

# 金融商品及消費者權益相關法律知識訊息



## -保險篇-

### 目錄

案例一	因果關係認定 .....	2
案例二	事故發生原因認定 .....	5
案例三	殘廢等級認定 .....	9
案例四	訂約時已在疾病或妊娠情況中 .....	14
案例五	除外責任 .....	20
案例六	違反告知義務 .....	25
案例七	契約效力爭議 .....	28
案例八	承保範圍 .....	34
案例九	必要性醫療 .....	39
案例十	條款解釋爭議 .....	44



# 金融商品及消費者權益相關法律知識訊息

## -保險篇-



### 案例一 因果關係認定

外傷性顱內出血死亡

爭議險種：傷害保險

#### 一、事實經過

緣被保險人投保○○人壽之團體保險並附加平安保險附約。嗣被保險人民國(下同)91年5月於跌倒後送醫不治過世，迨向○○人壽提出意外身故保險金理賠申請，該公司以其死亡原因並非外傷所致為由，拒絕給付保險金。申訴人不服，乃申請調處。

#### 二、爭議點

依據相關病歷資料，本案事故係因疾病或外來突發事故所致？  
保險公司應否理賠意外身故保險金？

#### 三、當事人主張

##### (一) 申訴人主張：

被保險人91年5月3日於中壢○○內科診所醫院，擬到院接受第二次洗腎時，走到洗腎室門口滑倒，因頭部撞地有嘔吐現象，經緊急轉送行政院衛生署署立○○醫院急診，並於加護病房住院治療。91年5月9日辦理自動出院後去世，





臺灣桃園地方法院檢察署相驗屍體證明書記載，其死亡方式為「意外死」，死亡原因為「跌倒、頭部外傷、顱內出血」，因此保險公司應予理賠意外身故保險金。

(二) 保險公司主張：

1. 依系爭團體保險保單條款第3條【保險範圍】之約定：  
「被保險人於本契約有效期間內，因遭受意外傷害事故，致其身體蒙受傷害而致殘廢或死亡時，依照本契約之約定，給付保險金。前項所稱意外傷害事故，指非由疾病引起之外來突發事故。」
2. 依中壢○○內科診所醫院開立被保險人之病歷摘要，及行政院衛生署署立○○醫院之電腦斷層掃描片，經醫師鑑定死亡原因為「高血壓性腦病變」，係屬內發疾病，並非外力直接導致，不符條款約定之保險範圍，故本公司無由給付意外身故保險金。

四、審查意見

- (一) 依據病歷紀錄，被保險人61歲，尿毒症，在中壢○○內科診所醫院門診診治。91年5月3日在該院洗腎室門口滑倒，頭部撞地，嘔吐，轉送行政院衛生署署立○○醫院。中壢○○內科診所醫院之診斷懷疑為「頭部外傷、腦中風







或高血壓性腦病變」，惟該院無法確定真正病因係上述三種診斷之何種病因。

(二) 91年5月3日急送行政院衛生署署立○○醫院後，電腦斷層掃描片顯示被保險人左側硬腦膜下血腫及兩額前葉腦挫傷出血，並未顯示腦中風或高血壓性腦病變。被保險人於91年5月9日自動出院後逝世。行政院衛生署署立○○醫院診斷為尿毒症及外傷性顱內出血。臺灣桃園地方法院相驗屍體證明書記載死因為「頭部外傷引起顱內出血」。結論：被保險人死因確為頭部外傷所致之顱內出血。

(三) 綜觀本案，被保險人電腦斷層掃描片顯示「左側硬腦膜下血腫及兩額前葉腦挫傷出血」，並未顯示「腦中風或高血壓性腦病變」。醫院診斷為尿毒症及外傷性顱內出血，檢察署相驗屍體證明書記載死因為頭部外傷引起顱內出血。因此本案被保險人死因確為頭部外傷所致之顱內出血，建議保險公司依約給付意外身故保險金。

## 五、調處結果

本案被保險人死因確為頭部外傷所致之顱內出血，建議保險公司依約給付意外身故保險金。





## 案例二 事故發生原因認定

### 騎機車滑倒致腰椎滑脫

#### 爭議險種：傷害保險

##### 一、事實經過

緣被保險人於民國(下同)85年2月1日投保○○人壽還本終身壽險，嗣被保險人因意外滑倒導致腰椎滑脫並且壓迫到腿神經，於91年10月20日至彰化○○○醫院接受手術並住院治療，迨向○○人壽請領傷害醫療保險金時，該公司以「被保險人因『第四、五腰椎滑脫術後』接受手術住院係慢性病變所引起，非因意外傷害所致」為由，拒絕給付保險金。申請人不服，乃申請調處。

##### 二、爭議點

本案被保險人因「腰椎滑脫」住院開刀原因是否為意外傷害所致？抑或為疾病所引起？

##### 三、當事人主張

###### (一) 申訴人主張：

被保險人在91年10月中因騎機車意外滑倒，導致右腳無法站立後，先送至○○醫院就診並吃藥治療，因未見好轉而接受X光片、核磁共振及斷層掃描等檢查，結果判定為「脊







椎滑脫並壓迫腿神經」必須開刀，被保險人因而安排於彰化○○○醫院住院並接受手術治療。被保險人出院後即彙整診斷證明書及收據，向○○人壽申請傷害醫療保險金理賠，但○○人壽認為被保險人並無外傷就醫證明，非屬意外傷害事故，故僅能以疾病核賠。

(二) 保險公司主張：

1. 被保險人於91年10月20日至10月30日於彰化○○○醫院接受手術並住院治療，申請傷害醫療保險金一事，經函詢○○醫院及○○醫院並審核相關病歷資料後，評估被保險人此次「第四、五腰椎滑脫」住院與於○○醫院就診時所提之「下背疼痛，延至右臀，下肢麻痛期間約1年」應有因果關係，並非意外傷害事故所致。
2. 針對被保險人所提供之X光片及攝影報告，X光片顯示其「腰椎長骨刺，退化性(骨性)關節炎及L5滑脫」，多屬慢性病變；且依○○醫院91年10月2日門診記錄所載，被保險人一個月前已有下背疼痛之紀錄，此與被保險人所表示意外跌倒發生時間(91年10月2日)並不吻合。基於以上，本公司針對被保險人此次住院之事故，再次評估確實未符合附約條款約定之給付範圍。





