

104 年下半年度評議案例選輯

目 錄

第一篇 保險

保單招攬

案例 001	保單招攬-未完整揭露資訊 (104 評 0896)	3
案例 002	保單招攬-未考量適合度 (104 評 1332)	10
案例 003	保單招攬-未依需求規劃 (104 評 1393)	16

保單紅利

案例 004	保單紅利-保單頁面 (104 評 0850)	22
案例 005	保單紅利-廣告文宣 (104 評 1046)	27

強制汽車責任險

案例 006	強制汽車責任險-殘等認定 (104 評 0672)	31
案例 007	強制汽車責任險-時效爭議 (104 評 0867)	35
案例 008	強制汽車責任險-續保爭議 (104 評 1417)	41
案例 009	強制汽車責任險-因果關係 (104 評 1594)	48

違反據實說明義務

案例 010	違反據實說明義務-危險評估 (104 評 0423)	54
案例 011	違反據實說明義務-告知受領權 (104 評 0486)	59
案例 012	違反據實說明義務-間歇性氣喘 (104 評 0846)	63
案例 013	違反據實說明義務-高血壓 (104 評 1031)	67

意外事故認定

案例 014	意外事故認定-僱主意外責任 (104 評 0773)	71
案例 015	意外事故認定-醫療行為 (104 評 1323)	75
案例 016	意外事故認定-壓迫性骨折 (104 評 1585)	80

保前疾病

案例 017	保前疾病-咬合不正 (104 評 0596)	84
案例 018	保前疾病-憂鬱症 (104 評 0729)	87
案例 019	保前疾病-癌症 (104 評 1089)	91

保單停復效

案例 020	保單停復效-保單復效- (104 評 0392)	96
--------	--------------------------	----

案例 021	保單停復效-催繳通知書送達 (104 評 0711)	99
案例 022	保單停復效-保單復效- (104 評 1447)	102
案例 023	保單停復效-保單復效- (104 評 1599)	107
必要性醫療		
案例 024	必要性醫療-頭皮內痣切除手術 (104 評 0587)	110
案例 025	必要性醫療-大腸息肉切除手術 (104 評 0588)	113
案例 026	必要性醫療-心臟病 (104 評 0682)	117
案例 027	必要性醫療-精神分裂症 (104 評 0768)	121
除外責任		
案例 028	除外責任-護理、靜養、療養 (104 評 0720)	124
案例 029	除外責任-懷孕、流產或分娩及其併發症 (104 評 0776)	128
案例 030	除外責任-被保險人飲酒後駕(騎)車 (104 評 0895)	131
第二篇 銀行		
連動債招攬		
案例 031	連動債招攬-未善盡管理人注意義務 (104 評 0676)	134
案例 032	連動債招攬-未盡揭露說明義務 (104 評 0716)	139
基金招攬		
案例 033	基金招攬-告知義務 (104 評 0857)	145
案例 034	基金招攬-適合度 (104 評 0880)	149
案例 035	基金招攬-適合度 (104 評 1083)	153
案例 036	基金招攬-違反說明義務 (104 評 1230)	158
第三篇 證券期貨		
證券期貨		
案例 037	證券期貨-股票交易 (104 評 0429)	162

第一篇 保險 保單招攬

案例 001 保單招攬-未完整揭露資訊 (104 評 0896)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

申請人透過相對人業務員甲君招攬，向○○人壽投保系爭保險契約，關於風險之揭露，主張相對人未充分揭露風險乙節，尚難僅憑申請人所陳，即遽信為真實。惟查投資標的彙整關於申請人所連結之系爭基金揭露事項尚有欠缺，衡酌申請人主張，確實將影響其對於投資標的之選擇。然申請人非無投資高收益債券基金經驗，且有獲利等情，是其亦有可咎之處。爰依公平合理原則，並參酌相對人所提出對帳單所載關於系爭投資標的成本及現值之差額情形，認相對人補償申請人○○萬元合理。

(二)爭議險種：變額萬能壽險

(三)參考條文：金融消費者保護法第 10 條第 1 項、第 11 條及第 20 條第 1 項、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辦法第 2 條、第 5 條及第 6 條、保險經紀人管理規則第 27 條第 1 項

(四)關鍵字：資訊揭露

二、事實經過

申請人以自己為要、被保險人，於 102 年 1 月 10 日間透過相對人業務員甲君招攬，向○○人壽投保「○○人壽○○變額萬能壽險」，躉繳保險費○○萬元。又申請人於投保系爭保險契約時，係經相對人業務員甲君推薦而連結「○○全球高收益債券基金○○股澳幣避險」基金（下稱系爭基金），而申請人於申購系爭基金時，澳幣匯率已近 31，甲君卻告知申請人匯率影響不大，因而造成申請人投資本金迄今損失近約○○萬餘元。為此，提起本件評議申請，請求相對人返還所繳保險費。

三、本案爭點

- (一) 相對人業務員甲君有無申請人所指摘未充分揭露系爭基金風險之招攬情形？
- (二) 申請人請求相對人返還所繳全部保險費，是否有據？

四、當事人主張

(一)申請人主張

1. 申請人以自己為要、被保險人，於 102 年 1 月 10 日間透過相對人業務員甲君招攬，向○○人壽投保「○○人壽○○變額萬能壽險」，躉繳保險費○

○萬元（保單號碼○○○○○○○○號，下稱系爭保險契約）。又申請人於投保系爭保險契約時，係經相對人業務員甲君推薦而連結系爭基金，而申請人於申購系爭基金時，因完全不懂基金及匯率換算，故除告知甲君此筆款項係為償還房貸之用，無法承受太高風險外，並有詢問甲君系爭基金風險高低如何，經甲君告知不用擔心及匯率影響不大等情，同時向申請人表示得以系爭基金固定配息支付房貸，申請人遂在甲君推薦下投保系爭保險契約及將投資標的連結為系爭基金；此外，申請人申購系爭基金，關於錄音及風險屬性問卷表均係按甲君指示為之。

2. 詎系爭基金事後不斷虧損，申請人多次與甲君理論，均遭甲君以匯率因素搪塞，經查證後始發現，甲君於申購系爭基金當日並未告知當時澳幣匯率已近 31，就申請人而言匯率風險其實很高，甲君卻告知申請人匯率影響不大，因而造成申請人投資本金迄今損失近約○○萬餘元；況甲君最後亦有向申請人認錯。是相對人業務員甲君於招攬過程確有瑕疵，應負返還申請人保險費○○萬元之責任。

（二）相對人主張

1. 相對人及○○銀行股份有限公司（下稱○○銀行）與○○人壽保險股份有限公司（下稱○○人壽）係依據合作推廣契約書，合作推廣保險商品。而系爭保險契約係申請人於 102 年 1 月 10 日申購，繳費方式為躉繳，保險費共計○○萬元。目前依○○人壽每季寄送之對帳單，保單價值總額為○○萬○○元（以 104 年 3 月 31 日為基準日）。
2. 相對人業務員甲君係於 99 年 6 月間首次接觸申請人，當時係申請人主動詢問「○○高收益債券基金」並表示該檔基金配息不錯，甲君亦有提醒高配息的基金相對有較高的風險，同時亦介紹申請人其他基金標的，申請人嗣後於 99 年 7 月 6 日、7 月 13 日及 7 月 14 日於○○分行及於 99 年 7 月 27 日透過電話理財中心申購「○○全球高收益債券基金○○美元」合計四筆交易，並要求配息每月入帳到帳戶以作其他用途。後續因美國實施貨幣寬鬆政策，甲君於 100 年向申請人提及或可考慮以不同幣別投資，申請人並於 100 年 5 月 10 日將前述基金投資贖回（合計虧損○○元），再於 100 年 5 月 10 日及 5 月 18 日透過電話理財中心申購「○○全球高收益債券○○股澳幣避險」合計二筆交易，並於 101 年 12 月 12 日獲利贖回，前述 6 筆投資之已實現損益為○○萬○○元（損益率為 5.39%）。此外，申請人先前透過金錢信託申購基金時，相對人均依照相關規定向客戶說明可能涉及之風險，且所提供之「投資規劃表」，除告知基金主要投資於高風險債券且配息來源可能為本金外，亦有揭露該等基金涉及之其他風險（如市場風

險、匯率風險及流通性風險等)，並經申請人簽名確認。

3. 又○○人壽因推出兼具保障及投資優勢之系爭保險契約（投資型保險），經甲君說明相關風險及告知費用收取方式後，申請人於102年1月10日申請投保系爭保險契約，並以該投資型保單投資系爭基金。而甲君所提供之建議書，除提醒申請人「請務必瞭解因匯率波動所引致的風險，此一風險可能造成您潛在的損失，本公司並不保證本商品之獲利性及不發生損失之結果，在您決定投入前，請審慎評估你的投資策略、投資經驗及風險屬性…」外，亦清楚標示壽險保障及帳戶價值簡表，並提供假設每年報酬率之試算。另系爭保險契約之重要事項告知書更有載明「本保險部分投資標的不保證最低收益，故投資標的價值可能因投資標的價值的變動而導致本金損益，○○人壽保險公司除善盡善良管理人之注意義務外，不負投資盈虧之責，要保人在投保前應審慎評估。」及「本險部分投資標的之價格將受匯率之影響，要保人需自行承擔該部分之風險…」，且前揭文件均經申請人簽名確認。此外，後續兩年間，申請人曾多次詢問配息為何與最初投入之配息金額不同，甲君亦多次說明每月配息會因為市場及匯率因素而變動。是相對人業務員甲君確實均按相關規定執行基金及保單銷售程序，並無申請人所稱說明不實之情事。

五、判斷理由

- （一）按「金融服務業者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。…。第一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之文字或其他方式為之，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，由主管機關訂之。」、「金融服務業違反前二項規定，致金融消費者受有損害者，應負損害賠償責任。但金融服務業能證明損害之發生非因其未充分瞭解金融消費者之商品或服務適合度或非因其未說明、說明不實、錯誤或未充分揭露風險之事項所致者，不在此限。」，金融消費者保護法第10條第1項及第11條定有明文。而所謂「契約之重要內容」，乃係指金融服務業應向金融消費者說明擬簽訂契約之重要權利義務關係及揭露相關風險。
- （二）又按「金融服務業與金融消費者訂立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。」、「金融服務業應依各類金融商品或服務之特性向金融消費者說明之重要內容如下：一、金融消費者對該金融商品或服務之權利行使、變更、解

除及終止之方式及限制。…。」、「金融服務業提供之金融商品或服務屬投資型商品或服務者，除應依前條辦理外，並應向金融消費者揭露可能涉及之風險資訊，其中投資風險應包含最大可能損失、商品所涉匯率風險。」，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辦法第 2 條、第 5 條及第 6 條分別定有明文。再按，「經紀人於經營或執行業務時，應善盡管理人之注意，維護被保險人利益，確保已向被保險人就洽訂之保險商品之主要內容與重要權利義務，善盡專業之說明及充分揭露相關資訊，確保其作業程序及內容已遵循相關法令規定，並於有關文件簽署及留存建檔備供查閱。」，保險經紀人管理規則第 27 條第 1 項亦有明文。

(三)本件申請人主張相對人業務員甲君未充分揭露系爭基金風險，致其投資本金受有損害，故請求相對人返還所繳保險費云云。惟此為相對人所否認，並以前揭情詞置辯。經查，申請人以自己為要、被保險人，於 102 年 1 月 10 日間透過相對人業務員甲君招攬，向○○人壽投保系爭保險契約，並選擇系爭基金為投資標的，此有要保書、重要事項告知書、建議書簽收回條、轉帳單及對帳單等資料在卷可稽，復為兩造所不爭執，堪信為真實。而觀諸系爭保險契約之重要事項告知書已有載明「本險部分投資標的不保證最低收益，故投資標的價值可能因投資標的價值的變動而導致本金損益，○○人壽保險公司除善盡善良管理人之注意義務外，不負投資盈虧之責，要保人在投保前應審慎評估。」及「本險部分投資標的之價格將受匯率之影響，要保人需自行承擔該部分之風險…。」等字樣，且相對人業務員甲君於招攬時所提供之建議書特別說明欄位，更有記載「請務必瞭解因匯率波動所引致的風險，此一風險可能造成您潛在的損失，本公司並不保證本商品之獲利性及不發生損失之結果，…」等關於風險之揭露，並均經申請人簽名確認，是其主張相對人未充分揭露風險乙節，本中心尚難僅憑申請人所陳，即遽信為真實。

(四)惟查，本中心經觀諸相對人所提出之系爭保險契約保單條款約定，其中附表三投資標的彙整關於申請人所連結之系爭基金固然有表列「投資標的幣別」、「投資標的類別」、「投資標的名稱」、「是否有單位淨值」、「是否配息」、「投資內容」、「投資標的所屬公司名稱」等欄位，然並未如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辦法所定為完整揭露應予揭露之事項，至少尚仍欠缺投資績效、風險系數、基金核准發行總面額、目前資產規模等相關事項，而欠缺之揭露事項，衡酌申請人於評議申請書所主張，確實將影響其對於投資標的之選擇。再依卷附之業務員招攬報告，固然載明相對人業務員甲君招攬過程及業向申請人說明相關費用、市場及匯率因素，同時陳述申請人購買系爭保險契約之原因等項，然該業務員招攬報告卻未見

記載甲君確有完整向申請人說明保單條款所欠缺之應揭露事項，或已依前揭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辦法及保險經紀人管理規則所定，善盡其應盡可能風險揭露義務，更未見其有於招攬當時提供符合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辦法所規定應揭露事項之書面資料或保險商品說明書，以提供申請人參閱並交付留存情事，是堪認相對人業務員甲君於招攬過程，確有其疏失存在。

(五)又損害賠償之債，以有損害之發生及有責任原因之事實，且二者間有相當因果關係為成立要件（最高法院 48 年台上字第 481 號判例意旨參照）；損害賠償之債，如被害人財產並未減少，即無損害之可言（最高法院 63 年 4 月 9 日第二次民事庭決議）。投資型保險涉及「訂立之保險契約、理財（轉換別種基金）」等二種行為。投保部分，依保險法第 1 條、第 101 條申請人如受損害，即可獲得給付保險金；至理財部分，所購買投資型基金，可隨時贖回，轉換投資標的，並無損失，投資得宜，反可獲利，申請人並無損失（台灣高等法院台中分院 98 年度保險上字第 27 號判決意旨參照）。據此，申請人就系爭基金結餘單位數既尚未有所減少，僅係因匯率及淨值變動，而致其投資標的價值有所漲跌，尚難認已生實質損害，是申請人請求相對人返還全部保險費，難謂有據。

(六)末者，系爭保險契約保單條款違反投資型保險資訊揭露應遵循事項第 4 點規定，且相對人業務員甲君於招攬過程中，復未見完整向申請人說明保單條款所欠缺之應揭露事項，或已提供符合投資型保險資訊揭露應遵循事項第 4 點規定應揭露事項之書面資料或保險商品說明書，以為申請人參閱並交付留存，業如前述，其招攬行為非無疏失。復審酌系爭保險契約重要事項告知書明確記載不保證最低收益，相對人不負投資盈虧之責，要保人應審慎評估等事項，文義淺顯，申請人亦不否認前開重要事項告知書為親簽，故其應已知悉所購買者具投資性質及虧損風險；系爭投資標的之選擇及金額配置復係由申請人所決定，且定期收到相對人寄送之對帳單，故其對得隨時申請轉換或贖回乙節，應知之甚詳；而依相對人所提出客戶投資損益表，申請人非無投資高收益債券基金經驗，且有獲利等情，是其亦有可咎之處。爰依金融消費者保護法第 20 條第 1 項公平合理原則，並參酌相對人所提出對帳單所載關於系爭投資標的成本及現值之差額情形，認相對人補償申請人○○元合理。

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) 金融消費者保護法第 10 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。

(二) 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。但金融服務業能證明損害之發生非因其未充分瞭解金融消費者之商品或服務適合度或非因其未說明、說明不實、錯誤或未充分揭露風險之事項所致者，不在此限。

(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。

(四) 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。

(五) 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辦法第 5 條

金融服務業應依各類金融商品或服務之特性向金融消費者說明之重要內容如下：

- 一、金融消費者對該金融商品或服務之權利行使、變更、解除及終止之方式及限制。
- 二、金融服務業對該金融商品或服務之重要權利、義務及責任。
- 三、金融消費者應負擔之費用及違約金，包括收取時點、計算及收取方式。
- 四、金融商品或服務有無受存款保險、保險安定基金或其他相關保障機制之保障。
- 五、因金融服務業所提供之金融商品或服務所生紛爭之處理及申訴之管道。
- 六、其他法令就各該金融商品或服務所定應定期或不定期報告之事項及其他應說明之事項。

(六) 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辦法第 6 條

金融服務業提供之金融商品或服務屬投資型商品或服務者，除應依前條辦理外，並應向金融消費者揭露可能涉及之風險資訊，其中投資風險應包含最大可能損失、商品所涉匯率風險。

前項所稱投資型金融商品或服務，係指下列商品或服務：

- 一、信託業辦理特定金錢信託業務或特定有價證券信託業務，受託投資國內外有價證券、短期票券或結構型商品。
- 二、信託業辦理具運用決定權之金錢信託或有價證券信託，以財務規劃或資產負債配置為目的，受託投資國內外有價證券、短期票券或結構型商品。
- 三、信託業運用信託財產於黃金或衍生性金融商品。
- 四、共同信託基金業務。
- 五、信託資金集合管理運用帳戶業務。
- 六、銀行與客戶承作之衍生性金融商品及結構型商品業務。
- 七、黃金及貴金屬業務。但不包括受託買賣集中市場或櫃檯買賣市場交易之黃金業務。
- 八、受託買賣非集中市場交易且具衍生性商品性質之外國有價證券業務。
- 九、證券商營業處所經營衍生性金融商品及槓桿交易者經營槓桿保證金契約交易業務。
- 十、證券投資信託基金及境外基金。但不包括受託買賣集中市場或櫃檯買賣市場交易之證券投資信託基金。
- 十一、期貨信託基金。但不包括受託買賣集中市場或櫃檯買賣市場交易之期貨信託基金。
- 十二、全權委託投資業務。
- 十三、全權委託期貨交易業務。
- 十四、投資型保險業務。

第一項所稱最大可能損失、商品所涉匯率風險，不能以數額表達者，得以文字表達。

(七) 保險經紀人管理規則第 27 條第 1 項

經紀人於執行業務時，應盡善良管理人之注意，維護被保險人利益，確保已向被保險人就洽訂之保險商品之主要內容與重要權利義務，善盡專業之說明及充分揭露相關資訊，並確保其作業程序及內容已遵循相關法令規定，於有關文件簽署及留存建檔備供查閱。

案例 002 保單招攬-未考量適合度 (104 評 1332)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

申請人於餐廳工作，負責收帳及接聽電話或帶位之職務，以工作內容推估其所得，申請人投保系爭保單一之保險費與其財力及社會經濟地位，尚屬相當。惟申請人續投保系爭保單二，年繳總保費合計已逾新台幣○○萬元之譜，與申請人之財力及社會經濟地位顯不相當，未見相對人提出財務核保之相關資料，則相對人就系爭保單是否踐行核保程序，未確保投保系爭保單二對申請人之適合度，應堪認定。惟申請人得於 10 日契約撤銷期內撤銷保單，捨此不為，是其亦有可咎之處。爰依公平合理原則，認相對人應給付申請人澳幣○○元為合理。

(二)爭議險種：外幣終身壽險

(三)參考條文：民法第 153 條、保險法第 1 條、第 101 條、金融消費者保護法第 9 條、第 10 條、第 11 條、第 20 條第 1 項、保險業招攬及核保作業控管自律規範第 2 條第 3 項、第 3 條第 2 項

(四)關鍵字：適合度

二、事實經過

相對人業務員招攬保單時申以「高利率優於定存」、「長年期伸縮性大」、「保險費低」、「還本金高及保障高」等之行銷話術，誤導保戶於 102 年 6 月 18 日及 103 年 5 月 19 日分別投保 20 年期及 10 年期的外幣保單，完全無視保戶年收入、投保保費與保障需求間之平衡與妥適性。申請人主張無外幣保單之需求，且對於匯率波動損失等風險，根本無從確實瞭解，相對人並未依要保人與被保險人之需求，推薦適合之保單，請求相對人返還所繳保險費未果，爰提起本件評議申請。

三、本案爭點

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

四、當事人主張

(一)申請人主張

1. 業務員未依要保人與被保險人之需求，推薦適合之保單、保額與繳費年期，疑僅欲其個人保單抽佣利益，違反保險商品適合度政策之規定。以申請人為要保人及被保險人投保之保單號碼第○○○○○○○○號保險契約（下稱系爭保單一）及第○○○○○○○○號保險契約（下稱系爭保單二），受益人為其子女及配偶，但授權扣款帳戶為卻為甲君（即申請人之公公），非保單關係人，顯示相對人核保作業存在明顯瑕疵。

2. 相對人業務員不僅招攬保單時，未提供任何保險計畫書及試算表，亦未告知保戶繳費期滿前解約將蒙受超額損失，而僅誘之以「高利率優於定存」、「長年期伸縮性大」、「保險費低」、「還本金高及保障高」等之行銷話術，誤導保戶投保 20 年期及 10 年期的外幣保單，明顯未符合要保人之利益，甚至可合理懷疑業務員僅以賺取佣金為首要目的。
3. 再詳細檢視保單發現，103 年 2 月 14 日有二筆以甲君為要保人之台幣保單(年繳保費新台幣○○元)作減額繳清之變更，恰為業界該類保單抽取佣金之最後年限，同年 5 月 21 日，申請人卻又投保系爭保單二(年繳保費澳幣○○元)，然又旋即於同年 11 月 6 日對二筆以甲君為要保人之台幣保單(年繳保費新台幣○○元)辦理減額繳清，恰又為抽取佣金之最後年限，相對人業務員之私心昭然若揭，僅圖個人銷售業績之利益，完全無視保戶年收入、投保保費與保障需求間之平衡與妥適性。綜觀上開申請人及甲君投保保單之連續變動，一來要保人根本無外幣保單之需求，二來保戶對於匯率波動損失等風險，根本無從確實瞭解，遑論對投保與否進行全盤之審慎評估。

(二)相對人主張

1. 有關係爭保險契約係由申請人親自簽名後同意投保，並由申請人簽收保險單，且申請人所簽具保險契約「傳統型個人人壽保險契約審閱期間確認聲明書」，保險商品內容及「保險單條款樣本」已經其審閱及認同，於契約撤銷期間要保人未主張撤銷契約，實為合法所簽立之契約。
2. 依系爭保險契約要保人所簽署「客戶投保確認函」，該函所列針對是否已瞭解本次所繳之保險費，係用以購買保險商品且在其經濟能力範圍內，而且已充分瞭解本保單之內容、是否知悉契約撤銷權、其中外幣保單另有確認是否能夠瞭解並願意承受匯率風險等問項，要保人均勾選「是」(知悉、同意)，足認要保人對於契約內容無任何疑慮。
3. 相對人「保險費暨保險單借款利息自動轉帳付款委託書」受理規定，轉帳委託人應為下列之人：A. 要保人本人 B. 被保人本人 C. 要、被保人之配偶或媳婦 D. 要、被保人之二親等以內 E. 受益人。系爭保險契約之「保險費暨保險單借款利息自動轉帳付款委託書」均為申請人與轉帳委託人甲君親簽確認無誤，且其二人為翁媳關係，符合相對人之受理規定。

五、判斷理由

- (一)按「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。」、「本法所稱保險，謂當事人約定，一方交付保險費於他方，他方承諾對於因不可預料，或不可抗力之事故所致之損害，負擔賠償財物之行為。」，民法第 153 條及保險法第 1 條分別定有明文。是以，保險契約是否合法有效成立，係以契約雙方當事人對於應繳納保險費若干、保險人應負

擔賠償責任之事故內容為何等必要之點，達成意思表示一致，始得謂保險契約已經成立。經查，申請人並不爭執要保書、審閱期間確認聲明書等保單文件上之簽名為其所親簽，觀其內容已就保險費、承保內容等必要之點為約定，申請人亦未於撤銷權行使的除斥期間內撤銷系爭保險契約。是以，申請人既有投保之意思表示，並經相對人承諾承保系爭契約，則系爭保險契約業已成立，申請人主張系爭保險契約自始無效，尚屬無據。

(二)次按，金融消費者保護法（100 年 7 月 26 日）第 9 條第 1 項規定：「金融服務業與金融消費者訂立提供金融商品或服務之契約前，應充分瞭解金融消費者之相關資料，以確保該商品或服務對金融消費者之適合度。」、第 11 條規定：「金融服務業違反前二條規定，致金融消費者受有損害者，應負損害賠償責任。」據此，須相對人違反金融消費者保護法第 9 條或第 10 條之規定，致申請人受有損害，相對人始應負損害賠償責任。

(三)再按，金融服務業確保金融商品或服務適合金融消費者辦法第 9 條規定：「保險業在提供金融消費者財產保險及非投資型保險商品或服務前，應考量之適合度事項如下：…二、金融消費者投保險種、保險金額及保險費支出與其實際需求是否相當。…」。保險業招攬及核保作業控管自律規範(102 年 4 月 2 日)第 2 條第 3 項規定：「業務員（含電話行銷人員）招攬時所填報之業務員報告書或其他招攬文件或電話錄音紀錄，至少應包含下列內容：…三、要保人及被保險人年收入或財務狀況。」、第 3 條第 2 項規定：「各會員之核保人員應針對同一保戶以往投保資料，參考產、壽險公會通報資訊系統之通報資料及同業累計保險金額，檢視投保件數、保險金額及保險費等與其財力及社會經濟地位是否合理、適當。」。

(四)經查，依要保書所載，申請人於餐廳工作，負責收帳及接聽電話或帶位之職務，而其 99 年至 102 年之收入分別為○○元、○○元、○○元、○○元，此有申請人提出之 99 年至 102 年 99 年至 102 年之綜合所得稅納稅證明書足憑。次查，系爭保單一之年繳保費為澳幣○○元，以評議申請日當天之台灣銀行澳幣即期買入匯率 23.39 計算，申請人年繳保費約新台幣○○元，以申請人之工作內容推估其所得，申請人投保系爭保單一之保險費與其財力及社會經濟地位，尚屬相當。惟申請人於 103 年 5 月 19 日投保系爭保單二，年繳保費為澳幣○○元，以匯率 23.39 計算，申請人年繳保費約新台幣○○元；則申請人之年繳總保費合計新台幣○○元，與申請人之財力及社會經濟地位顯不相當。準此，對於上述問題未見相對人提出財務核保之相關資料，則相對人就系爭保單是否踐行核保程序，即有疑義。據此，相對人於金融消費者保護法施行後推介投保系爭保單二，未確保投保系爭保單二對申請人之適合

度，而有違反金融消費者保護法第 9 條規定之情事，應堪認定。

- (五) 又損害賠償之債，以有損害之發生及有責任原因之事實，且二者間有相當因果關係為成立要件（最高法院 48 年台上字第 481 號判例意旨參照）；損害賠償之債，如被害人財產並未減少，即無損害之可言（最高法院 63 年 4 月 9 日第二次民事庭決議）。依保險法第 1 條、第 101 條等規定可知，申請人如發生投保系爭保單二約定承保之保險事故，可獲得保險金理賠，是申請人並無損失。申請人既未受有損害，與金融消費者保護法第 11 條前段要件不符，故申請人請求相對人負損害賠償責任，即屬無據。
- (六) 惟相對人未踐行核保程序，而違反金融消費者保護法第 9 條之規定，業如前述，其行為非無疏失。復審酌申請人於投保前曾簽署傳統型個人人壽保險契約審閱期間確認聲明書，已有五日之審閱期間，客戶投保權益確認函問項記載「3. 您已了解本次所繳交之保險費或未來分期繳交之保險費，係用以購買保險商品且在您的經濟能力範圍內，…。」，勾選「是」並有申請人之簽名，申請人雖主張系爭投保文件非申請人親自勾選，惟自承前揭要保文件為親簽，故其於投保前可得知悉系爭保單之內容及保費；於保單簽收後，保單面頁即記載年繳保費若干元，如系爭保單不符合申請人之需求，申請人得於 10 日契約撤銷期內撤銷保單，申請人捨此不為，是其亦有可咎之處。本中心衡酌前揭各節，爰依金融消費者保護法第 20 條第 1 項公平合理原則，認相對人應給付申請人澳幣〇〇元為合理。

六、評議決定

相對人應給付申請人澳幣〇〇元整。

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 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) 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。

(三) 保險法第 101 條

人壽保險人於被保險人在契約規定年限內死亡，或屆契約規定年限而仍生

存時，依照契約，負給付保險金額之責。

(四) 金融消費者保護法第 9 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。

前項應充分瞭解之金融消費者相關資料、適合度應考量之事項及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。

(五) 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。

前項涉及個人資料之蒐集、處理及利用者，應向金融消費者充分說明個人資料保護之相關權利，以及拒絕同意可能之不利益；金融服務業辦理授信業務，應同時審酌借款戶、資金用途、還款來源、債權保障及授信展望等授信原則，不得僅因金融消費者拒絕授權向經營金融機構間信用資料之服務事業查詢信用資料，作為不同意授信之唯一理由。

第一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之文字或其他方式為之，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。

金融服務業提供之金融商品屬第十一條之二第二項所定之複雜性高風險商品者，前項之說明及揭露，除以非臨櫃之自動化通路交易或金融消費者不予同意之情形外，應錄音或錄影。

(六) 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。但金融服務業能證明損害之發生非因其未充分瞭解金融消費者之商品或服務適合度或非因其未說明、說明不實、錯誤或未充分揭露風險之事項所致者，不在此限。

(七) 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。

(八) 保險業招攬及核保作業控管自律規範第 2 條第 3 項

業務員（含電話行銷人員）招攬時所填報之業務員報告書或其他招攬文件或電話錄音紀錄，至少應包含下列內容：

一、要保人、被保險人及受益人身分之確認。

二、要保人及被保險人投保目的。

三、要保人及被保險人年收入或財務狀況。

(九) 保險業招攬及核保作業控管自律規範第 3 條第 2 項

各會員之核保人員應針對同一保戶之投保資料，參考產、壽險公會通報資訊系統之通報資料及同業累計保險金額，檢視其投保件數、保險金額及保險費等與其財力及社會經濟地位是否合理、適當。

案例 003 保單招攬-未依需求規劃 (104 評 1393)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

申請人主張其係經由業務員甲君之招攬而投保系爭保險契約，惟申請人於要保書簽名時，業已告知甲君須待其同意始得送件，然甲君竟在未經其同意情形下，即逕送要保書，並代繳保險費，甲君表示曾向申請人口頭聯絡告知，但就該業務員報告內容，仍難據以認定申請人有為同意要保送件之事實存在，則相對人業務員甲君不無違反申請人意思表示而逕為送件，既未能認定申請人有為同意要保之意思表示，故依民法第 153 條規定，實難認系爭保險業經雙方意思表示合致而成立。系爭保險契約既未經申請人為同意要保，應屬自始不成立。

(二)爭議險種：殘廢照顧終身保險

(三)參考條文：民法第 153 條、民法第 95 條、金融消費者保護法第 9 條、第 10 條第 1 項、第 11 條第 1 項、保險業務員管理規則第 15 條第 1 項及第 3 項

(四)關鍵字：未依需求規劃

二、事實經過

申請人以自己為要、被保險人於 103 年 11 月 20 日經由相對人業務員甲君之招攬，簽立要保書投保「A 人壽○○○○殘廢照護終身保險」及「B 人壽主約新終身暨附約○○殘廢照護終身保險、豁免保險費附約」，申請人簽名於要保書當下已告知甲君，因其將前往○○，暫先別送相關要保文件，待申請人返國後，再決定是否要投保系爭保險契約，惟甲君即逕自為將申請人簽下之保險契約書送件，並代申請人墊繳近新臺幣○○萬元之保險費，致系爭保險契約於 103 年 11 月 26 日生效。申請人於返國後始知悉甲君代申請人墊繳付保險費及送件生效，故即時向甲君要求撤銷保單。詎料，甲君假意應承申請人撤銷保單，卻遲未辦理。為此，爰提起本件評議申請，請求相對人撤銷系爭保險契約並返還申請人所繳保險費。

三、本案爭點

相對人業務員甲君於招攬系爭保險契約過程中有無申請人所稱不實之嚴重瑕疵存在？申請人請求撤銷系爭保險契約並返還所繳保費是否有據？

四、當事人主張

(一)申請人主張

1. 申請人以自己為要、被保險人於 103 年 11 月 20 日經由相對人業務員甲君之招攬，簽立要保書投保「A 人壽○○○○殘廢照護終身保險」及「B 人壽主約新終身暨附約○○殘廢照護終身保險、豁免保險費附約」(以下合稱系爭

保險契約)，惟申請人簽名於要保書當下已告知甲君，因其將前往○○，暫先別送相關要保文件，待申請人返國後，再決定是否要投保系爭保險契約，惟甲君就系爭保險契約在未告知相關契約內容及承保公司為何，且未經照會、要求申請人補簽資料及與尚在○○之申請人討論、確認過系爭保險契約送件等事宜，即逕自為將申請人簽下之保險契約書送件，並代申請人墊繳近新臺幣（下同）○○萬元之保險費，致系爭保險契約於103年11月26日生效。

2. 甚或甲君嗣後抵達○○與申請人見面時，亦未曾與申請人提過有關係爭保險契約相關事宜。又申請人於返國後始知悉甲君基於業績獎金問題，竟在未經申請人同意要保情形下，自行代申請人墊繳付保險費及送件生效，並陳稱將來會向第三人乙君索取，申請人因不欲介入甲君與乙君間金錢往來，故即時向甲君要求撤銷保單。
3. 詎料申請人於同年12月間簽署撤銷保單申請書時，甲君復另要求申請人簽保單簽收回條（此舉申請人甚感不解），且另於104年1月5日向申請人收取事先所墊付之保險費○○萬元，於此同時更假意應承申請人撤銷保單，且告知申請人撤銷系爭保險契約後會退還保險費，惟甲君其後即未再與申請人有任何聯繫，申請人係自朋友處聽聞甲君已將系爭保險契約交予乙君，至此始知系爭保險契約並未撤銷，甲君此舉顯非符合保險正常銷售程序。故甲君招攬系爭保險契約顯然有不實之嚴重瑕疵，相對人確實未盡管理監督之責。為此，爰提起本件評議申請，請求相對人撤銷系爭保險契約並返還申請人所繳保險費等語。

（二）相對人主張

1. 本件申請人係以自己為要、被保險人投保系爭保險契約，且由甲君於103年11月26日持申請人簽署之要保文件及案外人乙君交付之年繳保險費並郵政劃撥後至相對人公司送件，嗣A人壽及B人壽分別先後核保通過，發予保單號碼○○○○○○○○號及保單號碼○○○○○○○○號保險單。又申請人既然簽署要保文件，難謂全無投保意思，況若果真如申請人所言，其自始即知無力負擔保險費卻仍簽署要保書，顯見其於保險費負擔早有定見，故其初始應有投保之意願，進而為投保之意思表示。
2. 申請人確實有簽署撤銷申請書，為兩造所不爭之事實。又本件申請人堅稱其已囑咐甲君送撤銷單乙情，而甲君卻稱其基於個人與申請人之私誼，曾勸說申請人撤銷系爭保險契約，惟係申請人經甲君再三確認後表示保留系爭保險契約，僅表明第二年度保險費不繳交等情。就申請人與甲君所述不相符之事實，相對人實難認定事實真正，但基於首年保險費無須申請人繳交，且保險

單有效存在對於申請人較有利益之觀點，是誠如甲君所陳申請人有保留系爭保險契約之真意，非無可能。

3. 再依申請人所提出之申訴函所載內容，其中關於「本人回國後得知甲君口中為基於業績獎金問題，先自行掏錢替我付款，還說這錢以後要向乙君索取…」、「…甲君執意要等我回家，目的就要向我收取事先所墊之保險費…」等陳述，可知若甲君既已先向申請人表示墊款會向乙君索取，則其後甲君又執意要向申請人收取代墊保險費，顯然申請人陳述前後矛盾。此外，若果保險費確如後述係由甲君挪用其配偶之金錢墊繳，則在申請人拒絕交付保險費時，甲君自應積極為申請人辦理契約撤銷才是，豈有任申請人享受保單利益，而由自己墊繳保險費不受償之情況，顯見申請人自當明知保險費來自何人，而其根本沒有必要負擔返還之義務。
4. 申請人應早於投保當時即知系爭保險契約之保險費將由案外人乙君代其繳付，並有投保意願的情況下簽署要保書，但未交付保險費。此後，申請人或有因人情事故考量而對契約撤銷與否飄忽不定，但在無關金錢負擔的情況下，於簽署契約撤銷申請書後又轉意保留系爭保險契約。縱誠然以上所得情況多屬推測，然在申請人不欲接受相對人邀訪之際，相對人亦僅得就隻字片語推敲事實，尚無違於經驗法則及論理法則。

五、判斷理由

- (一) 按「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。」、「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 9 條、第 10 條第 1 項及第 11 條第 1 項分別定有明文。次按，「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。」，民法第 153 條亦有明文。
- (二) 本件申請人主張其係經由業務員甲君之招攬而投保系爭保險契約，惟申請人於要保書簽名時，業已告知甲君須待其同意始得送件，然甲君竟在未經其同意情形下，即逕送要保書，並代繳保險費，致系爭保險契約於 103 年 11 月 26 日生效，且嗣後甲君向申請人收取保險費後，卻未依申請人所簽署撤銷申請書辦理保單撤銷，是甲君招攬過程顯有重大瑕疵，爰提起本件評議申請，請求撤銷系爭保險契約，相對人並應返還申請人所繳全部保險費等情。惟此為相對人所否認，並以前揭情詞置辯。查兩造間就系爭保險契約有無要保之意思表示各執其詞，自應各就有利於己之事實舉證之責，而經觀諸相對

人所提出業務員報告書所載內容：「…，且申請人還告知等她出國時再送（所以保單生效日本員押上 103/11/26 日）萬一有照會或需要補簽文件時，才不會因為申請人出國時間過久而延誤保單生效時間，…26 日送件時有與在○○申請人聯絡說，已幫申請人送要保書至保險公司，本員也於同年 11 月 28 日赴○○，在○○時亦有口頭告知送件之情事，當時申請人並無意見，…。」等語，可知相對人業務員甲君或表示其於將經申請人親簽之要保書為送件時，曾向申請人口頭聯絡告知，但就該業務員報告內容，仍難據以認定申請人有為同意要保送件之事實存在，則相對人業務員甲君不無違反申請人意思表示而逕為送件，本件既未能認定申請人有為同意要保之意思表示，故依前揭民法第 153 條規定，本中心實難認系爭保險業經雙方意思表示合致而成立。系爭保險契約既未經申請人為同意要保，應屬自始不成立。

（三）況縱認系爭保險契約業經申請人合法為要保之意思表示而為成立。惟申請人有簽署契約撤銷申請書之事實，為相對人於陳述意見所不爭，則依民法第 95 條規定：「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。但撤回之通知，同時或先時到達者，不在此限。」，故申請人就契撤申請書既未有撤回之通知予相對人，則其撤銷系爭保險契約之意思表示，自己發生效力。從而，相對人如主張申請人事後有保留系爭保險契約之真意，卻未能就該事實舉證以實其說，其不利益應由相對人負擔。系爭保險契約堪認業經申請人撤銷而不存在。

（四）此外，依保險業務員管理規則第 15 條第 1 項及第 3 項規定：「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負連帶責任。…第一項所稱保險招攬行為，係指下列之行為：…三、轉送要保文件及保險單。…」可知，除要保人另有特別指示，否則保險業務員均有忠實將保險單轉送要保人之義務，而不問保險費係由何人交付。惟據本案業務員甲君於業務員報告書自承因申請人一時不便簽收，即將系爭保單送交案外人乙君，縱令系爭保險契約保險費為乙君所支付，甲君之行為亦難謂符合上開法令之規定，附此敘明之。

（五）綜上，系爭保險契約既因申請人未為要保意思而不成立，縱認成立亦因申請人已為撤銷之意思表示而不存在，則其所繳保險費自應由相對人負返還之責。又依卷附要保書內附郵政劃撥儲金存款收據所載內容，相對人計應返還保險費數額為○○元（計算式：○○元+○○元）。

六、評議決定

相對人應撤銷申請人與○○人壽保險股份有限公司間保單號碼第○○○○

○○○○號保險契約及與○○人壽保險股份有限公司間保單號碼第○○○
○○○○○號保險契約。

相對人應給付申請人新臺幣○○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 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。

(三) 金融消費者保護法第 9 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。前項應充分瞭解之金融消費者相關資料、適合度應考量之事項及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。

(四) 金融消費者保護法第 10 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，應向金融消費者充分說明該金融商品、服務及契約之重要內容，並充分揭露其風險。

(五) 金融消費者保護法第 11 條第 1 項

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。但金融服務業能證明損害之發生非因其未充分瞭解金融消費者之商品或服務適合度或非因其未說明、說明不實、錯誤或未充分揭露風險之事項所致者，不在此限。

(六) 保險業務員管理規則第 15 條第 1 項及第 3 項

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。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。

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。

保單紅利

案例 004 保單紅利—保單頁面 (104 評 850)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

除立法者另以強行規定限制契約內容之自由，或立法授權行政機關以行政命令補充或變更契約內容之權限，否則契約關係應依契約當事人之意思決定之，而非依行政機關或任何其他第三人之意思。行政機關僅在法律授權範圍內，對於受監督之保險業者之財（業）務有監理權限，但在私法自治的基本原則下，保險契約兩造當事人依其合意所訂立之契約，不因行政機關之函釋而產生任何變更。因此，行政函釋對於已形成之契約上權利義務，無任何影響力，故本案系爭保單紅利計算方式自應以系爭保單條款第 21 條第 1 項所約定之計算公式為之，應無疑義。

(二)爭議險種：終身壽險

(三)參考條文：保險法第 3 條、第 44 條、行政程序法第 159 條

(四)關鍵字：保單紅利

二、事實經過

申請人於民國（下同）79 年 2 月間以自身為要保人暨被保險人，向相對人投保系爭保單，99 年 2 月間繳費期滿，相對人依系爭保單條款及主管機關規定之紅利分配公式計算保單紅利為新台幣（下同）○○○元給付予申請人，申請人請求相對人應依「保單面頁」所載給付滿期紅利 201,150 元，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系爭保單頁面「男性解約金及繳清保額表」欄位內下方「繳費期滿後」之記載給付保單紅利共 201,150 元，是否有理由？

四、當事人主張

(一)申請人主張

1. 當時業務員係以保單上的濃縮內容向申請人進行招攬，業務員表示繳費期滿會給付祝壽金 50 萬元，滿期後每 5 年給付保單紅利。業務員事先以電話向申請人詢問有無意願投保，後來業務員來的時候就直接拿系爭保單向申請人講解，因業務員向我們講解的數字在保單上都有顯示，故申請人就交付保費，業務員當場就把保單交予申請人，當時投保的狀況確實是這樣的模式。
2. 申請人並不知道紅利是如何計算，當初業務員亦未說明。如何計算紅利是保險公司會計師的專業，申請人不懂也不需要懂，相對人既然接收了○○人壽就應概括承受○○人壽的保單，而不能以這些規定或法規來解釋○○人壽

