**財團法人金融消費評議中心評議書**

【107 年評字第 953 號】

| | | |
|---|---|---|
| 申　請　人 | ○○○ | 住○○○ |
| 代　理　人 | ○○○ | 住○○○ |
| 相　對　人 | ○○○人壽保險股份有限公司 | 設○○○ |
| 法定代理人 | ○○○ | 住同上 |

**兩造當事人間關於「違反告知義務及醫療保險金給付」爭議事件，經本中心第三屆評議委員會民國 107 年 10 月 5 日第 19 次會議決定如下：**

**主文**

申請人與相對人間保單號碼第○○○號○○○增額終身壽險契約關係存在。

相對人應給付申請人新臺幣壹佰貳拾陸萬壹仟捌佰零捌元整。

申請人其餘請求，本中心尚難為有利於申請人之認定。

**事實及理由**

一、程序事項：

按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，金融消費者保護法第 13 條第 2 項定有明文。查申請人前於民國(下同)107 年 6 月 10 日向相對人提出申訴，後相對人回覆處理結果，申請人不服，遂於 107 年 7 月 4 日向本中心提出評議申請，本中心於 107 年 7 月 6 日收文，核與前揭規定相符。

二、申請人之主張：

(一) 請求標的：

1. 確認申請人與相對人間保單號碼第○○○號保險契約及其附約效

力存在。

2. 相對人應給付申請人醫療保險金新臺幣（下同）1,261,808 元。（詳申請人 107 年 9 月 12 日電話紀錄）

(二) 陳述：

1. 申請人以自身為要、被保險人於 105 年 5 月 9 日向相對人投保保單號碼第○○○號○○○增額終身壽險並附加○○○終身醫療健康保險附約、○○○重大傷病一年定期健康保險附約、○○○醫療健康保險附約（下稱系爭保險），嗣申請人不幸罹患子宮頸惡性腫瘤於 106 年 12 月 11 日住院治療，並向相對人申請理賠，惟遭相對人拒賠並依保險法第 64 條解除系爭保險。

2. 申請人於 107 年 4 月 11 日收到相對人解除系爭保險之存證信函，按保險法第 64 條第 3 項約定：「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。」，相對人自 106 年 12 月 15 日申請人開始申請理賠時，即開始調閱申請人所有醫院就診紀錄，據相對人理賠人員甲○○表示已經調回數間醫院診所之病歷，卻遲至 107 年 4 月 11 日方寄出存證信函解除系爭保險，故申請人認為相對人解除系爭保險為無效行為。

3. 為此，申請人向本中心提起評議申請，請求確認系爭保險契約關係存在及相對人應給付申請人保險金 1,261,808 元（按相對人計算系爭○○○終身醫療健康保險附約、系爭○○○醫療健康保險附約 106 年 12 月 11 日至 107 年 3 月 20 日期間，共 6 段住院，總計 261,808 元，及○○○重大傷病一年定期健康保險附約為 100 萬，合計為 1,261,808 元，此金額亦經申請人表示同意）。（詳申請人評議申請書、歷次補正文件及申請人 107 年 9 月 12 日電話紀錄）

三、相對人之主張：

(一)請求事項：申請人之請求無理由。

(二)陳述：

1. 申請人於 105 年 5 月 9 日向相對人投保系爭保險，嗣後申請人因「子宮頸癌」於 106 年 12 月 11 至 106 年 12 月 13 日期間（下稱第一段住院）於長庚醫院住院檢查共計 3 日，106 年 12 月 17 至 106 年 12 月 21 日期間（下稱第二段住院）住院 5 日接受子宮頸切除手術及骨盆前哨淋巴結偵測摘除手術，107 年 1 月 5 至 107 年 1 月 8 日（下稱第三段住院）、107 年 1 月 26 至 107 年 1 月 29 日（下稱第四段

住院）、107 年 2 月 24 至 107 年 2 月 27 日（下稱第五段住院）、107 年 3 月 17 至 107 年 3 月 20 日（下稱第六段住院）等期間接受住院及化學治療，並向相對人申請系爭○○○終身醫療健康保險附約、系爭○○○重大傷病一年定期健康保險附約、系爭○○○醫療健康保險附約之醫療保險金給付，惟因申請人於投保前有既往症未詳實告知，故相對人已於 107 年 4 月 11 日發函解除契約並婉拒理賠給付在案，合先陳明。

