



金融消費爭議 案例研討會

保險場 (106.04.06)

財團法人金融消費評議中心
評議處 / 劉彥詮 組長



財團法人金融消費評議中心
Financial Ombudsman Institution

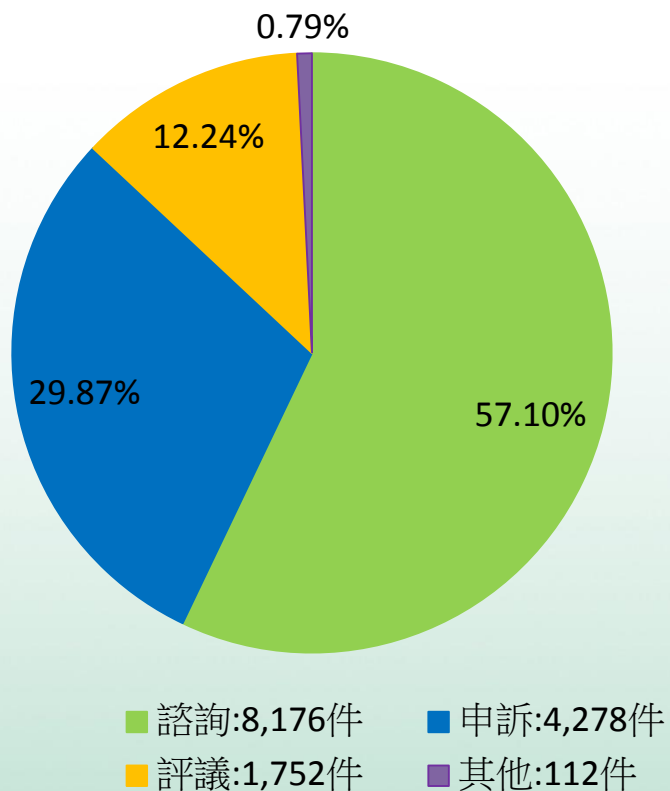


一、統計數據說明

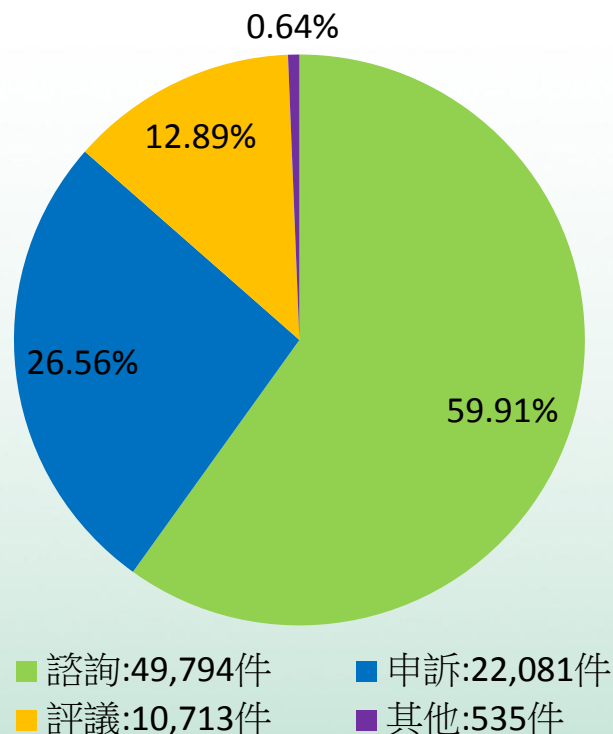
受理案件

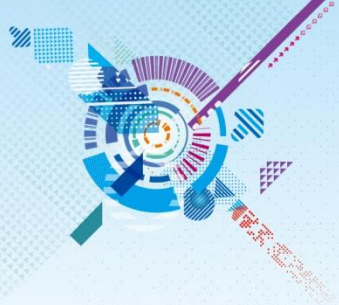
自101年1月2日起至105年12月31日止，本中心總受理案件為83,123件（包含諮詢、申訴、評議及其他案件）。其中受理申訴案件為22,081件，受理評議案件為10,713件。

105年受理案件



101年至105年總受理案件

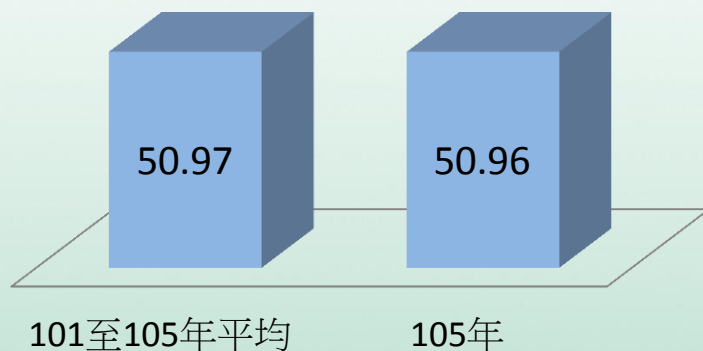




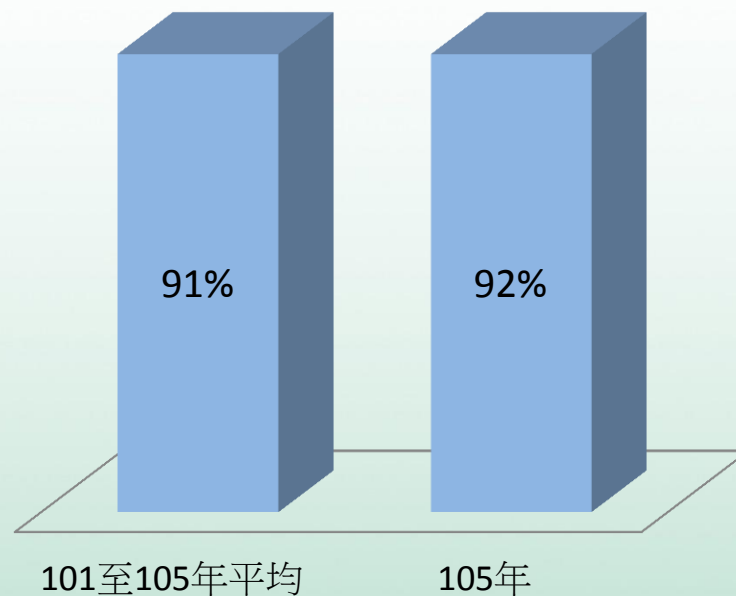
105年度案件辦理績效

105年之評議案件平均結案天數為50.96天，約同於101年至105年之平均結案天數50.97天。而105年評議案件於3個月內結案之比率為92%，略高於101年至105年之平均比例91%，且自102年起即未再有案件逾5個月始結案之情形。

評議案件平均結案天數



評議案件3個月內結案比例

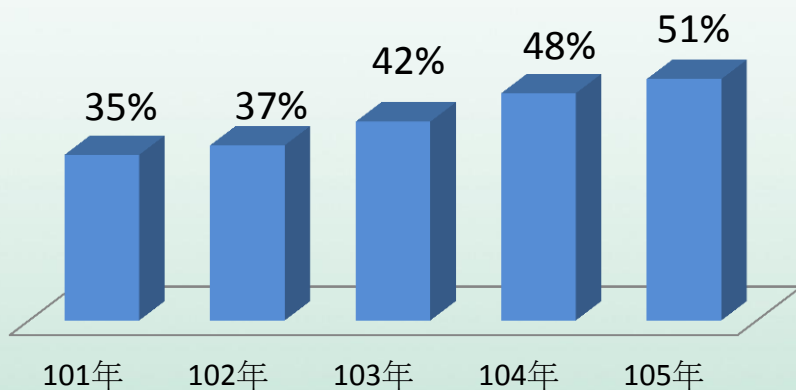




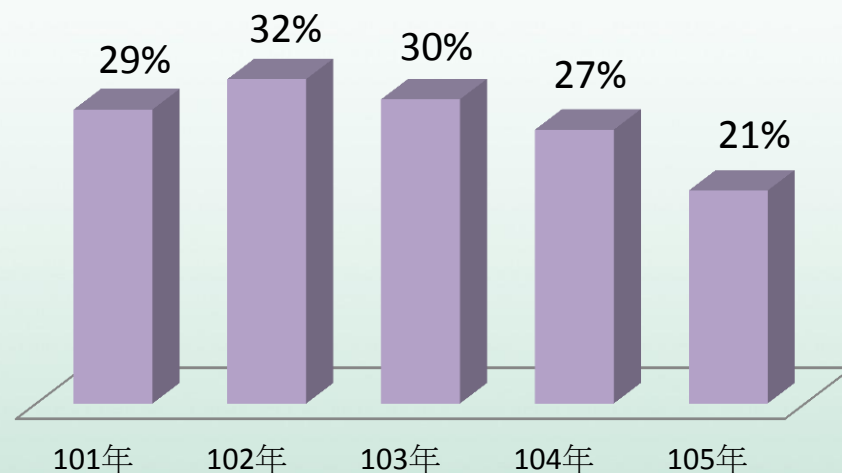
105年度紛爭解決率

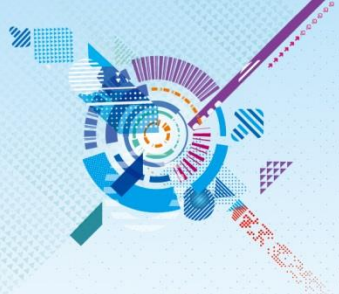
申訴案件之紛爭解決率 不僅逐年大幅提升，而於申訴階段未得到滿意處理結果之爭議案件，續行申請評議之比率 自102年起逐年明顯降低

申訴案件紛爭解決率



續行申請評議率

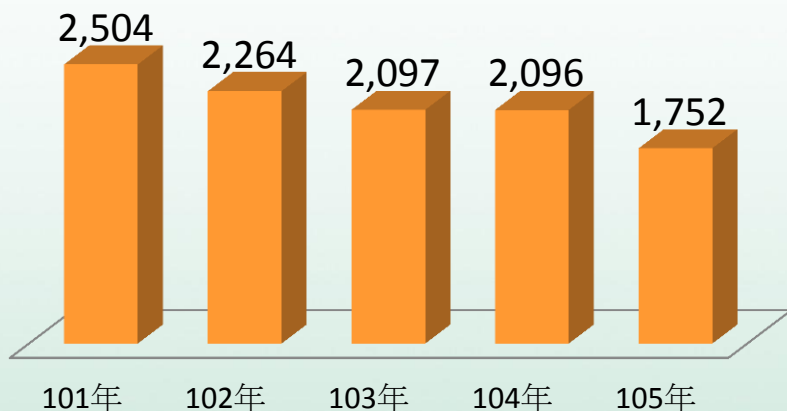




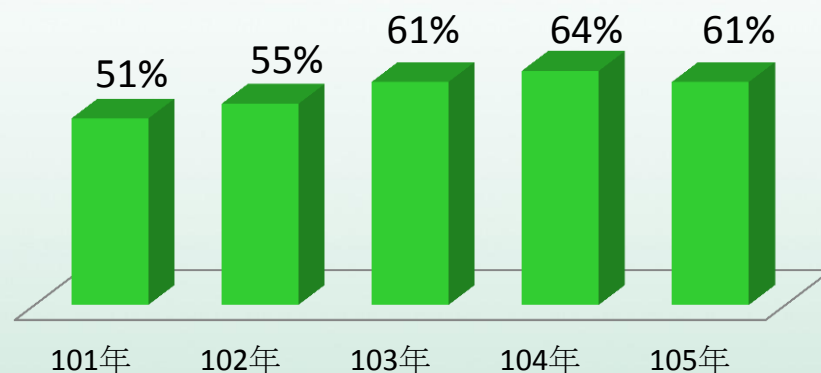
105年度紛爭解決率

評議案件受理件數亦呈現逐年減少之情形，顯示金融消費爭議由源頭或前端消弭紛爭已見成效。整體而言，**105年度**評議中心處理金融消費爭議案件申訴案件及評議案件之紛爭解決率為**61%**，且自**101年**起紛爭解決率均維持**50%**以上，有效解決金融消費爭議，維護金融消費者權益。

評議案件受理件數



評議中心紛爭解決率

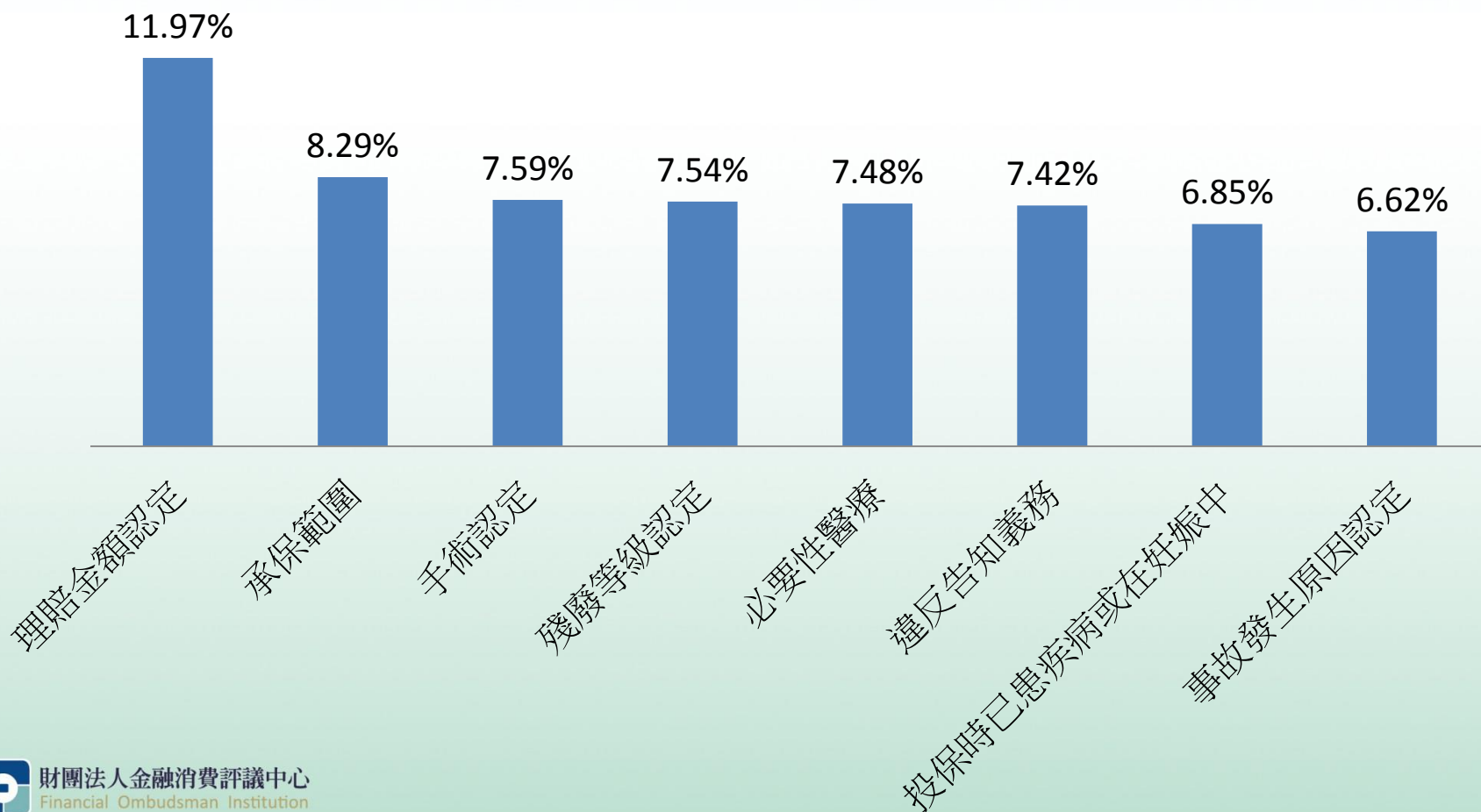


評議中心紛爭解決率＝

$$\frac{(\text{紛爭已解決之申訴案件} + \text{紛爭已解決之評議案件})}{(\text{已結案之申訴案件} - \text{續行申請評議之申訴案件}) + (\text{已結案之評議案件} - \text{不受理案件})}$$