當年（79 年）的保單。

3. 相對人表示 201,150 元是解約金部分，不合乎邏輯，因為沒有人會在繳費期滿後去辦理解約，且保單上並未註明解約金三個字。

（二）相對人主張

1. 系爭保險契約條款【保單紅利的計算及給付】約定，即：「本公司於每年會計年度終了，對繳費已達有保單價值準備金的有效契約，按當年壽險公會報經財政部核定之紅利分配利率（加權平均）減本契約預定利率（年利率百分之六）乘以期中保單價值準備金計算保單紅利。前項保單紅利，每年按當年壽險公會報經財政部核定之紅利分配利率（加權平均）依複利方式計算，累積至繳費期滿、解約或契約消滅時給付，繳費期滿後則每五年給付一次。」，又該保單紅利計算係依財政部 67 年 1 月 9 日台財錢字第○○○號函說明三：「人壽保險計算保險費之預定利率低於年息八厘者，應自 66 年起按左列公式分配保單紅利（中央銀行核定之二年儲蓄存款最高利率（加權平均）－預定利率）×期中責任準備金＝應分配保單紅利。」辦理。後財政部多次修改保單紅利計算方式，最後於 91 年 12 月 18 日台財保字第○○○號函「自 92 保單年度起，凡保險單紅利的計算係適用本部 80 年 12 月 31 日台財保第○○○號函規定之紅利計算公式之有效契約及新契約，其當年度死差損益與利差損益得互相抵用。上述因互抵而減少之紅利金額，應轉增提列為長期有效契約之責任準備金。」，故本公司就系爭保單紅利均依主管機關規定計算如歷年紅利明細表。
2. 另本公司經詢業務單位表示相關教育訓練並無以「每五年均會給付紅利」之話術銷售系爭保單，且申請人並未提供足以佐證資料供參。
3. 一般而言，不管在哪個年代都是先繳保費，保險公司承保後才會核發保單，系爭保單確實有提到紅利是 5 年給付 1 次，但也有提到係依據系爭保單條款第 21 條規定計算。申請人所主張的金額 201,150 元就保單位置（在解約金項下）及文義來看是解約金，並非紅利。

五、判斷理由

- （一）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聲請後簽訂。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。」臺灣高等法院臺中分院 93 年度保險上易字第 15 號民事判決可資參照。準此，申請人既收受系爭保險契約，則保單紅利之計算應以系爭保險契約之

約定為據。惟若有其他證據足以顯示相對人以具有誤導性質之文件內容誘使對保險欠缺知識之消費者與其簽訂保險契約者，則應依個案狀況判斷相對人是否有違反誠信原則之事實，以免對消費者有不公平之情形。

- (二) 次按系爭○○終身保險契約條款第 21 條第 1 項及第 2 項約定：「本公司於每年會計年度終了，對繳費已達有保單價值準備金的有效契約，按當年壽險公會報經財政部核定之紅利分配利率（加權平均）減本契約預定利率（年利率百分之六）乘以期中保單價值準備金計算保單紅利。」、「前項保單紅利，每年按當年壽險公會報經財政部核定之紅利分配利率（加權平均）按複利方式計算，累積至繳費期滿、解約或契約消滅時給付，繳費期滿後則每五年給付一次。」，又財政部 67 年 1 月 9 日台財錢字第 10144 號函說明三：「人壽保險計算保險費之預定利率低於年息八厘者，應自 66 年起按左列公式分配保單紅利（中央銀行核定之二年儲蓄存款最高利率（加權平均）－預定利率）＊期中責任準備金＝應分配保單紅利。」。相互以觀，可知系爭保單條款中所謂「當年壽險公會報經財政部核定之紅利分配利率（加權平均）」應係指「中央銀行核定之二年儲蓄存款最高利率（加權平均）」。今系爭保單就保單紅利計算既已約定計算公式〔即（中央銀行核定之二年儲蓄存款最高利率（加權平均）減去預定利率後，再乘以期中責任準備金〕，雙方自應依上開約定計算保單紅利。惟相對人主張因財政部數次發函修正保單紅利計算，最後於 91 年 12 月 18 日以台財保字第 0910072808 號函表示「自 92 保單年度起，凡保險單紅利的計算係適用本部 80 年 12 月 31 日台財保第 800484251 號函規定之紅利計算公式之有效契約及新契約，其當年度死差損益與利差損益得互相抵用。」，本案系爭保單 99 年至 104 年因利差損與死差損相互抵用結果已無正數，故無保單紅利可供給付。然查，除立法者另以強行規定限制契約內容之自由，或立法授權行政機關以行政命令補充或變更契約內容之權限，否則契約關係應依契約當事人之意思決定之，而非依行政機關或任何其他第三人之意思。行政機關僅在法律授權範圍內，對於受監督之保險業者之財（業）務有監理權限，但在私法自治的基本原則下，保險契約兩造當事人依其合意所訂立之契約，不因行政機關之函釋而產生任何變更。因此，行政函釋對於已形成之契約上權利義務，無任何影響力。查系爭保險契約（79 年 2 月 24 日生效）條款及財政部 67 年 1 月 9 日台財錢字第 10144 號函既係約定以中央銀行核定二年期儲蓄存款最高利率為計算紅利之基準（按此係因於 81 年以前，各行庫存放款利率均由中央銀行統一公告之故），而非「當時財政部核定之應分配保單紅利計算公式計算保單紅利」，自不容相對人以財政部事後所變更保單紅利計算公式計算本案系爭保單紅利，故本案相對人主張

99 年度至 104 年度系爭保單利差與死差相抵已無正數（見相對人所提之歷年紅利明細表）云云，實有違誤。

（三）況且，本案相對人所提之相關函釋，核其性質應屬行政程序法第 159 條第 1 項所稱之行政規則（即係指上級機關對下級機關，或長官對屬官，依其權限或職權為規範機關內部秩序及運作，所為非直接對外發生法規範效力之一般、抽象之規定），其種類應屬解釋性行政規則，其目的在於協助各級單位統一解釋法律或命令。而行政規則之效力，依吳庚、陳敏、李震山等諸位大法官見解，其效力原則上僅及於制定機關之組織及指示權所及之範圍，並無法直接對外發生效力。行政機關僅得以行政自我拘束之方式，使行政函釋對外發生間接效力，故主管機關之作法及保險業界「自願」受拘束，乃係行政自我拘束及信賴保護的結果，非謂行政函釋即可直接發生外部效力，此不可不辯，故本案系爭保單紅利計算方式自應以系爭保單條款第 21 條第 1 項所約定之計算公式為之，應無疑義。

（四）然查，81 年後中央銀行為因應金融自由化政策，不再核定公告儲蓄存款利率，而任由各銀行行庫自行公告儲蓄存款利率，而本案申請人請求保單紅利年度期間，該期間（即 99 年至 104 年）因自由市場利率普遍低於 2%，均遠低於系爭保單預定利率（6%），故經本中心依系爭保單第 21 條所約定之保單紅利計算方式計算結果，亦無正數，故本案相對人主張就系爭保單 99 年至 104 年並無保單紅利可供給付，並無違誤。

（五）又申請人以系爭保單頁面右下方有「繳費期滿後」、「5」、「201,150」為由，主張此係指繳費期滿後滿 5 年相對人應給付保單紅利 201,150 元云云。惟查，系爭保單頁面中間欄位已明示記載「五、紅利請詳閱契約條款第廿一條條文。」，且就保單紅利計算方式而言，亦無預先承諾之可能。再者，系爭「繳費期滿後」、「5」、「201,150」字樣係載於「男性解約金及繳清保額表」欄位內，就整體體系而言，應指繳費期滿後 5 年辦理解約，解約金為 201,150 元。再者，因系爭保單之給付項目僅有身故保險金、殘廢保險金、滿期祝壽金及保單紅利，如繳費期滿被保險人領迄滿期祝壽金後，尚有資金需求時，除進行保單借款外（需負擔借款利息），尚可選擇以解約方式取得資金，確有滿期後解約之情形存在及其實益，故申請人就此部分之主張，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）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。

(二) 保險法第 44 條

保險契約，由保險人於同意要保人聲請後簽訂。利害關係人，均得向保險人請求保險契約之謄本。

(三) 行政程序法第 159 條

本法所稱行政規則，係指上級機關對下級機關，或長官對屬官，依其權限或職權為規範機關內部秩序及運作，所為非直接對外發生法規範效力之一般、抽象之規定。行政規則包括下列各款之規定：一、關於機關內部之組織、事務之分配、業務處理方式、人事管理等一般性規定。二、為協助下級機關或屬官統一解釋法令、認定事實、及行使裁量權，而訂頒之解釋性規定及裁量基準。

案例 005 保單紅利—廣告文宣 (104 評 1046)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

系爭保險商品廣告 DM、保費紅利及保險給付範例表雖非系爭保險契約之一部，業已如前述，惟若有其他證據足以顯示相對人以具有誤導性質之文件內容誘使對保險欠缺知識之消費者與其簽訂保險契約者，則應依個案狀況判斷相對人是否有違反誠信原則之事實，以免對消費者有不公平之情形。查系爭保險商品廣告 DM 中關於「紅利」部分之記載：「紅利年年累積遞增」、「53.2 萬紅利」、「保單紅利之給付（詳見保險單條款第 20 條）本保險按期交費滿一年後，自第二年度起每年分配保單紅利」等文字，已難謂無使申請人確信系爭保險商品廣告 DM 所載紅利數額為實際可領取金額或更多數額之可能。

(二)爭議險種：終身壽險

(三)參考條文：保險法第 3 條、第 44 條、金融消費者保護法第 8 條、消費者保護法第 22 條、消費者保護法施行細則第 42 條

(四)關鍵字：保單紅利

二、事實經過

申請人於民國（下同）79 年至 82 年月間以自身為要保人，陸續向相對人投保系爭保險契約，繳費期間 20 年。申請人主張系爭保險契約於繳費期滿後，相對人給付紅利之金額與投保當時所承諾給付金額完全不符，相對人應依系爭保險契約約定，給付紅利差額○○○元，惟遭相對人拒絕，爰申請評議。

三、本案爭點

申請人請求相對人給付紅利差額○○○元，有無理由？

四、當事人主張

(一)申請人主張

申請人投保系爭保險契約時，係規劃未來做為退休養老金，而系爭保險契約期滿後，相對人固有寄予申請人給付前預估通知書，惟其上所載還本金額與投保當時所承諾給付金額完全不符，保單紅利明顯有所欠缺，經向相對人反應後，相對人雖派員到府說明原因，然申請人無法接受相對人說明理由，但申請人在相對人表示若未簽署同意書即無法還本撥款情形下，其迫於無奈而簽署同意書。又申請人嗣後始知，相對人應依保險契約約定，按當初所承諾的金額為給付，經計算後，系爭保險契約總計短缺紅利差額○○○元。為此，提起本件評議申請，請求相對人給付保單紅利差額等語。

(二)相對人主張

1. 系爭保險契約之要保書為申請人本人親自簽名辦理，保險單承保後並親交申請人，就保險單於要保書下方「要保書及被保險聲明事項」中第 11 條內容「於填寫本要保書前，對貴公司之『人壽保險投保人須知』、契約條款及有關壽險資料已充分了解，並同意遵守」研判，有關紅利給付契約條款內容申請人已經其審閱知悉。再者，就相對人有關○○終身壽險商品 DM 簡章右下角上載有「本簡介僅供參考之用」字樣，詳細內容應以保單條款為準，其中簡章中標示警語紅利「本紅利以假設利率 10%計算僅供參考用，如利率變動時，則比照變動利率調整。」，已確實告知申請人紅利之性質及定義。況紅利領取並非該保險商品之主要訴求及賣點，其保險商品主要訴求應為保險之保障及年金之給付。
2. 另就系爭保險契約所繳保費與所領回金額兩者間，於條款上並非有後者必大於前者之約定，更無所謂短少給付之說，惟紅利係不可預估之金額，投保文書上已明確告知為假設利率之狀況，絕非保證領取，且僅就以申請人片面書面之陳述，亦實難判定招攬人員有不當說明之事實。末者，縱紅利金額為不確定因素，申請人所投保契約係經當時主管機關核准販賣之商品，而保險單相關之給付作業，均在其監督管理之下，相對人實難擅自短少，申請人實際紅利累計計算，相對人作業實屬允當。

五、判斷理由

- (一) 按金融消費者保護法、消費者保護法分別於 100 年 12 月 31 日、83 年 1 月 11 日公布施行，而系爭保單之招攬、投保係發生於 79 年至 82 年間，依法律不溯及既往原則及消費者保護法施行細則第 42 條之規定：「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。」，是本件尚無金融消費者保護法第 8 條及消費者保護法第 22 條就金融服務業者應確保廣告真實義務規定之適用，先予敘明。
- (二) 次按，「本保險單條款、附著之要保書、批註及其他約定書，均為本保險契約的構成部分。」，系爭保險契約保單條款第 1 條第 1 項約有明文。而「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聲請後簽訂。」，保險法第 3 條及第 44 條第 1 項亦定有明文。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。」(臺灣高等法院臺中分院 93 年度保險上易字第 15 號民事判決意旨參照)。準此，申請人既收受系爭保契約定之保險單及契約條款，則保單紅利

之計算應以系爭保險契約條款之約定為據。查本件依申請人所提供之系爭保險商品廣告 DM、保費紅利及保險給付範例表及現有卷證資料所示，兩造並無將系爭保險商品廣告 DM、保費紅利及保險給付範例表上所載之紅利利率及紅利數額批註於保險單批註欄，且無其他事證足資系爭保險商品廣告 DM、保費紅利及保險給付範例表業經兩造同意納入系爭保險契約之一部，故尚難逕認該保險商品廣告 DM、保費紅利及保險給付範例表為要約或已當然成為保險契約之一部，系爭保險契約紅利之計算即應回歸保單條款之約定。

(三) 再按，「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）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）計算保險單紅利。」，系爭保險契約保單條款第 22 條第 1 項訂有明文；而附件部分則載明：「附件：本契約有效期間內，本公司於每一保單年度終了應分配之保單紅利計算公式如下：當年度保單紅利係利差紅利及死差紅利二項之和。…說明：一、當年度利差紅利及死差紅利均不得為負值。二、上述利差紅利及死差紅利之分配比率，現行均為百分之百，但本公司於特殊情形下，得報經財政部核定採用其他數值。三、上述保單紅利分配計算公式，係奉財政部 80.12.31. 台財保第 800484251 號函核定，爾後財政部變更保單紅利之規定時，上述紅利計算公式將配合調整。」，準此可知，系爭保險契約關於保單紅利之計算，應以當時財政部核定之保單紅利計算公式為準，如財政部核定之保單紅利公式有變更，公式變更後之紅利，亦應以變更後之公式計算。蓋保單紅利其數額將隨每年市場利率水準之升沉而變動，依其性質並無於訂立契約之際預先承諾或保證之可能。

(四) 查系爭保險商品廣告 DM、保費紅利及保險給付範例表雖非系爭保險契約之一部，業已如前述，惟若有其他證據足以顯示相對人以具有誤導性質之文件內容誘使對保險欠缺知識之消費者與其簽訂保險契約者，則應依個案狀況判斷相對人是否有違反誠信原則之事實，以免對消費者有不公平之情形。經細繹申請人提出之保費紅利及保險給付範例表，其內明確記載保險年度、保費支出（含年繳保費、生存保險金、保單分紅、實繳保費、實繳保費累計）、保險收益（含生存保險金、死亡保險利益）等節，均與系爭保險契約內容核無不同。此外，申請人所提出由相對人所製作之系爭保險商品廣告 DM，原應揭露重要之消費資訊，俾供消費者正確之保險商品資訊，對於保單利率倘隨市場變動或保單紅利計算公式可能因財政部變更時而配合調整等節，相對人於締約時應向申請人為具體說明，待申請人明瞭其系爭保險契約權利義務

後始為投保，惟本件系爭保險商品廣告 DM 中關於「紅利」部分之記載：「紅利年年累積遞增」、「53.2 萬紅利」、「保單紅利之給付（詳見保險單條款第 20 條）本保險按期交費滿一年後，自第二年度起每年分配保單紅利」等文字，已難謂無使申請人確信系爭保險商品廣告 DM 所載紅利數額為實際可領取金額或更多數額之可能。至於相對人雖辯以系爭保險商品廣告 DM 簡章右下角上載有「本簡介僅供參考之用」字樣，且保費紅利及保險給付範例表中復標示警語紅利「本紅利以假設利率 10%計算僅供參考用，如利率變動時，則比照變動利率調整。」等文字云云，然前開警語係載於前開文件最下方，且字體並無顯著標示，尚難據此逕為有利於相對人之認定。從而，本中心爰依金融消費者保護法第 20 條第 1 項規定，衡酌公平合理原則及個案情狀，認相對人應酌予補償申請人○%之紅利給付為適當。

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）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。

（二）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。

（三）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。

（四）消費者保護法第 22 條

企業經營者應確保廣告內容之真實，其對消費者所負之義務不得低於廣告之內容。

企業經營者之商品或服務廣告內容，於契約成立後，應確實履行。

（五）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-殘廢等級認定 (104 評 0672)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

雖申請人提供 B 醫院於 104 年 3 月 12 日開立之診斷書病名所載：「脊髓損傷，左臂神經叢損傷」，醫師囑言：「…現因上述傷病後遺症致左上臂輕癱，無法進行粗重工作」，當日門診複診病歷亦記載「由於臨床症狀不斷進步，建議觀察及保守治療」，但因申請人受傷至診斷書開立已近一年，殘障鑑定書敘述「…左上臂肩關節肌力為 0、肘關節肌力為 3、腕關節肌力為 4」，依目前病症當可判定申請人體況已達強制汽車責任保險殘廢給付標準表上肢機能障害第 11-28 項「一上肢三大關節中，有一大關節喪失機能者。」第 9 等級殘廢約定之情。

強制汽車責任保險法第 25 條第 2 項規定，保險人應於請求權人交齊相關證明文件之次日起 10 個工作日內給付之；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。

(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 1 條、第 7 條、第 13 條、第 25 條、第 28 條

(四)關鍵字：強制汽車責任保險、殘廢等級、殘廢程度、失能

二、事實經過

申請人於 103 年 3 月 12 日發生交通事故，兩造於 104 年 4 月 16 日經 A 調解委員會調解，申請人於 104 年 4 月 22 日備妥病歷資料及申請文件向相對人申請強制險殘廢給付，遭相對人拒絕，爰申請評議。

三、本案爭點

申請人之體況有無符合強制汽車責任保險殘廢給付標準表第 11-38 項「一上肢遺存運動障害者。」第 9 等級殘廢約定之情？或是有符合上肢機能障害項目任一項次約定之情事？

四、當事人主張

(一)申請人主張

申請人於 103 年 3 月 12 日發生交通事故造成左上肢殘廢，且於 104 年 3 月 20 日向相對人申請強制險殘廢給付，並將申請應備文件以掛號寄給相對人之承辦人員，惟該案已逾 30 天，申請人仍未獲給付。原本 104 年 4 月 16 日申請人及相對人理賠承辦在委員會上接受 A 調委會主席之協調，條件是除了原本資料外，只要申請人幫忙去申請病歷，那麼於 104 年 4 月 22 日就以新台幣○○元(含強制險)簽訂調解書，未料，申請人都已照約定幫忙提供病

歷資料，而相對人卻仍然拒絕理賠。

(二)相對人主張

申請人提供B醫院於104年3月12日開立之診斷書內病名所載：「頸髓損傷，左臂神經叢損傷」，申請本保險上肢機能障害，障害項目第11-38項：一上肢遺存運動障害，依據B醫院之診斷書中醫師囑言得知：「現因上述傷病後遺症致左上臂輕癱，無法進行粗重工作」，尚無法判定上肢三大關節是否遺存運動障害之症狀及喪失生理活動之範圍，綜上，申請人所提供之相關證明文件未能符合本保險殘廢給付標準表障害項目第11-38項之規定，亦未符合其他上肢機能障害項目約定之情，據此，本公司依約歉難給付。

五、判斷理由

- (一) 按「金融消費者申請評議後，爭議處理機構得試行調處；當事人任一方不同意調處或經調處不成立者，爭議處理機構應續行評議。」金融消費者保護法第23條第2項定有明文。查，兩造當事人104年6月18日分別委任代理人出席本中心調處庭，兩造當事人就本案請求標的無法達成和解，經本中心記載兩造當事人陳述要旨作成筆錄(下稱調處筆錄)，此有調處筆錄與兩造當事人委任書在卷可佐，爰依上開金融消費者保護法規定，由本中心依兩造所陳資料為書面審理，並據以作成本評議決定，先予敘明。
- (二) 次按103年3月12日事故發生時適用(101年2月24日修正)之強制汽車責任保險給付標準第3條第1項規定：「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(以下簡稱殘廢給付標準表)之規定」、同條第4項規定：「第一項各等級殘廢程度之給付標準如下：一、第一等級：新臺幣二百萬元。二、第二等級：新臺幣一百六十七萬元。…九、第九等級：新臺幣四十七萬元。十、第十等級：新臺幣三十七萬元。十一、第十一等級：新臺幣二十七萬元。…」準此，受害人須因交通事故致身體殘廢，而其殘廢等級需達殘廢給付標準表所定之殘等，並該殘等之發生與系爭交通事故間具有因果關係，相對人始負給付殘廢保險金之責。
- (三) 針對申請人103年3月12日車禍所致之傷情，申請人主張其體況應符殘廢給付標準表上肢機能障害項目第11-38項「一上肢遺存運動障害者。」第9等級殘廢約定之情。就此爭點，經諮詢本中心醫療顧問意見，略以：依B醫院神經外科門診記錄記載，申請人左上肢仍麻痺(paresis)，104年3月22日勞工保險失能診斷書紀錄左肩肌力0分，左肘肌力3分，左腕肌力4分。依前開診斷書及病歷相關資料研判，申請人左腕肌力4分，因此左腕並未喪失生理運動範圍三分之一，故申請人之體況並不符合強制汽車責任保險

殘廢給付標準表上肢機能障害第 11-38 項第 9 等級殘廢約定之情。但申請人體況可符合強制汽車責任保險殘廢給付標準表上肢機能障害第 11-28 項「一上肢三大關節中，有一大關節喪失機能者。」第 9 等級殘廢約定情形。

(四) 本中心為求慎重，再次諮詢他位醫療顧問，其意見略以：103 年 3 月 14 日 B 醫院核磁共振檢查顯示為「第 5/6 頸椎、第 6/7 頸椎椎間板突出及第 5 頸椎處硬膜下出血」(MRI：C5/6，C6/7 HIVD；C5 level intradural extramedullary hematoma)。出院後門診追蹤治療，病歷記載「左上肢單肢肌力減弱(Left upper limb monoparesis)」，並敘述神經功能進步中；104 年 1 月 14 日神經生理檢查顯示「第 5/6 頸椎神經根病變合併神經髓病變(radiculopathy and myelopathy)。雖申請人提供 B 醫院於 104 年 3 月 12 日開立之診斷書病名所載：「脊髓損傷，左臂神經叢損傷」，醫師囑言：「…現因上述傷病後遺症致左上臂輕癱，無法進行粗重工作」，當日門診複診病歷亦記載「由於臨床症狀不斷進步，建議觀察及保守治療」，但因申請人受傷至診斷書開立已近一年，殘障鑑定書敘述「…左上臂肩關節肌力為 0、肘關節肌力為 3、腕關節肌力為 4」，依目前病症當可判定申請人體況已達強制汽車責任保險殘廢給付標準表上肢機能障害第 11-28 項「一上肢三大關節中，有一大關節喪失機能者。」第 9 等級殘廢約定之情。

(五) 參酌前揭卷附病歷及本中心專業顧問意見，雖認申請人體況未達系爭殘廢給付標準表上肢機能障害項目第 11-38 項約定之情形。惟可認申請人傷情已達系爭殘廢給付標準表上肢機能障害項目第 11-28 項第 9 等級殘廢約定之情。是依前開規定，相對人應給付申請人系爭殘廢給付標準表第 11-28 項第 9 等級殘廢給付○○元。

(六) 未按強制汽車責任保險法第 25 條第 2 項規定，保險人應於請求權人交齊相關證明文件之次日起 10 個工作日內給付之；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。保險法第 34 條亦有相同規定，其立法理由為「為避免保險人惡意遲延給付，損及要保人或被保險人權益，爰將第一項酌予修正，俾使保險人儘速履行理賠之義務。」、「第二項增設保險人因可歸責於自己之事由致給付遲延者，應給付遲延利息，係為保護被保險人利益並避免保險人藉故推諉或遲延，課保險人以積極之責任，爰將遲延利息提高為年利一分。」查本件申請人於 104 年 3 月 23 日以掛號方式郵寄理賠文件至相對人之營業所，104 年 4 月 20 日提供再次以掛號方式郵寄 B 醫院病歷摘要至相對人營業所，此有申請人提供之掛號函件存根可稽。從而，申請人請求相對人給付之遲延利息自 104 年 4 月 21 日起算 10 個工作日，即自 104

年 5 月 5 日起算遲延利息，為有理由，逾此部分之請求即屬無據，尚難准許。

六、評議決定

相對人應給付申請人○○元整，及自民國 104 年 5 月 5 日日起按週年利率百分之十計算之利息。

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）強制汽車責任保險法第 1 條

為使汽車交通事故所致傷害或死亡之受害人，迅速獲得基本保障，並維護道路交通安全，特制定本法。

（二）強制汽車責任保險法第 7 條

因汽車交通事故致受害人傷害或死亡者，不論加害人有無過失，請求權人得依本法規定向保險人請求保險給付或向財團法人汽車交通事故特別補償基金（以下簡稱特別補償基金）請求補償。

（三）強制汽車責任保險法第 13 條

本法所稱汽車交通事故，指使用或管理汽車致乘客或車外第三人傷害或死亡之事故。

（四）強制汽車責任保險法第 25 條

保險人於被保險汽車發生汽車交通事故時，依本法規定對請求權人負保險給付之責。

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。

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。

第一項請求權人請求保險給付之權利及未經請求權人具領之保險給付，不得扣押、讓與或提供擔保。

案例 007 強制汽車責任險-時效爭議 (104 評 0867)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

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。

經查，系爭和解書係 102 年 3 月 13 日於乙議員服務處所簽立，其和解條件欄記載：「茲鑒於事出意外雙方同意和解結案：由甲方賠付乙方體傷醫藥費及民事依法可請求之費用、共計新台幣：○○元整（不含）汽機車強制險給付項目，其餘損失各自負擔…」，並於上開「汽機車強制險」文字旁以手寫「相對人（丙君）」；另於備註欄則載有「本和解書乙式 4 份除雙方各執一份餘 2 份分送 D 產物保險公司及相關等單位存查」。從而，綜觀系爭和解書之內容，足認上開和解範圍並不包含強制險，且和解書為送交 D 產物存查。是就申請人所主張，於 102 年 3 月 13 日和解當時方知悉系爭自小客車強制險之保險人為相對人乙事，尚堪採信。

申請人就其知悉保險人之時點，已盡初步之舉證責任，相對人倘就申請人知悉保險人之時間有所爭執，自應由相對人就申請人知悉在前之事實，負舉證責任。然相對人並未另就申請人知悉保險人為何之時點為陳述，並提出佐證資料；故縱認申請人係於 103 年 10 月 14 日方向相對人提出理賠申請，惟自 102 年 3 月 13 日申請人知悉保險人之時點起算，亦仍未逾強保法第 14 條第 1 項所定之二年請求權時效。職是，相對人以申請人之請求權已因罹於時效而拒絕理賠，自屬無據。

(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 1 條、第 7 條、第 13 條、第 14 條、第 25 條、第 28 條

(四)關鍵字：強制汽車責任保險、醫療保險金、時效、和解範圍

二、事實經過

申請人於 101 年 9 月 20 日發生交通事故送往 C 醫院急診及住院治療，同年 9 月 21 日進行開放性復位鋼釘內固定手術，同年 9 月 26 日出院，共計住院 7 日，共計住院 7 日。兩造於 102 年 3 月 13 日和解，和解內容不含強制險；然申請人於和解當時始得知對造之強制險與任意險係由不同保險公司承保，申請人於 103 年 10 月 7 日備妥申請文件向相對人申請強制險給付，遭相對人以時效完成拒絕給付，爰申請評議。

三、本案爭點

申請人之強制汽車責任保險給付請求權，有無逾強保法第 14 條第 1 項所定之時效？若否，申請人可得請求之保險給付項目及金額分別為何？遲延利息如何起算？

四、當事人主張

(一)申請人主張

1. 申請人於 101 年 9 月 20 日騎乘車牌號碼 A 號機車，於○○市○○區○○路與○○路口，與相對人承保由甲女士（下稱甲君）駕駛之車牌號碼 B 號自小客車（下稱系爭自小客車）發生交通事故（下稱系爭交通事故）。
2. 申請人因系爭交通事故致左側股骨幹骨折，於 101 年 9 月 20 日經送往 C 醫院急診及住院，同年月 21 日進行開放性復位鋼釘內固定手術，同年月 26 日出院，共計住院 7 日，醫囑欄並記載「需人看護 1 個月」，其後並陸續至 C 醫院追蹤治療，支出醫療費用○○元、看護費用○○元及交通費用○○元，合計共○○元。
3. 申請人與甲君於 102 年 3 月 13 日和解，和解內容不含強制險。又因甲君之系爭自小客車另有投保任意險，且係向 D 產物保險股份有限公司（下稱 D 產物）投保任意險，故申請人於和解當時始得知甲君之強制險與任意險係由不同保險公司承保，而強制險係向相對人投保。依強制汽車責任保險法（下稱強保法）第 14 條規定：「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。」，故請求權時效應自申請人知悉保險人，即 102 年 3 月 13 日起算，申請人於 103 年 10 月 7 日向相對人申請理賠，尚未超過兩年之請求時效。

(二)相對人主張

申請人於 103 年 10 月 14 日始向相對人申請強制汽車責任保險給付，依強保法第 14 條規定：「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。」據此，申請人之請求權已罹於時效，相對人歉難依申請人所請給付保險金。

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。」，強保法第 14 條第 1 項定有明文。本條文於 94 年 2 月 5 日將請求權之起算時點「自知有請求權之日起」修正為「自知有損害發生及保險人時起」，更加貼近民法第 197 條「自請求權人知有損害及賠償義務人時起」之規範模式，釐清請求權之行使對象乃係「保險人」而非「被保險人」，並具有保障受害人免於不知有保險人而請求權罹於時效之功能。準此，倘申請人提出具體客觀事證，依一般經驗法則，足認事故發生當時尚不知保險人為何人者，申請人之強制汽車責任保險二年請求權時效，即不應自系爭交通事故發生時起算，而應自知悉保險人為何人時起算，以符上開修法意旨。
- (二) 申請人主張，伊於系爭交通事故發生時，尚不知系爭自小客車之強制險係由相對人所承保。又因系爭自小客車另有向 D 產物投保任意險，伊於 102

年3月13日在乙議員服務處與甲君和解時，甲君才告知申請人，系爭自小客車之強制險與任意險係由不同保險公司所承保，故伊於和解當時方知悉系爭自小客車強制險之保險人為相對人，是系爭交通事故之強制險請求權應自和解日，即102年3月13日起算，並提出和解書（下稱系爭和解書）以資佐證。經查，系爭和解書係102年3月13日於乙議員服務處所簽立，其和解條件欄記載：「茲鑒於事出意外雙方同意和解結案：由甲方賠付乙方體傷醫藥費及民事依法可請求之費用、共計新台幣：○○元整（不含）汽機車強制險給付項目，其餘損失各自負擔…」，並於上開「汽機車強制險」文字旁以手寫「相對人（丙君）」；另於備註欄則載有「本和解書乙式4份除雙方各執一份餘2份分送D產物保險公司及相關等單位存查」。從而，綜觀系爭和解書之內容，足認上開和解範圍並不包含強制險，且和解書為送交D產物存查。是就申請人所主張，於102年3月13日和解當時方知悉系爭自小客車強制險之保險人為相對人乙事，尚堪採信。

（三）承上，申請人就其知悉保險人之時點，已盡初步之舉證責任，相對人倘就申請人知悉保險人之時間有所爭執，自應由相對人就申請人知悉在前之事實，負舉證責任。就此，本中心曾於104年6月9日以金評議字第○○○○號函，請相對人分就「申請人何時得知系爭車輛之強制險為貴公司所承保？並請提出佐證資料。」、「倘申請人主張成立，應給付之強制險醫療保險金為若干元（含項目及金額）」、「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。」等事項為陳述意見。然相對人於104年6月9日以產○字第○○○○號函回覆本中心，除僅就受理理賠日為103年10月14日，而非申請人所主張之103年10月7日，及申請人之請求權已屬時效消滅乙節為爭執外，並未另就申請人知悉保險人為何之時點為陳述，並提出佐證資料。準此，相對人就申請人於系爭交通事故發生時即知悉強制險之保險人為相對人乙事，既始終不能舉證以實其說，其執此抗辯，即非可採。是以，申請人主張，強制汽車責任保險給付請求權時效，應自102年3月13日起算，洵屬可採。

（四）第查，就申請人何時提出申請理賠一事，申請人主張於103年10月7日即委託友人向相對人提出理賠申請；相對人則稱申請人於103年10月14日始向相對人申請強制汽車責任保險給付。就此，雙方陳述各執一詞，經本中心發函請雙方提出佐證資料後，申請人陳稱因申請理賠後相對人並未給予任何簽收證明文件，亦未提供申請書影本，故無法提出相關佐證資料。而相對人則提出申請人簽名之「強制汽車責任保險請求給付申請書」及「汽車強制險賠案工作底稿」以資佐證。該給付申請書之申請人欄，日期雖填寫為103年10月7日，惟並未有送達相對人，或經相對人受理之註記，況申請人自陳係委託友人向相對人提出申請，並非親自提出申請，是尚難逕以申請書上所填寫之日期，即認定為送達相對人之日期。又上開賠案工作底稿上已登載有受理日期為103年10月14日，故相對人主張該日方為受理申請人理賠

日，足以採信。然縱認申請人係於 103 年 10 月 14 日方向相對人提出理賠申請，惟自 102 年 3 月 13 日申請人知悉保險人之時點起算，亦仍未逾強保法第 14 條第 1 項所定之二年請求權時效。職是，相對人以申請人之請求權已因罹於時效而拒絕理賠，自屬無據。

(五) 就申請人可得請求之保險給付項目及金額分別為何部分：

1. 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。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。…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。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。…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。第二項第三款所規定往返門診之合理交通費用，以新臺幣二萬元為限。第二項第四款所規定之看護費用，每日以新臺幣一千二百元為限，但不得逾三十日。」強制汽車責任保險給付標準第 2 條(下稱強汽險給付標準)定有明文。
2. 就申請人得請求之診療費用為若干元？依申請人提出之 101 年 9 月 20 日 C 醫院急診收據、住院期間為 101 年 9 月 20 日至同年月 26 日之 C 醫院住院收據、及 101 年 10 月 4 日、101 年 10 月 18 日、101 年 11 月 15 日、101 年 12 月 13 日、102 年 1 月 12 日、102 年 1 月 25 日、102 年 1 月 26 日、102 年 2 月 2 日、102 年 3 月 2 日、102 年 4 月 27 日、102 年 8 月 3 日之 C 醫院門診收據影本，申請人共計支出相關費用共○○元。經審核除 101 年 9 月 26 日住院收據所列之血液血漿費○元及其他費用○元外，其餘尚符前開強汽險給付標準第 2 條所定義之診療費用。從而，相對人應理賠申請人診療費用支出計為○○元(○○元－○元－○元)。
3. 就接送費用之部分，依上開 C 醫院收據影本及診斷證明書所載，申請人為「左側股骨幹骨折」，於 101 年 9 月 26 日出院後，自 101 年 10 月 4 日至 102 年 8 月 3 日共計至 C 醫院門診 11 次，是申請人以計程車作為往來醫院之交通工具尚稱合理，又依○○市政府觀光旅遊局網站所載，○○市計程車起跳運價為○○元，是以，申請人請求相對人給付○○元(出院 1 次○○元＋門

診往返 10 次各為○○元)之交通費用，尚為合理範圍。

4. 就看護費用之部分，申請人則提出看護證明書，佐證其於 101 年 9 月 26 日出院後，由母親丁女士為居家看護 30 日。復依 C 醫院 101 年 9 月 26 日之診斷證明書醫師囑言欄記載：「病人因上述疾患，於 101 年 9 月 20 日由急診住院，101 年 9 月 21 日行開放性復位鋼釘內固定手術，101 年 9 月 26 日出院，共 7 日，宜休養 4 個月，需人看護 1 個月，續門診追蹤治療」。從而，申請人請求相對人理賠 30 日之居家看護費用○○元(30 日×○○元)，亦屬有據。
5. 綜上，申請人依強汽險給付標準第 2 條所得請求相對人理賠之相關醫療費用項目及金額，為診療費用○○元、接送費用○○元及看護費用○○元，合計共○○元。
- (六) 未查，就遲延利息如何起算部分，按「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。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。」強保法第 25 條第 2 項及第 3 項分別定有明文。又揆諸前揭說明，本中心既認申請人係於 103 年 10 月 14 日向相對人提出理賠申請，相對人自應於次日起十個工作日內給付之，而相對人率以申請人之請求權已因罹於時效而拒絕理賠，自屬可歸責於相對人之事由。故相對人應於 103 年 10 月 28 日之次日起，即自 103 年 10 月 29 日起，按年利一分給付遲延利息。

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 1 條

為使汽車交通事故所致傷害或死亡之受害人，迅速獲得基本保障，並維護道路交通安全，特制定本法。

(二) 強制汽車責任保險法第 7 條

因汽車交通事故致受害人傷害或死亡者，不論加害人有無過失，請求權人得依本法規定向保險人請求保險給付或向財團法人汽車交通事故特別補償基金(以下簡稱特別補償基金)請求補償。

(三) 強制汽車責任保險法第 13 條

本法所稱汽車交通事故，指使用或管理汽車致乘客或車外第三人傷害或死亡之事故。

(三) 強制汽車責任保險法第 14 條

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。

前項時效完成前，請求權人已向保險人為保險給付之請求者，自請求發生效力之時起，至保險人為保險給付決定之通知到達時止，不計入時效期間。

請求權人對於保險人保險給付請求權，有時效中斷、時效未完成或前項不計入消滅時效期間之情事者，在保險金額範圍內，就請求權人對於被保險人之損害賠償請求權，亦生同一效力。請求權人對被保險人之損害賠償請求權，有時效中斷或時效未完成之情事者，就請求權人對於保險人之保險給付請求權，亦生同一效力。

前三項規定，於關於本法所生請求特別補償基金補償之權利，除其請求權消滅時效之起算依下列規定外，準用之：

- 一、事故汽車無法查究者，自知有損害及確認肇事汽車無法查究時起算。
- 二、事故汽車為未保險汽車者，自知有損害及確認肇事汽車為未保險汽車時起算。
- 三、事故汽車係未經被保險人同意使用或管理之被保險汽車者，自知有損害發生及確認被保險汽車係未經同意使用或管理之事實起算。
- 四、事故汽車為無須訂立本保險契約之汽車者，自知有損害發生及確認加害汽車為無須訂立本保險契約之汽車時起算。

（四）強制汽車責任保險法第 25 條

保險人於被保險汽車發生汽車交通事故時，依本法規定對請求權人負保險給付之責。

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。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。

第一項請求權人請求保險給付之權利及未經請求權人具領之保險給付，不得扣押、讓與或提供擔保。

案例 008 強制汽車責任險-續保爭議 (104 評 1417)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

按金融監督管理委員會 96 年 10 月 22 日金管保四字第 09602127610 號函內容：「查汽車所有人或投保義務人依強制汽車責任保險法規定投保強制汽車責任保險，其投保生效日，依強制汽車責任保險條款第 6 條第 1 項規定『本保險契約之保險期間，依保險證之記載為準。』並非以保險公司結帳核定後始為生效。

申請人主張系爭車輛之強制汽車責任保險保單生效日為 102 年 10 月 15 日中午 12 時起，而系爭交通事故係於 102 年 10 月 15 日中午 12 點 48 分發生，相對人卻不予理賠乙事。經查，系爭強制險保險證所載之保險期間為 102 年 10 月 12 日中午 12 時起，至 103 年 10 月 15 日中午 12 時止，此有相對人核發予之強制汽車責任保險要保書(機車專用)在卷可稽。是以，系爭車號○○號之車輛於 102 年 10 月 15 日中午 12 點 48 分發生之汽車交通事故，就形式觀之即屬保險期間內發生之保險事故，相對人須就該次交通事故負給付責任。

(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 1 條、第 6 條、第 7 條、第 13 條、第 25 條、第 28 條

(四)關鍵字：強制汽車責任保險、醫療保險金、看護費、續保、過期投保

二、事實經過

申請人於 102 年 10 月 15 日發生交通事故，申請人事後向相對人提出強制險理賠申請，相對人承辦人員告知因事故時間與強制險生效時間接近，需要調閱公司內部資料。相對人最後告知強制險雖然登記生效時間中午 12 時，但是公司內部電腦資料是保險事故發生後當天晚上 8 時 30 分投保，意即事後投保，所以不予理賠。申請人經向監理站查詢，證實該車登記強制險生效時間為 102 年 10 月 15 日中午 12 時起，與相對人提供資訊前後矛盾明顯不符，向相對人申訴仍遭拒賠，爰申請評議。

三、本案爭點

申請人請求相對人給付強制汽車責任保險傷害醫療費用、交通費、看護費用、精神賠償及懲罰性賠償乙情，有無理由？

四、當事人主張

(一)申請人主張

1. 申請人騎乘機車於 102 年 10 月 15 日中午 12 點 48 分，在○○區○○路○○巷口，與相對人承保機車車輛發生交通事故，申請人事後向相對人提出強制險理賠申請，相對人承辦人員告知因事故時間與強制險生效時間接近，需

要調閱公司內部資料。相對人最後告知強制險雖然登記生效時間中午 12 時，但是公司內部電腦資料是保險事故發生後當天晚上 8 時 30 分投保，意即事後投保，所以不予理賠。該事故需要向車禍特補基金申請理賠。

2. 申請人經向監理站查詢，證實該車登記強制險生效時間為 102 年 10 月 15 日中午 12 時起，與相對人提供資訊前後矛盾明顯不符，經特補基金聯絡後由相對人內部人員(甲君當時任職特補基金對口窗口)，該人員陳述該車主習慣已多次過期投保，因此實際投保生效時間以公司內部資料為準，至於強制卡日期與政府監理單位的資料只是提供登錄並不確實。
3. 如果相對人對於強制險投保及生效方式如本案例，相對人承保車輛過期投保，生效時間往前登記並印製發給強制保險卡且提供此錯誤資訊給公務部門及保險公會，並且提供社會大眾查詢並以此為依據，此等作法如果是被允許的，其他業者將爭相效尤，那保險的公平正義將不復存在，監理單位、保險業公信力將蕩然無存。

(二)相對人主張

1. 按，財政部保險司於 92 年 4 月 3 日台保司第 0920750441 號函紀錄…凡汽車所有人未依規定續保案件(即俗稱斷保案件)，保險公司應將要保人實際投保時間(日、時、分)加以註記，以便日後查證。再者，金管會 96 年 10 月 22 日金管保四字第 09602127610 號函明載：汽車所有人或投保義務人依強制汽車責任保險法規定投保強制汽車責任保險，其投保生效日，依強制汽車責任保險條款第 6 條第 1 項規定「本保險契約之保險期間，依保險證之記載為準。」…個案認定如有疑義者，仍須以強制汽車責任保險法令或保險法令相關規定認定。另汽車所有人或投保義務人投保時危險已發生者，依保險法第 51 條規定，保險契約為無效，合先敘明。
2. 承上，惟因強制汽車責任保險屬政策性保險，要保人倘無符合強制汽車責任保險法第 20 條規定之情事者，保險人不得解除或終止契約。僅得針對要保人實際投保日、時、分加以註記。倘經查證屬實，應將未依規定投保之案件，於事故發生後方進行投保之保險，其保險契約始期應為實際投保時間。
3. 查，系爭車輛牌照號碼○機車於 102 年 10 月 15 日中午 12 時 48 分與申請人所騎乘之機車發生交通事故。經調閱本公司留存之要保書資料，該系爭車輛係於 102 年 10 月 15 日 20 時 2 分投保，系爭車輛之投保狀況實屬未依規定辦理續保之案件，於事故發生後方進行投保之狀態。依個案，本公司承保該車之強制汽車責任保險始期應自 102 年 10 月 15 日 20 時 2 分起。
4. 再者，申請人委託其母(下稱乙母)曾於 103 年 5 月 8 日 15 時許依受害人直接請求權申請強制險傷害醫療給付時，本公司○○分公司即逕予調閱要保書留存資料。經確認系爭車輛屬事故後投保之案件，併向乙母說明系爭車輛於事故發生時實屬強制汽車責任保險法第 40 條規定之未保險汽車，應依規定向特別補償基金請求補償。惟因乙母所備文件不齊，遂未留下任何資料離去，允乙母備齊文件後，再由本公司轉送特別補償基金申請。俟於 103 年 5

