

財團法人金融消費評議中心評議書

【110 年評字第 2679、2680、2719 號】

申請人 ○○○○ 住○○○○
相對人 ○○○○人壽保險股份有限公 設○○○○
司
法定代理人 ○○○○ 住○○○○

上列當事人間之爭議事件，經本中心第四屆評議委員會 111 年 3 月 11 日第 29 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（下稱金保法）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 110 年 11 月 5 日函覆處理情形，申請人不服函覆結果，於 110 年 12 月 5 日向本中心申請評議（本中心於同年月 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. 請求相對人給付癌症手術醫療保險金新台幣（下同）45,000 元及自 109 年 8 月 11 日起至清償日止按週年利率 10% 計算之利息（詳申請人 111 年 1 月 17 日補正書，案號：110 年評字第 2679 號）。
2. 請求相對人給付癌症手術醫療保險金及門診醫療保險金合計 49,500 元及自 108 年 1 月 27 日起至清償日止按週年利率 10% 計算之利息（詳申請人 111 年 1 月 17 日補正書，案號：110 年評字第 2680 號）。
3. 請求相對人給付化學治療保險金 4,800 元與「從新從優原則」之雜費

174,036 元，及自 110 年 8 月 5 日起至清償日止按週年利率 10% 計算之利息(詳申請人 111 年 1 月 17 日補正書，案號：110 年評字第 2719 號)。

(二)陳述摘要：

1. 申請人於民國(下同)86 年 3 月 13 日以自己為要保人及被保險人投保相對人「○○○終身壽險」(保單號碼：○○○-02，下稱系爭保單)，並附加「○○○終身保險附約」(下稱系爭○○○附約，雙親型 3 單位、罹患癌症手術醫療保險金每承保單位 15,000 元；癌症住院醫療保險金〔雙親家庭型〕第 1-90 日每日 1,200 元；癌症門診醫療保險金〔雙親家庭型〕每承保單位每日 500 元；癌症化學治療保險金〔雙親家庭型〕每承保單位每日 800 元)、「住院醫療保險附加特約(定期保障)」(下稱系爭○○○附約，高額型〔計劃 2〕，最高住院天數 365 日，醫院雜費〔實支實付〕每次限額 66,198 元)及其他附約(略)。
2. 申請人於 107 年 10 月 30 日經中山醫學大學附設醫院(下稱中山醫院)「病理組織檢查報告」確診為「左側女性乳房未明示部位惡性腫瘤」疾病(下稱系爭事故)；於 109 年 8 月 11 日經敏盛綜合醫院(下稱敏盛醫院)診斷「左側女性乳房之惡性腫瘤」並行粗針穿刺切片化驗，依敏盛醫院 110 年 7 月 1 日診斷證明書記載「標靶藥物治療 13 次」、「粗針穿刺切片化驗及放置人工血管手術 2 次」。
3. 申請人主張乳房腫瘤組織檢查切片術，屬醫療行為且根據健保支付標準 227「手術項目」○○○乳房腫瘤組織檢查切片術，其明確定義為手術，粗針穿刺目的為病灶切除治療確認惡性腫瘤類型適用何種化學治療藥物，為採取之醫療必要行為，故依系爭○○○附約及系爭○○○附約請求相對人應給付手術醫療保險金(109 年 8 月 11 日敏盛醫院手術部分 45,000 元；107 年 10 月 25 日中山醫院手術部分 45,000 元)、門診醫療保險金(107 年 10 月 25 日、107 年 10 月 29 日及 107 年 11 月 1 日門診費用部分 4,500 元)及化學治療保險金(110 年 5 月 6 日及 110 年 5 月 27 日敏盛醫院門診化學治療部分 4,800 元)等，惟遭相對人拒賠。另申請人自 86 年 3 月 13 日起投保系爭保單迄今均按時繳費，實屬優良保戶，若非重症癌症患者，又何需採自費複合型標靶治療，故祈採「從新從優原則」請求相對人給付雜費 174,036 元，亦遭相對人拒絕。(詳參申請人 110 年 12 月 5 日評議申請書及歷次補正資料與附件)。

