財團法人金融消費評議中心評議書

【112 年評字第 3263 號】

申　請　人	○○○	住詳卷
相　對　人	A○○人壽保險股份有限公司	設詳卷
法定代理人	○○○	住同上

上列當事人間之爭議事件，經本中心第五屆評議委員會民國 113 年 3 月 8 日第 4 次會議決定如下：

主文

相對人應自民國 112 年 2 月 4 日起豁免保單號碼第○○○666 號之 A○○人壽○○○失能照護終身健康保險契約（下稱 B○○保單）未到期之各期保險費至 B○○保單繳費期滿。

相對人應給付申請人新臺幣壹拾陸萬陸仟壹佰零捌元整。

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後，不接受相對人之處理結果，爰於完成申訴程序後向本中心提出評議申請，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相關醫療保險金共計新臺幣（下同）166,108 元並豁免保費。

(二)陳述：

1. 申請人以自己為要保人暨被保險人，於民國（下同）109 年 12 月 23 日向相對人投保第○○○666 號「A○○人壽○○○失能照護終身健康保險（即 B○○保單），繳費年期 20 年」，嗣於 110 年 5 月 19 日新加保

「A○○人壽○○○醫療健康保險附約（下稱C○○附約）」。

2. 申請人嗣因「1.病態性肥胖（身體質量指數 43.95kg/m2）2.高脂血症 3.非酒精性脂肪肝」(下稱系爭疾病)，於 112 年 2 月 3 日赴中國醫藥大學附設醫院(下稱中國附醫)接受「腹腔鏡袖狀胃切除(胃切除百分之七十）併小腸繞道手術」，於 112 年 2 月 5 日出院，嗣向相對人提出相關醫療保險金理賠申請，主張系爭體況符合第 6-2-1 項「任一主要臟器切除二分之一以上者」(9 級)，相對人應依系爭附約約定給付相關醫療保險金共計 166,108 元並豁免保費。惟遭相對人以系爭疾病不符保單條款「疾病」約定為由拒賠。經申訴未果，爰提起本件評議申請。（詳評議申請書及歷次補正資料）

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. 申請人申訴略謂:因「1.病態性肥胖;2.高脂血症;3.非酒精性脂肪肝」於 112 年 1 月 18 日赴中國醫藥大學附設醫院（下稱中國附醫）門診，112 年 2 月 3 日入院接受腹腔鏡袖狀胃切除（胃切除 70%）併小腸繞道手術，於 112 年 2 月 5 日出院，向相對人提出系爭保單理賠申請，惟經相對人審核後以不符系爭保單條款「疾病」約定為由不予給付，主張相對人應依約給付C○○醫療保險金（爭議金額166,108元）並豁免B○○保險費。

2. 系爭疾患須為系爭保單生效日起或生效日起持續有效第三十一日開始所發生之疾病，且符合條款約定之失能程度，相對人方有依約給付各項保險金或豁免保險費之義務。

3. 經查，申請人於 109 年 12 月 23 日投保系爭 B○○時及 110 年 5 月 19 日再新加保系爭 C○○時，於要保書被保險人告知事項及被保險人健康聲明書中均告知身高 160 公分，體重 65 公斤。依臺南市立安南醫院減重外科 111 年 12 月 27 日門診病歷記載「體重 110.1 公斤，身高 158.3 公分，BMI:44，診斷:E66.01 起因於熱量過多的病態性(重度)肥胖」，中國附醫 112 年 2 月 3 日至 112 年 2 月 5 日出院病歷摘要記載「病史:… she had obesity problems for some years. Her body weight gained to 111 kg(多年來一直有肥胖問題，體重增加到 111 公斤）. Therefore, she came to Dr. Huang's outpatient department for evaluation. On the physical examination revealed high BMI level (43.95 kg/m2) and general obesity…」。申請人多年來一直有肥胖問題，且於投保系爭

B○○至加保C○○之半年間，體重皆無改變（65公斤），惟於110年5月19日新加保C○○後1年半間體重即增加45公斤(110.1公斤)，實與常理不符，為求慎重，經諮詢相對人顧問醫師亦認應屬系爭保單投保前即已發生，不符系爭保單條款「疾病」之約定，是以，相對人實難給付系爭保單各項保險金及豁免B○○保險費，尚請　諒察。