月 28 日申請人之父(簡稱丙父)再來電表達，其因誤信事故發生時系爭車輛已由本公司承保強制險，因而以新台幣○○元與對方達成和解。且知悉與未保險汽車發生事故而向特別補償基金申請補償者，特別補償基金僅於補償金額扣除賠償和解金額之範圍內補償，將致無法獲得補償，認為已造成申請人權益受損。並就本公司俟後說明內容中，針對依主管機關函釋所載認定斷保件之保險生效始期方式無法認同。申請人之家屬皆認為系爭車輛之強制險投保始期應自 102 年 10 月 15 日中午 12 時起。

5. 雖申請人所言部分與事實不符(按監理站資料庫中強制險承保資料僅止於『日』不及於『時』)，惟本公司考量受害人查詢承保資料處於較不利之地位，原擬依強制險給付範圍從寬辦理，經聯絡丙父多次，願由本公司人員親至申請人家中取回必要申請文件，惟皆未獲回應。故本公司截至目前仍無系爭事故之事故證明文件、診斷證明書、醫療費用單據及車資費用收據…等資料。然申請人未配合提供文件致生此次爭議，卻逕主張本公司應給付傷害醫療給付，並認為因爭議期間所生往返○○交通費、及自認產生精神賠償等費用皆應由本公司給付。綜上，申請人所提之請求顯為無理，主張貴中心不得為申請人有利之決定。按強制汽車責任保險法之規定，系爭車輛於 102 年 10 月 15 日中午 12 時 48 分發生事故時，確屬強制汽車責任保險法第 40 條規定之未保險汽車，申請人應依法備齊文件向特別補償基金申請補償，當不論其得獲得補償之金額有無或多寡，申請人之請求對象明顯有誤，本公司依法確毋庸負擔保險金給付之責。

五、判斷理由

- (一) 按，當事人主張有利於己之事實，就其事實有舉證之責任，民事訴訟法第 277 條前段定有明文。是民事訴訟如係由上訴人主張權利者，應先由上訴人負舉證之責，若上訴人先不能舉證，以證實自己主張之事實為真實，則被上訴人就其抗辯事實即令不能舉證，或其所舉證據尚有瑕疵，亦應駁回上訴人之請求(最高法院 43 年度台上字第 377 號判例、17 年上字第 917 號判例參照)，故舉證責任之分配，原則上應由主張權利人負舉證之責，先予敘明。
- (二) 次按，強制汽車責任保險條款第 6 條第 1 項規定：「本保險契約之保險期間，依保險證之記載為準。」復按金融監督管理委員會 96 年 10 月 22 日金管保四字第 09602127610 號函內容：「查汽車所有人或投保義務人依強制汽車責任保險法規定投保強制汽車責任保險，其投保生效日，依強制汽車責任保險條款第 6 條第 1 項規定『本保險契約之保險期間，依保險證之記載為準。』並非以保險公司結帳核定後始為生效。個案認定如有疑義者，仍須以強制汽車責任保險法令或保險法相關規定認定。另汽車所有人或投保義務人投保時危險已發生者，依保險法第 51 條規定，保險契約為無效，併予敘明。」。
- (三) 關於申請人主張系爭車輛之強制汽車責任保險保單生效日為 102 年 10 月

15日中午12時起，而系爭交通事故係於102年10月15日中午12時48分發生，相對人卻不予理賠乙事。經查，系爭強制險保險證所載之保險期間為102年10月12日中午12時起，至103年10月15日中午12時止，此有相對人核發予之強制汽車責任保險要保書(機車專用)在卷可稽。是以，系爭車號○○號之車輛於102年10月15日中午12時48分發生之汽車交通事故，就形式觀之即屬保險期間內發生之保險事故，相對人須就該次交通事故負給付責任。

(四) 查本件相對人雖提出強制汽車責任保險要保書，主張系爭車輛係於102年10月15日下午20時2分投保，系爭車輛之投保狀況實屬未依規定辦理續保之案件，於事故發生後方進行投保之狀態云云。惟查前開系爭強制汽車責任保險要保書，其上欄位僅記載保險證號碼、被保險人(車主)、住所(通訊處)、被保險汽車車種、廠牌、原始發照年份、牌照/引擎/車身號碼、保險期間、保險金額、保險費、列印時間及實收保費等資訊，未見有系爭車輛投保時間之任何記載，相對人復未提出其他具體事證以實其說，單以系爭強制汽車責任保險要保書上之「列印時間：102年10月15日20:02」據為系爭車輛之強制汽車責任保險之投保始期，本中心尚難逕採有利於相對人之認定。再參財政部保險司92年4月3日台保司(七)字第0920750441號函，內容略以：…二、基於強制汽車責任保險法第四十四條(編按：現行法第四十九條)關於裁罰之規定係手段而非目的，公路監理機關宜以汽車所有人實際投保時間做為裁罰認證之標準，準此，凡是汽車所有人未依規定續保件(即俗稱斷保案件)，保險公司應將要保人實際投保時間(日、時、分)加以註記，以便事後查證；…」等語綦詳，是以，本件系爭車輛尚未依規定續保強制汽車責任保險，相對人自應將要保人實際投保日、時、分加以註記，以利日後查證之用。承前所述，相對人未提出具體事證證明系爭強制汽車責任保險實際投保日期係於102年10月15日下午20時2分，職是，相對人主張系爭車輛之強制汽車責任保險係於事故發生後進行投保乙情，難認有據。

(五) 就申請人可得請求之保險給付項目及金額分別為何部分：

1. 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。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。…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。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。…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。第二項第三款所規定往返門診之合理交通費用，以新臺幣二萬元為限。第二項第四款所規定之看護費用，每日以新臺幣一千二百元為限，但不得逾三十日。」強制汽車責任保險給付標準第 2 條（下稱強汽險給付標準）定有明文。

2. 就申請人得請求之診療費用為若干元？依申請人提出 A 醫院、B 中醫診所、C 醫院及 D 藥局之收據，申請人共計支出相關費用共○○元。經審核除 A 醫院 102 年 10 月 15 日醫材費○元、102 年 10 月 18 日證明書費○元（診斷書費用給付上限 100 元）；B 中醫診所 102 年 10 月 21 日、102 年 10 月 24 日、102 年 10 月 28 日、102 年 10 月 31 日民俗調理費用○元及 103 年 4 月 23 日證明書費○元（診斷書費用給付上限 100 元）；C 醫院 103 年 4 月 1 日病房費○元（病房費用給付上限 4,500 元）、材料費○元（醫療材料給付上限 20,000 元）、103 年 4 月 8 日證明書費○元及材料費○元、103 年 4 月 11 日證明書費○元、103 年 6 月 17 日證明書費○元及 D 藥局 103 年 4 月 18 日美容膠布○元外，其餘尚符前開強汽險給付標準第 2 條所定義之診療費用。從而，相對人應理賠申請人診療費用支出計為○○元。
3. 就接送費用之部分，經本中心檢核申請人所附醫療單據及車資費用收據，認合理接送費用為○元（B 中醫診接送費用：102 年 10 月 21 日○元、102 年 10 月 24 日○元、102 年 10 月 28 日○元、103 年 4 月 23 日○元），其餘接送費用及申請人往返○○交通費，經核尚難認係因往返門診、轉診或出院之合理交通費用。
4. 就看護費用之部分，申請人則提出看護費用證明單，佐證其於 102 年 10 月 15 日發生汽車交通事故後，由丁君為專人看護 60 日。復依 C 醫院 103 年 4 月 11 日之診斷證明書醫囑欄記載：「1. 患者因上述原因，於民國 103 年 4 月 1 日至 103 年 4 月 3 日共 3 日，在本院住院及施行復位及韌帶重建手術治療，術後應休養三個月，須專人照顧 2 個月。…」。從而，申請人請求相對人給付 30 日之居家看護費用○○元之部分為有理由。

5. 綜上，本件申請人依強汽險給付標準第 2 條所得請求相對人理賠之相關醫療費用項目及金額，為診療費用○○元、接送費用○○元及看護費用○○元，合計共○○元。

(六) 末按，人格權受侵害時，以法律有特別規定者為限，始得請求慰撫金，民法第 18 條第 2 項定有明文。所謂法律特別規定，被害人得請求慰撫金者，如民法第 194 條、第 195 條、第 227 條之 1、第 979 條、第 999 條、第 1056 條等是。又「不法侵害他人之身體、健康、名譽、自由、信用、隱私、貞操，或不法侵害其他人格法益而情節重大者，被害人雖非財產上之損害，亦得請求賠償相當之金額。其名譽被侵害者，並得請求回復名譽之適當處分。」民法第 195 條第 1 項定有明文。本件申請人並未舉證證明相對人有何致其之身體、健康、名譽、自由、信用、隱私、貞操或其他人格法益受侵害且情節重大之情事，是申請人請求精神賠償及懲罰性賠償之主張，亦尚難謂有理由。

(七) 末查，金融消費者保護法第 26 條明文規定：「評議程序以書面審理為原則，並使當事人有於合理期間陳述意見之機會。評議委員會認為有必要者，得通知當事人或利害關係人至指定處所陳述意見；當事人請求到場陳述意見，評議委員會認有正當理由者，應給予到場陳述意見之機會。前項情形，爭議處理機構應於陳述意見期日七日前寄發通知書予當事人或利害關係人。」可知，評議案件以書面審理為原則，到場陳述意見為例外，然本件兩造以書面陳述意見及提出證物已可明瞭相關事實，並無再賦予當事人到場陳述意見之必要，併此敘明。

六、評議決定

相對人應給付申請人○○元整。

申請人其餘請求，本中心尚難為有利申請人之認定。

七、相關法規

(一) 強制汽車責任保險法第 1 條

為使汽車交通事故所致傷害或死亡之受害人，迅速獲得基本保障，並維護道路交通安全，特制定本法。

(二) 強制汽車責任保險法第 6 條

應訂立本保險契約之汽車所有人應依本法規定訂立本保險契約。軍用汽車於非作戰期間，亦同。

前項汽車所有人未訂立本保險契約者，推定公路監理機關登記之所有人為投保義務人。

第一項汽車有下列情形之一者，以其使用人或管理人為投保義務人：

一、汽車牌照已繳還、繳銷或註銷。

二、汽車所有人不明。

三、因可歸責於汽車使用人或管理人之事由，致汽車所有人無法管理或使用汽車。

本保險之投保義務人應維持保險契約之有效性，於保險契約終止前或經保險人依第十八條第一項規定拒絕承保時，應依本法規定再行訂立本保險契約。

（三）強制汽車責任保險法第 7 條

因汽車交通事故致受害人傷害或死亡者，不論加害人有無過失，請求權人得依本法規定向保險人請求保險給付或向財團法人汽車交通事故特別補償基金（以下簡稱特別補償基金）請求補償。

（四）強制汽車責任保險法第 13 條

本法所稱汽車交通事故，指使用或管理汽車致乘客或車外第三人傷害或死亡之事故。

（五）強制汽車責任保險法第 25 條

保險人於被保險汽車發生汽車交通事故時，依本法規定對請求權人負保險給付之責。

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。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。

第一項請求權人請求保險給付之權利及未經請求權人具領之保險給付，不得扣押、讓與或提供擔保。

（六）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 009 強制汽車責任險-因果關係 (104 評 1594)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

依現有卷證資料及前揭醫療顧問意見，申請人膝十字韌帶傷情與 103 年 12 月 18 日系爭交通事故間具因果關係，堪予認定。是於符合強制汽車責任保險給付標準之範圍內，申請人請求相對人依強制汽車責任保險相關規定給付保險金，尚非無據。

另申請強制汽車責任保險給付相關證明文件公告係為落實強制汽車責任保險法「使汽車交通事故所致傷害或死亡之受害人迅速獲得基本保障」之立法目的，就法律賦予受害人即請求權人對保險人之直接請求權，請求權人如何迅速向保險人實現其保險給付請求權之相關規定，而非對請求權人之權利增加法律所無之限制，故若請求權人事實上無法提出系爭文件，應容許請求權人以其他方式證明，以界定保險人之給付責任，而非逕以請求權人無法提出該等文件正本即拒絕給付。本件申請人雖無法提出憲警機關處理證明或其他相關證明文件正本，惟前揭公告要求請求權人提出憲警機關處理證明或其他相關證明文件正本之目的係為證明於系爭時點於請求權人與被保險人間確有交通事故之發生，惟相對人對系爭時點於申請人與被保險人間有交通事故之發生乙事並不爭執，堪認為真實。故相對人此節辯解，尚無足採。

(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 1 條、第 6 條、第 7 條、第 13 條、第 25 條、第 28 條

(四)關鍵字：強制汽車責任保險、醫療保險金、因果關係

二、事實經過

申請人於 103 年 12 月 18 日發生交通事故，機車車頭全毀，右腿因嚴重撞擊以致無法起身，申請人心想腿無骨折，僅有腫脹與機車損壞，小客車車主亦答應修理機車，遂同意小客車車主父親提出之和解，僅就腫脹及擦傷至 A 診所就醫治療。一週多後，仍無法蹲，乃於同年 12 月 29 日至 B 醫院骨科就醫，始發現十字韌帶斷裂，申請人住院開刀做內視鏡接合手術，相對人卻以受傷與事故間欠缺因果關係為由，拒絕給付，爰申請評議。

三、本案爭點

申請人膝十字韌帶傷情是否與 103 年 12 月 18 日系爭交通事故間具因果關係？

四、當事人主張

(一)申請人主張

1. 申請人主張其於 103 年 12 月 18 日下午 5 時左右，於○○路與○○路十字路

口，遭快速左轉、車牌號碼為○○小客車撞倒在地，機車車頭全毀，右腿因嚴重撞擊以致無法起身，小客車車主隨即驚慌上前關切申請人，申請人要求小客車車主趕緊叫救護車、報警，小客車車主遂打電話給其父，並報警、叫救護車。過一陣子，申請人方得緩緩起身跛行，打電話給其兄即代理人甲君。

2. 嗣後，小客車車主之父親乙君（戴著義警帽）與員警相繼到場，員警與小客車車主之父親甚為熟識，來便稱小客車車主之父親為大哥，且在一旁閒聊，申請人心想腿無骨折，僅有腫脹與機車損壞，小客車車主亦答應修理機車，遂同意小客車車主父親提出之和解，僅就腫脹及擦傷至 A 診所就醫治療。一週多後，仍無法蹲，乃於同年 12 月 29 日至 B 醫院骨科就醫，始發現十字韌帶斷裂，申請人住院開刀做內視鏡接合手術，復健至少三個月，惟申請人多次請員警開立事故聯單未果。
3. 申請人主張其病摘與診斷書醫生皆有詳述其傷勢係因 103 年 12 月 18 日車禍受傷造成，詎相對人卻以申請人欠缺事故當下確實因車禍受有十字韌帶損傷之證明資料，且警方紀錄亦無申請人因事故受傷之描述，申請人之受傷與事故間欠缺因果關係為由，拒絕給付，為此爰依法向本中心提起本件評議之申請等語。

（二）相對人主張

1. 強制汽車責任保險法第 10 條規定：「本法所稱加害人，指因使用或管理汽車造成汽車交通事故之人，本法所稱受害人，指因汽車交通事故遭致傷害或死亡之人。」；第 13 條：「本法所稱汽車交通事故，指使用或管理汽車致乘客或車外第三人傷害或死亡之事故。」。
2. 又民事訴訟法第 277 條前段：「當事人主張有利於己之事實者，就其事實有舉證之責任。」，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為真實，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。」；「各當事人就其所主張有利於己之事實，均應負舉證之責，故一方已有適當之證明者，相對人欲否認其主張，即不得不更舉反證。」最高法院 17 年上字第 917 號、19 年上字第 2345 號判例參照。
3. 系爭交通事故為○○縣警察局處理在案，依該局受理案件紀錄表記載，本交通事故為「A3」類交通事故，且雙方簽立之切結書上，亦載明「○○、○○路口 A3 交通事故」，所謂「A3」事故係指「僅有車輛財物受損之交通事故」，故按警方紀錄系爭交通事故紀錄，無人員傷亡，不屬於強制汽車責任保險法保障之事故類型。
4. 申請人未檢附警方事故處理證明文件「正本」。

5. 且申請人提出予相對人之醫療資料中，申請人係於104年1月5日始住院治療後十字韌帶傷勢，申請人未能提出事故當下確實因車禍受有十字韌帶損傷之證明資料，且警方紀錄亦無申請人因事故受傷之描述，難認申請人之受傷與事故間有因果關係，相對人自難准予理賠等語。

五、判斷理由

- (一) 按強制汽車責任保險法第25條第1項、第27條明定：「保險人於被保險汽車發生汽車交通事故時，依本法規定對請求權人負保險給付之責。」、「本保險之給付項目如下：一、傷害醫療費用給付。二、殘廢給付。三、死亡給付。前項給付項目之等級、金額及審核等事項之標準，由主管機關會同中央交通主管機關視社會及經濟實際情況定之。…。」。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…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。（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行政院衛生署所訂全民健康保險緊急傷病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…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。…。」強制汽車責任保險給付標準第2條明文規定。準此，申請人若因交通事故而受有傷害，在符合強制汽車責任保險給付標準之規定下，申請人得向相對人請求強制汽車責任保險傷害醫療費用給付。

- (二) 經查，申請人主張其於103年12月18日下午5時許，於○○路與○○路十字路口，遭車牌號碼為○○小客車撞倒在地；車牌號碼○○小客車之車主為系爭強制汽車責任險之被保險人；又申請人有於104年1月5日經門診住院，於同年月6日施行後十字韌帶重建手術，於同年月12日出院，共住院8天之事實，此均為相對人所不爭執。申請人主張其104年1月5日至12日為治療膝十字韌帶傷情之住院及手術係因103年12月18日車禍受傷而造成等語；相對人則以申請人欠缺事故當下確實因車禍受有十字韌帶損傷之證明資料，且警方紀錄亦無申請人因事故受傷之描述，申請人之受傷與事故間

欠缺因果關係為由，拒絕保險金之給付等語置辯。故本件爭點厥為：申請人膝十字韌帶傷情是否與 103 年 12 月 18 日系爭交通事故間具因果關係？

(三) 有關前揭兩造爭執要旨，案經檢附卷內申請人之病歷資料及相關診斷證明書，諮詢本中心專業醫療顧問意見，略以：「申請人於 103 年 12 月 18 日下午，騎乘機車發生車禍意外。嗣後，因右膝腫脹及擦傷；於同年 12 月 29 日至骨科診所就醫，當時理學檢查發現異常，並於 103 年 12 月 31 日接受核磁共振檢查，證實為後十字韌帶斷裂，因此於 104 年 1 月 6 日住院開刀，接受內視鏡後十字韌帶重建手術，術後復健至少三個月。依所附資料，申請人右膝十字韌帶傷情與 103 年 12 月 18 日系爭交通事故間應該具有因果關係。」。

(四) 本中心為求慎重起見，就前揭爭點另檢附卷內申請人之病歷資料及診斷證明書，諮詢本中心其他專業醫療顧問，其意見略以：「申請人於 103 年 12 月 18 日發生車禍，右腿因該傷勢以致無法動彈，申請人與小客車車主和解，僅就腫脹及擦傷至診所就診治療，後因腫脹未消於 103 年 12 月 29 日至 B 醫院門診就診，於該院診斷為右膝後十字韌帶損傷。申請人於 104 年 1 月 5 日於 B 醫院住院，104 年 1 月 6 日接受經關節鏡後十字韌帶重建手術。根據 103 年 12 月 29 日門診病歷，病患自 103 年 12 月 18 日開始有右膝疼痛腫脹之症狀，未有其他創傷病史之紀錄，輔以貴中心提供 103 年 12 月 30 日核磁共振影像光碟顯示病患之右膝後十字韌帶斷裂併有大量血腫，可見病患右膝創傷為一個月內發生，醫理所見申請人膝十字韌帶傷情與系爭交通事故間具因果關係。」。從而，依現有卷證資料及前揭醫療顧問意見，申請人膝十字韌帶傷情與 103 年 12 月 18 日系爭交通事故間具因果關係，堪予認定。是於符合強制汽車責任保險給付標準之範圍內，申請人請求相對人依強制汽車責任保險相關規定給付保險金，尚非無據。

(五) 至於申請人未依申請強制汽車責任保險給付相關證明文件公告第一點：「(一) 請求權人依強制汽車責任保險法向保險人提出強制汽車責任保險之保險給付申請時，應分別檢具下列文件正本：1. 傷害醫療費用給付…(3) 憲警機關處理證明或其他相關證明文件…」乙節，按行政院金融監督管理委員會公告「申請強制汽車責任保險給付相關證明文件」，係依據強制汽車責任保險法第 25 條第 2 項及行政程序法第 157 條第 3 項規定而來，而強制汽車責任保險法第 25 條第 2 項則規定：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十五日內給付之；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。該公告係為落實強制汽車責任保險法「使汽車交通事故所致傷害或死亡之受害人迅速獲得基本保障」之立法目的，就法

律賦予受害人即請求權人對保險人之直接請求權，請求權人如何迅速向保險人實現其保險給付請求權之相關規定，而非對請求權人之權利增加法律所無之限制，故若請求權人事實上無法提出系爭文件，應容許請求權人以其他方式證明，以界定保險人之給付責任，而非逕以請求權人無法提出該等文件正本即拒絕給付。本件申請人雖無法提出憲警機關處理證明或其他相關證明文件正本，惟前揭公告要求請求權人提出憲警機關處理證明或其他相關證明文件正本之目的係為證明於系爭時點於請求權人與被保險人間確有交通事故之發生，惟相對人對系爭時點於申請人與被保險人間有交通事故之發生乙事並不爭執，堪認為真實。故相對人此節辯解，尚無足採。

- (六) 因此，申請人請求相對人依強制汽車責任保險給付標準第 2 條第 2 項給付診療費用，包括膳食費○○元、材料費用○○元、其他診療費用（包括掛號費、部分負擔與診斷書費）○○元、接送費用○○元及 104 年 1 月 5 日至 1 月 12 日之看護費用○○元，合計○○元，洵屬正當。

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) 強制汽車責任保險法第 1 條

為使汽車交通事故所致傷害或死亡之受害人，迅速獲得基本保障，並維護道路交通安全，特制定本法。

(二) 強制汽車責任保險法第 6 條

應訂立本保險契約之汽車所有人應依本法規定訂立本保險契約。軍用汽車於非作戰期間，亦同。

前項汽車所有人未訂立本保險契約者，推定公路監理機關登記之所有人為投保義務人。

第一項汽車有下列情形之一者，以其使用人或管理人為投保義務人：

一、汽車牌照已繳還、繳銷或註銷。

二、汽車所有人不明。

三、因可歸責於汽車使用人或管理人之事由，致汽車所有人無法管理或使用汽車。

本保險之投保義務人應維持保險契約之有效性，於保險契約終止前或經保險人依第十八條第一項規定拒絕承保時，應依本法規定再行訂立本保險契約。

(三) 強制汽車責任保險法第 7 條

因汽車交通事故致受害人傷害或死亡者，不論加害人有無過失，請求權人得依本法規定向保險人請求保險給付或向財團法人汽車交通事故特別補償基金（以下簡稱特別補償基金）請求補償。

(四) 強制汽車責任保險法第 13 條

本法所稱汽車交通事故，指使用或管理汽車致乘客或車外第三人傷害或死亡之事故。

(五) 強制汽車責任保險法第 25 條

保險人於被保險汽車發生汽車交通事故時，依本法規定對請求權人負保險給付之責。

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。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。

第一項請求權人請求保險給付之權利及未經請求權人具領之保險給付，不得扣押、讓與或提供擔保。

(六) 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。

違反據實說明義務

案例 010 違反據實說明義務-危險評估 (104 評 0423)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

縱申請人依相對人指定而接受體檢，亦不能免除其所應負之據實告知義務。退步言之，即使採部分學者之主張，認若任由保險人於申請人被施以健康檢查後，仍得主張一切重要事項皆在要保人或被保險人之據實說明義務範圍內，似將使健康檢查之實益喪失殆盡或流於形式，故法理解釋上應透過保險法第 62 條規定，將此等保險人透過健康檢查能得知之事項，排除於據實說明義務範圍外，以符誠實信用原則及最大善意契約原則。而保險法第 62 條規定於此之解釋，應將體檢醫師之法律地位列為保險人之代理人，進而認為若體檢醫師施以健康檢查得發現之疾病，卻因醫師學術經驗不足等緣由，而對於檢查結果未能適當研判，或因故意過失而為錯誤判斷等等而未發現，此時要保人或被保險人即不負據實說明義務，意即體檢醫師「所知」或「『依通常注意』所應知，或無法諉為不知」者，即不在要保人或被保險人之據實說明義務範圍內。

(二)爭議險種：終身壽險、醫療險。

(三)參考條文：民法第 95 條、民法第 153 條、修正前保險法第 64 條

(四)關鍵字：告知義務、解除權

二、事實經過

申請人於 103 年 5 月 10 日向相對人投保「○○保險(○型)」，保單號碼為第○○號，並於 103 年 5 月 22 日附加○○保險(○)等附約。嗣於 103 年 8 月 12 日申請人因肝臟腫瘤住院並接受電燒治療，檢附診斷書向相對人申請住院醫療保險金，卻遭相對人退件拒賠並解除契約，爰申請評議。

三、本案爭點

- (一)申請人投保前五年內是否曾因患有肝硬化而接受醫師治療、診療或用藥？如是，則其是否有未盡告知義務情事？如有，則此是否會影響相對人之危險評估？
- (二)若申請人投保前五年內確曾因患有肝硬化而接受醫師治療、診療或用藥，則系爭事故與申請人未盡告知義務者是否有因果關係？

四、當事人主張

(一)申請人主張

1. 申請人於 103 年 5 月 10 日以自身為要保人及被保險人向相對人投保「○○保險(○型)」(保單號碼為第○○號，下稱系爭保單)。103 年 8 月 12 日因

肝臟腫瘤住院並接受電燒治療，檢附診斷書向相對人申請住院醫療保險金，卻遭相對人退件拒賠並解除契約。

2. 相對人主張申請人投保前即有肝硬化病症而未告知，然申請人僅曾因患有 B 型肝炎至醫院定期抽血追蹤及超音波檢查，醫師從未告知申請人有肝硬化現象，且申請人投保前配合相對人進行檢驗，並於系爭保單上註明申請人患有 B 型肝炎，相對人亦因此加費百分之五十，故申請人並無未盡告知義務情事，相對人應承擔申請人有關肝臟之任何風險並依約理賠。

(二)相對人主張

1. 查申請人於 103 年 8 月 12 日因「慢性 B 型肝炎併肝硬化、肝癌」入住 A 醫院治療，於 103 年 9 月 9 日向相對人提出理賠申請。經核本次病症須瞭解其就醫紀錄，且系爭保單投保未滿二年，故經申請人同意並提供病歷查詢同意書函詢 B 醫院、C 醫院、D 醫院…等醫療院所就醫紀錄。經相對人於 103 年 11 月 20 日所收訖之 B 醫院病歷回函瞭解，申請人投保前於 B 醫院已有多次就醫紀錄，分別為 101 年 10 月 12 日及 102 年 12 月 31 日因「Liver cirrhosis (肝硬化)」等病症門診治療，並於 102 年 1 月 12 日接受腹部超音波檢查確定診斷為「肝硬化、多發性膽結石」，且依申請人所提供 B 醫院出院病歷摘要明確記載申請人因「Liver cirrhosis (肝硬化)」等病症於 100 年 10 月 11 日住院治療至 100 年 10 月 17 日，惟申請人投保本契約時於要保書中告知事項 5：「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？…(4)…肝硬化…」之詢問均勻選「否」，因申請人未據實完整說明，致使相對人未能正確評估而予以承保，是以相對人依保險法第 64 條第 1 項及第 2 項規定：「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。」及保險契約相關約定於 103 年 12 月 17 日發函解除系爭保險契約效力，自屬於法有據。
2. 另依 C 醫院病歷摘要顯示，申請人於 103 年 3 月 27 日、103 年 4 月 9 日、103 年 4 月 21 日、103 年 4 月 28 日、103 年 5 月 5 日皆因「下肢水腫、脾腫大、肝硬化」等病症於門診診療，更於 103 年 4 月 21 日因肝硬化併腹水及脾腫大等病症而安排入住醫院治療至 103 年 4 月 26 日出院；且 D 醫院病歷摘要亦顯示，申請人於 102 年 6 月 10 日、102 年 7 月 1 日、102 年 7 月 15 日、102 年 8 月 5 日皆因「肝硬化」等病症於內科門診診療，並於 102 年 6 月 28 日接受腹部超音波檢查確定診斷有「肝硬化」之情事。上述就醫紀錄與申請人所述不知情肝硬化乙事，截然不同。而申請人聲稱已有告知 B

型肝炎帶原，即推論相對人對未知事項已為危險評估或無從推諉不知之論述，恐與論理法則有間，併予敘明。

3. 退步言之，縱申請人爭執相對人解除契約效力乙節，惟經瞭解本次病症依函查醫院就醫紀錄而言，皆為投保前既有病症，且具有相當之因果關係，依保險法第 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，不負給付保險金之責任。」及保險契約相關規定，相對人亦歉難給付相關保險金，特此說明。

五、判斷理由

- (一) 按修正前保險法第 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。又要保人故意隱匿，或因過失遺漏，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，保險人得解除契約；其危險發生後亦同。但要保人證明危險之發生未基於其說明或未說明之事實時，不在此限。前項解除契約權，自保險人知有解除之原因後，經過一個月不行使而消滅…」。
- 復按「按保險法第六十四條第二項規定：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。」最高法院 88 年度臺上字第 2212 號判決意旨可資參照。未按臺灣高等法院 98 年度保險上易字第 1 號判決意旨：「…上訴人另以被保險人縱患有 C 型肝炎，但依通常注意為他方所應知者，依保險法第 62 條第 2 款規定不負通知義務，被保險人已接受被上訴人委託醫師之體檢，而該醫師未使用超音波檢驗致未能發現被保險人肝癌，上訴人及被保險人依該條款規定免負告知義務，被上訴人不能解除契約云云。惟按保險法第 62 條第 2 款所定不負通知之義務，係指保險契約訂立後，危險增加，依通常注意為保險人所應知或無法諉為不知者之情形而言，與本件係訂約前違反告知義務，尚屬有間；且保險契約為最大善意契約，保險法第 64 條第 1 項規定據實說明義務則為實現上開原則之具體規定。醫師之檢查是否正確仍有賴被保險人之據實說明，不能因保險人指定醫院（師）體檢，即認被保險人可免除據實說明義務。…」。

(二) 關於申請人投保前五年內是否曾因患有肝硬化而接受醫師治療、診療或用藥，經諮詢本中心專業顧問意見略以：根據 B 醫院、C 醫院、D 醫院及 A 醫院等醫療院所就醫紀錄，申請人投保前五年內多次因慢性 B 型肝炎併肝硬化住院並於門診追蹤治療，確實已罹患肝硬化，且基於相關資料，難認申請人主觀上就此有所不知，按照醫療通則，醫療相關人員必定會告知其業已罹患「慢性 B 型肝炎併肝硬化」之病況。申請人有多次肝硬化門診紀錄，兩次肝硬化住院紀錄、多次主訴自己患有肝硬化，實難認定申請人不知道自己患有肝硬化之事實。是依上開專業顧問見解可認，申請人於投保前五年內即曾因患有肝硬化而接受醫師治療、診療或用藥，其就此亦難諉為不知，故申請人投保時既於系爭保險契約要保書中之告知事項 5：「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？…（4）肝炎、肝內結石、肝硬化…」之問項勾選「否」，實已有未盡告知義務之情事。申請人雖主張其投保前有配合相對人進行體檢，並於系爭保單上註明其患有 B 型肝炎，故其並未違反告知義務云云，然 B 型肝炎與肝硬化尚屬有間，再參採上開臺灣高等法院判決意旨，縱本件申請人依相對人指定而接受體檢，亦不能免除其應負擔實告知義務。退步言之，即使採部分學者之主張，認若任由保險人於施以健康檢查後，仍得主張一切重要事項皆在要保人或被保險人之據實說明義務範圍內，似將使健康檢查之實益喪失殆盡或流於形式，故法理解釋上應透過保險法第 62 條規定，將此等保險人透過健康檢查應得知之事項，排除於據實說明義務範圍外，以符誠實信用原則及最大善意契約原則。而保險法第 62 條規定於此之解釋適用上，應結合體檢醫師之法律地位屬保險人之代理人的概念，進而認為若體檢醫師施以健康檢查得發現之疾病，卻因醫師學術經驗不足等緣由，而對於檢查結果未能適當研判，或因故意過失而為錯誤判斷等等而未發現，此時要保人或被保險人即不負擔實說明義務，意即體檢醫師「所知」或「『依通常注意』所應知，或無法諉為不知」者，即不在要保人或被保險人之據實說明義務範圍內。就此見解，經本中心諮詢專業醫療顧問意見後，其表示依申請人投保時所進行之體檢結果及主動告知事項，並未敘及得用以確認或懷疑申請人罹有肝硬化之情狀，又申請人投保前已使用「甲型胎兒蛋白（AFP）」當作肝癌篩檢的指標，其數值為正常，故無法確認當時已有肝癌發生。據此，申請人於投保時即已罹患肝硬化乙事既非體檢醫師及相對人依通常注意所應知，則此即仍在申請人之據實說明義務範圍內，申請人主張其未違反據實告知義務，洵屬無據。

(三) 至於申請人未盡告知義務之情事，是否足以影響相對人之危險評估，經諮詢本中心專業顧問意見略以：因申請人投保時所罹患之肝硬化已合併產生肝

功能異常、水腫及脾腫大等情狀，且其出院未滿一年之病況，故若其據實告知，應予拒保為宜，申請人未告知之情事，實已嚴重影響相對人之危險評估。又查，相對人於 103 年 11 月 20 日知悉上開情事後，於 103 年 12 月 17 日發函解除系爭契約效力，該函並於 103 年 12 月 18 日送達，此有 B 醫院回覆相對人之商業保險醫療查詢單、解除系爭保險契約之存證信函（○○郵局第○○號存證信函）與 E 公司掛號郵件簽收回執聯影本在卷可稽，自相對人知悉有得解除契約之原因時（即 103 年 11 月 20 日）起，至相對人發函通知申請人解除系爭保險契約日（即 103 年 12 月 17 日）止，該期間並未逾上述保險法所定之一個月期限，是以，相對人據此解除系爭保險契約，尚無違誤之處。

- （四）關於申請人於 103 年 8 月 12 日因肝臟腫瘤住院並接受電燒治療乙情與申請人前述未盡告知義務間，是否有因果關係，經諮詢本中心專業顧問意見後，其亦表示系爭事故為申請人未告知之肝硬化症狀之延續。因此，危險之發生既係基於申請人未據實說明之事實，則相對人於解除系爭保險契約後，就前開事故亦不負理賠義務，是申請人就此所請，同難允許。

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

修正前保險法第 64 條

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 011 違反據實說明義務-告知受領權（104 評 0486）

一、案例摘要

（一）評議要旨：

相對人係藉其業務員擴大宣傳保險概念及招攬人民投保，其業務員應為其之「使用人」，且現代一般人民在人壽保險之招攬過程中，要保人通常僅與向其招攬之業務員有所接觸，根本無緣得見保險公司之代表人或經理人，且要保人或被保險人之危險情況並非僅限於身體狀況，舉凡經濟財物、家庭背景、特殊嗜好等皆是，凡此均有賴業務員向要保人調查得知，故考量社會現況之必要性，自應賦予業務員有告知義務之受領權（臺灣高等法院 96 年度保險上更（二）字第 7 號判決意旨參照）。準此，相對人之業務員既有告知義務之受領權，當然亦具有補行告知之受領權，換言之，業務員已因要保人補行告知而知悉有保險法第 64 條所規定之解約事由，將視同保險人之知悉，故保險人解除契約權之除斥期間，應自業務員受領補行告知時起算。

（二）爭議險種：終身壽險、醫療險

（三）參考條文：民法第 95 條、民法第 153 條、保險法第 64 條

（四）關鍵字：告知義務、解除權

二、事實經過

申請人於 103 年 12 月 22 日透過業務員甲向相對人投保「○○保險」。後於 104 年 1 月 26 日因腸胃不適至「A 醫院」接受腹部超音波檢查，經診斷有「膽囊息肉」。並於 104 年 2 月 13 日通知業務員甲欲辦理補行告知事項，並於 104 年 2 月 16 日簽署「要保書告知事項補充聲明書」及「契約內容變更暨補發保單申請書」。詎料，相對人於 104 年 3 月 13 日以台北○○郵局第○○號存證信函通知申請人解除系爭保險契約（經兩次招領後由申請人至郵局領取），爰申請評議。

三、本案爭點

（一）相對人之業務員有無補行告知之受領權？

（二）申請人請求返還「○○保險」之所繳保費，有無理由？

四、當事人主張

（一）申請人主張

1. 申請人於 104 年 1 月 23 日透過相對人業務員甲在 B 醫院的月子中心簽署相關文件向相對人投保醫療險，保單號碼分別為第○○、○○、○○號（下稱系爭保險契約）。嗣申請人於 104 年 1 月 26 日因腸胃不適至「A 醫院」接受腹部超音波檢查，經診斷有「膽囊息肉」。申請人於 104 年 2 月 13 日得知「膽囊息肉」雖非疾病但仍可告知註記，以確保雙方權益，並完整保單內容，遂

於同日通知業務員甲上情欲辦理補行告知事項，並於 104 年 2 月 16 日簽署「要保書告知事項補充聲明書」及「契約內容變更暨補發保單申請書」。後業務員甲於 104 年 2 月 17 日通知申請人須先簽收保單才能補告知，所以須待過年後保單下來才能處理補告知事宜，申請人遂向其表示已詢問過客服人員隨時都可補告知，但是業務員甲卻表示已向公司確認無誤。直到過完年後於 104 年 2 月 25 日，業務員甲通知申請人因文件已過 5 日必須重簽，申請人始察覺不對勁，此時業務員甲才坦承過年前簽署補告知文件時漏簽「健康聲明書」。申請人便向其說明法律上日期、時間的重要性，並表示已簽署過之「要保書告知事項補充聲明書」及「契約內容變更暨補發保單申請書」不便再配合重簽，僅願意補簽「健康聲明書」。之後申請人於 104 年 3 月 17 日收到相對人之存證信函，表示以申請人違反告知義務為由解除系爭保險契約。惟該存證信函之內容與申請人補告知之初衷是背道而馳的，申請人深感遭受到二次傷害。

2. 再者，相對人就本案爭議僅選擇解除醫療險，並未解除申請人先前於 103 年 12 月 22 日同樣透過業務員甲所投保之「○○保險」。但是申請人對於業務員甲的表現實感痛心，因此對於業務員甲所接洽之保單皆有所疑慮，爰請求確認系爭保險契約關係存在，並請求相對人退還已無意購買之「○○保險」之所繳保費○○元。

(二)相對人主張

1. 申請人所投保之「○○保險」於 103 年 12 月 22 日生效，其要保書及相關要保文件皆為申請人及被保險人親簽，保險單亦於 104 年 1 月 24 日交付申請人，並由申請人親自簽收，且該保單已逾契約撤銷權之期限，故相對人實礙難依申請人所請辦理契約自始無效並退還所繳保費。
2. 系爭保險契約皆於 104 年 1 月 27 日簽訂要保書，據申請人表示，104 年 1 月 26 日因「腸胃不適」赴「A 醫院」接受腹部超音波檢查，並診斷有「膽囊息肉」，然 104 年 2 月 13 日方才通知業務員甲欲辦理補告知事宜，故雙方約定於 104 年 2 月 16 日簽署補告知作業相關所需文件（當時僅簽署「契約內容變更暨補發保單申請書」及「要保書告知事項補充聲明書」），惟因部分文件缺漏，適逢農曆春節連假而無法及時完成，爾後復因多次協調補簽文件乙事遲未取得共識，而未能完成補告知作業，故相對人僅得先行依據保險法第 64 條規定，於 104 年 3 月 13 日以○○郵局第○○號存證信函解除系爭保險契約。

五、判斷理由

(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。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。」，104年2月4日修正前保險法第64條定有明文。另「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。」，民法第95條第1項亦定有明文。又所謂達到，係指意思表示達到相對人之支配範圍，置於相對人隨時可了解其內容之客觀狀態而言。若表意人以書信為意思表示，該書信達到相對人，相對人無正當理由而拒絕接收，或相對人已受郵局通知往取書信（郵件），該書信既已達到相對人之支配範圍內，相對人隨時可以了解其內容，依上說明，應認為已達到而發生效力（最高法院86年度台抗字第628號判決意旨參照）。

(二) 相對人主張申請人於104年1月27日投保系爭保險契約前，即於104年1月26日因「腸胃不適」赴「A醫院」接受腹部超音波檢查，並診斷有「膽囊息肉」，然104年2月13日方才通知業務員甲欲辦理補告知事宜，故雙方約定於104年2月16日簽署補告知作業相關所需文件。爾後因故未能完成補告知作業，故相對人於104年3月13日以○○郵局第○○號存證信函解除系爭保險契約，該存證信函於104年3月14日及15日投遞未成功，並同時通知招領，之後始由申請人至郵局領取。惟查，相對人係藉業務員擴大宣傳保險概念及招攬人民投保，其業務員應為其之「使用人」，且現代一般人民在人壽保險之招攬過程中，要保人通常僅與向其招攬之業務員有所接觸，根本無緣得見保險公司之代表人或經理人，且要保人或被保險人之危險情況並非祇有身體狀況而已，舉凡經濟財物、家庭背景、特殊嗜好等皆是，凡此均有賴業務員由要保人處調查得知，故考量社會現況之必要性而言，自應賦予業務員有告知義務之受領權（臺灣高等法院96年度保險上更（二）字第7號判決意旨參照）。準此，相對人之業務員既有告知義務之受領權，當然亦具有補行告知之受領權，換言之，業務員已因要保人補行告知而知悉有保險法第64條所規定之解約事由，將視同保險人之知悉，故保險人解除契約權之除斥期間，應自業務員受領補行告知時起算。本案申請人已於104年2月13日通知業務員甲曾於104年1月26日因「腸胃不適」赴「A醫院」接受腹部超音波檢查，並診斷有「膽囊息肉」，而欲辦理補行告知事宜，則應認相對人已於104年2月13日知悉有保險法第64條所規定之解約事由，

故相對人行使解除契約權之除斥期間，應自 104 年 2 月 14 日起算一個月。然相對人解除系爭保險契約之存證信函係於 104 年 3 月 13 日寄出，於 104 年 3 月 15 日投遞未成功而通知招領，故應認該存證信函於 104 年 3 月 15 日始達到申請人之支配範圍，置於申請人隨時可了解其內容之客觀狀態，而發生送達之效力，距 104 年 2 月 14 日已逾一個月之除斥期間，依保險法第 64 條第 3 項規定，自不生解約之效力。從而，申請人請求確認系爭保險契約關係存在，應認有據。至於申請人主張係於 104 年 1 月 23 日簽署相關文件向相對人投保系爭保險契約云云，惟既然相對人解除系爭保險契約為不合法，此部份即無庸審酌。

(三) 次按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，民法第 153 條第 1 項定有明文。另當事人締結之契約一經合法成立，雙方均應受其拘束（最高法院 18 年上字第 484 號判例意旨參照）。