2. 經查證宏其婦幼醫院病歷所示，申請人曾於 104 年 4 月 26 日、104 年 4 月 28 日、104 年 10 月 5 日因子宮肌瘤、子宮頸糜爛、月經不規律等婦科疾病就診治療，趙德明婦科診所病歷所示，於 105 年 3 月 12 日、105 年 3 月 25 日、105 年 12 月 2 日因子宮肌瘤、下腹痛、左側卵巢瘤等婦科疾病就診治療，禾馨新生婦產科病歷所示於 105 年 4 月 16 日因子宮平滑肌瘤、輸卵管及子宮韌帶之良性腫瘤、痛經症就診治療，澄觀中醫診所病歷所示，於 105 年 3 月 26 日、105 年 4 月 2 日、105 年 4 月 9 日、105 年 4 月 16 日、105 年 4 月 23 日、105 年 4 月 30 日、105 年 5 月 7 日因子宮內膜異位症、子宮肌瘤、左側巧克力囊腫就診治療及於（投保後）105 年 5 月 14 日、105 年 5 月 20 日、105 年 5 月 28 日、105 年 6 月 10 日、105 年 6 月 18 日、105 年 6 月 25 日因子宮平滑肌瘤、其他疲勞、貧血就診治療。而於 105 年 5 月 9 日投保時未針對要保書健康告知事項第三項：「最近二個月是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？」、第九項「過去一年內曾有…子宮內膜異位…，而接受醫師治療、診療或用藥？」、第十項「過去一年內是否曾診斷患有下列疾病? 腦性麻痺…、各種腫瘤…。」等疾病就診治療紀錄未據實告知。業經相對人再次就前揭病歷內容予重新審核，已有重大影響核保風險評估之事實存在，故依保險法 64 條之規範及○○○人壽○○○增額終身壽險契約條款第 9 條、○○○定期壽險契約條款第 7 條、○○○重大傷病一年定期健康保險附約條款第 12 條、○○○終身醫療健康保險附約條款第 16 條、○○○醫療健康保險附約條款第 18 條等有關告知義務與契約解除之約定事項，而逕行解除契約，實屬合理。

3. 況申請人投保前罹有各項婦科之診斷病名，就病程演進、治療期間與預後狀況，均須定期追蹤觀察之疾病，且投保前仍處於密集追蹤治療狀態，與本次理賠申請之診斷病名「子宮頸癌」，應具有因果關係。然就告知義務而言，被保險人應無由諉為未知情形，故相對

人依保險法 64 條規範及相對人各項契約條款所約定事項，逕予解除契約並婉拒申請人之醫療保險金理賠給付，應無違誤。

4. 如本件申請人之主張為有理由，則相對人應給付 1,261,808 元，計算如下：

(1) 系爭○○○重大傷病一年定期健康保險附約【保險金額 100 萬元】：100 萬。

(2) 系爭○○○終身醫療健康保險附約【日額 1,000 元】：

I. 第一段住院及第二段住院（按此二段住院期間間隔未逾 14 日，視為同一住院）：住院醫療保險金 8,000 元（計算式：住院日額 1,000 元＊住院日數 8 日＝8,000 元）、住院醫療輔助保險金 4,000 元（計算式：住院日額 1,000 元＊住院日數 8 日＊50%＝4,000 元）、住院前後門診保險金 500 元（計算式：1,000＊25%＊2 次（106 年 12 月 8 日及 106 年 12 月 28 日）＝500 元）及手術費用保險金 60,000 元（計算式：住院日額 1,000 元＊60 倍＝60,000 元），總計為 72,500 元。

II. 第三段住院：住院醫療保險金 4,000 元（計算式：住院日額 1,000 元＊住院日數 4 日＝4,000 元）、住院醫療輔助保險金 2,000 元（計算式：住院日額 1,000 元＊住院日數 4 日＊50%＝2,000 元）、住院前後門診保險金 500 元（計算式：1,000＊25%＊2 次（107 年 1 月 4 日及 107 年 1 月 12 日）＝500 元），總計為 6,500 元。

