

第四章 理賠須知

保險公司於保險契約有效期間內發生約定之保險事故，依保險商品條款所約定之保險範圍負給付之責。

以下章節將先就理賠人員的職責與任務、實務處理準則及職業道德規範敘述，再依理賠作業實務分別說明。再依保戶服務之理賠作業實務，按照流程進展可分為理賠之申請、理賠文件之提出、保險事故之查證、理賠金額之計算、理賠之結案方式、保險金之給付、其他理賠事項之處理七大部分分述其重點。

第一節 理賠人員理賠實務處理準則及職業道德規範

依「人身保險理賠實務處理準則及職業道德規範」(民國 108 年 7 月 5 日修正)，理賠人員的職責與任務、實務處理準則及職業道德規範，說明如下：

一、理賠人員的職責與任務

(一) 快速而合理的履行保險公司的給付義務

理賠給付需依法令、保單條款、理賠作業處理準則及程序辦理，並且輔以迅速、公平及合理的服務，以保障保戶的權益。

(二) 確保保險公司之營運安全

理賠人員的職責在於對每一理賠案件予以適切的處理，避免不當的理賠給付，以免危及保險公司之營運安全。

(三) 保險秩序的建立

理賠人員應謹守法令規範、道德操守，維持公平正義原則，藉由正確理賠的程序，減少劣質保單的發生機會，端正業務員及不良客戶的投機心態，進而建立良好的保險秩序。

二、理賠實務作業準則

健全的理賠作業可避免不當的給付，履行保險公司的責任，確保保戶的權益，而理賠審查是理賠作業的主軸，理賠人員除需知悉理賠的理論及實務，對於公司的核保政策、商品特性、行銷體系及活動、保全服務均應了解，方可作出正確的理賠判斷，同時可提供適當之理賠對策予決策人員參考。

(一) 各類理賠案件一般審核要點：

1. 檢核被保險人之基本資料是否正確，是否為公司有效保戶。
2. 理賠申請及證明文件是否正確齊全。
3. 保險事故是否在保單有效期間內。

4. 欲申請之項目是否與投保內容相符。
5. 有無涉及除外責任。
6. 先前是否有任何影響該件理賠之給付；另如本次的理賠事故日與上次理賠給付日甚為接近，則需注意是否為同一事故重複申請。
7. 理賠給付金額、給付方式及給付對象是否正確。
8. 拒賠依據是否恰當。

（二）身故 / 完全失能理賠案件審核要點：

1. 被保險人在訂約 2 年後因疾病身故，則縱有告知不實，保險公司也因已超過行使契約解除權的時效而不能有所主張。故審核重點為文件是否齊全、契約是否有效、受益人是否適格等。
2. 被保險人倘在訂約 2 年內因疾病身故，首先需依據其死因，先行了解是短期造成之急性病症，或屬長期慢性病症，應調查了解投保時是否違反告知義務。
3. 完全失能是否符合定義，可依失能診斷書、調閱病歷、訪視被保險人等方式確認，倘為 2 年內致完全失能，需確認是否涉及告知不實。

（三）醫療理賠案件審核要點：

1. 疾病住院醫療是否需符合等待期之規定。
2. 醫療院所及診治者是否有合格執照。
3. 事故發生日與投保始期若甚為接近，則應進一步確認排除係投保以前發生的事故。
4. 慢性病症若短期即出險者，通常需調查，確認是否涉及既往症或告知不實；如屬急症，亦需了解是否為慢性病之急性發作。
5. 住院天數、門診次數與醫療費用是否合理，是否超出約定的給付限額。
6. 判斷是否有住院之必要，手術或治療方式是否與診斷病名有關，若屬美容、整型、選擇性手術等未符條款約定者，應不予理賠。
7. 若為高額理賠件，應注意同業之通報，防範住院浮濫意圖不當得利之情況。

（四）意外險理賠案件審核要點：

1. 是否符合意外(外來突發非由疾病所引起)之定義，原則上案情明確的理賠案件，由診斷書、警方筆錄等認定即可，但對於有爭議的案件或涉及道德風險案件，可請保戶提供意外事故證明文件。
2. 導致意外的原因是否涉及除外責任或除外期間，事故經過是否合理，有否涉及道德風險。
3. 是否為事故後180日內確定失能，超過180日才致失能者可考量案情有無因果關係，整體評估後作是否理賠的合理判斷。
4. 核傷及確定失能程度，是否符合保單條款所訂之失能等級。機能喪失之失能診斷書，需注意核發醫院的品質，如有需要應再確認。

