

卷宗編號：730/2023

( 民事上訴卷宗 )

日期：2024 年 4 月 11 日

主題：

- 保險合同
- 對風險的惡意不聲明及不正確聲明
- 合同的撤銷
- 重要錯誤

### 摘要

要判斷原告在投保時是否出於惡意，需要審視投保人是否刻意不聲明或不正確聲明就診及疾病記錄。

為此，需要通過客觀事實來判斷投保人是否違背誠實，刻意不聲明或隱瞞就診及患病記錄，以達至保險公司接受其投保申請之目的。

原告在提交投保申請後被安排接受體檢及回答相關健康問題。儘管原告沒有專業醫學知識，無法準確說出具體疾病名稱，但他在體檢時僅向醫生提及“約一個月前因雙眼視物模糊到珠海當地醫院就診，檢查示眼睛充血”，卻未申報其於最近三個月因眼睛問題在珠海醫院的就診經歷。這顯然表明他對過往病歷的交代存在不足，但這並不足以證明原告未完整申報就診記錄及疾病診斷的行為具有惡意。

另外，被告亦未能證明這些資料在接受原告的投保申請過程中起到了決定性作用。

事實證明，原告並沒有完全隱瞞眼睛的問題，只是交代得不夠

充分。如果被告認為這些病歷信息重要且會影響保險風險評估，他們應該進一步要求原告作出詳細解釋。甚至，被告可以通過投保申請書中原告的授權，向任何機構、組織或個人查詢原告的健康狀況、病歷、治療或諮詢記錄。

然而，被告既沒有要求原告就其聲明的病歷作進一步解釋，也沒有行使授權向其他機構或實體查詢原告的病歷資料。這顯然表明，被告對於原告可能存在的病歷並不十分在意。

在本案中，由於未能證明如果被告知道原告遺漏申報了案中所涉及的病歷，就絕對拒絕接受原告的投保申請，或者即使接受申請也會設定限制條件，因此這不符合撤銷保險合同的要件。

裁判書製作人

---

唐曉峰

# 中國澳門特別行政區 中級法院合議庭裁判

卷宗編號：730/2023

( 民事上訴卷宗 )

日期：2024 年 4 月 11 日

上訴人：(A)公司 ( 被告 )

被上訴人：(B) ( 原告 )

\*\*\*

## 一、概述

(B) ( 下稱 “原告” 或 “被上訴人” ) 向初級法院民事法庭針對 (A)公司 ( 下稱 “被告” 或 “被上訴人” ) 提起宣告之訴，要求判處被告支付醫療賠償及遲延利息。

案件經審理後，原審法官裁定原告提起的訴訟理由部分成立，判處被告須向原告支付 311,468,58 澳門元的賠償及法定利息。

被告不服，向本中級法院提起平常上訴，並在上訴的陳述中點出以下結論：

“1. 原審法院作出了判決，並裁定 “原告的訴訟理由部分成立，判處被告向原告支付賠償合共 311,468.58 澳門元，加上自傳喚被告之日起至完全支付之日按法定利率 9.75% 計算的法定利息” ；上訴人並不認同，並提出上訴；理由分述如下：

2. 首先，上訴人認為現有事實事宜、卷宗證據及證言已足以顯示被上訴人之惡意。

3. 原審判決認為，本案例中未能證明被上訴人是故意向上訴人隱瞞就診及疾病

記錄，並認為被上訴人沒有申報的原因是：“可能被上訴人是因為疏忽忘記申報”、或者“被上訴人認為申報了最近一次就眼疾就診之事宜已足夠”、或是“被上訴人不清楚自己獲診斷之疾病名稱”，又或者是因為“被上訴人忘記了自己曾於 2019 年 12 月 26 日及 2020 年 1 月 3 日就眼部問題就診而忘記向被告作出申報”。

4. 對此，除應有之尊重外，上訴人並不認同。

5. 從正如原審判決之已證事實第 16 點可以得出，被上訴人於 2019 年 12 月至 2020 年 2 月之僅僅 3 個月期間，於同一間醫院，就同一個部位(眼睛)就已經就診了三次。

6. 根據卷宗第 344 頁及背頁、第 345 頁以及第 345 頁背頁的病歷資料顯示，被上訴人每次就醫，醫生都不會只是開出被上訴人所聲稱的眼藥水之處方，反而會開出多種口服藥以及中草藥之藥物，以對被上訴人作出治療，甚至建議被上訴人住院治療。

7. 既然被上訴人已被建議住院治療，即情況已屬於嚴重，但被上訴人卻沒有對此作出申報。

8. 根據一般經驗法則，每次就醫後，病人均會被告知其被診斷之病情及獲得相關診斷記錄。

9. 因此，即使是任何一名不懂得醫學名詞之人，都理應能理解到病情之嚴重性，尤其是自己在 3 個月內在同一醫院中治療 3 次、被建議住院、被開出多種處方藥以及被告知類似“暴盲病”等等之病情描述。

10. 但是，被上訴人在作出投保申請時，於眼部病情之申報中僅說明“約一個月前因雙眼視物模糊到珠海當地醫院就診，檢查示眼睛充血(具體不詳)，眼藥水治療後症狀消失。”(見原審判決第 7 頁已證事實第 24 點)

11. 而沒有申報第 16 點事實提及的第一項及第二項就診及疾病記錄，以及於 2020 年 2 月 26 日在珠海市 XX 醫院就診時獲診斷之疾病為視網膜靜脈阻塞。(原審判決之已證事實第 29 點)

