

被保險人自主終結生命行使保險 契約權利之風險

— 《保險法》第 29 條視角

謝紹芬

一、前言

聯合國世界衛生組織（World Health Organization；WHO）界定老年人口之標準，65 歲以上人口占總人口數 7% 者稱為高齡化社會（ageing society），達到 14% 者稱為高齡社會（aged society），達到 20% 者稱為超高齡社會（super-aged society）。按我國內政部人口年齡結構之統計數據，國內在本（2018）年 3 月底，65 歲以上老年人口占總人口 14.05%，正式走進高齡化社會。反思人類之平均壽命得以延長，老年人口比例得以提增，歸因國家經濟、社會福利改善、醫療技術進步、強化保健觀念等因素。但是，某些可能得踏入鬼門關之病患，經由醫師之醫療施救，諸如：心臟停止者使用葉克膜，無法呼吸者插管、腎臟衰竭者洗腎、不能自行飲食者灌食或施予針筒注射等；醫師若不遵守《醫師法》規定，自行放棄醫療施救行為，恐得面臨法律訴訟，病患則亦不能排斥醫療行為。對此，病患之生命雖然得以延續，卻可能得長期依賴醫療器材維生，忍受身心及醫療行為之痛苦折磨，甚而缺乏生命尊嚴！

早在 20 世紀之 30 年代，德國提出「沒有生命尊嚴之生命」（ein unlebenswuerdiges Leben）概念，強調人類之生命必須活得有尊嚴，植物人或某些重症病患應有權利要求結束自己之生命，該見解頗具說服力，為自主終結生命者開啟第一道響鐘。歐洲國家普遍響應，認為應將生命權融入新基本人權 — 「死亡權」（A Right to Die），才能達成維護人性尊嚴，符合人道精神；荷蘭早年修法，為全球第一個通過以阻卻違法方式，有條件接受病患自主善終之國家。發人深省者，醫療體系之極限，終究是一種自然律，醫師、病患及其家屬等礙難與自然律相抗衡！遂反映出病患應否持有自主終結生命之權利？其乃俗稱「安樂死」，且成為全球得嚴正看待之議題。

人類平均壽命增加，面臨之風險亦同步增加，風險移轉保險構成控管風險之便捷利器。依財團法人保險事業發中心之統計數據，國人在 2002 年之保險密度達新台幣（下同）4 萬 4,330 元（詳見工商時報 2018 年 7 月 16 日報導），在 2017 年之保險密度達 15 萬 1,750 元，其成長比例超過 2.42 倍（詳見表 1、表 2），顯現國人偏好

購買保險商品而避險。要保人或被保險人持有之保險商品，包括保障型、投資型等，人壽保險、疾病保險、傷害保險等更居大宗。被保險人發生身體、生命等傷亡之保

險事故，面對醫師束手無策，採取自行、囑託醫師家屬等進行終結生命者，其受益人或繼承人依保險契約申請理賠，可能面臨之風險為何？殊值研究！

表 1 2017 年保險滲透度排名

排名	國家	保險滲透度 (%)	壽險滲透度 (%)	壽險滲透度排名
1	台灣	21.32	17.89	1
2	開曼	19.61	0.79	10
3	香港	17.94	14.58	2
4	南非	13.75	11.02	3
5	南韓	11.57	6.56	7
6	芬蘭	10.65	8.70	4
7	丹麥	10.21	7.46	5
8	英國	9.58	7.22	6
9	荷蘭	9.56	1.89	9
10	法國	8.59	5.77	8

資料來源：工商時報 2018 年 07 月 16 日（彭禎伶／台北報導）
 網址：<http://www.chinatimes.com/newspapers/20180716000256-260202>。

表 2 2017 年保險密度排名

排名	國家	保險密度 (美元)	壽險密度 (美元)	壽險密度全球排名
1	開曼	12,122	490	*—
2	香港	8,313	6,756	1
3	瑞士	6,811	3,522	7
4	丹麥	5,772	4,215	2
5	盧森堡	5,011	3,091	8
6	台灣	4,997	4,195	3
7	新加坡	4,749	3,835	6
8	芬蘭	4,737	3,870	5
9	愛爾蘭	4,687	3,880	4
10	美國	4,216	1,674	16

資料來源：工商時報 2018 年 07 月 16 日（彭禎伶／台北報導）
 網址：<http://www.chinatimes.com/newspapers/20180716000256-260202>。