5. 事故發生時之職業等級是否較投保告知之職業等級為高？若需比例理賠時，應有明確證據。

（五）喪失工作能力理賠案件審核要點：

1. 造成喪失工作能力的原因為意外或疾病，倘為疾病所致且為短期出險，需調查確認有無違反告知。
2. 是否符合喪失工作能力之定義，是否持續經過免責期而仍處於喪失工作能力狀態中，符合保險給付開始的約定。
3. 被保險人投保時與事故時的工作內容與職位是否相同，目前是否失業中，是否有增長喪失工作能力期之虞。
4. 被保險人倘為自營業者，或工作地點與住家屬同一處，則需注意其喪失工作能力理賠申請是否有拖延之情形。
5. 若為受雇者則應了解服務之工廠、公司的組織是否正常，對於請假是否有一定規範，及被保險人是否有不願意回去工作的情形。
6. 倘喪失工作能力期超過平均值甚高時，需進一步了解原因為何，是否確切在喪失工作能力狀態中。

（六）疑有重大道德風險之理賠案件(詐死、謀殺、自殘等)審核要點：

1. 確認要保書簽名是否為被保險人親簽，防範冒名投保情事。
2. 死亡證明書有無偽、變造之情形，若死亡證明書係國外經濟落後之國家所開出，尤應注意死亡是否確實發生。
3. 受益人與被保險人的關係為何，倘為債權人、朋友、同居人、已離婚之配偶等均需特別注意。
4. 投保的商品是否為低保費高保障的險種或投保至免體檢之最高限額。
5. 要求業務人員提供招攬報告，了解保戶投保經過是否有異常。
6. 訪談受益人、家屬、朋友、同事，確認事故經過，收集資訊，發覺疑點。
7. 陌生主動投保且短期密集投保者，應詳查疑點。
8. 若有保險詐欺之具體事證可通報保險犯罪防制中心及檢警單位協助偵辦。

（七）理賠調查：

1. 調查目的

理賠調查的目的係在確保理賠結果的正確性、公平性，亦即在了解保戶身體、職業、經濟等情況及保險事故的真相，以作為理賠上重要的參考依據，透過此項程序亦可獲得理賠案件實情，避免詐欺事件發生，故實為理賠作業重要的一環。

2. 調查作業

近年來，由於個人隱私權日益受到社會關注，是故理賠調查必須取得合法授權，以便從各方面獲得具體的證據。調查一般可分為事故調查與病歷調查。

- (1) 事故調查包括直接訪談被保險人、受益人、家屬的直接調查，或以側面訪問被保險人之鄰居、親友、同事及相關人員的間接調查，及檢警筆錄的調閱。
- (2) 病歷調查為病歷調閱，多數醫療院所會要求以公文、付費方式調閱病歷，亦有採問診、自行抄錄之方式。病歷內容應包含：病歷號碼、初診日期、主訴或病史、診斷結果、治療期間、是否健保就診、病理檢驗或其他相關檢查紀錄等。

3. 調查報告

調查報告不應包含個人觀點，不宜加入過多的形容詞或情緒性文字，避免不必要的誤導或聯想，需客觀、公正、詳實的記錄事實真相。

(八) 遵守「洗錢防制法」、「資恐防制法」及相關法令之規定：

1. 現金給付保險金時，應要求受益人、領款人提供身分證明文件，並保留相關憑證；對要求取消支票禁止背書轉讓者，應瞭解其動機，並做適當之註記。
2. 查核受益人變更之過程是否正常合理。
3. 查核保險給付之對象，其受領金額與其職業或身分是否正常合理。