12. 經比對被上訴人之申報內容以及被上訴人之真實就診經歷及診斷內容，可發現不論是症狀、病情還是處方治療方案等方面兩者均不一致，被上訴人故意向上訴人隱瞞了其真實病情。

13. 另外，被上訴人之證人謝文靜在庭上表示，保險經紀在接受投保當時所詢問之問題為半年內有否看過醫生、有何及為何不適，而被上訴人之回覆僅指出看過一次醫生，僅為眼睛充血及滴眼藥水後康復，且沒有表示眼睛有其他不舒服。

14. 被上訴人完全沒有提及自己短時間內多次就醫、獲開多種不同處方藥及被建議住院之事實。

15. 因為根據經驗法則，短時間內就同一部位去同一醫院就醫三次且獲告知“暴盲”等疾病描述及入院治療等建議之人士，絕對不會疏忽忘記。

16. 即使無法說出疾病之醫學名稱，對於就醫之次數及醫生之建議，或者用自己之認知說出有關疾病之狀況亦是可以的，況且上訴人之保險經紀並不是詢問疾病之醫學名稱，而僅僅是要求被上訴人說出半年內看過醫生的次數及疾病情況。

17. 相反地，對於被上訴人之其他已經獲確定處理之疾病，其則主動及較為完整地作出申報，正如已證事實第 24 點中關於 2018 年之交通意外申報(見原審判決第 7 頁)以及關於前列腺疾病之部分。

18. 從上述情節中可以發現，被上訴人僅對已經確定治療處理之病情作申報，對於未經處理之病情則作出隱瞞，並藉此獲受保及將有關疾病納入投保範圍內。

19. 因此，上訴人認為原審法官在原審判決中提出之“可能被上訴人是因為疏忽忘記申報”、或者“被上訴人認為申報了最近一次就眼疾就診之事宜已足夠”、或是“被上訴人不清楚自己獲診斷之疾病名稱”，又或者是因為“被上訴人忘記了自己曾於 2019 年 12 月 26 日及 2020 年 1 月 3 日就眼部問題就診而忘記向被告作出申報”之見解並不成立。

20. 另外，原審判決認為“考慮到一般長者難以清楚了解自己被診斷患有之疾病的專業名稱(...)”；然而，根據卷宗的資料，在投保當日，被上訴人為 58 歲，並

未達致對就診的次數、被建議住院、醫生給予的藥物等非專業的資訊均不知悉的年紀。

21. 被上訴人在明知其病情的情況下卻故意作出隱瞞，沒有以完整及明確方式向被告申報就診紀錄及疾病診斷，因為被上訴人知道若作出如實申報，上訴人則不會接受被上訴人之投保。

22. 正如上訴人之證人李 XX 於庭上指出，若被上訴人在填寫投保申請時如實申報過往的病歷資料，尤其是醫生建議需住院而還沒有住院的情況下，上訴人不可能接受被上訴人之投保。

23. 因為在被上訴人還沒有進一步入院處理已經被診斷出來的疾病，以及沒有住院記錄的情況下，上訴人並沒有可能對保單作出審核。

24. 此外，如果在這種情況下如果接受投保，則投保人很大可能將在受保後短時間內就需住院治療，繼而向保險公司索償。

25. 而事實上，在投保之半年後，被上訴人就於 2020 年 11 月因眼部問題兩次入院進行手術，並向被上訴人提出了索償。(見已證事實 17 及起訴狀文件附件 5)

26. 基於上述之種種理據，尤其是透過卷宗的資料顯示，被上訴人在於 2019 年 12 月至 2020 年 2 月期間三次就醫，且在醫生建議住院的情況下拒絕住院；其後便在 2020 年 4 月 2 日作出投保申請，在保單生效後，隨即於 2020 年 11 月兩次入院進行手術治療，繼而向被上訴人提出了索償等情節 (見原審判決已證事實第 1 點、第 16 點、第 17 點)，足以得出被上訴人惡意不聲明或不正確聲明先前所患之眼疾病史資料的結論。

27. 綜上所述，為著獲受保之目的，被上訴人於投保時已獲悉其病情但故意作出隱瞞，從而欺騙了上訴人，且是“故意”及“惡意”為之，致使上訴人錯誤地接納相關保單，故根據《商法典》第 973 條及第 974 條之規定有關保險合同應被撤銷。

28. 即使尊敬的原審法院認為在已證事實中未存有關於被上訴人之惡意及故意隱瞞之事實，但由於在上訴人之抗辯及陳述、卷宗內資料以及案件之調查或辯論中已可得出有關事實，且有關事實屬能補充或具體說明且對於上訴人所提出之抗辯理

由成立屬必需之事實，故根據《民事訴訟法典》第 5 條之規定，上文所述之事實亦應被考慮。

29. 正如葡萄牙 Tribunal da Relação de Lisboa 在案件編號 10381/2004-6 所作出的合議庭裁判之概要部分所指出之見解，當被保險人於作出聲明時聲明其健康正常而隱瞞重大疾病時，被保險人被視為惡意。

30. 綜上所述，基於原審判決於審查上述所有證據中違反了一般經驗法則以及違反了《民事訴訟法典》第 5 條以及《商法典》第 973 條及第 974 條之規定，應予以撤銷，並裁定基於上訴人已向被上訴人作出撤銷合同的意思表示(原審判決已證事實第 19 點)以及上訴人之抗辯理由成立，繼而裁定被上訴人之所有請求理由不成立。

