

複保險契約及效力談

謝紹芬

一、前言

工商社會普及化，帶給人類繁榮之虞，同步亦散播錯綜複雜之風險危害，風險移轉保險之理念，更成為人類生存不可或缺之安排。《保險法》明確「保險」之定義，為當事人約定，一方交付保險費於他方，他方對於因不可預料，或不可抗力之事故所致之損害，負擔賠償財物之行為（第1條）。據此，「保險」被視為一種準備，其宗旨為將可能面臨之風險，採取集體之財力成立互助協會，加入組織之會員需要付費，對於風險危害造成之損失，提供經濟資源之保障，成為保險之雛形，漸次演變成保險事業。該事業體之重要經營元素為「風險」，其核心價值為面對風險之侵襲，提供有效之協助及解決方案，風險移轉保險遂成為減輕或消弭風險危害之一種利器。

保險機制之運行，形之於契約文字，稱之為無形商品。參與該機制之成員，需要付出之代價，稱之為保險費，因此成為一種有賞契約，投保人繳交之保險費累積成為蓄水池，構成經營保險事業之主要基金。該基金對於財產保險商品，依約施展經濟補償功能；其對於人身保險商品，依約施展給付保險金功能。關

於經濟補償、給付保險金等，皆不能超越實際之損失，更禁止不肖之徒，操作保險機制為不當得利之違法行為。準此，要保人或被保險人向不同之保險人，購買相同之保險商品，其是否有所衝突？宏觀《保險法》規定、相關實務見解、大法官會議解釋第576號（以下簡稱大法官釋字576號）等，有感於完善複保險契約及其效力，殊值探討！

二、保險之保障職能

風險事故之損失具有不確定性，將風險移轉保險機制，參與該機制者（可涵蓋及個人、家庭、企業等）需要支付些許保險費，保險業發揮服務業之佛心，對於發生保險事故之受害人，應補償其經濟之損失；對於保險期間屆滿者應給付保險金，確立保險單持有人之權益；並展現排解風險危害之睿智。顯而可現，保險之保障功能，誠為經營該行業者之立業根基、特色、核心競爭力等。略述其特質如下：

（一）基本職能

參與保險機制之成員，在發生保險事故之損失時，保險業應依各該保險契約條款之約定事項，提

供產物損失之經濟補償、保險滿期之保險給付等保障行為。準此，保險之分攤風險、補償損失、定額給付等，堪稱為固有之基本職能，絕不會因時間變化、社會生態蛻變等因素而有所改變。

- (二) 補償損失功能適用於產物保險商品
- 保險業對於發生產物遭受損害之保險事故，在保險契約之有效期間內，依保險契約條款之責任範圍、保險金額等，按實際損失金額給予經濟補償。其經濟補償功能之適用範圍，並延伸及(1)對被保險人依法對第三人應承擔之賠償責任；(2)對商業信用違約行為造成經濟損失之補償等。

- (三) 保險給付功能適用於人身保險商品
- 人身保險取決於人之生命價值，且難以用金錢為計價，是以其性質全然不同於財產保險。人身保險之保險金額，為保險人應按被保險人之需要程度，繳交保險費之能力等，依從法律允諾之範圍、條件等，經雙方當事人在締約時協商告確定及生效。保險業依保險契約約定之保險事故、保險滿期等條件，依各個不同屬性之約定條款給付保險金。

- (四) 管理社會之風險危害
- 人類進程至 21 世紀，面臨全球化

之發展，風險事故無所不存在，控管風險危害、減少風險損失等，則成為社會管理之共同任務。保險制度運行之補償機制，使得已經存在之社會財富，對於災害事故造成之實際損失，能於經濟價值上得到補償；能於使用價值上恢復原狀，讓社會之運轉軌跡、秩序等得以永續推進。職是之故，產物及人壽保險業分別扮演著安定社會之重大貢獻。對此，可以察覺保險業從開發產品、制定保險費率、承保、理賠等各個環節，皆應具備識別、衡量、分析風險等專業知能，並應蒐集大量風險損失係數，提供社會風險管理者之有力數據。