三、理賠人員的職業道德規範

- (一) 理賠人員須按「保險業招攬及核保理賠辦法」具備「理賠人員」資格並登錄於公司合格人員名冊者始可取得理賠授權。
- (二) 理賠人員不得對其曾招攬的保單執行理賠業務，需符合利益迴避原則。
- (三) 理賠人員應以「謙恭、公平、公正、良知」的態度對待保戶，並對於與其理賠有關之溝通，均應迅速回覆。
- (四) 對於保戶之資料(如：診斷書、病歷、調查報告等)，應善盡保守秘密之義務，並不得踰越「**電腦處理**個人資料保護法」規定之必要範圍。
- (五) 理賠人員應致力於建立完善的理賠作業原則與程序，來防止對有關保險事故實情或契約條款認定不清，及避免有人濫用專業知識以獲得不當的利益。
- (六) 理賠人員對合於給付的理賠案件有義務速予給付，同時也有等量的義務維護投保大眾，免於負擔因保險詐欺或不當理賠所增的成本。
- (七) 理賠人員應以平等待遇對待每一保戶，並應從相關保險法令、保險契約條款來考量理賠，而不受其他因素影響。
- (八) 理賠人員不應迫使保戶提出非必要的訴訟以獲得應給付之保險金。
- (九) 理賠人員查證各項實情之速度應快速，研判案情之立場應中立，當應給付之責任已明確時，應立即對保戶的理賠做公平與公正的給付。
- (十) 理賠人員對於專業素養之提昇應持續不斷的學習，包含醫學、法律及對外在環境變化的敏銳度，並應盡力取得專業認證。參與簽署商品之理賠人員並應參加一定時數之相關業務專業訓練。

第二節 理賠之申請

保戶(要保人、被保險人或受益人)於發生保險事故時，應於保單條款約定的期限內通知保險公司，即提出理賠之申請。

一、保戶出險後應於知悉後○○日內通知保險公司

保險法第58條

「要保人、被保險人或受益人，遇有保險人應負保險責任之事故發生，除本法另有規定，或契約另有訂定外，應於知悉後5日內通知保險人。」

人壽保險單示範條款第10條

「要保人或受益人應於知悉本公司應負保險責任之事故後○○日(不得少於5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。」

本公司應於收齊前項文件後○○日(不得高於15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1分加計利息給付。」

因此保險商品條款大多都會約定當事故發生後○○日(例如10日)內必須通知保險公司。但實務作業上，人身保險對於保險事故發生後之通知期限較不會嚴格要求。

保戶可以透過以下方式通知保險公司：

- (一) 保戶打電話至各保險公司專線或0800免付費電話，告知保險公司並詢問相關理賠事宜，接著保戶於理賠申請書詳述理賠事故經過並簽名蓋章，再連同相關證明文件送至各保險公司之櫃檯或郵寄至保險公司。
- (二) 保戶連絡業務員、保險經紀人或保險代理人(視其被授權之業務項目而有差異)後，透過他們將已詳述理賠事故經過及簽名蓋章之理賠申請書，連同相關證明文件送至各保險公司。
- (三) 保戶可於各保險公司網站線上填寫理賠申請書內容後，列印理賠申請書後簽名蓋章，連同相關證明文件送至各保險公司。
- (四) 保戶可運用壽險公會開發的保全 / 理賠聯盟鏈或與部分醫療院所合作推出的「理賠醫起通」服務，透過對保險公司或合作醫療院所的相關授權，將理賠申請文件及醫療相關證明文件(目前為診斷證明書及費用收據明細)傳送給保險公司進行相關理賠審核。

二、應於兩年請求權時效內申請理賠

保險法第65條

「由保險契約所生之權利，自得為請求之日起，經過2年不行使而消滅。有左列各款情形之一者，其期限之起算，依各該款之規定：一、要保人或被保險人對於危險之說明，有隱匿、遺漏或不實者，自保險人知情之日起算。二、危險發生後，利害關係人能證明其非因疏忽而不知情者，自其知情之日起算。三、要保人或被保險人對於保險人之請求，係由於第三人之請求而生者，自要保人或被保險人受請求之日起算。」

故理賠之申請，自得請求日起，經過2年不行使而消滅，因此受益人應把握請求權之時效。

第三節 理賠文件之提出

由於保險理賠需要相當多的文件，保險公司應主動協助保戶蒐集相關資料，並定期回報保戶處理進度。

申請理賠所需要的相關文件，因不同類型的商品而有不同的要求，通常包括下列幾項文件：

一、理賠申請書

二、保險單或其謄本

三、身分證明文件

主要為與保險相關的被保險人、受益人、法定代理人等身分證明文件。(例如身分證、戶口名簿、戶籍謄本等)

四、理賠事故證明文件

因投保的險種不同、事故不同，則所需檢附的理賠事故證明文件亦不相同。例如，申請疾病身故應附「死亡證明書」、申請意外身故應附「相驗屍體證明書」、申請醫療保險金應附「診斷證明書」及醫療費用單據(正本)/明細、申請失能給付應附「失能診斷書」、或申請癌症、重大疾病給付應附「診斷證明書」及「病理組織切片報告」等證明文件。