#### 四、審查意見

(一) 按腰椎滑脫傷害共分為六種，分別為先天性、狹窄性(含創傷)、退化性、創傷後、病理性及手術後等六項主因，並非完全是因退化性所致，即如創傷後亦有可能造成腰椎滑脫傷害。

(二) 查被保險人本身確實存在舊有腰椎滑脫現象，此與保險公司所主張，被保險人已有腰椎退化性關節炎及「第四、五腰椎滑脫」之疾病相同，但是本次腰椎滑脫所造成壓迫性骨折現象，乃是因新的創傷介入所造成，為急性挫傷之後造成椎間盤突出瞬間壓迫神經並導致下肢無力。由其病歷及核磁共振影像可證明，是因脊椎滑脫併脊髓壓迫，使其椎間盤急性突出，且第五腰椎的椎體呈現壓迫性骨折現象，從生物力學來看，此須受到很大的外力才可能導致上述情形，因此推論被保險人之病因為舊有脊椎滑脫症，經由意外傷害造成壓迫性骨折而引起症狀加重，因此上述神經症狀為跌倒後才造成，亦即意外傷害所導致。

(三) 依據系爭保險契約第7條第2項約定：「前項所稱意外傷害事故，指非由疾病引起之外來突發事故。」；而所謂「外來突發之意外事故」係指出自外來、非被保險人內在自身







疾病所引發，亦非被保險人所得預期發生之事故。依據被保險人之病歷及核磁共振等影像檢查資料判斷，本案被保險人因滑倒導致腰椎滑脫需住院開刀情形，應是出自外來突發之意外傷害事故所致，雖然本案被保險人已存在舊有背痛症狀(應為脊椎滑脫所造成)，但就其神經症狀而言，並非內在自身疾病所引發，而是意外傷害造成壓迫性骨折所致。

(四) 綜上所述，本案關於被保險人之腰椎傷害原因，應是既存舊有疾病經由意外傷害加重所需之住院開刀治療無誤，建議保險公司依照意外傷殘保險附約，給付傷害醫療保險金予被保險人。

## 五、調處結果

本件建議保險公司給付傷害醫療保險金予被保險人。







### 案例三 殘廢等級認定

#### 置換人工關節是否屬殘廢

#### 爭議險種：傷害保險

##### 一、事實經過

緣李君於民國(下同)86年8月3日投保○○人壽之還本終身保險，另外並參加該人壽保險公司之學生團體保險。嗣被保險人於90年12月6日經診斷罹患「左股骨惡性骨腫瘤」，並於91年2月20日手術切除左膝關節及其上端骨頭14公分，同時置換人工關節及植入人工鐵骨，迨向○○人壽申請殘廢第4級第18項「一下肢三大關節中之一關節或二關節之機能永久完全喪失」、第19項「一下肢永久縮短5公分以上」之殘廢保險金時，該公司卻以被保險人左股骨關節活動程度未符合保險條款約定，拒絕給付保險金，申訴人不服，因而提出申訴。

##### 二、爭議點

被保險人之體況是否符合保單條款約定之殘廢第4級第18項「一下肢三大關節中之一關節或二關節之機能永久完全喪失」或第19項「一下肢永久縮短5公分以上」？

##### 三、當事人主張

(一) 申訴人主張：





被保險人於91年7月3日診斷罹患「左股骨惡性骨腫瘤」，並於91年2月20日手術切除左膝關節及其上端骨頭14公分，拜醫學進步之賜，得以人工關節及鐵骨置換原有切除之關節及骨頭，詎料○○人壽卻以膝關節尚能彎曲，未符合規定而予以拒賠。但被保險人如今關節尚能彎曲是因置換人工關節，腳的長度看起來不變是因裝了人工鐵骨，並不是天生人體的骨肉。若不裝置人工鐵骨及人工關節，那其左腳膝關節的缺失，勢必造成左腳無法行走，是不是要讓她忍受六個月之不便，俟申領保險金後再予置換人工關節及鐵骨？且所謂的人身保險係在保險「人」的生命及一切器官，被保險人的關節切除後，在世上已無法找到一模一樣的實體關節可替換。」

(二) 保險公司主張：

依據保險契約條款附表之約定，殘廢第4級第18項為「一下肢三大關節中之一關節或二關節之機能永久完全喪失」，第19項為「一下肢永久縮短5公分以上」，且依據該表註五「關節機能喪失係指關節永久完全僵硬或關節不能隨意識活動而言」，經本公司重新審核被保險人之「影醫核醫報告」、國立台灣大學醫學院附設醫院證明書及病理組織檢







查報告單等資料，被保險人仍未符合上開保險單條款之殘廢程度，礙於保單條款之約定，實難給付殘廢保險金。

#### 四、審查依據

(一) 本案被保險人因罹患「左股骨惡性骨腫瘤」，於91年2月20日在○○醫院接受「遠側股骨切除14公分並行全人工膝關節置換術」，本案爭點在於被保險人手術後之體況是否符合「殘廢程度與保險金給付表」第4級第18項「一下肢三大關節中的一關節或二關節的機能永久完全喪失者」或第19項「一下肢永久縮短5公分以上者」約定之殘廢等級，此合先說明。

(二) 按「殘廢程度與保險金給付表」註五之說明：「關節機能喪失係指關節永久完全僵硬或關節不能隨意識活動而言」，因此，判斷關節機能是否喪失應以關節能否活動為標準，至於關節部位是否有人工植入物在所不論。據上所述，本案被保險人之膝關節雖因罹患惡性腫瘤而被切除，但隨即因植入全人工膝關節而得保留部分活動功能(所附資料雖未包含關節活動度等資訊，但一般全人工膝關節可保留90度之活動範圍)，應不符合上開註五之定義，從而應認為關節機能並未喪失，不符合殘廢等級第18項「一下肢







三大關節中的一關節或二關節的機能永久完全喪失」之情形。

(三) 另，被保險人之遠側股骨雖遭切除14公分，但應已經植入全人工膝關節補足其短少之部分，故患肢長度應無縮短5公分之情形，亦不符合第19項「一下肢永久縮短5公分以上」之情形。

