



RRPG94110078 (227.P)

行政院金融監督管理委員會保險局

保險詐欺入罪化可行性之研究

*The criminalization of insurance fraud:
A pilot study*

研究單位：財團法人保險犯罪防制中心

中華民國九十五年五月十日

保險詐欺入罪化可行性之研究

研究主持人：周愷嫻

研究成員：Bill Hebenton

張耀中

李俐園

張文遠

陳添壽

陳俊吉

目 錄

第一章 研究背景.....	1
第一節 前言	1
第二節 保險詐欺之定義與分類	2
第三節 保險詐欺的損失	6
第四節 各國對保險詐欺行為的回應	8
第五節 防制保險詐欺作為之反作用力	12
第六節 本研究目的	13
第七節 研究方法	15
第二章 各國保險詐欺防制策略與立法比較.....	17
第一節 英國	17
第二節 美國	27
第三節 法國	31
第四節 日本	34
第五節 中國大陸	37
第六節 小結	44
第三章 國內保險詐欺案例之特徵分析	47
第一節 人身保險	47
第二節 財產保險	54
第三節 小結	60
第四章 我國相關法律對保險詐欺之規範與檢討.....	64
第一節 保險詐欺相關法律	64
第二節 現有法規不足處	68
第五章 訪談結果分析.....	70
第一節 訪談對象基本資料	70
第二節 訪談結果分析	71
第三節 小結	90
第六章 結論與建議.....	92
第一節 保險詐欺入罪化之優勢	92
第二節 保險詐欺入罪化可能產生之問題	95
第三節 結論	101

第四節 建議	102
第五節 未來研究方向	114
附錄一：「保險詐欺入罪化可行性之研究」期中審查會議會議紀錄	118
附錄二：「保險詐欺入罪化可行性之研究」研究計畫期末報告審查會會議紀錄	122
附錄三：「保險詐欺入罪化可行性之研究」訪談大綱	126
附錄四：參考資料－各類型保險詐欺案例描述	128
壹、人身保險部份	128
貳、財產保險部分	166

表 目 錄

表 1	保險詐欺之定義	2
表 2	各國每年因保險詐欺造成之損失	6
表 3	各國之保險詐欺防制策略一覽表	45
表 4	壽險詐欺個案基本資料	47
表 5	產險詐欺個案基本資料	54
表 6	訪者基本資料表	70

保險詐欺入罪化之可行性研究

摘要

台灣保險產業面臨的重大問題之一是保險詐欺案件逐漸增多，不但造成業者的損失，更讓所有投保人共同承受保費提高的後果。較之美國或歐洲國家而言，保險詐欺在台灣沒有受到民眾與檢警單位相同的重視。即使是保險業者，也因公司資源、重視程度之差異，而發展出不同的防制策略或工具。但是保險詐欺案件愈來愈多、手法不斷改變，單一業者已經無法單獨因應，而到了必須結合其他業者、政府、執法單位共同合作之階段。

保險詐欺行為可以不同標準來分類，若以犯罪樣態來分，可分為「誇大損失」、「故意隱匿」、「故意捏造事故」三類；若以犯罪人身分來可，可分為內部詐欺與外部詐欺；以犯罪時點來分析，可分為承保階段與理賠階段；以犯罪動機來分，可分為機會型與計畫型。透過比較英、美、日、法、中國大陸各國保險詐欺立法現況、分析我國案例特徵，以及訪談二十一位專家學者與業者看法，本研究發現將保險詐欺入罪化有幾點優勢或理由：

- (1) 有部分國家將保險詐欺入罪化；
- (2) 目前詐欺罪未涵蓋「申請理賠前之故意隱匿行為」；
- (3) 保險詐欺成本小、所得高，易誘導本無犯意者犯罪，以致愈來愈嚴重；
- (4) 保險詐欺對社會造成嚴重損害，須加重罰。

但保險詐欺入罪化也可能衍生幾點問題：

- (1) 可能與現行刑法第 339 條詐欺罪產生疊床架屋之情形；
- (2) 部分無法以刑法詐欺罪論斷之保險詐欺行為在入罪化時機上尚未成熟；
- (3) 保險詐欺定罪率低，核心問題之一在於證據取得，非關是否

另訂新法；

- (4) 成立新法，將使民眾對政府及保險業者產生負面觀感；
- (5) 徒法不足以自行，業者需主動提出告訴，才能彰顯法律之功能；
- (6) 司法手段無法解決道德風險問題；
- (7) 各國保險文化不同，貿然引入他國立法經驗之妥適性仍待考量；

在考量各國立法比較結果、我國整體法律架構、刑法最後手段性、司法實務運作、保險詐欺行為抑制效果、保險詐欺調查之困境後，本研究認為解決保險詐欺問題，以現階段而言使用其他更有效方法來替代「入罪化」方法，獲得的實益將會更大。

本文最後提出未入罪化前，可先進行之防制保險詐欺配套措施：

- 健全與授權保險通報資料庫。
- 研商修正刑法三三九條、保險法六十四條、個人資料保護法對保險詐欺行為定罪不利之因素，同時建議保險犯罪納入重大金融案件，進行審理。
- 提升業者研發能力、業務員素質，強化核保、理賠流程，並鼓勵主動循司法途徑測試刑法三三九條之可用性與不足之處。
- 推動大眾教育，建立保險觀念與文化。
- 厚植國內專業鑑識能量，協助、強化保險詐欺案件之蒐證能力。

若前述配套措施，仍無法有效解決國內保險詐欺行為問題，本研究認為則可考慮採用最後手段，以「修法」或「特別立法」之入罪化策略來嚇阻保險詐欺行為，以及其可能造成之社會危害與損失。

關鍵字：保險詐欺、保險犯罪、入罪化

The criminalization of insurance fraud: a pilot study

Abstract

There are many issues and challenges facing the insurance industry in Taiwan. One industry issue yet to be discussed more widely is that of insurance fraud, which carries a cost not only to the insurance industry itself but also to the wider public. Insurance fraud is an issue which has been insufficiently addressed—at least in comparison to the response of insurance industries in, say, the USA and to a lesser extent other EU states. Individual insurance companies are tapping into an array of tools and strategies to battle the problem of fraud, case by case. But insurance fraud persists and—as evidence suggests—is worsening, while the industry as a whole, and policymakers and law enforcement agencies also have yet to muster the energy to coordinate and respond proactively to fight it.

Many commentators classify fraudulent activities under three main categories:

- a. exaggeration of an otherwise legitimate claim;
- b. premeditated fabrication of a claim;
- c. fraudulent known disclosure or misrepresentation of material facts.

This pilot project combined a five country comparison (France, Japan, Mainland China, United Kingdom and United States of America), analysis of selected insurance fraud cases and in-depth interviews with twenty-one informants from government, the insurance industry, academics and criminal justice practitioners (including judges, prosecutors, fire department and police officers).

In relation to the core issue of the utility or otherwise of criminalization of insurance fraud, the findings of the pilot study are:

In support of criminalization

1. Some countries have proceeded to criminalize insurance fraud – namely, Mainland China and the USA.
2. The present Criminal Code in Taiwan is not comprehensive with respect to insurance fraud – it does not include ‘failure to disclose relevant facts when making an insurance application’.
3. At present, the perceived costs of committing insurance fraud are hugely outweighed by the perceived benefits.
4. The impact of fraud is not only on the insurance sector itself; there are important societal effects.

Not in support of criminalization

1. The present Criminal Code in Taiwan is perceived to be adequate.
2. To include a ‘failure to disclose when making an insurance application’ is deemed to be in contravention of the general legal principle of proportionality.
3. The only effective means of improving the conviction rate in respect of insurance fraud is to ensure appropriate levels of evidence – merely passing new legislation would not, by itself, improve the conviction rate.
4. Any joint action by government and the insurance sector to pursue a criminalization strategy has the potential to be misconstrued by the general public as a partisan development – favoring the insurers
5. Rather than criminalization, arguably the insurance sector itself needs to resort to law in regard to suspected cases.
6. Criminalization is unlikely to diminish the moral hazards raised by insurance.
7. Learning direct policy lessons from other countries is not a simple process –

each country, arguably, has its own 'culture' of insurance.

In conclusion, the results of the study suggest that criminalization (that is, passing new legislation) is not an appropriate strategy in preventing or deterring insurance fraud in Taiwan. From the research, an appropriate government-led regulatory framework involving the Insurance Anti-Fraud Institute (IAFI) and the insurance sector is the best way forward. More specifically, arrangements need to be agreed and established among the key stakeholders that will allow the following:

- Production of predictive screening tools (which probably will require an accessible shared database of claims information)
- Enhanced communication to improve the prosecution of insurance fraud cases (with an adequately funded IAFI acting in a coordinating capacity alongside prosecutors, police, fire inspectorate and National Health Bureau)
- Enhanced investigation of suspected cases of serious organized fraud (this may involve using IAFI expertise within the present prosecution and investigation processes)
- Facilitating an appropriate trial venue (this should ensure that insurance fraud is classified as a major financial crime – to be tried in the existing specialist financial criminal court).
- Substantial improvement in the resourcing of the existing forensic science services (this will ensure that appropriate training and quality of service is provided for investigation of fraud)
- Improvement in professional standards in the selling of insurance
- Improvement in professional standards of handling insurance claims cases in the general interests of claimants

- Improvement to enhance insurance fraud awareness among existing employees of the insurance sector

Key words: insurance fraud, insurance crime, criminalization

第一章 研究背景

第一節 前言

「保險」的基本運作原理是承保人與投保人之間的契約行為，由投保人定期繳付保險金，一旦在保險期間發生損失，投保人可提出理賠申請，由承保人負責理賠。理論上，保險的兩方均需遵守誠實原則，坦承揭露彼此應告知對方的訊息或提供真實的資料。因此，保險的重要內涵除分散風險外，還有誠實之原則。此種互助的制度，卻遭到許多不肖的要保人的濫用而獲取利益。根據國際保險詐欺協會（International Association of Insurance Fraud Agencies, IAIFA）表示，保險詐欺為所有犯罪中，風險最低，利潤最大之犯罪行為，且為白領階級犯罪中最有利可圖者。

基於風險分擔的概念，保險詐欺之產生，不僅侵害保險公司之利益，也將加重所有參與保險之民眾的保險費負擔，造成全體投保人的損失。換言之，保險詐欺的產生，並非僅保險公司遭受損失，一般參與保險的民眾亦會因而遭受到影響，小則保費增加，大則導致保險公司倒閉，影響所有保戶之權益，且一旦保險制度因犯罪導致成本上升，市場萎縮，也將損及此等重要的社會安全機制，增加政府對不特定風險造成民眾財產生命損失之負擔。

我國現行法律對於保險詐欺之管制，大抵透過刑法詐欺罪與保險法進行規範。部分實務人士認為，現行刑法詐欺罪無法全部涵蓋保險詐欺之行為，導致即使發現保戶有濫用保險之虞，卻常因其行為不該當詐欺罪之構成要件而無法定罪，故需要透過修法或特別立法加以規範。

有鑑於此，本研究希望透過了解國外立法之現況、國內案例蒐集與相關執法人員、保險業者與主管機關人員之訪談，企圖找出目前法律無法涵蓋之保險詐欺行為類型，並針對保險詐欺提出相關之立法或防制措施與建議。唯本研究之範圍將限於以保險詐欺樣態分類下之「外部型保險詐欺類型」為主，亦即探討現行法律對保險詐欺類型（如外部型誇大損失、故意捏造虛假事故與故意隱匿）之規範

是否均能涵蓋，若無法涵蓋，則未來可繼續研究透過刑法修訂或另訂專法加以入罪化之可能性。

第二節 保險詐欺之定義與分類

國內學者對「保險詐欺」之定義，尚無一致見解，如表 1 所示，林山田認為「保險詐欺」指「實施詐術，騙取保險金之犯罪」，此為傳統詐欺罪的見解，而鄭丰宓、甘添貴所持看法類似，將保險詐欺定義為「施詐術，濫用保險制度，以獲取財物或其他不法利益之行為。」，比之林山田之定義，兩人更明確的指明「濫用保險制度」也是構成保險詐欺行為的元素之一。其中最為具體的應屬李添福之看法，在他的保險詐欺定義中，不但包含了「故意製造虛假事故型、故意隱匿型、誇大損失型」，同時也包含了「內部型與外部型」的保險詐欺。

表 1 保險詐欺之定義

保 險 詐 欺	「指施詐術，騙取保險金之犯罪」(林山田，1987)
	「實施詐術，濫用保險制度以謀取不法利益或財物之行為。」(鄭丰宓，1996)
	「以犯罪手法欺騙保險公司，使其相信發生意外或損失者。」(劉政明，1996)
	「以不正的方法使相對人發生錯誤，而謀取與該保險契約有關利益之行為」(張雍制，1998)
	「施詐術，濫用保險制度，以獲取財物或其他財產上不法利益之行為。」(甘添貴，2000)

	<p>「要保人、被保險人、或受益人故意捏造虛假情況，或歪曲、掩蓋真實情況，誇大損失程度，或故意製造保險事故欲騙取保險金的行為；而保險公司的工作人員利用職務之便利，故意製造未曾發生的保險事故進行虛假理賠，騙取保險金的行為亦同。」(李添福，2002)</p>
	<p>「行為人利用保險制度，對於他方施用詐術之行為。」(簡美惠，2002)</p>

資料來源：引自楊超倫(2005)「保險詐欺決意歷程之理性因素研究」，國立台北大學犯罪學研究所碩士論文。

保險詐欺行為基本上係指藉由投保保險契約，以詐領保險金行為。從法律面來看，不管是哪一種類的保險(如汽車、醫療、火災、人身等產壽險)，保險詐欺行為需符合以下三項要件：

1. 刻意隱匿、偽造或提供不實訊息；
2. 具有欺騙或詐欺意圖；
3. 意圖獲得不法利益。

一般人常被討論的保險詐欺行為有「金手指」、「金手掌」、假車禍、謊報車輛失竊、縱火等類型，但有一種類型十分普遍，卻常被忽略。保險詐欺行為中，投保人發生事故，申請理賠時，常浮報損失，意圖獲得較高額的賠償，學者稱之為「濫用保險」行為；雖然刑事司法體系對偵查與起訴這一類的保險詐欺並不熱衷，但是在實務界通用的概念中，即使是濫用保險也是保險詐欺行為之一種，國外學者甚至指出這種保險詐欺類型造成的損失可能比保險詐欺集團或一般其他案件更高(Viaene and Dedene 2004:315)。

從實務界來看，保險詐欺的面向很廣，且手法不斷演變，是一個動態變化的現象，因此，要加以分類有其困難性。但英、美、澳等國之學者專家大致都同意從保險詐欺之態樣來分，保險詐欺之類型有：

1. 誇大損失，詐領保險金型：事故發生後，浮報損失金額，以詐領較高額保險金。

2. 故意捏造虛假事故，詐領保險金型：例如，將投保之房屋、汽車等故意破壞或謊報失竊，致使保險標的滅失，以詐領保險金。或如：為親人、他人或自己簽買保險契約，而後謀害親人、他人或找人替死，以詐領保險金。
3. 故意隱匿、掩蓋或偽造資料、訊息，詐領保險金型：最常見於醫療保險詐欺，例如，病患以行賄或其他手段取得不實之醫療或健康證明，簽買保險後病故，由受益人領得保險金。

前述三種類型，與我國李添福先生之看法不謀而合。

前述三種保險詐欺的分類，雖然比較通用，但另有三種分類方法，也常被引用（參閱 Viaene and Dedene 2004）。

1. 以犯罪行為人身分來分，可區分為外部型及內部型（external vs. internal）：從事保險詐欺者有的是外部人士（也就是投保人）所為，有的卻是內部人士（如保險公司有關人士）所為。
2. 以犯罪時點來分，可區分為承保階段及理賠階段（underwriting stage vs. claim stage）：有的保險詐欺，是利用承保機會隱匿訊息，有的則發生在開始申請理賠之後。
3. 以犯罪動機來分，可區分為機會型及計畫型（soft vs. hard）：機會型係指保險事故真實發生，但保險人卻利用機會誇大損失，詐領保險金，計畫型則指有計畫的進行假造事故或隱藏訊息，以詐領保險金。

哪些人會從事保險詐欺行為？Baldock（1997）提出的看法與許多其他學者類似，他們都認為保險詐欺行為人可以分為三種：

1. 普通老百姓：當事故發生時，他們會認為自己保險這麼久，交了這麼多錢，申請理賠時，常會誇大自己的損失，如家中被竊五萬元，卻填被竊五十萬元，要求保險公司理賠，這一類的保險詐欺行為人在平常都是守法者，只是遇到機會，又自認被發現浮報的風險極小，故很自然的謊報或誇大損失

金額。

2. 非暴力犯罪行為人：這些人與一般需錢孔急的犯罪人很像，他們只是找尋一個方便、風險小、獲利不錯的方式來取得不法利益；國內常見的「金手指」案例即為此類之典型。
3. 有組織的保險詐騙集團：他們以此為業，對保險業作業程序知之甚詳，同時也會積極吸收必要的共犯進入集團中。國內常見的保險詐騙集團購買生意不佳的小公司或小店，然後投保鉅額火險，不久後即設法縱火燒毀，再領取鉅額保險金。這些集團因為事先已經做好詳細佈局及演練，或有多次經驗，所以當事故發生後，保險公司很難找到證據來證明保險人的詐欺行為，且這些人多半一味地的拒絕配合理賠程序，甚至以恐嚇手段威脅損及保險公司形象之手段，致使保險公司只能乖乖就範。

雖然保險詐欺有許多不同類型，但其與一般惡性倒閉或街頭搶奪行為最大之不同，在於他們很少被發現，如果理賠申請表現上看起來正常，通常保險公司會依照一般作業程序，給予理賠（Clarke 1990:1）。只有內部設有調查機制的保險公司，才可能對涉及保險詐欺的案件特別敏感或審慎審查，否則一般理賠案件多半依照程序理賠，不容易發現其中的問題。

第三節 保險詐欺的損失

每年有多少保險詐欺案件？每年因保險詐欺造成的損失究竟有多少？學者都認為保險詐欺之普及性與損失其實很難估計（NICB 2000; CAIF 2003a）。難以估計的原因至少有三個：第一，保險詐欺具有高度的隱密性，難以察覺（Dionne 2000）；第二，保險詐欺具有高度動態性，其手法不斷演化，故損失也難以估算（CAIF 2003a）；三、對保險詐欺的定義不一致，估計的標準沒有共識（Derrig 2002）。但是國際一些保險詐欺相關組織還是粗略的估算了各國每年因保險詐欺可能造成的損失（見表 2）。

表 2 各國每年因保險詐欺造成之損失

國家	每年估計損失金額（各國貨幣）
台灣 ¹	約新台幣 163 億
美國	80 億美金（約 2720 億台幣）
加拿大	1.3 億加幣（約 37 億台幣）
歐盟	8 億歐元（約 326 億台幣）
澳洲	2.1 億澳幣（約 53 億台幣）
英國	10 億英鎊（約 600 億台幣）

資料來源：本研究整理

估計保險詐欺造成的損失非常困難，表 2 的數字只是提醒我們，依據一般的估計，每年因保險詐欺損失金額之龐大，已經超乎想像，業者與政府的確應該正視這個問題，提出有效的解決方案。大多數學者認為每年申請保險理賠案件中，應該至少有 10% 可能涉及詐欺行為，但比較保守的估計是 0.5-1%（Derrig 2002）。不管估算的基準為何，現代社會中保險是民眾生活重要之一環，使得保險事業也愈來愈壯大，每年收到的保險費也愈來愈龐

¹ 此數字係以國內保險給付金額配合國外經驗推估而得，未經實證確認，但某種程度上亦可反應出保險詐欺對社會安全之潛在影響與危害

大，不論是保守的 0.5%，或比較誇大的 10%，估計每年因保險詐欺所造成的損失金額都很驚人。

就我國而言，若比照國外以總保險理賠金額 10%以估計保險詐欺之金額，我國 2004 年財產保險理賠總金額為 522 億元，人身保險給付總金額為 4806 億元，若以文獻中的比例估計，粗估台灣一年因保險詐欺而支出之金額高達 163 億，略低於英國，而高於其他各國。但這項估計數字，因為缺乏本地資料庫或調查研究之佐證，僅能參考，較正確之保險詐欺損失，則尚待驗證。

第四節 各國對保險詐欺的回應

既然保險詐欺造成如此龐大不可忽視的金額損失，防制保險詐欺發生的預防或處理過程，就成為很重要的防禦線。在處理或預防保險詐欺的流程中，涉及很多關鍵性人物，譬如：仲裁人、電腦科技、犯罪偵查員、資料庫、各類專家、法官、律師、立法院、檢察官、保險公司專業調查員等。這些人物是防禦保險詐欺發生最重要的聯防陣線。

台灣目前的防制作法（謝立功，2003），主要有以下幾種：

1. 成立財團法人防制中心（以下簡稱防制中心）。
2. 中華民國壽險商業同業公會（以下簡稱壽險公會）建立通報系統。
3. 壽險公會提供法務部壽險與傷害險高保額案件資料查詢，以利犯罪偵查。
4. 行政院金融監督管理委員會（以下簡稱金管會）規定產壽險公司與各保險公司設立窗口，建立理賠查詢機制，對於疑似保險詐欺案件發生時，即通報公會。

雖然有這些措施，但因為民眾對保險詐欺的指責性與警覺性低，且此類犯罪通常被視為一種「無受害者犯罪」、加上證據蒐集困難、需要專業偵查技術、或者無專條法律，故檢警通常不會給予保險詐欺行為偵辦或預防優先權，以致每年被起訴或定罪案件低。

至於其他各國之保險公司或公會也自行研發各種不同的防制保險詐欺措施，舉其要項有：

1. 改善理賠申請審查機制。
2. 提供第一線保險理賠審查工作人員之專業訓練。

3. 提升專業調查員之調查技術。
4. 增加業界之間的溝通管道，並強化業界與檢警合作關係。
5. 加強保險公司內部稽核機制。

基本上，國際上，防制保險詐欺的作為目前還有兩大重要趨勢。第一個趨勢是，各國傾向在政府部門內設立保險詐欺防制機關（如美國、加拿大、以及多數歐盟國家）。這個特殊機關的責任通常是協助保險業者一起調查可疑案件，讓案件可以蒐集到足夠證據，儘速移交檢察官起訴。有些國家的保險詐欺防制局處還派駐檢察官，一起參與調查與偵查工作。另一趨勢是，各國傾向於鼓勵業界設置共同資料庫，並建立標準作業與使用流程，適時與警方交換資訊，以過濾可疑案件或投保人。

除此之外，有些國家採用了法律作為來防止保險詐欺行為，如美國還針對保險詐欺設置專門法令，茲舉數例說明：

1. 由保險業者贊助，成立全國性具有公信度之機構，為業者建立資料庫與使用守則，譬如全美保險犯罪防制局（National Insurance Crime Bureau, NICB）即為一例。
2. 幾乎各州均已將保險詐欺視為重大犯罪，同時對於通報可疑保險詐欺的人或機構，也免除其可能涉及誣告等之法律責任。
3. 各州明確立法保障錯誤通報保險詐欺嫌疑人之民、刑事法律責任。
4. 各州在保險局下設置之保險詐欺防制科處，賦予執法權，該科處之調查員可以逕行調查、移送，甚至起訴涉嫌案件。
5. 部分州強制各保險公司需設置保險詐欺防制小組，並聘僱專業調查員負責監督公司的防制計畫。
6. 有些州還針對特定保險類型，訂立特殊規章，以防止保險詐欺行為，譬如：針對汽車失竊保險而訂立的拍照存證法，要求保險公司承保

汽車保險時，必須拍照存證，以防無車保險事件的發生；又如 anti-runner laws，目的防止詐騙集團刻意收集事故被害人資料，經由同一醫生或醫療處所出具不實醫療或健康證明，申請保險理賠之詐騙行為。

在澳洲，學者提出的防制保險詐欺措施方向包括了：

1. 明確訂立保險詐欺的範圍與構成要件，並獨立為一條刑事罪名。
2. 修訂法律中不一致的保險政策及偵查行為準則，目的是減少蒐證困難，加速起訴速度。如此一來，也可以加強警方將調查保險詐欺案件列為優先案件之動機。
3. 建置一套與政府共享的資料庫，保險業者可以根據使用準則申請查詢資料。
4. 建立全國性如 NICB 的非營利組織，推動保險詐欺防制工作

在德國，也將產險中的詐欺行為於刑法第二六五條加以入罪化，以達嚇阻保險詐欺之目的：

「意圖為自己或第三人取得保險給付，對以其滅失、毀棄、損壞、不堪用、遺失或竊盜為由而受保險理賠之物，加以毀棄、損壞或使之不堪用者，處三年以下有期徒刑或罰金，但以同一行為不具第二六三條（詐欺罪）之可罰性者為限。隱匿或移轉該物於他人者，亦同。前項之未遂犯罰之。」

1990 年代以後，有些國家開始發展所謂的「模型化」或「預測模型」，他們以不同類型的保險為基礎，利用各種統計技術建立模型，諸如：

1. 資料庫、決策模型
2. 模糊叢聚分析（Fuzzy clustering）
3. 簡單迴歸與預測模型

4. Probit 模型

第五節 防制保險詐欺作為之反作用力

雖然前述各國各種作為，的確有助於防制保險詐欺，但其負面效果也甚多。譬如，有的學者認為強力打擊詐欺犯罪的各種作為可能使一般投保人理賠審查時間更長，降低客戶服務品質。此外，除了初步審查之外，隨後的調查工作可能所費不貲，也可能會讓投保人的隱私或個人資料曝光。同時，警方對此類案件蒐證時間過長，也可能裹足不前。至於就檢察官有限的資源來看，比起其他更為嚴重的毒品犯罪、暴力犯罪，保險詐欺在檢察官眼中並不具有必然的偵辦優先順序。何況，沒有保險詐欺專門之罪條，在技術上，會使得蒐證與起訴上所花時間更長。就業者的角度來看，若司法偵查程序過於冗長，也可能會傷及其商譽，使許多投保人對此家保險公司喪失信心。而且，目前銀行與保險業結合的經營模式，也增加了調查保險詐欺行為的複雜度與困難度。

另一項重要國際的發展是各保險公司開始僱用資深調查員，這些保險調查員通常都曾任警官或調查局調查員，組成特別調查單位 (Special Investigation Unit, SIU)，但其工作內容與績效評估標準則仍有許多爭議 (CAIF 2003b)，且因為調查工作常涉及其他政府或民間部門，實務上要取得其他單位的合作也很困難。

這些爭議都可能因為各種防制保險詐欺立法或防制策略而產生，政府在採用各種建議時，應該先有心理準備，同時有配套措施，才能使爭議或反作用力減至最低。

第六節 本研究目的

保險最基本的概念是一群有潛在共同危險的人，每一個人交出一小筆金額，當這一個危險共同體中有人發生了特定危險事故時，則由大家匯集的資金來協助這個人渡過難關。因此，當保險詐欺行為發生時，被侵害的並不僅是表面上賠錢的保險公司，真正的受害者其實是廣大保戶的權益。因此本研究希望能分析出降低保險詐欺行為發生的建議，以保障廣大保戶的權益。

綜上所述，本研究主要目的在於分析各種保險詐欺行為類型，並藉以觀察我國法律目前保險犯罪之法律規範是否足夠，以保障社會中所有保戶的共同利益。申言之，可分述如下：

- 一、分析保險詐欺之類型與特徵：本研究預計從保險公會或公司蒐集可疑之保險詐欺案件，並就法院已經判決確定之保險詐欺案件等，蒐集相關文書資料，從中分析目前台灣保險詐欺行為主要類型，以及其重要特徵。
- 二、介紹各類保險詐欺可能涉及之民事、刑事與行政責任規範；因為目前保險詐欺沒有專門之法條規範，其亦可能涉及殺人、傷害、公共危險、偽造文書、背信等罪名，故本研究將就目前所有與保險詐欺相關之民事、刑事、行政法等規範做一介紹。
- 三、分析保險詐欺案件蒐證、起訴、定罪之困難；就目前法院判決之保險詐欺案件量與學者估計的可能案件數量來看，相差甚遠，故本研究將訪問實務界人士，以瞭解保險詐欺案件在蒐證、起訴、定罪上為何如此困難。
- 四、以英國、美國、法國、中國大陸、日本為例，介紹各國打擊保險詐欺之立法與對策，同時就英國現況進行較為深入之介紹與分析；以美國為首的西方國家在 1960 年代就已經意識到保險詐欺的普遍性與嚴重

性，開始擬定各種可能的政策並進行立法工作，因此藉由跨國比較，
可以抽取其共同性，且適用於台灣的社會、商業與法律環境。

五、討論若保險詐欺無法被現行法律涵蓋，則進一步入罪化之可行性之正、
反建議。

六、提出政府與保險業界其他防制對策。

第七節 研究方法

為達成前述研究目的，本研究採取三種研究方法，以下分述採取各種研究方法之目的以及進行步驟。

壹、個案研究

為分析保險詐欺類型、特徵與難以蒐證、起訴、定罪之原因，本研究從保險公司或公會協助提供近年可疑壽險、產險案例與各種保險詐欺類型，就司法院網站與檢察署資料庫中，就產險與壽險兩方面蒐集個案，本研究總共蒐集人身保險案件 7 件(壽險 3 件、傷害險 2 件、醫療險 2 件)與財產保險案件 9 件(火險 5 件、車險 4 件)進行分析。對於未確定之案件，乃選自防制中心所蒐集之可疑詐欺案例，在各類險種中均具有代表性。

貳、半結構訪談

本研究產官學界人士共 20 人，請其就其工作內容與專業經歷討論相關問題。本研究訪談人士，包含三類：

- 一、保險業：壽險與產險保險公司資深代表、保險事業發展中心、再保險公司工作人員。
- 二、執法人員：刑事警察局（以下簡稱刑事局）、消防署、交通警察、檢察官、法官。
- 三、政府行政人員：保險局、中央健康保險局（以下簡稱健保局）官員。

在半結構訪談中，本研究提出之問題包括：

- 一、陳述目前保險詐欺之蒐證、起訴、定罪之問題（含境外犯罪）
- 二、陳述目前保險詐欺面臨之法律、組織、制度、國際合作之困難

- 三、瞭解來自業者與政府等不同單位之間的互動關係與聯繫狀況
- 四、建議各單位未來可以建立之聯繫管道或合作處理流程
- 五、調查保險詐欺所需之教育訓練內容與民眾教育
- 六、設立保險詐欺刑罰專條之必要性與可行性
- 七、如何建立境外合作打擊保險詐欺行為機制
- 八、其他相關問題

訪談結果謄寫逐字稿，並由研究人員就主題加以分析。

參、文獻比較

為瞭解各國打擊保險詐欺之立法與防制對策現況，本研究以國際文獻比較方法，介紹目前國際防制保險詐欺之組織與對策。

- 一、選擇比較國家：本研究主要比較之國家係以目前保險詐欺防制政策發展歷史較早、制度較為完整，或保險業界、政府、民眾對保險詐欺警覺性較高之國家為主，本研究選擇了英國、美國、日本、法國與中國大陸。
- 二、蒐集資料之範圍：包括各國之書籍、期刊論文、技術報告與作業手冊等。
- 三、資料蒐集程序：本研究將從中英文電子資料庫開始蒐尋，逐步擴及各國官方與民間機構網站資料。

第二章 各國保險詐欺防制策略與立法比較

第一節 英國

壹、當前管理保險活動之制度

英國國會於 2000 年通過金融服務與市場法案，要求政府必需成立金融服務管理局 (Financial Services Authority, FSA)，專門負責管制金融服務業及保險業者。FSA 成立有四大目的：

1. 維持英國金融體系的可信度。
2. 提升公眾對金融體系的瞭解
3. 確保消費者之保護
4. 協助防制金融犯罪

國會賦予英國 FSA 的權責很大，所有金融服務活動之開始或繼續 (包括保險業務)，均需得到 FSA 的授權、豁免與管制。因為以單一管理機構管理，不論在管理面或是資源開發面，2000 年以後，英國均可集中力量，進行金融業管理與問題之分析與研發，當然，這也包括保險業務。從此之後，政府與業者對於保險詐欺問題之瞭解，也比較深入且有系統。

為了有效管制保險業，英國的 FSA 提出建立現代化管理責任分配之改良方案。方案包含下列四個重要方向：

1. 以預警式風險管理規範替代問題發生後之事後管制策略，尤其注重研發、建立高風險區域與特徵模式。
2. 建立統一的法律架構，以整合對於保險業者之規範，包括業者行為與經營模式。
3. 建立更多、更有效率地合作關係，以充分暴露高危險保險個案之訊息。
4. 讓保險監督者 (如：FSA) 有效運作。

2000 年以後英國金融改革策略已經根本地改變了管理者、管理規章的結構，主要趨勢乃是預警式、主動性之管理策略。

2005 年初由於英國必須履行歐盟對於會員國金融業（含保險業者）之規定，故透過金管局採取了更多積極的管理策略，一般而言，英國的保險業者與保險仲介者普遍認同金管局的商業管理行為。

歐盟法規規定會員國需提供保險業務員與經營者詳細的規範手冊，包括保險公司對保險費之收取與管理。除此之外，英國金管局具體之管理制度還包括以下數端：

1. 規定保險業者與保險仲介業者必須遵守該局高標準之商業經營規定，若發現嚴重問題時，不僅有義務通報金管局，且需配合金管局之監督與調查。
2. 對於任何管理上的違規行為，該局不但擁有強大的調查權，也經常透過此機制，約談業者與投保人。
3. 另一項管制武器是該局經常、定期指派專業或技術人員稽核、檢查保險業者或保險仲介業者的活動與成本。
4. 若發現有違規行為，該局有權處以無上限的罰款，亦可對個人或公司的犯罪行為進行起訴或告發。

綜合觀之，英國對於保險業者的強化管制，始自 2000 年金管局的成立，更在 2005 年時因為歐盟的規定與業者的需求下，進行了更多的立法與行政作為。

貳、英國保險詐欺相關法令

至目前為止，英國刑法未特別針對保險詐欺入罪化立法，任何與保險詐欺相關之犯罪行為均以普通詐欺罪論處。在英國，與該保險詐欺行為該當者，乃是竊盜法案（1968），亦即「以詐欺之有力手段，而獲取金錢利益」，最高刑罰為十年有期徒刑，相關條文為第十五條、第十六條與第十七條。

「第十五條第一項：一個人若以不誠實的詐騙行為，而獲得屬於他人的財產，並有永久剝奪他人財產之意圖者，應判決處以十年以下的有期徒刑。」

第十五條條文中所謂「財產」，解釋相當廣泛，也包括保險業者在請求賠償中的財產移轉，故該條文可被保險業者用來對抗保險詐欺行為。

第十六條關於提起訴訟有效期，在於規範投保人一開始簽訂保險契約時，便隱匿或說謊，或是投保人因隱匿或說謊獲得較有利之保險利益。此條文亦可規範由於不誠實或偽造保險事故得到理賠，被認為有違反該條文之危險者。

第十七條則清楚地指出，若一般詐欺者提供虛假的帳號，即為犯罪行為。此條文亦可用於當賠償請求權人提供一個虛假的帳號，以詐騙保險業者之情形；該條文也特別適合於應付大量且複雜的保險詐欺案例。

刑法關於預謀犯罪之規定，亦可適用於預謀之保險詐欺行為，主要為竊盜法案（1968）第一條所論及。

因為英國法律中並無保險詐欺之規定，因此所需的證據乃被分別規定於竊盜法案的相關條文中，適用上仍有不清楚之處。有鑑於此，竊盜法案於1996年修訂，納入詐騙銀行或金融機構之犯罪行為，目的是補充一個新的保險詐欺行為，以便有效管理保險詐欺愈來愈嚴重的情況。

英國法律協會於2002年的報告中，曾經檢討法律的缺失將可能導致保險詐欺被區分為兩個類別：一者為預謀詐欺，一者為適用其他可罰之犯罪行為。這兩個類別的問題是：預謀詐欺可涵蓋之範圍太廣，可能會導致一些原本為雙方合議之合理行為被視為犯罪行為；而依法可罰之罪刑則涵蓋過窄，無法包含某些保險詐欺之特定犯罪行為。該協會建議國會與政府需提出一個專門的「詐欺法案」，明白列舉例示條款，以涵蓋更多種類的詐欺犯罪。