二、安樂死之認知

安樂死 (Euthanasia) 原屬希臘文，其由 Good 及 Death 二個字根組成，意涵好死或善終；學者波西迪普 (Posidipp, Ca. 300 B. C.)、斐羅 (Philo)、蘇爾頓 (Sueton) 等稱為舒適、無痛之死亡。病患無意願長期承受病痛之折磨，意圖採取作為或不作為而結束生命，其既可減輕身心之煎熬外，亦可成就醫療資源之成本效益。理論上，醫師對於末期病患施予作為、不作為等醫療行為，皆可能導致病患死亡，且皆可歸類為他殺之行為。最引發爭議者，為致病患死亡之行為，從法律、道德等視角，持贊成之學者，認為安樂死係賦予病患最大利益，持反對之學者，認為安樂死係殺死病患。再則，「安樂死」是否涵蓋「腦死」？極易令人混淆！國內外法學者、倫理學等學者，其大多數肯定腦死為無生命之死人；但傳統之認定死亡標準，醫師不再繼續醫療死人、停止延續死人表面之生命等，卻未必被認定為安樂死。關於安樂死之類型、內涵等略述如下：

(一) 自願安樂死

自願安樂死之表達模式，其一為當事人事先之表明，如「生存預囑 (Living wills)」、「預留醫療指示 (Advance Directives)」等，其為歐美各國近幾十年興起之理念，適用於當事人面臨病危、突發意外等，可能喪失意識，無從表達自己之意願；其二適用於當事人病危時刻，惟病患之意識必須清楚，且全然可以自行決定。

(二) 非自願安樂死

非自願安樂死可分為無意願安樂死、違反意願安樂死等，前者為當事人未表示或無法表示意願，則運用該方法結束其生命；後者為希特勒實施之安樂死計畫。類此結束病患之生命，其不無違反當事人之意願，恐不能認定為安樂死。

(三) 積極安樂死 Vs. 消極安樂死

施行安樂死過程之作為與不作為，可分為積極型、消極型等。前者為藉由藥物、人工等積極作為，達成病患之安樂死；後者為導致死亡之一切不作為手段，如中斷醫療、中斷基本照顧等行為。事實上，積極、消極等行為，有時亦難以辨識；轉換個角度，作為可能變成不作為，反之亦然！從而國內對於積極實施安樂死之行為，仍傾向故意殺人罪嫌論處。

(四) 直接安樂死 Vs. 間接安樂死 (Director Indirect Euthanasia)

直接安樂死係指某些行為之行使，為導致死亡之直接目的；間接安樂死之概念，源自歐美法學界之邏輯，認為必要之止痛、麻醉藥劑等，其副作用可能導致死亡；醫師運行前開醫療行為之直接目的，其本意不致使病患死亡，而「死亡」為間接容忍行為之一種可能結果。

三、國外安樂死之進程

從 19 世紀起，安樂死觀念成為特殊之醫學意義，重症病患得否藉由醫生之協助，減輕其死亡過程之痛苦？該論壇歷經醫學、哲學、道德、倫理等思辨，迄今已

超越半個世紀。由於其牽絆之範疇相當廣泛，某些歐美國家已經確立有關安樂死之合法法案，惟不認同之學者仍居多數。相關國家安樂死之發展過程略述如下：

(一) 英國

英國早於 1935 年成立自願安樂死協會，1988 年之後出現 21 個國家、37 個類似機構或團體，聯合成立「世界死亡權利聯盟」，其追求之目標大致為（1）主張自願安樂死，認同仁慈殺害在道德上之可行性，並推動法律之合法化；（2）傳播行使安樂死之資訊；（3）宣導末期病患應持有拒絕急救、其他延長生命等醫療行為之權利。

(二) 荷蘭

荷蘭於 1994 年修法，通過醫生確實遵循國會規定之《施行準則》實施安樂死，雖被認定為違法行為，但可以被不起訴。當時，該立法邏輯不能算是合法化之安樂死；但成為世界上第一個接受阻卻違法之理念，有條件接受安樂死之國家。其於 2001 年正式通過安樂死法案，構成世界上最早承認安樂死合法化之國家。