三、複保險之態樣

國人意識到風險管理之重要性，風險移轉保險之思維受到青睞，出現重複購買相同之保險商品，強化對生命身體財產之安全保障。《保險法》對於複保險之規定，為要保人對於同一保險利益，同一保險事故，與數保險公司分別訂立數個保險之契約行為(第 35 條)。立法者為防範複保險契約衍生之弊端，對其設計某些制約(詳見表 1)，規避被保險人經由締結複保險契約，獲得超過實際損失之保險金額，引爆不當得利、道德風險等違規行為。特略述複保險之態樣如下：

表 1、複保險條文及內容

條文	內容	備註
第 35 條	複保險，謂要保人對於同一保險利益，同一保險事故，與數保險人分別訂立數個保險之契約行為。	
第 36 條	複保險，除另有約定外，要保人應將他保險人之名稱及保險金額通知各保險人。	
第 37 條	要保人故意不為前條之通知，或意圖不當得利而為複保險者，其契約無效。	
第 38 條	善意之複保險，其保險金額之總額超過保險標的之價值者，除另有約定外，各保險人對於保險標的之全部價值，僅就其所保金額負比例分擔之責。但賠償總額，不得超過保險標的之價值。	

(一) 善意複保險

依《保險法》規定：要保人為複保險時，應將他保險人之名稱及保險金額通知各保險人(第 36 條)；同法並規定保險業知情要保人重複投保，其屬於善意複保險者，各保險人在理賠給付時，應依據要保人之保險金額，按比例分擔理賠責任(第 38 條)。申言之，要保人向不同保險人重複購買相同之保險商品者，並已依法完成通知；但其保險金總額超越保險標的之價值，在發生保險事故時，各保險人按其所投保之金額為比例分擔，亦即對保險標的之全部價值，分攤一部分之責任。從保險之損害填補原則而言，前開規定在於防止被保險人領取超過財

產損害之保險給付，形成不當得利之違法行為。為維護保險市場之交易秩序、降低交易之成本、健全保險制度之發展等，應屬合理之限制。

(二) 惡意複保險

《保險法》另行規定，要保人故意不為通知，或意圖不當得利而為複保險者，其契約無效(第 37 條)。據此，惡意複保險之法律效果為無效；其究應全部契約無效？抑或僅後面成立之契約無效？按 76 年台上字第 1166 號判例略云，「... 複保險之成立，應以要保人與數保險人分別訂立之數保險契約，應同時並存為必要。要保人先後與二以上之保險人訂立保險契約，先行訂立之保險契約，

即非複保險，因其保險契約成立時，尚未呈現複保險狀態。要保人嗣後再與其他保險人訂立保險契約時，故意不將先行訂立保險契約之事實，通知後保險人者，其成立在後之保險契約應屬無效，非謂成立在先之保險契約亦屬無效。…」據此，其僅為後訂立之保險契約無效，而成立在先之保險契約效力則不受影響。

(三) 適用於損害保險商品

財產保險亦稱為產物保險，係以各種財產、責任等為保險標的之保險，其主要目的在於補償要保人或被保險人之經濟損失，屬於一種社會化之經濟補償制度。類此商品主要標的為「財物」與「責任」，其大致可分為火災、海上、陸空、責任等五大險種；另外還存有經主管機關核准之其他保險商品。據此，保險業銷售前開各保險商品，吻合保險之損害填補原則，則應依《保險法》有關複保險之規定（詳見表 1），行使權利及履行義務。

(四) 不適用於人身保險商品

《保險法》有關複保險之規定，原本分別適用在人身保險、財產保險等。2004 年大法官釋字 576 號，闡明人身保險並非以填補被

保險人財產上之損害為目的，被保險人之生命、身體完整性無法以金錢估計其價值，其無從認定保險給付是否超額，僅得於締約時，事先約定一定之金額，做為事故發生時給付之保險金額。據此，人身保險契約並無不當得利之情節，是以無庸受到複保險之制約（詳見表 2）。