五、其他

例如投保之商品為外幣保單，保險公司會以匯款的方式給付，則必須檢附外幣存款帳號之證明文件。

第四節 保險事故之查證

一、事故日之確認

事故日之確認可以有2種方式：

- (一) 依據所檢附相關證明文件所載明之日期來確認。例如，身故理賠或完全失能理賠可直接依相關之證明書日期確認。
- (二) 依據保戶填寫理賠申請書所填寫之事故日及相關證明文件來確認。例如，非完全失能理賠或意外醫療理賠以意外發生日，或疾病醫療理賠以每次事故住院之首日來認定事故日。

二、有效期間之確認

事故日的時間，必需發生在保險契約有效期間內，才可申請理賠。只要承保事故日發生的時間在保單有效期間內，即使申請理賠時間已超過保單有效期間，只要在法定之請求時效內(保險法第65條規定參照)仍可申請理賠。

實務上，保單有效期間為自該險種之生效日/復效日至該保單之繳費寬限期(屆滿日)/滿期日內。

三、承保對象之確認

一般而言，承保對象為保險單首頁(或契變加保後之批註文件)所載之被保險人，但若該保險商品為家庭式組合(Family Package)亦可同時包含被保險人之「配偶」或「子女」，則必須依據條款上所定義之「配偶」或「子女」為其承保對象。

四、事故發生地點之確認

依不同保險商品之特性，可能會有不同承保地區之限制或者有不同事故證明文件之需求。例如，事故地點為大陸，保險公司會要求身故、**完全失能**、**失能**等證明文件須經海基會認證。

五、事故原因之調查

事故發生的原因必須是契約承保之保險事故才可理賠，且發生的原因與事故結果間須有一定的關聯性，也就是說要符合主力近因及相當因果關係的原則。

舉例而言傷害保險承保範圍所定義的「意外傷害事故」為「非因疾病引起之外來突發事故」，其中「非因疾病引起」、「外來」與「突發」均是應具備的要件，例如保戶在浴室摔倒頭部嚴重撞擊而不治，雖然發生的結果看起來是外來突發意外事故所致，但也有可能是因為密閉空間空氣流動不佳、加上被保險人本身即有高血壓等疾病因而昏眩跌倒，若主要造成意外的原因是疾病，則傷害保險仍無法理賠。

此外，若是投保前意外事故已發生，例如投保傷害保險之前已有**完全失能**或部分**失能**之情形卻未於要保書誠實告知，仍可能造成無法理賠的狀況。根據保險法第51條規定：「保險契約訂立時，保險標的之危險已發生或已消滅者，其契約無效。但為當事人雙方所不知者，不在此限。訂約時，僅要保人知危險已發生者，保險人不受契約之拘束。訂約時，僅保險人知危險已消滅者，要保人不受契約之拘束。」

六、承保範圍之確認

因不同型態之保險商品有不同之保險範圍，故除確認是否為條款所約定之給付要件及是否有批註除外之範圍外，同時要確認是否有告知不實之事實及具有保單條款上所列之除外責任或不保事項等，來進行承保範圍之確認。因各保險商品之承保範圍不盡相同，故以下僅就告知不實及除外責任或不保事項說明。

(一) 告知不實之事實

保險法第64條：

「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1個月不行使而消滅；或契約訂立後

經過2年，即有可以解除之原因，亦不得解除契約。」

保險公司會依據要保人於投保時或投保後加保附約時要保書之告知事項，來審核要保人是否有告知不實之情形。

(二) 除外責任或不保事項

以下僅列出身故、醫療兩類保險事故之除外責任或不保事項。

1. 身故保險事故之除外責任或不保事項

(1) 普通身故之除外責任

「人壽保險單示範條款」第16條：

「有下列情形之一者，本公司不負給付保險金的責任。

一、要保人故意致被保險人於死。

二、被保險人故意自殺或自成失能。但自契約訂立或復效之日起2年後故意自殺致死者，本公司仍負給付身故保險金或喪葬費用保險金之責任。

三、被保險人因犯罪處死或拒捕或越獄致死或失能。

前項第1款及第17條情形致被保險人失能時，本公司按第 條的約定給付失能保險金。

因第1項各款情形而免給付保險金者，本契約累積達有保單價值準備金時，依照約定給付保單價值準備金予應得之人。

(2) 意外身故之除外責任(原因)