(四) 至於申訴人所稱「今天關節能彎曲是因置換人工關節，腳長度看起來不變是裝人工鐵骨，並不是天生人體的骨肉。今天若不裝人工鐵骨及人工關節，那左腳膝關節的缺失，勢造成左腳無法行走…，且所謂的人身保險係在保險「人」的生命及一切器官，被保險人的關節切除後，在世上無法找到一模一樣的實體關節可替換…」云云。按保險之精神在於填補被保險人因保險事故發生所致之金錢上有形損害或身體上、心靈上無形之損害，系爭之殘廢保險金即是為了填補被保險人因肢體殘廢所致生活能力減損、工作能力喪失、以及外觀上殘缺導致身體心靈上無形之痛楚等等損害，倘被保險人經醫療後，已無肢體殘缺之情形，則應無前開因肢體殘廢所遭受之身體、心靈損害。

(五) 更何況，一般在解釋被保險人是否符合殘廢程度時，依





誠信善意原則，當應指被保險人依現代一般醫療水準，施以相當治療後之結果為準。因此，申訴人以若無置換人工關節、人工鐵骨則其符合殘廢要件為由，主張保險公司應負給付保險金之責尚非有理。

(六) 綜上所述，本案建議保險公司就本次事故不須給付殘廢保險金。

## 五、調處結果

建議保險公司就本次事故不須給付殘廢保險金。





## 案例四 訂約時已在疾病或妊娠情況中

### 椎間盤突出

#### 爭議險種：健康保險

##### 一、事實經過

緣申訴人董君於民國(下同)91年8月30日以自己為被保險人，向○○人壽投保住院醫療終身健康保險契約。嗣申訴人自91年10月中旬起，因下背疼痛陸續至一般診所及中醫診所門診治療多次，因無成效，遂於91年11月8日轉往甲醫學中心就診，經醫師診斷為「腰椎椎間盤突出」，並於91年12月10日至91年12月18日住院接受檢查及保守治療、92年1月20日至92年1月30日住院接受手術治療。迨向○○人壽申領醫療保險金時，卻遭該公司以其「腰椎椎間盤突出」為投保前已存在之疾病，不符合系爭醫療保險契約條款對於疾病之定義(即契約生效日起三十日後所發生之疾病)為由，拒絕給付。申訴人因無法接受○○人壽之前述主張，乃提出申訴。

##### 二、爭議點

本案申訴人所罹患之「腰椎椎間盤突出症」，是否符合系爭醫療保險契約條款約定之「疾病」定義(即契約生效日起三十日以後所發生之疾病)？







### 三、當事人主張

#### (一) 申訴人主張：

申訴人投保前並無「腰椎椎間盤突出」之疾病，雖於投保前曾有下列背痛及下肢疼痛之症狀，惟並無法以此推論其係導因於91年11月8日方確認之「腰椎椎間盤突出」疾病，且被保險人職業為計乘車司機，長期久坐之故，難免偶有背部酸痛之問題，○○人壽不得以曾經有背部疼痛之症狀，即認為申訴人本次「腰椎椎間盤突出症」為投保前已存在之疾病，該疾病應屬投保後發生之疾病，○○人壽應負給付保險金之責。

#### (二) 保險公司主張：

1. 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。」及系爭醫療保險契約條款第4條【名詞定義】第1項約定：「本契約所稱疾病，係指被保險人於本契約生效日起三十日以後或自復效起所發生之疾病」。
2. 依此，保險公司之保險責任範圍，應僅限於被保險人在契約生效日起三十日以後所發生之疾病，非以是否有投保





前求診病歷爲斷。確診之病歷僅爲主張不負給付責任時所得使用之證據方法之一，並非唯一判斷標準。是否符合給付條件，仍應參酌該種疾病之具體病程與投保時間等相關因素予以判斷。

3. 查申訴人於91年8月30日投保前即罹患下背痛、左下肢疼痛疾病，此爲申訴人所不爭執；此次，申訴人亦因下背痛病症於92年1月20日至甲醫學中心求診，並經該院診斷爲「腰椎第五節與薦椎第一節椎間盤突出術後」，而向○○人壽申請住院醫療保險金。按椎間盤突出多屬脊椎慢性病變，申訴人並未舉證證明其罹患是症係因遭遇外來突發之意外傷害事故所導致，又因甲醫學中心病歷記載被保險人「下背痛、左下肢疼痛已五、六年」，多自行至診所或尋求中醫民俗療法治療，至甲醫學中心求診前未經大型醫院或醫學儀器檢查，自無椎間盤突出之確診；且甲醫學中心病歷病程紀錄記載施以正確上下床姿勢之教育，研判其病因應爲長期姿勢不良或施力方式不當所致。本案申訴人投保僅約五個月，投保前後均因同一症狀「下背痛」求診，雖投保後始有椎間盤突出之確診，然該疾病顯已於投保前即已發生或發作，自非屬系爭醫療保險契約之保障範圍。







#### 四、審查依據

(一) 依據系爭住院醫療終身健康保險契約條款第4條【名詞定義】第1項約定：「本契約所稱疾病，係指被保險人於本契約生效日起三十日以後或自復效日起所發生之疾病」、保險法第127條規定：「保險契約訂立時，被保險人已在疾病或妊娠情況中者，保險人對是項疾病或分娩，不負給付保險金額之責任」。上開二者之規範目的均在排除被保險人帶病投保時保險公司之給付義務，因保險所保障者應係尚未發生之偶發性事故，倘事故已發生，則當然不在承保範圍；惟須注意的是，是否屬投保前疾病之認定，須依被保險人具體之病歷資料、病程演進、醫學臨床經驗及被保險人其他相關病史綜合判斷之，此合先說明。

(二) 本案申訴人(男性，51年12月8日生，計程車駕駛)於91年8月30日投保系爭保險契約，嗣於92年1月24日在甲醫學中心神經外科接受腰椎第五節與第一薦椎椎間盤顯微手術後，申請醫療保險給付時，遭○○人壽以其腰椎間盤突出症為投保前已發生之疾病為由拒絕給付。經查，本案申訴人於投保前確有下背痛及左髖部位疼痛之症狀達五、六年之久，然該等症狀雖常見於椎間盤突出之患者，但因許多