(四) 申請人雖表示對於業務員甲的表現感到痛心，因此對於其所接洽之保單皆有所疑慮云云，惟此並不影響其所投保「○○美元終身保險」之效力，故其請求返還該保單所繳保費，自屬無據。

六、評議決定

確認申請人與相對人間保單號碼第○○、○○、○○號保險契約關係存在。
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 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。

(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) 保險法第 64 條

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-間歇性氣喘（104 評 0846）

一、案例摘要

（一）評議要旨：

經諮詢本中心專業顧問，其意見略以：核保評估，8 個月前氣喘病史，單次急診一次發作，按間歇性氣喘（intermittent asthma）核定，醫療險通常之核保決定為批註除外承保。又為求慎重，本中心再諮詢另一專業顧問意見，其意見略以：按氣喘一般健康醫療保險的核保原則，美國再保（RGA）公司及科隆再保公司之核保準則所示：申訴人僅發病 1 次，病史在 1 年內，且未復發，則其病情在危險上屬於輕度程度，在住院醫療費用保險上，可不加費承保。就一般健康醫療保險而言，申請人之疾患尚不足影響相對人之危險估計。

依前揭顧問意見，申請人如據實告知相對人其於 101 年 4 月 14 日曾就醫治療氣喘，依一般核保實務之作法，可能批註除外承保或可不加費承保，並未影響相對人之危險估計，則相對人主張申請人未據實告知曾於 101 年 4 月 14 日曾就醫治療氣喘已影響其危險估計云云，本中心尚難採。

（二）爭議險種：醫療險

（三）參考條文：保險法第 64 條

二、事實經過

申請人於 101 年 12 月 14 日以自己為被保險人投保保單號碼第○○號保險契約，嗣於 103 年 6 月 16 日至 103 年 8 月 8 日住院治療並申請理賠（後與相對人就前揭住院期間之住院醫療保險金之爭議於法院達成和解），卻遭相對人於 103 年 10 月 22 日以存證信函解除契約，爰申請評議。

三、本案爭點

- （一）申請人 101 年 2 月 24 日及 101 年 4 月 14 日就醫治療之疾患是否即為要保書被保險人告知事項所載之「眩暈症」或「氣喘」？
- （二）申請人未據實告知 101 年 4 月 14 日曾就醫治療氣喘，是否已影響相對人之危險估計？

四、當事人主張

（一）申請人主張

申請人於 101 年 12 月 14 日投保單號碼第○○號○○保險契約（下稱系爭保單），嗣於 103 年 6 月 16 日至 103 年 8 月 8 日住院治療並申請理賠，相對人於 103 年 10 月 22 日以存證信函解除契約。申請人向○○地方法院聲請支付命令，後與相對人就前揭住院期間之住院醫療保險金之爭議和解。另，申請人前曾於 101 年 4 月 14 日因感冒引起支氣管炎，申請人的症狀是頭暈咳嗽

引起支氣管炎，醫師怎麼寫申請人並不知道，申請人不知道 101 年 4 月被診斷為氣喘，醫師有囑咐申請人要進一步檢查，但申請人自認並無問題，未做進一步檢查；醫生用氣喘藥醫治，申請人當時並不知情，隔天感冒就好了，根本沒有氣喘症而隱瞞此項事實。申請人同日投保 A 人壽，曾向 A 人壽告知曾因感冒引起急性氣喘，也有向相對人之業務員告知

(二)相對人主張

申請人投保前因眩暈症及氣喘方面疾病就診，惟申請人於要保書告知事項之「過去一年內是否曾因患有眩暈症、氣喘，而接受醫師治療、診療或用藥？」問項未為據實告知，相對人於 103 年 10 月 1 日知悉申請人曾有氣喘、103 年 10 月 8 日知申請人有眩暈、頭暈、急性上呼吸道感染。據上述既往病歷，經評估：如申請人於投保時據實告知氣喘之疾病，依相對人核保單位意見，雖未達拒保程度，惟相對人將暫緩受理，故影響相對人之危險估計至為明顯，保險法第 64 條未規定未告知之部分須達到拒保程度，保險人始可解除契約，故相對人依法於 103 年 10 月 22 日解除系爭保單係屬有據。另經詢業務員，業務員否認申請人曾告知體況。申請人於調處時主張不知 101 年 4 月被診斷為氣喘，惟又聲稱醫生告知有氣喘狀態，須進一步檢查，但自認已痊癒無問題，主張前後矛盾，申請人同日投保相對人及 A 人壽之保險，申請人告知 A 人壽有氣喘病症，卻未告知本公司曾有上述診斷，相對人實難同意申請人無氣喘診斷之主張。

五、判斷理由

(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。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。」保險法（81 年 4 月 20 日）第 64 條第 1 項及第 2 項前段分別定有明文，另系爭保單第 8 條亦有相類似之約定。又保險契約為最大誠信契約，倘申請人有故意隱匿，或因過失遺漏，或為不實之說明，足以變更或減少相對人對於危險之估計之情事，相對人得解除契約。

(二) 經查，申請人於 101 年 2 月 24 日及 101 年 4 月 14 日就醫治療之疾患是否即為要保書被保險人告知事項所載之「眩暈症」或「氣喘」？

1. 經諮詢本中心專業顧問，其意見略以：根據 B 醫院於 101 年 4 月 14 日的急診病歷可知，申請人因呼吸困難到急診求診，身體檢查發現有哮喘聲（wheezing），急診醫師診斷為氣喘（asthma），因此使用氣喘用藥，即吸入型支氣管擴張劑治療，呼吸困難症狀後來改善，回家並給予口服類固醇及口服支氣管擴張劑，再加上吸入型類固醇和支氣管擴張劑治療，以上亦皆為氣

喘用藥。由病歷可知，此即為要保書被保險人告知事項所載之「氣喘」。另根據C醫院的病歷摘要可知，申請人於101年2月24日因感輕微腹痛且噁心嘔吐至急診求診，後來急診醫師診斷為（1）頭暈（Dizziness and giddiness）（2）急性上呼吸道感染（Acute upper respiratory infection）（3）腹痛（Abdominal pain）。要保書上需被保險人告知事項之「眩暈症」，英文診斷為vertigo，並非頭暈（Dizziness and giddiness）。因此可知101年2月24日發生之疾患並非要保書被保險人告知事項所載之「眩暈症」。

2. 是依前揭諮詢顧問意見，101年2月24日發生之疾患並非要保書被保險人告知事項所載之「眩暈症」，然申請人101年4月14日就醫治療之疾患即為要保書被保險人告知事項所載之氣喘，又就一般病患或消費大眾的認知，氣喘病名淺顯易懂，少有別稱，申請人在投保時檢視要保書被保險人告知事項所載之氣喘時，應可理解為同一病症而應告知。

（三）復查，兩造皆不爭執要保文件為申請人親簽，系爭保單之要保書「九、被保險人告知事項…2. 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？（1）酒精或藥物賴用成癮、眩暈症…（4）慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。…」皆勾選「否」，此有系爭保單要保書影本在卷可稽，則申請人於投保時未書面告知相對人書面詢問事項，應堪認定。申請人雖主張其不知醫師之診斷為何，惟申請人於投保系爭保單當日曾另填寫友邦人壽之「要保書告知事項補充聲明書氣喘問卷」，並於問題二「是否曾經就醫診療？」之說明欄位填寫「僅於101年2月因感冒引起急性氣喘在急診室打點滴，之後醫生開3天藥回家服用，無住院，無須回診，已痊癒之後沒再發生過。」該說明所載之急診就醫時間為101年2月，雖與申請人被診斷為氣喘之時間（101年4月14日）不符，惟無論是申請人筆誤或時間記憶錯誤，申請人皆知悉一年內曾因急性氣喘就醫，則申請人主張其不知醫師之診斷為何云云，尚難採信。申請人復主張於投保時曾向相對人之業務員告知一年內曾因氣喘就醫乙節，惟遭相對人否認。查申請人前主張其不知醫師之診斷為何，後主張曾告知業務員一年內曾因氣喘就醫，前後陳述矛盾，申請人又未提出其他證據資料以實其說，是申請人主張曾告知業務員一年內曾因氣喘就醫云云，本中心尚難採信。故申請人未於訂立系爭保單時據實說明相對人書面詢問事項，應堪認定。

（四）末查，申請人未據實告知101年4月14日曾就醫治療氣喘，是否已影響相對人之危險估計？

1. 經諮詢本中心專業顧問，其意見略以：核保評估，8 個月前氣喘病史，單次急診一次發作，按間歇性氣喘（intermittent asthma）核定，醫療險通常之核保決定為批註除外承保。
 2. 為求慎重，本中心再諮詢另一專業顧問意見，其意見略以：按氣喘一般健康醫療保險的核保原則，美國再保（RGA）公司及科隆再保公司之核保準則所示：申訴人僅發病 1 次，病史在 1 年內，且未復發，則其病情在危險上屬於輕度程度，在住院醫療費用保險上，可不加費承保。就一般健康醫療保險而言，申請人之疾患尚不足影響相對人之危險估計。
 3. 依前揭顧問意見，申請人如據實告知相對人其於 101 年 4 月 14 日曾就醫治療氣喘，依一般核保實務之作法，可能批註除外承保或可不加費承保，並未影響相對人之危險估計，則相對人主張申請人未據實告知曾於 101 年 4 月 14 日曾就醫治療氣喘已影響其危險估計云云，本中心尚難逕採。
- （五）準此，相對人以申請人違反據實說明義務，且因申請人之不實之說明已影響相對人之危險估計為由解除系爭保險保單，應屬無據。
- （六）綜上所述，申請人請求確認兩造間保單號碼第○○號保險契約效力存在，為有理由。兩造其餘陳述及攻擊防禦方法，經審酌核與判斷結果不生影響，爰不一一論述，併予敘明。

六、評議決定

確認兩造間保單號碼第○○號保險契約效力存在。

七、相關法規

保險法第 64 條

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 013 違反據實說明義務-高血壓 (104 評 1031)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

一般而言，所謂應據實告知之高血壓病史，係指經由『醫師診斷』、『申請人本人知悉』之情形。而本案件申請人『血壓偏高』（BP 值：184/123mmHg、169/118mmHg）僅係根據一次門診記錄：(1)日期：該次就診日為 101 年 11 月 13 日，距離投保日 103 年 7 月 19 日已超過 1 年半的時間，且其後未有任何持續就醫的記錄。(2)主訴(CC)：BIL FLANK PAIN【中文翻譯：雙側腰（上腹部/肋骨下骨盆腔上）痛】。(3)體檢 (PE)：BP184/123, 169/118, FLANK TENDER 【中文翻譯：血壓值 184/123, 169/118, 腰側壓痛】。(4)診斷 (Dx)：FLANK PAIN【中文翻譯：腰痛】。(5)手寫 PH: HT, NKA 【中文翻譯：過去病史：高血壓、無過敏病史】。且申請人本次門診之原因為腰痛，診斷(Dx)為腰痛，血壓偏高是於門診時測量所得，但並非診斷病名，非一般常見須持續就醫規律用藥之原發性高血壓。因此申請人並未認知自己有高血壓之病史實屬合理。

(二)爭議險種：醫療險

(三)參考條文：修正前保險法第 64 條

(四)關鍵字：告知義務、解除權

二、事實經過

要保人甲以申請人為被保險人，於 103 年 7 月 19 日向相對人投保○○保險契約（保單號碼○○號），並另附加○○保險附約。申請人於投保前之 101 年 11 月 13 日在 A 診所所有就診紀錄。

三、本案爭點

- (一)申請人投保時未告知曾於 101 年 11 月 13 日在 A 診所就診乙情，是否違反告知義務？相對人以申請人未告知遭 A 診所診斷「血壓偏高」（BP 值：184/123mmHg、169/118mmHg），並服用抗血壓藥物為由而解除系爭保險契約，是否有據？
- (二)申請人依系爭保險附約之約定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

要保人甲以申請人為被保險人，於 103 年 7 月 19 日向相對人投保○○保險契約（保單號碼○○號，下稱系爭保險契約），並另附加享○○保險附約。嗣申請人於 103 年 10 月 12 日因「充血性心衰竭」急診入院接受治療，並於 103 年 10 月 15 日出院。惟申請人出院後，經檢附相關診斷證明書及病歷資料，請求相對人理賠保險金，卻遭相對人以被保險人曾於投保前之 101 年

11 月 13 日在 A 診所診斷有「血壓偏高」(BP 值:184/123mmHg、169/118mmHg), 並服用抗血壓藥物之情形, 卻未於投保時告知為由, 並依保險法第 64 條規定, 解除保險契約。又申請人於向相對人投保前, 未曾有因血壓過高而就醫之紀錄, 且其於 101 年 10 月係因為感冒就醫, 量測血壓有偏高, 非如相對人所稱係因血壓過高而就醫, 更非故意隱匿有高血壓病史; 況申請人於 103 年 10 月 12 日是為病毒感染引起充血性心衰竭而住院, 亦非高血壓所引起, 相對人片面解約, 並非合理。為此, 提出本件評議申請, 請求相對人恢復系爭保險契約效力及給付住院醫療保險金等語。

(二)相對人主張

申請人曾於投保前之 101 年 11 月 13 日在 A 診所診斷有「血壓偏高」(BP 值: 184/123mmHg、169/118mmHg), 並服用抗血壓藥物之情形, 惟其於 103 年 7 月 19 日投保時, 於要保書「十、告知事項: 3. 被保險人過去二年內是否曾接受健康檢查有異常情形而被建議接受其他檢查或治療? …5. 被保險人過去五年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥? (1) 高血壓 (指收縮壓 140 mmHg 或舒張壓 90 mmHg 以上)」未據告知, 已影響相對人對危險之估計。是相對人依法解除系爭保險契約, 尚無違誤。

五、判斷理由

- (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。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。」, 修正前保險法第 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, 修正前保險法第 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。

- (二) 本件申請人主張其於 101 年 10 月 13 日於 A 診所就診，係因感冒就醫時量測血壓，血壓值偏高，並非相對人所診知血壓過高而就醫，且申請人本身亦從未有血壓問題就醫紀錄，自未違反據實告知義務，應不致影響相對人危險評估及保險法規定等語。惟為相對人所否認，並以前揭情詞置辯。準此，本件首應審究在於：申請人投保時未告知相對人於 101 年 10 月 13 日在 A 診所就診紀錄，是否違反據實告知義務？有無影響相對人之風險評估？
- (三) 經查，案經諮詢本中心專業顧問意見略：「一般而言，所謂應據實告知之高血壓病史，須經『醫師診斷』、『申請人本人知悉』。而本案件僅一次就醫記錄，且血壓偏高是由其他原因所導致，且該次就醫後未有任何後續就醫記錄，不宜將該次之門診記錄列為有高血壓之病史。詳細說明如下。本案件『血壓偏高』（BP 值：184/123mmHg、169/118mmHg）乙情，是根據僅一次門診記錄如下：(1)日期：該次就診日為 101 年 11 月 13 日，是在投保日 103 年 7 月 19 日之前已超過 1 年半的時間，且其後未有任何持續就醫的記錄。(2)主訴 (CC)：BIL FLANK PAIN【中文翻譯：雙側腰（上腹部/肋骨下骨盆腔上）痛】。(3)體檢 (PE)：BP184/123, 169/118, FLANK TENDER【中文翻譯：血壓值 184/123, 169/118, 腰側壓痛】。(4)診斷 (Dx)：FLANK PAIN【中文翻譯：腰痛】。(5)手寫 PH: HT, NKA【中文翻譯：過去病史：高血壓、無過敏病史】。申請人本次門診之原因為腰痛，診斷(Dx)為腰痛，血壓偏高是門診時測量所得，但並非診斷病名，非一般常見須持續就醫規律用藥之原發性高血壓。因此申請人並未認知自己有高血壓之病史實屬合理，不宜認定申請人有告知高血壓之義務，所以申請人並沒有違反重要告知事項所有關「十、告知事項：3. 被保險人過去二年內是否曾接受健康檢查有異常情形而被建議接受其他檢查或治療？…5. 被保險人過去五年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？(1)高血壓(指收縮壓 140 mmHg 或舒張壓 90 mmHg 以上)」之據實告知義務。」等語綦詳。承前開顧問意見及病歷資料內容，可知申請人於該次門診就醫原因為腰痛，血壓偏高是門診時測量所得，且並非診斷病名，即非一般常見須持續就醫之原發性高血壓，是申請人既未能認知自己有高血壓之病史，實不宜認定申請人有告知高血壓之義務。茲申請人既未違反據實告知義務，且無影響相對人對於危險之評估，則揆諸前揭修正前保險法第 64 條第 1 項規定說明意旨，堪認相對人不得因此據以主張解除系爭保險契約，方符事理之平。
- (四) 從而，相對人既不得據以解除系爭保險契約已如前述，則兩造間以申請人為被保險人於 103 年 7 月 19 日所簽訂之○○保險契約(保單號碼第○○號)暨附加之○○保險契約效力仍應有效存續，堪予認定。

- (五) 按「被保險人於本契約有效期間內，依第八條約定住院診療，並接受手術時，本公司按附表一『手術類別及保險金額倍數表』所載倍數乘以保險金額給付『住院手術醫療保險金』。…」，「被保險人因第七條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院診療時，得向本公司申請『住院日額保險金』，本公司依被保險人實際住院日數按本附約所載『住院日額』（如附表一）給付『住院日額保險金』，但同一次住院期間申請日數最高不得逾三百六十五日。…」，系爭○○健康保險第9條、系爭○○健康保險附約第11條分別約有明文。查本件相對人以申請人違反據實告知義務解除系爭保險契約並非有據，已如前述，則申請人主張就其於103年10月12日因「充血性心衰竭」急診入院接受治療，並於103年10月15日出院，而請求相對人給付住院醫療保險金乙情，業經相對人提出保險金給付通知書，計核付申請人○○元之保險金及延滯利息，且申請人亦表示該保險金之計算並無違誤（此有電話紀錄附卷可稽），是相對人依前揭保險契約相關約定，即負有給付住院醫療保險金責任，洵堪認定。
- (六) 此外，相對人就應給付之住院醫療保險金責任，雖有提出保險金給付通知書以為佐證業已給付之情，然本中心經電詢申請人及相對人後，可知申請人已退還支票予相對人業務員，且該支票目前迄仍未獲兌現（此有電話紀錄在卷可稽），則依民法第234條及第309條規定，申請人既拒絕受領，其僅負受領遲延責任，相對人不因此而生清償效果。準此，相對人仍應依系爭保險附約定，給付住院醫療保險金及法定延滯利息○○元，堪予認定。
- (七) 綜上所述，申請人請求確認系爭保險契約效力存在及請求相對人給付住院醫療保險金○○元乙情，為有理由，應予准許。

六、評議決定

確認兩造間於民國一百零三年七月十九日所簽訂之○○保險契約（保單號碼第○○號）暨附加之○○保險附約之保險契約效力存在。

相對人應給付申請人新臺幣○○元整。

七、相關法規

修正前保險法第64條

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。

意外事故認定

案例 014 意外事故認定-僱主意外責任 (104 評 0773)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

相對人就被保險人之受僱人在施工處因執行職務發生意外事故致體傷、死亡，依法應由被保險人負賠償責任並受賠償請求時，應負給付保險金之責，惟申請人依約有通知相對人保險事故之發生、參與和解及協助抗辯之義務。相對人未參與和解者，僅係不受和解之拘束而已，並非謂相對人因此即可免除所應負理賠之責。是以，相對人應否負給付保險金之責，仍應視申請人是否於保險期間內，有因受僱人在施工處所執行職務時發生意外事故致其受有體傷、死亡，依法應由相對人負賠償責任並受賠償請求之保險事故發生加以認定。

(二)爭議險種：僱主意外責任險

(三)參考條文：保險法第 93 條、民法第 188 條、民法第 191 條之 2

(四)關鍵字：受僱人、執行職務、意外

二、事實經過

申請人員工 103 年 3 月 29 日執行職務時，乘坐車號為○○車輛之副駕駛座，因該車駕駛不慎致擦撞右側車身，使申請人員工即第三人甲君因此受傷。申請人與甲君 103 年 9 月 25 日達成和解，由申請人賠償○○○元。後申請人遭相對人以和解之金額未經相對人同意，以及和解時相對人亦未獲申請人通知等語拒絕理賠，爰依法向本中心提起評議。

三、本案爭點

本件申請人依僱主意外責任險之約定，請求相對人給付保險金，有無理由？

四、當事人主張

(一)申請人主張

緣申請人於 103 年 3 月 14 日向相對人投保保單號碼為○○○○○之營造綜合保險（下稱系爭保險）。申請人於保險期間內發生工地意外，經多次通報相對人○○地區業務單位均未獲積極處理。申請人為免暴露於刑事風險下，自籌辦理和解理賠相關事宜，並以電話通知相對人，亦未取得任何回應。為此爰依法向本中心提起本件評議之申請等語。

(二)相對人主張

申請人員工即第三人甲君於 103 年 3 月 29 日執行職務時，乘坐於車號為○○車輛之副駕駛座，因該車駕駛不慎致擦撞右側車身，使甲君因此受傷。相對人依申請人所提供之相關資料進行理算，並將理算結果告知申請人，惟本

案責任歸屬仍待釐清，且兩造對於賠償金額認知差距過大，故本案尚待調解。詎申請人在未通知相對人情況下自行於 103 年 9 月 25 日與對造和解並支付和解金。依申請人投保系爭保險加保之雇主意外責任險附加條款第 5 條約定：「被保險人對於本條款承保範圍內之賠償責任，除必須之急救費用外，就其責任所為之承認、和解或賠償，須經本公司參與或事先同意，但被保險人自願負擔者不在此限。」本案和解之金額未經相對人同意，和解時亦未獲申請人通知，依保險法第 93 條之規定，相對人不受拘束等語。

五、判斷理由

- (一) 按「保險人得約定被保險人對於第三人就其責任所為之承認、和解或賠償，未經其參與者，不受拘束。但經要保人或被保險人通知保險人參與而無正當理由拒絕或藉故遲延者，不在此限。」保險法第 93 條定有明文。是保險人如經被保險人通知參與和解，而無正當理由拒絕或藉故遲延者，則保險人仍應受該和解或賠償之拘束，然被保險人應就其有通知保險人參與之事實舉證證明之。惟前開規定僅係保險人未參與和解者，不受其拘束而已，並非謂保險人因此即可免除所應負理賠之責(最高法院 85 年度台上字第 2738 號民事判決意旨參照)。
- (二) 次按，僱主意外責任險附加條款(丁式)第 1 條【承保範圍】約定：「…本公司對被保險人之受僱人於本條款有效期間內，在施工處所因執行本保險契約承保工程(以下稱承保工程)之職務發生意外事故遭受體傷或死亡，依法應由被保險人負賠償責任而受賠償請求時，除本條款載明不保事項外，本公司對被保險人負賠償之責。…」、系爭保險契約條款第 10 條【保險事故通知與應履行義務】約定：「遇有任何意外事故，導致本保險契約承保範圍內之賠償請求時，被保險人應按下列約定辦理：1.獲悉後立即通知本公司，並於七日內以書面將損失情形通知本公司。2.立即採取必要合理措施，以減少損失至最低程度。3.保留受損財物，隨時接受本公司指派人員之勘查。4.提供本公司所要求之有關資料及文書證件。5.竊盜所致之損失應立即通知治安機關。6.非經本公司書面同意，不得擅自承認、要約、允諾或給付賠償。但於承保範圍內，經被保險人合理期間內通知，而本公司無正當理由拒絕或遲延參與者不在此限。7.於被起訴或被請求賠償時，應將賠償請求書、法院令文、傳票或訴狀之影本送交本公司。…」、第 12 條【營造工程第三人意外責任險之賠償限額】約定：「依據第二條營造工程第三人意外責任險之約定，應由本公司對被保險人負賠償責任時，悉以本保險契約所載之保險金額為最高限額。遇有第三人意外責任險之賠償責任發生，本公司經被保險人委託就民事部分以被保險人名義代為抗辯或進行和解，被保險人應全力協助之，其所需

費用由本公司負擔。但應賠償之金額超過保險金額者，本公司對該費用依保險金額與賠償金額之比例分攤之。」準此，相對人就被保險人之受僱人在施工處所因執行職務發生意外事故致體傷、死亡，依法應由被保險人負賠償責任並受賠償請求時，應負給付保險金之責，惟申請人依約有通知相對人保險事故之發生、參與和解及協助抗辯之義務。經查，本件申請人主張其曾多次電洽相對人承辦人員請求協助處理，相對人卻消極不理云云。相對人雖就申請人業已通知保險事故發生乙節並不爭執，惟辯稱其未受通知參與和解，故應不受拘束等語。而申請人對此並未提出相關具體事證以實其說，是本中心尚難逕為有利於申請人之認定。

- (三) 復按「汽車、機車或其他非依軌道行駛之動力車輛，在使用中加損害於他人者，駕駛人應賠償因此所生之損害。但於防止損害之發生，以盡相當之注意者，不在此限。」、「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，但選任受僱人及監督其職務之執行，已盡相當之注意或縱加以相當之注意而仍不免發生損害者，僱用人不負賠償責任。」民法第 191 條之 2、第 188 條分別定有明文。如前所述，相對人未參與和解者，僅係不受和解之拘束而已，並非謂相對人因此即可免除所應負理賠之責。是以，相對人應否負給付保險金之責，仍應視申請人是否於保險期間內，有因受僱人在施工處所執行職務時發生意外事故致其受有體傷、死亡，依法應由相對人負賠償責任並受賠償請求之保險事故發生加以認定。經查，甲君於 103 年 3 月 29 日執行職務時，乘坐車號為○○車輛之副駕駛座，因該車駕駛不慎致擦撞右側車身，使周員因此受傷等情。有○○縣警察局道路交通事故當事人登記聯單、○○縣消防局執行救護服務證明、診斷證明書等件在卷可參，且為兩造所不爭執，應可信實。甲君既係因申請人之受僱人駕駛車輛時不慎發生意外致受有體傷，揆諸前揭條文，申請人自需就甲君所受體傷連帶負擔損害賠償責任。有關甲君所受損害部分，申請人雖據提出和解書、○○存摺影本、存證信函等件為憑。惟前開書證僅能證明申請人與甲君成立和解並付訖款項等節，尚難以之逕認甲君確有支出相關費用，申請人除此之外別無提出相關客觀證據供本中心審酌。然依相對人提出之醫療費用收據 6 紙觀之，甲君支出之醫療費用總計○○元；另有關慰撫金部分，本中心審酌甲君之年齡、車禍發生原因、所受之傷害程度等一切情狀，認甲君得請求之精神慰撫金以○○元為適當，是甲君所受損害總計為○○元，申請人應對甲君此部分之損害連帶負擔賠償責任，相對人就此依約應負擔給付保險金之責。至車輛毀損部分，因僱主意外責任險附加條款之承保範圍僅包含體傷及死亡，尚不及於財物損害，是相對人對此自毋須負擔給付保險金之責。

(四) 綜上所述，依現有卷證資料觀之，申請人對甲君因系爭事故所支出之醫療費用○○元應連帶負擔賠償責任，相對人依約自須對此負擔給付保險金之責。從而，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，本中心尚難有利申請人之認定。。

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) 保險法第 93 條

保險人得約定被保險人對於第三人就其責任所為之承認、和解或賠償，未經其參與者，不受拘束。但經要保人或被保險人通知保險人參與而無正當理由拒絕或藉故遲延者，不在此限。

(二) 民法第 188 條

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。但選任受僱人及監督其職務之執行，已盡相當之注意或縱加以相當之注意而仍不免發生損害者，僱用人不負賠償責任。

如被害人依前項但書之規定，不能受損害賠償時，法院因其聲請，得斟酌僱用人與被害人之經濟狀況，令僱用人為全部或一部之損害賠償。

僱用人賠償損害時，對於為侵權行為之受僱人，有求償權。

(三) 民法第 191 條之 2

汽車、機車或其他非依軌道行駛之動力車輛，在使用中加損害於他人者，駕駛人應賠償因此所生之損害。但於防止損害之發生，已盡相當之注意者，不在此限。

案例 015 意外事故認定-醫療行為 (104 評 1323)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

按意外傷害保險係在承保被保險人非由疾病引起之外來突發事故，而「非由疾病引起之外來突發事故」，其目的係在排除內發病症直接所致成之死亡或殘廢結果，換言之，只要非因被保險人本身疾病所引起之外來突發事故，無論係直接或間接，若造成身體蒙受傷害致殘廢或死亡時，均屬意外傷害保險之範圍。其中因醫療行為所致之傷害是否應予理賠，應視個案而定，其判斷之標準，厥在該醫療行為所致之傷害，究係被保險人本身疾病所引起，抑為醫療行為所引起，初無因醫療行為本存有一定之風險，即認所有醫療行為所致之傷殘死亡，均非傷害保險之「意外事故」之理。本件依據相關卷證資料及顧問意見，足認申請人接受左頸攣縮分離手術，勢必會造成其左臂神經叢損傷，為不可避免之併發症，屬可預期之醫療風險，惟並非本身疾病所引起，而係因醫療行為所致，故仍應認屬傷害保險之「意外事故」。

(二)爭議險種：個人責任保險附加傷害保險

(三)參考條文：保險法第 34 條、保險法第 131 條第 2 項

二、事實經過

申請人前向相對人投保個人責任保險附加傷害保險，保單號碼：○○第○○號，保險期間自 102 年 10 月 4 日起至 103 年 10 月 4 日止。嗣申請人於 103 年 3 月 23 日於 A 醫院接受左頸攣縮術時遭醫師誤割神經叢損傷，爰請求相對人依系爭保險契約之約定，給付殘廢保險金。

三、本案爭點

- (一)申請人因接受左頸攣縮術所併發之左臂神經叢損傷，是否屬系爭保險契約約定之意外傷害事故？
- (二)申請人之體況，是否符合殘廢程度與保險金給付表第 8-3-10 項次「一上肢肩、肘及腕關節永久遺存顯著運動障害者」，或是其他項次？

四、當事人主張

(一)申請人主張

申請人於 103 年 3 月 23 日於 A 醫院接受左頸攣縮術時遭醫師誤割神經叢損傷，致左上肢遺存顯著障礙，符合殘廢程度與保險金給付表第 8-3-10 項次「一上肢肩、肘及腕關節永久遺存顯著運動障害者」，殘廢等級為第 7 級。而「醫療風險」依其可否於施行前被預見，區分為「可預期之醫療風險」及「不可預期之醫療風險」。申請人因頸部攣縮接受淺層皮膚攣縮分離手術，按頸部由淺入深（由前向後）層次結構十分明確，分別為：皮膚、淺筋膜、

頸深筋膜、肌肉。深筋膜又分為淺、中、深三層，在淺、中層與深層間形成的鞘內，容納通過頸部的氣管、食管及血管。由頸部皮膚層組織可知術前與術後得到的結果，顯然已符合醫療行為中不可預期之醫療風險。且 B 醫院手術病歷有清楚記載，申請人前往求診時，C5、C6 神經是呈現綁線狀況，神經遭疏失割斷，主治醫師並非專科醫師，為規避疏失之責，請家人再次簽立手術同意書，將傷害部位用綑綁方式接合處置，申請人是接受皮膚攣縮分離手術，並非接受神經相關的治療，顯然本次的傷害並非醫療上主治醫師預估內的風險，否則怎麼會用如此粗糙的術後救治。爰請求相對人依系爭保險契約之約定，給付殘廢保險金○○元整，及自 104 年 3 月 17 日起至給付日止按週年利率百分之十計算之利息。

(二)相對人主張

依 A 醫院 104 年 1 月 13 日開立之診斷證明書，其診斷內容為「左頸攣縮術後併發左臂神經叢損傷」，另依 B 醫院 103 年 12 月 4 日開立之診斷證明書，其內容為「左臂叢神經叢上神經幹斷裂」，上述資料只顯示申請人因病至醫院進行治療，並無任何意外傷害事故或其所稱「醫療疏失」之證明，實難謂符合系爭保險契約之承保範圍規定。又申請人係因甲狀腺癌之後續治療而進行「左頸攣縮分離手術」，然因攣縮部位與神經緊密相連，故神經叢損傷即為醫療上可知之風險，故醫療風險本為醫師事前可得預期、評估其發生機率、經醫師專業考量而為之事項，即不屬保險法第 131 條「意外」之範疇。

五、判斷理由

- (一) 按傷害保險所謂之「意外傷害」，指非由疾病引起之外來突發事故所致者，觀之保險法第 131 條第 2 項規定至明，是其危險之發生，必為偶發或不可預期之意外因素。而兩造所訂系爭保險契約第 1 條關於承保範圍亦載明「被保險人於本附加險有效期間內，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，本公司依照本附加險的約定，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。」等語，亦同斯旨。而考之財政部保險司所頒之傷害保險單示範條款第 2 條修正前原條文為：「被保險人於本契約有效期間內，因遭外來突發的意外傷害事故，並以此意外傷害事故為『直接且單獨原因』，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。」，惟財政部保險司嗣於 85 年 9 月 10 日以財政部台財保第 852370068 號函將傷害保險單示範條款修正為：「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。」，並自 86 年 1 月 1 日起實施，已將意外之定義修正

為「非由疾病引起之外來突發事故」，並將「直接且單獨」等文字刪除。依該新修正意外傷害保險契約示範條款之保險範圍觀之，已揚棄所謂意外傷害事故須為直接且單獨造成被保險人身體受傷害或死亡之原因，方得請領保險金；亦即不再嚴格限制死亡需純粹因意外原因引起之傷害所致，祇須被保險人因意外傷害事故，致身體受有傷害或致殘廢或致死亡時，被保險人即得依契約關係請求給付保險金。而新修正為所謂「非由疾病引起之外來突發事故」，其目的係在排除內發病症直接所致成之死亡或殘廢結果，換言之，只要非因被保險人本身疾病所引起之外來突發事故，無論係直接或間接，若造成身體蒙受傷害致殘廢或死亡時，均屬意外傷害保險之範圍。再觀之「傷害保險單示範條款」修正對照表所示，財政部保險司於 85 年間為修正傷害保險條款時，並將第 9 條「除外責任（原因）」中之第 9 款「因藥物過敏或醫療所致者」刪除，其理由並謂：「原第 9 款意外傷害事故發生後，亦有醫療行為，本款是否給付視個案而定」，可知依新修正之傷害保險條款，固並非所有「因醫療所致之傷害」因該除外條款已刪除而全應理賠，但反面言之，亦非所有因醫療行為所致之傷害均不在應予理賠之範疇之內，而應視個案而定，其判斷之標準，厥在該醫療行為所致之傷害，究係被保險人本身疾病所引起，抑為醫療行為所引起，初無因醫療行為本存有一定之風險，即認所有醫療有行為所致之傷殘死亡，均非傷害保險之「意外事故」之理（臺灣高等法院臺中分院 96 年度保險上字第 5 號判決參照）。

- (二) 關於 1. 申請人左臂神經叢損傷，與其所罹患之甲狀腺癌或所接受之左頸攣縮分離手術之關係為何？2. 左臂神經叢損傷是否為左頸攣縮分離手術可預期、可評估其發生機率或可事先防範之醫療風險？其發生之機率為何？3. 申請人之體況，是否符合殘廢程度與保險金給付表第 8-3-10 項次「一上肢肩、肘及腕關節永久遺存顯著運動障害者」，或是其他項次？等爭點，經諮詢本中心專業顧問意見，略以：「申請人於 1992 年接受根治性甲狀腺及左側淋巴結手術，2011 年於 C 醫院再次左淋巴結切除之後左頸疤痕組織明顯，同時有左臂頸部麻木及左手無力，依 A 醫院之手術記錄（2014/3/24）發現有利害的纖維化及粘黏，左臂神經叢的神經瘤，經去除粘黏及切除神經瘤後對口接合縫合。2014/5/2 於 B 醫院手術行 C5、C6 神經移植。1. 左臂神經叢損傷與二次手術有關，與左頸攣縮分離術有直接關係。2. 發生率高，其損傷是可預期的，因為是切除神經瘤並對口接及縫合，是可預期的醫療風險。」、「1. 根據 A 醫院手術記錄，前一次淋巴腺廓清手術所遺留的疤痕組織，已經完全將周圍的肌肉、神經及皮膚組織沾黏在一起，所以若想要將攣縮組織完全切除，勢必會造成申請人之臂神經叢損傷。此為接受左頸攣縮分離手術

時，所不可避免的併發症。2. 由於手術時為求完全切除整團攣縮的疤痕組織，手術過程將臂神經叢切斷數條神經的傷害，是手術醫師當時所預見，而且醫師也立即針對斷裂的神經斷端，試圖加以直接縫合對接作為補救，可惜術後神經功能無法完全恢復；而這種情況的確是手術醫療風險的一種，其發生機率不一定，要看神經被侵犯以及再生的情況而定，從 2%~50% 都有人報告。3. 由於 D 醫院的復健科報告並未測量腕關節的活動範圍，只有記載肩及肘關節的功能均未達二分之一的生理活動範圍，可認定肩、肘二關節已達顯著運動障害的程度，但是由於手指關節及肌肉功能幾乎接近完好，按照一般醫療常規而言，其腕關節的功能也應是介於肘關節與手關節之間；所以推測其體況應該也是介於第 8-3-10 項次『一上肢肩、肘及腕關節永久遺存顯著運動障害者』以及第 8-3-11 項次『一上肢肩、肘及腕關節中，有兩大關節永久遺存顯著運動障害者』之間。」等語。

(三) 依據相關卷證資料及前開顧問意見，應認申請人接受左頸攣縮分離手術，勢必會造成其左臂神經叢損傷，為不可避免之併發症，屬可預期之醫療風險，惟並非本身疾病所引起，而係因醫療行為所致，故仍應認屬傷害保險之「意外事故」，且申請人之體況至少可認符合殘廢程度與保險金給付表第 8-3-11 項次「一上肢肩、肘及腕關節中，有兩大關節永久遺存顯著運動障害者」之殘廢程度，殘廢等級為第 8 級。準此，相對人應給付申請人第 8-3-11 項次之殘廢保險金○○元整。

(四) 復按「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。」，保險法第 34 條定有明文；另系爭保險契約第 9 條第 2 項亦有相同之約定。經查，申請人前於 104 年 3 月 13 日填具申請書向相對人申請理賠，經相對人於 104 年 4 月 2 日受理，此有上開文件在卷可稽。則依上開保險法之規定及兩造之約定，申請人自得請求相對人給付殘廢保險金○○元，及自 104 年 4 月 18 日起至清償日止按年利一分計算之利息。

六、評議決定

相對人應給付申請人新台幣○○元整，及自民國 104 年 4 月 18 日起至清償日止按週年利率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 131 條第 2 項

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。

案例 016 意外事故認定-壓迫性骨折 (104 評 1585)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

申請人之第二及第四節腰椎骨折及椎管狹窄併神經壓迫是否係因意外傷害事故（即非由疾病所引起之外來突發事故）所致？經檢附申請人提供及相對人自行調閱之申請人病歷及診斷證明書，諮詢本中心專業醫療顧問意見，略以：「一、依病人的年紀與 x-ray 報告來看，此病人的壓迫性骨折是外力所造成，非本身骨質疏鬆引起，而壓迫性骨折就會造成神經根的壓迫而引起神經學症狀，包括無力疼痛等。二、此病人的肌肉力量雖然還好且只有主觀上的疼痛，但內固定手術後，病人有脊椎活動角度受限問題，應可符合第 7 級脊柱運動障害的項次。」。為求慎重起見，再諮詢其他專業醫療顧問，其意見略以：「一、符合意外傷害事故。因依據 101 年 1 月 13 日急診病歷及當次出院病歷，腰椎第 2、4 節壓迫性骨折為當次外傷。二、符合第 7-1-1 項：脊椎活動障礙。因已固定 L1-L4 共四節三椎間，所以活動度數小於二分之一尚為合理。」。從而，依現有卷證資料及前揭醫療顧問意見，申請人之肢體障害係因意外傷害事故所致，核與系爭保險契約所約定之保險範圍相符，且申請人之體況符合系爭殘廢程度與保險金給付表第 7-1-1 項脊柱運動障害，殘廢等級第 7 級，應以百分之四十之比例為給付，堪予認定。

(二)爭議險種：個人傷害險

(三)參考條文：無

(四)關鍵字：骨折、腰椎、運動障害

二、事實經過

申請人於向相對人投保個人傷害險保險，系爭保險契約之有效期間為 100 年 8 月 2 日至 101 年 8 月 2 日。申請人於 101 年 1 月 13 日在工廠發生事故，遭倒塌之大門壓倒，送往醫院急救。申請人主張殘廢係由意外事故所導致，惟遭相對人拒絕理賠而申請評議。

三、本案爭點

- (一)申請人之第二及第四節腰椎骨折及椎管狹窄併神經壓迫是否係因意外傷害事故（即非由疾病所引起之外來突發事故）所致？
- (二)申請人之體況是否符合系爭保險之「殘廢程度與保險金給付表」之任何項次？

四、當事人主張

(一)申請人主張

申請人於 101 年 1 月 13 日在工廠發生事故，遭倒塌之大門壓倒，送至 A 醫院急救。A 醫院醫師認為無開刀之急迫性，申請人亦害怕開完刀半身不遂，

是初期僅採保守處置，然而背痛一直持續，甚至無法走路，更遑論工作。申請人持續治療，嗣後更轉至 B 醫院神經外科就醫，醫師評估若未經手術，疼痛不會好轉，故申請人雖害怕，仍接受脊椎手術。經過持續的治療、門診，仍遺留有後遺症，並於 103 年 4 月 15 日經醫師開有活動角度喪失二分之一以上之殘廢診斷證明書。申請人之殘廢係由意外事故所導致，C 人壽已按殘廢第七等級理賠，勞保失能給付亦核付第七級職業傷害殘廢給付，但相對人卻拒絕理賠等語。

(二)相對人主張

1. 依 A 醫院 101 年 12 月 11 至 20 日之出院病歷摘要出院診斷記載有「1. L2 and L4 bursting fracture With non-healing (即非外傷性腰椎第 2 及第 4 節爆裂性骨折) 2. Bilateral leg weakness and numbness suspect radiculopathy (即雙下肢無力，疑似腰椎神經根病變)」，且申請人於事故後 13 個月，自訴雙下肢無力行動受限與疼痛求診，醫院診斷不排除與骨質退化或神經病變，在 B 醫院神經外科之影像檢查報告，認為腰椎屬於退化性病變。
2. 另，相對人為確認申請人受傷原因與情形，委請公證公司人員進行訪視並將申請人所提供之病歷相關資料諮詢專業醫師，醫師意見認為申請人術後肌力已正常，並無肌力低下情形，雙側下肢肌力、感覺、運動神經並無明顯異常，臨床表現僅有主觀疼痛，並無機能明顯傷害，在行走或站立或起坐等活動上並無運動障礙。故依申請人相關病歷資料可知，申請人目前現狀與三年前事故屬於同一部位，屬於周邊神經退化，以致於影響腰椎脊柱活動範圍受限，係長期勞損所導致腰椎骨質或神經退化條件較大，相對人自難准予理賠等語。

五、判斷理由

- (一) 按系爭保險契約第 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，本公司依照本契約的約定，給付保險金（第 1 項）。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 2 項）。」、第 5 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限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。」。準此，就前揭約定，申請人請求相對人依系爭保險契約給付殘廢保險金，必以申請人之障害情形係因意外傷害事故所

