臺灣高等法院民事判決

112年度保險上字第3號

上　訴　人　林國修

000000000000000000

被上訴人　　台灣人壽保險股份有限公司

000000000000000000

法定代理人　鄭泰克

訴訟代理人　彭國瑋

　　李永堃

　　蔡耀瑩

上列當事人間請求為一定行為事件，上訴人對於中華民國111年9月30日臺灣士林地方法院111年度保險字第10號判決提起上訴，並為訴之追加，經本院於112年5月23日言詞辯論終結，判決如下：

主　　文

上訴及追加之訴均駁回。

第二審訴訟費用（含追加之訴部分）由上訴人負擔。

事實及理由

一、上訴人就其原請求被上訴人應就原判決附件所示6種保險（保單號碼：0000000000號，下稱系爭保險）核保並同意其之投保且締結保險契約部分，在上訴時列為先位聲明。並追加備位聲明請求被上訴人倘拒絕上訴人投保，應敘明拒保之理由，業經被上訴人同意追加（見本院卷第84頁），依民事訴訟法第446條第1項前段規定，應予准許。

二、上訴人主張：伊曾於民國109年3月25日向被上訴人申請投保系爭保險，同年4月1日為被上訴人逕以「因同業保障已足夠」為由拒絕受理。經伊要求被上訴人敘明保障評估標準，被上訴人未回覆，卻於同年月6日要求伊於同月20日前完成體檢，惟伊在限期內配合完成體檢且體況符合標準，被上訴人又於同年月16日以「因有既往病史，不符合專案」為由再次拒保。伊再於同年月20日提出要保書內容變更申請，祈使

符合保險專案，以利核保完成，惟被上訴人未依正常核保程序發出核保照會單通知，僅於同月23日以電子郵件方式通知伊公司秘書，再輾轉以手機通訊軟體告知該要保案已被註銷。被上訴人並未敘明該保險商品專案規則，亦未說明伊投保有何不符合之處，且伊之體檢結果為標準體況，縱有既往病史亦屬程度輕微，且被上訴人亦未曾依其投保規則規定，通知伊以「除外」或「加費」方式投保而直接拒保，再三以莫名理由拒保，罔顧伊之權益，被上訴人依法應有受理伊投保之義務等情。爰依中央法規標準法第16條及保險法第9條釋令函，求為命被上訴人就系爭保險核保並同意伊之投保，並締結保險契約之判決。原審為上訴人不利之判決，上訴人不服提起上訴，並為訴之聲明追加，聲明：（一）原判決廢棄。（二）先位聲明：被上訴人應就系爭保險核保並同意伊之投保，且締結保險契約；（追加）備位聲明：被上訴人倘拒絕上訴人投保，應敘明拒保之切實理由。

三、被上訴人則以：中央法規標準法第16條及保險法第9條釋令函均非強制締約之規定，伊並無同意上訴人投保，且締結保險契約之義務，不同意投保的理由均已告知上訴人，別無其他隱藏的理由等語，資為抗辯，答辯聲明：上訴及追加之訴均駁回。

四、查，上訴人於109年3月25日以自己為要保人及被保險人，經訴外人永達保險經紀人股份有限公司（下稱永達經紀人公司）向被上訴人申請要保「台灣人壽福滿人生終身壽險」（T02H0）20年期、保額10萬元，及附加「台灣人壽一年期手術醫療健康保險附約」（YSA）1年期、保額12萬元（保單號碼：0000000000）。被上訴人於同年4月1日覆稱：「因同業保障已足夠，本件歉難受理」；於同年月6日又覆稱：「因核保需要，請完成體檢」等語。上訴人於同年月8日向被上訴人提出「新契約要保書內容變更申請書」，申請附加「台灣人壽新住院醫療保險附約」（HNRB）計畫五、「台灣人壽長安傷害保險附約」（SPAR）保額500萬元、「台灣人

壽年年平安醫療附加條款(一般實支)」（SMR2A）保額20萬元。被上訴人於同月16日覆稱：「本次投保福安心專案，因有既往病史，不符合專案，故婉拒」等語。上訴人於同年月20日向被上訴人提出「新契約要保書內容變更申請書」，申請取消「台灣人壽福滿人生終身壽險」（T02H0）20年期、保額10萬元，改為申請「台灣人壽新富滿傳承利率變動型終身壽險」（T06G0）20年期，保額100萬元，及附加「台灣人壽珍安心一年期日額型住院醫療健康保險附約」（NHIR）計畫別3,000元、變更「台灣人壽長安傷害保險附約」（SPAR）保額為300萬元。被上訴人於同年月22日覆稱：「保單號碼0000000000...因下列原因業已註銷申請」、「不符合核保規定。原因：有既往病史，不符合專案」等語；於同月23日又傳送電子郵件稱：「永達保戶林◯修，有送契變要變更主約及附約內容，請協助通知須重新送件走進件流程，無法直接以契變變更投保內容」、「# 0000000000因有既往病史，不符合專案先註銷」等語，而未同意上訴人之投保。有被上訴人傳統型人身保險要保書、核保照會書、新契約要保書內容變更申請書、體檢照會單等件可資佐據（見原審卷第59至77、87、83至86、93、95、97、103、107頁），兩造並不爭執（見本院卷第87至88頁），堪認為真實。

