利用政府所出版的次級資料，先就近年台灣人口結構變遷(例如：人口成長率、出生率、死亡率、扶養比、高齡人口成長率等)，以及台灣老人經濟狀況(包括：長期照護需求等)進行說明，對於台灣人口老化及老人經濟需求現況有初步的瞭解之外，再就目前民眾參與商業個人及團體年金保險、長期照護保險情形加以分析，藉以對於研究計畫背景有充分的掌握，以作為建立研究論述之基礎。

(二) 主要國家商業年金保險相關法令制度與商品分析

本章旨在，針對主要國家(包括：美國、英國、德國、日本)因應高齡化社會之下，其推動社會保險所實施的相關法令制度發展歷史，以及其各種商業個人及團體年金保險，包括：保險費率、投保率、準備金、理賠金額、理賠率等及資產負債管理，以及反映長壽風險等相關商品進行分析，同時比較其差異。另一方面，則是近年主要國家因應高齡化社會發展趨勢之下，其所推動的強化年金(Enhanced Annuity)等創新年金商品發展現況、相關規範等加以分析，據以研提值得參考方向。

(三) 主要國家商業長期照護保險相關法令制度與商品分析

本章旨在，先就前揭主要國家因應高齡化社會之下，其推動長期照護所實施的各種商業長期照護保險，包括保險費率、投保率、準備金及資產負債管理等相關法令規範內容及制度背景，以及其發生率及

損失率(理賠率)所訂定之法定之最低標準、損失率(理賠率)統計方法及評估方式等進行分析，同時比較其差異。此外，再對前揭主要國家實施長期照護保險所採取的分級模式長期照護保險創新商品發展現況、相關規範等加以蒐集，據以分析值得借鏡作法。

(四) 現行我國實施社會保險租稅優惠成本效益分析

本章旨在，分析整理我國現行社會安全制度之下，勞工、公教人員、農漁民、軍人及一般國民等不同對象所得替代率及其差異外，並針對目前我國民間商業年金保險、長期照護保險類型與、發展歷史、市場現況(例如：保費收入、投保率、理賠金額、理賠率等)及保險創新商品等，以及民國 96 年開始規劃所提出的「建立長期照護體系 10 年計畫」制度方向與內容進行說明。

另一方面，從賦稅制度的思維探索提供相關租稅優惠，其所得替代率變化情形，據以研擬個人及團體年金保險、長期照護保險最適稅制結構，包括：保費扣除額額度、採行租稅優惠具體作法及稅式支出評估等。亦即透過租稅優惠制度成本效益分析，歸納推動商業個人及團體年金保險、長期照護保險等制度，對於補充社會安全制度缺口所可能帶來之功能。

(五) 未來我國實施商業年金及長期照護保險制度規劃分析

本章旨在，彙整歸納主要國家實施經驗之中值得作為借鏡之處，瞭解與我國之差異之外，針對健全發展及有效推廣個人及團體年金保險、長期照護保險等保險商品，以及其商品設計、費率、資產負債管理、準備金及推動監理誘因等實務作法及法規增修面向，提出相關具體可行建議。

二、研究方法

(一) 次級資料蒐集彙整—相關文獻資料回顧

首先，針對研究背景緣起與計畫目的，先行瞭解相關政策說帖、法令規章等對於研究計畫有全般之掌握之後，依據研究計畫所規劃的

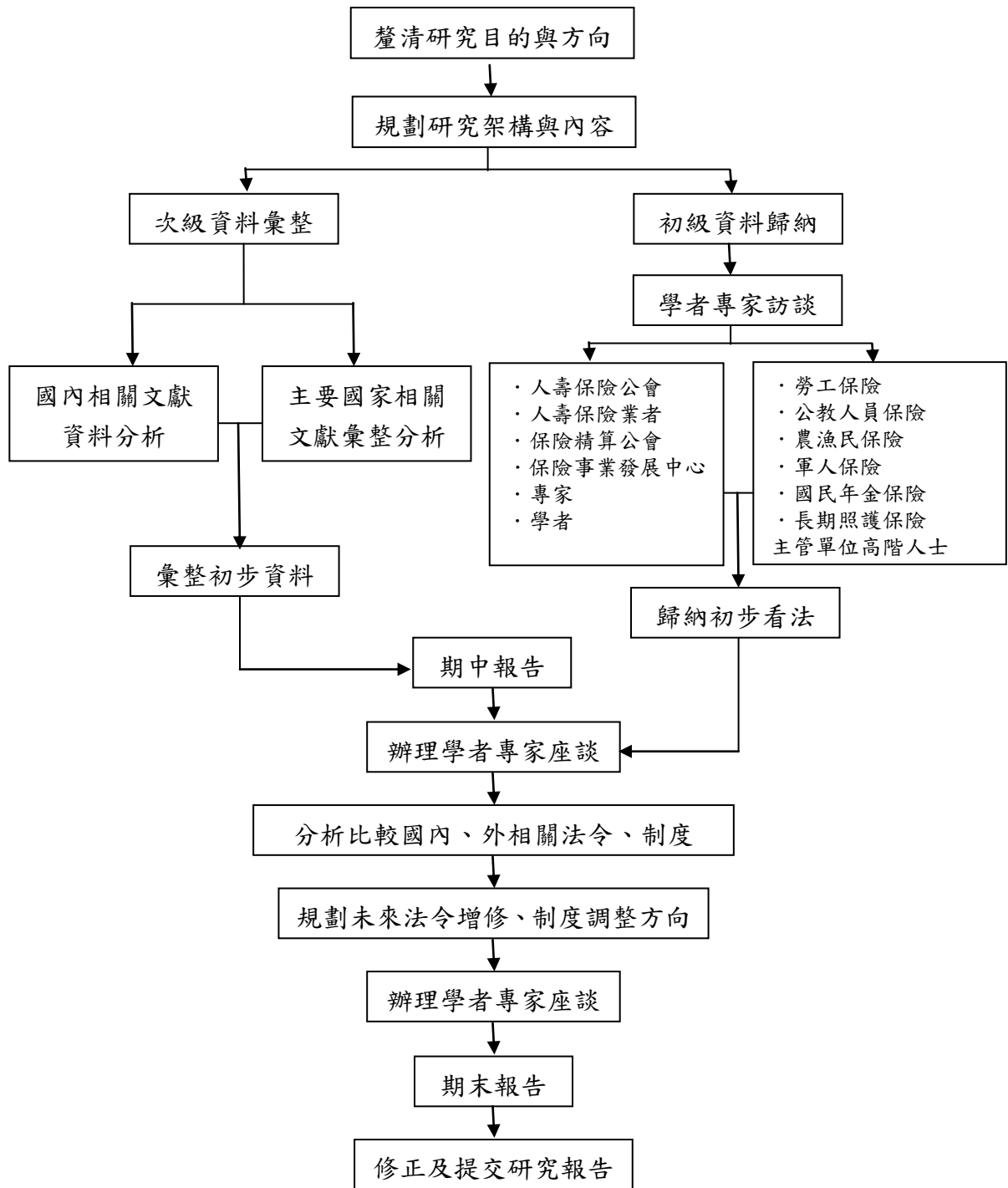
架構與內容，蒐集彙整國內、外相關研究報告、期刊論文、會議論文、統計年鑑、網路資料、實態報導等，同時進行初步歸納分析，以建立研究之論述基礎。

(二) 初級資料歸納分析

其次，在對於主要國家因應人口老化社會，透過商業推動年金保險、長期照護保險制度有初步的了解的同時，為能更進一步掌握未來健全發展及有效推動年金保險、長期照護保險等等實務作法及法規增修面向，在執行上則是採取：

- 1.實施學者專家訪談，經由深度對話，有效掌握政府主管社會保險制度不同職業類別及長期照護保險規劃單位高階人士看法，以作為創新制度之依據。

- 2.辦理學者專家座談，透過二場溝通，廣泛聽取社會各界不同部門或個人對於以商業的模式推動年金保險與長期照護保險意見，以作為撰述研究報告之參考。



第三節 研究限制

本研究針對主要國家因應人口老化社會，透過商業推動年金保險、長期照護保險制度，同時從其實施經驗(包括：設計、費率、資產負債管理等)所涉及的實務面及監理面中彙整歸納值得作為借鏡之處，以作為提出相關政策或推動相關商品建議之參考。雖本研究在資料蒐集彙整上力求周延完整，但在分析上除研究經費與期間限制外，亦面臨了部分限制：

- 主要國家因應高齡化社會之下所公佈的社會保險制度，以及其創新年金商品、長期照護商品相關資料完整性及正確性無法掌握，加上國內不同職業類別對象所得資料取得不易，因此本研究參酌國內學者專家相關意見，僅能以估算的方法提供租稅誘因透過年金保險及長期照護保險之下，其所得替代率變化情形，以及其對補充社會安全制度缺口之功能，以力求較為客觀之分析。

- 主要國家各國國情不同，加上因應高齡化社會之下社會保險制度差異，所以本研究結論僅能針對其中值得作為經驗借鏡之處研擬整體性或通案性建議。

第二章 相關文獻回顧—論述基礎

第一節 我國人口結構變遷

人口為國家基本構成的要素之一，人口數量、素質及結構變化為國家發展的重要關鍵。近年，我國與先進國家均歷經人口轉型，由高出生率與高死亡率，轉型為低出生率與低死亡率；加上生育率快速下降，導致少子化嚴峻現象，未來也將面臨快速人口高齡化。依據國家發展委員會「中華民國 2012 年至 2060 年人口推計」報告「中推計」資料顯示，若維持此一人口自然成長趨勢，則 111 年人口自然成長恐將出現零成長。此一趨勢影響層面廣泛，舉凡教育、勞動力、家庭、稅賦、經濟、財政等均將受到波及。

另一方面，至 101 年底老年人口已達 260 萬 152 人，占總人口的 11.15%，雖近年政府相繼推動各項福利措施，但在完善老人健康與社會照顧體系、老年經濟安全保障與高齡人力資源運用等方面尚待提升。依據國家發展委員會上揭中推計，107 年老年人口比例將達 14%，正式進入高齡社會（aged society），至 114 年時老年人口比例將達 20%，邁入超高齡社會（Super Aged Society），面對老年人口數量和比率持續增加趨勢，未來社會資源分配勢將持續變化。因此，如何使得老人生活更有尊嚴與健康，加強老年經濟安全與照顧，是高齡化社會必須面對之重要議題。茲將人口結構變遷敘述如下：

民國 40 年代為我國最高生育與人口自然成長的年代，之後因社會與經濟變遷，以及家庭計畫、人口教育及人口政策宣導等措施，而使得人口成長漸趨緩和。不過，近年由於生育率持續快速降低，平均餘命持續延長，造成人口少子化及高齡化現象。

表 2-1 人口粗出生率、粗死亡率、自然增加率及總生育率

單位：%

年別	粗出生率	粗死亡率	自然增加率	總生育率
民國 40 年	49.97	11.57	38.4	7.040
民國 45 年	44.84	8.02	36.82	6.505

民國 50 年	38.32	6.74	31.58	5.585
民國 55 年	32.47	5.46	27.02	4.815
民國 60 年	25.67	4.79	20.88	3.705
民國 65 年	25.92	4.70	21.22	3.085
民國 70 年	22.96	4.84	18.13	2.455
民國 75 年	15.93	4.90	11.03	1.680
民國 80 年	15.70	5.18	10.52	1.720
民國 85 年	15.18	5.71	9.47	1.760
民國 90 年	11.65	5.71	5.94	1.400
民國 95 年	8.96	5.95	3.01	1.115
民國 96 年	8.92	6.16	2.76	1.100
民國 97 年	8.64	6.25	2.4	1.050
民國 98 年	8.29	6.22	2.07	1.030
民國 99 年	7.21	6.30	0.91	0.895
民國 100 年	8.48	6.59	1.88	1.065
民國 101 年	9.86	6.63	3.23	1.265

資料來源：內政部「中華民國人口統計年刊」。

一、少子化

(一)生育水準下滑

自民國 40 年後國內婦女總生育率 (Total Fertility Rate, TFR 係指平均每位婦女於 15 至 49 歲育齡期間所生育之子女數) 呈現一路下降趨勢。從 73 年的 2.1 人，75 年到 86 年間平均維持 1.75 人左右，但是從 89 年起，又再繼續明顯下降，從 92 年 1.23 人更進一步下跌到 99 年 0.895 人新低，101 年則回升為 1.265 人。

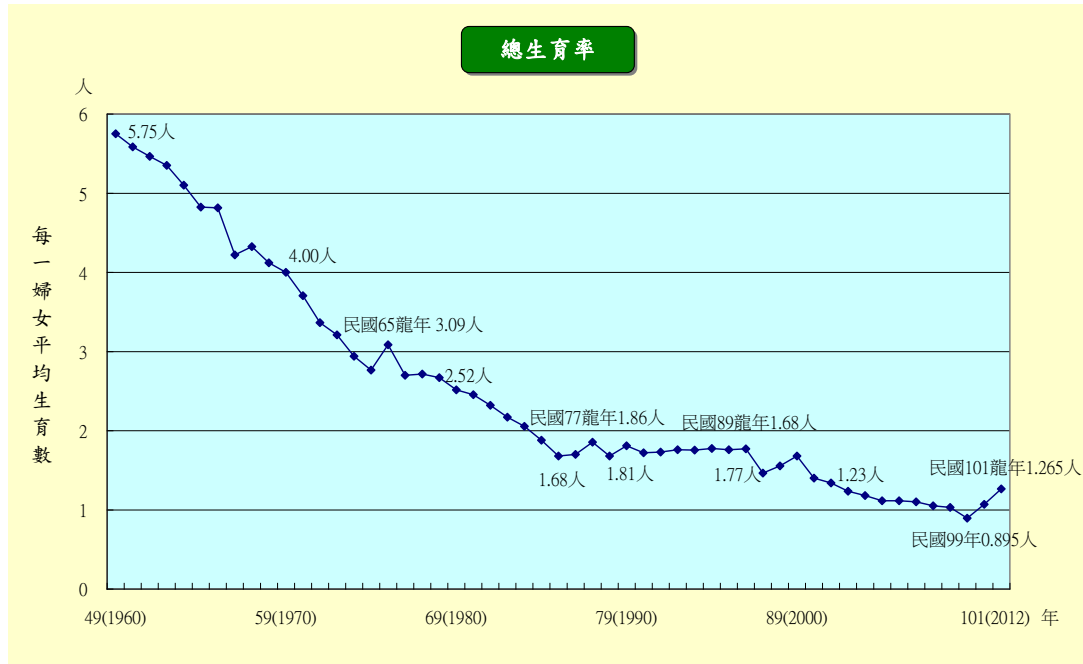


圖 2-1 婦女總生育率下降趨勢圖

資料來源：內政部戶政司。

(二)粗出生率及嬰兒出生數¹

其次，觀察「粗出生率」(Crude Birth Rate, CBR 亦即每年每千人之中出生人口比率)及嬰兒出生數，民國 40 年嬰兒出生數為 38 萬 5,383 人，粗出生率達 49.97% (TFR 為 7 人)，人口自然增加率為 38.40%；之後，粗出生率及出生數開始下降，出生數從 52 年的 42 萬 7,212 人高峯之後開始遞減(雖 65 年龍年回升現象，高達 42 萬 5,125 人)，59 年粗出生率為 27.2% (TFR 為 4 人，嬰兒出生數 39 萬 6,479 人)，73 年粗出生率為 19.59% (TFR 為 2.1 人，嬰兒出生數 37 萬 1,008 人)，93 年粗出生率跌破 9.56% (TFR 為 1.18 人，嬰兒出生數 21 萬 6,419 人)，99 年粗出生率更下滑至 7.21% (TFR 為 0.895 人，嬰兒出生數 16 萬 6,886 人)，100 年粗出生率 8.48% (TFR 為 1.1 人，嬰兒出生數 19 萬 6,627 人)，101 年粗出生率 9.86% (TFR 為 1.3 人，出生嬰兒數回升至 22 萬 9,481 人)。

¹資料來源：內政部戶政司

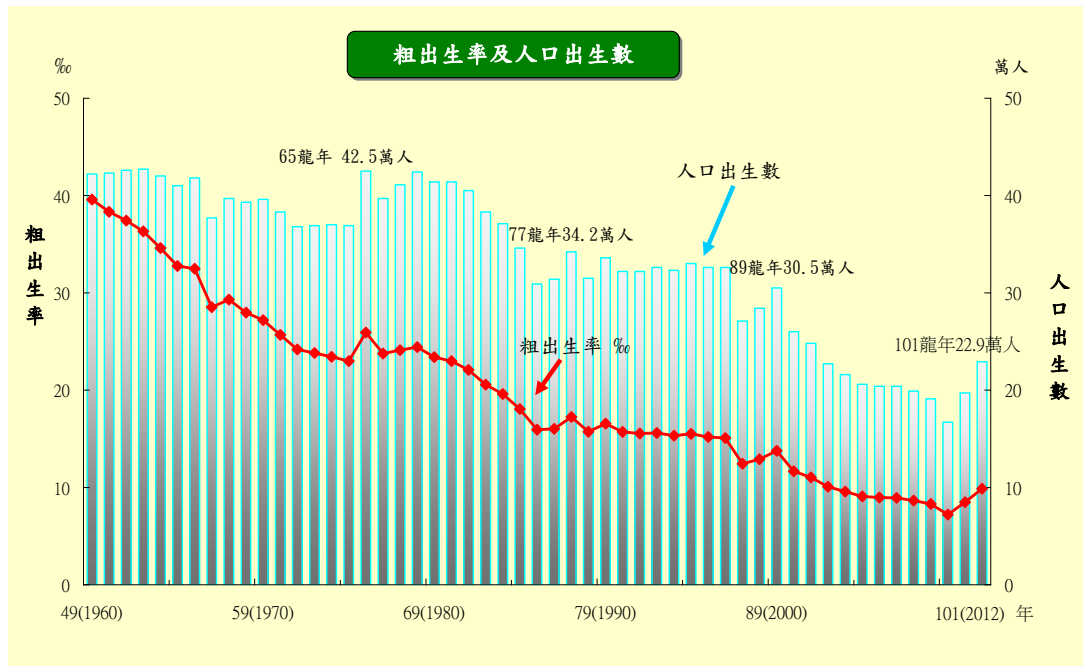


圖 2-2 人口粗出生率及出生數趨勢圖

資料來源：內政部戶政司。

(三)與鄰近國家人口動態資料之比較

雖生育率下降歷經多時，但至民國 89 年（2000 年）時仍高於亞洲的日、韓、新與歐洲部分國家，可是之後 10 年快速下降，導致於 99 年時創下世界最低水準。在此之前，於 92 年時雖相關衛生與社會福利等措施持續推動，但生育率仍然逐年下滑，101 年更是結合人口、福利與勞動政策，讓生育率回升至 1.265 人。生育率持續下降，不僅是人口變化的問題，而且影響家庭型態與勞動結構。此外，在出生率持續降低造成少子化之同時，高齡人口比例相對增加，加上平均餘命延長，加速人口高齡化趨勢，若無積極因應措施，未來恐將危及國家永續發展。

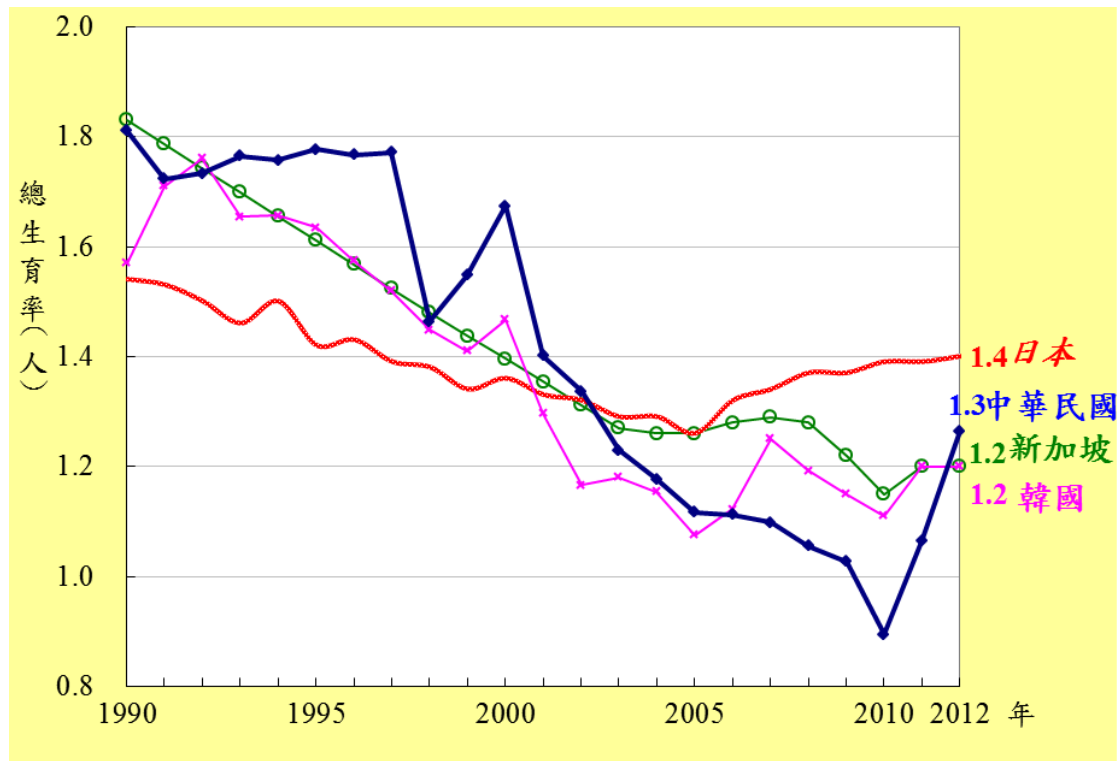


圖 2-3 與鄰近國家總生育率之比較圖

資料來源：1.上揭2012年我國資料來自內政部戶政司。

2.日本、韓國、新加坡為美國人口資料局（U.S. Population Reference Bureau）2012 世界人口資料要覽（2012 World Population Data Sheet）

註：我國101年總生育率為1.265人，因與國際比較，係算至小數點後第1位，爰我國上揭數據標記為1.3

表 2-2 主要國家人口動態資料表

國名	粗出生率	粗死亡率	嬰兒死亡率 (每千總人口 比率)(‰)	粗結婚率	粗離婚率	當年結婚對數 與 離婚對數之比	總生育率 (婦女一生平均生 育之子女數)(人)
	(每千總人口比率)(‰)			(每千總人口 比率)(‰)			
中華民國 101(2012)	10	7	3.8	6.2	2.4	2.6:1	1.3
日 本 101(2012)	9	10	2.3	5.5	2.0	2.8:1	1.4
南 韓 101(2012)	10	5	3.2	6.6	2.3	2.9:1	1.2
新加坡 101(2012)	10	4	2.0	6.7	2.0	3.4:1	1.2
美 國 101(2012)	13	8	6.0	6.8	3.6	1.9:1	1.9
德 國 101(2012)	8	10	3.4	4.6	2.3	2.0:1	1.4
義大利 101(2012)	9	10	3.4	3.5	0.9	3.9:1	1.4
法 國 101(2012)	13	9	3.5	3.6	2.0	1.8:1	2.0
瑞 典 101(2012)	12	10	2.1	5.0	2.5	2.0:1	1.9
荷 蘭 101(2012)	11	8	3.8	4.3	2.0	2.2:1	1.7
英 國 101(2012)	13	9	4.3	4.5	2.1	2.1:1	2.0

資料來源：1. 上揭 101(2012)年我國資料來自內政部戶政司。
 2. 外國粗結婚率、粗離婚率、結婚對數與離婚對數之比來自內政部統計處 100(2011)年資料，其中英國之結婚率為 2010 年，離婚率則為 2011 年資料；義大利則結婚率為 2011 年，離婚率為 2010 年資料。
 3. 其他外國資料為美國人口資料局（U.S. Population Reference Bureau）2012 世界人口資料要覽（2012 World Population Data Sheet）。

註：101 年總生育率為 1.265 人，因國際比較係算至小數點後第 1 位，將上揭數據標記為 1.3。

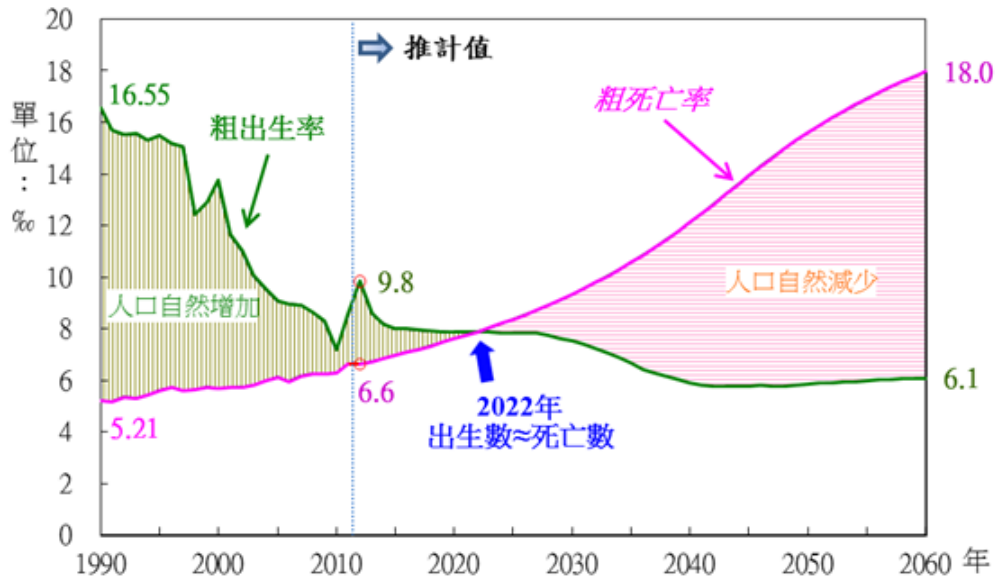


圖 2-4 未來人口轉型趨勢圖

資料來源：1. 內政部「中華民國人口統計年刊」。
 2. 國家發展委員會「中華民國2012年至2060年人口推計」，101年8月。

(四)人口結構失衡對扶養負擔與老幼照護的關係

因我國已進入低生育低死亡之階段，兒少人口不論數量與比例都將萎縮，而高齡人口則將日漸增加，亦即家庭成員數逐年減少，家庭養老功能減弱，國家必須負擔較高成本投入老人福利、安養措施及醫療照顧等，以建立完善的社會安全體系。

二、高齡化

隨著醫療及社會進步，老年人口及其比率逐年顯著增加，民國 38 年老年人口僅有 18 萬 4,622 人，占總人口的 2.5%，至 59 年時占 2.9%，69 年占 4.3%，79 年占 6.2%，到 82 年 9 月時超過 7.0%，開始進入「高齡化社會」(Ageing Society)。此外，國民平均餘命持續延長及生育率下降，預估 105 年 65 歲以上老年人口將增加到 311 萬

8 千餘人，占總人口之 13.3%，相對 0-14 歲以下幼年人口則下降至 308 萬 4 千餘人，占總人口之 13.2%。自此之後，65 歲以上老年人口超過 14 歲以下幼年人口，預估 107 年 65 歲以上人口比率超過 14%，達到「高齡社會」(Aged Society)；至 114 年時 65 歲以上人口比率將增加至 20%，達到「超高齡社會」(Super Aged Society)。

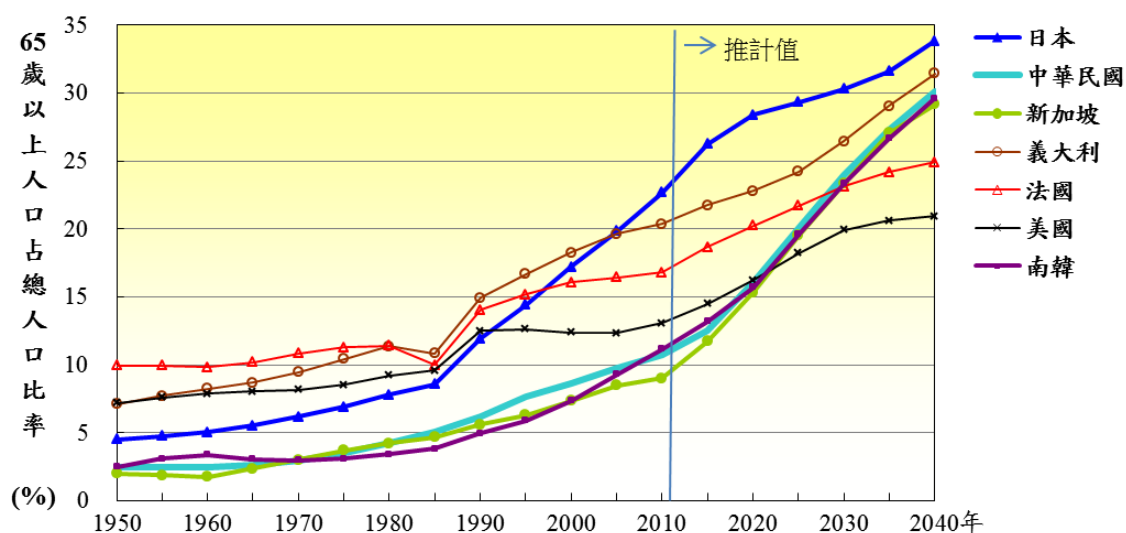


圖 2-5 人口老化趨勢國際比較圖

資料來源：聯合國“World Population Prospects: The 2010 Revision”、國家發展委員會「中華民國 2012 年至 2060 年人口推計」，101 年 8 月。

表 2-3 主要國家至到達 65 歲以上人口比率之年次

國別	65 歲以上人口占總人口比率 (到達年次)				倍化年數 (年數)	
	7%	10%	14%	20%	7%→14%	10%→20%
中華民國	82(1993)	95(2006)	107(2018)	114(2025)	25	19
中國大陸	89(2000)	105(2016)	114(2025)	124(2035)	25	19
日本	59(1970)	73(1984)	83(1994)	94(2005)	24	21
南韓	88(1999)	96(2007)	106(2017)	115(2026)	18	19
新加坡	88(1999)	101(2012)	107(2018)	115(2026)	19	14
澳洲	28(1939)	72(1983)	101(2012)	121(2032)	73	49
印度	113(2024)	127(2038)	141(2052)	161(2072)	28	34
德國	21(1932)	40(1951)	60(1971)	97(2008)	39	57
英國	18(1929)	35(1946)	64(1975)	115(2026)	46	80
法國	(1864)	32(1943)	79(1990)	108(2019)	126	76
荷蘭	29(1940)	58(1969)	94(2005)	109(2020)	65	51
瑞典	(1887)	37(1948)	60(1971)	104(2015)	84	67
加拿大	34(1945)	73(1984)	99(2010)	113(2024)	65	40
美國	31(1942)	61(1972)	102(2013)	119(2030)	71	58
巴西	99(2010)	110(2021)	120(2031)	134(2045)	21	24

資料來源：聯合國“World Population Prospects: The 2010 Revision”、國家發展委員會「中華民國 2012 年至 2060 年人口推計」，101 年 8 月。

其次，則是扶老比持續增加。45年「扶老比」為4.55%，每21.98個工作年齡人口扶養1個老年人口，101年已上升至15.03%，每6.65個工作年齡人口需扶養1個老年人口。依據行政院國家發展委員會推估，119年扶老比將達37.3%，每2.68個工作年齡人口需扶養1個老年人口，至149年時更達77.7%，每1.29個工作年齡人口扶養1個老年人口。至於「扶幼比」於45年時為81.82%，自60年代末起遞減，由於扶幼比下降快過扶老比上升，過去40年整體扶養比持續下降，至101年時扶養比已經達到最低34.7%，預估102年開始反轉，從此扶養比（尤其是扶老比）快速提升，相對扶幼比下降非常有限，預估至149年整體扶養比高達97.1%。亦即隨著少子化趨勢，雖工作年齡人口對幼年人口之負擔逐漸減緩，但隨著高齡化趨勢，對老年人口之負擔越趨沉重。

表 2-4 對幼年及老年人口之扶養比

年別 (民國)	扶養比 (%)			老化指數 (%)
	合計	扶幼比	扶老比	
45	86.37	81.82	4.55	5.56
55	87.52	82.43	5.09	6.17
59	74.16	69.08	5.08	7.36
64	63.58	57.85	5.73	9.90
69	57.26	50.52	6.74	13.35
79	49.93	40.61	9.32	22.96
89	42.32	30.05	12.27	40.85
99	35.85	21.26	14.59	68.64
100	35.07	20.37	14.70	72.20
101	34.74	19.72	15.03	76.21
104	35.1	18.1	16.9	93.5
109	40.1	17.5	22.6	129.2
119	56.1	18.7	37.3	199.4
129	69.8	18.6	51.2	274.5
139	85.3	17.8	67.6	380.2
149	97.1	19.4	77.7	401.5

資料來源：1.45-99年為內政部「人口政策百年回顧與展望」，100年10月。

2.100-101年為內政部為內政部戶政司統計資料。

3.104年以後為國家發展委員會「中華民國2012年至2060年人口推計」(中推計)，101年8月。

註：中推計定義：國家發展委員會「中華民國2012年至2060年臺灣人口推計」報告係應用「年輪組成方法」(Cohort-Component Method)，藉由設定高、中、低變動趨勢之出生、死亡及遷移假設，以單一年齡組別移動推算未來男、女性單一年齡人口數，其中「中推計」係假設總生育率於101年龍年效應過後下降至104年再逐漸回升至122年達1.3

人後維持固定所作推計。

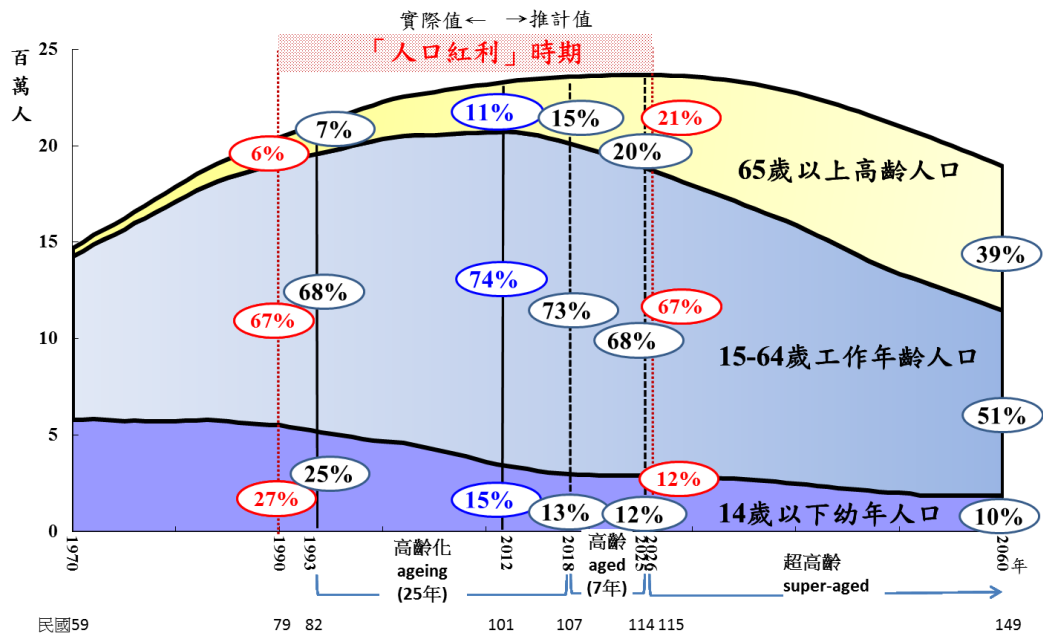


圖 2-6 三階段人口年齡結構變動趨勢圖

說明：1.圓圈內百分比數字代表三階段年齡人口結構百分比。

2.「人口紅利」時期係指總扶養比在 50%以下，亦即工作年齡人口占總人口 66.7%以上時期，約為 1990 至 2026 年間；若以更嚴謹定義，即工作年齡人口占總人口 70%以上為人口紅利時期，則約為 2000 至 2022 年。

資料來源：

- 1.1990 年至 2012 年為內政部戶政司統計資料。
- 2.2013 年至 2060 年為國家發展委員會「中華民國 2012 年至 2060 年人口推計」之中推計，101 年 8 月。

接著，則是老化指數日益成長。「老化指數」係指 65 歲以上人口數除以 14 歲以下人口數得出的比率，又稱為「老幼人口比」。比較歷年人口老化指數，從 45 年的 5.56% 呈現逐年遞增現象，至 101 年時已達 76.21%，亦即社會之中老年人口與幼年人口之比約為 1:1.31。另按推估 105 年之後，老年人口將會超過幼年人口，預估 119 年老化指數將達 199.4%，149 年高達 401.5%，亦即老年人口約為幼年人口之 4 倍。

表 2-5 老年人口比率與總生育率之國際比較表

國 家	65 歲以上人口占總人口比率 (%)	人口數 (百萬)	自然增加率 (%)	總生育率 (人)	零歲平均餘命	
					男	女
中華民國	11	23.3	0.2	1.3	76	82
南 韓	11	48.9	0.4	1.2	77	84
新 加 坡	9	5.3	0.5	1.2	79	84
日 本	24	127.6	-0.2	1.4	80	86
義 大 利	21	60.9	-0.1	1.4	79	85
德 國	21	81.8	-0.2	1.4	78	85
英 國	17	63.2	0.4	2.0	78	82
法 國	17	63.6	0.4	2.0	78	85
美 國	13	313.9	0.5	1.9	76	81

資料來源：美國人口資料局：U.S. Population Reference Bureau, 2012 World Population Data Sheet。

(<http://www.prb.org/Publications/Datasheets/2012/world-population-data-sheet/data-sheet.aspx>)

註：2012 年我國總生育率為 1.265 人，因國際比較，係算至小數點後第 1 位，爰我國上揭數據標記為 1.3。

很顯然地，隨著人類平均餘命延長，人口結構老化將直接造成醫療保健支出之增加、社會保險與福利支出上升，整體勞動人口比率下滑等現象，甚至對社會與經濟形成廣泛的衝擊。事實而言，國內老年人口數於 105 年時將會超過幼年人口數，扶老比也將持續上升，由 101 年的 15.03% 上升到 114 年的 29.6%，到 149 年時將是每 1.29 個青壯人口扶養一個老年人口。

表 2-6 台灣未來人口結構表 (中推計)

年別	年底人口數 (千人)			年底人口結構 (%)			扶養比 (%)	
	0-14 歲 ①	15-64 歲 ②	65 歲以上 ③	0-14 歲	15-64 歲	65 歲以上	幼年人口 ①/②*100	老年人口 ③/②*100
99(2010)	3,624	17,049	2,487	15.7	73.6	10.7	21.3	14.6
100(2011)	3,501	17,194	2,528	15.1	74.0	10.9	20.4	14.7
101(2012)	3,412	17,304	2,600	14.6	74.2	11.2	19.7	15.0
102(2013)	3,349	17,336	2,696	14.3	74.1	11.5	19.3	15.6
114(2025)	2,918	16,001	4,736	12.3	67.6	20.0	18.2	29.6
119(2030)	2,828	15,102	5,639	12.0	64.1	23.9	18.7	37.3
124(2035)	2,721	14,197	6,352	11.7	61.0	27.3	19.2	44.7
129(2040)	2,493	13,376	6,844	11.0	58.9	30.1	18.6	51.2
134(2045)	2,220	12,331	7,385	10.1	56.2	36.2	18.0	59.9
139(2050)	2,014	11,334	7,659	9.6	54.0	36.5	17.8	67.6
144(2055)	1,915	10,498	7,573	9.6	52.5	37.9	18.20	72.1
149(2060)	1,859	9,598	7,461	9.8	50.7	39.4	19.4	77.7

資料來源： 1.民國 99 年至 101 年引自內政部戶政司統計資料。
2.102 年至 149 年引自國家發展委員會「中華民國 2012 年至 2060 年人口推計」(中推計)，101 年 8 月。

換句話說，健康與社會照顧議題愈趨重要。隨著老年人口快速成長，慢性病與功能障礙者呈現上升趨勢，這些因缺乏自我照顧能力，而需要健康促進與醫療服務，以延緩老化或降低失能之發生之外，更加需要長期照顧服務需求。此外，由於老人對健康照護服務的需求趨於多元，除對於老人提供長期照顧和醫療服務外，絕大多數老人所需要的健康促進與疾病預防需求，更應加以重視，以預防或延緩老人身心功能的退化。

另一方面，近年在家戶規模及結構變遷下，家庭照顧能力愈顯式微，所能夠提供的照顧人力不如從前。依據行政院主計總處 99 年人口及住宅普查統計結果，家戶平均人口數，由 89 年的 3.3 人下降至 99 年的 3.0 人，減少 0.3 人，相對有長期照顧需求之老年人口與子女同住之比率僅達 5 成，顯示家戶組成規模持續縮小，老年人口照顧及扶養已經難由家庭承擔。

三、現行社會保險制度之所得替代率

以下表格彙整現行社會安全制度下，國民年金、勞工保險、公教人員保險、勞工退休新制、勞工退休舊制與公務人員撫卹制度之期滿預估所得替代率。公務人員部分，第一層為公教人員保險 12%，第二層為公務人員撫卹制度 65%~80%，總計為 77%~92%；一般勞工第一層為勞工保險 17%，第二層為勞工退休新制 20%，總計為 37%。

制度	保險對象	期滿預估所得替代率
國民年金	年滿 25 歲且未滿 65 歲，在國內設有戶籍，且沒有參加其他社會保險，在遭遇重度以上身心障礙或死亡事故，以及年滿 65 歲時，即可按月、持續性的領年金給付。	30%
勞工保險	年滿 15 歲以上，60 歲以下之下列勞工，應以其雇主或所屬團體或所屬機構為投保單位，全部參加勞工保險為被保險人。	17%
公教人員保險	一、法定機關編制內之有給專任人員。	12%

	二、公立學校編制內之有給專任教職員。 三、依私立學校法規定，辦妥財團法人登記，並經主管教育行政機關核准立案之私立學校編制內之有給專任教職員。	
勞工退休金舊制	<ul style="list-style-type: none"> ■ 適用勞基法之本國籍勞工。但依私立學校法之規定提撥退休準備金者，不適用之。 ■ 2005年6月底前到職，且2005年7月1日仍服務於同一事業單位之勞工，於2005年7月15日前可選擇適用勞退新制、舊制或暫不選擇，如暫不選擇者，則繼續適用舊制。 ■ 2005年7月1日以後新到職或離職再受僱者，一律適用新制。 	24%
勞工退休金新制		20%
公務人員撫卹制度	<ul style="list-style-type: none"> ■ 依公務人員任用法律任用，並經銓敘審定之人員。 ■ 前項人員撫卹之辦理，除公務人員撫卹法另有規定外，以現職人員為限。 	65%~80%

資料來源：本研究整理自相關單位資料。

第二節 我國老人經濟生活現況

依據內政部於民國98年時針對國內「老人經濟狀況」(每隔4年1次，因102年尚未出版，故本研究採用98年資料)所調查之結果如下：

一、經濟保障狀況

(一)55~64歲國民與其配偶或同居人保存資產情形：

55~64歲國民自己會保存者占67.76%，不會保存者占28.13%；配偶或同居人會保存者占48.99%，不會保存者占24.07%。自己、配偶或同居人保存之資產項目前三項皆為「存款」、「房子、土地或其他不動產」及「儲蓄型保險」。

表 2-7 55~64 歲國民會否為未來老年生活保存資產情形

民國 98 年 6 月底																	單位：%	
項目別	總計	自己會保存							自己不會保存							不確定	拒答	
		計	資產保存型式						計	配偶或同居人會保存	配偶或同居人不會保存	配偶或同居人不確定	無配偶或同居人	配偶或同居人不知道				
			房子、土地或其他不動產	存款	股票、債券、基金、金飾	等投資工具或保值財物	儲蓄型保險	其他							不知道或拒答			
94 年調查	100.00	62.38	39.01	50.56	13.87	21.71	0.72	-	33.06	1.64	17.84	8.15	4.22	-	4.56	-		
98 年調查	100.00	67.76	43.29	52.72	20.46	25.79	0.85	1.63	28.13	3.57	15.22	6.94	2.36	0.04	3.41	0.69		
性別																		
男	100.00	72.43	49.96	57.37	22.57	26.71	0.72	1.37	24.47	2.94	14.61	4.87	2.06	-	2.32	0.77		
女	100.00	63.26	36.86	48.23	18.43	24.90	0.97	1.88	31.66	4.19	15.82	8.92	2.65	0.08	4.46	0.62		
年齡別																		
55~59 歲	100.00	69.34	45.19	54.27	21.92	28.21	1.04	1.82	26.60	3.45	14.64	6.07	2.36	0.07	3.51	0.56		
60~64 歲	100.00	65.15	40.13	50.15	18.04	21.76	0.52	1.31	30.69	3.77	16.19	8.37	2.35	-	3.25	0.91		
區域別																		
北部區域	100.00	74.51	48.00	57.55	22.48	28.37	1.14	1.92	22.27	2.99	11.74	5.39	2.01	0.14	2.63	0.59		
中部區域	100.00	57.95	37.65	42.54	16.49	24.53	0.52	1.47	36.63	4.39	21.48	8.52	2.24	-	4.51	0.90		
南部區域	100.00	62.69	37.63	48.71	14.97	22.32	0.66	1.48	33.64	4.28	18.27	7.96	3.12	-	3.30	0.37		
東部區域	100.00	74.79	50.24	59.85	18.51	30.26	1.51	1.51	22.46	1.05	13.56	7.85	-	-	0.04	2.71		
臺北市	100.00	74.93	53.28	61.36	33.60	30.49	1.13	1.65	19.74	3.11	9.91	4.32	2.40	-	4.60	0.73		
高雄市	100.00	70.66	38.07	58.68	18.85	20.04	-	1.48	25.97	2.85	10.72	9.65	2.75	-	2.68	0.69		
金馬地區	100.00	65.75	36.37	55.84	2.11	9.91	8.60	-	34.25	6.12	17.34	8.67	2.11	-	-	-		
教育程度																		
不識字	100.00	33.06	19.60	20.56	3.81	6.59	2.17	1.25	62.04	5.88	28.60	25.25	1.28	1.03	3.73	1.17		
自修、私塾或小學識字者	100.00	49.10	25.35	34.01	5.34	11.81	0.69	1.64	44.95	4.16	26.27	10.76	3.76	-	4.62	1.33		
國(初)中	100.00	64.78	38.29	48.46	12.88	21.76	0.36	2.92	27.85	3.51	16.50	6.16	1.69	-	6.94	0.43		
高中(職)	100.00	74.85	49.24	59.26	25.81	30.35	0.39	1.54	22.00	4.05	10.18	4.86	2.91	-	2.56	0.59		
專科	100.00	87.86	61.34	71.37	36.14	44.20	1.03	0.89	10.84	1.73	4.18	4.09	0.84	-	1.29	-		
大學及以上	100.00	89.06	65.21	76.40	39.73	40.52	1.81	1.16	9.53	2.34	5.67	0.91	0.61	-	1.21	0.20		
不知道拒答	100.00	95.45	9.62	9.62	-	-	-	85.83	4.55	-	-	4.55	-	-	-	-		
有無子女																		
有子女	100.00	67.94	43.66	52.79	20.43	25.66	0.88	1.69	27.86	3.71	15.60	6.06	2.45	0.04	3.49	0.71		
無子女	100.00	63.09	33.37	50.96	21.21	29.14	-	-	35.41	-	5.11	30.29	-	-	1.40	0.11		
不知道拒答	100.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100.00		

註：自己之資產保存型式可複選。

表 2-8 55~64 歲國民之配偶會否為未來老年生活保存資產情形

民國 98 年 6 月底															單位：%		
項目別	總計	配偶或同居人會保存							配偶或同居人不會保存					不確定	無配偶或同居人	拒答	
		資產保存型式							計	自己會保存	自己不會保存	自己不確定	不知道(拒答)				
		房子、土地或其他不動產	存款	股票、債券、基金、金飾	等投資工具或保值財物	儲蓄型保險	其他	不知為何種財產									
94 年調查	100.00	42.54	23.61	34.61	9.86	15.16	0.33	1.09	20.65	2.81	17.84	-	-	16.23	19.26	1.32	
98 年調查	100.00	48.99	29.86	38.41	15.17	19.37	0.72	1.95	24.07	15.22	8.40	0.37	0.07	7.53	18.80	0.61	
性別																	
男	100.00	56.95	32.43	45.73	19.21	24.40	0.65	2.32	24.57	14.61	9.55	0.35	0.07	6.60	11.24	0.63	
女	100.00	41.31	27.38	31.34	11.28	14.52	0.79	1.59	23.58	15.82	7.30	0.39	0.07	8.43	26.08	0.59	
年齡別																	
55~59 歲	100.00	51.78	32.82	40.86	16.87	21.74	0.98	1.99	23.30	14.64	8.41	0.25	-	7.52	16.87	0.54	
60~64 歲	100.00	44.36	24.95	34.32	12.35	15.43	0.30	1.88	25.35	16.19	8.39	0.57	0.19	7.56	22.01	0.72	
區域別																	
北部區域	100.00	54.83	34.82	42.85	17.80	20.37	0.45	2.32	21.43	11.74	9.38	0.31	-	7.32	15.66	0.76	
中部區域	100.00	40.83	25.81	30.87	12.76	17.33	0.87	1.53	30.33	21.48	7.98	0.72	0.15	8.05	20.27	0.52	
南部區域	100.00	46.73	25.12	36.51	10.66	17.93	0.88	1.94	27.68	18.27	8.90	0.33	0.17	7.05	18.19	0.36	
東部區域	100.00	42.07	25.78	28.06	10.46	19.97	1.51	3.15	27.15	13.56	13.59	-	-	2.59	25.48	2.71	
臺北市	100.00	54.23	33.68	44.45	22.30	24.35	0.80	1.94	14.85	9.91	4.68	0.26	-	8.83	21.69	0.40	
高雄市	100.00	50.36	31.37	42.00	14.70	17.53	-	1.42	19.77	10.72	9.05	-	-	7.77	21.41	0.69	
金馬地區	100.00	48.32	18.95	41.55	3.58	5.69	8.60	-	28.06	17.34	10.71	-	-	4.22	19.40	-	
教育程度																	
不識字	100.00	24.63	17.70	13.12	2.80	5.85	-	1.25	32.57	28.60	2.17	0.90	0.90	2.08	39.43	1.30	
自修、私塾或小學識字者	100.00	29.85	16.68	21.63	3.14	6.94	0.70	1.68	37.00	26.27	10.23	0.51	-	9.17	22.97	1.01	
國(初)中	100.00	42.36	24.32	32.80	7.30	15.49	0.36	2.63	28.31	16.50	11.40	0.41	-	9.41	19.50	0.43	
高中(職)	100.00	55.75	33.39	43.66	20.08	22.43	-	1.63	18.81	10.18	8.21	0.29	0.13	8.72	16.36	0.36	
專科	100.00	68.11	39.85	56.00	24.80	32.64	0.62	3.07	12.93	4.18	8.24	0.51	-	3.99	14.98	-	
大學及以上	100.00	72.56	49.46	60.46	32.38	35.37	2.49	1.93	10.52	5.67	4.85	-	-	4.84	11.69	0.40	
不知道(拒答)	100.00	9.62	9.62	9.62	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.55	85.83	

註：配偶或同居人之資產保存型式可複選。

(二)65 歲以上老人與其配偶或同居人保存資產情形：

65 歲以上老人自己有保存者占 51.97%，沒有保存者占 43.81%；配偶或同居人有保存者占 24.90%，沒有保存者占 28.59%；自己、配偶或同居人保存之資產項目前兩項皆為「存款」、「房子、土地或其他不動產」。65 歲以上老人及其配偶或同居人均沒有保存比例占 18.02%，主要原因為「本來就沒有」。

表 2-9 65 歲以上老人目前保存資產情形

民國 98 年 6 月底															單位：%
項目別	總計	自己有保存							自己無保存					不知道 拒答	
		計	資產保存型式							計	配偶或同居人有保存	配偶或同居人無保存	無配偶或同居人		不知道 拒答
			房子、土地或其他不動產	存款	股票、債券、基金、金飾等投資工具或保值財物	儲蓄型保險	其他	不知道 拒答							
94 年調查	100.00	39.93	23.74	33.13	5.09	4.98	0.41	-	58.12	3.08	27.94	27.09	-	1.96	
98 年調查	100.00	51.97	30.24	40.15	8.30	8.89	0.50	1.49	43.81	4.75	18.02	19.54	1.50	4.22	
性別															
男	100.00	58.73	38.28	45.61	10.83	10.42	0.78	1.24	37.61	4.21	21.21	10.37	1.83	3.66	
女	100.00	45.66	22.72	35.04	5.93	7.46	0.25	1.72	49.61	5.26	15.03	28.12	1.20	4.74	
年齡別															
65~69 歲	100.00	55.56	36.43	41.67	12.13	15.08	0.15	1.22	41.25	6.40	19.39	13.76	1.70	3.19	
70~74 歲	100.00	50.59	32.21	37.65	7.00	8.52	0.60	0.80	45.49	4.19	22.48	16.76	2.06	3.92	
75~79 歲	100.00	47.65	25.56	36.61	7.62	5.55	0.80	2.09	48.57	5.30	19.07	22.95	1.26	3.78	
80 歲及以上	100.00	52.44	23.62	44.06	5.03	3.70	0.61	2.11	41.19	2.61	10.12	27.66	0.81	6.37	
區域別															
北部區域	100.00	51.91	27.21	39.44	8.41	8.45	0.31	2.06	43.79	3.45	17.76	20.28	2.30	4.30	
中部區域	100.00	53.76	33.85	40.13	6.90	9.46	0.58	1.66	41.44	5.31	15.46	19.87	0.80	4.80	
南部區域	100.00	48.18	29.69	38.18	5.66	6.96	0.36	0.87	48.50	5.55	21.45	20.24	1.26	3.32	
東部區域	100.00	50.40	31.31	34.01	6.27	11.19	1.54	0.32	45.81	4.53	18.20	23.08	-	3.80	
臺北市	100.00	57.28	33.83	47.50	16.51	12.45	0.53	1.46	38.03	5.79	15.51	15.16	1.56	4.69	
高雄市	100.00	47.81	21.31	37.77	6.90	6.80	0.97	1.38	48.26	2.78	22.36	20.66	2.47	3.93	
金馬地區	100.00	61.70	40.38	42.84	9.22	12.25	1.40	-	33.32	6.14	13.78	11.99	1.40	4.99	
教育程度															
不識字	100.00	34.24	17.35	24.42	1.54	3.29	0.01	1.31	59.38	3.82	19.30	35.13	1.13	6.38	
自修、私塾 或小學識字者	100.00	46.52	25.18	34.00	3.80	5.78	0.38	1.58	49.43	4.72	21.32	21.80	1.59	4.05	
國(初)中	100.00	55.80	35.21	41.35	10.60	7.02	0.07	1.04	40.14	6.79	17.36	14.85	1.14	4.07	
高中(職)	100.00	67.36	40.56	56.47	14.10	14.92	1.00	1.76	31.36	5.65	16.77	6.66	2.28	1.29	
專科	100.00	79.95	50.06	65.84	19.48	17.54	0.97	0.85	18.58	2.46	11.65	3.83	0.65	1.47	
大學及以上	100.00	80.36	55.41	70.81	31.65	27.20	2.14	1.16	17.60	5.62	5.53	4.32	2.14	2.04	
不知道拒答	100.00	54.22	32.91	38.86	3.60	15.37	-	8.60	14.11	-	8.78	5.33	-	31.67	
有無子女															
有子女	100.00	51.98	30.58	40.09	8.32	8.90	0.48	1.47	43.82	4.84	18.37	19.14	1.46	4.20	
無子女	100.00	49.91	17.28	40.77	8.00	9.41	1.41	1.40	47.46	1.90	6.34	36.14	3.08	2.64	
不知道拒答	100.00	72.07	31.41	59.57	-	-	-	12.51	-	-	-	-	-	27.93	

註：自己之資產保存型式可複選。

表 2-10 65 歲以上老人之配偶目前保存資產情形

民國 98 年 6 月底															單位：%	
項目別	總計	配偶或同居人有保存								配偶或同居人無保存				無配偶或同居人	不知道/拒答	
		計	資產保存型式							計	自己有保存	自己無保存	不知道/拒答			
			房子、土地或其他不動產	存款	股票、債券、基金、金飾等投資工具或保值財物	儲蓄型保險	其他	不知為何種財產	不知道/拒答							
94 年調查	10000	20.07	9.95	17.14	3.12	3.00	0.30	-	-	36.51	8.58	27.94	-	41.46	1.96	
98 年調查	10000	24.90	13.76	18.52	4.76	4.68	0.32	1.36	0.08	28.59	10.24	18.02	0.33	40.06	6.45	
性別																
男	10000	31.15	15.67	24.38	6.68	6.82	0.44	1.65	-	37.69	15.87	21.21	0.61	24.20	6.96	
女	10000	19.06	11.97	13.04	2.96	2.67	0.20	1.08	0.16	20.07	4.97	15.03	0.08	54.90	5.97	
年齡別																
65~69 歲	10000	34.92	21.44	26.28	9.16	9.54	0.41	1.02	0.27	31.69	12.15	19.39	0.15	26.65	6.73	
70~74 歲	10000	23.59	14.19	16.86	3.58	3.33	0.34	2.04	-	34.55	11.26	22.48	0.81	36.28	5.58	
75~79 歲	10000	22.34	9.60	16.56	3.50	2.67	0.21	1.65	-	27.42	8.20	19.07	0.16	43.48	6.76	
80 歲及以上	10000	14.77	6.32	11.38	1.12	1.24	0.27	0.78	-	18.57	8.25	10.12	0.21	59.91	6.76	
區域別																
北部區域	10000	23.31	12.83	17.84	4.69	4.59	0.48	0.80	0.80	27.54	9.68	17.76	0.10	40.55	8.61	
中部區域	10000	26.73	15.16	19.56	4.20	4.62	0.31	1.62	1.62	26.92	10.85	15.46	0.60	40.14	6.22	
南部區域	10000	24.76	14.12	17.73	4.10	4.09	0.18	1.03	1.03	30.75	9.21	21.45	0.09	40.11	4.38	
東部區域	10000	22.98	16.21	18.81	2.40	2.25	-	0.23	0.23	29.02	9.47	18.20	1.35	45.94	2.07	
臺北市	10000	27.51	14.74	20.98	7.43	6.36	0.40	2.49	2.49	27.63	11.80	15.51	0.32	37.71	7.16	
高雄市	10000	19.55	6.98	14.13	5.07	4.77	0.18	1.97	1.97	33.78	10.66	22.36	0.76	39.87	6.80	
金馬地區	10000	30.10	15.84	25.23	7.53	8.31	-	2.49	2.49	28.85	15.07	13.78	-	38.80	2.25	
教育程度																
不識字	10000	12.55	7.78	7.94	0.67	0.65	-	0.50	-	23.00	3.56	19.30	0.14	57.43	7.01	
自修、私塾或小學識字者	10000	20.04	10.00	14.47	1.34	1.93	0.03	1.35	-	30.71	8.83	21.32	0.56	43.60	5.65	
國(初)中	10000	25.41	15.04	18.72	6.78	5.09	0.22	1.43	-	35.86	17.79	17.36	0.71	32.78	5.95	
高中(職)	10000	38.45	20.96	27.24	7.91	8.07	0.86	2.89	0.28	29.02	12.25	16.77	-	24.86	7.67	
專科	10000	43.09	22.68	37.47	14.44	10.36	0.71	0.84	-	30.36	18.71	11.65	-	21.86	4.70	
大學及以上	10000	48.97	31.03	41.46	19.96	19.79	1.79	0.61	0.66	23.49	17.96	5.53	-	21.44	6.09	
不知道/拒答	10000	30.82	11.76	23.36	3.60	11.73	-	7.46	-	11.14	2.36	8.78	-	32.01	26.02	
有無子女																
有子女	10000	25.50	14.12	18.97	4.86	4.81	0.29	1.40	0.09	28.94	10.26	18.37	0.30	39.24	6.32	
無子女	10000	4.78	1.53	3.25	1.53	-	1.53	-	-	16.49	10.15	6.34	-	69.79	8.95	
不知道/拒答	10000	-	-	-	-	-	-	-	-	16.70	-	-	16.70	51.54	31.76	

註：配偶或同居人之資產保存型式可複選。

表 2-11 65 歲以上老人與其配偶皆未保存資產原因

民國 98 年 6 月底						單位：%
項目別	總計	本來就沒有	已轉分給子女	其他	不知道/拒答	
94 年調查	100.00	83.99	13.42	2.30	0.29	
98 年調查	100.00	78.27	12.80	5.67	3.27	
性別						
男	100.00	78.07	14.00	5.78	2.15	
女	100.00	78.41	11.97	5.59	4.03	
年齡別						
65~69 歲	100.00	80.57	8.67	6.67	4.09	
70~74 歲	100.00	79.90	13.19	6.45	0.47	
75~79 歲	100.00	76.30	14.70	3.87	5.13	
80 歲及以上	100.00	75.54	15.46	5.33	3.67	
區域別						
北部區域	100.00	81.31	10.41	6.38	1.89	
中部區域	100.00	75.36	15.23	6.38	3.03	
南部區域	100.00	79.73	15.73	2.04	2.50	
東部區域	100.00	80.47	9.64	8.23	1.66	
臺北市	100.00	75.04	10.16	9.20	5.61	
高雄市	100.00	74.32	8.52	7.59	9.57	
金馬地區	100.00	93.42	6.58	-	-	
教育程度						
不識字	100.00	80.80	12.13	4.33	2.75	
自修、私塾 或小學識字者	100.00	77.95	13.81	5.86	2.38	
國（初）中	100.00	78.84	9.79	5.97	5.40	
高中（職）	100.00	76.99	10.77	8.11	4.13	
專科	100.00	65.02	21.61	4.39	8.98	
大學及以上	100.00	63.32	14.77	14.29	7.62	
不知道/拒答	100.00	75.57	-	-	24.43	
居住方式						
住家宅	100.00	78.70	12.33	5.72	3.25	
住機構	100.00	67.81	24.18	4.43	3.58	

二、經濟狀況

(一)經濟狀況

就 55 歲以上國民主要之經濟來源觀察，32.43% 國民來自「子女奉養(含媳婦、女婿)」，20.53% 來自「自己工作或營業收入」，9.58% 來自「政府救助或津貼」。55~59 歲國民仍以「自己工作或營業收入」為最重要來源，而 60 歲以上國民則逐漸轉為由「子女奉養(含媳婦、女婿)」，而隨年齡增加依賴「子女奉養(含媳婦、女婿)」及「政府救助或津貼」重要度遞增。日常生活費用使用情形：65 歲以上老人認為日常生活費用大致夠用占 63.51%。教育程度越高，生活費用使用

充裕的比例亦越高。主要經濟來源來自自身的工作收入、退休金者，日常生活費用相對充裕且有餘比例較高。

表 2-12 55 歲以上國民之主要經濟來源

民國 98 年 6 月底											
											單位:%
項目別	總計	自己工 作或營 業收入	配偶或 同居人 提供	自己儲 蓄、利 息、租 金或投 資所得	自己退 休金、 撫卹金 或保險 給付	子女奉 養(含 媳婦、 女婿)	向他人 借貸	政府救 助或津 貼	社會或 親友救 助	其他	不知道 /拒答
總計	100.00	20.53	9.63	11.97	14.77	32.43	0.19	9.58	0.60	0.12	0.18

表 2-13 55 歲以上國民之主要經濟來源之重要度

民國 98 年 6 月底											
											單位:重要度;%
項目別	自己工 作或營 業收入	配偶或 同居人 提供	自己儲 蓄、利 息、租 金或投 資所得	自己退 休金、 撫卹金 或保險 給付	子女奉 養(含 媳婦、 女婿)	向他人 借貸	政府救 助或津 貼	社會或 親友救 助	其他	不知道 /拒答	
總計	21.75	11.11	14.94	15.77	38.28	0.19	16.33	0.80	0.12	0.18	
年齡別											
55~64 歲	36.16	17.23	14.94	14.12	27.86	0.32	2.45	1.22	0.20	0.07	
55~59 歲	41.67	20.08	14.45	11.56	22.57	0.41	2.05	1.35	0.23	-	
60~64 歲	26.99	12.49	15.77	18.36	36.65	0.18	3.12	1.00	0.14	0.20	
65 歲及以上	7.91	5.23	14.93	17.37	48.29	0.06	29.66	0.40	0.05	0.28	
65~69 歲	12.95	8.78	15.89	20.17	42.01	0.18	20.76	0.39	-	0.13	
70~74 歲	9.01	6.22	16.31	11.61	47.13	-	34.54	0.39	0.19	0.15	
75~79 歲	5.96	3.61	13.56	16.70	52.70	-	32.75	0.60	-	0.55	
80 歲及以上	1.39	0.65	13.27	20.56	54.36	-	33.73	0.27	0.02	0.40	

註 1：重要度=(1*主要百分比+1/2*次要百分比)*100。

註 2：本表不知道/拒答列百分比。

表 2-14 55~64 歲國民之主要經濟來源

民國 98 年 6 月底											
											單位:%
項目別	總計	自己工 作或營 業收入	配偶或 同居人 提供	自己儲 蓄、利 息、租 金或投 資所得	自己退 休金、 撫卹金 或保險 給付	子女奉 養(含 媳婦、 女婿)	向他人 借貸	政府救 助或津 貼	社會或 親友救 助	其他	不知道 /拒答
總計	100.00	34.64	14.87	11.60	13.07	22.45	0.32	1.73	1.04	0.20	0.07

表 2-15 55~64 歲國民之主要經濟來源之重要度

民國 98 年 6 月底										
單位:重要度;%										
項目別	自己工 作或營 業收入	配偶或 同居人 提供	自己儲 蓄、利 息、租 金或投 資所得	自己退 休金、 撫卹金 或保險 給付	子女奉 養(含 媳婦、 女婿)	向他人 借貸	政府救 助或津 貼	社會或 親友救 助	其他	不知道 /拒答
94 年調查	39.16	17.51	13.23	9.54	32.14	0.57	2.77	0.88	0.44	-
98 年調查	36.16	17.23	14.94	14.12	27.86	0.32	2.45	1.22	0.20	0.07
性別										
男	48.62	7.51	16.33	17.60	19.18	0.50	2.15	1.00	0.23	0.15
女	24.14	26.61	13.61	10.76	36.23	0.15	2.73	1.42	0.17	-
教育程度										
不識字	30.78	13.93	4.78	1.72	49.96	-	3.67	3.00	-	0.09
自修、私塾或 小學識字者	33.74	15.24	11.07	4.46	42.50	0.77	4.10	1.53	0.19	0.12
國(初)中	32.36	19.97	12.57	9.43	36.34	-	3.26	0.92	0.36	0.28
高中(職)	37.07	21.81	18.63	11.59	22.46	-	1.76	1.24	0.16	-
專科	39.39	12.82	19.43	27.75	11.43	0.34	1.23	1.16	0.52	-
大學及以上	41.19	15.04	17.64	34.19	8.08	0.32	0.37	0.41	-	-
不知道/拒答	85.83	9.62	-	-	9.36	-	-	-	-	-
婚姻狀況										
有配偶或同居	38.14	20.93	13.84	14.88	25.04	0.33	1.41	0.23	0.18	0.09
喪偶	23.32	1.96	16.88	10.30	53.85	-	6.47	2.18	-	-
離婚或分居	34.46	1.00	18.18	11.03	33.87	0.91	4.49	3.99	0.92	-
未婚	29.49	-	32.82	12.44	1.68	-	13.44	20.45	-	0.14
不知道/拒答	-	-	-	-	-	-	100.00	-	-	-
有無子女										
有子女	36.46	17.77	14.27	14.01	28.90	0.33	2.11	0.61	0.21	0.07
無子女	28.01	2.83	32.91	16.93	-	-	11.58	17.37	-	0.11
不知道/拒答	-	-	-	-	100.00	-	-	-	-	-

註 1：重要度=(1*主要百分比+1/2*次要百分比)*100。

註 2：「向他人借貸」、「社會或親友救助」、「其他」等項因樣本數較少，其值僅供參考。

註 3：本表不知道/拒答列百分比。

表 2-16 65 歲以上老人之主要經濟來源

民國 98 年 6 月底											
單位:%											
項目別	總計	自己工 作或營 業收入	配偶或 同居人 提供	自己儲 蓄、利 息、租 金或投 資所得	自己退 休金、 撫卹金 或保險 給付	子女奉 養(含 媳婦、 女婿)	向他人 借貸	政府救 助或津 貼	社會或 親友救 助	其他	不知道 /拒答
總計	100.00	6.99	4.60	12.33	16.40	42.00	0.06	17.12	0.17	0.05	0.28

表 2-17 65 歲以上老人之主要經濟來源之重要度

民國 98 年 6 月底										
										單位:重要度; %
項目別	自己工 作或營 業收入	配偶或 同居人 提供	自己儲 蓄、利 息、租 金或投 資所得	自己退 休金、 撫卹金 或保險 給付	子女奉 養(含 媳婦、 女婿)	向他人 借貸	政府救 助或津 貼	社會或 親友救 助	其他	不知道 /拒答
94 年調查	11.78	4.40	10.78	14.15	53.37	0.10	33.34	0.56	0.38	-
98 年調查	7.91	5.23	14.93	17.37	48.29	0.06	29.66	0.40	0.05	0.28
性別										
男	11.28	2.49	16.08	26.63	37.87	0.10	26.36	0.35	-	0.28
女	4.75	7.80	13.86	8.70	58.04	0.02	32.75	0.45	0.10	0.28
教育程度										
不識字	6.67	2.58	10.05	3.00	59.04	-	44.49	0.63	0.24	0.51
自修、私塾 或小學識字者	9.20	4.25	12.28	7.62	56.48	0.12	35.78	0.45	-	0.10
國(初)中	7.44	9.37	19.36	18.30	45.58	-	22.55	0.08	-	-
高中(職)	8.00	9.88	20.76	30.08	34.81	0.07	15.83	0.50	-	0.50
專科	5.10	2.65	17.26	64.24	21.53	-	6.06	0.16	-	-
大學及以上	7.94	7.05	24.89	55.18	16.67	-	6.01	-	-	0.52
不知道/拒答	2.91	-	18.79	8.63	67.94	-	20.93	-	-	2.41
婚姻狀況										
有配偶或同居	10.28	8.91	15.69	22.09	40.82	0.08	24.23	0.35	0.09	0.20
喪偶	4.47	0.38	13.14	10.29	61.77	-	36.32	0.38	0.01	0.30
離婚或分居	8.95	-	15.53	15.31	46.38	-	34.17	0.51	-	1.48
未婚	2.05	-	27.80	19.51	4.45	0.52	55.44	2.54	-	0.27
不知道/拒答	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
有無子女										
有子女	8.06	5.33	14.73	17.08	49.50	0.05	29.20	0.33	0.05	0.28
無子女	3.00	2.30	23.26	29.46	-	0.34	47.28	3.05	-	0.17
不知道/拒答	-	-	6.60	-	83.12	-	24.06	-	-	-

註 1：重要度=(1*主要百分比+1/2*次要百分比)*100。

註 2：「向他人借貸」、「社會或親友救助」、「其他」等項因樣本數較少，其值僅供參考。

註 3：本表不知道/拒答列百分比。

(二)平均每月可使用之生活費用：

65 歲以上老人平均每月可使用生活費用以「6,000 元~未滿 12,000 元」者占 19.26% 居多，其次為「未滿 6,000 元」者占 13.14%；男性平均可使用生活費用高於女性，臺北市老人高於其他區域。生活費用使用上大致夠用者其平均每月可使用生活費用達 13,401 元。

表 2-18 65 歲以上老人日常生活費用使用情形

民國 98 年 6 月底							單位:%
項目別	總計	相當充裕且有餘	大致夠用	有點不夠用	非常不夠用	不知道或拒答	
94 年調查	100.00	8.58	69.12	17.68	4.62	-	
98 年調查	100.00	13.18	63.51	15.34	6.56	1.42	
性別							
男	100.00	13.54	64.36	13.66	7.26	1.18	
女	100.00	12.84	62.71	16.90	5.90	1.65	
年齡別							
65~69 歲	100.00	11.67	63.15	16.15	8.22	0.81	
70~74 歲	100.00	13.20	61.77	17.69	6.39	0.94	
75~79 歲	100.00	11.06	65.76	17.08	4.23	1.87	
80 歲及以上	100.00	17.14	63.93	9.98	6.53	2.42	
區域別							
北部區域	100.00	11.60	66.95	13.68	6.55	1.21	
中部區域	100.00	14.55	60.33	16.54	7.07	1.50	
南部區域	100.00	12.07	62.27	17.97	6.32	1.36	
東部區域	100.00	9.66	61.95	22.99	2.47	2.92	
臺北市	100.00	14.08	68.37	11.51	5.07	0.98	
高雄市	100.00	18.01	56.58	12.50	10.41	2.50	
金馬地區	100.00	17.11	63.71	9.14	8.56	1.47	
教育程度							
不識字	100.00	11.61	57.78	20.94	8.21	1.46	
自修、私塾 或小學識字者	100.00	9.77	64.80	17.11	6.48	1.84	
國(初)中	100.00	12.80	62.19	17.40	5.99	1.62	
高中(職)	100.00	14.03	67.70	9.86	8.18	0.24	
專科	100.00	19.00	71.06	5.55	4.39	-	
大學及以上	100.00	31.19	61.84	4.36	2.61	-	
不知道/拒答	100.00	12.50	66.72	6.42	-	14.35	
婚姻狀況							
有配偶或同居	100.00	11.98	65.55	15.62	5.99	0.86	
喪偶	100.00	15.78	61.20	14.20	6.63	2.19	
離婚或分居	100.00	4.48	59.57	18.80	14.56	2.58	
未婚	100.00	13.63	54.07	23.82	7.57	0.91	
不知道/拒答	-	-	-	-	-	-	
有無子女							
有子女	100.00	13.23	63.78	15.22	6.39	1.37	
無子女	100.00	9.70	54.99	19.68	13.49	2.15	
不知道/拒答	100.00	28.30	43.79	14.71	-	13.20	
主要經濟來源							
自己工作或營業 收入	100.00	16.70	52.47	23.36	6.07	1.40	
配偶提供	100.00	14.23	74.65	9.36	1.67	0.10	
自己儲蓄、利息、 租金或投資所得	100.00	13.75	69.21	12.82	3.71	0.51	
自己退休金、撫卹	100.00	20.33	68.91	7.33	2.64	0.79	

金或保險給付						
子女奉養(含媳婦、女婿)	100.00	12.22	65.61	13.60	6.39	2.17
向他人借貸	100.00	-	15.43	-	84.57	-
政府救助或津貼	100.00	6.85	51.03	27.65	13.97	0.50
社會或親友救助	100.00	-	57.60	31.69	5.36	5.36
其他	100.00	-	100.00	-	-	-
不知道或拒答	100.00	7.90	44.99	-	11.42	35.69
健康與身心功能狀況						
很好	100.00	23.06	62.64	9.32	4.32	0.66
還算好	100.00	15.90	68.42	11.62	3.10	0.96
普通	100.00	8.48	67.11	15.79	7.63	0.99
不太好	100.00	7.59	56.99	23.28	10.35	1.78
很不好	100.00	9.70	49.88	20.33	13.81	6.27
很難說	100.00	6.22	46.52	27.47	18.67	1.12
不知道/拒答	100.00	-	30.95	13.36	33.33	22.35

註：「向他人借貸」、「社會或親友救助」、「其他」等項因樣本數較少，其值僅供參考。

表 2-19 65 歲以上老人平均每月可使用的生活費用

民國 98 年 6 月底									
									單位：%；元
項目別	總計	未滿6,000元	6,000元~未滿12,000元	12,000元~未滿18,000元	18,000元~未滿24,000元	24,000元~未滿30,000元	30,000元及以上	很難說或拒答	平均每月可使用的 生活費用 (元)
94 年調查	100.00	18.35	25.22	8.96	5.69	1.34	4.46	35.98	11,715
98 年調查	100.00	13.14	19.26	8.13	4.89	2.32	6.11	46.15	13,830
性別									
男	100.00	13.26	18.98	10.22	5.94	2.72	8.54	40.34	15,407
女	100.00	13.04	19.52	6.17	3.91	1.95	3.83	51.59	12,012
區域別									
北部區域	100.00	13.83	18.13	8.37	6.23	3.43	5.66	44.35	13,184
中部區域	100.00	12.88	20.93	7.23	4.70	2.19	6.06	46.01	14,233
南部區域	100.00	12.74	21.32	8.60	4.98	0.95	5.35	46.06	12,899
東部區域	100.00	16.80	31.91	8.26	7.18	-	8.33	27.52	13,683
臺北市	100.00	11.07	14.17	6.88	2.98	4.00	8.26	52.63	16,183
高雄市	100.00	15.86	12.67	11.43	2.43	0.92	5.56	51.14	14,452
金馬地區	100.00	8.97	38.07	11.44	5.66	-	4.53	31.33	12,591
主要經濟來源									
自己工作或營業收入	100.00	8.89	18.94	7.10	5.38	-	7.09	52.60	16,647
配偶提供	100.00	9.37	20.88	10.45	4.16	5.02	5.33	44.78	15,110
自己儲蓄、利息、租金或投資所得	100.00	6.02	15.63	6.84	5.76	2.75	9.59	53.40	19,460
自己退休金、撫卹金或保險給付	100.00	7.21	12.81	11.13	7.73	5.11	15.58	40.43	20,749
子女奉養(含媳婦、女婿)	100.00	14.91	19.48	6.52	4.69	1.86	3.26	49.28	11,221
向他人借貸	100.00	-	-	-	-	15.43	-	84.57	25,000
政府救助或津貼	100.00	22.82	27.40	10.14	2.03	0.50	1.28	35.82	8,314
社會或親友救助	100.00	5.36	20.33	5.36	16.00	23.97	-	28.99	16,079
其他	100.00	-	92.12	-	-	-	-	7.88	8,000
不知道或拒答	100.00	-	-	-	1.34	-	11.77	86.89	92,021
經濟狀況									
相當充裕且有餘	100.00	10.24	15.25	6.62	5.08	3.13	13.96	45.73	21,794
大致夠用	100.00	12.09	19.02	8.35	4.77	2.57	5.47	47.73	13,401
有點不夠用	100.00	14.46	26.27	10.04	5.82	0.30	3.44	39.67	10,985
非常不夠用	100.00	27.48	14.91	6.06	4.02	3.51	3.31	40.70	9,816
不知道或拒答	100.00	6.95	11.32	1.13	2.69	-	3.28	74.64	11,708

註 1：本項目由於「很難說或拒答」比例過高，與 94 年調查比較無意義。

註 2：「向他人借貸」、「社會或親友救助」、「其他」等項因樣本數較少，其值僅供參考。

(三)平均每月生活費用不足金額：

65 歲以上老人認為生活費用「不夠用」者占 21.90%，不足金額以「3,000 元~未滿 9,000 元」者占 20.70%比例較高，平均每月尚需 12,243 元。

表 2-20 65 歲以上老人日常生活費用不夠用者不足費用金額

民國 98 年 6 月底									
單位:% ; 元									
項目別	總計	未滿 3,000 元	3,000 元~未滿 9,000 元	9,000 元~未滿 15,000 元	15,000 元~未滿 21,000 元	21,000 元~未滿 27,000 元	27,000 元及以上	很難說或拒答	平均每月生活費用不足金額(元)
94 年調查	100.00	1.10	25.33	14.10	7.79	1.62	2.85	47.20	10,743
98 年調查	100.00	1.75	20.70	12.35	9.21	1.07	4.12	50.81	12,243
性別									
男	100.00	1.74	22.14	11.83	9.14	1.05	4.40	49.70	11,619
女	100.00	1.76	19.46	12.80	9.26	1.09	3.88	51.76	12,802
年齡別									
65~69 歲	100.00	1.37	17.36	10.22	13.64	0.99	5.36	51.06	13,305
70~74 歲	100.00	0.85	17.13	18.06	2.61	0.87	2.99	57.49	10,092
75~79 歲	100.00	2.89	24.07	10.82	9.62	0.91	2.94	48.75	13,881
80 歲及以上	100.00	2.67	29.50	9.10	10.50	1.75	4.82	41.66	11,326
區域別									
北部區域	100.00	0.11	21.09	14.88	13.61	1.45	5.10	43.76	15,733
中部區域	100.00	1.76	23.18	12.18	4.82	0.47	2.46	55.14	9,354
南部區域	100.00	2.51	20.48	9.18	6.96	-	4.11	56.76	10,420
東部區域	100.00	5.43	32.23	4.21	12.29	1.42	7.66	36.75	10,568
臺北市	100.00	-	12.48	17.02	10.58	1.78	5.57	52.57	13,734
高雄市	100.00	5.88	15.38	13.75	16.26	5.41	2.90	40.42	13,304
金馬地區	100.00	-	30.14	4.79	13.39	-	11.46	40.23	13,384

註：本項目由於「很難說或拒答」比例過高，與 94 年調查比較無意義。

(四)提供經濟支援給子女或孫子女情形：

55~64 歲國民約有 25.32% 需提供子女或孫子女經濟支援，以男性、居住於臺北市、教育程度較高者，提供經濟支援比例相對較高。相較於 55~64 歲，僅約 10.57% 65 歲以上老人需要提供子女或孫子女經濟支援，但仍有 2.48% 老人表示需要但沒能力。

表 2-21 55~64 歲國民提供經濟支援給子女或孫子女的情形

民國 98 年 6 月底							
項目別	總計	需要經常 支援 (含定期)	僅不定期 支援	不需要	無子女或 孫子女	需要但沒 能力	不知道/ 拒答
總計	100.00	15.01	10.31	69.46	3.69	1.44	0.08
性別							
男	100.00	19.03	10.77	65.83	3.33	0.97	0.07
女	100.00	11.14	9.87	72.95	4.05	1.90	0.09
年齡別							
55~59 歲	100.00	20.09	10.83	63.65	4.07	1.29	0.07
60~64 歲	100.00	6.57	9.45	79.11	3.07	1.70	0.10
區域別							
北部區域	100.00	16.29	8.04	70.28	3.79	1.46	0.14
中部區域	100.00	13.04	11.25	69.80	4.03	1.88	-
南部區域	100.00	12.80	10.05	71.98	3.36	1.65	0.17
東部區域	100.00	16.08	2.55	78.00	3.26	0.07	0.04
臺北市	100.00	20.06	13.78	61.16	4.08	0.92	-
高雄市	100.00	13.42	14.01	68.97	2.84	0.74	0.01
金馬地區	100.00	7.80	10.71	78.94	-	2.55	-
教育程度							
不識字	100.00	5.76	9.80	79.12	1.90	3.36	0.04
自修、私塾 或小學識字者	100.00	7.72	9.58	76.68	3.58	2.42	0.01
國(初)中	100.00	8.39	8.36	79.49	2.69	1.07	-
高中(職)	100.00	15.82	8.62	69.79	4.30	1.32	0.16
專科	100.00	21.05	10.36	62.55	5.20	0.84	-
大學及以上	100.00	30.70	16.01	50.11	3.17	-	-
不知道/拒答	100.00	-	-	14.17	-	-	85.83

註：本題於 94 年時僅調查 65 歲以上老人。

表 2-22 65 歲以上老人提供經濟支援給子女或孫子女的情形

民國 98 年 6 月底								單位:%
項目別	總計	需要經常 支援 (含定期)	僅不定期 支援	不需要	無子女或 孫子女	需要但沒 能力	不知道/ 拒答	
94 年調查	100.00	3.77	5.01	91.22	-	-	-	
98 年調查	100.00	3.80	6.77	83.71	2.94	2.48	0.30	
性別								
男	100.00	3.54	7.53	82.87	3.93	1.93	0.20	
女	100.00	4.04	6.06	84.49	2.02	2.99	0.39	
年齡別								
65~69 歲	100.00	5.65	7.44	80.94	3.68	2.30	-	
70~74 歲	100.00	3.78	9.03	81.76	1.70	3.37	0.36	
75~79 歲	100.00	2.50	5.39	86.31	2.35	2.89	0.57	
80 歲及以上	100.00	2.41	4.55	87.43	3.86	1.35	0.40	
區域別								
北部區域	100.00	3.72	6.70	84.54	2.69	2.21	0.14	
中部區域	100.00	4.42	5.16	84.35	2.21	3.60	0.26	
南部區域	100.00	3.73	7.41	82.94	3.22	2.70	-	
東部區域	100.00	8.51	11.19	75.43	3.87	0.32	0.68	
臺北市	100.00	2.66	6.51	84.22	4.40	0.98	1.22	
高雄市	100.00	2.06	10.20	82.81	2.68	2.17	0.08	
金馬地區	100.00	2.38	3.29	88.86	0.09	4.53	0.85	

註：本年度選項細分出 2 項「無子女或孫子女」、「需要但沒能力」，選項結構與 94 年不同，不建議進行變動比較。

表 2-23 55~64 歲國民提供經濟支援給父母的情形

民國 98 年 6 月底							
項目別	總計	需要經常 支援 (含定期)	僅不定期 支援	不需要	父母均已 往生	需要但沒 能力	不知道/ 拒答
總計	100.00	13.80	10.46	31.06	43.98	0.69	0.01
性別							
男	100.00	17.53	9.55	27.07	45.41	0.44	0.00
女	100.00	10.21	11.34	34.91	42.60	0.92	0.01
年齡別							
55~59 歲	100.00	16.24	11.81	33.79	37.17	1.00	0.00
60~64 歲	100.00	9.76	8.23	26.53	55.30	0.17	0.01
區域別							
北部區域	100.00	14.68	13.82	33.11	37.74	0.66	-
中部區域	100.00	13.47	8.85	26.42	50.83	0.42	-
南部區域	100.00	13.46	7.35	28.23	49.84	1.10	0.02
東部區域	100.00	15.55	11.01	25.72	47.68	-	0.04
臺北市	100.00	14.37	9.50	43.82	31.98	0.33	-
高雄市	100.00	10.71	13.13	22.98	51.80	1.36	0.01
金馬地區	100.00	10.71	-	49.00	40.29	-	-
教育程度							
不識字	100.00	7.95	8.63	30.96	51.26	1.16	0.04
自修、私塾或 小學識字者	100.00	8.86	10.04	26.88	53.35	0.86	0.02
國(初)中	100.00	12.53	8.82	31.51	47.14	-	-
高中(職)	100.00	13.93	12.16	33.27	39.74	0.89	-
專科	100.00	21.35	10.20	35.40	32.57	0.48	-
大學及以上	100.00	20.45	10.35	32.21	36.46	0.54	-
不知道/拒答	100.00	-	-	-	100.00	-	-

三、老人對長期照護保險制度的看法

(一) 55~64 歲國民對長期照護保險制度之看法：

55~64 歲國民表示贊成政府推動長期照護保險制度占 74.53%，以居住東部區域、教育程度越高者贊成比例相對較高。若實施此制度，59.10%認為一般失能者比較願意在家接受服務。

表 2-24 55~64 歲國民對政府推行長期照護保險制度贊成度

民國 98 年 6 月底									
項目別	總計	贊成			不贊成			無意見 或很難 說	不知道 /拒答
		計	非常 贊成	還算 贊成	計	不太 贊成	很不 贊成		
總計	100.00	74.53	44.92	29.62	10.32	6.07	4.25	14.04	1.11
性別									
男	100.00	74.85	46.67	28.18	11.79	6.97	4.82	11.82	1.55
女	100.00	74.23	43.23	31.00	8.91	5.21	3.70	16.18	0.68
區域別									
北部區域	100.00	77.06	46.90	30.15	10.64	5.68	4.95	11.58	0.72
中部區域	100.00	71.93	41.67	30.25	11.02	6.24	4.78	15.93	1.12
南部區域	100.00	71.86	43.91	27.94	10.67	6.61	4.06	15.62	1.85
東部區域	100.00	87.22	51.20	36.03	2.55	2.55	-	10.14	0.08
臺北市	100.00	75.75	44.58	31.18	9.44	6.11	3.33	13.60	1.20
高雄市	100.00	72.87	48.76	24.11	10.50	6.90	3.60	15.90	0.74
金馬地區	100.00	85.64	40.80	44.84	3.58	3.58	-	10.78	-
教育程度									
不識字	100.00	61.40	28.51	32.89	10.96	6.53	4.43	25.44	2.21
自修、私塾 或小學識字者	100.00	65.43	30.88	34.54	13.00	7.91	5.09	20.23	1.35
國（初）中	100.00	74.40	41.12	33.29	12.32	6.17	6.15	12.70	0.58
高中（職）	100.00	77.92	48.94	28.98	9.14	4.65	4.49	11.82	1.12
專科	100.00	83.82	63.55	20.27	6.48	5.25	1.23	9.14	0.56
大學及以上	100.00	83.62	59.67	23.95	8.13	5.36	2.77	7.39	0.87
不知道/拒答	100.00	4.55	-	4.55	-	-	-	-	95.45
婚姻狀況									
有配偶或同居	100.00	74.94	45.87	29.08	10.71	6.43	4.27	13.29	1.06
喪偶	100.00	75.44	38.25	37.19	6.78	3.72	3.06	15.42	2.36
離婚或分居	100.00	71.07	44.05	27.02	10.31	5.60	4.71	18.60	0.02
未婚	100.00	66.55	43.65	22.90	12.19	5.26	6.92	21.03	0.23
不知道/拒答	100.00	100.00	100.00	-	-	-	-	-	-

表 2-25 55~64 歲國民認為若實施長期照護保險制度，一般失能者比較願意接受何種服務

民國 98 年 6 月底					單位:%
項目別	總計	在家接受服務	住到機構接受服務	不知道/拒答	
總計	100.00	59.10	18.76	22.15	
性別					
男	100.00	57.29	20.04	22.68	
女	100.00	60.84	17.52	21.64	
年齡別					
55~59 歲	100.00	58.02	21.36	20.62	
60~64 歲	100.00	60.89	14.42	24.69	
有無子女					
有子女	100.00	59.64	18.63	21.73	
無子女	100.00	44.53	22.19	33.29	
不知道/拒答	100.00	-	-	100.00	

(二) 65 歲以上老人對長期照護保險制度之看法：

65 歲以上老人表示贊成政府推動長期照護保險制度 67.86%，不贊成者比例占 10.52%，另有 16.60% 老人表示無意見或很難說。贊成政府推動此保險制度者，以男性、65~69 歲、居住臺北市及東部區域、專科程度、無子女者比例相對較高。制度實施服務方式，67.24% 認為一般失能者比較願意在家接受服務。

表 2-26 65 歲以上老人對政府推行長期照護保險制度贊成度

民國 98 年 6 月底									
項目別	總計	贊成			不贊成			無意見 或很難 說	不知道 /拒答
		計	非常 贊成	還算 贊成	計	不太 贊成	很不 贊成		
總計	100.00	67.86	37.74	30.12	10.52	6.97	3.55	16.60	5.02
性別									
男	100.00	69.38	40.96	28.42	11.94	7.40	4.54	15.12	3.56
女	100.00	66.44	34.73	31.71	9.19	6.56	2.63	17.98	6.39
年齡別									
65~69 歲	100.00	71.51	40.27	31.24	9.84	7.19	2.65	15.84	2.81
70~74 歲	100.00	67.21	36.75	30.46	10.94	5.90	5.05	17.62	4.22
75~79 歲	100.00	65.44	35.53	29.91	11.05	7.21	3.85	18.42	5.09
80 歲及以上	100.00	65.71	37.34	28.37	10.50	7.64	2.86	14.85	8.93
區域別									
北部區域	100.00	68.16	36.86	31.30	10.75	7.55	3.20	15.50	5.59
中部區域	100.00	64.87	33.94	30.93	10.87	7.15	3.72	18.43	5.83
南部區域	100.00	65.69	35.53	30.16	11.26	7.59	3.66	18.71	4.35
東部區域	100.00	72.66	37.54	35.12	10.06	7.25	2.81	14.95	2.33
臺北市	100.00	75.90	49.45	26.45	7.43	3.57	3.86	11.47	5.20
高雄市	100.00	67.24	40.73	26.51	11.99	8.04	3.95	18.00	2.78
金馬地區	100.00	74.81	39.70	35.11	11.85	11.85	-	10.18	3.17
都市化									
區	100.00	73.64	43.74	29.90	8.40	5.08	3.33	13.80	4.16
市	100.00	69.46	37.29	32.17	10.71	7.63	3.08	15.27	4.56
鎮	100.00	61.75	35.42	26.32	12.03	7.49	4.54	20.49	5.73
鄉	100.00	62.99	32.07	30.92	12.04	8.39	3.65	18.87	6.10
身分別									
一般民眾	100.00	66.45	36.30	30.15	11.06	7.43	3.63	17.36	5.13
榮民、榮譽	100.00	76.51	45.90	30.61	7.98	4.66	3.32	12.21	3.30
原住民	100.00	59.75	42.85	16.90	2.02	2.02	-	22.12	16.10
不知道/拒答	100.00	34.52	17.46	17.06	-	-	-	12.59	52.89
教育程度									
不識字	100.00	55.25	29.45	25.80	12.91	8.60	4.31	23.96	7.88
自修、私塾 或小學識字者	100.00	64.22	31.15	33.07	12.40	8.90	3.50	18.11	5.27
國（初）中	100.00	77.17	41.88	35.29	7.21	4.86	2.35	13.00	2.61
高中（職）	100.00	81.19	51.10	30.10	7.32	3.64	3.68	9.80	1.69
專科	100.00	87.89	56.36	31.53	5.08	1.25	3.83	7.03	-
大學及以上	100.00	78.46	57.02	21.44	7.98	5.09	2.89	11.81	1.76
不知道/拒答	100.00	31.32	21.99	9.34	8.95	5.48	3.48	10.53	49.19
有無子女									
有子女	100.00	67.59	37.67	29.92	10.71	7.06	3.65	16.73	4.97
無子女	100.00	81.19	43.65	37.54	4.32	3.96	0.36	11.70	2.79
不知道/拒答	100.00	31.76	-	31.76	-	-	-	16.70	51.54

表 2-27 65 歲以上老人認為若實施長期照護保險制度，一般失能者比較願接受何種服務

民國 98 年 6 月底					單位:%
項目別	總計	在家接受服務	住到機構接受服務	不知道/拒答	
總計	100.00	67.24	12.16	20.60	
性別					
男	100.00	64.63	12.99	22.38	
女	100.00	69.68	11.37	18.95	
區域別					
北部區域	100.00	64.70	12.92	22.39	
中部區域	100.00	69.72	10.35	19.93	
南部區域	100.00	71.64	10.67	17.70	
東部區域	100.00	71.44	8.22	20.35	
臺北市	100.00	61.02	16.04	22.93	
高雄市	100.00	61.21	16.01	22.78	
金馬地區	100.00	83.19	7.53	9.28	
都市化					
區	100.00	64.00	16.70	19.30	
市	100.00	65.33	11.24	23.44	
鎮	100.00	66.26	11.85	21.89	
鄉	100.00	73.87	7.46	18.67	
教育程度					
不識字	100.00	68.87	7.91	23.22	
自修、私塾或	100.00	70.67	10.93	18.40	
國（初）中	100.00	69.03	11.73	19.23	
高中（職）	100.00	60.62	18.42	20.96	
專科	100.00	66.68	14.71	18.62	
大學及以上	100.00	53.01	20.33	26.66	
不知道/拒答	100.00	67.95	4.39	27.66	
婚姻狀況					
有配偶或同居	100.00	64.77	12.33	22.90	
喪偶	100.00	71.81	10.61	17.58	
離婚或分居	100.00	65.22	16.82	17.96	
未婚	100.00	53.19	31.12	15.69	
不知道/拒答	-	-	-	-	
有無子女					
有子女	100.00	67.35	11.77	20.87	
無子女	100.00	61.65	27.42	10.93	
不知道/拒答	100.00	82.60	0.35	17.05	

第三節 我國年金保險現況

一、契約件數

(一)新契約

民國 101 年，個人年金保險新契約共計 163,704 件，保額約 1,648.33 億元，包括個人即期年金 15 件、保額 700 萬元，個人遞延年金 163,689 件、保額 1,648.26 億元，與上年度比較，件數與保額分別成長了 14.75 % 與衰退 10.80 %。

表 2-28 個人年金保險新契約

保額單位：新台幣百萬元

保險種類	101 年		100 年		成長率%	
	件數	保額	件數	保額	件數	保額
個人即期年金	15	7	5	10	200.00	-30.00
個人遞延年金	163,689	164,826	142,659	184,771	14.74	-10.79
合計	163,704	164,833	142,664	184,781	14.75	-10.80

資料來源：中華民國 101 年保險年鑑。

(二)有效契約

就有效契約看，民國 101 年底，個人年金保險有效契約共計 979,181 件，保額約 9,339.30 億元，包括個人即期年金 2,517 件、保額 21.31 億元，個人遞延年金 976,664 件、保額 9,317.99 億元，與上年度比較，件數衰退 0.85 %，保額衰退 0.53 %。

表 2-29 個人年金保險有效契約

保額單位：新台幣百萬元

保險種類	101 年		100 年		成長率%	
	件數	保額	件數	保額	件數	保額
個人即期年金	2,517	2,131	2,566	2,142	-1.91	-0.51
個人遞延年金	976,664	931,799	985,010	936,777	-0.85	-0.53
合計	979,181	933,930	987,576	938,919	-0.85	-0.53

資料來源：中華民國 101 年保險年鑑。

表 2-30 100 年至 102 年商業年金險現況

年度	年金險件數		壽險件數		年金險/壽保險	
	新契約	有效契約	新契約	有效契約	新契約	有效契約
100	142,664 (即期 5 件)	987,576	3,102,128	42,707,037	4.60%	2.31%
101	163,704 (即期 15 件)	979,181	3,397,420	44,148,301	4.82%	2.22%
102	299,304 (即期 14 件)	1,108,502	2,935,063	45,307,431	10.20%	2.45%

資料來源：壽險同業公會(僅統計個人險)

二、保費收入

民國 101 年度人壽保險業保費總收入中，個人險 24,575.72 億元，占整體保費收入的 99.16%，較上年度成長 12.85%；團體險 207.76 億元，占整體保費收入的 0.84%，較上年度成長 1.58%，二者合計 24,783.48 億元，則較上年度增加 2,801.76 億元，成長 12.75%；其中年金險占整體保費收入的 8.69%，成長 0.79%，壽險占整體保費收入的 77.97%，增加 2,558.08 億元，成長 15.26%。

表 2-31 人壽保險業保費總收入

保費總收入單位：新台幣百萬元

險別		101 年	100 年	成長率%
壽險	個人	1,927,367	1,671,867	15.28
	團體	5,081	4,774	6.43
	小計	1,932,448	1,676,641	15.26
傷害險	個人	51,751	50,229	3.03
	團體	6,943	6,883	0.87
	小計	58,694	57,113	2.77
健康險	個人	263,150	242,013	8.73
	團體	8,752	8,795	-0.49

	小計	271,902	250,809	8.41
年金險	個人即期	38	18	113.46
	個人遞延	215,266	213,592	0.78
	小計	215,304	213,610	0.79
個人險合計		2,457,572	2,177,719	12.85
團體險合計		20,776	20,453	1.58
總計		2,478,348	2,198,172	12.75

資料來源：中華民國 101 年保險年鑑。

三、保險給付

就保險給付而言，民國 101 年給付件數為 791,461 件，給付金額為 21,913.5 萬元，包括個人即期年金 13,966 件、保額 48.3 萬元，個人遞延年金 777,495 件、保額 21,865.2 萬元，相較於上一年度給付件數減少 10.89%，給付金額減少 37.7%

表 2-32 人壽保險業項目別保險給付

保險給付金額單位：新台幣千元

保險種類	101		100		成長率%	
	件數	金額	件數	金額	件數	金額
個人即期年金	13,966	483,000	14,269	525,000	-2.12	-8.00
個人遞延年金	777,495	218,652,000	873,951	351,191,000	-11.04	-37.74
合計	791,461	219,135,000	888,220	351,716,000	-10.89	-37.70

資料來源：中華民國 101 年保險年鑑。

四、我國公務人員退休制度

台灣公務人員退撫基金，在設立時當局對未來預期較為樂觀，再加上為鼓勵公務人員提撥，制定較低的提撥率，且允許雇主採不足額提撥。現今隨著退休人數逐年成長與退休年齡逐漸下降之影響，造成該基金沉重之負擔。自公務人員退撫基金成立以來，截至 102 年度止已實現收益數為 1,514.41 億元(已實現收益率為 3.16%)，相較台灣銀行 2 年期定期存款利率所計算之收益 996.73 億元(平均收益率為 2.04%)高出 517.68 億元(1.12 個百分點)，加計未實現損益及備供出售金融資產投資評價損益後之收益數為 1,383.39 億元，收益率為 2.88%。根據第五回退撫基金精算報告指出，公、教、軍、政四類人

員首次出現收支不足年度分別為民國 109 年、107 年、98 年及 98 年，而 50 年後之淨現金流出分別為 1,486 億、1,346 億、532 億及 70 萬元。

目前公務人員退休撫卹基金管理委員會主任委員由銓敘部部長兼任，管理會委員有 13 人至 17 人，分別由國防部、財政部、教育部、行政院主計處、行政院人事行政局、臺灣省政府、臺北市政府、高雄市政府業務主管各 1 人，及專家學者組成之。公務人員退休撫卹基金監理會則是由主任委員由考試院副院長兼任，監理會委員有 19 人至 23 人，分別由行政院、司法院與考試院秘書長及銓敘部、國防部、財政部、教育部、行政院主計處、行政院人事行政局、直轄市政府、縣(市)政府等機關首長及軍公教人員代表組成。

第四節 我國長期照護保險現況

隨著人口的快速高齡化，未來長期照護需求隨之提高。有鑑於此，在政府方面，行政院社會福利推動委員會首先於 2001-2003 年推動「建構長期照體系先導計畫」(吳淑瓊等，2003)，其後行政院復於 2007 年 4 月核定「我國長期照護十年計畫」，規劃 10 年內挹注新台幣 817.36 億元經費，以建構符合多元化、社區化(普及化)、優質化、可負擔且兼顧性別、城鄉、族群、文化、職業、經濟、健康條件差異之長期照護制度。97-100 年為發展基礎服務模式，101-104 年為擴大服務對象並健全長期服務資源網絡，105-106 年為銜接長期照護保險法。

長照十年 97-100 年計畫推動成果包括：各縣市已設置長期照顧管理中心(22 個中心、38 個分站)作為受理、需要評估及整合、連結、輸送長照服務單一窗口，確保長照服務提供的效率及效益；發展長照服務人力資源，截至 99 年底長照直接服務人力：照顧服務員 19,402 人、社工 1,308 人、照顧管理人員 315 人、醫事專業人員 8,235 人；提升長照服務使用比率亦獲致具體成效，服務量占老年失能人口

比率，已經從 97 年之 2.3%，98 年為 5.7%，99 年為 16.3%，至 100 年底提高到 21%，增加 9 倍²。

在民間方面，國內商業保險市場截至 2011 年 8 月為止僅有 8 家壽險公司推出了 10 張長期看護保險，而根據保險事業發展中心的統計，截至 2010 年底為止，國內商業性健康保險的件數高達 7 千 3 百萬件，當中長期看護保險僅有 32 萬件，所佔的比率不到 1%(穆震宇，2011)。

一、契約件數

理想上，本研究若能取得最新年度的長期照護保險相關資料較為理想，但由於我國商業長期看護保險保單銷售歷史較短，故本文將就現有可取得之資料做為本研究之論述基礎。

我國商業保險公司自 1995 年開始銷售長期看護保險保單，表 2-34 為民國 92 年至 97 年間商業長期看護保險契約件數相關資料，我國商業長期看護保險新契約件數於民國 92 年起逐年增加，至民國 95 年達到顛峰以後逐年減少。雖然商業長期看護保險新契約件數於民國 92 年以後呈倍數成長，但是整體來說，囿於昂貴的保險費及複雜的商品結構，商業長期看護保險之業務量仍然有待突破³。

表 2-34 商業長期看護保險契約件數

年度	契約件數	
	新契約	有效契約
92	7,568	96,583
93	10,647	109,161
94	38,150	141,316
95	90,986	221,199
96	58,543	253,975
97	35,943	287,440

資料來源：財團法人保險事業發展中心(2009)，長期看護保險制度與推動之研究，金融監督管理委員會。

²我國長期照顧十年計畫-101 年至 104 年中程計畫(2013)，衛生福利部護理及健康照護司。

³財團法人保險事業發展中心(2009)，長期看護保險制度與推動之研究，金融監督管理委員會。

表 2-35 100 年至 102 年商業長看險現況

年度	長看險件數		健康保險件數		長看險/健康保險	
	新契約	有效契約	新契約	有效契約	新契約	有效契約
100	70,980	385,906	3,904,490	56,007,806	1.82%	0.69%
101	60,578	426,354	4,409,902	58,757,925	1.37%	0.73%
102	65,501	469,650	3,802,346	60,798,257	1.72%	0.77%

資料來源：壽險同業公會(僅統計個人險)

二、保費收入

在民國 92 年至 97 年間，我國商業長期看護保險新契約保費收入走勢與新契約件數走勢吻合，於民國 92 年起逐年增加，至民國 95 年達到顛峰以後逐年減少。

表 2-36 商業長期看護保險保費收入

年度	保費收入(千元)		
	新契約	有效契約	合計
92	219,769	78,370	298,139
93	228,905	1,809,206	2,038,111
94	638,777	1,951,385	2,590,162
95	1,877,912	2,393,527	4,271,439
96	1,599,613	3,503,613	5,103,226
97	858,489	5,040,229	5,898,718

資料來源：財團法人保險事業發展中心(2009)，長期看護保險制度與推動之研究，金融監督管理委員會。

三、保險給付

在民國 92 年至 97 年間，我國商業長期看護保險理賠和保險給付走勢與新契約件數及新契約保費收入之走勢大相逕庭。我國商業長期看護保險理賠件數於民國 92 年最高，並於 92 年之後驟減。

表 2-37 商業長期看護保險理賠件數、保險給付及平均給付額

年度	保險給付(千元)
----	----------

	件數	金額	平均理賠金額
92	11,937	60,427	5.06
93	476	52,420	110.13
94	645	65,903	102.18
95	1,002	190,838	190.46
96	1,233	188,017	152.49
97	1,529	252,429	165.09

資料來源：財團法人保險事業發展中心(2009)，長期看護保險制度與推動之研究，金融監督管理委員會。

四、長期照顧十年計畫⁴

為因應我國高齡化所導致失能人口增加的長期照顧需求，建構我國完整長期照顧體系，行政院於96年核定「我國長期照顧十年計畫~大溫暖社會福利套案之旗艦計畫」(96-105年)；97-100年為發展基礎服務模式，101-104年為擴大服務對象並健全長期服務資源網絡，105-106年為銜接長期照護保險法。

(一)長照十年 97-100 年計畫推動成果

1.建立長照服務輸送模式

(1)建置長期照顧管理中心：各縣市已設置長期照顧管理中心(22個中心、38個分站)作為受理、需要評估及整合、連結、輸送長照服務單一窗口，確保長照服務提供的效率及效益。

(2)建置長期照顧服務需求綜合評估機制：各縣市已建立標準作業流程，並依衛福部(原衛生署)統一制定之評估工具，執行需求評估。

2.建立多元長照服務方案

為增進民眾選擇服務的權利，落實在地老化，優先發展居家和社區式服務方案，含生活照顧及醫事照護服務，包括：1.居家護理、2.居家及社區復健、3.喘息服務、4.照顧服務(居家服務、日間照顧、家庭托顧)、5.輔具購買/租借及居家無障礙環境改善、6.老人營養餐

⁴衛生福利部，我國長期照顧十年計畫-101年至104年中程計畫。

飲服務、7.交通接送、8.長期照顧機構等八項。

3.建立階梯式補助及部分負擔機制

為提升民眾使用長照服務的可負擔性，且同時避免資源濫用，依失能者家戶經濟能力，政府提供不同額度補助：一般戶政府補助 70%、民眾部分負擔 30%；中低收入者政府補助 90%、民眾部分負擔 10%；低收入者全額由政府補助。

4.發展長照服務人力資源

隨著各長照服務方案的推展，內政部與本署積極推動各類長照人員（照顧服務員、社工人員、各類醫事人員、照顧管理人員）之培訓。衛福部(原衛生署)更進一步檢討過去培訓課程，並完成長期照護醫事人員及照顧管理人員各三個階段課程規劃。截至 99 年底長照直接服務人力：照顧服務員 19,402 人、社工 1,308 人、照顧管理人員 315 人、醫事專業人員 8,235 人。

5.提升長照服務使用比率

推動長照十年計畫，已經獲致具體成效，服務量占老年失能人口比率，已經從 97 年之 2.3%，98 年為 5.7%，99 年為 16.3%，至 100 年底提高到 21%，增加 9 倍。

(二)長照十年 101-104 年中程計畫之目標、挑戰及執行策略

1.目標

- (1)強化長照服務輸送效率、效能及品質。
- (2)強化各類人才培育，提昇整體服務能量與品質。
- (3)加速資源整備，提昇失能民眾服務使用率。
- (4)推動新制身心障礙鑑定制度。

2.挑戰及執行策略

經檢討現行長照計畫所面臨之挑戰，研擬 101-104 年中程計畫相關因應執行策略如下表：

挑戰	執行策略
1. 符合現行長照計畫服務對象失能人數成長快速 2. 長照應服務對象未全面含括於長照計畫 3. 長照服務輸送體系仍待加強 4. 長照機構之品質仍待整合提升 5. 長期照護資訊系統待整合 6. 長照人力資源亟待培訓及發展 7. 長照相關法規有待建立 8. 外籍看護工申審制度待檢討	1. 逐步擴大長照服務對象 (1) 預定 103 年起將 49 歲以下領有身心障礙手冊且失能者納入服務對象。 (2) 擬自 104 年，依長照服務網計畫，視長照服務資源整備及財源情形，逐步將全失能人口納入。 2. 長照機構管理之整合及品質提升 3. 長照服務管理機制之強化 4. 資訊系統之強化、建置及整合 5. 長照服務網計畫之規劃及推動 6. 長照人力培訓規劃 7. 外籍看護工申審制度之規劃 8. 研擬自 102 年調整照顧服務費每小時之補助基準，由 180 元修正為 200 元

(三)分工體系

長期照顧十年計畫內容，係經衛福部(原衛生署)召集內政部、勞委會、國健局、原民會及教育部等部會召開 2 次研商會議討論，並彙整各相關部會提供之資料。各部會分工重點如下：

項目	主辦單位	協辦單位
1. 因應長照整體規劃調整之策略	衛生福利部	
2. 統整照顧管理制度	衛生福利部、勞委會	行政院人事局、直轄市及縣市政府
3. 發展長期照顧服務資源及提昇服務品質	衛生福利部、原民會、勞委會	直轄市及縣市政府
4. 發展長期照顧人力	衛生福利部、教育部	勞委會、直轄市及縣市政府
5. 整合與發展資訊系統	衛生福利部、勞委會	直轄市及縣市政府

(四)經費執行及未來需求

1. 第一期計畫經費執行

隨著長照服務使用比率逐年提升，長照計畫經費執行逐年成長，

由 97 年為 12.68 億元，98 年 14.14 億元，至 99 年 18.10 億元，詳如下表：

(單位：新台幣億元)

單位 \ 決算	97 年	98 年	99 年	100 年	合計
內政部	11.16	12.02	15.93	15.97	55.08
衛生署	1.52	2.12	2.17	2.57	8.38
合計	12.68	14.14	18.10	18.54	63.46

註：

1. 內政部辦理長照計畫之整體經費，內容包括實際社政長照服務之經費。
2. 衛生署辦理長照計畫之整體經費，內容包括服務需求評估及實際衛政長照服務之經費。

2. 未來經費需求

若依長照計畫現行之補助內容及頻率，自 103 年起納入 49 歲以下身心障礙失能者，並逐步擴大至全失能人口之經費需求，則 103 至 104 年逐年每年約需增加 5 億元（內政部及衛生署 102 年度經費需求較 101 年度約增加 16 億元）。

各相關部會(署)執行 101 至 104 年長照計畫所需經費合計 17,109,367 仟元，詳如下表：

(單位：新台幣仟元)

		101 年	102 年	103 年	104 年	合計
衛生福利部	內政部	1,885,780	3,461,757	4,337,260	4,734,482	14,419,279
	衛生署	264,808	320,304	877,367	1,065,289	2,527,768
	合計	2,150,588	3,782,061	5,214,627	5,799,771	16,947,047
教育部		1,080	1,080	1,080	1,080	4,320
勞委會		44,375	40,475	36,575	36,575	158,000
以上總計		2,196,043	3,823,616	5,252,282	5,837,426	17,109,367

註：依主計處已匡列額度，內政部及衛生署 101 年度經費較 100 年度增加約 3.3 億元，102 年度經費較 101 年度增加約 16 億元。

五、國內保險業者曾推出之長期看護健康保險保單內容

民國 93 年南山人壽保險公司曾經推出長期看護健康保險 (20LTCAN)，此保單之商品相關內容介紹如下。

(一)保單特點

1.繳費 20 年，保障終身

主契約繳費年限為 20 年，每年保費不變，繳費屆滿無須再繳保費，繼續享有保障。

2.長期看護療養保險金，生命有尊嚴沒負擔

被保險人於契約有效期間內，經大型醫院專科醫師診斷並依「需要長期看護狀態計分量表」評量累計分後，且於免責期間屆滿後持續符合「需要長期看護狀態」且仍生存者，按下列標準給付「長期看護療養保險金」：

- (1)達 250 分者，給付保險金額百分之十二
- (2)達 400 分者，給付保險金額百分之十八
- (3)達 550 分者，給付保險金額百分之二十四

3.長期看護保險金，彌補全民健保不足，減輕經濟負擔

被保險人於契約有效期間內，經大型醫院專科醫師診斷並依「需要長期看護狀態計分量表」評量累計分後，且於免責期間屆滿後未痊癒而持續符合「需要長期看護狀態」且仍生存者，保險公司自免責期間屆滿日次月一日起依下列標準按月給付「長期看護保險金」：

- (1)達 250 分者，給付保險金額百分之一
- (2)達 400 分者，給付保險金額百分之一點五
- (3)達 550 分者，給付保險金額百分之二

4.身故、全殘保險金，保障更周全

被保險人於契約有效期間內身故或全殘時，按身故或診斷確定全殘當時之保險金額給付身故或全殘保險金(須扣除累計已給付之長期

看護療養保險金及長期看護保險金)。

若公司給付身故/全殘保險金、「長期看護療養保險金」及「長期看護保險金」累積達保險金額者，契約即行終止。

5. 豁免保費，讓保險更保險

被保險人於契約有效期間且於繳費期間內者，經大型醫院專科醫師診斷並依「需要長期看護狀態計分量表」評量累計分確定符合契約所約定之「需要長期看護狀態」時，且「需要長期看護狀態」持續達六十日以上者，公司將自第六十一日起之最近一期繳費日起，豁免契約之保險費。

6. 需要長期看護狀態計分量表摘錄

行動能力障害	需使用輪椅代步(指上肢健全，下肢功能障害致需使用輪椅，始得行動)	60分
臥床狀態障害	大部分時間需要臥床(指每天 24 小時之中，一半以上時間必須臥床)	10分
攝食狀態障害	需人餵食(完全需他人經常且持續協助餵食)	10分
大小便情形障害	部分需人扶助(指一半以上的如廁時間或次數需要他人協助)	60分
沐浴障害	部分需人扶助(指經常且持續性仰賴他人協助，始完成沐浴一半以上的動作)	60分
更衣障害	部分需人扶助(指經常且持續性仰賴他人協助，始可完成更衣一半以上的動作)	60分

*完整內容請參閱附錄一。

(二) 投保規則

1. 投保年齡：

18~65 歲

2. 投保金額：(以萬元為單位)

最低投保金額：新台幣 10 萬元。

累計最高投保金額：50 歲(含)以下新台幣 800 萬。

51~60 歲新台幣 500 萬。

61~65 歲新台幣 300 萬。

3.醫務規則：

如遇第 1 或 2 項之情形，均須完成相關體檢：

(1)被保險人投保本險種，若投保年齡為 50 歲(含)以下、且本險種之累計投保金額為 100 萬(含)以內者，不須計入【累計壽險風險保額】及【體檢保額】；若不符合上述條件者，則須以 LTC 之累計投保金額乘以「核保風險係數」”0.5”作為【累計壽險風險保額】及【體檢保額】之計算基礎。

(2)若本險種之累計保額及投保年齡符合下表者，須加作血脂肪檢查及血糖檢查：

投保年齡	56~60 歲	61~65 歲
LTC 累計保額	301~500 萬	無論投保金額多寡，一律須作血脂肪檢查及血糖檢查

4.核保相關規定：

(1)本險種可承保等級：

LTC 累計保額於 500 萬(含)以下，最高可承保至加費金額”標準費率 100%”。

LTC 累計保額超過 500 萬以上，僅承保標準體(即弱體或職業加費者，不予承保)。

(2)職業分類手冊之意外險相關險種(含 PAR/IPA…等)為拒保者，本險種亦不予承保。

(3)職業加費：如一般壽險須加費之職業，投保本險種亦須職業加費，且加費金額比照壽險。

(4)本險種之保額不須列入「累計壽險基本保額」。

5.本險種可附加之附約：

LTC 可附加 WPP、NDLR、PDR、NSIR【註】、AI、PAR/FPN/FPS、MN/MS/DHI/RS、HS/HSS/HSC、HIR/HIRS/HIRC、HR/HRS/HRC、SIR/SIRS/SIRC、FIH/FIHS/FIHC、PBBR、NCR 等附約。附約枝頭保

規則比照現行“終身壽險”附加上述附約之相關規定辦理。

【註】10年期(含)以下 PDR 及 NSIR 不可附加於 LTC。

6.本險種不可附加 TIB。

7.繳費方式：

年繳、半年繳、季繳、月繳。

8.其他投保規則仍維持不變。

(三)費率表

單位：每萬元保險金額之年繳保費

年齡	男性	女性	年齡	男性	女性	年齡	男性	女性
18	178	159	34	260	233	50	442	375
19	182	162	35	265	239	51	457	386
20	187	166	36	272	246	52	474	401
21	191	171	37	281	252	53	493	416
22	194	173	38	288	259	54	513	430
23	198	178	39	297	266	55	543	462
24	204	182	40	305	273	56	566	481
25	208	186	41	314	281	57	592	503
26	212	191	42	322	289	58	620	525
27	218	195	43	332	298	59	649	550
28	222	201	44	342	307	60	682	586
29	228	205	45	364	315	61	718	616
30	234	211	46	375	324	62	758	647
31	240	215	47	388	334	63	800	692
32	245	221	48	400	346	64	846	729
33	252	227	49	414	356	65	896	770

第三章 主要國家年金保險相關法令制度與商品概述

第一節 美國年金保險相關法令制度及商品

美國年金制度分為公的年金跟私的年金。公的年金主要為社會年金，包括公務員退休法案、鐵路人員退休計畫，與社會保障計畫。

私的年金主要有兩個部分，一個為企業年金，一個為個人年金。企業年金又可分為退休金計畫(Pension Plan)，與儲蓄計畫(Retirement Saving Plan)。退休金計畫可分為確定給付制年金(Defined Benefit)，與確定提撥制年金(Defined Contribution)。而儲蓄計畫包括 401(K)計畫。個人年金則為個人自願提撥之計畫，包含自營者退休金計畫(Keogh Plan)，與個人退休年金(Individual Retirement Annuity；IRA)。

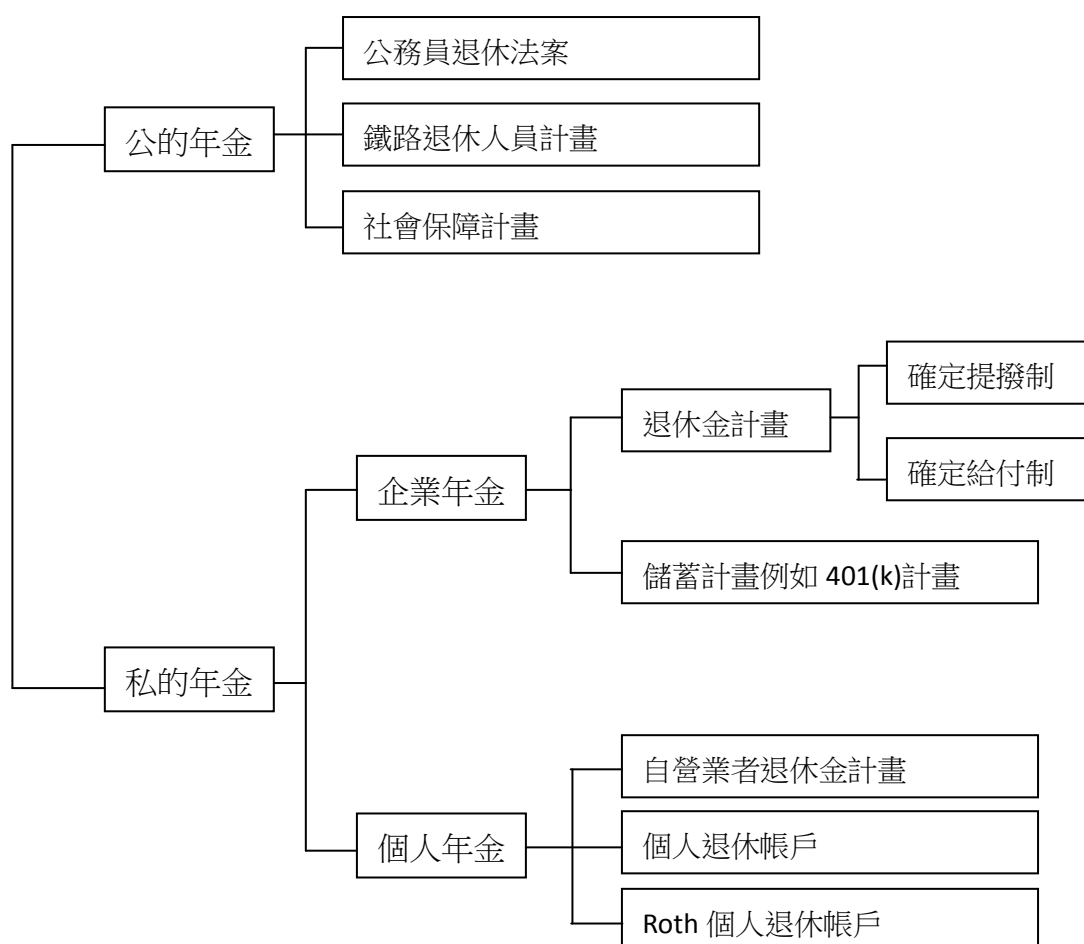


圖 3-1 美國年金制度體系

一、美國企業年金與稅制

美國現行企業年金制度之主要規範，為 1974 年由福特總統簽署的員工退休所得保障法案(Employee Retirement Income Security Act；ERISA)，ERISA 之立法精神，主要為適格年金的觀念，亦即規定一個合格退休年金之基本條件，凡是能符合其基本要件的退休年金計畫，則雇主所提撥之退休基金就能以費用列之，而達到節稅的效果。

企業年金的會計處理方面，美國財務會計準則委員會(FASB)，於 1985 年發表了 FASB 87 及 88 公報，規定企業之退休年金應計負債，各項資產收益及費用之認定，必須明確表達在財務報表上，規定十分嚴格，自 1987 年開始實施。

(一) ERISA 之內容概要

1. 參加計畫之資格條件

參加資格以年齡以及服務年資作為加入 ERISA 之要件，其說明如下：

(1)年齡：所謂年齡亦即最低、最高年齡及服務年資均為其加入要件，例如：員工年滿二十五歲且服務滿一年以上者有加入資格，或者在達正常退休年齡前已服務滿五年以上者，亦有加入資格，但又規定採設定給付額與目標給付型之退休計畫，無最高年齡之限制。所謂目標給付型之退休計畫，是在計畫訂定時，便已決定一參加者在到達正常退休年齡時之預定給付目標，然後計算出所需積存之平準式釀出額，再按此一款額為每一參加者提出釀出金，分配到他的個人帳戶上。另外規定，加入計算之起算日，應於資格符合後六個月內為之，而兼職員工，按時計酬之契約工及未達最低薪資標準之員工，得排除於退休計畫外。

(2)服務年資：年資為決定參加退休年金計畫之資格及賦益權之最重要依據。ERISA 規定，員工於連續十二個月內總工作時數如超過一千個小時，不論直接或間接之酬勞，即應計一年之服務年資，但如屬季節性行業，則按行業別另訂之。至於服務於關係企業之公司或舊公司改組之情況，除另有規定外，服務年資均應予以照算。可見在

ERISA 中對服務年資之計算相關優惠，但下列三種情形則不予計算其服務年資：

- A. 二十二歲之前之服務年數。
- B. 員工自動放棄釀出制度退休計畫期間之服務年數。
- C. 退休計畫頒行前之服務年數。

此外，ERISA 在服務年資之計算之一大特色為服務中斷準則 (Break in Service)，除非不連續服務期間符合某些要件，才視為服務中斷，否則其服務年資應累積計算。例如：在一連續十二個月服務計算期間內，員工累積工作時數，包括帶薪病假時數後，仍未滿 500 小時者，方得視為服務中斷。

2. 賦益權

所謂賦益權，員工在企業服務期間所參加的企業退休計畫，該計畫可讓員工在退休之前離職時，對企業所設置的退休基金，尚有取得全部或部分金額的權利，員工對本身釀出保費而獲得之退休金權益為員工本身所擁有，此乃理所當然，但由雇主所繳保費而獲致之權益就應如何歸屬，ERISA 規定可採下列三種方式：

- (1) 凡員工服務滿十年後，賦益權百分之百歸屬於該各員工。
- (2) 凡員工服務滿五年可賦予 25% 之賦益權。以後每滿一年增加 5%，直至滿十年後每年加 10%，滿十五年後即為百分之百。
- (3) 凡員工服務滿十年或服務年資(至少五年)加上實際年齡等於四十五歲時，則可享 50% 之賦益權，以後每年增加 10%，五年後享百分之百。

3. 課稅之規定

合於 ERISA 所規定之退休計畫，可享有課稅之優惠。對於雇主而言，納入計畫之中之釀金於國稅法 (Internal Revenue Code ; IRC) 所規定的限額內可作為營業費用支出，不須繳納營利事業所得稅，而雇主所提釀金歸屬於任一員工之部分，亦不須於釀金提存之當年度計入員工的所得稅中納稅。

4. 基金之保管運用責任

ERISA 對於退休年金計畫之管理或對基金之保管運用有執行權者，以及收取酬勞之顧問者，課予信託責任，規定如下：

(1)必須明訂出一至多位名義受託人，按指定之方法選任，分別或聯合擁有控制、管理權。

(2)除非退休基金經由壽險公司管理，否則應以信託方式保存，而受託人必須對基金投資活動結果負完全責任，但若退休基金設立投資委員會，受託人依其指示進行投資而發生任何損失，受託人不需負責。

(3)若基金係由壽險公司之保險契約或年金契約組成，壽險公司仍具有受託人身分，應符合 ERISA 受託行為之相關規定。

(4)受託人不得將基金或其所得任意移轉。

(5)名義受託人可將不涉及基金管理之信託責任，依照法定程序予以分配或委任。

(6)受託人應盡善良管理人之責任，對違反信託責任行為而遭受之損失應負完全責任，但因不當使用而獲利之利益應歸屬退休基金資產。

5.計畫之終止

當退休計畫終止，ERISA 對退休基金資產的處分順序如下：

(1)員工本身自願釀出之部分。

(2)強制員工釀出之部分。

(3)已退休三年以上或計畫終止已具有退休資格員工之權利。

(4)退休給付保證公司所承保給付。

(5)其他已歸屬之賦益權。

(6)其他應付之賦益權。

如全部資產不足給付上述之順位時，則採比例分配方式處分。

6.年度報告書

ERISA 規定企業須將退休基金之提存及其運用方式，按規定的格式提出年度報告書，而報告書必須於每一計畫年度結束後七個月內交予國稅局。報告書的內容主要包括以下兩項：

(1)除計畫人數在 100 人以下者外，均須將退休基金資產運用之財務報表，請合格之會計師予以簽證。

(2)對於釀金之提存，必須由合格之精算師簽證，並將結果詳列，以及說明精算假設及方法。

(二)美國 401(k)計畫之內容概要¹

401(k)是美國於 1978 年創立的一種延後課稅的退休金帳戶，美國政府將相關規定明定在美國國內稅收法(Internal Revenue Code, IRC)第 401(k)條中，故簡稱為 401(k)計畫。適用於私人公司的 401(k)屬自願性質，由雇主申請設立後，在不超過 11,000 美元的額度內，員工每月自行決定提撥某一數量之薪水(薪資的 1%~15%)至其退休金帳戶。該提撥金可從員工的申報所得稅中扣除，直到老年提領時再繳納所得稅。美國國內稅法規定凡合於資格之受雇人(含公務員)可開設退休帳戶，受雇人可以免稅的方式提撥自己的退休金，等到提領時，則需要付稅，但由於當事人之年邁，所得較低，稅率也較低。

401(k)計畫為一種確定提撥制計畫，也是美國目前佔有率最高的確定提撥制計畫，401(k)計畫之所以如此受到歡迎的原因，除了它有確定提撥的特色外，還有相對提撥的機制，此機制讓雇主有更大的彈性，再加上 401(k)的管理費較少，更加提供了優勢加上種種利因，因此廣受歡迎。

1.參加資格

基本上全職員工是可以參加公司的計畫，但是像臨時員工、派遣人員或是委託關係員工通常都不在其範圍之內。而員工在公司開始服務時，許多公司都會有一些基本要求，例如起碼要在公司服務滿一年以上、或是年齡在 21 歲以上時才可以參加 401(k)計畫，或是一些其他的規定等才能參加計畫。

2.相對提撥機制

401(k)係一種相對提撥的計畫，也就是雇主會根據員工所提撥金

¹王儷玲(2011)，我國退休基金管理制之研究，行政院研究發展考核委員會。

額的大小來決定雇主投入帳戶的金額，因此員工提撥越多，雇主也就提撥越多，故可快速累積所得，但是若員工提撥越少或沒有提撥，雇主也就提撥越少或不用提撥。而相對提撥的方式有很多種，一種係根據員工每期提撥的多寡來決定雇主應提撥至帳戶內的金額，也有公司利用員工的服務年資來決定其提撥的額度，當員工服務的年限越長，雇主提撥的金額越多。而提撥的時點不限於以年為單位，也可以以月、季為單位做提撥。

3.賦稅誘因

稅前繳款與遞延納稅是為了提高企業及其員工儲蓄養老的積極性，美國國內稅收法規定，企業員工向 401(k)帳戶的繳款在規定限額內可在稅前扣除，享受遞延納稅待遇。此外，401(k)帳戶中的投資收益可以累積投資，在最終提取之前不徵收資本利得稅。只有當員工因退休或其他原因開始從 401(k)帳戶提取款項時才需要就上述繳款及收益繳納相應的資本利得稅和個人所得稅。401(k)條款的規定實際上是為鼓勵企業員工為退休養老進行儲蓄投資而實行的一種福利政策，故而對每年可在稅前繳款的金額必須作出限定。

4.賦益權

基本觀念為員工在公司服務超過一段時間後，對於雇主有一個請求權利，即雇主所提撥的金額是屬於員工的，而賦益權可分為以下三種：

(1)立即式(Immediate)賦益權：雇主所提撥的金額即屬於員工。

(2)漸進式(Graduated)賦益權：隨著服務時間的增加對於雇主所提撥的金額其屬於員工的比率也就越高，直到 100%。

(3)門檻式(Cliff)賦益權：經過一段時間後即擁有 100%的賦予權，不同於累進賦予權，在期間之前員工是沒有此權利的。

5.資產可攜帶性

401(k)是一種「可攜帶型」的退休金計畫，計畫中之資產可隨員工的工作變動而相應轉移，由於採取個人帳戶的管理方式，因而當 401(k)的計畫參與人離開原來的企業雇主時，他可以下列幾種方式處

理自己的 401(k)帳戶

A.可以將帳戶餘額轉入新企業的 401(k)計畫。

B.將帳戶餘額轉入個人退休帳戶(IRA)，此時不需繳納所得稅及懲罰性稅收罰款。

C.帳戶餘額全部取出，此時參與人必須繳納所得稅及 10%的懲罰性稅收罰款。

6.帳戶管理

實行個人帳戶管理，美國的「員工退休收入安全法案(ERISA)」規定，401(k)計畫實行個人帳戶管理，與企業自有帳戶嚴格分開。員工的 401(k)帳戶中的資產(包括員工自身的繳款及已經獲得所有權的企業搭配繳款)不屬於企業的資產，企業出於任何與其經營有關的目的均不能動用其員工 401(k)帳戶中的財產。

在 401(k)計畫資產的投資運用方面，401(k)計畫的資產既可由設立該計畫的企業集中起來統一進行投資，也可採取個人自主投資帳戶(individual-directed-account)的方式，由員工自主決定其個人帳戶中資金的投資方向。由於採取集中投資方式情況下企業需要為投資的損益承擔較大的責任，目前個人自主投資的方式日益成為美國 401(k)計畫的主要投資方式。按照有關規定，在採用個人自主投資帳戶時，企業必須為參與計畫的員工提供三種以上的投資商品種類。實行 401(k)計畫的美國企業通常會為員工提供 8 到 16 種投資選擇，包括本企業的股票、共同基金、保證投資合約(GICs)等等，平均數量在 10 種以上。

7.基金監理

401(k)計畫之監理機構可略分為稅務機關與勞工退休權益機關。前者主要職責在於防止稅收流失和賦稅誘因被濫用。後者則包含勞工部與證管會勞工部主要負責有關計畫公開與報告、信託法與 ERISA 有關忠誠義務(Fiduciary Responsibility)及禁止交易事項等規定證管會負責審理金融機構經營退休金產業之相關事宜。

(三)聯邦節約儲蓄計畫(Federal Thrift Saving Plan,TSP)之內容概要²

美國自 1984 年以前實施公務人員退休制度(Civil Service Retirement System, CSRS)，在 CSRS 計畫底下，公務人員年資越多者，所領取的給付就越多，造成人員升遷受阻，且無法吸引新進人員進入，導致人力資源出現無效率之情形，再加上提撥率不足以及人口老化等問題。在 1987 年正式實施聯邦部門受雇者退休制度(Federal Employee Retirement System, FERS)與聯邦節約儲蓄計畫(Federal Thrift Saving Plan, FTSP)，FERS 制度適用於自 1984 年以後任職於聯邦政府之員工，而 1984 年以前之員工，可自行選擇維持舊有的 CSRS 資格，或加入新的 FERS 制度。然而 FTSP 計畫是一種類似 401(k)，不論是 CSRS 退休制度或是 FERS 退休制度皆能參加 FTSP。FTSP 計畫提供聯邦政府之員工相同於私人部門所適用的 401(k)的退休金與賦稅誘因，該計畫採取確定提撥制，允許計畫內員工提撥一定比例之薪資至個人退休金帳戶內，所提撥之金額可認列為當年度支出可暫時免除課稅，直到退休後提領，才需依照當時提領條件課徵聯邦所得稅。

參與聯邦節約儲蓄計畫所給付的退休金之多寡，須依照個人提撥率及投資績效而定，就目前法令對於提撥率規定，每一個聯邦政府雇主必須按期針對每一受雇者的薪資提撥 1% 至受雇者的帳戶內，同時雇主也需提撥相對比率。當受雇者提撥 1% 至 3%，雇主則必須提撥相同比例，但受雇者提撥 4% 至 5%，雇主僅針對超過 3% 的部分提撥一半，其提撥上限為 4%。一般而言，受雇人提撥的越多，可投資的金額就越多，在 FTSP 計畫有多項不同風險的基金可作為投資標的，如：G 基金、F 基金、C 基金 S 基金、I 基金及 L 基金，但基金種類在計畫成立初期，僅有 G 基金、F 基金及 C 基金，直到 1991 年法令鬆綁後，2000 年新增 S 基金及 I 基金，L 基金則在 2005 年加入。截至目前為止，投資標的共有六種基金，所運用的資產項目可分為三大類，第一類為兩檔固定收益型基金，第二類為三檔股票型基金，第三

²王儷玲(2011)，我國退休基金管理制之研究，行政院研究發展考核委員會。

類為生命週期基金。關於各項基金之操作，僅有 G 基金由聯邦退休金節約投資委員會(Federal Retirement Thrift Investment Board, FRTIB)管理之外，其餘四項基金皆委託專業資產管理機構代為操作。下表為各基金的詳細說明：

表 3-1 聯邦節約儲蓄計畫各基金投資標的明細表

投資標的	投資資產類別	投資績效評估
G 基金 美國政府公債 投資基金	短期債券，主要以美國政府國庫券為投資標的，其中包含專門發行給 TSP 的短期美國政府公債，投資期間至少四年或以上，其性質與貨幣型基金相類似。	無市場利率及信用風險之問題。
F 基金 固定資產指數 基金	中年期債券，投資於 Barclays U.S. Debt Index Fund，其投資組合包含各種不同型態產業、不同到期日與不同發行者之高品質固定收益債券。	LBA 指數
C 基金 股票指數投資 基金	國內大型股，以 Barclays 股票指數基金為投資標的。	Standard & Poor's 500 (S&P 500) Index
S 基金 小型資本美國 股票基金	國內小型股，針對 Barclays Extended Market Index Fund 進行投資。	Wilshire 4500 Index
I 基金 國際股票市場 基金	國際股票，主要投資於 Barclays EAFE Index Fund。	Morgan Stanley Capital International EAFE(Europe, Australasia, Far East) Index
L 基金 生命週期基金	生命週期基金(life-cycle fund)由以上五種投資標的不同比率合成，其中風險性基金(ex：C 基金、S 基金、I 基金)會依照退休年齡的接進而減少。	-

資料來源：王儷玲(2009)，先進國家公務人員退撫制度之研究，銓敘部。

另外 L 基金依照距離退休時間或需要現金的時間長短設有五種不同基金，例如 L income 以已經有提領退休金的人為目標，L2010 鎖定在 2014 年後退休的人，L2020 針對從 2015 年至 2024 年間退休的人，L2030 以 2025 年至 2034 年退休族群為主，L2040 則以 2035

年以後退休的人為目標。在這些基金中，每一種基金投資組合都不同，由下表可看出，L2010 主要投資於 G 基金，其投資比例達 74%，L2020 分別在 G 基金及 C 基金的投資上，其投資比率分別為 35% 及 30.5%，L2030 與 2040 在投資比率上，也是以 G 基金、C 基金為主，但 C 基金所佔的投資比率相對 G 基金較多。

表 3-2 生命周期基金之投資組合表

	L income (%)	L 2010 (%)	L 2020 (%)	L 2030 (%)	L 2040 (%)
G 基金	74.0	74.0	35.0	21.5	10.5
F 基金	6.0	6.0	7.7	8.5	9.5
C 基金	12.0	12.0	30.5	36.0	40.0
S 基金	3.0	3.0	10.0	14.0	17.0
I 基金	5.0	5.0	17.0	20.0	23.0

註：截至 2010 年 7 月
資料來源：TSP 網站。

由下表可看出各項基金之投資報酬率，在五項基金當中，G 基金與 F 基金的投資報酬率較為穩定，而 C 基金、S 基金與 I 基金則投資報酬率波動較大，例如：2008 年三項基金投資報酬率皆為負值，隔年(2009 年)投資報酬率即轉為正值。

表 3-3 2000 年至 2009 年 FTSP 各項基金投資績效表

年	G fund(%)	F fund(%)	C fund(%)	S fund(%)	I fund(%)
2000	6.42	11.67	-9.14	-15.77	-14.17
2001	5.39	8.61	-11.94	-9.04	-21.94
2002	5.00	10.27	-22.05	-18.14	-15.98
2003	4.11	4.11	28.54	42.92	37.94
2004	4.30	4.30	10.82	18.03	20.00
2005	4.49	2.40	4.96	10.45	13.63
2006	4.93	4.40	15.79	15.30	26.32
2007	4.87	7.09	5.54	5.49	11.43
2008	3.75	5.45	-36.99	-38.32	-42.43
2009	2.97	5.99	26.68	34.85	30.04
10 Yr Compound	4.62	6.39	-0.94	1.69	1.10

註：截至 2010 年 7 月
資料來源：TSP 網站。

下表為生命週期基金於 2005 年至 2009 年間之投資報酬率，L income 與 L2010 之投資績效相較於其他組合較為穩定，不易有太大幅度的波動。

表 3-4 2005 年至 2009 年生命週期基金投資績效表

年	L income (%)	L 2010 (%)	L 2020 (%)	L 2030 (%)	L 2040 (%)
2005	2.15	2.99	3.40	3.59	3.92
2006	7.59	11.09	13.72	15.00	16.53
2007	5.56	6.04	6.87	7.14	7.36
2008	-5.09	-10.53	-22.77	-27.50	-31.53
2009	8.57	10.03	19.14	22.48	25.19

