

103 年上半年度評議案例彙編

目 錄

第一篇 保險

保單招攬

- 案例 001 保單招攬-未據實說明契約內容 (102 評 1711) 3
- 案例 002 保單招攬-掛名招攬 (102 評 2016) 11
- 案例 003 保單招攬-偽造變造保單 (103 評 0233) 16
- 案例 004 保單招攬-掛名招攬 (103 評 0435) 21

保單紅利

- 案例 005 保單紅利-保險計畫書 (102 評 2114) 27

強制汽車責任險

- 案例 006 強制汽車責任險-時效 (102 評 0784) 30
- 案例 007 強制汽車責任險-殘等認定 (102 評 1824) 34
- 案例 008 強制汽車責任險-續保通知 (102 評 1922) 39
- 案例 009 強制汽車責任險-因果關係 (103 評 0153) 44

違反據實說明義務

- 案例 010 違反據實說明義務-精神分裂症 (102 評 1494) 48
- 案例 011 違反據實說明義務-乳癌 (102 評 1696) 58
- 案例 012 違反據實說明義務-子宮頸癌 (102 評 1699) 64
- 案例 013 違反據實說明義務-子宮內膜癌 (103 評 0533) 70

意外事故認定

- 案例 014 意外事故認定-手術併發症 (102 評 1933) 75
- 案例 015 意外事故認定-OPLL 頸椎後直韌帶骨化症 (103 評 0550) . 79
- 案例 016 意外事故認定-手指機能障礙 (103 評 0629) 82

保前疾病

- 案例 017 保前疾病-頸椎椎間盤突出 (102 年評 1945) 86
- 案例 018 保前疾病-雙極性情感異常 (102 年評 2022) 89

保單停復效

- 案例 019 保單停復效-保單效力 (103 評 0219) 93
- 案例 020 保單停復效-保險事故於停效期發生 (103 評 0408) 98

案例 021	保單停復效-催告合法送達 (103 評 0551)	102
案例 022	保單停復效-合法停效通知 (103 評 0728)	106
必要性醫療		
案例 023	必要性醫療-器質性腦徵候群 (103 評 0055)	110
案例 024	必要性醫療-情感性精神病、重鬱症 (103 評 0213)	114
案例 025	必要性醫療-腸沾黏併腸阻塞 (103 評 0510)	118
案例 026	必要性醫療-重鬱症 (103 評 0525)	122
除外責任		
案例 027	除外責任-飲酒駕車 (102 評 1834)	125
案例 028	除外責任-故意或自殺行為 (102 評 2181)	129
案例 029	除外責任-其他約定 (103 評 0084)	134
案例 030	除外責任-剖腹產 (103 評 0407)	137
第二篇 銀行		
基金招攬		
案例 031	基金招攬-違反風險說明義務 (102 評 1910)	140
連動債		
案例 032	連動債招攬-未落實 KYC 程序 (102 評 2034)	144
案例 033	連動債招攬-違反產品條件說明義務 (103 評 0123)	150
第三篇 證券期貨		
證券期貨		
案例 034	證券期貨-受託買賣期貨交易爭議 (103 評 0305)	156

第一篇 保險

保單招攬

案例 001 保單招攬-未據實說明契約內容 (102 評 1711)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

本中心審酌上開事證，可認甲先於招攬時以其上載有保本保息等誇大不實或引人錯誤之系爭試算表向申請人為招攬，使申請人產生誤信，進而決定投保系爭保單。其後，於申請人投保後之五年間，當申請人每年詢問系爭保單之當年利息何時匯入時，甲未經申請人之同意，竟透過代簽契約相關文件（即保險契約投資功能異動申請書）之方式，自行將系爭保單辦理部分終止（即基金贖回），再將該「贖回後所得之金錢」向申請人佯稱乃是系爭保單「前五年每年所生之利息」，故甲核有告知保本保息、代簽契約相關重要文件及告知申請人錯誤資訊等諸多重大瑕疵。惟查，申請人允許甲領取其密碼，方使甲可以在網上變更並套取贖回金額充作利息。且申請人從不看對帳單亦有疏失，是就該損害之發生，申請人與有過失。從而，本中心衡酌雙方過失情節，認申請人之過失為 30%，相對人之過失則為 70%。

(二)爭議險種：變額壽險

(三)參考條文：民法第 224 條、民法第 227 條、民法第 213 條

(四)關鍵字：掛名招攬、保本保息、非親簽、與有過失

二、事實經過

申請人於 95 年 6 月 21 日以自己為要保人及被保險人，透過業務員甲，向 A 公司（後為相對人合併）投保保單號碼為○○之「○○變額壽險」（即系爭保單）。甲以系爭保單之保障及免稅帳戶價值試算表（即系爭試算表）向申請人招攬系爭保單，其上載有「年年提領本金 5%之利息」、「節稅，隱藏資產到免稅帳戶！」、「繳滿第 5 年度末領回總本金」等文字。

三、本案爭點

申請人主張系爭保單有掛名招攬、招攬時甲告知保本保息、契約相關文件非申請人親簽之情事，是請求相對人應依系爭試算表給付申請人所繳保費及按年息百分之五計算之利息或給付申請人同額之損害賠償，有無理由？

四、當事人主張

(一)申請人主張

1. 甲於招攬系爭保單時，僅有拿一張「保障及免稅帳戶價值試算表」（即系爭試算表）進行招攬，其上載有「年年提領本金 5%之利息」、「節稅，隱藏資產到免稅帳戶！」、「繳滿第 5 年度末領回總本金」等文字，甲並同時表示系

爭保單具有保本保息及免稅節稅之功能。惟申請人於102年7月15日向相對人申訴時始知，系爭保單係投資理財商品，甲當初在招攬時卻完全沒有說明。若甲於招攬當時確有告知申請人相對人於102年11月4日函文所稱之情形，申請人必不會投保該筆保單。

2. 因申請人十分相信相對人之專業業務員甲，甲於招攬過程中又清楚告知系爭保單具有保本保息之功能，是申請人認為每年可以領利息，第五年又可以領回本金，故依照甲指示之地方簽名，其餘部分皆係由甲完成，對於系爭保單屬於投資更是隻字未提。
3. 且系爭保單上所載之業務員為乙，而非招攬之甲。申請人從未見過亦不認識乙。
4. 又該網路異動○○申請暨異動申請書並非申請人親簽，而乃係有一日甲告知申請人，相對人會寄一封密碼函至申請人家中，為了相對人匯利息方便作業使用，甲特地至申請人家中等待拿取密碼函，但並未說明密碼函之真正功能。又自申請人投保後，利息皆有匯入，故在申請人接到相對人之帳戶價值通知書時，申請人曾聯絡甲，甲卻明確表示「不用理會相對人公司寄來的東西，要我放心就好」。而相對人主張之高達53次之基金轉換及基金配置比例變更，申請人真的完全不知情。是以，甲有隱瞞申請人進行相關變更申請（包含：部分終止保單、轉換投資標的、變更投資標的保險費配置比例等），多份保險契約投資內容異動申請書皆非申請人親簽。
5. 因申請人一直有領到利息，在第五年申請人本欲領回本金時，甲要申請人多放兩年，申請人也相信他照做。過了兩年，申請人聯繫甲，甲卻說已被公司開除，要我直接找公司，申請人始於102年7月15日至相對人公司了解，始了解系爭保單內之情形。
6. 於102年8月19日雙方召開協調會時，相對人雖有全程錄音錄影，惟甲卻有諸多隱瞞和欺騙行為。
7. 相對人對業務員之督導不周，反而在事後指責申請人未認清保單內容，將責任推卸予申請人，致使申請人之精神及健康狀況皆大受打擊。
8. 相對人要求申請人須負舉證責任，惟申請人根本就沒做過變更，又如何提供？又相對人表示申請人有做網路交易，但申請人根本不懂電腦，連開機都不會，又如何進行網路交易呢？
9. 綜上，相對人應依系爭試算表給付申請人所繳保費○○元及按年息百分之五計算之利息或給付申請人同額之損害賠償。

（二）相對人主張

1. 為解決本案爭議，本公司曾於102年8月19日召開協調會，安排申請人及

業務員甲當面釐清相關爭議，惟雙方仍對於招攬過程之說法各執一詞，致協商不成立，合先敘明。

2. 本公司經詢業務員甲（91 年 3 月 13 日取得投資型保單商品招攬資格），甲表示系爭保險契約係為其所招攬，並曾介紹業務員乙予申請人認識，另因申請人配偶丙曾向甲投保過類似商品之經驗，故甲至申請人住處，於招攬之際提供系爭試算表及商品建議書，先向丙說明系爭保險契約商品架構含保險成本、保費費用、維持費用、投資盈虧……等資訊後，當日即請丙聯繫申請人簽署所有要保文件，俟申請人簽署要保文件時，甲亦再次向申請人詳實說明前述商品內容，並經申請人同意親簽要保書等文件投保。
3. 有關申請人主張甲隱瞞其進行保單網路交易云云，甲另表示申請人於 96 年 1 月 5 日欲辦理系爭保險契約第一次基金部份贖回時，甲曾親至申請人住處協助其填寫保險契約內容變更申請書，並同時請申請人申請保單網路異動功能及填寫該異動申請書，待本公司前述變更作業完成且將網路異動權限之密碼函寄至申請人所留予本公司之保單地址後，該密碼函係甲至申請人住處，由丙提供予甲代為處理保單事。
4. 查系爭保險契約之要保書、重要事項告知書及建議書摘要等文件均經申請人同意並親自簽名確認，而系爭保險契約之投資型保險與附加契約要保書上已記載「本商品所連結之一切投資標的，其發行或管理機構以往之投資績效不保證未來之投資收益，除保險契約另有約定外，本公司不負投資盈虧之責。」，且於第九點要保人與被保險人聲明事項欄亦載明「要保人確實了解保單帳戶價值不保證最低投資收益，貴公司不負責投資標的之盈虧。」；且重要事項告知書中亦載明「1. 保單帳戶價值可能因投資標的的價值變動致有本金損益。2. A 公司及其業務人員不對本保險將來之收益，提供任何保證。」等語，另頁末載明「當您已確實且充分瞭解以上說明並願意投保時，請親自以原子筆或鋼筆書寫『同意投保』字樣於下方空白處」，並經申請人親自書寫「同意投保」及簽名在案，各項費用、保單帳戶價值計算及其他事項等欄位，亦均經申請人打勾確認；又系爭保險契約建議書摘要亦有載明三種假設預期回報率說明系爭保險契約保單帳戶價值將隨實際投資效益而不同，其中註 4 亦有載明「本公司及有關之投資標的管理機構以往之投資績效不保證本保險最低投資收益；本公司除盡善良管理人之注意義務外，不負投資盈虧之責，本公司亦不保證最低之收益，要保人須自行承擔投資風險」。再者，系爭保險契約保險單於系爭保險契約生效後已交付申請人收執，而系爭保險契約招攬業務員登載為乙及保單相關資訊，於本公司提供予申請人之保險單中均有揭露說明，且查，申請人所提供附件中之「○○變額壽險保障

及免稅帳戶價值試算表」上除有列明「保費投資明細」、「投資（個人）帳戶」及「投資比例」等欄位外，亦有載明「假設組合報酬率僅作說明之用，非各基金之實際績效」、「最高保障隨帳戶價值投資狀況而增減」等語，據此，申請人就系爭保險契約招攬業務員係登載為乙，及系爭保險契約為投資型保險商品，基金投資需由保戶自負盈虧，本公司不負投資盈虧之責，亦未有保證獲利或將來收益之事實難諉為不知。

5. 再查，申請人自 95 年 6 月 21 日投保後至 95 年 12 月 18 日即透過甲協助辦理 4 次系爭保險契約之基金轉換與基金配置比例變更，復於 96 年 1 月 3 日申請保單網路異動功能。此外，本公司於 96 年 1 月 5 日至 100 年 12 月 7 日期間受理申請人申請基金部份贖回作業達 5 次，及基金轉換、基金配置比例變更等其他作業更高達 53 次，本公司業於每次作業完成後將基金贖回之款項匯入申請人指定之帳戶，亦均有寄發書面通知予申請人。況本公司每季亦有寄發「保單帳戶價值通知書」供申請人參考，且申請人於 102 年 8 月 19 日本公司所召開之申訴協調會中已自承有接獲上述帳戶價值通知書，顯見申請人知悉系爭保險契約為投資型保險商品，並明確知悉其內容與商品特色，進而行使契約相關權利。又，本公司業已依約履行系爭保險契約上述契約變更作業之通知義務，申請人卻遲至投保 7 年後始提出爭議，此似有悖於常理，是申請人與本公司締結系爭保險契約之意思表示，尚難認定有何瑕疵存在。
6. 關於申請人主張系爭保險契約變更文件簽名非其親簽乙事，惟查本公司於系爭保險契約生效後曾多次受理申請人申請基金轉換及基金部分贖回等相關作業，經本公司多次核對上開文件簽名樣式，實無法認定非申請人本人為之。
7. 未按當事人主張有利於己之事實者，就其事實有舉證之責任，民事訴訟法第 277 條前段定有明文。又民事訴訟如係由原告主張權利者，應先由原告負舉證之責，若原告先不能舉證，以證實自己主張之事實者，則被告就其抗辯事實即令不能舉證，或其所舉證據尚有疵累，亦應駁回原告之請求（最高法院 17 年上字第 917 號判例參照）。本案申請人主張業務員涉招攬不實及契約變更文件非其親簽乙事，依上開舉證責任分配之原則，應由申請人就主張之事實，負舉證責任，如申請人無法舉證以實其說，則其請求即屬無據。
8. 綜上，本公司實難就目前事證認定本案有不當招攬或足以影響保險契約效力之情事，經再次審議，實歉難依申請人所請辦理。

五、判斷理由

- (一)按民法第 224 條規定：「債務人之代理人或使用人，關於債之履行有故意或過失時，債務人應與自己之故意或過失負同一責任。但當事人另有訂定者，

不在此限。」、民法第 227 條規定：「因可歸責於債務人之事由，致為不完全給付者，債權人得依關於給付遲延或給付不能之規定行使其權利。因不完全給付而生前項以外之損害者，債權人並得請求賠償。」及民法第 213 條規定：「負損害賠償責任者，除法律另有規定或契約另有訂定外，應回復他方損害發生前之原狀。因回復原狀而應給付金錢者，自損害發生時起，加給利息。第一項情形，債權人得請求支付回復原狀所必要之費用，以代回復原狀。」。

(二)就「申請人主張系爭保單屬掛名招攬」部分：

申請人主張系爭保單之要保書上所載業務員為乙，而非招攬之甲，且申請人從未見過亦不認識乙。經查，相對人對於系爭保單確係由甲所招攬並不否認，縱甲已於招攬系爭保單前（即 91 年 3 月 13 日）取得投資型保單招攬資格，亦無礙於本案確有掛名招攬業務員（即乙）與實際招攬業務員（即甲）不符之情事，是就申請人主張系爭保單屬掛名招攬乙節，應屬可採。

(三)就「申請人主張甲於招攬時告知保本保息，且系爭保單之契約相關文件非申請人親簽」部分：

1. 申請人主張甲招攬時表示系爭保單具有保本保息（即每年可以領利息，第五年又可以領回本金）及免稅節稅之功能，始決定投保系爭保單。後申請人投保後每年都有領到利息，在第五年申請人本欲領回本金，甲要申請人多放兩年，申請人也相信甲並照做。兩年後申請人聯繫甲，甲卻表示其已被公司開除。申請人轉向相對人公司詢問後，始明瞭本案之狀況。又系爭保單之網路異動○○申請暨異動申請書、保險契約投資內容異動申請書等多份契約相關文件皆非申請人親簽等語。相對人則以依系爭保單之要保書、重要事項告知書及建議書摘要等文件上，系爭保單為投資型商品，基金投資須由申請人自負盈虧，相對人並無保證獲利或將來收益。又申請人親填網路異動○○申請暨異動申請書，待相對人將網路異動權限之密碼函寄予申請人後，再由申請人將密碼函提供予甲，並請甲代為處理保單事宜。另因系爭保單生效後相對人多次受理申請人基金轉換及部分贖回之作業，經相對人多次核對上開多份契約變更文件之簽名樣式，難認並非申請人親簽以辯。
2. 經查，甲以系爭試算表向申請人招攬系爭保單，且相對人對於系爭試算表係由甲提供予申請人亦不爭執。該份試算表中清楚載有「年年提領本金 5%之利息」、「節稅，隱藏資產到免稅帳戶！」、「繳滿第 5 年度末領回總本金」等文字。又經交叉比對申請人所提供之銀行帳戶明細及相對人所提供之基金贖回明細，系爭保單分別於 96 年 1 月間、97 年 6 月間、98 年 7 月間、99 年 7 月間及 100 年 10 月間辦理部分終止（即基金贖回），相對人並將辦理

部分終止（即基金贖回）後之款項匯入申請人之帳戶號碼為○○之B銀行帳戶（96年1月間匯入○○元、97年6月間匯入○○元、98年7月間匯入○○元、99年7月間匯入○○元及100年10月間匯入○○元）。另經本中心以肉眼檢視系爭保單之保險契約投資功能異動申請書（其上勾選投資標的轉換即基金轉換、變更投資標的保險費配置比例、部分終止、申請繳別變更及申請連結外幣基金等選項）、○○申請暨異動申請書（其上勾選密碼函寄至戶籍地址、首次申請保單查詢功能及線上異動功能及線上保單借款及投資型保單之部分贖回）及增額保費申請書（其上勾選投入單筆增額保費○○元）等多份契約相關文件上之簽名，並與申請人評議申請書上之簽名加以比對，其簽名樣式不甚相似，則上開多份契約相關文件是否確為申請人所親簽，實有疑義。

3. 衡酌系爭試算表上雖記載該表僅係相對人公司內部訓練參考資料，惟該份試算表確係由甲提供予申請人。且依其上之文字，堪認甲確係有以誇大不實或引人錯誤之不實文宣或廣告向申請人為招攬，使申請人相信系爭保單具有保本保息之功能，進而決定投保。再者，因上開多份契約相關文件是否確為申請人所親簽實有疑義，且經交叉比對申請人所提供之銀行帳戶明細及相對人所提供之基金贖回明細，於投保後五年間，相對人確實每年均匯款一筆固定金錢予申請人。又因申請人於投保後之五年間每年皆有收到一筆固定款項（註：申請人表示，此五年間伊會詢問甲「利息」何時匯入。不久後，甲即表示「利息」已匯入申請人之銀行帳戶。伊就去查看其銀行帳戶，發現相對人確實皆有匯入一筆固定款項，故自然相信此五年間所匯入之款項皆為甲所指稱之「利息」。）是以，本中心認甲乃係透過代簽契約相關文件之方式，將系爭保單辦理部分終止（即基金贖回），再向申請人佯稱該「贖回後所得之金錢」就是系爭保單「前五年每年所生之利息」。

4. 質言之，經本中心審酌上開事證，可認甲先於招攬時以其上載有保本保息等誇大不實或引人錯誤之系爭試算表向申請人為招攬，使申請人產生誤信，進而決定投保系爭保單。其後，於申請人投保後之五年間，當申請人每年詢問系爭保單之當年利息何時匯入時，甲未經申請人之同意，竟透過代簽契約相關文件（即保險契約投資功能異動申請書）之方式，自行將系爭保單辦理部分終止（即基金贖回），再將該「贖回後所得之金錢」向申請人佯稱乃是系爭保單「前五年每年所生之利息」，故甲核有告知保本保息、代簽契約相關重要文件及告知申請人錯誤資訊等諸多重大瑕疵。

（四）就申請人請求相對人應依系爭試算表給付其所繳保費及按年息百分之五計算之利息部分：

按系爭保單第 1 條【保險契約的構成】約定：「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。」查依上開系爭保單條款第 1 條約定，系爭試算表並不屬於系爭保單之契約之構成部分，故申請人主張相對人應依系爭試算表給付其所繳保費及按年息百分之五計算之利息部分，尚屬無據。

(五)就申請人請求相對人應給付申請人同額之損害賠償部分：

揆諸系爭保單有掛件招攬、甲以不實文宣告知保本保息、代簽契約相關文件及佯稱贖回後所得之金錢是系爭保單前五年每年所生之利息等不法情事，是相對人較於申請人處於明顯相對強勢之經濟地位且因受僱人甲之行為，受有擴張其商業活動之經濟利益，卻未對受僱人甲善盡選任及監督之責，是依民法第 224 條、民法第 227 條及民法第 213 條，相對人自應為其履行輔助人甲之行為負責。惟查，申請人允許甲領取其密碼，方使甲可以在網上變更並套取贖回金額充作利息。且申請人從不看對帳單亦有疏失，是就該損害之發生，申請人與有過失。從而，本中心衡酌雙方過失情節，認申請人之過失為 30%，相對人之過失則為 70%，依金融消費者保護法第 20 條之公平合理原則，相對人應補償申請人○○元。

(六)另系爭保單之契約效力部分，因系爭保單之契約效力仍然存在，申請人可自行決定嗣後是否終止系爭保單（即解約），並領回解約金，併此敘明。

(七)綜上所述，申請人請求相對人給付○○元部分為有理由，應予准許；逾此部分之請求，本中心尚難為有利於申請人之認定。

六、評議決定

相對人應給付申請人○○元整。

申請人其餘請求，本中心尚難為有利於申請人之認定。

七、相關法規

(一)民法第 224 條

債務人之代理人或使用人，關於債之履行有故意或過失時，債務人應與自己之故意或過失負同一責任。但當事人另有訂定者，不在此限。

(二)民法第 227 條

因可歸責於債務人之事由，致為不完全給付者，債權人得依關於給付遲延或給付不能之規定行使其權利。因不完全給付而生前項以外之損害者，債權人並得請求賠償。

(三)民法第 213 條

負損害賠償責任者，除法律另有規定或契約另有訂定外，應回復他方損害發生前之原狀。因回復原狀而應給付金錢者，自損害發生時起，加給利息。第

一項情形，債權人得請求支付回復原狀所必要之費用，以代回復原狀。

案例 002 保單招攬-掛名招攬 (102 評 2016)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

本中心為釐清是否有掛名招攬情事，曾敦請相對人就申請人所指掛名招攬部分為陳述，惟相對人並未就掛名招攬具體答覆。又依申請人檢具之招攬當時業務員甲遞交予申請人之名片，其上並列「甲」、「乙」二人，並載明「A 金控○○收費處」、「投資理財/房屋貸款/人身保險…」等字詞。查申請人締結系爭保險契約之際，甲並無通過投資型資格測驗，前開名片記明「投資理財」等字已非妥適。甚且，相對人亦無法解釋倘本案確係業務員乙所招攬，系爭保險契約招攬之際乙已通過壽險業務員及投資型資格測驗，何需出具與甲聯名之名片予申請人，故依卷附資料內容堪信申請人之主張為真，認相對人應酌予補償申請人○○元為合理。

(二)爭議險種：變額萬能壽險、投資連結型保險

(三)參考條文：投資型保險投資管理辦法(94 年 11 月 22 日)第 3 條；保險業務員管理規則(94 年 2 月 2 日)第 19 條、第 6 條第 6 項、第 15 條、第 19 條第 1 項第 10 款

(四)關鍵字：掛名招攬、保證獲利

二、事實經過

- (一)申請人於 97 年 7 月 2 日以自身為要保人暨被保險人向相對人投保○○變額萬能壽險(保單號碼：○○)，總繳保險費○○元整。
- (二)申請人分別於 97 年 8 月 22 日、97 年 9 月 11 日以自身為要保人暨被保險人向相對人投保○○投資連結型保險(保單號碼：○○、○○)。
- (三)申請人於 97 年 8 月 25 日以○○變額萬能壽險(保單號碼：○○)向相對人質借○○元。並以此資金向相對人投保○○投資連結型保險(保單號碼：○○)。

三、本案爭點

- (一)就○○變額萬能壽險(保單號碼：○○)招攬過程，相對人保險業務員是否有充分向申請人揭露保險契約相關風險？
- (二)本案保險契約推介過程，是否有掛名招攬之情事發生？

四、當事人主張

(一)申請人主張

97 年 6 月下旬許，申請人經相對人保險業務員甲招攬，向相對人投保○○變額萬能壽險，總繳保險費○○元整。申請人指陳前揭推介過程，甲佯稱系爭產品高獲利、保證無風險、每月可淨獲利 15%等語，致申請人誤信系爭產品無風險進而向相對人投保系爭保單。詎料，系爭保單為投資型產品，依據 101 年 6 月 18 日保單帳戶價值僅餘○○元，申請人自覺虧損甚鉅。且系爭

保單實際招攬人均為甲，惟要保書內招攬人員簽章處卻載明「乙」，此非但與實情不符，且實際招攬者甲並無投資型產品相關證照，故主張相對人於法有違。

(二)相對人主張

1. 申請人於 97 年 7 月 2 日投保相對人公司○○變額萬能壽險；另於 97 年 8 月 22 日及 9 月 11 日分別投保○○投資連結型保險，於 102 年 8 月 29 日申請辦理解約贖回，合先敘明。
2. 按保險招攬口說無憑，故需簽訂契約為證，本件招攬當時為雙方合意並無任何異議，要保人審閱文件後同意、親簽及體檢辦理，上揭保險單要保書、重要事項告知書、保單綜合分析表均為要保人所親簽及知悉，重要事項告知書載明「本人於填寫要保書前，○○人壽已確實且充分告知以下事項」，第 1 項即揭示「保單帳戶價值可能因投資標的價值變動或費用收取而致有損失或為零」、第 2 項揭示「○○人壽及其業務員對本保險將來之收益，不提供任何保證」，均勻選「是」並經申請人簽名確認。相對人自契約投保日起每季均會依要保人指定地址寄發保單價值通知書供保戶瞭解契約當時狀況，且申請人曾於 97 年 8 月及 100 年 5 月申請辦理部份贖回，97 年 10 月申請辦理投資標的轉換等，實難認同有申請人所稱保證獲利之情事，亦難認其不知系爭保險契約內容。
3. 查甲於 79 年起任職於相對人公司，並至 98 年聘約終止，其於 79 年通過壽險業務員資格測驗。另保險業務員乙係 85 年任職於相對人公司，並於 100 年 6 月離職，乙於 84 年通過壽險業務員資格測驗、92 年通過投資型資格測驗。依申請人提供之業務員名片係二位業務員姓名並列，且保單內亦已載明業務員為乙，申請人於收到保險單後並未提出異議；退萬步言，縱業務員有違反保險業務員管理規則之行為時，亦僅生本公司對其行為之行政處分，尚不能據以認定系爭保險契約即屬無效；況申請人於 97 年 7 月至 9 月向同一業務員購買三張投資型保單，如對業務員資格有爭議，理應一併處理，惟申請人竟於 102 年 8 月 29 日先就二張已獲利之投資型保單申請解約贖回（二張保單共繳費○○元，合計贖回○○元），之後再就虧損保單向評議中心提出第二次申訴，其動機亦屬可議。

五、判斷理由

(一)就○○變額萬能壽險招攬過程，相對人保險業務員是否有充分向申請人揭露保險契約相關風險？

1. 按投資型保險投資管理辦法(94 年 11 月 22 日)第 3 條規定：「保險人銷售投資型保險商品時，應充分揭露相關資訊；於訂約時，應以重要事項告知書向

要保人說明下列事項，並經其簽章：一、各項費用。二、投資標的及其可能風險。三、相關警語。四、其他經主管機關規定之事項。」

2. 次按，保險業務員管理規則(94年2月2日)第19條規定：「業務員有下列情事之一者，除有犯罪嫌疑，應依法移送偵辦外，其行為時之所屬公司並應按其情節輕重，予以三個月以上一年以下停止招攬行為或撤銷其業務員登錄之處分：一、就影響要保人或被保險人權益之事項為不實之說明或不為說明。……五、對要保人、被保險人或第三人以誇大不實之宣傳、廣告或其他不當之方法為招攬」。

3. 經查，申請人於97年7月2日以自身為要保人暨被保險人向相對人投保○○變額萬能壽險，總繳保險費○○元整。申請人指陳前揭保險契約招攬過程，實際招攬人甲並未就保單相關之風險向申請人說明，且向申請人訛稱系爭保險產品絕無風險，可獲高獲利等語，惟此經相對人以契約文件均有相關風險揭露，是申請人主張不足可採以資抗辯。就本案實際招攬情況因時過境遷，案關人員(即甲與乙)業已自相對人公司離職，是否有招攬不實之情事發生，實已無法一一釐清。然依前揭保單重要事項告知書，其上載明：「保單帳戶價值可能因投資標的價值變動或費用收取而致有損失或為零」、「A人壽及其業務員對本保險將來之收益，不提供任何保障」、投資標的比例配置約定書勾選投資標的為「富蘭克林坦伯頓全球投資系列-拉丁美洲基金」、「貝萊德世界礦業基金-A2」，投資比例配置均為50%，此均經申請人確認後簽名於後。且系爭保單年末保單帳戶價值預估表核有年平均報酬率9%、4.5%、-9%之例示，尚難遽認申請人未知系爭保險契約為投資型商品。尤有甚者，申請人依序於97年10月7日、97年8月25日、100年5月3日辦理投資標的轉換、部分贖回等手續，在在顯示申請人就系爭保險契約有投資性質應為知悉。蓋凡投資必有風險，就投資所生之虧損尚難以此歸咎相對人而由相對人承擔相關損失。

(二)本案保險契約推介過程，是否有掛名招攬之情事發生？

1. 按保險業務員管理規則(94年2月2日)第6條第6項規定：「業務員於招攬保險時，應出示登錄證，並告知授權範圍。但主管機關另有規定者，不在此限」、同法第15條規定：「業務員經授權從事保險招攬之行為，視為該所屬公司授權範圍之行為，所屬公司對其業務員之招攬行為應嚴加管理並就其業務員招攬行為所生之損害依法負連帶責任。業務員同時登錄為財產保險及人身保險業務員者，其分別登錄之所屬公司應依法負連帶責任」。同法第19條第1項第10款規定：「業務員有下列情事之一者，除有犯罪嫌疑，應依法移送偵辦外，其行為時之所屬公司並應按其情節輕重，予以三個月以

上一年以下停止招攬行為或撤銷其業務員登錄之處分：……十、以登錄證供他人使用或使用他人登錄證」、同法第 15 條規定：「業務員經授權從事保險招攬之行為，視為該所屬公司授權範圍之行為，所屬公司對其登錄之業務員應嚴加管理並就其業務員招攬行為所生之損害依法負連帶責任。……第一項所稱保險招攬之行為，係指業務員從事下列之行為：一、解釋保險商品內容及保單條款。二、說明填寫要保書注意事項。三、轉送要保文件及保險單。四、其他經所屬公司授權從事保險招攬之行為。業務員應於所招攬之要保書上親自簽名並記載其登錄字號。但主管關另有規定者不在此限」。

2. 次按，財政部 91 年 8 月 7 日台財保字第 0910014092 號函揭示：「保險業務員從事投資型保險商品之招攬時，除應先通過本部核可之資格測驗並辦理登錄外，並不得有冒名或掛名招攬及自行印製保險商品招攬文宣或廣告等行為……」。
 3. 就本案是否有掛名招攬乙節，本中心曾於 102 年 11 月 29 日獲悉申請人來電，內容略以：自始至終實際招攬人均為甲，要保書上面填載之乙我根本不認識等語。本中心為釐清是否有掛名招攬情事，曾以 102 年 11 月 26 日金評議字第○○○○號函，敦請相對人提出甲與乙保險業務員登錄證影本，並就申請人所指掛名招攬部分為陳述。惟相對人僅以 102 年 11 月 27 日○○保服字第 1020000339 號函，簡述甲於 79 年通過壽險業務員資格測驗、乙於 84 年、92 年通過壽險業務員資格測驗、投資型資格測驗，並未就掛名招攬具體答覆。另本中心曾於 102 年 11 月 22 日電詢相對人承辦人員，詢問本案實際招攬人員是否實為甲，惟相對人承辦人員僅答覆相關人員均已離職等語。然查，依申請人檢具之招攬當時甲遞交予申請人之名片，其上並列「甲」、「乙」二人，並載明「A 金控○○收費處」、「投資理財/房屋貸款/人身保險…」等字詞。查申請人締結系爭保險契約之際，甲並無通過投資型資格測驗，前開名片記明「投資理財」等字已非妥適。甚且，相對人亦無法解釋倘本案確係乙所招攬，系爭保險契約招攬之際乙已通過壽險業務員及投資型資格測驗，何需出具與甲聯名之名片予申請人，故依卷附資料內容堪信申請人之主張為真。綜此，系爭保險契約招攬過程難謂無疏失，爰審酌上情及本案相關事證，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保險業務員管理規則第 15 條規定，認相對人應酌予補償申請人○○元為合理。
- (三) 綜上，申請人主張相對人應賠償損失之請求，於○○元之範疇為有理由，逾此部分，本中心尚難為有利申請人之認定。

六、評議決定

相對人應給付申請人○○元整。

申請人其餘請求，本中心尚難為有利於申請人之認定。

七、相關法規

(一)投資型保險投資管理辦法(94年11月22日)第3條

保險人銷售投資型保險商品時，應充分揭露相關資訊；於訂約時，應以重要事項告知書向要保人說明下列事項，並經其簽章：一、各項費用。二、投資標的及其可能風險。三、相關警語。四、其他經主管機關規定之事項。

(二)保險業務員管理規則(94年2月2日)第19條

業務員有下列情事之一者，除有犯罪嫌疑，應依法移送偵辦外，其行為時之所屬公司並應按其情節輕重，予以三個月以上一年以下停止招攬行為或撤銷其業務員登錄之處分：一、就影響要保人或被保險人權益之事項為不實之說明或不為說明。……五、對要保人、被保險人或第三人以誇大不實之宣傳、廣告或其他不當之方法為招攬。……。

(三)保險業務員管理規則(94年2月2日)第6條第6項

業務員於招攬保險時，應出示登錄證，並告知授權範圍。但主管機關另有規定者，不在此限。

(四)保險業務員管理規則(94年2月2日)第15條

業務員經授權從事保險招攬之行為，視為該所屬公司授權範圍之行為，所屬公司對其業務員之招攬行為應嚴加管理並就其業務員招攬行為所生之損害依法負連帶責任。業務員同時登錄為財產保險及人身保險業務員者，其分別登錄之所屬公司應依法負連帶責任。

(五)保險業務員管理規則(94年2月2日)第19條第1項第10款

業務員有下列情事之一者，除有犯罪嫌疑，應依法移送偵辦外，其行為時之所屬公司並應按其情節輕重，予以三個月以上一年以下停止招攬行為或撤銷其業務員登錄之處分：……十、以登錄證供他人使用或使用他人登錄證。

案例 003 保單招攬-偽造變造保單 (103 評 0233)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

衡諸社會通常觀念，其前後保險費記載既有不同，已足堪認該張保險單確實有經偽造之情形存在。再者，關於保險單封面與保費明細表記載不相同之該張保險單，其所載「定期保險費○○」、「第一次主約保費○○」、「年繳○○」、「第一次保費合計○○」等情，然該張保險單要保書之主契約定期保險費年繳○○萬元、第一次主約保費（含彈性保險費）○○萬元，第一次保費總計○○萬元等記載，亦顯然不同、前後矛盾，遑論要保書所就保單號碼復就記載為○○，在在均足顯示該張保單亦不無遭偽造、變造之情形。至申請人另請求因投保○○萬元之投資型保單之損害部分，依卷附證據，尚不足以認定有交付款項或投保之事實，其請求相對人負此部損害賠償，並無所據。從而，申請人請求相對人就其業務員甲之不當行為負○○萬元之損害賠償乙情，為有理由。逾此範圍之請求，則無理由，本中心尚難為有利於申請人之認定。

(二)爭議險種：變額萬能壽險

(三)參考條文：保險業務員管理規則（94 年 2 月 2 日）第 15 條、第 16 條第 1 項及第 2 項、第 19 條第 1 項第 5 款第 7 款及第 8 款

(四)關鍵字：偽造變造保單

二、事實經過

申請人於 94 年間經由相對人業務員甲投保○○變額萬能壽險（丙型）6 年期壽險保單 2 張，系爭 2 張保單始期均為 94 年 6 月 16 日，系爭 2 張保單目前均為停效。相對人就業務員甲有提起偽造文書刑事告訴，目前由臺灣○○地方法院檢察署以 102 年度他字第○○號偵辦中。相對人係自 95 年許，始為終止雇用業務員甲。

三、本案爭點

業務員甲有無以偽造、變造之保單向申請人為招攬保險契約之行為？若屬實，相對人應否負損害賠償責任？

四、當事人主張

(一)申請人主張

申請人於 94 年間經由相對人業務員甲投保○○變額萬能壽險（丙型）6 年期壽險保單 2 張（下稱系爭 2 張保單），分 2 次購買，每次躉繳○○萬元，系爭 2 張保單始期均為 94 年 6 月 16 日，嗣後申請人經一再向業務員甲追討始獲給予保險單。另申請人復於 97 年間經由甲再投保○○萬元之投資型保單，惟經多次催討僅獲 1 張投資說明書。申請人前後共購買○○萬元之保

單，然保單期滿後，業務員甲卻避不見面，經向相對人申訴後，始知前揭所購買之三張保單均甲以偽造保單行為詐騙申請人，且相對人亦對業務員甲提出告訴，茲甲均係相對人業務員身份招攬保單，且其當時亦確實任職相對人公司，而相對人公司亦有內部稽核人員及直屬主管，理當負起監督責任，自應就申請人因業務員偽造保單乙情，所致申請人之保險費損害負賠償責任。為此，提起本件評議，請求相對人返還申請人全部保險費等語。

(二)相對人主張

相對人經向前業務員甲查證，其表示申請人於 93 年 12 月間交付○○萬元款項，係為要求協助投資，並非購買保險，惟因甲生病就醫，故延至 94 年 6 月先幫申請人投保系爭 2 張保單（保費共計○○萬元，目前均已失效），後因私募基金獲利更佳，遂於 95 年 12 月及 96 年 1 月以保戶及其家人名義購買基金（合計約○○元），然該基金已於 96 年半年倒閉。至申請人於 97 年 12 月交付○○萬元部分，甲表示係協助申請人投資，已忘記投資管道。故申請人交付○○萬元時間與保單投保時間差距半年，且甲提供購買私募基金之明細與申請人所稱金額相近；此外，申請人尚無法提供交付甲○○萬元之證明，相對人實難依申請人所請辦理。

五、判斷理由

- (一)按「業務員經授權從事保險招攬之行為，視為該所屬公司授權範圍之行為，所屬公司對其業務員之招攬行為應嚴加管理並就其業務員招攬行為所生之損害依法負連帶責任。業務員同時登錄為財產保險及人身保險業務員者，其分別登錄之所屬公司應依法負連帶責任。前項授權，應以書面為之，並載明於其登錄證上。第一項所稱保險招攬之行為，係指下列之行為：一、解釋保險商品內容及保單條款。二、說明填寫要保書注意事項。三、轉送要保文件及保險單。四、其他經所屬公司授權從事保險招攬之行為。」、「業務員從事保險招攬所用之文書、圖畫、廣告文宣，應標明所屬公司之名稱，所屬公司為代理人、經紀人者並應標明往來保險業名稱，並不得假借其他名義、方式為保險之招攬。前項文書、圖畫、廣告文宣之內容，應與保險業報經主管機關審查通過之保險單條款、費率及要保書等文件相符，且經所屬公司核可同意使用。其內容並應符合主管機關訂定之資訊揭露規範。」、「業務員有下列情事之一者，除有犯罪嫌疑，應依法移送偵辦外，其行為時之所屬公司並應按其情節輕重，予以三個月以上一年以下停止招攬行為或撤銷其業務員登錄之處分：……五、對要保人、被保險人或第三人以誇大不實之宣傳、廣告或其他不當之方法為招攬。……七、未經保險契約當事人同意或授權而為填寫、簽章有關保險契約文件。八、以不當之方法唆使要保人終止有效契約

而投保新契約致使要保人受損害。……」分別為招攬時之保險業務員管理規則（94年2月2日）第15條、第16條第1項、第2項及第19條第1項第5款、第7款及第8款訂有明文。」又所謂「不當之方法」。應係指業務員以威脅、利誘、隱匿、欺騙等類似手段，從事招攬行為而投保保險契約，並致要保人因此受有損害。

（二）本件申請人主張其分別於94年間及97年間經由相對人之業務員甲購買系爭2張保單及1張○○萬元之投資型保單，然嗣後業務員甲卻避不見面，經申訴後始知申請人前後所購買之三張保單均係業務員甲以偽造保單詐騙申請人所繳之保險○○萬元，相對人即應就其業務員甲不法行為所致申請人保險費之損害，負賠償責任等語。相對人則辯稱經向業務員甲查證，申請人所交付之○○萬元款項，均係為要求協助投資，而非購買保單，然部分投資之基金已倒閉云云，資為抗辯。

（三）經查，申請人所主張之前揭情形，業據其提出系爭2張保單、客戶交易明細表、及94年6月30日之匯款憑單等件為佐。首先，經觀諸系爭2張保單之內容，其保險單封面所載保單號碼均為○○號，然其中1張保險單內保費明細表所載之保險號碼卻為○○號，明顯已有所不同。而就保險單封面與保費明細表記載相同之該張保險單，其所載「定期保險費○○」、「第一次主約保費○○」、「附約每次應繳保費-年繳○○」、「第一次保費合計○○」等情，亦均與該張保險單要保書所載主契約定期保險費○○萬元、第一次主約保費（含彈性保險費）○○萬元，無附約保險費，第一次保費總計○○萬元之記載，有所不同，衡諸社會通常觀念，其前後保險費記載既有不同，已足堪認該張保險單確實有經偽造之情形存在。再者，關於保險單封面與保費明細表記載不相同之該張保險單，其所載「定期保險費○○」、「第一次主約保費○○」「年繳○○」「第一次保費合計○○」等情，然該張保險單要保書之主契約定期保險費年繳○○萬元、第一次主約保費（含彈性保險費）○○萬元，第一次保費總計○○萬元等記載，亦顯然不同、前後矛盾，遑論要保書所就保單號碼復就記載為○○，在在均足顯示該張保單亦不無遭偽造、變造之情形。此外，相對人亦提出申請人所投保之系爭2張保單，其保單號碼分別為○○、○○號，且係均記載定期保險費（年繳）為○○萬元，第一次主約保費（含彈性保險費）○○萬元、第一次保費總計○○萬元，承此堪得知，業務員甲於向申請人收取保險費後，並未核實向相對人投保，並交付遭偽造、變造之系爭2張保險單，應屬以不當方法及欺騙手段使申請人投保系爭2張保單之保險契約。此外，申請人提出94年6月30日之匯款單，依該匯款單所載，申請人確實有於94年6月30日匯款○○萬元至業務

員甲之帳戶，而此與系爭2張保單之保險始期94年6月16日相較，尚堪認符合係為繳付保險費所為之交付。職是，申請人既有交付保險費之行為，而業務員復以偽造、變造之保險單詐騙申請人所交付之保險費，揆諸前揭規定，相對人即應就申請人系爭2張保單之損害，負賠償責任。

(四)雖相對人辯稱業務員甲表示申請人所交付之○○萬元係為請求協助投資，而非購買保單云云，並有提出甲為保戶投資紀錄及購買基金憑證等件附卷，惟觀諸該投資紀錄之投資日期係自95年12月8日之後，核與系爭2張保單保險始期有所不同，申請人所交付之金額是否是為投資之用，已非無疑；況該購買基金憑證至多亦僅足認定申請人或有購買基金之行為，衡諸常情，仍不足以據此即為否定甲以偽造、變造保險單之不當方法詐騙申請人保險金。至業務員甲所稱係因生病就醫始至95年間始為投資乙情，並未據相對人提出相關證據為佐，應不足為憑。

(五)至於，申請人主張於97年間另有投保○○萬元之投資型保單，惟僅獲交付一張投資說明書之情，並有提出聲明書及投資標的組合表為佐。然前揭聲明書所固有記載97年12月10日交付款項○○萬元予甲，惟其上並未有業務員甲之簽名，是否確實是由業務員甲所受領已非無疑，而款項之交付其原因多端，申請人就所投保之投資型保單，既未能提出相關保險單或要保書等件為證，本中心依舉證責任分配之原則，實難據為認定申請人交付○○萬元及投保該投資型保單之情形為真實，是申請人前揭主張，尚非可採。

(六)綜上所述，相對人之業務員甲向申請人招攬系爭2張保險後，竟交付偽造、變造之保險單，顯係以不當方法詐騙申請人，相對人即就申請人所受○○萬元之保險費損害負賠償責任。至申請人另請求因投保○○萬元之投資型保單之損害部分，依卷附證據，尚不足以認定有交付款項或投保之事實，其請求相對人負此部損害賠償，並無所據。

(七)從而，申請人請求相對人就其業務員甲之不當行為負○○萬元之損害賠償乙情，為有理由。逾此範圍之請求，則無理由，本中心尚難為有利於申請人之認定。

六、評議決定

相對人應給付申請人○○元整。

申請人其餘請求，本中心尚難為有利於申請人之認定。

七、相關法規

(一)保險業務員管理規則(94年2月2日)第15條

業務員經授權從事保險招攬之行為，視為該所屬公司授權範圍之行為，所屬公司對其業務員之招攬行為應嚴加管理並就其業務員招攬行為所生之損害

依法負連帶責任。業務員同時登錄為財產保險及人身保險業務員者，其分別登錄之所屬公司應依法負連帶責任。前項授權，應以書面為之，並載明於其登錄證上。第一項所稱保險招攬之行為，係指下列之行為：一、解釋保險商品內容及保單條款。二、說明填寫要保書注意事項。三、轉送要保文件及保險單。四、其他經所屬公司授權從事保險招攬之行為。

(二)保險業務員管理規則（94年2月2日）第16條第1項、第2項

業務員從事保險招攬所用之文書、圖畫、廣告文宣，應標明所屬公司之名稱，所屬公司為代理人、經紀人者並應標明往來保險業名稱，並不得假借其他名義、方式為保險之招攬。前項文書、圖畫、廣告文宣之內容，應與保險業報經主管機關審查通過之保險單條款、費率及要保書等文件相符，且經所屬公司核可同意使用。其內容並應符合主管機關訂定之資訊揭露規範。