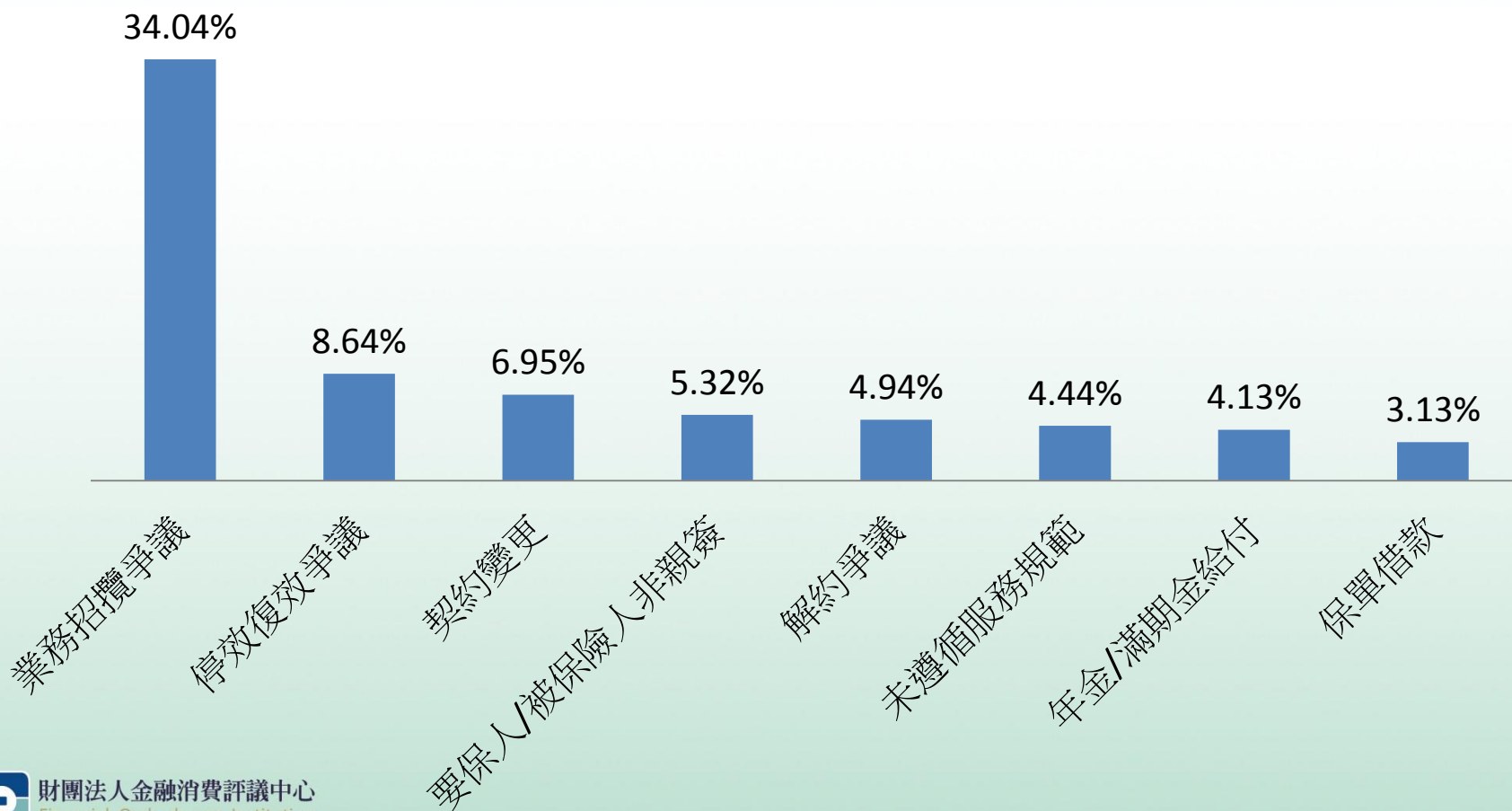
105年度各金融業別 申訴暨評議主要爭議類型

壽險業-理賠類



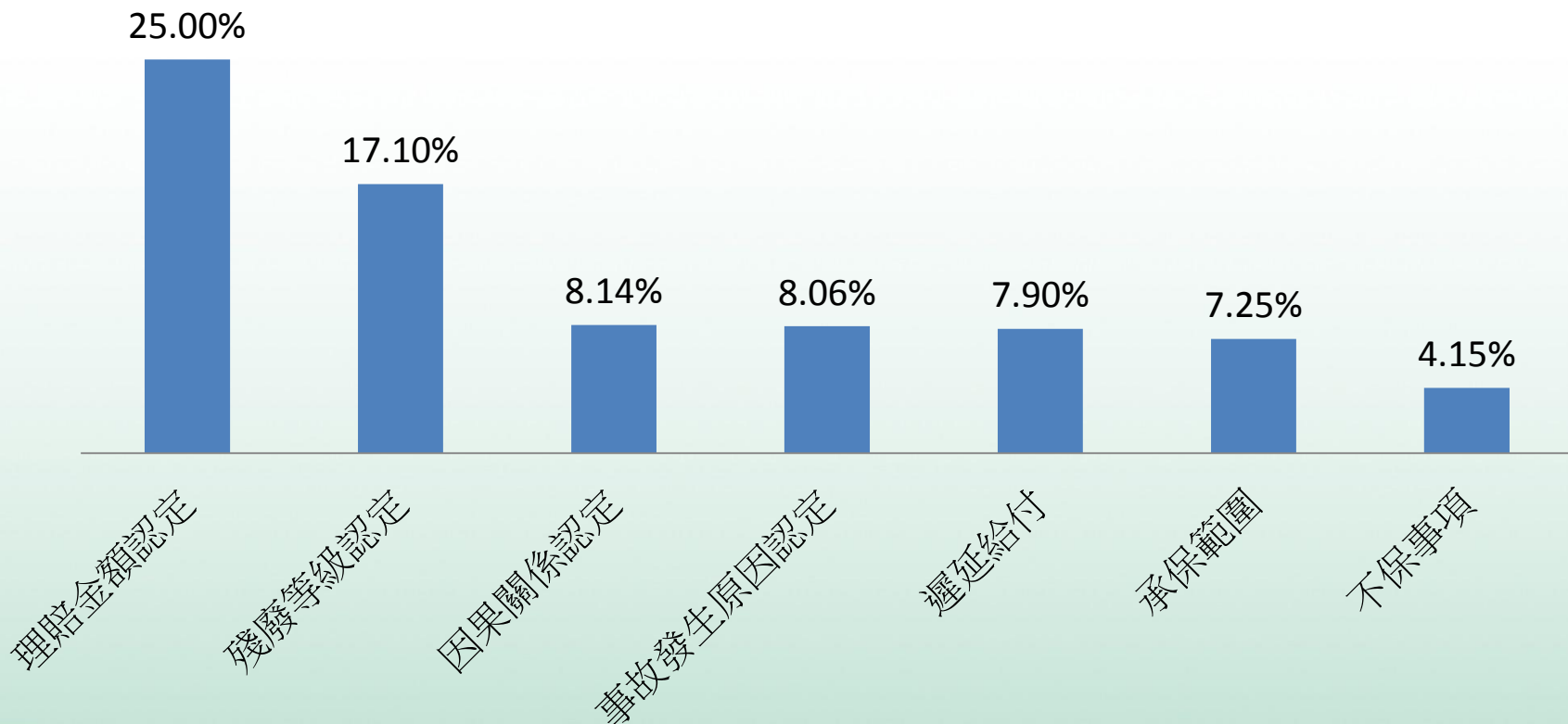
105年度各金融業別 申訴暨評議主要爭議類型

壽險業-非理賠類



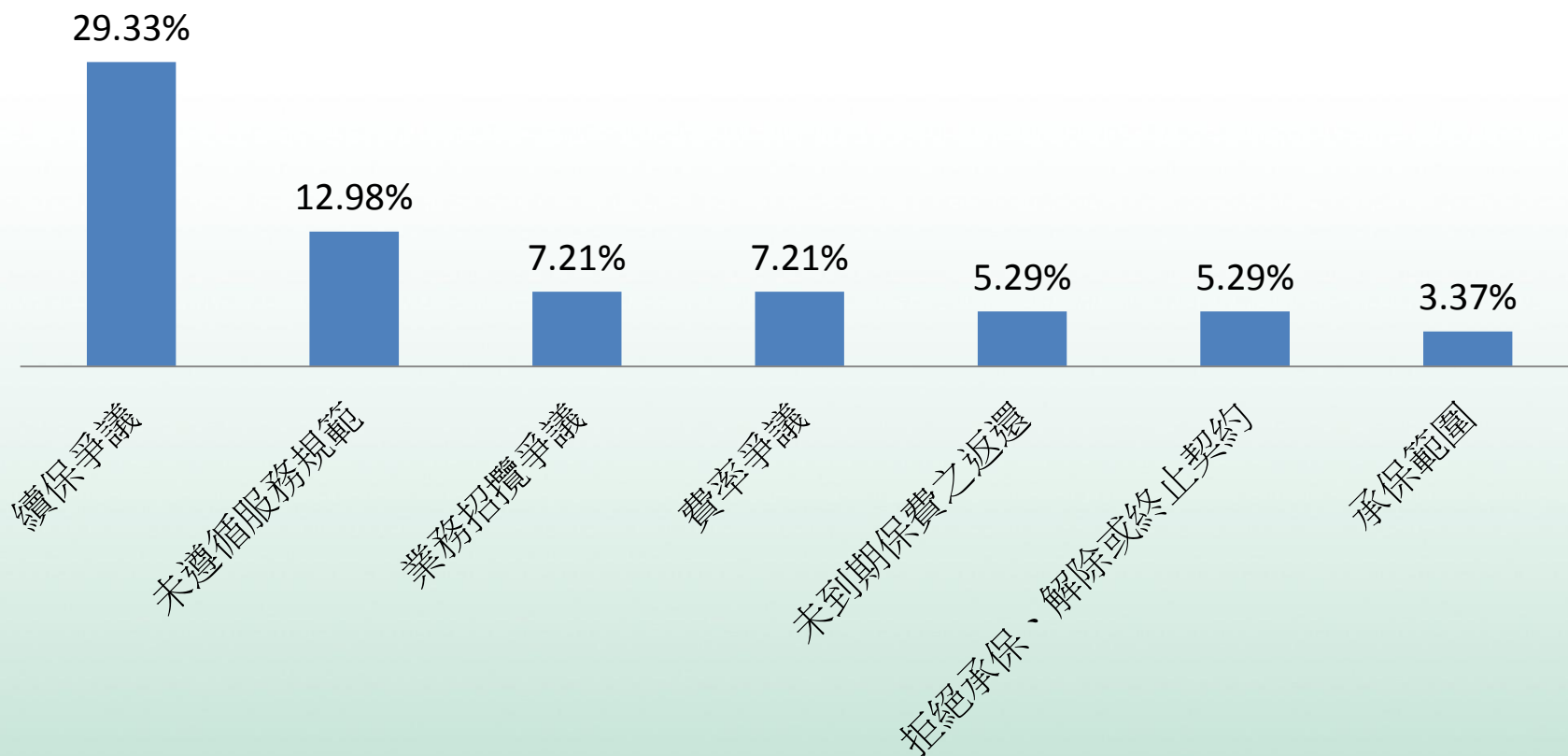
105年度各金融業別 申訴暨評議主要爭議類型

產險業-理賠類



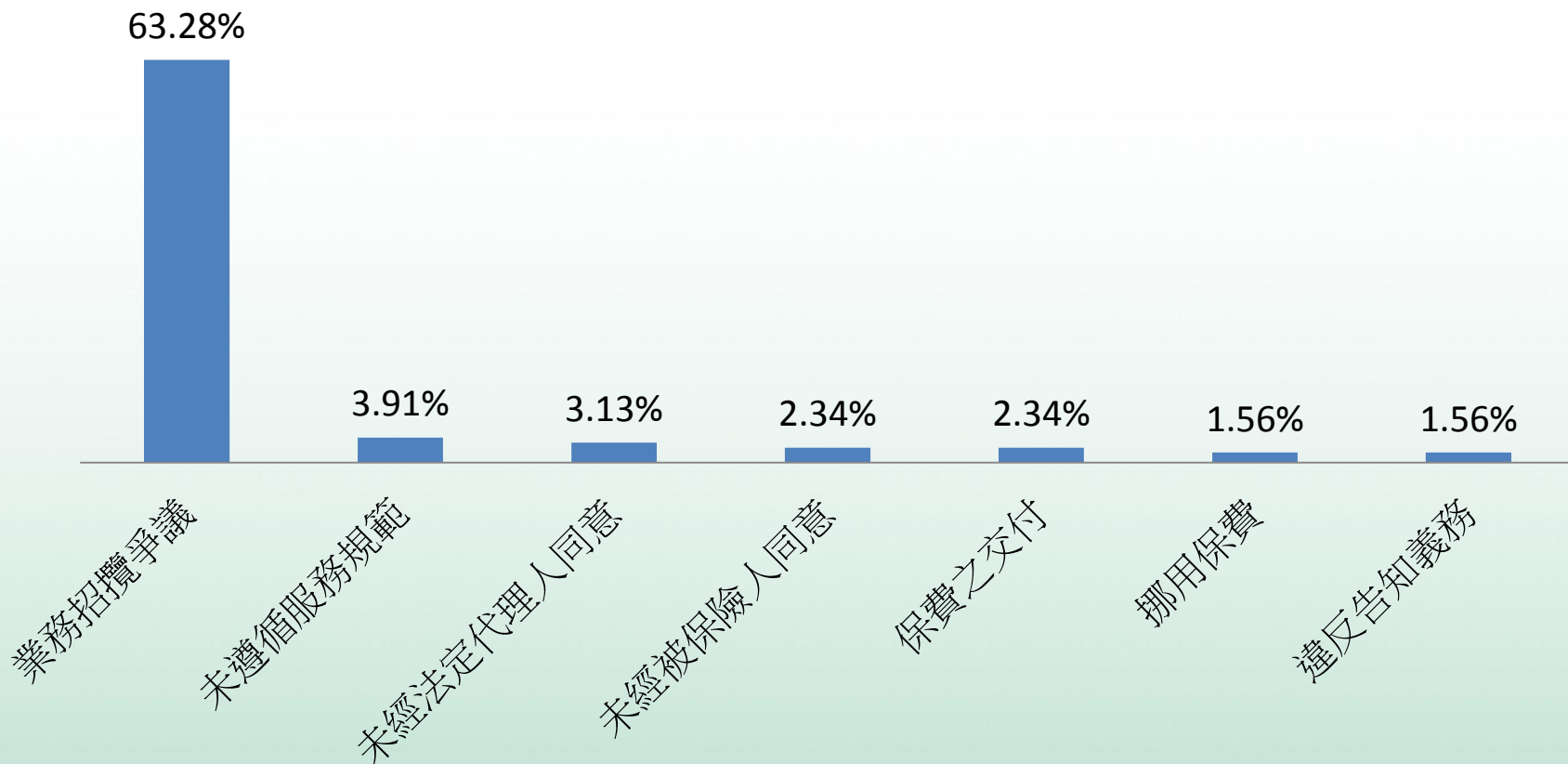
105年度各金融業別 申訴暨評議主要爭議類型

產險業-非理賠類



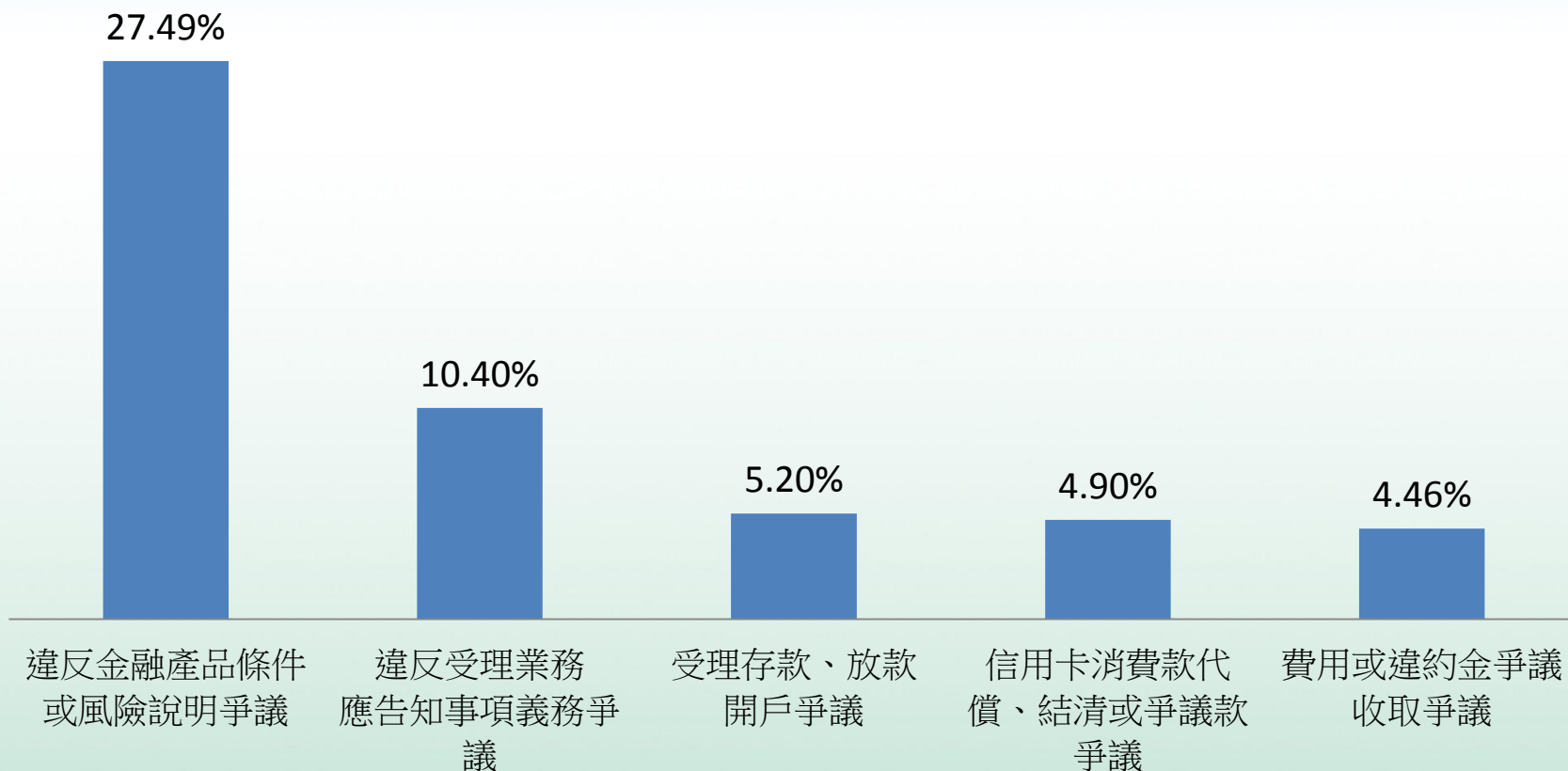
105年度各金融業別 申訴暨評議主要爭議類型

保險輔助人



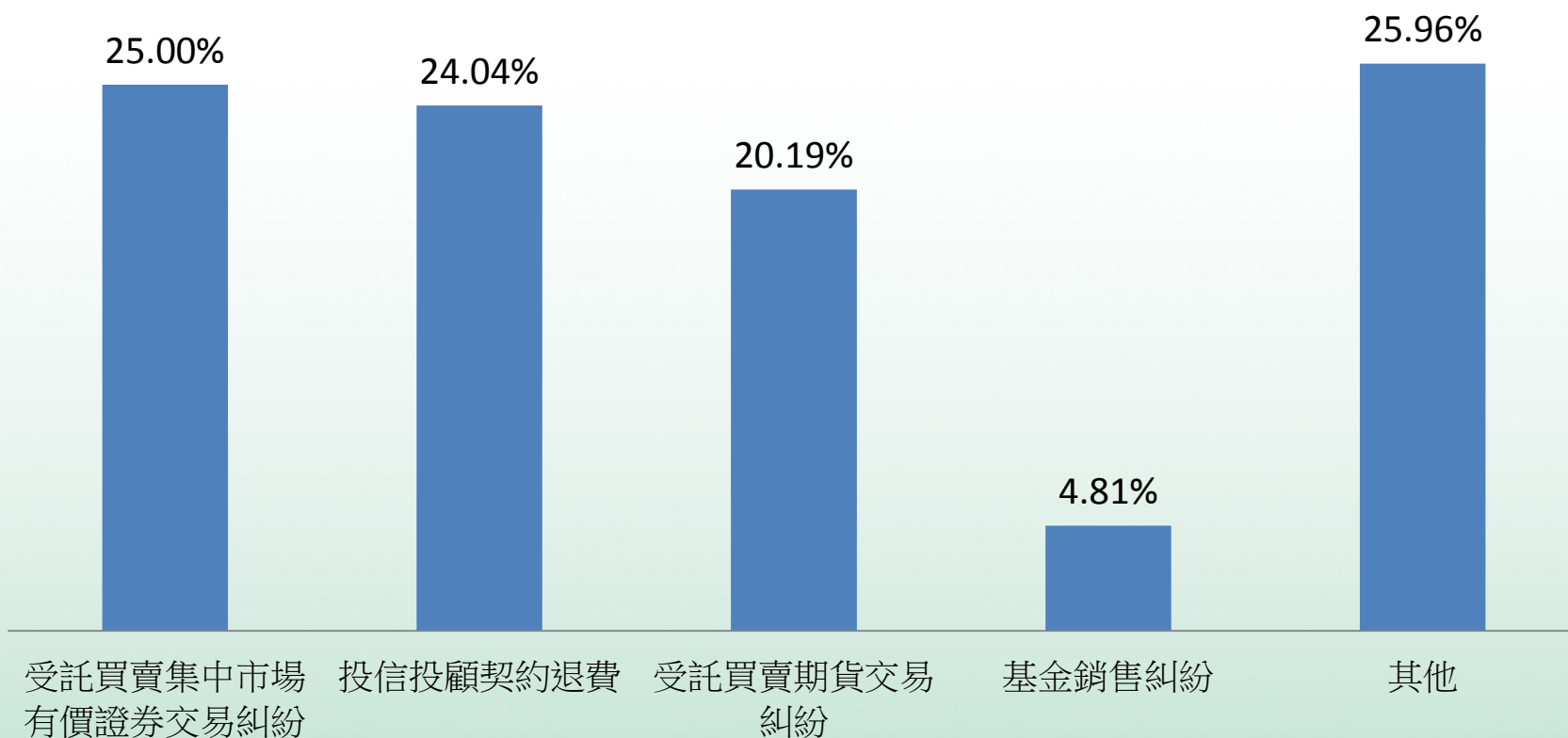
105年度各金融業別 申訴暨評議主要爭議類型

銀行業



105年度各金融業別 申訴暨評議主要爭議類型

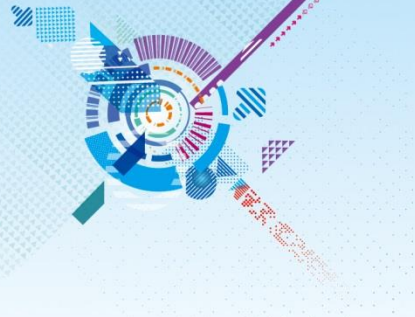
證券期貨業



評議決定理由與司法判決理由之異同之統計表

評議決定	一審法院判決			二審法院判決		
	結論全部相同或部分相同	完全不同		結論全部相同或部分相同	完全不同	
無理由	86	有理由	40	17	有理由	7
		部分有理由	5		部分有理由	2
部分有理由	23	無理由	10	7	無理由	5
有理由	11	無理由	3	2	無理由	1
合計	120	58		26	15	

- 1.一審法院所作成之判決結果推翻評議決定無理由之結論，而改做有利申請人之判決者共有45件，僅佔所有一審判決結果之25%（45/178=25%）
- 2.二審法院所作成之判決結果推翻評議決定無理由之結論，而改做有利申請人之判決者共有9件，僅佔所有二審判決結果之22%（9/41=22%）