(三) 澳洲

澳洲北領地於 1995 年通過《末期病患權利法 (Rights of the Terminally Ill Act : ROTI)》，1996 年 7 月生效施行，曾有四名病患通過電腦控制注射方式結束自己之生命，為全世界第一宗名符其實之安樂死合法化案件，然而其聯邦政府於 1997 年推翻該法案。

(四) 美國

美國奧勒岡州於 1997 年通過《尊嚴死法案 (Oregon Death with Dignity Bill)》；華盛頓州於 2008 通過立法；蒙大拿州於 2009 通過立法；佛蒙特州於 2013 年通過立法；加州於 2015 年通過《選擇死亡權利法案 (California End of Life Option Act)》。但美國仍有多數州未將安樂死合法化！

(五) 瑞士

瑞士 19 世紀實施政教分離，成為現代之國家，關於自殺、協助自殺等行被認定為無罪。其國會約在 1920 年前後修正《刑法》第 115 條，1942 年始生效；修正內容為自私之動機、協助他人自殺等行為入罪。據此，瑞士真正合法化者，為協助或陪伴病患自殺 (Assisted or Accompanied Suicide)；病患在取得瑞士協助自殺組織之服務前，尚須通過重重關卡反覆確認，且須經由親友陪伴，自行喝下醫生開立之處方、自行使用準備好之注射藥劑等。

(六) 德國

德國之安樂死規範與瑞士相近（詳見表 3），其於 1871 年頒布全聯邦第一部刑法，自殺不入罪；依不罰自殺之法理，亦不罰協助自殺。但是，德國國會於 2015 年 11 月修訂《刑法》，將營利、執業性質之協助自殺行為入刑，僅允家人、親友協助重症病患自殺。據此，在該國需要協助安樂死之病患，惟有求助其鄰國之瑞士。

表 3 德國 VS. 瑞士協助自殺之法律規範

	德 國	瑞 士
相同	1871 年頒行第一部聯邦刑法，明定自殺無罪。依該法理，協助自殺行為亦無罪。	醫生開立處方、準備藥劑等，病患在親友陪伴下，願意自行喝下或打開點滴注射，該行為合法。
相異	2015 年修法，將營利、執業性質之協助自殺行為入刑。	約在 1920 年前後修正刑法第 115 條，1942 年生效；將出自私動機協助自殺之行為入罪。

資料來源：賴子歆、鄭涵文，生與死的兩難：安樂死在台灣？2017. 4. 25；
 網址：<https://www.twreporter.org/a/euthanasia-taiwan>。

四、國內安樂死之發展樣態

我國之傳統思維，認為救死扶傷，為病患家屬應盡之道義責任，更為醫務人員之職業責任。醫師對於生命垂危之病患，應該給予醫務治療、精神慰藉等。醫師採取人為因素，提前結束病患之生命，不但難以取得病患家屬之認同，而且被認定為侵害病患之生命。近年來，國人面對死亡之態度，逐漸由忌諱轉變為正視。國內 2000 年頒行《安寧緩和醫療條例（Do Not Resuscitate：DNR）》，幾度增修訂後，現階段可以接受醫師可以經由末期病患之承諾，或在其囑託下施行 DNR，為消極安樂死尋得一絲解決途徑。國內並於 2016 年 1 月頒布《病人自主權利法》，明（2019）年 1 月生效施行。旨揭兩種法規之理論基礎、適用對象、適用範圍等，詳見表 4；《病人自主權利法》賦予之病患醫療選擇權，詳見表 5；完全行為能力人可以預立醫療決定、預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書等，詳見表 6。準此，預計《病人自主權利法》生效施行後，消極安樂死之適

用範圍，將可擴張至昏迷、重症不可治癒、失智者等。惟截至目前為止，國內尚未見施行積極安樂死之條件、方法、程序等相關法規；按現行《刑法》之規定，實施積極安樂死之行為，仍不無觸及故意殺人罪嫌，其行為人不太可能被宣告無罪，充其量為量刑時酌予從寬處罰。

五、國內被保險人身故之保險理賠

保險最為忌諱道德風險，被保險人無意願承受長期病痛，囑託醫師或其家屬達成其安樂死，其可能遭質疑有心人藉合法程序，而行使謀殺行為，造成能否接受安樂死之疑雲！抑或有進，被保險人意識清醒時，主動要求家人或醫師協助其安樂死，依現行《刑法》規定，執行安樂死之行為人，被認定為加工自殺。從保險最大善意原則邏輯，依我國現行《保險法》、《人壽保險示範條款》、《傷害保險單示範條款》等，分別規範要保人、被保險人、受益人故意行為所致之保險事故，詳見表 7 至表 9。