致，且障害情形符合系爭殘廢程度與保險金給付表所列之殘廢程度為要件。

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

(三) 經查，申請人主張伊於 101 年 1 月 13 日在工廠發生事故，遭倒塌之大門壓倒，經送至 A 醫院急救，醫師診斷無開刀之急迫性，伊亦害怕開完刀半身不遂，是初期僅採保守處置，然而背痛一直持續，甚至無法走路，更遑論工作，伊遂持續進行治療，嗣後更轉至 B 醫院神經外科就醫，醫師評估若未經手術，疼痛不會好轉，因此伊雖害怕，仍接受脊椎手術。經過持續的治療、門診，仍遺留有後遺症，並於 103 年 4 月 15 日經醫師開有活動角度喪失二分之一以上之殘廢診斷證明書。申請人之殘廢係為意外事故所導致，C 人壽已按殘廢第七等級理賠，勞保失能給付亦核付第七級職業傷害殘廢給付等語。相對人則以：依申請人之病歷，醫院之診斷不排除係骨質退化或神經病變。相對人另將申請人所提供之病歷相關資料諮詢專業醫師，醫師意見認為申請人術後肌力已正常，並無肌力低下情形，雙側下肢肌力、感覺、運動神經並無明顯異常，臨床表現僅有主觀疼痛，並無機能明顯傷害，在行走或站立或起坐等活動上並無運動障礙，故依申請人相關病歷資料可知，申請人目前現狀與三年前事故屬於同一部位，屬於周邊神經退化，以致於影響腰椎脊柱活動範圍受限，係長期勞損所導致腰椎骨質或神經退化條件較大，相對人依約自難給付殘廢保險金等語置辯。故本件爭點厥為：（一）申請人之第二及第四節腰椎骨折及椎管狹窄併神經壓迫是否係因意外傷害事故（即非由疾病所引起之外來突發事故）所致？（二）申請人之體況是否符合系爭保險之「殘廢程度與保險金給付表」之任何項次？

(四) 有關前揭兩造爭執要旨，案經檢附申請人提供及相對人自行調閱之申請人病歷及診斷證明書，諮詢本中心專業醫療顧問意見，略以：「一、依病人的年紀與 x-ray 報告來看，此病人的壓迫性骨折是外力所造成，非本身骨質疏

鬆引起，而壓迫性骨折就會造成神經根的壓迫而引起神經學症狀，包括無力疼痛等。二、此病人的肌肉力量雖然還好且只有主觀上的疼痛，但內固定手術後，病人有脊椎活動角度受限問題，應可符合第 7 級脊柱運動障害的項次。」。

- (五) 本中心為求慎重起見，就前揭爭點另檢附申請人提供及相對人自行調閱之申請人病歷及診斷證明書，諮詢本中心其他專業醫療顧問，其意見略以：「符合意外傷害事故。因依據 A 醫院 101 年 1 月 13 日急診病歷及當次出院病歷，腰椎第 2、4 節壓迫性骨折為當次外傷。二、符合第 7-1-1 項：脊椎活動障礙。因已固定 L1-L4 共四節三椎間，所以活動度數小於二分之一尚為合理。」。
- (六) 從而，依現有卷證資料及前揭醫療顧問意見，申請人之肢體障害係因意外傷害事故所致，核與系爭保險契約所約定之保險範圍相符，且申請人之體況符合系爭殘廢程度與保險金給付表第 7-1-1 項脊柱運動障害，殘廢等級第 7 級，應以百分之四十之比例為給付，堪予認定。揆諸首揭約定及判決意旨，申請人請求相對人給付意外殘廢保險金○○元，自屬合法有據。

六、評議決定

相對人應給付申請人○○元整。

保前疾病

案例 017 保前疾病-咬合不正 (104 評 0596)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

申請人之咬合不正為漸進式的發生，故須經一段相當期間進行，本案申請人係於 98 年 11 月 9 日投保，於 103 年 7 月決定進行手術，距離投保已有 4 年 8 個月，已過相當期間，然依現有事證，尚無法證明申請人之咬合異常乃是在投保前或投保後始開始；縱認申請人系爭體況於投保前即存在，然其既非專業人士，客觀上自對此無從知悉，又系爭手術係屬重建其基本咬合功能所作之必要整形手術，相對人即不能據前開契約條款免責。而相對人就申請人主張之請求標的既不予爭執，相對人就系爭事故即應依約給付申請人○○○元及自 103 年 12 月 10 日起至清償日止按年利一分計算之利息。

(二)爭議險種：住院醫療終身保險、手術醫療終身保險及住院醫療健康保險附約

(三)參考條文：保險法第 127 條

(四)關鍵字：咬合不正、咀嚼困難

二、事實經過

申請人於 103 年 7 月 3 日至 7 月 5 日因「咬合不正、咀嚼困難」於 A 醫院自費住院接受「上下顎切骨矯正手術」後，向相對人申請相關醫療保險金，遭相對人拒絕，爰申請評議。

三、本案爭點

- (一)系爭手術是否歸類為美容手術或外科整形？如是，則是否為重建其基本功能所作之必要整形？
- (二)申請人之系爭體況是否於投保前即存在？如是，則是否為其主觀上應可知悉？

四、當事人主張

(一)申請人主張

申請人系爭體況係於投保後始發生，相對人若主張系爭體況於投保前即存在，應提出具體病歷作為事證。退步言之，即使申請人系爭體況是先天性的，依財政部 93 年 1 月 29 日台財保字第 0930002305 號函釋，其中亦表明先天性疾病應明列於要保書上，否則不得作為拒賠依據，又系爭事故並非美容手術，蓋申請人確實發生咀嚼困難，系爭體況應屬必須處理之疾病。

(二)相對人主張

1. 依保險法第 127 條規定：「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」，另依○○住院醫療終身保險第 4 條、○○手術醫療終身保險第 4 條、○○住院醫療健康保險附約第 2 條皆有意旨略同之約定：「本附約所稱『疾病』，係指被保險人自本附約生效日起持續有效三十日以後或復效日起所發生的疾病」，及○○住院醫療終身保險第 24 條、○○手術醫療終身保險第 20 條、○○住院醫療健康保險附約第 14 條皆有意旨略同之約定：「被保險人因下列事故而住院診療或接受門診手術治療者，相對人不負給付各項保險金的責任。一、美容手術、外科整形。」，先予敘明。依一般醫療資訊，咬合不正之疾病屬「天生上、下顎骨畸形」，隨著下顎骨生長，容易造成下顎骨突出(戽斗)，上顎骨若生長不足，容易導致咬合不正，併予敘明。
2. 查申請人於 103 年 7 月 3 日至 7 月 5 日因「咬合不正、咀嚼困難」於 A 醫院自費住院接受「上下顎切骨矯正手術」後，向相對人申請相關醫療保險金，惟依申請人檢具之診斷書及相關資料審理，此類疾病於投保前即存在，且申請人所接受之手術亦歸類為整型美容手術，故依上揭保險法規定及條款約定，相對人不負給付之責。

五、判斷理由

- (一) 按○○住院醫療終身保險第 24 條、○○手術醫療終身保險第 20 條及○○住院醫療健康保險附約第 14 條亦皆有意旨略同之約定，即被保險人因美容手術或外科整形而住院診療或接受門診手術治療者，相對人不負給付各項保險金的責任，但為重建其基本功能所作之必要整形，不在此限。復按系爭○○住院醫療終身保險第 4 條、○○手術醫療終身保險第 4 條及○○住院醫療健康保險附約第 2 條皆有意旨略同之約定，即所謂「疾病」，係指被保險人自系爭契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。末按保險法第 127 條規定：「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。」所謂「被保險人已在疾病中者」，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；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(臺灣高等法院花蓮分院 89 年度保險上字第 64 號民事判決參照)。
- (二) 關於前揭爭點，經諮詢本中心顧問專業意見，略以：一般而言，申請人所患之咬合不正有兩種情形，一種是因為生長過程中，上下顎骨生長不一致造成偏差，以至於牙齒無法好好咀嚼食物，另一種則是因為外傷造成顏面骨骨折以及顎骨斷裂位移，以至於咬合位置改變。根據病歷記載，申請人是因為咬合不正兼不滿意臉型 (malocclusion and was unsatisfied with facial

profile) 而進行手術，並非外傷造成，由於生長過程所致的咬合不正皆為漸進式的發生。而咬合不正與否，大部份係以當事人主觀感覺為主，除非有施行顏面骨 X 光攝影或是電腦斷層等影像醫學或專業牙醫的齒模檢查，才可能由醫師稍作判斷咬合的類型，非專業人士應該無法事先由外觀直接看出來。而申請人接受的正顎手術是一種口腔外科整形手術，用於矯正顎骨大小及位置異常，若加上牙齒矯正，同時也可以改善牙齒咬合不良之情形，醫學界普遍認為這類手術都是外觀矯正的美容手術或是整形手術，所以健保也不給付此類手術，惟因申請人顎骨位置異常，導致其基本咬合功能異常，此必須以正顎手術，加上齒顎矯正，才可以重建其基本咬合功能，因此正顎手術應為重建其基本咬合功能所作之必要整形手術。

(三) 從而，依據上開顧問意見及現有事證，可知申請人之咬合不正為漸進式的發生，故須經一段相當期間進行，然而，申請人係於 98 年 11 月 9 日投保，而其決定進行手術時為 103 年 7 月，期間已有 4 年 8 個月，亦屬相當期間，是依現有事證，尚無法證明申請人之咬合異常乃是在投保前或投保後始開始；縱認申請人系爭體況於投保前即存在，然其既非專業人士，客觀上自對此無從知悉，又系爭手術係屬重建其基本咬合功能所作之必要整形手術，相對人即不能據前開契約條款免責。而相對人就申請人主張之請求標的既不予爭執，此有本中心 104 年 6 月 2 日調處筆錄及 104 年 7 月 31 日電話紀錄可稽，則相對人就系爭事故即應依約給付申請人○○元及自 103 年 12 月 10 日起至清償日止按年利一分計算之利息。

(四) 綜上所述，相對人應給付申請人○○元及自 103 年 12 月 10 日起至清償日止按年利一分計算之利息。

六、評議決定

相對人應給付申請人新台幣○○元整及自民國 103 年 12 月 10 日起至清償日止按年利一分計算之利息。

七、相關法規

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-憂鬱症（104 評 0729）

一、案例摘要

（一）評議要旨：

申請人於投保前並未有證據顯示已罹患「憂鬱症」，亦無罹患「重鬱症」之證明。相對人以保險法第 127 條拒絕理賠住院醫療保險金，顯屬無據。又相對人於 104 年 6 月 9 日調處期日中表示，除保險法第 127 條外沒有其他主張，此有本中心調處筆錄在卷可稽，是本件即毋庸論述申請人本次住院是否具住院必要性，相對人依前揭條款約定應給付申請人住院醫療保險金○○○元。

（二）爭議險種：健康保險

（三）參考條文：保險法第 127 條

（四）關鍵字：保前疾病、憂鬱症

二、事實經過

申請人於 103 年 4 月 23 日至同年 7 月 31 日因「重鬱症」赴 E 醫院精神科病房住院，向相對人申請相關醫療保險金，相對人以申請人有相關病史予以拒賠，爰申請評議。

三、本案爭點

申請人於投保系爭保險契約前，是否已罹患「重鬱症」，而相對人對該項疾病不負給付保險金之責？

四、當事人主張

（一）申請人主張

1. 申請人於 86 年投保相對人保單號碼第○○號保險契約，88 年投保第○○號保險契約，103 年 12 月 29 日因重鬱症就診住院治療約三個月，相對人以申請人有相關病史予以拒賠。
2. 申請人於 82 年 9 月 2 日去 A 醫院是因為家暴，前夫也是精神病患者，將申請人強押去醫院，要求醫生讓申請人住院。但因申請人沒有憂鬱症，僅門診一次就走，沒有做任何治療，也沒拿藥或住院。82 年 9 月 22 日申請人自行前往 A 醫院作心理測驗是為了證明自己正常、沒有憂鬱症，且醫生確實也沒有投藥作治療。B 精神科診所記載的罹患期數年，指的是罹患睡眠障礙數年，去看病是為了治療失眠問題。憂鬱症是 93 年於 C 醫院發病，申請人母親也是精神病患者，所以不太記得申請人的病況而跟醫生說錯。
3. 申請人從 D 醫院出院後都正常生活，且多年來皆正常繳交保費，本次住院是因為有刑事糾紛，並沒有故意跟保險公司要錢。

(二)相對人主張

1. 關於申請人於103年4月23日至同年7月31日因「重鬱症」赴E醫院精神科病房住院，向本公司申請相關醫療保險金，惟本公司礙難給付保險金之理由，茲說明如下。依據E醫院出院病歷摘要記載「according to the statement of the patient and her mother, the 50y/o female has been a case of major depressive disorder and ever admitted to A醫院，C醫院 and D醫院 for 3-4 times in the past 20 years. 」及該院護理紀錄記載「據家屬表示：…約為20年前因憂鬱症曾於A醫院住院及門診治療，也曾於C醫院、D醫院住院治療。…」，本公司復依申請人103年8月5日簽署之「授權同意查詢聲明書」向A醫院調閱相關病歷資料，其中載明「82年9月2日診斷 Depression (憂鬱症)」、「精神疾病史…首次症狀出現：76年12月…」，可知，申請人於86年4月25日及88年3月24日投保旨揭保險契約前即已有「憂鬱症」之診斷，此有醫療院所之病歷資料可稽，合先敘明。
2. 依據保險法第一百二十七條：「保險契約訂立時，被保險人已在疾病…情況中者，保險人對是項疾病…，不負給付保險金額之責任。」，「住院醫療保險附約」條款第二條【名詞定義】：「疾病：係指被保家庭成員自本附約生效日或復效日起持續有效三十日以後所開始發生之疾病，…」，及「○○住院醫療終身健康保險附約」條款第二條【名詞定義】：「…二、『疾病』：係指被保險人自本附約生效日起所發生之疾病。」之約定，申請人本次住院事故原非屬旨揭保險契約之保障範圍，故本公司實難給付相關醫療保險金。

五、判斷理由

- (一) 按系爭○○住院醫療終身健康保險附約第9條約定：「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。」，系爭住院醫療保險附約第11條約定：「被保家庭成員於本附約有效期間內因疾病或傷害，經醫師診斷必須住院診療時，本公司就其實際費用依本附約約定給付保險金。」。是以，倘被保險人於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，相對人自應負給付保險金之責。
- (二) 次按「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」。另最高法院 90 年台上字第 89 號民事判決謂，所謂「已在疾病中」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。次按「被保險人投保前疾病與所導致之他項疾病間，固有某種程度之關連性，但二者間尚非可劃等號。」，此亦有臺灣高等法院臺中分院 90 年度保險上字第 14 號民事判決意旨可參。準此可知，被保險人於訂立保險契約後所患之疾病，若非於投保時業已有是項疾病，即與保險法第 127 條規定不符，保險人不得恣意擴大解釋疾病之範疇以限制被保險人之權利。

(三) 經查，申請人主張其因「重鬱症」赴 E 醫院精神科病房住院治療，向相對人請求給付住院醫療保險金，然相對人以申請人於投保系爭保險契約前即已有「憂鬱症」之診斷為由拒絕理賠。故就申請人於投保系爭保險契約前，是否已罹患「重鬱症」或「憂鬱症」，此經諮詢本中心專業顧問，其意見略以：「申請人於 86 年投保前曾於 82 年 9 月 2 日至 A 醫院初診，診斷為『Defer』，意為醫師於初診時並未能給予診斷，當時初診病歷有關精神病史之記載雖描述首次症狀出現時間為 76 年 12 月，但僅描述疾病誘因為『被同居人遺棄』，並未有任何其他精神症狀之描述，綜合初診紀錄與 82 年 9 月 29 日所做的心理測驗，並未有證據顯示當時已有『憂鬱症』之診斷，亦未有住院治療之紀錄，除非相對人可以提出其他之門診或住院紀錄，申請人於 86 年投保前並未有證據已罹患『憂鬱症』。」。

(四) 本中心為求慎重起見，爰就前揭爭點另詢其他醫療顧問，其意見略以：「依 82 年 9 月 29 日 A 醫院臨床心理測驗報告顯示，申請人『智商 134 屬資賦優異者…人格特質方面情緒波動較大…精神症狀…似乎並無明顯之精神症狀。』，所述並無任何憂鬱症之症狀及診斷依據。另 82 年 9 月 2 日 A 醫院門診診斷為『Defer (暫時保留無確切診斷)』，而非憂鬱症(Depression)。病史所述『首次症狀出現：76 年 12 月。』亦僅表示有相關失眠、焦慮、情緒起伏等症狀，並無明確「重鬱症」診斷之證據。依上述紀錄所見，申請人 86 年投保前 A 醫院門診紀錄，並無確切已罹患『重鬱症』之證明，故當時病況與赴賢德醫院住院之『重鬱症』應非同一疾病。」。

(五) 從而，綜合相關卷證資料及前開顧問意見，申請人於投保前並未有證據已罹患「憂鬱症」，亦無罹患「重鬱症」之證明。相對人以保險法第 127 條拒絕理賠住院醫療保險金，顯屬無據。又相對人於 104 年 6 月 9 日調處期日中表示，除保險法第 127 條外沒有其他主張，此有本中心調處筆錄在卷可稽，是本件即毋庸論述申請人本次住院是否具住院必要性，相對人依前揭條款約定應給付申請人住院醫療保險金○○○○元。

六、評議決定

相對人應給付申請人○○○元整。

七、相關法規

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 019 保前疾病-癌症 (104 評 1089)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

申請人罹患之『右頰黏膜鱗狀上皮細胞癌』與『口腔黏膜纖維化』二者間雖有因果關係，但不能劃上等號。口腔纖維化因程度不一，明顯的口腔緊閉，病人會自覺，然 103 年 10 月 30 日時申請人口腔仍能開啟。又是否有惡性變化，只有經由病理切片才能確診惡性腫瘤。則依前揭臺灣最高法院 90 年臺上字第 89 號民事判決、臺灣高等法院臺中分院 90 年度保險上字第 14 號民事判決意旨，相對人以保險法第 127 條拒絕賠付保險金，顯屬無據。又本中心於 104 年 9 月 16 日下午 15 時去電向相對人確認，本案僅有爭執保險法第 127 條，此有本中心電話紀錄表在卷可稽，是本件即毋庸論述申請人本次住院是否具住院必要性。相對人依前揭條款約定應給付申請人初次罹癌保險金○○元及癌症住院醫療保險金○○○元，總計○○○元。

(二)爭議險種：個人癌症醫療保險

(三)參考條文：保險法第 127 條

(四)關鍵字：癌症

二、事實經過

申請人於 103 年 7 月投保相對人個人健康保險，保險期間為自 103 年 7 月 15 日起一年。申請人於 103 年 11 月 3 日因罹患右頰黏膜鱗狀上皮細胞癌，向本公司申請保險金給付。相對人據申請人 103 年 1 月 23 日與 103 年 2 月 21 日分別於 A 耳鼻喉科及 B 牙醫診所就診之病歷，本次申請之右頰黏膜鱗狀上皮細胞癌，係於投保本保險單時已存在之疾病，拒絕給付癌症醫療保險金，申請人不服，爰申請評議。

三、本案爭點

申請人於投保系爭保險契約前，是否已罹患「右頰黏膜鱗狀上皮細胞癌」，而相對人依保險法第 127 條規定對該項疾病不負給付保險金之責？

四、當事人主張

(一)申請人主張

1. 申請人於 103 年 7 月 15 日投保相對人保單號碼第○○號保險契約，103 年 11 月罹患癌症檢附診斷書向相對人申請保險金，然遭相對人拒絕理賠。相對人拒賠理由是申請人 103 年 1 月 23 日與 103 年 2 月 21 日分別於 A 耳鼻喉科及 B 牙醫診所就診之病歷，申請人因感冒至 A 耳鼻喉科就診一次，B 牙醫診所亦就診一次後皆無回診。就診時醫師只告知健保有免費的篩選檢查，申

請人於就診完後並無接獲任何通知，亦無再回診，致使申請人根本不清楚醫療紀錄寫什麼。

2. 又申請人於 103 年 10 月 30 日至 C 牙醫診所就診拔除右下顎第一大白齒，C 醫師也未告知申請人有任何嚴重病症。至此申請人皆認為自己身體無恙，否則早就接獲通知做進一步的檢查，後來是申請人去 D 醫院做詳細檢查才得知病況。又申請人若知犯有重症的話，怎會讓自己拖了 6 個月不接受治療，在此狀況下又豈會終止原本已繳的 E 人壽，在 103 年 7 月改而向相對人投保保險。

(二)相對人主張

查本案申請人於 103 年 7 月投保本公司個人健康保險，保險期間為自 103 年 7 月 15 日起一年。申請人於 103 年 11 月 3 日因罹患右頰黏膜鱗狀上皮細胞癌，向本公司申請保險金給付。惟據申請人 103 年 1 月 23 日與 103 年 2 月 21 日分別於 A 耳鼻喉科及 B 牙醫診所就診之病歷，本次申請之右頰黏膜鱗狀上皮細胞癌，係於投保本保險單時已存在之疾病，故本公司對是項疾病依保險法第 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任。」歉難給付癌症保險金。

五、判斷理由

- (一) 按系爭個人癌症醫療保險第二條名詞定義約定：「…三、癌症：係指被保險人於本契約生效日後，經醫師診斷初次罹患組織細胞異常增生及有轉移特性之惡性腫瘤且經病理切片檢驗或惡性白血球過多症且經血液學檢查，確定符合中央衛生主管機關最新刊印之『國際疾病傷害及死因分類標準』（如附表一）歸屬於惡性腫瘤或原位癌之疾病。四、癌症住院：係指被保險人因癌症本身或癌症本身所直接引起之併發症，經醫師診斷，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者，包含精神衛生法第三十五條所稱之日間留院。」、第九條癌症住院醫療保險金的給付約定：「被保險人於本契約有效期間內因第二條所稱『癌症住院』於醫院住院者，本公司按被保險人投保之「癌症住院醫療保險金日額」乘以被保險人實際住院日數（含入院及出院當日），給付『癌症住院醫療保險金』。但同一次住院的給付日數以三百六十五日為限。」。個人初次罹癌健康保險附加條款第一條承保範圍約定：「…，被保險人於本附加條款保險責任開始後的有效期間內，經醫院醫師診斷確定初次罹患『惡性腫瘤』，本公司按其保險單上所記載被保險人之『初次罹癌保險金額』，給付『初次罹癌保險金』，本附加條款對被保險人的效力即行終止。」。是以，倘被保險人於保險契約有效期間內經醫師診斷初

次罹患癌症，必須住院治療時，相對人自應負給付癌症住院醫療保險金及初次罹癌保險金之責。

(二) 次按「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」。另臺灣最高法院 90 年臺上字第 89 號民事判決謂，所謂「已在疾病中」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。次按「被保險人投保前疾病與所導致之他項疾病間，固有某種程度之關連性，但二者間尚非可劃等號。」，此亦有臺灣高等法院臺中分院 90 年度保險上字第 14 號民事判決意旨可參。準此可知，被保險人於訂立保險契約後所患之疾病，若非於投保時業已有是項疾病，即與保險法第 127 條規定不符，保險人不得恣意擴大解釋疾病之範疇以限制被保險人之權利。

(三) 經查，申請人就其罹患「右頰黏膜鱗狀上皮細胞癌」，向相對人請求給付初次罹患癌症保險金及癌症住院醫療保險金，然遭相對人以保險法第 127 條規定拒絕賠付。是以，依據現有之病歷資料，該「右頰黏膜鱗狀上皮細胞癌」與「口腔黏膜纖維化」是否為同一疾病？兩者間是否具有因果關係？又該「口腔黏膜纖維化」是否已達「已有外表可見之徵象，在客觀上申請人不能諉為不知」之情況？此經諮詢本中心專業顧問，其意見略以：「『右頰黏膜鱗狀上皮細胞癌』與『口腔黏膜纖維化』雖然並不是同一疾病，但口腔黏膜纖維化是一種癌前狀況（pre-malignant condition），與嚼食檳榔有關，文獻報告約有 3%~19% 的病人會由『口腔黏膜纖維化』轉變為惡性病灶，即『鱗狀上皮細胞癌』，是以兩者間是有因果關係。『口腔黏膜纖維化』其實一般人並不自覺，只有專業人士視診才能看出端倪，至於是否有惡性變化與否，連專業人士都不可能確認，只有經由病理切片才能確診惡性腫瘤，所以一般民眾不容易由『外表可見之徵象』來知道自己罹患口腔癌，而 A 耳鼻喉科出具之診斷證明書也載明：『定期門診追蹤』，可見當時醫師也未見有可疑病灶。」。

(四) 本中心為求慎重起見，爰就前揭爭點另詢其他醫療顧問，其意見略以：「申請人於 103 年 1 月 23 日於 A 耳鼻喉科檢查經診斷為鼻竇炎，同時發現有黏膜纖維化，醫囑定期檢查。103 年 2 月 21 日於 B 牙醫診所就醫時為急性牙周病及局部膿瘍引流，同時有告知黏膜纖維化。申請人於 103 年 10 月 30 日於 C 牙醫診所拔除白齒，醫師未載明有腫瘤或黏膜纖維化。後申請人至 D

醫院就診，於 103 年 11 月 3 日切片證實有右頰黏膜鱗狀上皮細胞癌。口腔黏膜纖維化大都因刺激引起，其中以嚼食檳榔最多見，因程度不一，有時明顯會夾起口腔緊閉。它可視為癌症前期，進展時程不一，有數個月或數年後得口腔腫瘤，有人維持不變，二者是有因果關係但不能劃上等號。口腔纖維化因程度不一，明顯的口腔緊閉，病人會自覺，輕的時候無法察覺，C 醫師 103 年 10 月 30 日拔右下後白齒時，可見口腔仍能開啟，且 C 醫師並無記載有口腔黏膜下纖維化、D 醫院耳鼻喉科住院病歷（103 年 11 月 19 日）也無記錄口腔有無緊閉問題，但張口可見到約 3 公分的右頰黏膜腫瘤。依三處診所及 D 醫院之紀錄看出黏膜下纖維化程度輕微，不影響引流（103 年 1 月 23 日）、拔右下白齒（103 年 10 月 30 日）及 D 醫院的手術切除（103 年 11 月 20 日），黏膜纖維化對申請人影響不大。」。

（五）從而，綜合相關卷證資料及前開顧問意見，申請人罹患之『右頰黏膜鱗狀上皮細胞癌』與『口腔黏膜纖維化』二者間雖有因果關係，但不能劃上等號。口腔纖維化因程度不一，明顯的口腔緊閉，病人會自覺，然 103 年 10 月 30 日時申請人口腔仍能開啟。又是否有惡性變化，只有經由病理切片才能確診惡性腫瘤。則依前揭臺灣最高法院 90 年臺上字第 89 號民事判決、臺灣高等法院臺中分院 90 年度保險上字第 14 號民事判決意旨，相對人以保險法第 127 條拒絕賠付保險金，顯屬無據。又本中心於 104 年 9 月 16 日下午 15 時去電向相對人確認，本案僅有爭執保險法第 127 條，此有本中心電話紀錄表在卷可稽，是本件即毋庸論述申請人本次住院是否具住院必要性。相對人依前揭條款約定應給付申請人初次罹癌保險金○○元及癌症住院醫療保險金○○元，總計○○元。

（六）依保險法第 34 條規定：「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」。相對人於 104 年 9 月 17 日來電向本中心表示，因申請人從未提供癌症住院診斷證明書，該部分之遲延利息應自相對人 104 年 6 月 3 日以南部區服字第 253 號函拒絕理賠起算 15 日，此有本中心來電紀錄表在卷可稽。經查，申請人於 103 年 11 月 14 日提出理賠申請時，尚未有因癌症住院治療，本中心於 104 年 9 月 18 日下午 16 時致電申請人之代理人確認，申請人於提出初次罹癌保險金之理賠申請後，因相對人拒絕賠付，並未再就癌症住院醫療保險金提出理賠申請。則就癌症住院醫療保險金部分，相對人應自其寬認之 104 年 6 月 3 日計算 15 日即 104 年 6 月 19 日起算遲延利息。就初次罹癌保險金部分，申請人於 103 年 11 月 14 日提出理賠申請書並

經相對人於 103 年 11 月 25 日受理在案，是該部分之遲延利息應自 103 年 11 月 25 日計算 15 日即 103 年 12 月 11 日起算。

六、評議決定

相對人應給付申請人新臺幣○○○元整，及其中新臺幣○○○元自民國一〇三年十二月十一日起至清償日止、新臺幣○○○元自民國一〇四年六月十九日起至清償日止，均按年利率百分之十計算之利息。

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

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 020 保單停復效—保單復效 (104 評 0392)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

申請人主張未收到保險費催告通知，相對人則辯稱已於 102 年 12 月 17 日寄發催繳通知。經查，系爭保險契約要保書所載要保人之住所為「○○縣○○市○○路○○巷○○號」，雖然申請人曾於 102 年 10 月 20 日將另一張保單號碼為○○號之保險契約變更住所地址為「○○市○○路○○街○○號○○樓」，但是申請人並未勾選「茲同意以上資料變更後，所有以本人為要保人之有效保險契約，其住所地皆一併變更」，依其後記載，未勾選者僅變更該件保單資料，故系爭保險契約約定之通訊地址仍應為「○○縣○○市○○路○○巷○○號」。惟相對人 102 年 12 月 17 日之催繳通知郵寄地址為「○○市○○路○○街○○號○○樓」，已與系爭保險契約約定之通訊地址有別，縱使相對人有提出該催繳通知之掛號清單，亦難認該催繳通知已達到申請人之支配範圍，而生送達之效力。準此，系爭保險契約既未經合法催告，系爭保險契約之效力自無從停止。申請人請求確認兩造間系爭保險契約關係存在，應認有據。

(二)爭議險種：醫療保險

(三)參考條文：保險法第 116 條、保險法第 130 條

(四)關鍵字：合法催告、變更住所、送達

二、事實經過

申請人於 92 年 11 月 26 日向相對人投保「醫療終身保險契約」，申請人主張停效前未收到保險費催告通知，相對人則辯稱已於 102 年 12 月 17 日寄發催繳通知，停效合法，申請人不服遂申請評議。

三、本案爭點

系爭保險契約是否經相對人合法催告而停效？申請人請求相對人精神賠償○○元與公開道歉，有無理由？

四、當事人主張

(一)申請人主張

1. 申請人於 92 年 11 月 26 日向相對人投保「○○帳戶終身保險契約」，保單號碼為○○○○號（下稱系爭保險契約）。申請人於 102 年 9 月時發現系爭保險契約因未扣到保費而停效，已於 102 年 10 月配合相對人要求進行體檢並辦理復效完成。直至 103 年因開刀需申請理賠，去電相對人客服才得知系爭保險契約已再次停效。之後聯絡業務員，但是業務員對於保單停效乙事顯不知情，因業務員將申請人委託其辦理復效之保單誤認為是另一張保單號碼

為○○○○號之保單，致使系爭保險契約復效後，相對人通知 11 月需再扣款，當時詢問業務員，業務員告知不用再繳費，致使系爭保險契約於 103 年 1 月再次停效。

2. 申請人前對於申請理賠之內容有所質疑，但是相對人之理賠專員不但沒辦法清楚告知申請人想知道之事項，還態度不佳，並告知申請人不要再打客服電話。另在辦理復效期間，申請人去電相對人○○展業處，該處主管卻只請申請人留下電話而未予接聽。又系爭保險契約停效後，相對人○○展業處科長甲員未予理會，直至申請人去電金管會後，才派業務員前來協助辦理復效，嗣又因管理不當再次導致系爭保險契約停效，申請人認為相對人○○展業處從上級經理開始，就沒有做好監督之責，導致所有營運亂七八糟，保戶權益因此受到損失。爰請求確認系爭保險契約關係存在，及要求相對人精神賠償○○元與公開道歉。

(二)相對人主張

系爭保險契約保單條款第 6 條約定：「……約定以金融機構轉帳或其他方式交付第二期以後的分期保險費者，本公司於知悉未能依此項約定受領保險費時，應催告要保人交付保險費，其寬限期間依前項約定處理。逾寬限期間仍未交付者，本契約自寬限期間終了翌日起停止效力」。系爭保險契約因申請人有保險費應繳而未繳之情形，相對人於 102 年 12 月 17 日寄發催繳通知，惟申請人因未於寬限期內繳納保險費，相對人依上開契約條款約定停止保單效力，應無違誤之處。

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 項及第 2 項分別定有明文。另上開規定於健康保險準用之，亦為保險法第 130 條所明定。又系爭保險契約第 6 條約定：「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，或由本公司派員前往收取，並交付本公司開發之憑證。第二期以後分期保險費到期未交付時，年繳或半年繳者，自催告到達翌日起三十日內為寬限期間；月繳或季繳者，則自保險單所載交付日期之翌日起三十日為寬限期間。約定以金融機構轉帳或其他方式交付第二期以後的分期保險費者，本公司於知悉未能依此項約定受領保險費時，應催告要保人交付保險費，其寬限期間依前項約定處理。逾寬限期間仍未交付者，本契約自寬限期間終了翌日起停止效力。如在寬限期間內發生保險事故時，本

公司仍負保險責任。」。

- (二) 申請人主張未收到保險費催告通知，相對人則辯稱已於 102 年 12 月 17 日寄發催繳通知。經查，系爭保險契約要保書所載要保人之住所為「○○縣○○市○○路○○巷○○樓」，雖然申請人曾於 102 年 10 月 20 日將另一張保單號碼為○○○○號之保險契約變更住所地址為「○○市○○路○○街○○號○○樓」，但是申請人並未勾選「茲同意以上資料變更後，所有以本人為要保人之有效保險契約，其住所地皆一併變更」，依其後記載，未勾選者僅變更該件保單資料，故系爭保險契約約定之通訊地址仍應為「○○縣○○市○○路○○巷○○樓」。惟相對人 102 年 12 月 17 日之催繳通知郵寄地址為「○○市○○路○○街○○號○○樓」，已與系爭保險契約約定之通訊地址有別，縱使相對人有提出該催繳通知之掛號清單，亦難認該催繳通知已達到申請人之支配範圍，而生送達之效力。準此，系爭保險契約既未經合法催告，系爭保險契約之效力自無從停止。申請人請求確認兩造間系爭保險契約關係存在，應認有據。
- (三) 再按人格權受侵害時，以法律有特別規定者為限，始得請求慰撫金（即非財產上之損害賠償，一般概稱為精神慰撫金或精神賠償），民法第 18 條第 2 項定有明文。所謂法律特別規定，被害人得請求慰撫金者，如民法第 194 條、第 195 條、第 227 條之 1、第 979 條、第 999 條、第 1056 條等是。又「不法侵害他人之身體、健康、名譽、自由、信用、隱私、貞操，或不法侵害其他人格法益而情節重大者，被害人雖非財產上之損害，亦得請求賠償相當之金額。其名譽被侵害者，並得請求回復名譽之適當處分。」，民法第 195 條定有明文。
- (四) 申請人主張相對人營運不當，造成其權益損失云云。惟查，申請人並未具體指摘相對人有何不法侵害其人格法益（包括名譽權）之情事，是申請人請求相對人給付精神賠償○○元與公開道歉，於法究非有據，無從准許。

六、評議決定

確認申請人與相對人間保單號碼第○○號保險契約關係存在。

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) 保險法第 116 條第 1 項、第 2 項

人壽保險之保險費到期未交付者，除契約另有訂定外，經催告到達後屆三十日仍不交付時，保險契約之效力停止。

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。

案例 021 保單停復效—催繳通知書送達 (104 評 0711)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

申請人於 82 年 12 月 24 日以自身為要、被保人向相對人締結保單號碼：○○號之家庭防癌健康保險契約，約定繳費方式為年繳。嗣申請人分別於 95 年 5 月 23 日、97 年 8 月 29 日填具「契約內容變更通知」文件，變更要保人新住所地址為「○○市○○區○○路○○巷○○號○○樓」，及更改繳費方式為自行繳費。復因申請人未於 100 年 12 月 24 日遵期繳交第○○年保單年度保險費，相對人遂於 101 年 1 月 18 日以申請人最後留存地址向申請人寄送續期保險費催告通知，此有相對人提供之中華民國郵政大宗掛號函件收執聯在卷可稽，其上登載「招領逾期未領」字樣，堪信相對人確實有向申請人寄送系爭續期保險費催繳通知。惟依據民法第 95 條第 1 項規定，所謂「達到」，固然非以相對人確實收到系爭催繳通知信函為要，僅該催繳通知信函處於相對人可支配之範圍即可。然掛號郵件招領之通知，係郵務送達人所為之通知，與保險人的催繳信函有間，不能將招領通知視同催告通知。本件相對人之催繳通知經郵遞人員送達於申請人住所，然因無人收受而將之攜回郵局招領，而非留存於申請人之住所，系爭催繳通知難認已「處於相對人可支配的範圍」，而堪認相對人未依保險法第 116 條第 1 項踐行催告義務。據此，系爭保險契約契約效力自始有效。

(二)爭議險種：健康保險

(三)參考條文：保險法第 116 條、民法第 95 條

(四)關鍵字：變更住所、合法送達、招領逾期

二、事實經過

申請人於 82 年 12 月 24 日以自身為要、被保險人向相對人締結家庭防癌健康保險保單號碼：○○號之保險契約。系爭保險契約 84 年 12 月 6 日於變更主被保險人為甲君，復於 95 年 5 月 23 日變更要保人新住所住址為「○○市○○區○○路○○巷○○號○○樓」。嗣後申請人稱未收到相對人寄發之保險費催告通知，系爭保險契約停效不合法等語，遂提出評議申請請求確認保險契約效力存在。

三、本案爭點

系爭續期保險費催告通知是否業經合法送達？

四、當事人主張

(一)申請人主張

1. 申請人於 82 年 12 月 24 日向相對人投保家庭防癌健康保險，每年繳費狀況均為正常，亦無申請保險理賠之紀錄，直至 103 年 12 月申請人罹患乳癌，始發現系爭保險契約業於 100 年停效。

2. 惟申請人並未收受相對人之催告及停效通知，相對人亦無派員告知申請人，導致申請人喪失保單相關權益。申請人主張保險契約停效通知必須是寄達，應由要、被保險人本人或關係人簽收後生效，但本件停效通知掛號，要、被保險人並未收到，原因係郵局逾期退回，是故，系爭保險契約並無停效問題，契約效力依舊有效。

(二)相對人主張

1. 申請人於82年12月24日以自身為要、被保險人向相對人投保「○○家庭防癌健康保險」。系爭保險契約於84年12月6日變更主被保險人為甲君，復於95年5月23日變更要保人新住所住址為「○○市○○區○○路○○巷○○號○○樓」，並同時變更白天電話號碼以及行動電話號碼。又於97年8月29日再度變更繳費方式為自行繳費，並新增晚間電話號碼及e-mail。
2. 有關申請人稱未收到相對人寄發之保險費催告通知，經查，申請人應於100年12月24日繳交系爭保險契約保險費，惟相對人並未收到該期保險費，遂於101年1月18日依相對人所知最後住址向申請人寄送保險費催告通知書，因申請人逾期招領遭郵局退回，另相對人曾以發送簡訊之方式通知系爭保險契約催告及停效相關訊息共計2則，由於申請人仍未於寬限期內繳交保險費，故系爭保險契約於101年2月22日停止效力，並於103年2月22日失其效力。

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，經催告到達後屆三十日仍不交付時，保險契約之效力停止。」，保險法第116條第1項定有明文。又系爭保險契約第27條約定：「第二期以後保險費之交付、寬限期間及契約效力之停止-第二期以後之分期保險費，應依照本保險單所載之交付方法及日期向本公司所在地或其指定地點交付。…第二次以後分期保險費到期未交付時，年繳或半年繳者，自催告到達之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起停止效力。」。
- (二)次按，「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項定有明文。
- (三)經查，申請人於82年12月以自身為要、被保人向相對人締結保險契約，約定繳費方式為年繳。嗣申請人分別於95年5月23日、97年8月29日填具「契約內容變更通知」文件，變更要保人新住所地址為「○○市○○區○○路○○巷○○號○○樓」，及更改繳費方式為自行繳費。復因申請人未於100年12月24日遵期繳交第○○年保單年度保險費，相對人遂於101年1月18日以申請人最後留存地址向申請人寄送續期保險費催告通知，此有相對

人提供之中華民國郵政大宗掛號函件收執聯在卷可稽，其上登載「招領逾期未領」字樣，堪信相對人確實有向申請人寄送系爭續期保險費催繳通知。惟依據民法第 95 條第 1 項規定，所謂「達到」，固然非以相對人確實收到系爭催繳通知信函為要，僅該催繳通知信函處於相對人可支配之範圍即可。然掛號郵件招領之通知，係郵務送達人所為之通知，與保險人的催繳信函有間，不能將招領通知視同催告通知。本件相對人之催繳通知經郵遞人員送達於申請人住所，然因無人收受而將之攜回郵局招領，而非留存於申請人之住所，系爭催繳通知難認已「處於相對人可支配的範圍」，而堪認相對人業已依保險法第 116 條第 1 項踐行催告義務。據此，系爭保險契約效力自始有效。

(四)末查，依據系爭保險契約條款第 17 條約定：「被保險人經診斷確定第一次罹患癌症並符合本契約各項約定者，本公司應按每單位新台幣○○元正給付本項保險金」、第 20 條約定：「被保險人於醫院經診斷確定罹患癌症並依醫師之囑咐自每次癌症住院醫療出院後以門診醫療方式接受癌症治療且符合本契約各項約定者，本公司應給付門診醫療保險金每單位每日新台幣○○元正。」，本件申請人於 103 年 11 月 14 日經 A 醫學院附設醫院確診罹患癌症，於 103 年 11 月 9 日住院，同年 10 月 10 日接受左乳部分切除手術，嗣 103 年 12 月 4 日起至 104 年 2 月 17 日止，總計接受門診放射治療 37 次。據此，相對人應給付申請人第一次罹患癌症保險金○○元、門診醫療保險金○○元，總計○○元。

(五)綜上所述，本件申請人請求恢復契約效力以及相對人應給付第一次罹患癌症保險金、門診醫療保險金之請求，於○○元之範圍內為有理由；逾此部份，本中心尚難為有利申請人之認定。

六、評議決定

相對人應恢復兩造間保單號碼○○○○號保險契約之契約效力。

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

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。

案例 022 保單停復效—保單復效- (104 評 1447)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

申請人的保單生效日為 103 年 1 月 27 日、月繳件、電話行銷案件，承保方式為線上成交，未經要保書書面簽填。繳了〇〇個月的保費後，於〇〇年〇〇月〇〇日應繳日未繳費致保單停效。經過近一年後，申請人於〇〇年〇〇月〇〇日申請復效。按保險法第 116 條規定：「…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。」按系爭保險契約條款第 6 條約定：「…被保險人之危險程度有重大變更已達拒絕承保者，本公司得拒絕其復效。」上述條文及約定所述內容之涵義是指被保險人之危險程度在停效期間有重大變更已達拒絕承保者，保險公司得拒絕其復效。相對人不可藉機在評估復效時，針對電話行銷線上成交案件重新進行核保。是以，申請人既已提供可保證明，且申請人之危險程度於停效期間並無重大變更，相對人就申請人之復效申請應予同意。從而，申請人以其業已提供可保證明為由，請求相對人應同意恢復系爭保險之契約效力，洵屬有據。

(二)爭議險種：健康保險

(三)參考條文：保險法第 116 條

(四)關鍵字：可保證明、不得針對電話行銷成交案件重新核保

二、事實經過

系爭保險契約 103 年 5 月 27 日之續期應繳保險費因故逾期未繳，遂於 103 年 7 月 21 日停止效力。契約條款約定相對人得於復效申請送達日起五日內要求提供被保險人之可保證明，要保人如未於十日內交齊可保證明者，並得退該次復效之申請。相對人因而主張申請人係於 104 年 6 月 25 日始提出系爭保險之復效申請，然因健康告知部分敘明曾因心臟病於 A 醫院及 B 醫院就診，調閱病歷後得知申請人自 103 年 5 月至 104 年 2 月曾於 C 醫院有頻繁就診紀錄，卻未於復效申請時提及此節。另 A 醫院之資料亦記載申請人曾於 101 年 11 月於該院進行心導管介入治療心肌梗塞以及藥物濫用等情形，故拒絕復效之申請等語。申請人不服，遂提出本件評議申請。

