

## 財團法人金融消費評議中心評議書

【113 年評字第 623 號】

申 請 人 ○○○

住詳卷

代 理 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 113 年 4 月 26 日第 7 次會議決定如下：

### 主文

確認兩造間保單號碼○○○第○○○449 號之保險契約關係於民國 111 年 12 月 22 日 24 時起至民國 112 年 12 月 22 日 24 時止存在。

相對人應給付申請人新臺幣壹佰零壹萬元整及自民國 112 年 8 月 6 日起至清償日止按週年利率 10%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：

1、確認兩造間保單號碼○○○第○○○449 號重大傷病健康保險○○○式（下稱系爭保單）之契約關係存在。

2、請求相對人給付保險金新臺幣(下同)1,010,000 元整及民國(下同) 112 年 8 月 6 日起至清償日止按週年利率 10%之計算之利息。

##### (二) 陳述：

- 1、申請人前於 107 年 12 月 22 日以自己為被保險人暨要保人，投保相對人之重大傷病險並附加自動續約，嗣後因相對人商品轉換變更契約內容，故申請人於 109 年 12 月 15 日重新填寫要保書，投保相對人之重大傷病健康保險○○○式暨自動續約附加條款○○○式（保單號碼 02 第○○○230 號），爾後每年辦理續約。今申請人於 111 年 12 月 22 日辦理第二次續約（即系爭保單），保險期間 111 年 12 月 22 日 24 時至 112 年 12 月 22 日 24 時止。
- 2、申請人於 112 年 5 月 30 日因「非創傷性小腦出血；頭暈及目眩；本態性（原發性）高血壓」前往林新醫院急診住院治療，並取得重大傷病證明。嗣於 112 年 7 月 21 日向相對人申請系爭保單之重大傷病保險金。惟遭相對人以申請人於 109 年填寫要保書時未據實告知體重為由，於 112 年 8 月 16 日拒絕給付並解除系爭保單在案。
- 3、相對人主張申請人體重填寫不實之依據，係依林新醫院 112 年 6 月 7 日之病歷摘要(22)「其他欄位」記載「申請人身高 154 公分、體重近 3 年維持 99.6 公斤，BMI 41.9kg/m<sup>2</sup>」等語。然依據護理紀錄可知，前述資訊來源，係醫院營養師到病房會診時，因申請人當時體況不佳，故由申請人之女兒代為回答。此與申請人經醫師會診時，病歷摘要中紀錄病患自述三餐飲食正常等語明顯不同。相對人竟以非本人回覆之訊息為解除契約之認定，自屬無據。且如無經過專業儀器測量，本就無法準確確定體重為何。況申請人之肥胖過程為漸進式，申請人女兒僅憑印象回覆 3-4 年間的體重變化，亦難以採信。
- 4、按金管保壽字第 10602540362 函，辦理理賠作業不得僅以病歷所載被保險人之主訴症狀，而無被保險人實際就診病史，即認定被保險人違反告知義務，並依保險法第 64 條解除保險契約，影響保戶權益之情事。相對人明顯違反主管機關之函釋，違反最大誠信原則，實不可取。
- 5、又按續約於法律上之意義為再訂約，原則上應負擔據實說明義務，惟若該契約之續訂乃基於雙方當事人於原契約內定有自動續約條款而產生者，顯然表示雙方當事人有意以原契約之內容不加改變而繼續其效力，保險人於接受要保人於原契約訂立時所告知者，故要保人亦無須再履行據實說明義務（江朝國著，保險法逐條釋義第二卷，2013 年 7 月初版第 575 頁）。查相對人除於 109 年變更契約內容時重新要求申請人填寫告知事項外，之後 2 次續約不再要求重新填寫告知事項，應認申請人無須再履行說明義務。則相對人於 112 年 8 月 16 日才通知解除契約，業已超過保險法第 64 條第 3 項之 2 年除