非椎間盤突出症之患者亦常出現相類症狀，況申訴人為職業駕駛，出現背痛症狀實屬多見，不能單以投保前有該等症狀即認為當時已罹患腰椎間盤突出症。要判斷前述症狀與椎間盤突出症是否相關，必須綜合其他資料為之。

(三) 經審視相關病歷資料，本案申訴人本次導致手術之腰椎間盤突出症，應屬投保後才發生，因為自病程之發展過程來看，申訴人雖有數年背痛之病史，但係在赴甲醫學中心就醫前1個月時才急性惡化，繼而開始出現典型的坐骨神經痛，並於就診前4日(約91年11月30日)達於無法行走之程度，進而住院接受手術，申訴人之椎間盤突出症應屬急性發作。再從91年12月10日磁振造影檢查報告之敘述「Mild increased soft tissue at left lateral anterior epidural space around and left side S1 nerve root sleeve noted. Inflammatory change due to herniated disc material considered」來看，亦可佐證該椎間盤突出症應屬急性，為投保三十日後所發生之疾病。

(四) 綜上所述，本案申訴人所罹患之「椎間盤突出症」，應符合系爭醫療保險契約條款約定之「疾病」定義，建議保險公司應依約給付醫療保險金。





## 五、調處結果

本案申訴人所罹患之「椎間盤突出症」，應符合系爭醫療保險契約條款約定之「疾病」定義，建議保險公司應依約給付醫療保險金。







## 案例五 除外責任

### 溺斃之自殺認定

爭議險種：人壽保險、傷害保險

#### 一、事實經過

被保險人於民國(下同)91年6月1日向○○人壽投保台北縣教師會團體保險，共計定期壽險保額新台幣(下同)130萬元、特定重大疾病定期壽險保額30萬元及意外險保額200萬元。嗣被保險人92年1月27日於台中都會公園人工湖內溺斃，申訴人向保險公司申請意外身故保險金理賠，保險公司以被保險人係自殺而非意外身故為由，主張除外責任拒賠，申訴人不服因而提出申訴。

#### 二、爭議點

被保險人之身故原因是否符合保險契約除外責任之約定？保險公司得否主張拒賠身故保險金？

#### 三、當事人主張

(一) 申訴人主張：

1. 根據台中地檢署相驗屍體證明書記載，死亡方式乃勾選「意外」，保險公司主張自殺，應就「自殺」負舉證之責。
2. 保險公司主張，由被保險人陳屍地點觀察四周環境，並無意外落水之可能，惟陳屍地未必是溺斃地，台中都會公





園海風很強，被保險人可能在其他地點落水溺斃，經海風吹動，再漂流到陳屍地。

3. 被保險人平常即有到台中都會公園運動之習慣，左右鄰居皆可為證明，事故發生當日，被保險人亦是前往台中都會公園運動，並非如保險公司所稱自殺。
4. 保險公司持○○醫院病歷指稱，被保險人曾因精神疾病就診，故有自殺可能。但是，看過精神科未必表示有精神病，更不能斷定本事故被保險人是自殺，難道看過精神科的病患都會自殺嗎？

## (二) 保險公司主張：

1. 被保險人於92年1月27日溺斃，在事故前三日，也就是92年1月24日，被保險人曾前往○○醫院身心內科就診，診斷為「強迫症、泛性焦慮症、睡眠障礙」，故不能排除自殺可能。另由警方筆錄及家屬訪談中得知，被保險人曾向家人表示最近心情不好，有尋短意念，且本身又有泌尿、攝護腺方面疾病。經詢問承辦員警，當天被保險人陳屍時之衣著為上衣著夾克，褲子為一般西裝褲，鞋子為休閒鞋而非運動鞋，不似一般運動之服裝，由以上證據顯示本案確有自殺嫌疑。







2. 按履勘事故現場環境，並無意外落水之可能，另人工湖本身是靜止不流動(中間有攔水壩)的狀態，故陳屍地即是溺斃地應可採信。
3. 綜合以上，被保險人所發生之溺斃事故，並非保單條款約定之意外事故所致，本公司按定期壽險保單條款第19條第2款、意外保險保單條款第16條第2款、暨特定重大疾病定期壽險保單款第21條第2款規定，主張除外責任，歉難給付身故保險金。

#### 四、審查意見

- (一) 按系爭企業團體定期壽險保單條款第19條第2款除外責任規定：「被保險人有下列情形之一者，本公司不負給付保險金的責任：…二、被保險人故意自殺或自成殘廢。…」  
意外保險保單條款第16條第2款規定：「被保險人直接因下列事由致成死亡或殘廢時，本公司不負給付保險金的責任：…二、要保人、被保險人的故意行為。…」  
系爭團體一年期特定重大疾病定期壽險保單條款第21條第2款規定：「被保險人有左列情形之一者，本公司不負給付保險金之責任：…二、被保險人故意自殺或自成殘廢者。…」  
所謂除外責任係保險公司承保責任之限制或修正，或為維





護公序良俗，或因發生率難以預估，對於若干項目預先申明不負給付保險金的責任，藉以限制保險公司所能提供之承保範圍，並減少要保人保險費之負擔。基此，保險公司得因上述目的，於保單條款內規定除外責任事項，而依上述系爭保單條款之規定，被保險人故意行爲或故意自殺所致事故，屬保單除外規定之事項，保險公司得依該除外條款之事項，不負給付保險金之責任，此合先敘明。

(二) 而本件被保險人之死亡原因，依據申訴人所提供之台中地檢署相驗屍體證明書之死亡方式係勾選「意外」，死亡原因「生前落水、溺斃、窒息」。客觀上被保險人已符合申請意外身故保險金之要件，因此，保險公司如主張本件有除外責任事由存在，依民事訴訟法舉證責任分配原則，即應擔負該舉證責任。

(三) 而○○人壽依陳屍地四周環境及被保險人之衣著，判斷其應無意外落水之可能，並依警方筆錄及家屬訪談，主張被保險人生前有尋短之意念，且曾於○○醫院就診，診斷爲「強迫症、泛性焦慮症、睡眠障礙」，因而認定被保險人係自殺死亡。其所舉證者，多屬情況證據，然單以情況證據尚難直接認爲被保險人係自殺身亡。