(三)保險業務員管理規則（94年2月2日）第19條第1項第5款、第7款及第8款

業務員有下列情事之一者，除有犯罪嫌疑，應依法移送偵辦外，其行為時之所屬公司並應按其情節輕重，予以三個月以上一年以下停止招攬行為或撤銷其業務員登錄之處分：……五、對要保人、被保險人或第三人以誇大不實之宣傳、廣告或其他不當之方法為招攬。……七、未經保險契約當事人同意或授權而為填寫、簽章有關保險契約文件。八、以不當之方法唆使要保人終止有效契約而投保新契約致使要保人受損害。……。

案例 004 保單招攬-掛名招攬、保證獲利 (103 評 0435)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

查系爭保單於招攬階段之相關文件雖無業務員保證獲利字眼，惟甲於系爭保單成立生效半年後竟簽立保證獲利之保證書，難認甲於招攬階段無口頭保證獲利之可能，亦即甲可能為掩飾不實招攬行為而簽立保證獲利之保證書。本件衡酌相對人業務員有掛名招攬及保證獲利之情事，相對人因受僱人員之行為，受有擴張其商業活動之經濟利益，本須對受僱人員負選任監督之責，本中心依金融消費者保護法第 20 條第 1 項規定所揭示公平合理原則，並衡酌個案情狀，認相對人應補償申請人美金○○元整。

(二)爭議險種：美元終身保險

(三)參考條文：金融消費者保護法第 7 條第 3 項、第 8 條第 1 項、第 9 條第 1 項、第 10 條、第 11 條；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；保險業務員管理規則第 19 條第 1 項第 10 款

(四)關鍵字：掛名招攬、保證獲利

二、事實經過

申請人於 101 年 9 月 18 日向相對人投保「六年繳費○○美元終身保險(A 型)」，申請人已繳保險費○○美元，嗣申請人於 102 年 10 月 08 日辦理終止契約，相對人已返還解約金○○美元。

三、本案爭點

(一)系爭保單是否具有掛名招攬之情事？

(二)相對人業務員招攬系爭保單是否有不當銷售行為？申請人請求相對人賠償損害，有無理由？

四、當事人主張

(一)申請人主張

1. 本人因相對人業務員甲表示需要業績，遂受其請託於 101 年 9 月 18 日允諾投保一年期之繳費○○美元保險，且於接洽保險、收取本金新台幣○○萬元之過程均由甲為之。
2. 102 年 3 月 12 日本人想解約時，據告若中途解約僅得贖回美金○○元左右(折合新台幣○○元)，短少新台幣○○元，被託忍耐續滿 1 週年。甲於當日在乙之見證下簽立「保證書」，保證本人之保單於滿 1 週年時，可全數拿回本金加 3%利息。
3. 本人於 102 年 8 月 15 日接獲業務員丙離職，改由甲接替工作之通知，隔年繳通知單時，經核對保單始知原業務員為丙，且保險種類為「六年期繳費○

○美元終身保險」，與當初甲向本人說明之內容不符。

4. 事件發生後，多次向相對人申訴，當時甲之上司處經理原本已接洽好要付賠全額，結果並沒有實現，這也證明公司人員之作業行為全部是詐騙行為。
5. 業務員甲招攬時只指示簽名即可，契約內容、相關資料全由他本人製作、整理、填寫。而丙並不是相對人的業務員，本人與他並不相識，相對人都知道且承認用「人頭」搞業績之事，此事證明偽造文書，相對人業務內部作業有問題，任意雇用業務員在外詐騙，逃避責任，豈不是共謀詐欺！

(二)相對人主張

1. 申請人於 101 年 09 月 18 日投保旨揭保險契約「六年繳費○○美元終身保險(A 型)」(保單號碼○○，下稱系爭保單)，今向本公司反應業務員甲招攬時之說明與保單實際內容不符，要求本公司退還所繳保費○○美元(扣除先前已領之解約金○○美元，尚餘○○美元)。
2. 經查，系爭保單之相關要保文件皆為申請人(要/被保險人)親簽，依系爭保單條款第四條【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，本公司應無息退還要保人所繳保險費……。」之約定，上述保單已逾契約撤銷期限，且申請人於 102 年 03 月 14 日亦曾辦理補發保單，應可認申請人已認同旨揭契約之效力，合先敘明。
3. 經檢視申請人所提供甲簽署之保證書文件，係甲以其個人名義約定，本公司並未授權或認可該文件之內容，故該文件非屬旨揭保險契約之約定內容，惟日前本公司已向法院對甲之行為提出刑事告訴(發)，在未有正式判決前，本公司恐礙難憑辦；另，依據旨揭契約條款第 12 條【契約的終止】：「要保人得隨時終止本契約。前項契約之終止，自本公司收到要保人書面通知時，開始生效。要保人保險費已付足達一年以上或繳費累積達有保單價值準備金而終止契約時，本公司應於接到通知後一個月內償付解約金。……」之約定，經查，申請人於 102 年 10 月 08 日已自行辦理終止契約，本公司亦已遵循契約條款約定返還解約金計○○美元，諒已收訖無訛。綜上所述，申請人已依約行使保單相關權益，日前亦已辦理終止契約效力，本公司實歉難依申請人所請再退還其它所繳保費。

五、判斷理由

- (一)按「金融服務業提供金融商品或服務，應盡善良管理人之注意義務。」、「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。」、「金融

服務業刊登、播放廣告及進行業務招攬或營業促銷活動時，不得有虛偽、詐欺、隱匿或其他足致他人誤信之情事，並應確保其廣告內容之真實，其對金融消費者所負擔之義務不得低於前述廣告之內容及進行業務招攬或營業促銷活動時對金融消費者所提示之資料或說明。」、「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。前項金融服務業對金融消費者進行之說明及揭露，應以金融消費者能充分瞭解方式為之，其內容應包括但不限交易成本、可能之收益及風險等有關金融消費者權益之重要內容；其相關應遵循事項之辦法，由主管機關定之。」、「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。……」金融消費者保護法第 7 條第 3 項、第 8 條第 1 項、第 9 條第 1 項、第 10 條、第 11 條分別定有明文。次按，「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：一、金融消費者是否確實瞭解其所交保險費係用以購買保險商品。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。三、金融消費者如係購買以外幣收付之非投資型保險商品時，應瞭解客戶對匯率風險之承受能力。」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 條亦定有明文。系爭保單乃於 101 年 9 月 18 日訂定，係於金融消費者保護法施行後所招攬之保險商品，依前開規定即有該法之適用。

- (二)次按，保險業務員管理規則第 19 條第 1 項第 10 款明文規定：「業務員有下列情事之一者，除有犯罪嫌疑，應依法移送偵辦外，其行為時之所屬公司並應按其情節輕重，予以三個月以上一年以下停止招攬行為或撤銷其業務員登錄之處分：……十、以登錄證供他人使用或使用他人登錄證。……。」又保險業務員管理規則，乃金融監督管理委員會依保險法第 177 條規定制定，係就保險業務員之資格取得、登錄、撤銷登錄、教育訓練、懲處等事項所頒布之行政命令，非為規範保險契約效力所設，如有違反，僅生對保險公司是否予以處分或撤銷招攬人員、核保人員之資格登記等行政上處分之效果，尚不能認係強制禁止規定，如有違反即屬無效(台灣高雄地方法院 98 年度保險字第 5 號判決參照)。次按，被詐欺而為意思表示者，依民法第 92 條第 1 項之規定，表意人固得撤銷其意思表示，惟主張被詐欺而為表示之當事人，應就此項事實，負舉證之責任(最高法院 44 年台上字第 75 號判例要旨參照)。
- (三)本案申請人陳稱系爭保單之實際招攬人為業務員甲，非要保書上所載之業務員丙。系爭保單是否具有掛名招攬之情事？

1. 本中心於 103 年 3 月 27 日致電申請人，內容略為：「問：甲與丙的關係？

答：他們好像是兄弟。我只認識甲(經妹妹介紹)，但要保書是填寫丙，他們說是業績關係才會這樣寫。問：保單文件、簽收回條等文件是否有親簽。答：好像都有簽。當時是給甲現金○○萬元，後來才去開外幣帳戶。」另本中心於103年5月12日、5月13日及5月14日致電相對人，內容略為：「問：甲跟丙這二位業務員於招攬當時有無外幣保單證照?答：這二位業務員於96年即有外幣保單招攬資格，招攬當時有外幣保單證照。問：貴公司已向甲提刑事告訴。當時有無詢問甲是否親簽保證書?為何要簽下保證書?答：是甲親簽。據了解是甲當時是為安撫申請人跟家人的爭執而簽下保證書。問：系爭保單是否為丙跟甲共同招攬?答：甲稱是自己一人單獨招攬。」

2. 另揆諸申請人提供101年9月17日甲簽立之收據影本、101年9月18日預收第一次保險費相當額送金單(收據)及相對人提供之101年9月18日建議書目錄摘要表可知，業務員甲於101年9月17日立書證明收取申請人新台幣○○萬元以辦理美金換匯事宜，翌日由丙送交申請人送金單，又建議書目錄摘要表下方所載「專業顧問:甲」，業務員簽名欄位為丙。

3. 依雙方陳述及前揭相關文件資料，堪認系爭保單之實際招攬人為甲，而要保書上記載之業務員丙並非實際招攬人，故相對人業務員確有掛名招攬之不當行為。

(四)相對人業務員招攬系爭保單是否有不當銷售行為?申請人請求相對人賠償損害，有無理由?

1. 按債務人之代理人或使用人，關於債之履行有故意或過失時，債務人應與自己之故意或過失負同一責任，民法第224條定有明文。次按，保險業務員管理規則第15條規定：「業務員經授權從事保險招攬之行為，視為該所屬公司授權範圍之行為，所屬公司對其登錄之業務員應嚴加管理並就其業務員招攬行為所生之損害依法負連帶責任。……。第一項所稱保險招攬之行為，係指業務員從事下列之行為：一、解釋保險商品內容及保單條款。二、說明填寫要保書注意事項。三、轉送要保文件及保險單。四、其他經所屬公司授權從事保險招攬之行為。」；上開管理規則第19條復規定：「業務員有下列情事之一者，除有犯罪嫌疑，應依法移送偵辦外，其行為時之所屬公司並應按其情節輕重，予以三個月以上一年以下停止招攬行為或撤銷其業務員登錄之處分：……。五、對要保人、被保險人或第三人以誇大不實之宣傳、廣告或其他不當之方法為招攬。……。」準此，保險人對保險業務員之招攬行為，自應負民法第224條之責任並就其所生之損害負連帶責任。

2. 該保單之實際招攬人為業務員甲已為前述，申請人亦自陳系爭保單之建議書目錄摘要表、要保書、保險單簽收回條等文件均為親簽，觀諸系爭保單之保

單頁面明文為 6 年期之美元保險商品，惟系爭保單於 101 年 9 月 18 日成立生效後，甲於 102 年 3 月 12 日立書保證申請人所投保之保單於滿 1 週年時可全數拿回本金+3%利息，此有甲 102 年 3 月 12 日簽立之保證書附卷可稽。而相對人亦自承該保證書為甲親簽，已向法院對甲之行為提出刑事告訴（發）。查系爭保單於招攬階段之相關文件雖無業務員保證獲利字眼，惟甲於系爭保單成立生效半年後竟簽立保證獲利之保證書，難認甲於招攬階段無口頭保證獲利之可能，亦即甲可能為掩飾不實招攬行為而簽立保證獲利之保證書。相對人及其業務員為保險之專業從業人員，對於哪些項目或事實可能影響消費者決定投保知之甚詳，而保險業務員之選任與監督及業務員執行業務時是否依照商業倫理及管理規則而為，顯然相對人具有遠比申請人更優越之監督或查核能力與地位。是以，無論業務員所為之不實文宣、廣告係主動為不當之說明，或係應申請人之要求所為，其不利益均應由相對人承擔。

- (五)系爭保單招攬過程中，相對人之業務員顯有違反前揭金融消費者保護法及保險業務員管理規則，難認相對人已盡善良管理人之注意義務及踐行完整告知之義務。本件衡酌相對人業務員有掛名招攬及保證獲利之情事，相對人因受僱人員之行為，受有擴張其商業活動之經濟利益，本須對受僱人員負選任監督之責，本中心依金融消費者保護法第 20 條第 1 項規定所揭示公平合理原則，並衡酌個案情狀，認相對人應補償申請人美金○○元整。

六、評議決定

相對人應給付申請人○○元整。

申請人其餘請求，本中心尚難為有利於申請人之認定。

七、相關法規

(一)金融消費者保護法第 7 條第 3 項

金融服務業提供金融商品或服務，應盡善良管理人之注意義務。

(二)金融消費者保護法第 8 條第 1 項

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。

(三)金融消費者保護法第 9 條第 1 項

金融服務業刊登、播放廣告及進行業務招攬或營業促銷活動時，不得有虛偽、詐欺、隱匿或其他足致他人誤信之情事，並應確保其廣告內容之真實，其對金融消費者所負擔之義務不得低於前述廣告之內容及進行業務招攬或營業促銷活動時對金融消費者所提示之資料或說明。

(四)金融消費者保護法第 10 條

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。前項金融服務業對金融消費者進行之說明及揭露，應以金融消費者能充分瞭解方式為之，其內容應包括但不限交易成本、可能之收益及風險等有關金融消費者權益之重要內容；其相關應遵循事項之辦法，由主管機關定之。

(五)金融消費者保護法第 11 條

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。……。

(六)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

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：一、金融消費者是否確實瞭解其所交保險費係用以購買保險商品。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。三、金融消費者如係購買以外幣收付之非投資型保險商品時，應瞭解客戶對匯率風險之承受能力。

(七)保險業務員管理規則第 19 條第 1 項第 10 款

業務員有下列情事之一者，除有犯罪嫌疑，應依法移送偵辦外，其行為時之所屬公司並應按其情節輕重，予以三個月以上一年以下停止招攬行為或撤銷其業務員登錄之處分：……十、以登錄證供他人使用或使用他人登錄證。

案例 005 保單紅利—保險計劃書 (102 評 2114)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

保險契約，由保險人於同意要保人申請後簽訂。保險法第 3 條及第 44 條第 1 項分別定有明文。是保險契約之訂立，係由要保人填寫要保書以為要約，經保險人評估後核發保險單以為承諾，故雙方關於系爭保險契約之權利義務，應以保險人核發之保險單及所附之契約條款為準，是申請人之請求核屬無據。

(二)爭議險種：終身壽險

(三)參考條文：金融消費者保護法第 8 條、民法第 153 條、民法第 227 條第 1 項、民法第 224 條、保險法第 1 條、保險法第 3 條、保險法第 44 條第 1 項、(七)消費者保護法施行細則第 42 條

(四)關鍵字：保單紅利、保險計劃書

二、事實經過

申請人主張因相對人業務員提供之保險計畫書，列明繳費期滿累積紅利為新台幣○○元因而投保；未料相對人僅給付申請人保單紅利新台幣○○元，則未再給付。申請人請求相對人依照保險計畫書所載金額為給付，遭相對人拒絕，爰申請評議。

三、本案爭點

申請人主張相對人應依保單計畫書所計算之保單紅利為給付是否有據？

四、當事人主張

(一)申請人主張

申請人因相對人業務員提供之保險計畫書，列明繳費期滿累積紅利為新台幣○○元，因而投保，未料相對人僅給付申請人保單紅利新台幣○○元，則未再給付。申請人表示相對人僅因保單計畫書載明供參考字樣而於投保後翻臉不認，違反誠信，依此向相對人請求應依保險計畫書所載之累積紅利金額為給付。

(二)相對人主張

關於保險計畫書就保單紅利之計算，有標註「本利益參考表累積紅利以假設參考利率與預定利率之差計算各年度保單紅利，累積至各年度底之數字，僅供投保參考之用」。而保單紅利之計算方式於○○保險（下稱系爭保險契約）第 33 條有明文約定，該公式係經財政部核定，為各保險公司計算給付紅利之依據，由於近年來市場利率低迷，致計算出之保單紅利未如預期，此結果實非得已，請申請人見諒。

五、判斷理由

- (一)按本法（於 100 年 6 月 29 日公布，同年 12 月 30 日施行）第 8 條固規定，金融服務業刊登、播放廣告及進行業務招攬或營業促銷活動時，不得有虛偽、詐欺、隱匿或其他足致他人誤信之情事，並應確保其廣告內容之真實，其對金融消費者所負擔之義務不得低於前述廣告之內容及進行業務招攬或營業促銷活動時對金融消費者所提示之資料或說明。惟依法律不溯及既往原則及參消費者保護法施行細則第 42 條規定對於消費者保護法施行前已流通進入市場之商品或已提供之服務應不適用之。是以，系爭保險計畫書雖為相對人進行業務招攬向申請人提供之資料及說明，然基於本件招攬爭議係發生於 79 年（即本法公布施行前），而無本法第 8 條之適用，合先敘明。
- (二)次按「要保人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。保險契約，由保險人於同意要保人申請後簽訂。保險法第 3 條及第 44 條第 1 項分別定有明文。是保險契約之訂立，係由要保人填寫要保書以為要約，經保險人評估後核發保險單以為承諾，故雙方關於系爭保險契約之權利義務，應以保險人核發之保險單及所附之契約條款為準。」高等法院 93 年保險上易字第 15 號判決可資參照。經查，申請人主張之保單建議計畫書，名為○○計劃書，就累積紅利部分，建議書上載明「本建議書之累積紅利係假設參考利率與預定利率 6%之差計算各年度保單紅利，累積至各年度底之數字，僅供投保參考之用，實際金額每年按壽險公會報財政部核定之利率變動調整」，並附有利益參考表，以參考利率 10%及 9.75%計算出每年度之累積紅利金額，該表下方註明「本利益參考表累積紅利以假設參考利率與預定利率之差計算各年度保單紅利，累積至各年度底之數字，僅供投保參考之用」，足見系爭保單建議書乃相對人為吸引消費者締結保險契約所為之要約引誘，後經申請人填寫要保書以為要約，相對人評估後核發保單以為承諾，是雙方關於保單紅利之給付，應以相對人核發之保險單及所附之契約條款（即○○壽險）為準，又上開保險契約業已於 89 年經契約轉換為系爭保單，據此，依系爭保險契約第 33 條【保險單紅利的計算與給付】約定：「本契約有效期間內，本公司依規定於每一保單年度終了，以本保險單計算保險費所採用的預定利率（百分之六點七五）及預定死亡率（台灣壽險業第三回經驗生命表之死亡率的百分之九十）為基礎，按當時財政部核定的應分配保險單紅利計算公式（如附件）計算保單紅利。」，是申請人可領取之保單紅利金，應回歸上開條款約定方式為計算，尚非逕依保單建議書所載紅利金額為請求，依此，申請人請求相對人依建議書給付保單紅利○○元整，應屬無據。

六、評議決定

本中心就申請人之請求尚難為有利申請人之認定。

七、相關法規

(一)金融消費者保護法第 8 條

金融服務業刊登、播放廣告及進行業務招攬或營業促銷活動時，不得有虛偽、詐欺、隱匿或其他足致他人誤信之情事，並應確保其廣告內容之真實，其對金融消費者所負擔之義務不得低於前述廣告之內容及進行業務招攬或營業促銷活動時對金融消費者所提示之資料或說明。

前項廣告、業務招攬及營業促銷活動之方式、內容及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。

金融服務業不得藉金融教育宣導，引薦個別金融商品或服務。

(二)民法第 153 條

當事人互相表示意思一致者，無論其為明示或默示，契約即為成立。當事人對於必要之點，意思一致，而對於非必要之點，未經表示意思者，推定其契約為成立，關於該非必要之點，當事人意思不一致時，法院應依其事件之性質定之。

(三)民法第 227 條第 1 項

因可歸責於債務人之事由，致為不完全給付者，債權人得依關於給付遲延或給付不能之規定行使其權利。

(四)保險法第 1 條

本法所稱保險，謂當事人約定，一方交付保險費於他方，他方對於因不可預料，或不可抗力之事故所致之損害，負擔賠償財物之行為。根據前項所訂之契約，稱為保險契約。

(五)保險法第 3 條

本法所稱要保人，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。

(六)保險法第 44 條第 1 項

保險契約，由保險人於同意要保人聲請後簽訂。

(七)消費者保護法施行細則第 42 條

本法對本法施行前已流通進入市場之商品或已提供之服務不適用之。

強制汽車責任險

案例 006 強制汽車責任險-時效 (102 評 0784)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

申請人於未取得門診醫療費用收據前，本無從知悉因系爭車禍事故後續所生實際損害及損失金額為何，是其對於相對人之醫療保險金請求權客觀上應屬尚未處於可得行使之狀態；況且，申請人通常並非專業醫師或具醫療知識之人，在未知其所支出之醫療費用實際金額前，如何能合理期待申請人先為評估可能支出醫療費用之數額，而於系爭交通事故發生後將屆滿二年前先預為向保險人請求支付醫療保險金。再者，依強制汽車責任保險給付標準第 2 條規定，可知強制汽車責任保險對於保險人就受害人於交通事故所支出醫療費用之保險給付，已設有 20 萬元之給付上限，顯已符保險對價衡平原則，此際若復限制受害人於交通事故發生兩年後所支出之醫療費用，其請求權歸於消滅，顯然與強制汽車責任保險為使受害人迅速獲得保障之立法目的有違。

(二)爭議險種：強制汽車責任險

(三)參考條文：強制汽車責任保險法第 14 條第 1 項、強制汽車責任保險給付標準第 2 條、強制汽車責任保險法第 35 條第 3 項

(四)關鍵字：醫療保險金、時效

二、事實經過

申請人於 98 年 11 月 28 日發生交通事故並致受傷，相對人以時效消滅為由，拒絕賠付申請人於 100 年 11 月 27 日後之就醫支出，申請人爰申請評議。

三、本案爭點

(一)申請人所請求 100 年 11 月 27 日後之醫療費用支出計○○元，有無逾強制汽車責任保險法第 14 條第 1 項所定之時效？

(二)若否，申請人可得請求之保險給付金額為何？

(三)又申請人請求相對人給付遲延利息，有無理由？

四、當事人主張

(一)申請人主張

申請人於 98 年 11 月 28 日乘坐車牌號碼○○普通重型機車於○○市○○區○○路○○段○○號處發生車禍事故，並致身體受有傷害，申請人並已依強制汽車責任保險法規定，分別於 100 年 5 月 19 日、100 年 8 月 24 日、101 年 1 月 18 日、101 年 2 月 23 日向相對人請領醫療費用之保險金給付各為○○元、○○元、○○元、○○元。嗣申請人因前揭車禍事故所致雙手腕關節攣縮，需持續門診、復健，復於 101 年 8 月 21 日檢附 100 年 12 月 5 日至

101 年 8 月 13 日共 53 次 A 醫院門診醫療收據，向相對人第五次申請醫療費用○○元之保險給付，詎相對人經審核後，以申請人所檢附之醫療費用收據資料，均屬 100 年 11 月 27 日後之就醫支出收據，其保險給付請求權業已罹於強制汽車責任保險法第 14 條第 1 項所二年時效而消滅為由，拒絕給付。然申請人發生車禍事故兩年內，已前後分別四次行使其請求權，且本次請領醫療費用部分係前揭車禍事故發生後尚不斷發生之後續性損害，具有相當因果關係存在，申請人請求權應無罹於兩年時效而消滅。又相對人係以 (102)○○字第○○號函為拒絕給付，申請即得以此為計算遲延利息之始日。為此，申請本件評議，請求相對人給付醫療費用保險金付○○元及自 102 年 3 月 21 日起按年息 10%計算之利息。

(二)相對人主張

申請人係於 98 年 11 月 28 日於○○市○○區○○路○○段○○號處發生交通事故致受傷，相對人並已受理在案（賠案號碼：○○）。惟經檢視申請人所提供之醫療費用收據，係屬 100 年 11 月 27 日後之就醫支出收據，依強制汽車責任保險法規定，請求權已屬時效消滅，相對人已於 102 年 3 月 21 日函文回覆申請人。據此，相對人歉難賠付。

五、判斷理由

(一)按「請求權人對於保險人之保險給付請求權，自知有損害發生及保險人時起，二年間不行使而消滅。自汽車交通事故發生時起，逾十年者，亦同。」，強制汽車責任保險法第 14 條第 1 項有明文。核其立法理由係為使保險給付請求權時效之起算時間點明確化，而其所稱「知有損害發生」則指知有因汽車交通事故致生損害。準此可知，強制汽車責任保險法之保險給付請求權時效計算之始點，應係自請求權人知有交通事故所致損害發生之日起之二年內，或自交通事故發生時之十年內而言。

(二)經查，本件申請人係於 98 年 11 月 28 日發生系爭交通事故並致受傷害，相對人亦已受理保險理賠在案（賠案號碼：○○），此為兩造所不爭執，堪認申請人就系爭交通事故所受損害，應得依強制汽車責任保險法規定向相對人請求醫療保險給付。而本件申請人就其因系爭車禍事故所受之損害，為向相對人請求醫療費用計○○元之保險給付，業據申請人檢附 100 年 12 月 5 日至 101 年 8 月 31 日共 53 次之 A 醫院門診醫療收據附卷為佐，惟此為相對人所拒絕，並以申請人所檢附之門診醫療收據，核屬系爭車禍事故發生逾二年後之就醫支出，其請求權實屬時效消滅等情為抗辯。惟本中心經觀諸前開門診醫療收據所載日期均為 100 年 12 月 5 日至 101 年 8 月 31 日之期間，固可得知申請人前開醫療費用之支出時點，確係於系爭車禍事故發生後逾二年期

間，然申請人於未取得前開門診醫療費用收據前，本無從知悉因系爭車禍事故後續所生實際損害及損失金額為何，是其對於相對人之醫療保險金請求權客觀上應屬尚未處於可得行使之狀態；況且，申請人通常並非專業醫師或具醫療知識之人，在未知其所支出之醫療費用實際金額前，如何能合理期待申請人先為評估可能支出醫療費用之數額，而於系爭交通事故發生後將屆滿二年前先預為向保險人請求支付醫療保險金。再者，依強制汽車責任保險給付標準第 2 條規定：「受害人因汽車交通事故致身體傷害，強制汽車責任保險之保險人依本法規定為傷害醫療費用給付時，以其必須且合理之實際支出之相關醫療費用為限。但每一受害人每一事故之傷害醫療費用總額，以新臺幣二十萬元為限。」，可知強制汽車責任保險對於保險人就受害人於交通事故所支出醫療費用之保險給付，已設有 20 萬元之給付上限，顯已符保險對價衡平原則，此際若復限制受害人於交通事故發生兩年後所支出之醫療費用，其請求權歸於消滅，顯然與強制汽車責任保險為使受害人迅速獲得保障之立法目的有違。是故，揆諸首揭法條規定及說明，申請人就前揭醫療費用保險給付請求權時效之計算始點，即應自其知有損害發生之時點即 100 年 12 月 5 日起往後計算二年後屆滿，申請人於 102 年 5 月 9 日向本中心為評議申請，應尚未罹於強制汽車責任保險法第 14 條第 1 項所定時效。從而，相對人就此陳稱申請人醫療費用保險給付請求權應已罹於時效之主張，顯非可採。

(三)次按，「受害人因汽車交通事故致身體傷害，強制汽車責任保險之保險人依本法規定為傷害醫療費用給付時，以其必須且合理之實際支出之相關醫療費用為限。但每一受害人每一事故之傷害醫療費用給付總額，以新臺幣二十萬元為限。」，強制汽車責任保險給付標準第 2 條定有明文。查本件申請人業已檢附 A 醫院門診醫療收據共 53 張合計醫療費用○○元，向相對人請求醫療費用保險給付；加以，本中心曾以 102 年 5 月 23 日金評議字第○○○○號函，請相對人分就「如申請人主張成立者（假設語），申請人得請求之金額為何（含項及數額）」、「對申請人主張之請求及事實是否爭執；如有爭執者，請詳述理由及證據」等項為陳述意見，然相對人除僅就申請人之請求權已屬時效消滅乙節為爭執外，並未另就申請人請求之保險給付內容及金額部分為陳述意見，準此，本中心依民事舉證責任分配原則，自得以申請人所提出之 A 醫院門診收據為據，逕予認定申請人所請求之醫療費用保險給付○○元部分為合理且必須之實際支出。

(四)此外，強制汽車責任保險法第 35 條第 3 項規定，保險人應於請求權人依前二項規定提出證明文件之次日起 10 個工作日內給付之，保險人因可歸責於自己之事由，致未在期限內為給付者，自期限屆滿時起，應按年利一分給

付遲利息。查依申請人所提出相對人 102 年 3 月 21 日 (102) ○○字第○○號函 (見 102 年評字第 784 號卷第 6 頁), 可知申請人係於 102 年 2 月 19 日向相對人提出申訴書, 相對人並於 102 年 3 月 21 日發函回覆申請人拒絕理賠乙情, 故依前揭規定, 申請人請求相對人給付自 102 年 3 月 21 日起按年息 10% 計算之遲利息, 洵屬有據, 應為可採。

六、評議決定

相對人應給付申請人新臺幣○○元整, 及自民國 102 年 3 月 21 日起按年息百分之十計算之利息。

七、相關法規

(一) 強制汽車責任保險法第 14 條第 1 項

請求權人對於保險人之保險給付請求權, 自知有損害發生及保險人時起, 二年間不行使而消滅。自汽車交通事故發生時起, 逾十年者, 亦同。

(二) 強制汽車責任保險給付標準第 2 條

受害人因汽車交通事故致身體傷害, 強制汽車責任保險之保險人依本法規定為傷害醫療費用給付時, 以其必須且合理之實際支出之相關醫療費用為限。但每一受害人每一事故之傷害醫療費用總額, 以新臺幣二十萬元為限。

(三) 強制汽車責任保險法第 35 條第 3 項

保險人應於請求權人依前二項規定提出證明文件之次日起 10 個工作日內給付之, 保險人因可歸責於自己之事由, 致未在期限內為給付者, 自期限屆滿時起, 應按年利一分給付遲利息。

案例 007 強制汽車責任險-殘等認定 (102 評 1824)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

申請人之左下肢體況符合殘廢給付標準表第十三級之殘廢程度；而右下肢於 102 年 6 月 12 日接受右側股骨鋼釘內固定及骨移植治療，仍在治療中，症狀未固定，宜待手術後症狀固定或持續治療一年後再評估。

(二)爭議險種：強制汽車責任險

(三)參考條文：強制汽車責任保險法第 14 條第 1 項、強制汽車責任保險給付標準第 2 條第 1 至 3 項

(四)關鍵字：殘廢等級

二、事實經過

申請人於 100 年 5 月 30 日與相對人之被保險汽車發生車禍致受有體傷，申請人向相對人提出理賠申請，遭相對人拒絕，爰申請評議。

三、本案爭點

- (一)申請人之體況是否已符合殘廢給付標準表之第六等級、第十二等級或其他等級之殘廢程度？
- (二)申請人之醫療保險金請求權是否已罹於時效？若否，則相對人應給付之醫療保險金若干元？

四、當事人主張

(一)申請人主張

申請人於 100 年 5 月 30 日與相對人之被保險汽車發生車禍（下稱系爭交通事故）致受有體傷，經 A 醫院手術治療後，依 A 醫院 102 年 9 月 2 日所出具之診斷證明書，醫師囑言記載「雙下肢遺存顯著運動傷害，需要靠雙拐行走，喪失 1/2 活動範圍」，據此，申請人之體況已符合強制汽車責任保險殘廢給付標準表（下稱殘廢給付標準表）障害項目 12-30 之「兩下肢均遺存運動障害者」，殘廢等級為第六級，故相對人依系爭交通事故發生當時有效之強制汽車責任保險給付標準（下稱給付標準）第 3 條第 4 項第 6 款，應給付殘廢保險金○○元。另申請人 102 年 6 月 2 日至 A 醫院住院接受右側股骨鋼釘內固定及骨移植手術，於同年 6 月 12 日出院。共支出特殊材料費○○元、行政處置費○○元及健保部分負擔○○元，相對人亦應依給付標準相關規定理賠上開費用共計○○元。

(二)相對人主張

1. 依申請人所提供之病歷資料，經相對人諮詢專業醫師後，認為申請人左下肢膝關節符合殘廢給付標準表第 12-35 項（一下肢三大關節中，有一大關節遺

存運動障害者)之第十三級殘,及因股骨遠端骨折癒合不全,遺存畸形,符合 12-39 項(一下肢長管骨遺存畸形者)之第十三級殘,依給付標準第 4 條規定,合併為第十二級殘。故相對人已於 102 年 5 月 15 日給付第十三級之殘廢保險金○○元,復於 102 年 10 月 29 日再給付第十二級及第十三級之差額○○元在案。另申請人右下肢膝關節未受損,仍在治療中,症狀未固定,宜待手術後症狀固定或持續治療一年後再評估。

2. 另按「請求權人對於保險人之保險給付請求權,自知有損害發生及保險人時起,二年間不行使而消滅。自汽車交通事故發生時起,逾十年者,亦同。」強制汽車責任保險法(下稱強保法)第 14 條第 1 項定有明文。系爭交通事故係發生於 100 年 5 月 30 日,而申請人於 102 年 6 月再度住院開刀之醫療費用已逾二年之請求時效,相對人歉難給付醫療保險金。

五、判斷理由

(一)就申請人之體況是否已符合殘廢給付標準表之殘廢程度之部分:

1. 申請人於 102 年 11 月 22 日提出補充理由,主張申請人之體況已符合兩下肢均遺存運動障害,屬殘廢給付標準表第 151 項之障害項目,為第六級之殘等,故相對人應給付○○元之殘廢保險金。然依 100 年 5 月 30 日系爭交通事故發生時有效之殘廢給付標準表,「兩下肢均遺存運動障害者」係屬 12-30 之障害項目,且依當時有效之給付標準第 3 條第 4 項第 6 款,第六等級之殘廢保險金額應為○○元,經本中心於 102 年 11 月 27 日向申請人之代理人電話確認後,申請人請求更正殘廢保險金之請求標的為○○元,並經本中心作成電話紀錄在案,合先敘明。
2. 次依申請人及相對人提供之診斷證明書、病歷摘要等,經諮詢本中心顧問專業意見,略以:A 醫院於 102 年 7 月 8 日出具診斷證明書,載明申請人診斷為「左股骨髁上骨折術後」,醫囑欄則載有「目前左膝關節活動範圍,伸展 5 度,彎曲 80 度,共 75 度;左下肢遺存顯著運動障礙,需要靠雙拐行走」。另於 102 年 9 月 2 日出具診斷證明書,載明申請人診斷為「右股骨髁上骨折術後併不癒合,左股骨髁上骨折術後」,醫囑欄則載有「病患於 2011 年 05 月 30 日經本院急診入院,接受鋼釘內固定手術治療,於 2011 年 06 月 14 日出院,合計住院 16 天,病患於 102 年 06 月 02 日門診入院,接受右側股骨鋼釘內固定及骨移植手術治療,於 102 年 06 月 12 日出院,合計共住院 11 天。雙下肢遺存顯著運動障礙,需要靠雙拐行走,喪失 1/2 活動範圍」。是依身體各部位關節生理運動範圍,膝關節活動範圍為 135-145 度,申請人目前左膝關節活動範圍共 75 度;符合殘廢給付標準表第 12-35 項(一下肢三大關節中,有一大關節遺存運動障害者)之第十三級殘廢。另左側股骨遠端骨折因癒合不正,101 年 09 月 18 日接受左側股骨矯正節骨術及鋼釘鋼板內固定手術治療,不再遺存畸形,當已不符合第 12-39 項(一下肢長管骨遺存畸形者)之第十三級殘廢。另右下肢膝關節未受損,102 年 6 月 12 日接受右側股骨鋼釘內固定及骨移植治療,仍在治療中。

3. 綜上，申請人之左下肢體況符合殘廢給付標準表第十三級之殘廢程度；而右下肢於 102 年 6 月 12 日接受右側股骨鋼釘內固定及骨移植治療，仍在治療中，症狀未固定，宜待手術後症狀固定或持續治療一年後再評估，且相對人業於 102 年 5 月 15 日給付第十三級之殘廢保險金○○元，復於 102 年 10 月 29 日再給付第十二級及第十三級之差額○○元在案，是申請人請求相對人依第六級殘給付保險金○○元，為無理由。
- (二)申請人之醫療保險金請求權是否已罹於時效？若否，則相對人應給付之醫療保險金若干元：
1. 按「請求權人對於保險人之保險給付請求權，自知有損害發生及保險人時起，二年間不行使而消滅。自汽車交通事故發生時起，逾十年者，亦同。」強保法第 14 條第 1 項定有明文。核其立法理由係為使保險給付請求權時效之起算時間點明確化，而其所稱「知有損害發生」則指知有因汽車交通事故致生損害。準此，保險給付請求權時效計算之始點，應係自請求權人知有交通事故所致損害發生且客觀上得為請求之日起二年內，或自交通事故發生時起之十年內而言。
 2. 相對人雖主張申請人之醫療費用為 102 年 6 月間至 A 醫院進行手術所支出，且遲於 102 年 9 月方向相對人申請理賠，自 100 年 5 月 30 日系爭交通事故發生時起算，此均逾二年之請求權時效云云。然申請人於未取得前開醫療費用收據前，本無從知悉因系爭交通事故後續所生實際損害及損失金額為何，是其對於相對人之醫療保險金請求權客觀上應屬尚未處於可得行使之狀態；況且，申請人通常並非專業醫師或具醫療知識之人，在未知其所支出之醫療費用實際金額前，如何能合理期待申請人先為評估可能支出醫療費用之數額，而於系爭交通事故發生後將屆滿二年前先預為向保險人請求支付醫療保險金。
 3. 又依給付標準第 2 條規定：「受害人因汽車交通事故致身體傷害，強制汽車責任保險之保險人依本法規定為傷害醫療費用給付時，以其必須且合理之實際支出之相關醫療費用為限。但每一受害人每一事故之傷害醫療費用總額，以新臺幣二十萬元為限。」可知強制汽車責任保險對於保險人就受害人於交通事故所支出醫療費用之保險給付，已設有 20 萬元之給付上限，顯已符保險對價衡平原則，此際若復限制受害人於交通事故發生二年後所支出之醫療費用，其請求權歸於消滅，顯然與強制汽車責任保險為使受害人迅速獲得保障之立法目的有違。是故，揆諸前揭說明，申請人就醫療費用保險給付請求權時效之計算始點，即應自其知有損害發生之時點即 102 年 6 月 12 日起往後計算二年屆滿，申請人於 102 年 10 月 17 日向本中心為評議申請，應尚未罹於強保法第 14 條第 1 項所定時效。從而，相對人就此陳稱申請人醫療費用保險給付請求權應已罹於時效之主張，顯非可採。
 4. 又按「前項所稱之相關醫療費用，指下列各款費用：二、診療費用：(一) 受害人以全民健康保險之被保險人診療者，包括下列：1. 全民健康保險法所

規定給付範圍之項目及受害人依法應自行負擔之費用。2. 非全民健康保險法所規定給付範圍之項目，以病房費差額、掛號費、診斷證明書費、膳食費、自行負擔之義肢器材及裝置費、義齒或義眼器材及裝置費用，及其他經醫師認為治療上必要之醫療材料（含輔助器材費用）及非具積極治療性之裝具所需費用為限。…前項第二款所規定診療費用，其限額如下：…六、其他非全民健康保險法所規定給付範圍之醫療材料（含輔助器材費用）及非具積極治療性之裝具：以新臺幣二萬元為限。」給付標準第2條第2項、第3項定有明文。準此，非全民健康保險法所規定給付範圍之醫療材料費用，其上限為2萬元。

5. 經查，申請人於102年6月2日至同年月12日住院期間共計支出特殊材料費○○元、行政處置費○○元及健保部分負擔○○元，此有申請人提出之A醫院收據存根影本可稽。然依前揭說明，特殊材料費屬非全民健康保險法所規定給付範圍之醫療材料，其給付之限額為2萬元，而相對人就申請人先前已主張之特殊材料費已分別於101年1月19日給付○○元、101年10月20日給付○○元、101年10月25日給付○○元，共計給付○○元在案，就此申請人亦不爭執。是以，本案申請人請求之醫療保險金，就特殊材料費於○○元（○○元-○○元）之部分，及健保部分負擔○○元之部分，申請人之主張為有理由；另行政處置費○○元並非給付標準第2條之範圍，為無理由。

六、評議決定

相對人應給付申請人新台幣○○元整。

申請人其餘請求，本中心尚難為有利於申請人之認定。

七、相關法規

（一）強制汽車責任保險法第14條第1項

請求權人對於保險人之保險給付請求權，自知有損害發生及保險人時起，二年間不行使而消滅。自汽車交通事故發生時起，逾十年者，亦同。

（二）強制汽車責任保險給付標準第2條第1項

受害人因汽車交通事故致身體傷害，強制汽車責任保險之保險人依本法規定為傷害醫療費用給付時，以其必須且合理之實際支出之相關醫療費用為限。但每一受害人每一事故之傷害醫療費用總額，以新臺幣二十萬元為限。

（三）強制汽車責任保險給付標準第2條第2項

前項所稱之相關醫療費用，指下列各款費用：一、急救費用：指救助搜索費、救護車及隨車醫護人員費用。二、診療費用：（一）受害人以全民健康保險之被保險人診療者，包括下列：1. 全民健康保險法所規定給付範圍之項目及受害人依法應自行負擔之費用。2. 非全民健康保險法所規定給付範圍之項目，以病房費差額、掛號費、診斷證明書費、膳食費、自行負擔之義肢器材及裝置費、義齒或義眼器材及裝置費用，及其他經醫師認為治療上必要之醫療材料（含輔助器材費用）及非具積極治療性之裝具所需費用為限。（二）

受害人非以全民健康保險之被保險人診療者，其診療費用不得高於衛生福利部所訂全民健康保險自墊醫療費用核退辦法規定急診、門診治療日或出院日前一季之平均費用標準。但請求權人就其全部診療費用，提供該全民健康保險給付項目及費用之證明文件時，得按受害人以全民健康保險之被保險人診療者之規定核付。三、接送費用：指受害人於合格醫療院所，因往返門診、轉診或出院之合理交通費用。四、看護費用：指受害人於住院期間因傷情嚴重所需之特別護理費及看護費等。但居家看護以經合格醫師證明確有必要者為限。

(四)強制汽車責任保險給付標準第2條第3項

前項第二款所規定診療費用，其限額如下：一、自行負擔之病房費差額：指受害人於合格醫療院所接受住院治療期間支付之病房費用，每日以新臺幣一千五百元為限。二、膳食費：指前款在醫療院所住院期間之膳食費用，每日以新臺幣一百八十元為限。三、自行負擔之義肢器材及裝置費：每一上肢或下肢以新臺幣五萬元為限。四、義齒器材及裝置費：每缺損一齒以新臺幣一萬元為限。但缺損五齒以上者，合計以新臺幣五萬元為限。五、義眼器材及裝置費：每顆以新臺幣一萬元為限。六、其他非全民健康保險法所規定給付範圍之醫療材料（含輔助器材費用）及非具積極治療性之裝具：以新臺幣二萬元為限。

案例 008 強制汽車責任險-續保通知 (102 評 1922)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

投保義務人本應隨時注意契約之有效性，申請人應於系爭強制汽車責任保險契約保險期間屆滿前，向相對人辦妥續保相關事宜以符強保法規定，今申請人未履行投保義務，且亦無法提供證據證明相對人有收受系爭強制汽車責任保險契約權益移轉通知書之事實。據此，申請人以上該規定請求相對人溯及續保乙節，本中心尚難逕為有利申請人之認定。

(二)爭議險種：強制汽車責任險

(三)參考條文：金融消費者保護法第 3 條第 1、2 項、金融監督管理委員會組織法第 2 條第 3 項、金融消費者保護法第 24 條第 2 項第 2 款、金融消費者保護法第 5 條、強制汽車責任保險法第 23 條

(四)關鍵字：汽車所有權移轉、續保通知

二、事實經過

申請人於 102 年 6 月 17 日向 A 車行購買一台中古機車，後於 102 年 10 月 1 日清晨發生交通事故時發現保險證已過期，經向相對人反應，相對人以從未接到監理站寄發的權益轉移通知書，且查到的保險資料仍是前任車主的基本資料為由，拒不追溯保期辦理強制汽車責任保險續保事宜，爰申請評議。

三、本案爭點

本案是否為金融消費者保護法之金融消費爭議？申請人請求相對人追溯保期辦理強制汽車責任保險續保事宜，是否有據？

四、當事人主張

(一)申請人主張

1. 申請人於 102 年 6 月 17 日向 A 車行購買一台中古機車，A 車行至 B 監理站要辦理機車過戶時，當日將「強制險卡」及「機車行照」交由監理站辦理，監理站聲稱辦理機車買賣時必須先將機車強制險辦理過戶後，才能繼續辦理機車行照過戶。因機車前任車主的強制險保險期間是從 101 年 9 月 25 日至 102 年 9 月 25 日止，監理站為了讓 A 車行辦理機車過戶之作業程序方便，就先請 A 車行簽署「強制汽車責任保險契約權益轉移通知書(機車過戶專用)」(下稱權益轉移通知書)，先行將機車行照辦理過戶予申請人，監理站便將權益轉移通知書以郵寄方式寄給相對人進行辦理機車強制險轉移作業，但在保險有效期間內，申請人並未收到相對人的轉移通知函。