三、相對人之主張：

(一)請求事項：

申請人之請求為無理由。

(二)陳述摘要：

1. 申請人經中山醫院 107 年 10 月 30 日「病理組織檢查報告」確診為「左側女性乳房未明示部位惡性腫瘤」疾病（即系爭事故），相對人業已給付相關醫療保險金 739,514 元整在案。
2. 有關 110 年評字第 2679 號評議申請，依據中山醫院「病理組織檢查報告」記載確認報告時間係為 107 年 10 月 30 日，準此，相對人自當就 107 年 10 月 30 日後，對於申請人以治療癌症或因癌症所引起之併發症為直接目的之門診，負給付癌症門診醫療保險金之責。經查，申請人 107 年 10 月 25 日及 29 日均為診斷確定罹患癌症前之門診，107 年 11 月 1 日中山醫院診斷證明書未載明門診日期，且 107 年 11 月 1 日上午之收據係載明係證書費，107 年 11 月 1 日下午之收據係載明放射線診療費，均非屬以治療癌症或因癌症所引起之併發症為直接目的之門診治療，依系爭○○○附約第 16 條約定，尚非保障範圍之內。另依系爭○○○附約第 15 條約定，相對人給付癌症手術醫療保險金，係以接受以治療癌症為直接目的之外科手術治療，或接受以治療因癌症所引起之併發症為直接目的之外科手術治療，尚非確診罹患癌症後之任何治療均屬系爭○○○附約癌症手術醫療保險金之承保範圍。經查，申請人於 107 年 10 月 25 日在中山醫院接受「needle biopsy」，所獲取之檢體係作為病理組織診斷及報告，判斷是否確診乳癌，並非以治療癌症或因癌症所引起之併發症為直接目的；申請人於 109 年 8 月 11 日在敏盛醫院接受「粗針穿刺切片化驗」係為取得病理組織進一步檢驗所必須之治療處置，且 109 年 8 月 11 日收據僅有治療處置費、特殊檢查費，並無手術費之項目。另 109 年 8 月 20 日及 27 日取得（敏盛醫院）報告後，安排標靶治療，顯見切片化驗檢查僅為評估治療計畫，並非癌症治療手術，故上述切片檢查與切片化驗檢查，均不符合系爭○○○附約之癌症手術保險金給付要件。
3. 有關 110 年評字第 2680 號評議申請，設若申請人上述診療符合系爭○○○附約癌症手術醫療保險金及癌症門診醫療保險金之給付要件（假設語），惟申請人赴中山醫院 107 年 10 月 25 日、107 年 10 月 29 日及 107 年 11 月 1 日之門診醫療費用收據影本，申請人於 110 年 10 月 18 日始向相對人提出，其請求權時效顯然已逾保險法第 65 條第 1 項前段明定 2 年之請求權時效而消滅。
4. 有關 110 年評字第 2719 號評議申請，基於申請人申請標靶藥物治療 13 次，相對人先前僅給付 11 次，為有效處理金融消費爭議，相對人收到

本件評議申請，業已依申請人主張核付系爭○○○附約 2 次癌症化學治療保險金與遲延利息在案。申請人於 109 年 9 月 1 日至 4 日因左側女性乳房之惡性腫瘤疾病住院，隨後於同年 9 月 24 日至 25 日、同年 10 月 15 日至 16 日、同年 11 月 5 日至 6 日、同年 11 月 26 日至 27 日、同年 12 月 21 日至 22 日、同年 12 月 28 日至 29 日、110 年 1 月 18 日至 19 日、同年 2 月 10 日至 11 日、同年 3 月 3 日至 4 日、同年 3 月 24 日至 25 日再因同一疾病住院，顯見申請人出院與再入院期間不足 90 日，依系爭○○○附約之「保險金表」之「3.說明(5)」約定，109 年 9 月 1 日至 4 日住院與 110 年 3 月 24 日至 25 日住院視為同一次住院，依此類推，申請人自 109 年 9 月 1 日至 110 年 3 月 25 日期間住院 24 日之「醫院雜費（實支實付）」（每次限額）89,367 元，於 110 年 7 月 22 日給付已達限額，故相對人不負另行給付系爭○○○附約之相關住院醫療保險金之責為是（詳參相對人○○○年○○○月○○○日○○○壽○○○字第○○○344 號書函陳述意見書）。