（詳歷次陳述意見函）

四、兩造不爭執之事實：

(一)申請人以自身為要、被保險人於109年12月23日向相對人投保B○○保單，嗣於110年5月19日新加保C○○附約。

(二)相對人嗣因系爭疾病於112年2月3日赴中國附醫接受「腹腔鏡袖狀胃切除（胃切除百分之七十）併小腸繞道手術」。

五、本件爭點：

申請人請求相對人給付相關醫療保險金共計166,108元並豁免保費，是否有據？

六、判斷理由：

(一)按「當事人互相表示意思一致者，無論其為明示或默示，契約即為成立。當事人對於必要之點，意思一致，而對於非必要之點，未經表示意思者，推定其契約為成立，關於該非必要之點，當事人意思不一致時，法院應依其事件之性質定之。」、「本法所稱保險，謂當事人約定，一方交付保險費於他方，他方對於因不可預料，或不可抗力之事故所致之損害，負擔賠償財物之行為。」民法第153條及保險法第1條分別定有明文。又所謂默示之意思表示，係指表意人之舉動或其他情事，足以間接推知其效果意思者而言。準此，保險契約是否合法有效成立，係以契約雙方當事人對於應繳納保險費若干、保險人應負擔賠償責任之事故內容為何等必要之點，達成意思表示一致，且保險契約之成立並不以書面為限。又私法自治關係中，個人權利取得、義務負擔，純由個人自由意志，法律不宜任意干涉，基於自由意思締結任何契約，除違反強制、或禁止之規定，及公序良俗外，無論其內容、方式如何，法律概須予以保護，此即所謂私法自治原則與契約自由原則。而契約自由原則，尚包括當事人是否締約之自由、選擇締約對象之自由、契約內容決定之自由及方式自由（參照臺灣高等法院97年度保險上字第23號民事判決意旨）。而商業保險，非強制性之社會保險，自應遵循私法自治原則，維護契約當事人選擇契約相對人之自由。職故，「契約自由原則」及由此衍生之「契約嚴守原則」乃私法自治之基礎，即個人於不違反法律強制規定、公共秩序或善良風俗之情形下，得依其自由意思，決定是否締結契約、與何

人締結契約，以及締結何種內容之契約；而契約之締結，既為雙方當事人基於自由意思所為，則當事人當須嚴格遵守契約約定之內容，自屬當然。

(二)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任。」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 90 年度台上字第 89 號、95 年度台上字第 359 號民事裁判意旨參照)。準此，被保險人於保險契約訂立或生效前已發生或已在是項疾病中者，該是項疾病即不在保險契約之承保範圍內，依法保險人即無負給付保險金額之責任。

(三)復按 B○○保單條款第 2 條【名詞定義】:「本契約名詞定義如下：一、『疾病』:係指被保險人自本契約生效日起持續有效第三十一日開始或復效日起所發生之疾病…」、第 5 條【保險範圍】約定：「被保險人於本契約保險責任開始前未曾因疾病或傷害致成附表所列各項失能程度之一，且於本契約有效期間內，符合第 12 條至第 14 條約定之給付條件者，本公司將依各條之約定豁免保險費或給付各項保險金。」、第 12 條【豁免保險費】:「被保險人在本契約有效且繳費期間內，初次因疾病或傷害致成附表所列第一級至第十一級失能程度之一，並經醫院醫師診斷確定者，自失能診斷確定日之翌日開始，本公司豁免本契約未到期之各期保險費（不含其他附約、附加條款及批註條款），但當期已繳之未到期保險費將不予退還。」；B○○保單失能程度與等級表：6 胸腹部臟器：臟器切除「第 6-2-1 項次，任一主要臟器切除二分之一以上者。失能等級第 9 級」、「註 15：15-1.機能永久喪失及遺存各級障害之判定，以被保險人於事故發生之日起，並經六個月治療後症狀固定，再行治療仍不能期待治療效果的結果為基準判定。但立即可判定者不在此限。」；準此，申請人於 B○○保單契約有效期間內遭受疾病或意

外傷害事故，其機能永久喪失及遺存各級障害除立即可判定外，以發生日起並經六個月治療後症狀固定，再行治療仍不能期待治療效果的結果為基準判定失能等級，而依據B○○保單契約所列第一級至第十一級失能程度之一者，相對人則負有豁免自失能診斷確定日之翌日起未到期應繳付之保險費，但當期已繳之未到期保險費將不予退還。