二、評議決定書查詢系統

105年7月1日正式上線

評議中心官網：<http://www.foi.org.tw>

查詢系統網址：<http://ods.foi.org.tw/>

去識別化評議書公開揭露查詢專區



財團法人金融消費評議中心
Financial Ombudsman Institution

評議決定書查詢系統

財團法人金融消費評議中心 [線上操作說明](#)

評議決定書查詢

評議類別	全部	每頁筆數	20 筆
評議決定	全部		
產業別	全部 請選擇		
爭議類型	請選擇		
評議字號	年 評 字 號		
內容檢索			關鍵字詞組合說明
關鍵字詞半型組合符號：+ 表示 或、- 表示 不含、& 表示 且、() 表示 組合。			
評議決定日期	民國 年 月 日 ~ 年 月 日		
送出查詢		清除重填	



財團法人金融消費評議中心
Financial Ombudsman Institution

線上人次：3 瀏覽人次：2660



評議決定書查詢

評議類別	評議決定書	每頁筆數	20 筆
評議決定	申請人主張有理由		
產業別	保險業	人壽保險	
爭議類型	請選擇		
評議字號	手術認定 失能或豁免保費體況認定 必要性醫療 未收到保單或收據 未到期保費之返還 未經法定代理人同意 未經被保險人同意 未遵循服務規範 因果關係認定 年金/滿期金給付 投保時已患疾病或在妊娠中 事故發生原因認定 其他		
內容檢索	關鍵字詞組合說明 - 表示 不含、& 表示 且、() 表示 組合。		
評議決定日期	年 月 日		
送出查詢		清除重填	
線上人次：4 瀏覽人次：3323			
聲明事項： 1. 本查詢系統自民國104年起，凡於民國104年1月1日至104年12月31日評議委員會所作成(或覆核)之評議(不受理)決定書，未來並將定期更新資料。 2. 為符合個人資料保護法規定，本查詢系統所提供之資料，均已將個人資料遮隱。 3. 本資料僅供查詢使用，不得作為其他用途。 4. 本查詢系統所提供之資料，其內容及形式均與評議決定書一致，以評議(不受理)決定書原本為準。 5. 本查詢系統所提供之資料，其內容及形式均與評議決定書一致，以評議(不受理)決定書原本為準。 6. 本查詢系統所提供之資料，其內容及形式均與評議決定書一致，以評議(不受理)決定書原本為準。			

可選擇依「評議主文」、「金融服務業別」、「爭議類型」等條件交叉查詢

或以關鍵字搜尋，例如：連動債



財團法人金融消費評議中心
Financial Ombudsman Institution

評議決定書查詢系統

財團法人金融消費評議中心 線上操作說明

評議決定書查詢

評議類別

評議決定書 ▾

每頁筆數

20

筆

評議決定

請選擇 ▾

產業別

銀行業 ▾

本國銀行 ▾

爭議類型

請選擇 ▾

評議字號

年

評 ▾

字

號

內容檢索

連動債

×

關鍵字詞組合說明

關鍵字詞半型組合符號：+表示或、-表示不含、&表示且、()表示組合。

評議決定日期

民國

年

月

日

~

年

月

日

送出查詢

清除重填



財團法人金融消費評議中心
Financial Ombudsman Institution

評議類別 每頁筆數 筆

評議決定

產業別

爭議類型

評議字號 年 評 字 號

內容檢索

關鍵字詞半型組合符號：+表示 或、-表示 不含、&表示 且、() 表示 組合。

評議決定日期 民國 年 月 日 ~ 年 月 日

 查詢結果每次最多顯示100筆，目前查詢結果為184筆，請重新檢索，以縮小查詢範圍。

序號	評議類別	評議字號	評議決定日期	爭議類型
1.	評議決定書	104年評字第001083號	104.12.11	違反客戶辦理金融商品適合度爭議
所申購之○○筆境外基金（除○○年○○月所申購之○○基金尚未贖回之外，其餘均已贖回）及○○年所申購之○○筆連動債（下含稱系爭投資商品），係在相對人不當推薦下所反覆購買超過申請人風險承受等級之商品（尤其自○○年至○○年間），且歷次買賣操作，承辦理專僅告知年逾之申請人市場變化情形複雜難懂，要申請人放心相信其專業，並囑於文件蓋章以配合其作業。2.按金管會規定，銀行不得購買超.....				
2.	評議決定書	104年評字第001633號	104.12.11	違反金融產品條件或風險說明爭議
相關事證資料如下：（1）申請人於○○年○○月○○日成為本行特定金錢信託客戶。（2）申請人之投資風險屬性為積極型，系爭商品為保守型，故系爭商品符合申請人之投資風險屬性。（3）申請人申購系爭商品前，於本行另有投資過兩次基金，申請人亦自陳曾於○○銀行購買連動債。（4）申請人申購系爭商品之投資金額為新台幣○○元、申購手續費○○元、投資期間配息新台幣○○元。迄至○○年○○月○○日止，系.....				
3.	評議決定書	104年評字第000715號	104.08.28	契約非本人親簽爭議（含存款、投資、授信、信用卡、外匯等）
-第1頁，共6頁-財團法人金融消費評議中心評議書【104年評字第000715號】申請人代理人○○○住○○縣○○市○○里○○路○○○巷○○○弄○○○號住同上相對人○○○股份有限公司設○○市○○區○○路○○○段○○○號○○樓法定代理人○○○住同上上列當事人間關於連動債所生爭議事件，經本中心.....				
4.	評議決定書	104年評字第000716號	104.08.28	契約非本人親簽爭議（含存款、投資、授信、信用卡、外匯等）
-第1頁，共6頁-財團法人金融消費評議中心評議書【104年評字第000716號】申請人代理人○○○住○○縣○○市○○里○○路○○○巷○○○弄○○○號住同上相對人○○○股份有限公司設○○市○○區○○路○○○段○○○號○○樓法定代理人○○○住同上上列當事人間關於連動債所生爭議事件，經本中心.....				
5.	評議決定書	104年評字第000818號	104.08.28	違反金融產品條件或風險說明爭議

搜尋結果顯示於下方，可點選評議字號，即開啟該評議決定書之PDF檔（可下載或列印）



三、案例分享



一、手術保險金理賠爭議

(一)案件事實

1. 申請人先於**91年12月30日**以自己為被保險人向相對人投保終身壽險，並附加醫療保險附約、保障附約；後再於**98年7月31日**投保終身醫療健康保險。
2. 申請人於**104年2月12日**接受皮膚惡性腫瘤切除手術，於同年**2月17日**病理組織檢查報告確認癌症並建議檢查胃，於同年**2月26日**接受胃鏡經口作胃之切片及大腸鏡經肛門之切片共二次，確認可用標靶藥物賀癌平。



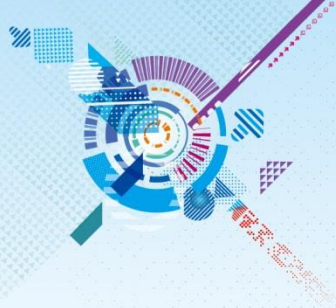
(二)申請人主張

1. 依行政院衛生署衛署醫字第**299302**號函釋意旨中，手術係指「使用刀、剪作診斷及治療之醫療行為」。惟手術之涵義，有廣、狹二義，狹義手術指外科手術，即使用刀、剪作診斷及治療之行為，而廣義之手術可包含一切醫療上侵入性之診療行為，如內視鏡、注射等，合約未對手術定義解釋上已產生疑慮，於條款文字有疑義時，應作對於被保險人有利之解釋，故不允許保險公司採限縮解釋，以規避應負之保險責任。



(二)申請人主張

2. 本案終身醫療健康保險手術係指全民健康保險醫療費用支付標準第二部第二章第七節所列舉之手術，惟本案切片位置較直腸更深入，故該節**74202C**直腸活體組織切片應可適用本案，故相對人應給付相關手術醫療保險金。



(二)申請人主張

3. 至於醫療保險附約、保障附約條款並未定義手術，本案為內視鏡切片屬廣義手術，且切片目標為癌細胞，又確實有切除癌細胞供病理分析，契約條款未定義切除量，僅以「.....均包括」表示，請從寬認定相對人應依「手術保險金表」第149項「所有部位之惡性新生物手術均包括」理賠。

爰請求：相對人應給付申請人手術保險金共新臺幣238,000元，及自104年7月16日起按年利率百分之十計算之利息。



(三)相對人主張

1. 申請人於104年2月26日至同年3月9日於醫院住院，期間接受胃鏡檢查及切片、大腸鏡檢查及切片。經查，切片檢查的目的主要在「1. 確定診斷。2. 治療計畫參考。3. 手術方法的選擇。4. 預後的判斷。」，並無系爭條款約定之「治療」，故「切片」非系爭附約條款約定之給付範圍，故本公司難以同意申請人之請求。



(三)相對人主張

2. 要有治療效果的手術才是條款所約定的手術。且申請人引用的條款也是約定診療確定後，所施予的手術才會給付手術保險金，所以也要診療確定後，施行手術。



(四)爭點

1. 本案申請人於**104年2月26日**所接受之「胃鏡檢查及切片手術」及「大腸鏡檢查及切片手術」其性質係手術，抑或係處置行為？
2. 如係手術，其目的是在於檢查(**Exploratory surgery**；即為探知病灶而施行的手術)，或治療(**Therapeutic surgery**；即為了治療已知病變而施行的手術)？



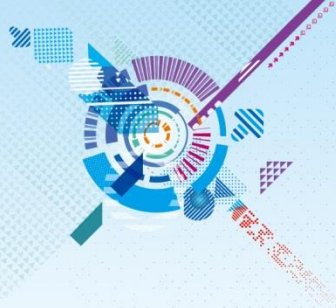
(五)案關法令或約款

1. 終身醫療健康保險第2條第9項：「契約所稱『手術』，係指符合行政院衛生署最新公布之全民健康保險醫療費用支付標準第二部第二章第七節所列舉之手術，不包括該支付標準其他部、章或節內所列舉者。」
2. 終身醫療健康保險第18條第1項：「被保險人於本契約有效期間內，因第三條之約定且經醫師診斷在住院期間必須接受手術治療且已接受手術者，本公司按『住院醫療日額』的三倍給付『住院手術醫療保險金』。」



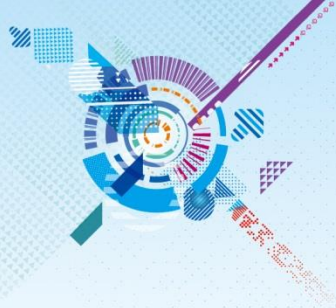
(五)案關法令或約款

3. 保障附約第**10**條第**1**項：「被保險人在本附約有效期間內，遭遇第四條約定的意外傷害事故或因疾病，經醫院醫師診斷並施予下列手術治療者，本公司依附約保險金額之百分率的定額給付『手術保險金』。」
4. 醫療保險附約第**12**條第**1**項「被保險人於本附約有效期間內，因疾病或意外傷害事故，經醫院診療確定並施予『手術保險金表』所列手術項目者，本公司依其手術項目，按本附約約定之『住院醫療日額』的四十倍乘以『手術保險金表』約定之百分率，給付『手術保險金』。」



(五)案關法令或約款

5. 「手術保險金表」註記：「如被保險人所接受之手術，未載明於本『手術保險金表』內時，本公司得比照相當之手術項目之手術等級，決定給付金額。但如該手術依本附約除外責任條款及本『手術保險金表』規定不負給付保險金責任者，則本公司仍不予給付」。



(六)判斷理由

1. 按「保險契約之解釋，應探求契約當事人之真意，不得拘泥於所用之文字；如有疑義時，以作有利於被保險人之解釋為原則。」為保險法第54條第2項所明定，惟依該條文之文義可知，有利解釋原則僅在保險契約條文依其文義或其他法律解釋仍有疑義時，始有適用，非謂所有之契約條文均一律以有利被保險人之解釋為原則，合先敘明。



2. 依上開約定

2. 依療療金醫合療之附的比限。



(六)判斷理由

3. 經諮詢本中心專業顧問，其意見略以：申請人於**104年2月26日**所進行之胃及大腸鏡檢查及切片檢查是一種處置，是證實在胃及大腸有腺癌，另外皮膚切片檢查也證實腺癌已轉移到皮下。該處置為切片檢查，並無手術切除的治療作用，並無相對之手術項目可比照。



(六)判斷理由

4. 本中心為求慎重，另再諮詢另位專業顧問，其意見略謂：胃鏡檢查及大腸鏡檢查當中所作之切片或腫瘤切除，其性質均屬內視鏡手術。若係切片手術，其目的在於確認病變之病理診斷，屬於探知病灶而施行的手術；若是腫瘤或息肉切除，則屬於治療已知病變施行之手術。本案施行之胃鏡或大腸鏡切片手術均屬於探知病灶而施行的手術，為確認病變是否屬惡性所做之手術，故其目的在於診斷而非治療。



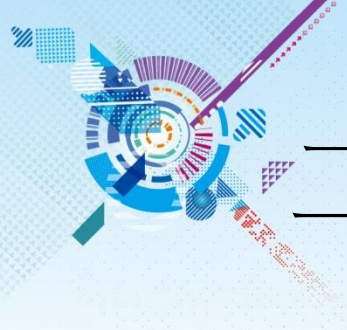
(六)判斷理由

5. 是依上開顧問意見相互以觀，兩位醫療顧問就申請人所進行之胃鏡及大腸鏡檢查及切片手術之性質究屬處置或手術，意見雖不相同，但均認其目的係在於檢查確認病變情形，並非治療，系爭「手術保險金表」也無可比照之項目，故並不符合本案保障附約及醫療保險附約之手術約定，且其所施行之手術亦非行政院衛生署最新公布之全民健康保險醫療費用支付標準第二部第二章第七節所列舉之手術，故本案相對人依約自無給付相關手術保險金之責。



(七)結論

1. 本中心就申請人之請求尚難為有利申請人之認定。



二、醫療保險金理賠爭議

(一)案件事實

1. 申請人於89年10月30日以自身為被保險人，投保終身壽險，並附加平安保險附約，意外傷害醫療保險金限額為5萬元。



(二)申請人主張

1. 伊於**103年12**月底出國旅遊發生車禍，返台後至醫院門診治療，並依醫師指示購買除疤凝膠**Dermatix**，使用時間至少為**3至6**個月，每天至少使用**2至3**次，故除疤凝膠係因意外事故所生之醫療費用，此有診斷證明書可佐，且系爭保險契約未約定除疤凝膠為除外項目，相對人自應於系爭保險限額內全額理賠。



(二)申請人主張

2. 因預計使用期間為1年，故伊購買之數量為20條。

爰請求：相對人應給付申請人新臺幣39,600元。



(三)相對人主張

1. 申請人車禍門診治療，伊前已分別給付傷害醫療費用**10,543**元。依申請人**104**年**1**月**17**日門診病歷紀錄單所示，當日醫療費用收據之自費項目皆為除疤凝膠，而淡化疤痕之除疤凝膠非屬積極之醫療用藥，僅為外觀美容之輔助用品。伊基於客戶服務立場業已給付**1**條系爭除疤凝膠**1,980**元。



(四)爭點

1. 申請人使用系爭除疤凝膠**Dermatix**於傷口處有無治療效果？
2. 如有，則申請人疤痕合理照護修復期間為何？
系爭除疤凝膠**Dermatix**合理使用數量為何？



(五)案關法令或約款

1. 系爭平安保險附約第6條第1項：「具社會保險身份投保者：本契約如經約定附加『傷害醫療保險金』，被保險人於本契約有效期間內遭受第二條約定的意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起一百八十日以內，經登記合格的醫院或診所治療者，本公司就其實際醫療費用，超過社會保險給付部份，給付『實支實付傷害醫療保險金』。但同一次傷害的給付總額不得超過保險單所記載的『每次傷害醫療保險金限額』。...。」



(五)案關法令或約款

2. 系爭平安保險附約第2條：「被保險人於本契約有效期間內，因遭受意外傷害事故，致其身體蒙受傷害而致殘廢或死亡時，本公司依照本契約的約定，給付保險金。前項所稱意外傷害事故，指非由疾病引起之外來突發事故。」



(六)判斷理由

1. 申請人於**103年12月底**出國旅遊發生車禍，致有擦傷、開放傷口、皮膚缺損及疤痕增生，返台後至醫院持續門診治療等節，為兩造所不爭執，並有診斷證明書影本可佐，堪信為真。申請人主張其傷口有使用除疤凝膠**Dermatix**之必要、其購買除疤凝膠係依醫囑指示所為，並提出診斷證明書影本為據。相對人則表示除疤凝膠非屬積極之醫療用藥，僅為外觀美容之輔助用品，其不負給付傷害醫療保險金之責，其給付**1條**已屬合理。



(六)判斷理由

2. 經諮詢本中心顧問，其意見略以：

- 1) 矽膠凝膠(如Dermatix)屬於醫療器材，其實際之醫療價值雖仍有爭議，但已經廣泛使用外科術後傷口還有增生性疤痕。因此，此個案之使用應為合理。



(六)判斷理由

- 2) 至於用量上，6至10公分之剖腹產疤痕，每日使用2次，15GM藥膏約可使用2個月。如以外用藥膏每公克，每日兩次，約可塗抹8個手掌大小。15GM則可使用120個手掌大小。也就相當於可使用2個手掌大小達2個月。據此，傷口約為2手掌大小，合理用量6個月約為3條藥膏，即使塗抹稍厚，6條藥膏也應足夠。若需使用超過6個月，以就是超過6個月，疤痕仍有紅腫，則應視實際狀況再作申請。



(六)判斷理由

3. 本中心為求慎重，再諮詢本中心其他顧問，其意見略以：

- 1) 就除疤凝膠**Dermatix**的治療效果而言，一般臨床醫師的見解，多半是認為：與矽膠片相比較，凝膠對於關節處與皺摺處比較容易使用；而根據病歷記載，申請人的外傷多位於關節處，所以是符合使用凝膠的適應症。



(六)判斷理由

- 2) 至於除疤效果的好壞，並沒有太多的臨床試驗證據支持。但是仍有文獻報告，相較於完全不治療疤痕的控制組，使用 **Dermatix** 凝膠連續塗抹患部六個月後，不管是主觀或是客觀的評估，疤痕淡化的功效會達到統計上顯著的差別。本案是由整形專科醫師開立診斷書及處方，應該也是經專業評估後，認為有療效才會開給病患使用，所以該藥品的療效似乎無庸置疑。



(六)判斷理由

- 3) 至於合理使用量，一般外傷的疤痕多半於3至6個月後就會進入穩定狀態，不會再有太多變動，而根據上引之文獻，也是治療到6個月為止。所以合理量之計算應該以使用到6個月為止，為給付**12**條藥膏即可。



(六)判斷理由

4. 由前揭顧問意見可知，申請人使用系爭除疤凝膠Dermatix於傷口處，係由整形專科醫師開立診斷書及處方，尚屬合理。然依申請人傷口、用量及復原情形等具體情狀，合理使用數量為何，意見則未一致。爰參酌保險法第54條第2項規定意旨，認申請人合理使用數量應從寬認定為12條。



(六)判斷理由

5. 相對人前已給付申請人1條系爭除疤凝膠1,980元，是以相對人尚應給付申請人21,780元。



(七)結論

1. 申請人請求相對人給付**21,780**元範圍內為有理由；逾此部分則無理由。



三、住院保險金理賠爭議

(一)案件事實

1. 申請人於98年6月29日及同年9月30日以自己為要保人暨被保險人向相對人投保防癌保險。



(二)申請人主張

1. 申請人於**103年7月3日**因修理家中電路，頸部僵硬，外出按摩導致半身癱瘓而於**103年7月3日至103年7月15日**，及**103年8月7日至103年8月14日**於醫院住院治療。



(二)申請人主張

2. 申請人受傷過程，於當日突然發生，且有因果關係，故申請人之體況是意外事故所造成。

爰請求：相對人應給付申請人新台幣52,500元，及其中32,500元自103年9月1日起至清償日止，其中20,000元自103年9月10日起至清償日止，均按週年利率百分之十計算之利息。