註：截至 2010 年 7 月
資料來源：TSP 網站。

自 1987 年起公務人員退休制度與聯邦部分受雇員退休制度的員工，皆有資格參加聯邦節約儲蓄計畫，該計畫是一種確定提撥計畫，其目的為針對聯邦政府部門之員工，提供類似民間營利事業單位的 401(K) 計畫，該計畫允許員工自行決定提撥一定比例之薪資至個人退休金帳戶，並將帳戶內基金投資到六種不同的投資標的。

1. 提撥比率

依據法令之規範，每一位聯邦政府之雇主都必須按期為員工提撥 1% 至受雇者的帳戶，此外受雇者可以自行決定提撥比率，其上限為薪資的 10%，同時雇主必須依照受雇者所提撥的部分作相對之提撥。但是當受雇者提撥比率為 4%-5% 時，雇主只針對超過 3% 的部分提撥一半，且最多僅相對提撥 4%。

表 3-5 部門受雇者退休制度下參加聯邦節約儲蓄計畫受雇者之提撥

受雇者提撥比率	雇主提撥比率		總提撥比率
	法定提撥	相對提撥	
0	1	0	1
1	1	1	3
2	1	2	5
3	1	3	7
4	1	3.5	8.5
5	1	4	10
6-10	1	4	11-15

資料來源：TSP 網站(2010 年 9 月 10 日)

2. 基金管理

聯邦節約儲蓄計畫(TSP)基金投資最大的特色是採取被動管理方式投資於指數型基金，指數型基金有較低的手續費及基金經理費，藉由加入的人數眾多可以取得規模經濟讓聯邦節約儲蓄計畫(TSP)下的基金有更低的費用，打敗市場上其他的指數型基金。

在基金投資方面，TSP 所提供的項目，可分成 6 個項目，讓公務人員依其個人風險偏好，選擇不同運用資產的項目配置出符合自己需求的組合。運用資產的項目分屬 3 大類，第一類包含 2 檔固定收益型資產，第二類為 3 檔股票型資產，第三類為生命週期基金(life-cycle fund)。各項目的資產運用操作，除了投資於政府債券的固定收益型資產(G Fund)直接由 FRTIB 管理操作外，其餘 4 種都透過競標過程委託專業資產管理機構代為操作，操作期間一般為 3 年，另外視績效可再延長 2 年，符合追求長期績效的投資。委外資產項目的投資策略需要依照 FERSA 之規定，採取被動管理方式投資於指數型基金，藉此排除政治力介入，干擾買賣時機或投資標的之選擇。同時因為是投資於指數型基金，所以基金經理人費用及交易手續費都非常低，藉此提高報酬率。第三類則由前 5 項組成的生命週期基金(Lifecycle funds)，藉由在不同年齡調整風險與資產的配置，也藉由資產組合的方式來降低報酬率的波動。

2009 年受託為 TSP 的資產管理機構為 Barclay Global Investors(BGI)，BGI 為美國最大的指數基金資產管理公司，在 2000 年底管理的指數基金規模達 8000 億美元。其指數基金不只籌集 TSP 的資金，另外也為其他民間企業組織約 228 個雇主所提供的退休計畫擔任資金管理工作，只是按各計畫別分設帳戶並信託於保管銀行。

聯邦節約儲蓄計畫在成立之初，基金的投資標的原本受到相當嚴格的限制，但這些嚴格的限制在 1991 年後都已經放寬，在 1991 年解除投資限制之時，僅有 G 基金、F 基金以及 C 基金 3 種，S 基金和 I 基金為 2000 年新加入的投資標的，L 基金為 2005 年新加入的投資標的。目前受雇者可以選擇的投資標的總共有六種，分別為 L 基金生命

週期基金(Life cycle funds)、G 基金美國政府公債投資基金(Government Securities Investment Fund)、C 基金股票指數投資基金(Common Stock Index Investment Fund)、F 基金固定資產指數基金(Fixed Income Index Investment Fund)、S 基金小型資本美國股票基金(Small-Capitalization U.S. Stock Fund)、I 基金國際股票市場基金(International Stock Fund)。

(1)美國政府公債投資基金(G 基金)

G Fund 資產類別為短期債券，資金全數投資於美國政府國庫券。其中包括專門發行給 TSP 之短期且不可在市場交易的美國政府公債，到期日從 4 年或以上，性質類似貨幣型基金，不會有市場利率風險。另外由於這些債券都具有美國聯邦政府的信譽保證，因此也不會有信用風險的問題。

(2)固定資產指數基金 (F 基金)

F Fund 資產類別為中年期債券，投資於 Barclays U.S. Debt Index Fund，是一個分散廣泛的投資組合，這個投資組合內包含各種不同型態的產業、不同到期日與不同發行者的高品質固定收益債券。F 基金有市場與交易風險，可能的負報酬率會帶來損失。

(3)股票指數投資基金 (C 基金)

C Fund 資產類別為美國國內大型股，投資於 Barclays 股票指數基金。C Fund 的投資原則就是要複製史坦普 500 指數(S&P 500)，藉由廣泛的投資於各型類股，來分散投資風險。因此其投資績效的衡量標準在於評估 Barclays C Fund 和 S&P 500 指數兩者的投資報酬率是否接近。但也因為標的為股票，因此仍有價值劇烈震盪之風險。確定提撥制度(DC)本意即為提供參與者較大之控制權力，並由參與者自負退休金之投資盈虧。由此可知，參與者有自負盈虧之義務，因此，參與者應被賦予與義務相對之權利，此權利即為雇員之理財權利，聯邦節約儲蓄計畫透過雇員自選機制賦予雇員此權利。

(4)小型資本美國股票基金(S 基金)

S Fund 自 2000 年開始加入成為員工投資選擇項目之一，其資產類別為美國國內小型股，投資於 Barclays Extended Market Index Fund。

S Fund 的投資方向是要鎖定惠爾小型權益 4500 指數(Wilshire 4500 Index)，並以兩者間是否存在差距為績效評估標準。

(5)國際股票市場基金(I 基金)

I Fund 自 2000 年開始加入成為員工投資選擇項目之一，其資產類別為國際股票，投資於 Barclays EAFE Index Fund。I Fund 的投資方向是要鎖定摩根史坦利(Morgan Stanley)之歐洲、澳洲和遠東國際股價指數(MSCI EAFE)，並以兩者間是否存在差距為績效評估標準。

(6)生命週期基金(L 基金)

2005 年增加推出之生命週期基金(life-cycle fund)，由以上之五種標的依不同之比例組合而成，其中風險性資產(如國內大型股基金 C 基金、國內小型股基金 S 基金、國際股票基金 I 基金)之配置比例，會隨退休年齡的接近而降低。

L 基金分別有五種鎖定不同退休年限的基金，L 2040 為鎖定 2035 年後退休的風險，L 2030 則鎖定退休年限從 2025 年到 2034 年，L 2020 則鎖定退休年限從 2015 年到 2024 年，L 2010 則是鎖定退休年齡在 2014 年，L Income 則是符合給已經有在提領退休金的人。

3.基金監理

聯邦節約儲蓄計畫是由獨立的聯邦退休金節約投資委員會(Federal Retirement Thrift Investment Board, FRTIB)所監管。這個委員會的成員包含了五位指定的兼職主任委員及由這五位委員所挑選出來的全職執行長。根據美國法令規定，這幾位成員都必須符合「在財務投資以及退休金管理上為具有豐富經驗、受過良好訓練的專家」之條件。這個委員會的成員必須共同決定聯邦節約儲蓄計畫運作以及整體監管過程的政策，政策方向則交由執行長來執行。委員會每一個月都會公開集會一次以檢視此計畫的整體政策、執行計畫以及其成效。由於這個委員會是一個獨立的機構，因此該委員會的政策執行並不需要受到聯邦機構的定時控管，不過法令有規定聯邦節約儲蓄計畫的委員會必須定期地被稽核及接受非聯邦政府機構的定期控管。目前這個委員會每一年度的運作都會受到美國勞工局(Department of Labor)旗

下的退休金及福利管理局(Pension and Welfare Benefits Administration, PWBA)及獨立的稽核機構的稽核。

4.課稅之規定

依據美國稅法之規定，聯邦節約儲蓄計畫在稅務上的限制及稅法適用與 401(K)計畫相似，皆享有稅賦遞延(Tax-Deferred)之效果。提撥至計畫內作為當年的支出，使當年課稅所得減少。藉由該計畫，每位受雇者可將其每年所要繳交的聯邦稅賦遞延至領取退休金的那一年且帳戶內之投資收益於支領退休金前無須課稅。

5.領取方式

受雇者在離開聯邦節約儲蓄計畫 31 天後，可選擇下列五種方式提領退休金：

(1)一次領取。

(2)每月領取：受雇者可以決定每月固定領取多少金額，直到帳戶內金額耗盡，或是將帳戶內之金額平均分配至一定領取月數。

(3)經由該計畫購買壽險公司相關年金商品

(4)混和以上幾種方式

(5)將帳戶內金額轉至個人退休帳戶 (Individual Retirement Account, IRA)

6.相關年金商品

年金商品主要以基本型為主，其次再搭配其他年金，以下為各項年金之說明，前三項為基本型的年金商品，第四項至第六項項則為員工可以另外附加的年金商品。

(1)單一生存者年金(Single Survivor Annuity)：該年金支付對象以參與聯邦節約儲蓄計畫之會員本人。

(2)連生生存年金(僅限於配偶，Joint Survivor Annuity-Spouse Only)：僅支付給參與計畫的員工本人及其配偶，若當中有一人死亡，該年金仍會繼續給付至另一人死亡為止，但此時年金所給付的金額可能與原先相同或減少一半。

(3)連生生存年金(非僅限於配偶，Joint Survivor Annuity)：生存年

金只給付給參與計畫之員工及其所指定之受益人，若當中有一人死亡時，年金仍會繼續給付給指定受益人直到死亡為止。

(4)漸進型的年金給付(Increasing Payments):年金之給付將隨著消費者物價指數作調整。

(5)現金即時退還年金(Cash Refund Annuity):員工所支領的年金給付總額，若未達個人帳戶金額用來購買年金商品前死亡，保險人必須針對差額的部分，以現金退還給受益人。

(6)約定(保證)給付 10 年之年金(10 Year Certain Payout):該契約不論員工之生死，都會支付 10 年的退休金。倘若員工在 10 年內身亡，保險人仍給付剩餘年金給付給員工所指定之受益人。

(四)美國企業年金制度之發展趨勢

傳統上，美國企業年金制度多以確定給付制為主要計畫(Primary Plan)，而以確定提撥制為輔助計畫(Secondary Plan)，惟自 1980 年代開始，呈現逆轉之現象，從企業年金制度之數量、參加人數、退休基金資產數額及給付金額等各種角度分析，均可發現確定提撥制急速增加而確定給付制有衰退之現象，可說大部分美國企業已將確定提撥制列為主要計畫。

美國企業年金制度由確定給付制轉向確定提撥制主要原因有：

1.勞動市場結構之改變

中小企業興起，雇主不願承擔確定給付制之投資風險；員工流動性提高，偏好便於攜帶之確定提撥制。

2.退休金監理法規的修訂增加確定給付制的管理成本

確定給付制之企業年金制度必須加入政府經營之年金給付保證公司(PBGC)，此項保費逐年提高；且確定給付制行政管理成本高漲，造成雇主轉而選擇成本較低之確定提撥制。

3.企業財務因素之考量

過去在確定給付制之下，往往有超額提撥之情形，雇主若欲取回超額提撥之部分，依法只有終止計畫，將累積之退休基金發放所有員工後始能取回超額提撥之金額。

4.401(k)計畫的盛行

在 401(k)計畫下，由員工自由決定提撥一定金額至個人帳戶中，雇主始根據員工之提撥金額，相對提撥一定比率至 401(k)計畫中，由於其非適用於全體員工，成本較低，成為雇主之最愛。

(五)美國企業年金之課稅實務

1.適格年金之要件

根據員工退休收入保障法(ERISA)之規定，定義適格與非適格企業年金。而適格企業年金至少應符合下列之要件：

(1)禁止歧視原則：禁止公司為高薪員工為較有利之退休計畫。

(2)最低賦益權(Minimum Vesting)之保障：符合一定之條件下，員工雖於退休前終止該退休金計畫，仍得享有提撥金額部分或全部之利益。

(3)確保資產管理之安全性。

(4)須定期向政府及參與該退休金計畫之成員報告特定資訊。

2.適格年金之相關計畫

(1)資金購買計畫(Money Purchase Plan)：雇主按員工薪資的固定比率或固定金額每年提撥至員工的個人帳戶中，提撥額度為強制規定，雇主不可任意決定。雇主提撥之資金可認列為費用，享有賦稅優惠。

(2)利潤分享計畫(Profit Sharing Plan)：雇主根據公司的經營利潤(Profit)自由決定提撥額度，此計畫對雇主而言最大的好處即是擁有較多的提撥彈性，並透過提撥享有稅惠。

(3)儲蓄計畫(Saving/Match Plan)：主要是鼓勵員工以稅後薪資參與提撥，在稅法上限規範下，員工可自行決定提撥比例，亦可選擇不參加，但參與提撥，即可享受雇主相對提撥的優點。一次給付金可申請 10 年分攤的稅賦處理以減輕租稅負擔。

除下列各種計畫外，一般之儲蓄計畫，員工提撥之金額，並無法列為所得扣除額。

(4)401(k)計畫：最常被營利事業企業主採用者為依國稅法第 401(k)條之計畫，亦稱薪資遞延計畫(Cash or Deferred Arrangement；

CODA)，即允許員工將一部分稅前薪資存入個人退休金帳戶中，直至退休後領取時方才課稅。在此計畫下，除了員工自提外，雇主通常亦作相對提撥。

(5)403(b)計畫：依國稅法第 403(b)條規定，係為非營利事業之員工所提供之退休計畫。其中針對符合本條規定之公立或以教育為目的而成立之機構，例如：公立學校、醫院等，所成立之退休儲蓄計畫，其可以購買所謂之租稅庇護年金(Tax Sheltered Annuity；TSA)，意即其可享有較高額度之提撥金額，以享有稅賦之優惠。

而其他並無稅法上優惠之年金則稱之為非適格年金。

3.年金保險費之扣除額

(1)適格年金：可扣除

A.企業主提撥之金額，可列為該企業當年度之費用支出，以扣除後之所得課稅。

B.企業主提撥之金額，不視為員工當年度之薪資所得，可於當年度所得中扣除，以扣除後之淨所得課稅。

C.針對雇主提撥之退休金計畫，通常員工提撥部分之金額，係無法自所得中扣除，故為達到稅務上之最大優惠，適格之退休金計畫多不要求員工為相對提撥，而為非分攤型(非繳費型)之年金計畫。

(2)非適格年金：不可扣除

A.企業主提撥之金額，不可列為該企業當年度之費用支出。

B.員工為購買此類年金所支付之保險費，不得於當年度所得中扣除。亦即其係完全以稅後所得購買該年金。且其影響後續提及有關年金給付、解約、提領等情形，是否須課予所得稅之議題。

二、美國個人年金與稅制

(一)自營事業者退休金計畫(Keogh Plan)

所謂自營事業者，係指獨資企業之企業主，或是合夥企業的合夥人。1962年美國眾議員 Eugene Keogh 提議針對自營事業者提供稅惠之退休金計畫，即稱為 Keogh Plan，又稱 HR 10 計畫。該計畫允許自

營事業者之個人建立享有稅惠待遇之個人退休計畫，主要係針對律師、醫師及其他自營事業者為對象。參與該計畫之自營事業者得於其年所得中提撥 25% 或 30,000 美元較低之額度內扣抵所得稅，且投資期間之利得亦可享有遞延課稅之優惠，於其實際提領始課稅。此計畫與適格之退休金計畫一樣均可採確定提撥制或確定給付制，除計畫中之員工不得有貸款，幾乎與一般適格退休計畫相似。

(二)個人退休計畫(Individual Retirement Arrange, IRA)

個人年金雖於 1963 年引進自營事業者退休金計畫，加上 1974 年制定了員工退休收入保障法(ERISA)，做為企業年金重要之規範依據，但仍有多數未加入適格年金之退休民眾無法享有各項稅制上之優惠，故於 1974 年提出 IRA 法案，針對有所得之個人得於符合一定條件下針對其退休提撥帳戶享有稅之優惠。依個人退休計畫所使用之方式，可以分為兩種型態：

1.個人退休帳戶(Individual Retirement Account)

由政府所認可的金融機構，透過信託協定為個人提供適格退休帳戶。每年提存金額以 3000 美元為上限，並以年滿 70.5 歲的隔年 4 月 1 日為最遲提領日。

2.個人退休年金(Individual Retirement Annuity)

個人可以直接向壽險公司購買年金保險，每年提存保費以 3000 美元為上限，並以年滿 70.5 歲的隔年 4 月 1 日為最遲提領日。

(三)Roth 個人退休年金計畫(Roth IRA)

此法案由美國議員 William Roth 提出，為使個人退休金計畫更多元化。自 1998 年 1 月 1 日起，另有特殊個人退休年金計畫(Roth IRA)。其運作基本上與傳統 IRA 相似，但兩者於稅制上有極大差異，例如：依 Roth IRA 所提撥之儲蓄額度，並無法自當年度之應稅所得中扣除。

三、年金商品

(一)年金商品類型與市場現況

以下為年金商品針對不同特性之分類：

1.依據決定最終報酬之特性：固定年金(Fixed Annuity)、變額年金(Variable Annuity)、和指數型年金(Indexed Annuity)。

2.根據開始支付年金期間：遞延年金(Deferred Annuity)和即期年金(Immediate Annuity)。

3.依保費給付方式：躉繳(Single Premium)或是彈性保費(Flexible Premium)。

4.是否符合政府規定的退休計畫中的商品：適格(Qualified Contract)和非適格年金(Non-qualified Contract)。

下圖是歷年來個人和團體年金保費的比較表，由於在 2001 年起對於年金的分類有了改變，將某些存款類型的年金保險 (deposit-type contracts)，例如保證利率合約 (GIC, guaranteed interest contracts) 歸為其他類 (Other)，因此數據上會有變動，特別是此類合約比較多的團體年金受到較大的影響，在比較時應該將 2001 年作為分界點。

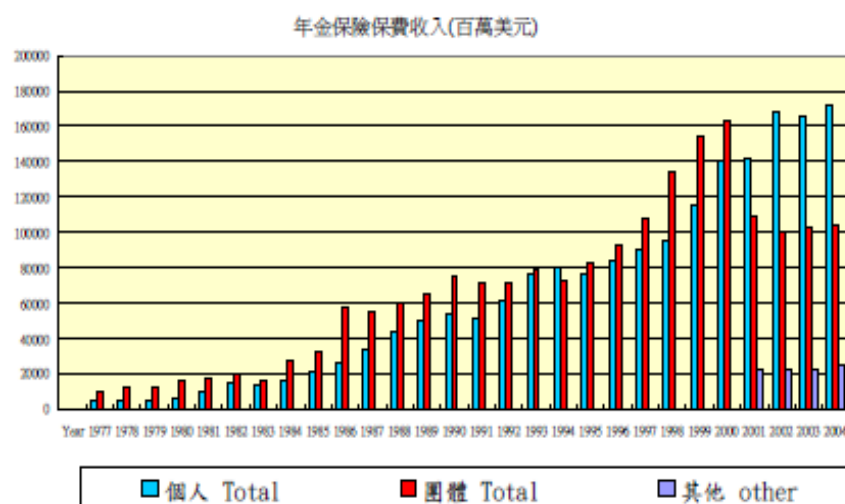


圖 3-2 美國歷年個人及團體年金保費支出圖

下圖是歷年來團體年金保費的比較表，我們可以看出，在 2000 年之前定額年金的銷售皆大於變額年金，而 2000 年之後變額年金市場才開始慢慢地快速成長起來，尤其是最近這幾年，1997-1999 年有很

大幅度的成長。

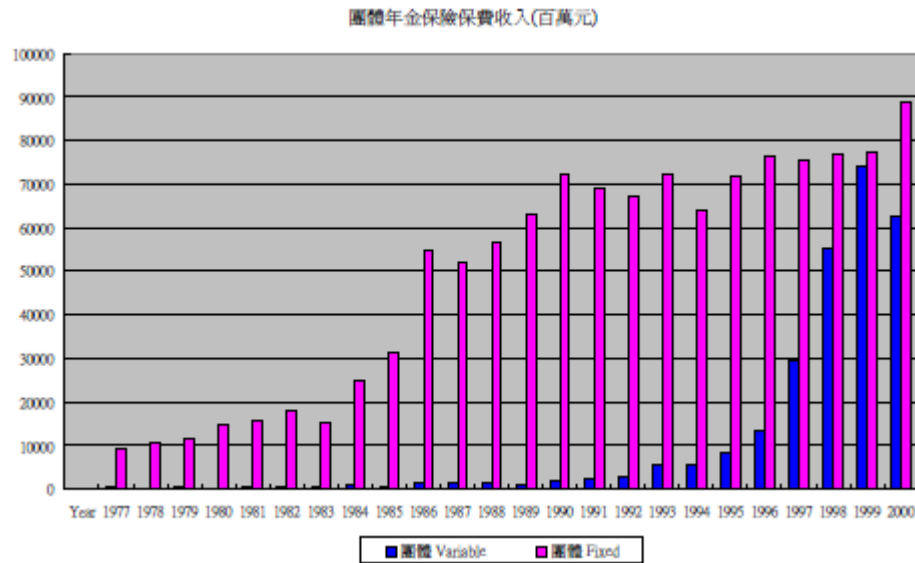


圖 3-3 美國歷年團體年金保費收入圖

下圖是歷年來個人年金保費的比較表，我們可以看出，在 1996 年之前定額年金的銷售皆大於變額年金，而 1993 年之後變額年金市場才開始慢慢地快速成長起來，尤其是最近這幾年有大幅度的成長，1997 年之後已超過定額年金。

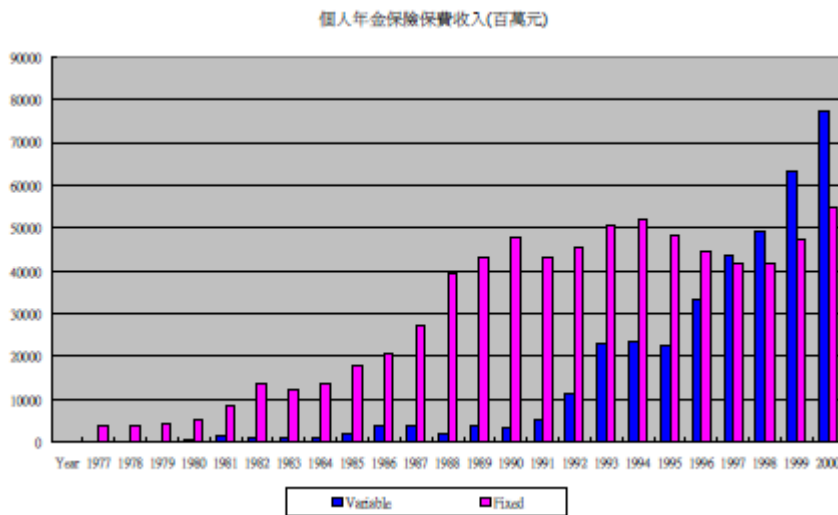


圖 3-4 美國歷年個人年金保費收入圖

(二)目前市場上較常見的商品

1.稅賦遞延定額年金(Fixed Tax Deferred Annuity / CD Annuity)

此種年金是美國於 1983 年發行，CD Annuity 在一設定期間內(通常 3 到 10 年) 提供一固定保證的利率。除了具有年金利息所得遞

延賦稅的特點外，它非常類似於銀行發行的定存。而 CD Annuity 不同於其他年金之處是在契約期間中不能預先解約(unscheduled termination)，CD Annuity 只有在死亡與清償期才有現金價值。由於不允許預先解約，因此 CD Annuity 的保證利息報酬通常較高，會吸引接近退休者、在契約期間較無支出計畫者及較保守的投資者購買。保險公司在 5-10 年內承諾一個保證的利率，亦即保證收入，就像一個銀行定存一般，只是獲利可以遞延到領取時才課稅。

2. 躉繳即期年金(Single Premium Immediate Annuity ,SPIA)

此種年金在保險公司收到躉繳保費之後，隨即開始支付年金。SPIA 適合那些想把已擁有之大筆資金直接轉換成分期給付之退休所得者採用。SPIA 通常用在企業退休金計劃中，雇主為轉嫁將來年金給付可能不足的風險，故於員工退休時將其一次給付之退休金額度以團保方式向保險公司購買 SPIA；或個人在拿到退休金後，希望將此筆金錢轉為年金型式，也可將其一次給付之退休金也可向保險公司購買 SPIA。

3. 反向房地產抵押年金保險(Reverse Annuity Mortgage ,RAM)

此類年金產品允許購買者以類似房屋貸款方式將其房地產價值轉換成固定支付的一連串年金收入，至於每期可領金額的多少則視房地產的市價而定，其代價是在被保險人死亡時需放棄其房子之所有權。此產品的特色在於不需繳交年金保費，而是以房地產之價值來購買年金。RAM 的房地產的價值可視為躉繳保費，年金受領人可以定期領到年金給付並繼續住在自己的房產中直到死亡為止，當被保險人死亡，保險公司取得房屋所有權並賣出以獲取利益或將房產轉變成保險公司的資產。直到現在，此業務並未如推出當時所預估的會有廣大的市場，因為房地產本身的增值性可能使得 RAM 之購買者產生損失。另外，目前房屋擁有者也可以透過不動產證券融資取得貸款，再將部分貸款拿來購買即期年金。

4. 躉繳遞延年金(Single Premium Deferred Annuity ,SPDA)

躉繳遞延年金是以一次繳費方式購買之遞延年金。SPDA 在契約

期間也提供最低保證利率，大致上，保證的期間愈長其保證的利率也愈低。舉例而言，利率變動型年金(The Market-Value Annuity,MVA)即是非常受歡迎的 SPDA。MVA 是美國於 1984 年發展出來而被歸類為與變額年金性質非常類似的投資型年金產品。MVA 允許被保險人在特定到期日之前(通常為 3 到 10 年)，鎖定在某一特定之保證利率，對買者是有利的是，當 MVA 的市場價值上揚時可增加其現金解約價值；另外，較長的保證期間能夠提供一較為安全的感覺。相較於契約期間相同但無保證利率的 SPDA 而言，當市場利率持續下跌時 MVA 能夠提供較高的投資報酬。

5.彈性保費遞延年金(FPDA, Flexible Premium Deferred Annuity)

彈性保費遞延年金是目前美國市場上最普遍的個人年金保險之一。FPDA 使被保險人自己可以決定投保金額大小(通常保險公司會設定一個繳費下限)與繳費時間(按月、年或各種期間)。此類年金通常用在企業年金制度(確定提撥制)中，以定期釀出之金額繳交保費向保險公司購買遞延年金。FPDA 通常提供最低保證利率，一般介於 3% 至 4.5% 之間。

遞延年金的優點是投入的資金能以延稅的方式增長，同時可以一次存入整筆款項，也可以多次存入，一般在存入數年後才開始領取，可以是整筆、分期給付或以終生收入方式領取。如果在五十九歲半前支取，國稅局可能要徵收 10% 的罰款，如果是從簡單個人退休帳戶(Simple IRA)裡的年金提款，而該帳戶建立才兩年，罰款則可能增至高達 25%。彈性保費則表示繳費的金額和頻率可以有彈性。

6.變額年金(Variable Annuities)

變額年金是美國在 1952 年發展出來，當時是由非營利性保險機構於教育界推行，直到 1960 年在一些監理規定逐漸解決之後，壽險公司才將其引進保險市場。變額年金的現金價值與給付金額會隨著其投資資產的市價變化而改變，VA 是希望利用股票或其他投資工具的長期報酬能夠與通貨膨脹相抗衡，藉以提供對通貨膨脹削弱退休所得的保護能力，因此變額年金的銷售與股市或金融市場的發展通常呈現

正相關。大部分變額年金之契約持有人需自行承擔投資風險，但目前由於市場競爭已有越來越多的變額年金提供最低利率與死亡給付保證額度。

7.證券指數年金(Equity Index Annuities)

證券指數年金的收益與股票市場大盤指數相關聯，該年金會在開始每月提取固定款項之前支付一定利息，付款金額則根據帳戶的投資總值、當前利率以及付款年限來確定。證券指數年金包含每年最低固定利率(floor rate)，但亦有指數增長率上限(cap rate)與參與率(participation rate)來約定股指升幅中有多少收益得以進入購買者的年金帳戶，而上限有可能逐年或是在每次更新時有所變動。

證券指數年金的購買者要是在簽約第一年要求取回投資款，就會面臨數目可觀的罰款，同時任何提前支取年金的舉動也會招致罰款。由於證券指數年金的罰款有效期都很長，因此這一產品可能不適合老年消費者。另外，所有股票指數年金也不根據指數權重派發股息回報。大部分證券指數年金未被列為證券，因此它們受各州保險署的監管，而不是更為嚴格的聯邦證券管理委員會(SEC)或全國證券商公會(NASD)。證管會正在考慮是否應該將此類年金列為證券，而不是目前的保險產品。一旦被納入證券，其發行、銷售及收費披露將受到更為嚴格的監管。

第二節 英國年金保險相關法令制度及商品

英國為退休金制度發展較完善的國家，隨著社會以及金融環境的變化，其歷經多次的改革，現行的退休金制度主要是透過三層支柱的方式來因應，第一層及第二層為強制性的，第三層則為自願性的，過去大部份的退休金計劃主要是以 DB 型式(確定給付制)為主，近年來漸漸以 DC 型式〈確定提撥制〉的退休金計劃來取代，另外，亦加重私部門的角色，主要的退休金運作的金融機構包括銀行、保險公司、資產管理公司或其他金融機構等，而保險公司除了提供資產管理外，亦提供一些風險分擔的年金保險商品及長期照護商品，因此，保險公司在因應人口老化的市場扮演相當重要的角色。

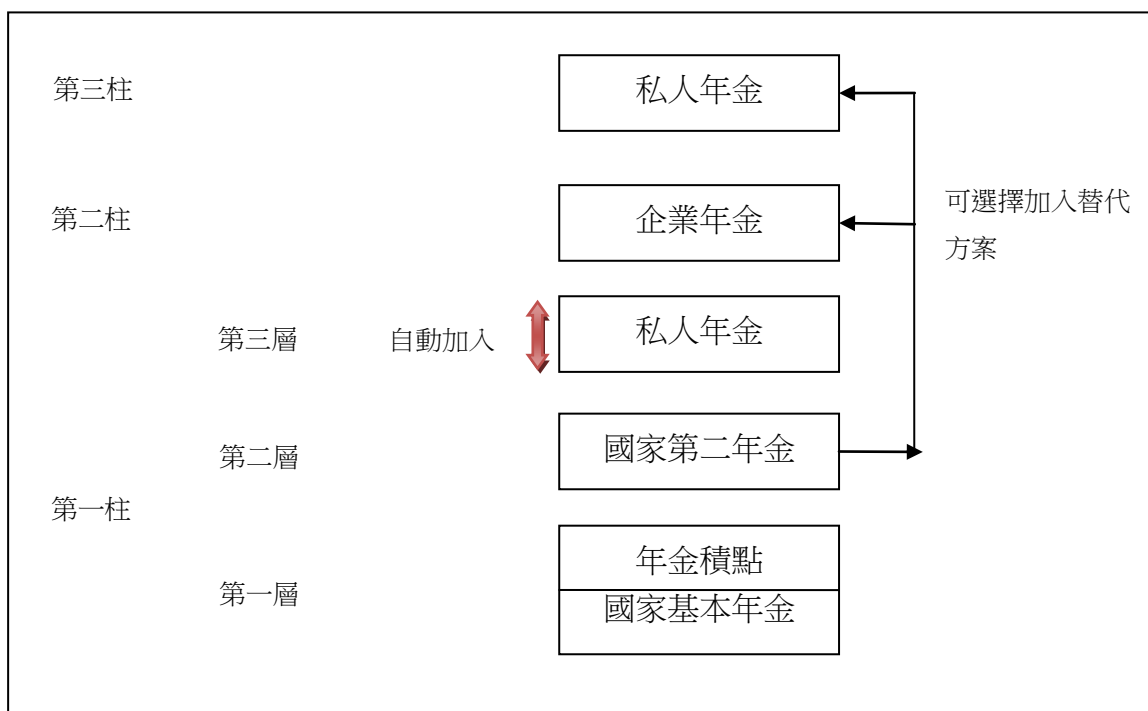


圖 3-5 英國年金制度之體系

一、英國年金體系(企業與個人)與稅制³

(一)國家基本年金

國家基本年金是依國民保險的規定而辦理。在 2010 至 2011 年間，受雇者的薪資超過 4,044 英鎊或是所得超過 5,075 英鎊的自雇者，都

³傅從喜(2011)，英國、德國私營部門參與年金改革之計畫，行政院經濟建設委員會。

必須要提撥國民保險的保費。包括全職就業與部分工時就業者、自雇者、負責照顧工作每周 24 小時以上者、領取兒童津貼者、全職參與職業訓練者，以及領取一些特定給付者，都需繳交國民保險的保險費而獲得保險年資，或是無預繳交保費而可獲得國民保險的年資認可。對大多數人來說，國家基本年金全額年金需要累積 30 年的合格繳費紀錄。繳費超過 30 年以上，仍然可以持續提撥保費，直到達到年金領取年齡。但 1945 年 4 月 6 日以前出生的男性和及 1950 年 4 月 6 日以前出生的女性，這些民眾需要更長的繳費年資才能獲得全額年金給付。在 1945 年 4 月 6 日出生的男性需要 44 年，而 1950 年 4 月 6 日以前出生的女性則需要 39 年。目前本項年金的合格年齡是男性 65 歲、女性 60 歲。從 2010 年 4 月 6 日開始，女性的請領年齡會開始增加到 65 歲，而和男性一致。而從 2018 年 12 月開始，男性與女性的請領年齡都會開始向上調整，到 2020 年 4 月時，成為 66 歲。未來有可能進一步將請領年齡提高到 68 歲。到達合格年齡後，也可以選擇延後領取年金。自 2005 年 4 月 6 日以後，民眾可以選擇延後領取此項年金給付。若選擇延後 5 周以上領取，則每延後 5 周其給付水準就會增加 1%；若延後超過 12 個月以上者，可以選擇領取正常的給付水準外加一筆一次性的給付。

2010 年到 2011 年，此項年金的全額年金給付水準為：單身男性或女性每周 97.65 英鎊；已婚的男性或女性依其自身繳費紀錄領取者每周也是 97.65 英鎊；已婚的男性、女性或伴侶若以其配偶或伴侶的繳費紀錄領取則每周最高 58.5 英鎊。國家基本年金方案有一項特別針對 80 歲以上民眾的特別給付，民眾年齡在 80 歲以上若未領取國家基本年金或其國家基本年金給付金額偏低，則政府會補足其年金給付，在 2010 到 2011 年間不足者將補足到 58.5 英鎊。

1. 基金管理

針對基金之收費與給付、資產配置概況做詳細說明，如下列：

(1) 收費與給付

國家基本年金是英國政府所提供的強制性計畫，根據個人收入的

多寡來繳付國家保險費，繳費的方式與所得稅同時扣除，費率為與薪資相關的累進費率，當所得低於某一下限水準時，繳交較低的社會福利保險稅，每年的費率都會在前一年公布。費率的計算與前一年七月前的國家保險(National Insurance)的總收益相關，保費費率方面，受雇者之費率為 10%，雇主之費率為 12.2%，而所算出之所得替代率為 43%。其年金的發放是採取定額年金制(flat-rate pension)，一個人能否領取國家基本年金，要看他以往的繳費紀錄，可分為下列三種情況：

A.領取全額的國家基本年金：如果在被保險人工作生涯中有 90% 的時間曾經繳費，不論投保薪資高低，皆可領取全額的國家基本年金。

B.部分的國家基本年金：工作年資中繳費年度低於 90% 者，便不能領取最高國家基本年金額，領取的比率隨著繳費年度比率約低而下降。

C.沒有領取資格：原則上工作年資中繳費年度不到四分之一的話，就沒有領取的資格。

D.彌補繳費：如果之前有未繳費的年度，可以在事後繳交一筆固定的金額，彌補之前沒有繳費的年度，這個費率被稱為 Class 3 rate，且該費率是隨著每一年費率調整時而有所調整，2008 年到 2009 年之間費率為每周 8.10 英鎊彌補缺繳的時間，2009 到 2011 年而是每周 12.05 英鎊。

E.八十歲以上的老人年金(Over 80 Pension)：為了讓所有國民都受到保障，英國政府對沒有領取資格國家基本年金資格，或是領取國家基本年金小於某一金額的國民，可以申請八十歲以上的老人年金(Over 80 Pension)，這個老人年金和國家保險是完全沒有關係的，是政府關於社會福利的支出。以 2010 年為例，屆滿 80 歲且國家基本年金一周領取小於 58.50 英鎊的國民可以申請八十歲以上的老人年金。

(2)資產配置

國家基本年金計畫(The Basic State Pension)係由英國就業及退休金部門(Department of Work and Pensions)負責收支，由國立保險基金

(National Insurance Fund)專款專用，係一種隨收隨付制度，未訂定自動費率調整機制，非儲金準備制度，故資金運用除存款外，僅能做隔夜拆款，故國家基本年金計畫(The Basic State Pension)下資產配置全為存款。

另外補充英國其他基金的資產配置資訊，英國退休基金有8成以上採取委外經營，仰賴資產管理公司代操，因此私人部門資產配置可說是整個英國退休基金市場趨勢，投資上國外投資、私募股票比率日益增加，並重視負債面評估，訂定投資策略，而退休金機構又有9成以上委託退休基金投資顧問公司協助退休基金相關事務，舉凡大型機構法人、評估資產負債管理、資產配置、基金經理人遴選、績效考核等基金管理暨監督事項，甚至連退休基金應自行操作或委託經營亦為評估項目之一，對於基金經理人外部監控為該國產業重要不可或缺的一環，注重事前質與量的監控，對於委託契約之收回或終止並非以事後績效不彰為收回唯一考量，收回前之過渡經理人選任，收回後並分析績效不彰之理由，協助退休基金對基金經理人提出告訴並獲得賠償的經驗亦相當寶貴。

2.基金監管

State Pension 國家基本年金的主管機關為「社會安全部」，執行機關為社會安全部透過其地區辦事處從事國民保險所有業務。Occupational Pension 企業年金的監管單位則是企業退休金監理機關(OPRA)。為了建立人民對退休金的經營管理的信心，金融服務局(Financial Services Authority)為英國各退休金的監理主管單位，政府精算部(Government Actuary's Department)每五年會為國民保險(National insurance)進行精算，每年為國家保險計算應該分配多少金額到國家基本年金的給付以及費率或是累進費率的級距的調整。

3.獎勵延後年金支付

英國政府於2005年4月6日設立一個獎勵機制，鼓勵民眾延後領取基本年金。到達可領取基本年金的法定年齡時，可以選擇遞延年金的支付獲得獎勵。獎勵的方式為下列兩種：

(1)第一種是選擇額外獲得一次性的年金給付。

(2)第二種是增加受領人每周獲得的基本年金。

2005 年實施的規定如下，到達可領取基本年金的年齡後，可以選擇延後一年或是一年以上領取基本年金，可以獲得的獎勵分述如下。

選擇一次性的獎勵時，每延後一周退休可以獲得 105 英鎊的實質獎勵，此金額的計算會結合通貨膨脹率去調整。因此若是延後一年退休可以得到一年 5,646 英鎊的，若是延後兩年退休可獲得 11,673 英鎊，延後五年退休可獲得 32,306 英鎊，延後十年退休可獲得 77,090 英鎊。

選擇增加年金給付時，遞延領取基本年金後，可以增加往後每一周獲得的基本年金，以 2005 年每周 82.5 元實質給付為例，若是延後一年可以每周可獲得 90.58 英鎊，若是延後兩年可以每周可獲得 99.12 英鎊，若是延後三年可以每周可獲得 107.65 英鎊，若是延後四年可以每周可獲得 116.18 英鎊，若是延後五年可以每周可獲得 124.72 英鎊。

在 2010 年只要是遞延 5 周以上，即可以獲得獎勵。遞延五周可以增加每週年金給付約百分之一，遞延一年約可以增加 10.4%。這些獎勵皆有稅賦上的優惠，且當丈夫或妻子去世時，另一方可以繼承這一個獎勵，不論是一次性的年金給付或是增加年金給付的獎勵。這一個設計可以鼓勵民眾主動延後退休年齡，藉由獎勵機制增加民眾延後退休的誘因，希望可以藉此減緩人口老化所導致的長壽風險。

(二)年金積點(Pensions Credit)

1.年金積點類型

年金積點一共有兩種不同的類型。第一種是保證積點(Guarantee Credit)，第二種是儲蓄積點(Savings Credit)，是針對年齡在 65 歲或以上者。其主要內涵為：

(1)保證積點：即為最低所得保證。例如居住於英國並且達到最低合格年齡者而符合資格者可以補足其給付，單身者補足到每週 132.6 英鎊；已婚或有伴侶者則補足到每週 202.4 英鎊。若是身心障

礙或負擔照顧責任者，或是有特定的住宅支出(例如房貸利息)等等情況者則給付會更高。

(2)儲蓄積點：提供給居住於英國 65 歲以上已退休者且有第二層年金給付的保障或是其他的所得來源的民眾之給付。給付水準為單身者每周 20.52 英鎊，有配偶者每周 27.09 英鎊。符合資格的民眾僅能就儲蓄積點或保證積點擇一領取。

2.年金積點給付之考量

年金積點的給付水準因所得不同而有差別。而在計算給付水準時，下列各項所得都會被列入考慮，包括：

(1)國家年金(包括國家基本年金與國家第二年金)。

(2)職業年金與私人年金給付。

(3)絕大部分的社會安全給付。

(4)若有一萬英鎊以上的資產，每超過五百英鎊就列計每周一英鎊。所謂資產包括了儲蓄與投資以及非做為自己主要住所之房產。

(5)稅賦、企業營運、自雇成本、以及個人負擔的企業年金與個人年金保費支出。

有配偶或伴侶者，該配偶與伴侶的所得與資產，都會合併計算。

(三)國家第二年金

在達到國家年金請領年齡之前，符合下列條件的民眾都可以累積國家第二年金的權益：

1.參加資格

(1)有受雇且任何一項工作的薪資超過 5,044 英鎊以上者。

(2)照顧 12 歲以下的兒童，並且領取兒童給付者。

(3)照顧臥病或身心障礙者每周超過 20 小時，並申請照顧者積點者(Carer's Credit)。

(4)註冊在案的領養照顧者並有申請照顧者積點者。

(5)因疾病或身心障礙而領取特定的給付項目者。

2.補償方式

受雇者若已參加其他合格的企業年金方案、存託養老金方案、或

私人年金方案者，可以選擇不加入此一年金方案。符合資格的受雇者若選擇排除適用此一方案，可以獲得一些補償。補償的方式視其所參與的年金方案而定：

(1)參加職業年金方案者，受雇者和其雇主都可以降低其國民保險的保險費率。

(2)參加存託養老金或個人年金方案者仍需繳交全額的國民保險保費，但是政府會將個人繳交費用的一部分轉移到其個人的年金方案中。

選擇免除加入國家第二年金者並不會影響其個人的國家基本年金給付的權益。從 2012 年 4 月 6 日以後，免除加入的規定將更為嚴格。從此一日期之後，依下列資格而免除適用的條件將被取消：

(1)參加私人或存託養老金方案者。

(2)參加貨幣購買型年金或者是確定提撥制的職業年金方案者。

因參加前述方案而未參加國家第二年金的民眾，在 2012 年 4 月 6 日時將會自動被加入此項方案。

(四)存託養老金方案

這是一種符合特定的法律條件的私人年金方案，它的運作和其他的貨幣購買型年金方案大致相同，屬確定提撥制的年金方案。個人的年金財富將取決於個人的提撥金額以及基金投資的收益而定。根據法令的規定，存託養老金必須要符合一些最基本的條件，以確保年金權益、彈性化、以及安全性。這些標準包括：

1.年金權益與收費限制：

基金管理者在前十年可以收取個人年金基金 1.5% 以下的費用，之後最多可以收取 1%。

2.彈性化：

(1)加入者可以隨時轉換到不同的年金提供者，而無須負擔額外費用。

(2)參與者可以提撥最少 20 英鎊即可，必須按周或按月，或按其不同期間規律性的提撥。

(3)參與者可以隨時終止、重新啟動，或者是任意改變提撥額度，而無預負擔懲罰性的費用。

3.安全性：

此列方案必須是由信託基金或者是由獲得授權的經理人來管理，以確保此方案能符合各項法律的要求。

各種金融服務機構包括保險公司、銀行、投資公司、以及儲蓄會社等等，都可辦理存託養老金方案。此外，工會也可以針對其會員提供存託養老金方案。對於受雇於 5 人以上的企業且沒有提供企業年金之雇主，該雇主必需要提供其受雇者參加存託養老金的機會。

(五)企業年金方案

企業年金方案是由雇主為其受雇者所提供的年金。不同的企業年金方案，其規則各有不同。其提撥金額可能僅來自於雇主，或是僅來自於受雇者的薪資，也有可能同時來自於這兩者。一般可將企業年金分為兩種，其說明如下：

1.薪資相關型(Salary Related)：

即所謂確定給付的年金方案，此類方案的年金給付是根據受雇者的薪資以及其年資而定。

2.貨幣購買型：

為確定提撥制的年金，其給付是依據提撥的金額以及基金投資的獲益率而定。

雇主有義務為受雇者提供其加入企業年金的機會。在 2006 年的改革之前，受雇者提撥到企業年金的金額有一定的上限規定，但 2006 年 4 月的年金改革之後，受雇者可以自由決定不管參加哪一類型的方案，或參加多少個年金方案。同時，這一類方案的提撥金額在一定額度內可以獲得 100%的免稅優惠，但超過一定的金額之提撥，則仍需納入課稅所得。

二、年金商品類型

年金保險的主要的功能為將退休的財富依分期的方式領回，藉由

風險分攤的機制，讓存活的人可以領到年金來過生活，目前英國年金保險運用在退休金計劃上非常廣泛，因此，根據商品是否屬於退休金計劃下的年金保險，分為強制購買年金保險(Compulsory purchase annuities or Pension Annuity)與自願購買年金保險(Purchased life annuities)，其中強制購買年金是退休計劃下的年金保險，根據 Inland Revenue 稅法的規定，員工必須將累積的退休金於 75 歲前轉成年金或者其他保證年金(alternatively secured pension)，此部份強制年金化的規定促使員工購買年金保險，而自願購買年金保險是個人依自己的意願所購買的年金保險，不論是強制購買年金保險或自願購買年金保險，商品的設計有以下幾種類型：

(一)標準型年金(Standard Annuities)

1.單生年金(Single life annuities)：

年金給付在年金被保險人死亡時停止，而剩餘保險金亦不會返還給被保險人的親屬。

2.連生年金(Joint life annuities)：

連生年金有兩個或兩個以上的被保險人，按照契約的規定，給付會在第一個被保險人死亡時停止，另一種情形是會給付到最後一個死亡的被保險人為止。

3.固定年金(Level annuities)：

在年金購買時即約定好每期會給付的名目金額，之後不會再調整。

4.固定調整年金(Escalating – fixed amount)：

給付金額以固定比率增加，例如每年固定成長 3%。

5.依通貨膨脹調整年金(Escalating – RPI)：

給付金額與 Retail Prices Index 相連結，當 RPI 降低時，給付也會降低。

6.依通貨膨脹限額調整年金(Escalating – Limited Price Indexation, LPI)：

給付金額與 RPI 相連結，但每年最多成長 5%，但 LPI annuity 給付的金額不會降低。

7.保證年金(Guarantee annuities)：

可細分為保證年期或保證金額。保證年期的保證年金在約定的時間內(可能是五或十年)，無論年金被保險人是否存活皆會給付年金；保證金額的保證年金則是保證最低的年金給付。

有關長期性保險之保費收入概況如下表所示。

表 3-6 2000 年至 2004 年英國長期性保險收入表

UK LONG-TERM INSURANCE NET PREMIUM INCOME					
	2000	2001	2002	2003	2004
£ million					
Regular premiums					
Life & annuities ¹	13,829	12,924	12,589	12,030	10,902
Individual pensions ²	8,046	7,821	8,544	8,059	8,973
Other pensions ³	4,143	3,563	3,747	4,239	4,183
Income protection ⁴	1,011	1,124	1,364	1,715	1,513
Total	27,030	25,433	26,245	26,043	25,571
Single premiums					
Life & annuities ¹	25,891	25,463	23,900	17,292	20,794
Individual pensions ²	13,442	17,702	19,454	17,335	14,799
Other pensions ³	49,798	24,981	26,671	29,052	25,836
Income protection ⁴	431	500	348	642	410
Total	89,562	68,646	70,373	64,321	61,839
Total premiums					
Life & annuities ¹	39,720	38,387	36,489	29,322	31,696
Individual pensions ²	21,488	25,523	27,998	25,393	23,773
Other pensions ³	53,941	28,544	30,418	33,291	30,019
Income protection ⁴	1,442	1,825	1,713	2,357	1,923
Total	116,592	94,079	96,618	90,364	87,411
<i>Note(s):</i> ¹ Includes ordinary and industrial branch business, savings and protection products, i.e. bonds, endowments, whole of life, term assurance and collective life. ² Includes personal pensions, stakeholder pensions, free-standing AVCs, GPPs and DWP rebates. ³ Includes group and occupational pensions. ⁴ Includes stand-alone critical illness.					
<i>Source(s):</i> Association of British Insurers (ABI).					

(二)與投資相關的年金(Investment-linked annuities)

1.分紅型年金(With-profits annuities)：

有一個固定金額的給付(通常較低)，再加上分紅的部分，如果保險公司投資失利，則可能會只剩下固定給付的部分。

2.投資連結型年金(Unit-linked annuities)：

被保險人的保費會投資在一個基金中，每年保險公司會賣掉固定單位的基金用以給付年金，投資連結型年金的風險性較大，當基金價值降低時，給付亦會降低。附上最低保證給付的投資連結型年金通常較受歡迎。

3.其他種類的年金(Other annuities)：

(1)彈性年金(Flexible Annuities/ Phased retirement²⁰)：可利用短年期的年金取代終身年金，可享有較多的賦稅誘因。

(2)Open Annuity：以個人為單位，將保費進行投資，由於沒有傳統年金交叉補貼的功能，當投資的帳戶價值少於某水準時，就要將剩餘的帳戶價值拿去購買保證年金。且另外有可能加買人壽保險。

(3)Enhanced Annuities：在年金保險的費率計算時考慮差別費率，對於好的風險(good-risks)的年金保戶給較優的年金率。由於年金保險是在保戶存活的時候給予年金給付，但對於保險公司而言，所謂好的風險是指不健康的保戶，亦即未來較無法一直支領年金的保戶。

(三)強化年金(Enhanced Annuities)

英國強化年金針對不同族群所設計的年金保險，其主要針對健康狀況不好的族群，享有較高的年金率，此種保險相當於壽險中的優體及弱體的概念，在年金保險的費率中考慮差別費率。在強化年金當中，所謂的「好的風險」意指不健康的保戶，因為該族群死亡率相較於正常族群高，因此可享有較高的年金率，亦可領取較多的年金給付。

1.強化年金之類型

在英國年金保險市場，強化年金將特定族群依據性別、有無吸菸、健康狀況、居住地、職業的不同來決定年金率，以下為各項強化年金之介紹與給付概況。

假設購買年金保險，躉繳保費為 10,000 歐元，保證五年每月可領取的給付金額。

表 3-7 各項強化年金給付表

		Standard Annuity	Smoker Annuity	Socio-Geographic Annuity	Health-Indicator Annuity
年滿 60 歲	男性	870	958	970	958
	女性	790	854	891	854
年滿 65 歲	男性	980	1,066	1,087	1,066
	女性	880	939	968	939

資料來源：Hannover re's perspectives-current topics of international life insurance, no2。

(1) Smoker Annuities

主要以吸菸及非吸菸為區別，當吸菸者每天吸 10 根菸且菸齡達 10 年，其死亡率是高於非吸菸者，因此在年金率的設計上相較於傳統年金增加 10% 以上，下圖為英國針對吸菸及非吸菸者的死亡率統計，以男女分類而言，男性在 45 歲之前吸菸的死亡率是高於女性的，但女性則因為吸菸年齡較男性晚，使吸菸的死亡率出現在 31 歲之後，尤其在 45 歲女性的死亡率大幅超過男性。在 Smoker Annuities 所使用的吸菸死亡率表並非一般死亡率表，吸菸死亡率表是結合吸菸者與部分非吸菸者之死亡率，由可明確計算出吸菸者的死亡率，但是表內對於年齡超過 60 歲以上的人，其死亡率必須降低以確保年金的合理性。另外此項年金投保無須健康檢查，亦無須另外特別核保，僅由醫生報告及尿液檢測即可。

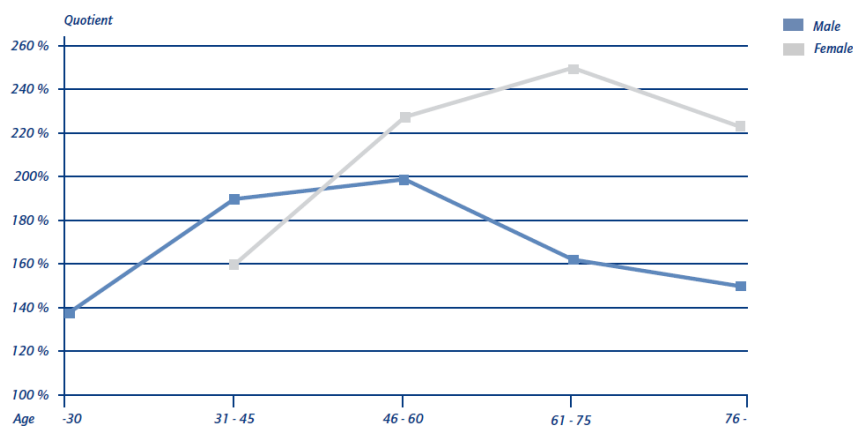


圖 3-6 英國吸菸及非吸菸死亡率圖

資料來源：Hannover re's perspectives-current topics of international life insurance, no2。

(2) Socio-Geographic Annuities (SG Annuities)

依據被保險人的職業及居住地點，此項年金投保無須健康檢查，只需要填寫要保人申請書詳細說明職業及居住地即可，核保人再對照表格分類各項職業，採取不同年金率。下表為英國職業分類表，表內僅有 C2、D、E 三類可投保，其年金率相較於一般年金之年金率增加 5% 至 10%。

表 3-8 各項職業分類表

分級	細項說明	舉例
A	專業人員、經營管理人員	精算師、律師
B	文書、低階管理人員	配鏡師
C1	需技術性且無須勞力	護士、銀行行員
C2	具技術性且須勞力	鍋爐製造者
D	部分技術性	建築工人
E	無技術性	輪胎裝配者

資料來源：Hannover re's perspectives-current topics of international life insurance, no2。

以 SG Annuities 而言，職業與居住地為重要考量之因素，下圖為 1971 年至 1989 年對於不同社經地位所做的死亡率調查，死亡率最低為高專業度(A 級)的工作，而無技術性工作(E 級)死亡率為最高，並且以年代分類而言，1986 年至 1989 年相較於 1971 年至 1975 年之死亡率，有出現大幅度成長的情形。

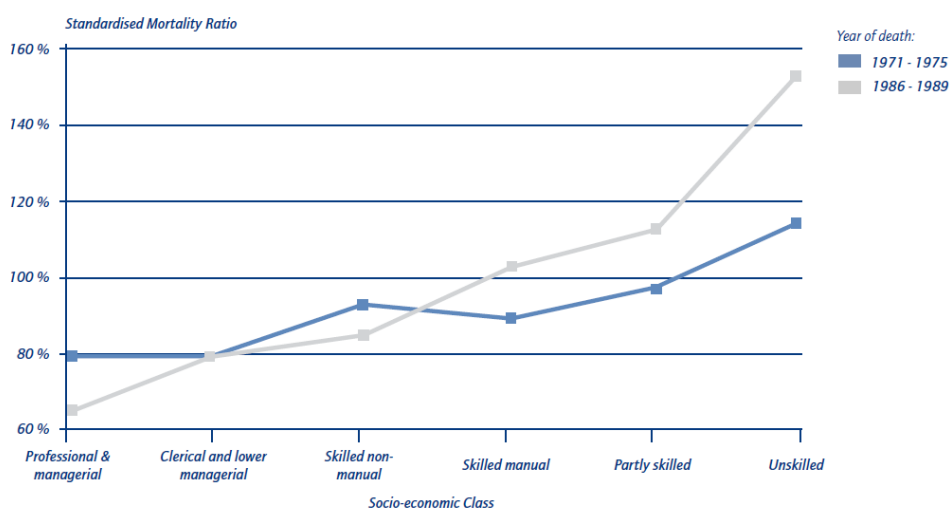


圖 3-7 英國不同階層之標準化死亡率統計圖

資料來源：Hannover re's perspectives-current topics of international life insurance, no2。

下圖為在不同社經地位下，在不同地區仍有死亡率之差異，以英國為例南部的死亡率，通常是低於北部的。

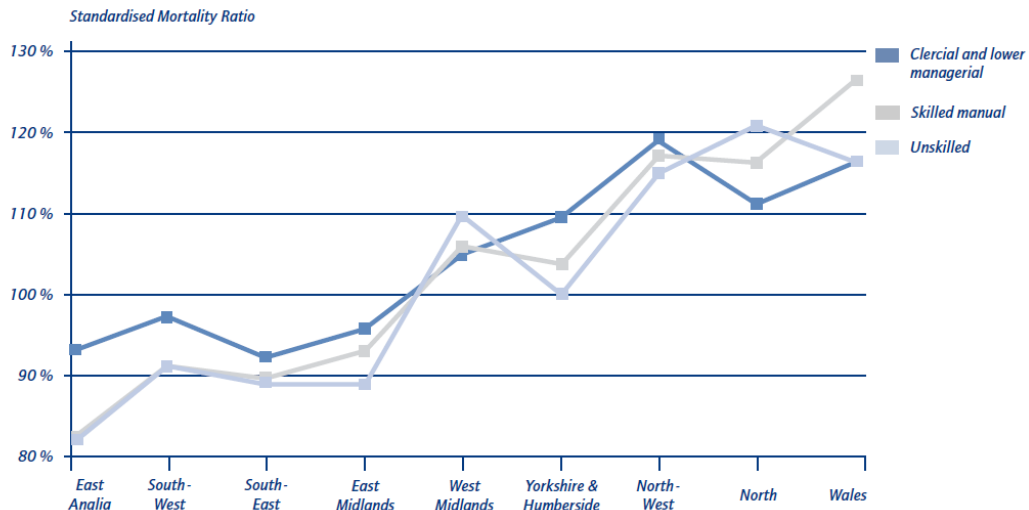


圖 3-8 英國不同階層之標準化及各地區之死亡率統計圖

註：以英國 1982 年至 1983 年 20-64 歲的男性作為統計

資料來源：Hannover re's perspectives-current topics of international life insurance, no2。

(3) Health-Indicator Annuities (HI Annuities)

透過結合不同健康因素來分類訂定年金率，例如：肥胖與血壓、糖尿病與吸菸習慣...等多種組合，若被保險人僅符合一項健康因素，則無法領取 HI Annuities 之給付。此年金針對被保險人當罹患多種疾病時，其死亡率之計算會先選擇適當的死亡率表(例如：Smoker Annuities 死亡率表)，再加計超出死亡率的部分，因此 HI Annuities 之年金率較傳統年金高 10%。另外 HI Annuities 在核保上主要以被保險人的基本概況進行問卷調查即可，以下為問卷調查所問的內容：

- A.在過去五年內，所任職的工作
- B.最近的身高及體重
- C.若你已持續抽菸 10 年，請寫出每天的抽菸(根)數
- D.若你已罹患高血壓，請寫出血壓值、所服用藥物及劑量
- E.若你已罹患糖尿病，請寫出就診日期、所服用藥物及胰島素劑量
- F.若你已有心臟病、中風、腎臟癌，請寫出罹患時間多久

(4) Impaired Annuities

此年金與 HI Annuities 相似，但兩者的差別在於 Impaired Annuities 主要針對一些較為嚴重的疾病作為分類，當被保險人只罹患

一種疾病，就能領取更多的年金給付，例如罹患阿茲海默症、高血壓、心臟病...等疾病。以年金給付而言，Impaired Annuities 依據被保險人之性別及各項疾病的嚴重程度，其給付相較其他三種年金多出許多。

假設購買年金保險，躉繳保費為 50,000 歐元，可每年支付，無保證每月可領取的給付金額。

表 3-9 各項疾病給付金額

疾病名稱	年滿 60 歲男性	年滿 60 歲女性
阿茲海默症	19,459	19,505
肝硬化	12,712	12,729
肺氣腫	10,773	10,802
糖尿病	7,822	7,820
慢性支氣管發炎	6,216	6,072
高血壓	5,905	5,781
標準	5,258	4,854

資料來源：Hannover re's perspectives-current topics of international life insurance, no2。

在 Impaired Annuities 核保的過程中，會先依據過去的資料估算每一為被保險人最大可能壽命(Maximum probable life expectancy, MPLE)，MPLE 是以百分比表示被保險人的生存期間，當 75%MPLE 為八年時，表示被保險人可再繼續生存八年的機率為 75%。此外，另有訂定特殊死亡率表，如：安德頓死亡率表(Anderton Mortality Tables)是由多項 MPLE 所建構的，以一個額外的平準費率來調整剩餘壽明的 MPLE，並且為每一為被保險人作個別的評估。

2. 相關疾病之認定

以下為強化年金所認列之疾病，其詳細說明及認定方式如下：

(1) 糖尿病

在已發展國家中約有 10% 罹患糖尿病，其中有 5% 的人都在英國，然而糖尿病人罹患嚴重的心血管疾病比起正常人多出兩到四倍的機率，且大部分的糖尿病病患因此而死亡。一般糖尿病可分為下列兩種：

A. 胰島素依賴型糖尿病(第一型)：因先天體質或後天受到病毒或

化學藥物作用後，自體免疫系統破壞胰島素細胞。

B.非胰島素依賴型糖尿病(第二型)：因先天體質或後天的環境因素，如肥胖、缺少運動、壓力等，導致胰島素分泌不足。

在主要症狀上，糖尿病病患容易出現吃多、喝多及尿多之狀況，根據醫生診斷符合下列任何一項即為罹患糖尿病：

表 3-10 糖尿病各項檢測項目表

檢測項目	符合標準
醣化血色素	> 6.5% (48mmol/mol)
飯前血糖	> 7.0 mmol/mol
口服葡萄糖耐量	> 11.1 mmol/mol
隨機葡萄糖	

資料來源：Enhanced annuities in the UK, no.47。

(2)遺傳性心臟病

每年約有 50,000 至 100,000 人因心臟病而猝死，心臟猝死的部分可約略分為 Ion channel disease 及 Cardiomyopathy 兩種，但由於心臟病之相關疾病種類繁多，本文僅以肥大型心肌病、右室心肌病、QT 狹長症候群、布魯格達氏症候群為主，前述疾病大多由基因遺傳所致，且其機率約有 50%。目前基因檢測僅用於診斷之用，並不能作為風險評估，但此疾病可經由心電圖及各項檢測，參考外顯率之變異程度，評估個人及家族之風險。

(3)慢性腎臟病

慢性腎臟病(Chronic kidney disease, CKD)為腎功能在一定時間內逐漸下降，當情持續惡化時，即形成慢性腎臟病。而人體中「腎絲球」負責控管身體之水份、電解質、維持酸鹼平衡，並且用來代謝身體所產生之廢棄物，可用來衡量腎功能之概況，利用 Cockcroft-Gault 公式或 MDRD 公式推算出估計腎絲球過濾率(eGFR)，慢性腎臟病可分為下列三級：

表 3-11 慢性腎臟病分級表

CKD 級別	ml/min/1.73m ²	說明
第一級	> 90	腎功能正常，但併有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況
第二級	> 60-89	輕度慢性腎衰竭，但併有蛋白尿、血尿等
第三級	> 30-59	中度慢性腎衰竭
3A	> 45-59	
3B	> 30-44	
第四級	> 15-29	重度慢性腎衰竭
第五級	< 15	末期腎臟病變

資料來源：慢性腎臟病防治手冊，2010 年，行政院國民健康管理局。

3. 醫療科技之進步

在過去有許多相關檢查需要至少五天才能完成，但現今科技進步可能只需一天就能完成所有檢查，且醫生可透過電子設備進行診斷、開處方籤，如：iStethoscope 是由許多心臟病學家共同合作開發的應用程式，可用來觀測病患心跳數與心跳波形；iPrescribe 則是由醫生直接將處方籤傳至病患手機內，再由病患至附近藥局領取。這些發明不僅僅促進醫生的診斷進度，也提升整體醫療之效率。

第三節 德國年金保險相關法令制度及商品

多層次的老年經濟安全體系在德國已經存在許久，包括：第一層強制性的基礎年金方案提供給不同的團體、第二層補充性的職業年金方案以及第三層私人自願性的老年經濟安全措施(Schmähl, 1998)。老年經濟安全體系由不同的制度構成，呈現出複雜、多樣以及片段性，可從下圖看出(Schmähl, 2004: 156)。

第三層 (附加)	非核准私人年金給付						
	志願性的 社會保險	核准的私人年金計畫					
第二層 (補充性)				礦工 年金保險	職業 年金	公部門 受雇者 年金(集 體協商)	公務 員年 金方 案
	專業協 會年金 方案	農民年 金方案	法定老年年金保險中自營作 業者的特殊方案或規定				
第一層 (基礎)				法定老年年金保險			
	資產調查基本保障						

圖 3-9 德國的老年經濟安全體系

一、德國年金體系(企業與個人)與稅制⁴

德國的第一層老年經濟安全制度以公共年金保險(gesetzliche Rentenversicherung, GRV)為核心，亦是德國老年人口所得安全的最重要來源，其涵蓋所有的藍領與白領受雇者(包括礦工)，以及一些自營作業業者。GRV 採取隨收隨付的方式，主要的財務來源來自雇主與受雇者各負擔單一半的保險費，聯邦政府透過稅收也挹注一些經費，主要用於制度中涉及個人之間再分配的部份，例如因為育兒期間贈送的年金點數。1999 年，前述受雇者中 93% 都涵蓋在 GRV 中，69% 的總年金支出是來自於 GRV，相當於 10.6% GDP(Schmähl, 2007: 320-321)。

⁴傅從喜(2011)，英國、德國私營部門參與改革之研究，行政院經濟建設委員會。

因為制度在涵蓋率、經費支出規模以及作為提供老年人口最主要經濟來源的制度，GRV 是年金制度改革中最重要的政治爭論焦點。公務人員則有獨立的年金方案，是由第一層年金方案以及第二層補充性職業年金方案構成。財源來自政府預算(聯邦政府、州政府以及地方政府)以及稅收。不同的自營業者，有不同年金方案，這些方案不同於前述公共年金保險(GRV)以及公務人員年金方案。另外，尚有針對農民以及不同的專業協會(醫師、律師、建築師、稅務諮詢與藥師等)的年金方案。值得一提的是，參加專業協會年金方案的人有一半是自雇者，另外一半則為受雇者。相較於藍領以及白領受雇者，這些在前述專業領域工作的受雇者具有不參加 GRV 而參加專業人員年金方案的可能性(Schmähl, 2004: 157)。前述第一層老年經濟安全制度多採隨收隨付(包括強制性的公共年金保險、公務人員以及農民年金方案)；針對專業人員提供的年金方案則採基金制。

補充性的職業年金方案構成第二層老年經濟安全制度，可分成公私兩個部門來討論。私部門的職業年金方案通常是志願性的，方案的設計與內容有高度歧異性，涵蓋約一半左右的受雇者，但在不同規模的公司(工廠)以及不同產業之間涵蓋率差異很大；年金方案多半採確定給付制，且由雇主獨立負擔財務。在 2001 年的年金改革前，德國已存在四種不同型式的職業年金方案，包括直接的年金承諾、年金保險基金(Pensionskassen)、支持基金(Unterstützungskassen)以及直接保險(Schmähl, 2004: 158)。

直接的年金承諾來自雇主，財源來自企業內的帳戶準備(book reserves)，這種企業年金提供的方式在德國具有相當的重要性，約有一半以上之私部門補充性年金方案是以這種方式運作，企業本身就是年金制度。在二戰後德國經濟重建期間，帳戶準備是企業發展的重要財務來源；但因為資金留在企業之中，沒有流通到資本市場並促進資本的有效運作，因此，這種形式的職業年金方案受到資本市場相關行動者的嚴厲批評。

第二種及第三種職業年金方案—年金保險基金以及支持基金—依

法都是獨立的制度，只是運作形式以及財源不相同：前者主要以互助保險協會的方式運作，由雇主負擔財務，但受雇者也可以一同繳費；後者則以註冊的協會方式運作，財務完全由雇主負擔。第四種職業年金方案是雇主為受雇者購買團體或個人壽險，財源主要來自雇主，受雇者也可共同負擔。

職業年金方案所誘發的勞動成本，逐漸被認為不利於產業的國際經濟競爭力。由於失業率的高升，私部門的職業年金方案在 1990 年代的發展有式微的趨勢，主要表現在給付資格的緊縮以及不再開放給新進的員工加入。失業率的增加，使得雇主負擔的職業年金制度漸漸喪失其作為吸引並留住優秀員工的功能。此外，與荷蘭相較，除了建築業以及新聞產業受雇者以外，集體協商的職業年金在德國不普遍。但在 2001 年的年金改革方案實施後，情況逐漸改變。

針對公部門受雇者的補充性職業年金方案主要來自集體協商，主要由公部門的雇主負擔、以隨收隨付的方式運作，並與前述公共年金保險制度有高度連帶關係，表現在兩方面。首先，在集體協商內容沒有改變的情況下，當公共年金保險給付降低時，補充性職業年金方案給付會提高以補償前述制度的給付緊縮。其次，公部門受雇者不管藍領或白領階級，在退休時領取來自公共年金保險以及補充性職業年金方案的兩份年金給付，總給付水準比照公務人員的年金給付標準。在 2001 年的年金改革方案實施後，透過集體協商產生新的社會契約廢除前述的連帶關係，補充性職業年金的發展不但與公共年金保險脫鉤，且總給付水準也不再比照公務人員年金(特別是年金的替代率)，且制度也由確定給付制轉變為確定提撥制(defined contribution)(Schmähl, 2007: 321)。

德國對於國民老年經濟安全的準備以及年金給付的稅收優惠在前述不同層次老年經濟安全制度，以及同一層次的不同制度之間均不相同，在比較不同制度的年金給付水準時，必須特別注意(Schmähl, 2004:158)

第三層老年經濟安全制度包含各式自願性的老年儲蓄方案，有些

具有長壽風險的分擔效果(例如人壽保險)，有些則享有賦稅誘因，例如超過 12 年的壽險契約。不管何種方案，都是公共年金保險給付的補充，而非德國老年人口經濟安全的重要來源。

二、年金商品類型

德國年金改革法案，自 2001 年引入、從 2002 年始生效，其後在 2004 年進行另一波之改革。改革重點設定政府未來目標提撥率，希望在 2020 年不要超過 20%，而 2030 年不要超過 22%，其效果是標準年金保障之所得替代率，將由 2000 年的 69.5% 降低至 2030 年的 64%，但到了 2003 年發現當初假設條件過於樂觀，因此標準年金保障之所得替代率會更低，在 2030 年將會降低至 58.5%。為了要使改革獲得更多的支持，政府採行一個方案推動與發展私人年金保險，其思考模式是補助私人年金保險促使補充下降，這種補貼方式有兩種：一種是個人年金與職業年金合併使用，另一種僅能使用職業年金。

此種補助主要為租稅抵免，像是 2008 年薪資總額的 4% 符合租稅抵免，但此種型態之年金商品須符合政府的規範，其主要有以下幾種規範：儲蓄者必須要承諾持續提存、年金給付必需要在 60 歲以後才能給付、年金提存者必須側保證年金保費部份，在年金清償期時能轉化為年金商品、年金給付要按月提存，直到身故為止、合約必需包含附加之遺屬年金、參與者必須要加入私人年金保險計畫，銀行帳戶或是投資公司帳戶、行銷費用必需要在十年以上給付，並且使用平均成本法計算、產品提供者要提供商品一定之透明度、退休商品之權益不因金融機構之併購所影響。

隨著 2001 年的年金改革，德國企業年金確立有五種形式：企業直接給付年金(Direktzusage)、企業間互助年金(Unterstützungskasse)、企業直接為員工加入保險(Direktversicherung)或企業間協同基金(Pensionkasse)、企業年金基金(Pensionsfonds)。企業年金的執行方式，多半由雇主決定，再與勞工於聘任契約中明訂相關的權利義務事項。

但是自從 2001 年年金改革之後，如果勞工想要採用繳納年金保費的部份可以申報免稅(Entgeltumwandlung)權利的話，雇主就必需在直接為員工加入保險、企業間協同基金、或是企業年金之間選擇運作的方式。

(一)企業直接給付年金(Direktzusage)

企業直接給付年金形式在德國行之有年，其操作方式與保險不同，主要由企業將保費投資於公司、股票、有價證券或房地產，透過企業自行將員工的保費投資所得的獲利，使企業直接給付式的年金順利運作，而不由外部保險公司協助。此種方式最大優點在於資金運用的限制較少，由雇主負責保障員工的退休年金，透過企業直接給付年金的方式給付員工退休後能獲得應有的年金保障。由於這種方式沒有外來企業涉入，屬於由企業直接給付的養老年金，所以也沒有任何規定企業應該如何投資增值。傳統的方式為由年金保險及壽險公司當作資金的再保險公司，還可另外加保，提供職業失能、遺屬照顧及預防破產的附加保障，還可將資金購買投資性商品。根據德國所得稅法第6條，再保險公司必須要提供明確的會計帳目，明列收入與支出平衡表，退休員工開始領取年金時必需能有足夠獲利，使資金流通，所得的獲利屬於企業的獲利，以企業直接給付年金的形式回饋給退休員工。

(二)企業間互助年金(Unterstützungskasse)

這種企業年金互助會並不屬於保險方式，可以有限公司、合法登記的民間團體及基金會的方式成立，另外還有個別企業、集團企業以及集體企業所組成的企業年金互助會。此種企業年金互助會是一種自主的外部企業，接受一般企業團體委託經辦相關企業年金業務。雇主為員工繳納企業互助年金 (Unterstützungskasse) 的保費，使員工獲得應有的保障。這種互助式年金主要分成兩種形式：

1.補助款式企業年金互助會：

這類資金的來源為企業雇主的補助款，但卻只有部份補助的投保年資，以至於可能會造成退休員工無法領取年金的風險。另外，繳納給這類年金互助會的保費只有部份能享有免稅的優惠。

2.再保險式的企業年金互助會：

與第一種型式的差異在於，可由專業的保險公司來保障退休員工的年金，基於這個原因，使得這種企業年金互助會被較多人採用。

(三)企業直接保險 (Direktversicherung) 與企業間協同基金 (Pensionkasse)

屬於一種保險形式的執行方式，這類直接加入保險機構的法定形式可以是股份公司(Aktiengesellschaft)或互助型的保險協會(Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit)，而負責保險業務的機構是外部的獨立企業，例如保險公司。

雇主是參加保險的主體，員工是被保險人，而負責保險業務的外部企業為保險公司。雇主付保費給負責保險業務的外部企業，使員工能獲得保障的承諾；這個外部企業保證員工在達到退休年齡時可獲得一定的年金。可以加入企業直接保險的是勞工、職員、學徒或服替代役者，企業經營者(有限公司)或是董事會成員(股份公司)也被允許加入；只有法律上為自營業者、公務員、或是領取社會救助者才不得加入。

基本上，企業間協同基金(Pensionkasse)與企業直接保險(Direktversicherung)這兩種附加型的企業保險在許多方面都非常類似，不論是加入的被保險人資格方面、權益，及退休後的年金計算及對遺屬年金的規定，乃至申請免稅的額度幾乎沒有差異。最大差異只在於，參加保險的主體，也就是雇主(企業)規模的大小不同。承保此種類型保險可以是股份公司或以互助為基礎的保險協會，但大多屬於小型的團體或企業，或協會的年金基金，在實務上參加企業間協同基金保險的有許多是屬於公司本身的年金部門。承保此種業務的主要是外部的獨立企業，而這類的協同基金常是數個企業聯合共同設立，亦稱為「聯合契約」(Konsortialvertrag)。

(四)企業年金基金 (Pensionsfonds)

企業年金基金自 2002 年 1 月 1 日即屬於附加型的五種企業年金中的一種，具有一般的保險形式，這類企業年金可由數個企業聯合成

立，亦可由單一企業獨立成立。在法律上負責承保企業年金的主體，可為股份公司(Aktiengesellschaft)或以互助為基礎的年金協會(Pensionsverein auf Gegenseitigkeit)，負責承保此企業年金的必需是一個獨立的外部企業，例如壽險公司。企業年金基金與前述四種企業年金形式最大的不同點，在於企業年金基金允許較大幅度的股票或其他有價證券投資，從而包含明顯較高的投資風險。資金的運用及投資較不受限，可將資金投資於購買股票，最高比例甚至可達保費收入的 100%，由於這類基金以創造最大利益為目的，所以相對的也需承受較高的風險，有可能會使基金受到極大的損失，但當然也有機會能有較大獲利。典型的年金保險也還提供有多種其他額外保險，例如職業失能保險，遺屬照顧及自營業者的職業失能險，使被保險人及家屬在面臨死亡，失能及遺屬照顧上多一層保障。正由於這種新形態的投資管道，這類型的企業年金基金必需接受聯邦保險監督委員會的監督。

三、年金商品市場概況

截至 2014 年為止，經由上述改革，目前市場概況年金商品主要有兩種，一種是以銀行儲蓄計畫，另一種是人壽保險公司之商品，約有半數勞工階級有參與，而這些商品皆有幾項特徵：商品為自願參加形式、具有租稅優惠優、清償期之給付方式以年金為主，一部分可採一次給付，且一次給付之上限為帳戶餘額的 30%

就私人商業年金帳戶而言，截至 2013 年 6 月份，共有有 1600 萬戶，且大部分為保險合約。累積家戶之退休儲蓄大約再 400 億歐元，而經過四十年的累積後，目標之所得替代率大約為 18%。下表為 2007 年至 2009 年適格年金提撥率表，

年收入在 10,000 歐元以下為適格年金主要參與者，而年收入在 30,000 歐元以上在適格年金之提撥率出現逐年上升之情形。

表 2007 年至 2009 年適格年金提撥率表

年度	2007	2008	2009
年收入			

10,000 歐元以下	30.3%	31.3%	29.8%
10,000-20,000 歐元	20.3%	19.8%	20.0%
20,000-30,000 歐元	19.6%	19.0%	18.6%
30,000-40,000 歐元	14.3%	14.1%	14.7%
40,000-50,000 歐元	7.2%	7.2%	7.6%
50,000 歐元以上	8.3%	8.6%	9.3%

資料來源：German Pension Insurance-Federal Institute Research and Development Summer 2014。

另外，德國政府進行一系列相關之監理措施，例如設置諮商服務、理財訊息建議、商業年金條款等一般訊息。該項服務共有兩百多位職員為年金參與者服務，並提供相關訓練課程，預估政府社會年金計畫未來的發展。此外擴展消費者保障機構之職能，主要為提供消費者相關商品資訊，以及再次確認保險公司之行銷物件。德國在推行商業年金商品時，仍有若干事項引起爭議，其詳細說明如下列：

(一)強制年金化政策，引起年輕族群之不滿，當時有政治人物建議降低清償期年金化之比例，從 2005 年開始清償期年金化之金額，至少要達到累積資產的 70%，而一次給付上限為 30%。

(二)性別中立的年金計算方式，壽險公司會針對不同性別，收取不同費率，藉此反應不同發生率。一般而言，女性之平均餘命較男性長，保險費相對也比較高，若將相同股票部位轉移至年金商品，女性所領的金額相對會比較少，所以此項規定較能吸引女性參與者進入年金化之過程，並提升其所替代率，但部份壽險業者表示此項規定會使男性參與者覺得不公平，進而降低男性參與者年金化之比例。此項爭論仍在持續辯論中，目前德國仍維持單一性別費率。

第四節 日本年金保險相關法令制度及商品

日本年金分為公的年金跟私的年金。公的年金主要為社會年金，包括國民年金、厚生年金保險與共濟年金。

私的年金主要有三個部分，一個為企業年金，第二個為國民年金基金，最後一個為個人年金。企業年金又可分厚生年金基金，適合退職年金與非適格退職年金。而國民年金基金是提供國民年金參與者第二層的保障機制。個人年金則可分為保險型與儲蓄型。

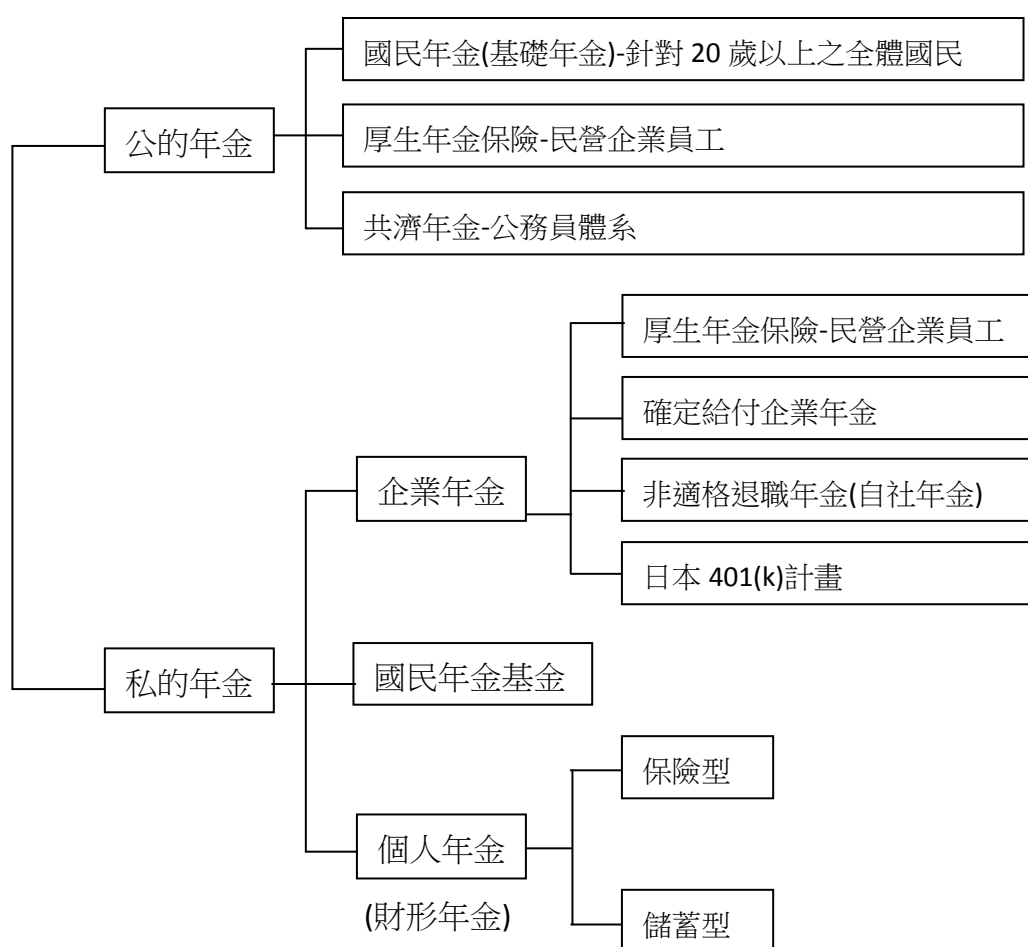


圖 3-10 日本年金制度之體系

一、日本企業年金與稅制

企業年金由各企業自主設立，屬於企業福利的範疇，目的是供職工退休之後作為養老之用。與其他先進國家一樣，日本的企業年金主要是作為基礎年金的補充，數額多寡視企業經濟效益而定，主要採取

三種方式給付：一次性連本帶利給付、以年金方式給付、混合給付方式。

雖然在國家層次的社會福利制度中保險公司沒有參與的機會，但在企業退休制度與個人年金方面，保險公司可以提供多樣的商品和服務，下表 3-12 是保險公司在退休金制度的各階層中所扮演的角色說明。一般來說日本可接受代客操作之機構計有投資顧問公司、信託銀行及人壽保險公司。

表 3-12 保險公司在退休金制度中的角色

	年金種類	相關度	關聯	制度
第一層	國民年金	無	無	DB
第二層	厚生年金	無	無	DB
	共濟年金	無	無	DB
第三層	國民年金基金	無	無	DB
	厚生年金基金	有	運用委託 業務委託	DB
	適格退職年金	有	運用委託	2012/3/31 廢止
	確定給付企業年金	有	運營管理機關 資產運用機關 商品提供機關	DB/ DC/ CB
第四層	個人年金	有	財形年金保險商品 個人年金保險商品	無規範

資料來源：王儷玲(2006)，因應高齡化社會保險商品發展及其監理與相關稅賦配套之研究，金融監督管理委員會。

(一)公共年金⁵

日本公共年金制度屬確定給付與隨收隨付制，2010 財政年度年金給付已達 GDP10.6%（包括老年年金 8.9%、殘障年金 0.4%，及遺族年金 1.3%）。

1.日本公共年金參加對象

年滿 20 歲以上居民均須加入年金體系，體系分為 3 個類別，第

⁵陳果廷(2013)，日本公共年金改革最適化之方案選擇與探討，當代財政第 26 期。

1 類參加對象為自立營生者與其配偶（屬於國民年金，National Pension, NP); 第 2 類為私人企業員工(屬受僱者年金保險，Employee's Pension Insurance program, EPI)與政府部門員工(包括私立學校教師，屬互助計畫，Mutual Aid Associations programs, MAAs); 第 3 類則為第 2 類參加者扶養之配偶。

2. 提撥方式

現行第 1 類提撥方式為固定金額，2011 年每人每月提撥金額為 15,020 日圓(預計將逐年提高至 2017 年之每人每月 16,900 日圓); 第 2 類以薪工稅方式提撥(由雇主與受僱者平均分擔)，2011 年每月提撥比例為薪資所得毛額 16.4% (預計將逐年提高至 2017 年之 18.3%); 第 3 類無須提撥。2010 財政年度整體家戶與雇主年金提撥金額已達 GDP6.5%。

3. 領取方式

(1) 基本年金

所有日本居民自 65 歲起皆有資格領取基本年金，每月 66,000 日圓，中央政府就基本年金給付補貼一半金額，另一半則由參加者提撥及基金準備挹注。

(2) 與薪工所得連結之年金 (Earning-linked pension) 第 2 類參加者除可領取基本年金外，亦可領取薪工所得連結之年金，其受領金額取決於職涯平均薪工所得與應計提撥率 (accrual rate)，政府並不補貼，其給付財源全數由參加者提撥及基金準備挹注。

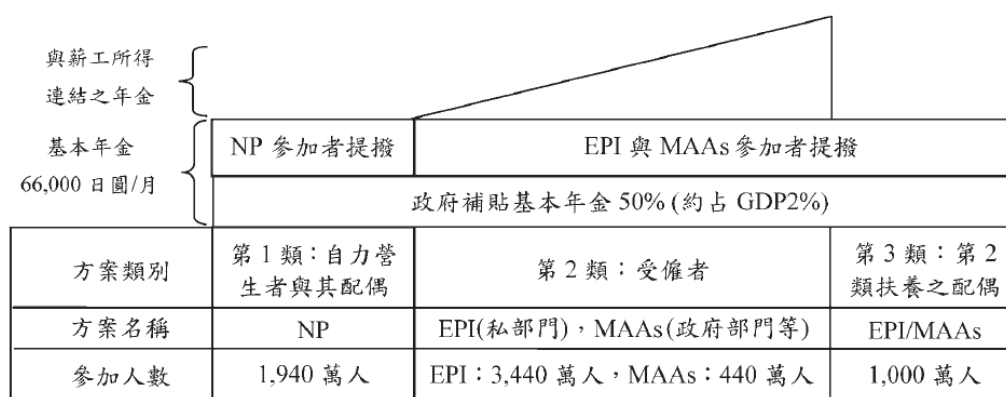


圖 3-11 現行日本公共年金架構示意圖

(二)厚生年金基金

厚生年金基金制度，又稱為「調整年金」，乃昭和 41 年(1966)設立。日本的公營年金共有三種分別為國民年金、厚生年金保險以及共濟年金。其中厚生年金為民營企業勞工所投保，但二次世界大戰經濟復甦，為吸引人才，雇主的企業年金不斷擴充，結果與公營之厚生年金保險有重疊，為調整兩者的機能與負擔比重，厚生年金基金隨之因應而生，並代管厚生年金保險的一部分，稱為代行部分。

厚生年金基金共有兩部分，一為代行部分，一為加算部分，因此厚生年金基金必然優於厚生年金保險。其代行部分之規範與公營之厚生年金保險相同，而加算部分，則視企業的設計而定。

1.設立型態

厚生年金基金須經厚生年金保險被保險人二分之一以上同意，並徵得工會同意，由雇主提出申請，經由厚生大臣核可後再由企業設立基金會辦理，且厚生年金基金之設立型態可分為三種：

(1)單獨設立：企業內固定雇用之員工需達到 1000 人以上。

(2)聯合設立：企業擁有其他企業 20%的股權時，可以與該公司同設立基金。

(3)總合設立：同種同業或特定地區內的企業共同設立，受雇員工需有 5000 人以上。

2.賦稅誘因

在厚生年金基金制度下，雇主及員工可享有之優惠如下：

(1)雇主負擔之部分是為費用開支。

(2)雇主釀出部分並不包含於員工薪資所得。

(3)基金之運用收益不屬於員工薪資所得。

(4)員工釀出部分可享有所得稅扣除。

(5)基金(員工釀出除外)超出國家公務員共濟會之年金水準部分，始課徵 1%特別法人稅。

(6)受領年金或一次給付時，才課徵薪資所得稅或退休金所得稅。

(三)確定給付企業年金

確定給付企業年金可分為規約型和基金型 2 種。規約型是由雇主運作整個基金制度，基於雇主和勞工同意的規定和信託公司、人壽保險公司等受託機關簽約，在母公司外運用管理年金基金並給付年金。基金型則是由企業設立獨立的法人管理運用基金，需要有 300 人以上加入，並不能如厚生年金基金般代為運用一部份的厚生年金的資金。

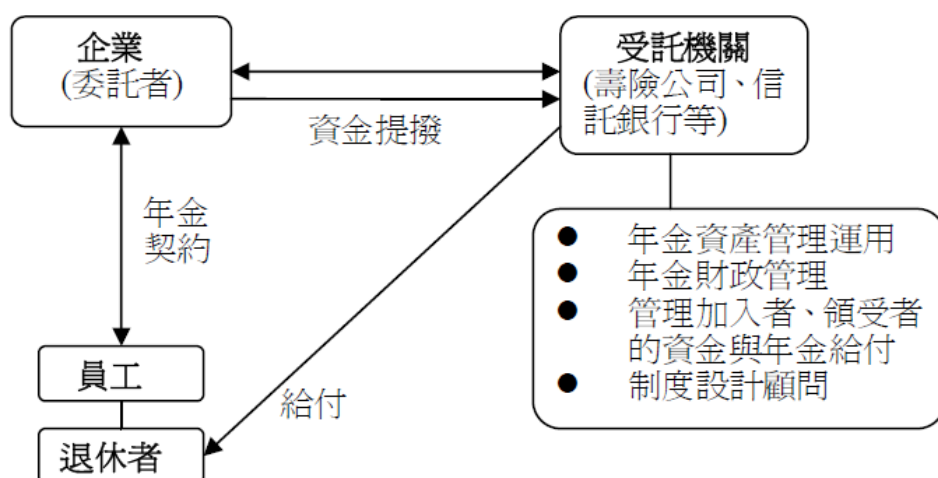


圖 3-12 規約型確定給付企業年金

資料來源：王儷玲(2006)，因應高齡化社會保險商品發展及其監理與相關稅賦配套之研究，金融監督管理委員會。

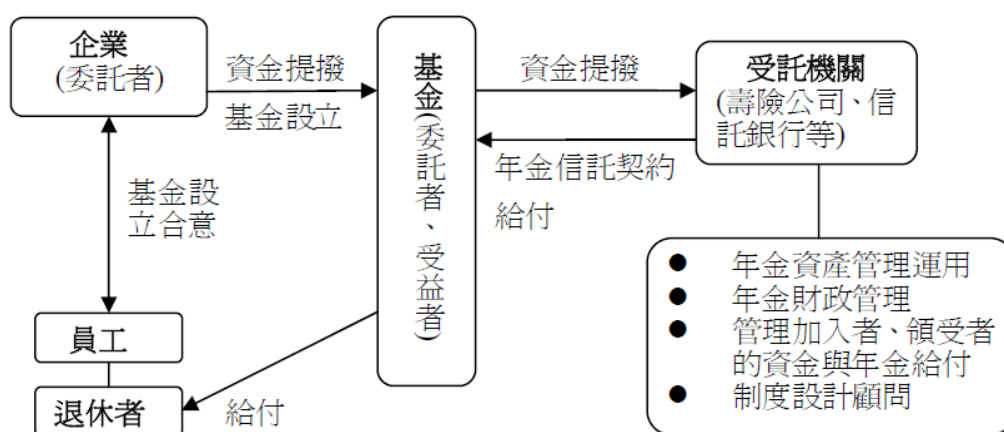


圖 3-13 基金型確定給付企業年金

資料來源：王儷玲(2006)，因應高齡化社會保險商品發展及其監理與相關稅賦配套之研究，金融監督管理委員會。

1.確定提撥制度（Defined Contribution，簡稱DC）

為了因應現行的企業年金制度在中小企業與自營業者中十分不普及，且轉職時年金資產轉換困難的問題，日本於2001年10月導入確定提撥制的新方案(日本401k計劃)。原因主要有二：

(1)日本終身雇傭制度的瓦解和職業流動的增加，DC型企業年金允許建立個人賬戶，從而方便了勞動者的職業轉換，不必擔心退休金帶不走的問題。

(2)日本會計制度國際化引進的「時價會計基礎」的推廣，使企業背負的中長期年金負債問題表面化，DC型企業年金把資金運營的責任從企業轉向個人，將企業的年金負擔額明確化，方便新的會計制度導入。作為過渡期，政府允許厚生年金基金在兩年半以內，適格年金在十年以內實現向DC型企業年金轉移，並允許設置企業型或個人型DC年金。

企業型年金以承認企業型年金規約的企業為主，費用完全由雇主提撥，員工無法提撥任何額度，在同時有實施厚生年金基金或確定給付型年金的狀況下提撥限額以每月23,000 円為限，沒有的狀況下則提高至每月46,000 円。個人型年金實施的主體則是國民年金基金聯合會，費用完全由加入者個人提撥。

自營業者等國民年金第一類被保險者可加入個人型年金，在沒有加入厚生年金基金或者確定給付企業年金的企業受雇者可加入個人型年金，在有加入厚生年金基金或者確定給付企業年金的企業受雇者只能夠加入企業型年金。第三類被保險人則無法加入確定提撥制。

圖3-14、3-15為企業型和個人型確定提撥制的基本架構，企業可以選擇將一部或是全部的管理業務外包給運營管理機關，而個人型的運營管理機關則可由國民年金聯合會中有登錄的業者中選擇。

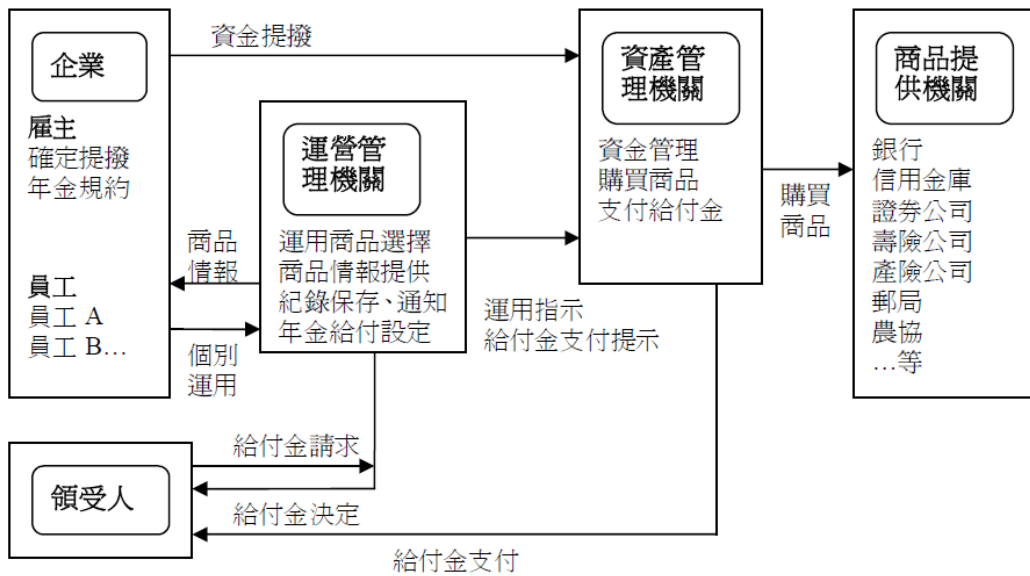


圖 3-14 企業型年金制

資料來源：王儷玲(2006)，因應高齡化社會保險商品發展及其監理與相關稅賦配套之研究，金融監督管理委員會。

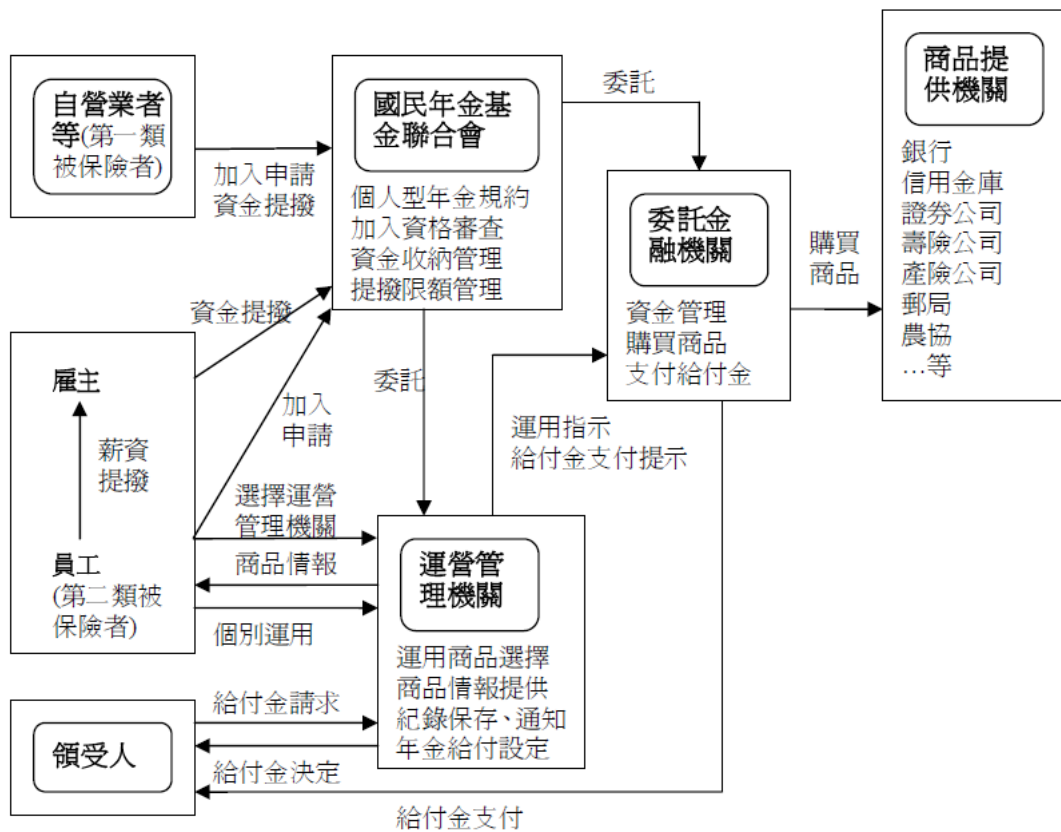


圖 3-15 個人型年金制

資料來源：王儷玲(2006)，因應高齡化社會保險商品發展及其監理與相關稅賦配套之研究，金融監督管理委員會。

採用企業型年金的業主必須將累積資金的管理另外委託資產管

理機關，達到年金資產從企業中分開、確保長期給付安全的目的。主要可以交由信託銀行、壽險公司、產險公司或是農業協同組合聯合會辦理。個人型年金則是由國民年金基金聯合會委託上列公司辦理。

2.現金餘額制(Cash Balance Plan)

現金餘額制的退休金規畫自 2002 年 4 月獲得合法性承認，又稱為混合式(hybrid)退休金計劃，它包含確定給付制和確定提撥制兩者的特性。在現金餘額制中提撥額可以是定額或是從薪資中劃出一部分的比例，本制度最大特徵在於帳戶運用的利率受到一個固定的再評價率的保證，有可能是固定值、國家債券的利率或是以這兩者為上、下限的組合設定。因此雖然有著確定提撥制中員工個人帳戶的特性，但是該帳戶的收益卻是如同確定給付制一般受到保證的，降低員工運用自身帳戶收益的風險。目前採用現金餘額帳制的公司以電器產業為主，主要有東芝、日本電氣、三菱電機等 7 家企業。

(四)本公司年金(又稱自營年金)

此為公司自辦之非適格年金，無須法律依據，故較具自由色彩，但亦可分為提存準備金和不提存準備金二種，前者將準備金提存於受託機構，尤其管理運用，而後者不提存準備金，直到員工退休時才由公司直接給付退休年金。

二、日本個人年金與稅制

日本個人年金之發展，可源自於 1926 年郵政省開始創設之年金保險制度。而民間金融機構承作之個人年金，則最早始自 1960 年代生命保險會社之個人年金保險。1979 年則開始由其他金融機構普通銀行設計個人年金商品之操作模式。而日本的個人年金可為二大型態，其說明如下：

(一)保險型：以加入生命保險會社之個人年金保險者為最多數，次為郵便局之年金保險。

(二)儲蓄型：意指財形年金。

隨著日本急速高齡化時代之來臨，個人年金之必要性及受重視之

程度則日益增加，且個人年金保險之加入率均逐年提高。故有關個人年金之稅制優惠上，即於 1984 年(昭和 59 年)，將早期人身保險、個人年金其所繳之壽險保險費軍併入人壽保險保費扣除額之規定，修改增設符合一定條件之個人年金保險保險費扣除額，不併入一般之人壽保險費扣除額。故個人年金保險保險費扣除額為所得稅 50,000 元及地方稅 35,000 元之範圍內可予扣除。

三、年金商品類型

日本的個人年金保險商品大致上可依運用方法分為定額年金保險、利率變動型年金保險和變額型(投資型)年金保險三類。

其中以日本的外幣型年金商品(外貨建個人年金保險)較為值得關注，以美元或是歐元等外幣支付保險費，亦由外幣給付年金或為一次性給付，不但可以分散投資風險，亦可利用外國的高利率和匯率差異賺取更高的報酬，缺點是此種商品有匯率風險。同時考慮到日本國內最近約 1.5%~2%的預定利率，如此低落的預定利率顯示保費增值困難，但外幣保險的預定利率多有 3.5%~5.5%的程度，比日幣商品更有優勢。

目前市面上的外幣保險商品，通常是搭配以年金險、終身保險與養老保險為主，多由少數幾家保險公司所售，光是 AIG star 一家保險公司就有 13 種商品，佔了所統計的 36 家保險公司(登錄於壽險公會的 38 家中，Prudential 和 DIY Life 兩家公司只做訂做的壽險商品，而沒有定型化契約)裡面所有 37 個外幣型商品數目的 1/3 以上，另外還有像是 AXA 壽險公司有 7 個、Gibraltar 和 AIG edison 各有 5 個，這四家公司的商品加起來就超過了總商品數的 80%。甚至 AIG star 有有可選擇複數幣種的商品。

外幣型的利變型年金主打美元、歐元或是英鎊，亦有三者可同時購買和互相轉換的商品。保證利率會因幣種和保險期間而有差異，外幣可有最低保證 1.25%的年利率，如果選擇日幣也有 1%最低保證年利率。允許複數幣種相互轉換的商品有著可以將一個以上的契約合併

為一個單一的系統的制度(Unite System)。

1.外幣型年金商品之優點，共有下列三項：

(1)貨幣種類分散：合併兩種以上貨幣，購買者可將日幣或是其他利率高的貨幣做結合。

(2)期間分散：合併兩種保險期間的商品，可以在不同時期分批領取，兼顧保戶的在生命週期各階段的資金需求。

(3)領取方法分散：可將不同保險期間商品的累積金額領取方法做變動，更彈性運用資金。

同時該契約允許保戶將全部或是一部分的累積金額在保證利率計算基準日(保證期間屆滿隔日)轉移到一個以上的新商品。此類商品當保險期間到期時，還可以選擇延長累積期間至最高年限為止，亦可以領取一部分金額作為一次給付或年金，另一部分則延長至以後再給付。年金領取方式相當多元，可選擇確定年金、確定終身年金、保證金額終身年金和確定連生年金等。原則上領取金額的幣種和購買時選擇的幣種相同，但可附加日幣換算特約，將外幣給付換為日幣給付。

2.市場上常見之變額年金商品：

(1)早期領取終身年金型(Lifetime Guarantee)

(2)年金領取總額保證型(Amount Guarantee)

(3)保本保證型(Principal Guarantee)

(4)遞增死亡保障型(Step Up)

(5)最低保證給付型

(6)意外事故加算型

(7)最低死亡保證型

一般來說，日本壽險公司的變額型保險都是交由銀行或是券商代為募集，每家商品的內容都不盡相同，有可能一次包括多種上述型式。幾乎所有商品都包含身故保險金和意外身故保險金，最低保證給付型保證支付最低基本保險金額，也就是躉繳保費；意外事故加算型的商品在給付意外事故保險金時給付最低基本保險金額 100% 以上的比率。另外，每個商品都有多種年金給付選擇，例如被保險人可選擇一般之

確定金額年金、確定期間年金、一次給付或是特別計算年金等，保險期間還有可能提出固定百分比的分配金或是獎勵沒有部分解約的保戶的加算金，運用方式十分靈活。

產險公司亦可以提供儲蓄為導向的累積傷害保險(積立損害保險)或是年金給付型的累積傷害保險，只是期間較短，約只有 5-6 年，主要仍是以滿期給付的儲蓄功能為主，另外加上交通事故死亡和後遺症的保障。有時滿期領取的金額還可以加上保險公司紅利，但限有利差益存在時。

日本壽險市場的保費收入中個人年金部分增長極快，市占率從 2000 年的 8.06% 到 2005 年的 26.77%，5 年間成長了 3 倍以上。下表為壽險業各年度不同險種保費分配率，包括個人保險、團體保險、個人年金、團體年金保險和財形年金保險等。從 2000 年到 2005 年，個人年金保險市場之保費收入明顯增加，而團體年金保險之保費收入減少。

表 3-13 2000 年至 2005 年日本各險種之市佔率表

項目 \ 年代	2000	2001	2002	2003	2004	2005
個人保險	60.00	59.93	61.62	57.27	55.09	53.20
個人年金保險	8.06	8.17	11.85	17.87	23.29	26.77
團體保險	5.09	5.19	5.17	5.00	4.72	4.46
團體年金保險	25.39	25.36	20.13	18.76	15.90	14.65
財形保險	1.01	0.95	0.87	0.79	0.72	0.65
財形年金保險	0.16	0.15	0.13	0.12	0.10	0.09
醫療保險	0.11	0.12	0.13	0.13	0.12	0.12
失業保險	0.02	0.02	0.02	0.01	0.01	0.01
再保險	0.15	0.12	0.08	0.06	0.05	0.05

第四章 主要國家長期照護保險制度相關法令 制度與商品概述

第一節 美國長期照護保險相關法令制度及商品

美國目前尚無獨立且具普及性（universal）的社會性長期照護保險機制，現行的社會性長期照護保障，僅是零星依附在 Medicare 與 Medicaid 之下；而在商業性長期照護保險方面，美國是世界上商業性保險運作較為熱絡的先進國家之一，可提供未來台灣發展整體長期照護市場之借鏡。

一、長期照護保險法令制度

（一）長期照護保險制度

1935 年社會安全法案(Social Security Act)中，規定年金制度與低收入救濟金之發放，政府須提供低收入戶進入非政府收容機構之福利。1948 年通過 Hill-Burton 法案，除了大量補助興建醫療機構外，也提供資金興建非營利性質的護理之家。1950 年修訂社會安全法案，規定老人救濟金對公立機構的給付，私人營利護理之家必須立案。1965 年，美國通過社會安全法案第十八章和第十九章，建立了社會安全體系醫療照護保險（Medicare）和醫療補助制度（Medicaid）。美國現行長期照護制度包括醫療照護制度(Medicare)、醫療補助制度(Medicaid)和私人照護保險。茲就醫療照護保險（Medicare）和醫療補助制度（Medicaid），分述如下¹。

1. 醫療照護制度（Medicare）：

醫療照護制度（Medicare）是由美國聯邦政府主管的社會保險計畫，但由私人保險公司經營，分為 Part A 住院保險和 Part B 補充性醫療保險兩部分。Part A 住院保險之財務由薪資稅支應，勞雇雙方各負擔一半，65 歲以上之老人幾乎都在保障範圍之內，在長期照護方面，

¹王儷玲(2006)，因應高齡化社會保險商品發展及其監理與相關稅賦配套之研究，金融監督管理委員會。

保障急性醫療服務末期的後續醫療相關服務。Part B 補充性醫療保險則由老人自願參加，其財務來源來自於保險費，但因保險費大部分由稅收補貼，因此大多數民眾均會參加，由其提供門診與其他補助性服務之保障。

社會安全體系的醫療照護保險主要是針對 65 歲以上的參加者，不過一些特定身份的人即使在 65 歲以下也可適用於醫療保險，例如失能、腎臟永久失去功能等之參加者，雖然提供醫療保障，但是此醫療保險並不會承擔所有的醫療費用，以及大部分的長期照護費用。而醫療保險的財務來源，除了雇主以及員工所繳的社會安全捐(payroll tax)之外，也有一部份來自社會安全的稅賦。基本上如果參加者或其配偶在有醫療保障下工作至少 10 年，並且達到 65 歲，其身份是美國國民或是永久居住的人，都有資格參加醫療保險。醫療保險主要有兩個部分：

住院保險(Part A)主要提供住院病人住院以及使用醫院設備費用的保障，一些居家或療養院的照護也包括在內。對於達到住院保險保障資格的參加者，他們達到適格後並不需要繳交保費，因為他們工作期間所繳之社會安全捐當中已經包含了住院保險之保費，如果沒有以上資格的參加者或其配偶，在有醫療保障下工作至少 30 季以上，則保費每月為 216 美元，如果在 30 季以下則保費為 393 美元。但如果有參加者在工作期間並沒有繳交住院保險之保費，當他們達到 65 歲之後仍可以購買方式參加住院保險。

醫療費用保險(Part B)主要保障的內容包括醫生診療費用、門診病人的醫療照顧或是一些在住院保險所沒有承保之範圍，例如物理治療或是專業的臨床醫學費用等等，還有一些居家照顧。當參加者有醫療需求的時候，醫療費用保險就會幫參加者承擔費用。而醫療費用保險保費會隨時調整，而參加者也是需要達到 65 歲以上才有保障，如果在 65 歲參加者並沒有選擇參加醫療費用保險，但是之後想參加的話，其保費會較高，每延後一年其保費增加 10%。在選擇參加醫療費用保險後，經過七個月的等待期間，並且等待期間結束在 65 歲之

前的三個月，即可在 65 歲之後享有其保障。

2. 醫療補助制度 (Medicaid)：

醫療補助制度 (Medicaid) 則為美國的社會救助計畫，經費來自於聯邦政府以及州政府的一般稅收，由聯邦政府提供管理以及制定執行原則，而州政府負責一般行政事務。其主要是保障低收入戶或無能力負擔醫療或長期照護費用者。因為 Medicare 所提供之機構或居家照護費用補助須受限於有實際醫療，故 Medicaid 成為長期照護的支付者。惟 Medicaid 可能會造成一個問題，就是中等收入之照護需求者為取得給付資格，會將資產移轉給子女或其他親人，以符合 Medicaid 的資產限制條件。

以往 Medicare 對於技術性護理機構(skilled nursing facilities, SNFs)之費用補助十分有限且有嚴格的資格限制，因此大部分需要護理機構服務的需求者，無法取得給付補助；但由於近年來想減少病人利用 Medicare 的醫院付費系統，縮短其住院期間，因此鼓勵其至護理機構療養，故獲得 Medicare 所提供 SNF 服務者明顯增加。1986 年僅有 30 萬人獲 Medicare 的 SNF 補助，但在 1996 年已增為 130 萬人。

(二)長期照護保險相關法令

長期看護保險市場之蓬勃發展有賴業者、監理單位與政府三者的互助合作。業者研發改進產品設計，可增加產品多樣性，以滿足不同類型消費者需求；監理單位制訂完善保護消費者的監理法規，可提高被保險人對購買產品的信心；此外，政府在長期照護政策之態度與相關法令之制定亦對於推動整體市場發展扮演極為關鍵之角色²。關於美國長期照護相關重要法令規定，分述如下：

1. 長期照護合夥計畫(LTCPP)

1987 年 Robert Wood Johnson Foundation 針對中所得家戶提出一

²周台龍、鄭文輝(2010)，從美國長期看護商業保險市場的成長經驗探討台灣長期看護商業保險的發展方向，保險經營與制度第九卷第一期 P72-75。

項公私部門合夥計畫(Long-Term Care Partnership Program, LTCPP)的策略，藉著連結醫療救助計畫來激勵保單潛在需求者購買意願，進而擴展長期看護保險市場發展。此計畫目的是透過政府部門和保險公司的合作，提供保費較低但品質較佳的長期看護保險保單，並為州政府醫療救助計畫找到降低財政負擔的途徑。因為合夥計畫和醫療救助計畫互相連結，因此在投保誘因設計上，給予保戶資產保障，參與該計畫的保戶不須花盡家產以求適格，故可以使長期看護保險保單更加吸引潛在需求者，也因保費比較便宜而提高負擔能力，進而擴展長期看護保險市場發展。

最早加入合夥計畫的包括康乃狄克州(1992年)、紐約州(1993年)、印第安那州(1993年)及加州(1994年)。醫療救助計畫在此扮演再保險的角色，當地居民購買州合夥計畫保單，若發生長期照護需求，先由保險公司給付長期照護費用，待給付期間滿期，在使用自有資產支付到所設定的條件下，即可接受醫療救助計畫所提供的長期照護服務，並保留較多的資產。

合夥計畫保單銷售的情況逐漸成長，1996年有效保單總計約有1.5萬張(Meiners, 1998)，2005年增加到17萬張保單。在財政節約的成效部分，以紐約州而言，平均每張保單可節省醫療救助計畫三個月護理之家的分用(Dinallo, 2008)。

2. 健康保險可攜性和責任法(HIPAA)

1996年美國國會通過健康保險可攜性和責任法(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)，欲藉由租稅政策提高家庭部門在長期照護成本的分攤責任，並提醒社會大眾自我負責的認知(Driscoll, 2003: 11)

HIPAA 規範架構分為五個重點，包括「醫療服務的可近、可攜帶與保證更新」、「防範健康保險和相關服務輸送的浪費、詐欺及濫用行為；管理簡單化以及醫療義務改革」、「和健康相關的租稅條款(租稅優惠)」、「團體健康醫療計畫的強制」及「收入補償法案」。立法意旨為：(1)修改1986年的內地稅法(Internal Revenue Code of 1986)，以促

進健康保險在個人市場和團體市場的可攜性和持續性；(2)對抗在健康保險和相關服務輸送的浪費、詐欺及濫用行為；(3)促進醫療儲蓄帳戶(Medical Savings Accounts)的使用；(4)改善民眾在長期照護服務和長期看護保險涵蓋的可近性；(5)簡化行政程序。

在租稅優惠部分，美國直到 1996 年以前，對長期看護保險保費的稅務處理並未明確，制定 HIPAA 的目的之一，即藉著租稅優惠的方式促進長期看護保險保單市場之發展，對於租稅優惠合格保單(Tax-Qualified Policy, TQ)的保費與保險給付，給予聯邦所得稅的租稅優惠(Lewis et al., 2003)。此轉變被視為政府部門向一般社會大眾表達出長期照護成本承擔不只是政府部門的責任，也是家庭和個人的責任。

租稅優惠合格保單的保險給付為免稅項目，但設有上限，在 2005 年上限為給付日額 240 美元與長期照護服務成長兩者較大者。在保費部分，企業團體保單中由雇主分攤的保費不計入員工所得(Chaikind et al., 2005)，並且可以列為企業的營業費用扣除；而保戶本身自付部分可計入申報的醫療費用扣除額中，可列入數額多寡和納稅義務人的年齡有關，2007 年，40 歲以下者最高上限為 290 美元，年齡越大上限越高，71 歲以上要 3,680 美元。

3. 長期照護安全法(LTCSA)

2000 年 9 月 19 日，美國國會通過長期照護安全法(Long-Term Care Security Act, LTCSA)，該法要求聯邦人力資源管理局(U.S. Office of Personnel Management, OPM)設計長期看護保險保單(Federal Long-Term Care Program)，提供聯邦職員、直系家屬和聯邦退休人員自由購買，購買者需全額自費，OPM 自 2002 年 5 月開始實施此計畫。該保單特色主要有三：(1)對於非同居的親友提供非正式照護，經由保險公司認可者，可以給付最高達 365 天；(2)提供給付每年複利增值，以及簽約後給付增購的選擇；(3)投保年齡最低須滿 18 歲，最高年齡不限。保單在設計上主要有兩類，分為制式化契約與個別化契約，兩者差異為後者完全由投保者自行決定給付內容、金額與期間等。

二、長期照護商品

美國是一個商業性保險運作相當發達的先進國家，面對著人口高齡化的危機，長期照護保險是繼年金與健康保險之後，近年來日益受到重視的課題，也因而帶動了商業性長期照護保險的近期發展。美國商業性長期照護保險從 1970 年代發展迄今，商品的普及性雖仍不如人壽、年金及醫療保險，但相較於商業性長期照護保險運作經驗迄今仍相當不足的國內，美國商業性長期照護保險之經驗有助於台灣未來商業性長期照護保險商品之發展³。

隨著人口高齡化與社會變遷之結果，對長期看護保障之需求日益增多，民營保險公司因此也開發出長期看護保險以提供保戶之需。美國早在 1970 年代，在完全無統計資料、精算基礎及理賠經驗下，參考 Medicare 相關規定，推出療養院保險商品，從 1987 年起銷售長期看護保險之公司家數呈現穩定的成長，1990 年中，已超過 130 家出售長期看護保險，銷售保單也達 165 萬張，有半數以上之公司出售個人 LTC 保險，其所銷售之保單數占總保單數的 77%，可知整個長期看護保險市場銷售之對象仍以個人為主要市場⁴。

美國社會安全體系當中對於長期看護有保障，2004 年在長期看護上的支出為 1930 億美元，其中公共的醫療保險（Medicare）和醫療救助（Medicaid）就佔了 68%，但事實上，醫療保險僅涵蓋少數長期照護項目，而醫療救助只負擔低收入者，這點從長期看護費用有 19% 是由個人自費支付即可知曉，而壽險公司的長期看護保險支付的費用僅佔 7%，顯然有很大的成長空間。未來個人在長期看護費用的負擔上勢必加重，特別是考慮到當政府不得不因為財政壓力緊縮社會救助服務項目或是資格限制時，長期看護保險當然成為個人獲得保障的最佳選擇之一。

根據美國保險監督官協會（National Association of Insurance

³鄭清霞(2012)，建構我國長期照護保險精算模型，行政院衛生署。

⁴王儷玲(2006)，因應高齡化社會保險商品發展及其監理與相關稅賦配套之研究，金融監督管理委員會。

Commissioners, NAIC) 的統計，在 2004 年提供長期看護保險的公司有 13 家產險公司、20 家健康險公司、5 家友愛會保險(fraternal insurers)和 155 家壽險公司。市面上的長期看護保險保單有兩種型式，購買損害賠償保單 (Indemnity policies) 時保險公司會對特定的看護給付固定的金額；若是綜合性保單 (Integrated policies/policies with pooled benefits)，則是會提供一個可以使用不同設施服務的每日、每週或每月的上限金額。典型的保單內容可參考表 4-1。

另外，有的保單也會提供通貨膨脹的保障，亦即將支付金額以單利 (Simple Interest Benefit Increase)、複利 (Compound Interest Benefit Increase) 或是根據消費者指數作調整 (Consumer Price Index)，但是卻無法保證消費者物價會和長期看護服務的價格變動程度相同。

表 4-1 2002 年主要長期看護保單保險人所售之保單內容

承保範圍	護理之家 nursing home care 養護中心 Assisted living facility 居家健康服務 Home health care 其它相關照顧看護 Alternate care 安寧療護 Hospice care 復健 Respite care
其他給付	病床預約 Bed reservation benefit 看護決策支援 Care coordination/ care benefit 看護者訓練 Caregiver training 醫療設備 Medical equipment coverage 整修 Restoration benefit 遺族 Survivorship benefit
費率折扣	夫妻或優良健康 preferred health 可減保費 10%-40%
綜合性保單	有
每日額度	50-500 美金
給付資格	日常生活活動功能量表中兩種以上失能者或認知障礙 (chronically ill)
給付期間	1 年到生存期間
給付期間上限	無上限
除外期間	0-365 天
投保前已存在的健康狀態	6 個月或更低
限額給付合約	躉繳 / 10 年期給付 / 至 65 歲
更新	保證更新

不資格合約	有
阿茲海默症	有
年齡限制	18-99
保費免除	有
審閱期	30 天
保障通膨風險	每年 5%複利
不沒收條款*	給付期間縮短

註：主要保險人指銷售個人和團體長期看護保險 80%保單的 13 家公司

資料來源：Long-Term Care Insurance in 2002 ,p. 31

*給付未達本金支付金額會退還餘額

(一)商業長期照護保險

美國長期照護保險保單有二個基本型態：個人保險和團體保險，個人保險主要是由個人所支付的保險契約；在團體保險中部分則是以雇主資助或由工會組織負擔為主；而長期照護保險亦可藉由壽險契約附加在內⁵。

以個人長期照護保險契約的保障範圍而言，個人的長期照護保險可依個人的財務目標和生活型態來量身訂作，被保險人可選擇給付期間長度及理賠項目，由表 4-2 及表 4-3 可知，以給付期間為 4 年以上和理賠項目為居家照護的新契約佔率最大，而由表 4-4 可知，絕大多數新契約的免責期間為 90~100 天。並且大部份的個人長期照護保險，是提供保證續約的服務，保費不會改變，除非被保險人的狀態改變，已不同於過去投保時的狀態，再者，長期照護保險也不會產生任何現金價值。

表 4-2 2007 年個人商業長期看護保險統計資料(一)

給付期間	新契約保單中之佔率
1年	<0.2%
2年	6%
3年	25%
4年	14%
5年	26%
6~10年	11%
終身	18%

資料來源：American Association for Long-Term Care Insurance, 2008 LTCi Sourcebook。

⁵財團法人保險事業發展中心(2009)，長期看護保險制度與推動之研究，金融監督管理委員會。

表 4-3 2007 年個人商業長期看護保險統計資料(二)

理賠項目	新契約保單中之佔率
居家照護	43%
支援性居處	30.5%
護理之家	25.7%

資料來源：American Association for Long-Term Care Insurance, 2008 LTCi Sourcebook.。

表 4-4 2007 年個人商業長期看護保險統計資料(三)

免責期間	新契約保單中之佔率
20~30天	7%
31~89天	7%
90~100天	83%
101天~	3%

資料來源：American Association for Long-Term Care Insurance, 2008 LTCi Sourcebook.。

在團體長期照護保險方面，美國經濟學家、州政官員、工會、聯邦或其他組織，支持團體長期照護保險。團體透過保險公司購買長期照護保險或透過自己保險(self-insurance)，在自己保險計劃中，團體中的會員通常為員工，其承擔所有由長期照護保險所支付的風險和費用。團體長期照護保險傳統上可視為提供一個自由參加的福利，員工可以部分或全部的保費。長期照護保險透過職場販售是可攜式的。當員工退休或換公司時，只需將其所有保費直接付給保險人。再者，根據美國勞工事務處(U.S bureau of labor)統計，約有 11%的私人企業的員工，已經將長期照護加入至員工福利，故團體長期照護保險在未來將為保險公司帶來無限商機。

(二)長期照護費用分攤

1.公共財政支持⁶

醫療補助計畫是長期護理費用最重要的承擔者，能夠向那些滿足 ADL(日常生活能力)限制並且收入較低或收入來源有限的人(如個人總資產小於 2000 美元的人)提供有限的健康服務以及護理院服務。醫療補助計畫在長期護理方面的花費大部分只用於機構護理服務，因為

⁶ 慕尼黑再保-Vision 2011 第二期

通常等候名單很長，所以很少負擔到居家服務的部分。

另一方面，醫療保險也有向老人提供短期機構護理或支援居家護理。醫療保險計畫的保障通常具有限制，通常將保障範圍限制在專業護理機構 100 天以內，其中 20 天全保，剩下 80 天需要共同負擔，現行政策為每天 137.50 美元。

伴隨著扶養比的不斷上升，老齡化情況日益嚴重的人口現況對於公共財政支持的長期護理項目產生了嚴峻的考驗。

表 4-5 2010 年及 2050 年老齡人口扶養比

年度	老齡人口扶養比(65 歲及以上老年總人數與 15 到 64 歲青壯年總人數間的比率)	老年人口：青壯年人口
2010	20%	1：5
2050	35%	1：3

資料來源：慕尼黑再保-Vision 2011 第二期

2. 個人承擔

2008 年，商業保險只負責所有長期護理消費中的 7%，而除醫療補助計畫及醫療保險計畫外，剩餘部分中比重最多的是由接受服務的個人或其家庭來承擔。由於大多數此類護理均為非正式的，所以實際的自負數據亦被低估。

長期護理保險主旨在幫助人們支付由公共項目無法覆蓋的一系列家庭及機構護理費用，截至 2010 年底，只有 700 多萬的有效投保人支付了不足 110 億美元的保費。

表 4-6 2010 年生效之長期護理保險

	人數	保費(百萬)
個險業務	4,800,000	\$8,850
團險業務	2,420,000	\$2,060

資料來源：慕尼黑再保-Vision 2011 第二期

(三) 長期照護服務模式

由於美國疆土遼闊、人口眾多，長期照護產業也走上連鎖經營之

路，以增加競爭力。許多大型業者具有數萬名員工、數百處照護所、分布於二、三十州。美國目前的長期照護業務，大致可分為以下幾種經營模式：

1. 護理之家(Skilled nursing facilities, Nursing Homes)

護理之家專責照顧其他照護機構無法照顧的居民(住在長期照護機構中的人謂之居民，不稱病患)，提供 24 小時的醫療及生活照護(含醫療復健)，為僅次於醫院層級的醫療照護機構，護理之家的居民通常都是老年人。

據美國國家衛生研究院的報告，有些護理之家就像醫院一樣能提供醫藥照護，並配置有專業治療之護理人員。但是，其他許多護理之家則盡量設計得像家一樣，有開放式廚房，讓夫婦生活在一起。所有護理之家的目標，都在幫助個人滿足其日常身體、社會、醫療和心理需求，並盡快的使居民康復、返回自己的家園。

護理之家基本上是公司經營，提供照護服務，是長期照護服務市場的主流。估計 2008 年美國有 150 萬人居住在 1 萬 6,100 個護理之家。這些機構中有 66%以營利為目的，27%為非營利組織，另外 7%為政府機構。護理之家如果要參加 Medicare 或 Medicaid 必須通過聯邦認證，2008 年美國的護理之家共提供 190 萬個床位，其中 94%有 Medicaid 醫療認證，84% Medicare 的醫療認證。經營者與內部之設施也必須領有州政府的許可執照。

護理之家必須配備之職員包括：管理師(Administrator)、醫療主任(Medical Director)、護理師及護士(Registered Nurses and Licensed Practical Nurses)、護佐(Certified Nurse Assistants)、社工人員(Social workers)、營養及膳食工作人員(Nutrition & Dietary Staff)、復健師(包括物理和職業治療師，PT & OT)、娛樂和活動人員(Recreational/Activities)、家管及設施維修人員(Housekeeping/Plant & Facilities)

在某些有限的情況下 Medicare 會替居民支付部分費用，Medicaid 則會替低收入者支付大部分的費用，其他約有半數的人必

須自行負擔。若以居住兩年計算，平均每年的費用是 6 萬美元，通常在居民的積蓄花光之後，就由 Medicaid 支付所需費用。此外居民也可以投保長期照護保險，照護費用由保險公司支付。

2. 輔助照護機構(Assisted living facilities, ALF)

輔助照護機構是介於護理之家和居家照護之間的機構，因為護理之家的收費昂貴，而有些居民自己還能照顧自己的部分生活起居，事實上並不需要如此專業之照護，但獨立生活又存在風險，輔助照護機構因此應運而生。輔助照護機構是按月收費，較護理之家按日計費便宜許多。

輔助照護機構提供用藥服務，協助處理大多數的日常生活活動，提供膳食和打理家務。每日三餐在中央餐廳使用，居民住在自己的私人房間，房間數依規模大小而多寡不一，房間大小也可能不同，共同點就是廚房區的功能都十分有限，24 小時有工作人員值班。由於生意興隆及市場需求不斷變更，輔助照護機構的業務也不斷擴充，甚至護理之家的照護也有在做，其他如復健醫療、失智症照護、安寧照護、在地安養（Aging in place）等也在其經營之列。

2008 年全美國共有 100 萬人住在 2 萬家輔助照護機構，估計到 2015 年接受這種服務的人會高達 200 萬人。住在這裡的費用通常是由私人基金會或個人負擔，不過有些長期的健康保險也會支付。依照個人情況不同，費用也有差別，整體而言每人每月平均費用為 3,131 美元。由於成長迅速，美國政府對這類長期照護的發照規範也一直在改變，目前這類的照護業者是由州政府監管。由於政府監管對業者會增加大量的文書工作，造成居民的負擔增加，業者不願接受，目前仍在爭論之中。

3. 居家照護 (Home care services)

居家照護是起源於 20 世紀初期，為服務工業化城市移民的一項社會福利。顧名思義，這是一種到府服務的照護，病患可以在自己的家裡接受照護。照護的內容通常包括日常生活行動照料、協助上下

樓梯、行走和轉乘輪椅，打理簡單家務、準備三餐、代為購物、跑腿、交通協助等。短期的家居照護病患大多是重症後的療養恢復照護，較長期的則是因為慢性疾病所需。

正式的居家照護業務由地方政府的衛生部門與私人機構合辦，2010 年約有 9,000 家合法的機構，其中約 65% 是營利機構，接受服務的病患有 300 萬人，Medicare 是最大的金主。

除正式的居家照護之外，還有由家人、親友等提供的非正式居家照護。估計從事非正式的居家照護者約有 6,500 萬人，其中 66% 為女性，一年創造之服務價值 3,540 億美元，為正式居家照護及護理之家兩者營業額總合的 2 倍。為促使更多的人力投入非正式的居家照護，1993 年美國通過家庭醫療休假法案 (Family & Medical Leave Act)，員工可以請在 12 個月之內至多請 12 周的無薪假期替兒女、配偶或父母等親人居家照護。目前 15 個州的私人公司僱員、40 個州的公務員可以請帶薪居家照護假。

4. 安寧照護

在美國安寧照護 (Hospice care) 多由志工來執行，2008 年有 145 萬人接受安寧照護，2009 年志工的人數為 55 萬人，創歷史新高。安寧照護是 Medicare 醫療保險的唯一福利，其中包括藥品、醫療器械、每天 24 小時 / 每週七天的照顧和死亡後對其親人的補助。Medicaid 醫療補助和大部分私營保險計劃也涵蓋安寧照護。

大多數的安寧照護是在病患家裡進行，也有些是在家庭般的安寧公寓、輔助照護機構、護理之家、退伍軍人的宿舍、醫院或監獄進行。就 2007 年的資料顯示，美國安寧照護場所正以每年 3.5% 的速度成長，2008 年每年有 90 萬人接受這項照護，易言之，約 39% 的臨終病人受到安寧照護服務，大部分的病人少於 30 天就告別人世，少數長達半年。2008 年光是 Medicare 就支付了 100 億美元給 4,000 個 Medicare 認可的安寧照護場所，而這些費用僅占安寧照護的 80%。由於市場成長迅速，2009 年 2 月 Buffalo News 報導，非營利為主的形勢已經改

變為營利機構占多數，是醫療照護產業中，成長最快的部分。在 2008 年時，46.2% 為營利機構，49.6% 為非營利，其餘之 4.2% 屬政府機構，同年全美的安寧照護場所有 4,850 處。

5. 喘息照護服務(Respite care)

喘息照護服務是提供短期、間斷的臨時性服務，以替代家庭成員照顧病患；如果沒有這種服務，病患可能就得安置在安養中心等照護設施。所以喘息照護服務通常都是專家到府服務，基本上這是一種依照客戶的需求：如照護時間長短、病人之狀況而設計的服務，有時也可以在其他照護機構，如成人日間護理中心進行。

美國目前有 5,000 萬人在家照護罹病的親人，這些人通常都是全天候的，如果這些人要辦事、休息，就須要喘息照護的服務。如果沒有這些人照護，而將生病的家人送交護理之家等機構撫養時，估計每年所需的費用將高達 940 億美元。Medicare 並不支付喘息照護服務之費用，Medicaid 則有嚴格之要求。

6. 成人日間護理中心(Adult day care Center)

許多的長期病患是由家人照護的，但是有時家人因工作分身乏術，也所以需要成人日間護理中心，一方面讓家人可以日間繼續工作，晚間接病患回家共同生活；一方面讓病患取得較專業之醫護，避免住進護理之家，降低照護費用。

根據 2008 年普查資料，當年在美國有 4,000 家成人日間護理中心，其中約 80% 由非營利機構或政府經營，有的也跟其他的長期照護中心，如護理之家等聯合經營。成人日間護理中心主要在照護患有失智症（包括阿茲海默症）和沒有失智症的體弱老人。為了應付戰後嬰兒潮的廣大需求，成人日間護理中心未來幾年內將會大幅成長。成人日間護理是一種讓病患在家裡、或社區接受長期照護最為便宜、可行的方式。

成人日間護理中心一般在周一至周五的日間開放，調查顯示，每天的平均成本從 40 美元至 100 美元都有，平均大約是 61 美元，較

其他看護失智症的長期照護中心便宜許多。Medicare 並不支付成人日間護理之費用，Medicaid 可能會支付經核准的成人日間護理中心或是阿茲海默症病人費用，一些長期照護的保險可支付此項費用。

由前述可知，長期照護種類繁多，其實除了護理之家和居家照護之外，其他長期照護輔助照護機構(Assisted living)都有在做，因此可以簡單的分成護理之家、居家照護和輔助照護機構三大類。

(四)主要長期照護業者

1. 門諾保健 (HCR Manor Care)

門諾保健公司是長期照護之主要業者之一，也有重大手術後的短期照護。2007 年，該公司經營的護理之家、輔助照護機構、復健中心、安寧照護所和居家照護所共超過 500 家，員工超過 6 萬人。該公司總部設在俄亥俄州的 Toledo。

2. Golden Living

Golden Living 公司，總部設在阿肯色州，2009 年營業額 26.5 億美元，分布於 22 州，有 300 多個據點，員工 4 萬 2000 人。經營之範圍包括護理之家、輔助照護機構、復健中心、安寧居家照護。

3. Life Care Centers of America

Life Care Centers of America 設立於 1970 年，總部設在田納西州。L 公司照護機構分布於 28 州，經營之範圍包括護理之家、輔助照護機構、復健中心、阿茲海默症照護及退休人員養生村(Retirement Center)，在 28 州有 230 餘個據點，主要的競爭者為 Beverly Enterprises Inc.、Sava Senior Care LLC 以及 Sun Healthcare Group。

4. Kindred Health Care

2011 年 Kindred Health Care 以約 9 億美元收購 Rehab Care，6 月完成，成為全美最大的急性後期醫療服務公司，合併的公司將運營 118 家急性後護理醫院、226 家護理之家及康復中心以及 121 家輔助照護中心。

5. Sun Healthcare Group

Sun 有 200 多間護理之家、輔助照護機構、安寧照護所及復健

中心，分布於 25 州，2009 年員工 3 萬 29 人，為美國主要長期照護業者之一。2009 年 Sun 併購了位於麻塞諸塞州的 Allegiance Hospice Group Inc，同時也接收了 300 位安寧照護病患。2007 年 Sun 才以 3.75 億美元併購總部位於波士頓的 Harborside Healthcare 護理之家；Sun 2009 年 18.8 億美元的營業額中，有 3 分之 2 來自 Medicare 和 Medicaid。

(五)異業同盟

1. 病患資訊整合

資訊業者與長期照護機構合作，建立完整之病患資料庫。

2. 設計符合老人使用之產品

如：建築、電動車、助聽器、老花眼鏡、手機等。

3. 設立高齡醫學中心

提供 one-stop-service, 避免年老病患跑來跑去，徒增不便。

(六)保險公司在長期護理保險上面臨的困境

1.保單退保率及死亡率嚴重低於預期

保單持續率遠高於預期(年平均退保率已降至 5.5%)，退保率下降表示營利能力下滑，因為更多被保險人會選擇在年給付額超出年保費時，保留現有保單(根據均衡保費定價法)。

死亡率之情況與退保率雷同，死亡率也呈現下降趨勢。長期護理保險的死亡率僅為預期死亡率的 47%，平均壽命延長意味著人們存活時間更久，這就更容易產生骨折與老年癡呆的情況，因此，保險公司賠付額也遠遠超出原來的定價基礎。

表 4-7 年度保單退保率

項目	1999 年報告	2001 年報告	2004 年報告
總體年度退保率	7.6%	7.4%	5.5%

2. 疾病發生率超出預期

長期護理保險商品根據投保年齡制定費率，由於賠付成本曲線斜率很大，所以對於長期護理險這種主要因疾病發生率產生影響的商品，成本變會在最後階段快速成長。經驗結果顯示，長期護理發生率在高年齡階段呈現明顯增長，在加上被保險人通常會選擇將保單一直保留至較晚的保險年度，此狀況造成保險公司面臨更多問題。

表 4-8 總計年事故發生率

所達年齡	1999 年報告	2001 年報告	2004 年報告
<40	0.02%	0.01%	0.01%
40-49	0.04%	0.03%	0.02%
50-59	0.06%	0.05%	0.05%
60-64	0.12%	0.13%	0.10%
65-69	0.24%	0.28%	0.20%
70-74	0.47%	0.53%	0.50%
75-79	0.94%	0.97%	1.24%
80-84	1.58%	1.62%	2.74%
85-89	1.77%	1.97%	5.16%
90+	*	1.61%	7.83%
總計	0.60%	0.68%	0.64%

*90 歲及以上組別的數據包含在 85-89 歲組別中。

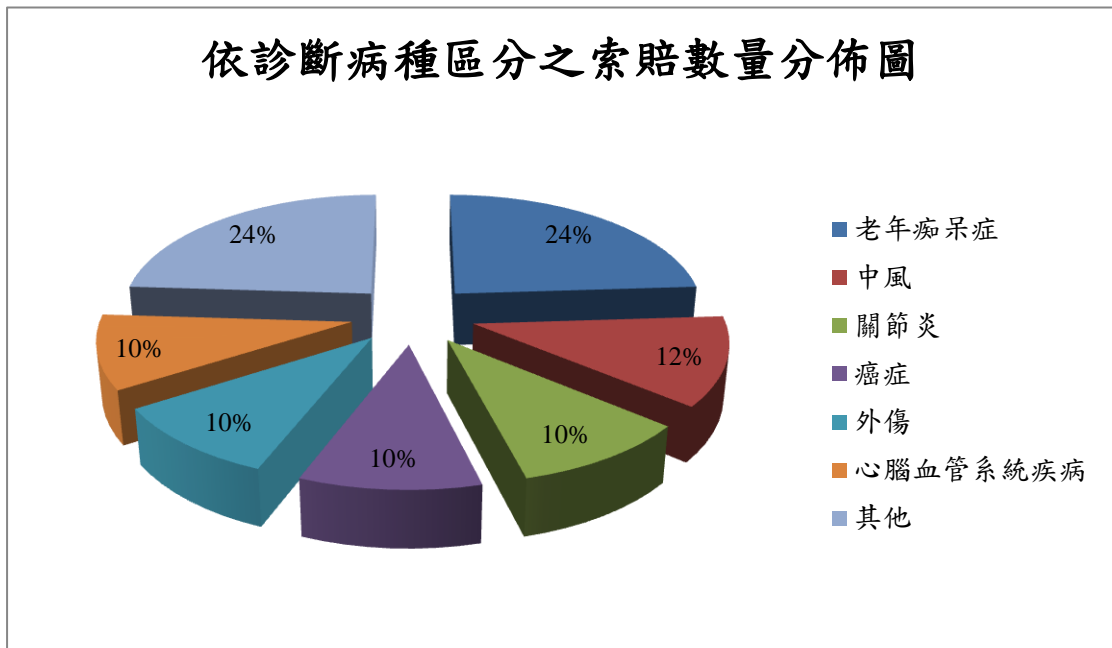
資料來源：慕尼黑再保-Vision 2011 第二期

經驗數據同時顯示，老年癡呆症仍是占理賠的主導地位且逐年增加(如今已達中風和關節炎理賠總和)，同時，老年癡呆症引發的理賠也是持續時間最長，給付金額最高的。

美國在推動長期照護保險已有多年之經驗，鑒於壽險公司在長期照護保險的損失率並不佳，部分州已針對長期照顧保險的損失率，訂定損失率之最低標準，並針對長壽風險，提出未來費率及安全加成⁷。

