

105 年上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-未考量適合度 (104 評 1827) 3
- 案例 002 保單招攬-善良管理人注意義務 (104 評 1907) 8
- 案例 003 保單招攬-未完整揭露資訊 (105 評 0025) 12
- 案例 004 保單招攬-非親簽 (104 評 1982) 21

保單紅利

- 案例 005 保單紅利-未據實說明契約內容 (104 評 2067) 25

強制汽車責任險

- 案例 006 強制汽車責任險-和解範圍 (104 評 1482) 29
- 案例 007 強制汽車責任險-因果關係 (104 評 1491) 34
- 案例 008 強制汽車責任險-殘廢給付 (104 評 1736) 38
- 案例 009 強制汽車責任險-承保範圍 (104 評 2042) 43

違反據實說明義務

- 案例 010 違反據實說明義務-口腔黏膜白斑症 (104 評 1576) 49
- 案例 011 違反據實說明義務-危險評估 (105 評 0077) 54
- 案例 012 違反據實說明義務-高血壓 (105 評 0113) 59
- 案例 013 違反據實說明義務-重鬱症 (105 評 0136) 64

意外事故認定

- 案例 014 意外事故認定-頸椎退化性疾病 (104 評 1997) 71
- 案例 015 意外事故認定-頭部外傷併顱內出血 (105 評 0073) 74
- 案例 016 意外事故認定-登革熱 (105 評 0226) 77
- 案例 017 意外事故認定-粉碎性骨折 (105 評 0319) 79

保前疾病

- 案例 018 保前疾病-心室中隔缺損 (104 評 1723) 82
- 案例 019 保前疾病-癌前病變 (104 評 1931) 85
- 案例 020 保前疾病-必要性剖腹產 (105 評 0065) 89

保單停復效	
案例 021	保單停復效-停效是否合法 (104 評 1479) 92
案例 022	保單停復效-停效是否合法 (104 評 1665) 97
案例 023	保單停復效-催告信函是否合法送達 (104 評 2025) 105
必要性醫療	
案例 024	必要性醫療-住院必要性 (104 評 1466) 109
案例 025	必要性醫療-住院必要性 (104 評 1852) 114
案例 026	必要性醫療-住院必要性 (105 評 0072) 120
案例 027	必要性醫療-住院必要性 (105 評 0169) 124
除外責任	
案例 028	除外責任-保險期間內未發現之損失、追溯日前發生之損失 (104 評 1572) 129
案例 029	除外責任-牙齒手術 (104 評 1901) 134
案例 030	除外責任-懷孕、流產或分娩及其併發症 (105 評 0058) . 137
案例 031	除外責任-被保險人的故意行為 (105 評 0067) 140
第二篇 銀行	
連動債商品	
案例 032	連動債商品爭議-未考量適合度、未盡報告及通知義務 (104 評 1824) 144
結構型商品	
案例 033	結構型商品爭議-產品條件或風險說明爭議 (104 評 1634) 156
基金招攬	
案例 034	基金招攬-違反善良管理人注意義務 (104 評 1797) 164
案例 035	基金招攬-違反金融產品條件或風險說明(105 評 0026).....169
案例 036	基金招攬-違反金融產品條件或風險說明 (105 評 0203) ...176
第三篇 證券期貨	
證券期貨	
案例 037	證券期貨-強制平倉爭議 (104 評 1846) 181

第一篇 保險

保單招攬

案例 001 保單招攬-未考量適合度 (104 評 1827)

一、案例摘要

(一) 評議要旨：

申請人主張年收入 50 萬元無力繳交保費乙節。序號保單七為終身壽險，涉續期繳費能力，且衡酌申請人再投保系爭保單七之前已累積有六張保單。依照前開金融服務業確保金融商品或服務適合金融消費者辦法及保險業招攬及核保作業控管自律規範之相關規定，在招攬系爭保單七之前，相對人應瞭解申請人之財務狀況，且招攬文件中並應有年收入等相關財力記載，方與前開規定無違。惟經檢視系爭保單七相關招攬文件，並無任何年收入等財務狀況的瞭解情形，是難認相對人核保時詳實審核相關資料，未考量申請人的保險費支出與其實際需求是否相當，盡確保系爭保單七對申請人之適合度之義務，相對人違反金融消費者保護法第 9 條規定，應堪認定。

(二) 爭議險種：終身壽險、投資連結型保險

(三) 參考條文：民法第 217 條第 1 項、民法第 213 條、民法第 215 條、金融消費者保護法第 9 條、第 11 條、第 20 條第 1 項

(四) 關鍵字：適合度、過失相抵

二、事實經過

申請人透過業務員甲購買七張保單，業務員甲只說保本保息，未告知中途解約會有損失，申請人年收入 50 萬元，需繳交相對人保費 39 萬元及其他保險公司保費 2-3 萬元，致申請人須解約才能支付保險費，業務員甲未考量申請人之適合度，申請人請求確認七張保單契約效力不存在，相對人應返還所繳保費，然遭相對人拒絕，遂申請評議。

三、本案爭點

相對人是否已充分說明系爭保單的重要內容？是否確保系爭保單對申請人的適合度？

四、當事人主張

(一) 申請人主張

業務員只說利息與銀行差距，把錢存在保險，未說明中途不能提領，當我真正了解保險不能中途解約，解約會損失很多時已經太晚，因本人年收入 50 萬元，還要每年繳相對人保費 39 萬元，B 保險公司 2 至 3 萬元，所以必須先解約 3 張保單 2 萬元，本來保險是用來幫助別人，卻因業務員業績壓力不

說清楚，害申請人投保。況且這幾張保單保險業務員說是保本保息，不會有風險。

(二)相對人主張

序號三、四、五、六、七保單招攬疑義，依保單重要事項告知書、保戶投保確認書、結構型債券投資報酬與風險告知書及投資型保險商品保戶風險適性問卷(結構債商品)、外幣收付之非投資型人身保險匯率，風險說明書等文件，皆已載明各項費用、投資標的及其可能風險與重要條款摘要及重要內容說明等資料，並由申請人親自審閱要保文件後，親自簽名投保，相對人依要保文件所載條件承保，申請人與相對人間就保險契約之意思表示已一致，保險契約即已成立。另相對人電訪人員去電申請人說明上揭保單之保障內容及相關權益，申請人對電訪人員詢問之所有內容皆表示知情，契約成立後，相對人亦每月寄送投資型保險商品對帳單至申請人所留存之地址，顯見申請人知情且同意投保，契約效力並無疑義。序號一、二及七保單由申請人於○○○年○月○日辦理解約，相對人給付解約金在案，契約效力已消滅。

五、判斷理由

(一)按金融消費者保護法第9條規定：「金融服務業與金融消費者訂立提供金融商品或服務之契約前，應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。」又100年12月30日公布施行之金融服務業確保金融商品或服務適合金融消費者辦法第3條、第8條第1項第3款、第10條第2款及第4款分別規定：「金融服務業與金融消費者訂立契約時，須有適當之單位或人員審核簽約程序及金融消費者所提供資訊之完整性後，始得辦理。」、「保險業在提供金融消費者訂立保險契約或相關服務前，應充分瞭解金融消費者，其內容至少應包括下列事項：…三、瞭解金融消費者審查原則：應瞭解金融消費者之投保目的及需求程度，並進行相關核保程序。」、「保險業在提供金融消費者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。…四、建立交易控管機制，避免提供金融消費者逾越財力狀況或不合適之商品或服務。」、「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。」。再按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：「…業務員(含電話行銷人員)招

攬時應有以下程序，以有效控管風險：…五、瞭解要保人及被保險人之投保動機及財務狀況。…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。…」。

(二)有關申請人主張年收入 50 萬元無力繳交保費乙節。查系爭保單三、系爭保單四、系爭保單五、系爭保單六雖為投資型保險商品，但保費躉繳，並無涉續期繳費能力，申請人在投保時應自行評估繳費能力，且系爭保單具有到期保本，給付定額滿期保險金的商品特性，如保險期滿即無投資損失。再參照申請人勾選的投資型保險商品保戶風險適性問卷，其資金來源為薪水/固定收入、閒置資金，另勾選有穩定的收入狀況、財務負擔情況為只需負擔自己的生活，有五年的期貨、選擇權或其他衍生性金融商品之交易經驗，故上開保單與申請人之適合度無違。惟系爭保單七為終身壽險，涉續期繳費能力，且衡酌申請人再投保系爭保單七之前已累積有六張保單。依照前開金融服務業確保金融商品或服務適合金融消費者辦法及保險業招攬及核保作業控管自律規範之相關規定，在招攬系爭保單七之前，相對人應瞭解申請人之財務狀況，且招攬文件中並應有年收入等相關財力記載，方與前開規定無違。惟經檢視系爭保單七相關招攬文件，並無任何年收入等財務狀況的瞭解情形，是難認相對人核保時詳實審核相關資料，未考量申請人的保險費支出與其實際需求是否相當，盡確保系爭保單七對申請人之適合度之義務，相對人違反金融消費者保護法第 9 條規定，應堪認定。

(三)按金融消費者保護法第 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。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。」又民法第 213 條及第 215 條分別規定：「負損害賠償責任者，除法律另有規定或契約另有訂定外，應回復他方損害發生前之原狀。因回復原狀而應給付金錢者，自損害發生時起，加給利息。第一項情形，債權人得請求支付回復原狀所必要之費用，以代回復原狀。」、「不能回復原狀或回復原狀顯有重大困難者，應以金錢賠償其損害。」依金融消費者保護法第 9 條之規範意旨觀之，該規定係要求金融服務業負有於訂立提供金融商品或服務之契約前，取得瞭解金融消費者之相關資料，並據以評估及確保該商品或服務適合金融消費者，以作為金融服務業是否訂約之判斷基礎。因此，倘金融服務業違反該規定，與金融消費者訂立不適合之契約者，應認「契約訂立」本身即為該規定所欲避免發生之結果，而為金融消費者保護法第 11 條所稱之

「損害」。查系爭保單七業已辦理解約，回復原狀顯有困難，是依前揭規定，相對人即應賠償相當於已繳保險費支出之損害。又系爭保單一、系爭保單二雖為 98 年○月○日投保，當時尚無金融消費者保護法的適用，惟考量因系爭保單七的訂立致申請人無力繳交保費，系爭保單一、系爭保單二亦發生解約的結果，確實受有損失，應予補償，方屬公平。

- (四)惟按民法第 217 條第 1 項規定：「損害之發生或擴大，被害人與有過失者，法院得減輕賠償金額，或免除之。」查系爭保險契約要保書等文件為申請人親簽，且申請人有收受保單正本等情。倘申請人於簽署要保書前，詳細瞭解系爭保險契約之年繳保險費、繳費年期及商品內容，評估自身業已投保的保費支出狀況，拒絕購買超過其負擔能力之保險商品；或取得保單正本後 10 日內確實審閱保單內容，依保險條款約定程序以書面檢附保單向相對人撤銷超過其負擔能力之系爭保險契約，非不得防止或減少損害之發生或擴大。是申請人就本件損害之發生及擴大，過失難謂不輕。故經本中心審酌個案相關情節，爰依金融消費者保護法第 20 條第 1 項所揭示公平合理原則，認相對人應賠償申請人新台幣○○○元及美金○○○元，應屬公允。
- (五)據上論結，本件評議申請為部分有理由，部分無理由，爰依金融消費者保護法第 27 條第 2 項規定決定如主文。

六、評議決定

相對人應給付申請人新台幣○○○元整及美金○○○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 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。

(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)民法第 213 條

負損害賠償責任者，除法律另有規定或契約另有訂定外，應回復他方損害發生前之原狀。因回復原狀而應給付金錢者，自損害發生時起，加給利息。第一項情形，債權人得請求支付回復原狀所必要之費用，以代回復原狀。

(五)民法第 215 條

不能回復原狀或回復原狀顯有重大困難者，應以金錢賠償其損害。

(六)民法第 217 條第 1 項

損害之發生或擴大，被害人與有過失者，法院得減輕賠償金額，或免除之。

(七)100 年 12 月 30 日公布施行之金融服務業確保金融商品或服務適合金融消費者辦法第 3 條、第 8 條第 1 項第 3 款、第 10 條第 2 款及第 4 款

「金融服務業與金融消費者訂立契約時，須有適當之單位或人員審核簽約程序及金融消費者所提供資訊之完整性後，始得辦理。」、「保險業在提供金融消費者訂立保險契約或相關服務前，應充分瞭解金融消費者，其內容至少應包括下列事項：…三、瞭解金融消費者審查原則：應瞭解金融消費者之投保目的及需求程度，並進行相關核保程序。」、「保險業在提供金融消費者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。…四、建立交易控管機制，避免提供金融消費者逾越財力狀況或不合適之商品或服務。」、「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。」。

(八) 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

業務員（含電話行銷人員）招攬時應有以下程序，以有效控管風險：…五、瞭解要保人及被保險人之投保動機及財務狀況。…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。…」。

案例 002 保單招攬-善良管理人注意義務（104 評 1907）

一、案例摘要

（一）評議要旨：

申請人於○年○月○日以自己為被保險人，申請投保○○外幣○○變動型○○保險，要保書上記載申請人之工作內容（含兼職）為「租賃管理」；而申請人於同年 8 月○日投保系爭保險時，系爭評估表記載申請人之職稱/工作內容為「貿易公司負責人」，上開 2 張保單之招攬業務員均為甲。查申請人投保上開 2 張保單之時間相隔不到 1 個月，而「租賃管理」與「貿易公司負責人」之工作性質明顯不同，然業務員甲於招攬時，未就此明顯差異之處，詳加詢問申請人，難謂無疏失過失，依民法第 224 條之規定，相對人應就其職員甲之過失負同一責任，故相對人就此部分顯未盡善良管理人注意義務。是基於衡平原則及誠實信用原則，本中心依金融消費者保護法第 20 條第 1 項所揭示之公平合理原則，認為相對人應給予申請人適當之補償。

（二）爭議險種：外幣變額年金保險

（三）參考條文：民法第 535 條、民法第 544 條、民法第 224 條、金融消費者保護法第 20 條第 1 項

（四）關鍵字：善良管理人注意義務

二、事實經過

申請人於○年○月間之工作性質為機械銷售員，業務員甲為提高申請人之風險承受度之數值，竟捏造申請人之職業，於系爭評估表之職稱/工作內容欄填寫「貿易公司負責人」，並在淨資產欄填寫「6000 萬」，足見業務員甲招攬系爭保單時，確有疏失，請求相對人應賠償其所受損害，然遭相對人拒絕，遂申請評議。

三、本案爭點

申請人主張相對人之理專甲招攬系爭保單時，具有過失，故相對人未盡善良管理人注意義務，有無理由？

四、當事人主張

（一）申請人主張

申請人於購買系爭保單前，曾向業務員甲強調其不需要保險機制型的基金，但業務員甲未說明系爭保險有保險機制，使申請人誤以為其所購買者為存款式的商品，因而購買系爭保單；業務員甲亦未向申請人說明系爭保單內有買保險之費用支出，有匯兌損失之風險等，使申請人誤信系爭保單為利息高且無風險之商品；且業務員甲亦未告知申請人可於收受保單後 10 日內向保險公司撤銷保險契約；另業務員甲於○年○月間銷售系爭保單予申請人後，曾

以 LINE 通訊軟體與申請人聯繫，但從未向申請人報告系爭保單之已發生虧損，故業務員甲並未盡告知義務。並且，申請人於○年○月間之工作性質為機械銷售員，業務員甲為提高申請人之風險承受度之數值，竟捏造申請人之職業，於系爭評估表之職稱/工作內容欄填寫「貿易公司負責人」，並在淨資產欄填寫「6000 萬」，足證業務員甲招攬系爭保單時，確有疏失云云，請求相對人應賠償其所受損害。

(二)相對人主張

業務員甲於○年○月○日向申請人介紹系爭保單，並依○○人壽所提供之 DM 宣傳文件，逐項向申請人說明，業務員甲並建議申請人可將 DM 文宣及最近期之保險公司投資平台配息基金年化配息率排名表等資料攜回詳細閱讀後，再行斟酌是否投資。而申請人於○年○月○日再度至相對人之○○分行，主動向業務員甲表示其決定投資系爭保單，業務員甲向申請人確認其意願等事宜後，即依○○人壽提供之系爭評估表，進行保戶風險承受評估，而評估結果為「積極型」之保戶，業務員甲並進行相對人之信託投資業務認識客戶 (KYC) 暨風險屬性問卷，亦得出申請人屬「積極型」之結果，上開 2 份文件均由申請人親簽確認，故業務員甲招攬系爭保單時，並無過失。至於業務員甲於系爭評估表中，將申請人之職稱/工作內容欄，填載「貿易公司負責人」，並填載申請人有新台幣 6,000 萬元資產一事。因上開事實均為申請人所告知，故業務員甲招攬系爭保單並無過失。又業務員甲於申請人投保時曾告知申請人，○○人壽依約每季會寄發保單帳戶價值之對帳單，並告知申請人，○○人壽有提供「○○線上」平台網址，以供申請人隨時查詢其保單帳戶價值之狀況、配息紀錄，並請申請人儘速自行上網申請帳號及密碼，而申請人確有使用○○線上平台，故申請人主張業務員甲於申請人投保後，未告知系爭保單已發生損失，而有過失，申請人之主張並無可採。

五、判斷理由

(一)按受任人處理委任事務，應依委任人之指示，並與處理自己事務為同一之注意，其受有報酬者，應以善良管理人之注意為之；受任人因處理委任事務有過失，或因逾越權限之行為所生之損害，對於委任人應負賠償之責，民法第 535 條、第 544 條分別定有明文。查申請人透過相對人向○○人壽投保系爭保單，兩造間所成立者應為類似委任契約之無名契約，而相對人因此而獲得財產上利益，故相對人對系爭保單之招攬，應盡善良管理人之注意義務。

(二)各當事人就其所主張有利於己之事實，均應負舉證之責，最高法院著有 19

年上字第 2345 號判例可參。按申請人主張相對人之理專甲於招攬系爭保單時有過失，則申請人自應就此有利於己之事實，負舉證之責。經查，申請人於○年○月○日以自己為被保險人，申請投保○○人壽○○外幣○○變動型○○保險，要保書上記載申請人之工作內容(含兼職)為「租賃管理」；而申請人於同年○月○日投保系爭保險時，系爭評估表記載申請人之職稱/工作內容為「貿易公司負責人」，上開 2 張保單之招攬業務員均為甲。按上開事實為兩造所不爭執，並有申請人所提出之兩份要保書為據。查申請人投保上開 2 張保單之時間相隔不到 1 個月，而「租賃管理」與「貿易公司負責人」之工作性質明顯不同，然甲於招攬時，未就此明顯差異之處，詳加詢問申請人，難謂無疏失過失，依民法第 224 條之規定，相對人應就其職員周文泉之過失負同一責任，故相對人就此部分顯未盡善良管理人注意義務。至於相對人辯稱上開事實均為申請人所告知，惟相對人對此有利於己之事實，並未舉證以實其說，是難認相對人已盡舉證之責。另申請人雖為○○國際有限公司之代表人，但該公司係於 104 年○月○日始設立登記，故無從以此證明申請人於 103 年○月○日投保系爭保單時，確有擔任貿易公司之負責人，附此敘明。

- (三)所謂相當因果關係，係指依經驗法則，綜合行為當時所存在之一切事實，為客觀之事後審查，認為在一般情形上，有此環境，有此行為之同一條件，均發生同一之結果者，則該條件即為發生結果之相當條件，行為與結果即有相當之因果關係。反之，若在一般情形上，有此同一條件存在，而依客觀之審查，認為不必皆發生此結果者，則該條件與結果並不相當，不過為偶然之事實而已，其行為與結果間即無相當因果關係(最高法院 98 年度台上字第 673 號判決意旨參照)。如前所述，申請人投保系爭保單時，相對人未就申請人之職業內容詳加詢問，故未盡善良管理人注意義務。惟相對人上開過失行為，是否致申請人受有損害？經查，系爭評估表中，關於職業內容，並不在風險計分之問題項目內，換言之，縱將申請人之職稱之內容予以修正，而其他風險選項問題之答案不變，申請人之風險計分結果並不會有所改變，亦即不會影響申請人被評估為積極型保戶之結果，申請人可選擇之投資組合亦不受影響，從而，相對人未詳加詢問申請人之職業內容，而錯誤填載申請人之職稱，在一般情形上，並不必然發生損害之結果，故相對人之過失與申請人所受損害間，並無相當因果關係。是申請人請求相對人賠償其所受損害云云，為無理由。又相對人之理專甲於招攬系爭保單之過程中，確有疏失，已如前述，是基於衡平原則及誠實信用原則，本中心依金融消費者保護法第 20 條第 1 項所揭示之公平合理原則，認為相對人

應給予申請人適當之補償，但斟酌申請人係自行決定提前終止契約，且申請人終止契約時，本應支付解約金美金○元予○○人壽，但相對人以○○人壽同意追回佣獎之方式，使申請人免於支付解約金等情事。是以，本件相對人應補償申請人新台幣○元。

(四)據上論結，本件評議申請為部分有理由，部分無理由，爰依金融消費者保護法第 27 條第 2 項規定決定如主文。

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)民法第 535 條、第 544 條

接受任人處理委任事務，應依委任人之指示，並與處理自己事務為同一之注意，其受有報酬者，應以善良管理人之注意為之；受任人因處理委任事務有過失，或因逾越權限之行為所生之損害，對於委任人應負賠償之責，分別定有明文。

(二)民法第 224 條

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

(三)金融消費者保護法第 20 條第 1 項

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

案例 003 保單招攬—未完整揭露資訊 (105 評 0025)

一、案例摘要

(一) 評議要旨：

申請人主張相對人理專未據實告知每月相關費用均須內扣等情，觀諸相對人理專甲君於錄音對話中，陳述其對費用揭露乙節，確實自承「我沒有跟你講那麼多」等語，足可推定相對人理專自認其於招攬系爭保險契約時就相關費用有未清楚說明之情事，則依金融消費者保護法第 10 條所定之說明、揭露義務，相對人應有其疏失存在。綜合相對人所提相關證據資料及陳述，雖尚不足認相對人理專甲君有故意隱匿金融商品內容致申請人誤信為基金而投保之事實，然依錄音檔及譯文既足堪認相對人理專於招攬系爭保險契約有未盡說明義務之疏失，則衡酌金融消費者保護法第 20 條所定公平合理原則、個案情狀及申請人所受損失，認相對人應酌予補償申請人，應屬公允。

(二) 爭議險種：變額萬能壽險

(三) 參考條文：金融消費者保護法（103 年 6 月 4 日修正）第 10 條第 1 項、第 3 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風險辦法第 2 條、第 3 條第 1 款及第 2 款、第 5 條第 1 款及第 3 款、第 6 條第 1 項、保險業務員管理規則第 4 條及第 11 條

(四) 關鍵字：資訊揭露

二、事實經過

申請人原欲購買基金以為退休養老之用，並經理專甲君推薦○○全球高收益債券基金穩定月配息（澳幣）商品，且僅告知「每個月有 9.88% 利息，只要放 3 年就不收手續費，然不到 10 個月期間即虧損約 30 萬元。申請人經查證後始知，相對人理專甲君除未告知風險、提供商品公開說明書外，且未確實告知申請人該商品實為投資型保單及投資標的均為垃圾債券等級，更未確實揭露相關管理費、保管費、經理人費、信託費、銷售費等相關費用，致申請人誤信所投保之「○○人壽○○變額萬能壽險」為基金商品而同意購買，是相對人理專未誠實充分說明隱藏有內扣費用及風險，且欺騙客戶偷賣投資型保單違反規定，致申請人受有損失，請求相對人賠償購買金融商品所受損害，請求相對人返還所繳保險費。

三、本案爭點

相對人理專於招攬系爭保險契約時，有未充分揭露說明金融商品內容、契約相關費用及風險等疏失，致申請人誤信係申購基金而投保系爭保險情事，自應就申請人所受損失負賠償責任，有無理由？

四、當事人主張

(一)申請人主張

申請人為近 70 歲之人，完全不懂金融商品。嗣於○○年○○月○○日經申請人姊姊介紹至相對人○○分行認識理專甲○○（下稱甲君），原欲購買基金以為退休養老之用，並經理專甲君推薦○○全球高收益債券基金穩定月配息（澳幣）商品，而該商品基金配息表單上完全沒有「人壽保險公司」任何字樣，且理專甲君亦僅告知「每個月有 9.88%利息，只要放 3 年就不收手續費，別的基金要收 3 到 5 萬元的手續費，且要前收，100 萬元剩下 95 至 97 萬元可投資」乙節，且理專甲君同時表明雖有本金風險，但當時市場行情很好，申請人因而相信理專甲君之推銷。嗣理專甲君於○○年○○月○○日寄掛號信件予申請人，內有 21 張空白表格，理專甲君要求申請人在打勾處簽名蓋章，並要注意正反面均有簽名蓋章，申請人後於○○年○○月○○日以掛號寄發。嗣相對人於○○年○○月○○日自申請人存摺內扣款 100 萬元購買基金，然不到 10 個月期間即虧損約 30 萬元。申請人經查證後始知，相對人理專甲君除未告知風險、提供商品公開說明書外，且未確實告知申請人該商品實為投資型保單及投資標的均為垃圾債券等級，更未確實揭露相關管理費、保管費、經理人費、信託費、銷售費等相關費用，致申請人誤信所投保之「○○人壽○○變額萬能壽險」（保單號碼：○○○○○○962，下稱系爭保險）為基金商品而同意購買，理專甲君顯係故意欺瞞申請人。此外，申請人於○○年○○月○○日前往相對人處辦理基金贖回事宜，經理專甲君承認其並沒有證券分析師證照，僅有產、壽保險人員證照，惟理專甲君卻向申請人推薦基金商品，此對申請人而言非屬公平。職是相對人理專未誠實充分說明隱藏有內扣費用及風險，且欺騙客戶偷賣投資型保單違反規定，致申請人受有損失。為此，請求相對人賠償購買金融商品所受損害○○元。

(二)相對人主張

1. 申請人係在其胞姊於○○年○○月間介紹至相對人○○分行辦理金融商品往來，經理專與申請人訪談過程中得知其具有投資股票經驗，且申請人曾於○○年○○月○○日在相對人○○分行申購「○○人壽○○變額萬能壽險」投資型保險，躉繳保費 100 萬元，而該保險所連結之投資標的及幣別分別為「○○全球高收益債券基金-分配型（基金之配息來源可能為本金）」（臺幣）、「○○環球高收益基金月配（基金之配息來源可能為本金）」（美元）及「○○-美國高收益債券基金（澳幣避險月配）（基金之配息來源可能為本金）」（澳幣）。另理專亦自申請人知悉目前已退休，除有新臺幣之閒置資金外，並有澳幣及美金之定期存款即將到期。

理專依申請人過往投資經驗、財務狀況、資金來源及需求等推薦適合之基金及投資型保險。

2. 理專經評估申請人具有申購投資型保險之經驗，並參酌申請人所能承受之投資風險及財務狀況後，於○○年○○月○○日建議申請人可透過投資型保險進行資產配置，從而推薦系爭保險契約，並建議連結投資標的為美元計價之○○全球高收益債券基金。惟申請人自行評估澳幣匯率已有相當跌幅，可適時逢低加碼，且配息較美元計價之商品約多 2%，故擬連結澳幣計價之基金。理專考量為降低申請人可能承受之匯兌風險，當時曾建議先將新臺幣轉換為澳幣後再申購系爭保險契約較為妥適，然申請人表示投資型保險所生之配息是為提供予母親之生活費，是理專遂依申請人意願以新臺幣申購系爭保險契約，保險費為 100 萬元，連結之投資標的為澳幣計價之「○○全球高收益債券基金○股（穩定月配息-澳幣避險）」。又理專推薦系爭保險契約時，除已提供申請人系爭保險契約 DM 及連結標的基金公開說明書，並說明系爭保險契約之投保內容、特性、投保重要事項及相關風險，並經申請人於系爭保險契約之相關文件親自簽名，以確認申請人清楚瞭解系爭保險契約內容與投資風險。此外，○○人壽保險股份有限公司臺灣分公司（下稱○○人壽）為再次確認申請人之投保意願及是否知悉與瞭解系爭保險契約之內容、費用與相關風險，復於○○年○○月○○日對申請人進行電話訪問，申請人亦於電話中明確表示知悉所購買之商品為保險商品，且瞭解系爭保險契約之風險及費用。
3. 申請人購買系爭保險契約後，○○人壽每季均有郵寄通知申請人系爭保險契約之保單帳戶價值。嗣申請人發覺系爭保險產生虧損，於○○年○○月間主動至相對人○○分行表示，無法接受系爭保險契約之投資損失，經理專甲君向申請人說明應係當時之市場匯率波動與美元升息等不確定因素造成系爭保險之保單帳戶價值下跌，同時建議申請人可繼續持有系爭保險，待景氣循環或有基金淨值回升之機會，亦同時建議可適當進行投資標的之轉換，惟申請人並未接受相關建議，並表示系爭保險契約投資滿一年後即要贖回。又申請人於○○年○○月○○日即至相對人○○分行申請系爭保險解約，理專甲君再度向申請人解釋系爭保險每年提供 12 次標的轉換免手續費之優惠，且依據系爭保險約定，倘申請人提前解除契約，恐須負擔 5%至 7%解約費用，建議暫緩解除契約。然申請人仍堅持解除契約，相對人爰依申請人指示協助辦妥契約解除事宜，○○人壽匯入申請人指定帳戶之解約金為○○元，相較申請人原繳付之

100 萬元保險費，兩者差距金額為○○元，倘若再加計申請人於保險期間已領取之配息○○元，申請人提前解約實際損益結算虧損為○○元。

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，由主管機關定之。」、「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（103 年 6 月 4 日修正）第 10 條第 1 項、第 3 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。」、「金融服務業說明金融商品或服務契約之重要內容及揭露風險，應遵守下列基本原則：一、應本於誠實信用原則，並以金融消費者能充分瞭解之文字或其他方式為之。二、任何說明或揭露之資訊或資料均須正確，所有陳述或圖表均應公平表達，並不得有虛偽不實、詐欺、隱匿、或足致他人誤信之情事，…。」、「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。…。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。…。」、「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風險辦法第 2 條、第 3 條第 1 款及第 2 款、第 5 條第 1 款及第 3 款、第 6 條第 1 項亦分別定有明文。
- (三)本件申請人提起評議申請，以其前揭所主張之事實，無非係以相對人理專於招攬系爭保險契約過程中，故意隱匿該金融商品為投資型保單，且未充分揭露系爭保險契約相關費用、風險，致申請人誤信為基金商品而購買，相

對人應負損害賠償責任等情。惟此為相對人所否認，並以前揭情詞置辯。準此，本件應審究者在於：相對人理專於招攬系爭保險契約有無充分說明系爭保險契約之商品、契約重要內容，及充分揭露其風險？相對人應否對申請人負損害賠償責任？

- (四)首先，本件就申請人前揭所主張相對人理專甲君於招攬系爭保險契約過程中，僅告知「每個月有 9.88% 利息，只要放 3 年就不收手續費，別的基金要收 3 到 5 萬元的手續費，且要前收，100 萬元剩下 95 至 97 萬元可投資」之情，並未告知其所購買為投資型保單，致申請人誤信為基金商品，顯係故意隱匿金融商品內容乙節，依卷附之評議申請書、申請人○○年○○月○○日補充說明及相對人所提出之理財專員報告書等相關資料，兩造係各執一詞，故依舉證責任分配之原則，應由兩造就有利於己之事實各自負舉證之責任。經查，觀諸卷內申請人所提供之○○年○○月月配基金明細表、新契約首次投資通知書、保單帳戶價值季對帳單等件，至多僅得證明申請人有投保系爭保險契約及○○人壽有依規定寄發新契約首次投資通知書及對帳單等情，尚無從據以認定相對人理專甲君有故意隱匿金融商品內容，致申請人有誤信系爭保險契約為基金商品之情事。而依相對人所提供之系爭保險契約要保書、風險揭露預告書等文件，其上除明確清楚記載「○○人壽○○變額萬能壽險要保書」字樣外，尚有「保險費及繳別」、「保險金額」及「投保內容」等欄位，並經申請人於「被保險人告知事項」欄位親自填寫應告知事項後，於要保書之「要保人簽名」及「被保險人」欄位簽名確認；此外，系爭保險契約之商品特性告知書暨商品適格性確認表關於「肆、銷售服務確認說明一、本保單之規劃，本人是否已確實了解其投保目的、保險需求，綜合考量其財務狀況及付費能力，充分清楚其保額及保障需求間之適當性（適合度）？」欄位，亦經申請人勾選「是」及並簽名確認，茲該經申請人簽名確認之相關文件均已明確載明所接受之商品為保險商品，且申請人復非完全不識字之成年人，是申請人稱其誤信為基金商品而購買，顯與常情不符。況且，○○人壽復於○○年○○月○○日就系爭保險契約應告知揭露之相關事項進行電訪，其中「您確實了解您交的保費是用來購買保險商品，而且您投保這張保單的時候，各項書面文件，比方說建議書、風險告知書、要保書、重要事項告知書是不是您本人親自簽名。客戶任先生：是」、「這張保單的保費是台幣 100 萬元，保額是台幣的 115 萬元，請問您是否有完成並了解投資風險屬性評估結果，確認這張保單符合您的需求？且願意承擔投資風險。客戶任先生：知道、知道」等內容（此有相對人提供光碟附卷可佐），堪可推認申請人應係瞭解系爭保險契

約為投資型保單商品。此外，相對人另有提供申請人所投保之「○○人壽○○變額萬能壽險要保書」以為佐證，亦可得知申請人非毫無購買投資型保單商品之經驗。則依前揭相關文件所載內容，申請人既親自於系爭保險契約之要保書及風險揭露告知書簽名，且接受○○人壽電話訪問，並曾收受○○人壽所寄發之新契約首次投資通知書，本中心實難遽認相對人理專甲君有故意隱匿金融商品內容之事實，是申請人前揭主張，尚非有據。

(五)又申請人另主張相對人理專於招攬系爭保險時，並未揭露保單連結投資標的之風險等級及充分說明應負擔之相關費用云云。惟查，觀諸系爭保險契約之重要事項告知書已有載明投資風險重要警語「1. 本契約可能風險有信用風險、市場價格風險、匯兌風險、法律風險、流動性風險、清算風險及利率風險。○○人壽及其服務人員並無任何保本保息之承諾，要保人投保前應審慎評估。」字樣，其中復有關於信用風險、市場價格風險、匯兌風險、法律風險、流動性風險、清算風險及利率風險內容之說明；此外，重要事項告知書於「契約各項費用表」亦明確記載系爭保險契約所存在之前置費用（保險費用）、保險相關費用（管理費用、保障費用、附約保障費用）、投資相關費用（申購手續費、投資標的保管費、投資標的經理費、贖回費用、轉換費用）、後置費用（解約費用、部分提領費用）及其他費用等項，且各項費用所內含之計算方式、費用項目及收取標準，亦均清楚揭露說明於「契約各項費用表」之各欄位，其後申請人並於「本人已確實充分瞭解上述『○○人壽○○變額萬能壽險重要事項告知』願意承擔本商品之投資風險並同意投保」欄位勾選「是」，且簽名確認。遑論，相對人所提出之商品特性告知書暨商品適格性確認表及風險揭露告知書等文件，亦均有如同前述關於風險、費用之揭露及說明，且均有申請人之簽名確實在案。再者，系爭保險連結標的之基金明細表，更有載明連結標的基金性質、計價幣別、投資地區、配息頻率及風險收益等級之項目。是故系爭保險契約之相關文件既已明確載明應負擔之費用及揭露說明可能風險，而依「保戶投資風險屬性暨財務評估表」所載，申請人曾有3年以上債券、股票及基金之投資經驗，且為積極型保戶之風險屬性，非毫無智識之人，申請人就相關投資型商品應具有一定程度之經驗及能力，顯然可瞭解系爭保險契約相關文件所載可能風險及費用所代表之內容，則本中心實難遽認系爭保險契約有何未充分揭露相關費用、風險情事。申請人前揭所陳，仍非可採。

(六)惟申請人另提出錄音譯文及錄音檔附卷，並主張相對人理專未據實告知每月相關費用均須內扣、表格非當場簽名係由理專寄到家中及理專無分析師證照等情，相對人理專顯係詐騙申請人云云。惟查，本件申請人所提供之錄

音譯文，經本中心比照錄音檔後，應堪可認該錄音檔及譯文內容核實相符，且經相對人表示與客戶對話者應為本行員工乙情，是申請人所提供之錄音檔及錄音譯文應有其證據能力，而得為本件爭議之證據資料，經觀諸申請人提供之七段錄音內容，就該理專甲君於對話中所表明「那個都是反應在淨值裏面」、「那要跟客人提，就是每個月類似收房租，就是說要先把費用扣掉。」、「對啦，我沒有跟你講那麼多。是啦。是啦。」、「我們沒有分析師。沒有，我們沒有。」、「對。對。你有漏掉一些。對。沒錯。沒錯。」等內容，可知相對人理專甲君於對話中，陳述其對費用揭露乙節，確實自承「我沒有跟你講那麼多」等語，足可推定相對人理專自認其於招攬系爭保險契約時就相關費用有未清楚說明之情事，則依首揭金融消費者保護法第 10 條所定之說明、揭露義務，相對人應有其疏失存在。

(七)而關於申請人另指摘相對人理專寄發 21 張空白表格乙節，業經相對人陳述否認此情，並表示相對人理專確曾寄發空白表格，然係提供舊型保單之相關空白表格予申請人參考用，系爭保險契約實際上仍係由申請人與其姊姊親至分行，經理專甲君詳細說明及揭露保險商品內容、相關風險後，始簽署系爭保險契約相關文件；況申請人復陳稱其有以掛號寄回空白表格乙情，但此節未見申請人提供掛號單據為佐，難認為真實，則承前揭所述，兩造既對就理專甲君寄發空白表格之事實各有所執，而卷附資料亦尚無從堪認何者為真，故本中心實難遽認申請人主張系爭保險契約係由理專寄發空白表格予申請人簽名乙情為真實。

(八)此外，又關於理專甲君承認其未有分析師證照乙情，然依投資型保險商品銷售應注意事項第 5 點規定，保險業應確保本商品之招攬人員符合主管機關規定之資格條件、受有完整教育訓練，且已具備本商品之專業知識，而所謂之資格條件，依保險業務員管理規則第 4 條及第 11 條規定，僅須業務員通過財團法人保險事業發展中心、各有關公會或其他經主管機關認定之保險相關機構所舉辦之特別測驗即可，是故相對人理專甲君是否具備分析師執照並非招攬投資型保單之資格要件，故申請人陳稱理專甲君未具有分析師執照乙情，顯與本件投資型保單招攬爭議無涉。

(九)承前，依前揭申請人所提之客觀證據，並綜合相對人所提相關證據資料及陳述，雖尚不足認相對人理專甲君有故意隱匿金融商品內容致申請人誤信為基金而投保之事實，然依錄音檔及譯文既足堪認相對人理專於招攬系爭保險契約有未盡說明義務之疏失，則衡酌金融消費者保護法第 20 條所定公平合理原則、個案情狀及申請人所受損失○○元（即申請人解約損失○○元及保險期間領取配息○○元之差額），認相對人應酌予補償申請人○○元為

適當。

六、評議決定

申請人請求相對人補償○○元之範圍內為有理由，應予准許。逾此範圍之其餘請求，本中心尚難為有利申請人之認定。

七、相關法規

(一)金融消費者保護法第 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 10 條第 3 項

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。

(三)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。

(四)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。

(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風險揭露辦法第 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。

(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風險揭露辦法第 3 條第 1 款

應本於誠實信用原則，並以金融消費者能充分瞭解之方式為之。

(七)金融服務業提供金融商品或服務前說明契約重要內容及風險揭露辦法第 3 條第 2 款

任何說明或揭露之資訊或資料均須正確，所有陳述或圖表均應公平表達，並不得有虛偽不實、詐欺、隱匿、或足致他人誤信之情事，上述資訊或資

料應註記日期。

(八)金融服務業提供金融商品或服務前說明契約重要內容及風險揭露辦法第 5 條第 1 款

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。

(九)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 5 條第 3 款

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。

(十)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 6 條第 1 項

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。

(十一)保險業務員管理規則第 4 條

業務員得招攬之保險種類，由其所屬公司定之。但應通過特別測驗始得招攬之保險，由主管機關審酌保險業務發展情形另定之。

(十二)保險業務員管理規則第 11 條

第四條之特別測驗，由財團法人保險事業發展中心、各有關公會或其他經主管機關認可之保險相關機構舉辦之。

業務員從事第四條所定應通過特別測驗之保險招攬前，應通過前項測驗機構舉辦之特別測驗，並由所屬公司依第十條第一項第一款向各有關公會辦理變更登錄，始得招攬該種保險。

業務員受第十三條或第十九條撤銷登錄處分者，應依前項規定重新參加測驗合格並辦理變更登錄，始得招攬該種保險。

案例 004 保單招攬—非親簽（104 評 1982）

一、案例摘要

（一）評議要旨：

申請人主張僅被保險人資料欄位為親自簽名及填具，其餘簽名非親簽，據此主張契約無效應退還所繳保費。經觀察比對申請人親簽的簽名樣式，可發現於保單簽收回條上的簽名樣式在筆順、勾捺、神韻皆極為相似，申請人亦無否認保單簽收回條上簽名的真正，故此應為申請人親簽，足認申請人業已授權第三人代為簽署，此簽名之代行屬法所允許，非謂要保書未經要保人親簽即當然無效，惟考量相對人業務員招攬時有未親晤申請人致未能取得申請人親簽保險相關文件之招攬缺失，違反保險業務員規則，業務員之行為難謂無可非議之處。衡酌相對人對招攬人員負選任監督之責，並應就招攬人員之過失負同一責任。爰依金融消費者保護法第 20 條第 1 項規定所揭示公平合理原則，審酌個案具體情狀，認相對人應就其招攬缺失衡平補償申請人。

（二）爭議險種：終身壽險、終身醫療險

（三）參考條文：民事訴訟法第 277 條、金融消費者保護法第 1 條、第 13 條及第 20 條第 1 項

（四）關鍵字：非親簽

二、事實經過

申請人前於○○年間因父母臨時要求投保儲蓄險，乃在相對人空白要保書被保險人處填寫本人部分基本資料，隨即離開。嗣因經濟原因辦理解約，發現簽章樣式與要保書欄位不符，另廣告文宣保單名稱有誤，與實際投保內容亦不符，主張系爭保險契約應為自始無效，爰提起本件評議申請。

三、本案爭點

申請人以系爭保險契約要保書上部分簽名欄位非親簽為由，主張契約自始無效並退還保費，有無理由？

四、當事人主張

（一）申請人主張

○○年父母臨時要求本人保儲蓄險，乃在相對人空白要保書被保險人處填寫本人部分基本資料，隨即離開。○○年○○月因經濟原因辦理解約，發現簽章樣式與要保書欄位不符，另外醫療保險部分，本人則完全不知情。廣告文宣保單名稱有誤，與實際投保內容不符。

（二）相對人主張

1. 本公司對甲君申訴系爭保險契約招攬爭議乙事極為重視。經詢系爭保險契約招攬業務員乙君，其表示當初係透過甲君父母介紹，由其偕同主管

於甲君家中共同向甲君及其父母說明系爭保險契約保險商品內容，亦逐條向甲君詢問健康告知事項，且經由甲君父母告知甲君之工作內容及收入等相關訊息，並授權由甲君父親的信用卡扣繳系爭保險契約首期保險費後，經甲君同意並親簽要保書文件投保，絕無甲君所指陳非親簽及不當招攬之情事。

2. 查系爭保險契約之要保書及轉帳授權申請暨約定書等文件均經甲君同意後親簽，而保險單於系爭保險契約生效後業已交付甲君收執，此有系爭保險契約保險單簽收單可稽，保單內容等相關資訊於本公司提供予甲君之保險單中均有揭露說明，甲君應有充分時間足以閱覽系爭保險契約內容，惟其並未對系爭保險契約提出疑義，亦未於收到保險單 10 日內申請撤銷系爭保險契約，且以至便利商店繳費或授權本公司由甲君父親信用卡扣繳續期保險費方式持續繳交保險費至○○年○○月○○日，是以甲君與本公司締結系爭保險契約之意思表示，尚難認定有何瑕疵存在。
3. 未按，當事人主張有利於己之事實者，就其事實有舉證之責任，民事訴訟法第 277 條前段定有明文。又民事訴訟如係由原告主張權利者，應先由原告負舉證之責，若原告先不能舉證，以證實自己主張之事實者，則被告就其抗辯事實即令不能舉證，或其所舉證據尚有疵累，亦應駁回原告之請求（最高法院 17 年上字第 917 號判例參照）。本案申請人主張業務員涉招攬不實及非親簽投保乙事，依上開舉證責任分配之原則，應由申請人就主張之事實，負舉證責任，如申請人無法舉證以實其說，則其請求即屬無據。

五、判斷理由

- (一) 本案申請人主張略謂：「○○年父母臨時要求本人保儲蓄險，乃在要保書被保險人處填寫本人部分基本資料，隨即離開…」等語，並提出要保書，主張僅被保險人資料欄位為親自簽名及填具，其餘簽名非親簽，據此主張契約無效應退還所繳保費。準此，本案爭點厥為：申請人以上開情事為由主張系爭保險契約無效，相對人應退還所繳保費，是否有據？茲說明如下。
- (二) 按保險契約為諾成契約，當事人就保險條件（標的、費率、危險）互相意思表示一致，契約即成立，並非要式行為，要保書雖係要保人向保險人為意思表示之文書，然要保書由要保人本人簽署或其授權之第三人代為簽署（即簽名之代行），均無不可，非謂要保書未經要保人親簽即當然無效，此有臺灣高雄地方法院 99 年保險字 19 號民事判決意旨可資參照。
- (三) 經查，系爭要保書第 4 頁下方要保人欄位的簽名，確實與要保書第 1 頁的兩處簽名樣式顯不相同，依申請人自陳，要保書上的被保險人資料欄位方為親

自簽名及填具，是經觀察比對申請人親簽的簽名樣式，可發現於○○年○○月○○日保單簽收回條上的簽名樣式在筆順、勾捺、神韻皆極為相似，申請人亦無否認保單簽收回條上簽名的真正，故此應為申請人親簽，足認申請人投保後業已取得保險單等契約內容，亦足證申請人確有投保系爭保險契約之意思，否則如無投保的意思，即應在收受保險單時提出異議，而非於多年後方提出申訴。至於要保書上的要保人欄位，申請人收受保單後應即知悉有第三人代為完成要保書的事實，但卻未予爭執等情，足認申請人業已授權第三人代為簽署，此簽名之代行屬法所允許，非謂要保書未經要保人親簽即當然無效，有前開判決意旨可供參照。

(四)惟按當時保險業務員管理規則(98年5月27日)第19條規定：「業務員有下列情事之一者，除有犯罪嫌疑，應依法移送偵辦外，其行為時之所屬公司並應按其情節輕重，予以三個月以上一年以下停止招攬行為或撤銷其業務員登錄之處分：…十八、其他有損保險形象。」。查，系爭要保書上的要保人簽名樣式多處顯不相符，佐以申請人於○○年○○月間辦理契約變更時，相對人亦因簽章樣式與原文件不符，而未完成契約變更作業，有相對人○○年○○月○○日照會申請人的契約內容變更照會單在卷可查，足認要保書末頁的要保人簽名欄位並非申請人所親簽，有簽名代行之情事，已述如前。是以，保險業務員招攬時有未親晤申請人致未能取得申請人親簽之保險相關文件，有違反保險業務員規則之招攬缺失。惟違反保險業務員規則雖生對保險公司是否予以處分或撤銷招攬人員之資格登記等行政處分上效果，尚不能認係強制禁止規定，如有違反即屬無效(臺灣高雄地方法院98年度保險字第5號判決參照)。

(五)末按金融消費者保護法第1條及第13條規定，本中心應秉持公平合理、迅速有效之原則處理金融消費爭議事件。又本中心處理金融消費爭議事件之程序，其性質屬訴訟外之爭端解決機制，而與訴訟程序依法裁判不盡相同。本件考量相對人業務員招攬時有未親晤申請人致未能取得申請人親簽之保險相關文件之招攬缺失，違反保險業務員規則，業務員之行為難謂無可非議之處。衡酌相對人因招攬人員之行為，受有擴張其商業活動之經濟利益，本須對招攬人員負選任監督之責，並應就招攬人員之過失負同一責任。本中心爰依金融消費者保護法第20條第1項規定所揭示公平合理原則，審酌個案具體情狀，認相對人應就其招攬缺失衡平補償申請人○○元整。其餘請求，本中心尚難為有利於申請人之認定。