2. 申請人後於 102 年 10 月 1 日清晨發生交通事故時才發現保險證已過期，申請人因傷勢嚴重還在住院就醫當中，遂委託申請人兒子甲告知相對人未曾收到強制險已轉移之通知函，請相對人協助幫忙。但相對人卻聲稱從未接到監理站寄發的權益轉移通知書，且查到的保險資料仍是前任車主的基本資料，故不受理申請人意見。因此申請人再度前往監理站查詢辦理機車過戶之詳細情形，也再次通知相對人，但是得到的答案卻仍是相對人堅稱未收到監理站的權益轉移通知書，故不予續保。申請人之代理人甲從 102 年 10 月 4 日至 102 年 10 月 11 日來回詢問 A 車行、監理站及相對人多次，所得到的回應皆稱說不是他們的疏失，互踢責任歸屬，且要申請人自行處理，但是此機車行車執照確實為申請人所有，因此懇請貴單位幫忙釐清事件的真相。

(二)相對人主張

1. 緣申請人與本公司並無任何保險契約存在，尚不符金融消費者與金融服務業間因商品或服務所生之民事爭議，貴中心應不予受理本申請案件。
2. 本公司與監理機關並無隸屬或契約關係，監理機關提出之「強制汽車責任保險契約權益轉移通知書」辦理被保險人簡易過戶之流程，係將前揭填寫完成之通知書寄送「財團法人保險事業發展中心」整理後，再行轉寄給予各所屬保險人處理，然監理公務機關如何運作及寄發資料之流程，本公司對其並無拘束力亦無從得知是否寄送？合先敘明。
3. 又每月本公司另向關貿網路公司下載監理機關上傳之強制汽車責任保險契約權益移轉通知書之客戶資料檔案，並加以比對收到之前項通知書資料無誤後，即進行強制保險權益移轉作業，進而印製強制保險證寄發被保險人(新車主)收執。
4. 惟本案本公司並未收到申請人或「財團法人保險事業發展中心」所轉寄之強制汽車責任保險契約權益移轉通知書資料，且經查詢 102 年 6 月(6,418 筆)及 7 月份(8,074 筆)向關貿網路公司下載之檔案明細及傳輸付費通知均未發現該筆資料記載，因此於 102 年 9 月 25 日機車強制保險屆期前(車號○○，保單號碼○○，被保險人乙)，本公司 8 月 22 日已逕向原要保人乙寄發續保通知，茲有節錄部份明細及郵務證明可參，本公司依法已完成續保通知並無錯誤。此與評議申請人指稱「…C 產險…怠於通知…於要保人辦妥續保手續…並將始期追溯自原保險屆滿之時，保險人仍須負給付責任。…來受理本人的強制續保手續，以維護本人之權益」之訴求，尚屬誤會，並無理由。
5. 另依強保法第 6 條第 4 項及第 16 條規定，投保義務人應維持本保險契約之有效性，且汽車所有人於保險期間屆滿前，應以每一個別汽車為單位，向保險人申請訂立保險契約。據此，申請人應於本保險期間屆滿前辦妥續保事宜

以符合前揭法律規定，惟申請人並未履行投保義務，於法尚有不符。

五、判斷理由

(一)請求釐清過戶流程作業疏失及責任歸屬部分：

本件申請人提出評議申請，請求標的欄所載內容係為請求釐清相對人、B 監理站及財團法人保險事業發展中心等三方有關「機車強制險過戶之流程」作業過程疏失及責任歸屬。惟查監理站與財團法人保險事業發展中心非金保法第 3 條及金融監督管理委員會組織法第 2 條第 3 項所稱之金融服務業。又申請人就前開之請求應屬組織內部行政流程管理措施所生之爭議，核其性質與前揭規定所稱之金融商品或服務有間，尚非屬金融消費爭議範疇，故本中心就申請人此部分之請求依法應予不受理。

(二)請求強制汽車責任保險追溯保期續保之部分：

1. 查本案申請人主張相對人有義務溯及續保，顯然涉及保險契約之民事爭議，故本件紛爭當然屬於金融消費者與金融服務業有關商品服務之爭議，本中心自應受理申請人之申請。
2. 次按強制汽車責任保險法(下稱強保法)第 23 條約定：「被保險汽車所有權移轉時，應先辦理本保險契約之訂立或變更手續；未辦理前，公路監理機關不得辦理過戶登記。」惟該條文原立法目的係在維持強制保險之精神，避免因汽車所有權移轉而造成無保險狀態，因而將契約變更與過戶登記之手續結合，修正理由則係：原車主既已非汽車所有人，並無訂立強制責任保險契約之義務，又基於保險費計算係採從人因素，因此不宜將要保人由原汽車所有人直接變更為新汽車所有人，而應由新汽車所有人重新訂立本保險契約或辦理變更手續後，始得向公路監理機關辦理過戶登記，可見上開規定旨在使車禍事故傷害或死亡之受害人，能夠迅速獲得基本保障，避免因汽車所有權移轉而受影響，而非避免原車主之車輛所有權遭到他人侵害。
3. 再按強保法第 15 條約定：「保險人應於保險期間屆滿三十日前通知要保人續保，其怠於通知而於原保險期間屆滿後三十日內發生保險事故者，如要保人辦妥續保手續，並將其始期追溯自原保險期間屆滿之時，保險人仍須負給付責任。」惟前開強保法之適用，以保險人「怠於通知」為要件，解釋上除了未通知之事實外，尚包括「保險人可歸責」之主觀要件。經查，目前監理站實務作業，申請人至監理站辦理車輛過戶等各項異動，相對人無法得知異動訊息，因保險與監理的資訊並未互通，相對人僅能被動依賴監理站電子傳輸資料或提供之書面通知，始能得知異動。今相對人表示未收到監理站轉寄之權益移轉通知書，且提出向關貿網路公司下載之 102 年

6 月及 7 月份檔案明細，證明未有該筆異動資料記錄，故嗣後於 102 年 8 月 22 日向原車主寄發續保通知，此有檔案資料及郵務證明乙紙，堪認為真正。是以，本案並無事證證明原車主之強制汽車責任保險契約已合法變更要保人為申請人，亦無證據證明相對人有收受監理站或財團法人保險事業發展中心通知之事實，故相對人向要保人(原車主)通知續保，本中心尚難認相對人有違反強保法第 15 條之情事。

4. 末本中心囿於書面審理原則及調查權限之限制，以致就監理站涉及疏失與否之事實釐清發生困難，且強制汽車責任保險承保與給付事項為主管機關高度監理之項目，依本案現有事證，尚難苛責相對人。再者，投保義務人本應隨時注意契約之有效性，申請人應於系爭強制汽車責任保險契約保險期間屆滿前，向相對人辦妥續保相關事宜以符強保法規定，今申請人未履行投保義務，且亦無法提供證據證明相對人有收受系爭強制汽車責任保險契約權益移轉通知書之事實。據此，申請人以上該規定請求相對人溯及續保乙節，本中心尚難逕為有利申請人之認定。

六、評議決定

申請人請求釐清作業流程疏失及責任歸屬部分不受理。

申請人其餘請求，本中心尚難為有利申請人之認定。

七、相關法規

(一)金融消費者保護法第 3 條第 1、2 項

本法所定金融服務業，包括銀行業、證券業、期貨業、保險業、電子票證業及其他經主管機關公告之金融服務業。前項銀行業、證券業、期貨業及保險業之範圍，依行政院金融監督管理委員會組織法第二條第三項規定。但不包括證券交易所、證券櫃檯買賣中心、證券集中保管事業、期貨交易所及其他經主管機關公告之事業。

(二)金融監督管理委員會組織法第 2 條第 3 項

前項所稱銀行業、證券業、期貨業及保險業範圍如下：一、銀行業：銀行機構、信用合作社、票券金融公司、信用卡公司、信託業、郵政機構之郵政儲金匯兌業務與其他銀行服務業之業務及機構。二、證券業：指證券交易所、證券櫃檯買賣中心、證券商、證券投資信託事業、證券金融事業、證券投資顧問事業、證券集中保管事業、都市更新投資信託事業與其他證券服務業之業務及機構。三、期貨業：指期貨交易所、期貨商、槓桿交易商、期貨信託事業、期貨顧問事業與其他期貨服務業之業務及機構。四、保險業：指保險公司、保險合作社、保險代理人、保險經紀人、保險公證人、郵政機構之簡易人壽保險業務與其他保險服務業之業務及機構。

(三)金融消費者保護法第 24 條第 2 項第 2 款

金融消費者申請評議有下列各款情形之一者，爭議處理機構應決定不予受理，並以書面通知金融消費者及金融服務業。…二、非屬金融消費爭議。」

(四)金融消費者保護法第 5 條

本法所稱金融消費爭議，指金融消費者與金融服務業間因商品或服務所生之民事爭議。

(五)強制汽車責任保險法第 23 條

被保險汽車所有權移轉時，應先辦理本保險契約之訂立或變更手續；未辦理前，公路監理機關不得辦理過戶登記。

案例 009 強制汽車責任險-因果關係 (103 評 0153)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

詳視所附光碟，申請人因車禍事故於 100 年 12 月 17 日骨盆 X 光及 CT 檢查即已經可見有「右側股骨頸骨折」，據此申請人之右側股骨骨折以及右髖關節活動遺存運動障礙，當為系爭車禍事故所導致。

(二)爭議險種：強制汽車責任險

(三)參考條文：強制汽車責任保險給付標準(事故發生時適用 99 年 2 月 26 日修正公布施行版本，下同)第 3 條第 1 至 3 項、強制汽車責任保險法第 25 條第 2 及 3 項

(四)關鍵字：因果關係、殘廢

二、事實經過

申請人於 100 年 12 月 16 日與相對人承保車輛發生系爭車禍事故，申請人請求相對人依強制汽車責任保險殘廢給付標準表(下稱給付標準表)第 12-35 項第 13 級給付殘廢保險金及利息，遭相對人拒絕，爰申請評議。

三、本案爭點

- (一)申請人之右髖關節活動遺存運動障礙，是否為系爭車禍事故所導致？
- (二)承上，如為系爭車禍事故所致，申請人之「右髖關節活動遺存運動障礙」是否符合給付標準表第 12-35 項第 13 級之殘廢程度？

四、當事人主張

(一)申請人主張

本人於 100 年 12 月 16 日上午 7 時許，遭相對人承保車輛撞擊，經診斷為「1. 左側股骨幹骨折。2. 頭部外傷併臉部撕裂傷。3. 下肢多處擦傷。」術後經積極復健治療，於 102 年 5 月 1 日經 A 醫院診斷為：「1. 右側股骨頸骨折癒合併右下肢短縮。2. 左側股骨骨折術後癒合，經 X 光測量右下肢短約 2 公分，右髖關節活動範圍 0-90 度遺存運動障礙。」本人在車禍前並未有右股骨頸骨折之傷害，自 101 年 4 月 12 日起於復健科治療，復健師都是針對右髖關節進行復健治療 200 多次。以上，足證本人遺存長短腳與右髖關節運動障礙，皆與本次事故有關。

(二)相對人主張

依據申請人病歷記載，申請人於 100 年 12 月 16 日發生車禍事故導致左側股骨幹骨折、頭部外傷併臉部撕裂傷，以及下肢多處擦傷，然傷勢並未有右側股骨頸骨折。申請人因無法證明其右側股骨頸骨折為車禍事故所致，故本公司

歉難給付保險金。

五、判斷理由

(一)按「受害人因汽車交通事故致身體殘廢，其殘廢程度分為十五等級，各殘廢等級及開具殘廢診斷書之醫院層級或醫師，依附表強制汽車責任保險殘廢給付標準表之規定。本保險所稱殘廢，指受害人因汽車交通事故致身體傷害，經治療後症狀固定，再行治療仍不能期待治療效果，並經合格醫師診斷為永久不能復原之狀態；或經治療一定期間以上尚未痊癒，並經合格醫師診斷為永不能復原之狀態。前項所定一定期間以一年為原則，但殘廢給付標準表另有規定者，從其規定。」，強制汽車責任保險給付標準第3條第1至3項分別定有明文。依前揭條款約定，須發生交通事故，「致」受害人身體傷害時，相對人依約始負給付殘廢保險金之責。故申請人除需證明其發生交通事故，且受有體傷，尚需證明兩者間具有相當因果關係，合先敘明。

(二)本件申請人主張其於100年12月16日遭相對人承保車輛撞擊，致生系爭保險契約所承保之意外事故，並提出A醫院102年5月1日診斷證明書為憑；相對人對之否認，並辯稱：申請人無法證明其右側股骨頸骨折為系爭車禍事故所致等語。是本件爭點厥為申請人之右髖關節活動遺存運動障礙，是否為系爭車禍事故所致？關於前揭爭點，經諮詢本中心專業顧問意見後，略以：

1. 申請人因車禍事故於100年12月16日送至C醫院住院治療，100年12月17日行固定式骨髓內釘內固定手術，100年12月28日出院。出院診斷為「1. 左側股骨幹骨折。2. 頭部外傷併臉部撕裂傷。3. 下肢多處擦傷。」術後經積極復健治療。後於101年04月06日因右側股骨幹骨折處癒合不良再度住院，當日進行近端固定鋼釘移除，101年04月08日出院。102年01月18日第三度住院，當日進行遠端固定鋼釘及骨髓內釘移除，102年01月22日出院。102年01月17日經D醫院診斷書診斷為：「右側股骨頸舊性骨折癒合。左側股骨骨折術後。」102年5月1日經A醫院診斷為：「1. 右側股骨頸骨折癒合併右下肢短縮。2. 左側股骨骨折術後癒合，經X光測量右下肢短約2公分，右髖關節活動範圍0-90度遺存運動障礙。」
2. 詳視所附光碟，申請人因車禍事故於100年12月17日骨盆X光及CT檢查即已經可見有「右側股骨頸骨折」，據此申請人之右側股骨骨折以及右髖關節活動遺存運動障礙，當為系爭車禍事故所導致。又申請人自101年4月12日起於B醫院復健科治療，復健師都是針對右髖關節進行復健治療200多次亦屬合理。
3. 申請人於102年5月1日經A醫院診斷為：「1. 右側股骨頸骨折癒合併右下肢短縮。2. 左側股骨骨折術後癒合，經X光測量右下肢短約2公分，右髖關節活動範圍0-90度遺存運動障礙。」

節活動範圍 0-90 度遺存運動障礙。」[按正常身體各部位關節生理運動範圍，腕關節活動範圍為 155-165 度($90/155=58\%$)]。依卷附資料，申請人之「右腕關節活動遺存運動障礙」當符合給付標準表第 12-35 項第 13 級之「一下肢三大關節中，有一大關節遺存運動障害者。」之殘廢程度。

(三)綜上，依卷證資料以及本中心專業顧問意見，申請人之右腕關節活動範圍遺存運動障礙，確屬系爭車禍事故所致，故為系爭保險契約之給付範圍。又本件申請人之右腕關節活動範圍遺存 0 至 90 度，相較於正常人腕關節活動範圍(正常人腕關節活動範圍為 155 至 165 度，已如前述)係喪失 65 至 75 度，即喪失比率達 42%至 48%；再參以強制汽車責任保險給付標準關於下肢機能障害之審定，係參照上肢機能障害審定標準，又上肢機能障害審定標準中，有關「運動障害」係指「喪失生理運動範圍三分之一以上者」。以上，申請人之右腕關節活動範圍因喪失生理活動範圍達三分之一以上(42%大於 33%)而遺存運動障礙，核與給付標準表第 12-35 項第 13 級，即「一下肢三大關節中，有一大關節遺存運動障害者」之障害狀態相合，是申請人請求相對人依給付標準表第 12-35 項第 13 級給付殘廢保險金○○元，即屬有據。

(四)末按，依據強制汽車責任保險法第 25 條第 2 項規定：「保險人應於被保險人或請求權人交齊相關證明文件之次日起十個工作日內給付之；相關證明文件之內容，由主管機關會商相關機關（構）訂定公告之。」以及同條第 3 項規定：「保險人因可歸責於自己之事由致未在前項規定期限內為給付者，自期限屆滿之次日起，應按年利一分給付遲延利息。」查申請人於 103 年 3 月 13 日致電本中心確認利息起算日應為 102 年 8 月 1 日，經本中心於同日下午 5 時許向相對人確認無誤，相對人自應依上開規定給付自 102 年 8 月 1 日起，按週年利率百分之十計算之利息。

六、評議決定

相對人應給付申請人新台幣○○元整，及自民國 102 年 8 月 1 日起至清償日止按週年利率百分之十計算之利息。

七、相關法規

(一)強制汽車責任保險給付標準第 3 條第 1 項

受害人因汽車交通事故致身體殘廢，其殘廢程度分為十五等級，各殘廢等級及開具殘廢診斷書之醫院層級或醫師，依附表強制汽車責任保險殘廢給付標準表之規定。

(二)強制汽車責任保險給付標準第 3 條第 2 項

本保險所稱殘廢，指受害人因汽車交通事故致身體傷害，經治療後症狀固定，再行治療仍不能期待治療效果，並經合格醫師診斷為永久不能復原之狀

態；或經治療一定期間以上尚未痊癒，並經合格醫師診斷為永不能復原之狀態。

(三)強制汽車責任保險給付標準第3條第3項

前項所定一定期間以一年為原則，但殘廢給付標準表另有規定者，從其規定。

(四)強制汽車責任保險法第25條第2項

保險人應於被保險人或請求權人交齊相關證明文件之次日起十個工作日內給付之；相關證明文件之內容，由主管機關會商相關機關（構）訂定公告之。

(五)強制汽車責任保險法第25條第3項

保險人因可歸責於自己之事由致未在前項規定期限內為給付者，自期限屆滿之次日起，應按年利一分給付遲延利息。

違反據實說明義務

案例 010 違反據實說明義務-精神分裂症（102 評 1494）

一、案例摘要

（一）評議要旨：

1. 申請人乙於 101 年 10 月 25 日至 102 年 3 月 28 日期間因「妄想型精神分裂症」疾病住院，與其於 96 年 3 月間於 A 醫院就診之疾病間，是否有因果關係存在。經諮詢本中心顧問專業意見，略以：「依 A 醫院之病歷資料，申請人乙於 96 年 3 月 12 日至 A 醫院身心科就診之疾病為『重度憂鬱症，第一次發作』。並給予藥物治療，之後於 96 年 3 月 19 日回門診追蹤，情緒與食慾有改善，但有手抖之副作用，之後未再有申請人乙至精神科或身心科之治療記錄，直到個案於 101 年 10 月 25 日至 A 醫院住院治療，從當次住院病歷摘要中之病史部分可看出，申請人乙於未就醫期間的病程為妄想型精神分裂症之前驅期（即尚未發生急性發作症狀之病程）。綜合以上所述，申請人乙於 96 年 3 月間就診之疾病『重度憂鬱症，第一次發作』應已痊癒，之後之病程為妄想型精神分裂症之病程。」
2. 申請人乙於 96 年 3 月間之既往病史為憂鬱心情、失眠與多夢，當時之診斷『重度憂鬱症』，而嗣後因『妄想型精神分裂症』疾病住院，雖然申請人乙之既往病史亦可能為妄想型精神分裂症之前趨期症狀，但由於當時尚未產生急性發作，故於判斷上仍應為『重度憂鬱症』。『重度憂鬱症』之 ICD-9-CM 碼（國際疾病碼）為 296.20，『妄想型精神分裂症』則為 295.30，於精神科診斷學與現象學上非為同一性疾病，故並無因果關係。」則揆諸前揭法條規定，相對人即應依系爭醫療保險契約之約定給付各項醫療保險金，堪予認定。
2. 申請人甲違反其依保險法規定應負擔實告知之義務，然相對人是否即得據以解除系爭看護保險契約，經諮詢本中心專業顧問意見略以：「…（二）就核保風險評估而言：（1）申請人乙於 101/9/28 及 101/10/4 再度於身心科求診，診斷為『296.30 重鬱症復發』，顯示 96 年申請人乙未持續接受治療並不表示病情好轉。（2）依據相對人公司之核保原則，『重鬱症』屬拒保之情形，縱使於投保當時申請人乙心智及情緒正常，核保人員仍會依其既往病症，而予綜合審酌評定其核保等級。」等情綦詳。從而，相對人既得依保險法第 64 條第 2 項規定解除系爭看護保險契約，則依保險法第 25 條之規定，相對人本無須返還其已收受之保險費。申請人甲請求相對人退還已收受之保險費，洵非有據。

（二）爭議險種：終身醫療健康保險、長期看護終身保險

（三）參考條文：保險法第 25 條、保險法第 34 條、保險法第 64 條 1、2 項

（四）關鍵字：據實說明、重度憂鬱症、妄想型精神分裂症、因果關係、危險評估

二、事實經過

申請人甲以自己為要保人，申請人乙為被保險人於 98 年 3 月 12 日，向相對人投保○○醫療健康保險（保單號碼：○○，下稱系爭醫療保險）。嗣申請

人乙於 101 年 10 月 25 日至 102 年 3 月 28 日期間因「妄想型精神分裂症」住院治療，並於出院後檢附相關診斷證明書向相對人申請住院保險金之給付，詎遭相對人以申請人乙於投保前未告知 96 年 3 月間曾於 A 醫院之身心醫學科就診乙情，顯係帶病投保而拒絕理賠。另申請人甲即要保人再以申請人乙為被保險人於 100 年 11 月 29 日，向相對人投保○○保險（保單號碼：○○，系爭保險契約，下稱系爭看護保險）。嗣相對人竟於 102 年 5 月 31 日以台北郵局存證信函第○號，主張申請人乙投保前因精神方面疾病接受醫師診療，然於投保時對於書面詢問漏未告知，致相對人未能正確評估危險而予承保，而依系爭看護保險契約條款及保險法第 64 條，向申請人甲為解除保險契約之意思表示。惟申請人乙於 96 年 3 月間雖有就診紀錄，當時醫師所開立之藥物，申請人乙僅服用二、三天即為停藥，申請人乙亦並不知醫師係診斷為憂鬱症，況申請人乙至本件生病住院之 101 年 10 月間計已 5 年半，期間均未再領（服）藥記錄，相對人非得以為由解除保險契約。況業務員當時拿要保書予申請人甲簽名之際，並未說明或詢問任何事項，而申請人乙於 96 年 3 月間所罹患之憂鬱症，依精神衛生法規定為「精神官能症」，二者間並不相同，申請人甲應無違反告知義務，今相對人既不願理賠系爭醫療保險住院保險金，自應退還系爭看護保險之保險費○元，遭相對人拒絕，爰申請評議。

三、本案爭點

- (一)申請人乙於 101 年 10 月 25 日至 102 年 3 月 28 日期間因「妄想型精神分裂症」疾病住院，與其於 96 年 3 月間於 A 醫院就診之疾病間，有無因果關係？即是否具同一性？
- (二)若不具同一性，申請人乙請求相對人依系爭醫療保險契約第 14 條、第 15 條、第 21 條及第 22 條約定，給付住院日額保險金、長期住院生活補助保險金、出院療養保險金及醫療增值保險金是否有據？其金額為何？
- (三)依一般保險實務，申請人甲未告知之投保前曾於 A 醫院之身心醫學科就診乙情，是否已達影響系爭看護保險契約之危險評估程度？有無違反告知義務？相對人據此解除系爭看護保險契約有無理由？

四、當事人主張

(一)申請人主張

1. 申請人甲以自己為要保人，申請人乙為被保險人於 98 年 3 月 12 日，向相對人投保○○醫療健康保險（保單號碼：○○，下稱系爭醫療保險）。嗣申請人乙於 101 年 10 月 25 日至 102 年 3 月 28 日期間因「妄想型精神分裂症」住院治療，並於出院後檢附相關診斷證明書向相對人申請住院保險金之給

付，詎遭相對人以申請人乙於投保前未告知 96 年 3 月間曾於 A 醫院之身心醫學科就診乙情，顯係帶病投保而拒絕理賠。惟申請人實未有帶病投保情形，相對人依系爭醫療保險保單條款之約定，自仍應給付申請人乙住院醫療保險金及法定遲延利息等語。

2. 申請人甲即要保人再以申請人乙為被保險人於 100 年 11 月 29 日，向相對人投保○○保險（保單號碼：○○，系爭保險契約，下稱系爭看護保險）。嗣相對人竟於 102 年 5 月 31 日以○郵局存證信函第○號，主張申請人乙投保前因精神方面疾病接受醫師診療，然於投保時對於書面詢問漏未告知，致相對人未能正確評估危險而予承保，而依系爭看護保險契約條款及保險法第 64 條，向申請人甲為解除保險契約之意思表示。惟申請人於 96 年 3 月間雖有就診紀錄，然其僅係因作惡夢而致睡眠不佳看診，當時醫師所開立之藥物，申請人僅服用二、三天即為停藥，申請人乙亦並不知醫師係診斷為憂鬱症，況申請人乙自 96 年 3 月間門診後，至本件生病住院之 101 年 10 月間計已 5 年半，期間均未再領（服）藥記錄，相對人非得以為由解除保險契約。況招攬系爭看護保險之業務員與要保人間對要保人家庭非常熟悉，且業務員當時拿要保書予申請人甲簽名之際，並未說明或詢問任何事項，而申請人乙於 96 年 3 月間所罹患之憂鬱症，依精神衛生法規定為「精神官能症」，二者間並不相同，申請人應無違反告知義務，今相對人既不願理賠系爭醫療保險住院保險金，自應退還系爭看護保險之保險費○元。

（二）相對人主張

申請人甲以申請人乙為被保險人，於 100 年 11 月 29 日投保相對人系爭看護保險，保險金額為 100 萬元。然申請人於投保前曾於 A 醫院經診斷為憂鬱症（MDD），惟申請人於投保時，就要保書之告知事項欄位：「4. 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？（2）…精神病。」未為告知。因上述未告知事項已足以影響相對人對於危險之估計，是相對人依保險法第 64 條規定及系爭看護保險條款第 8 條約定，自得解除系爭看護保險契約，並得依保險法第 25 條規定，無須返還其已收受之保險費。至關於系爭醫療保險部分，申請人乙曾於 96 年 3 月間於 A 醫院壽身心醫學科就診，雖經五年期間未曾用藥，然此五年期間經過應僅係原憂鬱症病程之演進。

五、判斷理由

- （一）申請人乙於 101 年 10 月 25 日至 102 年 3 月 28 日期間因「妄想型精神分裂症」疾病住院，與其於 96 年 3 月間於 A 醫院就診之疾病間，並無因果關係，二者間不具同一性。

1. 申請人乙於 101 年 10 月 25 日至 102 年 3 月 28 日期間因「妄想型精神分裂症」疾病住院，與其於 96 年 3 月間於 A 醫院就診之疾病間，是否有因果關係存在？就前揭兩造爭執之要旨，經諮詢本中心顧問專業意見，略以：「1. 依 A 醫院之病歷資料，申請人乙於 96 年 3 月 12 日至 A 醫院身心科就診之疾病為『重度憂鬱症，第一次發作』。並給予藥物治療，之後於 96 年 3 月 19 日回門診追蹤，情緒與食慾有改善，但有手抖之副作用，之後未再有申請人至精神科或身心科之治療記錄，直到個案於 101 年 10 月 25 日至 A 醫院住院治療，從當次住院病歷摘要中之病史部分可看出，申請人乙於未就醫期間的病程為妄想型精神分裂症之前驅期（即尚未發生急性發作症狀之病程）。綜合以上所述，申請人乙於 96 年 3 月間就診之疾病『重度憂鬱症，第一次發作』應已痊癒，之後之病程為妄想型精神分裂症之病程。2. 申請人乙於 96 年 3 月間之既往病史為憂鬱心情、失眠與多夢，當時之診斷『重度憂鬱症』，而嗣後因『妄想型精神分裂症』疾病住院，雖然申請人之既往病史亦可能為妄想型精神分裂症之前趨期症狀，但由於當時尚未產生急性發作，故於判斷上仍應為『重度憂鬱症』。『重度憂鬱症』之 ICD-9-CM 碼（國際疾病碼）為 296.20，『妄想型精神分裂症』則為 295.30，於精神科診斷學與現象學上非為同一性疾病，故並無因果關係。」本件承辦人員復再於 102 年 12 月 11 日以電話詢問諮詢顧問，經該顧問表示略以：依一般醫療治療實務而言，申請人乙自 96 年後即未再有任何因重鬱症就醫求診之記錄，故於相隔五年再度就診時，通常醫師都會先以之前的診斷為認定及判斷，所以於 101 年 10 月 4 日就診時始會以「296.30 重鬱症復發」視之，然此僅係先行依舊有病症為初步認定，並係於 101 年 10 月 24 日詳細診斷後始為認定申請人乙自 101 年 10 月 4 起即係「妄想型精神分裂症」之病況，而非「重鬱症復發」等情。
 2. 承前可知，申請人乙於 101 年 10 月 25 日至 102 年 3 月 28 日期間因「妄想型精神分裂症」疾病住院，與其於 96 年 3 月間於 A 醫院就診之『重度憂鬱症』疾病間，並無任何因果關係，二者間不具同一性。故申請人主張其於系爭保險事故並非投保前即已罹患之既往症乙情，洵屬有據。
- (二)相對人依系爭醫療保險契約之約定，應給付申請人住院日額保險金、長期住院生活補助保險金及健康醫療增值保險金，共計○元及法定遲延利息。
1. 按「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。」、「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。」，保險法第 125 條及第 127 條分別定有明文規定。查本件申請人於 101 年 10 月 25 日至 102 年 3 月 28

日期間因「妄想型精神分裂症」疾病住院，與其於 96 年 3 月間於 A 醫院就診之「重度憂鬱症」疾病之間，並無任何因果關係，二者間不具同一性，業已如前所述，則揆諸前揭法條規定，相對人即應依系爭醫療保險契約之約定給付各項醫療保險金，堪予認定。

2. 按「本契約所稱『住院』係指被保險人經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者」、「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而住院診療、急診診療、接受手術治療或身故時，本公司依本契約約定給付保險金。」，系爭醫療保險契約第 2 條、第 3 條分別有所約定。而查，本件申請人乙 101 年 10 月 25 日至 102 年 3 月 28 日期間因「妄想型精神分裂症」疾病住院，此有申請人所提出之診斷證明書及住院期間病歷附卷供參，並為兩造所不爭執，足堪信為真實，是本件應審究申請人乙因「妄想型精神分裂症」疾病住院之必要性及合理住院日數為何。又依本中心專業顧問之意見，略以：「申請人乙之『妄想型精神分裂症』病況於入院前兩個月有急性之發作症狀，包括”自語謾罵、被害妄想、口頭想死意念、夜眠障礙、夜間會無故衝出家門”，初於門診治療但”服藥不規則，近一個月來，精神症狀加劇，且整體社職功能退化”，以住院方式治療應該有其必要性。」、「申請人乙從 101 年 10 月 25 日住院至 102 年 3 月 28 日，從出院病歷摘要來看，治療病房包括急性病房（101 年 10 月 25 日至 101 年 12 月 6 日）、慢性病房（101 年 12 月 7 日至 102 年 2 月 21 日）與日間病房（102 年 2 月 21 日至 102 年 3 月 28 日），於急性病房之治療時間共 43 天，係針對急性症狀之治療，包括藥物調整與職能治療等，就國內之急性病房住院天數一般介於一個月至三個月而言，此住院天數尚為合理。…依申請人之病歷記錄所見，其社會及工作功能尚未回復至可獨立生活、自我照顧程度，應仍需要慢性病房與日間留院之治療與照護。住院日數因精神分裂症慢性退化之病程性質，有可能數月至數年之久，實難以認定。於慢性病房之治療時間共 77 天，於日間留院之治療時間為 36 天，就病歷內容有關申請人之病情與治療紀錄來看，住院之天數尚稱合理。」等語綦詳。承前醫療顧問意見可知，申請人 101 年 10 月 25 日至 102 年 3 月 28 日期間因「妄想型精神分裂症」疾病住院治療確有其必要性存在，且住院期間之治療病房包含急性病房、慢性病房及日間病房，合計 155 天均尚屬合理。故申請人請求相對人給付扣除住院期間請假 30 天後，計 125 天之各項醫療保險金給付，核屬有據。
3. 依系爭醫療保險契約第 14 條住院日額保險金給付之約定：「被保險人於本契約有效期間內，因第三條之約定而住院診療時，本公司按『住院醫療日額』

的一倍乘以同一次住院之實際『住院日數』，給付『住院日額保險金』。查本件申請人乙 101 年 10 月 25 日至 102 年 3 月 28 日期間因「妄想型精神分裂症」疾病之實際住院日數為 125 天，而觀諸系爭醫療保險保險單所載，保險金額為○元，則依前揭約定，相對人應給付之住院日額保險金為○元。

4. 再依系爭醫療保險契約第 15 條長期住院生活補助保險金給付之約定：「被保險人於本契約有效期間內，因第三條之約定而住院診療時，同一次住院之日數超過三十一日（含）以上者，本公司除依第十四條給付『住院日額保險金』外，另按『住院醫療日額』的一倍乘以其同一次住院超過三十一日（含）之實際『住院日數』，給付『長期住院生活補助保險金』。查本件申請人乙實際住院日數為 125 天，而其住院日額保險金為○元，則依前揭約定，相對人應給付之長期住院生活補助保險金為○元。
5. 復依系爭醫療保險契約第 21 條出院療養保險金給付之約定：「被保險人於本契約有效期間內，因第三條之約定而住院診療時，本公司按『住院醫療日額』之百分之五十乘以實際『住院日數』，給付『出院療養金』。而查，本件申請人乙實際住院日數為 125 天，而其住院日額保險金為○元，則依前揭約定，相對人應給付之出院療養保險金為○元。
6. 未依系爭醫療保險契約第 22 條健康醫療增值保險金給付之約定：「被保險人於本契約有效期間內，因第三條之約定申請第十二條至第二十一條各項醫療保險金時，若於本次住院診療、急診診療或接受門診手術治療之始日往前推算未曾因第三條之約定而住院診療、急診診療或接受門診手術治療之間隔期間符合下表『無理賠記錄期間』規定，本公司按該期間所對應之增額比率乘以本次住院診療、急診診療或接受門診手術治療申請人之第十二條至第二十一條各項醫療保險金總額給付『健康醫療增值保險金』」。

無理賠紀錄期間	增額比率
2 年（含）以上但未滿 3 年	10%
3 年（含）以上但未滿 4 年	20%
4 年（含）以上但未滿 5 年	30%
5 年（含）以上但未滿 6 年	40%
6 年（含）以上	50%

查本件系爭醫療保險係於 98 年 3 月 12 日訂立，且相對人並不爭執申請人乙於本次住院診療前，並無任何申請理賠紀錄，則依前揭約定，相對人應按增額比例 20%給付健康醫療增值保險金。承前所述，相對人依系爭醫療保險契約之約定，計應各給付申請人住院日額保險金○元、長期住院生活補助保險

金○元、出院療養保險金○元、健康醫療增值保險金○元，合計為○元。申請人於此範圍內請求，為有理由。逾此範圍則無理由。

7. 再按「保險人應於要保人或被保險人交齊證明文件後，於約定期限內給付賠償金額；無約定期限者，應於接到通知後十五日內給付之。保險人因可歸責於自己之事由致未在前項規定期限內為給付者，應給付遲延利息年利一分。」、「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述約定期限內為給付者，應按年利一分加計利息給付。」，保險法第 34 條及系爭醫療保險契約第 29 條第 2 項分別有明文。查本件依相對人所提出之理賠申請書之記載，可知申請人係於 102 年 5 月 7 日即檢具理賠申請書等文件，向相對人申請保險金給付，則依前揭約定，相對人即應於同年月 22 日前給付醫療保險金，惟相對人迄今未給付前揭各項醫療保險金，故申請人請求相對人給付自 102 年 5 月 23 日起按年息 10% 計算之遲延利息，洵屬有據，應為可採。逾此範圍利息之請求，即非有據。
 8. 然而，依申請人於 102 年 5 月 7 日所檢具之理賠申請書記載，申請人申請理賠時僅係請求 101 年 10 月 25 日至 102 年 2 月 21 日期間之保險金給付，且相對人復亦否認有收受申請人於 102 年 2 月 22 日至 102 年 3 月 28 日住院期間之診斷證明書及相關申請文件乙情，是申請人就 102 年 2 月 22 日至 102 年 3 月 28 日期間保險金申請既未交齊應備相關文件，相對人就該期間之保險金金額未給付顯無可歸責事由，應無庸負給付遲延責任。而申請人於 102 年 2 月 22 日至 102 年 3 月 28 日住院期間計 35 天，經依前揭系爭醫療保險契約第 14、15、21、22 條約定計算，此期間保險金金額應核為○萬元。是故，申請人就此○萬元保險金金額給付部分係不得請求相對人給付遲延利息，僅得就前揭所為認定保險金額○元扣除○萬元後之金額○元為計算遲延利息。
 9. 綜上所述，相對人依系爭醫療保險契約之約定，應給付申請人住院日額保險金、長期住院生活補助保險金、出院療養保險金及健康醫療增值保險金，共計○元，並應就其中○元部分自 102 年 5 月 23 日起至清償日止按年息 10% 計算遲延利息。
- (三) 申請人未告知之投保前曾於 A 醫院身心醫學科就診乙情，確影響相對人就系爭看護保險契約之危險評估程度，顯已違反告知義務，相對人得據此解除系爭看護保險契約。
1. 按「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。」，保險法第 64 條第 1、2 項分別定有明文。核其立法意旨係為實現保險制度之對價衡平及誠實信用原則，藉課以要保人據實告知義務，使保險人得憑所告知之內容，正確估計危險程度，並據以決定是否承保或決定保險費數額為何。而關於要保人所負之據實告知義務範圍限於重要事項，以要保人之隱匿或不實說明事項是否足以變更或減少保險人對於危險之估計及動搖其訂約之決定為斷。職是，保險法第 64 條所課予要保人之告知義務，主要係因保險事業之經營，保險人有必要就其所擔負之危險，獲悉有關測定危險之必要資料，俾就各保險契約分別測定其危險率，作為核定是否接受要保及應適用何種保險費率承保之參考，乃對最能知悉其事實之要保人，課以重要事實之告知義務。則若要保人不為正確之告知時，保險人得解除契約，以排除危險，其目的在保護保險人，故凡經保險人書面詢問之事項，要保人故意隱匿，或因過失遺漏，或為不實之說明時，其隱匿、遺漏或不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之評估者，保險人尚非不得解除保險契約。

2. 經查，系爭看護保險係於 100 年 11 月 29 日所簽訂，為兩造所不爭。而申請人乙於投保前曾於 96 年 3 月間至 A 醫院身心醫學科就診，並經診斷為「296.20 Major Depressive Disorder, Single Episode Unspecified (重鬱症，單純發作)」，亦有申請人之初診診察記錄在卷可稽，兩造對此亦不爭執，據此堪認申請人於投保前五年內確實曾因「精神病」疾病接受醫師治療、診療或用藥。然申請人於投保系爭看護保險契約並接受相對人之書面詢問時，其對於要保書被保險人健康告知事項第四項：「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？(2) …精神病。」之詢問事項，勾選「否」，復有卷附申請人親自填載之要保書所附「被保險人健康告知事項」可稽，足堪信為真實。準此，申請人既曾於投保前五年經 A 醫院身心醫學科診斷「296.20 Major Depressive Disorder, Single Episode Unspecified (重鬱症，單純發作)」，並接受醫師治療、診療或用藥，卻就相對人之前揭書面詢問事項未據實說明，顯然申請人確有違反保險法所課予其據實告知義務之情事。
3. 又申請人雖陳稱於 96 年 3 月間就診，僅係單純做惡夢致睡眠不佳，並經醫師開藥，申請人實不知醫師係診斷為憂鬱症，況申請人乙僅服用藥物幾天即為停藥；且依精神衛生法規定，憂鬱症並非精神病，僅係一精神官能症，申請人應無未告知之理云云。惟查，申請人係經診斷為「296.20 Major Depressive Disorder, Single Episode Unspecified (重鬱症，單純發作)」，依 ICD-9-CM 之分類，非典型鬱症為屬分類 296 之情感性精神病，雖然按一

般人之醫學常識，因精神病、精神官能症及精神疾病之種類繁多，無從專業分別是否確實核屬要保書上所詢問之疾病種類，但其就應負之據實告知義務，仍需具體描述已能達於使保險人足以辨識其承保之風險程度，始得認為其已盡其告知義務。故本件申請人乙於投保時就其曾於身心醫學科看診乙節，既未告知，相對人已無從就其是否核屬健康告知事項範圍為判斷，縱認申請人不知係經診斷為憂鬱症或其未告知者為精神官能症等情，亦難謂無違反據實告知之情形，申請人此部分所陳，非有理由。

4. 申請人業違反其依保險法規定應負擔據實告知之義務，既已如前所述。然相對人是否即得據以解除系爭看護保險契約，仍應究明申請人未告知投保前曾經診斷為「296. 20 Major Depressive Disorder, Single Episode Unspecified（重鬱症，單純發作）」等症，有無足以影響相對人減少或變更其於危險之評估。而查，經諮詢本中心專業顧問意見略以：「…（二）就核保風險評估而言：1. 申請人於 101/9/28 及 101/10/4 再度於身心科求診，診斷為『296. 30 重鬱症復發』，顯示 96 年申請人未持續接受治療並不表示病情好轉。2. 依據相對人公司之核保原則，『重鬱症』屬拒保之情形，縱使於投保當時申請人心智及情緒正常，核保人員仍會依其既往病症，而予綜合審酌評定其核保等級。」等情綦詳。
5. 承前顧問意見可知，相對人於系爭看護保險契約為是否承保之評估時，若知申請人就診紀錄及經診斷「296. 20 重鬱症，單純發作」等症，相對人依核保原則，將予以「拒保」；或縱使於投保當時申請人心智及情緒正常，核保人員亦仍會依其既往病症，而予綜合審酌評定其核保等級。是故，本件申請人前開違反據實告知義務乙節業然屬實，以致相對人與申請人簽訂系爭看護保險契約時，無從就申請人所患之「296. 20 重鬱症，單純發作」等症為合理核保風險之評估，實屬足以變更或減少相對人對於危險之估計重大事項，並造成相對人額外負擔，不無違反保險法「誠信原則」、「對價平衡」之原則，相對人主張申請人未據實告知其簽訂系爭看護保險契約前五年內曾因「精神病」而接受醫師治療、診療或用藥，致影響其對於危險之估計，並據此解除系爭保險契約，揆諸前揭法條規定及說明，洵屬有據。
6. 從而，相對人既得依保險法第 64 條第 2 項規定解除系爭看護保險契約，則依保險法第 25 條「保險契約因第 64 條第 2 項之情事而解除時，保險人無須返還其已收受之保險費。」之規定，相對人本無須返還其已收受之保險費。申請人請求相對人退還已收受之保險費，洵非有據。

六、評議決定

相對人應給付申請人乙新臺幣○元整，及其中新臺幣○元部分自民國一百零二年五月二十三日起至清償日止按年息百分十計算之利息。

申請人其餘請求，本中心尚難為有利於申請人之認定。

七、相關法規

(一)保險法第 25 條

保險契約因第 64 條第 2 項之情事而解除時，保險人無須返還其已收受之保險費。

(二)保險法第 34 條

保險人應於要保人或被保險人交齊證明文件後，於約定期限內給付賠償金額；無約定期限者，應於接到通知後十五日內給付之。保險人因可歸責於自己之事由致未在前項規定期限內為給付者，應給付遲延利息年利一分。

(三)保險法第 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。

案例 011 違反據實說明義務-乳癌 (102 評 1696)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

申請人於投保前(即 100 年 4 月 21 日)曾至 A 醫院就診,診斷證明書上記載病名為「乳房纖維囊腫變化」。醫師囑言為「經乳房超音波顯示乳房纖維囊腫變化及左側乳房內側上方一處纖維腺狀變化約 0.7 公分」。然申請人就要保書中告知事項第(八)項:「過去一年內是否曾因患有下列疾病,而接受醫師治療、診療或用藥?…7. 囊腫。…」勾選為「否」,是就詢問內容與要保人之告知情形研判,應屬有所遺漏。

就核保實務而言,腫瘤不論是良性或惡性,真正的原因仍未明確,只能由事後之研究,統計出一些危險因子,而具有此危險因子之人,日後罹患某種疾病之可能性將相對提高,為有效發揮核保篩選效果,投保時如告知有前述病症,保險公司通常就健康險承保範圍,將前揭病症及其併發症予以除外。意即申請人未據實說明事項已影響相對人之危險估計,惟並未達到拒保之程度。申請人罹患之左乳癌與其未據實說明之乳房纖維囊腫變化間無因果關係,依保險法第 64 條規定,相對人就保險契約解除前已發生之保險事故仍負有給付保險金之義務。

(二)爭議險種:終身醫療保險、住院醫療健康保險、癌症終身健康保險

(三)參考條文:保險法第 37 條、保險法第 64 條 1、2 項

(四)關鍵字:據實說明、乳癌、因果關係、危險評估

二、事實經過

申請人於 A 醫院確診罹患乳癌後,檢附相關文件向相對人請求給付保險金。卻遭相對人以申請人於投保前有乳房囊腫及硬塊之就診紀錄,解除系爭保險契約。並認為申請人罹患之左乳癌與申請人違反告知事項間具有因果關係,是拒絕給付保險金。

三、本案爭點

- (一)申請人對相對人之書面詢問事項是否未據實說明?
- (二)「申請人未據實說明事項」是否已達變更或減少相對人對系爭保險契約之危險評估?
- (三)是否可排除「申請人於 102 年 4 月 22 日經診斷罹患左乳癌」與「申請人未據實說明事項」間之因果關係?