三、本案爭點

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

四、當事人主張

(一)申請人主張

緣申請人於 103 年 1 月 27 日以自身為被保險人，向相對人投保保單號碼〇

○之保險契約。相對人於 103 年 5 月 27 日擅自更改聯絡電話，使申請人無法繳費致系爭保險停效。嗣申請人欲向相對人辦理復效，相對人遂要求申請人進行體檢。後相對人以申請人曾於 103 年 3 月 12 日因心臟病在 B 醫院就診為由拒絕復效。申請人當時有表示並非帶病投保何以不能復效，相對人此舉對申請人不盡公平，經向相對人申訴未果。為此爰依法向本中心提起本件評議之申請等語。

(二)相對人主張

系爭保險之繳費期間及繳費方式分別為月繳及自行繳費。契約條款並約定第二期以後分期保險費到期未付時，年繳或半年繳者，自催告到達翌日起三日內為寬限期間，月繳或季繳者，則不另為催告，自保險單所載交付日期之翌日起三十日內為寬限期間，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。然系爭保險於 103 年 5 月 27 日之續期應繳保險費仍因故逾期未繳，爰於 103 年 7 月 21 日停止效力。契約條款另約定相對人得於復效申請送達日起五日內要求提供被保險人之可保證明，要保人如未於十日內交齊可保證明者，並得退該次復效之申請。申請人係於 104 年 6 月 25 日始提出系爭保險之復效申請，然因健康告知部分敘明曾因心臟病於 A 醫院及 B 醫院就診，是請申請人同意授權調閱相關醫療紀錄後，得知申請人自 103 年 5 月至 104 年 2 月曾於 C 醫院有頻繁就診紀錄，卻未於復效申請時提及此節。另 B 醫院之資料亦記載申請人曾於 101 年 11 月於該院進行心導管介入治療心肌梗塞以及藥物濫用等情形。因尚須調閱相關病歷資料方可判斷是否可復效。故相對人囿於資料不全，仍無法有效審核本件復效之申請等語。

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、2 項定有明文。又「分期繳納的第二期以後保險費，應照本契約所載交付方法及日期，向本公司所在地或指定地點交付，或由本公司派員前往收取，並交付本公司開發之憑證。第二期以後分期保險費到期未交付時，年繳或半年繳者，自催告到達翌日起三十日內為寬限期間；月繳或季繳者，則不另為催告，自保險單所載交付日期之翌日起三十日為寬限期間。約定以金融機構轉帳或其他方式交付第二期以後的分期保險費者，本公司於知悉未能依此項約定受領保險費時，應催告要保人交付保險費，自催告到達翌日起三十日內為寬限期間。逾寬限期間仍未交付者，本契約自寬限期間終了翌日起停止效力。如在寬限期間內發生保險事故時，本

公司仍負保險責任。」、「本契約停止效力後，要保人得在停效日起二年內，申請復效。但保險期間屆滿後不得申請復效。」系爭保險契約條款第5條、第7條第1項亦分別定有明文。準此，如要保人選擇繳納續期保費之方式為「月繳件」，保險人未如期受領保費，若要保人非約定以金融機構轉帳或其他方式(如信用卡)交付續期保費者，保險人即無需催告通知要保人，自保險單所載交付日期之翌日起三十日內為寬限期間，自寬限期間終了翌日起契約即停止效力。經查，自系爭保險之要保書觀之，系爭保險之繳費期間及繳費方式分別勾選「月繳」及「自行繳費」，而相對人係於103年4月21日通知申請人應於103年5月27日繳交續期保費，有保險費繳費通知附卷可參。申請人既未依約於寬限期間屆滿前繳交保險費，揆諸前揭條文及約定，系爭保險應自寬限期間終了翌日即103年6月27日起停止效力。申請人雖謂因相對人任意竄改其於要保書上所留聯絡電話，致其無法繳費云云。然查，相對人係以郵寄方式將繳費通知送達予申請人，而繳費通知上所載送達地址與要保書上所載申請人之住所地並無二致(均為○○市○○區○○巷○○號)，況本中心於104年10月27日電詢申請人是否有收受相對人所寄發之繳費通知，渠表示繳費通知上之地址確為其住所地無誤，可能係由其家人代為收受等語，有電話紀錄表存卷可考。顯見繳費通知確已送達至申請人處，申請人當可以之依約繳交保險費，是申請人前開主張，要難憑採。

- (二) 次按「要保人於停止效力之日起6個月後申請恢復效力者，保險人得於要保人申請恢復效力之日起5日內要求要保人提供被保險人之可保證明，除被保險人之危險程度有重大變更已達拒絕承保外，保險人不得拒絕其恢復效力。」保險法第116條第3項後段定有明文。觀其立法目的，在於保險學理上為防止逆選擇，係賦予保險人於要保人申請保險契約效力恢復時具危險篩選權，以避免道德危險之產生；國外亦有於要保人申請契約效力恢復時，要求要保人需提供可保證明等以供保險人危險篩選之機制。茲為避免保險契約效力恢復時逆選擇之產生，爰參酌保險學理及國外作法，如要保人於停效日起6個月後始提出恢復契約效力之申請，保險人得要求要保人提供被保險人之可保證明，亦即賦予保險人於要保人在一定期間後申請保險契約效力恢復時，得為危險之篩選，且明定保險人除於被保險人之危險程度有重大變更已達拒絕承保外，不得拒絕要保人復效；如要保人於停效日起6個月內提出恢復契約效力申請者，則保險人不得拒絕其恢復契約效力。查申請人係於104年6月26日向相對人申請恢復系爭保險之契約效力，因申請人係於系爭保險停效後6個月始向相對人申請復效，申請人遂提供相關可保證明供相對人審查，有契約內容變更申請書、健康告知暨聲明書、疾病問卷及診斷證明等

件附卷可參。就本件申請人請求相對人應恢復系爭保險之契約效力是否有據乙節，經諮詢本中心專業顧問後，其意見略以：申請人的保單生效日為 103 年 1 月 27 日、月繳件、電話行銷案件，承保方式為線上成交，未經要保書書面簽填。繳了 4 個月的保費後，於應繳日 103 年 5 月 27 日未繳費致保單停效。經過近一年後，申請人於 104 年 6 月 25 日申請復效。按保險法第 116 條規定：「…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。」按系爭保險契約條款第 6 條約定：「…被保險人之危險程度有重大變更已達拒絕承保者，本公司得拒絕其復效。」上述條文及約定所述內容之涵義是指被保險人之危險程度在停效期間有重大變更已達拒絕承保者，保險公司得拒絕其復效。按相對人之主張：「A 醫院之資料亦記載申請人曾於 101 年 11 月於該院進行心導管介入治療心肌梗塞以及藥物濫用等情形。因尚須調閱相關病歷資料方可判斷是否可復效。故相對人囿於資料不全，仍無法有效審核本件復效之申請。」因本件為電話行銷線上成交案件，相對人依「保險業辦理電話行銷業務應注意事項」第 3 點第 1 項第 2 款方式承保之保單，相對人在保單生效後兩年內發現投保前任何嚴重病史，按「保險業辦理電話行銷業務應注意事項」第 9 點第 4 項，相對人是不得解除契約的。關於復效之評估，按保險法第 116 條和系爭保險契約條款第 6 條之約定，相對人亦不可因投保前已存在之病史作為拒絕復效之理由。簡言之，相對人不可藉機在評估復效時，針對電話行銷線上成交案件重新進行核保。因此，相對人上述主張實不合理。另按相對人另一主張：「申請人自 103 年 5 月至 104 年 2 月曾於 C 醫院有頻繁就診紀錄，卻未於復效申請時提及此節。」依現有資料顯示，本件申請人於復效時有在心臟疾病問卷說明「於 103 年 4 月 12 日發現心臟病，並曾在 104 年 3 月 26 日住院 3 天，接受心導管檢查，並曾復發三次。並曾因胃病於 104 年看過門診一次。」顯見申請人確實有在疾病問卷主動告知心臟病之病史，並沒有意圖要隱瞞。按 A 醫院於 103 年 4 月 12 日開立之診斷證明書記載：「申請人於 103 年 4 月 12 日在 A 醫院門診，診斷為（1）狹心症、（2）高血壓、（3）冠狀動脈心臟病醫囑說明『…並安排 103 年 5 月 7 日住院預計接受心導管檢查治療』按 A 醫院於 103 年 5 月 21 日開立之診斷證明書記載：「申請人於 103 年 5 月 21 日在 A 醫院急診，診斷為慢性缺血性心臟病。醫囑說明『…並於 5/30 回本院接受心導管檢查』上述申請人於 103 年 4 月至 5 月期間所發生之疾病，尚在申請人保單有效期間，並非停效期間，若有住院或手術之事實，申請人甚至有申請理賠之權利。按 A 醫院於 104 年 7 月 17 日回覆保險公司之查詢病患就醫診療結果摘錄報告：「申請人於 103 年 3 月 8 日在 A 醫院初診，於 103 年 3

月 8 日至 104 年 7 月 15 日，共計門診 8 次，於 104 年 3 月 23 日住院一次，最後就診日期為 104 年 7 月 15 日，診斷結果為（1）不穩定心絞痛、（2）冠狀動脈心臟病經心導管及支架置放術後、（3）高血壓若對照 103 年 4 月和 5 月保單有效期間之門診診斷和上述保單停效後持續就醫之門診或住院診斷，兩者其實是相同的。茲將申請人之體況整理如下表：

保單有效期間之診斷	保單停效後持續就醫之診斷
狹心症、高血壓、冠狀動脈心臟病、慢性缺血性心臟病。	不穩定心絞痛、冠狀動脈心臟病經心導管及支架置放術後、高血壓

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

- （三）依現有卷證資料及前揭專業顧問意見可知，申請人既已提供可保證明，且申請人之危險程度於停效期間並無重大變更，相對人就申請人之復效申請應予同意。從而，申請人以其業已提供可保證明為由，請求相對人應同意恢復系爭保險之契約效力，洵屬有據。

六、評議決定

相對人應同意恢復兩造間保單號碼○○之保險契約效力。

七、相關法規

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。

案例 023 保單停復效—保單復效 (104 評 1599)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

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，金融消費者保護法第 7 條第 3 項定有明文。又就催繳保險費之通知是否送達要保人，影響該保險契約之效力甚大，保險公司自應就該催繳保險費之通知函，採取更謹慎之態度與方法為之，以確保契約當事人之利益。保險契約對於催告要保人交付保險費之通知約定，係採到達主義，則相對人自應就其所寄送之保險費催告通知函確已到達申請人乙節負舉證之責。就此，相對人固提出 102 年 5 月 3 日之大宗掛號函件收據為證，惟大宗掛號函件收據僅能證明相對人有交寄該函件收據上所登記信件之事實，但無法證明該通知已送達申請人。是相對人為求便利，未以雙掛號之方式交寄保險費催繳通知函，復未能提出其他申請人已收到該催告通知之證明，應由相對人負此不利益之後果。

(二)爭議險種：醫療保險

(三)參考條文：保險法第 116 條、金融消費者保護法第 7 條第 3 項

(四)關鍵字：合法催告、送達、雙掛號

二、事實經過

申請人於 98 年 3 月 25 日以自己為要保人暨被保險人，向相對人投保○○醫療健康保險(下稱系爭保險契約)，保單號碼為○○號，嗣後申請人主張相對人未寄發相關繳費通知致保單失效，認為系爭保險契約失效無據，遂提出評議申請請求恢復契約效力。

三、本案爭點

申請人請求相對人恢復系爭保險契約之契約效力，有無理由？

四、當事人主張

(一)申請人主張

1. 申請人於 98 年 3 月 25 日以自己為要保人暨被保險人，向相對人投保系爭保險契約。
2. 申請人未收到相對人之催繳費用通知單，且相對人亦未以電話通知申請人繳納保險費。

(二)相對人主張

1. 依貴保單之要保書收費地址即為現在目前登記之保單收費地址，本公司依收費地址寄發相關收費通知，貴保單自 102 年 3 月 25 日起續期保險費並未蒙申請人繳付，故貴保單效力自 102 年 6 月 4 日起停止，104 年 6 月 4 日保單失效。

2. 經瞭解，貴保單分別於 101 年 6 月 4 日、101 年 9 月 7 日及 103 年 10 月 9 日辦理過三次復效申請，其中 101 年 6 月 4 日及 103 年 10 月 9 日之復效申請未蒙申請人補繳復效保費致保單未復效成功，依申請人 103 年 10 月 9 日之復效申請，申請人應知悉貴保單已為停效狀態。

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 30 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、第 2 項分別定有明文。另依系爭保險契約條款第 5 條【第二期以後保險費的交付，寬限期間及契約效力的停止】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，或由本公司派員前往收取，並交付本公司開發之憑證。第二期以後分期保險費到期未交付時，年繳或半年繳者，自催告到達翌日起三十日內為寬限期間；月繳或季繳者，則自保險單所載交付日期之翌日起三十日為寬限期間。約定以金融機構轉帳或其他方式交付第二期以後的分期保險費者，本公司於知悉未能依此項約定受領保險費時，應催告要保人交付保險費，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。如在寬限期間內發生保險事故時，本公司仍負保險責任。」準此，系爭保險契約第二期以後保險費到期未交付，相對人應負催告要保人交付保險費之義務，並自催告通知送達要保人之翌日起開始起算寬限期間，逾寬限期間要保人仍未交付者，系爭保險契約即應自寬限期間終了之翌日起停止效力。
- (二) 第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，金融消費者保護法第 7 條第 3 項定有明文。又就催繳保險費之通知是否送達要保人，影響該保險契約之效力甚大，保險公司自應就該催繳保險費之通知函，採取更謹慎之態度與方法為之，以確保契約當事人之利益。保險契約對於催告要保人交付保險費之通知約定，係採到達主義，則相對人自應就其所寄送之保險費催告通知函確已到達申請人乙節負舉證之責。就此，相對人固提出 102 年 5 月 3 日之大宗掛號函件收據為證，惟大宗掛號函件收據僅能證明相對人有交寄該函件收據上所登記信件之事實，但無法證明該通知已送達申請人。是相對人為求便利，未以雙掛號之方式交寄保險費催繳通知函，復未能提出其他申請人已收到該催告通知之證明，應由相對人負此不利益之後果。
- (三) 揆諸前揭說明，相對人未能證明保險費催告通知已合法送達予申請人，自無從起算三十日之寬限期間，故系爭保險契約之效力仍為自始有效。申請人

雖請求恢復系爭保險契約之效力，然系爭保險契約之契約效力，既未曾合法停止，申請人之請求已可獲得滿足，毋庸再為復效之請求併此指明。依對價平衡原則，是申請人自應補繳保費及其他相關費用，自不待言。

六、評議決定

確認申請人於民國 98 年 3 月 25 日與相對人訂立保單號碼○○號保險契約效力存在。

七、相關法規

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。

必要性醫療

案例 024 住院必要性-頭皮內痣切除手術 (104 評 0587)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

依相關卷證資料及本中心醫療顧問意見，申請人系爭住院具有住院必要性。依契約條款約定，相對人自應負給付住院醫療保險金之責。

(二)爭議險種：終身壽險、手術醫療保險附約、住院醫療日額保險附約、綜合保障附約、醫療終身保險

(三)參考條文：保險法第 1 條

(四)關鍵字：住院必要性

二、事實經過

申請人主張其因頭皮長內痣感到疼痛，於 104 年 1 月 12 日至醫院門診，104 年 1 月 15 日住院至同年月 17 日。經向申請人向相對人申請理賠事宜，相對人只願理賠手術費用，住院醫療部分認為頭皮真皮內痣切除手術不需住院切除，拒絕理賠，爰申請評議。

三、本案爭點

- (一) 申請人接受系爭頭皮真皮內痣切除手術而住院，是否具有住院必要性？
- (二) 申請人請求相對人給付住院醫療保險金，是否有理由？

四、當事人主張

(一)申請人主張

申請人因頭皮長內痣會痛，於 104 年 1 月 12 日至醫院門診，104 年 1 月 15 日住院至同年月 17 日。申請人向相對人申請理賠事宜，相對人只願理賠手術費用，住院醫療部分認為頭皮真皮內痣切除手術不需住院切除，拒絕理賠。是否需住院做頭皮內痣切除手術並非病人決定，而是聽從醫師指示。

(二)相對人主張

1. 甲以申請人為被保險人於 88 年 11 月 9 日投保本公司○○壽險(保單號碼：○○)，保險金額 36 萬元，附加：○○醫療保險附約，保額 50 萬元；○○醫療日額保險附約甲型，住院醫療日額 2,000 元，○○附約，保額 50 萬元；91 年 1 月 30 日投保○○醫療終身保險，住院醫療日額 1,000 元。
2. 本次檢附 A 醫院 B 分院診斷書記載：「頭皮真皮內痣。醫囑：104 年 1 月 15 日入院並行手術切除，1 月 17 日出院，共住院 3 天」申請住院醫療保險金給付，本公司已給付手術保險金○○元。

3. 依本公司○○醫療保險附約甲型條款第三條約定：「住院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」；第十六條：「被保險人因下列原因所致之疾病或意外傷害事故住院治療者，本公司不負給付各項保險金的責任：三、健康檢查、療養、靜養、戒毒、戒酒、護理或養老之非以直接診治病人為目的者」。新住院醫療終身保險第七條、第二十二條亦有相似意旨約定。
4. 關於爭議內容說明如下：依全民健康保險法第 31 條第 2 項訂定全民健康保險醫療辦法，其中第 11 條規定：「保險對象有下列情形之一者，特約醫院不得允其住院或繼續住院：一、可門診診療之傷病 二、保險對象所患傷病，經適當治療後已無住院必要」。按一般常規，皮膚痣非全然需施予手術切除，除非經醫師判定有病變或影響功能之虞，又臨床上經觀察判定需施作切除者皆採門診方式施作。經審核申請人之住院病歷，其屬 25 歲青年，本次 104 年 1 月 15 日入院當天行左側頭皮痣切除，痣大小僅 1.2*0.6*0.5cm，當天病理切片化驗結果確認無惡性病變，亦無併發症發生，其餘住院期間僅行傷口紗布更換、維持傷口清潔、口服藥物、護理休息、藉由聽音樂看電視及聊天分散注意力、教導呼吸或放鬆冥想技巧等，出院帶藥為 Acemet(適應症：風濕性關節炎、退化性關節炎、骨關節炎、僵直性脊椎炎、痛風、肌肉炎、腱鞘炎、滑囊炎。用法：口服)，與本次痣切除亦無關聯。
5. 綜上，申請人入院當時未見有病情嚴重，須住院接受急性照護之情狀，術後亦無異常或併發疾病，按一般醫療常規及臨床處置，於門診即可施作醫療行為，實難認屬必須住院接受治療，故本公司僅給付手術保險金，歉難給付住院醫療保險金。

五、判斷理由

- (一) 按系爭○○醫療日額(甲型)保險附約條款第三條約定：「…五、住院：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」，○○醫療終身健康保險第七條亦有相同意旨約定。是以，依前揭各條款之約定，申請人請求相對人給付住院醫療保險金，必以被保險人確實經醫師診斷必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受治療者為要件。
- (二) 次按，「而以系爭保險契約如附表所示之約定保險範圍、住院一詞之定義觀之，可知系爭保險契約所約定保險事故是否發生之認定上，除被保險人因疾病或傷害而正式辦理住院手續而客觀上入住醫院外，一方面亦強調被保險人於入住醫院期間有確實於醫院接受診療之情形，此從上述約定條款之『保險範圍』、『住院』一詞之定義中均有『必須住院治療』、『確實住院治療』

之旨即可見一斑。是被保險人雖有正式辦理住院手續並入住醫院之形式，然依上述保險制度之本旨與如附表系爭保險契約條款約定，保險事故是否發生仍須就一般醫學合理之治療程序、被保險人之傷病情形、實際診療經過以及復原狀況等種種因素綜合判斷實質上被保險人是否確實住院治療而存有住院治療之必要性為判斷。原告雖主張伊均是遵照醫囑而住院，被告不能拘泥約定條款所使用之文字而拒絕給付保險金等情，然依前述說明且為保障危險共同團體之利益，自不能僅以客觀上經醫囑入住醫院即認系爭保險契約之保險事故已發生，是被告抗辯須審查原告上述住院有無住院必要一節，即有理由。」，台灣宜蘭地方法院 97 年度宜保險小字第 2 號民事判決參照。準此，就申請人與相對人間之系爭保險契約條款關於「住院之必要性」之解釋，自應依客觀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。

(三) 經查，申請人提出本件評議申請係主張其聽從醫師指示住院接受頭皮內痣切除手術，相對人應依約理賠住院醫療保險金，惟相對人以申請人於系爭住院期間並無住院必要性為由拒絕賠付。此經諮詢本中心專業醫療顧問，其意見略以：「一般而言，頭皮 1.2*0.6*0.5cm 之良性腫瘤，係採局部麻醉，門診手術即可。本案例採住院、全身手術，且是骨科醫師執行，的確較不尋常。但依住院護理紀錄，此次住院是經醫師診斷建議入院治療，因係醫師建議，患者一般無從判斷其必要性，住院之天數亦由醫師決定。一般隔日或當天即可出院，但因術後傷口狀況也可能延長住院時間。總結，除非有其他具體事證，否則此真皮頭皮痣之住院切除住院三天，以患者立場，其住院是具有合理性的。」。

(四) 從而，依前揭顧問意見，申請人系爭住院具有住院必要性。依前揭條款約定，相對人自應負給付住院醫療保險金之責。

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：

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。

案例 025 住院必要性-大腸息肉切除手術 (104 評 0588)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

依相關卷證資料及本中心醫療顧問意見，申請人系爭住院具有住院必要性為 1 天。依契約條款約定，相對人對此應負擔給付住院醫療保險金之責。

(二)爭議險種：終身壽險、住院保險附約、終身醫療健康保險

(三)參考條文：保險法第 1 條

(四)關鍵字：住院必要性

二、事實經過

申請人主張其因身體不適至 A 醫院看診，於 103 年 11 月 24 日至同年月 26 日住院治療(下稱系爭住院)，103 年 11 月 25 日接受大腸息肉切除手術。相對人只願理賠手術保險金及增值保險金，住院醫療保險金卻不願理賠。爰申請評議。

三、本案爭點

申請人系爭住院是否具有住院必要性？

四、當事人主張

(一)申請人主張

申請人因身體不適至 A 醫院看診，於 103 年 11 月 24 日至同年月 26 日住院治療，103 年 11 月 25 日接受大腸息肉切除手術。相對人只願理賠手術保險金及增值保險金，住院醫療保險金卻不願理賠。是否需住院並非病人決定，而是聽從醫師指示。

(二)相對人主張

1. 申請人以本身為被保險人，於 98 年 3 月 17 日投保本公司○○終身壽險(保險單號碼第○○號，保額 1000 元)，附加○○住院保險附約日額 1000 元(餘略)。依○○終身醫療健康保險條款第二十七條除外責任之約定，被保險人因健康檢查、療養、靜養、戒毒、戒酒、護理或養老之非以直接診治病人為目的者，本公司不負給付各項保險金的責任；及安心住院保險附約條款第二十一條第二項第四款約定，被保險人因健康檢查，療養或靜養接受診療者，本公司不負給付各項保險金的責任。基於保險為最大善意及最大誠信之契約原則，為避免肇致道德危險，我國保險實務及法律見解上，在涉及住院醫療保險中，關於住院醫療保險金之給付要件「經醫師診斷有住院之必要性」判斷，多採認「不應僅以實際治療之醫師認定，而應由具有相同專業醫師於相

同情情形會診斷具有住院之必要性者，始符合給付要件。」之限縮解釋，目的即在於避免醫療資源及保險給付之浪費。

2. 申請人檢附 A 醫院於 103 年 12 月 6 日開立之診斷證明書：「結腸良性腫瘤。醫師囑言：於 103 年 11 月 24 日入院，於 103 年 11 月 25 日行經直腸大腸息肉切除手術，於 103 年 11 月 26 日出院。」據以向本公司申請住院醫療暨手術保險金，本公司前已給付手術保險金及增值保險金共○○元在案，合先敘明。
3. 根據申請人住院病歷摘要所載，103 年 11 月 24 日入院接受生化、血液、尿液、心電圖、K. U. B 胸腔檢查、電腦斷層等多項檢驗，檢查報告內無異常情形或須緊急接受住院治療之情況，仍持續住院至 11 月 25 日行上消化道內視鏡及大腸鏡檢查，並施作大腸息肉切除，又術後未有相關併發症如腸胃道出血、穿孔及排出血便等相關之情形，續住院至隔日 11 月 26 日早上 10 點出院。觀住院治療內容中所載流質飲食敘述，常情下，飲食控制病患於家中即可自行控制，非專屬醫院治療之方式。實難判斷申請人究為何種疾病必須入住醫院，亦無法判斷入院後施作多項檢驗之目的。另，大部分的大腸息肉沒有症狀，除非息肉大於 1 公分或出現癌變時才可能會出現症狀，倘若申請人係因大腸息肉需住院接受治療，依醫學常規之前提為息肉大小至 2 公分（即為巨大的大腸息肉），始可須住院接受外科手術切除，惟依本次手術紀錄單記載息肉大小為 2mm，屬小顆息肉，應可以門診方式進行切除治療，毋須住院。
4. 綜合上述，申請人本次申請 103 年 11 月 24 日至 103 年 11 月 26 日住院治療，就保單條款、住院病歷相關資料、一般臨床治療等多層面綜合審核評估，本公司實難認住院具有必要性，縱認住院具必要性，惟依上述病歷狀況，健康檢查、療養、靜養性質等住院屬保險附約條款之除外責任，故本公司未給付住院醫療保險金，應無違誤。

五、判斷理由

- （一）按○○終身醫療健康保險保單條款第二條名詞定義約定：「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。」，第三條保險範圍約定：「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。」。○○住院保險附約條款第八條、第十條，亦有相同意旨約定。是以，依前揭各條款之約定，申請人請求相對人給付住院保險金，必以被保險人確實經醫師診斷必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受治療者為要件。

(二) 次按，「前揭系爭保險契約條款關於『經醫師診斷有住院之必要性』，實際治療之醫師認定『有住院必要』固應尊重，但仍須符合醫理，不得違背經驗法則或論理法則，以符合保險為最大善意及最大誠信契約之契約本旨。次按『保險契約之解釋，應探求契約當事人之真意，不得拘泥於所用之文字；如有疑義時，以作有利於被保險人之解釋為原則』，保險法第 54 條第 2 項定有明文，依系爭保險契約條款觀之，兩造並未就『判斷應否住院治療』之醫師條件施以積極或消極之限制，準此，依上開契約文字內涵，所謂『經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院』，自應指實際為被保險人即被上訴人之疾病或傷害進行診治之主治醫師之判斷意見而言，除非主治醫師之判斷明顯違背醫理，處置不符經驗法則或論理法則，否則不得任意以醫學理論上尚有其他可能之替代療法，遽指摘其醫療處置之正當性。」，台灣高等法院台南分院 103 年度保險上字第 15 號民事判決參照。準此，就申請人與相對人間之系爭保險契約條款關於「住院之必要性」之解釋，原則上要尊重實際進行診治之主治醫師之判斷意見，除非主治醫師之判斷明顯違背醫理，處置不符經驗法則或論理法則，始可推翻主治醫師之判斷。

(三) 經查，申請人提出本件評議申請主張相對人應依約給付住院保險金，惟相對人以申請人於系爭住院期間並無住院必要性為由拒絕賠付。爰此，本案爭點厥為：申請人之系爭住院是否有住院必要性？若有，其合理之住院天數為何？案經諮詢本中心專業醫療顧問意見，其意見略以：

1. 經查被保險人甲，從 103 年 11 月 24 日至 26 日的住院紀錄中，可見第一天住院時並無出血或腹瀉的現象，僅有輕微腹痛不適，經過一夜的清腸準備以後，接著於住院第二日（103 年 11 月 25 日）在手術室進行全身麻醉大腸鏡檢查，根據手術紀錄記載，前進至 110 公分時遭遇強大阻力，大腸鏡無法再向前推進，所以從肛門口拔出大腸鏡，改成以經直腸大腸息肉切除手術（Trans-Rectal Colonic Polypectomy, TRCP）的方式進行息肉切除，觀察一天確認沒有大量出血或直腸破裂的情形，於術後第二日出院。
2. 一般大腸鏡檢查與直腸息肉切除，現行制度下即使施行全身麻醉，絕大多數個案都可以門診方式施行；而健保局自 96 年 12 月 10 日以後，也不再給付此類住院檢查手術項目。但是本案是因為大腸鏡檢查到一半時發生困難，無法繼續進行大腸鏡下息肉切除術，所以改為經直腸大腸息肉切除手術，由於此種手術方式仍有一定的出血與直腸破裂的風險，所以必須觀察一天以後，確認沒有大量腹瀉或便血的情形，才會有住院之必要。以本案的情況而言，因為大腸鏡檢查前的準備工作並無住院之必要，只有手術後的住院一天應該給付。

(四) 從而，依前揭顧問意見，申請人系爭住院期間有住院必要者應為 1 天，相對人依前揭條款約定應給付申請人○○元。

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，本中心尚難為有利申請人之認定。

七、相關法規

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。

案例 026 住院必要性-心臟病 (104 評 0682)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

依相關卷證資料及本中心醫療顧問意見，申請人系爭住院具有住院必要性，相對人對此應負擔給付住院醫療保險金之責。

(二)爭議險種：終身壽險、住院保險附約、醫療日額保險附約

(三)保單條款：保險法第 1 條、保險法第 34 條

(四)關鍵字：住院必要性

二、事實經過

申請人主張其於 103 年 6 月 28 日至同年 7 月 11 日因心臟不舒服及眩暈，於 A 醫院住院治療(下稱系爭住院)。申請人住院共計 14 天，相對人卻僅理賠 5 天，請求相對人全額給付。爰申請評議。

三、本案爭點

(一)申請人系爭住院是否具有住院必要性？

(二)申請人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

申請人於 103 年 6 月 28 日至同年 7 月 11 日因心臟不舒服及眩暈，於 A 醫院住院治療。申請人住院共計 14 天，相對人卻僅理賠 5 天，請求相對人全額給付。

(二)相對人主張

1. 申請人於 87 年 5 月 20 日投保本公司○○終身壽險(保單號碼:第○○號)，保險金額 10 萬元，附加：○○住院保險附約，投保計劃別○○、○○住院醫療日額保險附約，住院醫療日額 1,000 元，餘附約略。
2. 申請人於 103 年 8 月 4 日檢附 A 醫院診斷書載：「本態性高血壓、缺血性心臟病、週邊性眩暈、高血脂於 103 年 6 月 28 日至 7 月 11 日住院，共計 14 日」，向本公司申請醫療保險金。本公司審核後採鑑定方式給付 5 日住院保險金，共計 10,000 元，先予說明。
3. 依○○住院保險附約第 5 條約定：「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 20 條約定：「被保險人因下列原因所致之疾病或意外傷害事故住院治療者，本公司不負給付各項保險金的責任：三、健康檢查、療養、靜養、戒毒、戒

酒、護理或養老之非以直接診治病人為目的者。」，○○住院醫療日額第 3 條、第 16 條亦有相同意旨約定。

4. 依病歷摘要及護理紀錄記載，申請人入院時頭暈、嘔吐、左側聽力受損、頭痛和四肢麻木、血壓偏高 181/108、PR122/min，故收治住院。惟經各項檢驗：x-ray：雙下肺葉一些浸潤、心肌酶指數<0.05、EKG 竇性心律過速、左心房擴大，疑似急性冠狀動脈疾病，無胸悶或疼痛但血壓輕度升高，更換高血壓用藥康肯 CONCOR 後血壓正常，會診神經內科：外週性眩暈，103 年 7 月 1 日後除偶爾訴喉嚨疼痛不適外，未見有其他不適之狀況，住院重點多為服用口服藥物，屬可以門診或居家治療之方式，且留院期間多於病房臥床休息，依上述條款約定療養、靜養、護理亦屬除外責任。
5. 綜上所述，申請人所行治療應可於門診進行，實難認定申請人有全程住院治療之必要性，本公司從寬給付 5 日住院日額，敬請鑒察。

五、判斷理由

- (一) 按○○住院保險附約條款第 5 條約定：「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。」，○○住院醫療日額保險附約第 3 條亦有相同意旨約定。是以，申請人請求相對人給付住院保險金，必以被保險人確實經醫師診斷必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受治療者為要件。
- (二) 次按，「而以系爭保險契約如附表所示之約定保險範圍、住院一詞之定義觀之，可知系爭保險契約所約定保險事故是否發生之認定上，除被保險人因疾病或傷害而正式辦理住院手續而客觀上入住醫院外，一方面亦強調被保險人於入住醫院期間有確實於醫院接受診療之情形，此從上述約定條款之『保險範圍』、『住院』一詞之定義中均有『必須住院治療』、『確實住院治療』之旨即可見一斑。是被保險人雖有正式辦理住院手續並入住醫院之形式，然依上述保險制度之本旨與如附表系爭保險契約條款約定，保險事故是否發生仍須就一般醫學合理之治療程序、被保險人之傷病情形、實際診療經過以及復原狀況等種種因素綜合判斷實質上被保險人是否確實住院治療而存有住院治療之必要性為判斷。原告雖主張伊均是遵照醫囑而住院，被告不能拘泥約定條款所使用之文字而拒絕給付保險金等情，然依前述說明且為保障危險共同團體之利益，自不能僅以客觀上經醫囑入住醫院即認系爭保險契約之保險事故已發生，是被告抗辯須審查原告上述住院有無住院必要一節，即有理由。」，台灣宜蘭地方法院 97 年度宜保險小字第 2 號民事判決參照。準此，就申請人與相對人間之系爭保險契約條款關於「住院之必要性」之解釋，自應依客觀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。

(三) 經查，申請人提出本件評議申請主張有關係爭住院相對人應依約給付住院醫療保險金，惟相對人以申請人於系爭住院期間並無住院必要性為由拒絕賠付。爰此，本案爭點厥為：申請人之系爭住院是否具有住院必要性？案經諮詢本中心專業醫療顧問意見，其意見略以：依據 A 醫院住院病歷摘要顯示個案有缺血性心臟史，陣發性心室頻脈及瓣膜性心臟病等病史，於 103 年 6 月 28 日因頭昏、頭痛、胸悶及四肢麻痺等現象至該院急診。由於個案有心臟病史，且當時血壓高至 181/108mmHg，心跳每分鐘 122 下，急診處醫師判斷必須住院治療，此部分完全符合醫療常規，亦即個案有住院之適應症及必要。住院後除心臟的檢查外，另有頭昏、眩暈的耳鼻喉科照會，依據護理紀錄至 7 月 6 日仍有頭痛等現象，於 7 月 11 日因病情穩定出院，此部分住院日期長短非個案決定，由醫師根據狀況決定，難以用是否須打點滴單純判斷，然依據病歷及護理紀錄，個案確實仍有不適，因此若尊重醫師決定，符合醫療常規。

(四) 從而，依前揭顧問意見可知，申請人確有住院之必要。今相對人已給付 5 日之住院醫療保險金，此有相對人之理賠審核通知書在卷可稽，故相對人應再給付 9 日之住院醫療保險金，應無疑義。復依據保險法第 34 條規定：「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」、○○住院保險附約條款第 18 條第 2 項約定：「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。」，○○住院醫療日額保險附約第 14 條第 2 項亦有相同意旨約定。經查，本中心揆諸相對人提供保險金申請書之內容，系爭理賠申請於 103 年 8 月 4 日經相對人受理，是申請人請求相對人應給付○○元及自 103 年 8 月 20 日起至清償日止按週年利率百分之十計算之利息部分，應屬有據。

六、評議決定

相對人應給付申請人○○元整，及自民國 103 年 8 月 20 日起至清償日止按週年利率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 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。

(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 15 日內給付之。保險人因可歸責於己之事由致未在前項規定內給付者，應給付遲延利息年息一分。

案例 027 住院必要性-精神分裂症 (104 評 0768)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

參酌現有卷證資料及諮詢顧問意見，申請人因精神分裂症於 102 年 10 月 2 日至 102 年 11 月 28 日及 103 年 7 月 4 日至 103 年 8 月 28 日於 A 醫院住院治療，應認確有住院必要性，且住院日數亦屬合理。故申請人請求相對人給付上開二段住院期間之保險金，應認有據。

(二)爭議險種：終身醫療健康保險、住院保險附約

(三)參考條文：保險法第 1 條、保險法第 34 條

(四)關鍵字：住院必要性

二、事實經過

申請人主張其因精神分裂症於 102 年 10 月 2 日至 102 年 11 月 28 日及 103 年 7 月 4 日至 103 年 8 月 28 日於 A 醫院住院治療。本件未有證據資料顯示申請人於投保時，已有明顯之症狀足使自己知悉罹患精神疾病。另住院必要性應由主治醫師認定。爰申請評議。

三、本案爭點

申請人因精神分裂症於 102 年 10 月 2 日至 102 年 11 月 28 日及 103 年 7 月 4 日至 103 年 8 月 28 日於 A 醫院住院治療，有無住院必要性？如有，以幾日為合理？

四、當事人主張

(一)申請人主張

申請人於 98 年 9 月 24 日向相對人投保「○○終身醫療健康保險契約」，並附加「○○住院保險附約」，保單號碼為○○號（下合稱系爭保險契約）。嗣申請人因精神分裂症於 102 年 10 月 2 日至 102 年 11 月 28 日及 103 年 7 月 4 日至 103 年 8 月 28 日於 A 醫院住院治療，是否有住院必要性應由主治醫師認定。爰申請評議。

(二)相對人主張

1. 系爭二段住院，申請人主訴均為情緒不穩、攻擊行為、夜眠差，然依住院病歷及護理紀錄記載，每日睡眠均可達 8 小時，且住院期間並無幻聽、幻覺或情緒失控等精神疾病之病症。經相對人詢問專科醫師意見，醫師認為二段住院天數較長，醫師認為第一段住院僅需給付 19 天住院、第二段住院僅需

給付 22 天住院；且申請人住院期間可「自行」請假外出，有違醫療常理，表示申請人病情穩定無須住院。

2. 另依本次住院病歷及護理紀錄醫師評估病情，屬於輕度或慢性化中度，故相對人對於申請人住院醫療保險金之請求，難以同意。

五、判斷理由

- (一) 按○○終身醫療健康保險契約第 2 條第 7 項及○○住院保險附約第 8 條第 5 項關於「住院」均定義為：「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。」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，系爭保險契約關於「經醫師診斷，必須入住醫院接受診療」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。
- (二) 就本案爭點經諮詢本中心專業顧問意見，略以：「1. 依 A 醫院出院病歷摘要及護理紀錄之記載所見，被保險人於 102 年 10 月 2 日至 102 年 11 月 28 日及 103 年 7 月 4 日至 103 年 8 月 28 日於精神科急性病房住院治療，診斷為『精神分裂症』。2. 102 年 10 月 2 日住院主訴：『情緒不穩、攻擊行為、夜眠差、自言自語近一週加劇』；病史記錄『近日因被害妄想跟工人爆發言語及肢體衝突，造成工人不敢來上班，影響工程進度』，故住院治療。103 年 7 月 4 日住院病史記錄『近日因服藥不規則，漸生被害妄想、幻聽干擾、情緒不穩及入睡困擾』，故住院治療。皆難謂無住院之必要。3. 精神分裂症屬長期慢性化嚴重疾患，其標準住院日為三十天至六十天。被保險人 102 年 10 月 2 日住院有被害妄想，暴力攻擊行為；103 年 7 月 4 日住院有被害妄想、幻聽干擾、情緒不穩，且有服藥不規則情形，均為需延長住院之狀況。雖護理記錄睡眠狀況改善，但妄想、無病識感、服藥不規則等病況考量，分別住院 57 日及 55 日應尚稱合理。4. 另病況進展可自行外出屬『適應治療』，為測試病患是否能回歸社區準備出院之設計，並不代表病況已達出院標準。」等語。準此，申請人因精神分裂症於 102 年 10 月 2 日至 102 年 11 月 28 日及 103 年 7 月 4 日至 103 年 8 月 28 日於 A 醫院住院治療，應認確有住院必要性，且住院日數亦屬合理。故申請人請求相對人給付上開二段住院期間之保險金，應認有據。
- (三) 末按「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。」，保險法第 34 條定有明文；另○○終身醫療健康保險契約第 29 條第 2 項及○○住院保險附約第 19 條第 2 項亦有相同之約定。經查，相對人係分別於 102 年 12 月 16 日及 104 年 2 月 26 日受理上開二段住院期間之理賠申請，則依上開保險法之規定及兩造之約定，申請人自得請求相對人給付第 1 段住院期間自 103 年 1 月 1 日起至清償日止，第 2 段住院期間自 104 年 3 月 14 日起至清償日止，均按年利一分計算之利息。

六、評議決定

相對人應給付申請人新台幣○○元整，及其中新台幣○○元整自 103 年 1 月 1 日起至清償日止，其中新台幣○○元整自 104 年 3 月 14 日起至清償日止，均按週年利率百分之十計算之利息。

七、相關法規

（一）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。

（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 15 日內給付之。保險人因可歸責於己之事由致未在前項規定內給付者，應給付遲延利息年息一分。

除外責任

案例 028 除外責任—護理、靜養、療養（104 評 0720）

一、案例摘要

（一）評議要旨：

按系爭保單之約定，申請人因疾病或傷害，經合格醫師診斷確定，且依一般醫療常規必須住院治療，而非屬健康檢查、療養、靜養之目的者，相對人即應負給付住院醫療保險金及出院療養保險金之責。相對人雖主張申請人治療僅有施用口服藥物，且多為院內自由活動，未見其他積極性治療，屬護理、靜養、療養性質住院，為上述條款約定之除外責任，拒絕給付保險金。惟本中心專業顧問意見略以：申請人病歷護理記錄記載之內容較為簡略與制式化，未有深入精神病病理症狀之描述，且未附有其他治療內容的記錄，由有限的記錄並未能符合重度憂鬱症於 DSM-IV 的診斷準則，申請人之住院治療並非僅為靜養及療養。且觀諸申請人之病歷，申請人之住院時間亦尚稱合理，是相對人應給付保險金。

（二）爭議險種：住院醫療保險

（三）關鍵字：除外責任

二、事實經過

申請人因憂鬱症，自 103 年 11 月 4 日至 104 年 1 月 2 日入住 A 醫院，共計住院 60 日。遂向相對人請求理賠住院醫療保險金，惟遭相對人拒絕。申請人係因憂鬱症、經營事業及家庭因素等，導致情緒低落、失眠、覺得人生無望、有自殺意念等須住院治療。向相對人申請保險金，遭相對人拒絕，爰申請評議。

三、本案爭點

申請人自 103 年 11 月 4 日至 104 年 1 月 2 日入住 A 醫院治療，是否有其住院必要性？合理日數為幾日？

四、當事人主張

（一）申請人主張

申請人係因憂鬱症、經營事業及家庭因素等，導致情緒低落、失眠、覺得人生無望、有自殺意念等須住院治療。本次為與家人衝突，經主治醫師專業判斷須住院治療，且係以健保身分住院治療，非相對人所陳僅為靜養、療養之性質。

（二）相對人主張

1. 申請人本段住院天數合計 60 天，依通常醫療常規屬相當程度之病情發作，始安排此天數治療，惟申請人入院當時住院病歷記載之病情，未見符合憂鬱

症九項判斷指標項目，亦無急性恐傷及本身或他人之病況，實難認定屬憂鬱症發作且病情須安排入院治療。另申請人主要問題為失眠，上述護理紀錄記載申請人入院後夜眠狀況良好，且於 103 年 11 月 16 日記載失眠狀況已改善，無須繼續觀察該症狀，惟申請人後續仍住院至 104 年 1 月 2 日。據 104 年 1 月 2 日護理紀錄記載：「…近日個案病況已漸改善，對病房活動，如：生活討論會、護理指導團體、職能治療活動…等，可被動參與，但社工團體及心理團體，皆拒絕參與…」，住院期間申請人治療活動參與度不佳，實難認有住院必要性。