六、評議決定

(一)相對人應給付申請人新臺幣○○元整。

(二)申請人其餘請求，本中心尚難為有利申請人之認定。

七、相關法規

(一)民事訴訟法第 277 條

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

(二)金融消費者保護法第 1 條

為保護金融消費者權益，公平、合理、有效處理金融消費爭議事件，以增進金融消費者對市場之信心，並促進金融市場之健全發展，特制定本法。

(三)金融消費者保護法第 13 條

為公平合理、迅速有效處理金融消費爭議，以保護金融消費者權益，應依本法設立爭議處理機構。

金融消費者就金融消費爭議事件應先向金融服務業提出申訴，金融服務業應於收受申訴之日起三十日內為適當之處理，並將處理結果回覆提出申訴之金融消費者；金融消費者不接受處理結果者或金融服務業逾上述期限不為處理者，金融消費者得於收受處理結果或期限屆滿之日起六十日內，向爭議處理機構申請評議；金融消費者向爭議處理機構提出申訴者，爭議處理機構之金融消費者服務部門應將該申訴移交金融服務業處理。

爭議處理機構除處理金融消費爭議外，並應辦理對金融服務業及金融消費者之教育宣導，使金融服務業與金融消費者均能充分瞭解正確之金融消費觀念及金融消費關係之權利與義務，以有效預防金融消費爭議發生。

爭議處理機構辦理金融消費爭議處理及前項業務，得向金融服務業收取年費及爭議處理服務費。

前項年費及服務費之收取標準及有關規定由主管機關定之。

(四)金融消費者保護法第 20 條第 1 項

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

案例 005 保單紅利-未據實說明契約內容 (104 評 2067)

一、案例摘要

(一) 評議要旨：

相對人業務員於招攬時使用的「綜合保險計劃書」，固非屬系爭保險契約之一部。惟經審視其上內容，足認系爭「綜合保險計劃書」屬招攬時專為申請人量身製作的保險文件，故申請人必定對其內容產生信賴，並以其為依據做出投保決定。觀「綜合保險計劃書」上內容有關保單紅利給付的記載：「…至 20 年滿期時，可領取累積紅利○○元；20 年期滿後，免繳保費，每○年可領取紅利 0.5，0.5，0.6 萬元…領一輩子。」，除此之外並無任何警醒的文字記載，告知上開紅利金額的記載僅屬參考用，依約有調整的可能，足認相對人使用具有誤導效果之招攬文件使消費者與其簽約，有違公平。本中心衡酌相對人對於保險專業之瞭解能力與風險控制能力，應認為相對人對於申請人就保單紅利給付計算方式之誤解應承擔相當責任，爰依金融消費者保護法第 20 條第 1 項揭示之公平合理原則，認為相對人應補償申請人○○元為適當。

(二) 爭議險種：還本終身壽險

(三) 參考條文：保險法第 3 條、保險法第 44 條第 1 項、金融消費者保護法第 20 條第 1 項

(四) 關鍵字：保單紅利、公平合理原則

二、事實經過

申請人透過業務員甲，請甲為其規劃保單，甲以「綜合保險計劃書」向申請人招攬保單，規劃 20 年期，至 20 年滿期時，可領取累積紅利○○元；20 年期滿後，免繳保費，每○年可領取紅利 0.5，0.5，0.6 萬元…領一輩子。申請人請求依「綜合保險計劃書」給付紅利，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「綜合保險計劃書」給付保單號碼第○○號保險契約滿期後之保單紅利○○元，是否有理由？

四、當事人主張

(一) 申請人主張

1. 投保時的綜合計劃書上清楚寫著壽險利益至 20 年期滿後，每三年可領○○元，故到 84 歲時加上滿期金可領○○元。
2. 從來沒有收到契約條款，只有綜合計劃書及要保書等資料。
3. 開始時相對人說以○○萬元和解，保戶不同意，第 2 次又以○○元要和解，本人要求○○萬元，沒達成協議。

(二) 相對人主張

1. 按依系爭保單契約條款第二十五條【保險單紅利的計算及給付】約定：「本契約有效期間內，本公司依規定於每一保單年度終了，以本保險單計算保險費所採用的預定利率(百分之七、〇)及預定死亡率(台灣壽險業第三回經驗生命表之死亡率的百分之九十)為基礎，按當時財政部核定的應分配保險單紅利計算公式(如附件)計算保單紅利…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：當年度之保單紅利係利差紅利及死差紅利二項之和：一、利差紅利：以『該保單年度台灣銀行、第一銀行、合作金庫與中央信託局四家行庫局每月初(每月第一個營業日)牌告之二年期定期儲蓄存款最高利率計算之平均值與計算保險費之預定利率(年利率百分之七)之差』乘以『期中保單價值準備金』計算。二、死差紅利：以『計算保險費之預定死亡率與經財政部核准適用於該年度的業界實際經驗死亡率之差』乘以『該保單年度一般身故保險金與期末保單價值準備金之差』計算。說明：…3. 上述保單紅利分配計算公式，係奉財政部 80.12.31. 台財保第八〇〇四八四二五一號函核定，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…」，合先敘明。
2. 經查申請人於〇〇年〇〇月〇〇日投保系爭保單後，曾於〇〇年〇〇月間請領保單紅利〇〇元，本公司亦已匯入申請人指定帳戶在案。
3. 次查系爭保單之保單紅利係依財政部 80 年 12 月 31 日台財保第 800484251 號函核定計算，且上揭條款約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，查財政部於 91 年 12 月 18 日曾以台財保字第 0910072808 號函修改保單紅利計算方式「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。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。」，是以系爭保單紅利本公司依主管機關規定計算，應無違誤之處。

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，兩造當事人〇〇年〇〇月〇〇日出席本中心調處庭，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)，有調處筆錄可佐，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「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。」有臺灣高等法院臺中分院93年度保險上易字第15號民事判決意旨可資參照。準此，申請人於○○年○○月○○日填具系爭保險契約之要保書，有投保系爭保險契約之意思，則保單紅利之計算即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金融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，以免對金融消費者有不公平之情形。

(三)復按系爭保險契約條款第二十五條【保險單紅利的計算及給付】約定：「本契約有效期間內，本公司依規定於每一保單年度終了，以本保險單計算保險費所採用的預定利率(百分之七、○)及預定死亡率(台灣壽險業第三回經驗生命表之死亡率的百分之九十)為基礎，按當時財政部核定的應分配保險單紅利計算公式(如附件)計算保單紅利…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：當年度之保單紅利係利差紅利及死差紅利二項之和：一、利差紅利：以『該保單年度台灣銀行、第一銀行、合作金庫與中央信託局四家行庫局每月初(每月第一個營業日)牌告之二年期定期儲蓄存款最高利率計算之平均值與計算保險費之預定利率(年利率百分之七)之差』乘以『期中保單價值準備金』計算。二、死差紅利：以『計算保險費之預定死亡率與經財政部核准適用於該年度的業界實際經驗死亡率之差』乘以『該保單年度一般身故保險金與期末保單價值準備金之差』計算。說明：…3. 上述保單紅利分配計算公式，係奉財政部 80.12.31. 台財保第八○○四八四二五一號函核定，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…」。

(四)經查，系爭保險契約之附件載明保單紅利計算公式係奉財政部 80 年 12 月 31 日台財保第 800484251 號函核定，即於系爭保險契約有效期間內，相對人每一保單年度終了應分配之保單紅利計算公式為：「當年度之保單紅利係利差紅利及死差紅利二項之和。」。嗣財政部於 91 年 12 月 18 日以台財保字第 0910072808 號函變更保單紅利之規定，內容略為：「自 92 年保單年度起，原適用 80 年 12 月 31 日台財保字第 800484251 號函規定之紅利計算公式有效契約，當年度死差損益與利差損益得互相抵用。因互抵而減少之紅利金額，將轉增提列為長期有效契約之責任準備金。」。是以，相對人自 92 保單年度起，依前揭財政部 0910072808 號函，將死差紅利與利差紅利相互互抵計算保單紅利，是依相對人提出的歷年紅利明細表，系爭保險契

約自〇〇年度起的當年度紅利及累積紅利皆為 0，故於滿期後並無額外紅利再予給付，尚難謂有違誤。

- (五)惟查，相對人業務員於招攬時使用的「綜合保險計劃書」，依前開說明，固非屬系爭保險契約之一部。惟經審視其上內容，有「…敬致 〇〇 小姐… 〇〇還本綜合保險…保險金額〇〇萬元」等文字，並詳載保障內容，足認系爭「綜合保險計劃書」屬招攬時專為申請人量身製作的保險文件，使用其告知申請人系爭保險契約之承保範圍，故申請人必定對其內容產生信賴，並以其為依據做出投保決定。觀「綜合保險計劃書」上內容有關保單紅利給付的記載：「…至 20 年滿期時，可領取累積紅利〇〇元；20 年期滿後，免繳保費，每〇〇年可領取紅利 0.5，0.5，0.6 萬元…領一輩子。」，除此之外並無任何警醒的文字記載，告知上開紅利金額的記載僅屬參考用，依約有調整的可能，足認相對人使用具有誤導效果之招攬文件使消費者與其簽約，有違公平。是衡酌相對人對於保險專業之瞭解能力與風險控制能力，應認為相對人對於申請人就保單紅利給付計算方式之誤解應承擔相當責任。按「綜合保險計劃書」記載，系爭保險契約滿期時，可先領取累積紅利〇〇元；又每〇〇年可領取紅利 0.5，0.5，0.6 萬元…領一輩子。是每〇〇年可領取〇〇元，依國人平均壽命計算，申請人於民國〇〇年次出生，合理推算應可領取〇〇元（〇〇元*〇〇），以上合計〇〇元。爰依金融消費者保護法第 20 條第 1 項揭示之公平合理原則，認為相對人應補償申請人〇〇元為適當。
- (六)綜上所述，申請人請求相對人給付〇〇元，於此範圍內為有理由，應予准許。逾此部分，本中心尚難為有利申請人之認定。兩造其餘主張、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

相對人應給付申請人〇〇〇元整。

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)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 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。

強制汽車責任保險

案例 006 強制汽車責任保險—和解範圍（104 評 1482）

一、案例摘要

（一）評議要旨：

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 項亦有明定。所謂默示之意思表示，係指依表意人之舉動或其他情事，足以間接推知其效果意思者而言。故若依兩造表意人之舉動或其他情事，足以間接推知其相互的效果意思表示一致者，其契約即為成立，並不以訂立書面或具備一定形式要件為必要。依申請人提供之對話紀錄整體文義觀之，A 君應有默示之意思表示同意申請人再向相對人請求強制險醫療傷害費用給付部分，是依申請人與 A 君上開對話間接推知，系爭和解書內容應無包含強制汽車責任保險傷害醫療費用給付，洵堪認定。

（二）爭議險種：強制汽車責任保險

（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 27 條、第 31 條

（四）關鍵字：強制汽車責任保險、醫療保險金、和解範圍

二、事實經過

申請人於○○年○○月○○日遭相對人承保之車牌號碼○○-○○號自用小客車之駕駛人○○○(下稱 A 君)撞傷，申請人於○○年○○月○○日與 A 君簽立和解書，賠償金額○○○元，內含申請人之醫療、住院、車輛維修及補貼休養期間工作薪資，雙方均同意不包括強制險之給付。申請人於○○年○○月○○日檢附完整醫療單據向相對人申請強制險傷害醫療費用○○元，遭相對人拒絕，爰申請評議。

三、本案爭點

系爭和解書內容是否包含強制汽車責任保險傷害醫療費用給付？申請人請求相對人給付強制汽車責任保險傷害醫療費用○○元乙節，有無理由？

四、當事人主張

（一）申請人主張

申請人於○○年○○月○○日遭相對人承保之車牌號碼○○-○○號自用小客車之駕駛人○○○(下稱 A 君)撞傷，申請人於○○年○○月○○日與 A 君簽立和解書，賠償金額○○元，內含申請人之醫療、住院、車輛維修及補貼休養期間工作薪資，雙方均同意不包括強制險之給付。申請人於○○年○○月○○日檢附完整醫療單據向相對人申請強制險傷害醫療費用○○元，相

對人仍拒絕理賠等語。

(二)相對人主張

經相對人了解申請人與 A 君已達成和解，和解書內註明包含醫療及住院，且相對人多次詢問 A 君和解時之真意，其均表示和解內容包含因本事故所生之強制險各項給付，故相對人依法難再賠付醫療相關費用，且賠償金額扣除財物損失後仍大於強制險醫療可給付金額。又相對人迄今未獲申請人與 A 君提供和解不包含強制險給付之證明文件，依強制汽車責任保險法第 31 條規定，在未獲事故雙方統一意思表示前，相對人無權擅自認定雙方的和解真意等語。

五、判斷理由

(一)按「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。」、「被保險汽車發生汽車交通事故，被保險人已為一部之賠償者，保險人僅於本法規定之保險金額扣除該賠償金額之餘額範圍內，負給付責任。但請求權人與被保險人約定不得扣除者，從其約定。」為強制汽車責任保險法第 27 條及第 31 條所明文規定。又強制汽車責任保險法第 31 條之立法理由為：「保險人依強制汽車責任保險契約所為之保險給付，係因被保險人以保險費為對價將其責任危險轉嫁於保險人所生，故係被保險人責任之承擔，從而被保險人所為之賠償自應與保險人之給付合併計算，以避免雙重賠付。本條第一項之規定即係基於此一理念，使加害人與被保險人之賠償額構成保險人給付責任之減免。惟如受害人之損害額度超過保險金額時，雙方協議於保險給付之外，另由加害人或被保險人為賠償者，自應尊重其約定，不宜再予扣除，是為但書之規定。」由此可知，如被保險人已為一部之賠償，則請求權人仍得於強制汽車責任保險法規定之保險金額扣除該賠償金額之餘額範圍內，向保險人請求保險給付。易言之，如被保險人已賠償之金額超過強制汽車責任保險法規定之保險金額，則強制汽車責任保險法規定之保險金額扣除該賠償金額後已無餘額，保險人即無須再給付保險金予請求權人。至於但書之規定，係因如受害人之損害額度超過保險金額時，受害人之損害無法藉由強制汽車責任保險獲得完全之滿足，勢必就超過強制汽車責任保險法所規定保險金額之範圍，另行向加害人或被保險人求償。故通常於此情形，加害人或被保險人會與請求權人約定由其領取強制汽車責任保險之保險金額，並僅就超過該保險金額之範圍另行賠償，如此一來，受害人之損害即可獲得完全之滿足。

(二)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 項亦有明定。所謂默示之意思表示，係指依表意人之舉

動或其他情事，足以間接推知其效果意思者而言（最高法院 21 年上字第 1598 號、29 年上字第 762 號判例意旨參照）。故若依兩造表意人之舉動或其他情事，足以間接推知其相互的效果意思表示一致者，其契約即為成立，並不以訂立書面或具備一定形式要件為必要。再解釋意思表示，應探求當事人真意，不得拘泥於所用之辭句，民法第 98 條定有明文。故解釋當事人之契約，應以當事人立約當時之真意為準，而真意何在，應以過去事實及其他一切證據資料為斷定之標準，不得拘泥字面或截取書據中一、二語任意推解，致失真意（最高法院 19 年上字第 28 號、19 年上字第 453 號、39 年台上字第 1053 號判例意旨參照）。

- (三)經查，申請人與 A 君即被保險人已於○○年○○月○○日簽訂系爭和解書，系爭和解書內容記載：「和解內容 1、甲方(即 A 君)同意乙方(即申請人)評估本次事故所致之賠償金額新台幣○○元和解金(內含乙方的醫療、住院、車輛維修及補貼休養期間工作薪資)。2、雙方同意依此圓滿解決，互不追究民、刑事責任，概無異議。」，此有系爭和解書在卷可憑，A 君業於同日將系爭款項給付予申請人收訖，且為兩造所不爭執。惟系爭和解書內容是否包含強制汽車責任保險傷害醫療費用給付？依申請人於○○年○○月○○日補充意見書略以：「賠償金額內含乙方的醫療、住院、車輛維修及補貼休養期間工作薪資，即○○元=○○元+(○○元 x7 日 x60%)+○○元+(○○元 x6 個月)」，足見和解金額並非僅有醫療費用，尚包含車輛維修、補貼休養期間工作薪資，且扣除實際車輛維修費用○○元、補貼休養期間工作薪資之金額○○元後，醫療、住院費用為○○元。另申請人於 104 年 9 月 9 日評議申請書所列之支付總表、和解金與理賠金使用明細表：「擬向○○○申請理賠：住院○○元、醫療○○元、回診治療○○元、接送費用○○元、看護費用○○元」，且申請人於和解金與理賠金使用明細表中均詳細記載「和解時」、「○○○申請理賠」之支出項目及細項：例如特殊材料費、藥費、檢查費、部分負擔、救護車等各項金額，申請人於○○年○○月○○日向相對人提出理賠申請時，亦已提供相關單據予相對人，此有電話紀錄在卷可憑。經本中心請申請人提供所有醫療、住院病房單據共○○元、回診治療單據○○元、接送費用單據○○元、看護費用單據○○元(見卷內所附之單據影本)，足證申請人確實支出相關費用金額。況關於和解金與理賠金使用明細表所列之「回診治療○○元、接送費用○○元、看護費用○○元」等，均未記載於系爭和解書內，自不在系爭和解範圍內。是申請人主張其本次向相對人申請強制險理賠所檢附之傷害醫療單據，並未與 A 君賠償之醫療、住院費用○○元範圍重疊，顯非無據。

(四)次查，依申請人提供○○年○○月○○日、○○日之 I-PHONE 通訊軟體-B 先生(即申請人之女婿)與 C 先生(即 A 君之子)對話紀錄記載：「B 先生(即申請人之女婿)：後來又開了一次刀…，比預期的嚴重許多。但是我們並未考慮向您索討，而是如我們原先規劃，進行申請和解金額中未納入強制責任險，來添補龐大醫療費用的不足。C 先生：造成你們的困擾真的很對不起。B 先生：…二來則是我們彼此已協議可向保險公司申請理賠。C 先生：好的，沒關係請放心，保險公司的部分我們也會配合的」，此有申請人提供之 I-PHONE 通訊軟體截圖在卷可憑，且依申請人所提供之醫療單據之日期為○○年○○月○○日至○○月○○日之間，足見申請人在與 A 君和解後因又動了一次手術，因此增加支出傷害醫療費用已非原先系爭和解書住院、醫療費用所得涵蓋，且依上開通訊軟體對話「B 先生：…二來則是我們彼此已協議可向保險公司申請理賠。C 先生：好的，沒關係請放心，保險公司的部分我們也會配合」之整體文義觀之，A 君應有默示之意思表示同意申請人再向相對人請求強制險醫療傷害費用給付部分，是依申請人與 A 君上開對話間接推知，系爭和解書內容應無包含強制汽車責任保險傷害醫療費用給付，洵堪認定。雖相對人亦提出○○年○○月○○日 A 君簽署之聲明書記載：「…，本人特別聲明此和解金額包含本事故所生強制汽車責任保險各項給付項目」等語，然該聲明書簽具之日期係在申請人提起本件評議申請即○○年○○月○○日之後，其簽立之動機、目的為何，顯有可議之處，且該聲明書為 A 君事後、單方出具，亦無足直接或間接推論當事人立約當時之真意，是相對人謂相對人多次詢問 A 君和解時之真意，其均表示和解內容包含因本事故所生之強制險各項給付云云，無足採信。準此，系爭和解書內容應無包含強制汽車責任保險傷害醫療費用給付，故申請人請求相對人給付強制汽車責任保險傷害醫療費用給付○○元，應屬有據。

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 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。

(五)強制汽車責任保險法第 27 條

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。

前項標準修正時，於修正生效日後發生之汽車交通事故，保險人應依修正後之規定辦理保險給付。

(六)強制汽車責任保險法第 31 條

被保險汽車發生汽車交通事故，被保險人已為一部之賠償者，保險人僅於本法規定之保險金額扣除該賠償金額之餘額範圍內，負給付責任。但請求權人與被保險人約定不得扣除者，從其約定。

前項被保險人先行賠償之金額，保險人於本法規定之保險金額範圍內給付被保險人。但前項但書之情形，不在此限。

案例 007 強制汽車責任保險—因果關係（104 評 1491）

一、案例摘要

（一）評議要旨：

本案件中，因合併明顯雙額挫傷性出血特徵，且申請人交通事故發生過程明確、又無合理競爭之內因性體況，故宜視為外傷性相關。

綜上，依現有卷證資料及本中心專業顧問意見，已足堪認定申請人目前體況符合強制汽車責任保險殘廢給付標準表神經障害第 2-1 項「中樞神經系統機能遺存極度障害，終身無工作能力，為維持生命必要之日常生活活動，全須他人扶助，經常須醫療護理及專人周密照顧者。」之障害狀態，且該障害狀態與系爭交通事故間具有因果關係，是揆諸前揭法條規定及說明，申請人請求相對人給付強制汽車責任保險殘廢給付○○元，洵屬有據。

（二）爭議險種：強制汽車責任保險

（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、殘廢保險金、因果關係

二、事實經過

申請人騎乘車牌號碼 A○-○○號普通重型機車於○○年○○月○○日上午○○時○○分許，與投保相對人強制汽車責任保險之車牌號碼 B○-○○號自用小客車發生交通事故，並致申請人受有腦皮質挫傷、顱內出血、臉、頸及頭皮、肘、前臂及腕磨損或擦傷、阻塞性水腦症等傷害，由救護車送往○○醫院急診入院後，經手術開刀緊急治療，迄今仍昏迷未能清醒，目前體況為全身癱瘓狀態。惟申請人經檢附相關診斷證明書，向相對人請求強制汽車責任保險神經障害第 2-1 項第一級殘廢程度之殘廢保險金給付，卻遭拒絕給付，爰申請評議。

三、本案爭點

申請人目前體況是否符合強制汽車責任保險殘廢給付標準表神經障害第 2-1 項「中樞神經系統機能遺存極度障害，終身無工作能力，為維持生命必要之日常生活活動，全須他人扶助，經常須醫療護理及專人周密照顧者。」之障害狀態？若符合，則與系爭交通事故間有無因果關係？

四、當事人主張

（一）申請人主張

申請人騎乘車牌號碼 A○-○○號普通重型機車於○○年○○月○○日上午○○時○○分許，與投保相對人強制汽車責任保險之車牌號碼 B○-○○號

自用小客車，在○○市○○區○○路與○○路口發生交通事故，並致申請人受有腦皮質挫傷、顱內出血、臉、頸及頭皮、肘、前臂及腕磨損或擦傷、阻塞性水腦症等傷害，由救護車送往光田綜合醫院急診入院後，經手術開刀緊急治療，迄今仍昏迷未能清醒，目前體況為全身癱瘓狀態。惟申請人經檢附相關診斷證明書，向相對人請求強制汽車責任保險神經障害第 2-1 項第一級殘廢程度之殘廢保險金給付，卻遭拒絕。又申請人於到院前，即因系爭交通事故而致腦撞地受傷，且有醫院診斷急診病歷資料可佐，相對人拒不給付強制汽車責任保險之殘廢保險金，非有理由。

(二)相對人主張

依據相對人所取得病歷摘要顯示，申請人目前體況係因「陳舊性腦中風、敗血症」所致，顯然與系爭交通事故間無因果關係存在，故歉難給付殘廢保險金等語。

五、判斷理由

本件申請人主張伊因系爭交通事故致身體殘廢，並符合強制汽車責任保險給付標準表神經障害第 2-1 項障害狀態，相對人即應依強制汽車責任保險法規定給付申請人殘廢給付等語。惟此為相對人所否認，並以前揭情詞置辯。準此，本件應審究者在於：申請人體況是否符合強制汽車責任保險給付標準表神經障害第 2-1 項障害狀態？與系爭交通事故間有無因果關係？經查，就前揭兩造爭執要旨，經諮詢二位本中心專業顧問意見，略以：「根據所提供病歷資料，申請人於○○年○○月○○日上午○○點發生交通事故。上午○○點○○分送至○○醫院急診室，當時意識狀態為中重度昏迷（昏迷指數為 6 分），同日電腦斷層檢查報告為左側額顳葉及基底核急性出血，蜘蛛網膜下出血，腦室出血及兩側前額葉少量出血。申請人於同日接受顱內壓監視置入及腦室體外引流手術，於○○月○○日接受腦室腹腔分流手術。申請人於○○年○○月○○日出院。所提供的病歷等參考資料上面並無具體描述出院情形，但○○月○○日護理紀錄提及申請人的意識狀態仍為中重度昏迷（E2M3VT）。… 另根據病歷資料，申請人於交通事故後立即發生意識等神經學症狀，並於第一時間的電腦斷層即有多發性急性腦出血，且位置並不與出血性腦外傷相牴觸，應可能為交通事故導致病因性急性腦出血。」、「1. 依據○○年○○月○○醫院急診及住院病歷體況紀錄，申請人符合 2-1 一級殘等。2. 依據相關病歷記載，外傷過程與事故明確。腦部電腦斷層符合外傷性出血特徵：多處挫傷性出血與少量蜘蛛腦膜下腔出血。惟 6.2 公分直徑之基底核（caudate nucleus）出血，亦為典型自發性出血部位。3. 病因性出血（自發性出血），為合理考量之一。但本案件中，

因合併明顯雙額挫傷性出血特徵，且申請人交通事故發生過程明確、又無合理競爭之內因性體況，故宜視為外傷性相關。」等語綦詳。綜上，依現有卷證資料及本中心專業顧問意見，已足堪認定申請人目前體況符合強制汽車責任保險殘廢給付標準表神經障害第 2-1 項「中樞神經系統機能遺存極度障害，終身無工作能力，為維持生命必要之日常生活活動，全須他人扶助，經常須醫療護理及專人周密照顧者。」之障害狀態，且該障害狀態與系爭交通事故間具有因果關係，是揆諸前揭法條規定及說明，申請人請求相對人給付強制汽車責任保險殘廢給付○○元，洵屬有據。

六、評議決定

相對人應給付申請人強制汽車責任保險殘廢給付新臺幣○○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。

案例 008 強制汽車責任保險—殘廢給付（104 評 1736）

一、案例摘要

（一）評議要旨：

申請人之體況是否符合審核基準中所謂「動搖關節」定義，致其體況是否符合第 11 級第 12-29 項次「一下肢三大關節中，有一大關節遺存顯著運動障害者」之障害體況，即為本案審查之重點。

依據○○門診病歷之記載，申請人於○○年○○月○○日接受關節鏡韌帶重建手術術後 1 個月時（○○年○○月○○日）各項關節穩定度之理學檢查均正常〔Lachmen test（-），AD（-），PD（-），Valgus stress（-），Varus test（-）〕，但隨著時間經過，穩定度逐漸變差，至術後一年半時（○○年○○月○○日），Lachmen test、AD、PD 已惡化成 Gr. 1-2，Valgus stress 變成 Gr. 1，顯示膝關節穩定度逐漸變差，呈現動搖關節之現象。由於申請人年紀較大，取用來用以重建之韌帶結構較差，加上受傷後肌肉萎縮肌力退化，上開術後關節穩定度逐漸變差之狀況確實可能發生。

因申請人年紀較大，所取用以重建韌帶之結構也較差，再加上受傷後肌肉萎縮肌力退化，是確實有可能致申請人術後出現關節穩定度逐漸變差之情形，故申請人目前情形應符合殘廢給付標準表審核基準中所稱之動搖關節，而有第 12-29 項次所指之障害程度存在。

（二）爭議險種：強制汽車責任保險

（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、殘廢保險金

二、事實經過

申請人主張其因○○年○○月○○日交通事故造成「右膝關節脫臼併前十字韌帶斷裂，後十字韌帶斷裂與內側副韌帶斷裂及脛骨撕裂性骨折」，經送醫長期追蹤治療後，認為已符合審核基準中所謂「動搖關節」之定義，實有第 11 級第 12-29 項次所指之障害體況存在，惟此遭相對人所否認，向相對人申訴仍遭拒賠，爰申請評議。

三、本案爭點

依本案現有事證，申請人之體況是否符合強制汽車責任保險殘廢給付標準表第 12-29 項次「一下肢三大關節中，有一大關節遺存顯著運動障害者」之障害程度？如不符合，是否有符合其他障害項目？

四、當事人主張

（一）申請人主張

1. 右膝關節正常有 4 個韌帶，而申請人總共有 3 個韌帶斷裂，經治療至今已有 1 年以上仍無法痊癒。相對人老是避重就輕以右膝關節之骨頭及神經認定，而不以韌帶認定，其目的就是要造成不給付。
2. 強制汽車責任保險殘廢給付標準表在下肢機能障害系列中的審核標準「六、下肢之動搖關節及假關節審定，參照上肢之各該項規定。」，而上肢機能障害系列中之審核標準「九、關於上肢『動搖關節』，韌帶不論其為他動或自動，均依下列標準，定其等級：（一）勞動及日常行動有顯著妨礙，時常必須裝著固定裝具者，準用關節喪失機能規定等級。（二）勞動及日常行動，有相當之妨礙，但無經常裝著固定裝具之必要者，準用關節遺存顯著運動失能規定等級。」。
3. ○醫院於○○年○○月○○日所開立之診斷證明書記載「右膝關節脫臼併前十字韌帶斷裂，後十字韌帶斷裂與內側副韌帶斷裂及脛骨撕裂性骨折（以下空白）」，醫師囑言則載：「……現（○○/○○/○○）右膝關節持續疼痛無力，造成勞動及日常行動有程度上的妨礙。目前行動時，以軟式護膝輔具保護右膝，但無經常裝著固定裝具之必要。宜續門診追蹤併復健治療（以下空白）」。

（二）相對人主張

依據申請人所提供之○○年○○月○○日○○醫院復健科門診病歷記載：

「右膝關節活動度 0-140 度」，與膝關節生理運動範圍正常活動角度在 135-145 度比較，為正常活動角度。次依○○年○○月○○日○○醫院所開立的診斷證明書在「醫師囑言」中記載：「……○○月○○日接受關節鏡前、後十字韌帶重建及內側副韌帶修補手術……需膝支架固定使用……現（○○/○○/○○）右膝關節持續疼痛無力，造成勞動及日常行動上有程度上的妨礙，目前行動時，以軟式護膝輔具保護右膝，但無經常裝著固定裝具之必要。宜續門診追蹤併復健治療（以下空白）」，單純韌帶斷裂重建術後，穿戴護膝輔具之目的在於保護，由於並未提及手術失敗而造成關節不穩定，因此並不符合「動搖關節」之病況，否則若屬「動搖關節」，則接受復健治療在臨床上亦無意義，故申請人尚不符合強制汽車責任保險殘廢給付標準表之殘廢等級認定標準，其請求無理由。

五、判斷理由

- （一）按「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。」為強制汽車責任保險法第 27 條第 1 項及第 2 項所明定。是主管機關乃據此訂定「強制汽

車責任保險給付標準」(下簡稱給付標準)。次按「受害人因汽車交通事故致身體殘廢，其殘廢程度分為十五等級，各殘廢等級及開具殘廢診斷書之醫院層級或醫師，依附表強制汽車責任保險殘廢給付標準表(以下簡稱殘廢給付標準表)之規定。」為給付標準第3條第1項所規定。次按「殘廢給付標準表」約定如申請人體況符合第11級第12-29項次「一下肢三大關節中，有一大關節遺存顯著運動障害者」之障害程度，而該審核基準規定：「六、下肢之動搖關節及假關節審定，參照上肢之各該項規定」，又上肢機能障害審核基準規定：「九、關於上肢『動搖關節』，不論其為他動或自動，均依下列標準，定其等級：(一)勞動及日常行動有顯著妨礙，時常必須裝著固定裝具者，準用關節喪失機能規定等級。(二)勞動及日常行動，有相當之妨礙，但無經常裝著固定裝具之必要者，準用關節遺存顯著運動障害規定等級。」，合先敘明。

(二)查本案申請人主張其因○○年○○月○○日交通事故造成「右膝關節脫臼併前十字韌帶斷裂，後十字韌帶斷裂與內側副韌帶斷裂及脛骨撕裂性骨折」，經送醫長期追蹤治療後，認為已符合審核基準中所謂「動搖關節」之定義，實有第11級第12-29項次所指之障害體況存在。惟此遭相對人所否認，並主張依病歷資料顯示申請人之生理活動角度均為正常，且單純韌帶斷裂重建術後，穿戴護膝輔具之目的在於保護，由於並未提及手術失敗而造成關節不穩定，因此並不符合「動搖關節」之病況。足見申請人之體況是否符合審核基準中所謂「動搖關節」定義，致其體況是否符合第11級第12-29項次「一下肢三大關節中，有一大關節遺存顯著運動障害者」之障害體況，即為本案審查之重點。

(三)案經諮詢本中心專業顧問，其意見略以：「依據○○門診病歷之記載，申請人於○○年○○月○○日接受關節鏡韌帶重建手術術後1個月時(○○年○○月○○日)各項關節穩定度之理學檢查均正常[Lachmen test (-)，AD (-)，PD (-)，Valgus stress (-)，Varus test (-)]，但隨著時間經過，穩定度逐漸變差，至術後一年半時(○○年○○月○○日)，Lachmen test、AD、PD已惡化成Gr. 1-2，Valgus stress變成Gr. 1，顯示膝關節穩定度逐漸變差，呈現動搖關節之現象。由於申請人年紀較大，取用來用以重建之韌帶結構較差，加上受傷後肌肉萎縮肌力退化，上開術後關節穩定度逐漸變差之狀況確實可能發生，故依據強制汽車責任保險殘廢給付標準表有關動搖關節之審定標準，申請人應符合第12-29項次之障害項目。」，是依前揭顧問意見可知，因申請人年紀較大，所取用以重建韌帶之結構也較差，再加上受傷後肌肉萎縮肌力退化，是確實有可能致申請人術後出現

關節穩定度逐漸變差之情形，故申請人目前情形應符合殘廢給付標準表審核基準中所稱之動搖關節，而有第 12-29 項次所指之障害程度存在，相對人自應給付強制險殘廢保險金及自○○年○○月○○日起按週年利率百分之五（相對人就本案利息起算日及利率並未加以爭執）計算之利息。

六、評議決定

相對人應給付申請人新臺幣○○元整及自○○年○○月○○日起按週年利率百分之五計算之利息。

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 強制汽車責任保險—承保範圍（104 評 2042）

一、案例摘要

（一）評議要旨：

經檢視強制險醫療給付費用明細表中相對人未賠付的部分，單據編號 1 的掛號費、部分負擔、診斷證明書費、接送費用，合計○○元，屬於強制汽車責任保險之給付範圍，此部分未有給付清償資料；單據編號 3 的交通費用 395 元亦未有給付清償資料；單據編號 12 的掛號費○○元同樣未有給付清償資料；單據編號 20 的看護費用○○元依法應予賠付；單據編號 21 及 22 的必要輔助器材○○元未有給付清償資料，上述合計○○元，相對人應予給付。

查申請人於○○年○○月○○日向相對人提出申請系爭保險理賠，有相對人提出之理賠申請書上所蓋收件章在卷可稽，復無向申請人請求補件之紀錄，從而，應堪認定申請人向相對人申請理賠之文件備齊日為○○年○○月○○日。揆諸前開規定，相對人至遲應於○○年○○月○○日給付保險金予申請人，是以，本件遲延利息應自○○年○○月○○日起算，至相對人清償日止，按週年利率百分之十計算。

（二）爭議險種：強制汽車責任保險

（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、醫療保險金

二、事實經過

申請人於○○年○○月○○日因交通事故致受有體傷，嗣後於○○年○○月○○日送件，申請理賠強制汽車責任保險醫療費用，部分收據遭相對人以非屬強制汽車責任保險給付標準給付範圍為由拒賠，爰申請評議。

三、本案爭點

申請人提出單據編號 1 至單據編號 22（各單據說明，詳後述），主張相對人未依強制汽車責任保險給付標準賠付醫療費用○○元，有無理由？相對人以上開收據非屬強制汽車責任保險給付標準給付範圍為由拒賠，是否有據？

四、當事人主張

（一）申請人主張

1. 本件於○○年○○月○○日親自送件至相對人，經多次電話詢問，始於○○年○○月○○日以電匯方式匯款○○元至本人指定帳戶，然查，少給付○○元（詳收據費用附表），本件申訴訴求如下。
2. 請求應依所申請金額全額給付，如有不合理的賠收據及文件，金融服務業應提示相關法令並給予說明及函覆，並將收據正本退還金融消費者，以符誠信。

3. 理賠作業延宕甚久，已逾法定期限 15 天之規定，經多次電話詢問，截至○○年○○月○○日撥款，延宕 2 個月之久。
4. 本件金融服務業申辦人員服務態度甚差，多次詢問申辦情形均未告知審核中有單據不予理賠，僅回覆案件還在主管處，本人詢問為何審核那麼久，承辦人回覆案件太多，上述拒絕理賠事項，未依法盡告知責任，不符原因亦拒絕說明，要理賠與不理賠全由相對人做決定，違反金融消費者權益。

(二)相對人主張

1. 按強制汽車責任保險給付標準第二條第二項第二款規定：「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…。」，先予敘明。
2. 查申請人所檢附之自費藥品費、檢查費及中醫治療費用部分，非屬前揭條款之給付範圍，故本公司歉難給付此部分保險金，敬請諒察。

五、判斷理由

- (一)按強制汽車責任保險給付標準(101 年 2 月 24 日)規定：「受害人因汽車交通事故致身體傷害，強制汽車責任保險（以下簡稱本保險）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：一、急救費用：指救助搜索費、救護車及隨車醫護人員費用。二、診療費用：（一）受害人以全民健康保險之被保險人診療者，包括下列：1. 全民健康保險法所規定給付範圍之項目及受害人依法應自行負擔之費用。2. 非全民健康保險法所規定給付範圍之項目，以病房費差額、掛號費、診斷證明書費、膳食費、自行負擔之義肢器材及裝置費、義齒或義眼器材及裝置費用，及其他經醫師認為治療上必要之醫療材料（含輔助器材費用）及非具積極治療性之裝具所需費用為限。…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。…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。」。

(二)經查，本中心逐一檢視申請人提出的收據及對照相對人提出的強制險醫療給付費用明細表：

1. 單據編號 1，有關申請人○○年○○月○○日至○○醫院看診之醫療費用收據，掛號費、部分負擔、診斷證明書費、接送費用，合計○○元，屬於強制汽車責任保險之給付範圍，惟強制險醫療給付費用明細表，卻未有上開費用的給付記載。經本中心以電話、郵件和書面詢問相對人，相對人又未告知究竟為何不予給付，是上開費用相對人無理由拒賠，應負強制險給付之責，應堪認定，此部分相對人應給付○○元。
2. 單據編號 2，有關申請人○○年○○月○○日至○○醫院看診之醫療費用收據，掛號費○○元、部分負擔○○元及○○元、接送費用○○元，經檢視相對人提出的強制險醫療給付費用明細表，此部分業已給付。
3. 單據編號 3，有關申請人○○年○○月○○日至○○診所看診之醫療費用收據，部分負擔 50 元、掛號費 100 元，根據強制險醫療給付費用明細表，此業已賠付，惟未賠付交通費用○○元，陳述意見函中亦未告知為何拒賠，雖經本中心郵件詢問後改稱已經賠付，然未見提出任何給付清償證明，故此部分尚有交通費用○○元未賠付。
4. 單據編號 4，有關申請人○○年○○月○○日至○○醫院看診之醫療費用收據，掛號費 50 元、部分負擔○○元、接送費用○○元，此部分業已賠付。
5. 單據編號 5，有關申請人○○年○○月○○日至○○醫院看診之醫療費用收據，掛號費 50 元、部分負擔○○元、接送費用○○元，此部分業已賠付。
6. 單據編號 6，有關申請人○○年○○月○○日至○○醫院看診之醫療費用收據，掛號費 50 元、部分負擔○○元、接送費用○○元，此部分業已賠付。
7. 單據編號 7，有關申請人○○年○○月○○日至○○醫院看診之醫療費用收據，掛號費 50 元、部分負擔○○元、接送費用○○元，此部分業已賠付。
8. 單據編號 8，有關申請人○○年○○月○○日至○○醫院看診之醫療費用收據，掛號費 150 元、部分負擔○○元、交通費用○○元，此部分業已賠付。
9. 單據編號 9，有關申請人○○年○○月○○日至○○醫院看診之醫療費用收據，掛號費 300 元、部分負擔○○元、交通費用○○元，此部分業已賠付。

10. 單據編號 10，有關申請人○○年○○月○○日至○○醫院看診之醫療費用收據，掛號費 150 元、部分負擔○○元、交通費用○○元，此部分業已賠付。
11. 單據編號 11，電腦斷層攝影檢查費用不屬於強制汽車責任保險給付標準之給付項目。
12. 單據編號 12，藥品費不屬於強制汽車責任保險給付標準之給付項目，惟掛號費 150 元相對人未予給付，陳述意見中又未敘明拒賠原因，經郵件詢問，相對人改稱有給付掛號費，然未見提出任何給付清償證明，強制險醫療給付費用明細表亦無掛號費的給付記載，故掛號費 150 元相對人未予賠付，應堪認定。
13. 單據編號 13，有關申請人○○年○○月○○日至○○醫院看診之醫療費用收據，掛號費 50 元、部分負擔○○元、接送費用○○元，此部分業已賠付。
14. 單據編號 14，有關申請人○○年○○月○○日至○○醫院看診之 X 光費 400 元，此不屬於強制汽車責任保險給付標準之給付項目。
15. 單據編號 15，有關申請人○○年○○月○○日至○○醫院看診之醫療費用收據，掛號費 50 元、部分負擔○○元、診斷證明費○○元、接送費用○○元，此部分業已賠付。
16. 單據編號 16，有關申請人○○年○○月○○日至○○醫院看診之藥品費、藥事服務費、X 光費，此不屬於強制汽車責任保險給付標準之給付項目。
17. 單據編號 17，有關申請人○○年○○月○○日至○○醫院看診之藥品費、藥事服務費，此不屬於強制汽車責任保險給付標準之給付項目。
18. 單據編號 18，中藥費不屬於強制汽車責任保險給付標準之給付項目。
19. 單據編號 19，看護費用○○元，已經賠付。
20. 單據編號 20，有關○○年○○月○○日○○醫院開立的診斷證明書，診斷申請人有第十二胸椎骨折，此與申請人車禍後的診斷相同，堪認與交通事故有因果關係，又依據醫囑申請人需專人照顧兩週，故看護費用應為○○元 $\times$ 14=○○元，此部分強制險醫療給付費用明細表未有給付記載，相對人亦未提出任何拒賠理由說明，依法即應予賠付。
21. 單據編號 21 及 22，有關申請人○○年○○月○○日的腰護帶○○元及○○年○○月○○日的長背架○○元，此必要之輔助器材屬強制汽車責任保險給付標準之給付項目，惟經檢視強制險醫療給付費用明細表，未有上開日期此部分的給付資料，且相對人陳述意見中並未有任何說明是否賠付，

附件資料亦未提供給付清償的證明，是本中心尚難認定相對人業已賠付，此資料欠缺的不利益應由相對人承擔，故相對人此部分應賠付○○元。

(三)從而，經檢視強制險醫療給付費用明細表中相對人未賠付的部分，單據編號 1 的掛號費、部分負擔、診斷證明書費、接送費用，合計○○元，屬於強制汽車責任保險之給付範圍，此部分未有給付清償資料；單據編號 3 的交通費用○○元亦未有給付清償資料；單據編號 12 的掛號費○○元同樣未有給付清償資料；單據編號 20 的看護費用○○元依法應予賠付；單據編號 21 及 22 的必要輔助器材○○元未有給付清償資料，上述合計○○元，相對人應予給付。

(四)末按強制汽車責任保險法第 25 條規定：「…保險人應於被保險人或請求權人交齊相關證明文件之次日起十個工作日內給付之；…保險人因可歸責於自己之事由致未在前項規定期限內為給付者，自期限屆滿之次日起，應按年利一分給付遲延利息。」。查申請人於○○年○○月○○日向相對人提出申請系爭保險理賠，有相對人提出之理賠申請書上所蓋收件章在卷可稽，復無向申請人請求補件之紀錄，從而，應堪認定申請人向相對人申請理賠之文件備齊日為○○年○○月○○日。揆諸前開規定，相對人至遲應於○○年○○月○○日給付保險金予申請人，是以，本件遲延利息應自○○年○○月○○日起算，至相對人清償日止，按週年利率百分之十計算。

六、評議決定

相對人應給付申請人新臺幣○○元整，及自民國○○年○○月○○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)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。

違反據實說明義務

案例 010 違反據實說明義務-口腔黏膜白斑症（104 評 1576）

一、案例摘要

（一）評議要旨：

依顧問意見可知，申請人於投保前 20 日業經醫師診斷確定已罹患口腔黏膜白斑症，包含右舌緣，已擴散至全口腔，需門診追蹤，惟申請人於投保系爭 3 保單時（○○終身保險、○○防癌保險附約及○○特定傷病終身保險契約）卻未告知，確實已嚴重影響相對人之危險評估已達拒保程度（因該疾患其屬癌前期，而本案系爭 3 保險契約均有將癌症列為保險事故），故相對人解除本案系爭 3 保險契約，依法並無不合。又口腔黏膜白斑症屬癌前期，此與申請人於 104 年 2 月 2 日經診斷為右側舌癌並手術切除間有因果關係存在，本案系爭 3 保險契約（申請人於 102 年 4 月 22 日投保）既經相對人於 104 年 4 月 15 日寄發存證信函解除本案系爭契約（於同年月 16 日到達申請人處所），相對人就申請人上開事故自無理賠相關保險金之責。

（二）爭議險種：終身壽險、防癌險、醫療險

（三）參考條文：保險法第 64 條

（四）關鍵字：告知義務、解除權、因果關係

二、事實經過

申請人於民國（下同）102 年 4 月 22 日申請人以自己為被保險人向相對人投保○○終身保險（保單號碼：○○628）並附加○○防癌保險附約、○○定傷病終身保險（保單號碼：○○471）。102 年 4 月 2 日申請人至 A 醫院就醫，經醫師診斷為〔528.6〕口腔黏膜白斑症，包括舌部。後申請人於 104 年 2 月 1 日至同年 3 月 19 日因舌癌於 B 醫院住院接受治療，出院後向相對人申請理賠，卻遭相對人解除本案系爭 2 保單及婉拒理賠，爰向本中心申請評議。

三、本案爭點

相對人以申請人違反告知義務且未告知事項已影響其危險評估為由，解除本案系爭第○○628 號主、附約及第○○471 號保單，並婉拒理賠申請人右側舌癌相關保險金，是否有據？

四、當事人主張

（一）申請人主張

B 醫院於 104 年 9 月 22 日所開立之診斷證明書，其上醫囑記載：「病患於民國 102 年 8 月 9 日就診，診斷為左側頰黏膜白斑，又於 103 年 12 月 23

日就診，診斷為右側舌癌，兩疾病無相關。」，故相對人解除系爭 3 保險契約不合法，並應進行理賠。

(二)相對人主張

1. 依 A 醫院（下簡稱 A 醫院）病歷之記載：申請人 101 年 4 月 12 日主訴及病史記載一年前即有口腔白斑，包含右舌緣，10 年前於 B 醫院診斷為黏膜纖維化，並診斷口腔黏膜白斑症，包括舌部。102 年 4 月 2 日載口腔黏膜纖維化擴散全口腔，另載未來為口腔癌高危險群，需門診追蹤及診斷口腔黏膜白斑症，包括舌部。另依 C 醫訊認為，口腔白斑症、口腔紅白斑症和口腔疣狀增生，是臺灣三大最主要的口腔疣狀癌，準此，申請人所罹患之口腔白斑症與惡化後之舌癌難謂無因果關係。
2. 申請人雖指摘其罹患口腔白斑症位於左側，舌癌位於右側顯無因果關係，並提出 B 醫院所開立之診斷證明書為憑。惟誠如前述，依 A 醫院病歷之記載：101 年 4 月 12 日主訴及病史載 1 年前即有口腔白斑，「包含右舌緣」，足證申請人於投保前，口腔白斑症已擴及右側，因果關係足可確認。綜上所述，申請人違反告知義務，且影響風險評估甚鉅，相對人依法解除契約非無理由。

五、判斷理由

- (一)按「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。」為保險法第 64 條第 1 項及第 2 項所明定。又保險法第 64 條於 81 年 2 月 26 日修正時，其立法理由已明白表示：一、保險契約訂立時，據實告知除要保人外，被保險人亦應據實說明。二、保險人得解除契約或拒絕理賠之條件，為要保人及被保險人對於保險人之書面詢問，有不實之說明或故意隱匿達保險人拒保程度。準此，除要保人或被保險人於保險人之書面詢問事項中有不實說明或有隱匿或遺漏不為說明，且該不為說明事項已影響相對人之危險評估達拒保程度，保險人可解除系爭保險契約外，其餘未在保險人書面所列詢問事項中之情形，縱要保人或被保險人未為告知甚或有影響危險評估，保險人亦不得以此解除契約，合先敘明。
- (二)本案申請人主張 B 醫院於 104 年 6 月 23 日所開立之診斷證明書，其上醫囑即已明白記載：「病患於民國 102 年 8 月 9 日就診，診斷為左側頰黏膜白斑，又於 103 年 12 月 23 日就診，診斷為右側舌癌，兩疾病無相關。（以下空白）」，主張相對人解除本案系爭 2 保單及婉拒理賠並不合法。惟相對人則