四、當事人主張

(一)申請人主張

1. 申請人於 B 醫院確診罹患乳癌後,檢附相關文件向相對人請求給付保險金。卻遭相對人以申請人於投保前有乳房囊腫及硬塊之就診紀錄,解除系爭保險

契約。並認為申請人罹患之左乳癌與申請人違反告知事項間具有因果關係，是拒絕給付保險金。

2. 醫學專業上之「纖維囊腫變化 (Fibrocystic changes)」乃乳房腫塊最常見之原因，成因可能和月經週期之荷爾蒙變化有關。此纖維囊腫變化並非一種疾病，經期前，時常出現疼痛或抽痛，感覺有硬塊，會有壓痛，有時會感覺尖銳之疼痛。纖維囊腫可能會變大腫脹，月經結束後又會縮小。反觀「囊腫 (Cysts)」則係指因腺體和結締組織過度增生，致使乳管阻塞，造成乳管擴張和充滿液體，其成因可能與體內過多之動情素有關。是以，纖維囊腫變化並非囊腫，而係一種乳房之良性變化，亦非乳癌之前兆，導致乳癌之機率亦不因有纖維囊腫變化而增高。則申請人雖於要保書之被保險人告知事項「(八) 過去一年內是否曾因患有下列疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？…7. 囊腫…」勾選「否」，亦不符合相對人所稱申請人未於投保時告知之事實，自不符合保險法第 64 條「故意隱匿，或因過失遺漏，或為不實之說明」之要件。
3. 再按，「申請人所罹患之乳癌」與「申請人投保前所檢查出之纖維囊腫變化」間並無因果關係，亦即本件保險事故與申請人投保前所檢查出之事項間並無關聯，相對人當不得解除系爭保險契約，亦不得拒絕給付保險金。
4. 退言之，系爭告知事項之書面其性質類似保險單之定型化附合契約，其解釋應類推適用保險法第 54 條第 2 項疑義有利於被保險人解釋之原則。從而系爭告知事項中所列之「7. 囊腫」是否包含纖維囊腫變化容有疑義，則依類推適用保險法第 54 條第 2 項之想法，相對人自應在告知事項中明列「乳房纖維囊腫變化相關之問題」，則相對人未於告知事項中明列乳房纖維囊腫變化相關之問題，申請人亦無從構成保險法第 64 條據實說明義務之違反。

(二)相對人主張

1. 根據 102 年 4 月 11 日調閱 A 醫院就診資料後，確認申請人曾於 100 年 4 月 21 日前往進行乳房超音波檢查，其超音波檢查結果發現有 0.7 公分的纖維囊腫且醫囑需定期追蹤，此就醫情形並未於投保系爭保險契約時主動告知。
2. 經本公司核保評估，申請人若於投保系爭保險契約時主動告知有前述病症的話，本公司將會於健康保險之保障範圍將該等病症予以批註除外。由此可知此等情事已影響本公司於承保系爭保險契約時之風險評估，故本公司於 102 年 5 月 8 日透過 D 郵局存證號碼○通知申請人依保險法第 64 條，解除系爭保險契約。
3. 本次解除契約係因申請人未於投保時告知乳房纖維囊腫疾病，依本公司現行核保標準確已影響風險評估，須對該項疾病進行「乳房囊腫、腫瘤及其合併

症」等範圍批註除外後，予以承保。若申請人於投保時主動告知前述疾病的話，系爭保險契約之保險範圍將不包括「乳房囊腫、腫瘤」等疾病，即在投保後治療乳房囊腫、腫瘤及其合併症之醫療事故，均不會在系爭保險契約之保險範圍，本公司無須對該等事故負保險給付責任。

4. 再者，就臨床醫學上，引述彰基外科部主任陳守棟醫師看法「…原則上有乳房纖維囊腫的婦女，以後得到乳癌的機率比沒有纖維囊腫的人高一·七倍至四倍，纖維囊腫有多種不同形式的組織病理變化，故其發生乳癌的機率也因而不問，例如非典型乳腺管增生的乳癌發生率高於常人四倍。無論如何，乳房纖維囊腫患者，應每個月自我檢查，並定期至醫院追蹤檢查」。而申請人的就醫病歷同樣記載，建議申請人須定期追蹤檢查。
5. 又依，台灣癌症防治網有關良性乳房疾病與乳癌的風險相關研究，其結論顯示在診斷為良性乳房疾病後，良性病灶的組織學型態、家族病史皆是日後發生乳癌的風險因子之一。
6. 顯然不論從契約核保的公平性亦或臨床醫學研究上，均說明申請人本次左側乳癌與投保時未據實告知之左側乳房纖維囊腫疾病，實存在因果關係。

五、判斷理由

- (一)按保險法第 64 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。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)次按，「保險契約為最大誠信契約，倘要保人有故意隱匿，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之情事，要保人如主張保險人不得解除保險契約，即應就保險事故與要保人所未告知或不實說明之事項並無關聯，且該事項已確定對保險事故之發生不具任何影響，保險人亦未因該未告知或不實說明之事項，而造成額外之負擔，對價平衡並未遭破壞予以證明始可。」（最高法院 92 年度台上字第 1761 號民事判決、最高法院 98 年度台上字第 1745 號民事判決參照）。
- (三)再按，「81 年 4 月 20 日修正時，第 64 條第 2 項增加但書規定：『但要保人證明危險發生未基於其說明或未說明事實時，不在此限。』此乃未有但書規定時，若要保人或被保險人故意隱匿或因過失遺漏或為不實說明之事項，雖對整體危險估計有重大影響，然對於已發生之保險事故並無影響者，保險人是否得以保險事故發生後解除契約而免給付保險賠償之義務，屢生爭議。

惟保險人於保險事故發生後，常以要保人或被保險人違反據實說明義務，解除契約，拒絕理賠，就據實說明義務之違反對於已發生之保險事故有無影響，則恣置不論，令要保人坐失已付之保險費，實與保險『對價平衡』原則不符，故該次修正乃揭槩『為限制保險人任意解除契約之權，保障保險消費者之權益』之宗旨，修正第 2 項但書。換言之，要保人若證明危險發生未基於其說明或未說明事實時，保險人不得就該已發生之保險事故解除契約而拒絕賠償。…該次修正增訂 64 條第 2 項但書，以保險事故發生與未據實說明之事項是否有關，作為保險人得否行使解除權之依據，固可消弭前述保險人動輒解除契約拒絕理賠之弊病，以保障保險消費者之權益，惟亦可能使要保人心存僥倖，於投保時，不為據實說明，圖使原來保險人所拒絕承保或須加費承保之危險，以較低之保費獲得承保，一旦事故發生，即使與不實說明事項有關，保險人至多可解除契約，如果兩者並無關係，要保人即可以較低之保費，從原本須繳更多保費或根本不為保險人所承保之保險中，獲得保險金之補償。此結果不啻鼓勵要保人於締約時儘量不為據實說明，殊非事理之平。尤其在保險事故可能發生多次之保險（如系爭傷害保險），已發生之保險事故雖與要保人未據實說明無關，依法固不得解除保險契約而拒絕賠償該已發生之損害，唯將來或許會發生之保險事故卻可能與不實說明事項有關，若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，才准保險人依據保險法第 64 條第 2 項本文之規定解除保險契約，在與不實說明事項有關之保險事故發生前之期間內，使要保人平白多繳保費，又使保險人加重危險負擔，徒增紛擾，破壞『對價平衡』及『誠實信用』原則，豈是立法本意？因此於解釋上開條文時，應予目的性限縮殆無疑義。本院所持見解與原審相同，認為保險人於要保人違反保險法第 64 條據實說明義務，且已發生之保險事故與要保人未據實說明無關時，仍得解除契約，僅是不得拒絕該解除契約前已發生之保險事故理賠之請求」（臺灣高等法院臺南分院 93 年度保險上易字第 9 號民事判決參照）。準此，為維護對價平衡及誠實信用原則，應認保險人於要保人違反據實說明義務，且已發生之保險事故與要保人未據實說明無因果關係時，仍得解除契約；僅是不得拒絕該解除契約前已發生之保險事故理賠之請求。

- (四)經查，申請人於 100 年 8 月 12 日以自己為要保人及被保險人投保系爭保險契約，惟其在要保書中告知事項第（八）項：「過去一年內是否曾因患有下列疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？…7. 囊腫。…」勾選為「否」。又申請人於投保前（即 100 年 4 月 21 日）曾因「乳房纖維囊腫變化」至國泰

綜合醫院就診等節，有系爭保險契約之要保書及相關病歷資料可稽，復為兩造所不爭執，應堪認定。

(五)就爭點（一）及（二）之判斷：

1. 就前揭爭點，經諮詢本中心專業顧問意見略以：

(1)申請人於投保前（即100年4月21日）曾至A醫院就診，診斷證明書上記載病名為「乳房纖維囊腫變化」。醫師囑言為「經乳房超音波顯示乳房纖維囊腫變化及左側乳房內側上方一處纖維腺狀變化約0.7公分」。然申請人就要保書中告知事項第（八）項：「過去一年內是否曾因患有下列疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？…7. 囊腫。…」勾選為「否」，是就詢問內容與要保人之告知情形研判，應屬有所遺漏。

(2)另就核保實務而言，腫瘤不論是良性或惡性，真正的原因仍未明確，只能由事後之研究，統計出一些危險因子，而具有此危險因子之人，日後罹患某種疾病之可能性將相對提高，為有效發揮核保篩選效果，投保時如告知有前述病症，保險公司通常就健康險承保範圍，將前揭病症及其併發症予以除外。意即申請人未據實說明事項已影響相對人之危險估計，惟並未達到拒保之程度。

2. 準此，依上開諮詢顧問意見，若申請人於投保前有據實告知，則相對人就健康險承保範圍部分，可將該病症及其併發症予以除外。衡酌不同保險人之核保技術、經營方式及承保能量並不相同，是就何種事項達足以變更或減少危險估計之爭議，應以個別保險人為判斷始為妥適。查本案之相對人透過系爭要保書上所列之書面告知事項，做為其估計危險之判準，則因申請人於投保前確實經診斷為乳房纖維囊腫變化且屬於要保書中告知事項第（八）項內所載之「囊腫」，然申請人卻將該項次勾選為「否」，是申請人對相對人之書面詢問事項並未據實說明，就相對人而言，確已影響相對人對系爭保險契約之危險評估。

3. 另查，若要保人未據實告知之書面詢問事項，已足以變更或減少相對人對於危險之估計時，依前開臺灣高等法院臺南分院93年度保險上易字第9號民事判決意旨，縱已發生之保險事故與要保人未據實說明無因果關係，保險人仍得解除契約；僅是不得拒絕該解除契約前已發生之保險事故理賠之請求，已如前述。是以，縱本件申請人罹患之左乳癌與其未據實說明之乳房纖維囊腫變化間無因果關係，相對人仍得解除系爭保險契約。

4. 末查，相對人於102年4月11日知悉有解除契約原因後，於102年5月8日寄送解除契約之存證信函至申請人之地址，有相對人之病歷摘要查詢表上收件章、存證信函及掛號郵件回執可稽，復為兩造所不爭，是並未逾越保險

法第 64 條第 3 項之一個月法定除斥期間，相對人依保險法第 64 項解除系爭保險契約，核屬有據。

(六)就爭點(三)之判斷：

1. 就前揭爭點，經諮詢本中心專業顧問意見略以，乳房纖維囊腫變化是一描述性名詞，乃係臨床影像及理學檢查上非癌症且有囊腫變化時常用之名詞。它本身並不會轉變成惡性，癌症常在非囊腫其他地方產生。是申請人 102 年 4 月 22 日診斷出之左乳癌與投保前之乳房纖維囊腫變化間並無直接因果關係。
2. 從而，依上開諮詢顧問意見，申請人罹患之左乳癌與其未據實說明之乳房纖維囊腫變化間無因果關係，依保險法第 64 條規定及前開臺灣高等法院臺南分院 93 年度保險上易字第 9 號民事判決意旨可知，相對人就保險契約解除前已發生之保險事故仍負有給付保險金之義務。

六、評議決定

相對人應給付申請人新台幣○元整及自民國 102 年 4 月 14 日起至清償日止，按年息百分之十計算之利息。

相對人應給付申請人新台幣○元整及自本評議申請書繕本送達翌日加計 15 日後起至清償日止，按年息百分之十計算之利息。

申請人其餘請求，本中心尚難為有利於申請人之認定。

七、相關法規

(一)保險法第 34 條

保險人應於要保人或被保險人交齊證明文件後，於約定期限內給付賠償金額；無約定期限者，應於接到通知後十五日內給付之。保險人因可歸責於自己之事由致未在前項規定期限內為給付者，應給付遲延利息年利一分。

(二)保險法第 64 條第 1、2、3 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。

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。

案例 012 違反據實說明義務-子宮頸癌（102 評 1699）

一、案例摘要

（一）評議要旨：

1. 系爭保險及附加○保險附約、○附約係於 98 年 7 月 24 日所簽訂，申請人於投保系爭保險契約及附約前二年內確實曾有子宮頸抹片檢查異常情形。惟申請人於投保系爭保險契約及附約並接受相對人之書面詢問時，對其於要保書關於被保險人健康告知事項第二項：「過去一年內是否曾因接受健康檢查有異常情形而被建議接受其他檢查治療？」、第十二項第 1 點：「過去一年內曾有…子宮頸抹片檢查異常…」等詢問事項，勾選「否」，本中心經諮詢專業顧問意見略以：「系爭要保書中被保險人健康告知事項」二為『過去二年內是否曾因接受健康檢查有異常情形而被建議接受其他檢查或治療？』，被保險人就前揭檢查結果異常，殊難委為不知，故申請人已有違反書面詢問告知義務之情形」等情。
2. 相對人是否即得據以解除系爭保險契約或以要求簽署除外同意書為回復契約效力之條件，仍應究明申請人未告知投保前曾經接受兩次子宮頸抹片檢查，有無足以影響相對人減少或變更其於危險之評估。就此，經諮詢本中心專業顧問意見略以：「…（二）就核保風險評估而言：1. 子宮頸抹片檢查異常，雖隨後之檢查結果為正常，但子宮頸抹片檢查準確率並非百分之百，仍須進一步確認，可視後續被保險人體檢、子宮頸陰道鏡檢查或病理切片檢查報告等，綜合審酌評定其核保等級。2. 除外承保乃保險人對被保險人於投保當時已存在之風險以附條件方式承保，如被保險人體況正常卻以附條件方式承保即屬不合理，亦即相對人忽略第二次檢查結果正常而未進一步確認其體況，據以要求申請人簽署除外同意書，恐過於武斷。」等情甚詳。職是，申請人雖有違反告知義務之情形，然相對人以簽署除外同意書為條件，而為恢復系爭保險契約及附約效力，卻忽略第二次檢查結果正常，且未進一步確認其當時體況進行更精準之風險評估，恐失公允。查本件申請人雖有違反告知義務之情，然相對人於解除系爭保險契約後，另以簽署除外同意書為條件，始為恢復系爭保險契約及附約效力，卻忽略第二次檢查結果正常，且未進一步確認申請人當時體況進行更精準之風險評估，顯然有失公平，均已如前所述，則揆諸保險法第 54 條之 1 規定，系爭除外同意書之約定，顯然係減輕相對人依保險法及保險契約應負之義務，且對申請人而言顯有重大之不利，應屬無效。
3. 本件系爭除外同意書對於申請人而言顯失公允，應屬無效，且相對人復未能證明申請人有何保險法第 127 條之事由，已如前述，故相對人應依約給付保險金。

（二）爭議險種：終身醫療保險、癌症終身健康保險

（三）參考條文：保險法第 54 條之 1、保險法第 64 條 1、2 項

（四）關鍵字：據實說明、批註除外

二、事實經過

申請人於 99 年間於 A 醫院診斷出罹患惡性淋巴瘤而開始進行治療，當時並檢具相關資料向相對人申請保險金給付，惟卻遭相對人以申請人於 98 年 6 月 2 日曾做過子宮頸抹片檢查，且檢查結果不正常，而未於簽訂保險契約時告知，致影響相對人系爭保險危險評估為由，而於 100 年 2 月 21 日解除系爭保險契約，拒絕給付保險金。

三、本案爭點

- (一)申請人未告知投保前曾接受兩次子宮頸抹片檢查，且第一次檢查為「抹片結果異常，請再做進一步檢查」，第二次為正常乙情，是否違反告知義務？若是，前開未告知之事實有無達到影響系爭保險契約及附約之危險評估程度？相對人於解除系爭保險契約後，要求申請人簽署除外同意書之「批註除外」方式，始回復系爭保險契約效力，是否合理？
- (二)申請人依系爭保險附約之約定請求相對人給付癌症醫療保險金，是否有據？

四、當事人主張

(一)申請人主張

1. 申請人於 99 年間於 A 醫院診斷出罹患惡性淋巴瘤而開始進行治療，當時並檢具相關資料向相對人申請保險金給付，惟卻遭相對人以申請人於 98 年 6 月 2 日曾做過子宮頸抹片檢查，且檢查結果不正常，而未於簽訂保險契約時告知，致影響相對人系爭保險危險評估為由，而於 100 年 2 月 21 日解除系爭保險契約，拒絕給付保險金，且堅持要申請人簽立批註除外同意書，要求將「子宮頸疾病、子宮頸癌及其併發症」所致之保險事故以批註方式列為除外不保範圍為條件後，始同意恢復系爭保險契約效力，給付申請人保險金。然申請人於 98 年 6 月 2 日所做子宮頸抹片檢查結果為「Atypical glandular cells」，係「抹片太厚或太多血液」難以判讀，並建議申請人進行更深入之檢查。申請人因而於 98 年 6 月 16 日再次進行子宮頸抹片檢查，且為自費之新柏氏電腦超薄抹片檢查，其結果為正常。而申請人於 98 年 7 月 24 日向相對人投保系爭保險契約時，乃依據上述檢查結果而填載被保險健康告知事項，實無任何隱匿或不實說明之情；況申請人於 99 年間所罹患之惡性淋巴瘤，係源自於淋巴細胞的異常惡化增生，與申請人於 98 年 6 月間所做之兩次子宮頸抹片檢查結果並無關連。是相對人前揭要求申請人簽訂除外同意書始願給付保險金之行為，顯已違反保險法第 54 條之 1 及第 64 條規定，該除外同意書之約定應屬無效。
2. 又申請人系爭除外同意書內容既屬無效，則相對人無法免除其給付保險金之責任。加以，申請人於 98 年 6 月 16 日第二次進行自費且更精確之新柏氏電

腦超薄抹片檢查，並在同年月 19 日知悉檢查結果為正常，便已確信自己並未罹患子宮頸癌，故依系爭○附約及○附約之約定，相對人應即給付申請人目前已進行之手術、門診、化療及住院等保險金。為此，爰提起本件評議申請，請求確認系爭除外同意書無效，並請求相對人給付手術、門診、化療及住院醫療保險金等。

（二）相對人主張

申請人於投保系爭保險契約前，曾有兩次接受子宮頸抹片檢查之情形未告知，並已影響相對人對系爭保險之危險評估，是相對人依保險法及系爭保險契約條款約定，於 100 年 2 月 21 日解除契約效力。雖嗣後相對人曾讓步允諾同意以將「子宮頸疾病、子宮頸癌及其併發症」所致之保險事故以批註方式列為除外不保範圍為前提條件，而恢復系爭保險契約效力，嗣後亦經申請人於無法證稱為意思表示不自由之狀態下簽署除外同意書予相對人而結案，故相對人係依雙方之約定辦理，相關作業亦無違誤。況本件確屬投保前之疾病，依保險法第 127 條規定，相對人亦不負給付之責。

五、判斷理由

（一）申請人未告知投保前曾接受兩次子宮頸抹片檢查，業已違反告知義務，惟相對人要求申請人簽署系爭除外同意書，尚非合理。系爭除外同意書應屬無效。

1. 按「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。」，保險法第 64 條第 1、2 項分別定有明文。核其立法意旨係為實現保險制度之對價衡平及誠實信用原則，藉課以要保人據實告知義務，使保險人得憑所告知之內容，正確估計危險程度，並據以決定是否承保或決定保險費數額為何。而關於要保人所負之據實告知義務範圍限於重要事項，以要保人之隱匿或不實說明事項是否足以變更或減少保險人對於危險之估計及動搖其訂約之決定為斷。職是，保險法第 64 條所課予要保人之告知義務，主要係因保險事業之經營，保險人有必要就其所擔負之危險，獲悉有關測定危險之必要資料，俾就各保險契約分別測定其危險率，作為核定是否接受要保及應適用何種保險費率承保之參考，乃對最能知悉其事實之要保人，課以重要事實之告知義務。則若要保人不為正確之告知時，保險人得解除契約，以排除危險，其目的在保護保險人，故凡經保險人書面詢問之事項，要保人故意隱匿，或因過失遺漏，或為不實之說明時，其隱匿、遺漏或不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之評估者，保險人尚非不得解除保險契約。

2. 經查，系爭保險及附加○附約、○附約係於 98 年 7 月 24 日所簽訂，為兩造所不爭執。而申請人分別於 98 年 6 月 2 日及同年月 16 日所做子宮頸抹片檢查，其判讀結果分別為「抹片結果異常，請再做進一步檢查」及「本次抹片正常。請定期接受新柏氏電腦超薄抹片檢查」等情，除有申請人所提兩次抹片檢查報告單在卷為佐外，亦為相對人所不爭，據此已足堪認定，申請人於投保系爭保險契約及附約前二年內確實曾有子宮頸抹片檢查異常情形。惟申請人於投保系爭保險契約及附約並接受相對人之書面詢問時，對於其於要保書關於被保險人健康告知事項第二項：「過去一年內是否曾因接受健康檢查有異常情形而被建議接受其他檢查治療？」、第十二項第 1 點：「過去一年內曾有…子宮頸片抹片檢常異常…」等詢問事項，勾選「否」，復有卷附申請人親自填載之要保書所附「被保險人健康告知事項」可稽；加之，本中心經諮詢專業顧問意見略以：「系爭要保書中被保險人健康告知事項」二為『過去二年內是否曾因接受健康檢查有異常情形而被建議接受其他檢查或治療？』，被保險人就前揭檢查結果異常，殊難委為不知，故申請人已有違反書面詢問告知義務之情形」等情。準此可知，申請人既曾於投保前二年內確實有子宮頸抹片檢查異常情形，卻就相對人之前揭書面詢問事項未據實說明，顯然申請人確有違反保險法所課予據實告知義務之情事。
3. 申請人違反其依保險法規定應負擔據實告知之義務，已如前所述。然相對人是否即得據以解除系爭保險契約或以要求簽署除外同意書為回復契約效力之條件，仍應究明申請人未告知投保前曾經接受兩次子宮頸抹片檢查，且第一次檢查為「抹片結果異常，請再做進一步檢查」，第二次為正常等情，有無足以影響相對人減少或變更其於危險之評估。就此，經諮詢本中心專業顧問意見略以：「…（二）就核保風險評估而言：1. 子宮頸抹片檢查異常，雖隨後之檢查結果為正常，但子宮頸抹片檢查準確率並非百分之百，仍須進一步確認，可視後續被保險人體檢、子宮頸陰道鏡檢查或病理切片檢查報告等，綜合審酌評定其核保等級。2. 除外承保乃保險人對被保險人於投保當時已存在之風險以附條件方式承保，如被保險人體況正常卻以附條件方式承保即屬不合理，亦即相對人忽略第二次檢查結果正常而未進一步確認其體況，據以要求申請人簽署除外同意書，恐過於武斷。」等情綦詳。職是，依前揭顧問意見，可知相對人於系爭保險及附約是否承保之風險評估時，申請人雖有違反告知義務之情形，然相對人以簽署除外同意書為條件，而為恢復系爭保險契約及附約效力，卻忽略第二次檢查結果正常，且未進一步確認其當時體況進行更精準之風險評估，恐失公允。

4. 次按，「保險契約中有左列情事之一者，依訂約時情形顯失公平者，該部分之約定無效：一、免除或減輕保險人依本法應負之義務者。二、使要保人、受益人或被保險人拋棄或限制其依本法所享之權利者。三、加重要保人或被保險人之義務者。四、其他於要保人、受益人或被保險人有重大不利益者。」，保險法第 54 條之 1 定有明文。查本件申請人雖有違反告知義務之情，然相對人於解除系爭保險契約後，另以簽署除外同意書為條件，始為恢復系爭保險契約及附約效力，卻忽略第二次檢查結果正常，且未進一步確認申請人當時體況進行更精準之風險評估，顯然有失公平，均已如前所述，則揆諸前揭法條規定，系爭除外同意書之約定，顯然係減輕相對人依保險法及保險契約應負之義務，且對申請人而言顯有重大之不利益，應屬無效。

(二)申請人依系爭保險附約之約定應得請求相對人給付癌症醫療保險金計○元。

1. 本件申請人主張其於 98 年 6 月間所做之子宮頸抹片檢查判讀結果應為正常，並未罹患子宮頸癌，且與申請人於 99 年所罹患之淋巴瘤間亦無任何關係，相對人即應依系爭保險契約及附約給付保險金等情。惟此為相對人所否認，並陳稱本件確屬投保前之疾病，相對人不負給付之責云云。查系爭除外同意書之約定，業已違反保險法第 54 條之 1 規定，而有無效事由，對兩造自不生任何效力，已如前述。是本件申請人請求給付保險金乙情，應審究者為申請人罹患子宮頸癌是否有如相對人所稱核屬投保前疾病乙情。
2. 按「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。」、「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。」，保險法第 125 條及第 127 條分別定有明文規定。準此可知，被保險人於投保時已罹患疾病或已值妊娠時，其仍可訂立保險契約，惟保險人就是項疾病或分娩不負給付保險金責任。查本件相對人雖陳稱申請人所罹患子宮頸癌為投保前疾病云云，惟申請人就「子宮頸抹片檢查異常」乙事，縱有違反據實告知義務，然上開檢查異常結果本非「疾病」，申請人既係於保險契約訂立後，於 102 年間始罹患子宮頸癌疾病，自應無前開保險法第 127 條關於保險人就投保前疾病不負保險金給付責任規定之適用。況本中心經諮詢顧問意見，略以：「三、由 98 年 6 月 2 日及 6 月 16 日兩次抹片檢查之報告判讀，甲當時之子宮頸狀況應屬正常。四、申請人（甲）於 102 年罹患子宮頸癌根據切片病理報告為鱗狀上皮細胞癌，與惡性淋巴瘤分屬不同癌症。據此，子宮頸癌應為原發癌。五、由於子宮頸抹片檢查偵測子宮頸癌之敏感度不高，因此無法判斷申請人所罹患之子宮頸癌與前兩次子宮頸抹片檢查間是否具有因果關係。」等語綦詳。故承前法條規定及顧問意見，可知申請人於 98 年 6 月間二次子宮頸抹片檢查

後，其子宮頸狀況應屬正常，而其於 102 年所罹患之子宮頸癌為原發癌，確屬投保後所罹患疾病，且相對人復未能另舉證說明申請人有何保前疾病情事，其以此為由陳述不負保險金給付責任，核屬無據。

3. 經查，本件系爭除外同意書對於申請人而言顯失公允，應屬無效，且相對人復未能證明申請人有何保險法第 127 條之事由，已如前述，故揆諸前揭系爭○及○附約之約定，相對人應依約給付保險金。而關於保險金給付之數額乙情，申請人固然主張依約相對人應給付癌症住院（含在家療養）、手術、門診、放射線化療、病房及住院醫療等各項保險金計○元，惟申請人就此僅提出 B 醫院醫療費用收據 11 張附卷為佐，因檢具之文件尚有不足，本中心尚無法依此即為核算相對人應核付各項保險數額為何，然經申請人嗣後就相對人所試算住院日期 102 年 8 月 15 日至 102 年 8 月 27 日計 12 日期間之各項保險金額○元部分，表示為無意見。據此已足堪認，本件相對人依系爭○保險及○附約所應給付之保險金為○元。

六、評議決定

確認兩造間簽署之除外同意書為無效。

相對人應給付申請人新臺幣○元整。

申請人其餘請求，本中心尚難為有利於申請人之認定。

七、相關法規

（一）保險法第 54 條之 1

保險契約中有左列情事之一，依訂約時情形顯失公平者，該部分之約定無效：

- 一、免除或減輕保險人依本法應負之義務者。
- 二、使要保人、受益人或被保險人拋棄或限制其依本法所享之權利者。
- 三、加重要保人或被保險人之義務者。
- 四、其他於要保人、受益人或被保險人有重大利益者。

（二）保險法第 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。

案例 013 違反據實說明義務-子宮內膜癌（103 評 0533）

一、案例摘要

（一）評議要旨：

1. 本件申請人於 101 年 12 月 5 日以自身為被保險人，向相對人投保保單號碼為○○之○住院醫療終身保險，附加○住院醫療健康保險附約、○傷害保險附約。申請人並於要保書上「被保險人告知事項」第 1 點「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？」、第 8 點「…（二）有投保健康險者，請回答下列問題：…（6）心絞痛、動脈瘤、心臟瓣膜疾病、動靜脈栓塞及血栓症、食道靜脈曲張、血液凝固缺陷、紅血球過多症、貧血、高血壓症（指收縮壓 140mmHG 舒張壓 90mmHG 以上）。…」等詢問事項，均勻選「否」，相對人嗣於 103 年 3 月 17 日以申請人未據實說明為由，依保險法第 64 條之規定向申請人解除系爭保險契約等情。申請人主張其已盡據實說明義務，故相對人依保險法第 64 條解除系爭保險契約係屬無據，請求確認系爭保險契約關係存在等語，然為相對人所否認，並以前開情詞置辯。是本件爭點闕為：相對人以申請人違反據實說明義務為由解除系爭保險契約，有無理由？
2. 本件爭點，經諮詢本中心專業顧問意見後略以：申請人於 101 年 12 月 5 日要保，惟依卷附病歷資料，申請人分別於 101 年 9 月 4 日及同年月 11 日因「心絞痛」赴 A 醫院，於 101 年 10 月 30 日、101 年 11 月 3 日及 101 年 11 月 6 日因「胃酸逆流、胃炎」赴 B 診所進行 3 次門診，申請人對相對人之書面詢問事項應有未據實說明之情形。申請人之心絞痛經 A 醫院檢查後，依其心臟超音波報告之結論，申請人僅有輕微的三尖瓣閉鎖不全，並無心絞痛之確診，可見原先的診斷屬於疾病鑑別診斷流程中的臆斷，而其主治醫師也另以診斷書說明申請人經心臟超音波、心電圖及胸部 X 光檢查後，並無明顯異常，應堪採認申請人並無心絞痛。申請人因胃痛、腹脹赴 B 診所就醫，經診斷為胃炎，門診三次後未再就診（依健保局資料同診所再次就醫於 102 年 8 月）。故應屬急性胃炎，偶發之急性胃炎門診數次後痊癒，核保實務可予標準體承保。從而，申請人雖就相對人之書面詢問事項有未據實說明之情，然前開未據實說明之事項並未影響相對人對於危險之評估，揆諸首揭條文及判決意旨，相對人尚不得據此解除系爭保險契約。

（二）爭議險種：住院醫療終身保險，住院醫療健康保險附約、傷害保險附約

（三）參考條文：保險法第 64 條 1、2 項

（四）關鍵字：據實說明、解除契約、子宮內膜癌

二、事實經過

申請人於 101 年 12 月 5 日向相對人投保保單號碼為○○之○住院醫療終身保險，附加○住院醫療健康保險附約及○傷害保險附約（下合稱系爭保險契約）。申請人嗣於 102 年 12 月間因罹患子宮內膜癌開刀住院，出院後檢具相關診斷書向相對人申請理賠，詎申請人於理賠後竟以申請人違反據實說明義

務為由，寄發存證信函予申請人解除系爭保險契約。存證信函中提及：「於投保前曾因心絞痛、胃炎等疾病求診，書面詢問之『最近2個月內是否曾因受傷或生病接受醫師治療診療或用藥？』及『現在是否仍患有下列疾病：心絞痛、動脈瘤…』答稱『否』，已影響本公司危險估計，依保險法第64條解除契約」，爰申請評議。

三、本案爭點

相對人以申請人違反據實說明義務為由解除系爭保險契約，有無理由？

四、當事人主張

(一)申請人主張

1. 申請人於101年12月5日向相對人投保保單號碼為○○之○住院醫療終身保險，附加○住院醫療健康保險附約及○傷害保險附約（下合稱系爭保險契約）。申請人嗣於102年12月間因罹患子宮內膜癌開刀住院，出院後檢具相關診斷書向相對人申請理賠，詎申請人於理賠後竟以申請人違反據實說明義務為由，寄發存證信函予申請人解除系爭保險契約。存證信函中提及：「於投保前曾因心絞痛、胃炎等疾病求診，書面詢問之『最近2個月內是否曾因受傷或生病接受醫師治療診療或用藥？』及『現在是否仍患有下列疾病：心絞痛、動脈瘤…』答稱『否』，已影響本公司危險估計，依保險法第64條解除契約」等語。
2. 有關相對人所稱違反據實說明義務乙節，茲說明如下：
 - (1)胃炎部分：申請人係於投保前2個月內因腸胃不適就醫，並非已知胃炎求診，故申請人投保時並不以為意，故就該項回答「否」。且腸胃不適並非重大疾病、罕見疾病或慢性病等，更與申請人因子宮內膜癌開刀住院治療無因果關係，申請人實無法理解與認同相對人片面對於危險估計之解釋。
 - (2)心絞痛部分：申請人就診日期分別為101年9月4日及同年月11日，非於投保前2個月內。且申請人係因胸口靠近心臟處有不舒服情況，故依常理推斷求診於心臟科，並非已知心絞痛。況申請人經醫師檢查後就心臟方面並無任何異常，故於投保時對健康聲明書所載「現在是否仍患有下列疾病：心絞痛、動脈瘤…」，答稱「否」。
3. 相對人片面解除系爭保險之舉實屬無據，更可合理懷疑相對人係因申請人患有疾病而故意退保。

(二)相對人主張

1. 申請人於101年9月4日因心絞痛至A醫院就診，並進行心臟超音波及心電圖檢查，同年月11日門診結果如下：「1. 心電圖：R波進行不良。2. 心臟超

音波：輕微三尖瓣閉鎖不全。」二次診斷病名均為「其他心絞痛、其他胸痛」；嗣申請人陸續於101年10月30日、101年11月3日及101年11月6日投保前2個月內進行3次門診，經診斷為「胃酸逆流、胃炎」，且均有用藥治療。

2. 申請人於投保時，就要保書上所載詢問事項：「1. 最近2個月內是否有曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？…8. 有投保健康險者，請回答下列問題：…（二）（6）…心臟瓣膜疾病…」，均未告知，已影響風險評估，故相對人依首揭規定解除契約，當無違誤。

五、判斷理由

本件申請人於101年12月5日以自身為被保險人，向相對人投保保單號碼為○○之○○住院醫療終身保險，附加○○住院醫療健康保險附約、○○傷害保險附約。申請人並於要保書上「被保險人告知事項」第1點「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？」、第8點「…（二）有投保健康險者，請回答下列問題：…（6）心絞痛、動脈瘤、心臟瓣膜疾病、動靜脈栓塞及血栓症、食道靜脈曲張、血液凝固缺陷、紅血球過多症、貧血、高血壓症（指收縮壓140mmHG舒張壓90mmHG以上）。…」等詢問事項，均勻選「否」，相對人嗣於103年3月17日以申請人未據實說明為由，依保險法第64條之規定向申請人解除系爭保險契約等情。有不分紅保單專屬要保書及○郵局存證信函附卷可參，並為兩造所不爭執，堪信為真實。申請人主張其已盡據實說明義務，故相對人依保險法第64條解除系爭保險契約係屬無據，請求確認系爭保險契約關係存在等語，然為相對人所否認，並以前開情詞置辯。是本件爭點闕為：相對人以申請人違反據實說明義務為由解除系爭保險契約，有無理由？茲析述如下：

- （一）按訂立契約時，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，此為保險法第64條第1、2項前段所明定。又「保險法第64條之規定要保人之告知義務，主要是由於保險事業之經營，保險人有必要就其所擔負之危險，獲悉有關測定危險之必要資料，俾就各保險契約，分別測定其危險率，作為核定是否接受要保及應適用何種保險費率承保之參考。故對最能知悉其事實之要保人，課以重要事實之告知義務。若要保人不為正確之告知時，保險人得解除契約，以排除危險，其目的在保護保險人。」最高法院86年度台上字第2161號民事判決意旨可資參照。另「按保險法第64條第2項規定：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。乃保險契約為最大誠信契約，倘要保人有故意隱匿，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之情事，要保人如主張保險人不得解除保險契約，即應就保險事故與要保人所未告知或不實說明之事項並無關聯，且該事項已確定對保險事故之發生不具任何影響，保險人亦未因該未告知或不實說明之事項，而造成額外之負擔，『對價平衡』並未遭破壞始可。亦即須就保險事故與要保人所未告知或不實說明之事項間之無關聯，證明其必然性；倘有其或然性，即不能謂有上開法條但書適用之餘地，保險人非不得解除保險契約。」亦有最高法院 88 年台上字第 2212 號判決意旨可資參照。準此，相對人既主張申請人於投保系爭保險契約時未盡據實說明義務，並據此主張解除系爭保險契約，自應以申請人就相對人於系爭保險契約投保時之書面詢問事項未據實說明，且該未據實說明事項已足以變更或減少相對人對於危險之估計，始得為之。

(二)就本件爭點，經諮詢本中心專業顧問意見後略以：

1. 申請人於 101 年 12 月 5 日要保，惟依卷附病歷資料，申請人分別於 101 年 9 月 4 日及同年 11 月 11 日因「心絞痛」赴 A 醫院，於 101 年 10 月 30 日、101 年 11 月 3 日及 101 年 11 月 6 日因「胃酸逆流、胃炎」赴 B 診所進行 3 次門診，申請人對相對人之書面詢問事項應有未據實說明之情形。
2. 申請人之心絞痛經 A 醫院檢查後，依其心臟超音波報告之結論，申請人僅有輕微的三尖瓣閉鎖不全，並無心絞痛之確診，可見原先的診斷屬於疾病鑑別診斷流程中的臆斷，而其主治醫師也另以診斷書說明申請人經心臟超音波、心電圖及胸部 X 光檢查後，並無明顯異常，應堪採認申請人並無心絞痛。
3. 申請人因胃痛、腹脹赴 B 診所就醫，經診斷為胃炎，門診三次後未再就診（依健保局資料同診所再次就醫於 102 年 8 月）。故應屬急性胃炎，偶發之急性胃炎門診數次後痊癒，核保實務可予標準體承保。

(三)依前揭專業顧問意見可知，申請人於投保時就其於投保前 2 個月內曾因病就醫治療乙節未據實說明；又申請人並未確診罹患「心絞痛」疾病，且申請人所患急性胃炎係屬偶發，經門診數次後即可痊癒，相對人仍可以標準體予以承保。從而，申請人雖就相對人之書面詢問事項有未據實說明之情，然前開未據實說明之事項並未影響相對人對於危險之評估，揆諸首揭條文及判決意旨，相對人尚不得據此解除系爭保險契約。是相對人於 103 年 3 月 17 日以申請人違反告知義務為由，致函申請人解除系爭保險契約，洵屬無據。

六、評議決定

確認申請人與相對人間保單號碼為○○之「○○住院醫療終身保險」、「○○

住院醫療健康保險附約」及「○○傷害保險附約」之保險契約關係存在。

七、相關法規

保險法第 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。

意外事故認定

案例 014 意外事故認定-手術併發症（102 評 1933）

一、案例摘要

（一）評議要旨：

本件應審究者，即在於 A 醫院 102 年 10 月 31 日診斷證明書內容所記載之「頸部手術及血管接合手術過程中造成意外」乙節，是否為系爭保險契約所稱之意外傷害事故？承顧問意見及本件相關病歷資料，可知 A 醫院 102 年 10 月 31 日診斷證明書內容所記載之「頸部手術及血管接合手術過程中造成意外」乙節，乃係申請人於接受頸部手術及血管接合手術過程中所發生的併發症，為醫療行為過程中之不預期常態發生之結果，發生機率約在 10% 以下，並因申請人體況不同而有不同手術風險，然併發症發生原因究係申請人於手術進行中傷到動脈抑或係申請人本身體況易形成頸動脈血管堵塞所致，尚無從諮委意見即可判斷得知，故申請人雖因接受頸部手術及血管接合手術發生意外，惟主力近因究竟係單純手術行為或係受手術時本身疾患所致，尚屬未定，自難遽為判斷該頸部手術及血管接合手術為致申請人殘廢直接且單獨之原因。因此，為能兼顧雙方之主張，並合理解決本案爭議，本案審酌個案情事，爰依金融消費者保護法第 20 條第 1 項所揭示之公平合理原則，認相對人應給申請人殘廢保險金新台幣○○元，尚屬合理。

（二）爭議險種：傷害保險

（三）參考條文：保險法第 131 條

（四）保單條款：系爭保險契約第 2 條、第 5 條

（五）關鍵字：傷害保險、意外傷害、手術併發症、主力近因

二、事實經過

申請人之配偶甲於民國（下同）89 年 12 月 16 日以自己為要、被保險人向相對人投保「○○終身壽險」，並另附加配偶即申請人「家庭平安保險（含身故及殘廢保險金）」。申請人於 101 年 9 月 17 日因口腔雙側攣縮等病症住進 A 醫院，施行口腔放鬆及雙側游離皮瓣手術，惟經過手術等醫療後，造成中樞神經系統遺存極度障害。相對人以非因遭受意外傷害事故，非屬契約保險範圍而拒絕賠付。

三、本案爭點

A 醫院 102 年 10 月 31 日診斷證明書內容所記載之「頸部手術及血管接合手術過程中造成意外」乙節，是否為系爭保險契約所稱之意外傷害事故？

四、當事人主張

（一）申請人主張

申請人於 101 年 9 月 17 日因口腔雙側攣縮等病症住進 A 醫院，施行口腔放鬆及雙側游離皮瓣手術，惟經過手術等醫療後，仍造成中樞神經系統遺存極重度障害，而依 A 醫院於 102 年 10 月 31 日之診斷證明書記載，申請人係遭診斷為「1. 口腔雙側攣縮 2. 頸部手術及血管接合手術過程中造成意外 3. 肛門潰瘍 4. 左頰良性疣腫瘤術後 5. 右上齒齦惡性腫瘤術後 6. 高血壓 7. 顱內膿瘍」等症，應已合於系爭保險契約遭受意外傷害事故之要件，然申請人檢具相關病歷及資料，向相對人請求給付意外傷害事故保險，卻遭相對人以非因遭受意外傷害事故，非屬契約保險範圍而拒絕賠付。為此，爰向本中心申請評議，請求給付意外傷害事故保險金等語。

(二)相對人主張

A 醫院於 102 年 10 月 31 日之診斷證明書內容已明確記載「頸部手術及血管接合手術過程中造成意外」乙節，經相對人詢問 A 醫院後，該院回覆，係指頸部手術及血管手術接合過程中所造成的併發症；而梗塞亦應為手術血管阻塞之併發症及申請人本身血管疾患所引發。是申請人本次事故係手術併發症所致，非屬系爭保險條款所稱意外傷事故。

五、判斷理由

(一)按傷害保險人於被保險人遭受意外傷害及其所致殘廢或死亡時，負給付保險金額之責；前項意外傷害，指非由疾病引起之外來突發事故所致者，保險法第 131 條定有明文。又系爭保險契約第 2 條保險範圍約定：「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或死亡時，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。」、第 5 條殘廢保險金的給付約定：「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致成附表（一）所列二十八項殘廢程度之一者，本公司給付殘廢保險金，其金額按該表所列之給付比例計算。」。是以無論依保險法第 131 條規定抑或保險契約之約定，所謂意外傷害均係指「非由疾病引起之外來突發事故」。

(二)次按，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）；內在原因所致之傷害或死亡，係指被保險人因罹犯疾病、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、偶發性及不可預見性，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 號裁判要旨、95 年度台上字第 205 號裁判要旨參照)。準此，所謂「外來、突發」係指意外事故之狀況必須該意外事故係外來、突發的，並以此意外傷害事故為直接且單獨之原因，致其身體蒙受傷害或因而殘廢或死亡時，被保險人或受益人依約請求給付保險金之條件，始屬成就；倘被保險人之殘廢或死亡，係因身體內在疾病所引起，即非該意外傷害保險所承保之範圍，其意甚明。

(三)經諮詢本中心專業醫療顧問，略以：「一、病患於 9 月 18 日進行頸部皮瓣修補手術，不料因總頸動脈血管栓塞，導致所移植之頸部皮瓣缺血壞死，於隔日（9 月 19 日）再進行一次血管重建手術，當天下午又因為腦中風而進行第三次手術，以至於最後仍留有左側偏癱的肢體殘障。這些醫療過程的確是由於手術進行時所發生的併發症（此即診斷書所謂的手術過程的”意外”），與病患本身頸動脈血管的堵塞病情所致…。二、一般頸部血管接合手術，約有 5 到 10%的機率會發生血管栓塞導致皮瓣壞死，為一種最常見造成皮瓣移植手術失敗的併發症。此種栓塞的發生雖為醫療之意外，卻是因為病患的身體病情易形成血管阻塞所造成。」、「依據本案申請人 20120918 的手術記錄，主要為右側上顎內動脈的損傷，致手術流血 2000cc。一般而言，手術造成的問題均以手術併發症或風險機會來敘述，因為手術存在一定的風險不以意外來敘述。」、「主要為手術傷到動脈所引起，在口腔攣縮的病人，其解剖構造和正常人比較起來會有些許差異，其經過路徑會和正常人不同，也較容易被切斷。」、「一般而言，手術引起的傷害或併發症會是在 10%以下，當然隨著個案的疾病問題不同，風險也會跟著增加。該個案即屬於高危險群。」、「此處的意外係指”不預期常態發生的結果”」、「申請人為口腔癌第四期，放射線治療後，因此造成頸部動脈狹窄，致手術後中風，為”意外之外的結果”，其因術後伴隨中風機率为 3-6%」等語綦詳。

(四)承前顧問意見及本件相關病歷資料，可知 A 醫院 102 年 10 月 31 日診斷證明書內容所記載之「頸部手術及血管接合手術過程中造成意外」乙節，乃係申請人於接受頸部手術及血管接合手術過程中所發生的併發症，為醫療行為過程中之不預期常態發生之結果，發生機率为約在 10%以下，並因申請人體況不同而有不同手術風險，然併發症發生原因究係申請人於手術進行中傷到動脈抑或係申請人本身體況易形成頸動脈血管堵塞所致，尚無從諮委意見即可判斷得知，故申請人雖因接受頸部手術及血管接合手術發生意外，惟主力近因究竟係單純手術行為或係受手術時本身疾患所致，尚屬未定，自難遽為判斷該頸部手術及血管接合手術為致申請人殘廢直接且單獨之原因。因此，為能兼顧雙方之主張，並合理解決本案爭議，本案審酌個案情事，爰依金融消費