⁷ 從美國長期看護保險市場發展的經驗看台灣長期照顧保險，保險經營與制度，第 9 卷第 1 期，周台龍、鄭文輝，2010 年。

圖 4-1 依診斷病種區分之索賠數量分佈圖



資料來源：慕尼黑再保-Vision 2011 第二期

3.其他

除上述保單退保率、死亡率及疾病發生率的原因外，投資報酬率下降也成為保險公司不得不面對的難題。同時，由於風險資本以及產品相關法定準備金的嚴格要求，保險公司同樣也深切感受到盈餘不足帶來的壓力。

(七)長期照護保險與國家補助的結合

1.為了引起年輕工作人口為本身或父母購買商業性長期照護保險，政府立法通過購買長期照護保險，可以列入申報所得稅的扣除額，提高未來購買長期看護險的誘因。

2.將長期照護加於 Medicare 之上，由民眾自行購買，這樣的財務機制有利於提供連續性醫療機構的出現。

3.為了紓解老人對療養機構的需求，因此實施居家服務方案。此方式是結合保健醫療與福利服務的社區照護措施，其所提供的服務包括交通、供餐、休閒、看護、保健、醫療、在宅服務等。

第二節 英國長期照護保險相關法令制度及商品

一、長期照護保險法令制度

(一)長期照護保險制度

英國的長期照護制度主要是由主管醫療照護的國民保健服務(National Health Service, NHS)與衛生部下的社會服務部門(Social Service Department, SSD)共同負責。

英國長期照護服務，由國民保健服務(NHS)負責照護，地方政府負責評估個案、執行與管理提供者。

英國長期照護服務提供者主要有二，一為 NHS，二為地方政府社會服務局(Social Service Department, SSD)。NHS 由中央政府主掌業務，提供醫療保健相關服務；SSD 主責管理，它有權決定中央補貼預算中用於地方照護服務之比例，並提供些許社會福利服務。

英國長期照護財務主要可分為政府與民間兩部份，政府包含中央政府之一般稅收、地方政府亦可以自行收取地方稅，社會安全部門之現金給付（如退休金、殘障津貼等）支付長期照護服務及國民保健服務體系所提供之服務。民間部份則為慈善團體及民眾自行負擔等。

英國社會長期照護保險給付主要分為四個等級：輕度、中度、重度、極重度，內容如下表所述。

表 4-9 長期照護給付等級

等級	身心狀態說明
輕度	無法勝任一到兩項個人日常活動功能、家庭角色或社會角色
中度	無法執行幾項個人照護或家庭常規，不能維持幾個工作、教育或學習，不能承擔一些家庭或社會角色
重度	出現虐待或疏忽的情況，無法執行大部分的個人照顧或家庭常規，不能維持幾個工作、教育或學習，不能承擔大部分的家庭或社會角色
極重度	申請者受嚴重虐待或疏忽的情況

長期照護服務方式則分為在宅服務與機構式照顧服務兩部分。在宅服務包括居家照護、社區護理、日間照護、生活協助及飲食提供。大多數老人住在社區中自有或承租之住宅，小部份則住於社區中的庇

護住宅。機構式照顧服務包含醫院、護理之家、養護機構等三種，醫院由 NHS 提供，亦有以私人保險提供此類醫療服務；NHS 有少數護理之家，大部份由志願組織或私部門所提供；NHS 所提供之醫療部份包括醫院及護理之家，其財源來自一般稅收，而養護機構屬於社會服務部門，則由地方政府支應費用。

表 4-10 長期照護服務

在宅服務	包括居家照護、社區護理、日間照護、生活協助及飲食提供。大多數老人住在社區中自有或承租之住宅，小部份則住於社區中的庇護住宅。
機構式 照顧服務	1.醫院：由NHS 提供，亦有以私人保險提供此類醫療服務。 2.護理之家：NHS 有少數護理之家，大部份由志願組織或私部門所提供。 3.養護機構：其中NHS所提供之醫療部份，包括醫院及護理之家，其財源來自一般稅收，而養護機構屬於社會服務部門，則由地方政府支應費用。

(二)長期照護保險相關法令

英國的長期照護制度與國民保健服務（NHS）有相同的歷史。在早期，因為安養所的數量有限，而且收容了大量的戰後殘疾人士，以致於安養所無法收容所有需要接受照護的老人，進而使得部份應該留在安養所接受照護的老人，卻被置留在醫院內，利用國民保健服務的經費照顧。因此，早期的長期照護服務與國民保健服務不易區分⁸。

1980 年代 NHS 的財務運作亮起紅燈後，才開始將長期住院的病人送回社區照護；同時也由於民間興起安養機構建立，逐漸彌補了政府安養機構的不足。1989 年的長期照護白皮書〈The Secretaries of the State for Health & Social Security, Wales and Scotland; the White paper on Community Care Caring for People〉，首度揭露長期照護之未來方向，鼓勵在宅服務、並給予照護者實際支持。1993 年社區照護改革，鼓勵民間提供長期照護服務，地方政府逐漸退出長期照護的角色。1996 年透過立法鼓勵民眾自行購買長期照護保險，政府也相對

⁸王儷玲(2006)，因應高齡化社會保險商品發展及其監理與相關稅賦配套之研究，金融監督管理委員會。

給予各種優惠方式。

二、長期照護商品

隨著人口老化的現象愈趨顯著，長期照護的需求增加。在英國，除了政府所提供的長期照護服務外，民眾亦可選擇購買由保險公司發行的長期照護保險，保險公司的所設計的長期照護保險主要提供了現在或是未來需要長期照護所必須的費用，被保險人可以利用躉繳或是分期繳費的方式購買長期照護保險，用以支付日後的居家照護或是護理之家、安養中心的費用，而長期照護並不包括短時間的疾病，或是可以痊癒的疾病，而包括長期的疾病如中風或者是癱瘓等症狀。由於需要長期照護的症狀不一定都會在 NHS 的範圍內，因此，需要透過長期照護保險來保障日後的生活。

(一)長期照護保險的運作

1.長期照護保險金給付的判定

長期照護保險主要根據日常生活的判定標準 (Activities of Daily Living; ADL)，包括執行吃、喝、穿衣(裝飾)、洗澡等日常活動，若被保險人無法從事 ADL 的規範時，即符合長期照護保險金給付的標準，詳細的定義依保單規定為主。而老年癱瘓症(阿茲海默症，Alzheimer's disease)幾乎為大多數長期看護保險所納入的疾病，理賠的程序為保戶必須提出完整的理賠申請給保險公司，可請醫生開證明，而且保險公司也會希望詳細了解保戶的健康狀況。給付會在提出申請後的一段時間內開始，這段等待的時間通常為 13 個星期，更長或更短都有可能，因為保險公司必須針對你的狀況來判斷要給付多少長期照護的費用。某些保險公司甚至於會提供保戶醫療諮詢，建議保戶或是跟保戶討論應該接受哪種型式的長期照護。而保險公司給付的長期照護費用可能會直接給照護機構，亦可能會給被保險人本身。

2.長期照護保險不理賠的範圍

一般來說，各保單不盡相同，應參閱該保單之除外條款，常見的

有下列情況：

(1)部分精神、神經疾病，譬如說憂鬱症、精神分裂症或是老年癡呆症。

(2)酗酒和吸毒。

(3)自殘或企圖自殺。

(4)後天免疫缺乏症候群 (AIDS)。

(5)戰爭。

3.長期照護保險的費率

保費的計算會根據你購買長期照護保險時的年齡、性別、健康狀況來決定，年齡愈低且健康狀況愈好時購買保險保費可能就會愈低，當然保險理賠的等待時間亦會影響保費的計算，如果希望保費不會隨年齡而增加，或是保證某一段時間內的保費不會增加，在公平保費的原則之下，初始保費必定較高。

4.通貨膨脹的影響

大部分保單會隨物價指數調整，確保未來保險金不會受到通貨膨脹的影響。

5.可銷售長期照護保險的機構

(1)保險公司

(2)獨立的財務顧問 (Independent Financial Advisers)

(3)保險經紀人

6.取消保單的期限

所有的保單都有冷靜期 (cooling off period)，在這個期間內你可以取消保單，而已繳保費可全數退還。

7.長期照護保險的稅制

目前保險費的支出並沒有任何稅賦的優惠，但是長期照護保險的保險金給付不論是直接給照護機構或是給保戶本身，都不需要課徵所得稅。保戶從保險公司方面得到的保險金給付不影響國家所補助的長期照護費用，但稅制在未來可能會有所改變。

(二)長期照護保險與國家補助的結合

英國與北歐國家類似，長期照護財務制度主要都是以稅收籌措，且由公部門主導，所以與私部門互補性較小，但其與北歐國家相異處是在於北歐國家的照護系統是採取普遍性原則的照護方式，英國雖然在醫療部分是採普遍主義，但在社會救助上仍採選擇主義（要求資產調查的限制），這是二者相異之處。

目前保險費的支出並沒有任何稅賦的優惠，但是長期照護保險的保險金給付不論是直接給付予照護機構或是給付予保戶本身，都不需要課徵所得稅。保戶從保險公司方面得到的保險金給付不影響國家所補助的長期照護費用，但稅制在未來可能會有所改變。

長期照護保險的運作目前對於資產總價值低於或等於£11,500 的民眾，國家將負擔所有的長期照護費用，這裡的總資產包括現金、銀行存款、投資、股票、海外資產或是任何不包括目前居住房子的不動產。如果你的資產總額在£11,500~£18,500 間，政府在經過嚴謹的審核後將給與部份的補助；如果你的資產總額超過£18,500，則必須自行負擔絕大部份的長期照護費用。除此之外，當你必須長期搬進安養中心且你的房子沒有其他人居住時，你的房子價值亦會被列入總資產的計算中。值得注意的是，政府已投入必要的措施以防止在計算總資產前，將資產轉至他人名下的不當行為。

自 2001 年四月之後，你的房子價值將會在你確定具有搬進安養中心或護理之家的三個月後才會計算價值，而且如果你的房子裡仍有你的伴侶或是配偶居住、超過 60 歲以上的親戚、60 歲以下但喪失行為能力的親戚、或是 16 歲以下需要你照顧的小孩，你的房子就不會被列入資產中的計算。

第三節 德國長期照護保險相關法令制度及商品

一、長期照護保險法令制度

(一)長期照護保險制度

德國的人均壽命大約比全球的平均壽命長 10 年，不僅人均壽命越來越長，而且 65 歲及以上的人口比例不斷上升，扶養比率迅速下降。迅速老齡化的社會將給德國家庭及勞動人口帶來極大的壓力，除非未來醫療科技發展可使老齡人口保持良好的健康狀態，否則可以合理的推斷德國長期照護保險市場的需求將越來越大。

有長期照護需求的德國人口，2009 年約為 224 萬人，2020 年約為 281 萬人，2030 年約為 327 萬人，2040 年約為 372 萬人，2050 年約為 436 萬人⁹。

基於「生、老、病、死」是人生無法避免之過程，「照護需求」成了一種生活風險，多數人終其一生可能有此需求，因此，如何將此「照護需求」填補，使人們足以過著符合其尊嚴之生活，在德國長期照護思想裡，占一席之地。此外，「照護需求」非專屬於老年人，而係所有人隨時可發生的風險，故而，德國長期照護保險強調以全體人民為保險對象，是一全民保險(Volksversicherung)¹⁰。

根據德國聯邦健康部統計資料顯示，至 2008 年 1 月 1 日止，共有約 70,360,000 法定長期照護被保險人，至 2007 年 12 月 31 日止約有 9,250,000 私人長期照護被保險人；對於照護需求者相關資料，則至 2007 年 7 月 1 日止有照護需求者共 2,029,285 人，其中，60 歲以上占 74.2%，共 1,669,377 人；40 至 60 歲占 8.6%，共 174,542 人；40 歲以下占 9.2%，共 185,386 人。

所謂「照護需求性」，係指社會法法典第 11 篇第 14 條規定，當身、心、靈生病或障礙，日常生活需持續性、規律性地被照顧至少 6 個月時，就具備「照護需求性」要件；換言之，當一個人無法自理洗

⁹慕尼黑再保-Vision 2012 第二期

¹⁰江清謙(2009)，德國、荷蘭長期照護保險內容與相關法令之研究，行政院經濟建設委員會。

澡、刷牙、梳頭法、刮鬍子、大小便等「身體照顧」、或無法在「營養」上吃得好或攝取，或者，有無法自己上床、起床、穿脫衣服、走路、上下樓梯等「移動」問題，抑或，存在無法自理購物、煮菜、房子打掃、洗衣等「家務」時，就具備「照護需求性」，得請求長期照護，但若當事人顯然只剩少於 6 個月生命時，則其照護需求性也成立。

至於可請求之給付內容，依每人被照護需求程度不同，依其照護給付；根據第 15 條規定，「照護需求」可分為三種等級：

1. 等級一(Pflegestufe I)

係顯著之照護需求者(erheblich Pflegebedürftige)，於個人衛生、營養攝取或身體活動部份，至少有兩項日常事務每日需至少 1 次，家務照料扶助每週需多次扶助；由家屬或其他非職業性照護服務人員每天所提供之基本照護至少 45 分鐘，而整體照護服務至少 90 分鐘。

2. 等級二(Pflegestufe II)

係嚴重之照護需求者(Schwerpflegebedürftige)，於個人衛生、營養攝取或身體活動部份，每日不同時段需至少 3 次之扶助及每週多次之家務照料扶助；由家屬或其他非職業性照護服務人員每天所提供的基本照護至少每日 2 小時，整體照護服務至少 3 小時。

3. 等級三(Pflegestufe III)

係最嚴重之照護需求者(Schwerstpflegebedürftige)，於個人衛生、營養攝取或身體活動部份，日夜需受扶助且每週需數次之家務照料扶助，此外，由家屬或其他非職業性照護服務人員所提供之基本照護每天至少 4 小時，整體照護服務則至少 5 小時；又晚上 10 點至隔天早上 6 點，屬於夜間照護。

聯邦照護保險人總會在健康保險醫事服務處參與下，制訂照護等級鑑定準則(§18I SGB XI)，並由健康保險醫事服務處(MDK)依據照護等級鑑定準則，負責鑑定。該準則係針對照護需求性特徵(§14 SGB XI)、照護等級(§15 SGB XI)與照護需求性確認程序(§18 SGB XI)做規定，效力獨立於是否於居家或機構接受照護。

此外，鑑定機構根據第 14 條與第 15 條內容，對照護需求者做出照護等級之確認。一般而言，此項鑑定規律性地於居家執行，且於鑑定範圍內，不排除於醫院、機構式身心障礙機構或安寧病房所進行之檢查。此項準則對照護保險人與健康保險醫事服務處具拘束力，但照護保險人與給付提供者之關係，特別是提供給付之品質、照護機構之人事需求與費用償付，均非該準則之客體。

當被保險人向照護保險人提出鑑定申請後，照護保險人立即將申請案轉交健康保險醫事服務處鑑定 (§18III SGB XI)，醫事服務處原則上於被保險人住所進行調查，惟自醫學檢驗結果即足以確認照護需求者之照護等級時，醫事服務處無須於被保險人處所進行調查 (§18II SGB XI)。又申請者若住院或住機構式復健機構時，此項鑑定原則上最遲應於申請提出後 1 週內完成，但亦得透過地方性協商，將「1 週」之時間縮短；倘申請者住於安寧病房或接受門診止痛治療，則鑑定期限亦得縮短。倘申請者居住於自宅，未接止痛治療，且已通知雇主其所需之照護期間，則健康保險醫事服務處之鑑定，最遲應於申請者向主管之照護保險人提出申請後兩週內完成，且醫事服務處應立即以書面方式通知申請者，並說明其對照護保險人傳達何種建議；照護保險人應於醫事服務處對之提出建議後，立即通知申請者照護保險人之決定，自申請人之申請鑑定至照護保險人決定之書面通知，總計最多為 5 週 (§18III SGB XI)。

至 2007 年止，照護保險人同意批准之法定長期照護保險各等級相關數據如下：

表 4-11 照護保險人同意批准之法定長期照護保險各等級相關數據

時間(年)	等級一 (%)	等級二 (%)	等級三 (%)	特別嚴重 個案(%)	依§43a SGB XI (%)
1995	30.0	59.9	10.1	0.1	-
1996	42.6	37.3	19.8	0.2	-
1997	48.4	35.2	14.1	0.2	2.0
1998	51.7	34.9	12.6	0.2	0.6
1999	53.2	34.2	12.1	0.2	0.4

2000	53.7	34.0	11.8	0.2	0.3
2001	55.2	32.6	11.6	0.2	0.4
2002	56.4	31.9	11.2	0.2	0.3
2003	57.4	31.4	10.7	0.2	0.3
2004	59.8	30.3	9.4	0.2	0.4
2005	61.6	29.1	8.9	0.2	0.3
2006	63.2	28.2	8.1	0.1	0.3
2007	65.0	26.9	7.6	0.2	0.4

資料來源：德國聯邦健康部

(二)長期照護保險相關法令

德國於 1994 年立法，並在 1995 年元月 1 日正式施行長期照護保險制度(Pflegeversicherung)，為世界第一個實施強制全民長期照護保險的國家，並成為德國社會安全(保險)的第五個支柱。而五個德國社會安全支柱與其開辦年份分別為：健康保險(1883)、意外事故險(1884)、退休金保險(1889)、失業保險(1927)、長期照護保險 (1995)¹¹。

德國長期照護保險的法源依據為 1994 年通過的 Social Dependency Insurance Act (SDI)。長期照護保險法自 1994 年公布施行後，直到 2008 年 7 月 1 日之改革，基本結構並未改變，僅是改革重點不同，修法內容也因而不同¹²。

照護保險法實施宗旨在保障民眾獲得所需要的長期照顧，以減輕當事人和家人在身體、心理和財務上的負擔。社會照護保險的承保單位為「照護保險機構」(Pflegekassen)，雖設在法定疾病保險機構之下，卻是一個獨立運作、自治、自理的公法法人組織。

1996 年 6 月 14 日社會法法典第一次修法，進入第二階段—機構照護給付，重點為：身心障礙者於全機構式機構之照護需求、照護機構提供照管之分類、給付請求權。此外，全機構式照護也包括長期照護保險給付範圍之醫學治療照護與社會照管之運用。

除前述改革重點，長期照護保險施行後，關於照護品質，尤其是機構式照護部分，特別欠缺品質確保，因此，立法者於 2001 年 9 月

¹¹長期照護保險介紹—德國，台北醫學大學衛生政策公報(2009)第 26 期。

¹²江清謙(2009)，德國、荷蘭長期照護保險內容與相關法令之研究，行政院經濟建設委員會。

通過長期照護品質維護法(Pflege-Qualitätssicherungsgesetz)，並成為社會法法典第 11 篇第 112 至 118 條新內容，該法重點在照護品質之維護、改善與審核規定、與養護之家監督機關之共同合作，以及照護需求者需求權利之強化。該法強制簽約之照顧服務提供者除需視其單位屬性及其特質，建立內部照顧服務品質管理機制外，也需符合全國性照顧服務相關之專業標準。

此外，2002 年 12 月之照護給付補充法(Pflegeleistung-Ergänzungsgesetz)，亦與前述照護品質安全法一併於 2002 年 1 月 1 日生效，惟照護給付補充法係對有照護需求之失智症者的給付改善。

考量高齡人口增加，照護需求量增大，且多數高齡照護需求者希望接受居家照護，但家屬常不知該如何協助之；又鑒於失智症者不僅需要身體照護協助，亦需要全面性照顧；照護需求者若需進入機構接受照護，有足夠清楚之品質訊息提供，對其選擇養護機構始有助益，為達「將照護移至社會中與協助照護需求者」之目的，亦為達照護需求者及其家屬需求與期望，自 2008 年 7 月 1 日起，有「長期照護保險結構改善法」，期待藉此提供照護需求者一符合人性尊嚴之照護服務。

2008 年的改革規定自 2011 年起，所有照護機構每年將接受至少一次無預警的品質查核，換言之，查核率必須提高 10 倍；此外，政府對於機構服務品質的查核將透過 2009 年 7 月開始實施之評鑑標準評定成績，並將結果出版公開，以促進照顧服務提供者之間的競爭，並據此保障服務使用者照顧服務自由選擇權的品質¹³。

此項長期照護改革對照護需求者及其家屬和照護人力提供具體改善方案，例如：對給付提供，逐年提高給付金額；此外，不僅首次設立個別與全面性照護諮詢服務，即個案管理(Fallmanagement)，並由照護據點對照護需求者及其家屬提供此等服務，也強調對失智症者

¹³鄭清霞(2012)，建構我國長期照護保險精算模型，行政院衛生署。

的照護。除此之外，尚有其他重點：「社區照護優先於機構式照護」、給付金額的提高，尤其是居家照護給付金額、照護諮詢請求、增加短期照護服務、志工服務、管理未立案的社區照護機構與全機構式照護機構，並公開照護品質。

照護保險自開辦以來向以身體疾患者的照護需求為考量重心。相較之下，失智者的處境則受到忽視。因此之故，德國國會於 2012 年 10 月 24 日通過照護保險重新調整法(Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung)，在既有的「基本照護」及「居家服務」之外，特別針對失智者的需求，新增了一個「陪伴」的給付項目。同時也大幅提高失智患者的門診醫療給付，並放寬失智患者及家屬在照護項目及方式上的選擇性。最特別的是，透過照護共居住宅補助，提供照護需求者在養護中心及自家照護之外的另一個選擇¹⁴。

除此之外，為鼓勵民眾為自己未來的照護需求購買民營照護補充保險，新法也規定，自 2014 年起每位符合資格者每月可獲得 5 歐元（每年 60 歐元）的額外補貼保費。申請資格條件為：已投保社會或民營照護保險、年滿 18 歲且未曾請領過照護保險給付之民眾。補貼保費須透過保險公司申請，而承作這項保險之保險公司則不得基於健康風險理由拒絕投保者、不得設定除外給付條件或加收風險保費。以上新規定自 2013 年 1 月 1 日開始生效。

二、長期照護制度內容

(一)長期照護保險保險對象

基於「長期照護保險附隨於健康保險」原則，也基於「長期照護保險為國民保險」之概念，保險對象因法定長期照護保險與私人長期照護保險而有區別¹⁵：

1.法定長期照護保險被保險人

¹⁴立法院國會圖書館，長期照護法 <http://npl.ly.gov.tw/do/www/billIntroductionContent?id=53#top>

¹⁵林谷燕(2009)，德國長期照護制度之探討，國家政策研究基金會。

(1)強制投保健康保險者(§20 I, SGB XI)：

- A.受雇者、職員、接受職訓且領有薪水者、依就業促進法領有短期工作薪資收入者；
- B.依就業促進法領有失業津貼者；
- C.依社會救助法領有失業救濟金者；
- D.農民及其一同工作的眷屬，以及，同住在該莊園的家人；
- E.獨立營業的藝術家與新聞工作者；
- F.在青少年扶助機構、身心障礙職業訓練機構接受職業能力訓練者；
- G.接受職業技能訓練者、求職者以及職業檢定參與者；
- H.於登記立案的身心障礙者庇護工場、盲胞庇護工廠或從事家庭代工的身心障礙者；
- I.於慈善機構、療養院或相似機構提供勞務相當於具完全工作能力者服務能力五分之一的服務，而該服務屬於對機構經營者所提供的服務給付之身心障礙者；
- J.於公立或國家承認之大學註冊的學生；
- K.接受職業訓練但沒有薪資者、實習但沒有薪資者；
- L.符合法定年金保險請求要件、且已提出請求者；
- M.曾經為法定健康保險之被保險人、或未曾納保者。

(2)自願投保健康保險者(§20 III, SGB XI)：

- A.公務員以及退休的公務員、其屬於自願投保健康保險者；
- B.在德國有住所或居所而派駐歐盟議會之議員、德國國會議員、各邦邦會議員。

(3)既非法定疾病基金會成員也非私人健康保險之被保險人(§21, SGB XI)：

- A.在德國境內有住所或居所卻未加入健康保險者，其依聯邦照護法有權請求疾病治療者；
- B.戰爭受害者或戰爭受害之退休者；
- C.依兒少扶助法受有疾病協助與持續性生活費用給付者；

D.依聯邦補償法而受有疾病照顧權者；

E.義務軍人。

(4)眷屬(§25, SGB XI)：

A.有被扶養權之配偶與已登記的同居人；

B.子女。

(5)自願續保者(§26 I, SGB XI)：

原屬於前述(1)與(3)之被保險人，若因故喪失長期照護保險資格，仍有機會選擇繼續保險，但為避免此續保制度遭濫用，可選擇續保者，必須在喪失資格之日的最後五年內已至少二十四個月或原因發生日前十二個月為被保險人者。至於隨同被保險人加保的家庭成員，若因故不再隨同加保，亦有權選擇續保。

2.私人長期照護保險被保險人

針對因疾病風險投保私人健康保險者，為預防照護風險發生，自1995年1月1日起，須就其照護風險，向私人保險公司投保長期照護保險。私人長期照護保險被保險人之類別如下：

(1)參加私人健康保險者，有義務加入私人長期照護保險，但旅遊平安保險或其他額外健康保險不包括在內(§23I, SGB XI)；

(2)公職人員，或依公務員退撫規定領取補助(Beihilfe)而為私人健康保險之被保險人，或未加入健康保險者(§23III, SGB XI)；

(3)邦、國會議員，其參加私人健康保險或完全未投保者 (§24, SGB XI)；

(4) 警察、職業軍人、消防隊員等得請求免費醫療而未加入法定長期照護保險者；郵政疾病基金會成員；德國國鐵疾病照顧成員(§23IV, SGB XI)；

(5)原屬於私人長期照護之自願續保者，不得從原有的私人長期照護被保險人改為法定長期照護被保險人 (§26, SGB XI)；

(6)就家庭保險而言，被保險人之配偶或已登記之同居人，若其無工作所得或收入甚低、則保險費可減輕一半。子女則與法定保險情形相同，也就是，十八歲以下子女、二十三歲以下而無工作者、二十五

歲以下仍接受學校教育或職業教育者、附隨於被保險人而無須繳納保險費；身心障礙之子女，則無時間限制，但以無所得或所得每月不超過四百歐元工作所得，附隨於被保險人，加入私人長期照護保險 (§110, SGB XI)。

(二)長期照護保險服務項目

基於被照護者對既有環境的熟悉，長期照護制度強調在地老化，因而，居家照護具優先性；又為了預防、降低或克服照護需求性，預防與復建也優先於照護。因此，長期照護強調「居家照護優先原則」、「預防與復健優先原則」。以下就 2008 年 7 月 1 日起施行之新法，說明各項不同之服務項目與給付額度¹⁶。

1.法定長期照護保險部分

(1)居家照護給付

居家照護服務也就是非機構式的照護服務，於長期照護保險體系具優先地位，內容為：

A.居家照護扶助—社區式實物給付(Häusliche Pflege— ambulante Sachleistung)

居家照護扶助於德國亦被理解為「社區照護服務」(ambulanter Pflegedienst)，係為協助照護需求者與其家屬之居家照護，通常係提供服務於平日，如週一至週五，使照護需求者之家屬得規劃其職業與照顧工作，而照護服務人員則每天至照護需求者家中，對之提供個人身體照護、營養攝取、身體活動等「基本照護」、買東西、煮菜、清掃屋子、更換床單等例行性日常生活事務之「家務照料」或提供居家疾病照護、提供照護需求者及其家人之諮詢等。惟此種居家照護服務僅限於照護需求者自宅進行，不及於醫院或其他機構 (§36 I (2) SGB XI)；此種照護服務人員需與照護保險人簽約，並來自照護保險人和社區照護機構。

¹⁶江清謙(2009)，德國、荷蘭長期照護保險內容與相關法令之研究，行政院經濟建設委員會。

至於此種實物給付額度，依照護需求性等級區分為：

表 4-12 實物給付額度

照護等級	2008年7月1日起	2010年1月1日起	2012年1月1日起
等級一	420歐元	440歐元	450歐元
等級二	980歐元	1040歐元	1100歐元
等級三	1470歐元	1510歐元	1550歐元

對於癌症末期病人等特殊個案，若其照護需求性已超過照護等級三，因該等個案照護費用更高，故經健康保險醫事服務處鑑定後，被保險人不論現在、2010年或2012年以後，每個月均可獲得1918歐元給付，惟此項特殊個案不得超過向照護保險人投保之照護等級三者人數的3% (§36 IV SGB XI)。

又每個月照護費用超出照護保險人給付額度時，被保險人須自行負擔或申請社會救助。

B. 對自覓照護服務人員所發給之津貼 (Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen)

照護需求者應自行決定其希望受誰照護、受怎樣的照護，因此，長期照護保險法賦予照護需求者有選擇實物給付或照護津貼之機會；惟選擇照護津貼前提乃該居家照護服務人員需透過照護需求者自行尋找，因此，該等照護服務人員非完全來自受過訓練之照護服務員，家屬、鄰居亦為照護服務人員之一。當照護需求者自覓此等照護服務人員時，得申請照護津貼 (Pflegegeld)，並由照護保險人將該筆款項轉帳至照護需求者。

自2008年7月1日起、2010年以及2012年起，給付額度如下：

表 4-13 照護津貼

照護等級	2008年7月1日起	2010年1月1日起	2012年1月1日起
等級一	215歐元	225歐元	235歐元
等級二	420歐元	430歐元	440歐元
等級三	675歐元	685歐元	700歐元

此外，照護需求性者依其照護等級，須請求經認可之照護機構或照護保險人委託的照護服務人員到府諮詢，其中，照護等級一、二者，每半年1次，等級三者則為每季1次、此諮詢費用由照護保險人、補

助機構負擔，金額分別為 21 與 31 歐元。

C.現金給付與實物給付的組合(Kombinationsleistung)

依長期照護保險法第 38 條規定，照護需求者可依需求，請求照護實物與津貼二者混合，其中，實物給付部份依前述 1 之三等級數額，現金給付部份依 2 之三等級數額決定，二者組合比例，可由照護需求者自行決定。不過，此請求權須受 6 個月的限制。

例如：照護等級二之照護需求者 A 請求 490 歐元實物給付，因等級二之實物給付最高可獲 980 歐元，因此，A 所申請之實物給付占 50%，另 50% 則為照護津貼。而等級二照護津貼最高額為 420 歐元，故 A 可獲得 210 歐元。

D.個別照護服務人員(Einzelpflegekräfte)

倘無法透過照護服務確保一項照護提供，但透過個別照護人員進行可獲得具實用與經濟性效果之照護服務，或接受個別照護服務為照護需求者之願望，則依長期照護保險法第 77 條規定，照護需求者可請求獨立之照護服務人員。對於此種照護費用之結算，由經認可之個別照護服務人員與照護保險人直接結算，無須透過照護需求者。

E.照護人員無法照護時的居家照護(Verhinderungspflege)

自 2008 年 7 月起，已對照護需求者進行至少 6 個月之照護服務人員，因度假、生病或其他原因無法提供照護服務時，照護保險人對照護需求者提供 1 年共 4 週之替代照護(Ersatzpflege)，此 4 週費用每年不超過 1470 歐元，但自 2010 年 1 月 1 日起不超過 1510 歐元，自 2012 年 1 月 1 日起不超過 1550 歐元；照護人員若與照護需求者具 2 親等內血親或姻親關係，或共同生活於同一屋簷者，替代照護費用則不超過「自覓照護服務人員之津貼」各等級數額。此外，照護人員因照護產生之車資、工資損失、衣物治裝等花費，照護保險人對之 1 年最多給付 1432 歐元(§39 SGB XI)。

至於，此段替代給付期間，究竟由「職業性」或「非職業性」照護服務人員提供服務，照護需求者得自行決定。

F.附加照管給付(Zusätzliche Betreuungsleistungen)

2002 年 1 月 1 日起，長期照護保險法對精神疾病患者、失智症者等於居家照護增列附加照管給付，償付與照護需求者請求給付相關之日間或夜間照護、短期照護、經認可之照護服務站，其關於綜合指導與照管之特殊提議，而非關於基礎護理與家務料理，或依第 45c 條經邦法律承認之低門檻照管建議提供等費用。此項費用可自照護保險人領取每年最多 460 歐元費用償還；2008 年修法後，此項給付提升為每月 100 歐元(基本金額)至 200 歐元(較高金額)，1 年總計 1200 歐元至 2400 歐元(\$45bI SGB XI)。

G. 照護輔具(Pflegehilfsmittel)

倘法定健康保險人或其他給付主體未提供照護輔具，照護需求者得請求照護保險人提供符合其照護需求之協助，以減緩病痛、方便照護工作之進行或幫助其獨立生活。

照護保險人於消費性輔具，例如：消毒劑等，每月支付不超過 31 歐元，而年滿 18 歲之照護需求者對於照護輔具的取得，須負擔自負額 10%，但以每件不超過 25 歐元為限(\$40I-III SGB XI)。

H. 居住環境的改善(Wohnumfeldesverbesserung)

為達到照護輔具與機械式協助之功能，照護保險人得視照護需求者之收入衡量補助額度，但對一項措施最高得提供 2557 歐元，供照護需求者改善居住環境(\$40 IV SGB XI)。例如，把門加寬，以方便輪椅進出。

(2) 機構式照護

A. 日間照護與夜間照護(Tages- und Nachtpflege)

倘居家照護無法對照護需求者提供足夠照護，則照護需求者有權請求部分機構式照護，例如，該等機構於日間或夜間所提供的社會照顧、緊急醫療照護，並請求從住家到機構往返車資。照護保險人依此所承擔之最高費用為：

表 4-14 日/夜間照護給付

照護等級	2008年7月1日起	2010年1月1日起	2012年1月1日起
等級一	420歐元	440歐元	450歐元

等級二	980歐元	1040歐元	1100歐元
等級三	1470歐元	1510歐元	1550歐元

此外，照護需求者另得請求社區照護實物給付(ambulante Pflegesachleistung)，以延續必要的居家照護，形成日、夜間與社區照護的給付組合，惟此種「組合」不同於前述「金錢與實物給付之組合」。

B.短期照護(Kurzzeitpflege)

當居家照護一時不能、還不能或未在必要範圍內被提供，而部分式機構照護也不足，則照護需求者得請求全機構式短期照護(Kurzpflege)，此項服務同時也適用於照護需求者住院治療後之過度期及其他危險狀況(§42I SGB XI)。

照護需求者可請求每年最多 4 週之短期照護服務，照護保險人所支付的社會照顧、醫療照護等費用，每年最多 1470 歐元，但自 2010 年 1 月 1 日起 1510 歐元，2012 年 1 月 1 日起 1550 歐元(§42 II SGB XI)。

C.全機構式照護給付(Vollstationäre Pflege)

根據聯邦健康部統計資料，直到 2007 年 12 月底，德國共有 671,084 名法定照護長期照護保險照護需求者居住於養護機構，其中，照護等級一者占 40.7%，等級二者占 39.7%，等級三者占 19.6%，特別嚴重個案占 3.5%；則共有約四萬二千名私人健康保險照護需求者，其中照護等級一者占 30.1%，等級二者占 44.2%，等級三者占 25.7%。

全機構式照護服務係當居家照護或部分式機構照護力有未逮，或因個案之狀況特殊時始產生。決定照護需求者是否有全日住院之必要，需由健康保險醫事服務處進行審核，但其若為照護等級三之被保險人，則無須進行此項審查。

照護服務內容包括基本照護、醫療照護與社會照顧，照護保險人對養護機構支付一整體實物給付金額，該費用，對等級一者而言，為 1 年總計 1023 歐元，等級二者為 1279 歐元，但對等級三者與特別嚴重個案則如下表所示(§43 I, II SGB XI)，惟人數需控制在該照護保險人所接受全機構式照護服務之照護等級三被保險人總人數的

5% (§43III (2) SGB XI)；至於住宿、伙食費用，由被照護者自行負擔 (§88 SGB XI)。

表 4-15 照護等級三與特別嚴重個案的費用變動

照護等級	2008年7月1日起	2010年1月1日起	2012年1月1日起
等級三	1470歐元	1510歐元	1550歐元
特別嚴重個案	1750歐元	1825歐元	1918歐元

此外，對於以扶助身心障礙者就業、融入社會生活、學校教育或教養為目的而設置之對照護需求者所提供的身心障礙者全機構式照護服務，照護保險人每個月對照護需求者所提供之補助，以 256 歐元為上限，且限於其住院補助的 10%。倘照護需求者離開機構，在家接受幾天的照護服務，例如週末，則出發當天與回機構當天都算入照護保險人補助天數內 (§43a, SGB XI；§75III SGB XII)。

例如：照護需求者週一至週五白天住於身心障礙者扶助機構，週五晚上離開機構，返家待到週一早上，只要未超過每月可獲得之 256 歐元限制，即可向照護保險人請求 4 天的照護津貼。

(3) 對照護人員之給付 (Leistung für Pflegepersonen)

前述照護津貼乃長期照護保險制度之財務給付，當照護保險人將此費用轉帳於照護需求者時，後者需將之再轉交於照護服務人員；此外，當照護服務人員因故無法進行照護時，只要符合要件，即有 1 年 4 周之替代給付。除此之外，關於照護人員給付之提供，仍有：

A. 照護課程

照護人員除可能來自機構、家屬，亦可能來自志工。為提升家屬或志工所提供之照護品質，照護保險人單獨或與其他照護保險人一起提供照護課程，此種照護課程不僅包括身體照顧，也包括心靈照護，課程實施地點可應照護需求者或照護服務者之期待，在家進行 (§45 SGB XI)。

B. 照護假 (Pflegezeit)

所謂「照護假」係指照護服務人員得向其雇主請求不支薪，但仍保有社會安全保障之留職停薪職位假期，以照顧有照護需求之近親，

如配偶、同居伴侶、父母、子女兄弟姊妹等，此假期最長為 6 個月。惟此處之「雇主」係指有擁有員工至少 15 人者，而照護服務人員必須於提出照護假申請之 10 天前以書面方式通知雇主，並需說明照護假期間與範圍；雇主僅得基於緊急且重大之經營理由拒絕，否則，原則上應同意之。又照護假原則上亦得事前經雇主同意而縮短，但當被照護者死亡、住進醫院或其他照護機構，抑或此項居家照護因其他原因而結束，則照護假提前結束。此外，倘近親急切具照護需求，則得請假 10 日擔任該親人之照護服務人員，但應向雇主出示醫師證明。

又依第 44a 條第 1 項規定，根據照護假法第 3 條徹底免除工作給付或依社會法法典第 4 篇「社會保險通則」第 8 條第 1 項號數 1 規定，工作時間降低至幾乎僅存一點工作之工作者，得基於申請，獲健康保險與長期照護保險補助。該補助提供於法定健康保險自願投保被保險人、社會法法典第 5 篇「健康保險」第 5 條第 1 項號數 13 之有投保義務、農民健康保險第二法第 2 條第 1 項號數 7、向私人健康保險公司投保之保險、向郵政健康保險人投保之保險或聯邦鐵路公務員之疾病照顧、非免除保費之眷屬保險個案以及與照護義務保險相關者。此項補助金合計之金額與法定健康保險 (§240VI1 SGB V) 或法定長期照護保險 (§57IV SGB XI) 自願投保被保險人所繳交之最低保險費額度同，且不得於逾越實際之保險費額度；惟自 2009 年 1 月 1 日起，此補助金以法定健康保險最低保險費之固定保險費率為基礎。2008 年 7 月 1 日至 12 月 31 日止法定健康保險人於被保險人適用固定保險費率、農民健康保險人於被保險人除適用平均之固定保險費率外，並附加 0.95% 之保險費率 (§241a SGB V)。就非法定健康保險成員而言，於 2008 年 7 月 1 日至 12 月 31 日止，依第 5 篇第 245 條第 1 項繳交健康保險人之平均固定保險費率附加 0.9% 保險費率 (§241a SGB V)。工作者於補助金提供之關係改變時，應立即通知已投保之照護保險人或私人保險公司。此外，第二項規定，照護服務人員於照護假法所稱之照護假內，依第 3 篇就業促進法規定，為被保險人。

C. 社會保障 (soziale Sicherung)

倘家屬擔任照護服務人員，只要其已對照護需求者持續照護 6 個月以上，且於照護期間，每週至少在照護需求者之居住環境中至少提供 14 小時服務，則為第 19 條所謂之「照護服務人員」，倘其扣除照護工作，每週工作未逾 30 小時，則照護保險人與私人保險公司及其他依第 6 篇第 170 條第 1 項號數 6 所提及之機構，須為之向該管法定年金保險主體繳納保險費 (§44I SGB XI)；倘照護人員有兩人以上，則須平均每人每週至少提供 14 小時照護服務，始受老年保障。

對於非職業性照護人員之法定年金保險保費之計算，依其所照顧之照護需求者照護等級與照護需求性之時間範圍，以及，過去數年年金被保險人平均薪資而定。換言之，倘其受領之工作薪資介於薪資標準 26.6667% 和 80% 之間，則其法定年金保險依照護需求者之照護等級與照護需求性時間範圍決定；倘其照護等級三之照護需求者每週至少 28 小時，則依法定年金保險被保險人當下平均薪資 75% 為基礎被保障，此項保費額度係自數年來年金被保險人之平均薪資計算得出。依據德國健康部之統計資料，2009 年照護保險人為「扣除照護工作，每週工作低於 30 小時之照護服務人員」繳交之法定年金保險費，以 2009 年年金保險保費費率為 19.9%、每月保費額度德西地區為 2520 歐元，德東地區 2135 歐元計算，資料如下：

表 4-16 照護服務人員之年金保險費與每月年金受領額度

照 護 等 級	每 週 至 少 之 照 護 時 數	年 金 保 險 薪 資 標 準 與 保 費 付 款 比 例			每 月 最 高 保 費 (歐 元)		執 行 逾 一 年 之 照 護 工 作，產 生 之 每 月 年 金 (歐 元)	
		比 例	德 西	德 東	德 西	德 東	德 西	德 東
I	28	80	2016,00	1708,00	401,18	339,89	20,81	18,38
	21	60	1512,00	1281,00	300,89	254,92	15,61	13,79
	14	40	1008,00	854,00	200,59	169,95	10,40	9,19
II	21	53,3333	1344,00	1138,67	267,46	226,59	13,87	12,26

	14	35,5555	896,00	759,11	178,30	151,06	9,25	8,17
III	14	26,6667	672,00	569,33	133,73	113,30	6,93	6,13

資料來源：德國聯邦健康部

於照護假期間若對家屬進行每週至少 14 小時照護服務，其年金保險之保障，亦如上述。

至於職災保險，照護服務人員亦有權享有，且無須繳納保險費 (§2,4,105,106,129,185 SGB VII)。

對於失業保險，照護服務人員得為自願投保者，但須向聯邦勞工局申請，且前提為：於照護工作 24 個月內，至少已繳交 12 個月失業保險保費、於從事照護工作之前，至少已存在失業保險關係或已受領失業津貼，以及，不具其他失業保險義務。此自願續保之失業保險保費由照護服務人員自行負擔，惟處於照護假者，則由照護保險人每月為之支付 7.06 歐元保費。

當照護服務者於照護假中，倘其仍存屬於眷屬保險之成員，則應受健康保險與長期照護保險之保護，無須繳納保費；倘非眷屬保險成員，則得以自願加保方式繼續投保於健康保險，並繳交最低保費。長期照護保險則得基於申請而取得最低保費之償還。目前，照護保險人對此類照護服務人員補充之健康保險費為每月 130.20 歐元，長期照護保險則為 16.38 歐元。

2.私人長期照護保險

私人長期照護保險給付內容與法定長期照護保險給付類型、內容與範圍相同，換言之，前述居家照護、機構式照護等內容，在私人長期照護保險體系中均屬相同¹⁷。

不同於法定長期照護保險，私人長期照護制度，其照護等級非由健康保險醫事服務處(MDK)鑑定，而係由私人長期照護保險公司委託「醫學鑑定股份有限公司」(Medic proof GmbH)進行鑑定，但法定長期照護三等級之要件，完全適用於私人長期照護制度。此外，私人長期照護制定採「費用償還原則」(Kostenstattungsprinzip)，被保險人對

¹⁷江清謙(2009)，德國、荷蘭長期照護保險內容與相關法令之研究，行政院經濟建設委員會。

於所接受之照護服務，需先自行繳費，再持收據向私人保險公司請求返還其已支出之費用。至於私人保險公司對被保險人提供之其他附加保險方案，因屬任意性，被保險人並無義務加入。

綜合上述，長期照護保險給付項目整理表格如下：

表 4-17 給付項目總整理

對照護需求者(照護等級一-三與特別嚴重個案)之給付		對照護需求等級0者之給付	對照護服務人員之給付
非機構式	機構式	附加照管給付	1.社會保險給付 2.照護假附加給付 3.照護課程(對家屬與志工)
1.照護實物給付 2.照護津貼 3.組合給付(實物給付+現金給付) 4.替代照護 5.照護輔具與機械式協助	1.日間與夜間照護 2.短期照護 3.全機構照護 4.身心障礙者全機構式照護		

(三)長期照護保險給付

保險給付的級別是根據被保險人的需求程度而定，通常會根據日常生活功能(ADLs)來對被保險人的受限程度進行評估。

表 4-18 各級別之保險給付

保險給付	級別 I- 護理需求高	級別 II- 護理需求非常高	級別 III- 護理需求格外高
基本日常生活功能需要幫助	每天在不同的時段至少需要一次幫助	每天在不同的時段至少需要三次幫助	需要全天候的幫助
工具性日常生活功能需要借助儀器	一周至少一次	一周至少一次	一周至少一次
所需時間總計	每天至少需要 1.5 小時，其中基本日常生活功能幫助至少 0.75 小時	每天至少需要 3 小時，其中基本日常生活功能幫助至少 2 小時	每天至少需要 5 小時，其中基本日常生活功能幫助至少 4 小時

資料來源:慕尼黑再保-Vision 2012 第二期

德國有兩種保險給付型式可供選擇：家庭照護與機構照護，且各訂有不同的最高限額。

表 4-19 家庭照護與機構照護之最高限額

護理等級	家庭照護(歐元/每月)		機構照護(歐元/每月)
	實物給付	現金給付	全天候機構護理給付
級別 I	450	235	1023
級別 II	1100	440	1279
級別 III	1550	700	1550
困難狀況	1918		1918

資料來源:慕尼黑再保-Vision 2012 第二期

(四)長期照護保險財務機制

法定長期照護制度以被保險人經濟能力決定保費數額，被保險人繳納之保費與其所得高低成正比，但受領之給付則全民一致，此乃基於社會連帶與重分配原理而產生；至於私人長期照護保險與一般私人保險制度不完全相同，因私人長期照護保險受限於長期照護保險制度社會契約性質，背離保費成本計算原則，僅得就被保險人年齡與風險發生率高低，不得因被保險人性別、健康情形而異其保費與給付。

1.法定長期照護財務機制

法定長期照護保險制度財務處理方式為「隨收隨付制」(Umlageverfahren)，也就是，以當時所有收入支應當時所有支出。德國之所以採此制度，是因儲備制/完全提存準備制(Kapitaldeckungsverfahren)在立法討論當時被認為無法解決當時財政問題，且隨收隨付制使財務處理容易，政府或保險人無須建立龐大組織處理資金；但因隨收隨付制與世代移轉關係密切，隨著高齡化帶來照護需求性之增加，少子化帶來世代間負擔失衡，使德國對於「被保

險人是否因無子女而須繳交更多保險費，以平衡家庭負擔」產生爭議。

聯邦憲法法院於 2001 年 4 月 3 日作出判決，認為，養育子女對「隨收隨付」制度具有維繫給付的功能，為平衡被保險人因為養育子女而生負擔不公平現象，長期照護保險費費率應依被保險人是否育有子女，而有差別。立法者根據聯邦憲法法院此項判決，於 2004 年修法，並自 2005 年 1 月 1 日起，無子女之被保險人較有子女之被保險人增加 0.25% 附加保險費。

2. 私人長期照護財務機制

與法定長期照護保險制度不同，私人長期照護保險制度根據「等值原則」，對於不同年齡與所承擔之不同風險，繳交不同保費，且因不同保費而獲不同給付；其財務處理方式為「完全提存準備制」(Kapitaldeckungsprinzip)，由被保險人將未來長期照護所需費用，於繳保費之初即完全準備提存，此種制度世代移轉小，因而保險費率不因被保險人有無育有子女而不同。

(五) 私人長期照護保險商品

德國私人保險人所提供之長期看護保險，共有長期看護費用保險、長期看護每日給付保險、長期看護年金保險三種可供選擇¹⁸。

1. 長期看護費用保險

此種保險由健康保險人所提供，保險人之給付視醫生診斷報告與看護提供者所開收據金額而定，而且通常有 20% 的自負額規定，保險人只能補償所生看護費用的 80%，且有最高額的限制，如每年 60000 馬克¹⁹保險給付於契約訂立後有三年的免責期間，且陷於看護狀態時有三個月的等待期間。

2. 長期看護每日給付保險

¹⁸財團法人保險事業發展中心(2009)，長期看護保險制度與推動之研究，金融監督管理委員會。

¹⁹ 1998 年 12 月 31 日，歐洲中央銀行 (ECB) 確定歐元與馬克的兌換比率，自 1999 年 1 月 1 日起，馬克與歐元的比價固定為 DM 1.95583 = €1。

由健康保險人提供，保險人通常規定有三年的免責期間，若為意外則不需免責期間，醫生決定患者有看護需求後，則在第 92 天給付開始的第一天。每日給付定額保險金，每日給付在 10-150 馬克間，亦每月給付在 300 至 4500 馬克間。

3.長期看護年金保險

此項由人壽保險業所提供，當被保險人由於疾病、體傷而需由他人提供相當的協助，方能執行日常生活與例行事務時，則視其為有看護需求，人壽保險人就予以給付。

在看護開始六個月後，被保險人方得申請年金給付，不論看護何時開始，長期看護年金自 80 歲或 85 歲起，提供老年年金給付，給付到被保險人死亡為止，被保險人也享有豁免保費之權利，而當被保險人有下列其中一種情況時，則終止給付看護年金：

- a.降至第一級看護以下時；
- b.被保險人需再接受看護時；
- c.被保險人已開始領取老年年金時；
- d.被保險人死亡時

當被保險人死亡時，長期看護年金保險人將支付死亡給付，其數額為 24-36 個月之每月給付額減已付之年金。而且由於保費經過審慎的計算，所以有支付紅利的可能，除此之外，當被保險人解約時，如同人壽保單，被險人可領取解約金。為便於比較，詳見下表：

表 4-20 德國三種看護保險比較

險別	LTC費用保險	LTC每日給付保險	LTC年金保險
給付	專業看護人員費用之80%	視看護需求程度而定	視看護需求程度而定
免責期間	三年	三年	無
等待期間	三個月	91天	六個月
死亡給付	無	無	有
老年年金	無	無	有

保單紅利	有	有	有(亦有解約金)
調整保費	可	可	可
53歲男性每月保費(市場平均值)	101馬克(補償80%費用最高以60000為限)	180馬克(年給付54000馬克)	602馬克(年給付54000馬克)

至於私人保險公司為盡可能地使被保險人受保護而提供其他附加保險方案，被保險人並無義務加入，因為，附加保險方案是出自締約的任意性，而非強制性。

(六)長期介護保險與國家補助的結合

1.取消一日之公定假日補償雇主

德國因實施長期看護保險要求雇主負擔一半薪資稅，因此規定取消勞工一日之公定假日來作為補償。

2.鼓勵被保險人購買私人長期看護保險

長期看護保險不負責機構投資問題，而改由地方政府給予補助投資，但若各地方政府未能補助，被保險人仍需自費，故政府鼓勵被保險人購買私人長期看護保險來周延保障。

第四節 日本長期照護保險相關法令制度及商品

一、長期照護保險法令制度

(一)長期照護保險制度

在1990年代的初期，日本政府開始討論長期照護的議題，而後在1997年通過了長期照護保險法之配套，並在2000年四月開始施行長期照護保險。由於立法上的迫切性及方案給付範圍與給付項目上的周延性，此法廣受日本國民的歡迎，並被譽為自1961年國家年金法案(National Pension Law)以來最重要的一項法案。整個長期照護保險方案的花費，包含行政成本，但不含自付額，在2003會計年度

中達到 5.4 兆日圓（即 450 億美元）；這項數字並將隨著人口加速的老化與保險方案的全面推動而增加（Ministry of Health and Welfare, 1995）。到 2025 年，保險方案的支出預估將達 20 兆日圓（即 1,670 億美元）（讀賣新聞, May 28, 2003）。日本的長期照護保險方案是世界上第三個採取社會保險模式的方案；第一個是荷蘭在 1967 年所推出的方案，第二個則是德國在 1995 年所施行的方案(Ikegami, 1997)。許多的壓力促使日本政府籌劃老年人的長期照護保險，例如人口老化的急迫性、社會大眾對於照顧老年人態度上的轉變、非醫療目的的醫療資源濫用與昔日僵化的長期照護系統等。除此之外，新興的「老人照護社會化」思想的出現改變了日本社會福祉的觀念²⁰。

1995 年日本厚生省老人保護福祉等議會通過「有關新高齡照護系統之確立」（中期報告）的政策建議，該報告體認到日本有必要建立老人照護的新制度，即因為日本老年人口快速老化，對這些高齡老人的照顧，漸成為嚴重的個人與社會負擔；家庭負起照顧老年人口的功能，逐漸式微，照顧老年人口的責任，漸由家庭移轉到社會；受 1980 年代福祉多元主義思潮的影響，尤其強調福祉供給的分權化與民間福祉組織力量的參與，國家福祉角色的縮減，莫不息息相關，因此日本介護保險制度的開發有其必要性。從介護保險政策確立之後，經過設立對策本部、系統研究會報告、老人保健審議、以及相關法案立法、修法、配套、宣導、檢討、更新及翻修等，如今日本之醫藥衛生與社政福祉，即健康服務及生活福祉方面，再加上勞工之服務系統已融整而為一。醫藥衛生健康照護方面之支出約佔全國國內生產總值(GDP)的 7.6%，已施行有三十多年之全民健康醫療保險，年金保險亦自 1961 年即開始施行，已構成一定之重要基礎，而私人保險仍居一定之角色，長期照護方面亦在民間帶頭推動發展一陣子之後，公部門已介入主導其發展與推動，其中『介護(長期照護)保險』自 2000 年 4 月起，在系統化、體制化、運營穩固化之餘，已建置一定之政策、

²⁰ 李世代(2009)，日本、韓國長期照護保險內容與相關法令之研究，行政院經濟建設委員會。

社會及運行基礎，正持續推動發展中。

日本針對人口老化所做之醫療保健衛生健康體系，乃至社會福祉(福祉)與經濟體制的再建構，為日本欲要跨越二十一世紀的最大課題之一。日本在高齡者保健與福祉推進策略上，透過長年計劃性、系統性、階段性、建設性及延續性地多次的懇談討論，以建構「介護保險法」為目標之外，釐定老人各種相關之醫療、保健、福祉、相關之權利義務等事項，決策重點、財務策略及研究發展之內容、機構、費用、周邊相關事務之建構與配合、現狀之檢討、未來之展望、以及癡呆老人之對策等方面，1989 年後透過接二連三的「高齡者保健福祉推進策略〔黃金計畫(Gold Plan)〕」、1994 年的「新高齡者保健福祉推進策略〔新黃金計畫(New GoldPlan)〕」、以及 2002 年的「21 世紀高齡者保健福祉推進策略〔21 世紀黃金計畫(The Gold Plan 21st Century)〕」等，啟動長時期的高齡時代因應策略。

1.平成 2 年至平成 11 年(1990~1999)的黃金計畫(Gold Plan)

日本當局為因應人口急速的老化及大量增加得老人人口，於平成元年(1989)研訂了「高齡者保健福祉推進策略」即簡稱為「黃金計畫(Gold Plan)」，該計畫整合了厚生、財務與自治三大部會為主軸共同推動各類老人保健福祉之相關服務、獎勵設置老人保健福祉機構、培育老人保健福祉之相關專業人力等，預定施行期間為平成 2 年至平成 11 年(1990~1999)；但鑒於老人人口數及長期照護需求的快速激增，訪視護理等新興事業的開發與老人福祉計畫的修正訂定，另由地方政府依「黃金計畫」重新評估其地方需求，所擬之目標數與中央原訂之「黃金計畫」目標數出入甚大，為使計畫能落實地方，乃匯集地方之發展目標數，參考各界專家學者之意見，於平成 5 年(1993)全面總檢討「黃金計畫」，而於次(1994)年 3 月再度提出「新高齡者保健福祉推進策略」，簡稱「新黃金計畫(New Gold Plan)」，同年 12 月「高齡者介護自立支援體系研究會」發表研究報告，建議基於高齡者自立支援之基本概念，以社會保險機制創設高齡者自立支援體制。

2.平成 7 年至平成 11 年(1995~1999)的新黃金計畫(New Gold

Plan)

「新黃金計畫(New Gold Plan)」預定施行期間為平成 7 年至平成 11 年(1995~1999)，其基本理念為以老人為中心，強調自立支援、普遍性、綜合性服務及地域(社區)化之原則；其主題包括充實地域之老人照護相關設施、加強維護老人獨立生活之綜合性服務(機能訓練、訪視指導及老人訪視護理等)、推展癡呆症老人之綜合性服務(訪視指導)、增加老人社會參與之相關設施、加速老人照護相關人力之培育、鼓勵老人福祉用具之開發與推廣、建立國民利用老人福祉服務轉介管道、鼓勵民間參與老人福祉事業、推動長壽科學相關研究、改善老人住宅與無障礙空間、加強老人保健及社會福祉服務之推廣教育、以及規劃建構介護保險等。

平成 7 年(1995)7 月，總理府諮詢機構「社會保障制度審議會」首先建議政府創辦公共介護保險制度，隔年 6 月，厚生省諮詢機構「老人保健福祉審議會」建議採行社會保險方式，建立此制，並對厚生省所擬「介護保險制度案大綱」提出對應意見。同年 9 月，執政黨修正通過「介護保險法綱要」，同年 11 月，內閣向國會臨時會提出介護保險相關三法案，未獲決議。再隔(1997)年之 1 月國會再質詢，3 月召開地方(福島、岡山、札幌、新潟等)公聽會，5 月厚生委員會完成初審，嗣經眾議院院會通過移送參議院。平成 9 年(1997)10 月參議院開始審議，12 月厚生委員會完成初審，並於 12 月 3 日經參議院部份修正後通過，再移眾議院於 12 月 9 日審議通過而完成立法程序。日本遂於平成 9 年(1997)12 月 17 日正式公佈「介護保險法制度」概要之相關法案-介護保險法系(含介護保險法施行法、介護保險法施行令、介護保險法施行規則)，以及其他如健康保險法、醫療法、生活保護法、國民健康保險法、老人福祉法、老人保健法……等)(部份條文修正案)；以日本自有經驗開創擬定調查測量介護需求基本之介護認定調查票，並於 2000 年 4 月 1 日起正式施行，行之全國。

日本除中央政府厚生省、大藏省及自治省為主幹之對策本部之外，

都道府縣廳保健福祉部中之高齡對策課或高齡者福祉課亦因應配合介護體系規劃設置必要之新行政機構，如老人保健局、老人保險課及介護保險課，以及必要之任務性編組等。

施行以來，定期檢討，於平成 16 年(2004)年大規模修正檢討，包括修正三項介護法法案，亦配合「年金制度」改革，將；年金、醫療、雇用、介護等社會保險連動處理。如於 2005 年透過「介護保險法」修法，將照護機構中之食宿從給付改成自行負擔。2006 年「介護保險法」，全面施行再更新制度，將服務提供朝向「預防」優先，強化並限制輕度障礙者之給付，創設社區化地區密集型之照護服務；並改定介護之報酬 (-0.5%)。修正介護認定調查票(介護需求基本調查)。

3.平成 14 年(2002)的 21 世紀黃金計畫

正式上路之密切觀察並檢討修正，約每三年具體檢討修正一次，故至本年(平成 21 年；2009)為止已大舉修正至少兩次以上，故為有計劃、有系統、有企圖之推進，目前已實際進入第三階段之介護期程，未幾即將進入第四階段。

如自 2000 年 4 月 1 日施行以來，定期檢討，於平成 16 年(2004)年大規模修正檢討，包括修正三項介護法法案，亦配合「年金制度」改革，將；年金、醫療、雇用、介護等社會保險連動處理。如於 2005 年透過「介護保險法」修法，將照護機構中之食宿從給付改成自行負擔。2006 年「介護保險法」，全面施行再更新制度，將服務提供朝向「預防」優先，強化並限制輕度障礙者之給付，創設社區化地區密集型之照護服務；並改定介護之報酬 (-0.5%)。修正介護認定調查票(介護需求基本調查)。而 2006 年制度改革全貌包括：重視預防型體系；設施給付之重新檢討；新服務體系的確立；確保並提升服務品質；負擔制度檢討；2008 年更檢討介護之從業人員任用、資格、證照、人事制度、培訓及教育養成體系。

看護保險自 2000 年 4 月開始實施，其被保險人分為兩類：65 歲以上國民為第一類被保險者；40 歲以上未滿 65 歲加入醫療保險，並

且在市（區）町村內有住所者為第二類被保險者。被保險者必需獲得「要看護」或者「要支援」狀態的認定，才能使用看護保險設施與領取保險給付，第二號被保險者只限由衰老引起特定疾病者，如腦血管疾病、帕金森氏症等 15 項，才可獲得保障²¹。

在要看護狀態的認定上面，第一次是以調查 79 項 5 大類的生活能力，輸入電腦後得到需要看護的時間分數，總分越高表示要受到看護的程度越高。之後才交由審查會同時在考慮特殊事項後決定是否做出要看護的級數判定。

表 4-21 要介護認定 5 大分類

直接生活協助	入浴、排泄、進食等協助
間接生活協助	洗衣、掃除等家事援助
問題行動相關行為	到處徘徊探索、隨地便溺等不潔行為後收拾整理等
機能訓練相關行為	走路訓練、日常生活訓練等
醫療相關行為	輸液的管理、處理褥瘡等診療補助

表 4-22 長期照護需求等級、需求時間估計及給付限制額度

廣義分類	長期照護需求等級	照護時間需求估計 (ECTR)	給付限制標準額度 (居家照護服務*)
支援	需支援一級	25 分鐘<ECTR<30 分鐘	4,970 單位/月
	需支援二級	ECTR<30 分鐘，且對於 IADL 協助及復健內容的 ECRT 不少於 10 分鐘	10,400 單位/月
輕度照護	需介護一級	30 分鐘<ECTR<50 分鐘	16,580 單位/月
	需介護二級	50 分鐘<ECTR<70 分鐘	19,480 單位/月
重度照護	需介護三級	70 分鐘<ECTR<90 分鐘	26,750 單位/月
	需介護四級	90 分鐘<ECTR<110 分鐘	30,600 單位/月

²¹王儷玲(2006)，因應高齡化社會保險商品發展及其監理與相關稅賦配套之研究，金融監督管理委員會。

	需介護五級	ECTR>110 分鐘	35,830 單位/月
--	-------	-------------	-------------

*一單位：¥10(受地區和服務類型調整)

資料來源：慕尼黑再保-Vision 2012 第一期

(二)長期照護保險相關法令

日本長期照護之法政框架基本上乃是先從公部門設計打造起，在引導民間投入，再讓其競合，互為表裡而相輔相成，並有效運作。公部門框架因介護體制而經過幅度甚大之組織再造，除了將相關之醫療、保健、福祉納為一單一體系，亦將勞政部會納進來，並在內閣底下設置一些高位階之推動執行監控之任務編組，整體蔚成公部門系統中最為龐大之部會系統，其編配工作人員總數高達全額之 1/5。法政框架能進一步形塑社會之框架，有其重要性、關鍵性與優先性，一旦有效建置並能運作成熟，必為社會之有形無形資產，亦市現代社會所不可或缺²²。

日本老人照護(保健福祉)之行政體系中，有政府公部門、民間之私部門、以及政府民間之合作事項等。政府公部門自中央之厚生勞働省、都道府縣〔一都(東京都)、一道(北海道)、二府(京都府及大阪府)及四十三縣等〕、以及 3,252 市町村(特別區)或政令市等自治體、還有向下轄(隸)屬或輔導之基層單位如保健所或保健中心等，形成一龐大之保健福祉行政體系，其運作即由系列法律政令所構織成之法政框架限定規範之；另外，社會本來即有一套基本運行之價值系統而形塑成一無形之社會框架，會因合理之法政框架能讓社會凝聚更高的共識。法政框架首賴法律之立法、公佈及施行，還有進一步之細部子法及施行細則，乃至於延伸之適用性或解釋，還有與相關法令規範之銜接等，如此自構成一龐大之法系。

日本介護保險法整個法系以『介護保險法』為主幹，其他尚包括有『介護保險法施行法』、『介護保險法施行規則』、『介護保險法施行令』、以及其他如健康保險法、醫療法、生活保護法、国民健康保險法、老人福祉法、老人保健法……等，甚至更遠可連結高齡者對策基

²²李世代(2009)，日本、韓國長期照護保險內容與相關法令之研究，行政院經濟建設委員會。

本法、高齡者生活支援法、年金法、身体障害者福祉法（含身体障害者福祉法、精神衛生法、精神薄弱者福祉法、知的障害者福祉法.....）、社會福祉法(含福祉事業、精神薄弱者福祉法、知能障礙者福祉及生活保護.....等)、人材(才)(含介護支援專門員(ケアマネージャー)、保健師(工共衛生護士)、看護師(護理師)、准看護師(護士)、理學療法士(PT)、作業療法士(OT)、社會福祉士、介護福祉士(care worker)、義肢裝具士、福祉用具專門相談員.....等；醫師、齒科醫師、ホームヘルパー(或稱介護員)、精神保健福祉士及其他....；保健所法(含地區保健、醫療、精神保健法等)其他關係法令(行政組織及地方自治、建築、消防、環境保護.....)。

『介護保險法』於 1997(平成九年)完成立法，其間修訂多次，最終修訂為平成 19 年。現行『介護保險法』共分 14 章，215 條，或再加上少許附則，分就介護保險之推動執行細節方面作相當詳細深入瑣細之規範，但其間修訂多次之部份多未正式施行，只是附則部份於後來之修正中刪除了，其內容改置於法系中配套之『介護保險法施行法』、『介護保險法施行規則』、以及『介護保險法施行令』等。

『介護保險法』共分 14 章，第一章總則(第 1 條至第 8 條之 2)、第二章被保險者(第 9 條至第 13 條)、第三章介護認定審查會(第 14 條至第 17 條)、第四章保險給付〔通則(第 18 條至第 26 條)、認定(第 27 條至第 39 條)、介護給付(第 40 條至第 51 條之 3)、預防給付(第 52 條至第 61 條之 3 三)、市町村特別給付(第 62 條)、保險給付的限制等(第 63 條至第 69 條)〕、第五章介護支援專門員、事業者及機構〔介護支援專門員之登錄等(第 69 條之 2 至第 69 條之 10)、登錄試驗問題作成機關之登錄、指定試驗機關及指定研修施行機關之指定等(第 69 條之 11 至第 69 條之 33)、義務等(第 69 條之 34 至第 69 條之 39)、指定居家服務事業者(第 70 條至第 78 條)、指定地區密結型服務(Community-Based Service)事業者(第 78 條之 2 至第 78 條之 11)、指定居家介護支援事業者(第 79 條至第 85 條)〕、介護保險機構〔指定介護老人福祉機構(第 86 條至第 93 條)、介護老人保健機構(第 94 條

至第 106 條)、指定介護療養型醫療療機構(第 107 條至第 115 條)、指定介護預防服務事業者(第 115 條之 2 至第 115 條之 10)、指定地區密結型介護預防服務事業者(第 115 條之 11 至第 115 條之 19)、指定介護預防支援事業者(第 115 條之 21 至第 115 條之 28)、介護服務資訊之公開(第 115 條之 29 至第 115 條之 37)〕、第六章地區支援事業等(第 115 條之 38 至第 115 五條之 41)、第七章介護保險事業計劃(第 116 條至第 120 條)、第八章費用等〔費用負擔(第 121 條至第 146 條)、財政安定化基金等(第 147 條至第 149 條)、醫療保險者之繳納金(第 150 條至第 159 條)〕、第九章社會保險診療報酬支付基金之介護保險先關業務(第 160 條至第 175 條)、第十章國民健康保險團體聯合會之介護保險事業相關業務(第 176 條至第 178 條)、第十一章介護給付費審查委員會(第 179 條至第 182 條)、第十二章審查請求(第 183 條至 196 條)、第十三章雜則(第 197 條至第 204 條)、第十四章罰則(第 205 條至第 215 條)、附則.....。

『介護保險法』已將長期照護可能遭遇之人事物時地等權利義務問題鉅細靡遺地交待描述，以便長期照護之運作能有所依循，此大概為世界上少見之立法模式。再者，還有更細微之問題者，包括少見之狀況，與其他法令規範之銜接、衝突、優先適用等問題，另透過『介護保險法施行法』、『介護保險法施行規則』、『介護保險法施行令』、以及其他如健康保險法、醫療法、生活保護法、國民健康保險法、老人福祉法、老人保健法.....等配套立法、修法建構完成。

『介護保險法施行法』分 2 章 133 條加上附則，而『介護保險法施行規則』分 10 章 181 條加上附則、『介護保險法施行令』分 9 章 59 條，均於平成 9~11 年(1997~1999)立法公佈，而於平成 20 年(2008)完成最後之修訂，輔助處理解決『介護保險法』施行上之法令問題。

(三)長期照護保險財源籌措方式²³

1.財源結構

日本介護保險總支出除 10%由利用者部分負擔外，其餘 90%由稅收及保險費各分攤一半。在政府稅收的 50%當中，中央政府固定負擔比重為 20%，另有 5%統籌分配款做為調整各市區町村人口結構及老人所得差距之用；而都道府縣則負擔 12.5%、市區町村亦負擔 12.5%；在保險費的部分，需負擔保費者為 65 歲以上老人（一類被保險人），負擔比例約 20%，與 40-64 歲民眾（二類保險人），因尚有工作能力，所以負擔比例為 30%

2.被保險人保險費

(1)一類被保險人保險費（65 歲以上老人）分為兩種繳費方式：一為特別徵收，是每月年金在 18 萬日圓以上者將會直接從年金中扣繳，這類人數較多占 80%；其二為普通徵收，由自己個別向市區町村繳納，人數較少約占 20%。

(2)一類被保險人保險費多寡由各市町村依當地服務量需求自行訂定，因此有地區性落差，以 2003 年為例，北海道鶴居村最高（4528 日圓），山梨縣秋山村最低（1783 日圓），兩者相差 3.3 倍。為了解決這種保費差異的問題，因此會鼓勵相鄰市町村可以成立區域聯盟，同時也可以讓需要介護者便於利用鄰近服務設施

(3)二類被保險人保險費（40-65 歲者）則是被保險人與雇主各負擔一半，根據被保險人以已加入的醫療保險計算保費，並且與醫療保險費用一起繳納，由於職業薪資不同，每人繳納金額不同，以 2005 年為例，平均每人負擔約 8000 日元的介護保險費

二、商業長期介護保險

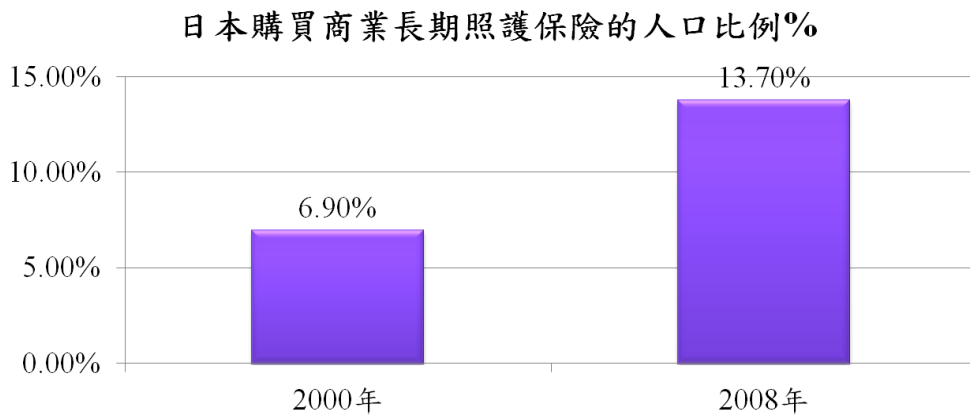
(一)業務概況

日本商業長期照護(介護)保險最早出現於 1985 年，2000 年購買

²³徐瑜璟、邱采昀、周美伶(2012)，日本介護保險與台灣長照保險的比較，台灣老年學論壇，地 15 期。

商業長期照護(介護)保險人數約占 6.9%，而到了 2008 年已有 13.7% 居民購買了商業長期照護(介護)保險

圖 4-2 日本購買商業長期照護(介護)保險之人口比例²⁴



資料來源：慕尼黑再保-Vision 2012 第一期

表 4-23 2008 年及 2009 年長期照護(介護)保險保單數量

長期照護保險保單數量	2008	2009
新保單	312,000	397,000
生效保單	2,342,000	2,528,000

資料來源：慕尼黑再保-Vision 2012 第一期

1985 年首先由美國家庭壽險公司與明治生命分別推出痴呆介護保險與臥床老人介護保險，而後才有許多保險公司陸續推出類似的長期介護保險之保障商品²⁵。

保險公司首先考慮到介護之需求至老年人以後才會顯著增加，所以在保單之設計上，老年以前之保障以死亡為重點的終身保險為基礎，老年以後則以介護保障為主，這時可將終身保險之現金價值，自由變更為介護保險。

隨著保險市場的競爭激烈及為滿足被保險人之需求，終身保險之現金價值除了可轉換為介護保障外，還可轉換為下列型式：

1. 年金給付型
2. 死亡保障加年金給付

²⁴是現有保單數量占 65 歲以上老年人口的比例。

²⁵財團法人保險事業發展中心(2009)，長期看護保險制度與推動之研究，金融監督管理委員會。

- 3.死亡保障加介護險型
- 4.年金給付型加介護保障型
- 5.死亡保障加年金給付型加介護保障型

雖然壽險公司有販賣獨立的介護商品，但更多是以終身保險、養老保險、個人年金保險的「介護特約」存在（產險公司亦有積立介護費用保險），因此很難估計介護保險的市場規模。

(二)商品內容

日本商業長期介護保險商品主要具有以下特點：

1.支付面，通常是對身故、全殘、長期照護狀態進行一次性的支付；也存在年金型式的支付；與社會長期照護系統分類及根據保險公司自己制訂的長期照護定義相關。

2.涵蓋範圍是為尚未擁有任何長期照護保障的失業人員及居家人員提供保障；協助提供社會保險中保障額度外的額外費用。

日本商業介護保險屬於第三部門(the third sector)險種，依日本保險業法第三條(壽險業)及第四條(產險業)規定核准之經營業務範圍，產、壽險業皆可販賣長期介護保險，且商品型態並無不同的限制，壽險公司與產險公司銷售介護保險大都以終身期間為主且包含「定額給付」。不過實務上商品策略仍有些許差異，從下表可看出壽險業銷售之長期看護險商品型態分為主約、附約，主要搭配身故或年金給付，而產險公司有提供實支實付之購入或改造介護設施等費用。

表 4-24 日本保險業銷售之長期看護險型態

壽險	個人	介護險主約-傳統型、投資型(VA)
		介護險附約(或介護提前給付)
	團體	附加戒護附約之團體信用保險(房貸壽險+介護險附約)
產險		介護費用保險

保險公司付保險金，其所提供的給付原則上有：

1.介護一次給付（介護一時金）－當成為要介護狀態時的一次性給付，原則上整個保障期間只會給付一次。

2.介護年金－只要要介護狀態一直持續，就會支付年金。

各家介護保險商品的設計上也非常多元化，保費繳交方面有些是終身都要繳交保費、也有以年齡、特定期間或是躉繳的方式。保障期間也有終身或是直到特定年齡的商品。保障內容除了長期介護以外，有些公司也包含死亡、殘廢、特定疾病甚至可以附加保障父母親的臥病、癱瘓的特約。

舉例來說介護保險之公司推出的保單定義包含提供下列項目：

1.介護給付金

通常介護給付金在保險期間內只給付一次，不同等級之介護，給付金額也不相同。

(1)第一級介護給付金：

當被保險人在保險責任開始後，因疾病或傷害陷入第一級介護狀態，且自該日起連續 180 日陷入第一級介護狀態，並經醫生診斷確定者，保險人應支付第一級介護給付金。

(2)第二級介護給付金：

當被保險人在保險責任開始後，因疾病或傷害陷入第二級介護狀態，且自該日起連續 180 日陷入第二級介護狀態，並經醫生診斷確定者，保險人應支付第二級介護給付金。其金額大約為第一級介護給付額之六成。

2.介護年金

介護年金通常給付至終身，若於保費之繳納期間，被保險人陷於介護狀態時，被保險人對於未到期保費可免繳。介護年金也在介護等級不同而給付不同金額。

(1)第一級介護年金：

被保險人於契約基準日前 180 天以上，在保險責任開始之後的傷害或疾病而持續陷入第一級介護狀態，並經醫生確定者，保險人應給付第一級看護年金。

(2) 第二級介護年金:

被保險人於契約基準日前 180 天以上，在保險責任開始之後的傷害或疾病而持續陷入第二級介護狀態，並經醫生確定者，保險人應給付第二級介護年金。其金額大約為第一級介護年金之 60%。

3. 死亡給付金

此可分為兩種情況討論:

(1) 被保險人於保費繳納期間死亡者，保險人應支付相當於已繳保費金額之死亡保險金。

(2) 被保險人於保費繳納終了死亡者，保險人應支付相當於第一級介護年金額之 50%。

4. 健康祝賀金

保險公司為避免保險誘發需求，通常會在給付上加上健康祝賀金。此金額通常於被保險人保費繳納終了或之後的一定年數，被保險人仍無申請任何保險給付時，則支付相當於 20%-50% 之第一級介護年金給付額。

另外，對第一級及第二級介護定義如下:

表 4-25 戒護等級

第一級介護	符合 1 或 2 情形之任何一項
第二級介護	符合 3 或 4 情形之任何一項
1 長期臥病在床，且有下列 a 及 b-f 項目中之三項以上情況，極需他人介護者。	
2 被診斷為老年性痴呆，且有下列 a-f 中之二項以上情況，極需他人介護者。	
3 長期臥病在床，且有下列 a 及 b-f 項目中之二項以上情況，極需他人介護者。	
4 被診斷為老年性痴呆，極需他人介護者。	
a 無法於床前自行走動。	
b 無法自行更衣。	
c 無法自行入。	
d 無法自行進食。	
f 無法自行處理排泄物。	

下表舉例說明幾種不同的長期看護保險商品。

表 4-26 看護保險商品一覽表

公司	商品	保費	保障	保障	給付內容	備註
----	----	----	----	----	------	----

名稱(日)	名稱(日)	給付		內容		
A I G ス タ一生命 保險株式 会社	終身介護 保険	25年 /終身	終身	要看護程度 3以上自訂 要看護狀態 A、B	一次給付	特定疾病看護終身 特約 保險費給付期滿可 轉移至特定年金
朝日生命 保險相互 会社	介護終身 年金保險		終身	自訂要看護 狀態	(1) 年金 (2) 死亡給付	年金給付時不用繳 交保費 五年紅利給付 可選擇家族型
	介護一時 金保險				(1) 一次給付 (2) 慰問金(1 次) (3) 死亡給付	
住友生命 保險相互 会社	元気らぶ	50~75歲	80歲 定期/ 終身	自訂要看護 狀態	(1) 年金(5年保證 期間) (2) 死亡給付	保費免除特約 三大成人病特約 (癌症、急性心肌梗 塞、腦血管疾病) 5種重度慢性疾病 特約 醫療保障特約 可選擇健康禮金
第一生命 保險相互 会社	悠悠人生	至80歲	終身		(1) 年金(5年保證 期間) (2) 死亡給付	五年紅利給付 保費免除特約 殘障特約 特定疾病特約 定期保險特約...等
	悠悠人生 先手一生	躉繳	終身		(1) 年金(5年保證 期間) (2) 死亡給付	看護年金支付開始 日前死亡者，給付 死亡年金
	介護サポ ート+				一次給付	終身看護特約
太陽生命 保險株式 会社	介護充実 プラン	每10年 更新至 60歲/至 80歲	終身	終身要看護 程度3以 上、公司自 訂看護標準	若所有特約皆有 保，可選擇 (1) 年金(2) 看護 年金 (3) 一次給付 (4) 終身保障	五年紅利給付終身 醫療特約保險費免 除特約 看護保障特約 年金看護保障特約 (10年) 定期保險特約 * 另有其他特約
	とことん 介護	至65歲	終身		(1) 年金 (2) 一次給付 (3) 死亡給付	定期保險特約 年金給付時不需付 保費

	スーパ ケア 40~70	躉繳	終身	臥床、癱 瘓	(1) 10 年年金 (2) 死亡、殘障(減 去已給付年金額)	
	安心ケア 50~80		10 年 可自動 更新至 80 歲	要看護程度 2、臥床、癱 瘓	(1) 一次給付 (2) 死亡、殘障	最高可更新至 80 歲

資料來源：王儷玲(2006)，因應高齡化社會保險商品發展及其監理與相關稅賦配套之研究，金融監督管理委員會保險局

表 4-27 兩款日本商業長期護理保險商品

公司	公司 A	公司 B
商品類型	獨立險	獨立險
保費類型	均衡保費	均衡保費
繳費方式	期繳	期繳
保險期間	第一階段：繳費期 第二階段：繳費期末至終身	終身
保險金給付方式	現金	現金
主險責任	一次性給付 第一階段：10%保險金額 第二階段：保險金額	年金給付：5%保證給付
附加險責任	附加定期壽險 附加失能收入保障 附加重疾險 附加醫療險	附加人壽險 附加重疾險 附加住院醫療險

資料來源：慕尼黑再保-Vision 2012 第一期

(三)長期介護保險與國家補助的結合

日本實行的是中央地方兼顧型稅制，國稅、地方稅是兩個相互獨立的體系，國稅由大藏省管理，地方稅由自治省管理。在日本現行稅制中，國稅所占比重極大，地方稅所占比重相對較小。另外，日本的社會保障稅不是獨立的稅種，而是以加入保險的形式繳納的。

商業的長期介護保險的給付不課稅，繳交保費時則適用壽險保費扣除額。

1.壽險保費扣除額（生命保險料控除的控除額）

(1)本人、配偶或6親等內血親與3親等內姻親為保險金受益人，即使非同居亦可。

(2)5年以上契約。

表 4-28 日本所得稅壽險保費扣除額(所得稅法第 76 條)

該年度支付保費合計	扣除額
2萬5千円以下	支付保費全額
超過2萬5千円至5萬円以下	(支付保費全額×1/2) + 12500円
超過5萬円至10萬円以下	(支付保費全額×1/4) + 25000円
超過10萬円	5萬円

資料來源：財團法人保險事業發展中心(2009)，長期看護保險制度與推動之研究，金融監督管理委員會。

第五章 租稅優惠制度成本效益分析

第一節 商業保險對高齡人口的重要性與迫切性

隨著平均壽命的延長，高齡人口比重提高而生產人口比率減少，如何規劃退休後的生活及財源，實為相當重要的課題。由 98 年老人調查分析，可知 65 歲以上的老人，有 88.83 % 的比率無工作；以 65 歲以上老人對老年生活擔心的問題來看，除了 32.93% 表示沒有擔心的問題外，以「自己的健康問題」者占 34.45 % 最高，再者為擔心「經濟來源問題」占 16.67%。由此可知，面對高齡化社會的來臨，民眾最大的希望除了活的健康外，亦希望能有穩定的財源以支應退休後的生活。

表 5-1 65 歲以上老人之職業

項目別	目前工作狀況單位：%		
	總計	無工作	有工作
94 年調查	100.00	84.35	15.65
98 年調查	100.00	88.83	11.17

資料來源：中華民國 98 年老人狀況調查報告。

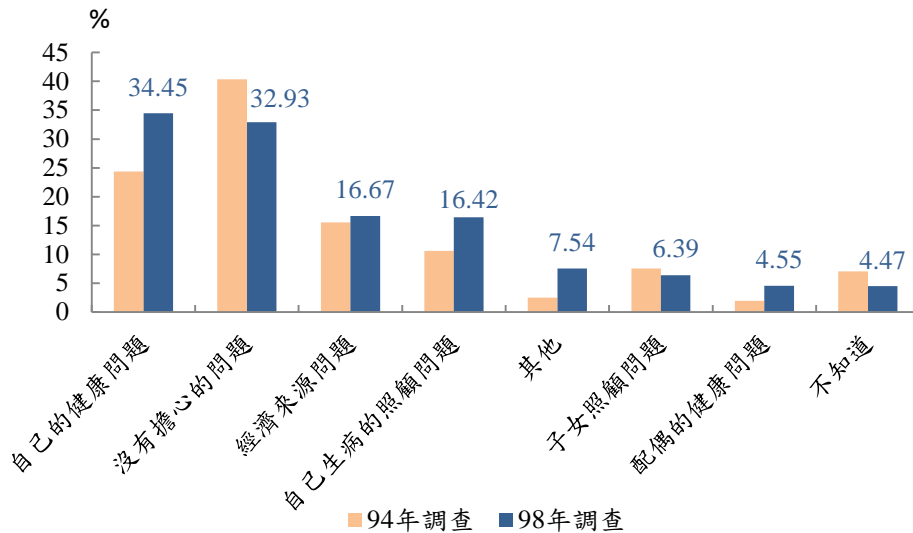


圖 5-1 65 歲以上老人對老年生活擔心的問題¹

資料來源：中華民國 98 年老人狀況調查報告。

65 歲以上老人生活經費的來源，除了依賴子女奉養及政府補貼外，若能在年輕時多加規劃及累積，便能減輕退休後的經濟壓力。世界銀行「避免老年危機」的研究報告中，所提出三層式保障的建構模式，第一層為強制性的社會保險，第二層為員工退休金制度，第三層為自願性的商業年金。商業年金保險之目的，即在於提高退休後的生活品質，政府若能鼓勵民眾購買商業年金，除了可讓國人的老年生活更有保障外，亦可減輕政府編列社會福利等相關支出之財政負擔。

以我國的情形來看，國內關於年金保險之市場普及率及民眾接受度並不高，究其可能原因，在於我國政府對於勞工退休金制度中的年金保險或一般之商業年金保險，並沒有提供特別之稅惠誘因。以美國的年金制度為例，年金分為公的年金與私的年金，其年金制度的體系如下：

¹本題為複選題。

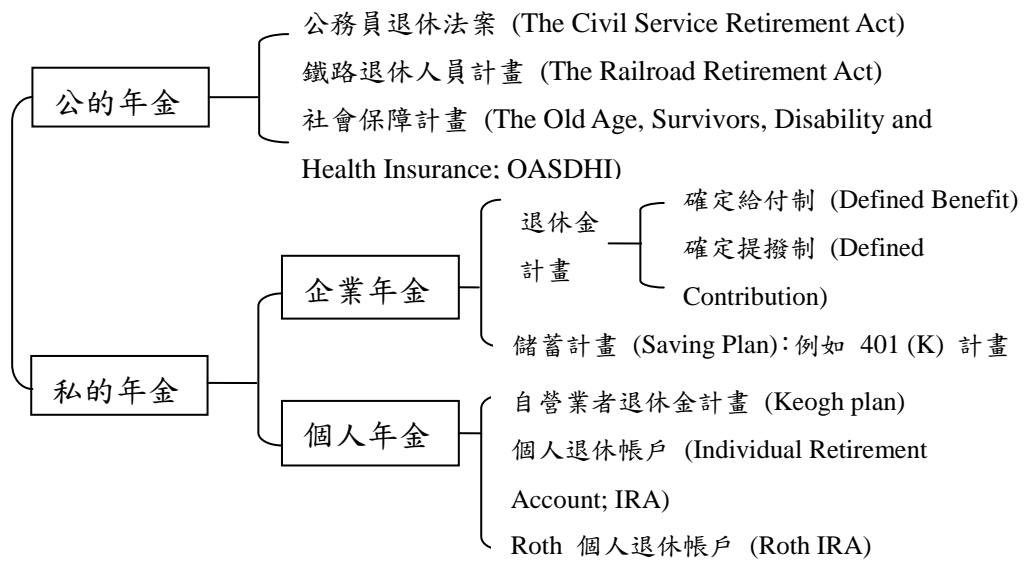


圖 5-2 美國年金制度之體系

資料來源：保險人員訓練教材-年金保險 (修訂五版)。

美國於二十世紀開始，陸續透過數次賦稅優惠制度變革，以影響年金保險之發展。年金保險之年金給付，領取人原則上要繳納所得稅，但為提高民眾購買商業年金之誘因，很常採用遞延課稅 (tax deferred) 的方式。此種稅制對民眾年輕時的納稅所得，得扣除提撥額度或年金保費之支出，等同於降低高所得時的稅基；而老年所得低時才針對所領取的年金課稅，藉以提高民眾購買年金之誘因。

而高齡少子女化時代來臨，讓臺灣必須面對的另一個問題，就是長期照護議題。所謂「長期照護」，是針對不論先天或後天之身心功能受限，時間持續 6 個月以上，日常生活或身心機能需他人協助維護者，所提供的家務、行動、飲食及身體衛生協助、復健及護理等相關服務，目的在維持或恢復其功能自立 (李玉春等，2013)。雖說需要長照服務者未必都是老人，但根據 2010 年國民長期照護需要調查 (請參閱圖 5-3)，可看出 65 歲以上失能人數占全國失能人口相當大的比重；再由圖 5-4 可清楚的看出，隨著年齡愈高，失能風險愈高。因

此，隨著人口急速老化，照護需要將急遽增加，但服務供給不足，又缺乏充足穩定的財源，因此推動長照保險制度，刻不容緩。

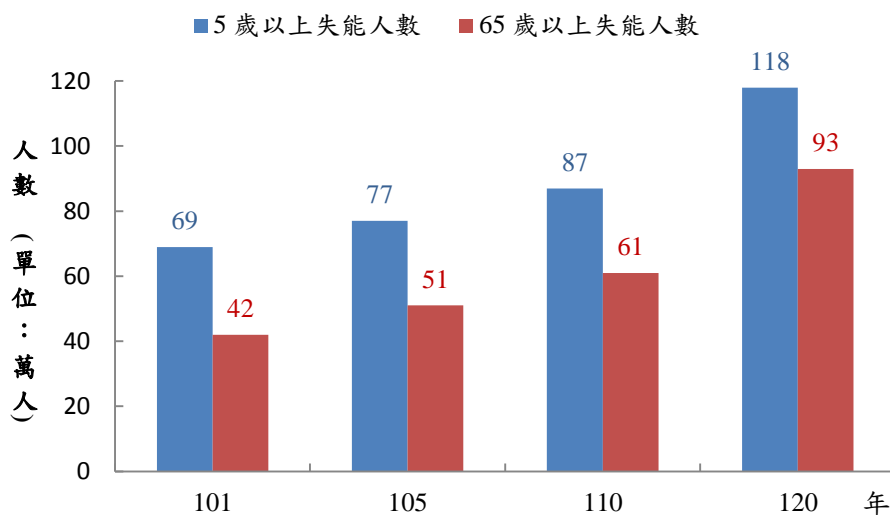


圖 5-3 全國失能人口-5 歲以上及 65 歲以上失能人數

資料來源：國民長期照護需要調查，2010 年；2012-2060 年臺灣人口推計，2012 年。

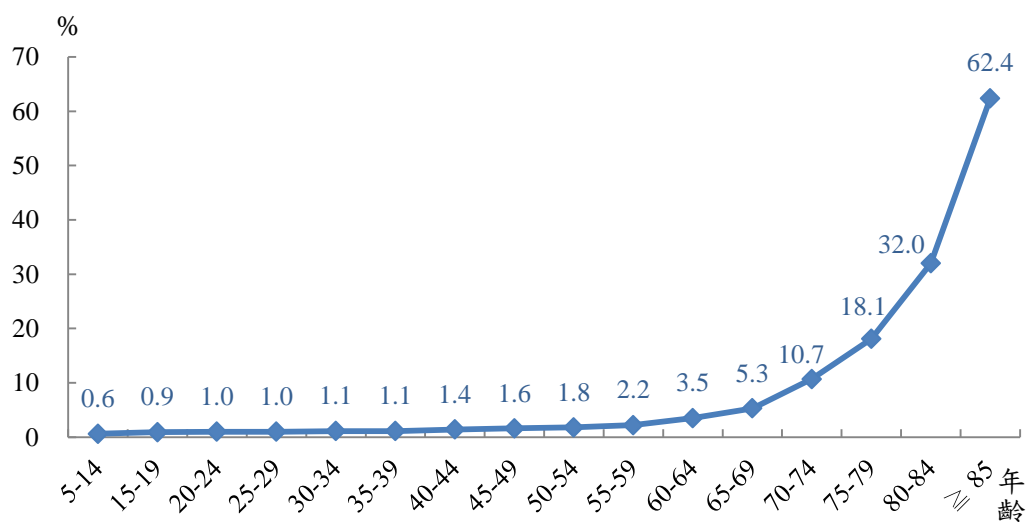


圖 5-4 各年齡層之失能累積風險

資料來源：以 2010 年國民長期照護需要調查第一階段之失能率計算。

第二節 商業保險相關稅賦誘因及最適稅制

本文為了簡化分析，做了以下兩個基本假設。第一、本節假設政府為鼓勵民眾購買商業年金或長照保險，採用的稅制為年輕時的納稅所得可以扣除提撥額度、商業年金或長照保險之支出，而就民眾老年時所領取的年金或長照保險並不需被課稅。此種優惠稅制與遞延課稅的主要差別，在於前者估算政府為鼓勵民眾購買商業年金或長照保險所需付出的成本會較高（亦即政府短收的稅額較高）。換言之，若我國未來採用諸如遞延課稅的制度，由於政府針對退休人口課稅可多增加一筆稅額收入，因此所需付出的成本會較本文估算的更低，此將增加民眾購買商業年金或長照保險的相對效益。第二、雖說會購買商業年金和長照保險的族群、人數和金額不盡相同，但為簡化設定，本節假設購買商業年金或長照保險的族群、人數和購買金額皆相同，亦即兩者帶給政府的成本是相同的。綜上所述，以下在探討政府為鼓勵民眾購買商業年金和長照保險所需負擔的成本時，由於兩者帶給政府的成本相同，故將以商業年金為例，而長照保險的部分本節將不再重覆贅述。

欲分析政府採用稅制優惠鼓勵人民購買商業年金之成本效益時，成本面主要是此稅惠制度下所造成政府稅額短收的部分。效益面則有以下幾個面向：首先，若購買商業年金，民眾的所得替代率會提高，將使老年經濟生活更有保障。其次，保險公司販售商業年金，需繳納營業稅及營所稅，此對國庫將有財源的挹注。此外，若政府採用「遞延課稅」的方式，針對商業年金清償期的給付予以課稅，將能對政府財庫帶來額外財源。最後，若民眾購買商業年金，並於清償期領取給付，可能將有助於減少政府社會福利等支出，減輕財政負擔。

以下將先就資料來源的部分予以說明，接著模型分析的部分將先計算政府稅額減少的部分，接著是民眾購買年金後所得替代率提高的比率、營業稅及營所稅的稅額，以及若對商業年金的給付課稅可得的稅收等，而各相關之假設條件將於分析進行前分別予以闡述。

一、資料來源說明

進行分析之前，本文先針對所採用的資料予以說明。下列分析所採用的資料來源分別是財政部財政資訊中心公開之「99 年度綜合所得稅申報核定統計專冊」、「97 年綜合所得稅各類所得（扣繳資料）—按所得人性別及年齡級距別分」、內政部辦理之「中華民國 98 年老人狀況調查報告」、行政院經濟建設委員會之「2010 年至 2060 年臺灣人口推計」，以及行政院編制之「中華民國 103 年度中央政府總預算案」。理想上，若能取得同一年度，甚至是同一調查單位的資料進行分析最佳，但實務上欲取得立基點相同的資料並不容易，因此，本文將就各資料來源取相近之年度進行分析。雖然各資料來源之調查年度不同，但因為會採用年度相近的資料，是故對於分析結果並不會造成太大的影響。

二、成本：政府的短收稅額

計算政府因鼓勵民眾購買年金而短少的稅額，所採用的公式如下：

$$\text{短收稅額} = \sum_{\text{各所得級距}} \text{購買商業年金之可免稅金額} \times \text{相對應綜稅稅率} \quad (1)$$

本文在計算可能會購買年金保險的人數時，是以綜稅納稅義務人中未申報扶養其它親屬的「本人及配偶」類別為主，且採用此類別中「滿 20 歲未滿 70 歲」的人數為參考基數。民國 99 年「本人及配偶滿 20 歲未滿 70 歲人數」的資料如下：

表 5-2 不同所得級距之本人及配偶滿 20 歲未滿 70 歲人數

級距：萬元	人數
net = 0	3,127,340
0-50	3,244,939
50-113	1,037,744
113-226	473,372
226-423	154,805
423-500	18,306
500-1000	33,843
1000 以上	14,168
合計	8,104,517

資料來源：99 年度綜合所得稅申報核定統計專冊。

由於實務上無法取得購買商業年金總人數的資料，因此這部分將以「各級距可能購買商業年金的比率×各級距的納稅人數」之加總來估算，其由公式表示如下：

$$\begin{aligned} \text{購買商業年金人數} = & (\text{採用列舉扣除}\% \times \text{列舉扣除額中購買商業年金}\% \\ & + \text{採用標準扣除}\% \times \text{標準扣除額中購買商業年金}\%) \quad (2) \\ & \times \text{本人及配偶滿 20 歲未滿 70 歲人數} \end{aligned}$$

將 99 年度各所得級距之納稅單位採用標準扣除及列舉扣除的比率，繪製於圖 5-5。由圖 5-5 可看出所得愈低者，有愈高的比率會採用標準扣除的方式申報；而所得愈高者，則有愈高的比率採用列舉扣除方式申報。

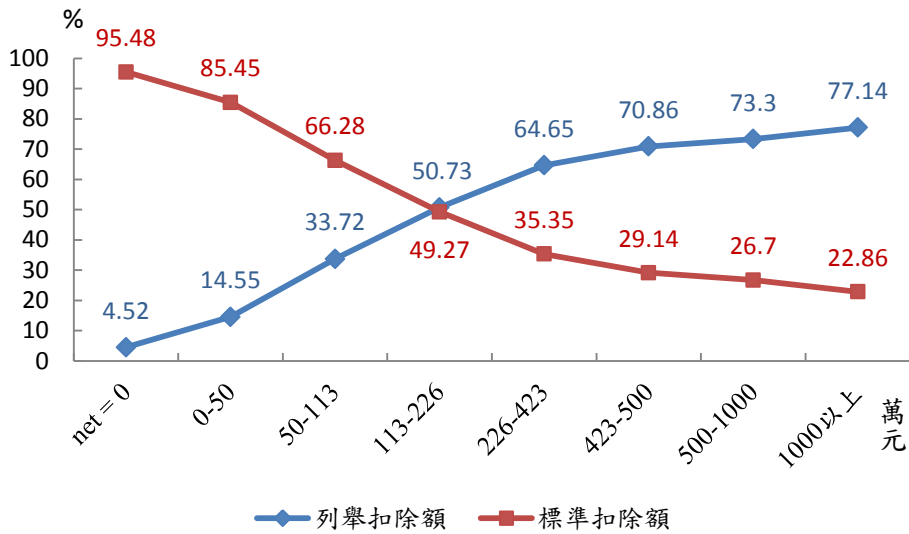


圖 5-5 99 年度綜稅納稅單位採用標準扣除額及列舉扣除額的比率

資料來源：99 年度綜合所得稅申報核定統計專冊。

若納稅單位採列舉扣除的方式申報，將以扣除細項「保險費」類別中「不含全民健保保費」的比率作為「可能購買商業年金的比率」；但若納稅單位是採用標準扣除額的方式申報，則無法得知各所得級距申報「不含全民健保保費」的比率。一般而言，購買商業年金的金錢與意願通常會與所得成正比，因此若納稅單位採用標準扣除的方式申報，本文假設所得級距愈高時，購買商業年金的比率依所得級距低至高為 0%、15%、30%、45%、60%，最高至 100%。下圖 5-6 分別就納稅單位採用列舉扣除及標準扣除兩者，呈現各所得級距會購買商業年金的比率：

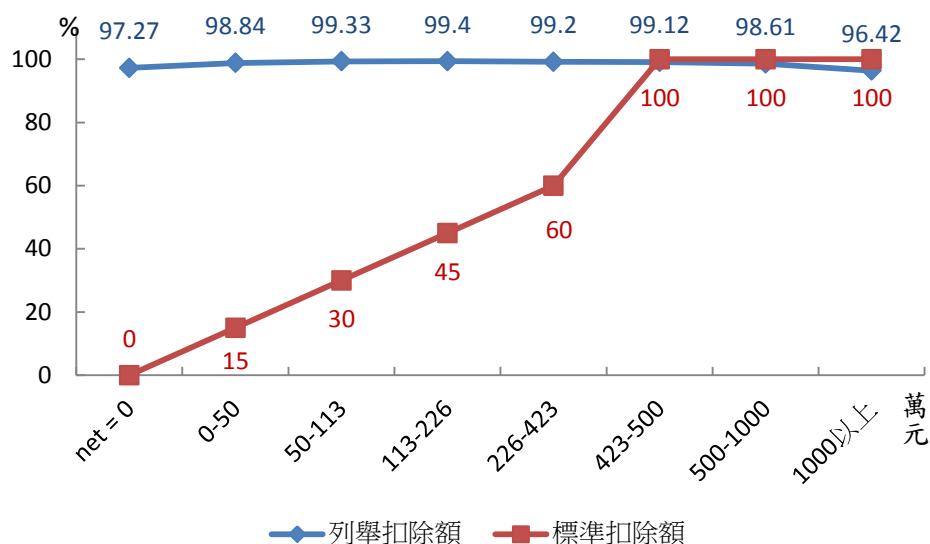


圖 5-6 不同所得級距購買商業年金的比率

資料來源：列舉扣除額中會購買商業年金的比率是採用「99 年度綜合所得稅申報核定統計專冊」中「不含全民健保保費」的比率；標準扣除額中購買商業年金的比率是本文假設。

依照公式 (2)，可估算出各所得級距中，可能會購買商業年金的人數，並將所估算出各所得級距會購買商業年金的人數列於表 5-3 中：

表 5-3 不同所得級距購買商業年金的人數

級距：萬元	購買商業年金人數 - 採列舉扣除額	購買商業年金人數 - 採標準扣除額	購買商業年金人數
net = 0	137,477	0	137,477
0-50	466,511	415,941	882,452
50-113	347,541	206,354	553,895
113-226	238,719	104,950	343,669
226-423	99,274	32,836	132,110
423-500	12,857	5,334	18,191

500-1000	24,463	9,036	33,499
1000 以上	10,539	3,238	13,777
合計			2,115,069

資料來源：本研究自行估算。²

為簡化分析，本文做了以下二個假設。首先，若納稅單位選擇購買商業年金時，每人購買的金額為現行保險費免稅額 24,000 的八成，即 19,200 元，此部分的金額免納入綜合所得課稅。再者，所得級距很低或很高的納稅單位，可能買不起或是不需要此筆免稅額的扣抵，因此，模型中假設若納稅單位所繳的所得稅率在 5% 以下以及 40% 以上者，並無申報商業年金的免稅額。

在上述假設下，本文將不同所得級距會購買商業年金的人數乘上各所得級距的平均稅率並加總，便可推算出總納稅單位因購買商業年金可節省的稅額，亦即政府該年度會短收的稅額，此稅額可由公式 (3) 計算得出。而最終估算出之各所得級距短收稅額以及總稅額，則列示於表 5-4 中：

$$\text{短收稅額} = \sum_{\text{各所得級距}} \text{購買商業年金人數} \times 19200 \times \text{相對應綜稅稅率} \quad (3)$$

表 5-4 不同所得級距下，購買商業年金致使政府短收的稅額

級距： 萬元	購買商業 年金人數 - 採列舉 扣除額	購買商業 年金人數 - 採標準 扣除額	平均 稅率 (%)	短收的稅額- 採列舉扣除額	短收的稅額- 採標準扣除額	短收的總稅 額 (元)
-----------	------------------------------	------------------------------	-----------------	------------------	------------------	----------------

² 依照公式 (2)，以 50-113 萬元的級距為例，採列舉扣除額購買商業年金人數 = 33.7170% X 99.3268% X 1,037,744 = 347,541；採標準扣除額購買商業年金人數 = 66.2830% X 30% X 1,037,744 = 206,354；購買商業年金的總人數 = 347,541 + 206,354 = 553,895。

50-113	347,541	206,354	6.60	440,403,955	261,491,789	701,895,744
113-226	238,719	104,950	9.86	451,923,713	198,682,944	650,606,657
226-423	99,274	32,836	15.2	289,721,242	95,828,582	385,549,824
合計				1,182,048,910	556,003,315	1,738,052,225

資料來源：本研究自行估算。³

由表 5-4 可看出，若民眾購買商業年金可享有租稅優惠，政府當年度所需負擔的成本（即短收的稅額）約 17.4 億元，其中採列舉扣除額致使的短收稅額約 19.3 億元。由於上表中的稅率只是估計值，短收稅額會依據稅率不同而更動。由於本文假設購買長照保險的族群、人數及購買金額皆與購買商業年金者相同，因此對政府而言，鼓勵人民購買長照保險的成本，也約 17.4 億元左右。

第三節 商業年金保險伴隨之效益

如上節所述，民眾購買商業年金可帶來的效益，在於民眾所得替代率提高使老年經濟生活更有保障，以及可能減少政府社會福利等相關支出。由於民眾購買商業年金及長照保險所帶來的效益有些微不同，因此本節將先就商業年金所帶來的效益分析，第五節再針對長照保險帶來的效益進行探討。

一、商業年金將提高民眾退休後的所得替代率

本節將計算四種不同年齡層，若於累積期每年年初花費 19,200 元購買商業年金，到了清償期時所累積的年金終值。假設開始購買商

³ 依照公式 (3)，以 50-113 萬元的級距為例，短收的稅額中採列舉扣除者 = $347,541 \times 19,200 \times 6.6\% = 440,403,955$ ；短收的稅額中採標準扣除者 = $206,354 \times 19,200 \times 6.6\% = 261,491,789$ ；總短收的稅額 = $440,403,955 + 261,491,789 = 701,895,744$ 。

業年金的年齡分別為 25 歲、35 歲、45 歲及 55 歲，開始領取年金的年齡為 65 歲，另假設民眾平均可活至 85 歲（即清償期為 20 年）。保險公司每年收取年金後，會將這些金額用於投資，假設每年的投資報酬率， $i = 3\%$ 。

經由計算，可知當 $i = 3\%$ 時，貼現因子 $v = 1/(1 + 0.03) = 0.970874$ ， $1 - v = 0.029126$ ，而期初付一元 n 年後可得確定年金之終值 $s_n = [(1.03)^n - 1]/(1 - v)$ 。因此，針對不同的累積期，每年年初存 19,200，存到 65 歲時的年金終值為 $s_n \times 19,200$ ，其年金終值詳列於表 5-5：

表 5-5 不同累積期之商業年金終值

開始年齡	累積期(年)	s_n	年金終值
25	40	77.66	1,491,135
35	30	49.00	940,851
45	20	27.68	531,389
55	10	11.81	226,710

資料來源：本研究自行估算。⁴

接著，再令 a_n 表示期初領一元，可領 n 年確定年金之現值。由上表中的年金終值，可得出清償期時，每年年初會給予的平均年金給付額， p ，其公式為：

$$\begin{aligned}
 p &= \text{累積之年金終值} / a_{20} \\
 &= \text{累積之年金終值} / \left[\frac{(1 - v^{20})}{(1 - v)} \right] \quad (4)
 \end{aligned}$$

⁴ 為簡化呈現方式，表格中 s_n 的值只列示至小數點後兩位。以 25 歲開始購買商業年金為例， $s_{40} = [(1+0.03)^{40} - 1] / 0.029126 = 77.6633$ ；到 65 歲時的年金終值 $= s_{40} \times 19,200 = 1,491,135$ 。

針對四種不同年齡層，清償期平均每年年金所給付的金額估算值如表 5-6 所示：

表 5-6 購買商業年金開始年齡不同之商業年金每年平均年金給付額

開始年齡	清償期(年)	平均每年年金給付額(元)
25	20	97,308
35	20	61,398
45	20	34,677
55	20	14,795

資料來源：本研究自行估算。⁵

最後，分別計算這四種年齡層退休後可領取商業年金，對於所得替代率的影響。所得替代率的公式列示如下：

$$\text{所得替代率} = \text{退休後每月所得} / \text{退休前每月所得} \quad (5)$$

由於受限於 65 歲以上民眾退休後每月所得的資料無法取得，故本文以財政部所公布 65 歲以上的平均薪資所得取代。由 97 年綜合所得稅各類所得（扣繳資料），可得知 65 歲以上的平均薪資資料如表 5-7：

表 5-7 65 歲以上民眾之總薪資及平均薪資所得

總人數	總薪資所得 (元)	平均薪資所得 (元)
-----	-----------	------------

⁵ 依照公式 (4)，可求出 $a_{20} = (1-v^{20}) / (1-v) = 15.3238$ 。以 25 歲開始購買商業年金為例，清償期平均每年給付年金 = $1,491,135 / 15.3238 = 97,308$ 。

171,421	48,789,007,340	284,615
---------	----------------	---------

資料來源：97 年綜合所得稅各類所得（扣繳資料）。

由表 5-7 可知，65 歲以上的平均薪資約 284,615 元。值得注意的是，此為 97 年度所估算之 65 歲以上的平均薪資，以該年度 25 歲的民眾為例，等到其 65 歲退休後，此平均薪資會受到這 40 年通貨膨脹率的影響。由 2001 年至 2010 年的通膨率資料，可得出此十年平均通膨率為 0.945%，是故本文以此平均通膨率來調整不同年齡層退休後之平均薪資所得。綜上所述，四種年齡層至 65 歲時，所推估調整通膨後之 65 歲以上的平均薪資所得為 $284,615 \times (1.00945)^n$ ，金額詳列於表 5-8：

表 5-8 65 歲以上民眾之平均薪資

開始年齡	累積期(年)	$(1.00945)^n$	調整通膨後之 65 歲以上平均薪資所得(元)
25	40	1.46	414,620
35	30	1.33	377,400
45	20	1.21	343,522
55	10	1.10	312,684

資料來源：本研究自行估算。⁶

最後，根據上述資料，可算出這四種年齡層因購買商業年金對所得替代率的影響。根據公式 (5)，所得替代率公式可改寫成公式 (6)，而四種年齡層的所得替代率估算結果則列於表 5-9 中：

⁶ 為簡化呈現方式，表格中 $(1.00945)^n$ 的值只列示至小數點後兩位。以 25 歲開始購買商業年金為例，調整通膨後之 65 歲以上平均薪資所得 = $284,615 \times 1.00945^{40} = 284,615 \times 1.456775 = 414,620$ 。

$$\begin{aligned} \text{所得替代率} &= \text{退休後每月所得} / \text{退休前每月所得} \\ &= \text{平均每年年金給付額} / \text{調整通膨後 65 歲以上平均薪資所得} \end{aligned} \quad (6)$$

表 5-9 購買商業年金起始年齡不同之所得替代率

開始年齡	所得替代率 (%)
25	23.47
35	16.27
45	10.09
55	4.73

資料來源：本研究自行估算。⁷

由上表資料可知，購買商業年金的年齡愈早，所得替代率愈高。以 25 歲開始購買年金為例，經過 40 年的累積期，65 歲之後的所得替代率為 23.47%；但若 55 歲才開始購買年金，累積期才 10 年，則 65 歲之後的所得替代率為 4.73%。

二、保險公司販售商業年金，繳納給政府的營業稅及營所稅

民眾購買商業年金後，販售商業年金的保險公司必須繳納營業稅及營所稅。保險公司販售商業年金的總收入，可藉由購買商業年金的人數乘上 19,200 來估算。計算保險公司所繳納的營業稅時，本文假設營業稅的稅率為 5%。而估算保險公司的營所稅時，本文參考了國泰人壽及富邦人壽 102 年的淨利率資料，分別以其平均淨利率 2.69% 及 4.45% 來估算保險公司的淨利，再將保險公司的淨利乘上

⁷ 以 25 歲開始購買商業年金為例，所得替代率 = $(97,308 / 414,620) \times 100\% = 23.47\%$ 。

營所稅的稅率 17%，以估算保險公司的營所稅。以下將所估算出的營業稅及營所稅列示於表 5-10 中：

表 5-10 保險公司繳納的營業稅及營所稅

單位：元

	販賣商業年金 保險收入	營業稅	營所稅 (假設淨利率 2.69%)	營所稅 (假設淨利率 4.45%)
金額	19,769,735,995	988,486,800	90,407,003	149,558,053

資料來源：本研究自行估算。⁸

由上表中可看出保險公司因販售商業年金，需繳納給政府的營業稅約 9.9 億元，而繳納的營所稅則是介於 0.9 億~1.5 億元之間。

三、遞延課稅增加的稅額

本文先前假設民眾若購買商業年金，非但 65 歲前的納稅所得可扣除提撥額度或年金支出，65 歲退休後所領取的年金亦無需納稅，此稅制下政府一年短收的稅額約 17.4 億元。但若政府不是採用「前免後免」的稅制，而是採用「遞延課稅」制，則民眾領取年金時政府可再課徵一筆稅額，此對國庫將有另一筆財源的挹注。

為了估算遞延課稅下，政府針對 65 歲以上民眾領取商業年金課稅可多徵收的稅額，有以下幾項情境與假設：(一) 本文分析四種不同開始購買商業年金的年齡層，分別是 25 歲、35 歲、45 歲及 55 歲。

⁸ 由於前文中假設所得級距很低或很高的納稅單位並無申報購買商業年金 19,200 元的扣抵，因此本文在估算保險公司販賣商業年金的保險收入時，只估算賣給所得稅率 12%、20% 及 30% 的納稅單位，是故販賣商業年金的收入 = $(553,895.1107 + 343,668.8557 + 132,109.7834) \times 19,200 = 19,769,735,995$ ；營業稅 = $19,769,735,995 \times 0.05 = 988,486,800$ 。營所稅的部份，若淨利率為 2.69%，則營所稅 = $19,769,735,995 \times 0.0269 \times 0.17 = 90,407,003$ ；若淨利率為 4.45%，則營所稅 = $19,769,735,995 \times 0.0445 \times 0.17 = 149,558,053$ 。

(二) 由於開始購買商業年金的起始年齡不同，本文假設基期是 97 年，在經過不同的累積期後，65 歲以上年底人口數如表 5-11 第二欄所示。(三) 民眾採用列舉扣除額與標準扣除額的比率，是以「99 年度綜稅納稅單位採用標準扣除額及列舉扣除額的比率」之平均值，分別是 15.85% 與 84.15% 估算。(四) 列舉扣除中購買商業年金的比率，本文是以扣除細項「保險費」類別中「不含全民健保保費」的比率作為「可能購買商業年金的比率」。但由於先前假設只有綜所稅稅率介於 12%~30% 的民眾會申報扣繳商業年金的免稅額，為求前後內文一致，故估算「購買商業年金的比率」，是以綜所稅稅率介於 12%~30% 之「不含全民健保保費」平均值估算，其值為 99.31%；同樣的估算方式，模型中標準扣除中購買商業年金的比率，估算結果為 45%。(五) 「購買商業年金的人數」請參照公式 (2) 計算，但此處與公式 (2) 的差異，在於將公式 (2) 中「本人及配偶滿 20 歲未滿 70 歲人數」，置換成「65 歲以上年底人口數」。(六) 平均每年年金給付額的計算，是立基於每年初存 19,200，清償期 20 年的假設。(七) 一般而言，民眾工作至 65 歲退休時，累積的退職所得扣除免稅額後，綜合所得稅的稅率通常會落於 12%~20% 之間。因此估算政府遞延課稅政府可課徵到的稅額時，本文分別估算 12% 與 20% 兩種綜所稅稅率下可課徵到的稅額。最後，將遞延課稅下所估算出政府可課徵之稅額，整理於表 5-11：

表 5-11 政府針對 65 歲後領取的商業年金可能徵收到的稅額

購買商業年金年齡	65 歲以上年底人口數 ⁹	購買商業年金人數 ¹⁰	平均每年年金給付額	遞延課稅可課到的稅額 (若綜所稅稅率為 12%)	遞延課稅可課到的稅額 (若綜所稅稅率為 20%)
----------	--------------------------	------------------------	-----------	--------------------------	--------------------------

⁹ 資料來源：「2010 年至 2060 年臺灣人口推計」，行政院經濟建設委員會，民國 99 年 9 月。

¹⁰ 參考公式 (2)，以 25 歲開始購買商業年金為例，購買商業年金人數 = $(15.8476\% \times 99.3091\% + 84.1524\% \times 45\%) \times 7,862,000 = 4,214,558$ ；若綜所稅稅率為 12%，遞延課稅可課到的稅額 = $4,214,557.8193 \times 97,308.4613 \times 12\% = 49,213,456,381$ ；若綜所稅稅率為 20%，遞延課稅可課到的稅額 = $4,214,557.8193 \times 97,308.4613 \times 20\% = 82,022,427,302$ 。

25	7,862,000	4,214,558	97,308	49,213,456,381	82,022,427,302
35	6,781,000	3,635,070	61,398	26,782,342,685	44,637,237,808
45	5,331,000	2,857,773	34,677	11,891,992,542	19,819,987,570
55	3,450,000	1,849,431	14,795	3,283,393,445	5,472,322,408

資料來源：本研究自行估算。

由表 5-11 可看出，若政府採用遞延課稅的方式，隨著購買商業年金的年齡層愈早，政府可課徵到的稅額會愈多。以 55 歲才開始購買商業年金的年齡層為例，若民眾 65 歲退休後的綜所稅稅率是 12%，政府課徵到的稅額約 32.8 億元；若民眾退休後的綜所稅稅率是 20%，則政府可課徵到的稅額約 54.7 億元。因此，政府若採用遞延課稅的方式，除了提高民眾購買商業年金的誘因外，相較於「前免後免」的稅制來看，將能減輕政府為鼓勵民眾購買商業年金的造成的財政負擔。

四、商業年金有助政府減輕編列社福支出預算的壓力

根據中華民國 98 年老人狀況調查報告中，可看出 65 歲以上老人之主要經濟來源以「子女奉養 (含媳婦、女婿)」的占比 42 % 最高，其次以「政府救助或津貼」的占比 17.12 % 次之 (如圖 5-7 所示)。若以 65 歲以上老人之經濟來源之重要度來看，表 5-12 顯示重要度以「子女奉養 (含媳婦、女婿)」者占 48.29 % 為最高，來自「政府救助或津貼」者占 29.66% 次之，再其次者為「自己退休金、撫卹金或保險給付」者占 17.37%。

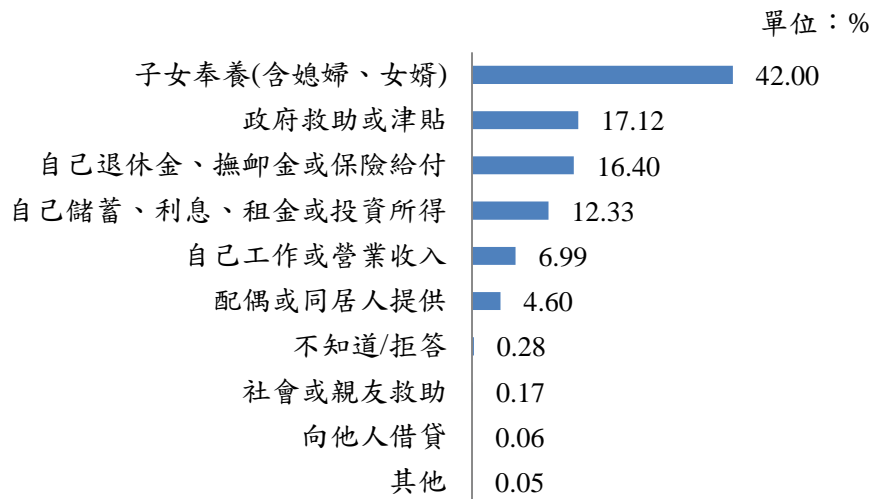


圖 5-7 65 歲以上老人之主要經濟來源

資料來源：中華民國 98 年老人狀況調查報告。

表 5-12 65 歲以上老人之主要經濟來源之重要度

單位：重要度 (%)

項目別	94 年調查	98 年調查
子女奉養(含媳婦、女婿)	53.37	48.29
政府救助或津貼	33.34	29.66
自己退休金、撫卹金或保險給付	14.15	17.37
自己儲蓄、利息、租金或投資所得	10.78	14.93
自己工作或營業收入	11.78	7.91
配偶或同居人提供	4.4	5.23
社會或親友救助	0.56	0.4
不知道/拒答	-	0.28
向他人借貸	0.1	0.06
其他	0.38	0.05

資料來源：中華民國 98 年老人狀況調查報告。¹¹

觀察 94 年調查及 98 年調查可知，雖然「子女奉養」仍是老人經濟的主要來源，但隨著人口結構變遷及養兒防老觀念式微，其所占比率已呈現下降趨勢。65 歲以上老人依賴「自己退休金、撫卹金或保險給付」的比率則呈現上升走向，顯示近來儲蓄與購買保險等方式，已成國人規劃退休後生活的重要方向之一。此外，「政府救助或津貼」亦是老人經濟的重要來源，雖然重要度下降，但仍位居第二大的主要經濟來源，因此政府仍需編列相當比率的社會福利預算，以保障國民退休後之經濟生活。

由「2010 年至 2060 年臺灣人口推計」，可看出民國 107 年、117 年、127 年及 137 年所推計出 65 歲以上年底人口數。如圖 5-8 所示，107 年至 137 年只經過 30 年，但老人人口增加超過二倍，顯示 65 歲以上的老人人口呈現相當快速的成長。

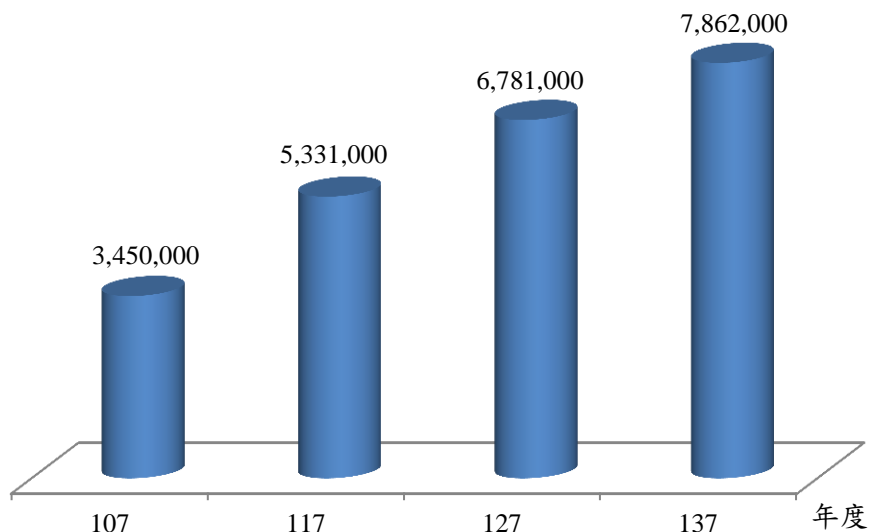


圖 5-8 65 歲以上年底人口數 (人) - 中推計

資料來源：2010 年至 2060 年臺灣人口推計。

¹¹ 重要度=(1*主要百分比+1/2*次要百分比)*100。

反觀 89 年至 98 年這十年來社會福利支出、歲出總金額，及社會福利支出占當年度歲出比率等相關資料，卻沒有太大的變化。圖 5-9 顯示，此十年平均之社會福利支出約 3,000 億元，歲出總金額約 16,506 億元，社會福利支出占當年度歲出比率大約在 18.4% 左右，¹²數據相當持平。

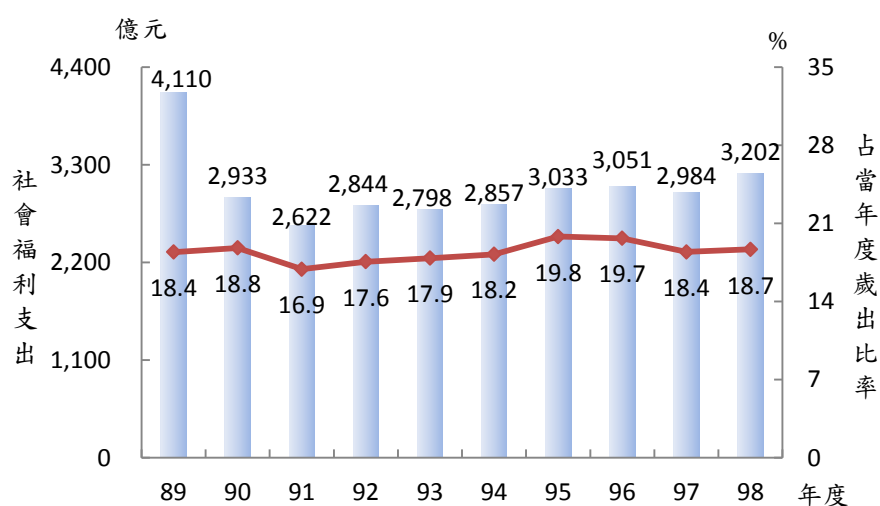


圖 5-9 社會福利支出概況

資料來源：行政院編「中華民國 103 年度中央政府總預算案」。

由圖 5-8 及圖 5-9 的資料可合理推論，面對老人人口不斷增加，但社會福利支出並無顯著上升，反映出每位老人可分配到的政府救助或津貼將會減少。以一個極端的情況為例，假設政府總預算中的社會福利支出只分配給 65 歲以上的老人人口，並假設在 107 年、117 年、127 年及 137 年這四種不同年度，社會福利支出皆等於 97 年的社會福利支出金額 (皆為 298,420 百萬元)，則對應各年度推計出之 65 歲以上年底人口數，可得出平均每位 65 歲以上老人可分得的社會福利金額，如表 5-13 所示：

¹² 民國 89 年至 98 年社會福利支出占當年度歲出比率，平均約 18.4%。

表 5-13 平均每位 65 歲以上老人可分得的社會福利支出 (97 年度)

開始購買商業年金年齡	退休年度 (65 歲退休)	65 歲以上年底人口數-中推計 (千人)	社會福利支出 (百萬元)	平均每位老人可分得社會福利支出 (元)
25	137	7,862	298,420	37,957
35	127	6,781	298,420	44,008
45	117	5,331	298,420	55,978
55	107	3,450	298,420	86,499

資料來源：本研究自行推估。

根據表 5-13 的資料，可得出 65 歲以上老人因獲得這些社會福利津貼，對所得替代率的影響，將所估算出的所得替代率詳列於表 5-14：

表 5-14 65 歲以上老人分得社會福利津貼所估算出之所得替代率

開始購買商業年金年齡	平均每位老人可分得社會福利支出 (元)	調整通膨後之 65 歲以上平均薪資所得(元)	所得替代率 (%)
25	37,957	414,620	9.15
35	44,008	377,400	11.66
45	55,978	343,522	16.30
55	86,499	312,684	27.66

資料來源：本研究自行推估。¹³

由表 5-14 可看出，隨著時間經過，老年人口不斷增加，但政府編列之社會福利支出並無顯著成長，致使未來每位老人可獲得的社會福利津貼將下降。此部分反映於所得替代率，可看出現在愈年輕的人

¹³ 以 25 歲開始購買商業年金為例，調整通膨後之 65 歲以上平均薪資所得 = 284,615 X 1.00945⁴⁰ = 414,620；所得替代率 = (37,957 / 414,620) X 100% = 9.15%。

因未來退休後可獲得之社福津貼愈少，推算出之所得替代率愈低。若政府能藉由稅惠制度鼓勵民眾購買商業年金，民眾愈年輕購買年金，所得替代率將愈高（請參閱表 5-9），此較高的所得替代率將能用來支應未來因老人不斷增加致使每位老人社福津貼減少的部分。換言之，若民眾購買商業年金的比率愈高，除了能讓老年的經濟生活更有保障，並減低對子女奉養及政府津貼等經濟依賴外，面對高齡化社會來臨，政府也能因民眾對於老年生活有更高的準備而不用編列更多的預算以支應社福支出，將能有效減輕財政赤字壓力及財源不足等問題。

第四節 民眾購買商業年金之成本效益分析

面對高齡化社會來臨，架構老年經濟安全保障網，提供民眾老年時穩定之經濟生活，實為政府刻不容緩的議題。經由本文分析可知，政府若提供稅惠制度鼓勵民眾購買商業年金，雖然可能會造成政府財政稅收的減少，但伴隨的好處除了使民眾之所得替代率上升，老人經濟生活更有保障外，亦可能減輕政府未來編列社福預算以照護老人經濟生活等財務壓力。此外，不論是保險公司因為販售商業年金而繳納營業稅與營所稅給政府，或是政府採用「遞延課稅」而非「前免後免」的稅制，皆會增加政府稅收，因而降低政府鼓勵民眾購買商業年金帶來的成本。

本文一開始假設民眾若購買商業年金，非但 65 歲前的納稅所得可以扣除提撥額度或年金支出，65 歲退休後所領取的年金亦無需納稅，在此稅惠制度下，政府一年的短收稅額約 17.4 億元，此即政府可能付出的成本。但若不是採用此極端優惠稅制，而是採用如「遞延課稅」制，則政府於民眾領取年金時可再課徵一筆稅額，此將會降低成本。換言之，在其它稅制下，政府可能必須付出的成本會較低，亦即鼓勵民眾購買商業年金的效益相對會更大。

民眾購買商業年金，主要的效益之一在於可提高所得替代率，使

老年經濟生活更有保障，且開始購買年金的年齡愈早，所得替代率的比率會愈高。此外，由 98 年老人狀況調查報告可知，65 歲以上老人之經濟來源仍有相當比例依賴「政府救助或津貼」，但觀察近年來的情況，老人人口不斷增加，但政府編列之社福支出並無顯著成長，反映出未來每位老人可分得之社福津貼將會減少。因此，若有愈高比率的民眾購買商業年金，將會降低對「政府救助或津貼」之依賴，此有助於減輕政府必須因應老人人口增加而需編列更多社福預算所造成之財政壓力。

綜言之，政府若可透過相關政策與稅惠制度，刺激民眾購買商業年金，將可增加國民老年生活之經濟保障、減輕年輕世代扶養高齡人口的沉重負擔，亦也解決部分財源不足等問題。但應提供何種稅優環境，且該稅制下所伴隨之成本效益，政府也需多加衡量，才能真正制定一個有利整體社會之優良制度。

第五節 長期照護保險之相關探討及成效分析

一、臺灣長期照護保險的概況及重要性

由於醫療科技進步，國民人口平均壽命提高，雖然失能風險不侷限於任何年齡層，但「高齡」所帶來的疾病機率提高與自然老化，將使得失能風險的機率相對上升。臺灣現在人口老化的情況愈來愈嚴重，長期照護的需求亦不斷增加。人口高齡化固然會帶動失能照護的需求，若被照護者在生活上有免費的照護人力時，此「照護需求」不會形成「經濟損失」。但隨著臺灣的少子化、小家庭型態，及婦女就業率提高，以往在家庭內提供免費照護服務的成員減少，照護人力逐漸必須以付費方式外求，此一照護模式的轉變，將加重被照護者及其家庭的經濟負擔。而對大多數民眾而言，一旦發生失能情況而需要長期照護，後續所引發的費用往往非一般家庭所能承擔。因此，面對如此鉅額的

經濟損失風險，「保險」的風險分擔機制將是解決此問題的良方之一。

所謂的長期照護，是指針對因傷病等因素而導致日常自我照顧（Activities of Daily Livings，ADLs）或工具性日常生活能力（Instrumental Activities of Daily Livings，IADLs）不足者，來提供長期性健康照護（health care）、個人照顧（personal care）和社會性服務（social care）等系列照護措施。目的在於促進或維持身體功能、提升獨立自主的基本生活能力（Kane and Kane，1987）。面對臺灣長期照護缺口，政府可考慮鼓勵人民購買商業長照保險，或是採用社會保險的方式強迫國人投保。商業保險與社會保險的比較列示如表 5-15：

表 5-15 商業保險與社會保險之比較

	商業保險	社會保險
運作目標	營利性	政策性
投保選擇性	自願投保	強制納保
費率機制	風險費率	「依所得高低計費」，或是「繳費與給付不完全對等」
財務處理方式-短期性保險	隨收隨付	隨收隨付
財務處理方式-長期性保險	儲備	部份儲備，或隨收隨付
可能面臨的挑戰	難預測的長期投資風險	人口高齡化、少子化衝擊

資料來源：王靜怡與鄭清霞(2012)。

由表 5-15 可看出，商業長照險和社會長照險在運作目標與許多機制下並不相同。以商業保險為例，其費率是以營利為前提的風險費率，其中包含了被保險人本身的個體風險、營業費用率、利潤率及逆選擇風險等，因此會讓長照險的保費居高不下（Brown and Finkelstein,

2008；OECD, 2011)。若長照險是由社會保險的角度出發，由於其費率可能是根據所得高低計費，因此具有「所得重分配」的功能，再加上「強制納保」性質，因此投保人所需繳納的保費也較低。若就這兩種保險可能面臨的挑戰來看，商業保險可能遭遇難以預測的長期投資風險，而社會保險則是難以避免人口高齡化及少子化的衝擊。由此可知，不論是社會性或商業性長期照護保險，都有其制度運作上的優劣。

二、國外長期照護保險的簡介

基於不同價值理念，各國回應長照風險主要有三種財務模式：(1) 市場機能：由商業保險達到風險重分配效果；(2) 移轉模式：利用一般租稅支應國家對需照護者提供長期照護服務或補助；(3) 社會保險模式：被保險人事先繳納保費，在風險發生時得以請領服務(Schulte, 1996)。

以美國為例，該政府近二十年來陸續採行了一些誘因措施，以鼓勵民間投保商業性長照保險，希望民眾與政府共同分擔長期照護的社會成本。例如：1990年代的長期照護「伙伴(partnerships)」制度，允許各州建立適格的商業性長照保險伙伴計畫，符合各州之Medicaid給付資格者若投保適格長期照護保險，其所能領得之給付可以被排除在Medicaid的資產調查範圍之外。此一制度在1993年雖一度被國會宣告中止，但到了2005年的Deficit Reduction Act中再度允許各州建立長期照護伙伴計畫(Brown and Finkelstein, 2011；Goda, 2011)；1996年的聯邦稅制改革中，允許企業所提供的長照險之保費可免列為員工的所得計稅，但因美國商業性長照仍是以個人險為主流，故此一稅制上的誘因成效有限。

德國長期照護保險自1995年1月1日制度開始實施時費率為稅前所得的1.0%，後因人口老化情況嚴重，聯邦憲法法院在2001年

4 月 3 日作出判決，認為長期照護保險費率應依被保險人是否育有子女而異。該項判決影響 2004 年的修法，規定自 2005 年 1 月 1 日起，超過 23 歲無子女之被保險人須多繳 0.25 個百分點的保險費（陳明芳，2012）。此外，為促使家務與照顧服務市場的正常化，鼓勵民眾僱用正規、標準的幫傭來提供長期照護的服務，德國政府實施所得稅的特別扣除措施。自 2009 年開始，若家庭幫傭與服務的僱用屬於正規、標準的僱用，則僱用成本的 20% 可以扣抵所得稅，上限為每人每年 400 歐元；若僱用之薪資支出每月低於 400 歐元（亦即低社會安全標準的僱用），則上限可提高至 500 歐元。這項所得稅特別扣除措施的施行雖然使得低薪家庭僱用的增加，但根據 Gottschall & Schwarzkopf（2010）的研究指出，超過 90% 的德國家戶幫傭與照顧服務仍未申報。

三、臺灣鼓勵推行長照保險可能伴隨的成本

以臺灣的情況來看，若政府鼓勵民眾購買長照保險，可能帶來的成本為政府稅額的短收。本章節先前已提及，為簡化設定，本研究假設購買商業年金或長照保險的族群、人數和購買金額皆相同，亦即兩者帶給政府的成本是相同的。換言之，假設民眾若購買長照保險，65 歲前的納稅所得可以扣除提撥額度或長照保險支出，之後享受的長照保險並無需納稅，在此稅惠制度下，政府一年的短收稅額約 17.4 億元，此即政府可能付出的成本。

四、推行長照保險可能伴隨的效益

（一）減輕政府財政負擔

民眾購買長照保險所伴隨的效益，除了讓失能人口獲得額外的保

障外，還能減少政府針對我國長期照護保險所編列的財政負擔。根據行政院衛生署 101 年度委託科技研究計畫「建構我國長期照護保險精算模型」，以 2010 年失能盛行率調查資料來看，2016 年臺灣長期照護保險受給付人數約為 77.76 萬人；若用中度服務利用模式為主要分析根據，2016 – 2051 年我國長期照護保險政府負擔費用，2016 年約為 183.69 億元，2036 年約為 483.59 億元，2051 年則約為 692.62 億元。

由於假設購買長期照護保險的人數與商業年金的人數相同，故根據表 5-4，可知 2010 年購買長照保險的人數為 1,029,674 人。假設 2010 年時，購買長照保險的民眾均花費 19,200 元購買，則長照保費加總為 19,769,740,800 元，約 197.7 億元。若每年的投資報酬率， $i=3\%$ ，則 2016 年、2036 年與 2051 年累積的長照保費、長照保費占政府負擔的比率等，將如表 5-16 所示：

表 5-16 民眾購買長照保險可減輕政府負擔的比率

年度	購買商業年金人數	累積的長照保費(元) ¹⁴	中推計-政府負擔(元)	長照保費占政府負擔的比率(%)
2016	1,029,674	23,606,104,404	18,369,000,000	1.29
2036	1,029,674	42,635,250,371	48,359,000,000	0.88
2051	1,029,674	66,424,330,876	69,262,000,000	0.96

資料來源：『中推計-政府負擔』之資料取自「建構我國長期照護保險精算模型」，其餘資料為本研究自行估算。

由表 5-16 可看出，若政府提供稅制優惠鼓勵民眾購買長照保險，累積的長照保險收入可用來減輕政府對長照編列預算的負擔，此為鼓

¹⁴ 以 2016 年為例，累積的長照保費 = $19,769,740,800 \times (1.03)^6 = 23,606,104,404$ ；長照保費占政府負擔的比率 = $(23,606,104,404 / 18,369,000,000) \times 100\% = 1.29\%$ 。

勵民眾購買商業長照險的效益之一。

(二) 營業稅及營所稅將亦將挹注財源於國庫

此外，保險公司販售長照險，也需繳納營業稅及營所稅給政府，此對政府而言也是一個增加財源的管道。由於本研究已假設購買長照保險的人數、購買金額，皆與購買商業年金的人數、金額相同，是故由表 5-10 得知，當營業稅的稅率為 5%，保險公司繳納的營所稅約 9.9 億元；若分別以其平均淨利率 2.69% 及 4.45% 來估算保險公司的淨利，再將保險公司的淨利乘上營所稅的稅率 17%，則保險公司所需繳納的營業稅約介於 0.9 億元至 1.5 億元之間。

第六節 民眾購買商業長照險之成本效益分析

在高齡化、少子化及女性家庭照護人力式微的新經濟社會型態下，國內對長期照護已有迫切需求，關於社會性長期照護保障也正在規劃中。目前由商業保險公司對長照險的規劃及發展來看，商業保險公司對於推行長照保單並不熱衷，民眾的投保情況也相當冷清。商業性長照保險究竟應定位在取代，或是補充社會性長照險的角色仍是未定數，這部分我們也許可以參考國外的經驗，作為國內政策發展上的參考。

