

財團法人金融消費評議中心評議書

【113 年評字第 3314 號】

申 請 人 ○○○○

住詳卷

代 理 人 ○○○○

住詳卷

相 對 人 ○○○○人壽保險股份有限公司

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 10 月 25 日第 19 次會議決定如下：

主文

相對人應給付申請人新臺幣壹佰參拾萬壹仟元整。

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：

請求相對人給付申請人新臺幣（下同）1,301,000 元。

(二)陳述：

1、第三人以申請人為被保險人，於民國（下同）100 年 6 月 22 日向相對人投保保單號碼第○○○395 號○○○終身壽險，並附加○○○終身醫療健康保險附約，保額 1,500 元（下稱 A○○）及○○○醫療保險附約，1 計畫（下稱 B○○）（以下合稱系爭 2 附約）。

2、申請人分別於 111 年 8 月 8 日至 111 年 9 月 27 日赴國軍桃園總醫院新竹分院附設民眾診療服務處身心醫學科（下稱新竹分院）住院

治療；111 年 9 月 27 日至 111 年 11 月 23 日赴國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處精神科（下稱桃園總醫院）住院治療；111 年 11 月 23 日至 112 年 1 月 9 日赴新竹分院住院治療；112 年 1 月 9 日至 112 年 3 月 3 日赴桃園總醫院住院治療；112 年 3 月 3 日至 112 年 3 月 15 日赴新竹分院住院治療。

- 3、申請人於 100 年 6 月投保系爭 2 附約前，並未有關於精神科疾病接受心理治療或用藥之情形，申請人因有固執行為，申請人母親懷疑申請人有亞斯特質，故至中國醫藥學院作評估。於 95 年 1 月至 97 年 2 月評估，期間並未有關於精神科治療或用藥。而 97 年的病歷診斷為「亞斯伯格症」，並非「憂鬱症」或是「適應性疾病」。111 年因不適應軍中生活，到醫院治療，醫師診斷為「嚴重型憂鬱症、適應性疾患」疾病（下稱系爭疾病），因此本次理賠之事由符合系爭 2 附約所訂之「疾病」定義，相對人應理賠。

（餘詳申請人評議申請書及補正文件）

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；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 95 年度台上字第 359 號判決意旨參照）。以此推知，保險公司是否得主張保險法第 127 條「已在疾病」情況中者，應以被保險人對於該項疾病在客觀上是否知悉或無法諉為不知作為判斷之依據。

- 2、次按 A○○條款第二條【名詞定義】約定：「…本附約所稱『疾病』

係指被保險人自本附約生效日起持續有效三十日以後或復效日起所發生之疾病。…」，B○○第二條亦有明文規定，合先敘明。

- 3、經查申請人於100年6月22日投保系爭2附約前，已於95年1月10日在中國醫藥大學兒童醫院病患報告記載：「…測驗日期：95年1月10日…診斷別：整體智力為中下；亞斯伯格症。…」，並持續就診至97年(申請人亦不否認)，經相對人諮詢精神專科醫師意見略以：依整體就診史及病歷觀之，患者小學及高職期間皆有明顯受到同學霸凌情形，有明顯適應障礙事實，另未分化型人格障礙屬幼年期及持續之個人特質，非後天形成，因此在投保前之亞斯伯格症與適應障礙有強烈因果關係，且投保前已有適應障礙事實，又適應障礙與憂鬱症亦有強烈因果關係下，可判斷本次就診疾患並非保後發生等語。是以，相對人依保險法第127條規定及系爭附約條款第二條約定無據給付系爭2附約之醫療保險金，特此說明。

(餘詳相對人陳述意見函)

四、兩造不爭執之事實：

- (一)第三人以申請人為被保險人，於100年6月22日向相對人投保保單號碼第○○○395號保單，並附加系爭2附約。
- (二)申請人分別於111年8月8日至111年9月27日赴新竹分院住院治療；111年9月27日至111年11月23日赴桃園總醫院住院治療；111年11月23日至112年1月9日赴新竹分院住院治療；112年1月9日至112年3月3日赴桃園總醫院住院治療；112年3月3日至112年3月15日赴新竹分院住院治療。

五、本件爭點：

申請人請求相對人給付1,301,000元，是否有據？

六、判斷理由：

- (一)按A○○附約條款第2條、第4條分別約定：「本附約所稱『疾病』係指被保險人自本附約生效日起持續有效三十日以後或復效日起所發生之疾病。…」、「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接受手術、或住院診療時，本公司依本附約約定給付保險金。」而B○○附約條款第4條亦有前揭疾病定義之約定。
- (二)次按保險法第127條規定：「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。」而其立法理由明文揭示：「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」。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 95 年度台上字第 359 號民事判決意旨參照）。所謂被保險人是否知悉疾病，只須其已知悉有該方面之疾病為已足，並不須確切知悉醫學上之病症名稱為必要（臺灣高等法院 95 年度保險上更(一)字第 3 號判決意旨參照）。是以，保險公司是否得主張保險法第 127 條「已在疾病或妊娠」情況中者，尚以被保險人對於該項疾病是否知悉或客觀上無法諉為不知作為判斷之依據。是本件申請人僅得就系爭 2 附約生效後之疾病請求相對人給付保險金。準此，本件爭點厥為：依卷附資料，申請人罹患之系爭疾病是否為 100 年 6 月 22 日投保系爭 2 附約前所罹患之疾病？若是，申請人於投保時，系爭疾病是否已有外表可見之徵象，且在客觀上申請人無法諉為不知之情況？

