

01 臺灣臺南地方法院臺南簡易庭小額民事判決

02 113年度南保險小字第9號

03 原 告 蔣明儒

04 被 告 國泰人壽保險股份有限公司

05 0000000000000000
06 法定代理人 熊明河

07 訴訟代理人 陳家富

08 林憲一

09 上列當事人間請求給付保險金事件，於民國113 年12月31日言詞
10 辯論終結，本院判決如下：

11 主 文

12 被告應給付原告新臺幣4 萬8165元，及自民國112 年12月3 日起
13 至清償日止按週年利率10%計算之利息。

14 原告其餘之訴駁回。

15 訴訟費用負擔如附表所載。被告應賠償原告新臺幣905 元，及自
16 判決確定之翌日起至清償日止按週年利率5%計算之利息。

17 本判決原告勝訴部分得假執行。但被告如以新臺幣4 萬8165元為
18 原告預供擔保，得免為假執行。

19 理由要領

20 一、原告主張

21 (一)原告前於民國103年3月19日（日期下以「00.00.00」格式表
22 示）以自己為要保人及被保險人，向被告投保「國泰人壽真
23 安順手術醫療終身保險」（下稱【系爭主約】），並加保附
24 約「國泰人壽真全意住院醫療終身保險」（下稱【系爭附
25 約】）。

26 (二)嗣於112.11.02，原告因右側中指板機指（屈指肌腱炎）經
27 診斷有接受超音波導引經皮微創右側中指屈指肌腱鬆解手術
28 （下稱【板機指手術】）之需要，向被告保險業務員謝尚庭
29 詢問板機指手術實支實付額度，經謝尚庭於112.11.06答覆
30 「實支實付是10萬」、「手術險可理賠」後，原告於112.1
31 1.13至大東門讚診所接受板機指手術（下稱【本件診所手

術】) 支出新臺幣(下同)5萬3165元之醫療費用。

(三)嗣原告於112.11.17 向被告提出理賠申請，被告以依系爭附約第2條第9項、第3條及第6條第1項第1款(下合稱【系爭附約條款】) 明定，門診手術治療須於公、私立醫院或財團法人醫院施作者，始符合系爭附約所定之請領「實支實付型-每次門診手術費用保險金」要件而拒絕理賠。

(四)原告前向財團法人金融消費評議中心(下稱【金消中心】) 提出申訴請求被告給付保險金，雖該中心認被告保險業務員回復確實有使原告誤會理賠範圍之虞，惟僅認被告應給付原告5000元(113年評字第832號評議書，下稱【本件金消評議書】)，此金額無法彌平原告支出，故原告仍起訴請求被告給付，爰依上開保險契約之法律關係，請求被告給付保險金，及自接受本件診所手術(即112.11.13)起至清償日止之遲延利息，並聲明：被告應給付原告保險金5萬3165元及自其接受手術日(112.11.13)起至清償日止按週年利率10%計算之利息。

二、被告答辯：

(一)依系爭附約第2條第9項、第3條及第6條第1項第1款明定，門診手術治療須於公、私立醫院或財團法人醫院施作者，始符合系爭附約所定請領「實支實付型-每次門診手術費用保險金」之要件。原告係於「診所」接受本件診所手術之治療，不符合上開請領保險金理賠要件，被告不負給付保險金之責。

(二)又保險業務員僅限於經公司授權從事保險招攬之行為始具有代理權，核保或同意變更契約條款事項不在授權之列，業務員自無代理核保或變更契約權限。是理賠事務核屬被告公司理賠人員之職務，被告並未授權保險業務員謝尚庭處理該項事務，謝尚庭並無代理或決定理賠之權限，原告主張被告公司應就該業務員之回復而負理賠之責，洵屬無據。