(三)相對人主張

1. 根據103年7月5日磁共振造影（MRI），在T2影像中之椎間盤均已呈現為完全黑色，表示為嚴重脫水並變得乾燥，是嚴重退化或老化現象，且椎間盤高度降低並向四周突出，其臨床症狀變化為漸進性非突發性，研判退化時間至少半年或一年以上。



(三)相對人主張

2. 103年7月5日醫院X光科檢查會診及報告單，其報告內容亦明確載明頸椎有退化情形，同時合併有骨刺的形成。
3. 另依據出院病歷摘要觀之，申請人主訴係103年7月1日因按摩後漸感不適，於2天後經急診入院，惟103年7月31日向相對人提出之保險金申請書，則表示103年7月2日因裝設燈具受傷，其事故原因之說明明顯不一致。



(四)爭點

1. 申請人於103年7月3日至103年7月15日，及103年8月7日至103年8月14日於醫院住院治療，是否為遭受意外傷害事故所導致？



(五)案關法令或約款

1. 系爭保險契約第2條第1項約定：「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。」
2. 第13條第1項本文約定：「被保險人於本契約有效期間內因遭遇意外傷害事故，自事故發生之日起一百八十日以內，經醫師診斷必須住院治療時，本公司按其投保之意外住院給付日額乘以其住院日數（含入院日及出院日）所得之金額給付意外住院醫療保險金。」



(六)判斷理由

1. 按在有多數原因競合造成傷殘或死亡事故之情形時，依最高法院 94 年度台上字第 1816 號判決意旨，應側重於「主力近因原則」，以是否為被保險人因罹犯疾病、細菌感染、器官老化衰竭等身體內在原因以外之其他外來性、突發性（偶然性）、意外性（不可預知性）等因素作個案客觀之認定。



(六)判斷理由

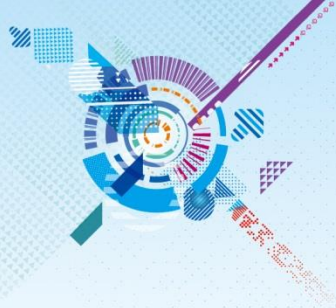
2. 並考量該非因被保險人本身已存在可得預料或查知之外在因素，是否為造成意外傷殘或死亡事故之主要有效而直接之原因（即是否為其重要之最近因果關係）而定，臺灣高等法院臺南分院 103年保險上易字第3號判決可資參照。



(六)判斷理由

3. 經諮詢本中心專業顧問意見，略以：

- 1) 申請人於泰式按摩後出現四肢乏力、雙上肢麻木及解尿困難等脊髓損傷症狀。頸椎核磁共振顯示頸椎第四、五節滑脫，頸椎第六、七節椎間盤突出。上述頸椎變化屬退化性病變，因而導致椎管狹窄。



(六)判斷理由

- 2) 在椎管狹窄的情況下，頸椎的過度伸展或彎曲，尤其是外力介入所造成的過度伸展或彎曲（例如按摩或推拿），都可能造成脊髓擠壓而導致脊髓損傷。所以申請人的情況應是退化(亦即疾病)造成椎管狹窄，但是突發外力事故(按摩)可能加重神經損傷或成為壓垮駱駝的最後一根稻草。



(六)判斷理由

4. 另乙位專業顧問意見，略以：一、申請人103年7月、8月住院係因泰式按摩過程導致之事故。二、遠因為申請人頸部廣泛性退化，近因為『按摩』事故。三、按摩導致之事故，源自於自身症狀及疾病。



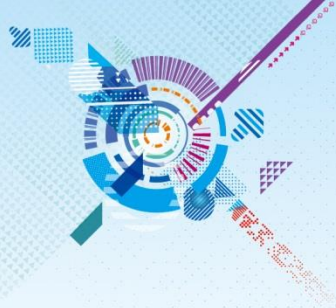
(六)判斷理由

5. 依據相關卷證資料及前開顧問意見，申請人確實罹患頸椎滑脫及椎間盤突出等，縱因按摩導致脊髓損傷，亦係源自於自身所罹患之頸椎退化性疾病，惟「按摩」與該疾病本身相較，亦難認為非係致生申請人目前傷情主要有效而直接之原因，是尚難逕依前揭「主力近因原則」而予排除。



(六)判斷理由

6. 從而，申請人於**103年7月3日至103年7月15日**，及**103年8月7日至103年8月14日**於醫院住院治療，既是肇因於「**頸椎退化性疾病**」及「**按摩意外事故**」之共同原因，本中心衡酌兩造間具體情形，依金融消費者保護法第**20**條第**1**項揭示之公平合理原則及個案具體情狀，認相對人應給付申請人住院醫療保險金之半數，即**26,250元**。



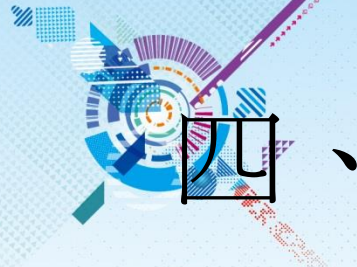
(六)判斷理由

7. 本件相對人應對申請人所為之給付，為本中心依公平合理原則所酌定，非屬兩造因系爭保險契約關係所生之債，而係因本件評議決定所新發生之債之關係，且因評議決定須經兩造當事人表示接受後始成立，故本件評議決定所定之給付，應自兩造接受評議決定始成立債之關係。從而，申請人請求相對人給付遲延利息，自屬無據。



(七)結論

1. 相對人應給付申請人26,250元整，申請人之請求於此部分為有理由，應予准許；逾此部分則為無理由。



四、在家療養保險金理賠爭議

(一)案件事實

1. 申請人於**82年10月8日**投保相對人保險契約，並附加系爭防癌附約等附約。
2. 申請人**104年10月4日**因肝硬化併肝癌，經肝腫瘤射頻燒灼術後，併左側肝內膽管阻塞經皮穿肝膽道引流術，至醫院接受住院治療，於同年月**12日**出院。申請人於同年月**14日5時**因膽道引流出血至醫院急診就醫，於同日**10時**住院，於同年月**27日**進行經皮穿肝膽道引流管置換術，於同年月**29日**出院。



(二)申請人主張

1. 申請人在104年10月4日至104年10月12日共住院9天，癌症在家療養每天應理賠金額為1,000元，故相對人應理賠申請人癌症在家療養保險金9,000元(計算式：每日1,000元*9天=9,000元)，但相對人以申請人實際在家療養天數為1天，僅理賠1,000元。



(二)申請人主張

2. 經申請人與相對人之人員溝通後，相對人同意理賠其餘8天共8,000元之癌症在家療養保險金，但要求申請人簽具同意書，承諾以後類似情況不得提出申請，申請人認為權益受損。

爰請求：相對人應給付申請人新台幣8,000元及自105年3月4日起至清償日止按週年利率10%計算之利息。



(三)相對人主張

1. 本次申請人於104年10月4日至104年10月12日住院9日，出院後僅在家療養1日後，復於同年10月14日再次入院治療，依契約條款約定應按實際在家療養日數給付1日，應無違誤。



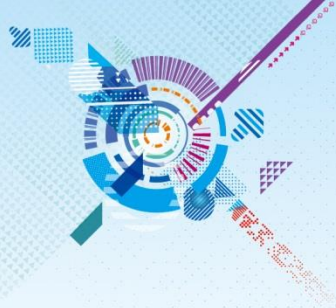
(三)相對人主張

2. 系爭附約商品之費率計算係以實際在家日數作為計算因子。是依前揭契約條款、商品費率計算因子及法院判決皆以癌症實際在家療養天數計算為準，故相對人本次依申請人實際在家療養天數給付1日之癌症在家療養金應無違誤。



(四)爭點

1. 申請人請求相對人給付癌症在家療養保險金8,000元及遲延利息，有無理由？



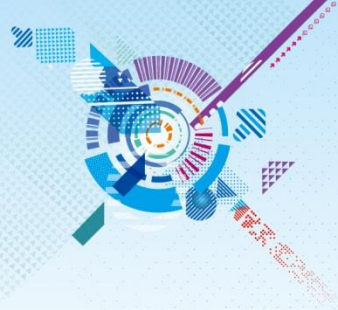
(五)案關法令或約款

1. 系爭防癌附約第**21**條約定：「被保險人於本附約保險責任開始後的有效期間內，符合第**19**條約定接受住院治療後出院在家療養者，本公司按實際在家療養日數，以下表計算給付癌症在家療養保險金。但每次最長以實際接受癌症住院治療日數為限。(請參閱附表五)」



(五)案關法令或約款

2. 金融監督管理委員會96年5月8日保局二字第09600034401號函謂「要旨：有關癌症健康保險之出院療養保險金，應依據保險契約與保費基礎予以給付，並以有利於被保險人之解釋為原則辦理理賠爭議。主旨：有關癌症健康保險『出院療養保險金』給付疑義乙案，請轉知會員公司遵照辦理。請 查照。」



(五)案關法令或約款

3. 說明：一、復 貴公會96年2月16日壽會文字第 96020550 號函。二、由於本局屢接獲保戶對於癌症健康保險『出院療養保險金』之給付提出疑義，請轉知各公司確實檢視保險契約條款之約定與保費基礎是否一致，如於理賠時有疑義應確實依保險法第54條第2項之規定，以有利於被保險人之解釋為原則辦理，並於文到1個月內修正報會，以杜爭議。」



(六)判斷理由

1. 查保險契約之解釋，應探求契約當事人之真意，不得拘泥於所用之文字；如有疑義時，以作有利於被保險人之解釋為原則，保險法第54條第2項定有明文。次查，解釋契約，固須探求當事人立約時之真意，不能拘泥於契約之文字，但契約文字業已表示當事人真意，無須別事探求者，即不得反捨契約文字而更為曲解，最高法院著有17年上字第1118號判例可參。



(六)判斷理由

2. 依契約條款文義解釋，被保險人請求相對人給付癌症在家療養保險金時，相對人之給付天數係以被保險人實際在家療養日數為基準，計算給付在家療養保險金，但若被保險人實際在家療養日數大於實際接受癌症住院治療日數，則以被保險人實際接受癌症住院治療日數為基準，計算給付在家療養保險金。



(六)判斷理由

3. 以本件言，申請人於104年10月4日至104年10月12日因癌症於醫院接受住院治療，復於104年10月14日至104年10月29日再次住院治療，故申請人實際在家療養日數為1天(即104年10月13日)。相對人依據系爭防癌附約第21條約定，給付1日之癌症在家療養保險金1,000元，實屬有據。



(六)判斷理由

4. 申請人主張其在104年10月4日至104年10月12日共住院9天，相對人應理賠在家療養保險金9,000元(計算式： $1,000\text{元} \times 9\text{天} = 9,000\text{元}$)，扣除相對人已理賠之1天(即理賠1,000元)，相對人尚須給付申請人出院在家療養保險金8,000元(計算式： $9,000\text{元} - 1,000\text{元} = 8,000\text{元}$)，申請人前開主張，核與契約之約定不符，故其主張並無可採。



(六)判斷理由

5. 另經諮詢本中心顧問專業，其意見略以：

「系爭防癌附約『癌症在家療養保險金』費率之計算，根據相對人提供送審之計算說明，癌症在家療養平均日數係以癌症平均住院日數乘上**80%**推估。以精算角度而言，系爭防癌附約『癌症在家療養保險金』之費率係以實際在家療養日數作為計算因子應無疑義。」則相對人依申請人實際在家療養天數給付**1日**之癌症在家療養金，並無違誤。



(六)判斷理由

6. 又查，申請人主張台灣高等法院94年度保險上易字第43號、台灣高等法院台南分院94年度保險上字第7號判決意旨，關於系爭防癌附約第21條但書之解釋，應指系爭防癌附約保險責任開始後的有效期間內，所有符合第19條約定接受住院治療之日數云云。



(六)判斷理由

7. 惟細繹上開**2**判決之內容，台灣高等法院**94**年度保險上易字第**43**號判決關於在家療養保險金給付日數之認定，因被保險人實際在家療養天數大於實際住院天數，故以實際住院天數為計算基準；台灣高等法院台南分院**94**年度保險上字第**7**號判決關於在家療養保險金給付日數之認定，於實際住院天數大於實際在家療養天數時，以實際在家療養天數為計算基準；若實際在家療養天數大於實際住院天數時，則以實際住院天數為計算基準。



(六)判斷理由

8. 是依上開判決意旨，因本件之實際住院天數為104年10月4日至104年10月12日，共9天，大於實際在家療養天數(104年10月13日，共1天)，故應以申請人實際在家療養天數為計算基準(即1日)。



(七)結論

1. 本中心就申請人之請求尚難為有利申請人之認定。



五、違反告知義務爭議

(一)案件事實

1. 申請人於**103年9月2日**以子為被保險人，向相對人投保系爭保險契約。
2. 相對人於**105年1月5日**以存證信函通知申請人及被保險人，主張被保險人曾因發展遲緩等求診，惟於投保時對相對人之書面詢問，均答稱「否」，據以解除系爭保險契約。



(二)申請人主張

1. 相對人於105年1月5日以被保險人曾因發展遲緩等求診，惟於投保時對相對人有關「最近二個月內是否因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？」、「目前身體機能是否有言語機能障害？」、「有投保健康險者，請回答現在是否仍患有言語機能障害？」及「有投保傷害險者，目前身體機能是否有言語機能障害？」等之書面詢問，均答稱「否」，並據以解除系爭保險契約。



(二)申請人主張

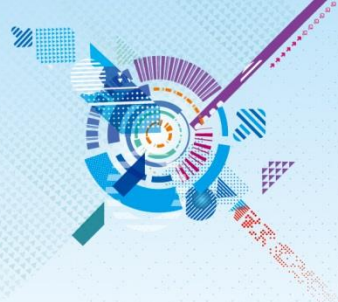
2. 被保險人在復健科為接受運動類職能訓練、平衡、走路姿勢訓練，因為語言訓練要搭配，所以才會一起訓練。所進行課程並非醫療行為，只是一種矯正，也沒有因言語機能問題進行治療、診療或用藥，經求證後這並不是疾病，故申請人並沒有違反告知義務。

爰請求：確認當事人間之住院醫療終身保險契約及其附約，及手術醫療終身保險之契約關係存在。



(三)相對人主張

1. 被保險人曾因發展遲緩、自閉症等疾病明確，且投保後仍持續求診，可見投保當時體況明顯尚未痊癒。



(三)相對人主張

2. 申請人於投保時對相對人有關「最近二個月內是否因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？」、「目前身體機能是否有言語機能障害？」、「有投保健康險者，請回答現在是否仍患有言語機能障害？」及「有投保傷害險者，目前身體機能是否有言語機能障害？」等之書面詢問，均答稱「否」，已影響相對人危險估計，故相對人不得不依保險法第64條之規定，解除系爭保險契約。



(四)爭點

1. 被保險人於投保系爭保險契約前二個月內，是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？申請人對於相對人之書面詢問，是否有違反保險法第**64**條之據實說明義務？是否已影響相對人對系爭保險契約之危險評估？
2. 被保險人於投保系爭保險契約時之身體機能是否患有言語機能障害？申請人對於相對人之書面詢問，是否有違反保險法第**64**條之據實說明義務？是否已影響相對人對系爭保險契約之危險評估？



(五)案關法令或約款

1. 保險法（系爭保險契約簽訂時有效條文）第64條第1、2項：「訂立契約時，要保人對於保險人之書面詢問，應據實說明。要保人故意隱匿，或因過失遺漏，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，保險人得解除契約；其危險發生後亦同。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。」



(六)判斷理由

1. 臺灣高等法院臺中分院99年度保險上易字第8號民事判決：「…在保險事故可能發生多次之保險，已發生之保險事故若與要保人未據實說明無關，保險人依法固不得解除保險契約而拒絕賠償該已發生之損害，惟將來或許會發生之保險事故，卻可能與不實說明事項有關，倘不許保險人及早解除保險契約，必待與不實說明事項有關之保險事故發生後，方認為保險人可依據保險法第64條第2項本文之規定解除保險契約，



(六)判斷理由

2. 則在與不實說明事項有關之保險事故發生前之期間內，要保人必須平白多繳保費，保險人則加重危險負擔，對於保險契約之『對價平衡』及『誠實信用』原則已造成破壞，顯非立法者之本意，因此於解釋上開條文時，應予目的性限縮，解為保險人於要保人違反保險法第64條第1項所定據實說明義務，且已發生之保險事故與要保人未據實說明之事項無關時，仍得解除契約，僅是不得拒絕解除契約前已發生之保險事故理賠之請求...」



(六)判斷理由

3. 經諮詢本中心保險顧問專業意見，略以：

- 1) 申請人於**103年9月2日**以其子為被保險人，向相對人投保醫療險、手術險，並附加醫療險、傷害險。投保前兩個月期間（**103年7月2日至103年9月2日**），被保險人確實有以下就醫記錄：復健科診所，診斷：發育遲緩**3159**，就診日期：**103年7月7日、103年8月25日、103年9月1日**；醫院，診斷：發展遲緩，就診日期：**103年7月17日**。



- 2) 故針對要保書告知事項「最近二個月內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？」申請人確實有違反保險法第64條據實說明義務之事實。
- 3) 而被保險人投保時6歲，自投保前兩年一起，因發展遲緩持續就醫、接受治療，並求診於三家醫療院所。按一般核保實務，若被保險人於投保前有發展遲緩之情形，健康險包括醫療險、手術險、重大疾病險、殘扶險等及傷害險一律拒保，壽險則是延期，一般會延期至進入小學後，若狀況穩定且程度輕微，壽險有機會加費承保。



- 4) 關於要保書告知事項之一「言語機能障害」與被保險人患有之語言發展遲緩兩者是否相同，可參考傷害保險單示範條款附表殘廢程度與保險金給付表之定義「言語機能障害，係指由於牙齒損傷以外之原因引起之構音機能障害、發聲機能障害及綴音機能障害等...」，此與被保險人投保前所診斷之「語言發育遲緩」實不盡相同。



5) 言語機能障害屬器質性、功能性、不可逆性之損害，但語言發育遲緩意指因認知上尚未發育成熟，導致其無法像正常人般用語言表達，故被保險人之言語機能其實是沒有問題的。



(六)判斷理由

4. 承上，相對人以申請人投保系爭保險契約時未告知被保險人之體況有「言語機能障害」，並據以解除系爭保險契約，固有未妥。然被保險人另確實於投保系爭保險契約前二個月內，曾因疾病接受醫師治療、診療或用藥，而申請人就相對人此部分之書面詢問亦未據實告知，並已影響相對人對系爭保險契約之危險評估。故相對人依保險法第64條解除系爭保險契約，尚無違誤。



(七)結論

1. 申請人請求確認系爭保險契約之契約關係存在，本中心尚難為有利申請人之認定。



六、違反告知義務爭議

(一)案件事實

1. 申請人於**103年9月15日**向相對人投保終身壽險，附加定期壽險附約、殘廢照護終身保險附約、終身醫療健康保險附約及醫療保險附約。並告知於醫院治療第二期糖尿病，持續用藥控制中，經相對人安排體檢後加費承保。
2. 申請人**104年12月18日至12月26日**因「冠心病、心房顫動、慢性阻塞性肺病、高血壓控制不良、糖尿病」赴醫院住院接受治療，**104年12月28日**申請醫療保險金，相對人於**105年3月**給付申請人醫療保險金**137,019元**在案。
3. 相對人於**105年3月11日**向申請人發函解除系爭保單。



(二)申請人主張

1. 本人**103**年至醫院新陳代謝科只有治療糖尿病，並未因高血壓相關症狀就醫治療，只是看診前例行性血壓檢查，醫生也未告知高血壓相關事項，更未服用高血壓藥物。
2. 本人投保當時有告知糖尿病史，也接受相對人安排體檢，當時也做血壓檢查，之後相對人也加費核保通過。



(二)申請人主張

3. 血壓偏高只是門診時所測量所得(看診時臨時請假，所以匆忙趕至測量血壓)，且並非診斷病名，不知自己是屬高血壓病史，並未違反告知義務。

爰請求：確認申請人與相對人間保險契約效力存在。



(三)相對人主張

1. 經本公司調閱申請人就診紀錄內容知悉，其投保前於醫院之門診病歷資料記載測量日與血壓數值如下：103/5/8(BP150/88)、5/22(BP150/90)、6/12(BP160/84)、7/3(BP150/90)、7/24(BP146/88)、8/21(BP156/88)。



