

財團法人金融消費評議中心評議書

【113 年評字第 2964 號】

申 請 人 ○○○

住詳卷

代 理 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 ○○○

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 9 月 13 日第 16 次會議決定如下：

主文

相對人應給付申請人新臺幣玖萬壹仟伍佰元整，及自民國 113 年 5 月 21 日起至清償日止按週年利率百分之十計算之利息。

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。查申請人就本件爭議前向相對人提出申訴，不接受相對人處理結果，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：

請求相對人應給付申請人保險金新臺幣(下同)91,500 元，及自民國(下同)113 年 5 月 21 日起至清償日止按週年利率百分之 10 計算之利息。

(二) 陳述：

- 緣申請人於 105 年 10 月 31 日，以自己為要保人暨被保險人，向相對人投保「A○○人壽○○○終身保險」(保單號碼第○○○517 號)，並附加 A○○人壽○○○醫療健康保險附約(保額：計畫四，下簡稱系爭附約)暨其他附約，合先敘明。
- 申請人因罹患「雙極疾患」(下稱系爭疾患)於 112 年 10 月 20 日

至 112 年 11 月 19 日赴光田綜合醫院（下稱光田醫院）住院接受治療，共 31 天（下稱系爭住院），申請人檢具相關文件向相對人申請理賠，惟相對人以申請人之系爭疾患於 93 年 10 月 7 日聯合醫院已有就診紀錄，為投保前疾病為由而拒絕理賠。

3. 相對人引用光田醫院之出院病摘，主張申請人於投保前已罹患系爭疾患，然申請人至聯合醫院查詢並無任何資料。且申請人之之前的 4 次住院，相對人均已理賠給付，足證係於投保後始確認，今相對人因申請人病情加劇始爭執保前疾病，申請人不服。依系爭附約第 8 條住院日額保險金、第 9 條住院醫療輔助保險金、第 10 條住院慰問保險金及第 11 條住院醫療費用保險金等約定，相對人應給付保險金共 91,500 元及遲延利息，並爰此提出本件評議。

（其餘詳申請人評議申請書）

三、相對人之主張：

（一）請求事項：申請人之請求為無理由。

（二）陳述略以：

- 1、按系爭附約第 2 條約定：「本附約名詞定義如下：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。」，次按「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。
- 2、依光田醫院 112 年 5 月 5 日至 7 月 1 日之出院病歷摘要病史記載：「…於 30 歲左右於大陸中醫畢業後考取大陸中醫師執照…當時於大陸時曾有憂鬱情形，…回台後由案大嫂協助帶至台北市立療養院就醫治療，後改至台北診所看診拿藥…。」、「…曾多次表示『我就只覺得…吃飯就是吃飯，…我不知道我還能做甚麼』會尋找家人聊天抒發情緒，不斷回想過往自己曾經上吊的情形，…」，另查台北市立療養院病歷紀錄，初診日期 93 年 10 月 7 日，診斷：Neurotic depression，是以，申請人於系爭保單投保（105 年 10 月 31 日）日前，即診斷精神官能性憂鬱症。
- 3、次據文獻記載：「雙極性疾患，也就是過去俗稱的躁鬱症，是一種情緒起伏過當的疾病，表現出來的症狀可能有情緒過高（輕躁或躁期）或情緒過低（憂鬱期）。」、「雙極性疾患是慢性且反覆發作的重大精神疾病，伴隨高自殺率及罹病率，目前治療的原則建議以藥物持續治療為主，藥物持續的治療能有效減少急性期的復發。」，故，申請人於投保前已有雙極疾患之憂鬱症狀，依前揭條款及保險法