表示本案系爭2保單相關要保文件及重要告知事項皆為申請人所親簽後投保，申請人就健康告知事項中「1.最近二個月內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥」、「2.過去二年內是否曾因接受健康檢查有異常情形而被建議接受其他檢查或治療？」等詢問事項並未如實告知，並提出承保標準主張申請人未告知事項（口腔白斑、口腔黏膜纖維化）已影響相對人危險評估已達拒保程度為由，解除系爭保險契約，且因A醫院病歷記載：申請人101年4月12日主訴及病史載1年前即有口腔白斑，包含右舌緣，足證申請人於投保前口腔白斑已擴及右側，故與其右側舌癌顯有因果關係，故婉拒理賠並無不當。足見「申請人是否有違反告知義務已影響相對人之危險評估達拒保程度」，以及「申請人未告知之口腔白斑、口腔黏膜纖維化與投保後之右側舌癌間是否有因果關係存在」即為本案審查重點。

（三）案經諮詢本中心3位專業顧問，其意見分別略謂：

1. 口腔黏膜白斑症，於臺灣大部分是因嚼檳榔、吸菸、喝酒引起口腔黏膜上皮增生及過度角化，而呈現的白色病變。口腔黏膜白斑症不能用痊癒來描述，它是癌前期，何時發展到癌症則視刺激物或身體因素而定，時間可能有數年之久，一般為小病灶可手術切除，但因全口腔在致癌物作用上常會多發，只能控制很難痊癒。由於病患於101年4月12日在A醫院牙科門診時就發現全口腔有瀰漫性黏膜下纖維化，開口只有2公分，口腔內有白斑包含右側舌頭。102年4月2日A醫院耳鼻喉科門診建議定期追蹤及告知為口腔癌高危險族群要戒菸酒及檳榔。104年2月2日於B醫院診斷為舌癌並手術切除，從此病史中可看出病患之白斑症與舌癌有因果關係，未告知。
2. 依A醫院病歷所載：申請人在投保之前，於101年4月12日求診時，主訴及病史即記載1年前即有口腔白斑，包含右舌緣；10年前於B診斷為黏膜纖維化，並診斷口腔黏膜白斑症，包括舌部。102年4月2日記載口腔黏膜纖維化已擴散至全口腔，需門診追蹤並診斷口腔黏膜白斑症（包括舌部）。這些就診情形皆未於系爭保險契約之要保書上告知。口腔黏膜白斑症在臨床醫學上屬於口腔癌前病變，即未來惡化口腔癌的機率極高，故一般在人壽保險、健康保險、傷害保險的核保危險評估實務上，對於現症者，皆須予以婉拒。揆諸系爭3保險契約（終身保險、防癌附約、特定傷病終身保險）皆有將癌症列為保險事故之列（特定傷病終身保險將癌症列為「第二類特定傷病」），故申請人於投保前未將已罹患口腔黏膜白斑症之事實，據實告知相對人，實已影響相對人對危險之估計，相對人依保險法第64條解除系爭3契約非無理由。

3. 申請人投保前 20 日（即 102 年 4 月 2 日）在 A 醫院就醫時即經醫師診斷有口腔黏膜白斑症，包括舌部，但針對要保書問項「最近二個月內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？」、「有投保健康險者，請回答下列問題：現在是否仍患有下列疾病？……良性腫瘤、良惡性不明腫瘤……」卻未據實告知。按一般核保實務，口腔黏膜白斑症被視為口腔癌之前兆，因其組織病理符合癌前病變的特徵。故核保評估重點為該病症是否已經手術切除達半年以上、手術後是否定期追蹤且無復發、是否確實沒有嚼食檳榔之習慣或之前有但已戒除該習慣（按 A 醫院 102 年 4 月 2 日病歷之評估與規劃記載有向患者說明未來有很高的風險會形成口腔癌，患者需要定期追蹤。並建議患者戒除嚼食檳榔之習慣並停止吸菸和喝酒）。若口腔黏膜白斑症未經手術切除或仍繼續嚼食檳榔，按一般核保實務，各險一律拒保。

（四）是依上開顧問意見可知，申請人於投保前 20 日業經醫師診斷確定已罹患口腔黏膜白斑症，包含右舌緣，已擴散至全口腔，需門診追蹤，惟申請人於投保系爭 3 保單時（○○終身保險、○○防癌保險附約及○○特定傷病終身保險契約）卻未告知，確實已嚴重影響相對人之危險評估已達拒保程度（因該疾患其屬癌前期，而本案系爭 3 保險契約均有將癌症列為保險事故），故相對人解除本案系爭 3 保險契約，依法並無不合。又口腔黏膜白斑症屬癌前期，此與申請人於 104 年 2 月 2 日經診斷為右側舌癌並手術切除間有因果關係存在，本案系爭 3 保險契約（申請人於 102 年 4 月 22 日投保）既經相對人於 104 年 4 月 15 日寄發存證信函解除本案系爭契約（於同年月 16 日到達申請人處所），相對人就申請人上開事故自無理賠相關保險金之責，應屬當然。

（五）綜上所述，相對人解除系爭第○○471 號○○特定傷病終身保險、第○○628 號○○終身保險及其所附加之○○防癌保險附約，並婉拒就申請人 104 年 2 月 2 日因右側舌癌併手術切除之理賠申請，依法並無違誤，本中心就申請人之請求尚難為有利申請人之認定。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

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

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-危險評估 (105 評 0077)

一、案例摘要

(一) 評議要旨：

申請人於 103 年 12 月 27 日因「急性上呼吸道感染」門診治療，不過是感冒而已，並非屬「重要」告知事項，雖是「生病接受醫師治療、診療或用藥」，難謂屬違反屬重要告知事項之有關「最近二個月內是否受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？」之據實告知義務。申請人於投保時未告知於 103 年 12 月 9 日至 12 月 11 日赴 A 醫院住院治療，及於 103 年 12 月 27 日因「急性上呼吸道感染」赴 A 醫院門診治療，因皆非屬重要告知事項，並無違反據實告知義務。況，縱認申請人於投保時未告知 103 年 12 月 9 日至 12 月 11 日的住院檢查及 103 年 12 月 27 日門診治療，而違反據實告知義務，但相對人同意被保險人因「新生兒黃疸、急性上呼吸道感染」等疾患就診接受治療乙節，實未影響系爭保險契約之危險評估，此亦經本中心專業顧問意見承認表示申請人其餘就診之新生兒黃疸、急性上呼吸道感染疾病，經治療痊癒，可不影響危險評估，以正常費率承保。

(二) 爭議險種：健康保險

(三) 參考條文：保險法第 64 條

二、事實經過

要保人甲以其子即本件申請人為被保險人，於民國（下同）103 年 12 月 31 日向相對人投保○○終身醫療健康保險（保單號碼第○○293 號），並另附加○○健康保險附約（97）、○○醫療保險附約。後申請人於 104 年 7 月 27 日至 8 月 3 日期間因「阻塞性水腦症」赴 A 醫院住院接受治療。向相對人申請理賠，相對人雖有依約理賠系爭保險契約之住院醫療相關保險金，惟卻以申請人投保前有就醫事實卻未據實告知為由解除本案系爭保險契約，爰向本中心申請評議。

三、本案爭點

申請人於投保時未告知於 103 年 12 月 9 日至 12 月 11 日因「糖原質（肝糖）症、疑似龐貝氏症、新生兒黃疸」等疾患赴 A 醫院住院治療，及於 103 年 12 月 27 日因「急性上呼吸道感染」赴 A 醫院門診治療乙情，是否違反據實告知義務？若是，前開未告知之事實有無達到影響系爭保險契約之危險評估程度？相對人解除系爭保險契約是否合理？

四、當事人主張

(一) 申請人主張

要保人甲以其子即本件申請人為被保險人，於 103 年 12 月 31 日向相對人

投保○○終身醫療健康保險（保單號碼第○○293 號），並另附加○○健康保險附約（97）、○○醫療保險附約（以下合稱系爭保險契約）。嗣申請人因於104年7月27日至8月3日期間因「阻塞性水腦症」赴A醫院住院接受治療。惟出院後，經相對人依約理賠系爭保險契約之住院醫療相關保險金後，卻另遭相對人以申請人於投保前之103年12月9日至12月11日因「糖原質（肝糖）症、疑似龐貝氏症、新生兒黃疸」等疾患赴A醫院住院治療，及於103年12月27日因「急性上呼吸道感染」赴A醫院門診治療，惟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。為此，提出本件評議申請，請求相對人恢復保險契約效力存在或除外保留系爭保險契約等語。

（二）相對人主張

申請人於投保前之103年12月9日至12月11日因「糖原質（肝糖）症、疑似龐貝氏症、新生兒黃疸」等疾患赴A醫院住院治療，及於103年12月27日因「急性上呼吸道感染」赴A醫院門診治療，惟未於投保時要保書告知事項第2項「過去二年內是否曾因接受健康檢查有異常情形而被建議接受其他檢查或治療？」及第3項「最近二個月內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？」未告知之理由，影響相對人核保風險評估，依保險法第64條規定，已得解除保險契約。

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

說明時，其隱匿、遺漏或不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之評估者，保險人尚非不得解除保險契約。

- (二)本件申請人主張要保人於投保前已告知被保險人疑似龐貝氏症住院檢查，經確認排除嬰兒時期龐貝氏症，且業務人員亦已告知相對人審核後同意，相對人現以申請人未告知被保險人於103年12月9日至12月11日因「糖原質（肝糖）症、疑似龐貝氏症、新生兒黃疸」等疾患赴A醫院住院治療，及於103年12月27日因「急性上呼吸道感染」赴A醫院門診治療等情為由，而逕行解約，顯非合理。惟此為相對人所否認，並以前開情詞置辯。準此，本件應審究者在於：申請人未告知投保前曾於103年12月9日至12月11日因「糖原質（肝糖）症、疑似龐貝氏症、新生兒黃疸」等疾患赴A醫院住院治療，及於103年12月27日因「急性上呼吸道感染」赴A醫院門診治療乙情，是否違反告知義務？且該未據實告知之書面事項是否影響系爭保險契約之危險程度？

(三)經查：

1. 新生兒黃疸可分成幾種：生理性黃疸、病理性黃疸、母乳性黃疸及延遲性黃疸。生理性黃疸通常在第二天出現，四到七天達到最高峰，平均血清膽紅素濃度約每公合12毫克，中國的嬰兒高達七成以上在出生幾天後會出現生理性黃疸。病理性黃疸通常是血清膽紅素濃度超過每公合15毫克以上，可能第一天就出現黃疸。在台灣最常見的原因主要是A/B/O血型不合，或者是蠶豆症的新生兒所引起的溶血性黃疸。延遲性黃疸主要是黃疸持續兩星期以上，如果有不正常的灰白色大便，就必須馬上就醫，因為有可能是先天性膽道閉鎖，哺育母乳也有可能引起延遲性黃疸，因為母乳中一些酵素會降低膽紅素的代謝，使黃疸持續三到八週。而本案申請人於103年12月9日至12月11日新生兒黃疸入院，時為出生第12~14天，故其新生兒黃疸屬延遲性黃疸，但申請人既無發現先天性膽道閉鎖，可見只是哺育母乳所引起延遲性黃疸，並無大礙。住院重點在排除疑似糖原質（肝糖）症第二型的龐貝氏症而已，而檢查結果「並無異常情形而被建議接受其他檢查或治療」，所以並無違反屬「重要」告知事項之有關「過去二年內是否曾因接受健康檢查有異常情形而被建議接受其他檢查或治療？」。
2. 而申請人於103年12月27日因「急性上呼吸道感染」門診治療，不過是感冒而已，並非屬「重要」告知事項，雖是「生病接受醫師治療、診療或用藥」，難謂屬違反重要告知事項之有關「最近二個月內是否受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？」之據實告知義務。

3. 本案被保險人業已排除嬰兒型龐貝氏症，本件申請人主張要保人於投保前已告知被保險人疑似龐貝氏症住院檢查，經確認排除嬰兒時期龐貝氏症，且業務人員亦已告知相對人審核後同意。

4. 承上，申請人於投保時未告知於 103 年 12 月 9 日至 12 月 11 日赴 A 醫院住院治療，及於 103 年 12 月 27 日因「急性上呼吸道感染」赴 A 醫院門診治療，因皆非屬重要告知事項，並無違反據實告知義務。

(四) 況縱認申請人於投保時未告知 103 年 12 月 9 日至 12 月 11 日的住院檢查及 103 年 12 月 27 日門診治療，而違反據實告知義務，但相對人同意被保險人因「新生兒黃疸、急性上呼吸道感染」等疾患就診接受治療乙節，實未影響系爭保險契約之危險評估，此亦經本中心專業顧問意見承認表示申請人其餘就診之新生兒黃疸、急性上呼吸道感染疾病，經治療痊癒，可不影響危險評估，以正常費率承保。再者，本中心二位專業顧問意見雖另陳稱：「糖原質（肝糖）症係葡萄糖無法正常的合成與分解，導致糖原在肝、心和肌肉內積存，造成糖原質病，其中第Ⅱ型者又稱為龐貝氏症（Pompe Disease）。在一般核保評估上，對糖原質（肝糖）症現症不論何種類型，於壽險、傷害險、醫療險皆須予以拒保」乙情。然本件申請人主張要保人於投保前已告知被保險人疑似龐貝氏症住院檢查，經確認排除嬰兒時期龐貝氏症，且業務人員亦已告知相對人審核後同意。加上卷附資料之 A 醫院診斷證明書記載「病人因新生兒篩檢前來本院複診，已排除嬰兒型龐貝氏症」，被保險人根本沒病，從而該未告知之事項，根本不足以影響相對人就系爭保險契約之核保風險評估，其程度自未已達「拒保」。

(五) 又 81 年 4 月 7 日保險法修正第 64 條第 2 項但書修正理由為限制保險人解除契約之權，保障保險消費者之權益，足見有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，即使危險發生後亦同，惟為限制保險人任意解除契約之權，只要要保人能證明危險之發生未基於其說明或未說明之事實，如本案的「阻塞性腦水腫」時，則保險人不得解除契約。舉重以明輕，發生保險事故了都還限制不能解除契約，何況尚未發生與未告知事項有關的保險事故之前，保險人當然更不得任意解除契約，附此敘明之。

(六) 綜上所述，本件申請人並未違反據實告知義務，縱有違反該未據實告知之書面事項亦不致影響系爭保險契約之危險程度，是申請人請求恢復系爭保險契約效力乙情，洵屬有據，應予准許。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○○293 號保險契約效力存在。

七、相關法規

(一)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-高血壓 (105 評 113)

一、案例摘要

(一) 評議要旨：

本案相對人所依憑有關申請人高血壓史的病歷資料，僅 99 年 3 月 31 日門診之診斷有一次七日用藥紀錄，餘有關此次就診的血壓值與其他追蹤之血壓值、用藥紀錄等付之闕如，而「○○病歷摘要報告」所載之血壓紀錄值(140-160/80-100mmHg)之病歷資料距申請人 103 年 11 月 15 日之投保日亦已 4 年餘，血壓值的核保參考性已不足。如相對人無法取得申請人進一步的健康資料(如：體檢報告(含心電圖、胸部 X 片)、投保前三年之就診病歷等)，則難謂申請人之高血壓病史有影響系爭保險契約之危險評估。

(二) 爭議險種：終身壽險、醫療險

(三) 參考條文：保險法第 64 條

(四) 關鍵字：告知義務、解除權

二、事實經過

申請人於民國(下同)103 年 11 月 15 日以自己為被保險人向相對人投保「○○增額終身壽險」保單號碼：○○010(下稱系爭主約)，繳費年期 20 年期，保險金額 10 萬元，並附加「○○殘廢照護終身保險附約」(繳費年期 20 年期，保險金額 200 萬元)、「○○醫療費用健康保險附約」及「○○失能及重大疾病豁免保險費附約」(下稱系爭附約)。詎料，相對人竟於 104 年 10 月 20 日以○○郵局存證號碼○○之存證信函，解除系爭主約及系爭附約，爰向本中心申請評議。

三、本案爭點

相對人主張申請人有高血壓病史，惟申請人投保當時於健康告知事項【第 5 項】：「過去五年內是否曾患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥?A. 高血壓」勾選「否」，未告知上述疾病，業已影響核保風險評估，遂依保險法第 64 條規定解除系爭主約及系爭附約，是否有據？

四、當事人主張

(一) 申請人主張

1. 本人於 103 年 11 月 15 日購買相對人保單(保單號碼○○010)，後於 104 年 10 月 16 日收到保險公司寄發存證信函，因「五年內有高血壓症狀未告知」予以解約。
2. 本人於 105 年 1 月 8 日收到保險公司來函回覆：91 年 5 月 11 日至 99 年

9 月 27 日期間因高血壓至 A 醫院就診屬「續發性高血壓」接受治療紀錄，並未據實告知「過去五年內是否曾患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？A. 高血壓症…」。

然而依據本人購買保單日往前推算時間，五年內的告知也應是由 99 年開始往後，並非由 91 年開始，這已超出五年內。況且 99 年 3 月 31 日因泌尿道感染及 99 年 9 月 27 日因吸菸引起胸悶就醫，皆為其他疾病不適引發血壓高，而非高血壓就醫，若本身有高血壓症狀為何五年內未曾求診過高血壓門診，以及所有看診過的醫療院所從未開立有關高血壓服用藥品和就診紀錄，所以與保險公司陳述事實完全不符。

3. 保險公司一再以「五年內有高血壓症狀未告知」來作為強制退保的理由，保險公司如何能以 99 年 3 月 31 日因泌尿道感染、急性攝護腺炎至 A 醫院就診，當身體正處於發炎狀態引發血壓偏高，醫師開立一次的降高血壓用藥(Amlodipine 5MG/Tab)為由來認定本人有高血壓症狀，若本身有高血壓症狀為何五年內未曾求診過高血壓門診，難道高血壓症狀不需要長期接受治療及服用降高血壓藥品，只要一次即可痊癒？

(二)相對人主張

1. 依目前所獲知申請人高血壓就診紀錄如下：(1)91 年 5 月 11 日至 99 年 9 月 27 日因高血壓至 A 醫院就診門診 9 次追蹤，BP140-160/80-100 mmHG(參 A 醫院病歷摘要報告)；(2)99 年 3 月 31 日至 A 醫院因泌尿道感染、急性攝護腺炎、自發性高血壓就診，治療藥物為高血壓用藥(Amlodipine 5mg/Tab 7 天)(詳參 A 醫院病歷)；(3)99 年 9 月 27 日 A 醫院病歷紀錄載有自發性高血壓，身高為 178 公分/體重 115 公斤(A 醫院病歷)。
2. 依上述病史，申請人確實於 A 醫院經診斷有高血壓及用藥治療紀錄，且有體重過重情形。經核保評估，本件投保時如告知血壓偏高，應照會體檢(或併尿液常規、心電圖等檢查)再評估承保條件(如加費等)，已影響本公司對於危險之估計。
3. 綜上所述，申請人於 A 醫院 99 年間病歷記載確有自發性高血壓(即非藥物或其他疾病引起之續發性高血壓)接受治療之紀錄。惟申請人於 103 年 11 月 15 日系爭保單投保當時，於健康告知事項【第 5 項】：「過去五年內是否曾患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？A. 高血壓」，申請人勾選「否」。前述未告知事項已影響本公司危險評估，依上揭保險法及條款規定，本公司解除系爭主約及三附約，並無違誤。

五、判斷理由

- (一)首查，保險法第 64 條規定業經 104 年 2 月 4 日為修正公布，惟本件申請人

以自己為要、被保險人於 103 年 11 月 15 日向相對人投保之系爭保險契約，係於保險法第 64 條修正前所成立之保險契約，是本件應適用修正前保險法第 64 條規定，合先敘明。

(二)按訂立契約時，要保人對於保險人之書面詢問，應據實說明。又要保人故意隱匿，或因過失遺漏，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，保險人得解除契約；其危險發生後亦同，此為保險法修正前第 64 條第 1、2 項前段所明定。保險契約因第 64 條第 2 項之情事而解除時，保險人無須返還其已收受之保險費，保險法第 25 條亦詳有明文。核保險法第 64 條之立法意旨係為實現保險制度之對價衡平及誠實信用原則，藉課以要保人據實告知義務，使保險人得憑所告知之內容，正確估計危險程度，並據以決定是否承保或決定保險費數額為何。而關於要保人所負之據實告知義務範圍限於重要事項，以要保人之隱匿或不實說明事項是否足以變更或減少保險人對於危險之估計及動搖其訂約之決定為斷。職是，保險法第 64 條所課予要保人之告知義務，主要係因保險事業之經營，保險人有必要就其所擔負之危險，獲悉有關測定危險之必要資料，俾就各保險契約分別測定其危險率，作為核定是否接受要保及應適用何種保險費率承保之參考，乃對最能知悉其事實之要保人，課以重要事實之告知義務。則若要保人不為正確之告知時，保險人方得解除契約，以排除危險，其目的在保護保險人，有最高法院 86 年度台上字第 2161 號民事判決意旨可資參照。

(三)就本案爭點，案經諮詢本中心專業顧問意見，略以：

1. 依卷附資料「A 醫院 99 年 3 月 31 日至 102 年 1 月 11 日門診病歷」，僅 99 年 3 月 31 日診斷為 599.0 泌尿道感染、601.9 急性攝護腺炎、401.9 自發性高血壓，並開立高血壓用藥（Amlodipine 5mg/Tab 7 天）及 99 年 9 月 27 日診斷為 531.90 胃潰瘍、493.90 氣喘、401.9 自發性高血壓，開立支氣管擴張劑（Salbutamol 及 Seretide 二種藥物各 30 天）、健胃消化制酸劑（Kascoal、Domperidone 及 Strocaine 三種藥物各 7 天）但卻未開立任何高血壓用藥。其餘各次門診病歷之記載，未再見到有關高血壓就診之紀錄。另，就「○○病歷摘要報告」查詢申請人於 A 醫院五年內慢性疾病就診之情形，記載 91 年 5 月 11 日至 99 年 9 月 27 日間，申請人因高血壓門診追蹤 9 次，血壓值(BP)值為 140-160/80-100mmHg。故申請人於 103 年 11 月 15 日向相對人投保時，對於要保書詢問事項「5. 過去五年內是否曾患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？A. 高血壓……」，並未據實告知。

2. 由於血壓值易受外在環境（如：氣溫、情緒……等）、生理因素（如：年

齡、遺傳、新陳代謝率……等)及檢測技術等等因素的影響,所以,在核保實務上對於高血壓病史的評估,應採「平均血壓值」而不宜以單次血壓的檢測值做為評估的依據。平均血壓值的計算方式有四個步驟:(一)先計算每日的平均血壓值;所謂「每日平均血壓」,係指一天當中,所有的收縮壓與舒張壓數值各別加總的平均。(二)以最近三個月內的每日平均血壓值,計算目前血壓值。(三)以過去三個月以前到二年內的每日平均血壓值,計算過去平均血壓值。(四)以二倍的目前血壓值加上過去的血壓值,三者平均,計算出評估血壓值,依此血壓值為評估基準,再參酌是否存在影響血壓的不利因素(如:高血壓類型、體格、尿蛋白、心胸比、家族病史、合併症、治方式……等),綜合評估其對死亡率、罹病率及意外發生率的影響。

3. 本案相對人所依憑有關申請人高血壓史的病歷資料,僅 99 年 3 月 31 日門診之診斷有一次七日用藥紀錄,餘有關此次就診的血壓值與其他追蹤之血壓值、用藥紀錄等付之闕如,而「○○病歷摘要報告」所載之血壓紀錄值(140-160/80-100mmHg)之病歷資料距申請人 103 年 11 月 15 日之投保日亦已 4 年餘,血壓值的核保參考性已不足。如相對人無法取得申請人進一步的健康資料(如:體檢報告(含心電圖、胸部 X 片)、投保前三年之就診病歷等),則難謂申請人之高血壓病史有影響系爭保險契約之危險評估。

(四)從而,依前開專業顧問意見及現有卷證資料,相對人提出的「○○病歷摘要報告」所載之血壓紀錄值(140-160/80-100mmHg)之病歷資料距申請人 103 年 11 月 15 日之投保日已 4 年餘,血壓值的核保參考性已不足,申請人應告知之疾病不足以影響相對人就系爭保險契約之核保風險評估。準此,相對人依保險法第 64 條規定解除系爭保險契約之主約及附約,實屬無據。

(五)綜上所述,申請人請求確認保單號碼第○○010 號保險契約之主約及附約效力存在,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

確認兩造間於民國 103 年 11 月 15 日所訂立保單號碼第○○010 號○○增額終身壽險保險契約之主約及附約效力存在。

七、相關法規

(一)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-重鬱症 (105 評 0136)

一、案例摘要

(一) 評議要旨：

依上開顧問意見可知，重鬱症與精神分裂症應無關聯性，兩者不可能同時並存，但症狀可能暫時並存（一般精神分裂症若有憂鬱症狀，多在發病多年後），且依科隆再保手冊規定，被保險人如罹有憂鬱症未告知，則確實會影響相對人之核保評估（拒保或加費）。且相對人係於 104 年 9 月 15 日收到申請人系爭 A 醫院身心科門診初診病歷，並於同年 10 月 2 日發函解除系爭保險契約主附約效力，並未逾越保險法第 64 條第 3 項所規定解除契約之 1 個月除斥期間，故相對人解除系爭保險契約效力並無不法。

(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

申請人於民國（下同）103 年 6 月 17 日以自己為要保人暨被保險人向相對人投保○○終身保險（保單號碼：○○808）並附加○○住院醫療保險附約。後申請人於 104 年 5 月 22 日至同年月 29 日及 104 年 6 月 12 日至同年月 15 日因「鼻咽癌」住院進行治療，後向相對人申請理賠，相對人雖有依本案系爭保險契約給付相關住院醫療保險金，然卻於 104 年 10 月 2 日以○○郵局第○○號存證信函解除系爭第○○808 號○○終身保險及○○住院醫療保險附約，爰向本中心申請評議。

三、本案爭點

相對人以申請人違反告知義務，且未告知事項已影響其危險評估為由，解除本案系爭第○○808 號主、附約保險契約效力，是否有據？

四、當事人主張

(一) 申請人主張

1. 101 年 9 月 12 日申請人確實有去 A 醫院身心科門診就醫，但是這是去幫女友甲代看診，此從病歷資料中關於「2. 就業狀況」勾選「失業」，以及 A 醫院精神科初診登錄表中關於「2. 有工作經驗嗎？」勾選「有」並註記「會計」即可得知，因申請人於該段期間並未休息 1 個月，此有勞健保可證，職業亦非會計而是半導體業之經理。後申請人為證明上述病歷並非本人，亦於 104 年 10 月 2 日至 B 醫院進行精神科門診鑑定，診斷證明書醫囑記載「就診時並無任何證據顯示目前有重鬱症發作之情形」。

2. 申請人當時是去幫女友甲就醫，並不知道這個情形的嚴重性，後來投保時申請人忘記這件事，而且精神病是長期性疾病，申請人除了那次病歷外就沒有其他的就診紀錄。而且女友甲因目前精神病情更加嚴重(此有甲之診斷證明書及全民健康保險證明卡為證)，可由其家屬代為證明當時申請人確實係代甲看診。

(二)相對人主張

1. 查被保險人於投保系爭保險契約前，即曾於101年9月12日因「重鬱症，單純發作，重度伴有精神性行為」赴A醫院身心科門診治療，醫師並於診療後開立藥物予申請人服用，此有醫院病歷可稽。惟申請人於投保系爭保險契約時，對於要保書告知事項第4項：「過去五年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？B……精神疾病。」勾選為「否」，此有系爭保險契約要保書可稽，如申請人於投保系爭保險契約當時有據實說明其投保前之就醫情形，本公司將不予承保，故申請人未據實告知投保前之就醫情形實已影響本公司對危險之評估，本公司依保險法第64條規定及系爭保險契約保單條款約定發函解除系爭保險契約（含主、附約），應無違誤。
2. 另有關申請人反應101年9月12日因「重鬱症」於A醫院身心科門診之病歷非其本人病歷乙事，經本公司派員詢問該院有關初診掛號之流程，是需要病患本人持雙證件並親自到場填寫掛號資料表，以確認確為病患本人就診。次查該門診初診病歷所載皆為申請人之個人資料及症狀之描述，是本公司實難認定該病歷非屬申請人本人之病歷。再查，申請人所提供之B醫院104年10月2日及C醫院104年11月2日開立之診斷證明書，僅能證明申請人於該二次就診時無明顯精神症狀，然並無法證明申請人未曾因「重鬱症，單純發作，重度伴有精神性行為」赴醫治療。

五、判斷理由

- (一)按104年2月6日修正前保險法第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。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。」，而該條立法精神，係為使保險制度中「對價平衡」及「誠實信用」原則之實現；若要保人因故意、過失違反據實說明義務，致使保險人無法正確估計危險，則於保險事故發生前，保險人自得解除契約；如保險事故已經

發生，且該保險事故與要保人所未告知或不實說明者有關聯，則保險人亦得解除契約。然若保險事故之發生與要保人所未告知或不實說明之事項並無關聯，則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，故此時保險人即不得以此為由解除契約，否則即與誠信原則有違，此為當然之解釋。惟，倘僅解釋為在嗣後發生之保險事故與投保時漏未說明事項有因果關係存在，保險人才能據以解除契約，則在未發生保險事故前原得解除契約者，因為發生與漏未說明事項無關之保險事故反而不得為之，雙方必須繼續維持因要保人違反法定說明義務而保險人對於危險為錯誤估計之保險契約，必待嗣後發生與投保時漏未說明事項有因果關係之保險事故，保險人始得解除契約，豈非置「對價平衡」及「誠實信用」原則於不顧，亦與前開立法精神有違，當無是理。故於解釋上開條項但書規定時，自應如此，方能兼顧保險人與被保險人間之利益，並符合公平正義原則（臺灣高等法院高雄分院 99 年度保險上易字第 2 號判決參照）。

- (二)次按保險法第 64 條第 2 項於 81 年 4 月 20 日修正時，增加但書規定：「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。」此乃未有但書規定時，若要保人或被保險人故意隱匿或因過失遺漏或為不實說明之事項，雖對整體危險估計有重大影響，然對於已發生之保險事故並無影響者，保險人是否得以保險事故發生後解除契約而免給付保險賠償之義務，屢生爭議。惟保險人於保險事故發生後，常以要保人或被保險人違反據實說明義務，解除契約，拒絕理賠，就據實說明義務之違反對於已發生之保險事故有無影響，則恣置不論，令要保人坐失已付之保險費，實與保險「對價平衡」原則不符，故該次修正乃揭櫫「為限制保險人任意解除契約之權，保障保險消費者之權益」之宗旨，修正第 2 項但書。換言之，要保人若證明危險之發生未基於其說明或未說明之事實時，保險人不得就該已發生之保險事故解除契約而拒絕賠償。該次修正增訂第 64 條第 2 項但書，以保險事故發生與未據實說明之事項是否有關，作為保險人得否行使解除權之依據，固可消弭前述保險人動輒解除契約拒絕理賠之弊病，以保障保險消費者之權益，惟亦可能使要保人心存僥倖，於投保時，不為據實說明，圖使原來保險人所拒絕承保或須加費承保之危險，以較低之保費獲得承保，一但事故發生，即使與不實說明事項有關，保險人至多可解除契約，如果兩者並無關係，要保人即可以較低之保費，從原本須繳更多保費或根本不為保險人所承保之保險中，獲得保險金之補償。此結果不啻鼓勵要保人於締約時儘量不為據實說明，殊非事理之平。尤其在保險事故可能發生多次之保險，已發生之保險事故雖與要

保人未據實說明無關，依法固不得解除保險契約而拒絕賠償該已發生之損害，唯將來或許會發生之保險事故卻可能與不實說明事項有關，若不許保險人及早解除保險契約，必待與不實說明事項有關之保險事故發生後，才准保險人依據保險法第 64 條第 2 項本文之規定解除保險契約，在與不實說明事項有關之保險事故發生前之期間內，使要保人平白多繳保費，又使保險人加重危險負擔，徒增紛擾，破壞「對價平衡」及「誠實信用」原則，豈是立法本意？因此於解釋上開條文時，應予目的性限縮，認為保險人於要保人違反保險法第 64 條據實說明義務，且已發生之保險事故與要保人未據實說明無關時，仍得解除契約，僅是不得拒絕該解除契約前已發生之保險事故理賠之請求（臺灣高等法院臺南分院 93 年保險上易字第 9 號判決、臺灣高等法院臺中分院 99 年度保險上易字第 8 號判決參照）。由此可知，如保險契約屬於單次給付型之保險商品，而要保人未據實說明事項，足以變更或減少保險人對於危險之估計，且已發生之保險事故與要保人未據實說明事項有關時，保險人依法得解除保險契約並拒絕賠償該已發生之損害；反之，已發生之保險事故與要保人未據實說明無關時，保險人依法不得解除保險契約而拒絕賠償該已發生之損害，且因保險契約一經保險事故發生即終止，保險人即需負擔保險金給付義務，保險人嗣後亦不再因要保人未據實說明之情事而負擔危險。又，如保險契約屬於多次給付型之保險商品，而要保人未據實說明事項，足以變更或減少保險人對於危險之估計，且已發生之保險事故與要保人未據實說明有關時，保險人依法得解除保險契約並拒絕賠償該已發生之損害；反之，已發生之保險事故與要保人未據實說明無關時，如不許保險人及早解除保險契約，而須待與不實說明事項有關之保險事故發生後，才准保險人解除保險契約，在與不實說明事項有關之保險事故發生前之期間內，使要保人平白多繳保費，又使保險人加重危險負擔，徒增紛擾，破壞「對價平衡」及「誠實信用」原則，故在解釋保險法第 64 條第 2 項時，應予「目的性限縮」，認為此時保險人仍得解除契約，僅是不得拒絕該解除契約前已發生之保險事故理賠之請求。

- (三)查本案申請人主張 101 年 9 月 12 日雖有至 A 醫院身心科門診看診，但事實上係代朋友甲問診，並非自身有此情況，並以病歷資料中關於「2. 就業狀況」勾選「失業」，以及 A 醫院精神科初診登錄表中關於「2. 有工作經驗嗎？」勾選「有」並註記「會計」，與其自身實際情形不符為由，主張該份病歷中有關精神疾病部分之描述係其朋友甲之情形。惟此遭相對人否認並表示 A 醫院身心科門診初診掛號之流程，需要病患持雙證件並親自到場填寫掛號資料表，以確認確為病患本人就診，且該門診初診病歷所載皆為申請人之個人資

料及症狀之描述，是難認該病歷非屬申請人本人之病歷。經查，「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。」「文書，依其程式及意旨得認作公文書者，推定為真正。」分別為民法第 277 條及第 355 條所明定。今系爭病歷資料既係 A 醫院醫師執行業務時，所作之病歷資料，依上開民事訴訟法第 355 條規定應推定系爭病歷為真正。申請人雖欲以病歷資料中關於「2. 就業狀況」及「2. 有工作經驗嗎？」勾選「有」並註記「會計」並提出勞保險被保險人投保資料表（明細）影本為證，惟系爭病歷除個人基本資料外，其現在病史（例如：「8 年前妻子過世」、「交往 2 年的女友結婚前提分手」，可見就診者為男性）、家族狀況之家族譜之描述等，亦與申請人自身情況相符，顯見系爭病歷申請人自身情形與非自身情形之描述恐係相互參雜，故縱認關於「2. 就業狀況」及「2. 有工作經驗嗎？」勾選「有」並註記「會計」部分與申請人自身情形不符，然尚無法僅以此證明系爭病歷後續關於「六、精神狀態檢查」及關於病況之描述並非申請人自身之描述。況且，系爭病歷診斷係「296.24 重鬱症，單純發作，重度伴有精神病性行為」，而申請人主張係代朋友甲問診，甲之診斷係為「29530 精神分裂症，妄想型，未明示」（按於 103 年時精神分裂症更名為思覺失調症，詳見申請人所提出甲之診斷證明書及重大傷病卡影本），兩者並不相同，故第三人甲現在之病歷資料是否足以證明申請人 101 年 9 月 12 日係代替甲就醫問診，並非無疑。今相對人已提出申請人當日就診之病歷，且依民事訴訟法第 355 條規定，該病歷推定為真正，是申請人如認系爭病歷關於精神狀態及病況等描述並非其自身之狀況，自應依民事訴訟法第 277 條規定負舉證之責，惟本中心依目前現有卷證資料實難認為申請人已善盡其舉證之責。

（四）又本中心曾就「重鬱症」與「精神分裂症」兩者間有無關聯性、依 A 醫院身心科門診初診病歷記載是否可認為該病患確實已罹患重鬱症，以及被保險人若罹有精神疾病而未告知，則未告知部分是否會影響相對人之危險評估等問題，詢問本中心專業顧問意見，其意見分別略謂：

1. 「重鬱症」與「精神分裂症」兩者間應無關聯性，但重鬱症伴有精神性行為確有可能有暫時性妄想、幻聽，而被誤認為精神分裂症。一般精神分裂症若有憂鬱症狀，多在發病多年後，鮮少發病初期即呈現憂鬱狀態。兩種病不可能同時並存，但症狀可能暫時並存，臨床醫師在追蹤診療一段時間後應可確診。
2. 依 101 年 9 月 12 日 A 醫院身心科門診病歷記載所見，被保險人因「情緒低落、被附身感」求診，診斷為「重鬱症，單純發作，重度伴有精神性

行為」開予藥物為抗憂鬱劑 Lexapro、抗精神病劑 Apa-risdol、安眠藥 Eszo。病史則載：被保險人近半年來感到被附身，有幻聽，心情低落，易焦慮擔心，食慾差體重下降達半年以上。精神狀態檢查亦有憂鬱、自我傷害行為、人際關係障礙等描述。依上述所見，被保險人應可符合「重鬱症，單純發作，重度伴有精神病性行為」。

3. 假設被保險人罹有精神疾病，則按其病歷上之記載，被保險人曾因病休息（失業）1 個月，並有自殘（打自己）行為，故不論其是否有勞保中斷情形，則依一般對重鬱症（major depressive disorder）有前述行為表現的核保原則，不論是人壽保險、醫療險或傷害險皆應予以婉拒。
4. 本件案例極為特殊，僅就醫一次，可能如申請人所訴求，非本人之病況，又或者是一次發作，隨即恢復正常。就醫一次且工作未受影響事實。因「重鬱症，單純發作，重度伴有精神病性行為」此項診斷之病況，通常不會是僅一次就醫，因此若逕按嚴重之憂鬱症來評估本案，恐有臨床過度診斷，而造成對申請人不甚公平之情形。尤其是精神疾病臨床上尚無客觀之體檢方法，常透過問診過程之問與答來下診斷和開藥。因本案為僅一次發作之憂鬱症且期間是有限的/非長期、沒有復發、沒有長期治療（治療期間小於等於 6 個月）且工作、社交或家庭活動沒有因此受到限制，所以從個案實際整體病況，綜合評估，亦即針對真實的病況來看本案，本案較適合歸類為輕度憂鬱症，依科隆再保之核保手冊，其評點為加費 50%或拒保，不是絕對拒保。

（五）是依上開顧問意見可知，重鬱症與精神分裂症應無關聯性，兩者不可能同時並存，但症狀可能暫時並存（一般精神分裂症若有憂鬱症狀，多在發病多年後），且依科隆再保手冊規定，被保險人如罹有憂鬱症未告知，則確實會影響相對人之核保評估（拒保或加費）。且相對人係於 104 年 9 月 15 日收到申請人系爭 A 醫院身心科門診初診病歷，並於同年 10 月 2 日發函解除系爭保險契約主附約效力，並未逾越保險法第 64 條第 3 項所規定解除契約之 1 個月除斥期間，故相對人解除系爭保險契約效力並無不法。

（六）綜上所述，本中心就申請人之請求尚難為有利申請人之認定。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

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

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-頸椎退化性疾病（104 評 1997）

一、案例摘要

（一）評議要旨：

揆諸專業醫療顧問意見，並參酌現有卷內申請人提供或相對人調閱之病歷及診斷證明等醫療資料，尚不足認定申請人前揭住院及門診治療之傷情，係因 104 年 8 月 30 日之意外事故所致，是相對人未予理賠，尚無違誤。

（二）爭議險種：傷害保險

（三）參考條文：保險法第 131 條

（四）保單條款：系爭保險契約附加○○醫療保險給付附加條款第 2 條及第 3 條、系爭保險契約附加○○傷害醫療保險第 2 條

（五）關鍵字：意外傷害、腰椎狹窄、腰椎滑脫

二、事實經過

申請人主張其於 104 年 6 月 1 日起於 A 飲食店工作，104 年 8 月 30 日臨下班時，因室外適逢大雨，致不慎於外廁正中央滑倒，當時勉為其力支撐至下班，始至 B 醫院急診，診斷係尾椎骨關節第 2、3、4 骨盤滑脫，腰椎狹窄，頸椎關節滑脫關節炎，併蜂窩性組織炎，自 104 年 8 月 30 日至 104 年 9 月 11 日於 B 醫院住院治療，及 104 年 9 月 14 日、10 月 2 日、10 月 23 日、11 月 9 日、11 月 25 日、12 月 2 日、12 月 7 日、12 月 9 日、12 月 16 日、12 月 23 日門診治療，經向相對人請求保險金○○元，但相對人拒絕理賠。

三、本案爭點

申請人 104 年 8 月 30 日至 104 年 9 月 11 日於 B 醫院住院治療，及 104 年 9 月 14 日、10 月 2 日、10 月 23 日、11 月 9 日、11 月 25 日、12 月 2 日、12 月 7 日、12 月 9 日、12 月 16 日、12 月 23 日門診治療之傷情，是否為 104 年 8 月 30 日之意外傷害事故所致？

四、當事人主張

（一）申請人主張

申請人雖於 102 年 6 月車禍，第 2、3 腰椎骨挫傷，惟經手術後已完全痊癒，104 年 8 月 30 日之意外跌倒致舊傷引起新傷害。

（二）相對人主張

依申請人提供之診斷書及出院病歷記載，申請人主訴嚴重頸痛和下背痛已多日，經檢查發現有第 2 到第 4 腰椎狹窄、陳舊性第 3 及第 4 腰椎滑脫，頸椎

關節炎，輕度脊椎側彎，第3及第4腰椎融合曾手術及螺釘固定過，申請人於104年8月30日前已在門診追蹤陳舊性頸椎問題。申請人之主要病症非意外導致，並早存在於系爭保險投保前，應屬於既往病症，故排除為意外事故所引起，非屬相對人承保範圍，相對人自難准予理賠。

五、判斷理由

(一)按系爭保險契約附加○○醫療保險給付附加條款第2條【甲型－傷害醫療保險給付（實支實付型）】第1項、第2項：「被保險人於本附加條款有效期間內遭受本附加險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內，經登記合格的醫院或診所治療者，本公司就其醫師認定的實際醫療費用，超過全民健保部分給付『實支實付傷害醫療保險金』。但超過一百八十日繼續治療者，受益人若能證明被保險人之治療與該意外傷害事故具有因果關係者，不在此限（第1項）。前項同一次傷害的給付總額不得超過保險單所記載的『每次實支實付傷害醫療保險金限額』（第2項）。」、第3條【乙型－傷害醫療保險給付（日額型）】第1項：「被保險人於本附加條款有效期間內遭受本附加險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內，經登記合格的醫院治療者，本公司就其住院日數，給付保險單所記載的『傷害醫療保險金日額』。但超過一百八十日繼續治療者，受益人若能證明被保險人之治療與該意外傷害事故具有因果關係者，不在此限。」、系爭保險契約附加○○傷害醫療保險第2條第2項約定：「…所稱意外傷害事故，指非由疾病引起之外來突發事故。」，合先敘明。

(二)經本中心檢附申請人提供及相對人調閱之申請人病歷及診斷證明書等卷證資料，諮詢本中心專業醫療顧問意見，略以：「一、根據B醫院(以下簡稱B醫院)104.8.30急診病歷，以及104.8.30-104.9.11出院病歷之記載，申請人在該次就醫前數日即有嚴重頸部及腰部疼痛，因疼痛難耐才至急診就醫並因而住院。上述病歷中完全沒有提到跌倒受傷或其他意外傷害事故，而且，申請人是到內科急診就醫。二、根據B醫院104.8.30所拍攝之頸部及腰部X光片，頸部從C3到C7有顯著退化現象，腰部則呈現L3/4滑脫現象並曾接受融合手術。上述X光片顯示兩部位之退化性變化，但無任何外傷跡象。三、B醫院104.9.11及104.10.6診斷書上雖均有104年8月30工作中不慎跌倒之敘述，但診斷書上亦寫明該情節是病患自述。該自述內容並無任何客觀事證可資證明，且顯與病歷紀錄矛盾。結論：104.8.30-104.9.11住院及至104.12.23之歷次門診之病情並非意外所致，應係退化性疾病。」，是依前開專業顧問意見及相關卷證資料尚不足認定申請人之傷情係因意外傷害事故所致。

- (三)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調閱之申請人病歷及診斷證明書，再次諮詢本中心其他專業醫療顧問，其意見略以：「依B醫院之急診記載，申請人並未提及曾有受傷，僅以頸部緊、肩部疼痛，及腰痛不適，X光顯示頸椎退化性病變，申請人曾於102年6月車禍，腰椎第2、3節接受手術治療，故B醫院之診斷為第2至第4腰椎狹窄及陳舊性第3、4腰椎滑脫，故此次雖有跌倒，祇引起舊傷疼痛，並未引起進一步惡化，一段時間就會恢復，故並非由此次跌倒引起。」
- (四)從而，揆諸前揭專業醫療顧問意見，並參酌現有卷內申請人提供或相對人調閱之病歷及診斷證明等醫療資料，尚不足認定申請人前揭住院及門診治療之傷情，係因104年8月30日之意外事故所致，是相對人未予理賠，尚無違誤。

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

保險法第131條

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

案例 015 意外事故認定-頭部外傷併顱內出血（105 評 0073）

一、案例摘要

（一）評議要旨：

依本中心專業顧問意見，申請人殘廢體況的發生原因為頭部外傷併顱內出血及癲癇後遺症，發生時間為 87 年 8 月 3 日，診斷成殘時間約略為 89 年下半年，故申請人為意外傷害事故致受有體傷，殘廢體況與 87 年 8 月 3 日之意外事故間有因果關係。另參酌修正理由可知「舊表」有所不當，為維護保戶利益乃有「新表」之修正，本案系爭保險契約為「新表」施行後的有效保單，即應參酌「新表」規範意旨予以調整，不以意外事故日於實施日之後為必要，故本案當有「新表」之適用。且申請人體況符合「新表」第 1-1-4 項之殘廢程度，此為相對人所不爭執，復經本中心專業顧問所肯認；又相對人並未援引消滅時效之規定，主張申請人保險金請求權罹於時效。準此，依系爭保險契約法律關係，申請人請求相對人依「新表」第 1-1-4 項給付殘廢保險金○○元，即屬有據。

（二）爭議險種：個人人身意外傷害保險

（三）參考條文：保險法第 131 條

（四）關鍵字：意外傷害

二、事實經過

申請人於 85 年間起為○○人壽「個人人身意外傷害保險」之被保險人，因於 87、89 年間發生意外致獲醫療保險金，99 年間又遭意外，經治療至 104 年間，仍有頭痛頭暈後遺症、陣發性局部癲癇發作，須以藥物控制，不宜從事粗重工作。

三、本案爭點

申請人請求相對人依 95 年 10 月 1 日實施之傷害保險單示範條款殘廢程度與保險金給付表（新表）第 1-1-4 項「中樞神經系統機能遺存顯著障害，終身祇能從事輕便工作者。」，給付殘廢保險金○○元，有無理由？

四、當事人主張

（一）申請人主張

申請人於 85 年間起為○○人壽「個人人身意外傷害保險」之被保險人，因於 87、89 年間發生意外致獲醫療保險金，99 年間又遭意外，經治療至 104 年間，仍有頭痛頭暈後遺症、陣發性局部癲癇發作，須以藥物控制，不宜從事粗重工作，向相對人申請 40%比例之保險金，遭相對人以意外事故係發生於適用 6 級 28 項之給付表之時期，應適用當時 6 級 28 項給付表。申請人

主張應適用 95 年 10 月以後適用之 11 級 75 項殘廢給付表，經多次協商，相對人仍主張應適用舊表而拒絕理賠。

(二)相對人主張

申請人於 87 年 8 月 3 日發生意外，且持續因癲癇至醫療院所接受治療，按其所投保之個人人身意外傷害保險附約條款，申請人應按事故當時「殘廢程度與保險金給付表」之 6 級 28 項殘廢項目認定之；而申請人因尚未符合舊表各項殘廢程度，故本公司業於 104 年 9 月 30 日發函向其說明。此外，申請人所提另於 99 年曾有新發生之意外事故加重外傷性癲癇，經審視，病歷僅載有意外造成雙腳受傷，未有所主張傷及頭部並接受治療之事實。綜上所述，依現有資料，尚難認定申請人符合旨揭附約殘廢保險金給付範圍。