「傷害保險單示範條款」第7條：

「被保險人因下列原因致成死亡、失能或傷害時，本公司不負給付保險金的責任。

一、要保人、被保險人的故意行為。

二、被保險人犯罪行為。

三、被保險人飲酒後駕(騎)車，其吐氣或血液所含酒精成分超過道路交通法令規定標準者。

四、戰爭(不論宣戰與否)、內亂及其他類似的武裝變亂。但契約另有約定者不在此限。

五、因原子或核子能裝置所引起的爆炸、灼熱、輻射或污染。但契約另有約定者不在此限。

前項第1款情形(除被保險人的故意行為外)，致被保險人傷害或失能時，本公司仍給付保險金。」

(3) 意外身故之不保事項

「傷害保險單示範條款」第8條：

「被保險人從事下列活動，致成死亡、失能或傷害時，除契約另有約定外，本公司不負給付保險金的責任。

一、被保險人從事角力、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、馬術、拳擊、特技表演等的競賽或表演。

二、被保險人從事汽車、機車及自由車等的競賽或表演。」

2. 醫療保險事故之除外責任

住院醫療費用保險單示範條款第11條(實支實付型)、第7條(日額型)：

「被保險人因下列原因所致之疾病或傷害而住院診療者，本公司不負給付各項保險金的責任。

一、被保險人之故意行為(包括自殺及自殺未遂)。

二、被保險人之犯罪行為。

三、被保險人非法施用防制毒品相關法令所稱之毒品。」

「被保險人因下列事故而住院診療者，本公司不負給付各項保險金的責任。

一、美容手術、外科整型。但為重建其基本功能所作之必要整型，不在此限。

二、外觀可見之天生畸形。

三、非因當次住院事故治療之目的所進行之牙科手術。(僅實支實付型適用，日額型無)

四、裝設義齒、義肢、義眼、眼鏡、助聽器或其他附屬品。但因遭受意外傷害事故所致者，不在此限，且其裝設以1次為限。(僅實支實付型適用，日額型無)

五、健康檢查、療養、靜養、戒毒、戒酒、護理或養老之非以直接診治病人為目的者。

六、懷孕、流產或分娩及其併發症。但下列情形不在此限：

(一) 懷孕相關疾病：

1. 子宮外孕。
2. 葡萄胎。
3. 前置胎盤。
4. 胎盤早期剝離。
5. 產後大出血。
6. 子癲前症。
7. 子癇症。
8. 萎縮性胚胎。
9. 胎兒染色體異常之手術。

(二) 因醫療行為所必要之流產，包含：

1. 因本人或其配偶患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病。
2. 因本人或其配偶之四親等以內之血親患有礙優生之遺傳性疾病。
3. 有醫學上理由，足以認定懷孕或分娩有招致生命危險或危害身體或精神健康。
4. 有醫學上理由，足以認定胎兒有畸型發育之虞。
5. 因被強制性交、誘姦或與依法不得結婚者相姦而受孕者。

(三) 醫療行為必要之剖腹產，並符合下列情況者：

1. 產程遲滯：已進行充足引產，但第一產程之潛伏期過長(經產婦超過14小時、初產婦超過20小時)，或第一產程之活動期子宮口超過2小時仍無進一步擴張，或第二產程超過2小時胎頭仍無下降。
2. 胎兒窘迫，係指下列情形之一者：

- a. 在子宮無收縮情況下，胎心音圖顯示每分鐘大於160次或少於100次且呈持續性者，或胎兒心跳低於基礎心跳每分鐘30次且持續60秒以上者。
- b. 胎兒頭皮酸鹼度檢查PH值少於7.20者。
- 3. 胎頭骨盆不對稱，係指下列情形之一者：
 - a. 胎頭過大(胎兒頭圍37公分以上)。
 - b. 胎兒超音波檢查顯示巨嬰(胎兒體重4,000公克以上)。
 - c. 骨盆變形、狹窄(骨盆內口10公分以下或中骨盆9.5公分以下)並經骨盆腔攝影確定者。
 - d. 骨盆腔腫瘤(包括子宮下段之腫瘤，子宮頸之腫瘤及會引起產道壓迫阻塞之骨盆腔腫瘤)致影響生產者。
- 4. 胎位不正。
- 5. 多胞胎。
- 6. 子宮頸未全開而有臍帶脫落時。
- 7. 兩次(含)以上的死產(懷孕24周以上，胎兒體重560公克以上)。
- 8. 分娩相關疾病：
 - a. 前置胎盤。
 - b. 子癲前症及子癲症。
 - c. 胎盤早期剝離。
 - d. 早期破水超過24小時合併感染現象。
 - e. 母體心肺疾病：
 - (a)嚴重心律不整，並附心臟科專科醫師診斷證明或心電圖檢查認定須剖腹產者。
 - (b) 經心臟科採用之心肺功能分級認定為第三或第四級心臟病，並附診斷證明。
 - (c) 嚴重肺氣腫，並附胸腔科專科醫師診斷證明。