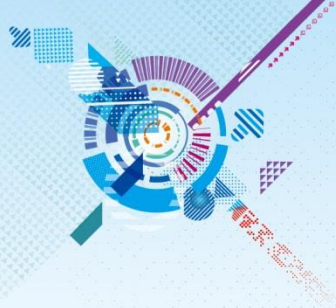
(三)相對人主張

2. 因申請人投保前已有上揭數次血壓數值異常之記錄及血壓異常偏高併服用降血壓藥物之情形，然於**103年9月15日**投保時卻未在要保書上據實告知，復經本公司再次核保評估後，認上述未告知之檢查結果合併申請人自身糖尿病之病史已影響本公司之風險評估。



(四)爭點

1. 相對人以要、被保險人違反保險法第**64**條據實告知義務，解除系爭保單是否有理由？
2. 申請人請求確認系爭保單效力存在，是否有據？



(五)案關法令或約款

1. 保險法（系爭保險契約簽訂時有效條文）第64條第1、2項：「訂立契約時，要保人對於保險人之書面詢問，應據實說明。要保人故意隱匿，或因過失遺漏，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，保險人得解除契約；其危險發生後亦同。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。」



(六)判斷理由

1. 關於本案爭點，經諮詢本中心顧問專業意見，略以：

- 1) 依申請人於103年5月8日至103年8月21日於醫院門診病歷記載，診療醫師雖有檢測申請人血壓，103年5月8日(血壓值150/88mmHg)、103年5月22日(血壓值150/90mmHg)、103年6月12日(血壓值160/84mmHg)、103年7月24日(血壓值146/88mmHg)、103年8月21日(血壓值156/88mmHg)。



(六)判斷理由

- 2) 但應僅是一般例行性檢測程序，且其脈搏數與血壓值的關係來看，診療醫師並未對其偏高的血壓值加以診斷確定為高血壓，亦未開立處方用藥。



(六)判斷理由

- 3) 故申請人向相對人要保系爭保單時，對於要保書健康告知事項「四、過去五年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥?**1.高血壓症(指收縮壓140 mmHg或舒張壓90 mmHg以上)** ...」，並無醫師治療、診療或用藥的情事。因此，申請人並無違反據實告知之義務。



(六)判斷理由

- 4) 即便申請人對其血壓的高值於相對人要保系爭保單時予以告知，則依103年5月8日至103年8月21日的診療第二型糖尿病期間血壓平均值(152/86mmHg)，按一般壽險與醫療險的核保評估原則核定，亦僅為加費承保，尚未達拒保程度。相對人主張申請人投保前有高血壓病史，以違反保險法第64條解除保險契約，並無所據。



(六)判斷理由

2. 本中心為求慎重，復諮詢另一顧問專業意見，略以：

- 1) 經查閱**103年5月8日~103年8月21日**門診記錄，並無開立高血壓用藥記錄。**103年10月16日**才開始開立高血壓用藥。故相對人主張申請人投保前「併服用高血壓藥物」，與事實不符。



(六)判斷理由

- 2) 申請人於投保前沒有被診斷有高血壓，於投保後在**103年11月13日**才「確診有高血壓」。所以申請人投保時沒有告知有高血壓，實屬合理，並無違反據實告知義務之事實。雖然投保前門診之血壓值有出現異常，但臨床醫師尚未認定診斷有高血壓，核保或理賠評估宜根據「診斷」，而不宜以檢查值異常做為診斷。



(六)判斷理由

- 3) 即使相對人在核保當時，已得知申請人投保前血壓值異常，並調閱申請人投保前之門診病歷，按一般核保實務，高血壓之核保，採用投保前三個月血壓值之平均值來核定，申請人投保前三個月之血壓值如下，其平均值為**145/87**，按**RGA**美國再保核保手冊，本案件高血壓評點為**+0**，未達拒保、延期或加費之程度，不影響本案件承保時之核保決定。



(六)判斷理由

- 4) 申請人於投保前沒有被診斷有高血壓，於投保後在**103年11月13日**才「確診有高血壓」。所以申請人投保時沒有告知有高血壓，實屬合理，並無違反據實告知義務之事實，故相對人解約無據。



(六)判斷理由

3. 從而，依前揭專業顧問意見，申請人103年5月8日至103年8月21日於醫院門診病歷，診療醫師雖有檢查申請人血壓，但並未對其偏高的血壓值加以診斷確定為高血壓，亦未開立處方用藥。



(六)判斷理由

4. 申請人於**103年9月15日**投保系爭保單，對於要保書健康告知事項「四、過去五年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥?**1.高血壓症(指收縮壓140 mmHg或舒張壓90 mmHg以上)** ...」，並未違反據實告知之義務，亦未破壞「對價平衡」原則，而變更或減少相對人對於危險之估計。故相對人主張要、被保險人違反保險法第**64**條第**2**項據實告知義務而解除系爭保單，洵屬無據。



(七)結論

1. 申請人本次請求確認其與相對人間系爭保單契約效力存在為有理由。



七、停效爭議

(一)案件事實

1. 申請人於**96年1月24日**以母為被保險人向相對人投保系爭變額壽險契約，保險金額為**80萬元**。
2. 嗣於**105年3月**，申請人之母即被保險人過世。



(二)申請人主張

1. 申請人之母即被保險人於**105年3月份**過世，向相對人申請理賠，始知此保單已停效。申請人詢問為何停效，相對人之業務員告知停效前兩個月有寄通知書，惟申請人本人並未收到，相對人之業務人員亦無知會，申請人亦未接獲相對人電話通知。相對人未盡通知之義務。



(二)申請人主張

2. 申請人投保系爭保險契約已有**10**年，惟因為當時這份保險契約不是收費員所招攬者，發生爭議，收費員卻說不認識申請人，此絕非保險服務人員應有之態度，申請人繳交近**10**年保費，卻為相對人所拒賠，要申請人如何能平息？

爰請求：相對人應給付申請人新臺幣**80**萬元。



(三)相對人主張

1. 系爭保險契約係約定每月自農會帳戶內扣繳增額保費，以維持保單帳戶價值足以支付保險成本及保單維持費用。本公司因保單帳戶價值不足以支付保險成本及保單維持費用且保單帳戶價值已為零，故於**104年12月3日**以書面催告，該書面催告已寄達**A**地址，催告掛號信函簽收人與被保險人之關係為婆媳，該保險契約已停效，被保險人於停效期間身故，相對人不負給付身故保險金之責。



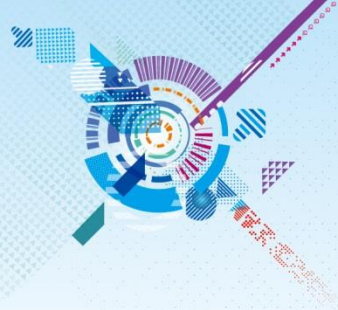
(三)相對人主張

2. 系爭保險契約曾於103年1月10日辦理復效，所提供之住所確為A地址。故為要保人之住所無誤。



(四)爭點

1. 系爭保險契約是否經相對人合法催告而停效？
2. 申請人請求相對人給付80萬元，是否有據？



(五)案關法令或約款

1. 保險法第**116**條第**1**項：「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。」
2. 保險法第**116**條第**2**項：「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。」



(六)判斷理由

1. 非對話而為意思表示者，其意思表示以通知達到相對人時，發生效力，民法第95條第1項定有明文。而所謂達到，係指意思表示達到相對人之支配範圍，置於相對人隨時可了解其內容之客觀狀態而言。



(六)判斷理由

2. 若表意人以書信為意思表示（或意思通知），該書信達到相對人，相對人無正當理由而拒絕接收，或相對人已受郵局通知往取書信（郵件），該書信既已達到相對人之支配範圍內，相對人處於隨時可以了解其內容之狀態，依上說明，應認為已達到而發生效力（最高法院96年台上字第2792號民事裁定參照）。



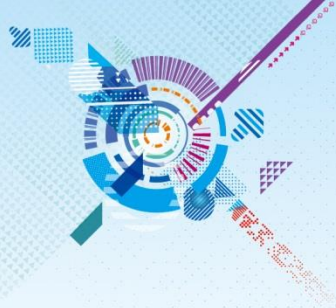
(六)判斷理由

3. 經查，觀諸本件系爭保險契約之要保書，於要保人個人資料欄下方有「要保人同意貴公司繳付保費通知之送達以居所為準」之記載，前揭文字中，「居所」二字較其餘文字更大，而要保人居所（通訊地址）經勾選為「同要保人住所」，而要保人住所（戶籍地址）則經填寫為「**B**地址」，此並為兩造所不爭執，堪信為真實。



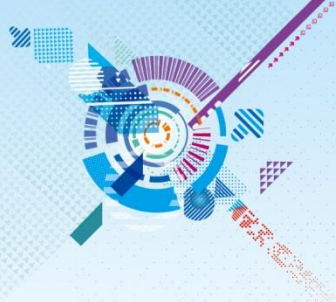
(六)判斷理由

4. 細譯上揭103年1月10日保險契約復效申請書，通訊地址係填寫於要保人簽章欄後方，於手寫地址「A地址」下方並有「限本項業務通知用」之記載，是依保險契約復效申請書，「A地址」此通訊地址應僅限於辦理保險契約復效相關事宜，並不包括繳費催告通知。



(六)判斷理由

5. 而兩造已於要保書上約定「要保人同意貴公司繳付保費通知之送達以居所為準」，要保人居所（通訊地址）經勾選為「同要保人住所」，而要保人住所（戶籍地址）則經填寫為「**B地址**」，且系爭保險契約並未經申請人即要保人填寫契約變更申請書變更要保人之住所地或居所地，是相對人自應向要保人之居所即「**B地址**」為催告。



(六)判斷理由

6. 相對人既未舉證證明其已向申請人居所即住所之地址為催告，其催告不生效力，則依系爭保險契約條款第6條規定，繳付保險費之三十日寬限期間無從進行，系爭保險契約難認已停止效力，本件系爭保險契約仍繼續有效，被保險人業於105年3月間死亡，保險事故既已發生，保險受益人即申請人自得依保險契約請求相對人給付保險金。



(七)結論

1. 申請人請求相對人給付保險金**80**萬元，應予准許。



八、復效爭議

(一)案件事實

1. 申請人於**103年1月27日**以自身為被保險人，向相對人投保系爭保險。
2. 申請人未依約繳交續期保費，致系爭保險停效。



(二)申請人主張

1. 相對人於**103**年**5**月**27**日擅自更改聯絡電話，使申請人無法繳費致系爭保險停效。嗣申請人欲向相對人辦理復效，相對人遂要求申請人進行體檢。後相對人以申請人曾於**103**年**3**月**12**日因心臟病在醫院就診為由拒絕復效。申請人當時有表示並非帶病投保何以不能復效，相對人此舉對申請人不盡公平。



(二)申請人主張

爰請求：相對人應同意恢復兩造間系爭保險契約效力。



(三)相對人主張

1. 系爭保險於**103年5月27日**之續期應繳保險費仍因故逾期未繳，爰於**103年7月21日**停止效力。申請人於**104年6月25日**始提出系爭保險之復效申請，然因健康告知部分敘明曾因心臟病於醫院就診，是請申請人同意授權調閱相關醫療紀錄後，得知申請人自**103年5月至104年2月**曾於醫院有頻繁就診紀錄，卻未於復效申請時提及此節。



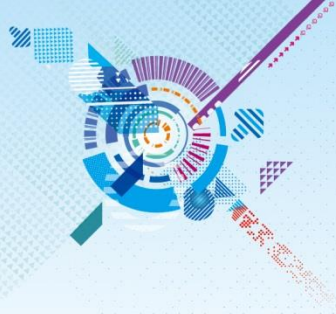
(三)相對人主張

2. 另醫院之資料亦記載申請人曾於**101年11月**於該院進行心導管介入治療心肌梗塞以及藥物濫用等情形。因尚須調閱相關病歷資料方可判斷是否可復效。故相對人囿於資料不全，仍無法有效審核本件復效之申請等語。



(四)爭點

1. 申請人以其業已提供可保證明為由，請求相對人應恢復系爭保險之契約效力，有無理由？



(五)案關法令或約款

1. 保險法第**116**條第**3**項：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6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5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。



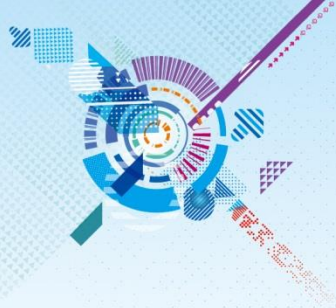
(五)案關法令或約款

2. 系爭保險契約條款第5條：...。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，則不另為催告，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，自催告到達翌日起三十日內為寬限期間。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。...



(六)判斷理由

1. 自系爭保險之要保書觀之，系爭保險之繳費期間及繳費方式分別勾選「月繳」及「自行繳費」，而相對人係於**103年4月21日**通知申請人應於**103年5月27日**繳交續期保費，有保險費繳費通知附卷可參。申請人既未依約於寬限期間屆滿前繳交保險費，揆諸前揭條文及約定，系爭保險應自寬限期間終了翌日即**103年6月27日**起停止效力。



(六)判斷理由

2. 觀保險法第**116**條第**3**項立法目的，在於保險學理上為防止逆選擇，係賦予保險人於要保人申請保險契約效力恢復時具危險篩選權，以避免道德危險之產生；國外亦有於要保人申請契約效力恢復時，要求要保人需提供可保證明等以供保險人危險篩選之機制。



(六)判斷理由

3. 爰參酌保險學理及國外作法，如要保人於停效日起**6**個月後始提出恢復契約效力之申請，保險人得要求要保人提供被保險人之可保證明，亦即賦予保險人於要保人在一定期間後申請保險契約效力恢復時，得為危險之篩選，且明定保險人除於被保險人之危險程度有重大變更已達拒絕承保外，不得拒絕要保人復效；如要保人於停效日起**6**個月內提出恢復契約效力申請者，則保險人不得拒絕其恢復契約效力。



(六)判斷理由

4. 案經諮詢本中心專業顧問，其意見略以：

- 1) 上述條文及約定所述內容之涵義是指被保險人之危險程度在停效期間有重大變更已達拒絕承保者，保險公司得拒絕其復效。



(六)判斷理由

- 2) 因本件為電話行銷線上成交案件，相對人依「保險業辦理電話行銷業務應注意事項」第3點第1項第2款方式承保之保單，相對人在保單生效後兩年內發現投保前任何嚴重病史，按「保險業辦理電話行銷業務應注意事項」第9點第4項，相對人是不得解除契約的。關於復效之評估，按保險法第116條和系爭保險契約條款第6條之約定，相對人亦不可因投保前已存在之病史作為拒絕復效之理由。



(六)判斷理由

- 3) 簡言之，相對人不可藉機在評估復效時，針對電話行銷線上成交案件重新進行核保。因此，相對人主張：「..醫院之資料亦記載申請人曾於**101年11月**於該院進行心導管介入治療心肌梗塞以及藥物濫用等情形。因尚須調閱相關病歷資料方可判斷是否可復效。故相對人囿於資料不全，仍無法有效審核本件復效之申請。」實不合理。



(六)判斷理由

- 4) 另按相對人另一主張：「申請人自**103年5月**至**104年2月**曾於醫院有頻繁就診紀錄，卻未於復效申請時提及此節。」依現有資料顯示，本件申請人於復效時有在心臟疾病問卷說明「於**103年4月12日**發現心臟病，並曾在**104年3月26日**住院**3天**，接受心導管檢查，並曾復發三次。並曾因胃病於**104年**看過門診一次。」顯見申請人確實有在疾病問卷主動告知心臟病之病史，並沒有意圖要隱瞞。



(六)判斷理由

- 5) 按醫院於**103年4月12日**診斷證明書記載：申請人於**103年4月12日**門診，診斷為（1）狹心症、（2）高血壓、（3）冠狀動脈心臟病。又醫院**103年5月21日**開立之診斷證明書記載：申請人於**103年5月21日**在醫院急診，診斷為慢性缺血性心臟病。上述申請人於**103年4月至5月**期間所發生之疾病，尚在申請人保單有效期間，並非停效期間，若有住院或手術之事實，申請人甚至有申請理賠之權。



(六)判斷理由

- 6) 按醫院104年7月17日回覆保險公司之查詢病患就醫診療結果摘錄報告：「申請人於103年3月8日在醫院初診，於103年3月8日至104年7月15日，共計門診8次，...最後就診日期為104年7月15日，診斷結果為（1）不穩定心絞痛、（2）冠狀動脈心臟病經心導管及支架置放術後、（3）高血壓。對照103年4月和5月保單有效期間之門診診斷和上述保單停效後持續就醫之診斷，兩者其實是相同的。



(六)判斷理由

- 7) 故申請人之危險程度在停效期間並沒有重大變更，申請人之上述病史在保單有效期間已存在。相對人若因保單有效期間已存在之病史，在保單停效後申請復效時，藉機拒絕復效，有違保險法第**116**條和系爭保險契約條款第**6**條之立法和立約精神。



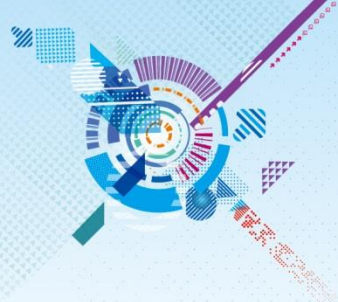
(六)判斷理由

5. 依現有卷證資料及前揭專業顧問意見可知，申請人既已提供可保證明，且申請人之危險程度於停效期間並無重大變更，相對人就申請人之復效申請應予同意。



(七)結論

1. 申請人請求相對人應同意恢復系爭保險之契約效力，為有理由，應予准許。



九、保前疾病爭議

(一)案件事實

1. 申請人於**100年11月7日**以自身為要、被保險人，向相對人投保醫療健康保險，並附加住院健康保險附約。
2. 申請人於**101年10月22日至同年月24日**因「神經性運動疾患及睡眠障礙」入住醫院。
3. 申請人於**103年11月17日至同年月20日**因「巴金森氏病」入住醫院治療。



(二)申請人主張

1. 一般出現「步態不穩、行走遲緩」症狀者，其致病之原因可能有「小腦萎縮症」、「重症肌無力」、「僵直性脊椎炎」、「足底筋膜炎」等。相對人僅以申請人主動提出之健保署就醫紀錄明細表國際分類標準碼，即望文生義、自行推斷，委無可採。



(二)申請人主張

2. 蓋申請人既無前項巴金森氏症之臨床病徵，且服用「**Madopar**」及「**Switane**」兩種藥物均無效果，則系爭保險契約於**100年11月7日**生效後**30日**內，申請人確實尚未罹患巴金森氏症。



(二)申請人主張

3. 申請人於**100年11月7日**投保系爭保險契約時，係自行駕駛小客車至相對人之分公司簽約，若申請人有靜止性震顫、肌強直、僵硬、運動遲緩和動作遲緩等症狀，豈能不被相對人發現而拒保？



(二)申請人主張

4. 申請人自100年12月20日起即未再就醫，迄101年2月16日門診，此期間並無服用其他藥物，亦未接受任何治療。又醫師診斷申請人之雙手在固定姿勢和站立時，並無明顯不對稱震顫之情形，足證申請人於101年2月16日尚未發生巴金森氏症。



(二)申請人主張

爰請求：

- 1) 請求相對人給付醫療保險金新臺幣24,500元。
- 2) 請求相對人給付特定傷病保險金150,000元。
- 3) 請求相對人自103年11月20日起豁免系爭保險契約之保險費，並返還已繳保險費15,360元。



(三)相對人主張

1. 申請人曾於**100年12月6日**赴醫院就診，經診斷為「疑巴金森氏症」，並有開立抗巴金森氏症藥物，後於**100年12月12日**再至醫院接受腦部電腦斷層檢查，並於同年月**13日**至該院神經內科就醫，主訴步態不穩已一年，左手輕微笨拙，注意力不集中，曾去風濕免疫科就診後轉至神經科求診，經神經內科診斷為「巴金森氏症」。