Ⅲ. 第四段住院：住院醫療保險金 4,000 元（計算式：住院日額 1,000 元＊住院日數 4 日＝4,000 元）、住院醫療輔助保險金 2,000 元（計算式：住院日額 1,000 元＊住院日數 4 日＊50%＝2,000 元）、住院前後門診保險金 500 元（計算式：1,000＊25%＊2 次（107 年 1 月 28 日及 107 年 2 月 2 日）＝500 元），總計為 6,500 元。

IV. 第五段住院：住院醫療保險金 4,000 元（計算式：住院日額 1,000 元＊住院日數 4 日＝4,000 元）、住院醫療輔助保險金 2,000 元（計算式：住院日額 1,000 元＊住院日數 4 日＊50%＝2,000 元）總計為 6,000 元。

V. 第六段住院：住院醫療保險金 4,000 元（計算式：住院日額 1,000 元＊住院日數 4 日＝4,000 元）、住院醫療輔助保險金 2,000 元（計算式：住院日額 1,000 元＊住院日數 4 日＊50

％＝2,000 元）總計為 6,000 元。

(3) 系爭○○○醫療健康保險附約【計劃 2】：

I. 第一段住院及第二段住院（按此二段住院期間間隔未逾 14 日，視為同一住院）：住院日額保險金 8,000 元（計算式：住院日額 1,000 元＊住院日數 8 日＝8,000 元）、住院醫療輔助保險金 4,000 元(計算式:500 元＊住院日數 8 日＝4,000 元)、住院慰問保險金 7,000 元（計算式：【住院日額 1,000 元＊7 倍＝7,000 元】)及住院醫療費用保險金 46,792 元(計算式：【第一段住院：6,650 元】＋【第二段住院：40,142 元】＝46,792 元)，總計為 65,792 元。

II. 第三段住院：住院日額保險金 4,000 元（計算式：住院日額 1,000 元＊住院日數 4 日＝4,000 元)、住院醫療輔助保險金 2,000 元（計算式：500 元＊住院日數 4 日＝2,000 元)、住院慰問保險金 7,000 元（計算式：【住院日額 1,000 元＊7 倍＝7,000 元】）及住院醫療費用保險金 11,629 元，總計為 24,629 元。

Ⅲ. 第四段住院：住院日額保險金 4,000 元（計算式：住院日額 1,000 元＊住院日數 4 日＝4,000 元)、住院醫療輔助保險金 2,000 元(計算式:500 元＊住院日數 4 日＝2,000 元)、住院慰問保險金 7,000 元（計算式：【住院日額 1,000 元＊7 倍＝7,000 元】）及住院醫療費用保險金 11,629 元，總計為 24,629 元。

IV. 第五段住院：住院日額保險金 4,000 元（計算式：住院日額 1,000 元＊住院日數 4 日＝4,000 元)、住院醫療輔助保險金 2,000 元（計算式：500 元＊住院日數 4 日＝2,000 元)、住院慰問保險金 7,000 元（計算式：【住院日額 1,000 元＊7 倍＝7,000 元】）及住院醫療費用保險金 11,629 元，總計為 24,629 元。

V. 第六段住院：住院日額保險金 4,000 元（計算式：住院日額 1,000 元＊住院日數 4 日＝4,000 元)、住院醫療輔助保險金 2,000 元（計算式：500 元＊住院日數 4 日＝2,000 元)、住院慰問保險金 7,000 元（計算式：【住院日額 1,000 元＊7 倍＝7,000 元】）及住院醫療費用保險金 11,629 元，總計為 24,629 元。