表 4 《安寧緩和醫療條例》 Vs. 《病人自主權利法》

	《安寧緩和醫療條例》	《病人自主權利法》
理論基礎	1. 保障末期病患善終權益。 2. 病人簽具意願書，亦可由最近親屬簽具同意書（實務上多數由親屬為之）。	1. 保障每個人之人格尊嚴、自主與善終權利，且必須心智能力健全者才可自己做成決定。 2. 以病患為核心，保障其知情、選擇與決策權。 3. 搭配各種程序保障機制：預立醫療照護諮商 (Advanced Care Planning ; ACP)、預立醫療決定 (Advance Directions ; AD)、醫療委任代理人。
適用對象	僅保障末期病患。	1. 末期病患。 2. 不可逆轉之昏迷狀態。 3. 永久植物人狀態。 4. 極重度失智。 5. 其他經主管機關公告之病患：如疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒，且當時醫療水準無其他合適解決方法之情形。
適用範圍	1. 心肺復甦術。 2. 僅延長瀕死過程之維生醫療。	1. 可能延長病患生命之必要醫療措施：如心肺復甦術、機械式維生系統、血液製品、為特定疾病而設之專門治療、重度感染時所給予之抗生素等。 2. 人工營養及流體餵養。

資料來源：轉載自病人自主權利法 20 問 網址：
http://www.hospice.org.tw/hospice/uploadfile/filebook01_list_item02/C1603310004e59e/1_72f058efa3d46c9f4a20ac8811bf6456_1459409759.pdf。

表 5 病患醫療選擇權

類 型	說 明	施行國家
安樂死	為減輕病患無法忍受、無法治癒等病痛，經由他人為病患施行足以致命之藥劑，以加工方式縮短生命。	荷蘭、比利時、盧森堡、哥倫比亞。
醫師協助自殺	由醫師開立處方、準備並提供藥劑，而由病患自行服用。	美國（奧瑞岡州、華盛頓州、蒙大拿州、佛蒙特州、加州）、瑞士、加拿大等。
拒絕醫療權或《病患自主權利法》之主張	醫師尊重病患之意願，不強迫施予人工延長生命之作為，讓生命回歸自然。	此為歐美國家認可之普世人權。

資料來源：轉載自張靜慧《病人自主權利法》通過，離善終還差 4 步 - 康健雜誌 207 期；網址：
<https://www.commonhealth.com.tw/article/article.action?nid=71081&fullpage=true&print=true>。

表 6 預立醫療決定 Vs. 預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書

內容差異	預立醫療決定	預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書
保障對象	包含非末期病患。	限末期病患。
病患得拒絕之醫療範圍	得拒絕一切可能延長病患生命之必要醫療及照護措施，包括人工營養、流體餵養等。	僅能拒絕急救時使用心肺復甦術、延長瀕死過程之維生醫療。
醫學專業諮商	經由指定醫療機構參與之「預立醫療照護諮商」，並經該機構核章。	無該項規定，可自主填寫。
健保憑證註記醫療委任代理人權限	完成註記後成立。	可自由選擇是否註記。
安寧緩和醫療之法律地位	病患意識昏迷或無法清楚表達意願時，可代理病患啟動預立醫療決定。	權限較為窄隘，臨床實務亦難發揮功能。
共同點	病患拒絕維持生命治療，醫院應提供充分之緩和醫療，幫助病患達到善終之心願。	末期病患得選擇所需要之安寧緩和醫療。

資料來源：轉載自病人自主權利法 20 問；網址：

http://www.hospice.org.tw/hospice/uploadfile/filebook01_list_item02/C1603310004e59e/1_72f058efa3d46c9f4a20ac8811bf6456_1459409759.pdf。