者保護法第 20 條第 1 項所揭示之公平合理原則，認相對人應給申請人殘廢保險金新台幣○○元，尚屬合理。

六、評議決定

相對人應給付申請人意外殘廢保險金新臺幣○○元整。

申請人其餘請求，本中心尚難為有利於申請人之認定。

七、相關法規

保險法第 131 條

傷害保險人於被保險人遭受意外傷害及其所致殘廢或死亡時，負給付保險金額之責。前項意外傷害，指非由疾病引起之外來突發事故所致者。

案例 015 意外事故認定-OPLL 頸椎後直韌帶骨化症 (103 評 0550)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

依本中心專業醫療顧問意見及現有資料，申請人之主治醫師認定「申請人因中樞神經損傷，治療迄今六個月以上，仍遺留嚴重障害，四肢乏力行動不便，僅能從事輕便工作。」、勞保局認定申請人之體況已符合勞保局失能給付標準附表第 2-4 項「中樞神經系統機能遺存顯著失能，終身僅能從事輕便工作者。」第 7 級之程度，及本中心專業顧問亦表示應可從寬認定申請人之體況符合第 1-1-4 項第 7 級之程度。惟依病歷資料所載，申請人之肌力程度仍有 4 分，申請人之肢體尚能做對抗外界阻力的運動，就此部分，尚難認已符合系爭殘廢程度，是揆諸前揭說明，申請人目前之體況是否已達系爭殘廢程度表第 1-1-4 項約定：「中樞神經系統機能 遺存顯著障害，終身祇能從事輕便工作者。」容有疑義，是本中心依金融消費者保護法第 20 條所示之公平合理原則，認相對人應給付申請人系爭殘廢保險金之○%，亦即新台幣○○元為合理。

(二)爭議險種：一年期個人責任保險附加傷害保險

(三)保單條款：系爭保險契約第 3 條

(四)關鍵字：意外傷害

二、事實經過

申請人主張 101 年 9 月 13 日發生跌倒事故致成殘廢程度表第 1-1-4 項之殘廢體況，惟相對人認為申請人於 99 年 7 月即患有 OPLL（頸椎後直韌帶骨化症），且亦不符任何殘廢體況。

三、本案爭點

申請人致殘之主要且直接原因係因 101 年 9 月 13 日之意外事故，或其本身疾病 OPLL 之惡化？申請人之體況，是否已符合系爭保險契約殘廢程度與保險金給付表第 1-1-4 項「中樞神經系統機能遺存顯著障害，終身祇能從事輕便工作者。」第 7 級之程度？

四、當事人主張

(一)申請人主張

申請人曾於 100 年 8 月 29 日爬山意外致傷，於 102 年 6 月經勞工保險局（下稱勞保局）認定符合失能給付標準附表第 2-5 項「神經系統之病變，通常無礙勞動，但由醫學上可證明局部遺存頑固神經症狀者。」第 13 等級之標準。申請人本次事故係於 101 年 9 月 13 日於廁所滑倒致病情加重，業經勞保局認定符合失能給付標準附表第 2-4 項「中樞神經系統機能遺存顯著失能，終身僅能從事輕便工作者。」第 7 級之標準，並於來函中說明表示：「台端前

次已領取第 13 等級 90 日職業傷害失能給付在案，本次再因傷病致失能程度加重」在案。

(二)相對人主張

申請人於 99 年 7 月即患有 OPLL（頸椎後直韌帶骨化症），該疾病主要表現頸椎脊髓壓迫症狀，如肢體僵硬、手指麻木、行動不便，而申請人指述之兩次意外事故，依救護及病歷摘要均顯示申請人之狀況為雙手、雙腳麻痺、無力，並無外力撞擊所致之損傷。申請人雖於病歷中主訴跌倒致頸部受橫斷性撞裂，惟此情形應當造成脊椎滑脫，並非造成申請人椎間盤突出之情形，蓋椎間盤突出應係受到垂直壓力所引起，而非受到橫斷性衝撞。且依申請人之病歷及診斷書，並無其他部分之外傷性診斷。此外，依申請人目前體況，亦難謂符合保單條款約定之殘廢等級。從而，依現有資料，實無從認定申請人係因意外成殘，故拒絕給付上開意外殘廢保險金。

五、判斷理由

(一)按系爭保險契約第 3 條約定：「被保險人於本附加險有效期間內遭受第一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致成附表所列殘廢程度之一者，本公司給付殘廢保險金，其金額按該表所列之給付比例計算。但超過一百八十日致成殘廢者，受益人若能證明被保險人之殘廢與該意外傷害事故具有因果關係者，不在此限。」、附表殘廢程度與保險金給付表（下稱系爭殘廢程度表）第 1-1-4 項約定：「中樞神經系統機能遺存顯著障害，終身祇能從事輕便工作者。」據此，倘若申請人之體況符合系爭保險契約之殘廢程度，且係因意外事故所致，則相對人應依約給付殘廢保險金。

(二)關於申請人致殘之主要且直接原因係 101 年 9 月 13 日之意外事故，其本身疾病 OPLL 之惡化？此經本中心諮詢二位專業顧問，意見分別略以：1、「申請人本身有很嚴重的頸椎狹窄，這是申請人長期就有的問題，但這個頸椎狹窄確實有可能會因輕微的外力或跌倒而導致頸椎神經之壓迫，雖然意外不是造成病人頸椎嚴重狹窄的原因，卻有可能是壓垮駱駝的最後一根稻草。」。2、「OPLL 之患者，本身就是一種呈現慢性頸椎壓迫的疾病，臨床也會有輕微頸椎壓迫的症狀，如申請人過去之手麻表現。因此申請人有這種疾病，本身頸椎就不穩定，只要有外力或創傷造成頸部過度甩動，就可以造成臨床上頸椎症狀加重的問題，故可認申請人之體況係因意外造成臨床症狀之惡化。」。3、從而，依本中心專業顧問意見，申請人雖本身罹患 OPLL，然其致殘與 101 年 9 月 13 日之意外事故尚非無因果關係。

(三)另本件申請人之體況，是否已符合系爭殘廢程度表第 1-1-4 項：「中樞神經

系統機能遺存顯著障害，終身祇能從事輕便工作者。」之程度，此經本中心諮詢二位專業顧問，意見分別略以：1、「如果保險契約殘廢給付的條件是肌肉力量在3分或以下，那申請人四肢肌肉力量都在4分，應該就不符合殘廢給付的規定。」2、「申請人之體況，若依原有頸椎退化高度狹窄之不穩定狀況，自申請人100年8月29日開完刀後，可從寬認定符合第1-1-4項第7級之程度。若就單純肌力4分從嚴認定則未達標準。但基本上100年8月與101年9月兩次體況是相同的。」。

(四)從而，依本中心專業醫療顧問意見及現有資料，申請人之主治醫師認定「申請人因中樞神經損傷，治療迄今六個月以上，仍遺留嚴重障害，四肢乏力行動不便，僅能從事輕便工作。」、勞保局認定申請人之體況已符合勞保局失能給付標準附表第2-4項「中樞神經系統機能遺存顯著失能，終身僅能從事輕便工作者。」第7級之程度，及本中心專業顧問亦表示應可從寬認定申請人之體況符合第1-1-4項第7級之程度。惟依病歷資料所載，申請人之肌力程度仍有4分，申請人之肢體尚能做對抗外界阻力的運動，就此部分，尚難認已符合系爭殘廢程度，是揆諸前揭說明，申請人目前之體況是否已達系爭殘廢程度表第1-1-4項約定：「中樞神經系統機能遺存顯著障害，終身祇能從事輕便工作者。」容有疑義，是本中心依金融消費者保護法第20條所示之公平合理原則，認相對人應給付申請人系爭殘廢保險金之○%，亦即新台幣○○元為合理。

六、評議決定

相對人應給付申請人殘廢保險金新臺幣○○元整。

申請人其餘請求，本中心尚難為有利於申請人之認定。

七、相關法規

無。

案例 016 意外事故認定-手指機能障礙 (103 評 629)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

經本中心諮詢專業顧問意見，略以：依據相關病歷資料之記載，申請人目前體況，與 97 年 10 月 23 日之意外事故，具有因果關係。另依 A 醫院 97 年 10 月 23 日急診病歷紀錄及手術紀錄之記載，申請人因為遭鐵物砸傷，導致右手食指、中指、無名指之近端指節開放性骨折，經手術復位及鋼釘固定，這類傷害常會遺存手指關節活動障害。再依佑民醫院 103 年 3 月 25 日之手部 X 光片所示，申請人三支手指之近端指節骨折雖已癒合，但指骨均有錯位畸形現象。該三指之中位指關節(metacarpal-phalangeal joint, MCP joint)和近位指關節(proximal phalangeal joint, PIP joint)之關節間隙雖正常，但這些關節之活動仍可能因為指骨畸形而受到影響。復依 102 年 10 月 11 日拍攝之手部照片所示，申請人之右手食指及中指之 PIP 關節明顯可見往尺側偏移且關節膨大。末依訪視所攝但未標日期之照片，申請人之右手雖可握拳，但張開時食指之 MCP 和 PIP，以及中指之 PIP 均未完全伸直，照片上可見之食指 MCP 活動範圍約 40 度(15-55 度)，食指 PIP 約 45 度(25-70)，中指 PIP 活動範圍約 35 度(45-80)。因拍攝角度關係，無法看到無名指。雖然上述從照片推算之手指活動度未必是真正的關節活動度(因手指可能沒有完全伸展及屈握)，但配合最初傷害情形、目前骨折畸形狀態，以及 X 光之變化，申請人之食指、中指、無名指，在 MCP 或 PIP 中極有可能至少有一關節之活動度喪失 1/2 以上，達到手指機能之程度，故申請人之體況符合第 8-4-7 項之殘廢等級。

(二)爭議險種：團體傷害保險

(三)參考條文：無

(四)保單條款：系爭團體傷害保險第 5 條、第 7 條

(五)關鍵字：團體保險、意外傷害

二、事實經過

申請人於 97 年 10 月 23 日發生意外事故，嗣於 102 年 12 月 4 日檢具相關資料證明向相對人申請殘廢保險金理賠，遭相對人以申請人之體傷與 97 年 10 月 23 日之意外無因果關係，且申請人之殘廢等級亦與團體傷害保險之殘廢等級不符，爰拒絕理賠。

三、本案爭點

依本件主治醫師醫囑、申請人之體況及相關病歷資料記載，申請人之體傷與 97 年 10 月 23 日意外事故有無因果關係？承前，如申請人之體傷與 97 年 10 月 23 日意外事故具因果關係，則依本件主治醫師醫囑、診斷證明書及病歷等相關資料，申請人之體況是否符合系爭保險契約「殘廢程度與保險金給付

表」第 8-4-7 項之殘廢等級或任一殘廢等級？

四、當事人主張

(一)申請人主張

申請人於 97 年 10 月 23 日工作中發生意外，致使右手第二、三、四指開放性骨折，經治療、復健後仍無法復原，症狀固定，檢附診斷書向相對人申請系爭保險契約之殘廢理賠，但遭相對人拒賠。申請人因工作因素針對病情均就近以民俗療法治療，且在發現狀況不妥時，再次到醫院看診復健，但療程並無進展，醫師告知申請人右手指第二、三、四、五節已明顯僵直畸形難回復關節活動明顯受限了，但相對人卻僅以訪視影像結果斷定申請人右手指為暫時性關節活動受限。且訪視照片中申請人的右手是握還是捏，相對人與其他同業保險公司之判讀就不一致。

(二)相對人主張

依系爭保險契約之保單條款「殘廢程度與保險金給付表」第 8-4-7 項「一手拇指或食指及其他任何手指，共有三指以上永久喪失機能者者」，另條款註 10-1 第 2 項「在其他各指，中手指節關節，或近位指節間關節，喪失生理運動範圍二分之一以上者」，合先敘明。查申請人檢附之「B 醫院」就醫檢查右手第二、三、四、五指手指部位影像資料且經醫詢專業顧問醫師意見，可知申請人骨折部位癒合尚稱良好，關節面並未有嚴重受損，然右手第二、三、四、五指手指關節活動受限的情形，尚難因骨折之問題獲得支持，次依訪視報告影像，申請人右手第二、三、四、五指手指關節活動狀況可握拳，右手食指近位指節間關節活動約為 75 度大於 $1/2$ ，可知申請人請求之患部，並未喪失生理運動範圍二分之一以上之情形，故依前揭保單條款之規定，實難謂符合該項殘廢等級。按相關就醫紀錄得知扣除住院期間之治療，於 97 年間僅在 A 醫院存有五次門診紀錄，其後於 100 年 5 月在 B 醫院方有門診紀錄，距離事故發生日已超過 180 天，依此，申請人並未提出資料證明右手手指活動受限與其 97 年之事故有因果關係。

五、判斷理由

(一)按系爭團體傷害保險第 5 條【承保範圍】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，係指非由疾病引起之外來突發事故。」、第 7 條【殘廢保險金的給付】第 1 項約定：「被保險人於本契約有效期間內遭受第五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致成附表所列殘廢程度之一者，本公司給付殘廢保險金，其金額按該表所列之給付比例計算之。但超過一百八十日致成殘廢

者，受益人若能證明被保險人之殘廢與該意外傷害事故具有因果關係者，不在此限。」再按，系爭團體傷害保險契約條款附表「殘廢程度與保險金給付表」項目 8-4-7 載明「一手拇指或食指及其他任何手指，共有三指以上永久喪失機能者。」殘廢等級 10，給付比例 10%。同表註 10 記載：「10-1『手指永久喪失機能』係指：(1) 在拇指，中手指節關節或指節間關節，喪失生理運動範圍二分之一以上者。(2) 在其他各指，中手指節關節，或近位指節間關節，喪失生理運動範圍二分之一以上者。(3) 拇指或其他各指之末節切斷達二分之一以上者。」是依前揭系爭保險契約約定內容，需申請人係因遭遇外來突發意外傷害事故，而其身體之殘廢與該外來突發之意外傷害事故間具有因果關係，且符合約定之殘廢程度時，相對人始負給付殘廢保險金之責。準此，申請人於 97 年 10 月 23 日工作中發生意外，係遇外來突發傷害事故，符合「意外」之要件，應屬無疑。

- (二)就殘廢程度爭點，經本中心諮詢專業顧問意見，略以：依據相關病歷資料之記載，申請人目前體況，與 97 年 10 月 23 日之意外事故，具有因果關係。另依 A 醫院 97 年 10 月 23 日急診病歷紀錄及手術紀錄之記載，申請人因為遭鐵物砸傷，導致右手食指、中指、無名指之近端指節開放性骨折，經手術復位及鋼釘固定，這類傷害常會遺存手指關節活動障害。再依 B 醫院 103 年 3 月 25 日之手部 X 光片所示，申請人三支手指之近端指節骨折雖已癒合，但指骨均有錯位畸形現象。該三指之中位指關節 (metacarpal-phalangeal joint, MCP joint) 和近位指關節 (proximal phalangeal joint, PIP joint) 之關節間隙雖正常，但這些關節之活動仍可能因為指骨畸形而受到影響。復依 102 年 10 月 11 日拍攝之手部照片所示，申請人之右手食指及中指之 PIP 關節明顯可見往尺側偏移且關節膨大。末依訪視所攝但未標日期之照片，申請人之右手雖可握拳，但張開時食指之 MCP 和 PIP，以及中指之 PIP 均未完全伸直，照片上可見之食指 MCP 活動範圍約 40 度 (15-55 度)，食指 PIP 約 45 度 (25-70)，中指 PIP 活動範圍約 35 度 (45-80)。因拍攝角度關係，無法看到無名指。雖然上述從照片推算之手指活動度未必是真正的關節活動度 (因手指可能沒有完全伸展及屈握)，但配合最初傷害情形、目前骨折畸形狀態，以及 X 光之變化，申請人之食指、中指、無名指，在 MCP 或 PIP 中極有可能至少有一關節之活動度喪失 1/2 以上，達到手指機能之程度，故申請人之體況符合第 8-4-7 項之殘廢等級。

六、評議決定

相對人應給付申請人新台幣○○元整。

七、相關法規

無

案例 017 保前疾病-頸椎椎間盤突出（102 評 1945）

一、案例摘要

（一）評議要旨：

申請人 102 年 5 月 14 日至同年 18 日因「第 5 至 6 節頸椎椎間盤突出」等症住院接受治療，並進行椎間盤切除併椎體融合手術。據醫療顧問意見可知，申請人於 94 年 10 月至 100 年 4 月期間雖有在復健科因不明背痛、頸部疼痛等症就診，然其發生原因多元，當時申請人既未進一步再做相關檢查，自難僅憑 A 醫院復健科病歷記錄即據為推斷申請人所患「第 5 至 6 節頸椎椎間盤突出」病症為投保前因椎關節退化性病變所造成之既往症，兩者間應不具同一性。是相對人即應依約給付住院醫療及手術保險金。

（二）爭議險種：醫療健康保險附約

（三）參考條文：保險法第 127 條

（四）關鍵字：保前疾病、既往症

二、事實經過

申請人於 100 年 4 月 13 日投保相對人○○壽險契約，並附加○○終身醫療健康保險附約（20 年期）、○○住院醫療健康保險附約、○○傷害保險附約、實支實付傷害醫療保險金附加條款。嗣申請人因頸椎椎間盤突出病變，而於 101 年 8 月 28 日至 102 年 4 月間因密集復健不能奏效，並經轉診至神經外科為放射及斷層掃描等儀器檢查後，始確診為第五、六節椎間盤突出。嗣申請人於 B 醫院開刀治療，出院後，經檢附相關診斷證明書及文件向相對人申請理賠，相對人以申請人從 94 年 10 月至 100 年 4 月投保前，曾於 A 醫院共計四次在復健科就診為由，拒絕理賠。申請人不服，爰申請評議。

三、本案爭點

申請人「第 5 至 6 節頸椎椎間盤突出」是否為投保時已罹患之既往疾病？

四、當事人主張

（一）申請人主張

申請人從 94 年 10 月至 100 年 4 月投保前，雖曾於 A 醫院共計四次在復健科就診，然申請人當時診斷並未有任何儀器進行病理檢查，僅係醫師依據申請人敘述所作推論，況該肩頸酸痛發生原因多元，申請人於復健後均能獲得緩解，二者間並沒有必然的因果關係，相對人以保前疾病拒賠，顯非有據。

（二）相對人主張

申請人於投保前即於 94 年 10 月 5 日因「頸椎關節退化，未伴有脊髓病變。頸椎椎間盤位移，未伴有脊髓病變。」、99 年 11 月 30 日及 12 月 7 日因「肢

體疼痛、不明背痛、頸椎痛」及投保後於 102 年 3 月 14 日因「無脊髓型頸椎椎間盤位移」、102 年 4 月 17 日及 4 月 24 日因「頸部疼痛、左上肢麻」就診，是申請人本次申請疾病與上開歷次就診間具有因果關係，實屬投保前之既往症，相對人依約無保險給付之責。另申請人本次事故經 B 醫院診斷病名為「第 5 至 6 節頸椎椎間盤突出」病症，而申請人前開疾患並非外傷所致，且應為頸椎關節退化性病變所造成的神經症狀。又經相對人顧問醫師專業評估後，仍認為本次事故為 94 年 10 月 5 日、99 年 11 月 30 日及 99 年 12 月 7 日之頸椎關節退化、頸椎痛疾病之延續。故前述疾確屬系爭保單生效前所罹患，相對人不負保險給付責任。

五、判斷理由

- (一)按「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。」，保險法第 127 條定有明文。觀其立法理由為：健康保險關係國民健康，社會安全，增訂本條條文，規定被保險人罹患疾病或已值妊娠時，仍可訂健康保險契約，以宏實效，惟保險人對於是項疾病或分娩不負給付保險金額責任，以免加重全部被保險人對於保險費之負擔。而所謂「被保險人已在疾病中」，則係指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，倘被保險人未悉自己罹病，保險人尚不得依據上開規定免責（最高法院 95 年度台上字第 359 號、90 年度台上字第 89 號裁定意旨可資參照）。
- (二)經查，申請人 102 年 5 月 14 日至同年月 18 日因「第 5 至 6 節頸椎椎間盤突出」等症住院接受治療，並進行椎間盤切除併椎體融合手術，業據申請人提出診斷證明書及出院病歷摘要等件附卷為佐，並為相對人所不爭執，堪信為真實。而就前揭爭點即「第 5 至 6 節頸椎椎間盤突出」之病症，是否為投保前已罹患之既往症乙情，此經諮詢本中心專業顧問意見，略以：「根據 94 年 10 月至 100 年 4 月 A 醫院復健科病歷記錄，既無神經學檢查顯示申請人有頸椎第五、六節神經根病變，也無影像學檢查可證明申請人有頸椎第五、六節椎間盤突出，所以無法推論彼此有因果關係，或為同一事件。」、「申請人於 94 年 10 月至 100 年 4 月於復健科就診，係因不明背痛、頸部疼痛等情，而其發生原因多元，且申請人復無為相關檢查，所以無法單就申請人於復健科病歷，以為推斷申請人當時即有頸椎第 5、6 節神經根病變或椎間盤突出之問題。」等情綦詳。又本中心承辦人員復於 102 年 12 月 23 日向申請人聯繫，經申請人代理人明確表示：「沒有，完全沒有其他檢測。當時醫師也說沒有必要」等語。職是，可知申請人於 94 年 10 月至 100 年 4 月期間雖有在復健科因不明背痛、頸部疼痛等症就診，然其發生原因多元，當時

申請人既未進一步再做相關檢查，自難僅憑 A 醫院復健科病歷記錄即據為推斷申請人所患「第 5 至 6 節頸椎椎間盤突出」病症為投保前因椎關節退化性病變所造成之既往症，兩者間應不具同一性。況本件相對人就其所陳稱申請人所患疾病與前開 94 年 10 月至 100 年 4 月期間之頸椎關節退化、頸椎痛疾病具有因果關係之主張，並未具體提出相關佐證供參，故本中心實難認定申請人「第 5 至 6 節頸椎椎間盤突出」為投保時已罹患之既往疾病。

- (三)次按，「本附約所稱『疾病』係指被保險人於本附約生效日起持續有效三十日以後或復效日起所發生之疾病。」、「被保險人於本附約有效期間內因第二條約定之疾病或傷害而接受手術、住院診療時，本公司依本附約約定給付保險金。」，○○終身醫療健康保險附約（20 年期）第 2 條及第 4 條、○○住院醫療健康保險附約第 2 條及第 4 條均有明文約定。準此，如被保險人之疾病係於投保後第 31 日或復效日起所發生，而接受手術、住院診療時，相對人即應給付負保險金之責。而查，申請人所患「第 5 至 6 節頸椎椎間盤突出」非為投保時已罹患之既往疾病，已如前述，則依前揭系爭保險附約相關約定，相對人即應依約給付住院醫療及手術保險金。又依本中心 102 年 12 月 11 日調處筆錄之記載，相對人陳述依病歷所載內容，經計算各項保險金後，其應給付之保險金額○○元，此復為申請人並不爭執（此有本中心 102 年 11 月 12 日調處筆錄附卷可稽），故相對人依系爭保險附約所應給付之住院醫療及手術保險金，合計為○○元，堪予認定。

六、評議決定

相對人應給付申請人○○○元整。

申請人其餘請求，本中心尚難為有利於申請人之認定。

七、相關法規

(一)保險法第 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。

(二)保險法第 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。

案例 018 保前疾病-雙極性情感異常 (102 評 2022)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

申請人因「雙極性情感異常，混合型，重度未提及精神病性行為」於 102 年 7 月 22 日入院治療，嗣於 102 年 8 月 5 日出院。因申請人投保前所罹患「心理生理功能障礙、高血壓、頭痛、憂鬱性疾患與精神官能症」和本次事故非屬同一疾病，是申請人依約請求相對人給付住院醫療保險金，即屬有據。

(二)爭議險種：醫療限額給付保險附約

(三)參考條文：保險法第 127 條

(四)關鍵字：保前疾病、既往症

二、事實經過

申請人以自身為要保人暨被保險人於 91 年 12 月 31 日投保相對人第○○號保險契約並附加「○○醫療限額給付保險附約」(下稱系爭保險附約)。申請人於 102 年 7 月 22 日至同年 8 月 5 日因「雙極性情感異常，混合型，重度未提及精神病性行為」赴 A 醫院住院接受治療。出院後檢附相關文件向相對人申請理賠，相對人以申請人於投保前已有精神疾病之既往症病史為由，拒絕理賠，爰申請評議。

三、本案爭點

申請人於 102 年 7 月 22 日至同年 8 月 5 日因「雙極性情感異常，混合型，重度未提及精神病性行為」住院治療之精神疾病，與 89 年 4 月 11 日至同年 9 月 9 日間因「心理生理功能障礙、高血壓、頭痛、憂鬱性疾患與精神官能症」治療之精神疾病是否為同一疾病？

四、當事人主張

(一)申請人主張

申請人因「雙極性情感異常，混合型，重度未提及精神病性行為」於 102 年 7 月 22 日因上述疾病入院治療，102 年 8 月 5 日出院，相對人就上開住院期間應依約給付住院醫療保險金。

(二)相對人主張

申請人因相對人未依其所請給付其於 101 年 9 月 4 日至同年 11 月 14 日因「其他特定之情感性精神病」赴 B 醫院日間病房接受治療之住院醫療保險金而提出評議申請，且經本中心於 102 年 5 月 14 日以金評議字第○○○○號書函檢送評議書，說明申請人之請求為無理由，應予駁回，其遂於 102 年 6 月 3

日向臺灣○○地方法院提起民事訴訟，經該院函調申請人就醫相關醫療院所病歷資料，發現申請人於投保系爭保險附約前（89年4月11日至同年9月9日）多次因「心理生理功能障礙、高血壓、頭痛、憂鬱性疾患與精神官能症」赴C專科診所就醫治療（下稱系爭治療），現申請人因相對人未依其所請給付其於102年7月22日至同年8月5日因「雙極性情感異常，混合型，重度未提及精神病性行為」（下稱系爭事故）赴A醫院住院接受治療住院醫療保險金，再向本中心提出評議申請，合先敘明。申請人投保前即有精神疾病之既往病史，然違反告知，帶病投保，且系爭事故屬投保前疾病，自與系爭保險附約約定之「疾病」定義不合，相對人並無給付之責。按保險契約訂立時，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，保險法第127條定有明文。又依系爭保險附約保險單條款第2條第5項約定：「本附約所稱『疾病』係指被保險人自本附約生效日（或復效日）起所發生之疾病。」，可見雙方透過保險契約之約定，明示排除被保險人於契約生效日前所發生之疾病屬保險人承保之保險事故。經查，依系爭治療病歷所載，申請人於89年4月11日至同年9月9日多次因「心理生理功能障礙、高血壓、頭痛、憂鬱性疾患與精神官能症」就醫，而申請人係於91年12月31日投保，顯見申請人投保前已有精神疾病之既往症病史，然違反相對人書面詢問，影響相對人風險評估，已有違保險契約最大誠信原則。又關於精神疾病之治療方式，依現在醫學進行之生理性治療（藥物治療、物理治療），及心理性治療，在臨床實驗上均僅有「緩解」、協助病患回歸社會生活，而不足以達到完全康復與持久的緩解（詳參情感性疾病手冊－診斷與治療），外國精神科學者如耶魯大學神經學教授 Tyrone D. Cannon、錫安山醫學院神經學教授 Eric Nestler 等更直言：目前尚不存在「治癒」憂鬱的方式。是故，情感性疾病並無法完全治癒，而須作好自我控管、避免內在及外來刺激致精神疾病復發。又申請人因系爭事故就診病名與其於89年間就診病名雖有不同，然此係精神疾病之診斷，同一病症在不同時間臨床表現不一致所致（詳胡海國教授之說明），尚不能因病名不同，遽認兩者並無因果關係。

五、判斷理由

- （一）按「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。」為保險法第127條所明定，又該條立法理由謂：「健康保險關係國民健康，社會安全，增訂本條條文，規定被保險人罹患疾病或已值妊娠時，仍可訂健康保險契約，以宏實效，惟保險人對是項疾病或分娩不負給付保險金額責任，以免加重全部被保險人對於保

險費之負擔」。

(二)次按系爭保險附約保險單條款第2條第8項約定：「本附約所稱『疾病』係指被保險人自本附約生效日（或復效日）起所發生之疾病。」。又保險為最大善意及最大誠信之射倖性契約，保險契約之當事人皆應本諸善意與誠信之原則締結保險契約，始能免流於純粹賭博性，並避免肇致道德危險，（最高法院85年度台上字第1685號判決參照）。準此，前揭系爭保險契約條款關於「經醫師診斷有住院之必要性」之意義，解釋上，自不應僅以實際治療之醫師認定「有住院必要性」即屬符合前揭系爭保險契約條款之約定，而應認以具有相同專業醫師於相同情形通常會診斷具有住院之必要性者，始屬之，以符合保險為最大善意及最大誠信契約之契約本旨（台灣台北地方法院99年度保險字第6號判決意旨參照）。

(三)就前揭爭點，經諮詢本中心專業顧問意見，略以：

1. 依89年4月11日至89年9月9日C專科診所病歷記錄所見，申請人因失眠、焦慮、憂鬱就診，診斷為「心理生理功能障礙、高血壓、頭痛、憂鬱性疾患與精神官能症」，所給予藥物為抗焦慮劑、抗憂鬱劑、安眠藥。
2. 依102年7月22日至同年8月5日A醫院住院病歷記錄所見，申請人因情緒低落、易怒、失眠、自殺意念住院，診斷為「雙極性情感異常，混合型，重度未提及精神病性行為」，住院治療內容則有情緒穩定劑、抗憂鬱劑、抗精神病劑、安眠藥、心理治療等。
3. 「心理生理功能障礙、憂鬱性疾患與精神官能症」ICD-9-CM碼（國際疾病碼）為3069，「雙極性情感異常」ICD-9-CM碼（國際疾病碼）為296，一為精神官能症(Neurosis)、一為精神病(Psychosis)範疇，並非同一疾病。目前在精神醫學界認為精神官能性憂鬱症和雙極性情感異常之憂鬱發作是不同的兩個疾病，有精神官能性憂鬱症的人並不一定會演變成雙極性情感異常之憂鬱發作；雙極性情感異常之憂鬱發作的病人更不一定要先得到精神官能性憂鬱症不可。
4. 故申請人91年投保前所罹患疾病和102年4月住院之雙極性情感異常非屬同一疾病。除非保險公司可以拿到申請人91年投保前罹患「雙極性情感異常」之病歷證明，否則本次住院應非屬投保前疾病。

(四)從而，依據相關卷證資料及前開專業顧問意見，申請人投保前所罹患疾病和本次事故非屬同一疾病，是申請人之請求，即屬有據。

六、評議決定

相對人應給付申請人○○○○元整。

七、相關法規

(一)保險法第 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。

(二)保險法第 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。

保單停復效

案例 019 保單停復效—保單效力 (103 評 0219)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

系爭保單要保書所載要保人之居所地址，另有於「○○路」下方另以括號記載「○○前商場」字樣，然依○○市道路命名及門牌編釘自治條例相關規定，○○市辦理道路名牌之設置事宜，係為利民眾辨識○○市道路位置及地址，本件系爭保單固然以括號記載「○○前商場」字樣，此仍非○○市道路及門牌之正式地籍編名。然而，系爭保單要保書既已明確填載「○○市○○區○○路（○○前商場）○○號」等情，應可推論要保人係以○○前商場○○號攤位為主要寄達地址，縱非正式地籍門牌編號，仍應係屬當時招攬業務員應提醒要保人之事由，系爭保單日後因而未能實際送達，難謂非相對人所推諉之情事，是依中華民國郵政國內大宗掛號包裹存根之記載，相對人既僅向「○○市○○區○○路○○號」為送達，難認已生實際送達申請人可得支配範圍並生保費催告之效力。

(二)爭議險種：終身壽險

(三)參考條文：保險法第 116 條、民法第 95 條

(四)關鍵字：催告通知、送達

二、事實經過

(一)申請人於○○年○○月○○日以自己為要、被保險人向相對人所概括承受之○○人壽投保系爭保單（保單號碼：○○○○○），約定年繳保險費為○○萬○○元、繳費年期為○○年、保險金額○○萬元，且已於系爭保單要保書勾選同意自動墊繳。

(二)申請人就系爭保單係於○○年○○月間填具保險費媒體轉帳付款授權書申請將繳費方式變更為郵局自動轉帳，並自○○年○○月應繳保費日起，經多次向申請人授權帳戶扣款均因存款不足未能成功收取保險費後，系爭保單依約進入墊繳，復因系爭保單價值準備金餘額不足墊繳，於○○年○○月○○日以掛號郵件寄發催告通知（招領逾期退回），逾寬限期間申請人仍未交付保險費，系爭保單已於○○年○○月○○日停效，經過○○年後申請人未申請復效，而於○○年○○月○○日失效。

三、本案爭點

系爭保單是否已於○○年○○月○○日停效？申請人請求恢復系爭保單效力，有無依據？

四、當事人主張

(一)申請人主張

申請人於○○年○○月○○日以自己為要、被保險人向相對人所概括承受之○○人壽投保「至尊保本終身保險暨重大疾病保險附約」保單（保單號碼：○○○○，下稱系爭保單），約定年繳保險金額為○○幣（下同）○○萬○○元、繳費年期為○○年、保險金額○○萬元。嗣系爭保單於○○年間因扣款失敗而失效，然申請人就系爭保單之扣款帳戶為薪資轉帳戶，通訊地址及電話從未變更，且於同時間及同帳戶尚有其他○○張保單（均為○○人壽）亦係使用前揭扣款帳戶為正常扣款狀態；遑論，系爭保單自扣款失敗，而轉換成自動墊繳後，迄至無法墊繳而致失效時，申請人從未接受任何催繳保費催告及電話通知繳費，顯見相對人之作業程度，並未按系爭保單所載「○○市○○路（○○前商場）○○號」進行催告，相對人之通知及送達有重大瑕疵，自應恢復系爭保單之效力。為此，爰於○○年○○月○○日依法提出評議申請，請求相對人同意系爭保單復效。

(二)相對人主張

1. 申請人就系爭保單係於○○年○○月間填具保險費媒體轉帳付款授權書向○○人壽申請將繳費方式由派員收費變更為郵局自動轉帳，惟申請人自○○年○○月應繳保費日起，業經○○人壽向申請人授權帳戶扣款○○次（○○年○○月○○日、○○月○○日、○○月○○日及○○月○○日），均因存款不足未能成功收取保險費，○○人壽即於○○年○○月間、○○年○○月間、○○年○○月間、○○年○○月間多次以掛號郵件通知申請人系爭保單依約進入墊繳，復因系爭保單價值準備金餘額不足墊繳，於○○年○○月○○日以掛號郵件寄發催告通知（招領逾期退回），嗣逾寬限期間申請人仍未交付保險費，系爭保單已於○○年○○月○○日停效，經過○○年後申請人未申請復效，而於○○年○○月○○日失效。故○○人壽於○○年間至○○年間多次以掛號郵件通知申請人系爭保單已進入墊繳狀態，未經申請人依約繳納保險費，是申請人是否有持續繳納保險費使系爭保單繼續有效之意，已非無疑。
2. 又系爭保單並無地址變更紀錄，經詢申請人確認要保書上所載居所「○○市○○區○○路○○號（○○前商場）」（即○○○○），原係申請人配偶○○○之工作處所，應可收受領相關郵件。故○○人壽於○○年至○○年間既多次以相關催告文件通知申請人系爭保單已進入墊繳狀態，縱因招領逾期退回，然該催告文件既已依法達到申請人之支配範圍，業生催告效力。
3. 再者，申請人另有於○○年○○月○○日以本人為要、被保險人向○○人壽投保「幸福終身保險暨附加定期保險特約」保單（保單號碼○○○○），該

保單自○○年起即有多次向○○人壽申請保險事故理賠紀錄，且於○○年間曾辦理附約續保、職業變更等事項，並於○○年○○月間領取生存保險金○○萬元。依常理推論，申請人應對其相關保險保障需求相當留意，然申請人既未持續交付系爭保單保險費亦未於停效○○年內申請復效，且系爭保單停、失效迄今已逾○○年，申請人未曾提出異議，亦徵系爭保單要保人並無使其繼續有效之意。

4. 此外，申請人於○○年○○月間與系爭保單同時變更為郵局自動轉帳之其餘四張非爭保單之應繳費日與系爭保單均有不同，系爭保單應繳費日為○○月○○日，而保單○○○○應繳費日為○○月○○日、保單○○○○應繳費日為○○月○○日、保單○○○○應繳費日為○○月○○、保單○○○○應繳費日為○○月○○日，保險費扣款日既有不同，雖申請人無法提供系爭保單○○年○○月至○○月之郵局帳戶明細，然相對人依○○人壽扣款紀錄顯示，該金融機構帳戶於系爭保單多次扣款時存款均確為不足，則依目前事證相對人自難恢復系爭保單效力。

五、判斷理由

- (一)按「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30日仍不交付者，保險契約之效力停止。」，保險法第116條定有明文。次按，「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；月繳或季繳者，自保險單所載交付日期之翌日起三十日為寬限期。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，其寬限期依前項規定處理。逾寬限期仍未交付者，本契約自寬限期終了翌日起停止效力。…。」、「要保人得於要保書或繳費寬限期終了前以書面聲明，第二期以後的分期保險費於超過寬限期仍未交付者，本公司應以本契約當時的保單價值準備金(如有保單借款者，以扣除其借款本息後的餘額)，自動墊繳其應繳的保險費及利息，使本契約繼續有效，…。保單價值準備金之餘額不足墊繳一日的保險費且經催告到達後屆三十日仍不交付時，保險契約之效力停止」，系爭保單第4條、第5條分別約有明文。
- (二)又依民法第95條第1項規定：「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。」，而上開條文所謂達到，係僅使相對人已居可了解之地位即為已足，並非須使相對人取得占有，故通知已送達於相對人

之住所或營業所者，即為達到，不必交付相對人本人或其代理人，亦不問相對人之閱讀與否，該通知即可發生為意思表示之效力，是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，即屬達到（臺灣高等法院 99 年度保險上易字第 16 號民事判決參照）。

(三)本件申請人主張相對人未依系爭保單要保書所載居所住址「○○市○○區○○路（○○前商場）○○號」進行保費催繳及自動墊繳催告，致系爭保單停效、失效，相對人顯然未善盡其告知及催告義務，即應同意申請人補繳保險費差額後恢復系爭保單效力等語。惟此為相對人所否認，並陳稱系爭保單並無地址變更紀錄，相對人既按要保書上所載居所「○○市○○區○○路○○號（○○前商場）」為送達，應為已達到而發生催告效力，系爭保單既經催告，逾寬限期間要保人仍未交付保險費，且於停效後經過○○年未申請復效，系爭保單應已失效無誤等情。準此，本件首應究者厥為：系爭保單是否已於○○年○○月○○日停效？申請人請求恢復系爭保單效力，有無依據？分述如下：

(四)經查，申請人於○○年○○月○○日以自己為要、被保險人投保系爭保單（保單號碼：○○○○），並於○○年○○月○○日申請就系爭保單變更為郵局自動轉帳，且自○○年○○月應繳保費日起多次因存款不足未能成功收取保險費（轉帳日期分別為：○○年○○月○○日、○○年○○月○○日、○○年○○月○○日、○○年○○月○○日），系爭保單即進入自動墊繳，復再因系爭保單價值準備金餘額不足墊繳系爭保單之保險費，相對人另於○○年○○月○○日掛號寄發催告，惟逾寬限期間仍未獲申請人交付保險費，系爭保單因而於○○年○○月○○日停效等情，此除有相對人提出人壽保險要保書、保險費媒體轉帳付款授權書、系爭保單○○年間扣款之電腦紀錄、及中華民國郵政國內大宗掛號包裹存根在卷可稽外，亦有申請人於○○年○○月○○日所提保單效力爭議補充說明函內明確表示對於前開事實不予爭議，足堪信為真實。惟經觀諸系爭保單要保書所載要保人之居所地址，另有於「○○路」下方另以括號記載「○○前商場」字樣，然依○○市道路命名及門牌編釘自治條例相關規定，○○市辦理道路名牌之設置事宜，係為利民眾辨識○○市道路位置及地址，本件系爭保單固然以括號記載「○○前商場」字樣，此仍非○○市道路及門牌之正式地籍編名。然而，系爭保單要保書既已明確填載「○○市○○區○○路（○○前商場）○○號」等情，應可推論要保人係以○○前商場○○號攤位為主要寄達地址，縱非正式地籍門牌編號，仍應係屬當時招攬業務員應提醒要保人之事由，系爭保單日後因而未能實際送達，難謂非相對人所推諉之情事，是依前揭中華民國郵政國內大宗掛號包裹

存根之記載，相對人既僅向「○○市○○區○○路○○號」為送達，難認已生實際送達申請人可得支配範圍並生保費催告之效力，是揆諸前揭條文規定，系爭保單顯然不生停效情形。相對人辯稱系爭保單已因停效後經過兩年而失效，自非有據。

六、評議決定

相對人應同意申請人補繳差額保險費後，恢復○○○終身保險暨重大疾病保險附約（保單號碼：○○○○）之保險契約效力。

七、相關法規

（一）民法第 95 條第 1 項

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。

（二）保險法第 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。

案例 020 保單停復效—保險事故於停效期發生（103 評 0408）

一、案例摘要

（一）評議要旨：

本案系爭保費之收取係屬往取債務，依往取債務之性質而言，相對人就有派員收取保費乙事因無法舉證證明，則要保人就保險費繳納即未陷於給付遲延，自無後續相對人所指要保人經催告後逾寬限期未繳納保費之情事，故系爭保險契約並未因相對人未派員至申請人住所收取保費而停止效力。又系爭保險契約效力既未停止，則依系爭保險契約條款第 9 條「被保險人於本契約有效期間內身故時，本公司按保險金額給付身故保險金。」約定，自負有給付身故保險金之責。

（二）爭議險種：終身壽險

（三）參考條文：民法第 153 條、民事訴訟法第 277 條

（四）關鍵字：給付遲延、保險事故發生

二、事實經過

（一）要保人甲君於 78 年 8 月 31 日以自己為被保險人向相對人投保○○終身壽險（保險契約號碼：○○○○○○，保額○○萬元，繳費年期 10 年），嗣於 80 年 8 月 14 日向相對人申請進行保險契約轉換即本案系爭○○終身壽險（保額○○萬元，繳別：年繳）。

（二）86 年 8 月 29 日要保人甲君向相對人申請變更要保人為乙君，嗣於 90 年 6 月 28 日要保人乙君將被保險人甲君身故時之受益人變更為丙君、丁君及戊君。被保險人甲君於 102 年間身故。

（三）乙君於 86 年 12 月 5 日向相對人申請系爭保險契約借款，後因未繳交保險費，相對人於 87 年 11 月 1 日自動墊繳應繳之保險費及利息，後因保險契約價值準備金不足墊繳保險費，相對人於 100 年 9 月 8 日按要保書所載地址寄發催繳通知，惟乙君仍未於寬限期間內還款，系爭保險契約遂於 100 年 10 月 13 日停止效力。

三、本案爭點

（一）本案系爭保險契約第二期以後保險費之繳納方式為「申請人依契約所載之交付方法及日期向相對人所在地或指定地點交付」或「由相對人派員前往收取」？

（二）要保人就第 10 期年繳保險費有無陷於給付遲延？

四、當事人主張

（一）申請人主張

系爭保險契約係為 10 年期保險契約（繳費期間自 78 年 8 月 31 日至 87 年 8

月 31 日止)，83 年 9 月 15 日門牌整編，但 83 年到 87 年保費相對人均到府通知收取保費，未曾遺漏，為何 100 年 9 月 8 日僅有催繳通知，信件退信即無下文？

(二)相對人主張

1. 按系爭○○終身壽險（保險契約號碼：○○○○○○○○）第 4 款約定：「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……本公司於知悉未能依此項約定受領保費時，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……」；第 5 條約定：「……第二期以後的分期保險費於超過寬限期間仍未交付者，本公司應以本契約當時的保險契約價值準備金（如有保險單借款者，以扣除其借款本息後的餘額自動墊繳其應繳的保險費及利息，使本契約繼續有效）……」；第 25 條約定：「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。」
2. 查乙君於 86 年 12 月 5 日以本險為質向本公司申請保險契約借款（累計借款總額○○○元），且因未繳交第 10 期年繳保險費（應繳日 87 年 8 月 31 日），本公司依前述條款於 87 年 11 月 1 日自動墊繳應繳之保險費及利息，另本險自前述借款及保險費自動墊繳後並無繳息還款紀錄。後因保險契約價值準備金不足墊繳保險費，本公司於 100 年 9 月 8 日按要保書所載地址寄發催繳通知，惟乙君仍未於寬限期間內還款，本險遂於 100 年 10 月 13 日停止效力。嗣甲君於 102 年 12 月間身故，惟因前述事故係為本險停效期間發生，故本公司自不付給付保險金之責。

五、判斷理由

- (一)按「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；……」、「於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。」、「……要保人得於要保書或繳費寬限期間終了前以書面聲明，第二期以後的分期保險費於超過寬限期間仍未交付者，本公司應以本契約當時的保險契約價值準備金（如有保險單借款者，以扣除其借款本息後的餘額）自動墊繳其應繳的保險費及利息，使本契約繼續有效……」分別為系爭○○終身壽險第 4 條第 1 項、第 2 項、第 4 項本文及第 5 條第 1 項前段所約定。準此可知，要保人尚未如期交付保費（年繳或半年繳）並陷於給付遲延時，保險公司須依上開約定進行催告後，要保人仍未

