財團法人金融消費評議中心評議書

【114 年評字第 3662 號】

申　請　人 ○○○	住詳卷
相　對　人 ○○○產物保險股份有限公司	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 114 年 9 月 26 日第 40 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，申請人不服申訴結果，向本中心提出評議申請，本中心於民國（下同）114 年 7 月 29 日收文，核與前揭規定相符。

二、申請人之主張：

(一)請求標的：

請求相對人給付保險金新臺幣(下同)50,000 元。

(二)陳述：

1、申請人前以自身為要保人暨被保險人，向相對人投保保單號碼○○○第○○○127 號之「國外旅平險－方案○○○」，保險期間自 114 年 6 月 14 日 11 時 0 分起至 114 年 6 月 21 日 11 時 0 分止(下稱系爭保單)。

2、申請人主張系爭保單於前 2 頁以大字寫明海外突發疾病保險每一人體傷保險給付 50 萬元，使申請人誤以為 50 萬元內之就醫支出均能實支實付，申請理賠後才知曉系爭保單第 13 頁中有區分住院及門診上限，且比例僅 50 萬之百分之一，又系爭保單未定義海外急診之理賠分類，應依保險法第 54 條規定做有利被保險人之解釋，故相對人以門診而非

住院類別賠付應屬違法，是申請人不服，為此，爰提起本件評議申請。（餘詳申請人評議申請書與補充資料）

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. 本件申請人於海外旅行期間因突發疾病就醫，查相對人已核付門診醫療保險金（達理賠上限）在案。嗣申請人復主張系爭門診屬急診就醫，渠認應比照保單所訂住院理賠標準給付保險金，是項請求，尚查無申請人有住院事實，亦無法確認系爭病情有必須入住醫院、正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療之情形，且系爭保單亦無給付急診醫療保險金，是相對人依約歉難依所請辦理。

2. 按系爭保單海外突發疾病醫療健康保險第 3 條第 1 項第 5 款約定，「本保險契約之用詞定義如下：…五、住院：係指被保險人經醫師診斷其突發疾病必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者。但不包含相當於中華民國全民健康保險法所稱之日間住院及精神衛生法所稱之日間照護。」、第 8 條第 1 項前段及第 9 條前段約定，【海外突發疾病住院醫療保險金的給付】被保險人於本保險契約賠償責任期間內，在海外因突發疾病需住院診療時，本公司就其住院第一日起至第一百八十日止所實際發生之住院醫療費用給付『海外突發疾病住院醫療保險金』…。」;【海外突發疾病門診醫療保險金的給付】被保險人於本保險契約賠償責任期間內，在海外因突發疾病而需接受門診診療時，本公司就其實際發生之門診醫療費用給付『海外突發疾病門診醫療保險金』…。」。

3. 承前，是系爭保單理賠範疇，應依締約時所訂立之保險契約內容為限，並非一造於事後所能主張增減。案查申請人系爭海外就醫並無住院事實，亦無法確認系爭病情有必須入住醫院、正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療之情形，且案關保單亦無給付急診醫療保險金，是項請求均難認已合於保單所承保之限定危險，倘過於寬付，實有違系爭保單對價衡平原則及保險契約之共醵制度性，亦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。綜此，相對人循依保單條款歉難依所請辦理，要非無由，併予陳明。（餘詳相對人陳述意見函）

四、兩造不爭執之事實：

(一)申請人前以自身為要保人暨被保險人，向相對人投保系爭保單。

(二)申請人於114年6月19日於Guam Regional Medical City急診就醫。
(三)相對人已給付門診醫療保險金5,000元。
五、本件爭點：
申請人請求相對人給付保險金50,000元，有無理由？
六、判斷理由：
(一)按當事人互相意思表示一致者，無論其為明示或默示，契約即為成立。民法第153條第1項定有明文。次按私法自治關係中，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。準此，「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。又保險契約之解釋，應探求契約當事人之真意，不得拘泥於所用之文字；如有疑義時，以作有利於被保險人之解釋為原則，保險法第54條第2項定有明文。然保險契約雖有其獨特之特徵，但仍屬契約之一種，應適用一般契約解釋原則。而契約解釋之基本目的，在於使當事人之合意發生效力，因此契約文字明確時，即應適用文義解釋；僅於契約文字有疑義，於窮盡各種解釋方法後仍有疑義時，始得依保險法第54條第2項規定作有利於被保險人之解釋（臺灣高等法院99年度保險上易字第6號民事判決意旨參照）。
(二)次按系爭保單海外突發疾病醫療健康保險第3條第1項第5款約定：「本保險契約之用詞定義如下：…五、住院：係指被保險人經醫師診斷其突發疾病必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者。但不包含相當於中華民國全民健康保險法所稱之日間住院及精神衛生法所稱之日間照護。」、第8條第1項前段：「被保險人於本保險契約賠償責任期間內，在海外因突發疾病需住院診療時，本公司就其住院第一日起至第一百八十日止所實際發生之住院醫療費用給付『海外突發疾病住院醫療保險金』。」、第9條約定：「被保險人於本保險契

約賠償責任期間內，在海外因突發疾病而需接受門診診療時，本公司就其實際發生之門診醫療費用給付『海外突發疾病門診醫療保險金』，但每次門診醫療保險金的給付總額以本保險契約所載之『海外突發疾病住院醫療保險金限額』乘上『海外特定地區限額調整係數表』(如附表)之調整係數之千分之五為限，且每日給付次數以一次為限。」。

(三)經查，依前揭保單條款第 3 條及第 8 條已明確約定，須被保險人「經醫師診斷必須入住醫院」，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者，保險公司始有負相關保險金理賠之責，其文字用語已屬明確而非艱澀，無捨文義而另為解釋之必要，申請人應足以瞭解文字內容及其意義，且系爭保單亦經申請人同意並訂定契約，自應受該條款之拘束。申請人雖於 114 年 6 月 19 日於海外急診就醫，但實際上並無正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療之事實，不符合前揭條款住院之定義。是申請人主張相對人應給付保險金 50,000 元，實屬無據。

七、綜上所述，申請人請求相對人給付保險金 50,000 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　　114　　年　　9　　月　　26　　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。