31. 倘若尊敬的法官 閣下認為因原審判決之已證事實不足以作出上述裁定，則基於作出上述裁定之所有證據資料已在卷宗內以及所作之陳述或證言已錄製成視聽資料，故上訴人根據《民事訴訟法典》第 629 條之規定，謹向尊敬的法官 閣下聲請擴大有關事實事宜之範圍，以將被上訴人是否有意圖隱瞞上述病情及其動機納入需調查之事實事宜的範圍，以便作出審理，並裁定有關保險合同理應根據《商法典》第 973 條及第 974 條之規定被撤銷，繼而裁定被上訴人之所有請求理由不成立。

32. 倘若尊敬的法官 閣下不同意上述各見解，則上訴人認為保險合同因陷入重要錯誤而被撤銷。

33. 正如上述所述，若被上訴人在填寫投保申請時如實申報過往的病歷資料，尤其是醫生建議需住院而還沒住院的情況下，上訴人不可能接受被上訴人之投保。

34. 故此，被上訴人所不實及不正確聲明之內容對於訂定本案之保險合同而言是決定性因素，倘被上訴人如實申報而上訴人沒有陷入錯誤的話，有關保險合同並不會成立。

35. 根據《商法典》第 975 條第 3 款之規定，不論投保人是否帶有惡意，保險人因不實或不正確聲明而作出之給付理應按照假設其真實作出聲明時之合同狀態

作出，以避免投保人因有關不實或不正確聲明得益或致使保險人受損。

36. 本案中因被上訴人所不實或不正確聲明之內容致使上訴人於訂立合同時陷入重要錯誤，因此，《商法典》第 4 條以及《民法典》第 240 條及第 241 條之規定，本案之合同亦理應因被上訴人之不實或不正確聲明致使上訴人陷入重要錯誤而被撤銷。

37. 同時，因上訴人尚未向被上訴人作出有關給付，故根據《民法典》第 280 條第 2 款之規定，因法律行為未履行，上訴人得透過訴訟或抗辯途徑提出撤銷，而不受期間之約束。

38. 因此，根據上文所述之法律規定，本案之合同亦理應因被上訴之不實或不正確聲明致使上訴人陷入重要錯誤而被撤銷。

39. 綜上所述，基於原審判決違反了《商法典》第 975 條第 3 款、第 4 條以及《民法典》第 240 條、第 241 條及第 280 條第 2 款之規定，上訴人懇請尊敬的法官 閣下撤銷原審判決之決定，並裁定基於本案之兩份編號分別為 B42xxxxxx 及 M40xxxxxx 之保險合同為可撤銷，繼而駁回被上訴人之全部請求。

綜合所述，和依賴 法官閣下之高見，懇請尊敬的 中級法院法官裁定本上訴理由成立，並作出如下決定：

1. 基於原審判決於審查上述所有證據中違反了一般經驗法則以及違反了《民事訴訟法典》第 5 條以及《商法典》第 973 條及第 974 條之規定而被撤銷，並基於上訴人已向被上訴人作出撤銷合同的意思表示以及上訴人之抗辯理由成立，繼而裁定被上訴人之所有請求理由不成立；或

2. 倘若尊敬的法官 閣下認為因原審判決之已證事實不足以作出上述裁定，則基於作出上述裁定之所有證據資料已在卷宗內以及所作之陳述或證言已錄製成視聽資料，故上訴人根據《民事訴訟法典》第 629 條之規定擴大有關事實事宜之範圍，以將被上訴人是否有意隱瞞上述病情及其動機納入需調查之事實事宜範圍，以便作出審理，並裁定有關保險合同理應根據《商法典》第 973 條及第 974 條之規定被撤銷。



繼而裁定被上訴人之所有請求理由不成立；或

3. 倘若尊敬的法官 閣下不同意上述各見解，則上訴人認為保險合同因陷入重要錯誤而被撤銷，基於原審判決違反了《商法典》第 975 條第 3 款、第 4 條以及《民法典》第 240 條、第 241 條及第 280 條第 2 款之規定而應被撤銷，並裁定基於本案之兩份編號分別為 B42xxxxxx 及 M40xxxxxx 之保險合同為可撤銷，繼而駁回被上訴人之全部請求。

請求一如既往公正審理!”

\*

被告在答覆中點出以下結論：

“- 現有事實事宜、或卷宗證據及證言已足以顯示被上訴人之惡意、或請求擴大事實事宜之審理範圍

1. 上訴人於上訴理由陳述中的第 6 點至第 45 點提出，被上訴的判決書存有審查證據違反一般經驗及《民事訴訟法典》第 5 條、《商法典》第 973 條、第 974 條規的瑕疵，或根據《民事訴訟法典》第 629 條聲請擴大事實事宜之範圍，請求中級法院裁定本案之合同因被上訴人惡意及故意隱瞞的聲明而應被撤銷。

2. 被上訴人不能認同上訴人之觀點。

3. 被上訴人是認同原審法院之判決(見卷宗第 417-419 頁，其內容在此視為完全轉錄)。

4. 透過原審法院對事實事宜之判決得知，原審法院除了聽取證人證言外，同時結合分析了卷宗內的書證，包括上訴人所提交的抗辯及陳述、卷宗內資料以及在案件之調查或辯論中已得出有關事實，方裁定本案中的已證事實(見原審法院對事實事宜之判決第 3-5 頁，其內容在此視為完全轉錄)。

5. 故此，被上訴人認為被上訴的判決書不存有審查證據方面違反一般經驗的瑕疵，亦不存在遺漏了其他事實屬能補充或具體說明對於上訴人所提出之抗辯理由成立屬必需之事實的瑕疵。