四、兩造不爭執之事實：

- (一)申請人於 86 年 3 月 13 日以自己為要保人及被保險人投保相對人「○○○終身壽險」（保單號碼：○○○-02，即系爭保單），並附加「○○○終身保險附約」（雙親型 3 單位、罹患癌症手術醫療保險金每承保單位 15,000 元；癌症住院醫療保險金〔雙親家庭型〕第 1-90 日每日 1,200 元；癌症門診醫療保險金〔雙親家庭型〕每承保單位每日 500 元；癌症化學治療保險金〔雙親家庭型〕每承保單位每日 800 元）、「住院醫療保險附加特約(定期保障)」(即系爭○○○附約，高額型〔計劃 2〕，最高住院天數 365 日，醫院雜費〔實支實付〕每次限額 66,198 元)及其他附約(略)。
- (二)申請人於 107 年 10 月 30 日經中山醫學大學附設醫院(下稱中山醫院)「病理組織檢查報告」確診為「左側女性乳房未明示部位惡性腫瘤」疾病(即系爭事故)
- (三)相對人就系爭事故已給付申請人相關醫療保險金 739,514 元；就申請人於 110 年 5 月 6 日及 110 年 5 月 27 日敏盛醫院門診化學治療部分 4,800 元亦已於 110 年 12 月 1 日給付完畢，並加計給付延遲利息 140 元(合計 4,940 元)。

五、本件爭點：

- (一)本件申請人於 107 年 10 月 25 日在中山醫院接受「needle biopsy」，係為判斷是否確診乳癌之檢查？抑或係為治療癌症或因癌症所引起之

併發症為直接目的之手術？判斷理由為何？

- (二) 承上，申請人罹患「左側女性乳房之惡性腫瘤」之確診日期為何日（亦即，申請人確診日係107年10月30日前，或係107年10月30日後）？
- (三) 本件申請人於109年8月11日在敏盛醫院接受「粗針穿刺切片化驗」，於醫療常規中，是否係為取得病理組織檢驗所必須之治療處置？抑或係接受治療癌症或癌症所引起之併發症為直接目的之外科手術？判斷理由為何？
- (四) 本件申請人自109年9月1日至110年3月25日於敏盛醫院之住院，是否係因「同一疾病」之住院？判斷理由為何？
- (五) 申請人請求相對人依系爭○○○附約及系爭○○○附約應給付手術醫療保險金（109年8月11日敏盛醫院手術部分45,000元；107年10月25日中山醫院手術部分45,000元）、門診醫療保險金（107年10月25日、107年10月29日及107年11月1日門診費用部分4,500元）及化學治療保險金（110年5月6日及110年5月27日敏盛醫院門診化學治療部分4,800元）；請求相對人採「從新從優原則」給付雜費174,036元，有無理由？

六、判斷理由：

- (一) 按「金融消費者申請評議後，爭議處理機構得試行調處；當事人任何一方不同意調處或經調處不成立者，爭議處理機構應續行評議。」金保法第23條第2項定有明文。經查，本中心於110年12月14日以電話聯繫相對人是否同意由本中心試行調處，經相對人表示同意並提出和解方案，本中心復於同日以電話向申請人說明相對人所提和解方案，惟兩造就申請人請求標的無法達成合意，且申請人明確表示不接受相對人所提讓步方案，並同意由本中心續行評議，此有本中心電話紀錄在案可佐。是以，本中心依兩造所陳資料為書面審理，並據以作成本評議決定。
- (二) 次按「被保險人於等待期間屆滿後，且於本附約有效期間內，始經診斷確定罹患癌症者，本公司依承保單位數及下表計算所得之金額給付『罹患癌症保險金』；但每一被保險人以給付一次為限。」、「被保險人於等待期間屆滿後始經診斷確定罹患癌症，且於本附約有效期間內，以治療癌症或因癌症所引起之併發症為直接目的而住醫院接受門診治療者，本公司依承保之單位數、該被保險人之實際門診治療之日數（不論其每日門診次數為一次或多次，均以一日計）及下表計算所得之金額給付『癌症門診醫療保險金』。被保險人因同一癌症及其所