於寬限期內交付保費時，保險契約始自寬限期間終了翌日起停止效力。本案要保人甲君雖於80年8月14日將原投保之○○終身壽險轉換為本案系爭保險契約，其後雖歷經變更要保人及身故受益人，惟其繳別仍屬年繳保費，故本案系爭保險契約必須要保人先陷於給付遲延（未交付保費），且經相對人催告後，仍未交付時，系爭保險契約始停止效力。又系爭保險契約第4條第1項雖約定保費之繳納應依契約所載交付方法及日期向相對人所在地或指定地點交付，或相對人派員前往收取，然系爭保險契約究屬「申請人依契約所載之交付方法及日期向相對人所在地或指定地點交付」或「由相對人派員前往收取」，以及要保人有無陷於給付遲延，即為本案審查重點。

- (二)查本案申請人主張系爭保險契約83年度至87年度之保險費均係相對人派員到府收取，未曾遺漏。而相對人則表示：「依電腦紀錄顯示系爭保險契約86年度之保險費為人工收費，87年保費則為自動墊繳。」、「本件保險契約86年以前保險費應該也是人工收費。」（見103年4月21日電話紀錄），是依上開雙方之陳述，以及當年保險業界之習慣而言，堪認本案系爭保險契約之保險費係由相對人派員前往收取，應無疑義。今雙方就保費繳納之方式既有默示意思表示之合致（民法第153條第1項及最高法院29年上字第762號民事判例意旨），即本案系爭保費之收取係屬往取債務，是依民事訴訟法第277條規定須相對人先就87年間曾派員收取第10期保費乙事盡其舉證之責後，申請人始有陷入給付遲延之可能，若相對人未派員前往收取，致要保人第10期保險費（應繳日：87年8月31日）未繳納，此顯係不可歸責於要保人，且依往取債務之性質而言，要保人不因而陷入給付遲延，今相對人就派員收取第10期保費乙事既無法舉證證明，則要保人就保險費繳納即未陷於給付遲延，自無後續相對人所指要保人經催告後逾寬限期未繳納保費之情事，故本案系爭保險契約亦並未因87年8月31日相對人未派員至申請人住所收取保費而停止效力。又系爭保險契約效力既未停止，則被保險人甲君於102年12月7日身故（按經相對人試算，本案系爭保單若未就第10期保費進行自動墊繳，僅就保單借款本息進行計算，則其效力可維持至102年12月7日），相對人依系爭保險契約條款第9條「被保險人於本契約有效期間內身故時，本公司按保險金額給付身故保險金。」約定，自負有給付身故保險金之責，故申請人請求相對人給付身故保險金為有理由，應予准許。至要保人亦應向相對人交付系爭保險契約第10期保險費（應繳日：87年8月31日），以維持保險對價。

六、評議決定

相對人應給付申請人○○○元整。

七、相關法規

(一)民法第 153 條

當事人互相表示意思一致者，無論其為明示或默示，契約即為成立。當事人對於必要之點，意思一致，而對於非必要之點，未經表示意思者，推定其契約為成立，關於該非必要之點，當事人意思不一致時，法院應依其事件之性質定之。

(二)民事訴訟法第 277 條

當事人主張有利於己之事實者，就其事實有舉證之責任。但法律別有規定，或依其情形顯失公平者，不在此限。

案例 021 保單停復效—催告合法送達 (103 評 0551)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

申請人稱未收到相對人之書面通知，契約即逕行停效。本案系爭保費之收取係屬往取債務，依相對人所提之收費紀錄，尚無法證明曾向申請人收取保費而未獲繳納之事實，是以難認相對人已盡到往取收費之義務。據此，相對人既無法證明曾派員向申請人收取保費而遭拒絕繳納，即難有保險費到期未交付之情事，依系爭契約條款約定，寬限期間尚未開始起算，自不生停效之效果。

(二)爭議險種：終身健康保險

(三)參考條文：保險法第 116 條、保險法第 130 條

(四)關鍵字：催告、往取債務

二、事實經過

申請人向相對人投保終身健康保險契約，繳費方式為「收費員收取」。申請人於系爭保險契約經相對人催告停效後，請求相對人回復保險契約效力，遭相對人拒絕，爰申請評議。

三、本案爭點

(一)系爭契約是否經合法催告而停止效力？

(二)申請人請求回復其與相對人間之系爭契約效力關係，是否有據？

四、當事人主張

(一)申請人主張

1. 申請人印象中未收到任何相對人經合法催告程序之書面通知下，契約即逕行停效。
2. 於 103 年初發現此事，經向相對人表示申請人願意補繳以前未繳的保費，並配合相對人提供可保證明，懇請相對人個案融通回復保險契約效力，卻遭相對人拒絕。

(二)相對人主張

1. 相對人就系爭保險契約發函催告時施行之保險法第 116 條規定：「人壽保險之保險費到期未交付者，除契約另有訂定外，經催告到達後逾三十日，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，於保險費及其他費用清償後，翌日上午零時，開始恢復其效力。保險人於第一項所規定之期限屆滿後，有終止契約之權。」及健康保險依保險法第 130 條亦得準用 116 條關於停效復效之相關規定。另

「…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…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…」、「本契約停止效力後，要保人得在停效日起二年內，填妥復效申請書申請復效…」系爭保險契約條款第6、7條定有明文。

2. 民法第95條第1項規定：「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」，所謂達到，係僅使相對人已居可了解之地位即為已足，並非須使相對人取得占有，故通知已送達於相對人之居所或營業所者，即為達到，不必交付相對人本人或其代理人，亦不問相對人之閱讀與否，該通知即可發生意思表示之效力。
3. 系爭保險契約於94年12月30日應繳之續期保費，相對人之服務人員曾於94年12月9日撥打申請人留於要保書上電話，惜為空號，復於94年12月10日親訪要保書所留地址(○○市○○路○○巷○○號○○樓)未遇，只能留下名片，此有相關收費紀錄文件可稽。相對人嗣於95年1月26日以掛號郵寄「保險費催繳通知書」至申請人指定之住所，郵件亦無退回紀錄，系爭保險契約嗣於95年3月1日停效。依上，相對人各項行政作業均依法辦理，並無違誤。衡諸台灣目前郵務送達水準，相對人所寄發催告信函應已送達，可資認定。況系爭保險契約未繳費期間長達8年，難謂申請人完全不知系爭保險契約狀況，申請人徒託空言，不足為採。

五、判斷理由

(一)相對人須證明已盡催告繳納保險費之義務：

1. 按相對人就系爭契約發函催告時施行之保險法(52年9月2日修正)第116條規定：「人壽保險之保險費到期未交付者，除契約另有訂定外，經催告到達後逾三十日仍不交付時，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，於保險費及其他費用清償後，翌日上午零時，開始恢復其效力。保險人於第一項所規定之期限屆滿後，有終止契約之權。」、第130條規定：「…第116條…，於健康保險準用之。」準此，依第130條準用第116條，健康保險亦適用保險法第116條關於停效復效之相關規定。另「本契約停止效力後，要保人得在停效日起兩年內，填妥復效申請書申請復效。」系爭契約第7條第1項約定有明文，先予敘明。
2. 復按，所謂往取債務，係指以債務人之住所為清償地之債務而言，此種債務，必須債權人於清償期屆滿後至債務人之住所收取時，債務人拒絕清償，始負給付遲延之責任。原審既認上訴人主張一向均由被上訴人派人向其收取租

金，應以上訴人之住所為清償地，尚屬可信。是本件租金之給付，顯為往取債務，上訴人是否負給付遲延責任，應以被上訴人於清償期屆滿後有無前往上訴人之住所收取經拒絕清償為斷，被上訴人雖定期催告上訴人付清欠租，如未往取，上訴人仍不負給付遲延責任，從而被上訴人於催告期限屆滿時，逕行終止租約，自不生租約終止之效力(最高法院 69 年台上字第 1280 號判例意旨參照)。是以，相對人須舉證證明已前往收取債務遭拒，且已將催告通知送達申請人或送達最後住所，始足認已盡催告繳納保險費之義務。

(二)系爭契約不生停效之效果：

系爭契約之繳費方式為相對人派員向申請人收取保費，為兩造所不爭執，即本案系爭保費之收取係屬往取債務。相對人主張其於 94 年 12 月 9 日撥打申請人留於要保書上電話，然為空號，復於 95 年 1 月 10 日親訪要保書所留地址(即○○市○○路○○巷○○號○○樓)未遇，只能留下名片云云。惟揆諸相對人提供收費紀錄文件，續次保險費送金單所載電話「○○○○○○」，與系爭要保書所載電話(○○○○○○)有異。故 94 年 12 月 9 日負責收費之羅姓收費員撥打「○○○○○○」號電話，實屬錯誤之電話，自無法以此與申請人取得連繫。又相對人表示於 94 年 12 月 10 日曾親訪申請人戶籍地址未遇只留下名片乙事，惟相對人所提之收費紀錄文件僅為內部文件，尚無法證明曾向申請人收取保費而未獲繳納之事實。是以，本中心尚難認相對人已盡到往取收費之義務。據此，相對人既無法證明曾派員向申請人收取保費而遭拒絕繳納，即難有保險費到期未交付之情事，依系爭契約條款約定，寬限期間尚未開始起算，自不生停效之效果。

(三)綜上所述，申請人請求相對人回復系爭契約效力乙節，為有理由。

六、評議決定

確認申請人與相對人間保單號碼第○○○○○○號之保險契約關係存在。

七、相關法規

(一)保險法第 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。

(二)保險法第 130 條

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、第一百二十二條至第一百二十四條，於健康保險準用之。

案例 022 保單停復效—合法停效通知 (103 評 0728)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

本件申請人於投保時授權金融機構自被保險人之指定帳戶自動扣款轉帳，以支付系爭保費，揆諸申請人提供金融機構之活期儲蓄存款存摺影本，系爭帳戶於 98 年 8 月 28 日轉帳支付系爭保險契約之保費○○○元至相對人帳戶後，直至 102 年 12 月 21 日止，該帳戶餘額皆未逾每期保費應扣款金額○○○元，是相對人抗辯系爭保費自 99 年 9 月 3 日起至 99 年 10 月 28 日止共 8 次轉帳扣款皆因「餘額不足」失敗，堪信為真。再據相對人提供中華民國郵政大宗掛號函件執據聯影本，相對人於 99 年 9 月 23 日以郵務掛號寄發「續期保險費催告通知(媒體轉帳)」至「○○縣○○市○○路○○巷○○號○○樓」，收件人為申請人，核與要保書上所載住所地址相符，而兩造亦未陳明該址曾有變更或曾有無法送達情事，綜上，復揆諸前揭判決意旨及臺灣郵務水準，應認上開保費催告函通知已到達申請人而發生送達效力，相對人之催告應無違誤。又系爭保險契約於 99 年 10 月 28 日因完成催告程序而停效，申請人至遲應於 101 年 10 月 28 日前申請復效，惟申請人既未於前開期限屆滿前申請復效，是相對人主張系爭保險契約業已失其效力，依此拒絕申請人回復系爭保險契約效力之申請，自屬有據。

(二)爭議險種：防癌終身健康保險

(三)參考條文：民法第 95 條、保險法第 116 條

(四)關鍵字：停效、催告

二、事實經過

- (一)申請人於 96 年 8 月 28 日以第三人甲君為被保險人，向相對人投保系爭保險契約，保單號碼為第○○○○號。申請人於同日簽立保費轉帳付款授權書，授權第三人○○銀行○○分行自被保險人甲君之指定帳戶自動扣款轉帳，以支付系爭保費。系爭保險契約繳別為年繳，首期保險費繳費方式為匯款，第二期以後繳費方式為金融機構轉帳，每期保費應扣款金額為新台幣(下同)○○元整。
- (二)系爭保費於 99 年 9 月 3 日執行扣款不成功時，相對人於 99 年 9 月 23 日以掛號方式寄發催告通知，俟系爭保險契約於 99 年 10 月 28 日停效，於 101 年 10 月 28 日失其效力。

三、本案爭點

申請人請求相對人恢復系爭保險契約之效力，是否有據？

四、當事人主張

(一)申請人主張

本人於 96 年 8 月 28 日透過○○銀行保代向相對人投保防癌終身健康保險，103 年 3 月發現系爭保險契約被解約，嗣於 103 年 3 月 21 日親臨服務櫃台辦理復效，相對人查詢後告知系爭保險契約於 99 年 10 月 28 日停效，因停效已逾 2 年，不可辦理復效，惟本人地址及電話均未變更，為何相對人未通知此保險契約已失效？且並未收到相對人催告通知，故催告應未完成，公司應恢復系爭保險契約效力。

(二)相對人主張

申請人於 96 年 8 月 28 日以甲君為被保險人，向相對人投保系爭保險契約。申請人投保時同意以被保險人於○○銀行○○分行之帳戶自動扣繳轉帳，並簽署授權書以支付保費，此有保費轉帳授權書為憑。查系爭保費自 99 年 9 月 3 日起至 99 年 10 月 28 日止共 8 次轉帳扣款皆因「餘額不足」失敗，而系爭保費於 99 年 9 月 3 日執行扣款不成功時，本公司於 99 年 9 月 23 日以掛號方式寄發催告通知，並無退回紀錄，此有大宗掛號函件執據可佐，故本公司催告程序應屬合法，故系爭保險契約已於 99 年 10 月 28 日停效在案；另系爭保險契約停效後因已超過兩年，故於 101 年 10 月 28 日失其效力。

五、判斷理由

(一)按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 項前段定有明文。又按上開條文所謂達到，僅係使相對人已居於可了解之地位即為已足，並非須使相對人取得占有，故通知已送達於相對人之居所或營業所者，即為達到，不必交付相對人本人或其代理人，亦不問相對人之閱讀與否，該通知即可發生為意思表示之效力，是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，即屬達到(最高法院 54 年台上字第 925 號、58 年台上字第 715 號判例參照)。

(二)次按「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。」保險法第 116 條第 1 項以及第 2 項分別定有明文。再按系爭保險契約條款第 5 條明文約定：「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，…。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；…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。…」以及同條款第 6 條約定：「本契約

停止效力後，要保人得在停效日起二年內，申請復效。…第一項約定期限屆滿時，本保險效力即行終止。」。準此，系爭保險契約是否有效存在，繫於要保人即申請人是否有屆期未繳保險費及相對人是否已依約踐行催告之義務為斷；又系爭保險契約既無特別約定催告之形式為何，是相對人以郵務送達方式寄送保費催告通知，自無不合。

(三)查本件申請人主張系爭保險契約遭相對人無故停效，期間未收受任何書面催繳或停效通知等情，相對人則辯以系爭保費自99年9月3日起至99年10月28日止共8次轉帳扣款皆因「餘額不足」失敗，該公司業於99年9月23日以掛號方式寄發催告通知，並無退回紀錄，故系爭保險契約已於99年10月28日停效在案，另系爭保險契約停效後因已超過兩年，故系爭保險契約於101年10月28日失效等語。按申請人於投保時授權第三人○○銀行○○分行自被保險人甲君之指定帳戶(帳號：○○○○○○)自動扣款轉帳，以支付系爭保費，有系爭保費轉帳付款授權書在卷可稽，已如前述。揆諸申請人提供前開銀行之活期儲蓄存款存摺影本，系爭帳戶於98年8月28日轉帳支付系爭保險契約之保費○○○元至相對人帳戶後，直至102年12月21日止，該帳戶餘額皆未逾每期保費應扣款金額○○○元，是相對人抗辯系爭保費自99年9月3日起至99年10月28日止共8次轉帳扣款皆因「餘額不足」失敗，堪信為真。再查，依據相對人提供中華民國郵政大宗掛號函件執據聯影本，相對人於99年9月23日以郵務掛號寄發「續期保險費催告通知(媒體轉帳)」至「○○縣○○市○○路○○巷○○號○○樓」，收件人為申請人，核與要保書上所載住所地址相符，而兩造亦未陳明該址曾有變更或曾有無法送達情事，綜上，復揆諸前揭判決意旨及臺灣郵務水準，應認上開保費催告函通知已到達申請人而發生送達效力，相對人之催告應無違誤。

(四)末按保險法第116條第5項及第6項分別規定：「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，並不得持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。」。以及系爭保險契約條款第6條約定：「本契約停止效力後，要保人得在停效日起二年內，申請復效。…第一項約定期限屆滿時，本保險效力即行終止。」。依前開規定，系爭保險契約於99年10月28日因完成催告程序而停效，申請人至遲應於101年10月28日前申請復效，惟申請人既未於前開期限屆滿前申請復效，是相對人主張系爭保險契約業已失其效力，依此拒絕申請人回復系爭保險契約效力之申請，自屬有據。

六、評議決定

本中心就申請人之請求尚難為有利申請人之認定。

七、相關法規

(一)民法第 95 條

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。但撤回之通知，同時或先時到達者，不在此限。

表意人於發出通知後死亡或喪失行為能力或其行為能力受限制者，其意思表示，不因之失其效力。

(二)保險法第 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。

必要性醫療

案例 023 住院必要性-器質性腦徵候群 (103 評 0055)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

申請人本次因衝動及自傷行為而住院進行治療，於住院後三星期後狀況已緩解，可改至門診進行維持性治療並無持續住院之必要，故本案申請人請求相對人應給付新臺常（下同）○○元部分為有理由，逾此部分則無理由。

(二)爭議險種：終身壽險、醫療險

(三)參考條文：醫療法第 67 條

(四)保單條款：住院保險附約條款第 5 條第 5 項

(五)關鍵字：住院必要性、器質性腦徵候群

二、事實經過

申請人於 92 年 8 月 8 日以自己為被保險人向相對人投保「○○○終身壽險」（保單號碼為 0000000000）並附加○○住院保險附約（計劃別○）、○○住院保險附約（計劃別○）。嗣於 102 年 8 月 31 日起至同年 10 月 11 日申請人因「器質性精神病」至 A 醫院住院治療。惟經檢附相關診斷證明書，向相對人請求保險金給付，卻遭拒絕。為此，提起本件評議申請。

三、本案爭點

依本案現有事證，申請人治療情形如何？有無住院治療的必要性？可否以門診取代？

四、當事人主張

(一)申請人主張

申請人係經醫師診斷有必要而住院進行治療，相對人自應依保單條款約定給付相關保險金，而且申請人之前住院相對人均有進行理賠，相對人這次卻拒絕理賠。

(二)相對人主張

1. 按保險為最大善意及最大誠信之射倖性契約，保險契約之當事人皆應本諸善意與誠信之原則締結保險契約，始能免流於純粹賭博性，並避免肇致道德危險，最高法院 85 年台上字 1685 號判決可資參照。準此，前揭爭保險契約條款關於「經醫師診斷有住院之必要性」之意義，解釋上，自不應僅以實際治療之醫師認定「有住院必要性」即屬符合前揭系爭保險契約條款約定，而應認已具有相同專業醫師於相同情形通常會診斷具有住院之必要性者，始屬

之，以符合保險最大善意契約及最大誠信契約之契約本旨，臺灣臺北地方法院 99 年保險字第 6 號判決意旨亦足資參考。

2. 「保險契約所約定保險人因疾病經醫院（醫師）診斷確定必須住院且經住院治療時，被告應依約給付保險金，依一般醫療常規之處置，被保險人必須入住醫院治療且經住院治療之情形而言。至於被保險人之主觀認知或由醫院（醫師）配合被保險人之主觀意願而允被保險人住院治療之醫療處置，難謂係屬系爭保險契約所約定之保險事故，應由被保險人自負其責，避免轉嫁不當之風險與大多數要保人共同負擔至明。」臺灣臺南地方法院 95 年度南保險小字第 3 號民事判決意旨參照。
3. 醫學文獻（出處：○○○37C 醫學網、○○○醫師），「器質性腦徵候群」有三種常見的臨床表現：1. 譫忘狀態：譫忘為最初症狀，而注意、記憶和定向障礙是診斷譫忘的三個必要條件。2. 痴呆狀態：以大腦認知功能的全面受禍，緩慢出現全面智慧障礙為主要臨床特徵，包括記憶、思維、理解、判斷、計算等能力減退和人格改變，而無意識障礙。3. 遺忘：是一種選擇性局灶認知功能障礙。意識清楚，智力相對良好，突出的臨床表現為嚴重的近期記憶障礙和言談虛構傾向，常伴有時間定向障礙。惟依申請人本次之住院病歷及護理紀錄內容可知，住院期間申請人「情緒平穩可自控、言談可切題、可連貫夜眠至天亮，未見夜眠中斷或下床活動情形且未有要求服用睡眠相關藥物；病房裡做運動，像是拉筋、踩腳踏車、在活動區散步、看佛經及打坐…等。」，上述表徵尚難認定申請人有『器質性腦徵候群』相關臨床症狀。
4. 又護理紀錄記載入院主訴為情緒起伏大、易怒。護理紀錄會談中自述常跟太太吵架，每次吵完就會想撞牆，目前仍是面對妻子與家庭糾紛，想到家裡的事，心情不是很好，離開那個環境以後就比較好，只要不是太太干擾，在醫院心情很平靜。醫院建議治療方式為協助家屬與個案找出壓力源。申請人住院隔離家庭問題後，情緒多為穩定狀態。另住院期間醫師進行調藥後，申請人隨即反映導致心情悶、不太舒服，推測醫師根據申請人之病情陳述所作之藥物調整似重於實際病情。103 年 9 月 20 日及 9 月 30 日，依護理紀錄主訴載：「…覺得自己的狀態沒有調適好，還不想出院」，似可推論醫療團隊曾於二段時間與甲君就其治療效果討論其出院計劃，惟被甲君拒絕。另依病歷或護理紀錄所載，申請人未有急性發作症狀（自殘/暴怒/攻擊等…），僅自訴爭吵後會有想撞牆自傷行為，惟亦未見醫療文件內有提及有撞牆致傷之說詞紀錄。本公司為謹慎理賠審核考量，相關醫療文件經諮詢精神專科醫師意見，依吳君之病情，門診調藥亦應可改善病症，即若本次住院目的為暫時離開原環境，緩解病情，通常住院期間二至四週似已可對穩定病情具正面效果。

五、判斷理由

- (一)按「本附約所稱『住院』係指被保險人經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者。」為○○住院保險附約條款第5條第5項所約定(○○住院保險附約條款第8條第5項亦有相同之約定)。準此可知，住院必須經醫師診斷有住院之必要且有實際住院治療者而言。惟有疑義者在於所謂「經醫師診斷有住院之必要」，是否僅以實際治療醫師之意見為準，抑或係以具有相同專業醫師於相同情形通常會診斷具有住院之必要性始屬之，首應揭明。
- (二)次按保險為最大善意及最大誠信之射倖性契約，保險契約之當事人皆應本諸善意與誠信之原則締結保險契約，始避免肇致道德危險。準此，系爭保險契約關於「經醫師診斷必須入住醫院」之意義，解釋上，自不應僅以實際治療之醫師認定「入住醫院之必要」即認符合前揭保險契約條款之約定，而應以具有相同專業醫師於相同情形通常會診斷具有住院之必要性者，始屬之，此方符合保險為最大善意及最大誠信契約之契約本旨。又「診斷醫師囑咐病人住院，或間有其他因素之考量，作證難免流於主觀，由中立之第三者鑑定應較客觀。況依據醫療法第67條第1項規定：『醫療機構應建立清晰、詳實、完整之病歷。前項所稱病歷，應包括下列各款之資料：一、醫師依醫師法執行業務所製作之病歷。二、各項檢查、檢驗報告資料。三、其他各類醫事人員執行業務所製作之紀錄。』可見病歷記載為臨床檢查、診斷及治療之客觀紀錄，為醫療鑑定之重要依據。中立之第三者依據病歷資料所為之鑑定，應具客觀正確性。」(參見臺灣高等法院臺南分院99年保險上字第7號判決)，是住院必要性之判斷應以具有相同專業醫師於相同情形下是否仍會做相同之判斷為準，此方符合保險契約係最大善意誠信契約。
- (三)查本案申請人主張其係經醫師診斷後住院進行治療實已符合系爭契約條款「住院」之定義，相對人自應依約給付保險金。惟此遭相對人否認並主張申請人並未出現一般醫學資料與實務見解關於「器質性腦症候群」有三種常見的臨床表現，且申請人未有急性發作症狀(自殘/暴怒/攻擊等…)，又住院期間醫師進行調藥後，申請人隨即反映導致心情悶、不太舒服，推測醫師根據申請人之病情陳述所作之藥物調整似重於實際病情，足見申請人並無住院42日之必要。案經諮詢中心專業顧問意見，其略以：「根據申請人102年8月31日起至同年10月11日在A醫院精神科住院治療的病歷記載，其主要問題如下：1. 病人在95年(51歲)前，無明顯精神疾病相關問題，之後停止工作，主要生活壓力為太太之精神疾病與兩人相處上的衝突，還有兒子經濟與司法問題；2. 101年5月(57歲)時，已有明顯精神症狀，主要是

憂鬱情緒與相關症候群，包括情緒低落、自傷行為、無望感和睡眠不佳等，並於 101 年 5 月 8 日起至同年 6 月 11 日在 A 醫院精神科住院治療，隨後在門診接受維持性治療； 3. 在 102 年 8 月復發，主要壓力如上，因有衝動及自傷行為而住院治療，民國 102 年 8 月 31 日住院後，同年 9 月 20 日前便已明顯改善，後續乃處理其生病行為與夫妻相處之壓力調適問題；4. 其主要診斷為重度憂鬱症。故依上開臨床資料和學理判斷，申請人於 102 年 8 月 31 日起至同年 10 月 11 日在 A 醫院精神科住院乃因衝動及自傷行為，三星期內已較緩解，之後主要預備將病人轉到門診接受維持性治療。」，是依上開顧問依見可知，申請人本次因衝動及自傷行為而住院進行治療，於住院後三星期後狀況已緩解，可改至門診進行維持性治療並無持續住院之必要，故本案申請人請求相對人應給付○○○元部分為有理由，逾此部分則無理由。

六、評議決定

相對人應給付申請人新台幣○萬○仟元整。

申請人其餘請求，本中心尚難為有利於申請人之認定。

七、相關法規

醫療法第 67 條第 1 項

醫療機構應建立清晰、詳實、完整之病歷。前項所稱病歷，應包括下列各款之資料：一、醫師依醫師法執行業務所製作之病歷。二、各項檢查、檢驗報告資料。三、其他各類醫事人員執行業務所製作之紀錄。

案例 024 住院必要性-情感性精神病、重鬱症 (103 評 0213)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

本件參酌卷附資料及諮詢醫療顧問所示，申請人 101 年 9 月 29 日、101 年 12 月 21 日及 102 年 8 月 30 日共計 3 段之住院雖有其必要性，惟合理住院範圍應為 28 日，故相對人應給付申請人住院醫療保險金○○元(日額○○元*住院天數 28 日)，方屬公允。

(二)爭議險種：醫療險

(三)參考條文：醫療法第 67 條

(四)保單條款：日額型住院醫療終身保險附約第 10、11 條

(五)關鍵字：住院必要性、重鬱症

二、事實經過

申請人於民國（下同）101 年 9 月 29 日、101 年 12 月 21 日、102 年 8 月 30 日因「重鬱症」至 A 醫院住院治療，三段住院共計 87 天。申請人嗣後檢附相關證明文件向相對人申請理賠，相對人卻認申請人並無住院治療必要性為理由，拒絕給付保險金。為此，爰向本中心申請評議，請求相對人給付住院保險金。

三、本案爭點

申請人以其 101 年 9 月 29 日、101 年 12 月 21 日及 102 年 8 月 30 日於 A 醫院之 3 段住院有必要性為由，請求相對人給付住院醫療保險金，是否有據？

四、當事人主張

(一)申請人主張

申請人係經醫師診斷有必要而住院進行治療，相對人自應依保單條款約定給付相關保險金。

(二)相對人主張

1. 按，保險為最大善意及最大誠信之射倖性契約，保險契約之當事人皆應本諸善意與誠信之原則締結保險契約，始避免肇致道德危險(最高法院 85 年度台上字第 1685 號民事判決參照)。準此，前揭系爭保險契約條款關於「經醫師診斷有住院之必要性」之意義，解釋上，自不應僅以實際治療之醫師認定「有住院必要性」即屬符合前揭系爭保險契約條款之約定，而應認以具有相同專業醫師於相同情形通常會診斷具有住院之必要性者，始屬之，以符合保險為最大善意及最大誠信契約之契約本旨(臺灣臺北地方法院 99 年度保險字第 6 號民事判決參照)。另司法實務見解亦認為：「探求當事人締約之真意，應

係指按被保險人當時之病況，依一般醫療常規之處置，被保險人必須入住醫院治療且經住院治療之情形而言。至於被保險人之主觀認知或由醫院(醫師)配合被保險人之主觀意願而允被保險人住院治療之醫療處置，難謂係屬系爭保險契約所定之保險事故。」。

2. 次查，依一般醫學見解，就有關情感疾患之學理及疾病病程，每次發病時憂鬱期約 3 至 6 個月，狂躁期約 1 至 3 個月。但發病中間會有無任何憂鬱或狂躁症之空窗期，可長達數年。在空窗期間病患與常人無異且功能也多恢復原來水準，除缺乏病識感服藥遵囑性差者外，少有需入住醫院治療者。依新店耕莘醫院住院護理紀錄之記載，申請人住院當日均係獨自進入急診，且住院後每日情緒多為平穩。惟一般而言，精神病發作導致需住院之程度，必然產生情緒不穩，行為舉止有所異常，此時倘無家屬陪伴，實屬異常；且於醫院內並無憂鬱或任何狂躁症狀之記載。況情緒平穩後，通常僅需按時服藥即可，何至於住院長達近 1 月之久？是以，本件是否具住院必要性，非無可議。相對人依法拒絕給付理賠金，實非無據。

五、判斷理由

- (一)按系爭 A 人壽日額型住院醫療終身保險附約第 10 條【保險範圍】約定：「被保險人於本附約有效期間內，因疾病或傷害，或因此所引起之併發症，經醫師或醫院診斷確定必須住院治療時，本公司自其住院之日起至出院之日止，按本附約給付各項保險金。」、第 11 條【住院醫療日額保險金的給付】約定：「被保險人因第十條之約定而住院治療者，每一投保單位本公司按實際住院日數乘以新臺幣一百元給付『住院醫療日額保險金』…」。
- 據此，相對人給付保險金，應以申請人經醫師或醫院診斷具住院必要為前提。從而，本案申請人 101 年 9 月 29 日、101 年 12 月 21 日及 102 年 8 月 30 日共計 3 段之住院，是否具住院必要性厥為本案爭點，先予敘明。
- (二)次按保險為最大善意及最大誠信之射倖性契約，保險契約之當事人皆應本諸善意與誠信之原則締結保險契約，始避免肇致道德危險。準此，系爭保險契約關於「經醫師診斷有住院之必要」之意義，解釋上，自不應僅以實際治療之醫師認定「有住院必要性」即認符合前揭保險契約條款之約定，而應以具有相同專業醫師於相同情形通常會診斷具有住院之必要性者，始屬之，此方符合保險為最大善意及最大誠信契約之契約本旨。又「診斷醫師囑咐病人住院，或間有其他因素之考量，作證難免流於主觀，由中立之第三者鑑定應較客觀。況依據醫療法第 67 條第 1 項規定：『醫療機構應建立清晰、詳實、完整之病歷。前項所稱病歷，應包括下列各款之資料：一、醫師依醫師法執行業務所製作之病歷。二、各項檢查、檢驗報告資料。三、其他各類醫事人員

執行業務所製作之紀錄。』可見病歷記載為臨床檢查、診斷及治療之客觀紀錄，為醫療鑑定之重要依據。中立之第三者依據病歷資料所為之鑑定，應具客觀正確性。」（參見臺灣高等法院臺南分院 99 年保險上字第 7 號判決），是住院必要性之判斷應以具有相同專業醫師於相同情形下是否仍會做相同之判斷為準，此方符合保險契約係最大善意誠信契約。

（三）查申請人因情感性精神病住院治療乙節，有診斷證明書、出院病歷摘要及護理記錄等資料在卷可稽，復為兩造所不爭執，應堪認定。就前揭爭點，經諮詢本中心醫療顧問意見，略以：

1. 依 101 年 9 月 29 日至 10 月 27 日病歷護理記錄所見，申請人自前次住院 6 月 28 日出院後因與前夫因小孩教養問題時有衝突，故有情緒低落、自傷自殺意念，而至急診住院。但自 9 月 30 日起病歷記錄所見多為表情平淡、情緒尚平穩，可主動參與卡拉 OK 活動，持續度可。偶可與病友互動…情緒平穩，能主動配合服藥與治療…。其住院治療經過並不見明確「重鬱症」之憂鬱、失眠、負面思考等症狀之描述。住院所述之自殺意念入院後亦少提及，10 月 2 日即可由哥哥陪同外出，且可獨自返病房，顯見自殺風險不高。亦即 101 年 9 月 29 日至 10 月 27 日住院期間，並無確切重度憂鬱症或情感性精神病發作之記錄。
2. 申請人於 101 年 12 月 21 日住院記錄與上述類似，亦因自傷自殺意念經急診轉住院，但於 12 月 30 日即可由前夫陪同外出，且可獨自返病房。亦即 101 年 12 月 21 日至 102 年 1 月 18 日住院期間，並無確切重度憂鬱症或情感性精神病發作之記錄。
3. 至於申請人於 102 年 8 月 30 日至 9 月 27 日住院紀錄則主訴因與婆婆吵架、自殺意念、壓力大體重掉了快 20 公斤而住院。病歷護理記錄所見有日間嗜睡、夜眠中斷、表情愁苦等，但於 9 月 6 日起即可由哥哥陪同外出，且可獨自返病房。其後之護理記錄則多精神佳…情緒平穩。亦即 102 年 8 月 30 日至 102 年 9 月 27 日住院期間，難謂有確切重度憂鬱症或情感性精神病發作之記錄。
4. 依前開記錄所見，申請人因「重鬱症」失眠、情緒低落、自傷及自殺意念症狀住院治療，但實際住院病歷病程記錄所見並無確切重度憂鬱或情感性精神病發作之記錄。惟依病歷記錄所載申請人因長期家庭衝突、經濟壓力致情緒低落、體重下降、自傷自殺意念糾纏確有可能，其診斷可為精神官能性憂鬱症（即輕鬱症），則可不需有重度憂鬱或情感性精神病症狀，而仍有住院需要。故申請人本次 3 段住院宜以 28 日應為合理住院範圍。

（四）是以，參酌卷附資料及諮詢醫療顧問所示，申請人 101 年 9 月 29 日、101

年 12 月 21 日及 102 年 8 月 30 日共計 3 段之住院雖有其必要性，惟合理住院範圍應為 28 日，故相對人應給付申請人住院醫療保險金○○元，方屬公允。

六、評議決定

相對人應給付申請人新台幣○萬○仟元整。

申請人其餘請求，本中心尚難為有利申請人之認定。

七、相關法規

醫療法第 67 條第 1 項

醫療機構應建立清晰、詳實、完整之病歷。前項所稱病歷，應包括下列各款之資料：一、醫師依醫師法執行業務所製作之病歷。二、各項檢查、檢驗報告資料。三、其他各類醫事人員執行業務所製作之紀錄

案例 025 住院必要性-腸沾黏併腸阻塞 (103 評 0510)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

依據顧問意見及現有事證，堪認申請人系爭第一段住院，除前 16 日外，其餘住院期間應無其他不適或嚴重病情須住院接受急性照護之情狀，而一般情況下，其他具有相同專業醫師可能會診斷住院 16 天左右，復參酌其病歷內容，無其他必須於醫院接受之治療行為，核無住院之必要性。縱上，為避免轉嫁不當之風險予大多數要保人共同負擔，揆諸前揭說明，本案相對人就系爭第一段住院同意核付 5 天之住院醫療保險金，是就本段住院期間應再核給 11 天之住院醫療保險金。其餘住院期間（含系爭第二段住院）申請人雖有住院之事實，相對人就此部分應不負給付保險金之責。

(二)爭議險種：醫療險

(三)保單條款：○○住院附約約款第 3 條、住院醫療終身健康保險契約約款第 4 條約定

(四)關鍵字：住院必要性

二、事實經過

申請人於 85 年 6 月 18 日投保第 0000000000 號保險單並附加○○住院附約日額○元、88 年 9 月 9 日投保第 0000000000 號住院醫療終身健康保險日額○元、93 年 10 月 14 日投保 0000000000 號保單並附加全新住院附約日額○元。嗣申請人分別於 102 年 8 月 3 日至 9 月 3 日、102 年 11 月 15 日至 12 月 13 日因「腸沾黏併腸阻塞、慢性盲腸炎、前腹壁疝氣、急性支氣管炎」等原因於 A 醫院住院。卻遭相對人拒絕給付住院保險金。為此，爰提起本件評議申請。

三、本案爭點

申請人於 102 年 8 月 3 日至 9 月 3 日、102 年 11 月 15 日至 12 月 13 日（下分稱系爭第一段、第二段住院）在 A 醫院之住院，是否有住院必要性？

四、當事人主張

(一)申請人主張

申請人於 102 年 8 月 3 日至 9 月 3 日因「腸沾黏併腸阻塞、慢性盲腸炎、前腹壁疝氣」等原因於 A 醫院住院治療，嗣於 102 年 11 月 15 日至 12 月 13 日因「腸沾黏併腸阻塞、急性支氣管炎、前腹壁疝氣術後」等原因復於 A 醫院住院治療，依兩造間保險契約約定，申請人住院一日相對人即應理賠○○元，惟申請人至今未領得任何保險金。

(二)相對人主張

1. 申請人於 85 年 6 月 18 日投保第 0000000000 號保險單並附加○○住院附約

日額○○元、88年9月9日投保第0000000000號住院醫療終身健康保險日額○○元、93年10月14日投保0000000000號保單並附加全新住院附約日額○○元。依○○住院附約約款第3條及住院醫療終身健康保險契約約款第4條約定：契約所稱「住院」係指被保險人因疾病或傷害，經醫師診斷，必須入住醫院診療時，經正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者。另全新住院附約條款第3條約定意旨亦同。

2. 申請人於102年8月3日至9月3日、102年11月15日至12月13日分別因腸沾黏併腸阻塞、慢性盲腸炎、急性支氣管炎、前腹壁疝氣等原因住院治療。依申請人第一段住院病歷資料記載，其入院當時主訴腹痛指數5分，經治療隔日後即無疼痛或可忍受、住院期間疼痛指數最高為1-3分，精神可、呼吸平順規律、睡眠、飲食、行動無礙僅要求醫護「打營養針」、8月18日可請假出院，32天住院期間未見生理危象，亦無其他積極治療行為紀錄，惟相對人考量申請人曾於102年5月間行「腹腔鏡闌尾切除、腸沾黏分離術、復辟疝氣修補術」，而酌情給付入院初期5日之住院醫療保險金，而後續27天因無必須住院治療之適應症或可門診治療而不給付。
3. 復觀申請人102年11月15日至12月13日住院之病歷資料，其入院時主訴上腹部疼痛，惟無噁心嘔吐現象，11月27日行腹部CT檢查並無發現異象，僅疑似腸炎，住院期間精神佳、呼吸平順規律、睡眠飲食均正常，僅給予口服藥及抗生素等療法，申請人行動無礙且於11月17日、23日、12月1日、7日、8日分別請假出院，核無住院必要性，以門診治療即可，與前揭條款不符，故此住院期間相對人未能核付保險金。

五、判斷理由

- (一)按兩造間保險契約約款所稱之「住院」，均指被保險人因疾病或傷害，經醫師診斷，必須入住醫院診療時，經正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者。是被保險人須經醫師診斷確定，認為必須入住醫院診療，且經正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療時，始符合請求各項醫療保險金之要件。復按，保險為最大善意及最大誠信之射倖契約，保險契約之當事人皆應本諸善意與誠信之原則締結保險契約，始避免肇致道德危險（最高法院85年度台上字第1685號判決意旨參照）。蓋保險制度最大功能在於將個人生活中遭遇各種危險所產生之損失，分擔消化於共同團體，故任何保險皆以共同團體之存在為先決條件，此團體乃由各個因某種危險事故而遭受損失之人所組成，基於保險是一共同團體之概念，對於保險契約所生權利糾葛，應立於整個危險共同團體之利益觀點，不能僅從契約當事人之角度思考，若過於寬認保險事故之發生，將使保險金之給付過於浮濫，最終將致侵害整個危險共同團體

之成員，有違保險制度之本旨。準此，就申請人與相對人間之系爭保險契約條款關於「經醫師診斷，必須入住醫院治療」（即有住院必要性）之意義，解釋上，應認以具有相同專業醫師於相同情形仍會診斷具有住院之必要性者，始足當之，以符合保險為最大善意及最大誠信契約之契約本旨，如治療於門診即可進行，無非一定須於住院進行而依一般醫療常規無住院之必要性者，縱有住院之事實，相對人亦不負給付住院保險金之責任。

(二)復按兩造間「○○人壽住院日額保險附約」、「○○人壽○○住院日額健康保險附約」、「○○住院醫療終身健康保險」契約中，就住院保險金部分均約定略以：被保險人就契約有效期間內因疾病或（意外）傷害，於醫院接受住院治療者，相對人應依申請人投保之「住院醫療保險金日額」乘以被保險人實際住院日數給付住院醫療保險金。另外「○○○○住院日額保險附約」及「○○人壽○○住院日額健康保險附約」中就被保險人因上述原因於醫院住院後出院療養者，另外按「住院醫療保險金日額」之二分之一乘以實際住院日數，給付「出院療養保險金」。本案申請人就前揭 3 份保險契約之住院醫療保險金日額，均個別投保○○元，而關於實際住院日數部分，因兩造間認定不同而有所疑義，則應按前述住院必要性之審查定其日數，合先敘明。

(三)經查，本件申請人因腸沾黏併腸阻塞、慢性盲腸炎、前腹壁疝氣、急性支氣管炎等原因分二次於 A 醫院住院共計 61 日，是否均有住院之必要乙情，經本中心諮詢專業顧問之意見，分述如下：

1. 依申請人病歷資料，其第一段住院（102 年 8 月 3 日至 9 月 3 日）住院第一日即 102 年 8 月 3 日出現低度發燒，合併腹痛及腸沾黏病史，需考慮感染症，有住院之必要。至 102 年 8 月 18 日後，疼痛改善宜改為門診治療即可。因此，合理住院天數約 16 日。
2. 依申請人病歷資料，其第二段住院（102 年 11 月 15 日至 12 月 13 日）住院日開始，可進食且無發燒或感染徵兆，僅輕微腹痛，宜以門診治療為主，無住院之必要。

(四)從而，依據前開顧問意見及現有事證，堪認申請人系爭第一段住院，除前 16 日外，其餘住院期間應無其他不適或嚴重病情須住院接受急性照護之情狀，而一般情況下，其他具有相同專業醫師可能會診斷住院 16 天左右，復參酌其病歷內容，無其他必須於醫院接受之治療行為，核無住院之必要性。縱上，為避免轉嫁不當之風險予大多數要保人共同負擔，揆諸前揭說明，本案相對人就系爭第一段住院同意核付 5 天之住院醫療保險金，是就本段住院期間應再核給 11 天之住院醫療保險金。其餘住院期間（含系爭第二段住院）申請人雖有住院之事實，相對人就此部分應不負給付保險金之責。惟就前述

已同意核付之保險金，相對人主張因申請人請求領取現金，後卻未至櫃台領取等情，申請人亦陳述其未領得任何保險金，是本件相對人尚須給付共 16 日之住院醫療保險金共計○萬○元；此外，就「○○○○住院日額保險附約」及「○○人壽○○住院日額健康保險附約」另約定有「出院療養金」部分亦應依約給付計○萬○元。

六、評議決定

相對人應給付申請人新台幣○萬○仟元整。

申請人其餘請求，本中心尚難為有利於申請人之認定。

七、相關法規：

無

案例 026 住院必要性-重鬱症（103 評 0525）

一、案例摘要

（一）評議要旨：

本件依據顧問意見及現有卷附病歷等事證，堪認申請人因重鬱症分別於 101 年 10 月 13 日至同年 12 月 12 日、102 年 3 月 28 日至同年 4 月 8 日、102 年 6 月 1 日至同年 7 月 31 日、102 年 8 月 28 日至同年 9 月 23 日至 A 醫院住接受治療，各計 61 天、12 天、61 天、27 天期間乙情，或有其住院必要性存在，然其並無明確『重鬱症』發作之症狀，其診斷應為壓力適應障礙伴輕鬱症，住院必要日數每次最多以 14 日為宜，是申請人就爭住院期間之住院日數各以 14 天、12 天、14 天、14 天為適當，合計 54 天。

（二）爭議險種：醫療險

（三）保單條款：住院醫療日額（甲型）保險附約第 3、11 條

（四）關鍵字：重鬱症、住院必要性

二、事實經過

申請人以自己為要、被保險人於民國（下同）87 年 11 月 17 日，向相對人投保○○終身壽險（保單號碼：0000000000）之保險契約，並另附加住院醫療日額（甲型）保險附約（下稱系爭保險附約）。嗣因罹患重鬱症，而分別於 101 年 10 月 13 日至同年 12 月 12 日、102 年 3 月 28 日至同年 4 月 8 日、102 年 6 月 1 日至同年 7 月 31 日、102 年 8 月 28 日至同年 9 月 23 日期間於 A 醫院住院，各計為 61 天、12 天、61 天、27 天（下稱系爭住院期間）。惟申請人經檢附相關病歷資料，並依系爭保險附約向相對人請求住院醫療保險金之理賠，卻遭相對人竟以申請人無住院必要性為由，而拒絕理賠住院醫療保險金。為此，提起本件評議申請。