(三)相對人主張

2. 依申請人就診病史紀錄，顯見申請人於投保系爭保險契約前至系爭保險契約生效日起三十日內已有步態不穩、行走遲緩等巴金森氏症臨床表現症狀，故相對人依約實難給付醫療保險金、特定傷病保險金，及豁免系爭保險契約之保險費。



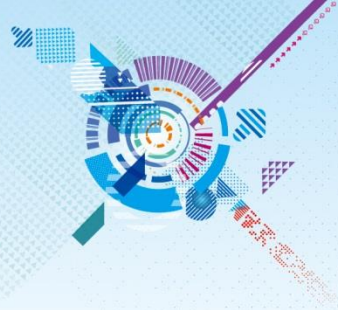
(三)相對人主張

3. 另系爭事故一之出院日為**101年10月24日**，距**103年11月10日**理賠申請日已逾二年，故系爭事故一之醫療保險金請求權已罹於二年時效而消滅。



(四)爭點

1. 系爭事故一之保險金請求權是否業因罹於時效而消滅？
2. 申請人所罹患之巴金森氏症是否為系爭保險契約之承保範圍？申請人請求相對人給付醫療保險金、特定傷病保險金，並豁免系爭保險契約之保險費，及返還已繳保險費，有無理由？



(五)案關法令或約款

1. 保險法第**65**條第**1**項前段規定：「由保險契約所生之權利，自得為請求之日起，經過二年不行使而消滅。」
2. 民法第**128**條前段規定：「消滅時效，自請求權可行使時起算。」
3. 民法第**129**條第**1**項：「消滅時效，因左列事由而中斷：一、請求。二、承認。三、起訴。」



(五)案關法令或約款

4. 保險法第**127**條：保險契約訂立時，被保險人已在疾病中者，保險人對是項疾病，不負給付保險金額之責。



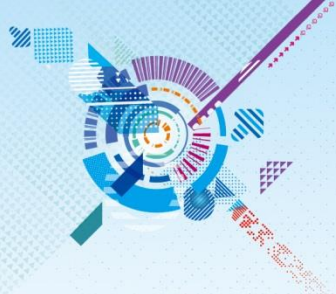
(六)判斷理由

1. 民法第**128**條所謂請求權可行使，乃指權利人得行使請求權之狀態而言（最高法院**63**年台上字第**1885**號判例參照），又保險金給付請求權應自保險事故發生之時，即開始起算其時效期間，不因請求權人對此權利之存在主觀上知悉與否而有影響（最高法院**75**年度台上字第**2028**號民事裁判要旨參照）。



(六)判斷理由

2. 依醫院所出具之系爭事故一診斷證明書，申請人係於**101年10月20日**入院施行檢查及治療，於同年月**24日**出院，故自申請人出院後，即於**101年10月25日**起，申請人系爭事故一之保險金請求權時效，自應開始起算。而申請人本件遭相對人拒賠之醫療保險金為**103年11月10日**向相對人提出理賠申請，此有相對人所提出之理賠申請書可稽，然此距離系爭事故一之出院日期已逾上開兩年請求權時效，故該保險金請求權已因罹於時效而消滅。



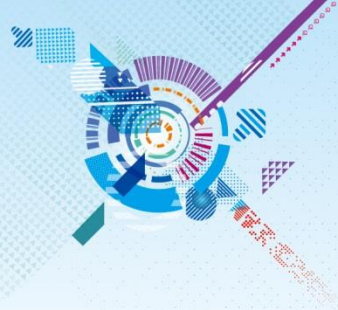
(六)判斷理由

3. 申請人雖主張，相對人於**104年3月30日**、**104年7月6日**之函覆，及相對人於電話中表示「申請人補正健保署就醫紀錄明細表，相對人將重新評估。」故相對人已經承認重新評估，應視為拋棄時效利益。依申請人所陳，相對人僅係向其表示「將重新評估」，並未向申請人表示承認其請求權存在，故申請人據此主張相對人已視為拋棄時效利益云云，自有誤解。



(六)判斷理由

4. 為保護善意之被保險人，該條所指「被保險人已在疾病中者」，應限縮解釋為該疾病已有外表可見之徵象，在客觀上被保險人不能諉為不知之情況而言（最高法院**90**年度台上字第**89**號裁定意旨參照）。所謂被保險人是否知悉疾病，只須其已知悉有該方面之疾病為已足，並不以確切知悉醫學上之病症名稱為必要，臺灣高等法院花蓮分院**103**年度保險上字第**1**號民事判決意旨參照。



(六)判斷理由

5. 關於申請人所罹患之巴金森氏症是否為系爭保險契約之承保範圍，經諮詢本中心專業醫療顧問意見，略以：

- 1) 依據A醫院回覆病歷，申請人於100年12月6日因震顫、步態不穩及協調障礙就診，初診診斷即為「疑巴金森氏症」，除安排檢查外，已投予多巴胺藥物治療，故屬系爭保險契約生效日起三十日內所發生之疾病。



(六)判斷理由

- 2) 依據103年2月7日B醫院病歷記載，申請人典型巴金森氏症臨床症狀發生於43歲（tremor of limbs, rigidity and difficulty in walking, onset: 43），故為系爭保險契約生效日起三十日內發生之疾病。



(六)判斷理由

- 3) 依據103年11月20日C醫院出院病歷記載，申請人典型巴金森氏症症狀出現於2010年（Initially, he has suffered from limbs tremor, left side more severe, slow movement and gait disturbance since around 2010），亦為系爭保險契約生效日起三十日內發生之疾病。。



(六)判斷理由

6. 承上，依相關病歷資料記載，申請人所罹患之巴金森氏症，為系爭保險契約生效日起三十日內所發生之疾病，自非屬系爭保險契約之承保範圍。申請人復主張，其所罹患之巴金森氏症，並未於系爭保險契約生效日起三十日內經醫師確診。



(六)判斷理由

7. 然系爭保險契約所稱疾病係指被保險人自契約生效日起**30**日後所「發生」之疾病，且保險法第**127**條所指「被保險人已在疾病中者」，為該疾病已有外表可見之徵象，在客觀上被保險人不能諉為不知之情況而言，是自不以經醫師診斷確定為必要。而依上開病歷所示，申請人於投保系爭保險契約前，已有外表可見之巴金森氏症臨床症狀發生，故相對人就此疾病自不負給付相關保險金，或豁免系爭保險契約保險費之責。



(七)結論

1. 申請人請求相對人給付醫療保險金24,500元、特定傷病保險金150,000元，及自103年11月20日起豁免系爭保險契約之保險費，並返還已繳保險費15,360元，本中心尚難為有利申請人之認定。



十、招攬爭議

(一)案件事實

1. 本次爭議保單如下：

幣別	年繳保費	投保年月日	年期	效力變更
新台幣	131,755元	99年11月6日	20年	已減額繳清
新台幣	128,704元	99年11月6日	20年	已減額繳清
新台幣	131,425元	100年2月14日	20年	已減額繳清
新台幣	128,457元	100年2月14日	20年	已減額繳清
美金	18,219元	101年12月26日	6年	
澳幣	3,386元	102年6月5日	20年	
澳幣	2,119元	102年6月17日	20年	



(二)申請人主張

1. 業務員未依要保人與被保險人之需求，推薦適合之保單、保額與繳費年期，疑僅欲其個人保單抽佣利益，違反保險商品適合度政策之規定。要保人96年4月罹患大腸癌，99年起投保時之年齡74歲，當時病情已經不樂觀，嗣後癌細胞擴散於104年4月12日辭世。對業務員於要保人投保時是否有考量要保人及繼承人承接保費的能力有疑義。



(二)申請人主張

2. 保戶及其配偶於**90年**及**88年**退休後，僅憑一個月最多四萬元的租金收入及退休積蓄維生，且要扶養無工作能力的兒子一家四口(包含越南籍媳婦及尚未成年之孫子與孫女)。保戶配偶擔心龐大之保費支付，將對退休生活造成負擔，曾多次委婉請業務員勿再招攬，豈料業務員仍藉邀請保戶參加公司活動為由，行推銷保單之實，完全漠視保戶及被保險人年收入與保費負擔(估算年繳保費折合新台幣約**250萬元**)顯不相當之事實。



(二)申請人主張

3. 要保人96年確診罹患大腸癌時年已71歲，竟然自99年起至104年保戶過世前，除101年外每年均有新保單生效，細察業務員承作之保單內容，有多筆係屬重複性相當高之台、外幣儲蓄型保單，且繳費年期竟多屬長達20年者，以常理判斷已顯有不當，保險從業人員理應考量保戶當時之年齡及身體狀況，秉誠告知保戶實已不適合投保長年期之保單，然竟未勸導保戶，尚且招攬且慫恿投保，殊難理解。



(二)申請人主張

4. 業務員不僅招攬保單時，無提供任何保險計畫書及試算表，亦無告知保戶繳費期滿前解約將蒙受超額損失，而僅誘之以「高利率優於定存」、「長年期伸縮性大」、「保險費低」、「還本金高及保障高」等之行銷話術，誤導保戶投保多筆**20年期(共7筆)**及**10年期(1筆)**的台、外幣保單，明顯未符合要保人之利益，甚至可合理懷疑業務員僅以賺取佣金為首要目的。



(二)申請人主張

5. 再詳細檢視保單，103年2月14日有二筆台幣保單(年繳保費新台幣259,882元)作減額繳清，恰為業界該類保單抽取佣金之最後年限，同年5月21日，保戶卻又新承作一筆10年期外幣保單(年繳保費澳幣10,662元)，然又旋即於11月6日對二筆台幣保單(年繳保費新台幣260,459元)辦理減額繳清，恰又為抽取佣金之最後年限，業務員之私心昭然若揭，僅圖個人銷售業績之利益，完全無視保戶年收入、投保保費與保障需求間之平衡與妥適性。



(二)申請人主張 爰請求：

- 1) 要保人投保的系爭保單自始無效，相對人應退還總繳保費合計新台幣1,213,592元、美金54,840.94元、澳幣11,063.8元，及自104年5月27日起至清償日止按年利率百分之五計算的利息。
- 2) 相對人應賠償損失新台幣579,610元、美金10,068.87元、澳幣7,294.90元。



(三)相對人主張

1. 有關係爭保險契約係由要保人親自簽名後同意投保，並由要保人簽收保險單，且要保人所簽具保險契約「傳統型個人人壽保險契約審閱期間確認聲明書」，保險商品內容及「保險單條款樣本」已經其審閱及認同，於契約撤銷期間要保人未主張撤銷契約，實為合法所簽立之契約。



(三)相對人主張

2. 依系爭保險契約要保人所簽署「客戶投保確認函」，該函所列針對是否已瞭解本次所繳之保險費，係用以購買保險商品且在其經濟能力範圍內，而且已充分瞭解本保單之內容、是否知悉契約撤銷權、其中外幣保單另有確認是否能夠瞭解並願意承受匯率風險等問項，要保人均勾選「是」(知悉、同意)，足認要保人對於契約內容無任何疑慮，惟申請人至要保人過世後才片面揣測99年至今投保意願，實難斷定本公司有所違誤之處。



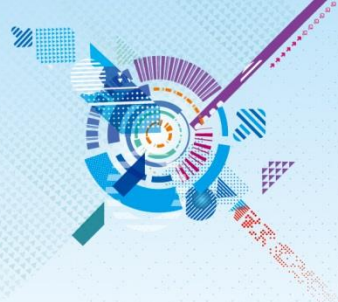
(三)相對人主張

3. 另據保險單招攬人書面聲明稱，要保人告知財務狀況良好，且參酌要保人102年6月5日財務狀況告知書稱：「動產600萬元、坐落於台北市及新北市不動產9000萬元、現金存款600萬元及家庭年收入200萬元」，且無借貸及房屋設定抵押，經濟狀況良好，並無所謂商品適合度問題，申請人認知恐與事實有所出入，恐有曲解要保人投保真實意願。



(四)爭點

1. 申請人主張系爭保險契約自始無效，相對人應退還總繳保費，有無理由？相對人是否負損害賠償責任？



(五)案關法令或約款

1. 金融消費者保護法（100年7月26日）第9條第1項規定：「金融服務業與金融消費者訂立提供金融商品或服務之契約前，應充分瞭解金融消費者之相關資料，以確保該商品或服務對金融消費者之適合度。」
2. 第11條規定：「金融服務業違反前二條規定，致金融消費者受有損害者，應負損害賠償責任。」



(五)案關法令或約款

3. 金融服務業確保金融商品或服務適合金融消費者辦法第9條規定：「保險業在提供金融消費者財產保險及非投資型保險商品或服務前，應考量之適合度事項如下：...二、金融消費者投保險種、保險金額及保險費支出與其實際需求是否相當。...」。



(五)案關法令或約款

4. 保險業招攬及核保作業控管自律規範(101年6月28日)第2條第3項規定：「業務員（含電話行銷人員）招攬時所填報之業務員報告書或其他招攬文件或電話錄音紀錄，至少應包含下列內容：...
三、要保人及被保險人年收入或財務狀況。」
5. 第3條第2項規定：「各會員之核保人員應針對同一保戶以往投保資料，參考產、壽險公會通報資訊系統之通報資料及同業累計保險金額，檢視投保件數、保險金額及保險費等與其財力及社會經濟地位是否合理、適當。」



(五)案關法令或約款

6. 第3條第3項規定：「...，若有下列情形之一者，各會員應採行財務核保作業：...二、同一被保險人累計其他同業年繳化保險費支出超過被保險人家庭年收入之百分之三十者（一年期傷害保險、健康保險、旅行平安保險除外）。」。



(六)判斷理由

1. 經查，申請人並不爭執要保書、審閱期間確認聲明書等保單文件上之簽名為要保人其所親簽，觀其內容已就保險費、承保內容等必要之點為約定，要保人亦無於猶豫期及撤銷權行使的除斥期間內聲請撤銷系爭保險契約效力。是以，要保人既有投保之意思表示，系爭保險契約業已成立，申請人主張系爭保險契約自始無效，尚屬無據。



(六)判斷理由

2. 要保人從99年11月起至102年6月止，分別以甲及乙為被保險人投保系爭七張保險契約，依卷內惟有的兩次財務狀況告知(101年12月24日及102年6月5日)內容所載，被保險人皆未成年，家庭年收入(含薪資、紅利獎金、房租、利息等)為200萬元，另尚有投保同業三家保險公司壽險總額200萬之保單。



(六)判斷理由

3. 其中，要保人101年12月投保之保險契約，年繳保費達美金18,219元，再與之前四張保單之年繳保費新台幣520,341元合計，年繳保費超出被保險人家庭年收入百分之三十即新台幣60萬元甚多，且此尚不包含要保人投保其他同業保險公司之保費，依保險業招攬及核保作業控管自律規範，相對人應採行財務核保作業。



(六)判斷理由

4. 再衡酌申請人提出之保險單頁面之祝壽保險金受益人皆約定為要保人，然斯時要保人已至少逾**160**歲以上，保單規劃顯然不合理。準此，對於上述問題未見相對人提出任何核保意見，核保流於形式，相對人就系爭保單並未踐行核保程序，應堪認定。



(六)判斷理由

5. 要保人於99年投保時之年齡74歲，是否有維持繳費期間之繳費能力即為相對人所應注意者，本案中要保人投保之前四張保單年繳保費達新台幣520,341元，已近家庭年收入百分之三十，且此尚不含其他未提出爭議之保單。



(六)判斷理由

6. 然相對人仍於101年12月招攬外幣終身(年繳保費美金18,219元)、102年6月再招攬外幣終身2張(年繳保費澳幣3,386元、澳幣2,119元)、此三張保單顯然未考量要保人的繳費能力，致其前四張保單分別於103年因無法負擔保費支出而辦理減額繳清，受有失去保障範圍之不利利益。



(六)判斷理由

7. 況且，投保後短期間內即辦理減額繳清亦足認保單規劃顯未符合投保人實際需求。準此，相對人於金融消費者保護法施行後所推介之金融商品，違反金融消費者保護法第9條之規定，未確保系爭金融商品對金融消費者之適合度，應堪認定。



(六)判斷理由

8. 又損害賠償之債，以有損害之發生及有責任原因之事實，且二者間有相當因果關係為成立要件（最高法院**48**年台上字第**481**號判例意旨參照）；損害賠償之債，如被害人財產並未減少，即無損害之可言（最高法院**63**年**4**月**9**日第二次民事庭決議）。



(六)判斷理由

9. 依保險法第1條、第101條等規定可知，申請人如發生投保系爭保險契約約定承保之保險事故，可獲得保險金理賠，是申請人並無損失，申請人既未受有損害，與金融消費者保護法第11條前段要件不符，故申請人請求相對人負損害賠償責任，即屬無據。



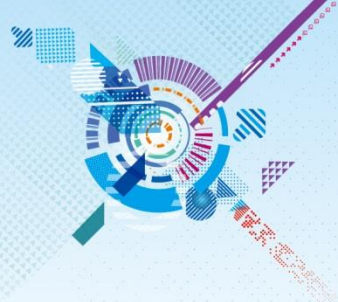
(六)判斷理由

10. 末按金融消費者保護法第1條及第13條規定，本中心應秉持公平合理、迅速有效之原則處理金融消費爭議事件。又本中心處理金融消費爭議事件之程序，其性質屬訴訟外之爭端解決機制，而與訴訟程序依法裁判不盡相同。本件相對人有未踐行核保作業及確保所提供金融商品對金融消費者適合度之缺失，業如前述，故經本中心審酌個案相關情節，爰依金融消費者保護法第20條第1項所揭示公平合理原則，認相對人應賠償申請人新台幣00元，應屬公允。



(七)結論

1. 申請人請求相對人給付新台幣00元，為有理由，應予准許。其餘請求，本中心尚難為有利申請人之認定。



十一、招攬爭議

(一)案件事實

1. 申請人於101年6月10日以自己為要保人及被保險人，向相對人投保增額終身壽險，年繳保險費60,060元。申請人於104年7月28日辦理解約，解約金為97,020元，總繳保險費為171,171元。



(一)案件事實

2. 申請人於**101年6月7日**以自身為要、被保險人向相對人投保**3張醫療保險契約**，繳費年期皆為**20年**，年繳保險費共**37,009元**。



(二)申請人主張

1. 相對人保險業務員用「存錢」名義招攬，且規劃年期過長，申請人曾詢問業務員若發生無法負擔之情況該如何，業務員一再強調此份規劃非常彈性，若真的不想存或無法存之情況也「沒關係」，可以等到想存再繼續存，且強調跟存在銀行是一樣的，利息又比較多。



(二)申請人主張

2. 雖所有要保文件皆為申請人親簽，但僅限於業務員要求「簽名」之部分，其他要保文件內容之同意或告知並非申請人原始告知，而是業務員於申請人簽名後自行填寫。例：健康告知書並非申請人「親自勾選」，且申請人是因發生車禍住院才與業務員有機會接觸，但業務員卻於健康告知書上第4項「最近兩個月內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？」勾選「否」的選項，明顯與申請人所述有所出入。



(二)申請人主張

3. 申請人於101年6月初已向業務員購買醫療險共3份，保費共37,009元。依當時收入扣掉支出每月頂多可存5,000元在銀行，若非業務員一再表示雖為20年期，但隨時可依情況做調整，且不想存也沒關係，申請人也不願將每月所剩餘的錢存在這，若非如前述業務員所保證之情況，則系爭保單明顯不符本人所需。



(二)申請人主張

爰請求：請求相對人給付申請人新台幣74,151元。



(三)相對人主張

1. 相對人經詢業務員表示，招攬時並未以「存款、基金」話術招攬系爭保單，係依申請人之需求規劃繳費**20**年期之保單，且詳細說明投保內容，並提供建議書或試算表供參，申請人應清楚瞭解所購買之商品為保險及商品特性。要保相關文件、保單簽收暨保戶權益確認書均為要、被保險人親簽。另告知申請人若繳費期間有付不出保險費之情形，可以保單借款或辦理減額繳清方式處理，並告知相關損失風險。