四、保險業因應複保險之迷思

依《保險法》規定之人身保險，包括人壽、傷害、健康、傷害、年金等保險，關於重複購買各該保險，會不會造成契約無效？由於長期以來持有不同之見解，經彙整最高法院裁判要旨、大法官會議釋憲等見解（詳見表 2）。持肯定說者，認為人身並非絕對無價，保險金額過高，容易造成道德風險；持反對說者，認為人身無價，複保險之規定應限於財產保險，不應及於人身保險。本文針對表 1、表 2 等有關複保險之規範，略述保險業面臨之迷思如下：

(一) 舉證困惑

按現行之規範，損害保險在於彌補財物損失，應適用複保險之規定，應受制重複投保之約束；人身保險採取定額理賠，不適用複保險之限制，則可以為重複投保。但事實上，保險消費者一次購買

表 2、複保險實務見解

規範	適用範圍	備註
最高法院 87 年台上字第 1666 號判決	複保險之規定僅限於財產保險，而不及於人身保險。	人身保險涵蓋人壽、傷害保險、健康等保險契約。
最高法院 91 年台上字第 1992 號判決	人身保險與財產保險皆應透過「惡意複保險之規定」，抑制道德風險。	
2004 年大法官釋字 576 號	複保險之規定僅限於財產保險，而不及於人身保險。	

或重複購買超越可能損失之高額保險契約，在成為要保人或被保險人後，藉由保險契約為不當利益之歹念，或伺機謊報保險事故、故意製造事故等，保險業卻面臨舉證困難、無法舉證因果關係等情境，惟有履行保險給付之風險，該事端不論是人身保險、財產保險等皆可能發生。

(二) 經營危險

關於人身保險之壽險部分，其身體疾病、年齡、職業等，在契約成立時已經列為慎重評估之事項；而財產複保險之危險增加，則是顯然不相同。保險業在承保之「前契約」成立時或成立後，可能察覺被保險人不正當請求之端倪，因缺乏因果關係之證據，從而陷入經營危險之情境；但其必然慎思承保「後契約」之意願。另外，保險業在承保「前契約」時，未必預見風險危害，直至複保險契

約生效後，始逐漸孕育而成，同樣會提增保險業之經營風險。

(三) 人身保險商品不適用複保險

依據大法官釋字 576 號，闡明生命、身體健康等，無法透過法律技術明確規範之定價，遂認為人身為無價，不宜適用複保險之規定；但其究應擴張及於健康、疾病、醫療等保險商品，本文認為有待商榷。務實而言，人身無價應該針對人壽保險契約部分，在於保護被保險人生命身體完整不受侵害，是以保險單設計為定額給付。關於醫療、健康、疾病等保險商品，應為被保險人經濟上可能估計之損失，用以填補被保險人因支出醫療費所產生之經濟損失，不得因而出現不當得利之行為，是以本文認為仍應歸類為損失補償保險，方能防範逆選擇及道德風險。

(四) 複保險無效之認定標準不無僵化

現行《保險法》明定要保人對於存在之複保險契約，故意不為通知，其契約則無效(37條)，其亦襯托出「通知」屬於重要事項，本文認為產官學者可研擬修法歸類在《保險法》規定之特約條款(詳見表3)。要保人依特約條款之規定，向保險業通知複保險之事實，讓其得以藉機檢視風險胃納量、理賠經驗等，經認定風險過高不願繼續承保者，應於一定時間內為解除契約；如認為足以承擔已經存在之危險事實，則不得在發生保險事故後抗辯複保險契約之效力(詳見表3)。該認定標準不但彈性化，而且符合實際之需求，並切合保險之最大誠信原則。