(三)爰聲明：駁回原告之訴，如受不利益判決，願以中央政府建設公債供擔保請准宣告免為假執行。

01 三、本院之判斷

02 (一)保險人解釋保險商品內容及保單條款之附隨義務

03 1.按契約成立生效後，債務人負有：給付義務（包括：主給付
04 義務、從給付義務）、附隨義務。所謂附隨義務，乃為履行
05 給付義務（輔助給付義務功能）或保護債權人人身或財產上
06 利益（保護固有益功能），於契約發展過程基於誠信原則
07 而生之義務。如債務人未盡此項義務，應負民法第227條第
08 1項之不完全給付債務不履行之責任。又給付乃債務人實現
09 債之內容之行為，因可歸責於債務人之事由，致為不完全給
10 付者，債權人固得依關於給付遲延或給付不能之規定行使其
11 權利，並就此外所生之損害請求賠償（民法第227條），惟
12 不同種類債之法律關係，其給付義務及附隨義務有別。是債
13 務人是否依債之本旨履行給付義務及附隨義務，應以當事人
14 合意所生債之關係為斷（最高法院106年度台上字第1736號
15 民事判決要旨參照）。

16 2.就保險契約：①保險人之主給付義務，乃是承擔要保人或被
17 保險人所移轉之風險（即保險事故），並於保險事故發生時
18 以具體損害填補作為（保險金給付）作為履行其承擔危險方
19 法之義務（即保險法第2條後段之「在承保危險事故發生
20 時，依其承保之責任，負擔賠償之義務」）。②保險人之附
21 隨義務，主要為通知義務，即保險人對於要保人因其行為所
22 產生之法律上不利效果負有告知及通知之義務（如催繳保費
23 及告知欠費停效不利益）。③另基於保險契約之保險人較一
24 般消費者具優勢之經濟地位、保險商品之經濟利益與取得成
25 本（保費支出）之風險財務設計、保單條款之法律專業複雜
26 性等性質，應認保險人對其保險商品內容及保單條款，負有
27 即時回復要保人詢問之說明附隨義務（下稱【解釋保單附隨
28 義務】），以輔助保約主給付義務達成、並防免要保人因對
29 保約誤解致固有利益受損。

30 (二)保險業務員之執行解釋保險商品內容及保單條款業務

31 1.依現行法令與實務運作，保險人為股份有限公司型態組織並

01 透過保險業務員招攬保險營運。就保險業務人員，保險法除
02 明定其定義（保險法第8條之1）外，並授權主管機關訂定
03 保險業招攬及核保理賠辦法（保險法第148條之3第2項授
04 權）、保險業務員管理規則（保險法第177條授權）以規範
05 保險業與其保險業務員，以保障要保人權益。

06 2.保險業務員依法令定義，係指為保險業從事保險招攬之人，
07 就「保險招攬」之業務內容，係指「一、解釋保險商品內容
08 及保單條款。二、說明填寫要保書注意事項。三、轉送要保
09 文件及保險單。四、其他經所屬公司授權從事保險招攬之行
10 為。」（保險業務員管理規則第15條第1、4項），而其從
11 事招攬業務不得有保險業招攬及核保理賠辦法第6條第1項
12 第8款之行為（共11點，參見附錄法條）。

13 3.依上開規定，保險業務員從事之保險招攬業務，雖形式上係
14 保險契約成立前之行為，而不包含審核承保之核保（核保人
15 員）、成立後出險時之理賠（理賠人員）業務，然其業務內
16 容既然包含「解釋保險商品內容及保單條款」（保險業務員
17 管理規則第15條第4項第1款。下稱【解釋保單業務】），
18 且從事業務時不得「勸誘客戶解除或終止契約，或以貸款、
19 保險單借款繳交保險費」、「以不當之手段唆使要保人辦理
20 退保、轉保、縮小保額、繳清、展期或貸款等行為」（保險
21 業招攬及核保理賠辦法第6條第1項第8款第4、6點），
22 參照保險招攬實務之要保人投保除基於對保險人之商譽與信
23 任外，多基於與保險業務員之信賴關係、保險業務員對保險
24 專業知識及所招攬之保險商品與條款熟悉度高於一般保戶，
25 且於保險成立生效後如有保約與出險疑問，亦多直接詢問招
26 攬投保業務員，是應認保險業務員之解釋保單業務，於保險
27 成立生效後仍繼續存在。

