

財團法人金融消費評議中心評議書

【109 年評字第 2686 號】

申請人 ○○○○ 住○○○○

相對人 ○○○○人壽保險股份有限公司 設○○○○
司

法定代理人 ○○○○ 住同上

上列當事人間「保前疾病」爭議事件，經本中心第四屆評議委員會民國 110 年 2 月 5 日第 3 次會議決定如下：

主文

相對人應給付申請人新臺幣貳拾肆萬玖仟元整。

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。查申請人前於民國（下同）109 年 10 月 28 日向相對人提出申訴，相對人於 109 年 11 月 6 日回覆處理結果，申請人不服，爰於 109 年 11 月 10 日提出評議申請，本中心 109 年 11 月 11 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）249,000 元整。

(二) 陳述：

申請人以自身為要保人暨被保險人於 107 年 1 月 12 日投保相對人第 ○○○○225 號「○○○○終身保險」（下稱系爭保單）並附加「○○○○住院醫療限額給付健康保險附約」（下稱系爭附約），嗣後申請人於 109 年 4 月 26 日至 109 年 5 月 10 日因「重度睡眠呼吸中止」（下稱系爭

疾病)赴臺北醫學大學附設醫院(下稱北醫大醫院)住院治療,並接受達文西輔助懸雍顎咽成型手術(下稱系爭治療),申請人檢附診斷證明書等文件向相對人請求給付醫療保險金,惟遭相對人以系爭疾病為投保前即已存在為由拒賠。為此,申請人提出評議申請,請求相對人依系爭附約給付醫療保險金249,000元。

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. 按醫學資料,當睡眠的質或量不理想而影響到白天作息時,就是所謂的睡眠障礙,造成睡眠障礙之常見原因,包含有失眠、日夜節律失調、睡眠呼吸中止症、周期性肢動症、憂鬱症等等各種疾病,其中因睡眠期間呼吸問題引發的就是睡眠呼吸中止症,一般常見的打鼾,就是其中一種。針對有呼吸中止症的病患,透過基本病史詢問與身體檢查,經常能找出長期被忽略的慢性疾病,例如氣喘、充血性心臟衰竭等,睡眠呼吸中止症與氣喘有共病關係。
2. 查衛生福利部中央健康保險署保險對象門診申報紀錄明細表記載,申請人投保系爭保單前分別曾於103年3月4日至106年11月21日間因「49390/J45909哮喘」、「J45901哮喘伴(急性)加重」多次赴長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院(下稱高雄長庚醫院)胸腔內科就診、103年7月14日及104年3月9日因「4660急性支氣管炎」赴林勁甫耳鼻喉科診所就診、104年5月26日至106年11月6日間數次因「463/J0390急性扁桃腺炎」及「J209急性支氣管炎」赴吉田耳鼻喉科診所就診,且投保系爭保單後仍持續分別於107年1月16日及107年2月23日因「J45901哮喘伴(急性)加重」赴高雄長庚醫院胸腔內科、107年2月10日因「J209急性支氣管炎」赴林勁甫耳鼻喉科診所、107年2月11日因「J0390急性扁桃腺炎」赴吉田耳鼻喉科診所就診,與系爭治療具有因果關係,後申請人於108年12月9日赴高雄長庚醫院門診時主訴打鼾多年,據此,申請人於投保系爭保單時應已知悉其系爭疾病病徵,尚難諉為不知,顯見系爭疾病係就申請人投保前已發生之既往症所為之治療,自始非屬系爭保單約定之保險範圍,故依保險法第127條規定與上揭保單條款約定,相對人自無給付住院醫療保險金之責。
3. 末查申請人於投保系爭保單時,對要保書告知事項「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?」及「過去一年內

是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？D. 氣喘」均勾選為「否」，申請人未據實告知投保前之就醫情形實已影響相對人對危險之評估，其行為顯有違反誠信原則及對價衡平原則之虞，併予敘明。

四、兩造不爭執之事實：

- (一) 申請人以自身為要保人暨被保險人於 107 年 1 月 12 日向相對人投保系爭保單並附加系爭附約。
- (二) 申請人於 109 年 4 月 26 日至 109 年 5 月 10 日因「重度睡眠呼吸中止」（即系爭疾病）在北醫大醫院住院治療，並接受達文西輔助懸雍顎咽成型手術（即系爭治療）。

五、本件爭點：

申請人「重度睡眠呼吸中止」（即系爭疾病）是否為投保前（即 107 年 1 月 12 日）已罹患之既往症？若是，則申請人於投保時是否已知悉系爭疾病之存在，或難以諉為不知？

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 條第 1 項約定：「本契約所稱『疾病』係指被保險人自本契約生效日起持續有效三十日後（或復效日起）所發

