

財團法人金融消費評議中心評議書

【113 年評字第 3993 號】

申 請 人	○○○	住詳卷
法定代理人	甲○○	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 114 年 1 月 16 日第 24 次會議決定如下：

主 文

相對人應給付申請人新臺幣柒萬柒仟元整及自民國 112 年 7 月 17 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。查申請人前向相對人提出申訴，申請人不服處理結果，依法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保險金新臺幣（下同）77,000 元及自民國（下同）112 年 7 月 17 日起至清償日止，按週年利率百分之十計算之利息。

（二）陳述：

1. 申請人於 112 年 2 月 27 日接受新生兒超音波時發現腦室擴大，當時醫生說新生兒發育程度不同，不必擔心，再回診追蹤就好。後續於 112 年 3 月 27 日回診，醫生雖告知有再稍微長大，但再回診追蹤即可。直到 112 年 4 月 25 日回診時才確定有可能是疾病，需要轉診至國立臺灣大

學醫學院附設醫院（下稱臺大醫院）確認，經該院醫師安排超音波檢查後，才確認係水腦症（下稱系爭疾患），並於同日入住加護病房。

2. 專科醫生於112年2月27日及112年3月27日使用專業儀器尚不能確認申請人的狀況，法定代理人實無法知悉申請人有系爭疾患。再者，根據網路婦茂醫療體系婦幼診所新生兒網頁：「輕微腦室擴大是新生兒腦部超音波常見的問題，基本上只要動作神經正常發展，囊腫沒有增加，腦室沒有持續擴大，出生後4-6個月就會自然改善」，及孕兒診所衛教資訊：「很多人都把腦室擴大當成疾病，其實腦室擴大只是症狀，我們要去找出造成腦室擴大的原因才是重點，如果沒有原因，只是單純腦室較大，預後大部分是好的」，顯見腦室擴大也可能是因為新生兒發育狀況變化巨大，不一定會演變成疾病。
3. 綜上所述，因為輕微腦室擴大不一定會演變成疾病，以及專科醫師兩次診斷尚不能確診，要保人（即申請人之法定代理人）也非具有專業醫學知識或經驗之人，故112年2月27日要保人客觀上確實不知申請人是否已罹患某種與腦室擴大相關的疾病，只知道可能是新生兒會出現的正常狀況而已，真正診斷確定日應為臺大醫院診斷證明書記載之112年4月25日，已超過系爭保單之30日等待期，相對人依約應給付保險金，為此，爰提起評議申請等語。

（餘詳評議申請書與補充資料）

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：

1. 法定代理人甲○○（原名：○○○）以自身為要保人、申請人為被保險人於112年2月13日向相對人投保○○○住院醫療終身保險（保單號碼：第○○○089號，保額1,000元，下稱系爭主約），並附加○○○住院醫療健康保險附約（保額1,000元，下稱系爭附約一）、○○○住院醫療健康保險附約（20計劃別，下稱系爭附約二，與系爭主約、系爭附約一合稱系爭保單）。
2. 申請人因系爭疾患於112年4月25日至112年5月2日在臺大醫院住院8日。查申請人係於112年1月12日出生，而依臺大醫院出院病歷摘要、門診病歷紀錄、檢驗報告及宥宥婦幼診所嬰兒室護理紀錄所載，申請人於1個月大時首次診斷雙側腦室擴大，並分別於112年2月27日及112年3月27日接受腦部超音波，報告結果亦記載腦室擴大，而系爭保單生效日為112年2月13日，可見系爭疾患並非發生於系爭保

單生效日起持續有效第 31 日之後，依系爭保單條款約定，相對人應無給付系爭保險金之責。

（餘詳相對人陳述意見函）

四、兩造不爭執之事實：

- （一）法定代理人甲○○以自身為要保人、申請人為被保險人於 112 年 2 月 13 日向相對人投保○○○住院醫療終身保險（保單號碼：第○○○089 號，保額 1,000 元，即系爭主約），並附加○○○住院醫療健康保險附約（保額 1,000 元，即系爭附約一）、○○○住院醫療健康保險附約（20 計劃別，即系爭附約二）。
- （二）臺大醫院 112 年 5 月 1 日開立之診斷證明書記載：「診斷病名：1. 水腦症。醫師囑言：病人因上述疾病，於民國 112 年 04 年 25 日至本院嬰兒加護病房住院，於民國 112 年 05 月 01 日轉至嬰兒中重度病房，於民國 112 年 05 月 02 日出院，宜於門診追蹤治療。」。

五、本件爭點：

依現有卷附病歷資料，申請人經診斷之「水腦症」，是否為系爭保單生效日起持續有效第 31 日起所發生之疾病？申請人請求相對人給付保險金 77,000 元及遲延利息，是否有理由？

六、判斷理由：

- （一）按系爭主約第 4 條約定：「本契約名詞定義如下：一、『疾病』：指被保險人自本契約生效日起持續有效第三十一日或自復效日起所發生之疾病。……」，系爭附約一第 2 條及系爭附約二第 2 條亦有相類之約定；系爭主約第 5 條：「被保險人於本契約有效期間內因第四條約定之疾病、傷害而住院診療、門診診療、接受手術治療、身故或於保險年齡到達九十九歲之保險單週年日仍生存時，本公司依照本契約約定給付保險金。」、第 12 條第 1 項：「被保險人於本契約有效期間內因疾病或傷害，而於醫院接受住院治療者，本公司按保險單上所記載之『住院醫療保險金日額』乘以入院日當年度之『增額係數』，再乘以被保險人住院日數，給付『住院醫療保險金』。」、第 13 條第 1 項：「被保險人於本契約有效期間內因疾病或傷害，而於醫院之加護病房或燒燙傷病房接受治療者，除住院醫療保險金外，本公司另按保險單上所記載之『住院醫療保險金日額』的三倍，乘以入院當年度之『增額係數』，再乘以實際住進加護病房或燒燙傷病房的日數（含轉入及轉出當日），給付『加護病房、燒燙傷病房保險金』。」、第 14 條第 1 條：「被保險人於本契約有效期間內因疾病或傷害，而於醫院住院後出院者，除住院醫療保險金外，本公