參、英國其他反保險詐欺策略

英國政府行政部門、金管局、民間保險業者聯盟，皆是發展保險詐欺防制方

案的主體，在此依序加以說明。

一、政府的作法

英國政府將 2002 年法律協會提出之建議納入考量，到了 2005 年已經編撰專門的詐欺法案草案，預計 2006 年送入國會審查。詐欺法案乃英國政府考量以下議題的直接結果，特別是該法案承認有助於改善刑法符合當代對於詐欺犯罪的需要，且明文將保險詐欺包含其中。

英國推動詐欺法案（含保險詐欺入罪化）的立法理由有四點：

（一）使陪審團易理解相關犯罪與條文

英國政府強調審理案件時，應該要設法讓陪審團對於法律更加理解，尤其是在審理嚴重的詐欺犯罪時。相關的案件常出現在審判中，但沒有一件能夠適當地描述或定義詐欺的意義，而現有的一些詐欺立法或者僅限定於特定類型，或者太過空泛，因此法官無用一個明確、具體的詐欺犯罪定義，指示陪審團。如果立法將詐欺犯罪的定義更為明確化，將可以使陪審團將他們的工作重心放在審酌犯罪事實，而非纏繞在不斷的考究是否符合法律的構成要件上。

（二）可滿足追訴犯罪之實務需要

詐欺法案（含保險詐欺）可提供一個更有效追訴詐欺犯罪的實務工具。在英國曾發生詐欺犯罪被以其他罪名追訴，但因要件不合，常導致不公正的無罪釋放，或需要花費更多納稅人的錢進行上訴程序。立法將詐欺犯罪的要件加以明確規範，有助於檢察官在起訴時，很清楚的知道該案未來被判有罪的機率。

（三）有利於被告理解相關犯罪內涵與其訴訟權利

推動一個單一的詐欺犯罪條文，可使詐欺的相關法律變得更加簡潔，因為簡單的法律較之於複雜、高不可測的法律，更具有公平性。

假如一個公民在進行犯行前，都經過深思熟慮的計算策劃，那麼一個清楚、簡單的法律與懲罰，便可以提供其行為之考量，警告一旦發生，其可能之後果。其次，起訴被告時，若使用了一個清楚、簡單的法律，被告比較能瞭解其在訴訟抗辯中，自己所擁有的權利，有利於他們能夠提出無罪的防衛性答辯。

(四) 符合未來電子科技發展產生的新興類型

詐欺犯罪相關之立法目的之一乃在於透過相關條文包含所有形式的詐欺類型，不能僅針對特定類型加以規範，否則不足以因應未來科技發展後隨之產生的新犯罪類型。

詐欺法案包括現代化法律的新式手段，賦予偵查員與公訴檢察官必備的工具，使其能與新興的詐欺行為並駕齊驅。該法案具體有關詐欺的法條，包括下列數項：

(一) 第一項：目的是創造一個詐欺專門法案，且具體描述三種可能違犯樣態之定義，分別規範於法案第二、三、四項。法案亦規範相關刑罰，最高徒刑可達十年，等同於英國普通詐欺罪及預謀詐欺罪之刑罰。

(二) 第二項：規定以偽造的代理權行使詐欺之犯罪行為。於第(1)(a)款中，亦清楚地指出所謂的「代理」，必須是藉由不誠實的方式為之，辨識方式適用第(3)款與第(4)款。目前「不誠實」的要件，乃根據 R. v.s Ghosh (1982 年，Q.B.I 法院五十三號判決) 一案上。該判決確立了兩個判斷標準：第一，「不誠實」行為需以合理、誠實之社會人士的普遍標準加以衡量。第二，被告是否察覺自己行為符合合理與誠實社會人士的標準。該法案於第(1)(b)款中又指出，保險詐欺之被告需基於「意圖獲得利益，或造成他人損害，或是具有造成損害之危險，該利益或損害並不需要實際發生」。同樣的規定亦適用辨識第(3)款與第(4)款的犯罪行為。第(2)款中，則明白定義「虛偽」(false)之意思，第(3)款則定義「代理」(representative)。虛偽之代理意指不實或使人誤解的方式，且被告知道或

是可能知道此為不實或會使人誤解。第(3)款規範之代理意指法律上或事實上的代理，包括心智陳述，可以對話言詞或經由契約文字加以傳達，言詞呈現方式無任何限制，書寫、演說、網頁留言版皆適用。

(三) 第三項：本條文規範當一個人基於法定義務，需對對方據實提供資訊，而未提出時，乃成立詐欺犯罪。其中「法定義務」乃採用法律協會報告中的解釋，參見該文的 7.28 及 7.29 兩節：

1. 7.28:「所謂的義務源自成文法規定(例如對於公司法人創立之管理規定);或者是基於考量契約良好信譽之最大限度的執行情況;或者表達或保留於契約用語之中;或者是來自特殊交易或市場習慣;或者與契約任何一造當事人相關之信用實際情況(例如委託人或代理人)。」
2. 7.29:「訂立提供訊息為法定義務之目的，並不僅限於假如該被告並未提供在事故中發生被害之情況，也包括假如法律賦予被害人基於其法律地位撤回訴訟權時，曾同意做出他(她)不會對外透露之決定。例如，某人基於其信用狀態而負有提供義務，而在他(她)與其受益人進入契約關係中，便需提供原始訊息。否則若發現未提供時，將使受益人因而承受契約廢止或者因而被對方請求財產賠償之虞。」

以保險為例，保險業務員未與客戶分享保險契約條款中有關人體器官之相關訊息，便屬於對客戶惡意隱瞞保險契約條款內容之保險詐欺行為。同樣地，在人壽保險實務上，若客戶刻意不提供與其身體器官功能相關訊息，亦使該行為構成為保險詐欺。

(四) 第四項：該款規定不誠實地濫用一個人的經濟地位，亦是一種保險詐欺行為。於本項第(2)款對於不誠實濫用其地位之行為，亦屬犯罪行為亦有清楚的界定。例如一個勞工為了避免合夥人或競爭公司以其勞動工資所得作為索賠之替代物，而未在契約中表明其

從事之工作時，便符合該款條文之犯罪行為。又如業務員為販賣保單，未表明契約中不理賠項目，此亦為詐欺行為。

除此之外，英國在 2005 年 10 月又提出本法案的精簡版，重新檢討規劃反省本法案之立法精神，並呼應詐欺實務現況、政府角色、企業因應之道，同時檢視該法案與未來詐欺犯罪預防、偵查、調查、起訴、定罪、刑罰之關係。新的檢討報告將於 2006 年 4 月對外公布，此次重新檢討主要是修正政府處理詐欺之角色，特別是針對下列問題尋求解決之道：

1. 需要重新評斷的問題是什麼？
2. 政府處理詐欺問題適當的角色為何？
3. 如何使詐欺防制體系的預算發揮其最大的資源利用價值？

二、英國 FSA 的作法

英國 FSA 是一個獨立機構，由金融服務法與市場法（2000）授予權限。英國 FSA 在 2000 年成立以來，一直試圖發展對抗保險詐欺的戰略性政策，此乃基於企業一致性的需求，期待政府提升對抗保險詐欺的金融機構機構整體效能。FSA 主管的相關三個重要工作分別為：

1. 改善管理監督機制
2. 確立執法標準一致化
3. 研發相關議題：特別著重研究查核機制相關之議題與危險偵測研究

經過 2004 年一整年的努力，FSA 已經嘗試建立保險業者辨識與防止保險求償的詐欺行為，這是 FSA 打擊保險詐欺上一個很重要的貢獻，FSA 目前對業者的具體建議總結如下：

1. 公司資深管理者可藉由良好的經營資訊與內部偵測保險詐欺研究報告，密切地掌握保險詐欺的新興趨勢與制高點，使員工體認到對抗保險詐欺

的重要性與特徵。

2. 就市場解決策略而言，管理者之間需進行適當地資料分享，各公司可團結合作以防止保險求償的詐欺，所減少的成本可以平均與被保險人分享，也可增進企業名聲。FSA支持任何市場提出之防制金融犯罪的方案，其中建立一個金融資料庫，被認為是最有意義、最重要的市場解決方式，但FSA亦體認到在某些領域上，單純以市場自發性之解決方式，可能還是不夠的。

三、民間業者的作法

英國保險業者協會 (Association of British Insurers, ABI, 本文簡稱保協) 乃是英國保險業者組成的商業協會，參加保協組織者大約有四百餘家公司，約佔英國全國保險公司的 95%。一般而言，保協支持保險詐欺法案，有些其他組織則持保留的態度，後者認為要符合保險詐欺行為要件非常困難，但是不管哪一個組織幾乎都同意，檢警資源若無法配合，不管法令多麼周延，也無法應付層出不窮的保險詐欺案件。

(一) 廣泛開發、應用電腦科技篩選危險客戶或資料

有些保險業者、再保業者、仲裁機構，已經發展了一套篩選詐欺的系統，稱為「消費者導向科學化危險評估標準 (Scientific Customer Orientated Risk Evaluation, 簡稱 SCORE)」，這個系統可用來辨別可能之保險求償詐欺行為。基本原理是以電話進行保險求償的調查，運用心理學、行為分析技術以及電話會話技巧等調查保險索賠的原因，並賦予保險索賠調查員評估該求償申請是否為真實，設法使索賠者無意中說出其真實性，由結構式之調查取向，辨別異常行為。

英國一家邱吉爾保險公司近年來也開始使用一套名為「亨特」的新式電腦商業顯微鏡系統，從客戶資料中挑選出異常者，主要偵測範圍是住址、簽名等資料之修改痕跡，以及填表時顧客寫錯之表格區域。

其他許多保險業者也致力培養防制保險詐欺之研究團隊，並訓練專業調查員。

(二) 警方建立備忘錄

保協也與英國警長協會 (Association of Chief Police Officers, ACPO) 建立「備忘錄」(初設於 2002, 2005 年 1 月修訂再版), 備忘錄中指導業者對於可能涉及保險詐欺之危險行為, 如何向警方報案。在此備忘錄中, 業者在兩種情況下可以向警方申請消費者之資料: 第一, 業者特定理由需要瞭解特定請領保險金案件之相關資訊; 第二, 業者有證據懷疑之保險詐欺請領案件。業者只要填具相關表格, 說明申請或懷疑之理由, 並提出需要警方協助查詢資料之項目, 警方即會協助查詢, 同時警長亦可接受業者訪談, 唯前者申請案需付費 75 英鎊, 非正式訪談需 84 英鎊, 後者之查詢與正式訪談均為免費。

(三) 研發保險詐欺危險因子之計算公式

保協會員也致力於更長遠的保險詐欺偵測與調查研究工作, 他們研究開發了一些保險詐欺標準檢查程式, 希望透過科技, 篩選出更多疑似保險詐欺案件或保戶, 讓業者可事先預防。

(四) 開辦保險詐欺諮詢處

保協來積極投入開辦保險詐欺諮詢處 (Insurance Fraud Bureau, IFB), 特別著重於集團性與組織性的保險詐欺份子與其活動。雖然保協無公權力, 但其結合保險詐欺專家與資料庫知識, 盡力調查、比對、檢核任何具有詐騙行為的活動。目前此諮詢處由 20 家保險公司集資, 每家出資二十萬英鎊, 預計在 2006 年 4 月完成, 並可獨立運作。

四、保險業者在防制保險詐欺無能為力之處

英國的保險業者在防制保險詐欺工作上常覺得無能為力者有以下幾方面:

(一) 警方的協助有限。

(二) 有些業者惡意拒絕或刻意刁難支付保險賠償請求，引起消費者反感。

(三) 保險詐欺起訴率低，缺乏嚇阻力

總體而言，保協建議英國政府能夠發展一個全國性對抗保險詐欺的方案，比照類似防制洗錢活動一樣，希望由英國內政部主導，公私立部門一起合作，達成減少保險詐欺之目標。

第二節 美國

壹、當前管理保險活動之制度

在美國傳統上，一如其他各種行業，保險業乃由各州各自管理。但近幾年來，各州保險業與活動管制體系似乎出現過度複雜、反淘汰、過於繁瑣、成本增高、延誤新保險產品推出等問題。

針對保險業的管理，目前聯邦層次的修正方案有兩個方向：

第一，雙向（聯邦與州）特許系統：此乃類似於銀行企業的雙向管制系統，允許公司在州管制體系或聯邦管制體制中選擇，可避免需要遵守 51 州不同之管制規定。包括公司法人、再保險業、保險仲介業、人壽保險業，以及從銀行業務轉至保險之企業者，多數均支持此一方案。但此作法可能與美國 1999 年 Gramm-Leach-Bliley 金融服務現代化法案有所衝突，這個判決認為保險活動無論是由銀行、保險仲介業或保險業為之，均需受到州的管制，且該法案特別保護十三種各州保險管制範圍，以避免聯邦獨佔管制權。

第二，致力於州管制體系的現代化：創造以各州管制為基礎的國家網絡系統，期待設計出一套每個地區一致性標準的銷售行為、營業許可、新產品與再保險機制的最大公約數。美國國家保險監理官協會(National Association of Insurance Commissioners, NAIC)乃是各州管制系統現代化改革之推動者。各州政府主要責任乃是保護消費者權益，具體執法者則是 NAIC，美國的模式乃是由政府與民間分享其客觀利益與市場管理行為。NAIC 設立於 1871 年，主要任務是用來協調跨州的保險業管理機制，其第一個工作就是發展一套保險公司統一的財務報表，同時負責新法、資料收集、科技技術等有關的教育訓練工作，事實上，美國的 NAIC 扮演多面向、政府管制外圍組織之角色。

1999 年 Gramm-Leach-Bliley 法案標準化美國對於保險業者的管制規範。根據法案判決，各州若在 2005 年之前，尚未頒行一套許可保險業者或保險活動之

法律，就必須成立一個民間全國性許可組織來執行這項工作。只要這個全國性的業者登記機構與仲裁協會，可產生自我管理的組織功能（例如全國性的安全產業協會），州的管制目標便可以達成。到了2004年8月時，大多數州已經通過某種保險業者許可改革立法。

貳、美國保險詐欺相關法令

在美國，保險詐欺防制相關法令之立法，特別是1995年3月2日通過，9月20日修正之「保險詐欺標準法案」，係由「反保險詐欺聯盟」（U.S. Coalition Against Insurance Fraud, CAIF）一手推動的，到目前為止，很多州已經採用了這個法案。

「保險詐欺標準法案」涵蓋相當廣泛，規範了內部與外部的保險詐欺行為外，諸如索賠範圍、保單條款欺罔等行為也有規範。該法案也規定保險業者必須制訂「反保險詐欺標準作業流程」（參閱該法案第十一條第a項），並在保險申請表與索賠單中加入防制詐欺之警語（參閱第十一條第b項）。

美國保險詐欺標準法案除了將保險詐欺行為入罪化外，該法案尚提供無罪當事人的賠償。例如：法案第九條要求保險業者與執法機構緊密合作，以對抗保險詐欺。第十條對於這些提供相關保險詐欺訊息予保險業者或執法機構者，提供從寬之免責範圍，法案認為「若無證據證明訊息提供者具有真實惡意、或認識其訊息為錯誤，或因疏忽陷於錯誤者」均可適用。

另一方面，法案也規定美國保險業者應盡量減少因「事故證據薄弱」或「客戶可疑」而拒絕理賠之案件。立法者認為保險契約乃基於雙方之誠實信譽，當保險業者不合理地拒絕支付賠償金，將會被認為有不具信賴的行為，在美國很多州被保險人常因為保險業者對於保險契約不忠實，遭到無良好理由，拒絕賠償之案子。在美國也很多非營利消費者團體（如 Fight Bad-Faith Insurance Companies, FBIC），會出面協助被保險人對業者進行訴訟，但這個制度也是雙面刃，有的保險詐欺行為人利用這種制度，轉而遂行其保險詐欺行為。

參、美國其他反保險詐欺策略

一、各州成立保險詐欺防制局

從 1990 年代以來，美國多數州皆已建立保險詐欺防制局做為執法機關，主要任務是審查、告發、起訴保險詐欺案例。然而，有些州的保險詐欺防制局，只處理勞動傷害之保險賠償申請事宜。

佛羅里達州、加州、阿拉斯加州、內華達州、北卡羅來納州、紐澤西州及俄亥俄州的保險詐欺防制局成立已逾十年，在保險詐欺標準法案中也規定保險業者有責任推動反詐欺策略或活動（例如，法案要求業者需設置保險詐欺調查研究部門，擬定一套反詐欺方案，並在保單上加註不正確的陳述與詐欺的索賠事件，乃是一種犯罪的警語等等），因此多數詐欺防制機構乃是全部或部分由保險業者課稅之稅金來籌措資金。假如保險公司未遵守保險詐欺標準法案的規定，州發給的保險營業許將會被吊銷或廢止。關於保險詐欺案件的檢舉，保險詐欺標準法案也有豁免法規，以保護個人或公司不會因為檢舉詐欺行為，而有刑事或民事責任。

二、強化保險詐欺防制訓練課程

美國有許多機會可以學習到關於如何去處理或掌控保險詐欺賠償，譬如 NAIC、國家保險犯罪防制局（National Insurance Crime Bureau, NICB）、保險詐欺測驗協會（Association of Certified Fraud Examiners, ACFE）等組織都會定期提供教育訓練與檢定課程。NICB 的基礎課程著重於索賠研究、隱匿訊息、縱火、郵電詐欺類型，以及如何利用科技對抗詐欺等內容。進階課程則處理複雜之索賠案件研究，集中研究專業詐欺行為與犯罪人。NAIC 提供保險業者職員基本的反詐欺專業訓練，包括內部的與外部詐欺行為。ACFE 則處理各種犯罪與詐欺檢測研究，目前已經提供了世界各地超過一萬六千種已知的詐欺犯罪檢測方式。此外，一些州立的保險部門也提供保險從業人員相關索賠研究以及詐欺偵測教育訓練。

三、成立聯邦層次之國家保險犯罪防制局

1992 年成立了國家保險犯罪防制局 (NICB)，以聯邦層次處理保險詐欺問題，此組織為非營利機構，資本額為美金四千五百萬元，並聘僱超過二百位保險詐欺研究者，而對於公司會員提供幫助。從工作成員、籌措稅金，到組成基金會，均由超過一千家保險公司共同贊助。國家保險犯罪防制局是保險業者與其他機構(如行政部門、警方等)之間的橋樑，類似於英國保險協會 (ABI)。該局不但對政府部門的保險詐欺立法進行遊說，且成立二十四小時免付費電話，提供大眾人士可以打電話來檢舉保險詐欺嫌疑案件，檢舉民眾可獲得一筆獎金。

四、成立全國保險詐欺資料庫

美國國家保險詐欺防制局最成功之處，乃是於 1995 年設立保險詐欺資料庫，稱之為「NICB EyeQ」。該資料庫由保險公司會員提供資料，涵蓋了超過三億五千萬筆資訊，對保險求償案件或交通事故案件，會員可申請使用這些資料庫。

第三節 法國

壹、當前管理保險活動之制度

管理法國保險業或保險活動之部門有兩個主要組織：「保險公司委員會」(Comite des entreprises d'assurance –CEA) 與「社會保險與意外事故保險控制委員會」(Commission de controle des assurances, des mutuelles et institutions de prevoyance – CCAMIP)，前者負責核發保險業者、新產品等之許可或豁免許可，並確保業者不得從事不受管理之金融服務，後者是一個獨立的政府機關，負責監督、確保業者遵守法律與規章，符合其營業目的，這個機關對於保險業者與金融服務業，有非常大的調查權，同時也可對業者施以罰金與行政罰。

近幾年來，法國政府與國會開始朝向統一立法與管制保險業與金融業的趨勢，根據2003年法國財政金融安全法案，政府將好幾個其他的管制機關併入CEA與CCAMIP中，目的是擴充、統一管理權。此外，作為歐盟會員國之一的法國，也如英國一樣，必須執行歐盟保險調解規定，逐漸加強該國對於保險業者管理的控制權。

貳、法國保險詐欺相關法令

法國未將保險詐欺入罪化。至於管理法國金融市場的相關法規，最重要的是2003年通過的財政金融法案。為了讓法國法律配合歐盟法，新的草案已經送交國會，目標是調整兩個主要的指導方針：

一、強化歐盟保險調解指令 (Insurance Mediation Directive—IMD)

中關於被保險人投保人壽保險契約有關之資訊

有關此項調整，主要呈現在該國保險法第五條之修正版本，主要修正內容有三點：

1. 重新定義「保險調解」。
2. 透過保險代理人社會名錄（Association de la liste des courtiers d'assurance – Society of the List of Insurance Brokers, ALCA）委員會，制訂、發給消費者一本購買保險、訂定契約時，必須遵守之義務的手冊。
3. 保險仲介業者需充分提供、說明以下訊息：消費者之自身義務、保險仲介業者之營業登記號碼、消費者之訴訟權或醫療權、保險金融公司的聯繫方式。

二、確定CCAMIP的司法權限

第二個指導方針調整，乃是定義CCAMIP，管制保險業者、社會扶助與救濟機構的司法權限，並且確保業者、機關確實執行相關法律、規定與契約。

參、法國其他反保險詐欺策略

一、院檢警成立專庭或專門部門，審理、起訴、偵查經濟金融案件

法國刑事訴訟法第705條規定了經濟與財政案件的特殊司法程序，包括了法官審理相關案件時之詢問、命令與判決需遵守之原則。這個作法將法官設計為專門人士，其工作任務不同於一般之審判功能，而在審查個案適切性，並需保持專業緘默，目的乃是為了改善司法對金融犯罪之處理過程。

在法國，包括保險詐欺案件在內，所有經濟與金融案件僅分配給幾個特定的法官辦公室，以符合現代化、專業分類之目的。專庭亦延伸至檢察官起訴階段，如此處理複雜的金融案件調查時，才能夠更有效率。同樣地，在警方的層次，也成立專門處理金融案件部門，以偵查、

確認犯罪事實，收集與準備證據，並且負責擬定、執行對抗金融犯罪之策略。

二、成立反詐欺協會，協助業者調查疑似保險詐欺案件

法國成立了反詐欺協會（French Anti-Fraud Body, ALFA），專門提供保險詐欺索賠文件真偽辨識的服務，此組織不但提供保險業者求償請求案件的相關訊息之交換，也建構了專家、調查員網路，協助保險業者調查疑似保險詐欺案件。這些專家調查員均曾任職於刑事調查機關，不但有特殊專門之反保險詐欺訓練，也受到法國保險契約與優質公會（French Association for Insurance and Quality, FAIQ）的監督、管理，必須遵守職業倫理守則，且有標準化之運作模式。

第四節 日本

壹、當前管理保險活動之制度

根據日本「保險業法」之規定，大藏省下屬銀行局保險部乃日本保險業的直接監管部門，大藏大臣是最高之監督官。大藏省內還設有保險審議會等官方諮詢機構。與歐美保險市場上各國、各種形式的保險機構自由競爭的情況不同，過去日本的保險市場為一個集中式的保險市場，加上政府又極力保護本國企業之優先權，嚴格限制國外保險公司在日本之經營發展，使得日本之保險事業僅掌握在幾個有深厚官方背景的保險公司手上。

1996年以降，日本公佈了「新保險業法」，進行保險行業之改革。首先，保險部的監管工作重點從過去市場核准的嚴格審查轉向對保險人償付制度的管理，著重對投保人利益之保護；其次，對保險機構及其分支進行公開標準與規範的管理，並推動市場之適當競爭；第三、日本國內保險業從產壽險的分業經營逐漸允許通過一定方式的相互滲透；最後，日本還健全了保險機構的退場機制，允許保險公司破產，政府投入的基金則僅限於保護投保人的利益。另外，從實現償付能力的保險公司債務指標規定方面，監管當局也大幅進行調整，如提高設立保險公司的最低資本限額提高到10億日圓；設立投保人保護基金，產險公司基金規模為3000億日圓，壽險公司則為2000億日圓。

貳、日本保險詐欺相關法令

日本的規定如同我國，並未對保險詐欺行為有特別入罪之立法，而是透過普通詐欺罪之適用進行規範。

從實務觀之，日本司法界對於保險詐欺的認定，似乎有一套既定之判斷標準：

- 1.違反告知義務：保險人於締結保險契約時，對於相關事項未據實告知，以避免保險公司拒保或生疑之情事。

- 2.保險金額顯著高於一般投保狀況：如前所述，幾乎所有保險詐欺之投保金額均屬高額。
- 3.自發性、同一投保時期、分別向數保險公司投保：為進行保險詐欺而投保之保險，通常多於同一保險時期，與多數保險公司締結數保險契約之情形。
- 4.要保人保險費之支出與其經濟能力顯不相當、保險契約締結與保險事故發生時間極為短暫急迫者。
- 5.檢視被保險人受傷情形、就醫診療之必要性，以及入院情形，是否有住院之必要、病情與就診狀況是否相當、住院時是否經常外出、意見是否經常與醫生相左等等均為重要的參考因素。

此外，日本多數學者與實務界關於保險詐欺時期之認定，係以行為人依整體計畫而對法益之侵害產生迫切之危險者，始為起始之認定時期。是以，關於保險詐欺之起始認定，於涉及他種犯罪之情形，仍需至行為人向保險公司請求保險金理賠，始為起始時間。

另外，日本通說與實務見解認為保險詐欺涉及他種犯罪之罪數，應依併合罪(我國稱為數罪併罰)處斷，例如大判昭和5年12月12日之判決即謂：保險詐欺與他種犯罪間，既無法認定為一個行為，而無法依想像競合予以處理；並且於性質上亦不得將他種犯罪視為保險詐欺行為之手段，而保險詐欺亦不得視為他種犯作所生之當然結果，故不得認定為牽連犯，唯有以併合罪處斷，始得相當。

參、日本其他反保險詐欺策略

有關日本保險詐欺其他的防制對策，日本之保險審議會、警察廳與保險業界均有一些作為，分述如下：

一、保險審議會的功能

日本負責管理保險業者之保險審議會認為防止保險詐欺，首重於保險契約簽約時之選擇。審議會也認為保險業者對於保戶資料的調查必須

詳盡確實，同時，更須強化業務員之教育與保險相關機構之管理。

為了加強保險契約之選擇，保險審議會規定保險業者間必須建立一套資料交換制度；同時在法制面上，加強業者或業務員告知投保人相關義務之責任（如：加入其他保險公司之情況）。並且要求保險業者在簽約當時，特別注意契約關係人之生活狀況、職業環境與投保數額等事項，若發現投保數額異常過高或是與其身份不相當之情形，即應詳細調查，並審慎處理該保單。

二、警察廳的作法

日本警察廳為因應 1975 年以來，愈來愈多之殺人詐領保險金案件，曾與壽險公會舉辦座談會。警察廳與業者的座談會達成了五項應注意及改善事項共識：

1. 警方與人壽保險業者成立聯繫體系與窗口。
2. 業者加強契約簽約時之審查工作。
3. 改善被保險人同意之確認方式。
4. 強化複保險之清查、確認工作。
5. 改善保險業者招攬業務之制度。

警方與保險業者的座談會，一方面增加保險業者對警方工作之瞭解，改善作業流程，協助警方防制保險詐欺之發生，另一方面增加警方對保險詐欺案件的重視與調查，十分有助於雙方之溝通與日後工作之進行。

第五節 中國大陸

壹、當前管理保險活動之制度

中國大陸保險市場的成長速度頗為驚人，根據大陸保險主管機關「中國保險監督管理委員會」（以下簡稱保監會）公告的資料顯示，2002年大陸保費收入為人民幣（下同）3,053.1億元，2003年為3,800.4億元，2004年4,318.1億元，再就保險業的資產規模而論，2002年大陸保險業資產總額將近6,494.1億元，2003年為9,122.8億元，2004年時更高達1兆1,853.5億元。2005年中國大陸保費收入4927.3億元，資產總額1兆5,226億元。

大陸的保險主管機關曾數度更易，財政部與中國人民銀行均曾為主管機關，現則由1998年11月18日成立的保監會專責監理。在行政組織層級上，保監會為國務院直屬「正部級事業單位」；下設辦公廳、發展改革部、財務會計部、財務保險監管部（再保險監管部）、人身保險監管部、保險仲介監管部、保險資金運用監管部、機關黨委等十四個部門，並在全國各地共計設置35個「監管局」，組織架構與人力需求已漸趨完備。

不同於世界各國致力於致力於金融監理一元化，大陸現階段雖尚無整合性之金融監理機構存在，但根據媒體所揭露的消息，有關機關已在醞釀朝此方向重新調整或架構金融監理機制。2004年6月，保監會、中國銀行業監督管理委員會、中國證券監督管理委員會共同簽署一份分工合作備忘錄，明確規定三者應共同建置「監管聯席會議機制」與「經常聯繫機制」（備忘錄第十五條、第十七條），定期就跨業經營的重要事項進行磋商，並協調有關金融監理的重要事項，可謂已跨出金融監理整合工程的第一步。

貳、中國大陸與保險詐欺相關法令

中國大陸對於保險詐欺的規範，明文訂定於「關於懲治破壞金融秩序犯罪之決定」與「保險法」中，但保險法並未對保險人、被保險人或者受益人對保險公

司進行的保險詐欺行為則有明確的罰則，而僅以依法追究其刑事責任作為其法律效果，就意義上而言，訓誡意味大於實質懲罰的意味，但即使未有如保險法之規定，在保險詐欺事件發生後，實務操作上並不會產生太大的影響。但從「關於懲治破壞金融秩序犯罪之決定」來看，則較有明確的處罰規定，而且依據數罪併罰之精神，則會加重保險詐欺者之刑度。

一、「關於懲治破壞金融秩序犯罪之決定」

中國大陸早在1995年第八屆全國人民大會常務委員會第14會議通過「關於懲治破壞金融秩序犯罪之決定」，其中有十六條即針對保險詐欺罪加以規範，該規定之行為主體包括投保人、被保險人與受益人。處罰的行為有五項：

- (一) 投保人故意虛構保險標的物，騙取保險金；
- (二) 投保人、被保險人、或受益人對發生的保險事故編造虛假事故原因或者誇大損害的程度；
- (三) 投保人、被保險人、或受益人編造未曾發生過之保險事故，騙取保險金；
- (四) 投保人、被保險人、或受益人故意造成財產損失的保險事故，騙取保險金；
- (五) 投保人或受益人故意造成被保險人死亡、傷殘或者疾病，騙取保險金。

就刑度方面，則根據詐騙數額及情節制訂三個刑罰幅度，數額較大的，處五年以下有期徒刑或拘役，並處一萬元以上十萬元以下罰金；數額巨大或者其他情節重大者，處五年以上十年以下有期徒刑，並處二萬元以上二十萬元以下罰金；數額特別巨大或者有其他特別嚴重情節者，處十年以上有期徒刑，並沒收財產。

又依據「關於懲治破壞金融秩序犯罪之決定」，為騙取保險金而故意造

成財產損失的保險事故，或故意造成被保險人死亡、傷殘或疾病，同時構成其他犯罪，依照數罪併罰的規定處罰。另外，對於保險事故的鑑定人、證明人、財產評估人故意提供虛假證明文件，為其他詐騙提供條件者，以保險詐欺共犯論處。

二、刑法第一九八條

有下列情形之一，進行保險詐騙活動，數額較大的，處五年以下有期徒刑或者拘役，並處一萬元以上十萬元以下罰金；數額巨大或者有其他嚴重情節的，處五年以上十年以下有期徒刑，並處二萬元以上二十萬元以下罰金；數額特別巨大或者有其他特別嚴重情節的，處十年以上有期徒刑，並處二萬元以上二十萬元以下罰金或者沒收財產：

- (一) 投保人故意虛構保險標的，騙取保險金的；
- (二) 投保人、被保險人或者受益人對發生的保險事故編造虛假的原因或者誇大損失的程度，騙取保險金的；
- (三) 投保人、被保險人或者受益人編造未曾發生的保險事故，騙取保險金的；
- (四) 投保人、被保險人故意造成財產損失的保險事故，騙取保險金的；
- (五) 投保人、受益人故意造成被保險人死亡、傷殘或者疾病，騙取保險金的。

有前款第四項、第五項所列行為，同時構成其他犯罪的，依照數罪併罰的規定處罰。

單位犯第一款罪的，對單位判處罰金，並對其直接負責的主管人員和其他直接責任人員，處五年以下有期徒刑或者拘役；數額巨大或者有其他嚴重情節的，處五年以上十年以下有期徒刑；數額特別巨大或者有其他特別嚴重情節的，處十年以上有期徒刑。

保險事故的鑑定人、證明人、財產評估人故意提供虛假的證明文件，為他人詐騙提供條件的，以保險詐騙的共犯論處。

三、保險法

2002年10月28日頒布之「中國大陸保險法」第七章法律責任中，亦對保險詐欺之刑事責任加以規定：

(一)第一三八條

「投保人、被保險人、或受益人有下列行為之一，進行保險詐欺活動，構成犯罪的，依法追究刑事責任：

1. 投保人故意虛構保險標的，騙取保險金的；
2. 未發生保險事故而謊稱發生保險事故，騙取保險金的；
3. 故意造成財產損失的保險事故，騙取保險金的；
4. 故意造成被保險人死亡、傷殘或者疾病等人身保險事故，騙取保險金的；
5. 偽造、變造與保險事故相關的證明、資料或其他證據，或者指使、唆使、收買他人提供虛假證明、資料或其他證據，編造虛假事故原因或者誇大損失程度，騙取保險金的。

有前款所列行為之一情節輕微，不構成犯罪的，依照國家有關規定給予行政處罰。」

(二)第一三九條：

「保險公司及其工作人員在保險業務中隱瞞與保險合同有關的重要情況，欺騙投保人、被保險人或者受益人，或者拒不履行保險合同約定的賠償或者給付保險金的義務，構成犯罪的，依法追究刑事責任；尚不構成犯罪的，由保險監督管理機構對保險公司處以五萬元以上三十萬元以下的罰款；對有違法行為的工作人員，處以二萬元以上十萬元以下的罰款；情節嚴重的，限制保險公司業務範圍或者責令停止接受新業務。」

保險公司及其工作人員阻礙投保人履行如實告知義務，或者誘導其不履行如實告知義務，或者承諾向投保人、被保險人或者受益人給予非法的保險費回扣或者其他利益，構成犯罪的，依法追究刑事責任；尚不構成犯罪的，由保險監督管理機構責令改正，對保險公司處以五萬元以上三十萬元以下的罰款；對有違法行為的工作人員，處以二萬元以上十萬元以下的罰款；情節嚴重的，限制保險公司業務範圍或者責令停止接受新業務。」

(三)第一四〇條

「保險代理人或者保險經紀人在其業務中欺騙保險人、投保人、被保險人或者受益人，構成犯罪的，依法追究刑事責任；尚不構成犯罪的，由保險監督管理機構責令改正，並處以五萬元以上三十萬元以下的罰款；情節嚴重的，吊銷經營保險代理業務許可證或者經紀業務許可證。」

(四)第一四一條

「保險公司的工作人員利用職務的便利，故意編造未發生的保險事故進行虛假理賠，騙取保險金，依法追究責任。」

參、中國大陸其他反保險詐欺之策略

大陸學者曾對於境內法院所判決之保險詐欺行為案件分析，並歸納出大陸地區目前保險詐欺之問題點所在：

1. 清查未規範保險機構之設置：某些保險公司不經國家保險監管部門批准擅自下設分支機構、營業據點，有的為逃避監管通過派員駐守、不掛標牌等方式變相設立分支機構。有的保險公司變相將農村專職代辦所、個人代理人管理處、行銷員管理處等代理機構或內設機構視為一級分支機構進行管理。
2. 未對於保險機構高級管理人員任職資格進行審查工作。

3. 部分保險公司違規經營、惡性競爭，加大了經營風險：部分保險公司的一些分支機構違反規定支付無賠款優待、退費或者提供其他形式回扣，嚴重違反了中國保監會、財政部的有關規定。此外，部分保險公司的一些分支機構違規擅自使用“陰陽保單”、“陰陽發票”，採取保費不入帳、用應收保費替代等方式截留保費，嚴重違反財經紀律，影響了保險會計核算真實性。再者為部分保險公司的一些分支機構違規擅自變動保險責任或浮動保險費率，有的甚至未經國家保險監督管理部門批准竟擅自開辦保險險種。
4. 利用某些政府部門或特殊行業強制保險，存在不正當競爭：近幾年來，保險公司利用政府部門的行政干預或特殊行業的壟斷地位，強制客戶投保，排斥其他保險公司競爭的現象較為普遍，存在不公平競爭。
5. 有些保險企業財務制度不健全：保險分支機構在業務經營活動中，依法規經營思想不強、財務紀律不嚴，財務內控機制不健全。