（詳相對人陳述意見函）

四、兩造不爭執之事實：

(一)申請人於105年5月9日向相對人投保系爭保險。

(二)相對人已於107年4月11日發函解除契約，申請人於同日收受送達。

五、本件爭點：

(一)相對人以申請人違反保險法第64條據實告知義務為由，解除系爭保險契約，是否有據？

(二)申請人請求相對人給付醫療保險金1,261,808，是否有據？

六、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。要保人有為隱匿或遺漏不為說明，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（104年2月4日修正）定有明文。而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，課以重要事項之告知義務。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。是故，依保險法第64條規定之文義解釋，原則上凡經保險人書面詢問之事項，僅要保人客觀上有為隱匿或遺漏不為說明，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；惟若要保人得證明危險之發生非基於其說明或未說明之事實，保險人則例外不得解除保險契約。

(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，則恝置不論，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，一旦事故發生，即使與不實說明事項有關，保險人至多可解除契約，如果兩者並無關係，要保人即可以較低之保費，從原本須繳更多保費或根本不為保險人所承保之保險中，獲得保險金之補償。此結果不啻鼓勵要保人於締約時儘量不為據實說明，殊非事理之平。尤其在保險事故可能發生多次之給付，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 年度保險上易字第 9 號民事判決、臺灣高等法院臺中分院 99 年度保險上易字第 8 號民事判決參照）。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。準此，為維護對價平衡及誠實信用原則，應認保險人於要保人違反據實說明義務，且已發生之保險事故與要保人未據實說明無因果關係時，仍得解除契約；僅是不得拒絕該解除契約前已發生之保險事故理賠之請求。

(三)本件申請人主張伊遭相對人以違反告知義務為由解除系爭保險，經查，申請人 105 年 5 月 9 日簽署之○○○人壽人身保險要保書，「被保險人告知事項」欄中就「三、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？」、「九、過去一年內是否曾有乳腺炎、乳漏症、骨盆腔炎、子宮內膜異位症、子宮頸炎、子宮頸抹片檢查異常、陰道異常出血，而接受醫師治療、診療或用藥？」及「十、過去一年內是否曾診斷患有下列疾病？…各種腫瘤…」，予以書面詢問，可知上開事項為系爭保險單之重要事項無訛，且觀諸要保書記載，上開事項均勾選「否」，是申請人投保系爭保險時是否有違反保險法第 64 條據實說明義務？倘申請人未據實說明，則是否影響危險評估？相對人解除系爭保險有無理由？

1. 關於前揭爭點，經諮詢本中心顧問專業意見，略以：

（1）依宏其婦幼醫院之病歷資料等觀之，申請人於投保前一年內因子宮肌瘤就醫，但未於要保書據實說明，故有違反保險法第 64 條第 1 項據實說明義務，該未據實說明之事項已影響相對人就系爭保險之危險評估，申請人於投保前因子宮肌瘤多次多方就醫，按一般核保實務，壽險標準體，醫療險批註除外，其餘險種如重大疾病險、重

大傷病險、癌症險也宜批註除外。申請人於投保前有子宮頸糜爛之情形，仍密切追蹤中，因子宮頸糜爛為子宮頸癌風險因子之一，除壽險具承保性外，其餘各險種包括醫療險、重大疾病險、重大傷病險、癌症險宜延期。

（2） 依趙德明婦科診所之病歷資料等觀之，申請人於投保前兩個月內因子宮肌瘤、左側卵巢瘤就醫，但未於要保書據實說明，故有違反保險法第 64 條第 1 項據實說明義務，該未據實說明之事項已影響相對人就系爭保險之危險評估：子宮肌瘤參前開說明，申請人於投保前兩個月內因左側卵巢瘤就醫兩次，按一般核保實務，投保前近期發現左側卵巢瘤，除壽險具承保性外，其餘各險種包括醫療險、重大疾病險、重大傷病險、癌症險宜延期。

（3） 依禾馨新生婦產科之病歷資料等觀之，申請人於投保前兩個月內因子宮肌瘤、輸卵管及子宮韌帶之良性腫瘤就醫，但未於要保書據實說明，故有違反保險法第 64 條第 1 項據實說明義務，該未據實說明之事項已影響相對人就系爭保險之危險評估，子宮肌瘤參前開說明，申請人於投保前兩個月內因輸卵管及子宮韌帶之良性腫瘤就醫，按一般核保實務，投保前近期發現輸卵管及子宮韌帶之良性腫瘤，除壽險具承保性外，其餘各險種包括醫療險、重大疾病險、重大傷病險、癌症險宜延期。