約定，相對人無保險金給付之責。

- 4、相對人為求慎重，再諮詢專科顧問醫師意見為：「依據病歷記載，患者於 93 年期間於台北市立療養院精神科門診因憂鬱、焦慮、有自殺意念而被診斷 Neuroticdepression，且給予抗憂鬱藥物治療，與本次住院的 Bipolardisorder 為同一疾病的不同時期與不同病程…」，是以，系爭疾病實屬投保前(105 年 10 月 31 日)已存在之疾病，相對人依上揭法規及系爭附約之約定，歉難依申請人主張給付系爭住院醫療保險金，特此說明。

(其餘詳相對人陳述意見書)

四、兩造不爭執之事實：

- (一)申請人以自己為要保人暨被保險人，於 105 年 10 月 31 日向相對人投保第○○○517 號 A○○人壽○○○終身保險，附加系爭附約暨其他附約。
- (二)申請人因系爭疾患於 112 年 10 月 20 日至 112 年 11 月 19 日赴光田醫院住院接受治療，共 31 天（即系爭住院）。

五、本件爭點：

申請人請求相對人給付保險金 91,500 元及遲延利息，是否有據？

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。該條立法理由謂：「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」，其立法意旨除在防止發生被保險人帶病投保之道德危險外，亦兼有顧及健康保險承保疾病多非限於單一種類，而疾病種類繁多且具有重疊發生可能性，為達成被保險人透過保險方式分散罹患其他疾病危險，落實健康保險目的，故使健康保險被保險人罹患疾病或已值妊娠時，仍可訂立健康保險，保險契約並非當然無效，但保險人對投保時已存在之該項疾病不負給付保險金之責（最高法院 108 年度台上字第 2362 號、109 年度台上字第 760 號判決意旨可參）；又保險法第 127 條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（最高法院 95 年度台上字第 359 號判決意旨可參）。
- (二)次按系爭附約保單條款第 2 條、第 4 條分別約定：「…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。…」、「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。」據上可知，雙方透過保險契約約定，明示排除被保險人於契約生效日前所發生之疾病，換言之，如被保險人之疾病係於契約生效日前所發生，即非屬保險人之承保範圍。

(二) 經查，申請人因系爭疾患於光田醫院住院治療，住院期間為自 112 年 10 月 20 日起至 112 年 11 月 19 日止，此有光田醫院開立之診斷證明書在卷可稽，且為兩造所不爭執，堪信為真實。本件申請人主張系爭疾患並非投保前疾病，惟相對人否認並以前詞置辯，從而，本件爭點厥為：系爭疾患是否為 105 年 10 月 31 日投保系爭附約前所發生之疾病？若是，申請人於投保時是否知悉其罹患系爭疾患？抑或該疾病於投保前是否已有外表可見之徵象，在客觀上無法諉為不知？

(三) 就前揭爭點，經檢附卷內相關事證資料諮詢本中心專業醫療顧問意見，略以：

- 1、依臺北市立療養院病歷紀錄，被保險人初診日期為 93 年 10 月 7 日，診斷 Neurotic depression 精神官能性憂鬱症。
- 2、依目前學理所知，雙極性疾患，即俗稱躁鬱症。其發作有躁期發作及鬱期發作。若僅有憂鬱病程發作，則診斷為「單極性情感（性）疾患，鬱症發作」即「重鬱症」(Major depression)。但若之後有躁症發作，則診斷應改為「雙極性情感（性）疾患」，而前此之「重鬱症」診斷應改為「雙極性情感（性）疾患，鬱症發作」，且視為「雙極性情感（性）疾患」病程之一部份。
- 3、另精神官能性憂鬱症(Neurotic depression)指外在壓力和個人性格和因應壓力不佳所形成的輕度憂鬱、煩躁，其國際疾病診斷碼(ICD)為 F341，和隸屬於精神病的重度憂鬱症國際疾病診斷碼(ICD)為 F339 並不相同。目前在精神醫學界認為精神官能性憂鬱症和重度憂鬱症是不同的兩個疾病，有精神官能性憂鬱症的人並不一定會演變成重度憂鬱症；重度憂鬱症的病人更不一定要先得到精神官能性憂鬱症不可。
- 4、故除非被保險人於 105 年 10 月 31 日投保前即有 F339 重度憂鬱症之診斷記錄，以目前所見 F341 精神官能性憂鬱症之診斷，在學理上難以認定為系爭住院診斷 F313 呈現輕度或中度抑鬱徵狀的雙極性疾患之前驅病症，非為投保前之既往病症。亦即被保險人之系爭