大陸當局除了強化修法外，也有下述幾種打擊保險詐欺行為的策略，其特色為所有的策略基本上均由政府負起責任，缺乏保險業者之合作。

1. 全面清理保險機構高級管理人員任職資格。
2. 整頓機動車輛保險市場。
3. 重點檢查財產保險秩序比較混亂的機動車輛保險，包括保險公司是否嚴格執行有關車險經營的各項管理規定，是否加強對代理人的管理，是否建立健全和執行保險代理管理內控制度，在車險承保、理賠、糾紛處理等過程中是否提供了優質服務。
4. 檢查保險業者：檢查範圍涵蓋了外資保險機構駐華代表機構的活動情況、保險資金運用、保險公司內控制度落後情況、團體人身保險業務、誤導保險消費行為、保險代理市場、擅自設立的保險公司分支機構和營業據點等，並整頓借助行政權力強制投保和行政干預保險經營問題。

5. 健全法規：制訂、修訂保險市場監管所急需的法規、規章。如《保險違法行為處罰辦法》以及《中國保監會派出機構職能暫行規定》、《保險違法行為處罰程式規定》、《中國保監會行政復議辦法》、《保險機構高級管理人員任職資格管理規定》、《壽險公司產品資訊披露管理規定》、《保險代理人管理規定》、《保險經紀人管理規定》、《外資保險機構駐華代表機構管理辦法》等，以作為保險監管提供法律依據。

第六節 小結

壹、各國保險詐欺行為法律規範之特色

綜合前述討論，目前各國對於保險詐欺之立法規範，大致可分為三種特色：

一、明確將保險詐欺行為入罪化者—美國與中國大陸

美國及中國大陸明確將保險詐欺行為入罪化，例如美國制定「保險詐欺標準法」以及中國大陸之「關於懲治破壞金融秩序犯罪之決定」與「保險法」。美國之「保險詐欺標準法」主要企圖透過制訂一個原則供各州制定其內部法律之依據，但在懲罰程度部分則依各州自治精神，由各州議會立法決定。

大陸方面，主要依據「關於懲治破壞金融秩序犯罪之決定」，將保險詐欺分為五種類型，並依詐騙數額與情節分為三種刑罰幅度，最輕者處以五年以下有期徒刑，到最重得處以十年以上有期徒刑，同時得並處人民幣一萬到二十萬之罰金，甚至沒收財產。另外在「保險法」則再次重申「關於懲治破壞金融秩序犯罪之決定」之內容，並增加情節輕微不構成犯罪者，依據國家行政規定加以處罰之規定。

二、預計將詐欺行為入罪化者—英國

目前英國仍未有明確針對保險詐欺入罪化之法律，而是透過其他相關條文進行規範。英國對於保險詐欺案件之罪行，多以 1968 年所制定之「竊盜法案」中之詐欺罪或不誠實罪處理。目前英國正參考該國法律協會之建議，將保險詐欺之相關規定明訂於正在審議之詐欺法案中，將虛偽行使代理權（亦即普通保險詐欺行為）、未基於法定義務據實提供資訊（如：被保險人故意隱匿訊息之保險詐欺）、濫用自己或他人身份地位

(如：業務員未據實告知契約規範)等，列入詐欺犯罪之範疇，這些類型也適用於保險詐欺。

三、適用普通刑法，未將保險詐欺入罪化者—法國與日本

法國與日本目前未將保險詐欺入罪化，僅透過刑法之普通詐欺罪，作為抗制保險詐欺行為之法規。在日本司法實務上，對保險詐欺之認定，大部分是從是否違反告知義務、保險金額是否高於一般投保狀況、是否短時間向多數保險公司投保、保險費支出是否與其經濟能力不相當等標準，來審度該請求保險理賠案件是否涉及保險詐欺行為。

法國雖未將保險詐欺入罪化，但已於院檢警成立專庭或專門部門，審理、起訴、偵查經濟金融案件，並設立反詐欺協會，協助業者調查疑似保險詐欺案件。

貳、各國打擊保險詐欺行為策略之特色

至於在打擊保險詐欺行為的其他策略上，各國的作法如下表 3 所示：

表 3 各國之保險詐欺防制策略一覽表

防制與對抗保險詐欺相關機制	採行國家
建立保險詐欺防制機構	英國、美國、法國、日本、大陸
進行保險危險評估	英國、美國
建立保險業者與執法機關之聯繫	英國、美國 (透過國家保險犯罪防制局)
保單加註警示標語	美國
建立資料庫	英國、美國
開設保險詐欺防制課程或諮詢	英國、美國
設立專業法庭與偵查機構	法國
豁免檢舉之公司或個人責任	美國

綜合各國防制保險詐欺的新作為，有以下幾點共同處：

一、成立保險詐欺防制機構

美國、英國、法國等或者經由政府，或者經由業者聯盟共同成立保險詐欺防制相關機構，負責協助業者防制、調查疑似保險詐欺案件，提供專家服務或教育訓練課程。

二、成立資料庫與科學化偵測危險個案電腦程式

如美國、英國、日本均成立了全國保險資料庫，並透過研究之方式，致力找出偵測危險個案之公式或程式或是高危險因子，並以科學方式，管理、篩選、預警可疑個案。

三、保險業者與警方建立處理相關案件之窗口

如日本、英國之保險業者與警方均建立溝通與處理疑似案件窗口，並建議備忘錄與標準處理流程，是雙方互贏的一種策略。

四、成立專庭、專門部門審理、起訴與偵查

如法國成立了專庭審理、起訴包括保險詐欺在內之金融案件，警方也成立專門部門調查金融案件，不但加速調查、審理速度，且相關人員可累積相關專業，更有效率的打擊保險詐欺或其他金融犯罪。

五、強制或強化保險業者與仲介者之販賣、審核保單流程

各國均體會到許多保險業者在商業競爭、濫賣保險，業務員素質參差不齊之下，可能引發之理賠爭議，分別要求保險業者強化告知或明示消費者相關義務、產品與保險詐欺行為等訊息，同時，也要求業者需嚴謹審核保單，負起一部份預先發現疑似保險詐欺案件之責任。

第三章 國內保險詐欺案例之特徵分析

第一節 人身保險

本文針對各種類型收集之個案基本資料如表 4。其中所選取部份未結案²之案件，乃由防制中心所提供之可疑保險詐欺案例，且為各險別中之典型案例，具有相當代表性，故本研究亦從中選擇部份案例提出進行分析。

表 4 人身保險詐欺個案基本資料

案件代號	保險詐欺類型	手法簡述	涉及罪名	目前狀況	
M1	壽險	有計劃的利用被保險人之健康狀況不佳逐漸加劇其病況，致被保險人身故以牟取保險金	偽造文書 詐欺取財罪	一審判決	
M2	壽險	殺害妻子與兒子以詐領保險金	殺人罪 詐欺取財	提起公訴審理中	
M3	壽險	縱火殺妻詐領保險金	殺人罪 放火罪	提起公訴審理中	
H1	傷害險	製造車禍致被保險人受傷，並利用被保險人之身體狀況，未使其積極接受治療，致引起併發症身故以牟取保險金	殺人罪 詐欺取財	提起公訴審理中	
H2	傷害險	偽造因車禍造成手掌斷裂以詐領保險金	加工傷害 詐欺取財	提起公訴審理中	
H3	醫療險	偽造診斷證明詐領保險金	偽造文書 詐欺取財	偵辦中	
H4	醫療險	偽造國外醫院之醫療證明詐領保險金	使公務員登載不實 詐欺取財罪	偵辦中	

壹、壽險

本研究提出三件蓄意謀殺被保險人以詐領保險金之案例進行分析：

² 此處所謂結案，指於研究進行中以免賠結案、法院判決確定，與一審或二審判決，但於本報告提出時未見上訴之案件。

一、行為人特徵與動機

這些案件多為被保險人遭謀害詐領身故保險金之案例，且通常被保險人都是遭到親近之親友所謀害，其中 M2 與 M3 兩案例為丈夫謀殺配偶之情形，且行為人通常會為被保險人投保鉅額之保險金，並以自己為受益人而獲取保險理賠。

二、手法與特徵

1. 密集投保，並於投保後短時間內著手

從案例中可以發現，此類保險詐欺的共通點均為事前密集投保。M1 案例中，行為人先後為被保險人連續投保十五家人壽險公司，總保額近新台幣 7 千萬元，投保時間集中在 91 年 10 月至 92 年 4 月，而被保險人死亡時間為 92 年 10 月 11 日；M2 案例之保險金額亦高達 1925 萬元；M3 案例則高達 3250 萬元。上述案例在投保後到事件發生之期間並不長。

2. 犯罪多經縝密規劃

本類型之案件多經縝密規劃，讓不知情之第三人得以誤認被保險者乃意外死亡，而非被謀殺死亡。舉例來說，M2 與 M3 就是透過縝密計畫，先與不知情之第三者辦理結婚，並透過下藥或是其他方式，以車禍或偽裝成因逃生不急而命喪失火現場之假象。

3. 部分案例非一人著手，且以合法及非法手段交互運用，造成各保險公司理賠之壓力

行為人一方面透過律師寄發存證信函方式，以欲提起民事訴訟要求保險公司理賠，或透過民意代表對保險公司施壓，另一方面則恐嚇部分保險公司理賠主管及經辦人員、醫院醫師及經辦人員。

4. 犯罪計劃嚴謹縝密，智慧型保險犯罪

M1 案例中，行為人利用被保險人本人不具全民健保身份，難以透過中央健康保險局之索引機制或希奇投保前之健康狀況（既往病史），在無積極事證證明有殺人故意下，無法以殺人罪嫌起訴，與傳統保險詐欺將被保險人殺害獲致殘之情況有別。

三、實務見解

對於此類型之案件，實務判決上多會將詐欺取財罪、詐欺取財未遂罪、偽造文書等罪與殺人罪視為方法與結果之牽連關係，從一重之殺人罪論處，而不再考量詐欺取財之罪行。而在案件之審理上，也多著重於當事人是否有故意殺人之意圖，而非著重在審理當事人是否有詐欺取財。

貳、傷害險

茲舉出 H1 與 H2 兩案例說明傷害險保險詐欺之態樣，分析如下：

一、行為人特徵與動機

如同其他的保險詐欺行為一般，透過投保傷害險進行保險詐欺之行為，亦多是為了詐領保險金所進行之行為。此類型的案件多以集團式進行犯罪，例如案例 H1 中，行為人陸續為被保險人投保多家保險公司之壽險、傷害險與責任險，總保額高達 1 億 6 千餘萬元，投保後不久，以故意製造車禍之方式，企圖謀害被保險人致死以詐領保險金。另外傷害險之行為人亦如壽險一樣，會透過恐嚇威脅之方式迫使保險公司就範理賠。

二、手法與特徵

1. 集團勾結或受到保險掮客之煽動

被保險人本來並無進行保險詐欺之意念，乃因到了醫院後受保險掮客之遊說，利益薰心而導致同意配合進行保險詐欺行為。對被保險人來說，整個保險的開始至理賠的申請，都是由保險掮客負責，被保險人均不用出面處理。另外，保險掮客亦會積極避免保險公司

與被保險人進行連絡，以免被保險人不知如何回答而功虧一簣。

2.偽造事故現場或偽造事故文件，並透過執法人員之處理，以降低保險公司之戒心

案例 H2 中，行為人製造假車禍，並請執法人員到場處理，一來可符合保險公司之理賠條件，二來可使理賠人員心理產生鬆懈，認為有警方人員現場處理，就不會有假車禍之道德風險。部分傷害保險詐欺者，則可能會透過偽造相關之文件，例如「交通事故證明書」、「戶籍謄本」等相關申請保險理賠所需之資料，以假亂真，即使經驗豐富之理賠主管亦很難去分辨真偽。

3.經過縝密計畫且短時間向多家保險公司投保

例如 H2 之案件中，為使保險公司願意承保高額之旅行平安險且不致懷疑被保險人乃是為詐欺而進行投保，行為人乃先提供被保險人穩定之工作，等時機成熟後陸續投保與進行詐騙之計畫。而為能獲取高額之理賠金，此類型之部分案件大都是短時間向多家保險公司投保高額保險金。

5.保險掮客出面要求保險公司儘速理賠

此類型的案件發生後，大部分理賠之後續都是由保險掮客出面或是由朋友統一出面與保險公司洽談。此外，保險掮客也會避免保險公司與被保險人進行互動，以免資訊之落差而露出馬腳。如同壽險一般，傷害險理賠的部分亦較常見透過威脅恐嚇之方式，要求保險公司進行理賠之情事。部份保險公司可能會屈服在威脅之下，也可能是因為希望避免不必要的形象傷害，致使給付理賠金額。

6.保險公司不願提起訴訟

從案例中可以發現，部分案件到後來，保險公司會與當事人達成和解，以不進行理賠之方式換取保險公司不對當事人提起保險詐

欺之訴訟。惡性循環之結果，容易導致有動機之嫌犯以嘗試的心態進行詐欺，等到發現已不能再自圓其說時，便透過和解的方式脫身，仔細思考，不論到後來結果為何，對嫌犯來說均無太多的損失；甚或也可能因此獲取一大筆金錢。故保險公司可能認為以息事寧人，甚或放人一馬的心態來處理相關的問題時，相對可能導致保險犯罪日益嚴重。

7.

三、實務見解

從判決來看，本類型的犯罪多涉及詐欺取財與偽造文書之罪，如前所述，實務見解認為此兩者之間乃屬於手段與結果關係，應以牽連犯論處，從一重處斷。但本類型之案例可以了解，當保險公司已取得詐欺之證據，證明保險摺客與當事人進行串通詐領保險金之行為，已涉及詐欺取財罪嫌，被保險人往往會心生膽怯，而與保險公司達成和解，以免賠換取保險公司不起訴以結案。

參、醫療險

醫療險部份則以 H3 與 H4 二案例作如下之分析：

一、行為人特徵與動機

除了部分出於貪小便宜心理或臨時起意的個案外，目前發現的多半屬於集團性的案件，以部分熟悉商業保險或醫院行政的人為主謀，首先尋找貪小便宜、弱勢或是缺錢的民眾，告以可透過住院領取商業保險之醫療保險金，再透過重覆或不實住院詐領保險金。

二、手法與特徵

一般而言，醫療險保險詐欺包括以下手法與特徵：

1 被保險人多半無投保紀錄或投保紀錄正常

為了避免保險公司藉由公會或同業通報索引發現其異常，此類詐欺案件之被保險人通常會選擇無投保紀錄或投保紀錄正常之被保險人，以利於通過保險公司之核保，在 H3 及 H4 案件中，被利用投保的被保險人多有此種特性。

2. 申請的疾病多半較為單純，且申請刻意間隔相當時間，以免引起保險公司之懷疑：

被保險人申請理賠之疾病，多半屬較為單純之疾病，例如「急性盲腸炎」或「慢性支氣管炎」等，由於案情單純、理賠金額又不高，使保險公司不易發覺（H3）。且通常藉由逐次分開向各保險公司申請，以避開保險公司索引通報的理賠審核稽查機制（H4），待超過保險法 64 條違反告知義務之除斥期間經過後，再開始藉由密集或長時間就診以申請保險金，待保險公司發現時，多半已經被詐領相當高之金額，且無法主張解除契約。

3. 偽造知名或國外醫療院所之文件，使保險公司不易察覺或無法查證：

行為人通常會選擇較不會令人生疑之醫療院所偽造相關醫療證書或費用單據，使保險公司理賠人員掉以輕心或不易發覺，以遂行其意圖。例如 H3 的案件是偽造國內知名醫學中心之醫療文件；H4 則是以偽造之美國東、西岸 8 家醫院醫療收據向保險同業申請理賠。

4. 與保險從業人員或醫療院所人員勾結

由於被保險人就醫亦可申請健保給付，而目前部份健保特約院所因總額支付制度關係，收入大不如前，因此在部份案例中發現有醫療院所之人員與詐領保險金集團成員勾結，甚至也有部分不肖保險從業人員配合，在被保險人就醫及申請保險金的各個環節配合造假或竄改資料，形成分工明確之共犯體系。

三、實務見解

在 H3 類型之案件，行為人之行為係觸犯行使偽造公文書、連續行使偽造私文書及連續詐欺取財三罪間，有方法、結果之牽連關係，為牽連犯，應從一重之行使偽造公文書罪論處。而 H4 案例類型的犯罪則涉及詐欺取財與偽造文書之罪，實務見解認為此兩者之間乃屬於手段與結果關係，應以牽連犯論處，從一重處斷。而 H4 案例之行為人持醫療費用帳單向健保局申請收據核退，以獲得理賠給付，係觸犯使公務員登載不實的偽造文書及詐欺既遂之刑責。

第二節 財產保險

在產險的部份，本研究所蒐集到之資料主要包含火險與車險兩種類型之案件。在火險部份，蒐集到的案件多是工廠或是倉庫之火災理賠之案件，而在車險部份則多是謊報車輛失竊與偽造車禍以詐領保險金之案件（如表 5 所示）。如前所述，產險未結案³之案例之使用，亦為防制中心所提供，為典型之保險詐欺案例。

表 5 財產保險詐欺個案基本資料

案件代號	保險詐欺類型	手法簡述	涉及罪名	目前狀況	
F1	火險	縱火燒毀自己所有之工廠以詐領保險金	縱火罪	縱火罪	
F2	火險	謊稱遭縱火燒毀承租之工廠及公司以詐領保險金	偽造文書 誣告罪	審理中	
F3	火險	縱火燒毀承租之食品百貨倉庫以詐領保險金	縱火罪	一審無罪 二審縱火罪	
F4	火險	縱火燒毀承租之電子公司以詐領保險金	縱火罪 常業詐欺罪 偽造文書	提起公訴審理中	
F5	火險	放火燒毀禮品倉庫以詐領保險金	縱火罪 詐欺取財罪	縱火罪從一重處斷	
C1	汽車竊盜 損失險	謊報車輛失竊詐領保險金	誣告罪 詐欺取財罪	詐欺取財罪從一重處斷	
C2	汽車竊盜 損失險	偽造車輛出廠證明與完稅表，向監理所辦理牌照後投保，後謊報車輛失竊詐領保險金	偽造文書 詐欺取財	證據不足無罪	
C3	汽車竊盜 損失險	將車輛典當後，偽裝車輛失竊以詐領保險金。	誣告罪 詐欺取財罪	數罪併罰	
C4	汽車強制 責任險	與保險掮客合作投保汽車強制責任險詐領保險金	未起訴	免賠結案	

³ 同前註。

壹、火險

本研究茲舉出 5 個火險詐欺案件(包含法院判決)，分析如下:

一、行為人特徵與動機

對於火險詐欺的行為人，絕大部分都是工廠的負責人，但該工廠房屋之所有權不一定屬於行為人所有(僅 F1 房屋之所有權為行為人所有，其餘 F2、F3、F4、F5 均為行為人向他人承租之工廠或倉庫)。從收集之案件中可以得知，行為人投保火災險的目的，都是為了在火災發生後可以請領一筆豐厚的保險理賠金。對於保險金額部分，從 3-4000 萬的保險金額(F1 與 F2)，至接近或高達上億元的保險金額(如 F3 與 F4)均有，其中又以機械設備與貨物的保險金額佔大多數，但對於房屋的保險金額則明顯較低。此一狀況之產生，可能導因於前述房屋所有權大多不屬於行為人所有，對於行為人而言，機械設備與貨物的部份所獲得之理賠，乃屬於行為人於犯罪時可獲得之利益致。

特別的是，部分的火災詐欺犯罪者會多次的實行火險詐欺之行為。如 F4 之調查發現，該案關係人曾於多起案件獲得保險理賠，食髓知味地再以相同的手法詐領火災保險金。

二、手法與特徵

1. 承租或購買位於空曠地區且附近無住宅或工廠之地區

案件中有 4 件工廠或倉庫的所在地均位於空曠且附近無人煙的地區。例如 F1「該建築物為獨棟鋼筋水泥四層樓建物，四周空曠無臨屋比鄰」、F2「該建築物四周環境空曠，除北面有一倉庫相鄰外，與其他工廠間隔有段距離」等。研究認為，選擇空曠地區的目的，可能是擔心因為縱火時會延燒到其他無辜者之房屋或工廠，導致其

他難以解決之後續問題，例如延燒理賠或公共危險責任等等。舉例來說，由於 F2 之北邊有一倉庫相鄰，故工廠火災之燃燒方向顯然經過特殊設計，以免影響到北邊倉庫。

而選擇附近無人煙與住宅的另一個好處，為縱火行為不易遭他人所發現，使得著手不會受其他因素之影響而中止；或可以避免有目擊證人在場之疑慮，使得縱火詐領保險金之計畫失敗。另外，除了選擇人煙稀少的地點外，行為人著手的時間多為半夜或是非上班時間，一方面製造無人在現場之假象，另一方面則也是避免遭到他人發現而敗露事蹟。例如 F1 即「挑選人車較稀少之半夜時間進行縱火，於縱火後即離開現場。火災發生時係為工廠下班時間，無人在工廠且被保險人於火災發生當時均有不在場證明。」；F2 則「利用假日凌晨四下無人時，涉嫌縱火詐領保險金」；F3「挑選非倉庫工作營業日進行縱火，於縱火後即離開現場，製造火災發生時係倉庫下班時間，無人在倉庫之假象」

2. 利用保險公司承辦人員經驗不足或未仔細審核即同意承保之漏洞

F2 中，嫌犯利用保險公司地方分公司人員爭取業務之心態及較弱之核保技術及經驗，製作工廠生產及業務興隆之假象，主動投保誘使保險公司人員於不知情之狀況下而予以承保，再利用保險公司在無法掌握係被保險人自行縱火之直接證據情形下，因而必須賠付保險金。同樣的手法出現在 F3：「本案嫌犯並利用保險公司人員爭取業務之心態，主動投保使保險公司人員於不知情之狀況下而予以承保，……………」

3. 事故發生時間多為投保後短時間內進行

綜觀火險詐欺案件得知，火災事件的發生通常是在投保後段時間內即發生。最長時間通常不會超過 1 年以上。例如 F1 在保險契約

生效後於短時間(本案約為 4 個月)內即實行；F2 則是保險契約生效後於短時間(本案約為 3 個月)內實行；F3 則是在接近 1 年的時間進行，而 F4 則是在保險契約生效後於短時間(本案約為 6 個月)加工實行。

4. 當事者對火災漠不關心，且說法反覆

於火災案件發生後，當事人之表現通常為冷漠且不著急的態度，對於火災事件之發生，說法亦都反覆不一致，從他們的表現來看，他們比較關心的議題是可以獲得多少金額的理賠與何時可以領取該筆理賠金。

例如 F1 描述「火災發生後，請求被保險人提供原始憑證及相關文件，被保險人總是藉故拖延，遲遲無法提供系爭憑證、文件最早宣稱憑證、文件因消防局灌水滅火，致相關憑證已遭水污損而無法提供，後又改稱備份帳冊置於台北縣新莊市時，因水災以致損壞……」；F2「火災發生後，立即向保險公司通知出險，於保險公司與被保險人代表共同會勘損失時，會同之人員對於標的物一問三不知，當詢問相關問題如起火時間原因、起火地點、公司營業額等均表示不知情，推說營業額狀況資料皆在會計師處所，公司未有會計人員，須向會計師查証才能了解，對於工廠之狀況亦不知情。且負責人未顯現出積極性、急迫性，且不大願意積極出面處理，有違一般常理。且於次日再次詢問被保險人同樣問題時，又可明確說明，被保險人回答不一致，且說詞反覆不一……。」等均有相類似的情形發生。

5. 要求理賠金額過高，但無法提出相當之證據

由於火災事件發生後，保險公司均會要求出示相關的證據證明損失的金額，但從案件中看來，行為人通常會在工廠或倉庫中堆放

一大堆無價值之物品，充當為高價物品請求理賠，但對於保險公司要求其提供憑證或相關證明文件，卻經常反覆其詞，無法提供相關之證明。

例如 F1 中當事人於火災發生後，請求被保險人提供原始憑證及相關文件，被保險人總是藉故拖延，遲遲無法提供系爭憑證、文件。最早宣稱憑證、文件因消防局灌水滅火，致相關憑證已遭水污損而無法提供，後又改稱備份帳冊置於台北縣新莊市時，因水災以致損壞，均屬臨訟杜撰之情形。而現場貨物擺放量與投保及求償金額有極大差異：索賠清單上所列每件衣物之單價均在 6,000 元至 8,000 元之間，系爭衣物之總價竟高達 14,326 萬元，而被保險人卻主張請求賠償金額以「總價」之 25% 計算即可，即 3,581 萬元。且無法提供任何買賣往來帳冊證明，顯見其索賠係任意叫價，毫無所據。

F2 則是在現場發現購買廉價無法使用之二手機器設備超額投保之情形；現場貨物擺放與投保及求償金額有極大差異，如向保險公司求償金額與進出貨物及發票金額有相當大差異、現場清點之價值遠低於求償金額，且現場發現與被保險人生產作業無關之物品等。

三、實務見解

根據本研究蒐集之案例分析，此類型之犯罪可能觸犯刑法第一七四條放火罪(如 F1、F4)、刑法第一七一條未指定他人之誣告罪(F2)，刑法第三四〇條常業詐欺罪(F4、F5)，同時保險公司會依保險法第二十九條第二項但書規定拒絕理賠被保險人之損失。

法院的判斷標準多著重於是否為當事人故意或是唆使他人縱火所導致，當然若經證實為當事人縱火或唆使他人進行縱火所導致，則會以縱火加以論斷，並同時應負詐欺罪之刑責 (F4)，且保險公司並不用負擔理賠之責任，但在我國此類案件中，縱火與詐欺之間的關係依法院見

解認為是手段與結果之間的關係，應以牽連犯論處，從一重之縱火罪處斷。另從案例中還可以發現另一個特別的現象，即保險公司一方會自行向當事人提出放棄請求賠償，換來保險公司不追訴詐欺責任之情事(F1)。

貳、車險

關於車險的部份，一般較易發生保險詐欺行為主要在汽車強制責任險、汽車竊盜損失險與第三人責任險部份，以下車險的部份將就汽車竊盜損失險及強制汽車責任險的案例進行分析，特此敘明。

一、行為人特徵與動機

綜觀本研究所收集關於車輛失竊險的案例及判決發現，僅 C1 案件中有特別針對行為人特徵加以描述(法院判決均未對行為人之背景加以探討)，該行為人有賭博與傷害前科，平日以經營賭博業為生並居無定所。依據當事人之年齡及收入來看，一般來說均無法負擔其購買如此高單價之車輛，但如 C1 之情形，當事人更以現金付清的方式購買車輛，著實令人感到懷疑。而對於行為人之目的來看，都是透過謊稱車輛失竊而向保險公司詐領保險金，明顯是為了金錢利益所進行之詐欺行為。

二、手法與特徵

1. 專挑高級車輛下手，並於投保後短時間謊報失竊

行為人對保險公司進行詐欺之車輛，多為高級之車輛(例如雙 B、LEXUS)，並投保高額的失竊險(C1 即投保 429 萬元、C2 投保 127 萬)。而失竊時間距離投保時間往往也非常短暫(C1 為 1 個月、C2 為 3 個月、C3 為 4 個月)，投保後不到半年之時間即向保險公司申請失竊理賠之情形。

2. 獲得理賠後，以車主身分要求警方開立「車輛尋獲證明單」，並迅速將車輛過戶予善意之第三人

車輛失竊險之所以成為行為人用以詐騙保險金之原因，在於車輛尋獲後，被保險人(原車主)仍可以車主身分要求警方開立「車輛尋獲證明單」之故。雖說依據保險契約之約定，保險公司於給付保險金後，均會要求被保險人簽訂讓與契約書，並將該車之所有權以指示交付之方式移轉保險公司所有，但並未進行實質登記或於失竊證明單上註記。而原車主雖將「車輛失竊證明單」正本交付保險公司，但仍可在不須出示該證明單下取得警方開立之「車輛尋獲證明單」。

在被保險人取得尋獲證明單後，立即將車輛轉賣善意之第三者並進行過戶，使得保險公司無法主張其對該車之所有權。

三、實務見解

此類型之案件可能涉及刑法第三三五條普通侵占罪、第一七一條誣告罪與第三三九條第一項詐欺取財罪。而對於此種觸犯數項罪名案件之處斷方式，實務多數認為，被告所犯之罪中有方法與結果之相牽連關係，應依刑法第五十五條從一重處斷論以詐欺取財罪，而不應數罪併罰之（最高法院 73 年度台上字第 5446 號判例）。但較特別的是，於 C3 的案例，法官認為詐欺罪與誣告罪並非屬於手段—結果關係，故認為應該以數罪併罰處斷。由此可見我國目前對於保險詐欺與其他罪行之間的關係並未有一致之見解。

第三節 小結

壹、各類型保險詐欺案件之共同特徵

根據本章第一、二節之分析，本節可將保險詐欺各種類型之共同特徵，歸納為以下幾點：

一、短時間、多家保險公司，密集投保

保險詐欺者為了能獲取高額的理賠金，且避免繳交多期的保險費，通常會採取短時間向多家公司投保高額保險的作法。如上述壽險與火災險均可以看到類似之情形。礙於目前保險公司尚無完整之連線作業，而公會通報仍有其侷限性，以致無法在當事人投保第一時間便查詢到是否有多家投保之情形，造成此類道德危險的發生。

二、投保後短時間出險

如前所述，大部分的保險詐欺行為發生的時間，多在投保後短時間內發生（約6個月到1年間），這可能也是因為避免繳交多期的保險費所致。上述火險、車險、死亡險與傷害險均明顯可見此一特徵之存在。

三、行為人通常不只一人，犯罪目的均是覬覦高額的理賠金

保險詐欺的發生，往往不是由一個犯罪人獨立完成，如前述透過謀殺被保險人詐領保險金之案件，即是共謀完成；在車險部份，不論是製造假車禍或是偽造虛假的證明文件，也都不是獨立可以完成的事情，往往需要其他專業人士之配合或是相關人員之協助才能成事。

四、浮報損失，無法提出相關單據

從火險與醫療險之案例，均可看到浮報損失之情形。以火險來說，詐欺者往往會在火災發生後，浮報損失以獲取較高的理賠金；或是他們在縱火前，會將不相關的雜物或是舊機器堆放在現場，以製造貨物損失之假象。但往往在火災發生後，他們卻無法提出相對應之損失證明，對於理賠金額，通常是漫天喊價，與保險公司達成和解之金額與其提出請求理賠之金額，亦有相當之落差，而在醫療險方面，則是被保險人藉由誇大傷情或輕傷（並）久住甚至偽造醫療證明文件等手法，藉以獲取高額之醫療保險

金。

五、對事件發生漠不關心，只關心理賠進度

保險詐欺行為者覬覦的為理賠金的部份，故大部分對於意外的發生（如火災的發生或是車禍的發生），都較一般人發生事故後之反應來的冷漠。他們只關心保險公司理賠的情況，並會在事件尚未處理完畢時便積極要求保險公司進行理賠之事宜。

六、多次使用相同手法詐領保險金

於火險與車險之案例中可以看到，部分行為人在食髓知味後，會以同樣方式進行保險詐欺，以詐領保險金之情事。此一情形可能導因於保險公司常為息事寧人，都會與行為人達成協議，或是理賠較少之金額，或是在發現保險詐欺之事實後，以不提告訴之方式換取行為人放棄請求理賠。但對行為人來說，不論何種解決方式，對行為人來說都是利益大於損害之狀況，導致行為人會再次實行同樣的方式以詐領保險金。

貳、保險詐欺案件各種類型之實務問題

根據第一、二節各種保險詐欺案例，可見保險詐欺之行為多會合併如縱火、殺人、傷害、偽造文書、誣告等罪進行，而在實務之審理結果，認定此類犯罪與保險詐欺間之關係，為手段—結果之間的關係，依據牽連犯之規定，從一重處斷，唯有車險案例中台中地院所為之判決未採取相同之見解，反而認為保險詐欺與其他犯罪之間應無手段—結果之關係，應以數罪併罰處理。可見我國目前對於保險詐欺與其他犯罪之間的關係為何，並未有一致之看法與見解，端賴承審法官自由意志決定。

然而，由於合併於保險詐欺而發生之犯罪行為，法定罪刑多重於詐欺取財罪的法定罪刑，故在實務判決上，多不會以詐欺取財罪論處，唯有在謊報車輛失竊

之案件中可見詐欺取財罪之適用。故於考量是否將保險詐欺入罪化時，應同時加以考量保險詐欺入罪化後法律之適用問題，以免造成保險詐欺雖然入罪化，但礙於實務見解認為保險詐欺與其他犯罪間乃屬手段—結果關係，恐將使保險詐欺入罪化之嚇阻功效無法有效發揮。

第一、二節的人身保險與財產保險詐欺案例分析結果也顯示，目前進入刑事訴訟之案件類型，多以捏造虛假事故型、浮報損失型為主，或者與其他罪合併，從一重處斷之案例，或者已被詐欺罪涵蓋之案例為主，但未見因詐欺罪構成要件不該當被判無罪之案件。此外，司法案例中，亦尚未發現故意隱匿型，此可能因為保險公司未曾主動提起告訴有關。針對此一部份，本研究擬透過實務訪談之方式，以補足資料收集可能產生缺漏之疑慮。

第四章 我國相關法律對保險詐欺之規範與檢討

第一節 保險詐欺相關法律

關於保險詐欺案件之發生層出不窮，我國法律並無「保險犯罪」一詞，實務上有關此類案件涉及之相關法律規範與待檢討之處，分述如下：

壹、刑法相關規定

一、侵占罪

在財產保險方面，保險公司於給付汽車竊盜險之保險金後，均要求被保險人簽訂讓與契約書，並將該車所有權依指示交付之方式移轉保險公司所有，被保險人於該車尋獲後，未告知保險公司，逕至警局領取並轉售第三人，應論以刑法第 三三五條（普通侵占罪）「意圖為自己或第三人不法之所有，而侵占自己持有他人之物者，處五年以下有期徒刑、拘役或科或併科一仟元以下罰金。」。

二、詐欺罪

被保險人以不法手段詐領保險金係觸犯刑法第三三九條「意圖為自己或第三人不法之所有，以詐術使人將本人或第三人之物交付者，處五年以下有期徒刑、拘役或一仟元以下罰金。」之詐欺罪。

三、誣告罪

被保險人謊報交通事故至警局製作筆錄，乃涉及刑法第一七一條（未指定犯人誣告罪）「未指定犯人，而向該管公務員誣告犯罪者，處一年以下有期徒刑、拘役或三百元以下罰金。」。

四、偽造文書

被保險人偽造道路交通事故證明書、行照、駕照與相驗屍體證明書，假冒被保險人之名義申請理賠，意圖詐領保險金，乃涉及刑法第二一一條（偽造變造公文書罪）「偽造、變造公文書，足以生損害公眾或他人者，處一年以上、七年以下有期徒刑」、刑法第二一六條（行使偽造變造或登載不實之文書罪）「行使第二一〇條至第二一五條之文書者，依偽造變造或登載不實事項或使登載不實事項之規定處斷。」。

貳、民法相關規定

保險公司若被詐欺而遭受損害，應依民法第一八四條之規定請求損害賠償與第一七九條請求返還不當得利之規定處理，相關法條，分述如下：

一、民法第一八四條

「因故意或過失，不法侵害他人之權利者，負損害賠償責任。故意以背於善良風俗之方法，加損害於他人者亦同。違反保護他人之法律，致生損害於他人者，負賠償責任。但能證明其行為無過失者，不在此限。」。

二、民法第一七九條

「無法律上之原因而受利益，致他人受損害者，應返還其利益。雖有法律上之原因，而其後已不存在者，亦同。」。

參、特別法之規定

保險法僅第七十六條明訂有「詐欺」二字，其他另有勞工保險條例第七十條、農民健康保險條例第四十五條、就業保險法第三十六條與公教人員保險法第二十一條訂有詐欺行為取得保險給付之法律效果：

一、保險法第七十六條

「保險金額超過保險標的價值之契約，係由當事人一方之詐欺而訂立者，他方得解除契約。如有損失，並得請求賠償。無詐欺情事者，除定值保險外，其契約僅於保險標的價值之限度內為有效。無詐欺情事之保險契約，經當事人一方將超過價值之事實通知他方後，保險金額及保險費，均應按照保險標的之價值比例減少。」

