

財團法人金融消費評議中心評議書

【113 年評字第 4322 號】

申請人 ○○○○ 住○○○○
 相對人 A○○產物保險股份有限公司 設○○○○
 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 12 月 13 日第 22 次會議決定如下：

主 文

相對人應給付申請人新臺幣伍萬元整。

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：

請求相對人給付意外險理賠金額收據新臺幣（下同）50,000 元。

(二)陳述：

1. 申請人以自己為要、被保險人，於民國（下同）112 年 12 月 15 日向相對人投保一年期個人傷害保險（保單號碼○○○304 號，下稱系爭保單），並附加「A○○產物個人傷害保險（○○○）附加 A○○產物個人傷害醫療保險附約（○○○）」，保險期間為 1 年，餘附約省略。
2. 又申請人因跌倒致右踝挫傷（下稱系爭事故），於民國（下同）113 年 1 月 1 日至同年 3 月 2 日期間前往侑澄中醫診所接受治療。惟申請人經檢附診斷證明書，向相對人申請賠理意外傷害醫療保險金，卻遭相對人以非正本收據為由，拒絕理賠。

3. 為此，爰提起本件評議申請，請求相對人給付意外傷害醫療保險金等語。

（詳評議申請書）

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：

申請人投保時於要保書「被保險人是否已投保其他實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險」勾選「否」，依人身保險商品審查應注意事項第 48 點「…前項處理方式，應於要保書中揭露，並由要保人簽署同意。」，及系爭保單要保書明事項第 4 點「…本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保 A○○保險二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知 A○○保險有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而 A○○保險仍承保者，A○○保險對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知 A○○保險者，同意 A○○保險對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任。」。是申請人此次理賠申請需檢附正本收據供理賠人員審核，故就本次申訴，相對人難以根據所請給付以副本收據給付意外傷害醫療保險金。

（詳陳述意見函及其附件）

四、兩造不爭執之事實：

（一）申請人以自己為要、被保險人，於 112 年 12 月 15 日向相對人投保一年期個人傷害保險（保單號碼○○○304 號，即系爭保單），並附加「A○○產物個人傷害保險（○○○）附加 A○○產物個人傷害醫療保險附約（○○○）」，餘附約省略。

（二）申請人因跌倒致右踝挫傷，於 113 年 1 月 1 日至同年 3 月 2 日期間前往侑澄中醫診所接受治療。

五、本件爭點：

申請人請求相對人給付意外傷害醫療保險金 5 萬元，是否有據？

六、判斷理由：

（一）按保險制度係利用大數法則分散風險，在保險公司之專業精算下，藉由承擔社會共同團體之共同風險，在對價衡平原則下，經主管機關核定之

費率、保險單條款，銷售保單收取保費並對發生保險事故之被保險人給付保險金。因此，保險費之費率及承保範圍之對價性，均係經由專業之精算程序及主管機關所核准，保險人自不可能承擔漫無限制之危險（臺灣高等法院臺中分院 106 年度保險上易字第 7 號民事判決意旨參照）。又「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…。」、「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。準此，保險契約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，達成意思表示一致而成立，雙方當事人即應受契約約定之拘束。

(二)次按申請人投保時之人身保險商品審查應注意事項第 48 點(112 年 3 月 29 日)約定：「實支實付型傷害醫療保險商品其保險金之申領，如不接受收據影本、抄本、謄本等文件者，應依下列方式辦理：(一)被保險人於投保時已通知保險公司有投保其他商業實支實付型醫療保險，而保險公司未拒絕承保者，其對同一保險事故已獲其他保險契約給付部分仍應負給付責任。(二)同一家保險公司承保同一被保險人二張以上不接受收據影本、抄本、謄本等文件之實支實付型醫療保險商品者，對同一被保險人於同一保險事故已獲該保險公司其他人身保險契約給付部分，仍應負給付責任。前項處理方式，應於要保書中揭露，並由要保人簽署同意。」。

(三)再依據申請人投保時之要保書記載：「被保險人是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險？」，經勾選「否」。且系爭保單要保書聲明事項第 4 點復記載：「本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保 A○○保險二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知 A○○保險有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而 A○○保險仍承保者，A○○保險對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知 A○○保險者，同意 A○○保險對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任。」，並經申請人於要、被保險人欄位處簽名確認。是以，申請人於投保時應已知悉本身無投保其他實支實付

型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之情形，且同意申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本，依前揭判決意旨，兩造既未爭執前揭保單之效力，申請人自應受該內容之拘束。

(四)本件申請人主張其於系爭事故後，已於相對人第二次照會時提供診斷證明書及收據正本，向相對人申請理賠意外傷害醫療保險金，相對人就此拒賠顯非合理等語。惟查，經觀諸申請人所提供之侑澄中醫診所門診費用收據、自費收據、診斷證明書及病歷摘要等件，業經相對人理賠部於113年5月30日蓋印收受，而細繹前揭侑澄中醫診所門診費用收據及自費收據，除經侑澄中醫診所及診治醫師用印外，並清楚記載為「門診費用收據」及「自費收據」，更載明確病歷號碼、歷次應診日期、科別、掛號費、部分負擔、針灸刺絡單價之等項，已足堪認申請人於相對人第二次照會時，已然提供醫療費用收據正本予相對人。雖相對人就此陳稱前揭侑澄中醫診所門診費用收據及自費收據等件，並非醫療收據正本，應僅為申請人歷次就醫之費用明細，然遍觀諸相對人所提供之資料，未見其舉證以實其說，遑論醫療單位所開立之醫療收據種類繁多，縱侑澄中醫診所提供之收據格式與衛生署函示醫療機構提供費用收據之原則及參考格式不符，亦難逕認其為收費明細僅具收據副本之效力。相對人徒以自行之判斷，即為否認侑澄中醫診所開立並記載「門診費用收據」及「自費收據」並非為醫療收據，核屬自行揣測之詞，顯非可取。則承如前述，茲申請人於申領保險金時，已提供收醫療收據正本予相對人，依前揭系爭保單及附約之約定，相對人應負給付意外傷害醫療保險金之責，堪予認定。

(五)再依系爭保單之「個人傷害醫療保險附約(○○○)」條款第6條：「被保險人於本附約有效期間內遭受第二條約定意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日能一百八十日以內，經登記合格的醫院或診所治療者，本公司就其實際費用，超過全民健康保險給付部分，給付實支實付傷害醫療保險金。…。」之約定，依前揭侑澄中醫診所門診費用收據及自費收據所示，申請人就系爭事故計支出醫療費用為51,700元，而系爭保單「個人傷害醫療保險附約(○○○)」之限額為5萬元，是依前揭條款約定，則申請人請求相對人給付意外傷害醫療保險金5萬元，洵屬有據。

七、綜上所述，申請人之請求相對人給付5萬元乙情，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 1 1 3 年 1 2 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。