七、不孕症、人工受孕或非以治療為目的之避孕及絕育手術。」

第五節 理賠金額之計算

傳統型保險商品係依據各商品之條款約定、其所購買之保額、單位數、計劃數等，及保戶提出之相關證明文件來計算出理賠金額。而投資型保險商品大都是以文件齊全日後依條款約定之時間點贖回其所有之保單帳戶價值後，再依條款身故保險金之約定計算其身故保險金。

但依不同險種之特性，保險事故若發生以下情形，會調整其理賠金額。

一、投保年齡錯誤

以人壽保險為例，若為溢繳保險費者，在發生保險事故後且其錯誤發生在保險公司者，應按原繳保險費與應繳保險費的比例提高保險金額。若為短繳保險費者，在發生保險事故後

且其錯誤並非發生在保險公司者，保險公司得按原繳保險費與應繳保險費的比例減少保險金額。

二、職業或職務變更

以傷害保險為例，被保險人變更其職業或職務時，要保人或被保險人應即時以書面通知保險公司。若未依約定通知而發生保險事故者，保險公司可按其原收保險費與應收保險費的比率折算保險金給付。

第六節 保險理賠申請之結案方式

理賠申請案件中，經過理賠審核後之結果，主要有以下之情形：

一、正常給付

符合條款之約定，依條款之約定給付保險金。

二、解除契約

若要保人或被保險人違反保險法第64條規定之告知義務，保險公司會寄發存證信函解除契約，並可依保險法第25條規定不退還已收取之保險費。但若只有壽險主約因違反告知事項解除契約，所附加之附約不涉及違反告知事項時，則必須退還附約部分之保費。

三、拒賠

因保險事故日不在保險有效期間內、並非屬條款所約定承保範圍之事故、保險事故日仍在等待期間內，或事故屬除外責任或不保事項，保險公司也會寄發拒賠函。

依「保險公司對拒賠或解除契約案件之處理原則」(金管會民國 107 年 7 月 30 日函修正)，說明如下：

(一) 拒賠或解約案件之型態

1. 定義：

- (1) 形式審查拒賠件：理賠案件經檢視其事故原因及其所附證明文件或契約狀態等形式因素，即可明確判斷不符保險契約約定之理賠要件者。
- (2) 實質實查拒賠件：理賠案件須透過事故原因調查後，保險公司才得據以判斷不符保險契約約定之理賠要件者。

2. 形式審查拒賠件

- (1) 申請檢附文件不全(如未提供診斷證明書)，且經保險公司要求於一定期間內補正而未補正。
- (2) 依所附申請文件即可判斷不符承保範圍(如疾病事故申請傷害保險金理賠、非重大疾病申請重大疾病保險金)。
- (3) 於停效期間或非保險契約有效期間發生之保險事故。

3. 與醫療因素有關之實質審查拒賠件

- (1) 投保前之既往症。
- (2) 非屬契約條款約定之手術項目。

- (3) 屬處置而非手術。
- (4) 門診手術。
- (5) 非屬條款約定之特定手術項目。
- (6) 非因意外傷害導致之失能或身故(如病發猝死後倒地)。
- (7) 罹患疾病未據實告知。
- 4. 與醫療因素無關之實質審查拒賠件
 - (1) 除外責任(如酒後駕騎車)。
 - (2) 不保事項(如從事汽車等之競賽或表演)。
 - (3) 須經司法調查認定者(如要保人或受益人之故意行為)。