(四) 綜上所述，本件被保險人之死亡經過仍有諸多疑點有待澄清，涉及事實認定問題，依雙方現有提供之書面資料尚難認定被保險人是否係因自殺身故；建議○○人壽如欲主張本案有除外責任事由存在，應再作進一步調查，以釐清事實。

#### 五、調處結果

建議保險公司如欲主張本案有除外責任事由存在，應再作進一步調查，以釐清事實。





## 案例六 違反告知義務

### 高血壓症

爭議險種：人壽保險、傷害保險、健康保險

#### 一、事實經過

緣被保險人於民國(下同)91年9月5日以自己為被保險人，投保○○人壽之壽險附加傷害險及健康險等附約，嗣被保險人於92年6月14日因「不穩定型心絞痛、高血壓」住院治療兩天，迨申訴人向○○人壽申請住院醫療保險金時，該公司以申訴人於投保前曾因「高血壓及高膽固醇」赴醫求診，投保時並未據實告知為由，主張依保險法第64條之規定及保險契約之約定，解除上述包含主附約之保險契約。申訴人不服，乃申請調處。

#### 二、爭議點

被保險人投保前是否確有「高血壓及高膽固醇」而於投保時未據實告知？系爭公司得否據此解除保險契約？

#### 三、當事人主張

##### (一) 申訴人主張：

被保險人因病住院向○○人壽申請理賠，不料該公司以被保險人帶病投保為理由，將被保險人投保資格取消，並經向○○人壽多次溝通未果，故提出調處申請。







## (二) 保險公司主張：

1. 經查被保險人於投保前曾因「高血壓及高膽固醇」赴醫求診，投保時並未據實告知。
2. 依保險法第64條之規定及保險契約保單條款之約定，解除上述保險契約(含主、附約)，並無違誤。

## 四、審查意見

- (一) 按保險法第64條規定：「訂立契約時，要保人對於保險人之書面詢問，應據實說明。要保人故意隱匿，或因過失遺漏，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，保險人得解除契約；其危險發生後亦同。但要保人證明危險之發生未基於其說明或未說明之事實時，不在此限。…」其立法意旨係著眼於保險公司對於危險估計之事實上需要，蓋保險契約之目的，係要保人(通說認為亦包括被保險人)將因特定意外事故發生所導致之損害移轉於保險公司，而保險公司承擔危險之對價即係要保人之交付保費，由於個別危險不一，實際發生機率亦不同，從而，其作為承擔危險對價之保險費亦將有所不同，故保險法特課要保人(或被保險人)以告知義務，以協助保險公司對於危險之評估與計價，進而達成所承保危險與保險費間之對





價平衡。且因保險公司重要之計價基礎係來自要保人或被保險人關於保險標的資訊之揭露，是以誠信原則需遵守，若要保人違反之，依前揭條文規定課予要保人處罰，保險公司得於契約訂立後解除契約，此合先敘明。

(二) 本案依○○人壽所提出之○○診所病歷摘要上記載：

「86年2月至93年1月，高血壓之罹患期，有服降血壓藥」；另依該公司訪視○○診所之紀錄，亦載有被保險人之高血壓就診紀錄及使用藥品(90年8月14日，血壓170/102毫米汞柱，使用藥品Esidri；91年8月10日，血壓150/90毫米汞柱，使用藥品Esidri)。上述資料雖非詳細病歷紀錄，然自其內容已可證明被保險人確有多次用藥治療高血壓之情形，故可認為被保險人於投保前五年內即有高血壓之病情，並持續用藥治療，其未為告知已構成告知不實。

(三) 綜上所述，本案保險公司主張違反據實告知義務，依保險法第64條規定解除契約應無不當。

## 五、調處結果

本案保險公司主張違反據實告知義務，依保險法第64條規定解除契約應無不當。







## 案例七 契約效力爭議

### 保單停效

### 爭議險種：人壽保險

#### 一、事實經過

緣申訴人分別於民國(下同)85年8月20日及86年1月30日以配偶為被保險人，向○○人壽投保終身壽險並附加醫療保險等附約。嗣被保險人因病於93年10月5日開始住院治療，並於94年5月26日身故，迨申訴人向保險公司申請保險金理賠，○○人壽卻以「系爭兩張保單已分別於93年8月23日及93年5月21日催告後停效」為由，拒絕給付。申訴人不服，乃申請調處。

#### 二、爭議點

本案○○人壽主張已寄發催告函，催告要保人交付保險費，惟無法提供簽收存根，以證明催告函確已送達，僅能提供大宗掛號存查聯，證明確有寄出催告函，且公司內部並無退回之記錄。

○○人壽依此主張系爭兩張保單停效，於法是否有據？

#### 三、當事人主張

##### (一) 申訴人之主張：

1. 申訴人於85年及86年間投保系爭兩張保單後，一向都以支票正常繳費，但93年4月間因不幸經商失敗、票信全無，





以致無票可用。直到被保險人於93年10月5日因病住院，向○○人壽申請理賠，始知系爭兩張二保單已陸續停效。申訴人向○○人壽反應後，該公司表示，先前曾寄發催告函催繳保費，因要保人未在催告期限內繳交保險費，才會使得保單停效。但試想，被保險人在投保後陸續有糖尿病及截肢之情形，一旦保單停效後，保險公司根本不可能再同意其復效，申訴人怎可能任令其停效呢？

2. 雖經要求○○人壽提供催告函之簽收證明，惟該公司主張「依中華郵政規定，掛號信件簽收存根保留期限為6個月，故目前無法調閱」，僅能提供系爭公司保留之「中華民國郵政大宗掛號存查聯」供參考。

## (二) 保險公司主張：

1. 主管機關頒定之「人壽保險單示範條款」約定先予述明如下：

- (1) 第4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為寬限期間；…逾寬限期間仍未交付者，本契約自寬限期間終了翌日起停止效力。如在寬限期間內發生