斥期間，故解約不合法。

- 6、綜上，相對人既未能證明申請人於 109 年 12 月 22 日時有違反健康告知事項之實，而保險事故發生之日亦超過 2 年，除斥期間業已經過。僅以病歷摘要中一段文字紀錄妄自推斷申請人違反告知義務，不顧契約法理而濫行解除權，欺負弱勢的被保險人，視最大誠信原則為無物，況且相對人每年皆依自動續約條款約定收受保費同意續保，亦有影響對價平衡、保費不當得利之虞。爰此提起本件評議申請，主張恢復系爭保單效力及並依系爭保單條款第 9 條及第 10 條約定給付 1,010,000 元整及自 112 年 8 月 6 日起至清償日止按週年利率 10%計算之利息。

(其餘詳申請人評議申請書及補正資料)

### 三、相對人之主張：

(一) 請求事項：申請人之請求為無理由。

(二) 陳述略以：

- 1、相對人 112 年 7 月 21 日受理申請人理賠申請，於事故調查時彙整相關病歷，摘要如下：

- (1) 中山醫學大學附設醫院（以下稱中山附醫）：「2016 年 7 月 26 日、2016 年 8 月 9 日、2017 年 12 月 14 日診斷本態性(原發性)高血壓」，於 106 年 3 月間有用於治療高血壓藥品(脈優錠、壓達能軟膠囊)的用藥紀錄。
- (2) 仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院（以下稱大里仁愛醫院）：診療結果摘要報告，申請人於 107 年 4~9 月間經複診診斷為疾病代碼：I82.503（慢性栓塞及血栓）、I11.9（高血壓性心臟病無心臟衰竭）。
- (3) 林新醫院：於林新醫院 112 年 6 月 9 日出院病歷摘要(22)其他，載明申請人有高血壓病史，身高為 154 公分、過去 3~4 年(即約 108 年~112 年間)維持體重在 99.6 公斤，換算 BMI 值(kg/m<sup>2</sup>)高達 41.9。
- (4) BMI 值 $\geq 24$ 屬異常，為高血壓、糖尿病、心血管疾病、惡性腫瘤等慢性疾病的主要風險因素，與本次非創傷性小腦出血具相當因果關係。

- 2、惟查，申請人於 109 年 12 月 15 日要保書告知事項（下稱系爭告知事項）填載：

- (1) 要保書告知事項：過去五年內是否曾因患有下列疾病(1)高血壓症…而接受醫師治療、診療或用藥？勾選「否」。惟查，經相對

人函詢中山附醫，並向行政院衛生福利部中央健康保險署查詢就醫資料，請申請人補提供健康存摺等調查，可知申請人於 105 年 7 月間經診斷為本態性(原發性)高血壓，並於 106 年 3 月間有治療高血壓藥品(脈優錠、壓達能軟膠囊)的用藥紀錄，對此就醫及用藥紀錄，申請人卻於 109 年填載要保書時未據實說明，顯已違反告知義務。

(2) 要保書告知事項：「身高、體重」填載 160 公分、63 公斤。申請人 109 年 12 月 15 日所填寫之體重數額和林新醫院出院病歷摘要顯不相符。再者，所謂主訴係指病人看病時對醫師為自己沉態之陳述。雖申請人主張「過去 3~4 年維持體重在 99.6 公斤」等語係申請人女兒回覆會診醫師之內容，惟此陳述為非病人之第三人依其見聞所述，顯非「主述」，相對人將此陳述作為判斷申請人是否違反告知義務之依據之一。況且，相對人為確認申請人前述病症，尚透過函詢及查證該等醫院之方法，依據醫院提供之資訊確認事實，而非憑申請人「主訴」而來，尚與申請人援引之金管保壽字第 10602540362 號函所裁罰之事實不同，特此澄清。

