財團法人金融消費評議中心評議書

【108 年評字第 1906 號】

申請人	○○○	住○○○
相對人	○○○	設○○○
法定代理人	○○○	住同上

上列當事人間「保險金理賠」爭議事件，經本中心第三屆評議委員會民國 109 年 2 月 7 日第 49 次會議決定如下：

主文

相對人應給付申請人新臺幣參萬伍仟元整。

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。查申請人前向相對人提出申訴，相對人於民國（下同）108 年 10 月 14 日回覆處理結果，申請人不服，爰提出評議申請（本中心於 108 年 10 月 21 日收文），核與前揭規定相符。

二、申請人之主張：

(一)請求標的：

相對人應給付申請人新臺幣（下同）參萬伍仟元整。

(二)陳述：

1、 申請人以自身為被保險人於 106 年 8 月 30 日投保保單號碼第○○○號住院醫療日額健康保險○○○型（附約略，下稱系爭保險契約／系爭保單）。

2、 申請人 108 年 8 月 27 日至 9 月 2 日因「氣喘併急性發作、支氣管肺炎」住院 7 天（下稱系爭住院）。相對人辯以保前疾病而拒賠，然申請人係因支氣管肺炎而住院，且前兩次均有理賠，此次卻不理賠。為此爰提起評議之申請。

（詳參評議申請書、補充理由暨相關附件）。

三、相對人之主張：

(一)請求事項：申請人之請求為無理由。

(二)陳述：

1、按系爭保險契約第 2 條第 1 項之約定：「本契約所稱疾病係指被保險人自本契約持續有效三十日以後或復效日起所發生之疾病…。」，準此，倘申請人住院接受治療之疾病係於系爭保險契約生效日起持續有效三十日後所發生之疾病者，自屬系爭保險契約所定義之「疾病」。

2、申請人於 106 年 8 月 30 日投保前，於 89 年 1 月 31 日即經診斷罹患「氣喘」是項疾病，嗣於 104 年 2 月 17 日至 106 年 5 月 26 日期間，因「慢性阻塞性肺病併氣喘發作」之病症，持續接受萬芳醫院門診及住院治療，前後就診次數高達 20 餘次。申請人對其罹患氣喘及該病症之情事無法諉為不知，申請人為帶病投保，該疾病並非系爭保險契約之疾病。

3、申請人 108 年 7 月 10 日至 16 日曾因「慢性阻塞性肺病氣喘重疊症候群」入住雙和醫院，其住院之事實與系爭住院相同，皆係針對申請人投保前業已存在並反覆發作之疾病進行相關之治療。

（詳參相對人陳述意見函暨相關附件）。

四、兩造不爭執之事實：

(一)申請人以自身為被保險人於 106 年 8 月 30 日投保保單號碼第○○○號住院醫療日額健康保險○○○型（附約略，即系爭保險契約／系爭保單）。

(二)申請人 108 年 8 月 27 日至 9 月 2 日因「氣喘併急性發作、支氣管肺炎」於永和耕莘醫院住院 7 天（即系爭住院）。

五、本件爭點：

(一)申請人 108 年 8 月 27 日至 9 月 2 日因「氣喘併急性發作、支氣管肺炎」住院治療之疾病是否為 106 年 8 月 30 日投保系爭保單前已發生之疾病？申請人於 106 年 8 月 30 日投保系爭保單時是否知悉其罹患該疾病？ 該疾病 106 年 8 月 30 日前是否已有「外表可見之徵象，在客觀上不能諉為不知」之情況？