以臺灣的情況來看，在前述相關章節的假設下，可知若政府鼓勵民眾購買長照保險，可能伴隨的成本為稅額的短收，短收金額約為 17.4 億元；而購買長照保險伴隨的效益可能有兩個方向：其一，在於保戶所累積的長照保費，能讓之後需要長照的保戶得到更多經濟保障，進而減輕政府在長照保險所編列的負擔費用及財政負擔；其二，保險公司因販售商業長照險，故需繳納營業稅及營所稅給政府，此對政府財源的挹注亦不無小補。

由於人口老化導致未來需照護人數持續增加，但少子女化、女性勞動參與率增加等又造成家庭照顧能量的萎縮。雖說長照發生率低，但一發生往往持續至老死，致使長照的費用高昂，非一般民眾與家庭

所能單獨承擔之風險。換言之，長期照護需要已被視為重大社會風險，有必要納入完整的社會保障體系，若政府能更進一步提供誘因鼓勵民眾購買商業長照險，將能為社會架構起一張更完整的社會安全網，提供民眾更安全無虞的生活。

第六章 未來我國實施商業年金及 長期照護保險制度規劃分析

第一節 主要國家經驗借鏡

近年來，台灣地區人口少子化及老年化情況日益嚴重。連帶地，老化人口所衍生的生活照顧及醫療看護的問題越來越重要。面臨如此龐大的支出，無法單靠政府的力量來支持。因此，如何借助市場上所推出的相關商品，以解決長壽風險，使成為當今非常重要的課題。為了要發展商業年金保險與長期看護保險，政府必須要建構相關的配套措施。

本章由兩個面向來思考這個議題。首先，從各國經驗借鏡，找出先進國家發展相關商品的經驗，作為日後國內發展各種制度的參考，其次，透過專家學者的訪談，以及焦點人物的座談，期盼找出目前國內制度之現況，以聚焦於未來的改革方向。

一、年金保險

(一)法令面¹

歐美各國之保險商品較創新，對於監理的規範亦較早開始，以下即針對國外常見的相關監理機作一比較，主要分為風險監理、市場揭露以及精算師職責的規範三部份。

1.風險監理

(1)準備金提存

大部份的國家皆對於商品有法定責任準備金的規範，對於提存的利率都有一些標準，除此之外，為了要確認準備金的適足性，大部份的國家皆要求作現金流量測試，若沒有通過測試，公司必需增提額外的責任準備金，另外，對於測試的方法亦有規範，各國的比較如下表：

¹王儷玲(2006)，因應高齡化社會保險商品發展及其監理與相關稅賦配套之研究，行政院金融監督管理委員會。

表 6-1 各國準備金提存方法

	US	UK	Japan
Reserves	1.Net Premium Method 2.Valuation Interest rate is set by bond yields.	1.Net Premium Method 2.Valuation basis is determined by the valuation Actuary but the reserve can not be lower than the statutory minimum basis.	1.Net Premium Method 2.Valuation Interest rate is set by formula.
Additional Reserve	Asset Adequacy Test	Resilience Reserve	Asset Adequacy
Testing Method	1.Scenario Test 2.Stochastic Approach	1.Scenario Test 2.Stochastic Approach	Scenario Test

資料來源：王儷玲(2006)，因應高齡化社會保險商品發展及其監理與相關稅賦配套之研究，行政院金融監督管理委員會。

(2)風險資本額的評估

所謂的「風險基礎資本」即根據公司規模及風險狀況來評估資本和盈餘的充足性。目前美國、英國、日本皆有對於風險資本額的規範，且各國對於風險基礎資本所使用名稱不同，例如日本為邊際清償能力；英國則回 EU 最低邊際清償能力。

表 6-2 各國風險監理機制

	美國	英國	日本
保費	費率自由化	費率自由化	原則上需要大藏大臣的批准，但一部分險種只需要向大藏大臣備案即可
責任準備金	法定責任準備金 +額外準備金(Asset adequacy test)	法定責任準備金 +Resilience reserve	原則上提存額要高於法定的標準責任準備金，但在特殊狀況下，只要得到大藏大臣的批准，提存額可低於標準責任準備金
風險資本額之評估	有	有，EU 最低邊際清償能力	有
保險精算師	根據《實務基準》確認責任準備金、紅利是否適當等	有	根據《實務基準》確認責任準備金、紅利是否適當等

資料來源：王儷玲(2006)，因應高齡化社會保險商品發展及其監理與相關稅賦配套之研究，行政院金融監督管理委員會。

德國監理制度為 Solvency II，而 Solvency II 對年金商品所面臨之長壽風險，其因應方式會因為各家公司不同商品，所面臨長壽風險不一，並且長期與短期之成本亦不相同，因此在生命表與準備金之規範，並無硬性的規定，僅要求簽證精算人員依據合理之假設條件提出適合費率，且依照此費率提出合理之準備金。這樣的監理情況亦出現在英國，因為英國也使用 Solvency II 的監理制度，英國對於年金商品所面臨長壽風險，準備金與生命表的規範上，與德國監理制度差異不大。

美國監理方式，由於美國各州皆有各自的監理方式，但一般而言，紐約州與加州為主要政策制定者，其他各州多為參考兩州(紐約州、加州)之作法。對於年金商品所面臨之長壽風險，美國 RBC 並無一致性的規定，僅要求簽證精算人員對費率與準備金提存，提出具有合理的假設條件。這種監理模式，也出現在日本，其主要是因為日本與美國採取相同 RBC 制度，使得日本在監理制度上與美國相仿。

各國對長壽風險之監管，高度依賴精算團體對長壽風險之認定，因此本研究僅以美國精算與學會在 2014 年所公佈之死亡率改善幅度報告(Mortality Improvement Scale MP-2014 Report)為例，說明國際間對年金商品在面臨長壽風險之看法，此項報告中揭示年金商品所面臨長壽風險的三項準則，其說明如下列：

A. 以未來近期死亡率改善率(Future near-term mortality improvement rates)而言，最近的觀察經驗資料為最佳估計值。

B. 以未來長期死亡率改善率(Long-term rates of mortality improvement)而言，其判斷基礎應依照“專家意見”與長期死亡率型態之分析而定。

C. 未來近期的死亡率，必須要經過適當的選擇期間，平順地轉化長期死亡改善率。

由上述文字敘述中，長壽風險之模型將主導年金商品的費率與準備金提存，其重要性相當大，為了建構合理且客觀的標準，美國精算

學會委由退休金計畫委員會(Retirement Plans Experience Committee, RPEC)於 2009 年始計畫一系列的研究案，為建立美國私人退休金計畫，有關死亡率的最新基準模式進行研究，而這些研究計畫中，發現死亡率改善幅度與社會經濟因素有關(例如：教育程度、種族)，但是該模型至今仍未發展成熟，若要運用此模型在其他年金商品與退休金計畫上，仍需要一段時間。

2. 產品銷售注意事項

監理規範主要是針對市場的狀況，英國由於金融機構的功能非常多元化，以保險公司為例，除了銷售保險商品外，亦包括退休金制度下的商品，因此對於資訊揭露及公平對待客戶有相當的規範，有關英國的產品銷售注意事項敘述如下：

(1) 資訊揭露

產品簡介需揭露產品特質(Product Features)，包括最少投資額、最高投資額、每次增額投資額、投保年齡上、下限、死亡給付、可使用者、投資所得取出規定、部分提領、死亡通知期間、基金管理費、開辦費、基金資產配置、基金轉換、退佣規定、稅賦及網址等。相關費用之揭露，區分客戶是否定期取息，分別揭露基金管理費、各年期提前解約費、開辦費、稅賦等，如期初投資低於 2 萬英鎊，則每月收取保單費 2.5 英鎊(類似國內投資型保單之行政管理費)。

(2) 公平對待客戶(Treating Customers Fairly, TCF)

公平對待客戶為英國金融服務管理局(FSA, Financial Service Authority)的第 6 原則，即「A Firm must pay due regard to the interests of its customers and treat them fairly」，其理論基礎在於避免有些公司不當且故意利用客戶的相對弱勢獲得利益，在 FSA 2004 年 5 月營運計畫中強調金融機構的管理當局需接受第 6 原則，並將公平對待客戶內化至公司日常作業及文化中。

FSA 之監理目標在於維持市場信心、提高民眾對金融市場的認知、消費者保護及減少金融犯罪等，監理措施上，則採阻止不當銷售

(Deter Mis-selling)、加強高階管理當局的責任(Senior Management Responsibility)及消費者宣導(Consumer Education)等，其中「公平對待客戶」為其主要精神，因此 FSA 要求在產品的整個生命週期內需納入，如產品的設計及管理、目標市場的確認、產品的行銷推廣、銷售及顧問程序、售後資訊及抱怨的處理等，強調須讓客戶得到適當的資訊以對決策負責，使客戶對金融服務重建信心。在執行公平對待客戶的原則下，強調責任(Responsibility)、誠實(Integrity)、清楚(Clarity)、同理心(Empathy)。

3. 簽證精算師的要求

近年來，在原則為導向的監理趨勢下，簽證精算師(Appointed actuary)對於公司的風險管理扮演極重要的角色，簽證精算師的規範最早始於英國，以下對於英國的簽證精算師的規範作一介紹。

英國的簽證精算師必須是 30 歲以上精算協會的會員。其適用的職業指導守則(guidance notes)有 GN1、GN2、GN8 和 GN22。GN1 是建立精算師的職業責任，如持續監控保險人的財務狀況、在提供紅利或分紅給保戶或股東前提供報告給董事會、特別對於 with-profit 的業務要在充分考慮業主的財務健全性和保戶的合理期待利益後給出合適的分紅方案。另外 GN1 特別要求精算師對於保戶的合理期待利益給出說明，像是當保險公司根據契約有變動費用的處理權時(discretion)，簽證精算師也被要求在公司可能有重大風險時通知公司補救，如果未能及時處理則要通知主管機關，但新規定在特定場合下並不要求精算師先通知公司反而可以直接通知主管機關(“whistle blowing” regulations)，給主管機關更多準備的時間。

GN2 建議精算師提供包含在未來不同情況下預測的公司可能財務狀況與解決方案，使用動態償付能力測驗(dynamic solvency testing)觀察公司在不同假設下的敏感度 GN8 主要是補強法規上對於如何評價保險公司的負債的規定。GN22 則是給與精算師關於揭露保險公司給予業務員多少報酬、在 with-profit 業務下收多少費用、又風險管理

費用金額等建議。以下為簽證精算師之說明：

(1)主要工作項目

根據 2000 年的 Financial Service & Market Act(FSMA)的 section 340,任何有提供壽險業務的公司(不限壽險公司)都需要簽證精算師，其主要工作有四：

A.辨認並監視會對公司履行對保戶責任時造成重大影響的風險。

B.通知管理階層或董事會關於任何關於現在或未來可能狀況下公司履行負債的能力。

C.每年提交精算意見書(actuarial investigation)，該意見書須根據詳細的 FSA 的規定評價公司負債，需根據精算原則保證所有負債都能履行。

當然公司相對的必須交付精算師需要的資料，不可故意隱瞞或是誤導，同時精算師也必須將所需的資料或是系統告訴公司。公司業務計畫的改變需要通知簽證精算師並要求精算師給予建議，著重於該計畫的改變是否會有任何重要影響或是在某些情況下會影響保戶的合理期待利益。公司必須尊重精算師的建議並且提供精算師直接接觸董事會的通路。

(2)工作細項分類

精算師在壽險公司的細部工作分類

A.清償能力與資本管理：精算評價、清償能力預測、再保險管理

B.利潤計算與報告，以增加股東利益為目的

C.對業務的建議：保險費率、風險控管、解約條款(encashment terms,特別有 With-profit 的市價調整計算(Market value adjustment))、揭露

D.保戶合理的期待(Policyholder Resonable Expectation；PRE)

E.投資策略、資產負債管理

F.分紅策略

- G.單連保單的定價(unit pricing)
- H.長期風險管理
- I. “one off” transactions：收購、重整、集資建議
- J.對壽險公司以外對象服務
- K.對監理機關的義務，發生重大情事時告知
- L.維持自由處理判斷權利的公平性

(二)制度面(含稅制面)²

1.美國

保險之稅賦規範對於保險業務之拓展是為關鍵，因為稅賦上的優惠對於保單持有人往往構成強大的購買原因；而在美國，年金並不向壽險保單有免稅的優惠，但仍享有顯著的遞延課稅優惠。所謂遞延課稅優惠係指年金給付開始日前所提撥存繳的部分，先於當年度所得中予以扣除，並以扣除後之淨所得課稅；或於提存時暫不予以扣除，待年金開始給付後，依年金領取之金額課予所得稅。前者之方式對於青壯年期擁有較高所得能力者，由於提撥額度或年金保費的支出，得以降低其所得稅基，減少課稅金額；至老年領取年金時，因所得能力降低，故所需課稅之稅額亦降低。後者方式是雇主為員工提存的部分，可暫時不列為員工當年度的薪資，直到員工退休領取年金時再予以課徵當年度的所得稅，亦可以產生遞延課稅之效果。

(1)法源依據

以下將就美國企業年金和個人年金的法源依據做一整理：

A.國稅法(Internal Revenue Code)

此法主要規範美國聯邦所得稅、遺產稅和贈與稅等稅制，自 1926 年開始，美國國稅法便以租稅優惠措施，鼓勵企業設立退休計畫，並在稅法上確立退休計畫禁止歧視原則(Nondiscrimination Rule)，有關年金保險相關稅制，最為熟知之規定則是 401(K)計畫。

B.員工退休所得保障法案(Employee Retirement Income Security

²郝允仁、洪燦楠等(2012)，保險人員訓練教材-年金保險(修訂五版)，財團法人保險事業發展中心。

Act, ERISA)

此法是部全面性規範企業退休給付制度之法律，主要規範企業退休計畫的財務運作及應向政府與受益人定期報告與揭露；賦益權之最低保障，符合一定條件之員工於退休前終止退休金計畫可享有提撥金額部分或全部利益；確保退休資產管理的安全。

為了符合員工退休所得保障法(ERISA's)之託管人責任，以及與國稅局(IRS)的作法一致，也就是規定該計畫必需只為計畫參與人及其受益人的福利而運作，退休金計畫的資產必需和雇主或者是其他贊助機構的帳戶分離。這樣的資產分離可以透過信託或者是人壽保險的契約的方式來完成。但為了便利或者易於控制的原因，即使保險人透過壽險或年金保險契約持有與管理的資產亦可視為信託形式。

員工退休所得保障法對信託基金與不適格人員(disqualified person)之間的禁止交易行為加諸了特定的執行稅(excise taxes)。禁止交易行為(Prohibited transaction)包含退休金計畫與不適格人員之間有任何產品或服務的銷售、交換、抵押及出借(除了對參與者的特定借款)與供應行為。不適格人員(disqualified person)包含雇主、信託基金管理人、服務提供者、員工團體、以及組織的主要擁有者。對於這樣的交易通常會加諸 15% 的稅賦在不適格的人身上。若不適格人在規定期間內無法更正此筆交易的話，將會被再課相當於交易金額 100% 的稅。但是，勞工局目前已經允許少數的禁止交易行為成為例外之特例，而且這樣做已經有好幾年了。

員工退休所得保障法同時也要求受託人必需須只盡職於他們對計畫參與者與其受益者的福利上。關於這項執行，受託人將必需嚴格遵行謹慎管理人標準(prudent-person standard)，這項標準要求受託人在一些特定情況需盡到一個謹慎的人應該有的照護、技巧、謹慎與勤勉。此外，受託人必需為其共同受託人違反法令的行為而負責。員工退休所得保障法同時提供關於下列事件的限制與要求：

(A)將信託基金投資於雇主的債券或者是不動產；

(B)計畫終止保險；以及

(C)報告與揭露。

國稅局(Internal Revenue Service, IRS)對於計畫的合格性同時提供了有關司法上不合乎規定(reverse decision)案件之相反意見之審查規範。

C.賦稅公平及財政責任法(Tax Equity and Responsibility Act, TEFRA)

該法案係為增加稅收而對租稅優惠措施採取較嚴格的規定，其中由成本優先扣抵法(cost recovery rule)，又稱先進先出法(First In, First Out, FIFO)改採利息優先法(Last In, First out, LIFO)。另外，為了鼓勵人民為自己存退休金，無論是適格或非適格年金，若於 59.5 歲之前提領，除領取部分需課予所得稅之外，需再課以 5%的懲罰稅。

D.稅賦改革法案(Tax Reform Act, TRA)

此部法案於 1986 年制定，該法案重新檢視各種扣除額、稅賦優惠措施，並擴大課稅的基礎，關於年金方面的規定，係將 5%的懲罰稅提高到 10%。

E.賦稅內容

(A)年金受領人生存領取年金給付時之課稅

表 6-3 各項年金受領人領取生存年金之課稅表

	適格年金	非適格年金
年金保險費	(1)雇主提撥之退休金額，視為企業當年度費用支出，以扣除後所得課稅。 (2)雇主提撥之金額不得視為受僱者當年度薪資所得，租稅遞延至取得退休金所得時才課稅。 (3)針對雇主提撥之退休金計畫，受僱者提撥之金額，無法扣抵當年度所得稅；為達雇主稅務最大優惠，多不要求員工提撥。	(1)雇主提撥之金額，不可列為當年度費用之支出；除非受僱者以符合賦益權之條件，對於雇主提撥部分無喪失之風險，雇主提撥才能適用扣除，同時須對受僱者課徵所得稅。 (2)受僱者提撥之金額無法扣抵當年度所得稅。
提前提領	因雇主提撥之金額均為未稅所得，因此退休員工任何提領均需扣	因退休金提撥之金額或購買年金之保費位於當年所得中扣抵，故視

	稅。	為年金保險本金的部分，年金提領或給付超過年金本金之利息才需課稅。年金提領或給付採後進先出法，即年金先將利息予以課稅，待所有利息課稅完畢，使將剩餘部份視為保費成本返還，因保費來自於稅後所得，故無需再課稅。
保單貸款	其可貸款金額各計畫規定不同，且均有上限的規定。貸款關係勞僱關係存續中，則無需扣除所得稅；但若勞僱關係終止，未還款部份，需課以 20% 所得稅，若當時受僱者未滿 59.5 歲，尚需再課以 10% 懲罰稅。	規定不得以貸款方式提領年金帳戶中之金額。但年金持有人得以年金帳戶價值向銀行取得信用貸款，貸款時未滿 59.5 歲，尚需再課以 10% 懲罰稅。
年金給付	雇主當年提列之保險費已扣抵，但未列入受僱者當年所得而未扣稅；因此，受僱者退休領取年金給付時，其本金和利息皆須扣所得稅。	其購買年金契約的保費部份，於年金給付時視為成本之回收，此保險費於購買當時並未自所得稅中扣抵，係以稅後所得購買，故本金部份不再予以重複扣稅。
保單紅利	無論是適格年金或非適格年金，其年金保險保單紅利之處理方式，依個人年金契約或團體年金契約而不同，間接影響課稅時點和對象： (1)個人年金退休計畫：依國稅法規定，不能以現金方式退還給雇主，而僅能採用累積生息方式以提高退休金給付額、或用以抵減未來保費方式處理。而以累積生息方式因年金額內含保單紅利，故年金給付時列入當年度員工所得課稅。 (2)團體遞延年金計畫：由保險公司視該團體的經驗好壞而決定是否經驗退費，該經驗退費即為紅利，顯公司通常以費率調整或費率折減方式退還給雇主。受僱者退休時退休年金未含紅利，故不影響課稅。	

資料來源：王儷玲(2006)，因應高齡化社會保險商品發展及其監理與相關稅賦配套之研究，行政院金融監督管理委員會。

(B)年金受領人死亡之課稅

表 6-4 各項年金受領人領取死亡年金之課稅表

	累積期	給付期
個人年金保險	只退還已繳保費或當時該保單之現金價值兩者中較大者，其退還之保費或保單現金價值視為遺產，需課遺產稅。	(1)純粹終身年金：因受領人死亡即不再給付年金，故無遺產稅問題。 (2)附有保證給付之生存年金：其年金受領人死亡後，為支領之年

		<p>金餘額由繼承人繼承，需課以遺產稅。</p> <p>(3)依 ERISA 規定，已婚之受僱者參加退休計畫，其實際退休給付，必須以連生及 1/2 遺族年金之方式給付。因此受僱者死亡，其未支領之年金餘額以原年金額 50% 額度由保單載明之遺族繼續領取，但不課以遺產稅。</p>
團體遞延年金保險	<p>(1)由雇主提撥所釀出保費者，通常購買單純式遞延生存年金，受僱者於退休前身故，並不退還所繳保費。因為此險種於投保時已考慮預定死亡率，且原本就不準備提供尚未取得賦益權及中途離職或死亡之員工獲得雇主所提撥金額之部分，故無退費及遺產稅之問題。</p> <p>(2)由雇主和受僱者共同提撥釀出保費者，通常購買退費式年金，員工於退休前死亡，可保證收回其所繳之保費，退還之保費列為遺產，有遺產稅之問題。</p>	<p>(1)純粹終身年金：因受領人死亡即不再給付年金，故無遺產稅問題。</p> <p>(2)退費式年金，年金給付期間受領人身故，其遺族或指定受益人可獲得受僱者所繳保費之本利扣減以之領退休年金額總數的差額。需課以遺產稅。</p> <p>(3)依 ERISA 規定，已婚之受僱者參加退休計畫，其實際退休給付，必須以連生及 1/2 遺族年金之方式給付。不課以遺產稅。</p>

資料來源：王儷玲(2006)，因應高齡化社會保險商品發展及其監理與相關稅賦配套之研究，行政院金融監督管理委員會。

(2)個人年金稅制法源依據與賦稅內容

A.法源依據

(A)自僱者退休計畫(Keogh Plan)

1962 年，國會議員 Eugene Keogh 推動「自僱者個人租稅與退休法」(Self-Employed Individuals Tax Retirement Act)，自僱者被重新定義在國稅法§401(c)(1)勞工的範圍中。所謂自僱者，係指獨資企業的企業主，或非公司組織的合夥企業合夥人，允許其參加自己設立的適格年金或利潤分享計畫，享有租稅遞延優惠，又稱 HR10 計畫。

過去幾年，適格退休金計畫對於合夥人以及業主之參與一直設有許多限制。自營事業者退休課稅法案退休計畫(Keogh or HR-10 plan)

則用來保障合夥人以及業主，也就是所謂的自保退休金計畫。經過長達 20 年在自營業者以及企業體退休金計畫的爭辦，1982 年賦稅公平及財政責任法(Tax Equity and Fiscal Responsibility Act of 1982, TEFRA)終於提供自營業者所成立的退休金計畫的正當法源依據。這樣的法源依據使得自營業者也可以和一般企業體一樣去建立確定給付型態或者是確定提撥型態的退休金計畫。

(B)個人退休計畫(Individuals Retirement Arrangement, IRA)

該部法案係針對未參加任何雇主退休計畫的個人所制定，使個人在一定的限額之內，亦可享有租稅遞延優惠。

個人退休帳戶和年金是一種由個人採用的計畫，並提供類似於企業退休金計畫的稅賦遞延給付。個人退休帳戶是由員工退休所得保障法(ERISA)所推動，其目的是鼓勵實際上沒有參加適格退休金計畫、利潤分享計畫、自營事業者退休課稅法案退休計畫的人能夠做退休儲蓄。每一個人都可以有個人退休帳戶，不論他是否享有適格退休金計畫的保障。然而，個人退休帳戶的提撥金額只有在所提撥的金額沒有受到適格退休金計畫的保障時，才能享有稅賦減免的優惠。如果個人退休帳戶的參與者同時有適格退休金計畫的保障，其提撥金額能夠享受稅賦減免優惠的部分則會依據參與者的收入多寡以及婚姻狀況有所調整。所有提撥金額的投資收入(不論該投資收入是否來自享有稅賦減免優惠的提撥金)均可以一直免稅到開始支用帳戶內的金額為止。個人退休帳戶並不影響參與者的合格性以及是否享有稅賦減免的資格，只要總提撥金額符合規定即可。強化部分種類個人退休帳戶的角色具有相當大的利益，因為個人退休帳戶可以鼓勵長期的儲蓄投資以解決美國老年人口所遭遇的退休及長期看護的需求。

而依個人退休計畫可能使用的儲存工具分類，則有：個人退休帳戶(Individuals Retirement Account)、個人退休年金(Individuals Retirement Annuity)、以及個人退休帳戶債券。

第三種工具，即個人退休帳戶債券，乃是一種政府特別發行的儲

蓄公債，但自 1982 年 4 月 30 日之後即不再發行。這個公債停止發行的主因是對於部分投資者支付不出利息。

現行兩種基金累積工具，以個人退休帳戶較為普遍。超過 90% 的個人退休帳戶 (IRAs) 都投資在某些型態的個人退休帳戶商品中，而此種個人退休帳戶 (IRA) 主要有三種呈現型態：

a. 銀行信託或者是未成年監護帳戶，通常將提撥金額投資在銀行所發行的支息金融商品中，在一些狀況則會投資於自行決定帳戶 (self-directed account) 中。商業銀行、相互儲蓄銀行、信用機構、儲蓄及借貸機構都會提供此類型的個人退休帳戶。

b. 亦是銀行信託或者是未成年監護帳戶，只是投資商品完全為共同基金，運作方式通常會針對一堆基金做挑選。

c. 股票經紀人所提供的信託協議

亦稱為自行決定之帳戶 (self-directed account)。這種型態的個人退休帳戶，帳戶擁有者可以從廣泛的股票、債券、共同基金以及直接參與的投資計畫中選擇及管理個人投資。共同基金以及股票經紀人帳戶通常以銀行作為受託管理人，但是銀行的角色只是單純的保管人角色，投資者仍認定基金管理人或者是經紀人為此種個人退休帳戶的提供者。

另一種被允許的個人退休帳戶累積基金的型態為個人退休年金 (individual retirement annuity)。個人退休年金通常都是由保險公司所發行的定額或變額年金。這些年金保險契約都是繳費彈性的遞延年金契約，也就是在這種契約下，可以按時提撥固定金額或不定金額。

因為此型態之保險契約受到限制且不可轉移以符合個人退休帳戶之規定，所以不需要有受託管理人或者是保管人的機制。當參與者或者是受益人達到退休年齡，該保險契約就會主動藉由多種保險金給付的方式以定期提供收入。因為管理個人退休帳戶的法令明令禁止個人退休帳戶投資在人壽保險商品，因此人壽保險契約不得作為各類型個人退休帳戶之基金累積工具。

(C)羅斯個人退休年金計畫(Roth Individuals Retirement Account, Roth IRA)

1997 年，國會議員 William Roth 所提出之法案，係為配合納稅者刪減法案(Taxpayer Relief Act)而制定，使適格的個人退休計畫更加多元化，在運作上和傳統的 IRA 相似，只不過 Roth IRA 於提存時不予租稅扣抵，但合格提領者可以免稅。

個人除了提撥到羅斯個人退休帳戶外，亦可以提撥到可享有提撥稅賦減免的個人退休帳戶。但是每年提撥到所有個人退休帳戶的金額仍以美元 2,000 為限。沒有工作的配偶的提撥上限亦為美元 2,000，只要夫妻合併收入至少等於兩人所提撥之金額。對於單身者調整後總收入介於美元 95,000 和美元 110,000 間以及合併申報所得者其調整後總收入介於美元 150,000 和美元 160,000 間，設立羅斯個人退休帳戶的資格限制已經逐步修正。和傳統的個人退休帳戶不同的是，參加羅斯個人退休帳戶者，年滿 70.5 歲後仍可繼續提撥。

在羅斯個人退休帳戶下，只要提撥年滿 5 年後即具有合格的請領條件。其他特別的狀況亦可視為合格的請領條件：

- a.年滿 59.5 歲
- b.發生死亡並有指定的受益人
- c.發生失能
- d.負擔第一次購買房屋之費用，每人一生以美元 10000 為限。

不合格之請領方式則必須額外負擔 10%的提前請領稅。

除了這些傳統的個人退休帳戶型態，自 1998 年開始，個人可以為他們未滿 18 歲的受益人每年最高提撥美元 500 元到教育經費個人退休帳戶(education IRA)，這個帳戶是一個享有稅賦優惠的信託帳戶(tax-favored trust)或是一個未成年監護帳戶(custodial account)。提撥到此帳戶的金額是不具有稅賦優惠的，但是只要請領金額(包含提撥金額以及其孳息)是用來支付受益人大學學費以及住宿、交通費用則可免稅。對於單身者調整後總收入介於美元 95,000 和美元 110,000 間

以及合併申報所得者其調整後總收入介於美元 150,000 和美元 160,000 間，設立教育經費個人退休帳戶的資格限制已經逐步修正。

B.賦稅內容

表 6-5 各項年金提存之課稅表

	提存時
自僱者退休計畫 (Keogh Plan)	參與計畫之自營業者，每年最高提撥金額為薪資 25% 或 30000 美元，取其低者，可扣抵當年所得稅。
個人退休計畫 (IRA)	(1)未滿 70.5 歲有所得者，每年提撥金額為薪資 100% 或 30000 美元，取其低者，可扣抵當年所得稅。 (2)與配偶合提上限為 40000 美元。 (3)超過上限所提存部分列為當年所得，超額提存另課以 6% 懲罰稅。 (4)單身所得超過 25000 美元，夫妻所得超過 40000 美元以上者，無 IRA 之優惠措施。
羅氏個人退休年金計畫 (Roth IRA)	(1) Roth IRA 提存之金額需視調整後之總所得高低而定，每年最高金額 30000 美元。 (2) 年滿 70.5 歲，可繼續提存金額放入 Roth IRA。 (3) 提存金額不可扣抵當年所得稅，故以稅後所得提存。超額提存另課以 6% 懲罰稅。
一般年金保險契約	無提供稅賦優惠，即保費不得扣抵所得稅。

資料來源：王儷玲(2006)，因應高齡化社會保險商品發展及其監理與相關稅賦配套之研究，行政院金融監督管理委員會。

表 6-6 各項年金累積期之課稅表

	累積期
自僱者退休計畫 (Keogh Plan)	投資利得不課稅；於提領時才課所得稅。
個人退休計畫 (IRA)	投資利得不課稅；於提領時才課所得稅。
羅氏個人退休年金計畫 (Roth IRA)	投資利得不課稅。
一般年金保險契約	產生之孳息或保單紅利不課稅，於實際提領才課稅，有遞延賦稅之效果，不鼓勵提前提領。

資料來源：王儷玲(2006)，因應高齡化社會保險商品發展及其監理與相關稅賦配套之研究，行政院金融監督管理委員會。

表 6-7 各項年金給付期之課稅表

	給付期
自僱者退休計畫 (Keogh Plan)	在 59.5 歲提前提領部分或全部退休金，除所得稅之外，另課以 10% 懲罰稅。
個人退休計畫 (IRA)	(1)正常提領：限額內提領者，其當年提領之年金額皆須課以所得稅；超額提領者，當年提領需部分課稅。 (2)提前提領：在 59.5 歲提前提領部分或全部退休金，除所得稅之外，另課以 10% 懲罰稅。 (3)年滿 70.5 歲未提領，則應將提領金額與實際提領之差額加課 50% 懲罰稅，避免 IRA 用於遺產規劃，將財富移轉於繼承人。 (4)提領後贈與，按美國聯邦稅法規定，以購買時成本為贈與稅之計算，贈予人對每人每年在一萬美元以內贈與免稅。 (5)年金受領人死亡，未領年金由繼承人繼承，需課以遺產稅。
羅氏個人退休年金計畫 (Roth IRA)	(1)正常提領：持有帳戶五年以上，且滿 29.5 歲後，提領就不列為一般所得，其提領之本金投資利得皆免稅。 (2)提前提領：在 59.5 歲提前提領部分或全部退休金，其提領金額投資收益部分課以所得稅，另對提領額課以 10% 懲罰稅。 (3)無最遲 70.5 歲提領之限制。 (4)提領後贈與，按美國聯邦稅法規定，以購買時成本為贈與稅之計算，贈予人對每人每年在一萬美元以內贈與免稅。 (5)年金受領人死亡，未領年金由繼承人繼承，需課以遺產稅。
一般年金保險契約	(1)正常提領：因以稅後所得購買，故對於本金部份不再重複課稅，對累積期間之孳息部份，採免稅率之方式課稅。 (2)提前提領：在 59.5 歲提前提領部分或全部退休金，採後進先出 (3)提領後贈與，按美國聯邦稅法規定，以購買時成本為贈與稅之計算，贈予人對每人每年在一萬美元以內贈與免稅。 (4)年金受領人死亡，未領年金由繼承人繼承，需課以遺產稅。 原則對利息部份課所得稅，收益全部扣完，才視為本金之返還免課稅，另需課以 10% 懲罰稅。

資料來源：王儷玲(2006)，因應高齡化社會保險商品發展及其監理與相關稅賦配套之研究，行政院金融監督管理委員會。

(3)可借鏡之處³

³王儷玲(2011)，我國退休基金管理制度之研究，行政院研究發展考核委員會。

A. 聯邦節約儲蓄計畫 TSP

聯邦節約儲蓄計畫(Federal Thrift Saving Plan, TSP)從 1987 年成立初期的參與人數為 90 萬人，至 2009 年 12 月 30 日止統計資料已經高達 430 萬人，其整體資產市值高達 2430 億元美金，不論參與人數或者資產市值皆是穩定成長。

聯邦節約儲蓄計畫(Federal Thrift Saving Plan, TSP)設置至今，主要改革有二，其一是增加適用聯邦節約儲蓄計畫人員資格，其二是引進生命週期基金。其中前者，增加適用聯邦節約儲蓄計畫人員資格係指，2000 年美國國會所通過的 2001 年度國防授權法案(National Defense Authorization Act for Fiscal Year 2001)，讓軍職人員之退休納入聯邦節約儲蓄計畫(TSP)之中；至於後者，則是 2004 年 4 月時任聯邦退休節約投資董事會(FRTIB)執行長 Gary A. Amelio 主張引進生命週期基金(Lifecycle Fund)，2005 年 8 月 1 日正式推出生命週期基金(Lifecycle Fund)，提供公職人員退休系統成員選擇。

至於近年，聯邦節約儲蓄計畫(TSP)並無重大改革，乃因投資標的屬於政府債券或指數型基金，在基金管理上爭議較小，而且政府設置制度目的，係為藉由規模經濟降低成本，同時給予稅賦優惠，鼓勵民眾自行提撥退休基金。因聯邦節約儲蓄計畫(TSP)制度設置時間較晚，在吸取各確定提撥制經驗後成立，故較少需要改革。其可以作為借鏡之處分為兩項：

(A) 制度法規面

a. 建立自行提撥概念的確定提撥制

聯邦節約儲蓄計畫(TSP)屬於個人儲蓄帳戶制的性質，參與者可將帳戶內的基金投資到不同的投資標的。其所給付的退休金是依照受雇者和雇主於在職期間提撥金額的多寡以及退休基金的投資效益而定，如果受雇者於在職期間所提撥的金額愈高，退休時可領到退休金也愈高。藉由遞延薪資，稅賦優惠，希望達成退休金自行提撥的意義，聯邦節約儲蓄計畫(TSP)解決美國公務員退休基金當年在確定給付制

下財務缺口的問題，也當成我國各退休基金解決財務缺口最好的借鏡。

b.政府協助發行債券改善基金管理績效

與聯邦節約儲蓄計畫(TSP)相比，我國各退休基金管理績效在基金報酬率的皆略遜於 TSP，除了資產配置相對保守，以國民年金跟勞退基金而言，建議加重權益證券之資產配置，提升基金長期績效。另外一個不同是我國債券市場較美國不發達，無法像聯邦節約儲蓄計畫(TSP)的債券資產配置獲得較佳的投資報酬率，建議我國政府可仿照美國財政部專為聯邦節約儲蓄計畫所發行的國庫券，以此投資標的建立類似聯邦節約儲蓄計畫之 G 基金，雖然美國國庫券為短期債券，但聯邦政府所提供給聯邦節約儲蓄計畫(TSP)的利率為長期政府公債利率，且 G 基金所投資的國庫券有政府擔保，其本金與利息皆無損失之風險。

(B)管理面

a.採取被動管理方式投資

聯邦節約儲蓄計畫(TSP)基金投資最大的特色是採取被動管理方式投資於指數型基金，指數型基金有較低的手續費及基金經理費，藉由加入的人數眾多可以取得規模經濟讓聯邦節約儲蓄計畫(TSP)下的基金有更低的費用打敗市場上其他的指數型基金。因此退休基金運用方面，聯邦退休節約儲蓄基金投資董事會(FRTIB)目的是謹慎的建立聯邦節約儲蓄計畫的五個主要退休基金(G 基金、F 基金、C 基金、S 基金、I 基金)，選擇適當的投資標的物及建立追蹤指數，並輔以生命週期基金(L 基金)，進行資產配置。

因為前述的想法，基金的運用，皆為指數型的投資標的，儘管投資標的單調，無法賺取超額的報酬，但對於追求穩定長期績效的退休基金，從減少經營管理的費用，能有穩定的成長，未嘗不是最好的投資策略。我國退休基金經理人是否具備有良好的選股能力常常受到質疑，聯邦節約儲蓄計畫(TSP)從減少成本的概念去增加投資績效是我

們可以去考量的，這個想法可以讓參與人選擇一個比市面上指數型基金更低的成本的指數型基金，是值得政府底下退休基金去做的。

b. 一年一度的定時稽核

聯邦退休金節約投資委員會(Federal Retirement Thrift Investment Board, FRTIB)，是一個獨立的機構，因此該委員會的政策執行並不需要受到各聯邦機構的定時控管，以台灣的退休基金為例，台灣退休基金同時到主計處、勞委會、監察院、立法院等等的不定時的監督及稽核，過度的控管常常影響基金的經理，聯邦退休金節約投資委員會是一個獨立的機構就避免了這個問題，不過法令有規定聯邦節約儲蓄計畫的委員會必需定期地被稽核及接受非聯邦政府機構的定期控管。目前這個委員會每一年度的運作都會受到美國勞工局(Department of Labor)旗下的退休金及福利管理局(Pension and Welfare Benefits Administration, PWBA)及獨立的稽核機構的稽核。這一種監督稽核模式值得我們學習與改進。

c. 基金委託經營值得學習的地方

聯邦節約儲蓄計畫(TSP)的委外方式為競標委託專業資產管理機構代為操作，可以借鏡的地方包括

(a) 允許單一機構進行委任管理

聯邦節約儲蓄計畫(TSP)下所有基金，皆由巴克萊國際投資管理(BGI)所管理，BGI 之績效也符合聯邦退休節約儲蓄基金董事會之標準，因此聯邦退休節約儲蓄基金董事在重新選任委託經營機構時，仍以 BGI 作為聯邦退休節約計畫基金之委託經營機構。在我國各退休基金委託經營機構家數較多，但是造成耗費過多成本於甄選委託經營機構，為了分散風險、及被誤解圖利特定委託經營機構，常常讓能力不足的經理人有經營退休基金的機會，在我國退休基金進行委任經營時是否應該減少委任機構數目，以減少甄選成本、以及避免委託經營機構追求高風險的代理問題，是值得我們深思的。

(b) 委外資產項目的投資策略限制於指數型基金

聯邦節約儲蓄計畫(TSP)委外資產項目的投資策略，為被動管理方式投資於指數型基金，藉此排除政治力介入，干擾買賣時機或投資標的之選擇。儘管這種操作的模式可能導致較低的投資報酬率，但僅需支付較低的基金經理的管理費用。在退休基金的經營管理決策不單單由財務專業決定下，採取這種折衷的投資策略規範是有其可行性。

(c)委任操作期間延長

聯邦節約儲蓄計畫(TSP)制定時，規定的委任期間一般為 3 年，另外視績效可再延長 2 年，符合追求長期績效的投資。尋求一間可以長期合作且願意配合之資產管理公司，此可避免更換委託經營機構所帶來的代理問題，必且可以避免委託經營機構受到不斷監督時，採取追求短期績效的投資。

2.英國

(1)年金保險的課稅制度

根據英國財政部(Inland Revenue)的規定，年金保險的稅賦因是否結合退休金計劃而有不同，亦即強制購買年金與自願購買年金的稅賦不同，強制購買年金為退休金制度下的規範，如上所述，而自願購買年金保險的稅賦規範主要分為兩部份，對於未來購買保費本金返還的部份為免稅，利息收益的部份須課稅，標準所得稅率的納稅人為必須負擔 20%的稅率，高所得稅率的納稅人必須另外再繳交 20%的稅率(2005/6)。當利率走低或是日後的免稅資本額增加，亦表示愈晚開始領年金，這就會成為具有相當高稅務效益的收入來源。

(2)可借鏡之處

英國是退休金制度發展較完善的國家，在社會以及金融環境上都有完備的發展，故現在發展的趨勢為建立符合個人退休需求的退休金制度，政府重視的是基本年金部分，因此在第二層的退休金提撥上給予國民較大的自由。

由於英國的退休金市場發展較為完備，在退休基金管理上多由專業的基金經理公司經營，而基礎年金則是採取隨收隨付制，也沒有基

金經營管理，與資產配置上的問題。而在制度面的改革是十分迅速的，當有任何制度面上可能或是發生的問題時，包括可能的財務缺口狀況，都會及早做出應對。近年針對加強弱勢族群保障以及解決長壽風險進行改革，且其可借鏡之處，說明如下：

A. 制度法規面

(A) 對潛在財務缺口積極改善

關於退休金制度下財務缺口，英國基礎年金為隨收隨付制，英國政府每年都會應該進行費率以及支付額的調整，調整時會反映基礎年金的真實財務狀況，讓英國基礎年金在財務上不產生虧損，英國政府下的精算部在此也扮演了重要的角色。

對於長壽風險可能造成的財務缺口，英國政府很早積極修法，對於精算報告所告知的可能負債，提早因應處理，在 1995 年的改革計畫便提出從 2010 年開始，以十年間時間，逐步將女性的老年給付年齡由 60 歲，提高到與男性相同的 65 歲。現在提出的改革法案已經預定提高到 66 歲，英國政府在面對國民的長壽風險上，很早就積極應對，讓基礎年金達到真正的永續經營，以及減少支出。英國政府對於潛在的財務缺口積極處理的態度，值得我國借鏡。

(B) 遞延年金支付的設計

英國政府設立遞延年金支付的獎勵機制，鼓勵民眾延後領取基本年金。這一個設計可以鼓勵民眾主動延後退休年齡，獎勵機制增加民眾延後退休的誘因，希望可以藉此減緩人口老化所導致的長壽風險，同樣的問題也會發生在我國退休基金，英國遞延年金支付的設計，值得我國各年金效法，不過英國基礎年金在計算上有精算部協助，在獎勵之餘也不會影響財務狀況，是我國採行時應多加注意之部分。

(C) 英國政府的精算部

英國政府的精算部在英國退休基金中，扮演著重要的角色，除了基礎年金的計算需要精算部的協助外，由於政府部門第二層年金，因應職業的不同有不同的政府退休金、不同的退休給付狀態，因此在英

國政府有較多精算的需求，如我國政府精算需求提升時，可以考量英國之做法。

(D)社會安全制度允許部分私有化

1988 年後英國年金制度朝允許私有化發展，老年經濟生活保障多樣化、多元化，第二層與第三層部分允許年金私有化，給予私人更具彈性之選擇，更能夠符合個人之退休需求。令一方面也可以減少政府負擔退休基金運作的壓力，將一部分資金交由民間控制，讓部分的資金投資在慎選、合法運作的共同基金，期待能產生更好的收益。在我國年金改革的同時，開放私有化是可以考量的議題。

B.管理面

以委外管理方式進行經營：英國基本年金採取隨收隨付制的方式，故沒有資產配置的問題。但從其他英國的資產配置資訊，英國退休基金有 8 成以上採取委外經營，仰賴產管理公司代操，私部門資產配置可說是整個英國退休基金市場趨勢，英國的退休基金管理市場相較我國發達，許多退休基金投資顧問公司協助退休基金相關事務，讓金融市場充分參與退休金管理，值得我國借鏡。

3.德國

(1)近年發展現況

根據 2010 年 10 月的 Mercer Global Index Report，德國退休金制度於此報告中得到 54 分，排名第十二位，該報告主要是對於各國退休金制度的資金適足性、持續性、制度健全性做評估，並對德國整體退休金制度提出下列幾項建議：

- A.應提高低所得年金納保者之最低年金給付
- B.應提高年紀較長者的勞動力參與率
- C.充實基金規模以支持退休給付

(2)近年改革

A.延後退休年齡：2007 年通過了將退休年齡從 65 歲提高到 67 歲的相關法案。根據新法律，在 2012 至 2029 年將逐步把退休年齡提

高到 67 歲，並同步取消提前退休的方案。

B.引進私人退休金制度：自 2001 年起減低法定退休金之年金給付額，創設可自由加入的私人退休金制度，並以稅賦優惠及津貼補助之方式推行，移轉公部門的部分財務責任到私部門，建構成公私部門兩層次保障的混合模式，以降低公部門退休金佔總退休所得之比例（目前為 73%）。

C.建立基本保障制度：於 2003 年所建立，提供給沒有年金或老年給付不足的老人，改善德國傳統年金保險制度無基本保障給付的缺點。

D.財務調整：在 2020 年時的保險費率上限為 20%，2030 年為 22%，用以抑制年金保險給付費用支出，並逐漸減低法定退休金保險之所得替代率，規定自 2011 年起至 2030 年的 20 年間，每年調降 0.3%，至 2030 年時共調降 6%，由原最高 70%降至 64%左右。（實際數值仍有爭議）

E.鼓勵老年人就業：德國政府提出「動議 50+」的計畫，針對 50 歲及 50 歲以上的群體，促進就業。一方面鼓勵失業的 50 歲以上群體從事工資待遇不及失業前的工作，由保險公司支付一定補償方面，政府給予雇傭他們的企業一定的補貼。

F.組織改革：2005 年時將勞工年金保險及職員年金保險兩制度合併為現今之法定退休金保險，以減少行政成本並加強效率。

(3)可借鏡之處

A.制度法規面

各社會保險體系之投保薪資維持一定比例關係德國各社會保險體系如年金體系，皆設有保險薪資上限與下限，此一上下限之決定交由聯邦保險局計算，並由國會通過公告，依照慣例皆於每年七月一日生效。效期為一年。換言之聯邦保險局需每年依照薪資成長率及其他指標數據作精算，並就社會保險制度各體系訂出其間的比例關係。此即德國社會保險制度所謂的微調，慢性微幅調整使得年金保險制度財

源以及給付能夠適時恰當反應社會經濟變動，每年精確調整之微幅變動，其影響幾至微，但財源因為上限調整而增加，而不必調漲保險費率，年金保險給付能力因而確保，年金給付水準因而上調，增加被保險人的所得，對抗通貨膨脹。另外，以稅賦誘因而言，德國採取遞延課稅的模式鼓勵民眾購買保險，在年金累積期間之所有投資利得無須課稅，直到年金給付時再課稅。

B.管理面

投資限制相對寬鬆：由資產管理公司負責營運管理，和其他在職退休金機制相比，投資限制相對寬鬆，有更自由的投資空間。

4.日本

日本實行的是中央地方兼顧型稅制，國稅、地方稅是兩個相互獨立的體系，國稅由大藏省管理，地方稅由自治省管理。在日本現行稅制中，國稅所占比重極大，地方稅所占比重相對較小。另外，日本的社會保障稅不是獨立的稅種，而是以加入保險的形式繳納的。以下就日本的社會保險、企業年金保險、壽險和年金險以及長期看護保險的稅制之法源依據做一整理：

(1)社會保險

只要是納稅者自身支付社會保險費，或是負擔其配偶或其他親屬的社會保險費時，可獲得的所得扣除額稱為社會保險費扣除(所法 74、120、190、196、所令 208、262、319、措法 41 之 7)。扣除的金額是該年支出與給付相差的全額。其適用的社會保險包括：

A.健康保險、雇用保險、國民年金、厚生年金保險和船員保險的保險費由被保險人負擔者

B.國民健康保險的保險費獲國民健康保險稅

C.介護保險法規定的介護保險費

D.國民年金基金加入者負擔的費用

E.厚生年金基金加入者負擔的費用

F.勞動者災害補償保險特別加入者負擔的保險費

G.國家公務員等共濟組合負擔的費用等。

主要是健康保險費、看護保險費、厚生年金保險費與雇用保險費的部份。

健康保險費與介護保險費的扣除是根據「健康保險費率表」為基礎求出標準月報酬所對應的保險費由月薪資中扣除。厚生年金保險費的扣除則是根據「厚生年金保險費率表」為基礎求出標準月報酬所對應的保險費由月薪資中扣除。雇用保險費 51 的扣除是將月薪乘上 8/1000(一般事業)後由月薪資中扣除。

現在的保險費率為：

A.健康保險：8.2%

B.介護保險：1.23%(2006 年 3 月起)

C.厚生年金：14.288%(2005 年 9 月起)

社會保險年金給付算是所得中的雜所得，其金額的計算方式是將將領取的年金(包括國民年金、厚生年金、共濟組合等)總額扣掉公的年金扣除額。公的年金等雜所得扣除額如表：

表 6-8 公的年金等雜所得速算表(2005 年以後)

年金領取 人年齡	公的年金等收入金額合計	(c)扣除額
未滿 65 歲	70 萬日元以下	收入金額
	超過 70 萬日元至未滿 130 萬日元	70 萬日元
	130 萬日元至未滿 410 萬日元	年金收入*25%+37.5 萬日元
	410 萬日元至未滿 770 萬日元	年金收入*15%+78.5 萬日元
	770 萬日元以上	年金收入*5%+155.5 萬日元
65 歲以上	120 萬日元以下	收入金額
	超過 120 萬日元至未滿 330 萬日元	120 萬日元
	330 萬日元至未滿 410 萬日元	年金收入*25%+37.5 萬日元
	410 萬日元至未滿 770 萬日元	年金收入*15%+78.5 萬日元
	770 萬日元以上	年金收入*5%+155.5 萬日元

資料來源：王儷玲(2006)，因應高齡化社會保險商品發展及其監理與相關稅賦配套之研究，行政院金融監督管理委員會。

自 2007 年 1 月 1 日起，原則上將該收入金額減去扣除額後的

金額徵收 10% 泉源課稅，有提出撫養親族申告書者 5%。國民年金、厚生年金的遺屬給付與殘障給付等屬於所得稅法中不課稅部分除外。只要該年度受取的年金給付額達到一定額度，就會成為泉源徵收的對象

- A. 未滿 65 歲年金受取額 108 萬日幣以上者
- B. 65 歲以上年金受取額 158 萬日幣以上者
- C. 65 歲以上老齡基礎年金受取額 80 萬以上者

(2) 企業年金保險

企業年金保險稅制之整理如下表：

表 6-9 企業年金保險稅制之整理

退休金種類	厚生年金基金	適格退休金	確定給付企業年金	確定提撥制		
				企業型	個人型	
營運主體	厚生年金基金	企業	企業年金基金或雇主	企業	國民年金基金聯合會	
提撥	加算部份(多數雇主負擔) 代行部份(雇主與員工各半)	雇主與員工	原則上為雇主給付，員工可同意額外提撥	雇主	員工	
稅制	提撥	企業提撥列為損失不課稅； 員工提撥部份適用社會保險費扣除	企業提撥列為損失； 員工提撥部份適用壽險保費扣除	企業提撥列為損失； 員工提撥部份適用壽險保費扣除	不課稅，列為損失	不課稅
	運用	實質不課稅 超過代行部份*2.84 倍的部份要課特別法人稅	員工提撥部分以外要課特別法人稅	特別法人稅		
	給付	年金屬於雜所得，適用公的年金扣除 一次給付屬於退職所得，適用退職所得扣除 * 確定給付企業年金員工提撥部分不課稅				

資料來源：<http://www.dcnavi.jp/shinkin/Mn0200/Mn0202/html/202a03.html>

(3) 壽險和年金險

稅制上的設計是將壽險的扣除額分為個人年金保險保費扣除額

和壽險保費扣除額，可以因此減輕住民稅和所得稅的負擔，鼓勵提早分期購買個人年金保險。適用的保險契約有壽險、簡易壽險、農業協同組合等的壽險共濟或年金共濟契約、確定給付企業年金或適格退職年金契約和壽險公司或產險公司支付關於身體傷害或疾病的契約皆可。必須扣除同期領取的保險紅利。

A.個人年金保險費扣除額

附帶「個人年金保險費稅制適格特約」的個人年金保險，所須滿足的要件有：

(A)年金受益人是被保險人

(B)要保人本人或配偶是年金受益人。

(C)保險費是 10 年以上期間定期給付。

(D)年金為 60 歲以上開始給付的 10 年以上的確定年金或是終身年金。

但若被保險者因重度殘障獲得年金支付時，10 年以上的確定年金或是終身年金亦包含在內。只要滿足以上四項要件所得稅最高 5 萬日元、居民稅最高 35,000 日元可扣除。

B.壽險保費扣除額-生命保險料控除の控除額

(A)本人、配偶或 6 親等內血親與 3 親等內姻親為保險金受益人，即使非同居亦可

(B)5 年以上契約

表 6-10 所得稅壽險保費扣除額(同個人年金保費扣除額)(所得稅法第 76 條)

該年度支付保費合計	扣除額
2 萬 5 千日元以下	支付保費全額
超過 2 萬 5 千日元至 5 萬日元以下	(支付保費全額×1/2) + 12,500 日元
超過 5 萬日元至 10 萬日元以下	(支付保費全額×1/4) + 25,000 日元
超過 10 萬日元	5 萬日元

①、壽險保費與個人年金保費扣除額合計最高 10 萬日幣

②、兩年以上長期契約的躉繳保費僅算成當年度扣除額

③、當使用自動借貸給付保險費時仍算入扣除對象

資料來源：王儷玲(2006)，因應高齡化社會保險商品發展及其監理與相關稅賦配套之研

究，行政院金融監督管理委員會。

表 6-11 居民稅壽險保費扣除額(同個人年金保費扣除額)(地方稅法第 34 條)

該年度支付保費合計	扣除額
1 萬 5 千円以下	支付保費全額
超過 1 萬 5 千円至 4 萬円以下	(支付保費全額×1/2) + 7,500 円
超過 4 萬円至 7 萬円以下	(支付保費全額×1/4) + 17,500 円
超過 7 萬円	3 萬 5 千円

資料來源：<http://trust.orix.co.jp/pension/tax.htm>

C. 產險保險費扣除

所得稅產險保費和居民稅產險保費扣除額如表：

表 6-12 所得稅產險保費扣除額

	該年度支付保費合計	扣除額
保險期間 10 年以上有滿期給付的契約	1 萬円以下	支付保費全額
	超過 1 萬円至 2 萬円以下	(支付保費全額×1/2) + 5,000 円
	超過 2 萬円	15,000 円
上述之外的契約	2 千円以下	支付保費全額
	超過 2 千円至 4 千円以下	(支付保費全額×1/2) + 1,000 円
	超過 4 千円	3,000 円
兩者並存的場合		合計不得超過 15,000 円

資料來源：王儷玲(2006)，因應高齡化社會保險商品發展及其監理與相關稅賦配套之研究，行政院金融監督管理委員會。

表 6-13 居民稅產險保費扣除額

	該年度支付保費合計	扣除額
保險期間 10 年以上有滿期給付的契約	5,000 円以下	支付保費全額
	超過 5,000 円至 1 萬 5 千円以下	(支付保費全額×1/2) +2,500 円
	超過 1 萬 5 千円	10,000 円
上述之外的契約	1,000 円以下	支付保費全額
	超過 1,000 円至 3,000 円以下	(支付保費全額×1/2) +500 円
	超過 3,000 円	2,000 円
兩者並存的場合		合計不得超過 10,000 円

資料來源：http://www.fujikasai.co.jp/10/10_c_02.html

(4)可借鏡之處

A.制度法規面

(A)整合不同制度之年金為一

日本 1985 年改革年金制度，將國民年金設為第一層社會保障後，不斷將其他年金系統整合進國民年金或厚生年金，包含 NTT 共濟年金、農林漁業共濟年金、鐵道共濟年金等，除了可以擴大基金的規模效益之外，也有助於調節各制度對未來給付的差距。

(B)促進高齡者就業

除了延後退休給付年齡外，也取消繼續勞動但請領年金的扣減制度，另鼓勵政府企業繼續雇用等方式，有助於勞動力的利用。

(C)女性年金的確立

除了將非職業婦女以第三類方式強制加保國民年金之外，日本政府在 2007 年 4 月後實施離婚後的年金分割，能確保婦女在離婚後的生活保障。

(D)費率定期調整之機制建立

2004 年日本年金改革法案，直接將定期的修正機制納入法條中，加以五年一次的再計算有助於提升行政效率以及調節基金收支的執

行。

(E)積極與民眾溝通

以「大家的年金(みんなの年金)」為號召，厚生勞動省大臣及政務官召開年金制度的公聽會，直接對國民公開說明及回覆民眾問題，有助於呼籲社會的重視及聽取民眾意見。

B.管理面

設立獨立法人機構各自管理基金及保險業務：2001 年起即委由厚生勞動省設立之獨立法人體「年金資金運用基金」負責基金之運用管理，後於 2006 年通過相關法律改組「年金積立金管理運用獨立行政法人」繼續管理基金運用；另原由厚生勞動省社會保險廳負責執行基金運用之外的其他業務，2010 年起改隸由政府成立的非公務員型特殊法人「日本年金機構」，社會保險廳由此廢止，厚生勞動省僅負責監督業務。將基金管理、保險行政業務、監督業務分屬三機構管理，其中前兩者由法人機構方式管理有助於提升管理經營效率，並由政府負責監督以及承擔經營的最終責任。

5.各國年金租稅之比較

租稅優惠之機制，多於雇主或員工提撥金額時、累積期間投資利得及年金給付時三個階段實施，依其實施運作期間之不同，約有四種方式：

- (1) 提撥及累積階段免稅，給付時始課稅- EET 制
- (2) 提撥時課稅，累積期間及給付時免稅- TEE 制
- (3) 提撥及累積階段課稅，給付時免稅- TTE 制
- (4) 提撥時免稅，累積期間與給付時課稅- ETT 制

上述四種方式，第一、二種方式較為寬鬆，第三種則較為嚴苛。下表為各國關於年金租稅優惠方式：

表 6-14 各國年金稅制比較表

國家	提撥期間	累積期間 投資利得	給付時	制度
----	------	--------------	-----	----

美國	雇主提撥部分列為費用， 受雇者部分課稅	非課稅	課稅	EET
英國	非課稅	非課稅	課稅	EET
德國	雇主提撥部分列為費用， 受雇者部分課稅	非課稅	課稅	EET
日本	雇主提撥部分列為費用， 受雇者部分課稅	低度課稅	課稅	ETT

註：德國之企業退休金計畫有五種，視計畫種類分別適用不同之課稅措施，可能為 EET、TEE 或 TET 制。

資料來源：郝充仁、洪燦楠(2012)，保險人員訓練教材-年金保險(修訂五版)，財團法人保險事業發展中心。

(三)商品面⁴

1.強化年金(Enhanced Annuity)

強化年金為英國保險市場針對不同族群所設計的年金保險，其運用壽險中的優體及弱體的概念，在年金保險的費率計算時考慮差別費率，對於好的風險(good-risks)的年金保戶給較優的年金率。由於年金保險是在保戶活的時候給予年金給付，對於保險公司而言，所謂好的風險是指不健康的保戶，亦即未來較無法一直支領年金的保戶。因此，保險公司在年金率上反應健康的差別，此為目前英國退休環境下的特別受到市場重視的商品。以下介紹英國常見的強化年金保險：

(1)Smoker Annuities：以吸煙及非吸煙來區別，而吸煙的判定主要是根據過去十年是否有一天超過 10 根煙的規定，由於吸煙者的健康狀況較不好，因此，在此年金的設計下，吸煙者可以較傳統年金的設計多領約 10% 以上。主要的核保是透過醫生的報告如尿液檢測。

(2)Socio-Geographic Annuities：常見的主要有依職業以及居住地區的不同來區分年金率，主要的核保是透過要保書上告知的職業與居

⁴王儷玲(2006)，因應高齡化社會保險商品發展及其監理與相關稅賦配套之研究，行政院金融監督管理委員會。

住地來判定。

(3)Health-Indicator Annuities：根據健康的指標來分類的年金保險，例如血壓、糖尿病等指標，通常是將平均餘命類似的群體納入同一個費率。在核保上主要是透過問卷調查，相關的問卷項目如有無高血壓、糖尿病及心臟病等。

(4)Impaired Annuities：此年金主要考量一些較嚴重的疾病作為分類，例如阿茲默症(Alzheimer's disease)、高血壓(Hypertension)等，此年金為英國退休市場中佔有重要角色的商品。

2.聯邦節約儲蓄計畫(FTPS)

FTPS 計畫提供聯邦政府之員工相同於私人部門所適用的 401(k)的退休金與稅賦優惠，該計畫採取確定提撥制，允許計畫內員工提撥一定比例之薪資至個人退休金帳戶內，所提撥之金額可認列為當年度支出可暫時免除課稅，直到退休後提領，才需依照當時提領條件課徵聯邦所得稅。參與聯邦節約儲蓄計畫所給付的退休金之多寡，須依照個人提撥率及投資績效而定，就目前法令對於提撥率規定，每一個聯邦政府雇主必須按期針對每一受雇者的薪資提撥 1%至受雇者的帳戶內，同時雇主也需提撥相對比率。當受雇者提撥 1%至 3%，雇主則必須提撥相同比例，但受雇者提撥 4%至 5%，雇主僅針對超過 3%的部分提撥一半，其提撥上限為 4%。

一般而言，受雇人提撥的越多，可投資的金額就越多，在 FTSP 計畫有多項不同風險的基金可作為投資標的，截至目前為止，投資標的共有六種基金，所運用的資產項目可分為三大類，第一類為兩檔固定收益型基金，第二類為三檔股票型基金，第三類為生命週期基金。關於各項基金之操作，僅有 G 基金由聯邦退休金節約投資委員會(Federal Retirement Thrift Investment Board, FRTIB)管理之外，其餘四項基金皆委託專業資產管理機構代為操作。下表為各基金的詳細說明：

表 6-15 聯邦節約儲蓄計畫各基金投資標的明細表

投資標的	投資資產類別	投資績效評估
------	--------	--------

G 基金 美國政府公債 投資基金	短期債券，主要以美國政府國庫券為投資標的，其中包含專門發行給 TSP 的短期美國政府公債，投資期間至少四年或以上，其性質與貨幣型基金相類似。	無市場利率及信用風險之問題。
F 基金 固定資產指數 基金	中年期債券，投資於 Barclays U.S. Debt Index Fund，其投資組合包含各種不同型態產業、不同到期日與不同發行者之高品質固定收益債券。	LBA 指數
C 基金 股票指數投資 基金	國內大型股，以 Barclays 股票指數基金為投資標的。	Standard & Poor's 500 (S&P 500) Index
S 基金 小型資本美國 股票基金	國內小型股，針對 Barclays Extended Market Index Fund 進行投資。	Wilshire 4500 Index
I 基金 國際股票市場 基金	國際股票，主要投資於 Barclays EAFE Index Fund。	Morgan Stanley Capital International EAFE(Europe, Australasia, Far East) Index
L 基金 生命週期基金	生命週期基金(life-cycle fund)由以上五種投資標的不同比率合成，其中風險性基金(ex：C 基金、S 基金、I 基金)會依照退休年齡的接進而減少。	-

資料來源：先進國家公務人員退撫制度之研究，2009 年。

另外 L 基金依照距離退休時間或需要現金的時間長短設有五種不同基金，例如 L income 以已經有提領退休金的人為目標，L2010 鎖定在 2014 年後退休的人，L2020 針對從 2015 年至 2024 年間退休的人，L2030 以 2025 年至 2034 年退休族群為主，L2040 則以 2035 年以後退休的人為目標。在這些基金中，每一種基金投資組合都不同，由下表可看出，L2010 主要投資於 G 基金，其投資比例達 74%，L2020 分別在 G 基金及 C 基金的投資上，其投資比率分別為 35% 及 30.5%，L2030 與 2040 在投資比率上，也是以 G 基金、C 基金為主，但 C 基金所佔的投資比率相對 G 基金較多。

表 6-16 生命週期基金之投資組合表

	L income (%)	L 2010 (%)	L 2020 (%)	L 2030 (%)	L 2040 (%)
G 基金	74.0	74.0	35.0	21.5	10.5
F 基金	6.0	6.0	7.7	8.5	9.5
C 基金	12.0	12.0	30.5	36.0	40.0
S 基金	3.0	3.0	10.0	14.0	17.0
I 基金	5.0	5.0	17.0	20.0	23.0

註：截至 2010 年 7 月

資料來源：TSP 網站。

二、長期照護保險

(一)美國

美國之長期照護保險除了聯邦政府所提供之 Medicare 及 Medicaid 以外，以保險公司所銷售之商業長期看護保險為主流。在商業長期看護保險之經營銷售上，近年來，美國保險公司已經逐漸開始銷售給慢性病患和失能者。除此之外，美國之商業長期看護保險商品已由 1980 年代以補償療養院費用為主之商品架構，漸漸演進為依個別保戶需求制訂彈性化的商品內容，例如以在居家環境建置無障礙空間的方式代替療養院補償金等。

另外，美國之商業長期看護保險商品皆含有不沒收(不喪失價值)條款及抗通貨膨脹機制，對於保險費的調漲，亦設有嚴格的規定及標準。在長期看護狀態的認定方面，NAIC 於 2000 年 10 月所頒布之「Long Term Care Insurance Model Act and Regulation」⁵中敘明，以被保險人無法執行日常生活功能量表(ADLs)中三項以上之功能或被評定有認知障礙為基準，若保單架構除了上述之認定條件以外，尚包含額外之條件，保險公司應敘明其必要性及合理性。在稅賦優惠方面，美國賦予適格之長期看護保險單(符合州政府及聯邦法令規定之保單)額外之保險費扣除額。

由於長期看護保單多屬長年期商品，因此部分公司在設計商品時，提供保單價值準備金，並包含不可喪失價值條款。為因應通貨膨脹亦

⁵ 目前最新版本為 2014 年版，詳見附錄十。

提供保額遞增的長期看護保單，目前國內業者所推動的終身壽險附加長期看護給付的商品，就是一個不錯的選擇，除此之外為了抵抗通貨膨脹也可以提供遞增型終身壽險附加長期看護給付，並提供不喪失價值，亦可鼓勵具有保單價值轉化為長期看護給付。

(二)英國

英國政府所提供之長期照護保險服務主要分為在宅服務及機構式照顧服務兩種。但是，與上述其他國家不同的是，由地方政府所提供的機構式照顧服務若是符合社會救助資格者可不付費，但所得高於救助標準者則需付費，這樣的情形使得社會存在不公平的問題，例如當個人需要長期照護時可以申請機構式照顧服務的補助金額，但當機構照護使用者之所得與資產超過社會救助標準時，則需自行付費，因此政府的補助是視當事人的財力證明而定，也就是說需通過資產調查才能決定補助金額。

在商業長期看護保險方面，在英國只有註冊在金融監理單位的公司方可提供建議及銷售商業長期看護保險，而目前主要有三種類型的商業長期看護保險商品，第一類是傳統型商品、第二類是投資型商品、第三類是抵押貸款型商品。在長期看護狀態的認定上，特定商品(例如：弱體年金保險)不需要參考 ADLs 或是額外的醫療資訊即可開始給付，而某些商品須通過 ADLs 的判定方可開始給付。另外，在英國目前保險費的支出並沒有任何稅賦的優惠，但是長期看護保險的保險金給付，不論是直接給付照護機構或是給付保戶都不需要課徵所得稅。

英國之投資型長期看護保單，其本質即為投資型保險單，但在給付內容中，再加上長期看護的保障。此外，抵押貸款行長期看護商品即利用反向抵押商品，將其給付內容延伸至長期看護給付。

現今國內市場而言，投資型商品仍是國內未來壽險市場可以大力開發之商品，可將保險給付內容延伸至長期看護部分。就反向抵押貸款商品而言，亦可逐步開發並引導至長期看護部分，以符合老人之需

求。

(三)德國

德國為全球第一個施行全民強制性長期照護保險之國家。在強制投保的概念下，政府規定民眾必須在民營保險公司提供的私人長期照護保險與州政府所辦的公營長期照護保險亦為法定長期照護保險中二擇一。換言之，德國之強制長期照護保險制度為政府及保險公司所共同經營。除了公職人員、自己創業者及每年固定薪資低於一定門檻之員工被強制納入政府長期照護保險制度外，每年固定薪資高於一定門檻之員工必須選擇由保險公司所銷售之長期看護保險，而不論是政府或保險公司提供之長期看護保險，其保障內容及項目皆相同。德國之強制長期照護保險給付類型包括實物給付、金錢給付和服務給付，並依據照護需求性輕重決定內容，而當事人也有權選擇居家服務、部分機構式或全機構式照護服務。在長期看護狀態的認定方面，政府所提供之長期照護保險，其長期看護狀態由 Medical Review Board 鑑定等級，而保險公司則委託「醫學鑑定股份有限公司」(Medicproof GmbH) 進行鑑定，但政府所認定等級之要件，完全適用於私人長期看護保險。

1.長期照護保險給付

保險給付的級別是根據被保險人的需求程度而定，通常會根據日常生活功能(ADLs)來對被保險人的受限程度進行評估。

表 6-17 各級別之保險給付

保險給付	級別 I- 護理需求高	級別 II- 護理需求非常高	級別 III- 護理需求格外高
基本日常生活功能需要幫助	每天在不同的時段至少需要一次幫助	每天在不同的時段至少需要三次幫助	需要全天候的幫助
工具性日常生活功能需要借助儀器	一周至少一次	一周至少一次	一周至少一次
所需時間總計	每天至少需要 1.5 小時，其中基本日常生活功能幫助至少 0.75 小時	每天至少需要 3 小時，其中基本日常生活功能幫助至少 2 小時	每天至少需要 5 小時，其中基本日常生活功能幫助至少 4 小時

資料來源:慕尼黑再保-Vision 2012 第二期

德國有兩種保險給付型式可供選擇：家庭照護與機構照護，且各訂有不同的最高限額。

表 6-18 家庭照護與機構照護之最高限額

護理等級	家庭照護(歐元/每月)		機構照護(歐元/每月)
	實物給付	現金給付	全天候機構護理給付
級別 I	450	235	1023
級別 II	1100	440	1279
級別 III	1550	700	1550
困難狀況	1918		1918

資料來源:慕尼黑再保-Vision 2012 第二期

2.私人長期照護保險商品

德國私人保險人所提供之長期看護保險，共有長期看護費用保險、長期看護每日給付保險、長期看護年金保險三種可供選擇⁶。

(1)長期看護費用保險

此種保險由健康保險人所提供，保險人之給付視醫生診斷報告與看護提供者所開收據金額而定，而且通常有 20% 的自負額規定，保險人只能補償所生看護費用的 80%，且有最高額的限制，如每年 60000 歐元，而保險給付於契約訂立後有三年的免責期間，且陷於看護狀態時有三個月的等待期間。

(2)長期看護每日給付保險

由健康保險人提供，保險人通常規定有三年的免責期間，若為意外則不需免責期間，醫生決定患者有看護需求後，則在第 92 天給付開始的第一天。每日給付定額保險金，每日給付在 10-150 歐元間，亦每月給付在 300 至 4500 歐元間。

(3)長期看護年金保險

此項由人壽保險業所提供，當被保險人由於疾病、體傷而需由他人提供相當的協助，方能執行日常生活與例行事務時，則視其為有看

⁶財團法人保險事業發展中心(2009)，長期看護保險制度與推動之研究，行政院金融監督管理委員會。

護需求，人壽保險人就予以給付。

在看護開始六個月後，被保險人方得申請年金給付，不論看護何時開始，長期看護年金自 80 歲或 85 歲起，提供老年年金給付，給付到被保險人死亡為止，被保險人也享有豁免保費之權利，而當被保險人有下列其中一種情況時，則終止給付看護年金：

- A. 降至第一級看護以下時；
- B. 被保險人需再接受看護時；
- C. 被保險人已開始領取老年年金時；
- D. 被保險人死亡時

當被保險人死亡時，長期看護年金保險人將支付死亡給付，其數額為 24-36 個月之每月給付額減已付之年金。而且由於保費經過審慎的計算，所以有支付紅利的可能，除此之外，當被保險人解約時，如同人壽保單，被險人可領取解約金。為便於比較，詳見下表：

表 6-19 德國三種看護保險比較

險別	LTC費用保險	LTC每日給付保險	LTC年金保險
給付	專業看護人員費用之80%	視看護需求程度而定	視看護需求程度而定
免責期間	三年	三年	無
等待期間	三個月	91天	六個月
死亡給付	無	無	有
老年年金	無	無	有
保單紅利	有	有	有(亦有解約金)
調整保費	可	可	可
53歲男性每月保費(市場平均值)	101歐元(補償80%費用最高以60000為限)	180歐元(年給付54000歐元)	602歐元(年給付54000歐元)

至於私人保險公司為盡可能地使被保險人受保護而提供其他附加保險方案，被保險人並無義務加入，因為，附加保險方案是出自締約的任意性，而非強制性。

(四)日本

在社會保險方面，日本政府所提供之長期照護保險(介護保險制度)乃一以年齡為基礎之強制性社會保險系統，適用於該系統之被保險人為 40 歲以上之民眾。介護保險制度以採民營化及契約化的方式提供服務，一旦被保險人需要長期照護服務，該制度將提供介護給付，例如在宅介護服務費之支給、在宅介護福利用具購入費之支給或機構服務介護服務費之支給等。在財源的分攤上，日本政府需負擔 50% 之介護保險保險費，其餘則由被保險人負擔。

在商業保險方面，日本之商業長期看護保險(私人長期介護保險)在保單設計上，老年以前之保障係以死亡為重點的終身保險或遞延年金形式為基礎，老年以後則以看護保障為主，這時可將終身保險或遞延年金於遞延期間屆滿時之現金價值，自由變更為看護保險。在長期看護狀態的認定方面，有時是公司自己設立標準，有的公司則是沿用國家的介護保險標準，依產品而定。另外，日本之私人長期介護保險的給付不課稅，繳交保費時則適用壽險保費扣除額。

日本長期照護保險體系減緩了家庭照顧者及醫院承擔的壓力，同時大大提升了老年人的生活品質，並且為解決國家嚴峻的人口問題提供了很好的架構。

1.看護保險認定標準

看護保險自 2000 年 4 月開始實施，其被保險人分為兩類：65 歲以上國民為第一類被保險者；40 歲以上未滿 65 歲加入醫療保險，並且在市(區)町村內有住所者為第二類被保險者。被保險者必需獲得「要看護」或者「要支援」狀態的認定，才能使用看護保險設施與領取保險給付，第二類被保險者只限由衰老引起特定疾病者，如腦血管疾病、帕金森氏症等 15 項，才可獲得保障⁷。

在要看護狀態的認定上面，第一次是以調查 79 項 5 大類的生活能力，輸入電腦後得到需要看護的時間分數，總分越高表示要受到看

⁷王儷玲(2006)，因應高齡化社會保險商品發展及其監理與相關稅賦配套之研究，行政院金融監督管理委員會。

護的程度越高。之後才交由審查會同時在考慮特殊事項後決定是否做出要看護的級數判定。

表 6-20 要介護認定 5 大分類

直接生活協助	入浴、排泄、進食等協助
間接生活協助	洗衣、掃除等家事援助
問題行動相關行為	到處徘徊探索、隨地便溺等不潔行為後收拾整理等
機能訓練相關行為	走路訓練、日常生活訓練等
醫療相關行為	輸液的管理、處理褥瘡等診療補助

表 6-21 長期照護需求等級、需求時間估計及給付限制額度

廣義分類	長期照護需求等級	照護時間需求估計 (ECTR)	給付限制標準額度 (居家照護服務*)
支援	需支援一級	25 分鐘<ECTR<30 分鐘	4,970 單位/月
	需支援二級	ECTR<30 分鐘, 且對於 IADL 協助及復健內容的 ECRT 不少於 10 分鐘	10,400 單位/月
輕度照護	需介護一級	30 分鐘<ECTR<50 分鐘	16,580 單位/月
	需介護二級	50 分鐘<ECTR<70 分鐘	19,480 單位/月
重度照護	需介護三級	70 分鐘<ECTR<90 分鐘	26,750 單位/月
	需介護四級	90 分鐘<ECTR<110 分鐘	30,600 單位/月
	需介護五級	ECTR>110 分鐘	35,830 單位/月

*一單位：¥10(受地區和服務類型調整)

資料來源：慕尼黑再保-Vision 2012 第一期

2.商業長期照護(介護)保險商品主要特點

(1)支付面，通常是對身故、全殘、長期照護狀態進行一次性的支付；也存在年金型式的支付；與社會長期照護系統分類及根據保險公司自己制訂的長期照護定義相關。

(2)涵蓋範圍是為尚未擁有任何長期照護保障的失業人員及居家人員提供保障；協助提供社會保險中保障額度外的額外費用。

日本商業介護保險屬於第三部門(the third sector)險種，依日本保

險業法第三條(壽險業)及第四條(產險業)規定核准之經營業務範圍，產、壽險業皆可販賣長期介護保險，且商品型態並無不同的限制，壽險公司與產險公司銷售介護保險大都以終身期間為主且包含「定額給付」。不過實務上商品策略仍有些許差異，從下表可看出壽險業銷售之長期看護險商品型態分為主約、附約，主要搭配身故或年金給付，而產險公司有提供實支實付之購入或改造介護設施等費用。

表 6-22 日本保險業銷售之長期看護險型態

壽險	個人	介護險主約-傳統型、投資型(VA)
		介護險附約(或介護提前給付)
	團體	附加戒護附約之團體信用保險(房貸壽險+介護險附約)
產險	介護費用保險	

保險公司付保險金，其所提供的給付原則上有：

1.介護一次給付（介護一時金）—當成為要介護狀態時的一次性給付，原則上整個保障期間只會給付一次。

2.介護年金—只要要介護狀態一直持續，就會支付年金。

各家介護保險商品的設計上也非常多元化，保費繳交方面有些是終身都要繳交保費、也有以年齡、特定期間或是躉繳的方式。保障期間也有終身或是直到特定年齡的商品。保障內容除了長期介護以外，有些公司也包含死亡、殘廢、特定疾病甚至可以附加保障父母親的臥病、癱瘓的特約。

舉例來說介護保險之公司推出的保單定義包含提供下列項目：

A.介護給付金

通常介護給付金在保險期間內只給付一次，不同等級之介護，給付金額也不相同。

(A)第一級介護給付金：

當被保險人在保險責任開始後，因疾病或傷害陷入第一級介護狀態，且自該日起連續 180 日陷入第一級介護狀態，並經醫生診斷確定者，保險人應支付第一級介護給付金。

(B)第二級介護給付金:

當被保險人在保險責任開始後，因疾病或傷害陷入第二級介護狀態，且自該日起連續 180 日陷入第二級介護狀態，並經醫生診斷確定者，保險人應支付第二級介護給付金。其金額大約為第一級介護給付額之六成。

B.介護年金

介護年金通常給付至終身，若於保費之繳納期間，被保險人陷於介護狀態時，被保險人對於未到期保費可免繳。介護年金也在介護等級不同而給付不同金額。

(A)第一級介護年金:

被保險人於契約基準日前 180 天以上，在保險責任開始之後的傷害或疾病而持續陷入第一級介護狀態，並經醫生確定者，保險人應給付第一級看護年金。

(B)第二級介護年金:

被保險人於契約基準日前 180 天以上，在保險責任開始之後的傷害或疾病而持續陷入第二級介護狀態，並經醫生確定者，保險人應給付第二級介護年金。其金額大約為第一級介護年金之 60%。

C.死亡給付金

此可分為兩種情況討論:

(A)被保險人於保費繳納期間死亡者，保險人應支付相當於已繳保費金額之死亡保險金。

(B)被保險人於保費繳納終了死亡者，保險人應支付相當於第一級介護年金額之 50%。

D.健康祝賀金

保險公司為避免保險誘發需求，通常會在給付上加上健康祝賀金。此金額通常於被保險人保費繳納終了或之後的一定年數，被保險人仍無申請任何保險給付時，則支付相當於 20%-50%之第一級介護年金給付額。

另外，對第一級及第二級介護定義如下：

表 6-23 介護等級

第一級介護	符合 1 或 2 情形之任何一項
第二級介護	符合 3 或 4 情形之任何一項
1 長期臥病在床，且有下列 a 及 b-f 項目中之三項以上情況，極需他人介護者。 2 被診斷為老年性痴呆，且有下列 a-f 中之二項以上情況，極需他人介護者。 3 長期臥病在床，且有下列 a 及 b-f 項目中之二項以上情況，極需他人介護者。 4 被診斷為老年性痴呆，極需他人介護者。	
a 無法於床前自行走動。 b 無法自行更衣。 c 無法自行入。 d 無法自行進食。 f 無法自行處理排泄物。	

下表舉例說明幾種不同的長期看護保險商品，但表內部分內容，根據查證已有部分商品下架，故將以下架商品去除，保留仍有銷售之商品。

表 6-24 看護保險商品一覽表

公司 名稱(日)	商品 名稱(日)	保費 給付	保障	保障 內容	給付內容	備註
A I G ス タ一生命 保險株式 会社	終身介護 保險	25 年 /終身	終身	要看護程度 3 以上自訂 要看護狀態 A、B	一次給付	特定疾病看護終身 特約 保險費給付期滿可 轉移至特定年金
朝日生命 保險相互 会社	介護終身 年金保險		終身	自訂要看護 狀態	(1) 年金 (2) 死亡給付	年金給付時不用繳 交保費 五年紅利給付 可選擇家族型
	介護一時 金保險				(1) 一次給付 (2) 慰問金 (1 次) (3) 死亡給付	
住友生命 保險相互 会社	元氣らぶ	50~75 歲	80 歲 定期 / 終身	自訂要看護 狀態	(1) 年金(5 年保證 期間) (2) 死亡給付	保費免除特約 三大成人病特約 (癌症、急性心肌梗 塞、腦血管疾病) 5 種重度慢性疾病 特約

						醫療保障特約 可選擇健康禮金
第一生命 保險相互 會社	悠悠人生	至 80 歲	終身		(1) 年金(5 年保證 期間) (2) 死亡給付	五年紅利給付 保費免除特約 殘障特約 特定疾病特約 定期保險特約...等
	悠悠人生 先手一生	躉繳	終身		(1) 年金(5 年保證 期間) (2) 死亡給付	看護年金支付開始 日前死亡者，給付 死亡年金
	介護サポ ート+				一次給付	終身看護特約
太陽生命 保險株式 會社	介護充実 プラン	每 10 年 更新至 60 歲/至 80 歲	終身	終身要看護 程度 3 以 上、公司自 訂看護標準	若所有特約皆有 保，可選擇 (1) 年金(2) 看護 年金 (3) 一次給付 (4) 終身保障	五年紅利給付終身 醫療特約保險費免 除特約 看護保障特約 年金看護保障特約 (10 年) 定期保險特約 * 另有其他特約
	とことん 介護	至 65 歲	終身		(1) 年金 (2) 一次給付 (3) 死亡給付	定期保險特約 年金給付時不需付 保費
	スー パー ケ ア 40~70	躉繳	終身	臥床、癡 呆	(1) 10 年年金 (2) 死亡、殘障(減 去已給付年金額)	
	安心ケア 50~80		10 年 可自動 更新至 80 歲	要看護程度 2、臥床、癡 呆	(1) 一次給付 (2) 死亡、殘障	最高可更新至 80 歲

資料來源：王儷玲(2006)，因應高齡化社會保險商品發展及其監理與相關稅賦配套之研究，行政院金融監督管理委員會保險局

表 6-25 兩款日本商業長期護理保險商品

公司	公司 A	公司 B
商品類型	獨立險	獨立險
保費類型	均衡保費	均衡保費

繳費方式	期繳	期繳
保險期間	第一階段：繳費期 第二階段：繳費期末至終身	終身
保險金給付方式	現金	現金
主險責任	一次性給付 第一階段：10%保險金額 第二階段：保險金額	年金給付：5%保證給付
附加險責任	附加定期壽險 附加失能收入保障 附加重疾險 附加醫療險	附加人壽險 附加重疾險 附加住院醫療險

資料來源：慕尼黑再保-Vision 2012 第一期

上表所陳述兩款日本商業長期看護保險，與王儷玲(2006)之表6-24所列之商品相比較有明顯差異，包含此二項商品均為獨立險，且均採取期繳方式處。此外，此二張保險單皆附加定期保險、重大疾病保險與住院醫療保險，其保險單之設計方式與目前國內所推動之類長期照護保險相仿。

在表 6-1 至表 6-6 中引用王儷玲(2006)之部分內容，由於制度上並未修正，故仍沿用過去資料。

三、各國經驗之比較

各國經驗之比較，分為三大部分，首先，針對年金保險與長期照護保險之稅制，作一個比較；其次，針對年金保險與長期照護保險之商品，作相關比較；最後，針對其它監理制度，做相關之比較。

(一)年金保險稅務制度比較

有關年金保險稅務制度之比較，可分為兩個部分：首先為累積期之稅務規劃；其次為清償期之租稅制度。

1.年金保險累積期之稅制比較

在美國，若為適格年金，提撥金額享有遞延課稅，每年提撥金額以 2,000 美元為上限。至於英國，對於未來購買保費返還之部分為免

稅，利息收益之部分須課稅；德國對適格年金，提供租稅優惠；日本將適用部分的年金保費扣除後，其餘的部分，課 10% 的稅率。

2. 年金保險清償期之稅制比較

美國對於當年度領取之年金額，皆須課以所得稅；英國對保費返還部分視同免稅，利息收益須課 20% 稅率；在德國，年金給付需課稅；而在日本，適用壽險給付扣除額，年金給付扣除額後，課 20% 之稅。

(二) 長期看護保險稅務制度之比較

在美國，符合州政府與聯邦法令規定之保單，其保費可列舉扣除；在英國，目前保費支出並無任何稅賦的優惠。但是，長期看護的保險給付金，都不需課徵所得稅；在日本，長期照護保險繳交保費時，適用壽險保費扣除額，並無額外扣除額，而私人長期照護保險的給付不課稅；德國的私人長期照護保險是完全與公有長期照護保險結合在一起，其所繳之保費，在一定金額之內，是有租稅之優惠。

(三) 年金保險商品之比較

各國為了提升年金保險效率，紛紛在制度上做了許多改革。其中，美國自 1987 年起開始，先為公務員成立聯邦節約儲蓄計畫(Federal Thrift Saving Plan, TSP)，其制度特色，是政府鼓勵民眾自行提撥退休基金，故給予參與者租稅優惠，並採單一機構投資，以達成規模經濟的效益，近年為考慮保險商品之投入，在 ERISA 保單條款中，有閉鎖期、賦益權之規範。

而英國則是在市場上推出強化年金，利用壽險中的優體概念，對年金保險之客戶，提供差別費率，以吸引好的風險之年金客戶。

德國創設可自由加入之退休金制度，以稅賦優惠與津貼補助方式，移轉公部門之部分財務責任至私部門，其運作方式，類似美國的 TSP 制度。

(四) 長期照護保險商品之比較

在英國，在長期看護狀態的認定上，特定商品 (ex. 弱體年金保

險)，不需要參考 ADLS 或是額外的醫療資訊，即可開始給付。

在德國，強制長期照顧保險制度，是由政府及保險公司共同經營，而二者所提供之保障內容與項目皆相同，而政府所認定之等級要件，完全適用於私人長期看護保險。

在日本，商業長期看護保險在保單設計上，在老年之前，係以死亡為主之終身壽險，老年以後，則以看護保障為主，在看護狀態的認定方面，有些是公司自己設立標準，有的公司則是沿用國家的介護保險標準，依產品而定。

(五)相關商品保險監理制度之探討

國外常見的監理機制，主要分為風險監理、市場揭露以及精算師職責的規範等三個部分。而在風險監理部分，主要是準備金提存以及風險資本額的評估，由於年金保險與長期照顧保險皆屬於高齡化商品，未來在長壽風險部分，必須要在相關資料中提存。

第二部分，是產品在銷售過程中，要揭露必要資料，例如投保年齡上、下限等。最後一個部分是對簽證精算師的要求，簽證精算師在特定場合中，應先通知主管機關，讓主管機關有更多時間準備，而在年金保險與長期照顧保險中，長壽風險是主要因子，例如美國針對長期照顧保險與年金保險之長壽風險，提存額外準備金。

第二節 學者專家意見彙整

本次研究案，共訪談壽險公會理事長許舒博先生、保險事業發展中心、勞動基金運用局、衛生福利部社會保險司曲同光司長、銓敘部退撫司呂明泰司長等五個單位，以及執行兩場專家座談，第一場於五月九日，聚焦於我國社會保險之現況，以及如何與商業保險整合，第二場在七月三十一日舉行，著重於商業保險公司目前推動年金保險與長期看護保險之現況，以及未來要引進國外相關商品時，需要各單位配合的措施。經由以上五次的談話，以及兩次的座談中，可以得到以

下的看法。

首先，政府應先釐清國家在現行社會保險及商業保險之制度及政策方向，第一層的社會保險定位以及保障範圍，就年金保險而言，第一層基礎年金應逐步整合，建議找出國家在第一層(主要由政府負擔)及第二層(主要由雇主負擔)不同社會體制區塊應提供多少所得替代率及津貼金額。另一方面，就長期看護保險而言，應評估社會保險保障的程度。

其次，應先釐清目前年金保險販售時面臨之問題困境，茲將本研究接受訪談與參與座談的各家保險業者提出之問題歸納如下：

1. 年金率⁸偏低，購買年金險保戶多短期解約，實際進入年金化者少。
2. 年金險之佣金低，業務員銷售意願低。
3. 考量長壽風險，對於年金險之推動有所疑慮。
4. 無法解約，進入年金給付期前產生心理障礙。
5. 年金表保守下，存活領取時間需夠長才能超過投入保費。
6. 準備金利率低(躉繳/D>20, 1.5%)，應考量客戶無法解約且屬長期性資產訂定(2.25%)。
7. 稅制誘因不足。
8. M型化社會右端高資產族群追求資產安全與成長，M型左端族群在所得增加不易下優先尋求基本保障。
9. 考量客戶無法解約，業界發展利變每月回饋之型態，效果與年金相當，但此部分主管機關將限縮。

第三，釐清目前長期照護保險販售時面臨之問題困境，茲將本研究接受訪談與參與座談的各家保險業者提出之問題歸納如下：

1. 民眾對長期看護風險意識不足、接受度不高，商品內容複雜(長看狀態認定標準不一)，民眾對於給付內容不易瞭解，間接影響業務員銷售意願。

⁸年金率：年金保險在清償期時，實際使用的比率。

2.低年齡族群預算排擠，無切身需求；高齡族群感到需求時，已經買不到或負擔不起。

3.長期照護體系現況存在問題：缺乏穩定財源，涵蓋率不足；民眾偏好外籍看護，照護資源不易發展；照護服務人力待遇低，留任不易；資格核定標準不一，服務資源城鄉差距大；除獨居老人及少數失智者，給付以 ADL 為主。

4.長期看護保險商品定價面臨的挑戰：長看的認知主觀，不易定義清楚；國內長照資源發展有限，缺乏可靠照護服務統計；家庭照顧能力的弱化，也改變了照顧模式；飲食及生活型態改變造成高血壓、糖尿病、過重、心血管疾病等風險因子盛行率大幅上升；醫療科技進步，不斷的延長失能需要照顧的期間；長期低利率環境，低利率使保障的成本大幅上升；理賠經驗尚少，發生率主要來自再保公司(主要為德國資料)，加上國外經驗理賠惡化，長壽風險疑慮增加，再保公司無法提供適當費率。

5.長期看護保險商品理賠面臨的挑戰：如何向一個行動不便、長期為病痛所苦或記憶退化的患者解釋他們可能不符合 ADL 要求；在美、德、日本等已提供長照保險的國家，都有獨立的判定機構；政府同時也是支付者，才能提供一個有效的控管機制。

第四，為鼓勵民眾自行購買年金保險與長期照顧保險，政府必須要建立誘因機制，例如：租稅優惠政策，但是為了考量政府財政狀況，以及國際上的發展，遞延課稅與定額免稅是可行之方向。

台灣退休準備指數，也就是「所得替代率」為 42.8%，遠低於經濟合作發展組織(OECD)建議的所得替代率 70%。超過一半民眾的所得替代率低於 42.8%，100 個人當中只有 27 人符合 OECD 標準。顯示國內民眾退休準備，仍然不足。

台灣就業人數 1,100 萬，勞保佔 980 萬，約 90%。勞工保險年金為平均薪資*年資*1.55%。(平均投保 29,400 元)以年資 35 年，所得替代率估計 55.8%，但非實際薪資所得，為投保薪資。勞工退休金則是

每月薪資 6%，再年金化。(平均 34,900 元)估計所得替代率約 15%。

未來民眾自行購買部分(私領域)，是否可取代或抵銷掉基礎年金部分，亦可享有部分稅賦優惠(政府提供稅賦誘因)是一大重點。建議可藉由遞延課稅、增加扣抵稅額(例如 24000→26000)鼓勵勞工購買商業個人及團體年金保險、長期照護保險。

第五，就長期照顧保險而言，政府必須要建立公共長期照護保險的評估機制，以及建立長期照顧保險資料庫，以利商業長期照顧保險之規劃，如：國外推行之分級式長期照顧保單，以南山人壽為例，過去曾參考日本積分量表，銷售分級式長期照顧保險，但是由於社會大眾的認知不足，認定標準不易確定等因素下，銷售一年多後便下架。

今年(103 年)1 月 8 日長期照護服務法在立法院一讀通過，未來將是衛政及社政整合的指標。長期照護政策僅適用於一定條件的對象，也就是針對身心失能持續已(或預期)達 6 個月以上之失能者，因此並非針對所有老年人口，目前符合條件的失能者約僅占所有老年人口 17%-18%。

目前我國長期照護保險法尚在規劃中，希望未來建置出社會性長期照護保險資料庫，整合盛行率、發生率及長照期間等基礎資料，以利商業長期照護保險後續規劃，並有助於社會性長期照護保險與商業長期照護保險互相搭配。

基本上，機構式長期照顧服務並非為政府目前主要推動重點，反而比較鼓勵採用居家式與社區型之長期照顧服務，機構式長期照顧服務只會提供給重度失能者，因此目前並未特別針對長期照顧服務機構做分級的規劃。

對於政府提供的長期照顧服務而言，給付的基本要件是先定義“失能”，再經過評估失能的分類等級(輕度、中度、重度)，決定出給予當事人的給付額度水準，最後由當事人自己決定並選擇想要的給付方式。目前政府政策初步希望商業保險性質以補充為主，給付方式以提供現金給付為主，暫不考慮實物給付，商業保險未來可參考社會保

險評估失能之分級與給付額度，再決定是否具有經營利基，此部分也可能是未來商業保險可以介入經營的部分。

目前法條規定，超過基本額度的自費部分，服務提供者(如：醫院、診所、長期照護中心)須將自費價格向保險人報備，讓保險人可檢視自費部分額度是否合理。

基本上，目前無社會長看險定義之發生率，建議由主管機關統一提供。現行商業長看險定義約為暫定之社會長看險定義的中重度程度，且發生率來源主為再保公司，故若可由主管機關統一提供社會長看險定義的發生率，將有助於商業長看險與社會長看險的接軌。

簡而言之，公共長期照護保險須先確立之後，再發展私人長期照護保險。商業長期照護保險設計規劃上，須考量不同民眾的繳費能力、是否包含在企業福利項目等因素。

資格評估：長期照顧服務主要重點在於是以”評估”為基準，未來將在各縣市設立許多專門辦理”評估”的辦公室，資本來自於中央政府，評估管理則下放至各縣市，各縣市辦公室的人力將以契約聘用為主。未來將由長期照顧服務評估者(care manager)量化評估後，輸入系統跑出評估結果等資料，再由保險人(衛生署)核定，最後採用保險人核定之結果作為認定標準。商業長期照護保險部分可以沿用公共長期照護保險之評估體系，此舉將可大幅降低其行政成本。

給付項目：商業長期照護保險及公共長期照護保險可以互相搭配的包括自付額與自付項目兩部分。未來政府提供的公有長照保險僅提供基本保障，會將評估失能的結果分為輕度、中度、重度三部分，給予不同的額度，這部分類似所謂的”分級”概念，給付的內容主要以實物給付為主，但仍具現金給付的概念，會規畫給照護失能者家屬的現金給付額度；至於差額自費的部分，則是未來商業保險公司可發揮的空間，可參考客戶需求開發新保單。

此外，長期服務網主要是對於資源的盤點，對於資源、人力、機構短中長期不足的地方進行培植與補充，未來長期照護也會提供居家

式、社區式及機構式，目前最缺乏的是居家式服務，希望資源能導向此方面進行加強。

長期看護保險亦可參考日本經驗，商業長看險定義可與公辦長照險相同，建議公辦長照保險討論期間可將相關定義訊息傳遞給保險公司，以期可馬上與公辦保險接軌。

【日本經驗】

觀察目前日本保險公司長看定義，如下表所示，大部分公司與公辦保險定義相同，而部分公司同時採用公辦或自訂標準，兩者條件皆可，但仍有少部分公司自訂標準，因此，可知日本商業長看險定義已逐漸向政策性保險靠攏。

長看定義	實施的公司
1.要照護2級~5級(公辦照護保險)	日本生命 第一生命
1.要照護2級~5級(公辦照護保險)或 2.達到壽險公司自訂條件	明治安田 富國生命
1.達到壽險公司自訂條件	住友生命

第六，配合未來的年金改革，建構公務員自主年金，可參考美國 TSP，但是為了要協助 TSP 的發展，必須要制定相關之規定，例如遞延課稅可仿照 TSP 制度自行提撥存取退休金，且政府為鼓勵員工提撥兒也採取相對提撥，對於員工提撥金額不分也採取稅賦優惠，延後至退休時再課稅的概念，雖然政府看似減少了稅金收入，但是長期下來員工自行提撥存取退休金，相較於原本的確定給付制度，政府將減輕基金不健全之困難；賦益權與可攜帶權是一相對的觀念，可攜帶權就是員工可以帶著走，賦益權即是雇主有權利可以保留一段時間。

目前公務人員部分尚未建構出完整的多層年金制度，但公務人員第一層加上第二層已經超過 100%，給予的條件非常好，但以未來國家發展考量，建構多層年金制度是必要且合理的。

我國目前第一層社會年金保險內容非常紛雜，雖然建議將各職業族群第一層社會年金保險整合成一單純社會基層年金保險，但由於實務上困難度非常高，短時間也無法馬上達成，因此建議短期內應先將

各職業族群社會年金保險條件趨於一致，後續才能順利進行第一層社會年金保險之整合。

軍公教中，軍人部分需要特別留意，由於軍人退休是由”制度”來決定，未來國防部處理得好不好，將會影響到未來募兵制的招募狀況。軍人保險早在民國 98 年已出現收支不足之情形，目前現金流量也已呈現負值，預估基金規模僅剩兩至三年。其原因在於舊有的給付制度尚有缺失，例如：撫慰金，軍人之遺屬在不用負擔任何費用下，即可領取半薪……等原因，造成軍人基金出現現金支出大於流入的情形。

關於軍人保險部分，第一層的軍人保險這次沒有配合公保或其他保險進行年金轉型，主要是因為軍人保險之特性，原本採取一次給付就結束的方式，若在整體完整配套尚未建構完成時，就改成年金型給付，可能反而使軍人保險財務惡化速度加快，但未來仍希望找出合適的方法使軍人保險也有年金給付的型態或是與其他第一層社會年金保險進行整合。

由於很多軍人風險等級高，買不到商業保險，因此從去年起開始規劃軍人保險第三層的部分，後續仍將對於許多細項因素與內容審慎考量並與相關單位持續溝通瞭解。

針對年金制度改革部分，軍人在每個階級都有設定一個退伍年限，退休期間通常比一般民眾早且軍人有 70% 以上皆是領取一次退休金，因此產生年金可能破產等相關問題，後續將配合多重年金改革。

募兵制的特色為役期特別短(僅有四年)，且之後的留營率低，因此針對短役期人員鼓勵留營，希望未來採取攜帶式年金方式，以增加募兵制誘因；針對長役期人員則鼓勵繼續留營至最大年齡，此舉對於部隊人力補充及退撫基金健全將會有正面幫助，上述做法主要是參考公務人員退休辦法進行規劃，規劃內容目前正在立法院審議中。

此外，設立多層次年金需有其相關配套措施，從設立開始，即須累積一筆足夠基金，才有辦法進行投資。因此政府為鼓勵公務人員的

提撥率，政府採相對提撥制，意即公務人員提撥的越多，政府相對提撥越多，但是相對提撥率必須設有上限。稅賦方面則採取稅賦遞延，在提撥部分將不予以課稅，直到退休時再扣除最低的稅額。

關於投資標的之設計，政府須委託專業經理人，依照風險程度的不同設置三至五檔基金(例如:保守穩健型、積極型…等)，但是，當專業經理人所設計投資組合成效不足時，主管機關必須設有退場機制。就投資標的方面，公務人員可依照個人風險趨避程度選擇適合之投資標的，若是公務人員對於投資方面，知識及資訊較為不足時，政府可提供的教育訓練，或是在帳戶管理系統中提供相關資訊來幫助公務人員選擇投資標的。在帳戶管理方面，希望能夠提供完整且透明之資訊給投資人，例如：澳洲所採行之帳戶管理，當事人可以每天調整投資組合，而台灣則可採行每年可調整幾次為限。

另外為延後人員退休，建議應設定賦益權的部分，例如：美國 ERISA 對於賦益權，要求人員必須服務滿一定年資，才可獲得一定比率之退休金。就台灣而言，希望公務人員需服務滿十年，才可獲得退休金。

公務人員退撫基金部分，由於設立時對未來預期較為樂觀，再加上為鼓勵公務人員提撥，制定較低的提撥率，且允許雇主採不足額提撥。現今隨著退休人數逐年成長與退休年齡逐漸下降之影響，造成該基金沉重之負擔。根據第五回退撫基金精算報告案，公務人員退撫基金將於民國 109 年出現收支不足之情形。

期望未來能建構出公務人員第三層自主年金，目前相關單位研究內容主要參考美國 TSP。若因建構第三層自主年金而使未來第一層及第二層政府支出可因此降低，將可補足政府因給予第三層稅賦優惠而導致稅收繳少的部分。未來希望設立新的退撫基金採確定提撥制，且為維持舊有退撫基金一定的現金流量，在確定給付制的部分保留約 30%至 40%的現金流量，其餘部分則以確定提撥制取代並且採完全足額提撥，另外政府實施相對提撥鼓勵公務人員提高提撥比率，當公務

人員提撥得越多，雇主相對提撥得越多，但雇主相對提撥的部分則設有上限。

綜上所述，就年金保險制度規劃而言，下列三項在制度規劃上應多加注意：

1.閉鎖期：類似於美國適格年金之概念，亦即規定一個合格退休年金之條件，符合者則雇主所提撥之退休金可認列為費用，可作為企業節稅之誘因。

2.遞延課稅：員工在提撥的當年度將不予以課稅，直到領取退休金時再扣除最低的稅額，間接鼓勵員工提撥，又可達到節稅之功效。

3.賦益權：以美國 ERISA 為例，要求參與計畫人員必須服務滿一定年資，才可獲得一定比率之退休金。其計畫內對於賦益權之設定可分為三種：

(1)員工服務滿五年可賦予 25%之賦益權。其後以每增加一年增加 5%，直到滿十年後每年增加 10%，滿十五年後則增加為 100%的賦益權。

(2)員工服務滿十年後，賦益權可 100%屬於該員工。

(3)員工服務達十年或服務年資至少五年再加上實際年齡等於四十五歲時，可享有 50%的賦益權，其後每增加一年賦益權增加 10%，五年後則享有 100%之賦益權。

第七，商業年金保險在推動時，其中一項重要的不利因素，是由於年金表過於保守，阻礙民眾年金商品之意願，因此，引進英國推行多年的強化年金，使成為其中一種解決方式，此外，可如同優體保單之經驗，可由主管機關統一提供強化年金生命表，以符合國內實際之需要。

為推動強化年金之配套措施，本文分別就核保面、商品面及招攬面提出相關建議⁹，以供主管機關之參考，其詳細說明如下：

1.以核保面而言，參照過去推展優體保單之經驗來比較，未來要

⁹人身保險業辦理強化年金應注意事項之建議，詳細內容請見附件。

推動強化年金的銷售，須注意以下數點：首先，要建立嚴謹且一致的強化年金的核保標準，為了簡化起見，初期可以先採用吸菸與非吸菸的標準，未來再採用更複雜之標準。其次，要強化核保人員的專業能力，建議由保險發展中心或是壽險公會，定期舉辦相關說明會並請外部專家，例如再保公司人員與醫務人員說明，以提升業界的專業知識。最後，**由壽險公會送審強化年金商品。**

2.以商品面而言，要推動強化年金，在商品設計上，有若干議題要注意：首先，由監理機關推動，統一強化年金生命表是目前在推動強化年金之當務之急，以國外案例來看，初期可先採用吸菸與非吸菸等實施一段時間後，再推展至其他族群。此外在商品送審時，應檢具計算保險費率所採用之生存率、與被保人體位之分類、與核保標準三者間之關係及合理性之說明。第三，簽證精算人員應列出強化年金商品，對商品利潤之影響說明。最後，簽證精算人員要評估對準備金影響之合理性分析。

3.以招攬面而言，人壽保險公司在銷售強化年金商品時，應注意以下幾個事項：首先，業者在銷售強化年金時，應揭露判定強化年金之主要核保項目，以及被保人可能適用其他體位費率之說明。其次，在要保書以及商品簡介與廣告文宣中，需記載以下警語：只有保險公司通過判定強化年金體位之必要核保程序，並經保險公司為同意承保之意思表示後，始能適用強化年金費率。第三，業務人員不得以不當唆使有效契約客戶終止契約或是以契約轉換方式投保，致保戶權益受損。第四，業務人員在招攬強化年金商品時，應先完成必要之教育訓練。最後，若業務人員違反相關事項時，保險公司應予相關之懲處，並通知主管機關。

第八，終身保險有效契約之金額相當龐大，可以做適度活化，轉化為生存年金給付、長期看護給付，以及住院醫療給付等。

最後，為因應目前之高齡化社會，商業個人及團體年金保險、長期照護保險對於補充現行社會安全制度缺口功能存在其重要性與迫

切性。

人口高齡化使得工作人口扶養高齡人口比逐年增加，根據台灣國家發展委員會¹⁰統計資料，2012 年扶老比為 15.0%，預估至 2060 年將達到 77.7%，在子女扶養負擔沉重的情況下，棄養與托養問題及療養與安養機制的建立成為當務之急。

根據台灣內政部統計，2012 年台灣地區高齡人口已達 260 萬人，為加強照顧老人生活，政府發放的各項老人生活津貼領取人數超過 174 萬人，發放金額超過新台幣 1,000 億元，隨著老年人口快速增加，各式老年津貼及年金補貼規模日大，政府財政負擔日益沉重。

根據 2010 年台灣各年齡國民住院醫療統計資料，65 歲以上老年人口平均每日住院費用 5,906 元。長期照護需求(每月費用)：醫院的專業看護工約 66,000 元；外籍看護工、看護中心約 32,000 元~35,000 元；車禍求償時，看護工的計算標準為 19,047 元。

由於台灣目前超過一半民眾所得替代率低於 42.8%，遠低於經濟合作發展組織(OECD)建議的所得替代率 70%，故建議採取鼓(獎)勵性質購買商業個人及團體年金保險、長期照護保險以補充不足的 30%。

第三節 台灣現況探討

一、個人年金保險

(一)個人年金保險市場之概況

1.新契約

由過去近五年的新契約件數中，個人年金保險市場在民國 99 年達到最高峰 347,818 件，隔年新契約件數出現大幅度下滑，其後個人遞延年金於民國 101 年及 102 年新契約件數有逐年成長之趨勢，特別在民國 101 年的成長速度大於民國 100 年。

¹⁰ 原經建會已於 103 年 1 月改組為國家發展委員會。

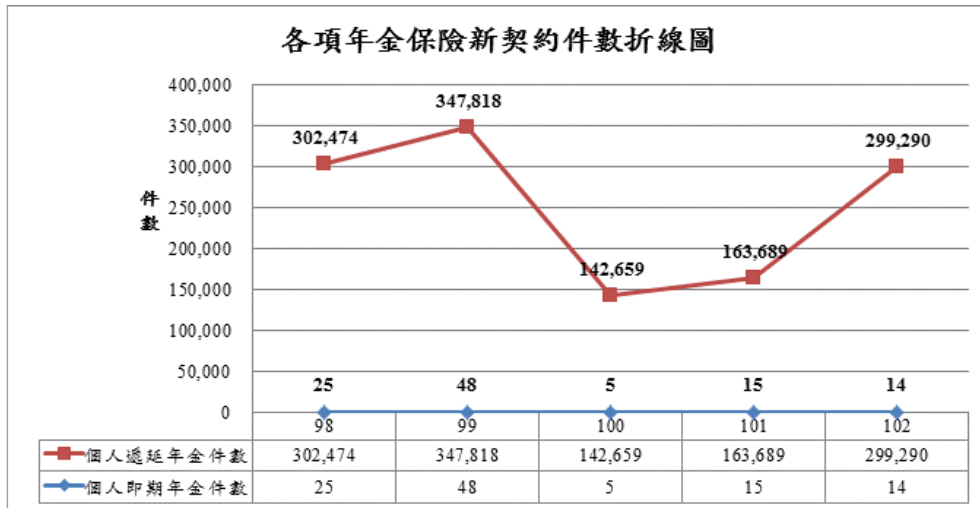


圖 6-1 98 年至 102 年個人年金保險新契約件數折線圖

資料來源：保險事業發展中心網站，2014/07。

下圖為個人年金保險新契約保額，約略與上圖個人年金保險件數圖相同，但在個人遞延年金民國 98 年至 100 年間出現大幅波動，新契約保額由原來的 1,897.19 億元，隔年成長至 4,338.57 億元，但民國 100 年新契約保額卻下降至 1,847.71 億元。

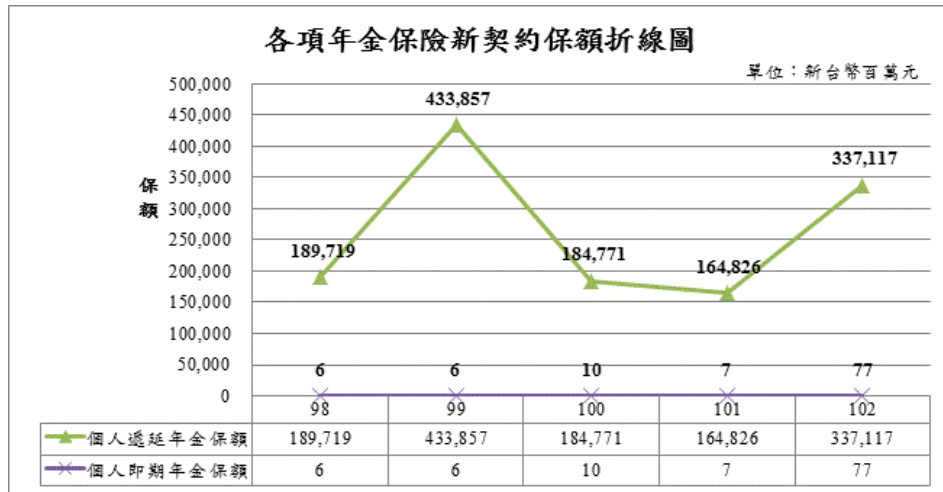


圖 6-2 98 年至 102 年個人年金保險新契約保額折線圖

資料來源：保險事業發展中心網站，2014/07。

2.有效契約

由此圖可明顯看出，個人遞延年金與個人即期年金之件數，兩者有相當的差距，個人遞延年金保險件數大約維持在 1,000,000 件至 1,200,000 件，個人即期年金保險則維持在 200,000 件以內。

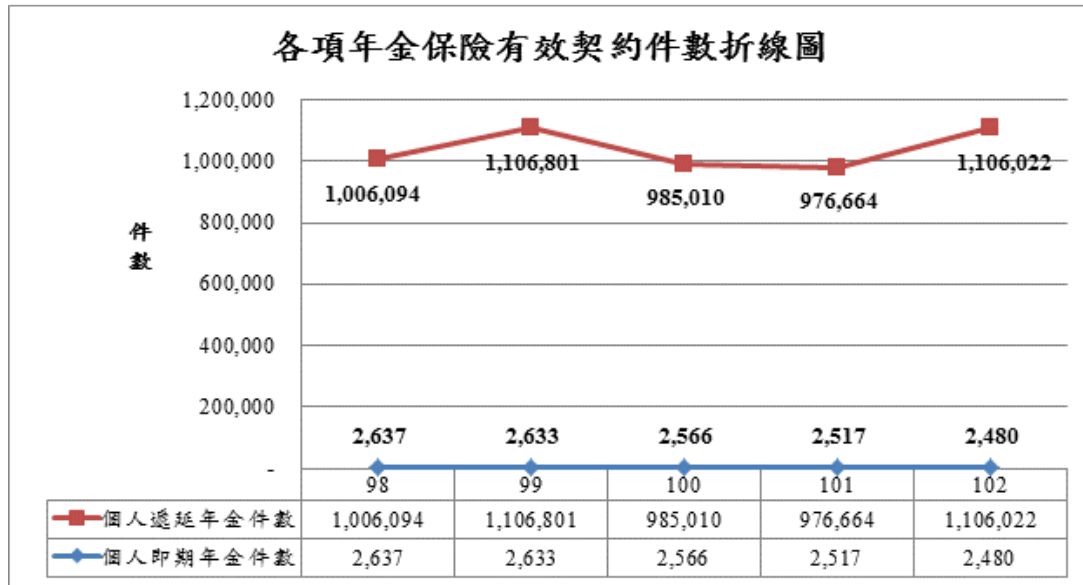


圖 6-3 98 年至 102 年個人年金保險有效契約件數折線圖

資料來源：保險事業發展中心網站，2014/07。

就下圖有效契約保額而言，各項年金保險皆呈現成長趨勢，特別為個人遞延年金由民國 98 年的 5,162.19 億元，隔年大幅成長至 8,930.80 億元，直到民國 102 年，個人遞延年金保險成長至 10,995.31 億元。

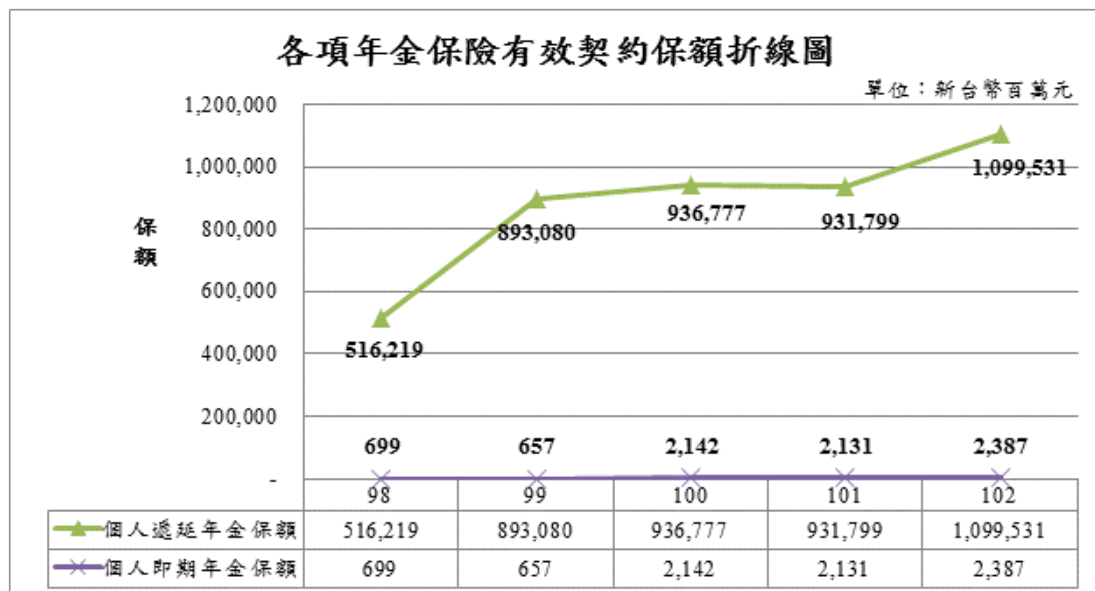


圖 6-4 98 年至 102 年個人年金保險有效契約保額折線圖

資料來源：保險事業發展中心網站，2014/07。

3. 保費收入

個人遞延年金保險首年度保費在民國 99 年達到最高，其次為民

國 98 年；就續年度保費收入的部分，受到民國 98 年及民國 99 年新契約成長之影響，由原先的 161.51 億元，成長至民國 100 年的 408.72 億元，其後續年度保費雖有些許縮減，但有別於民國 98 年仍維持一定金額。

表 6-26 98 年至 102 年個人遞延年金保險保費收入

單位：新台幣百萬元

各項保險種類	98	99	100	101	102
首年度保費	408,341	492,923	172,720	180,040	340,066
續年度保費	16,151	34,031	40,872	35,226	37,170
總保費收入	424,493	526,954	213,592	215,266	377,237

資料來源：保險事業發展中心網站，2014/07。

就即期年金保險的部分來看，民國 98 年至民國 102 年間之首年度保費，以民國 99 年的 1.1 億元為最高，其次為民國 98 年的 4,300 萬元，第三則為民國 101 年的 3,800 萬元。

表 6-27 98 年至 102 年個人即期年金保險保費收入

單位：新台幣百萬元

各項保費種類	98	99	100	101	102
首年度保費	43	110	18	38	27
續年度保費	0	0	0	0	0
總保費收入	43	110	18	38	27

資料來源：保險事業發展中心網站，2014/07。

4. 保險給付

下圖為各項年金保險之保險給付，就給付件數而言，個人遞延年金保險從民國 98 年的 272,612 件，成長至民國 100 年的 873,951 件，但在民國 101 年出現些許減少，其件數為 777,495 件，隔年卻又再度大幅度成長至 1,402,291 件；在個人即期年金的部分，從民國 98 年的 14,645 件逐年遞減至民國 101 年的 13,966 件，但在民國 102 年年金保險給付件數卻大幅成長到 15,736 件。

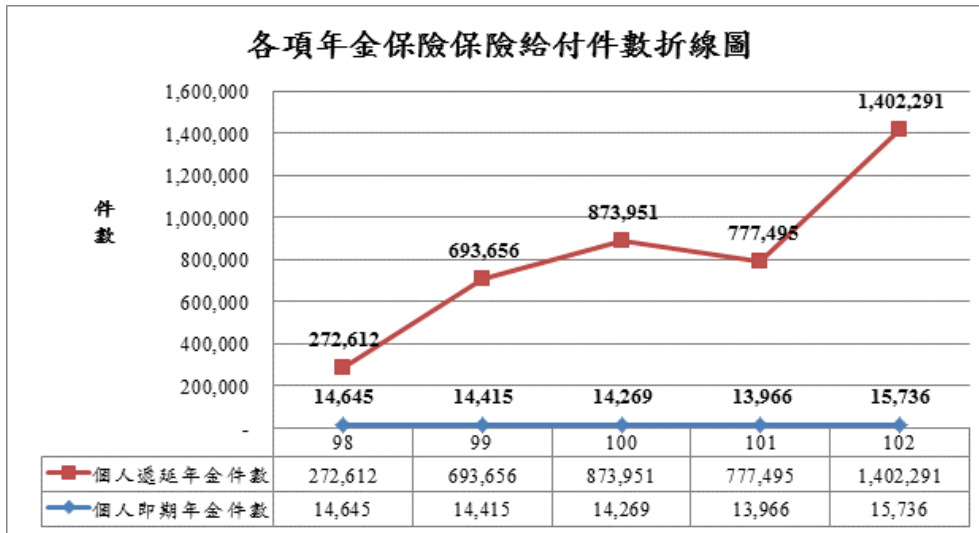


圖 6-5 98 年至 102 年個人年金保險給付件數折線圖

資料來源：保險事業發展中心網站，2014/07。

以年金保險給付金額的角度而言，個人遞延年金給付由原先的 2,142.64 億元，於隔年成長 3,702.32 億元，其後幾年年金給付則出現逐年遞減；個人即期年金由原本的 5.69 億元，年金給付成長至 6 億元，隨後亦出現遞減之情形。

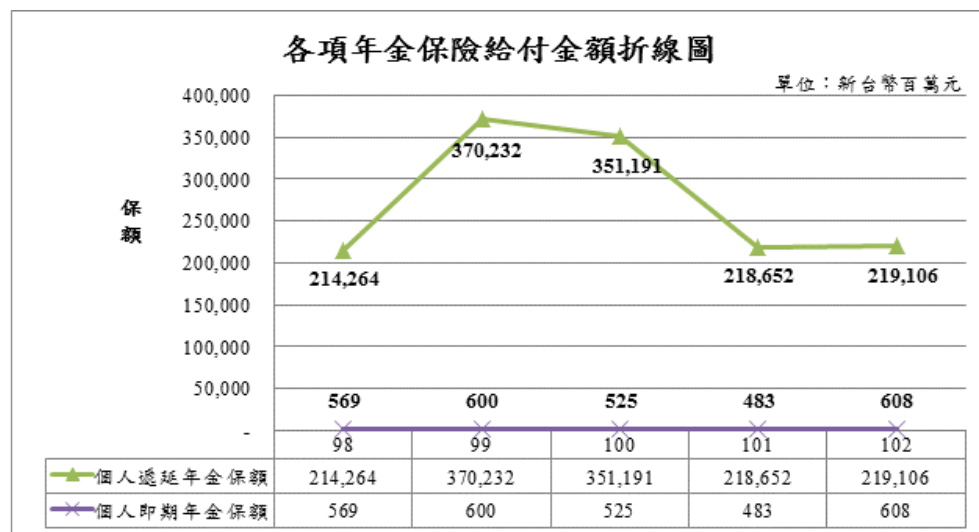


圖 6-6 98 年至 102 年個人年金保險給付金額折線圖

資料來源：保險事業發展中心網站，2014/07。

(二)個人年金保險所面臨之問題

台灣隨著高齡化與少子化之問題，可預期民眾對於年金保險之需求應有逐年成長的趨勢，但是由上述圖表可看出台灣在民國 98 年至

102 年間，各項年金保險於新契約、有效契約、保費收入、保險給付之概況，相較於台灣人壽保險市場，年金保險僅為一小部分。下圖為年金保險件數佔人壽保險件數之市佔率，由民國 100 年至 101 年間，可看出年金保險僅佔人壽保險不到 5% 的市場。

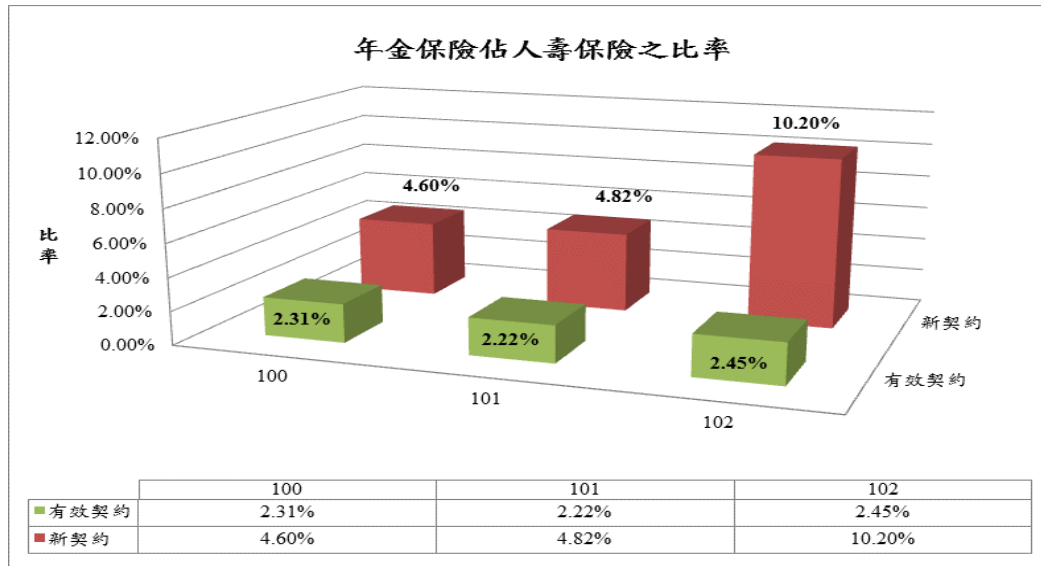


圖 6-7 100 年至 102 年年金保險佔人壽保險之比率圖

資料來源：保險事業發展中心網站，2014/07。

為提升年金保險市場之成長，應先釐清目前年金保險販售時面臨之問題困境，茲將本研究接受訪談與參與座談的各家保險業者提出之問題歸納如下：

1. 年金率偏低，購買年金險保戶多短期解約，實際進入年金化者少。
2. 年金險之佣金低，業務員銷售意願低。
3. 考量長壽風險，對於年金險之推動有所疑慮。
4. 無法解約，進入年金給付期前產生心理障礙。
5. 年金表保守下，存活領取時間需夠長才能超過投入保費。
6. 準備金利率低(躉繳/D>20, 1.5%)，應考量客戶無法解約且屬長期性資產訂定(2.25%)。
7. 稅制誘因不足。
8. M 型化社會右端高資產族群追求資產安全與成長，M 型左端族群在所得增加不易下優先尋求基本保障。

9.考量客戶無法解約，業界發展利變每月回饋之型態，效果與年金相當，但此部分主管機關將限縮。

(三)個人年金保險發展之建議事項

個人年金保險於銷售上之困難，本研究認為年金率偏低應是首要解決之問題，特別是針對身體狀況不佳的被保險人。一般而言，購買年金保險之目的是為了保障存活較久的被保險人之所得，而這些存活比較久的人意指身體狀況較佳者，因為身體狀況較佳，所以可獲得較高的年金率，反觀身體狀況不佳者，因為年金率較低，對於年金保險的購買意願降低，或是出現購買年金保險後，尚未進入給付期就提前解約，造成實際進入年金化者少。為提升個人年金保險之銷售，應針對不同族群設計不同年金保險，例如：英國強化年金主要針對健康狀況不好的族群，享有較高的年金率，因為該族群死亡率相較於正常族群高，因此可享有較高的年金率，亦可領取較多的年金給付，以下為各項強化年金之類型簡介：

1.強化年金之類型

(1)Smoker Annuities

主要以吸菸及非吸菸為區別，當吸菸者每天吸 10 根菸且菸齡達 10 年，其死亡率是高於非吸菸者，因此在年金率的設計上相較於傳統年金增加 10% 以上，以男女而言，通常男性在 45 歲之前吸菸的死亡率是高於女性的，但女性則因為吸菸年齡較男性晚，使吸菸的死亡率出現在 31 歲之後，尤其在 45 歲女性的死亡率大幅超過男性。

在 Smoker Annuities 所使用的吸菸死亡率表並非一般死亡率表，吸菸死亡率表是結合吸菸者與部分非吸菸者之死亡率，由可明確計算出吸菸者的死亡率，但是表內對於年齡超過 60 歲以上的人，其死亡率必須降低以確保年金的合理性。另外此項年金投保無須健康檢查，亦無須另外特別核保，僅由醫生報告及尿液檢測即可。

(2)Socio-Geographic Annuities (SGAnnuities)

依據被保險人的職業及居住地點，此項年金投保無須健康檢查，

只需要填寫要保人申請書詳細說明職業及居住地即可，核保人再對照表格分類各項職業，採取不同年金率。下表為英國職業分類表，表內僅有 C2、D、E 三類可投保，其年金率相較於一般年金之年金率增加 5% 至 10%。

表 6-28 各項職業分類表

分級	細項說明	舉例
A	專業人員、經營管理人員	精算師、律師
B	文書、低階管理人員	配鏡師
C1	需技術性且無須勞力	護士、銀行行員
C2	具技術性且須勞力	鍋爐製造者
D	部分技術性	建築工人
E	無技術性	輪胎裝配者

資料來源：Hannover re's perspectives-current topics of international life insurance, no2。

(3)Health-Indicator Annuities (HI Annuities)

透過結合不同健康因素來分類訂定年金率，例如：肥胖與血壓、糖尿病與吸菸習慣...等多種組合，若被保險人僅符合一項健康因素，則無法領取 HI Annuities 之給付。此年金針對被保險人當罹患多種疾病時，其死亡率之計算會先選擇適當的死亡率表(例如：Smoker Annuities 死亡率表)，再加計超出死亡率的部分，因此 HI Annuities 之年金率較傳統年金高 10%。另外 HI Annuities 在核保上主要以被保險人的基本概況進行問卷調查即可，其問卷內容如下表：

表 6-29 Health-Indicator Annuities 基本問卷調查

項目	問題內容
1	在過去五年內，所任職的工作
2	最近的身高及體重
3	若你已持續抽菸 10 年，請寫出每天的抽菸(根)數、
4	若你已罹患高血壓，請寫出血壓值、所服用藥物及劑量、
5	若你已罹患糖尿病，請寫出就診日期、所服用藥物及胰島素劑量
6	若你已有心臟病、中風、腎臟癌，請寫出罹患時間多久。

資料來源：Hannover re's perspectives-current topics of international life insurance, no2。

(4)Impaired Annuities

此年金與 HI Annuities 相似，但兩者的差別在於 Impaired Annuities 主要針對一些較為嚴重的疾病作為分類，當被保險人只罹患一種疾病，就能領取更多的年金給付，例如罹患阿茲海默症、高血壓、心臟病...等疾病。以年金給付而言，Impaired Annuities 依據被保險人之性別及各項疾病的嚴重程度，其給付相較其他三種年金多出許多。下表為假設購買年金保險，躉繳保費為 50,000 歐元，可每年支付，無保證每月可領取的給付金額。

表 6-30 各項疾病給付金額

疾病名稱	年滿 60 歲男性	年滿 60 歲女性
阿茲海默症	19,459	19,505
肝硬化	12,712	12,729
肺氣腫	10,773	10,802
糖尿病	7,822	7,820
慢性支氣管發炎	6,216	6,072
高血壓	5,905	5,781
標準	5,258	4,854

資料來源：Hannover re's perspectives-current topics of international life insurance, no2。

在 Impaired Annuities 核保的過程中，會先依據過去的資料估算每一為被保險人最大可能壽命(Maximum probable life expectancy, MPLE)，MPLE 是以百分比表示被保險人的生存期間，當 75%MPLE 為八年時，表示被保險人可再繼續生存八年的機率為 75%。此外，另有訂定特殊死亡率表，如：安德頓死亡率表(Anderton Mortality Tables)是由多項 MPLE 所建構的，以一個額外的平準費率來調整剩餘壽明的 MPLE，並且為每一為被保險人作個別的評估。

2. 相關疾病之認定

以下為強化年金所認列之疾病，分別為糖尿病、遺傳性心臟病及慢性腎臟病三種，其詳細說明及認定方式如下：

(1) 糖尿病

在已發展國家中約有 10% 罹患糖尿病，其中有 5% 的人都在英國，然而糖尿病人罹患嚴重的心血管疾病比起正常人多出兩到四倍的機率，且大部分的糖尿病病患因此而死亡。一般糖尿病可分為下列兩種：

A.胰島素依賴型糖尿病(第一型)：因先天體質或後天受到病毒或化學藥物作用後，自體免疫系統破壞胰島素細胞。

B.非胰島素依賴型糖尿病(第二型)：因先天體質或後天的環境因素，如肥胖、缺少運動、壓力等，導致胰島素分泌不足。

在主要症狀上，糖尿病病患容易出現吃多、喝多及尿多之狀況，根據醫生診斷符合下列任何一項即為罹患糖尿病：

(A) 糖化血色素>6.5%(48mmol/mol)

(B) 飯前血糖> 7.0 mmol/mol

(C) 口服葡萄糖耐量> 11.1mmol/mol

(D) 隨機葡萄糖> 11.1mmol/mol

(2)遺傳性心臟病

每年約有 50,000 至 100,000 人因心臟病而猝死，心臟猝死的部分可約略分為 Ion channel disease 及 Cardiomyopathy 兩種，但由於心臟病之相關疾病種類繁多，本文僅以肥大型心肌病、右室心肌病、QT 狹長症候群、布魯格達氏症候群為主，前述疾病大多由基因遺傳所致，且其機率約有 50%。目前基因檢測僅用於診斷之用，並不能作為風險評估，但此疾病可經由心電圖及各項檢測，參考外顯率之變異程度，評估個人及家族之風險。

(3)慢性腎臟病

慢性腎臟病(Chronic kidney disease,CKD)為腎功能在一定時間內逐漸下降，當情持續惡化時，即形成慢性腎臟病。而人體中「腎絲球」負責控管身體之水份、電解質、維持酸鹼平衡，並且用來代謝身體所產生之廢棄物，可用來衡量腎功能之概況，利用 Cockcroft-Gault 公式或 MDRD 公式推算出估計腎絲球過濾率(eGFR)，慢性腎臟病可分為下列三級：

表 6-31 慢性腎臟病分級表

CKD 級別	ml/min/1.73m ²	說明
第一級	> 90	腎功能正常，但併有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況
第二級	> 60-89	輕度慢性腎衰竭，但併有蛋白尿、血尿等

第三級	> 30-59	中度慢性腎衰竭
3A	> 45-59	
3B	> 30-44	
第四級	> 15-29	重度慢性腎衰竭
第五級	< 15	末期腎臟病變

資料來源：慢性腎臟病防治手冊，2010年，行政院國民健康管理局。

3.推動強化年金之配套措施

為推動強化年金，除明確制定相關疾病之認定，另外仍需要相關配套措施的配合，其詳細說明如下：

(1)由於目前國內尚無強化年金生命表，應強化相關發生率的掌握與研究或建議由主管機關統一提供相關發生率，未來業者將配合政策法令之相關規定，配合銷售。

A.在強化年金的商品設計上，主要的重點為死亡率的評估，而目前臺灣年金險計算年金金額的預定危險發生率依法令規定，為臺灣壽險業第二回年金生命表為基礎，由各公司自行訂定，惟有年金化的發生率經驗尚少，因此有關發生率的掌握與研究應被加強以利該類商品的推動。

B.此外若可如同優體保單經驗，由主管機關統一提供強化年金生命表，以避免保險公司經由再保公司所得之發生率與國內實際狀況有所落差。

(2)建議比照適格年金險規範，提供稅賦優惠：現行正討論針對適格年金險，提供保戶稅賦優惠，建議將強化年金納入適格年金範圍，提供購買強化年金之保戶稅賦優惠以提昇投保意願

(3)建議依據發展較盛行地區經驗做為參考標準，主要是以吸菸、職業、地區或其他疾病因子做年金給付區隔，其中以吸菸作為差別因子最為顯著。

二、團體年金保險

(一)團體年金保險所面臨之問題¹¹

我國設立勞工退休制度目的在於照顧勞工退休後之基本生活，但依目前政府隱藏性潛藏負債的情況下，對於退休法令需做進一步的改善，因為退休舊制有至少下列幾項缺點：

1.採確定給付制，如果遇到工作變動或公司倒閉等，便不能取得退休金。

2.雇主若提撥不足，或投資績效不如預期，受僱人也無法取得退休金。

3.退休金成本不易算計亦不得融資，可能引起雇主惡意解雇員工或是惡性倒閉等之情況。

基於以上問題，政府於民國 93 年公告「勞工退休金條例」，為勞工退休新制，以「個人退休金專戶制」為主，「年金保險制」為輔。而勞工退休新制之年金保險，也就是市場上所銷售的團體企業年金保險，卻沒有有企業實際承作，但現今國人平均壽命延長，生存在平均餘命後之國人僅享有領取勞工保險給付，勞退新制個人專戶給付範圍並不在此限，欲解決此問題須仰賴勞退新制下年金保險制，但因相關法律規範運作不周，一直未實現。

團體年金保險為企業或團體分期或一次繳交保險費，讓保險公司運用投資，或向保險公司購買團體年金保險，相較於只參與個人帳戶制之受雇人仍占有一些優勢。例如：團體投保年金保險可以比個人投保支付較便宜之保險費用，且個人購買年金行為屬於自願性，可能造成愈健康的人買愈多年金保險之情況，而保費也會受到波動，公司可能也會面臨逆選擇，所以集體購買保險對於勞工而言，較能降低保費。再者，規模較大的企業相對較有能力負擔勞工投資教育成本，因為多數勞工並未有機會接觸投資教育，可能會因不了解、運作不妥而有所

¹¹ 陳之涵(2014)，雙層制退休年金制適用於軍人保險之探討，淡江大學保險系保險經營碩士班碩士論文。

虧損，因此對勞工進行投資教育，對於投資標的、投資組合間之認識，對其老年生活保障非常有幫助。最後，企業以集體能量保障勞工，優點為大規模之企業內部可自行審核保單條件，為全體勞工取得福利。

雖然目前鼓勵企業實施團體企業年金保險，但是政府對於其法律規章並未完全作出合理之解決辦法與回應，所以一直未能施行。在我國勞工退休金條例年金保險僅規定「僱用勞工人數 200 人以上之事業單位經工會同意，事業單位無工會者，經 1/2 以上勞工同意，且選擇參加年金保險之勞工人數達全體勞工人數 1/2 以上，經行政院勞工委員會核准後，投保符合保險法規定之年金保險。」，此規定將使得愈不健康的人偏向選擇可攜式個人帳戶制，而身體健康的人則多選擇年金保險制，所以以集體方式購買則沒那麼有吸引力。而目前我國金管會訂定之勞退企業年金保險單示範條款是屬於非投資型保險，政府也沒作出企業年金可否比照個人年金之投資型保險方式之回應。最後，勞工退休新制若完全施行，企業也許會承擔更大的管理成本，成效也許不及個人退休帳戶，期望未來能作改進。

過去，因勞工退休舊制缺失，故民國 94 年 7 月 1 日勞退新制開始上路，由確定給付制調整為確定提撥制，奠定勞工退休金採取個人退休金可攜式帳戶制為主、年金保險制為輔，期望年金保險所存在之優勢能夠因改革之後而獲得重視。

(二)團體年金保險發展之建議事項

就規劃團體年金保險而言，本研究參考美國 401(K)計畫、聯邦節約儲蓄計畫(FTSP)、員工退休所得保障法案(ERISA)，提出幾項在團體年金保險之規劃重點，其詳細說明如下：

1.遞延課稅

員工在提撥的當年度將不予以課稅，直到領取退休金時再扣除最低的稅額，間接鼓勵員工提撥，又可達到節稅之功效。以聯邦節約儲蓄計畫(FTSP)為例，依據美國稅法之規定，FTSP 計畫在稅務上的限制及稅法適用與 401(K)計畫相似，皆享有稅賦遞延之效果。提撥至

計畫內作為當年的支出，使當年課稅所得減少。藉由該計畫，每位受雇者可將其每年所要繳交的聯邦稅賦遞延至領取退休金的那一年且帳戶內之投資收益於支領退休金前無須課稅。

以 401(K)計畫為例，為鼓勵企業員工為退休養老進行儲蓄投資，員工在提撥當年度將不予以課稅，直到領取退休金時再扣除最低的稅額，間接鼓勵員工提撥，又可達到節稅之功效。在 401(K)計畫中，為了稅前繳款與遞延納稅是為了提高企業及其員工儲蓄養老之積極性，美國國內稅收法規定，企業員工向 401(k)帳戶的繳款在規定限額內可在稅前扣除，享受遞延納稅待遇。此外，401(k)帳戶中的投資收益可以累積投資，在最終提取之前不徵收資本利得稅，只有當員工因退休或其他原因開始從 401(k)帳戶提取款項時才需要就上述繳款及收益繳納相應的資本利得稅和個人所得稅。

2. 賦益權

所謂賦益權，員工在企業服務期間所參加的企業退休計畫，該計畫可讓員工在退休之前離職時，對企業所設置的退休基金，尚有取得全部或部分金額的權利，員工對本身釀出保費而獲得之退休金權益為員工本身所擁有。

以美國員工退休所得保障法案(ERISA)為例，要求參與計畫人員必須服務滿一定年資，才可獲得一定比率之退休金。其計畫內對於賦益權之設定可分為三種：

(1)員工服務滿五年可賦予 25%之賦益權。其後以每增加一年增加 5%，直到滿十年後每年增加 10%，滿十五年後則增加為 100%的賦益權。

(2)員工服務滿十年後，賦益權可 100%屬於該員工。

(3)員工服務達十年或服務年資至少五年，再加上實際年齡等於四十五歲時，可享有 50%的賦益權，其後每增加一年賦益權增加 10%，五年後則享有 100%之賦益權。

3. 閉鎖期

類似於美國適格年金之概念，要保單單位必須與被保險人約定，當被保險人加入團體年金保險之一定期間(例如：被保險人年滿 60 歲或 65 歲)，要保單位須將被保險人之個人帳戶價值全數讓與被保險人，並且其已讓與個人帳戶價值之權利，將不受要保單位行使保單權利之影響。