28 4.保險人既負有解釋保單附隨義務，而其保險業務員亦係為其
29 招攬保險從事解釋保單業務，參照保險業務員管理規則第15
30 條第1項之保險業務員經授權從事保險招攬之行為視為保險
31 人授權範圍之行為與保險人就其業務員招攬行為所生之損害

01 依法負連帶責任之規定，保險業務員如對解釋保單業務有故
02 意過失之可歸責之行為致使要保人受有損害，保險人自應對
03 要保人負民法第227條第1項之不完全給付債務不履行之責
04 任。

05 (三)本件被告之保險業務員就原告依系爭主約與系爭附約詢問就
06 板機指手術之保險事故能否給付與給付範圍，經業務員向理
07 賠人員詢問後，為錯誤或不完全告知（未告知依系爭附約條
08 款之保險事故與給付金額、本件門診所手術不屬該條款理賠
09 範圍），致使原告獲得該訊息後接受本件門診手術而無法獲
10 得理賠，自屬可歸責保險業務員事由而使原告固有利益受損
11 害，原告自得依不完全給付規定請求被告就其所受損害為賠
12 償，亦即，誤信本件門診手術為系爭附約條款之保險事故與
13 給付金額之損害。

14 (四)本件金消評議書係以被告保險業務員對原告詢問之回復有使
15 原告誤認本件門診手術為理賠範圍，而認被告保險員與原告
16 同有過失，而依金融消費者保護法第224條第1項規定，認
17 被告應補償原告5000元。查以：

18 1.就評議書認定被告保險業務員有過失部分，係同本院認定，
19 惟就評議書認定原告有過失部分，基於前述保險人解釋保單
20 附隨義務之說明，考量保險契約之專業與複雜性，參照附表
21 一之系爭主約與系爭附約條款，可認如無法律保險知識或如
22 未仔細研讀均有可能誤解其意，並依同表之原告與被告保險
23 業務員對話內容，是應認原告就本件應無過失之事由。

24 2.評議書認定之賠償金額，雖未經評議書載明其認定依據，惟
25 參照系爭主、附約與系爭附約條款，評議書應係以假設本件
26 門診手術符合系爭附約條款時本得請求之保險給付金額（1
27 萬元）依均分過失所計算之結果。然以，本件被告係違反附
28 隨義務而應依民法第227條負不完全給付責任，則應認原告
29 應得請求依其信賴保險業務員答覆之就本件門診手術依保約
30 於10萬元額度內可實支實付之保險給付所受之損害。

31 3.依上開說明，原告得請求被告給付其因本件門診手術所支付

01 之金額，惟因本件金消評議書已評議被告應給付部分金額，
02 是原告得請求金額為扣除評議書金額後之餘額（如主文）。
03 另就原告請求利息損害部分，參照系爭附約第18條約定之保
04 險金給付期限與利率，應認原告得請求之利息，係依該條規
05 定自原告備齊文件申請本件理賠日（112.11.17）起之第15
06 日之翌日（112.12.03）按約定利率（年利一分，即週年利
07 率10%）至清償日止之遲延利息，為有理由，應予准許。逾
08 此範圍者，為無理由，應予駁回。

