

財團法人金融消費評議中心評議書

【110 年評字第 196 號】

申 請 人 ○○○○ 住○○○○

相 對 人 ○○○○保險事業股份有限公司 設○○○○

法定代理人 ○○○○ 住同上

上列當事人間之爭議事件，經本中心第四屆評議委員會民國 110 年 5 月 28 日第 10 次會議決定如下：

主文

本中心就申請人之請求尚難為有利申請人之認定。

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。查申請人前向相對人提出申訴，相對人於民國（下同）110 年 1 月 18 日回覆處理結果，申請人不服，申請人於 110 年 1 月 21 日（本中心收文日 110 年 1 月 22 日）提出評議申請，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癌症門診醫療保險金新臺幣（下同）100,000 元。

（二）陳述：

1. 案外人李○○君以自己為要、被保險人，於 87 年 10 月 6 日向相對人投保○○○終身壽險（保單號碼第○○○536 號），並附加防癌終身健康保險附約（雙親型）2 單位（申請人為從被保險人，下稱系爭附約 1）。又申請人以自己為要保人兼被保險人，於 89 年 8 月 21 日向○○○人壽保險股份有限公司（下稱○○○人壽，相對人於 104 年 7 月 1 日與○○○

○人壽完成交割，並由金融監督管理委員會核准相對人概括承受○○○人壽之資產負債及營業)投保○○○終身保險(保單號碼第○○○766號)，並附加○○○終身健康保險附約2單位(下稱系爭附約2)。

2. 申請人因「乳癌」(下稱系爭疾患)於109年5月25日至9月1日之間在義大醫療財團法人義大癌治療醫院(下稱義大醫院)乳房醫學中心門診計29次及中醫科門診計14次，總計門診43次，向相對人申請理賠遭拒，相對人應依照系爭附約2保單條款第15條規定，以癌症為直接原因，每日一次為限為基礎，相對人就該依約給付，不該以各種原因來刁難保戶，故請求相對人應給付未理賠之剩餘20次門診保險金100,000元。為此，遂提出評議申請。

(餘詳申請人評議申請書及補充資料)

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. 申請人因系爭疾患於109年5月25日至9月1日之間在義大醫院乳房醫學中心門診計29次及中醫科門診計14次，總計門診43次，向相對人申請理賠系爭附約1、2癌症門診醫療保險金，相對人業已給付乳房醫學中心門診9次之癌症門診醫療保險金45,000元【計算式：附約1：(2單位*1,000元*9日)+附約2：(2單位*1,500元*9日)】、中醫科門診14次70,000元【計算式：附約1：(2單位*1,000元*14日)+附約2：(2單位*1,500元*14日)】及遲延利息2,080元在案，惟其餘20次癌症門診醫療保險金共100,000元部分(下稱系爭保險金)，因與條款約定未合，故相對人未予給付。
2. 按系爭附約1條款第22條約定：「被保險人於本附約保險責任開始後，經診斷確定罹患癌症，並於有效期間內在醫院接受以癌症為直接原因或癌症引起的併發症而必要的門診治療，本公司按下表計算給付癌症門診醫療保險金。(請參閱附表六)」，而依前開附表六所載，癌症門診醫療保險金每保險給付單位每日給付1,000元。又系爭附約2條款第15條約定：「被保險人於本附約保險責任開始後，經醫院診斷確定罹患癌症，並以癌症為直接原因，未住院而接受門診醫療時，每一投保單位本公司按實際門診次數乘以每次新台幣一千五百元給付『癌症門診醫療保險金』。前項給付每日一次為限」。
3. 次按台灣雲林地方法院106年○○○字第○○○號民事判決略謂「依

照美國國家衛生院NCCN及國內癌症相關學會建議，癌症治療後之追蹤，在無復發之前提下，應為第一年每月追蹤2次，第2年每兩個月追蹤1次，以此類推，但若考量處理治療後併發症為慮，每月也不需超過2次，不同科別之藥物，也可加以整合」，且【就系爭保單條款關於「以癌症為直接原因或癌症所引起的併發症」之意義，於解釋上，應認以具有相同專業醫師於相同情形仍診斷具有治療癌症或因癌症所引起之併發症者，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，如依一般醫療常規並未治療癌症或癌症所引起的併發症者，縱有門診之事實，亦不負給付癌症門診醫療保險金之責任】評議中心108年評字第714號評議決定可資參照。

4. 查申請人於103年7月罹癌經治療後，幸未復發或移轉，而依義大醫院病歷所載，乳房醫學中心門診僅領口服荷爾蒙抗癌藥，對照前次門診治療內容並無顯著差異，目前亦未進行化學治療或放射治療，然申請人每月門診仍達7-9次，顯非必要，相對人未予給付系爭保險金，並無違誤。

(餘詳相對人陳述意見函)

四、兩造不爭執之事實：

- (一)案外人李○○君以自己為要、被保險人，於87年10月6日向相對人投保○○○終身壽險(保單號碼第○○○536號)，並附加防癌終身健康保險附約(雙親型)2單位(申請人為從被保險人，即系爭附約1)。又申請人以自己為要保人兼被保險人，於89年8月21日向○○○人壽投保○○○終身保險(保單號碼第○○○766號)，並附加○○○終身健康保險附約2單位(即系爭附約2)。
- (二)申請人因「乳癌」(即系爭疾患)於109年5月25日至9月1日赴義大醫院乳房醫學中心門診計29次及中醫科門診計14次，總計門診43次。
- (三)相對人業已給付申請人乳房醫學中心門診9次之癌症門診醫療保險金45,000元、中醫科門診14次之癌症門診醫療保險金70,000元及遲延利息2,080元在案。