表 7 我國現行《保險法》條文

條 文	除外責任	備 註
29 條第 2 項	保險事故出於要保人或被保險人之故意行為，不負賠償責任。	保險人對於由要保人或被保險人之過失所致之損害，負賠償責任。
109 條	被保險人下列行為，保險人不負給付保險金額之責任： 1. 故意自殺 2. 犯罪處死 3. 拒捕或越獄致死者。	1. 保險人應將保單價值準備金返還於應得之人。 2. 保險契約載有被保險人故意自殺，保險人仍應給付保險金額之條款者，其條款於訂約二年後始生效力。 3. 恢復停止效力之保險契約，其二年期限應自恢復停止效力之日起算。
第 116 條第 2 項	保險契約終止時，保險費已付足二年以上，如有保單價值準備金者，保險人應返還其保單價值準備金。	要保人繳付保險費達有保單價值準備金，得參考保險契約歷年解約金之開始年度（詳見《人壽保險投保人須知》6）。
第 134 條	1. 受益人故意傷害被保險人者，無請求保險金額之權。 2. 受益人故意傷害被保險人未遂時，被保險人得撤銷其受益權利。	1. 保險金額作為被保險人遺產。 2. 如有其他受益人者，喪失受益權之受益人，原應得之部份，按其他受益人原約定比例分，歸其他受益人。

表 8 現行《人壽保險示範條款》條款

條 款	除外條款	備 註
第 17 條	1. 要保人故意致被保險人於死。 2. 被保險人故意自殺或自成失能。 3. 被保險人因犯罪處死或拒捕或越獄致死或失能。	1. 契約訂立或復效之日起二年後故意自殺致死者，保險公司仍負給付身故保險金或喪葬費用保險金之責任。 2. 保險公司免給付保險金者，保險契約累積達有保單價值準備金時，應依照約定給付保單價值準備金予應得之人。
第 18 條	受益人故意致被保險人於死或雖未致死者，喪失其受益權。	1. 受益人喪失受益權，致無受益人受領保險金額，其保險金額作為被保險人遺產。 2. 如有其他受益人者，喪失受益權之受益人原應得之部份，按其他受益人原約定比例分歸其他受益人。

表 9 現行《傷害保險單示範條款》

條 款	除外條款	備 註
第 7 條	1. 要保人、被保險人之故意行為。 2. 被保險人犯罪行為。	保險人對於由要保人或被保險人之過失所致之損害，負賠償責任。
第 18 條	受益人故意致被保險人於死或雖未致死者，喪失其受益權。	如因該受益人喪失受益權，而致無受益人受領保險金額時，其保險金額作為被保險人遺產。如有其他受益人者，喪失受益權之受益人原應得之部份，按其他受益人原約定比例分歸其他受益人。

從表 7 至表 9，保險契約規範被保險人致死之保險事故，其受益人或繼承人可行使之權利略述如下：

(一) 不能享有保險給付之保險事故

國內《保險法》規制(1)要保人或被保險人故意行為為所致者；(2)要保人指定之受益人，故意傷害被保險人致其身故者；(3)受益人故意傷害被保險人未遂者。

(二) 保險公司應給付保險單價值準備金

傳統人壽保險為長期性、繼續性等契約，意涵儲蓄性質，要保人即便為保險事故之加害人，屬於保險契約之除外不保事

項；但其每期繳納之保險費，累積達到持有保單價值準備金，保險公司依照約定，應將保險單價值準備金給付應得之人（詳見表 8）。傷害保險為純保障型商品，則不存在保單價值準備金。

(三) 被保險人仍可領取保險金之但書條款

依《人壽保險示範條款》之規定，被保險人故意自殺或自成失能，歸類為除外責任；但自契約訂立或復效之日起二年後故意自殺致死者，保險公司仍負給付身故保險金或喪葬費用保險金之責任（第 17 條）；該條款為實踐《保險法》第 109 條第 2 項規定（詳見表 7、表 8）。

(四) 保險受益人之故意行為則喪失受益權

保險契約之受益人故意致被保險人身故，喪失保險金之受益權；受益人故意傷害被保險人未遂，被保險人得撤銷其受益權利。受益人喪失受益權致無受益人可以受領時，其保險金額作為被保險人遺產；如有其他受益人者，喪失受益權之受益人，原應得之部份，按其他受益人原約定比例，分別給予其他受益人。

六、被保險人自主善終請求保險給付之啟示

保險契約規制要保人、被保險人之故意自殺行為屬於除外不保事項，惟某些壽險業之保險單，針對生命末期之被保險人，提供「生命末期提前給付」，其經醫師診斷生命期不足 6 個月，可向保險公司申請保險給付，其約為身故保險金之 40~70%，或某特定金額為上限之保險金。據此，依現行《安寧緩和醫療條例》、2019 年生效施行之《病人自主權利法》，被保險人未來面臨生命末期，囑託醫師、家屬、朋友等協助其善終，其受益人或繼承人之保險給付權利略述如下：