另一方面，為鼓勵雇主為員工購買年金保險，提高退休後所得替代率，主管機關除了向相關單位爭取稅賦優惠外，希望金管會針對勞退企業年金保險單示範條款(非投資型)¹²酌予修正，並參考美國 401(K) 計畫、聯邦節約儲蓄計畫(FTSP)、員工退休所得保障法案(ERISA)，納入遞延課稅、賦益權、閉鎖期與適格條件之規定。

依據《所得稅法》第 17 條說明，投保人壽保險所繳納的保險費，報稅時若是採取列舉扣除額的方式，可以從其綜合所得總額中扣除，每人每年最多有 24,000 元的額度可以列舉扣除，人壽保險之保險金給付，不論其項目名稱，均免納所得稅。並且若再符合團體商業年金保險的適格條件，每人每年可再多優惠 24,000 元的額度列舉扣除，曾經保險局有向財政部提出作溝通，但並未獲得同意，不過目前仍然積極爭取。

再者，目前整理相關單位提出若符合團體年金保險適格條件有：年金受益人於被保險人生存期間為被保險人本人、被保險人滿 60 歲後，使得申請年金給付、年金保險之給付型態為終身年金、須約定要保單位於被保險人加保後一定期間內(不得高於 6 年)將該被保險人個人帳戶價值全數讓與該被保險人，且被保險人就其個人帳戶價值已受讓與部分之權利，不受要保單位行使保單權力之影響。符合以上條件才能夠參與此制度。

就美國來看，由於許多長期看護商品屬於虧損狀態，部分州的監理機關已要求壽險公司利用較為保守的發生率，重新計算責任準備金，以反映長壽風險之變化。然而台灣隨著國人平均餘命不斷攀升，無論

¹² 為銜接勞退休新制，金管會於 2005 年實施年金改革，並且制定勞退企業年金保險單示範條款(非投資型)，詳細內容請見附件。

是個人或團體年金，其年金費率、準備金及資產負債管理皆須考慮是否反映長壽風險，詳細內容如下：

1.個人及團體年金費率是否反映長壽風險

由於醫藥科技的進步，經濟生活條件的改善，使得國人平均餘命增加，進而使年金商品在定價時，會產生費率不足的現象。

此一現象，引起世界各國高度的關注，而 Sloveny II 是歐盟國家為強化保險業清償能力，所制定新一代清償能力規範，以年金保險商品為例，為了反映長壽風險，各年齡的死亡率一律下降 25%，對監理機關而言，標準模型一律下降 25% 的改善幅度，對歐盟國家而言，或許適宜但是卻不能完全照本宣科沿用至台灣，換言之，我國長壽風險的發展，異於歐盟國家的發展過程。監理機關若完全仿照歐盟國家情況，可能會要求提存過高的資本要求，而內部模型不僅可以反應個別公司的經驗死亡率，更可以滿足各公司所需要的資本要求，所以對於保險公司而言，應該自行發展監理機關核准的內部模型為目標。

內部模型適用於大型公司或損失經驗豐富、量化系統技術較佳之公司，相對標準模型對清償資本額需求的計提，多持較保守之方式，保險公司在內部模型下，可依據公司的經營狀態與清償能力，所以可能產生降低清償資本額的情況，在內部模型中，各項的變數可透過各家自身公司的參數，如此，更能貼切反映實際狀況。

2.個人及團體年金之準備金是否反映長壽風險

依據保發中心資料顯示，責任準備金佔壽險公司負債比率高達八成五以上，年金保險更是高出此平均值，因此責任準備金的變動，對於人壽保險公司的清償能力有顯著的影響。以國外的實際作法來看，在考量責任準備金相關風險時，首先需要量化死亡率、罹病率、利率與解約率等相關風險對準備金之影響；接著，為了探討長壽風險，也就死亡率改善對年金保險準備金之影響，必須將國際知名模型代入，例如 Lee-Carter 死亡率模型，重新模擬隨機死亡率，以討論長壽風險、利率風險與解約率風險等對年金保險準備金之影響。

若業者並未服從上述原則，計提責任準備金，造成年金保險責任準備金不足時，本研究可建議從監理面之風險係數資本額著手，將準備金不足之風險，反映在 C2 保險風險資本提存上。

此外，長壽風險對保單之影響，會隨著投保年齡之降低而提高，因為投保年齡越低，保單年度越長，所面臨之死亡率改善就越顯著，因此，針對投保年齡部分，可依保險公司實際發行保單之被保人年齡的人數為基礎，以「加權平均法」加以修正，將投保年齡人數，與所面臨之風險加以結合。

3.個人及團體年金之資產負債管理是否反映長壽風險

長壽風險對資產負債管理的影響是有兩個面向，首先，由於負債存續期間因為長壽風險拉長，因此，資產的存續期間也可以順勢拉長，因為在存續期間的拉長，可以使資產平均報酬率向上提升，其次，由於負債存續期間拉長，則隱含未來至後期時可能有清償能力不足的現象，由此可知，資產平均報酬率的重要性便要加強，因此，建議在風險資本額制度中，針對 C3 部分，加強討論負債存續期間提高後，對整體資產負債管理之影響。

三、長期照護保險

(一)台灣長期照護保險市場現況與面臨之問題

由於台灣人口老化快速，老年長期看護保障在媒體輿論大幅報導下，已普遍讓社會大眾關注到此議題，同時政府所規劃的「十年長期照顧計畫」及「長期照護保險法」，因在財政預算及配套資源不足下時程延宕，部分民眾對未來政府可以提供之涵蓋範圍及保障內容有所疑慮，因此以商業保險作為老年長期看護保障之需求，逐漸受到民眾重視。

在此一環境背景下，保險公司預期長期看護保險商品銷售將大幅成長，以作為保障型保險商品重要之一環，保險局及各家保險公司亦

進行各種形式的廣宣推廣，但以壽險公會統計資料來看，多年來長期看護保險新契約件數不及健康險 2%，壽險公司開始深入了解其推動困難之處以設法解決民眾保障需求的缺口。

表 6-32 100 年至 102 年商業長看險現況

年度	長看險件數		健康保險件數		長看險/健康保險	
	新契約	有效契約	新契約	有效契約	新契約	有效契約
100	70,980	385,906	3,904,490	56,007,806	1.82%	0.69%
101	60,578	426,354	4,409,902	58,757,925	1.37%	0.73%
102	65,501	469,650	3,802,346	60,798,257	1.72%	0.77%

資料來源：中華民國人壽保險商業同業公會(僅統計個人險)

國內傳統長期看護保險之商品規格係沿襲歐美之作法，以日常生活活動功能量表(Activities of daily living ;ADLs，評估進食、移位、室內走動、穿衣、洗澡、如廁)做為理賠判定依據，因能否符合理賠條件認定仰賴當時之判定，同時針對進食、移位、室內走動、穿衣、洗澡、如廁之判定國內並無客觀之標準，與相關醫師座談中亦發現針對 ADLs 的判定主觀成分較重，非長期觀察之病患往往受到家屬描述所影響，造成理賠人員理賠判定之困難，也連帶影響銷售人員無法對潛在客戶說明商品特性，造成推動上先天的心理阻礙，國外以 ADLs 判定長看狀態主要是在社會保險制度建立後有獨立之判定機構下，判定機構可定期檢視及規範判定之標準，遇有混淆不清之狀況時亦可有第二層把關覆核，以此大幅減少保戶及保險公司之疑慮後商業保險才能進一步有效推動 ADLs 長期看護保險。

因上述之原因，壽險業者藉由已推廣多年之重大疾病及特定傷病項目中，以國內外研究造成長期看護需要之主要病因，做為長期理賠之判斷依據，因疾病項目已廣為業務人員、保戶及理賠人員熟悉，使得此種型態之類長期看護保險受到市場普遍接受。

(二)類長期看護保險商品

1.商品架構

類長期看護保險商品定義之病因中，造成長期看護需求的核心項目為腦中風、癱瘓、阿爾茲海默氏症、帕金森氏症、運動神經元疾病(漸凍人)、類風濕性關節炎，以壽險業之定義中這些疾病已屬不可復原之病況，故商品設計為符合疾病定義後存活期間將定期領取理賠金(ADLs 長看險每半年或一年需重新檢驗)，因無需反覆檢查使得病患及其家屬得以安心照顧療養，免於重新申請理賠及心理狀態之不確定性。

壽險業類長期看護商品摘要如表 6-32 所示，在長看疾病核心項目外部分疾病項目有超出長期看護造成病因之項目，主因係各家業者為尋求行銷之差異性而納入；另外為提供不同族群之需要，業者亦會開發不同類型架構商品，例如有純保障、結合壽險、還本等不同型態。

表 6-33 壽險業類長期看護保險摘要

公司名稱	富邦	國泰	新光	中國
商品名稱	全心照護 終身健康保險	鍾護特定傷病 終身保險	長護久久 終身健康保險	心安心照護 終身保險
保險年期	終身	終身	終身	終身
繳費年期	10/20 年期	10/20 年期	10/20 年期	10/20/30 年期
投保年齡	15 足~繳費期滿≤75 歲	15~繳費期滿≤75 歲	0~繳費期滿≤80 歲	10 年：0~65 歲 20 年：0~55 歲 30 年：0~50 歲
身故(喪葬費用) 保險金	年繳保費總和 1.05 倍-已給付保險金	年繳應繳保險費總額 1.06 倍-已給付保險 金	NA	應已繳保費 1.06 倍- 已給付保險金
祝壽保險金	滿 99 歲：年繳保費 總和 1.05 倍-已給付 保險金	達 99 歲：年繳應繳保 險費總額 1.06 倍-已 給付保險金	NA	100 歲：應已繳保費 1.06 倍-已給付保險 金
特定傷病保險金	特定傷病暨全殘保 險金：保額 / 月	保額 12 倍/年	特定傷病暨全殘保 險金：保額 / 月	保額 25%/年
特定傷病暨全殘 關懷保險金	保額 6 倍(限 1 次)	NA	保額 10 倍(限 1 次)	保額 25%(限 1 次)
豁免保費	特定傷病或完全殘廢	特定傷病或完全殘廢	特定傷病或完全殘廢	特傷或 1~3 級殘

特定傷病	9 項：腦中風/癱瘓/多發性硬化症/主動脈外科置換術/運動神經元疾病/阿茲海默病/重度類風濕性關節炎/帕金森氏症/嚴重頭部創傷	9 項：腦中風/癱瘓/阿爾茲海默氏症/帕金森氏症/嚴重頭部創傷/肌肉營養不良症/運動神經元疾病/多發性硬化症/類風濕性關節炎	13 項：腦中風/癱瘓/多發性硬化症/主動脈外科置換術/運動神經元疾病/重度類風濕性關節炎/阿茲海默病/帕金森氏症/嚴重頭部創傷/原發性肺動脈高血壓/肌肉失養症/昏迷/再生不良性貧血	12 項：嚴重頭部創傷/運動神經元疾病/多發性硬化症/阿爾茲海默氏病/肌肉營養不良症/帕金森氏症/再生不良性貧血/主動脈外科置換術/類風濕性關節炎/腦中風/癱瘓/昏迷
保費(30 歲男；20 年繳；萬元保額)	9,740 元	9,000 元	5,640 元	224 元

資料來源：本研究自行整理

2. 優、缺點比較

表 6-34 傳統長看險(ADLs)及類長看險(病因)優缺點比較如下表:

	傳統長看險 (日常生活活動功能量表, ADLs)	類長看險 (病因定義)
優點	1. 無需特定病因, 僅依狀態判定, 涵蓋範圍較廣。	1. 疾病定義較明確。 2. 業界已使用多時, 銷售人員及保戶較熟悉。 3. 無需複檢, 降低病患及家屬困擾。
缺點	1. 認定標準不一, 判定機構及機制在台灣尚未建立。 2. 需半年~1 年定期複檢, 對已嚴重狀態患者及家屬形成額外負擔。 3. 判定主觀成分較重, 醫師有時仰賴家屬之說詞。 4. 國內無可靠經驗率, 國外(美國)也因理賠超出預期及長期低利率環境造成主要保險公司陸續停售。	1. 老化致成長看狀態可能無法理賠。 2. 各家業者為尋求行銷差異性納入超出長期看護造成病因之項目, 可能導致非實質長期需求卻持續領取照護金情況。

(三)長期照護保險發展建議事項

1. 老年人口相關長看或疾病之發生率、理賠經驗都不足夠, 建議應將業界資源整合, 或以健保資料庫為基礎統合保險業所需資料, 以兼顧財務安全下開發合宜商品。

2. 以美國經驗來看, 傳統長看險(ADLs)理賠經驗惡化, 且在美國商業險皆屬保費可調整機制下仍須停售保單, 而台灣多為保證費率之型態下, 未來理賠惡化之風險將更為顯著, 因此建議不應僅以傳統 ADLs 長看險做為長遠長看險發展唯一之方案選項; 老年化保險商品相關措施、獎勵、適格性等定義應以保障對象、保障內容實質認定, 以促進

多元化發展整體保險業界在高齡化社會適宜產品之推出。

3.國內目前尚無 ADLs 判定機構，隨著老年人口快速增加，傳統長看險理賠爭議預期頻率將會增加，同時依現行長看險條款理賠判定依據為診斷證明書，但實務上無法要求醫生以保險條款理賠要項方向撰寫，因此產生診斷書與 ADLs 判定之資訊落差，這部分未來爭議的消弭仰賴於更專業、獨立機構設立，以國外經驗來看當有外部較為專業獨立之判定機制設立後，判定標準差異性得以降低、爭議時亦有第二層覆核機制，保戶及保險公司得以更信賴此機制運作後商業長看險也才得以健全發展。

4.目前長期照護保險歸類在健康保險中，保險法第四章第二節已有相關規範，法條內容詳見附錄七，因此不須於我國保險法中再增列或修改相關內容。

第七章 結論與建議

面對近些年來國內人口結構快速老化之下，為讓老年人口有安心無虞的晚年生活，政府實有必要建構一套較完善的制度，藉以鼓勵一般民眾及早因應老年階段生活所需要的年金與長期看護需求。茲透過初、次級研究資料分析，以及參考主要國家實施經驗之後，將其所獲致之結論與政策建議分別彙整歸納如下：

第一節 結論

一、主要國家對於商業年金、長期照護保險均有規劃基礎社會保障計畫

依據既有相關文獻資料顯示，美國、英國、德國、日本等主要國家推動商業個人及團體年金保險、長期照護保險，因各國國情環境不同，而其在推動上均有規劃基礎社會保障計畫。

(一)年金方面

美國年金制度分為公的年金與私的年金。公的年金主要為社會年金，包括公務員退休法案、鐵路人員退休計畫，與社會保障計畫。私的年金主要有兩個部分，一個為企業年金，一個為個人年金。企業年金又可分為退休金計畫(Pension Plan)，與儲蓄計畫(Retirement Saving Plan)。退休金計畫可分為確定給付制年金(Defined Benefit)，與確定提撥制年金(Defined Contribution)。而儲蓄計畫包括 401(K)計畫。個人年金則為個人自願提撥之計畫，包含自營者退休金計畫(Keogh Plan)，與個人退休年金(Individual Retirement Annuity；IRA)。

英國國家基本年金是依國民保險的規定而辦理。在 2010 至 2011 年間，受雇者的薪資超過 4,044 英鎊或是所得超過 5,075 英鎊的自雇者，都必須要提撥國民保險的保費。包括全職就業與部分工時就業者、自雇者、負責照顧工作每周 24 小時以上者、領取兒童津貼者、全職參與職業訓練者，以及領取一些特定給付者，都需繳交國民保險的保

險費而獲得保險年資，或是無預繳交保費而可獲得國民保險的年資認可。

德國第一層老年經濟安全制度以公共年金保險 (gesetzliche Rentenversicherung, GRV) 為核心，亦是德國老年人口所得安全的最重要來源，其涵蓋所有的藍領與白領受雇者(包括礦工)，以及一些自營作業者。GRV 採取隨收隨付方式，主要財務來源來自雇主與受雇者各負擔單一半保險費，聯邦政府透過稅收挹注一些經費，主要用於制度之中涉及個人之間再分配的部份，例如因為育兒期間贈送的年金點數。至於公務人員則有獨立年金方案，是由第一層年金方案及第二層補充性職業年金方案構成。財源來自政府預算(聯邦政府、州政府以及地方政府)以及稅收。不同的自營業者，則有不同的年金方案，這些方案不同前述公共年金保險(GRV)及公務人員年金方案。此外，尚有針對農民及不同專業協會年金方案。值得一提的是，參加專業協會年金方案之中一半是自雇者，其他一半為受雇者。

日本年金分為公的年金跟私的年金。公的年金主要為社會年金，包括國民年金、厚生年金保險與共濟年金。私的年金主要有三個部分，一個為企業年金，第二個為國民年金基金，最後一個為個人年金。企業年金又可分厚生年金基金，適合退職年金與非適格退職年金。而國民年金基金是提供國民年金參與者第二層的保障機制。個人年金則可分為保險型與儲蓄型。

(二)長期照護方面

美國醫療補助制度 (Medicaid) 為社會救助計畫，經費來自於聯邦政府以及州政府的一般稅收，由聯邦政府提供管理以及制定執行原則，而州政府負責一般行政事務。其主要是保障低收入戶或無能力負擔醫療或長期照護費用者。因為 Medicare 所提供之機構或居家照護費用補助須受限於有實際醫療，故 Medicaid 成為長期照護的支付者。惟 Medicaid 可能會造成一個問題，就是中等收入之照護需求者為取得給付資格，會將資產移轉給子女或其他親人，以符合 Medicaid 的

資產限制條件。

英國長期照護服務，由國民保健服務(NHS)負責照護，地方政府負責評估個案、執行與管理提供者。英國長期照護服務提供者主要有二，一為 NHS，二為地方政府社會服務局(Social Service Department, SSD)。NHS 由中央政府主掌業務，提供醫療保健相關服務；SSD 主責管理，它有權決定中央補貼預算中用於地方照護服務之比例，並提供些許社會福利服務。英國長期照護財務主要可分為政府與民間兩部份，政府包含中央政府之一般稅收、地方政府亦可以自行收取地方稅，社會安全部門之現金給付（如退休金、殘障津貼等）支付長期照護服務及國民保健服務體系所提供之服務。民間部份則為慈善團體及民眾自行負擔等。

德國於 1994 年立法，並在 1995 年元月 1 日正式施行長期照護保險制度(Pflegeversicherung)，為世界第一個實施強制全民長期照護保險的國家，並成為德國社會安全(保險)的第五個支柱。而五個德國社會安全支柱與其開辦年份分別為：健康保險(1883)、意外事故險(1884)、退休金保險(1889)、失業保險(1927)、長期照護保險 (1995)¹。德國長期照護保險的法源依據為 1994 年通過的 Social Dependency Insurance Act (SDI)。長期照護保險法自 1994 年公布施行後，直到 2008 年 7 月 1 日之改革，基本結構並未改變，僅是改革重點不同，修法內容也因而不同²。照護保險法實施宗旨在保障民眾獲得所需要的長期照顧，以減輕當事人和家人在身體、心理和財務上的負擔。社會照護保險的承保單位為「照護保險機構」(Pflegekassen)，雖設在法定疾病保險機構之下，卻是一個獨立運作、自治、自理的公法法人組織。

日本政府在 1990 年代的初期開始討論長期照護議題，而後在 1997 年通過了長期照護保險法之配套，並在 2000 年四月開始施行長期照護保險。由於立法上的迫切性及方案給付範圍與給付項目上的周延性，此法廣受日本國民的歡迎，並被譽為自 1961 年國家年金法

¹長期照護保險介紹—德國，台北醫學大學衛生政策公報(2009)第 26 期。

²江清謙(2009)，德國、荷蘭長期照護保險內容與相關法令之研究，行政院經濟建設委員會。

案（National Pension Law）以來最重要的一項法案。

二、主要國家採取租稅優惠搭配遞延課稅發展商業年金、長期照護保險

從美國、英國、德國、日本等世界主要國家對於保障老人晚年生活所推動的相關措施發展經驗中發現，採取租稅優惠為發展年金商品及長期看護商品的重要利器。

年金方面，美國現行企業年金制度主要規範為 1974 年由福特總統簽署的員工退休所得保障法案 (Employee Retirement Income Security Act；ERISA)。ERISA 立法精神為適格年金的觀念，亦即規定一個合格退休年金基本條件，凡符合其基本條件退休年金計畫，則雇主所提撥之退休基金能以費用列之，達到節稅效果。

至於日本在厚生年金基金制度下，雇主及員工享有(1)雇主負擔部分是為費用開支。(2)雇主釀出部分並不包含員工薪資所得。(3)基金運用收益並不屬於員工薪資所得。(4)員工釀出部分享有所得稅扣除。(5)基金(員工釀出除外)超出國家公務員共濟年金水準部分，課徵 1% 特別法人稅(6)受領年金或一次給付，課徵薪資所得稅或退休金所得稅等優惠。

長期看護方面，1996 年以前，美國對長期看護保險保費的稅務處理並未明確，制定 HIPAA 目的之一，即是藉著租稅優惠促進長期看護保險保單市場發展，對於租稅優惠合格保單(Tax-Qualified Policy，TQ)保費與保險給付，給予聯邦所得稅租稅優惠(Lewis et al., 2003)。此一轉變被視為政府部門向一般社會大眾表達出長期照護成本承擔並非只是政府部門的責任，也是家庭和個人的責任。

相對日本實施的是中央地方兼顧稅制，國稅、地方稅是兩個相互獨立的體系，國稅由大藏省管理，地方稅由自治省管理。在日本現行稅制中，國稅所占比重極大，地方稅所占比重相對較小。此外，日本社會保障稅不是獨立稅種，而是以加入保險的形式繳納。商業長期介護保險給付不必課稅，在繳交保費時適用壽險保費扣除額。

三、購買商業年金保險、長期照護保險均有所得替代率補充性功能

依據現行社會安全保險體系，將勞工、軍公教人員、農漁民及一般國民等不同職業類別對象之所得替代率情形加以比較可以發現，其長期以來因彼此之間保險提撥制度開辦時間與提撥費率設計不同，加上基礎年金制度缺乏，而使得上述不同職業類別各自所得替代率高低有所差異。

彙整現行社會安全制度下，國民年金、勞工保險、公教人員保險、勞工退休新制、勞工退休舊制與公務人員撫卹制度之期滿預估所得替代率。公務人員部分，第一層為公教人員保險 12%，第二層為公務人員撫卹制度 65%~80%，總計為 77%~92%；一般勞工第一層為勞工保險 17%，第二層為勞工退休新制 20%，總計為 37%。

在此計算四種不同年齡層，若於累積期每年年初花費 19,200 元購買商業年金，到了清償期時所累積的年金終值。假設開始購買商業年金的年齡分別為 25 歲、35 歲、45 歲及 55 歲，開始領取年金的年齡為 65 歲，另假設民眾平均可活至 85 歲 (即清償期為 20 年)。保險公司每年收取年金後，會將這些金額用於投資，假設每年的投資報酬率， $i = 3\%$ 。

若以財政部所公布 65 歲以上的平均薪資所得觀察，97 年綜合所得稅各類所得 (扣繳資料)得知 65 歲以上平均薪資約 284,615 元。值得注意的是，此為 97 年度所估算之 65 歲以上平均薪資，以該年度 25 歲的民眾為例，其 65 歲退休之後，此一平均薪資將會受到通貨膨脹影響。

如果以 2001 年至 2010 年通膨 0.945%，調整不同年齡層別退休之後平均薪資所得。四種年齡層別至 65 歲時所推估調整通膨之後 65 歲以上的平均薪資所得為 $284,615 \times (1.00945)^n$ ：

開始年齡	累積期(年)	(1.00945) ⁿ	調整通膨後之 65 歲以上平均薪資所得(元)
25	40	1.46	414,620
35	30	1.33	377,400
45	20	1.21	343,522
55	10	1.10	312,684

依據上述資料算出四種年齡層別因購買商業年金對所得替代的影響可知，購買商業年金年齡愈早，其所得替代率愈高。以 25 歲開始購買年金為實例，經過 40 年累積期間，65 歲之後所得替代為 23.47 %；若 55 歲開始購買年金，累積期間才 10 年，則 65 歲之後所得替代為 4.73 %。換句話說，未來若要讓不同職業類別退休的老人有無虞的晚年生活，則需透過相關政策工具，例如配合提供租稅作為誘因，不僅可以鼓勵民眾透過商業個人及團體年金保險、長期照護保險提高各自所得替代率，以降低彼此先天退休年金制度不同所導致的所得替代率之差異，而且亦可藉此填補老人晚年生活所存在之經濟需求缺口，進而建立更完善的社會安全制度。

四、參考主要國家發展強化年金鼓勵民眾購買年金

以英國為實例，其強化年金是以不同族群所設計的年金保險，其主要針對健康狀況不好的族群，享有較高的年金率，此種保險相當於壽險中的優體及弱體的概念，在年金保險的費率中考慮差別費率。在強化年金當中，所謂的「好的風險」意指不健康的保戶，因為該族群死亡率相較於正常族群高，因此可享有較高的年金率，亦可領取較多的年金給付。至於強化年金之類型方面，英國強化年金將特定族群依據性別、有無吸菸、健康狀況、居住地、職業的不同來決定年金率，據以支付各項強化年金。

五、借鏡先進國家採取分級經驗發展長期照護保險

德國的人均壽命大約比全球的平均壽命長 10 年，不僅人均壽命越來越長，而且 65 歲及以上的人口比例不斷上升，扶養比率迅速下降。迅速老齡化的社會將給德國家庭及勞動人口帶來極大的壓力，除非未來醫療科技發展可使老齡人口保持良好的健康狀態，否則可以合理的推斷德國長期照護保險市場的需求將越來越大。

至於可請求之給付內容，依據每人被照護需求之程度不同，其照護給付則按第 15 條規定分為三種等級：

1. 等級一(Pflegestufe I)

係顯著之照護需求者(erheblich Pflegebedürftige)，於個人衛生、營養攝取或身體活動部份，至少有兩項日常事務每日需至少 1 次，家務照料扶助每週需多次扶助；由家屬或其他非職業性照護服務人員每天所提供之基本照護至少 45 分鐘，而整體照護服務至少 90 分鐘。

2. 等級二(Pflegestufe II)

係嚴重之照護需求者(Schwerpflegebedürftige)，於個人衛生、營養攝取或身體活動部份，每日不同時段需至少 3 次之扶助及每週多次之家務照料扶助；由家屬或其他非職業性照護服務人員每天所提供的基本照護至少每日 2 小時，整體照護服務至少 3 小時。

3. 等級三(Pflegestufe III)

係最嚴重之照護需求者(Schwerstpflegebedürftige)，於個人衛生、營養攝取或身體活動部份，日夜需受扶助且每週需數次之家務照料扶助，此外，由家屬或其他非職業性照護服務人員所提供之基本照護每天至少 4 小時，整體照護服務則至少 5 小時；又晚上 10 點至隔天早上 6 點，屬於夜間照護。

至於日本方面，看護保險自 2000 年 4 月起開始實施，其被保險人分為兩類：65 歲以上國民為第一類被保險者；40 歲以上未滿 65 歲加入醫療保險，並且在市（區）町村內有住所者為第二類被保險者。被保險者必需獲得「要看護」或者「要支援」狀態認定，才能使用看

護保險設施與領取保險給付，第二號被保險者限由衰老引起特定疾病者，如腦血管疾病、帕金森氏症等 15 項，才可獲得保障³。此外，

在看護狀態認定上，第一次以調查 79 項 5 大類的生活能力，輸入電腦之後得到需要看護時間分數，總分越高，表示需要受到看護程度越高。之後，交由審查同時在考慮特殊事項後決定是否做出需要看護級數判定。

第二節 政策建議

一、共同建議方面

(一) 透過租稅優惠誘因，提高民眾購買商業保險商品

誠如上述，從美國、英國、德國、日本等世界主要國家對於保障老人晚年生活所推動的相關經驗中可以發現，其中又以透過租稅優惠發展商業保險商品作為重要政策工具，是最為常見的措施。例如：美國所實施的 401(K)及 TSP 制度，給予一般民眾定額、遞延租稅優惠，不僅符合租稅一體適用原則，而且配合民眾自我規劃退休生活經濟需求。亦即因應高齡社會來臨之下，採取租稅制度鼓勵民眾評估經濟條件，購買商業個人及團體年金保險、長期照護保險，將有助於保障老人晚年生活。

由於政府目前僅有針對勞工退休金新制自提 (至多 6%)部分提供稅賦優惠，其他不同職業類別民眾並未享有此種優惠。因此，建議政府參考國外經驗，給予一般民眾定額、遞延租稅優惠方案，藉以鼓勵民眾及早規劃長壽風險，降低政府未來在社會保險與社會福利上所不斷增加的財政支出。茲將其成本效益分析如下：

1. 商業年金保險

政府提供稅惠制度鼓勵民眾購買商業年金，雖可能會造成政府財

³王儷玲(2006)，因應高齡化社會保險商品發展及其監理與相關稅賦配套之研究，金融監督管理委員會。

政稅收減少，但伴隨而來除促使民眾所得替代上升，老人經濟生活更有保障外，亦可減輕政府未來編列社福預算照護老人經濟生活等財務壓力。此外，不論保險公司因販售商業年金而繳納營業稅與營所稅，或是政府採用「遞延課稅」而非「前免後免」稅制，皆會增加政府稅收，因而降低政府鼓勵民眾購買商業年金帶來的成本。

本研究試算模型假設民眾購買商業年金，非但 65 歲之前納稅所得可以扣除提撥額度或年金支出，65 歲退休之後所領取的年金亦無需要納稅，在此一稅惠制度下，政府一年短收稅額約 17.4 億元。但是，若非採用此項極端優惠稅制，而是採用「遞延課稅」制度，政府於民眾領取年金時可再課徵稅額，此將降低成本。

此外，由 98 年老人狀況調查報告中可知，65 歲以上老人經濟來源仍有相當比例依賴「政府救助或津貼」，尤其近年老人人口不斷增加，政府所編列之社福支出並無顯著成長，反映未來每位老人可分得之社福津貼將會減少。因此，若愈高比率民眾購買商業年金，則將會降低對「政府救助或津貼」之依賴，將有助於減輕政府社福預算所造成之財政壓力。

2.長期照顧保險

從目前商業長照保險的規劃及發展來看，商業保險公司對於推行長照保單並不熱衷，民眾投保也是相當冷清。以臺灣的情形來看，在前述假設下，若政府鼓勵民眾購買長照保險，可能伴隨而來的成本為稅額短收約為 17.4 億元；然而，購買長照保險效益：其一，保戶所累積的長照保費，能讓之後需要長照保戶得到更多經濟保障，進而減輕政府在長照保險上所編列的負擔費用及財政負擔；其二，保險公司販售商業長照險，故需繳納營業稅及營所稅，此對政府財源挹注不無小補。

由於人口老化導致未來需照護人數持續增加，相對少子化、女性勞動參與率增加等造成家庭照顧能量萎縮。雖長照發生比率低，但發生往往將持續至老死，導致長照費用高昂，並非一般民眾與家庭所能

單獨承擔之風險。因此，若政府能夠提供誘因鼓勵民眾購買商業長照險，則將為社會架構一張更完整的社會安全體系，提供民眾更安全無虞的生活。

(二) 修正保險相關監理制度，完善年金及長照保險商品市場

在保險監理上之建議，以團體企業年金為藍本，做酌量的修正，且其修正內容可朝向以下數個方案進行：

首先，參採美國 ERISA 之規範，提出閉鎖期之規定，並以 60 歲為給付期的起始年齡，此外，也可參採賦益權之規範，將其精神條列化，團體年金示範條款請詳見附錄九，最後，針對強化年金，建請主管機關參考英國作法，盡速建立相關年金生命表。

二、個別建議方面

(一) 推動商業年金保險建議方面

1. 參考美國 TSP 制度，推動國內年金改革

未來國內在推動年金改革上，勢必讓軍公教人員第一層與第二層年金所得替代率降低。為免造成推動阻力，當所得替代率下降後，第三層可以仿照美國 TSP 制度辦理；但是，仍需主管機關訂定相關辦法，例如：賦益權、適格年金與租稅優惠等。

就年金保險制度規劃而言，下列幾項在制度規劃上應多加注意：

(1) 閉鎖期

類似於美國適格年金之概念，亦即規定一個合格退休年金之條件，符合者則雇主所提撥之退休金可認列為費用，可作為企業節稅之誘因。另外必須約定要保單位於被保險人加保後一定期間，將該被保險人個人帳戶價值全數讓與該被保險人，且其個人帳戶價值已受讓與部分之權利，不受要保單位行使保單權利之影響。

(2) 遞延課稅

依據《所得稅法》第 17 條，投保人壽保險所繳納的保險費，在報稅時採列舉扣除額的方式，可在綜合所得稅總額中扣除，且每人每

年最多有 24,000 元的額度。以 FTSP 為例，員工在提撥的當年度將不予以課稅，直到領取退休金時再扣除最低的稅額，間接鼓勵員工提撥，又可達到節稅之功效。為配合年金改革，希望團體年金保險作下列調整：

- A. 年金受益人於被保險人生存期間為被保險本人
- B. 被保險人年滿 60 歲後，即可申請年金給付
- C. 給付型態為終身年金

另外課稅部分，則希望每人每年可再多增加 24,000 元的額度作為列舉扣除，但是此意見金管會仍積極與財政部協調當中。

(3) 賦益權

對於員工而言，賦益權是一種可攜帶的權利，反之對於雇主則一種可以保留員工退休金的權利。以美國 ERISA 為例，要求參與計畫人員必須服務滿一定年資，才可獲得一定比率之退休金。其計畫內對於賦益權之設定可分為下列三種：

A. 員工服務滿五年可賦予 25% 之賦益權。其後以每增加一年增加 5%，直到滿十年後每年增加 10%，滿十五年後則增加為 100% 的賦益權。

B. 員工服務滿十年後，賦益權可 100% 屬於該員工。

C. 員工服務達十年或服務年資至少五年再加上實際年齡等於四十五歲時，可享有 50% 的賦益權，其後每增加一年賦益權增加 10%，五年後則享有 100% 之賦益權。

(4) 相對提撥制度

政府為鼓勵公務人員的提撥率，政府採相對提撥制，意即公務人員提撥的越多，政府相對提撥越多，但是相對提撥率必須設有上限。以 FTSP 制度為例，每一個聯邦政府雇主必須針對每一受雇者的薪資提撥 1% 至受雇者帳戶內，同時雇主也需提撥相對比率。其詳細說明如下表：

表 7-1 FTSP 制度下相對提撥比率表

資料來源：先進國家公務人員退撫制度之研究，2009 年。

受雇者提撥	雇主法定提撥 (%)	雇主相對提撥 (%)	總提撥 (%)
0	1	0	1
1		1	3
2		2	5
3		3	7
4		3.5	8.5
5		4	10
6-10		4	11-15

雖相對提撥制度，可鼓勵員工的提撥率，但台灣在實施上，需經過完善的規劃，且在實際運作上仍有一定的難度。以一般企業而言，提撥金額之多寡可透過員工生產力、利潤之高低來決定，但是政府機關，本質上不以營利為目的，即便雇主可依照每個人工作特質的不同來提撥，但是不同長官對於提撥，也都會有不同的想法，因此目前台灣仍未出現相關案例。

(5) 依照不同風險程度設計投資標的

政府須委託專業經理人，依照風險程度的不同設置三至五檔基金(例如:保守穩健型、積極型…等)。

(6) 教育訓練

以投資標的方面，公務人員可依照個人風險趨避程度選擇適合之投資標的，若是公務人員對於投資方面，知識及資訊較為不足時，政府可提供的教育訓練，或是在帳戶管理系統中提供相關資訊幫助公務人員選擇投資標的。

(7) 帳戶管理制度

在帳戶管理方面，希望能夠提供完整且透明之資訊給投資人，例如：澳洲所採行之帳戶管理，當事人可以每天調整投資組合，而台灣則可採行每年可調整幾次為限。

(8) 組織型態之改變

基金管理單位因不具獨立法人資格，在投資決策上僅能以短期操

作為主，無法涉足其他長期投資。以韓國為例，管理基金之機構類似獨立機關，在操作、用人制度上具有相當大的彈性。

2.實施強化年金，解決目前推動商業年金保險諸項問題

依據調查，年金保險推動上之困難，包含無法解約，年金進入給付期產生心理障礙；其次，在年金表保守的費率下，存活期間需要夠長才能領回所投入的保費。針對這些困難，在國外利用強化年金，對弱體提供優惠費率，是一種提升年金保險投保意願的工具。

建請主管機關召集醫療相關團體，分別就以下兩部分進行研討：強化年金涵蓋的相關疾病範圍與相關疾病認定標準，期許上述兩部分未來能有共同標準以供參考。

3.推動團體年金保險，提高退休所得

政府設置勞工退休制度目的在於照顧勞工退休之後基本生活，但是依據目前政府隱藏性潛藏負債需要改善的狀況下，政府於民國 93 年公告「勞工退休金條例」實施勞工退休新制，以「個人退休金專戶制」為主、「年金保險制」為輔。勞工退休新制年金保險，也是市場上所銷售的團體企業年金保險，卻又沒有企業實際承作，尤其現今國人平均壽命延長，生存在平均餘命之後國人僅是享有領取勞工保險給付，勞退新制個人專戶給付範圍不在此限，若欲解決此一問題必須仰賴勞退新制之下半年金保險制度。雖目前鼓勵企業實施團體企業年金保險，但因相關法律規範運作不周，而一直未能實現。

4.為了使個人及團體年金保險，在商品費率、準備金，以及資產負債管理部分能健全，建議金管會保險局思考以下監理規範：

首先，就年金保險之商品費率而言，為了考量長壽風險，現行費率必須按現行實際發生率加成，但是，加碼的程序仍應依照壽險公司實際業務的發展狀況而定，而此加碼的幅度也應與被保人年齡有一定連動關係。此外，就準備金部分而言，應該按照先進國家經驗，將長壽風險的因子，納入準備金整體風險計算，並依此作為準備金增提之依據，若保險公司不服從此規則，則可利用風險資本額制度，將準備

金不足之部分，反映在 C 2 保險風險上。最後，在資產負債管理部分，由於長壽風險會增加負債之存續期間，有必要督促保險公司提高資產之存續期間，而資產報酬率非常重要，唯有足夠的資產報酬率，方能因應增加之平均餘命。

(二)推動商業長期照護保險建議方面

1.加速推動長期照顧法案，藉以發展商業長期照顧保險

以德國與日本的實例而言，公有長期照顧保險的推動，搭配照顧機構的分級以及照顧需求的認定，將有助於商業保險公司推動分級式長期照顧保險，以提升顧客的購買。此外，衛福部也需要建構長期照顧保險資料庫，整合盛行率、發生率與長期照顧期間等基礎資料，以利商業保險後續之規劃。

2.參考國外訂定分級認定標準，作為發展商業長期照護保險依據

以德國與日本為例，政府在建構社會長期看護保險之同時，特別將看護的等級加以分類，藉此作為商業保險實施依據等級，以完善建立分級的長期看護保險制度。反觀國內在建構社會長期看護保險制度上，由於迄今尚未統一認定標準，加上各家保險公司又無訂定較一致之規定，不僅導致依般民眾對於長期照顧商品認識有限，而且影響其銷售意願。

可參考以下所述之日本經驗，觀察目前日本保險公司長看定義，如下表所示，大部分公司與公辦保險定義相同，而部分公司同時採用公辦或自訂標準，兩者條件皆可，但仍有少部分公司自訂標準，因此，可知日本商業長看險定義已逐漸向政策性保險靠攏。

長看定義	實施的公司
1.要照護2級~5級(公辦照護保險)	日本生命 第一生命
1.要照護2級~5級(公辦照護保險)或 2.達到壽險公司自訂條件	明治安田 富國生命
1.達到壽險公司自訂條件	住友生命

3.完善長期照護保險商品，誘發民眾購買意願

(1)多元給付內容，以現金給付為主

目前台灣保險市場所銷售的長期看護保險商品給付內容，多以發生長期看護狀況之後，分期給付長期看護年金，或者一次給付長期看護療養或復健保險金，給付內容特色稍嫌單調。壽險業者可以參考日本保險業者所銷售之介護保險，設計類似無理賠獎勵保險金或實支實付型臨時費用保險金，提供被保險人臨時需要購入看護機器或住宅改造費用，或者納入醫療諮詢或緊急通報遠距離照護保險金等，推動多樣保險內容以滿足不同保戶之需求。依目前政府政策，初步希望商業長期照護保險之規劃在於補足社會性長期照護保險中須由被保險人自行負擔或不給付之部分，提供經濟能力許可之民眾在基本保障之上自行規劃更周全的保障，給付方式以提供現金給付為主。

(2)創新商品設計

目前日本的商業介護保險已有終身壽險或遞延年金商品在特定期間後可轉換為長期看護保險，亦即保戶購買終身壽險在老年(例：65歲)以前為死亡給付保障，但老年以後可選擇將現金價值轉為看護給付保障，遞延年金保險也是類似作法，在累積期間屆滿時保戶可選擇將現金價值變更為看護保險。另外可參考日本或英國壽險公司作法，導入投資型商品與長期看護給付相結合。

(3)訂定核保標準分級

參酌國外作法，將客戶依據特定之核保標準予以分級，依此分級給予不同客戶群不同保費優惠。再者，若保戶既無慢性病家族病史，過去亦無長期性住院記錄，給予更大空間保費優惠。

(4)明確長期看護狀態定義

因國內保險公司的長期看護保險有不同的定義或狀態項目，可能導致消費者感到混淆甚至造成爭議，故未來政府實施長期照護保險制度，故長期看護狀態定義一致化是優先處理步驟，主管機關可參考衛生福利部頒定長期看護定義制定標準版本，除可使保險業的長期看護定義一致外，也盡量使商業保險與社會保險的長期看護定義相近，有

利於業務員銷售商業長期看護保險的解說以及推廣。

(5)製作保戶指南

長期看護保險商品定義與給付要比其他險種複雜，壽險公會可以參酌美國 NAIC 製作消費者指南作法，編製長期看護保險保戶手冊，內容包含社會長期看護保險介紹、商業保險目的、需求對象、如何購買、長期看護定義、商品型態與理賠判定等，以協助消費者認識與購買適合之長期看護保險商品。此外，簡單扼要載明長期看護保險風險、商品架構、給付內容與範圍、長期看護狀態定義及公司理賠標準等，以確認保戶瞭解欲購買之長期看護保險商品。

4.在衛生福利部推動公有長照保險前，在市場上推動類長照相關商品，建請主管機關採行以下措施：

(1)資源有效整合

老年人口相關長看或疾病之發生率、理賠經驗都不足夠，建議應將業界資源整合，或以健保資料庫為基礎統合保險業所需資料，以兼顧財務安全下開發合宜商品。類長看險當中業界共同疾病項目包括腦中風、癱瘓、多發性硬化症、主動脈外科置換術、運動神經元疾病、阿茲海默病、重度類風濕性關節炎、帕金森氏症，因此可統籌業界將此共同疾病的發生率、存活率進行定期填報，進行長期追蹤以逐漸完成國內在長看疾病原因中經驗統計數據，以降低仰賴參考國外經驗而產生與國內實際經驗之差異。

(2)商品發展應多樣化

以美國經驗來看，傳統長看險(ADLs)理賠經驗惡化，且在美國商業險皆屬保費可調整機制下仍須停售保單，而台灣多為保證費率之型態下，未來理賠惡化之風險將更為顯著，因此建議可將類長看險作為長看發展方案選項之一，除避免商品單一樣態造成風險集中外亦提供保戶多樣化商品之選擇。

(3)與社會保險結合建立理賠判定標準：

保險業現行長看險條款理賠判定依據為診斷證明書，但實務上無

法要求醫生以保險條款理賠要項方向撰寫，因此產生診斷書與長看狀態判定之資訊內容有所落差，這部分未來爭議的消弭仰賴於更專業、獨立機構設立，以國外經驗來看當有社會保險後以制度化方式建立判定機制，判定標準差異性得以降低、爭議時亦有第二層覆核機制，保戶及保險公司得以更信賴此一機制運作後商業長看險也才得以健全發展。

此外，商業保險以社保長看定義做為理賠依據，將可大幅提高保戶對商業長看險的熟悉度，保險公司及第一線銷售業務員也將更願意投入資源推廣此類型商品，預期商業長看險與社會保險結合後，將使長看保障商品發展達到正向循環。因此，建議政府積極開辦長看社會保險，在財源有限下政府提供最基本的保障內容，但以政府的長看制度建立作為領頭羊的角色，商業長看保險將提供第二層級的保障，提供民眾更豐富、多樣及優質的商品內容，以此建立起國內更完整的長看體系。

參考文獻

- 102 年考試院日本年金制度考察報告(2014)，考試院。
- 97 年綜合所得稅各類所得（扣繳資料）—按所得人性別及年齡級距別分，財政部財政資訊中心。
- 99 年度綜合所得稅申報核定統計專冊，財政部財政資訊中心。
- American Association for Long-Term Care Insurance, 2008 LTCi Sourcebook。
- American Association for Long-Term Care Insurance, 2008 LTCi Sourcebook。
- Enhanced annuities in the UK,no.47。
- Hannover re's perspectives-current topics of international life insurance, no2。
- <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/sankou3.html>(2005)。
- 中華民國 101 年保險年鑑(2012)，保險業務發展基金管理委員會。
- 中華民國 103 年度中央政府總預算案，行政院。
- 中華民國 2012 年至 2060 年人口推計(2012)，行政院經濟建設委員會。
- 中華民國人口統計年刊(2013)，內政部。
- 中華民國老人狀況調查報告(2009)，內政部。
- 日本、韓國、新加坡為美國人口資料局（U.S. Population Reference Bureau）2012 世界人口資料要覽（2012 World Population Data Sheet）。
- 王靜怡與鄭清霞(2012)，社會性與商業性長期照護保險互補運作之探討：以美國經驗為例，台灣社會福利學會年會暨「嬰兒退潮、經濟波動、財政短絀--民主治理困境下社會福利的新模式」國際學術研討會。
- 王儷玲(2006)，因應高齡化社會保險商品發展及其監理與相關稅賦配套之研究，金融監督管理委員會。
- 王儷玲(2009)，先進國家公務人員退撫制度之研究，銓敘部。
- 王儷玲(2011)，我國退休基金管理制度之研究，行政院研究發展考核委員會。
- 立法院國會圖書館，長期照護法
<http://npl.ly.gov.tw/do/www/billIntroductionContent?id=53#top>。
- 江清謙(2009)，德國、荷蘭長期照護保險內容與相關法令之研究，行政院經濟建設委員會。
- 我國長期照顧十年計畫-101 年至 104 年中程計畫(2013)，衛生福利部護理及健康照護司
- 李世代(2009)，日本、韓國長期照護保險內容與相關法令之研究，行政院經濟建設委員會。
- 周台龍、鄭文輝(2010)，從美國長期看護商業保險市場的成長經驗探討台灣長期

- 看護商業保險的發展方向，保險經營與制度第九卷第一期。
- 周台龍、鄭文輝(2010)，從美國長期看護保險市場發展的經驗看台灣長期照顧保險，保險經營與制度，第9卷第1期。
- 林士聘、李姿瑩(2010)，日本長期看護保險市場現況之探討，保險經營制度第9卷第2期。
- 林谷燕(2009)，德國長期照護制度之探討，國家政策研究基金會。
- 邵靄如(2010)，我國長期照顧服務內涵、成本及調整機制分析計畫，內政部。
- 長期照護保險介紹—德國，台北醫學大學衛生政策公報(2009)第26期。
- 徐瑜璟、邱采昫、周美伶(2012)，日本介護保險與台灣長照保險的比較，台灣老年學論壇，地15期。
- 財團法人保險事業發展中心(2009)，長期看護保險制度與推動之研究，金融監督管理委員會。
- 郝充仁、洪燦楠等(2012)，保險人員訓練教材-年金保險(修訂五版)，財團法人保險事業發展中心。
- 陳之涵(2014)，雙層制退休年金制適用於軍人保險之探討，淡江大學保險系保險經營碩士班碩士論文
- 陳果廷(2013)，日本公共年金改革最適化之方案選擇與探討，當代財政第26期。
- 陳瑞、李珍穎、黃自娟，保險監理，新陸書局，2014年8月。
- 傅從喜(2011)，英國、德國私營部門參與年金改革之計畫，行政院經濟建設委員會。
- 國際監理官協會網站。
- 慢性腎臟病防治手冊，2010年，行政院國民健康管理局。
- 慕尼黑再保-Vision 2012 第一期。
- 慕尼黑再保-Vision 2012 第二期。
- 鄭清霞(2012)，建構我國長期照護保險精算模型，行政院衛生署。

南山人壽保險股份有限公司

NAN SHAN LIFE INSURANCE COMPANY, LIMITED

(以下稱「本公司」)

南山人壽長期看護終身健康保險 (樣本)

身故保險金、全殘保險金、長期看護療養保險金、長期看護保險金、豁免保險費 本險
因費率計算考慮脫退率致本險無解約金

- 一、本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險公司與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及負責人依法負責。
- 二、投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者，請慎選符合需求之保險商品。
- 三、保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解，並把握保單契約撤銷之時效（收到保單翌日起算十日內），以避免權益受損。

(本公司免付費保戶服務電話0800-020-060)

中華民國九十三年十月二十九日
金管保二字第 09302523160 號函核准
中華民國九十四年六月二十九日
(94)南壽研字第 077 號函備查

第一條 保險契約的構成

本保險單條款、附著之要保書、批註及其他約定書，均為本保險契約（以下簡稱本契約）的構成部分。本契約的解釋，應探求契約當事人的真意，不得拘泥於所用的文字；如有疑義時，以作有利於被保險人的解釋為準。

第二條 名詞定義

本契約所稱「疾病」係指被保險人自本契約生效日或復效日起所發生之疾病。本契約所稱「傷害」係指被保險人於本契約有效期間內，遭受意外傷害事故，因而蒙受之傷害。

本契約所稱「意外傷害事故」係指非由疾病引起之外來突發事故。

本契約所稱「大型醫院」係指依行政院衛生署之分類，醫院層級在區域醫院以上者。前述倘遇法令變動變更醫院分類時，本公司得依當時之法令重新指定相當層級之醫院為大型醫院。本契約所稱「專科醫師」，係指經醫師考試及格完成專科醫師訓練，並經中央衛生主管機關甄審合格，領有專科醫師證書者，且並非要保人或被保險人本人。本契約所稱「累計分」係指被保險人因疾病或意外傷害事故，經大型醫院專科醫師診斷後並填具附表一「需要長期看護狀態之診斷暨計分量表」，且依附表二「需要長期看護狀態計分量表」所計算而得之分數。本契約所稱「需要長期看護狀態」係指被保險人累計分達第十二、十三條保險金給

付標準之一者。本契約所稱「免責期間」，係指被保險人因疾病或意外傷害事故，經大型醫院專科醫師診斷確定為「需要長期看護狀態」，且「需要長期看護狀態」持續達六十日之期間而言。本契約所稱「保險金額」，係指依要保人投保，經本公司同意，記載於本契約保險單上之保險金額，倘爾後該保險金額有所變更，則以變更後並批註於本保險單之保險金額為準。

第三條 保險期間的始日

本契約自本公司同意承保且要保人交付第一期保險費之當日午夜十二時起生效。要保人在本公司簽發保單前先交付相當於第一期保險費而發生應予給付之保險事故時，本公司仍負保險責任。

第四條 保險範圍

被保險人於本契約有效期間內因第二條約定之疾病或傷害致成「需要長期看護狀態」、身故或診斷確定符合附表三所列殘廢程度之一者時，本公司依本契約約定給付保險金。

第五條 契約撤銷權

要保人於保險單送達的翌日起算十日內，得以書面檢同保險單親自或掛號郵寄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親自送達時起或郵寄戳當日零時起生效，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。

第六條 第二期以後保險費的交付、寬限期間及契約效力的停止 分期繳納的第二期以後保險費，應照本契約所載交付方法及日期，向本公司所在地或指定地點交付，或由本公司派員前往收取，並交付本公司開發之憑證。第二期以後分期保險費到期未交付時，年繳或半年繳者，自催告到達翌日起三十日內為寬限期間；月繳或季繳者，則自保險單所載交付日期之翌日起三十日為寬限期間。約定以金融機構轉帳或其他方式交付第二期以後的分期保險費者，本公司於知悉未能依此項約定受領保險費時，應催告要保人交付保險費，其寬限期間依前項約定處理。逾寬限期間仍未交付者，本契約自寬限期間終了翌日起停止效力。如在寬限期間內發生保險事故時，本公司仍負保險責任。

第七條 本契約效力的恢復

本契約停止效力後，要保人得在停效日起二年內，申請復效。前項復效申請，經本公司同意並經要保人清償欠繳保險費扣除停效期間的危險保險費後之餘額，自翌日上午零時起恢復效力。停效期間屆滿時，本保險效力即行終止。

第八條 除外責任

被保險人因下列原因導致被保險人「需要長期看護狀態」者，本公司不負給付第十二、十三條保險金及豁免保險費的責任：一、要、被保險人之故意行為（包括自殺及自殺未遂）。

二、被保險人之犯罪行為。 三、被保險人因非法吸食或施打麻醉藥品。

被保險人直接因下列事由而身故或致成附表三所列殘廢程度之一時，本公司不負給付第十四、十五條保險金的責任： 一、受益人故意致被保險人於死，但其他受益人仍得申請全部保險金，無其他身故

受益人者，其身故保險金作為被保險人遺產。 二、要保人故意致被保險人於死。要保人如為身故受益人之一者，不適用前款但書

之規定。 三、被保險人在契約訂立或復效之日起二年內故意自殺或自成殘廢。 四、被保險人因犯罪處死或拒捕或越獄致死或殘廢。

前項第一、二款情形致被保險人成附表三所列殘廢程度之一時，本公司按第十五條的約定給付全殘保險金。

第九條 告知義務與本契約的解除 要保人及被保險人在訂立本契約時，對本公司要保書書面詢問的告知事項應據實說明，如有故意隱匿、或因過失遺漏或為不實的說明，足以變更或減少本公司對於危險的估計者，本公司得解除本契約，其保險事故發生後亦同。但危險的發生未基於其說明或未說明的事實時，不在此限。前項解除契約權，自本公司知有解除之原因後，經過一個月不行使而消滅；或自本契約開始日起，經過二年不行使而消滅。本公司通知解除本契約時，如要保人死亡、居所不明，通知不能送達時，本公司得將該通知送達受益人。

第十條 契約的終止（一）

要保人於繳費期間內申請終止本契約時，本公司應於接到通知後一個月內，按日數比例無息退還要保人已繳而未到期之保險費。逾期本公司應加計利息給付，其利息按年利率一分計算。

前項終止自本公司收到要保人書面通知時開始生效。本契約之要保人與被保險人不同一人者，被保險人得隨時撤銷其同意投保之意思表示。但應以書面通知本公司及要保人。被保險人依前項行使撤銷權者，視為要保人終止本契約。

第十一條 契約的終止（二）

被保險人於本契約有效期間內身故，或致成附表三所列各項殘廢程度之一，或本公司所給付長期看護療養保險金及長期看護保險金累積達保險金額者，本契約即行終止；於本契約繳費期間內，本公司應於被保險人身故或按附表三診斷確定殘廢之日起，按日數比例無息退還要保人已繳而未到期之保險費。

第十二條 長期看護療養保險金

被保險人於本契約有效期間內，經大型醫院專科醫師診斷並依「需要長期看護狀態計分量表」評量累計分後，且於免責期間屆滿後持續符合「需要長期看護狀態」且仍生存者，本公司按下列標準給付長期看護療養保險金： 一、達 250 分者，給付保險金額之百分之十二。 二、達 400 分者，給付保險金額之百分之十八。 三、達 550 分者，給付保險金額之百分之二十四。被保險人於領取前項長期看護療養保險金後，被保險人嗣後因症狀惡化，致其累計

分達前項較高給付標準且其狀態持續六十日以上者，本公司另依長期看護療養保險金較高給付標準計算所得之金額扣除前次已給付金額之差額，給付長期看護療養保險金。本長期看護療養保險金終身累計最高以給付保險金額之百分之二十四為限。

第十三條 長期看護保險金

被保險人於本契約有效期間內，經大型醫院專科醫師診斷並依「需要長期看護狀態計分量表」評量累計分後，且於免責期間屆滿後未痊癒而持續符合「需要長期看護狀態」且仍生存者，本公司自免責期間屆滿日次月一日起依下列標準按月給付長期看護保險金：

一、達 250 分者，給付保險金額之百分之一。二、達 400 分者，給付保險金額之百分之一·五。三、達 550 分者，給付保險金額之百分之二。被保險人於領取前項長期看護保險金期間，因症狀惡化或康復狀態持續六十日以上者，本公司自第六十一日起之次月一日起，按所達累計分標準開始調整長期看護保險金之給付或停止長期看護保險金之給付。

第十四條 身故保險金

被保險人於本契約有效期間內因第二條約定之疾病或傷害身故者，本公司按其身故當時保險金額給付「身故保險金」，本契約同時終止。本公司依本條給付身故保險金時，須扣除依第十二條至第十三條累計已付之各項保險金。

第十五條 全殘保險金

被保險人在本契約有效期間內致成附表三所列殘廢程度之一者，經醫師診斷確定後，本公司按診斷確定殘廢當時之保險金額給付「全殘保險金」。被保險人同時有附表三所列兩款以上殘廢程度時，本公司僅給付一款「全殘保險金」。本公司依本條給付全殘保險金時，須扣除依第十二條至第十三條累計已付之各項保險金。

第十六條 保險給付之限制

本公司給付第十二條至第十五條之各項保險金，其累計最高以保險金額為限。

第十七條 長期看護保險金給付之停止 本公司依第十三條給付保險金之期間內，被保險人若有下列情形之一者，本公司自次月起停止給付「長期看護保險金」：一、被保險人身故或診斷確定符合附表三所列殘廢程度之一者。二、本公司給付各項保險金累積達保險金額。三、被保險人「需要長期看護狀態」消滅。四、被保險人未依本契約第二十三條之規定檢送診斷證明書。於本契約繳費期間內發生前項第三、四款之情形者，要保人得繼續繳交保險費至本契約繳費期間屆滿，使本契約繼續有效。

第十八條 豁免保險費

被保險人於本契約有效期間且於繳費期間內者，經大型醫院專科醫師診斷並依「需要長期看護狀態計分量表」評量累計分確定符合第二條所約定之「需要長期看護狀態」時，且「需要長期看護狀態」持續達六十日以上者，本公司將自第六十一日起

之最近一期繳費日起，豁免本契約之保險費。本契約保險費豁免期間，被保險人若未繼續符合「需要長期看護狀態」時，本公司自被保險人確定未符合「需要長期看護狀態」之日之下一保單週年度起恢復收取保險費。

第十九條 投保年齡的計算及錯誤的處理 被保險人的投保年齡，以足歲計算，但是未滿一歲的零數超過六個月者加算一歲，要保人在申請投保時，應將被保險人的出生年月日在要保書填明。如果發生錯誤應依照下列規定辦理：一、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。

如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計算保險金額。

二、因投保年齡的錯誤，而致短繳保險費者，應補足其差額；如在發生保險事故後始發覺者，本公司得按原繳保險費與應繳保險費的比例計算保險金額，但錯誤發生在本公司者，不在此限。

前項第一款前段情形，其錯誤原因歸責於本公司者，應加計利息退還保險費，其利息按本公司退還保險費當時之四家行局最近十二個月每月初（每月第一個營業日）牌告「二年期定期儲蓄存款最高利率」之平均值計算。

「四家行局」，係指臺灣銀行股份有限公司、第一商業銀行股份有限公司、合作金庫銀行股份有限公司及中央信託局股份有限公司。

第廿條 保險事故的通知與保險金的申請時間 要保人、被保險人或受益人應於知悉本公司應負保險責任之事故後十日內通知本公司，並於通知後儘速檢具所需文件向本公司申請給付保險金。本公司應於收齊前項文件後十五日內給付之。逾期本公司應按年利一分加計利息給付。但逾期事由可歸責於要保人、被保險人或受益人者，本公司得不負擔利息。

第廿一條 失蹤處理

被保險人在本契約有效期間內失蹤者，如經法院宣告死亡時，本公司根據判決內所確定死亡時日為準，依本契約第十四條約定給付身故保險金；如要保人或受益人能提出證明文件，足以認為被保險人極可能因意外傷害事故而死亡者，本公司應依意外傷害事故發生日為準，依本契約第十四條約定給付身故保險金。但日後發現被保險人生還時，受益人應將該筆已領之身故保險金於一個月內歸還本公司，本契約繼續有效，其在失蹤期間發生有符合本契約其他給付情事者，本公司仍依本契約約定給付，但有未繳保險費者應予扣除。

第廿二條 受益人的指定及變更

要保人於訂立本契約時或保險事故發生前，得指定或變更身故保險金受益人。前項受益人的變更於要保人檢具申請書及被保險人的同意書送達本公司時生效，本公司應即批註於本保險單。受益人變更，如發生法律上的糾紛，本公司不負責任。本契約除身故以外之各項保險金受益人，為被保險人本人，本公司不受理其指定或變更。

被保險人身故時，如本契約保險金尚未給付或未完全給付，被保險人得指定以本契約身故保險金受益人為該部分保險金之受益人；倘未指定，則以被保險人之法定繼承人為該部分保險金之受益人。身故保險金受益人同時或先於被保險人本人身故，除要保人已另行指定身故保險金受益人外，以被保險人之法定繼承人為本契約身故保險金受益人。

法定繼承人之順序及應得保險金之比例適用民法繼承編相關規定。

第廿三條 保險金的申領

受益人申領本契約各項保險金時，應檢具下列文件：一、保險金申請書。

二、保險單或其謄本。三、受益人之身分證明。

四、申領身故保險金者，另檢具被保險人死亡證明書。五、申領全殘保險金者，另檢具殘廢診斷書。被保險人申領全殘保險金時，本公司

得對被保險人的身體予以檢驗，其一切費用由本公司負擔。六、申領「長期看護療養保險金」、「長期看護保險金」時另檢具最近一個月內大

型醫院專科醫師所開具「需要長期看護狀態之診斷暨計分量表」之診斷證明書。

（但要保人或被保險人為醫師時，不得為被保險人出具診斷書。）惟爾後每領取「長期看護保險金」達六期者，應檢送最近一個月內大型醫院專科醫師所開具

「需要長期看護狀態之診斷暨計分量表」之診斷證明書覆查。但最近一次領取之

「長期看護保險金」為評量累計分達 550 分者，免再檢送前項第六款之文件覆查。

第廿四條 欠繳保險費之扣除

本公司給付保險金或返還保險費時，如要保人有欠繳保險費未還清者，本公司得先抵償上述欠款及扣除其應付利息後給付。

第廿五條 減少保險金額

要保人在本契約有效期間內，得申請減少保險金額，但是減少後之保險金額不得低於本保險最低承保金額，其減少部份視為終止契約。

第廿六條 變更住所

要保人的住所有變更時，應即以書面通知本公司。要保人不做前項通知時，本公司按本契約所載之最後住所所發送的通知，視為已送達要保人。

第廿七條 時效

由本契約所生的權利，自得為請求之日起，經過二年不行使而消滅。

第廿八條 批註

本契約內容的變更或記載事項的增刪，除第二十二條外，非經要保人與本公司雙方書面同意且批註於保險單者，不生效力。

第廿九條 管轄法院

本契約涉訟時，約定以要保人住所所在地地方法院為管轄法院，但要保人之住所在中華民國境外時，則以本公司總公司所在地地方法院為管轄法院。

附表一：

需要長期看護狀態之診斷暨計分量表

一、基本資料及診斷					
姓名		病歷號碼		性別	
籍貫		出生年月日	年 月 日		
身份證字號		住址			
科別		診療日期	年 月 日		
診 斷					
二、需要長期看護狀態計分量表【填此欄前請詳閱說明】					
(請依實況打勾或填寫，並在每一打勾處加蓋醫師章)					
<p>1. 意識狀態障害：<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>遲鈍 <input type="checkbox"/>不清楚 <input type="checkbox"/>重度障害</p> <p>【符合重度障害者請提供附表二中註一之(1)及(3)之診斷證明文件；但註一之(1)之診斷證明文件僅需於第一次證明符合重度障害時提供】</p> <p>2. 行動能力障害：<input type="checkbox"/>可自力行走 <input type="checkbox"/>行動遲滯</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/>需扶杖行走(<input type="checkbox"/>單杖 <input type="checkbox"/>雙單杖 <input type="checkbox"/>四腳杖 <input type="checkbox"/>扶物)</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/>需使用輪椅代步 <input type="checkbox"/>完全無法行動</p> <p>3. 臥床狀態障害：<input type="checkbox"/>起臥正常 <input type="checkbox"/>大部分時間需要臥床 <input type="checkbox"/>整日臥床但可自行翻身</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/>整日臥床無法自行翻身</p> <p>4. 攝食狀態障害：<input type="checkbox"/>自行進食 <input type="checkbox"/>需人餵食 <input type="checkbox"/>鼻胃管灌食</p> <p>5. 大小便情形障害：<input type="checkbox"/>可自理 <input type="checkbox"/>部份需人扶助 <input type="checkbox"/>完全無法自理</p> <p>6. 沐浴障害：<input type="checkbox"/>可自理 <input type="checkbox"/>部份需人扶助 <input type="checkbox"/>完全無法自理</p> <p>7. 更衣障害：<input type="checkbox"/>可自理 <input type="checkbox"/>部份需人扶助 <input type="checkbox"/>完全無法自理</p> <p>以上診斷係依據 <input type="checkbox"/>病患親自到診 <input type="checkbox"/> 年 月 日病歷</p>					
本診斷書所列症狀經本醫師親自診斷，特此證明					
醫療院所名稱：		電話：_			
開業執照：		字第		號	
地 址：_					
院長(負責人)：			印章：_		
診 斷 醫 師：			印章：_		
專科醫師證照：科別：		科		字第	
診斷書出具日期：		年 月		日	

附表二：

需要長期看護狀態計分量表

意識狀態障害 (註一)	重度障害 200 分
行動能力障害 (註二)	(1) 需扶杖行走 10 分； (2) 需使用輪椅代步 60 分； (3) 完全無法行動 100 分
臥床狀態障害 (註三)	(1) 大部分時間需要臥床 10 分； (2) 整日臥床但可自行翻身 60 分； (3) 整日臥床無法自行翻身 100 分
攝食狀態障害 (註四)	(1) 需人餵食 10 分； (2) 鼻胃管灌食 60 分
大小便情形障害 (註五)	(1) 部份需人扶助 60 分； (2) 完全無法自理 100 分
沐浴障害 (註六)	(1) 部份需人扶助 60 分； (2) 完全無法自理 100 分
更衣障害 (註七)	(1) 部份需人扶助 60 分； (2) 完全無法自理 100 分

註一、所謂意識狀態障害之重度障害係指同時符合下列情形者：

- (1) 經電腦斷層掃描或核磁共振檢查確認有腦內器質性病變或損傷，而致智能發生全面性及持續性的減退；或經專科醫師診斷確定罹患失智症。
- (2) 需完全仰賴他人養護或密切監護者，始能維持其健康或安全者；係指需要他人隨侍協助或他人在身邊提醒，始得免於遭受自身或他人之損害。
- (3) 經智能測驗認定者；智能測驗認定係指簡易智能測驗 (Mini Mental State Examination) 低於總分 19 分 (未含) 及臨床失智評分量表 (Clinical Dementia Rating Scale) 達 3 分者。

註二、行動能力障害係指日常生活失去行動力，需要經常且持續使用助行器、輪椅或完全癱瘓而言。(1) 需扶杖行走 10 分：係指經常且持續性使用助行器 (如拐杖、四腳助行器)。(2) 需使用輪椅代步 60 分：係指上肢健全，下肢功能障害致需使用輪椅，始得行動。(3) 完全無法行動 100 分：係指全身癱瘓完全無法行動。

註三、臥床狀態障害係指日常生活一半以上之時間處於臥床狀態而言。(1) 大部分時間需要臥床 10 分：係指每天 24 小時之中，一半以上時間必須臥床。(2) 整日臥床但可自行翻身 60 分：係指每天 24 小時之中，必須整天臥床，但不需他人

協助能自行翻身。(3) 整日臥床無法自行翻身 100 分：係指每天 24 小時之中，必須整天臥床，需他人經常

且持續性協助才能翻身。註四、攝食狀態障害係指於日常生活需要他人經常且持續性的協助餵食或仰賴鼻胃管灌食或

全靜脈營養注射之狀態：(1) 需人餵食 10 分：完全需他人經常且持續協助餵食。(2) 鼻胃管灌食 60 分：需要仰賴鼻胃管灌食或全靜脈營養注射。

- 註五、大小便情形障害係指日常生活大小便有一半以上的時間或次數需要他人協助，始得以維持適當的個人衛生而言。(1)部份需人扶助 60 分：係指一半以上的如廁時間或次數需要他人協助。(2)完全無法自理 100 分：係指如廁時，完全需要仰賴他人經常且持續性的協助。
- 註六、沐浴障害係指若無他人協助喪失維持個人清潔能力而言。(1)部份需人扶助 60 分：係指經常且持續性仰賴他人協助，始完成沐浴一半以上的動作。(2)完全無法自理 100 分：係指經常且持續性完全依賴他人協助沐浴。
- 註七、更衣障害係指失去穿、脫、繫、解開衣服或醫用支架、人工義肢或其他外科裝置之能力而言。(1)部份需人扶助 60 分：係指經常且持續性仰賴他人協助，始可完成更衣一半以上的動作。(2)完全無法自理 100 分：係指經常且持續性完全依賴他人協助更衣。

附表三：

殘廢程度表

等級	項別	殘廢程度
第一級	一 二 三 四 五 六 七	雙目失明者。(註一) 兩手腕關節缺失或兩足踝關節缺失者。一手腕關節及一足踝關節缺失者。一目失明及一手腕關節缺失者或一目失明及一足踝關節缺失者。 永久喪失言語(註二)或咀嚼(註三)機能者。四肢機能永久完全喪失者。(註四) 中樞神經系統機能或胸、腹部臟器機能極度障害，終身不能從事任何工作，為維持生命必要之日常生活活動，全須他人扶助者。(註五)

註一、失明的認定：

- (1) 視力的測定，依據萬國式視力表，係兩眼依個別矯正視力測定之。
- (2) 失明係指視力永久在萬國式視力表○·○二以下而言。
- (3) 以自傷害之日起經過六個月的治療為判定原則，但眼球摘出等明顯無法復原之情況，不在此限。

註二、言語機能的喪失係指下列三種情形之一者：

- (1) 指構成語言之口唇音、齒舌音、口蓋音、喉頭音等之四種語言機能中，有三種以上不能發出者。
- (2) 聲帶全部剔除者。
- (3) 因腦部言語中樞神經的損傷而患失語症者。註三、咀嚼機能的喪失係指由於牙齒以外之原因所引起的機能障礙，以致不能作咀嚼運動，

除流質食物以外不能攝取之狀態。註四、所謂機能永久完全喪失係指經六個月以後其機能仍完全喪失者。註五、為維持生命必要之日常生活活動，全需他人扶助者，係指食物攝取、大小便始末、穿

脫衣服、起居、步行、入浴等，皆不能自己為之，經常需要他人加以扶助之狀態。

投保人須知

一、投保時，業務員會主動出示登錄證，並告知其授權範圍；如未主動出示或告知，應要求其出示並詳細告知。

說明：保險業務員管理規則第八條規定：「業務員於招攬保險時，應出示登錄證，並告知授權範圍。」，如業務員未主動出示或告知，要保人應向其提出要求以確保本身之權益。

二、告知義務：要保人及被保險人應誠實告知，否則保險公司得解除契約；保險事故發生後亦同。

說明：（一）保險法第六十四條規定：「訂立契約時，要保人對於保險人之書面詢問，應據實說明」又「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。但要保人證明危險之發生未基於其說明或未說明之事實時，不在此限。」

「前項解除契約權，自保險人知有解除之原因後，經過一個月不行使而消滅；或契約訂立後經過二年，即有可以解除之原因，亦不得解除契約。」

（二）因保險契約是最大誠信契約，所以要保人及被保險人在要保時應將要保書及體檢表內各項，以及保險公司指定醫師檢查健康狀況時之詢問事項，都需要實實在在詳詳細細的說明或填寫清楚，不能有過失遺漏、故意隱瞞或告知不實情事。（例如：被保險人過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？應據實告知）否則，保險公司在契約訂定後二年內可以解除契約（不過，保險公司須在知有解除原因後一個月內行使）；即使事故發生後亦不負賠償責任，除非要保人（或被保險人）能證明保險事故發生原因與未告知事項無關。且因未盡告知義務解除契約時，其已繳的保險費不須退還，這一點要保人或被保險人請特別注意以免遭受損失。

三、要保人繳費累積達有保單價值準備金而終止契約時，保險公司於接到通知後，一個月內償付解約金。

說明：（一）解約金是要保人按時繳付保險費，在保險期間內終止契約，保險公司結算已繳付保險費扣除契約應分攤保險給付成本及各項費用後，經主管機關核定，應返還要保人的金額。

（二）關於歷年的解約金標準，保險單上面都要記載，可以作為參考。

（三）保險契約的發生，自保險公司收到要保人書面通知開始生效。

四、除外責任。說明：（一）保險公司依照保險法規定，有下列原因，可以不負賠償責任。

1. 要保人或受益人故意致被保險人於死者（參考保險法第一二一條）。

2. 被保險人訂約或復效之日起二年內故意自殺，或因犯罪處死或拒捕或越獄致死者（參考保險法第一〇九條）。

（二）此外在人壽保險單條款通常都有詳細訂明各種除外責任之範圍，可以參閱。

五、保險責任始期及續期保險費過期而未繳付；保險契約會自動停止效力。說明：（一）保險公司的保險責任，是自保險公司同意承保且要保人交付第一期保險

費時開始，保險公司並應發給保險單作為承保的憑証。若在保險公司簽發保險單前已先行交付相當於第一期的保險費而發生應予給付的保險事

故時，保險公司仍負保險責任。

- (二) 第二期以後的分期保險費，年繳或半年繳者自催告到達翌日起、月繳或季繳者自保險單所載交付日期之翌日起有三十天的「寬限期間」，如果超過寬限期間仍不繳付保險費，保險契約即自動停止效力。
- (三) 要保人得於要保書或繳費寬限期間終了前以書面聲明，當其繳付保險費累積達有保單價值準備金時，如果續期保險費超過寬限期間仍未繳付，保險公司可將保險契約當時的保單價值準備金扣除保險單借款本息之餘額後，自動墊繳應繳保險費及利息使契約繼續有效，直到保單價值準備金之餘額不足墊繳一日的保險費時，保險契約的效力自寬限期終了翌日起停止。
- (四) 「失效」的保險契約，自失效日起二年內，要保人可以申請復效。復效申請須經保險公司同意，且要保人清償欠繳的保險費扣除失效期間的危險保險費之餘額後，保險契約自翌日起恢復效力。
- (五) 要保人未申請復效，於失效期間屆滿時，保險契約之效力即行終止，若保險契約已累積達有保單價值準備金，而要保人未申請墊繳保險費或變更契約內容，保險公司應主動退還剩餘之保單價值準備金。

六、保險費繳付累積達有保單價值準備金時，方可以申請保險單借款。說明：(一) 繳付保險費達有保單價值準備金時(參考保險契約歷年解約金的開始年度)，要保人可以在保單價值準備金範圍內，向保險公司申請保險單借款。

(二) 不是投保後馬上可申請借款，也不是可以借得已繳的全額保險費。七、投保時，要保書應親自填寫及簽章，如本人不能書寫，得授權由家屬為之，但應註明其經過；業務員及保險公司會主動提供保險單條款，並於要保人交付保險費後，出具正式收據。為知道您投保的內容，及維護您的權益，如業務員及保險公司未主動提供時，請務必要求其提供。

八、契約撤銷權：要保人於保險單送達的翌日起算十日內，得以書面檢同保險單親自或掛號郵寄向保險公司撤銷保險契約。前述撤銷之效力自要保人親自送達時起或郵寄郵戳當日零時起生效，保險契約自始無效，保險公司並應無息退還要保人所繳保險費；契約撤銷生效後所發生的保險事故，保險公司不負保險責任。但契約撤銷生效前，若發生保險事故者，視為未撤銷，保險公司仍應負保險責任。

要保書填寫說明

一、「業務員登錄證」？

業務員登錄證係業務員所屬之保險公司依財政部公佈之「保險業務員管理規則」核發，為具有招攬保險之資格證件，業務員招攬保險時，應出示登錄證，並詳細告知授權範圍。

二、什麼是要保書？要保書是指要保人向保險公司申請投保時所填寫的書面文件。主要內容包括：要保人與被保險人之姓名、出生年月日、職業、地址、電話、身份証字號；受益人姓名；要保事項；要保人、被保險人告知及聲明事項、要保人與被保險人簽章等。

三、誰來填寫要保書？

要保書應由要保人及被保險人本人就有關內容親自填寫並簽章，未經契約當事人同意或授權，保險經紀人、代理人及業務員均不得代填寫或簽章。若要保人或被保險人為未成人，需經其法定代理人的同意，並於要保書上簽章。

四、什麼是「被保險人」？ 所謂被保險人，指保險事故發生時，遭受損害，享有賠償請求權之人。

五、要保書上的「年齡」如何計算？ 被保險人的投保年齡，以足歲計算，但未滿一歲的零數超過六個月的加算一歲，要保人在申請投保時，應將被保險人的真實出生年月日，在要保書填明。

六、要保書上要填寫什麼「地址」？有何重要性？（一）要保人須填寫下列地址：

1. 被保險人住所：即被保險人戶籍地址。
2. 被保險人服務單位地址。
3. 要保人住所：即要保人戶籍地址。

4. 要保人收費地址。（二）重要性：為維護要保人及被保險人之權益，請務必正確填寫要保人及被保險人地址，以

便本公司送達各項文件。地址如有變更時，請以書面通知本公司。倘未為地址變更通知，本公司按所知最後住所發送的通知，視為已送達。

七、什麼是「要保人」？ 要保人是指對保險標的具有保險利益，向保險人申請訂立保險契約，並負有交付保險費義務之人，其權利及義務為：

（一）權利：1. 指定各類保險金之受益人。2. 申請契約變更。3. 申請保單貸款。4. 終止契約。

（二）義務：1. 繳納保險費。2. 被保險人職業或職務變更及保險事故發生之通知。3. 告知義務。

八、「要保人」與「被保險人」之間必須有什麼關係？ 要保人對於被保險人須有保險利益，才可以訂立保險契約，而依保險法第十六條之規定，要保人對於下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。

九、什麼是「受益人」？（一）所謂「受益人」係指被保險人或要保人約定享有賠償請求權之人。（二）受益人通常除有請求保險金之權利外，並可基於利害關係人之身分代繳保險費。（三）受益人之義務則應於知悉保險事故發生後通知保險公司。

十、受益人怎麼指定？ 受益人由要保人指定，人數無限制，中途得以變更，次數亦無限制。

十一、什麼是「保險單紅利」？ 領取的方式有那些？（註：本保險為不分紅保險單，不參加紅利分配，並無紅利給付項目，故不適用本條款。）

（一）保險單紅利：保險公司依各項預定率向保戶收取的金額與實際支付金額的差額產生盈餘時，將盈餘依保險種類、保險經過期間、保險金額等計算返還保戶，謂之「保險單紅利」。

（二）保險單紅利領取方式：原則上有下列四種，可自行選取。1. 現金給付：以現金支付保險單紅利。

(二)前述計算方式，中間如遇有轉院等中斷住院之情形時，需連續計算在內。**廿四、要保書還有什麼附件？**

除了要保書本身之外，尚有人壽保險投保人須知、要保書填寫說明及保險單條款樣張或影本等附件，提供給要保人及被保險人於填寫要保書參考。

廿五、什麼時候需要法定代理人簽章？ 未滿二十足歲者訂立保險契約時，須經其法定代理人簽章同意。但已婚者，不在此限。

廿六、對要保書中告知事項所列疾病名稱有疑問時，該怎麼辦？

(一)詢問診斷醫師。

(二)請洽本公司免費服務電話詢問。電話號碼為(0800)020060。附註：
本填寫說明僅供填寫參考，有關之權利義務，仍請詳閱契約條款之約定。

How to enhance your annuity

You could get a higher annuity income due to your lifestyle choices or health problems.

Guaranteed, deeply underwritten rates online in minutes >>



The first step is to check online - why not give it a try?

- It only takes a few minutes to get quotes on screen.
- All rates are fully underwritten and guaranteed - some for as long as 45 days.
- You'll see all quotes ranked in order and can refresh them or change options as often as you want.
- This service is available any time of the day or night, including weekends.

>> **It's simple, quick and secure: get quotes yourself online at www.hl.co.uk/enhanced-annuity**

Alternatively complete this paper questionnaire if:

- You prefer to write down your details and post them to us,
- You don't mind waiting to receive quotes,
- You have supporting information or specific conditions you can't easily input online,
- Or, you are using our advisory annuity service.

Once completed, please return this form to Hargreaves Lansdown Annuities, One College Square South, Anchor Road, Bristol, BS1 5HL. Please remember to sign the final page.

If you have any questions please call us: 0117 980 9940.

A Your details

Title: Mr/Mrs/Miss/Other	Male <input type="checkbox"/>	Female <input type="checkbox"/>
Forename:		
Surname:		
Occupation prior to retirement:		
Marital Status		
Address:		
Postcode:		
Daytime telephone number:		
Evening telephone number:		
Email address:		
Date of birth: / /		

Where are you living:

- In own home - with spouse, partner or someone else
- In own home - alone
- With relatives
- In a residential care home
- In a care home

Your spouse's or partner's details

Title: Mr/Mrs/Miss/Other	Male <input type="checkbox"/>	Female <input type="checkbox"/>
Forename:		
Surname:		
Occupation prior to retirement:		
Date of birth: / /	Relationship to you:	

B Your pension details - The policies you are using to purchase your annuity

Approximate total fund value: £	Tax free cash required (usually 25% max):	%
Your pension provider's name(s):		
Pension type (e.g. Personal Pension):		

C The quotation you would like (please tick one box per section)

Do you wish the income to continue to your spouse on your death?

PLEASE TICK ONE ONLY

- No
- Yes, in full (100% spouse's pension)
- Yes, reducing by 1/3 on my death (66.66% spouse's pension)
- Yes, reducing by 1/2 on my death (50% spouse's pension)

Do you want your income to increase each year?

PLEASE TICK ONE ONLY

- No, remain the same
- Yes, increasing by 3% each year
- Yes, increasing by 5% each year
- Yes, keeping track with inflation (RPI)

Do you want your income guaranteed for a minimum length of time?

PLEASE TICK ONE ONLY

- No
- Yes, guaranteed 5 years
- Yes, guaranteed 10 years

Please now complete the medical questionnaire with as much information as possible to get the best annuity rate. Please provide a photocopy of any doctors letters if you have them.

PLEASE REMEMBER TO SIGN THE FINAL PAGE.

WHAT HAPPENS NEXT?

On receipt of this completed questionnaire we shall ask for quotations and check the enhancement that may be available. We will send you a summary of the different incomes available and will include the quotation, key features and application form for the top provider on our panel that offers your selected quote option. You are under no obligation to proceed with this. The panel for enhanced annuities is selected by Hargreaves Lansdown or by the trustees of your employer's pension scheme. Please note it can take a few weeks to obtain firm quotations, particularly if a doctor's report is required.

Section 2: Medical Assessment Form — To be completed by you

Please ensure that all details entered are accurate to improve your benefits.

	Your details	Your dependant's details
Height	<input type="text"/> ft <input type="text"/> ins or <input type="text"/> cms	<input type="text"/> ft <input type="text"/> ins or <input type="text"/> cms
Weight	<input type="text"/> st <input type="text"/> lbs or <input type="text"/> kgs	<input type="text"/> st <input type="text"/> lbs or <input type="text"/> kgs
Waist measurement	<input type="text"/> ins or <input type="text"/> cms	<input type="text"/> ins or <input type="text"/> cms
Do you currently smoke?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If yes, please advise year started	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Have you been a regular daily smoker for the last 10 years?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If you are a regular smoker, please indicate the average daily level	<input type="text"/> Manufactured cigarettes	<input type="text"/> Manufactured cigarettes
	<input type="text"/> Cigars	<input type="text"/> Cigars
If you are a regular smoker, please indicate the average weekly level	<input type="text"/> Ozs rolling tobacco or	<input type="text"/> Ozs rolling tobacco or
	<input type="text"/> Gms rolling tobacco	<input type="text"/> Gms rolling tobacco
	<input type="text"/> Ozs pipe tobacco or	<input type="text"/> Ozs pipe tobacco or
	<input type="text"/> Gms pipe tobacco	<input type="text"/> Gms pipe tobacco
If you previously smoked, please advise of the years you started and stopped	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
How much did you smoke?	<input type="text"/> Manufactured cigarettes (daily)	<input type="text"/> Manufactured cigarettes (daily)
	<input type="text"/> Cigars (daily)	<input type="text"/> Cigars (daily)
	<input type="text"/> Ozs/gms rolling tobacco (weekly)	<input type="text"/> Ozs/gms rolling tobacco (weekly)
	<input type="text"/> Pipe (weekly)	<input type="text"/> Pipe (weekly)
How many units of alcohol do you drink weekly?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Have you been diagnosed with high blood pressure (hypertension)? If yes, specify date of diagnosis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
If yes, specify last readings(s)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date of reading(s)	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Number and name(s) of medication(s) prescribed (excluding aspirin)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Have you been diagnosed with high cholesterol? If yes, specify date of diagnosis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
If yes, specify last reading(s)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date of reading(s)	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Number and name(s) of medication(s) prescribed	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Important notes

Please describe as much information about your health as possible before signing this form. All questions asked are relevant, and by providing full and accurate information you will allow an insurer to provide as accurate a quotation as possible. The amount of your annuity income will be based on the medical information supplied. However an insurer may also seek to obtain independent verification of this information from your doctor. If it is subsequently found that the questions were not answered accurately and with reasonable care, then that could result in your income being reduced or your policy being cancelled.

Medical Conditions

If you have ever been diagnosed with any of the following please only complete the relevant questionnaire(s).

- Heart condition page 4
- Diabetes page 6
- Cancer, leukaemia, lymphoma, growth, or tumour page 7
- Stroke - please also complete the Activities of Daily Living questionnaire pages 9 & 13
- Respiratory/lung disease page 10
- Multiple sclerosis - please also complete the Activities of Daily Living questionnaire pages 11 & 13
- Neurological disease - please also complete the Activities of Daily Living questionnaire pages 12 & 13

Other Medical Conditions

For any conditions showing within the Medical Conditions area above, please complete the relevant questionnaire(s). For any other conditions, please complete the questions below (and, if relevant, the Activities of Daily Living questionnaire on page 13).

	Your details	Your dependant's details
Condition 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Condition 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Condition 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	Condition 1	Condition 2	Condition 3	Condition 1	Condition 2	Condition 3
a. When were you first diagnosed with this condition?	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
b. When did you last experience symptoms for this condition?	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
e. When did you last receive medication/treatment for this condition?	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
d. When were you last admitted to hospital for this condition?	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

e. How many times have you been hospitalised for this condition? Please put a figure in the relevant box.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

f. Have you received any of the following treatments for this condition within the past 5 years? Please tick box.

None	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renal dialysis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surgery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Please specify	<input type="text"/>			<input type="text"/>		

g.

Your current medication	Dose prescribed	Frequency
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dependant's current medication	Dose prescribed	Frequency
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Heart attack, angina and other heart conditions questionnaire

Please indicate who is completing

You: Your Dependant: Name:

Please complete a separate heart conditions questionnaire if one is required for both you and the dependant.

Have you ever been diagnosed with any of the following?

Diagnosis	Date of diagnosis	No. of occurrences	Ongoing?
Heart attack (Myocardial Infarction)			
Angina			
Heart failure			
Aortic aneurysm			
Cardiomyopathy			
Heart valve disorders			
Atrial fibrillation (AF)			
Other irregular heart rhythm			
Other: _____			

Does your heart condition CURRENTLY affect you in any of the following ways?

	Never	Some of the time	Most of the time	Always
Symptoms at rest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Breathlessness walking from room to room	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Breathlessness climbing stairs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chest pains on minor to moderate activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chest pains on severe exertion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Swollen ankles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Episodes of dizziness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Episodes of blackouts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If surgery has been carried out, please state type of procedure and date of most recent surgery.

Coronary artery bypass graft (CABG)	<input type="checkbox"/>	Number of arteries treated	<input type="text"/>	Date	____/____/____ M M Y Y
Coronary angioplasty/stents	<input type="checkbox"/>	Number of arteries treated	<input type="text"/>	Date	____/____/____ M M Y Y
Aortic valve replacement	<input type="checkbox"/>	Successful? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Date	____/____/____ M M Y Y
Mitral valve replacement	<input type="checkbox"/>	Successful? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Date	____/____/____ M M Y Y
Tricuspid valve replacement	<input type="checkbox"/>	Successful? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Date	____/____/____ M M Y Y
Pacemaker	<input type="checkbox"/>	Successful? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Date	____/____/____ M M Y Y
Cardioversion/ablation	<input type="checkbox"/>	Successful? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Date	____/____/____ M M Y Y
Aortic aneurysm repair	<input type="checkbox"/>	Successful? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Date	____/____/____ M M Y Y

What medication are you CURRENTLY taking? Please list all medication prescribed for your heart condition:

Name of medication	Name of heart condition	Dose prescribed	Frequency	Date medication commenced
1				
2				
3				
4				
5				

Please enclose copies of any available hospital letters or reports about your heart condition

Are you currently under the care of a cardiologist? Yes No Last consultation date: / /

Name of cardiologist

Name of hospital

How many times have you been admitted to hospital due to your heart condition within the past 10 years?

Never Once Twice Three times More than three times

Date of last admission / /

Is any future treatment planned? Yes No If yes, please give details:

Please advise date and result of any stress (exercise) ECG testing e.g. using a bicycle or treadmill.

Date	Result (Normal / Abnormal / Other)

Please provide any further information you think may be important. (e.g dates of multiple surgery)

Diabetes questionnaire

Please indicate who is completing

You: Your Dependant: Name:

Please complete a separate diabetes questionnaire if one is required for both you and the dependant.

Please enclose copies of any available hospital letters or reports about your diabetes.

When was your diabetes diagnosed? Date / /
M M Y Y

Is your diabetes? Type 1 Type 2

How is your diabetes controlled? Diet only Non-insulin (tablet/injection) Insulin

Please list all the medication you CURRENTLY take, and how often you take each of them, the dosage and date medication commenced.

Medication	Dose prescribed	Date started

If this has changed, please advise your PREVIOUS treatment regimen.

Medication	Dosage	Date started	Date stopped

Have you been diagnosed with any of the following DIABETIC complications? If yes, please give details in the box provided below.

- Heart disease
- Retinopathy (excluding other eye disease)
- Neuropathy
- Kidney disease (protein in urine)
- Peripheral vascular disease (with ulceration)
- Amputation

Please give the last two readings for HbA1c:

Reading 1

Date: / /
D D M M Y Y Y Y

Reading 2

Date: / /
D D M M Y Y Y Y

Have you ever been admitted into hospital AS A RESULT OF YOUR DIABETES? Yes No If yes, when? / /
M M Y Y

How often do you monitor your own blood glucose levels?

Number of times

Frequency (please tick as appropriate)

- daily
- weekly
- fortnightly
- four-weekly
- monthly
- quarterly
- half yearly
- annually

Please provide any further information you think may be important.

Cancer, leukaemia, lymphoma, growth or tumour questionnaire

Please indicate who is completing

You:

Your Dependant:

Name:

Please complete a separate questionnaire if one is required for both you and the dependant. If you have a history of more than one type of cancer please complete a separate questionnaire for each.

What is the name or type of the tumour/malignant condition?

Where was the tumour located?

When was the tumour/condition first diagnosed?

Was the tumour: Benign Pre-cancerous Malignant

Do you know the staging of the tumour?

Please tick as appropriate

Stage

TNM

Modified Astler-Coller (MAC)

Figo classification

Dukes classification

Clark level

Breslow thickness

Ann Arbor classification

Do you know the grading of the tumour? Yes No

If yes, please give details:

PLEASE ENCLOSE COPIES OF ANY HOSPITAL LETTERS OR REPORTS ABOUT YOUR CANCER TO CONFIRM THE TYPE OF CANCER, STAGE, GRADE, AND TREATMENT RECEIVED.

Please tick the box that most closely describes the nature of the tumour

Carcinoma-in-situ (stage O, Tis, Ta)

Only local tumour growth

Tumour invaded adjacent lymph nodes

Tumour invaded distant lymph nodes

If yes, please advise number of nodes affected and location

Tumour spread to distant organs (distant metastases) If so, where

In the case of prostate cancer, please advise where known

Current Prostate Specific Antigen (PSA) level

Date recorded: / /

Pre-treatment PSA level

Date recorded: / /

Gleason Score

Date recorded: / /

In the case of breast cancer, please advise where known

Breast Cancer Hormone Receptor Status

Did you have, or are you due to have, any of the following as a result of your tumour or malignant condition (eg. Leukaemia):

Surgery

Type of surgery:

Date: / /
M M Y Y

Chemotherapy

Date commenced / /
M M Y Y

Date ended: / /
M M Y Y

Radiotherapy (including brachytherapy)

Date commenced / /
M M Y Y

Date ended: / /
M M Y Y

Bone marrow/stem cell transplant

Date commenced / /
M M Y Y

Date ended: / /
M M Y Y

Hormone therapy

Date commenced / /
M M Y Y

Date ended: / /
M M Y Y

Other

(eg. BCG, HIFU, Immunotherapy)

(Please give full details and advise of date of treatment)

Has there been any recurrence in the same location? Yes No If yes, please advise date, staging, treatment:

What medication are you currently taking for this condition?

Name of medication	Dose prescribed	Frequency	Date medication commenced
1			
2			
3			
4			
5			

When was your last tumour follow-up appointment with your treating doctor/hospital consultant: / /
M M Y Y

Have you now been discharged? Yes No

Please provide any further information you think may be important.

Stroke questionnaire

Please indicate who is completing

You:

Your Dependant:

Name:

Please complete a separate stroke questionnaire if one is required for both you and the dependant.

Please enclose copies of any hospital letters or reports about your stroke(s).

Please advise which of the following you have been diagnosed with:

CVA(Cerebrovascular Accident - major stroke)

SAH (Subarachnoid Haemorrhage)

Cerebral haemorrhage/bleed

TIA(Transient Ischaemic Attack - mini stroke)

Episode/type (e.g.CVA, TIA)	Date	Part of body affected	Duration of initial symptoms	Duration until full recovery

Please advise of any of the following ongoing problems due to your stroke:

Speech difficulties

Vision impairment Paralysis arm

Paralysis leg

Short-term memory loss

What medication are you CURRENTLY taking for this condition?

Name of medication	Dose prescribed	Frequency	Date commenced
1			
2			
3			
4			
5			

Are you under follow-up or have you now been discharged? Still under follow-up Discharged

Name of your consultant

Name of hospital

Please provide any further information you think may be important.

PLEASE ALSO COMPLETE THE ACTIVITIES OF DAILY LIVING QUESTIONNAIRE ON PAGE 13

Respiratory/lung disease questionnaire

Please indicate who is completing

You: Your Dependant: Name:

Please complete a separate respiratory/lung disease questionnaire if one is required for both you and the dependant.

Please advise which of the following you have been diagnosed with:

- Chronic obstructive airways/pulmonary disease (COAD/COPD)
- Emphysema
- Bronchiectasis
- Pneumoconiosis (a type of lung disease related to occupation)
- Asbestosis
- Asthma
- Pleural plaques
- Sleep apnoea

Date of diagnosis

M	M	/	Y	Y
M	M	/	Y	Y
M	M	/	Y	Y
M	M	/	Y	Y
M	M	/	Y	Y
M	M	/	Y	Y
M	M	/	Y	Y
M	M	/	Y	Y

Other Please specify

Is your current lung function:

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| Unaffected | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Minimally impaired (FEV1 greater than 70%) | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Moderately impaired (FEV1 50-70%) | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Severely impaired (FEV1 less than 50%) | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |

Do any of the following apply due to your respiratory lung condition? Never Some of the time Most of the time Always

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Chest infections | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Need for home oxygen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Need for a continuous positive airway pressure (CPAP) breathing machine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Signs of cor pulmonale (right heart failure due to lung disease) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Breathlessness walking from room to room | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Breathlessness climbing stairs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Breathlessness when lying flat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oral steroids (in tablet form only e.g. Prednisolone) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Have you been admitted to hospital for your respiratory/lung disease? Never Once More than once

Last admission / - /

What medication are you currently taking for your respiratory/lung disease?

Name of medication	Dose prescribed	Frequency	Date medication commenced

Please provide any further information you think may be important.

Multiple sclerosis questionnaire

Please indicate who is completing

You:

Your Dependant:

Name:

Please complete a separate multiple sclerosis questionnaire if one is required for both you and the dependant.

When was your Multiple Sclerosis diagnosed?

/
M M Y Y

Please advise subtype, if known:

Relapsing remitting

Secondary progressive

Primary progressive

Progressive relapsing

Please advise number of attacks in the last 5 years:

What medication are you currently taking?

Name of medication	Dose prescribed	Frequency	Date medication commenced

Have you been admitted to hospital due to your multiple sclerosis?

Never

Once

More than once

Last admission

/
M M Y Y

Do you have, or have you had, any of the following in relation to your multiple sclerosis?

Bladder incontinence/self-catheterisation

Yes

No

Secondary infection (eg. pneumonia)

Yes

No

Progressive mental deterioration

Yes

No

Impairment of vision

Yes

No

Impairment of speech

Yes

No

Paralysis of a limb

Yes

No

Use of steroids (eg. prednisolone) on more than 1 occasion

Yes

No

Please provide any further information you think may be important.

PLEASE ALSO COMPLETE THE ACTIVITIES OF DAILY LIVING QUESTIONNAIRE ON PAGE 13

Other neurological condition questionnaire

Please indicate who is completing

You:

Your Dependant:

Name:

Please complete a separate neurological questionnaire if one is required for both you and the dependant.

Please advise which of the following you have been diagnosed with:

- Senile dementia
 Vascular dementia
 Alzheimer's disease
 Parkinson's disease
 Motor neurone disease

Date of diagnosis

M M / Y Y

M M / Y Y

M M / Y Y

M M / Y Y

M M / Y Y

Other Please specify (including date of diagnosis)

Have you been admitted to hospital due to your neurological condition? Never Once More than once

Last admission
M M / Y Y

Do you have, or have you had, any of the following symptoms in relation to your neurological condition?

- Pressure sores Yes No
Falls Yes No
Tremors Yes No
Seizures Yes No

What medication are you currently taking in relation to your neurological condition?

Name of medication	Dose prescribed	Frequency	Date medication commenced

Please advise last MMSE (Mini Mental State Examination) score if known /30

Please provide any further information you think may be important.

PLEASE ALSO COMPLETE THE ACTIVITIES OF DAILY LIVING QUESTIONNAIRE ON PAGE 13

Activities of Daily Living (ADL) questionnaire

Please indicate who is completing

You:

Your Dependant:

Name:

Please complete a separate AOL questionnaire if one is required for both you and the dependant.

Please advise relevant diagnosis in relation to which you are completing this questionnaire:

Please tick one box from each of the following that most closely reflects your current condition

Dressing:

- Independent (including buttons, zips, laces etc.)
- Needs help, but can do about half unaided
- Dependent, requires full assistance

mobility:

- Independent (needs no assistance)
- Walks with assistance (frame/stick etc.)
- Wheelchair use - non-permanent
- Wheelchair use - permanent
- In need of daily nursing care
- Bedridden

Transferring:

- Independent
- Minor help, can sit unaided
- Major help
- Unable, no sitting balance

bladder:

- Continent
- Occasional accident (once a week)
- Incontinent/catheterised/unable to manage alone

bowels:

- Continent
- Occasional accident (once a week)
- Incontinent (or requires enema)

bathing:

- Independent
- Needs some assistance
- Dependent

Feeding:

- Independent
- Needs some help cutting, spreading butter etc.
- Unable (nasogastric tube/PEG tube in place)

Please advise any progression in the last 5 years:

- Rapid deterioration
- Deteriorating (impact to 2 or more ADLs above/acute episodes)
- Stable (no/minimal change)

Data Protection Act 1998

The information provided on this form, together with medical and other information about you provided in connection with this application, will be used for the operation of insurance which covers you.

This includes the process of underwriting, administration, claims management, rehabilitation and customer concern handling. In order to do this the information may be shared with group companies and third party insurers, re-insurers, insurance intermediaries and service providers.

Your data will be processed fairly and securely in accordance with the Data Protection Act 1998. Details of your rights under the Act, the data which the Provider holds, the data which may be passed to organisations outside of the Provider and the organisations which might be involved, can be obtained by writing to the Providers' Data Protection Officer.

Your personal data will be available to only those who need to see it. For example, sensitive data, such as medical records, will be used for the purposes of underwriting or claim management and rehabilitation and will be seen only by the people authorised by the Providers' Medical Officer or equivalent.

Please note that you are explicitly consenting to the processing of your medical data by signing and returning this document.

You are entitled to receive a copy of all your personal data held by contacting either your Financial Adviser or the Provider.

Please note that during the processing of any proposals and administration, information may be transferred outside the European Economic Area. You are consenting to this transfer by signing and returning this document.

Notice of Statutory Rights

Under the Access to Medical Reports Act 1988 and the Access to Personal Files and Medical Reports (Northern Ireland) Order 1991 and the Access to Health Records and Reports (Isle of Man) Act 1993 the Provider reserves the right to apply for a medical report from any doctor who has at any time attended you. The declaration gives us your consent to apply for such a report if we need to.

Your rights:

- You do not have to give your consent but, without it, the Provider will not be prepared to accept your request.
- If you do give your consent, you can indicate whether or not you wish to see any report before it is sent to us.

If you indicate that you do not wish to see any report 仕

- The doctor can forward it to us immediately and we should be able to process your proposal without delay.
- You can, however, still change your mind at any time within six months and notify the doctor that you wish to see the report. If the doctor has already forwarded the report to us, he/she will send you a copy and, if not, he/she will give you 21 days to arrange to see it.

If you indicated that you do wish to see any report 仕

- This may delay the processing of your proposal.
- The doctor is allowed to charge you a fee to cover the cost of supplying you with the report.
- You should follow the procedures outlined below.

Procedures for Access to Reports

1. If you indicate that you do wish to see any report we will notify you if we apply for one, and will inform the doctor of your wishes. You will then have 21 days to contact the doctor to arrange to see the report.
2. If you do see the report, the doctor must obtain your consent before sending it to us.
3. You have the right to request that the doctor amends any part of a report you consider incorrect or misleading, and can attach your written views on any part the doctor refuses to amend.
4. The doctor does not have to let you see any part of a report that he/she considers would be likely to cause serious harm to the physical or mental health of yourself or others, or that would indicate his/her intentions towards you. He/she also does not have to let you see any part that would be likely to disclose information about, or the identity of, another person who has supplied information about you, unless that person has consented or the information relates to, or has been supplied by, a health professional caring for you. If the doctor does not let you see any part of the report he/she must notify you of that fact.

Declaration and Consent

Please read, complete and sign this section.

I/We declare that the information and statements provided above are true and I/we have taken reasonable care to ensure that my/our answers to the questions asked are correct. I/We understand that if any information provided by me/us is subsequently found to be inaccurate the policy may be amended or cancelled in accordance with the Consumer Insurance (Disclosure and Representations) Act 2012. I understand that this may mean the benefits payable to me/us are reduced and in some instances the policy may be cancelled.

I/We agree that the Provider may obtain medical information from any doctor who, at any time, has attended me/us, about anything that affects my/our physical or mental health and/or any insurance office to which a proposal has been made on my/our life and I/we authorise the giving of such information. This consent shall remain valid throughout the duration of the insurance and after my/our death.

I/We agree that the Provider may apply for medical evidence. I/We authorise the Provider to pass medical information to any medical officer on the Providers behalf.

I/We accept the Provider will use the information I/we give for administration, underwriting, claims, research and statistical purposes. I/We agree the Provider may pass information about my/our physical or mental health or condition to medical practitioners and reinsurers.

I/We agree the Provider may pass the information to third parties for the prevention or detection of fraud, enabling assets to be rightfully claimed or where required by law or regulation.

I/We agree that a copy of this declaration and consent can be treated as the original.

I/We agree to the Provider processing my/our medical data.

I/We understand that I/we must inform the Provider without delay if there is a change to my/our health or circumstances before the commencement of the policy. I/We understand that failure to do so may result in amendment or cancellation of the policy in accordance with the Consumer Insurance (Disclosure and Representations) Act 2012.

I/We have been duly notified of my/our rights under the Access to Medical Information legislation as detailed overleaf governing access to medical records.

Please indicate which Provider/s you require annuity quotation terms from:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Aviva | <input checked="" type="checkbox"/> Canada Life | <input checked="" type="checkbox"/> Just Retirement | <input checked="" type="checkbox"/> Legal&General |
| <input checked="" type="checkbox"/> LV= | <input checked="" type="checkbox"/> MGMAvantage | <input checked="" type="checkbox"/> Partnership | |

The Provider/s who receive this completed form, may use some of the information to advise you by post or telephone of other products and services offered by themselves or by their business partners. If you do not wish to receive this material please tick this box. You Dependant

YOU – I do do not wish to see the report before it is sent to the Provider

YOUR DEPENDANT – I do do not wish to see the report before it is sent to the Provider

The Provider reserves the right to decline any requests.

The Provider is not on risk until a policy is issued by the Provider.

I/We have read and understood the notice regarding the Data Protection Act 1998 overleaf.

	YOU	DEPENDANT
Doctor's Name	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Address	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telephone number	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fax number	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	YOU	DEPENDANT
Name (BLOCK CAPITALS)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Signature	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

附錄三 期中報告審查意見回覆

審查意見	回覆
一、部分研究需求內容(如各國市場概況，包括保費收入、投保率、理賠金額等)尚未見諸於本次期中研究報告，請研究團隊續予研議，並就需求規格與報告章節頁數等列表說明。	遵照委員指示辦理
二、報告內容或有錯字(如報告第 3-7 頁倒數第 2、3 行出現日文符號)或語意不清(如報告第 3-69 頁倒數第 10 行開始實施一單一簡化的退休金稅制)，引用資料或非最新資料(如報告第 4-36 頁德國保費仍使用馬克單位)，部分文字僅列示英文而無中文名稱(如報告第 3-83 頁標題 Reverse Mortgage)，應予修正。另部分中文翻譯用語前後不一致(如英國社會年金制度中述及國家保險稅或國家保險費)，請一併檢視修正。	遵照委員意見修正
三、請就下開各項提供相關補充資料：	
(一)報告第 4-17 頁，照護需求分為三等級，請研議補充等級區分之標準。	遵照委員指示辦理
(二)報告第 4-25 頁，照護需求者得申請照護津貼，而非由服務人員獲取保險給付，請就現金補助和實物補助部分予以說明。	遵照委員指示辦理
(三)報告介紹各國不同類型商品，請補充推動相關商品監理配套措施，並研議哪些商品適合於台灣推行。	將於專家學者訪談及座談會辦理完成後，再進行相關資料補充及研議
(四)未來商業性長期照護保險之發展方向原則上係作為政策性長期照護保險之補充，請依此規劃方向提供較完整之介紹及建議。	將於專家學者訪談及座談會辦理完成後，於期末報告補充相關論述內容
(五)第 3 章、第 4 章關於主要國家之年金保險、長期照護保險制度及法令之介紹，較多篇幅著重於政策性保險部分，請就商業保險部分予以補強。	遵照委員指示辦理
(六)報告內容已有對主要國家之商業保險商品型態進行簡述，惟為進一步了解相關商品內容細節，請儘可能蒐集較具代表性之保險商品條款或簡介作為附件供參。	先經由專家學者訪談及座談會瞭解目前國外市場相關商品發展現況，再針對較具代表性之商品進行深入了解並蒐集相關資料
四、有關 Reverse Mortgage 乙節，應就商業 Reverse Mortgage 部分進行說明，如非屬商業年金保險部分，似可省略。	遵照委員指示辦理

審查意見	回覆
<p>五、稅式評估部分，請就商業長照保險及年金保險實施後，所帶來之其他效益進行量化分析，例如未來社會福利支出減少之數據、替代率提高之影響、長照保險及年金保險實施後，對產業發展所帶動之營業稅、營所稅、個人所得稅之增加及商業年金保險於年金保險給付時併入所得法第 14 條第 1 項第九類退職所得依法課稅，對政府稅收之影響，以整體評估商業長照保險及商業年金保險實施後，對政府整體財政、稅收之影響。</p>	<p>遵照委員指示辦理</p>
<p>六、請蒐集長照保險法草案。</p>	<p>遵照委員指示辦理，將於專家訪談時，與負責此業務之主管機關蒐集相關資料</p>

附錄四 訪談紀錄

中華民國人壽保險商業同業公會許舒博理事長訪談紀錄

一、受訪時間

2014 年 01 月 28 日 下午 13：30 至 14：30

二、受訪對象

許舒博(中華民國人壽保險商業同業公會理事長)

三、訪談人員

郝充仁(淡江大學保險學系副教授兼計畫主持人)

戴肇洋(臺灣綜合研究院研究員兼協同主持人)

蔡君怡(臺灣綜合研究院研究三所高級助理研究員兼計畫研究助理)

四、訪談摘要

(一) 為因應高齡化社會，商業個人及團體年金保險、長期照護保險對於補充現行社會安全制度缺口功能所存在之重要性與迫切性為何？

答：人口高齡化使得工作人口扶養高齡人口比逐年增加，根據台灣經建會統計資料，2012 年扶老比為 15.0%，預估至 2060 年將達到 77.7%，在子女扶養負擔沉重的情況下，棄養與托養問題及療養與安養機制的建立成為當務之急。

根據台灣內政部統計，2012 年台灣地區高齡人口已達 260 萬人，為加強照顧老人生活，政府發放的各項老人生活津貼領取人數超過 174 萬人，發放金額超過新台幣 1,000 億元，隨著老年人口快速增加，各式老年津貼及年金補貼規模日大，政府財政負擔日益沉重。

根據 2010 年台灣各年齡國民住院醫療統計資料，65 歲以上老年人口平均每日住院費用 5,906 元。長期照護需求(每月費用)：醫院的專業看護工約 66,000 元；外籍看護工、看護中心約 32,000 元~35,000 元；車禍求償時，看護工的計算標準為 19,047 元。

由於台灣目前超過一半民眾所得替代率低於 42.8%，遠低於經濟合作發展組織(OECD)建議的所得替代率 70%，故建議採取鼓(獎)勵性質購買商業個人及團體年金保險、長期照護保險以補充不足的 30%。

(二) 現行社會安全保險制度之下，勞工、公教人員、農漁民、軍人及一般國民等不同職業類別對象所得替代率情形？在相關稅負誘因之下，透過個人及團體年金保險及長期照護保險，其所得替代率變化情形為何？

答：台灣退休準備指數，也就是「所得替代率」為 42.8%，遠低於經濟合作發展組織(OECD)建議的所得替代率 70%。超過一半民眾的所得替代率低於 42.8%，100 個人當中只有 27 人符合 OECD 標準。顯示國內民眾退休準備，仍然不足。

台灣就業人數 1,100 萬，勞保佔 980 萬，約 90%。勞工保險年金為平均薪資*年資*1.55%。(平均投保 29,400 元)以年資 35 年，所得替代率估計 55.8%，但非實際薪資所得，為投保薪資。勞工退休金則是每月薪資 6%，再年金化。(平均 34,900 元)估計所得替代率約 15%。

建議可藉由遞延課稅、增加扣抵稅額(例如 24000→26000)鼓勵勞工購買商業個人及團體年金保險、長期照護保險

(三) 在規劃未來健全發展及有效推廣個人及團體年金保險、長期照護保險等保險商品時，對於其商品設計、費率、資產負債管理、準備金及推動監理誘因等實務作法及法規增修有何相關具體可行之建議？

答：未來保險業將積極爭取放寬壽險海外投資包含不動產、債券，甚至海外有擔保放款等共 9 大項目，以強化保險業資金運用。此外，新型化保單開發與規劃亦將持續進行。

未來保險業者的經營機會與方向如下：

1.研發高齡化相關之保險商品

- 具保險金提前給付條款之商品
- 長期照護保險
- 老年特定疾病或意外傷害保險
- 遞延年金保險
- 團體年金保險

2.轉投資或投資改善老年生活環境或市場之企業股票

- 長期照護機構或醫療器材研發公司
- 輔具或接送工具
- 殯葬事業之投資
- 老年休閒娛樂業

3.轉為資產管理角色

- 退休金準備之理財商品，提供資產管理功能
- 成為勞退帳戶自選平台之連結標的
- 提供多幣別之商品供選擇(台幣、人民幣、美元、歐元、澳幣)
- 類全委之投資型保單操作

4.專案運用與社會福利事業之資金運用

- 投資地上權，興建社福設施供政府辦理社會福利措施之利用
- 參與 BOT 案件
- 參與相關事業之放款
- 購買債權之資金運用

5.終身保險之有效契約活化

- 轉為住院醫療給付
- 轉為生存年金給付

6.服務界面的改變

- 遠距居家的保險服務
- 3C 的工具加強
- 由發生事故給付，到預防服務的引入

財團法人保險事業發展中心訪談紀錄

一、受訪時間

2014 年 03 月 21 日 下午 13：30 至 15：30

二、受訪對象

財團法人保險事業發展中心

三、訪談人員

郝充仁(淡江大學保險學系副教授兼計畫主持人)

戴肇洋(臺灣綜合研究院研究員兼協同主持人)

蔡君怡(臺灣綜合研究院研究三所高級助理研究員兼計畫研究助理)

陳珮蓉(淡江大學保險學系研究生)

四、訪談摘要

- (一) 關於國外個人及團體年金保險之相關規範內容及制度背景，建議可至北美精算學會(SOA)網站搜尋。
- (二) 目前國內尚無長期照護保險之相關規範內容，僅可比照醫療健康險，相關資料建議可至中國民國精算學會搜尋長年期健康險精算實務處理準則之相關規範內容。

勞動部基金運用局訪談紀錄

一、受訪時間

2014 年 04 月 22 日 上午 09：30 至 11：30

二、受訪對象

勞動部基金運用局

三、訪談人員

郝充仁(淡江大學保險學系副教授兼計畫主持人)

戴肇洋(臺灣綜合研究院研究員兼協同主持人)

蔡君怡(臺灣綜合研究院研究三所高級助理研究員兼計畫研究助理)

彭康鈞(臺灣綜合研究院研究三所高級助理研究員)

四、訪談摘要

- (一) 勞退新制基金一年增加約一千四百億元，而勞退基金至今也淨賺了 2,225 億元。儘管如此，基金運用局在全球投資策略上仍有努力進步的空間。此外，OTC 上市櫃的股票基金運用局皆有投資，除了投資一些 ETF 及上市公司之外，基金運用局亦有研究 OTC 的商品。至於 F 股的投資部份，目前只有勞退基金在進行投資，過去行政院有在檢視，但發現效益不佳，所以現在開放投資 OTC 小型股。
- (二) 自營和委外有一些差異性，委外的部分有設定目標，通常跟自營的目標不一樣。就整個資產配置而言兩者不同，大概 93 年委外都是在操作投資報酬，而自營是相對報酬，所以在不同的前提下，績效當然也有所不同。

衛生福利部社會保險司訪談紀錄

一、受訪時間

2014年06月20日 下午15:00至17:00

二、受訪對象

曲同光(衛生福利部社會保險司司長)

三、訪談人員

郝充仁(淡江大學保險學系副教授兼計畫主持人)

蔡君怡(臺灣綜合研究院研究三所高級助理研究員兼計畫研究助理)

陳珮蓉(淡江大學保險學系研究生)

四、訪談摘要

(一) 政府對長期照顧服務機構分級，目前執行之情形。

答：基本上，機構式長期照顧服務並非為政府主要推動重點，反而比較鼓勵採用居家式與社區型之長期照顧服務，機構式長期照顧服務只會提供給重度失能者，因此目前並未特別針對長期照顧服務機構做分級的規劃。

對於政府提供的長期照顧服務而言，給付的基本要件是先定義”失能”，再經過評估失能的分類等級(輕度、中度、重度)，決定出給予當事人的給付額度水準，最後由當事人自己決定並選擇想要的給付方式。

商業保險可參考社會保險評估失能之分級與給付額度，再決定是否具有經營利基，此部分也可能是未來商業保險可以介入經營的部分。

(二) 各縣市政府長期照顧中心，目前的功能與定位為何？

答：長期照顧服務主要重點在於是以”評估”為基準，未來將在各縣市設立許多專門辦理”評估”的辦公室，資本來自於中央政府，評估管理則下放至各縣市，各縣市辦公室的人力將以契約聘用為主。

(三) 未來在推動公有的長期照護保險，有關認定的機制為何？

答：由長期照顧服務評估者(care manager)量化評估後，輸入系統跑出評估結果等資料，再由保險人(衛生署)核定，最後採用保險人核定之結果作為認定標準。

(四) 未來商業保險公司若設計分級式長期照護服務保險，有關認定之部分，如何與公有長期照護保險結合？

答：未來政府提供的公有長照保險僅提供基本保障，會將評估失能的結果分為

輕度、中度、重度三部分，給予不同的額度，這部分類似所謂的”分級”概念，給付的內容主要以實物給付為主，但仍具現金給付的概念，會規畫給照護失能者家屬的現金給付額度；至於差額自費的部分，則是未來商業保險公司可發揮的空間，可參考客戶需求開發新保單。

(五) 未來商業長期照護保險之給付方式，將採取現金給付與實物給付之多元型態，其與社會保險之結合是否更順暢？

答：目前法條規定，超過基本額度的自費部分，服務提供者(如：醫院、診所、長期照護中心)須將自費價格向保險人報備，讓保險人可檢視自費部分額度是否合理。

未來保險局有可能介入長期照護保險自費市場，但預期介入程度不會太高。

銓敘部退撫司訪談紀錄

一、受訪時間

2014年06月27日 上午10:00至12:00

二、受訪對象

呂明泰(銓敘部退撫司司長)

三、訪談人員

郝充仁(淡江大學保險學系副教授兼計畫主持人)

戴肇洋(台灣綜合研究院研究員兼協同主持人)

吳濟安(臺灣綜合研究院研究員兼副研究員)

陳珮蓉(淡江大學保險學系研究生)

四、訪談摘要

(一) 請說明目前軍公教退撫制度運作的現況。

答：軍人保險早在民國98年已出現收支不足之情形，目前現金流量也已呈現負值，預估基金規模僅剩兩至三年。其原因在於舊有的給付制度尚有缺失，例如：撫慰金，軍人之遺屬在不用負擔任何費用下，即可領取半薪……等原因，造成軍人基金出現現金支出大於流入的情形。

公務人員退撫基金，由於設立時當局對未來預期較為樂觀，再加上為鼓勵公務人員提撥，制定較低的提撥率，且允許雇主採不足額提撥。現今隨著退休人數逐年成長與退休年齡逐漸下降之影響，造成該基金沉重之負擔。根據

第五回退撫基金精算報告案，公務人員退撫基金將於民國 109 年出現收支不足之情形。

(二) 日前貴單位在規畫多層次年金制度，目前的推動狀況為何？

答：希望設立新的退撫基金採確定提撥制，且為維持舊有退撫基金一定的現金流量，在確定給付制的部分保留約 30% 至 40% 的現金流量，其餘部分則以確定提撥制取代並且採完全足額提撥，另外政府實施相對提撥鼓勵公務人員提高提撥比率，當公務人員提撥得越多，雇主相對提撥得越多，但雇主相對提撥的部分則設有上限。

(三) 為了要搭配多層次年金制度的推動，有何配套措施要執行？

答：多層次年金從設立開始，須累積一筆足夠基金，才有辦法進行投資。因此政府為鼓勵公務人員的提撥率，政府採相對提撥制，意即公務人員提撥的越多，政府相對提撥越多，但是相對提撥率必須設有上限。稅賦方面則採取稅賦遞延，在提撥部分將不予以課稅，直到退休時再扣除最低的稅額。

關於投資標的之設計，政府須委託專業經理人，依照風險程度的不同設置三至五檔基金(例如:保守穩健型、積極型...等)，但是，當專業經理人所設計投資組合成效不足時，主管機關必須設有退場機制。就投資標的方面，公務人員可依照個人風險趨避程度選擇適合之投資標的，若是公務人員對於投資方面，知識及資訊較為不足時，政府可提供的教育訓練，或是在帳戶管理系統中提供相關資訊來幫助公務人員選擇投資標的。在帳戶管理方面，希望能夠提供完整且透明之資訊給投資人，例如：澳洲所採行之帳戶管理，當事人可以每天調整投資組合，而台灣則可採行每年可調整幾次為限。

另外為延後人員退休，建議應設定賦益權的部分，例如：美國 ERISA 對於賦益權，要求人員必須服務滿一定年資，才可獲得一定比率之退休金。就台灣而言，本單位希望公務人員需服務滿十年，才可獲得退休金。

(四) 目前金管會在規畫年金保險制度的建置，有哪些地方能與貴單位目前推動的事項相結合？

答：就年金保險制度規劃而言，下列三項在制度規劃上應多加注意：

1. 閉鎖期：類似於美國適格年金之概念，亦即規定一個合格退休年金之條件，符合者則雇主所提撥之退休金可認列為費用，可作為企業節稅之誘因。
2. 遞延課稅：員工在提撥的當年度將不予以課稅，直到領取退休金時再扣除最低的稅額，間接鼓勵員工提撥，又可達到節稅之功效。

- 3.賦益權：以美國 ERISA 為例，要求參與計畫人員必須服務滿一定年資，才可獲得一定比率之退休金。其計畫內對於賦益權之設定可分為三種：
- (1)員工服務滿五年可賦予 25%之賦益權。其後以每增加一年增加 5%，直到滿十年後每年增加 10%，滿十五年後則增加為 100%的賦益權。
 - (2)員工服務滿十年後，賦益權可 100%屬於該員工。
 - (3)員工服務達十年或服務年資至少五年再加上實際年齡等於四十五歲時，可享有 50%的賦益權，其後每增加一年賦益權增加 10%，五年後則享有 100%之賦益權。

附錄五 座談會議紀錄

第一次學者專家座談會議紀錄

一、會議時間

中華民國 103 年 5 月 9 日上午 10:00 至 12:00

二、會議地點

台灣綜合研究院台北辦事處(地址:台北市敦化南路一段 2 號 IBM 大樓 4 樓)

三、主持人

郝充仁 (淡江大學保險學系副教授)

四、與會人員 (以下依類別姓氏筆劃臚列)

曲同光 (衛生福利部社會保險司司長)

余依靜 (衛生福利部護理及健康照護司技正)

呂明泰 (銓敘部退撫司司長)

倪麗心 (財政部賦稅署專門委員)

謝明峰 (國防部資源規劃司中校)

魏木樹 (國防部資源規劃司簡任編傳)

詹火生 (國家政策研究發展基金會社會安全組召集人)

鄭清霞 (中正大學社會福利學系副教授)

賴本隊 (朝陽科技大學保險金融管理系教授)

陳俐君 (金融監督管理委員會保險局科長)

林淑娟 (金融監督管理委員會保險局秘書)

黃正宗 (金融監督管理委員會保險局專員)

郝充仁 (淡江大學保險學系副教授)

戴肇洋 (台灣綜合研究院主任兼研究員)

黃琪斐 (台灣綜合研究院兼任副研究員)

蔡君怡 (台灣綜合研究院助理研究員)

五、紀錄

蔡君怡 (台灣綜合研究院助理研究員)

六、會議記錄

(一) 主席致詞：略

(二) 執行單位背景說明—財團法人台灣綜合研究院簡報：略

(三) 討論提綱：

1. 請說明建構相關社會保險與年金制度之源起與目的。

2. 請說明目前相關社會保險與年金制度，在運作上所面臨之問題。
3. 若政府提供相關稅賦誘因給年金保險與長期照護保險，對目前社會保險與年金制度有何助益？
4. 未來政府所提供之相關社會保險與年金制度，要如何與商業保險整合？有無配套措施要建置？

(四) 與會貴賓發言重點：

1. 國家政策研究發展基金會社會安全組召集人詹火生教授
 - (1)建議更清楚釐清國家對於現行社會保險體系及商業保險體系之制度及政策為何。
 - (2)軍公教中，軍人部分需要特別留意，由於軍人退休是由”制度”來決定，未來國防部處理得好不好，將會影響到未來募兵制的招募狀況。
 - (3)建議可站在國家角度，對於各種不同社會體制區塊(cross-sector)，服務年資及領取金額如何合併計算等部分進行思考。
 - (4)建議找出國家在第一層(主要由政府負擔)及第二層(主要由雇主負擔)不同社會體制區塊應提供多少所得替代率及津貼金額。
 - (5)第三層的部分，如何鼓勵民眾自行購買商業年金保險並建立誘因機制(例如提供稅賦優惠等)。
 - (6)建議將簡報第 25 頁標題修改為我國長期照護”商業”保險現況。
2. 中正大學社會福利學系鄭清霞副教授
 - (1)目前我國長期照護保險法尚在規劃中，希望未來建置出社會性長期照護保險資料庫，整合盛行率、發生率及長照期間等基礎資料，以利商業長期照護保險後續規劃，並有助於社會性長期照護保險與商業長期照護保險互相搭配。
 - (2)資格評估：商業長期照護保險部分之後可以沿用公共長期照護保險之評估體系，此舉將可大幅降低其行政成本。
 - (3)給付項目：商業長期照護保險及公共長期照護保險可以互相搭配的包括自付額與自付項目兩部分。
 - (4)公共長期照護保險須先確立之後，再發展私人長期照護保險。商業長期照護保險設計規劃上，須考量不同民眾的繳費能力、是否包含在企業福利項目等因素。
 - (5)未來民眾自行購買部分(私領域)，是否可取代或抵銷掉基礎年金部分，亦可享有部分稅賦優惠(政府提供稅賦誘因)。
3. 朝陽科技大學保險金融管理系賴本隊教授
 - (1)生活支出與醫療支出皆是未來退休生活的重點開銷。
 - (2)未來長期照護保險法與相關配套出來後，年金保險可參考長期照護保險相關規定規劃其架構。
 - (3)建議政府給予租稅優惠(遞延課稅之方式：支付時免稅，給付時課稅)以鼓勵年金保險與長期照護保險之購買，甚至可考慮給予不限額度的免稅優

惠。

4. 衛生福利部社會保險司曲同光司長

(1)目前衛生福利部社會保險司主要管轄範圍僅包含全民健康保險、國民年金保險與長期照護保險三部分。

(2)全民健康保險是純粹的實物給付，依照個別投保民眾經濟能力決定其支付保費的金額，但每位民眾得到的保險給付完全相同，非常強調自助互助功能，此特性與商業保險大不相同；此部分亦容易產生道德危機，須請主管機關特別留意；此外，全民健保的保費是全額扣抵，無上限。

(3)國民年金保險是純粹的現金給付，提供的是非常基本的保障，但其投資報酬率高，政府至少補助 45%；目前國保與勞保雖然是分開給付，但兩者年資是採行合併計算，未來希望亦可與公保年資併計。

(4)長期照護保險屬於綜合型的，以實物給付為主，現金給付為輔，5 月份起將舉辦北中南東共五場長期照護保險說明會，社會性長期照護保險在設計上是提供某種程度上的基本給付，故商業長期照護保險的發展空間比較大。

5. 衛生福利部護理及健康照護司余依靜技正

(1)今年(103 年)1 月 8 日長期照護服務法在立法院一讀通過，未來將是衛政及社政整合的指標。

(2)長期照護政策僅適用於一定條件的對象，也就是針對身心失能持續已(或預期)達 6 個月以上之失能者，因此並非針對所有老年人口，目前符合條件的失能者約僅占所有老年人口 17%-18%。

(3)長期服務網主要是對於資源的盤點，對於資源、人力、機構短中長期不足的地方進行培植與補充，未來長期照護也會提供居家式、社區式及機構式，目前最缺乏的是居家式服務，希望資源能導向此方面進行加強。

(4)資格評估：長期照管中心可進行評估。

6. 銓敘部退撫司呂明泰司長

(1)目前公務人員部分尚未建構出完整的多層年金制度，但公務人員第一層加上第二層已經超過 100%，給予的條件非常好，但以未來國家發展考量，建構多層年金制度是必要且合理的。

(2)我國目前第一層社會年金保險內容非常紛雜，雖然建議將各職業族群第一層社會年金保險整合成一單純社會基層年金保險，但由於實務上困難度非常高，短時間也無法馬上達成，因此建議短期內應先將各職業族群社會年金保險條件趨於一致，後續才能順利進行第一層社會年金保險之整合。

(3)期望未來能建構公務人員第三層自主年金，目前研究內容主要參考美國 TSP。若因建構第三層自主年金而使未來第一層及第二層政府支出可因此降低，將可補足政府因給予第三層稅賦優惠而導致稅收繳少的部分。

7. 國防部資源規劃司謝明峰中校

(1)主要針對軍人保險部分進行說明，第一層的軍人保險這次沒有配合公保

或其他保險進行年金轉型，主要是因為軍人保險之特性，原本採取一次給付就結束的方式，若在整體完整配套尚未建構完成時，就改成年金型給付，可能反而使軍人保險財務惡化速度加快，但未來仍希望找出合適的方法使軍人保險也有年金給付的型態或是與其他第一層社會年金保險進行整合。

(2)由於很多軍人風險等級高，買不到商業保險，因此從去年起開始規劃軍人保險第三層的部分，後續仍將對於許多細項因素與內容審慎考量並與相關單位持續溝通瞭解。

8. 國防部資源規劃司魏木樹簡任編傳

(1)主要針對年金制度改革部分進行說明，軍人在每個階級都有設定一個退伍年限，退休期間通常比一般民眾早且軍人有 70% 以上皆是領取一次退休金，因此產生年金可能破產等相關問題，後續將配合多重年金改革。

(2)募兵制的特色為役期特別短(僅有四年)，且之後的留營率低，因此針對短役期人員鼓勵留營，希望未來採取攜帶式年金方式，以增加募兵制誘因；針對長役期人員則鼓勵繼續留營至最大年齡，此舉對於部隊人力補充及退撫基金健全將會有正面幫助，上述做法主要是參考公務人員退休辦法進行規劃，規劃內容目前正在立法院審議中。

9. 財政部賦稅署倪麗心專門委員

(1)長期照護保險部分：由於目前長期照護服務法及長期照護保險法尚未完成立法，因此須先完成立法後，後續租稅部分才能配合研議。

(2)年金保險部分：前端定額免稅，後續領取時全部免稅，此方式在國際上算是非常優惠，比日本年金稅制更加優惠，未來若要調整，需要再進行進一步整體評估考量。

(3)在政府資源有限下，若未來採遞延課稅，前端免稅額度是否可增加須慎重考量，亦即免稅時點與額度之調整皆須再進行詳細評估與研究，建議可參考勞退之課稅方式。

第二次學者專家座談會議紀錄

一、會議時間

中華民國 103 年 7 月 31 日下午 14:30 至 16:30

二、會議地點

台灣綜合研究院台北辦事處(地址：台北市敦化南路一段 2 號 IBM 大樓 4 樓)

三、主持人

郝充仁 (淡江大學保險學系副教授)

四、與會人員 (以下依類別姓氏筆劃臚列)

吳俊宏 (國泰人壽協理)

李榮俊 (南山人壽資深經理)

廖運宏 (富邦人壽資深協理)
蔡吉盛 (台銀人壽總經理)
賴本隊 (朝陽科技大學保險金融管理系教授)
陳俐君 (金融監督管理委員會保險局科長)
林怡羣 (金融監督管理委員會保險局稽核)
黃正宗 (金融監督管理委員會保險局專員)
郝充仁 (淡江大學保險學系副教授)
戴肇洋 (台灣綜合研究院主任兼研究員)
蔡君怡 (台灣綜合研究院助理研究員)
陳珮蓉 (台灣綜合研究院助理研究員)

五、紀錄

蔡君怡 (台灣綜合研究院助理研究員)

六、會議記錄

(一) 主席致詞：略

(二) 執行單位背景說明—財團法人台灣綜合研究院簡報：略

(三) 討論提綱：

1. 貴公司在經營長期照護保險與年金保險之業績狀況，與所面臨之問題。
2. 國外推動強化年金已一段時間，對年金保險之推廣，有一定之效應。若國內引進相關制度，對未來年金保險之發展，是否有助益? 有哪些配套措施要執行?
3. 最近一段時間，政府在推動年金改革，推出多層次年金制度，引進美國 TSP 年金方案。若國內要推廣此模式，有何配套措施要提出?
4. 政府未來要推動公有長期照護保險，其運作方式將會參考先進國家(如德國或日本)，公有長期照護保險已實施一段時間，而民間業者也順勢推出分級式長期照護保險因應之。若相關制度推行至國內，是否可行? 對長期照護保險商品之推動是否有助益? 有何配套措施?