二、勞工保險條例第七十條

「以詐欺或其他不正當行為領取保險給付或為虛偽之證明、報告、陳述及申報診療費用者，除按其領取之保險給付或診療費用處以二倍罰鍰外，並應依民法請求損害賠償；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。特約醫療院、所因此領取之診療費用，得在其已報應領費用內扣除。」

三、農民健康保險條例第四十五條

「以詐欺或其他不正當行為領取保險給付，或為虛偽之證明、報告、陳述及申報診療費用者，除按其領取之保險給付或診療費用處以二倍罰鍰外，並應依民法請求損害賠償；涉及刑事責任者，移送司法機關辦理。特約醫療機構因此領取之診療費用，得在其已報應領費用內扣除。」

四、就業保險法第三十六條

「以詐欺或其他不正當行為領取保險給付或為虛偽之證明、報告、陳述者，除按其領取之保險給付處以二倍罰鍰外，並應依民法請求損害賠償；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。」

五、公教人員保險法第二十一條

「本保險之各項給付，如有以詐欺行為領得者，除依法治罪外，並追繳其領得保險給付之本息。」

第二節 現有法規不足處

目前相關法規雖多，但仍無法有效嚇阻保險詐欺行為之發生。如何補強法律規範，以減少此類案件之發生，目前保險實務界認為應可朝以下幾個方向思考：

一、設立保險專業民事法庭審理有關保險之案件

目前部分法官或檢察官，對於保險契約之內容與作業方式並不了解，遑論此類犯罪模式。實務上，常見法官認為保險契約之爭議屬私法契約上之問題，保險公司為社會財務之強者，被保險人則為弱勢族群，致產生同情被保險人之心理，對保險人常科以較重之舉證責任，故應設民事專業法庭審理。

二、考慮制訂保險犯罪(以詐欺為例)特別條文

關於保險犯罪(以詐欺為例)事件之發生層出不窮，但我國保險法或刑法均無「保險詐欺」一詞。外國立法例中有部分國家針對保險詐欺制定特別條文，如美國與中國大陸。以中國大陸為例，保險詐欺分為三級，最輕得處以五年以下有期徒刑，最重得處以十年以上有期徒刑。相較之下，我國現行詐欺取財罪對於保險詐欺之規範，刑度似乎稍顯較輕。

此外，從業者經常主張的保險法第六十四條來看，違反告知義務之型態包括故意隱匿、過失遺漏及不實說明等三種，惟對應至刑法第三百三十九條普通詐欺罪時，僅能涵括具主觀意圖之「故意隱匿」及「不實說明」二種，不包括「過失遺漏」型態之保險詐欺，且刑法第三三九條普通詐欺罪本即不處罰過失犯；另最高法院 86 年台上字第 2113 號判例之見解，亦僅明示「故意隱匿」及「不實說明」屬於民法第九十二條之特別規定，因此從現行法令的角度來看，不論是刑法第三三九條或民法第九十二條等規定，似均無法將保險法第六十四條規定之型態完全加以涵括。

三、保險法第六十四條保險人解除權之除斥期間應予延長或與民法第九十二條採併存說

有關保險法第六十四條規定「要保人故意隱匿，或因過失遺漏，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...前項解除契約權，自保險人知有解除之原因後，經過一個月不行使而消滅...」但實務上，保險公司知有得解除之原因時，需再詳加調查，甚有向檢警單位函詢相關事宜，待保險公司確定要保人違反據實說明義務時，往往超過一個月，且依最高法院八十六年第九次民事庭會議決議，認為保險法第六十四條之規定乃保險人因被詐欺而為意思表示之特別規定，應排除民法第九十二條規定之適用。最高法院之見解固然使法律關係得以即早確定，但卻變相保障保險詐欺要保人之權益，此等法律適用之結果，顯然不符國民法律感情，對於保險詐欺之防制更非易事，故應修正保險法第六十四條延長保險人解除權之除斥期間或與民法第九十二條採併存說。

第五章 訪談結果分析

第一節 訪談對象基本資料

依研究需求，本次共訪談許多在保險領域耕耘多年的學者、專家，其中包括法官、檢察官、警察、消防鑑識人員、律師、保險從業人員，以及政府單位人員、教授，共計二十人。研究者對在學校或各公司機構對每一名受訪者進行訪談，其詳細資料如下表 6：

表 6 訪者基本資料表

編號	性別	職業	教育背景	年資	是否處理過保險詐欺
001	男	法官	碩士	6	否
002	男	警官	碩士	17	是
003	男	保險業	大學	30	是
004	男	保險業	碩士	23	是
005	女	法官	碩士	10	否
006	男	保險業	碩士	26	是
007	男	警官	大學	14	是
008	男	消防	專科	12	是
009	男	再保公司	碩士	10	否
010	男	檢察官	大學	8	是
011	男	保險業	專科	18	是
012	女	檢察官	碩士	8	是
013	男	保險業	碩士	22	是
014	男	保險業	大學	2	是
015	男	保險法教授	博士	約 20	是
016	男	刑法教授	博士	約 10	否
017	男	保發中心	大學	8	是
018	男	保發中心	大學	3	是
019	男	健保局	大學	10 以上	是
020	男	健保局	大學	10 以上	是

第二節 訪談結果分析

壹、受訪者提出之常見保險詐欺類型

訪談結果中發現，許多受訪的資深保險業從業人員均表示，台灣保險詐欺的主要種類很多，犯罪手法日新月異，整體而言有隨時間變化之趨勢。若從險種的角度觀察，壽險以及產險的保險詐欺又有不同的面貌。

一、壽險常見的保險詐欺模式

在壽險領域中，比較容易發生保險詐欺事件的違法行為態樣主要是以死亡名義詐領保險金、旅遊保險以及醫療保險這三種類型。在詐死領取保險金的種類中，編號 003 的受訪者提到曾見過的案例：

「曾有大陸非法假死亡證明，或境外用冒名頂替，找遊民或是沒有家人的人冒名，後來偵破的案例。在壽險方面死亡詐欺較少，醫療險詐欺反而較多。我做了約三十年，經驗豐富，作過第一線的，處理了很多案件，例如早期以死亡詐領保險金，還有醫療詐領保險金，到醫院假裝住院，假裝開刀，或者生個小病也去申請保險金這種浮濫報領的，而此時醫生可能跟病人互相配合，也可能是醫生的同情心或姑息心，使這種不法的詐領情況愈來愈糟。印象很深刻的一個案子在中部地區，約在民國 73 年，有一個貨運公司，雇用經濟較弱勢的人作為員工並投保，用自己公司的貨車，將他撞死詐領保險金。」(#003)

二、旅行平安險常見的詐欺模式

此外，旅行平安險最近也成為較容易發生保險詐欺的一種類型，編號 004 的受訪者提到常見的案例及其特色：

「現在發生比較多的是旅行平安險，客戶要出去旅行基本上是大陸或是東南亞比較偏僻的地方旅行，旅行平安險很便宜所以很多人都會保，但是在偏僻

的地方容易發生一些所謂金手指或金手腕等案件，甚至有命案的發生，其實當事人根本沒事，但是買通身份證件和驗屍官弄一具死屍來代替，以詐取保險金。(中略)發生金手指或是金手腕的案件，在大陸旅遊盛行之前大部分是發生在菲律賓，越南比較少但也大多發生在東南亞這些較落後的地區。不過最近這幾年往來大陸方便許多，因此有許多金手指和金手腕的案件在大陸發生。應該是因為語言相通而且內陸地區的人民教育水準比較低，所以認為有錢就可以買通。」(#004)

從訪談中發現，許多業者均認為一些法治尚未健全、貪污問題較嚴重的地區，比較容易發生詐死類型的保險詐欺案件，而負責執法的警官提到以死亡為保險詐欺手段的案例，並提出個人的看法：

「以前有偵查過，現在手上又有一件。現在這件事在大陸發生，後來去研究大陸的官方結構。我們認為(在台灣)屍體未經過家屬同意不能火化，可是大陸官方卻授權地方警局在三天之內可以未經家屬同意進行火化，這樣的情形使家屬完全不知情，也無法認屍，容易發生保險金蓄謀殺人事件。」(#002)

三、醫療險常見的詐欺模式

自從健保制度以來，醫病關係鉅變，在保險業者眼中，壽險領域之另一種保險詐欺類型是醫療險的部分，受訪業者提到保險領域中的新興熱門話題『醫療險』，編號 013 的受訪者提到：

「中部地區嚴重的是復健，例如出了車禍癱瘓，不能走路了，若去復健，六個月內公司不會給任何壓力。台灣的復健分兩種，一種是住家裡，一種是住院。醫院想賺健保的錢，對醫院而言，一天只要讓病患用機器復健一兩小時，醫院就能賺錢，而民眾若投保很多家一天一家兩千，十家的話一天就兩萬了，這種常常一住就好幾個月。依規定，健保給醫院的額度，病患最久可以住 45 天，滿期了醫院就會趕人，病患就會跑到另一間去，滿 45 天又換間。我們公司會觀察，若復健有起色，會繼續給錢，若復健已經沒有幫助，甚至

已經是植物人，他家又不請看護，就放在醫院，又可以領保險金，他何樂不為？」（#013）

而編號 004 的受訪者則進一步分析醫療險容易成為潛在犯罪者覬覦目標的原因是醫院利益、健保制度、新醫病關係下的產物，是亟待突破的一環：

「現在比較常見的就是輕病久住賴著不走，健保給付是有限的而且有很多醫院也經營不好，當初住院時是有受傷可以住兩天，當時間到了健保不給付了醫院就會想辦法把病人趕走。我有聽說過自費，現在醫院的經營模式已經很接近飯店了，如果病床是空的那也是耗成本的，因此在住院前兩天有健保給付但是之後如果願意自費再住下來，那醫院何樂而不為呢？反正病床不空著又可以收取費用。那為什麼病人會願意自費住下來，因為他評估過住院一天可以申請五萬塊而給醫院一天是三千至五千還是有利益的，這是我聽說的輕病久住。而醫院必須做出診斷證明才会有理賠，醫院通常會做而且有很多主觀性的症狀如嘔吐、頭暈等，都是無法用儀器診斷的，醫院也不會急著趕他走，通常會多觀察幾天，但是這幾天就可以申請很多錢。」（#004）

包括保險業者在內的數名受訪者均提到，除了健保制度需要進一步加強管制外，醫療保險成為保險詐欺的溫床，保險公司因為業績而設計了極具誘惑力的新商品，不但吸引了商機，也吸引了犯罪動機，健保局的受訪者認為：

「日額型的案件，你保險公司開創一個風險，方便銷售保單，又免去理賠的審核工作，卻要全民買單，健保支出，這種問題後端預防機制再多，最簡單也最有效的方法其實是不要再賣這種商品了。我們（健保局）再宣導民眾，其實宣導是抵不過利益的，與其花很多資源、金錢查證，不如更改保單內容。」（#020）

四、車險常見的詐欺模式

保險詐欺的另一大類產險部分，受訪業者提到的保險詐欺行為種類更加的多樣化，其中編號 011 的受訪者對於車險有較深入剖析：

「我們看到可疑的案子，分析覺得這個案子應該有問題，後來又跟保險同業聯繫，X業者、Y業者各有一部（汽車）類似的，都是原住民，利用其他的原住民（當人頭），就報給刑事局，後來也順利偵破了。他的手法是利用住在花蓮的原住民，把人頭集中在台中，租房子讓他住，他就近控制，因為這些犯罪集團首腦就住在台中，等（汽車失竊）申請理賠，保險公司的理賠人員一定都會跟被保險人、車主聯繫，車子怎麼丟的會展開查證的動作，他（犯罪集團）就把這些人頭戶送到大陸去，招待出遊，主要避免他跟保險公司有接觸，露出破綻，等到快要到理賠的時候再趕快催保險公司要錢，匯到他戶頭，賠了以後，利用禮拜六禮拜天去警方那邊辦（失竊車）尋獲，因為目前警方辦尋獲也不會去看那部車的狀況，在哪裡尋獲，或者他（車主）就隨便丟在路邊，讓路人甲路人乙發現這部車，或者他自己打電話給警方說他看到有一部車在路邊停很久了，警方只要看到有車子在他的轄區尋獲，當然是一件好事，也算績效一件，就不會再經過仔細的查證，就會開尋獲證明單。開的時候他（警察）也不會問（車主）保險公司是哪一家，失竊的時候也不會問保險公司哪一家。」（#011）

在業界工作資歷超過二十年的 004 號受訪者提到車險詐欺案件在犯罪偵查上的難點：

「產險多是車險或房屋，而且會看影響層面的大小。以比例來說，小的案件發生次數較頻繁，而像火警這樣的案件因為發生多會引起社會的關注，所以（犯罪者）計畫也比較周詳。車險方面有滿多起疑似的案例，有一些跡象我們會主動去調查、詢問不合理之處。我們有遇過（犯罪者）把資料蒐集得很完整，甚至連開證明單的單位人員都有涉及，我們（保險公司）根本找不到破綻，而且案件都有時間的壓迫，所以雖然有懷疑還是判賠了，不過後來因為起內訌有人出來自首才把這個案子爆出來，要把賠償金還回來，我們在去深入調查後才知道。」（#004）

五、火險常見的詐欺模式

火險的部分，曾經震驚社會的彭 XX 縱火集團詐領保險金的案件，該集團從民國八十八年起就在宜蘭、基隆、台北縣市、桃園縣、苗栗縣及台南縣市，尋找經營不善工廠、公司、或店面，低價承受後就搬一些不值錢機器設備入內，投保鉅額保險就再趁機放火燒工廠。全省共燒毀 17 棟建築，成功詐領 12 件，詐領一億六千多萬元保險金。曾協助該案件調查並已從事火災調查工作多年的受訪者 008 提到他曾協助辦理的縱火詐領保險金案件：

「例如彭 XX 案，在全國就燒了很多地方，台北縣找五個地方犯案，後來也判刑確定。在土城有一個案件，它是一個藥品倉儲，裡面有很多民生用品，主要是租約到期，貨物早就搬走，只剩一些快過期或過期的貨物，高額投保後縱火，也經法院二審判刑確定。」（#008）

訪談中部分業者建議開放火災現場，讓保險公司聘請的專業鑑識團隊能入內進行採證，以利保險事件詐欺與否的釐清：

「在一個火警事件發生後，保險公司既非消防人員也非屋主，所以在第一時間不能進入火場做採證，而且在發生後消防局會封鎖現場，甚至屋主也不讓我們進去，等到開放讓我們進去採證時，可能有很多證據都已經不見了或是破壞了。希望透過更改法條可以讓保險公司進入火場採證，而警察大學那邊是建議透過顧問的方式，透過這樣的合作保險公司可以進入幫忙採證，消防局也會採證但是和保險公司採證的角度不同，所以我們還是希望未來修法能朝像是保險公司能第一時間隨同進入火場採證為目標。」（#004）

對於此一建議，受訪的法官持反對的看法，認為如此一來使民間企業具有法律上強制力，甚為不妥：

「這是技術層面的問題。保險公司如何在訴訟進行過程中維護自己的利益，他當然不能從事法定職權，即便檢察官同意法官同意這都不行，因為要行使任何職權都會對別人侵害。比方說進入火災現場，這是別人私有的領域，怎麼能進去？所以我覺得這是要怎樣蒐集資料讓自己有利的問題，是經驗傳承的問題。」（#001）

部分保險業者認為開放火災現場，讓保險公司聘請的專鑑識團隊共同進行鑑識，將會有助於發現真實。但受訪的檢察官反對，他認為如此一來會使火場鑑識的證據分由兩單位保存，反而更不利發現真實：

「消防人員一起進入搜查，不可行。因為，第一個是偵查不公開。如果有涉及到刑案的話，基本上只有檢警人員可以進去，一堆人跟著進去這會違背偵查不公開的原則。第二個是說，基本上這整件事的要瞭解他們的訴求是什麼，當事人是希望保險金的給付，那保險公司是不想付，我覺得這整件事已經是屬於民事的部分，你如果對調查的結果有意見的話，那應該在最後的時候提出就可以了。那在刑案的方面來講，保險公司在法律上他並沒有一個依據或立場要求他找的專業人員可以進去現場。另外，若讓民間公司進去，那證據一邊一半，更有問題，不利發現真實，而且你怎麼知道他進去會不會多放一塊證據進去？或者偷藏一塊起來？」（#012）

貳、受訪者是否贊成保險詐欺入罪化？

一、持贊成立場者之理由

（一）入罪化能產生嚇阻保險詐欺行為之效果

從實際訪談中發現，部分業者認為保險詐欺甚為嚴重，已經危害社會中廣大保戶的權益，因此，有加以單獨成立專法或專條之必要性，長年從事產險領域之業者編號 011 認為，保險詐欺入罪化能提升警方的辦案效率並抑制潛在犯罪者的犯罪動機：

「有專屬的法條之後，在警方辦案的時效上會提升，辦案時間會縮短以外，也應該要建議法院在裁定、判決的時候，速審速決，讓社會大眾或有心份子覺得這個可能不划算，沒有動機讓他再去從事保險詐欺，並且將刑期延長；目前只有美國及中國大陸有入罪化，英國是用普通詐欺，先進國家有用保險詐欺入罪，日本好像還沒有。我們跟警政署有做這樣的建議，因為裡面會牽涉到保險詐欺，因為我們沒有入罪，沒有專屬的法條來處理。曾經有一個案

子涉及到好幾家保險公司，可是有一家還沒有賠，法官認為保險詐欺是沒有處罰未遂犯的，還沒有理賠就不算既遂，所以就保險詐欺法條的引用部分還是不夠，認知不夠。」(#011)

(二) 入罪化新增保險詐欺處罰條款，符合世界潮流

編號 006 及 009 的受訪者均認為，新增保險詐欺處罰條款，能使台灣法治與世界同步，並能產生嚇阻犯罪發生的效果：

「國外有將保險詐欺入罪化，我們似乎有必要。保險詐欺有專業化、家族化犯罪傾向，且不受重視，因為大眾認為是保險公司損失，其實損失是大眾利益，會使保費提升。入罪化後能區分關於保險犯罪的類型，以威嚇犯罪。」(# 006)

(三) 入罪化能彰顯保險詐欺與一般詐欺犯罪之不同

另外，編號 004 的業者，不但在保險業界已經有二十多年的經歷，更以保險詐欺為題，進修碩士學位，他認為設計保險詐欺專門的處罰條款，能符合世界趨勢並能彰顯一般詐欺與保險詐欺的不同之處：

「我認為大陸的法例規範和架構當初落後很多，但是在開放之後變成跳躍式的成長，跨越了很多摸索階段，刑法裡有保險詐欺法的專則，保險法裡也有這樣的專章，我想這是可以考慮的，很多國家漸漸把保險詐欺當作一個重罪來處理也獨立出來處理。所以我建議我們應該做出一個專章來處理，因為以前處理保險詐欺案都還是用詐欺或偽造文書來處理，因此有檢察官和學者提出用詐欺和偽造文書無法完全處理保險詐欺，我們有分析過相異之點發現還是有差別的，所以建議還是要另立專章。(中略) 保險詐欺侵犯了社會的制度和秩序，也侵犯其他被保險人的財產，因為理賠的費用是所有被保險人所支付的，然而一般詐欺受害者是特定的個人較多，侵犯對象不同。因為這不同點，所以不能純粹使用一般詐欺來涵蓋保險詐欺。」(#004)

二、持反對立場者之理由

(一) 目前刑法詐欺罪已經足以涵蓋所有保險詐欺類型

面對保險詐欺是否應該成立專章或專門條文，在執法者的立場，入罪化並不是一個能有效解決問題的方法，擔任法官十年的受訪者 005 認為現行詐欺罪已經足以涵蓋今日保險詐欺的所有行為類型：

「在現在立法上面是沒有什麼（犯罪行為）超出涵括的範圍。但其實業者也只是個民營公司，他們本來就必須受一些風險，而不是立法來確立別的廠商不能來動他們。保險這行業最大的特別就是他是個危險共同體，他唯一能主張的就是他為小的公眾團體主持公道，但他的費率裡已經包含了他所受的風險。他如果已經釐定進來了，那他就不能要求整個社會去承受。」（#005）

編號 017 的保發中心專員認為現在的保險核保過於寬鬆，甚至沒有業務上門，僅以寄信的方式即完成簽約儀式：

「現在保險公司也不見得都會有業務員，現在有廣告行銷，有些就直接廣告 DM 寄到你家裡，你填寫後寄給他，他沒有仔細核保過程，所以，要投保很多間是很容易的，所以社會上才会有保險公司是『核保從寬、理賠從嚴』的印象，他核保端不嚴謹，理賠端才發現問題。」（#017）

訪談中的另一位法官探討是否入罪化的問題時，他認為保險詐欺問題的解決之道，應從核保階段著手為佳：

「詐欺事件的發生一定有它的緣由。譬如說這個民眾是自殺的，那回歸源頭，當初為什麼要讓他投保？既然（保險公司）有調查員，不是事後才調查而應該在事前就要調查，（保險公司）徵信調查為什麼這麼弱？一開始高興的締約，然後要理賠的時候就什麼都不要，像 X 公司就這樣子啊。要理賠就先拒絕再講，胡亂拒絕，所以很多案子在法院都敗訴。保險公司應該要有很多經驗傳承，怎樣去判斷投保人的可信度？當初就要判斷，不是事後知道這個人是惡意投保就用拒絕理賠的態度，不能把這個問題丟給司法。」（#001）

該名受訪者認為，各行各業都有各式各樣的詐欺，有需要特別為了保險詐欺去立一個法律規定嗎？他認為這領域可以改進的地方應該是在刑度上區分：

「如果你認為保險詐欺是一個很嚴重的金融犯罪，比方說詐欺的金額很高，我覺得這倒是可以討論，討論的方向應該不是特別針對保險，而是針對詐欺金額高這一部份，是不是在刑責上要加重，甚至把法律的構成要件去分成金額少的跟金額多的。因為辦實務以來我一直覺得金額多跟金額少差別很大，給社會大眾的觀感也是差別很大。一個小額詐欺只要當事人願意和解，其實都不要緊。可是如果是鉅額詐欺，即便說他後來願意賠償，可是他對社會造成的實際損害已經發生了。目前我們的詐欺並沒有去區分金額的問題，就只規定詐欺，法定刑期就是五年以下，即便再怎麼高額的詐欺還是五年以下。可能涉及到說這樣的法令規定夠不夠周延的問題。如果是顧及到這個層面的話的確是可以修法。」（#001）

（二）保險詐欺起訴定罪真正困境在於證據取得困難，並非法令不足

另外，訪談中反對保險詐欺入罪化的另一項理由是：受訪者認為今日保險詐欺之所以甚少進入司法程序進行追訴處罰，不是因為法律有缺漏所致，而是在證據取得上有窒礙難行的地方。身為檢察官的 012 受訪者曾辦理過的類似案件中，都是因為證據不足而以不起訴處分簽結：

「因為不確定犯罪嫌疑人是誰，那如果沒有的話可能就是簽結，我那時候也是，因為無法確認犯罪嫌疑人是誰。」（#012）

在保險事業發展中心進行申訴調處工作的受訪者 017 認為保險詐欺案件要發現真的很困難，除非有人檢舉才會被發覺，發覺後，要取得犯罪證據亦相當困難：

「這種案件，沒有人去檢舉，不會有人主動去調查。去調查也舉證困難，除非犯案了很多次，不然很難發現證據。例如把自己的車藏起來然後申請理賠的案子。」（#017）

同時在保險事業發展中心進行申訴調處工作的受訪者 018 亦提到醫療險中遇到相同的問題：

「有部分（案例）一看就很明顯有問題，但是證據就很難取得，所以，沒辦法確定，多半是醫療住院的案件。例如說：因車禍，有腦震盪，去醫院住院，出院後，他又馬上跌倒，又住院，又腦震盪，連續住了四五次醫院，中間都沒有間斷，情況都是外傷，腦震盪，這種案件，你說看起來很明顯他有問題，但是，你要說他有問題又很難。」（#018）

（三）保險詐欺入罪化將造成特別法更為氾濫

而從法律面觀察，身為法官的 001 及 005 號受訪者均認為，今日詐欺罪的構成要件已足以涵蓋保險詐欺行為，若成立新的保險詐欺條文，未必能強化保險詐欺的查緝工作，卻會造成刑法肥大化的後果：

「我覺得他們（業者）說的情形本來犯罪（詐欺罪）都有涵蓋到，那還有什麼有要入罪化？我本身認為，他們想要入罪化可能是想給民眾起個嚇阻的作用。我覺得像保險詐欺這種只有在事後影響到保險公司利益不會影響到人的生命權的東西，可能沒有必要特別去另外立一個法來宣示政府打擊犯罪的決心。（中略）如果說在沒有發現特別的需要的話，我覺得刑法的肥大化應該是要漸漸縮減的，因為我覺得刑法是可以涵蓋各種的。如果我們每個行為都想特立出來（立法）的話，那永遠都會有漏掉的，那我們不如設立一些很基礎的東西，讓司法人員可以涵蓋到現在已經發生的事實中。」（#005）

（四）立法技術上的困境無法突破前，不宜立法

受訪者編號 015 的保險法教授對於入罪化的議題，他認為必須先能劃分出哪些行為是需要入罪化的，哪些是不需要的，若能劃分出來，才能進一步討論入罪化，但他認為目前無法做到明確劃分這一點：

「保險詐欺行為的範圍很廣，要談到入罪化很難，有些太嚴苛，你要去追究這行為算不算是犯罪，燒掉工廠算犯罪？『洗車』不算犯罪嗎？跟醫院勾結

多開三天住院，就不算犯罪嗎？」(#015)

(五) 保險詐欺入罪化可能有違憲之虞

編號 016 的刑法教授，於德國取得法學博士後，目前大學教授刑法課程，對於此一問題，也提出反對的意見，他認為如此會違反刑法最後手段性，亦違反平等原則，當然違憲，即使增訂，亦屬立法濫權，為無效之法律：

「今天不是無法可罰，是利益團體沒見到保險二字不甘心！即使德國規定有保險濫用條文，亦備受批評，分析其構成要件，本質上乃屬預備詐欺構成要件，但又於但書規定不適用詐欺構成要件方得適用，若但書有意義，則預備、未遂和既遂竟成同一概念，令人難以理解。若其但書無意義，則捨其他財產犯罪，僅就其處罰預備，違反刑法最後手段性不說，亦違反平等原則，當然違憲，即使增訂，亦屬立法濫權，為無效之法律。」(#016)

叁、受訪者是否贊成將「故意隱匿」或「未據實告知」兩類保險詐欺型態入罪化？理由？

從保險詐欺的行為類型與今日刑法中的詐欺罪進行比對發現，於保險契約訂定時，若被保險人違反誠實告知義務或隱匿相關訊息，使保險公司於有限的資訊中錯估了保險事故發生的機率或低估了保險理賠金的價值時，將會使保險公司處於不利的地位，因此，本研究將進一步討論將此類型行為入罪化的可行性。

一、持贊成立場者之理由：入罪化能起警示的效用

從訪談中談及此一問題時，僅編號 011 的受訪者贊成將隱匿或未據實告知的行為入罪化，能讓民眾於訂約時更加謹慎，並能遏止潛在犯罪者的犯罪動機：

「保險法 64 條跟 76 條保險金額的問題，應該在要保的時候，要保人他便要就保險標的或其他保險據實告知，甚至於對被保險人有一些書面詢問的時候，也要求其據實告知，在要保的時候可以有警示或提示被保險人說你如果沒有據實告知，會觸犯了保險詐欺，這樣一個明顯的法律，而被刑罰論處，那他可能在那個地方就放棄了。未來在理賠的時候也是這樣子要求，每個階

段都告知，會有保戶放棄犯罪念頭的，對防制保險詐欺是有幫助的，如果保險詐欺能夠入罪化，有專屬的法條，甚至於有專屬的法庭，那是最好的。」

(#011)

二、持反對立場者之理由

多數受訪者，無論是政府人員、業者、執法人員、學界教授均不贊同將隱匿或未據實告知的行為入罪化：

(一) 刑法具最後手段性

於保險事業發展中心服務的受訪者編號 018，以及長期關心保險法及保險文化的受訪教授編號 015 等多名受訪者均認為這種行為不需要動用刑罰，刑法乃是最後手段。許多業者也認為如此作法將過於嚴苛，編號 013 的業者、編號 018 保發中心專員認為這種作法除了過於嚴苛外，在立法時也不容易通過。

「刑法乃最後手段，並非最廉價手段。刑法是為全民而設，不是為保險業和主管機關而設。」(#016)

「我是覺得刑法有最後手段性，如果連這種東西你都把他設刑法的專章來處分，有點太超過了。」(#018)

「不可行，太嚴苛了，失去他的意義，且不容易通過立法。」(#013)

(二) 保險契約僅係單純之民事契約關係，不宜以刑事手段介入

編號 001 的法官、編號 016 的刑法教授、編號 018 的保險事業發展中心專員、編號 010 的檢察官均提出類似的觀點，認為保險契約僅係單純之民事契約關係，縱然隱匿資訊或未據實告知，亦應僅係民事上得否主張權利之問題，不宜改以刑事手段介入。

「保險業者自己缺乏審查保單的能力或不願承擔詳實審查保單的義務，主管單位如果又企圖將監督義務轉嫁給刑法而卸責，乃典型資本主義和官僚主義的作風，不能接受。如果入罪化，是否預備竊盜、預備侵占等所有財產犯罪

均應處罰預備？還是乾脆如中國刑法於總則增設所有犯罪均處罰預備的條文？刑法乃最後手段，並非最廉價手段。刑法是為全民而設，不是為保險業和主管機關而設。」（#016）

受訪編號 015 的教授認為，保險詐欺的確具有應該處罰的性質，但刑法並不是唯一得處罰手段，應從其它處罰方式去思考：

「濫用保險當然有他的譴責性，譴責性不是針對保險公司而已，所以做研究的時候切入點絕對不要只以保險公司為角度，使以整個社會的資源，重要的是我們要做哪些動作，可責性可以，那個應該從理賠角度，妳（民眾）不告訴我（保險公司）的話就不賠你。」（#015）

（三）即使入罪化，仍有取證上之困難

身為檢察官的 012 受訪者亦反對將隱匿或未據實告知行為入罪化，他認為實務上取證會遇到實質上的困難：

「在被保險人來講，他可能不是故意（隱匿或未據實告知）的，你把這個（刑罰）階段弄到這麼前面的話，那證據的部分不容易扣。因為法律上刑法上所謂的構成要件的所謂該當性的部分，你一定要做出一個構成要件的行為，那那個行為要怎麼界定，或是說那已經算是一個未遂的行為，那我覺得這對當事人來講，可能太…，其實就是刑法上在處罰的應該是弄到最低，在嫌疑方面。而且保險公司他有很多的管道，他可以去諮詢，去瞭解要保人。那如果要保人本身沒有隱蔽的行為的話，那其實你也不能夠說事後查出他有什麼疾病你就說他沒報，那其實對當事人也是一個很不公平的作法。」（#012）

（四）預謀詐欺而隱匿或未據實告知的案件比例甚低

而受訪業者編號 004 從保險詐欺行為的性質加以分析，認為入罪化能解決的問題僅是少數中的少數：

「將保險契約訂定時隱匿資訊或未據實告知的行為入罪化，有嚇阻作用，但據研究，有約 90%之保險詐欺是屬於臨時起意，僅有少數是屬於預謀犯罪，

要用此一規定定罪的案件可能不多。」(#004)

肆、訪談分析保險詐欺案件定罪率偏低之原因

從訪談中發現一個有趣的現象，從對業者的訪談中發現保險詐欺的嚴重程度，遠遠高過與執法者曾接觸過的實際案例，一群同住在台灣地區的人民，因為職業不同，對於保險詐欺的認知竟會有如此大的差異。是何種原因造成業者懷疑的保險詐欺行為，在經過檢察官起訴、法院的審判後，有罪的判決會如此稀少？是今日刑法中詐欺罪構成要件設計不良所致？或是另有其它潛在因素，這個問題的解答將會直接影響未來擬定降低保險詐欺行為方案的走向。

一、業者不願主動興訟

保險詐欺行為，第一個會發覺的都是保險公司，當保險公司認為該理賠案有可疑之處，便會進一步進行瞭解，從訪談結果中發現，每一位受訪的業者都認為公司的商譽維護相當重要，當遇到有詐欺嫌疑的案件，甚至是確定為保險詐欺的案件，大多數案件保險公司囿於商譽考量都不會主動將案件帶進司法管道中，其處理方式多為：

「協商或全額理賠。進入民事案件勝訴率不高，可能會賠上公司形象。」(#003)

「因為保險還是一個生意，發生這樣的事我們當然不理賠，除非真的很惡劣不然我們不會去做刑法上的追訴，像偽造文書等，這樣的情形是比較少見的。可是就理論方面，這是一種姑息的作法，因為詐欺的人被揭發後並不會受到法律上的制裁，不會有太大的損失。站在保險公司的立場來看，沒有理賠對公司也沒有損害，所以不會對詐欺人做出進一步的動作，現在市場上有大約五六十家的保險業者，大部分都是認為以和為貴不會對詐欺人做出追訴的舉動。」(#004)

「一般保險公司多不願訴訟，因為對公司的商譽影響很大，所以，除非重大案件，賠錢會對社會責任、保險制度、健保制度影響很大，才會訴訟。」(中

略) 訴訟還是不利公司商譽，如果有一個公正單位來調查，以公會名義提出訴訟，會更好。另外，有一些小案件刑期似乎太輕了，可以加重。」(#013)

綜合業者的意見，當業者遇到疑似詐欺的理賠案時，業者會進行進一步的瞭解，若發現有保險詐欺的明顯跡證，保險業者會告知民眾，讓申請理賠的民眾知難而退。若這階段仍無法成功阻擋理賠的申請時，不得已的情況下，業者會選擇與民眾妥協，雙方各退一步，以打折的方式完成理賠案。這主要的原因之一就是業者維護公司商譽的考量，不願意主動興訟所致。

二、證據取得困難

從訪談中發現，許多受訪者均認為定罪率低的另一個原因是證據取得的困難。法庭活動一切以證據為斷，若無法掌握確切的證據，想要獲得勝訴判決是相當困難的。無論是車險的失竊案件、火險的火災賠償案件、傷害險的金手指案件等等，除了需證明失竊、縱火、自我傷害外，還需證明縱火等行為與被保險人有關係，這在證據蒐集上是相當困難的。

訪談中各險種的業者都提到證據蒐集上的困境，這也是造成司法實務中罕見定罪案件的原因。

「可以確切掌握證據的事實上不多，或者是從法院的案例、判例裡面，保險詐欺真正有定罪的不多。但是保險業者自己覺得說這件被騙，那件也被騙了，都是懷疑，但是礙於保險業者沒有調查權，所以他沒辦法，即使發現可疑，礙於很多資源沒辦法掌握，可能因為這樣子誤賠掉的，或者不得不賠的，或者受到被保險人的威脅等等都有。」(#011)

曾進行彭 XX 縱火集團火場鑑識的受訪者 008 提到一般縱火案件，證據收集均相當困難，多半是以一些補強證據來佐證犯罪事實：

「彭案是因為他做的案件太多，其餘縣市配合調查。例如在台北縣做兩件後，我們與桃園一起調查。另外，土城(那一件縱火案)案雖然沒有直接證據，但法官從很多背景資料，可以發現是他犯的，主要是他最後離開，設定

公司的保全，(公司內)貨物移走只留過期商品等證據。」(#008)

證據取得上的困難，從震驚全國的彭 XX 連續縱火詐領保險金事件的判決中亦看出端倪。該犯罪集團總計在全台九個縣市共燒掉十七間建物，並成功詐領十二件保險理賠。高達十七次的犯罪行為，在桃園地方法院第一審案件判決結果是罪證不足，無罪。本文絕對肯定承審法官的專業能力，但這也凸顯了證據不足的困境。該案上訴至高等法院，最後高等法院做出了有罪判決，從該判決書發現，該有罪判決亦無法握有犯罪的直接證據，而是以被告供詞前後不一，以及共同被告自由意識下的自白(污點證人)及其它補強證據為有罪判決的基礎。

三、執法機構重視程度不足

訪談中發現，業者認為目前保險公司為私人機構，無調查權，因此可疑案件的調查僅能進行初步的證據蒐集，接著便需仰賴警方的協助，但根據業者經驗，警方對於保險詐欺案件的重視程度往往不高，因此，相當不利疑似保險詐欺案件的偵查：