三、本案爭點

申請人就系爭住院期間接受治療行為，是否均有住院必要性存在？如有以住院幾日為合理？

四、當事人主張

（一）申請人主張

申請人係經醫師診斷有必要而住院進行治療，相對人自應依保單條款約定給付相關保險金。

（二）相對人主張

依申請人住院期間病歷摘要及護理紀錄，申請人入院幾日後無憂鬱症之症狀發作，情緒狀態穩定，且住院用藥與門診用藥並無更換或劑量增加；另住院

期間僅幾日有出現焦躁不安之症狀，施以藥物後病情即趨穩定，101 年 11 月 11 日之後每週均有請假外出紀錄。故難認申請人之病況為必要全程住院等語。

五、判斷理由

(一)按依系爭保險附約保單條款第 3 條「本附約所稱『住院』：係指被保險人經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者。」、第 11 條「被保險人在本契約有效期間內因疾病或意外傷害事故，經醫院診斷確定必須住院治療時，本公司自其住院治療之日起至出院之日止，按本附約約定之『住院醫療日額』乘以實際住院日數，給付『住院保險金』，且任何一次事故之住院治療給付日數，最高以要保書所載之最高給付日數為限。」是被保險人須經醫師診斷確定，認為必須入住醫院診療，且經正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療時，始符合請求各項醫療保險金之要件。又按，保險為最大善意及最大誠信之射倖契約，保險契約之當事人皆應本諸善意與誠信之原則締結保險契約，始避免肇致道德危險（最高法院 85 年度台上字第 1685 號判決意旨參照）。蓋保險制度最大功能在於將個人生活中遭遇各種危險所產生之損失，分擔消化於共同團體，故任何保險皆以共同團體之存在為先決條件，此團體乃由各個因某種危險事故而遭受損失之人所組成，基於保險是一共同團體之概念，對於保險契約所生權利糾葛，應立於整個危險共同團體之利益觀點，不能僅從契約當事人之角度思考，若過於寬認保險事故之發生，將使保險金之給付過於浮濫，最終將至侵害整個危險共同團體之成員，有違保險制度之本旨。準此，就申請人與相對人間之系爭保險附約條款關於「經醫師診斷，有住院之必要性」之意義，於解釋上，應認以具有相同專業醫師於相同情形仍會診斷具有住院之必要性者，始屬之，以符合保險為最大善意及最大誠信契約之契約本旨。

(二)經查，關於申請人系爭住院期間究有無住院之必要性，本中心經諮詢專業顧問之意見，略以：「依 A 醫院精神科病歷護理紀錄所見，被保險人因哭泣低落情緒、無助無望感、精神運動遲滯而住院。但自 10/16 起病歷記錄所見多為：『外觀尚可、情緒平穩、言談尚可、互動可、夜眠尚可。』；自 10/19 起病歷：『外觀合宜、情緒平淡、可配合參加治療活動，昨日夜眠 8 小時，無中斷。』，其住院治療經過並不見明確『重鬱症』之憂鬱、失眠、負面思考等症狀之描述。且 11/12 起即有請假外出，並可自行返院，不需他人陪伴，顯見無自殺自傷風險。亦即 101 年 10 月 13 日至同年 12 月 12 日住院期間，並無確切重度憂鬱症發作之記錄。但 10/30、11/02 確有記錄病患因焦慮不安而要求鎮靜劑，可見其確有焦慮症狀。」、「其後 102 年 3 月 28 日至同

年4月8日、102年6月1日至同年7月31日、102年8月28日至同年9月23日住院記錄與上述類似，亦因情緒低落、失眠要求住院。但自住院一週起病歷記錄所見多為：『外觀尚可、情緒平穩、言談尚可、互動可、夜眠尚可』。其住院治療經過並不見明確『重鬱症』之憂鬱、失眠、負面思考、自殺意念等症狀之描述，亦即住院期間並無確切重度憂鬱症發作之記錄。」「依上述記錄所見，被保險人甲君因『重鬱症』低落情緒、無助無望感、失眠而住院治療，但實際住院病歷病程記錄所見，並無確切重度憂鬱症發作症狀之記錄，雖有輕鬱、焦慮、失眠等症狀，但均可在藥物調整下兩、三天內即改善，…」、「綜合上述所見，甲君雖有輕鬱、焦慮、失眠症狀表現，但並無明確『重鬱症』發作之症狀。其診斷應為壓力適應障礙伴輕鬱症，住院必要日數每次最多以十四日為宜。」等情綦詳。

- (三)從而，依據前開顧問意見及現有卷附病歷等事證，堪認申請人因重鬱症分別於101年10月13日至同年12月12日、102年3月28日至同年4月8日、102年6月1日至同年7月31日、102年8月28日至同年9月23日至A醫院住接受治療，各計61天、12天、61天、27天期間乙情，或有其住院必要性存在，然其並無明確『重鬱症』發作之症狀，其診斷應為壓力適應障礙伴輕鬱症，住院必要日數每次最多以14日為宜，是申請人就系爭住院期間之住院日數各以14天、12天、14天、14天為適當，合計54天。又系爭保險附約之住院醫療日額為○○元。故申請人可得請求相對人給付之住院醫療保險金合計為○○萬○○元。

六、評議決定

相對人應給付申請人新台幣○○萬○仟元整。

申請人其餘請求，本中心尚難為有利申請人之認定。

七、相關法規：

無

除外責任

案例 027 除外責任—飲酒駕車 (102 評 1834)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

被保險人騎乘普通重型機車撞擊停放路邊之自小客車致頭部傷害，相對人以被保險人係因酒後駕駛機車發生事故，並已超過道路交通法令規定標準，屬保單契約條款除外之犯罪行為，不負給付各項保險金的責任。惟相對人所陳調查報告僅係相對人內部調查人員製作之文件，並非警方本於職務上所製作之筆錄或公文書，並不具有形式之證據力，故被保險人是否確為飲酒後騎乘機車成傷，即非無疑。相對人既未舉證證明被保險人有飲酒後騎乘機車，且吐氣或血液所含酒精成分超過道路交通法令規定標準之事實，即無從依除外責任條款，主張不負給付保險金之責任。

(二)爭議險種：住院醫療保險、手術醫療保險

(三)參考條文：民法第 1138 條、民事訴訟法第 277 條

(四)關鍵字：除外責任

二、事實經過

申請人為被保險人甲君之母。甲君投保相對人之人壽保險並附加系爭「日額型住院醫療終身健康保險附約」及「手術醫療終身健康保險附約」等附約，於 101 年 2 月 25 日晚間騎乘普通重型機車，行經○○縣○○鄉○○街○○號前，撞擊停放路邊之自小客車(人離開車熄火，車號○○○○-○○)。甲君經送往 A 醫院急救治療，A 醫院 101 年 3 月 27 日診斷書記載「頭部外傷併顱內出血、右腦中風梗塞」，101 年 3 月 28 日轉往 B 醫院○○分院住院復健至 101 年 6 月 26 日辭世，申請人遂向相對人申請手術及住院醫療保險金理賠卻未獲給付，爰申請評議。

三、本案爭點

(一)甲君因傷害事故所致之住院及手術治療，是否構成系爭二保險附約約定之除外責任？

(二)申請人請求相對人給付住院及手術醫療保險金，是否有理由？

四、當事人主張

(一)申請人主張

被保險人甲君投保相對人保險契約並附加日額型住院醫療終身健康保險附約及手術醫療終身健康保險附約(下稱系爭保險附約)。甲君於在 101 年 2 月 25 日因車禍事故受傷，101 年 6 月 26 日辭世，向相對人申請保險理賠卻不理賠。申請人同時向友家○○人壽辦理相同理賠，○○人壽已於 101 年 8

月完成理賠。

(二)相對人主張

甲君 101 年 2 月 25 日因車禍事故導致之傷害，赴醫院進行手術並住院治療共 123 日（101 年 2 月 25 日至同年 6 月 26 日），與本公司申請相關手術及住院醫療保險金共 364,686 元，而本公司並未給付乙事，經本公司查證，被保險人甲君係因酒後駕駛機車發生事故，且事故當時體內血液酒精濃度為 214 mg/dl，換算成吐氣酒精濃度約為 1.07 mg/l，已超過道路交通法令規定標準，屬中華民國刑法第 185 條之 3：「服用毒品、麻醉藥品、酒類或其他相類之物，不能安全駕駛動力交通工具而駕駛者…。」規定之犯罪行為，核屬旨揭契約「日額型住院醫療終身健康保險附約」條款第 15 條【除外責任】：「被保險人因下列原因，所致之疾病或傷害而住院診療者，本公司不負給付各項保險金的責任。…二、被保險人之犯罪行為。…」及「手術醫療終身健康保險附約」條款第 11 條【除外責任】：「被保險人因下列原因，所致之疾病或傷害而住院接受手術治療者，本公司不負給付各項保險金的責任。…二、被保險人之犯罪行為。…」之不給付範圍，故本公司原處理應無違誤之處，歉難依申請人所請辦理。

五、判斷理由

一、程序部分：

按民法第 1138 條規定，遺產繼承人，除配偶之外，依左列順序定之：一、直系血親卑親屬。二、父母。（下略）。本案被保險人陳君於 101 年 6 月 26 日身故，甲君之母申請人為被保險人之法定繼承人，此有甲君之全戶戶籍謄本可稽。是申請人繼續向相對人請求被保險人之生前住院醫療保險金，核與前揭規定相符。

二、實體部分：

(一)按「被保險人於本附約有效期間內，因疾病或傷害，經醫師診斷必須住院治療時，本公司按本附約第十、十一、十二、十三、十四條之約定給付各項保險金。」、「被保險人因下列原因，所致之疾病或傷害而住院診療者，本公司不負給付各項保險金的責任。…二、被保險人之犯罪行為。…」、「被保險人於本附約有效期間內，因疾病或傷害，經醫師診斷必須住院接受手術治療時，本公司按本附約第十條之約定給付手術保險金。」、「被保險人因下列原因，所致之疾病或傷害而住院接受手術治療者，本公司不負給付各項保險金的責任。…二、被保險人之犯罪行為。…」，系爭「日額型住院醫療終身健康保險附約」第 9 條、第 15 條及「手術醫療終身健康保險附約」第 9 條、第 11 條分別約定有明文。

(二)次按，「當事人主張有利於己之事實，就其事實有舉證之責任，但法律別有規定，或依其情形顯失公平者，不在此限，民事訴訟法第 277 條定有明文。主張法律關係存在之當事人，僅須就該法律關係發生所須具備之特別要件，負舉證之責任，至於他造主張有利於己之事實，應由他造舉證證明」、「被保險人或受益人僅須證明保險事故之損害業已發生即可。保險人如主張其有免責事由，應由保險人負舉證責任。」此有最高法院 48 年台上字第 887 號判例及最高法院 74 年臺上字第 848 號民事判決意旨可資參照。是保險受益人僅就保險事故發生之事實負舉證責任後，保險人即應負給付保險金之責，若保險人於保險事故發生時主張有拒絕給付之事由（如：除外責任），則應就此有利於己之事實負舉證責任。

(三)申請人表示甲君車禍事故受傷，已向○○人壽辦理保險理賠，○○人壽已給付在案，主張相對人應依約給付。相對人則辯以：甲君酒後駕駛機車發生事故，事故當時體內血液酒精濃度為 214 mg/dl，並提出 101 年 4 月 12 日理賠調查報告以佐，主張涉及系爭二保險附約約定之除外責任而拒賠。經查：

1. 依○○縣政府警察局道路交通事故現場圖記載，甲君 101 年 2 月 25 日晚間騎乘車號○○○-○○○號普通重型機車，沿○○街由西往東行，行經○○縣○○鄉○○街○○號前，撞擊停於路邊車號○○○○-○○自小客車（人離開車熄火），造成甲君受傷就醫，此有○○縣政府警察局道路交通事故現場圖附卷可稽。另 A 醫院 101 年 3 月 27 日診斷書記載陳君因「頭部外傷併顱內出血、右腦中風梗塞」於 101 年 2 月 25 日急診入院治療。堪認陳君係因交通事故成傷而住院接受診療。
2. 兩造於 102 年 12 月 10 日出席本中心調處庭，相對人表示甲君家屬的同意書並未包含酒測值，故 A 醫院無法提供相關數值，本案係透過警方資料得知甲君於 A 醫院的血液酒精濃度數值，並以 101 年 4 月 30 日 A 醫院病歷室複查內容及 101 年 4 月 12 日理賠調查報告為佐。申請人代理人表示：「現在才知道甲君血液酒精濃度，之前並沒有了解。」。揆諸 101 年 4 月 30 日 A 醫院病歷室複查回覆欄記載「患者的同意書內並未包含要提供酒測值給保險公司」，而理賠調查報告雖記載「四、酒測值：當事人甲君經 A 醫院抽血檢測酒測值 214mg/dl」，惟該調查報告僅係相對人內部調查人員製作之文件，並非警方本於職務上所製作之筆錄或公文書，並不具有形式之證據力，故甲君是否確為飲酒後騎乘機車成傷，即非無疑。
3. 本案相對人未再請求甲君之家屬授權病歷查詢同意書向 A 醫院進一步查詢血液酒精濃度等相關數值，亦未查證並向本中心陳述警方是否曾將甲君依公共危險罪移送，此部分皆未見相對人詳加舉證以實其說，是相對人之主張尚

不足採。相對人既未舉證證明甲君有飲酒後騎乘機車，且吐氣或血液所含酒精成分超過道路交通法令規定標準之事實，即無從依除外責任條款，主張不負給付保險金之責任。

六、評議決定

相對人應給付申請人新台幣○○○元整。

七、相關法規

(一)民法第 1138 條

遺產繼承人，除配偶外，依左列順序定之：

- 一、直系血親卑親屬。
- 二、父母。
- 三、兄弟姊妹。
- 四、祖父母。

(二)民事訴訟法第 277 條

當事人主張有利於己之事實者，就其事實有舉證之責任。但法律別有規定，或依其情形顯失公平者，不在此限。

案例 028 除外責任—故意或自殺行為（102 評 2181）

一、案例摘要

（一）評議要旨：

被保險人於 101 年 9 月 30 日在住所墜樓，經送往○○醫院急救治療，於 101 年 10 月 8 日死亡，依法院檢察署檢察官開立之相驗屍體證明書所載，其死亡方式為「意外死」。申請人就申請給付保險金之要件即被保險人係遭受意外事故之事實，應先負舉證責任。倘申請人已盡其舉證責任，相對人若主張該保險事故有約定排除事由發生時，自應就該排除事由負舉證之責。惟依相對人提出之○○醫院病歷摘要表記載：「家屬表示與母親吵架後，獨自到 3 樓跳下」等語，主張被保險人係故意自殺，然依前開病歷亦無法認定被保險人確係故意自殺，因認兩造各應負擔相當比例之不利風險。基於公平合理、專業迅速處理兩造爭議，經衡酌個案情狀，爰依金融消費者保護法第 20 條第 1 項規定所揭示之公平合理原則，認相對人應酌予以補償申請人原身故保險金 50% 為適當。

（二）爭議險種：團體保險

（三）參考條文：民事訴訟法第 277 條、民事訴訟法第 355 條第 1 項、金融消費者保護法第 20 條第 1 項

（四）關鍵字：除外責任

二、事實經過

被保險人甲君就學期間，向相對人投保「○○團體保險」，保險期間自 101 年 8 月 1 日上午零時起，至 102 年 7 月 31 日午夜十二時止，受益人為申請人。嗣被保險人於 101 年 9 月 30 日在住所墜樓，經送往○○醫院急救治療，於 101 年 10 月 8 日死亡，依○○法院檢察署檢察官開立之相驗屍體證明書所載，其死亡方式為「意外死」，直接引起死亡之原因：「甲、顱內出血。乙、頭部撞傷。丙、高處墜落」。經向相對人申請身故保險金，遽遭相對人拒絕。申請人不服，爰提出評議申請。

三、本案爭點

被保險人之死亡是否為因意外傷害事故所造成？

四、當事人主張

（一）申請人主張

1. 查本件被保險人甲君係於 101 年 9 月 30 日因欲撿拾掉落雨棚之皮夾，不慎自 3 樓墜下，經送往○○醫院急救治療後，於 101 年 10 月 8 日死亡，就其因意外事故而死亡之事實部分，並有○○地方法院檢察署相驗屍體證明書所載其死亡方式為「意外死」可證。

2. 次查相對人雖以○○醫院的病歷為推測被保險人係故意自殺行為而致之死亡，惟該病歷所載明之內容僅係口述，而僅能供參考之用，並不得認定為唯一之證據，仍須依據本案實際之發生事實來加以審酌及認定，故相對人尚未將本案之事實調查清楚完畢，即率然拒絕申請人之理賠申請，此舉完全不顧及申請人之相關權益，實令申請人無法接受。
3. 末查針對此次意外事故，申請人曾向 A 人壽申請意外身故暨醫療保險金，並經財團法人金融消費評議中心評議結果後，認定 A 人壽必須給付保險金予申請人，就此，並有該中心 102 年 7 月 11 日金評議字第○○號函可稽。而基於相同之事情應為相同之處理的平等原則，本案申請人基於同一意外事故業已獲得 A 人壽之理賠，且相對人針對本案之承保範圍與 A 人壽相同，故申請人遂再次於 102 年 10 月 30 日檢附函文向相對人提出理賠之申訴，惟相對人卻仍以「被保險人係故意自殺行為而致之死亡」為理由而拒賠，則相對人即應就此事實部分負舉證責任，若相對人仍無法舉出明確之證據以明事實，即應將保險金給付予申請人，以維申請人之權益，並達保險之公平處理原則。

(二)相對人主張

1. 援引申請人所提供○○院病歷摘要載明：「家屬表示病人與母親吵架後，獨自到三樓跳下。」；及急診救護資料：1、急診檢傷紀錄註記「自殺，和母親吵架後從三樓跳下…」；2、急診病歷「…SUICIDAL FALLING FROM 3RD FLOOR JUST NOW…。」（中譯：…剛剛自三樓高自為（殺）性的跳墜…。）；3、急診醫囑單及急診護理紀錄單皆記錄「自殺通報」；上開相關佐證資料為被保險人之家屬於第一搶救時間所述，考量案發之初應無充裕時間權衡其陳述之利害得失，外界亦較無時間介入或干擾，陳述內容應最趨近事實亦具相當之證明力，故本公司經參酌上述資料，認屬旨揭契約條款第 17 條【除外責任（一）】：「被保險人因下列情事之一致成身故、殘廢、傷害或疾病者，本公司不負給付保險金的責任：一、被保險人的故意自殺行為。…」，合先敘明。
2. 參事故現場之照片，2 樓與 3 樓間遮雨棚空間狹窄，不足容納一人站立之寬度，倘需撿拾掉落之物品（皮夾），依日常合理經驗法則應以其它工具撿拾，或將之撥落至 1 樓再行撿取，應無親自攀爬至窗外之必要；且觀鐵窗、鐵欄杆及女兒牆之高度，即為防範人身安全而設置，被保險人攀爬出陽台之動機非無疑義；再者，倘被保險人係不慎跌落，依物理學慣性原理，應垂直落下，惟檢視二樓遮雨棚與一樓帆布遮雨棚之破損情形，似有向外躍出之拋物線路徑，綜合上述跡證，亦無法確認本次事故符合意外之認定。
3. 按旨揭契約為政策性○○團體保險，其保險費之交付已較其它商業保險為低，旨為減輕被保險人無預警下因疾病或遭遇意外事故時家庭所受經濟上的

負擔，惟自為性之故意行為仍應除外之；次按民事訴訟法第 227 條：「當事人主張有利於己之事實者，就其事實有舉證之責任。…」，然申請人僅就「相驗屍體證明書」填寫「意外死」為主張；惟因檢察官最主要職責乃對犯罪之訴追，若無犯罪嫌疑，通常對事故發生之原因並不予以深究，例如：被保險人因墜樓、落水窒息或農藥中毒等原因致死之案例，並無探究其係故意（自殺）行為或偶發之意外，故相驗屍體證明書在死亡種類勾選「意外死亡」並不當然等同於保險條款約定所稱之意外事故，此有台灣高等法院 94 年保險上更(一)第 7 號判決可參；是故，申請人苟就權利發生之要件，即被保險人非由疾病引起之外來突發事故所致傷殘或死亡之事實，並未善盡相關舉證責任；末按，教育主管機關推行「尊重生命」之教育理念，並為增進廣大學生福利及促進社會安全制度，特委辦○○團體保險，相關給付責任及保險範圍於旨揭契約條款中訂有明文，本公司綜合衡量上列因素，實礙難以個案融通方式給付身故保險金。

五、判斷理由

- (一)按系爭保險契約第 3 條【保險範圍】：「被保險人於本契約有效期間內，因疾病或遭遇意外傷害事故，以致身故、殘廢、需要住院或意外傷害事故之門診治療者，本公司依照本契約的約定給付保險金。」、第 12 條【身故保險金的給付】第 1 項：「被保險人在保險期間內，因疾病或遭遇意外傷害事故，以致身故者，本公司給付身故保險金新臺幣壹佰萬元。」及第 17 條【除外責任(一)】：「被保險人因下列情事之一致成身故、殘廢、傷害或疾病者，本公司不負給付保險金的責任：一、被保險人的故意自殺行為。」。是本件申請人就申請給付保險金之要件即被保險人係遭受意外事故之事實，應先負舉證責任。倘申請人已盡其舉證責任，相對人若主張該保險事故有約定排除事由發生時，自應就該排除事由負舉證之責，先予敘明。
- (二)次按，意外傷害保險，對被保險人或受益人而言，因涉有「證據遙遠」或「舉證困難」之問題，固得依民事訴訟法第 277 條但書規定，主張用「證明度減低」之方式，減輕其舉證責任，並以被保險人或受益人如證明該事故確已發生，且依經驗法則，其發生通常係外來、偶然而不可預見者，應認其已盡舉證之責。惟意外傷害保險以被保險人遭受意外傷害及其所致殘廢或死亡時，負給付保險金額之責，其保險費之給付多較一般死亡保險為低，被保險人或受益人苟就權利發生之要件，即被保險人非由疾病引起之外來突發事故所致傷殘或死亡之事實，未善盡上揭「證明度減低」之舉證責任者，保險人仍無給付保險金之義務，最高法院 98 年度台上字第 2096 號民事判決意旨可資參照。準此，依系爭保險契約及舉證責任之分配原則，申請人應就權利

發生事實即被保險人係遭遇外來突發之意外事故並以此意外事故為死亡原因之事實，負證明度減低之舉證責任。

- (三)惟查相驗屍體證明書屬公文書，依民事訴訟法第 355 條第 1 項規定，推定為真正，有形式之證據力，除確有反證足以證明其記載不實外，就其所記載之事項自有實質證據力。觀諸○○地方法院檢察署檢察官開立之相驗屍體證明書，該份證明書就被保險人之死亡方式係填寫「意外死」，堪認被保險人之死亡乃非因疾病或其他內發因素引起之外來事故所致。
- (四)次查，相對人抗辯系爭保險事故係因被保險人故意行為所致，並稱事故現場 2 樓與 3 樓間遮雨棚空間狹窄，不足容納一人站立之寬度，倘需撿拾掉落之皮夾，依日常合理經驗法則應以其他工具撿拾，或將之撥落至 1 樓再行撿取，應無親自攀爬至窗外之必要，再觀諸現場鐵窗、鐵欄杆及女兒牆高度，即為防範人身安全而設置，被保險人攀爬出陽台之動機非無疑義；再者，倘被保險人係不慎跌落，依物理學慣性原理，應垂直落下云云。然本中心觀諸事故現場照片，仍無法完全排除被保險人站立在遮雨棚撿拾物品不慎掉落之可能性，是此部分尚難採為對相對人有利之認定。
- (五)再查，○○醫院急診檢傷紀錄記載，檢傷註記：「自殺，和母親吵架後從 3 樓跳下」；○○醫院急診病歷亦記載：「According to his family:he fall down by himself after argue with his family」（根據他家人陳述：他與家人爭執後跳下）等語；復依相對人提出之○○醫院病歷摘要表記載：「家屬表示與母親吵架後，獨自到 3 樓跳下」等語，依此，堪認事發之初被保險人之家人確實有向醫療人員為上開陳述，而前揭陳述雖屬傳聞證據，然民事訴訟並未排除傳聞證據之適用，且案發之初被保險人之家人應無充裕時間權衡其陳述之利害得失，外界亦較無時間介入或干擾，陳述內容之可信度較高，故上開證據仍具有相當之證明力。
- (六)末查，本中心囿於書面審理原則及調查權限之限制，以致事實釐清發生困難，本件相驗屍體證明書所載死亡方式(意外)係檢察官督同法醫師相驗屍體所得之結論，相對人雖主張被保險人係故意自殺，然依前開病歷亦無法認定被保險人確係故意自殺，因認兩造各應負擔相當比例之不利風險。又因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，此觀諸金融消費者保護法規定自明。本中心基於公平合理、專業迅速處理兩造爭議，經衡酌個案情狀，爰依金融消費者保護法第 20 條第 1 項規定所揭示之公平合理原則，認相對人應酌予以補償申請人原身故保險金 50%，即○○萬元始為適當。

六、評議決定

相對人應給付申請人身故保險金新臺幣○○元整。

申請人其餘請求，本中心尚難為有利申請人之認定。

七、相關法規

(一)民事訴訟法第 277 條

當事人主張有利於己之事實者，就其事實有舉證之責任。但法律別有規定，或依其情形顯失公平者，不在此限。

(二)民事訴訟法第 355 條第 1 項

文書，依其程式及意旨得認作公文書者，推定為真正。

(三)金融消費者保護法第 20 條第 1 項

爭議處理機構受理申請評議後，應斟酌事件之事實證據，依公平合理原則，超然獨立進行評議。

案例 029 除外責任—其他約定 (103 評 0084)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

申請人因「雙胞胎妊娠 32 週合併早產徵兆」至○○大學附設醫院住院安胎，惟申請人並未發生治療性流產或導致流產事實之先兆性流產，亦無因意外傷害事故所致流產之事實，不符合系爭保單條款所列舉之例外給付項目「意外傷害事故所致之流產或懷孕期間所發生之治療性流產或導致流產事實之先兆性流產。」相對人主張為除外責任而拒絕給付保險金乙節，應無違誤。

(二)爭議險種：住院醫療保險

(三)參考條文：保險法第 29 條第 1 項

(四)關鍵字：除外責任

二、事實經過

申請人於 89 年 10 月 19 日以自己為要保人及被保險人，向相對人投保○○終身壽險並附加日額型住院醫療終身保險附約。嗣申請人自 101 年 10 月 4 日至同年 11 月 9 日因「雙胞胎妊娠併早產徵兆」赴○○大學附設醫院住院，共計 37 日，經向相對人提出醫療保險金理賠申請，遽遭相對人拒絕。申請人不服，爰提出評議申請。

三、本案爭點

申請人因「雙胞胎妊娠合併早產徵兆」安胎住院，是否屬於系爭附約之除外事項之例外給付情形？

四、當事人主張

(一)申請人主張

1. 申請人於 89 年 10 月 19 日以自己為要保人及被保險人，向相對人投保○○終身壽險並附加日額型住院醫療終身保險附約(保額：10 單位，下稱系爭附約)。
2. 申請人自 101 年 10 月 4 日至同年 11 月 9 日因「雙胞胎妊娠併早產徵兆」赴○○大學附設醫院住院，共計 37 日。
3. 本人懷雙胞胎且胎位不正，住院時週數才 26 週，胎兒體重不足，宮縮頻率 10 分鐘一次，若無住院必會導致流產事實，應符合懷孕的除外責任；惟經檢附資料向相對人申請住院醫療保險金理賠，卻遭相對人以「除外責任」拒絕。
4. 本次安胎事故，A 人壽及 B 人壽皆已依約給付住院醫療保險金，故本人要求相對人依約給付住院醫療保險金○○元。

(二)相對人主張

1. 申請人所投保系爭保險契約條款第二十四條：「被保險人因下列事故而住院診療或接受手術治療者，本公司不負給付各項保險金的責任…第 8 款：懷孕、流產或分娩及其引致之併發症。」，亦即被保險人因懷孕、流產或分娩及其併發症而住院時自屬除外責任，先予敘明。
2. 查申請人因「雙胞胎妊娠 32 週合併早產徵兆」至○○大學附設醫院住院安胎 37 日，為懷孕所致之併發症之一，屬上揭保險附約條款除外責任中約定之「懷孕之併發症」範圍無疑。再者，申請人復未有流產之事實，核與除外責任例外情形「(二)意外傷害事故所致之流產或懷孕期間所發生之治療性流產或導致流產事實之先兆性流產…」構成要件不該當，仍無法符合條款之約定。

五、判斷理由

- (一)按保險法第 29 條第 1 項規定：「保險人對於由不可預料或不可抗力之事故所致之損害，負賠償責任。但保險契約內有明文限制者，不在此限。」系爭附約條款第 24 條第 1 項第 8 款【除外責任】約定：「被保險人因下列事故而住院診療或接受手術治療者，本公司不負給付各項保險金之責。八、懷孕、流產或分娩及其併發症。但下列情形不在此限：(一)懷孕期間因子宮外孕、葡萄胎、毒血症、產後大量失血之住院治療。(二)意外傷害事故所致之流產或懷孕期間所發生之治療性流產或導致流產事實之先兆性流產。(三)經診斷符合下列情形之剖腹生產：(略)」。所謂除外責任，係保險公司承保責任之限制或修正，或為維護公序良俗，或因發生率難以預估，而對於若干項目預先聲明不負給付保險金的責任，旨在列示除外責任的原因，以明確保險的範圍，並減少全體要保人保險費之負擔。基此，保險公司得因上述目的，於保單條款內約定除外責任事項，保險法第 29 條但書之規定即本此意旨。故依前開系爭附約約定，除系爭條款但書所約定之例外情形如「醫療行為所必要之流產」及「醫療行為所必要之剖腹產」屬系爭條款給付範圍外，其餘懷孕、流產或分娩及其併發症皆非系爭條款之保障範圍，此先予敘明。
- (二)查申請人自 101 年 10 月 4 日至同年 11 月 9 日因「雙胞胎妊娠 32 週合併早產徵兆」住院 37 日，有○○大學附設醫院 101 年 11 月 9 日開立之診斷證明書可佐。核其治療屬於除外責任約定之『懷孕、流產或分娩及其併發症』範圍，又申請人陳稱「本人懷雙胞胎且胎位不正，住院時週數才 26 週，胎兒體重不足，宮縮頻率 10 分鐘一次，若無住院必會導致流產事實」；惟申請人並未發生治療性流產或導致流產事實之先兆性流產，亦無因意外傷害事故所致流產之事實，不符合系爭保單條款第 28 條第 1 項第 8 款所列舉之例外給

付項目「(二)意外傷害事故所致之流產或懷孕期間所發生之治療性流產或導致流產事實之先兆性流產。」依前揭說明，相對人主張為除外責任而拒絕給付保險金乙節，應無違誤。

(三)另就申請人表示「A 人壽保險股份有限公司」及「B 人壽保險股份有限公司」皆已依約理賠，並檢附理賠證明文件。申請人與其他保險公司之保險契約是否依約履行，與認定申請人本次住院之事實是否符合本案系爭條款約定之給付項目間並無關係，申請人以此指述相對人應依約給付住院醫療保險金乙節，恐係誤會，併此敘明。

六、評議決定

本中心尚難為有利申請人之認定。

七、相關法規

保險法第 29 條第 1 項

保險人對於由不可預料或不可抗力之事故所致之損害，負賠償責任。但保險契約內有明文限制者，不在此限。

案例 030 除外責任—剖腹產 (103 評 0407)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

申請人因「妊娠 38 週合併胎位不正」，有迫及母嬰生命安危之情況，故進行剖腹生產手術治療，雖可為剖腹生產之適應症，但並非疾病，又查無申請人施行剖腹生產手術之前受有任何外力之相關記載。準此可知，申請人因「胎位不正」所施行剖腹生產手術顯與系爭保險契約條款中所約定「遭受強暴脅迫致剖腹生產手術…」之除外例外相去甚遠。是申請人請求相對人應按系爭保險契約條款約定之除外例外給付住院醫療保險金，尚難認有據。

(二)爭議險種：住院醫療保險

(三)參考條文：無

(四)關鍵字：除外責任

二、事實經過

申請人為投保於相對人「○○團體保險」之被保險人，於 102 年 4 月 8 日因「妊娠 38 週合併胎位不正」住院接受剖腹產手術，後於 102 年 4 月 13 日出院，向相對人提出醫療保險金理賠申請，然遭相對人拒絕。申請人不服，爰提出評議申請。

三、本案爭點

申請人請求相對人給付醫療保險金，是否有據？

四、當事人主張

(一)申請人主張

申請人 102 年 4 月 8 日因「妊娠 38 週合併胎位不正」，有迫及母嬰生命安危之情況，故於○○婦產科聯合診所辦理住院並進行剖腹生產手術治療。然相對人卻以系爭條款第 18 條除外責任(1. 遭受強暴脅迫致流產或分娩。2. 剖腹生產手術。3. 子宮外孕手術)拒賠，實是刻意曲解申請人之真意。申請人提出理賠申請之真意為發生「妊娠 38 週合併胎位不正」，有致母嬰生命安危之憂，實乃不可抗力因素所致，因而進行維護生命必要之積極治療行為(進行剖腹生產手術及住院治療)，此乃本保險條款明訂之保障範圍內，即例如感冒住院為不可抗力因素未必然憂及生命即可以申請理賠，然申請人因胎位不正有致母嬰生命安危之虞，因而進行維護生命必要之積極治療行為卻無法獲得理賠，此嚴重背離保單條款之約定，不顧申請人之權益。保單條款第 1 條也約定：「本契約的解釋，應探求契約當事人真意，不得拘泥所用的文字；如有疑義時，以作有利於被保險人的解釋為準。」綜上，相對人須依約給付

醫療保險金及延遲利息。

(二)相對人主張

申請人102年4月8日因「妊娠38週合併胎位不正」於○○婦產科聯合診所辦理住院並進行剖腹生產手術治療，向本公司申請旨揭契約醫療保險金之理賠，本公司以系爭條款第18條【除外責任(二)】拒賠，然該但書明顯已將可保風險明列：1. 遭受強暴脅迫致流產或分娩。2. 剖腹生產手術。3. 子宮外孕手術。指陳「妊娠38週合併胎位不正」致母嬰有生命安危之憂，實乃不可抗力因素所致，因而進行維護生命必要之積極治療行為（進行剖腹生產手術及住院治療），並據此主張要求應依條款約定給付收據金額及延滯息爭議乙事，經本公司瞭解，說明如下。

1. 旨揭契約條款第十八條【除外責任(二)】：「被保險人具有下列情事之一者，本公司不負給付保險金的責任：一、流產或分娩。但遭受強暴脅迫致流產或分娩及剖腹生產手術或子宮外孕手術不在此限。」，參一般臨床醫學實務，「自然生產」是指胎兒通過陰道娩出的過程；「剖腹生產」則係以外科手術切開母親的腹部及子宮，用以娩出嬰兒。依前述，「自然生產」抑或「剖腹生產」均係屬分娩無誤，合先敘明。
2. 關於契約條款約定除外責任，用意在於明確界定可承保之風險，同時亦反面剔除不可承保之風險而明確約定於條款中。旨揭契約條款第十八條即已明確約定「流產及分娩」為本公司不承保風險，其但書之例外部分，究其原因，應屬若被保險人因遭受強暴脅迫等不可抗力之因素所致者，例外可予以理賠之。
3. 綜上所述，申請人施行剖腹生產手術之治療，係為旨揭契約條款第十八條【除外責任(二)】關於「分娩」之除外約定，本公司原處理應無違誤，是恐艱難依申請人所請辦理，特此說明。

五、判斷理由

- (一)按系爭保險契約條款第十四條【醫療保險金的給付】約定：「被保險人於本契約保險期間內，因疾病或遭遇意外傷害事故而需要醫療者，本公司按下列約定給付各項醫療保險金。…。一、住院醫療保險金：被保險人於本契約保險期間內，因疾病或遭遇意外傷害事故於醫院接受住院治療者，本公司就其實際支出之醫療費用給付『住院醫療保險金』…。」第十八條【除外責任(二)】約定：「被保險人具有下列情事之一者，本公司不負給付保險金的責任：一、流產或分娩。但遭受強暴脅迫致流產或分娩及剖腹生產手術或子宮外孕手術不在此限。」。次按一般保險制度之目的，在於避免因偶發事故所造成之經濟上不安定，透過多數經濟單位之集合方式，並以合理之計算為基礎，共釀

資金，公平負擔，以分散風險。且為防止道德危險之發生，保險契約自須遵守最大善意原則及誠實信用原則。是以，解釋除外責任條款，應符合除外責任條款之約定目的，否則易增生道德危險，使被保險人或受益人獲取不當利益，及有害社會安全，並致保險人難以正確評估其承擔危險之能力，不利於其他參加保險人之經濟利益。此有臺灣高等法院臺中分院 102 年保險上字第 13 號民事判決要旨可參。

(二)申請人因「妊娠 38 週合併胎位不正」於 102 年 4 月 8 日住院接受剖腹產手術，而相對人以申請人施行剖腹產手術之治療係屬於系爭保險契約條款第十八條除外責任約定之「分娩」，屬於不承保風險故予以拒賠；申請人則認為施行剖腹產手術之治療實乃不可抗力因素所致，係為維護生命必要所進行之積極治療行為云云。經查，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 17 年上字第 1118 號判例參照)。「被保險人具有下列情事之一者，本公司不負給付保險金的責任：一、流產或分娩。但遭受強暴脅迫致流產或分娩及剖腹生產手術或子宮外孕手術不在此限。」，系爭保險契約條款第 18 條約定甚明。查申請人施行剖腹產手術之治療確屬系爭保險契約條款除外責任約定之「分娩」，雖然申請人主張剖腹生產手術業已符合除外例外之約定，即「…但遭受強暴脅迫致流產或分娩及『剖腹生產手術』或子宮外孕手術不在此限。」，然觀諸條款之約定文義，「剖腹生產手術」本即屬「分娩」，故審酌其但書例外排除之約定目的，應僅限制在遭受強暴脅迫等有形外力行使之下所致之剖腹生產手術，而不包含本屬除外約定之「分娩」，否則其除外例外即失其約定目的。是以，系爭保險契約條款有關除外例外之約定應從體系上解釋為『遭受強暴脅迫致剖腹生產手術…。』，方符除外例外之約定目的。

(三)從而，申請人之「妊娠 38 週合併胎位不正」為懷孕之狀態，雖可為剖腹生產之適應症，但並非疾病，又卷證資料中查無申請人施行剖腹生產手術之前受有任何外力之相關記載。準此可知，申請人因「胎位不正」所施行剖腹生產手術顯與系爭保險契約條款中所約定「遭受強暴脅迫致剖腹生產手術…。」之除外例外相去甚遠。是申請人請求相對人應按系爭保險契約條款約定之除外例外給付住院醫療保險金，尚難認有據。

六、評議決定

本中心尚難為有利申請人之認定。

七、相關法規

無。

第二篇 銀行 基金招攬

案例 031 基金招攬-違反風險說明義務（102 評 1910）

一、案例摘要

（一）評議要旨：

申請人陳稱其赴相對人分行欲辦理定存，經相對人理財專員推介委託相對人申購系爭基金。惟前開理財專員並未就系爭基金產品結構及風險向申請人具體說明，因而致申請人蒙受系爭基金之鉅額虧損。本件評議案件，經審核案關文件內容，認為相對人業已就系爭基金產品結構及風險向申請人告知，故就申請人請求賠償投資虧損乙節，本中心尚難為有利申請人之認定。

（二）爭議產品：基金

（三）參考條文：金融服務業從事廣告業務招攬及營業促銷活動辦法第 4 條第 1 項第 1 款、第 3 款及第 5 條第 1 項第 2 款、第 9 款、金融服務業提供金融商品或服務前說明契約重要內容及揭露風險辦法第 2 條及第 3 條第 1 項第 1 款、第 2 款

（四）關鍵字：產品結構及風險告知

二、事實經過

申請人指陳系爭基金招攬過程，相對人理財專員並未就產品結構及風險向申請人充分揭露，遂主張相對人應就系爭基金投資虧損向申請人賠償，爰向本中心提起申請評議。

三、本案爭點

相對人之員工○君及○君於系爭投資商品之招攬過程中是否有不當之招攬行為，致申請人造成損害？申請人請求相對人賠償投資損失有無理由？

四、當事人主張

（一）申請人主張

1. 申請人於○○年○○月○○日至相對人○○分行辦理定存，該分行○姓專員（下稱○君）及○姓襄理（下稱○君）便將申請人帶至一旁，申請人在其二人不斷慫恿遊說下，投資了「○○○○基金」，金額○○元（下稱系爭投資商品），至○○年○○月收到對帳單，居然虧損○○元。然申請人於申購系爭投資商品時，○君及○君完全未告知系爭投資商品會有投資風險。
2. 於系爭投資商品之銷售過程中，○君及○君除未告知任何風險外，並以類似定存之話術誘導申請人購買系爭投資商品，使申請人誤信系爭投資商品與定存差不多，而利息又比定存更好。另申請人於「特定金錢信託申購申請書」及相關文件上之簽名，亦為依○君及○君之指示所簽，然該二人並未向申請

人說明該文件之內容為何。

(二)相對人主張

1. 申請人係於○○年○○月初至相對人○○分行詢問澳幣匯率及定存利率，○君及○君持系爭投資商品 DM 向相對人口頭說明系爭投資商品內容、費用、投資風險等重要事項，並交付 DM 予申請人。申請人復於○○年○○月○○日至相對人○○分行申購系爭投資商品，並簽署「特定金錢信託申購申請書」、「○○銀行基金通路報酬揭露表單」及「委託人自行審慎安排投資決定聲明書」等文件。
2. 上開「特定金錢信託申購申請書」之特別約定事項第二點載有「委託人確實了解投資最大可能損失為全部之信託本金」據此，相對人確已告知申請人相關風險。再者，系爭投資商品係屬 RR2 之風險收益等級，符合申請人之投資風險等級。又申請人於○○年○○月○○日即曾透過相對人申購「○○○○基金」（商品風險屬性為 RR3），投資本金為○○，並於○○年○○月○○日贖回，總投資利益為○○元；而申請人系爭投資商品至○○年○○月亦已領得累積配息○○元，是申請人要求相對人賠償投資損失，歉難同意。

五、判斷理由

- (一)緣申請人○○年○○月○○日所填具之評議申請書，原請求標的為「請求○○商業銀行○○分行專員○○○、襄理○○○及○○商業銀行連帶賠償本人本金損失新台幣○○元整。」，嗣於○○年○○月○○日所提出之「致 財團法人金融消費評議中心回覆函」則變更具體請求標的及金額為「請求○○商業銀行賠償本人本金損失新台幣○○元整(本人損失金額元為新台幣○○元，今申請○○銀行負擔一半損失)。」據此，本中心即應以申請人所變更後之請求即請求相對人賠償○○元為本案之請求標的，合先敘明。
- (二)本案申請人主張○君及○君於系爭投資商品之銷售過程中，未盡風險告知等義務，據以主張相對人違反「金融服務業從事廣告業務招攬及營業促銷活動辦法」第 4 條第 1 項第 1 款、第 3 款及第 5 條第 1 項第 2 款、第 9 款；「信託業營運範圍受益權轉讓限制風險揭露及行銷訂約管理辦法」第 20 條；「金融服務業提供金融商品或服務前說明契約重要內容及揭露風險辦法」第 2 條及第 3 條第 1 項第 1 款、第 2 款等規定，並請求相對人應賠償申請人投資本金損失 10 萬元云云。就此，相對人則提出「特定金錢信託申購申請書」、「○○銀行基金通路報酬揭露表單」及「委託人自行審慎安排投資決定聲明書」、「基金交易對帳單」等文件，以證明相對人確已履行告知申請人相關投資風險之義務。
- (三)經查，就○君及○君於系爭投資商品之銷售過程中，是否曾以類似定存之話

術誘導申請人申購系爭投資商品，及有無指示申請人填寫並簽署相關文件等事，申請人及相對人之陳述各執一詞，尚欠缺足證申請人陳述為真之證據，是就申請人此部分之主張，本中心尚難為有利申請人之認定。而就相對人是否已對申請人盡風險告知義務乙事，相對人則提出「特定金錢信託申購申請書」以資佐證，其上之委託人欄並有申請人之簽名。該申請書之特別約定事項第一點載有「…委託人已於合理期間充分審閱並明瞭本申請書、本申請書背面所載『特定金錢信託投資國內外有價證券及其他投資標的特約條款及風險預告書』及前述契約所載全部內容，並願遵守各項規定。」而其背面之風險預告書並就相關風險為補充說明，如第二點「委託人將信託資金交付受託人為投資標的之指示運用前，應確實詳閱投資標的之相關資料及其規定並瞭解其投資風險，包括但不限於可能發生之投資標的跌價、匯兌損失所導致之本金虧損，或投資標的暫時贖回及解散清算等風險。…」、第四點「投資國外有價證券除有前述二、三項之風險外，並附有下列較常見之風險與事項，委託人應就受託人逐案交付之投資標的產品說明書詳加閱讀及充分明瞭投資標的之交易特性及風險後慎選投資標的。…」，另申請書之其特別約定事項第二點則載有「委託人確實了解投資最大可能損失為全部之信託本金」、第三點「委託人經由下列勾選方式取得上述基金之簡式公開說明書、公開說明書或投資人須知等，並已審閱且瞭解其內容而願遵守之」，而其選項則勾選「已由經理公司交付或於銷售機構取得。」是以，堪認相對人就系爭投資標的之投資風險，已善盡其告知義務。

(四)次查，系爭投資商品之「特定金錢信託申購申請書」、「○○銀行基金通路報酬揭露表單」及「委託人自行審慎安排投資決定聲明書」之簽名欄確實均留有申請人之簽名及印鑑，經肉眼觀察亦與申請人○○年○○月○○日所填寫之「信託服務開戶申請書」留存約定印鑑大致相符。再者，申請人雖主張「客戶投資風險屬性問卷表」係依○君及○君指示所簽署，且其內容與申請人之條件不符云云。然該「客戶投資風險屬性問卷表」係於○○年○○月○○日所填具，其上之客戶親簽欄及修改處並留有申請人之簽名；又其客戶風險等級為「積極型」，申請人並於當日同時申購「○○○○基金」，且於○○年○○月○○日以獲利贖回，復於○○年○○月○○日申購系爭投資商品，此有相對人所提出之基金投資明細資料可稽，而系爭投資商品之風險等級為RR2，適合保守型之投資人申購。是以，該「客戶投資風險屬性問卷表」之內容與申請人系爭投資商品之投資損失間，並無相當因果關係。

