

財團法人金融消費評議中心評議書

【113 年評字第 2550 號】

申 請 人 ○○○ 住詳卷
相 對 人 A○○產物保險股份有限公司 設詳卷
法定代理人 ○○○ 住詳卷

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 8 月 23 日第 15 次會議決定如下：

主文

相對人應給付申請人新臺幣叁萬柒仟元整。

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意外醫療保險金新臺幣（下同）37,000 元。

(二) 陳述：

1、申請人以自身為要保人及被保險人，向相對人續保 A○○產物個人傷害保險(保單號碼○○○第○○○310 號，下稱系爭保單)，並附加意外傷害住院慰問保險金附加條款(下稱系爭附加條款 1)、意外傷害居家療養保險金附加條款(下稱系爭附加條款 2)及每次實支實付傷害醫療保險金限額附加條款(下稱系爭附加條款 3)，保險期間為自民國(下同)111 年 4 月 29 日 24 時起至 112 年 4 月 29 日 24 時止。

2、申請人主張於 112 年 1 月 10 日在家中浴室不慎跌倒且 112 年 2 月

26 日早上因打噴嚏腰部動作幅度過大過猛以致扭拉傷腰，而依申請人於國仁醫院診斷證明書記載病名：「下背部挫傷併腰椎椎間盤突出症併神經根壓迫」、醫師囑言記載：「112 年 2 月 27 日門診入院，112 年 3 月 2 日接受高頻熱凝療法及硬脊膜外注射，112 年 3 月 6 日出院…（下稱系爭事故）」。

- 3、申請人遂向相對人提出理賠申請，惟遭相對人以系爭疾患不符意外事故定義拒絕理賠，申請人不服復主張相對人以系爭疾患為慢性疾病為由不予理賠，但主治醫師說明意外造成可能性極大，且扭拉傷不一定呈現於體表。

（餘詳評議申請書及補充文件）

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：

- 1、按保險法第 131 條：「傷害保險人於被保險人遭受意外傷害及其所致失能或死亡時，負給付保險金額之責。前項意外傷害，指非由疾病引起之外來突發事故所致者。」之規定。且依系爭保單條款第 2 條（保險範圍）：「被保險人於本契約有效期間內，因遭受意外傷害事故，致其身體蒙受傷害而致失能或死亡時，本公司依照本契約的約定，給付保險金。前項所稱意外傷害事故，指非由疾病引起之外來突發事故。」約定可知，需申請人傷勢係因外來、偶然而不可預見之事故所致，相對人始負給付保險金之責。
- 2、申請人所提供國仁醫院病歷摘要就診紀錄，經相對人會辦專科醫師判讀後，上述症狀應為慢性退化之進程而非急性創傷所致，且相對人查證醫院相關資料中亦未載明有其他外傷及外力引起之事證，本案依前述難認定為意外事故，不符合前述意外傷害之定義及保單承保範圍，故相對人依約歉難賠付。

（餘詳陳述意見函）

四、兩造不爭執之事實：

申請人以自身為要保人及被保險人，向相對人續保系爭保單，並附加系爭附加條款 1、系爭附加條款 2 及系爭附加條款 3，保險期間為自 111 年 4 月 29 日 24 時起至 112 年 4 月 29 日 24 時止。

五、本件爭點：

申請人請求相對人給付意外醫療保險金 37,000，是否有據？

六、判斷理由：

- (一) 按系爭保單第 2 條保險範圍約定：「被保險人於本契約有效期間內，因遭受意外傷害事故，致其身體蒙受傷害而致失能或死亡時，本公司依照本契約的約定，給付保險金。前項所稱意外傷害事故，指非由疾病引起之外來突發事故。」；系爭附加條款 1 第 1 條承保範圍約定：「本公司對於被保險人於本附加條款有效期間內遭受主保險契約第二條約定的意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起一百八十日以內，經登記合格的醫院住院治療連續達三日以上(含三日)時，本公司除依主保險契約之約定給付保險金外，另按本附加條款之約定給付『住院慰問保險金』。因同一意外傷害事故而多次住院者仍以一次為限。」；系爭附加條款 2 第 1 條承保範圍約定：「本公司對於被保險人於本附加條款有效期間內遭受主保險契約第二條約定的意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起一百八十日以內，於登記合格的醫院住院治療者，本公司按本附加條款約定之『居家療養保險金日額』乘以實際住院日數給付『居家療養保險金』。」；系爭附加條款 3 第 1 條承保範圍、第 3 條甲型－傷害醫療保險金給付（實支實付型）分別約定：「…本公司對於被保險人於本附加條款有效期間內，因遭受主保險契約第二條所約定之意外傷害事故，致其身體蒙受傷害時，依照本附加條款之約定，給付醫療保險金。本附加條款醫療保險金之給付方式分為甲型、乙型，被保險人於申請理賠時，得擇一適用，但不得同時申請。」、「被保險人於本附加條款有效期間內遭受主保險契約第二條約定的意外傷害事故自意外傷害事故發生之日起一百八十日以內，經登記合格的醫院或診所治療者，本公司就其醫師認定的實際醫療費用，超過全民健保部份給付『實支實付傷害醫療保險金』。但超過一百八十日繼續治療者，受益人若能證明被保險人之治療與該意外傷害事故具有因果關係者，不在此限。…」。
- (二) 次按傷害保險人於被保險人遭受意外傷害及其所致失能或死亡時，負給付保險金額之責。前項意外傷害，指非由疾病引起之外來突發事故所致者，保險法第 131 條定有明文。而人之傷害或死亡之原因，其一來自內在原因，另一則為外在事故。內在原因所致之傷害或死亡，通常係指被保險人因罹患疾病、細菌感染、器官老化衰竭等身體內部因素所致之傷害或死亡；至外來事故（意外事故），則係指內在原因以外之一切事故而言，其事故之發生為外來性、偶然性，而不可預見，除保險契約另有特約不保之事項外，意外事故均屬意外傷害保險所承保