- 3、準此，申請人於 109 年 12 月 15 日要保時對相對人書面詢問之告知事項（身高、體重、病史）未據實說明，且該不實說明足以變更或減少相對人對於危險之估計；又前述 109 年保單保險期間為 1 年且非保證續保，尚須相對人每年於保險期間屆滿時經相對人承諾續保，契約始為成立，故契約訂立日非申請人所稱自 109 年 12 月 22 日（24 時）起算。是以相對人於 112 年 7 月 21 日受理申請人理賠申請並調閱病歷摘要時，始知有解除契約之原因，並於知悉時起 1 個月內，按保險法第 64 條第 2 項及第 3 項、系爭保單條款第 5 條第 1 項及第 2 項，於 112 年 8 月 16 日以○○○字第○○○002 號函解除系爭保單，尚未逾系爭保單契約訂立（即 111 年 12 月 22 日 24 時）後 2 年，故無申請人主張本公司解約權之行使已罹於時效之情。
- 4、退步言之，按保險法第 59 條第 2 項：「危險增加，由於要保人或被保險人之行為所致，其危險達於應增加保險費或終止契約之程度者，要保人或被保險人應先通知保險人。」；同法第 57 條：「當事人之一方對於他方應通知之事項而怠於通知者，除不可抗力之事故外，不問是否故意，他方得據為解除保險契約之原因。」。倘如申請人所言，肥胖係漸進式，非契約訂立時業已有非創傷性腦出血狀態，惟申請人於 109 年要保後，由申請人（即被保險人）之所致體重等原書面

詢問事項已有變更，且該危險增加已達增加保險費或終止契約之程度，申請人應先通知相對人而未通知，相對人得依保險法第 59 條、第 57 條規定解除契約。

（其餘詳相對人陳述意見書）

#### 四、兩造不爭執之事實：

- （一）申請人以自己為被保險人暨要保人，於 109 年 12 月 15 日投保相對人重大傷病健康保險○○○式暨自動續約附加條款○○○式（保險期間為 109 年 12 月 22 日 24 時至 110 年 12 月 22 日 24 時止）。嗣於 111 年 12 月 22 日辦理第二次續約（即系爭保單），保險期間 111 年 12 月 22 日 24 時至 112 年 12 月 22 日 24 時止。
- （二）相對人於 112 年 8 月 16 日以○○○字第○○○002 號函通知申請人解除系爭保單。申請人於 112 年 8 月 17 日收受前述函文。

#### 五、本件爭點：

- （一）申請人有無違反保險法第 64 條規定之據實告知義務之情事？
- （二）相對人主張依據保險法第 57 條及第 59 條第 2 項解除系爭保單，是否有據？
- （三）申請人請求相對人給付保險金 1,010,000 元及自 112 年 8 月 6 日起至清償日止按週年利率 10% 計算之利息，是否有據？

#### 六、判斷理由：

- （一）關於申請人有無違反保險法第 64 條規定之據實告知義務之情事：

1、按訂立契約時，要保人對於保險人之書面詢問，應據實說明；要保人有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，保險人得解除契約；其危險發生後亦同；但要保人證明危險之發生未基於其說明或未說明之事實時，不在此限；前項解除契約權，自保險人知有解除之原因後，經過一個月不行使而消滅；或契約訂立後經過二年，即有可以解除之原因，亦不得解除契約，保險法第 64 條第 1、2、3 項分別定有明文。保險法第 64 條之立法目的乃保險制度中「最大善意」、「對價平衡」及「誠實信用」基本原則之體現，當要保人或被保險人因違反據實說明義務，致保險人無法正確估計危險，若要保人或被保險人未告知或不實說明之事項與保險事故發生有相關連，而足以變更或減少保險人對於危險之估計時，縱使保險事故已發生，保險人仍得解除契約（最高法院 104 年度台上字第 844 號判決意旨參照）。保險法第 64 條規定要保人之告知義務，主要是由於保險事業之經營，保險人有必要就其所擔負之危險，獲悉有關測定危險之必要資料，俾