(四) 與會貴賓發言重點：

1. 國泰人壽吳俊宏協理

回應討論題綱 1

(1) 長期照護保險：

A. 102 年新契約件數約 2 萬件，有效契約件數約 25 萬件，有效契約件數佔率註約 1.6%

【註】長看有效契約件數/全公司有效契約件數

B. 本公司推動長看險所面臨的問題：

(A) 民眾對長期看護風險意識不足、接受度不高

(B) 商品內容複雜(長看狀態認定標準不一)間接影響業務員銷售意願

(C) 理賠經驗尚少，發生率主要來自再保公司

→ 對於未來趨勢預測較無把握

(2) 年金保險：

A. 102年新契約件數約2萬件，有效契約件數約11萬件，有效契約件數佔率註約0.7%，目前已年金化之有效契約件數為18件

【註】年金險有效契約件數/全公司有效契約件數

B.本公司推動年金險所面臨的問題：

(A)年金率偏低 購買年金險保戶多短期解約，實際進入年金化者少

(B)年金險之佣金低 業務員銷售意願低

(C)考量長壽風險，對於年金險之推動有所疑慮

回應討論題綱 2

(1) 強化年金：給予弱體件較高年金率以吸引其投保年金險

常見的強化年金保險種類如下：

A.Smoker Annuities：

以吸煙及非吸煙來區別，而吸煙的判定主要是根據過去十年是否有一天超過10根煙的規定，由於吸煙者的健康狀況較不好，因此，在此年金的設計下，吸煙者可以較傳統年金的設計多領約10%以上。主要的核保是透過醫生的報告如尿液檢測。

B.Socio-Geographic Annuities：

常見的主要有依職業以及居住地區的不同來區分年金率，主要的核保是透過要保書上告知的職業與居住地來判定。

C.Health-Indicator Annuities：

根據健康的指標來分類的年金保險，例如血壓、糖尿病等指標，通常是將平均餘命類似的群體納入同一個費率。在核保上主要是透過問卷調查，相關問卷項目如有無高血壓、糖尿病及心臟病等。

D.Impaired Annuities：

此年金主要考量一些較嚴重的疾病作為分類，例如阿茲默症（Alzheimer's disease）、高血壓（Hypertension）等。

(A)依過往經驗，新型態商品的開發是有利刺激保險商品的銷售

(B)惟客觀而言，考量現行民眾對年金險接受度不高加以市場處於低利狀況，強化年金之推動對於現行年金險推動助益應不大

(2) 配套措施：

A.無強化年金生命表→應強化相關發生率的掌握與研究或建議由主管機關統一提供相關發生率

(A)在強化年金的商品設計上，主要的重點為死亡率的評估，而目前臺灣年金險計算年金金額的預定危險發生率依法令規定，為臺灣壽險業第二回年金生命表為基礎，由各公司自行訂定，惟有年金化的發生率經驗尚少，因此有關發生率的掌握與研究應被加強以利該類商品的推動。

(B)此外若可如同優體保單經驗，由主管機關統一提供強化年金生命表，以避免保險公司經由再保公司所得之發生率與國內實際狀況有所落差

B.建議比照適格年金險規範，提供稅賦優惠

現行正討論針對適格年金險，提供保戶稅賦優惠→建議將強化年金納入適格年金範圍，提供購買強化年金之保戶稅賦優惠以提昇投保意願

回應討論題綱 3

(1) 勞退企業年金的改革

現行勞工退休金制度主要問題點為勞工自提比率偏低(註 1)及政府保證基金投資績效不佳(註 2)，故開放推動勞退自選平台以解決現有問題。

(2) 相關配套措施建議如下：

A.預設自提比率(例如 3%)，勞工若不願自提，需以書面申請

係參考國外做法，如新加坡、香港均強制勞工自提，美國、澳洲也因稅賦因素自提比例高(詳附件(各國企業退休金比較))。

更強烈的建議是強制自提比例(例如 3%)

註 1：目前僅約 6% 勞工有額外提撥，平均之額外提撥率約 5.3%。

註 2：開辦至今收益率如下：

年度	94	95	96	97	98	99	100	101	102
帳戶收益率(%)	1.53	1.62	0.42	-6.06	11.84	1.54	-3.95	4.50	6.58
保證收益率(%)	1.93	2.16	2.43	2.65	0.92	1.05	1.31	0.97	0.97

資料來源：102 年勞退年報

B.重視教育訓練

由私校退撫自 102/1/1 起開放自選投資標的，但由其實施的經驗顯示，至 103/5/30 指仍有高達 95% 的資產仍投資於有政府 2 年定存保證的保守型標的，顯示私校教師族群可能相當保守，但依據近期商業週刊報導，其中一個主要原因為教育面因素，雖政府持續推廣理財教育，但成效依然不彰，民眾仍有「退休靠政府」的心態。

回應討論題綱 4

(1) 參考日本經驗，商業長看險定義可與公辦長照險相同

→建議公辦長照保險討論期間可將相關定義訊息傳遞給保險公司，以期可馬上與公辦保險接軌

【日本經驗】

觀察目前日本保險公司長看定義，如下表所示，大部分公司與公辦保險定義相同，而部分公司同時採用公辦或自訂標準，兩者條件皆可，但仍有少部分公司自訂標準，因此，可知日本商業長看險定義已逐漸向政策性保險靠攏。

長看定義	實施的公司
1.要照護2級~5級(公辦照護保險)	日本生命 第一生命
1.要照護2級~5級(公辦照護保險)或 2.達到壽險公司自訂條件	明治安田 富國生命
1.達到壽險公司自訂條件	住友生命

- (2) 無社會長看險定義之發生率→建議由主管機關統一提供
現行商業長看險定義約為暫定之社會長看險定義的中重度程度，且發生率來源主為再保公司，故若可由主管機關統一提供社會長看險定義的發生率，將有助於商業長看險與社會長看險的接軌
- (3) 另為提高保戶投保意願，建議針對適格長看險提供額外的稅賦優惠

2. 南山人壽李榮俊資深經理

- (1) 年金險在公司整體占有率不高，2012年約占10%(186億元)、2013年占6%(86億元)、2014上半年約占1%(10億元)
- (2) 傳統型年金因初期無法解約、無稅負優惠等因素，導致競爭力不足、銷售推動困難。利變型年金與變額年金亦有流動性不足、變動大、佣金低等因素，導致購買及銷售誘因下降。
- (3) 長期看護保險：過去新南山有銷售，當初是參考日本積分量表，但銷售一年多後下架。社會大眾對於長看險之定義需要再教育，且目前資料庫不足、認定經驗亦不足；
- (4) 對於多層次年金(美國 TSP)之看法
→需要政府對於此部分之細部配套措施，配合政策進行規劃。
- (5) 對於分級式長看險之看法
→分級制度一定要公部門與醫療單位共同配合，否則公信力不足，推動上也會產生困難。

3. 富邦人壽廖運宏資深協理

(1) 商業長看險現況

年度	長看險件數		健康保險件數		長看險/健康保險	
	新契約	有效契約	新契約	有效契約	新契約	有效契約
100	70,980	385,906	3,904,490	56,007,806	1.82%	0.69%
101	60,578	426,354	4,409,902	58,757,925	1.37%	0.73%
102	65,501	469,650	3,802,346	60,798,257	1.72%	0.77%

資料來源:壽險同業公會(僅統計個人險)

A. 長看險銷售不佳因素：

- (A)商品設計複雜，給付內容不易瞭解。
(B)低年齡族群預算排擠，無切身需求。

(C)高齡族群感到需求時，已經買不到或負擔不起。

(D)低利率使保障的成本大幅上升。

B. 長期照護體系現況問題

(A)缺乏穩定財源，涵蓋率不足。

(B)民眾偏好外籍看護，照護資源不易發展。

(C)照護服務人力待遇低，留任不易。

(D)資格核定標準不一，服務資源城鄉差距大。

(E)除獨居老人及少數失智者，給付以 ADL 為主。

C. 商品定價的挑戰

(A)長看的認知主觀，不易定義清楚。

(B)國內長照資源發展有限，缺乏可靠照護服務統計。

(C)家庭照顧能力的弱化，也改變了照顧模式。

(D)飲食及生活型態改變造成高血壓、糖尿病、過重、心血管疾病等風險因子盛行率大幅上升。

(E)醫療科技進步，不斷的延長失能需要照顧的期間。

(F)長期低利率環境。

(G)國外經驗理賠惡化，長壽風險疑慮增加，再保公司無法提供適當費率。

D. 理賠面臨的挑戰

(A)如何向一個行動不便、長期為病痛所苦或記憶退化的患者解釋他們可能不符合 ADL 要求。

(B)在美、德、日本等已提供長照保險的國家，都有獨立的判定機構。

(C)政府同時也是支付者，才能提供一個有效的控管機制。

E. 富邦人壽因應方案

→2011 年開發新商品以業界疾病定義做為理賠判定依據

F. 目前公司購買長看險之客戶大多為原有保戶，具排擠效應。

(2) 商業年金險現況

年度	年金險件數		壽險件數		年金險/壽保險	
	新契約	有效契約	新契約	有效契約	新契約	有效契約
100	142,664 (即期5件)	987,576	3,102,128	42,707,037	4.60%	2.31%
101	163,704 (即期15件)	979,181	3,397,420	44,148,301	4.82%	2.22%
102	299,304 (即期14件)	1,108,502	2,935,063	45,307,431	10.20%	2.45%

資料來源:壽險同業公會(僅統計個人險)

A. 年金險推動問題

- (A)無法解約，進入年金給付期前產生心理障礙。
- (B)年金表保守下，存活領取時間需夠長才能超過投入保費。
- (C)準備金利率低(躉繳/D>20 1.5%)，應考量客戶無法解約且屬長期性資產訂定(2.25%)。
- (D)稅制誘因不足。
- (E)M 型化社會右端高資產族群追求資產安全與成長，M 型左端族群在所得增加不易下優先尋求基本保障。
- (F)考量客戶無法解約，業界發展利變每月回饋之型態，效果與年金相當，但此部分主管機關將限縮。

B. 年金投資自選平台建議

- (A)退休金投資平台需透明化及有效監度，類似盈正炒股案發生，將產生民眾信任危機。
- (B)提高稅賦優惠，誘因增加後將可使民眾資源配置產生改變。

(3) 強化年金建議

- A.依據發展較盛行地區經驗，主要是以吸菸、職業、地區或其他疾病因子做年金給付區隔，其中以吸菸作為差別因子最為顯著。
- B.以吸菸為較快可行之推廣方向，但提供吸菸族群較高給付與希望保戶維持健康之訴求有所違背。
- C.無法解約及年金商品準備金利率仍佔年金推動之主要因素。

(4) 對於多層次年金(美國 TSP)之看法

→無特別看法，配合政府政策規劃設計並推動商品。

(5) 推動分級式長照險建議

- A.應先有官方獨立的判定機構，以做為民眾及商業保險信任之平台。
- B.政府亦有誘因做出量好管控(長看支付者)。
- C.分級式管理可合理化需求及給付內容，但需定期檢測可能增加額外監督成本及病患複檢亦受困擾需予以考量。

(6) 台灣長看險市場發展建議

- A.政府規劃長照制度的完整性，是商業長看險發展不可或缺的基礎。
- B.長照經驗資料的建立，有助於降低不確定性成本。
- C.長看險示範條款的制定，可減少理賠不一致的紛爭。
- D.賦稅優惠對於適格長看險的定義，可考慮結合死亡險或年金險提前給付的長看險，提供商品設計彈性。

4. 台銀人壽蔡吉盛總經理

(1) 長期看護險規劃於今年 10 月份才會推出；**年金險**(躉繳)目前已在台銀通路販售，銷售業績如下：100 年約 2.6 億元、101 年約 7.5 億元、102 年約 203 億元、103 年上半年約 60 億元，目前公司主要推動方向是長年期分期繳。

(2) 對於強化年金之看法

→等未來政策制度法令宣布後，配合銷售。

(3) 對於多層次年金(美國 TSP)之看法

→多層次年金之推動對於公營業者銷售相關商品具有機會，公教人員第一層與第二層年金降低後，所得替代率下降，第三層可仿照 TSP 辦理，但仍需視主管機關之辦理程序與相關規定(如：賦益權、遞延課稅)。

(4) 對於分級式長看險之看法

→未來將會配合政府政策推動商品。

5. 朝陽科技大學保險金融管理系賴本隊教授

(1) 長期照顧與年金是高齡化社會中的重要需求。

(2) 長照保險法需要盡快確立並通過，相關單位與業者未來才可比照辦理。

(3) 年金保險之問題有三：利率低、佣金低、無租稅優惠。

(4) 長期照護之分級很重要，公部門之標準先出來，再由商業長照補充。

(5) 政府先提供第一層基本年金，第二層則依個別服務單位不同而定，並提供租稅優惠以利第三層年金之推動。

附錄六 期末報告審查意見(第一次)回覆

章節頁碼	審查意見內容	研究團隊回覆
格式內容有所疏漏	請研究團隊補充中、英文摘要。	遵照委員意見辦理。
期中報告審查意見	<p>期末報告似乎並無完全針對委託研究需求全部撰寫。</p> <p>請依期中報告審查所提意見提供企畫需求規格與報告章節頁數對照表以供查對。</p>	遵照委員意見辦理。
	期中報告第 4-17 頁，照護需求分為三等級，請研議補充等級區分之標準。	區分照護需求等級主要將參採德國與日本經驗，並闡述於第七章，參見 P7-6、P7-11。
	期中報告第 4-25 頁，照護需求者得申請照護津貼，而非由服務人員獲取保險給付，請就現金補助和實物補助部分予以說明。	遵照委員意見修正。
	報告介紹各國不同類型商品，請補充推動相關商品監理配套措施，並研議哪些商品適合於臺灣推行。	參見 P6-44 各國經驗之比較及 P7-6、P7-9、P7-10、P7-11 建請研議推動強化年金及多層次年金運作並完善長期照護保險商品。
	為進一步了解相關商品內容細節，請儘可能蒐集較具代表性之保險商品條款或簡介作為附件供參。	參考附錄一與附錄二。
	請蒐集長照保險法草案	本項法案主管機關-衛生福利部尚在研擬中。
委託研究需求	本委外案主軸為個人年金、團體年金及長照險之商品設計、費率、資產負債管理、準備金及推動監理誘因，但目前提供之內容似未具焦上述事項（含建議事項），請詳予補充。	本研究案建議事項均歸納於第七章，敬請參閱。
	請補充國外關於個人年金、團體年金及長照險三者之相關作法，如費率、準備金、資產管理規範等，並補充是否涉有反映長壽風險之規範。	以補充關於長壽風險相關內容，參見 P6-45~P6-46。

章節頁碼	審查意見內容	研究團隊回覆
	在強化年金部分請提供制定管理規範具體內容重點之建議供參。	關於強化年金建議重點請參見 P7-10。
P2-34、35、36	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有關我國公務人員退休制度及賦稅制度之主管部會名稱似有出入請再檢視確認。 2. 專業經理人聘用制度與退場機制內容似屬對其他部會之建議事項，請審酌其適當性。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 遵照委員意見修正。 2. 遵照委員意見修正，已刪除該部分內容。
P2-39	第 2 行，表 2-33 應為表 2-34 之誤植，請修正。	遵照委員意見修正。
	研究團隊需確保外國法制最新性與正確性，第三章與第四章有關外國年金與長照法制部分，從參考文獻與內容觀之，研究團隊幾乎整理自國內其他單位研究報告，如王儷玲(2011、2006)、周台龍(2010)、江清謙(2009)、李世代(2009)等，因此，請研究團隊需確認該國法制是否有所變遷，以確保本研究內容品質。	上述資料透過相關管道確認，已酌予修正。
P4-7	第 2 行，提供長期看護保「費」應為提供長期看護保「險」之誤植，請修正。	遵照委員意見修正。
P4-21、22	投資型保險及反向抵押貸款並不以長照狀態為給付標準，本研究其他各國亦有此類商品，惟僅於介紹英國時將其列為長照保險之一類，其考量為何？	遵照委員意見修正，已刪除該部分內容。
第 4、6、7 章	關於德國的部分，仍有多處出現「馬克」，其資料是否過於久遠？，請修正。	遵照委員意見修正
P4-56	圖 4-2 所稱人口比例是否係與日本總人口數相比，倘是，則是否與表 4-23 是有存在矛盾？以 2008 年為例，生效保單約 2 百餘萬張，以日本破億總人口計算，擁有長照保險的人口比例應只有 2% 到 3% 左右，請修正。	圖 4-2 所稱人口比例是現有保單數量占 65 歲以上老年人口的比例。
p5-10	關於第 5 章第 2 節商業保險相關稅賦誘因及最適稅制估算短收稅額一節： (1) 報告逕以現行保險費免稅額 24,000 的八成為假設，應請該單位說明”八	(1)報告中以現行保險費免稅額 24,000 的八成 (19,200)

章節頁碼	審查意見內容	研究團隊回覆
	<p>成” 依據為何?及如何推論?</p> <p>(2)表 5-4 級距 50-113 萬元之稅率為 12%，核與財政部財稅資料中心編印之「綜合所得稅申報核定統計專冊」,表 6-2(099 年度)綜稅所得應納稅額及稅率各級距申報統計表，所列平均稅率 6.6%及有效稅率 3.54%不同，其他級距亦大有差距，應請再予檢視引用稅率之妥適性。</p> <p>(3)表 5-4 級距 50-113 萬元之購買商業年金人數計 553,895 人，與「綜合所得稅申報核定統計專冊」表 44-2(100 年度)綜稅列舉扣除細項戶數金額各級距申報統計表，表 6-2(099 年度)綜稅所得應納稅額及稅率各級距申報統計表，級距 50-113 萬元之不含全民健保保費之保險費採列舉扣除之納稅單位計 233,985(戶數)比較，似代表每一戶數約有 2.36 人會購買商業年金且均會採取列舉扣除報稅，核與「綜合所得稅申報核定統計專冊」公布之採保費列舉扣除額戶數佔整體納稅單位比例之平均值為 16.14%不符，請再檢視修正。</p> <p>(4) 關於表 5-10 保險公司繳納的營業稅及營所稅，請補列表列金額公式及數據來源。(P5-15)</p>	<p>為假設，此金額只是一個模擬數字，用來展現在某種稅優環境下，政府鼓勵民眾購買商業年金，可能帶來的好處，以及可能短收的稅額。未來委託單位在評估民眾購買商業年金的成效時，可就實際情況及所蒐集到的資料來調整免稅額度，而不用拘泥於此假設數據。</p> <p>(2)根據表 5-4，增加計算級距 50-113 萬若採平均稅率 6.6%：【短收稅額-列舉】與【短收稅額-標準】金額分別為 440,403,955 元及 261,491,789 元，這部分數據已列入表 5-4。</p> <p>(3)採列舉扣除額購買商業年金人數 = $33.7170\% \times 99.3268\% \times 1,037,744 = 347,541$；採標準扣除額購買商業年金人數 = $66.2830\% \times 30\% \times 1,037,744 = 206,354$；購買商業年金的總人數 = $347,541 + 206,354 = 553,895$。換言之，並非 553,895 人皆採列舉扣除的方式，故不表示每一戶數約有 2.36 人會購買商業年金且均會採取列舉扣除報稅。委託單位未來在估算各所得級距可能購買商業年金的人數時，可就現實情況加以調整比率，將能求得更精確的數據。</p> <p>(4)感謝委員意見，已補列並</p>

章節頁碼	審查意見內容	研究團隊回覆
		加註公式及數據來源。
P6-32、33 及 P6-32 至 6-45	<p>關於第 6 章部分</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 請補充說明美國賦予適格長期看護保單所提供額外保險費扣除額之稅賦優惠，是全部之保費或有一定限額呢？如有限額期金額為多少？ 2. 本部分所提長期照護保險似乎是將第 4 章部分再重述一次，除了介紹完日本之後有提出幾點可借鏡之處外，其餘國家似乎都沒有提到？且借鏡之處所提出的幾點與各國經驗及國內現況間的關係、連結為何？似無相關之說明。建請研究團隊以較統整性的角度，提供具體的可借鏡建議。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 此部分指的是專門針對長期照護設立的租稅優惠。 2. 感謝委員意見，已遵照委員意見修正並加列各國經驗比較，請參考 P6-44~P6-46。
P7-2	<p>第 4 至 6 行提及「商業性長照保險究竟……」，惟本節係就租稅優惠之成本效益進行分析，不知前述內容與本節之關聯為何？</p>	<p>感謝委員意見，此段文字將修改成「商業性長照保險目前是定位在補充社會性長照保險的角色」。</p>
P7-14	<p>學者專家提供建議之重點第 3 點「在發展較成熟的城市率先推出簡單型的長照保險商品」，由於台灣自 84 年即已開始銷售長照保險商品，請問此建議係指為何？</p>	<p>此部分僅為引述座談會之學者專家意見供參考。</p>
第 7 章	<p>第 7 章的結論建議提及「建請衛生福利部加速推動長期照護方案」，惟在政策性長期照護保險實施前，我國之商業長期保險應如何發展，是否請研究團隊亦提出具體建議。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 針對商業型長照保險給付而言，研究團隊應清楚說明並提出具體修正條文以供主管機關參酌 <ol style="list-style-type: none"> i. 我國目前法制架構下，保險公司可否提供實物給付？ ii. 長照保險應如何歸類，我國保險法是否有增列之必要？ iii. 精算費率、保險契約與經營上有無窒礙難行之處，具體解決之道？ 	<p>在政策性長期照護保險實施前，我國商業長期保險之發展與建議事項請參考 P6-70~P6-72 及 P7-13。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <ol style="list-style-type: none"> i. 於本研究學者專家訪談內容發現，目前政府政策初步希望商業保險性質以補充為主，給付方式以提供現金給付為主，暫不考慮實物給付(參見 P6-49)；國外經驗借鏡亦可發現皆採現金給付為主(參見 P7-11、P7-12)。 ii. 感謝委員意見，已遵照委員意見補充，請參考 P6-73。

章節頁碼	審查意見內容	研究團隊回覆
		<p>iii.關於精算費率，國內業者主要皆仰賴再保公司資料，資料來源為德國，與台灣現況存有差距，建議衛生福利部建立長期照顧保險資料庫，可參採全民健保資料庫由國家衛生院建構的模式(參見 P6-48~P6-50 及 P7-11)。關於保險契約部分，主要問題在於認定標準不明，請參見 P6-70。有關經營部分之問題，請參見 P6-47 第三點。</p>
	<p>2. 針對商業型年金保險而言，研究團隊應清楚說明</p> <p>i. 我國目前法制架構下，保險公司可否提供團體年金保險?保險法應如何修正?</p> <p>ii. 現行保險法制下，如採取類似美國賦益權制度時，相關法制如何架構?</p>	<p>2.</p> <p>i.及 ii.建請保險局酌予修正保險法，並於團體適格年金保險單示範條款中納入賦益權與閉鎖期相關規範，請參見 P7-9。</p>

期末報告審查意見(第二次)回覆

項目	科長意見內容	研究團隊回覆
一、 年金保險	1. p.2-34~2-37：本章為我國年金保險現況，惟其中第4節所述有關我國公務人員退休制度，內容多有建議事項，似與章節名稱不符。	感謝委員意見，遵照委員意見修正。
	2. P.2-36：有關遞延課稅，報告中指出希望每人年可再多增加 24,000 元額度之列舉扣除額，但此意見並未受到金管會之採納==>與事實不符，金管會刻積極爭取年金保險費另增列列舉扣除額，惟目前未取得賦稅主管機關(財政部)之共識。	感謝委員意見，遵照委員意見修正。
	3. 第三章各節請就美、英、德及日本之個人及團體年金保險補充市場現況(例如：保費、投保率及理賠金額等)。	感謝委員意見，請參見 P3-20、P3-35、P3-59。
	4. 第六章第一節、第三章第二節及第七章第二節，請補充個人及團體年金保險費率、準備金及資產管理相關規範，是否涉有反映長壽風險規範內容。	感謝委員意見，請參見 P6-70、P6-71。
	5. 報告中出現「稅負優惠」及「稅賦優惠」，請更正之：稅負優惠、賦稅誘因。另請確認 P.3-20 之年金商品名稱「稅賦遞延定額年金」或「稅負遞延定額年金」為宜。	感謝委員意見，遵照委員意見修正。
	6. 內容多有引用 2006 年本會委託研究案，又本會名稱未修正。又引用 2006 年報告內容是否確認相關資料之更新情形。	感謝委員意見，根據研究團隊了解，已是最新資料。
	7. 有關網站資料請標明最後瀏覽日期。	感謝委員意見，遵照委員意見修正。
	8. P.6-46、P.6-60，指出年金率偏低，惟年金率一詞，尚無相關特定名詞定義。	感謝委員意見，已加入註解。
	9. 請就強化年金配套建議面，除製定強化年金生命表、統一疾病認定標準外，另提供對是類保險商品之招攬面、核保面及商品面等，提供相關監理規範建議事項，併提供國外相關規範供參。	感謝委員意見，請參見 P6-54、P6-55。
	10. 第七章第二節：建議事項請分就個人及團體年金保險、於商品費率、準備金、資產負債管理及對保險公司之推動監理誘因逐項分列說明具體內容。	感謝委員意見，請參見 P7-13、P7-14。
	11. 經建會已改組國家發展委員會，是否應修正為現行機關名稱。	感謝委員意見，已加入註解並修改內文。
二、 長照保險	1. 錯漏字： (1) 英文摘要倒數第 2 行，government 誤植為 governemtn。	感謝委員意見，遵照委員意見修正。
	(2) p4-5，第 3 段第 2 行，「美元」誤植為「美援」。	

項目	科長意見內容	研究團隊回覆
	2. 第4章、第6章有關英國之長照保險介紹部分，配合期末審查意見，已刪除投資型保險商品及反向抵押貸款部分的內容，但仍有部分內容未配合調整，導致內容有不一致或不順暢之情形，請檢視修正。例如：p4-21 第2段、p4-22 出現 immediate need plan 和 pre-funded policies 等內容，但有關該等商品或計劃之介紹已刪除（僅提出部分，其餘煩請再行檢視）。	感謝委員意見，遵照委員意見修正。
	3. 第4、6、7章，有關德國介紹部分，已配合審查意見將「馬克」修正為「歐元」，但僅直接替換貨幣單位，因歐元與德國馬克的轉換匯率似非1:1，請確認相關數值是否正確。	感謝委員意見，已確認歐元與德國馬克兌換比率並加入註解。
	4. 圖4-2部分，建議加註所瞭解之情形（該圖所稱人口比例），以利讀者瞭解。	感謝委員意見，已加入註解。
	5. P.4-15 倒數第11行「安寧照換居家照護」、P.4-21 倒數第8行「被保險無法從事」、P.4-32 第9行「二十三歲以下兒無工作者」、P.4-36 倒數第5行「671,084 法定照護長期照護保險照護需求者」及倒數第3行「四萬二千人私人健康保險照護需求者」、P.7-12 第14行「類似做法」，請確認文字之正確性。	感謝委員意見，遵照委員意見修正。
	6. p6-32 提及美國 NAIC 於 2000 年頒布之「Long Term Care Insurance Model Act and Regulation」，因 2000 年迄今已逾 10 餘年，煩請確認該規則是否仍為最新版本，並建議將規則作為附件供讀者參考。	感謝委員意見，已將此規則最新版本加入附錄，詳見附錄十。
	7. p7-12 倒數第4-5行，衛生署應修正為衛生福利部。	感謝委員意見，遵照委員意見修正。
	8. p7-13 建議壽險公會參考美國 NAIC 製作消費者指南，建議將美國 NAIC 所製作之消費者指南作為附件供讀者參考。	感謝委員意見，已將此規則最新版本加入附錄，詳見附錄十。
	9. P.7-12 第1段「依目前政府政策，初步希望商業保險性質以補充為主，給付方式以提供現金給付為主，暫不考慮實物給付」建議可修正為「依目前政府政策，初步希望商業長期照護保險之規劃在於補足社會性長期照護保險中須由被保險人自行負擔或不給付之部分，提供經濟能力許可之民眾在基本保障之上自行規劃更周全的保障，給付方式以提供現金給付為主。」。	感謝委員意見，遵照委員意見修正。
	10. P.7-13 建請主管機關採行之2項措施，尚難由文意瞭解具體建議內容，請再補充說明。	感謝委員意見，請參見 P7-16、P7-17。
	11. 有關前次修正意見，提供對類保險商品之招攬面、核保面及商品面等，提供相關監理規範建議事項，並提供國外相關規範供參。	感謝委員意見，請參見 P6-54、P6-55

項目	科長意見內容	研究團隊回覆
三、 租稅 優惠	1. 第五章第二節 P5-11{採標準扣除額致使的短收稅額約 8.5 億元。}此部分恐有問題,因為標準扣除額是財政部設計的稅制與本案爭取增列扣除額無關,且為本來的稅制,無短收稅額問題,建議刪除。	感謝委員意見,遵照委員意見修正。
	2. 第五章第二節 P5-11 所用個人所得稅率分別為 6.6%,20%,30%,與財稅資料中心(表 6-2(099 年度綜稅所得應納稅額及稅率各級距申報統計表之平均稅率 6.60%,9.86%,15.2%)不符,建議採平均稅率並修正。	感謝委員意見,遵照委員意見修正。

期末報告審查意見(第三次)回覆

審查意見	回覆
一、第 6 章建議修正事項	
(一) 國外年金保險監理法令面規範內容雜亂，未就各國法令面有一個較全面、整體性的介紹，例如僅偏重對英國的介紹，其他國家部分只有用準備金、RBC 等 2 個表格呈現，而且完全缺少德國的資料，無法從中進行跨國橫向比較，請研究團隊再補充相關內容。	遵照委員意見修正，請詳見 P.6-3。
(二) 另德國制度面部分，僅介紹公部門與私部門退休金，缺乏商業年金的制度介紹及有無提供賦稅誘因鼓勵民眾自行規劃投保，請補充。	遵照委員意見修正，請詳見 P.6-23 及 P.6-30。
(三) 6-32 頁提及美國之商業長期看護保險商品皆含有不沒收（不喪失價值）條款及抗通貨膨脹機制，具體內涵為何？有無我國可借鏡之處，請補充。	遵照委員意見修正，請詳見 P.6-34。
(四) 6-33 頁提及英國有投資型長期看護保險及抵押貸款型長期看護保險，具體內涵為何？有無我國可借鏡之處，請補充。	遵照委員意見修正，請詳見 P.6-35。
(五) 6-41 頁表 6-23 引用資料來源為王儷玲教授 2006 年之研究報告，距今已 8 年，表內資料是否仍正確，需否更新，請補充說明或修正。另表 6-1、6-2、6-3、6-4、6-5、6-6 是否仍正確，需否更新，亦請併同檢視說明或修正。	遵照委員意見修正，請詳見 P.6-43~P.6-45。
(六) 6-54 頁倒數第 2 行請修正為「壽險公司送審強化年金商品...」。	遵照委員意見修正，請詳見 P.6-55。
二、研究需求尚有缺漏待補充部分	
(一) 各國商業年金保險監理制度有無處理長壽風險之規範，報告中未見說明，請補充。	遵照委員意見修正，請詳見 P.6-71。
(二) 衛生福利部近日已提出長期照顧保險法草案，並已報送行政院，建請將草案相關內容，依原訂研究需求納入研究報告，並提出商業長期看護保險如何補充政府長照保險缺口及商品設計方向之建議，並將長	因行政院版本尚在討論，經洽無法在完成定稿前提供，故難以依據草案內容進行分析納入報告。

審查意見	回覆
期照顧保險法草案補充至附錄。	
(三) 國外對於商業長期照護保險是否訂有發生率及損失率之法定最低標準，以及如何統計理賠率之方法，報告中未見說明，請補充於第 4 章中。	遵照委員意見修正，請詳見 P.4-17。

期末報告審查意見(第四次)回覆

審查意見	回覆
<p>一、國外年金保險監理法令面規範內容參差不一，未就各國法令層面作一較全面性、整體性介紹，例如僅偏重於對英國的介紹，其他國家部分只有用準備金、RBC 等 2 個表格呈現，而且缺少德國資料，無法從中進行跨國橫向比較，請研究團隊再補充相關內容。</p>	<p>感謝委員意見，依據本研究團隊了解，各國年金保險監理並無明確規定，所以無法進行跨國橫向比較，僅能簡單分析各國現況，其分析內容請詳見 P.6-3。</p>
<p>二、德國制度面部分，僅有介紹公部門與私部門退休金，缺乏商業年金制度介紹，請研究團隊再補充。</p>	<p>遵照委員意見修正，請詳見 P.3-45 及 P.3-48。</p>
<p>三、國外對於商業長期照護保險是否訂有發生率及損失率等法定最低標準，以及如何統計理賠率方法，在報告中未見說明，請研究團隊於第 4 章中再補充。</p>	<p>感謝委員意見，雖本研究團隊試行了解，但目前並發現類似規定。</p>

附錄七 保險法 第四章 第二節 健康保險

法規編號	法規內容
第 125 條	健康保險人於被保險人疾病、分娩及其所致殘廢或死亡時，負給付保險金額之責。
第 126 條	保險人於訂立保險契約前，對於被保險人得施以健康檢查。前項檢查費用，由保險人負擔。
第 127 條	保險契約訂立時，被保險人已在疾病或妊娠情況中者，保險人對是項疾病或分娩，不負給付保險金額之責任。
第 128 條	被保險人故意自殺或墮胎所致疾病、殘廢、流產或死亡，保險人不負給付保險金額之責。
第 129 條	<p>被保險人不與要保人為同一人時，保險契約除載明第五十五條規定事項外，並應載明左列各款事項：</p> <p>一、被保險人之姓名、年齡及住所。</p> <p>二、被保險人與要保人之關係。</p> <p><u>第 55 條</u></p> <p>保險契約，除本法另有規定外，應記載左列各款事項：</p> <p>一、當事人之姓名及住所。</p> <p>二、保險之標的物。</p> <p>三、保險事故之種類。</p> <p>四、保險責任開始之日時及保險期間。</p> <p>五、保險金額。</p> <p>六、保險費。</p> <p>七、無效及失權之原因。</p> <p>八、訂約之年月日。</p>
第 130 條	<p>第一百零二條至第一百零五條、第一百十五條、第一百十六條、第一百二十三條及第一百二十四條，於健康保險準用之。</p> <p><u>第 102 條</u></p> <p>人壽保險之保險金額，依保險契約之所定。</p> <p><u>第 103 條</u></p> <p>人壽保險之保險人，不得代位行使要保人或受益人因保險事故所生對於第三人之請求權。</p> <p><u>第 104 條</u></p> <p>人壽保險契約，得由本人或第三人訂立之。</p>

第 105 條

由第三人訂立之死亡保險契約，未經被保險人書面同意，並約定保險金額，其契約無效。

被保險人依前項所為之同意，得隨時撤銷之。其撤銷之方式應以書面通知保險人及要保人。

被保險人依前項規定行使其撤銷權者，視為要保人終止保險契約。

第 115 條

利害關係人，均得代要保人交付保險費。

第 116 條

人壽保險之保險費到期未交付者，除契約另有訂定外，經催告到達後屆三十日仍不交付時，保險契約之效力停止。

催告應送達於要保人，或負有交付保險費義務之人之最後住所或居所，保險費經催告後，應於保險人營業所交付之。

第一項停止效力之保險契約，於停止效力之日起六個月內清償保險費、保險契約約定之利息及其他費用後，翌日上午零時起，開始恢復其效力。要保人於停止效力之日起六個月後申請恢復效力者，保險人得於要保人申請恢復效力之日起五日內要求要保人提供被保險人之可保證明，除被保險人之危險程度有重大變更已達拒絕承保外，保險人不得拒絕其恢復效力。保險人未於前項規定期限內要求要保人提供可保證明或於收到前項可保證明後十五日內不為拒絕者，視為同意恢復效力。

保險契約所定申請恢復效力之期限，自停止效力之日起不得低於二年，並不得遲於保險期間之屆滿日。

保險人於前項所規定之期限屆滿後，有終止契約之權。

保險契約終止時，保險費已付足二年以上，如有保單價值準備金者，保險人應返還其保單價值準備金。

保險契約約定由保險人墊繳保險費者，於墊繳之本息超過保單價值準備金時，其停止效力及恢復效力之申請準用第一項至第六項規定。

第 123 條

保險人破產時，受益人對於保險人得請求之保險金額之債權，以其保單價值準備金按訂約時之保險費率比例計算之。要保人破產時，保險契約訂有受益人者，仍為受益人之利益而存在。

投資型保險契約之投資資產，非各該投資型保險之受益人不得主張，亦不得請求扣押或行使其他權利。

第 124 條

人壽保險之要保人、被保險人、受益人，對於被保險人之保單價值準備金，有優先受償之權。

附錄八 保險法 第四章 第四節 年金保險

法規編號	法規內容
第 135-1 條	年金保險人於被保險人生存期間或特定期間內，依照契約負一次或分期給付一定金額之責。
第 135-2 條	<p>年金保險契約，除記載第五十五條規定事項外，並應載明左列事項：</p> <p>一、被保險人之姓名、性別、年齡及住所。</p> <p>二、年金金額或確定年金金額之方法。</p> <p>三、受益人之姓名及與被保險人之關係。</p> <p>四、請求年金之期間、日期及給付方法。</p> <p>五、依第一百十八條規定，有減少年金之條件者，其條件。</p>
第 135-3 條	<p>受益人於被保險人生存期間為被保險人本人。</p> <p>保險契約載有於被保險人死亡後給付年金者，其受益人準用第一百十條至第一百十三條規定。</p> <p><u>第 110 條</u> 要保人得通知保險人，以保險金額之全部或一部，給付其所指定之受益人一人或數人。</p> <p>前項指定之受益人，以於請求保險金額時生存者為限。</p> <p><u>第 111 條</u> 受益人經指定後，要保人對其保險利益，除聲明放棄處分權者外，仍得以契約或遺囑處分之。</p> <p>要保人行使前項處分權，非經通知，不得對抗保險人。</p> <p><u>第 112 條</u> 保險金額約定於被保險人死亡時給付於其所指定之受益人者，其金額不得作為被保險人之遺產。</p> <p><u>第 113 條</u> 死亡保險契約未指定受益人者，其保險金額作為被保險人之遺產。</p>
第 135-4 條	<p>第一百零三條、第一百零四條、第一百零六條、第一百十四條至第一百二十四條規定，於年金保險準用之。但於年金給付期間，要保人不得終止契約或以保險契約為質，向保險人借款。</p> <p><u>第 103 條</u> 人壽保險之保險人，不得代位行使要保人或受益人因保險事故所生對於第三人之請求權。</p>

第 104 條

人壽保險契約，得由本人或第三人訂立之。

第 106 條

由第三人訂立之人壽保險契約，其權利之移轉或出質，非經被保險人以書面承認者，不生效力。

第 114 條

受益人非經要保人之同意，或保險契約載明允許轉讓者，不得將其利益轉讓他人。

第 115 條

利害關係人，均得代要保人交付保險費。

第 116 條

人壽保險之保險費到期未交付者，除契約另有訂定外，經催告到達後屆三十日仍不交付時，保險契約之效力停止。

催告應送達於要保人，或負有交付保險費義務之人之最後住所或居所，保險費經催告後，應於保險人營業所交付之。

第一項停止效力之保險契約，於停止效力之日起六個月內清償保險費、保險契約約定之利息及其他費用後，翌日上午零時起，開始恢復其效力。要保人於停止效力之日起六個月後申請恢復效力者，保險人得於要保人申請恢復效力之日起五日內要求要保人提供被保險人之可保證明，除被保險人之危險程度有重大變更已達拒絕承保外，保險人不得拒絕其恢復效力。

保險人未於前項規定期限內要求要保人提供可保證明或於收到前項可保證明後十五日內不為拒絕者，視為同意恢復效力。

保險契約所定申請恢復效力之期限，自停止效力之日起不得低於二年，並不得遲於保險期間之屆滿日。

保險人於前項所規定之期限屆滿後，有終止契約之權。

保險契約終止時，保險費已付足二年以上，如有保單價值準備金者，保險人應返還其保單價值準備金。

保險契約約定由保險人墊繳保險費者，於墊繳之本息超過保單價值準備金時，其停止效力及恢復效力之申請準用第一項至第六項規定。

第 117 條

保險人對於保險費，不得以訴訟請求交付。

以被保險人終身為期，不附生存條件之死亡保險契約，或契約訂定於若干年後給付保險金額或年金者，如保險費已付足二年以上而有不交付時，於前條第五項所定之期限屆滿後，保險人僅得減少保險金額或年金。

第 118 條

保險人依前條規定，或因要保人請求，得減少保險金額或年金。其條件及可減少之數額，應載明於保險契約。

減少保險金額或年金，應以訂原約時之條件，訂立同類保險契約為計算標準。其減少後之金額，不得少於原契約終止時已有之保單價值準備金，減去營業費用，而以之作為保險費一次交付所能得之金額。

營業費用以原保險金額百分之一為限。

保險金額之一部，係因其保險費全數一次交付而訂定者，不因其他部分之分期交付保險費之不交付而受影響

第 119 條

要保人終止保險契約，而保險費已付足一年以上者，保險人應於接到通知後一個月內償付解約金；其金額不得少於要保人應得保單價值準備金之四分之三。

償付解約金之條件及金額，應載明於保險契約。

第 120 條

保險費付足一年以上者，要保人得以保險契約為質，向保險人借款。

保險人於接到要保人之借款通知後，得於一個月以內之期間，貸給可得質借之金額。

以保險契約為質之借款，保險人應於借款本息超過保單價值準備金之日之三十日前，以書面通知要保人返還借款本息，要保人未於該超過之日前返還者，保險契約之效力自借款本息超過保單價值準備金之日停止。

保險人未依前項規定為通知時，於保險人以書面通知要保人返還借款本息之日起三十日內要保人未返還者，保險契約之效力自該三十日之次日起停止。

前二項停止效力之保險契約，其恢復效力之申請準用第一百十六條第三項至第六項規定。

第 121 條

受益人故意致被保險人於死或雖未致死者，喪失其受益權。

前項情形，如因該受益人喪失受益權，而致無受益人受領保險金額時，其保險金額作為被保險人遺產。

要保人故意致被保險人於死者，保險人不負給付保險金額之責。保險費付足二年以上者，保險人應將其保單價值準備金給付與應得之人，無應得之人時，應解交國庫。

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。

因被保險人年齡不實，致所付之保險費少於應付數額者，保險金額應按照所付之保險費與被保險人之真實年齡比例減少之。

第 123 條

保險人破產時，受益人對於保險人得請求之保險金額之債權，以其保單價值準備金按訂約時之保險費率比例計算之。要保人破產時，保險契約訂有受益人者，仍為受益人之利益而存在。

投資型保險契約之投資資產，非各該投資型保險之受益人不得主張，亦不得請求扣押或行使其他權利。

第 124 條

人壽保險之要保人、被保險人、受益人，對於被保險人之保單價值準備金，有優先受償之權。

附錄九 「團體適格年金保險單示範條款—利變型」草案建議條文對照表

102.9.10 會議決議	102.1.18 本會函報建議條文	修正說明
「團體適格年金保險單示範條款(利變型)」草案	「團體適格年金保險單示範條款」草案	配合保險局 102 年 7 月 17 日保局(壽)字第 10202550000 號函示，依 102 年 7 月 4 日會議決議提報團體適格年金保險(至少包括傳統型及利變型 2 種)保險單示範條款建議案，爰修正名稱為「團體適格年金保險單示範條款—利變型」草案。
<p>保險契約的構成</p> <p>第一條</p> <p>本保險單條款、附著之要保書、被保險人名冊、批註及其他約定書，均為本保險契約（以下簡稱本契約）的構成部分。</p> <p>本契約的解釋，應探求契約當事人的真意，不得拘泥於所用的文字；如有疑義時，以作有利於被保險人的解釋為原則。</p>	<p>保險契約的構成</p> <p>第一條</p> <p>本保險單條款、附著之要保書、被保險人名冊、批註及其他約定書，均為本保險契約（以下簡稱本契約）的構成部分。</p> <p>本契約的解釋，應探求契約當事人的真意，不得拘泥於所用的文字；如有疑義時，以作有利於被保險人的解釋為原則。</p>	維持原草案條文不作修正。
<p>名詞定義</p> <p>第二條</p> <p>本契約所稱「要保人」係指要保單位。</p> <p>本契約所稱「被保險人」係指本契約所附被保險人名冊內所載之人員。</p> <p>本契約所稱「團體」係指具有五人以上且非以購買保險而組織之下列之一團體：</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、有一定雇主之員工團體。 二、依法成立之合作社、協會、職業工會、聯合團體、或聯盟所組成之團體。 三、依規定得參加公教人員保險、勞工保險、軍人保險、農民健康保險或依勞動基準法、勞工退休金條例規定參加退 	<p>名詞定義</p> <p>第二條</p> <p>本契約所稱「要保人」係指要保單位。</p> <p>本契約所稱「被保險人」係指本契約所附被保險人名冊內所載之人員。</p> <p>本契約所稱「團體」係指具有五人以上且非以購買保險而組織之下列之一團體：</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、有一定雇主之員工團體。 二、依法成立之合作社、協會、職業工會、聯合團體、或聯盟所組成之團體。 三、依規定得參加公教人員保險、勞工保險、軍人保險、農民健康保險或依勞動基準法、勞工退休金條例規定參加退 	參考「個人適格年金保險單示範條款—共通性條款」草案內容，增列第二十項「保證金額」末段部分約定文字。

<p>退休金計畫之團體。</p> <p>四、中央及地方民意代表所組成之團體。</p> <p>五、凡非屬以上所列而具有法人資格之團體。</p> <p>本契約所稱「保險費」係指要保人於年金累積期間所繳納之保險費；「要保人付費」係指要保人負擔之保險費；「被保險人自費」係指被保險人負擔之保險費。</p> <p>本契約所稱「附加費用」係指本契約運作所需之營業及銷售相關費用，其按所繳納之保險費扣除比例如附表○。</p> <p>本契約所稱「帳戶」係指公共帳戶、個人帳戶與個人保留帳戶。</p> <p>本契約所稱「公共帳戶」係指本公司為要保人所設置之帳戶，當被保險人因離職或要保人終止契約而退保時，提供未歸帳戶之帳戶價值轉入。</p> <p>本契約所稱「個人帳戶」係指本公司為被保險人所設置之帳戶，包括未歸帳戶、已歸帳戶與自費帳戶，其個人帳戶價值為前述三個帳戶價值之合計數。</p> <p>本契約所稱「個人保留帳戶」係指本公司為被保險人所設置之帳戶，提供被保險人因退保但未轉換為個人年金保險契約且未申領帳戶價值時，轉入其應得之帳戶價值。</p> <p>本契約所稱「未歸帳戶」係指要保人為被保險人繳付保險費但帳戶價值尚未讓與被保險人之帳戶。</p>	<p>退休金計畫之團體。</p> <p>四、中央及地方民意代表所組成之團體。</p> <p>五、凡非屬以上所列而具有法人資格之團體。</p> <p>本契約所稱「保險費」係指要保人於年金累積期間所繳納之保險費；「要保人付費」係指要保人負擔之保險費；「被保險人自費」係指被保險人負擔之保險費。</p> <p>本契約所稱「附加費用」係指本契約運作所需之營業及銷售相關費用，其按所繳納之保險費扣除比例如附表○。</p> <p>本契約所稱「帳戶」係指公共帳戶、個人帳戶與個人保留帳戶。</p> <p>本契約所稱「公共帳戶」係指本公司為要保人所設置之帳戶，當被保險人因離職或要保人終止契約而退保時，提供未歸帳戶之帳戶價值轉入。</p> <p>本契約所稱「個人帳戶」係指本公司為被保險人所設置之帳戶，包括未歸帳戶、已歸帳戶與自費帳戶，其個人帳戶價值為前述三個帳戶價值之合計數。</p> <p>本契約所稱「個人保留帳戶」係指本公司為被保險人所設置之帳戶，提供被保險人因退保但未轉換為個人年金保險契約且未申領帳戶價值時，轉入其應得之帳戶價值。</p> <p>本契約所稱「未歸帳戶」係指要保人為被保險人繳付保險費但帳戶價值尚未讓與被保險人之帳戶。</p>	
---	---	--

<p>本契約所稱「已歸帳戶」係指要保人為被保險人繳付保險費且該帳戶價值已讓與被保險人之帳戶。</p> <p>本契約所稱「自費帳戶」係指被保險人自行繳付保險費之帳戶。</p> <p>本契約所稱「帳戶價值」係指依據第八條約定計算所得之金額，分別有公共帳戶價值、個人帳戶價值、自費帳戶價值、未歸帳戶價值、已歸帳戶價值與個人保留帳戶價值。</p> <p>本契約所稱「保單帳戶價值」係指公共帳戶價值與個人帳戶價值之合計數。</p> <p>本契約所稱「生效日」係指本契約生效之日，即本公司依第四條應負責任的開始之日。</p> <p>本契約所稱「加保日」係指本公司核定被保險人生效之日。</p> <p>本契約所稱「年金累積期間」係指被保險人於加保日至年金給付開始日前一日之期間。</p> <p>本契約所稱「年金給付開始日」係指本公司依約定開始給付被保險人年金之日。</p> <p>本契約所稱「保證期間」係指依本契約約定，不論被保險人生存與否，本公司保證給付年金之期間。</p> <p>本契約所稱「保證金額」係指依本契約約定，不論被保險人生存與否，本公司保證給付年金之總額，且「保證金額」不得低於〇〇。</p>	<p>本契約所稱「已歸帳戶」係指要保人為被保險人繳付保險費且該帳戶價值已讓與被保險人之帳戶。</p> <p>本契約所稱「自費帳戶」係指被保險人自行繳付保險費之帳戶。</p> <p>本契約所稱「帳戶價值」係指依據第八條約定計算所得之金額，分別有公共帳戶價值、個人帳戶價值、自費帳戶價值、未歸帳戶價值、已歸帳戶價值與個人保留帳戶價值。</p> <p>本契約所稱「保單帳戶價值」係指公共帳戶價值與個人帳戶價值之合計數。</p> <p>本契約所稱「生效日」係指本契約生效之日，即本公司依第四條應負責任的開始之日。</p> <p>本契約所稱「加保日」係指本公司核定被保險人生效之日。</p> <p>本契約所稱「年金累積期間」係指被保險人於加保日至年金給付開始日前一日之期間。</p> <p>本契約所稱「年金給付開始日」係指本公司依約定開始給付被保險人年金之日。</p> <p>本契約所稱「保證期間」係指依本契約約定，不論被保險人生存與否，本公司保證給付年金之期間。</p> <p>本契約所稱「保證金額」係指依本契約約定，不論被保險人生存與否，本公司保證給付年金之總額。</p>	
---	---	--

<p>本契約所稱「年金金額」係指依本契約約定之條件及期間，本公司分期給付之金額。</p> <p>本契約所稱「未支領之年金餘額」係指被保險人於本契約年金保證期間（或保證金額）內尚未領取之年金金額。</p> <p>本契約所稱「宣告利率」係指本公司於本契約生效日或各保單週年日當月宣告並用以計算該年度各帳戶價值之利率，該利率本公司將參考○○○訂定之，且不得為負數。</p> <p>本契約所稱「預定利率」係指本公司於年金給付開始日用以計算年金金額之利率。</p>	<p>本契約所稱「年金金額」係指依本契約約定之條件及期間，本公司分期給付之金額。</p> <p>本契約所稱「未支領之年金餘額」係指被保險人於本契約年金保證期間（或保證金額）內尚未領取之年金金額。</p> <p>本契約所稱「宣告利率」係指本公司於本契約生效日或各保單週年日當月宣告並用以計算該年度各帳戶價值之利率，該利率本公司將參考○○○訂定之，且不得為負數。</p> <p>本契約所稱「預定利率」係指本公司於年金給付開始日用以計算年金金額之利率。</p>	
<p>帳戶價值的讓與及移轉</p> <p>第三條</p> <p>要保人應於要保時以書面約定於被保險人加保後○○年內(不得高於六年)將該被保險人個人帳戶價值全數讓與該被保險人，且被保險人就其個人帳戶價值已受讓與部分之權利，不受要保人行使保單權利之影響。</p> <p>前項讓與比例<u>經</u>約定後不得變更，但有利於被保險人的<u>變更</u>不在此限。</p> <p>要保人付費之保險費在扣除附加費用後，本公司依要保時以書面約定之讓與比例計入各被保險人之未歸帳戶與已歸帳戶，而被保險人自費之保險費則在扣除附加費用後計入其自費帳戶。</p> <p>本契約有效期間內，本公司將未歸帳戶價值依約定之<u>讓與</u>條件、比例、金額與時間，移轉至已歸帳戶；要保人亦得申請將公共帳戶價值移轉至指定被保險人之未歸帳戶與已歸帳戶。本公司不受理要保人申請將被保險人之</p>	<p>帳戶價值的讓與及移轉</p> <p>第三條</p> <p>要保人應於要保時以書面約定<u>各年度之讓與比例</u>並於被保險人加保後○○年內(不得高於六年)將該被保險人個人帳戶價值全數讓與該被保險人，且被保險人就其個人帳戶價值已受讓與部分之權利，不受要保人行使保單權利之影響。</p> <p>前項讓與比例<u>，</u>約定後不得變更，但有利於被保險人者不在此限。</p> <p>要保人付費之保險費在扣除附加費用後，本公司依要保時以書面約定之讓與比例計入各被保險人之未歸帳戶與已歸帳戶，而被保險人自費之保險費則在扣除附加費用後計入其自費帳戶。</p> <p>本契約有效期間內，本公司將未歸帳戶價值依約定之讓與條件、比例、金額與時間，移轉至已歸帳戶；要保人亦得申請將公</p>	<p>參考本會 102 年 5 月 2 日原陳報「團體適格年金保險單示範條款—共通性條款」草案內容，修正第一項及第二項部分文字。</p>

<p>個人帳戶價值移轉至公共帳戶。</p> <p>要保人終止契約或被保險人因離職、退休或其他原因而退保但尚未轉換為本公司個人年金保險契約或未申領應得之帳戶價值時，本公司將該被保險人之已歸帳戶價值及自費帳戶價值移轉至其個人保留帳戶。</p>	<p>共帳戶價值移轉至指定被保險人之未歸帳戶與已歸帳戶。本公司不受理要保人申請將被保險人之個人帳戶價值移轉至公共帳戶。</p> <p>要保人終止契約或被保險人因離職、退休或其他原因而退保但尚未轉換為本公司個人年金保險契約或未申領應得之帳戶價值時，本公司將該被保險人之已歸帳戶價值及自費帳戶價值移轉至其個人保留帳戶。</p>	
<p>保險公司應負責任的開始 第四條</p> <p>本公司應自同意承保且收取第一期保險費後負保險責任，並應發給保險單作為承保的憑證。</p> <p>本公司如於同意承保前，預收相當於第一期保險費之金額時，其應負之保險責任，以同意承保時溯自預收相當於第一期保險費金額時開始。但本公司同意承保前而被保險人身故時，本公司應將由要保人付費之保險費無息退還予要保人，而被保險人自費之保險費則無息退還予其身故受益人或其他應得之人。</p> <p>本公司自預收相當於第一期保險費之金額後十五日內不為同意承保與否之意思表示者，視為同意承保。</p>	<p>保險公司應負責任的開始 第四條</p> <p>本公司應自同意承保且收取第一期保險費後負保險責任，並應發給保險單作為承保的憑證。</p> <p>本公司如於同意承保前，預收相當於第一期保險費之金額時，其應負之保險責任，以同意承保時溯自預收相當於第一期保險費金額時開始。但本公司同意承保前而被保險人身故時，本公司應將由要保人付費之保險費無息退還予要保人，而被保險人自費之保險費則無息退還予其身故受益人或其他應得之人。</p> <p>本公司自預收相當於第一期保險費之金額後十五日內不為同意承保與否之意思表示者，視為同意承保。</p>	<p>維持原草案條文不作修正。</p>
<p>保險證明書或保險手冊 第五條</p> <p>本公司應發給每位被保險人保險證或保險手冊，載明被保險人姓名、保險商品名稱、保單號碼、保險範圍、保險期間及本公司服務電話。</p>	<p>保險證明書或保險手冊 第五條</p> <p>本公司應發給每位被保險人保險證或保險手冊，載明被保險人姓名、保險商品名稱、保單號碼、保險範圍、保險期間及本公司服務電話。</p>	<p>維持原草案條文不作修正。</p>
<p>契約撤銷權 第六條</p>	<p>契約撤銷權 第六條</p>	<p>維持原草案條文不作修正。</p>

<p>要保人於保險單送達的翌日起算十日內，得以書面檢同保險單向本公司撤銷本契約。</p> <p>要保人依前項約定行使本契約撤銷權者，撤銷的效力應自要保人書面之意思表示到達翌日零時起生效，本契約自始無效，本公司應將由要保人付費之保險費無息退還予要保人，而被保險人自費之保險費則無息退還予各該被保險人。</p>	<p>要保人於保險單送達的翌日起算十日內，得以書面檢同保險單向本公司撤銷本契約。</p> <p>要保人依前項約定行使本契約撤銷權者，撤銷的效力應自要保人書面之意思表示到達翌日零時起生效，本契約自始無效，本公司應將由要保人付費之保險費無息退還予要保人，而被保險人自費之保險費則無息退還予各該被保險人。</p>	
<p>保險費的交付 第七條</p> <p>本契約之保險費，應照約定方式，向本公司所在地或指定地點交付，或由本公司派員前往收取，並交付本公司開發之憑證。</p> <p>要保人交付保險費時，應檢附保險費繳納清冊載明各被保險人之保險費明細。</p>	<p>保險費的交付 第七條</p> <p>本契約之保險費，應照約定方式，向本公司所在地或指定地點交付，或由本公司派員前往收取，並交付本公司開發之憑證。</p> <p>要保人交付保險費時，應檢附保險費繳納清冊載明各被保險人之保險費明細。</p>	維持原草案條文不作修正。
<p>帳戶價值的通知與計算 第八條</p> <p>年金給付開始日前，本公司於本契約每一保單年度末，應依約定方式通知要保人保單帳戶價值與各被保險人所屬未歸帳戶、已歸帳戶與自費帳戶之帳戶價值。</p> <p>前項帳戶價值係指依下列順序計算所得之金額：</p> <p>第一保單年度：</p> <p>一、已繳保險費扣除附加費用（如附表）後，依繳納清冊及要保時以書面約定之讓與比例，分配至各帳戶。</p> <p>二、扣除依第十五條申請減少之金額。</p>	<p>帳戶價值的通知與計算 第八條</p> <p>年金給付開始日前，本公司於本契約每一保單年度末，應依約定方式通知要保人保單帳戶價值與各被保險人所屬未歸帳戶、已歸帳戶與自費帳戶之帳戶價值。</p> <p>前項帳戶價值係指依下列順序計算所得之金額：</p> <p>第一保單年度：</p> <p>一、已繳保險費扣除附加費用（如附表）後，依繳納清冊及要保時以書面約定之讓與比例，分配至各帳戶。</p> <p>二、扣除依第十五條申請減少之金額。</p>	維持原草案條文不作修正。

<p>三、扣除轉出之金額或加計轉入之金額。</p> <p>四、每日依前三款之淨額加計按宣告利率以單利法計算之金額。</p> <p>第二保單年度及以後：</p> <p>一、保單年度初之各帳戶價值與當年度已繳保險費扣除附加費用(如附表)並依繳納清冊及要保時以書面約定之讓與比例，分配至各該帳戶後之和。</p> <p>二、扣除依第十五條申請減少之金額。</p> <p>三、扣除轉出之金額或加計轉入之金額。</p> <p>四、每日依前三款之淨額加計按宣告利率以單利法計算之金額。</p>	<p>三、扣除轉出之金額或加計轉入之金額。</p> <p>四、每日依前三款之淨額加計按宣告利率以單利法計算之金額。</p> <p>第二保單年度及以後：</p> <p>一、保單年度初之各帳戶價值與當年度已繳保險費扣除附加費用(如附表)並依繳納清冊及要保時以書面約定之讓與比例，分配至各該帳戶後之和。</p> <p>二、扣除依第十五條申請減少之金額。</p> <p>三、扣除轉出之金額或加計轉入之金額。</p> <p>四、每日依前三款之淨額加計按宣告利率以單利法計算之金額。</p>	
<p>年金給付的開始</p> <p>第九條</p> <p>要保人(或被保險人)得選擇被保險人年滿○○歲(不得低於六十歲)後之一特定日做為年金給付開始日，但不得超過被保險人年滿○○歲之保單週年日；要保人(或被保險人)不做給付開始日的選擇時，本公司以被保險人年滿○○歲(不得低於六十歲)之保單週年日做為年金給付開始日。</p> <p>要保人(或被保險人)得於年金給付開始日的○○日前以書面通知本公司變更年金給付開始日；變更後的年金給付開始日須在申請日○○日之後，且須符合前項給付日之約定。</p>	<p>年金給付的開始</p> <p>第九條</p> <p>要保人(或被保險人)得選擇被保險人年滿○○歲(不得低於六十歲)後之一特定日做為年金給付開始日，但不得超過被保險人年滿○○歲之保單週年日；要保人(或被保險人)不做給付開始日的選擇時，本公司以被保險人年滿○○歲(不得低於六十歲)之保單週年日做為年金給付開始日。</p> <p>要保人(或被保險人)得於年金給付開始日的○○日前以書面通知本公司變更年金給付開始日；變更後的年金給付開始日須在申請日○○日之後，且須符合前項給付日之約定。</p>	<p>參考「個人適格年金保險單示範條款—共通性條款」草案內容，增列第四項約定。</p>

<p>本公司應於被保險人年金給付開始日的○○日前通知要保人及該被保險人年金給付內容。</p> <p><u>年金給付開始日後，本公司於被保險人生存期間，依約定分期給付年金金額，最高給付年齡以被保險人保險年齡到達年金給付開始日當時之年金生命表終極年齡為止。但於保證期間(或保證金額)內不在此限。</u></p>	<p>本公司應於被保險人年金給付開始日的○○日前通知要保人及該被保險人年金給付內容。</p>	
<p>年金金額的計算 第十條</p> <p>在年金給付開始日時，本公司以當時被保險人之已歸帳戶及自費帳戶價值合計數（自費帳戶如有帳戶借款應扣除借款本金及其應付利息），依據當時預定利率及年金生命表計算每○給付年金金額。</p> <p>前項每○領取之年金金額若低於新台幣○元(不得高於三千元)時，<u>被保險人應向本公司申請變更為較低給付頻率之年金給付方式以符合前述約定。若被保險人申請變更給付頻率為每年給付之年金金額仍低於該金額時，本公司改依其已歸帳戶及自費帳戶價值合計數（自費帳戶如有帳戶借款應扣除借款本金及其應付利息）於年金給付開始日一次給付年金受益人，該被保險人部分之契約效力即行終止。</u></p> <p><u>除前項情形外，本公司不受理申請將年金給付方式改為一次給付。</u></p>	<p>年金金額的計算 第十條</p> <p>在年金給付開始日時，本公司以當時被保險人之已歸帳戶及自費帳戶價值合計數（自費帳戶如有帳戶借款應扣除借款本金及其應付利息），依據當時預定利率及年金生命表計算每○給付年金金額。</p> <p>前項每○領取之年金金額若低於新台幣○元時，本公司改依其已歸帳戶及自費帳戶價值合計數（自費帳戶如有帳戶借款應扣除借款本金及其應付利息）於年金給付開始日一次給付年金受益人，該被保險人部分之契約效力即行終止。</p> <p><u>如年金給付開始日之已歸帳戶及自費帳戶價值合計數已逾年領年金金額新台幣○○元所需之年金保單帳戶價值準備金，其超出</u></p>	<p>參考「個人適格年金保險單示範條款—共通性條款」草案內容，刪除原第三項，酌修第二項並增列第三項約定。</p>

	<p>的部份之已歸帳戶及自費帳戶價值返還予年金受益人。</p>	
<p>被保險人的異動 第十一條</p> <p>要保人因所屬人員異動而申請加保時，應以書面通知本公司並繳納保險費，自通知到達且收取第一期保險費後開始生效。</p> <p>要保人終止契約或被保險人因離職、退休或其他原因而退保時，應以書面通知本公司，本公司以通知到達之翌日零時起退保，如通知退保日期在後，則自該退保日零時起退保，該被保險人部分之契約效力終止，本公司應於退保日將其未歸帳戶價值移轉至公共帳戶；另退保之被保險人得選擇依第十三條約定方式申請轉換為本公司個人年金保險契約或申領已歸帳戶價值及自費帳戶價值，該被保險人部分之契約效力即行終止，倘不做選擇時，則依第三條第三項約定辦理。</p> <p>前項被保險人若選擇申領已歸帳戶價值及自費帳戶價值時，本公司應結算已歸帳戶價值及自費帳戶價值（須計息至通知退保當日）扣除解約費用後，於退保日起算一個月內償付該被保險人，逾期本公司應按年利一分加計利息給付，其歷年解約費用率如附表。</p>	<p>被保險人的異動 第十一條</p> <p>要保人因所屬人員異動而申請加保時，應以書面通知本公司並繳納保險費，自通知到達且收取第一期保險費後開始生效。</p> <p>要保人終止契約或被保險人因離職、退休或其他原因而退保時，應以書面通知本公司，本公司以通知到達之翌日零時起退保，如通知退保日期在後，則自該退保日零時起退保，該被保險人部分之契約效力終止，本公司應於退保日將其未歸帳戶價值移轉至公共帳戶；另退保之被保險人得選擇依第十三條約定方式申請轉換為本公司個人年金保險契約或申領已歸帳戶價值及自費帳戶價值，該被保險人部分之契約效力即行終止，倘不做選擇時，則依第三條第三項約定辦理。</p> <p>前項被保險人若選擇申領已歸帳戶價值及自費帳戶價值時，本公司應結算已歸帳戶價值及自費帳戶價值（須計息至通知退保當日）扣除解約費用後，於退保日起算一個月內償付該被保險人，逾期本公司應按年利一分加計利息給付，其歷年解約費用率如附表。</p>	維持原草案條文不作修正。
<p>契約的終止及其限制 第十二條</p> <p>本契約在被保險人人數少於○人時，本公司得終止本契約，要保人亦得申請終止本契約。本契約效力自一方之終止通知到達他方之翌日零時起終止。</p> <p>本公司應於終止本契約或接</p>	<p>契約的終止及其限制 第十二條</p> <p>本契約在被保險人人數少於○人時，本公司得終止本契約，要保人亦得申請終止本契約。本契約效力自一方之終止通知到達他方之翌日零時起終止。</p> <p>本公司應於終止本契約或接</p>	維持原草案條文不作修正。

<p>到要保人終止本契約通知後將被保險人之未歸帳戶價值移轉至公共帳戶，並於一個月內償付解約金，逾期本公司應按年利一分加計利息給付。</p> <p>前項解約金為公共帳戶價值扣除解約費用，其歷年解約費用率如附表○。</p> <p>第一項通知到達日當日之利息需計算於公共帳戶價值內。</p> <p>因契約終止而退保之被保險人應依第十一條第二項與第三項約定辦理。</p> <p>被保險人於其年金給付期間之保險效力不受本契約終止之影響。</p> <p>本契約終止後，個人保留帳戶仍為各該被保險人之利益而存在。</p>	<p>到要保人終止本契約通知後將被保險人之未歸帳戶價值移轉至公共帳戶，並於一個月內償付解約金，逾期本公司應按年利一分加計利息給付。</p> <p>前項解約金為公共帳戶價值扣除解約費用，其歷年解約費用率如附表○。</p> <p>第一項通知到達日當日之利息需計算於公共帳戶價值內。</p> <p>因契約終止而退保之被保險人應依第十一條第二項與第三項約定辦理。</p> <p>被保險人於其年金給付期間之保險效力不受本契約終止之影響。</p> <p>本契約終止後，個人保留帳戶仍為各該被保險人之利益而存在。</p>	
<p>被保險人的更約權 第十三條</p> <p>本契約因第十一條、第十二條的原因終止時，被保險人得於本契約終止或喪失被保險人資格之日起三十日內不扣除解約費用，向本公司投保個人年金保險契約。</p>	<p>被保險人的更約權 第十三條</p> <p>本契約因第十一條、第十二條的原因終止時，被保險人得於本契約終止或喪失被保險人資格之日起三十日內不扣除解約費用，向本公司投保個人年金保險契約。</p>	維持原草案條文不作修正。
<p>資料的提供 第十四條</p> <p>要保人應保存每位被保險人的個別資料，詳錄該被保險人的姓名、性別、年齡、出生日期、身分證編號、保險終止日期，以及其他與本契約有關的資料。</p> <p>要保人應依本公司的要求，提供前項資料。</p>	<p>資料的提供 第十四條</p> <p>要保人應保存每位被保險人的個別資料，詳錄該被保險人的姓名、性別、年齡、出生日期、身分證編號、保險終止日期，以及其他與本契約有關的資料。</p> <p>要保人應依本公司的要求，提供前項資料。</p>	維持原草案條文不作修正。
<p>帳戶價值的減少 第十五條</p> <p>要保人得在本契約公共帳戶之帳戶價值範圍內，申請減少公共帳戶價值；被保險人於年金給付開始日前，得在其自費帳戶價值範圍內申請減少其自費帳戶價值，每次減少之帳戶價值不得低</p>	<p>帳戶價值的減少 第十五條</p> <p>要保人得在本契約公共帳戶之帳戶價值範圍內，申請減少公共帳戶價值；被保險人於年金給付開始日前，得在其自費帳戶價值範圍內申請減少其自費帳戶價值，每次減少之帳戶價值不得低</p>	維持原草案條文不作修正。

<p>於新台幣○○元且減額後的帳戶價值不得低於新台幣○○元。</p> <p>前項減少部分之帳戶價值，視為契約之部分終止，其解約金費用率如附表○。</p>	<p>於新台幣○○元且減額後的帳戶價值不得低於新台幣○○元。</p> <p>前項減少部分之帳戶價值，視為契約之部分終止，其解約金費用率如附表○。</p>	
<p>被保險人身故的通知與返還個人帳戶價值</p> <p>第十六條</p> <p>被保險人身故後，要保人或身故受益人應於知悉被保險人發生身故後通知本公司。</p> <p>被保險人之身故若發生於年金給付開始日前者，本公司將返還該被保險人之個人帳戶價值予身故受益人或其他應得之人，該被保險人部分之契約效力即行終止。</p> <p>被保險人之身故若發生於年金給付開始日後者，如仍有未支領之年金餘額，本公司應將其未支領之年金餘額依約定給付予身故受益人或其他應得之人。</p>	<p>被保險人身故的通知與返還個人帳戶價值</p> <p>第十六條</p> <p>被保險人身故後，要保人或身故受益人應於知悉被保險人發生身故後通知本公司。</p> <p>被保險人之身故若發生於年金給付開始日前者，本公司將返還該被保險人之個人帳戶價值予身故受益人或其他應得之人，該被保險人部分之契約效力即行終止。</p> <p>被保險人之身故若發生於年金給付開始日後者，如仍有未支領之年金餘額，本公司應將其未支領之年金餘額依約定給付予身故受益人或其他應得之人。</p>	<p>維持原草案條文不作修正。</p>
<p>失蹤處理</p> <p>第十七條</p> <p>被保險人在保險有效期間內年金開始給付日前失蹤，且法院宣告死亡判決內所確定死亡時日在年金開始給付前者，本公司依本契約第十六條約定返還該被保險人之個人帳戶價值予身故受益人或其他應得之人；但日後發現被保險人生還時，得將本公司所返還該被保險人之個人帳戶價值歸還本公司，使該被保險人在本契約之保險效力繼續有效。本公司自前揭確定死亡時日起至歸還該被保險人之個人帳戶價值之日止，不計付利息。</p> <p>被保險人在保險有效期間內年金開始給付後失蹤者，除有未支領之保證期間（或保證金額）之年金餘額外，本公司根據法院</p>	<p>失蹤處理</p> <p>第十七條</p> <p>被保險人在保險有效期間內年金開始給付日前失蹤，且法院宣告死亡判決內所確定死亡時日在年金開始給付前者，本公司依本契約第十六條約定返還該被保險人之個人帳戶價值予身故受益人或其他應得之人；但日後發現被保險人生還時，得將本公司所返還該被保險人之個人帳戶價值歸還本公司，使該被保險人在本契約之保險效力繼續有效。本公司自前揭確定死亡時日起至歸還該被保險人之個人帳戶價值之日止，不計付利息。</p> <p>被保險人在保險有效期間內年金開始給付後失蹤者，除有未支領之保證期間（或保證金額）之年金餘額外，本公司根據法院</p>	<p>維持原草案條文不作修正。</p>

<p>宣告死亡判決內所確定死亡時日為準，不再負給付年金責任；但於日後發現該被保險人生還時，本公司應依契約約定繼續給付年金，並補足其間未付年金。</p> <p>前項情形，於該被保險人在保險有效期間內年金給付開始日前失蹤，且法院宣告死亡判決內所確定死亡時日在年金開始給付後者，亦適用之。</p>	<p>宣告死亡判決內所確定死亡時日為準，不再負給付年金責任；但於日後發現該被保險人生還時，本公司應依契約約定繼續給付年金，並補足其間未付年金。</p> <p>前項情形，於該被保險人在保險有效期間內年金給付開始日前失蹤，且法院宣告死亡判決內所確定死亡時日在年金開始給付後者，亦適用之。</p>	
<p>返還個人帳戶價值的申請</p> <p>第十八條</p> <p>身故受益人依第十六條或第十七條之約定申請「個人帳戶價值」時，應檢具下列文件：</p> <p>一、被保險人死亡證明文件及除戶戶籍謄本。</p> <p>二、申請書。</p> <p>三、身故受益人的身分證明。</p> <p>本公司應於收齊前項文件後十五日內給付之。但因可歸責於本公司之事由致未在前開期限內為給付者，應給付遲延利息年利一分。</p>	<p>返還個人帳戶價值的申請</p> <p>第十八條</p> <p>身故受益人依第十六條或第十七條之約定申請「個人帳戶價值」時，應檢具下列文件：</p> <p>一、被保險人死亡證明文件及除戶戶籍謄本。</p> <p>二、申請書。</p> <p>三、身故受益人的身分證明。</p> <p>本公司應於收齊前項文件後十五日內給付之。但因可歸責於本公司之事由致未在前開期限內為給付者，應給付遲延利息年利一分。</p>	<p>維持原草案條文不作修正。</p>
<p>年金的申領</p> <p>第十九條</p> <p>被保險人於年金給付開始日後生存期間每年第一次申領年金給付時，應提出可資證明被保險人生存之文件，但於保證期間（或保證金額）內不在此限。</p> <p>保證期間（或保證金額）年金受益人得申請提前給付，其計算之貼現利率為〇〇。</p> <p>被保險人身故後仍有未支領之年金餘額時，身故受益人申領年金給付應檢具下列文件：</p> <p>一、被保險人死亡證明文件及除</p>	<p>年金的申領</p> <p>第十九條</p> <p>被保險人於年金給付開始日後生存期間每年第一次申領年金給付時，應提出可資證明被保險人生存之文件，但於保證期間（或保證金額）內不在此限。</p> <p>保證期間（或保證金額）年金受益人得申請提前給付，其計算之貼現利率為〇〇。</p> <p>被保險人身故後仍有未支領之年金餘額時，身故受益人申領年金給付應檢具下列文件：</p> <p>一、被保險人死亡證明文件及除</p>	<p>維持原草案條文不作修正。</p>

<p>戶戶籍謄本。</p> <p>二、身故受益人的身分證明。</p> <p>因可歸責於本公司之事由致逾應給付日未給付時，應給付遲延利息年利一分。</p>	<p>戶戶籍謄本。</p> <p>二、身故受益人的身分證明。</p> <p>因可歸責於本公司之事由致逾應給付日未給付時，應給付遲延利息年利一分。</p>	
<p>未還款項的扣除</p> <p>第二十條</p> <p>年金開始給付前，本公司給付解約金或返還個人帳戶價值時，應先扣除帳戶借款及其應付利息。</p> <p>年金給付開始時，依第十條約定辦理。</p>	<p>未還款項的扣除</p> <p>第二十條</p> <p>年金開始給付前，本公司給付解約金或返還個人帳戶價值時，應先扣除帳戶借款及其應付利息。</p> <p>年金給付開始時，依第十條約定辦理。</p>	維持原草案條文不作修正。
<p>帳戶借款、帳戶效力的停止及恢復</p> <p>第二十一條</p> <p>年金開始給付前，被保險人得向本公司申請自費帳戶借款，可借金額上限為借款當日其自費帳戶價值之○○%，未償還之借款本息，超過其自費帳戶價值且其已歸帳戶及未歸帳戶價值皆為零時，該被保險人部分之契約效力即行停止。但本公司應於效力停止日之三十日前以書面通知要保人及該被保險人。</p> <p>本公司未依前項約定為通知時，於本公司以書面通知要保人及該被保險人返還借款本息之日起三十日內未返還者，該被保險人部分之契約效力自該三十日之次日起停止。該被保險人部分之契約效力停止後，得在停效日起○○年內（不得低於二年），申請復效，並不得遲於年金給付開始日。屆期仍未申請復效者，該被保險人部分之契約效力即行終止。</p> <p>前項復效申請，經被保險人清償自費帳戶借款本息後，自翌日上午零時起，開始恢復其效力。</p> <p>被保險人清償自費帳戶借款</p>	<p>帳戶借款、帳戶效力的停止及恢復</p> <p>第二十一條</p> <p>年金開始給付前，被保險人得向本公司申請自費帳戶借款，可借金額上限為借款當日其自費帳戶價值之○○%，未償還之借款本息，超過其自費帳戶價值且其已歸帳戶及未歸帳戶價值皆為零時，該被保險人部分之契約效力即行停止。但本公司應於效力停止日之三十日前以書面通知要保人及該被保險人。</p> <p>本公司未依前項約定為通知時，於本公司以書面通知要保人及該被保險人返還借款本息之日起三十日內未返還者，該被保險人部分之契約效力自該三十日之次日起停止。該被保險人部分之契約效力停止後，得在停效日起○○年內（不得低於二年），申請復效，並不得遲於年金給付開始日。屆期仍未申請復效者，該被保險人部分之契約效力即行終止。</p> <p>前項復效申請，經被保險人清償自費帳戶借款本息後，自翌日上午零時起，開始恢復其效力。</p> <p>被保險人清償自費帳戶借款</p>	維持原草案條文不作修正。

<p>本息，其未償餘額合計不得逾依第一項約定之自費帳戶借款可借金額上限。</p> <p>本公司不受理申請公共帳戶、未歸帳戶及已歸帳戶之帳戶借款；被保險人於年金給付期間亦不得申請借款。</p>	<p>本息，其未償餘額合計不得逾依第一項約定之自費帳戶借款可借金額上限。</p> <p>本公司不受理申請公共帳戶、未歸帳戶及已歸帳戶之帳戶借款；被保險人於年金給付期間亦不得申請借款。</p>	
<p>年齡的計算及錯誤的處理 第二十二條</p> <p>要保人在申請投保時，應將被保險人出生年月日在被保險人名冊填明。被保險人的投保年齡，以足歲計算，但未滿一歲的零數超過六個月者，加算一歲。</p> <p>被保險人的投保年齡發生錯誤時，依下列約定辦理：</p> <p>一、真實投保年齡高於○歲者，該被保險人部分之契約效力無效，本公司應將由要保人付費之保險費無息退還予要保人，而被保險人自費之保險費則無息退還予各該被保險人，如有已給付年金者，年金受益人應將其無息退還本公司。</p> <p>二、因投保年齡錯誤，而致本公司短發年金金額者，本公司應計算實付年金金額與應付年金金額的差額，於下次年金給付時按應付年金金額給付，並一次補足過去實付年金金額與應付年金金額的差額。</p> <p>三、因投保年齡錯誤，而溢發年金金額者，本公司應重新計算實付年金金額與應付年金金額的差額，並於未來年金給付時扣除。</p> <p>前項第一、二款情形，其錯誤原因歸責於本公司者，應加計利</p>	<p>年齡的計算及錯誤的處理 第二十二條</p> <p>要保人在申請投保時，應將被保險人出生年月日在被保險人名冊填明。被保險人的投保年齡，以足歲計算，但未滿一歲的零數超過六個月者，加算一歲。</p> <p>被保險人的投保年齡發生錯誤時，依下列約定辦理：</p> <p>一、真實投保年齡高於○歲者，該被保險人部分之契約效力無效，本公司應將由要保人付費之保險費無息退還予要保人，而被保險人自費之保險費則無息退還予各該被保險人，如有已給付年金者，年金受益人應將其無息退還本公司。</p> <p>二、因投保年齡錯誤，而致本公司短發年金金額者，本公司應計算實付年金金額與應付年金金額的差額，於下次年金給付時按應付年金金額給付，並一次補足過去實付年金金額與應付年金金額的差額。</p> <p>三、因投保年齡錯誤，而溢發年金金額者，本公司應重新計算實付年金金額與應付年金金額的差額，並於未來年金給付時扣除。</p> <p>前項第一、二款情形，其錯誤原因歸責於本公司者，應加計利</p>	<p>維持原草案條文不作修正。</p>

<p>息退還，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二百零三條法定週年利率兩者取其大之值)。</p>	<p>息退還，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二百零三條法定週年利率兩者取其大之值)。</p>	
<p>受益人的指定及變更 第二十三條</p> <p>本契約年金受益人於被保險人生存期間為被保險人本人，本公司不受理年金受益人之指定或變更。</p> <p>身故受益人的指定及變更，以被保險人的家屬或其法定繼承人為限。身故受益人之指定及變更，要保人得依下列約定辦理：</p> <p>一、於訂立本契約時，經被保險人同意指定身故受益人。</p> <p>二、於保險事故發生前經被保險人同意變更身故受益人，如要保人未將前述變更通知本公司者，不得對抗本公司。</p> <p>前項身故受益人的變更，於要保人檢具申請書及被保險人的同意書送達本公司時，本公司應即予批註或發給批註書。</p> <p>身故受益人同時或先於被保險人本人身故，除已另行指定身故受益人外，以被保險人之法定繼承人為身故受益人。</p> <p>前項法定繼承人之順序及應得保險金之比例適用民法繼承編相關規定。</p>	<p>受益人的指定及變更 第二十三條</p> <p>本契約年金受益人於被保險人生存期間為被保險人本人，本公司不受理年金受益人之指定或變更。</p> <p>身故受益人的指定及變更，以被保險人的家屬或其法定繼承人為限。身故受益人之指定及變更，要保人得依下列約定辦理：</p> <p>一、於訂立本契約時，經被保險人同意指定身故受益人。</p> <p>二、於保險事故發生前經被保險人同意變更身故受益人，如要保人未將前述變更通知本公司者，不得對抗本公司。</p> <p>前項身故受益人的變更，於要保人檢具申請書及被保險人的同意書送達本公司時，本公司應即予批註或發給批註書。</p> <p>身故受益人同時或先於被保險人本人身故，除已另行指定身故受益人外，以被保險人之法定繼承人為身故受益人。</p> <p>前項法定繼承人之順序及應得保險金之比例適用民法繼承編相關規定。</p>	<p>維持原草案條文不作修正。</p>
<p>變更住所 第二十四條</p> <p>要保人或被保險人的住所有變更時，應即以書面通知本公司。</p> <p>要保人或被保險人不為前項通知者，本公司之各項通知，得以本契約所載要保人及被保險人之最後住所發送之。</p>	<p>變更住所 第二十四條</p> <p>要保人或被保險人的住所有變更時，應即以書面通知本公司。</p> <p>要保人或被保險人不為前項通知者，本公司之各項通知，得以本契約所載要保人及被保險人之最後住所發送之。</p>	<p>維持原草案條文不作修正。</p>
<p>時效 第二十五條</p> <p>由本契約所生的權利，自得為</p>	<p>時效 第二十五條</p> <p>由本契約所生的權利，自得為</p>	<p>維持原草案條文不作修正。</p>

請求之日起，經過兩年不行使而消滅。	請求之日起，經過兩年不行使而消滅。	
批註 第二十六條 本契約內容的變更，或記載事項的增刪，除第二十三條約定者外，應經要保人與本公司雙方書面同意，並由本公司即予批註或發給批註書。	批註 第二十六條 本契約內容的變更，或記載事項的增刪，除第二十三條約定者外，應經要保人與本公司雙方書面同意，並由本公司即予批註或發給批註書。	維持原草案條文不作修正。
管轄法院 第二十七條 因本契約涉訟者，同意以要保人住所地地方法院為第一審管轄法院，要保人的住所在中華民國境外時，以○○地方法院為第一審管轄法院。但不得排除消費者保護法第四十七條及民事訴訟法第四百三十六條之九小額訴訟管轄法院之適用。	管轄法院 第二十七條 因本契約涉訟者，同意以要保人住所地地方法院為第一審管轄法院，要保人的住所在中華民國境外時，以○○地方法院為第一審管轄法院。但不得排除消費者保護法第四十七條及民事訴訟法第四百三十六條之九小額訴訟管轄法院之適用。	維持原草案條文不作修正。
保單紅利的計算及給付 (如本保險為分紅保單者，本條由各公司自行擬定。如本保險為不分紅保單者應載明「本保險為不分紅保險單，不參加紅利分配，並無紅利給付項目」。)	保單紅利的計算及給付 (如本保險為分紅保單者，本條由各公司自行擬定。如本保險為不分紅保單者應載明「本保險為不分紅保險單，不參加紅利分配，並無紅利給付項目」。)	維持原草案條文不作修正。

附表

附加費用	所繳保險費之____%(以 %為上限)，本公司得於評估實際費用後調整此附加費用並於三個月前通知要保人與被保險人；但對於要保人與被保險人有利之費用調降，不在此限。				
解約費用	公共帳戶解約費用為依解約之公共帳戶價值，乘上本契約所約定各保單年度之解約費用率；個人帳戶解約費用則為依個人帳戶價值，乘上本契約所約定被保險人參加保險年度(加保日起算)之解約費用率。各保單年度及參加保險年度之解約費用率如下表：				
	保單年度 / 參加保險年度	1	2	3	4+
	解約費用率	%	%	%	%

附錄十

勞退企業年金保險單示範條款（非投資型保險）

條文	說明
<p>保險契約的構成</p> <p>第一條</p> <p>本保險單條款、附著之要保書、批註、被保險人名冊及其他約定書，均為本保險契約（以下簡稱本契約）的構成部分。</p> <p>本契約的解釋，應探求契約當事人的真意，不得拘泥於所用的文字；如有疑義時，以作有利於被保險人的解釋為原則。</p>	<p>一、明確規範有關保險契約構成之相關文件及保險契約有疑義時之解釋原則。</p> <p>二、參照利率變動型年金保險單示範條款乙型第一條訂定。</p>
<p>名詞定義</p> <p>第二條</p> <p>本契約所稱「要保人」係指雇主。</p> <p>本契約所稱「被保險人」係指本契約所附被保險人名冊內所載之人員。</p> <p>本契約所稱「勞退企業年金保險」，係指雇主依勞工退休金條例規定，為勞工提繳保險費之年金保險，其被保險人為勞工本人。</p> <p>本契約所稱「勞退個人年金保險」，係指依第十五條第二項第二款規定，由勞退企業年金保險契約自動轉換為以勞工本人為要保人之個人年金保險。</p> <p>本契約所稱「勞工退休金個人專戶」，係指依勞工退休金條例第六條規定，由勞保局設立並儲存雇主為勞工提繳退休金之專戶。</p> <p>本契約所稱「保險費」係指契約生效日起至被保險人退休金請領之日止，要保人依勞工退休金條例相關規定提繳之金額及被保險人自願提繳之金額。</p> <p>本契約所稱「保證期間」係指依本契約約定，不論被保險人生存與否，本</p>	<p>一、規範本示範條款之各項名詞之定義</p> <p>二、參照勞工退休金條例第三十七條、勞工退休金條例施行細則第三十二條、勞工退休金條例年金保險實施辦法第二十二條、第三十五條、第三十六條、第五十三條、第五十五條等及利率變動型年金保險單示範條款乙型第二條訂定。</p> <p>三、依據勞工退休金條例年金保險實施辦法第五十五條規定，保險公司得於保險契約中約定收取行政費用，若保險公司在決定宣告利率時，將行政費用納入考量範圍者，應於保險商品中載明，本條規範之宣告利率係為保險公司已考量行政費用後所宣告計算年金帳戶價值之利率。</p> <p>四、保險公司應於保險單條款明訂其宣告利率訂定之依據。</p>

條文	說明
<p>公司保證給付退休金之期間。</p> <p>本契約所稱「移轉退休金」係指被保險人將其勞工退休金個人專戶之金額，其他勞退企業年金保險契約或勞退個人年金保險契約之保單價值準備金，與依勞工退休金條例第十三條第二項結清勞動基準法工作年資之結清退休金移入本契約之金額。</p> <p>本契約所稱「退休金金額」係指依本契約約定之條件及期間，本公司一次或分期給付之金額。</p> <p>本契約所稱「未支領之退休金餘額」係指被保險人於本契約保證期間內，尚未領取之退休金金額。</p> <p>本契約所稱「行政費用」係指本公司經營及管理本契約所需之費用，本項費用不包括轉換費用。</p> <p>本契約所稱「宣告利率」係指每月本公司於反映行政費用後宣告，並用以計算年金帳戶價值之利率，該利率本公司將參考〇〇〇訂定之，且不得為負數。</p> <p>本契約所稱「最低保證收益率」係指勞工退休金條例施行細則第三十二條第二項規範之利率。</p> <p>本契約所稱「預定利率」係指各被保險人於退休金請領之日，本公司用以計算退休金金額之利率，該利率本公司將參考〇〇〇訂定之。</p> <p>本契約所稱「閉鎖期」係指不得移轉保單價值準備金之期間，但被保險人死亡、退休或保險人有終止經營年金保險業務或併購之情形，不受閉鎖期之限制。各被保險人之閉鎖期自本公司收到要保人為其提繳本契約第一筆保險費之日起算四年。閉鎖期已屆滿時，本公司</p>	

條文	說明
<p>應通知被保險人。</p> <p>本契約所稱「工作年資」，係指由被保險人之所有雇主依勞工退休金條例，應為被保險人提繳勞退企業年金保險費（非以本保險契約為限）之全部月數。</p> <p>本契約所稱「年金帳戶價值」係指依第九條規定計算之金額。</p> <p>本契約所稱「轉換費用」係指本公司被保險人依第十五條申請保單價值準備金移轉所衍生之費用，其計算方式如轉換費用附表。但本公司承受保單轉換時，不收取任何保單轉換所衍生之費用。</p> <p>本契約所稱「保單價值準備金」係指第九條計算之年金帳戶價值及第十條計算之最低保證金額，於二者間取大值所得之金額。</p>	
<p>契約的生效</p> <p>第三條</p> <p>要保人經主管機關核准向本公司辦理投保勞退企業年金保險契約，應於十五日內檢附核准文件，向本公司辦理投保手續，投保手續完備者，自辦理之次月一日生效。</p> <p>本公司應自同意承保並收取第一期保險費後負保險責任，並應發給保險單作為承保的憑證。</p> <p>本公司應發給各被保險人保險證，載明本契約投保及保險給付等事項之申訴及處理程序。</p>	<p>一、明訂契約之生效及保險公司應於保險證載明有關投保及保險給付等事項之申訴及處理程序。</p> <p>二、參照勞工退休金條例年金保險實施辦法第七條、第十六條及第五十三條、保險法施行細則第四條及利率變動型年金保險單示範條款乙型第三條訂定。</p>
<p>保險費收繳、催收與通知</p> <p>第四條</p> <p>要保人應於每月十日前檢附前一個月之保險費繳納清冊送交本公司，本公司於當月二十五日前將保險費繳款單寄</p>	<p>一、明訂保險費收繳、催收與通知。</p> <p>二、參照勞工退休金條例年金保險實施辦法第二十五條、第三十二條及第三十三條訂定。</p>

條文	說明
<p>送要保人，要保人應於次月月底前繳納保險費。本公司保險費繳款單所載金額與要保人應繳金額不符時，要保人應先照額繳納，再依第五條規定向本公司申請更正。</p> <p>前項之保險費繳納清冊內容，應包含各被保險人工資、要保人提繳率及被保險人自願提繳率。</p> <p>要保人於每月二十五日前尚未收到本公司寄發之繳款單時，應先照前期數額繳納，並通知本公司補發。本公司於次月月底前，尚未收到要保人繳納之保險費，應通知要保人於〇〇天內繳納，要保人仍未按時繳納者，本公司即依勞工退休金條例第三十六條規定送交勞保局處理。</p> <p>本公司收到保險費後，應於次月七日前寄發保險費收繳情形及收據予要保人，並應檢附保險費核計資料與收繳清冊與被保險人異動清冊予勞保局。</p> <p>本公司應每月列表通知要保人至上月底止各被保險人年金帳戶價值之金額，並由要保人轉知各被保險人。</p>	<p>三、第三項，保險公司應於保單條款中載明其限繳期限，並需符合勞工退休金條例及勞工退休金條例年金保險實施辦法之規定。</p>
<p>保險費不足額繳納或金額錯誤之處理 第五條</p> <p>保險費繳款單所載金額與要保人應繳金額不符，或要保人未足額繳納保險費時，本公司逕依要保人檢附之該月保險費繳納清冊將要保人所繳金額扣列為被保險人自願提繳之金額後，剩餘金額再按該清冊比例分配為要保人實際依勞工退休金條例規定為各被保險人所繳保費之金額。</p> <p>要保人對於前項有疑義時，應提出調整理由及可資證明之文件，向本公司申</p>	<p>一、規範保險費不足額繳納或金額錯誤之處理。</p> <p>二、參照勞工退休金條例年金保險實施辦法第二十七條及第二十八條訂定。</p>

條文	說明
<p>請更正。本公司經查明後，於計算最近月份提繳金額時，一併更正結算之。</p>	
<p>被保險人異動之通知</p> <p>第六條</p> <p>本契約生效後，要保人因被保險人受僱而申請加保時，應於被保險人到職後七日內以書面通知本公司。新加保之被保險人之保險契約效力追溯自其到職日起生效，並自到職日起計算要保人應為該被保險人提繳之保險費。</p> <p>要保人因被保險人變更原選擇之勞工退休金個人專戶或勞退企業年金保險契約，改為參加本契約時，應於被保險人選擇變更之日起十五日內以書面通知本公司。變更選擇本契約之被保險人之保險效力，應自通知送達本公司之次月一日起生效。</p> <p>要保人因被保險人離職、死亡、留職停薪、入伍服役、因案停職或被羈押等事由，停止為該被保險人提繳保險費時，要保人應於該事由發生之日起七日內以書面通知本公司。被保險人如復職時，要保人應於復職之日起七日內以書面通知本公司，並自復職日起計算要保人應為該被保險人提繳之保險費。</p> <p>要保人因被保險人變更原選擇之本契約，改為參加勞工退休金個人專戶，或選擇參加其他勞退企業年金保險契約時，應於被保險人選擇變更之日起十五日內以書面通知本公司，其變更自通知本公司之次月一日起生效。</p>	<p>一、規範被保險人異動之通知及相關處理情形。</p> <p>二、參照勞工退休金條例年金保險實施辦法第二十二條及團體一年定期人壽保險單示範條款第九條訂定。</p>
<p>要保人資料之提供、錯誤或疏漏更正</p> <p>第七條</p> <p>要保人應備置被保險人名冊，詳錄各被保險人的姓名、性別、出生年月日及</p>	<p>一、規範要保人資料之提供、錯誤或疏漏更正之處理情形。</p> <p>二、參照勞工退休金條例年金保險實</p>

條文	說明
<p>國民身分證統一編號、到職、離職、工資、每月提繳保險費紀錄以及其他與本契約有關之資料，本公司並得要求要保人提供前開資料。</p> <p>被保險人資料如有變更、錯誤或疏漏時，除本契約另有約定外，要保人應於變更、發現錯誤或疏漏之日起七日內，提出申請書並檢附身分證影本或有關證件，向本公司申請變更。本公司應於收到要保人完整之申請更正文件之翌日起十日內更正之。</p> <p>本公司就第一項被保險人資料發現有錯誤或疏漏時，要保人應於接到本公司書面通知之翌日起十日內補正。</p>	<p>施辦法第二十四條及團體一年定期人壽保險單示範條款第十三條訂定。</p>
<p>權益說明書之寄發</p> <p>第八條</p> <p>本公司應掣發年金保險權益說明書於每年二月底前送交要保人，並由要保人於收到後十日內轉交各被保險人。</p> <p>前項權益說明書應包括下列事項：</p> <p>一、被保險人個人基本資料：姓名、身分證統一編號、性別、出生日、受僱日期等。</p> <p>二、本契約生效日期、符合請領本契約退休金之日期及累計已提繳年資。</p> <p>三、至上一年度（十二月三十一日）止累積應繳納與已繳納之保險費總額。</p> <p>四、至上一年度（十二月三十一日）止之保單價值準備金。</p> <p>五、至上一年度（十二月三十一日）之投資收益相關資訊。</p> <p>六、至上一年度（十二月三十一日）</p>	<p>一、規範有關權益說明書之寄發與權益說明書應記載之事項。</p> <p>二、參照勞工退休金條例年金保險實施辦法第三十八條訂定。</p> <p>三、第二項第五款所稱之投資收益相關資訊係指整體之資產配置說明，並非指各個投資項目細項之資產配置情形。</p>

條文	說明
<p>之保證收益及實際收益率。</p> <p>要保人或被保險人對前項說明書提出疑義時，本公司應於受理之日起十五日內回覆處理情形。</p>	
<p>年金帳戶價值的計算</p> <p>第九條</p> <p>各被保險人之年金帳戶價值，係依下列方式計算並扣除轉換費用後之金額：</p> <p>第一年度：</p> <p>一、每月已繳保險費及移轉退休金之和。</p> <p>二、加計每月保險費及移轉退休金自本公司收到之日起至年底(十二月三十一日)止，以宣告利率按單利方式逐日計算之利息。</p> <p>第二年度及以後：</p> <p>一、年度初(一月一日)之年金帳戶價值與當年度每月已繳保險費及移轉退休金之和。</p> <p>二、加計前款年度初(一月一日)之年金帳戶價值以宣告利率按單利方式逐日計算之利息。</p> <p>三、加計當年度每月保險費及移轉退休金自本公司收到之日起至年底(十二月三十一日)止，以宣告利率按單利方式逐日計算之利息；但如有第十五條之情事者，計息至移轉日之前一日止。</p> <p>前項所稱「按單利方式逐日計算」，係指依約定之宣告利率除以三百六十五所得之值。</p>	<p>一、規範年金帳戶價值的計算。</p> <p>二、參照利率變動型年金保險單示範條款乙型第六條訂定。</p>
<p>最低保證金額的計算</p> <p>第十條</p>	<p>一、規範最低保證金額的計算。</p>

條文	說明
<p>各被保險人之最低保證金額，依下列方式計算之：</p> <p>第一年度：</p> <p>一、每月已繳保險費及移轉退休金之和。</p> <p>二、加計每月保險費及移轉退休金自本公司收到之日起至年底（十二月三十一日）止，以最低保證收益率按單利方式逐日計算之利息。</p> <p>第二年度及以後：</p> <p>一、年度初（一月一日）之帳戶最低保證金額與當年度每月已繳保險費及移轉退休金之和。</p> <p>二、加計前款年度初（一月一日）帳戶最低保證金額以最低保證收益率按單利方式逐日計算之利息。</p> <p>三、加計當年度每月保險費及移轉退休金自本公司收到之日起至年底（十二月三十一日）止，以最低保證收益率按單利方式逐日計算之利息；但如有第十五條之情事者，計息至移轉日之前一日止。</p> <p>前項所稱「按單利方式逐日計算」，係指依約定之最低保證收益率除以三百六十五所得之值。</p>	<p>二、參照勞工退休金條例第二十三條及勞工退休金條例施行細則第三十二條訂定。</p>
<p>工作年資的合併計算</p> <p>第十一條</p> <p>勞工退休金個人專戶之本金及累積收益全額移轉至勞退企業年金保險、或依勞工退休金條例施行細則第十二條第二項約定結清退休金全數轉入勞退企業年金保險契約，其工作年資合併計算。</p>	<p>一、規範工作年資的合併計算。</p> <p>二、參照勞工退休金條例施行細則第十二條及勞工退休金條例年金保險實施辦法第四十一條訂定。</p>
<p>年金保險費及收益的用途</p>	<p>一、明訂勞退企業年金保險保險費及</p>

條文	說明
<p>第十二條</p> <p>要保人依勞工退休金條例第三十六條第一項為被保險人提繳年金保險費之本金及收益，應作為給付被保險人退休金之用。</p>	<p>其收益之用途。</p> <p>二、參照勞工退休金條例年金保險實施辦法第五條訂定。</p>
<p>退休金的給付</p> <p>第十三條</p> <p>被保險人年滿〇〇歲（不得低於六十歲）為退休金請領之日。</p> <p>被保險人於退休金請領之日時，工作年資滿十五年以上者，請領月退休金；工作年資未滿十五年者，請領一次退休金。</p> <p>本公司應於退休金請領之日四十五日前，書面通知被保險人退休金給付事宜。</p> <p>被保險人於退休金請領之日三十日前，得以書面通知本公司變更退休金請領之日，但變更後的退休金請領之日應在被保險人年滿〇〇歲（不得低於六十歲）之日以後。</p>	<p>一、規範退休金請領之日、月退休金及一次退休金之請領條件暨退休金請領之日之變更等。</p> <p>二、參照勞工退休金條例第二十四條、勞工退休金條例年金保險實施辦法第四十二條及利率變動型年金保險單示範條款乙型第七條訂定。</p> <p>三、送審條文時第一項及第四項之年齡得不明列，俾保險公司得依各企業之實際情況訂定其退休金請領之日，以求保險商品之彈性，惟應於計算說明中敘明退休金請領年齡之範圍，且保險公司與雇主簽訂保險契約時，應由雇主於要保書中載明該保險契約退休金請領年齡，保險公司送交予雇主之保險單條款及保險證所填載之退休金請領年齡需與雇主於要保書中載明該退休金請領年齡一致。</p>
<p>被保險人退休金金額的計算</p> <p>第十四條</p> <p>被保險人在退休金請領之日時可領取之第一個月退休金金額，係以退休金請領之日前一日各該被保險人之保單價值準備金，按當時之預定利率及年金生命表計算之月退休金金額。</p> <p>前項被保險人保單價值準備金因保險費提繳時差而未算入之部份，視為已</p>	<p>一、規範被保險人退休金金額的計算。</p> <p>二、參照勞工退休金條例第二十三條、勞工退休金條例施行細則第三十三條、第四十條、勞工退休金條例年金保險實施辦法第四十四條、第四十五條及利率變動型年金保險單示範條款乙型第</p>

條文	說明
<p>提繳，若要保人居期未提繳者，應由該被保險人退休金金額中沖還。</p> <p>月退休金請領期間第二個月開始可領取之月退休金金額係以前一個月可領取之月退休金金額乘以當月「調整係數」而得之。</p> <p>第三項所稱「調整係數」等於$(1 + \text{最近一次之最低保證收益率}/12)$除以$(1 + \text{預定利率}/12)$。本項調整係數有變動時，本公司應以約定方式通知被保險人。</p> <p>本契約月退休金以定期方式，每〇〇個月（最高三個月）給付一次。</p> <p>被保險人年滿〇〇歲（不得低於六十歲）且工作年資未滿十五年時，本公司改依請領之日前一日之保單價值準備金一次給付，該被保險人保險契約效力即行終止。其後所繳金額，本公司應無息核發給受益人。</p>	<p>八條訂定。</p> <p>三、第六項之年齡應與第十三條第一項年齡之規範一致。</p> <p>四、年金給付型態，各公司得依保險商品特性設計，惟應符合保險法、勞工退休金條例、勞工退休金條例施行細則及勞工退休金條例年金保險實施辦法等相關規定。</p>
<p>保單價值準備金或年金帳戶價值之移轉 第十五條</p> <p>本契約被保險人之保單價值準備金或年金帳戶價值，應符合下列事由之一始得移轉：</p> <p>一、要保人與他保險人簽訂勞退企業年金保險契約。</p> <p>二、被保險人離職。</p> <p>三、被保險人選擇變更為勞工退休金個人專戶。</p> <p>前項各款事由發生時，本契約被保險人之保單價值準備金或年金帳戶價值，應依下列方式處理：</p> <p>一、要保人與他保險人簽訂勞退企業年金保險契約：</p>	<p>一、規範保單價值準備金或年金帳戶價值移轉之條件與其處理方式。</p> <p>二、參照勞工退休金條例第八條、勞工退休金條例年金保險實施辦法第十九條、第三十五條、第四十條第三項及第六十七條訂定。</p>

條文	說明
<p>(一) 被保險人選擇參加要保人與他保險人簽訂之勞退企業年金保險契約者，於閉鎖期屆滿後，被保險人得向本公司申請，將其保單價值準備金全數移轉至他保險人的勞退企業年金保險契約；如未申請者，本公司應將該被保險人之保單價值準備金留存於本契約，其權利義務不受影響。</p> <p>(二) 被保險人未選擇參加要保人與他保險人簽訂之勞退企業年金保險者，其年金帳戶價值留存本契約。若被保險人不同意留存於者，於閉鎖期屆滿後，被保險人得向本公司申請，將其之保單價值準備金全數移轉至勞工退休金個人專戶或其指定之勞退企業年金保險契約。</p> <p>二、被保險人離職</p> <p>被保險人離職時，本公司應將該被保險人轉成本公司勞退個人年金保險契約之被保險人，並將其年金帳戶價值轉入該勞退個人年金保險契約。被保險人並得於勞退個人年金保險契約之閉鎖期屆滿後，向本公司申請將其保單價值準備金全數移轉至勞工退休金個人專戶或其指定之勞退企業年金保險契約。</p> <p>三、被保險人選擇變更為勞工退休金個人專戶</p> <p>要保人通知本公司被保險人選擇變更為勞工退休金個人專戶時，於閉鎖期屆滿後，該被保險人得向本公司申請，將其保單價值準備金，全數移轉至勞工退休金個人</p>	

條文	說明
<p>專戶。</p> <p>前項各款情形，本公司應於符合各款約定，且收到申請書之日起三十日內，將其保單價值準備金完成移轉。移轉完成後，該被保險人之保險效力即行終止，其後若有應由本公司負責收取之未繳保險費者，本公司應於收取後，轉交至勞工退休金個人專戶或其指定之勞退企業年金保險契約。</p> <p>依本條移轉之保單價值準備金，係指移轉前一日所計算之金額。被保險人對於第二項所載保單價值準備金金額如有疑義時，本公司負說明之責；若有不足，補足之。</p>	
<p>保單價值準備金移轉之文件</p> <p>第十六條</p> <p>被保險人依前條約定，向本公司申請移轉保單價值準備金時，應檢具下列文件：</p> <p>一、申請書。</p> <p>二、被保險人之身分證明文件。</p> <p>三、其他經主管機關規定之文件。</p>	<p>規範有關保單價值準備金移轉需檢附之文件。</p>
<p>保單權益的限制</p> <p>第十七條</p> <p>要保人不得將本契約之權益讓與、扣押、抵銷或供擔保。</p> <p>要保人及被保險人不得以保險契約為質，向保險人借款。</p> <p>被保險人未符合退休金請領條件前，不得請領保單價值準備金。</p> <p>被保險人於退休金請領之日後，不得申請移轉保單價值準備金。</p>	<p>一、規範要保人及被保險人之相關權益之限制。</p> <p>二、參照勞工退休金條例第二十九條、勞工退休金條例年金保險實施辦法第五條及第六條訂定。</p>
<p>契約的終止</p>	<p>一、團體保險契約中，如契約內之被</p>

條文	說明
<p>第十八條</p> <p>全體被保險人因第十五條之規定，將其保單價值準備金或年金帳戶價值全數移轉至勞工退休金個人專戶、其他勞退企業年金保險契約或本公司勞退個人年金保險契約時，本契約效力即行終止。</p> <p>除前項規定外，要保人不得終止本契約。</p>	<p>保險人已全部移轉，該契約因無保險標的應予終止。</p> <p>二、參照團體一年定期人壽保險單示範條款第十條訂定。</p>
<p>被保險人身故其保險金或未支領退休金餘額之給付</p> <p>第十九條</p> <p>被保險人於退休金請領之日前身故者，本公司於給付保險金予其身故受益人後，該被保險人之保險契約效力即行終止。</p> <p>前項所稱保險金，為本契約該被保險人身故時之保單價值準備金。</p> <p>被保險人於退休金請領之日後身故者，如仍有未支領之退休金餘額，本公司應將其未支領之退休金餘額，依本契約最近一期之月退休金金額及預定利率貼現，一次給付予被保險人身故受益人，該被保險人之保險契約效力即行終止。</p> <p>被保險人身故時，要保人或身故受益人應於知悉後通知本公司，要保人其後所繳之保險費，本公司應無息核發予身故受益人。</p>	<p>一、規範被保險人身故其保險金或未支領退休金餘額之給付與其契約之效力。</p> <p>二、參照勞工退休金條例年金保險實施辦法第四十二條及利率變動型年金保險單示範條款乙型第十一條訂定。</p>
<p>失蹤處理</p> <p>第二十條</p> <p>被保險人在本契約有效期間內，退休金請領之日前失蹤，且法院宣告死亡判決內所確定死亡時日在退休金請領之日前者，本公司依第十九條第一項規定給付該被保險人之保險金；但日後發現被保險人生還時，得將本公司所給付予</p>	<p>一、規範被保險人失蹤時，有關保險金或未支領退休金餘額之給付與其契約之效力。</p> <p>二、參照利率變動型年金保險單示範條款乙型第十二條訂定。</p>

條文	說明
<p>身故受益人之保險金歸還本公司，使該被保險人之保險契約效力繼續有效。</p> <p>前項情形，自前揭確定死亡時日起至本公司給付身故受益人該被保險人保險金之日止，本公司不依宣告利率計付利息。</p> <p>被保險人在本契約有效期間內，退休金請領之日後失蹤者，本公司根據法院宣告死亡判決內所確定死亡時日為準，不再負給付退休金責任，其有未支領之退休金餘額依第十九條第三項規定處理；但於日後發現被保險人生還時，本公司於補足其間未付退休金金額後，應依契約約定給付退休金。</p> <p>前項情形，於被保險人在本契約有效期間內，退休金請領之日前失蹤，且法院宣告死亡判決內所確定死亡時日在退休金請領之日後者，亦適用之。</p>	
<p>退休金的申領</p> <p>第二十一條</p> <p>被保險人於退休金請領之日後每年第一次申領給付，或依第十四條第六項規定一次請領當時累積之保單價值準備金時，除應提出可資證明被保險人生存之文件外，應檢具下列文件：</p> <p>一、申請書。</p> <p>二、被保險人名義之金融機構帳戶影本。</p> <p>三、身分證明文件影本或戶籍謄本。</p> <p>本公司應於收齊所須文件後，十五日內給付之。但因可歸責於本公司之事由，致未在前開期限內為給付者，應給付遲延利息年利一分。</p>	<p>一、規範有關退休金申領時所需之文件。</p> <p>二、參照勞工退休金條例年金保險實施辦法第四十六條及利率變動型年金保險單示範條款乙型第十四條訂定。</p>
<p>保險金或未支領退休金餘額的申領</p>	<p>一、規範有關保險金或未支領退休金</p>

條文	說明
<p>第二十二條</p> <p>身故受益人依第十九條及第二十條之規定申領被保險人之保險金或未支領之退休金餘額時，應檢具下列文件：</p> <p>一、申請書。</p> <p>二、身故受益人本人名義之金融機構帳戶影本。</p> <p>三、載有被保險人死亡日期之全戶戶籍謄本、死亡證明書、檢察官相驗屍體證明書或死亡宣告判決書。</p> <p>四、身故受益人與被保險人非同一戶籍者，其證明身分關係之相關戶籍謄本。</p> <p>五、身故受益人之身分證明文件影本。</p> <p>本公司應於收齊所須文件後，十五日內給付之。但因可歸責於本公司之事由，致未在前開期限內為給付者，應給付遲延利息年利一分。</p>	<p>餘額申領時所需之文件。</p> <p>二、參照勞工退休金條例年金保險實施辦法第四十七條及利率變動型年金保險單示範條款乙型第十三條訂定。</p>
<p>退休金或保險金的委託申領</p> <p>第二十三條</p> <p>被保險人或身故受益人，因僑居國外，不能返國或來臺請領退休金或保險金時，可由請領人擬具委託書，並檢附僑居地之我國駐外機構或該國出具之身分證明文件，委託代領轉發。</p> <p>前項委託書及身分證明文件，應包含中譯本，送我國駐外機構認證，中譯本未認證者，應由我國法院或民間公證人公證。</p> <p>第一項請領人為大陸人士，無法來臺領取退休金或保險金時，得由請領人擬具委託書，並附身分證明文件委託代領轉發。委託書及身分證明文件需經大陸公證</p>	<p>一、規範退休金或保險金的委託申領。</p> <p>二、參照勞工退休金條例年金保險實施辦法第四十八條訂定。</p>

條文	說明
<p>並經我國認可之相關機構驗證。</p>	
<p>年齡的計算及錯誤的處理</p> <p>第二十四條</p> <p>要保人在申請投保時，應將被保險人出生年月日在被保險人名冊填明。被保險人的投保年齡，以足歲計算，但未滿一歲的零數超過六個月者，加算一歲。</p> <p>被保險人的投保年齡發生錯誤時，依下列規定辦理：</p> <p>一、若投保年齡錯誤，而致本公司短發退休金金額者，本公司應計算實付退休金金額與應付退休金金額的差額，於下次退休金給付時按應付退休金金額給付，並一次補足過去實付退休金金額與應付退休金金額的差額。</p> <p>二、因投保年齡錯誤，而溢發退休金金額者，本公司應重新計算實付退休金金額與應付退休金金額的差額，並於未來退休金給付扣還。</p> <p>前項第一款情形，其錯誤原因歸責於本公司者，應加計利息退還，其利息按○○利率計算。</p> <p>被保險人經查明因年齡錯誤不符請領退休金規定者，應自收到返還通知之日起三十日內，將已領取之退休金返還本公司。</p>	<p>一、規範年齡的計算及錯誤的處理。</p> <p>二、參照勞工退休金條例施行細則第四十二條及利率變動型年金保險單示範條款乙型第十七條訂定。</p>
<p>受益人的指定及變更</p> <p>第二十五條</p> <p>本契約受益人於被保險人生存期間為被保險人本人，本公司不受理其指定或變更。</p>	<p>一、規範受益人的指定及變更。</p> <p>二、參照勞工退休金條例第二十六條、第二十七條、勞工退休金條例年金保險實施辦法第四十二條及利率變動型年金保險單示</p>

條文	說明
<p>除前項約定外，被保險人於訂立本契約時，得指定身故受益人，並得於被保險人身故前，以書面通知本公司變更身故受益人。</p> <p>前項身故受益人的指定或變更，於被保險人申請書送達本公司時，本公司即予批註或發給批註書。</p> <p>第二項之身故受益人同時或先於被保險人本人身故，除被保險人已另行指定外，以被保險人之遺屬為本契約身故受益人。</p> <p>被保險人未於訂約時指定或訂約後以書面通知本公司指定本契約身故受益人者，以被保險人之遺屬為本契約身故受益人。</p> <p>以被保險人之遺屬為身故受益人時，其受益順序適用勞工退休金條例第二十七條之規定。</p>	<p>範條款乙型第十八條訂定。</p>
<p>變更住所 第二十六條</p> <p>要保人及被保險人的住所有變更時，應即以書面通知本公司。</p> <p>要保人及被保險人不為前項通知者，本公司之各項通知，得以本契約所載要保人及被保險人之最後住所發送之。</p>	<p>一、規範有關住所變更之處理。 二、參照利率變動型年金保險單示範條款乙型第十九條訂定。</p>
<p>時效 第二十七條</p> <p>由本契約所生的權利，自得為請求之日起，經過五年不行使而消滅。</p>	<p>一、規範保險契約所生權利之時效。 二、參照勞工退休金條例年金保險實施辦法第四十三條及利率變動型年金保險單示範條款乙型第二十條訂定。</p>
<p>批註 第二十八條</p>	<p>一、規範有關保險契約內容變更，或</p>

條文	說明
<p>本契約內容的變更，或記載事項的增刪，除第十三條第四項、第十五條、第二十五條及法律另有規定者外，應經要保人、被保險人與本公司書面同意，並由本公司即予批註或發給批註書。</p>	<p>記載事項的增刪，應以被保險人之權益為前題，故除本示範條款所列約定事項及法律另有規定外，應經要保人、被保險人與保險公司書面同意。</p> <p>二、參照利率變動型年金保險單示範條款乙型第二十一條訂定。</p>
<p>管轄法院</p> <p>第二十九條</p> <p>因本契約與要保人涉訟者，同意以要保人住所地地方法院為第一審管轄法院；因本契約與被保險人涉訟者，同意以被保險人住所地地方法院為第一審管轄法院。要保人或被保險人的住所在中華民國境外時，以○○○○地方法院為第一審管轄法院。但不得排除消費者保護法第四十七條及民事訴訟法第四百三十六條之九小額訴訟管轄法院之適用。</p>	<p>一、規範有關保險契約涉訟時之管轄法院。</p> <p>二、參照利率變動型年金保險單示範條款乙型第二十二條訂定。</p>

轉換費用附表

被保險人因第十五條第二項第一款而移轉時：		被保險人因第十五條第二項第二、三款而移轉時：	
移轉年度	轉換費用	移轉年度	轉換費用
第 5 年	年金帳戶價值的 %	第 5 年	
第 6 年	年金帳戶價值的 %	第 6 年	
第 7 年	年金帳戶價值的 %	第 7 年	
第 8 年	年金帳戶價值的 %	第 8 年	
第 9 年	年金帳戶價值的 %	第 9 年	
第 10 年以後	年金帳戶價值的 %	第 10 年以後	

附錄十一

人身保險業辦理強化年金業務應注意事項-建議事項

一、為規範人身保險業辦理強化年金業務（以下稱本業務），以促進我國保險市場之發展，特訂定本注意事項。

二、本注意事項所稱強化年金，係指依據被保險人是否吸菸經驗、健康狀況、生活方式、居住地等因素，對生存率風險作更精確評估之年金保險。

三、人身保險業辦理本業務，其商品種類以下列為限：

（一）傳統型年金保險、利率變動型年金保險。

（二）投資型年金保險。

前項年金商品之生存率風險，應以吸菸體及非吸菸體為主要分類基礎，且同一年金商品之吸菸體體位等級不得超過二種，非吸菸體體位等級不得超過三種。

四、人身保險業辦理本業務應訂定嚴謹、一致性之強化年金核保標準，並確保其核保作業之獨立、客觀執行。

前項強化年金核保標準，應規範被保險人至少滿足下列要件，始得適用強化年金費率出單承保：

（一）須年滿五十歲以上。

（二）通過強化年金判定之必要核保程序。

五、人身保險業送審強化年金商品，除依人身保險商品審查應注意事項規定檢附相關文件外，另應檢附下列文件：

（一）被保險人體位分類等級及其定義。

（二）核保方法與流程。

（三）自留金額及再保險條件說明。

（四）保險商品合格簽署精算人員評估意見書，應包含：

1.計算保險費率所用生存率與被保險人體位分類、核保標準三者間之關係及合理性說明。

2.就該商品經體位分類後之總合生存率，與不分體位之生存率提出分析比較說明。

3.對準備金精算評估之合理性分析說明。

前項依人身保險商品審查應注意事項規定檢附之保險商品利潤分析表，應加

列強化年金商品初年度盈餘侵蝕對商品利潤之影響說明。

六、人身保險業銷售強化年金商品時，應依下列規定充分揭露必要資訊：

（一）商品簡介及銷售廣告應揭露判定強化年金之主要核保項目，及被保險人可能適用其他體位費率之效果說明。

（二）要保書、商品簡介及銷售廣告應記載以下提示警語：只有當被保險人通過判定強化年金之必要核保程序，並經保險公司為同意承保之意思表示後，始能適用強化年金費率。

七、人身保險業及其招攬人員於銷售強化年金商品時，不得有下列行為：

（一）不當唆使有效契約保戶終止契約，或以契約轉換及其他方式投保，致保戶權益受損者。

（二）故意隱匿其他體位費率，僅提供強化年金費率或標榜最低費率為不當之招攬者。

（三）與其他人身保險業之強化年金商品作費率或核保項目、標準之不當比較者。

（四）未經核保程序即向消費者承諾可適用強化年金費率，為不當之招攬者。

八、人身保險業每年應提供從事核保工作人員辦理本業務所需之教育訓練，使其具備對被保險人生存率風險予以正確分類之專業技能。

九、人身保險業應慎選招攬人員從事本業務之招攬，並事先完成必要之在職教育訓練。

十、強化年金商品得約定提供被保險人通知危險減少時之費率調整機制。

十一、招攬人員如有違反本注意事項之情事，其為保險業務員者，人身保險業應依保險業務員管理規則第十九條及相關規定予以懲處；其為保險代理人或保險經紀人者，人身保險業應立即督促其改善，並通知主管機關。

十二、人身保險業辦理本業務，如有違反本注意事項規定，主管機關得依保險法第一百四十九條及相關規定，依其情節輕重為適當之處分。

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Table of Contents

Section 1.	Purpose
Section 2.	Authority
Section 3.	Applicability and Scope
Section 4.	Definitions
Section 5.	Policy Definitions
Section 6.	Policy Practices and Provisions
Section 7.	Unintentional Lapse
Section 8.	Required Disclosure Provisions
Section 9.	Required Disclosure of Rating Practices to Consumer
Section 10.	Initial Filing Requirements
Section 11.	Prohibition Against Post Claims Underwriting
Section 12.	Minimum Standards for Home Health and Community Care Benefits in Long-Term Care Insurance Policies
Section 13.	Requirement to Offer Inflation Protection
Section 14.	Requirements for Application Forms and Replacement Coverage
Section 15.	Reporting Requirements
Section 16.	Licensing
Section 17.	Discretionary Powers of Commissioner
Section 18.	Reserve Standards
Section 19.	Loss Ratio
Section 20.	Premium Rate Schedule Increases
Section 20.1	Premium Rate Schedule Increases for Policies Subject to Loss Ratio Limits Related to Original Filings
Section 21.	Filing Requirement
Section 22.	Filing Requirements for Advertising
Section 23.	Standards for Marketing
Section 24.	Suitability
Section 25.	Prohibition Against Preexisting Conditions and Probationary Periods in Replacement Policies or Certificates
Section 26.	Availability of New Services or Providers
Section 27.	Right to Reduce Coverage and Lower Premiums
Section 28.	Nonforfeiture Benefit Requirement
Section 29.	Standards for Benefit Triggers
Section 30.	Additional Standards for Benefit Triggers for Qualified Long-Term Care Insurance Contracts
Section 31.	Appealing an Insurer's Determination that the Benefit Trigger Is Not Met
Section 32.	Prompt Payment of Clean Claims
Section 33.	Standard Format Outline of Coverage
Section 34.	Requirement to Deliver Shopper's Guide
Section 35.	Penalties
Section [].	[Optional] Permitted Compensation Arrangements
Appendix A.	Rescission Reporting Form
Appendix B.	Personal Worksheet
Appendix C.	Disclosure Form
Appendix D.	Response Letter
Appendix E.	Sample Claims Denial Format

Table of Contents (cont.)

- Appendix F. Potential Rate Increase Disclosure Form
- Appendix G. Replacement and Lapse Reporting Form
- Appendix H. Guidelines for Long-Term Care Independent Review Entities

Section 1. Purpose

The purpose of this regulation is to implement [cite section of law which sets forth the NAIC Long-Term Care Insurance Model Act], to promote the public interest, to promote the availability of long-term care insurance coverage, to protect applicants for long-term care insurance, as defined, from unfair or deceptive sales or enrollment practices, to facilitate public understanding and comparison of long-term care insurance coverages, and to facilitate flexibility and innovation in the development of long-term care insurance.

Section 2. Authority

This regulation is issued pursuant to the authority vested in the commissioner under [cite sections of law enacting the NAIC Long-Term Care Insurance Model Act and establishing the commissioner's authority to issue regulations].

Section 3. Applicability and Scope

Except as otherwise specifically provided, this regulation applies to all long-term care insurance policies, including qualified long-term care contracts and life insurance policies that accelerate benefits for long-term care delivered or issued for delivery in this state on or after the effective date by insurers; fraternal benefit societies; nonprofit health, hospital and medical service corporations; prepaid health plans; health maintenance organizations and all similar organizations. Certain provisions of this regulation apply only to qualified long-term care insurance contracts as noted.

Drafting Note: This regulation, like the NAIC Long-Term Care Insurance Model Act, is intended to apply to policies, contracts, subscriber agreements, riders and endorsements whether issued by insurers; fraternal benefit societies; nonprofit health, hospital and medical service corporations; prepaid health plans; health maintenance organizations and all similar organizations. In order to include such organizations, regulations should identify them in accordance with statutory terminology or by specific statutory citation. Depending upon state law and regulation, insurance department jurisdiction, and other factors, separate regulations may be required. In any event, the regulation should provide that the particular terminology used by these plans, organizations and arrangements (e.g., contract, policy, certificate, subscriber, member) may be substituted for, or added to, the corresponding terms used in this regulation.

Additionally, this regulation is intended to apply to policies having indemnity benefits that are triggered by activities of daily living and sold as disability income insurance, if:

1. The benefits of the disability income policy are dependent upon or vary in amount based on the receipt of long-term care services;
2. The disability income policy is advertised, marketed or offered as insurance for long-term care services; or
3. Benefits under the policy may commence after the policyholder has reached Social Security's normal retirement age unless benefits are designed to replace lost income or pay for specific expenses other than long-term care services.

Drafting Note: The passage of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) created a new category of long-term care insurance called Qualified Long-Term Care Insurance. This regulation is intended to provide requirements for all long-term care insurance contracts, including qualified long-term care insurance contracts, as defined in the NAIC Long-Term Care Insurance Model Act and by Section 7702B(b) of the Internal Revenue Code of 1986, as amended. The amendments to this regulation made in recognition of Section 7702B do not require nor prohibit the continued sale of long-term care insurance policies and certificates that are not considered qualified long-term care insurance contracts.

Section 4. Definitions

For the purpose of this regulation, the terms “long-term care insurance,” “qualified long-term care insurance,” “group long-term care insurance,” “commissioner,” “applicant,” “policy” and “certificate” shall have the meanings set forth in Section 4 of the NAIC Long-Term Care Insurance Model Act. In addition, the following definitions apply.

Drafting Note: Where the word “commissioner” appears in this regulation, the appropriate designation for the chief insurance supervisory official of the state should be substituted. To the extent that the model act is not adopted, the full definition of the above terms contained in that model act should be incorporated into this section.

- A. “Benefit trigger”, for the purposes of independent review, means a contractual provision in the insured’s policy of long-term care insurance conditioning the payment of benefits on a determination of the insured’s ability to perform activities of daily living and on cognitive impairment. For purposes of a tax-qualified long-term care insurance contract, as defined in Section 7702B of the Internal Revenue Code of 1986, as amended, “benefit trigger” shall include a determination by a licensed health care practitioner that an insured is a chronically ill individual.

Drafting Note: This definition is not intended to be a required definitional element of a long-term care insurance policy, but rather intended to clarify the scope and intent of Section 31. The requirement for a description of the benefit trigger in the policy or certificate is currently found in Section 8.

- B. (1) “Exceptional increase” means only those increases filed by an insurer as exceptional for which the commissioner determines the need for the premium rate increase is justified:
- (a) Due to changes in laws or regulations applicable to long-term care coverage in this state; or
 - (b) Due to increased and unexpected utilization that affects the majority of insurers of similar products.
- (2) Except as provided in Sections 20 and 20.1, exceptional increases are subject to the same requirements as other premium rate schedule increases.
- (3) The commissioner may request a review by an independent actuary or a professional actuarial body of the basis for a request that an increase be considered an exceptional increase.
- (4) The commissioner, in determining that the necessary basis for an exceptional increase exists, shall also determine any potential offsets to higher claims costs.

Drafting Note: The commissioner may wish to review the request with other commissioners.

- C. “Incidental,” as used in Sections 20J and 20.1J, means that the value of the long-term care benefits provided is less than ten percent (10%) of the total value of the benefits provided over the life of the policy. These values shall be measured as of the date of issue.

Drafting Note: The phrase “value of the benefits” is used in defining “incidental” to make the definition more generally applicable. In simple cases where the base policy and the long-term care benefits have separately identifiable premiums, the premiums can be directly compared. In other cases, annual cost of insurance charges might be available for comparison. Some cases may involve comparison of present value of benefits.

- D. “Independent review organization” means an organization that conducts independent reviews of long-term care benefit trigger decisions.
- E. “Licensed health care professional” means an individual qualified by education and experience in an appropriate field, to determine, by record review, an insured’s actual functional or cognitive impairment.

Drafting Note: For purposes of Section 31, it may be appropriate for certain licensed health care professionals, such as physical therapists, occupational therapists, neurologists, physical medicine specialists, and rehabilitation medicine specialists, to review a benefit trigger determination. However, some of these health care professionals may not meet the definition of a licensed health care practitioner under Section 7702B(c)(4) of the Internal Revenue Code. For tax-qualified long-term care insurance contracts, only a licensed health care professional who meets the definition of a licensed health care practitioner may certify that an individual is a chronically ill individual.

- F. “Qualified actuary” means a member in good standing of the American Academy of Actuaries.
- G. “Similar policy forms” means all of the long-term care insurance policies and certificates issued by an insurer in the same long-term care benefit classification as the policy form being considered. Certificates of groups that meet the definition in [insert reference to Section 4E(1) of the NAIC Long-Term Care Model Act] are not considered similar to certificates or policies otherwise issued as long-term care insurance, but are similar to other comparable certificates with the same long-term care benefit classifications. For purposes of determining similar policy forms, long-term care benefit classifications are defined as follows: institutional long-term care benefits only, non-institutional long-term care benefits only, or comprehensive long-term care benefits.

Section 5. Policy Definitions

No long-term care insurance policy delivered or issued for delivery in this state shall use the terms set forth below, unless the terms are defined in the policy and the definitions satisfy the following requirements:

- A. “Activities of daily living” means at least bathing, continence, dressing, eating, toileting and transferring.
- B. “Acute condition” means that the individual is medically unstable. Such an individual requires frequent monitoring by medical professionals, such as physicians and registered nurses, in order to maintain his or her health status.
- C. “Adult day care” means a program for six (6) or more individuals, of social and health-related services provided during the day in a community group setting for the purpose of supporting frail, impaired elderly or other disabled adults who can benefit from care in a group setting outside the home.

- D. “Bathing” means washing oneself by sponge bath; or in either a tub or shower, including the task of getting into or out of the tub or shower.
- E. “Cognitive impairment” means a deficiency in a person’s short or long-term memory, orientation as to person, place and time, deductive or abstract reasoning, or judgment as it relates to safety awareness.
- F. “Continence” means the ability to maintain control of bowel and bladder function; or, when unable to maintain control of bowel or bladder function, the ability to perform associated personal hygiene (including caring for catheter or colostomy bag).
- G. “Dressing” means putting on and taking off all items of clothing and any necessary braces, fasteners or artificial limbs.
- H. “Eating” means feeding oneself by getting food into the body from a receptacle (such as a plate, cup or table) or by a feeding tube or intravenously.
- I. “Hands-on assistance” means physical assistance (minimal, moderate or maximal) without which the individual would not be able to perform the activity of daily living.
- J. “Home health care services” means medical and nonmedical services, provided to ill, disabled or infirm persons in their residences. Such services may include homemaker services, assistance with activities of daily living and respite care services.
- K. “Medicare” means “The Health Insurance for the Aged Act, Title XVIII of the Social Security Amendments of 1965 as Then Constituted or Later Amended,” or “Title I, Part I of Public Law 89-97, as Enacted by the Eighty-Ninth Congress of the United States of America and popularly known as the Health Insurance for the Aged Act, as then constituted and any later amendments or substitutes thereof,” or words of similar import.
- L. “Mental or nervous disorder” shall not be defined to include more than neurosis, psychoneurosis, psychopathy, psychosis, or mental or emotional disease or disorder.
- M. “Personal care” means the provision of hands-on services to assist an individual with activities of daily living.
- N. “Skilled nursing care,” “personal care,” “home care,” “specialized care,” “assisted living care” and other services shall be defined in relation to the level of skill required, the nature of the care and the setting in which care must be delivered.
- O. “Toileting” means getting to and from the toilet, getting on and off the toilet, and performing associated personal hygiene.
- P. “Transferring” means moving into or out of a bed, chair or wheelchair.
- Q. All providers of services, including but not limited to “skilled nursing facility,” “extended care facility,” “convalescent nursing home,” “personal care facility,” “specialized care providers,” “assisted living facility,” and “home care agency” shall be defined in relation to the services and facilities required to be available and the licensure, certification, registration or degree status of those providing or supervising the services. When the definition requires that the provider be appropriately licensed, certified or registered, it shall also state what requirements a provider must

meet in lieu of licensure, certification or registration when the state in which the service is to be furnished does not require a provider of these services to be licensed, certified or registered, or when the state licenses, certifies or registers the provider of services under another name.

Drafting Note: State laws relating to nursing and other facilities and agencies are not uniform. Accordingly, specific reference to or incorporation of the individual state law may be required in structuring each definition.

Drafting Note: This section is intended to specify required definitional elements of several terms commonly found in long-term care insurance policies, while allowing some flexibility in the definitions themselves.

Drafting Note: The U.S. Treasury Department may, at some time in the future, develop additional or different policy definitions intended to satisfy the requirements of Section 7702B of the Internal Revenue Code of 1986, as amended, for qualified long-term insurance contracts. States should consider developing a mechanism to allow definitions that may be developed by the federal agency to be used in qualified long-term care insurance contracts.

Section 6. Policy Practices and Provisions

- A. Renewability. The terms “guaranteed renewable” and “noncancellable” shall not be used in any individual long-term care insurance policy without further explanatory language in accordance with the disclosure requirements of Section 9 of this regulation.
- (1) A policy issued to an individual shall not contain renewal provisions other than “guaranteed renewable” or “noncancellable.”
 - (2) The term “guaranteed renewable” may be used only when the insured has the right to continue the long-term care insurance in force by the timely payment of premiums and when the insurer has no unilateral right to make any change in any provision of the policy or rider while the insurance is in force, and cannot decline to renew, except that rates may be revised by the insurer on a class basis.
 - (3) The term “noncancellable” may be used only when the insured has the right to continue the long-term care insurance in force by the timely payment of premiums during which period the insurer has no right to unilaterally make any change in any provision of the insurance or in the premium rate.
 - (4) The term “level premium” may only be used when the insurer does not have the right to change the premium.
 - (5) In addition to the other requirements of this subsection, a qualified long-term care insurance contract shall be guaranteed renewable, within the meaning of Section 7702B(b)(1)(C) of the Internal Revenue Code of 1986, as amended.
- B. Limitations and Exclusions. A policy may not be delivered or issued for delivery in this state as long-term care insurance if the policy limits or excludes coverage by type of illness, treatment, medical condition or accident, except as follows:
- (1) Preexisting conditions or diseases;
 - (2) Mental or nervous disorders; however, this shall not permit exclusion or limitation of benefits on the basis of Alzheimer’s Disease;
 - (3) Alcoholism and drug addiction;

- (4) Illness, treatment or medical condition arising out of:
 - (a) War or act of war (whether declared or undeclared);
 - (b) Participation in a felony, riot or insurrection;
 - (c) Service in the armed forces or units auxiliary thereto;
 - (d) Suicide (sane or insane), attempted suicide or intentionally self-inflicted injury; or
 - (e) Aviation (this exclusion applies only to non-fare-paying passengers).
- (5) Treatment provided in a government facility (unless otherwise required by law), services for which benefits are available under Medicare or other governmental program (except Medicaid), any state or federal workers' compensation, employer's liability or occupational disease law, or any motor vehicle no-fault law, services provided by a member of the covered person's immediate family and services for which no charge is normally made in the absence of insurance;
- (6) Expenses for services or items available or paid under another long-term care insurance or health insurance policy;
- (7) In the case of a qualified long-term care insurance contract, expenses for services or items to the extent that the expenses are reimbursable under Title XVIII of the Social Security Act or would be so reimbursable but for the application of a deductible or coinsurance amount.
- (8)
 - (a) This subsection is not intended to prohibit exclusions and limitations by type of provider. However, no long-term care issuer may deny a claim because services are provided in a state other than the state of policy issued under the following conditions:
 - (i) When the state other than the state of policy issue does not have the provider licensing, certification or registration required in the policy, but where the provider satisfies the policy requirements outlined for providers in lieu of licensure, certification or registration; or
 - (ii) When the state other than the state of policy issue licenses, certifies or registers the provider under another name.
 - (b) For purposes of this paragraph, "state of policy issue" means the state in which the individual policy or certificate was originally issued.

Drafting Note: Paragraph (8) is intended to permit exclusions and limitations for payment for services provided outside the United States and legitimate variations in benefit levels to reflect differences in provider rates. However, the issuer of long-term care insurance policies and certificates being claimed against in a state other than where the policy or certificate was issued must cover those services that would be covered in the state of issue irrespective of any licensing, registration or certification requirements for providers in the other state. In other words, if the claim would be approved but for the licensing issue, the claim must be approved.

- (9) This subsection is not intended to prohibit territorial limitations.
- C. **Extension of Benefits.** Termination of long-term care insurance shall be without prejudice to any benefits payable for institutionalization if the institutionalization began while the long-term care insurance was in force and continues without interruption after termination. The extension of benefits beyond the period the long-term care insurance was in force may be limited to the duration of the benefit period, if any, or to payment of the maximum benefits and may be subject to any policy waiting period, and all other applicable provisions of the policy.
- D. **Continuation or Conversion.**
- (1) Group long-term care insurance issued in this state on or after the effective date of this section shall provide covered individuals with a basis for continuation or conversion of coverage.
- (2) For the purposes of this section, “a basis for continuation of coverage” means a policy provision that maintains coverage under the existing group policy when the coverage would otherwise terminate and which is subject only to the continued timely payment of premium when due. Group policies that restrict provision of benefits and services to, or contain incentives to use certain providers or facilities may provide continuation benefits that are substantially equivalent to the benefits of the existing group policy. The commissioner shall make a determination as to the substantial equivalency of benefits, and in doing so, shall take into consideration the differences between managed care and non-managed care plans, including, but not limited to, provider system arrangements, service availability, benefit levels and administrative complexity.
- (3) For the purposes of this section, “a basis for conversion of coverage” means a policy provision that an individual whose coverage under the group policy would otherwise terminate or has been terminated for any reason, including discontinuance of the group policy in its entirety or with respect to an insured class, and who has been continuously insured under the group policy (and any group policy which it replaced), for at least six months immediately prior to termination, shall be entitled to the issuance of a converted policy by the insurer under whose group policy he or she is covered, without evidence of insurability.
- (4) For the purposes of this section, “converted policy” means an individual policy of long-term care insurance providing benefits identical to or benefits determined by the commissioner to be substantially equivalent to or in excess of those provided under the group policy from which conversion is made. Where the group policy from which conversion is made restricts provision of benefits and services to, or contains incentives to use certain providers or facilities, the commissioner, in making a determination as to the substantial equivalency of benefits, shall take into consideration the differences between managed care and non-managed care plans, including, but not limited to, provider system arrangements, service availability, benefit levels and administrative complexity.

- (5) Written application for the converted policy shall be made and the first premium due, if any, shall be paid as directed by the insurer not later than thirty-one (31) days after termination of coverage under the group policy. The converted policy shall be issued effective on the day following the termination of coverage under the group policy, and shall be renewable annually.
- (6) Unless the group policy from which conversion is made replaced previous group coverage, the premium for the converted policy shall be calculated on the basis of the insured's age at inception of coverage under the group policy from which conversion is made. Where the group policy from which conversion is made replaced previous group coverage, the premium for the converted policy shall be calculated on the basis of the insured's age at inception of coverage under the group policy replaced.
- (7) Continuation of coverage or issuance of a converted policy shall be mandatory, except where:
 - (a) Termination of group coverage resulted from an individual's failure to make any required payment of premium or contribution when due; or
 - (b) The terminating coverage is replaced not later than thirty-one (31) days after termination, by group coverage effective on the day following the termination of coverage:
 - (i) Providing benefits identical to or benefits determined by the commissioner to be substantially equivalent to or in excess of those provided by the terminating coverage; and
 - (ii) The premium for which is calculated in a manner consistent with the requirements of Paragraph (6) of this section.
- (8) Notwithstanding any other provision of this section, a converted policy issued to an individual who at the time of conversion is covered by another long-term care insurance policy that provides benefits on the basis of incurred expenses, may contain a provision that results in a reduction of benefits payable if the benefits provided under the additional coverage, together with the full benefits provided by the converted policy, would result in payment of more than 100 percent of incurred expenses. The provision shall only be included in the converted policy if the converted policy also provides for a premium decrease or refund which reflects the reduction in benefits payable.
- (9) The converted policy may provide that the benefits payable under the converted policy, together with the benefits payable under the group policy from which conversion is made, shall not exceed those that would have been payable had the individual's coverage under the group policy remained in force and effect.
- (10) Notwithstanding any other provision of this section, an insured individual whose eligibility for group long-term care coverage is based upon his or her relationship to another person shall be entitled to continuation of coverage under the group policy upon termination of the qualifying relationship by death or dissolution of marriage.

- (11) For the purposes of this section a “managed-care plan” is a health care or assisted living arrangement designed to coordinate patient care or control costs through utilization review, case management or use of specific provider networks.

E. Discontinuance and Replacement

If a group long-term care policy is replaced by another group long-term care policy issued to the same policyholder, the succeeding insurer shall offer coverage to all persons covered under the previous group policy on its date of termination. Coverage provided or offered to individuals by the insurer and premiums charged to persons under the new group policy:

- (1) Shall not result in an exclusion for preexisting conditions that would have been covered under the group policy being replaced; and
- (2) Shall not vary or otherwise depend on the individual’s health or disability status, claim experience or use of long-term care services.

F. (1) The premium charged to an insured shall not increase due to either:

- (a) The increasing age of the insured at ages beyond sixty-five (65); or
- (b) The duration the insured has been covered under the policy.

- (2) The purchase of additional coverage shall not be considered a premium rate increase, but for purposes of the calculation required under Section 26, the portion of the premium attributable to the additional coverage shall be added to and considered part of the initial annual premium.

- (3) A reduction in benefits shall not be considered a premium change, but for purpose of the calculation required under Section 26, the initial annual premium shall be based on the reduced benefits.

G. Electronic Enrollment for Group Policies

- (1) In the case of a group defined in [insert reference to Section 4E(1) of the NAIC Long-Term Care Insurance Model Act], any requirement that a signature of an insured be obtained by an agent or insurer shall be deemed satisfied if:

- (a) The consent is obtained by telephonic or electronic enrollment by the group policyholder or insurer. A verification of enrollment information shall be provided to the enrollee;

- (b) The telephonic or electronic enrollment provides necessary and reasonable safeguards to assure the accuracy, retention and prompt retrieval of records; and

- (c) The telephonic or electronic enrollment provides necessary and reasonable safeguards to assure that the confidentiality of individually identifiable information and “privileged information” as defined by [insert reference to state law comparable to Section 2W of

the NAIC Insurance Information and Privacy Protection Model Act], is maintained.

- (2) The insurer shall make available, upon request of the commissioner, records that will demonstrate the insurer's ability to confirm enrollment and coverage amounts.

Section 7. Unintentional Lapse

Each insurer offering long-term care insurance shall, as a protection against unintentional lapse, comply with the following:

- A. (1) Notice before lapse or termination. No individual long-term care policy or certificate shall be issued until the insurer has received from the applicant either a written designation of at least one person, in addition to the applicant, who is to receive notice of lapse or termination of the policy or certificate for nonpayment of premium, or a written waiver dated and signed by the applicant electing not to designate additional persons to receive notice. The applicant has the right to designate at least one person who is to receive the notice of termination, in addition to the insured. Designation shall not constitute acceptance of any liability on the third party for services provided to the insured. The form used for the written designation must provide space clearly designated for listing at least one person. The designation shall include each person's *full name* and *home address*. In the case of an applicant who elects not to designate an additional person, the waiver shall state: "Protection against unintended lapse. I understand that I have the right to designate at least one person other than myself to receive notice of lapse or termination of this long-term care insurance policy for nonpayment of premium. I understand that notice will not be given until thirty (30) days after a premium is due and unpaid. I elect NOT to designate a person to receive this notice." The insurer shall notify the insured of the right to change this written designation, no less often than once every two (2) years.
- (2) When the policyholder or certificateholder pays premium for a long-term care insurance policy or certificate through a payroll or pension deduction plan, the requirements contained in Subsection A(1) need not be met until sixty (60) days after the policyholder or certificateholder is no longer on such a payment plan. The application or enrollment form for such policies or certificates shall clearly indicate the payment plan selected by the applicant.
- (3) Lapse or termination for nonpayment of premium. No individual long-term care policy or certificate shall lapse or be terminated for nonpayment of premium unless the insurer, at least thirty (30) days before the effective date of the lapse or termination, has given notice to the insured and to those persons designated pursuant to Subsection A(1), at the address provided by the insured for purposes of receiving notice of lapse or termination. Notice shall be given by first class United States mail, postage prepaid; and notice may not be given until thirty (30) days after a premium is due and unpaid. Notice shall be deemed to have been given as of five (5) days after the date of mailing

- B. **Reinstatement.** In addition to the requirement in Subsection A, a long-term care insurance policy or certificate shall include a provision that provides for reinstatement of coverage, in the event of lapse if the insurer is provided proof that the policyholder or certificateholder was cognitively impaired or had a loss of functional capacity before the grace period contained in the policy expired. This option shall be available to the insured if requested within five (5) months after termination and shall allow for the collection of past due premium, where appropriate. The standard of proof of cognitive impairment or loss of functional capacity shall not be more stringent than the benefit eligibility criteria on cognitive impairment or the loss of functional capacity contained in the policy and certificate.

Drafting Note: The language in Subsection B addressing the provision of proof of cognitive impairment or less of functional capacity has been amended to more precisely clarify the original intent in adopting the reinstatement provision.

Section 8. Required Disclosure Provisions

- A. **Renewability.** Individual long-term care insurance policies shall contain a renewability provision.
- (1) The provision shall be appropriately captioned, shall appear on the first page of the policy, and shall clearly state that the coverage is guaranteed renewable or noncancellable. This provision shall not apply to policies that do not contain a renewability provision, and under which the right to nonrenew is reserved solely to the policyholder.

Drafting Note: The last sentence of this subsection is intended to apply to long-term care policies which are part of or combined with life insurance policies, since life insurance policies generally do not contain renewability provisions.

- (2) A long-term care insurance policy or certificate, other than one where the insurer does not have the right to change the premium, shall include a statement that premium rates may change.
- B. **Riders and Endorsements.** Except for riders or endorsements by which the insurer effectuates a request made in writing by the insured under an individual long-term care insurance policy, all riders or endorsements added to an individual long-term care insurance policy after date of issue or at reinstatement or renewal that reduce or eliminate benefits or coverage in the policy shall require signed acceptance by the individual insured. After the date of policy issue, any rider or endorsement which increases benefits or coverage with a concomitant increase in premium during the policy term must be agreed to in writing signed by the insured, except if the increased benefits or coverage are required by law. Where a separate additional premium is charged for benefits provided in connection with riders or endorsements, the premium charge shall be set forth in the policy, rider or endorsement.
- C. **Payment of Benefits.** A long-term care insurance policy that provides for the payment of benefits based on standards described as “usual and customary,” “reasonable and customary” or words of similar import shall include a definition of these terms and an explanation of the terms in its accompanying outline of coverage.
- D. **Limitations.** If a long-term care insurance policy or certificate contains any limitations with respect to preexisting conditions, the limitations shall appear as a separate paragraph of the policy or certificate and shall be labeled as “Preexisting Condition Limitations.”

- E. **Other Limitations or Conditions on Eligibility for Benefits.** A long-term care insurance policy or certificate containing any limitations or conditions for eligibility other than those prohibited in [insert citation to state law corresponding to Section 6D(2) of the Long-Term Care Insurance Model Act] shall set forth a description of the limitations or conditions, including any required number of days of confinement, in a separate paragraph of the policy or certificate and shall label such paragraph “Limitations or Conditions on Eligibility for Benefits.”
- F. **Disclosure of Tax Consequences.** With regard to life insurance policies that provide an accelerated benefit for long-term care, a disclosure statement is required at the time of application for the policy or rider and at the time the accelerated benefit payment request is submitted that receipt of these accelerated benefits may be taxable, and that assistance should be sought from a personal tax advisor. The disclosure statement shall be prominently displayed on the first page of the policy or rider and any other related documents. This subsection shall not apply to qualified long-term care insurance contracts.
- G. **Benefit Triggers.** Activities of daily living and cognitive impairment shall be used to measure an insured’s need for long term care and shall be described in the policy or certificate in a separate paragraph and shall be labeled “Eligibility for the Payment of Benefits.” Any additional benefit triggers shall also be explained in this section. If these triggers differ for different benefits, explanation of the trigger shall accompany each benefit description. If an attending physician or other specified person must certify a certain level of functional dependency in order to be eligible for benefits, this too shall be specified.
- H. A qualified long-term care insurance contract shall include a disclosure statement in the policy and in the outline of coverage as contained in Section 31E(3) that the policy is intended to be a qualified long-term care insurance contract under Section 7702B(b) of the Internal Revenue Code of 1986, as amended.
- I. A nonqualified long-term care insurance contract shall include a disclosure statement in the policy and in the outline of coverage as contained in Section 31E(3) that the policy is not intended to be a qualified long-term care insurance contract.