保險事故時，本公司仍負保險責任。」

(2) 第5條「保險費的墊繳」約定：「要保人得於要保書或繳費寬限期間終了前以書面聲明，第二期以後的分期保險費於超過寬限期間仍未交付者，本公司應以本契約當時的保單價值準備金(如有保險單借款者，以扣除其借款本息後的餘額)自動墊繳其應繳的保險費及利息，使本契約繼續有效，…。保單價值準備金之餘額不足墊繳一日的保險費且經催告到達後逾三十日仍不交付時，本契約效力停止。」

(3) 第23條「變更住所」約定：「要保人的住所有變更時，應即以書面通知本公司。要保人不做前項通知時，本公司按本契約所載之最後住所所發送的通知，視為已送達要保人。」

2. 經查本案被保險人共投保五件保單，系爭公司收費員皆依規定向申訴人收取保險費，嗣後因上述保單未蒙申訴人正常繳交保險費，故系爭公司乃依規定寄發催告函後，以自動墊繳繳納保險費及利息。迨被保險人於94年5月26日身故，因其中三張保單皆在墊繳有效期限內，故保險公司已依約給付身故保險金。







3. 依保險條款約定，保險費之自動墊繳，「保單價值準備金之餘額不足繳納一日之保險費且經催告到達後三十日內仍未交付時，本契約效力停止。」因系爭兩張保單分別於93年8月23日及93年5月21日催告，仍未蒙繳交保險費，且催告函並無退回紀錄，被保險人係在停效期間身故，依約無法給付身故保險金。

#### 四、審查意見

(一) 按「人壽保險之保險費到期未交付者，除契約另有訂定外，經催告到達後逾三十日，仍不交付時，保險契約之效力停止。」；「催告應送達於要保人，或負有交付保險費義務之人之最後住所或居所。保險費經催告後，應於保險人營業所交付之。」；「第一項停止效力之保險契約，於保險費及其他費用清償後，翌日上午零時，開始恢復其效力。」；「保險人於第一項所規定之期限屆滿後，有終止契約之權。」保險法第160條規定訂有明文。

(二) 次按人壽保險單示範條款第4條第1項：「…第二期以後分期保險費到期未交付時，年繳或半年繳者，自催告到達翌日起三十日內為寬限期間；月繳或季繳者，則自保險單所載交付日期之翌日起三十日為寬限期間。」及第5條第2





項：「…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逾三十日仍不交付時，本契約效力停止。」對於保險公司應於保險費到期未交付時或保單價值準備金之餘額不足墊繳一日的保險費時，催告要保人交付保險費亦有所規範，此合先敘明。

(三) 本案系爭二保單因要保人屆期未繳交保險費，並經系爭公司分別二次發函催繳，此由系爭公司提出之「中華民國郵政大宗掛號存查聯」應可肯認，惟有爭議者為，催告函發出後，是否已到達要保人，進而起算寬限期間？查系爭二保單對於保險費之繳別約定為年繳，因此系爭公司以書面催告方式催繳保險費，惟寬限期間係自「催告到達」起算，若系爭契約未有「催告發出即生到達效力」之特別約定者，則催告之生效自應依民法之相關規定處理。

(四) 依據民法第94條、第95條規定，對話意思表示係以「相對人了解」時發生效力，而非對話意思表示則以「通知到達相對人」時發生效力。本案系爭公司係以書面方式催繳保險費，屬非對話之意思表示，因此須到達要保人後方起算寬限期間。系爭公司雖提出「中華民國郵政大宗掛號存查聯」證明已發出催告函，且主張並未有退回紀錄，顯示







相對人應已收到。惟依現有事證觀之，大宗掛號存查聯僅能證明催告函已經發出，能夠證明相對人收到之簽收存根已因超過中華郵政公司規定之保存期限而無法調閱，在催告函未有退回紀錄之情況下，即謂要保人已收到、進而起算寬限期間，在此似嫌速斷。依舉證責任分配原則，相對人已收受催告之事實應由系爭公司負責證明，若系爭公司無法就此舉出其他事證，似僅能為有利於要保人一方之認定。

(五) 綜上所述，倘○○人壽對於催告函業已送達要保人之事實無法提出佐證資料，似難謂其催告已生效力。

## 五、調處結果

倘保險公司對於催告函業已送達要保人之事實無法提出佐證資料，似難謂其催告已生效力。







## 案例八 承保範圍

等待期間身故

爭議險種：人壽保險

### 一、事實經過

緣被保險人於民國(下同)92年2月27日透過某一團體投保單位向○○人壽投保定期壽險保額新台幣(下同)10萬元附加意外險保額20萬元。嗣被保險人於92年5月30日下午12時30分身故，向○○人壽申請身故保險金，○○人壽認為依據前開保險契約備忘錄第4條「本團體契約任何一名被保險人，自加入本團體險後，於保險生效三個月內因病死亡或全殘，甲方不給付保險金。」之約定，因而不予理賠，申訴人不服而提出申訴。

### 二、爭議點

- (一) 保險生效日究係保險費繳費日？或備忘錄中約定之生效日？
- (二) 保險公司可否以三個月等待期間，限制保險範圍？
- (三) 本案被保險人是否因病死亡？

### 三、當事人主張

(一) 申訴人主張：

1. 法醫判定被保險人直接死因為「心臟衰竭」，心臟衰竭





原因為「自然死」。○○人壽理賠人員卻說為「病死」，未調被保險人病歷，又無任何依據證明因何疾病造成心臟衰竭死亡。

2. 被保險人於92年2月27日繳費給該團體投保單位，○○人壽主張依該團體與○○人壽之備忘錄，保險契約為4月1日始生效力，且自保險生效後三個月內因病死亡或全殘不予理賠，惟此備忘錄是否可視為保單之一部分？若可視為保單之一部分，是否須經主管機關審核？若未經主管機關審核其效力如何？
3. 此團體一年期定期壽險生效後三個月內因病死亡或全殘不給付保險金之條款，有無違反保險法第54條之1：「保險契約中有左列情事之一，依訂約時情形顯失公平者，該部分之約定無效：一、免除或減輕保險人依本法應負之義務者。」之規定？因壽險理賠非醫療理賠，每一年保費均相同，此壽險保險單為何可有第一年生效後三個月之免責期？若有免責期為何不是繳費日即為生效日？自繳費日2月27日至被保險人身故時5月30日已超過三個月免責期！