司另按保險單上所記載之『住院醫療保險金日額』的百分之五十，乘以入院日當年度之『增額係數』，再乘以住院日數，給付『出院療養保險金』。」；系爭附約一第3條：「本附約保險期間為1年。被保險人於本附約有效期間內，因疾病或傷害符合下表所列給付項目的給付條件時，本公司按照約定給付保險金：『項目—住院日額保險金、給付條件—於醫院接受住院治療、給付金額—住院第1日起算至第30日內的日數×住院醫療保險金日額』、『項目—加護病房或燒燙傷病房保險金、給付條件—入住加護病房或燒燙傷病房期間、給付金額—入住日數×住院醫療保險金日額×2』……」；系爭附約二第3條：「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、接受門診手術治療或附表二的特定處置時，本公司按被保險人所投保之計劃別為準，依本附約約定給付各項保險金。」、第4條：「被保險人於本附約有效期間內因第三條約定而住院診療時，被保險人於同一次住院申請住院保險金，本公司按下列『實支實付型』或『日額給付型』之一擇優給付。一、實支實付型……二、日額給付型—住院日額保險金：本公司按被保險人投保計劃之『住院日額』乘以被保險人實際住院日數，給付『住院日額保險金』，但被保險人同一次住院最高給付日數以三百六十五日為限。」、第7條：「被保險人於本附約有效期間內因第三條約定而住院診療時，若被保險人於同一次住院之住院期間曾住進加護病房或燒燙傷病房治療者，本公司將按新臺幣六千元給付重大住院慰問保險金。同一次住院之『重大住院慰問保險金』以給付一次為限。」。

- (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。」其立法理由係謂：「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。」揆諸該立法意旨，乃在避免被保險人帶病投保仍得請求保險金之不當得利，蓋保險人所承擔之危險，須為可能發生，且尚未發生，如為已發生之危險而保險人仍須給付保險金，勢必破壞保險為最大善意契約及對價平衡原則。是以，被保險人若於簽訂保險契約時即有某特定疾病，縱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，被保險人即不得以該特定疾病於保險契約生效後存在或轉劇之事實，主張保險事故成立，並請求理賠。又該條所指「被保險人已在疾病中者」，係指該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（臺灣高等法院 108 年保險上字第 24 號民事判決意旨參照）。

- (三)經查，申請人法定代理人主張申請人直至 112 年 4 月 25 日回診時才經診斷患有系爭疾患，其實無從知悉，且系爭疾患確診日期為 112 年 4 月 25 日，已超過系爭保單 30 日等待期，相對人應依約負理賠責任云云，相對人則以前揭情詞置辯。是本件爭點應為：申請人經診斷之水腦症，是否為系爭保單 112 年 2 月 13 日生效日起持續有效第 31 日起所發生之疾病？
- (四)就前揭爭點，經諮詢本中心專業醫療顧問，其意見略以：申請人於 112 年 1 月 12 日出生，依宥宥婦幼診所之紀錄，無法確認其有水腦症，因多數腦室擴大是會自然消失，故水腦症之診斷應是在 112 年 3 月 27 日之後。
- (五)承前所述，系爭保單於 112 年 2 月 13 日成立生效，依現有病歷資料及本中心諮詢醫療顧問之意見，可知申請人係於 112 年 3 月 27 日始經診斷罹患有水腦症，尚難認申請人所罹患之系爭疾患為系爭保單生效日起持續有效第 31 日前所發生的疾病。從而，揆諸首揭契約條款及說明，申請人請求相對人依系爭主約給付住院醫療保險金 8,000 元（住院日額 1,000 元×8 日）、加護病房保險金 21,000 元（住院日額 1,000 元×7 日×3）、出院療養保險金 4,000 元（住院日額 1,000 元×8 日×50%）、依系爭附約一給付住院日額保險金 8,000 元（住院日額 1,000 元×8 日）、加護病房保險金 14,000 元（住院日額 1,000 元×7 日×2）及依系爭附約二給付住院日額保險金 16,000 元（住院日額 1,000 元×8 日×2）、重大住院慰問保險金 6,000 元，共計 77,000 元（金額為兩造所不爭執），應屬有據。
- (六)未按「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。」，保險法第 34 條定有明文。另系爭保單條款亦有相同之約定。經查，申請人係於 112 年 5 月 16 日向相對人送件申請本次事故之保險金理賠，此有理賠申請書在卷可稽，則依上開保險法之規定及兩造之約定，申請人自得請求相對人給付自 112 年 6 月 1 日起至清償日止，按年利一分計算之利息。從而，申請人請求相對人給付自 112 年 7 月 17 日起至清償日止，按週年利率百分之十計算之利息，應認有據。
- 七、綜上所述，申請人請求相對人給付保險金 77,000 元整及自 112 年 7 月

17 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 4 年 1 月 1 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。