2. 縱使申請人住院動機、住院治療過程合理，惟其治療僅有施用口服藥物，且多為院內自由活動，未見其他積極性治療，屬護理、靜養、療養性質住院，為上述條款約定之除外責任，相對人歉難給付醫療保險金。又系爭保險契約三保單條款第〇〇條約定：「相對人給付第〇〇條至第〇〇條之各項保險金，其累計最高以所投保『住院醫療日額』之一千倍為限，被保險人所申領之各項保險金累計總額達其所投保『住院醫療日額』之一千倍時，本契約效力即行終止。」而系爭保險契約三之住院醫療日額為〇〇元，故各項保險金給付上限為〇〇元，相對人累計已理賠之金額為〇〇元，是系爭保險契約三剩餘可賠付之金額為〇〇元。

五、判斷理由

- (一) 按系爭保險附約一保險單條款第〇〇條約定：「被保險人在本特約有效期間內因疾病或意外傷害，經登記合格的醫院或醫師診斷確定必須住院治療時，相對人依本附約給付各項保險金」；系爭保險附約二保險單條款第〇〇條約定：「住院：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。」、第〇〇條除外責任約定：「被保險人因下列原因所致之疾病或意外事故而住院治療者，相對人不負給付各項保險金的責任：…三、健康檢查、療養、靜養、戒毒、戒酒、護理或養老之非以直接診治病人為目的者。」；又系爭保險契約三保險單條款第〇〇條、第〇〇條，亦有相類似之約定。次按，保險契約約定被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，保險人應依約給付保險金，係指被保險人當時病況，依一般醫療常規處置，被保險人必須入住醫院治療且經住院治療之情形而言。準此，倘申請人因疾病或傷害，經合格醫師診斷確定，且依一般醫療常規必須住院治療，而非屬健康檢查、療養、靜養之目的者，相對人即應負給付住院醫療保險金及出院療養保險金之責。
- (二) 經查，申請人自 103 年 11 月 4 日至 104 年 1 月 2 日入住 A 醫院治療，是否有其住院必要性？依當事人雙方所提供之診斷證明書、住院護理紀錄、出院

病歷摘要等病歷資料，經諮詢本中心專業顧問意見，略以：依 A 醫院之出院病歷摘要與護理紀錄來看，申請人此次住院之診斷為重度憂鬱症，住院前一個月開始與兒子衝突，有情緒低落、失眠、對人生無望感，住院期間主要之護理問題為睡眠型態紊亂與調適障礙，住院治療內容除了藥物治療之外，亦進行職能治療、活動治療、心理治療，包括個別、團體與家庭治療。在藥物治療方面，主要使用抗憂鬱藥物 Wellbutrin XL，之後因效果有限而轉換為 Lexapro，過程中亦加入精神安定劑 Quetiapine 與抗憂鬱藥物 Mesyrel 以安定其情緒與睡眠。整體而言，病歷護理記錄記載之內容較為簡略與制式化，未有深入精神病病理症狀之描述，且未附有其他治療內容的記錄，由有限的記錄並未能符合重度憂鬱症於 DSM-IV 的診斷準則，但並不足因此而否定申請人住院之必要性，住院治療並非僅為靜養及療養。

- (三) 「重鬱症」急性病房標準住院日數為 30 天至 60 天，端看病患的病情嚴重度、住院期間的治療品質與密集度，與對病患是否有良好的出院準備，申請人因藥物治療效果有限，於 103 年 12 月 9 日由醫師轉換不同之抗憂鬱藥物，但未見針對其壓力源處理的詳細內容（如心理治療或家庭治療），申請人亦未能配合參與各項的治療活動，103 年 12 月 24 日開始擔心出院後需要面對家中的壓力，再次有情緒的起伏、與病友的衝突與身體的不舒服，其住院日數 60 日的確較長，於有限且簡略的治療記錄下，難以斷定其不合理性，但若病患因治療效果不佳而需要轉換不同藥物治療，或其有持續外在環境壓力的影響，60 日的住院時間亦尚稱合理。
- (四) 有關相對人應理賠之醫療保險金分別為若干元：系爭保險附約一之部分，依保單條款第○○條約定：「被保險人於本特約有效期間內依第六條規定住院治療時，相對人按日對實際所支出之下列費用給付『住院保險金』，但每日最高給付金額以不超過第○○條『各項保險金給付限額』所規定之每日住院保險金限額為限。」，又申請人所投保之計畫別為○○，復依「各項保險金給付限額表」所載，○○之每日住院保險金限額為○○元，此為相對人所不爭執，故相對人應依系爭保險附約一給付申請人住院保險金○○元（○○元×○○日）。
- (五) 系爭保險附約二之部分，依保單條款第○○條約定：「被保險人在本附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，相對人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』乘以其實際住院日數，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。」，又系爭保險附約二之住院醫療日額為○○元，故相對人應依系爭保險附約二給付申請人住院保險金○

○○元(○○元×60日)。

(六) 系爭保險契約三之部分，依保單條款第○○條約定：「被保險人於本契約有效期間內，因疾病或傷害，經醫院診斷確定必須住院診療時，相對人依被保險人每次住院之連續實際住院日數及其投保之『住院醫療日額』，依下表給付『住院醫療保險金』：…自第1日至第30日之部份，住院醫療日額×1.3倍；自30日以後之部分，住院醫療日額×2.6倍」、第○○條約定：「被保險人於本契約有效期間內，依第○○條之約定住院治療時，於其出院後，相對人依其投保之『住院醫療日額』之百分之六十五乘以每次住院之住院日數給付『出院療養保險金』。」，又系爭保險契約三之住院醫療日額為○○元，是以，相對人應依系爭保險契約三給付申請人住院醫療保險金○○元(○○元×1.3倍×30日+○○元×2.6倍×30日)及出院療養保險金○○元(○○元×65%×60日)，合計共○○元。

(七) 惟按，系爭保險契約三保單條款第○○條約定：「相對人給付第○○條至第○○條之各項保險金，其累計最高以所投保『住院醫療日額』之一千倍為限，被保險人所申領之各項保險金累計總額達其所投保『住院醫療日額』之一千倍時，本契約效力即行終止。前項契約終止日在繳費期間內者，相對人應退還按日數比例計算當期已繳付未到期保險費。」又系爭保險契約三之住院醫療日額為○○元，是理賠上限為○○元(○○元×○○倍)，而相對人已依系爭保險契約三理賠申請人之金額為○○元，此有相對人所提出之理賠紀錄可證，故依前述本次住院醫療保險金及出院療養保險金雖共為○○元，惟相對人僅須於○○元之範圍內負理賠責任。再者，倘若本案評議成立，且相對人給付系爭保險契約三之保險金者，系爭保險契約三之效力自應於相對人給付時即行終止，相對人並應退還申請人按日數比例計算當期已繳付未到期之保險費，併此指明。

(八) 從而，相對人應給付申請人之保險金分別為，系爭保險附約一之住院保險金○○元、系爭保險附約二之住院保險金○○元、系爭保險契約三之保險金○○元，合計共○○元。

六、評議決定

相對人應給付申請人○○○元整。

七、相關法規

無

案例 029 除外責任—懷孕、流產或分娩及其併發症（104 評 0776）

一、案例摘要

（一）評議要旨：

申請人未提出赴美國生產之超音波檢查、護理紀錄等住院病歷供本中心審酌，故尚難認定申請人有突發胎位不正。申請人請求相對人給付海外突發疾病醫療保險金，因未有系爭條款除外責任例外的適用，尚屬無據。

（二）爭議險種：海外突發疾病醫療費用保險

（三）參考條文：無

（四）關鍵字：除外責任、海外突發疾病、胎位不正、巨嬰、懷孕、流產、分娩及其併發症

二、事實經過

申請人於 103 年 1 月 23 日向相對人線上投保○○○旅行綜合保險，保險期間為 103 年 1 月 25 日至 103 年 2 月 28 日，申請人於出國期間因胎位不正及巨嬰症於醫療機構進行必要之剖腹產，回國後於 103 年 5 月 2 日檢附相關醫療單據向相對人申請理賠，103 年 5 月 8 日相對人照會需補在台完整就醫病歷及授權書等資料，皆於一週內寄至該公司。103 年 7 月 24 日相對人照會需補調閱海外病歷授權書，本人於收到照會單隔日寄回已簽名之調閱海外病歷授權書。104 年 3 月 9 日相對人回應其公司海外生產相關醫療皆不給付，申請人申訴未果，爰申請評議。

三、本案爭點

申請人請求相對人給付海外突發疾病醫療保險金○○元及利息，是否有據？

四、當事人主張

（一）申請人主張

1. 胎位不正或巨嬰症確為保單生效後於海外所診斷出於國內並無病歷紀錄，且非以此理賠理由為目的赴海外就醫，即符合突發疾病條件。相對人於旅平險附加海外突發疾病醫療費用保險附加條款中詳列海外生產醫療行為必要之剖腹產理賠項目，使有風險保障需求之消費者購買此保單，因此申請人是否有於美國生產之計畫，何以構成拒賠之理由？若此拒賠理由成立，保險公司此條款明顯有欺騙消費者之意。
2. 相對人於 104 年 3 月 9 日回應其公司海外生產相關醫療皆不給付，核與申請人所投保之○○○旅行綜合保險中有關海外突發疾病住院與門診醫療之保障範圍（因醫療行為所必要之剖腹產應給付）有違。相關醫療診斷證明文件皆詳實記載申請人人因陣痛產兆入院，胎位不正、巨嬰症等相關病歷，醫師

表示所有超音波診斷結果皆直接記載於病歷中，並無另外超音波報告可提供，非申請人故意不提供。

(二)相對人主張

1. 申請人主張 103 年 2 月 1 日至 103 年 2 月 3 日因剖腹產住院已符合本保險第二條用詞定義第四款突發疾病「係指被保險人非以獲得海外醫療為目的，須即時在海外醫療機構診療始能避免損害身體健康之疾病且在本附加條款生效前一百八十日以內，未曾接受該疾病之治療者。」之約定。惟依種種事證，顯難認定申請人已符合前述約定。
2. 依 A 診所產檢紀錄記載，申請人預產期為 103 年 2 月 8 日，然而申請人於 103 年 1 月 23 日投保○○○旅行綜合保險，保險期間為 103 年 1 月 25 日 11 時起至 103 年 2 月 28 日 11 時止，其保險期間與預產期重疊，亦即申請人原本就有於美國生產之計畫，此點是否有違上述條款突發疾病定義「非以獲得海外醫療為目的」，不無疑慮之處。
3. 申請人主張係因胎位不正及巨嬰症接受剖腹生產，依 A 診所產檢紀錄，申請人 103 年 1 月 24 日已妊娠 37 週又六天當日產前檢查並無胎位不正之記錄，103 年 1 月 27 日在美國產前檢查時卻發現胎位為臀位，38 週大之胎兒在三天內由正常胎位直接倒轉為臀位，依醫理而言機率不高，再者經審閱申請人之病歷甲醫生決定剖腹生產原因是 BREECH PRESENTATION AND PREVIOUS CESAREAN SECTION，並非如申請人理賠申請書上所述因巨嬰症而決定剖腹生產，且依本保險第六條 除外責任第三項胎頭骨盆不對稱係指下列情形之一者 第三款 b. 胎兒超音波檢查顯示巨嬰(胎兒體重 4000 公克以上)，本款給付精神係在生產前已知胎兒體重大於 4000 公克以上時，將會增加自然生產的風險，故提供剖腹生產之保障，惟相對人請申請人提供超音波檢查報告以確認生產前是否確實有胎位不正或胎兒體重大於 4000 公克之症狀，至今尚未收到申請人超音波檢查報告。

五、判斷理由

- (一) 按系爭綜合保險人身傷害附加保險海外突發疾病醫療費用保險附加條款第六條【除外責任】約定：「被保險人因下列原因所致之突發疾病，本公司不負給付各項保險金的責任…六、懷孕、流產或分娩及其併發症，但下列情形不在此限：…(三)醫療行為必要之剖腹產，並符合下列情況者：…3. b 胎兒超音波檢查顯示巨嬰(胎兒體重 4000 公克以上)。…4. 胎位不正…。」。揆諸前揭條款約定，本案若非屬醫療行為必要之剖腹產，並符合胎兒超音波檢查顯示巨嬰(胎兒體重 4000 公克以上)及胎位不正者，即無申請人主張除外責任例外的適用，相對人不負給付海外突發疾病醫療保險金之責，先予敘明。

- (二) 前揭爭點案經諮詢本中心二位專業顧問意見，略以：根據 A 診所之病歷影本記載，申請人於 103 年 1 月 24 日之胎兒超音波檢查胎兒體重預估為 3,500 公克，當時為妊娠 37 週又 6 天，至於是否有胎位不正，在 103 年 1 月 23 日投保前後國內產檢並無胎位不正之記載，考量臀位 (Breech) 等相關狀態並不易突然發生，故申請人 103 年 1 月 27 日赴美國生產發現胎位為臀位之記載，僅有文字描述，並無附超音波檢查等病歷資料，無從查證是否有胎位不正的情形。
- (三) 從而，依前開專業顧問意見，申請人剖腹生產前並無超音波檢查顯示巨嬰 (胎兒體重 4000 公克以上) 的情形。而關於是否有胎位不正，申請人 103 年 1 月 23 日投保前後國內產檢並無胎位不正之記載，且臀位 (Breech) 等相關狀態並不易突然發生。是以，申請人既無提出赴美國生產之超音波檢查、護理紀錄等住院病歷供本中心審酌，故尚難認定申請人有突發胎位不正。申請人請求相對人給付海外突發疾病醫療保險金，因未有系爭條款除外責任例外的適用，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

無

案例 030 除外責任—被保險人飲酒後駕(騎)車 (104 評 0895)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

行車事故鑑定委員會就被保險人血液中之酒精濃度，既已認定足以影響被保險人駕(騎)車之判斷力及注意力，致造成系爭事故，亦屬肇事原因。而申請人就此鑑定意見並未提出覆議，堪認系爭鑑定結果尚屬公允，進而相對人援引上開鑑定意見，認為被保險人之酒後駕車行為符合系爭保單條款第 21 條第 1 項第 4 款除外責任事項，主張並無給付相關保險金之責，自屬有據。

(二)爭議險種：傷害保險

(三)參考條文：無

(四)關鍵字：除外責任、飲酒後駕(騎)車

二、事實經過

被保險人甲於 103 年 10 月 16 日發生車禍，而於 103 年 11 月 21 日不幸身故。

申請人向相對人申請身故保險金遭相對人拒賠，經申訴未果爰申請評議。

三、本案爭點

對人主張被保險人甲飲酒後駕車，係屬系爭○○○保險附約條款第 21 條所約定之除外責任事項，故相對人不負給付保險金之責，有無理由？

四、當事人主張

(一)申請人主張

1. 依據交通部公路總局 A 區車輛行車事故鑑定會鑑定意見 (A 區○○○案)「柒、鑑定意見：乙駕駛普通重型機車，駛入閃光紅燈號誌路口，支線車未讓幹道車先行，與甲酒精濃度過量駕駛普通重型機車，行經閃光黃燈號誌路口，未充分注意車前狀況，同為肇事原因。」。
2. 被保險人雖因酒精濃度過量，但導致死亡的主因是被撞，其死亡並非直接因飲酒駕車導致，也就是被保險人飲酒與死亡之間沒有相關因果關係，故相對人應依約給付保險金。

(二)相對人主張

1. 依○○○保險附約契約條款第 21 條第 1 項第 4 款約定：「被保險人直接因下列事由致成身故、殘廢或傷害時，本公司不負給付保險金之責。……四、被保險人飲酒後駕(騎)車，其吐氣或血液所含酒精成份超過道路交通法令規定標準者。」，按道路交通安全規則第 114 條第 2 款：「汽車駕駛人有下列情形之一者，不得駕車：……二、飲用酒類或其他類似物後其吐氣或血液所含酒精濃度達每公升 0.15 毫克或血液中酒精濃度達百分之 0.03 以上」，合先

敘明。

2. 被保險人甲於 103 年 10 月 16 日發生車禍，而於 103 年 11 月 21 日不幸身故（死亡原因：呼吸性休克、支氣管肺泡肺炎、外傷性顱內出血、車禍）。經了解被保險人係飲酒後騎車，血液中酒精濃度檢測值 158.5mg/dL，經換算約等於呼氣檢測值 0.79mg/L，超過前揭法律規定之標準（0.15mg/L），屬本附約之除外事項，本公司礙難給付相關傷害保險金。

五、判斷理由

- （一）按「被保險人直接因下列事由致成身故、殘廢或傷害時，本公司不負給付保險金的責任。…四、被保險人飲酒後駕（騎）車，其吐氣或血液所含酒精成份超過道路交通法令規定標準者。」，為系爭○○○保險附約第 21 條第 1 項第 4 款所約定。考其規範意旨，係因被保險人飲酒超過法定標準值時，已有重大可歸責事由，且接近未必故意，此種駕駛人穿梭於道路上，具有高度危險性，自應予以遏止，排除飲酒超過法定標準值駕車肇事致死，仍得請求意外保險金之情形。又所謂「被保險人直接因飲酒後駕（騎）車，致成傷害或死亡」，依臺灣高雄地方法院民事判決 92 年度保險字第 28 號民事判決內容可知，係指被保險人於酒精濃度超過道路交通法規處罰之標準時，如仍貿然駕車行駛，並因此發生車禍而導致傷害，即符合此除外條款。換言之，只需飲酒對於死亡具有原因力即可，並不排除另有其他共同導致該死亡發生之因素，合先敘明。
- （二）查本案被保險人甲於系爭事故發生後，經檢測血液中酒精濃度檢測值為 158.5mg/dL，經換算約等於呼氣檢測值 0.79mg/L，已遠超過道路交通安全規則（103 年 9 月 30 日修正）第 114 條第 2 款「汽車駕駛人有下列情形之一者，不得駕車：……二、飲用酒類或其他類似物後其吐氣所含酒精濃度達每公升○·一五毫克或血液中酒精濃度達百分之○·○三以上」之標準。且本案系爭事故經交通部公路總局 A 區車輛行車事故鑑定會（下簡稱行車事故鑑定委員會）鑑定後認為：第三人乙駕駛普通重型機車，行經設有閃光紅燈號誌路口，支線車應讓能讓而未讓幹道車先行，而與被保險人甲所駕駛之普通重型機車發生撞擊導致事故發生，確屬不當。惟被保險人甲行經閃光黃燈號誌路口，應減速而未減速慢行小心通過，又酒精濃度過量駕車，影響其注意力及判斷力，未充分注意車前狀況而與第三人乙所駕駛之車輛發生撞擊，同為肇事原因。此有該會○○○案鑑定意見書影本可稽。是依上開鑑定意見可知，被保險人飲酒駕車致影響其注意力與判斷力，縱非系爭交通事故肇事主因，亦為肇事次因，與其死亡結果，具有相當因果關係。申請人雖抗辯被保險人死亡之主因是被撞，並非直接因飲酒駕車所導致，然誠如前開判決所

述，所謂之「被保險人直接因飲酒後駕（騎）車，致成傷害或死亡」，只需飲酒對於死亡結果具有原因力即可，並不排除其他共同導致該死亡發生之因素，亦不僅限於肇事主因。今行車事故鑑定委員會就被保險人血液中之酒精濃度，既已認定足以影響被保險人駕（騎）車之判斷力及注意力，致造成系爭事故，亦屬肇事原因。而申請人就此鑑定意見並未提出覆議，堪認系爭鑑定結果尚屬公允，進而相對人援引上開鑑定意見，認為被保險人之酒後駕車行為符合系爭保單條款第 21 條第 1 項第 4 款除外責任事項，主張並無給付相關保險金之責，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

無。

第二篇 銀行

連動債招攬

案例 0031 連動債招攬-未善盡管理人注意義務 (104 評 0676 號)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

本件申請人投資系爭連動債本應自行負擔投資損益，惟本案相對人核有未就個別投資標的簽署聲明書之缺失，有特別予以補償之必要，並參酌本件紛爭發生日之久暫以及事證保存度之難易，本中心爰依金融消費者保護法第 20 條第 1 項規定，衡酌公平合理原則及個案情狀，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：95 年 7 月 13 日經中華民國銀行商業同業公會全國聯合會發布之銀行辦理財富管理業務作業準則（該準則於 101 年 8 月 20 日經中華民國銀行商業同業公會全國聯合會廢止）第 2 條第 1 項、第 5 項、信託法第 22 條及第 23 條；金融消費者保護法第 20 條。

(四)關鍵字：連動債、KYC 程序、善良管理人注意義務。

二、事實經過

申請人前經相對人申購「○○○連動債」、「○○○連動債」(2 筆)、「○○○連動債」、「○○○連動債」等五檔連動債券，合計損失○○元。申請人指摘相對人經理甲君及乙君再三保證不會有損失且會獲利，申請人始為申購，因申請人業已向其表明不為任何投機之投資。為此，爰向本中心申請評議，請求相對人負損害賠償責任。

三、本案爭點

申請人請求相對人賠償其系爭連動債券之投資損失，是否有據？

四、當事人主張

(一)申請人主張

1. 申請人前經相對人申購「○○○連動債」、「○○○連動債」(2 筆)、「○○○連動債」、「○○○連動債」等五檔連動債券，合計損失○○元。
2. 申請人指摘相對人經理甲君及乙君再三保證不會有損失且會獲利，申請人始為申購，因申請人業已向其表明不為任何投機之投資。

(二)相對人主張

1. 經查，系爭連動債之產品說明書與風險預告書，已載明「最低收益風險（本金損失風險）：本產品為不保本商品，投資人應自行考量期末本金之風險」、說明：「本人已詳閱並同意遵守上開相關條款及內容，充分完全了解產品內

容及各項交易投資風險，並經獨立審慎之判斷，始以書面方式向貴行提出申購指示，俟交易確定，所有損益由立約人完全承擔，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。」、「經受託人指派專員解說後，已閱讀本產品說明書特別約定條款及風險預告，並充分了解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」，經核上開文件上均有申請人之簽章，對於上開文件內容，申請人即難諉為不知。

2. 申請人自 97 年 11 月間贖回系爭連動債時業已知悉有損害，然遲至 103 年 8 月始就本件爭議提出申訴，依民法第 197 條第 1 項規定，主張侵權行為損害賠償請求權，已罹於時效。又本件經內部稽核單位查訪相關人員（乙君已離職），並無申請人指摘再三保證不會損失、會賺錢等情事，且相對人內部教育訓練亦要求揭露並告知客戶相關風險。

五、判斷理由

- （一）按「信託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信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 條及第 23 條定有明文。查申請人與相對人間成立信託關係，故相對人自應以受託人之地位，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。本件申請人曾於 95 年 12 月 1 日填寫風險趨避問卷分析，並經相對人依申請人填寫內容據以評估申請人之風險承受度為「成長型」，此有相對人 104 年 6 月 11 日電子郵件在卷可稽，應堪認定。有關申請人歷次申購之連動債券，即「○○○連動債券」、「○○○連動債券」、「○○○連動債券」、「○○○連動債券」、「○○○連動債券」，其商品風險屬性均為「積極型」，並經申請人簽署「風險趨避問卷」，聲明「本人為評估本身投資知識，投資經驗，財務狀況及承受投資風險程度，以獲得進一步的投資建議，要求 貴行提供投資風險趨避問卷或各項研究分析意見、建議…本人投資決定係依本人判斷為之，並就投資結果自行負責」，合先述明。
- （二）次按，95 年 7 月 13 日經中華民國銀行商業同業公會全國聯合會發布之銀行辦理財富管理業務作業準則（該準則於 101 年 8 月 20 日經中華民國銀行商業同業公會全國聯合會廢止）第 2 條第 1 項、第 5 項規定：「銀行辦理財富管理業務，應建立一套商品適合度政策，其內容至少應包括客戶風險等級、產品風險等級之分類，俾依據客戶風險之承受度提供客戶適當之商品，並應建立監控機制，以避免理財業務人員不當銷售或推介之行為。該商品適

合度政策之揭示內容得彈性調整，但應遵循本準則所訂之基本原則。…銀行應依客戶投資屬性及風險承受等級，配合個別商品或投資組合之風險類別，銷售或推介其適合之商品或投資組合。此外，並應建立例外處理機制，若客戶執意投資之商品或投資組合，其風險等級較客戶風險承受度為高者，應請客戶另行簽署聲明書，銀行並得視實際狀況拒絕客戶之投資申請。」。經查，本件申請人之風險承受等級經評估為「成長型」，系爭連動債之產品風險等級均為「積極型」，有超過申請人風險承受度之情事。本件相對人雖以申請人業已填寫「風險趨避問卷」及「風險預告書」，向相對人表明相關投資決定均為申請人自行判斷，並就投資結果自行負責，故申請人應自行承擔投資風險等語資為抗辯。惟查，依據前揭銀行辦理財富管理業務作業準則第 2 條第 5 項規定，所謂「客戶執意投資之商品或投資組合，其風險等級較客戶風險承受度為高者，應請客戶另行簽署聲明書」，前開「聲明書」之內容，應係當客戶有投資商品之風險等級高於客戶風險承受度之情事發生時，客戶就個別投資標的簽署「聲明書」，且該聲明書之內容需具體表明客戶投資當時之風險承受度，以及系爭投資商品之風險等級，經客戶向金融服務業者聲明就前開商品風險等級高於自身之風險承受度乙事為知悉，並出於自願風險承擔之意旨投資系爭商品。本件相對人所陳之「風險趨避問卷」，實則為 KYC 問卷分析，上開「理財規劃意願」欄位雖經申請人表明自行就投資結果自行負責之意旨，然此聲明係一概括、事前之意思表示，尚非針對特定投資標的所為之自願風險承擔所為之聲明。甚且，相對人所述之「風險預告書」，其上雖載明匯兌風險、投資標的跌價等風險，然並未就申請人申購當時之風險承受度為表明，且未記載系爭投資標的之商品風險等級，在在與「聲明書」所應具備之要件不符，難認相對人善盡善良管理人之注意義務。

- (三) 次查，有關申請人指摘相對人招攬人員甲君及乙君向其保證投資系爭連動債券均可獲利，且無虧損可能云云，系爭連動債券產品說明書其上分別揭露「本產品為不保本商品，投資人請自行考量期末本金之風險」、「當投資的 1.5 年期間未能發生提早贖回條件事件，下限觸發事件又有發生，且任一連結標的股票，於到期日之期末價格又低於提早贖回價，則到期委託人將僅可能最高損失 100% 美元信託本金」，此經申請人確認同意後簽名。甚且，申請人對於本件爭議事項，並未進一步提供可資堪信之事證，證明相對人招攬人員確有不實招攬之情事發生。再者，經本中心向相對人調閱系爭連動債券產品說明書，其上並未有保證保本、或保證不損及本金之字樣，衡諸現有卷證資料內容，難認有足資使申請人誤認系爭連動債為保證獲利之情事，故申請人指摘本件有招攬不實之情事發生，尚難採信。

(四) 末按，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。申請人投資系爭連動債本應自行負擔投資損益，惟本案相對人核有未就個別投資標的簽署聲明書之缺失有特別予以補償之必要，惟參酌本件紛爭發生日之久暫以及事證保存度之難易，本中心爰依金融消費者保護法第 20 條第 1 項規定，衡酌公平合理原則及個案情狀，認相對人應衡平補償申請人○○元。

(五) 綜上所述，申請人主張相對人應賠償其投資損失之請求，於○○元之範圍內，為有理由；逾此部分，本中心尚難為有利申請人之認定。

六、評議決定

相對人應給付申請人新臺幣○○元整。

申請人其餘請求，本中心尚難為有利申請人之認定。

七、相關法規

(一) 95 年 7 月 13 日經中華民國銀行商業同業公會全國聯合會發布之銀行辦理財富管理業務作業準則（該準則於 101 年 8 月 20 日經中華民國銀行商業同業公會全國聯合會廢止）第 2 條第 1 項、第 5 項規定：

銀行辦理財富管理業務，應建立一套商品適合度政策，其內容至少應包括客戶風險等級、產品風險等級之分類，俾依據客戶風險之承受度提供客戶適當之商品，並應建立監控機制，以避免理財業務人員不當銷售或推介之行為。該商品適合度政策之揭示內容得彈性調整，但應遵循本準則所訂之基本原則。…銀行應依客戶投資屬性及其風險承受等級，配合個別商品或投資組合之風險類別，銷售或推介其適合之商品或投資組合。此外，並應建立例外處理機制，若客戶執意投資之商品或投資組合，其風險等級較客戶風險承受度為高者，應請客戶另行簽署聲明書，銀行並得視實際狀況拒絕客戶之投資申請。

(二) 信託業法第 22 條及第 23 條

信託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信託財產所受損害或回復原

狀，並得請求減免報酬。

(三)金融消費者保護法第 20 條

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，
款然進行評議。

案例 0032 連動債招攬-未盡揭露說明義務 (104 評 0716 號)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

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。惟本件相對人既有商品 DM 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，本中心衡酌兩造間具體情形，依金融消費者保護法第 20 條第 1 項揭示之公平合理原則及個案具體情狀，認相對人應補償申請人申購系爭連動債所受損失之○○%，即○○元。至於申請人所請求之利息損失○○元部份，與系爭連動債之投資損失，並無相當因果關係，自屬無據。

(二)爭議產品：連結式債券

(三)參考條文：(94 年 7 月 21 日)銀行辦理財富管理業務應注意事項第 6 點(四)及第 10 點(二)規定；(94 年 9 月 14 日)銀行辦理財富管理業務作業準則第 2 條第 3 項至第 5 項規定；信託法第 22、23 條規定；信託業法第 22、23 條規定；(94 年 2 月 24 日)信託業應負之義務及相關行為規範第 27 條第 1 項。

(四)關鍵字：連動債、揭露說明義務、風險告知

二、事實經過

申請人因至相對人○○分行臨櫃辦理申請人之定存單到期續存，當時該行理專甲君前來推介誘導乙君代為申購「○○○連動債券」(下稱系爭連動債)，並表示存款利率只有○%，根本沒有利息，此商品按季配息，保證高配息○%，且到期保證領回本金，已有多人申購且申購時間即將截止；又甲君亦表示乙君雖非申請人本人，仍得於申購書上簽名蓋章，另商品說明書要等行政流程走完才會下來，到時再行通知。嗣甲君因生產請假，所以商品說明書也沒拿到。直到 97 年 9 月爆發○○公司破產事件，致使申請人申購之金額到期無法領回。104 年 5 月 7 日收到相對人通知書，申請人所申購系爭連動債之歷次應得重整分配累計金額為○○元。相對人為賺取高報酬率之佣金，引進不良商品，經由甲君出面誘導鼓吹善良的定存客戶申購黑心商品，完全罔顧顧客之權益，更未盡善良管理人之職責，且申購契約書未經申請人本人簽名，也未取得申請人本人授權，即同意乙君代為簽名辦理，致申請人損失慘重，血本無歸，相對人難辭其咎。爰請求相對人賠償申購金額○○元減去歷次分配款○○元之差額○○元，及 97 年至 104 年之利息損失○○元，合計共○○元等語。

三、本案爭點

(一)相對人執行「業務推廣及客戶帳戶之風險管理」作業程序，有無缺失？

(二) 相對人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

1. 案外人乙君於 96 年 9 月 19 日至 A 銀行股份有限公司 (B 銀行股份有限公司於 96 年 12 月 14 日標得 A 銀行股份有限公司之資產、負債及營業，依金融監督管理委員會 97 年 3 月 13 日金管銀(五)字第 09700088250 號函，B 銀行股份有限公司自 97 年 3 月 29 日起概括承受 A 銀行股份有限公司之資產、負債及營業。後相對人與 B 銀行股份有限公司於 99 年 5 月 1 日依企業併購法共同申請分割，將 B 銀行股份有限公司在台分行部分營業、資產及負債分割予相對人概括承受)○○分行臨櫃辦理申請人之定存單到期續存，當時該行理專甲君前來推介誘導乙君代為申購「○○○連動債券」(下稱系爭連動債)，並表示存款利率只有○%，根本沒有利息，此商品按季配息，保證高配息○%，且到期保證領回本金，已有多人申購且申購時間即將截止；又甲君亦表示乙君雖非申請人本人，仍得於申購書上簽名蓋章，另商品說明書要等行政流程走完才會下來，到時再行通知。可是後來甲君因生產請假，所以商品說明書也沒拿到。
2. 直到 97 年 9 月爆發○○公司破產事件，致使申請人申購之金額到期無法領回。104 年 5 月 7 日收到相對人通知書，申請人所申購系爭連動債之歷次應得重整分配累計金額為○○元。相對人為賺取高報酬率之佣金，引進不良商品，經由甲君出面誘導鼓吹善良的定存客戶申購黑心商品，完全罔顧顧客之權益，更未盡善良管理人之職責，且申購契約書未經申請人本人簽名，也未取得申請人本人授權，即同意乙君代為簽名辦理，致申請人損失慘重，血本無歸，相對人難辭其咎。爰請求相對人賠償申購金額○○元減去歷次分配款○○元之差額○○元，及 97 年至 104 年之利息損失○○元，合計共○○元。

(二) 相對人主張

1. 申請人係於 96 年 6 月 23 日開立信託帳戶，並簽署「信託開戶申請書」，並於 96 年 9 月 20 日申購系爭連動債。系爭連動債之申購流程，僅能透過臨櫃申購，並由業務人員當面提供「產品條件說明暨風險預告特約事項」等文件向申購人說明產品內容、條件與風險；該筆交易在完成交易確認後，會另將交易條件確認書寄至申購人之通訊地址。申請人申購系爭連動債時簽署之「國外有價證券買進交易指示書」及「產品條件說明暨風險預告特約事項」，均蓋用與留存印鑑卡相符之印鑑章。「國外有價證券買進交易指示書」於「特定金錢信託資金投資國外有價證券風險預告事項」第(4)點已載明：「委託人於交易前，除須對本風險預告書詳加研析外，對其他可能影響之因素亦須

慎思明辨，並確實評估風險，以免因交易而遭到無法承受之損失。」；「產品條件說明暨風險預告特約事項」首頁即載明發行及保證機構為「○○財務有限公司」及「○○股份有限公司」，第4頁第5點亦載明主要風險中的信用風險（Credit Risk）：本商品之保證機構為○○，委託人須承擔本商品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機構及保證機構之信用評等價值之評估；亦即保本係由發行機構及保證機構所承諾，而非受託人之承諾或保證；另該文件亦充分揭露相關投資風險，包括最低收益風險（即本金損失風險）、委託人兼受益人提前贖回的風險、利率風險、流動性風險、信用風險等。

2. 關於申請人適配性檢測部份，由於該資料所儲存之資料系統目前因作業問題無法讀取，因此暫時無法提供，惟依據申請人所簽立「客戶風險承擔聲明書」，已聲明「本人於瞭解本商品為不保證到期 100%本金返還及未到期提前贖回需承擔美元之匯兌風險的特性後，始向 貴行提出申購請求」及「本交易一旦確立，所有損益由本人完全承擔。本人絕不以風險認知不足或其他理由而要求 貴行承擔任何責任。」，顯見申請人已了解並同意接受系爭連動債之各項風險。
3. 系爭連動債因發行及保證機構聲請破產保護而發生信用風險，導致發生投資損失，實非相對人所得預見。

五、判斷理由

（一）相對人執行「業務推廣及客戶帳戶之風險管理」作業程序，有無缺失？

1. 按（94年7月21日）銀行辦理財富管理業務應注意事項第6點（四）及第10點（二）明定：「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：…（四）業務推廣及客戶帳戶之風險管理作業準則。」、「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、銷售之行為。」。另（94年9月14日）銀行辦理財富管理業務作業準則第2條第3項至第5項明定：「銀行辦理財富管理業務，應於受理前進行下列程序，以瞭解客戶並幫助客戶瞭解自身投資屬性及其適合商品或投資組合：一、客戶填具客戶資料表，建檔並妥為保存。…二、依前款各項資料分別分析評估及分級後，界定客戶投資屬性及其風險承受等級。」、「銀行應依據個別商品或投資組合特性，如商品設計之複雜度、風險高低程度、現金流量方式、投資地區市場風險、商品期限、保本程度、價格波動程度等因素，分

別分析評估及分類後，界定個別商品或投資組合之風險等級。」、「銀行應依客戶投資屬性及風險承受等級，配合個別商品或投資組合之風險類別，銷售或推介其適合之商品或投資組合。此外，並應建立例外處理機制，若客戶執意投資之商品或投資組合，其風險等級較客戶風險承受度為高者，應請客戶另行簽署聲明書，銀行並得視實際狀況拒絕客戶之投資申請。」。

2. 經查，相對人表示關於申請人適配性檢測之資料，由於該資料所儲存之資料系統目前因作業問題無法讀取，因此暫時無法提供云云。據此，本中心無從認定申請人確實瞭解自身之投資屬性與風險承受度，以及系爭連動債之風險等級與申請人之投資屬性確屬適配，故就相對人是否落實執行「業務推廣及客戶帳戶之風險管理」作業程序乙節，實難為有利相對人之認定。

(二) 相對人是否未盡資訊揭露或風險告知之義務？

1. 按信託法第 22 條及第 23 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。」、「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信託財產所受損害或回復原狀，並得請求減免報酬。」。信託業法第 22 條及第 23 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。」、「信託業經營信託業務，不得對委託人或受益人有虛偽、詐欺或其他足致他人誤信之行為。」。又（94 年 2 月 24 日）信託業應負之義務及相關行為規範第 27 條第 1 項規定：「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）」。
2. 經查，相對人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，業如上述。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中揭露系爭連動債之相關風險，惟相對人既利用商品 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，應認相對人於商品 DM 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) 申請人雖主張系爭連動債之申購契約書未經申請人本人簽名，也未取得申請人本人授權云云，惟「國外有價證券買進交易指示書」及「產品條件說明暨風險預告特約事項」所蓋之印鑑章與申請人開戶之留存印鑑卡相符，縱未經申請人簽名，亦不影響該申購契約之有效成立。況且相對人已於申購後寄發交易條件確認書予申請人，申請人亦已領取系爭連動債之前 3 期配息，實難認申請人對於申購系爭連動債毫無所悉。故申請人上開主張，洵無足採。
- (四) 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，理專銷售商品時申請人若未能充分了解，亦得再向理專詢問，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，認相對人應補償申請人申購系爭連動債所受損失之○○%，即○○元。至於申請人所請求之利息損失○○元部份，與系爭連動債之投資損失，並無相當因果關係，自屬無據。

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、23 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。

信託業經營信託業務，不得對委託人或受益人有虛偽、詐欺或其他足致他人誤信之行為。

(二) 信託業法第 22、23 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。

信託業經營信託業務，不得對委託人或受益人有虛偽、詐欺或其他足致他人誤信之行為。

- (三) (94 年 7 月 21 日) 銀行辦理財富管理業務應注意事項第 6 點 (四) 及第 10 點 (二) 規定：

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：…（四）業務推廣及客戶帳戶之風險管理作業準則。

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、銷售之行為。

（四）（94 年 9 月 14 日）銀行辦理財富管理業務作業準則第 2 條第 3 項至第 5 項明定：

銀行辦理財富管理業務，應於受理前進行下列程序，以瞭解客戶並幫助客戶瞭解自身投資屬性及其適合商品或投資組合：一、客戶填具客戶資料表，建檔並妥為保存。…二、依前款各項資料分別分析評估及分級後，界定客戶投資屬性及其風險承受等級。

銀行應依據個別商品或投資組合特性，如商品設計之複雜度、風險高低程度、現金流量方式、投資地區市場風險、商品期限、保本程度、價格波動程度等因素，分別分析評估及分類後，界定個別商品或投資組合之風險等級。銀行應依客戶投資屬性及其風險承受等級，配合個別商品或投資組合之風險類別，銷售或推介其適合之商品或投資組合。此外，並應建立例外處理機制，若客戶執意投資之商品或投資組合，其風險等級較客戶風險承受度為高者，應請客戶另行簽署聲明書，銀行並得視實際狀況拒絕客戶之投資申請。

（五）（94 年 2 月 24 日）信託業應負之義務及相關行為規範第 27 條第 1 項規定：

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）。

（六）金融消費者保護法第 20 條

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，款然進行評議。

基金招攬

案例 033 基金招攬-告知義務 (104 評 0857)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

申請人申購基金的情形悖於定期定額基金的申購方式，堪認相對人有不當收取手續費的情事。申請人申購基金的過程實偏離交易常態，並因此發生金錢損害的結果，相對人在辦理財富管理及信託業務有違善良管理人之注意義務，應堪認定。

(二)爭議產品：基金

(三)參考條文：信託法第 22 條、金融消費者保護法第 10 條、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 26 條第 1 項及第 27 條。

(四)關鍵字：告知義務、手續費

二、事實經過

申請人委託相對人以定期定額的申購方式申購基金，遭相對人收取○○%之手續費。申請人主張相對人未盡告知義務，導致其投資虧損，爰申請評議。

三、本案爭點

申請人請求相對人返還申購基金之手續費新台幣○○元，有無理由？

四、當事人主張

(一)申請人主張

申請人自 100 年 1 月 13 日起與相對人○○分行有特定金錢信託投資運用之交易，其中申購該行推銷各項基金中有關定期定額基金之申購，未告知申請人需預收手續費達 40%，目前投資之虧損已達新台幣○○元左右，經申請人要求提供過去簽署之信託運用指示書影本，發現該指示書之手續費率開辦費欄係於本人簽署後另由第三人所填寫，另「基金通路報酬揭露事項」表之第 1 頁，未經本人簽署及審閱，明顯有隱匿之情事。

(二)相對人主張

1. 理專銷售時皆有向申請人說明產品條件、○○費用收取方式及相關風險，「特定金錢信託運用指示書」、「基金通路報酬揭露事項」文件皆詳載○○費用的收取方式、投資條件及相關風險，並經申請人審閱後於相關申購及贖回文件親自簽名確認。
2. 相對人檢視本案整體交易過程，確已充分向申請人說明及揭露○○費用收取方式，申請人與相對人之交易契約亦完整且無違反相關法令規範。
3. 理專於 101 年 10 月 26 日首次向申請人銷售過程中，當場告知申請人參加○○專案時，於簽約當日須支付以首次信託金額 40%計算之開辦費，之後扣

款或基金辦理贖回前，相對人不收取任何手續費，相對人亦告知申請人開辦費一經支付後，不得以任何理由要求返還開辦費。前述○○費用收取方式亦以粗黑字體加註底線之顯著方式充分揭露於申請人同日簽署之「特定金錢信託投資國內外有價證券暨信託運用指示書(申購○○)」第2頁上方：「二、委託人申請參加本專案時，於基金辦理贖回前，受託人將不收取任何申購手續費，惟委託人須支付開辦費及其他費用，開辦費以首次信託金額乘上40%計算之，於簽署本信託運用指示書時由委託人一次給付予受託人。委託人一經支付開辦費後，不得以任何理由要求受託人返還開辦費。」在申請人簽署之「基金通路報酬揭露事項」第1頁申購手續費分成(%)之說明欄亦標明「台端支付的基金申購手續費為40%，其中本銀行收取不多於40%」以告知投資人相對人收取之費用，業經申請人閱讀並瞭解後親筆簽名確認在案。

五、判斷理由

- (一) 按「因故意或過失，不法侵害他人之權利者，負損害賠償責任。故意以背於善良風俗之方法，加損害於他人者亦同。」「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。」，民法第184條及第188條定有明文。復按我國就民法上之法人認定，應採法人實在說，即法人的意思能力可透過機關向外表示，因而構成法人本身的行為，其對外之一切事務，均由其代表人代表為之，代表人代表法人所為之行為，即係法人之行為，倘其行為侵害他人之權利，且合於民法所定侵權行為之構成要件，法人自應對被害人負侵權行為損害賠償責任，此有最高法院102年台上字第1556號民事判決意旨可資參考。
- (二) 次按「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。」金融消費者保護法第7條第3項定有明文；「信託受託人應依信託本旨，以善良管理人之注意，處理信託事務。」，信託法第22條亦有明文。又按「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」，金融消費者保護法第10條定有明文；又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（下稱信託業訂約管理辦法）第26條第1項及第27條分別規定「信託業辦理信託業務，應與委託人訂定信託契約及其他依法令應簽署之契約或文件，並交付契約正本或註明與正本完全相符之影本予委託人，未於簽約當時交付者，應於簽約後以郵寄或其他約定之方式交付委託人。訂約前應盡第二十七條之告知義務，並提供委託人