09 四、職權宣告假執行與擔保免假執行及訴訟費用額

10 (一)本件係依小額程序為被告敗訴之判決，依民事訴訟法第436
11 條之20規定，應依職權宣告假執行。

12 (二)被告聲請願供擔保免假執行，依同法第392 條第2 項規定，
13 依職權命被告以主文

14 (三)本件訴訟費用額，依民事訴訟法第436 條之19第1 項規定，
15 依後附計算書（附表二）確定如主文所示金額。

16 中 華 民 國 114 年 2 月 7 日
17 臺南簡易庭 法 官 陳世旻
18

附表一	
原告投保保約	
【系爭主約】	
【國泰人壽真安順手術醫療終身保險】（主約）	
第四條 名詞定義	
· 本契約名詞定義如下：	
一、「疾病」：係指被保險人自本契約生效日起持續有效三十日以後或自復效日起所發生之疾病。但如被保險人投保時之保險年齡為零歲者，就下列疾病不適用前述自契約生效日起需持續有效三十日之限制：（11款從略）	
二、「傷害」：係指被保險人於本契約有效期間內，遭受意外傷害事故，因而蒙受之傷害。	
三、「意外傷害事故」：係指非由疾病引起之外來突發事故。	
四、「醫院」：係指依照醫療法規定領有開業執照並設有病房收治病人之公、私立醫院或醫療法人所設立之醫院。	
五、「住院」：係指被保險人經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者。	
六、「醫師」：係指領有醫師證書及執業證書合法執業者。	
七、「重大疾病」：係指被保險人於本契約生效日起持續有效三十日以後或自復效日起，經醫院醫師診斷確定而屬下列情形之一者為限。（7款從略）	
八、「特定傷病」：係指被保險人於本契約生效日起持續有效三十日以後或自復效日起，經醫院醫師診斷確定而屬下列情形之一者為限。（8款從略）	
九、「保險年齡」：按被保險人投保本契約時之足歲計算，但是未滿一歲的零歲之後須每經過一個保險單年度始加計一歲。	
第十一條 手術醫療保險金	
· 被保險人於本契約有效期間內因疾病或傷害，於醫院或診所接受手術治療者，本公司將按保險單上所記載之「保險金額」，乘以該手術項目的「手術等級」所相對應的「手術保險金倍數」（如附表二）後計得之	

第五條 住院保險金的給付

· 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得選擇按下列「實支實付型」或「日額給付型」之一申請保險金。

一、實支實付型

(一) 每日住院經常費用保險金

被保險人因第三條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院診療時，本公司按該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下列各項費用核付「每日住院經常費用保險金」，但每日最高給付金額以其投保計劃之「每日住院經常費用保險金限額」為限。

- 1. 超等住院之病房費差額。
- 2. 管灌飲食以外之膳食費。
- 3. 特別護士以外之護理費。

被保險人同一次住院最高給付日數以三百六十五日為限。

(二) 每次住院醫療費用保險金

被保險人因第三條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院診療時，本公司按該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下列各項費用核付「每次住院醫療費用保險金」，但被保險人同一次住院最高給付金額以其投保計劃之「每次住院醫療費用保險金限額」為限。

- 1. 醫師指示用藥。
- 2. 血液（非緊急傷病必要之輸血）。
- 3. 掛號費及證明文件。
- 4. 來往醫院之救護車費。
- 5. 超過全民健康保險給付之住院醫療費用。

若該被保險人於住院期間曾住進加護病房治療者，其投保計劃之「每次住院醫療費用保險金限額」於該次住院提高為二倍。

二、日額給付型一住院日額保險金

本公司按該被保險人投保計劃所對應之「住院日額」乘以該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。

· 被保險人不以全民健康保險之保險對象身分住院診療；或前柱不具有全民健康保險之醫院住院診療者，致各項醫療費用未經全民健康保險給付，本公司僅依被保險人實際支付之各項費用之65%給付，惟仍以其投保計劃之「每日住院經常費用保險金限額」及「每次住院醫療費用保險金限額」為限。

第六條 門診手術保險金的給付

· 被保險人於本附約有效期間內因第三條約定而於醫院接受手術治療，因該手術項目不需住院治療者，被保險人得選擇按下列「實支實付型」或「定額給付型」之一申請保險金，但每一保險單年度最多以給付六次為限。

一、實支實付型一每次門診手術費用保險金

被保險人以全民健康保險之保險對象身分於醫院接受門診手術治療者，本公司按該被保險人因施行手術所發生，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費用核付「每次門診手術費用保險金」，但其給付金額最高以附表所列之「每次門診手術費用保險金限額」為限。

