

行銷重大疾病保單應有的認識

張仲源

一、問題的緣起

在一次保戶爭議調處委員會上，某位重大疾病保單的被保險人因突發腦中風(CVA)入住加護病房五天後隨即身逝的案件，引發熱烈的討論，原因是保險公司主張：「依據保單條款約定的條件，被保險人罹患中風後，必須有六個月以上，其日常生活全需他人扶助而後可。今被保險人中風五天即身故，不符保險金給付的要件，保險公司自無給付的責任。」然而，會中消保官首先發難，認為「此種條款不符消費者保護的原則，保戶既然中風屬實，豈可再以必須有六個月以上日常生活全需他人扶助為條件約束的道理。」

這位消保官站在維護消費者的立場仗義執言，固是其職責之所在，然而保險公司行銷的重大疾病保單，既是經過保單審查委員審查過，何況審查委員中亦有具消保官身分者，則保單有關的此一約束豈有未經討論者？有問題

的是，保險公司在行銷重大疾病保單時，就何謂重大疾病的意涵，是否讓保戶充分的了解？或保單條款就對保戶不利的條件是否未依〈消費者保護法施行細則〉第十二條之規定，其「字體、印刷或其他情事，致(消費者)難以注意其存在或辨識：」。

本文即在此點出發，探討保險公司在行銷重大疾病時應有的認識，藉以避免不必要的誤解。

二、現代重大疾病保單形成的背景

早在一八八六年，瑞士就已針對某些特定的疾病予以承保，當時承擔的所謂特定疾病，僅限於因急性傳染疾病而導致的死亡，因而其死亡保險費異常的低，而且保險公司根本無需作核保即逕行發單。

到了一九五一年，瑞士的壽險公司另以「慢性病死亡」為保障範圍，其中還附帶有確病後住院達九十天後身

故的住院費用責任，此一舉措，使保單進一步兼顧到被保險人因住院醫療及死亡所給其家庭造成的損失，可說是重大疾病的雛形於焉成形。

然而成為現代重大疾病的鼻祖保單則非南非的 crusader 壽險公司於一九八三年推出的產品莫屬，它有兩種形式，其一是定期險 (Lifetime benefit)，它提供保險金額的二五%作為提前給付；另一是終身險 (Survival Assurance)，它提供的是五〇%的提前給付。而其保障範圍皆以心血管疾病，尤其是心臟病，為該險的主要內容。其他各國看到它具有相當大的賣點，爭相仿效，於是，有些公司不斷地增加保障的內容，有些公司在首次確診即予以給付，有些公司則不只一次給付，甚至對被保險人所患的同一疾病甚或其他疾病，皆可一再的申請。因為市場是如此的混亂，一方面對重大疾病缺乏明確的定義，而承保的範疇亦各有千秋，以致招來很多爭議，其要點如下：

1. 人壽保險的主旨是長期的安全性而非對個體健康毫無依據的擔心（平情而論，此一論點較為吹毛求疵，畢竟它比發展投資型保單更符合保險的精神）

2. 重大疾病保險產品的保障範圍不夠廣泛（對當時 crusader 公司指保障心血管疾病中的心肌梗塞而言，確實是值得批判，畢竟，單以心血管疾病來說，亦不只心肌梗塞，尚有腦中風、腎臟疾病，卻未列入考慮）

3. 重大疾病存在逆選擇之風險（這也是雞蛋裡挑骨頭，所謂「無危險即無保險，無損害即無賠償」。吾人只能說它因為一次性高保險金給付，或是無限制的理賠，如癌症住院，容易使拒賠的數量增加而爭議不斷，致影響保險公司的形象。）

4. 對於重大疾病保單，其保險費計算缺乏精算基礎，雖然，仍有很多人認為以上各點皆容有改進的空間，除非它沒有市場，之所以對罹患重大疾病的被保險人給予一次性的保險金給付，其實是著眼於患者造成不可逆或永久性傷害的疾病，因此給予一次性的給付是應該的。不論如何，「有市場」這一立論最是實際，重大疾病若無賣點，它不會有今日的蓬勃。