(一) 被保險人選擇簽立 DNR

被保險人重症經醫師診斷為不可治癒，且持有醫學上之證據，其近期內之病程進行至死亡，已不可避免。其為讓自己有尊嚴結束生命，免於再受到 (Cardiopulmonary Resuscitation; CPR) 折磨，依《安寧緩和醫療條例》規定，確

實選擇簽署 DNR，或撤除維生醫療同意書（第 7 條）。對照積極安樂死，係以人工方法縮短病患之病程，而刻意結束其生命，顯而可現該條例之醫療行為，應屬消極安樂死！其繼承人或受益人在被保險人善終後，可持保險契約向保險公司領取保險給付。

(二) 被保險人委由受益人簽立 DNR

由於屢見受益人殺害被保險人，詐領保險金之事件！依現行《保險法》規定，受益人故意致被保險人身故，將喪失保險金之受益權（第 134 條），表 8、表 9 之保險單條款亦持相同規定。據此，被保險人委由受益人簽立 DNR，或撤除維生醫療同意書，保險公司為防範道德風險，則從高規格標準質疑受益人有所意圖，而不予理賠保險金。再則，姑不論受益人具有犯罪意圖與否，現行相關保險單條款並未將受益人依合法條件，親自或授意終結被保險人之生命，納入可給付保險金之規範。是則，現行《安寧緩和條例》得再強化相關配套措施，規制有心人士藉合法方式，卻造就被保險人身故之風險。

(三) 被保險人重大傷害保險事故經由家屬簽立 DNR

被保險人如僅投保傷害保險 (Accident Insurance)，其理賠項目包括意外身故、意外殘廢以及意外醫療等項目。被保險重大傷害陷入昏迷不醒，經由其家屬簽立 DNR。其受益人或繼承人在被保險人善終後，可領取醫療、殘廢等項目之保險給付；

但關於死亡項目之保險給付，依現行《傷害保險單示範條款》規定（詳見表 9），為不予以理賠！對此，似可斟酌得以理賠之嚴謹配套措施。

（四）被保險人預立醫療自主計畫

國內《病人自主權利法》在未生效前，被保險人預立醫療自主計畫，將被認為為圖謀保險給付，而萌生歹念，不無潛藏道德風險。該法將於 2019 年生效施行，屆時被保險人預立之醫療自主計畫，經獲得醫師認可之鑑定，則恐難以認定係預謀故意自殺。準此而觀，被保險人如僅投保傷害保險，其因重大傷害之保險事故，而陷入長期昏迷，則亦應持相同之見解。

（五）被保險人積極安樂死之行為

依現行《刑法》之規定，國內被保險人實施積極安樂死之行為，仍不無觸及故意殺人罪嫌（第 13 條），其最大公約數為量刑從寬處罰，被保險人之受益人或繼承人請求保險給付則將遭拒賠。該缺口惟待產官學者取得共識，妥適增修訂《刑法》，讓某些條件之積極安樂死行為得以合法化。

七、結論

全球醫療科技創新，促使人類得面對延長生命、延後死亡等生死交叉風險；我國亦同。國內被保險人無意願忍受病痛折磨，採取自主終結生命、囑託醫師協助善終、委由受益人簽立 DNR 等情形，被保險

人持有之人壽保險、傷害保險等保險商品，其受益人、繼承人等保險給付權利，本文聊表淺見如下：

- （一）被保險人依據《安寧緩和醫療條例》、明年 1 月生效之《病人自主權利法》等法規而終結生命，其消極之自主善終行為，經保險公司確認不存在道德風險，則可將保險給付給付其受益人或繼承人。
- （二）國內被保險人為積極之自主善終行為，仍觸及故意殺人罪嫌，籲請可借鏡國外安樂死合法化之法案，斟酌增修訂《刑法》，確立積極自主善終得阻卻違法之條件。
- （三）被保險人拒絕醫療之行為，其實並不等於安樂死，亦不是協助自殺。關於人壽保險、傷害保險等保險契約條款，則可從法理情嚴格界定被保險人自主善終，可行使保險給付之侷限。

本文作者：

台灣產物保險股份有限公司

前法令遵循主管