就各保險契約，分別測定其危險率，作為核定是否接受要保及應適用何種保險費率承保之參考。故對最能知悉其事實之要保人，課以重要事實之告知義務。若要保人不為正確之告知時，保險人得解除契約，以排除危險，其目的在保護保險人（最高法院 86 年度台上字第 2161 號判決意旨參照）。而系爭保單第 5 條第 1、2 項約定：「要保人或被保險人在訂立本契約時，對本公司要保書書面詢問的告知事項應據實說明，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少本公司對於危險的估計者，本公司得解除本契約，其保險事故發生後亦同。但危險的發生未基於其說明或未說明的事實時，不在此限。前項解除契約權，自本公司知有解除的原因後，經過一個月不行使而消滅。」。

- 2、次按「保險法第 64 條規定之立法意旨，係基於保險契約為最大誠信契約，及保費公平分擔、契約對價平衡之原則，而課予要保人於投保時，對於保險人之書面詢問負有據實告知之義務，使保險人就危險之估計能作正確之判斷，且由於保險事業之經營上，保險人必需就擔負之危險，知悉有關其測定之重要事項，故立法對最能知悉該事實之要保人規定，使其負擔此一義務，並於要保人違反此項義務時，賦予保險人得行使解除權，以貫徹保險契約為最大善意契約之立法目的，然並未要求保險人於解除契約時，需就各項解除事由之病名為鉅細靡遺之記載，始得合法解除保險契約，故僅需就相關之病名加以載明而達足以辨識之程度即可（臺灣高等法院臺中分院 100 年保險上易字第 2 號判決意旨參照）」，由此可知，保險人解除契約時至少需載明相關之病名達足以辨識之程度。
- 3、經查，相對人主張於 112 年 7 月 21 日受理申請人理賠申請時，因調查申請人之病歷始知申請人於 109 年投保前即有高血壓病史，且身高為 154 公分、108 年至 112 年間體重維持在 99.6 公斤，換算 BMI 高達 41.9，故於 112 年 8 月 16 日解除系爭保單云云。惟查相對人於 112 年 8 月 16 日之解除系爭保單函記載「三、台端於要保書上所填載之身高為 160 公分與體重為 63 公斤與林新醫院出院病歷摘要內容顯不相符。準此，台端已違反據實說明義務並影響本公司對於危險之評估」，顯見相對人係以「身高體重」與系爭告知事項不符作為解約事由，直至申請人透過本中心向相對人申訴，相對人於 112 年 12 月 15 日以○○○字第○○○899 號函覆申請人時，始提出申請人之高血壓病史作為解約事由。惟觀諸相對人據以主張申請人於投保前已罹患高血壓之病歷資料，依據前述資料

之相對人日期戳章可知，相對人分別於 112 年 7 月 21 日收受林新醫院之出院病歷摘要、112 年 8 月 21 日收受中山附醫病歷摘要、112 年 9 月 5 日收受大里仁愛醫院之診療結果摘要報告，是以縱認前開函文已生解約之效果，惟相對人於 112 年 8 月 16 日之解除函並未以高血壓作為解約事由，而相對人於 112 年 12 月 15 日提出申訴回函時，自相對人知悉申請人之既往病史時，已逾越一個月之解除權行使期間，依前揭法院判決意旨，本件應審究者應為申請人有無就「身高體重」違反告知義務，而不及於高血壓此病症。