三、重大疾病保單之保障的概念

前面，筆者以大篇幅介紹重大疾病保單形成的背景，主要是讓大家了解重大疾病保單能夠有今天的面貌呈

現在投保大眾之前，並非一朝一夕，一蹴即成的，它也是經過千錘百煉而後才獲得下面要談的共識：

1. 重大疾病站在疾病的審查及理賠作業的角度來看，它固是健康險的一環，但是，站在核保的角度來看，由於必須明確偵知其保前的既往症狀，俾供危險評估的依據，加上其保額的訂定，除需顧慮其醫療支出的額度之外，對於該病造成的於其家庭的負擔以及身後責任的考量，其實頗契合定額給付保險的性質，因此說它是壽險商品的延伸，亦未嘗不可（傷害險亦係壽險商品切割出來的保險），換言之，它所承保的風險通常緣自於壽險的保險。

2. 重大疾病保單承保的疾病，帶著濃厚的隨機選擇的特色，意指其承保範圍不應存在逆選擇的道德危險，亦即被保險人在訂定本保單之前若有任何不適，也不因而致令被保險人興起罹癌或可能將會有不斷的醫療行為之聯想，而引導他去購買此種保單。

3. 重大疾病保單保障的疾病，其定義必須是列舉而且明確的。所有能令人致命的疾病，對病患而言，都是重大的疾病，但不表示致命便是重大，它還有深層的內容，

為恐在疾病是否重大上面產生爭議，保單在保障範圍方面，除了應該列舉之外，對列舉的疾病猶須加以明確的註解，試舉「腦脊髓炎」為例：

A. 必須是細菌感染產生嚴重的腦膜發炎，最終肇致重要的，永久性的神經障礙。

B. 該細菌應非 AIDS 或梅毒等性疾病引發的。

C. 是否細菌感染應經腰椎穿刺術證明其 Cerebrospinal fluid 受細菌感染（依目前的醫療認定方式）。

D. 是否肇致重要的，永久性的神經障礙，必須經神經病理專家透過專門儀器的檢查得出的結果認定。

E. 必須被保險人得病後，經過一段約定的生存期間 (survival periods)，且這期間的日常生活全需仰賴他人扶助而後可 (ADL, Active Daily Living, 通常各保單對此一約束皆有其要求的要件)

在定義方面，幾乎各種疾病皆有其認定的界限，譬如進行冠狀動脈繞動手術者 (By Pass) 通常要檢視其是否有頑固性心絞痛的治療病史，其前降支、迴旋支，或右冠狀動脈中有一支的血管腔狹窄大於七〇%或三支皆有五

○%以上的狹窄。因此，行銷此保單之前應和專門科醫師就各類疾病作深入的探討，俾訂定出必要的認定方式。

4. 重大疾病的經濟損失，對罹病者而言是夠大的，對罹病者的家屬來說，其負擔也是不可言喻的。所謂一人中風，全家發瘋，正是指此。所以前面提到，並非所有致命的疾病都是重大的疾病，此一部份事實上正是否係重大疾病的訂定標準。以腎衰竭患者的常年「腎透析」為例，它不只令患者本身無法工作，花費也夠大，而且拖上十年以上的並不少見，雖然目前健保局對此已有給付，致其醫療支出的費用減輕，但是，其對家庭經濟的損失還是可觀的。

5. 疾病本身的發生率是可以預測的。健保局每年都有批露有關社會大眾求診的狀況及分析，基本上，每一國家都有不同。依據科隆再保公司二〇〇〇年的觀察，三大核心重大疾病（癌症、心血管病以及中風），大都以理賠癌症為主軸，約在七〇%以上，只有南非約在三七%左右（但它在心臟方面的理賠卻高達五〇%），台灣則和鄰近的日本、香港，有接近的比重，約在八五%以下。

6. 對保險公司而言，不會產生巨災的損失，主要的

原因在於重大疾病的發生，或源於家族遺傳，或源於宗教（如以色列婦女因嬰兒割禮的緣故而少子宮頸癌），或源於生活品質（如台灣因吃食衛生習慣而產生肝癌特多的國家）等等，基本上，它不會傳染，因此，對保險公司而言，只要發生率算準，有一定規模保戶，即可有良性的經營效果。

四、重大疾病保單的核保

重大疾病保單的核保，因保障內容的不同而有出入。有的保單有提前給付，即保戶確定罹患重大疾病的話，保險公司會就先就保險金額中提撥一定的百分比先給予被保險人；有的保單只將它當作壽險附約的一部份，因此保戶在未來若因重大疾病身故，則有重大疾病身故給付；有的保單即以重大疾病作為獨立型的保單，除給付醫療費用的支出外，尚有身故給付等形形色色的保單內容。不論如何，作為重大疾病的核保人員，在核定保戶要保的額度時，必須要考慮以下的要點：