(五)末按，任何與金錢有關之交易或營利活動，均有正常風險，尤以高利潤之投資活動為甚，法律並不在保障投資人之投資必將獲利，投資者須自我承擔投

資之風險，理財專員於銷售系爭投資商品時，申請人若未能充分了解，亦得再向其詢問，或可選擇拒絕購買。申請人既決定申購系爭投資商品並親簽相關文件，當應自我承擔投資之風險，且依目前事證尚無法證明理專之招攬行為有何瑕疵，從而，申請人請求相對人賠償投資損失，尚屬無據。

六、評議決定

本中心就申請人之請求尚難為有利申請人之認定。

七、相關法規

(一)金融服務業從事廣告業務招攬及營業促銷活動辦法第 4 條

金融服務業從事廣告、業務招攬及營業促銷活動，應依社會一般道德、誠實信用原則及保護金融消費者之精神，遵守下列原則：

- 一、應致力充實金融消費資訊及確保內容之真實，避免誤導金融消費者，對金融消費者所負擔義務不得低於廣告之內容及進行業務招攬或營業促銷活動時所提示之資料或說明。
- 二、對金融商品或服務內容之揭露如涉及利率、費用、報酬及風險時，應以衡平及顯著之方式表達。
- 三、應以中文表達並力求淺顯易懂，必要時得附註原文。
- 四、應以金融服務業名義為之。

(二)金融服務業提供金融商品或服務前說明契約重要內容及揭露風險辦法第 2 條

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，應依本辦法規定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及揭露風險；本辦法未規定者，應按業務類別，分別適用各該業務法令及自律規範之規定。

(三)金融服務業提供金融商品或服務前說明契約重要內容及揭露風險辦法第 3 條

金融服務業說明金融商品或服務契約之重要內容及揭露風險，應遵守下列基本原則：

- 一、應本於誠實信用原則，並以金融消費者能充分瞭解之方式為之。
- 二、任何說明或揭露之資訊或資料均須正確，所有陳述或圖表均應公平表達，並不得有虛偽不實、詐欺、隱匿、或足致他人誤信之情事，上述資訊或資料應註記日期。
- 三、銷售文件之用語應以中文表達，並力求淺顯易懂，必要時得附註原文。
- 四、所有銷售文件必須編印頁碼或適當方式，俾供金融消費者確認是否已接收完整訊息。

連動債招攬

案例 032 連動債招攬-未落實 KYC 程序 (102 評 2034)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

相對人有未對申請人執行 KYC 評估風險屬性等缺失，因連動債商品種類繁多，多具高度專業性、抽象性及複雜性，相較於其他投資商品，連動債商品資訊非一般投資大眾所易理解，在考量申請人之教育程度、知識能力、工作及投資經驗、購買系爭連動債之動機與目的暨對於連動債所連結之標的理解之程度，申請人因此所受之投資損害，有特別予以衡平之必要。本中心依金融消費者保護法第 20 條第 1 項所揭示公平合理原則，認相對人應衡平補償申請人○○元。

(二)爭議產品：連動債

(三)參考條文：信託法第 22 條、信託業應負之義務及相關行為規範第 23 條、第 29 條、中華民國信託業商業同業公會會員辦理特定金錢信託業務資訊揭露一致性規範第 7 條

(四)關鍵字：KYC

二、事實經過

申請人指陳系爭連動債招攬過程，相對人理財專員並未充分評估申請人之風險承受度，遂主張相對人應就系爭基金投資虧損向申請人賠償，爰向本中心提起申請評議。

三、本案爭點

相對人是否已盡適合性評估？

四、當事人主張

(一)申請人主張

申請人○○○於○○年○○月○○日至○○銀行○○分行要存定期存款，行員表示有一檔產品比台幣定期利率還高，當時只說每 3 個月配息一次年息 3.3%，當場說沒幾分鐘就成交，並未攜回審閱說明書了解產品，也未告知產品有風險，連風險告知檢核表也是行員勾選的，當時投資人年齡已 63 歲，教育程度只有國小，是否適合投資該類產品呢？

(二)相對人主張

1. 申請人自民國○○年起與相對人進行往來，為相對人財資力雄厚之財富管理顧客。民國○○年○○月間申請人由○先生（申請人之配偶）陪同來行，據當時服務之相對人行員表示，由於○先生因自身因素不便於銀行開戶故以申請人名義為財務往來，因此辦理系爭商品申購流程時○先生均在場。經查本

案相關契約及銷售流程，相對人並無疏失，相對人依申請人及○先生之要求提供投資訊息，行員於銷售過程中已就商品 DM、風險告知檢核表內容一一向申請人及○先生詳盡說明，相關風險並清楚載明於相關文件，申請人與○先生曾就系爭商品條件詳細詢問行員，申請人檢視相關表單、瞭解內容後始親自簽署並蓋具原留印鑑，由此可知申請人的確是有意投資且理解潛在之風險後才決定申購，並非如申請人所言「當時行員只說配息資訊」云云。

2. 依據民國 94 年 2 月 5 日公布之《銀行辦理財富管理業務應注意事項》(下稱注意事項)，銀行需建立包含客戶風險等級分類之商品適合度政策。民國○○年○○月○○日申請人申購系爭商品時，適逢該注意事項公布後之作業調整期，因此相對人並未於申請人申購系爭商品前對其進行 KYC。縱然如此，申請人所申購之商品是由國際信用評等機構穆迪 (Moody' s Investors Service) 預計評等為 A2 等級之信用債券，若無發生信用事件，將屬於信譽優良、經濟效益穩定且風險低之商品；另系爭商品符合民國○○年○○月○○日《台央外伍字第○○○○○○○○○○號函》之規定，屬主管機關所允許金融機構銷售之商品，由此可知，在當時系爭商品是完全合法且可銷售予申請人之投資標的。
3. 申請人具有相當豐厚之財資力且為相對人財富管理顧客，申購系爭商品時年齡雖為○○歲且僅國小畢業，然當時並無相關法令規範此類高資產顧客不得投資主管機關已允許金融機構銷售之合法金融商品，且申請人具有思考判斷之能力，並非無行為能力人。申購當時○先生均在場陪同並共同詢問系爭商品相關事宜，相關文件亦經申請人確認瞭解後親自簽署並蓋具原留印鑑，由此可知申請人係基於自身投資意願於瞭解風險後決意申購。此外，依相對人之薪資制度並未給予行員銷售獎金及個人業績責任額，顯無誘因及壓力導致有不當銷售之情事。時至今日，如以現今規範評價當時銷售之商品，概論斷系爭商品係不適合銷售予申請人，實不合理。

五、判斷理由

- (一)按受託人應依信託本旨，以善良管理人之注意，處理信託事務；受託人因管理不當致信託財產發生損害或違反信託本旨處分信託財產時，委託人、受益人或其他受託人得請求以金錢賠償委託財產所受損害或回復原狀，並得請求減免報酬，信託法第 22、23 條定有明文。查本案申請人於○○年○○月○○日填具申購書，申購系爭商品，有申請人不爭執簽名真正之申購書、風險告知檢核表在卷可稽，相對人即應本於信託本旨，以善良管理人之注意處理申請人所信託之事務，先予敘明。
- (二)次按兩造成立信託關係時之信託業應負之義務及相關行為規範(93 年 12 月

31 日)第 27 條:「信託業受託之業務如涉及有價證券或其他產品之投資或衍生性金融商品之訂約或運用,信託業應依其不同類型之業務,於其交付客戶之公開說明書或其他投資或運用說明文件中,揭露各該類型之業務所涉及之各類風險(例如利率風險、交易市場流動性不足之風險、匯率風險、從事期貨及衍生性金融商品之風險或其他類型之風險)。…。」、第 29 條:「信託業接受委託人委託從事信託業務,應與委託人訂立信託契約或其他依法令應簽署之契約或文件,於訂約前並應先行提供契約或文件內容予委託人閱覽,並應注意以下事項:一、應盡合理注意使委託人於簽訂信託契約前有充分機會考慮條款。二、應就委託人所提出之疑義詳細說明。三、提供予委託人有關信託業務之文件應清楚、明確,不得有虛偽或誤導委託人之情事。…。」;中華民國信託業商業同業公會會員辦理特定金錢信託業務之信託報酬及風險揭露一致性規範(93 年 12 月 31 日)第 7 條:「信託業辦理特定金錢信託業務,應依信託業應負之義務及相關行為規範第二十七條規定,揭露各該類型之業務所涉及之各類風險,其投資標的涉及連動債券或結構型商品者,並應依下列原則對委託人揭示相關風險:一、應就個別商品條件(中文及原文名稱)與所涉風險,確實向委託人說明及揭露;如國外發行機構已有提供前述商品條件及所涉風險之原文說明文件者,信託業應將原文說明文件忠實轉譯為中文說明文件,並將中文及原文說明文件一併交付予委託人於充分審閱產品條件內容說明及投資風險後簽章。…。」、第 8 條:「信託業辦理特定金錢信託業務投資連動債券,應對委託人揭露之基本風險,包含最低收益風險、委託人兼受益人提前贖回的風險、利率風險、流動性風險、信用風險、匯兌風險、事件風險、國家風險及交割風險等事項。…。」、第 9 條:「信託業辦理特定金錢信託業務投資連動債券,就不同商品應對委託人揭露之風險,包含發行機構行使提前買回債券權利風險、再投資風險、受連結標的影響之風險、通貨膨脹風險、本金轉換風險等事項。…。」、第 10 條:「信託業辦理特定金錢信託業務投資連動債券,若投資標的為信用連結型商品者,應就所涉及之無法履行債務(Fail to Pay)風險、破產(Bankruptcy)風險及重整(Restructuring)風險等相關事項,加強揭露說明其定義內容。」;銀行辦理財富管理業務應注意事項(94 年 2 月 5 日)第 6 點:「銀行辦理本項業務,應建立適當之內部控制制度及風險管理制度,並落實執行。其內容至少應包括下列事項:(一)充分瞭解客戶之作業準則。…(三)業務推廣及客戶帳戶之風險管理作業準則。…。」、第 9 點:「第六點所稱業務推廣及客戶帳戶風險管理之作業準則,其內容至少應包括下列事項:…(二)應建立一套商品適合度政策,包括客戶風險等級、商品風險等級之分類,俾依據客戶

風險之承受度提供客戶適當之商品。另應建立監控機制以避免理財業務人員不當推介顧問之行為。…(四)銀行提供特定商品時，應另提供商品說明書，該說明書應載明商品特性、所涉及之風險、手續費或其他費用之說明。相關說明經理理財業務人員充分告知客戶後，應留存紀錄以供查證。…。」。

(三)首查，相對人自陳未對申請人作 KYC 客戶投資屬性評估確認風險屬性，惟辯以申請人申購系爭商品時適逢《銀行辦理財富管理業務應注意事項》公布後之作業調整期，因此當時並無 KYC 記錄云云。經查，申請人係於○○年○○月○○日申購系爭商品，銀行辦理財富管理業務應注意事項業於○○年○○月○○日訂定發布，相對人即有遵循相關規定之義務。且相對人本應依信託契約盡善良管理人注意義務，詳盡告知說明與揭露風險，並確保申購商品對投資人之適合性，不因行政命令規範有無而有所差異。從而，相對人辯以申請人申購系爭商品時適逢《銀行辦理財富管理業務應注意事項》公布後之作業調整期，故未對申請人作適合性風險評估，實難可採。

(四)未按任何與金錢有關之交易或營利活動，均有一定之風險，尤以高利潤之投資活動或高利息之借貸等為甚，即使一般金融機構存款，除透過存款保險制度予以適度分擔風險外，存款人亦需承擔金融機構因日後倒閉而無法返還存款之潛在危險，是以如何基於風險預期與風險管理，預防或避免可能的交易損失，乃每位從事交易之現代人所應事先培養之能力，且因其能力不足或判斷不正確所需承擔之交易失利風險，亦為各投資者所需具備之基本認知，尚不得隨意指摘為交易服務之仲介業者，需擔負其投資必可獲利之風險（臺灣高雄地方法院民事判決 99 年度訴字第 1992 號、臺灣高雄地方法院民事判決 99 年度重訴字第 243 號判決參照）。惟相對人有未對申請人執行 KYC 評估風險屬性等缺失業如前述。因連動債商品種類繁多，多具高度專業性、抽象性及複雜性，相較於其他投資商品，連動債商品資訊非一般投資大眾所易理解，在考量申請人之教育程度、知識能力、工作及投資經驗、購買系爭連動債之動機與目的暨對於連動債所連結之標的理解之程度，申請人因此所受之投資損害，有特別予以衡平之必要。

(六)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。依金融消費者保護法第 20 條第 1 項所揭示公平合理原則，本件審酌個案相關情節，認相對人應衡平補償申請人損失之比率應為○○%。故申請人得請求相對人賠償（折合成新台幣）為「虧損金額×○○%＝（本金－配息）×○○%」〔（○○－○○）×○○%＝○○〕，四捨五入後為○○元整。

六、評議決定

相對人應給付申請人新台幣○○元整。

申請人其餘請求，本中心尚難為有利於申請人之認定。

七、相關法規

- (一)信託法第 22 條：「受託人應依信託本旨，以善良管理人之注意，處理信託事務。」。
- (二)信託業應負之義務及相關行為規範(93 年 12 月 31 日)第 27 條：「信託業受託之業務如涉及有價證券或其他產品之投資或衍生性金融商品之訂約或運用，信託業應依其不同類型之業務，於其交付客戶之公開說明書或其他投資或運用說明文件中，揭露各該類型之業務所涉及之各類風險（例如利率風險、交易市場流動性不足之風險、匯率風險、從事期貨及衍生性金融商品之風險或其他類型之風險）。…。」、第 29 條：「信託業接受委託人委託從事信託業務，應與委託人訂立信託契約或其他依法令應簽署之契約或文件，於訂約前並應先行提供契約或文件內容予委託人閱覽，並應注意以下事項：一、應盡合理注意使委託人於簽訂信託契約前有充分機會考慮條款。二、應就委託人所提出之疑義詳細說明。三、提供予委託人有關信託業務之文件應清楚、明確，不得有虛偽或誤導委託人之情事。」。
- (三)中華民國信託業商業同業公會會員辦理特定金錢信託業務資訊揭露一致性規範(93 年 12 月 31 日)第 7 條：「信託業辦理特定金錢信託業務，應依信託業應負之義務及相關行為規範第二十七條規定，揭露各該類型之業務所涉及之各類風險，其投資標的涉及連動債券或結構型商品者，並應依下列原則對委託人揭示相關風險：一、應就個別商品條件（中文及原文名稱）與所涉風險，確實向委託人說明及揭露；如國外發行機構已有提供前述商品條件及所涉風險之原文說明文件者，信託業應將原文說明文件忠實轉譯為中文說明文件，並將中文及原文說明文件一併交付予委託人於充分審閱產品條件內容說明及投資風險後簽章。」、第 8 條：「信託業辦理特定金錢信託業務投資連動債券，應對委託人揭露之基本風險，包含最低收益風險、委託人兼受益人提前贖回的風險、利率風險、流動性風險、信用風險、匯兌風險、事件風險、國家風險及交割風險等事項。」、第 9 條：「信託業辦理特定金錢信託業務投資連動債券，就不同商品應對委託人揭露之風險，包含發行機構行使提前買回債券權利風險、再投資風險、受連結標的影響之風險、通貨膨脹風險、本金轉換風險等事項。」、第 10 條：「信託業辦理特定金錢信託業務投資連動債券，若投資標的為信用連結型商品者，應就所涉及之無法履行債務(Fail to Pay)風險、破產(Bankruptcy)風險及重整(Restructuring)風險等

相關事項，加強揭露說明其定義內容。」；銀行辦理財富管理業務應注意事項(94年2月5日)第6點：「銀行辦理本項業務，應建立適當之內部控制制度及風險管理制度，並落實執行。其內容至少應包括下列事項：(一)充分瞭解客戶之作業準則。…(三)業務推廣及客戶帳戶之風險管理作業準則。」、第9點：「第六點所稱業務推廣及客戶帳戶風險管理之作業準則，其內容至少應包括下列事項：…(二)應建立一套商品適合度政策，包括客戶風險等級、商品風險等級之分類，俾依據客戶風險之承受度提供客戶適當之商品。另應建立監控機制以避免理財業務人員不當推介顧問之行為。…(四)銀行提供特定商品時，應另提供商品說明書，該說明書應載明商品特性、所涉及之風險、手續費或其他費用之說明。相關說明經理財業務人員充分告知客戶後，應留存紀錄以供查證。…。」。

案例 033 連動債招攬-違反產品條件說明義務 (103 評 0123)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

商品 DM 的作用在於讓相對人能以簡單扼要之文字或圖表，傳達商品之主要特性及內容，以利一般投資人能藉由商品 DM 迅速瞭解商品之相關資訊，並決定是否進行投資。而相對人○○銀行所提供系爭連動債之商品 DM，並未記載申請人申購系爭連動債所必須承受之相關風險，即便相對人已於中英文產品說明書及約定書中揭露前揭風險，惟相對人○○銀行既利用商品 DM 作為系爭連動債之說明文件，而相關風險又是申請人作成投資決策之重要考量因素，則相對人○○銀行仍應於商品 DM 中明文揭露該商品所涉及之可能風險，以利申請人有足夠資訊決定是否申購系爭連動債。準此，應認相對人○○銀行未盡資訊揭露或風險告知之義務，自不能謂已符合善良管理人之注意義務。

(二)爭議產品：連動債

(三)參考條文：信託法第 22 條、信託業法第 22 條、信託業應負之義務及相關行為規範第 8 條、第 10 條、中華民國信託業商業同業公會會員辦理特定金錢信託業務資訊揭露一致性規範第 9 條

(四)關鍵字：產品結構及風險告知

二、事實經過

申請人指陳系爭連動債招攬過程，相對人理財專員並未就產品結構及風險向申請人充分揭露，遂主張相對人應就系爭基金投資虧損向申請人賠償，爰向本中心提起申請評議。

三、本案爭點

相對人○○銀行是否未盡資訊揭露或風險告知之義務？

四、當事人主張

(一)申請人主張

申請人於○○年○○月○○日經由相對人○○銀行之理財專員即相對人○○之推介，由其親自填寫信託交易指示書向相對人○○銀行申購「○○銀行○○分行發行○○年期○○○○」(下稱系爭連動債)，申購金額○○萬元整。申請人所簽立之文件完全由相對人○○導引簽立，其並未解釋簽署文件內容，且強調系爭連動債保本不會賠錢，又未對風險適合度分析逐一解釋詢問，僅叫申請人簽名後其餘由其勾選，造成申請人不應該投資該風險等級之商品。豈料遇到○○○控股公司(下稱○○○)倒閉造成金融海嘯，導致申請人損失○○萬元。又相對人○○銀行未在網站或月結單上充分揭露○○遭國際間標準○○及○○等信用評等機構調降評等之訊息，一再隱瞞○○○

財務狀況隱藏之風險，未盡善良管理人之注意義務。相對人○○○之行為已違反民法第 535 條及信託法第 22 條所定之善良管理人之注意義務，構成民法第 184 條第 2 項違反保護他人之法律，致生損害於他人，應負賠償責任。相對人○○○為相對人○○銀行之受僱人，彼等間為僱傭關係，依據民法第 188 條規定，受僱人因執行職務，不法侵害他人之權利者，由僱用人與行為人連帶負損害賠償責任。因此，相對人○○銀行自應就申請人之損害與相對人○○○連帶負損害賠償責任。

(二)相對人主張

1. 相對人○○銀行於受理申請人○○年○○月間以特定金錢信託方式指定投資系爭連動債前，理專除提供系爭連動債 DM 並以口頭詳細說明系爭連動債之投資內容及風險外，業依信託業應負之義務及相關行為規範規定於訂約前先行提供中英文產品說明書及約定書，載明商品特性、所涉及風險之說明予申請人參閱。理專基於服務客戶之立場，協助申請人填寫「信託資金交易指示書」以進行系爭連動債申購事宜，前揭交易指示書內容業經申請人審閱並簽名確認。系爭商品 DM 右上方已有載明屬「非保本商品」，又依據系爭連動債中英文產品說明書及約定書之第 1 頁除載明「指定用途投資國外有價證券具有市場利率風險，委託人須自付（負）盈虧，國外有價證券並非一般存款，不構成受託人之存款或債務，亦非中央存款保險公司理賠範圍；且不保證投資本金無損亦不保證最低收益」，亦於投資風險預告之第 10 頁「最低收益風險」欄位載明「本債券為非本金保障產品，因此在最差情況下投資者應瞭解他們可能會遭受投資全部損失的情況」；第 11 頁「信用風險」欄位載明「委託人需承擔本債券發行或保證機構之信用風險；而『信用風險』之評估，端視委託人對於債券發行或保證機構之信用評等價值之評估，亦即保本或保息係由發行或保證機構所承諾，而非受託人之承諾或保證」；相關風險揭露及該等內容均經申請人審閱後簽章確認始完成交易手續，且申請人亦於風險預告書之委託人聲明「本人已詳閱…並完全了解產品內容及各項交易風險，始以書面方式向貴行提出申購指示，…，立約人絕不以對風險認知不足或其他理由，要求貴行對交易風險所造成立約人損失負擔任何責任。本人經受託人指派專人解說後，已詳細閱讀本產品說明及約定書並充分明瞭投資標的之交易特性及風險，願簽名並確認同意接受所有交易條件及承擔一切投資風險」親自簽名確認，並無申請人指稱「理專並強調該基金保本不會賠錢，我所簽立文件完全由理專導引簽立，理專也未解釋簽署文件內容」之情事。綜上可知，相對人○○銀行實已於相關文件充分揭露系爭連動債相關條件及風險，而相對人○○銀行係於申請人確認皆了解相關條件及風險後方完成交易。且

申請人於申購系爭連動債前，於相對人○○銀行已有投資不保本連動債商品獲利贖回經驗，實為有經驗之投資人，應能了解投資可能伴隨之風險。此外，申請人投資系爭連動債期間亦有配息○○○○元，並無其所述損失○○萬元。

2. 相對人○○銀行已遵循雙方之特定金錢信託投資關係暨主管機關所定之相關法令規定，並依照申請人之指示申購系爭連動債，且亦定期寄發綜合月結單揭露系爭連動債之原始投資金額及單位市場參考價格供申請人參閱，相對人實已盡善良管理人之注意義務並履行契約義務，並無申請人指稱違反相關法律規定之情事。相對人○○銀行辦理申請人以特定金錢信託方式委託相對人○○銀行投資系爭連動債業務，均依法令及與申請人之約定辦理，於特定金錢信託架構下，相對人○○銀行係依指示為信託財產之管理處分，申請人應為自身投資決策自負盈虧，若因市場發生波動致產生虧損，實無要求相對人○○銀行賠償之理。

五、判斷理由

- (一)按信託法第 22 條規定：「受託人應依信託本旨，以善良管理人之注意，處理信託事務。」；信託業法第 22 條規定：「信託業處理信託事務，應以善良管理人之注意為之，並負忠實義務。前項信託業應負之義務及相關行為規範，由信託業商業同業公會擬訂，報請主管機關核定。」。另（94 年 2 月 24 日）信託業應負之義務及相關行為規範第 8 條、第 10 條第 1 項第 1 款及第 27 條第 1 項分別規定：「信託業應依信託本旨，以善良管理人之注意義務，並以專業及謹慎態度處理信託事務。」、「信託業有下列情形之一者，應視為違反善良管理人之注意義務：一、應告知委託人或受益人之重大訊息怠於告知者，其情形包括下列事項：（一）未依相關法令規定向委託人或受益人告知信託帳戶投資運用之風險。」、「信託業受託之業務如涉及有價證券或其他產品之投資或衍生性金融商品之訂約或運用，信託業應依其不同類型之業務，於其交付客戶之公開說明書或其他投資或運用說明文件中，揭露各該類型之業務所涉及之各類風險（例如利率風險、交易市場流動性不足之風險、匯率風險、從事期貨及衍生性金融商品之風險或其他類型之風險）」。又（96 年 4 月 14 日）中華民國信託業商業同業公會會員辦理特定金錢信託業務資訊揭露一致性規範第 9 條第 1 項第 5 款規定：「信託業辦理特定金錢信託業務投資連動債券，就不同商品應對委託人揭露之風險，包含發行機構行使提前買回債券權利風險、再投資風險、受連結標的影響之風險、通貨膨脹風險、本金轉換風險等事項。各風險事項之基本內容規定如下：…五、本金轉換風險：連動債券依商品設計或條件不同，可能發生投資本金依約定轉換成連結

標的有價證券之情事者，則委託人處分有價證券之損益應自行承擔。」。

(二)經查，系爭連動債若於到期日前沒有發生提前到期條件，而於到期日時連結標的中表現最差股票之收盤價小於觸發價格(○○%期初價格)，且發生○○事件〔預計交易日在進場日(不包含)和到期日(包含)任何一個連結標的之收盤價低於其最低計算界線(○○%期初價格)〕，系爭連動債將以美元〔 Sn_{lm} (到期日當日連結標的中表現最差股票之收盤價)/ $S0_{lm}$ (到期日當日連結標的中表現最差股票期初價格)〕面額 $FX0/FX_m$ 或於到期日五個預計交易日前(預計為○○年○○月○○日)由債券持有人通知發行機構將以最差股票到期之現股交易結算單位數贖回(參見系爭連動債中英文產品說明書及約定書第8頁)。換言之，系爭連動債如於到期日符合上開條件，將發生投資本金轉換成連結標的有價證券之情事，而系爭連動債亦確實於○○年○○月間轉換成○○的股票。惟系爭連動債中英文產品說明書及約定書第10頁至第11頁風險預告部分，僅記載最低收益風險、提前買回風險發行機構行使提前買回債券權利風險、再投資風險、委託人兼受益人提前贖回風險、利率風險、流動性風險、信用風險、事件風險、國家風險、交割風險及通貨膨脹風險，並無記載「本金轉換風險」，核與前揭規定有違。又商品 DM 的作用在於讓相對人能以簡單扼要之文字或圖表，傳達商品之主要特性及內容，以利一般投資人能藉由商品 DM 迅速瞭解商品之相關資訊，並決定是否進行投資。而相對人○○銀行所提供系爭連動債之商品 DM，並未記載申請人申購系爭連動債所必須承受之相關風險，即便相對人已於中英文產品說明書及約定書中揭露前揭風險，惟相對人○○銀行既利用商品 DM 作為系爭連動債之說明文件，而相關風險又是申請人作成投資決策之重要考量因素，則相對人○○銀行仍應於商品 DM 中明文揭露該商品所涉及之可能風險，以利申請人有足夠資訊決定是否申購系爭連動債。準此，應認相對人○○銀行未盡資訊揭露或風險告知之義務，自不能謂已符合善良管理人之注意義務。

(三)申請人主張其所簽立之文件完全由理財專員導引簽立，該理財專員並未解釋簽署文件內容，且強調系爭連動債保本不會賠錢云云。惟查，系爭連動債之商品 DM 及中英文產品說明書及約定書均已揭露系爭連動債之產品特色、連結標的等相關條件，其中商品 DM 右上方並載明屬「非保本商品」，而中英文產品說明書及約定書第10頁風險預告關於「最低收益風險」欄位亦載明「本債券為非本金保障產品，因此在最差情況下投資者應瞭解他們可能會遭受投資全部損失的情況」，且申請人申購系爭連動債時於信託資金交易指示書上勾選「已取得」公開說明書，足認相對人○○銀行就系爭連動債之商品條件已盡說明義務。申請人上開主張，尚難憑採。

- (四)申請人復主張相對人○○銀行未在網站或月結單上充分揭露○○○遭國際間標準○○及○○等信用評等機構調降評等之訊息，一再隱瞞○○○財務狀況隱藏之風險，未盡善良管理人之注意義務云云。惟查，申請人並未提出任何信用評等資料以實其說，亦未舉證證明系爭連動債之投資期間，相對人○○銀行確已知悉並故意隱瞞○○○財務狀況不佳之資訊，尚難據此逕認相對人○○銀行有未盡通知義務之情事。
- (五)任何與金錢有關之交易或營利活動，均有正常風險，尤以高利潤之投資活動為甚。法律並不在保障投資人之投資必將獲利，投資者亦須自我承擔投資之風險。商品締約前，理財專員銷售商品時申請人若未能充分了解，亦得再向理財專員詢問，或可選擇拒絕購買。申請人為完全行為能力人，且係本於自身之風險承擔及報酬期望而決定投資系爭連動債，應自行承擔投資之盈虧。惟本件相對人○○銀行既有上開具體缺失事項，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○○銀行應補償申請人申購系爭連動債所受損失之○○%，即○○○○元〔計算式： $(○○○○○-○○○○○) \times ○○○\% = ○○○○$ ；小數點後四捨五入〕。

六、評議決定

相對人○○股份有限公司應給付申請人○○幣○○○○元整。

申請人其餘請求，本中心尚難為有利於申請人之認定。

七、相關法規

- (一)信託法第 22 條：「受託人應依信託本旨，以善良管理人之注意，處理信託事務。」。
- (二)信託業法第 22 條：「信託業處理信託事務，應以善良管理人之注意為之，並負忠實義務。前項信託業應負之義務及相關行為規範，由信託業商業同業公會擬訂，報請主管機關核定。」。
- (三)信託業應負之義務及相關行為規範（94 年 2 月 24 日）第 8 條、第 10 條第 1 項第 1 款及第 27 條第 1 項：「信託業應依信託本旨，以善良管理人之注意義務，並以專業及謹慎態度處理信託事務。」、「信託業有下列情形之一者，應視為違反善良管理人之注意義務：一、應告知委託人或受益人之重大訊息怠於告知者，其情形包括下列事項：（一）未依相關法令規定向委託人或受益人告知信託帳戶投資運用之風險。」、「信託業受託之業務如涉及有價證券或其他產品之投資或衍生性金融商品之訂約或運用，信託業應依其不同類型之業務，於其交付客戶之公開說明書或其他投資或運用說明文件中，揭露各該類型之業務所涉及之各類風險（例如利率風險、交易市場流動性不足之風

險、匯率風險、從事期貨及衍生性金融商品之風險或其他類型之風險)。」。

(四)中華民國信託業商業同業公會會員辦理特定金錢信託業務資訊揭露一致性規範第9條第1項第5款(96年4月14日):「信託業辦理特定金錢信託業務投資連動債券,就不同商品應對委託人揭露之風險,包含發行機構行使提前買回債券權利風險、再投資風險、受連結標的影響之風險、通貨膨脹風險、本金轉換風險等事項。各風險事項之基本內容規定如下:…五、本金轉換風險:連動債券依商品設計或條件不同,可能發生投資本金依約定轉換成連結標的有價證券之情事者,則委託人處分有價證券之損益應自行承擔。」。

第三篇 證券期貨

證券期貨

案例 034 證券期貨-受託買賣期貨交易爭議 (103 評 0305)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

網路電子交易之風險，得藉由增加伺服器容量、提升網路運輸流量、採行備位網址以改善連線品質、完善的程式設計及防火牆等措施加以預防，而非屬不可抗力，然針對此種欠缺善良管理人之注意而發生之過失責任，相對人仍非不得以特約加以排除。從而，申請人主張依據民法第 247 條之 1 規定，前開受託契約第 15 條之規定應為無效，尚難憑採。

(二)爭議產品：期貨

(三)參考條文：民法第 247 條之 1、期貨交易法第 64 條第 2 項

(四)關鍵字：電子交易、誠信原則

二、事實經過

申請人指陳因相對人電子交易系統之故障，導致其無法承做系爭交易，遂主張相對人應賠償其相關損失，爰向本中心提起申請評議。

三、本案爭點

申請人以電腦委託掛單失敗為由，請求相對人賠償○○○○元，有無理由？

四、當事人主張

(一)申請人主張

1. 申請人於○○年○○月○○日上午○○時○○分○○秒欲將所有留於相對人之○○○○期貨○○口多單賣出，此筆賣單已進入相對人之電腦系統，未料因相對人電腦系統之嚴重過失，導致該筆賣單無法順利成交，電腦顯示為此商品無即時價格委託失敗，事實為每日開盤前上午○○時○○分即可委託掛單，申請人當時即馬上告知相對人之營業員○○○，申請人此筆委託賣單應已於開盤價○○成交，後續相對人應負責（每日開盤前即○○時○○分後至○○時○○分前，委託賣單之價位比開盤價低就會以開盤價成交，申請人委託價為○○，開盤價為○○，故申請人委託之賣單應以○○成交）。事後○○○向高層反應後，相對人高層不甘賠償損失，竟教唆主管○○○使用詐術欺騙申請人，向申請人說○○年○○月○○日當日期貨收盤後要賠償申請人損失，讓申請人誤信為真後，○○○強行將申請人留在相對人之○○台指期貨○○口多單分別以○○賣出○○口、○○賣出○○口，讓申請人蒙受重

大損失後卻置之不理。

2. 經申請人多次聯繫相對人而相對人仍置之不理後，申請人於○○年○○月○○日上午○○時○○分要求相對人依民法第 92 條、第 94 條、第 111 條及第 113 條回復申請人原有○○○○期貨○○口多單，並於○○年○○月○○日上午○○時○○分通知相對人賣出申請人所持有○○期貨○○口多單，成交價應為○○。因此，相對人應賠償申請人以○○賣出○○口之差額，即○○○○元。但因申請人前於存證信函通知為○○○○元，故申請人要求損害賠償減為○○○○元，折合新台幣約○○萬元。
3. 相對人主張依開戶合約第 15 條約定，本件屬不可抗力之偶發事故，不可歸責於相對人，但是本件明顯是相對人之內部下單系統之嚴重過失，後又因人為處理不當而衍生，並無開戶合約第 15 條之適用，而應適用開戶合約第 16 條第 2 項，而且依據金融消費者保護法第 6 條、第 7 條及民法第 247 條之 1 規定，開戶合約第 15 條應為無效。

(二)相對人主張

1. 期貨市場之價量瞬息萬變，價格劇烈波動時，常發生客戶大量委託單湧入，或因期貨產品多元複雜，資訊接收問題，造成電腦系統出現延遲、不穩定或無法顯示訊息等不可抗力情事，鑒於這類事件時有發生，包括相對人公司在內所有期貨業者，在開戶之初，即依期貨交易法第 65 條規定，告知客戶必須有承受上開風險的心理準備，並將此依風險揭露事項記明在開戶合約第 15 條。
2. 本件申請人於○○時○○分無法下單時，公司同仁已按標準程序告知申請人應立即改以人工方式處理，同一時間相對人另有其他○○位客戶也都循此方式辦理無誤。詎料，本件申請人因個人情緒或其他不明原因而斷然拒絕，以致後續損害擴大，依前揭說明，此一不利益結果，應由申請人承擔。
3. 綜上所述，本件電腦系統出現不穩定或無法顯示訊息，原屬不可抗力之偶發事故，相對人早於開戶時充分揭露並盡說明義務，且同時將此風險事故記明合約中，以資提醒，應為客戶當事人所明知無疑。再者，申請人之營業員又於第一時間告知申請人確實可行的處理方式，相對人實已善盡善良管理人之注意義務，未有違反任何監理規定或內控之要求，因此並無可歸責之過失。

五、判斷理由

- (一)按雙方於○○年○○月○○日所簽訂期貨交易受託契約(一)受託契約上方載明雙方係依期貨交易法第 64 條之規定，訂定本契約；其中第 15 條第 1 項關於不可歸責雙方事由所致損害之處理約定：「乙方(即相對人)對於因傳送或電腦、網路、一般電信通訊設備故障、失控、時差、國際貨幣兌換率

變動、停電、天災、人禍、戰爭或任何乙方無法控制或預期之原因所導致的買賣單傳送遲延等，不負任何責任。存放保證金之銀行或結算機構發生破產或無力償還時，乙方對於甲方所造成之保證金損失亦不負任何責任。」。經查，申請人於○○年○○月○○日上午○○時○○分○○秒、○○時○○分○○秒及○○時○○分○○秒，利用相對人之電子交易管理系統委託相對人賣出○○○○期貨○○口多單，卻因該系統顯示「委託失敗：此商品無即時價格」、「委託失敗：委託總量檢查失敗，無法新增委託〔單筆委託大於最大可委託量〕」等因素而無法順利成交，核其情形符合前開相對人因電腦設備故障之原因所導致的買賣單傳送遲延，屬於兩造特約之免責事由。

- (二)申請人主張依據金融消費者保護法第6條、第7條及民法第247條之1規定，前開受託契約第15條之規定應為無效云云，惟查，民法第247條之1規定：「依照當事人一方預定用於同類契約之條款而訂定之契約，為左列各款之約定，按其情形顯失公平者，該部分約定無效：一、免除或減輕預定契約條款之當事人之責任者。二、加重他方當事人之責任者。三、使他方當事人拋棄權利或限制其行使權利者。四、其他於他方當事人有重大不利益者。」，而期貨交易法第64條第2項規定：「期貨商受託從事期貨交易，於辦理開戶時，應與期貨交易人簽訂受託契約。受託契約之主要內容，由主管機關定之。」，其立法理由已明文揭示：「接受託契約係規範期貨商與期貨交易人間權利義務之準繩，為保護期貨交易之交易安全，並避免期貨商所片面訂定之定型化契約有失交易公平，爰參考國外期貨交易法第14條第2項之規定，於第2項明定期貨商受託從事期貨交易，於辦理開戶時，應與期貨交易人簽訂受託契約，該契約之主要內容由主管機關定之。」。由此可知，前揭受託契約係主管機關（即金融監督管理委員會）為避免期貨商所片面訂定之定型化契約有失交易公平，故契約之主要內容由主管機關定之。再者，網路電子交易的出現，顛覆了傳統投資人與期貨商的交易模式，網路電子交易固然有其便利性，然而卻因系統容量、網路承載量、程式缺失、交易安全漏洞等因素，導致系統當機、無法連線、塞單、無法執行交易、執行交易錯誤等情況層出不窮，故期貨商針對此種新興交易型態，利用定型化契約之方式，將此種非屬人為缺失而無法控制之情況所引發之風險，轉嫁由投資人自行負擔，尚難謂為顯失公平，依私法自治及契約自由原則，應認於法無違。復按故意或重大過失之責任，不得預先免除，民法第222條定有明文，又債務人因欠缺善良管理人之注意而發生之輕過失責任，依民法第222條反面解釋，非不得由當事人依特約予以免除（最高法院61年台再字第62號判例意旨參照）。縱認前開網路電子交易之風險，得藉由增加伺服器容量、提升網路運輸流

量、採行備位網址以改善連線品質、完善的程式設計及防火牆等措施加以預防，而非屬不可抗力，然針對此種欠缺善良管理人之注意而發生之過失責任，相對人仍非不得以特約加以排除。從而，申請人主張依據民法第 247 條之 1 規定，前開受託契約第 15 條之規定應為無效，尚難憑採。至於金融消費者保護法係○○年○○月○○日公布，○○年○○月○○日施行，而前開受託契約係○○年○○月○○日簽訂，依據法律不溯及既往原則，於本件爭議自無適用。

(三)次查，依據○○年○○月○○日申請人利用相對人之電子交易管理系統委託掛單失敗後與相對人之相關承辦人員之電話通聯紀錄：「(○○時○○分)…○○○：嘿，我姓○，那個我們剛剛主管的意思是說喔，您現在就是說這個我們這個部位如果您先不處理的話，我們會全部先把它平倉，然後收完盤之後我們再來認定可以嗎？申請人：收完盤再來認定？○○○：嘿，是，因為現在因為因為開盤前，○○分那時候，就是它顯示告訴您說，我們那個無即時價嘛，對不對？申請人：嗯。○○○：你是掛○○，對對，○○、○○那個價，那因為現在行情波動的比較大。申請人：嘿。○○○：對，那因為現在，如果你不要這個部位的話，那我們就部分先把它全部都平掉之後，我們那個，收完盤之後，再來認定那個，整個對錯的狀況可以嗎？申請人：嘿，你你這樣講。○○○：是。申請人：原則上，是，我可以接受，因為我，我就是認定我開盤是賣掉的。…○○○：可是因為你開盤前第一個部分是我們的那個下單的並沒有接收到你完全的訊息嘛，因為口數也是錯的，所以根本就沒有進到後台裡面去。申請人：那那你現在的意思是怎麼樣？○○○：我們主管的意思是說因為行情在波動，那因為不知道你，如果這個部位你先不要的話，那我們先把它平倉之後，那這個整個對跟錯的部分，那收完盤之後再就這個認定再去做認定，但是你說堅持說你要賣在○○，那目前可能沒有辦法同意到你說就是○○這個價。申請人：沒有辦法賣到○○這個價？那是什麼價？○○○：對，因為你開盤前，雖然雖然你，什麼價什麼價可能要跟主管這邊做做協商，沒有，(他就是)，你稍等一下，(他就是覺得我一定要賣○○)。(○○○：那客戶到底要不要？)○○○：嗯，○先生請問一下你的部位現在，我們先不要認定什麼價，你現在是認定這個沒有這個部位嘛，對不對？申請人：嗯，然後你，你們要怎麼處理？你你是說你要幫我處理是不是？○○○：不是，不是說幫你處理，是說現在的意思是說如果你這個部位你都認定就是都平倉都不要的話，那我們這個我們會現在幫你全部平倉之後，然後至於你要賣在什麼價，這個地方由主管再跟你做做協商。申請人：好好，那你。○○○：你你懂我意思嗎？可是我沒有答應你要賣在○○。

○這個價喔，因為這個我沒有權利可以這樣做。申請人：那那你要跟我講一個什麼價啊。○○○：我跟你講一個什麼價？申請人：不然我是在什麼地方賣掉？○○○：你你你稍等一下，（他一定要我跟他回覆）。（○○○：不可以吧，我們怎麼知道那有多少部位會成交在什麼，現在不要再說，我們事後再來討論。）○○○：（對啊，他就是不願意現在回答要不要啊，他就是堅持認定我要讓他賣○○.○啊。）申請人：喂喂。○○○：喂喂，○先生。申請人：沒關係，你是說你現在先處理，然後你要跟我協商那個就是成交價嘛，對不對？○○○：我們主管是說跟你協商那個成交價，但是不會是成交○○。申請人：那應該也沒差多少啊。○○○：差沒多少不清楚…。」「○○時○○分）…申請人：我要知道的是說你剛剛跟我講的那個價格，是說比方說我認定是開盤價○○.○嘛，對不對，那你是說你是說因為我的口數比較大，所以說那個就是說價格可以再商量一下微調下嘛，對不對？你剛剛的意思是這樣嘛？○○○：我的意思對，因為○○不可能是你賣什麼價，就是說會給你其他什麼價錢，那個價錢要由主管去跟你做協調。申請人：嗯。○○○：因為那個價格不會是，我會幫你，因為第一個是單子沒有進去，（你幫我看一下他剛才掛的那個，剛才那個○先生的那個部分）喂，○先生，我們我們剛才…（頓點）那個部位先把他平掉之後，那至於價格什麼樣的一個成交價或怎樣，那個是事後我們再做協商可以嗎？我們剛才的溝通過程是這樣的嘛。申請人：對，那，對你剛才是跟我講說那個就是那個價格，那個價格的話是我跟你講是差一點點喔。○○○：差一點點？沒有，因為我現在根本沒有辦法沒有辦法去幫你查到什麼價格差一點點，因為單子是確實有部位限制，所以它的單子是進不去。申請人：對，不是，那你這樣子，那你這樣子你要怎麼幫我掛？○○○：怎麼幫你掛？因為它就是用現在的價錢先幫你，就是（現在平什麼價）（來來，總共喔？○○口在○○）目前幫你平在那個是○○口在○○，然後○○口在○○…。」，由上開對話內容可知，在前揭電子交易管理系統委託掛單失敗後，申請人與相對人在權責未明之情況下，因為期貨市場之價量瞬息萬變，價格在短時間內經常劇烈波動，為避免損害持續擴大而恐需承擔鉅額虧損或賠償責任，雙方於是達成先行平倉，待收盤後再行協商成交價格之協議，並由相對人將申請人之○○○○期貨○○口多單，以○○賣出○○口及以○○賣出○○口。

（四）至於申請人主張前揭○○時○○分的電話通聯紀錄曾經出現頓點，可能遭到剪接云云，惟查，姑不論該電話通聯紀錄出現頓點之原因為何，究其對話前後之文意，仍無礙於本中心所為雙方已達成先行平倉，待收盤後再行協商成交價格此一協議之認定。

(五)再按行使權利，履行義務，應依誠實及信用方法，民法第 148 條第 2 項定有明文。又所謂誠信原則乃斟酌事件之特別情形，衡量雙方當事人之利益，使其法律關係臻於公平妥當之一種法律原則。本件申請人與相對人已於電子交易管理系統委託掛單失敗後，達成先行平倉，待收盤後再行協商成交價格之協議，業如前述，則相對人於收盤後未與申請人協商成交價格，反而另行主張依據雙方○○年○○月○○日所簽訂受託契約第 15 條之約定，對於申請人不負賠償責任，顯有違誠信原則。準此，雙方既然無法就成交價格達成協議，而申請人原本持有之○○○○期貨○○口多單亦已平倉，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，認雙方均應承擔半數之責任，故相對人應補償申請人當日開盤成交價格與事後平倉價格差額之半數，即○○○○元。

六、評議決定

相對人應給付申請人○○○○元整。

申請人其餘請求，本中心尚難為有利於申請人之認定。

七、相關法規

(一)民法第 247 條之 1

依照當事人一方預定用於同類契約之條款而訂定之契約，為左列各款之約定，按其情形顯失公平者，該部分約定無效：

- 一、免除或減輕預定契約條款之當事人之責任者。
- 二、加重他方當事人之責任者。
- 三、使他方當事人拋棄權利或限制其行使權利者。
- 四、其他於他方當事人有重大不利益者。

(二)期貨交易法第 64 條第 2 項

期貨商受託從事期貨交易，於辦理開戶時，應與期貨交易人簽訂受託契約。受託契約之主要內容，由主管機關定之。