6. 其次，保險合同可撤銷屬於阻礙被上訴人主張之權利之事實，上訴人負有舉證被上訴人是惡意不聲明或不正確聲明的責任。

7. 原審法院在被上訴的判決書已指出，在已證事實中不包括被上訴人沒有申報三項就診或疾病診斷的理由，無法認定被上訴人不完整申報的行為是屬於惡意，以及透過本案已證事實亦未能得出被上訴人是故意向上訴人隱瞞上述事實的結論。

8. 由於在本案中沒有證明被上訴人是刻意隱瞞有關就診紀錄及疾病診斷，或被上訴人刻意隱瞞有關事宜的動機，亦沒有證明被上訴人是有意圖欺騙被告。特別是，本文中已證事實中不包括上訴理由陳述第 39 點所指「為著投保之目的，被上訴人於投保時已獲悉其病情但故意作出隱瞞，從而欺騙了上訴人，且是故意及惡意為之。」的相關事實內容。故此，被上訴人完全認同原審法院於判決中就這一方面之規定。

9. 倘若上訴人認為對事實事宜之判決內容有缺漏、含糊不清或前後矛盾又或欠缺依據，根據《民事訴訟法典》第 556 條第 5 款之規定，上訴人應在查閱事實事宜裁判書後便提出異議。

10. 然而，上訴人卻沒有在相應期間內對事實事宜之判決提出異議，根據適時作出行為原則，上訴人不能在上訴理由陳述中再次就本文中認定的事實內容之部分提出爭議，因明顯屬逾時且不適當的。

11. 而且，上訴人由始至終都未有履行被上訴人有意隱瞞病情及其動機等事件方面的舉證責任，根據《民事訴訟法典》第 437 條之規定，被上訴人認為在本文中不符合《民事訴訟法典》第 629 條規定存在可對事實方面之裁判之可改變性的情況。

12. 此外，本文中已證事實中亦不包括被上訴人上訴理由陳述第 41 點至 44 點所指「被上訴人於作出聲明時聲明其健康正常而隱瞞重大疾病」的相關事實內容。

13. 本文中已證事實第 16 點、第 24 點、第 2 點、第 29 點及第 28 點可以證實，於 2020 年 4 月 2 日，被上訴人作為準受保人在投保申請書號碼為 B42xxxxxx 及 M40xxxxxx 的保險合同時申請選擇進行驗身，並已在驗身過程中向上訴人申報其約一個月前因雙眼視物模糊到珠海當地醫院就診，檢查示眼睛充血(具體不詳)，眼藥水治療後症狀消失(見卷宗第 43 頁及其背頁、第 223 頁及其背頁)。

14. 被上訴人是有就已證事實第 16 點所指的第三項就診紀錄作出申報，只是未有具體說明當時就診獲診斷的疾病為視網膜靜脈阻塞。

15. 其後，被上訴人於 2020 年 11 月亦被醫院診斷存有左眼玻璃體積血的病症，即與被上訴人投保時申報的病症相同(見已證事實第 17 點及卷宗第 72 頁)，而上訴人對於被上訴人該次有關“眼部”疾病索償申請是支付了賠償。

16. 由此可見，被上訴人在投保時除了向上訴人申報雙眼視物模糊外，同時亦已申報其眼部存有充血病症，且表示了是原因不明，但在眼藥水治療後症狀消失，故並不存在上訴人所指被上訴人聲明其健康正常而隱瞞重大疾病的情況。

17. 事實上，被上訴人並非專科醫生，根本不可能清楚知悉自身眼部病症的醫學成因及診斷結果，故被上訴人除了申報雙眼視物模糊外，亦在申報時指出眼部充血原因不明。

18. 至於，卷宗第 345 頁顯示原告曾於 2020 年 1 月 3 日在珠海市 XX 醫院就診，醫方只是建議被上訴人住院治療，同時建議被上訴人門診隨訪，如有病情變化及時就診，被上訴人隨後亦有遵從醫方建議繼續就診及接受治療。

19. 直至被上訴人投保進行驗身時，被上訴人亦如實申報在眼藥水治療後症狀消失，且被上訴人接受上訴人安排視力檢查結果顯示為雙眼視物正常，由此印證出被上訴人投保時申報眼睛狀況與視力檢查結果完全相同，被上訴人在整個申報過程當中是沒有任何惡意隱瞞或申報不完整的情況。

20. 故此，被上訴人已就其自身所知悉且通常應知悉的病症程度，善意、

清晰及完整地向上訴人作出了申報。

21. 相反，上訴人作為一間有經驗的保險公司，是具備足夠的能力去評估投保人存有的風險(疾病)。

22. 事實上，上訴人是有安排被上訴人進行額外身體檢查，包括要求被上訴人進行尿液分析檢查及前列腺特異抗原的驗血檢查，而當上訴人要求被上訴人就 2018 年進行之健康檢查作出說明及提交相關檢查、醫療報告，被上訴人亦按要求提交關於因車禍而骨折的醫療報告(見卷宗第 224 頁至第 235 頁)。

23. 而且，透過兩份保單關於「授權」(a)項及(b)項的內容顯示(見卷宗第 50 頁背頁、第 70 頁)，上訴人已獲被上訴人授權要求曾為被上訴人診治的機構查詢及取得有關被上訴人健康狀況的病歷或任何治療或諮詢記錄，故被上訴人根本無惡意及無能力作出任何誤導上訴人作出風險評估的行為。

24. 故此，被上訴人是有履行《商法典》第 973 條所規定向上訴人聲明其所知悉或通常應知悉且能影響風險評估之一切情況之義務，但被上訴人沒有作出《商法典》第 974 條第 1 款所規定任何對風險之惡意不聲明及不正確聲明。