「在警方偵辦中對保險證據的掌握可能要花很多時間，我們也曾經跟警方討論，跟他的獎勵制度或績效、積分制度，重視程度，遠比其他有新聞震撼性的，社會焦點的殺人、槍枝、毒品，這樣子的獎勵制度不太一樣，績效評比差距非常大。槍枝毒品可能一搜索就馬上查到證物，可是保險詐欺都經過事先預謀，有計畫性的犯案，要掌握這些證據不容易，花的時間很長，也有成本效益的觀念，一樣花那麼多時間，保險詐欺的案子，智慧型的案子，槍枝毒品搖頭丸嗎啡其他毒品，可能埋伏，監聽一段時間就有收穫，沒有動機，動力讓他們去辦這件案子。警方要證據，像失竊車，車子都不見了，怎麼去找證據。」(#011)

從訪談中發現，業者、健保官員、警方均提到：當業者若發覺到有可疑情形，經報案後，警察機構因為業務繁多，除非案件涉及縱火、殺人，否則對於警方案件的重視程度多半不高。身為警官的受訪者編號 007 便提到警方辦案，重視與否主要是先偵辦重大刑案、長官交辦的案件以及社會大眾矚目的案件：

「其實這牽涉到警方重視的程度，譬如有特別的專案，或是長官特別要求偵辦，才會主動偵查（中略）他（保險公司）請我們協助（調查），他們有所謂的調查員，我們視狀況到他所謂有問題的公司或是工廠，因為他們比較切身，所以他們會主動，除非我們自己破獲詐騙集團。」（#007）

另一名警官也提到警方偵辦案件會因為案件困難度、社會重視程度不同，而有輕重緩急之別：

「警察的績效制度也正在變革中，以往都是用積分的方式，現在刑事警察局以你偵辦此案件的困難度、對社會的影響性及偵辦的過程交給評鑑委員會來定奪績效，這樣把整個人力都集中在較重大的案件上。」（#002）

伍、受訪者認為解決保險詐欺行為之有效策略

一、改變觀念：建立『保險文化』觀念，取代目前『保險單文化』

保險詐欺行為種類繁多，造成的傷害並不是保險公司的損失，而是社會大眾共同的損失，這就是受訪 O15 教授長年提倡的『保險文化』的觀念，保險是一種社會上危險共同體的觀念，一件保險理賠事件損耗的實際上是所有投保者的金錢，這種觀念是目前台灣缺乏的，一旦建立起來，便能讓保險詐欺大幅降低。

「保險詐欺的發展跟國人的習性有關，中國人認為不是我的錢怎麼樣花都沒有關係，政府的錢亂花，保險的錢也亂花，台灣人的保險只有保險單文化沒有保險文化，保險單文化的意思就是為了『賺取利益』，保險文化就是『加入一個危險共同團體，加入保險並不是為了追求自己的利益，而是為了他人的利益，當他人保險事故發生時可以幫助他。』我保是為我自己？其實不是。有些人更進一步的說我保是為了我家人？也不是。你保是為了所有參加保險的危險共同體的人。」（#015）

二、納入金融案件專庭審理的範圍內，提升判決準確性與效率

從訪談結果發現，設立專庭的確有助於提升保險案件的審判品質，但目前由於司法人力不足加上保險糾紛案件數量不多，因此建議將保險案件列入經濟犯罪

專庭的範圍內。

「因為基本上要設立專庭什麼的，案子要有一定的量，像少年案件之類的，而且審理人員要對這類型案子有一定的瞭解跟接觸。」(#012)

「在目前（設立保險專庭）可能不是那麼容易，金融案件上是有可能的。目前法院也有金融專股，不過也是大家（法官）輪流，所以專也不專了。但是在輪到的期間，只要有金融案件就是由他們辦。司法院有意把比較特別的提升成專庭或是有專門的法院，所以像智慧財產權最近就打算要成立。智慧財產權法院因為受到美國的壓力很大，所以一直迫切想要成立。希望訴訟能精緻化速度化，速度不能太久、落差不能太大。因為如果輪分的話法官認知落差比較大，如果有專門的法官對這方面研究比較深，這樣會比較好。」(#001)

三、強化業者核保機能

保險公司本身具備核保的機制，不過訪談發現目前各公司的核保機制尚未將功能發揮至巔峰。多數公司基於商業考量，多會放鬆核保查核，如此一來，便讓有心人士有機可乘：

「現在保險公司也不見得都會有業務員，現在有廣告行銷，有些就直接廣告DM寄到你家裡，你填寫後寄給他，他沒有仔細核保過程，所以，要投保很多間是很容易的，所以社會上才會有『核保從寬、理賠從嚴』的印象。他核保端不嚴謹，理賠端才發現問題，這是不對的。」(#017)

訪談中數位教授、執法人員、官員均提到應該今日核保的寬鬆問題嚴重，必須強化核保的功能，例如受訪的檢察官編號010即表示：

「保險也是一種契約來看，保險公司契約管理，契約審核上面嚴格，從嚴審核，如果同意投保，就要保人，被保險人是否符合投保資格，要從嚴審核，如果大家都心存僥倖，投保的審核夠嚴，會阻絕掉一部份案件的發生。」(#010)

四、加強保險公司與公部門之聯繫與互助

今日台灣的保險公司商業色彩濃厚，因此其公益性質不如德國受到重視，有詐欺嫌疑的保險事故證據蒐集不易，訪談中不少受訪者認為當保險業者與執法單位的目標都是防制犯罪時，是不是可以在這個前提之下找到更多配合的機會做資訊的交流，步調可以更一致把雙方的資源都放在同一個主題上，去達到抑制犯罪的目的。

「像美國或瑞士，保險業者本身是否有效的運用本身的資源，他們都有特別調查的部門針對疑似保險詐欺的案子作更深入的調查，並與警調單位作密切的聯繫，對於社會來說幫助公部門做有效的防制降低犯罪，或者是可以打擊犯罪。對於保險公司可以拒絕不應該理賠的案件，這是保障其他被保險人的利益，所以這是其他比較先進的市場努力的方向，而美國和瑞士都有滿高的比例在做。」（#009）

五、修正設計不良之保險商品

從訪談中發現，日額型的保險，因為申請理賠不需要實報實銷，因此產生許多弊病，對此，健保局的受訪者編號 020 認為有問題的保險商品應該修正：

「犯罪防制中心應該蒐集很多資料，我們健保局只能作發生後的篩檢，日額型的案件，你保險公司開創一個風險，方便銷售保單，又免去理賠的審核工作，卻要全民買單，健保支出，這種問題後端預防機制再多，最簡單也最有效的方法其實是不要再賣這種商品了。我們再宣導民眾，其實宣導是抵不過利益的，與其花很多資源、金錢查證，不如更改保單內容。」（#020）

第三節 小結

壹、受訪者看法較一致之處

從訪談結果進行分析發現，大多數受訪者對於下列議題的看法較具一致性，條列如下：

- 1、保險詐欺問題，保險業者從一開端的核保機制就必須強化，才能避免保險詐欺案件的發生。
- 2、保險詐欺案件，證據取得相當困難。無論是證據的滅失（汽車失竊、房屋火險），或者犯罪者有意的隱瞞、湮滅證據，均使保險詐欺案件難以進入司法程序。
- 3、除了一位受訪者外，所有的受訪者均認為不宜將保險契約訂定時的隱匿或未據實告知入罪化，才不會使刑法不當的擴張，畢竟刑法具最後手段性，不宜隨意將這種行為入罪化。
- 4、所有的業者均同意公司發現保險詐欺案件時，為了公司商譽，都會用協商的方式與保戶商談，若商談無效，保險公司也極少主動提出告訴。
- 5、受訪的警察及業者均認為保險公司請警方調查的案件，在警察同仁繁重的工作中，是不會受到很大的重視，除非事涉人命等重大刑案或罪證明確，否則多半是屬於比較消極偵辦的案件。
- 6、受訪者中部分業者提到：醫療險的問題，產品設計也是增加犯罪動機的原因之一。
- 7、受訪者均同意強化火災現場的鑑識人力並提升鑑識品質，是重要的工作，將有助於發現及抑制保險詐欺行為。
- 8、受訪業者及執法人員均認為產險仿照壽險建立資料庫，將會有助於篩檢、

預防保險詐欺案件的發生，並有助於理賠審核。

貳、受訪者看法較不一致之處

根據訪談結果分析，受訪的保險業者對於入罪化的認同度較高，也傾向支持賦予保險公司更多的權力及管道，以保障所有保險中危險共同體的全體利益，另外，具執法者色彩的受訪者則偏重於要求保險公司強化內部核保功能、加強員工訓練，傾向反對將保險詐欺行為成立新法條。受訪的教授則從法律及保險起源的觀點，認為保險詐欺性質屬於民事契約，不應也不需要另立新法加以規範。此外，保險企業體性質屬於民間公司，不宜擁有調查權，否則將會有違憲之虞。

- 1、是否應入罪化：業者多持肯定的態度，但法學教授、法官、檢察官、警員及部分業者則相反。
- 2、業者是否應擁有調查權：此一問題，多數業者均認為是可以慢慢努力的方向，業者認為相較於業務繁忙的警方，業者對於保險案件有更深的認識與更強的調查動機，因此希望能擁有調查權。但業者之外的法學教授、執法機關受訪者均一致反對，因保險公司畢竟是民間公司，擁有調查權是違憲的，並會不當干預民眾的生活。部分保險公司認為，同意讓保險公司委託的專業鑑定團隊進入火場將有助於火場見識工作，但執法機構則認為加強與外國鑑識機構互動是可行的作法，但開放鑑識機構入內，有可能造成證據蒐集不全，甚至偽造證據的疑慮，不宜開放。
- 3、是否應以專股或專庭審理保險詐欺案件：受訪業者均認為成立專業法庭將有助於保險詐欺案件的審理，但受訪的法官及檢察官多認為專庭或專股是理想，但目前保險詐欺案件數量少，設立的必要性值得考慮。
- 4、是否應加重保險詐欺之刑罰：所有業者均認為目前保險詐欺使用詐欺罪刑罰過輕，應加重刑罰。對此，兩名法官中一名支持，一名認為許多股市淘空案件動輒數十億，亦僅判五年，保險詐欺不需要加重刑罰。而一名受訪警官認為保險詐欺多屬於輕罪，因此不需要加重。

第六章 結論與建議

保險公司有錢是大家對保險業的刻板印象，縱使事實如此，也不意味著就應該被少數心懷不軌的被保險人詐欺。何況保險業者因犯罪而產生的額外損失，最後仍由社會上不特定人的保險費承擔。因此，本研究所欲保護者，並非僅止於保險業者，在保險契約中繳納保險費的不特定社會大眾更是保護之最終對象。

以不特定社會大眾利益保護為宗旨，本章將綜合前述之各國情況、案例類型、訪談產官學界之分析結果，分別討論保險詐欺入罪化之優勢、問題，最後提出本研究之結論與建議。

第一節 保險詐欺入罪化之優勢

一、部分國家將保險詐欺入罪化

目前將保險詐欺獨立於一般詐欺罪而獨立處罰之國家，計有美國與中國大陸，而英國詐欺規範之草案目前在國會審議中。美國之所以將保險詐欺入罪之原因，主要是為了配合全球金融與經濟犯罪入罪化之趨勢，而認為保險詐欺應被納入金融或經濟犯罪之一，而加以入罪。但對於保險詐欺入罪化之罪行，則並未因其獨特之型態而有增加刑度之考量。以英國為例，詐欺法案中之刑度，等同於英國普通詐欺罪及預謀詐欺罪之刑度，最高徒刑可達 10 年，但一般實務上，除非涉及重大金額、集團犯罪、科技犯罪手法，類似保險詐欺行為通常在輕罪法庭審理，最高僅可被處以一年徒刑或易科最高五千英鎊之罰金。惟有中國大陸對於保險詐欺入罪之刑度，在數額特別巨大之案件，始有刑度超過 10 年之規定。

此外，如同於本文第一章所言，德國亦將保險詐欺之行為以有別於一般詐欺的規定進行規範。不同的是，德國並未如前述英國、美國、中國大陸等國家之立法方式，以概括所有險別的規範方式將保險詐欺行為入罪化，德國僅將火險與船舶險兩種險別之保險詐欺將以進行規範，值得特別注意。

二、目前詐欺罪未涵蓋「未申請理賠前之故意隱匿行為」

據訪談結果，許多業者表示目前一般詐欺罪並無法包含所有保險詐欺行為之

類型，或認為目前一般詐欺罪的規定過於模糊，導致保險詐欺案件發生後，無法即時有效的進行制裁。他們希望國內能仿照國外立法之方式，將保險詐欺入罪化，一方面使構成要件更為明確，利於法官辦案；另一方面則希望透過明文規範保險詐欺，產生一般性嚇阻效果。

由於目前保險法中規範要保人負有明確告知義務，故另有業者則建議可比照證券交易法的規範方式，將保險詐欺的規範前置化，賦予要保人不作為義務的責任，亦即若要保人或被保險人於保險契約訂定時，故意隱匿需告知之事項時，應負刑事責任。目前英國即採取此一作法，認定若基於法定義務需提供資料，而未提供者，成立保險詐欺。此一立法主要的目的並不是真正在於處罰當事人，而是希望透過將保險詐欺之規範前置化之手段，以防制保險犯罪行為之發生。

三、保險詐欺成本小、所得高，易誘導本無犯意者犯罪，以致愈來愈嚴重

由於保險詐欺之成本小、所得高，加上目前定罪率低，甚或保險公司多半不會對詐欺之當事者提起告訴，容易誘導本無犯意人民從事保險詐欺行為。

綜觀國外對於保險詐欺之損失，礙於保險詐欺的黑數及定義關係，均無法提出明確之數據加以說明，而僅能以估計之方式做預測。目前世界各國多以當年度保險給付的 10%作為保險詐欺損失金額之估計方式，而據本研究訪談之結果，有學者更認為產險保險詐欺之損失金額，為當年度總保險給付金額之 20%。

暫不論保險詐欺損失之額度應以 10%或是 20%進行估計，從每年總保險金額增加之情形看來(根據人壽保險公會所提供之台灣地區人壽保險業歷年保險給付，人壽保險給付之金額從 1995 年的 1918 億上升到 2004 年的 4626 億)，不論是以 10%或是 20%進行估計，都可以看出我國因保險詐欺所損失之金額有逐年上升的趨勢，是故應透過將保險詐欺入罪化的方式，以達到嚇阻之效果。

四、保險詐欺對社會造成嚴重損害，須加重罰

保險是運用多數單位的集體力量，根據合理的計算，並共同建立基金，當

少數單位遭受損失時，由全體予以分攤的一種制度；而從法律的角度來說，保險是當事人間約定，一方交付保險費於他方，他方對於因不可預料或不可抗力的事故所導致的損害，負擔賠償財物的行為。由此可知，保險制度之設計，最早乃是為了透過互助的方式，以解決緊急之危難或損失，乃為重要的社會制度之一，而不應被濫用。

目前有許多人基於一己之利，而把保險制度作為其個人賺取利益之方式，此一行為，已嚴重破壞社會之平衡，損失者不只是受詐騙的保險公司，相對的由於保險公司將損失轉嫁的作法，使得保險公司不得不提高保費以維護此一制度之運作，因而造成了社會大眾的損失。此外，以健保詐欺的案件來說，當犯罪者透過健保詐欺的方式，詐領保險金或是浪費社會資源，在在都會間接影響到其他人享用此社會保險之權利，甚至讓社會大眾需要付出更多的金錢才可以享受到利益。因此，保險詐欺行為的損失不再僅是個人法益的問題，而擴大影響到整個社會法益，不應僅侷限於透過契約方式解決，而應該將之入罪化，透過刑法手段加以解決。

第二節 保險詐欺入罪化可能產生之問題

保險詐欺行為是否應該入罪化，首先必須釐清的問題是現行法律架構下，是否有無法涵蓋違法行為的問題，若然，則新法條才有存在的必要性。此外目前保險詐欺遇到的困境是不是需要用新的條文來解決？如果能，它的立基點在哪？如果不能，那這樣入罪化還有沒有意義？此外最後一個應考量的問題是，若創設新法條，該法條未來在法律適用上、在業界與民眾私契約中將存在什麼影響？本節將就此進行討論。

一、可能與現行刑法第三三九條詐欺罪產生疊床架屋之情形

保險詐欺行為類型依本文採取的分類，包括『誇大損失型』、『故意捏造虛偽事故型』、『故意隱匿、掩蓋或偽造資料型』三種。

依據刑法第三三九條規定：「意圖為自己或第三人不法之所有，以詐術使人將本人或第三人之物交付者，處五年以下有期徒刑、拘役或科或併科一千元以下罰金。以前項方法得財產上不法之利益或使第三人得之者，亦同。前二項之未遂犯罰之。」

觀察目前刑法中詐欺罪的構成要件，所謂「詐術」並不以欺罔為限，即利用人之錯誤而使其為財物之交付，亦不得謂非詐欺（24年上字第4515號判例）。因此，在保險詐欺的案例中，若證據顯示被保險人使用任何方式足以使保險公司為錯誤之判斷，均屬於詐術之範疇。

因此，目前保險詐欺的犯罪手法雖然日新月異，但是只要能致保險公司陷入錯誤，即屬於詐術，若行為人主觀上有圖自己或他人不法所有之意圖，而進一步要求保險公司交付理賠金或其它財產上之不法利益，則構成刑法第三三九條之詐欺罪。

若行為人之詐欺行為已達著手階段，但保險公司尚未交付財物，則行為人則屬於刑法第三三九條第三項之詐欺未遂罪。

從上述討論中發現，以目前較為通用之保險詐欺類型（誇大損失詐領保險金、故意捏造虛假事故詐領保險金及故意隱匿、掩蓋或偽造資料、訊息詐領保險金）來看，應可包括於刑法詐欺罪之範疇中，因此，在既有之刑法詐欺罪之外，另立保險詐欺之新法條，若無刑法或犯罪學上應予區分之理由，則似有疊床架屋之嫌。

此外，從本研究就法院不起訴處分書及判決查詢結果中亦發現，經檢察官偵查後以不起訴處分結案或經法院判決無罪確定之疑似保險詐欺案件，其理由多為犯罪嫌疑不足，或者犯罪證據不足，目前尚乏因構成要件不符而不起訴或判決無罪之前例。

二、部分無法以刑法詐欺罪論斷之保險詐欺行為在入罪化時機上尚未成熟

從前述的訪談過程中，有受訪者認為詐欺罪無法涵蓋『有故意隱匿行為，但尚未進行理賠申請的行為』（例如被保險人訂約後二年內身故，但受益人拖延至二年後均未提出申請，以規避保險法第六十四條二年之除斥期間），此種行為因其尚未申請理賠，未達詐欺罪的著手階段，不屬於詐欺未遂的範圍，在現行刑法並不處罰。基本上，法律乃最低的道德標準，刑法因其法律效果對人民的權益影響甚大，因此行為本身之非難性必須達一定程度以上，刑法才會介入並加以處罰，此即為刑法的謙抑思想。此外，刑法的處罰起點也不宜過度提前，若法律對於人民一個不當想法都進行處罰，將會是一個與世界民主法治核心價值嚴重違逆的立法。

誠然，『有故意隱匿行為，但尚未進行理賠申請的行為』的確是負面的行為，但其非難性甚低，且無具體對法益侵害的立即危險存在，而以行為人申請理賠的時點來認定其是否有詐欺之意圖，則處罰的界線將不當的大幅提前。如此一來，預謀竊盜者也會因其想法而招致牢獄之災，極不恰當。雖然從訪談中發現，保險業者對於保險詐欺入罪化雖多持正面肯定的看法，認為詐欺入罪化能在法律中具體化保險詐欺的犯罪類型，並能嚇阻潛在犯罪人的犯罪動機。但身為執法者的

法官、檢察官，以及律師及法學教授均認為，保險詐欺行為已涵蓋於刑法詐欺罪中，並無獨立立法之需求，且將保險詐欺行為仿照大陸立法，詳細定義犯罪行為的類型，難免有掛一漏萬之憾，蓋若如此立法，只要犯罪手法更新，反將成為處罰的漏洞，不如今日以刑法詐欺罪相繩之效果。而二十名受訪者中，也僅有一名受訪者同意『隱匿或未據實告知行為』可以入罪化，其餘均表達反對的立場，可見在各界未形成相當共識前，現階段尚不宜將「申請理賠前之故意隱匿行為」入罪化。

三、保險詐欺定罪率低，核心問題之一在於證據取得，非關是否另訂新法

本研究訪談中，受訪業者一致認為保險詐欺問題，最困難的是取得犯罪者的證據。在醫療險的案例中，若被保險人聲稱復健中持續有疼痛感等，此類無法以科學方法驗證的說詞，輔以醫生的證明，保險公司只能依約給付理賠金。而在火險的案例中，若保險人教唆不特定人進行縱火行為以詐領保險金，保險公司除了要從火場中證明起火原因是縱火外，尚須證明縱火行為與被保險人有關，這是相當困難的。在車險部分，被保險人將汽車藏至無人進出之地區，謊稱失竊以詐領理賠，亦很難取證。如此一來保險詐欺之所以成為嚴重的問題，重要的是證據的取得困境所致，而非刑法不足所致。

訪談結果也發現，業者認為有意從事保險詐欺的犯罪者可以精心計畫一個犯罪行為，並湮滅犯罪後的證據。在今日刑事訴訟上，法庭活動一切以證據為斷，無法取得證據，將會是業者的一大問題，而若成立新的法條，證據不足的問題依舊存在，依然無法進入審判程序，對於提升保險詐欺定罪率並無實益。

四、成立新法，將使民眾對政府及保險業者產生負面觀感

保險詐欺若成立新法條，將保險詐欺行為入罪化，甚至將保險契約訂立時之違反告知義務或隱匿行為亦入罪化，則如此嚴苛的立法，將會產生諸多弊端。

且在立法階段也將遭遇重大的質疑與挑戰。此外，制訂法律規定時，任何的特別法一定要有他的正當性。保險詐欺行為目前已有詐欺罪足以相繩，而保險契約訂立時之隱匿或違反告知義務之行為，基本上保險公司可以依保險法規定主張其權利，若亦將之入罪化，民眾對於保險產業將會有更深的負面評價，而拉大了與民眾的距離。而將單純的民事問題變成以對民眾生活具極大影響力的刑法干涉。如此一來違背刑法的謙抑思想，亦違背刑法的最後手段性。我們應該思考的方向應該是有沒有其它手段能解決保險詐欺問題？

五、徒法不足以自行，業者需主動提出告訴，才能彰顯法律之功能

從訪談中發現，業者普遍認為保險詐欺行為問題相當嚴重，但從事法官、檢察官多年的受訪者遇到保險詐欺的案件卻少之又少，這一個問題相當值得進一步探討，是什麼原因導致同在台灣的業者與司法人員，認知的落差竟會如此大？

保險公司認為保險詐欺問題嚴重，每年公司因此損失的金額相當驚人，但司法實務界甚少觸及保險詐欺的案件，原因為何？從訪談中，我們可以發現：保險公司認為遇到疑似保險詐欺之案件時，一方面因為證據的蒐集與取得相當不易，加上保險公司礙於公司商譽考量，多半不願意主動使案件進入訴訟程序，如此一來，許多疑似保險詐欺的案件都會停留於法院之外。

在目前這種情形下，疑似保險詐欺的案件，因嫌疑人事前精心策劃，或因事後犯罪證據取得不易，而鮮少進入司法審判程序；而業者囿於商譽考量，就算握有證據多半也不願興訟，因此，若成立新的保險詐欺罪，在業者不願興訟的心態下，新法也僅剩宣告的意味，不具實質的效力。

六、司法手段無法解決道德風險問題

保險業近年因競爭激烈，業者為了搶食大餅，不斷推出許多低保費高保障的誘人商品，對於投保人而言，這就是一種犯罪的誘惑，潛在犯罪者只要經縝密的計畫，便可能從保險公司手中詐領保險金，且被刑事追訴、判刑入獄的機會又

不大，因此，保險犯罪問題有日益嚴重的趨勢。

這種成本小，所得高，定罪率低，誘導本無犯意人民從事保險詐欺行為之問題，若僅使用具強制力的司法系統進行事後的審判與處罰，將只是治標的作法，如何從源頭做起，讓有可能發生保險詐欺的案件自始便無法通過核保機制的審核，將會是一個需要努力的方向。

此外，當理賠案件發生，保險公司如何建立一個完整的審查機制與理賠流程，並有一套有效的審核準則，並確實執行，也是未來預防保險公司因詐欺而受損害的重要方向。

七、各國保險詐欺規定不同，貿然引入他國立法經驗之妥適性 仍待考量

目前世界各國中已將保險詐欺獨立入罪化的國家主要為美國及中國大陸，這兩國均是針對重大保險詐欺類型獨立加以處罰。此外，德國亦針對保險詐欺行為有獨立的處罰規定，德國與我國同大陸法系國家，但兩國今日之保險環境卻不盡相同。

保險制度最基礎的理念是互助，一群具有相同危險的人透過保險制度形成危險共同體，一同分擔團體中發生危險事件者的損失。在德國將保險事業視為慈善事業看待，保險業者被當成協助大家分擔危險的人，因此，德國刑法將產險中的詐欺行為加以入罪化。

德國的保險文化是將保險事業機構當成慈善事業一般看待，因此該條文立法理由是基於保護財產法益和所謂社會負擔，若行為人以詐騙方式傷害保險安全制度，被認為是罪責重大，故而加重刑罰。

今日台灣的保險環境與德國仍有基本上的不同，長年關懷台灣保險文化與保險法發展的編號 015 教授認為，台灣保險詐欺的發展跟國人的習性有關，中國人認為不是我的錢怎麼樣花都沒有關係，政府的錢亂花，保險的錢也亂花，台灣

人的保險只有『保險單文化』沒有『保險文化』⁴。因此今日之社會大眾保險文化，多半認為保險事業的商業色彩與企業形象遠大於慈善機構的意義。因此，若台灣亦仿德國之保險詐欺條文，實為不妥。

⁴受訪教授編號 015 認為：『保險單文化的意思就是爲了『賺取利益』，保險文化就是『加入一個危險共同團體，加入保險並不是爲了追求自己的利益，而是爲了他人的利益，當他人保險事故發生時可以幫助他。』

第三節 結論

本研究從訪談的資料進行分析，評估各國立法現況及運作現狀、整體法律架構、刑法最後手段性，以及司法實務運作、保險詐欺行為抑制效果、保險詐欺調查之困境等觀點後，本研究認為入罪化是解決犯罪問題的最後手段，因此在決定採行入罪化的手段前，建議必須先考量下列數個問題：

- 一、觀察目前保險詐欺行為類型與刑法詐欺罪規範之關係發現，目前詐欺罪除「申請理賠前之故意隱匿行為」外，已經足以涵蓋其餘之保險詐欺行為類型。
- 二、「申請理賠前之故意隱匿行為」，目前已有民事的解決途徑，若入罪化其應刑罰性甚低，有違背刑法謙抑思想之虞。
- 三、保險詐欺行為因各國保險文化差異，且部分我國業者核保不嚴，若貿然將之獨立入罪化，一來失之過於嚴苛，二來讓人民有政府向業者利益傾斜之負面觀感。
- 四、保險詐欺不宜為求嚇阻效果而單獨加重刑罰，以免造成整體刑法處罰輕重失衡之結果。
- 五、保險詐欺行為刑度已符合世界潮流，毋須加重刑罰。觀察各國立法，除中國大陸巨大金額類型之保險詐欺外，各國不論是否將之獨立立法，其刑期均在一至五年之間，目前我國詐欺罪法定刑與平均宣告刑也在此範圍內，已經符合全球趨勢。
- 六、保險詐欺實際損失或犯罪黑數目前國內尚無嚴謹之估算方式，國外雖有估算標準，但與我國情況不必然吻合。保險詐欺是否真如報章雜誌揭露之普遍，嚴重性是否已達需要以刑罰之最後手段來嚇阻，尚待更科學的驗證。

七、保險詐欺行為不僅傷害個人法益，同時傷及社會法益甚大，但根本且有效之解決方法，不在入罪化，而在改善業者核保流程、建立科學化危險偵測工具、強化案件證據取得機制、改變國人與業者不良之「保險單文化」等層面。

若前述相關議題獲得改善，仍無法有效解決國內保險詐欺行為問題，本研究認為則可考慮採用最後手段「修法」或「特別立法」來嚇阻保險詐欺行為以及其可能造成的重大社會危害。

第四節 建議

經評估保險詐欺入罪化對於整體法律架構、刑法最後手段性，以及司法實務運作、保險詐欺行為抑制效果的觀點，本文建議，解決保險詐欺問題，以現階段而言使用其他更有效方法來替代「入罪化」，獲得的實益將會更大，亦是較為可行之方法。

保險詐欺事件層出不窮，而如何避免為一重要議題。本文認為，要避免保險詐欺事件的發生，除了在法制面規範之問題以外，尚可以從管理面著手。由於我國已比照世界各國防制保險詐欺之作法，成立防制中心，以下本研究針對防制保險犯罪的發生提出幾項建議：

壹、健全通報資料庫

一、強制保險業者對可疑案件進行通報程序

如何取得各保險業者之資料，為防制中心於建立資料庫會面臨之重要問題之一。一般來說，保險公司礙於公司內部營業秘密或是聲譽，或擔心將資料分享後，會遭外洩或是不當利用，所以往往不願意將各內部資料對外分享，導致有意圖之犯罪者可以透過多家投保的方式，詐領保險金。

為避免此一漏洞的產生，本研究建議強制保險公司應將資料通報給防制中心，並由防制中心進行統籌。為了免除各保險公司對資料外洩或公司營業秘密外洩之擔心，並簡化通報之流程與統一通報之方式，主管機關以法律授權防制中心

的方式，建立一套通報流程的標準作法(S.O.P)，規定包含資料庫查詢人之資格、查詢之方式、查詢記錄留存、可疑查詢狀況之顯示與違法利用或洩漏資料庫之責任等等事項，並制定通報之統一表格與明定通報之窗口。

現有的防制中心是一個警方和保險公司之間良好的橋樑，未來防制中心建立完整資料庫後，當業者發現可疑的理賠案件時，必須強制通報防制中心，透過防制中心推薦的專家進行專業且全面的鑑定，並將鑑定資料供檢警調查之用，以利發現真實，保障保險危險共同體的全體利益，並也保障被保險人應有的權益。

二、立法賦予防制中心適當權限

目前先進國家多有成立保險詐欺的防制中心，作為進行保險詐欺防範與危險因子之研究外，尚可以作為政府機關（如檢警調、保險局、健保局等等）與保險業者之間聯繫之橋樑，是故，若能健全防制中心之功能，進而以其專業賦予其進行保險詐欺資料庫之建立任務，成為資訊分享之中心，勢必對保險詐欺之防範有相當大之助益。目前業者對於車險之詐欺問題提出建議，希望警方在汽車失竊及尋回時通報保險公司，以降低損失。而監理站則應避免對高保險詐欺風險之失竊車輛進行車籍異動，才能確保保險公司的債權。遂自95年1月16日起，開始實施「失竊車理賠通報作業」，當車輛失竊申請理賠並領取理賠金時，車主除須填寫「失竊車輛返還請求權讓與契約書」外，尚需提供失竊車輛禁止異動註記申請資料，俾即時於線上進行禁止異動之註記，以避免車主於領到保險金後，立即將車輛過戶給善意第三者，導致保險公司損失之情事。將來各險種，亦可依據此一模式，發展其與公權力單位合作之機制。

觀察國內現況，保險詐欺的產生，有一部分是因為保險業者間聯繫管道不暢通，資料未能及時進行分享所致。目前壽險公司除團體險及部分旅行平安險外，其他個人險知被保險人資料軍需通報至壽險公會；產險公司之理賠資料亦已建立相關之通報制度，包括人身傷害險通報至產險公會，火險及汽車強制險則會通報至財團法人保險事業發展中心；此外產壽險公會間就傷害險部份之通報資料亦有開放相互查詢之機制。未來防制中心可透過與前開單位合作方式進行連線查

詢。

保險公司透過這樣的資料通報方式，雖能在核保當下立即了解其他業者所掌握之資訊，以及被保險人是否不合常理的重複投保現象。作為核保時之參考，以避免掉許多為進行保險詐欺而同時向多家保險公司投保巨額保險金之狀況。但通報資料之完整性與正確性，仍應持續檢驗有無誤失，據以檢討改進通報制度。另通報項目是否足夠判斷保險詐欺之存在風險，則須因應保險詐欺態樣變化隨時檢討增加，方能發揮通報效果。

此外關於通報資料庫，除上述立即提供業者進行查詢之功能外，尚可透過資料庫的建立，系統性的蒐集國內保險理賠與保險詐欺之案件，並進行分析，藉以獲得保險詐欺之高危險因子。配合異常警示信號的設計，可以提醒保險公司該保戶是否屬於保險詐欺之高危險份子，而審慎思考是否予以核保或是了解是否為保險詐欺案件。

礙於資料的保密性與業務競爭的問題，此一角色之扮演勢必需要透過獨立於各保險業者以外的獨立第三者(法人)進行較為恰當。本研究認為防制中心為最合適之機構，而根據防制中心之成立宗旨，資料庫的建立的確是該中心的重要工作之一，而該中心正亦極積推動資料庫的建立。

貳、相關法律之修正

一、刑法第三百三十九條普通詐欺罪與保險詐欺之構成要件分析

杜絕或減輕保險犯罪案件之發生，並非單純透過保險詐欺入罪化乙途，即可達成目的，保險詐欺入罪化充其量僅能降低保險詐欺案件發生之比例，但不可諱言，保險詐欺入罪化的確是作為達成杜絕或降低保險犯罪案件發生的可能方式之一。其入罪化的方式，或許可將各類型的保險詐欺(犯罪)之構成要件予以明文規定，並加重此類經濟犯罪之刑責及沒收其犯罪所得，對於試圖透過保險制度牟取利益之人予以警示嚇阻，對於執法人員或司法人員亦有明確可遵循之標準。

國內學者對「保險詐欺」之定義，尚無一致見解，林山田認為「保險詐欺」

指「實施詐術，騙取保險金之犯罪」，此為傳統詐欺罪的見解，而鄭丰宓、甘添貴所持看法類似，將保險詐欺定義為「施詐術，濫用保險制度，以獲取財物或其他不法利益之行為。」，比之林山田之定義，兩人更明確的指明「濫用保險制度」也是構成保險詐欺行為的元素之一。其中最為具體的應屬李添福之看法，在他的保險詐欺定義中，不但包含了「故意製造虛假事故型、故意隱匿型、誇大損失型」，同時也包含了「內部型與外部型」的保險詐欺。

學者間對於保險詐欺之定義列舉如下：「指施詐術，騙取保險金之犯罪」(林山田，1987)、「實施詐術，濫用保險制度以謀取不法利益或財物之行為。」(鄭丰宓，1996)、「以犯罪手法欺騙保險公司，使其相信發生意外或損失者。」(劉政明，1996)、「以不正的方法使相對人發生錯誤，而謀取與該保險契約有關利益之行為」(張雍制，1998)、「施詐術，濫用保險制度，以獲取財物或其他財產上不法利益之行為。」(甘添貴，2000)、「要保人、被保險人、或受益人故意捏造虛假情況，或歪曲、掩蓋真實情況，誇大損失程度，或故意製造保險事故欲騙取保險金的行為；而保險公司的工作人員利用職務之便利，故意製造未曾發生的保險事故進行虛假理賠，騙取保險金的行為亦同。」(李添福，2002)、「行為人利用保險制度，對於他方施用詐術之行為。」(簡美惠，2002)

從上述學者間對於保險詐欺之定義雖無定見，然多數學者認為保險詐欺係利用(或濫用)保險制度獲取保險金，如此之定義，似乎無法由透過現行刑法第三百三十九條之構成要件全部予以包括，學者林山田(刑法各罪論上，1999)將刑法第三百三十九條之構成要件分為主觀構成要件及客觀構成要件，主觀構成要件必須行為人主觀上具備詐欺故意，以及為自己或第三人不法所有之意圖；而客觀構成要件包括行為人(一)施用詐術(二)使被騙者陷於錯誤(三)受騙者處分財產進而造成財產損失(或使本人或第三人處分財產進而獲取不法利益)(既遂與否以被騙者是否處分其財產而造成財產上損失為標準)。學者褚劍鴻(刑法分則釋論下，1995)將構成要件分析為三：一、意圖為自己或第三人不法之所有；二須施用詐術使人陷於錯誤；三、須使人將本人或第三人之物交付(或須使自己或第三人得財產之不法利益)(既遂與否以是否交付財物或取得不法利益為標