引起之併發症而進住醫院兩次（含）以上者，倘其住院治療間隔期間未超過九十日者，視為同一次住院。」、「被保險人於等待期間屆滿後始經診斷確定罹患癌症，且於本附約有效期間內，以治療癌症為直接目的而接受化學治療（不論住院或門診）者，本公司依承保之單位數、該被保險人之實際接受化學治療之日數（不論其每日接受化學治療次數為一次或多次，均以一日計）及下表計算所得之金額給付『癌症化學治療保險金』；但每一被保險人於每一保單年度的最高給付日數以六十日為限。」系爭○○○附約條款第 12 條、第 16 條及第 18 條分別約有明文。又系爭○○○附約「罹患癌症保險金給付表」約定主契約被保險人經診斷確定罹患癌症，每承保單位給付金額〔雙親家庭型〕15,000 元；「癌症門診醫療保險金給付表」主契約被保險人每承保單位給付金額〔雙親家庭型〕每日 500 元；「癌症化學治療保險金給付表」主契約被保險人每承保單位給付金額〔雙親家庭型〕每日 800 元。

(三) 再按「被保險人於本特約有效期間內，因疾病或傷害必需住醫院治療時，其醫療費用本公司依下列各款規定給付保險金：一、被保險人每次住院時，本公司應依照被保險人實際住院之病房等級，按本特約保險金表之規定給付保險金，但不得超過本特約要保人選定之病房等級最高保險金限額。二、要保人選擇『自負額』者，本公司應於保險金中扣除自負額後給付之。…」系爭○○○附約第三章第 1 條約有明文。另依系爭○○○附約「保險金表」給付項目及保險金限額約定以保單面頁之記載，本件系爭○○○附約（高額型／計劃 2），最高住院天數 365 日；「醫院雜費（實支實付）」（每次限額）66,198 元；「每日病房費、手術費用、醫院雜費」實支實付，或「住院醫療日額給付」，二者擇一給付；被保險同一次住院均以社會保險被保險人之身分住院，則每次住院之住院醫療保險金的給付限額提高為保險金表所列記載的各項保險金限額的 1.35 倍（按如以本件為例，醫院雜費〔實支實付〕應給付金額為 $66,198 * 1.35 = 89,367$ 元）。

(四) 首查，申請人於 86 年 3 月 13 日以自己為要保人及被保險人投保相對人「○○○終身壽險」（保單號碼：○○○-02，即系爭保單），並附加「○○○終身保險附約」（雙親型 3 單位、罹患癌症手術醫療保險金每承保單位 15,000 元；癌症住院醫療保險金〔雙親家庭型〕第 1-90 日每日 1,200 元；癌症門診醫療保險金〔雙親家庭型〕每承保單位每日 500 元；癌症化學治療保險金〔雙親家庭型〕每承保單位每日 800 元）、「住院醫療保險附加特約（定期保障）」（即系爭○○○附約，高額

型〔計劃2〕，最高住院天數365日，醫院雜費〔實支實付〕每次限額66,198元)，為兩造所不爭執，亦有系爭保單要保書、保單面頁、系爭○○○附約條款、系爭○○○附約條款、批註單等在卷為憑，是足認兩造業就系爭保單、系爭○○○附約、系爭○○○附約等保險契約內容合致，系爭保單既已有效成立，兩造自應依該保單所定履行己身之權利義務，合先敘明。

(五) 次查，有關本件爭點：「一、申請人於107年10月25日在中山醫院接受「needle biopsy」，係為判斷是否確診乳癌之檢查？抑或係為治療癌症或因癌症所引起之併發症為直接目的之手術？二、申請人罹患「左側女性乳房之惡性腫瘤」之確診日期為何日（亦即，申請人確診日係107年10月30日前，或係107年10月30日後）？三、申請人於109年8月11日在敏盛醫院接受「粗針穿刺切片化驗」，於醫療常規中，是否係為取得病理組織檢驗所必須之治療處置？抑或係接受治療癌症或癌症所引起之併發症為直接目的之外科手術？四、申請人自109年9月1日至110年3月25日於敏盛醫院之住院，是否係因「同一疾病」之住院？」，經諮詢本中心專業醫療顧問，其意見略以：1. 申請人107年於中山醫院診斷為左側乳癌，109年8月在敏盛醫院接受粗針穿切片，之後於敏盛醫院接受標靶藥物治療（core biopsy）〈target therapy〉13次及放置人工血管。Core needle biopsy 都是在門診實施，乳房局部注射麻醉藥品，再以11號切片刺一約0.5公分之小洞，再以切片槍穿刺取得3~5條0.1公分粗之乳房組織，之後局部壓迫20分鐘即可止血，無需縫合，健保申報碼屬二章六節之「治療處置」，健保碼為57301693，並不屬於手術。2. 診斷日期為病理報告日期2018-10-30（107-10-30）。3. 申請人在109年8月11日接受之粗針穿刺切片檢查為必要之「治療處置」，並非手術（理由同1）。4. 根據敏盛醫院之診斷書（2021-7-1），109年9月1日至110年3月25日於敏盛醫院之住院是為了標靶藥物治療〈target therapy〉。