（4） 依澄觀中醫診所之病歷資料等觀之，申請人於投保前兩個月內因子宮內膜異位症、子宮肌瘤、巧克力囊腫就醫，但未於要保書據實說明，故有違反保險法第 64 條第 1 項據實說明義務，該未據實說明之事項已影響相對人就系爭保險之危險評估，子宮肌瘤參前開說明，申請人於投保前因子宮內膜異位症及巧克力囊腫密切追蹤就醫，按一般核保實務，除壽險具承保性外，其餘各險種宜延期。

（5） 綜上，申請人於投保前一年內，因多項婦科疾病包括子宮肌瘤、子宮頸糜爛、左側卵巢瘤、輸卵管及子宮韌帶之良性腫瘤、子宮內膜異位症及巧克力囊腫密切就醫追蹤，多重婦科疾病，且從病歷內容綜觀，症狀並未緩解，從核保角度，病況不確定性高，且有惡性之疑慮，臨床之診斷需要時間觀察確認，因此本案僅壽險具承保性，可標準體，其餘各險種，包括醫療險、重大疾病險、重大傷病險、癌症險等則宜延期。

2. 本中心為求慎重，復諮詢另一本中心顧問專業意見，略以：

（1）依宏其婦幼醫院之病歷資料等觀之，申請人105年5月9日要保，要保書健康告知事項詢及一年內是否有腫瘤就醫，而申請人於104年10月5日曾因子宮肌瘤門診未告知，已有違反據實告知之情事；惟子宮肌瘤門診追蹤中未手術者，除醫療險批註除外者，其餘可標準體承保。

（2）依趙德明婦科診所之病歷資料等觀之，申請人105年5月9日要保，要保書健康告知事項詢及一年內是否有腫瘤及投保前二個月內就醫，而申請人於105年3月12日、105年3月25日曾因子宮肌瘤及卵巢瘤門診未告知，已有違反據實告知之情事；惟子宮肌瘤門診追蹤中未手術者，除醫療險批註除外者，其餘可標準體承保，而卵巢瘤依後續其他診所之病歷應屬巧克力囊腫，除醫療險批註除外，其餘可標準體承保。

（3）依禾馨新生婦產科之病歷資料等觀之，申請人105年5月9日要保，要保書健康告知事項詢及一年內是否有腫瘤及投保前二個月內就醫，而申請人於105年4月16日曾因子宮平滑肌瘤、輸卵管及子宮韌帶之良性腫瘤、痛經症門診未告知，已有違反據實告知之情事；惟子宮肌瘤門診追蹤中未手術者，除醫療險批註除外者，其餘可標準體承保，其餘輸卵管及子宮韌帶之良性腫瘤因病歷中未作任何處置，亦無鑑別診斷程序應屬臆斷，可連同痛經症予以忽略，可以標準體承保。

（4）依澄觀中醫診所之病歷資料等觀之，申請人105年5月9日要保，要保書健康告知事項詢及一年內是否有腫瘤及投保前二個月內就醫，而申請人於105年3月26日、105年4月2日、105年4月9日、105年4月16日、105年4月23日、105年4月30日、105年5月7日曾因子宮內膜異位症、子宮肌瘤、左側巧克力囊腫就診治療門診未告知，已有違反據實告知之情事；惟子宮內膜異位症（即巧克力囊腫）及子宮肌瘤門診追蹤中未手術者，除醫療險批註除外者，其餘可標準體承保。

3. 是依上開顧問意見可知，申請人於投保前確實有上開疾病就診，投保時卻於告知事項「被保險人告知事項」欄中就「三、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？」、「九、過去一年內是否曾有乳腺炎、乳漏症、骨盆腔炎、子宮內膜異位症、子宮頸炎、子宮頸抹片檢查異常、陰道異常出血，而接受醫師治療、診療或用藥？」及「十、過去一年內是否曾診斷患有下列疾病？…