(二) 拒賠或解約作業之執行方式

1. 通知方式

- (1) 應以書面(存證信函或書函均可)通知保戶，並透過郵寄或專人(業務員)轉送方式送達，但不得未檢具書面而僅透過專人(業務員)口頭告知。
- (2) 應建立確認送達之控管機制(如專人送達時之保戶簽收回執、郵局之大宗掛號單或雙掛號回執，及其他足資證明書面已送達保戶之具體作法)。

2. 拒賠或解約書面應記載內容

(1) 形式審查拒賠件

應依金管會民國99年8月18日金管保理字第 09902119460 號函示之原則，明確敘明理由及依據之法令或契約條款，俾供保戶參考。

(2) 實質審查拒賠件(與醫療因素有關者)

- A. 應按金管會前開函示原則，於拒賠信函中敘明被保險人罹患之疾病或手術項目如何不符合條款約定之情形，及依據之法令或契約條款，另應提供公司承辦人之聯絡方式以備保戶詢問，或派員向保戶說明。
- B. 若保戶對於保險公司主張之拒賠理由仍有疑義，保險公司應向保戶提供或出示相關證明文件資料(如經被保險人授權調得之病歷資料及醫療文件紀錄、足以支持作成拒賠決定之法院判決、司法實務見解)以實其說。

(3) 實質審查拒賠件(與醫療因素無關者)

- A. 應按金管會前開函示原則，於拒賠信函中敘明理由及依據之法令或契約條款，並得視個案情況援引間接或情況證據加以論述，另應提供公司承辦人之聯絡方式以備保戶詢問，或派員向保戶說明。
- B. 若保戶對於保險公司主張之拒賠理由仍有疑義，保險公司應向保戶提供或出示相關文件資料(如公司之理賠調查報告、訪談紀錄)以實其說。

- 3. 若拒賠或解約原因不宜具體指陳者(如涉及被保險人隱疾、自殺或疑似保險犯罪)，保險公司在拒賠或解約函中得以原則性方式敘明，並以適當方式向保戶婉予解釋；保戶若後續因此提出申訴時，保險公司應以適當方式讓相關處理申訴單位瞭解未具體敘明拒賠理由之原因。

四、終止契約

依條款之約定，理賠時若有某一些特定事實發生，保險公司會同時終止契約。例如理賠時被保險人之職業或職務依照保險公司職業分類在拒保範圍內者，保險公司得終止契約。例如依條款約定給付被保險人身故或全殘保險金後，保險公司會終止契約。

另外，依「人身保險商品審查應注意事項」第197點(三)1.為：「如附加之附約為長年期附約者：得由公司自行決定處理方式，並應將處理方式載明於契約條款，惟該附約至少得持續至該附約該期已繳之保險費期滿後終止，另已繳費期滿者(或已達豁免保險費者)、被保險人因非屬身故之保險事故致主契約終止或因保險事故發生保險給付當中者，不得終止。」原則上，所謂「被保險人因非屬身故之保險事故」之範疇係指被保險人**完全失能**、帳戶型主契約給付達帳戶上限及健康保險有因給付重大疾病保險金或初次罹癌保險金等約定之保險事故導致主契約終止之情事。

故當被保險人因非屬身故之保險事故導致主契約終止，針對該保單有附加長年期附約者，保險公司可採主動提供或需保戶提出之方式將其長年期附約延續作法。例如若採取需保戶提出之方式者，要保人需於理賠申請之翌日起××日(例如60日)內，經被保險人同意，以書面申請繼續繳交保險費以延續本附約之效。

五、和解

保險事故可能依法令規定、條款約定或其他因素考量有認定上之爭議，為了避免日後的申訴及訴訟時間及成本，保險公司可能與保戶達成協議以慰問金方式給付。通常會請保戶填寫和解同意書，並且雙方均放棄日後的訴訟權。

六、豁免保費

依保戶所購買之商品條款是否包含被保險人或要保人到達符合豁免保費之條件者，豁免其主約或主/附約保費。如發生被保險人失能、因傷害所致之第二、第三級**失能**、或罹患重大疾病等原因，可豁免主契約之未來保險費。如豁免保費附約以主契約要保人為被保險人，當發生保險事故，可豁免主契約及其附加附約之未來保險費。

第七節 保險金之給付

一、理賠給付之期限

保險法第34條：

「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15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1分。」

因此，若因理賠調查或其他原因無法給付理賠金，自文件**收取**齊全日起15日後，保險公司須給付延滯利息，故理賠審核人員自證明文件**收取**齊全後應確實把握調查之時間。