(六) 本中心為求慎重起見，就前揭爭點另詢其他專業醫療顧問後，其意見略以：1. 申請人於107年10月25日在中山醫院接受切片，於107年10月30日病理報告證實為左乳癌，粗針切片只是為證實癌症並行免疫染色決定後續的治療，不是癌病手術，癌病手術是要把腫瘤完全切除並清除局部淋巴結。2. 中山醫院的病理報告確診日為107年10月30日。3. 敏盛醫院的切片是用來證實乳癌及免疫染色決定後續的治療方法，申請人並沒有作癌病手術。4. 多次住院只是打標靶藥物，主要

是治療乳癌。

- (七) 依現有卷證資料及前揭顧問意見可知，申請人於 107 年 10 月 25 日接受「needle biopsy」是在門診實施乳房局部注射麻醉藥品，再以切片槍穿刺取得 3 至 5 條約 0.1 公分粗之乳房組織，局部壓迫 20 分鐘即可止血，且無需縫合，屬「治療處置」而非「手術」。另申請人確診罹患乳癌日期為 107 年 10 月 30 日，其後因該疾病於 109 年 8 月 11 日在敏盛醫院接受「粗針穿刺切片化驗」，亦屬用來證實乳癌及免疫染色決定後續的治療方法（治療處置），申請人並未接受「手術」治療。至於，申請人於 109 年 9 月 1 日至 110 年 3 月 25 日於敏盛醫院之住院，其目的係為接受標靶藥物治療其乳癌。由是可知，申請人請求相對人依系爭○○○附約及系爭○○○附約應給付手術醫療保險金（109 年 8 月 11 日敏盛醫院手術部分 45,000 元；107 年 10 月 25 日中山醫院手術部分 45,000 元）部分，並非有據。
- (八) 又查，申請人請求相對人給付門診醫療保險金（107 年 10 月 25 日、107 年 10 月 29 日及 107 年 11 月 1 日門診費用部分 4,500 元）部分：經查，申請人在中山醫院門診接受治療，並請求相對人給付前述日期之門診醫療保險金，惟申請人係於 110 年 10 月 18 日始向相對人提出申請，其請求權時效顯已逾保險法第 65 條第 1 項前段明定 2 年之請求權時效而消滅（系爭○○○附約條款第 36 條亦有相同明文約定），此經相對人提出時效抗辯（即 107 年 10 月 25 日、107 年 10 月 29 日及 107 年 11 月 1 日之門診醫療支出費用均已罹於時效），故申請人前述請求，難謂有據。復查，申請人請求相對人就其於敏盛醫院進行化學治療，應補給付 2 次（即 110 年 5 月 6 日及 110 年 5 月 27 日，共計 4,800 元）部分，相對人業已於 110 年 12 月 1 日給付完畢，並加計給付延遲利息 140 元（含計 4,940 元），是此部分申請人於 110 年 12 月 5 日再向本中心提出評議申請，難認有由。
- (九) 末查，申請人請求相對人就系爭○○○附約，祈採「從新從優原則」給付雜費 174,036 元部分：經查，有關申請人因罹患癌症住院進行手術，申請人分別於 109 年 9 月 1 日至 4 日、同年 9 月 24 日至 25 日、同年 10 月 15 日至 16 日、同年 11 月 5 日至 6 日、同年 11 月 26 日至 27 日、同年 12 月 21 日至 22 日、同年 12 月 28 日至 29 日、110 年 1 月 18 日至 19 日、同年 2 月 10 日至 11 日、同年 3 月 3 日至 4 日、同年 3 月 24 日至 25 日住院，經本中心諮詢醫療專業意見可知，申請人上述期間之住院均係為治療癌症，而入院施打標靶藥物，確為「同一病