(二)申請人請求相對人給付 35,000 元，有無理由？

六、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。」保險法第 127 條定有明文；又該條之立法理由係謂：「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。」。是以，健康保險之被保險人若於簽訂健康保險契約時即有某特定疾病，縱健康保險契約不因該特定疾病而無效，惟因該特定疾病非新生之疾病，依法即不得認係保險事故，保險受益人即亦不得以該特定疾病於保險契約生效後轉劇之事實，主張保險事故成立，並請求理賠。亦即，本條規定保險契約訂立時，被保險人已在疾病中者，保險人對是項疾病，不負給付保險金額之責任。又所謂被保險人已在疾病中者，係指疾病已有外表可見之徵象，在客觀上被保險人不能諉為不知之情況而言（最高法院95年度台上字第359號判決意旨參照)。以此推知，保險公司是否得主張保險法第 127 條「已在疾病」情況中者，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。

(二)次按系爭保單條款第2條【名詞定義】第1項前段約定：「本契約所稱『疾病』係指被保險人自本契約持續有效三十日以後或復效日起所發生之疾病，…。」；第 4 條【保險範圍】約定：「被保險人於本契約有效期間內因第二條約定之疾病或傷害住院診療時，本公司依被保險人購買本契約選定之類型，按下列各款約定給付保險金。…乙型：一、一般住院醫療日額保險金：被保險人於住院診療期間，本公司按本契約所載之『住院醫療保險金日額』乘以該被保險人實際住院日數（含入院及出院當日）給付『一般住院醫療日額保險金』。…。」。準此，若申請人符合前揭要件，其疾病又未構成保險法第 127 條之保前疾病者，相對人即應依上開約定給付一般住院醫療日額保險金。

(三)關於前揭爭點，經檢附卷證資料諮詢本中心專業醫療顧問，其意見略以：「根據所檢附之萬芳醫院保險醫療查詢回文，申請人於 105 年 12 月 7 日至同月 12 日因慢性阻塞性肺病以及氣喘發作而入住萬芳醫院一週。顯示在 106 年 08 月 30 日前，即有該兩種肺部疾病同時存在的情況。臨床上，氣喘與慢性阻塞性肺病的症狀極為相似，不容易進行鑑別。後來隨著呼吸道疾病診治指引的更新，醫界才將這兩種疾病同時存在的病症，正名為『慢性阻塞性肺病氣喘重疊症候群』。另根據天主教永和耕莘醫院所開立之診斷證明書，申請人係因氣喘併急性發作、以及支氣管肺炎兩種疾病而在108年8月27日至108年9月2日間住院接受治療。據此判斷：系爭住院之第一項診斷『氣喘』應為106年8月30日投保系爭保單前已發生之疾病。但系爭住院之第二項診斷『支

氣管肺炎』，應為新發肺部感染，並非過往慢性病之急性發作，因此應不屬於106年8月30日投保系爭保單前已發生之疾病。由於105年12月已因症住院，推測申請人於106年8月30日投保系爭保單時極可能已知悉罹患系爭住院之第一項病因，且過去曾有『外表可見之徵象』。然此推論不適用於系爭住院之第二項病因。」等語。

(四)本中心為求慎重，再檢附卷證資料諮詢本中心另一專業醫療顧問，其意見略以：「氣喘是慢性病，是106年8月30日投保系爭保單前已發生的疾病。但是『支氣管肺炎』如果是少數的單獨發作，不宜視為帶病投保。例如，我們不會用被保險人因為以前有感冒，所以他發生重度流行性感冒住院時就不給付保險金。」等語。

(六)依現有事證及本中心諮詢專業醫療顧問之意見，尚無法認定申請人所罹患之「支氣管肺炎」，為106年8月30日投保系爭保單前所發生之疾病，或該疾病確實於投保前已有外表可見之徵象，申請人不能諉為不知之情況。是相對人以申請人系爭住院之疾病，均屬投保前疾病，拒絕給付保險金，難認有據。從而，申請人請求相對人依據系爭保單之約定，給付一般住院醫療日額保險金35,000元(計算式：日額5,000元X 7日＝35,000元)，應屬可採。

七、綜上所述，申請人請求相對人給付35,000元整，為有理由，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。

八、據上論結，本件評議申請為有理由，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　　109　　年　　2　　月　　7　　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。