Section 9. Required Disclosure of Rating Practices to Consumers

- A. This section shall apply as follows:
 - (1) Except as provided in Paragraph (2), this section applies to any long-term care policy or certificate issued in this state on or after [insert date that is 6 months after adoption of the amended regulation].
 - (2) For certificates issued on or after the effective date of this amended regulation under a group long-term care insurance policy as defined in Section [insert reference to Section 4E(1) of the NAIC Long-Term Care Insurance Model Act], which policy was in force at the time this amended regulation became effective, the provisions of this section shall apply on the policy anniversary following [insert date that is 12 months after adoption of the amended regulation].

- B. Other than policies for which no applicable premium rate or rate schedule increases can be made, insurers shall provide all of the information listed in this subsection to the applicant at the time of application or enrollment, unless the method of application does not allow for delivery at that time. In such a case, an insurer shall provide all of the information listed in this section to the applicant no later than at the time of delivery of the policy or certificate.

Drafting Note: One method of delivery that does not allow for all listed information to be provided at time of application or enrollment is an application by mail.

- (1) A statement that the policy may be subject to rate increases in the future;
- (2) An explanation of potential future premium rate revisions, and the policyholder's or certificateholder's option in the event of a premium rate revision;
- (3) The premium rate or rate schedules applicable to the applicant that will be in effect until a request is made for an increase;
- (4) A general explanation for applying premium rate or rate schedule adjustments that shall include:
 - (a) A description of when premium rate or rate schedule adjustments will be effective (e.g., next anniversary date, next billing date, etc.); and
 - (b) The right to a revised premium rate or rate schedule as provided in Paragraph (3) if the premium rate or rate schedule is changed;
- (5)
 - (a) Information regarding each premium rate increase on this policy form or similar policy forms over the past ten (10) years for this state or any other state that, at a minimum, identifies:
 - (i) The policy forms for which premium rates have been increased;
 - (ii) The calendar years when the form was available for purchase; and
 - (iii) The amount or percent of each increase. The percentage may be expressed as a percentage of the premium rate prior to the increase, and may also be expressed as minimum and maximum percentages if the rate increase is variable by rating characteristics.
 - (b) The insurer may, in a fair manner, provide additional explanatory information related to the rate increases.
 - (c) An insurer shall have the right to exclude from the disclosure premium rate increases that only apply to blocks of business acquired from other nonaffiliated insurers or the long-term care policies acquired from other nonaffiliated insurers when those increases occurred prior to the acquisition.

- (d) If an acquiring insurer files for a rate increase on a long-term care policy form acquired from nonaffiliated insurers or a block of policy forms acquired from nonaffiliated insurers on or before the later of the effective date of this section or the end of a twenty-four-month period following the acquisition of the block or policies, the acquiring insurer may exclude that rate increase from the disclosure. However, the nonaffiliated selling company shall include the disclosure of that rate increase in accordance with Subparagraph (a) of this paragraph.
- (e) If the acquiring insurer in Subparagraph (d) above files for a subsequent rate increase, even within the twenty-four-month period, on the same policy form acquired from nonaffiliated insurers or block of policy forms acquired from nonaffiliated insurers referenced in Subparagraph (d), the acquiring insurer shall make all disclosures required by Paragraph (5), including disclosure of the earlier rate increase referenced in Subparagraph (d).

Drafting Note: Section 10 requires that the commissioner be provided with any information to be disclosed to applicants. Information about past rate increases needs to be reviewed carefully. If the insurer expects to provide additional information (such as a brief description of significant variations in policy provisions if the form is not the policy form applied for by the applicant or information about policy forms offered during or before the calendar years of forms with rate increases), the commissioner should be satisfied that the additional information is fairly presented in relation to the information about rate increases.

Drafting Note: It is intended that the disclosures in Section 9B be made to the employer in those situations where the employer is paying all the premium, with no contributions or coverage elections made by individual employees. In addition, if the employer has paid the entire amount of any premium increases, there is no need for disclosure of the increases to the applicant for a new certificate.

Drafting Note: States should be aware of and review situations where a group policy is no longer being issued but new certificates are still being added to existing policies.

- C. An applicant shall sign an acknowledgement at the time of application, unless the method of application does not allow for signature at that time, that the insurer made the disclosure required under Subsection B(1) and (5). If due to the method of application the applicant cannot sign an acknowledgement at the time of application, the applicant shall sign no later than at the time of delivery of the policy or certificate.
- D. An insurer shall use the forms in Appendices B and F to comply with the requirements of Subsections B and C of this section.
- E. An insurer shall provide notice of an upcoming premium rate schedule increase to all policyholders or certificateholders, if applicable, at least [forty-five (45) days] prior to the implementation of the premium rate schedule increase by the insurer. The notice shall include the information required by Subsection B when the rate increase is implemented.

Section 10. Initial Filing Requirements

- A. This section applies to any long-term care policy issued in this state on or after [insert date that is 6 months after adoption of the amended regulation] except that Subsection B(2)(d) and Subsection B(3) apply to any long-term care policy issued in this state on or after [insert date that is six (6) months after adoption of the amended regulation].

- B. An insurer shall provide the information listed in this subsection to the commissioner [30 days] prior to making a long-term care insurance form available for sale.

Drafting Note: States should consider whether a time period other than 30 days is desirable. An alternative time period would be the time period required for policy form approval in the applicable state regulation or law.

- (1) A copy of the disclosure documents required in Section 9; and
- (2) An actuarial certification consisting of at least the following:
 - (a) A statement that the initial premium rate schedule is sufficient to cover anticipated costs under moderately adverse experience and that the premium rate schedule is reasonably expected to be sustainable over the life of the form with no future premium increases anticipated;
 - (b) A statement that the policy design and coverage provided have been reviewed and taken into consideration;
 - (c) A statement that the underwriting and claims adjudication processes have been reviewed and taken into consideration;
 - (d) A statement that the premiums contain at least the minimum margin for moderately adverse experience defined in (i) or the specification of and justification for a lower margin as required by (ii).
 - (i) A composite margin shall not be less than 10% of lifetime claims.
 - (ii) A composite margin that is less than 10% may be justified in uncommon circumstances. The proposed amount, full justification of the proposed amount and methods to monitor developing experience that would be the basis for withdrawal of approval for such lower margins must be submitted.
 - (iii) A composite margin lower than otherwise considered appropriate for the stand-alone long-term care policy may be justified for long-term care benefits provided through a life policy or an annuity contract. Such lower composite margin, if utilized, shall be justified by appropriate actuarial demonstration addressing margins and volatility when considering the entirety of the product.

Drafting Note: For the justification required in (iii) above, examples of such considerations, if applicable to the product and company, might be found in Society of Actuaries research studies entitled “Quantification of the Natural Hedge Characteristics of Combination Life or Annuity Products Linked to Long-Term Care Insurance” (2012) and “Understanding the Volatility of Experience and Pricing Assumptions in Long-Term Care Insurance Programs” (2014).

- (iv) A greater margin may be appropriate in circumstances where the company has less credible experience to support its assumptions used to determine the premium rates.

Drafting Note: Actual margins may be included in several actuarial assumptions (e.g. mortality, lapse, underwriting selection wear-off, etc.) in addition to some of the margin in the morbidity assumption. The composite margin is the total of such margins over best-estimate assumptions.

- (e) (i) A statement that the premium rate schedule is not less than the premium rate schedule for existing similar policy forms also available from the insurer except for reasonable differences attributable to benefits; or
- (ii) A comparison of the premium schedules for similar policy forms that are currently available from the insurer with an explanation of the differences.

Drafting Note: In the event a series of increases is being applied to another policy form, intermediate premium levels are not to be used in this comparison.

Drafting Note: It is not expected that the insurer will need to provide a comparison of every age and set of benefits, period of payment or elimination period. A broad range of expected combinations is to be provided in a manner designed to provide a fair presentation for review by the commissioner.

- (f) A statement that reserve requirements have been reviewed and considered. Support for this statement shall include:
 - (i) Sufficient detail or sample calculations provided so as to have a complete depiction of the reserve amounts to be held; and
 - (ii) A statement that the difference between the gross premium and the net valuation premium for renewal years is sufficient to cover expected renewal expenses; or if such a statement cannot be made, a complete description of the situations where this does not occur. An aggregate distribution of anticipated issues may be used as long as the underlying gross premiums maintain a reasonably consistent relationship.
- (3) An actuarial memorandum prepared, dated and signed by the member of the Academy of Actuaries shall be included and shall address and support each specific item required as part of the actuarial certification and provide at least the following information:
 - (a) An explanation of the review performed by the actuary prior to making the statements in Paragraph (2)(b) and (c),
 - (b) A complete description of pricing assumptions; and
 - (c) Sources and levels of margins incorporated into the gross premiums that are the basis for the statement in Paragraph (2)(a) of the actuarial certification and an explanation of the analysis and testing performed in determining the sufficiency of the margins. Deviations in margins between ages, sexes, plans or states shall be clearly described. Deviations in margins required to be described are other than those produced utilizing generally accepted actuarial methods for smoothing and interpolating gross premium scales.

- (d) A demonstration that the gross premiums include the minimum composite margin specified in Paragraph (2)(d).
- C. In any review of the actuarial certification and actuarial memorandum, the commissioner may request review by an actuary with experience in long-term care pricing who is independent of the company. In the event the commissioner asks for additional information as a result of any review, the period in Subsection B does not include the period during which the insurer is preparing the requested information.

Drafting Note: The commissioner may accept a review done for another state or states if such review is for the same policy form or where any differences in benefits and premiums are not material and such review was completed within eighteen months of the date of the actuarial certification in Subsection B(2) above.

Section 11. Prohibition Against Post-Claims Underwriting

- A. All applications for long-term care insurance policies or certificates except those that are guaranteed issue shall contain clear and unambiguous questions designed to ascertain the health condition of the applicant.
- B. (1) If an application for long-term care insurance contains a question that asks whether the applicant has had medication prescribed by a physician, it must also ask the applicant to list the medication that has been prescribed.
- (2) If the medications listed in the application were known by the insurer, or should have been known at the time of application, to be directly related to a medical condition for which coverage would otherwise be denied, then the policy or certificate shall not be rescinded for that condition.
- C. Except for policies or certificates which are guaranteed issue:
- (1) The following language shall be set out conspicuously and in close conjunction with the applicant's signature block on an application for a long-term care insurance policy or certificate:

Caution: If your answers on this application are incorrect or untrue, [company] has the right to deny benefits or rescind your policy.

- (2) The following language, or language substantially similar to the following, shall be set out conspicuously on the long-term care insurance policy or certificate at the time of delivery:

Caution: The issuance of this long-term care insurance [policy] [certificate] is based upon your responses to the questions on your application. A copy of your [application] [enrollment form] [is enclosed] [was retained by you when you applied]. If your answers are incorrect or untrue, the company has the right to deny benefits or rescind your policy. The best time to clear up any questions is now, before a claim arises! If, for any reason, any of your answers are incorrect, contact the company at this address: [insert address]

- (3) Prior to issuance of a long-term care policy or certificate to an applicant age eighty (80) or older, the insurer shall obtain one of the following:
 - (a) A report of a physical examination;
 - (b) An assessment of functional capacity;
 - (c) An attending physician's statement; or
 - (d) Copies of medical records.
- D. A copy of the completed application or enrollment form (whichever is applicable) shall be delivered to the insured no later than at the time of delivery of the policy or certificate unless it was retained by the applicant at the time of application.
- E. Every insurer or other entity selling or issuing long-term care insurance benefits shall maintain a record of all policy or certificate rescissions, both state and countrywide, except those that the insured voluntarily effectuated and shall annually furnish this information to the insurance commissioner in the format prescribed by the National Association of Insurance Commissioners in Appendix A.

Section 12. Minimum Standards for Home Health and Community Care Benefits in Long-Term Care Insurance Policies

- A. A long-term care insurance policy or certificate shall not, if it provides benefits for home health care or community care services limit or exclude benefits:
 - (1) By requiring that the insured or claimant would need care in a skilled nursing facility if home health care services were not provided;
 - (2) By requiring that the insured or claimant first or simultaneously receive nursing or therapeutic services, or both, in a home, community or institutional setting before home health care services are covered;
 - (3) By limiting eligible services to services provided by registered nurses or licensed practical nurses;
 - (4) By requiring that a nurse or therapist provide services covered by the policy that can be provided by a home health aide, or other licensed or certified home care worker acting within the scope of his or her licensure or certification;
 - (5) By excluding coverage for personal care services provided by a home health aide;
 - (6) By requiring that the provision of home health care services be at a level of certification or licensure greater than that required by the eligible service;
 - (7) By requiring that the insured or claimant have an acute condition before home health care services are covered;
 - (8) By limiting benefits to services provided by Medicare-certified agencies or providers; or

- (9) By excluding coverage for adult day care services.
- B. A long-term care insurance policy or certificate, if it provides for home health or community care services, shall provide total home health or community care coverage that is a dollar amount equivalent to at least one-half of one year's coverage available for nursing home benefits under the policy or certificate, at the time covered home health or community care services are being received. This requirement shall not apply to policies or certificates issued to residents of continuing care retirement communities.
- C. Home health care coverage may be applied to the nonhome health care benefits provided in the policy or certificate when determining maximum coverage under the terms of the policy or certificate.

Drafting Note: Subsection C permits the home health care benefits to be counted toward the maximum length of long-term care coverage under the policy. The subsection is not intended to restrict home health care to a period of time which would make the benefit illusory. It is suggested that fewer than 365 benefit days and less than a \$25 daily maximum benefit constitute illusory home health care benefits.

Section 13. Requirement to Offer Inflation Protection

- A. No insurer may offer a long-term care insurance policy unless the insurer also offers to the policyholder in addition to any other inflation protection the option to purchase a policy that provides for benefit levels to increase with benefit maximums or reasonable durations which are meaningful to account for reasonably anticipated increases in the costs of long-term care services covered by the policy. Insurers must offer to each policyholder, at the time of purchase, the option to purchase a policy with an inflation protection feature no less favorable than one of the following:
 - (1) Increases benefit levels annually in a manner so that the increases are compounded annually at a rate not less than five percent (5%);
 - (2) Guarantees the insured individual the right to periodically increase benefit levels without providing evidence of insurability or health status so long as the option for the previous period has not been declined. The amount of the additional benefit shall be no less than the difference between the existing policy benefit and that benefit compounded annually at a rate of at least five percent (5%) for the period beginning with the purchase of the existing benefit and extending until the year in which the offer is made; or
 - (3) Covers a specified percentage of actual or reasonable charges and does not include a maximum specified indemnity amount or limit.
- B. Where the policy is issued to a group, the required offer in Subsection A above shall be made to the group policyholder; except, if the policy is issued to a group defined in [Section 4E(4) of the Long-Term Care Insurance Model Act] other than to a continuing care retirement community, the offering shall be made to each proposed certificateholder.
- C. The offer in Subsection A above shall not be required of life insurance policies or riders containing accelerated long-term care benefits.
- D. (1) Insurers shall include the following information in or with the outline of coverage:

- (a) A graphic comparison of the benefit levels of a policy that increases benefits over the policy period with a policy that does not increase benefits. The graphic comparison shall show benefit levels over at least a twenty (20) year period.
 - (b) Any expected premium increases or additional premiums to pay for automatic or optional benefit increases.
- (2) An insurer may use a reasonable hypothetical, or a graphic demonstration, for the purposes of this disclosure.

Drafting Note: It is intended that meaningful inflation protection be provided. Meaningful benefit minimums or durations could include providing increases to attained age, or for a period such as at least 20 years, or for some multiple of the policy's maximum benefit, or throughout the period of coverage.

- E. Inflation protection benefit increases under a policy which contains these benefits shall continue without regard to an insured's age, claim status or claim history, or the length of time the person has been insured under the policy.
- F. An offer of inflation protection that provides for automatic benefit increases shall include an offer of a premium which the insurer expects to remain constant. The offer shall disclose in a conspicuous manner that the premium may change in the future unless the premium is guaranteed to remain constant.
- G. (1) Inflation protection as provided in Subsection A(1) of this section shall be included in a long-term care insurance policy unless an insurer obtains a rejection of inflation protection signed by the policyholder as required in this subsection. The rejection may be either in the application or on a separate form.

- (2) The rejection shall be considered a part of the application and shall state:

I have reviewed the outline of coverage and the graphs that compare the benefits and premiums of this policy with and without inflation protection. Specifically, I have reviewed Plans _____, and I reject inflation protection.

Section 14. Requirements for Application Forms and Replacement Coverage

- A. Application forms shall include the following questions designed to elicit information as to whether, as of the date of the application, the applicant has another long-term care insurance policy or certificate in force or whether a long-term care policy or certificate is intended to replace any other accident and sickness or long-term care policy or certificate presently in force. A supplementary application or other form to be signed by the applicant and agent, except where the coverage is sold without an agent, containing the questions may be used. With regard to a replacement policy issued to a group defined by [insert reference to Section 4(E)(1) of the Long-Term Care Insurance Model Act], the following questions may be modified only to the extent necessary to elicit information about health or long-term care insurance policies other than the group policy being replaced, provided that the certificateholder has been notified of the replacement.
 - (1) Do you have another long-term care insurance policy or certificate in force (including health care service contract, health maintenance organization contract)?

Long-Term Care Insurance Model Regulation

- (2) Did you have another long-term care insurance policy or certificate in force during the last twelve (12) months?
 - (a) If so, with which company?
 - (b) If that policy lapsed, when did it lapse?
 - (3) Are you covered by Medicaid?
 - (4) Do you intend to replace any of your medical or health insurance coverage with this policy [certificate]?
- B. Agents shall list any other health insurance policies they have sold to the applicant.
- (1) List policies sold that are still in force.
 - (2) List policies sold in the past five (5) years that are no longer in force.
- C. Solicitations Other than Direct Response. Upon determining that a sale will involve replacement, an insurer; other than an insurer using direct response solicitation methods, or its agent; shall furnish the applicant, prior to issuance or delivery of the individual long-term care insurance policy, a notice regarding replacement of accident and sickness or long-term care coverage. One copy of the notice shall be retained by the applicant and an additional copy signed by the applicant shall be retained by the insurer. The required notice shall be provided in the following manner:
- D. Direct Response Solicitations. Insurers using direct response solicitation methods shall deliver a notice regarding replacement of accident and sickness or long-term care coverage to the applicant upon issuance of the policy. The required notice shall be provided in the following manner:
- E. Where replacement is intended, the replacing insurer shall notify, in writing, the existing insurer of the proposed replacement. The existing policy shall be identified by the insurer, name of the insured and policy number or address including zip code. Notice shall be made within five (5) working days from the date the application is received by the insurer or the date the policy is issued, whichever is sooner.
- F. Life Insurance policies that accelerate benefits for long-term care shall comply with this section if the policy being replaced is a long-term care insurance policy. If the policy being replaced is a life insurance policy, the insurer shall comply with the replacement requirements of [cite to state's life insurance replacement regulation similar to the NAIC Life Insurance and Annuities Replacement Model Regulation]. If a life insurance policy that accelerates benefits for long-term care is replaced by another such policy, the replacing insurer shall comply with both the long-term care and the life insurance replacement requirements.

**NOTICE TO APPLICANT REGARDING REPLACEMENT
OF INDIVIDUAL ACCIDENT AND SICKNESS OR LONG-TERM CARE INSURANCE**

[Insurance company's name and address]

SAVE THIS NOTICE! IT MAY BE IMPORTANT TO YOU IN THE FUTURE.

According to [your application] [information you have furnished], you intend to lapse or otherwise terminate existing accident and sickness or long-term care insurance and replace it with an individual long-term care insurance policy to be issued by [company name] Insurance Company. Your new policy provides thirty (30) days within which you may decide, without cost, whether you desire to keep the policy. For your own information and protection, you should be aware of and seriously consider certain factors which may affect the insurance protection available to you under the new policy.

You should review this new coverage carefully, comparing it with all accident and sickness or long-term care insurance coverage you now have, and terminate your present policy only if, after due consideration, you find that purchase of this long-term care coverage is a wise decision.

STATEMENT TO APPLICANT BY AGENT [BROKER OR OTHER REPRESENTATIVE]:
(Use additional sheets, as necessary.)

I have reviewed your current medical or health insurance coverage. I believe the replacement of insurance involved in this transaction materially improves your position. My conclusion has taken into account the following considerations, which I call to your attention:

1. Health conditions that you may presently have (preexisting conditions), may not be immediately or fully covered under the new policy. This could result in denial or delay in payment of benefits under the new policy, whereas a similar claim might have been payable under your present policy.
2. State law provides that your replacement policy or certificate may not contain new preexisting conditions or probationary periods. The insurer will waive any time periods applicable to preexisting conditions or probationary periods in the new policy (or coverage) for similar benefits to the extent such time was spent (depleted) under the original policy.
3. If you are replacing existing long-term care insurance coverage, you may wish to secure the advice of your present insurer or its agent regarding the proposed replacement of your present policy. This is not only your right, but it is also in your best interest to make sure you understand all the relevant factors involved in replacing your present coverage.
4. If, after due consideration, you still wish to terminate your present policy and replace it with new coverage, be certain to truthfully and completely answer all questions on the application concerning your medical health history. Failure to include all material medical information on an application may provide a basis for the company to deny any future claims and to refund your premium as though your policy had never been in force. After the application has been completed and before your sign it, reread it carefully to be certain that all information has been properly recorded.

Long-Term Care Insurance Model Regulation

(Signature of Agent, Broker or Other Representative)

[Typed Name and Address of Agent or Broker]

The above "Notice to Applicant" was delivered to me on:

(Applicant's Signature)

(Date)

**NOTICE TO APPLICANT REGARDING REPLACEMENT
OF ACCIDENT AND SICKNESS OR LONG-TERM CARE INSURANCE**

[Insurance company's name and address]

SAVE THIS NOTICE! IT MAY BE IMPORTANT TO YOU IN THE FUTURE.

According to [your application] [information you have furnished], you intend to lapse or otherwise terminate existing accident and sickness or long-term care insurance and replace it with the long-term care insurance policy delivered herewith issued by [company name] Insurance Company. Your new policy provides thirty (30) days within which you may decide, without cost, whether you desire to keep the policy. For your own information and protection, you should be aware of and seriously consider certain factors which may affect the insurance protection available to you under the new policy.

You should review this new coverage carefully, comparing it with all accident and sickness or long-term care insurance coverage you now have, and terminate your present policy only if, after due consideration, you find that purchase of this long-term care coverage is a wise decision.

1. Health conditions which you may presently have (preexisting conditions), may not be immediately or fully covered under the new policy. This could result in denial or delay in payment of benefits under the new policy, whereas a similar claim might have been payable under your present policy.
2. State law provides that your replacement policy or certificate may not contain new preexisting conditions or probationary periods. Your insurer will waive any time periods applicable to preexisting conditions or probationary periods in the new policy (or coverage) for similar benefits to the extent such time was spent (depleted) under the original policy.
3. If you are replacing existing long-term care insurance coverage, you may wish to secure the advice of your present insurer or its agent regarding the proposed replacement of your present policy. This is not only your right, but it is also in your best interest to make sure you understand all the relevant factors involved in replacing your present coverage.
4. [To be included only if the application is attached to the policy.] If, after due consideration, you still wish to terminate your present policy and replace it with new coverage, read the copy of the application attached to your new policy and be sure that all questions are answered fully and correctly. Omissions or misstatements in the application could cause an otherwise valid claim to be denied. Carefully check the application and write to [company name and address] within thirty (30) days if any information is not correct and complete, or if any past medical history has been left out of the application.

Section 15. Reporting Requirements

- A. Every insurer shall maintain records for each agent of that agent's amount of replacement sales as a percent of the agent's total annual sales and the amount of lapses of long-term care insurance policies sold by the agent as a percent of the agent's total annual sales.
- B. Every insurer shall report annually by June 30 the ten percent (10%) of its agents with the greatest percentages of lapses and replacements as measured by Subsection A above. (Appendix G)

- C. Reported replacement and lapse rates do not alone constitute a violation of insurance laws or necessarily imply wrongdoing. The reports are for the purpose of reviewing more closely agent activities regarding the sale of long-term care insurance.
- D. Every insurer shall report annually by June 30 the number of lapsed policies as a percent of its total annual sales and as a percent of its total number of policies in force as of the end of the preceding calendar year. (Appendix G)
- E. Every insurer shall report annually by June 30 the number of replacement policies sold as a percent of its total annual sales and as a percent of its total number of policies in force as of the preceding calendar year. (Appendix G)
- F. Every insurer shall report annually by June 30, for qualified long-term care insurance contracts, the number of claims denied for each class of business, expressed as a percentage of claims denied. (Appendix E)
- G. For purposes of this section:
 - (1) “Policy” means only long-term care insurance;
 - (2) Subject to Paragraph (3), “claim” means a request for payment of benefits under an in force policy regardless of whether the benefit claimed is covered under the policy or any terms or conditions of the policy have been met;
 - (3) “Denied” means the insurer refuses to pay a claim for any reason other than for claims not paid for failure to meet the waiting period or because of an applicable preexisting condition; and
 - (4) “Report” means on a statewide basis.
- H. Reports required under this section shall be filed with the commissioner.
- I. Annual rate certification requirements.
 - (1) This subsection applies to any long-term care policy issued in this state on or after [insert date that is six (6) months after adoption of the amended regulation].
 - (2) The following annual submission requirements apply subsequent to initial rate filings for individual long-term care insurance policies made under this section.
 - (a) An actuarial certification prepared, dated and signed by a member of the American Academy of Actuaries who provides the information shall be included and shall provide at least the following information:
 - (i) A statement of the sufficiency of the current premium rate schedule including:
 - (I) For the rate schedules currently marketed,
 - a. The premium rate schedule continues to be sufficient to cover anticipated costs under moderately adverse experience and that the

premium rate schedule is reasonably expected to be sustainable over the life of the form with no future premium increases anticipated; or

- b. If the above statement cannot be made, a statement that margins for moderately adverse experience may no longer be sufficient. In this situation, the insurer shall provide to the commissioner, within sixty (60) days of the date the actuarial certification is submitted to the commissioner, a plan of action, including a time frame, for the re-establishment of adequate margins for moderately adverse experience so that the ultimate premium rate schedule would be reasonably expected to be sustainable over the future life of the form with no future premium increases anticipated. Failure to submit a plan of action to the commissioner within sixty (60) days or to comply with the time frame stated in the plan of action constitutes grounds for the commissioner to withdraw or modify its approval of the form for future sales pursuant to [*Reference State form approval authority and administrative procedures rules*].

Drafting Note: In accordance with the 2014 amendments to Section 10, in situations where the premium rates have been approved with less than the normal minimum margin for moderately adverse experience, any adverse experience should be reviewed to determine if the lower margins can be continued for new business.

(II) For the rate schedules that are no longer marketed,

- a. That the premium rate schedule continues to be sufficient to cover anticipated costs under best estimate assumptions; or
- b. That the premium rate schedule may no longer be sufficient. In this situation, the insurer shall provide to the commissioner, within sixty (60) days of the date the actuarial certification is submitted to the commissioner, a plan of action, including a time frame, for the re-establishment of adequate margins for moderately adverse experience.

(ii) A description of the review performed that led to the statement.

- (b) An actuarial memorandum dated and signed by a member of the American Academy of Actuaries who prepares the information shall be prepared to support the actuarial certification and provide at least the following information:

- (i) A detailed explanation of the data sources and review performed by the actuary prior to making the statement in Paragraph (1)(a).
- (ii) A complete description of experience assumptions and their relationship to the initial pricing assumptions.

Drafting Note: ASOP No. 18, the NAIC *Guidance Manual for the Rating Aspects of the Long-Term Care Insurance Model Regulation* and the Academy of Actuaries Practice Note “Long-Term Care Insurance, Compliance with the NAIC Long-Term Care Insurance Model Regulation Relating to Rate Stability” all provide details concerning the key pricing assumptions, underlying actuarial judgments and the manner in which experience should be monitored.

- (iii) A description of the credibility of the experience data.
 - (iv) An explanation of the analysis and testing performed in determining the current presence of margins.
- (c) The actuarial certification required pursuant to Paragraph (2)(a) must be based on calendar year data and submitted annually no later than May 1st of each year starting in the second year following the year in which the initial rate schedules are first used. The actuarial memorandum required pursuant to Paragraph (2)(b) must be submitted at least once every three (3) years with the certification.

Drafting Note: The commissioner may wish to have the actuarial demonstration reviewed by an independent actuary in those instances where the demonstration does not certify to the maintenance of margins.

Section 16. Licensing

A producer is not authorized to sell, solicit or negotiate with respect to long-term care insurance except as authorized by [insert reference to state law equivalent to the NAIC Producer Licensing Model Act].

Section 17. Discretionary Powers of Commissioner

The commissioner may upon written request and after an administrative hearing, issue an order to modify or suspend a specific provision or provisions of this regulation with respect to a specific long-term care insurance policy or certificate upon a written finding that:

- A. The modification or suspension would be in the best interest of the insureds;
- B. The purposes to be achieved could not be effectively or efficiently achieved without the modification or suspension; and
- C.
 - (1) The modification or suspension is necessary to the development of an innovative and reasonable approach for insuring long-term care; or
 - (2) The policy or certificate is to be issued to residents of a life care or continuing care retirement community or some other residential community for the elderly and the modification or suspension is reasonably related to the special needs or nature of such a community; or
 - (3) The modification or suspension is necessary to permit long-term care insurance to be sold as part of, or in conjunction with, another insurance product.

Drafting Note: This provision is intended to provide the commissioner with limited discretion and flexibility to accommodate specific and innovative long-term care insurance products which are shown to be in the public's best interest. This provision is intended to be used sparingly for this purpose.

Section 18. Reserve Standards

- A. When long-term care benefits are provided through the acceleration of benefits under group or individual life policies or riders to such policies, policy reserves for the benefits shall be determined in accordance with [cite the standard valuation law for life insurance, which contains a section referring to “special benefits” for which tables must be approved by the commissioner]. Claim reserves shall also be established in the case when the policy or rider is in claim status.

Reserves for policies and riders subject to this subsection should be based on the multiple decrement model utilizing all relevant decrements except for voluntary termination rates. Single decrement approximations are acceptable if the calculation produces essentially similar reserves, if the reserve is clearly more conservative, or if the reserve is immaterial. The calculations may take into account the reduction in life insurance benefits due to the payment of long-term care benefits. However, in no event shall the reserves for the long-term care benefit and the life insurance benefit be less than the reserves for the life insurance benefit assuming no long-term care benefit.

In the development and calculation of reserves for policies and riders subject to this subsection, due regard shall be given to the applicable policy provisions, marketing methods, administrative procedures and all other considerations which have an impact on projected claim costs, including, but not limited to, the following:

- (1) Definition of insured events;
- (2) Covered long-term care facilities;
- (3) Existence of home convalescence care coverage;
- (4) Definition of facilities;
- (5) Existence or absence of barriers to eligibility;
- (6) Premium waiver provision;
- (7) Renewability;
- (8) Ability to raise premiums;
- (9) Marketing method;
- (10) Underwriting procedures;
- (11) Claims adjustment procedures;
- (12) Waiting period;
- (13) Maximum benefit;

- (14) Availability of eligible facilities;
- (15) Margins in claim costs;
- (16) Optional nature of benefit;
- (17) Delay in eligibility for benefit;
- (18) Inflation protection provisions; and
- (19) Guaranteed insurability option.

Any applicable valuation morbidity table shall be certified as appropriate as a statutory valuation table by a member of the American Academy of Actuaries.

- B. When long-term care benefits are provided other than as in Subsection A above, reserves shall be determined in accordance with [insert reference to state law equivalent to the Health Insurance Reserves Model Regulation].

Drafting Note: HIPAA applies the reserve method to qualified long-term care contracts that is applied to all insurance contracts except life insurance contracts, annuity contracts, or noncancellable accident and health contracts.

Section 19. Loss Ratio

- A. This section shall apply to all long-term care insurance policies or certificates except those covered under Sections 10, 20 and 20.1.
- B. Benefits under long-term care insurance policies shall be deemed reasonable in relation to premiums provided the expected loss ratio is at least sixty percent (60%), calculated in a manner which provides for adequate reserving of the long-term care insurance risk. In evaluating the expected loss ratio, due consideration shall be given to all relevant factors, including:
 - (1) Statistical credibility of incurred claims experience and earned premiums;
 - (2) The period for which rates are computed to provide coverage;
 - (3) Experienced and projected trends;
 - (4) Concentration of experience within early policy duration;
 - (5) Expected claim fluctuation;
 - (6) Experience refunds, adjustments or dividends;
 - (7) Renewability features;
 - (8) All appropriate expense factors;
 - (9) Interest;
 - (10) Experimental nature of the coverage;

- (11) Policy reserves;
 - (12) Mix of business by risk classification; and
 - (13) Product features such as long elimination periods, high deductibles and high maximum limits.
- C. Subsection B shall not apply to life insurance policies that accelerate benefits for long-term care. A life insurance policy that funds long-term care benefits entirely by accelerating the death benefit is considered to provide reasonable benefits in relation to premiums paid, if the policy complies with all of the following provisions:
- (1) The interest credited internally to determine cash value accumulations, including long-term care, if any, are guaranteed not to be less than the minimum guaranteed interest rate for cash value accumulations without long-term care set forth in the policy;
 - (2) The portion of the policy that provides life insurance benefits meets the nonforfeiture requirements of [cite to state's standard nonforfeiture law similar to the NAIC's Standard Nonforfeiture Law for Life Insurance];
 - (3) The policy meets the disclosure requirements of Sections 6I, 6J, and 6K of the NAIC Long-Term Care Insurance Model Act;
 - (4) Any policy illustration that meets the applicable requirements of the NAIC Life Insurance Illustrations Model Regulation; and
 - (5) An actuarial memorandum is filed with the insurance department that includes:
 - (a) A description of the basis on which the long-term care rates were determined;
 - (b) A description of the basis for the reserves;
 - (c) A summary of the type of policy, benefits, renewability, general marketing method, and limits on ages of issuance;
 - (d) A description and a table of each actuarial assumption used. For expenses, an insurer must include percent of premium dollars per policy and dollars per unit of benefits, if any;
 - (e) A description and a table of the anticipated policy reserves and additional reserves to be held in each future year for active lives;
 - (f) The estimated average annual premium per policy and the average issue age;
 - (g) A statement as to whether underwriting is performed at the time of application. The statement shall indicate whether underwriting is used and, if used, the statement shall include a description of the type or types of underwriting used, such as medical underwriting or functional assessment underwriting. Concerning a group policy, the

statement shall indicate whether the enrollee or any dependent will be underwritten and when underwriting occurs; and

- (h) A description of the effect of the long-term care policy provision on the required premiums, nonforfeiture values and reserves on the underlying life insurance policy, both for active lives and those in long-term care claim status.

Drafting Note: The loss ratio reporting form for long-term care policies that was adopted in 1990 provides for reporting of loss ratios on group as well as individual policies. The amendment to Section 19 above which removes the word “individual”: (1) reflects the fact that loss ratios should be reported on all policies, and (2) establishes a 60% loss ratio for both group and individual policies. States may wish to apply a higher standard than 60% to group policies.

Section 20. Premium Rate Schedule Increases

Drafting Note: Section 20 applies to policies issued for effective dates prior to the date that is six (6) months after adoption of the amended regulation incorporating Section 20.1 (as adopted by the NAIC in 2014). Policies issued on or after that date should adhere to the requirements of Section 20.1 instead of Section 20. Section 20 and Section 20.1 are identical with the exceptions of Subsections A, C and G.

- A. This section shall apply as follows:
 - (1) Except as provided in Paragraph (2), this section applies to any long-term care policy or certificate issued in this state on or after [insert date that is 6 months after adoption of the amended regulation] and prior to [insert date that is six (6) months after adoption of the amended regulation incorporating Section 20.1].
 - (2) For certificates issued on or after the effective date of this amended regulation under a group long-term care insurance policy as defined in Section [insert reference to Section 4E(1) of the NAIC Long-Term Care Insurance Model Act], which policy was in force at the time this amended regulation became effective, the provisions of this section shall apply on the policy anniversary following [insert date that is 12 months after adoption of the amended regulation].
- B. An insurer shall provide notice of a pending premium rate schedule increase, including an exceptional increase, to the commissioner at least [30] days prior to the notice to the policyholders and shall include:

Drafting Note: In states where the commissioner is required to approve premium rate schedule increases, “shall provide notice” may be changed to “shall request approval.” States should consider whether a time period other than 30 days is desirable. An alternate time period would be the time period required for policy form approval in the applicable state regulation or law.

- (1) Information required by Section 9;
- (2) Certification by a qualified actuary that:
 - (a) If the requested premium rate schedule increase is implemented and the underlying assumptions, which reflect moderately adverse conditions, are realized, no further premium rate schedule increases are anticipated;
 - (b) The premium rate filing is in compliance with the provisions of this section;

- (c) The insurer may request a premium rate schedule increase less than what is required under this section and the commissioner may approve such premium rate schedule increase, without submission of the certification in Subparagraph (a) of this paragraph, if the actuarial memorandum discloses the premium rate schedule increase necessary to make the certification required under Subparagraph (a) of this paragraph, the premium rate schedule increase filing satisfies all other requirements of this section, and is, in the opinion of the commissioner, in the best interest of policyholders.

Drafting Note: In any comparison of premiums under Section 10.B(2)(e) or Section 20.B(4), such lower premium or any subsequent higher premium based on a series of increases should not be used.

- (3) An actuarial memorandum justifying the rate schedule change request that includes:
 - (a) Lifetime projections of earned premiums and incurred claims based on the filed premium rate schedule increase; and the method and assumptions used in determining the projected values, including reflection of any assumptions that deviate from those used for pricing other forms currently available for sale:
 - (i) Annual values for the five (5) years preceding and the three (3) years following the valuation date shall be provided separately;
 - (ii) The projections shall include the development of the lifetime loss ratio, unless the rate increase is an exceptional increase;
 - (iii) The projections shall demonstrate compliance with Subsection C; and
 - (iv) For exceptional increases,
 - (I) The projected experience should be limited to the increases in claims expenses attributable to the approved reasons for the exceptional increase; and
 - (II) In the event the commissioner determines as provided in Section 4A(4) that offsets may exist, the insurer shall use appropriate net projected experience;
 - (b) Disclosure of how reserves have been incorporated in this rate increase whenever the rate increase will trigger contingent benefit upon lapse;
 - (c) Disclosure of the analysis performed to determine why a rate adjustment is necessary, which pricing assumptions were not realized and why, and what other actions taken by the company have been relied on by the actuary;
 - (d) A statement that policy design, underwriting and claims adjudication practices have been taken into consideration;

- (e) In the event that it is necessary to maintain consistent premium rates for new certificates and certificates receiving a rate increase, the insurer will need to file composite rates reflecting projections of new certificates; and
 - (f) A demonstration that actual and projected costs exceed costs anticipated at the time of initial pricing under moderately adverse experience and that the composite margin specified in Section 10B(2)(d) is projected to be exhausted.
- (4) A statement that renewal premium rate schedules are not greater than new business premium rate schedules except for differences attributable to benefits, unless sufficient justification is provided to the commissioner; and
 - (5) Sufficient information for review [and approval] of the premium rate schedule increase by the commissioner.
- C. All premium rate schedule increases shall be determined in accordance with the following requirements:
- (1) Exceptional increases shall provide that seventy percent (70%) of the present value of projected additional premiums from the exceptional increase will be returned to policyholders in benefits;
 - (2) Premium rate schedule increases shall be calculated such that the sum of the accumulated value of incurred claims, without the inclusion of active life reserves, and the present value of future projected incurred claims, without the inclusion of active life reserves, will not be less than the sum of the following:
 - (a) The accumulated value of the initial earned premium times fifty-eight percent (58%);
 - (b) Eighty-five percent (85%) of the accumulated value of prior premium rate schedule increases on an earned basis;
 - (c) The present value of future projected initial earned premiums times fifty-eight percent (58%); and
 - (d) Eighty-five percent (85%) of the present value of future projected premiums not in Subparagraph (c) on an earned basis;
 - (3) In the event that a policy form has both exceptional and other increases, the values in Paragraph (2)(b) and (d) will also include seventy percent (70%) for exceptional rate increase amounts; and
 - (4) All present and accumulated values used to determine rate increases shall use the maximum valuation interest rate for contract reserves as specified in the [insert reference to state equivalent to the Health Insurance Reserves Model Regulation Appendix A, Section IIA]. The actuary shall disclose as part of the actuarial memorandum the use of any appropriate averages.

- D. For each rate increase that is implemented, the insurer shall file for review [approval] by the commissioner updated projections, as defined in Subsection B(3)(a), annually for the next three (3) years and include a comparison of actual results to projected values. The commissioner may extend the period to greater than three (3) years if actual results are not consistent with projected values from prior projections. For group insurance policies that meet the conditions in Subsection K, the projections required by this subsection shall be provided to the policyholder in lieu of filing with the commissioner.
- E. If any premium rate in the revised premium rate schedule is greater than 200 percent of the comparable rate in the initial premium schedule, lifetime projections, as defined in Subsection B(3)(a), shall be filed for review [approval] by the commissioner every five (5) years following the end of the required period in Subsection D. For group insurance policies that meet the conditions in Subsection K, the projections required by this subsection shall be provided to the policyholder in lieu of filing with the commissioner.
- F. (1) If the commissioner has determined that the actual experience following a rate increase does not adequately match the projected experience and that the current projections under moderately adverse conditions demonstrate that incurred claims will not exceed proportions of premiums specified in Subsection C, the commissioner may require the insurer to implement any of the following:
- (a) Premium rate schedule adjustments; or
 - (b) Other measures to reduce the difference between the projected and actual experience.

Drafting Note: The terms “adequately match the projected experience” include more than a comparison between actual and projected incurred claims. Other assumptions should also be taken into consideration, including lapse rates (including mortality), interest rates, margins for moderately adverse conditions, or any other assumptions used in the pricing of the product. It is to be expected that the actual experience will not exactly match the insurer’s projections. During the period that projections are monitored as described in Subsections D and E, the commissioner should determine that there is not an adequate match if the differences in earned premiums and incurred claims are not in the same direction (both actual values higher or lower than projections) or the difference as a percentage of the projected is not of the same order.

- (2) In determining whether the actual experience adequately matches the projected experience, consideration should be given to Subsection B(3)(e), if applicable.
- G. If the majority of the policies or certificates to which the increase is applicable are eligible for the contingent benefit upon lapse, the insurer shall file:
- (1) A plan, subject to commissioner approval, for improved administration or claims processing designed to eliminate the potential for further deterioration of the policy form requiring further premium rate schedule increases, or both, or to demonstrate that appropriate administration and claims processing have been implemented or are in effect; otherwise the commissioner may impose the condition in Subsection H of this section; and
 - (2) The original anticipated lifetime loss ratio, and the premium rate schedule increase that would have been calculated according to Subsection C had the greater of the original anticipated lifetime loss ratio or fifty-eight percent (58%) been used in the calculations described in Subsection C(2)(a) and (c).

- H. (1) For a rate increase filing that meets the following criteria, the commissioner shall review, for all policies included in the filing, the projected lapse rates and past lapse rates during the twelve (12) months following each increase to determine if significant adverse lapsation has occurred or is anticipated:
- (a) The rate increase is not the first rate increase requested for the specific policy form or forms;
 - (b) The rate increase is not an exceptional increase; and
 - (c) The majority of the policies or certificates to which the increase is applicable are eligible for the contingent benefit upon lapse
- (2) In the event significant adverse lapsation has occurred, is anticipated in the filing or is evidenced in the actual results as presented in the updated projections provided by the insurer following the requested rate increase, the commissioner may determine that a rate spiral exists. Following the determination that a rate spiral exists, the commissioner may require the insurer to offer, without underwriting, to all in force insureds subject to the rate increase the option to replace existing coverage with one or more reasonably comparable products being offered by the insurer or its affiliates.
- (a) The offer shall:
 - (i) Be subject to the approval of the commissioner;
 - (ii) Be based on actuarially sound principles, but not be based on attained age; and
 - (iii) Provide that maximum benefits under any new policy accepted by an insured shall be reduced by comparable benefits already paid under the existing policy.
 - (b) The insurer shall maintain the experience of all the replacement insureds separate from the experience of insureds originally issued the policy forms. In the event of a request for a rate increase on the policy form, the rate increase shall be limited to the lesser of:
 - (i) The maximum rate increase determined based on the combined experience; and
 - (ii) The maximum rate increase determined based only on the experience of the insureds originally issued the form plus ten percent (10%).
- I. If the commissioner determines that the insurer has exhibited a persistent practice of filing inadequate initial premium rates for long-term care insurance, the commissioner may, in addition to the provisions of Subsection H of this section, prohibit the insurer from either of the following:

Drafting Note: States may want to consider examining their statutes to determine whether a persistent practice of filing inadequate initial premium rates would be considered a violation of the state's unfair trade practice act and subject to the penalties under that act.

- (1) Filing and marketing comparable coverage for a period of up to five (5) years; or
 - (2) Offering all other similar coverages and limiting marketing of new applications to the products subject to recent premium rate schedule increases.
- J. Subsections A through I shall not apply to policies for which the long-term care benefits provided by the policy are incidental, as defined in Section 4C, if the policy complies with all of the following provisions:
- (1) The interest credited internally to determine cash value accumulations, including long-term care, if any, are guaranteed not to be less than the minimum guaranteed interest rate for cash value accumulations without long-term care set forth in the policy;
 - (2) The portion of the policy that provides insurance benefits other than long-term care coverage meets the nonforfeiture requirements as applicable in any of the following:
 - (a) [Cite state's standard nonforfeiture law similar to the NAIC's Standard Nonforfeiture Law for Life Insurance];
 - (b) [Cite state's standard nonforfeiture law similar to the NAIC's Standard Nonforfeiture Law for Individual Deferred Annuities], and
 - (c) [Cite state's section of the variable annuity regulation similar to Section 7 of the NAIC's Model Variable Annuity Regulation];
 - (3) The policy meets the disclosure requirements of [cite appropriate sections in the state's long-term care insurance law similar to Section 6I, 6J, and 6K of the NAIC's Long-Term Care Insurance Model Act];
 - (4) The portion of the policy that provides insurance benefits other than long-term care coverage meets the requirements as applicable in the following:
 - (a) Policy illustrations as required by [cite state's life insurance illustrations regulation similar to the NAIC's Life Insurance Illustrations Model Regulation];
 - (b) Disclosure requirements in [cite state's annuity disclosure regulation similar to the NAIC's Annuity Disclosure Model Regulation]; and
 - (c) Disclosure requirements in [cite state's variable annuity regulation similar to the NAIC's Model Variable Annuity Regulation].
 - (5) An actuarial memorandum is filed with the insurance department that includes:
 - (a) A description of the basis on which the long-term care rates were determined;
 - (b) A description of the basis for the reserves;

- (c) A summary of the type of policy, benefits, renewability, general marketing method, and limits on ages of issuance;
 - (d) A description and a table of each actuarial assumption used. For expenses, an insurer must include percent of premium dollars per policy and dollars per unit of benefits, if any;
 - (e) A description and a table of the anticipated policy reserves and additional reserves to be held in each future year for active lives;
 - (f) The estimated average annual premium per policy and the average issue age;
 - (g) A statement as to whether underwriting is performed at the time of application. The statement shall indicate whether underwriting is used and, if used, the statement shall include a description of the type or types of underwriting used, such as medical underwriting or functional assessment underwriting. Concerning a group policy, the statement shall indicate whether the enrollee or any dependent will be underwritten and when underwriting occurs; and
 - (h) A description of the effect of the long-term care policy provision on the required premiums, nonforfeiture values and reserves on the underlying insurance policy, both for active lives and those in long-term care claim status.
- K. Subsections F and H shall not apply to group insurance policies as defined in Section [insert reference to Section 4E(1) of the NAIC Long-Term Care Insurance Model Act] where:
- (1) The policies insure 250 or more persons and the policyholder has 5,000 or more eligible employees of a single employer; or
 - (2) The policyholder, and not the certificateholders, pays a material portion of the premium, which shall not be less than twenty percent (20%) of the total premium for the group in the calendar year prior to the year a rate increase is filed.

Section 20.1 Premium Rate Schedule Increases for Policies Subject to Loss Ratio Limits Related to Original Filings.

Drafting Note: Section 20.1 applies to policies issued for effective dates on or after the date that is six (6) months after adoption of the amended regulation incorporating Section 20.1 (as adopted by the NAIC in 2014. Policies issued prior to the date that is six (6) months after adoption of the amended regulation should adhere to the requirements of Section 20 instead of Section 20.1. Section 20 and Section 20.1 are identical with the exception of Subsections A, C and G.

- A. This section shall apply as follows:
- (1) Except as provided in Paragraph (2), this section applies to any long-term care policy or certificate issued in this state on or after [insert date that is six (6) months after adoption of the amended regulation incorporating Section 20.1].

- (2) For certificates issued on or after the effective date of this amended regulation under a group long-term care insurance policy as defined in Section [insert reference to Section 4E(1) of the NAIC Long-Term Care Insurance Model Act], which policy was in force at the time this amended regulation became effective, the provisions of this section shall apply on the policy anniversary following [insert date that is twelve (12) months after adoption of the amended regulation].

- B. An insurer shall provide notice of a pending premium rate schedule increase, including an exceptional increase, to the commissioner at least [30] days prior to the notice to the policyholders and shall include:

Drafting Note: In states where the commissioner is required to approve premium rate schedule increases, “shall provide notice” may be changed to “shall request approval.” States should consider whether a time period other than 30 days is desirable. An alternate time period would be the time period required for policy form approval in the applicable state regulation or law.

- (1) Information required by Section 9;
- (2) Certification by a qualified actuary that:
 - (a) If the requested premium rate schedule increase is implemented and the underlying assumptions, which reflect moderately adverse conditions, are realized, no further premium rate schedule increases are anticipated;
 - (b) The premium rate filing is in compliance with the provisions of this section;
 - (c) The insurer may request a premium rate schedule increase less than what is required under this section and the commissioner may approve such premium rate schedule increase, without submission of the certification in Subparagraph (a) of this paragraph, if the actuarial memorandum discloses the premium rate schedule increase necessary to make the certification required under Subparagraph (a) of this paragraph, the premium rate schedule increase filing satisfies all other requirements of this section, and is, in the opinion of the commissioner, in the best interest of policyholders.

Drafting Note: In any comparison of premiums under Section 10.B(2)(e) or Section 20.B(4), such lower premium or any subsequent higher premium based on a series of increases should not be used.

- (3) An actuarial memorandum justifying the rate schedule change request that includes:
 - (a) Lifetime projections of earned premiums and incurred claims based on the filed premium rate schedule increase; and the method and assumptions used in determining the projected values, including reflection of any assumptions that deviate from those used for pricing other forms currently available for sale;
 - (i) Annual values for the five (5) years preceding and the three (3) years following the valuation date shall be provided separately;

Long-Term Care Insurance Model Regulation

- (ii) The projections shall include the development of the lifetime loss ratio, unless the rate increase is an exceptional increase;
 - (iii) The projections shall demonstrate compliance with Subsection C; and
 - (iv) For exceptional increases,
 - (I) The projected experience should be limited to the increases in claims expenses attributable to the approved reasons for the exceptional increase; and
 - (II) In the event the commissioner determines as provided in Section 4A(4) that offsets may exist, the insurer shall use appropriate net projected experience;
 - (b) Disclosure of how reserves have been incorporated in this rate increase whenever the rate increase will trigger contingent benefit upon lapse;
 - (c) Disclosure of the analysis performed to determine why a rate adjustment is necessary, which pricing assumptions were not realized and why, and what other actions taken by the company have been relied on by the actuary;
 - (d) A statement that policy design, underwriting and claims adjudication practices have been taken into consideration;
 - (e) In the event that it is necessary to maintain consistent premium rates for new certificates and certificates receiving a rate increase, the insurer will need to file composite rates reflecting projections of new certificates; and
 - (f) A demonstration that actual and projected costs exceed costs anticipated at the time of initial pricing under moderately adverse experience and that the composite margin specified in Section 10B(2)(d) is projected to be exhausted.
 - (4) A statement that renewal premium rate schedules are not greater than new business premium rate schedules except for differences attributable to benefits, unless sufficient justification is provided to the commissioner; and
 - (5) Sufficient information for review [and approval] of the premium rate schedule increase by the commissioner.
- C. All premium rate schedule increases shall be determined in accordance with the following requirements:
- (1) Exceptional increases shall provide that seventy percent (70%) of the present value of projected additional premiums from the exceptional increase will be returned to policyholders in benefits;

- (2) Premium rate schedule increases shall be calculated such that the sum of the lesser of (i) the accumulated value of actual incurred claims, without the inclusion of active life reserves, or (ii) the accumulated value of historic expected claims, without the inclusion of active life reserves, plus the present value of the future expected incurred claims, projected without the inclusion of active life reserves, will not be less than the sum of the following:
 - (a) The accumulated value of the initial earned premium times the greater of (i) fifty-eight percent (58%) and (ii) the lifetime loss ratio consistent with the original filing including margins for moderately adverse experience;
 - (b) Eighty-five percent (85%) of the accumulated value of prior premium rate schedule increases on an earned basis;
 - (c) The present value of future projected initial earned premiums times the greater of (i) fifty-eight percent (58%) and (ii) the lifetime loss ratio consistent with the original filing including margins for moderately adverse experience; and
 - (d) Eighty-five percent (85%) of the present value of future projected premiums not in Subparagraph (c) of this paragraph on an earned basis;
 - (3) Expected claims shall be calculated based on the original filing assumptions assumed until new assumptions are filed as part of a rate increase. New assumptions shall be used for all periods beyond each requested effective date of a rate increase. Expected claims are calculated for each calendar year based on the in-force at the beginning of the calendar year. Expected claims shall include margins for moderately adverse experience; either amounts included in the claims that were used to determine the lifetime loss ratio consistent with the original filing or as modified in any rate increase filing;
 - (4) In the event that a policy form has both exceptional and other increases, the values in Paragraph (2)(b) and (d) will also include seventy percent (70%) for exceptional rate increase amounts; and
 - (5) All present and accumulated values used to determine rate increases, including the lifetime loss ratio consistent with the original filing reflecting margins for moderately adverse experience, shall use the maximum valuation interest rate for contract reserves as specified in the [insert reference to state equivalent to the Health Insurance Reserves Model Regulation Appendix A, Section IIA]. The actuary shall disclose as part of the actuarial memorandum the use of any appropriate averages.
- D. For each rate increase that is implemented, the insurer shall file for review [approval] by the commissioner updated projections, as defined in Subsection B(3)(a), annually for the next three (3) years and include a comparison of actual results to projected values. The commissioner may extend the period to greater than three (3) years if actual results are not consistent with projected values from prior projections. For group insurance policies that meet the conditions in Subsection K, the projections required by this subsection shall be provided to the policyholder in lieu of filing with the commissioner.

- E. If any premium rate in the revised premium rate schedule is greater than 200 percent of the comparable rate in the initial premium schedule, lifetime projections, as defined in Subsection B(3)(a), shall be filed for review [approval] by the commissioner every five (5) years following the end of the required period in Subsection D. For group insurance policies that meet the conditions in Subsection K, the projections required by this subsection shall be provided to the policyholder in lieu of filing with the commissioner.
- F. (1) If the commissioner has determined that the actual experience following a rate increase does not adequately match the projected experience and that the current projections under moderately adverse conditions demonstrate that incurred claims will not exceed proportions of premiums specified in Subsection C, the commissioner may require the insurer to implement any of the following:
- (a) Premium rate schedule adjustments; or
 - (b) Other measures to reduce the difference between the projected and actual experience.

Drafting Note: The terms “adequately match the projected experience” include more than a comparison between actual and projected incurred claims. Other assumptions should also be taken into consideration, including lapse rates (including mortality), interest rates, margins for moderately adverse conditions, or any other assumptions used in the pricing of the product. It is to be expected that the actual experience will not exactly match the insurer’s projections. During the period that projections are monitored as described in Subsections D and E, the commissioner should determine that there is not an adequate match if the differences in earned premiums and incurred claims are not in the same direction (both actual values higher or lower than projections) or the difference as a percentage of the projected is not of the same order.

- (2) In determining whether the actual experience adequately matches the projected experience, consideration should be given to Subsection B(3)(e), if applicable.
- G. If the majority of the policies or certificates to which the increase is applicable are eligible for the contingent benefit upon lapse, the insurer shall file a plan, subject to commissioner approval, for improved administration or claims processing designed to eliminate the potential for further deterioration of the policy form requiring further premium rate schedule increases, or both, or to demonstrate that appropriate administration and claims processing have been implemented or are in effect; otherwise the commissioner may impose the condition in Subsection H of this section.
- H. (1) For a rate increase filing that meets the following criteria, the commissioner shall review, for all policies included in the filing, the projected lapse rates and past lapse rates during the twelve (12) months following each increase to determine if significant adverse lapsation has occurred or is anticipated:
- (a) The rate increase is not the first rate increase requested for the specific policy form or forms;
 - (b) The rate increase is not an exceptional increase; and
 - (c) The majority of the policies or certificates to which the increase is applicable are eligible for the contingent benefit upon lapse.

- (2) In the event significant adverse lapsation has occurred, is anticipated in the filing or is evidenced in the actual results as presented in the updated projections provided by the insurer following the requested rate increase, the commissioner may determine that a rate spiral exists. Following the determination that a rate spiral exists, the commissioner may require the insurer to offer, without underwriting, to all in force insureds subject to the rate increase the option to replace existing coverage with one or more reasonably comparable products being offered by the insurer or its affiliates.
- (a) The offer shall:
- (i) Be subject to the approval of the commissioner;
 - (ii) Be based on actuarially sound principles, but not be based on attained age; and
 - (iii) Provide that maximum benefits under any new policy accepted by an insured shall be reduced by comparable benefits already paid under the existing policy.
- (b) The insurer shall maintain the experience of all the replacement insureds separate from the experience of insureds originally issued the policy forms. In the event of a request for a rate increase on the policy form, the rate increase shall be limited to the lesser of:
- (i) The maximum rate increase determined based on the combined experience; and
 - (ii) The maximum rate increase determined based only on the experience of the insureds originally issued the form plus ten percent (10%).

- I. If the commissioner determines that the insurer has exhibited a persistent practice of filing inadequate initial premium rates for long-term care insurance, the commissioner may, in addition to the provisions of Subsection H of this section, prohibit the insurer from either of the following:

Drafting Note: States may want to consider examining their statutes to determine whether a persistent practice of filing inadequate initial premium rates would be considered a violation of the state's unfair trade practice act and subject to the penalties under that act.

- (1) Filing and marketing comparable coverage for a period of up to five (5) years; or
- (2) Offering all other similar coverages and limiting marketing of new applications to the products subject to recent premium rate schedule increases.

- J. Subsections A through I shall not apply to policies for which the long-term care benefits provided by the policy are incidental, as defined in Section 4C, if the policy complies with all of the following provisions:

Long-Term Care Insurance Model Regulation

- (1) The interest credited internally to determine cash value accumulations, including long-term care, if any, are guaranteed not to be less than the minimum guaranteed interest rate for cash value accumulations without long-term care set forth in the policy;
- (2) The portion of the policy that provides insurance benefits other than long-term care coverage meets the nonforfeiture requirements as applicable in any of the following:
 - (a) [Cite state's standard nonforfeiture law similar to the NAIC's Standard Nonforfeiture Law for Life Insurance];
 - (b) [Cite state's standard nonforfeiture law similar to the NAIC's Standard Nonforfeiture Law for Individual Deferred Annuities], and
 - (c) [Cite state's section of the variable annuity regulation similar to Section 7 of the NAIC's Model Variable Annuity Regulation];
- (3) The policy meets the disclosure requirements of [cite appropriate sections in the state's long-term care insurance law similar to Section 6I, 6J, and 6K of the NAIC's Long-Term Care Insurance Model Act];
- (4) The portion of the policy that provides insurance benefits other than long-term care coverage meets the requirements as applicable in the following:
 - (a) Policy illustrations as required by [cite state's life insurance illustrations regulation similar to the NAIC's Life Insurance Illustrations Model Regulation];
 - (b) Disclosure requirements in [cite state's annuity disclosure regulation similar to the NAIC's Annuity Disclosure Model Regulation]; and
 - (c) Disclosure requirements in [cite state's variable annuity regulation similar to the NAIC's Model Variable Annuity Regulation].
- (5) An actuarial memorandum is filed with the insurance department that includes:
 - (a) A description of the basis on which the long-term care rates were determined;
 - (b) A description of the basis for the reserves;
 - (c) A summary of the type of policy, benefits, renewability, general marketing method, and limits on ages of issuance;
 - (d) A description and a table of each actuarial assumption used. For expenses, an insurer must include percent of premium dollars per policy and dollars per unit of benefits, if any;
 - (e) A description and a table of the anticipated policy reserves and additional reserves to be held in each future year for active lives;

- (f) The estimated average annual premium per policy and the average issue age;
 - (g) A statement as to whether underwriting is performed at the time of application. The statement shall indicate whether underwriting is used and, if used, the statement shall include a description of the type or types of underwriting used, such as medical underwriting or functional assessment underwriting. Concerning a group policy, the statement shall indicate whether the enrollee or any dependent will be underwritten and when underwriting occurs; and
 - (h) A description of the effect of the long-term care policy provision on the required premiums, nonforfeiture values and reserves on the underlying insurance policy, both for active lives and those in long-term care claim status.
- K. Subsections F and H shall not apply to group insurance policies as defined in Section [insert reference to Section 4E(1) of the NAIC Long-Term Care Insurance Model Act] where:
- (1) The policies insure 250 or more persons and the policyholder has 5,000 or more eligible employees of a single employer; or
 - (2) The policyholder, and not the certificateholders, pays a material portion of the premium, which shall not be less than twenty percent (20%) of the total premium for the group in the calendar year prior to the year a rate increase is filed.

Section 21. Filing Requirement

Prior to an insurer or similar organization offering group long-term care insurance to a resident of this state pursuant to [cite state law equivalent to Section 5 of the Long-Term Care Insurance Model Act], it shall file with the commissioner evidence that the group policy or certificate thereunder has been approved by a state having statutory or regulatory long-term care insurance requirements substantially similar to those adopted in this state.

Section 22. Filing Requirements for Advertising

- A. Every insurer, health care service plan or other entity providing long-term care insurance or benefits in this state shall provide a copy of any long-term care insurance advertisement intended for use in this state whether through written, radio or television medium to the Commissioner of Insurance of this state for review or approval by the commissioner to the extent it may be required under state law. In addition, all advertisements shall be retained by the insurer, health care service plan or other entity for at least three (3) years from the date the advertisement was first used.
- B. The commissioner may exempt from these requirements any advertising form or material when, in the commissioner's opinion, this requirement may not be reasonably applied.

Section 23. Standards for Marketing

- A. Every insurer, health care service plan or other entity marketing long-term care insurance coverage in this state, directly or through its producers, shall:
- (1) Establish marketing procedures and agent training requirements to assure that:
 - (a) Any marketing activities, including any comparison of policies, by its agents or other producers will be fair and accurate; and
 - (b) Excessive insurance is not sold or issued.
 - (2) Display prominently by type, stamp or other appropriate means, on the first page of the outline of coverage and policy the following:

“Notice to buyer: This policy may not cover all of the costs associated with long-term care incurred by the buyer during the period of coverage. The buyer is advised to review carefully all policy limitations.”
 - (3) Provide copies of the disclosure forms required in Section 9C (Appendices B and F) to the applicant.
 - (4) Inquire and otherwise make every reasonable effort to identify whether a prospective applicant or enrollee for long-term care insurance already has accident and sickness or long-term care insurance and the types and amounts of any such insurance, except that in the case of qualified long-term care insurance contracts, an inquiry into whether a prospective applicant or enrollee for long-term care insurance has accident and sickness insurance is not required.
 - (5) Every insurer or entity marketing long-term care insurance shall establish auditable procedures for verifying compliance with this Subsection A.
 - (6) If the state in which the policy or certificate is to be delivered or issued for delivery has a senior insurance counseling program approved by the commissioner, the insurer shall, at solicitation, provide written notice to the prospective policyholder and certificateholder that the program is available and the name, address and telephone number of the program.
 - (7) For long-term care health insurance policies and certificates, use the terms “noncancellable” or “level premium” only when the policy or certificate conforms to Section 6 A(3) of this regulation.
 - (8) Provide an explanation of contingent benefit upon lapse provided for in Section 28D(3) and, if applicable, the additional contingent benefit upon lapse provided to policies with fixed or limited premium paying periods in Section 28D(4).
- B. In addition to the practices prohibited in [insert citation to state unfair trade practices act], the following acts and practices are prohibited:

- (1) Twisting. Knowingly making any misleading representation or incomplete or fraudulent comparison of any insurance policies or insurers for the purpose of inducing, or tending to induce, any person to lapse, forfeit, surrender, terminate, retain, pledge, assign, borrow on or convert any insurance policy or to take out a policy of insurance with another insurer.
 - (2) High pressure tactics. Employing any method of marketing having the effect of or tending to induce the purchase of insurance through force, fright, threat, whether explicit or implied, or undue pressure to purchase or recommend the purchase of insurance.
 - (3) Cold lead advertising. Making use directly or indirectly of any method of marketing which fails to disclose in a conspicuous manner that a purpose of the method of marketing is solicitation of insurance and that contact will be made by an insurance agent or insurance company.
 - (4) Misrepresentation. Misrepresenting a material fact in selling or offering to sell a long-term care insurance policy.
- C.
- (1) With respect to the obligations set forth in this subsection, the primary responsibility of an association, as defined in [insert citation to Section 4E(2) of the NAIC Long-Term Care Insurance Model Act], when endorsing or selling long-term care insurance shall be to educate its members concerning long-term care issues in general so that its members can make informed decisions. Associations shall provide objective information regarding long-term care insurance policies or certificates endorsed or sold by such associations to ensure that members of such associations receive a balanced and complete explanation of the features in the policies or certificates that are being endorsed or sold.
 - (2) The insurer shall file with the insurance department the following material:
 - (a) The policy and certificate,
 - (b) A corresponding outline of coverage, and
 - (c) All advertisements requested by the insurance department.
 - (3) The association shall disclose in any long-term care insurance solicitation:
 - (a) The specific nature and amount of the compensation arrangements (including all fees, commissions, administrative fees and other forms of financial support) that the association receives from endorsement or sale of the policy or certificate to its members; and
 - (b) A brief description of the process under which the policies and the insurer issuing the policies were selected.
 - (4) If the association and the insurer have interlocking directorates or trustee arrangements, the association shall disclose that fact to its members.

- (5) The board of directors of associations selling or endorsing long-term care insurance policies or certificates shall review and approve the insurance policies as well as the compensation arrangements made with the insurer.
- (6) The association shall also:
 - (a) At the time of the association's decision to endorse, engage the services of a person with expertise in long-term care insurance not affiliated with the insurer to conduct an examination of the policies, including its benefits, features, and rates and update the examination thereafter in the event of material change;
 - (b) Actively monitor the marketing efforts of the insurer and its agents; and
 - (c) Review and approve all marketing materials or other insurance communications used to promote sales or sent to members regarding the policies or certificates.
 - (d) Subparagraphs (a) through (c) shall not apply to qualified long-term care insurance contracts.

Drafting Note: The materials specified for filing in this section shall be filed in accordance with a state's filing due dates and procedures.

- (7) No group long-term care insurance policy or certificate may be issued to an association unless the insurer files with the state insurance department the information required in this subsection.
- (8) The insurer shall not issue a long-term care policy or certificate to an association or continue to market such a policy or certificate unless the insurer certifies annually that the association has complied with the requirements set forth in this subsection.
- (9) Failure to comply with the filing and certification requirements of this section constitutes an unfair trade practice in violation of [insert citation to corresponding section of state unfair trade practices act].

Drafting Note: Remember that the Unfair Trade Practice Act in your state applies to long-term care insurance policies and certificates.

Section 24. Suitability

- A. This section shall not apply to life insurance policies that accelerate benefits for long-term care.
- B. Every insurer, health care service plan or other entity marketing long-term care insurance (the "issuer") shall:
 - (1) Develop and use suitability standards to determine whether the purchase or replacement of long-term care insurance is appropriate for the needs of the applicant;
 - (2) Train its agents in the use of its suitability standards; and

- (3) Maintain a copy of its suitability standards and make them available for inspection upon request by the commissioner.
- C.
 - (1) To determine whether the applicant meets the standards developed by the issuer, the agent and issuer shall develop procedures that take the following into consideration:
 - (a) The ability to pay for the proposed coverage and other pertinent financial information related to the purchase of the coverage;
 - (b) The applicant's goals or needs with respect to long-term care and the advantages and disadvantages of insurance to meet these goals or needs; and
 - (c) The values, benefits and costs of the applicant's existing insurance, if any, when compared to the values, benefits and costs of the recommended purchase or replacement.
 - (2) The issuer, and where an agent is involved, the agent shall make reasonable efforts to obtain the information set out in Paragraph (1) above. The efforts shall include presentation to the applicant, at or prior to application, the "Long-Term Care Insurance Personal Worksheet." The personal worksheet used by the issuer shall contain, at a minimum, the information in the format contained in Appendix B, in not less than twelve (12) point type. The issuer may request the applicant to provide additional information to comply with its suitability standards. A copy of the issuer's personal worksheet shall be filed with the commissioner.
 - (3) A completed personal worksheet shall be returned to the issuer prior to the issuer's consideration of the applicant for coverage, except the personal worksheet need not be returned for sales of employer group long-term care insurance to employees and their spouses.
 - (4) The sale or dissemination outside the company or agency by the issuer or agent of information obtained through the personal worksheet in Appendix B is prohibited.
- D. The issuer shall use the suitability standards it has developed pursuant to this section in determining whether issuing long-term care insurance coverage to an applicant is appropriate.
- E. Agents shall use the suitability standards developed by the issuer in marketing long-term care insurance.
- F. At the same time as the personal worksheet is provided to the applicant, the disclosure form entitled "Things You Should Know Before You Buy Long-Term Care Insurance" shall be provided. The form shall be in the format contained in Appendix C, in not less than twelve (12) point type.
- G. If the issuer determines that the applicant does not meet its financial suitability standards, or if the applicant has declined to provide the information, the issuer may reject the application. In the alternative, the issuer shall send the applicant a letter similar to Appendix D. However, if the applicant has declined to provide financial

information, the issuer may use some other method to verify the applicant's intent. Either the applicant's returned letter or a record of the alternative method of verification shall be made part of the applicant's file.

- H. The issuer shall report annually to the commissioner the total number of applications received from residents of this state, the number of those who declined to provide information on the personal worksheet, the number of applicants who did not meet the suitability standards, and the number of those who chose to confirm after receiving a suitability letter.

Section 25. Prohibition Against Preexisting Conditions and Probationary Periods in Replacement Policies or Certificates

If a long-term care insurance policy or certificate replaces another long-term care policy or certificate, the replacing insurer shall waive any time periods applicable to preexisting conditions and probationary periods in the new long-term care policy for similar benefits to the extent that similar exclusions have been satisfied under the original policy.

Section 26. Availability of New Services or Providers

- A. An insurer shall notify policyholders of the availability of a new long-term policy series that provides coverage for new long-term care services or providers material in nature and not previously available through the insurer to the general public. The notice shall be provided within twelve (12) months of the date of the new policy series is made available for sale in this state.

Drafting Note: New long-term care services or providers that are material in nature shall not include changes to policy structure; or benefits or provisions that are minor in nature. Examples of when notification need not be provided include: changes in elimination periods, benefit periods and benefit amounts.

- B. Notwithstanding Subsection A above, notification is not required for any policy issued prior to the effective date of this section or to any policyholder or certificateholder who is currently eligible for benefits, within an elimination period or on a claim, or who previously had been in claim status, or who would not be eligible to apply for coverage due to issue age limitations under the new policy. The insurer may require that policyholders meet all eligibility requirements, including underwriting and payment of the required premium to add such new services or providers.
- C. The insurer shall make the new coverage available in one of the following ways:
 - (1) By adding a rider to the existing policy and charging a separate premium for the new rider based on the insured's attained age;
 - (2) By exchanging the existing policy or certificate for one with an issue age based on the present age of the insured and recognizing past insured status by granting premium credits toward the premiums for the new policy or certificate. The premium credits shall be based on premiums paid or reserves held for the prior policy or certificate;
 - (3) By exchanging the existing policy or certificate for a new policy or certificate in which consideration for past insured status shall be recognized by setting the premium for the new policy or certificate at the issue age of the policy or certificate being exchanged. The cost for the new policy or certificate may

recognize the difference in reserves between the new policy or certificate and the original policy or certificate; or

- (4) By an alternative program developed by the insurer that meets the intent of this section if the program is filed with and approved by the commissioner.

Drafting Note: An example of an acceptable alternative program is underwriting concessions.

- D. An insurer is not required to notify policyholders of a new proprietary policy series created and filed for use in a limited distribution channel. For purposes of this Subsection, “limited distribution channel” means through a discrete entity, such as a financial institution or brokerage, for which specialized products are available that are not available for sale to the general public. Policyholders that purchased such a new proprietary policy shall be notified when a new long-term care policy series that provides coverage for new long-term care services or providers material in nature is made available to that limited distribution channel.
- E. Policies issued pursuant to this section shall be considered exchanges and not replacements. These exchanges shall not be subject to Sections 14 and 24, and the reporting requirements of Section 15A to E of this regulation.
- F. Where the policy is offered through an employer, labor organization, professional, trade or occupational association, the required notification in Subsection A above shall be made to the offering entity. However, if the policy is issued to a group defined in Section 4E(4) of the Long-Term Care Insurance Model Act, the notification shall be made to each certificateholder.
- G. Nothing in this section shall prohibit an insurer from offering any policy, rider, certificate or coverage change to any policyholder or certificateholder. However, upon request any policyholder may apply for currently available coverage that includes the new services or providers. The insurer may require that policyholders meet all eligibility requirements, including underwriting and payment of the required premium to add such new services or providers.
- H. This section does not apply to life insurance policies or riders containing accelerated long-term care benefits.
- I. This section shall become effective on or after [insert the effective date of the amended regulation].

Section 27. Right to Reduce Coverage and Lower Premiums

- A. (1) Every long-term care insurance policy and certificate shall include a provision that allows the policyholder or certificateholder to reduce coverage and lower the policy or certificate premium in at least one of the following ways:
 - (a) Reducing the maximum benefit; or
 - (b) Reducing the daily, weekly or monthly benefit amount.
- (2) The insurer may also offer other reduction options that are consistent with the policy or certificate design or the carrier’s administrative processes.

- (3) In the event the reduction in coverage involves the reduction or elimination of the inflation protection provision, the insurer shall allow the policyholder to continue the benefit amount in effect at the time of the reduction.
- B. The provision shall include a description of the process for requesting and implementing a reduction in coverage.
- C. The premium for the reduced coverage shall:
 - (1) Be based on the same age and underwriting class used to determine the premium for the coverage currently in force; and
 - (2) Be consistent with the approved rate table.
- D. The insurer may limit any reduction in coverage to plans or options available for that policy form and to those for which benefits will be available after consideration of claims paid or payable.
- E. If a policy or certificate is about to lapse, the insurer shall provide a written reminder to the policyholder or certificateholder of his or her right to reduce coverage and premiums in the notice required by Section 7A(3) of this regulation.
- F. This section does not apply to life insurance policies or riders containing accelerated long-term care benefits.
- G. The requirements of Subsections A through F shall apply to any long-term care policy issued in this state on or after [insert date that is twelve (12) months after adoption of the amended regulation].
- H. A premium increase notice required by Section 9E of this regulation shall include:
 - (1) An offer to reduce policy benefits provided by the current coverage consistent with the requirements of this section;
 - (2) A disclosure stating that all options available to the policyholder may not be of equal value; and
 - (3) In the case of a partnership policy, a disclosure that some benefit reduction options may result in a loss in partnership status that may reduce policyholder protections.
- I. The requirements of Subsection H shall apply to any rate increase implemented in this state on or after [insert date that is twelve (12) months after adoption of the amended regulation].

Drafting Note: Compliance with this Section may be accomplished by policy replacement, exchange or by adding the required provision via amendment or endorsement to the policy.

Section 28. Nonforfeiture Benefit Requirement

- A. This section does not apply to life insurance policies or riders containing accelerated long-term care benefits.

- B. To comply with the requirement to offer a nonforfeiture benefit pursuant to the provisions of [insert reference to Section 8 of the NAIC Long-Term Care Insurance Model Act]:
- (1) A policy or certificate offered with nonforfeiture benefits shall have coverage elements, eligibility, benefit triggers and benefit length that are the same as coverage to be issued without nonforfeiture benefits. The nonforfeiture benefit included in the offer shall be the benefit described in subsection E; and
 - (2) The offer shall be in writing if the nonforfeiture benefit is not otherwise described in the Outline of Coverage or other materials given to the prospective policyholder.
- C. If the offer required to be made under [insert reference to Section 8 of the NAIC Long-Term Care Insurance Model Act] is rejected, the insurer shall provide the contingent benefit upon lapse described in this section. Even if this offer is accepted for a policy with a fixed or limited premium paying period, the contingent benefit on lapse in Subsection D(4) shall still apply.
- D.
- (1) After rejection of the offer required under [insert reference to Section 8 of the NAIC Long-Term Care Insurance Model Act], for individual and group policies without nonforfeiture benefits issued after the effective date of this section, the insurer shall provide a contingent benefit upon lapse.
 - (2) In the event a group policyholder elects to make the nonforfeiture benefit an option to the certificateholder, a certificate shall provide either the nonforfeiture benefit or the contingent benefit upon lapse.
 - (3) A contingent benefit on lapse shall be triggered every time an insurer increases the premium rates to a level which results in a cumulative increase of the annual premium equal to or exceeding the percentage of the insured's initial annual premium set forth below based on the insured's issue age, and the policy or certificate lapses within 120 days of the due date of the premium so increased. Unless otherwise required, policyholders shall be notified at least thirty (30) days prior to the due date of the premium reflecting the rate increase.

Triggers for a Substantial Premium Increase

<u>Issue Age</u>	<u>Percent Increase Over Initial Premium</u>
29 and under	200%
30-34	190%
35-39	170%
40-44	150%
45-49	130%
50-54	110%
55-59	90%
60	70%
61	66%
62	62%
63	58%
64	54%
65	50%
66	48%
67	46%
68	44%

Triggers for a Substantial Premium Increase

<u>Issue Age</u>	<u>Percent Increase Over Initial Premium</u>
69	42%
70	40%
71	38%
72	36%
73	34%
74	32%
75	30%
76	28%
77	26%
78	24%
79	22%
80	20%
81	19%
82	18%
83	17%
84	16%
85	15%
86	14%
87	13%
88	12%
89	11%
90 and over	10%

- (4) A contingent benefit on lapse shall also be triggered for policies with a fixed or limited premium paying period every time an insurer increases the premium rates to a level that results in a cumulative increase of the annual premium equal to or exceeding the percentage of the insured's initial annual premium set forth below based on the insured's issue age, the policy or certificate lapses within 120 days of the due date of the premium so

increased, and the ratio in Paragraph (6)(b) is forty percent (40%) or more. Unless otherwise required, policyholders shall be notified at least thirty (30) days prior to the due date of the premium reflecting the rate increase.

Triggers for a Substantial Premium Increase	
Issue Age	Percent Increase Over Initial Premium
Under 65	50%
65-80	30%
Over 80	10%

This provision shall be in addition to the contingent benefit provided by Paragraph (3) above and where both are triggered, the benefit provided shall be at the option of the insured.

- (5) On or before the effective date of a substantial premium increase as defined in Paragraph (3) above, the insurer shall:
- (a) Offer to reduce policy benefits provided by the current coverage consistent with the requirements of Section 27 so that required premium payments are not increased;

Drafting Note: The insured's right to reduce policy benefits in the event of the premium increase does not affect any other right to elect a reduction in benefits provided under the policy.

- (b) Offer to convert the coverage to a paid-up status with a shortened benefit period in accordance with the terms of Subsection E. This option may be elected at any time during the 120-day period referenced in Subsection D(3); and
- (c) Notify the policyholder or certificateholder that a default or lapse at any time during the 120-day period referenced in Subsection D(3) shall be deemed to be the election of the offer to convert in Subparagraph (b) above unless the automatic option in Paragraph (6)(c) applies.
- (6) On or before the effective date of a substantial premium increase as defined in Paragraph (4) above, the insurer shall:
- (a) Offer to reduce policy benefits provided by the current coverage consistent with the requirements of Section 27 so that required premium payments are not increased;

Drafting Note: The insured's right to reduce policy benefits in the event of the premium increase does not affect any other right to elect a reduction in benefits provided under the policy.

- (b) Offer to convert the coverage to a paid-up status where the amount payable for each benefit is ninety percent (90%) of the amount payable in effect immediately prior to lapse times the ratio of the number of completed months of paid premiums divided by the number of months in the premium paying period. This option may be elected at any time during the 120-day period referenced in Subsection D(4); and

- (c) Notify the policyholder or certificateholder that a default or lapse at any time during the 120-day period referenced in Subsection D(4) shall be deemed to be the election of the offer to convert in Subparagraph (b) above if the ratio is forth percent (40%) or more.
 - (7) For any long-term care policy issued in this state on or after [insert date that is six (6) months after adoption of the amended regulation].
 - (a) In the event the policy or certificate was issued at least twenty (20) years prior to the effective date of the increase, a value of 0% shall be used in place of all values in the above table; and
 - (b) Values above 100% in the table in Paragraph (3) above shall be reduced to 100%.
- E. Benefits continued as nonforfeiture benefits, including contingent benefits upon lapse in accordance with Subsection D(3) but not Subsection D(4), are described in this subsection:
 - (1) For purposes of this subsection, attained age rating is defined as a schedule of premiums starting from the issue date which increases age at least one percent per year prior to age fifty (50), and at least three percent (3%) per year beyond age fifty (50).
 - (2) For purposes of this subsection, the nonforfeiture benefit shall be of a shortened benefit period providing paid-up long-term care insurance coverage after lapse. The same benefits (amounts and frequency in effect at the time of lapse but not increased thereafter) will be payable for a qualifying claim, but the lifetime maximum dollars or days of benefits shall be determined as specified in Paragraph (3).
 - (3) The standard nonforfeiture credit will be equal to 100% of the sum of all premiums paid, including the premiums paid prior to any changes in benefits. The insurer may offer additional shortened benefit period options, as long as the benefits for each duration equal or exceed the standard nonforfeiture credit for that duration. However, the minimum nonforfeiture credit shall not be less than thirty (30) times the daily nursing home benefit at the time of lapse. In either event, the calculation of the nonforfeiture credit is subject to the limitation of Subsection F.
 - (4)
 - (a) The nonforfeiture benefit shall begin not later than the end of the third year following the policy or certificate issue date. The contingent benefit upon lapse shall be effective during the first three (3) years as well as thereafter.
 - (b) Notwithstanding Subparagraph (a), for a policy or certificate with attained age rating, the nonforfeiture benefit shall begin on the earlier of:
 - (i) The end of the tenth year following the policy or certificate issue date; or

- (ii) The end of the second year following the date the policy or certificate is no longer subject to attained age rating.
- (5) Nonforfeiture credits may be used for all care and services qualifying for benefits under the terms of the policy or certificate, up to the limits specified in the policy or certificate.
- F. All benefits paid by the insurer while the policy or certificate is in premium paying status and in the paid up status will not exceed the maximum benefits which would be payable if the policy or certificate had remained in premium paying status.
- G. There shall be no difference in the minimum nonforfeiture benefits as required under this section for group and individual policies.
- H. The requirements set forth in this section shall become effective twelve (12) months after adoption of this provision and shall apply as follows:
 - (1) Except as provided in Paragraph (2) and (3) below, the provisions of this section apply to any long-term care policy issued in this state on or after the effective date of this amended regulation.
 - (2) For certificates issued on or after the effective date of this section, under a group long-term care insurance policy as defined in Section [insert reference to Section 4E(1) of the NAIC Long-Term Care Insurance Model Act], which policy was in force at the time this amended regulation became effective, the provisions of this section shall not apply.
 - (3) The last sentence in Subsection C and Subsections D(4) and D(6) shall apply to any long-term care insurance policy or certificate issued in this state after six (6) months after their adoption, except new certificates on a group policy as defined in Subsection 4E(1) one year after adoption.
- I. Premiums charged for a policy or certificate containing nonforfeiture benefits or a contingent benefit on lapse shall be subject to the loss ratio requirements of Section 19, Section 20 or Section 20.1, whichever is applicable, treating the policy as a whole.
- J. To determine whether contingent nonforfeiture upon lapse provisions are triggered under Subsection D(3) or D(4), a replacing insurer that purchased or otherwise assumed a block or blocks of long-term care insurance policies from another insurer shall calculate the percentage increase based on the initial annual premium paid by the insured when the policy was first purchased from the original insurer.
- K. A nonforfeiture benefit for qualified long-term care insurance contracts that are level premium contracts shall be offered that meets the following requirements:
 - (1) The nonforfeiture provision shall be appropriately captioned;
 - (2) The nonforfeiture provision shall provide a benefit available in the event of a default in the payment of any premiums and shall state that the amount of the benefit may be adjusted subsequent to being initially granted only as necessary to reflect changes in claims, persistency and interest as reflected in changes in rates for premium paying contracts approved by the commissioner for the same contract form; and

- (3) The nonforfeiture provision shall provide at least one of the following:
 - (a) Reduced paid-up insurance;
 - (b) Extended term insurance;
 - (c) Shortened benefit period; or
 - (d) Other similar offerings approved by the commissioner.

Section 29. Standards for Benefit Triggers

- A. A long-term care insurance policy shall condition the payment of benefits on a determination of the insured's ability to perform activities of daily living and on cognitive impairment. Eligibility for the payment of benefits shall not be more restrictive than requiring either a deficiency in the ability to perform not more than three (3) of the activities of daily living or the presence of cognitive impairment.
- B. (1) Activities of daily living shall include at least the following as defined in Section 5 and in the policy:
 - (a) Bathing;
 - (b) Continence;
 - (c) Dressing;
 - (d) Eating;
 - (e) Toileting; and
 - (f) Transferring;
- (2) Insurers may use activities of daily living to trigger covered benefits in addition to those contained in Paragraph (1) as long as they are defined in the policy.
- C. An insurer may use additional provisions for the determination of when benefits are payable under a policy or certificate; however the provisions shall not restrict, and are not in lieu of, the requirements contained in Subsections A and B.
- D. For purposes of this section the determination of a deficiency shall not be more restrictive than:
 - (1) Requiring the hands-on assistance of another person to perform the prescribed activities of daily living; or
 - (2) If the deficiency is due to the presence of a cognitive impairment, supervision or verbal cueing by another person is needed in order to protect the insured or others.
- E. Assessments of activities of daily living and cognitive impairment shall be performed by licensed or certified professionals, such as physicians, nurses or social workers.

- F. Long term care insurance policies shall include a clear description of the process for appealing and resolving benefit determinations.
- G. The requirements set forth in this section shall be effective [insert date 12 months after adoption of this provision] and shall apply as follows:
 - (1) Except as provided in Paragraph (2), the provisions of this section apply to a long-term care policy issued in this state on or after the effective date of the amended regulation.
 - (2) For certificates issued on or after the effective date of this section, under a group long-term care insurance policy as defined in Section [insert reference to Section 4E(1) of the Long-Term Care Insurance Model Act] that was in force at the time this amended regulation became effective, the provisions of this section shall not apply.

Section 30. Additional Standards for Benefit Triggers for Qualified Long-Term Care Insurance Contracts

- A. For purposes of this section the following definitions apply:
 - (1) “Qualified long-term care services” means services that meet the requirements of Section 7702(c)(1) of the Internal Revenue Code of 1986, as amended, as follows: necessary diagnostic, preventive, therapeutic, curative, treatment, mitigation and rehabilitative services, and maintenance or personal care services which are required by a chronically ill individual, and are provided pursuant to a plan of care prescribed by a licensed health care practitioner.
 - (2) (a) “Chronically ill individual” has the meaning prescribed for this term by section 7702B(c)(2) of the Internal Revenue Code of 1986, as amended. Under this provision, a chronically ill individual means any individual who has been certified by a licensed health care practitioner as:
 - (i) Being unable to perform (without substantial assistance from another individual) at least two (2) activities of daily living for a period of at least ninety (90) days due to a loss of functional capacity; or
 - (ii) Requiring substantial supervision to protect the individual from threats to health and safety due to severe cognitive impairment.

Drafting Note: With respect to the activities of daily living (ADL) benefit trigger, HIPAA provides that tax-qualified contracts must take into account at least five of the six ADLs specified in Section 29B. This model regulation requires that eligibility for payment of benefits be no more restrictive than requiring a deficiency in the ability to perform not more than three ADLs, of the six listed. Thus, in this regard, a contract that complies with this regulation will also be tax-qualified. States do not need to alter their regulations from this model regulation with respect to the ADL trigger for tax-qualified contracts.

(b) The term “chronically ill individual” shall not include an individual otherwise meeting these requirements unless within the preceding twelve-month period a licensed health care practitioner has certified that the individual meets these requirements.

(3) “Licensed health care practitioner” means a physician, as defined in Section 1861(r)(1) of the Social Security Act, a registered professional nurse, licensed social worker or other individual who meets requirements prescribed by the Secretary of the Treasury.

(4) “Maintenance or personal care services” means any care the primary purpose of which is the provision of needed assistance with any of the disabilities as a result of which the individual is a chronically ill individual (including the protection from threats to health and safety due to severe cognitive impairment).

Drafting Note: Terms used in the definition of a “chronically ill individual,” such as substantial assistance, loss of functional capacity, substantial supervision and severe cognitive impairment, are not defined by the Internal Revenue Code of 1986, as amended, although the meaning of the terms has been addressed by Treasury Department and Internal Revenue Service guidance. The requirement that an insured be certified as a chronically ill individual at least once every 12 months by a licensed health care practitioner does not preclude an insurer from requiring more frequent assessments of an insured’s condition in order to determine whether benefits are payable under a contract. However, states are also free to limit an insurer’s ability to perform more frequent assessments without affecting the tax-qualified status of the contract.

Qualified long-term care insurance contracts that pay benefits upon a loss of functional capacity must include a provision for triggering benefits that is different from that found in Section 29 of this model regulation. The Internal Revenue Service has stated that the 90-day requirement under this benefit trigger does not establish a waiting period before which benefits may be paid or before which services may constitute qualified long-term care services.

Under Section 7702B of the Internal Revenue Code, as amended, only “licensed health care practitioners” can certify that an insured is a chronically ill individual. This term includes only physicians (within the meaning of Section 1861(r)(1) of the Social Security Act), registered professional nurses and licensed social workers.

Section 7702B does not preclude a contract from specifying a subset of “licensed health care practitioners” who can perform certifications, e.g., only physicians within the meaning of Section 1861(r)(1) of the Social Security Act that are approved by the insurance company. The Secretary of the Treasury may in regulations expand the types of individuals who are considered “licensed health care practitioners.”

Section 7702B(c)(2) states that an individual will be considered chronically ill if he or she is certified by a licensed health care practitioner as having a level of disability similar (as determined under regulations prescribed by the Secretary of the Treasury in consultation with the Secretary of Health and Human Services) to the level of disability described in Section 7702B(c)(2)(A)(i) (Section 30C of this regulation). At present, the Secretary of the Treasury has prescribed no such standard. Federal tax law does not require a qualified long-term care insurance contract to include this benefit trigger in the contract. In addition, this model regulation does not mandate inclusion of this undefined benefit trigger in policies at the present time. If the Treasury Department prescribes an additional benefit trigger in the future, consideration will be given at that time to making appropriate amendments to this regulation.

B. A qualified long term care insurance contract shall pay only for qualified long-term care services received by a chronically ill individual provided pursuant to a plan of care prescribed by a licensed health care practitioner.

Drafting Note: The federal tax requirements for the term “qualified long-term care services” has been added to assist states in regulating qualified long-term care insurance contracts, which are defined in Section 7702B(b) of the Internal Revenue Code of 1986, as amended. The Internal Revenue Code of 1986 is subject to amendment by Congress and to interpretation by the Treasury Department, the Internal Revenue Service and the courts.

Since a qualified long-term care insurance contract can provide insurance coverage “only” for qualified long-term care services, and such services are ones required by a “chronically ill individual,” benefits from such a contract can only be provided to an individual who is chronically ill. Federal tax law does not, however, prohibit the provision of coverage of some, but not all, qualified long-term care services. Thus, a contract may cover only nursing home services or limit benefits to those performed by eligible providers consistent with the requirements of federal tax law. Likewise, the federal tax law does not

preclude a contract from specifying the need for hands-on assistance for purposes of determining whether the insured can perform an activity of daily living. Under this regulation, however, benefit triggers requiring greater degrees of impairment than the minimum standard established by federal tax law are permitted only to the extent otherwise consistent with this regulation and the model act.

- C. A qualified long-term care insurance contract shall condition the payment of benefits on a determination of the insured's inability to perform activities of daily living for an expected period of at least ninety (90) days due to a loss of functional capacity or to severe cognitive impairment.

Drafting Note: Section 7702B of the Internal Revenue Code of 1986, as amended, includes a provision for triggering benefits that is different from that found in Section 29 of this model regulation. The definitions used in the triggering of benefits in Section 7702B (substantial assistance, loss of functional capacity, substantial supervision and severe cognitive impairment) have been defined in guidance promulgated by the Department of the Treasury.

- D. Certifications regarding activities of daily living and cognitive impairment required pursuant to Subsection C shall be performed by the following licensed or certified professionals: physicians, registered professional nurses, licensed social workers, or other individuals who meet requirements prescribed by the Secretary of the Treasury.
- E. Certifications required pursuant to Subsection C may be performed by a licensed health care professional at the direction of the carrier as is reasonably necessary with respect to a specific claim, except that when a licensed health care practitioner has certified that an insured is unable to perform activities of daily living for an expected period of at least ninety (90) days due to a loss of functional capacity and the insured is in claim status, the certification may not be rescinded and additional certifications may not be performed until after the expiration of the ninety-day period.
- F. Qualified long-term care insurance contracts shall include a clear description of the process for appealing and resolving disputes with respect to benefit determinations.

Section 31. Appealing An Insurer's Determination That The Benefit Trigger Is Not Met.

Drafting Note: Consistent with the NAIC model law procedures revised and adopted by the NAIC in September 2008, these revisions to the Long-Term Care Insurance Model Regulation provide minimum regulatory standards for independent review of benefit trigger determinations. The regulatory provisions and procedures set forth in this section are the minimum national standard for benefit trigger independent review. Nothing in this regulation would, nor is it the intent of these revisions to, prohibit a state that supported these model revisions from enacting regulations that go beyond this minimum standard to provide for a larger role and greater involvement for insurance departments in the independent review process. In determining the use of these minimum standards for any federal legislation or regulations pertaining to long-term care insurance, policymakers should view these as minimum standards and not prohibit states from enacting standards that go beyond these minimums.

- A. For purposes of this section, "authorized representative" is authorized to act as the covered person's personal representative within the meaning of 45 CFR 164.502(g) promulgated by the Secretary under the Administrative Simplification provisions of the Health Insurance Portability and Accountability Act and means the following:
 - (1) A person to whom a covered person has given express written consent to represent the covered person in an external review;
 - (2) A person authorized by law to provide substituted consent for a covered person; or

- (3) A family member of the covered person or the covered person's treating health care professional only when the covered person is unable to provide consent.
- B. If an insurer determines that the benefit trigger of a long-term care insurance policy has not been met, it shall provide a clear, written notice to the insured and the insured's authorized representative, if applicable, of all of the following:
 - (1) The reason that the insurer determined that the insured's benefit trigger has not been met;
 - (2) The insured's right to internal appeal in accordance with subsection C, and the right to submit new or additional information relating to the benefit trigger denial with the appeal request; and
 - (3) The insured's right, after exhaustion of the insurer's internal appeal process, to have the benefit trigger determination reviewed under the independent review process in accordance with Subsection D.
- C. Internal Appeal. The insured or the insured's authorized representative may appeal the insurer's adverse benefit trigger determination by sending a written request to the insurer, along with any additional supporting information, within 120 calendar days after the insured and the insured's authorized representative, if applicable, receives the insurer's benefit determination notice. The internal appeal shall be considered by an individual or group of individuals designated by the insurer, provided that the individual or individuals making the internal appeal decision may not be the same individual or individuals who made the initial benefit determination. The internal appeal shall be completed and written notice of the internal appeal decision shall be sent to the insured and the insured's authorized representative, if applicable, within thirty (30) calendar days of the insurer's receipt of all necessary information upon which a final determination can be made.
 - (1) If the insurer's original determination is upheld upon internal appeal, the notice of the internal appeal decision shall describe any additional internal appeal rights offered by the insurer. Nothing herein shall require the insurer to offer any internal appeal rights other than those described in this subsection.
 - (2) If the insurer's original determination is upheld after the internal appeal process has been exhausted, and new or additional information has not been provided to the insurer, the insurer shall provide a written description of the insured's right to request an independent review of the benefit determination as described in Subsection D to the insured and the insured's authorized representative, if applicable.
 - (3) As part of the written description of the insured's right to request an independent review, an insurer shall include the following, or substantially equivalent, language: "We have determined that the benefit eligibility criteria ("benefit trigger") of your [policy] [certificate] has not been met. You may have the right to an independent review of our decision conducted by long-term care professionals who are not associated with us. Please send a written request for independent review to us at [address]. You must inform us, in writing, of your election to have this decision reviewed within 120 days

of receipt of this letter. Listed below are the names and contact information of the independent review organizations approved or certified by your state insurance commissioner's office to conduct long-term care insurance benefit eligibility reviews. If you wish to request an independent review, please choose one of the listed organizations and include its name with your request for independent review. If you elect independent review, but do not choose an independent review organization with your request, we will choose one of the independent review organizations for you and refer the request for independent review to it.”

Drafting Note: States that do not maintain a list of qualified independent review organizations to review long-term care benefit trigger decisions should modify the language in paragraph (3) accordingly.

- (4) If the insurer does not believe the benefit trigger decision is eligible for independent review, the insurer shall inform the insured and the insured's authorized representative, if applicable, and the commissioner in writing and include in the notice the reasons for its determination of independent review ineligibility.
- (5) The appeal process described in Subsection C is not deemed to be a 'new service or provider' as referenced in Section 26, Availability of New Services or Providers, and therefore does not trigger the notice requirements of that section.

D. Independent Review of Benefit Trigger Determination.

- (1) Request. The insured or the insured's authorized representative may request an independent review of the insurer's benefit trigger determination after the internal appeal process outlined in Subsection C has been exhausted. A written request for independent review may be made by the insured or the insured's authorized representative to the insurer within 120 calendar days after the insurer's written notice of the final internal appeal decision is received by the insured and the insured's authorized representative, if applicable.
- (2) Cost. The cost of the independent review shall be borne by the insurer.
- (3) Independent Review Process.
 - (a) Within five (5) business days of receiving a written request for independent review, the insurer shall refer the request to the independent review organization that the insured or the insured's authorized representative has chosen from the list of certified or approved organizations the insurer has provided to the insured. If the insured or the insured's authorized representative does not choose an approved independent review organization to perform the review, the insurer shall choose an independent review organization approved or certified by the state. The insurer shall vary its selection of authorized independent review organizations on a rotating basis.
 - (b) The insurer shall refer the request for independent review of a benefit trigger determination to an independent review organization, subject to the following:

- (i) The independent review organization shall be on a list of certified or approved independent review organizations that satisfy the requirements of a qualified long-term care insurance independent review organization contained in this section;
 - (ii) The independent review organization shall not have any conflicts of interest with the insured, the insured's authorized representative, if applicable, or the insurer; and
 - (iii) Such review shall be limited to the information or documentation provided to and considered by the insurer in making its determination, including any information or documentation considered as part of the internal appeal process.
- (c) If the insured or the insured's authorized representative has new or additional information not previously provided to the insurer, whether submitted to the insurer or the independent review organization, such information shall first be considered in the internal review process, as set forth in Subsection C.
 - (i) While this information is being reviewed by the insurer, the independent review organization shall suspend its review and the time period for review is suspended until the insurer completes its review.
 - (ii) The insurer shall complete its review of the information and provide written notice of the results of the review to the insured and the insured's authorized representative, if applicable, and the independent review organization within five (5) business days of the insurer's receipt of such new or additional information.
 - (iii) If the insurer maintains its denial after such review, the independent review organization shall continue its review, and render its decision within the time period specified in Subparagraph (i) below. If the insurer overturns its decision following its review, the independent review request shall be considered withdrawn.
- (d) The insurer shall acknowledge in writing to the insured and the insured's authorized representative, if applicable, and the commissioner that the request for independent review has been received, accepted and forwarded to an independent review organization for review. Such notice will include the name and address of the independent review organization.
- (e) Within five (5) business days of receipt of the request for independent review, the independent review organization assigned pursuant to this paragraph shall notify the insured and the insured's authorized representative, if applicable, the insurer and the commissioner that it has accepted the independent review request and identify the type of

licensed health care professional assigned to the review. The assigned independent review organization shall include in the notice a statement that the insured or the insured's authorized representative may submit in writing to the independent review organization within seven (7) days following the date of receipt of the notice additional information and supporting documentation that the independent review organization should consider when conducting its review.

- (f) The independent review organization shall review all of the information and documents received pursuant to Subparagraph (e) that has been provided to the independent review organization. The independent review organization shall provide copies of any documentation or information provided by the insured or the insured's authorized representative to the insurer for its review, if it is not part of the information or documentation submitted by the insurer to the independent review organization. The insurer shall review the information and provide its analysis of the new information in accordance with Subparagraph (h).
- (g) The insured or the insured's authorized representative may submit, at any time, new or additional information not previously provided to the insurer but pertinent to the benefit trigger denial. The insurer shall consider such information and affirm or overturn its benefit trigger determination. If the insurer affirms its benefit trigger determination, the insurer shall promptly provide such new or additional information to the independent review organization for its review, along with the insurer's analysis of such information.
- (h) If the insurer overturns its benefit trigger determination:
 - (i) The insurer shall provide notice to the independent review organization and the insured and the insured's authorized representative, if applicable, and the commissioner of its decision; and
 - (ii) The independent review process shall immediately cease.
- (i) The independent review organization shall provide the insured and the insured's authorized representative, if applicable, the insurer and the commissioner written notice of its decision, within 30 calendar days from receipt of the referral referenced in Paragraph (3)(b). If the independent review organization overturns the insurer's decision, it shall:
 - (i) Establish the precise date within the specific period of time under review that the benefit trigger was deemed to have been met;
 - (ii) Specify the specific period of time under review for which the insurer declined eligibility, but during which the independent review organization deemed the benefit trigger to have been met; and

- (iii) For tax-qualified long-term care insurance contracts, provide a certification (made only by a licensed health care practitioner as defined in Section 7702B(c)(4) of the Internal Revenue Code) that the insured is a chronically ill individual.
- (j) The decision of the independent review organization with respect to whether the insured met the benefit trigger will be final and binding on the insurer.
- (k) The independent review organization's determination shall be used solely to establish liability for benefit trigger decisions, and is intended to be admissible in any proceeding only to the extent it establishes the eligibility of benefits payable.
- (l) Nothing in this section shall restrict the insured's right to submit a new request for benefit trigger determination after the independent review decision, should the independent review organization uphold the insurer's decision.
- (m) The insurance department shall utilize the criteria set forth in Appendix H, Guidelines for Long-Term Care Independent Review Entities, in certifying or approving entities to review long-term care insurance benefit trigger decisions.

Drafting Note: States that do not maintain a list of qualified independent review organizations to review long-term care benefit trigger decisions or have another mechanism for certifying or approving independent review organizations, should replace the language in Subparagraph (m) with the following:

The insurance department shall accept another state's certification of an independent review organization, provided such state requires the independent review organization to meet substantially similar qualifications as those contained in Appendix H.

- (n) The commissioner shall maintain and periodically update a list of approved independent review organizations.

E. Certification of Long-Term Care Insurance Independent Review Organizations. The commissioner shall certify or approve a qualified long-term care insurance independent review organization, provided the independent review organization demonstrates to the satisfaction of the commissioner that it is unbiased and meets the following qualifications:

- (1) Have on staff, or contract with, a qualified and licensed health care professional in an appropriate field for determining an insured's functional or cognitive impairment (e.g. physical therapy, occupational therapy, neurology, physical medicine and rehabilitation) to conduct the review.
- (2) Neither it nor any of its licensed health care professionals may, in any manner, be related to or affiliated with an entity that previously provided medical care to the insured.
- (3) Utilize a licensed health care professional who is not an employee of the insurer or related in any manner to the insured.
- (4) Neither it nor its licensed health care professional who conducts the reviews may receive compensation of any type that is dependent on the outcome of the review.

- (5) Be state approved or certified to conduct such reviews if the state requires such approvals or certifications.
 - (6) Provide a description of the fees to be charged by it for independent reviews of a long-term care insurance benefit trigger decision. Such fees shall be reasonable and customary for the type of long-term care insurance benefit trigger decision under review.
 - (7) Provide the name of the medical director or health care professional responsible for the supervision and oversight of the independent review procedure.
 - (8) Have on staff or contract with a licensed health care practitioner, as defined by Section 7702B(c)(4) of the Internal Revenue Code of 1986, as amended, who is qualified to certify that an individual is chronically ill for purposes of a qualified long-term care insurance contract.
- F. Maintenance of Records and Reporting Obligations by Independent Review Organizations. Each certified independent review organization shall comply with the following:
- (1) Maintain written documentation establishing the date it receives a request for independent review, the date each review is conducted, the resolution, the date such resolution was communicated to the insurer and the insured, the name and professional status of the reviewer conducting such review in an easily accessible and retrievable format for the year in which it received the information, plus two (2) calendar years.
 - (2) Be able to document measures taken to appropriately safeguard the confidentiality of such records and prevent unauthorized use and disclosures in accordance with applicable federal and state law.
 - (3) Report annually to the commissioner, by June 1, in the aggregate and for each long-term care insurer all of the following:
 - (a) The total number of requests received for independent review of long-term care benefit trigger decisions;
 - (b) The total number of reviews conducted and the resolution of such reviews (i.e., the number of reviews which upheld or overturned the long-term care insurer's determination that the benefit trigger was not met);
 - (c) The number of reviews withdrawn prior to review;
 - (d) The percentage of reviews conducted within the prescribed timeframe set forth in Subsection C(3)(i); and
 - (e) Such other information the commissioner may require.

- (4) Report immediately to the commissioner any change in its status which would cause it to cease meeting any of the qualifications required of an independent review organization performing independent reviews of long-term care benefit trigger decisions.

Drafting Note: States may wish to consider the mechanism to be used for oversight of independent review entities' activities as they relate to the review of long-term care insurance benefit trigger decisions. Specifically, states will need to consider whether the oversight mechanism should be statutory, regulatory or contractually based (i.e., in the state's contract with the independent review organization) to specify such details as the term of any state approval or certification of an independent review organization, privacy protections afforded protected health information, commitment to review benefit trigger decisions within the prescribed regulatory timeframe, notice requirements to the state should the independent review entity cease to meet the qualifications required of an independent review organization for long-term care insurance benefit trigger decisions, and to establish a reporting mechanism by which independent review organization report to the commissioner on the number of requests received for independent review of long-term care benefit trigger decisions in the aggregate and from each long-term care insurer, and the resolution of such review (e.g., uphold insurer benefit trigger denial, overturn insurer benefit trigger denial).

- G. **Additional Rights.** Nothing contained in this section shall limit the ability of an insurer to assert any rights an insurer may have under the policy related to:
 - (1) An insured's misrepresentation;
 - (2) Changes in the insured's benefit eligibility; and
 - (3) Terms, conditions, and exclusions of the policy, other than failure to meet the benefit trigger.
- H. **Applicability.** The requirements of this Regulation apply to a benefit trigger request made on or after [insert number of months after adoption of the regulation] under a long-term care insurance policy.
- I. **Conflict with Other Laws.** The provisions of this section supersede any other external review requirements found in [insert reference to state external review law].

Section 32. Prompt Payment of Clean Claims

- A. For purposes of this section:
 - (1) "Claim" means a request for payment of benefits under an in-force policy, regardless of whether the benefit claimed is covered under the policy or any terms or conditions of the policy have been met.
 - (2) "Clean claim" means a claim that has no defect or impropriety, including any lack of required substantiating documentation, such as satisfactory evidence of expenses incurred, or particular circumstance requiring special treatment that prevents timely payment from being made on the claim.
- B. Within thirty (30) business days after receipt of a claim for benefits under a long-term care insurance policy or certificate, an insurer shall pay such claim if it is a clean claim, or send a written notice acknowledging the date of receipt of the claim and one of the following:
 - (1) The insurer is declining to pay all or part of the claim and the specific reason(s) for denial; or

- (2) That additional information is necessary to determine if all or any part of the claim is payable and the specific additional information that is necessary.
- C. Within thirty (30) business days after receipt of all the requested additional information, an insurer shall pay a claim for benefits under a long-term care insurance policy or certificate if it is a clean claim, or send a written notice that the insurer is declining to pay all or part of the claim, and the specific reason or reasons for denial.
- D. If an insurer fails to comply with Subsection B or C, such insurer shall pay interest at the rate of 1% per month on the amount of the claim that should have been paid but that remains unpaid forty-five (45) business days after the receipt of the claim with respect to Subsection B or all requested additional information with respect to Subsection C. The interest payable pursuant to this subsection shall be included in any late reimbursement without requiring the person who filed the original claim to make any additional claim for such interest.
- E. The provisions of Section 32 shall not apply where the insurer has a reasonable basis supported by specific information that such claim was fraudulently submitted.
- F. Any violation of this regulation by an insurer if committed flagrantly and in conscious disregard of the provisions of this regulation or with such frequency as to constitute a general business practice shall be considered a violation of the [insert reference to state law equivalent to the NAIC Unfair Trade Practices Model Act.]
- G. The provisions of Section 32 supersedes any other claim payment requirement found in [insert reference to state prompt payment law].

Section 33. Standard Format Outline of Coverage

This section of the regulation implements, interprets and makes specific, the provisions of [Section 6G of the Long-Term Care Insurance Model Act] [cite provision of law requiring the commissioner to prescribe the format and content of an outline of coverage] in prescribing a standard format and the content of an outline of coverage.

- A. The outline of coverage shall be a free-standing document, using no smaller than ten-point type.
- B. The outline of coverage shall contain no material of an advertising nature.
- C. Text that is capitalized or underscored in the standard format outline of coverage may be emphasized by other means that provide prominence equivalent to the capitalization or underscoring.
- D. Use of the text and sequence of text of the standard format outline of coverage is mandatory, unless otherwise specifically indicated.
- E. Format for outline of coverage:

[COMPANY NAME]

[ADDRESS - CITY & STATE]

[TELEPHONE NUMBER]

LONG-TERM CARE INSURANCE

OUTLINE OF COVERAGE

[Policy Number or Group Master Policy and Certificate Number]

[Except for policies or certificates which are guaranteed issue, the following caution statement, or language substantially similar, must appear as follows in the outline of coverage.]

Caution: The issuance of this long-term care insurance [policy] [certificate] is based upon your responses to the questions on your application. A copy of your [application] [enrollment form] [is enclosed] [was retained by you when you applied]. If your answers are incorrect or untrue, the company has the right to deny benefits or rescind your policy. The best time to clear up any questions is now, before a claim arises! If, for any reason, any of your answers are incorrect, contact the company at this address: [insert address]

1. This policy is [an individual policy of insurance]([a group policy] which was issued in the [indicate jurisdiction in which group policy was issued]).

2. **PURPOSE OF OUTLINE OF COVERAGE.** This outline of coverage provides a very brief description of the important features of the policy. You should compare this outline of coverage to outlines of coverage for other policies available to you. This is not an insurance contract, but only a summary of coverage. Only the individual or group policy contains governing contractual provisions. This means that the policy or group policy sets forth in detail the rights and obligations of both you and the insurance company. Therefore, if you purchase this coverage, or any other coverage, it is important that you **READ YOUR POLICY (OR CERTIFICATE) CAREFULLY!**

3. **FEDERAL TAX CONSEQUENCES.**

This [POLICY] [CERTIFICATE] is intended to be a federally tax-qualified long-term care insurance contract under Section 7702B(b) of the Internal Revenue Code of 1986, as amended.

OR

Federal Tax Implications of this [POLICY] [CERTIFICATE]. This [POLICY] [CERTIFICATE] is not intended to be a federally tax-qualified long-term care insurance contract under Section 7702B(b) of the Internal Revenue Code of 1986 as amended. Benefits received under the [POLICY] [CERTIFICATE] may be taxable as income.

4. **TERMS UNDER WHICH THE POLICY OR CERTIFICATE MAY BE CONTINUED IN FORCE OR DISCONTINUED.**

(a) [For long-term care health insurance policies or certificates describe one of the following permissible policy renewability provisions:

(1) Policies and certificates that are guaranteed renewable shall contain the following statement:] **RENEWABILITY: THIS POLICY [CERTIFICATE] IS GUARANTEED RENEWABLE.** This means you have the right, subject to the terms of your policy, [certificate] to continue this policy as long as you pay your premiums on time. [Company Name] cannot change any of the terms of your policy on its own, except that, in the future, **IT MAY INCREASE THE PREMIUM YOU PAY.**

(2) [Policies and certificates that are noncancellable shall contain the following statement:] **RENEWABILITY: THIS POLICY [CERTIFICATE] IS NONCANCELLABLE.** This means that you have the right, subject to the terms of your policy, to continue this policy as long as you pay your premiums on time. [Company Name] cannot change any of the terms of your policy on its own and cannot change the premium you currently pay. However, if your policy contains an inflation protection feature where you choose to increase your benefits, [Company Name] may increase your premium at that time for those additional benefits.

(b) [For group coverage, specifically describe continuation/conversion provisions applicable to the certificate and group policy;]

(c) [Describe waiver of premium provisions or state that there are not such provisions.]

5. **TERMS UNDER WHICH THE COMPANY MAY CHANGE PREMIUMS.**

[In bold type larger than the maximum type required to be used for the other provisions of the outline of coverage, state whether or not the company has a right to change the premium, and if a right exists, describe clearly and concisely each circumstance under which the premium may change.]

6. **TERMS UNDER WHICH THE POLICY OR CERTIFICATE MAY BE RETURNED AND PREMIUM REFUNDED.**

(a) [Provide a brief description of the right to return—“free look” provision of the policy.]

(b) [Include a statement that the policy either does or does not contain provisions providing for a refund or partial refund of premium upon the death of an insured or surrender of the policy or certificate. If the policy contains such provisions, include a description of them.]

7. **THIS IS NOT MEDICARE SUPPLEMENT COVERAGE.** If you are eligible for Medicare, review the Medicare Supplement Buyer’s Guide available from the insurance company.

(a) [For agents] Neither [insert company name] nor its agents represent Medicare, the federal government or any state government.

(b) [For direct response] [insert company name] is not representing Medicare, the federal government or any state government.

8. **LONG-TERM CARE COVERAGE.** Policies of this category are designed to provide coverage for one or more necessary or medically necessary diagnostic, preventive, therapeutic, rehabilitative, maintenance, or personal care services, provided in a setting other than an acute care unit of a hospital, such as in a nursing home, in the community or in the home.

This policy provides coverage in the form of a fixed dollar indemnity benefit for covered long-term care expenses, subject to policy [limitations] [waiting periods] and [coinsurance] requirements. [Modify this paragraph if the policy is not an indemnity policy.]

9. BENEFITS PROVIDED BY THIS POLICY.

- (a) [Covered services, related deductibles, waiting periods, elimination periods and benefit maximums.]
- (b) [Institutional benefits, by skill level.]
- (c) [Non-institutional benefits, by skill level.]
- (d) Eligibility for Payment of Benefits

[Activities of daily living and cognitive impairment shall be used to measure an insured's need for long-term care and must be defined and described as part of the outline of coverage.]

[Any additional benefit triggers must also be explained. If these triggers differ for different benefits, explanation of the triggers should accompany each benefit description. If an attending physician or other specified person must certify a certain level of functional dependency in order to be eligible for benefits, this too must be specified.]

10. LIMITATIONS AND EXCLUSIONS.

[Describe:

- (a) Preexisting conditions;
- (b) Non-eligible facilities and provider;
- (c) Non-eligible levels of care (e.g., unlicensed providers, care or treatment provided by a family member, etc.);
- (d) Exclusions and exceptions;
- (e) Limitations.]

[This section should provide a brief specific description of any policy provisions which limit, exclude, restrict, reduce, delay, or in any other manner operate to qualify payment of the benefits described in Number 6 above.]

THIS POLICY MAY NOT COVER ALL THE EXPENSES ASSOCIATED WITH YOUR LONG-TERM CARE NEEDS.

11. RELATIONSHIP OF COST OF CARE AND BENEFITS. Because the costs of long-term care services will likely increase over time, you should consider whether and how the benefits of this plan may be adjusted. [As applicable, indicate the following:

- (a) That the benefit level will not increase over time;
- (b) Any automatic benefit adjustment provisions;

- (c) Whether the insured will be guaranteed the option to buy additional benefits and the basis upon which benefits will be increased over time if not by a specified amount or percentage;
- (d) If there is such a guarantee, include whether additional underwriting or health screening will be required, the frequency and amounts of the upgrade options, and any significant restrictions or limitations;
- (e) And finally, describe whether there will be any additional premium charge imposed, and how that is to be calculated.]

12. ALZHEIMER'S DISEASE AND OTHER ORGANIC BRAIN DISORDERS.

[State that the policy provides coverage for insureds clinically diagnosed as having Alzheimer's disease or related degenerative and dementing illnesses. Specifically describe each benefit screen or other policy provision which provides preconditions to the availability of policy benefits for such an insured.]

13. PREMIUM.

- [(a) State the total annual premium for the policy;
- (b) If the premium varies with an applicant's choice among benefit options, indicate the portion of annual premium which corresponds to each benefit option.]

14. ADDITIONAL FEATURES.

- [(a) Indicate if medical underwriting is used;
- (b) Describe other important features.]

15. CONTACT THE STATE SENIOR HEALTH INSURANCE ASSISTANCE PROGRAM IF YOU HAVE GENERAL QUESTIONS REGARDING LONG-TERM CARE INSURANCE. CONTACT THE INSURANCE COMPANY IF YOU HAVE SPECIFIC QUESTIONS REGARDING YOUR LONG-TERM CARE INSURANCE POLICY OR CERTIFICATE.

Section 34. Requirement to Deliver Shopper's Guide

- A. A long-term care insurance shopper's guide in the format developed by the National Association of Insurance Commissioners, or a guide developed or approved by the commissioner, shall be provided to all prospective applicants of a long-term care insurance policy or certificate.
 - (1) In the case of agent solicitations, an agent must deliver the shopper's guide prior to the presentation of an application or enrollment form.
 - (2) In the case of direct response solicitations, the shopper's guide must be presented in conjunction with any application or enrollment form.
- B. Life insurance policies or riders containing accelerated long-term care benefits are not required to furnish the above-referenced guide, but shall furnish the policy summary required under [cite for Section 6 of Long-Term Care Insurance Model Act].

Section 35. Penalties

In addition to any other penalties provided by the laws of this state any insurer and any agent found to have violated any requirement of this state relating to the regulation of long-term care insurance or the marketing of such insurance shall be subject to a fine of up to three (3) times the amount of any commissions paid for each policy involved in the violation or up to \$10,000, whichever is greater.

Drafting Note: The intent of this section is to authorize separate fines for both the company and the agent in the amounts suggested above.

OPTIONAL PROVISION

Section []. Permitted Compensation Arrangements

- A. An insurer or other entity may provide commission or other compensation to an agent or other representative for the sale of a long-term care insurance policy or certificate only if the first year commission or other first year compensation is no more than 200 percent of the commission or other compensation paid for selling or servicing the policy or certificate in the second year or period.
- B. The commission or other compensation provided in subsequent (renewal) years must be the same as that provided in the second year or period and must be provided for a reasonable number of renewal years.
- C. No entity shall provide compensation to its agents or other producers and no agent or producer shall receive compensation greater than the renewal compensation payable by the replacing insurer on renewal policies.
- D. For purposes of this section, “compensation” includes pecuniary or non-pecuniary remuneration of any kind relating to the sale or renewal of the policy or certificate including but not limited to bonuses, gifts, prizes, awards and finders fees.

Drafting Note: The NAIC recognizes that long-term care insurance is in an evolutionary stage. The product market needs to be able to develop in order to be responsive to the needs of consumers. In addition, since long-term care insurance and long-term care insurance regulations are continually changing, a state should consider the fact that not all replacements are improper.

The NAIC also recognizes that currently, long-term care insurance products are being primarily sold to the senior citizen market, a market that has been identified as being susceptible to abusive marketing practices. In response, the NAIC has adopted consumer protection amendments in its model regulation for Medicare supplement insurance. The Medicare supplement insurance model regulation limits agents’ compensation in order to address the potential for marketing abuses resulting from the large difference between first year and renewal commissions.

If a state believes that there is evidence that the long-term care insurance market is experiencing similar abuses, it may wish to consider adopting the optional agent compensation provision above.

In considering these agent compensation limitations, states should recognize the emerging nature of the long-term care insurance market. Long-term care insurance is evolving along both health insurance indemnity and life insurance lines. A state may want to consider that, since life insurance products usually contain nonforfeiture and cash value accumulation features and are normally targeted to a younger age group than long-term care indemnity products, such life insurance products could be exempted from these compensation limitation requirements.

The compensation provision such as provided above should not be enacted in lieu of the penalty and other consumer protection provisions contained in the regulation, but in addition to them.

APPENDIX A

**RESCISSION REPORTING FORM FOR
LONG-TERM CARE POLICIES
FOR THE STATE OF _____
FOR THE REPORTING YEAR 19[]**

Company Name: _____

Address: _____

Phone Number: _____

Due: March 1 annually

Instructions:

The purpose of this form is to report all rescissions of long-term care insurance policies or certificates. Those rescissions voluntarily effectuated by an insured are not required to be included in this report. Please furnish one form per rescission.

Policy Form #	Policy and Certificate #	Name of Insured	Date of Policy Issuance	Date/s Claim/s Submitted	Date of Rescission

Detailed reason for rescission: _____

Signature

Name and Title (please type)

Date

APPENDIX B

Long-Term Care Insurance Personal Worksheet

People buy long-term care insurance for many reasons. Some don't want to use their own assets to pay for long-term care. Some buy insurance to make sure they can choose the type of care they get. Others don't want their family to have to pay for care or don't want to go on Medicaid. But long-term care insurance may be expensive, and may not be right for everyone.

By state law, the insurance company must fill out part of the information on this worksheet and **ask** you to fill out the rest to help you and the company decide if you should buy this policy.

Premium Information

Policy Form Numbers _____

The premium for the coverage you are considering will be [\$_____ per month, or \$_____ per year,] [a one-time single premium of \$_____.]

Type of Policy (noncancellable/guaranteed renewable): _____

The Company's Right to Increase Premiums: _____

[The company cannot raise your rates on this policy.] [The company has a right to increase premiums on this policy form in the future, provided it raises rates for all policies in the same class in this state.] [Insurers shall use appropriate bracketed statement. Rate guarantees shall not be shown on this form.]

Rate Increase History

The company has sold long-term care insurance since [year] and has sold this policy since [year]. [The company has never raised its rates for any long-term care policy it has sold in this state or any other state.] [The company has not raised its rates for this policy form or similar policy forms in this state or any other state in the last 10 years.] [The company has raised its premium rates on this policy form or similar policy forms in the last 10 years. Following is a summary of the rate increases.]

Drafting Note: A company may use the first bracketed sentence above only if it has never increased rates under any prior policy forms in this state or any other state. The issuer shall list each premium increase it has instituted on this or similar policy forms in this state or any other state during the last 10 years. The list shall provide the policy form, the calendar years the form was available for sale, and the calendar year and the amount (percentage) of each increase. The insurer shall provide minimum and maximum percentages if the rate increase is variable by rating characteristics. The insurer may provide, in a fair manner, additional explanatory information as appropriate.

Questions Related to Your Income

How will you pay each year's premium?

From my Income

From my Savings/Investments

My Family will Pay

Have you considered whether you could afford to keep this policy if the premiums went up, for example, by 20%?

Drafting Note: The issuer is not required to use the bracketed sentence if the policy is fully paid up or is a noncancellable policy.

What is your annual income? (check one) Under \$10,000 \$[10-20,000] \$[20-30,000] \$[30-50,000] Over \$50,000

Drafting Note: The issuer may choose the numbers to put in the brackets to fit its suitability standards.

How do you expect your income to change over the next 10 years? (check one)

No change

Increase

Decrease

If you will be paying premiums with money received only from your own income, a rule of thumb is that you may not be able to afford this policy if the premiums will be more than 7% of your income.

Will you buy inflation protection? (check one) Yes No

If not, have you considered how you will pay for the difference between future costs and your daily benefit amount? From my Income From my Savings/Investments My Family will Pay

The national average annual cost of care in [insert year] was [insert \$ amount], but this figure varies across the country. In ten years the national average annual cost would be about [insert \$ amount] if costs increase 5% annually.

Drafting Note: The projected cost can be based on federal estimates in a current year. In the above statement, the second figure equals 163% of the first figure.

What elimination period are you considering? Number of days _____ Approximate cost \$ _____ for that period of care.

How are you planning to pay for your care during the elimination period? (check one)

From my Income

From my Savings/Investments

My Family will Pay

Questions Related to Your Savings and Investments

Not counting your home, about how much are all of your assets (your savings and investments) worth? (check one)

Under \$20,000

\$20,000-\$30,000

\$30,000-\$50,000

Over \$50,000

How do you expect your assets to change over the next ten years? (check one)

Stay about the same

Increase

Decrease

If you are buying this policy to protect your assets and your assets are less than \$30,000, you may wish to consider other options for financing your long-term care.

Disclosure Statement

<input type="checkbox"/> The answers to the questions above describe my financial situation. Or <input type="checkbox"/> I choose not to complete this information. (Check one.)
<input type="checkbox"/> I acknowledge that the carrier and/or its agent (below) has reviewed this form with me including the premium, premium rate increase history and potential for premium increases in the future. [For direct mail situations, use the following: I acknowledge that I have reviewed this form including the premium, premium rate increase history and potential for premium increases in the future.] I understand the above disclosures. I understand that the rates for this policy may increase in the future. (This box must be checked).

Signed: _____ (Applicant) _____ (Date)

I explained to the applicant the importance of completing this information.

Signed: _____ (Agent) _____ (Date)

Agent's Printed Name: _____]

[In order for us to process your application, please return this signed statement to [name of company], along with your application.]

[My agent has advised me that this policy does not seem to be suitable for me. However, I still want the company to consider my application.

Signed: _____ (Applicant) _____ (Date)

Drafting Note: Choose the appropriate sentences depending on whether this is a direct mail or agent sale.

The company may contact you to verify your answers.

Drafting Note: When the Long-Term Care Insurance Personal Worksheet is furnished to employees and their spouses under employer group policies, the text from the heading "Disclosure Statement" to the end of the page may be removed.

APPENDIX C

Things You Should Know Before You Buy Long-Term Care Insurance

- Long-Term Care Insurance**
- A long-term care insurance policy may pay most of the costs for your care in a nursing home. Many policies also pay for care at home or other community settings. Since policies can vary in coverage, you should read this policy and make sure you understand what it covers before you buy it.
 - [You should **not** buy this insurance policy unless you can afford to pay the premiums every year.] [Remember that the company can increase premiums in the future.]

Drafting Note: For single premium policies, delete this bullet; for noncancellable policies, delete the second sentence only.

- The personal worksheet includes questions designed to help you and the company determine whether this policy is suitable for your needs.

- Medicare**
- Medicare does **not** pay for most long-term care.

- Medicaid**
- Medicaid will generally pay for long-term care if you have very little income and few assets. You probably should **not** buy this policy if you are now eligible for Medicaid.

- Many people become eligible for Medicaid after they have used up their own financial resources by paying for long-term care services.
- When Medicaid pays your spouse's nursing home bills, you are allowed to keep your house and furniture, a living allowance, and some of your joint assets.
- Your choice of long-term care services may be limited if you are receiving Medicaid. To learn more about Medicaid, contact your local or state Medicaid agency.

- Shopper's Guide**
- Make sure the insurance company or agent gives you a copy of a book called the National Association of Insurance Commissioners' "Shopper's Guide to Long-Term Care Insurance." Read it carefully. If you have decided to apply for long-term care insurance, you have the right to return the policy within 30 days and get back any premium you have paid if you are dissatisfied for any reason or choose not to purchase the policy.

- Counseling**
- Free counseling and additional information about long-term care insurance are available through your state's insurance counseling program. Contact your state insurance department or department on aging for more information about the senior health insurance counseling program in your state.

- Facilities**
- Some long-term care insurance contracts provide for benefit payments in certain facilities only if they are licensed or certified, such as in assisted living centers. However, not all states regulate these facilities in the same way. Also, many people move into a different state from where they purchased their long-term care insurance policy. Read the policy carefully to determine what types of facilities qualify for benefit payments, and to determine that payment for a covered service will be made if you move to a state that has a different licensing scheme for facilities than the one in which you purchased the policy.

APPENDIX D

Long-Term Care Insurance Suitability Letter

Dear [Applicant]:

Your recent application for long-term care insurance included a “personal worksheet,” which asked questions about your finances and your reasons for buying long-term care insurance. For your protection, state law requires us to consider this information when we review your application, to avoid selling a policy to those who may not need coverage.

[Your answers indicate that long-term care insurance may not meet your financial needs. We suggest that you review the information provided along with your application, including the booklet “Shopper’s Guide to Long-Term Care Insurance” and the page titled “Things You Should Know Before Buying Long-Term Care Insurance.” Your state insurance department also has information about long-term care insurance and may be able to refer you to a counselor free of charge who can help you decide whether to buy this policy.]

[You chose not to provide any financial information for us to review.]

Drafting Note: Choose the paragraph that applies.

We have suspended our final review of your application. If, after careful consideration, you still believe this policy is what you want, check the appropriate box below and return this letter to us within the next 60 days. We will then continue reviewing your application and issue a policy if you meet our medical standards.

If we do not hear from you within the next 60 days, we will close your file and not issue you a policy. You should understand that you will not have any coverage until we hear back from you, approve your application and issue you a policy.

Please check one box and return in the enclosed envelope.

- Yes**, [although my worksheet indicates that long-term care insurance may not be a suitable purchase,] I wish to purchase this coverage. Please resume review of my application.

Drafting Note: Delete the phrase in brackets if the applicant did not answer the questions about income.

- No**. I have decided not to buy a policy at this time.

APPLICANT’S SIGNATURE

DATE

Please return to [issuer] at [address] by [date].

APPENDIX E

**Claims Denial Reporting Form
Long-Term Care Insurance**

For the State of _____
For the Reporting Year of _____

Company Name: _____ Due: June 30 annually
Company
Address: _____

Company NAIC
Number: _____
Contact Person: _____ Phone Number: _____

Line of Business: Individual Group

Instructions

The purpose of this form is to report all long-term care claim denials under in force long-term care insurance policies. Indicate the manner of reporting by checking one of the boxes below:

- Per Claimant – counts each individual who makes one or a series of claim requests.
- Per Transaction – counts each claim payment request.

“Denied” means a claim that is not paid for any reason other than for claims not paid for failure to meet the waiting period or because of an applicable preexisting condition. It does not include a request for payment that is in excess of the applicable contractual limits.

Inforce Data

	State Data	Nationwide Data ¹
Total Number of Inforce Policies [Certificates] as of December 31st		

Long-Term Care Insurance Model Regulation

Claims & Denial Data

		State Data	Nationwide Data ¹
1	Total Number of Long-Term Care Claims Reported		
2	Total Number of Long-Term Care Claims Denied/Not Paid		
3	Number of Claims Not Paid due to Preexisting Condition Exclusion		
4	Number of Claims Not Paid due to Waiting (Elimination) Period Not Met		
5	Net Number of Long-Term Care Claims Denied for Reporting Purposes (Line 2 Minus Line 3 Minus Line 4)		
6	Percentage of Long-Term Care Claims Denied of Those Reported (Line 5 Divided By Line 1)		
7	Number of Long-Term Care Claim Denied due to:		
8	<ul style="list-style-type: none"> • Long-Term Care Services Not Covered under the Policy² 		
9	<ul style="list-style-type: none"> • Provider/Facility Not Qualified under the Policy³ 		
10	<ul style="list-style-type: none"> • Benefit Eligibility Criteria Not Met⁴ 		
11	<ul style="list-style-type: none"> • Other 		

1. The nationwide data may be viewed as a more representative and credible indicator where the data for claims reported and denied for your state are small in number.
2. Example—home health care claim filed under a nursing home only policy.
3. Example—a facility that does not meet the minimum level of care requirements or the licensing requirements as outlined in the policy.
4. Examples—a benefit trigger not met, certification by a licensed health care practitioner not provided, no plan of care.

APPENDIX F

Instructions:

This form provides information to the applicant regarding premium rate schedules, rate schedule adjustments, potential rate revisions, and policyholder options in the event of a rate increase.

Insurers shall provide all of the following information to the applicant:

Long-Term Care Insurance Potential Rate Increase Disclosure Form

1. **[Premium Rate] [Premium Rate Schedules]:** [Premium rate] [Premium rate schedules] that [is][are] applicable to you and that will be in effect until a request is made and [filed][approved] for an increase [is][are] [on the application][(\$)]

Drafting Note: Use “approved” in states requiring prior approval of rates.

2. **The [premium] [premium rate schedule] for this policy [will be shown on the schedule page of] [will be attached to] your policy.**
3. **Rate Schedule Adjustments:**

The company will provide a description of when premium rate or rate schedule adjustments will be effective (e.g., next anniversary date, next billing date, etc.) (fill in the blank):

_____.

4. **Potential Rate Revisions:**

This policy is Guaranteed Renewable. This means that the rates for this product may be increased in the future. Your rates can NOT be increased due to your increasing age or declining health, but your rates may go up based on the experience of all policyholders with a policy similar to yours.

If you receive a premium rate or premium rate schedule increase in the future, you will be notified of the new premium amount and you will be able to exercise at least one of the following options:

- Pay the increased premium and continue your policy in force as is.
- Reduce your policy benefits to a level such that your premiums will not increase. (Subject to state law minimum standards.)
- Exercise your nonforfeiture option if purchased. (This option is available for purchase for an additional premium.)
- Exercise your contingent nonforfeiture rights.* (This option may be available if you do not purchase a separate nonforfeiture option.)

Turn the Page

***Contingent Nonforfeiture**

If the premium rate for your policy goes up in the future and you didn't buy a nonforfeiture option, you may be eligible for contingent nonforfeiture. Here's how to tell if you are eligible:

You will keep some long-term care insurance coverage, if:

- Your premium after the increase exceeds your original premium by the percentage shown (or more) in the following table; and
- You lapse (not pay more premiums) within 120 days of the increase.

The amount of coverage (i.e., new lifetime maximum benefit amount) you will keep will equal the total amount of premiums you've paid since your policy was first issued. If you have already received benefits under the policy, so that the remaining maximum benefit amount is less than the total amount of premiums you've paid, the amount of coverage will be that remaining amount.

Except for this reduced lifetime maximum benefit amount, all other policy benefits will remain at the levels attained at the time of the lapse and will not increase thereafter.

Should you choose this Contingent Nonforfeiture option, your policy, with this reduced maximum benefit amount, will be considered "paid-up" with no further premiums due.

Example:

- You bought the policy at age 65 and paid the \$1,000 annual premium for 10 years, so you have paid a total of \$10,000 in premium.
- In the eleventh year, you receive a rate increase of 50%, or \$500 for a new annual premium of \$1,500, and you decide to lapse the policy (not pay any more premiums).
- Your "paid-up" policy benefits are \$10,000 (provided you have a least \$10,000 of benefits remaining under your policy.)

Turn the Page

Contingent Nonforfeiture
Cumulative Premium Increase over Initial Premium
That qualifies for Contingent Nonforfeiture

(Percentage increase is cumulative from date of original issue. It does NOT represent a one-time increase.)

Issue Age	Percent Increase Over Initial Premium
29 and under	200%
30-34	190%
35-39	170%
40-44	150%
45-49	130%
50-54	110%
55-59	90%
60	70%
61	66%
62	62%
63	58%
64	54%
65	50%
66	48%
67	46%
68	44%
69	42%
70	40%
71	38%
72	36%
73	34%
74	32%
75	30%
76	28%
77	26%
78	24%
79	22%
80	20%
81	19%
82	18%
83	17%
84	16%
85	15%
86	14%
87	13%
88	12%
89	11%
90 and over	10%

[The following contingent nonforfeiture disclosure need only be included for those limited pay policies to which Sections 28D(4) and 28D(6) of the regulation are applicable].

In addition to the contingent nonforfeiture benefits described above, the following reduced “paid-up” contingent nonforfeiture benefit is an option in all policies that have a fixed or limited premium payment period, even if you selected a nonforfeiture benefit when you bought your policy. If both the reduced “paid-up” benefit AND the contingent benefit described above are triggered by the same rate increase, you can chose either of the two benefits.

You are eligible for the reduced “paid-up” contingent nonforfeiture benefit when all three conditions shown below are met:

1. The premium you are required to pay after the increase exceeds your original premium by the same percentage or more shown in the chart below;

Triggers for a Substantial Premium Increase	
Issue Age	Percent Increase Over Initial Premium
Under 65	50%
65-80	30%
Over 80	10%

2. You stop paying your premiums within 120 days of when the premium increase took effect;
AND
3. The ratio of the number of months you already paid premiums is 40% or more than the number of months you originally agreed to pay.

If you exercise this option your coverage will be converted to reduced “paid-up” status. That means there will be no additional premiums required. Your benefits will change in the following ways:

- a. The total lifetime amount of benefits your reduced paid up policy will provide can be determined by multiplying 90% of the lifetime benefit amount at the time the policy becomes paid up by the ratio of the number of months you already paid premiums to the number of months you agreed to pay them.
- b. The daily benefit amounts you purchased will also be adjusted by the same ratio.

If you purchased lifetime benefits, only the daily benefit amounts you purchased will be adjusted by the applicable ratio.

Example:

- You bought the policy at age 65 with an annual premium payable for 10 years.
- In the sixth year, you receive a rate increase of 35% and you decide to stop paying premiums.
- Because you have already paid 50% of your total premium payments and that is more than the 40% ratio, your “paid-up” policy benefits are .45 (.90 times .50) times the total benefit amount that was in effect when you stopped paying your premiums. If you purchased inflation protection, it will not continue to apply to the benefits in the reduced “paid-up” policy.

Appendix G

Replacement and Lapse Reporting Form

For the State of _____

For the Reporting Year of _____

Company Name: _____
 Company Address: _____

Due: June 30 annually
 Company NAIC Number: _____

Contact Person: _____
 (____) _____

Phone Number: _____

Instructions

The purpose of this form is to report on a statewide basis information regarding long-term care insurance policy replacements and lapses. Specifically, every insurer shall maintain records for each agent on that agent’s amount of long-term care insurance replacement sales as a percent of the agent’s total annual sales and the amount of lapses of long-term care insurance policies sold by the agent as a percent of the agent’s total annual sales. The tables below should be used to report the ten percent (10%) of the insurer’s agents with the greatest percentages of replacements and lapses.

Listing of the 10% of Agents with the Greatest Percentage of Replacements

Agent’s Name	Number of Policies Sold By This Agent	Number of Policies Replaced By This Agent	Number of Replacements As % of Number Sold By This Agent

Listing of the 10% of Agents with the Greatest Percentage of Lapses

Agent’s Name	Number of Policies Sold By This Agent	Number of Policies Lapsed By This Agent	Number of Lapses As % of Number Sold By This Agent

Company Totals

Percentage of Replacement Policies Sold to Total Annual Sales _____%
 Percentage of Replacement Policies Sold to Policies In Force (as of the end of the preceding calendar year) _____%
 Percentage of Lapsed Policies to Total Annual Sales _____%
 Percentage of Lapsed Policies to Policies In Force (as of the end of the preceding calendar year) _____%

Appendix H.