25. 上訴人在收到被上訴人申報雙眼視物模糊一事後，及在上訴人隨後作出評估風險之審查中，明知被上訴人申報雙眼視物模糊、眼部充血的原因不明，但上訴人除了對其視力作出檢查外，沒有再就被上訴人雙眼視物模糊一事要求被上訴人作出說明、提交任何證明文件或要求被上訴人接受其他身體檢查或更詳盡的身體檢查，亦沒有行使被上訴人上述作出的授權向有關的醫療機構作出查詢，而僅在最後的修訂計劃中只排除了被上訴人前列腺疾病不在承保範圍之內(見卷宗第 44 頁及其背頁、第 64 頁及其背頁)。

26. 故此，根據《商法典》第 966 條第 3 款、第 1059 條第 3 條之規定，上訴人作出評估後亦接受了對被上訴人前列腺之外疾病(尤其包括“眼部”疾病及“中風”疾病)發生所造成之損害向原告作出賠償，且兩份保險合同應為有效。

27. 事實上，按已證事實第 17 點所指，上訴人亦已接受了對被上訴人“眼

部”疾病發生所造成之損害，並已向被上訴人作出賠償。

28. 還需特別指出，被上訴人本次索償是基於其 “中風” 疾病引致相關醫療、手術及藥物、住院費用的損失，被上訴人中風的情況並非由於先前眼疾而引致的，尤其本案中並無任何書證證實兩者的發生存有必然的因果關係。

29. 而眾所周知中風疾病通常是突然發生且是無法預見，因此，被上訴人根本不可能根據《商法典》第 973 條之規定，向上訴人預先聲明其有中風疾病之可能。

30. 由於上訴人主張拒絕履行合同之抗辯事實，即 “被上訴人對風險之惡意不聲明或不正確聲明” 的事實並不存在，且被上訴的判決書並無沾有上訴人所指出的瑕疵，故請求中級法院裁定上訴人提出此抗辯理由不成立，並駁回上訴人此項上訴理由。

- 因陷入重要錯誤而被撤銷

31. 上訴人於上訴理由陳述中的第 47 點至第 56 點提出，根據《商法典》第 975 條第 3 款、第 4 款以及《民法典》第 240 條、第 241 條及第 280 條第 2 款之規定，本案之合同因被上訴人之不實或不正確聲明致使上訴人陷入重要錯誤而應被撤銷。

32. 被上訴人不能認同上訴人之觀點。

33. 上訴人於訴訟階段中從未提出過現時上訴所指本案之合同因被上訴人之不實或不正確聲明致使上訴人陷入重要錯誤而應被撤銷的問題。

34. 由於上訴人僅在上訴中方提出上述的新問題，根據《民事訴訟法典》第 564 條第 1 款之規定，請求中級法院裁定駁回上訴人提出的此項上訴理由。

綜上所述，請求尊敬的中級法院法官 閣下裁定上訴人 A 公司提出的上訴理由皆不成立，駁回本案上訴人提出的所有理據。

並請求法庭一如既往地作出公正裁決。”

\*

助審法官已對卷宗作出檢閱。

\*\*\*

## 二、理由說明

經庭審後，原審法官認定以下事實：

事實 1 ) 於 2020 年 4 月 2 日，原告向被告作出了投保申請，投保申請書號碼為 B42xxxxxx，保單之繕發日期為 2020 年 04 月 28 日(卷宗第 19 頁至 51 頁的文件的内容在此視為完全轉錄)。

事實 2 ) 於 2020 年 4 月 17 日，原告向被告提交了投保申請修正書，作出澄清 “2018 年沒有做任何健康檢查，沒有任何檢查報告在手。2018 年只有因意外骨折入院治療，現呈上相關住院醫療報告” (卷宗第 38 頁的文件的内容在此視為完全轉錄)。

事實 3 ) 原告選擇驗身時，曾經作出如下聲明：「本人 ( 申請人及/或準受保人 ) 確認為此申請選擇驗身。本人 ( 申請人及/或準受保人 ) 會在驗身時向醫護人員披露所有本人過去及現在的醫療病歷及健康狀況的相關資料。」( 卷宗第 48 頁背頁的文件的内容在此視為完全轉錄 )。

事實 4 ) 原告就投保作出申報後，被告便對原告的保單申請進行詳細審核，最後決定修訂原告的投保申請，當中包括兩部分(卷宗第 44 頁及其背頁的内容在此視為完全轉錄)：

- 第一部分為修訂保費，「XX」醫療計劃 2 的保額為澳門幣 10,000,000；年繳保費為澳門幣 11,952.00；總保費為澳門幣 11,952.00；

- 第二部分為不保事項/修訂特別條款與條件 “任何因下列不保事項導致或與不保事項有關之住院、治療及/或手術，一律不在承保範圍之內。不保事項如下：前列腺；修訂原因：前列腺疾病。

事實 5 ) 上述之投保申請書修訂計劃於 2020 年 04 月 27 日簽訂。

事實 6 ) 過簽訂投保申請書號碼為 B42xxxxxx 的保險合同，原告購買了被告『XX 健康系列：「XX」醫療計劃 2』之產品，受保人及持有人均為原告，受益人為原告之妻子(D)。

事實 7 ) 根據保險合同內容，原告購買的『XX 健康系列：「XX」醫療計劃 2』產品賦予其個人終身賠償的限額為澳門幣 25,000,000 元，每年的限額為澳門幣 10,000,000 元，當中包括了住院賠償、手術費用賠償、出院後的惠益、延伸惠益、緊急治療費用賠償及身故恩恤賠償。