1. 每一重大疾病發生時的生存期間之醫療費用之約數，此一部分可以在保單訂定時，即可就個別的疾病訂定出標準，因此問題不大，如行冠狀動脈繞道手術時，其

給付額應訂出其購買單位的多少倍，或重大燒燙傷的給付額約定以保額的多少百分比做為給付準據。由於它是客觀的，核保上不是很困難。

2. 對於重大疾病發生後，為繼續其生存對家庭應負的責任，基本上，它是較為困難的部分，因為重大疾病給付的目的非在因此而獲益，是以財務核保便顯得極為重要。但是，一般談財務核保，通常會要求保戶提供資產負債表的概況，其實在我國作此要求是有困難的，因此不妨以如下的方向考量核保的方向：

a. 被保險人子女的年齡為考量

年 齡	被保險人年收入的倍數
七歲以下	十倍
未滿十四歲	八倍
未滿二十歲	五倍

b. 以被保險人的年齡以及罹患重大疾病後平均生存期間考量其保額

年 齡	被保險人年收入的倍數
未滿四十歲	七倍
未滿五十歲	五倍
未滿六十歲	三倍

c. 無收入者，依重大疾病的平均醫療支出及其家庭可能產生的負擔考量，譬如建立在該疾病重在其日常生活全需仰賴他人扶助的方向考量時，應以該年齡層罹患此一疾病後的平均生存期間，以及此期間的起碼費用作為考量，但是，此時應同時考量其繳費能力及其生活來源。

d. 與貸款償還有關的業務，仍以個人保單核保的方向考量，但不建議接受團體保單，除非該團體是符合團體的要件之團體，而不是團單個賣者，雖然，在核保上仍應有如下的注意點：

d-1 保額方面宜以全公司（或團體）平均加權的保額作基準，其保險費的計算只能在費率方面有所讓步，危險保費切忌殺價。

d-2 團體人數應以全員參加為宜，但董監事則不宜參加（避免藉此名義參加而產生逆選擇）。

d-3 人數太少的團體（三十人以下，仍應以個人核保的方向為指導原則）。

五、重大疾病保單的理賠

理賠人員在處理理賠時經常面臨下述的課題：

1. 認知上的差距

它不僅指理賠人員認知上的不足，譬如一般理賠人員總認為原位癌非癌，如最常見的有子宮頸癌，但最近的醫學研究報告已傾向推翻此項見解；有時理賠人員和被保險人之間認知上的差距亦是問題的癥結所在，本文開頭之問題的緣起，指的便是此點；再者，醫界本身存在的爭議亦使理賠人員和保戶之間存在著糾葛，如癌的併發症，有的醫師認為治療癌症產生的不適或變化，如插管之於食道癌患者，亦是癌的併發症。

2. 醫療科技的演進與醫、病關係的變化

建立在定額給付保單之核保上面的誠實告知，即保險法第六十四條，未來在保險經營上會慢慢失去其效益，因為醫療科技的進步，會讓不實的保前既往症因容易拖上兩年而使保險公司失去其依附，此際，連保險法第五十一條「訂定保險契約時，危險已存在」的規定同樣使不上力。

其次，由於醫療科技的進步，重大疾病被治癒的可能性愈來愈大，因此，提前給付的重大疾病保單會成為人們的最愛，其生存保障會是很大的逆選擇，何況得重大

疾病之人，最後又未必死於該疾病，如洗腎者死因多非腎疾，因此以死於重大疾病才給付的附約慢慢地不受歡迎，而有改弦更張的必要。

再者，醫療科技的演進，使原來保單所下的定義會產生不合符節之處，如化療不再限於靜脈注射化學藥品，自體骨髓移植已有取代異體骨髓移植之勢，基因醫學的進步，未來器官移植會更普遍。加上社會結構和人口結構的急速解構，使得住院的醫療產生質變。

六、結論

重大疾病保單不可能期望其放諸四海，恆久不變，其項目會與時俱變（含認定要點），尤其預防醫學及強制醫療的趨勢使英國的ABI（Association of British Insurers）其所以每兩年即會公布一次重大疾病的範圍，認定的定義以及理賠的重點，便是看到它的變化特大之故；爰藉此提出作為參考，並作為本文的結語。

（作者：人壽保險公會顧問）