二、定額給付型一每次門診手術定額保險金

被保險人於醫院接受門診手術治療者，本公司按附表所列之「每次門診手術定額」給付「每次門診手術定額保險金」。

· 被保險人不以全民健康保險之保險對象身分或前往不具有全民健康保險之醫院接受門診手術治療者，致手術醫療費用未經全民健康保險給付，本公司僅依被保險人實際支付之手術費用之65%給付，惟仍以其投保計劃之「每次門診手術費用保險金限額」為限。

【附表：投保計畫別暨各項保險給付表】

〔計畫別：M10、M20、M30〕

〔項目〕

- 每日住院經常費用保險金限額：1000 (M10) / 2000 (M20) / 3000 (M30)
- 每次住院醫療費用保險金限額：10萬 (M10) / 20萬 (M20) / 30萬 (M30)
- 住院日額：1300 (M10) / 2000 (M20) / 3000 (M30)
- 每次門診手術費用保險金限額：1萬 (M10、M20、M30)
- 每次門診手術定額：1000 (M10、M20、M30)

第七條 保險金給付之限制

(續上頁)

01

	<p>· 被保險人如係選擇本附約第五條或第六條之「實支實付型」者，其已獲得全民健康保險給付的部分，本公司不予給付保險金。</p> <p>第十八條 保險事故的通知與保險金的申請時間</p> <p>· 要保人、被保險人或受益人應於知悉本公司應負保險責任之事故後十日內通知本公司，並於通知後儘速檢具所需文件向本公司申請給付保險金。</p> <p>· 本公司應於收齊前項文件後十五日內給付之。但因可歸責於本公司之事由致未在前述約定期限內為給付者，應按年利一分加計利息給付。</p>
	<p>【原告與被告保險業務員謝尚庭LINE對話】</p> <p>原：方便打電話給你嗎 謝：我忙完打給你 謝：（語音通話） 原：謝小姐，確認有結果嗎？ 謝：目前理賠員尚未回覆 原：好那等您回復謝謝 如果回復請幫我確認一下我的實支實付額度是多少 診所有些藥材要自費 謝：你的實支實付是10萬 原：OK 謝：你的手術險可以理賠喔 原：好的 那我盡快安排手術了 謝謝</p>

02

附表二：訴訟費用計算書（新臺幣）				
項 目	金 額	負擔比率與金額		備註
第一審裁判費	1,000元	原告負擔比率：5/53	金額：95元	· 民事訴訟法第79條 · 原告請求5萬3165元／判准4萬8165元
		被告負擔比率：48/53	金額：905元	
合 計	1,000元	負擔差額：905 元 應賠償額：被告應賠償原告905元。		· 第一審裁判費由原告繳付1,000元。 · 原告應負擔 95元、已繳1,000元，溢付 905元 被告應負擔 905元、已繳 0元，欠付 905元
民事訴訟法				
第 79 條（同民國 92 年 02 月 07 日）				
· 各當事人一部勝訴、一部敗訴者，其訴訟費用，由法院酌量情形，命兩造以比例分擔或命一造負擔，或命兩造各自負擔其支出之訴訟費用。				
第 91 條（民國 112 年 11 月 29 日；節錄第3 項）				
· 依第一項及其他裁判確定之訴訟費用額，應於裁判確定之翌日起，加給按法定利率計算之利息。				
第 93 條（同民國 57 年 02 月 01 日）				
· 當事人分擔訴訟費用者，法院為確定費用額之裁判時，除前條第二項情形外，應視為各當事人應負擔之費用，已就相等之額抵銷，而確定其一造應賠償他造之差額。				

03

以上正本證明與原本無異。

04

05 如不服本判決，應於送達後20日內，向本院提出上訴狀並表明上
06 訴理由（依民事訴訟法第436條之24第2項之規定，對於小額程序
07 之第一審判決提起上訴，非以其違背法令為理由，不得為之），
08 如於本判決宣示後送達前提起上訴者，應於判決送達後20日內補
09 提上訴理由書（須附繕本）。