五、上訴人主張被上訴人不得拒絕其之投保，並須與其締結系爭保險契約，否則被上訴人應負有說明拒保切實理由之義務等節，為被上訴人否認，且以前詞置辯，經查：

（一）先位之訴部分

1、按保險契約由保險人於同意要保人聲請後簽訂，保險契約應以保險單或暫保單為之，保險法第44條、第43條分別定有明文。是保險人如同意要保人所為要保之聲請，自可簽訂保險契約，如不同意即不應簽訂保險契約（最高法院85年度台上字第1278號判決意旨參照）。本件上訴人於109年3月25日以自己為要保人及被保險人，經永達經紀人公司向被上訴人投保終身壽險（T02H0）20年期、保額10萬

元，及附加1年期手術醫療健康保險附約（YSA）1年期、保額12萬元。為被上訴人於同年4月1日以「因同業保障已足夠，本件歉難受理」為由，未同意上訴人之投保，上訴人又於同年月8日向被上訴人投保，並附加住院醫療保險附約（HNRB）傷害保險附約（SPAR）保額500萬元、醫療附加條款(一般實支)（SMR2A）保額20萬元，經被上訴人於同月16日以「本次投保福安心專案，因有既往病史，不符合專案，故婉拒」之理由，拒絕上訴人之投保。上訴人復於同年月20日向被上訴人提出要保申請，固取消終身壽險（T02H0）20年期之要保，改為申請利率變動型終身壽險」（T06G0）20年期，保額100萬元，及附加一年期日額型住院醫療健康保險附約（NHIR）；變更傷害保險附約（SPAR）之保額成為300萬元。被上訴人仍於同年月22日回覆「不符合核保規定。原因：有既往病史，不符合專案。」等語，拒絕上訴人投保，已如上述。被上訴人既無締約之義務，上開過程並無違誤，上訴人主張被上訴人應負有締約之義務云云，已有未合。

2、上訴人雖主張中央法規標準法第16條、保險法第9條釋令函，得為其請求被上訴人締約之依據云云，並有金融監督管理委員會102年12月2 日金管保綜字第10202574670 號函（下稱670號函）、同會108年8 月8 日金管保壽字第10804943O5號函（下稱305號函）、同會102年11月4 日金管保壽字第10202552757號函（下稱757號函）等可參（見原審卷第147至148、241、243頁）。按所謂強制締約，指個人或企業負有應相對人之請求，與其訂立契約之義務，對相對人之要約，非有正當理由不得拒絕承諾。其類型有二，一為直接強制締約，即法律對之設有明文規定者，如郵政法第19條、電信法第22條、電業法第47條第 3項、自來水法第61條第1項、醫師法第21條、獸醫師法第11條等規定。二為間接強制締約，即法律雖未設明文規定，如居於事實上獨占地位而供應重要民生必需品者，應類推適用

上開現行法郵、電、自來水等規定情形而認其負有與用戶締約之義務；或拒絕締結契約構成故意以背於善良風俗之方法加損害於他人之侵權行為者，均屬之。強制締約制度之主要目的在合理限制契約自由，避免契約自由之濫用或誤用，以維護經濟利益及當事人間地位之實質自由與公平，是其為契約自由之補充原理，倘無上開情形，仍應回歸契約自由原則（最高法院110年度台上字第217號判決意旨參照）。經查，中央法規標準法第 16 條規定：「法規對其他法規所規定之同一事項而為特別之規定者，應優先適用之。其他法規修正後，仍應優先適用」，僅以得適用於同一事項之法規間適用順序為內容。305號函係就「實支實付型醫療保險(含傷害醫療)副本理賠之控管措施」，限制每一被保險人投保實支實付型醫療保險(含日額或實支實付給付擇一之商品)之張數上限3張。757號函係為確保消費者權益，要求人身保險業者應於該函文到3個月內，將確認要保人有申請保險契約內容變更、一部或全部終止保險契約、辦理保險單借款等事項，均納入內部控制及內部稽核項目，並依保險業內部控制及稽核制度實施辦法規定辦理自行查核及內部稽核。670 號函因保險經紀人依保險法第9條規定，係基於被保險人之利益，洽訂保險契約或提供相關服務之人，爰要求保險公司不得逕以未與該保險經紀人訂有契約關係為由，拒收其所報送之保件，如因核保因素拒保者，應敘明理由告知保戶及保險經紀人，以確保消費者權益為內容。均與保險業者就要保人之投保，負有強制締約義務之內容無涉。此外，參以上訴人前述向被上訴人要保之保險，均屬商業保險，並非民生必需品項，被上訴人自無因居於事實上獨占地位，而有應類推適用郵、電、自來水等有關強制締約規定之情形。再者，保險人如不同意要保人之投保，即不應簽訂保險契約如上述。因此，被上訴人拒絕與上訴人締結保險契約，亦無何故意以背於善良風俗之方法加損害於他人之情事。因