五、判斷理由

(一)首查，參酌金管會對新表的修正說明：「近年來由於保戶與保險公司在意外殘廢理賠認定方面，迭生認知落差，衍生諸多爭議，關鍵在於殘廢程度定義、級距不周延，介於兩項殘廢程度間之灰色地帶無法獲得給付…維護保戶權益…」。從上述修正理由可知「舊表」有所不當，為維護保戶利益乃有「新表」之修正，故對於「新表」施行後的有效保單，即應視個案情事參酌「新表」規範意旨予以調整，不以意外事故日於實施日之後為必要，以符保險法「分散風險」、「填補損害」、「對價衡平原則」等旨趣，此有臺灣高等法院花蓮分院 102 年度重上更(四)字第 1 號民事判決意旨可稽。準此，本案依上開判決意旨自應於個案中審酌有無「新表」的適用，相對人單以意外事故發生日（87 年 8 月 3 日）在「新表」實施日前發生，即認無「新表」約定之適用，並非可採。

(二)有關申請人殘廢體況的發生原因及時間，何時診斷確定成殘等爭點，案經諮詢本中心專業顧問意見，略以：根據所提供病歷資料，申請人於 87 年 8 月 3 日因頭部外傷併額葉顱內出血住院接受開顱手術，87 年 8 月 13 日出院。之後於 89 年 2 月門診紀錄有癲癇發作，持續接受藥物控制。102 年 10 月 14 日 A 醫院診斷書病名為頭部外傷，腦挫傷，顱骨骨折，外傷性癲癇。醫囑為 87 年 8 月 3 日住院接受開顱手術，目前主述頭痛頭暈（每週），偶有癲癇發作，勞動能力明顯下降，僅能從事輕便工作。104 年 8 月 25 日 B 醫院診斷書病名為頭部外傷併外傷性癲癇。醫囑為病患於本科門診治療，目前仍有頭痛頭暈後遺症，陣發性局部癲癇發作，需以藥物控制，不宜從事粗重工作（僅適合輕便工作）。因此，申請人殘廢體況的發生原因為頭部外傷併顱內出血及癲癇後遺症。發生時間為 87 年 8 月 3 日，確定成殘時間如考慮外傷性癲癇之等級認定，癲癇經藥物充分治療仍有發作，並持續 6 個月體況後算起，

應約略為 89 年下半年，申請人當時的體況符合新表第 1-1-4 項的殘廢程度。

(三)從而，依上開專業顧問意見，申請人殘廢體況的發生原因為頭部外傷併顱內出血及癲癇後遺症，發生時間為 87 年 8 月 3 日，診斷成殘時間約略為 89 年下半年，故申請人為意外傷害事故致受有體傷，殘廢體況與 87 年 8 月 3 日之意外事故間有因果關係。另參酌修正理由可知「舊表」有所不當，為維護保戶利益乃有「新表」之修正，本案系爭保險契約為「新表」施行後的有效保單，即應參酌「新表」規範意旨予以調整，不以意外事故日於實施日之後為必要，此觀上開判決意旨纂之甚詳，故本案當有「新表」之適用。且申請人體況符合「新表」第 1-1-4 項之殘廢程度，此為相對人所不爭執，復經本中心專業顧問所肯認；又相對人並未援引消滅時效之規定，主張申請人保險金請求權罹於時效。準此，依系爭保險契約法律關係，申請人請求相對人依「新表」第 1-1-4 項給付殘廢保險金○○元，即屬有據。

六、評議決定

相對人應給付申請人新臺幣○○元整。

七、相關法規

保險法第 131 條

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

案例 016 意外事故認定-登革熱（105 評 0226）

一、案例摘要

（一）評議要旨：

申請人罹患之「登革熱」係屬法定傳染病，而「意外傷害」係指非由疾病引起之外來突發事故，此觀保險法第 131 條及系爭保險契約約定甚明，故申請人因疾病住院治療之事故與「意外傷害」之約定不符，非屬承保範圍。

（二）爭議險種：傷害保險

（三）參考條文：保險法第 131 條、傳染病防治法第 2 條

（四）保單條款：系爭○○傷害保險條款第 3 條

（五）關鍵字：意外傷害、登革熱

二、事實經過

申請人因「登革熱、感染性腸炎」於 104 年 12 月 8 日至 A 醫院就診，並於同日住院治療，至 104 年 12 月 18 日出院，共計住院 11 天。

三、本案爭點

申請人請求相對人給付意外傷害醫療保險金，有無理由？

四、當事人主張

（一）申請人主張

意外傷害事故係指非由疾病引起之外來突發事故。從時間點反應，是由蚊蟲咬刺皮膚表面先造成外傷，再來接觸至體內組織透過體內各系統交換，先有傷害事故，非由疾病引起之外來突發事故。採用傳染病防治法認定為疾病，與保險法立法目的不同。保險契約的解釋，應探求契約當事人的真意，不得拘泥所用的文字；如有疑義時，以作有利於被保險人的解釋為原則。

（二）相對人主張

傳染病防治法第 2 條明文：「本法所稱傳染病，指下列由中央主管機關依致死率、發生率及傳播速度等危害風險程度高低分類之疾病」，依據同條第 2 款，登革熱為第 2 類傳染病。登革熱（Dengue fever）是一種由登革熱病毒所引起的急性傳染病，係在人體以內產生作用，應屬內部因素所導致之損害，非屬意外傷害事故，故本公司歉難給付意外醫療保險金。

五、判斷理由

（一）按「傷害保險人於被保險人遭受意外傷害及其所致殘廢或死亡時，負給付保險金額之責；前項意外傷害，指非由疾病引起之外來突發事故所致者。」保險法第 131 條定有明文。系爭○○傷害保險亦有相同約定。

(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、偶發性及不可預見性，除保險契約另有特約不保之事項外，意外事故均屬意外傷害保險所承保之範圍（最高法院 92 年度台上字第 2710 號民事判決要旨、95 年度台上字第 205 號民事判決要旨參照）。準此，所謂「外來、突發」係指意外事故之狀況必須該意外事故係外來、突發的，並以此意外傷害事故為直接且單獨之原因，致其身體蒙受傷害或因而殘廢或死亡時，被保險人依約請求給付保險金之條件，始屬成就；倘被保險人之殘廢或死亡，係因身體內在疾病所引起，即非該意外傷害保險所承保之範圍，先予敘明。

(三)為釐清申請人住院治療的原因，就前開爭點，案經諮詢本中心專業顧問意見，略以：

1. 申請人因發燒、食慾不振於 104 年 12 月 11 日至同年月 18 日入住 A 醫院小兒科病房，經診斷為登革熱及感染性腸炎，該病之發生主要是經由病媒蚊叮咬所傳染之病毒性疾病。
2. 登革熱之發生既是由病毒感染而起，且必須經由病媒蚊叮咬才能將病毒帶進人體，其是一種傳染病。登革熱和其他病毒性疾病一樣，皆屬傳染病的一種，且由於台灣是登革熱好發地區，因此該病已由疾管署訂為法定傳染病，其傳染途徑明確，感染源明確，並非意外事件。

(四)從而，依據前開專業顧問意見，申請人罹患之「登革熱」係屬法定傳染病，而「意外傷害」係指非由疾病引起之外來突發事故，此觀保險法第 131 條及系爭保險契約約定甚明，故申請人因疾病住院治療之事故與「意外傷害」之約定不符，非屬承保範圍。準此，申請人請求相對人給付意外傷害醫療保險金，尚乏依據。

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

保險法第 131 條

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

案例 017 意外事故認定-粉碎性骨折（105 評 0319）

一、案例摘要

（一）評議要旨：

綜觀現有卷證資料及前揭專業顧問意見可知，申請人因 103 年 1 月 15 日之車禍事故致完全喪失右腕關節之機能，是其體況應符合系爭附約之殘廢程度與保險金給付表所列第 9-4-6 項「一下肢腕、膝及足踝關節中，有一大關節永久喪失機能者。」之第 8 級殘等，洵堪認定。揆諸前揭約定及說明，相對人須依該項殘等之給付比例即 30%核付殘廢保險金予申請人。

（二）爭議險種：傷害保險

（三）參考條文：保險法第 131 條

（四）保單條款：系爭附約條款第 7 條、第 9 條

（五）關鍵字：意外傷害、粉碎性骨折

二、事實經過

申請人於 103 年 1 月 15 日晚間因車禍事故致右腕關節粉碎性骨折、右脛骨及右腓骨均骨折，檢附診斷書向相對人申請殘廢保險金，卻遭相對人退件拒賠。申請人不服，爰申請評議。

三、本案爭點

申請人請求相對人給付殘廢保險金，有無理由？

四、當事人主張

（一）申請人主張

申請人於 103 年 1 月 15 日晚間因車禍事故致右腕關節粉碎性骨折、右脛骨及右腓骨均骨折，其中右腕關節經治療仍呈功能障礙，無法復原，檢附診斷書向相對人申請殘廢保險金，卻遭相對人退件拒賠。然申請人之殘廢程度已獲勞保理賠，是相對人僅對重度、中度殘障理賠給付，卻視輕度殘障者為隱形人，置之不理，罔顧法理。

（二）相對人主張

申請人於 103 年 1 月 15 日車禍送醫治療後，經 A 醫院於 104 年 8 月 27 日診斷為「右腕關節脫臼併腕白粉碎性骨折、右脛骨骨折、右腓骨骨折、下巴裂傷」，及 104 年 7 月 9 日診斷「右腕關節粉碎性骨折術後合併脫臼，目前右下肢較短約 3.5 公分」，於 104 年 10 月 27 日向相對人申請理賠。依申請人所附診斷書可知，申請人現況為「目前右下肢較短約 3.5 公分」，顯與系爭附約殘廢程度與保險金給付表所載「一下肢永久縮短 5 公分以上」之約定不

符，且未有其他殘廢項目符合申領條件。又申請人僅提出「右腕關節脫臼及運動障礙」之診斷書，不論依修正前後之殘等表給付項目可知，仍須達一關節機能喪失或至少有二關節障礙時，方符合給付殘廢保險金之要件，是相對人依約並無相關對應之殘廢保險金項目可得給付。

五、判斷理由

- (一)按「本附約續約時的保險期間為一年，保險期間屆滿時，要保人得交付續保保險費，以逐年使本附約繼續有效，本公司不得拒絕續保，但主契約依約定豁免保險費或繳費期間屆滿或變更為減額繳清保險後，本附約的保險費應自次一保單年度起，以年繳方式交付。」，○○新傷害死亡及殘廢給付附約條款第4條第1項定有明文。系爭附約之契約期間既為每年一期，是相關權利義務自應以保險事故發生時（即103年1月15日）之契約條款為據，先予敘明。
- (二)次按，系爭附約條款第7條【保險範圍】約定：「被保險人於本附約有效期間內，因遭受意外傷害事故，致其身體蒙受傷害而致重大燒燙傷、殘廢或死亡時，本公司依照本附約的約定，給付保險金。」、第9條【殘廢保險金之給付】第1項約定：「被保險人於本附約有效期間內遭受第二條約定的意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起一百八十日以內致成附表所列殘廢程度之一者，本公司給付殘廢保險金，金額按該被保險人保險金額與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。」依前揭約定可知，倘被保險人因遭受意外傷害事故，致其體況符合殘廢程度與保險金給付表所列之殘廢程度之一者，保險人即須依該表所列給付比例核付殘廢保險金。
- (三)就本件爭點，經諮詢本中心醫療顧問後，其意見略以：「申請人之右腕關節於103年1月15日因車禍事故造成腕白粉碎性骨折合併脫臼，雖經治療但目前仍呈現脫臼狀態。104年11月5日A醫院X光片上可見陳舊性腕關節脫臼，腕關節機能已完全喪失。腕關節脫臼後，股骨頭發生錯位，會上移至腸骨位置，形成假關節，從外觀看來，腕部會有部分屈曲伸展活動範圍。但是此活動範圍並非源自正常腕關節，而是假關節，原來的腕關節其實已失去功能，所以不應看到腕部仍有部分活動範圍，即認為腕關節尚遺存部分機能。」等語。本中心為求慎重起見，就前揭爭點另詢其他醫療顧問後，其意見略以：「申請人之右腕關節於103年1月15日因車禍事故造成腕白粉碎性骨折合併脫臼，103年1月16日手術內固定，雖經治療但目前仍呈現脫臼狀態。申請人之右腕關節仍處脫臼狀態，已喪失原有功能，可視為喪失機能。如未再手術，已永久無法復原。」等語。

(四)綜觀現有卷證資料及前揭專業顧問意見可知，申請人因 103 年 1 月 15 日之車禍事故致完全喪失右髖關節之機能，是其體況應符合系爭附約之殘廢程度與保險金給付表所列第 9-4-6 項「一下肢髖、膝及足踝關節中，有一大關節永久喪失機能者。」之第 8 級殘等，洵堪認定。揆諸前揭約定及說明，相對人須依該項殘等之給付比例即 30%核付殘廢保險金予申請人。而自相對人提出之投保資料觀之，系爭附約之保額為○○元，是申請人請求相對人依約給付殘廢保險金○○元，洵屬有據。

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 131 條

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

保前疾病

案例 018 保前疾病-心室中隔缺損 (104 評 1723)

一、案例摘要

(一) 評議要旨：

申請人係因「心室中膈缺損」等先天性疾病住院進行治療，並接受手術。然觀諸 A 醫院出具之檢查報告單，申請人於保險契約及系爭住院醫療保險附約之等待期間屆滿前之 104 年 3 月 14 日即遭診斷出「心室、心房中膈缺損及雙側肺水腫合併肺高壓」症狀，自斯時起申請人自己可得知悉上開疾病之客觀上病徵，則依保險法第 127 條規定，申請人自 104 年 5 月 26 日至同年 6 月 12 日入住 B 醫院治療之疾病，及 104 年 5 月 28 日所接受之手術，尚難認屬系爭保險契約及系爭住院醫療保險附約等待期間屆滿後所發生之疾病，自非屬承保範圍，是相對人即無給付保險金之責。

(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

二、事實經過

申請人自 104 年 5 月 26 日至同年 6 月 12 日入住 B 醫院，共計住院 18 日（其中加護病房為 11 日），並於 104 年 5 月 28 日接受先天性心室中膈缺陷修補術，出院後檢附相關資料，請求相對人給付醫療費用保險金。惟相對人主張系爭疾病係申請人投保前疾病之延續，遂拒絕理賠。

三、本案爭點

申請人自 104 年 5 月 26 日至同年 6 月 12 日入住 B 醫院治療之疾病，及 104 年 5 月 28 日所接受之手術，是否屬於系爭保險契約及系爭住院醫療保險附約之承保範圍？

四、當事人主張

(一) 申請人主張

1. 申請人自 104 年 5 月 26 日至同年 6 月 12 日入住 B 醫院，共計住院 18 日（其中加護病房為 11 日），並於 104 年 5 月 28 日接受先天性心室中膈缺陷修補術。而申請人出生至二個月健康檢查紀錄顯示生長評估為正常，無特殊發現，發展評估為通過，故申請人本次住院之疾病並非於系爭保險契約生效日起 30 日內所發生。
2. 相對人應依系爭保險契約給付住院日額保險金○○元（18 日 × ○○元）、加護病房醫療保險金○○元（11 日 × ○○元）、住院手術醫療保

險金○○元；並依系爭住院醫療保險附約給付每日病房費用保險金（加護病房）○○元（7 日 × ○○元）、每日病房費用保險金（外科手術）○○元（11 日 × ○○元）、醫院各項雜費保險金○○元、出院後門診保險金○○元，合計共○○元。

（二）相對人主張

系爭保險契約係於 104 年 3 月 9 日生效，而申請人係於 104 年 3 月 14 日（即契約生效日起第 6 天），經 A 醫院施行心臟超音波檢查診斷為「心室中膈缺損」，再於 104 年 3 月 24 日（即契約生效日起第 16 天）由 C 醫院確診為「心室中膈缺損」。依此，申請人確實於系爭保險契約生效日起 30 日內即經診斷確定罹患「心室中膈缺損」，實未符合系爭保險契約條款關於「疾病」之約定。

五、判斷理由

（一）按系爭保險契約第 2 條【名詞定義】之約定為：「二、疾病：係指被保險人自本契約生效日起持續有效第三十一日開始或復效日起所發生之疾病；…」、又系爭住院醫療保險附約第 2 條【名詞定義】之約定為：「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第三十一日開始或復效日、續保日起所發生之疾病。」是依前開約定，系爭保險契約及系爭住院醫療保險附約，係以契約持續有效第 31 日後所發生之疾病者為限，方屬於承保之範圍，相對人依約始負給付保險金之義務。

（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。」保險法第 127 條定有明文。其立法理由明文揭示：「健康保險關係國民健康、社會安全，增訂本條條文，規定被保險人罹患疾病或已值妊娠時，仍可訂健康保險契約，以宏實效，惟保險人對於是項疾病或分娩不負給付保險金額責任，以免加重全部被保險人對於保險費之負擔」。而所謂「被保險人已在疾病中」，則係指疾病已有外表可見之徵象，在客觀上被保險人不能諉為不知之情況而言，倘被保險人未悉自己罹病，保險人尚不得依據上開規定免責（最高法院 95 年度台上字第 359 號、90 年度台上字第 89 號判決意旨可資參照）。

（三）就本件爭點，依當事人雙方所提供之診斷證明書、手術紀錄、護理紀錄單、出院病歷摘要等病歷資料，經諮詢本中心專業顧問意見後略以：

1. 申請人自 104 年 5 月 26 日至同年 6 月 12 日入住 B 醫院治療，主要為接受先天性心室中膈缺陷修補術，而患有先天性心室中膈缺損的兒童為出生就有。此病為最常見的先天性心臟病，約佔先天性心臟病的 25%，患有此病的小孩在年幼時就會進行心臟縫合手術，或者等待發育期過後得

知心臟破洞未自己癒合而才進行心臟縫合手術。而如果有下列情形之一者，會需要提早開刀：a) 不易控制的心衰竭；b) 經常肺部感染；c) 發育遲緩；d) 肺高壓。

2. 申請人於 104 年 3 月 14 日，即系爭保險契約生效日起第 6 天，經 A 醫院施行心臟超音波檢查診斷為「心室、心房中膈缺損及雙側肺水腫合併肺高壓」，即符合需提早開刀的條件。從而，申請人的先天性心室中膈缺損為先天性，亦即出生就有。

(四)承上，依現有卷證資料及前揭專業顧問意見可知，申請人係因「心室中膈缺損」等先天性疾病住院進行治療，並接受手術。復觀諸 A 醫院出具之檢查報告單，申請人於系爭保險契約及系爭住院醫療保險附約之等待期間屆滿前之 104 年 3 月 14 日即遭診斷出「心室、心房中膈缺損及雙側肺水腫合併肺高壓」症狀，自斯時起申請人自己可得知悉上開疾病之客觀上病徵。揆諸前揭條文，申請人自 104 年 5 月 26 日至同年 6 月 12 日入住 B 醫院治療之疾病，及 104 年 5 月 28 日所接受之手術，尚難認屬系爭保險契約及系爭住院醫療保險附約等待期間屆滿後所發生之疾病，自非屬承保範圍，是相對人即無給付保險金之責。從而，申請人請求相對人依系爭保險契約及系爭住院醫療保險附約給付相關住院醫療及手術保險金，洵屬無據。

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

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-癌前病變 (104 評 1931)

一、案例摘要

(一) 評議要旨：

申請人罹患之「左下牙齦惡性鱗狀細胞癌」與「口腔白斑病變」二者間有因果關係，且申請人於系爭附約投保前即有「口腔白斑病變」症狀，申請人斯時雖未經醫師確診罹患癌症，然申請人業已知悉系爭疾病之客觀上病徵，揆諸保險法第 127 條規定，堪認申請人所罹患之左下牙齦惡性鱗狀細胞癌應於系爭附約訂立時即已存在。據此，相對人就申請人罹患左下牙齦惡性鱗狀細胞癌乙情，自不負給付保險金之責任。

(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

二、事實經過

申請人於 104 年 4 月 7 日至 A 醫院就診，同年 4 月 9 日在全身麻醉下接受「左下牙齦惡性鱗狀細胞癌」、「下顎骨部分」切除手術及人工植皮手術等住院治療，至同年 4 月 17 日出院，共住院 11 天。

三、本案爭點

申請人請求相對人給付住院醫療保險金、重大傷病保險金及精神賠償乙情，是否有據？

四、當事人主張

(一) 申請人主張

申請人於 103 年 8 月 18 日規劃投保相對人之醫療險保單，又於 103 年 11 月 25 日規劃重大傷病保險。申請人於 104 年 4 月 7 日至 A 醫院就診，同年 4 月 9 日在全身麻醉下接受「左下牙齦惡性鱗狀細胞癌」、「下顎骨部分」切除手術及人工植皮手術等住院治療，至同年 4 月 17 日出院，共住院 11 天。申請人檢附相關文件向相對人申請理賠，然相對人理賠之金額與申請人申請理賠之金額不符，故對相對人提出異議。

(二) 相對人主張

1. 申請人於 B 醫院 103 年 11 月 27 日之門診病歷記載主訴內容：「Left lower gingival lesion noted for several months(數月前發現左下牙齦病變)」及 103/12/08 門診病歷記載：「Left lower gingival WHITISH lesion noted for 1 YEAR AND SORENESS AND GROWING FOR 1+ MONTHS(左下牙齦

白斑病變已一年，近一個月疼痛與增生範圍擴大)」等內容，可知悉應屬於投保前即存在之口腔病變，另參閱醫學文獻記載口腔白斑屬於最常見之口腔癌前病變，流行病學研究顯示口腔白斑需經過一定之病程演進，即可能演進成惡性病變，申請人之口腔癌前病變與本次理賠申請難謂無因果關係，據此，按 A 保單所附加之○○人壽○○醫療保險附約第四條第五項約定：『本附約所稱「疾病」係指被保險人自附約生效日起持續卅日以後所開始發生的疾病。…』及○○人壽○○住院醫療日額給付保險附約第二條第一項約定：『本附約所稱「疾病」係指被保險人自附約生效日起持續有效三十日以後所開始發生的疾病。…』及 B 保單所附加之○○人壽保○○重大傷病一年定期健康保險附約第二條第一項：『本附約所稱「疾病」係指被保險人自本附約生效日(或復效日)起所發生之疾病。』，另依保險法第 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，不負給付保險金之責任。」，準此，本公司依法依約對於投保前之疾病不負給付保險金之責，併此指明。

2. 綜上所述，因申請人本次理賠申請疾病與保單生效前之癌前病變難謂無因果關係，故本公司實難依申請人所請，逕行給付 A 保單之醫療保險金及 B 保單之重大傷病保險金。

五、判斷理由

- (一)按「保險契約訂立時，被保險人已在疾病或妊娠情況中者，保險人對是項疾病或分娩，不負給付保險金額之責任。」為保險法第 127 條所明定。又該條立法理由謂：「健康保險關係國民健康，社會安全，增訂本條條文，規定被保險人罹患疾病或已值妊娠時，仍可訂健康保險契約，以宏實效，惟保險人對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 年度台上字第 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。準此而言，保險公司是否得主張保險法第 127 條「已在疾病」，應以被保險人對於該項疾病在客觀上是否知悉或無法諉為不知作為判斷之依據，先予敘明。

- (二)次按，系爭○○住院保險附約第 2 條【名詞定義】第 1 項約定：「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後所發生之疾病。」、系爭○○醫療保險附約第 4 條【名詞定義】第 5 項約定：「本附約所稱『疾病』係指被保險人自本附約生效日起持續卅日以後所開始發生的疾病。」及系爭○○重大傷病保險附約第 2 條【名詞定義】第 1 項約定：「本

附約所稱『疾病』係指被保險人自本附約生效日(或復效日)起所發生之疾病。」是以，所謂「疾病」，係指被保險人自系爭附約生效日起持續有效三十日以後或生效日(復效日)起所發生之疾病。

(三)查申請人103年11月27日、103年12月8日於B醫院門診病歷記載內容：

「Left lower gingival lesion noted for several months」、「Left lower gingival WHITISH lesion noted for 1 YEAR AND SORENESS AND GROWING FOR 1+ MONTHS」等語，可知申請人於求診前一年，已發現其身體有異常，縱認申請人於103年8月18日、103年11月25日投保時，因身體尚無明顯之症狀足使申請人知悉罹患癌症，但依據申請人103年11月27日及103年12月8日求診時自承左下齒齦白斑病灶快一年，近幾個月有疼痛及增生之病灶等現象，可見申請人已知悉其左下齒齦有白斑病灶。又病歷之記載或出於病患之自述體況，或出自於醫師專業判斷，或醫院檢查結果，除非相關記載在醫學推理上有所矛盾而難以採信外，否則病歷之記載，應有相當之可信度。觀前開病歷記載內容，苟非申請人親自告知，醫事人員如何又何需大費周章擬造該病歷內容？且如申請人並無腫脹、疼痛等外觀可感知之病症，何以於103年11月27日至B醫院耳鼻喉科求診？又以申請人於103年11月27日至醫院求診，即懷疑為癌症等情，醫院遂安排相關檢驗，經檢驗後確認為左下牙齦惡性鱗狀細胞癌，由申請人病歷資料及醫學推理而論，並無前後矛盾之情形，堪認前開病歷記載申請人於一年前即發現左下齒齦白斑病症等情應可信實。

(四)本中心為求慎重起見，經諮詢本中心兩位專業醫療顧問，其意見分別略以：

1. 口腔白斑是一種常見的癌前病變，世界衛生組織的定義為：不能以臨床或病理特徵診斷為其他病變的一種白色斑塊或白斑。口腔癌病程之演進是多階段的變化，長期發炎刺激或致癌物質影響而發生細胞基因突變，進而轉變成癌細胞，由臨床的觀點，則是先由正常組織表面產生變異或增生，如潰瘍、白斑、紅斑或疣狀上皮增生等癌前病變開始，最後形成了口腔癌。申請人投保前左下牙齦白斑病變與本次事故，雖不屬於同一疾病，但兩者間具有因果關係。以現今醫病關係言之，通常口腔白斑一定會告知病患，並解釋惡性變化之可能，及建議定期回診追蹤。
2. 本件申請人103年11月27日就診B醫院耳鼻喉科時，主訴左下齒齦有白斑病灶快一年，近幾個月有疼痛及長大病灶，當時懷疑為下齒齦癌而行切片檢查，由此可見申請人投保前(即103年8月18日及103年11月25日)，並無不知有白斑病變的可能。一般口腔白斑病變經一段時間(幾個月到幾年之久)可長成口腔癌，它被視為癌前病變，二者間是有因

果關係。

(五)從而，綜合相關卷證資料及前開顧問意見，申請人罹患之「左下牙齦惡性鱗狀細胞癌」與「口腔白斑病變」二者間有因果關係，且申請人於系爭附約投保前即有「口腔白斑病變」症狀，申請人斯時雖未經醫師確診罹患癌症，然申請人業已知悉系爭疾病之客觀上病徵，揆諸前揭條文及判決，堪認申請人所罹患之左下牙齦惡性鱗狀細胞癌應於系爭附約訂立時即已存在，據此，相對人就申請人罹患左下牙齦惡性鱗狀細胞癌乙情，自不負給付保險金之責任。

六、評議決定

本中心尚難為有利申請人之判斷。

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 020 保前疾病-必要性剖腹產 (105 評 0065)

一、案例摘要

(一) 評議要旨：

申請人自懷孕 30 週起持續有胎位不正之情形，故未具備保單條款約定突發性之要件；又申請人於 103 年 3 月 1 日之剖腹生產原因係為低位胎盤，不符合前置胎盤之定義，核與保單條款之分娩相關疾病列舉項目不符，故申請人請求相對人給付保險金，尚難認有據。

(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

二、事實經過

申請人 103 年 3 月 1 日至 103 年 3 月 3 日於美國旅遊期間，因前置胎盤及胎位不正而進行剖腹生產手術。惟相對人主張以除外責任為由拒絕理賠。

三、本案爭點

申請人 103 年 3 月 1 日至 103 年 3 月 3 日於美國接受剖腹生產手術乙情，是否核屬系爭附約條款所約定之因「胎位不正」或「前置胎盤」所必要之剖腹產？若是，則該症狀是否核屬突發疾病事件？

四、當事人主張

(一) 申請人主張

1. 申請人 103 年 3 月 1 日於美國旅遊時，因身體不適緊急就醫，經醫師診斷為胎位不正，滯留國外醫療院所剖腹生產，係屬突發疾病。申請人於 103 年 4 月向相對人申請理賠，惟相對人以申請人未符合系爭保險「海外突發疾病醫療健康保險附加條款」約定為由拒絕給付。
2. 申請人係因前置胎盤及胎位不正而進行剖腹產，102 年 12 月 30 日雖有胎位不正之診斷，但時僅妊娠 30 週有極大機率可轉正，醫師亦說明 32 週後方能診斷為胎位不正。而前置胎盤係於後期發生，申請人在臺灣產檢時不知有此孕症，故 103 年 1 月 30 日於美國填寫問卷時自不會註明，亦無故意隱匿、過失遺漏或為不實說明之情形。無論是胎位不正或是前置胎盤，均符合系爭附加條款給付範圍。

(二) 相對人主張

1. 申請人向相對人投保系爭保險之保險期間為 103 年 1 月 13 日至同年 3 月 26 日止共計 72 天。

2. 關於申請人於 103 年 3 月 1 日至 103 年 3 月 3 日期間因「Pregnancy at 39 weeks in labor、Abnormal presentation, transverse lie position、Low lying placenta previa」於國外醫療院所住院接受剖腹生產，並向相對人申請海外突發疾病住院醫療保險金理賠乙事，經瞭解，申請人於 102 年 12 月 30 日即保險契約生效前第 14 天赴 A 婦產科診所門診經診斷為妊娠 30 週胎位尚未轉正，換言之，申請人向相對人投保系爭保險前已有因胎位不正之情形接受醫師診療，故未符合系爭附加條款關於「突發疾病」之定義。
3. 關於申請人有「Low lying placenta previa」診斷部分，經向 A 婦產科診所瞭解，申請人歷次產檢紀錄皆未有前置胎盤之狀況，且申請人於 103 年 1 月 30 日 Hung-Chou Yen, M.D. Patient Agreement 之內容，前置胎盤選項勾選為「否」。另依據 PIH Health Hospital 病歷記載，手術切口係由子宮低位切入，亦未見有前置胎盤狀況。因前置胎盤之診斷應會反應於歷次產檢結果中，然依申請人於門診例行產檢之資料未有胎盤過低或前置胎盤之診斷，遲至行剖腹生產時方發生前置胎盤的情形，此實與一般病程發展不符，亦即，實難認定申請人符合除外責任約定之除外之例外承保事由。

五、判斷理由

- (一)按系爭附加條款第 2 條【名詞定義】規定：「本附加條款各項名詞定義如下：
- 一、中華民國境外：係指臺灣、澎湖、金門、馬祖以外，非由中華民國政府所管轄之範圍。二、突發疾病：係指被保險人於中華民國境外需即時在醫院或診所診療始能避免損及身體健康之疾病，且於本附加條款生效前一百八十日以內未曾接受診療者。…四、住院：係指被保險人經醫師診斷其突發疾病必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者。…。」、第 4 條【海外突發疾病住院醫療保險金的給付】規定：「被保險人於本附加條款有效期間內，於中華民國境外因突發疾病而住院治療者，本公司就其於中華民國境外所發生的實際住院費用，給付『海外突發疾病住院醫療保險金』。」、第 9 條【除外責任】第 2 項規定：「被保險人因下列事故所生之住院或門（急）診醫療費用，本公司不負給付本附加條款第 4 條至第 7 條各項保險金的責任…。六、懷孕、流產或分娩及其併發症。但下列情形不在此限：（一）懷孕相關疾病：…3. 前置胎盤…（三）醫療行為必要之剖腹產，並符合下列情況者：…4. 胎位不正。…8. 分娩相關疾病：a. 前置胎盤…。」。準此，申請人須於系爭附加條款有效期間內，於中華民國境外因突發疾病住院，且其所接受之住院醫療，係屬上揭懷孕相關疾病，

或為醫療行為必要之剖腹產且符合分娩相關疾病所列舉之項目者，相對人始負有給付保險金之責。

(二)就前揭爭點，經諮詢本中心醫學顧問專業意見，略以：

1. 懷孕 30 週若胎位不正，則越接近預產期胎位轉正之機會越小，但仍有極少數在預產期前才轉正之病例，惟申請人於 102 年 12 月 30 日（30 週）時於臺灣診斷為胎位不正，而後於 103 年 1 月 30 日、103 年 2 月 15 日、103 年 2 月 20 日、103 年 2 月 25 日在美國產檢時均顯示胎位持續不正，因此於 3 月 1 日生產前恢復之機率極小，不到 2%。
2. 若有做超音波檢查，懷孕 30 週前應可診斷出前置胎盤。根據美國病歷記載，申請人剖腹產原因為低位胎盤，前置胎盤應非主因即突發事件，若是突發事件，申請人應先出現「產前」出血之緊急狀況。

(三)本中心為求慎重，復諮詢另一醫學顧問專業意見，略以：

1. 依一般醫療實務及文獻，懷孕 28 週前為臀位（胎兒頭在上），32-36 週以後大多會轉為頭位（胎兒頭轉向下，近子宮頸口），「胎位不正」一般均為生產時的診斷。依本案申請人所提出之病歷資料，申請人於 102 年 12 月 30 日診斷之「胎位不正」，無法判定於其 103 年 3 月 1 日生產前是否有轉正之情形，且剖腹生產診斷為橫位（transverse lie），此部分為生產醫師自行診斷，無相關影像檢查佐證，無法認定其確實的胎位。
2. 依一般醫療實務及文獻，「前置胎盤」之診斷只要有固定產檢且產科醫師的超音波檢查確實，大多會反應於歷次產檢結果。又依病歷資料研判，本案生產之診斷為「低位性胎盤」（low-lying placenta），不可認定申請人於 103 年 3 月 1 日之剖腹生產主因為「前置胎盤」（placenta previa），亦即診斷不符合「前置胎盤」定義。

(四)從而，依現有卷證資料及前開顧問意見，申請人自懷孕 30 週起持續有胎位不正之情形，故未具備前揭條款突發性之要件。又申請人於 103 年 3 月 1 日之剖腹生產原因係為低位胎盤，不符合前置胎盤之定義，核與前揭條款之分娩相關疾病列舉項目不符，故申請人請求相對人給付保險金，尚難認有據。

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

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 021 保單停復效-停效是否合法 (104 評 1479)

一、案例摘要

(一) 評議要旨：

申請人於○○年○○月○○日以 A 銀行信用卡扣款未成後，已於○○年○○月○○日辦理變更為 B 銀行信用卡繳交保險費，足認申請人確有繳納保險費以維持系爭保險契約效力之意願。準此，於 B 銀行之信用卡扣款未成時，因先前催告通知之情狀與條件已有變更，且相對人既已明確知悉申請人確有繳納保險費以維持系爭保險契約效力之意願，自當賦予相對人重新催告之義務，並應採行審慎之方式，即前揭書面及可得存證之方式為之，以確保契約當事人之利益，並避免紛爭。然相對人於 B 銀行之信用卡扣款未成時，僅於○○年○○月○○日以簡訊通知申請人，已難謂為合法之催告，況且相對人亦未舉證證明申請人確已收受並知悉該簡訊通知，從而，應認相對人於 B 銀行之信用卡扣款未成後，並未合法催告申請人，則系爭保險契約所定之寬限期間即無從起算，自無使系爭保險契約發生停效或失效之情事。

(二) 爭議險種：健康保險

(三) 參考條文：保險法第 116 條、保險法第 130 條

(四) 關鍵字：停復效、送達、信用卡扣款

二、事實經過

申請人於 97 年 12 月 26 日以自身為要保人，○○○為被保險人向相對人投保「○○人壽○○防癌終身健康保險」，附加「○○豁免保費保險附約」、「○○住院醫療保險附約」等附約，保單號碼：○○○號。嗣系爭保險契約停效，申請人爰申請本件評議，請求確認系爭保險契約效力存在。

三、本案爭點

系爭保險契約是否因申請人於催告通知送達後屆 30 日仍未交付保險費而停效，並因申請人於停效已屆 2 年未提出復效申請而效力終止？

四、當事人主張

(一) 申請人主張

申請人於 97 年 12 月○○日以自身為要保人，○○○為被保險人向相對人投保「○○人壽○○防癌終身健康保險」，附加「○○豁免保費保險附約」、「○○住院醫療保險附約」等附約，保單號碼：○○○號（下稱系爭保險契約）。申請人當初係透過○○保險經紀人股份有限公司投保○○人壽的保單，申請人家中並沒有相對人的保單，導致未注意相對人所寄發之掛號信件，且相對人亦未派任何業務員直接聯繫，直至 104 年 5 月申請人欲變更被保險人之姓

名時，始發現系爭保險契約已失效。爰請求確認申請人與相對人間系爭保險契約關係存在。

(二)相對人主張

1. 系爭保險契約保險費之繳交方式約定為以信用卡扣款，101 年 12 月 28 日因自申請人所授權之○○銀行信用卡請款未成功，相對人於 102 年 1 月 4 日以掛號寄發催告通知至系爭保險契約所載地址「○○○」，並於 102 年 1 月 18 日輔以簡訊通知，申請人於 102 年 1 月 22 日辦理變更為○○銀行信用卡繳交保險費，相對人於 102 年 1 月 31 日再次向變更後之○○銀行信用卡請款，然因該信用卡「拒絕交易」而失敗，相對人於 102 年 2 月 1 日再度輔以簡訊通知，惟後續保險費仍未獲繳納，系爭保險契約於 102 年 2 月 5 日停效，並經過 2 年未申請復效，於 104 年 2 月 5 日失效。
2. 相對人經與申請人確認地址與手機號碼均無誤，上述催告通知已於 102 年 1 月 7 日寄達申請人地址，此有○○社區收發章為憑，參酌最高法院 98 年度台抗字第 416 號判決：「…按區分所有大廈管理委員會所僱用之管理員，性質上屬於全體住戶之受僱人，與民事訴訟法第 137 條第 1 項規定之受僱人相當，倘合於該條要件，將文書付予管理員，即生合法送達之效力。…」，且經相對人詢問○○社區管理員室，上述催告通知已轉交申請人（由申請人本人簽收），因此，催告通知既已送達申請人，系爭保險契約因未繳納保險費致停效、失效，尚無違誤。

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。…第一項停止效力之保險契約，於停止效力之日起六個月內清償保險費、保險契約約定之利息及其他費用後，翌日上午零時起，開始恢復其效力。要保人於停止效力之日起六個月後申請恢復效力者，保險人得於要保人申請恢復效力之日起五日內要求要保人提供被保險人之可保證明，除被保險人之危險程度有重大變更已達拒絕承保外，保險人不得拒絕其恢復效力。保險人未於前項規定期限內要求要保人提供可保證明或於收到前項可保證明後十五日內不為拒絕者，視為同意恢復效力。保險契約所定申請恢復效力之期限，自停止效力之日起不得低於二年，並不得遲於保險期間之屆滿日。保險人於前項所規定之期限屆滿後，有終止契約之權。…。」、「…第一百一十六條…，於健康保險準用之。」，保險法第 116 條及第 130 條定有明文。另系爭「○○人壽○○防癌終身健康保險」保單條款第 5 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，自催告到達翌日起三十日內為寬限期。逾寬限期仍未交付者，本契約自寬限期終了翌日起停止效力。如在寬限期內發生保險事故時，本公司仍負保險責任。」；第6條約定：「本契約停止效力後，要保人得在停效日起二年內，申請復效。…第一項約定期間屆滿時，本保險效力即行終止。」。又系爭保險契約之「○○豁免保費保險附約」、「○○住院醫療保險附約」等附約，亦均有相同之約定。

(二) 保險契約為最大善意及最大誠信之射倖契約，保險契約之當事人皆應本諸善意與誠信之原則締結保險契約。有鑒於人壽保險契約或健康保險契約之長期性與繼續性之特質，如保險契約於保險期間內突遭終止，對被保險人而言，在更需要保險保障之剩餘期間，可能因年齡過高或健康惡化等因素，致不能覓得或須承受不利之承保條件，將致被保險人投保利益之損失。為避免被保險人僅因要保人之輕微過失而未交保險費，即致契約終止，被保險人將因而喪失先前長期投保所生之利益，故保險法特以契約效力一時停止之效果，取代一般私法原則之契約終止，並給予要保人或被保險人補救之機會。此外，於保險契約停效前，保險人負有通知要保人停效事宜的催告義務，避免因保險契約之停效、失效或保險事故發生時輒生糾紛。

(三) 保險係一種無形商品，其對價只有在保險事故發生時方才顯現，未顯現時易遭忽略；再加以人壽保險契約或健康保險契約的長期性，要保人更可能缺乏對價之提供而疏於自己的給付義務。因而，為避免要保人喪失累積的投保利益，「催告」顯得格外重要。保險法第116條對於催告之方式，雖無明文規定，但是基於保險契約之特殊性，為了保障被保險人，也為了避免保險人舉證的困難，對於保險人之催告義務，自應嚴格審視，而認催告應以書面及可得存證之方式為之始為正當。

(四) 相對人主張因101年12月28日系爭保險契約所授權扣款之○○銀行信用卡請款未成功，相對人乃於102年1月4日以掛號寄發催告通知予申請人，並於102年1月18日輔以簡訊通知，申請人於102年1月22日辦理變更為○○銀行信用卡繳交保險費，相對人於102年1月31日再次向變更後之○○銀行信用卡請款，然因該信用卡「拒絕交易」而失敗，相對人於102年2月1日再度輔以簡訊通知，惟後續保險費仍未獲繳納等語，並提出掛號郵件查詢單、國內大宗掛號存根、保險費信用卡付款授權書為證。申請人對於上開催告及簡訊通知並未爭執，僅表示系爭保險契約為○○人壽之保單，因家中並沒有相對人的保單，導致未注意相對人所寄發之掛號信件云云置辯。經查，申請人既不否認有收受上開掛號寄發之催告通知，應認相對人之催告已合法

送達予申請人。況且申請人已於102年1月○○日辦理變更為○○銀行信用卡繳交保險費，對於101年12月○○日系爭保險契約所授權扣款之○○銀行信用卡扣款未成，自難推諉相對人未予催告而為不知。然因相對人係自102年3月30日起概括承受○○人壽之資產、負債及營業，且上開102年1月○○日以掛號寄發之催告通知，仍係以○○人壽為寄件人，故申請人上開主張，洵無足採。

(五)次查，申請人於101年12月28日○○銀行信用卡扣款未成後，已於102年1月22日辦理變更為○○銀行信用卡繳交保險費，足認申請人確有繳納保險費以維持系爭保險契約效力之意願。準此，於○○銀行之信用卡扣款未成時，因先前催告通知之情狀與條件已有變更，且相對人既已明確知悉申請人確有繳納保險費以維持系爭保險契約效力之意願，自當賦予相對人重新催告之義務，並應採行審慎之方式，即前揭書面及可得存證之方式為之，以確保契約當事人之利益，並避免紛爭。然相對人於○○銀行之信用卡扣款未成時，僅於102年2月1日以簡訊通知申請人，已難謂為合法之催告，況且相對人亦未舉證證明申請人確已收受並知悉該簡訊通知，從而，應認相對人於○○銀行之信用卡扣款未成後，並未合法催告申請人，則系爭保險契約所定之寬限期間即無從起算，自無使系爭保險契約發生停效或失效之情事。

(六)綜上所述，申請人請求確認申請人與相對人間保單號碼○○○號保險契約關係存在，為有理由，應予准許。

六、評議決定

確認申請人與相對人間保單號碼○○○號保險契約關係存在。

七、相關法規

(一)保險法第116條

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

催告應送達於要保人，或負有交付保險費義務之人之最後住所或居所，保險費經催告後，應於保險人營業所交付之。

第一項停止效力之保險契約，於停止效力之日起六個月內清償保險費、保險契約約定之利息及其他費用後，翌日上午零時起，開始恢復其效力。要保人於停止效力之日起六個月後申請恢復效力者，保險人得於要保人申請恢復效力之日起五日內要求要保人提供被保險人之可保證明，除被保險人之危險程度有重大變更已達拒絕承保外，保險人不得拒絕其恢復效力。

保險人未於前項規定期限內要求要保人提供可保證明或於收到前項可保證明後十五日內不為拒絕者，視為同意恢復效力。

保險契約所定申請恢復效力之期限，自停止效力之日起不得低於二年，並不得遲於保險期間之屆滿日。

保險人於前項所規定之期限屆滿後，有終止契約之權。

保險契約終止時，保險費已付足二年以上，如有保單價值準備金者，保險人應返還其保單價值準備金。

保險契約約定由保險人墊繳保險費者，於墊繳之本息超過保單價值準備金時，其停止效力及恢復效力之申請準用第一項至第六項規定。

(二)保險法第 130 條

第一百零二條至第一百零五條、第一百十五條、第一百十六條、第一百二十二條至第一百二十四條，於健康保險準用之。

案例 022 保單停復效-停效是否合法 (104 評 1665)

一、案例摘要

(一) 評議要旨：

就相對人主張本件因已經法院判決確定故本中心應予不受理之部分，申請人於臺灣○○○地方法院 97 年度附民字第○○○號民事判決訴之聲明部分觀之，與本案確認保單 A 及保單 B 契約效力存在之請求標的不同，兩者核非屬同一事件，本中心應予受理。就申請人主張其未曾辦理系爭借款之部分，申請人未能提出其他證據以證明其未辦理系爭借款。就申請人請求確認保單 A 及保單 B 契約效力存在之部分，系爭保險契約停效程序不合法，故應認系爭保險契約效力並未停止，申請人之主張即屬有據。惟申請人雖稱其有交付保險費予甲，然其均未向甲索取收據，應認此部分之不利歸屬申請人，申請人仍負有補繳系爭保險契約約定應繳保費之義務。

(二) 爭議險種：健康保險

(三) 參考條文：金融消費者保護法第 24 條、保險法第 116 條、保險法第 120 條、民法第 188 條、民法第 314 條

(四) 關鍵字：停復效、往取債務、清償地、自動墊繳

二、事實經過

申請人分別於 84 年 12 月 4 日及 79 年 1 月 13 日向相對人投保保單 A 及保單 B。嗣保單 A 及保單 B 分別於 90 年 4 月 20 日及 91 年 9 月 20 日停效，現皆已失效。申請人爰申請本件評議，請求確認系爭二張保單契約效力存在。

三、本案爭點

- (一) 相對人主張本件已經法院判決確定，本中心應予不受理，有無理由？
- (二) 申請人主張其未曾辦理系爭借款，有無理由？
- (三) 申請人請求確認保單 A 及保單 B 契約效力存在，有無理由？

四、當事人主張

(一) 申請人主張

申請人在 C 醫院住院 1 次、D 醫院住院 2 次，相對人業務員○○○（下稱甲）佯稱要拿申請人的手術及住院理賠金來繳保費，但後來發現甲將申請人的保單拿去偽造借款失效。保單是自動墊繳，甲欺騙申請人是伊幫申請人墊繳。爭議保單之住址、身分證字號、收款地址資料不符。保單 A 借款日期 88 年 1 月 27 日借款新臺幣(下同)4,000 元和保單 B 借款日期 88 年 6 月 16 日借款 181,000 元均是偽簽。借款地址已在 86 年 4 月 10 日更改為○○○。法院也認同甲有犯罪，公司管理不當應負起責任。

(二)相對人主張

經瞭解，有關申請人向評議中心申訴保險單非親簽及遭冒貸疑慮，造成其權益損失乙節，因新契約保險費部分，申請人未能出具支付憑證，又保險單借款部分，借款金額係確實匯入申請人乙郵局帳戶無誤，難認權益有所損失。再，申請人評議申請書中請求標的(金額)並無所載，無法理解申請人確實之主張，建請貴中心通知申請人於合理期限內補正。另，本案分別於101年及103年經臺灣○○地方法院及臺灣高等法院判決，原告之訴、假執行聲請及上訴均遭駁回，原告未上訴確認，確認判定證明書。故應適用金融消費者保護法(下稱金保法)第二十四條第八項「申請評議事件已經法院判決確定，或已成立調處、評議、和解、調解或仲裁。」，爭議處理機構應決定不受理。