五、法定傳染病保險商品重複投保省思

國內橫行多年之法定傳染病-新冠肺炎疫情(下稱冠疫)急遽升溫，政府

原本為清零之防疫政策，嗣後改變為與病毒共存。保險市場為因應該疫情風險之保障需求，保險業本於安定社會之風險管理經驗，從2020年3月起陸續開辦特定保障之防疫保險商品。類此新商品之開發，富有創新服務業之形象，並維繫社會正常運行之核心價值；但亦應妥善評估可承受風險之胃納程度，圓滿達成保障保險單持有人之權益，展現保險為值得信賴之保護網。略述該商品內涵如下：

(一) 歸類為人身健康商品

防疫保險商品為承保人身健康之商品，其主要之理賠項目為「確診」及「隔離」，保險業對於發生保險事故者，分別為定額給付保險金。依據大法官釋字576號，認定之人身保險並非為填補被保險人之財產損害(詳見表2)，其適

表3、保險契約之特約條款規範

條文	內容	備註
第66條	特約條款，為當事人於保險契約基本條款外，承認履行特種義務之條款。	
第67條	與保險契約有關之一切事項，不問過去現在或將來，均得以特約條款定之。	
第68條	保險契約當事人之一方違背特約條款時，他方得解除契約；其危險發生後亦同。 第64條第3項之規定，於前項情形準用之。 (自保險人知有解除之原因後，經過一個月不行使而消滅；或契約訂立後經過二年，即有可以解除之原因，亦不得解除契約。)	

用範圍涵蓋健康疾病傷害等醫療保險商品，因此冠疫風險之防疫保險商品可不適用「複保險」之規範，是則對於相同之人購買多張防疫保險商品應該予以認可。

(二) 風險胃納量

依據金融監督管理委員會保險局公布之數據，國內開辦有關冠疫之防疫保險商品，截至本(2022)年9月19日為止，防疫保險商品之保險費收入為新台幣(下同)45億2千萬元，理賠金額竟然高達777億六千萬元，為保險費收入之17倍。單就本年9月12日至19日短暫之7日，其理賠金額約達64億元；推估每周之理賠金額約達60億元，按該持續增加之理賠數據，彙整2022年開辦網路投保之保險業，紛紛「暫停受理」(詳

見表4)。準此而觀，保險業可以負荷風險之胃納量，顯然超越原本之預估數值，造成當前面臨之鉅額理賠金，極可能拖垮營運之財務。

(三) 逆選擇 (Adverse Selection) 及道德風險 (Moral Hazard)

2001年諾貝爾經濟學獎得主之一為George Akerlof教授，曾提出當市場各參與者存在之資訊不對稱，則容易產生逆選擇、道德風險等。其中之「逆選擇」指向在事前之契約簽訂或交易完成前，因交易雙方持有不同情境之資訊，從而存在資訊不對稱，其資訊相對缺乏之一方，為避免因資訊缺乏受損害，反而經常作出損害自身之選擇。當下，窺伺保險業開辦冠疫風險之防疫保險商品，呈

表4、【2022防疫保單】線上投保(截止日2022/07/19)

保險公司	保險費	隔離補償	確診補償	備註
和泰	1,449元	3萬元	5萬元	1. 目前已暫停受理。 2. 目前投保內容含「隔離確診補償」之防疫保單皆已下架。
兆豐	672元	2.5萬元	5萬元	
中國信託	345元	1萬元	5萬元	
新安東京海上	475元		5萬元	
國泰	417元	5千元	3萬元	
旺旺友聯	833元	1萬	2萬	
泰安	670元	1萬	1萬	
富邦	625元	5千元	1萬元	

資料來源：彙整「2022 多家防疫保單比較！防疫保單保費？理賠條件？」2022.07.19，網址：<https://www.stockfeel.com.tw/%E9%98%B2%E7%96%AB%E4%BF%9D%E5%96%AE-%E6%AF%94%E8%BC%83/>。