- 4、次查，系爭告知事項記載申請人之「身高 160 公分、體重 63 公斤」，相對人依據林新醫院 112 年 6 月 9 日出院病歷摘要第 22 欄位記載「病人狀況及問題：過去 3-4 年維持體重 99.6kg，BMI=41.9/m<sup>2</sup>」主張申請人於 109 年投保時體重即為 99.6 公斤與系爭告知事項填載內容不同作為解除系爭保單之依據云云；申請人則抗辯前述資訊係林新醫院營養師於 112 年 6 月 7 日會診時由申請人之女兒代為回覆之資訊等語。參諸林新醫院之護理紀錄，於 112 年 6 月 6 日記載「病人因體重過重，體重 99.6kg，身高 154 cm，BMI:41.9……。」，於 112 年 6 月 7 日記載「……現會診回覆：病人狀況及問題：過去 3-4 年維持體重 99.6kg……」等語，是前開資訊至多僅能證明申請人於 112 年 6 月住院時之身高與體重，惟就 3、4 年前之體況係依據申請人或申請人之女兒口頭說明，如無其他經過測量等客觀佐證資料，難認申請人 109 年填寫系爭告知事項時其體重亦為 99.6 公斤。
- 5、再查申請人係透過相對人之招攬業務員投保系爭保單，此有系爭保單之要保書在卷可憑。是以，相對人之業務員應有實際見證申請人填寫系爭告知事項。基於體型為外觀可見之表徵，無論申請人之身高為 160 公分或 154 公分，體重 99.6 公斤與體重 63 公斤兩者間於外觀上顯有落差，無須調閱病歷即可發現，故相對人之業務員於申請人填寫系爭告知事項時，既未對申請人之身高體重記載內容提出異議，相對人亦未抗辯其業務員於招攬時有何疏失，堪認申請人於系爭告知事項中所填寫之體重與實際體重間並無明顯落差。又本中心基於書面審理原則及囿於調查權之限制，參酌前開病歷資料及系爭保單要保書，尚難認申請人於系爭告知事項之身高體重等事項有不實告知且違反告知義務等情，相對人據此主張解除系爭保單，難認有據。
- 6、退步言之，縱認申請人於投保時未據實告知「身高、體重及既往病

史」，惟按「續約於法律上之意義為再訂約，原則上應負擔實說明義務，惟若該契約之續訂乃基於雙方當事人於原契約內定有自動續約條款而產生者，顯然表示雙方當事人有意以原契約之內容不加改變而繼續其效力，保險人於接受要保人於原契約訂立時所告知者，故要保人亦無須再履行據實說明義務（江朝國著，保險法逐條釋義第二卷，2013年7月初版第575頁，見原審卷第179頁）。查上訴人於第二次續約及第三次續約時，均未要求被上訴人或廖麗花填寫系爭告知事項，而係直接依原保險契約所附之『自動續約附加條款』自動續約，揆諸上開說明，顯然雙方當事人有意以原契約之內容不加改變而繼續其效力。而上訴人於投保時及第一次續約始要求被上訴人或廖○花填寫系爭告知事項，於第二次續約即不再要求重新填寫系爭告知事項，其制度設計應係參考保險法第64條第3項之精神，即於第二次續約時，距離被上訴人投保至第一次續約期滿，已經過2年，此時縱有可以解除之原因，亦不得解約契約，故上訴人於第二次及之後續約，均不再要求重新填寫系爭告知事項，於此情形下，應認被上訴人及廖○花無須再履行說明義務。」（臺灣高等法院臺南分院104年度保險上易字第7號等判決意旨參照，另臺灣臺中地方法院97年度保險字第8號判決亦有類似意旨）。

- 7、查申請人109年12月15日投保之重大傷病健康保險○○○式暨自動續約附加條款○○○式（下稱109年保單），係一年期之定期健康保險契約，且非保證續保之保險商品，期滿除經保險人書面通知不續約者外，要保人得於保險期間屆滿時繳交保險費，使其保險契約自動繼續有效一年。故本件系爭保單續保之性質應非109年保單之展期，而係雙方依據109年保單契約約定及保險內容所另行成立之一新保險契約，揆諸前開判決意旨，保險人仍需再為書面詢問，要保人始負有告知義務。經查相對人提供系爭保單之續保通知書套印文字及樣張，可知相對人之續保通知書僅要求「投保目的、需求、職業、職務、國籍或信用卡有變更，要保人或被保險人的年收入或財務狀況有異動」等情事，始需通知相對人重新審核評估。又相對人亦自承每年通知申請人續保繳費時，均不會再向申請人為書面詢問，亦不會向申請人確認是否同意援用系爭告知事項。準此，縱認申請人於投保時未據實告知「身高、體重及既往病史」，惟相對人於辦理系爭保單之續保時，並未提出任何書面詢問文件要求申請人說明其身體健康狀況，或是再向申請人確認是否變更