五、判斷理由

(一)爭點(一)之部分

相對人主張本案分別於101年及103年經臺灣○○地方法院及臺灣高等法院判決，原告之訴、假執行聲請及上訴均遭駁回，原告未上訴確認，故應適用金保法第二十四條第二項第八款，申請評議事件已經法院判決確定，或已成立調處、評議、和解、調解或仲裁，爭議處理機構應決定不受理云云。經查，被告甲因偽造文書案件，經臺灣○○地方法院檢察署檢察官(下稱○○地院檢察官)提起公訴(96年度○○字第○○號)及移送併辦(96年度○○字第○○號，被害人為申請人)，經臺灣○○地方法院96年度○○字第○○號刑事判決，96年度○○字第○○號部分無從併予審理，應退由檢察官另行處理；○○地院檢察官復提起上訴，經臺灣高等法院101年度○○字第○○號刑事判決，101年度○○字第○○號併案部分，無從併辦，應退回由檢察官另行處理；申請人與○○○就96年度○○字第○○號以甲及相對人為被告提起附帶民事訴訟，原告聲明記載：「(一)被告藍○○及被告○○人壽保險股份有限公司應連帶賠償原告○○新臺幣(下同)○○元，連帶賠償原告○○○元，及自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息百分之五計算利息。(二)被告○○○應賠償原告○○○元，應賠償原告○○○元，及自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息百分之五計算利息。(三)被告○○○應賠償原告○○○元，應賠償原告○○○元，及自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息百分之五計算利息。……。」，案經臺灣○○地方法院97年度附民字第○○號民事判決謂：「按刑事訴訟諭知無罪，免訴或不受理之判決者，對於附帶民事訴訟部分應以判決駁回原告之訴，刑事訴訟法第503條第1項前段定有明文。……，其中關於被害人為原告○○○、○○○部分，業經本院以查無積極證據足資認定被告涉有該部分行使偽造私文書及詐欺犯

行，而屬不能證明被告等犯罪，惟因公訴意旨指此與論罪科刑部分，有裁判上一罪關係，爰不另為無罪之諭知。依照首開規定，則原告附帶提起之民事訴訟，應予駁回，其假執行之聲請亦失所附麗，併予駁回。」；申請人不服臺灣○○地方法院 97 年度附民字第○○號民事判決而提起上訴，經臺灣高等法院 101 年度附民上字第○○號民事判決駁回，並於 103 年○○月○○日確定。是就申請人於臺灣○○地方法院 97 年度附民字第○○號民事判決訴之聲明部分觀之，其係請求相對人依民法第 188 條規定負連帶賠償責任賠償申請人○○元，然本案請求標的為確認保單 A 及保單 B 契約效力存在，兩者核非屬同一事件，本中心應予受理。

(二) 爭點(二)之部分

1. 按保險法第 120 條規定：「保險費付足一年以上者，要保人得以保險契約為質，向保險人借款。保險人於接到要保人之借款通知後，得於一個月以內之期間，貸給可得質借之金額。…」。申請人主張其未曾向相對人辦理系爭借款，88 年 1 月 27 日之保單 A 保險單借款借據填載地址錯誤云云，經本中心觀諸系爭二張保險單借款借據，「要保人」、「被保險人」欄位均有○○○字樣之簽名及印章，然本中心非專業筆跡鑑定機構，尚難逕認上述簽章是否為申請人親自簽章。復依臺灣○○地方法院 96 年度○○字第○○號刑事判決記載：「……又告訴人○○○於偵查中陳稱：沒有辦理過○○人壽公司之保單質借等語（見 95 年度○○字第○○號卷第 10 頁），但告訴人○○○及○○○曾分別辦理附表四所示之保單質借，所借金額均以匯款方式匯入指定帳戶之事實，有保險單借款借據在卷可稽（見 96 年度○○字第○○號卷四第 220-1 至 228 頁）。而證人即○○人壽公司處經理○○○於審理中證稱：告訴人○○○確有持保險單向伊辦理保單質借，由伊審核等語（見 96 年度○○字第○○○號卷四第○○頁）；又告訴人○○○曾在附表四編號 4（借據號碼○○○及○○○）所示保險單借款借據上之『借款人（要保人）』欄、『同意人（被保險人）』欄、『要保人』欄、『被保險人』欄上『○○○』簽名之事實，有前述筆跡鑑定書可證。……，是告訴人○○○及○○○均曾辦理過保單質借，告訴人○○○於偵查中指稱未辦理過保單質借云云，不足採信。……。」，可見該判決認定申請人曾辦理過保單質借。
2. 保單 A 要保書記載住所地址為「○○○」，88 年 1 月 27 日保單 A 借款借據地址欄填載之地址為「○○○」，申請人固提出○○鄉戶政事務所戶口名簿舉證其 86 年 4 月 10 日已變更地址為「○○○」，並表示若確為申請人辦理借款為何會填寫舊地址云云。然此二地址僅相隔 1 號，是否申請

人實際上仍居於原住所或僅係申請人誤繕亦無從得知，尚難僅依此遽認非申請人辦理借款。且經本中心於104年12月16日去電申請人確認，申請人並未向相對人通知辦理地址變更作業，則系爭保單A借款借據仍填載原要保書留存地址，相對人並無違誤之處。

3. 綜上所述，申請人未能提出其他證據以證明其未辦理系爭借款，則本中心無從為有利申請人之認定。

(三) 爭點(三)之部分

1. 按保單A保單條款第六條第二期以後保險費的交付、寬限期間及契約效力的停止第1項及第三項前段約定：「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；……。逾寬限期間仍未交付者，本契約自寬限期間終了翌日起停止效力。」，第七條保險費的墊繳約定：「……第二期以後的分期保險費於超過寬限期間仍未交付者，本公司應以本契約當時的保單價值準備金(如有保險單借款者，以扣除其借款本息後的餘額)自動墊繳其應繳保險費及利息，使本契約繼續有效，……。保單價值準備金之餘額不足墊繳一日的保險費且經催告到達後於三十日仍不交付時，本契約效力停止。」；保單B保單條款第三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：「第二期以後的分期保險費，應照本保險單所載交付方法及日期，向本公司所在地或指定地點交付。如本公司派員前往收取時，得向該收費員交付並索取憑證妥為保存。第二期以後分期保險費到期未交付時，年繳或半年繳者，自催告到達之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，逾寬限期間仍未交付者，契約自寬限期間終了之翌日起停止效力。……。」，第四條保險費的墊繳約定：「第二期以後的分期保險費於超過寬限期間還未交付，……，本公司應自動墊繳其應繳保險費及利息，使本契約繼續有效。……。前項墊繳保險費的本息超過解約金時，本契約的效力，即行停止。」。
2. 次按「清償地，除法律另有規定或契約另有訂定，或另有習慣，或得依債之性質或其他情形決定者外，應依左列各款之規定：…二、其他之債，於債權人之住所地為之。」民法第314條定有明文。復按「往取債務，必須債權人於清償期屆滿後至債務人住所收取時，債務人拒絕清償，始負給付遲延之責任，倘債權人未赴債務人住所收取，祇構成債權人受領

遲延，債務人不負給付遲延之責任(最高法院 92 年台上字第 2275 號民事判決參照)。」。

3. 申請人請求確認系爭保單 A 及保單 B 契約效力存在，相對人則辯以系爭保單 A 於 90 年 4 月 20 日停效，系爭保單 B 於 91 年 9 月 20 日停效，現皆已失效。經查，保單 A 及保單 B 收費方式為相對人派員收費，此為兩造所不爭執。準此，系爭保險契約係以現金收費，屬往取債務之性質，需保險人於清償期屆滿後至要保人住所收取保費，要保人拒絕清償，方能認保險人已盡到往取收費之義務，此時要保人始負給付遲延之責任。關於相對人是否有派員收取保費，及相對人派員收取保費是否經申請人拒絕繳交乙節，經本中心分別於 104 年 12 月 16 日、104 年 12 月 23 日去電申請人詢問，申請人答覆意旨略以：「因為當時我的情況不方便外出繳費，甲說要幫我繳，我就每個月給她錢去繳保費。那時候有人主動願意幫我處理我很高興，所以都沒有請她開收據。我一直以為甲有幫我繳，直到 95 年事情爆發才知道是自動墊繳，當時契約已經都失效了無法繳保費。」、「這兩張保單一開始是別的收費員來收費，我都有繳錢，後來不記得是什麼時候開始，變成甲負責收費。甲來收費時，我說我付不出來，甲就說可以幫我墊繳，我就沒繳錢。直到 92 年 2 月時，她說保費已經欠太多了，我才開始每個月給她錢繳保費，因此才會有甲製作的那張帳目表金額。期間甲從來沒跟我說保單已停效，我也沒有接到相對人的任何通知。」。復參臺灣○○○地方法院 96 年度訴字第○○○號刑事判決記載：「……再告訴人○○○於審理中稱：被告向其表示理賠金均用以繳納保費，所以其未經手，亦不知理賠金額為何。又被告稱要幫其處理好，其就未繳過保費等語，足證告訴人○○○有委託被告處理其保險事宜，即以理賠金額繳交保費情形。又依被告交付告訴人○○○一紙 95 年 10 月 10 日製作之帳目表載有：『保費前尚欠 276192 (抵以前會錢後)』，其下則係 92 年 10 月至 95 年 3 月份之保費，及最後『共尚欠 94565』等語，而告訴人○○○就該表何以記載會費及保費，其證稱：會錢係其跟○○○製衣廠的會，被告向其表示已為其代墊保費，故每月會向其收錢。並要求其標會，標得後即交予被告等語，足見告訴人○○○另有委託被告處理每月保險費之事，才會將標會所得金額交予被告以充保險費之事實。綜上可知，被告非僅為告訴人○○○規畫保險而已，其尚有為告訴人○○○處理理賠金及合會金繳交保費之事，二人關係密切且時間非短。……。」。從而，據申請人所述，系爭保險契約早期係別的收費員收費，嗣後改由甲向申請人收取保費，對照相對人提供之繳費歷史檔明細

表，收費員代碼確實有變更，堪認相對人確有派其他收費員及甲向申請人收取保費；且甲向申請人收費時，申請人答覆無法交付保費，則申請人確有拒絕交付續期保險費之意。至於相對人是否係於清償期屆滿後派員向申請人收取保費，申請人就此亦無法證明收費員係何時向其收費，考量本案已年代久遠，實無法一一釐清。

4. 惟系爭保險契約倘為年繳或半年繳件，如有逾期未繳保費之情事發生，相對人尚有對申請人寄送保費催繳通知，經逾寬限期後逾期未繳保費，相對人始得依前揭系爭保險契約約定逕以保單價值準備金自動墊繳，並申請人於保單價值準備金之餘額不足墊繳一日的保險費且經催告到達後於三十日仍不交付時，契約效力方得停止。據要保書所示，投保時保單 A 為年繳、保單 B 為半年繳。經本中心於 104 年 12 月 23 日去電申請人詢問：「本中心：您是否變更過系爭兩張保單的繳別？申請人：我從來沒去變更過。」，本中心復於同日去信請相對人提供申請人是否有變更繳費方法之契約變更申請文件，經相對人於同日回覆：「保單可能因保單價值準備金不足，進入墊繳狀況，繳別會自動變為月繳，非關有契約變更行為。」。是依要保書所載之原始繳別，相對人均應辦理催告作業，然申請人主張甲未告知系爭保險契約已停效且其未收受任何通知已如前述，則相對人就是否業已辦理催告應負舉證之責。查相對人於 104 年 12 月 21 日回覆本中心主張：「兩張保險單公司分別於 90 年及 91 年停效前，確實發過催告如附件。」，並提供相對人內部系統畫面顯示保單 A 保費催告處理日 88 年 8 月 4 日，掛號號碼○○○、墊繳催告處理日 90 年 3 月 16 日，掛號號碼○○○；保單 B 保費催告處理日 88 年 12 月 29 日，掛號號碼○○○、墊繳催告處理日 91 年 8 月 16 日，掛號號碼○○○。然相對人未提出催繳通知之郵局大宗掛號存根聯以實其說，並且該文件實為相對人內部系統作業文件，未若第三人出具之憑證具高度之證明力，故難以該紀錄而逕認相對人業已辦理催告。
5. 綜上所述，系爭保險契約停效程序不合法，故應認系爭保險契約效力並未停止，申請人之主張即屬有據。惟申請人雖稱其有交付保險費予甲，然其均未向甲索取收據，應認此部分之不利益歸屬申請人，申請人仍負有補繳系爭保險契約約定應繳保費之義務，併予敘明。

(四)綜上所述，申請人請求確認保單 A 及保單 B 契約效力存在為有理由。

六、評議決定

確認申請人與相對人間訂立之保單號碼第○○○號防癌終身保險契約及保單號碼第○○○號○○○保險契約效力存在。

七、相關法規

(一)金融消費者保護法第 24 條

金融消費者申請評議，應填具申請書，載明當事人名稱及基本資料、請求標的、事實、理由、相關文件或資料及申訴未獲妥適處理之情形。

金融消費者申請評議有下列各款情形之一者，爭議處理機構應決定不予受理，並以書面通知金融消費者及金融服務業。但其情形可以補正者，爭議處理機構應通知金融消費者於合理期限內補正：

一、申請不合程式。

二、非屬金融消費爭議。

三、未先向金融服務業申訴。

四、向金融服務業提出申訴後，金融服務業處理申訴中尚未逾三十日。

五、申請已逾法定期限。

六、當事人不適格。

七、曾依本法申請評議而不成立。

八、申請評議事件已經法院判決確定，或已成立調處、評議、和解、調解或仲裁。

九、其他主管機關規定之情形。

(二)保險法第 116 條

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

催告應送達於要保人，或負有交付保險費義務之人之最後住所或居所，保險費經催告後，應於保險人營業所交付之。

第一項停止效力之保險契約，於停止效力之日起六個月內清償保險費、保險契約約定之利息及其他費用後，翌日上午零時起，開始恢復其效力。要保人於停止效力之日起六個月後申請恢復效力者，保險人得於要保人申請恢復效力之日起五日內要求要保人提供被保險人之可保證明，除被保險人之危險程度有重大變更已達拒絕承保外，保險人不得拒絕其恢復效力。

保險人未於前項規定期限內要求要保人提供可保證明或於收到前項可保證明後十五日內不為拒絕者，視為同意恢復效力。

保險契約所定申請恢復效力之期限，自停止效力之日起不得低於二年，並不得遲於保險期間之屆滿日。

保險人於前項所規定之期限屆滿後，有終止契約之權。

保險契約終止時，保險費已付足二年以上，如有保單價值準備金者，保險人應返還其保單價值準備金。

保險契約約定由保險人墊繳保險費者，於墊繳之本息超過保單價值準備金時，其停止效力及恢復效力之申請準用第一項至第六項規定。

(三)保險法第 120 條

保險費付足一年以上者，要保人得以保險契約為質，向保險人借款。

保險人於接到要保人之借款通知後，得於一個月以內之期間，貸給可得質借之金額。

以保險契約為質之借款，保險人應於借款本息超過保單價值準備金之日之三十日前，以書面通知要保人返還借款本息，要保人未於該超過之日前返還者，保險契約之效力自借款本息超過保單價值準備金之日停止。

保險人未依前項規定為通知時，於保險人以書面通知要保人返還借款本息之日起三十日內要保人未返還者，保險契約之效力自該三十日之次日起停止。

前二項停止效力之保險契約，其恢復效力之申請準用第一百十六條第三項至第六項規定。

(四)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。

(五)民法第 314 條

清償地，除法律另有規定或契約另有訂定，或另有習慣，或得依債之性質或其他情形決定者外，應依左列各款之規定：

一、以給付特定物為標的者，於訂約時，其物所在地為之。

二、其他之債，於債權人之住所地為之。

案例 024 保單停復效-催告信函是否合法送達（104 評 2025）

一、案例摘要

（一）評議要旨：

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「處於可支配的範圍」，而堪認相對人催告申請人繳交保費之通知並未送達，即逕使系爭保險契約停效，並非合法。是系爭保險契約之效力並未停止，申請人之主張即屬有據。惟申請人仍應依約繳交保費，併此敘明。

（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：停復效、送達、住址變更、非對話意思表示

二、事實經過

申請人以自己為被保險人於○○年○○月○○日向○○人壽投保系爭「○○防癌終身健康保險」，並於○○年○○月○○日申請人以書面變更收費地址為「○○市○○區○○里○○鄰○○路○○段○○巷○○號○○樓」。系爭保險契約自○○年○○月應繳保險費日起，相對人未能自授權銀行帳戶扣款成功，相對人遂於○○年○○月○○日以掛號郵寄催告通知至前揭地址，惟該郵件因招領逾期退回。嗣系爭保險契約停效，申請人爰申請本件評議，請求確認系爭保險契約效力存在。

三、本案爭點

（一）系爭保險契約的停效是否合法？

（二）相對人是否踐行合法催告程序？

四、當事人主張

（一）申請人主張

○年度因帳戶存款不足無法扣繳保費致系爭第○○號保單於○○年○○月○○日停效，期間從未收到任何通知，保險公司未盡通知義務，催告亦未有簽收，復效健康告知書要件嚴峻苛薄且可隨意調閱醫療隱私，玩弄保戶權益。本人○○年投保迄今，從未間斷契約也從未請領任何理賠金，更未發生不繳保費之情事。有關未扣款成功的催告方式，即使沒約定，但如此重大影響保戶權益之方式，自當以最嚴謹方式告知保戶。

（二）相對人主張

1. 檢視申請人於申訴資料中所檢附之存摺影本，○○人壽後為相對人所合

併，曾於○○年○○月○○日成功自該帳戶扣款系爭保單○○年○○月應繳保險費○○元，惟該帳戶結餘餘額自○○年○○月○○日起即已低於系爭保單應繳保險費金額，遲至○○年○○月○○日該帳戶結餘餘額方大於系爭保單應繳保險費金額。

2. 查系爭保單自○○年○○月應繳保險費日起，經本公司多次向申請人授權銀行帳戶扣款，均因存款不足未能成功收取保險費(如前所述存摺影本內容所示，該帳戶結餘餘額確為不足)，本公司於○○年○○月○○日以掛號郵寄催告通知至前揭本公司所知最後地址，該郵件因招領逾期退回，逾寬限期間要保人仍未交付保險費，系爭保單於○○年○○月○○日依約停效，經過二年要保人未申請復效，依約於○○年○○月○○日失效，尚無違誤之處。
3. 按系爭保單契約條款約定內容並無特別約定催告之形式為何，是本公司以郵務送達之方式寄送前述催告通知，自無不合之處。次按民法第 95 條第 1 項前段規定「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」，保險法第 116 條第 1、2 項分別規定「人壽保險之保險費到期未交付者，除契約另有訂定外，經催告到達後屆 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」。所謂「達到」係僅使相對人已居可了解之地位即為已足，並非須使相對人取得占有，故通知已送達於相對人之居所或營業所者，即為達到，不必交付相對人本人或其代理人，亦不問相對人之閱讀與否，該通知即可發生為意思表示之效力，是意思表示達到相對人之支配範圍，置於相對人隨時可了解其內容之客觀狀態，即屬達到(最高法院 54 年台上字第 952 號、58 年度台上字第 715 號判例參照)，依中華郵政公司網頁說明，所謂掛號郵件招領係國內掛號函件經郵局按址投遞二次未能投交者，郵局即繕發招領通知單，收件人於通知之次日起 15 日內得至指定郵局或其他指定地點領取該掛號函件，收件人若無法至郵局領取，亦可以書面或電話逐件向招領郵局申請免費將該掛號函件改投他址(上班地址)，依上述中華郵政公司網頁所示，前述催告文件既經郵局按址投遞二次未能投交，並有繕發招領通知單，申請人自得於招領期限內前往指定地點領取該掛號函件(或請郵局改投他址)以了解郵件內容，亦即申請人已明確居於可了解其內容之地位，是以前述催告文件已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甚明，依法即屬達到，業生催告效力無誤。系爭保單既依約經催告停效，要保人未於條

款約定期限內辦理復效，業已於○○年○○月○○日失效，是以本公司礙難依申請人主張辦理，敬請 諒察。

4. 未查，因系爭保單契約終止時(○○年○○月○○日失效)，保險費已付足二年以上且累積有保單價值準備金○○元及紅利○○元(小計○○元)，本公司於○○年○○月○○日寄發「失效保單通知書」及「保單價值準備金退還申請書」予申請人(參附件三申請人申訴資料中已有檢附該通知影本，諒已收訖無誤)，申請人得填妥「保單價值準備金退還申請書」並加簽章後寄回本公司，俟本公司收訖後將依申請人指定匯款帳戶或支票返還系爭保單之保單價值準備金及紅利，併予述明。
5. 有關申請人指稱復效健康告知書要件嚴峻苛薄且可隨意調閱醫療隱私，玩弄保戶權益乙節，按保險法第 116 條規定，保險契約於停止效力之日起六個月後申請恢復效力者，保險人得要求要保人提供被保險人之可保證明，本公司以健康告知書詢問被保險人體況，以資評估被保險人應提供之可保證明例如應體檢項目、內容，所必要蒐集之個人資料亦悉依相關法規處理，並無違誤之處，申請人容有誤解。

五、判斷理由

- (一) 按系爭保險契約第 5 條約定：「…第二期以後分期保險費到期未交付時，年繳或半年繳者，自催告到達翌日起三十日內為寬限期間…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…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。…。」。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。而上開條文所謂達到，係使相對人已居可了解之地位，是意思表示達到相對人之支配範圍，置於相對人隨時可了解其內容之客觀狀態，方屬達到，有最高法院 54 年台上字第 952 號、58 年度台上字第 715 號民事判例意旨可參。
- (二) 經查，申請人於○○年○○月○○日申請變更收費地址為「○○市○○區○○里○○鄰○○路○○段○○巷○○號○○樓」。復因系爭保險契約自○○年○○月起之應繳保險費，相對人未能自授權銀行帳戶扣款成功，相對人遂於○○年○○月○○日以掛號郵寄催告通知至前揭地址，惟該郵件因招領逾期退回，此有相對人提供之○○郵政○○掛號函件收執聯在卷可稽，其上登載「招領逾期未領」字樣。惟依據民法第 95 條第 1 項規定，所謂「達到」，固然非以確實收到系爭催繳通知信函為必要，僅該催繳通知信函處於可支配之範圍即可。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「處於可支配的範圍」，而堪認相對人催告申請人繳交保費之通知並未送達，即逕使系爭保險契約停效，並非合法。是系爭保險契約之效力並未停止，申請人之主張即屬有據。惟申請人仍應依約繳交保費，併此敘明。

(三) 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。

六、評議決定

確認兩造間於民國○○年○○月○○日訂立保單號碼第○○號保險契約效力存在。

七、相關法規

(一) 保險法第 116 條

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

催告應送達於要保人，或負有交付保險費義務之人之最後住所或居所，保險費經催告後，應於保險人營業所交付之。

第一項停止效力之保險契約，於停止效力之日起六個月內清償保險費、保險契約約定之利息及其他費用後，翌日上午零時起，開始恢復其效力。要保人於停止效力之日起六個月後申請恢復效力者，保險人得於要保人申請恢復效力之日起五日內要求要保人提供被保險人之可保證明，除被保險人之危險程度有重大變更已達拒絕承保外，保險人不得拒絕其恢復效力。

保險人未於前項規定期限內要求要保人提供可保證明或於收到前項可保證明後十五日內不為拒絕者，視為同意恢復效力。

保險契約所定申請恢復效力之期限，自停止效力之日起不得低於二年，並不得遲於保險期間之屆滿日。

保險人於前項所規定之期限屆滿後，有終止契約之權。

保險契約終止時，保險費已付足二年以上，如有保單價值準備金者，保險人應返還其保單價值準備金。

保險契約約定由保險人墊繳保險費者，於墊繳之本息超過保單價值準備金時，其停止效力及恢復效力之申請準用第一項至第六項規定。

(二) 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。

必要性醫療

案例 024 必要性醫療-住院必要性 (104 評 1466)

一、案例摘要

(一) 評議要旨：

申請人第一段住院期間並無明顯重度憂鬱症之症狀表現，且所行之治療為心理治療及藥物治療並無住院之必要，而第二段住院之治療經過並無明確重鬱症之症狀描述，亦無重度憂鬱症發作之記錄，其診斷僅可視為輕鬱症伴失眠症狀，故住院天數最多以 21 日為宜。依前揭顧問意見可知，申請人系爭住院之日數以 21 日為適當，故申請人請求相對人給付 97,482 元及自 104 年 7 月 7 日起，按年息百分之十計算之利息為有理由。

(二) 爭議險種：住院醫療保險、終身醫療保險

(三) 參考條文：保險法第 54 條

(四) 關鍵字：日間住院、住院必要性

二、事實經過

申請人於 103 年 8 月 15 日至同年 9 月 23 日及 104 年 1 月 1 日至同年 6 月 30 日辦理正式住院手續，於日間病房接受治療，出院後向相對人申請保險金理賠，相對人以不具醫療必要性及有道德危險之虞為由拒絕理賠，申請人爰申請評議。

三、本案爭點

(一) 日間病房是否為系爭保單條款所稱之住院？

(二) 依本案現有事證，申請人兩段出席日間病房期間之治療情形如何？有無住院必要性？如有，其合理住院天數為何？

四、當事人主張

(一) 申請人主張

1. 申請人於 103 年 9 月 24 日辦理正式住院手續，以前相對人與國泰人壽都有進行理賠，然相對人卻突然不理賠。
2. 保單條款並未約定何種的治療方式才符合，都是醫生要求申請人出席日間病房並開立診斷證明書。申請人除了精神疾病問題外，還有風濕性關節炎和心臟問題，也有重大傷病卡。日間病房可以使申請人作息規律。
3. 101 年至 103 年間申請人也進出急性病房多次，較嚴重時家人會送至臺北榮總，治療時間也會較長，在經治療而無明顯改善病情下出院，回到

住家所在地之財團法人為恭醫院，再入住急性病房住院治療。

(二)相對人主張

1. 依一般社會通念所稱之住院，係指病患為診療、休養之需而居住於醫院，以醫院為生活、行寢坐臥之場所，暫以醫院為家，且不得擅自離院，倘因特殊事故必須離院者，須經徵得診治醫師評估同意，並於病歷上載明原因及離院時間後，始得請假外出，晚間不得外宿，醫師可隨時掌控病人之病情變化，即時施以有效之醫療措施；惟病患於「日間病房」接受之治療方式，係於日間以類似上下班打卡及班級之方式接受團體行為活動，晚間即離院返家外宿，病患僅至醫院如同長時間門診般接受診斷、復健、參與課程等，且週六、週日、國定假日均無須到院，病患可自主決定請假，卻與一般大眾或風俗民情所客觀認知之住院未符，是病患於日間病房所接受之醫療照護及就醫自由度，實與住院明顯迥異。
2. 參諸民法之立法精神，即所稱「一日」，即未滿一日之時間自不應認定為一日：況系爭附約有關「保險金的給付」條款約定內容，實經明載以「日」、「次」、「時」惟計算被保險人所受損害之單位，是被保險人住院若未滿一日，自不得請求「一日」之保險金，至為灼然。
3. 針對申請人自 101 年 2 月 17 日起至 103 年 12 月 31 日近三年期間，幾近連續於日間病房復健之理賠申請，本公司業已提供申請人最大醫療保障權益之精神，從寬認定給付系爭保單之「住院醫療保險金」在案（已給付新臺幣 1,811,630 元整）。
4. 依病歷，申請人曾自述「叫醫生不要讓我那麼早出院，我公公癱瘓要花很多錢，老公什麼都辦不好他生病又沒工作，難道他爸住院費用還要我出嗎？月底又要出院…」，旋即於 103 年 7 月 14 日至臺北榮總門診，其主訴「近 3、4 個月情緒低落，上週五吞服五顆 FM2（按「上週五」即 103 年 7 月 11 日，實於為恭醫院日間復健治療中，查個案管理紀錄單並未記錄吞服 FM2 之情；且均未敘及於為恭醫院日間病房復健及家庭病史等情況）…」，隨即由臺北榮總收至急性病房全日住院，然於 103 年 8 月 4 日因要求臺北榮總主治醫師填寫勞工失能保險診斷書之內容不符期待，即激動大哭，憤恨不平…我已經三年沒工作了，這樣我請領的錢會差三倍，我不住了，我要辦出院，憤而將文件撕毀並要求辦理出院，其晚間由先生來訪辦理外出，於 8 月 6 日自行外出後辦理出院手續，申請人求診動機可議。
5. 申請人於日間病房復健期間，曾多次拒絕院方建議入住急性病房治療，偶有於急性病房住院治療，期間亦一再反應「想回去日間病房，在這裡

被限制自由很無聊，想要早點到日間那裏活動，我比較想先用出院方式，待轉日間病房…」，足證申請人於日間病房之復健，除有醫療必要性疑慮外，以本公司與申請人之通聯紀錄，亦呈現有道德危險之虞。

五、判斷理由

(一) 按「本附約所稱『住院』係指被保險人因疾病或傷害，經醫師診斷，必須入住醫院診療時，經正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者。」、「被保險人於本附約有效期間內，因疾病或意外傷害，或因此所引起之併發症，經醫師或醫院診斷確定必須住院，且經住院醫療時，本公司依本附約的約定給付保險金。」分別為○○住院醫療保險附約第2條第9款及第6條所約定（○○人壽終身醫療保險附約第2條第9款、第6條及第7條第1項第1款亦有相同意旨之約定）。是依上開住院之文義觀之，顯見被保險人僅須因疾病或傷害經診斷必須住院且確實住院接受治療，即符合上開之定義，不論住院者夜間或假日是否返家，抑或日間住院或一般住院，均符合上開住院之定義。再者，系爭保險契約附約關於住院治療之約定，並未如「全民健康保險醫療費用支付標準」就一般慢性精神病床住院照護費，與精神科日間住院治療費（日間全天）、精神科日間住院治療費（日間半天）訂有不同之理賠方式，亦未就24小時住院及非24小時住院（日間留院）為理賠上之區別，足見系爭保險契約條款約定尚非周延，今雙方既對住院治療之形態上有所疑義，自有保險法第54條應以有利於被保險人之解釋為原則之適用，故本案相對人抗辯系爭日間病房與一般大眾或風俗民情所客觀認知之住院未符，非屬系爭保單條款約定「住院」之定義，洵屬無據。又住院必須經醫師診斷有住院之必要且有實際住院治療者而言。惟有疑義者在於所謂「經醫師診斷有住院之必要」，是否僅以實際治療醫師之意見為準，抑或係以具有相同專業醫師於相同情形通常會診斷具有住院之必要性始屬之，首應揭明。

(二) 次按「保險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。」（臺灣高等法院臺南分院103年保險上字第15號判決參照。）。準此，系爭保險契約關於「經醫師診斷必須入住醫院」之意義，解釋上，除實際治療之醫師認定「入住醫院之必要」即認符合前揭保單條款之約定外，同時應以具有相同專業醫師於相同情形通常會診斷具有住院之必要性者，始屬之，此方符合保險為最大善意及最大誠信契約之契約本旨。又「診斷醫師囑咐病人住院，或兼有其他因素之考量，作證難免流於主觀，由中立之第三者鑑定應較客觀。

況依據醫療法第 67 條第 1 項規定：『醫療機構應建立清晰、詳實、完整之病歷。前項所稱病歷，應包括下列各款之資料：一、醫師依醫師法執行業務所製作之病歷。二、各項檢查、檢驗報告資料。三、其他各類醫事人員執行業務所製作之紀錄。』可見病歷記載為臨床檢查、診斷及治療之客觀紀錄，為醫療鑑定之重要依據。中立之第三者依據病歷資料所為之鑑定，應具客觀正確性。」（參臺灣高等法院臺南分院 99 年度保險上字第 7 號判決）。是住院必要性之判斷應以具有相同專業醫師於相同情形下是否仍會做相同之判斷為準，此方符合保險契約係最大善意誠信契約。

（三）本案申請人主張其係經醫師診斷後住院進行治療，實已符合系爭保單條款「住院」之定義，且之前相對人就這類出席日間病房之情形均有理賠，現卻拒絕理賠，申請人無法接受。而相對人則主張申請人於日間病房復健期間，曾多次拒絕院方建議入住急性病房治療，足證申請人於日間病房之復健，有醫療必要性疑慮，且就相對人與申請人之通聯紀錄，亦呈現有道德危險之虞，足見申請人有無住院必要性為本案審查重點。案經諮詢本中心專業醫療顧問意見，其略以：依 103 年 8 月 15 日至同年 9 月 23 日臺大醫院新竹分院精神科門診紀錄所見，申請人診斷為「重鬱症、泛焦慮症」。其日間病房住院時之症狀為「憂鬱、失眠、幻覺」，住院治療內容有心理治療、安眠藥、抗焦慮劑、抗憂鬱劑、抗精神病劑等等，所進行者均為藥物治療及心理治療，並無住院之必要。然依 104 年 1 月 1 日起至同年 6 月 30 日住院護理記錄所見，申請人「病人情緒尚可自控，精神欠佳，會談言談可切題…（103/12/29）」、「病人情緒可自控，精神可，會主動向工作人員打招呼…（104/01/15）」、「病人情緒尚可自控，精神可，會談表示近日夜眠有改善…（104/02/09）」、「情緒可自控，人際互動可…（104/03/18）」、「情緒可自控，出席日間全日活動，人際互動可，會談時言談切題，注意力集中，言談多分享案子、女之事。藥物採自主管理…（104/06/03）」等；其住院治療經過並不見明確「重鬱症」之嚴重憂鬱、思考遲鈍、自殺意念等症狀之描述。亦即 104 年 1 月 1 日起至同年 6 月 30 日住院期間，並無確切重度憂鬱症發作之紀錄。其診斷僅可視為「輕鬱症伴失眠症狀」，第二段住院病程應以 21 日為限。

（四）依上開顧問意見可知，申請人第一段住院並無明顯重度憂鬱症之症狀表現，且所行之治療為心理治療及藥物治療並無住院之必要，而第二段住院治療經過並無明確重鬱症之症狀描述，亦無重度憂鬱症發作之記錄，其診斷僅可視為輕鬱症伴失眠症狀，故住院天數最多以 21 日為宜。依前揭顧問意見可知，申請人系爭住院之日數以 21 日為適當，故申請人請求相對人給

付 97,482 元【計算式：（住院醫療附約甲型：21 日*610 元/日）+〔終身醫療保險附約戊型：21 日*增值後 2,688 元/日（住院醫療保險金）+21 日*增值後 1,344 元/日（出院療養金）〕】及自 104 年 7 月 7 日（按申請人表示同意以相對人之計算為準）起按年息百分之十計算之利息為有理由。

六、評議決定

相對人應給付申請人新臺幣 97,482 元整及自民國 104 年 7 月 7 日起至清償日止按年息百分之十計算之利息。

申請人其餘請求，本中心尚難為有利於申請人之認定。

七、相關法規

保險法第 54 條

本法之強制規定，不得以契約變更之。但有利於被保險人者，不在此限。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。

案例 025 必要性醫療-住院必要性 (104 評 1852)

一、案例摘要

(一) 評議要旨：

參照最高法院 104 年度台上字第 2242 號民事裁定：「系爭保險契約所指之『住院』，包含『日間留院』，不論被上訴人有無病房或病床，上訴人均應給付每日病房費用保險金，此觀被上訴人前因同一疾病入住醫院接受日間留院治療，亦獲上訴人保險理賠即明。96 年 7 月 4 日修正施行之精神衛生法第 35 條第 4 項規定之『日間留院』，與該條項修正前之『日間住院』意義相同。」又，若發生解釋上之疑義時，自應依保險法第 54 條第 2 項為有利於被保險人之解釋，從而，系爭保險契約所約定之「住院」應包含「日間留院」之情形。申請人以「雙極性情感疾患」經正式辦理住院手續，並確實於臺大醫院接受日間留院診療共計 190 日，且經本中心諮詢顧問意見認為申請人系爭住院具有必要性，符合系爭保險契約住院之要件，又承前所述爭保險契約所約定之「住院」包含「日間留院」，則相對人自應負給付住院保險金之責。

(二) 爭議險種：住院醫療保險、日額型住院醫療終身健康保險

(三) 參考條文：保險法第 34 條、保險法第 54 條

(四) 關鍵字：日間住院、住院必要性

二、事實經過

申請人患有「雙極性情感疾患」，自 102 年 7 月 30 日至 103 年 5 月 6 日於臺大醫院精神部接受日間留院治療，出席日數共計 190 日。申請人於 103 年 6 月 30 日向相對人申請給付住院保險金 810,000 元，惟相對人僅給付 236,250 元，與申請人所附保險理賠金計算式計算之實際應給付金額顯有差異。相對人則以申請人分別於系爭住院前有 153 日（住院期間 101 年 10 月 12 日至 102 年 6 月 8 日）、系爭住院後有 186 日（住院期間 103 年 6 月 6 日至 104 年 3 月 6 日）與 59 日（住院期間 104 年 5 月 8 日至同年 7 月 31 日）之日間留院紀錄，皆為同一疾病入住同一家醫院治療，且非療程終結而出院，有規避住院日數上限之虞，應視為同一療程之延續為由拒絕理賠。

三、本案爭點

(一) 系爭保險契約所約定之「住院」是否包含「日間留院」？

(二) 承上，若是，申請人系爭住院是否具有住院必要？

四、當事人主張

(一) 申請人主張

1. 申請人經國立臺灣大學醫學院附設醫院診斷患有「雙極性情感疾患」，為遵從醫囑住院治療，乃自 102 年 7 月 30 日至 103 年 5 月 6 日於臺大醫院精神部接受日間留院治療，出席日數共計 190 日。

2. 申請人於 103 年 6 月 30 日向相對人申請給付住院保險金 810,000 元，惟相對人僅給付 236,250 元，與申請人所附保險理賠金計算式計算之實際應給付金額顯有差異，為此爰申請本件評議。

(二)相對人主張

1. 依相對人業已依實際在院天數之實際在院時間比例，給付系爭住院醫療保險金共計 236,250 元在案，合先敘明。
2. 申請人分別於系爭住院前有 153 日（住院期間 101 年 10 月 12 日至 102 年 6 月 8 日）、系爭住院後有 186 日（住院期間 103 年 6 月 6 日至 104 年 3 月 6 日）與 59 日（住院期間 104 年 5 月 8 日至同年 7 月 31 日）之日間留院紀錄，皆為同一疾病入住同一家醫院治療，且非療程終結而出院，有規避住院日數上限之虞，應視為同一療程之延續。
3. 臺大醫院曾就司法訴訟案件於 104 年 7 月 21 日校附醫秘字第 1040902427 號回函予法院，載明：「日間留院制度係提供病情相對穩定但有功能損害之精神疾病患者復健治療。本院精神醫學部之日間病房為開放病房（僅要求病患簽到與簽退），於每星期一至星期五上午 9 時至下午 4 時 30 分，提供住院病患『前來』參加復健，不提供夜間留宿。」、「無個人專屬實體床位。」、「病患之健保卡不由本院控管。」等語，可知臺大醫院之日間留院治療係以團康活動等方式進行復健，與 24 小時在院控制或預防自我或他人傷害之治療目標不同，病患既無實體床位而處於開放病房，足見日間留院與住院於性質上差異顯著。此外，病患依其主觀意志決定「前來」病房，其風險之發生繫諸於被保險人主觀意志，將存在道德風險，不具可保性。
4. 高等法院臺中分院 104 年度保險上易字第 3 號判決，亦肯認日間留院並非住院：
 - (1) 日間留院對於提升精神疾病患者社區適應能力，與社區復健機構、康復之家、居家治療等同為社區精神醫療之一環，是日間留院為異於住院之治療模式甚明。一般醫院住院之病患均屬傷病較為嚴重，無法以門診或其他診療方式替代之病人。倘精神疾病患者病情嚴重，應以全日住院處置，是以日間留院之強度尚未達到住院之程度，故本質並非住院，無違保險契約之解釋原則與合理期待。
 - (2) 保險附約以「日」為計算被保險人住院所受損害單位，涉及保險人對於保險事故發生之風險及費率評估。
5. 風險之發生繫諸於被保險人主觀意志，且醫院亦會視病患意願為其安排日間留院，將存在道德風險，不具可保性。

五、判斷理由

- (一) 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；定型化契約如有疑義，應為有利於消費者之解釋，消費者保護法第 11 條第 2 項亦有明定。於定型化之保險契約，衡酌契約約款係由保險人單方擬定，且保險人具有經濟上強勢地位及保險專業知識，一般要保人或被保險人多無法與之抗衡，不具對等之談判能力；參以保險契約為最大誠信契約，蘊涵誠信善意及公平交易意旨，保險人於保險交易中不得獲取不公平利益，要保人、被保險人之合理期待應受保護，故於保險契約之定型化約款之解釋，應依一般要保人或被保險人之客觀合理了解或合理期待為之，不得拘泥囿於約款文字（最高法院 103 年度台上字第 1721 號民事判決參照）。
- (二) 次按，本附約所稱「住院」係指被保險人因疾病或傷害，經醫師診斷，必須入住醫院診療時，經正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者。系爭保險契約第 2 條定有明文。準此，所謂住院之定義，應符合下列三個要件，即 1. 經醫師診斷被保險人因疾病或傷害必須入住醫院；2. 正式辦理住院手續；3. 確實在醫院接受診療，則無論申請人所接受之治療究屬日間留院或全日住院，均已符合上開「住院」之定義。本案相對人雖提出臺大醫院回函，主張「病患既無實體床位而處於開放病房，足見日間留院與住院於性質上差異顯著。」，以及臺灣高等法院臺中分院 104 年度保險上易字第 3 號民事判決，主張「日間留院並非住院」，惟參照最高法院 104 年度台上字第 2242 號民事裁定：「系爭保險契約所指之『住院』，包含『日間留院』，不論被上訴人有無病房或病床，上訴人均應給付每日病房費用保險金，此觀被上訴人前因同一疾病入住醫院接受日間留院治療，亦獲上訴人保險理賠即明。96 年 7 月 4 日修正施行之精神衛生法第 35 條第 4 項規定之『日間留院』，與該條項修正前之『日間住院』意義相同。」又，若發生解釋上之疑義時，自應依保險法第 54 條第 2 項為有利於被保險人之解釋，從而，系爭保險契約所約定之「住院」應包含「日間留院」之情形。
- (三) 就本案爭點，經諮詢本中心顧問專業意見，略以：
1. 申請人於系爭住院之原因為「雙極性情感疾患，近期憂鬱發作伴混合型態」。依精神科出院病歷摘要所見，申請人住院主訴為至日間病房復健治療。病史記錄近年來憂鬱發作干擾、睡眠不佳、家庭支持差、生活作習混亂，故入院治療。住院治療經過則有藥物調整、壓力適應技巧學習、人際衝突學習等，似難謂無住院之必要。

2. 依情感性精神疾病之學理及疾病病程，每次發病時憂鬱期約三至六個月，狂躁期約一至三個月。但發病中間會有無任何憂鬱或狂躁症狀之空窗期（symptom free interval），可以長達數年。在空窗期間病患與常人無異且功能也多回復原來水準，除缺乏病識感服藥遵囑性差者之外，少有需長期入住日間病房參加復健治療者。

（四）本中心為求慎重，復諮詢另一醫學顧問專業意見，略以：

1. 依據系爭住院治療紀錄，申請人主要問題如下：1、病人從 92 年（29 歲）即無業，未婚且育有一子，目前 10 歲，社會支持有限，100 年 08 月（37 歲）開始出現情緒障礙相關症狀，包括心情失調、失眠、社交退縮、缺乏動力、低自尊及重複自傷行為等，其情緒起伏主要與人際衝突相關，例如兒子教養問題等；2、近三年來接受重複長期的日間病房復健治療，主要是病情亦未曾緩解；3、診斷為第二型雙極性情感障礙。

2. 根據臨床資料和學理判斷，申請人之雙極性情感障礙病情需要日間病房復健治療，其合理日數負責治療之醫療團隊自有判斷。

（五）綜上，本案申請人以「雙極性情感疾患」經正式辦理住院手續，並確實於臺大醫院接受日間留院診療共計 190 日，且經本中心諮詢顧問意見認為申請人系爭住院具有必要性，符合系爭保險契約住院之要件，又承前所述爭保險契約所約定之「住院」包含「日間留院」，則相對人自應負給付住院保險金之責。

（六）關於本案相對人主張系爭住院與系爭住院前、後之住院視為同一療程之延續云云，按系爭附約一第 11 條【住院次數之計算】：「被保險人於本附約有效期間，因同一疾病或傷害，或因此引起的併發症，於出院後十四日內再次住院時，其各種保險金給付合計額，視為一次住院辦理。」；系爭附約二第 2 條【名詞定義】第 1 項第 8 款約定：「『同一次住院』：係指被保險人於本附約有效期間，因同一疾病或傷害及其引起之併發症，必須住院二次以上時，其每次出院日期與再入院日期間隔未逾十四日者。」，從而，是否視為同一次住院辦理之前提應為：1、被保險人保險事故之發生於系爭保險契約之有效期間內；2、兩次或兩次以上之住院係因同一疾病或傷害，或因上開疾病或傷害所引起之併發症；3、兩次之住院相隔日數應於 14 日內。倘上開三個要件缺其中之一者，即不得視為同一次住院辦理。經查，申請人於 102 年 6 月 8 日自臺大醫院出院，於 102 年 7 月 30 日再住進醫院，縱認前後兩次住院係因同一疾病或傷害所致，前後兩次住院之相隔日數已逾越 14 日，故系爭住院與前次住院（住院期間 101 年 10 月 12 日至 102 年 6 月 8 日）、系爭住院後（住院期間 103 年 6 月 6 日至 104 年 3 月 6 日）之住院

自非屬同一次。系爭保險契約既明文以「相隔日數」判斷是否視為同一次住院，相對人之主張顯已悖離系爭保險契約文義解釋。

- (七) 本案相對人復主張，其已依實際在院天數之實際在院時間比例，給付系爭住院醫療保險金共計 236,250 元，惟申請人主張相對人應按住院日數全額給付保險金，可見對於系爭保險契約住院日數之計算，是否以一日須滿 24 小時為要件，兩造有不同見解。按系爭附約一第 10 條【住院日額保險金選擇權】：「…本公司依被保險人時住院日數按本附約所載『每日病房費用保險金限額』（如附表一）給付『住院日額保險金』，但每次住院申請日數最高不得逾 120 日。…」。
- 系爭附約二第 9 條【保險範圍】：「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 10、11、12、13、14 條之約定給付各項保險金。」、第 10 條【住院保險金、加護病房保險金之給付】第 1 項第 1 目：「…倘實際住院日數在 30 日（含）內者，本公司按實際住院日數乘以『每日住院保險金額』給付住院保險金。」、第 2 目：「倘被保險人實際住院日數逾 30 日以上者，除前 30 日（含）按前目約定給付外，超過 30 日的部分，則按超過 30 日之住院日數乘以『每日住院保險金額』的 1.5 倍給付住院保險金。」、第 3 目：「被保險人同一次住院期間申請前二目之總給付日數最高以 180 日為限。」、第 11 條【出院療養保險金之給付】：「被保險人有本附約第九條約定之情事且已出院療養者，本公司按實際住院日數乘以『每日住院保險金額』的百分之五十給付出院療養保險金。但被保險人同一次住院期間申請之給付日數最高以 180 日為限。」，系爭保險契約並未明定住院日數計算方法，參照臺灣高雄地方法院 103 年度保險簡上字第 7 號民事判決：「法令、審判或法律行為所定之期日及期間，除有特別訂定外，其計算依本章之規定，民法第 119 條定有明文。而依民法第 120 條、第 121 條文義，均係就『期間』起算及終止之規定，並未就『日』為定義；另依民法第 120 條立法理由所載：『計算期間，分曆法計算法及自然計算法之二種。前者以曆日之一日為單位，而計算期間之方法也，所稱一日，指自午前零時起至午後十二時而言，此外之小時在所不計；後者將曆日之一日細分之，自起算期間之時刻或自事件屆至之時刻計算期之方法也，所稱一日，自起算期間或事件屆至之時刻起算，經過二十四時間也。本法採多數之立法例，原則上認曆法計算法』，旨在說明以日、星期、月、年定期間者，其期間始、末之決定，立法例上容有不同作法，並陳述取捨之理由，初無言及 1 日須滿 24 小時乙事。」，是以系爭保險契約住院日數之計算，應不以一日須滿 24 小時為要件，故申請人主張相對人應按住院日數全額給付保險金，洵屬有理。

(八) 末查，系爭附約一及系爭附約二給付之住院日數，最高分別以 120 日及 180 日為限，是以申請人得依系爭附約一請求住院日額保險金 120,000 元（計算式： $1,000 \text{ 元} \times 120 \text{ 日} = 120,000 \text{ 元}$ ）；依系爭附約二請求之住院保險金 510,000 元（計算式： $[2,000 \text{ 元} \times 30 \text{ 日} = 60,000 \text{ 元}] + [3,000 \text{ 元} \times (180 - 30) \text{ 日} = 450,000 \text{ 元}]$ ）及出院療養保險金 180,000 元（計算式： $1,000 \times 180 \text{ 日} = 180,000 \text{ 元}$ ），合計為 810,000 元（計算式： $120,000 \text{ 元} + 510,000 \text{ 元} + 180,000 \text{ 元} = 810,000 \text{ 元}$ ），扣除相對人於 103 年 7 月 5 日之保險金給付通知書所載已給付之 236,250 元，相對人應再給付 573,750 元。又，申請人提出之保險金申請書，於 103 年 6 月 30 日經相對人通訊處理賠員與助理蓋章，有保險金申請書可參，是依保險法第 34 條，遲延利息應自 103 年 7 月 16 日起算。

六、評議決定

申請人請求相對人保險金 573,750 元，及自 103 年 7 月 16 日起迄清償日止按年息百分之十計算之利息為有理由。

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 54 條

本法之強制規定，不得以契約變更之。但有利於被保險人者，不在此限。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。