Guidelines for Long-Term Care Independent Review Entities

In order for an organization to qualify as an independent review organization for long-term care insurance benefit trigger decisions, it shall comply with all of the following:

- a. The independent review organization shall ensure that all health care professionals on its staff and with whom it contracts to provide benefit trigger determination reviews hold a current unrestricted license or certification to practice a health care profession in the United States.
- b. The independent review organization shall ensure that any health care professional on its staff and with whom it contracts to provide benefit trigger determination reviews who is a physician holds a current certification by a recognized American medical specialty board in a specialty appropriate for determining an insured's functional or cognitive impairment.
- c. The independent review organization shall ensure that any health care professional on its staff and with whom it contracts to provide benefit trigger determination reviews who is not a physician holds a current certification in the specialty in which that person is licensed, by a recognized American specialty board in a specialty appropriate for determining an insured's functional or cognitive impairment.
- d. The independent review organization shall ensure that all health care professionals on its staff and with whom it contracts to provide benefit trigger determination reviews have no history of disciplinary actions or sanctions including, but not limited to, the loss of staff privileges or any participation restriction taken or pending by any hospital or state or federal government regulatory agency.
- e. The independent review organization shall ensure that neither it, nor any of its employees, agents, or licensed health care professionals utilized for benefit trigger determination reviews receives compensation of any type that is dependent on the outcome of the review.
- f. The independent review organization shall ensure that neither it, nor any of its employees, agents, or licensed health care professionals it utilizes for benefit trigger determination reviews are in any manner related to, employed by or affiliated with the insurer, insured or with a person who previously provided medical care or long term care services to the insured.
- g. The independent review organization shall provide a description of the qualifications of the reviewers retained to conduct independent review of long-term care insurance benefit trigger decisions, including the reviewer's current and past employment history, practice affiliations and a description of past experience with decisions relating to long-term care, functional capacity, dependency in activities of daily living, or in assessing cognitive impairment. Specifically, with regard to reviews of tax qualified long-term care insurance contracts, it must demonstrate the ability to assess the severity of cognitive impairment requiring substantial supervision to protect the individual from harm, or with assessing deficits in the ability to perform without substantial assistance from another person at least two activities of daily living for a period of at least 90 days due to a loss of functional capacity.

- h. The independent review organization shall provide a description of the procedures employed to ensure that reviewers conducting independent reviews are appropriately licensed, registered or certified; trained in the principles, procedures and standards of the independent review organization; and knowledgeable about the functional or cognitive impairments associated with the diagnosis and disease staging processes, including expected duration of such impairment, which is the subject of the independent review.
- i. The independent review organization shall provide the number of reviewers retained by the independent review organization and a description of the areas of expertise available from such reviewers and the types of cases such reviewers are qualified to review (e.g., assessment of cognitive impairment or inability to perform activities of daily living due to a loss of functional capacity).
- j. The independent review organization shall provide a description of the policies and procedures employed to protect confidentiality of protected health information, in accordance with federal and state law.
- k. The independent review organization shall provide a description of its quality assurance program.
- l. The independent review organization shall provide the names of all corporations and organizations owned or controlled by the independent review organization or which own or control the organization, and the nature and extent of any such ownership or control. The independent review organization shall ensure that neither it, nor any of its employees, agents, or licensed health care professionals utilized are not a subsidiary of, or owned or controlled by, an insurer or by a trade association of insurers of which the insured is a member.
- m. The independent review organization shall provide the names and resumes of all directors, officers and executives of the independent review organization.

Chronological Summary of Actions (all references are to the Proceedings of the NAIC).

1988 Proc. I 9, 20-21, 629-630, 652, 656-661 (adopted).
1989 Proc. I 9, 24-25, 703, 754-755, 791-794 (amended).
1989 Proc. II 13, 23-24, 468, 476-477, 484-493 (amended and reprinted).
1990 Proc. I 6, 27-28, 477, 541-542, 545-556 (amended and reprinted).
1990 Proc. II 7, 16, 600, 617, 649 (amended).
1991 Proc. I 9, 17-18, 609-610, 662, 672-687 (amended and reprinted).
1992 Proc. I 86, 95, 914, 954, 963, 967-982, 987 (amended and reprinted).
1992 Proc. II 9, 11, 672, 687, 696 (amended).
1993 Proc. I 8, 136, 819, 843-844, 846-848 (amended).
1993 Proc. 1st Quarter 3, 34, 267, 274, 276 (amended).
1994 Proc. 1st Quarter 4, 39, 446-447, 451, 457-459 (amended).
1994 Proc. 4th Quarter 17, 26, 713-714, 722, 731, 737, 739-761 (amended and reprinted).
1995 Proc. 2nd Quarter 2, 36, 553, 651, 653-659 (amended).
1996 Proc. 2nd Quarter 10, 33, 731, 812, 825 (amended).
1997 Proc. 1st Quarter 54, 55, 56, 57, 700, 704-714 (amendments on life/long-term care).
1997 Proc. 1st Quarter 759, 771-772 (discussed amendments on personal worksheet).
1997 Proc. 2nd Quarter 25-26, 676 (amendments on personal worksheet adopted).
1998 Proc. 1st Quarter 15, 17, 769, 800, 894 (amended).
1999 Proc. 4th Quarter 18, 929, 969, 972, 978-991 (amended).
2000 Proc. 2nd Quarter 21-22, 162, 292-309 (amended).
2001 Proc. 4th Quarter 6, 14, 208, 285, 304-306 (amended).
2006 Proc. 4th Quarter 44, 61-122 (amended).
2009 Proc. 3rd Quarter (amended).
2014 Summer National Meeting (amended).

This page is intentionally left blank

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

These charts are intended to provide the readers with additional information to more easily access state statutes, regulations, bulletins or administrative rulings which are related to the NAIC model. Such guidance provides the reader with a starting point from which they may review how each state has addressed the model and the topic being covered. The NAIC Legal Division has reviewed each state's activity in this area and has made an interpretation of adoption or related state activity based on the definitions listed below. The NAIC's interpretation may or may not be shared by the individual states or by interested readers.

This state page does not constitute a formal legal opinion by the NAIC staff on the provisions of state law and should not be relied upon as such. Every effort has been made to provide correct and accurate summaries to assist the reader in targeting useful information. For further details, the laws cited should be consulted. The NAIC attempts to provide current information; however, due to the timing of our publication production, the information provided may not reflect the most up to date status. Therefore, readers should consult state law for additional adoptions and subsequent bill status.

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

This page is intentionally left blank

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

KEY:

MODEL ADOPTION: States that have citations identified in this column adopted the most recent version of the NAIC model in a **substantially similar manner**. This requires states to adopt the model in its entirety but does allow for variations in style and format. States that have adopted portions of the current NAIC model will be included in this column with an explanatory note.

RELATED STATE ACTIVITY: States that have citations identified in this column have **not** adopted the most recent version of the NAIC model in a substantially similar manner. Examples of Related State Activity include but are not limited to: An older version of the NAIC model, legislation or regulation derived from other sources such as Bulletins and Administrative Rulings.

NO CURRENT ACTIVITY: No state activity on the topic as of the date of the most recent update. This includes states that have repealed legislation as well as states that have never adopted legislation.

NAIC MEMBER	MODEL ADOPTION	RELATED STATE ACTIVITY
Alabama		ALA. ADMIN. CODE r. 482-1-091-.32 to 482-1-091-.36 (1990/2009) (previous version of model).
Alaska	NO CURRENT ACTIVITY	
American Samoa	NO CURRENT ACTIVITY	
Arizona		ARIZ. ADMIN. CODE §§ 20-6-1001 to 20-6-1024 (1992/2005) (previous version of model); BULLETIN 2009-5 (2009).
Arkansas		ARK. CODE R. § 13 (1990/2008) (previous version of model).
California	CAL. INS. CODE §§ 10230 to 10237.6 (1988/2013).	CAL. INS. CODE §§ 10230 to 10237.6 (1988/2013) (previous version of model).
Colorado		3 COLO. CODE REGS. § 702-4-4-4-1 (1997/2011) 3 COLO. CODE REGS. § 702-4-4-4-4 (2010/2013) (LTC partnership program); BULLETIN B-1-20 (2007); BULLETIN B-4.27 (2010/2012); BULLETIN B-4.30 (2012).

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

NAIC MEMBER	MODEL ADOPTION	RELATED STATE ACTIVITY
Connecticut		CONN. AGENCIES REGS. §§ 38a-501-8 to 38a-501-24 (1994/2013) (Individual); §§ 38a-528-1 to 38a-528-17 (1994/2013) (Group) (previous version of model).
Delaware		18 DEL. CODE REGS. § 1404 (1990/2010) (portions of model) (previous version of model). BULLETIN 23 (2006).
District of Columbia		D.C. MUN. REGS. tit. 26, § 2600.1 (2006/2008).
Florida		FLA. ADMIN. CODE ANN. r. 69O-157.001 to 69O-157.023 (1989/2012) (previous version of model); §§ 69O-157.101 to 69O-157.122 (2003/2013) (previous version of model).
Georgia		GA. COMP. R. & REGS. 120-2-16-.01 to 120-2-16-.34 (1989/2009) (previous version of model).
Guam	NO CURRENT ACTIVITY	
Hawaii		HAW. REV. STAT. §§ 431:10H-201 to 431:10H-402 (2000/2011) (previous version of model).
Idaho		IDAHO ADMIN. CODE r. 60.18.01.60 (1990/2007) (previous version of model); BULLETIN 2007-7.
Illinois		ILL. ADMIN. CODE tit. 50, §§ 2012.10 to 2012.150 (1990/2014) (previous version of model).
Indiana		760 IND. ADMIN. CODE 2-1-1 to 2-20-42 (2007) (previous version of model).

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

NAIC MEMBER	MODEL ADOPTION	RELATED STATE ACTIVITY
Iowa		IOWA ADMIN. CODE r. §§ 191-39.1 to 191-39.32 (1988/2009) (previous version of model). BULLETIN 2008-17 (2008); BULLETIN 2009-7 (2009).
Kansas		KAN. ADMIN. REGS. §§ 40-4-37 to 40-4-37v (1988/2009) (previous version of model); BULLETIN 1996-8 (1996).
Kentucky		806 KY. ADMIN. REGS. 17:081 (1993/2009) (previous version of model); 806 KY. ADMIN. REGS. 17:083 (2009).
Louisiana		LA. ADMIN. CODE tit. 37, §§ XIII.1901 to XIII.1961 (Regulation 46) (1993/2005) (previous version of model); BULLETIN 9-5-2006; BULLETIN 06-03 (2006); BULLETIN 12-28-2009 (2009).
Maine		425 ME. CODE R. (2004/2007) (previous version of model); BULLETIN 347 (2007); BULLETIN 63 (2009); BULLETIN 362 (2009); BULLETIN 361 (2009); BULLETIN 369 (2010); BULLETIN 381 (2011).
Maryland		MD. CODE ANN., INS. §§ 18-101 to 18-120 (1989/2009) (portions of previous version of model); §§ 15-401 to 15-407 (2011); MD. CODE REGS. 31.14.01.01 to 31.14.01.32 (1994/2008); 31.14.02.01 to 31.14.02.14 (1993/2002) (previous version of model); BULLETIN 13-2009 (2009); BULLETIN 2010-33 (2010).
Massachusetts		211 MASS. CODE REGS. 65.01 to 65:16 (1989/2005) (Portions of previous version of model act and regulation included).

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

NAIC MEMBER	MODEL ADOPTION	RELATED STATE ACTIVITY
Michigan		MICH. COMP. LAWS §§ 500.3901 to 500.3955 (1992/2001) (previous version of model).
Minnesota		MINN. STAT. §§ 62S.01 to 62S.33 (1997/2010) (previous version of model); MINN. STAT. §§ 62A.46 to 62A.56 (1986/2002); MINN. R. §§ 2745.0010 to 2745.0050 (1992) (Non-qualified plans); BULLETIN 2007-5.
Mississippi		90-102 MISS. CODE R. (1990) (previous version of model).
Missouri		MO. CODE REGS. ANN. tit. 20, § 400-4.100 (1991/2003) (previous version of model).
Montana		MONT. ADMIN. R.6.6.3101 to 6.6.3120 (1991/2008) (previous version of model); BULLETIN 2007-4; Memorandum 223-2010 (2010).
Nebraska		210 NEB. ADMIN. CODE ch. 46 (1989/2001) (previous version of model); BULLETIN CB-114; BULLETIN CB-113.
Nevada		NEV. ADMIN. CODE §§ 687B.005 to 687B.140 (1988/2009) (previous version of model); 3602 (2010); BULLETIN 2006-10; BULLETIN 010-020-AB (2010).
New Hampshire		N.H. CODE R. INS. 3601.01 to 3601.30 (2004/2012) (previous version of model).
New Jersey		N.J. ADMIN. CODE §§ 11.4-34.1 to 11.4-34.32 (1989/2010) (previous version of model).
New Mexico		N.M. CODE R. §§ 13.10.15.1 to 13.10.15.53 (1997/2004) (previous version of model).

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

NAIC MEMBER	MODEL ADOPTION	RELATED STATE ACTIVITY
New York		N.Y. COMP. CODES R. & REGS. tit. 11, §§ 52.12 to 52.65 (Regulation 62) (1992/2002) (Portions of previous version of model).
North Carolina		N.C. GEN. STAT. § 108A-70.4 (2010); 11 N.C. ADMIN. CODE 12.1002 to 12.1029 (1990/2002); § 12.0555 (1989/1992) (previous version of model); BULLETIN 2011-B-6 (2011).
North Dakota		N.D. ADMIN. CODE 45-06-05-01 to 45-06-05-09 (1988/2004) (previous version of model); BULLETIN 2013-1 (2013); BULLETIN 2014-1 (2014).
Northern Marianas	NO CURRENT ACTIVITY	
Ohio		OHIO ADMIN. CODE § 3901-4-01 (1994/2008) (previous version of model); OHIO ADMIN. CODE § 3901-4-02 (2007/2013); § 3901-4-03 (2009).
Oklahoma		OKLA. ADMIN. CODE §§ 365:10-5-40 to 365:10-5-52 (1989/2009) (previous version of model); §§ 365:10-5-53 to 365:10-5-54 (2008/2009); BULLETIN 6-23-2008.
Oregon		OR. ADMIN. R. §§ 836-052-0500 to 836-052-0786 (1991/2012) (previous version of model).
Pennsylvania		31 PA. CODE §§ 89a.101 to 89a.129 (2002) (previous version of model).
Puerto Rico	NO CURRENT ACTIVITY	
Rhode Island		27-44 R.I. CODE R. §§ 001 to 016 (1989/1998); REG. 44 (2008) (previous version of model); BULLETIN 2007-10 (2007); BULLETIN 2011-2 (2011).

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

NAIC MEMBER	MODEL ADOPTION	RELATED STATE ACTIVITY
South Carolina		S.C. CODE ANN. REGS. 69-44 (1989) (previous version of model); BULLETIN 4-2009 (2009).
South Dakota		S.D. ADMIN. R. 20:06:21:01 to 20:06:21:75 (1990/2012) (previous version of model). BULLETIN 2007-4 (2007); BULLETIN 2007-7 (2007).
Tennessee		TENN. COMP. R. & REGS. 0780-1-61 (1991) (previous version of model).
Texas		28 TEX. ADMIN. CODE §§ 3.3801 to 3.3850; (portions of previous version of model) (1990/2002); BULLETIN B-0020-12 (2012).
Utah		UTAH ADMIN. CODE r. 590-148 (1992/2012) (previous version of model).
Vermont		21-020 VT. CODE R. § 024 to 040 (2009/2010) (previous version of model). BULLETIN HCA-130 (2010).
Virgin Islands	NO CURRENT ACTIVITY	
Virginia		14 VA. ADMIN. CODE §§ 5-200-10 to 5-200-210 (1992/2008) (previous version of model); Admin. Letter 1990-23 (1990) (Requires NAIC Shopper's Guide); Admin. Letter 2007-3 (2007)
Washington		WASH. ADMIN. CODE 284-54-010 to 284-54-900 (1989/2008) (portions of previous version of model); WASH. ADMIN. CODE 284-83-400 to 284-83-425 (2011/2012).
West Virginia		W. VA. CODE R. §§ 114-32-1 to 114-32-24 (1993/2011) (previous version of model).

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

NAIC MEMBER	MODEL ADOPTION	RELATED STATE ACTIVITY
Wisconsin		WIS. ADMIN. CODE INS. § 3.46 (1991/2008) (previous version of model); WIS. ADMIN. CODE INS. § 3.455 (1991/2002).
Wyoming		WYO. CODE R. § 37 (1990/2003) (previous version of model).

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

This page is intentionally left blank

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 1. Purpose

[See the commentary for the Long-Term Care Insurance Model Act, beginning at page 640-17, for general information on long-term care insurance regulatory concerns.]

Section 2. Authority

Section 3. Applicability and Scope

From the early stages of drafting the model act, the drafters contemplated a model regulation to complement the act. **1986 Proc. II 707.**

At the June 1988 meeting, the chair of the Long-Term Care Insurance Working Group reported that new issues had been assigned to the group. They would now consider the applicability of the regulation to continuing care retirement communities, home health benefits, gatekeeper mechanisms and long-term care coverage offered as riders to universal life insurance policies. **1988 Proc. II 602.**

In late 1995 an industry trade association contacted the NAIC because it was concerned about the regulatory oversight of life insurance used to fund long-term care. The association said some provisions in the Long-Term Care Insurance Model Act and Regulation should not apply to life/long-term care insurance. The Senior Issues Task Force agreed to consider the issue. **1996 Proc. 1st Quarter 712.**

A trade association representative said that life insurance policies that accelerate benefits for long-term care have not been widely embraced by the life insurance industry because of the large amount of conflicting regulatory oversight of these policies. By dealing with the conflicts and inappropriate regulations codifying current practices, it would make it easier for insurance companies to enter this marketplace. The flexibility of life/long-term care insurance policies is not available currently in many states because of the high degree of regulation. **1996 Proc. 2nd Quarter 810.**

A consumer representative expressed concern that it may not be appropriate to regulate life insurance under the long-term insurance regulation because of the hybrid nature of these policies and the inherent problems in regulation. **1996 Proc. 2nd Quarter 810-811.**

Amendments adopted in 1997 were recommended by the life insurance industry because the models as constructed were not an exact fit for life insurance products with long-term care riders. **1997 Proc. 1st Quarter 699.**

A second portion was added to the first drafting note in 2000 with the amendments adopted then. **2000 Proc. 2nd Quarter 293.**

In 1998 the Senior Issues Task Force was charged with the task of reviewing the Long-Term Care Insurance Model Act and Regulation for compliance with the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). **1998 Proc. 2nd Quarter II 880.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 3 (cont.)

HIPAA created tax-qualified plans so the task force needed to determine how the NAIC models needed to be adjusted to clearly accommodate such plans. **1998 Proc. 2nd Quarter II 881-882.**

The chair of the working group asked interested parties how many companies still wrote a substantial percent of policies that were not tax-qualified. An association representative responded that her association had recently compiled results of a survey showing 80-90% of long-term care insurance business was in policies qualifying for favorable tax treatment under HIPAA. **1998 Proc. 4th Quarter II 765.**

Regulators discussed whether they should refer to “qualified” plans or “tax-qualified” plans. The working group agreed to use “tax-qualified” in the parts of the model that set standards for what to disclose to consumers. An interested party commented that some states have tax benefits and suggested use of the term “federally tax-qualified.” A regulator suggested that the model clarify that the terms are synonymous. **1999 Proc. 1st Quarter 612.**

An industry representative questioned the use of the phrase “created a new category of long-term care insurance” in the second drafting note under Section 3. He questioned whether the phrase “created a new category” was accurate. He said HIPAA created standards for qualified long-term care insurance contracts, rather than creating a new category of coverage. A regulator responded that in fact a new section in the model regulation was being created that applied only to qualified contracts and in that light it was a new category. **1999 Proc. 1st Quarter 612.**

Section 4. Definitions

New definitions A through D were added in 2000 with the amendment on rate stabilization. **2000 Proc. 2nd Quarter 293-294.**

Section 5. Policy Definitions

A. When drafting provisions regarding benefit triggers for coverage, the working group started with one section that defined the activity of daily living and then used a measurement to determine a person’s ability to perform that activity. The group later decided to define the activity and then use a separate section of the model to specify how the company is to determine a person’s ability to perform that activity of daily living. **1994 Proc. 3rd Quarter 607.**

One of the activities of daily living included in early drafts was “mobility” but this was found to be difficult to define and had not been included in earlier studies on activities of daily living. **1995 Proc. 1st Quarter 580.**

B. This definition was added at the same time as amendments to the home health care section were adopted in December 1991. **1992 Proc. IB 966.**

C. The definitions contained in Subsections C and D were adopted at the same time as the home health care benefit minimum standards. **1990 Proc. I 541.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 5 (cont.)

D. One regulator questioned whether the definition of bathing was tied to the person's ability to get in and out of a tub. The chair said this was not the intent and the definition was modified to clarify that it included the task of getting in and out of the tub or shower. **1995 Proc. 1st Quarter 579.**

E. The working group also discussed whether a measurement of cognitive impairment should be included in Section 27 or in the definition. There were numerous suggestions for definitions and elements to include in cognitive impairment. **1995 Proc. 1st Quarter 580.**

F. The working group was not satisfied with the definition of "continence" in Sidney Katz' study or with the suggested model definition. One participant suggested this issue was more difficult because it dealt with issues of personal hygiene. **1994 Proc. 4th Quarter 716.**

Another difficulty in crafting this definition was determining what was a continence definition and what was a performance measure that should go in Section 27. One participant suggested personal hygiene should be covered in the definition of toileting instead. **1995 Proc. 1st Quarter 579.**

G. An early draft of the model included "appropriate" in the definition of dressing to deal with a person who is able to dress, but not necessarily able to dress for the season. A reply to that was that the phrase "appropriate" can create interpretation problems. **1994 Proc. 4th Quarter 715.**

H. The first definition of "eating" was modified because it only stated the person must be able to bring food to his or her mouth without saying anything about actually eating it. Another suggestion was that the definition should deal with the person's ability to prepare food. This suggestion was not followed because food preparation was not included in the activities of daily living in the research performed by Dr. Katz. **1994 Proc. 4th Quarter 715.**

L. The definition of mental or nervous disorder does not include Alzheimer's Disease. **1988 Proc. I 652.**

M. The definition of personal care was adopted at the same time as amendments to the home health care section were adopted in December 1991. **1992 Proc. IB 966.**

Q. A trade association asked that a drafting note be added under Subsection Q that stated, "This regulation is not intended to preclude qualified long-term care insurance contracts from using terms and definitions that are intended to satisfy the requirements of Section 7702B of the Internal Revenue Code." The chair indicated he would rather add a note indicating that a state should develop a mechanism to allow definitions developed by federal agencies to be used in qualified contracts. **1999 Proc. 1st Quarter 612.**

Section 6. Policy Practices and Provisions

A. A last-minute addition to the model just before adoption provided for the commissioner to authorize nonrenewal on a statewide basis if the insurer demonstrates that the renewal will jeopardize solvency in the manner set forth in the regulation. **1988 Proc. I 656, 657.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 6A (cont.)

This provision remained in the model until 1990. It was removed at the time the consumer protection amendments were adopted. The concept is inherently contradictory to the concept of guaranteed renewability. **1991 Proc. IB 692.**

Interested parties urged adoption of a provision allowing conditionally renewable policies. The subgroup chose to include a section allowing renewal provisions no less favorable than guaranteed renewable. **1988 Proc. I 710.**

A definition of level premium was added to clarify when the term could be used. An industry trade association suggested the term could only be used when the insurer did not have the right to change the premium. **2000 Proc. 2nd Quarter 310.**

When the working group was considering amendments in response to the federal Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), Paragraph (5) was added. Staff noted a question about whether the amendments actually made the policies guaranteed renewable, and whether the provisions should apply to all long-term care policies. **1998 Proc. 3rd Quarter 719.**

An industry association representative commented that it was unclear under HIPAA whether the requirement for guaranteed renewability included noncancellable contracts. He suggested that guaranteed renewability of tax-qualified plans should be linked to the Internal Revenue Code because future guidance from the U.S. Treasury Department might clarify whether noncancellable contracts were encompassed within the guaranteed renewability requirements of HIPAA. **1999 Proc. 1st Quarter 611.**

B. Interested parties urged retention of the availability of territorial limitations. They said that the ability of the insurer to pay only those providers located in the United States and to pay providers at rates appropriate to their service area could be critical to cost containment and quality of care. They urged adoption of a drafting note following Subsection B(6) to express that concern clearly. **1988 Proc. I 710.**

Paragraphs (6) and (7) were added as part of the HIPAA amendments. **1999 Proc. 4th Quarter 981.**

C. This section was modified just before adoption to address concerns of the advisory committee. **1988 Proc. I 656, 658.**

D. The drafters original continuation and conversion section was one sentence in length. A drafting note indicated that further review and refinement would be made in the future. **1988 Proc. I 652, 658.**

The existing section was superseded by an entirely new Section 6D in December of 1988. The section now mandates provision for continuation or conversion. The regulation provides a right to continuation by whatever means and reasonably approximates a guaranteed renewable individual policy. One other significant provision of the section is that an individual will be able to continue coverage at entrance age and the benefits will be identical to or determined by the commissioner to

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 6D (cont.)

be substantially equivalent. There was discussion on whether language should be included in the model to require a secondary carrier to reserve prior to its responsibility for continuing coverage. This is an item that the insurer should resolve, according to members of the working group. It was suggested that a future modification would be language requiring the insurer to notify certificate holders of their right to continuation or conversion of their policy at the time of termination. **1989 Proc. I 761-762.**

Conversion is the primary vehicle for assuring maintenance of coverage. Continuation is limited to a right to continue benefits where someone's eligibility is based on his or her relationship to another person and where that relationship has dissolved. A certificate holder is entitled to maintenance of coverage which is identical to coverage held previously and which is rated on initial entry age into the program. Upon the urging of the advisory committee, language was added to allow "substantially equivalent" benefits. **1989 Proc. I 764.**

Amendments to Section 6D(2) and (4) in June of 1989 accommodated continuation and conversion in the managed care environment. **1989 Proc. II 513-514.**

E. This section was added as part of the consumer protection amendments of 1990. A consumer representative asked whether this provision and the one on continuation and conversion required the offering of the same benefits. The task force chair responded that they did not necessarily provide the same coverage. **1991 Proc. IB 664.**

The task force considered whether inclusion of this new subsection was necessary. They decided it was; additionally, they concluded that the language was more stringent than existing group discontinuance and replacement provisions and that it is not duplicative of the continuation and conversion sections in the regulation. **1991 Proc. IB 716.**

F. The task force first considered proposals which would place a cap on the amount of increase in rates allowed in 1991. They were concerned that low prices would be charged for younger ages with dramatic increases later; and also concerned, on the other hand, with solvency issues. **1992 Proc. IB 986.**

The task force decided the issue of rate caps was tied to the nonforfeiture issue. However, the task force could discuss prohibiting attained age rating and adopted such a provision in 1991. **1992 Proc. IB 983.** The proposal adopted is now Section 6F(1). **1992 Proc. IB 970-971.**

When reviewing the draft of the new paragraph, one individual inquired whether age 65 was an absolute cut-off or whether those who continue to work until a later age should be excluded. After some discussion the task force concluded the cap should be set at 65. **1992 Proc. IB 960.**

One industry attendee at the task force meeting stated that the draft implies that rate adjustments for policies issued to individuals beyond age 65 are not allowed. An NAIC staff member responded that the goal is to make sure the rate structure does not actually display increases based on either age or duration. **1992 Proc. IB 961.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 6F (cont.)

After adoption of the amendment on attained age and durational rating, the task force continued to consider rate stabilization a high priority. **1992 Proc. IIB 688.**

The task force agreed to consider the concept of an annual and lifetime rate cap. A consumer representative stated that rate stabilization was of considerable public policy importance. One regulator commented that the task force should consider the long tail of these policies and the budget consequences. Another consumer representative emphasized that currently the risk is being placed entirely on the consumer who is unable to evaluate it. **1992 Proc. IIB 695.**

The working group members considered several discussion drafts distributed by interested parties. One was the development of a “dynamic” grid, which would contain basic assumptions regulators could use in reviewing long-term care insurance rate filings. A regulator suggested the approach of rate caps for certain ages and proposed a 50% lifetime cap and a 5% per year cap for policyholders over the age of 70. The working group agreed to consider other approaches to rate stabilization also. **1993 Proc. IB 851-852.**

A consumer representative listed several concerns he thought should receive consideration by the task force: (1) “low balling” (setting an artificially low initial rate and then increasing the premium significantly), (2) rate shock and the effect of lapses at all ages, (3) the predictability of rates, and (4) solvency due to the long tail of claims. Several attendees at the meeting urged the task force to undertake a full discussion of the principles and not rush into anything. Others told of rate increases of 150% or more for individuals over 80 years of age and urged the task force to address the issue immediately. **1993 Proc. IB 841.**

The task force considered a proposal which required non-cancelable policies after age 70. A consumer representative stated there needed to be protection at all ages, but the levels of protection at different ages could vary. The task force agreed to consider a level premium requirement, and whether such a requirement would also apply to extra benefits added to a policy as a result of inflation protection. An industry representative urged the task force to recognize uncertainties in the marketplace, solvency, medical breakthroughs, utilization patterns and judicial interpretation. Another stated that the task force should consider the complexity of the issue and the likelihood the companies will make mistakes on pricing. **1993 Proc. IB 823.**

At a later meeting of the task force, the members discussed the possibility of making all policies non-cancelable and the consensus was that this was not desirable, at least not at the present time. One issue that was discussed was whether any sort of rate cap would apply prospectively only and no conclusion was reached on this. Another concern was how to handle large rate increases for closed blocks of business. **1993 Proc. 2nd Quarter 761.**

By mid-1993 the task force had considered (1) totally non-cancelable policies, (2) making the institutional (hospital or nursing home) component of the premium non-cancelable while allowing the non-institutional component to increase, (3) requiring companies to offer reduced benefit packages at the same premium as was previously being paid, (4) limiting rate increases to 50% every three years, and (5) annual and lifetime rate caps. **1993 2nd Quarter 759.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 6F (cont.)

Members generally did not favor a strict non-cancelable approach. One regulator suggested a hybrid approach which would include two payment plans (1) a non-cancelable policy, or (2) a policy with five-year rate guarantees in which the rates could change every five years (but they would be limited to the new business rate). After considerable discussion, members agreed that the approach must be simple and therefore the annual and lifetime caps or absolute caps after a certain age are preferable. The task force also agreed to consider prohibiting attained age rating after age 50, rather than age 65 as the model required. **1993 Proc. 2nd Quarter 759.**

The preliminary recommendation of the task force was to limit annual and lifetime increases to specified maximums. Several possible caps were mentioned, but it was suggested that any combination of annual and lifetime limits between 5/50% and 10/100% should give insurers sufficient latitude. If absolute caps are needed at the older ages, attained age 75 may be a reasonable compromise. In addition, the task force recommended that the prohibition against attained age rating in Section 6F(2)(d) be lowered from age 65 to age 50. **1993 Proc. 2nd Quarter 757.**

When they were ready to draft the language, the members expressed a preference for the following rate stabilization measures: (1) initial rate guarantees of three years, (2) rate increases thereafter are limited to 10% per year and subsequent increases will be limited to two-year increments, (3) aggregate rate increases are limited to 100% of the initial rate, (4) the commissioner may waive the rate restrictions upon the insurer's demonstration of imminent financial insolvency, and (5) premiums may not be increased once the policyholder reaches age 78 (issue age 75). **1993 3rd Quarter 466.**

In the discussions related to nonforfeiture and to rate stabilization, regulators and interested parties repeatedly emphasized the close relationship between these two concepts. **1993 Proc. 3rd Quarter 482.**

One regulator asked whether the intent of rate stabilization was to impose responsibility on the companies up front in pricing their policies, and the chair responded that certainly was one intent. Another regulator said the goal of rating restrictions was to force accountability for poor underwriting decisions and initial under-pricing of the product. In another listing of goals, the chair said a fundamental issue was protection of older policyholders from large increases when they can least afford them. **1993 Proc. 3rd Quarter 481.**

In considering whether or not to add a provision making the policy non-cancelable at a certain age, a representative of a trade association emphasized the industry's concern about cost shifting. Consumer representatives spoke in favor of making a policy non-cancelable at age 80. The chair responded that a 10% cap on rate increases once the insured attains age 80 is a significant protection. One of the consumerists suggested adding a drafting note stating that the ultimate goal was to move toward a non-cancelable approach for all long-term care policies. **1993 Proc. 4th Quarter 711.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 6F (cont.)

One attendee asked if the working group was going to include anything in the model that would permit a reduction in benefits offer in lieu of a premium increase. A regulator responded that the draft did not specifically address this issue, but nothing in the model draft would prohibit such an offer from being extended to a policyholder. **1993 Proc. 4th Quarter 711.**

After discussion of options related to differing caps for group and individual policies, caps varying by age, as well as other variations, the working group decided to expose a draft with a five-year limit on rate increases, 25% for those under age 65, 15% for those age 65 through 79, and 10% for those policyholders age 80 and above, and removal of the lifetime cap on rate increases. The reasons for removing the lifetime cap were because the draft as proposed provided policyholders with sufficient protection and a lifetime cap would only serve to discourage younger buyers from purchasing long-term care policies. **1993 Proc 4th Quarter 709.**

As the working group considered a draft for exposure, the chair enumerated four issues for the working group to decide. They were (1) applicability to group policies, (2) applicability to existing policies, (3) commissioner's discretion to waive the requirements in prescribed instances, and (4) the effect of inflation protection on rate stabilization. **1993 Proc. 4th Quarter 711.**

The working group decided that the additional premium charged for inflation protection would be subject to the initial rate guarantee and rating restrictions, subject to the limits described. However, in those instances where the purchase of additional coverage was an option of the policyholder, the initial premium charged for the additional coverage would not be involved in the rate restrictions. **1993 Proc. 4th Quarter 708.**

A representative from a trade association said he did not believe Paragraph (3) of the draft was clear in its intent. He said that when a policyholder purchased additional coverage, the premium for that coverage usually was at the rate currently in effect for new policyholders. The chair clarified that if a person buys a policy with a built in benefit for inflation protection, that person should receive the protections of the rate guarantee. However, if the person had the option of purchasing additional benefits at certain intervals, the premium associated with the additional benefit should not be subject to the rate constraints as proposed at the time the additional coverage was purchased, but would be subject to them for subsequent rate revisions. **1993 Proc. 4th Quarter 708.**

In discussing the issue of giving the commissioner the discretion to waive the rate increase constraints, one regulator said allowing the insurer to increase rates would be unfair to the insurer's policyholders and likely cause more harm to the insurer's financial solvency. Another regulator said she was opposed to a commissioner's discretion in general, but would consider providing for discretion after a finding by the commissioner of changes in the legal climate, health delivery mechanisms, or state and federal legislation issues that would affect the entire market. These provisions would be applied on a global basis rather than on an individual insurer basis. **1993 Proc. 4th Quarter 712.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 6F (cont.)

One commissioner expressed concern that the provision giving the commissioner authority to amend the premium rate restrictions would limit the ability to only the three stated reasons. As a result of that concern, the working group agreed to change this provision to allow more flexibility to amend the model regulation on a global basis. **1994 Proc. 1st Quarter 446.**

The drafters considered whether it was appropriate to apply the requirements to existing policies. Commentators spoke of the difficulty of doing this and questioned the legality. Also they said companies had not priced the products currently marketed for these requirements and felt this would create legal problems for regulators who attempted to retroactively apply the requirements. **1993 Proc. 4th Quarter 711.**

Many of the comments on the exposure draft focused on whether the draft was intended to be prospective only or also to apply to in force business. It was pointed out that a retrospective application created problems with the contracts clause of the U.S. Constitution which essentially says that no state shall pass any law that impairs any obligation of existing contracts. As a result, Section 6 was revised to reflect that the provisions would apply on a prospective basis only. **1994 Proc. 1st Quarter 446, 455.**

Testimony provided on the issue of group policies suggested they should be exempt from the requirements of this draft. Groups are protected by the Employee Retirement Income Security Act, and group policies have higher loss ratios. Group policies are generally issued to younger age groups, making it difficult for companies to comply with lifetime rate caps. **1993 Proc. 4th Quarter 711.**

Many of the comments on the exposure draft centered on the issue of whether the limits should apply to all group policies, all but employer groups, or to no group policies. Some regulators and consumer representatives believed that the model should apply to association groups. One suggested that unless the model applied to group business, insurers would create associations in an effort to avoid the requirements of the draft. Another regulator said he had heard most group policies were actually individual policies paid for entirely by the individual certificate holder. Insurers responded by explaining that pricing and rate guarantees were different in a group setting than for individual policies. They said group policies typically have higher loss ratios, administrative costs are less, and there are significant differences in marketing. The exemption of group policies would create an unlevel playing field, they suggested. **1994 Proc. 1st Quarter 456.**

In the draft adopted by the working group in 1993 the chair explained that the revisions were made to require the rating restrictions on all policies and certificates issued on or after the effective date of the regulation. The working group decided to exclude existing employer contracts for new certificates added to those contracts. The chair emphasized that this did not exempt new employer contracts, and only dealt with a new certificate issued to an existing employer group contract. **1994 Proc. 1st Quarter 446.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 6F (cont.)

While discussing life/long-term care issues, an interested party suggested that because of the differences in rate structures, life insurance policies with long-term care benefits should be exempted from the rate stability provisions. Life insurance rates are almost always guaranteed not to rise, so the issue does not apply. The task force agreed to this suggestion. **1996 Proc. 2nd Quarter 811.**

A Paragraph (8) was adopted as part of the life/long-term care amendments to clarify that the premium rate restrictions set forth in the then-existing Section 6F did not apply to life insurance policies that accelerated benefits for long-term care. The task force considered and added additional language that specifies the premium restrictions do not apply as long as maximum premiums, minimum interest rates and maximum costs of insurance are specified over the entire duration of the life insurance policy. **1996 Proc. 4th Quarter 1086.**

The task force chair pointed out that no state had yet adopted the rate stability provisions in the model and he stated the model may have gone too far and created too large an impact on premiums. Several regulators agreed that discussion needed to be reopened on this issue. **1997 Proc. 1st Quarter 761.**

In June 1997 the chair convened a meeting of the Senior Issues Task Force to look at the issue of rate stability in the long-term care insurance market. It was the desire of the task force to have an open discussion to determine if a rate stabilization problem existed, and if so, whether adjustments to the model regulation were needed. **1997 Proc. 2nd Quarter 756.**

A working group member said most policies were sold to insureds in their 60s and 70s. These individuals are normally on fixed incomes, and can least afford a substantial rate increase. He was concerned about how to prevent rate increases of a large magnitude from occurring late in the policy life, and also questioned what alternatives were available to prevent large rate increases for these insureds. He said the task force should consider the design of the products to determine if adjustments could be made. He said alternatives could be developed, perhaps through portability to an insurer-sponsored risk pool for insureds who experience a substantial rate increase. He also offered that the insured may be able to continue benefits with either a reduced premium or with no premium at all. **1997 Proc. 2nd Quarter 757.**

A consumer representative expressed concern that products sold now would eventually have rate increases that would create lapses in the future, especially when those products were needed the most. She questioned why blocks of business were closed so quickly, and she noted the added emphasis on long-term care insurance as a result of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). **1997 Proc. 2nd Quarter 757.**

Another reason for reviewing the rate stabilization issue was that no state had adopted the standards adopted in June 1994. **1997 Proc. 3rd Quarter 1350.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 6F (cont.)

An insurance department actuary described how rates are set and the effect of a lapse. He said the premium level is extremely sensitive to the accuracy of the assumptions of lapses and death rates. He said it appeared the pricing of a policy was lapse-supported and, if the lapses were not as estimated, a price increase would be needed. **1997 Proc. 3rd Quarter 1350.**

A commissioner asked if long-term care insurance was more sensitive than other types of insurance to the type of assumptions the insurer used to determine rates. The actuary responded that this was the case, due to the back-end nature of the claims and the fact that the claims came late in the life of the policy. **1997 Proc 3rd Quarter 1350-1351.**

The actuary referred to the level payment principle and explained that a significant reserve is created during the early years of the policy, which is used to supplement the policy in later years when the annual premium is insufficient to fund the claims for that year. The theory behind lapse-supported pricing is that the fund amount is used so that premiums are lower for all policy years. He added that, if nonforfeiture is added to a policy, then more premium needs to be collected in order to pay off the nonforfeiture benefit upon lapse by the policyholder. **1997 Proc. 3rd Quarter 1351.**

A representative from an insurer described the rating problem from an insurance company's point of view. He said the key drivers of the premium rate increases were untested assumptions, using an inadequate rating structure such as the one used for Medicare supplement insurance, inadequate long-term care insurance experience, and using quinquennial age rate bands. These practices resulted in underpricing of policies by one third to one half. Also the first generation of long-term care insurance policies had higher utilization than expected. He said that underwriting practices have evolved substantially and he opined that now companies have better data and use less aggressive termination assumptions. **1997 Proc. 3rd Quarter 1351.**

An insurer representative said part of the solution to the rate stabilization problem was better upfront pricing. He said this is a fine line, because insurers do not want to price potential insureds out of the market, but the initial rates needed to be adequate to provide sufficient reserves for future benefits. A consumer representative expressed concern that consumers were buying the cheapest policy they could find, and then facing large rate increases later in the life of the policy. She also expressed concern that the insurers that do price adequately upfront are being squeezed out of the market because the premiums for their policies are more expensive. **1997 Proc. 3rd Quarter 1351.**

A regulator opined that unless the insurer is really motivated to keep rates stable through proper underwriting, using adequate assumptions and agent training, nothing will change. An interested party asked what could be used as a tool to motivate the company to set initial rates that are adequate. A trade association representative opined the idea of contingent nonforfeiture will change the mind set of the company. This will allow for tinkering with rates but discourage the large rate increases that rate stability is designed to prevent. **1997 Proc. 3rd Quarter 1353.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 6F (cont.)

A regulator stated there needed to be a distinction between the concepts of rate caps and rate stabilization. He said that the issue of rate stabilization could be defined as a collection of activities that will maximize the probability that premium rates will be unchanged for the life of the contract, provide maximum economic value to the insured, and encourage economic value and stability for insurers. **1997 Proc. 3rd Quarter 1342.**

The task force identified several different approaches that could be used separately or collectively to satisfy the need for rate stabilization. These methods could be directed at appropriate product design, product pricing, underwriting, claim adjudication, policy reserve levels and methodology, and consumer education. If, despite all reasonable efforts, rate increases became unmanageable for insureds, then those insureds should be given useable options for maintaining some level of long-term care insurance coverage. Another consequence of insured options and rate stabilization would be to encourage insurers to make every effort to prevent unmanageable premium increases. **1997 Proc. 3rd Quarter 1342.**

One regulator noted that a rate filing he had received referred to multiple rate increases that would be necessary in the future. Another regulator opined that initial premiums were being set too low and it was a bait and switch tactic, which resulted in harm to consumers. **1997 Proc. 4th Quarter 937.**

The task force chair summarized other options to assist in rate stability: increasing the requirement for more agent training, both in becoming licensed and in continuing education; additional disclosure to consumers; and a method of assisting states in evaluating the actuarial material submitted by insurance companies to accompany their product filings. The assistance could be in a variety of forms, from a technical manual or guidelines that states could review, to a central clearinghouse that would perform actuarial review for the states. **1997 Proc. 4th Quarter 936.**

An industry spokesperson said that with the removal of rate caps and mandatory nonforfeiture, and with numeric percentages similar to those proposed by the industry, the insurance industry would support the model in total. **1997 Proc. 4th Quarter 907.**

The proposal adopted by the task force eliminated the rate caps that had been added to Section 6F. A Paragraph F(2) was added to address upgrading coverage and to clarify that the purchase of additional coverage was not considered a rate increase but changes the amount of the initial premium. **1998 Proc. 1st Quarter 894.**

G. A group was appointed in 1995 to study disclosures contained in the long-term care insurance models. One issue identified for further study was the signature requirement upon enrollment. Representatives from the insurance industry urged that consent be allowed through other means, such as by telephone or electronic means. Some regulators expressed concern with the concept, but industry representatives stated the signature requirement was very costly to companies. **1995 Proc. 4th Quarter 894.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 6G (cont.)

A regulator asked if the proposed language would narrow the commissioner's ability to be able to confirm only enrollment and coverage amounts. Another regulator opined that the language in the original amendment was broad enough to allow oversight of the entire process. Another regulator said it was necessary to demonstrate that enrollment had occurred and coverage was in place. **1996 Proc. 2nd Quarter 823.**

A regulator summarized that the primary concern of the group had been the absence of a signature requirement in the group application. Language was added that alleviated the concerns of the group and provided for the identification and rapid retrieval of information in the event of an inquiry or complaint against the insurer. A regulator asked what happens in the event the consumer makes an inadvertent error in the electronic application process and the certificate holder cannot see the error. Another regulator responded that the confirmation statement will show the information given to the insurer. An interested party suggested that the certificate delivered, along with the payroll deduction evidence, should be sufficient to verify enrollment. **1996 Proc. 2nd Quarter 821.**

In response to continued concerns about verification of coverage, the working group added language to Paragraph (1)(a) requiring that a verification of enrollment be provided to the enrollee. **1996 Proc. 2nd Quarter 822, 824.**

Section 7. Unintentional Lapse

This section was added to the model in December of 1992 upon the urging of consumer representatives. **1993 Proc. IB 846.**

A. There were two alternatives the task force considered to require insurers to protect policyholders who forgot to pay their premium. The two components could be in the conjunctive or in the alternative. The industry proposal provided for third party notice *or* reinstatement; the consumer proposal advocated third party notice *and* reinstatement. **1992 Proc. IIB 685.**

The application should designate an alternative person to receive notice; the purpose of the designation was to allow that individual to pay the premium for the policy if the policyholder forgot to pay the premium. **1992 Proc. IIB 694.**

Early drafts of the notice subsection required notification of lapse to three persons. In later drafts that number was reduced to one. One task force member suggested the model say "*at least* one person" so that individuals who wished to designate more than one would have the ability to do so. **1993 Proc. IB 853.**

An advisory committee recommended the inclusion of language exempting insureds who paid by automatic payroll or pension deduction plan. The task force was in agreement, but wanted language to clearly show that the requirements would apply at all times except when an insured paid by payroll or pension deduction. **1993 Proc. IB 854.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 114

B. After consideration of the reinstatement issue, the task force members agreed that the model should contain reinstatement language. They decided that reinstatement should be available for five months after termination. **1992 Proc. IIB 685.**

One item that received extensive discussion before adoption was the standard of proof for cognitive impairment or loss of functional capacity. It was noted that the proof should be based on the impairment at the time of the loss and not at any other time. It was also indicated that the provision was not meant to require insurers to include such a trigger in their policies or certificates if they did not already have one. **1993 Proc. IB 843.**

When drafting amendments on life/long-term care issues, the task force considered reinstatement issues. The regulators expressed concern that the protections afforded by the existing long-term care insurance regulation not be lost. Concern was also expressed regarding anti-selection if insurance companies were required to reinstate the life insurance policy when the lapse occurred and the insured had cognitive impairment. The chair emphasized that language to be inserted in Subsection B must maintain the original intent of the provision, which is to protect long-term care insureds from losing coverage due to lapse when they need it most. **1996 Proc. 2nd Quarter 811.**

The language drafted for inclusion in the regulation clarified that proof must be given to the carrier that the policyholder became functionally impaired before the grace period expired and that cognitive impairment or loss of functional capacity caused the unintentional default in the premium payment. The task force decided to add a drafting note including a reference to the fact that contracts that contain the language may be considered qualified long-term care contracts under federal law. **1996 Proc. 4th Quarter 1086.**

A consumer representative expressed concern regarding the shifting of burden of proof of cognitive impairment to the consumer. An industry representative said the intent of the amendment was simply to clarify the intent of the reinstatement provision. Another consumer representative asked how an individual with a cognitive impairment can prove his condition. A regulator suggested that language be added to further clarify that the unintentional default in the premium payment was a result of cognitive impairment. Another interested party opined that the lack of a causal link between cognitive impairment and unintentional default of the premium would result in denial of benefits. The task force decided to consider the issue further. **1996 Proc. 4th Quarter 1080-1081.**

Consumer representatives and insurance industry representatives met to draft compromise language that removed the responsibility of proving cognitive impairment from the insured. The language presented to the task force was satisfactory to both groups and was then adopted by the task force. **1997 Proc. 1st Quarter 775.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 8. Required Disclosure Provisions

A. Paragraph (2) was added with the rate stabilization amendment of 2000. It requires disclosure of the fact of potential rate increases unless the insurer did not have the right to change the premium. **2000 Proc. 2nd Quarter 289.**

E. The working group stressed that a “post-confinement-type” product is acceptable, provided it is clearly labeled as proposed in Section 8E adopted in December 1988. **1989 Proc. I 754.**

F. The joint accelerated benefits working group recommended amendments to the model to deal with several issues related to long-term care financed by accelerated benefits on life insurance policies. One recommendation from the group was to add a provision requiring disclosure of tax consequences. **1991 Proc. IB 687-688.**

H. This provision was added as the model was being revised to comply with the provisions of the Health Insurance Portability and Accountability Model Act of 1996 (HIPAA). **1999 Proc. 4th Quarter 982.**

This provision was added as a result of HIPAA. Staff noted that it was not required by that federal law, but was important. **1998 Proc. 3rd Quarter 719.**

Section 9. Required Disclosure of Rating Practices to Consumer

The task force discussed some of the recent model amendments that were adopted as an attempt to influence rate stabilization through rate caps and nonforfeiture options. The former chair of the task force had spoken in favor of providing a disincentive for lapse driven pricing that would be acceptable to regulators, consumers and the insurance industry. **1998 Proc. 2nd Quarter II 882.**

One regulator commented that long-term care insurance policies with rich benefits and low initial premiums will not serve consumers. The problem includes inadequate underwriting. He opined that one definition of proper underwriting was not selling policies to people close to claim status. Inappropriate underwriting will result in rate increases. **1998 Proc. 2nd Quarter II 882.**

A new working group was formed to consider issues related to rate stability beyond contingent nonforfeiture. The chair pointed out the problem when people buy long-term care insurance in their 60s when it is affordable but then have trouble keeping up with the premiums because they find rate increases have made it too expensive when they are in their 70s and 80s and need the coverage. **1998 Proc. 3rd Quarter 717.**

The working group discussed the fact that the model currently allows policies to be noncancellable or guaranteed renewable. Noncancellable means that benefits cannot change and premiums cannot change, but guaranteed renewable means premiums can go up by class of policyholders while benefits do not change. One member observed that long-term care insurance products have only been on the market about fifteen years so companies cannot predict what claims will cost. **1998 Proc. 3rd Quarter 718.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 9 (cont.)

The chair opined that some companies have a noncancellable mentality; they have been selling long-term care insurance for a long time with no premium increases. At the opposite extreme, some companies impose rate increases often. For example, one company's premium went from \$800 in the mid-1980s to \$7,000 in the mid-1990s. He called this "beat the market mentality." He described this as a desire for market share. They provide risk benefits and, as a consequence, claims go up and costs go up. **1998 Proc. 3rd Quarter 718.**

The working group discussed potential solutions. Commissions on rate increases should be eliminated to discourage starting with low initial premiums. Loss ratios should be eliminated. They lead to a cost-plus system that leads companies to want larger claims to bring larger margins. Make information public about companies that raise their rates. **1998 Proc. 3rd Quarter 718.**

A regulator expressed concern that insurance departments not become "*de facto* rating agencies" for long-term care insurance. He encouraged education so consumers could identify good carriers or products. He also spoke in favor of a regulation that would prohibit carriers from having frequent rate increases. **1998 Proc. 4th Quarter II 1040.**

An initial draft of a new Section 9 was released in February 1999. **1999 Proc. 1st Quarter 801, 829-830.**

The chair of the group encouraged the members to move forward with discussion on rate stability. He reminded the group that when it had adopted amendments to the contingent nonforfeiture on lapse provision, everyone had agreed that further work was needed with respect to rate stability. **1999 Proc. 2nd Quarter 662.**

Just before adoption of the amendments, a regulator summarized them: the amendments concern rate stability, rate filing and consumer disclosures on prior rate history. Initial loss ratios are eliminated, limits on expense allowances for subsequent rate increases are established, reimbursement of unnecessary rate increases is required, review by the commissioner of administration and claims procedures is authorized, policyholders are allowed the option to escape the effects of rate spirals by guarantee of the right to switch to currently sold coverage without underwriting, the commissioner is authorized to ban companies from the market that persist in filing inadequate initial premiums, actuarial certification regarding rate adequacy is required, and insurers must disclose the last ten years of their rate history to consumers as they make their decision to buy coverage. **2000 Proc. 2nd Quarter 162.**

A. Near the end of the drafting process an effective date provision was added to clarify to which policies the amended regulation applied. **2000 Proc. 2nd Quarter 289.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 9 (cont.)

B. While discussing rate stabilization, the working group discussed how to get information about rate history to consumers. The chair presented a form for a hypothetical rate history. A consumer advocate said the form was too complicated and did not tell how one company's product related to another's. She advocated publishing information annually in a comparative rate guide. The chair asked whether a list of carriers that have had rate increases versus carriers that have not would be helpful. An interested party noted that the number of years that a carrier has been selling long-term care insurance was also relevant and should be disclosed. Another interested party noted that the number of years between rate increases was also important. **1999 Proc. 3rd Quarter 1304.**

At one meeting, the chair described a system he was constructing for his state to verify premium rates against the associated rating assumptions filed with the state. He was contacted by several industry representatives with information about the complexity and difficulty of constructing such a system, and no longer believed such a system was feasible. **1999 Proc. 4th Quarter 1312.**

The amendments developed in 2000 were in two parts: the rating practices issues developed by the actuaries and the consumer protection amendments offered by the working group on long-term care insurance. These amendments focus primarily on disclosures to consumers regarding potential future rate increases for all long-term care insurance policies, other than non-cancelable policies. The amendments included the creation of a new disclosure form regarding potential rate increases. **2000 Proc. 1st Quarter 337.**

Shortly before adoption of the provisions, changes were made to require insurers to provide all the information listed to the applicant at the time of application or enrollment unless the application process does not allow for it (i.e., mail applications). In those limited cases, an insurer shall provide all of the information listed in the subsection to the applicant no later than at the time of delivery of the policy or certificate. **2000 Proc. 2nd Quarter 290.**

The group discussed extensively the provisions regarding acquired blocks of business. Some spoke in favor of requiring disclosure of any increases. One regulator asked why a company would buy a bad block if it had to disclose rate increases. Another expressed concern about the twenty-four month language, because it seemed an insurer could avoid disclosure and continue to sell the policies. The chair noted that acquired business is closed business; neither insurer is selling those policies. **2000 Proc. 2nd Quarter 291.**

C. Shortly before adoption of the revised model, which required an applicant to sign an acknowledgement that the insurer disclosed the potential for rate revisions, changes were made to require that the applicant must sign at the time of application, unless the method of application did not allow for signature at that time. In that case, the applicant must sign no later than at the time of delivery of the policy or certificate. **2000 Proc. 2nd Quarter 290.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 9 (cont.)

D. An insurer must use the forms in Appendixes B and F to satisfy the disclosure requirements; however, the applicant only has to sign Appendix B. **2000 Proc. 2nd Quarter 312.**

E. When originally drafted, the consumer had a right to request a new rate schedule when there was an upcoming rate increase. The draft was changed to require notice and delivery of a new rate schedule automatically. **2000 Proc. 2nd Quarter 290.**

Section 10. Initial Filing Requirements

B. The chair of the working group on long-term care issues asked why regulators would allow the inadequate pricing of products and subsequent rate increases to occur. He explained that, when pricing a product, actuarial assumptions are made and listed in the actuarial memorandum accompanying the rate filing. The assumptions include morbidity charges, interest rates, and lapse and persistency rates. All of this information is put into a pricing system and what comes out at the end are premium rates and policy reserves. Generally speaking, a regulatory actuary can see the assumptions, see the results, see in the certification that the two are reasonably connected, and over time become comfortable with actuarial memoranda from certain carriers. Conversely, discomfort with other companies can arise if the regulatory actuary does not see that the assumptions are connected to the premium rate. The carriers that properly price products generally have a strategy that they do not ever want to impose a rate increase; therefore they implement an effective strategy to keep the premium level. **1999 Proc. 3rd Quarter 972.**

Section 11. Prohibition Against Post Claims Underwriting

This section was added in December 1989, in response to abuses which had occurred. The NAIC proposal was drafted to include the following concepts: (1) a caution statement, (2) a requirement that the questions should be clear and unambiguous, (3) a requirement for an attending physician's statement for individual applicants over 80 years of age. **1990 Proc. I 561-562.**

The task force considered strengthening this section (**1992 Proc. IIB 684**) but instead chose to adopt an addition to the model act on incontestability. **1993 Proc. IB 845.**

B. Considerable input was received on whether to require insurers to ask a long-term care insurance applicant which prescriptions have been prescribed and for which medical conditions they are prescribed. If the questions weren't mandatory, insurers might not inquire about prescription drugs because it increased their exposure. One task force member asked what would happen if an applicant forgot about a prescribed medicine. It was concluded this was not a rescindable event. **1990 Proc. I 561.**

C. It was suggested that the exposure draft language requiring an extensive caution statement should be shortened for the application, and the longer version should be required in the outline of coverage. The task force agreed to apply the requirement for a caution statement to all policies except guaranteed issue, to permit substantially similar language, and to require it be displayed prominently. **1990 Proc. I 561-562.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 11C (cont.)

The task force considered several options regarding physician statements. It was suggested that the requirement should not be limited to a physician's statement, but the language should be broader to include medical records. First the task force considered requiring one of these for anyone over age 75. Later the age was raised to 80. A representative of a consumer group commented that his organization's members might feel discriminated against if they were required, solely because of their age, to submit attending physician's statements. **1990 Proc. I 565.**

E. It is important that companies report rescissions on an annual basis to the insurance departments. Nine states currently require such reporting, and through the task force did not intend to duplicate current practices, the reporting was not widespread enough to abandon the addition of this requirement in the model. **1990 Proc. I 566.**

The rescission reporting form was necessitated by Section 11E of the regulation. A number of states requested development of the form. **1991 Proc. IIB 765.**

Section 12. Minimum Standards for Home Health Care Benefits in Long-Term Care Insurance Policies

The amendments adopted in December 1989 included this new section. The objective was to assure that the home health care benefit is not illusory, but to allow flexibility at the same time. The amendment does not allow home health care services to be predicted on a "medically necessary" standard. The section also does not allow limiting benefits to only those delivered by licensed practical nurse or registered nurses. The benefits should not be limited to acute as opposed to chronic care. The level of home care shall be tied to total benefits contained in the policy. In other words, an insurer who provides home health care in long-term care policies must provide 12 months of coverage which may include a home health care benefit. Although flexibility should be provided for the development of the product, regulators have a duty to place appropriate safeguards on the product so the public is not harmed. **1990 Proc. I 571.**

Two things must be accomplished with this regulatory framework: (1) Make sure there are minimum standards, and (2) Prohibit gatekeeping mechanisms that result in an illusory benefit. The task force considered ways to measure the medical necessity in a consistent way. They considered an assessment analysis being developed by the Health Care Financing Administration or the use of activities of daily living (ADLs). **1990 Proc. I 571.**

Amendments to the home health care section were considered for adoption. The first draft did the following: (1) listed the types of care that must be included in policies that contain home care services benefits, (2) expanded the list of prohibitions against limiting or excluding benefits, (3) tied the home care benefit maximum to the same dollar amount and duration of benefits that for institutional care, and (4) required that all long-term care policies or certificates must contain a provision outlining eligibility for benefits. Some of these proposals were controversial; the task force decided to go ahead and adopt the noncontroversial provisions in December 1991. **1992 Proc. IB 982-983.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 12 (cont.)

The task force declined to include a provision that would require a dual option. **1992 Proc. IB 983.**

The task force decided to consider the issue of whether long-term care policies should be required to contain home health care benefits. One person suggested that policies not containing home health care benefits should be labeled that they are not a long-term care insurance policy. **1992 Proc. IB 983.**

At the time of adoption of amendments to this section, the task force agreed that they would not specify the types of home health care that must be included in a long-term care insurance product that contains benefits for home health care services. **1992 Proc. IB 962.**

The task force agreed to add a new Subsection B to require that the home health care component be at a certain minimum level. **1992 Proc. IB 962.**

Section 13. Requirement to Offer Inflation Protection

Early on the group recognized the need for a provision on inflation protection. The working group started collecting information on the inflation adjustment features already available on the market and their cost. **1989 Proc. II 515.**

This entire section was added in December 1989. As coverage was increasingly marketed to younger groups, the need for inflation protection was demonstrated. The task force considered the various alternative ways of providing protection. The advisory committee suggested mandating an offer of inflation protection without detail on the type of protection, and offered to study the issue of what would be appropriate. **1990 Proc. I 562-563.**

A. A health insurance association representative reported that about half of the policies now being offered include an inflation feature. About half of those provide for an annual rate of increase (not compounded). The negative impact of mandating a specified approach is higher price. The task force chair urged a requirement of at least a 5% increase annually. A product with lower than 5% was no protection at all. **1990 Proc. I 562-563.**

The task force decided to require a mandated dual option with no specific benchmarks. **1990 Proc. I 562.**

One task force member suggested that, in light of the impact on premiums, inflation protection should probably be *prohibited* at a certain age. **1990 Proc. I 566.**

At the time the amendments were adopted, one insurance representative expressed concern that the draft required an offer of inflation protection over the life of the policy. The task force chair noted that technical issues remained on whether the inflation adjustment should be required over the lifetime of the policy or for some reasonable specified time. A consumer advocate noted his organization would favor a reasonable limitation such as attained age. The issue requires further analysis. **1990 Proc. I 542.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 13 (cont.)

The December 1990 minutes of the task force contain an extensive report by the a technical actuarial committee regarding inflation protection and nonforfeiture values. **1991 Proc. IB 662.**

When adopting amendments in December 1990, the task force considered the addition of language to the inflation protection provision to set a specific percentage for compounding. The task force was attempting to balance the public policy considerations of requiring a set rate, or of requiring compounding it all, versus the cost involved. The actuarial committee had recommended compounding at a rate of 7%, but the amount finally agreed upon was 5%, compounded annually. A consumer advocate expressed concern about how complex the provisions on inflation protection were and about the possibility that figures could be manipulated as they were presented to consumers. She expressed the opinion that it is extremely critical that disclosure be clear. The committee discussed the cost disincentives to purchase, but also were mindful of the issue of whether consumers had any meaningful protection at all without inflation protection. **1991 Proc. IB 664-665.**

E. The task force decided to revisit the issue of inflation protection in 1991. One person suggested a practice which should be considered by the task force: Policies are available with a “term” component until individuals reach age 65, and thereafter premiums are level. Another added that prefunding is an issue and suggested the task force examine the offers currently being made in the marketplace. **1991 Proc. IIB 767.**

The task force discussed whether they believed it was necessary to reaffirm that in new Subsections E, F, and G the offer of inflation protection was made to the group policyholder (rather than the certificateholder) in group situations other than discretionary groups. The task force concluded it was not necessary to reiterate this because it was addressed in other subsections of Section 11. **1992 Proc. IB 960.**

In the fall of 1991 the task force considered a draft proposal for amendments to the inflation protection section. It was designed to require an offer also to persons in claim status. **1992 Proc. IB 986.**

F. The new Subsection F adopted in December 1991 was not intended to require a level premium. The purpose of the section was to create an expectation that the premium would remain constant. That is different from the methodology developed by an insurer that can be changed if the experience of the policy turns out to be different. The goal of the task force was to stop short of requiring a non-cancelable policy. The purpose of this section was to introduce a new concept that would create a higher degree of certainty for the consumer that the premium would remain the same in the future. It was the hope that insurers would carefully calculate premium up front. **1992 Proc. IB 959-960.**

G. One industry association commented that they would have concerns if the task force concluded all policies should contain inflation protection. Insurance industry members were requested to provide information detailing circumstances in which inflation protection might not be desirable or feasible. **1991 Proc. IIB 767.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 13G (cont.)

In response to a query about situations where an individual would be better off if no inflation protection existed, one advisory committee member cited a situation in which a 70-year-old individual would be better off choosing a policy with no inflation protection, given the difference in cost of two policies, one with a \$70 a day benefit and the other with a \$100 a day benefit. **1992 Proc. IB 991.**

One issue to be resolved by the task force was whether inflation protection should be mandated or should be a mandated offer. **1992 Proc. IB 991.**

The approach most favored was one where companies would be required to obtain a signed rejection from the consumer on an offer of inflation protection. Then all policies would include inflation protection unless the consumer rejects that protection. **1992 Proc. IB 986.**

For a time the task force considered requiring two rejections, but the inclusion of a requirement that companies make a second offer of inflation protection was removed from the draft because of difficulties with that approach. **1992 Proc. IB 983.**

There was substantial discussion on whether the language concerning the signed rejection addressed individuals who would drop the policy in error. However, the task force agreed to adopt the language presented. **1992 Proc. IB 983.**

It was decided to prepare language for the specific format of the signed rejection. They wanted something stronger than the “Yes, I accept inflation protection,” “No, I reject inflation protection,” suggested by one association. **1992 Proc. IB 960.**

When the model was undergoing amendment in 1999, the last sentence of Paragraph (1) was added. **1999 Proc. 4th Quarter 982.**

Section 14. Requirements for Application Forms and Replacement Coverage

The earlier drafts of the Notice to Applicant Regarding Replacement contained a requirement to include the telephone number of the insurance department. **1987 Proc. II 737.**

Interested parties urged the task force to delete the requirement for a telephone number. Rather, they recommended that a sentence referring consumers to their insurance department be added to Provision One and that it be expanded to explain the role the department may be expected to perform. This would adequately alert consumers to their option to seek help from the insurance department without creating unnecessary cost and administrative problems for both companies and departments. **1988 Proc. I 711.**

The draft which was adopted deleted the information regarding the insurance department and its telephone number. **1988 Proc. I 659.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 14 (cont.)

A. In the drafting of consumer protection amendments in 1990, a series of questions were listed which should be asked in the application process. There was discussion on the necessity for the Medicaid question. The task force chair was of the opinion that it was valuable information which should be considered in order to determine whether coverage should be written. The chair of the advisory committee stated that it might be preferable to develop a clear disclosure statement on the policy stating that if a person is eligible for Medicaid, he or she should probably not purchase the coverage. The Section 14 requirement does not really explain the significance of the question. **1991 Proc. IB 692.**

F. A trade association representative suggested that, if a life insurance policy is replaced by a life/long-term care insurance policy, then the life insurance policy replacement procedure should be followed. If a life/long-term care insurance policy is replaced by a life insurance policy, the long-term care insurance replacement procedure should be used. She offered to draft language to clarify the procedures. **1996 Proc. 2nd Quarter 812.**

This provision was added simply to clarify the procedure that should be followed in the event of a replacement. The task force agreed to adopt the language suggested. **1996 Proc. 4th Quarter 1086.**

Section 15. Reporting Requirements

This section was added with the consumer protection amendments to assist the commissioner in measuring compliance with the regulation's provisions. **1991 Proc. IB 690-691.**

B. Section 15 required every insurer to report annually to the insurance department the company's replacement and lapse rates and the ten percent of the insurer's agents with the greatest percentages of replacements and lapses. The only amendments added to Section 15 in 2001 were cross-references to Appendix G, the new replacement and lapse reporting form. The new reporting form did not add any substantive reporting requirements to the model; it only reflected the current requirements under Section 15. **2001 Proc. 4th Quarter 285.**

F. Subsection F was added as part of the amendment package drafted in 1998-1999. There was protracted discussion about exactly what was meant by the reporting requirement in the Health Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) in terms of what a carrier needed to report. A consumer advocate argued that claims denied for failure to meet a waiting period or because of an applicable preexisting condition exclusion, which did not need to be reported under HIPAA, should be reported so that states could get a complete picture. She urged the NAIC to draft a reporting form for this purpose. **1999 Proc. 1st Quarter 612.**

G. During discussion of Subsection F requirements, the regulators realized they needed to define "claims" for purposes of this section. **1999 Proc. 1st Quarter 612.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 16. Licensing

As one of the possible alternatives to limits on agents commissions, this section was added in 1991 to implement special licensing requirements for agents. The section did not require a separate test; special test questions regarding long-term care insurance on existing exams would satisfy the special testing requirement. **1991 Proc. IB 662.**

During a 1997 discussion on rate stabilization and nonforfeiture, the Senior Issues Task Force talked about the idea of modifying the agents' education requirements. One regulator questioned whether long-term care insurance was so unique that it required a separate license. **1997 Proc. 4th Quarter 938-939.**

The chair noted Section 16 contained a general testing requirement, and asked if more language was to be added to Section 16 to make it clear that it was either a separate long-term care test or a long-term care component of a general licensing test. **1997 Proc. 4th Quarter 939.**

A regulator said the proposal for additional agent training was an excellent one, and suggested asking this to be a charge in 1998. **1997 Proc. 4th Quarter 936.**

This section was revised in 2000 to reflect the licensing requirements of the Gramm-Leach-Bliley Act of 1999, as adopted in the Producers Licensing Model Act 2000 amendments. After the NAIC adopted provisions for a separate long-term care insurance examination, only three states adopted that provision. A regulator recommended adding more long-term care insurance questions to the health section of an agent licensing exam instead of having a separate section. The section as drafted prior to 2000 was contrary to the producer licensing model in light of the Gramm-Leach-Bliley Act. **2000 Proc. 2nd Quarter 291.**

Section 17. Discretionary Powers of Commissioner

A meeting between the long-term care subgroup and the advisory committee was held just prior to adoption to address issues pending between the groups. This section was a result of that meeting, and was designed to provide flexibility in the development of innovative products. **1988 Proc. I 656.**

An advisory committee expressed concern about the possibility of delay in the administrative hearing process and its preferential effect. **1988 Proc. I 652.**

The provision adopted affords the commissioner the authority to exercise a degree of discretion in allowing the kind of product development and testing the advisory committee deemed essential to the future of long-term care insurance. **1988 Proc. I 711.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 18. Reserve Standards

Developing reserve standards for long-term care products is a challenging problem for regulators and the industry alike. On the one hand, insurers are being encouraged to enter the field of long-term care financing in order to provide an alternative to the current public sector financing of long-term care, but on the other hand, the actuarial basis for developing premiums and statutory reserves is limited at best. Three separate situations should be considered: stand-alone long-term care products; long-term care benefits attached to life insurance policies, either directly through a rider with separate identifiable premiums; and long-term care insurance benefits attached to life insurance without identifiable premiums or charges. A further distinction needs to be made between active life reserves and claim reserves. **1989 Proc. I 787-788.**

The Life and Health Actuarial Task Force prepared amendments for adoption in June 1989 to provide for reserve standards. The document prepared for adoption defines reserve standards relating to long-term care benefits contained in accident and health policies and also applies to long-term care benefits provided with life policies or riders. The actuarial task force also agreed to develop actuarial tables relating to long-term care. The possible need for nonforfeiture benefits, in connection with long-term care benefits, also needs to be studied. **1989 Proc. II 476.**

B. While drafting the 1999 amendments, the reference to the reserves law was clarified and the drafting note added. **1999 Proc. 4th Quarter 983.**

Section 19. Loss Ratio

A. This subsection was included in the 2000 amendments. **2000 Proc. 1st Quarter 1109.**

The 2000 amendments eliminated the use of loss ratios for most policies. A regulator explained that currently companies use a fixed loss ratio, which is the ratio of claims to premiums, as a basis to calculate rates for long-term care insurance products. This fixed loss ratio method effectively establishes a cap on premiums that a company can charge and artificially limits initial premiums; however, by increasing claims, a company can increase expenses. The fixed loss ratio method creates an incentive for insurers to increase claims so they can receive higher expenses. This leads to rate increases in the future. **2000 Proc. 1st Quarter 335-336.**

Under the amendments adopted in 2000, there would not be a fixed loss ratio requirement on initial filings as is the current practice. However, penalties would be imposed in the future if there are rate increases. **2000 Proc. 1st Quarter 336.**

A regulator explained that, for an initial rate filing, the proposed change would apply to new policy forms filed after the effective date. For individuals the new rating system would apply only to new policies issued after the effective date of the amendments, which would include a new policy issued under the existing policy form. For groups, the proposal would apply to new policies issued after the effective date of the amended regulation and would apply to new certificates issued under an existing policy after a certain point in time. **2000 Proc. 1st Quarter 336.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 19 (cont.)

Eliminating the initial loss ratio in long-term care insurance rate filings was a major departure from current regulatory practice. Regulators believed that the current regulatory structure did not address the issue of inadequate initial pricing. With the package of amendments adopted in 2000, the incentives to price adequately are materially enhanced. **2000 Proc. 2nd Quarter 162.**

B. When the regulation was presented for adoption, the chair of the Long-Term Care Insurance Subgroup made special comments on the loss ratio provisions of the model regulation. **1988 Proc. I 652.**

The 60% loss ratio was of concern to the advisory committee, which felt it was high. They urged the addition of a drafting note and submission of the provision to the Life and Health Actuarial Task Force for review. **1988 Proc. I 711.**

The loss ratio section was originally conceived as an optional rating provision to serve as a benchmark for those states deciding to use loss ratios to determine reasonableness of benefits in relation to premiums. However, that was changed before the regulation was adopted. **1988 Proc. I 660-661.**

The drafters considered adoption of language excepting life insurance riders from loss ratio reporting requirements. An industry representative stated that loss ratios are not applicable to life insurance in general and for that reason they should be excepted from the reporting requirements. The drafters agreed that the proposed language was confusing, but that having no loss ratio or rate regulation was not acceptable. They agreed that loss ratio standards may be inappropriate to some extent, but there must be language dealing with a reasonable relationship between the charges and corresponding benefits. A workable substitute for the model language should be developed. **1989 Proc. II 477.**

The task force continued to consider the issue of requiring loss ratio calculations for life insurance products containing long-term care insurance benefits. Two suggested approaches were presented by industry representatives but one task force member commented that neither approach addressed all of the task forces concerns and suggested the task force develop its own approach. **1991 Proc. IIB 767.**

The task force considered a proposal from the Joint Accelerated Benefits Advisory Committee concerning the applicability of loss ratios to life insurance policies that accelerate benefits for long-term care insurance. The proposal exempted life insurance policies that accelerate the death benefit where the payment of such long-term care benefits does not result in a decrease in at the total amount of benefits payable under the policy. **1991 Proc. IIB 832.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 19 (cont.)

One insurer representative stated that the reason behind the exemption from loss ratio requirements is that loss ratios cannot be calculated for life insurance policies. The task force chair suggested a definition of an accelerated benefit policy be added to the regulation to avoid confusion. The task force should avoid adopting an exemption that is not clearly defined. **1991 Proc. IIB 832-833.**

The model regulation only specified that individual policies should meet a 60% loss ratio, but the loss ratio reporting forms required experience to be reported on group policies. The task force considered whether a change should be made in the model regulation and whether an explanatory note should be added. **1992 Proc. IIB 697.**

In September 1992 an amendment was adopted to Section 19 to remove the reference to “individual” long-term care policies. The loss ratio reporting form clearly requires group ratios to be reported, so the model regulation was changed for consistency. The change clarified that the 60% loss ratio applied to both individual and group policies. Some members of the task force suggested the loss ratio for groups should be higher, and the task force chair suggested that states would probably apply a higher loss ratio to group insurance. The drafting note at the end of Section 19 was also added. **1992 Proc. IIB 695-696.**

Subsection C was added in 1997 when the task force was considering amendments on the issue of life insurance policies that accelerate benefits for long-term care expenses. **1997 Proc. 1st Quarter 711.**

Section 20. Premium Rate Schedule Increases

[See discussion of rate stabilization at the beginning of Section 9 for background information.]

B. A consumer advocate asked what is meant by “lifetime” as used in Paragraph (3) of this subsection. The chair responded that lifetime refers to the life of the policy form as opposed to the life of a single individual, and that it was common for carriers to use thirty to thirty-five years in the projections that they filed with the states. **2000 Proc. 2nd Quarter 1113.**

C. While reviewing a first draft of the new Section 20, one regulator commented that the components of the ratios needed to be defined. **1999 Proc. 1st Quarter 801.**

The chair explained the new proposal: if an increase in rates was needed, 58% of the initial premium and 85% of the increased portion of the premiums must be available to cover claims on a lifetime present value basis. A regulator asked if this penalty structure would lead to all policies being noncancellable. The chair responded this would be ideal, but no insurer could issue noncancellable policies in today’s marketplace because there is so much uncertainty. Another regulator asked about states that do not have actuaries on staff and the chair responded that it should be easier for those states because they can use the 58%—85% formula. **2000 Proc. 1st Quarter 336.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 20 (cont.)

The derivation for the 58% loss ratio minimum was the traditional 60% loss ratio reduced by a 2% allowance for policy fee expenses. **2000 Proc. 2nd Quarter 1113.**

G. A regulator noted that the approach in Section 20 seems to cap the number of rate increases instead of the initial premium filings. There was discussion about whether this might put an insurer out of business. An industry spokesperson disagreed, saying an insurer would go out of business only if it filed inadequate initial rates on a continuous basis. **2000 Proc. 1st Quarter 336.**

Section 21. Filing Requirement

This section was added to the initial model just before its adoption. The long-term care subgroup met with the advisory committee to consider amendments to the Long-Term Care Insurance Model Act and decided to amend the regulation to address the extraterritoriality issue. The regulation was amended to require a filing from insurers prior to the offering of group long-term care insurance which would include evidence that the policy has been approved in the state where offered and that statutory and regulatory long-term care insurance requirements here are substantially similar to those adopted in the state in which it is offered. **1988 Proc. I 656.**

Section 22. Filing Requirement for Advertising

The task force considered two alternatives: a requirement to file advertising or a requirement to retain the advertising for three years rather than to file it with the department. One reason to consider not filing was a concern that companies would place some significance on the mere fact of filing the material with the department. There was discussion concerning the fact that a “filed” stamp in some states was tantamount to approval and there was further discussion on whether this causes serious difficulty for departments. One commissioner expressed the opinion that the requirement should be at least as stringent as that for Medicare supplement advertisements. The task force voted to require filing of advertising for review or approval to the extent required by state law, identical to the Medicare supplement requirement. In addition, the task force agreed to require companies to retain the materials for at least three years from the first date of use of the advertisement. **1991 Proc. IB 715-716.**

Section 23. Standards for Marketing

In June of 1990, the chair of the task force on long-term care stated that he had become increasingly uncomfortable with the potential for marketing abuse in the area of long-term care insurance. He suggested a member of substantive amendments to the models to address the problem. **1990 Proc. II 619.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 23 (cont.)

A. The last half of Paragraph (4) was added as part of the amendments in response to the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). Under HIPAA the requirement that an applicant be asked suitability questions does not apply to tax-qualified plans. The chair commented that it did not seem correct to say that marketers of tax-qualified plans did not need to research suitability. **1998 Proc. 4th Quarter II 766.**

Paragraph (3) was added with the 2000 amendments. The requirement is in addition to the Section 9 requirement to provide the disclosure form at the time of application. An industry spokesperson commented that this was unnecessary, but the working group decided that the section on marketing standards should be separate and distinct from the application process. **2000 Proc. 2nd Quarter 311.**

An interested party commented that Subsection A(8), which provides an explanation of contingent benefit upon lapse for marketing purposes, was unnecessary since it will be explained during application in the appropriate appendices. The working group believed this provision should also remain in the model. **2000 Proc. 2nd Quarter 311.**

B. Subsection B(4) was adopted because HIPAA contained a prohibition against material misrepresentation for tax-qualified plans. The working group was asked to consider applying it to all policies. **1998 Proc. 4th Quarter II 766.**

C. Subsection C was added to the model in December 1992. **1993 Proc. IB 847.**

The purpose of the amendment was to place responsibilities on an association in its endorsement or sale of a long-term care insurance policy. **1992 Proc. IIB 685.**

The concern of the consumer groups represented was that there should be disclosure of the financial arrangements between associations and the insurers selling through the associations. **1992 Proc. IIB 694.**

The issue of what kind of financial information to disclose is problematic. The task force suggested requiring the association that is endorsing or selling long-term care insurance policies to provide ratings of the insurers. Task Force members agreed further work needed to be done on the issue of financial disclosure. **1993 Proc. IB 843.**

While preparing the draft the task force considered what enforcement mechanism could be added. The first alternative would require the insurer issuing the policy to file and disclose the information required, and failure to comply would constitute an unfair trade practice. The second alternative would place the burden of compliance on the association, but most states would probably require a legislative change to bring the association itself under the jurisdiction of the insurance commissioner. **1993 Proc. IB 853.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 23 (cont.)

Consumer representatives and task force members expressed a preference for requiring the insurers, as opposed to the associations, to comply. It was also suggested that insurers be required to certify to the insurance department that they have complied with the section. **1993 Proc. IB 852-853.**

The enforcement mechanism included in the draft adopted consisted of a filing requirement and a certification requirement. The task force expressed an intention to pursue the addition of an unfair trade practice violation after coordination with the subcommittee dealing with that issue. **1993 Proc. IB 843.**

In 1993 an amendment was adopted to the section on association responsibilities and to the Unfair Trade Practices Act. The new Paragraph (9) added a violation to the Unfair Trade Practices Act to that section. **1993 Proc. 1st Quarter 276.**

The provisions of the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) does not require associations to meet certain marketing requirements in the model. Paragraph (6)(d) was added to exempt associations from those requirements. **1998 Proc. 4th Quarter II 766.**

Section 24. Suitability

As part of the consumer protection amendments of 1990, a provision was added to the model requiring simply that an agent make reasonable efforts to determine the appropriateness of a recommended purchase. **1991 Proc. IB 710.**

In mid-1993 a working group was appointed to consider the suitability of purchases of long-term care insurance. The group's first thought was to revise the Long-Term Care Shopper's Guide and prepare a worksheet to assist purchasers in their decision-making process. The chair of the working group indicated that the shopper's guide could be enhanced by a lengthier discussion about the appropriateness of purchasing long-term care insurance. **1993 Proc. 2nd Quarter 752, 759.**

By the time the working met next in August of 1993, the group had realigned the response to its charge. Instead of amending the shopper's guide, the working group planned to develop a worksheet to be used by purchasers and by senior counseling programs to determine whether purchasers have appropriate and sufficient resources to buy a policy. The goal was to produce a document that was easily understood and that could be reproduced by states and counseling programs. **1993 Proc. 3rd Quarter 465-466.**

In determining what kind of suitability standards would enhance the existing provisions in the NAIC Long-Term Care Insurance Model Act and Regulation, the working group reviewed a chart indicating that the majority of purchasers did so to avoid dependence. The group also reviewed a report that indicated companies do not avoid selling to low-income individuals. Members concluded that it would be appropriate to develop a suitability standards section for the model regulation.

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 24 (cont.)

An NAIC staff member indicated that some time earlier the NAIC had considered including language requiring agents to ascertain a purchaser's income and asset levels, but at that time the members had concerns about purchasers divulging that information to an agent. Members expressed concern also about identifying strict dollar amounts above or below which an individual should purchase coverage. **1993 Proc. 3rd Quarter 468-469.**

One regulator said he had analyzed the debate on the nonforfeiture issue and through that process had learned that many policies are sold inappropriately to individuals. He said the working group should impose more stringent suitability standards. He had originally thought agents should be required to obtain certain relevant information, but now he understood why this might not be prudent. He said he favored an approach creating a minimum suitability standard—not a specific dollar amount, but a question about whether prospective purchasers were above or below a certain income level. **1993 Proc. 3rd Quarter 467.**

The chair said she was concerned about setting a minimum standard because there were reasons other than economics why individuals should not purchase a policy. She also expressed reluctance to set a standard that required a suitable sale, and then did not allow agents to obtain the necessary information to accomplish that. **1993 Proc. 3rd Quarter 467.**

By late 1993 the working group had developed a new section for the long-term care regulation and a worksheet to help an individual determine whether insurance was affordable. The worksheet (which became Appendix B) helped the person articulate the reasons for purchasing long-term care insurance and then used a chart to determine whether there was money to cover its cost after payment of expenses for necessities. The draft of model language required insurers to train their agents in the use of listed standards for determining whether the individual was a suitable candidate for purchase of long-term care insurance. **1993 Proc. 4th Quarter 714-717.**

One regulator responded to the draft by saying it was appropriate to require agent training; he said it was not possible to educate all the consumers. He supported adding a provision placing the burden or proof regarding suitability on the insurer and agent. **1993 Proc. 4th Quarter 712-713.**

The working group considered replacing the language adopted in 1990 that required an agent to “make reasonable efforts” to determine appropriateness. An industry representative opined that this was a dramatic shift from the existing model language. Another suggested that an agent would need a clearer definition of what was required and would need protection if the applicant gave incorrect or incomplete information. A consumer representative emphasized the importance of keeping the agent from delving too deeply into information about the consumer's finances. The chair said the draft contained numbers for minimum assets and income to respond to that concern, but she was not comfortable with that either because the numbers may not be good for very long. **1993 Proc. 4th Quarter 713.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 24 (cont.)

An agents' association representative spoke in favor of making the standards as objective as possible. His concern was the possibility of the insurance department second-guessing the agents and insurers after they have acted in good faith in a manner they thought was appropriate. **1994 Proc. 1st Quarter 453.**

A. One attendee asked if it was the intent of the drafters to apply the model provisions to life insurance products with long-term care riders. The group was informed that one state's program differentiated based on the trigger. If the trigger for accelerated benefits did not specify that the payment would be used for long-term care, the life product was not covered by the rules on long-term care insurance. If the benefits were limited to long-term care, the product would be covered by the rules. **1994 Proc. 2nd Quarter 601.**

The working group considered as its next meeting how to deal with life insurance policies that had long-term care insurance riders. One company representative said that the rider typically was 5% of the total purchase price, and for that reason she did not feel the suitability standards were appropriate. She said if the working group decided to address long-term care riders there would have to be many changes to the personal worksheet. The working group decided to exclude from the personal worksheet requirement those life policies with a long-term care rider where neither the benefit nor the eligibility for the benefits was conditioned upon the receipt of long-term care. **1994 Proc. 3rd Quarter 621.**

A representative from a life insurer said she had been under the impression life insurance would be excluded from the model regulation and she did not see that in the draft. A regulator responded that the motion was to exclude all life policies that were not considered long-term care policies by the definition in the Long-Term Care Insurance Model Act. She said a typical accelerated benefits rider in a life insurance policy was triggered by one of four situations: (1) terminal illness; (2) specific disease; (3) permanent nursing home confinement; (4) long-term care benefits, using benefit triggers. She said it was the intent of the working group that situation number four would be covered under the suitability standards. **1994 Proc. 3rd Quarter 613-614.**

The chair asked an insurer representative to explain her view of why life insurance policies with long-term care riders should not be included in the model. She described the life insurance sales process and said that the rider to provide long-term care benefits was generally 5% to 7% of the premium, so it was difficult to imagine an unsuitable purchase because of the low cost. She also pointed out that life insurance was a much more mature market and she was not aware of any complaints on the issue of suitability. A consumer representative expressed concern that life insurance was increasingly being exempted from long-term care insurance provisions. A regulator expressed concern that use of the disclosure form would add to the impression the coverage was long-term care insurance. The working group voted to exclude all life insurance policies with long-term riders from the draft. **1994 Proc. 4th Quarter 737.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 24 (cont.)

B. The working group decided to revise the draft regulation to require that insurers develop suitability standards and train their agents in their use. The chair asked how the department would evaluate insurance companies' standards, and another working group member responded that unless the standards were egregiously inadequate, the department would accept them because the standards had been the responsibility of the insurer. **1994 Proc. 1st Quarter 454.**

The working group decided it was inappropriate to set dollar amounts for a suitable purchase. The draft of the model under consideration in early 1994 contained components that would help a company develop standards for its own use in determining suitability. The standards would be used to train the sales force and the agents would be required to use the standards. **1994 Proc. 1st Quarter 454.**

A representative from an association asked about the situation where a person did not want to divulge financial information. He asked what the agent's responsibility was, and a regulator responded that the company's standards might allow the agent to infer affordability by looking at the home and furnishings. A consumer representative suggested the model require insurers to file their suitability standards so that the commissioner would know they had been developed. The chair expressed concern that filing implied review or approval and said the department could review the company's suitability standards during a market conduct examination. **1994 Proc. 1st Quarter 450.**

Another issue discussed by the working group was whether companies should maintain their suitability standards for inspection by the commissioner or be required to file them. The chair asked if it would be appropriate to make the suitability standards available to the public on request. An industry response was concern about giving that information to the competition. **1994 Proc. 3rd Quarter 621.**

The working group agreed that the material on the personal worksheet was a minimum requirement. An insurer might need a more extensive set of questions in its screening to implement its own suitability standards. One regulator asked if there would be a filing of the personal worksheet to allow regulators to review the questions that were added by the insurers. Another responded that, if the personal worksheet were legally part of the application, it could be reviewed when the application was filed, but the working group decided against making the worksheet part of the application. **1994 Proc. 3rd Quarter 619.**

The working group considered whether the personal worksheet should be made part of the application. Concerns raised were that this would allow the insurer to rescind the policy if the income had been misstated. The chair said if the working group did decide to make the worksheet part of the application, it would not be allowed to be used as the basis for rescission. Another concern was the administrative burden of refile every time the worksheet changed. The working group decided to require that the personal worksheet form be presented to the consumer no later than at the time of application and that the policy not be issued without receipt of the form. The group agreed that a completed worksheet included one where the applicant had checked the box saying he did not want to fill out the form. A consumer representative expressed concern that agents might encourage applicants to choose the box saying they did not want to provide information because that would be easier. **1994 Proc. 3rd Quarter 621.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 24B (cont.)

The question of whether to make the personal worksheet part of the application was discussed further. The purpose would be to assure that the information would be reviewed by the insurance department. Insurers saw this as a problem because in some states it took a long time to get approval of a policy form. Several suggested it would be appropriate to file the personal worksheet without making it part of the application, and the working group agreed this was a solution to the problem. **1994 Proc. 3rd Quarter 614.**

The working group was asked if the standards would apply to the group market. An insurance representative said he thought the group market needed to be treated separately because the company did not get information from the employee, and was concerned with how the mechanics would be handled in a group situation. **1994 Proc. 2nd Quarter 600.**

The working group heard information to help it decide whether to apply the suitability standards to group policies. The group heard about the group insured population, reasons why purchases are made, and about the group long-term care insurance enrollment process. The premium was generally paid by the employee, although there might be a partial contribution by the employer, but coverage was offered to spouses, parents and parents-in-law and that type of coverage was underwritten. In response to a question about cost, he said there were some economies for group sales so his company generally charged about 30% less in the group market. Another insurer representative said that in the small group market, employees were more likely to be underwritten. **1994 Proc. 3rd Quarter 620.**

The chair asked industry representatives to answer the question: “Why do you believe the suitability standards should not apply to group insurance?” One responded that, in soliciting group insurance, the company does not develop a personal relationship with the insured, but rather deals with the employer. Another responded that, if the sale was not agency based, it was very difficult to get the kind of information that would be required under the suitability standards. He suggested that association groups should have the same treatment as employer groups. Another responded that an association that targets the seniors market is much different from an employer group. The personal worksheet was designed to help an older person; affordability was not an issue in the employer market, so it was inappropriate to ask questions about whether the individual could afford the coverage. Another insurer said the sales process was much different in a group market. He did not believe the personal worksheet was appropriate for the employer group market because of a concern about confidentiality. One regulator said he saw a need to make a distinction between the employer group and association groups. He said association groups in many states came close to marketing the way individual policies are marketed. **1994 Proc. 3rd Quarter 620.**

The chair said the working group had several options: (1) no exemption for the group market; (2) exempt the entire group market; (3) exempt active employees; (4) exempt active employees and their spouses; (5) exempt employer groups; or (6) exempt guaranteed issue policies. He said he was comfortable with exempting the group market from a requirement to use the personal worksheet, but he felt they should get the disclosure form.

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Another regulator saw a need for parents and relatives to get the information. One attendee suggested exempting individuals who were below a certain age from the personal worksheet requirements whether they were in the individual or group market. One company representative opined that it was a violation of age discrimination laws to treat older employed persons differently than younger employed persons. Another person suggested that exempting active employees and their spouses would alleviate the problem and another suggested exempting persons who were actively at work, even if they were in the individual market. The working group agreed to exempt long-term care insurance policies sold through an employer group to active employees and their spouses from a requirement to obtain a personal worksheet from each applicant. The worksheet would be provided to people of all ages. **1994 Proc. 3rd Quarter 620.**

E. Since the personal worksheet required financial information, there was a need to include a provision preventing other use of this information by the agent or the company. A regulator suggested the draft say the information was confidential. **1994 Proc. 3rd Quarter 614.**

G. An industry representative asked the working group to add a sentence to the end of Subsection G that said an applicants' returned letter or verification "shall be conclusive evidence of the insurer's compliance." A regulator asked why this situation was different from any other regulatory requirement of a company, and the response was that the insurer was serving more as a counselor than an insurer. Another insurer representative pointed out that the company would be able to avoid liability if an individual were to say the suitability standards were not appropriate and he should have been able to obtain coverage. A regulator opined that if a company was looking for assurance that its standards were appropriate, this provision would not provide it. Regulators agreed specific language was not needed in the regulation. **1994 Proc. 4th Quarter 731.**

H. The working group decided to consider adding a requirement for insurers to compile statistical data on the number of letters sent, the number who chose to confirm after receiving a suitability letter, and the number who declined to provide information, as compared to the total number of application. **1994 Proc. 3rd Quarter 622.**

Section 25. Prohibition Against Preexisting Condition and Probationary Periods in Replacement Policies or Certificates

Comments received on this section of the draft advocated eliminating any prohibition against new preexisting condition requirements on replacement policies. There was discussion on whether waiting periods, probation periods and elimination periods should be retained in the draft. It was suggested that waiting periods refer to the time period that must pass before coverage is effective and that elimination periods refer to the time period which must be met once a policy is purchased and before any collection of benefits. The task force agreed that probationary periods are essentially equivalent to waiting periods and concluded that reference to elimination periods should be removed from the draft. In the Medicare supplement area elimination periods are appropriate, but not in the long-term care insurance area, so the phrase was removed from the draft. **1991 Proc. IB 716.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 286B Nonforfeiture Benefit Requirement

[See the commentary for the nonforfeiture requirement in the Long-Term Care Insurance Model Act, beginning on page 640-26 for early discussions of the concept of nonforfeiture benefits for long-term care insurance.]

Once a nonforfeiture benefit requirement was included in the model act, discussion turned to how to implement the requirement. The task force considered principles for the development of nonforfeiture benefits: (1) the shortened benefit period approach should always be included as an option; (2) the shortened benefit period approach must meet or exceed minimum standards prescribed by law. The task force also recommended that the commissioner permit additional forms of nonforfeiture benefits to be offered subject to those benefits meeting or exceeding minimum standards prescribed by the commissioner. However, the task force preferred providing nonforfeiture benefits in the form of long-term care payments rather than cash. The regulators were urged to provide flexibility to change rating requirements and policy provisions in response to federal legislation, which could greatly change the way long-term care is delivered. **1993 2nd Quarter 750.**

The NAIC's discussions on nonforfeiture and rate stabilization were carried on concurrently. One working group member emphasized that for rate stabilization to be successful, an established nonforfeiture scheme should be in place. **1993 Proc. 2nd Quarter 758.**

After some discussion of public-private partnerships, it was agreed to add a drafting note that would state that there might be situations where the public-private partnerships should be exempt from the mandatory inclusion of nonforfeiture benefits. **1994 Proc. 4th Quarter 724.**

A report on nonforfeiture said the critical issue was to balance the dual objectives of meaningful benefits with affordable cost. Of particular interest was at what duration and amount to start benefits and how rapidly to increase them. While there were other considerations which should be taken into account, comparisons should be made between the scale ultimately adopted and the "asset share scale" to ensure that reasonable equity between terminating and persisting policyholders was maintained. **1993 2nd Quarter 753.**

A. The model contained a requirement in Subsection A that every policy or certificate contain nonforfeiture benefits. That sentence was deleted when the 1998 amendments were adopted. **1998 Proc. 1st Quarter 802.**

B. While reviewing issues of rate stabilization in the summer of 1997, discussion turned to the nonforfeiture benefit. One regulator stated that the addition of a limited nonforfeiture benefit was intended by the task force when it adopted the concept of mandatory nonforfeiture in long-term care insurance. The real reason that cash benefits were not added to the nonforfeiture provision was so that the insured would not be forced into getting nothing of value upon lapse. **1997 Proc. 2nd Quarter 757.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 26B (cont.)

Another regulator suggested that mandatory nonforfeiture may need to be revisited. When the issue was addressed earlier, the standards may not have fit the marketplace. Another regulator said her state had attempted to place mandatory nonforfeiture into its regulation, but only a mandatory offer of nonforfeiture was eventually included. **1997 Proc. 2nd Quarter 757.**

An insurer representative stated that nonforfeiture benefits have been selected by less than one percent of insureds, and that the selection of nonforfeiture added 25 percent to the policy premium. **1997 Proc. 3rd Quarter 1351.**

A representative from one state described the provisions in place in his state. He described an industry suggestion for contingent nonforfeiture, where the policyholder had the opportunity to elect a nonforfeiture benefit in the event a policy's rates were increased above a certain threshold. **1997 Proc. 3rd Quarter 1352.**

An interested party opined that the cost of contingent nonforfeiture would be less than a voluntary nonforfeiture benefit. He suggested a contingent nonforfeiture would provide some residual benefit, without adding substantial cost to the policy. An insurer association representative said that contingent nonforfeiture would address the concern about companies deliberately underpricing the cost of coverage. **1997 Proc. 3rd Quarter 1353.**

During a nonforfeiture discussion, one suggestion put on the table was to allow a consumer to buy down, or reduce benefit levels in lieu of accepting a rate increase and retaining the original benefit levels. **1997 Proc. 3rd Quarter 1353.**

An interested party suggested that a contingent nonforfeiture benefit could be developed based on a formula including the attained age of the policyholder, the duration of the policy, equity interest, and other factors. **1997 Proc. 3rd Quarter 1353.**

The task force identified the concept of contingent nonforfeiture as an idea with promise. The benefit would be a shortened benefit period similar to the dollar amount in the original policy, with a reduced benefit period. The trigger would be based on a cumulative increase over the lifetime of the policy, based on the initial premium. **1997 Proc. 3rd Quarter 1342-1343.**

The working group considered an industry suggestion for a period of time when the contingent nonforfeiture option could be utilized by the insured. The industry representative said there should be a time period following the effective date of the triggering event during which the insured must elect the contingent nonforfeiture benefit. The insurance industry supported an election period of 90 days. One regulator said his state's provision is five months, and he said a longer election period would provide consumers more time to make a decision. **1997 Proc. 3rd Quarter 1343.**

A regulator suggested there were several ways to pay for contingent nonforfeiture: (1) include the cost in the initial premium; (2) decrease profits for the insurer; (3) increase losses for the insurer; or (4) increase rates. An insurer representative responded that he disliked rate increases because they resulted in more lapses, which caused more increases, etc. in a spiral. **1997 Proc. 4th Quarter 937.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 26B (cont.)

A regulator clarified that every time there is a rate increase, even though the contingent nonforfeiture benefit has already been triggered, the insured would have the opportunity to elect the contingent nonforfeiture benefit again. **1997 Proc. 4th Quarter 941.**

Three different approaches were discussed as triggers for the contingent nonforfeiture benefit. An industry trade association proposed a trigger when the insured's issue age 65 premium increased by 50 percent or more over any three-year period. An alternative was suggested by one state that takes the insured's rates at age 65 and triggers contingent nonforfeiture when the rates are increased by 50 percent or more over the lifetime of the insured. Another state suggested a graduated system based on the insured's age, with different levels of rate increases over the insured's lifetime triggering contingent nonforfeiture benefits. **1997 Proc. 4th Quarter 935.**

A regulator said it was important to the process that any amended models have industry support at the state level. **1997 Proc. 4th Quarter 907.**

D. The provisions of the new Subsection D adopted in 1998 contained brackets for premium changes at younger ages and then changed every year to age 90. The task force noted it was trying to protect the older population from significant rate increases that could result in lapse with no benefits for premiums previously paid. **1997 Proc. 1st Quarter 775.**

E. When originally developing nonforfeiture benefits, there was a strong preference of the task force that only one scale of nonforfeiture values be used. There were two choices theoretically possible: (1) as a percent of the benefit period (so that the actual benefit would vary according to the duration of benefit provided), or (2) as a fixed benefit period (so that all insured would receive the same nonforfeiture benefit, regardless of the actual duration of the benefits that would have been available during the premium-paying period).

Given that the nonforfeiture benefits purchased by asset shares increase for all attained ages as the underlying benefit period increases, it seemed most appropriate to express the nonforfeiture benefit as a percentage of the benefit period. **1993 2nd Quarter 753.**

A report containing proposed principles for the development of nonforfeiture benefits said one issue remaining was whether to vary nonforfeiture scales by issue age. Generally, a nonforfeiture scale that reflected realistic asset shares would generate positive values at earlier durations for older issue ages, but would have steeper slopes for the younger issue ages. In other words, the nonforfeiture scales would generally start out lower for younger issue ages, but would increase more rapidly so that the nonforfeiture scale would eventually be higher for these issue ages. **1993 2nd Quarter 753.**

Questions were raised in the actuarial report to the task force as to whether the nonforfeiture benefits should be fixed at the time of issue, or whether some adjustment should be allowed subsequent to the time of issue, *e.g.*, prior to the time of entry into nonforfeiture status or prior to the time nonforfeiture benefit payments begin.

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 26E (cont.)

It should be remembered that most lapses are projected to occur before even one year of institutional care would be provided as a nonforfeiture benefit. Subjecting these lapsing policyholders to the risk that this benefit could be reduced may result in situations where the benefit is diminished to inappropriately low levels. **1993 2nd Quarter 754.**

It was estimated that the cost of providing a nonforfeiture benefit actuarially equivalent to the asset share would raise the premium 7%–13% at issue age 75 to 64%–232% at issue age 35, depending on whether or not inflation protection was provided. In terms of dollar amounts, the premium for a plan of benefits increased from approximately \$100–\$200 for policies without inflation protection to \$600–\$1000 for policies with inflation protection. **1993 2nd Quarter 754.**

The report emphasized a number of points in regard to the increased costs for nonforfeiture benefits:

- (a) A 20% increase in the assumed costs for insureds in nonforfeiture states was assumed. This assumption was made to recognize the additional risk to the insurance company for the noncancellable nature of these risks. Further study may lead to the conclusion that this represents an unfair subsidy of the persisting policyholder by those who lapse.
- (b) The 60% loss ratio may not be appropriate if nonforfeiture benefits are mandated. The use of a higher loss ratio would lower the cost of this benefit.
- (c) Some adjustment in the nonforfeiture scale for policies incorporating inflation protection should be considered. In particular, adjustments at the younger age may be appropriate.
- (d) Consideration might be given to providing some flexibility in the application of inflation protection. For example, the benefits could be structured so that the inflation protection is frozen when the insureds go into benefit status. The benefit could be “unfrozen” after the insureds have not received any long-term care benefits for a specified period of time.
- (e) Interest rates incorporated into the pricing of the product will have to be closely monitored in order to avoid situations where excessive premiums result because interest assumptions are too low.

1993 2nd Quarter 754.

In addition to the shortened benefit period form of nonforfeiture benefit, the actuarial group also considered extended term insurance, reduced paid-up insurance and cash surrender value. Desirable features of a cash surrender value are: (1) Flexibility to the policyholder; (2) Minimized risks for the insurer and persisting policyholders; and (3) Low administrative expense for the insurer. Difficulties associated with cash surrender values include: (1) A death benefit should also be required, but this would make the premium higher; (2) The availability of a cash surrender value may induce lapses; (3) The providing of cash is contrary to the purpose of long-term care policies, which is to provide benefits in the event of institutionalization or receiving home health care; and (4) Income tax implication of a cash surrender value are not clear. **1993 Proc. 2nd Quarter 754-755.**

The regulators suggested that one specific scale of nonforfeiture values that applies to most benefit plans should be created. That would mean that all durations of benefits, elimination periods, etc., would be specified rather than creating differing scales for various levels of benefits. **1993 Proc. 2nd Quarter 758.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 26E (cont.)

Another issue considered by the task force was whether the standards set in the model should be minimum or absolute standards. At a hearing in August of 1993, a representative of an insurance trade association spoke for minimum standards, while a consumer representative favored absolute standards. She stated simplicity was needed in the nonforfeiture standards since this would better assure consistency in implementation. **1993 Proc. 2nd Quarter 485.**

An actuary was retained to study the technical issues related to nonforfeiture and to prepare a report for the task force. His report discussed the effect on rate filing reviews and raised questions relative to loss ratios. The report suggested some ways to mitigate premium increases, such as a longer elimination period while under a shortened benefit period, different benefit periods for nursing or home health care, and other benefit design possibilities. The report also discussed the interpretation and use of a scale produced by asset shares. **1993 Proc. 3rd Quarter 474-480.**

The working group minutes for the December 1993 meeting contain charts and graphs to help the group in its consideration of shortened benefit period scale adjustment factors, including scales with and without inflation protection. **1993 Proc. 4th Quarter 694-701.**

In response to the memo, the chair said the working group was looking for an equitable scale so that those who lapse do not subsidize other policyholders and are not subsidized extensively themselves. **1994 Proc. 1st Quarter 463.**

One regulator wrote a memo expressing his concerns about the direction being taken by the working group. He urged consideration of the “benefit bank” approach because it was easier to use than the shortened benefit period. He also encouraged development of a *minimum* scale, which would be fair to those continuing coverage. The regulator also expressed concern that the provisions adopted should be understandable to consumers. **1994 Proc. 1st Quarter 465-466.**

Another attendee asked why the benefit bank approach had been disregarded. The response was that the benefit bank was not as theoretically sound and it made comparisons of policies by consumers much more difficult. The increase in premiums resulting from the benefit bank approach would be even higher than the scale under current consideration. **1994 Proc. 1st Quarter 464.**

The working group discussed another earlier recommendation: Nonforfeiture scales should differ only for differing benefit periods. One industry representative in attendance said each of the recommendations of the working group displayed a move to richer benefits and increased prices, which would discourage consumers from buying the product. An industry association representative suggested that policies with different benefit periods for different benefits would be difficult to explain to consumers and difficult to administer. The chair said he did not think benefit periods should vary because of age because the variances calculated were not especially great and the working group was interested in promoting consistency in the benefits offered. **1994 Proc. 1st Quarter 464.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 26E (cont.)

The working group talked extensively about developing different benefit scales for differing benefit periods. Those not in favor of this approach pointed out that this moved away from the goal of developing a simple, easily understood nonforfeiture benefit. **1994 Proc. 1st Quarter 462.**

The working group chair said he thought the benefit bank approach had significant advantages over the shortened benefit approach in terms of simplicity, ease of understanding, ability to handle changed circumstances, and more limited impact on affordability of the product. Another regulator said he felt if the goal was simplicity and ease of comparison, he did not think this was a viable approach. The chair said he was not willing to discard the benefit bank approach in view of its superiority in a real-world setting, but he acknowledged the need to move ahead with the shortened benefit approach. **1994 Proc. 1st Quarter 463.**

An association representative was asked to report on several issues. He stated that the use of asset shares and equity as the origin of nonforfeiture minimum standards lead to multiple scales based on different risk criteria and benefit arrangements. This makes a nonforfeiture benefit more difficult to explain. Several insurers suggested an alternative minimum standard where the benefits are based on the total amounts paid over the period of coverage. A regulator responded that the essential difference was that the scale in the NAIC draft provided that the policyholder who lapsed after ten years obtained 20% of the benefit purchased as a paid-up benefit. The benefit bank proposal placed all premiums paid over the period of coverage in a benefit bank. Upon lapse, the nonforfeiture benefit could be estimated by dividing the benefit bank by the daily benefit. For example, a policyholder who paid \$1,000 annually for ten years for a policy providing a \$100 daily benefit would receive 100 days of coverage upon lapse, assuming the full \$100 daily benefit was utilized. **1994 Proc. 2nd Quarter 604.**

When reporting on the progress of the working group assigned to draft a nonforfeiture benefit provision for the model regulation, the regulator said the working group had focused its efforts in designing and implementing a shortened benefit period approach for nonforfeiture benefits. He indicated the group had drafted a regulation that defines and implements the benefit with a table using an asset share for determining the values of the benefit. He said the industry was strongly opposed to this approach and preferred a benefit bank. **1994 Proc. 2nd Quarter 603-604.**

By August of 1994 the working group was considering two alternative approaches to the nonforfeiture benefit. In addition to the approach they had been considering with a prescribed scale for the shortened benefit period, a draft was submitted with a benefit bank equal to 100% of all premiums paid. The alternative draft had first contained 80% of all premiums paid, but the group decided it would have to be at least 100%. They also discussed attempting to create a factor on the basis of the age-weighted percentages utilizing factors that attempt to approximate the underlying asset share percentage. **1994 Proc. 3rd Quarter 605.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 26E (cont.)

One of the concerns was about a benefit structure when nonforfeiture benefits were paid up to an amount equal to 100% of all premiums paid. The chair questioned how its benefit could be communicated so that the consumer would understand that there is no cash surrender value. **1994 Proc. 3rd Quarter 601.**

A regulator asked if the proposal was to consider all the premiums paid, or total premiums less claims paid. The response was that the proposal was for total premiums paid irrespective of any claim payments. It was also noted that the proposal attempted to deal with the problem of a person who had purchased at a young age with a small premium by requiring a 30-day minimum benefit period. **1994 Proc. 3rd Quarter 596.**

After discussion, the working group agreed to recommend that the prescribed nonforfeiture scale should begin no later than the third policy year and should apply equally to institutional and non-institutional care. **1993 Proc. 4th Quarter 703-704.**

The working group reviewed its earlier decision to require a nonforfeiture benefit no later than the end of the third year following issue. Some in attendance argued for a five-year period, while others thought three years provided a meaningful benefit. One industry representative suggested three years would promote abuse by agents. The chair said policing agents was a better solution than adopting a different time period. **1994 Proc. 1st Quarter 464.**

The working group discussed whether or not inflation protection should be included after the shortened benefit period status began. Several working group members expressed concern about the provision and its impact on the cost of the benefit. **1994 Proc. 1st Quarter 462.**

A decision was made in September of 1994 to discontinue inflation protection at the point that premium payments cease. Several comments were made pointing out that providing inflation protection after lapse increased the cost of the nonforfeiture benefit. It was also noted that the level of nonforfeiture benefits could have implications for the policyholder's eligibility for Medicaid. **1994 Proc. 3rd Quarter 600.**

Paragraph (4) was modified during the discussion of the 2000 amendments on rate stabilization. References to the contingent benefit on lapse were moved within Paragraph (4) and modified. **2000 Proc. 2nd Quarter 304.**

G. One of the principles agreed upon by the working group was that there should be no difference in the nonforfeiture benefits mandated for group and individual policies. One regulator expressed concern that the inclusion of high nonforfeiture values in group policies would discourage employer group products with a significant employer contribution. Another regulator pointed out that the current tax law is a significant deterrent for policies with employer contributions and that until the tax code is changed, employers are not likely to pay premiums on behalf of employees.

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 26G (cont.)

She expressed concern about the applicability of nonforfeiture values for a certificateholder that converts from a group policy. An insurer representative said that the conversion could be based on the original purchase date of the group coverage. **1994 Proc. 1st Quarter 463.**

K. Subsection K was added as part of the 1999 amendments. **1999 Proc. 4th Quarter 985.**

Section 27. Standards for Benefit Triggers

A working group was appointed in June 1994 to evaluate and determine if development of standard benefit triggers was appropriate and feasible in long-term care insurance policies. This charge arose out of a variety of problems dealing with claim payment issues for consumers. **1994 Proc. 2nd Quarter 599.**

One of the goals of the drafters was to create a level playing field for all policies and allow consumers to know what they are purchasing and what to expect if they need benefits under the policy. **1994 Proc. 3rd Quarter 606.**

Attendees at a working group meeting discussed the “medical necessity” test used in many long-term care insurance policies. Regulators, consumer representatives and insurance industry representatives all expressed discomfort with this method and the difficulties it posed. **1994 Proc. 3rd Quarter 612.**

The drafters agreed that it was important to define activities of daily living and to define the level of assistance needed to trigger inability to perform the activity. It was suggested to the working group that it should standardize not only the definitions, but also the level of impairment that triggers benefits. **1994 Proc. 3rd Quarter 608.**

The working group discussed the pricing implication of a movement toward activities of daily living as benefit triggers. A consulting actuary said the insurance industry did not have significant data relative to pricing implications. He used data available from other settings to give some indication to the working group. **1994 Proc. 3rd Quarter 607.**

One comment received by the working group was that bathing should be considered an activity of daily living, and that it was often one of the first things an individual could not perform without assistance. The comments also pointed out the need to deal with direct assistance versus stand-by assistance. **1994 Proc. 3rd Quarter 607.**

The drafters decided to use an existing state regulation as the starting point for its deliberation. A consumer representative opined that, in addition to the performance of activities of daily living, the group needed to add cognitive impairment as a benefit trigger. **1994 Proc. 3rd Quarter 608.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 27 (cont.)

The chair of the working group opined that there were three issues to consider: (1) definition of the activities of daily living, (2) the number of activities of daily living that trigger benefits, and (3) the level of impairment that determines a person's ability to perform. **1994 Proc. 4th Quarter 719.**

Medical personnel from one insurer agreed that the issue of level of assistance was important, as some companies test for a person needing stand-by assistance to trigger the benefit and others use a test that determines a person's need for direct assistance in his or her ability to perform the activity. A consumer representative stated that this was the primary problem in the marketplace that needed to be addressed. **1994 Proc. 4th Quarter 719.**

The working group discovered that an industry standard of sorts for activities of daily living existing in a Sidney Katz study. The group was encouraged to start with the Katz definitions and use them for benefit triggers as there had been a great deal of research done on these triggers and their use. **1994 Proc. 4th Quarter 719.**

A. One of the tasks of the drafters revising the model to include benefit triggers was to decide how many deficiencies of activities of daily living would be required to trigger benefits. The model was drafted to require benefits when a person was unable to perform three out of the six activities of daily living, but it would allow companies to use a more lenient standard such as two out of six. The chair noted this would apply to home health care benefits as well as nursing home benefits. One participant reported on studies showing an increase in utilization of as much as 42% if two out of six, instead of three out of six, activities of daily living were used. **1995 Proc. 1st Quarter 577.**

One consumer representative suggested drafting the model with a two out of six trigger for home health care, and a three out of six trigger for nursing home care. A regulator asked if it was appropriate to allow companies to offer a four out of six activities trigger at a lower cost. The consumer representative said it was not possible for consumers to make informed decisions in this marketplace. **1995 Proc. 1st Quarter 578.**

C. After drafting a provision that specified six activities of daily living and requiring a benefit trigger of no more than three of the six, the drafters agreed that they wanted to allow provisions that were innovative and less restrictive. Subsection C was designed to provide for that flexibility. **1995 Proc. 1st Quarter 578.**

D. After discussion of whether the standard for assistance should be stand-by or hands-on assistance, the drafters decided to use hands-on assistance as a measure to determine a person's deficiency in performing activities of daily living. **1995 Proc. 2nd Quarter 651, 654.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 28. Additional Standards for Benefit Triggers for Qualified Long-Term Care Insurance Contracts

Section 28 was added as part of the revisions developed in response to the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). This section describes benefit triggers for qualified long-term care insurance contracts. Staff noted that the structure for chronically ill individuals was difficult, and said that the U.S. Treasury Department would issue definitions, but states might not want to wait for them. **1998 Proc. 3rd Quarter 719.**

An interested party expressed a preference for waiting until Treasury offered further guidance before amending the models, but acknowledged that, since these were not forthcoming, it was a good idea to proceed. **1998 Proc. 4th Quarter II 766.**

A. The drafting note in the amendments states that the eligibility for benefits “shall not be more restrictive” than the inability to perform at least two of five activities of daily living (ADLs). The NAIC standard for nonqualified plans was three out of six ADLs. **1998 Proc. 4th Quarter II 766.**

Staff suggested that the model might not need to be amended with respect to ADLs quite as much as first thought. The standard under federal law was that benefits would be triggered when the insured could not perform at least two of five ADLs, and six ADLs were specified. The six in the federal law were the same six as were defined in the model act. Thus, since the six ADLs are identical in the model and the federal law, the model’s requirement that no more than three of six be used as a trigger was consistent with the two of five in the federal law. **1999 Proc. 1st Quarter 613.**

A regulator questioned the need to include the definitions as used in HIPAA. Most of the states represented at the meeting opined that they would need that level of detail in their own state regulation. The working group decided to retain the definitions. **1999 Proc. 2nd Quarter 662.**

E. HIPAA required that a tax qualified plan not pay until a licensed health care practitioner has certified with respect to ADLs that the insured was unable to perform at least two ADLs for a period of at least ninety days. The regulators discussed two basic questions: who performs the certifications and how often can they be required. They questioned whether the insurer could require that the certification be done by a designee of the insurer. The working group also discussed how often a certification could be required. **1999 Proc. 1st Quarter 613.**

The regulators agreed that once there is a ninety-day certification and the insured is in claims status, the carrier cannot retroactively rescind the certification. An industry representative opined that this was unclear in regard to tax status in the federal law. It was unclear in the tax code whether the carrier could continue to pay the claim if the carrier knew the insured no longer could be certified in the future. **1999 Proc. 1st Quarter 613.**

Later there was discussion regarding whether a carrier had the ability to require that certifications of inability to perform ADLs had to be performed by health care professionals hired by the insurer. A consumer advocate said it was dangerous to force people to use carrier providers that are paid by the insurer. She stated that tax-qualified plans are indemnity products, not managed care products.

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 28E (cont.)

She believed it was a conflict of interest for the carrier that is liable to pay benefits to have control of the process regarding whether the benefits can be accessed. **1999 Proc. 2nd Quarter 662.**

F. A regulator questioned whether there should be an outside appeal if the carrier turned down the plan of care and assessment performed by the consumer's personal physician. Another regulator opined that the working group showed endeavor to maintain a delicate balance in that regulators wanted carriers to perform due diligence and pay valid claims only. Also he pointed out that the Unfair Trade Practices Act contained provisions regarding excessive requirements for qualifying for claims. **1999 Proc. 1st Quarter 613.**

Section 29. Standard Format Outline of Coverage

The outline of coverage was added to the model in December 1988. It should be delivered at the point of solicitation. **1989 Proc. I 776, 791.**

Just before adoption of the outline of coverage, an amendment was added to clarify the phrase "other than acute care unit" by adding examples. **1989 Proc. I 754.**

It was suggested to the working group that they consider adopting a guideline specifying the size or type for printing. **1989 Proc. I 761.**

Part of the outline of coverage was moved from number 9 to number 3 in December 1992 and new language was added. **1993 Proc. IB 846.**

The purpose of this new language was to address the concern that consumers were confused when presented with explanations about level premiums. **1992 Proc. IIB 686.**

The disclosure language was intended to inform consumers about future premium increases. **1992 Proc. IIB 692.**

An industry spokesperson suggested that the language be revised to say that premiums could increase *or decrease*. The task force expressed a strong preference for leaving the language as is, that is, to disclose that the premium may increase. The task force agreed that the principal purpose of the disclosure was to alert consumers to the fact that premiums may increase. It was also suggested that the language be expanded to tell the consumer that the premiums would only be increased in accordance with the states' approval requirements. The task force did not agree to the suggestion. **1993 Proc. IB 854.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 29 (cont.)

When reviewing rate stabilization, regulators examined the outline of coverage to see if anything could be done to make the outline of coverage better. The chair asked whether anything could be added to the outline of coverage that would make clear that there were unknown things that may occur in the future that could affect rates. One regulator suggested wording to the effect that premium may go up in the future should be highlighted to bring the attention of the reader to that fact. **1997 Proc. 4th Quarter 939.**

When the 2000 amendments on rate stabilization were added, a new Paragraph 5 was added under the outline of coverage to specifically state whether the company has the right to change the premium. Initially drafted with a requirement that the notice be four points larger than the rest of the outline of coverage, the final version simply said it should be larger. A second paragraph under 5 required a description of contingent benefit upon lapse. Interested parties said this was confusing and misleading for consumers, since the benefits may never be triggered. It may encourage the consumer to cash out the policy. The working group decided to delete the language. **2000 Proc. 2nd Quarter 312.**

When benefit triggers were added to the model regulation in 1995, the outline of coverage was modified by adding a separately identifiable provision under Paragraph 9 entitled “Eligibility for Payment of Benefits.” A regulator suggested that a similar separately identifiable provision be used in the policy so the policyholder could easily find the benefit provisions in his or her policy. **1995 Proc. 2nd Quarter 652.**

The language of Paragraph 15, added in 2000, originally called for referring insureds to the state to discuss terms of the long-term care insurance policy. The drafters agreed to change it to refer instead to the states’ senior health insurance assistance program for questions regarding long-term care insurance. Specific questions about the policy or certificate should be referred to the insurer. **2000 Proc. 2nd Quarter 312.**

Section 30. Requirement to Deliver Shopper’s Guide

After development of a shopper’s guide, the task force then concluded that it was important to deliver the guide to all employer groups as well as individuals and had extensive discussion on whether direct mail marketers should deliver the guide at the time of application. The section added to the model required delivery of the guide to all prospective applicants of long-term care insurance. **1990 Proc. II 617.**

A new item three was added in 1999 as part of the amendments to conform the model to the federal Health Insurance Portability and Accountability Model Act of 1996 (HIPAA). **1999 Proc. 4th Quarter 989.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Section 31. Penalties

Penalties were suggested as an alternative to levelized agent commissions. One commissioner suggested that the task force adopt licensing, reporting and penalty provisions because of the chilling effect they would have on inappropriate company and agent behavior. **1991 Proc. IB 654.**

Section []. [Optional] Permitted Compensation Arrangements

At one point in the process of drafting consumer protection amendments, a section on agents commission was included in the draft. Before adoption it was removed from the model and made an optional provision. The task force chair spoke in favor of including the section in the model; being of the opinion that the alternatives of penalties, reporting and agent testing did not entirely address the twisting and churning concerns. One state regulator said he was generally opposed to regulatory interference in the agent/company relationship, but recognized that the long-term care insurance and Medicare supplement markets were special because of the consumers to whom the products were sold. **1991 Proc. IB 665.**

Several states spoke in favor of levelized commissions, or asked that the issue be revisited in the future if not adopted in the 1990 draft. **1991 Proc. IB 665.**

One problem with inclusion of a section limiting agents' commissions was that, in the opinion of one regulator, most old nursing home policies should be replaced. The group considered several alternatives to limits on commissions. **1991 Proc. IB 716.**

The task force considered ways that could be developed to provide disincentives for inappropriate replacements. There were several ways that the task force considered: (a) Use the same language as in the Medicare supplement insurance regulation which would limit the differential in the first year to twice the commissions paid in the second year; (b) implement a straight level commission structure; (c) explore alternatives such as special licensing requirements, agent and company fines, enhancement of replacement forms and increased disclosure. **1991 Proc. IB 693.**

The task force voted to develop a drafting note which would suggest that states consider adopting a level commission approach if the market abuses of inappropriate replacements are not adequately addressed by implementation of the licensing, penalty and reporting requirements in the consumer protection amendments. **1991 Proc. IB 662.**

Appendix A

The recision reporting form was necessitated by Section 11E of the regulation. A number of states requested development of the form. **1991 Proc. IIB 765.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Appendix B

When considering the draft worksheet, one regulator said the tone of the worksheet was “you need it—buy it” and she suggested a change to remove the presumption of need. Another regulator said he liked the statement at the top that talked about \$30,000 in assets, but he wondered where that number came from. The chair said the purpose of the worksheet was to help consumers make an informed choice. It was a self-screening tool. **1993 Proc. 4th Quarter 713.**

An early worksheet draft included a section on affordability where the applicant could list his or her income and expenses to see if there was money to pay the cost of long-term care insurance. One regulator said that it was important to make a point that premium payments would need to be made for a long time and might increase substantially. An insurer objected because many of the companies have not raised premiums. The working group agreed the language should be left in the draft because it pointed out that premiums could increase without painting with too broad a brush. **1993 Proc. 4th Quarter 713, 715-716.**

The chair summarized the task of the working group; either decide a level of assets below which long-term care insurance should not be purchased or provide information to consumers so they could determine for themselves whether the purchase is appropriate. He did not think either alternative would be easy. Another member of the working group said he preferred the approach used in securities regulation where clear disclosure allowed consumers to determine if the product was right for them. **1994 Proc. 1st Quarter 453.**

The chair said it seemed the goals of the drafters were at cross-purposes. If consumers were encouraged not to provide too much financial information, how could agents be held responsible for unsuitable sales? A working group member said she leaned toward a shorter disclosure document rather than the extensive document the working group had discussed earlier. She said sometimes there was so much information provided that many people did not read it. One regulator suggested a simple statement to the effect of: if your income is below \$X, this product is probably not for you. If your income is above \$X, consider these factors. An industry representative pointed out there were many reasons for senior citizens to choose to purchase long-term care insurance, even if their income or assets were below a specified amount. A regulator agreed that the draft did take into account the possibility of purchase for other reasons because it asked about the applicant’s goals and needs. **1994 Proc. 1st Quarter 454.**

A consumer representative said it was very difficult to set a floor under which the product could not be sold. Consumers, for a variety of reasons, might choose to purchase long-term care insurance even if their assets or income fell below that number. She said if an agent was allowed to delve into the financial affairs of a policy applicant, there should be good standards developed to protect the consumer. She cautioned that there needed to be some flexibility for people who were unwilling to fill out any kind of form or questionnaire about their income. **1994 Proc. 2nd Quarter 599.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Appendix B (cont.)

A regulator opined that one of the problems with the earlier worksheet had been the difficulty for the consumers to gather all the information requested. He suggested some standard benchmarks. Another regulator suggested “yes” and “no” questions or a range. This would give the agent information without getting into specifics. **1994 Proc. 2nd Quarter 600.**

One company representative objected to the sentence on the personal worksheet that said long-term care insurance is expensive. He said it should also say long-term care is expensive. He also pointed out long-term care insurance is not expensive if the purchaser is under age 65 or is part of an employer group. He also questioned the statement that suggested no more than 7% of a person’s income should be spent on long-term care insurance. He wondered how much of an individual’s income should be spent on Medicare supplement insurance or on life insurance. He also commented on the bullet that asked if the individual would be able to afford the policy if premiums went up by 25%. He reminded the group that a rate stabilization provision had just been adopted that would limit rate increases, so the scenario described was not likely to happen. The chair of the working group invited those in attendance to provide research data on what point long-term care insurance was a suitable purchase. **1994 Proc. 2nd Quarter 601.**

One insurer representative asked if it was permissible for a company to revise the numbers in the personal worksheet if they did not match the suitability standards the company had developed. Another individual suggested the worksheet did not fit well when the applicant was buying insurance for someone else, for example, an individual buying coverage for a parent. **1994 Proc. 2nd Quarter 601.**

One issue that was the subject of repeated discussion by the drafters was whether to include numbers in the income and assets guidelines. A consumer representative pointed out the variety of suggestions presented to the working group, from those with very specific standards to one with no numeric standards at all. She said the NAIC draft was a good approach because it gave some kind of reference point without setting a hard and fast rule. One attendee asked where the 7% and \$30,000 figures came from and an industry representative said government regulators should not be setting benchmarks that had no basis in fact. A regulator responded that the draft didn’t say an individual couldn’t purchase the policy, it was just a caveat to consider if income and assets were below the benchmarks. **1994 Proc. 3rd Quarter 622.**

The working group considered changing the personal worksheet to include questions about other than financial reasons for purchasing a policy. One regulator suggested these would allow the insurer to take these other reasons into account when determining suitability. Another regulator responded that insurers should base suitability on objective standards and the applicant could override the company’s standards for these other reasons. The working group decided to base the requirement for a suitability letter on whether or not the individual met the financial standards, regardless of whether he or she wished to purchase for other reasons. **1994 Proc. 3rd Quarter 619.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Appendix B (cont.)

By September of 1994 the working group had reached agreement on the major issues and was refining the personal worksheet. In response to a question, a member of the working group explained the intent of the bracketed language on single premiums. She said the language would only appear for a life policy with a single premium. Another regulator suggested bracketing the last part of the personal worksheet to make it clear what would be used if no agent was involved in the sale. An insurer representative asked how much flexibility was available to the company in the development of its personal worksheet. If the company set its suitability standard at \$20,000, could the boxes just allow for checking “under \$20,000” or “over \$20,000”? Another insurer representative pointed out that its standards might set an income between two of the numbers on the worksheet. A regulator suggested bracketing the figures so companies could insert the figures needed, but other regulators were concerned that limits were needed so the agent didn’t use this as a way to obtain information about high income, for example, which would encourage the sale of annuities and other types of policies. **1994 Proc. 3rd Quarter 613.**

The working group was asked to make the personal worksheet more flexible. One suggestion was to omit the requirement the worksheet be in a specified format. Another suggestion was to put the income numbers in brackets so that the company could tailor the range to its needs. The drafters agreed to bracket all but the first and last increment so that companies could tailor them to their individual needs. It was not felt necessary to do the same thing to the assets ranges. **1994 Proc. 4th Quarter 737.**

The draft under consideration contained a question asking whether the applicant would still be able to afford the policy if rates went up 25%. One insurer asked what he was supposed to do with this information. The chair opined that nobody would check “yes” because it seemed like an invitation to raise rates. The working group decided to replace that with a single question asking if the applicant would still be able to afford the policy if the rates went up. This sentence would be bracketed in the draft so that if the rate was guaranteed the sentence would not be included. **1994 Proc. 4th Quarter 738.**

For a time the personal worksheet contained a question asking if the company had increased its rates on the policy. A regulator pointed out that if it was a new policy, the company would not have increased its rate, but this would give a wrong impression of the stability of the rates. **1994 Proc. 3rd Quarter 619.**

Concern was expressed about the paragraph in Appendix B that talked about the last increase in the policy. Companies may change forms so often the information will not be used, and it would give a wrong impression. The working group decided to leave in the provision because it could provide valuable information but did make several changes in wording. **1994 Proc. 4th Quarter 731.**

An insurance industry representative asked the task force to consider appointing a group to study technical adjustments to the suitability section of the Long-Term Care Insurance Model Regulation. The chair agreed to consider the proposal. **1996 Proc. 2nd Quarter 814.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Appendix B (cont.)

The industry representative stated that minor changes were needed in the personal worksheet required by the suitability section of the model. First, he suggested modifying the premium section to allow insurers to reference more than one policy form. He also suggested moving the question about the source of funds to pay premiums into the “premiums” section from the “income” section. He stated this seemed a more logical place for this question. **1996 Proc. 3rd Quarter 1020.**

A regulator asked if multiple forms are being filed currently, and the industry representative responded affirmatively. The regulator asked if the personal worksheet would be filed with each policy if it was amended to allow information about more than one policy form. The industry representative stated that the amended personal worksheet would be filed with each policy. A regulator suggested it would be easier to have one form for each policy form. The industry representative said it would be easier to have a single form, alleviating the problem of an agent inadvertently distributing the wrong form. **1996 Proc. 3rd Quarter 1020.**

A regulator asked if other insurers were concerned about this problem. A representative from another insurer responded that the personal worksheet was designed to determine the suitability of the insured to purchase long-term care insurance, not to determine the suitability of a specific product. The insurer who made the suggestions said consumers would be helped by disclosure of information about all policy forms, instead of just one form. **1996 Proc. 3rd Quarter 1020.**

Members of the working group asked how many plans would be allowed on one personal worksheet. The industry representative who suggested the amendments said he did not know the optimal number, but he believed the maximum number of policies allowed on a personal worksheet should be four. **1996 Proc. 4th Quarter 1085.**

A regulator proposed listing in columnar format the policies available and allowing the agent to check off the applicable policy and corresponding rate increase information. Another regulator expressed concern that a carrier may have so many policies that the list would spill over to a second page. The working group asked staff to prepare a draft showing the listing of the policies, limiting the number of policies that could be listed to four. **1996 Proc. 4th Quarter 1085.**

The working group directed that the draft be prepared with the last sentence in the first paragraph standing alone in a separate paragraph. **1996 Proc. 4th Quarter 1085.**

When reviewing the new personal worksheet, the working group chair opined that it seemed cluttered. It was the intent of the working group that the final product be two pages, while this draft was three pages. A suggestion that the form incorporate two columns, which would allow four different policy forms to be listed, made the first page of the personal worksheet very crowded. **1996 Proc. 4th Quarter 1084.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Appendix B (cont.)

A regulator suggested rewording the question about the source of premium payments and changing the potential reply “savings” to read “savings/investments” to reflect the choices in the investments section of the worksheet. She also noted the print is small and may be difficult for seniors to read. **1996 Proc. 4th Quarter 1084.**

Another regulator stated that the recommended changes provided too many numbers and may be confusing for consumers to read. There was substantial discussion about putting up to four forms and the related rating information in the same paragraph. Following discussion the working group decided to add a drafting note to reflect the fact that only two policy forms may be used on the same personal worksheet, if both policy forms have the same rating history. If a policy form has a different rating history, then only one policy form may be used on a single worksheet. **1996 Proc. 4th Quarter 1084.**

Before adoption of the personal worksheet, it was also edited for readability. **1997 Proc. 1st Quarter 771.**

When rate stabilization amendments were added in 2000, the Personal Worksheet was revised to include a rate history on the first page. The working group considered including the information from Appendix F in the same form, but decided two shorter forms was preferable to one long one. **2000 Proc. 2nd Quarter 312.**

Appendix B was reordered and new information was added regarding type of policy, the company’s right to increase premiums, rate increase history, inflation protection and elimination periods. The consumer must sign the disclosure statement acknowledging that rates for the policy may increase in the future. **2000 Proc. 2nd Quarter 290.**

Appendix C

The working group drafting the suitability amendments decided to produce an information sheet to help consumers. A consumer representative said he thought what was missing was how this information relates to Medicaid. An individual from a Medicaid agency applauded the group’s effort on the description of Medicaid. She said it was important not to encourage people to transfer their assets and buy long-term care insurance to cover only the period until they qualified for Medicaid. She said that would not meet the goal of the federal law. The consumer advocate disagreed, saying these benefits had been paid for through taxes, and encouraged individuals to use the law to get their rights. Another person expressed the opinion that agents were often trained to sell long-term care insurance by saying that an individual would not want to be on Medicaid. She said it did individuals a great disservice to scare them that way. **1994 Proc. 2nd Quarter 601.**

A consumer representative continued to express concern about the negative references to Medicaid on the disclosure form, as well as the personal worksheet. A representative from the federal government acknowledged that nursing homes were not required to take Medicaid patients and agreed this was a type of discrimination properly reflected in the disclosure form.

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Appendix C (cont.)

The consumer representative said he knew discrimination did exist; he just did not think it should be emphasized in official publications. The federal representative said the implication that some people did not want to go on Medicaid was probably accurate because it was a welfare program and some people did not want to be on welfare. **1994 Proc. 3rd Quarter 614.**

A consumer representative suggesting adding “free” in front of the word counseling in the last bullet of Appendix C, and including the telephone numbers for the insurance department and department of aging. The chair said this suggestion had been considered before, but it would necessitate 50 different printings so that it could be state specific. **1994 Proc. 3rd Quarter 613.**

Appendix D

The working group decided to add a requirement to the suitability standards requiring the insurer to send a letter to an individual who was not a suitable candidate for long-term care insurance under the insurer’s standards saying that he or she may want to reconsider this purchase. The same letter would be sent to the individual who had elected not to provide information, to give one more chance to the individual whose agent might have discouraged completion of the form. One insurer representative suggested that, if the regulator scheme required reporting the number of forms utilized, regulators would be able to pinpoint agents who discouraged applicants from filling out the forms. The working group also agreed to allow, in the alternative, another method of verification, such as a telephone call. **1994 Proc. 3rd Quarter 621.**

The working group considered if it was a problem to hold up processing of the application by mailing a suitability letter. One regulator suggested issuing the policy and then using the 30-day free look period to decide if the individual wanted to keep a policy that had been deemed unsuitable. It seemed to the drafters that the message was, “You don’t meet our standards, but here is your policy.” The group decided instead that the suitability letter should make clear that an individual did not have insurance until the form was returned and the medical review completed. **1994 Proc. 3rd Quarter 619.**

An insurer representative asked if a company could continue to process an application while waiting for a response to the suitability letter. He suggested taking out language that said the company had suspended review of the application. Another added that, if the company suspended underwriting while waiting for the response, it would slow down the process. A regulator suggested adding the word “final” so review could continue during this process. **1994 Proc. 3rd Quarter 613.**

Appendix E

When drafting Section 15F, the regulators concluded it would be helpful to draft a reporting form. One question that was difficult to address was whether denial of payment due to a preexisting condition limitation or an elimination period should be reported as denied claims.

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Appendix E (cont.)

One regulator expressed the opinion that, any time a carrier denied a request for payment, it should be classified as a denied claim. An industry representative opined that if a claim was made prior to the end of the elimination period, it was not denied, but rather put on hold until the end of the elimination period. **1999 Proc. 4th Quarter 971-972.**

There was some discussion of referring to claims “not paid” rather than “denied” when referencing the preexisting condition and elimination period situations. A regulator suggesting adding a note that the definition of claim denied used on the reporting form was to be used only for that purpose and had no effect on other regulatory issues, such as market conduct examinations. He was concerned that insurers would use the definition to deny information to regulators during market conduct examinations by saying the claims were not denied claims for market conduct examination purposes. **1999 Proc. 4th Quarter 972.**

Appendix F

When the 2000 amendments on rate stabilization were added, the new appendix was added to explain contingent benefit upon lapse and contingent nonforfeiture. The group discussed whether this information should be included in Appendix B, but a consumer advocate urged the group to create two forms. Two short forms was better than one long one. **2000 Proc. 2nd Quarter 312.**

Appendix G

A consumer advocate submitted a letter to the task force regarding reporting requirements for long-term care insurance companies. She expressed concern that the NAIC Long-Term Care Insurance Model Regulation required annual reporting of replacement, lapse, denied claims and agent replacement activity, but contained only one reporting form that was specific to denied claims. The chair stated that Section 15 of the model regulation required the reporting of the specific data. He asked the NAIC staff to reconcile the requirements in the model and in the current reporting form to determine what data was actually captured and to offer recommendations as to how the states could accurately capture this information. **2001 Proc. 1st Quarter 183.**

Interested parties drafted a long-term care replacement and lapse reporting form as a starting point for discussions. **2001 Proc. 2nd Quarter 172-173.**

The draft form was released for comment at the 2001 Summer National Meeting. No comments were received on the draft. The 2001 Fall National Meeting was cancelled due to the terrorist attacks on Sept. 11, 2001. At the Winter National Meeting the task force adopted Appendix G and the amendments to the model regulation. **2001 Proc. 4th Quarter 285.**

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Chronological Summary of Actions

December 1987: Model regulation adopted.

December 1988: Outline of coverage added, revision of continuation and conversion section. Addition to Section 8 requires disclosure of limitations of policy.

June 1989: Modifications of continuation and conversion section. Reserve requirements added.

December 1989: Adopted amendments to prevent post claims underwriting. Minimum standards for home health care benefits added to model. Inflation protection required.

June 1990: Added Section 30 to require delivery of shopper's guide.

December 1990: Added consumer protection amendments similar to those adopted for Medicare supplement coverage to help prevent abuses in marketplace.

December 1991: Amended model to prohibit attained age or duration rating and to add a rescission reporting form. Also modified sections on home health care and inflation protection.

September 1992: Amended Section 19 to remove reference to loss ratios of *individual* policies.

December 1992: Adopted amendments requiring third party notice and premium disclosure. Adopted new subsection on standards for marketing to association groups.

June 1993: Paragraph added to association responsibilities subsection to reference unfair trade practices act.

June 1994: Adopted amendments to Section 6F to restrict increases in premium rates.

March 1995: Adopted new Section 24 on suitability standards to replace provision on appropriateness and added Appendices B, C and D to implement the new requirements. Added Section 26 to implement the nonforfeiture benefit requirement in the model act.

September 1995: Adopted new Section 27 on standards for benefit triggers. Added new definition and made changes to outline of coverage.

September 1996: Added Section 6G to set standards for electronic enrollment of groups.

September 1997: Amended Sections 3, 6, 7, 14 and 19 relative to life insurance that accelerates benefits to cover long-term care expenses.

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations

Cited to the Proceedings of the NAIC

Chronological Summary (cont.)

December 1997: Amended personal worksheet (Appendix B).

June 1998: Deleted Section 6F provisions adopted in 1994 to restrict increases in premium rates and replaced with clarification that more coverage or a reduction in benefits is not a premium rate change. Changed nonforfeiture benefits in Section 26 to mandated offer and added requirements for contingent nonforfeiture.

March 2000: Model amended to comply with the requirements of the federal Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), included adoption of a new Section 28.

August 2000: Model amended on issues of rating practices and consumer protection. Added Sections 9, 10 and 20, as well as Appendix F.

March 2002: Added Appendix G and references to it in Section 15.

LONG-TERM CARE INSURANCE MODEL REGULATION

Proceedings Citations
Cited to the Proceedings of the NAIC

This page is intentionally left blank