二、理賠保險金之給付方式

目前實務上，採用的付款方式可以開立支票或者匯款至受益人帳戶。

三、分期給付

民國104年2月16日金管會核定壽險公會所報保險金分期給付（定期給付型）、保險金分期給付（定額給付型）、年金給付（甲型）（保證期間、保證金額）、年金給付（乙型）（保證期間）之共通性條款及批註條款，開放新壽險保單之「身故、全殘及滿期保險金」，可改採「分期給付」方式領取保費，至於原有舊保單的民眾則可以透過批註方式，改為分期給付。即新的壽險保單若要採取分期給付，必須以嵌入方式記載於保險契約中，保單確認後將不能反悔要求更改為一次給付；但若是已購買的壽險舊保單要更改為分期給付，則可採批註方式，將保險金改為分期給付。

目前開放的分期給付方式有4種類型，針對不同需求的保戶，分階段提供不同給付類型供保戶選擇。其中定期或定額給付型的商品，係由保戶自行決定分期的期數或每期給付的金額；年金給付型的商品，保戶則可選擇保證期間或保證金額。

第八節 其他理賠事項之處理

在賠款給付後，保險公司內部仍需完成相關後續作業程序，整個賠案才算結案。另外，保險公司亦須針對身故件主動聯絡相關受益人。

一、國際救援服務(緊急救援服務)之計算

依各家保險公司與國際SOS所簽訂之合約內容，若保戶使用此項服務，保險公司則需與國際SOS就其所代墊費用或其他費用做後續處理。

二、再保險賠款之攤回

保險法第39條：

「再保險，謂保險人以其所承保之危險，轉向他保險人為保險之契約行為。」

保險法第40條：

「原保險契約之被保險人，對於再保險人無賠償請求權。但原保險契約及再保險契約另有約定者，不在此限。」

保險法第41條：

「再保險人不得向原保險契約之要保人請求交付保險費。」

保險法第42條：

「原保險人不得以再保險人不履行再保險金額給付之義務為理由，拒絕或延遲履行其對於被保險人之義務。」

因此，若是保險公司事先有安排再保險時，依再保險合約約定的範圍內，保險公司必須提供相關理賠證明文件，向再保險公司要求分攤賠款。然而值得注意的是，保險契約與再保險契約是各自獨立的法律關係。

三、身故件之主動通知

自民國105年9月1日起，繼承人至戶政事務所辦理被繼承人之死亡登記時，可同時申請將亡故者死亡登記資料通報至壽險公會，壽險公會受理申請後，將交由各保險公司協助清查承保情形，各保險公司若有承保亡故者之保險應主動通知保險受益人辦理相關理賠給付。

此外，為提供全國民眾更便捷查詢過世親人之金融遺產，金管會與財政部進行跨部會合作，自 109 年 7 月 1 日起擴大至全國實施金融遺產查詢便民服務，民眾至各地區國稅局申請過世親屬財產清冊時，可同時申請查詢過世親人之存款、上市櫃股票、壽險保單、基金及信用報告等金融遺產資訊，僅需填具一份申請書，並視需求勾選相關查詢機構，各地區國稅局即會將申請資料轉送予勾選之受理查詢機構(包括銀行公會、集保結算所、期貨交易所、投信投顧公會、壽險公會及聯合徵信中心)直接或由其會員金融機構提供查詢結果予申請人，過世親屬財產首次透過本措施申請查詢者，六大受理查詢機構也提供免收手續費之優惠，民眾查詢金融遺產之方便性及效率性將大幅提升。

本措施推行後，民眾除透過國稅局單一窗口申請外，仍可視其需求，就近至六大受理查詢機構申請查詢金融遺產，各受理查詢機構仍將維持現行查詢機制，繼續提供民眾查詢金融遺產服務。

四、大數據理賠

保險公司目前開始應用公司之相關數據資料，建立理賠風險評分模型，風險模型的應用可分為2個方向：透過累積數據及經驗來發現保險詐欺的特徵，或者透過風險的計算後屬於風險較低的保戶，加速理賠處理，透過收集保險詐欺之共同特徵，例如：投保之險種特性、就診的醫院、病因、事故原因、住院日數、及醫療行為等資料，當風險分數超過標準，則會顯示警示或建議需要特別調查之方向，如此可降低人為的判讀錯誤及累積理賠之經驗。相反的，當透過模型算出的風險分數較低，理賠流程可以加速，提高保戶的滿意度。