## (二) 保險公司主張：

1. 查被保險人係投保本公司團體保險，保險期間自92年3







月31日翌日零時起生效。依前開契約約定，被保險人於保險生效後三個月內因病身故或全殘，本公司不給付保險金。

2. 人身不外乎外來突發之傷害或由疾病引發生命終止事實，故被保險人既非因意外傷害事故身故，當歸因於一般疾病造成，且被保險人係於上述等待期間(92年5月30日)身故，本公司歉難給付身故保險金。

#### 四、審查意見

##### (一) 就保險生效日而言：

按系爭團體一年定期壽險保單條款第10條規定：「要保人因所屬人員異動而申請加保時，應以書面通知本公司，自通知到達之翌日零時起開始生效，如通知起保日期在後，則自該起保日零時起生效。」本案投保單位與○○人壽訂定團體保險契約，並簽訂備忘錄約定加退保生效日以加退保申請書上所記載之申請日期的次月一日零時起算，則依前揭條款後段之規定，應以加退保申請書上所記載之申請日期的次月一日零時起算，應無疑義。經查被保險人於92年2月27日繳費給投保單位，依該單位之作業程序，本保險之生效日期為92年4月1日，應無違誤。







(二) 就保險公司可否以三個月等待期間，限制保險範圍而言：

一般而言，等待期間係運用於醫療保險契約，目的在於防範帶病投保，並應於費率適度反映；本案之團體保險契約雖名為團體保險，實質上顯為個人保險，○○人壽以簽訂備忘錄方式約定於保險生效後三個月內因病死亡或全殘不給付保險金之方式，限制人壽保險契約之保險範圍，而該保單新契約保費及續年度保費並無差異，亦即該等待期間之限制並未適度反映於保費上，似有未妥。

(三) 就本案被保險人是否因病死亡而言：

被保險人於92年5月身故，經法醫判定直接死亡原因為「心臟衰竭」，「心臟衰竭」先行原因為「自然死」；經查自然死雖包括病死，然尚不能認定被保險人自然死即為病死，是以，○○人壽以人身不外乎外來突發之傷害或疾病兩種分類，應屬無據。本案○○人壽如欲主張被保險人係因病死亡而不給付團體定期壽險保險金，應負舉證責任。

(四) 綜上所述，系爭公司若無法證明被保險人係因病死亡，則其主張為無理由，建議系爭公司給付團體定期壽險保險金為宜。



## 五、調處結果

系爭公司若無法證明被保險人係因病死亡，則申訴人之主張為有理由，建議系爭公司依約給付身故保險金。





## 案例九 必要性醫療

前後十字韌帶斷裂術後住院復健

爭議險種：健康保險、傷害保險

### 一、事實經過

緣申訴人王君於民國(下同)86年3月18日以自己為被保險人，向○○人壽投保終身壽險，並附加住院醫療日額保險附約及平安保險附約附加醫療保險金條款甲型。嗣申訴人因跌倒導致「右膝前及後十字韌帶斷裂」於93年2月3日至93年2月15日至甲區域醫院住院接受手術治療，○○人壽對於該次住院業已給付醫療保險金在案。惟申訴人後續又因「術後併膝僵硬」於93年3月2日至93年4月30日住院接受復健治療，○○人壽則以其無住院治療之必要性而拒絕給付。申訴人不服，乃提出申訴。

### 二、爭議點

本案申訴人93年3月2日至93年4月30日住院接受復健治療，是否符合系爭條款約定之「經醫院診斷確定，必須且經住院治療」？

○○人壽是否應給付住院醫療保險金？

### 三、當事人主張

(一) 申訴人主張：

申訴人係在領有開業執照並設有病房收治病患之甲區域醫







院接受治療，且係經該醫院醫師認為確有必要之情況下住院治療，並已獲中央健康保險局核付住院醫療費用在案，  
○○人壽拒絕理賠明顯有違保險條款之約定。

(二) 保險公司主張：

1. 依申訴人檢附之甲區域醫院診斷證明書及護理紀錄照會醫務審查，申訴人復健住院期間並無積極治療，平均一天使用CPM(膝關節活動機)一次，惟使用CPM機器復健於門診進行即可，並無住院之必要。另參考住院期間護理紀錄多記載「患者並無不適主訴，膝關節活動度佳(93年3月16日記載CPM已可使用至80度)，可自行下床，且常請假外出」。
2. 基上，申訴人術後雖有復健之必要，但尚無收入病房住院復健之必要，僅需門診復健即可，故與系爭住院醫療日額保險附約及平安保險附約附加醫療保險金條款甲型條款約定「必須住院治療」不符；縱認其有住院之必要性，亦以住院十日為已足。

四、審查意見

- (一) 依據系爭住院醫療日額保險附約條款第3條【保險範圍】約定：「被保險人於本附約有效期間內因疾病或傷害，經





醫院診斷確定，必須且經住院治療時，本公司以被保險人投保的『住院醫療保險金日額』為準，依照本附約的約定給付各項醫療保險金。」被保險人須因疾病或傷害，經醫院診斷確定認為入住醫院之必要，且確實住院接受治療時，始符合請求各項醫療保險金之要件，保險公司也才有給付醫療保險金之責。

- (二) 次依系爭平安保險附約附加醫療保險金條款甲型第1條第1項約定：「被保險人於本附約有效的保險期間內遭受第2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，於醫院或診所接受住院治療者，本公司按本附約保險單所記載的『住院醫療保險金日額』乘以實際住院醫療日數給付『住院醫療日額保險金』；…。」雖無如前揭住院醫療日額保險附約條款第3條「經醫院診斷確定，必須且經住院治療」之明文，但仍應認為於符合此要件下之住院，保險公司才有給付醫療保險金之責始為允當，否則若被保險人一經住院，保險公司即有給付住院醫療保險金之責，而不對其住院之必要性加以考量，則恐招致道德危險疑慮危害整個危險共同團體，且與保險法第1條所稱保險係「對於因不可預料，或不可抗力之事故所致之損害，