此，上訴人主張強制締約之依據，均不可採。

3、按為免被保險人於不健康時參加保險，騙取保險金額，隨而增加全部要保人保險費之負擔。保險人於訂立保險契約前，得負擔檢查費用，對於被保險人得施以健康檢查，此參諸保險法第126條規定及立法理由即明。上訴人以其於109年4月1日收到被上訴人拒保照會單，又於同年月6日收到被上訴人要求其檢查身體照會單，其完成身體檢查，且已合格，被上訴人卻又拒絕其投保，如此反覆，已違反投保規則云云。並提出「福滿人生終身壽險」的投保規則（下稱投保規則）為據（見原審卷第161頁）。惟該投保規則對於應具有何身體條件始得承保，僅記載有「前標準體承保須加費」、「0~15歲承保限標準體」，對於身體檢查合格條件並未記載，上訴人就其即符合投保體位標準乙節，尚有疑義。又被上訴人為審慎評估上訴人是否適合投保，得要求上訴人為身體檢查，並本於身體檢查之結果決定是受理上訴人之投保。且嗣被上訴人確以上訴人有既往病史，不符合專案為由，拒絕上訴人之要約，有投保照會單附卷（見原審卷第263頁），拒保程序並無違誤如上述。上訴人僅以其接受被上訴人之要求，為身體檢查，被上訴人依內部規則，即應與其締約云云，尚有誤會。

4、至上訴人以訴外人元大人壽保險公司（下稱元大公司）雖曾拒絕其投保，但經過其申訴後相互協調，亦接受其投保，主張：被上訴人亦得以此例接受締約云云。且提出元大公司照會單、體檢照會單、回覆照會單業務員說明、承保前內容變更申請書、新契約照會單等件為證（見本院卷第109、111、113、117至123、133頁）。惟上開事證僅只證明元大公司願受理上訴人之投保，對於被上訴人負有與上訴人締約之義務部分，無法說明，上訴人此部分主張，亦為未合。

（二）備位之訴部分

被上訴人就上訴人於109年3月25日之要保，於同年4月1日

覆稱：「因同業保障已足夠，本件歉難受理」；於同年月8日附加之保險，於同月16日回覆：「本次投保福安心專案，因有既往病史，不符合專案，故婉拒」；於同年月20日改申請承利率變動型終身壽險20年期，變更傷害保險附約保額為300萬元，被上訴人於同年月22日覆稱：「保單號碼0000000000...因下列原因業已註銷申請」、「不符合核保規定。原因：有既往病史，不符合專案。」等語；於同月23日又傳送電子郵件稱：「永達保戶林○修，有送契變要變更主約及附約內容，請協助通知須重新送件走進件流程，無法直接以契變變更投保內容」、「# 0000000000因有既往病史，不符合專案先註銷」等語，均如上述，足認被上訴人之拒保均已附有理由。上訴人未就被上訴人之回覆違反何規定，或應如何回覆，始合於「切實之理由」要求，具體陳明，是項主張自為無據，應不足採。

六、綜上所述，上訴人依中央法規標準法第16條及保險法第9條釋令函，先位請求被上訴人就系爭保險核保並同意其投保，並締結保險契約，為無理由，不應准許。原審所為上訴人敗訴之判決，並無不合。上訴論旨指摘原判決不當，求予廢棄改判，為無理由，應駁回其上訴。另上訴人追加依相同規定為備位請求部分，亦為無理由，併予駁回。

七、本件事證已臻明確，兩造其餘之攻擊或防禦方法及所用之證據，經本院斟酌後，認為均不足以影響本判決之結果，爰不逐一論列，附此敘明。

八、據上論結，本件上訴及追加之訴均為無理由，依民事訴訟法第449條第1項、第78條，判決如主文。

中　　華　　民　　國　　112　　年　　6　　月　　13　　日

民事第六庭

審判長法　官　周美雲

法　官　游悅晨

法　官　古振暉

正本係照原本作成。

如不服本判決，應於收受送達後20日內向本院提出上訴書狀，其未表明上訴理由者，應於提出上訴後20日內向本院補提理由書狀（均須按他造當事人之人數附繕本），上訴時應提出委任律師或具有律師資格之人之委任狀；委任有律師資格者，另應附具律師資格證書及釋明委任人與受任人有民事訴訟法第466 條之1第1項但書或第2項所定關係之釋明文書影本。如委任律師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

中　　華　　民　　國　　112　　年　　6　　月　　14　　日

書記官　廖逸柔