事實 8 ) 原告於簽立投保申請書號碼為 B42xxxxxx 的保險合同後有繳交保費。

事實 9 ) 於 2020 年 04 月 02 日，原告向被告作出了另一份投保申請，投保申請書號碼為 M40xxxxxx，保單之繕發日期為 2020 年 04 月 28 日(卷宗第 54 頁至第 70 頁的文件的内容在此視為完全轉錄)。

事實 10 ) 原告在作出投保申請時，同樣選擇為投保之申請進行驗身(卷宗第 68 頁背頁的内容在此視為完全轉錄)。

事實 11 ) 在原告作出申報後，被告便對原告的保單申請進行詳細審核，最後決定修訂原告的投保申請，當中包括兩部分(卷宗第 64 頁及其背頁的内容在此視為完全轉錄)

- 第一部分為修訂保費，XX：每日住院償金 - 附不設限額緊急醫療運送/遺體運返的保額為澳門幣 1,000；深切治療償金的保額為澳門幣 2,000；長期住院償金的保額為澳門幣 1,000；身故體恤津貼的保額為澳門幣 2,000；年繳保費為澳門幣 2,674.00；總保費為澳門

幣 2,674.00 ；

- 第二部分為不保事項/修訂特別條款與條件 “任何因下列不保事項導致或與不保事項有關之住院、治療及/或手術，一律不在承保範圍之內。不保事項如下：前列腺；修訂原因：前列腺疾病。

事實 12 ) 投保申請書號碼為 M40xxxxxx 之投保申請書修訂計劃於 2020 年 04 月 27 日簽訂。

事實 13 ) 透過簽訂投保申請書號碼為 M40xxxxxx 的保險合同，原告購買了被告『XX 保障計劃』之產品，受保人及持有人均為原告，受益人為原告之妻子(D)。

事實 14 ) 根據投保申請書號碼為 M40xxxxxx 的保險合同內容，原告購買的『XX 保障計劃』產品賦予其個人每日住院償金 - 附不設限額緊急醫療運送/遺體運返的保額為澳門幣 1,000 ；深切治療償金的保額為澳門幣 2,000 ；長期住院償金的保額為澳門幣 1,000 ；身故體恤津貼的保額為澳門幣 2,000 。

事實 15 ) 原告於簽立投保申請書號碼為 M40xxxxxx 的保險合同後有繳交保費。

事實 16 ) 原告有以下就診及疾病記錄：

- 2019 年 12 月 26 日，在珠海市 XX 醫院被診斷出患有 “左眼老年性黃斑變性” ；

- 2020 年 1 月 3 日，在珠海市 XX 醫院被診斷出患有 “右眼視網膜分支靜脈阻塞” ；

- 2020 年 2 月 26 日，在珠海市 XX 醫院被診斷出患有 “視網膜靜脈阻塞” 。

事實 17 ) 在上述兩份保險合同生效期間，原告曾於 2020 年 11 月 07 日至 2020 年 11 月 29 日因 “左眼玻璃體積血” 、 “左眼視網



膜中央靜脈阻塞”及“左眼黃斑水腫”等病症到珠海 XX 眼科醫院接受治療，並於 2020 年 12 月 21 日向被告申請索償，被告於 2020 年 12 月 27 日就上述之眼部疾病索償申請向原告支付賠償合共澳門幣 15,857.43 元。

事實 18 ) 於 2021 年 1 月 12 日，原告就中風引致之花費向被告作出索償申請。

事實 19 ) 於 2021 年 4 月 8 日，被告向原告作出回覆，內容為「在處理是次索償申請期間，我們知悉您曾有以下求診紀錄：

求診/報告日期	診斷/門診記錄	醫院/醫生
2019 年 12 月 26 日	左眼老年性黃斑變性	珠海市 XX 醫院
2020 年 1 月 3 日	右眼視網膜分支靜脈阻塞	
2020 年 2 月 26 日	視網膜靜脈阻塞	

我們的記錄顯示，當您於 2020 年 4 月 2 日申請上述兩份保單，並隨後於 2020 年 4 月 27 日簽署接受有關保單之修訂計劃時，並未提供上述資料。

倘若您曾披露有關資料，我們的核保決定將有所不同。因此，我們未能就是次索償申請向您作出任何賠償，並將於保單日起撤銷上述兩份保單。

翻查賠償記錄，您曾於 2020 年 11 月 13 日至 2020 年 11 月 29 日期間因左眼視網膜中央靜脈阻塞及黃斑水腫等病症而入院接受治療。我們早前已就上述兩份保單向您作出賠償共 15,857.43 澳門幣。由於相關保單將於保單日起告無效，因此有關索償亦應不獲接納。而我們已就上述兩份保單收取保費總數為 14,926.00 澳門幣。基於早前

賠償金額(15,857.43 澳門幣)比您已繳付的保費(14,926.00 澳門幣)較為高,請您於 2021 年 5 月 8 日或之前,以支票方式(抬頭請註明 A 公司)退回有關差額共 931.43 澳門幣予我們。」(卷宗第 103 頁的文件的内容在此視為完全轉錄)。

事實 20 ) 於 2021 年 05 月 10 日,被告再次作出回覆,內容為「經仔細覆核,由於您早前之病史對我們的核保決定有重要影響,唯當中未有進一步資料供我們重新評估您的個案。因此很抱歉我們將維持原有的決定及未能就是次索償申請向您作出任何賠償,而保單 B42xxxxxx 及保單 M40xxxxxx 亦將於保單日起被撤銷。