案例 026 必要性醫療-住院必要性 (105 評 0072)

一、案例摘要

(一) 評議要旨：

依現有卷證資料及上開諮詢顧問意見審酌，申請人前後二次住院，非屬同一傷害之同一次住院，且本次事故住院 12 日尚屬合理。從而，申請人依據系爭人身意外傷害住院醫療定額給付附加條款、系爭○○終身醫療保險、系爭住院醫療限額給付保險附約及系爭住院日額型定期保險附約請求相對人給付其餘 9 日之住院醫療保險金 51,750 元，應認有據。系爭傷害醫療保險給付附加條款並未如前揭其他系爭保險契約保單條款約定「必須住院治療」之限制，故僅需申請人因意外傷害事故於登記合格的醫院或診所接受治療，相對人就其實際支出之醫療費用，即有給付醫療保險金之責。但同一次傷害的給付總額不得超過每次傷害醫療保險金限額 5 萬元。經查，申請人因本次事故至國軍台中總醫院中清分院住院接受治療，共支出醫療費用 13,206 元，因未逾系爭傷害醫療保險給付附加條款所約定每次傷害醫療保險金限額 5 萬元，故相對人自應負全額理賠之責。

(二) 爭議險種：人身意外傷害住院醫療定額給付保險、終身醫療保險、住院醫療限額給付保險、住院日額型定期保險、傷害醫療保險

(三) 參考條文：保險法第 34 條

(四) 關鍵字：住院必要性

二、事實經過

申請人。

三、本案爭點

- (一) 申請人於 104 年 1 月 26 日至 104 年 2 月 3 日及 104 年 2 月 14 日至 104 年 2 月 25 日前後二次住院是否係因同一傷害或疾病及其因此產生之其他併發症而必須住院治療？
- (二) 申請人於 104 年 2 月 14 日至 104 年 2 月 25 日住院接受治療，有無住院之必要性？若申請人確有住院之必要性，則合理之住院天數為幾日？

四、當事人主張

(一) 申請人主張

1. 申請人以自身為要保人暨被保險人於 86 年 8 月 28 日投保相對人第○○○號保險契約並附加「人身意外傷害住院醫療定額給付附加條款」。復於 89 年 2 月 21 日分別投保相對人第○○○號「○○終身醫療保險」，以及第○○○號保險契約並附加「住院醫療限額給付保險附約」、「住院日額型定期保險附約」與「傷害醫療保險給付附加條款」。嗣申請人於 104

年1月25日在浴室跌倒撞到浴缸，導致「右側第九肋骨閉鎖性骨折、右腎臟挫傷」，至國軍台中總醫院中清分院住院接受治療，住院期間為104年1月26日至104年2月3日(共計9日，下稱前次事故)。申請人又於104年2月14日因家中大掃除，重心不穩跌倒撞到椅子，導致「右側第五、第九肋骨閉鎖性骨折」，至國軍台中總醫院中清分院住院接受治療，住院期間為104年2月14日至104年2月25日(共計12日，下稱本次事故)。

2. 前次事故與本次事故發生之時間不同、受傷部位也不同，相對人竟以同一傷害為由，拒絕理賠，實無理由。因相對人就本次事故住院12日，已經理賠3日，爰請求相對人給付其餘9日之住院醫療保險金62,045元，及自104年11月6日起至清償日止按年利一分計算之遲延利息。

(二)相對人主張

經相對人調閱國軍台中總醫院中清院區之診斷證明書、病歷摘要等顯示，前次事故與本次事故係屬同一傷害，且二次住院之間隔時間僅11日，依系爭保險契約約定視為同一次住院。又依申請人本次事故之出院病歷摘要及護理紀錄表所載，申請人於104年2月14日自急診入院，入院時之體況皆屬正常，未有異常或生命徵兆改變而需接受住院急性醫療照護之情形，另檢視申請人所提供之X光片，其右側第五肋骨並無骨折情形，且出院病歷摘要記載，放射線報告未描述有第五肋骨骨折情形。縱認申請人之第五肋骨確有骨折情形，然依據國際通則第一或二等高位的肋骨骨折、年紀大於75歲者、或者大於3根以上才需住院，故申請人的病況應可以門診治療而無須住院診療。再者，申請人住院期間僅行保守治療，除觀察、休息、衛教及使用止痛劑進行疼痛控制外，並未接受其他積極性治療，按一般醫療常規及臨床治療實務，於門診施行即可，應無住院治療之必要性。惟經相對人再次重新評估後，認為申請人有住院3日之必要，前已給付申請人住院醫療保險金共21,389元(含遲延利息708元)，申請人再請求其餘9日之住院醫療保險金，實為無理由。

五、判斷理由

- (一) 按系爭人身意外傷害住院醫療定額給付附加條款第2條、系爭○○終身醫療保險第2條、系爭住院醫療限額給付保險附約第2條及系爭住院日額型定期保險附約第2條關於「每次住院期間」之定義均約定：「係指被保險人因同一傷害(或疾病)及其因此產生之其他併發症必須住院治療，…。」，此有系爭保險契約保單條款影本在卷可稽，足認兩造已合意所謂住院須同時具備因疾病或傷害、必須入住醫院診療，始可認為係兩造所約定之「住院」，並

非只要有「住院之事實」即符合上開醫療險之危險發生事由，尚需此「住院之事實」符合「必須入住醫院診療」，始足當之。

(二) 就前揭爭點，經諮詢本中心專業顧問意見，略以：「…104.1.26 及 104.2.14 之胸部 X 光片均可看到右側第九隻肋骨骨折，但均看不到第五隻肋骨有骨折。104.2.14X 光片之骨折處，相較於 104.1.26 之 X 光片，略為移位，可能是再次跌倒加重原部位之傷勢。…雖然第二次跌倒是否真的造成右側第五隻肋骨骨折或有疑問，但由於原第九肋骨骨折處有異常變化，兩次跌倒間隔不到三周，且前次傷害有傷及腎臟，再度住院觀察亦為合理處置，12 天雖略長但非顯不合理。」等語。準此，依現有卷證資料及上開諮詢顧問意見審酌，申請人於 104 年 1 月 26 日至 104 年 2 月 3 日及 104 年 2 月 14 日至 104 年 2 月 25 日前後二次住院，非屬同一傷害之同一次住院，且本次事故住院 12 日尚屬合理。從而，申請人依據系爭人身意外傷害住院醫療定額給付附加條款、系爭康寧終身醫療保險、系爭住院醫療限額給付保險附約及系爭住院日額型定期保險附約請求相對人給付其餘 9 日之住院醫療保險金 51,750 元，應認有據。

(三) 次按系爭傷害醫療保險給付附加條款第 3 條約定：「被保險人於本附加條款有效期間內遭受所附加之人身意外傷害保險附約第五條約定的意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起一百八十日以內，經登記合格的醫院或診所治療者，本公司就其實際醫療費用，超過社會保險給付部分，給付『實支實付傷害醫療保險金』。但同一次傷害的給付總額不得超過保險單所記載的『每次傷害醫療保險金限額』。」由此可知，系爭傷害醫療保險給付附加條款並未如前揭其他系爭保險契約保單條款約定「必須住院治療」之限制，故僅需申請人因意外傷害事故於登記合格的醫院或診所接受治療，相對人就其實際支出之醫療費用，即有給付醫療保險金之責。但同一次傷害的給付總額不得超過每次傷害醫療保險金限額 5 萬元。

(四) 經查，申請人因本次事故於 104 年 2 月 14 日至 104 年 2 月 25 日至國軍台中總醫院中清分院住院接受治療，共支出醫療費用 13,206 元，因未逾系爭傷害醫療保險給付附加條款所約定每次傷害醫療保險金限額 5 萬元，故相對人自應負全額理賠之責。準此，申請人依據系爭傷害醫療保險給付附加條款請求相對人給付其餘之傷害醫療保險金 10,295 元，亦屬有據。

(五) 次查，相對人另又於 105 年 6 月 2 日給付申請人 6 日之住院醫療保險金 34,500 元及傷害醫療保險金 10,295 元，合計共 44,795 元及其遲延利息 2,774 元，此有理賠審核給付通知書在卷可稽。故扣除上開已領取之部分，申請人尚得請求相對人給付住院醫療保險金 17,250 元整。

(六) 未按「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；另系爭人身意外傷害住院醫療定額給付附加條款第 9 條適用所附加之人身意外傷害保險附約第 20 條第 2 項、系爭康寧終身醫療保險第 10 條第 2 項、系爭住院醫療限額給付保險附約第 9 條第 2 項及系爭住院日額型定期保險附約第 9 條第 2 項亦有相同之約定。經查，申請人係於 104 年 10 月 6 日向相對人申請本次事故之保險金理賠，此有理賠申請書在卷可稽，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自 104 年 10 月 22 日起至清償日止按年利一分計算之利息。從而，申請人請求相對人給付自 104 年 11 月 6 日起至清償日止按年利一分計算之遲延利息，應認有據。

六、評議決定

相對人應給付申請人新台幣壹萬柒仟貳佰伍拾元整，及自民國 104 年 11 月 6 日起至清償日止按年利一分計算之利息。

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

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。

案例 027 必要性醫療-住院必要性 (105 評 0169)

一、案例摘要

(一) 評議要旨：

就申請人與相對人間之系爭保險契約條款關於「經醫師診斷…必須入住醫院」之意義，於解釋上，應認以具有相同專業醫師於相同情形仍會診斷具有住院之必要性者，始屬之，以符合保險為最大善意及最大誠信契約之契約本旨，如治療於門診即可進行，依一般醫療常規無住院之必要性者，縱有住院之事實，相對人亦不負給付住院醫療保險金之責任。經查，就申請人於 103 年 10 月 31 日至 104 年 7 月 14 日期間因「精神官能症、憂鬱症」經醫囑住院接受治療，系爭住院期間究有無住院必要性乙節，本中心經諮詢專業顧問之意見可知，申請人系爭住院期間雖然長達 250 天，然因其為高自殺風險病患及持續環境適應之特例，並經軍中醫評會評估通過及與部隊討論後，建議住院治療，尚稱合理且應為必要，相對人即應給付申請人住院醫療保險金。

(二) 爭議險種：終身醫療健康保險

(三) 參考條文：保險法第 34 條

(四) 關鍵字：住院必要性、住院醫療保險金

二、事實經過

申請人於 103 年 10 月 31 日至 104 年 7 月 14 日期間因「精神官能症、憂鬱症」經醫囑住院接受治療，檢附相關診斷證明書向相對人請求 103 年 10 月 31 日起至 104 年 7 月 14 日期間之住院醫療保險金給付，卻遭相對人以無住院必要性為由拒絕理賠。

三、本案爭點

依本案現有卷證資料，申請人之系爭住院期間是否均有其住院必要性存在？如有，其合理住院天數為何？

四、當事人主張

(一) 申請人主張

要保人○○○以申請人為被保險人，於 100 年 6 月 8 日向相對人投保保單號碼第○○○號保險契約並附加○○終身醫療健康保險附約（下稱系爭附約，保險金額 1,000 元）。嗣申請人於 103 年 10 月 31 日至 104 年 7 月 14 日期間因「精神官能症、憂鬱症」經醫囑住院接受治療，住院情形分別為：(一) 103 年 10 月 31 日至 12 月 10 日在三總北投分院；(二) 103 年 12 月 10 日至 104 年 1 月 9 日在三軍總醫院；(三) 104 年 1 月 9 日至 2 月 15 日在三總北投分院；(四) 104 年 2 月 23 日至 3 月 31 日在三總北投分院；(五) 104 年 3 月 31 日至 4 月 28 日在三軍總醫院；(六) 104 年 4 月 28 日至 6 月 2 日在三總北投分院；(七) 104 年 6 月 2 日至 6 月 30 日在高雄國軍總醫院；(八)

104 年 7 月 1 日至 7 月 14 日在國軍高雄屏東分院，合計 8 段住院期間（下稱系爭住院期間）。惟申請人經檢附相關診斷證明書向相對人請求 103 年 10 月 31 日起至 104 年 7 月 14 日期間之住院醫療保險金給付，卻遭相對人以無住院必要性為由拒絕理賠。又申請人係遵從醫囑住院治療，相對人即應依約核付住院醫療保險金。為此，提出本件評議申請，請求相對人給付住院醫療保險金。

（二）相對人主張

依申請人系爭 8 段住院期間之護理紀錄記載，申請人於住院期間並無明顯有關精神官能憂鬱症之症狀出現，又表明不想回部隊，就是在等停役。換言之，其住院之目的，即已非單純自醫學上治療之角度考量是否為治療精神官能憂鬱症之必要與否，而兼有因為申請人當時之軍人身分，無法返回部隊，擔心造成部隊困擾及個人調適問題之目的。此外，申請人本件住院長達 250 天，雖或有醫療之需要，但門診吃藥即可，核無住院必要性存在；況縱認有需住院，但依護理紀錄與病歷資料之記載，申請人於住院期間並無明顯有關精神官能憂鬱症之症狀出現，實亦無須住院長達 250 天。

五、判斷理由

（一）按本附約所稱「住院」係指被保險人經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者。此觀系爭附約第 2 條「名詞定義」約定意旨自明。是被保險人須經醫師診斷確定，認為必須入住醫院診療，且經正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療時，始符合請求系爭附約各項醫療保險金之要件。又按，保險為最大善意及最大誠信之射幸契約，保險契約之當事人皆應本諸善意與誠信之原則締結保險契約，始避免肇致道德危險（最高法院 85 年度台上字第 1685 號判決意旨參照）。蓋保險制度最大功能在於將個人生活中遭遇各種危險所產生之損失，分擔消化於共同團體，故任何保險皆以共同團體之存在為先決條件，此團體乃由各個因某種危險事故而遭受損失之人所組成，基於保險是一共同團體之概念，對於保險契約所生權利糾葛，應立於整個危險共同團體之利益觀點，不能僅從契約當事人之角度思考，若過於寬認保險事故之發生，將使保險金之給付過於浮濫，最終將至侵害整個危險共同團體之成員，有違保險制度之本旨。準此，就申請人與相對人間之系爭保險契約條款關於「經醫師診斷…必須入住醫院」之意義，於解釋上，應認以具有相同專業醫師於相同情形仍會診斷具有住院之必要性者，始屬之，以符合保險為最大善意及最大誠信契約之契約本旨，如治療於門診即可進行，依一般醫療常規無住院之必要性者，縱有住院之事實，相對人亦不負給付住院醫療保險金之責任。

- (二) 經查，就申請人於 103 年 10 月 31 日至 104 年 7 月 14 日期間因「精神官能症、憂鬱症」經醫囑住院接受治療，系爭住院期間究有無住院必要性乙節，本中心經諮詢專業顧問之意見，略以：「1.依三總北投分院病歷摘要所見，被保險人 103 年 10 月 31 日至 12 月 10 日至精神科病房住院治療，診斷為『精神官能性憂鬱症』。2.其住院主訴為：“情緒低落…有自殺意念”，其病史為“103.9.11 下部隊至飛彈指揮部，因為業務不熟加上跟弟兄長官處的不好，出現憂鬱情緒…有自殺想法(寫遺書，想舉槍自殺)…到 805 就診 3-4 次，建議住院，但是個案想回部隊適應，回去還是無法適應…”故住院治療。3.其後自 103 年 10 月 31 日至 104 年 7 月 14 日期間歷次住院治療均為回部隊適應困難，有憂鬱情緒及自殺風險，並經軍中醫評會評估通過及與部隊討論，建議住院治療。4.精神官能性憂鬱症有可能長期慢性化，病期症狀持續兩年以上。申請人因持續面臨出院後回部隊適應不佳問題，及部隊環境自殺風險高，槍械取得較易等因素，故持續八次住院，住院長達 250 天。此為高自殺風險病患及持續環境壓力適應之特例，其住院經軍中醫評會評估通過及與部隊討論，建議住院治療，應尚稱合理且應為必要。」等語綦詳。是依上開顧問意見可知，申請人系爭住院期間雖然長達 250 天，然因其為高自殺風險病患及持續環境適應之特例，並經軍中醫評會評估通過及與部隊討論後，建議住院治療，尚稱合理且應為必要。
- (三) 承如前述，申請人系爭住院期間均屬合理及必要，則依前揭系爭附約約定及說明，相對人即應給付申請人住院醫療保險金。而依系爭附約第 8 條「住院次數之計算」約定：「被保險人於本附約有效期間內，因同一疾病或傷害，或因此引起之併發症，於出院後十四日內於同一醫院再次住院時，其各種保險金給付合計額，視為同一次住院辦理。」、系爭附約第 9 條「住院醫療保險金之給付」約定：「被保險人因第四條之約定而住院診療時，本公司按其實際住院日數（含入院及出院當日）依下列約定之一給付『住院醫療保險金』：一、被保險人同一次住院診療在三十日以內者，本公司按被保險人投保『住院醫療保險金日額』乘以被保險人實際住院日數，給付『住院醫療保險金』。二、被保險人同一次住院在三十一日至一百八十日者，則按下列兩項之總和給付『住院醫療保險金』：（一）前三十日之部分係按第一款約定方式計算。（二）第三十一日起，則按被保險人投保之『住院醫療保險金日額』的一點五倍乘以被保險人自第三十一日以後的實際住院日數。…。」。經查，申請人於 103 年 10 月 31 日至 104 年 7 月 14 日期間因「精神官能症、憂鬱症」經醫囑住院接受治療，住院情形分別為（一）103 年 10 月 31 日至 12 月 10 日在三總北投分院、（二）103 年 12 月 10 日至 104 年 1 月 9 日在三軍

總醫院、(三) 104 年 1 月 9 日至 2 月 15 日在三總北投分院、(四) 104 年 2 月 23 日至 3 月 31 日在三總北投分院、(五) 104 年 3 月 31 日至 4 月 28 日在三軍總醫院、(六) 104 年 4 月 28 日至 6 月 2 日在三總北投分院、(七) 104 年 6 月 2 日至 6 月 30 日在高雄國軍總醫院、(八) 104 年 7 月 1 日至 7 月 14 日在國軍高雄屏東分院等 8 段住院期間，而其中關於第(三)、(四)之住院期間，除得依前揭系爭附約第 8 條約定應視為同一次住院外，其餘各段住院期間因非屬出院後 14 日內於同一醫院再次住院，故不得視為同一次住院辦理。準此，計申請人各段住院期間可得請求之保險金計算如下：

1. 103 年 10 月 31 日至同年 12 月 10 日在三總北投分院住院期間，計住院 41 日，所得請求之住院醫療保險金應計為 4 萬 6,500 元【計算式： $(1,000 \text{ 元} \times 30 \text{ 日}) + (1,500 \text{ 元} \times 11 \text{ 日}) = 4 \text{ 萬 } 6,500 \text{ 元}$ 】。
2. 103 年 12 月 10 日至 104 年 1 月 9 日在三軍總醫院住院期間，計住院 31 日，所得請求之住院醫療保險金應計為 3 萬 1,500 元【計算式： $(1,000 \text{ 元} \times 30 \text{ 日}) + (1,500 \text{ 元} \times 1 \text{ 日}) = 3 \text{ 萬 } 1,500 \text{ 元}$ 】。
3. 104 年 1 月 9 日至同年 2 月 15 日在三總北投分院及 104 年 2 月 23 日至 3 月 31 日在三總北投分院住院期間，計住院期間 75 日，所得請求之住院醫療保險金應計為 9 萬 7,500 元【計算式： $(1,000 \text{ 元} \times 30 \text{ 日}) + (1,500 \text{ 元} \times 45 \text{ 日}) = 9 \text{ 萬 } 7,500 \text{ 元}$ 】。
4. 104 年 3 月 31 日至同年 4 月 28 日在三軍總醫院住院期間，計住院 29 日，所得請求之住院醫療保險金應計為 2 萬 9,000 元【計算式： $1,000 \text{ 元} \times 29 \text{ 日} = 2 \text{ 萬 } 9,000 \text{ 元}$ 】。
5. 104 年 4 月 28 日至同年 6 月 2 日在三總北投分院住院期間，計住院 36 日，所得請求之住院醫療保險金應計為 3 萬 9,000 元【計算式： $(1,000 \text{ 元} \times 30 \text{ 日}) + (1,500 \text{ 元} \times 6 \text{ 日}) = 3 \text{ 萬 } 9,000 \text{ 元}$ 】。
6. 104 年 6 月 2 日至同年 6 月 30 日在高雄國軍總醫院住院期間，計住院期間 29 日，所得請求之住院醫療保險金應計為 2 萬 9,000 元【計算式： $1,000 \text{ 元} \times 29 \text{ 日} = 2 \text{ 萬 } 9,000 \text{ 元}$ 】。
7. 104 年 7 月 1 日至同年 7 月 14 日在國軍高雄屏東分院住院期間，計住院期間 14 日，所得請求之住院醫療保險金應計為 1 萬 4,000 元【計算式： $1,000 \text{ 元} \times 14 \text{ 日} = 1 \text{ 萬 } 4,000 \text{ 元}$ 】。
8. 承前，申請人依系爭附約約定就系爭住院期間計得請求之住院醫療保險金為 28 萬 6,500 元【計算式： $4 \text{ 萬 } 6,500 \text{ 元} + 3 \text{ 萬 } 1,500 \text{ 元} + 9 \text{ 萬 } 7,500 \text{ 元} + 2 \text{ 萬 } 9,000 \text{ 元} + 3 \text{ 萬 } 9,000 \text{ 元} + 2 \text{ 萬 } 9,000 \text{ 元} + 1 \text{ 萬 } 4,000 \text{ 元} = 28 \text{ 萬 } 6,500 \text{ 元}$ 】。

- (四) 又「被保險人因第四條之約定而住院診療時，本公司按被保險人實際住院日數（含入院及出院當日）乘以『住院醫療保險金日額』之百分之五十，給付『住院醫療補助保險金』。」，系爭附約第 11 條約有明文。查本件申請人系爭住院均屬合理及必要，業已如前所述，則依系爭附約第 11 條約定，相對人即應按住院醫療保險金日額即每日 500 元，給付申請人住院醫療補助保險金及法定遲延利息。而本件系爭住院期間實際住院數為 255 日（含入院日及出院日）（計算式：41 日 + 31 日 + 75 日 + 29 日 + 36 日 + 29 日 + 14 日 = 255 日），經計算後，計得請求住院醫療補助保險金為 12 萬 7,500 元（計算式：500 元 × 255 日 = 12 萬 7,500 元）。
- (五) 承前，申請人依系爭附約約定就系爭住院期間，可得請求住院醫療保險金為 28 萬 6,500 元及住院醫療補助保險金 12 萬 7,500 元，合計為 41 萬 4,000 元。惟本件申請人請求相對人給付 39 萬元之住院醫療保險金及住院醫療補助保險金，堪屬有據，應予准許。
- (六) 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。查本件申請人係於 104 年 7 月 24 日、104 年 8 月 5 日填具保險金申請書申請住院醫療保險金之理賠，並經相對人理賠部門分別於 104 年 7 月 28 日及 104 年 8 月 7 日收件在案，而相對人復於 104 年 10 月 21 日發函申請人為拒絕理賠，此有保險金理賠申請書及相對人書函在卷可稽，則揆諸前揭規定，申請人請求相對人自 104 年 10 月 21 日按年利一分為計算遲延利息，應屬有據。

六、評議決定

申請人請求相對人給付 39 萬元及自 104 年 10 月 21 日起至清償日止按年息 10% 計算之利息部分，為有理由，應予准許。

七、相關法規

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。

除外責任

案例 029 除外責任-保險期間內未發現之損失、追溯日前發生之損失 (104 評 1572)

一、案例摘要

(一) 評議要旨：

依系爭保單約定申請人因其被保證員工之不誠實行為所生之損失，應「發生」且「發現」於保險期間內；及應「發生」於保險期間內，並於契約終止後六十日內「發現」者，相對人始須負理賠責任。而申請人因其被保證員工之不誠實行為所致之損失，係「發生」且「發現」於系爭保單之保險期間內，相對人自應負理賠責任。

(二) 爭議險種：員工誠實保證保險

(三) 參考條文：保險法第 1 條、第 29 條第 1 項、第 95 條之 1

(四) 關鍵字：除外責任

二、事實經過

申請人員工甲自 102 年 10 月 28 日起奉派擔任○○市○○區○○路○○號○公寓總幹事一職，至 103 年 1 月 6 日止利用職務之便連續侵占該社區住戶所繳交之管理費及管理委員會委託其提領以支付廠商之服務費總計○元。申請人向相對人申請理賠，相對人以申請人提出請求時已逾系爭保險契約之承保範圍及延長損失發現期間之規定，拒絕理賠，申請人不服，爰申請評議。

三、本案爭點

系爭保險契約約定之保險事故為何？

四、當事人主張

(一) 申請人主張

申請人已依系爭保險契約之約定，於保險有效期間內損失發生、發現並請求，亦無除外條款之適用，相對人應給付保險金。

(二) 相對人主張

依系爭保險契約第 2 條承保範圍及第 17 條延長損失發現期間之約定，本案保險契約之保險期間為 102 年 3 月 24 日 12 時至 103 年 3 月 24 日 12 時，再加上延長損失發現期間六十日，請求賠償日期可至 103 年 5 月 24 日 12 時止。申請人於 104 年 6 月 16 日才以書面向相對人提出賠償請求，已逾系爭保險契約之承保範圍及延長損失發現期間之規定，故相對人歉難賠付。

五、判斷理由

(一) 按「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。」；「保險人對於由不可預料或不可抗力之事故所致之損害，負賠償責任。但保險契約內有明文限制者，不在此限。」，保險法第1條、第29條第1項分別定有明文。次按「保證保險人於被保險人因其受僱人之不誠實行為或其債務人之不履行債務所致損失，負賠償之責。」，為保險法第95條之1所明定。由此可知，保證保險為損害保險之一種，且類型區分有二：一為以「受僱人之不誠實行為」為保險事故之保證保險，另一則是以「債務人之不履行債務」為保險事故之保證保險，故多認為前者為誠實保證保險，後者為確實保證保險。

(二)於一般責任保險中，尤其是產品責任保險，被保險人在保險期間內發生致第三人體傷、死亡或財產上損害，保險人即負賠償責任，倘損害事故係於保險期間內發生，但被害人並未即時發現受有損害或者未能發現被保險人為請求權對象，嗣後被害人於其請求權時效內向被保險人求償時，此時保險人仍須負保險責任，而常造成縱然保險契約期間已屆至，但保險人之給付責任卻未隨同結束，此即為「長尾責任」(Long-Tail Liability)。為了避免長尾責任問題，責任保險有採所謂「索賠基礎制」，又稱「賠償請求基礎制」或「請求說」，係指當被保險人於第一次受害之第三人於訴訟上或訴訟外請求賠償，且發生在保險期間內，保險人即需負擔賠償責任，亦即，以被保險人受第三人賠償請求時為責任保險之保險事故。倘保險責任期間屆至後受害人始向被保險人主張請求者，縱導致第三人向被保險人請求之損害事故發生於保險期間，保險人亦無須負賠償責任。

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

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

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

(四)又按「由保險契約所生之權利，自得為請求之日起，經過二年不行使而消滅。」，保險法第65條前段定有明文。誠實保證保險之保險事故採損失發現

基礎制者，係以被保險人「發生」並「發現」受僱人不誠實行為所致之損失時方為保險事故發生，保險人方有理賠之義務。而被保險人所得請求給付保險金之權利，即應自「發生」並「發現」後2年內為請求，並以「發現」之日為得請求之日（最高法院92年台上字第1432號民事判決意旨參照）。

(五)經查，申請人於100年3月24日以被保險人之身分，與相對人簽訂「員工誠實保證保險」，保險期間自100年3月24日12時起至101年3月24日12時止（保單號碼：○○1）。屆滿後續保，保險期間自101年3月24日12時起至102年3月24日12時止（保單號碼：○○2）。屆滿後續保，保險期間自102年3月24日12時起至103年3月24日12時止，追溯日：101年9月24日中午12時（保單號碼：○○3）。屆滿後續保，保險期間自103年3月24日12時起至104年3月24日12時止，追溯日：101年9月24日中午12時（保單號碼：○○4）。屆滿後續保，保險期間自104年3月24日12時起至105年3月24日12時止，追溯日：103年3月24日中午12時（保單號碼：○○5）。上開保單每一次事故之保險金額均為3,000,000元，自負額均為「每一賠償金額之10%，但不得低於50,000元」。而系爭保險契約之被保證員工甲自102年10月28日起奉派擔任○○市○○區○○路○○號○公寓總幹事一職，至103年1月6日止利用職務之便連續侵占該社區住戶所繳交之管理費及管理委員會委託其提領以支付廠商之服務費總計○元。申請人於103年1月10日向臺灣○○地方法院檢察署提出告訴暨告發，並經臺灣○○地方法院以104年度審易字第○○○號刑事判決在案，此有前揭保險契約之保險單、刑事告訴暨告發狀、臺灣○○地方法院檢察署檢察官104年度偵緝字第○○○、○○○、○○○號起訴書、臺灣○○地方法院104年度審易字第○○○號刑事判決在卷可稽，自堪信為真實。

(六)次查，系爭保險契約第2條承保範圍約定：「被保險人於約定之『追溯日』後至保險期間內，因被保證員工單獨或共謀之不誠實行為，導致下列損失發生者，經被保險人於保險期間內發現並依本保險契約之約定向本公司提出賠償請求，本公司就超過自負額部分之損失，於約定之保險金額限額內，對被保險人負理賠之責：一、被保險人所有財產之損失。二、被保險人因受託保管財產之損失而依法應負擔之賠償責任。」；第6條第6款除外責任約定：「本公司對於下列損失，不負賠償責任：…六、保險期間內未發現之損失及保險契約所載『追溯日』前發生之損失。」；第17條延長損失發現期間約定：「本保險契約保險期間屆滿終了而不續保時，在保險契約有效期間內因被保證員工不誠實行為所致承保範圍內之損失，被保險人於保險期間屆滿後六十日內發現者，依本保險契約之約定提出請求賠償，本公司亦負賠償責任。」。由此可知，申請人因其被保證員工之不誠實行為所生之損失，應「發生」且「發現」於保險期間內；及應「發生」於保險期間內，並於契約終止後六十日內「發現」者，相對人始須負理賠責任。而申請人之被保證員工甲自102年10月28日起奉派擔任○○市○○區○○路○○號○公寓總幹事一職，至103

年1月6日止利用職務之便連續侵占該社區住戶所繳交之管理費及管理委員會委託其提領以支付廠商之服務費總計○元，經申請人於103年1月6日發現後，於103年1月10日向臺灣○○地方法院檢察署提出告訴暨告發，業如前述。則申請人因其被保證員工甲之不誠實行為所致之損失，係「發生」且「發現」於保單號碼：○○3之保險期間內，相對人自應負理賠責任。而申請人於104年6月16日以書面向相對人提出賠償請求，仍在103年1月6日「發現」之日起算之2年保險金請求權之時效內，故扣除自負額之下限50,000元，申請人請求相對人給付保險金○○○元，自屬有據。

- (七)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。經查，申請人係於104年6月16日以書面向相對人申請理賠，則依上開保險法之規定，申請人自得請求相對人給付保險金○○○元，及自104年7月2日起至清償日止按年利一分計算之利息。
- (八)相對人雖主張：本案保險契約之保險期間為102年3月24日12時至103年3月24日12時，再加上延長損失發現期間六十日，請求賠償日期可至103年5月24日12時止。惟申請人於104年6月16日才以書面向相對人提出賠償請求，已逾系爭保險契約之承保範圍及延長損失發現期間之規定云云。惟查，系爭保險契約係以申請人「發生」並「發現」受僱人不誠實行為所致之損失時為保險事故，而非係以於保險有效期間或其後六十日內「發生」、「發現並請求」為保險事故，此觀前述說明自明。再者，系爭保險契約第6條第6款除外責任係約定相對人對於保險期間內「未發現」之損失，不負賠償責任，而非係以保險期間內「未發現並請求」之損失，不負賠償責任，亦足徵之。末查，保險法第65條已明定保險契約所生之請求權之時效為2年，如系爭保險契約係以於保險有效期間或其後六十日內「發生」、「發現並請求」為保險事故，則系爭保險契約之請求權時效，將無從進行，勢必對於申請人之2年請求權時效造成妨礙。從而，相對人所辯，洵無足採。
- (九)綜上所述，相對人應給付申請人○○○元，及自104年7月2日起至清償日止按年息百分之十計算之利息，申請人之請求於此部分為有理由，應予准許；逾此部分則為無理由。

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 29 條第 1 項

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

(三) 保險法第 95 條之 1

保證保險人於被保險人因其受僱人之不誠實行為或其債務人之不履行債務所致損失，負賠償之責。

(四) 保險法第 65 條前段

由保險契約所生之權利，自得為請求之日起，經過二年不行使而消滅。

案例 029 除外責任-牙齒手術 (104 評 1901)

一、案例摘要

(一) 評議要旨：

相對人主張申請人所為之手術係爭保單除外責任約定之牙齒手術，惟查，依本中心專業顧問意見，申請人施行的多生牙複雜齒切除術並非單純的牙齒手術，其實屬顎骨手術，在手術施行的侵入程度和複雜度上，接近系爭附約手術項目表的「囊腫摘除術」，相對人應依給付倍數 5 給付申請人保險金。

(二) 爭議險種：住院醫療保險

(三) 參考條文：保險法第 54 條第 2 項

(四) 關鍵字：除外責任

二、事實經過

申請人於 104 年 9 月 12 日至 104 年 9 月 16 日於 A 醫院(下稱 A 醫院) 因「右上第三大白齒及右下第三大白齒阻生，右下顎阻生贅齒」進行牙齒最深處複雜性手術共住院 5 天。向相對人申請保險金，遭相對人以牙齒手術為除外責任拒賠，申請人不服，爰申請評議。

三、本案爭點

相對人以申請人施行的牙齒最深處複雜性手術屬系爭附約一之除外責任為由，拒絕賠付保險金，有無理由？

四、當事人主張

(一) 申請人主張

本件爭議在於相對人堅持除外責任中已列牙齒手術皆屬不理賠項目，然而要保人在投保之初曾向保險業務員詢問，保險業務員回覆牙齒手術不理賠係指一般齶齒拔牙，而申請人本次住院施行牙齒最深處複雜性手術摘除阻生贅齒，實非一般性牙齒手術，相對人不應擴大解釋牙齒手術的範圍。

(二) 相對人主張

申請人本次牙齒手術事故，為上揭「安心住院醫療日額給付終身保險附約甲型」契約條款之除外責任約定，亦非上揭保險契約條款除外責任約定但書之例外情形，是以本公司未能給付「安心住院醫療日額給付終身保險附約甲型」之住院醫療日額保險金及住院外科手術費用保險金，應無違誤。

五、判斷理由

(一) 按系爭附約一條款第二十二條【除外責任】第二項約定：「被保險人因下列事故診療者，本公司不負給付第九條(住院醫療日額保險金的給付)、第十

條、第十一條、第十二條、第十三條(住院外科手術費用保險金的給付)、第十四條(出院後療養保險金的給付)、第十五條、第十六條、第十七條及第十八條(門診外科手術費用保險金的給付)保險金的責任…二、牙齒手術。但因遭受意外傷害事故所致者，不在此限…」。

(二)就前開爭點，案經諮詢本中心專業顧問意見，略以：申請人因右上第三大白齒及右下第三大白齒阻生，右下顎阻生贅齒，而接受多生牙複雜齒切除術及阻生齒複雜齒切除術，將二顆阻生齒及贅齒切除。多生牙及阻生齒之複雜齒切除術，並非單純的牙齒手術，其包括局部或全身麻醉，牙齦切開、翻瓣及顎骨部分切除，以露出牙齒，再將其切除，之後置放一顆骨膠原蛋白，以幫助骨傷口之癒合，再縫合結束手術。此兩種手術特別是多生牙複雜齒切除術，基本上是一種顎骨手術，必須先切除部分顎骨，露出多生牙，才可以將多生牙清除，此手術並非是單純拔牙的牙齒手術，而甚至可說是一種顎骨手術較適宜。而在手術施行的侵入程度和複雜度上，其接近系爭附約一手術項目表【十三、口腔顎面】的「囊腫摘除術」，給付倍數5。

(三)從而，依前開專業顧問意見可知，申請人施行的多生牙複雜齒切除術並非單純的牙齒手術，其實屬顎骨手術，在手術施行的侵入程度和複雜度上，接近系爭附約一手術項目表的「囊腫摘除術」，應依給付倍數5核算給付金額為宜。退步言之，縱認為申請人住院施行之牙齒最深處複雜性手術，屬於「牙齒手術」項目，基於系爭保險契約手術項目第十三項口腔顎面，括弧內僅註記不含牙齒門診手術，是對於牙齒住院手術可否理賠之疑義，依保險法第54條第2項規定，即應作有利於被保險人之解釋而予以給付。故相對人就系爭附約一應給付○○○元（計算式：住院外科手術○○○元 $\times$ 5=○○○元、住院日額○○○元 $\times$ 5=○○○元、出院療養○○○元 $\times$ 5=○○○元、出院後門診○○○元，以上合計○○○元）。另就系爭附約二部分，依系爭附約二第十三條【日額住院醫療保險金】約定：「…同一次住院期間，被保險人僅能就本附約之日額住院醫療保險金或第七條至第十二條之保險金擇一申請。」，因相對人業已就全部醫療費用為給付，此為兩造所不爭，故申請人另請求住院外科手術費用保險金及日額住院醫療保險金，依約尚屬無據。

(四)綜上所述，申請人請求相對人給付保險金○○○元為有理由，應予准許；其餘請求，本中心尚難為有利申請人之認定。

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 54 條第 2 項

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。

案例 030 除外責任-懷孕、流產或分娩及其併發症(105 評 0058)

一、案例摘要

(一) 評議要旨：

依本中心顧問專業意見及現有事證，申請人於 104 年 8 月 8 日至 A 醫院進行剖腹生產手術，尚無法認定係因係爭保單約定除外責任中之除外條款所約定之「前置胎盤」而為醫療行為必要之剖腹產手術。據此，申請人請求相對人給付醫療保險金及遲延利息乙節，難認有據。

(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

二、事實經過

申請人在出國前，向相對人投保○○○保險（保單號碼第○○○號），附加海外突發疾病醫療費用保險，保險期間自 104 年 7 月 20 日 17 時起至 104 年 8 月 28 日 17 時止。申請人於 104 年 8 月 8 日在 A 醫院進行剖腹生產並住院至同年月 11 日，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

申請人於出國期間因身體不適滯留美國就醫，在妊娠 37 週時進行產前檢查，經醫師發現有前置胎盤，並於 104 年 8 月 8 日至同年月 11 日因前置胎盤，而在 A 醫院接受剖腹生產（妊娠 39 週）。申請人回國後，檢附相關資料向相對人申請理賠海外突發疾病醫療必要之醫療費用，並授權相對人向美國之醫院調閱病歷資料、護理紀錄、檢查報告等，但相對人拒絕理賠，申請人遂提起本件評議申請，請求相對人給付醫療保險金美金○○元及遲延利息。

(二) 相對人主張

查申請人所投保之系爭保險，保險期間係自 104 年 7 月 20 日 17 時起至 104 年 8 月 28 日 17 時止，而申請人之預產期為 104 年 8 月 18 日，其保險期間與預產期重疊，又依 B 診所病歷摘要記載，申請人此次為第三胎妊娠，三胎產檢皆於該診所產檢並於國外剖腹生產，亦即申請人原本就有於美國生產之計畫，此點是否有違上開條款突發疾病定義「非以獲得海外醫療為目的」，

不無疑慮。申請人於理賠問卷自述妊娠 37 週於美國產前檢查，經醫師發現有前置胎盤並於妊娠 39 週因前置胎盤接受剖腹生產。經相對人調閱申請人在 B 診所之病歷，申請人 103 年 12 月 27 日至 104 年 7 月 11 日（約妊娠 34 週）於該診所產檢共 9 次，產檢期間並無前置胎盤及分娩相關疾病，且依醫生臨床經驗，一般前置胎盤約 20 週後即可確診是否有前置胎盤之症狀，惟申請人妊娠 37 週發現前置胎盤，與一般臨床經驗不符。綜上，相對人尚無法給付海外突發疾病住院保險金。

五、判斷理由

- (一)按申請人主張其於 104 年 8 月 8 日至同年月 11 日因前置胎盤接受剖腹生產，支付費用美金 10,435 元，依系爭醫療費用保險附加條款之約定，相對人自應全數理賠。相對人則以經其調閱申請人在 B 診所之病歷，申請人 103 年 12 月 27 日至 104 年 7 月 11 日（約妊娠 34 週）於該診所產檢共 9 次，產檢期間並無前置胎盤及分娩相關疾病，且依醫生臨床經驗，一般前置胎盤約 20 週後即可確診是否有前置胎盤之症狀，惟申請人妊娠 37 週發現前置胎盤，與一般臨床經驗不符，故申請人於美國 A 醫院進行剖腹生產，並非係因前置胎盤而為醫療行為必要之剖腹產手術等語置辯。
- (二)經查，系爭醫療費用保險附加條款第 6 條第 2 項第 6 款第 1 目約定「被保險人因下列事故而住院診療者，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：……前置胎盤」，故本件之爭點為：申請人於 104 年 8 月 8 日是否係因「前置胎盤」而為醫療行為必要之剖腹產手術？
- (三)就此，經諮詢本中心醫學顧問專業意見，其意見略以：
 - 1. 根據 B 之病歷影本記載，申請人於 104 年 7 月 11 日最後一次產檢時，並無前置胎盤之狀況。
 - 2. 根據美國 A 之記錄，申請人是由於兩次前胎剖腹產及低位胎盤而接受剖腹產。低位胎盤並非前置胎盤，且大多數可以經由陰道分娩。
- (四)本中心為求慎重，諮詢另一醫學顧問專業意見，其意見略以：
 - 1. 申請人赴美生產之前 103 年 12 月至 104 年 7 月在國內的產檢紀錄，並無「前置胎盤」之情形，而依醫學常理，「前置胎盤」甚少於懷孕後期突然發生。亦即依據在國內之產檢紀錄，不符合系爭保險理賠之除外責任條款。
 - 2. 申請人所提供在美之產檢紀錄甚為簡略，依本案現有資料，申請人於 104 年 8 月 8 日至美國 A 醫院進行剖腹生產手術，無法認定係因「前置胎盤」所採行必要進行之手術。
- (五)從而，依前開顧問專業意見及現有事證，申請人於 104 年 8 月 8 日至美國 A 醫院進行剖腹生產手術，尚無法認定係因「前置胎盤」而為醫療行為必要之剖腹產手術。據此，申請人請求相對人給付醫療保險金及遲延利息乙節，難

認有據。

(六)綜上所述，本中心就申請人之請求尚難為有利申請人之認定。

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

除外責任

案例 031 除外責任-被保險人的故意行為 (105 評 0067)

一、案例摘要

(一) 評議要旨：

系爭公共意外責任保險承保範圍是否及於自行車騎乘期間乙節，相對人陳稱承保範圍不含騎乘自行車期間之約定，於進件時已獲要保人了解並同意。系爭事故發生於自行車騎乘期間，未合於承保範圍，而本案申請人直接請求相對人給付本件賠償金額，亦屬無據。

(二) 爭議險種：公共意外責任保險

(三) 參考條文：保險法第 90 條、第 94 條第 2 項

(四) 關鍵字：除外責任

二、事實經過

申請人於騎乘自行車期間因水壺掉落造成另一參賽者甲摔車而受有體傷及財物毀損，甲向申請人請求賠償，申請人轉而向被保險人請求補償其所支付之賠償金○○元，卻遭相對人退件拒賠，爰申請評議。

三、本案爭點

(一) 系爭公共意外責任保險承保範圍是否及於自行車騎乘期間？

(二) 在被保險人 A 公司對甲是否應負賠償責任確定前，申請人得否依據保險法第 94 條第 2 項之規定逕向相對人請求賠償？

四、當事人主張

(一) 申請人主張

1. 申請人於 104 年 6 月 7 日參加○○○-○○○單車自我挑戰賽，由 B 協會（下稱 B 協會）向相對人投保公共意外責任險。申請人依規定道路騎賽，經過○○鎮○○路一段○○號前，因路面凹凸不平導致水壺掉落，後方騎乘自行車之甲（下稱甲）摔車，事後甲向申請人求償，並堅持要提告過失傷害，因此 104 年 11 月 23 日申請人與甲以○○元和解。
2. 申請人告知 B 協會啟動公共意外責任險理賠甲損失，卻說不符條款。申請人已附上警方拍攝事故照片，路面沒有維護好，引起水壺掉落，事故後才派人做維護工作。申請人是依主辦單位所指定競賽道路騎賽，還不能啟動保單，是故意敷衍了事。申請人與甲和解後，B 協會說基於道義立場以 1 萬元慰問，但主辦單位應該負起全部責任才對。相對人說理賠不成立，公共意外責任險所稱之第三人是指被保險人及車友之外第三

人，也就是說非參賽者才理賠，此條文不對。申請人參加○○○競賽，大會有義務維護道路安全，不讓參賽者受傷，關於路線管制與維護未盡義務，須負債務履行損害賠償責任，以侵權行為來說，是和甲一樣，故請求相對人給付○○元。

(二)相對人主張

1. A 公司以自己為要保人暨被保險人向本公司投保公共意外責任保險，保險期間為 104 年 6 月 7 日 0 時起至 104 年 6 月 7 日 22 時止；被保險人經營業務處所為「○○縣○○鎮○○預定地」，經營業務種類為「○○○-○○○單車自我挑戰(不含自行車騎乘期間)」，承保範圍約定：「被保險人因在保險期間內發生下列意外事故所致第三人體傷、死亡或第三人財物損害，依法應負賠償責任，而受賠償請求時，本公司對被保險人負賠償之責：1. 被保險人或受僱人因經營業務之行為在本保單載明之營業處所內發生之意外事故。2. 被保險人營業處所之建築物、通道、機器或其他工作物所發生之意外事故。」。
2. 申請人於騎乘自行車期間因水壺掉落造成另一參賽者甲摔車而受有體傷及財物毀損，甲向申請人請求賠償，申請人轉而向被保險人請求補償其所支付之賠償金○○元。兩造協商期間，被保險人僅諮詢本公司，請本公司協助其向申請人說明相關承保內容及理賠要件，並未辦理出險。
3. 申請人非本保險之當事人，依保險法第 94 條第 2 項：「被保險人對第三人應負損失賠償責任確定時，第三人得在保險金額範圍內，依其應得之比例，直接向保險人請求給付賠償金額。」或第 95 條：「保險人得經被保險人通知，直接對第三人為賠償金額之給付。」之條件下，本公司方得對其為保險給付。依目前所得資料，被保險人與申請人間對於法律責任歸屬仍未達合意，且被保險人認同此事故發生於自行車騎乘期間，未合於承保範圍，無欲啟動本保險，故申請人無權直接向本公司請求給付賠償。

五、判斷理由

- (一)按責任保險人於被保險人對於第三人依法應負賠償責任而受賠償之請求時，負賠償責任，保險法第 90 條定有明文；亦即「責任保險」係以「被保險人對於第三人依法應負之賠償責任」為標的之保險。所謂「依法應負賠償責任」即被保險人因侵權行為或其他依法而生之責任者而言；從而，若被保險人對第三人依法無須負賠償責任時，即不得請求保險人賠償(最高法院 89 年度台上字第 2749 號判決意旨參照)。
- (二)次按，「被保險人對第三人應負損失賠償責任確定時，第三人得在保險金額範圍內，依其應得之比例，直接向保險人請求給付賠償金額。」為保險法第

94 條第 2 項所明定。又按保險法第 94 條第 2 項之立法理由謂，保險法於 90 年 7 月 9 日修正前，第 94 條僅規定：「保險人於第三人由被保險人應負責任事故所致之損失，未受賠償以前，不得以賠償金額之全部或一部給付被保險人。」惟若被保險人無足夠資力賠償第三人時，第三人不但無法從被保險人處獲得賠償，又無法直接向保險人請求給付，惟獨保險人無須理賠，致責任保險制度之原意盡失，故於 90 年 7 月 9 日修正時增訂第 2 項之規定，為維護受害第三人之權利，並確保保險人之給付義務，故賦予受害第三人在被保險人對第三人應負損害賠償責任確定之情形下，得直接向保險人請求賠償，是保險法第 94 條第 2 項之立法目的僅在賦予受害第三人得直接向保險人請求賠償之權利，非謂受害第三人對被保險人得請求之損害賠償金額尚未經受害第三人與被保險人間對應負賠償責任及賠償金額均無異議、兩造間達成和解，或判決確定前，受害第三人即得直接向保險公司請求給付賠償金額。

(三)系爭公共意外責任保險承保範圍是否及於自行車騎乘期間乙節，相對人陳稱承保範圍不含騎乘自行車期間之約定，於進件時已獲要保人了解並同意。另相對人於要保書之特別約定事項欄位上載明「騎乘自行車期間除外」，係經要保人審閱用印後出單，其手寫「不含自行車騎乘期間」之文字是核保同仁知會保單製作人員應輸入之資料欄位等語。而觀諸系爭要保書下方特別約定事項欄位載明「騎乘自行車期間除外」，係經電腦繕打後列印文書，再由要保人簽章確認，應非投保後所添加，堪認要保人與相對人間有特別除外之約定，是以，相對人表示要保人認同此事故發生於自行車騎乘期間，未合於承保範圍乙節，應屬有據。