準)。兩位學者間最大之差異在於林山田認為刑法第三百三十九條第二項所稱之財產利益，乃以財產上法律關係所生之利益為主，故本罪只因被騙人受騙，陷於錯誤而處分其財產，致外觀上有此不對等之法律關係存在，犯罪即達既遂階段，至於此等法律關係之內容是否實現，其在民法上之效果又是如何，均不影響本罪之既遂。因此，在訂約詐欺之案件中，只要他人受騙陷於錯誤，而與行為人訂立有損於其財產之不對等契約時，即為本罪之既遂。例如隱瞞自己之健康狀況，而與保險公司締結人壽保險，在保險契約成立時，即為本罪之既遂。但通說卻採取褚劍鴻之見解。

上述關於刑法第三百三十九條構成要件之解析在目前部份保險詐欺的案例中恐無法適用，例如帶病投保案例，保戶明知罹患重症（如癌症末期），向保險公司投保壽險，即使保險公司可以在除斥期間內證明保戶投保時隱匿訊息，並提出告訴，法院是否可根據目前刑法第三百三十九條之構成要件論處，恐怕仍有爭議。且因為目前尚無保險公司針對此類行為，提出告訴，故無法得知實務見解。因此針對現行刑法第三百三十九條是否足以包括所有保險詐欺之類型並入罪，仍有研究之空間，同時，本文也認為保險公司可嘗試以進入法庭之實際案件來檢驗法院目前之見解。

此外，保險詐欺入罪化的國家，諸如美國與中國大陸等，均將濫用保險制度或保險金之行為予以入罪化，具體構成要件或有不同，卻值吾人在入罪化研議的過程中借鏡參考。

二、保險法第六十四條第三項除斥期間之重新檢討

實務上常面臨的問題即在於保戶投保當時故意隱匿其身體健康狀況（例如罹患癌症、心臟病、糖尿病），導致保險公司在核保階段無法正確掌握被保險人的身體狀況而予以承保，投保二年後被保險人死亡（死亡與未據實告知之事項有因果關係），或投保二後年內死亡但其身故保險金受益人卻遲至投保超過二年後方申請身故保險金，按現行保險法第六十四條第三項規定，保險公司如果以保戶違反據實告知義務而解除保險契約的前提，必須是在保險契約訂立後兩年內為

之，否則無法再以該條規定解除保險契約。加上最高法院八十六年台上字第 2113 號判例認為保險法第六十四條是民法九十二條之特別規定，是縱使保險公司發現保戶違反保險法第六十四條之據實說明義務，但因超過除斥期間而無法解除保險契約的情況下，亦不得行使民法第九十二條權利撤銷承保保險契約之意思表示。終究導致保險公司面臨此類保險詐欺案件，不僅難以透過刑法予以制裁，在民事關係下保險公司亦無法拒絕理賠，其所損害者不僅為保險公司的權益，眾多保戶權益亦將同時受損。

保險法第六十四條與民法第九十二條間之關係，是否為特別法與普通法之關係？學者如江朝國、林勳發等早有批判，質疑兩者之立法目的、構成要件、行為態樣等完全不同，如何有特別法與普通法之關係，即便如此最高法院尚未廢棄該號判例前，同樣拘束各級法院。

是以，保險詐欺尚未入罪化前，且礙於現行保險法第六十四條第三項除斥期間過短問題，加上最高法院八十六年台上字第 2113 號判例的拘束下，如何處理保戶故意帶病投保的詐欺案件，恐需檢討現行保險法第六十四條第三項除斥期間的規定。參酌國外立法例，對於故意隱匿病情的保戶，延長保險公司解除權的行使時效。例如：日本保險法規定除斥期間為五年。德國保險法第 22 條規定，除斥期間原則上為十年，但故意違反告知義務的情況下，則不受除斥期間的拘束。且明文規定「保險人基於對於有關危險事項之詐欺所生之撤銷權不受影響」，清楚解除故意隱匿投保的問題。

三、其他配套修正

目前資料庫之建立所遭遇到最大的問題是個人資料保護法的限制，如受訪者所言，由於目前防制中心並無法律授權，故若要進行資料庫之建立與被保險人個人資料的搜集，除非透過當事人之明示同意，否則將有違反現行「電腦處理個人資料保護法」之虞。此外，由於防制中心甫成立不久，礙於經費與人力之不足，加上其並無明確的法律授權，相信許多保險公司仍在觀望其所能發揮之功能。

若要是由防制中心建立資料庫或是要求保險業者向防制中心進行強制通報，

本研究建議保險局應於保險法或是相關法位階之規定中，明白授權防制中心進行保險犯罪防制所須的法源依據，或是建立一個委外制度，由保險局將保險資料庫委外由防制中心負責協助經營，以避免防制中心於進行資料庫建立與個人資料蒐集所可能遭遇之問題。目前，我國之電信法即有透過法律授權方式，賦予電信技術中心進行電信用戶資料庫之維護與使用，是故，保險局應可仿照電信資料庫建立之模式，於保險法中明白授予防制中心進行資料庫建立與維護之權力，並要求保險公司應將所有疑似保險詐欺的案件強制通報防制中心。如此一來，業者與防制中心建立溝通平台，當火災、汽車失竊等出險事件發生時，若有詐欺的嫌疑，業者能第一時間透過防制中心進行查證動作。

四、建議引進保險專家參審制度或將保險詐欺案件視為金融案件，進入專業法庭審理之

今日司法人員的考選制度下，要求每一個法官能精通金融、保險案件是相當困難的，因此，建立專庭或專門審理法官，經常接觸這一類型案件，久而久之對這類案件的掌控能力就很強。近年司法院持續推動司法專業化，初步是民刑分流，將來就會走向更專業。金融案件是其中一種。

但成立專業法庭與否尚須考量現實需求，目前保險詐欺案件數量少，因此建議近期先以保險詐欺案件納入金融案件的專業法庭中審判，以提升審判品質及效率。

參、對保險業者之建議

保險詐欺行為的確是一種違反社會道德規範的行為，甚至直接違反法律規定，具有應受處罰的性質，除了少數進入司法程序外，如何強化保險公司降低損失的機制，以維護廣大保險共同體的利益，是保險業者能獨力完成的項目，也是最基本最重要的工作。在此提出下列幾點建議：

一、研發保險詐欺危險因子檢查表，強化保險公司核保功能

從訪談中發現，受訪業者都知道保險詐欺案件常見的某些固定特徵。因此

將這些寶貴的經驗傳承下來，讓所有公司內部同仁都能具敏銳的辨別能力，能有效減少保險詐欺案件的發生。

在保險公司同意承保前一定要做好資料庫或徵信的調查，諸如職業、品行、過去紀錄、收入與保額落差、短時間多家投保等等諸多特徵。這樣可以減少詐欺的發生，就算是發生了也必須承擔道德的風險。如果詐欺還是發生了，也一定要先經過資料庫篩選出有可能的理由，才可以進入司法程序。

因此本研究建議保險公司應經由多年的經驗累積，整理出一套有辨識度的保險詐欺危險因子檢查表，供作核保時之判斷依據，核保人員並能依判斷結果，確實發揮核保的功能予以拒保，幫助公司減少損失的可能性，亦同時降低保險詐欺的發生機會。

此外，保險公司目前內部的給薪標準亦會影響核保人員的篩檢功能的強弱，如何建立核保者與保險詐欺案件的關連性，加強內部控管機制，從薪資結構進行鼓勵或懲罰，將會直接且明顯的影響核保的作業成效。

二、強化營業員之教育工作

避免保險詐欺最重要的還是在保險公司第一線的業務員及核保人員訓練。讓第一線的業務員及核保人員瞭解常見的保險詐欺手法、特徵，能從源頭進行客戶拜訪時，發現未來可能發生問題的案件。這是內部教育訓練的問題。

此外，今日核保工作落實度不夠，多數金額不是很大案件，核保人員都只進行形式上的核保動作，因此，對於有心犯罪者而言，無法發揮篩檢的功能。依據『保險業務員管理規則』，業務員只能經授權從事保險招攬之行為，包括『解釋保險商品內容及保單條款』、『說明填寫要保書注意事項』、『轉送要保文件及保險單』、『其他經所屬公司授權從事保險招攬之行為』，因此業務員是不能作核保的動作，故今日保險公司僅有業務員實際接觸過客戶的寬鬆核保機制，是需要改進的。

此外，內部理賠人員的教育訓練，諸多保險詐欺的案子，從醫院或警方、

檢方開立的相關理賠證明文件，保險公司的理賠人員對這一方面的辨識能力較弱。從訪談發現：很多汽車強制險的案子，犯罪者若自己打一張交通事故證明書，偽造申請書，直接請求的方式把相關資料備妥之後寄給保險公司，保險公司收到案子以後也沒有跟他聯絡，沒有見到人，一百五十萬就這樣出去了。（#011）因此，保險公司內部對保險詐欺的手法、特徵的教育訓練，以及對於案子的稽核制度都需要強化。

此外，透過跨國性企業舉辦國際交流會議，提高可疑業務敏感度亦是一個有效的方式。保險在世界各國均為重要的制度，因此面對的保險詐欺問題亦大同小異，吸取外國的實務經驗，截長補短，將會有助於減少國內的犯罪問題。這一部份，除了國際性的保險公司外，再保公司多具有跨國的色彩，在全球的各領域市場都有更好的聯繫網路，也知道在那裡會有合適的調查單位，能扮演居中間協助溝通的角色，是活化國際溝通、經驗交流的良好管道。

三、徹底執行核保及理賠審核工作

本研究發現，保險公司目前雖有核保人員，但實際上大多數的保單都會基於商業利益考量而輕鬆通過核保機制的檢驗，保險公司內部人員未確實進行查訪，造成目前核保機制功效不彰，間接提高了保險詐欺行為的發生率，因此如何提升公司核保機制的功能是一個需要努力的方向。

此外，當保險事故發生後，保險公司應建立一個完整的理賠流程、作業的機制跟審核的準則，並嚴格的執行。在理賠處理上，需能辨認出有嫌疑的案件，再進一步做額外的調查，所以這部分是保險公司站在第一線去辨認這個狀況，如果這一部份不夠健全嚴謹，很多疑似保險詐欺的案件就會溜掉。調查員能從專業訓練中發覺可疑案件，並進一步阻止可疑案件領取理賠，以保障廣大保戶的權益。

另一方面，保險契約乃基於雙方之誠實信譽，當保險業者不合理地拒絕支付賠償金，將會傷害受益人的合法權益，因此，標準化理賠審查流程的另一層意義在於保障受益人獲得理賠的時間上權利。

此外，建立標準化審查流程及審查基準，能讓同業間進行良性的互動，能有效地進行資料互助與協助調查工作，共同為保險詐欺行為把關，減少保險中危險共同體的損失。

四、測試刑法三三九條之可用性，以累積案例經驗

本研究與執法者、保險業者訪談發現，保險公司實際嘗試使用司法途徑主張本身權益者比例甚低，多半囿於對司法判決存在一些迷思，認為保險公司打官司輸的機會比較大，目前我國司法環境已進步甚多，法官判案一切以證據為斷，實際案件中的行為類型是否會被法官認定是詐欺罪都需視個案實際情形為斷，因此，本研究建議國內保險業者應勇於主張本身權益，針對各種保險詐欺類型，提起刑事訴訟，以累積案例經驗，經測試後，若發現在維護自身合法權益之際，刑法詐欺罪有不足或有待加強的部分，則此將可成為未來修法的重要參考。

五、業者提撥基金，穩定防制中心經費來源

為使防制中心能夠順利運作，經費來源則是必須思考的問題。目前防制中心的開銷乃由成立時所募集之基金與成立後透過會費與年費收入、處理與受託事項之服務收入、基金運用之收益與捐贈或其他收入支應，對於目前防制中心的運作，已稍嫌拮据，但若擴展防制中心之業務與功能，這樣的資金收入似乎並不足以因應中心所需之開銷。

本研究建議，由於防制中心的建立，在於協助各保險業者找出保險詐欺之高危險因子、作為保險業者與檢警等政府單位的溝通橋樑，並擔任保險業者間資訊分享的機構，因此各保險業者應考慮提撥一定比例費用，作為基金，協助防制中心的穩定營運。若此案可行，中心也應免費提供業者可疑案件資料查詢之服務。

六、檢討設計不良之保險商品

本研究訪談中發現，部分保險商品設計不良（如日額型醫療保險，申請理賠不需實報實銷），以致於可能引誘民眾鋌而走險，或貪小便宜，濫用保險資源，

甚至不慎觸法，產生許多弊病，因此，保險公司在推出各種新商品前，應該審慎評估國人習性；對於現有的商品，亦應檢討是否有引誘民眾犯罪之虞，並給予適當之修正。

肆、推動大眾教育，建立保險觀念

本研究發現保險詐欺入罪化之國家，之能將保險詐欺專條入罪或課以對保險詐欺行為人更不利益之刑罰，係基於國民法律感情之評價，而國民法律感情對保險詐欺行為之不容，則來自於國民對於保險係保障共同危險團體之正確觀念，因此保險詐欺行為並非僅是侵害保險公司之財產，實乃對於參加保險之大眾進行財產侵奪，已為國民普遍之認識。然而目前國內大眾尚缺乏此一正確觀念，或有認為保險詐欺受害者僅是保險公司之錯誤觀念，致使一般大眾對保險詐欺行為之容忍與輕忽。

訪談中發現國內學者亦認為：國內民眾缺乏保險文化，因此容易發生保險詐欺的行為，本研究建議政府相關單位應加強宣導保險本質，透過大眾教育教導民眾保險是危險分擔的機制，濫用保險是違法且傷害社會大眾的行為，業者亦應推動強化保險業之公益色彩，以提升保險業界之社會形象。

伍、厚植國內專業鑑識能量，協助釐清事實

一、政府與業者共同推動培養各類科學鑑識人才，提供專業鑑識，供法院參考

疑似保險詐欺案在發生後，目前國內因為證據取得難度高，因此許多相當可疑的案件多無法透過司法程序加以制裁，使危險共同體蒙受損失。

目前國內作法，保險公司雖能透過管道取得臨時性專業鑑定之協助，但由於身分與立場之關係，若鑑定之結果有利於保險公司時，往往會被批評不公正。而檢警消在偵辦與鑑定時，雖不致被認為不公正，但由於工作量繁重、缺乏保險專業知識，可能導致鑑定結果之疏失。

研究發現目前國內各縣市都有受過專業訓練的火災調查專業人才，但許多

縣市火災調查人力嚴重不足，有的縣市只有一兩個人，甚至只能請消防員協助進行火場鑑識。各縣市調查人員人力人數不一，如台北市就比較多，中南部人數少，真正有在辦，經驗豐富者在全國人數上不算多，所以鑑定的結果會有落差。

此外，在壽險死亡原因鑑定、醫療險理賠糾紛中、車險理賠糾紛案件中，亦發現目前的專業鑑識能量之不足，本文建議政府及民間共同推動透過提供獎學金，開設專業課程及提供國外進修考察補助等方式，以補強鑑識人員數量及素質。

二、建立鑑定人清冊，推薦鑑定人，提供法官、檢警辦案之參考

相較於第一線犯罪偵查的警方，防制中心較著重在保險犯罪防制及案件發生時與各單位之聯繫協調，也就是犯罪防制共同平台的角色，本研究建議防制中心與保險局、業者、公會、警消單位建立定期對話與合作窗口，特別是強化防制中心扮演推薦鑑定專家名單之角色，參照技師公會、機械公會等推薦專業鑑定人員或提供專業鑑定服務等做法，由防制中心提供有公信力、長期合作之「合格鑑定人員與機構清冊」給檢察機關或法院，使辦案上有需求的審檢警都能從中心提供的鑑識清單中，找到一個兼具保險專業與鑑識能力鑑定人才，以彌補官方資源不足此一短期無法解決之困擾。

第五節 未來研究方向

本研究是政府首度對保險詐欺行為在台灣本地進行深入探究之作，足見政府相關部門非常重視此一議題。經過研究後，我們也發現保險犯罪詐欺行為本質與防制對策，尚有許多有待未來繼續研究之空間。本研究限於研究時間（六個月）與人力緊迫，未能全面加以深入探究，特於最後提出幾個未來研究可以繼續努力的方向，提供學術界、業界或政府相關部門參考：

一、保險詐欺危險因子研究

各界普遍認為保險詐欺對台灣地區的危害應屬嚴重，但礙於沒有一套完整之資料庫之建立，或無相關的調查研究，無法透過科學方法進行保險詐欺損失估計，導致不論主管機關或是防制中心，甚或保險公司於推動保險詐欺防範策略時，不能提出一個較為明確的保險詐欺行為數據作為背景，說明保險詐欺的嚴重性與普遍性。未來研究可以透過建立資料庫或保險人抽樣調查研究，估計各種類型保險詐欺之損失，分析不同類型保險詐欺危險因子，進一步建立各種險種之核保、理賠、偵察、審判之檢核表，透過不斷測試研修，發展具有效度與信度之本土之量表，提供業者與相關政府機關參考。

二、保險資料庫建立之立法與執行問題與配套措施研究

未來研究應針對建立保險資料庫可能遭遇之法律與執行問題加以研析並擬定解決方案，如：強制保險業者進行通報之可行性、資料庫應包含項目、由主管機關自建或是委外建立、未來可能遭遇之個人資料保護與資料探勘等問題。

三、比較將保險詐欺特別立法之國家其立法原因與條文內容，同時研究該國政經、社會背景、保險制度、犯罪概念對特別立法之影響

經由保險業者測試保險詐欺適用刑法第三三九條之可行性、加上上述配套措施的實行與資料庫的建立，若仍發現保險詐欺之事件仍持續上升，且刑法第三三九條適用上有無法涵蓋之情況時，本研究建議相關單位則可以重新思考透

過特別立法的方式規範保險詐欺的必要性，並探討國際間對於保險詐欺之立法趨勢與背景。

參考書目

- 財團法人防制中心 (2004) 《2004 年防制保險犯罪研討會會議實錄》。台北：財團法人防制中心編。
- 林東茂 (2005) <不作為詐欺—評最高法院九三年台上字第五六七八號判決>，《台灣本土法學雜誌》，69：259-266。
- 張耕 (2005) 《刑事案例訴辯審議—金融詐騙罪》。中國檢察出版社。
- 鄭丰宓 (1996) 《論保險詐欺之刑事責任》。國立中興大學法律研究所碩士論文。
- 謝立功 (2003) <保險詐欺的控制機制>，《國政評論》，092-119。
- 簡美惠 (2003) 《從我國法院判決論保險詐欺之態樣、成因、特徵與防制之道》。國立台灣大學法律研究所碩士論文。
- 楊超倫 (2005) 《保險詐欺決意歷程之理性因素研究》。國立台北大學犯罪學研究所碩士論文。
- Baldock, T. (1997) Insurance Fraud. Trends and Issues in Crime and Criminal Justice, Paper No. 66. Canberra: Australian Institute of Criminology
- CAIF (2003a) Insurance Fraud: the Crime You Pay For. Washington, D.C.: Coalition Against Insurance Fraud.
- CAIF (2003b) Study on SIU Performance Measurement. Washington D.C.: Coalition Against Insurance Fraud
- Clarke, M. (1990) The control of insurance fraud: a comparative view, British Journal of Criminology 30(1): 1-23.
- Coalition Against Fraud (2005) Resource Center – Model Bills and Regulation. at

<http://www.insurancefraud.org/>

Derrig, R. A. (2002) Insurance fraud, Journal of Risk and Insurance 69 (3): 271-287.

Dionne, G. (2000) The Empirical Measure of Information Problems with Emphasis on Insurance Fraud, in Dionne G. (ed.) Handbook of Insurance. Boston, MA: Kluwer Academic Publishers.

Financial Services Authority (2005) Insurance Sector Briefing: delivering the Tiner Insurance Reforms. London: FSA.

Insurance Information Institute (2005) Fraud - USA. New York: III

Insurance Regulation in the EU - Briefing Paper (2005) London: Freshfields, Bruckhaus, Deringer.

Law Commission (2002) Fraud Committee Paper No.5560. London: Lord Chancellor's Department.

Morse, D. (2001) Tackling Insurance Fraud – Law and Practice Paris: Converium.

NICB (2000) National Insurance Fraud Forum – Discussion Papers on Key Issues. Washington D.C.: National Insurance Crime Bureau.

SCOR (2003) Insurers Face up to Insurance Fraud. Technical Newsletter, No. 15. Paris: SCOR.

Vianene, S. and G. Dedene (2004) Insurance fraud: Issues and challenges. The Geneva Papers on Risk and Insurance 29(2): 313-333.

附錄一：「保險詐欺入罪化可行性之研究」期中審查會議會議記錄

一、時間：95年3月10日（星期五）下午2時30分

二、地點：本局1710會議室

三、主席：陳副局長惟龍

記錄：李宣宜

四、報告人員：周教授愷嫻、張耀中先生、李俐園先生、陳添壽先生、
張文遠先生、陳俊吉先生

五、出席人員：詳如簽到單

六、審查結論：

- (一) 本期中報告部分翻釋文字應適度調整使符合中文用語，並加入IAIS有關「保險詐欺」之資料。
- (二) 對「保險詐欺」一詞宜作明確定義，未來「保險詐欺」之犯罪行為如須另外作特別規定，其方向應針對普通刑法所不能涵蓋者才有價值，並應一併研議建議條文及相關配套措施。
- (三) 若保險詐欺行為確實有另外作特別規範之必要性，其規範內容應參考普通刑法，宜具備制裁、預防及警戒等效果，另應考量其安排方式（例如於刑法或保險法中規範），證券交易法或期貨交易法之體例可供參考。
- (四) 本案研究之目的，非為保障保險業者，應將「保險詐欺」對社會大眾之影響，例如影響法安、提高保費、負面教育等相關議題納入，俾強化本研究案之說服力。
- (五) 可將保險當事人本無詐欺意旨，卻被誘導犯罪等議題納入研究中。
- (六) 本研究案選用之案件中，是否已為確定判決作一區隔說明，如非屬確定判決則應具體說明選用之理由。
- (七) 本研究似偏向案例特徵，缺少保險詐欺罪須特別規範之論述，宜請補強。

(八) 審查具體建議如附件一審查意見表。

七、散會：下午 4 時 30 分

「保險詐欺入罪化可行性之研究」

期中報告審查意見表

項次	報告內容建議事項	回應作法
1	本研究似乎偏向案例特徵，缺少保險詐欺入罪可行性論述。(許委員東敏)	入罪化與否的討論與結論，於本報告最後兩章所有論述，並在期末報告中呈現。請參閱 67 至 97 頁。
2	保險犯罪為經濟犯罪所侵害之法益超過個人法益應可作為入罪理由。(許委員東敏)	已經加入本報告第五章中論述，請參閱 73 頁。
3	依保險法違反告知義務為保險契約解除之理由，故有認為不須另行入罪，但中國大陸仍將保險詐欺入罪，可探討原因作為入罪化之參考。(許委員東敏)	大陸入罪化理由為加重法定刑，並明訂加重之標準，本研究第六章已對大陸入罪化是否適用台灣的情況加以探討。請參閱 95 至 96 頁。
4	保險詐欺宜作清楚定義。(林委員東茂)	已於研究報告中第 2 頁進行說明。
5	建議探討現行刑法，哪一類保險詐欺規範不到。(林委員東茂)	根據本研究案例收集與訪談法界、警界、業者、學者結果，尚未見因構成要件不符合而無法入罪之案例。
6	建議從刑法防衛性角度，探討保險詐欺前行為是否可入罪，如違反告知義務。(林委員東茂)	經訪談學者與法界結果，全部反對此一建議，理由請參考本報告第五章，第 67 頁以下。
7	若入罪化可行，法條置於普通刑法對保險詐欺防範有較好之效果。(林委員東茂)	因本研究建議不需另訂保險詐欺行為專條或法規，故此建議保留。
8	主張入罪化，應依目前普通詐欺罪之構成要件，尚不足以規範疑似保險詐欺案件之案例事實。(曾委員淑瑜)	同項次七，經過本研究訪查檢察官、法官，目前尚無相關案例可供參考。
9	層次上應從法制面及制度面依次探討，若法制面不足，補足方式為何？例如訂定特別詐欺類型或訂定專法，若是制度面或舉證面問題，則應研究改善之道，例如證期局之有專家	已於報告參考金管會與智財局針對專責法庭與專家參審制度並提出建議；同時參考電信總局對於電信號碼資料庫的管理模式，提出保險詐欺資料庫建立時之建議。詳見第六

	參審制度, 又如智財局成立專責法庭, 智財局作法上則先設聯合查緝中心, 主管機關與司法單位相互溝通配合, 制度面上也可達一定效果。(曾委員淑瑜)	章, 第 97 頁以降。
10	刑法目的有警惕效果, 法定刑未必要高, 預防性功能也是入罪理由。若擬藉由將普通詐欺罪法定刑提高, 以引導個別案件之宣告刑, 亦應詳述理由。(曾委員淑瑜)	經訪談法界、警界、學者, 均認為不宜再加高法定刑。參考國外相關法定刑, 大部分入罪化國家之法定刑均以一至五年為度。請參閱第六章第一、二節之說明, 第 89 頁以下。
11	若要入罪化, 其目的應係補充傳統詐欺罪之不足。(曾委員淑瑜)	已於本報告第六章說明之, 請參閱第 89 頁至 97 頁
12	保險詐欺與普通詐欺之不同處在於犯罪類型, 如作為犯與不作為犯, 可比較說明。(曾委員淑瑜)	已於本報告第六章說明。請參閱第 89 頁至 97 頁。
13	翻譯文字盡量符合中文用法。(曾委員淑瑜)	已針對全文再度檢閱, 並進行文字修改。
14	法條或制度設計上, 保險金之取得應與本罪無涉, 在無法證明犯罪時仍應給付保險金, 以保障善意保戶。(曾委員淑瑜)	已於本報告第六章第三節建議, 請參閱第 100 頁。。
15	研究方向並非保護業者, 而是強化社會法益之保護; 案例蒐集宜針對判決確定者, 對未進入司法程序者若有參採價值, 宜作區分。(施委員瓊華)	已補充個案, 或說明個案採用之理由, 請參考本報告第三章, 第 45 頁與第 51 頁。
16	保險詐欺入罪之必要性及特殊性應予以突顯, 才能發揮本案研究價值。(陳委員惟龍)	請參閱本報告第六章之說明, 第 89 頁至 97 頁。

附錄二：「保險詐欺入罪化可行性之研究」研究計畫期末報告審查會 會議紀錄

一、時間：95年4月24日（星期一）下午2時30分

二、地點：本局1724會議室

三、主席：陳副局長惟龍

記錄：李宣宜

四、出席人員：詳如簽到單

五、審查結論：

（一）本研究仍應設限研究報告之主題，說明「保險詐欺」與普通刑法詐欺罪構成要件之差異（尤其是濫用保險機制），將主題限縮於刑法第三三九條詐欺罪所無法涵蓋，而須於保險法或其他專業法增訂者，並敘明其必要性及可行性。

（二）許多國家將「保險詐欺」入罪化，表示其刑法有不足以涵蓋「保險詐欺」之情形，因此，本報告結論如認為不宜入罪，是否係我國刑法已足以涵蓋？或有其他理由？請於報告中明確敘明。

（三）目前保險公司對於疑似「保險詐欺」之案件多以民事方式處理，忽略刑事訴訟方面之嘗試，致可資研析之案例甚少，具體建議為何？可於報告中提供。

（四）本研究報告顯示受訪者誤認本局研究本案之動機有傾向業者之意圖，請敘明本研究目的真正用意是保護社會大眾，並非保護保險業者，而是提醒業者不要放任詐欺事件，使社會大眾財產身體法益受到侵害。

（五）現階段不宜入罪之具體配套措施請於報告中明確敘明。研究報告中，建議事項部份不須以建議對象分類，請依建議事項分項敘明，如有須政府機關協助者，應提出具體作法。

（六）研究報告中請敘明建議成立保險鑑定團隊之具體作法，例如將相關單位資料建立清冊，供需用單位參考。

(七) 審查具體建議如附件一審查意見表。

六、散會：下午 4 時 30 分

「保險詐欺入罪化可行性之研究」

期末報告審查意見表

項次	報告內容建議事項	回應作法
1	研究範圍須明確定義，將其限縮於刑法三三九條無法涵蓋部份(尤其是濫用保險機制)，以研究「保險詐欺」是否有無必要在保險法或其他專業法令訂定專條之可行性及必要性。 (曾委員淑瑜)	已強化說明，請參見第1、2、13、14、95-100頁之修正。
2	目前保險公司於保戶詐欺案件僅以民事程序進行處理，並無著重刑事訴訟程序之努力，此現象可在本研究中建議業者嘗試採刑事訴訟方式防制保險詐欺以累積案例經驗。(施委員瓊華)	已於第六章第四節對保險業者建議中加入，參見第102頁。
3	為避免主管機關袒護業者之錯覺，在研究報告中應特別指明，研究目的真正用意是保護社會大眾，而非保護業者。(施委員瓊華) 可強調本研究目的，並非主管機關袒護業者，而是提醒業者不要放任詐欺事件，使大眾財產身體法益受到侵害。(曾委員淑瑜)	已強化說明，請參見第1、2頁之修正。
4	許多國家將「保險詐欺」入罪化，表示刑法可能不足以涵蓋「保險詐欺」行為，可將此議題納入本研究討論。 (許委員東敏)	本文中第六章已進行分析，詳見第92-94、96-97、104-108頁。
5	本研究報告中建議部份，應表明不能做到情形(如法律無授權)，並建議其他單位協助。(曾委員淑瑜)	已修正，並加入本文建議中，詳見第92-113頁。
6	關於鑑定團隊可由中心建立公正鑑定機構清冊，提供政府機關及大眾參考。(曾委員淑瑜)	已修正，並加入本文建議中，詳見第112-113頁。
7	如現階段以特別刑罰規範之時機仍不成熟，則如何防範保險犯罪之配套作為?請補充說明。 本研究中之建議事項，可依項目劃分，不必以對象劃分。(陳委員惟龍)	已修正，詳見第101-113頁。

8	日後研究方向，可深入比較各國入罪法例，及刑法詐欺與「保險詐欺」異同之處，並作為現行法律補強之依據。(許委員東敏)	已於未來研究方向中建議，參見第 114-115 頁。
---	--	----------------------------

附錄三：「保險詐欺入罪化可行性之研究」訪談大綱

一、受訪者個人基本資料（相關工作經驗陳述）

（一）性別、教育程度、行業、目前工作年資

（二）保險詐欺相關領域/案例經驗

二、保險詐欺發生的類型

（一）火險

（二）車險

（三）人身保險（壽險、傷害險、健康險）

三、制裁保險詐欺的困境

（一）締約時，謊報、隱匿、不實陳述

（二）核保工作

（三）疑似保險詐欺案件現場蒐證上之難題（業者與警、調機構之互動與聯繫、進入現場許可）

（四）疑似保險詐欺案件起訴上之難題（業者與檢察體系之溝通管道、舉證）

（五）疑似保險詐欺案件法庭上舉證上之難題

四、提升疑似保險詐欺案件定罪率方案的可能性

（一）事故現場開放保險公司委託之專業鑑識人員協同入場之可行性評估

（二）建立警察與保險公司的溝通、合作管道可行性評估

（三）建立檢察體系與保險公司的溝通、合作管道可行性評估

（四）法院中建立「傳喚保險公司鑑識人員、理賠人員到庭作證工作要點」

的可行性評估

(五) 設立保險詐欺刑罰專條之必要性與可行性 (附上：各國立法範例)

(六) 如何建立境外合作打擊保險詐欺行為機制

五、保險詐欺入罪化可行性探討

(一) 入罪化可行性探討？

(二) 是否應該加重刑罰？

(三) 若可行，應置於哪一個法規中？

(四) 若入罪化可能產生哪些其他法律問題？

六、過去進入司法案件之判決，遇到的數罪併罰問題

附錄四：參考資料—各類型保險詐欺案例描述

(資料來源：財團法人保險犯罪防制中心)

壹、人身保險部份

壽險案例

M1：有計劃的利用被保險人之健康狀況不佳逐漸加劇其病況，致被保險人身故以牟取保險金

一、案件背景

(一) 彰化縣某民意代表某甲(有賭博及傷害前科)因經營地下期貨及六合彩失利，積欠龐大債務，獲悉宗親堂弟柯○○長期酗酒並罹患嚴重肝病，恐不久於人世，遂與其兄某乙(即柯○○之父，有贓物前科)計畫利用此一機會，共謀詐騙保險金，事成之後再共享保險金。某甲從民國91年10月起至92年4月間，在柯○○不知情的情況下，利用其民意代表身份及其地方人脈，勾串15家保險公司(或保險經紀人、保險代理人)之業務員，分別替柯○○向15家人壽保險公司投保新台幣(下同)近7千萬元之高額保險，年繳保費約新台幣43萬元。

(二) 某甲及某乙基於牟取保險金之意圖，除一方面替柯○○購買高額保險，另一方面亦利用柯○○酗酒習慣並患有嚴重肝病的情形，持續提供柯○○喝酒，導致其肝病越發嚴重，且未讓柯○○就醫治療，導致柯○○於民國92年10月11日身故。被保險人身故後，某甲及某乙即陸續向各人壽保險公司申請理賠身故保險金。各公司經初步了解，發現柯○○生前密集投保多件保險契約，且死因並不單純，即向內政部警政署刑事警察局(以下簡稱刑事警察局)報案。嗣經地方法院檢察署檢察官指揮刑事警察局展開追查後，以某甲及某乙涉嫌重大，且有串謀、湮滅證據、前後供詞不一及測謊未通過等情形，將二人收押禁見，並循線調查是否有其他共犯。

二、投保狀況

被保險人投保狀況一覽表

公司名稱	投保明細 (單位：新台幣萬元)			投保日期	年繳保費
	壽險	傷害險	合計		
A 人壽	250	420	670	911009	26452
B 人壽	300	200	500	911101	32660
C 人壽	200		200	911216	25050
D 人壽	180		180	911025	19710
E 人壽	300	100	400	920401	18739
F 人壽	250	200	450	911225	31955
G 人壽	190	200	390	911107	23155
H 人壽	250	200	450	911225	32360
I 人壽	200	100	300	920414	11737
J 人壽	240	200	440	911111	30220
K 人壽	600	100	700	920411	31040
L 人壽	250	300	550	911011	28401
M 人壽	240	200	440	911107	26880
N 人壽	400	500	900	911002	61436
O 人壽	300		300	911111	31150
總 計	4150	2720	6870		430985

三、手法與特徵

本案之犯案手法具有以下特徵：

- (一) 嫌犯與被保險人間具有親戚關係(某甲為被保險人之堂兄、某乙甚至為被保險人之父),在明知被保險人有酗酒習性及嚴重肝病的情況下,有計畫地利用被保險人的健康狀況不佳逐漸加劇其病況(例如常找朋友與其喝酒聊天、未勸其就醫治療或阻止其繼續喝酒),最後導致被保險人身故,以達到牟取保險金之目的。
- (二) 嫌犯先後替被保險人向 15 家人壽保險公司投保近 7 仟萬元之人壽保險與傷害保險,且投保時間集中在 91 年 10 月至 92 年 4 月間,與被保險人死亡時間(92 年 10 月 11 日)相對照,均符合短期密集投保、投保後短期間即發生事故之保險犯罪案件特性。
- (三) 一般保險詐欺案件,大部分均投保經濟效益較高且保費便宜的傷害保險及旅行平安保險,但本案卻是以投保人壽保險為主;且其手法並非製造意外事故(例如:製造假車禍、謀殺、遇劫)使被保險人殘廢或身故,而是利用被保險人的健康因素,以軟性手法逐步促成病情加劇,以遂其領取保險金之目的,與傳統保險詐欺的行為模式明顯有別。
- (四) 嫌犯利用柯○○本人不具全民健保身份,難以透過中央健康保險局(以下簡稱健保局)之索引機制獲悉其投保前之健康狀況(既往病史),日後嫌犯縱使東窗事發,在無積極事證證明有殺人故意下,充其量僅能論以偽造文書及詐欺等罪,無法以殺人罪嫌起訴,其犯罪計畫嚴謹縝密,亦與傳統保險詐欺動輒將被保險人殺害或致殘之情況有別,益加凸顯其為智慧型保險犯罪。