系爭告知事項之內容。既相對人未盡其核保前之訪查或書面詢問等調查義務，則申請人無需於續約時向相對人告知其體況及既往病史之義務，相對人抗辯申請人違反系爭保單條款第 5 條及保險法第 64 條第 2 項所定之告知義務，並依上開規定解除系爭保單云云，自屬無據。

- (二) 相對人另抗辯申請人於 109 年投保後，因申請人即被保險人所致體重加重，致危險增加已達增加保險費或終止契約程度，應通知相對人而未通知，故依據保險法第 57 條及第 59 條第 2 項解除系爭保單等語。按危險增加，由於要保人或被保險人之行為所致，其危險達於應增加保險費或終止契約之程度者，要保人或被保險人應先通知保險人；當事人之一方對於他方應通知之事項而怠於通知者，除不可抗力之事故外，不問是否故意，他方得據為解除保險契約之原因，保險法第 59 條第 2 項及第 57 條定有明文。惟申請人之體況變更，有可能出於年齡、基因、遺傳或其他非申請人所能控制之因素，相對人既未舉證證明申請人有何行為導致其體重變更，則主張依保險法第 59 條第 2 項、第 57 條規定解除系爭保單云云，實屬無稽。
- (三) 基上，申請人並未違反保險法第 64 條第 2 項及系爭保單第 5 條之據實告知義務，故相對人尚不得依前述規定主張解除系爭保單，其解除系爭保單不生效力，則申請人請求確認兩造間系爭保單契約於 111 年 12 月 22 日 24 時起至 112 年 12 月 22 日 24 時止存在，自屬有據。又依兩造系爭保單第 8 條、第 9 條第 1 項及第 10 條分別約定：「被保險人於本契約有效期間內符合第九條及第十條約定時，本公司依本契約約定給付保險金。」、「被保險人於本契約有效期間內經初次診斷確定罹患『全民健康保險重大傷病項目及其證明有效期限』所載之項目；且符合下列兩項其中之一者：……二、已取得一家『區域醫院』層級以上(含)之醫療院所開立且符合投保或續保當時全民健康保險重大傷病範圍之診斷書及當次『重大傷病』病歷摘要等證明文件。」、「被保險人符合本契約第九條約定時，本公司除按保險單上所記載之『重大傷病保險金額』給付『重大傷病保險金』，另按保險單上所記載之『重大傷病特別慰問保險金額』給付『重大傷病特別慰問保險金』。」，經查，依據全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 2 條第 1 項之附表一，申請人罹患之「非創傷性小腦出血」屬於重大傷病項目。而申請人於申請本件理賠時業已提供林新醫院於 112 年 7 月 6 日開立之「非創傷性小腦出血」診斷證明書及相關病歷摘要，此有診斷證明書、出院病歷摘要及急診病歷資料在卷可稽，且為相對人所不爭執，故符合系爭

保單第 9 條第 1 項第 2 款請領重大傷病保險金之要件。而系爭保單之重大傷病保險金額為 1,000,000 元、重大傷病特別慰問保險金為 10,000 元，是以相對人應給付申請人之保險金合計為 1,010,000 元。相對人對此金額在申請人請求有理由之情形下，亦不爭執。次按保險法第 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。」系爭保單第 7 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 7 月 21 日收齊申請人之證明文件，是相對人應於 112 年 8 月 6 日起負遲延之責，從而，申請人主張相對人依系爭保單之約定應給付申請人 1,010,000 元，及自 112 年 8 月 6 日起至清償日止，按週年利率百分之十計算之利息，洵屬有據。

- 七、綜上所述，申請人請求確認兩造間系爭保單之契約關係於 111 年 12 月 22 日 24 時起至 112 年 12 月 22 日 24 時止存在，並請求相對人給付保險金 1,010,000 元及自 112 年 8 月 6 日起至清償日止按週年利率百分之十計算之利息等主張，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 4 月 2 6 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。