(四)再者，甲目前並未向被保險人請求損害賠償，就本案系爭損害賠償責任之歸屬及損害賠償金額自無從經法院判決確定，亦無甲與被保險人雙方間對應負賠償責任及賠償金額均無異議或已達成和解之證明。故本案申請人主張賠償甲○○元後，轉而向被保險人請求補償其所支付之賠償金○○元乙節，難謂已合於上開保險法第 90 條責任保險之定義以及第 94 條第 2 項所指「被保險人對第三人應負損失賠償責任確定」之情形。據此，系爭事故發生於自行車騎乘期間，未合於承保範圍，而本案申請人直接請求相對人給付本件賠償金額，亦屬無據。

(五)綜上所述，本中心就申請人之請求尚難為有利申請人之認定。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

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 90 條

責任保險人於被保險人對於第三人，依法應負賠償責任，而受賠償之請求時，負賠償之責。

(二) 保險法第 94 條第 2 項

被保險人對第三人應負損失賠償責任確定時，第三人得在保險金額範圍內，依其應得之比例，直接向保險人請求給付賠償金額。

第二篇 銀行

連動債商品爭議

案例 032 連動債商品爭議-未考量適合度、未盡報告及通知義務 (104 評 1824)

一、案例摘要

(一) 評議要旨：

申請人投資系爭 2 檔連動債本應自行負擔投資損益，惟本件相對人核有系爭 KYC 問卷內容填載不當及提供未載明最新投資損益情形之對帳單予申請人，致使申請人無法作成即時判斷與決定等缺失，故有特別予以補償申請人投資損失之必要。本中心爰依金融消費者保護法第 20 條第 1 項規定所揭櫫之公平合理原則及衡酌個案情狀，認相對人應衡平補償申請人投資損失○○元。

(二) 爭議商品：連動債

(三) 參考條文：信託法第 22 條、第 23 條、信託業法第 22 條第 1 項、第 23 條、銀行辦理財富管理業務應注意事項第 8 點第 2 項(94 年 7 月 21 日修正)、金融消費者保護法第 20 條第 1 項

(四) 關鍵字：投資風險屬性、適合度、產品條件揭露、風險內容揭露、報告義務、通知義務

二、事實經過

申請人經由相對人理專甲員的推薦，介紹適合退休保本的商品，96 年 11 月 21 日購買美金○○元的「○○連動式債券」(下稱系爭連動債一)，97 年 3 月 20 日購買美金○○元的「○○連動式債券」(下稱系爭連動債二)。申請人主張相對人未盡善良管理人責任，推介銷售複雜的商品，卻稱本金安全，配息較優，配合寄送虛偽不實的對帳單欺瞞客戶，導致申請人退休金蒙受損失，多年來身心倍受煎熬，故請求相對人賠償損失及法定利息，惟為相對人拒絕，爰申請評議。

三、本案爭點

- (一) 相對人是否妥適評估申請人投資風險屬性？
- (二) 相對人是否充分向申請人揭露系爭連動債之產品條件及風險內容？
- (三) 相對人有無依約履行定期報告及通知義務？

四、當事人主張

(一) 申請人主張

1. 申請人原為○○銀行○○分行存款戶，嗣後因○○銀行與相對人合併

後，相對人指派理專甲員推介投資基金，宣稱可穩當獲利，比銀行定存優厚。陸續經由甲員的推薦，介紹適合退休保本的商品，96 年 11 月 21 日購買美金○○元的系爭連動債一，97 年 3 月 20 日購買美金○○元的系爭連動債二。

2. 甲員不久後離職至別家銀行任職，回訪本人時告知，相對人於本人帳戶動手腳，致本人損失超過新台幣○○萬元，本人屢次至相對人處查證，後續接任之主管及理專亦曾當面說明資產有不當減損的情況，並說明是金融風暴雷曼兄弟事件的影響，本人損失算輕微，完全無視善良管理人應盡的責任。
3. 申請人留有當年的對帳單，發現相對人從一開始的客戶對帳單即有欺騙客戶的報價方式，讓本人一直深信本金安全，固定配息。一直到 97 年 6 月間，相對人忽然改變客戶對帳單報價格式，造成本人資產大幅減損，隨後價格向下波動劇烈，最嚴重時本金減損約六成多。99 年 11 月 30 日系爭連動債一到期，原存美金○○元，僅贖回美金○○元；100 年 11 月 22 日系爭連動債二因不明原因被提前解約，原存美金○○元，僅贖回美金○○元，申請人主張共損失美金○○元，相對人未盡善良管理人責任，推介銷售複雜的商品，卻稱本金安全，配息較優，配合寄送虛偽不實的對帳單欺瞞客戶，導致本人退休金蒙受損失，多年來身心倍受煎熬，故請求相對人賠償損失及法定利息，惟為相對人拒絕。

(二)相對人主張

1. 申請人於 92 年 1 月 20 日至本行○○分行開戶，且於當日簽署辦理「指定用途信託資金投資國內外有價證券」信託契約，而成為本行特定金錢信託客戶，另於 95 年 2 月 14 日開立本行一本萬利帳戶在案。
2. 申請人自 92 年 1 月間起至 97 年 3 月間止，於本行投資 8 檔連動債及 8 檔基金，截至 100 年 11 月間均已贖回，含息獲利約新台幣○○元。現申請人主張本行不當推介系爭 2 檔連動債，致其發生虧損，要求賠償美金○○元。
3. 申請人於本行投資之商品，乃本行依據中央銀行外匯局法令、信託法、信託業法及信託業法施行細則辦理特定金錢信託投資國內外有價證券之合法銷售商品，本行並基於受託人地位，將信託資金運用於申請人指示投資之商品。於此特定金錢信託架構下，各項交易是否進行均係遵照申請人指示所為，本行對信託資金並無運用決定權。
4. 本行於銷售系爭 2 檔連動債時，業依法令以產品說明書內容充分告知系爭 2 檔連動債之架構及各項風險，相關產品文件對於風險之揭露，皆有

完整之說明，符合法令規範。經查，申請人於 96 年 3 月 23 日承作本行「KYC 問卷：客戶投資問卷暨投資風險承受測試分析紀錄表」(下稱系爭 KYC 問卷)，風險承受度測驗結果為 C5 積極型，並蓋用與本行往來約定印鑑章確認問卷內容無誤。申請人復分別於 96 年 11 月 21 日及 97 年 3 月 20 日投資系爭連動債一及系爭連動債二，該系爭 2 檔連動債之風險屬性為 S5，與申請人之 KYC 問卷測試結果二者係屬適配，又系爭 2 檔連動債相關申購文件均蓋用申請人往來約定印鑑章完成申購程序，故就事實上及法律上，本行皆已符合相關規定辦理。

5. 次查，申請人投資系爭 2 檔連動債前，已於本行投資 6 檔連動債及 8 檔基金，且由申請人之 KYC 問卷內容可知，申請人有投資股票、基金、保險及連動債等經驗，足資證明申請人投資經驗豐富。且本行係依申請人個人的理財需求提供資產配置之諮詢與建議，申請人於本行之投資均為申請人詳細評估個人資金規劃與投資標的綜效後方決定簽約申購，本行始於申請人約定帳號扣取申購款項，絕無申請人所指稱「於本人戶頭動手腳，致本人損失超過○○元」之情事。
6. 另申請人與本行有約定每月寄送對帳單，本行亦已如期寄送（寄送地址同申請人評議申請書所載地址），申請人應均收到且未曾至分行表達任何須協助的地方。且申請人每月定期收到「○○理財對帳單」，對帳單上連動債／海外債券欄所記載之「信託金額」，係為申購當時交付本行之申辦款項，至最新次級市場之參考報價除定期公告於本行網站，申請人亦可主動向本行理專洽詢。又為加強服務品質暨符合主管機關新規定，本行已自 97 年 7 月起於對帳單中提供最近期參考報價資訊。本行於銷售後之經營維護過程，專員皆會盡其專業能力向申請人報告分析市場趨勢，並進而討論，如申請人提出贖回，專員將依申請人之意思表示辦理，不會予以拒絕。且贖回與否的決定權係由申請人自行決定，本行不會干涉申請人意願，本案係因申請人對系爭 2 檔連動債表現不如預期而申訴，惟相關契約及文件皆為申請人來行親簽及確認，故本行並無疏失。
7. 又申請人於本行投資共 16 檔金融商品，僅系爭 2 檔連動債有虧損，說明如下：(1) 96 年 11 月 21 日申購系爭連動債一，美金○○元，99 年 11 月到期還本美金○○元，期間累計配息共領取美金○○元，虧損約美金○○元。(2) 97 年 3 月 20 日申購系爭連動債二，美金○○元，100 年 11 月贖回美金○○元（尚未扣除管理費美金○○元），期間累計配息共領取美金○○元，虧損約美金○○元。(3) 系爭連動債虧損共約美金○○元，申請人主張損失美金○○元，應有違誤。

8. 申請人於本行所投資 16 檔金融商品總投資含息係獲利共新台幣○○元（含系爭 2 檔連動債所生虧損），申請人僅因系爭 2 檔連動債表現不如其預期提出評議申請，對於其他獲利之基金及連動債投資卻隻字未提，未盡情理。且本行受託投資系爭連動債並不擔保信託本金及最低收益，又金融市場變化快速，並非本行可預期及掌握，本行實已盡相關注意義務並妥善處理本信託事務，是申請人請求本行賠償上開投資損失，實無理由。
9. 綜上所述，本行與申請人間整體交易過程已說明並揭露系爭 2 檔連動債內容及相關投資風險，投資與否之決定權係由申請人自行決定，本行絕無干涉申請人意願，且無以不當的銷售方式致使申請人於不清楚產品條件內容及投資風險之情況下申購系爭 2 檔連動債。本件爭議係因系爭 2 檔連動債受金融市場之波動，致投資表現不如申請人預期而申訴，本行實已盡善良管理人之注意義務，並妥善處理本信託事務，申請人所受之投資損失非本行可預期或掌握。自接獲申請人申訴後，本行已指派專人多次溝通說明，惟未獲申請人接受，雙方協商尚無共識，謹說明如上，祈盼 貴中心明察。

五、判斷理由

（一）相對人未妥適評估申請人投資風險屬性：

1. 按銀行辦理財富管理業務，應執行充分瞭解客戶之作業準則（即 KYC 程序），訂定開戶審查作業程序，及應蒐集、查證與紀錄之資料，包括客戶及受益人之身分、財務背景、所得與資金來源、風險偏好、過往投資經驗及開戶目的與需求等。尤其對特定背景或職業之高風險人士及其家屬，應訂定較嚴格之審查及核准程序。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 點第 2 項參照）。
2. 首查，申請人主張其原為○○銀行（後與相對人合併）單純存款戶，係經由相對人理專之推薦而陸續選擇適合退休保本之商品。相對人理專分別於 96 年 11 月 21 日及 97 年 3 月 20 日向申請人推薦系爭 2 檔連動債，申請人就前述 2 檔連動債合計申購金額為美金○○元，然因相對人所寄送之對帳單上並未顯示系爭 2 檔連動債之現值參考報價，致其深信投資本金安全，固定配息。另申請人於 104 年 12 月 8 日出席本中心調處庭時表示，與本案相涉之所有文件都是由相對人理專蓋用其原留印鑑，伊對各項文件內容為何並不知悉。準此，本件爭議首應探究者，乃相對人於

推薦系爭 2 檔連動債予申請人時，是否依上述銀行辦理財富管理業務應注意事項規定執行充分瞭解客戶之作業（即 KYC 程序）後，始推薦適合申請人之投資商品。就此，相對人係主張申請人於 96 年 3 月 23 日承作系爭 KYC 問卷，風險承受度測驗結果為 C5 積極型，並蓋用與該行往來約定印鑑章確認問卷內容無誤等語抗辯。雖相對人提出系爭 KYC 問卷用以證明其有行認識客戶之程序，但此僅為形式證據資料，可否審認相對人已確實審究申請人之投資風險屬性為何，即非無研求之餘地（按系爭 KYC 問卷僅留有申請人與相對人業務往來之原留印鑑章，並無申請人之簽名，此詳后述）。

3. 經查，系爭 KYC 問卷係以電腦選擇各項問題答案後，再列印出表格由問卷受訪者簽章，就一般銀行交易實務而言，此種以電腦選擇各項問題答案之問卷，多係經由銀行理專操作電腦，是故，系爭 KYC 問卷內容之答案是否果為申請人承作當時之真實情況，恐非無疑，亦即，銀行理專若為使其客戶之風險承受度極大化（即風險承受度為最積極），以利理專可銷售之金融商品更多元，非不可能發生 KYC 問卷內容與受訪者實際情況不符之情事。細繹本件相對人所提出之系爭 KYC 問卷內容第 2 題為「資產主要來源」，所選擇之答案為「2. 退休金」，第 5 題為「投資目的」，所選擇之答案為「4. 退休計劃」，由此觀之，相對人理專應知悉申請人係為退休人員，資金來源為退休金，其投資之目的係為退休計劃，然而同一份問卷第 11 題「與其他比較，您認為您是？」，其可選填之答案分別有「1. 極端低風險接受人。2. 非常低風險接受人。3. 低風險接受人。4. 一般冒險者。5. 高風險接受人。6. 非常高風險接受人。7. 極端高風險接受人。」等 7 種選項，就前述問題選項係選答為「6. 非常高風險接受人」，惟如前述，申請人資產主要來源為退休金，投資目的係為退休計劃，依一般社會通念觀之，「退休人員」對投資風險之承受度應較「非退休人員」更為保守，而非積極，準此，申請人是否果為「非常高風險接受人」，難謂無疑，此等問卷選答方式是否真為申請人之真意，即非無研求之餘地。再觀，系爭 KYC 問卷其他各項問題之答案，多數選擇為最積極之選項（如第 12 題「當投資決策錯誤時，您適應的狀況是？」，經選答為「4. 非常容易地」【此為該題選項中最積極的答案】；第 14 題「您有多強的信心能做出正確的投資決定？」，經選答為「5. 完全有信心」【此為該題選項中最積極的答案】；第 15 題「投資價值起起伏伏，您的投資總價值下跌多少會使您開始感到不安？」，經選答為「6. 超過 50%」【此為該題選項中最積極的答案】），系爭 KYC 問卷經選答上述答案後，依相對人之電腦系

統分析得出申請人之投資風險屬性為「C5 積極」型（按此項投資風險屬性依相對人之分類，為最積極型），惟縱為非退休之一般社會大眾都不一定係積極投資風險屬性之人，更遑論如申請人此種業已退休之人，相對人有無確實執行認識申請人之程序，顯非無可議之處，前開詢答內容究係申請人所答，或係經相對人理專指導後所答，或係相對人理專逕自代申請人選答，在申請人否認有檢視過相關交易文件之情形下，實情為何因本件實際招攬理專業已離職，以事後書面資料審酌釐清當時情況確有困難，然若僅憑系爭 KYC 問卷上有申請人之印鑑章，即認相對人已落實認識客戶投資目的與需求，即屬速斷。再者，系爭 KYC 問卷僅留有申請人之印鑑章，依形式外觀審酌雖屬完備，然該問卷內容及分析結果，是否由相對人理專向申請人詳為說明，取得申請人同意後始蓋用印鑑章，抑或如申請人所述所有文件皆係理專取得申請人之印鑑章後自行蓋用，依現有卷證資料，實難斷定何者說法為是，惟姑且不論系爭 KYC 問卷之印鑑章為何人蓋印，如上所述，系爭 KYC 問卷內容恐與申請人斯時情況存有落差，本中心尚難僅憑相對人提出系爭 KYC 問卷，即認定相對人業已落實上述銀行辦理財富管理業務應注意事項所定「充分瞭解客戶」之作業程序。

4. 次查，有關 KYC 問卷測驗結果之有效期限究為多久（亦即銀行對其客戶執行認識程序之問卷分析，須多久承作一次），雖法無明文，惟為落實認識客戶之作業程序，自應採較為嚴格之解釋，亦即，對類如申請人等退休之人，其投資風險承受度，隨時間之經過，有否漸趨近於保守，自當由具有專業能力之銀行協助判斷。本件系爭 KYC 問卷其上雖載明測驗有效期限至 97 年 3 月 22 日（按系爭 KYC 問卷之測驗時間為 96 年 3 月 23 日，亦即，相對人內部自訂 KYC 問卷之有效期限為 1 年），然如上述，申請人既為退休人員，縱認其於 96 年 3 月 23 日屬投資風險屬性「積極」之人，隨時間之流逝，申請人之投資風險屬性有無異動（按相對人之投資風險屬性分析結果有 C1 保守、C2 保守偏穩健、C3 穩健、C4 穩健偏積極及 C5 積極等 5 種態樣），在相對人理專向申請人推薦系爭 2 檔連動債時，亦應併予考量。本件申請人係分別於 96 年 11 月 21 日及 97 年 3 月 20 日投資系爭連動債一及系爭連動債二，距離系爭 KYC 問卷測驗之時間已逾 8 個月有餘，其中系爭連動債二之投資時間更係接近該問卷有效期限截止前 2 日，相對人對申請人之投資風險屬性有無改變，並確認系爭 2 檔連動債確實於申請人申購當時，仍符合其投資目的與需求，申請人確可承受系爭 2 檔連動債之投資風險，亦非無疑。是以，相對人抗辯系

爭 2 檔連動債之風險屬性為 S5【成長型】(按相對人對連動債風險屬性分為 S1【收益型】、S2、S3【平衡型】、S4 及 S5【成長型】等 5 級，其 S5 屬最積極之投資風險。依相對人對客戶執行 KYC 程序後，若投資風險屬性為 C1 保守之客戶適合申購 S1 型商品；C3 穩健之客戶適合申購 S1、S2、S3 型商品；C5 積極之客戶適合申購所有型態之商品)，與申請人之 KYC 問卷測試結果二者係屬適配，且系爭 2 檔連動債相關申購文件皆已蓋用申請人與該公司往來約定之印鑑章而完成申購程序，故就事實上及法律上，該公司皆已符合相關規定辦理云云，當屬可議。蓋如申請人此種以退休金規劃退休後生活之人，是否果為投資風險屬性持續不變之「積極」型客戶，且對申購系爭 2 檔「非保本型」連動債時，在投資總價值下跌超過 50% 以上時，才會開始感到不安，在投資決策錯誤時，適應的狀況乃「非常容易」，恐與一般社會通念有違，本中心依現有卷證資料，實難認定相對人在推薦申請人申購系爭 2 檔連動債時，已善盡認識客戶、了解客戶投資目的與需求，並提供合適之金融商品予申請人之義務。

(二)相對人已充分向申請人揭露系爭連動債之產品條件及風險內容：

1. 按「受託人應依信託本旨，以善良管理人之注意，處理信託事務。」、「受託人因管理不當致信託財產發生損害或違反信託本旨處分信託財產時，委託人、受益人或其他受託人得請求以金錢賠償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 條分別定有明文。另按「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。」信託業法第 22 條第 1 項及第 23 條亦分別定有明文。又中華民國信託業商業同業公會會員辦理特定金錢信託業務之信託報酬及風險揭露一致性規範(93 年 12 月 31 日)第 7 條規定，信託業辦理特定金錢信託業務，應依信託業應負之義務及相關行為規範第 27 條規定，揭露各該類型之業務所涉及之各類風險，其投資標的涉及連動債券或結構型商品者，並應依下列原則對委託人揭示相關風險：一、應就個別商品條件(中文及原文名稱)與所涉風險，確實向委託人說明及揭露；如國外發行機構已有提供前述商品條件及所涉風險之原文說明文件者，信託業應將原文說明文件忠實轉譯為中文說明文件，並將中文及原文說明文件一併交付予委託人於充分審閱產品條件內容說明及投資風險後簽章。二、揭示內容得彈性調整，但應遵循本規範所訂項目之基本內容。同規範第 8 條規定，信託業辦理特定金錢信託業務投資連動債券，應對委託人揭露之基本風險，包含最低收益風險、委託人兼受益人

提前贖回的風險、利率風險、流動性風險、信用風險、匯兌風險、事件風險、國家風險及交割風險等事項。同規範第 9 條規定，信託業辦理特定金錢信託業務投資連動債券，就不同商品應對委託人揭露之風險，包含發行機構行使提前買回債券權利風險、再投資風險、受連結標的影響之風險、通貨膨脹風險、本金轉換風險等事項。各風險事項之基本內容規定如下：一、發行機構行使提前買回債券權利風險 (Call risk)：發行機構若行使提前買回債券權利，將縮短預期的投資期限。二、再投資風險 (Reinvestment risk)：發行機構若行使提前買回債券權利，委託人將產生再投資風險。三、受連結標的影響之風險 (Sub-effect of Underlying Risk)：所連結之標的如遇特殊因素而須更換，計算價格的代理人 (XX Bank) 將有權依誠信原則挑選適當的標的代替。四、通貨膨脹風險 (Inflation Risk)：通貨膨脹將導致債券的實質收益下降。五、本金轉換風險：連動債券依商品設計或條件不同，可能發生投資本金依約定轉換成連結標的有價證券之情事者，則委託人處分有價證券之損益應自行承擔。信託業辦理特定金錢信託業務投資連動債券，除前項風險事項外，如有其他風險，應依不同類型之產品補充說明。準此可知，相對人受託申請人投資系爭 2 檔連動債時，應於交易文件中載明系爭 2 檔連動債之產品說明、交易條件及特性，並說明投資系爭 2 檔連動債可能之預期收益、風險或損失 (例如最低收益風險、委託人兼受益人提前贖回的風險、利率風險、流動性風險、信用風險、匯兌風險、事件風險、國家風險及交割風險等)，並由申請人簽章確認在交易前已充分瞭解系爭 2 檔連動債商品之各項風險，且同意完全承擔投資風險，以善盡相對人應對申請人為相當之資訊揭露及告知風險之義務。

2. 案查，申請人所申購之系爭 2 檔連動債係屬「非保本型」之連動債，此有相對人提出之系爭 2 檔連動債產品 DM、非保本型連動式債券客戶適合度評量暨約定書、系爭連動債一債券產品說明書、系爭連動債二債券產品說明書在案可佐。經查，系爭連動債一之「非保本型連動式債券客戶適合度評量暨約定書」第貳點「委託人了解並同意以下與○○銀行約定事項」第十項載明：「本約定書一式二聯，連同共 9 頁產品說明書，以加蓋委託人特定金錢信託帳戶原留印鑑作為騎縫章為效，並提供影本供委託人兼受益人存查。」等語，依相對人所提供之系爭連動債一產品說明書審酌，該 9 頁產品說明書確有如上所述之騎縫章，該系爭產品說明書業依上開中華民國信託業商業同業公會會員辦理特定金錢信託業務之信託報酬及風險揭露一致性規範載有各項風險 (見該產品說明書第 9 頁，

市場風險、流動性風險、信用風險、發行機構提早贖回風險、匯率風險、事件風險、國家風險、交割風險、再投資風險、利率風險、通貨膨脹風險、受連結標的影響之風險、稅賦風險、其他相關費用及潛在利益衝突等)。至於，系爭連動債二之產品說明書共有 11 頁，如前述系爭連動債一相同，於「非保本型連動式債券客戶適合度評量暨約定書」第貳點「委託人了解並同意以下與○○銀行約定事項」第十項載明：「本約定書一式二聯，連同共 11 頁產品說明書，以加蓋委託人特定金錢信託帳戶原留印鑑作為騎縫章為效，並提供影本供委託人兼受益人存查。」等語，此檔產品說明書亦留有如上約定之騎縫章。準此，就系爭 2 檔連動債產品條件、產品內容及風險告知說明等事項，尚難認相對人之作業有何違失之處。再者，申請人係以特定金錢信託契約關係經相對人推薦而申購系爭 2 檔連動債，而依相對人所提出經申請人蓋用往來原留印鑑章之「特定金錢信託投資國內外有價證券買賣交易申請書」審酌，其上有委託人姓名（即申請人）、身分證號（○○）、信託帳號（○○）、交易分行別（○○）、業務種類（初級市場債券）、信託業務別（外幣信託）、扣款帳號（○○）、收益帳號（○○）、信託投資標的（系爭連動債一、系爭連動債二）、幣別（美金）、面額／股數（○○、○○）等相關交易資訊，均足堪認定申請人業就其自有資金「指定」投資於系爭 2 檔連動債，相對人係以受託人身分受理申請人申購系爭 2 檔連動債，其對申請人之資金並無決定之權，故依現有卷證資料審酌，應認相對人已盡其揭露系爭 2 檔連動債之產品條件、產品內容及風險說明等義務，此部分尚難為不利於相對人之認定。

（三）相對人未依約履行定期報告及通知義務：

申請人於 104 年 12 月 8 日出席本中心調處庭時，並不否認相對人有寄發對帳單予伊，此有本中心調處筆錄在案可佐。申請人所欲主張之內容係相對人所寄送之對帳單未忠實呈現系爭 2 檔連動債之最新參考現值，致其誤信系爭 2 檔連動債之投資本金未有虧損情形，就此，相對人則以申請人每月定期收到「○○理財對帳單」，對帳單上連動債／海外債券欄所記載之「信託金額」，係為申購當時交付該公司之申辦款項（按指原始投資本金），至於最新次級市場之參考報價除定期公告於該公司網站外，申請人亦可主動向相對人理專洽詢。又為加強服務品質暨符合主管機關新規定，該公司自 97 年 7 月起於對帳單中提供最近期參考報價資訊等詞置辯。經查，申請人係分別於 96 年 11 月 21 日申購系爭連動債一及 97 年 3 月 20 日申購系爭連動債二，因前述 2 檔連動債皆屬「非保本型」之債券，是若以 97 年 4 月份

之「○○理財對帳單」為例（即申請人投資系爭 2 檔連動債後之最近一期對帳單），於「連動債／海外債—外幣特定金錢信託（庫存）」乙欄中，就申請人持有之系爭 2 檔連動債，僅顯示庫存面額（系爭連動債一為美金○○元，系爭連動債二為美金○○元）、外幣信託金額（系爭連動債一為美金○○元，系爭連動債二為美金○○元）及各檔連動債累積現金配息金額，確實沒有顯示前述 2 檔連動債之現值與投資損益情形。又以 97 年 4 月份之「○○銀行特定金錢信託投資國內外有價證券投資對帳單」觀之，在「連動債／海外債」乙欄中，就申請人持有之系爭 2 檔連動債，同樣僅顯示庫存面額（系爭連動債一為美金○○元，系爭連動債二為美金○○元）、信託金額（系爭連動債一為美金○○元，系爭連動債二為美金○○元）及各檔連動債累積現金配息金額，對系爭 2 檔連動債之現值與投資損益情形同未顯示，準此，申請人主張無法自相對人所寄送之對帳單中觀之，其所投資之系爭 2 檔連動債之現值情形，致其誤信系爭 2 檔連動債投資本金安全，且有固定配息乙節，自非無據。雖相對人抗辯有關連動債之最新次級市場參考報價有定期公告於該公司網站，且申請人亦可主動向相對人理專洽詢。然若相對人所寄送予申請人之對帳單，無法如實提供最新資訊予申請人，申請人如何對「非保本型」之連動債，作出即時之判斷與決定（如獲利了結、贖回停損…等決定），倘若相對人所稱有關連動債之最新次級市場參考報價可至該公司官方網站查詢或向相對人理專洽詢乙節可採，又何需寄送未呈現真實投資現況之對帳單予申請人，就此，實難稱相對人在履行定期報告及通知時，已善盡其應盡之義務。再者，相對人辯稱為加強服務品質暨符合主管機關新規定，該公司自 97 年 7 月起於對帳單中提供最近期參考報價資訊，由此反證，申請人於相對人之對帳單改版以前，確實無法知悉系爭 2 檔連動債之最新投資損益情形，應堪認定，是就相對人應履行定期報告及通知義務乙節，難無可咎之處。

- (四)惟按，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 2 檔連動債本應自行負擔投資損益。惟本件相對人核有系爭 KYC 問卷內容填載不當及提供未載明最新投資損益情形之對

帳單予申請人，致使申請人無法作成即時判斷與決定等缺失，故有特別予以補償申請人投資損失之必要。本中心爰依金融消費者保護法第 20 條第 1 項規定所揭櫫之公平合理原則及衡酌個案情狀，認相對人應衡平補償申請人投資損失，其比率為〇〇%。故相對人應補償申請人美金〇〇元整(計算說明如下：系爭連動債一，申購金額為美金〇〇元，投資期間累計配息美金 2〇〇元，99 年 11 月 30 日到期贖回實際入帳美金〇〇元，故損失金額為美金 34,049.42 元；系爭連動債二，申購金額為美金〇〇元，投資期間累計配息美金〇〇元，100 年 11 月 22 日到期贖回實際入帳美金〇〇元，故損失金額為美金〇〇元；前述系爭 2 檔連動債，申請人共損失美金〇〇元，因此，相對人應補償申請人之金額為美金〇〇元 X 〇〇%=美金〇〇元，元以下四捨五入)。綜上所述，申請人請求相對人給付美金〇〇元之範圍內為有理由，應予准許；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)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)信託業法第 22 條第 1 項

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。

(四)信託業法第 23 條

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。

(五)銀行辦理財富管理業務應注意事項第 8 點第 2 項(94 年 7 月 21 日修正)

第六點所稱充分瞭解客戶之作業準則，其內容至少應包括下列事項：(一) 接受客戶原則：應訂定客戶最低往來之金額及條件，以及得拒絕接受客戶之各種情事。(二) 開戶審查原則：1. 應訂定開戶審查作業程序，及應蒐集、查證與紀錄之資料，包括客戶與受益人之身分、財務背景、所得與資金來源、風險偏好、過往投資經驗及開戶目的與需求等。尤其對特定背景或職業之高風險人士及其家屬，應訂定較嚴格之審查及核准程序。2. 接受客戶開戶時，

須有適當之單位或人員，複核客戶開戶程序及所提供文件之真實性與完整性後始得辦理。3. 客戶授權另一人代表簽名開戶，須另對受託人進行評估並掌握最終受益人。

(六)金融消費者保護法第 20 條第 1 項

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

案例 033 結構型商品爭議-產品條件或風險說明爭議 (104 評 1634)

一、案例摘要

(一) 評議要旨：

本件系爭 A、B 商品預定到期日為 113 年 4 月 15 日及 111 年 6 月 6 日，如依產品條件除有提前到期情事者外，則為到期返還投資本金之保本商品，因目前尚未到期，而投資金融商品，本屬風險、獲利之投資行為，往往受景氣、國內外政經環境、及其他諸多因素之影響，且商品是否獲有配息，本繫於商品條件，無人能擔保將來絕對獲利、虧損，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。系爭商品之「結構型商品產品說明書」及「結構型商品風險預告書」已有相關說明及揭露，兩造就契約行為之意思表示無錯誤、詐欺、脅迫等無效或得撤銷事由，且申請人指謫相對人銷售過程不當之處，本案於欠缺相關具體事證下，尚難逕認相對人應負返還投資本金之責。

(二) 爭議商品：結構型商品

(三) 參考條文：信託法第 22 條、第 23 條、金融消費者保護法第 9 條第 1 項、第 10 條、金融服務業確保金融商品或服務適合金融消費者辦法第 4 條

(四) 關鍵字：結構型商品、適合度、產品條件揭露、風險揭露義務

二、事實經過

申請人主張 103 年初相對人理專鼓勵申請人使用房貸資金購買結構型商品，並誤導申請人告知商品為「固定配息年利率 12%」、「風險低」、「隨時可按照當時國際匯率解約贖回，無違約金，僅需贖回手續費上限美金 1,500 元」，並告知目前房屋貸款利息為 2%，如此投資獲利足以支付房屋貸款並可獲利。申請人不熟悉此類金融產品且缺乏投資經驗，誤信理專資訊，於 103 年 4 月 10 日將其配偶之理財型房貸資金以申請人名義購買「○年期○幣投資本金連結匯率結構型商品」(下稱系爭 A 商品)南非幣○○萬元(當時購買金額新臺幣○○元)，並於 103 年 5 月 28 日申請人配偶重新增貸房貸撥款後以申請人名義購買「○年期○幣投資本金連結匯率結構型商品」(下稱系爭 B 商品)南非幣○○萬元(當時購買金額新臺幣○○元)。申請人主張相對人未詳實說明配息條件及提前贖回風險等，致申請人受有損失，爰申

請評議。

三、本案爭點

- (一) 相對人是否充分評估申請人之投資風險屬性？
- (二) 相對人是否有說明並揭露系爭結構型商品產品條件及相關風險？
- (三) 申請人請求相對人給付申請人新臺幣○○元，有無理由？

四、當事人主張

(一) 申請人主張

申請人主張 103 年初相對人理專鼓勵申請人使用房貸資金購買結構型商品，並誤導申請人告知商品為「固定配息年利率 12%」、「風險低」、「隨時可按照當時國際匯率解約贖回，無違約金，僅需贖回手續費上限美金 1,500 元」，並告知目前房屋貸款利息為 2%，如此投資獲利足以支付房屋貸款並可獲利。申請人不熟悉此類金融產品且缺乏投資經驗，誤信理專資訊，於 103 年 4 月 10 日將其配偶之理財型房貸資金以申請人名義購買系爭 A 商品南非幣 100 萬元（當時購買金額新臺幣○○元），並於 103 年 5 月 28 日申請人配偶重新增貸房貸撥款後以申請人名義購買系爭 B 商品南非幣 520 萬元（當時購買金額新臺幣○○元）。申請人主張相對人未詳實說明配息條件及提前贖回風險等，致申請人受有損失。

(二) 相對人主張

1. 103 年 3 月申請人夫婦向理專詢問投資理財產品資訊，經理專了解申請人對於資產配置之規劃與需求，遂向申請人夫婦介紹以系爭 A 商品。經申請人夫婦評估後，由申請人配偶匯入資金，103 年 4 月 10 日申請人來行申購本商品，原建議投資金額南非幣○○萬元，客戶提高至南非幣○○萬元（申請人配偶申購商品前之自有資金約新臺幣○○萬元）。
2. 申請人配偶向本行詢問房屋貸款增貸事宜，表示有個人投資理財及海外移民等之資金需求，經比較他行房貸方案後，決定於本行辦理增貸，由本行房貸承辦人員依本行授信流程辦理，嗣於 103 年 5 月 23 日完成貸款對保程序，103 年 5 月 28 日撥貸新臺幣○○萬元。由於申請人夫婦表示 103 年 4 月所申購之系爭 A 商品配息情形良好，主動表達欲動支撥款金額約新臺幣○○萬元，於 103 年 5 月 30 日申購系爭 B 商品），申購金額為南非幣○○萬元。關於申請人指陳係受本行人員勸誘舉債投資乙節，實非實情。
3. 本案系爭 A、B 二檔商品皆為到期保本之結構型商品，申購期間每季依連結之匯率區間作為配息條件，配息收益率若達預定條件即可提前出場。104 年 3 月因歐元貶值，系爭 B 商品自 6 月起暫停配息，然系爭 A 商品

因承作匯率尚在配息區間內，仍持續配息，二檔商品目前均處於獲利狀況。

4. 依據申請人 103 年 4 月 9 日填寫之投資屬性問卷表，申請人投資風險屬性為第五級積極型，建議投資商品風險等級範圍為 RR1~RR5，而本案二檔系爭商品，商品風險等級皆為 RR3 穩健型，是以該商品風險等級符合本行對申請人投資屬性評估結果之推薦範圍。
5. 申請人申購系爭商品前，本行理專已就產品架構、存續期間、連結標的、投資收益計算方式及頻率、風險告知等相關事項向申請人夫婦詳實說明，並提供產品說明書及風險預告書予申請人審閱，且申購前本行均以電話錄音方式再次與申請人確認系爭商品之名稱、內容及投資風險等相關注意事項，並經申請人表示確認無誤後本行始受理申購，申購完成後本行亦寄發交易確認書予申請人留執。申購後亦定期寄送對帳單及收益配發通知書，俾利申請人掌握投資概況，本行已善盡說明及適合度評估義務。綜上所述，本行之銷售過程並無違反法令之處。

五、判斷理由

（一）相對人是否充分評估申請人之投資風險屬性？

1. 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，有開戶申請書附卷可參。是兩造間既成立信託關係，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。
2. 次按金融消費者保護法第 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。」又金融服務業確保金融商品或服務適合金融消費者辦法第 4 條規定：「銀行業及證券期貨業提供投資型金融商品或服務，於訂立契約前，應充分瞭解金融消費者之相關資料，其內容至少應包括下列事項：一、接受金融消費者原則：應訂定金融消費者往來之條件。二、瞭解金融消費者審查原則：應訂定瞭解金融消費者審查作業程序，及留存之基本資料，包括金融消費者之身分、財務背景、所得與資金來源、風險偏好、過往投資經驗及簽訂契約目的與需求等。該資料之內容及分析結果，應經金融消費者以簽名、蓋用原留印鑑或其他雙方同意之方式確認；修正時，亦同。三、評估金

融消費者投資能力：除參考前款資料外，並應綜合考量下列資料，以評估金融消費者之投資能力：（一）金融消費者資金操作狀況及專業能力。（二）金融消費者之投資屬性、對風險之瞭解及風險承受度。（三）金融消費者服務之合適性，合適之投資建議範圍。」；銀行辦理衍生性金融商品業務應注意事項（102年1月30日）規定「二十、銀行向客戶提供衍生性金融商品交易服務，應以善良管理人之注意義務及忠實義務，本誠實信用原則為之。」、「二十二、銀行向一般客戶提供衍生性金融商品交易服務，應建立商品適合度制度，其內容至少應包括衍生性金融商品屬性評估、瞭解客戶程序及客戶屬性評估，以確實瞭解客戶之投資經驗、財產狀況、交易目的、商品理解等特性及交易該項衍生性金融商品之適當性。」，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、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，始符合銀行受託人之善良管理人注意義務及信託本旨。

3. 查申請人於103年4月9日填具「客戶投資屬性問卷」，其投資風險屬性經評估為第五級積極型，申請人既對問卷上之相關選項係由本人填寫及末頁之客戶簽章係由本人所為等節並不爭執，申請人並於同日填具「商品理解能力評估」，第2頁說明事項載明「1. 商品理解能力評估需達門檻80分(含)以上，始可承作結構型商品…2. 如未達門檻，不得承作結構型商品…」，申請人填寫後評估分數為100分。又系爭A、B商品之結構型商品說明書商品風險等級載明為「RR3 穩健型」，系爭A、B商品之風險等級並未逾越申請人之風險承受能力，故相對人已就申請人之投資風險屬性為評估，堪認相對人已善盡善良管理人之注意義務。

（二）相對人是否有說明並揭露系爭結構型商品產品條件及相關風險？

1. 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；又銀行辦理衍生性金融商品業務應注意事項（102年1月30日）規定「二十四、銀行向屬自然人之一般客戶提供衍生性金融商品交易服

務，在完成交易前，至少應提供產品說明書及風險預告書，銀行並應派專人解說並請客戶確認。…銀行與一般客戶完成衍生性金融商品交易後，應提供交易確認書（應包含交易確認書編號）予客戶。第一項及第二項所稱風險預告書應充分揭露各種風險，並應將最大風險或損失以粗黑字體標示。」、「二十八、銀行向一般客戶提供結構型商品交易服務，應進行下列行銷過程控制：…（二）銀行向一般客戶提供結構型商品交易服務，應盡告知義務；對於交易條件標準化且存續期限超過六個月之商品，應提供一般客戶不低於七日之審閱期間審閱結構型商品相關契約；對於無須提供審閱期之商品，應於產品說明書上明確標示該商品並無契約審閱期間。（三）銀行向一般客戶提供結構型商品交易服務，銀行應向客戶宣讀該結構型商品之客戶須知之重要內容，並以錄音方式保留紀錄。」。

2. 查系爭A商品之「結構型商品產品說明書」第1、2頁重要事項摘要載明商品中文名稱、商品風險等級、銷售對象及商品審閱期，商品內容及交易條件載明計價幣別及投資金額、交易日、生效日、到期日、連結標的、連結標的類別、投資收益配發頻率、投資收益計算方式、收益來源、計價幣別到期本金保本率、最大可能損失、計算基礎、計算期間、收益配發日、提前到期條款等，其中銷售對象及商品審閱期欄位載明「本商品提供【一般客戶】，產品存續期限小於六個月或係客製化商品（非交易條件標準化），依規定無須提供商品審閱期。」並經劃記；投資收益計算方式載明「1. 投資收益率 $12.00\% \times N/D$ 。N=於各計算期間內每一觀察基礎，歐元兌美元及美元兌南非幣比價匯率皆同時落入或落在匯率區間之總日曆天數。D=各計算區間之總日曆天數。2. 其他說明及注意事項（6）客戶須了解，倘於所有觀察基礎，若連結標的任一比價匯率未落入或未落在約定的匯率區間內，則客戶稅前收益率為0.00%（年率）…（8）匯兌風險：本商品屬外幣計價之投資商品，客戶於投資支出以等值之台幣資金或其他幣別之資金兌換為本商品計價幣別之資金承作時，應留意本商品之孳息及返還本金轉換為原幣別資產，仍可能產生低於原幣別投資本金之匯兌風險。」；最大可能損失載明「○○銀行若未發生信用違約情事：1. 收益部分：本商品於到期日（含銀行提前到期）之最低稅前年收益率為0.00%，如客戶要求提前終止本商品契約，結算代理人將無法依據收益計算方式配發收益。2. 投資本金部分：若客戶持有本商品至到期（含銀行提前到期）時保證返還稅前100%投資本金。另倘客戶提前要求終止本商品契約，本商品將依市價計算，客戶除無法依據本商品

投資收益計算方式獲得收益配發外，可領回金額可能低於原始投資金額。」。系爭A商品之「結構型商品產品說明書」第3頁各項費用載明「5. 客戶申請提前終止日期限於各收益配發日之10個營業日前，且客戶須於銀行營業時間內以書面通知○○銀行後，始可提前終止本商品契約。6. 倘客戶要求提前終止本商品契約時，商品價值將由結算代理人依提前終止契約日連結標的表現、市場利率水準及剩餘之天期計算其市價，且客戶於本商品所投資之本金可能因此受到侵蝕。客戶並應給付提前終止手續費（以申購金額之1.0%計算，上限為美元壹仟伍佰元或等值金額）…。」。系爭A商品之「結構型商品產品說明書」第5頁下方載明「本人/本公司已詳細閱讀上載內容，並確認已收執本商品之【產品說明書】（共5頁）之副本（與○○銀行正本內容相符）乙份無誤。」。又系爭A商品之「結構型商品風險預告書」第1、2頁載明相關投資風險警語，其中「6. 客戶提前終止可能導致可領回金額低於投資本金」、「7. 最大可能損失為全部投資本金」以下底線劃記標註，風險說明項目載有連結標的風險、交易提前終止風險、利率風險、流動性風險、信用風險、匯兌風險、國家風險、賦稅風險、法律風險、再投資風險、商品條件變更風險等，對於交易提前終止風險之揭露，載有「本商品到期前如申請提前終止，將導致客戶可領回金額低於原始投資金額，甚至領回金額可能為零」並以下底線劃記標註，且第2頁下方載明「本人/本公司已充分了解投資本商品之潛在風險，並已詳細閱讀上開內容，且經○○銀行專人解說本商品之相關風險。本人/本公司確認已收執本商品之【風險預告書】（共2頁）之副本（與○○銀行正本內容相符）乙份無誤。」。而系爭B商品之「結構型商品產品說明書」及「結構型商品風險預告書」亦有類此產品說明及風險揭露，就前揭相關書面申請人並具簽確認。申請人並於103年4月9日填具「商品理解能力評估」，就問題5.「投資人如要求提前終止結構型商品契約將無法依據原定收益計算方式獲得收益配發，並有可能發生投資本金侵蝕，且於極端情形下，可能侵蝕投資本金之全部」。對於配息條件、提前贖回風險已明揭提前終止可能導致可領回金額低於投資本金及提前終止手續費係以申購金額之1.0%計算，上限為美元壹仟伍佰元或等值金額計算，堪認相對人就產品條件及風險已為說明及揭露，從而，申請人主張相對人告知系爭商品隨時可按照當時國際匯率解約贖回及無違約金乙情，申請人未能舉證以實其說，故尚難憑採。

3. 末查，系爭A、B商品預定到期日為113年4月15日及111年6月6日，

如依產品條件除有提前到期情事者外，則為到期返還投資本金之保本商品，因目前尚未到期，而投資金融商品，本屬風險、獲利之投資行為，往往受景氣、國內外政經環境、及其他諸多因素之影響，且商品是否獲有配息，本繫於商品條件，無人能擔保將來絕對獲利、虧損，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。據上論結，本件評議申請，既系爭商品之「結構型商品產品說明書」及「結構型商品風險預告書」已有相關說明及揭露，兩造就契約行為之意思表示無錯誤、詐欺、脅迫等無效或得撤銷事由，且申請人指謫相對人銷售過程不當之處，本案於欠缺相關具體事證下，尚難逕認相對人應負返還投資本金之責。

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)信託法第 22 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。

(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)金融消費者保護法第 9 條第 1 項

金融服務業與金融消費者訂立提供金融商品或服務之契約前，應充分瞭解金融消費者之相關資料，以確保該商品或服務對金融消費者之適合度。

(四)金融消費者保護法第 10 條

金融服務業與金融消費者訂立提供金融商品或服務之契約前，應向金融消費者充分說明該金融商品、服務及契約之重要內容，並充分揭露其風險。前項金融服務業對金融消費者進行之說明及揭露，應以金融消費者能充分瞭解方式為之，其內容應包括但不限交易成本、可能之收益及風險等有關金融消費者權益之重要內容。

(五)金融服務業確保金融商品或服務適合金融消費者辦法第 4 條

銀行業及證券期貨業提供投資型金融商品或服務，於訂立契約前，應充分瞭解金融消費者之相關資料，其內容至少應包括下列事項：一、接受金融消費者原則：應訂定金融消費者往來之條件。二、瞭解金融消費者審查原則：應訂定瞭解金融消費者審查作業程序，及留存之基本資料，包括金融消費者之身分、財務背景、所得與資金來源、風險偏好、過往投資經驗及簽訂契約目的與需求等。該資料之內容及分析結果，應經金融消費者以簽名、蓋用原留印鑑或其他雙方同意之方式確認；修正時，亦同。三、評估金融消費者投資能力：除參考前款資料外，並應綜合考量下列資料，以評估金融消費者之投資能力：（一）金融消費者資金操作狀況及專業能力。（二）金融消費者之投資屬性、對風險之瞭解及風險承受度。（三）金融消費者服務之合適性，合適之投資建議範圍。

基金招攬

案例 034 基金招攬-違反善良管理人注意義務（104 評 1797）

一、案例摘要

（一）評議要旨：

該筆系爭○○債券月配基金於扣第一期款項前，申請人業已辦理停止扣款及終止扣款作業，相對人既未提供服務，且契約就此情形未約定如何處理，依前開金保法第 7 條第 2 項後段規定，應為有利於金融消費者之解釋。據此，申請人請求相對人返還系爭○○債券月配基金開辦費美元○○元部分為有理由。

（二）爭議商品：定期定額基金

（三）參考條文：金融消費者保護法第 7 條、第 10 條第 1 項及第 3 項

（四）關鍵字：資訊揭露、善良管理人注意義務

二、事實經過

申請人自○○年○○月○○日起委託相對人辦理【○○】以定期定額的申購方式申購基金，後因手續費收取方式及數額與相對人產生爭議，爰申請評議。

三、本案爭點

申請人請求相對人返還申購基金手續費乙情，有無理由？

四、當事人主張

（一）申請人主張

1. 銀行理專銷售基金申購手續費○○%之方案，完全異於一般市場上正常收費方式，當事人是 70 歲以上老人，金融知識不足，理專銷售產品時未詳盡告知義務，客戶基於對理專信任，致使在毫不知情內容的情況下參與該方案。
2. 該方案係於基金申購時，會收取第一筆高達○○%的手續費，依一般稍有金融操作常識的人，其正常做法應係集中且長期申購少數幾檔基金，以達長期攤平手續費成本之目的，豈有僅一年左右的時間，就申購多達○○筆收取○○%手續費方案基金之理？且多數基金僅扣款數次後即停扣（編號○○僅扣○○次就停扣；編號○○甚至只扣○○次，被收取○○%手續費後就完全沒動作）完全不符合一般正常操作邏輯。另多數投資區域或標的性質明顯屬高度重複，更誇張的是標註第○○筆及第○○筆，同一檔基金「○○」及標註第○○筆及第○○筆同一檔基金「○○」，明明續扣即可享○○手續費，理專居然讓客戶就同一檔基金重複參與○○%方案之申購，被收取○○次○○%手續費。