病」。再細繹申請人上述出院與再入院期間均不足 90 日，依系爭○○○附約之「保險金表」之「3.說明(5)」約定（同一傷害，疾病及引致的併發症必須進院兩次以上時，如每次出院與再入院期間不足 90 日者，視為同一次住院），申請人自 109 年 9 月 1 日至 110 年 3 月 25 日期間總計住院日數應為 24 日，其「醫院雜費（實支實付）」（每次限額）89,367 元（計算式 $66,198 * 1.35 = 89,367$ 元），相對人業於 110 年 7 月 22 日給付完成，此部分申請人亦不爭執，然申請人主張如其非屬重症癌症患者何需採取自費複合型標靶治療，故相對人應以「從新從優原則」方式，再行給付醫院雜費 174,036 元，實屬合理訴求。所謂「從新從優原則」係當新舊法相衝突時，新法優先適用，倘若舊法對當事人有利，則可例外適用舊法。依金融監督管理委員會保險局（下稱保險局）96 年 11 月 1 日金管保二字第 09602524430 號函之實施配套措施說明，如保險期間超過一年之保險商品為已銷售之有效契約，且已簽訂契約者，仍依各該契約條款約定辦理。準此，是否採用「從新從優原則」，於保險實務中，當新舊法相異時，以保險契約是否超過一年或一年期間以內作為區分。本件申請人投保系爭○○○附約，依申請人提供之保單面頁可知，其繳費期滿日為 135 年 3 月 13 日，保障期滿日為 135 年 3 月 13 日（每年應繳保險費為 870 元），足見系爭○○○附約係超過一年以上之保險商品，與前述保險局函釋有別。此外，保險乃是一種透過聚集大量保險費，分攤被保險人將來不可預期風險的概念，並藉由精準計算風險、保險費，以維持相關保險商品之持續運營，並保護投保相同保險商品之要保人及被保險人之權益。學理上，保險具有四大要件：保險利益、對價關係、危險承擔與大數法則。其中，「危險承擔」及「對價關係」，是指保險人因承擔危險所取得之相當對價，除包含支應其承擔風險發生責任之保險費外，亦包含支應其營業管銷成本之附加保險費，及其他保險人應追求之營收利潤。除純保險費外，是否包括支應其營業管銷成本之附加保險費及其他保險人應追求之營收利潤、是否符合保險之對價性、保險利益及大數法則之評估計算等，均須詳予審酌始能訂定相關保險商品。申請人係於 86 年間投保系爭保單並附加系爭○○○附約，如前所述，其繳費期滿日為 135 年 3 月 13 日，每年應繳交系爭○○○附約之保險費為 870 元，此係經過相對人以申請人投保時之年齡、體況等因素後，經核保審酌後始同意承保，申請人投保系爭○○○附約後，亦受該附約保障迄今。申請人發生系爭事故後，相對人就申請人「醫院雜費（實

支實付)」（每次限額）賠付 89,367 元（計算式 $66,198 * 1.35 = 89,367$ 元），並無違誤之處。至若，申請人請求相對人應採「從新從優原則」部分，如上所述，於系爭○○○附約，並不適用，準此，申請人前述主張，本中心尚難參採。

- 七、綜上所述，申請人請求相對人依系爭○○○附約及系爭○○○附約應給付手術醫療保險金（109 年 8 月 11 日敏盛醫院手術部分 45,000 元；107 年 10 月 25 日中山醫院手術部分 45,000 元）、門診醫療保險金（107 年 10 月 25 日、107 年 10 月 29 日及 107 年 11 月 1 日門診費用部分 4,500 元）及化學治療保險金（110 年 5 月 6 日及 110 年 5 月 27 日敏盛醫院門診化學治療部分 4,800 元）；請求相對人採「從新從優原則」給付雜費 174,036 元等情，本中心尚難為有利申請人之認定。兩造其餘陳述、主張及攻擊防禦方法，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 111 年 3 月 11 日

財團法人金融消費評議中心

以上正本與原本無異。

兩造應於本評議決定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，得另循法律救濟途徑解決。