(三)相對人主張

2. 相對人申訴承辦同仁於**104年4月**電詢申請人，申請人曾表示知悉所購買為保險商品，需繳費**20年**，所有要保文件皆為親簽，並表示依目前財務狀況，可負擔系爭保單之年繳**6萬元**保費。申請人於**101年6月10日**簽署「傳統型個人人壽保險契約審閱期間確認聲明書」，已確認接獲相對人提供要保人系爭保單之契約條款樣張進行審閱，且於**101年6月23日**簽署確認接獲系爭保險單，亦未於保單送達翌日算起**10日**內向相對人主張契約撤銷。



(三)相對人主張

3. 因申請人未能提供足以支持申訴內容資料，目前申請人與業務員就招攬過程各執一詞，再者，相關要保文件確為申請人親簽，相對人暫歉難依申請人主張辦理，容請諒察。



(四)爭點

1. 申請人請求相對人應給付總繳保險費171,171元扣除解約金97,020元之差額74,151元，是否有據？



(五)案關法令或約款

1. 金融消費者保護法（100年7月26日）第9條第1項規定：「金融服務業與金融消費者訂立提供金融商品或服務之契約前，應充分瞭解金融消費者之相關資料，以確保該商品或服務對金融消費者之適合度。」



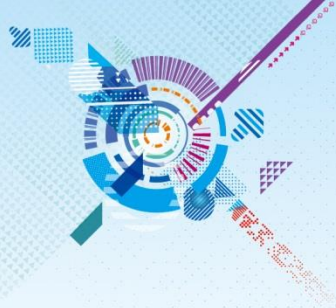
(五)案關法令或約款

2. 第10條規定：「金融服務業與金融消費者訂立提供金融商品或服務之契約前，應向金融消費者充分說明該金融商品、服務及契約之重要內容，並充分揭露其風險。」



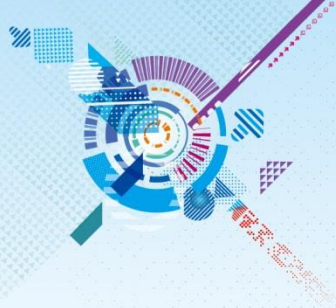
(五)案關法令或約款

3. 金融服務業確保金融商品或服務適合金融消費者辦法第9條規定：「保險業在提供金融消費者財產保險及非投資型保險商品或服務前，應考量之適合度事項如下：...二、金融消費者投保險種、保險金額及保險費支出與其實際需求是否相當。...」



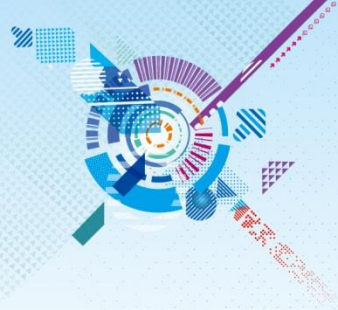
(五)案關法令或約款

4. 保險業招攬及核保作業控管自律規範(100年12月27日)第2條第3項規定：「業務員（含電話行銷人員）招攬時所填報之業務員報告書或其他招攬文件或電話錄音紀錄，至少應包含下列內容：...三、要保人及被保險人年收入或財務狀況。」



(五)案關法令或約款

5. 第3條第2項規定：「各會員之核保人員應針對同一保戶以往投保資料，參考產、壽險公會通報資訊系統之通報資料及同業累計保險金額，檢視投保件數、保險金額及保險費等與其財力及社會經濟地位是否合理、適當。」



(五)案關法令或約款

6. 第3條第3項規定：「...，若有下列情形之一者，各會員應採行財務核保作業：...二、同一被保險人累計其他同業年繳化保險費支出超過被保險人家庭年收入之百分之三十者（一年期傷害保險、健康保險、旅行平安保險除外）。」



(六)判斷理由

1. 經查，申請人主張業務員用「存錢」名義招攬系爭保單，相對人以業務員表示招攬時並未以「存款、基金」話術招攬為辯，兩造均各執一詞。依民事訴訟法第277條之規定，當事人主張有利於己之事實者，就其事實有舉證之責任，然就業務員是否有以「存錢」之話術招攬系爭保單乙節，申請人並未提出任何證據以實其說，是本中心尚難僅憑申請人之描述即為有利於申請人之認定。



(六)判斷理由

2. 申請人於101年6月10日簽署傳統型個人人壽保險契約審閱期間確認聲明書，聲明相對人已於101年6月1日提供系爭保單條款樣張予申請人審閱，且自承所有要保文件皆為本人親簽，是以，申請人對於系爭保單所規範之權利義務，自應為相當瞭解。



(六)判斷理由

3. 申請人主張其100年年收入為60,000元、101年年收入為244,405元(此有綜合所得稅各類所得資料清單在卷可稽)，以當時收入每月頂多可存5,000元，若非業務員一再表示不想存也沒關係，申請人亦不願將剩餘的錢投保系爭保單，系爭保單明顯不符申請人所需云云。



(六)判斷理由

4. 申請人於101年6月10日投保系爭保單前，已於101年6月7日向相對人投保另三份保單，年繳保險費累計共97,069元，已超過申請人101年年收入之百分之三十。經本中心於104年7月9日上午致電請相對人提供業務員報告書，以釐清招攬當時業務員所瞭解申請人之財務狀況，



(六)判斷理由

5. 惜未獲相對人提供業務員報告書或其他招攬文件以為證明其已充分瞭解申請人之相關資料，以確保該商品對申請人之適合度，亦未見相對人有依前揭保險業招攬及核保作業控管自律規範第3條第3項規定採行財務核保作業。相對人未符前揭金保法第9條第1項及金融服務業確保金融商品或服務適合金融消費者辦法第9條規定，應可認定。



(六)判斷理由

6. 相對人主張曾於**104年4月**電詢申請人，申請人表示依目前財務狀況可負擔系爭保單之年繳**6萬元**保費，並提出**104年4月22日**之電話錄音檔及錄音譯文。



(六)判斷理由

7. 前開對話錄音內容如下：「...相對人：那有沒有說一個月要存多少？一年要存多少？申請人：有，他有問我預算，一年大概可以存多少這樣子。相對人：那您的預算當時是？申請人：就是照保單上面的。相對人：就是依保單為準就對了。申請人：就是一個月大概5,000，一年大概60,000塊。...。申請人：他當時引導我可以彈性存款，但沒有這個樣子啊。」



(六)判斷理由

8. 綜觀申請人於電話錄音中之意為，投保當時雖預算為一年大約**60,000**元，但申請人誤認為系爭保單可彈性繳費，故此預算應為申請人設想往後**20**年可彈性繳納保費而可負擔之財務狀況。是尚難僅憑前開錄音內容，即認申請人財務狀況可負擔系爭**20**年期保單之保費。況申請人之累計年繳保險費超過其年收入之百分之三十，相對人應不得以此規避其須確保該保險商品對申請人適合度及充分說明保險商品之法律上義務。



(六)判斷理由

9. 然申請人既自承所有要保文件皆為本人親簽，對於系爭保單所規範之權利義務應為相當瞭解；且申請人既認每月頂多可存5,000元，仍將該金額全數投入系爭保單，衡諸經驗法則，一般為類此要保行為之社會人士，應可合理期待其就相關書面文件，為必要之審閱，或諮詢他人相關意見，或於收到系爭保險契約保險單後，亦可於契約約定之審閱期間決定不予投保而撤銷契約，是亦難謂申請人就此毫無疏失；



(六)判斷理由

10. 復申請人於投保期間亦受有系爭保單之保障，尚難謂申請人所繳保費即為申請人所受損害。
11. 衡酌前情，為兼顧雙方之主張，並合理解決本案爭議，爰依金融消費者保護法第20條第1項所揭示公平合理原則，認相對人應給付申請人00元。



(七)結論

1. 申請人請求相對人給付**74,151**元，於**00**元範圍內為有理由。逾此部分，本中心尚難為有利申請人之認定。



十二、火災保險理賠爭議

(一)案件事實

1. 申請人以系爭建築物向相對人投保商業火災保險，火災總保險金額為**111萬元**，保險期間為自**101年5月16日中午12時**起至**102年5月16日中午12時**止。
2. 系爭建築物4樓於**102年3月8日**發生火災。



(二)申請人主張

1. 申請人以其名下所有○市○路○號之建築物（下稱系爭建築物）向第三人A銀行辦理最高限額抵押權設定登記，以為擔保申請人對抵押權人現在及將來所負之借款、墊款、透支、票據、信用卡消費款、侵權行為損害賠償、不當得利返還請求權，同時並申辦房貸。



(二)申請人主張

2. 申請人並就系爭建築物向相對人投保商業火災保險，火災總保險金額為**111萬元**，保險期間為自**101年5月16日中午12時**起至**102年5月16日中午12時止**。嗣系爭建築物**4樓**於**102年3月8日**發生疑似電線走火引發火災，致系爭建築物**4樓**之窗戶、牆壁、冷氣與所置物品全毀，財物損失超逾**50萬元**。詎申請人於當日去電**A銀行**之房貸業務為火險通知，竟獲告知系爭建築物的權狀僅登記**1、2樓**，故系爭保險之承保範圍僅為**1、2樓**，不包含系爭建築物之**4樓**部分，而拒絕理賠保險金。



(二)申請人主張

3. 惟系爭建築物向A銀行辦理房屋貸款時，全程係由銀行派人員拍照與承作火險，當時A銀行亦清楚知悉系爭建築物長期以來均為4層樓之建築物，1樓部分係出租予火鍋店，申請人則係自行居住使用該2至4樓部分，況申請人又哪會知道承保範圍僅限於建築物權狀登記範圍，是相對人以此為由拒絕理賠保險金並非合理。
4. 爰請求：相對人理賠保險金及法定遲延利息。



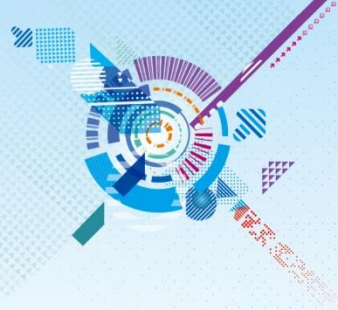
(三)相對人主張

依據系爭保險承保之建築物等級「加強磚造平屋頂二層樓」與備註內容：「本保險單承保區域為金融機構設定抵押貸款部分」，故系爭保險之承保建築物範圍僅及於**1、2樓**部分，而本事故出險處所實非本保單承保區域範圍，相對人歉難給付保險金。



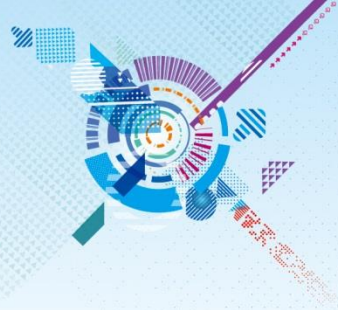
(四)爭點

1. 申請人請求相對人理賠火災保險金及法定遲延利息，是否有據？



(五)案關法令或約款

1. 按「保險契約之解釋，應探求契約當事人之真意，不得拘泥於所用之文字；如有疑義時，以作有利於被保險人之解釋為原則。」，保險法第54條第2項定有明文，此亦為系爭保險契約第1條第2項所明文約定，是以解釋保險契約應探求當事人立約時之真意，不能拘泥於契約之文字，但契約文字業已表示當事人之真意時，無須別事探求者，即不得反捨契約文字而更為曲解。



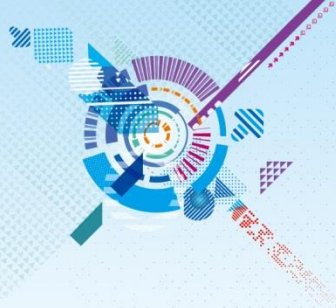
(五)案關法令或約款

2. 又「當事人締結之契約一經合法成立，其在私法上之權利義務，即應受契約之拘束」，最高法院20年上字第1941號判例意旨可資參照，故契約一經兩造合意成立，契約當事人自應受契約效力拘束。



(五)案關法令或約款

3. 再依系爭保險契約條款第二章第二條定義：
「本保險契約所用名詞定義如下：三、保險標的物：指本保險契約所承保之不動產或動產。」。



(六)判斷理由

1. 經查，首先觀諸系爭保險單及要保書所載「保險標的物所在地址為○市○路○號」、「建築物等級：加強磚造平屋頂二層樓。」、「備註：本保險單承保區域為金融機構設定抵押貸款部分。」等內容，應可得知系爭保險契約之保險標的物為○市○路○號之加強磚造平屋頂二層樓及其承保區域為設定抵押貸款之部分；



(六)判斷理由

2. 且另參酌申請人所提出土地登記申請書、抵押權設定契約書暨其他登記事項等件，建物標示欄業清楚記載「設定權利範圍：全部」。



(六)判斷理由

3. 職是，申請人既係以系爭建築物之全部為設定權利範圍，以向A銀行設定最高限額抵押權，而依系爭要保書及保險單所載系爭建築物為一加強磚造平屋頂之二層樓，則系爭建築超逾二樓以上之三、四樓部分，足堪認定為申請人自行增建所成，本非屬系爭建築物之所有權登記範圍。



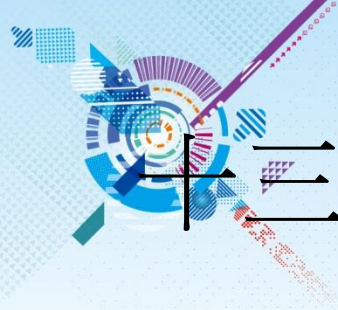
(六)判斷理由

4. 此外，申請人復未能提出建築物所有權狀以茲證明系爭建築物**3、4樓**部分有其所有權，或**A**銀行與申請人設定最高限額抵押權時有將自行增建之系爭建築物**3、4樓**部分包含於設定權利範圍等相關佐證，故本中心依系爭保險契約之要保書及保險單記載，實難遽認申請人前揭所為系爭保險契約承保範圍應包含系爭建築物**3、4樓**乙情為真實。



(七)結論

1. 揆諸前揭法條規定及說明，茲系爭保險契約就系爭建築物之承保範圍應為「加強磚造平屋頂二層樓」之不動產，既已為契約所明定，應足表徵兩造簽約當時之真意，加以申請人復未能提供相關證據以為佐證系爭建築物設定抵押權時係以1至4樓為設定最高限額抵押權乙情，故其請求相對人負給付保險金及法定遲延利息責任乙情，自非有據，本中心尚難為有利於申請人之認定。



十三、海外旅行綜合保險理賠爭議

(一)案件事實

1. 申請人甲及其配偶乙與相對人間分別訂有產物海外旅行綜合保險契約，保單號碼分別為**414號**、**415號**之海外旅行綜合保險。於保險期間內，一家四口原定至峇里島進行為期**11**天之海外旅遊。
2. **104年7月10日**申請人預定返國日，峇里島由於火山爆發導致全機場所有航空公司班機全部取消，申請人所預定搭乘之航空公司**Air Asia**須至**104年7月13日**才有班機返國。



3. 於104年7月10日至7月13日間，申請人甲及其妻乙共租賃二個房間，實際支出之住宿費分別為69,182元、68,338元，實際支出之交通費共623元。相對人已分別給付申請人甲35,465元（含延滯息）及乙34,837元（含延滯息）。



(二)申請人主張

1. 申請人甲及申請人乙為夫妻，分別向相對人投保保單號碼為**414**號、**415**號之海外旅行綜合保險，於保險期間內，一家四口原定至峇里島進行為期**11**天之海外旅遊。詎料，於**104**年**7**月**10**日預定返國當天，峇里島由於火山爆發導致全機場所有航空公司班機全部取消，申請人所預定搭乘之航空公司**Air Asia**須至**104**年**7**月**13**日才有班機返國，申請人遂乘車返回，於**104**年**7**月**10**日至**7**月**13**日於峇里島投宿，並於**104**年**7**月**13**日搭機返國。



(二)申請人主張

2. 申請人因前揭事由，於104年7月10日至7月13日增加住宿費用之支出分別為69,182元、68,338元，交通費支出為623元。惟相對人僅擇69,182元此一住宿費用作為申請人甲及申請人乙共同支出之住宿費用，分別賠付申請人實際支出住宿費用之半數與交通費623元，加計延滯息，分別為35,465元及34,837元。
3. 爰請求：相對人尚應分別給付住宿費用之差額34,591元、33,747元。



(三)相對人主張

1. 申請人甲君及其配偶乙君檢附**104年7月10日**至**7月13日**之間所產生的交通及住宿費用收據，申請旅程更改保險金。由於申請人一家四口至印尼峇里島旅遊，因而租賃二個房間，而當中僅申請人及其配偶乙君為相對人公司保戶，因此相對人共擇優核付一個房間之費用及交通費，加計延滯息，分別為**35,465元**及**34,837元**。



(三)相對人主張

2. 對於系爭保險契約之承保範圍所生之事故而致被保險人之損失或所支出之費用，相對人依系爭保險契約約定，負理賠之責，填補被保險人所受之損害，惟不應擴及第三人，與本契約無關之第三人所受損失不應歸責於相對人。
3. 綜上，申請人甲、乙請求相對人再行給付保險金差額，均為無理由。



(四)爭點

1. 各申請人實際支出住宿費用與相對人已給付之住宿費用之差額，是否有理由？
2. 申請人甲及其配偶即申請人乙請求相對人分別再行給付保險金**34,591元**、**33,747元**，是否有理由？



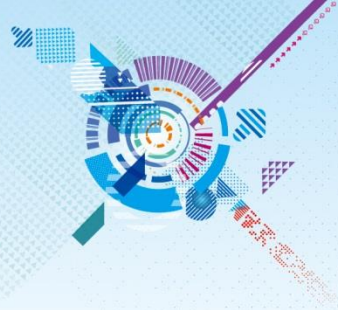
(五)案關法令或約款

1. 按解釋意思表示，應探求當事人之真意，不得拘泥於所用之辭句，民法第**98**條定有明文。而解釋契約，固須探求當事人立約時之真意，不能拘泥於契約之文字，但契約文字業已表示當事人真意，無須別事探求者，即不得反捨契約文字而更為曲解（最高法院**17**年上字第**1118**號判例要旨參照）。



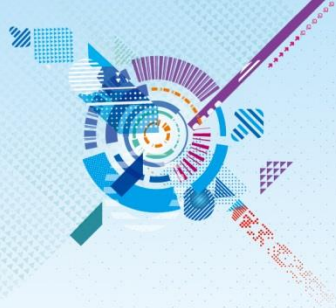
(五)案關法令或約款

2. 次按系爭保險契約第23條第2項旅程阻礙保險承保範圍約定：「對於被保險人或其親屬下列之損失或所支出之費用，本公司依本保險之約定，負理賠之責：...二、旅程更改保險被保險人於保險期間進行海外旅行時，因被保險人預定搭乘之公共交通工具業者之受僱人罷工，或預定前往之地點發生無法預料之戰爭、暴動、民眾騷擾、天氣惡劣、天災或傳染病，使被保險人必須更改其預定旅程，因而所增加之交通或住宿費用。」



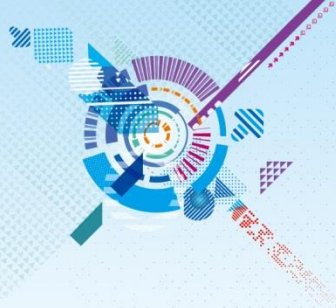
(六)判斷理由

1. 依文義解釋，祇須被保險人於預定搭乘之公共交通工具業者之受僱人罷工，或預定前往之地點發生無法預料之戰爭、暴動、民眾騷擾、天氣惡劣、天災或傳染病，使被保險人必須更改其預定旅程，因而增加交通或住宿費用此保險事故發生，保險人即應就被保險人所支出之費用負理賠之責。



(六)判斷理由

2. 經查，被保險人甲、乙與相對人間分別訂有產物海外旅行綜合保險契約，保單號碼分別為**414**號、**415**號之海外旅行綜合保險，換言之，被保險人甲、乙與相對人間係分別訂立各自獨立之保險契約，相對人之理賠責任不應因前揭被保險人之間是否為配偶、是否同行旅遊、是否能共同住宿而有所不同，