現出未能明確掌握可能引發風險危害之大數據，導致不能確切精算合理之保險費。保險消費者藉機購買多張相同之商品，觸犯不當利得之道德風險，並非不可能。

(四) 冠疫確診風險移轉保險之疑義

近兩年以來，國內保險業針對冠疫開辦相關防疫保險商品，豈料其確診案例激增，造成保險業所承保之防疫保險商品不堪賠累，快速累積成巨額賠款，儼然為一種巨災之風險危害。從風險管理之視角，關於冠疫之確診、隔離等風險移轉保險，保險業規劃為「定額給付」是否為妥適？是否切合對價平衡原則？是否得以順利安排再保險？本文認為類此疑義有待斟酌！

(五) 檢視大法官釋字 576 號之妥適性

《保險法》規定保險分為財產保險及人身保險（第 13 條第 1 項），該分類標準導致面臨解釋上之困難，其實不應以形式之分類為標準，而應從保險之實質功能決定。保險之目的在於填補被保險人所受之損害，其應以客觀之經濟價值需要填補者，為具體損害或抽象損害。冠疫風險之防疫保險商品，其主軸為解決被保險人確診之後續醫療費用，性質應該傾向「損害保險」之「必要性費用」，

宜受到《保險法》之複保險制約，禁止被保險人藉著重複投保，而領取不當得利。保險業將該商品規劃為定額保險，給付項目涵蓋隔離、確診等，皆為定額之一次性給付（詳見表 4），不無規避複保險之規定（詳見表 1、2）。職是之故，大法官釋字 576 號為針對人身保險之抽象損害，卻未論述其具體之損害，本文認為產官學者宜鄭重檢視該解釋文之合規及合宜性。

六、結語

按私法自治原則，各個契約皆應經雙方意思表示一致而告成立，複保險契約亦同。該契約原本皆受到《保險法》之制約（詳見表 1），旋因 2004 年大法官釋字 576 號（詳見表 2），確定複保險適用在產物保險，用以補償經濟上之損失；人身保險因為人身無價，其屬於抽象之損失，採取定額給付，從而不適用複保險之規範。事實上，人身價值不能以金錢計算，應該是針對人壽保險而言；有關人身保險之健康、疾病、醫療等保險商品，即便是採用定額給付，其本質仍可計算實際之經濟損失。冠疫風險之防疫保單，其保險事故為「被保險人確診」或「受匡列隔離」，保險業對於被保險人造成之損害，設計為「定額給付保險金」，被保險人經確診或被隔離，即能領取一定額度之保險金，還可以重複購

買。對此，保險業顯然缺乏精算保險費之大數據，其可承受之胃納能量勢必堪慮，遂造成慘賠（詳見表4），並重創其財務。本文併抒淺見如下：

（一）檢視大法官釋字 576 號適切適用對象
 複保險契約發展迄今，引人詬病者為人身保險之醫療、疾病、健康等保險商品，並非抽象之損失，而應為支付醫療等費用之經濟損失，是以大法官釋字 576 號之適用對象，應該侷限在人壽保險契約。

（二）維繫保險機制之健全發展
 保險業對於保險事故設計為定額給付，被保險人刻意為重複投保，促成符合請求保險給付之條件，甚而還故意製造保險事故獲利，不但損及保險機制之健全發展，而且折損政府布局防疫保障之美意。

（三）保險業應妥善安排可保風險

保險業承保冠疫風險之防疫保險商品（涵蓋複保險契約），衡情理賠金額與保險費收入（詳見表4），顯現承擔風險之胃納量超越預估數值，勢必波及營運之財務。對此，保險業應妥善精算保險費之可負擔性、取得再保險之支撐力道等，始吻合保險保障功能之真諦。

（四）「通知複保險」事項歸類為特約條款較具彈性

現行《保險法》明定保險契約之要保人故意不通知複保險，其契約無效（37 條），明確複保險契約之通知，為法律上之義務；但亦彰顯誠屬重要事項，感覺修法歸類為保險契約之特約條款，可賦予保險業彈性運行。

本文作者：

台灣產物保險股份有限公司前法令遵循主管



免費服務電話 0800-221-783

強制汽(機)車責任保險專屬網站 www.cali.org.tw



廣告