負擔賠償財物之行爲」的精神有所違背，此合先敘明。

(三) 本案申訴人王君因「右膝前及後十字韌帶斷裂」術後右膝僵硬於93年3月2日至93年4月30日住院接受復健治療，總計住院復健六十日。○○人壽以其無住院之必要性爲由拒絕給付住院醫療保險金，然被保險人則主張其係經醫師診斷認爲有住院接受復健之必要性下住院治療。按一般單純的前十字韌帶斷裂或後十字韌帶斷裂，在術後第二天即可開始積極復健，約七至十日即可拆線；由於王君罹患者爲「右膝前及後十字韌帶斷裂」，因此治療及復健自然會較一般單純的前十字韌帶斷裂或後十字韌帶斷裂來的複雜及冗長，不過一般仍以自行在家中復健或至門診接受復健即可，尚無需住院接受復健，即便因膝關節僵硬而需住院復健治療，亦以十日較爲合理，申訴人在沒有其他併發症或感染產生的情況下住院復健達六十日，似嫌過長。

(四) 綜上所述，本案申訴人因「右膝前及後十字韌帶斷裂」術後右膝僵硬住院復健六十日似嫌過長，若申訴人無法證明有其他必須住院之情形存在，應以住院十日較爲合理。

#### 五、調處結果

本案申訴人因「右膝前及後十字韌帶斷裂」術後右膝僵硬住院



復健六十日似嫌過長，若申訴人無法證明有其他必須住院之情形存在，應以住院十日較為合理。





## 案例十 條款解釋爭議

### 退還未到期保費

#### 爭議險種：人壽保險

#### 一、事實經過

被保險人於民國(下同)80年12月28日向保險公司投保終身壽險，保額新台幣(下同)50萬元，保險費應繳日期為91年12月28日。業務員提早收取保險費，經申訴人以二個月期遠期支票繳付，發票日為92年2月28日。嗣被保險人於92年1月18日死亡，迨受益人向保險公司申請保險金，保險公司依保險金額50萬元，加計保單紅利1,176元，並扣除保險單借款、利息及當期應繳之年繳保險費後，共給付申訴人304,476元。而申訴人認為保險公司不應扣除全年之保險費，僅得按新保單年度投保日數之比例扣除一個月的保險費。

#### 二、爭議點

本案例中保險公司給付保險金予申訴人時，究竟應扣除一整年度之保險費，抑或是未到期保費不予以扣除？

#### 三、當事人主張

##### (一) 申訴人之主張：

1. 被保險人身故後，保險契約即終止，保險公司不應繼續







扣除未到期之保險費。

2. 要保人延欠之保險費僅有21天，且離保險費催繳日還有1個多月，既然被保險人爲要保人，自可於被保險人身故申請理賠同時變更繳費方式爲月繳。且系爭保險契約條款並未約定要保人於寬限期內不得將保費繳納方式變更爲月繳方式。
3. 保險條款第1條第2項約定：「本契約的解釋，應探求契約當事人的真意，不得拘泥於所用的文字；如有疑義時，以作有利於被保險人的解釋爲準。」依其他保險公司的作法，不論新、舊保戶，皆採取新條款退還溢繳保險費之方式處理，本案保險公司應比照辦理。

(二) 保險公司主張：

1. 系爭保險契約之保險費精算基礎並未包含退還未到期保險費，且亦經報備主管機關核准在案，本公司礙於保險契約條款約定，歉難退還該契約未到期之保險費。
2. 依系爭保險契約條款第17條約定：「本公司給付各項保險金、解約金或返還保單價值準備金時，如要保人有欠繳保險費或保險單借款未還清者，本公司得先抵償上述欠款及扣除其應付利息後給付。」故本公司依保險金額50萬





元，加計保單紅利1,176元，並扣除保險單借款及利息150,640及當期應繳之年繳保費46,060元後，共給付申訴人304,476元並無不當之處。

3. 申訴人原本應於91年12月28日繳付第十二保險年度之年繳保險費46,060元，經查申訴人係於91年12月23日以支票繳付，支票到期日為92年2月28日。申訴人以支票繳付事故發生當期應繳之年繳保險費，因該支票尚未兌現，為提前給付保險金，故辦理抽票，改由身故保險金中扣除應繳保險費。
4. 申訴人另外申訴業務員招攬不實，經本公司與業務員聯繫，該員表示投保時曾建議申訴人加保「意外保險」，嗣後若因意外身故可獲得雙倍之保障，但申訴人並未同意加保，故本公司之給付並無違誤。

#### 四、審查意見

(一) 為釐清本案爭議，首先需探討人壽保險契約於保險事故發生後，應否退還未到期保費之問題？

1. 按人壽保險係以年度死亡率為計算保險費之基礎，經合理之精算，由所有要保人或被保險人共釀資金，公平負擔，以維持經濟生活安定為目的之經濟制度。傳統人壽保







險契約之設計，其契約因保險事故(即被保險人死亡)發生而終止者，當年度保險費已繳納者無須返還，尚未繳納者必須補繳，主要係因該保險費之計算已考慮當年度之死亡發生率，其繳費方式為半年繳、季繳或月繳者，亦同。

2. 查壽險業現行販售之商品，亦有退還當年度未到期保費之設計，惟其精算之基礎與未退費之商品不盡相同(亦即已考慮年度中退費因素)，因此保費也較未退費之商品為高，一般而言，人壽保險契約是否有退費之設計，可由契約條款中有否退費之約定分辨之。

(二) 經查，本案被保險人所投保之終身保險之保單內容，係屬非退費之保單，被保險人於92年1月18日病逝，該人壽保險契約於死亡當日即行終止，惟人壽保險係以年度之死亡率為計算保險費之基礎，且本案保險費之應繳日為91年12月28日，故該契約因保險事故發生而終止者，當年度保險費尚未繳納者自須補繳。本案因保戶繳費支票尚未到期兌現，保險公司依契約條款第17條之規定，於保險金中扣除應繳保費之主張，應無不當之處。

(三) 另申訴人主張於身故申請理賠時，同時變更繳費別為月繳乙節，按該人壽保險契約於保險事故發生當日即行終







止，契約即已不存在，自無從變更繳費別，申訴人之主張應無理由。

(四) 綜上所述，保險公司於保險金中扣除應繳保費並無不當，應毋須退還未到期保費予申訴人。

## 五、調處結果

本件申訴人主張無理由，保險公司不須退還未到期保險費。