(六)判斷理由

3. 倘若有預定搭乘之公共交通工具業者之受僱人罷工，或預定前往之地點發生無法預料之戰爭、暴動、民眾騷擾、天氣惡劣、天災或傳染病，使被保險人必須更改其預定旅程，因而增加交通或住宿費用此保險事故發生，各被保險人亦確實分別有增加支出交通及住宿費用，保險人即應就各被保險人所支出之費用負理賠之責。



(六)判斷理由

4. 本中心為求慎重起見，檢附申請人提供之相關單據及兩造主張，就前揭爭點諮詢本中心專業顧問，其意見略以：「本案申請人甲及其配偶乙分別向相對人投保保單號碼為**414**號、**415**號之海外旅行綜合保險，且同為相對人系爭保險契約之被保險人，依契約約定，被保險人本人符合保單條款所增加之交通或住宿費用，應可檢附系爭保險契約第**26**條約定之理賠文件向相對人申請理賠，



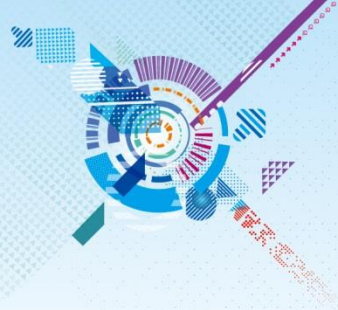
(六)判斷理由

5. 並無理賠申請之禁止或特別約定之規範，故本案若被保險人檢附之文件齊全，請求相對人分別依被保險人之實際支出再行給付保險金34,591元、33,747元，尚難謂為無理由。」



(七)結論

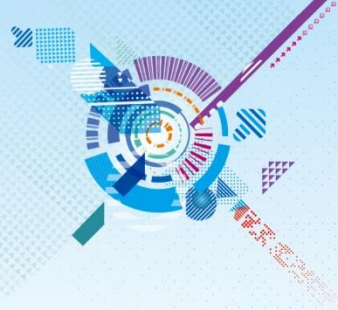
1. 依前開專業顧問意見及現有卷證資料，相對人應依各申請人所增加交通或住宿費用之實際支出給付保險金。



十四、承保範圍爭議

(一)案件事實

1. 申請人於100年3月24日以被保險人之身分，與相對人簽訂「員工誠實保證保險」，保險期間自100年3月24日12時起至101年3月24日12時止（保單號碼：11FD號）。屆滿後續保，保險期間自101年3月24日12時起至102年3月24日12時止（保單號碼：12FD號）。屆滿後續保，保險期間自102年3月24日12時起至103年3月24日12時止，追溯日：101年9月24日中午12時（保單號碼：13FD號）。



(一)案件事實

2. 屆滿後續保，保險期間自103年3月24日12時起至104年3月24日12時止，追溯日：101年9月24日中午12時（保單號碼：14FD號）。屆滿後續保，保險期間自104年3月24日12時起至105年3月24日12時止，追溯日：103年3月24日中午12時（保單號碼：15FD號）。上開保單每一次事故之保險金額均為3,000,000元，自負額均為「每一賠償金額之10%，但不得低於50,000元」。



(一)案件事實

3. 系爭保險契約之被保證員工甲自**102年10月28**日起奉派擔任○市○區○路○號**A**公寓總幹事一職，至**103年1月6**日止利用職務之便連續侵占該社區住戶所繳交之管理費及管理委員會委託其提領以支付廠商之服務費總計**462,105**元。



(二)申請人主張

1. 申請人於**100年3月24日**向相對人投保員工誠實保證保險（下稱系爭保險契約），每年不中斷續保迄今。其中被保證員工甲自**102年10月28日**僱用，並於當日奉派擔任○市○區○路○號**A**公寓總幹事一職，至**103年1月6日**止利用職務之便連續侵占該社區住戶所繳交之管理費及管理委員會委託其提領以支付廠商之服務費總計**462,105元**。



(二)申請人主張

2. 申請人於**103年1月6日**發現上情後，立即將甲予以解雇，並於同日以電話通知相對人分公司，再於**103年1月10日**向地方法院檢察署提出告訴暨告發，嗣於**104年6月16日**備妥文件向相對人提出理賠申請。申請人已依系爭保險契約之約定，於保險有效期間內損失發生、發現並請求，亦無除外條款之適用。
3. 爰請求：相對人給付保險金**412,105元**，及自**104年7月1日**起至清償日止按年息百分之十計算之利息。



(三)相對人主張

1. 依系爭保險契約第2條承保範圍「被保險人於約定之『追溯日』後至保險期間內，因被保證員工單獨或共謀之不誠實行為，導致下列損失發生者，經被保險人於保險期間內發現並依本保險契約之約定向本公司提出賠償請求，本公司就超過自負額部分之損失，於約定之保險金額限額內，對被保險人負理賠之責：...。」



(三)相對人主張

2. 另第17條延長損失發現期間「本保險契約保險期間屆滿終了而不續保時，在保險契約有效期間內因被保證員工不誠實行為所致承保範圍內之損失，被保險人於保險期間屆滿後六十日內發現者，依本保險契約之約定提出請求賠償，本公司亦負賠償責任。」



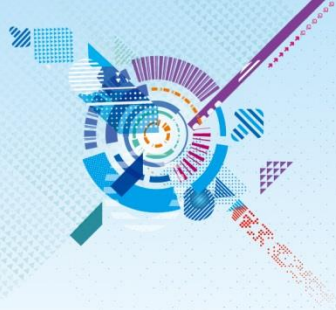
(三)相對人主張

3. 本案保險契約之保險期間為**102年3月24日12時至103年3月24日12時**，再加上延長損失發現期間六十日，請求賠償日期可至**103年5月24日12時止**。惟申請人於**104年6月16日**才以書面向相對人提出賠償請求，已逾系爭保險契約之承保範圍及延長損失發現期間之規定，故相對人歉難賠付。



(四)爭點

1. 系爭保險契約約定之保險事故為何？



(五)案關法令或約款

1. 按「保證保險人於被保險人因其受僱人之不誠實行為或其債務人之不履行債務所致損失，負賠償之責。」，為保險法第95條之1所明定。由此可知，保證保險為損害保險之一種，且類型區分有二：一為以「受僱人之不誠實行為」為保險事故之保證保險，另一則是以「債務人之不履行債務」為保險事故之保證保險，故多認為前者為誠實保證保險，後者為確實保證保險。



(五)案關法令或約款

2. 系爭保險契約第2條承保範圍約定：「被保險人於約定之『追溯日』後至保險期間內，因被保證員工單獨或共謀之不誠實行為，導致下列損失發生者，經被保險人於保險期間內發現並依本保險契約之約定向本公司提出賠償請求，本公司就超過自負額部分之損失，於約定之保險金額限額內，對被保險人負理賠之責：一、被保險人所有財產之損失。二、被保險人因受託保管財產之損失而依法應負擔之賠償責任。」



(五)案關法令或約款

3. 第6條第6款除外責任約定：「本公司對於下列損失，不負賠償責任：...六、保險期間內未發現之損失及保險契約所載『追溯日』前發生之損失。」
4. 第17條延長損失發現期間約定：「本保險契約保險期間屆滿終了而不續保時，在保險契約有效期間內因被保證員工不誠實行為所致承保範圍內之損失，被保險人於保險期間屆滿後六十日內發現者，依本保險契約之約定提出請求賠償，本公司亦負賠償責任。」



(五)案關法令或約款

5. 「由保險契約所生之權利，自得為請求之日起，經過二年不行使而消滅。」保險法第65條前段定有明文。誠實保證保險之保險事故採損失發現基礎制者，係以被保險人「發生」並「發現」受僱人不誠實行為所致之損失時方為保險事故發生，保險人方有理賠之義務。而被保險人所得請求給付保險金之權利，即應自「發生」並「發現」後2年內為請求，並以「發現」之日為得請求之日（最高法院92年台上字第1432號民事判決意旨參照）



(六)判斷理由

1. 於一般責任保險中，尤其是產品責任保險，被保險人在保險期間內發生致第三人體傷、死亡或財產上損害，保險人即負賠償責任，倘損害事故係於保險期間內發生，但被害人並未即時發現受有損害或者未能發現被保險人為請求權對象，嗣後被害人於其請求權時效內向被保險人求償時，此時保險人仍須負保險責任，而常造成縱然保險契約期間已屆至，但保險人之給付責任卻未隨同結束，此即為「長尾責任」（Long-Tail Liability）。



(六)判斷理由

2. 為了避免長尾責任問題，責任保險有採所謂「索賠基礎制」，又稱「賠償請求基礎制」或「請求說」，係指當被保險人於第一次受害之第三人於訴訟上或訴訟外請求賠償，且發生在保險期間內，保險人即需負擔賠償責任，亦即，以被保險人受第三人賠償請求時為責任保險之保險事故。倘保險責任期間屆至後受害人始向被保險人主張請求者，縱導致第三人向被保險人請求之損害事故發生於保險期間，保險人亦無須負賠償責任。



(六)判斷理由

3. 保證保險中之誠實保證保險亦是如此，受僱人之不誠實行為之發生到發現間，倘期間相隔久遠，保險人將承擔長期未了之責任，即前述長尾責任問題。從而，保險人為界定承保範圍並確立理賠責任，依不誠實行為發生於承保期間前、後，而分別設有「追溯日」條款及「損失發現期間」條款。



(六)判斷理由

- 1) 追溯日條款：誠實保證保險之保險事故認定時點有時不易，為避免判斷危險發生至損失發生輒生困擾，得由當事人決定是否增加保費訂定「追溯日」，使保險人承擔責任期間追溯至契約訂立前，以獲更完善之保障。換言之，縱使受僱人之不誠實行為係在承保期間之前，若係發生在追溯日後，保險人仍應負賠償責任。



(六)判斷理由

- 2) 損失發現期間條款：就誠實保證保險採「損失發現基礎制」，將「被保險人發現損失」作為保險事故之要件，而在保單上約定損失發現期間的特殊規範。有時為避免保障上之空窗期，亦得由要保人與保險人特別約定「延長損失發現期間」。換言之，受僱人之不誠實行為須「發生」於保險期間，並「發現」於保險期間；及應「發生」於保險期間，並於契約終止後之延長損失發現期間內「發現」者，始令保險人負理賠之責。



(六)判斷理由

4. 系爭保險契約第2條承保範圍、第6條第6款除外責任、第17條延長損失發現期間約定，可知申請人因其被保證員工之不誠實行為所生之損失，應「發生」且「發現」於保險期間內；及應「發生」於保險期間內，並於契約終止後六十日內「發現」者，相對人始須負理賠責任。



(六)判斷理由

5. 申請人之被保證員工甲自**102年10月28日**起奉派擔任○市○區○路○號**A**公寓總幹事一職，至**103年1月6日**止利用職務之便連續侵占該社區住戶所繳交之管理費及管理委員會委託其支付廠商之服務費總計**462,105元**，經申請人於**103年1月6日**發現後，於**103年1月10日**向地方法院檢察署提出告訴暨告發。則申請人因其被保證員工甲之不誠實行為所致之損失，係「發生」且「發現」於保單號碼：**13FD**號之保險期間內，相對人自應負理賠責任。



(六)判斷理由

6. 相對人雖主張：本案保險契約之保險期間為102年3月24日12時至103年3月24日12時，再加上延長損失發現期間六十日，請求賠償日期可至103年5月24日12時止。惟申請人於104年6月16日才以書面向相對人提出賠償請求，已逾系爭保險契約之承保範圍及延長損失發現期間之規定云云。



(六)判斷理由

7. 惟查，系爭保險契約係以申請人「發生」並「發現」受僱人不誠實行為所致之損失時為保險事故，而非係以於保險有效期間或其後六十日內「發生」、「發現並請求」為保險事故，此觀前述說明自明。



(六)判斷理由

8. 再者，系爭保險契約第6條第6款除外責任係約定相對人對於保險期間內「未發現」之損失，不負賠償責任，而非係以保險期間內「未發現並請求」之損失，不負賠償責任，亦足徵之。



(六)判斷理由

9. 末查，保險法第65條已明定保險契約所生之請求權之時效為2年，如系爭保險契約係以於保險有效期間或其後六十日內「發生」、「發現並請求」為保險事故，則系爭保險契約之請求權時效，將無從進行，勢必對於申請人之2年請求權時效造成妨礙。從而，相對人所辯，洵無足採。



(七)結論

1. 申請人於104年6月16日以書面向相對人提出賠償請求，仍在103年1月6日「發現」之日起算之2年保險金請求權之時效內，故扣除自負額之下限50,000元，申請人請求相對人給付保險金412,105元，自屬有據。



十五、事故發生原因認定爭議

(一)案件事實

1. 甲君以自己為要、被保險人向相對人投保人身傷害保險契約。
2. 甲君於103年5月17日身故。



(二)申請人主張

1. 甲君以自己為要、被保險人向相對人投保人身傷害保險（下稱系爭保單），嗣甲君於**103**年**5**月**17**日參加社團活動，於墾丁浮潛時經浮潛教練發現溺水並失去意識，經搶救即送往**A**醫院急診再轉送**B**醫院急救，仍不治身故。



(二)申請人主張

2. 甲君當日自費參加浮潛，浮潛完畢轉往平台參加香蕉船活動，此段路程中，水深由及膝高度漸深並突然有落差，同團團員亦有發生意外，幸由另位團員及時發現並將其扶起。甲君發生意外時，由另團浮潛教練從後方發現，並將其救上岸邊，同時施予心肺復甦術，按壓時吐出非常多的水，到醫院時，再由機器抽出非常多的水。在意外發生時產生突發疾病是有可能的，法醫鑑定報告中也是意外。
3. 爰請求：受益人請求相對人給付身故保險金。



(三)相對人主張

1. 依申請人提供由法務部法醫研究所於**103年6月24日**所製作法醫研究所鑑定報告：甲君冠狀動脈中度硬化，管腔狹窄程度**65%**，心肌肥大，鑑定結果：死者因心臟病發作於水中吸入海水造成窒息，急救後仍發生缺氧性腦病，導致多重器官衰竭而死亡。因此甲君之死亡原因應係先有疾病發作，致生前落水才發生意外。



(三)相對人主張

2. 甲君當時雖穿戴浮潛裝備，但並未下水參加浮潛，而是獨自在淺水區等待，後甲君在岸邊水深未及膝之淺水區被發現溺水，按一般成人在正常情況下，應不會在水深僅及小腿高度處溺水，此與法務部法醫研究所鑑定報告，鑑定甲君因心臟病發作，於水中吸入海水造成窒息之結論相吻合。且依最高法院101年台上字第1897民事判決，採主力近因原則，甲君之身故原因係疾病引起的外來突發事故，與系爭保單約定之意外事故定義不符。



(四)爭點

1. 甲君之身故原因是否為非由疾病引起之外來突發意外事故所致？



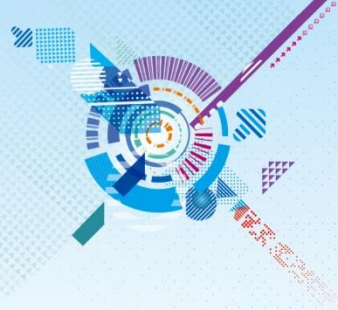
(五)案關法令或約款

1. 按系爭保單第2條約定：「被保險人於本契約有效期間內，因遭受意外傷害事故，致其身體蒙受傷害而致殘廢、重大燒燙傷或死亡時，本公司依照本契約的約定，給付保險金。前項所稱意外傷害事故，指非由疾病引起之外來突發事故。」



(五)案關法令或約款

2. 意外傷害保險乃相對於健康保險，健康保險係承保疾病所致之損失；意外傷害保險則在承保意外傷害所致之損失。人之傷害或死亡之原因，其一來自內在原因，另一則為外在事故(意外事故)。



(五)案關法令或約款

2. 內在原因所致之傷害或死亡，係指被保險人因罹患疾病、細菌感染、器官老化衰竭等身體內部因素所致之傷害或死亡；至外來事故(意外事故)，則係指內在原因以外之一切事故而言，其事故之發生為外來性、偶然性，而不可預見，除保險契約另有特約不保之事項外，意外事故均屬意外傷害保險所承保之範圍（最高法院92年度台上字第2710號裁判意旨參照）。



(六)判斷理由

1. 查被保險人如因疾病引發昏厥，進而導致跌倒、交通事故或溺水等事故，從而造成傷殘或死亡時，是否仍具備外來性，容有疑義，實務上見解亦不一致，有採肯定說者，亦另有採否定說者。



(六)判斷理由

2. 此一問題牽涉到學理上對於「意外事故」之「結果說」及「原因說」的區別。前者僅問傷亡結果的發生是否出於意外，至於原因是否亦為意外，則非意外事故的判斷因素；後者則以傷亡結果之原因是否為意外，作為認定是否為意外事故之判斷標準。



(六)判斷理由

3. 若採原因說，則傷害保險之承保範圍將大幅縮小。而且在原因說之下，保險金請求權人所負之舉證責任範圍，亦將擴大至事故發生之「原因」，而非意外事故之「結果」，對其甚為不利。然採原因說之立論基礎經常僅取決於保險人於保險條款中所使用的文字，而其結果常對被保險人不利，故在多數歐美國家判決實務均無視保險條款用語而改採結果說。



(六)判斷理由

4. 採取結果說的解釋，較能保護被保險人之利益。除非保險人能在保險費的精算上提出其確實已就不同的意外原因作區分，否則縱於保單條款中使用原因說的文字，亦均應以結果說解釋之，以免使傷害保險的承保範圍淪為文字遊戲，而有損被保險人之正當利益。



(六)判斷理由

5. 如被保險人因內在疾病作用昏厥而引發跌倒撞擊異物或其他事故（例如溺水或交通事故），並因該等事故而導致傷亡，仍應認為該等事故仍具備外來性，蓋在跌倒或車禍等事故與被保險人傷亡之間確有相當因果關係，且該疾病並非被保險人死亡的適當條件。況且，「疾病」在傷害保險中僅係欠缺外來性的例示，並非除外危險，自不應僅因有疾病牽涉其中，即排除其外來性，進而排除該事故於承保範圍之外。



(六)判斷理由

6. 關於前揭爭點，經諮詢本中心顧問專業意見，略以：依法務部法醫研究所鑑定報告，甲君係因心臟病發作才在水不深之處發生溺水，與系爭保單之意外事故定義不符，除非提出證據證明溺水並非始於心臟病發。但若心臟病發病不一定會死，只是所在的環境有水存在，所以難謂無「意外」存在。



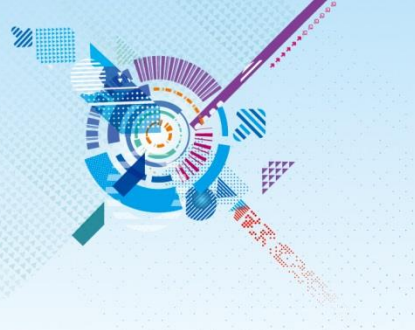
(六)判斷理由

7. 為求慎重，本中心再諮詢另一位顧問，其專業意見略以：法務部法醫研究所於**103年6月24日**所製作法醫研究所鑑定報告：甲君冠狀動脈中度硬化，管腔狹窄程度**65%**，心肌肥大，鑑定結果：死者因心臟病發作於水中吸入海水造成窒息，急救後仍發生缺氧性腦病，導致多重器官衰竭而死亡。



(六)判斷理由

7. 惟浮潛活動於海邊雖水深僅及小腿高度亦屬意外事件之挑戰性環境之行為與過程，甲君患有冠心病與肥厚心肌性心臟病發作，失能於水中吸入海水造成溺水屬於挑戰性環境、窒息，急救後仍發生缺氧性腦病，導致多重器官衰竭而死亡，此過程仍屬於意外事故的發生，死亡方式為意外。



(七)結論

1. 依前揭諮詢顧問意見及法院實務見解，甲君之死亡原因與甲君心臟病發於水中有關，且甲君失能吸入海水始為其死亡之主力近因，非屬罹犯疾病、細菌感染、器官老化衰竭等身體內在原因，而為外來性、突發性、偶然性、不可預知性之因素，揆諸上揭說明，自屬意外事故。
2. 依前揭條款之約定，相對人應給付申請人身故保險金。