翻查賠償記錄,您曾於 2020 年 11 月 13 日至 2020 年 11 月 29 日期間因左眼視網膜中央靜脈阻塞及黃斑水腫等病症而入院接受治療。我們早前已就上述兩份保單向您作出賠償共 15,857.43 澳門幣。由於相關保單將於保單日起告無效,因此有關索償亦應不獲接納。而我們已就上述兩份保單收取保費總數為 14,926.00 澳門幣。基於早前賠償金額(15,857.43 澳門幣)比您已繳付的保費(14,926.00 澳門幣)較為高,請您於 2021 年 5 月 24 日或之前,以支票方式(抬頭請註明「(A)公司」)方式退回有關差額共 931.43 澳門幣予我們。」。

事實 21 ) 投保申請書號碼為 B42xxxxxx 及 M40xxxxxx 的保險合同保單的一般條文內規定“若您的投保申請文件中遺漏任何事情或有關鍵性地不確或失實之處,我們有權宣稱保單無效。或作為另一種選擇,我們可附加特別條款於您的保單內,並由保障生效日開始適用”。

事實 22 ) 投保申請書號碼為 B42xxxxxx 及 M40xxxxxx 的保險合同保單中有另一項“重要提示”,內容為“您必須在此申請書上填報一切有關之事實,因為您與(A)公司(“公司”)之合約將以這些事

實為根據，否則本公司有權將所繕發之保單宣告無效。如您不清楚某一項是否重要，也請將其事實在此申請書上說明”。

事實 23 ) 原告於投保申請書號碼為 B42xxxxxx 及 M40xxxxxx 的投保申請書(b)項聲明：“本人/我們現聲明並同意

(b) 所有由本人/我們填寫在此投保申請書上及由公司發出的問卷內的資料或由本人/我們就此投保申請書遞交的其他文件及向公司的醫生的陳述及回答均屬真實、完整及正確。任何並非由本人/我們提供的資料或回答，本人/我們已檢視其內容以確保其均屬真實、正確及完整。本人/我們明白公司相信本人/我們的陳述及回答均屬真實、正確及完整，並依據此作出相關的決定，否則任何依據此而繕發的保單可能無效。”。

事實 24 )原告在作出投保申請時，選擇為投保之申請進行驗身，並填寫「18 歲或以上成人之醫生驗身報告」內的“對驗身醫生之告知事項”，當時其有申報曾患有之疾病及因而接受之治療(卷宗第 43 頁及其背頁、第 48 頁背頁及第 49 頁的內容在此視為完全轉錄)，包括如下：

- 3(a) 吸煙 20 年，10 支/天。
- 4(a) 約一個月前因雙眼視物模糊到珠海當地醫院就診，檢查示眼睛充血(具體不詳)，眼藥水治療後症狀消失。
- 4(i) 2018 年因交通意外致左鎖骨骨折，於珠海當地醫院住院，手術治療，半年後住院行手術鋼板拆除，術後痊癒，現活動良好。
- 6(a) 2018 年珠海當地醫院住院抽血、驗尿、ecg、cxr 等檢查。
- 8. 父親肺氣腫母親肝癌。

事實 25 ) 於 2020 年 12 月 11 日至 2021 年 1 月 05 日期間，

原告因中風而入住珠海市 XX 醫院共 25 天，中醫診斷為 1)中風病及 2)風痰瘀血、痺阻脈絡症；西醫診斷為 1)左側椎動脈動脈瘤、2)急性腦梗死、3)原發性高血壓、4)慢性鼻竇炎、5)鼻中隔偏曲及 6)雙側下鼻甲肥大(卷宗第 90 頁的文件的内容在此視為完全轉錄)。

事實 26 ) 原告因本次中風所涉及的醫療、手術及藥物等費用合共為人民幣 274,252.88 元。

事實 27 ) 原告因中風疾病自 2020 年 12 月 11 日至 2021 年 1 月 05 日需要住院(共 25 日)。

事實 28 ) 被告在收到原告的申報後及作出評估風險之審查過程中，沒有就原告雙眼視物模糊一事要求原告作出說明、提交任何證明文件及要求原告接受其他身體檢查或更詳盡的身體檢查。

事實 29 ) 原告在向被告投保時，沒有申報第 16 點事實提及的第一項及第二項就診及疾病記錄，以及於 2020 年 2 月 26 日在珠海市 XX 醫院就診時獲診斷之疾病為視網膜靜脈阻塞。

事實 30 ) 原告與被告在投保申請書號碼為 B42xxxxxx 保單約定，在原告作出賠償索償時，原告需支付墊底費澳門元 25,000 元，但涉及利益條文第一部分(h)就受保人於香港醫院管理局轄下的公立醫院住院而應支付的賠償金額、第二部分(d)的賠償金額( 門診手術現金惠益 ) 及第四部分(g)(3)的賠償金額 ( 中風康復惠益之中的傷殘津貼惠益 ) 除外。

事實 31 ) 投保申請書號碼為 B42xxxxxx 及 M40xxxxxx 的保險合同涉及合同無效的條款 ( 第 21、22 及 23 點事實所指 ) 沒有以突出的字體載明。

\*

上訴人 ( 被告 ) 表示，根據已證實的事實，被上訴人 ( 原告 )

在投保時已經獲悉其病情但故意隱瞞，從而欺騙了上訴人，其行為屬於故意及惡意，導致上訴人接受了原告的投保申請。因此，上訴人認為有關情況符合《商法典》第 973 條及 974 條的規定。