(三)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、根據其 94 年 12 月 7 日於中國醫藥大學附設醫院暨兒童醫院看診、111 年 8 月 8 日至國軍桃園總醫院新竹分院就醫以及其他的相關就醫診治病歷記錄，其主要問題如下：1) 97 年 1 月(7 歲)心理衡鑑，病人智商約 80，屬中下水準，有亞斯伯格症傾向，人際互動少，語言發展較遲緩，曾接受早期療育，之後二專畢業，但成績差；2) 111 年 2 月(21 歲)，開始出現情緒失調和用皮帶打自己等，會憂鬱、易怒、注意力不集中、失眠、負面思考以及自傷傷人意念等，因此接受住院治療，之後未完全緩解；3) 其主要診斷應是自閉症與重鬱症。

2、根據以上臨床資料和學理判斷，申請人目前罹患之精神疾病，自閉症或亞斯伯格症是病發於 100 年 6 月 22 日之前，但病人不一定有理解，至於重鬱症，乃病發於 111 年 2 月左右，在 100 年 6 月 22 日之後。

(三)準此，依現有卷證資料及前揭醫療顧問意見，申請人之重鬱症，乃病發於 111 年 2 月左右，在 100 年 6 月 22 日之後，屬 100 年 6 月 22 日投保系爭 2 附約後發生之疾病。是依前揭法律規定、判決意旨及系爭 2 附約保單條款約定，相對人以系爭疾病為投保前之疾病，不符合系爭 2 附約約定疾病之範圍為由而未予給付保險金，難謂有據。

(四)本件申請人依系爭 2 附約約定得請求之保險金，茲述如下：

1、按 A○○第 9 條【住院醫療保險金的給付】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)依下列約定之一給付『住院醫療保險金』：一、被保險人同一次住院診療在三十日以內者，本公司按被保險人投保之『住院醫療保險金日額』乘以被保險人實際住院日數，給付『住院醫療保險金』。二、被保險人同一次住院在三十一日至一百八十日者，則按下列兩項之總和給付『住院醫療保險金』：(一)前三十日之部分係按第一款約定方式計算。(二)自第三十一日起，則按被保險人投保之『住院醫療保險金日額』的一點五倍乘以被保險人自第三十一日以後的實際住院日數。三、被保險人同一次住院在一百八十一日至三百六十五日者，則按下列兩項之總和給付『住院醫療保險金』：(一)前一百八十日之部分係按第二款約定方式計算。(二)自第一百八十一日起，則按被保險人投保之『住院醫療保險金日額』的一點七五倍乘以被保險人自第一百八十一日以後的實際住院日數。…」、第 11 條【住院醫療補助保險金的給付】約定：「被保險人因第四條之約定而住院診療時，本公司按被保險人實際住院日數(含入院及出院當日)乘以『住院醫療保險金日額』的百分之五十，給付『住院醫療補助保險金』。…」；B○○第 11 條【保險範圍】約定：「被保險人於本附約有效期間內因第四條約定之疾病或傷害而以全民健康保險保險對象身份住院診療時，本公司按被保險人住院期間內所發生，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各項費用，按第十二條醫療費用保險金或第十三條住院醫療日額保險金其中之一條，依其投保單位給付保險金。」、第十三條【住院醫療日額保險金的給付住院醫療日額保險金的給付】約定：「被保險人因第十一條約定且未具醫療費用收據正本及明細表時，本公司按投保單位每日給付『住院醫療日額保險金』。每一次事故最高給付日數以三百六十五日為限。住院天數三十一至六十天者，超過三十天的部分，其『住院醫療日額保險金』增為附表(每一計劃給付項目與金額)所列金額的二倍。住院天數六十一至九十天者，超過六十天的部分，其『住院醫療日額保險金』增為附表(每一計劃給付項目與金額)所列金額的三倍。住院天數九十一至一八〇天者，超過九十天的部分，其『住院醫療日額保險金』增為附表(每一計劃給付項目與金額)所列金額的四倍。住院天數一八一天以上者，超過一八〇天的部分，其『住院醫療日額保險金』增為附表(每一計劃給付項目與金額)所列金額的五倍。」

- 2、經查，本件申請人住院日數為 220 日，所投保之 A○○附約保額為 1,500 元；而 B○○附約為 1 計畫，其附表所列住院醫療日額保險

金為每日 1,000 元，是按前揭約定，申請人得請求之 A○○住院醫療保險金為 396,000 元（計算式： $[1500*51+750*21]+[1500*57+750*27]+[1500*47+750*17]+[1500*53+750*23]+[1500*12]=396,000$ ）、A○○住院醫療補助保險金為 165,000 元（計算式： $1500*50\%*220=165,000$ ）、B○○住院日額保險金為 740,000 元（計算式： $[1000*1*30]+[1000*2*30]+[1000*3*30]+[1000*4*90]+[1000*5*40]=740,000$ ）。綜上，申請人共計得向相對人請求給付保險金 1,301,000 萬元（ $396,000+165,000+740,000=1,301,000$ ）。

七、綜上所述，申請人請求相對人給付 1,301,000 元，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 1 0 月 2 5 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。