合理審閱期間。」、「信託業辦理信託業務，應向委託人充分揭露並明確告知信託報酬、各項費用與其收取方式，及可能涉及之風險等相關資訊，其中投資風險應包含最大可能損失。」。此皆在課與金融機構於提供金融商品或服務之契約前及辦理信託業務時，應即時並充分說明及揭露可能涉及之風險等相關資訊並交付契約相關文件，以確保金融消費者權益並避免相關糾紛，尤應以委託人權益為優先，迴避利益衝突，合理收取手續費等信託報酬，否則難謂盡其善良管理人注意義務。

- (三) 定期定額基金的申購方式，即以每次固定的投資金額，定期定時持續的申購，透過攤平的策略使申購的單位成本降低。是以，系爭指示書第2頁：「二、委託人申請參加本專案時，於基金辦理贖回前，受託人將不收取任何申購手續費，惟委託人須支付開辦費及其他費用，開辦費以首次信託金額乘上40%計算之…」之約定，雖收取首次信託金額40%之手續費，但於基金辦理贖回前將不再收取任何申購手續費，長期持續以觀，平均申購成本將逐漸降低，甚可低於單筆申購基金應收取的手續費，故開辦費以首次信託金額乘上40%計算之約定，應屬合理。惟查，本件申請人申購基金的情形悖於定期定額基金的申購方式，堪認相對人有不當收取手續費的情事。以同一筆「○○公用事業」基金為例，申請人在102年1月2日以定期定額申購時業已收取首次開辦的手續費○○元美金(投資本金○○元美金)，卻旋即於102年5月22日贖回，又在102年6月3日以定期定額方式申購，立即又於102年7月8日贖回，重複被收取首次申購的手續費美金○○元(投資本金○○元)。再者，申請人亦未「定期」、「定額」申購，此種申購方式一般實應以單筆申購方式為之，方符交易常態。另外，「○○亞洲收益」、「○○新興歐洲」、「○○食品飲料」、「○○越南」、「○○新興小型企業」，皆有以定期定額開辦申購贖回、又開辦，重複收取首次申購定期定額基金信託金額手續費之情形，「○○亞小」甚至被收取三筆首次申購定期定額基金之信託金額開辦手續費(102年1月2日申購，102年5月22日贖回，投資本金○○元美金，手續費○○元美金；102年5月16日再申購而於102年7月8日贖回，投資本金○○元美金，手續費○○元美金；102年6月3日又再申購，102年7月8日贖回，投資本金○○元美金，手續費○○元美金)，實難想像此種絕對虧損的基金申購方式係出於申請人自願。是以，相對人於提供系爭金融商品或服務時是否業已盡善良管理人注意義務；是否於執行信託業務時，依信託本旨以委託人利益優先，迴避利益衝突，並充分揭露交易成本、各項費用與其收取方式等資訊，合理收取手續費等信託報酬，實有疑義。雖本中心宥於書面審理，僅依現有卷證資料，尚難逕論相對人應依侵權行為、契約義務違

反之債務不履行法律關係，負損害賠償責任，惟申請人申購基金的過程實偏離交易常態，並因此發生金錢損害的結果，綜觀前節，相對人在辦理財富管理及信託業務有違善良管理人之注意義務，應堪認定。

- (四) 未按金融消費者保護法第 1 條及第 13 條規定，本中心應秉持公平合理、迅速有效之原則處理金融消費爭議事件。又本中心處理金融消費爭議事件之程序，其性質屬訴訟外之爭端解決機制，而與訴訟程序依法裁判不盡相同。是依金融消費者保護法第 20 條第 1 項所揭示公平合理原則，經本中心檢視申請人申購系爭基金的交易過程，相對人收取首次信託金額手續費顯失合理範圍部分，即相同基金重複開辦及以定期定額方式申購卻單次短期申購即贖回者，此偏離交易常態的部分，應返還申請人；惟申請人既為完全行為能力人，原則上應對自身訂約決定負責，考量申請人的學經歷，對損害之發生難謂無可咎之處。故綜合個案所有情節考量，認相對人應返還新台幣○○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) 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。

(三) 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 26 條第 1 項

信託業辦理信託業務，應與委託人訂定信託契約及其他依法令應簽署之契約或文件，並交付契約正本或註明與正本完全相符之影本予委託人，未於簽約當時交付者，應於簽約後以郵寄或其他約定之方式交付委託人。訂約前應盡第二十七條之告知義務，並提供委託人合理審閱期間。

(四) 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 27 條

信託業辦理信託業務，應向委託人充分揭露並明確告知信託報酬、各項費用與其收取方式，及可能涉及之風險等相關資訊，其中投資風險應包含最大可能損失。

案例 034 基金招攬-適合度 (104 評 0880)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

KYC 程序之踐行目的在於充分瞭解客戶之實際需求，俾以依客戶之能力作成妥善之財務規劃或資產配置，其中包含接受客戶原則、開戶審查原則、客戶投資能力之評估等作業準則，進而依客戶之風險承受度向其銷售或推介適合之金融產品，假若認識客戶原則無法落實，則恐有無法防止金融機構為自身利益濫行銷售或推介不適當金融商品之情事發生。是依銀行辦理財富管理業務應注意事項第 8 點規定，相對人顯未落實定期檢視制度，縱相對人主張業已符合相關規定辦理，惟實際執行並未確實，致該程序流於形式，實難謂已善盡善良管理人之注意義務。

(二)爭議產品：基金

(三)參考條文：信託法第 22 條及第 23 條、銀行辦理財富管理業務作業準則第 2 條。

(四)關鍵字：適合度原則、KYC 問卷

二、事實經過

申請人主張 99 年 11 月 23 日之 KYC 問卷係由理專填寫，內容與申請人的狀況大有出入。至 101 年 1 月 30 日申請人自行填寫 KYC 問卷，屬性為平衡型，申請人才發現 99 年 11 月 23 日的風險屬性大有問題，顯見相對人內部管理有重大瑕疵。理專本應瞭解客戶之風險屬性再作理財建議，卻因貪圖自身銷售利益，將客戶風險屬性提升為積極型，完全違反理專道德規範。為此，爰向本中心提起評議申請，請求相對人返還投資本金。

三、本案爭點

相對人是否有確實執行適合度分析以充分評估申請人之投資風險屬性？

四、當事人主張

(一)申請人主張

1. 申請人主張其於 99 年 11 月 23 日經相對人專業理財經理人甲員介紹理財產品，甲員遊說由伊操作可年獲利 10%，100 年 2 月 8 日帳務資料影本背面即有甲員所寫之 10%。後填寫客戶投資問卷暨投資風險承受度測試分析紀錄表(下稱 KYC 問卷)時，甲員僅有叫申請人簽名蓋章，其他相關內容均為甲員自行填寫，筆跡非申請人所有，內容亦與申請人狀況大有出入。例如：申請人僅有高中畢業，甲員填寫為大專、申請人之前從未投資過結構型商品，期貨，期權及外匯操作，甲員卻逕自填寫、有多項投資風險承受度均與申請人不符。就社會一般通常觀念，銀行針對相關契約、文件均應該向民眾說明清楚後，才要求客戶簽名蓋章，一般民眾都會相信銀行要求客戶填寫的文件，

都是出於誠信原則，所以大多不會逐字逐句去一一審閱。

2. 101 年 1 月 30 日申請人自行填寫 KYC 問卷，屬性為平衡型，申請人才發現 99 年 11 月 23 日的風險屬性大有問題，顯見相對人內部管理有重大瑕疵。

甲員本應瞭解客戶之風險屬性再作理財建議，卻因貪圖自身銷售利益，將客戶風險屬性提升為積極型，完全違反理財專員道德規範。

(二)相對人主張

1. 相對人前專員甲員依申請人之需求提供商品供參，並於向申請人推介商品之前，皆有清楚說明投資市場現況及未來趨勢，並提供符合申請人風險承受度之商品，經申請人詳細評估個人資金規劃與基金投資標的綜效後，申請人方決定簽約申購及轉換系爭商品，並於申購及轉換申請文件蓋用申請人留存於相對人之約定往來印鑑，顯見申請人與相對人就系爭商品申購及轉換已達成意思表示合致。
2. KYC 問卷係相對人人員透過對申請人連續的對談詢問，瞭解申請人風險偏好及過往投資經驗後記錄於該測試問卷內，並經申請人親簽暨蓋用約定印鑑確認內容後，始進行交易等後續程序，故就事實上及法律上相對人皆已符合相關規定辦理，相對人並無管理瑕疵。又按一般人在瞭解文件內容情形下始為簽章用印為社會通念，而申請人前係從事代書業務，更甚一般人瞭解簽名蓋章之效力，依常理判斷申請人自應已獲悉 KYC 問卷之全部內容並無異議，始於文件簽章用印，故申請人主張 KYC 問卷內容非其填寫要求損害賠償，顯屬無據。

五、判斷理由

- (一) 按「信託者，謂委託人將財產權移轉或為其他處分，使受託人依信託本旨，為受益人之利益或為特定之目的，管理或處分信託財產之關係，信託法第 1 條亦定有明文。而所謂『特定金錢信託契約』，乃金錢信託之委託人保留對信託財產之運用決定權，約定由委託人本人或其委任之第三人，對信託財產之營運範圍或方法，就投資標的、運用方式、金額、條件、期間等事項為具體特定之運用指示，並由受託人依該運用指示為信託財產之管理或處分。」，此有台灣台南地方法院 100 年度訴字第 741 號民事判決為據。「信託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信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 條及第 23 條定有明文。查申請人與相對人間成立信託關係，此有相對人所提出之一本萬利帳戶往來申請書在卷可稽，故申請人保留對信託財產之運用決定權，由相對人依申請人之運用指示為信託財產

之管理或處分，相對人亦應以受託人之地位，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。申請人指稱其係全部相信理專的操作，相對人所指申購作業係依申請人的指示，與事實不符云云，然依現行交易實務，雖係由理專推介申請人金融商品，然申請人仍保有對信託財產之運用決定權，亦即每次申購基金均須由申請人填具特定金錢信託投資國內外有價證券申購書，相對人始得依該申購書之指示辦理作業，申請人既欲藉由投資獲利而決定申購金融商品，自係出於申請人本人所為之指示，申請人之指稱顯有誤會。

- (二) 次按，「銀行辦理財富管理業務，應建立一套商品適合度政策，其內容至少應包括客戶風險等級、產品風險等級之分類，俾依據客戶風險之承受度提供客戶適當之商品，並應建立監控機制，以避免理財業務人員不當銷售或推介之行為。該商品適合度政策之揭示內容得彈性調整，但應遵循本準則所訂之基本原則。」、「銀行應依客戶投資屬性及其風險承受等級，配合個別商品或投資組合之風險類別，銷售或推介其適合之商品或投資組合。…」、「銀行應定期檢視客戶投資屬性、商品及投資組合風險等級，並依實際狀況作適當調整。此外，銀行應依前揭調整結果，再次檢視客戶投資之商品或投資組合與其投資屬性之配合是否允當，若有不符之情況應適時通知客戶。」(95年7月13日「銀行辦理財富管理業務作業準則」第2條第1、5、6項參照)、「定期檢視制度：銀行應建立理財業務人員定期以電話或親訪客戶制度，以瞭解客戶財務、業務變動之狀況，並及時更新客戶資料檔，並配合檢討評估客戶投資能力。另內部稽核人員並應定期查核客戶之檔案，以確保其一致性及完整性。其檢視及查核之頻率得視往來關係之規模、複雜度及風險程度而定。」(94年7月21日「銀行辦理財富管理業務應注意事項」第8點參照)。蓋銀行以信託方式辦理財富管理業務推介之金融投資商品，因種類繁多，多具高度專業性、抽象性及複雜性，並有資訊不對稱、交易雙方經濟能力差距懸殊之特性，交易風險較高，一般投資大眾未必具備投資該商品之專業知識及資訊，有賴於收受報酬而受委託從事投資之受託人，針對信託客戶投資屬性及其風險承受能力，銷售或推介適合其風險類別之商品或投資組合，且應配合定期檢視制度以確保客戶投資之商品或投資組合與其投資屬性之配合是否允當，始符合銀行受託人之善良管理人注意義務及信託本旨。
- (三) 經查，依據相對人提供申請人歷次KYC問卷結果，除首次99年11月23日為積極型外，後續皆為平衡型及穩健型，直至103年11月5日始再次為積極型。申請人爭議之「教育程度」欄位，於99年11月23日選擇「大專」、後續均選擇「高中職」，因申請人並無提出適當之證明文件證明其最高學歷

為何，本中心尚難僅以現有卷證資料判別其最高學歷之真偽，惟綜合前開勾選結果內容前後互有矛盾，內容顯有不實。又依據相對人提供之 KYC 問卷，有關申請人投資經驗，核有「台幣存款」、「基金」、「股票」、「結構性商品」、「期貨/期權」、「外匯操作」等項目前後有所出入，則申請人是否確有如 99 年 11 月 23 日 KYC 問卷內容所示之投資經驗，誠非無疑。按 KYC 程序之踐行目的在於充分瞭解客戶之實際需求，俾以依客戶之能力作成妥善之財務規劃或資產配置，其中包含接受客戶原則、開戶審查原則、客戶投資能力之評估等作業準則，進而依客戶之風險承受度向其銷售或推介適合之金融產品，假若認識客戶原則無法落實，則恐有無法防止金融機構為自身利益濫行銷售或推介不適當金融商品之情事發生。是依前揭「銀行辦理財富管理業務應注意事項」第 8 點規定，相對人顯未落實定期檢視制度，縱相對人主張業已符合相關規定辦理，惟實際執行並未確實，該程序流於形式，實難謂已善盡善良管理人之注意義務。

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)信託法第 23 條

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信託財產所受損害或回復原狀，並得請求減免報酬。

(三)銀行辦理財富管理業務作業準則第 2 條第 6 項

銀行應定期檢視客戶投資屬性、商品及投資組合風險等級，並依實際狀況作適當調整。此外，銀行應依前揭調整結果，再次檢視客戶投資之商品或投資組合與其投資屬性之配合是否允當，若有不符之情況應適時通知客戶。

案例 035 基金招攬-適合度 (104 評 1083)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

衡酌相對人於推介系爭基金之過程，享有財務金融之資訊優勢，在明知系爭投資商品之風險屬性顯非適合申請人時，仍對其銷售而未拒卻消費者之申購行為，並以系爭投資商品業經申請人簽署聲明書為由，放任申請人投資不當之商品，以賺取佣金，應有悖於誠信原則。就此，無啻將系爭投資商品之投資風險逕由申請人承擔，而有失銷售行為之正當性，此與財富管理作業準則第 2 條之意旨相違，難認相對人業已竭盡受託人之善良管理人之注意義務。

(二)爭議產品：基金

(三)參考條文：信託法第 22 條及第 23 條、銀行辦理財富管理業務作業準則第 2 條。

(四)關鍵字：適合度原則、KYC 問卷

二、事實經過

申請人主張其自 94 年起至 104 年所申購之 56 筆境外基金，係在相對人不當推薦下所反覆購買超過申請人風險承受等級之商品，爰向本中心提起評議申請，請求相對人賠償本金及利息損失。

三、本案爭點

相對人就系爭投資商品之申購程序，是否有違反善良管理人注意義務之情事？

四、當事人主張

(一)申請人主張

1. 申請人自 94 年間（當時年齡 71 歲）委託相對人投資保守穩健型之金融商品。然而，申請人自 94 年起至 104 年所申購之 56 筆境外基金（除 104 年 3、4 月所申購之○○收益基金尚未贖回之外，其餘均已贖回）及 97 年所申購之 2 筆連動債（下合稱系爭投資商品），係在相對人不當推薦下所反覆購買超過申請人風險承受等級之商品（尤其自 98 年至 102 年間），且歷次買賣操作，承辦理專僅告知年邁之申請人市場變化情形複雜難懂，要申請人放心相信其專業，並囑於文件蓋章以配合其作業。
2. 按金管會規定，銀行不得購買超過投資人風險承受等級之商品。況且，「消費者保護法令遵循專案」亦規定銀行不得推介年齡 70 歲以上老人簽署相關同意書。該銀行理專前述作為以及相對人對於金融商品銷售管理顯然已違反相關規定。因此，基於對消費者之保護，相對人自應負損害賠償責任。

(二)相對人主張

1. 申請人自 94 年 12 月 20 日於相對人開戶，歷年來 KYC 問卷均係由申請人簽名暨蓋用往來約定印鑑章確認問卷內容無誤。依上開問卷內容可知，申請人有投資基金、債券、保險、股票等經驗，足資證明申請人投資經驗豐富，且對基金產品之特性、條件及投資風險均有一定程度之了解。
2. 又申請人之風險屬性偏屬穩健型，對於系爭投資商品中較積極之標的，申請人均有簽署聲明書，故就申購程序，相對人皆已符合交易當時相關規定。有關係爭投資商品之申購及贖回，均由申請人及相對人同意而成立，故相關手續費用之收取悉依雙方信託契約約定辦理。再者，相對人均依規定寄送對帳單至申請人所留存之地址，對帳單之內容業已清楚記載系爭商品之相關資訊，相對人亦將相關資訊與淨值於公開網站上確實揭露並公告，且申請人於相對人已贖回之總投資係屬獲利，故申請人之請求實無理由。

五、判斷理由

- (一) 按「信託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信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 條及第 23 條定有明文。查申請人與相對人間成立信託關係，故相對人自應以受託人之地位，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，合先敘明。
- (二) 次按，銀行辦理財富管理業務作業準則第 2 條規定（下稱財富管理作業準則，為 95 年 7 月 13 日中華民國銀行商業同業公會全國聯合會發布，該作業準則於 101 年 8 月 20 日經中華民國銀行商業同業公會全國聯合會廢止）：「銀行辦理財富管理業務，應建立一套商品適合度政策，其內容至少應包括客戶風險等級、產品風險等級之分類，俾依據客戶風險之承受度提供客戶適當之商品，並應建立監控機制，以避免理財業務人員不當銷售或推介之行為。該商品適合度政策之揭示內容得彈性調整，但應遵循本準則所訂之基本原則。…銀行應依客戶投資屬性及風險承受等級，配合個別商品或投資組合之風險類別，銷售或推介其適合之商品或投資組合。此外，並應建立例外處理機制，若客戶執意投資之商品或投資組合，其風險等級較客戶風險承受度為高者，應請客戶另行簽署聲明書，銀行並得視實際狀況拒絕客戶之投資申請。銀行應定期檢視客戶投資屬性、商品及投資組合風險等級，並依實際狀況作適當調整。此外，銀行應依前揭調整結果，再次檢視客戶投資之商品或投資組合與其投資屬性之配合是否允當，若有不符之情況應適時通知客戶。」又按，「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。但金融服務業能證明損害之發生非因其未充分瞭解金融消費者之商品或服務適合度或非因其未說明、說明不實、錯誤或未充分揭露風險之事項所致者，不在此限。」金融消費者保護法第9條及第11條亦分別定有明文。是以，依相對人所提出之申請人投資往來明細表（詳附件一），系爭投資商品為申請人自94年起至104年所申購之56筆境外基金及97年所申購之2筆連動債，除94年12月20日所申購之「○○」及「○○」為上開財富管理作業準則發布前所申購者外，其餘申購程序均應符合上開財富管理作業準則或金融消費者保護法之規範。

（三）經查，依申請人及相對人所提出之部分「KYC 客戶投資問卷暨投資風險承受度測試分析紀錄表」及系爭投資商品申購文件，申請人96年12月21日之風險承受度為「C1 保守型」、98年7月16日之風險承受度為「C2 保守偏穩健型」、100年12月12日之風險承受度為「C3 平衡型」、103年4月16日之風險承受度為「C2 穩健型」、104年3月30日之風險承受度為「C1 保守型」。申請人於96年12月21日申購之「○○基金」，其商品風險屬性為「RR5」；於98年9月29日及98年10月7日申購之「○○基金○○」，其商品風險屬性為「RR5」；於98年10月20日申購之「○○基金」，其商品風險屬性為「RR4」；於98年11月25日申購之「○○金」，其商品風險屬性為「RR5」；於99年1月20日申購之「○○基金」，其商品風險屬性為「RR4」；於99年1月29日申購之「○○基金」，其商品風險屬性為「RR5」；於99年12月23日申購之「○○基金」、「○○基金」及「○○基金」，其商品風險屬性則均為「RR5」等，均因申請人之投資風險承受度不符合商品風險屬性，而另填具聲明書，並聲明「…本人絕不以對風險認知不足或其他理由而要求 貴行承擔任何風險。…」以完成相關交易之申購手續。故自96年12月起至101年2月止，申請人所申購之境外基金幾乎均未符合申請人之風險承受度，甚至有「C1 保守」卻申購風險屬性為「RR5」之商品。而101年8月迄至104年4月止，亦有類似之交易型態發生，此無異使適合度分析程序流於形式。

（四）況且，依據前開財富管理作業準則第2條規定，對於客戶執意投資之商品或投資組合，其風險等級較客戶風險承受度為高者，應請客戶另行簽署聲明書，銀行並得視實際狀況拒絕客戶之投資申請，亦即相對人對於商品風險等級較客戶風險承受度為高者，除請客戶另行簽署聲明書外，尚需有拒絕客戶申購之風險控制機制，惟依據本案卷附資料內容，並無相對人拒絕申請人申

購系爭基金之記錄。再者，縱前開財富管理作業準則第2條係以銀行規定得拒絕客戶投資之申請，而非應拒絕客戶投資之申請，然衡酌相對人於推介系爭基金之過程，享有財務金融之資訊優勢，在明知系爭投資商品之風險屬性顯非適合申請人時，仍對其銷售而未拒卻消費者之申購行為，並以系爭投資商品業經申請人簽署聲明書為由，放任申請人投資不當之商品，以賺取佣金，亦有悖於誠信原則。就此，無啻將系爭投資商品之投資風險逕由申請人承擔，而有失銷售行為之正當性，此與財富管理作業準則第2條之意旨相違，難認相對人業已竭盡受託人之善良管理人之注意義務。

- (五) 就系爭投資商品相對人已收取之手續費及信管費合計共○○元，相對人並不爭執。然相對人既有如前述之未盡善良管理人注意義務之情事，其收取上開手續費及信管費之正當性，即有待斟酌。從而，本中心爰依金融消費者保護法第20條第1項規定，衡酌公平合理原則及個案情狀，認就此部分有特別減免相對人部分報酬，並予以補償申請人之必要，其補償方式，以相對人所收取之手續費及信管費之總金額之○○%為適當，故合計共應補償申請人○○元。

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) 信託法第23條

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信託財產所受損害或回復原狀，並得請求減免報酬。

(三) 銀行辦理財富管理業務作業準則第2條第1項

銀行辦理財富管理業務，應建立一套商品適合度政策，其內容至少應包括客戶風險等級、產品風險等級之分類，俾依據客戶風險之承受度提供客戶適當之商品，並應建立監控機制，以避免理財業務人員不當銷售或推介之行為。該商品適合度政策之揭示內容得彈性調整，但應遵循本準則所訂之基本原則。

(四) 銀行辦理財富管理業務作業準則第2條第5項

銀行應依客戶投資屬性及風險承受等級，配合個別商品或投資組合之風險類別，銷售或推介其適合之商品或投資組合。此外，並應建立例外處理機制，

若客戶執意投資之商品或投資組合，其風險等級較客戶風險承受度為高者，應請客戶另行簽署聲明書，銀行並得視實際狀況拒絕客戶之投資申請。

(五) 銀行辦理財富管理業務作業準則第 2 條第 6 項

銀行應定期檢視客戶投資屬性、商品及投資組合風險等級，並依實際狀況作適當調整。此外，銀行應依前揭調整結果，再次檢視客戶投資之商品或投資組合與其投資屬性之配合是否允當，若有不符之情況應適時通知客戶。

案例 036 基金招攬-違反說明義務 (104 評 1230)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

因為前開申購申請書係申請人申購當時由相對人自行列印後交由申請人蓋印原留印鑑，而該選項之方格於列印當時業已填滿，而非由申請人自行勾選，則申請人是否確實取得系爭基金之公開說明書及投資人須知，不無疑問。再者，前開選項記載「已由經理公司交付或於貴行取得」，然相對人並未敘明究竟係由何人於何時以何種方式交付予申請人，亦未提供所交付之公開說明書及投資人須知供本中心審究，實難僅憑申購申請書已蓋印申請人原留印鑑即予認定相對人有提供系爭基金之公開說明書及投資人須知予申請人。

(二)爭議產品：基金

(三)參考條文：信託法第 22 條、金融消費者保護法第 10 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 7 條。

(四)關鍵字：說明義務、公開說明書

二、事實經過

申請人前透過理專向相對人申購系爭基金，嗣因相對人未盡說義務而要求停止申購系爭基金，然因相對人表示已無法停止申購，遂辦理贖回。爰向本中心提起評議申請，請求相對人返還投資損失及管理費。

三、本案爭點

- (一) 相對人是否有不法之推介行為而違反善良管理人之注意義務？
- (二) 相對人是否有提供系爭基金之公開說明書或投資人須知予申請人？

四、當事人主張

(一)申請人主張

1. 申請人於 104 年 6 月 1 日透過相對人理財專員甲員推介，申購「○○基金」，投資金額為○○元。隔日即 104 年 6 月 2 日申請人因尚未看到系爭基金的紙本資料，遂打電話予甲員要求停止申購系爭基金，並要求甲員郵寄資料予申請人，待申請人看完資料後再行回覆。嗣因甲員攜帶「○○月刊」親至申請人家中向申請人解說後，申請人始同意下單。。
2. 104 年 6 月 3 日因申請人於相對人網路銀行上看到的資訊與甲員給申請人看的月刊上的資訊不太相同，不想在如此倉促的情況下交易，便要求終止申購基金。惟相對人之相關人員均表示已無法停止申購，申請人遂於 104 年 6 月 8 日辦理贖回。甲員用不當且急促的方式推銷系爭基金，講述不實的內容，並且規避提及風險，其方式幾近詐欺。爰請求相對人退還基金管理費○

○元，及申購系爭基金所受損失○○元。

(二)相對人主張

1. 經查甲員推介商品過程，該員表示其向申請人推介商品前，先向申請人說明基金分股票型、債券型和平衡型，股票型收益較高，但風險也高，債券型收益較少，但風險也較低，平衡型剛好介在兩者之間，但基金都不保本，並提供系爭基金 DM 清楚說明投資市場現況及投資標的風險屬性。申請人經詳細評估個人資金規劃，始決定簽約申購系爭基金，並於申購申請文件上蓋用申請人留存於相對人之約定往來印鑑，顯見申請人與相對人就申購系爭基金已達成意思表示合致，且已完成簽約程序，甲員相關服務接洽過程，並無違規或涉嫌詐騙情事。
2. 又申請人之風險屬性屬穩健型，可承作 C 核心類之投資型金融商品，系爭基金之風險等級為 C，係符合申請人風險承受度之商品，甲員並提供風險預告書予申請人，已充分清楚告知系爭基金之內容、條件及風險。
3. 系爭基金授權預約申請書亦有再確認，相對人業依申請人能充分瞭解之方式說明契約重要內容及揭露相關風險，並經申請人簽章確認已取得系爭基金（簡式）公開說明書或投資人須知在案。另相對人亦有將系爭基金相關資訊與淨值於公開網站確實揭露並公告，申請人可隨時上網查詢，足徵相對人確已盡善良管理人之注意義務。

五、判斷理由

(一) 相對人是否有不法之推介行為而違反善良管理人之注意義務：

1. 接受託人應依信託本旨，以善良管理人之注意，處理信託事務，信託法第 22 條定有明文。復按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；信託業經營信託業務，不得對委託人或受益人有虛偽、詐欺或其他足致他人誤信之行為，亦為信託業法第 22 條第 1 項、第 23 條所明定。次按金融消費者保護法第 10 條第 1 項規定：「金融服務業與金融消費者訂立提供金融商品或服務之契約前，應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。」。
2. 經查，相對人主張理財專員甲員向申請人推介系爭基金時，已提供系爭基金 DM 清楚說明投資市場現況及投資標的之風險屬性等語，並提出系爭基金之 DM 為證，堪可採信。雖然申請人表示甲員係用不當且急促的方式推銷系爭基金，講述不實的內容，並且規避提及風險云云，惟申請人並未舉證以實其說，故此部分尚難為有利申請人之認定。準此，依現有事證，尚難認定相對人有不法之推介行為而違反善良管理人之注意義務之情事。

(二) 相對人是否有提供系爭基金之公開說明書或投資人須知予申請人：

1. 按 100 年 12 月 12 日金融監督管理委員會所發布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 7 條規定：「金融服務業提供金融商品或服務，應按金融商品或服務之性質於公開說明書、投資說明書、商品說明書、風險預告書、客戶須知、約定書、申請書或契約等說明文件，或經由雙方同意之網際網路或其他約定方式，說明及揭露前二條之重要內容，並以顯著字體或方式表達。」。
 2. 經查，申請人主張申購系爭基金之隔日即 104 年 6 月 2 日，因尚未看到系爭基金的紙本資料，遂打電話予甲員要求停止申購系爭基金，並要求甲員郵寄資料予申請人，待申請人看完資料後再行回覆等語。相對人則主張申購申請書業經申請人簽章確認已取得系爭基金（簡式）公開說明書及投資人須知在案云云。惟因為前開申購申請書係申請人申購當時由相對人自行列印後交由申請人蓋印原留印鑑，而該選項之方格於列印當時業已填滿，而非由申請人自行勾選，則申請人是否確實取得系爭基金之公開說明書及投資人須知，不無疑問。再者，前開選項記載「已由經理公司交付或於貴行取得」，然相對人並未敘明究竟係由何人於何時以何種方式交付予申請人，亦未提供所交付之公開說明書及投資人須知供本中心審究，實難僅憑申購申請書已蓋印申請人原留印鑑即予認定相對人有提供系爭基金之公開說明書及投資人須知予申請人。
- （三）相對人有未交付系爭基金之公開說明書及投資人須知予申請人之缺失，惟相對人之前開缺失與申請人所受損害間，應具有相當因果關係，始得令相對人負損害賠償責任。而相對人若無上開缺失，則依通常情形及一般經驗法則，申請人是否即不致於蒙受基金管理費及投資之損失，非無疑義。故相對人之上開缺失，與申請人因申購系爭基金被收取之基金管理費○○元，及贖回系爭基金所受損失○○元間，難認有相當因果關係。然相對人既有上開缺失，本中心衡酌本案具體情狀，參照金融消費者保護法第 20 條第 1 項公平合理原則，認相對人應補償申請人請求金額之○○%，故申請人得請求相對人補償○○元。

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）金融消費者保護法第 10 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。

(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 7 條

金融服務業提供金融商品或服務，應按金融商品或服務之性質於公開說明書、投資說明書、商品說明書、風險預告書、客戶須知、約定書、申請書或契約等說明文件，或經由雙方同意之網際網路或其他約定方式，說明及揭露前二條之重要內容，並以顯著字體或方式表達。

第三篇 證券期貨

證券期貨

案例 037 股票交易 (104 評 0429)

一、案例摘要

(一)評議要旨：

本件申請人主張其於 103 年 3 月 19 日盤後語音下單買進系爭○○股票 10 張，因於語音操作時誤植成預約單，當日即致電相對人營業員告知欲取消預約單，但營業員甲君未依申請人指示辦理，導致系爭○○股票於隔日成交，相對人應負賠償責任。

(二)爭議類型：股票交易

(三)參考條文：財團法人中華民國證券櫃檯買賣中心證券商營業處所買賣有價證券業務規則第 66 條；金融消費者保護法第 7 條第 3 項；證券商負責人與業務人員管理規則第 18 條；民法第 216 條之 1

(四)關鍵字：股票、善良管理人注意義務

二、事實經過

申請人係於 103 年 3 月 19 日向相對人盤後語音下單，買進○○股票，價格○○元，共 10 張。但申請人不小心誤按到預約單，19 日當天下午 3 時左右，申請人從語音查詢得知委託失敗，當天就打電話給相對人營業員甲君，問他為何○○股票有到價卻沒成交？營業員告訴申請人，說申請人按到預約單。申請人當時明確告訴營業員，申請人不要預約單，如果要買的話，申請人會在明天 9 點開盤後，再看情況買或不買，申請人不想要預約單。申請人打這通電話的用意，就是要營業員用人工把預約單取消，因為申請人已經明確告知營業員不要預約單。隔日(103 年 3 月 20 日)早上 9 點左右，申請人查詢庫存餘額，語音未說申請人有昨日下午下單 10 張○○股票的庫存，直到 11 點左右想要融券○○股票時，才發現語音告訴申請人有成交昨日下午下單的○○股票 10 張。是相對人業務員未依其指示取消預約單，致申請人受有損害。為此，爰向本中心申請評議，請求相對人負損害賠償責任。

三、本案爭點

申請人以相對人營業員未依其指示取消系爭○○股票預約單，請求相對人加計利息返還投資款項及支付交通費用，是否有據？

四、當事人主張

(一)申請人主張

1. 申請人係於 103 年 3 月 19 日向相對人盤後語音下單，買進○○股票，價格

○○元，共 10 張。但申請人不小心誤按到預約單，19 日當天下午 3 時左右，申請人從語音查詢得知委託失敗，當天就打電話給相對人營業員甲君，問他為何○○股票有到價卻沒成交？營業員告訴申請人，說申請人按到預約單。申請人當時明確告訴營業員，申請人不要預約單，如果要買的話，申請人會在明天 9 點開盤後，再看情況買或不買，申請人不要預約單。申請人打這通電話的用意，就是要營業員用人工把預約單取消，因為申請人已經明確告知營業員不要預約單。

2. 隔日(103 年 3 月 20 日)早上 9 點左右，申請人查詢庫存餘額，語音未說申請人有昨日下午下單 10 張○○股票的庫存，直到 11 點左右想要融券○○股票時，才發現語音告訴申請人有成交昨日下午下單的○○股票 10 張，於是申請人趕快打電話問營業員，營業員覺得出事了，才說申請人自己要取消預約單。營業員並沒有在 3 月 19 日告訴申請人要自己取消，申請人就是因為操作不對和不熟練，才需要營業員用人工方式取消，如果營業員不要為申請人服務，就應該要明確告訴申請人，申請人會請別人服務，不能讓申請人誤認為營業員已經為申請人取消預約單。

(二)相對人主張

1. 乙君於 103 年 3 月 19 日以個人帳號密碼使用電話下單，欲盤後買進○○股票 10 張，但在操作語音下單時，沒有在輸入價位時輸入*3#(定價交易)，而是直接輸入○○股票當日收盤價○○元，因此該筆委託單不是當日的盤後買進，而是成為次日 3 月 20 日的預約單。乙君知道此筆委託單後，並未下達取消指令(如帳號、股票名稱、張數及價位等)，依據營業細則第 81 條，營業員不得撤銷或變更其委託事項。103 年 7 月 24 日○○股票配息○元，10 張可配得○○元(未扣除費用)，於 103 年 8 月 21 日入；103 年 8 月 29 日○○股票配股○○，10 張可配得○○股，於 103 年 10 月 17 日入集保。
2. 依臺灣證券交易所股份有限公司營業細則第 81 條，受託買賣交易應依委託人正式指令為依歸；針對乙君所提之買賣股票爭議，櫃買中心已依其申請至○○分公司專案查核，經檢視電話錄音紀錄及相關文件，此筆交易本公司並無違規情事。
3. 此筆交易為乙君之個人交易行為，此有全程電話錄音為證，本公司無相關責任，故無法對乙君所要求之賠償做任何回應。

五、判斷理由

- (一) 按財團法人中華民國證券櫃檯買賣中心證券商營業處所買賣有價證券業務規則第 66 條規定：「證券經紀商不得有左列行為：一、接受對有價證券買賣代為決定種類、數量、價格或買入賣出之全權委託。二、對客戶作盈利之保

證、分享利益或以分期付款方式接受委託買賣。三、非應依法令所為之查詢，洩漏客戶委託事項及其他業務上所獲悉之秘密。四、為客戶保管價金或有價證券。五、其他違反證管法令之行為。」、「證券商負責人及業務人員執行業務應本誠實及信用原則。證券商之負責人及業務人員，除其他法令另有規定外，不得有下列行為：一、為獲取投機利益之目的，以職務上所知悉之消息，從事上市或上櫃有價證券買賣之交易活動。二、非應依法令所為之查詢，洩漏客戶委託事項及其他職務上所獲悉之秘密。三、受理客戶對買賣有價證券之種類、數量、價格及買進或賣出之全權委託。…十三、未依據客戶委託事項及條件，執行有價證券之買賣。…」證券商負責人與業務人員管理規則第 18 條亦定有明文，先予敘明。

- (二) 本件申請人主張其於 103 年 3 月 19 日盤後語音下單買進系爭○○股票 10 張，因於語音操作時誤植成預約單，當日即致電相對人營業員告知欲取消預約單，但營業員甲君未依申請人指示辦理，導致系爭○○股票於隔日成交；相對人則以申請人未下達取消指令等詞置辯。有關申請人於 103 年 3 月 19 日有無向營業員甲君下達取消預約單乙情，經調閱兩造於 103 年 3 月 19 日之對話錄音，內容略以：「申：我剛才盤後有買○○股票，什麼叫做預約中？它跟我語音播報，我現在去查詢盤後 2 點至 2 點半不是可以掛單嗎？甲(營業員)：對啊!對啊!你有選定價嗎？申：蛤？甲：你有選盤後定價交易嗎？申：要選盤後定價交易？…甲：你現在下的應該是明天預約單啦!你要看一下喔。申：是啊!它就跟我們講預約單啊!甲：那就對了!那是明天預約單喔!申：我不是要預約單啦!…我是要盤後交易。明天的預約單歸明天的，我明天就會去買，就好了啊!甲：對對對!沒有，我只是跟你講那是預約單。…申：怎麼變成預約單？甲：所以那是，那是下單的問題啊!…申：你落伍沒有關係，但是你要照你們公司的那個語音喔，要跟我們客人講。我們就會，客戶就會照那個按。甲：是!是!…申：啊我在事後去查詢，結果怎麼知道是預約單!我預約，我明天買就好了，我要跟你預約幹什麼啦!甲：嗯!嗯!申：那個預約的話，除非是我要去融券賣出，我才跟你預約啦!啊不然不會去預約啦!我預約是因為怕你公司沒有單子，才跟你預約。啊不然我為什麼跟你預約啦？」等語，核其內容可知悉申請人致電營業員甲君之目的即是要取消預約單，且申請人表示「我不是要預約單」，即帶有「我不要預約單」而有「取消」之意思表示。

- (三) 次按「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。」金融消費者保護法第 7 條第 3 項定有明文。查申請人於 103 年 3 月 19 日以電話語音下單進行盤後交易未果後，即致電向相對人營業員甲君詢問，其並

表示「不要預約單」而是要「盤後交易」，此有前揭對話內容可參，是以，營業員於知悉申請人不要預約單後，即應向申請人說明系爭股票預約單後續處理之流程為何，卻疏漏未為，難謂業盡善良管理人之注意義務。又本中心另調聽 103 年 3 月 20 日兩造對話錄音，內容略以：「申：我昨天○○股票明明說不要買，我剛才打語音它說我又成交了。○○股票阿！我昨天不是跟你講我不買了嗎？甲：你昨天預約單我說你自己要刪除掉。申：蛤？我沒辦法刪啊！我，我不是跟你講不買？我哪有可能跟你預約呢？甲：我就跟你說你要自己刪掉啊，刪不掉就有預約單啦！…申：我就說我不要預約，我要買的話會當天去買。我不是這樣跟你講了嗎？甲：所以我提醒你說你預約單要刪掉。申：唉呀！你自己去聽錄音帶。我就跟你講，我不想買了。…申：啊我就沒有要買了啊！甲：所以我昨天提醒你，你預約那個要刪掉。」，由是足徵營業員甲君亦認有向申請人說明之義務，且已向申請人說明。惟依前揭 103 年 3 月 19 日對話錄音內容可知，未有相對人營業員所述告知申請人自行刪除預約單之情，益足認有違反善良管理人注意義務之情。

- (四) 末按金融消費者保護法第 1 條及第 13 條規定，本中心應秉持公平合理、迅速有效之原則處理金融消費爭議事件。又本中心處理金融消費爭議事件之程序，其性質屬訴訟外之爭端解決機制，而與訴訟程序依法裁判不盡相同，觀諸金融消費者保護法規定自明。再者，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。本件系爭○○股票於 103 年 3 月 20 日成交後，申請人如因衡量個人因素，於成交後之次日（即 103 年 3 月 21 日）即得賣出系爭○○股票，該日以後之漲跌實難認係可歸責於相對人。是以，本中心衡酌上述具體情事，依金融消費者保護法第 20 條第 1 項揭示之公平合理原則，認相對人應補償申請人新台幣○○元整為適當。又申請人另請求相對人賠償就本件爭議所支出之交通費用云云，核屬申請人主張權利之必要支出，尚難認係因相對人疏失所致，申請人之請求，難謂有據。

- (五) 惟按「基於同一原因事實受有損害並受有利益者，其請求之賠償金額，應扣除所受之利益。」民法第 216 條之 1 定有明文。查系爭○○股票於 103 年 7 月 24 日及 103 年 8 月 29 日分配現金股利○○元及股票股利○○股，此

為申請人所不爭執。本中心認相對人應補償申請人○○元，業如前述，惟申請人取得系爭○○股票分配之現金股利○○元及股票股利○○股，係基於同一原因事實所受之利益，應有損益相抵之適用，自應予以扣除。準此，本件申請人所受損害扣除所得利益已無差額，相對人自無庸再行補償。

- (六) 未查，金融消費者保護法第 26 條明文規定：「評議程序以書面審理為原則，並使當事人有於合理期間陳述意見之機會。評議委員會認為有必要者，得通知當事人或利害關係人至指定處所陳述意見；當事人請求到場陳述意見，評議委員會認有正當理由者，應給予到場陳述意見之機會。前項情形，爭議處理機構應於陳述意見期日七日前寄發通知書予當事人或利害關係人。」可知，評議案件以書面審理為原則，到場陳述意見為例外，然本件兩造以書面陳述意見及提出證物已可明瞭相關事實，並無再賦予當事人到場陳述意見之必要，併此敘明。

六、評議決定

本中心就申請人之請求尚難為有利於申請人之認定。

七、相關法規

- (一) 財團法人中華民國證券櫃檯買賣中心證券商營業處所買賣有價證券業務規則第 66 條

證券經紀商不得有左列行為：一、接受對有價證券買賣代為決定種類、數量、價格或買入賣出之全權委託。二、對客戶作盈利之保證、分享利益或以分期付款方式接受委託買賣。三、非應依法令所為之查詢，洩漏客戶委託事項及其他業務上所獲悉之秘密。四、為客戶保管價金或有價證券。五、其他違反證管法令之行為。

- (二) 證券商負責人與業務人員管理規則第 18 條

證券商負責人及業務人員執行業務應本誠實及信用原則。證券商之負責人及業務人員，除其他法令另有規定外，不得有下列行為：一、為獲取投機利益之目的，以職務上所知悉之消息，從事上市或上櫃有價證券買賣之交易活動。二、非應依法令所為之查詢，洩漏客戶委託事項及其他職務上所獲悉之秘密。三、受理客戶對買賣有價證券之種類、數量、價格及買進或賣出之全權委託。…十三、未依據客戶委託事項及條件，執行有價證券之買賣。…。

- (三) 民法第 216 條之 1

基於同一原因事實受有損害並受有利益者，其請求之賠償金額，應扣除所受之利益。

- (四) 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。