生之疾病。」及第5條約定：「被保險人於本契約有效期間內身故、因第二條約定之疾病或傷害住院或於保險年齡到達一百歲之保險單週年日仍生存時，本公司按本契約約定給付保險金。」系爭附約條款第2條第2項及第10條亦有相同約定。可見雙方透過保險契約之約定，明示將被保險人於契約生效日前及等待期間所發生之疾病排除於保險範圍，故保險人依保險法之規定、系爭保單及系爭附約條款之約定，就投保前疾病不負給付保險金之責。

- (三) 關於前揭爭點，經諮詢本中心專業醫療顧問，其意見略以：「1. 依所附申請人於高雄長庚醫院及北醫大醫院之病歷資料，申請人罹患打鼾症及日間嗜睡症狀多年 (snoring and daytime sleepiness for several years)，其打鼾症及日間嗜睡症狀可能於投保前 (即 107 年 1 月 12 日) 即已存在，但其程度是否已達『重度睡眠呼吸中止』之程度，則無法確認。亦即，申請人之『重度睡眠呼吸中止』不一定是投保前即已罹患之既往症。2. 申請人於 109 年 1 月 8 日於高雄長庚醫院接受睡眠生理檢查，結果顯示為『重度阻塞性睡眠呼吸中止』 (severe obstructive sleep apnea)，但在此一時點之前，並無證據顯示申請人已知悉、或可得合理知悉其打鼾症已達『重度睡眠呼吸中止』之程度。」
- (四) 本中心為求慎重，徵詢另一專業醫療顧問，其意見略以：「1. 經檢視所附病歷，申請人因『重度睡眠呼吸中止』於 109 年 4 月 14 日在北醫大醫院就診，109 年 4 月 26 日住院，於 109 年 4 月 27 日接受系爭治療，於 109 年 5 月 10 日出院。2. 申請人先前就診紀錄如下：(1) 108 年 12 月 9 日：高雄長庚醫院耳鼻喉科，主訴打鼾、白天嗜睡，經睡眠檢查後確診為『重度睡眠呼吸中止』(2) 104 年 5 月 26 日至 107 年 6 月 2 日：高雄吉田耳鼻喉科診所，診斷為急性扁桃腺炎、急性鼻炎、急性支氣管炎。(3) 103 年 3 月 4 日：高雄長庚醫院胸腔內科，主訴鼻塞、呼吸不順，診斷為氣喘、過敏性鼻炎，不定期在門診使用藥物控制。3. 在投保前 (即 107 年 1 月 12 日) 前，並無『重度睡眠呼吸中止』之診斷，高雄長庚醫院胸腔內科看診之呼吸不順應為氣喘緣故，且醫師診斷也未提及『重度睡眠呼吸中止』。4. 故申請人之『重度睡眠呼吸中止』並非投保前 (即 107 年 1 月 12 日) 已罹患之既往症。」
- (五) 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「重度睡眠呼吸中止」，確為 107 年 1 月 12 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。是相對人以申請人本次因重度睡眠呼吸中止屬投保前疾病，拒絕給付保險金，難認有據。

(六) 從而，申請人請求相對人依據系爭保單及系爭附約之約定，給付相關醫療保險金，應屬有據。復按系爭保單條款第 13 條約定：「被保險人依第五條約定而住院者，本公司按其實際住院日數乘以『住院保險金日額』給付『住院保險金日額保險金』…」、系爭附約條款第 12 條約定：「被保險人因第十條之約定而以全民健康保險之保險對象住院診療時，本公司按被保險人住院期間內所發生，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。但每日最高給付金額不得超過附表二所列『每日病房費用保險金限額』，且每次住院期間給付日數最多以三百六十五日為限。一、超等住院之病房費差額。二、管灌飲食以外之膳食費。三、特別護士以外之護理費。…」、第 13 條約定：「被保險人因第十條之約定而以全民健康保險之保險對象住院診療時，本公司按被保險人住院期間內所發生，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，但每次住院期間最高給付金額不得超過附表二所列『住院醫療費用保險金限額』。一、醫師指示用藥。二、血液（非緊急傷病必要之輸血）。三、掛號費及證明文件。四、來往醫院之救護車費。五、超過全民健康保險給付之住院醫療費用。」、第 14 條約定：「被保險人因第十條之約定而以全民健康保險之保險對象住院診療時，本公司按被保險人住院期間內所發生，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手術費核付，但不得超過附表二所列『住院手術費用保險金限額』乘以附表五『手術名稱及費用表』中所載各項百分率所得之數額。…」本件經相對人計算如申請人之請求為有據，應理賠金額為 249,600 元。是申請人請求相對人依據系爭保單及系爭附約之約定給付相關醫療保險金 249,000 元，應屬可採。

- 七、綜上所述，申請人請求相對人給付 249,000 元，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 1 1 0 年 2 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個工作日內，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。