疾患應非投保系爭附約（即 105 年 10 月 31 日）前所發生之疾病。

（四）雖相對人抗辯申請人於投保系爭附約前即已罹患系爭疾患云云，惟參諸前揭前揭專業醫療顧問意見，依臺北市立療養院 93 年 10 月 7 日之病歷資料，雖診斷為精神官能性憂鬱症，惟難謂精神官能性憂鬱症與系爭疾患為同一疾病，是相對人執此抗辯系爭疾患為投保前疾病，故無需給付保險金云云，洵屬無據。

（五）本件申請人依系爭附約約定得請求之保險金，茲述如下：

1、按系爭附約第 8 條第 1 項【住院日額保險金之給付】明定：「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 條第 1 項【住院醫療輔助保險金之給付】約定：「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 條第 1 項【住院慰問保險金之給付】約定：「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 條第 1 項【住院醫療費用保險金之給付】約定：「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』…。」、第 14 條第 1 項【住院次數之計算及附約有效期間屆滿後住院之處理】約定：「被保險人於本附約有效期間，因同一疾病或傷害，或因此引起之併發症，於出院後十四日內再次住院時，其各種保險金給付合計額，視為一次住院辦理。」。

2、經查，系爭附約之投保計劃別為計劃四，其住院日額為 2,000 元、住院醫療費用限額為 500,000 元，此有保險契約之保險單及系爭附約條款在卷可稽。且依系爭住院之出院病歷摘要記載，系爭住院之前次住院期間為 112 年 8 月 4 日至 112 年 9 月 30 日，申請人並無出院後 14 天內再度入院之記錄，故系爭住院與前次住院並非同一次住院。

3、準此，依據系爭附約第 8 條約定，申請人得請求住院日額保險金

62,000 元 (2,000 元×31 日=62,000 元)；依據系爭附約第 9 條約定，申請人得請求住院醫療輔助保險金 15,500 元 (500 元×31 日=15,500 元)；依據系爭附約第 10 條約定，申請人得請求住院慰問保險金 14,000 元 (2,000 元×7 倍=14,000 元)；依據系爭附約第 11 條約定，申請人得請求住院醫療費用保險金 212 元 (特殊材料費 12 元+證明書費 200 元) 綜上，申請人共計得向相對人請求給付保險金 91,712 元 (62,000 元+15,500 元+14,000 元+212 元=91,712 元)。而本件申請人於請求標的欄位向相對人請求之理賠金額係 91,500 元，是申請人主張相對人應給付保險金 91,500 元之範圍內，為有理由，應屬有據。

4、末按，按保險法第 34 條規定「保險人應於要保人或被保險人交齊證明文件後，於約定期限內給付賠償金額。無約定期限者，應於接到通知後十五日內給付之。保險人因可歸責於自己之事由致未在前項規定期限內為給付者，應給付遲延利息年利一分。」系爭附約第 21 條第 2 項亦有相類似之約定。經核參卷附資料，相對人係於 112 年 12 月 6 日收齊申請人之證明文件，是相對人應於 112 年 12 月 22 日起負遲延之責，職故，申請人請求相對人應給付保險金 91,500 元整，及自 113 年 5 月 21 日起至清償日止按週年利率百分之十計算之利息，即屬有據。

七、綜上所述，申請人請求相對人給付保險金 91,500 元，及自 113 年 5 月 21 日起至清償日止按週年利率百分之十計算之利息，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 3 年 9 月 1 3 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。