四、調查過程

- (一) 各保險公司於受理受益人提出之身故保險金理賠申請後,經調查陸續發現下列疑點:
1. 柯○○生前曾向 15 家人壽保險公司投保鉅額保險,總保險金額近 7 仟萬元(其中人壽保險 4150 萬元,傷害保險 2720 萬元),且短期密集投保,明顯異常,遂特別留意本案是否為道德危險件。
 2. 經同業調查並彙整相關資料後,發現保險事故原因並不單純,且透過健保局索引健保就診資料竟毫無所獲後,同業開始分工調查

被保險人在中部以北地區之醫院是否有任何就診紀錄(既往症病史),惟亦無任何收穫。

- 3 柯○○所投保之 15 家人壽保險公司,除其中 1 家拒保外,其餘 14 家人壽保險公司之要保書中有關柯○○留存之簽名樣式不盡相同,究竟哪張保單係由柯○○本人親自簽名,仍須進一步作筆跡鑑定,方能確定。
4. 柯○○生前從事板模工作,工作時間不定,收入不高亦不固定,而各人壽保險公司所提供之系爭契約要保書,其工作性質(職業)亦不盡相同。另據了解投保各人壽保險公司之第一次保險費,除其中 1 家公司使用現金繳費外,其他 13 家皆使用支票繳付保險費,年繳保費合計約 43 萬餘元,與其財力狀況顯不相當。此外,各保單之繳費方式大部分(共 9 家)係以支票方式給付,且發票人均為同一人(發票人為某丙,此人之身分尚在查證中),保險費依法雖可由利害關係人代為繳交,但仍令人懷疑投保動機。
5. 柯○○於民國 92 年 10 月 11 日於自宅因心肺衰竭身故,死因不明,經業者側面訪談發現,其父某乙對於柯○○之死似不關己事且表示不知情,實有違常理。

(二) 本案由於具有上開疑點,經地方法院檢察署檢察官列為重點偵辦案件,指揮刑事警察局進行偵辦工作。經深入調查後發現,柯○○從 91 年 10 月到 92 年 4 月短短半年間,陸續向 15 家人壽保險公司投保,保險金額合計近 7 仟萬元,受益人分別為某甲及某乙,目前各人壽保險公司均未理賠。經警方調查結果,發現是某甲提議投保並代繳保險費,隨即傳喚相關人士到案說明,並發現某乙雖是受益人,但存摺、印章都交給某甲保管,懷疑雙方可能曾協議理賠後依比例分款,某甲否認蓄意害死柯○○詐領保險金,惟經測謊後發現有異常反應。檢方旋即以某甲及某乙涉嫌重大,向法院申請羈押獲准。

(三) 本案經地方法院檢察署偵查終結,以詐欺及偽造文書等罪名將某甲及某乙二人提起公訴。至於殺人罪嫌部分,由於檢方將死者體內血液、尿液送檢後顯示曾大量飲酒,導致肝細胞壞死,肝功能損害至心肺衰竭死亡,並未發現含有重金屬和毒物成分,並無積極證據證

明某甲及某乙有殺害被保險人之積極行為，並未以殺人罪將嫌犯等人提起公訴。

五、司法實務對本案之看法

全案經台灣彰化地方法院檢察署偵辦終結後提起公訴，並由台灣彰化地方法院九十四年度訴字第一〇四三號刑事判決，判決某甲及某乙共同連續行使偽造文書罪。以下摘錄部分判決書內容：

「一、訊據被告某甲、某乙二人均矢口否認有何上揭犯行，被告某甲辯稱：伊並無冒用柯〇〇名義投保云云，被告某乙則辯稱：如附表壹編號二、三所示之二家保險，係其徵得柯〇〇之同意後，以柯〇〇為被保險人投保的，其餘則係柯〇〇自己投保的云云。惟查：

（中略）

（二）證人某丙於警、偵訊證稱：……「我哥哥（柯〇〇）二年多前就很愛喝酒，講都講不聽，要帶他去看醫生他就吵鬧不去，身體狀況就越來越不好，某甲就提議幫我哥哥柯〇〇買個二張保險，以免將來喝酒喝死了沒錢埋葬，我爸某乙笨笨的又不懂，根本不會辦保險。（問：你如何知道某甲向你爸提議幫你哥買保險的事？）我哥死前一年多前某日在我家一樓客廳無意間聽到某甲跟我爸在談論這件事情。（問：你聽到他二人是何者先提及幫你哥買保險的事？）我猜是某甲提議的，因為我爸爸不懂保險的事情。（問：你有無聽到某甲講要幫你哥買多少保險？保費是誰繳的？）不知道，保費我原先不知道是誰繳的，但是今天得知這個保費高達一年三、四十萬元，我猜是某甲繳的。（問：某甲為何要幫你們繳保費？他是否有要分保險金？）我不知道他為何要代繳保費，我不知道保額有多少，只是當初在談保險事宜時曾在我家聽到某甲跟我爸爸說領到保險金後會拿一、二百萬元給我爸爸。（問：某甲如何幫你們辦理你哥哥的保險？）我有聽我爸爸說某甲都叫我爸去他家簽保險契約，保險業務員有無在場我不知道，因為我爸爸不認識字不了解保險內容，所以都是某甲引導我爸爸簽名蓋章。」

（三）再如附表所示以「柯〇〇」名義為被保險人之保險，經公訴人於偵查中將如附表壹編號一至十四所示之保險要保書等文書，連同美商美國安泰人壽九十一年十月二十五日人壽保險要保書（以上編列為甲類）及柯〇〇之補領身分證申請書、彰化市第十信用合作社支存及活存開戶資料原本等資料（以上編列為乙類，係屬柯

○○本人之簽名)送請法務部調查局鑑定之結果,認前開甲類之以柯○○為被保險人投保之要保書等資料,其中除美商美國安泰人壽九十一年十月二十五日人壽保險要保書上之柯○○簽名,與乙類簽名筆劃特徵相似,研判兩類筆跡有可能出自同一人手筆外,其餘之簽名與乙類簽名筆劃特徵不同,有法務部調查局鑑定通知書一份在卷可考。

(下略)

二、核被告某甲、某乙二人所為,均係犯刑法第二百十六條、第二百十條之行使偽造私文書罪及同法第三百三十九條第三項、第一項之詐欺取財未遂罪。……被告某甲、某乙二人利用不知情、已成年之招攬保險人員向如附表壹所示之保險公司行使偽造私文書以施用詐術投保而詐領保險金未遂,均為間接正犯。……被告某甲、某乙二人先、後多次之行使偽造私文書、詐欺取財未遂犯行,均時間緊接,犯罪構成要件相同,顯各係基於概括之犯意反覆為之,均為連續犯,應依連續犯之規定,分別論以一罪,並均加重其刑。被告某甲、某乙上開所犯之連續行使偽造私文書、連續詐欺取財未遂之犯行,有手段、目的之牽連關係,應從一較重之行使偽造私文書罪處斷。爰審酌被告某甲、某乙二人之素行、犯罪之動機、目的係為圖一己之私利、手段、圖以詐取之保險金額、參與之程度、對被害人柯○○、如附表壹所示保險公司所生之損害及被告某甲、某乙二人犯罪後之態度等一切情狀,分別量處如主文所示之刑,以示懲儆。……」

六、問題探討與建議

(一) 本案處理過程發現下列問題：

1. 本案雖無積極證據顯示某甲及某乙涉及謀財害命,但經由同業將蒐集的問題與疑點送請刑事警察局偵辦,地方法院檢察署檢察官亦積極主動偵辦,終能破案將嫌犯繩之以法,使詐領保險金之企圖並未得逞。然而許多詐領保險金案件形式上僅屬民事爭議,職司犯罪偵查的檢警單位並無介入的立場及空間,未來在理賠調查上如何加強蒐集刑事犯罪方面之事證,也是業者必須加強的地方。
2. 柯○○先後投保 15 家人壽保險公司,均透過公司業務員及經代公司招攬,由於本案事後發現被保險人簽名頗多是採取臨摹方式

為之，顯非被保險人親簽，業務員在招攬過程是否曾親見被保險人？是否盡到初步查證的責任？柯○○之健康狀況異常，為何保險業務員無法初步加以判斷，其中是否另有隱情？且由招攬之保險業務員事後所做的報告書內容觀之，對於柯○○投保過程的描述未盡一致，其間矛盾重重，令人對目前保險業務員的品質與心態感到擔憂。

3. 目前各人壽保險公司在理賠查詢索引的機制尚稱順暢，遇有高額理賠案件或疑似道德危險件，均會相互索引，互通訊息。但在核保訊息之查詢上，除了利用中華民國人壽保險商業同業公會（以下簡稱壽險公會）的通報資料外，相互間之聯繫實待加強；由於產險業近年才開始承作傷害險，未來也可能承作健康險，各項聯繫機制之建置更為當務之急，若產、壽險業不能儘速建立有效的訊息連結管道，未來此類案件將會不斷發生。
4. 在本案中人壽保險公司多未落實被保險人之財務核保。目前實務上常有部分案例之被保險人，其年收入並不高，但每年所繳交之保險費卻常常相當甚至超過其年收入，特別是本案被保險人柯○○並無固定工作，收入亦不高，年繳保費竟高達新台幣 43 萬元，明顯有藉由保險圖利之可能，各保險公司加強自身之核保作業應屬當務之急。
5. 財團法人保險犯罪防制中心（以下簡稱防制中心）已於 93 年 1 月成立，由於防制中心居間作為保險公司與檢警單位聯繫協調的橋樑，對本案的偵破發揮相當的助益。惟因該中心成立未久，包括業者及檢警單位對該中心之定位及功能均尚未熟悉，未來如何發揮該中心協調聯繫的功能，整合各方資源落實保險犯罪防制工作，實屬當務之急。
6. 司法院大法官會議釋字第 576 解釋已明確指出人身保險不適用複保險規定，在處理投保多家保險公司契約之案件時，除非檢警調願意介入調查，否則保險公司對此類案件著力之處實屬有限；此外，產、壽險公會及業者相互間之通報制度亦須確實執行，否則有心人士將會藉由此一漏洞購買高額保險，讓保險公司更難以防範。
7. 本案也衍生出若干法律問題。例如除非保險公司能證明保單非柯○○清本人所投保且不知情，進而主張保險契約無效，否則縱然是

受益人故意致被保險人於死，保險公司依約仍須給付該筆保險金額，僅是給付保險金對象不同而已。

(二) 對本案之建議：

1. 保險公司應落實核保方面之作業，防止有心人士投保與被保險人自身財力顯不相當之保險金額。
2. 鑑於司法院大法官會議釋字第576號解釋確立人身保險不適用複保險之規定，為避免有心人士以小搏大牟取鉅額保險金，各保險公司應落實通報產、壽險公會資料之完整與即時性，產、壽險業的核保及理賠資訊交流亦應確實建立，以降低有心人士透過保險制度詐領保險金之意圖。
3. 對於此類保險詐欺案件，各保險公司在理賠調查方面應包括涉及刑事案件之事證蒐集，使檢警單位有適時介入調查的正當性，並避免重要證據遭受湮滅而不可得。
4. 加強保險業務員之管理訓練，使其瞭解保險招攬的重要性，保險業務員及核保人員應該了解其本身的功能及角色，不應以業績（佣金）為優先考量，以防止類似的情況層出不窮，並建議修正相關法令加重保險業務員不實招攬之法律責任。
5. 防制中心應積極發揮功能，作為保險公司與檢警單位協調聯繫的橋樑，各保險公司亦應與該中心採取一致作法，以收事權統一之效，同業間亦須善盡保密義務，避免打草驚蛇，而功虧一簣。
6. 保險詐欺屬於經濟犯罪之範疇，保險詐欺（犯罪）入罪化之推動勢在必行，針對各種保險詐欺或保險犯罪類型予以規範，並加重其刑責，透過刑事制裁力量，產生一定的嚇阻效果。另應推動修改保險法有關保險金給付的制度，以避免此類案件之保險金最後仍落於有心人士之手。
7. 本件之犯罪手法有別於過去常見的保險詐欺類型，屬於智慧型保險犯罪，應加強保險理賠調查人員之專業敏感度，適時提出懷疑並加以求證，以避免有心人士順利達成目的。

M2：XXX 殺人詐領保險金案

一、案件背景

XXX 自民國七十四到八十七年的 13 年間，利用與近親家屬共同生活的方便，以各種殘忍手段殺害二妻三子，再向保險公司謊稱死者因遭遇意外傷害事件死亡而詐得保險金共達 2250 萬元，保險公司直至 87 年間發生 XXX 所收養的第三任妻子與其前夫所生兒子 XXX（710406 日生）的命案時，才發覺事有蹊翹而拒絕理賠（拒賠金額 1500 萬元）。雖案經保險公司向檢警機關檢舉，但均因各次命案發生時間已久且無實證而未能有具體的偵查進度。直至 XXX 於 92 年 5 月間於南投縣殺害陳姓女子，遭警方逮捕後，XXX 殺害妻兒詐領保險金的犯行才被揭露。

二、犯罪人特徵與動機

XXX 上尉軍官退役後，曾在中油嘉義油庫擔任司機，92 年轉任嘉義縣 XX 鄉公所職員，在同事眼中 XXX 工作認真，與他接觸過的鄰居都表示其為人彬彬有禮、忠厚老實，XXX 利用其外表忠厚，加上善於處理男女關係，他前後娶妻三次，南投縣被害陳姓女子亦僅與 XXX 相識一週，即遭其誘騙殺害。另據調查，XXX 沉迷六合彩簽賭多年，期間輸多贏少，保守估計至少賠掉五百萬元，而 XXX 在第一次因殺人詐得保險金後即食髓知味，但每次簽賭輸掉的都是保險理賠金，因此也埋下他每一次殺人謀財的動機，可以說是為財所害。

三、犯罪手法

- （一）本案嫌犯係利用與近親家屬共同生活的方便，於家中、車內或病房等無外人的情況下著手殺害被保險人，再以醫院及警方均不會懷疑的事故原因——車禍，搪塞死亡原因。
- （二）數命案的共同特徵是被害人遭傷害的部位都在頭部，動機都為錢財，而其下手殺害，大都非主動挑選時間，而是被動等待時機，等被保險

人發生意外後，再落井下石予以殺害，所以命案在外觀上，都予人單純意外之觀感。

(三) 本案之投保經過除國泰人壽外，其餘都是在短期間內密接投保。

四、列入可疑案件之關鍵

保險公司於受理身故保險金之申請後即展開調查，調查後陸續發現下列疑點：

(一) 據 XXX 同事及鄰居表示多年來 XXX 多任的妻子及養子都因不明原因的意外事件死亡，且有傳聞 XXX 因簽賭六合彩背負賭債。

(二) XXX 向保險公司調查員表示 XXX 於事故當天騎乘機車外出，結果發生車禍，但經調查員檢視 XXX 之機車，並未發現機車有任何新且明顯的刮痕，且其向嘉義基督教醫院醫護人員之說詞及警方的報案紀錄出院矛盾，存有明顯的疑問。

(三) XXX 向保險公司櫃檯人員申請理賠時，曾要求受理人員不得將該次理賠申請之事向 XXX 的生母透漏，因此項要求有違一般常情。

(四) 保險公司同時擴查 XXX 的生活史及 XXX 的保險投保狀況，除發現其五位妻、子不是離奇死亡，就是意外死亡時恰巧都沒有客觀的目擊者，而 XXX 案的投保狀況分別由六家保險公司承保，保險金額達 1925 萬元，此對年方當時 16 歲的 XXX 而言，確屬異常投保狀況。

五、保險公司辦理過程

(一) 本案雖有許多疑點，但因保險公司無法查閱當年的命案相驗卷宗，所有傳聞的調查也都陷入膠著，保險公司遂向嘉義地檢署及嘉義縣調查站檢舉，但卻石沉大海，保險公司苦無管道可資查詢警方偵辦進度。

(二) 因保險理賠人員不知偵查進度而向立法委員陳情，經該名立委向媒體揭露有疑似駭人聽聞的連續詐領保險金的殺人命案後，XXX 除在媒體

上喊冤否認殺害親人外，亦立即對五家保險公司（XX 人壽除外）提起民事訴訟，請求給付 XXX 身故保金 1500 萬元。

- (三)案經台灣台北地方法院審理，並調閱 XXX 在校所留存的資料卡筆跡後，認為以 XXX 為被保險人之筆跡均非 XXX 親自所簽，遂以保險法第 105 條所謂未經被保險人親自書面承認之保險契約不生效力為理由，判決保險公司毋庸給付保險金（89 保險字 134 號判決）。XXX 不服判決結果，上訴高等法院，高等法院仍維持原判。（91 年保險上 54 號判決）最高法院認為 XXX 的上訴並未表明原審判決違背法令的具體理由，最終以裁定方式將全案駁回，保險公司民事勝訴確定。

六、保險公司在處理過程面臨的問題及預防措施

面臨的問題

- (一) 當保險公司遇有疑似保險金詐財案件而向檢警反應時，檢警單位與保險公司的溝通管道不多，致當時本案理賠人員循民意代表管道表達意見。
- (二) 被保險人投保的各家壽險公司保險契約金額，雖均未超過當時壽險公會規定之通報標準（壽險為 5 百萬以上、傷害險為 3 百萬以上），但事後觀察，對一個毫無經濟能力的未成年被保險人，居然可以承保將近 2000 萬元的保險金額，誠屬整體保險業界危險控制作為上的不足。

預防措施

- (一) 保險公司應落實招攬及核保方面之作業，使此類案件在源頭即獲得遏阻，本案承保當時雖尚未建立目前之通報機制，但承保在後的幾家保險公司在核保之初，非全然沒有機會訪查 XXX 投保之金額，而保險公司承作團體保險時，保險公司也應該詢問要保單位是否有其他重複保險存在，要保單位因非直接受益人，應可據實回答。
- (二) 目前壽險公會及產險公會均已將人身意外傷害死亡之保險金額建立通

報制度，類似本案未成年之 XXX 承保將近 2000 萬元的情形可不復見，但各保險公司是否落實通報所屬公會資料之完整與即時性，應是通報制度是否實際發揮效果的關鍵。另外，產險業由於近年才開始承作傷害險，未來也可能承作健康險，各項聯繫機制更有積極建立之迫切需要，而團體保險目前仍未納入通報系統中，更是亟待補強之處。

- (三) 防制中心已於 93 年 1 月成立，若本案發生在現在，則可透過該中心作為保險公司與檢警單位聯繫協調的橋樑，期許該中心能發揮協調聯繫的功能，整合各方資源落實保險犯罪防制工作。

七、司法實務處理過程、面臨困境與改善建議

- (一) XXX 案為 XXX 案破案關鍵，若非 XXX 習以車禍方式輕易誑騙醫護人員甚至員警而未引起注意，致竟疏於編造周密之說辭，在醫院講一套，在製作筆錄時又講一套，始引起保險公司的注意，否則多件命案最終都將以單純意外結案，而令死者含冤九泉。
- (二) 一般而言，檢警遇有車禍案件，若家屬沒有反對意見時，均不再檢查遺體，甚至深入了解事發經過之人、事、物，而僅以一般意外結案，雖符合相驗作業的效率，但也正因如此，遂易予有心人士利用。
- (三) 詐領保險金的刑事案件，大都以意外事件包裝，故常為負責診療的醫院及刑事偵查的檢警單位所忽略，而事關切身利害關係的保險公司雖對此類案件較具敏感力，但又往往囿於法令限制，無法取得充分資料，故常有保險公司為社會大眾質疑僅以臆測態度辦案，以致詐領案本身最終僅停留在民事案件階段，此類案件也經常處理或甚至訴訟經年而不能迅速結案。
- (四) 本案據調查結果，XXX 均渾然不知其為第三人為其訂立死亡保險契約之被保險人，而保險公司對於未成年人契約之承保，目前雖有保險法第 107 條針對未滿十四歲之未成年人的死亡保險金額須受喪葬費用限

制之規定，姑且不論未滿十四歲之未成年人多數尚未具有法律行為上的識別能力，而無法簽名表達自身意思，而仍有道德危險之潛伏因素。但逾十四歲之未成年人，縱已有相當識別能力，因仍屬民法上所規定的限制行為能力人，於以逾十四歲之未成年人為被保險人之保險契約，其成立時是否以親自簽名作為保險契約生效的要式條件，保險法並無明文，致有因民法上並未要求法定代理人行使法定代理權時須以書面為之，故保險法第 105 條所謂書面同意應不包括基於父子共同生活事實之關係的主張（此為 XXX 於訴訟上的主張），致已有相當識別能力之逾十四歲未成年被保險人可能喪失檢視自己保險契約的機會。本案民事訴訟之所以勝訴，乃法院並不採認 XXX 的主張，逕以保險法第 105 條所謂未經被保險人親自書面承認，保險契約即不生效力之理由，判決保險公司勝訴，惟若換是其他承審法官採認 XXX 上項主張而判保險公司敗訴時，不啻對防制保險詐欺工作為一大諷刺，故宜速立法限制。

M3：XXX 縱火殺妻詐領保險金案

一、案件背景

本案為具備化學專業知識（XX 大學夜間部化學工程學系三年級肄業）之嫌犯 XXX，因覬覦高額保險金，乃陸續自婚前之八十九年十月間起，即利用其與 XXX 雙方感情取信被害人，使被害人同意以自己為被保險人且指定 XXX 為第一順位受益人，投保人壽保險附加高額意外保險，總投保金額高達新台幣（下同）三千二百五十萬元。並基於殺人、放火燒燬現供人使用住宅、以欺瞞方法使人施用第二級毒品之犯意，構思縝密計劃殺害被害人，其犯案手法如後所述。

二、犯罪人特徵與動機

- （一）本案嫌犯於尋找結婚對象前，即構思殺妻圖謀鉅額保險金，故嫌犯與被害人相識後，90 年 5 月即與被害人閃電結婚，並陸續為被害人投保高額保險，投保期間集中在 89 年 10 月至 90 年 6 月間，對照嫌犯預謀縱火殺人之時間（90 年 8 月 26 日）觀察，符合短期密集投保、投保後短期間即發生事故之保險犯罪案件特性。
- （二）嫌犯於結婚前後以被害人的名義投保三千二百五十萬元之高額保險，且其為被害人所投保之保險內容尤以低保費高保額之意外險為主，並於婚後三個多月，不顧被害人已有身孕而將被害人及腹中骨肉燒死，企圖詐領高額之意外傷害保險金。衡諸嫌犯所投入之保險費不過八、九萬元之譜，卻可能獲致三千二百五十萬元之高額保險給付觀察，亦符合低資本高回收之保險犯罪案件特性。
- （三）本案被害人自國中畢業後即北上工作，生活及工作均相當單純，然因已過適婚年齡而未婚（被害人身高約 150 公分，於工廠擔任車縫組組長之工作，且與嫌疑人交往時已 38 歲），故嫌犯係利用被害人在感情上處於弱勢之條件，以虛偽之感情取信被害人後再進而將其殺害以遂

其詐財之目的。故以本案被害人之條件而言，具有保險犯罪案件受害人高危險群之充分條件。

三、犯罪手法

- (一) 其後嫌犯於九十年八月二十五日晚間，駕車搭載當時懷胎七月之被害人返回被害人之父母位於嘉義縣 XX 鄉住處。次日（即九十年八月二十六日）晚間十時三十分許，趁被害人父母就寢後，即將其取得之第二級毒品伽瑪-羥基丁酸（簡稱 GHB）攪入內有牛乳之瓷杯內提供被害人飲用，自己並在旁陪同。嫌犯待被害人業已陷入昏迷並倒臥在其開啟冷氣機之密閉臥室內後，見四下別無他人，隨即步出屋外拿取預藏在自小客車上之汽油類縱火劑原料再進入屋內，先調配汽油類縱火劑後再潑灑至昏迷中之被害人之顏面、胸、腹、四肢上，且將原置放在臥室內之棉被搬出，並將機油桶夾放在棉被內置放於臥室門外共三處，以斷絕逃生之路並妨礙救火；再取出預藏之拖鞋、排炮、牛皮紙條等，切開排炮，抽取排炮內之炮心、黑色火藥，輔以諸如香菸、蚊香等須時間經過始得燒盡之物品，製造得遲延點燃汽油類縱火劑之點火裝置，且藏放在客廳內電視機矮櫃下置放茶杯、盤之置物格內，其後再伺機予以點火。
- (二) 嫌犯見一切佈置就緒後，此時為製造不在場證明，即自行前往隔壁之妻舅 XXX 住處佯稱腹痛，並主動要求 XXX 駕車搭載至 XX 醫藥學院 XX 附設醫院（下稱 XX 醫院）急診，以取得不在場證明。
- (三) 於九十年八月二十七日凌晨零時二十五分許為路人發現火災，被害人父母均及時逃離火場，惟被害人因 GHB 毒品作用昏迷不醒，無從逃離火場，與其腹內胎兒一同葬身火窟。被害人亡故後，因屍體運送 XX 醫院放置，故由臺灣雲林地方法院檢察署檢察官會同檢驗員於同年八月二十七日下午二時五十分許相驗屍體，但因嫌犯於火災發生時未在现场，疏未發現有何他殺嫌疑，逕以意外死亡為原因簽發相驗屍體證

明書，嫌犯即於同日下午領取被害人屍體北返，置放在板橋市立殯儀館，但因被害人家屬 XXX 等堅持土葬，恐引人注目而未予火化。

四、列入可疑案件之關鍵

本案嫌犯因專精於化學專業知識，計畫綿密，且製造不在場證明，就外行人而言，甚難發現有任何不合理之處，所幸經由經驗老到的刑事偵查員發現問題之癥結，進而一舉偵破，否則本案將石沈大海而無法重見天日。

五、檢警單位與保險公司因應過程

- (一) 本案發生後，由於嫌疑人有確定之不在場證明，且檢警詢問嫌疑人有無為被害人投保保險時，嫌疑人亦謊稱只有人壽險七百五十萬元，故檢方原認為是意外，家屬對死因也沒有意見，消防局也初步認定是電線走火成災，而由檢察官開出死亡證明書，遺體交由嫌疑人領回。
- (二) 直到案發後第二天一名刑事偵查員好奇進入火場，翻檢出包裹的機油罐，才讓這件謀害妻小案急轉直下。同時被害人之母得知嫌犯曾為被害人出面接洽高額意外保險，察覺有異，遂於同年八月二十九日向警方舉發嫌犯涉嫌殺害被害人，臺灣雲林地方法院檢察署檢察官獲悉後即命令解剖被害人屍體，同年九月三日被害人遺體運返北港媽祖醫院後，次日檢察官會同法醫師解剖屍體並採集血液、胃內容物、火災現場瓷杯內牛乳送驗，警方及消防人員亦採集現場殘留物品送驗，亦陸續在火災現場發現燒燬之機油罐、黏有排炮及引線之拖鞋、排炮、牛皮紙條等物品，嗣前開化驗結果發現含有第二級毒品 GHB 及汽油類反應，乃據以偵辦。
- (三) 本案由於檢察官偵辦後，發現嫌犯涉案罪行明確，乃對嫌犯殺人及放火犯行提起公訴，而各家保險公司亦因此皆未予以給付，故嫌犯迄今仍未領得任何保險金。

六、保險公司與司法單位所面臨之問題與建議

本案處理過程發現下列問題：

- (一) 嫌犯為規避保險公司對被保險人進行嚴格之核保程序或拒絕承保，故不僅採取分散數家公司投保之手法，甚且於投保過程中亦編造不實說辭來欺騙業務人員，以隱瞞其真正之投保動機（如被害人將赴大陸工作或已與被害人結婚等）。
- (二) 當嫌犯為被害人投保第二張保單時，承保公司仍予以全額承保，是否有未落實查詢通報之問題？同時系爭保險公司亦完全未考慮以被害人之職業、收入等條件，是否有如此高額之意外傷害保險需求？且以嫌犯及被害人之婚姻關係及經濟情況觀之，嫌犯身為一家經濟生活支柱，一旦發生不幸事故對全家生活之影響顯較被害人發生意外時為重，而其投保保額卻遠不及被害人，其投保內容明顯失衡，投保動機亦十分可議。核保人員是否已善盡審核之職責？
- (三) 嫌犯投保系爭保險契約皆是透過保險公司業務人員招攬，雖或為嫌犯因預謀犯罪而主動投保，然而業務人員在招攬過程中是否真正了解保戶投保之原因與需求？是否發現嫌犯之投保動機可疑？是否盡到初步查證的責任？抑或只是見獵心喜，而在招攬時未盡到第一步把關之責任？未查驗嫌犯與被害人的相關身分證明文件，而僅憑嫌犯一人編造其與被害人間為夫妻關係之說辭，即接受如此高額之保單，招攬過程有明顯之疏失。
- (四) 此類詐領保險金之犯罪皆屬智慧型犯罪，事前皆經過縝密的安排與長期之規劃，故不易於案發時為他人所發覺。而當無明顯之犯罪跡證出現時，檢警單位常於第一時間錯失蒐證之最佳時機，致無法取得相關之犯罪資料而讓此類罪犯認罪伏法。以此案為例，消防單位初步以電線走火原因呈報，而檢方於相驗屍體當時亦未發現有何可疑之處，故即以意外事故結案並將屍體發還嫌犯領回。若非於案發後次日有擔任

刑事偵查人員的被害人鄰居再度進入火場發現異狀，並進而查詢到嫌犯曾為被害人投保高額保險之事實，才促使家屬發覺有異而向檢察官按鈴申告舉發犯罪，則不僅嫌犯可逍遙法外並達成其詐領高額保險給付之目的，而被害人恐亦將永無沉冤得雪之時。

- (五) 過去許多保險詐欺行為案件之經驗發現，因國內法醫師人力嚴重不足致其工作負荷過重，加上國人喜歡保留全屍觀念之影響，造成許多保險詐欺案件皆是在法醫師或檢驗員僅對死者遺體作一外觀上之粗略檢驗，而未進行解剖報告；檢方亦未詳加查驗死者之真正死因或有無他殺之可能，僅因家屬對死者之死因未提出疑義，即將此類案件以意外事故簽結後將死者遺體發交家屬予以火化。如此一來，不僅造成最寶貴與最重要證據資料的減失，同時亦因犯罪現場已遭到破壞而無法再蒐集到完整之犯罪跡證。

對本案之建議：

- (一) 保險公司應加強內部訓練，提昇保險行銷人員之敬業態度與專業能力，對自行投保之準保戶進行適度之篩選，使此類案件在源頭即獲得遏阻。
- (二) 各保險公司應強化核保控管方面之作業機制，如此不僅一方面可避免公司遭受此等保險詐欺犯之詐害，另一方面更可因保險金額之降低而減少其進行保險詐欺行為之動機。
- (三) 未來檢警單位在事件調查上如何發覺線索察覺犯罪行為，並進而強化蒐集相關犯罪行為之事證，也是檢警單位必須加强的地方。現壽險公會已建立完整之通報資料供檢警單位直接上線查詢，可提供相關單位於受理可疑犯罪案件時作初步之犯案動機判斷。
- (四) 增加國內法醫師及檢驗員與消防鑑識人員人力之配置，進而吸引優秀人才投入這些領域並加強相關之教育及養成，已成為防範犯罪最刻不容緩之任務。

傷害險案例

H1：故意製造車禍詐領殘廢保險金案

一、案件背景

- (一) 黃○○於民國(下同)91年5、6月間，需款孔急，因見某甲以「林小姐」名義於報紙刊載「借錢不用還，限走投無路」之廣告，乃以報載行動電話號碼與某甲聯絡。經某甲告知可以製造假車禍方式，向保險公司詐領意外殘廢保險金給付，而獲得黃○○允諾，某甲並與其夫某乙及友人某丙、某丁等四人，共同策劃犯罪。
- (二) 某甲等旋即以黃○○為要保人及被保險人，向多家人壽保險公司投保旅行平安保險、傷害保險及人壽保險，金額合計高達新台幣(下同)2250萬元，某甲等並謀定於92年1月3日凌晨製造假車禍。謀議既定後，黃○○依計劃隻身駕駛承租之自小客車前往與某丁會合，並將承租之自小客車停放並開啟車門等待，經以其所持有之行動電話與某乙、某丙等人多次聯繫確認無誤後，由某乙駕駛某丙所有自用小客車，搭載某丙，以時速約60公里速度自後急駛至黃○○所在位置後，接續二次以上開車輛猛力撞擊黃○○所駕駛之自用小客車車門，致使在車門前佯裝伸手撿拾遺落在地打火機之黃○○受有左手尺骨及橈骨骨折、左手壓碎傷併創傷性截肢之重傷害，再報警將黃○○送往醫院。
- (三) 黃○○經送醫治療後，即以該事故為由向投保之各人壽保險公司及二輛事故車所投保之產物保險公司申請殘廢保險金，得手後再予以朋分。

二、投保狀況

投保公司	投保日期	投保狀況(單位：新台幣萬元)					備註
		人壽保險	旅行平安險	個人傷害保險	團體傷害保險	責任保險	
A人壽	910726			100			
B人壽	910726				500		
C人壽	910726	150					
D人壽	911230		1000				
A產物	910726			500			已領取175萬元

投保公司	投保日期	投保狀況 (單位：新台幣萬元)					備註
		人壽保險	旅行平安險	個人傷害保險	團體傷害保險	責任保險	
B 產物	910926					100	1 租賃公司自行投保 2 已領取三級殘廢保險金計 50 萬元
C 產物	910918					140	1 租賃公司自行投保 2 已領取醫療給付 17,675 元及殘廢保險金 33 萬元
D 產物	911230					120	1 黃○○承租汽車時另行加保
						100	2 已領取 368,932 元
E 產物	911223					400	1 某甲為某丙所有自用小客車投保 2 由黃○○與某丙在 E 產物以 311 萬達成和解，其中 200 萬 E 產物尚未給付
合計		150	1000	600	500	860	總計 3110

三、手法與特徵

本案之犯案手法具有以下特徵：

- (一) 主嫌某甲利用人性弱點，刊登「借錢不用還，限走投無路」之廣告，以尋找有經濟困難之人，經由過濾應徵者家庭背景後，再挑選出較符合被害條件之自願者即黃○○。嗣某甲乃要求黃○○先至「○○別館」任職，再委不知情之業務員向各該保險公司投保高保額之旅行平安保險、傷害保險及人壽保險，使得各保險公司降低戒心並進而同意承保。
- (二) 本案所投保之險種主要以低保費、高保障之傷害保險為主，僅旅行平安保險之保額即已達 1000 萬元，若再加計其他傷害保險部分，保額更高達 2100 萬元，嫌犯之犯罪成本（即保費）與所得顯不相當。況依黃○○之收入，投保如此高額保險，動機實令人質疑。
- (三) 嫌犯於短短 5 個月內（91 年 7 月 26 日至 91 年 12 月 30 日）向 5 家保險公司投保 2250 萬元之保險，旋即於 92 年 1 月 3 日發生事故，符合短期密集投保、投保後短期間即發生事故之保險犯罪案件特性。
- (四) 嫌犯為使各保險公司確信此事故純屬意外，特意安排黃○○與其妻假

慶祝結婚週年及生日之名赴台東縣旅行，黃○○再藉口外出訪友，於凌晨隻身駕車前往人車稀少之產業道路，再與表面上看來毫無關係之某乙及某丙發生車禍。

(五) 嫌犯為取信於各保險公司，均委由朋友至 E 產險公司進行和解，甚且由 E 產險公司代為和解，並依一般車禍處理程序移送簡易法庭判決確定，再檢附車禍相關資料向其他保險公司申請理賠。

四、保險公司因應過程

(一) 各人壽保險公司於受理殘廢保險金申請後，調查發現此起交通事故型態並不尋常，且投保動機可疑。除調查業務員是否知情外，另至現場勘驗發現以下疑點：

1. 據肇事人指稱，其因打瞌睡不慎撞上撿拾打火機之黃○○。惟肇事地點係位於第二個彎道，倘肇事者精神狀況如此不佳，如何閃過第一個彎道？
2. 由出發地到肇事地點，路程僅 3 至 5 分鐘，打瞌睡之可能性不高。
3. 黃○○聲稱係為了撿拾地上打火機，將手伸出車外而被撞，然以兩車對撞之撞擊力，黃○○居然僅手掌受傷，身體其他部位竟毫髮無傷，傷勢顯不合常理。