09

中 華 民 國 114 年 2 月 8 日

10

書記官 林怡芳

11

附錄：

<p>保險法</p> <p>第 2 條</p> <p>· 本法所稱保險人，指經營保險事業之各種組織，在保險契約成立時，有保險費之請求權；在承保危險事故發生時，依其承保之責任，負擔賠償之義務。</p> <p>第 8-1 條</p> <p>· 本法所稱保險業務員，指為保險業、保險經紀人公司、保險代理人公司或兼營保險代理人或保險經紀人業務之銀行，從事保險招攬之人。</p> <p>第 136 條（節錄第1項）</p> <p>· 保險業之組織，以股份有限公司或合作社為限。但經主管機關核准者，不在此限。</p> <p>第 148-3 條</p> <p>· 保險業應建立內部控制及稽核制度；其辦法，由主管機關定之。</p> <p>· 保險業對資產品質之評估、各種準備金之提存、逾期放款、催收款之清理、呆帳之轉銷及保單之招攬核保理賠，應建立內部處理制度及程序；其辦法，由主管機關定之。</p> <p>第 177 條</p> <p>· 保險業務員之資格取得、登錄、撤銷或廢止登錄、教育訓練、懲處及其他應遵行事項之管理規則，由主管機關定之。</p>	
<p>相關法規</p> <p>保險業招攬及核保理賠辦法（修正日期：民國 112 年 07 月 07 日）</p> <p>第 1 條</p> <p>· 本辦法依保險法（以下簡稱本法）第一百四十八條之三第二項規定訂定之。</p> <p>第 2 條</p> <p>· 本辦法所稱保險業招攬人員，指下列人員：</p> <p>一、保險業從事保險招攬之業務人員。</p> <p>二、為保險業從事保險招攬之保險代理人及其業務員。</p> <p>第 3 條</p> <p>· 本辦法所稱保險業核保人員，指為保險業依核保處理制度及程序從事評估危險並簽署應否承保之人。</p> <p>第 4 條</p> <p>· 本辦法所稱保險業理賠人員，指為保險業依保險契約與理賠處理制度及程序從事保險賠款或給付理算並簽署應否賠償之人。</p> <p>第 6 條（節錄第1 項第1 至9 款）</p> <p>· 保險業訂定其內部之業務招攬處理制度及程序，至少應包括並明定下列事項：</p> <p>一、保險業從事保險招攬之業務人員資格、招攬險種、在職訓練、獎懲及權利義務，其中在職訓練包括保險業應要求業務人員每年參加公平對待六十五歲以上之客戶之相關教育訓練。</p> <p>二、保險業從事保險招攬之業務人員酬金與承受風險及支給時間之連結考核，招攬品質、招攬糾紛等之管理。</p> <p>三、保險業從事保險招攬之業務人員代收保險費之收費作業、送金單或收據之領用、收費時間及繳回等管理。</p> <p>四、依行銷通路別及其特性訂定應遵行之事項。</p> <p>五、保險業從事保險招攬之業務人員應充分瞭解要保人及被保險人之事項，其內容至少應包括：（略）</p> <p>六、保險商品適度政策，其內容至少應包括：（略）</p> <p>七、保險業從事保險招攬之業務人員有誠實填寫招攬報告書之義務，其內容至少應包括：</p> <p>（一）招攬經過。</p> <p>（二）要保人及被保險人工作年收入及其他收入。</p> <p>（三）要保人及被保險人是否投保其他商業保險，以及投保前三個月內客戶是否有辦理終止契約、貸款或保險單借款之情形。</p> <p>（四）家中主要經濟來源者。</p> <p>（五）身故受益人是否指定為配偶、直系親屬，或指定為法定繼承人，且其順位及應得比例適用民法繼承編相關規定。若否，應說明原因。</p>	