(四)另按C○○附約第2條【名詞定義】：「…一、『疾病』：係指被保險人自本附約生效日（或復效日）起所發生之疾病。…六、『住院』：係指被保險人經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者。…七、『手術』：係指符合保險事故當時中央衛生主管機關公布適用之全民健康保險醫療費用支付標準第二部第二章第七節所列舉之手術，不包括該支付標準其他部、章或節內所列舉者。…」；第4條【保險範圍】：「被保險人於本附約有效期間內因第二條約定之疾病或傷害住院診療或接受手術治療時，本公司按事故發生時之投保計劃別，依照本附約約定給付保險金。」；第8條【住院日額保險金之給付】：「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】：「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）乘以新臺幣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】：「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』。……」、第11條【住院醫療費用保險金之給付】：「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、醫師診察費。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。…。」、第12條【手術費用保險金之給付】：「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於住院或門診治療時，本公司按被保險人於住院或門診期間內所發生，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手術費及手術相關醫療費用核付『手術費用保險金』，

但不超過依投保計畫別對應附表所列之『手術費用限額』。…」。

(五)經查，本件申請人主張系爭疾病為承保範圍並應豁免保費等語。相對人則以前詞置辯。是本件爭點應為：

1. 依現有卷附資料，申請人接受「腹腔鏡袖狀胃切除(胃切除百分之七十)併小腸繞道手術」之系爭疾病，是否係以下投保時間前所發生之疾病（或投保後或投保後第 31 日起所發生之疾病)：
   (1)B○○保單：109 年 12 月 23 日生效日起 31 日後。
   (2)C○○附約：110 年 5 月 19 日生效日起。
2. 承上，系爭疾病分別於投保 B○○保單、C○○附約前，是否已有徵象，申請人無法諉為不知？
3. 申請人之體況是否符合失能程度與保險金給付表第 6-2-1 項「任一主要臟器切除二分之一以上者」之失能程度？

(六)就前揭爭點，經檢附卷內病歷資料諮詢本中心專業醫療顧問，其意見略以：

1. 申請人系爭疾病均非投保 B○○保單（109 年 12 月 23 日）及 C○○附約(110 年 5 月 19 日)前所發生之疾病，亦非投保 B○○保單第 31 日起所發生之疾病，乃投保 C○○附約後所發生之疾病：
   申請人於 109 年 12 月 23 日投保系爭 B○○時及 110 年 5 月 19 日再新加保系爭 C○○時，要保書被保險人告知事項及被保險人健康聲明書中均告知身高 160 公分，體重 65 公斤。此間尚無其他客觀醫療紀錄可供查核，故依信賴原則，推斷系爭疾病乃於 110 年 5 月 19 日再新加保系爭 C○○後所發生之疾病。
2. 申請人於 109 年 12 月 23 日投保 B○○保單前及 110 年 5 月 19 日投保 C○○附約前，均未有徵象且病患無法諉為不知之情況：
   中國附醫 112 年 2 月 3 日至 112 年 2 月 5 日出院病歷摘要記載:「申請人多年來一直自覺有肥胖問題，體重增加到 111 公斤」。依申請人投保時之 BMI:25.39，醫學上僅屬過重範圍，並未達肥胖之程度 (BMI≥27)。
3. 查所附資料(中國附醫手術紀錄)，申請人確於 112 年 2 月 3 日自中國附醫入院並接受腹腔鏡袖狀胃切除(胃切除 70%)併小腸繞道手術。按本件之術後體況，已符合失能程度與保險金給付表第 6-2-1 項「任一主要臟器切除二分之一以上者」之失能程度。即於手術切除當日即符合失能體況。

(七)依現有病歷資料及本中心諮詢專業醫療顧問之意見，申請人系爭疾病均未於 B○○保單及 C○○附約保險契約訂立或生效前已發生或已在

是項疾病中，且系爭體況於術後當日（即 112 年 2 月 3 日）即可判定符合第 6-2-1 項「任一主要臟器切除二分之一以上者」之失能程度（第 9 級），故申請人以其系爭疾病接受系爭手術請求相對人給付 C○○附約保單條款所約定之相關保險金 166,108 元（此金額為兩造所不爭執），相對人應自 112 年 2 月 4 日起豁免保單號碼第○○○666 號保險契約未到期之 B○○保單各期保險費，應屬有據。

七、綜上所述，相對人應自 112 年 2 月 4 日起豁免保單號碼第○○○666 號保險契約之 B○○保單未到期之各期保險費至 B○○保單繳費期滿，及給付申請人 166,108 元整，為有理由。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　　113　　年　　3　　月　　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。