之範圍(最高法院 104 年度台上字第 1036 號民事判決意旨參照)。又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，始避免肇致道德危險，蓋保險制度最大功能在於將個人生活中遭遇各種危險所產生之損失，分擔消化於共同團體，故任何保險皆以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而遭受損失之人所組成，基於保險是一共同團體之概念，對於保險契約所生權利糾葛，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，最終將至侵害整個危險共同團體之成員，有違保險制度之本旨（最高法院 85 年度台上字第 1685 號、臺灣高等法院 104 年度保險上易字第 15 號民事判決意旨參照）。準此，保險制度係立於危險共同分擔體之角色，保險契約衍生之爭議須著眼於整個危險團體之共同利益，不僅評估單一契約中被保險人之健康狀態、要保人繳費能力，避免契約終止、預防道德危險，並防止轉嫁不當風險於保險團體中之其他人，更須考量保險人自我之風險承受能力。是以，申請人所受治療是否有其必要性，是否有轉嫁不當風險於保險團體中之其他人之情等節，均應一併考量。

(三) 經查，申請人請求相對人依據系爭保單及相關附加條款約定給付意外醫療保險金，遭相對人以系爭事故不符意外傷害定義而拒絕理賠。是以本件爭點應為：依現有卷證資料，系爭事故是否為意外事故所致且具住院必要性？

(四) 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. 依據國仁醫院 112 年 2 月 26 日急診病歷之記載，申請人急診就醫之主訴是：早上打噴嚏及閃到腰致左下肢麻痛及下背痛。另據國仁醫院 112 年 2 月 27 日至 112 年 3 月 6 日出院病歷摘要病史段之記載，申請人約 7-8 個月前於浴室跌倒後開始下背痛及左臀部麻痛，112 年 2 月 26 日打噴嚏後出現急性坐骨神經痛。
2. 急診病歷中記載 111 年 11 月 17 日腰椎 MRI 顯示第 45 腰椎後側纖維環(annulus pulposus)部分撕裂、L5S1 椎間盤突出、輕度腰椎退化。112 年 2 月 28 日之腰椎 MRI 之結果為：L5S1 輕度退化、L5S1 第一級脊椎滑脫、L5S1 椎間盤突出壓迫左側 S1 神經根、第 45 腰椎後側纖維環部分撕裂、L45 椎間盤突出。
3. 綜合以上病歷紀錄，申請人主要病症是 L45 及 L5S1 椎間盤突出合

併神經根壓迫。從兩次 MRI 檢查結果來看，腰椎退化性疾病是早已存在多時之病症。浴室跌倒及打噴嚏都是誘發急性神經症狀的加重因子，與系爭事故所涉住院治療具有因果關係。

4. 申請人因急性坐骨神經壓迫急診住院，於 112 年 3 月 2 日接受第 5 腰椎及第一薦椎神經根高頻熱凝療法及 L5S1 硬脊膜外注射，該次住院具有合理性，住院 8 天是合理天數。

(五) 準此，依現有卷證資料及前揭醫療顧問意見，申請人因「下背部挫傷併腰椎椎間盤突出症併神經根壓迫」於 112 年 2 月 27 日至同年 3 月 6 日至國仁醫院接受治療，申請人已存在腰椎退化性疾病多時，惟自浴室跌倒後開始下背痛及左臀部麻痛，之後再因打噴嚏出現急性坐骨神經痛，浴室跌倒及打噴嚏都是誘發急性神經症狀的加重因子，不可謂其非系爭事故主要原因，故堪認系爭事故係意外事故所致，另系爭事故所涉住院依一般醫療常規應具必要性且為合理天數。從而，申請人請求相對人依系爭保單及系爭附加條款 1 至系爭附加條款 3 約定給付住院慰問保險金、居家療養保險金、實支實付傷害醫療保險金共 37,000 元，此金額亦為相對人所不爭執，洵屬有據。

七、綜上所述，申請人請求相對人給付意外醫療保險金 37,000 元，應屬有據。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 8 月 2 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。