原審法官認為，根據已證實的事實，不足以認定原告未完整申報就診記錄及疾病診斷的行為是出於惡意。因此，在未證實相關妨礙性事實的情況下，裁定被告(即上訴人)提出的永久抗辯理由不成立。

事實上，對於何謂惡意，《商法典》並未訂立相關定義。

在充分尊重不同見解的情況下，本院合議庭認為，要判斷原告在投保時是否出於惡意，需要審視投保人是否刻意不聲明或不正確聲明就診及疾病記錄。

為此，需要通過客觀事實來判斷投保人是否違背誠實，刻意不聲明或隱瞞就診及患病記錄，以達至被告接受其投保申請之目的。

這些客觀事實是事實判斷的基礎，有助於我們更準確地推測行為人的意圖。

接下來，讓我們對已證實的事實進行分析，以判斷原告在投保時是否刻意隱瞞就診及患病記錄。

根據已證事實第 16 及 19 條，原告在 2019 年 12 月 26 日被診斷出患有“左眼老年性黃斑變性”，在 2020 年 1 月 3 日被診斷出患有“右眼視網膜分子靜脈阻塞”，而在 2020 年 2 月 26 日又被診斷出患有“視網膜靜脈阻塞”。

另外，已證事實第 24 條又顯示，原告在 2020 年 4 月向被告提交投保申請時，被安排進行驗身。當時就雙眼問題，原告僅向負責進行體檢的醫生表示“約一個月前因雙眼視物模糊到珠海當地醫院就診，檢查示眼睛充血（具體不詳），眼藥水治療後症狀消失”。

最後，已證事實第 29 條亦顯示，原告在向被告投保時，沒有申

報其在 2019 年 12 月 26 日被診斷出患有“左眼老年性黃斑變性”，在 2020 年 1 月 3 日被診斷出患有“右眼視網膜分子靜脈阻塞”，以及在 2020 年 2 月 26 日又被診斷出患有“視網膜靜脈阻塞”的疾病記錄。

根據以上事實，原告當時準備向被告購買醫療保險，保險公司因此安排其進行身體檢查。

原告在提交投保申請後被安排接受體檢及回答相關健康問題。儘管原告沒有專業醫學知識，無法準確說出具體疾病名稱，但他在體檢時僅向醫生提及“約一個月前因雙眼視物模糊到珠海當地醫院就診，檢查示眼睛充血”，卻未申報其於 2019 年 12 月 26 日、2020 年 1 月 3 日及 2020 年 2 月 26 日因眼睛問題在珠海醫院的就診經歷。這顯然表明他對過往病歷的交代存在不足，但這並不足以證明原告未完整申報就診記錄及疾病診斷的行為具有惡意。

另外，被告亦未能證明這些資料在接受原告的投保申請過程中起到了決定性作用。

事實證明，原告並沒有完全隱瞞眼睛的問題，只是交代得不夠充分。如果被告認為這些病歷信息重要且會影響保險風險評估，他們應該進一步要求原告作出詳細解釋。甚至，被告可以通過投保申請書中原告的授權，向任何機構、組織或個人查詢原告的健康狀況、病歷、治療或諮詢記錄。

然而，被告既沒有要求原告就其聲明的病歷作進一步解釋，也沒有行使授權向其他機構或實體查詢原告的病歷資料。這顯然表明，被告對於原告可能存在的病歷並不十分在意。

參照葡萄牙方面的司法見解，在此僅以比較法的角度來分析，主流意見認為保險公司必須主張及證明存在錯誤，且該錯誤是重要的

或具重大性：

- “Assim sendo, não obstante, no caso, o Segurado ter prestado informações inexactas com vista à celebração do contrato de seguro (ainda que referentes a circunstâncias que razoavelmente devia ter por significativas para a apreciação do risco, uma vez que constavam de questionário fornecido pela Ré seguradora quando da adesão), as mesmas não afectam a validade do contrato celebrado, uma vez que a Ré não alegou nem demonstrou que se tivesse conhecimento dos factos omitidos não teria celebrado o contrato de seguro ou tê-lo-ia celebrado noutras condições.” – 葡萄牙最高法院 2022 年 11 月 30 日的合議庭裁判 ( 卷宗編號為 26767/18.1T8LSB.L1.S1. )

- “A sanção da anulabilidade do contrato de seguro, contemplada no art. 25.º n.º 1, do Regime Jurídico do Contrato de Seguro (RJCS) não é mais que a previsão de um caso de erro vício de vontade. V - Trata-se de uma particularização do regime da anulabilidade do erro causada por dolo, previsto em geral no art. 254.º do CC.” – 葡萄牙最高法院 2019 年 6 月 19 日的合議庭裁判 ( 卷宗編號為 4702/15.9T8MTS.P1.S1. )

在本案中，由於未能證明如果被告知道原告遺漏申報了案中所涉及的病歷，就絕對拒絕接受原告的投保申請，或者即使接受申請也會設定限制條件，因此這不符合撤銷保險合同的要件。所以，原告與被告訂立的兩份保險合同 ( 編號 B42xxxxxx 及 M40xxxxxx ) 仍然有效。

基於以上分析，得裁定上訴人提起的上訴理由不成立，維持原判。

\*\*\*

### 三、決定

綜上所述，本院合議庭裁定上訴人(A)公司提起的司法裁判上訴理由不成立，維持原判。

本審級的訴訟費用由上訴人承擔。

登錄及作出通知。

\*\*\*

澳門特別行政區，2024 年 4 月 11 日

(裁判書製作人)

唐曉峰

(第一助審法官)

李宏信

(第二助審法官)

馮文莊