3. 銀行理專利用首次申購基金收○○%手續費之規則，大鑽該方案之漏洞，為衝手續費收入利用客戶對理專之信任，唆使不知該方案收費架構的客戶，短期內大量申購投資區域及標的性質皆高度重疊之基金，藉此衝高手續費收入，榨乾客戶資金，如此作法完全不顧客戶權益，理財專員○○及○○銀行未盡信託受託人善良管理人注意義務，以致申請人資產遭受重大損失。申請人對於銀行理專不當銷售基金申購手續費○○%方案表示不能接受，請求○○銀行返還該方案不當收取之手續費，基金申購手續費應改依一般基金銷售方式，按申購筆數及金額依一定比例收取。
4. 另美元帳戶明細標註第○○筆○○手續費○○美元，經查帳戶明細並無○○申購紀錄，銀行多收此筆手續費，顯屬不當得利，應全額退還。
5. 綜上所述，若申請人充分了解該方案手續費收費方式，豈會有編號○○及○○同一檔基金重複參與○○%手續費方案之理？另編號○○白白被收取○○%高額手續費，後續連一筆申購紀錄都沒有？會有如此不合常理、損及自己利益的操作方式？理財專員○○及○○銀行未盡信託受託人善良管理人注意義務，已經導致申請人資產遭受重大損失。

(二)相對人主張

1. 經查本案系爭○○檔基金銷售過程本行皆係依相關規定辦理，除經理專充分告知產品內容及風險外，相關產品內容、投資風險、基金投資說明、費用收取方式等文件皆已提供予申請人收執，並經申請人於合理期間充分審閱，且親簽申購文件購買，其中基金投資相關說明及約定條款三、相關費用說明(二)「○○」基金定期定額申購開辦費，載明「以首期信託本金乘該基金開辦費率計算之，於申購時一次給付，由委託人給付予受託人。參與『○○』基金定期定額之申購開辦費以基金之信託本金乘上固定費率計算之(上限○○%)，於初次申請時一次給付，由委託人給付予受託人。」，又各檔系爭基金申請書內容四、載明「委託人確認收執本申請書留存聯、本商品相關說明及約定條約(共四頁)並依…，簽署如下：」，另每期扣帳授權載明「單筆申購/『○○』定期定額投資為辦理特定金錢信託投資單筆申購/『○○』定期定額投資，本人茲授權貴行自下列活期存款帳號扣款作為信託資金，…」，可知相關「○○」基金定期定額費用收取方式，皆已明確向申請人說明並經申請人親簽確認在案，並無申請人所稱情形。
2. 另申請人所稱帳戶明細標註第○○筆之「○○」(原稱○○)基金有未申購卻收取費用乙事，經查該筆基金係開辦後於扣第一期款項前，即由申

請人自行辦理停扣及終止扣款所致，並非本行有不當收取費用情形，又帳戶明細標註○○筆及第○○筆之基金，分別為代號○○基金與代號○○(美元月配)基金，顯非屬同一檔基金，申請人所述顯有誤解，且本件理專經查亦無申請人所述於另保險爭議案中，有教唆申請人代子女(被保人)簽名之情形，併予敘明。

3. 本行「○○」基金定期定額特點在於，以首期信託本金之○○%計算開辦費，嗣後該筆基金可享有條件終身零手續費之優惠；符合共同基金定期定額長期投資之特性，有助於透過時間均攤成本，此為可供客戶理財之選擇。申請人持有系爭○○檔基金期間，除部分以書面指示贖回外，其餘亦係由申請人透過網銀操作，此已充分顯示申請人對於相關系爭投資產品得自行操作，並無理專不當介入之情形。

五、判斷理由

- (一) 系爭基金商品之特定金錢信託申購申請書內容第一點就「公開說明書或投資人須知之交付方式(請勾選下列交付方式之一種)」之詢問事項，勾選為「已由基金公司交付或自銷售機構取得」，另第四點就「委託人確認收執本申請書留存聯、公開說明書或投資人須知交付方式、本商品相關說明及約定條款(共四頁)」，且經合理期間充分閱讀了解並同意相關內容，瞭解基金投資相關說明及約定條款第九條有關基金配息可能涉及本金之注意事項，簽署如下：…」，其委託人欄位則均留有申請人之簽名，亦有載明申購產品代號、名稱、信託金額、○○○定期定額開辦費、扣款日等資訊。復參系爭基金投資相關說明及約定條款及○○○定期定額投資廣告文宣等件所載，其上亦均有清楚說明定期定額開辦費用之計算方式等語，堪認相對人於申請人申購系爭基金時，已對申請人為相當之資訊揭露並交付契約相關文件。
- (二) 次查，依相對人所提出申請人於102年10月14日所作之風險屬性問卷記載內容，申請人風險屬性評估結果為「第4級(活躍型)」，此並經申請人簽名及相對人服務人員用印確認，其上更勾選「股票/股票型基金/不保本結構型產品/投資型保單為申請人最熟悉且經常投資的」、「申請人最常投資的金融商品有3年(含)以上未滿7年」等項，而本件卷附資料亦核無申請人否認風險屬性問卷及簽名真正乙情，雖申請人於進行風險屬性評估時為將近70歲之成年人，然其既係基於自己之意思為風險屬性評估，且簽名於其上，並考量申請人最高學歷為專科以上畢業，非毫無智識之人，應可瞭解簽名所代表確認之實質意義，足堪認申請人就相關商品投資交易應具有一定程度之經驗及能力。又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，系爭基金投資相關說明及約定條款：「三、相關費用說明：…『○○○』基金定期定額申購開辦費：以首期信託本金乘上該基金開辦費率計算之，於申購時一次給付，由委託人給付予受託人。參與『○○○』基金定期定額之申購開辦費以基金之信託本金乘上固定費率計算之(上限 28%)，於初次申請時一次給付，由委託人給付予受託人。」之約定，雖收取首次信託金額○○%之開辦費，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○○%計算之約定，尚屬合理。本中心依現有相關證據資料，尚難據認相對人理專有何不當銷售之情形，茲申請人未能另提出實證以實其說，本中心實難遽為認定相對人有申請人所稱未盡受託人善良管理人注意義務。

- (三) 末查，申請人另主張系爭第 22 筆○○○○○○基金並無申購紀錄，請求相對人返還手續費美元○○○○元乙情。經核前揭系爭○○○○○○基金係於 103 年 10 月 29 日申請人所申購，申購金額美元○○○○元，定期定額開辦費美元○○○○元(申購金額○○○○元*開辦費率○○%)，此有相對人提供之基金申購申請書可憑，堪認為真正。惟該筆系爭○○○○○○基金於扣第一期款項前，申請人業已辦理停止扣款及終止扣款作業，相對人既未提供服務，且契約就此情形未約定如何處理，依前開金保法第 7 條第 2 項後段規定，應為有利於金融消費者之解釋。據此，申請人請求相對人返還系爭○○○○○○基金開辦費美元○○○○元部分為有理由，申請人其餘請求，本中心尚難逕為有利申請人之認定。

六、評議決定

相對人應給付申請人○○元整。

申請人其餘請求，本中心尚難為有利於申請人之認定。

七、相關法規

(一) 金融消費者保護法第 7 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，應本公平合理、平等互惠及誠信原則。金融服務業與金融消費者訂立之契約條款顯失公平者，該部分條款無效；契約條款如有疑義時，應為有利於金融消費者之解釋。金融服務業提供金融商品或服務，應盡善良管理人之注意義務。

(二) 金融消費者保護法第 10 條第 1 項及第 3 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。

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。

案例 035 基金招攬-違反金融產品條件或風險說明 (105 評 0026)

一、案例摘要

- (一) 評議要旨：
- (二) 系爭商品契約書及風險預告書亦記載投資風險警語及風險揭露說明，有關連結標的風險及其他風險(1. 交易提前終止風險：本商品到期日前如申請提前終止，將導致您可領回金額低於原始投資金額【在最壞情形下，領回金額甚至可能為零】，或者根本無法進行提前終止。2. 利率風險…。3. 流動性風險…。4. 信用風險…。5. 匯兌風險…)。而該商品契約書有申請人之簽名，且經申請人簽署「本人已充分瞭解本商品並同意承擔其風險」等字樣。足認相關商品文件已完整揭露風險，申請人應已知悉系爭商品之投資風險、商品架構及計息條件，且知悉提前贖回可能會產生本金損失。是以，申請人稱甲員誘導其誤信系爭商品為固定配息乙節，申請人此部分之主張，因未提出足證陳述為真之證據，尚難遽認甲員於招攬系爭商品當時有不當銷售之事由存在。
- (三) 爭議險種：組合式商品
- (四) 參考條文：金融消費者保護法(103 年 7 月 1 日)第 7 條第 3 項、第 8 條第 1 項、第 9 條第 1 項、第 10 條、第 11 條及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(100 年 12 月 12 日)第 7 條
- (五) 關鍵字：揭露相關風險、說明義務、KYC

二、事實經過

申請人於 103 年○○月○○日由相對人理財專員甲(下稱甲員)，申購系爭商品，起息日 103 年○○月○○日，到期日 113 年○○月○○日，承作金額 50,000 元。申請人於 104 年○○月○○日向相對人申請提前解約系爭商品，相對人給付申請人○○元，損失共○○元。申請人經向相對人申訴未果，爰申請評議。

三、本案爭點

- (一) 相對人理財專員招攬系爭商品是否有不當銷售行為？
- (二) 申請人提前解約系爭商品後，請求相對人給付申請人損失之本金○○元，是否有理由？

四、當事人主張

(一) 申請人主張

1. 申請人於 103 年○○月○○日由相對人理財專員甲(下稱甲員)推銷保本的美金存款，固定每季配息 5%，發行人是相對人，申請人告訴甲員這些錢是自己的退休金、保命錢不能有損失，甲員表示除非相對人倒閉，

否則保本且每季固定配息 5%，是一種比定存還好的安全保本。後來收到相對人寄來的交易單，信件內附一張「○○○美金匯率型」組合式商品(下稱系爭商品)成交，當時申請人看不懂，且與當初有所不同，有廣告不實及隱瞞真實配息的內容，並強調保本且配息，有故意行為，使申請人陷於錯誤行為。當申請人得知後，即轉到相對人內湖分行解除這份契約，103 年○○月○○日投入本金○○元，104 年○○月○○日解約返還○○元，損失差額○○元。

2. 申請人前曾向相對人購買兩檔商品，是美元計價，每季配息 6%，保本且固定配息，但半年後銀行強制贖回。之後在甲員的鼓吹之下，甲員說系爭商品跟前面兩檔一樣，保本且固定配息，但這次配息只有 5%，搞不好銀行也是半年後就強制贖回，不會到 10 年；這種產品很保守，並沒有說到要有條件式的歐元或澳幣的牽制才能固定配息。甲員誘導申請人誤信本次投資內容等同前面兩檔都是固定配息且保本，銀行會隨時強制解約不會放到 10 年。
3. 相對人理專未盡善良管理之責，專業知識輔導分析，事前銷售瑕疵，事後態度不佳顯有瑕疵，致本人蒙受極大損失，請求返還損失○○元。

(二)相對人主張

1. 有關申請人爭議之系爭商品，乃相對人依據外匯指定銀行辦理推介外匯相關之結構型商品業務規範等相關規定辦理該項業務，並依申請人指示與其承作系爭商品，合先敘明。
2. 經查，申請人自 95 年起至申購系爭商品前，陸續於相對人投資 30 檔基金、2 檔組合式商品（不含系爭商品）。依據申請人於 103 年○○月○○日親自填寫之 KYC 客戶投資問卷暨投資風險承受度測試分析紀錄表，測驗結果申請人風險承受度為 C4 成長型，該測驗結果並經申請人確認無誤後簽名，相對人依據申請人該次 KYC 問卷結果，提供風險等級與申請人適配之商品供其參考，嗣經甲員向申請人說明並確認申請人瞭解系爭商品內容及相關風險後，於 103 年○○月○○日完成申購交易。
3. 依理專甲員招攬報告書，甲員表示申請人於申購系爭商品前，曾於相對人投資之兩檔組合式商品，該兩檔組合式商品分別於 103 年○○月及 103 年○○月提前保本到期，申請人於 103 年○○月○○日主動詢問是否有類似商品可再投資，故甲員提供系爭商品相關資料供參，並說明商品內容及計息區間之條件（歐元兌美元即期匯率及澳幣兌美金即期匯率均需落入計息區間並按日計息每季配息）及告知計息連結之標的與前次不同。該次服務過程約 1~2 小時，期間甲員說明系爭商品架構，並與申請

人討論其他資產配置方案，最終申請人同意於○○月份入帳美金○○元配置基金（嗣後申請人於103年○○月○○日申購○○股票月配息基金美金○○元及○○高收益基金○○元），另○○月份入帳美金○○元配置系爭商品。

4. 申請人於103年○○月○○日來行申購系爭商品時，甲員先持系爭商品之商品契約，再次向申請人說明商品架構及計息方式，並比照以往習慣以螢光筆標示重點，申請人瞭解後於商品契約書親自書寫「本人已充分瞭解本商品並同意承擔其風險」並簽章，其次甲員再向申請人說明系爭商品錄音內容，經申請人瞭解後，由相對人客服人員依規定完成錄音。
5. 依上述事實及佐證資料，甲員並未向申請人表示系爭商品保證配息，且申請人已瞭解系爭商品內容，並於商品契約書簽章及親自書寫「本人已充分瞭解本商品並同意承擔其風險」完成錄音作業，相對人亦已於系爭商品成立後將成交條件書寄發予申請人。
6. 嗣於104年○○月，申請人因地緣性考量，轉移至○○分行由另一理專乙（下稱乙員）服務，並於104年○○月○○日向乙員反應其認為系爭商品未來應無配息及報價上漲機會，且需套牢10年，要求贖回。乙員乃告知系爭商品不贖回仍為保本，且當時報價不佳呈現虧損，然申請人仍堅持贖回系爭商品，並於填寫「個人金融總處組合式商品（SI）提前解約/退件申請書」勾選依市價價格辦理提前解約及填寫贖回理由為市場因素。故申請人要求相對人補償其自行提前解約之投資選擇所生損失，實不合理。
7. 複查，系爭商品商品契約書業已明確記載系爭商品性質及相關風險，使申請人知悉瞭解且該契約書第1頁第二、（三）點、第4頁「投資收益給付及其計算方式」、第5頁「情境分析」及第7頁「計息方式」，皆明載系爭商品之投資收益，係以觀察期間內，連結標的之匯率是否落於計息區間內為是否給予配息之條件，且依該契約書第5頁及第7頁「情境分析」之「最差情境」明載「於配息計算期間，觀察指標1或觀察指標2定價每日皆落於計息區間外，每季領取年息0%。且發行機構發生信用風險，投資人損失本金」，亦足見系爭商品並未保證每期配息及配息金額。且申請人於系爭商品之商品契約書第11頁親自書寫「本人已充分瞭解本商品並同意承擔其風險」並於立約人欄親自簽名，更足見申請人已瞭解系爭商品配息與否將須視連結標的是否符合配息條件而定，而其投資之最大風險為發行機構（即本行）發生信用風險致本金全數虧損，如未發生提前終止之情形，且到期時發行機構未發生違約情事，到期結算

稅前金額為 100%（稅前）美金，或其等值。在該契約書明確揭示系爭商品之產品條件及風險情況下，甲員顯無可能向申請人保證系爭商品每次皆配息，而申請人亦無陷於錯誤而為投資之可能。

8. 綜上所述，申請人於申購系爭商品前，自 95 年起已陸續於相對人投資 0 檔基金、2 檔組合式商品（不含系爭商品），有充分投資經驗，且相對人理專甲員於招攬時已清楚說明商品架構，招攬過程並無違反金融消費者保護法，承作商品與否係由申請人自行決定，相對人絕無干涉或誤導。

五、判斷理由

- （一）按「金融服務業提供金融商品或服務，應盡善良管理人之注意義務；其提供之金融商品或服務具有信託、委託等性質者，並應依所適用之法規規定或契約約定，負忠實義務。」、「金融服務業刊登、播放廣告及進行業務招攬或營業促銷活動時，不得有虛偽、詐欺、隱匿或其他足致他人誤信之情事，並應確保其廣告內容之真實，其對金融消費者所負擔之義務不得低於前述廣告之內容及進行業務招攬或營業促銷活動時對金融消費者所提示之資料或說明。」、「金融服務業與金融消費者訂立提供金融商品或服務之契約前，應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。…。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方式為之，其內容應包括但不限交易成本、可能之收益及風險等有關金融消費者權益之重要內容；其相關應遵循事項之辦法，由主管機關定之。…」、「金融服務業違反前二條規定，致金融消費者受有損害者，應負損害賠償責任。…」、「金融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。」金融消費者保護法(103 年 7 月 1 日)第 7 條第 3 項、第 8 條第 1 項、第 9 條第 1 項、第 10 條、第 11 條及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(100 年 12 月 12 日)第 7 條分別定有明文。準此，相對人於提供金融商品前，應依照金融消費者保護法及主管機關所頒定之相關法規規範要求，瞭解其客戶與商品間之適合度、說明重要內容並充分揭露相關風險。

- （二）次按，「交易條件如有提前到期約定，應載明提前到期之條件或說明銀行得提前到期之權利、結算應付款數額之金額或計算方式」、「若客戶得提

前終止交易，銀行應說明終止交易時得領取金額之計算方式及給付方式，銀行辦理衍生性金融商品自律規範(103年6月20日)第7條第6款、第8條第4款亦定有明文。

(三)申請人主張甲員誘導其誤信本次投資內容等同前面兩檔商品，都是固定配息且保本云云；相對人則辯以：申請人於申購系爭商品前，於103年○○月及103年○○月曾向相對人投資兩檔組合式商品，該兩檔組合式商品分別於103年○○月及103年○○月提前到期獲利強制贖回，申請人於103年○○月○○日主動詢問是否有類似商品可再投資，故甲員提供系爭商品相關資料供參、申請人於103年○○月○○日來行申購系爭商品時，甲員亦再次持系爭商品之商品契約(10年到期保本，不保證配息)，向申請人說明商品架構及計息方式區間之條件(歐元兌美元即期匯率及澳幣兌美金即期匯率均需落入計息區間並按日計息每季配息)及告知計息連結之標的與前次(10年到期保本，固定配息)不同等語。經查：

1. 相對人所提經申請人於103年○○月○○日簽名確認之「KYC 客戶投資問卷暨投資風險承受度測試分析紀錄表」得出其之風險承受度為「C4 成長型」。而申請人所購買系爭商品(申購商品風險等級:C3 平衡型(含)等級以上之一般客戶)，是申請人之投資屬性與系爭商品係屬適配，並無超越風險申購之情況，且為雙方所不爭執，先予敘明。
2. 再查，申請人陳稱曾購買兩檔十年期保本且固定配息之美元計價商品，但半年後銀行強制贖回。另陳稱理專甲員於招攬時告知系爭商品搞不好半年後銀行強制贖回，不會放到十年等語，堪認申請人已知悉所購買之系爭商品係屬十年到期本金保本商品，且有可能提前到期保本贖回。
3. 申請人提供之「『○○○美金匯率型』組合式商品成交條件文件」，其上記載：「配息率：年息 5.00%X(應計日數/實際日數)」、「應計日數：於該配息計算期間，觀察指標 1 及觀察指標 2 定價同時符合計息區間內的日曆天數。」。系爭商品契約書及商品說明書分別記載：「二、商品內容摘要：…(三)投資收益給付及其計算方式：本商品投資收益，採每日計息的方式計算，每季配息的方式給付。自起息日起(含)，每日視觀察指標 1 定價及觀察指標 2 定價是否皆落於計息區間內，以決定該日是否依據商品配息年率計息。…」、「二、商品及交易條件：…配息率：年息 4.0~5.0%X(應計日數/實際日數)。應計日數：於該配息計算期間，觀察指標 1 及觀察指標 2 定價同時符合計息區間內的日曆天數。…三、各項費用及交易處理程序說明…4. …投資人若於商品到期日前申請提前終止(解約)，必須以申請解約當時之實際交易價格成

交，並可能發生損及原始投資金額的狀況，…。」。又商品說明書及商品摘要「情境分析」明列「較佳情境」、「普通情境」、「最差情境」共三種情境，其中「最差情境」則載明「於配息計算期間，觀察指標 1 或觀察指標 2 定價每日皆落於計息區間外，每季領取年息 0%。且發行機構發生信用風險，投資人損失本金」，據此，系爭商品並未保證每季配息及配息金額，其配息條件應視歐元兌美元即期匯率及澳幣兌美金即期匯率是否皆落入計息區間，且按日計算每季配息而定。

4. 末查，系爭商品契約書及風險預告書亦記載投資風險警語及風險揭露說明，有關連結標的風險及其他風險(1. 交易提前終止風險：本商品到期日前如申請提前終止，將導致您可領回金額低於原始投資金額【在最壞情形下，領回金額甚至可能為零】，或者根本無法進行提前終止。2. 利率風險…。3. 流動性風險…。4. 信用風險…。5. 匯兌風險…)。而該商品契約書有申請人之簽名，且經申請人簽署「本人已充分瞭解本商品並同意承擔其風險」等字樣。足認相關商品文件已完整揭露風險，申請人應已知悉系爭商品之投資風險、商品架構及計息條件，且知悉提前贖回可能會產生本金損失。是以，申請人稱甲員誘導其誤信系爭商品為固定配息乙節，申請人此部分之主張，因未提出足證陳述為真之證據，尚難遽認甲員於招攬系爭商品當時有不當銷售之事由存在。
5. 系爭商品成立生效後，嗣申請人於 104 年○○月○○日簽署「組合式商品(SI)提前解約/退件申請書」，其中提前解約/退件理由欄位則填寫「市場因素」。觀諸前揭提前解約/退件申請書均明確記載產品名稱、產品條件、提前解約聲明等事項，堪認申請人有辦理解約之意思，願承擔原始投資本金損失之風險，而相對人本於受託人之義務於解約成功後，亦依申請人之指定方式給付解約金，就此尚難認相對人有何不當之處。

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) 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；其提供之金融商品或服務具有信託、委託等性質者，並應依所適用之法規規定或契約約定，負忠實義務。

(二) 金融消費者保護法第 8 條第 1 項

金融服務業刊登、播放廣告及進行業務招攬或營業促銷活動時，不得有虛偽、詐欺、隱匿或其他足致他人誤信之情事，並應確保其廣告內容之真實，

其對金融消費者所負擔之義務不得低於前述廣告之內容及進行業務招攬或營業促銷活動時對金融消費者所提示之資料或說明。

(三)金融消費者保護法第 9 條第 1 項

金融服務業與金融消費者訂立提供金融商品或服務之契約前，應充分瞭解金融消費者之相關資料，以確保該商品或服務對金融消費者之適合度。

(四)金融消費者保護法第 10 條

金融服務業與金融消費者訂立提供金融商品或服務之契約前，應向金融消費者充分說明該金融商品、服務及契約之重要內容，並充分揭露其風險。…。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方式為之，其內容應包括但不限交易成本、可能之收益及風險等有關金融消費者權益之重要內容；其相關應遵循事項之辦法，由主管機關定之。

(五)金融消費者保護法第 11 條

金融服務業違反前二條規定，致金融消費者受有損害者，應負損害賠償責任。

(六)金融服務業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。

案例 036 基金招攬-違反金融產品條件或風險說明 (105 評 0203)

一、案例摘要

(一) 評議要旨：

相對人主張理財專員表示係因申請人來行進行 KYC 與申請人討論後，經申請人同意後親簽下單云云，經檢視相對人所提出之系爭「KYC 客戶資料表」影本，其上除表頭有申請人名稱及身分證字號外，相關資料除「投保狀態（可複選）」係有勾選外，其餘欄位如「個人基本資料」、「理財需求（可複選）」、「行外投資經驗（可複選）」、「目前可規劃資產」、「貸款狀況（可複選）」等均為空白，另關於「客戶投資風險屬性評量表」，其上「(4) 關於您的年收入」係顯示「〇~〇萬」，然同一時點(均為 104 年 1 月 29 日)由同服務人員(均為乙君)所作之「B 人壽財務狀況告知書」關於「3. 工作年收入(薪資+紅利獎金)」卻是填寫「約〇萬元」，兩者相差甚大，是相互以觀，相對人是否有確實踐行 KYC，以及系爭 KYC 是否忠實反映申請人之實際狀況，並非無疑，故基於衡平原則及誠實信用原則，本中心依金融消費者保護法第 20 條第 1 項所揭示之公平合理原則，認為相對人應補償申請人美金〇〇元為合理。

(二) 爭議商品：增值基金

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

(四) 關鍵字：KYC

二、事實經過

申請人於 93 年 4 月 5 日申購 12 年期〇〇〇連動債(標的代碼：〇〇〇9，申請承作金額為美金 11 萬元)，後於 103 年 8 月 15 日辦理全數贖回，贖回金額美金 104,709 元。期間系爭連動債曾於 93 年 11 月 6 日、95 年 5 月 16 日及 96 年 5 月 15 日進行配息，其金額分別為美金 7,700 元、美金 3,256 元及美金 2,214.19 元(合計為美金 13,170.19 元)，申請人以理財專員謊稱系爭連動債有賺錢及違反與申請人之代理人所談妥之承作美金定存之意旨為由，請求相對人賠償損失，遭相對人拒絕，爰申請評議。

三、本案爭點

申請人以理財專員謊稱系爭連動債有賺錢及違反與申請人之代理人所談妥之承作美金定存之意旨為由，請求相對人賠償〇〇〇連動債(代號：〇〇〇9)提前贖回所遭致之損失共美金〇〇元以及〇〇〇增值基金之損失美金〇〇元，是否有理由？

四、當事人主張

(一) 申請人主張

1. 申請人於 93 年 4 月 27 日在相對人理專之誤導下購買了本案系爭〇〇〇連動債(12 年期，下簡稱系爭連動債)，103 年 8 月相對人之理專〇〇〇

(下簡稱○員)通知申請人表示該檔連動債賺錢了可以贖回，當時申請人信以為真因此辦理贖回。後○員一再向申請人推介商品，申請人向○員表示她什麼都不懂，請他向其女(按即本案申請人之代理人)進行解說，申請人之代理人告知○員申請人一點風險都不能承擔，但因申請人感恩○員讓其連動債賺錢贖回，所以願意在無風險之情況下，用放在相對人活存中之美金幫其做業績。經申請人代理人與○員及○員主管○○○確認後，同意投保一張2年期保險及定存(即將活存美金分成2筆，第1筆付第1年保費，另1半存1年期定存，到期後支付第2期保費)，並請申請人到相對人處簽名蓋章。當日申請人返家後向代理人提及辦理定存還要繳納手續費，經申請人代理人於隔日打電話給○員才發現相對人讓申請人簽名蓋章之商品並非係之前與申請人之代理人所談妥之定存及保險(申請人一直以為其所簽名蓋章之文件都是申請人代理人與相對人所談好之2年期保險及定存)。後申請人至相對人處所處理，○員及其主管極力遊說讓申請人以為此為每個月配息比定存還好的商品，同時承諾會幫申請人看好這筆錢。

2. 後申請人直至上星期(按應為105年2月)收到第三人○○○公司之繳費通知時，申請人之代理人才發現餘額不夠支付保險費。經申請人代理人檢視歷年對帳單後才發現，本案系爭○○○連動債，投資金額為美金○○萬元，贖回金額僅有美金○○元，根本不是相對人所說的連動債賺錢了可以贖回。相對人雖表示所謂之賺錢是包含之前所有的配息，但之前通知申請人贖回時並未提及，如有提及申請人根本不可能贖回，因該筆款項只要放到到期日105年5月17日即可全額領回，申請人因不願損失本金所以才一直沒有提前贖回，更不可能在只剩1年多就可以拿回全數本金時，以損失本金美金○○元之情況下提前贖回，且該筆款項贖回後亦一直放在活存並無作其他用途，直到要幫○員做業績才動用。
3. 相對人之人員已與申請人之代理人確認好係要承作保險及定存，竟在申請人獨自前去辦理手續時，欺騙申請人承作其他產品，後又改騙申請人此係比定存好的東西同時承諾會幫申請人看好這筆錢。相對人理專明知定存部分是要用來支付第2年保費，且申請人代理人已事先一再告知○員及其主管因申請人年紀大且一點風險都不能承擔，相對人理專怎可為了業績而蓄意詐騙申請人。申請人已是將近70歲的老年人，教育程度又不高，對於投資理財之理解力完全沒有，才會要相對人直接找申請人之代理人討論，申請人連相對人讓他簽名蓋章的東西是什麼都不知道，才會告訴申請人代理人說定存還要手續費，讓申請人之代理人發現不對

勁，相對人怎能以申請人已具投資經驗……屬一般投資人所得認知範圍云云意圖卸責。

(二)相對人主張

1. 申請人持有系爭連動債截至103年8月15日止，累計配息美金○○元(最後一次配息日96年5月15日)，相對人理專向申請人說明贖回系爭連動債含配息已高過於申購時之原始金額之情形供申請人考量，相對人後續係依申請人意旨辦理贖回系爭連動債，該筆贖回金額資料並揭露於103年8月綜合對帳單，並無隱匿或誤導之情事。
2. 申請人申購「○○○增值基金」(下稱系爭基金)時，相對人理專曾提供多檔產品供相對人(按應為申請人)考量，經相對人(按應為申請人)評估後決定申購系爭基金，相對人於受理申請人委託申購系爭基金時，即已說明相關風險、條件及費用，並檢附○○○銀行受託投資國內外有價證券暨信託運用指示書、辦理特定金錢信託投資國內外有價證券聲明書供申請人逐項確認。其中信託運用指示書亦載明「本行(即受託人)不擔保最低收益，委託人或受益人應自負盈虧」。上開投資均為申請人充分審閱，並經詳加考慮後所作成之決策，且於申請人申購當時及完成交易後申請人之子女亦透過電話方式了解申請人投資規劃內容與基金手續費相關問題，確認後並無疑義，且系爭基金目前仍正常依約定之收益計算方式及收益配發方式配發收益，故相對人歉難同意依申請人所請補償。

五、判斷理由

- (一) 本案申請人之代理人主張因申請人不瞭解金融商品，故請相對人之理財專員向其(即申請人之代理人)說明產品內容，原雙方討論擬定之理財規劃方式係將資金分成兩筆，一筆規劃辦理定存，另一筆購買保單，等定存到期後將自動轉入活存後繳納保單之續年度保費，此有雙方所往來之電子郵件信函內容可稽。詎料，事後申請人前去相對人處辦理上開理財規劃時，相對人之理財專員明知申請人之年紀不適合冒險，卻欺騙申請人將原規劃之定存改成申購本案系爭○○基金，事後更表示系爭○○基金比定存好且承諾會幫申請人看好這筆錢，致申請人受有損害。惟此遭相對人否認，並表示前揭電子郵件內容(「直接分二年存，其中一筆資金為媽媽作定存」、「也因媽媽的年紀不適合冒風險」)係未為KYC前初步單一商品規劃，後因申請人來行承作KYC後，雖客戶年紀稍長，但客戶資產配置多元，經與客戶討論及同意後親簽下單(詳見相對人附件10)。由此可見，在申請人104年1月29日到相對人營業處所簽立「A國際商業銀行受託投資國內外有價證券暨信託運用指示書」前，申請人確實是要辦理定存及購買保單，

且相對人之理財專員亦知悉此情，應無疑義。又申請人雖指摘理財專員未依原先規劃辦理定存，卻讓申請人簽署非規劃內容中之基金申購書，事後更表示系爭○○基金比定存好且承諾會幫申請人看好這筆錢云云，惟縱認申請人所言為真（即理財專員讓申請人簽署非原規劃之基金申購書），然因申請人於評議申請書中表示「……當天回家母親（按即申請人）談及做定存還要手續費時，我（按即申請人之代理人）十分憤怒並於次日打電話求證，才發現他們 A 銀行要我母親簽名蓋章的東西並不是當初和我談妥的定存+保險（申請人一直以為其所簽名蓋章之文件都是申請人代理人與相對人所談好之 2 年期保險及定存）。我要求母親到該分行去請他們處理，在該分行主管及該理專的極力遊說下，讓我母親以為這是每個月配息比定存還好的東西，且該分行主管及該理專承諾要幫我母親看好這筆錢。」，依申請人上開陳述可知，申請人及其代理人至遲在申購系爭○○基金隔日即知所辦理並非定存而是申購基金，後至相對人分行進行處理時，在相對人分行主管及理財專員之遊說下，並未堅持取消申購或贖回，足見縱認申請人事前不知所簽立之文件係○○基金申購書，惟事後知悉時未堅持取消申購或贖回，且均有按期收到對帳單，堪認申請人已有事後承認之意，故難認系爭基金之申購行為為無效。至於申請人主張理財專員及其主管有表示這是比定存還好的東西並承諾會幫申請人看好這筆錢部分，因申請人並未提出相關證明以供憑查，難認申請人就此部分已依民事訴訟法第 277 條規定善盡其舉證之責，故本中心依本案現有卷證資料，尚難認為系爭○○基金申購行為為無效。

- （二）然相對人主張理財專員表示係因申請人來行進行 KYC 與申請人討論後，經申請人同意後親簽下單云云，經檢視相對人所提出之系爭「KYC 客戶資料表」影本，其上除表頭有申請人名稱及身分證字號外，相關資料除「投保狀態（可複選）」係有勾選外，其餘欄位如「個人基本資料」、「理財需求（可複選）」、「行外投資經驗（可複選）」、「目前可規劃資產」、「貸款狀況（可複選）」等均為空白，另關於「客戶投資風險屬性評量表」，其上「（4）關於您的年收入」係顯示「○~○萬」，然同一時點（均為 104 年 1 月 29 日）由同服務人員（均為乙君）所作之「B 人壽財務狀況告知書」關於「3. 工作年收入（薪資+紅利獎金）」卻是填寫「約○萬元」，兩者相差甚大，是相互以觀，相對人是否有確實踐行 KYC，以及系爭 KYC 是否忠實反映申請人之實際狀況，並非無疑，故基於衡平原則及誠實信用原則，本中心依金融消費者保護法第 20 條第 1 項所揭示之公平合理原則，認為相對人應補償申請人美金○○元為合理。

六、評議決定

相對人應給付申請人美金○○○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) 民事訴訟法第 277 條

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

(二) 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。

第三篇 證券期貨

證券期貨

案例 037 證券期貨-強制平倉爭議 (104 評 1846)

一、案例摘要

(一) 評議要旨：

相對人於○○年○○月 24 日上午 10 時 5 分許即有按開戶申請書暨信用調查表所載關於申請人電子郵件信箱及行動電話，以簡訊及電子郵件通知申請人本人應追繳保證金情事，雖足堪認相對人對於申請人本人已盡通知追繳保證金之義務。然觀申請人所提出之 A 期貨股份有限公司授權書所載內容，其內已明確記載申請人已全權委託甲君就系爭帳戶從事期貨、選擇權交易及交割事宜，且該授權書除有申請人及被授權人簽名外，並尚有相對人公司主管、經辦、營業員及營業專任主管等人用印確認，是故申請人就系爭帳戶之交易事宜業已全權委託甲君從事期貨交易乙情，顯然為相對人所明知。而相對人既業已明知系爭帳戶係由甲君全權代理申請人進行交易事宜，卻於系爭帳戶權益數低於維持保證金時，僅以簡訊及電子郵件通知申請人本人，而未就系爭帳戶實質進行交易之交易人甲君為追繳保證金之通知，遑論系爭帳戶開戶申請表更明確記載緊急聯絡人為甲君，相對人竟捨此不為，實難認相對人已盡通知之能事，不無違反受任人應盡之注意義務。

(二) 爭議商品：迷你台期指期貨

(三) 參考條文：期貨交易法第 67 條、期貨商管理規則第 48 條及第 49 條、金融消費者保護法第 20 條

(四) 關鍵字：追繳保證金、平倉

二、事實經過

申請人於○○年至相對人處開立期貨交易帳戶（下稱系爭帳戶），並委託授權受任人甲君負責代理申請人與相對人進行國內外期貨交易之相關行為，且開戶申請書暨信用調查表亦記載受任人甲君為緊急聯絡人。嗣系爭帳戶於○○年○○月 23 日收盤後留有○○月份迷你台期指期貨（商品代號：FITIX）○○口買方部位、○○月份迷你台指期貨 1 口賣方部位，因○○年○○月 24 日臺灣加權股價指數劇烈變動急跌，造成申請人留倉之多方部位維持保證金大幅增加及風險指標值快速下降，而成為高風險帳戶。系爭帳戶於○○年○○月 24 日上午 10 時 5 分許之權益數為○○萬元，已低於當時之維持保證金○○萬元及足額原始保證金○○萬元，且當時風險指標值為 70.08%。惟其後行情仍持續急跌，申請人期貨帳戶於○○年○○月 24 日上午 10 時 51 分許之權益數僅餘○○萬元，風險指標值亦僅為 18%，相對人乃代為執行沖銷作業。為此，申請人提起本件評議申請，請求相對人負賠償責任等語，

爰申請評議。

三、本案爭點

申請人以相對人代為沖銷及入金作業有疏失為由，請求相對人賠償交易損失，有無理由？

四、當事人主張

(一)申請人主張

1. 受任人甲君○○年○○月 24 日前往銀行現金存款至申請人之期貨指定帳戶，帳時間為 24 日上午 10 時 57 分，惟相對人卻遲於當日中午 12 時 13 分才以人工方式入金至期貨帳戶，時間相隔 1 小時又 16 分鐘，然相對人已早於當日上午 10 時 52 至 53 分時，即已將申請人帳戶期貨部位平倉。
2. 又開戶申請書暨信用調查表亦記載受任人甲君為緊急聯絡人，而受任人甲君於○○年○○月 24 日上午並未曾收到相對人期貨部位平倉補款告知訊息，相對人有嚴重疏失，造成申請人當天投資金額損失。

(二)相對人主張

1. 申請人帳戶於上午 10 時 5 分權益數已低於未沖銷部位所需維持保證金，而成為高風險帳戶，相對人立即依臺灣期貨交易所股份有限公司規定發送簡訊及 E-MAIL 至申請人留存於開戶文件之行動電話及電子郵件信箱進行通知。惟因行情持續下跌，申請人帳戶風險指標低於 25%，是相對人乃代為執行沖銷作業，並於該日上午 10 時 52 分 8 秒至 35 秒間全數完成，申請人自應承受期貨交易結果。
2. 至於申請人所稱之後於該日上午 10 時 57 分至銀行臨櫃存入現金及其他等節，均與相對人代為執行沖銷作業及申請人所受損失無涉，且亦不具因果關係。
3. 又申請人既係開立期貨帳戶之「期貨交易人」，相對人並已發送簡訊及 E-MAIL 至申請人留存於開戶文件之行動電話及電子郵件進行盤中高風險帳戶通知，乃悉依規定執行期貨交易相關事項。

五、判斷理由

- (一)按「期貨商受委託進行期貨交易時，應向期貨交易人收取交易保證金或權利金，並設置客戶明細帳，逐日計算其餘額。」，期貨交易法第 67 條定有明文。另期貨商管理規則第 48 條及第 49 條分別規定：「期貨商應設置客戶明細帳，逐日計算每一客戶保證金專戶存款與有價證券餘額及有價證券抵繳金額之變動情形，並編製所有客戶保證金專戶明細表。期貨商為前項之計算後，應依下列方式處理。但於從事國外期貨交易時，國外期貨交易所

另有規定者，得依其規定辦理。一、期貨交易人之期貨交易虧損金額，由保證金專戶扣除。二、期貨交易人之期貨交易盈餘金額，應存入保證金專戶。三、客戶保證金專戶之存款餘額與有價證券抵繳金額合計數低於維持保證金之數額時，應即通知其繳交追加保證金至原始保證金額度。四、客戶保證金專戶之存款餘額與有價證券抵繳金額合計數超過原始保證金者，依期貨交易人指示提領及交付。前項第三款所指之追加保證金，應依受託契約所定期限繳交。」、「期貨交易人之權益數低於各期貨交易所規定之維持保證金數額者，期貨商應即辦理催繳。期貨商未依前項規定收足各期貨交易所規定之保證金數額者，不得接受期貨交易人之交易委託，但沖銷原有契約部位者，不在此限。經營期貨交易複委託業務者，準用前二項之規定辦理。」。

(二)次按，期貨交易是利用槓桿原理進行高風險、高利潤的保證金交易。高槓桿之特性，可以期貨交易之獲利放大，同時也可能造成損失倍增，為控制風險，遂有隨時計算保證金是否足夠之規定，此為期貨交易之特性。如果一經洗價（結算）後發現保證金不足，交易人必須於期貨商規定的時間內補足保證金，否則期貨商有權結清交易人的部位。是保證金分為「原始保證金」與「維持保證金」兩個層次，交易人必須於交易前繳交原始保證金至期貨商指定之銀行帳戶，如果行情不利於交易人，致使保證金水位低於維持保證金，則交易人必須補足保證金至原始保證金水準。而此維持保證金即為委託人之義務，其維持之方式即透過受託人通知繳交保證金及保留代為沖銷之權利始得順利運作，確保契約雙方之權利，降低風險所帶來之損失，且保證金制度係為保障期貨商及期貨交易人之相對人之利益而設，而屬期貨商之權利（臺灣高等法院 99 年度上易字第 746 號民事判決參照）。

(三)再依申請人與相對人間之受託契約第 11 條有關「代沖銷交易之條件與相關事項」約定：「有下列各款情形之一時，乙方（即相對人）得不通知甲方（即申請人），由乙方逕行決定是否沖銷甲方交易之全部或部份部位：一、甲方之權益數低於維持保證金時，甲方未於期限內繳交追加保證金或自行減倉，乙方得逕行代甲方沖銷其所持有未結清之全部或部份交易契約。二、上述代沖銷規定係屬乙方權利而非義務，對於乙方未依該等規定期限所為之代甲方沖銷結果，或乙方未代甲方進行沖銷之結果，甲方皆同意對乙方負責。三、甲方未於期限內繳交保證金。四、乙方依市場或其他急迫狀況認為必要時，通常為甲方權益數或清算權益數低於原始保證金之 25% 時得即時以此市價逕行代甲方沖銷其所持有未結算之全部或部份交易契約。此一權利不因乙方有無向甲方發出追加保證金而受影響，亦不因任何乙方作

為，不作為視為拋棄此權利。…」。

(四)本件申請人固然主張相對人代為沖銷及入金作業有疏失而請求賠償損害云云。惟此為相對人所否認，並以前揭情詞置辯。準此應審究者在於相對人是否有代為沖銷及入金作業疏失存在？經查，申請人之期貨帳戶於○○年○○月23日收盤後留有○○月份迷你台指期貨（商品代號：FITIX）○○口買方部位、○○月份迷你台指期貨1口賣方部位，依此留倉部分，申請人當時交易策略組合應屬偏多方操作，然因○○年○○月24日臺灣加權股價指數劇烈變動急跌，造成申請人留倉之多方部位維持保證金大幅增加及風險指標值快速下降，而成為高風險帳戶，申請人期貨帳戶於○○年○○月24日上午10時5分許之權益數為○○萬元，已低於當時之維持保證金○○萬元及足額原始保證金○○萬元，且當時風險指標值為70.08%。惟其後行情仍持續急跌，申請人期貨帳戶於○○年○○月24日上午10時51分許之權益數僅餘○○萬元，風險指標值亦僅為18%，此有相對人所提出當日行情表、簡訊及電子郵件通知明細、投資人投資現況查詢、委託／成交回報資料查詢、期貨交易日對帳單等件可稽。準此，相對人於○○年○○月24日上午10時52分許，就申請人持有部位因市場行情波動以致帳戶權益總值低於維持保證金及風險指標低於25%，而依循前揭法條規定及契約約定，逕行代為沖銷申請人所持有未結清之全部或部份交易部位，尚難認有何違誤之處。

(五)又申請人另主張該期貨帳戶已委託受任人甲君負責進行國內外期貨交易，惟相對人於帳戶權益數低於維持保證金時，竟未通知受任人甲君追繳保證金，顯有疏失云云。經查，依相對人所提簡訊及電子郵件通知明細所載，相對人於○○年○○月24日上午10時5分許即有按開戶申請書暨信用調查表所載關於申請人電子郵件信箱及行動電話，以簡訊及電子郵件通知申請人本人應追繳保證金情事，雖足堪認相對人對於申請人本人已盡通知追繳保證金之義務。然觀申請人所提出之A期貨股份有限公司授權書所載內容，其內已明確記載申請人已全權委託甲君就系爭帳戶從事期貨、選擇權交易及交割事宜，且該授權書除有申請人及被授權人簽名外，並尚有相對人公司主管、經辦、營業員及營業專任主管等人用印確認，是故申請人就系爭帳戶之交易事宜業已全權委託甲君從事期貨交易乙情，顯然為相對人所明知。而承前所述，相對人既業已明知系爭帳戶係由甲君全權代理申請人進行交易事宜，卻於系爭帳戶權益數低於維持保證金時，僅以簡訊及電子郵件通知申請人本人，而未就系爭帳戶實質進行交易之交易人甲君為追繳保證金之通知，遑論系爭帳戶開戶申請表更明確記載緊急聯絡人為甲

君，相對人竟捨此不為，經參照前揭高等法院判決意旨，維持期貨帳戶交易保證金固為交易人之義務，但維持之方式仍須透過受託人通知繳交保證金始得順利運作，以確保契約雙方權利，進而降低風險所帶來之損失，茲系爭帳戶之緊急聯絡人既為甲君，且相對人更明確知悉系爭帳戶實質進行交易之人亦為甲君，然於保證金應追繳之通知時，未就系爭帳戶之實質交易人為追繳之通知，實難認相對人已盡通知之能事，不無違反受任人應盡之注意義務。

(六)又本件相對人既已違反應盡通知追繳保證金之受任人義務，致甲君無法即時匯入保證金，有其疏失存在，業已如前所述，而相對人依期貨交易法第 67 條及兩造間受託契約第 11 條關於「代沖銷交易之條件與相關事項」：「…四、乙方依市場或其他急迫狀況認為必要時，通常為甲方權益數或清算權益數低於原始保證金之 25% 時得即時以此市價逕行代甲方沖銷其所持有未結算之全部或部份交易契約。此一權利不因乙方有無向甲方發出追加保證金而受影響，亦不因任何乙方作為，不作為視為拋棄此權利。…」之約定，亦負代為沖銷之權利以為確保契約雙方之權利，並降低風險所帶來之損失。是故本中心基於保護金融消費者，以增進金融消費者對市場之信心，並促進金融市場之健全發展之立場，經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，認相對人既有未善盡通知追繳保證金疏失之情事，應酌予補償申請人系爭帳戶於○○年○○月 23 日收盤後所留○○月份迷你台期指期貨（商品代號：FIMTX）○○口買方部位及○○月份迷你台指期貨○○口賣方部位損失○○%之責任。再觀委託／成交回報資料查詢及期貨交易人日對帳單所載，系爭帳戶於該日計損失○○萬元。準此，相對人應補償申請人計為○○萬元。

(七)至申請人復主張其當天於○○年○○月 24 日上午 10 時 57 分以銀行臨櫃存入現金，惟相對人卻遲至當日中午 12 時 13 分始以人工方式入金，是相對人入金作業顯有疏失，應賠償申請人之損失云云。查相對人於○○年○○月 24 日上午 10 時 52 分許，就申請人持有部位因市場行情波動以致帳戶權益總值低於維持保證金及風險指標低於 25%，而逕行代為沖銷申請人所持有未結清之全部或部份交易部位乙情，並無違誤，業已如前所述，則申請人遲至○○年○○月 24 日上午 10 時 57 分於銀行存入現金入帳，顯然已逾相對人代沖銷作業交易之時點，是縱相對人係於當日中午 12 時 13 分始完成入金作業，此亦核與申請人期貨帳戶因相對人代沖銷作業所致交易虧損無涉，申請人前揭主張尚非有據。

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) 期貨交易法第 67 條

期貨商受委託進行期貨交易時，應向期貨交易人收取交易保證金或權利金，並設置客戶明細帳，逐日計算其餘額。

(二) 期貨商管理規則第 48 條

期貨商應設置客戶明細帳，逐日計算每一客戶保證金專戶存款與有價證券餘額及有價證券抵繳金額之變動情形，並編製所有客戶保證金專戶明細表。期貨商為前項之計算後，應依下列方式處理。但於從事國外期貨交易時，國外期貨交易所另有規定者，得依其規定辦理。一、期貨交易人之期貨交易虧損金額，由保證金專戶扣除。二、期貨交易人之期貨交易盈餘金額，應存入保證金專戶。三、客戶保證金專戶之存款餘額與有價證券抵繳金額合計數低於維持保證金之數額時，應即通知其繳交追加保證金至原始保證金額度。四、客戶保證金專戶之存款餘額與有價證券抵繳金額合計數超過原始保證金者，依期貨交易人指示提領及交付。前項第三款所指之追加保證金，應依受託契約所定期限繳交。

(三) 期貨商管理規則第 49 條

期貨交易人之權益數低於各期貨交易所規定之維持保證金數額者，期貨商應即辦理催繳。期貨商未依前項規定收足各期貨交易所規定之保證金數額者，不得接受期貨交易人之交易委託，但沖銷原有契約部位者，不在此限。經營期貨交易複委託業務者，準用前二項之規定辦理。

(四) 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。