	<p>(六)對六十五歲以上之客戶投保案件，應載明該客戶是否具有辨識不利其投保權益情形之能力、保險商品適合該客戶及評估理由，並做成評估紀錄。但保險商品之特性經依保險商品銷售前程序作業準則第六條第七款規定評估不具潛在影響及各種不利因素者，不在此限。</p> <p>(七)其他有利於核保之資訊。</p> <p>八、保險業或其從事保險招攬之業務人員不得有下列情事：</p> <p>(一)以未具保險業招攬人員資格者為招攬。</p> <p>(二)對要保人或被保險人以錯價、放佣或其他不當折減保險費之方法為招攬。</p> <p>(三)以誇大不實、引人錯誤之宣傳、廣告、以不同保險公司之契約內容作不當比較或其他不當之方法為招攬。</p> <p>(四)勸誘客戶解除或終止契約，或以貸款、保險單借款繳交保險費。</p> <p>(五)使用未經保險業同意之文宣、廣告、簡介、商品說明書及建議書等文書為招攬。</p> <p>(六)慫恿要保人或被保險人違反告知義務或以不當之手段唆使要保人辦理退保、轉保、縮小保額、繳清、展期或貸款等行為。</p> <p>(七)酬金支付對象與要保書所載招攬人員不同。</p> <p>(八)挪用或侵占保險費。</p> <p>(九)未確認要保人或被保險人對保單之適合度，包括對六十五歲以上之客戶提供不適合之保險商品。</p> <p>(十)給付或支領推介客戶申辦貸款之報酬。但業務人員於貸款案件送件日前後三個月內未向同一客戶招攬保險商品者，不在此限。</p> <p>(十一)其他損害要保人、被保險人或受益人權益之情事。</p> <p>九、保險業應要求為其從事保險招攬之保險代理人及其業務員遵循下列事項：</p> <p>(一)保險代理人管理規則、保險業務員管理規則之規定及保險代理合約之約定。</p> <p>(二)除本項第一款之獎懲及第二款之酬金與承受風險及支給時間之連結考核等事項外，應依據本項第一款至第八款所列事項辦理，並明定於保險代理合約。</p> <p>第 8 條</p> <p>· 保險業訂定其內部之理賠處理制度及程序，至少應包含並明定下列事項：</p> <p>一、聘用理賠人員之資格、職掌範圍、在職訓練及獎懲。</p> <p>二、受理申請理賠至簽署理賠同意之作業程序及流程圖，其中至少應包含理賠處理費用之報支及帳務處理、理賠之調查、評估及理算、分層負責授權權限、再保險攤回等。</p> <p>三、不得有下列情事：</p> <p>(一)未具理賠人員之資格執行理賠簽署作業。</p> <p>(二)未依保險商品內容予以評估並簽署理賠。</p> <p>(三)其他損害保戶權益之情事。</p> <p>四、其他主管機關規定應遵行之事項。</p>
	<p>保險業務員管理規則（修正日期：民國 114 年 01 月 02 日）</p> <p>第 1 條</p> <p>· 本規則依保險法（以下簡稱本法）第一百七十七條規定訂定之。</p> <p>第 15 條</p> <p>· 業務員經授權從事保險招攬之行為，視為該所屬公司授權範圍之行為，所屬公司對其登錄之業務員應嚴加管理並就其業務員招攬行為所生之損害依法負連帶責任。</p> <p>· 業務員同時登錄為財產保險及人身保險業務員者，其分別登錄之所屬公司應依法負連帶責任。</p> <p>· 前項授權，應以書面為之，並載明於其登錄證上。</p> <p>· 第一項所稱保險招攬之行為，係指業務員從事下列之行為：</p> <p>一、解釋保險商品內容及保單條款。</p> <p>二、說明填寫要保書注意事項。</p> <p>三、轉送要保文件及保險單。</p> <p>四、其他經所屬公司授權從事保險招攬之行為。</p> <p>· 業務員從事前項所稱保險招攬之行為，應取得要保人及被保險人親簽之投保相關文件；業務員招攬涉及人身保險之商品者，應親晤要保人及被保險人。但主管機關另有規定者不在此限。</p> <p>· 業務員應於所招攬之要保書上親自簽名並記載其登錄字號。但主管機關另有規定者不在此限。</p>