各種腫瘤…」等問項，勾選「否」，確實有未據實告知情形，且申請人前揭未告知事項除對於系爭保險之主約壽險部分仍可依標準體承保外，就醫療險附約部分則屬須批註除外承保或延期，顯見申請人未告知事項實有影響相對人之危險評估。是相對人於107年4月11日以○○郵局第○○○號存證信函解除系爭保險保單號碼第○○○號之醫療險附約（○○○終身醫療健康保險附約、○○○重大傷病一年定期健康保險附約、○○○醫療健康保險附約）部分，依法並無不合。至於系爭保險之主約壽險部分仍可依標準體投保，是以，申請人請求確認保單號碼第○○○號○○○增額終身壽險契約關係存在部分為有理由。

（四）至於申請人主張相對人自106年12月15日申請人開始申請理賠時，即開始調閱申請人所有醫院就診紀錄，據相對人理賠人員甲○○表示已經調回數間醫院診所之病歷，卻遲至107年4月11日方寄出存證信函解除系爭保險，故申請人認為相對人解除系爭保險為無效行為云云，經查，依相對人提供之病歷資料，相對人乃分別於107年3月27日、107年3月22日、107年3月14日及107年3月16日分別接獲宏其婦幼醫院、趙德明婦科診所、禾馨新生婦產科及澄觀中醫診所檢送之病歷而知悉其情後，於107年4月11日以○○郵局第○○○號存證信函向申請人為解除系爭保險之意思表示，申請人於同日收受，尚未逾保險法第64條第3項所定一個月之除斥期間，又申請人並未就前揭主張舉證以實其說，是申請人此部分主張，本中心尚難憑採。

（五）本件申請人另請求相對人給付醫療保險金乙情，則爭點厥為：申請人於105年5月9日向相對人投保系爭保險前所罹患之婦科疾病，與申請人於所罹患之「子宮頸癌」是否有因果關係？是否為「子宮頸癌」之既往症？

1. 關於前揭爭點，經諮詢本中心顧問專業意見，略以：

（1）依宏其婦幼醫院、趙德明婦科診所、禾馨新生婦產科及澄觀中醫診所之病歷資料等，申請人於105年5月9日向相對人投保系爭保險前所罹患之婦科疾病包括子宮平滑肌瘤、輸卵管及子宮韌帶之良性腫瘤、痛經症等就診治療，雖違反告知義務而影響相對人風險評估，但與申請人所罹患之「子宮頸癌」，並無因果關係。

（2）依宏其婦幼醫院、趙德明婦科診所、禾馨新生婦產科及澄觀中醫診所之病歷資料，申請人於105年5月9日向相對人投保系爭保險前，

所罹患之婦科疾病為子宮肌瘤、子宮頸糜爛、月經不規律等婦科疾病就診治療，與子宮肌瘤、下腹痛、左側卵巢瘤等婦科疾病就診治療，無法認定為「子宮頸癌」之既往症。

2. 本中心為求慎重，復諮詢另一醫學顧問專業意見，略以：「子宮頸癌之既往症為應為『子宮頸病變』或『子宮頸原位癌』，申請人並無既往抹片資料，亦無醫師對相關疾病用藥，申請人主觀上應無法知悉為子宮頸癌，申請人於105年5月9日向相對人投保系爭保險前，所罹患之婦科疾病與申請人所罹患之子宮頸癌無明顯因果關係，僅在105年6月子宮鏡細胞分析中，建議追蹤。」。

3. 從而，依前開兩位顧問意見可知，申請人於105年5月9日向相對人投保系爭保險前所罹患之婦科疾病包括子宮平滑肌瘤、輸卵管及子宮韌帶之良性腫瘤、痛經症等與申請人本件申請理賠所罹患之子宮頸癌，並無因果關係，亦無法認定為「子宮頸癌」之既往症。是申請人請求相對人給付醫療保險金，應屬有據。