五、本件爭點：

申請人請求相對人給付系爭20次癌症門診醫療保險金共計100,000元，是否有理由？

六、判斷理由：

- (一)按系爭附約1條款第22條約定：「被保險人於本附約保險責任開始後，經診斷確定罹患癌症，並於有效期間內在醫院接受以癌症為直接原因

或癌症引起的併發症而必要的門診治療，本公司按下表計算給付癌症門診醫療保險金。(請參閱附表六)」，而依前開附表六所載，癌症門診醫療保險金每保險給付單位每日給付 1,000 元。又系爭附約 2 條款第 15 條約定：「被保險人於本附約保險責任開始後，經醫院診斷確定罹患癌症，並以癌症為直接原因，未住院而接受門診醫療時，每一投保單位本公司按實際門診次數乘以每次新台幣一千五百元給付『癌症門診醫療保險金』。前項給付每日一次為限」準此可知，被保險人須經醫院診斷確認罹患癌症，並接受治療以癌症為直接原因或癌症所引起之併發症之必要門診治療時，相對人即應給付申請人癌症門診醫療保險金。

(二)次按保險為最大善意及最大誠信之射倖性契約，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，始能避免肇致道德危險（最高法院 85 年度台上字第 1685 號民事判決參照）。蓋保險制度最大功能在於將個人於生活中遭遇各種人身危險、財產危險，及對他人之責任危險等所產生之損失，分攤消化於共同團體，是任何一個保險皆以一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發生而將遭受損失之人所組成，故基於保險是一共同團體之概念，面對保險契約所生權利糾葛時，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，最終將致侵害整個危險共同團體成員之利益，有違保險制度之本旨。準此，就申請人與相對人間之系爭附約 1、2 之條款約定「以癌症為直接原因或癌症所引起的併發症」之意義，於解釋上，應認以具有相同專業醫師於相同情形仍診斷具有治療癌症或因癌症所引起之併發症者，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，如依一般醫療常規並未治療癌症或癌症所引起的併發症者，縱有門診之事實，相對人亦不負給付癌症門診醫療保險金之責任。據此，本件爭點厥為系爭 29 次門診，依現有病歷資料，其主要治療內容及用藥情形為何？是否為「以癌症為直接原因或癌症引起的併發症而必要的門診治療」？就系爭 29 次門診，相對人業已給付 9 次癌症門診保險金，是否合理？若否，合理次數為何？

(三)就前揭爭點，經檢附相關卷證資料諮詢本中心專業醫療顧問，其意見略以：

1. 申請人罹患第 1 期乳癌，行局部保留手術及放射治療後，104 年起口服 Tamoxifen(抗荷爾蒙藥物)。

2. 口服 Tamoxifen 一般常規定每天 2 粒，每次開 3 個月，可在醫院或門診藥局拿，每次一個月。3 個月再回門診開慢性處方箋(3 個月)，每半年影像檢查一次。
 3. 申請人服用之 Tamoxifen 每次開 2 天或 5 天，不合常規，合理次數應為每 3 個月看門診一次。
- (四)本中心為求慎重，經再諮詢另一位專業醫療顧問，其意見略以：
1. 申請人於 103 年因乳癌接受腫瘤切除併淋巴結摘除手術，術後期別為第一期(Stage1, T1cN0), ER(+), PR(+), ki67<20, 故術後長期服用 Tamoxifen 作為輔助治療。而乳癌術後的追蹤及治療，一般都是看細胞的種類及期別。有些術後須緊接著做化學治療，也有加上局部放射治療(通常在 8 個月內結束)，之後也許需要長期服用 Tamoxifen 或 AI 類藥物(每 3 個月拿 1 次藥)。
 2. 申請人於 103 年手術治療，術後病情穩定，僅長期口服 Tamoxifen，一般在術後 5-6 年，應每 3 個月拿 1 次藥(慢性藥單)，定期做乳房攝影、乳房超音波、胸部 X 光及腹部超音波追蹤即可(每年 1 次)。
 3. 相對人業已給付部分，已超過合理範圍。
- (五)承上，依現有卷證資料及前揭顧問意見可知，申請人罹患第 1 期乳癌，於 103 年接受手術治療，術後病情穩定，僅口服 Tamoxifen(抗荷爾蒙藥物)，應以每 3 個月看門診一次或每 3 個月拿一次慢性處方箋即可，故申請人自 109 年 5 月 25 日起至 109 年 8 月 31 日共計 29 次門診治療，而申請人至門診取 Tamoxifen 藥，為每次開 2 天或 5 天似與一般醫療常規有違。再查，相對人就前揭門診區間以每 2 週給付一次共計 7 次，外加 109 年 5 月 21 日及 109 年 9 月 1 日計 2 次檢查，共給付 9 次癌症門診保險金，已屬合理範圍，且經申請人受領在案，故申請人復請求剩餘 20 次癌症門診醫療保險金共計 100,000 元，難認有據。
- 七、綜上所述，申請人請求相對人給付癌症門診醫療保險金共計 100,000 元，本中心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。
- 八、據上論結，本件評議申請為無理由，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 1 1 0 年 5 月 2 8 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。