（六） 末按系爭○○○重大傷病一年定期健康保險附約第8條【重大傷病保險金的給付】第1項約定：「被保險人同時符合下列第一款及第二款情形，本公司依本附約約定保險金額給付『重大傷病保險金』：一、被保險人於本附約有效期間內，因疾病或遭受傷害經全民健康保險保險人之特約醫院、特約診所之醫師首次診斷為『重大傷病範圍』項目之一者。二、被保險人已依中央衛生主管機關公告實施之『全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法』規定，持前款首次診斷為重大傷病之診斷書，向全民健康保險保險人申請且取得全民健康保險保險人核發之重大傷病證明者，但該證明文件之取得不限於本附約有效期間內。…」、系爭○○○終身醫療健康保險附約第9條【住院醫療保險金的給付】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之『住院醫療保險金日額』乘以被保險人實際住院日數，給付『住院醫療保險金』。…」、第11條【住院醫療補助保險金的給付】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』的百分之五十，給付『住院醫療補助保險金』。…」、第12條【住院前後門診保險金的給付】約定：「被保險人因第四條之約定而住院診療且於同一次住院之住

院前一週內及出院後一週內（住院及出院當日亦計入），因診療同一事故為直接目的而於醫院接受門診診療者，本公司按『住院醫療保險金日額』的百分之二十五乘以實際門診日數（不論被保險人同一日之門診次數為一次或數次，均以一日計），給付『住院前後門診保險金』。若被保險人於住院期間內曾接受手術診療者，前項住院前後門診保險金的期間延長為住院前一週內及出院後二週內（住院及出院當日亦計入）。」、第 13 條【手術費用保險金的給付】約定：「被保險人因第四條之約定，接受附表（手術項目倍數表）所列手術項目時，本公司按『住院醫療保險金日額』乘以該手術項目之給付倍數，給付『手術費用保險金』。…」及系爭○○○醫療健康保險附約第 8 條【住院日額保險金之給付】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）乘以依投保計劃別對應附表所列之『住院日額』，給付『住院日額保險金』。…」、第 9 條【住院醫療輔助保險金之給付】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）乘以 500 元，給付『住院醫療輔助保險金』。…」、第 10 條【住院慰問保險金之給付】約定：「被保險人因第四條之約定而住院診療時，本公司除給付『住院日額保險金』外，另按投保計劃別對應附表所列之『住院日額』7 倍，給付『住院慰問保險金』。被保險人於同一次住院期間，本公司僅給付一次『住院慰問保險金』。」及第 11 條【住院醫療費用保險金之給付】約定：「被保險人因第四條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院診療時，或急診就醫有實際暫留情形且醫院已收取暫留床費時，本公司按被保險人住院或急診期間內所發生，且依全民健康保險規定其保險對象應自行負擔及不屬全民健康保險給付範圍之下列各項費用核付『住院醫療費用保險金』，但同一次住院給付金額不超過依投保計劃別對應附表所列之『住院醫療費用限額』：。（一）醫師診療費。（二）醫師指定用藥。（三）血液（非緊急傷病必要之輸血）。（四）掛號費及證明文件。…」。經查，相對人應依系爭保險之約定為核付各項保險金，業已如前述。則按上開條款，相對人應給付申請人相關醫療保險金共計 1,261,808 元，此數額亦為兩造當事人所不爭執。

七、綜上所述，申請人請求其與相對人間保單號碼第○○○號○○○增額終身壽險契約關係存在及相對人應給付申請人相關醫療保險金共計

1,261,808 元部分為有理由，應予准許；逾此部分為無理由。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。

八、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。

中　　華　　民　　國　　107　　年　　10　　月　　5　　日

財團法人金融消費評議中心

以上正本與原本無異。

兩造應於本評議書送達之次日起十日內，以書面通知本中心，表明接受或拒絕評議決定之意思，未為表示者視為拒絕。

依金融消費者保護法第 29 條第 2 項，金融服務業於事前以書面同意或於其商品、服務契約或其他文件中表明願意適用本法之爭議處理程序者，對於評議委員會所作其應向金融消費者給付每一筆金額或財產價值在一定額度以下之評議決定，應予接受；評議決定超過一定額度，而金融消費者表明願意縮減該金額或財產價值至一定額度者，亦同。

申請人如不接受本評議決定，得另循民事法律救濟途徑解決。