(二) 各保險公司因發現上開疑點，主動委託中央警察大學教授前往車禍現場鑑定，進而發現肇事者與被害人之說法漏洞百出：

1. 綜合兩車碰撞角度、地點與碰撞過程以觀，肇事車在其肇事終止位置前之 40 公尺，本在東向車道行駛，後進入向右彎之車道，經行駛一段距離後，又突然向左偏轉朝對向路側駛去，撞擊黃○○之自小客車。然後又往右彎約 11 度，行駛約 3 公尺後又打方向盤向左，讓左、右輪爬上人行道，再迴正方向盤至事故現場警繪圖中之肇事終止位置。如此繁複之動作若肇事車以 40 公里之時速行駛約只需 5.2 秒鐘，故肇事車在此一過程中係清醒、有能力操控車輛動力、煞車、轉向之狀態，則交通事故證明書所載肇事人「因疲勞精神不濟無法操控方向盤」之情況恐與事實不符。
2. 依兩車碰撞痕跡觀之，黃○○之自小客車車損非肇事車所造成，肇事車在行駛過程並未與其有實質之碰觸，肇事車之車損亦非與黃○○之自小客車碰觸所造成。

(三) 本案由於具有上開疑點，經保險公司蒐集相關事證後向內政部警政署刑事警察局（以下簡稱刑事警察局）報案，並請警方調閱事發前

雙方之通聯紀錄，以查證其是否早已認識。

(四) 警方調查發現，黃○○與某甲等人間於事發前曾多次以行動電話聯絡，且車禍現場與一般肇事案件現場之衝撞痕跡不符，似是多次加工衝撞。再深入追查後發現，肇事車(車主某丙)所投保之第三人責任險之保費，係由同車之某乙支付，不合常理。刑事警察局掌握確切證據後，將嫌犯一一傳喚到案說明。起初嫌犯等均堅不吐實，但在警方提示相關證據並逐一突破嫌犯心防後，嫌犯始坦承犯行，刑事警察局遂將其移送地檢署偵辦。

(五) 本案經地檢署偵查終結，將涉案嫌犯依詐欺、加工傷害等罪嫌提起公诉。地方法院於94年3月17日判決被告等有期徒刑10月不等。其中某甲提起上訴，二審於同年9月8日判決上訴駁回，全案確定。

五、司法實務對本案之看法

地方法院判決書摘要如下：

(一) 核被告黃○○、某甲、某乙、某丁等人以製造車禍方式，對多家保險公司詐領保險金之行為，均係犯刑法第三百三十九條詐欺取財罪及詐欺取財未遂罪。又其因有犯意之聯絡及行為之分擔，均應論以共同正犯。

(二) 另被告某甲、某乙、某丁等人得被告黃居成承諾而駕駛車輛將之撞擊成重傷害之行為，則犯刑法第二百八十二條第一項之加工自傷罪。又其因有犯意之聯絡及行為之分擔，亦應論以共同正犯。

(三) 再被告黃○○、某甲、某乙、某丁等人製造車禍，先後多次向多家保險公司申請保險給付，時間緊接，犯意概括，並觸犯相同構成要件之罪，顯係基於概括之犯意反覆為之，為連續犯，應依刑法第五十六條之規定，論以情節較重之詐欺取財罪一罪，並依法加重其刑。

(四) 被告某甲、某乙、某丁等人所犯連續詐欺取財罪及加重自傷罪二罪間，有方法結果之牽連關係，為牽連犯，應從較重之詐欺取財罪論。

(五) 爰審酌被告黃○○、某甲、某乙、某丁等人僅因經濟狀況不佳，即共同謀議以車禍方式詐領保險金，均不思循正當途徑獲取財富，應予非議，及詐領所得保險金由黃○○與某甲、某乙夫婦對半平分，再由某甲、某乙夫婦給付某丙十餘萬元、某丁二十餘萬元，黃○○與某甲、某乙犯罪所得較多，情節甚重，某丙、某丁犯罪所得較寡，情節較輕，並參諸本件犯罪係由某甲策劃發動，業據某甲供承在卷，顯見其惡性重大，惟念及黃○○係因經濟週轉困難，而以自殘之手段謀取不法利益，其自身亦同受損害，及審酌被告等人犯後均坦承犯行，態度良好，分別量處黃○○、某丁各處有期徒刑伍月，某乙處有期徒刑陸月，如易科罰金，均以參佰元折算

壹日；某甲處有期徒刑拾月。

(五) 被告某丙前被訴於九十二年一月三日凌晨零時三十分許，駕駛自用小客車，因未注意車輛行駛而撞及被告黃○○，造成黃○○受有左手尺骨及橈骨骨折、左手壓碎傷併創傷性截肢等重傷害，某丙因涉前開過失重傷害罪嫌，經地方法院檢察署檢察官聲請簡易判決處刑書提起公訴，並經地方法院於九十二年四月三十日判決判處有期徒刑三月確定在案，而前開刑事確定判決所認定之事實與本件所認定之事實同一，地方法院就某丙被訴詐欺、加工自傷部分，為免訴之判決。

六、問題探討與建議

(一) 本案處理過程發現下列問題：

1. 嫌犯為使各保險公司易於承保，為被保險人投保多家傷害保險。按上開險種之核保較人壽保險或健康保險為寬鬆，保險公司對此應思防堵之道。
2. 按 92 年 10 月 1 日前之人身保險通報作業為個人人壽保險及傷害保險分別為累計危險保額 5 百萬元以上，採分開計算分開通報方式；日額型傷害醫療險則自 91 年 11 月起實施日額 2 千元以上之通報。查本案向壽險公司投保狀況為 91 年 7 月 26 日投保傷害醫療保險、團體傷害保險、人壽保險 150 萬、91 年 12 月 30 日投保旅行平安保險，均未達到通報標準。被保險人另於 91 年 7 月 26 日投保一家產險公司之傷害保險，而當時產險業並未建置此類險種之通報系統。可見通報缺漏是造成防堵保險詐欺之最大漏洞，給予歹徒有可趁之機。
3. 本案主謀某甲曾從事保險業務員工作，熟悉人壽保險公司之核保及理賠作業，因而萌生犯意。另外，保險業務員串通客戶詐騙保險金之情況時有所聞，足見保險公司對於業務人員之教育及管理出現問題。

(二) 對本案之建議：

1. 未來應將保險通報系統之通報範圍擴大至各種人身保險及產物保險之新契約及有效契約，並要求保險業者建立完整迅速之保險通報系統。透過強制性的通報作業，讓各保險公司在核保時，能有更多的訊息或資料可以判斷及篩選道德性危險發生之可能性。
2. 保險業務員除具高度專業知識外並應具有高度職業道德，故保險

業對於保險業務員之素質應加以嚴格要求，並重視業務員之道德行為，將職業道德列入教育訓練，而不只是注重行銷技巧而已。

H2：XXX 假車禍詐領保險金案

一、案件背景

- (一) XXX 於民國九十一年五、六月間，需款孔急，因見 XXX 以「林小姐」名義於報紙刊載「借錢不用還，限走投無路」之廣告，乃以報載行動電話號碼與 XXX 聯絡。經 XXX 告知可以製造假車禍方式，向保險公司詐領意外傷殘保險金給付，而獲得 XXX 允諾，XXX 並與其夫 XXX 及友人 XXX、XXX 等四人，共同策劃犯罪。
- (二) XXX 等以 XXX 為要保人及被保險人，向多家保險公司投保旅遊平安險、傷害險及人壽險等合計新臺幣（下同）二千二百五十萬元之鉅額保險，XXX 並謀定於九十二年一月三日凌晨製造假車禍，再報警將 XXX 送往醫院。XXX 經送醫治療後，即以該事故為由向上述保險公司及二輛事故車所投保之產險公司申請殘廢保險金，待得手後再予以朋分。

二、犯罪人特徵與動機

- (一) 主嫌 XXX 利用人性弱點，刊登「借錢不用還，限走投無路」之廣告，以尋找有經濟困難之人，經由過濾應徵者家庭背景後，再挑選出較符合被害條件之自願者即 XXX。嗣 XXX 乃要求 XXX 先至「熱海別館」任職，再委不知情之業務員向各該保險公司投保高保額之旅遊平安險、傷害險及人壽險，使得保險公司降低戒心並進而同意承保。
- (二) 本案所投保之險種主要以低保費、高保障之意外險為主，光旅行平安險之保額即已達一千萬元，若再加計其他傷害險部分，保額更高達二千一百萬元，嫌犯之犯罪成本（即保費）與所得顯不相當。
- (三) 嫌犯於短短五個月內（九十一年七月二十六日至九十一年十二月三十日）向五家保險公司投保二千二百五十萬元之保險，旋即於九十二年一月三日發生事故，符合短期密集投保、投保後短期間即發生事故之

保險犯罪案件特性。

三、犯罪手法

(一) 嫌犯為使保險公司確信此事故純屬意外，特意安排 XXX 與其妻假慶祝結婚週年及生日之名赴台東縣旅行，XXX 再藉口外出訪友，於凌晨隻身駕車前往人車稀少之產業道路，再與表面上看來毫無關係之 XXX 及 XXX 發生車禍。

(二) 嫌犯為取信於保險公司，均委由朋友至 XX 產物進行和解，甚且由 XX 產物代為和解，並依一般車禍處理程序移送簡易法庭判決確定，再檢附車禍相關資料向保險公司申請理賠。

四、列入可疑案件之關鍵

(一) 各保險公司於受理殘廢保險金申請後，調查發現此起交通事故型態並不尋常，且投保動機可疑。除調查業務員是否知情外，另至現場勘驗發現以下疑點：

1. 據肇事人指稱，其因打瞌睡不慎撞上檢拾打火機之 XXX。惟肇事地點係位於第二個彎道，倘肇事者精神狀況如此不佳，如何閃過第一個彎道？
2. 由出發地到肇事地點，路程僅三至五分鐘，打瞌睡之可能性不高。
3. XXX 聲稱係為了檢拾地上打火機，將手伸出車外而被撞，然以兩車對撞之撞擊力，XXX 居然僅手掌受傷，身體其他部位竟毫髮無傷，傷勢顯不合常理。

(二) 各保險公司因發現上開疑點，主動委託中央警察大學交通系副教授前往車禍現場鑑定，進而發現肇事者與被害人之說法漏洞百出。

五、保險公司處理的過程

- (一) 本案由於具有上開疑點，經保險公司蒐集相關事證後向刑事警察局報案，並請警方調閱事發前雙方之通聯紀錄，以查證其是否早已認識。
- (二) 警方調查發現，兩造當事人於事發前曾多次以行動電話聯絡，且車禍現場與一般肇事案件現場之衝撞痕跡不符，似是多次加工衝撞。再深入追查後發現，肇事車（車主 XXX）所投保之第三人責任險之保費，係由同車之 XXX 支付，不合常理。刑事警察局掌握確切證據後，將嫌犯一一傳喚到案說明。起初嫌犯等均堅不吐實，但在警方提示相關證據並逐一突破嫌犯心防後，嫌犯始坦承犯行，刑事警察局遂將其移送高雄地檢署偵辦。
- (三) 本案經高雄地檢署偵查終結，將涉案嫌犯依詐欺、加工傷害等罪嫌提起公訴。高雄地方法院於九十四年三月十七日判決被告等有期徒刑十月不等。其中 XXX 提起上訴，然高雄高分院於同年九月八日判決上訴駁回，全案確定。

六、保險公司與司法單位所面臨的問題與建議

本案處理過程發現下列問題：

- (一) 嫌犯為使保險公司易於承保，為被保險人投保多家意外險。按上開險種之核保較個人壽險或健康險為寬鬆，保險公司對此應思防堵之道。
- (二) 本案主謀 XXX 曾為保險業務人員，其因熟悉保險公司之核保及理賠作業，因而萌生犯意。另外，保險業務人員串通客戶詐騙保險金之情況亦時有所聞，足見保險公司對於業務人員之教育及管理出現問題。
- (三) 嫌犯利用簡易判決取得公文書以證明事故之發生，導致保險公司必須舉證證明意外事故並非真實、或不符合保險契約之「意外定義」或「故意行為」，方能免責，易滋困擾。

對本案之建議：

- (一) 未來應將保險通報系統之通報範圍擴大至各種人身保險及產險通報系統，並要求保險業者建立完整迅速之保險通報系統。透過強制性的通報作業，讓保險公司在核保時，能有更多的訊息或資料可以判斷及篩選道德性危險發生之可能性。

- (二) 保險業務員除具高度專業知識外並應具有高度職業道德，故保險業對於業務員之素質應加以規範，並重視業務員之道德行為，將職業道德列入教育訓練，而不只是注重行銷技巧而已。

H3 彰化 XX 醫院疑似假診斷書案

一、案件背景

- (一) 被保險人黃○○自民國(以下同)94年來，即陸續以偽造之診斷證明書及收據向 A 人壽申請其本人及其子張○○就診於甲醫院之住院醫療保險理賠，且亦獲得理賠在案。而在最近一次以被保險人黃○○於 94 年 4 月 19 日至同年 4 月 25 日，因「子宮肌瘤」住院 7 日並施行腹腔鏡手術治療為由，申請醫療保險理賠，又以被保險人張○○於 94 年 3 月 3 日至同年 3 月 6 日，因「急性腸胃炎」住院 4 日接受治療為由，及以同年 4 月 20 至同年 5 月 1 日，因「慢性支氣管炎」住院 12 日接受治療為由，分別申請醫療保險理賠。
- (二) A 人壽理賠人員在審核本件理賠申請時，發現被保險人的就醫經過可疑，醫療證明文件格式有異，經向被保險人就醫的甲醫院查證結果，兩人於最近一年內並無於該院住院治療任何疾病的紀錄，並確認相關診斷證明書及收據均屬偽造。
- (三) 以 A 人壽初步查證的結果證實，本案被保險人所涉及者並非集團性詐領保險金的證據，而被保險人的投保紀錄顯示亦無可疑現象，惟若確認被保險人提示的診斷證明書及收據係為詐領相關醫療保險金之目的而刻意偽造，則此類徵兆不明顯的案件，將因發覺不易而逐漸侵蝕保險公司的財務基礎，實不可等閒視之。

二、投保狀況

被保險人黃○○及張○○皆僅投保 A 人壽的人壽保險主契約附加住院醫療保險附約，且無任何重複投保的情狀。

三、犯案手法與特徵

- (一) 選擇業務量龐大的醫療院所為對象，偽造其制作之診斷證明書及收據。
- (二) 醫療的內容皆屬較為單純的疾病，例如「急性腸胃炎」或「慢性支氣管炎」等。
- (三) 偽造的標的包括醫院的關防及主治醫師的職銜章等。
- (四) 印章的偽造品質不佳，顯示貪小便宜的動機不低。
- (五) 本案因未結合醫師或醫院行政人員的參與，保險公司於審核作業時，若能謹慎判斷比較，往往不難發現。
- (六) 若涉及集團化、專業化的犯罪型態，因其非結合醫院或醫護人員的參與無法成事，則此類案件的發現機率將更為不易。

四、保險公司因應過程

- (一) 本案業由甲醫院向法檢署告發後進行偵辦中，地檢署意要求 A 人壽提供被保險人黃○○及張○○兩人之醫療保險契約及申請醫療保險理賠之相關資料，作為辦案之參考。
- (二) 同時，A 人壽亦於 94 年 7 月 19 日將本案委請財團法人防制中心（以下簡稱防制中心）協助處理。
- (三) A 人壽已將上述所提及的診斷證明書及收據，確認其疑似偽造的方式與手法，透過案例研討的形式，提供其他保險公司知曉與防範。而防制中心亦恐其他保險公司發生同樣情事並為掌握案情發展，特將案關醫院正版之診斷證明書及收據，進行電子掃描成影像檔，並周知各家保險公司理賠窗口索引比對後，再次確認本案係屬單一個案，並非集團性詐欺案件。

五、司法實務對本案之看法

關於本案偵審的進度至本文截稿時止，尚無明確之結果，爰舉若干案情背景類似且已終局判決之司法實務意見分析之。

- (一) 按刑法上偽造文書罪之構成要件，須由無製作權人以他人名義，製造內容虛偽之文書，致生損害於他人為要件，若係有製作權人，以自己名義製作之文書，即與偽造文書罪構成要件不符；本件之第二張診斷書內容雖屬虛偽，然業經不知情之「右○中醫診所」櫃檯護士蓋以真實之「右○中醫診所」及院長「黃○欽」印章，是該第二張診斷書乃係由有製作權人即「右○中醫診所」所出具之診斷書無訛，已據本院詳述如前，縱使該第二張診斷書之內容為虛偽，亦非為刑法第二百十條所規範之情形，是縱被告二人持第二張診斷書用以詐領較高額之勞工保險給付，亦不構成同法第二百十六條、第二百十條之行使偽造私文書罪。
- (二) 黃○龍基於意圖為自己不法之所有、行使偽造私文書之概括犯意及行使偽造公文書、行使變造私文書之犯意，自民國八十八年八月二十三日起，迄於八十九年八月二十八日間，連續為陳蔡銀粉等十四人（除王○○梅經本院為不受理判決外，其餘均為無罪之判決）代辦農民健康保險殘廢給付申請時，向勞工保險局（下簡稱勞保局）申請農民健康保險殘廢給付前，偽造或變造申請人之殘廢診斷書，使各該申請人之傷殘程度較醫師原來診斷內容更嚴重，以符合農保殘廢給付之要件或領取較多金額之保險給付，再由黃○龍抽取一至二成之佣金，使勞保局於陳○○粉等十四人申請時間申請時均不疑

有詐，因而陷於錯誤，致交付保險給付金額，詐得之財物共計新台幣一百七十一萬三千六百元，足生損害於勞保局及遭偽造、變造之醫院、診所及院所醫師權益。被告黃○龍偽造國軍總醫院屏東分院公印文及診所、醫師印文之行為，及偽造、變造殘廢診斷書之低度行為，均分為偽造公文書、偽造私文書或變造私文書之部分行為，及其偽造公文書、偽造私文書或變造私文書後，進而持以行使，其偽造、變造之低度行為，應為行使之高度行為所吸收，均不另論罪。又其先後多次行使偽造私文書及詐欺取財犯行，時間緊接，方法相同，觸犯構成要件相同之罪名，顯均係基於概括犯意為之，雖有既遂、未遂之分，仍成立連續犯，均應依刑法第五十六條之規定，以一罪論，並加重其刑。其所犯行使偽造公文書、連續行使偽造私文書及連續詐欺取財三罪間，有方法、結果之牽連關係，為牽連犯，應從一重之行使偽造公文書罪論處。

六、問題探討

- (一) 保險公司每日處理的小額或急症理賠數量龐大，因此類案件顯示案情單純且理賠金額常常不高，理賠人員容易調以輕心，不易發覺。
- (二) 目前保險公司理賠部門的分層授權表，多按理賠申請金額的高低為標準，若被保險人有心詐領此類保險金，藉由分次小額申請，由於保險公司對此類案件多由資淺理賠人員負責審理，而其於偽造的診斷證明書上註明的疾病名稱，通常亦屬急症小病，收據上所列項目明細及金額亦鮮少爭議，往往即為保險公司作業所不察，而屢為不肖者得逞。
- (三) 因現今醫院經營不易，醫療糾紛亦層出不窮，科以醫院經營者為良善的內控內稽作業，尚待努力要求。
- (四) 保險公司與被保險人就診的醫療院所間，並無暢通的聯繫管道與信任默契，因此造成少數不肖被保險人滋生歹念，偽造相關醫療文件以矇騙保險公司。
- (五) 此類零星存在的保險犯罪案件，必然需要公權力機關之協助才能有效遏阻，然而涉案總金額偏低，不但引人興趣缺缺，即便有心偵辦，其可供資源亦甚貧乏。

H4：偽造國外診斷書詐領醫療保險金案

一、 案件背景

自 93 年 7 月起，國內壽險公司發現多起旅行平安險理賠申請案，保戶多持美國各知名醫院診斷書及醫療收據明細，聲稱在美國因跌倒致腦震盪。由於申請個案背景同質性頗高，包括醫療費用及科目相近、診斷書內容與筆跡類似，經索引各產、壽險公司後發現某甲等 9 人於 92 年起各在美國 NYU Downtown Hospital 等知名醫院因跌倒所致頭部與脊椎傷害尋求急診。這些保戶或已獲壽險公司傷害醫療理賠，或正向保險公司申請理賠中。經各產、壽險同業提供相關理賠記錄交互比對結果，發現類似案例共有 9 位被保險人，陸續持美國東、西岸約 8 家醫院醫療收據向國內 15 家產、壽險同業申請 34 件海外意外傷害理賠，累積申請金額約新台幣（下同）300 餘萬元，其中已給付金額計 180 餘萬元。

二、 投保狀況

偽造美國假診斷書案關統計資料(表一)

類別 被保險人	保險公司	險別 保額	事故日期	急診醫院	申請金額 (美元)	理賠金額 (新台幣)
某甲	K 人壽	旅行平安險 意外險 500 萬 意外限額 50 萬	93.4.7	NYU Downtown Hospital	\$2898	93.5.13 給付 96,525 元
	A 人壽	旅行平安險 意外險 500 萬 意外限額 20 萬	93.4.8	Jersey City Medical Center NJ	\$2898	93.5.25 給付 97,314 元
	I 人壽	旅行平安險 意外險 500 萬 意外限額 20 萬	93.4.9	Hahnemann University Hospital PA	\$2716	未給付
某乙	D 人壽	旅行平安險 意外險 500 萬 意外限額 50 萬	93.2.17	Robert F Kennedy Medical Center CA	\$2713	未給付

	G 人壽	旅行平安險 意外險 500 萬 意外限額 20 萬	93.2.17	Park ridge Hospital NY	\$2898	未給付
	C 人壽	旅行平安險 意外險 800 萬 意外限額 80 萬	93.2.20	Robert F Kennedy Medical Center CA	\$2713	未給付
某丙	A 人壽	旅行平安險 意外險 500 萬 意外限額 20 萬	93.4.8	Jersey City Medical Center NJ	\$2898	93.5.25 給付 97,314 元
	I 人壽	旅行平安險 意外險 500 萬 意外限額 20 萬	93.4.9	Hahnemann University Hospital PA	\$2716	未給付
	D 人壽	旅行平安險 意外險 500 萬 意外限額 50 萬	93.2.17	Robert F Kennedy Medical Center CA	\$2713	未給付
某丁	G 人壽	旅行平安險 意外險 500 萬 意外限額 20 萬	93.2.17	Park ridge Hospital NY	\$2898	未給付
	C 人壽	旅行平安險 意外險 800 萬 意外限額 80 萬	93.2.20	Robert F Kennedy Medical Center CA	\$2713	未給付
某戊	E 人壽	旅行平安險 意外險 800 萬 意外限額 40 萬	92.5.8	HIGHLAND HOSPITAL	\$2581	92.08.15 給付 88,631 元
	C 人壽	旅行平安險 意外險 800 萬 意外限額 80 萬	92.5.6	HIGHLAND HOSPITAL	\$2851	92.8.26 給付 99,365 元
	N 人壽	旅行平安險 意外險 500 萬 意外限額 10 萬	92.10.2 8	Park ridge Hospital NY	\$2712	93.02.27 給付 90,562 元
	A 產物	旅行平安險 意外險 500 萬 意外限額 10 萬	93.2.25	Park ridge Hospital NY	\$2827	93.6.16 給付 94,492 元
	K 人壽	旅行平安險 意外險 500 萬 意外限額 20 萬	93.2.27	ROCHESTER GENERAL HOSPITAL NY	\$2827	93.6.17 給付 95,538 元

	L 人壽	旅行平安險 意外險 300 萬 意外限額 30 萬	93.7.4	STRONG MEMORIAL HOSPITAL	\$2821	未給付
	A 人壽	旅行平安險 意外險 200 萬 意外限額 20 萬	93.7.4	STRONG MEMORIAL HOSPITAL	\$2821	未給付
某己	F 人壽	旅行平安險 意外險 800 萬 意外限額 80 萬	92.5.3	Park ridge Hospital NY	\$2790	92.9.3 給付 95,278 元
	K 人壽	旅行平安險 意外險 500 萬 意外限額 50 萬	92.10.3 0	Park ridge Hospital NY	\$2516	93.01.05 給付 85,622 元
	J 人壽	旅行平安險 意外險 500 萬 意外限額 10 萬	93.2.27	Park ridge Hospital NY	\$2776	93.8.17 給付 90,273 元
	A 人壽	旅行平安險 意外險 300 萬 意外限額 10 萬	93.2.27	Park ridge Hospital NY	\$2776	給付 92,884 元
	G 人壽	旅行平安險 意外險 300 萬 意外限額 15 萬	93.7.3	STRONG MEMORIAL HOSPITAL	\$2763	未給付
	E 人壽	旅行平安險 意外險 200 萬 意外限額 20 萬	93.7.4			未給付
	B 人壽	旅行平安險 意外險 300 萬 意外限額 30 萬	93.12.2 2	Park ridge Hospital NY	\$2780	未給付
某庚	E 人壽	旅行平安險 意外險 500 萬 意外限額 20 萬	92.6.26	Highland Hospital NY	\$2298	給付 78,132 元
	C 人壽	旅行平安險 意外險 800 萬 意外限額 80 萬	92.6.26	Highland Hospital NY	\$2298	92.07.22 給付 79,455 元
	A 人壽	旅行平安險 意外險 500 萬 意外限額 20 萬	92.9.18	Robert F Kennedy Medical Center CA	\$2850	給付 96,054 元

某辛	G 人壽	旅行平安險 意外險 500 萬 意外限額 50 萬	92.9.18	Robert F Kennedy Medical Center CA	\$2457	92.12.17 給付 83,538 元
	B 人壽	旅行平安險 意外險 500 萬 意外限額 50 萬	92.9.19	La Palma Intercommunity Hospital CA	\$2666	93.2.18 給付 88,245 元
	A 人壽	旅行平安險 意外險 600 萬 意外限額 60 萬	93.6.23	Robert F Kennedy Medical Center CA	\$2853	給付 96,954 元
某壬	D 人壽	旅行平安險 意外險 500 萬 意外限額 50 萬	93.6.24	Robert F Kennedy Medical Center CA	\$2932	給付 93,041 元
	G 人壽	旅行平安險 意外險 500 萬 意外限額 50 萬	93.6.20	Park ridge Hospital NY	\$2979	未給付
	N 人壽	旅行平安險 意外險 500 萬 意外限額 50 萬	93.6.25	Robert F Kennedy Medical Center CA	\$2932	未給付
合計	申請金額 美金 90,189 元 折合 新台幣 3,021,332 元 (1 : 33.5) 已理賠金額 新台幣 1,809,030 元					

三、犯案手法與特徵

本案係被保險人持偽造的國外醫院醫療單據，聲稱在海外發生傷害事故，進而向國內各產、壽險公司申請傷害醫療給付。偽造方式為利用美國聯邦「健康保險流通與責任法案」(HIPPA)所規範之制式醫療費用明細表格直接套用，並以常用的簡單英文醫學名辭記載於所謂之診斷書或醫囑單 (After Care instruction sheet)，形成一看似真本的醫療單據，進而填具理賠申請書說明事故經過，逐次分開向各保險公司申請，以避開保險公司索引通報的理賠審核稽查機制。各個個案複保險亦以 1~3 家左右，以降低保險公司的理賠調查動力。

四、保險公司因應過程

經保險公司理賠部門初期審核，發現某乙及某丙所持醫療單據其收據金額

近乎相同，而且某乙之求診之醫院地緣關係(美國東、西岸不同醫院)與事故日期(2004.2.17)存在不合理的地方，經持相關文件諮詢專科醫師對於醫囑及收據等文件發現諸多疑點。諸如：

(一) 診斷書內容文字與文法錯誤。

1. 拼音錯誤，如脊椎 spinal (申請之診斷書草寫以類似 spine 或 sprain 等)。

2. 文法錯置 Return for (意指回診) 醫學用語是 Follow up

腦震盪應以 brain concussion 不應該會以 syndrome(合併症)。

(二) 大部份國外診斷書及帳單文件的筆跡類似。

(三) 醫療收據全部都為自費(現金給付)，沒有使用信用卡及掛帳，急診各項收費科目。

例如 C-T Scan 應該比目前診療費略低(自費約 2000 元美金);同時不會收兩筆費用或另收所謂脊椎診斷費(DX Spine Cervical Limim)，ER physician Fee(急診檢查費) 應列說明或同時不會收兩筆費用。理賠申請或自費醫療費用在美國地區應提供所謂 Medicare Receipt;而非 Detail statement .

(四) 相關單據紙張材質類似

經保險公司函詢美國就診醫院，其中 Robert F.Kennedy Medical Center 函覆：經該院詳查並無法找到被保險人某乙求診及相關任何病歷紀錄，另某所提供該院之收據 (Hospital's Bills) 及醫囑單 (After Care instruction sheet)，與該院格式有著極大的差異；該院法務部門將對本案持續關注。

案經通報防制中心彙整相關資料並徵詢相關法律及司法意見後，轉請內政部刑事警察局請求偵辦。並透過台北經濟文化代表處駐紐約及洛杉磯向各

醫院查詢。初步在今年 2、3 月間獲得美方各醫院之回覆確認醫療單據為偽造。

五、司法實務對本案之看法

- (一) 美方對於類似的醫療調查，尤其對於曾求診過的醫院病患，基於醫療疾病人資訊保密原則，應循其聯邦所規範之「健康保險流通與責任法案」(HIPPA)。美國聯邦政府於 1996 年通過 HIPPA (Health Insurance Portability and Accountability Act) 醫療安全條例，主要是針對個人醫療的資料安全、隱私以及資料交換定出醫療資訊管理的標準，明定關於醫療保健行業所必需具備的資訊安全內容，目的在於確保醫師的診斷與處方籤的開立等醫療行為到所有醫療測試紀錄等等的醫療資料的完整性與安全性。並且對於偽造並立即醫療證明有嚴格的民、刑事責任，美方各醫院是否對於境外人士進行偽造國內文件進行他國詐騙會發起追訴尚待觀察。
- (二) 中央健康保險局給付情形，依據全民健康保險之海外緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第二條規定：保險對象於本保險施行區域外（包括國外及大陸地區）發生不可預期之傷病或緊急分娩，必須於當地醫療機構就醫或分娩者，得申請核退醫療費用。案關人士持醫療費用帳單向中央健康保險局申請收據核退，並且獲得理賠給付。因此，上述申請費用核退，應觸犯使公務員登載不實的偽造文書，及詐欺已遂之刑責。
- (三) 本案靜待司法偵查及後的犯罪事實之認定及相關法務解釋。以國外保險詐欺定義，以偽造保險申請文件及謊稱保險是顧及擴大保險事故者為前提。

貳、財產保險部分

火險案例

F1：XX 企業有限公司商業火災險詐欺案

一、案件背景：

本案 XX 企業有限公司，負責人 XX（以下稱被保險人），保險標的位於宜蘭縣 XX 鄉 XX 路 X 段 XX 巷 X 號，主要係經營布料成衣批發買賣業務，該公司成立於民國 86 年 12 月。建築物為被保險人所有，該建築物為獨棟鋼筋水泥四層樓建物，四周環境空曠無臨屋比鄰。

該公司投保火災保險時，係透過德成保險經紀公司介紹向美商 XX 產物保險公司後更名為 XX 產物保險(以下簡稱保險公司)要保。保險公司於接獲要保後，曾派員會同經紀人公司代表及被保險人前往現場進行勘查，發現內部擺設整齊且新置滅火器，保險公司在沒有發現可疑之狀況下，在被保險人及經紀人一再催促特於民國 89 年 07 月 21 日同意承保，保險契約於同年 07 月 26 日起生效由該保險公司 100%承接出單。

本案事故發生之經過及原因如述：

(一) 事故發生經過：

本案於民國 89 年 11 月 04 日星期六凌晨 2 時 35 分發生火災，最早接獲火災通知單位為宜蘭縣消防第一分隊，經民眾報案前往救火。隨後由宜蘭縣消防局火災調查科人員進行火災原因調查並鑑定起火點。被保險人基於商業火災保險契約第 25 條⁵之權力於民國 89 年 11 月 07 日向保險公司提出損害賠償之請求，要求保險公司支付三千五百八十一萬五千七百二十七元之保險賠償金。保險公司於接獲理賠通知後立即委託根寧翰保險公證公

⁵保險契約第 25 條：保險標之物之理賠

保險標之物因承保危險事故發生所致之損失，本公司以該保險標之物承保危險事故發生時之實際價值為基礎賠付之。保險標之物之保險金額低於承保危險事故發生時之實際價值者，本公司僅按保險金額與該實際價值之比例負賠償之責。

司⁶前往標的物所在地瞭解勘查損失情形，於勘查過程中發現許多可議之處，遂另請其他鑑定單位進一步查證。

(二) 起火原因研判：

據消防單位鑑定後認定之起火原因為用電不慎引起火災，且排除他人入侵引火及自燃之可能結案。但經保險公司委託其他鑑定單位查證後確有極大差異，並研判本案起火原因為人為縱火且排除用電不慎引起火災之可能性。(其爭論之細節將於下文中陳述)

由於起火原因特殊且有縱火企圖詐領保險金之嫌，保險公司依保險法第 29 條第二項但書⁷規定拒絕賠償被保險人之損失。被保險人求償未果遂向宜蘭地方法院提起民事損害賠償請求之訴，具證要求保險公司給付保險賠償金。本案相關事證及論證說明如下：

二、投保及損失狀況

(一)投保狀況：

險種名稱：商業火災保險

保 險 人：XX 產物保險股份有限公司（承保比例 100%）

被保險人：XX 企業有限公司

保險標的物處所：宜蘭縣 XX 鄉 XX 路 X 段 XX 巷 X 號

保險金額：建 築 物 ：NT\$ 250 萬

 營 業 生 財 ：NT\$ 50 萬

 貨 物 ：NT\$ 3,800 萬

⁶ 保險法第 10 條：本法所稱公證人，指向保險人或被保險人收取費用，為其辦理保險標的之查勘、鑑定及估價與賠款之理算、洽商，而予證明之人。

⁷ 保險法第 29 條第二項：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。但出於要保人或被保險人之故意者，不在此限。

總保險金額：NT\$ 4,100 萬

建築等級：四層樓鋼筋水泥特二等建築

使用性質：布料成衣倉庫及辦公室

保險期間：自民國 89 年 07 月 26 日中午 12 時起至民國 90 年 07 月 26 日中午 12 時止

(二)消防機構火災調查意見：

火災發生原因之鑑定：消防單位調查本件火災事故之發生，係因電線走火所致，此業據宜蘭縣消防局前往現場勘驗，並採用排除法研判起火原因其理由如下：

- 1.經清理疑似起火處附近並未發現可資自燃之物及促燃劑，自燃引火可能性較小。
- 2.勘查疑似起火點附近未發現有用火設備，因不慎用火引起火災可能性亦不大。
- 3.該址一至四樓門窗未發現有被破壞侵入跡象，故他人侵入引火之可能性不大。
- 4.復參關係人 XXX 小姐所述：當時二樓有使用二支電風扇持續二十四小時在除濕。
- 5.綜觀上述，用火不慎、自燃起火及他人侵入引火之可能性不大，復參關係人 XXX 所述及觀察電風扇插頭仍插於插座上，顯示電風扇當時應在運轉中，且勘查現場時發現電源延長線插頭有疑似短路熔痕，但被覆表皮僅稍微燒熔，並在疑似起火處挖掘清理之延電源長線，檢視後發現有疑似短路熔珠痕，故研判本案起火原因以用電不慎引起火災之可能性較大。

6.據現場消防人員透露，如有現場有汽油類的物品，未完全燃燒時，水面上會有有油光。本件據現場履勘人員指出，現場並無發現油光且亦未曾聞到汽油味道，此均足證案發之時在現場並未有汽油或類似碳氫化合物質存在。

(三)損失情形：

被保險人向損失索賠清單一億四千三百二十六萬二千九百零八元，而原告主張之「請求賠償金額」則以「總價」之四分之一共計新台幣三千五百八十一萬五千七百二十七元。

三、犯罪手法與特徵：

本案之犯案手法具有以下特徵：

- (一)火災現場堆放容易燃燒之衣服、布料，並潑灑汽油，可在瞬間即產生劇烈的火勢及嚴重之火害。加上廠區四周，四周皆為空地，不易造成鄰屋損失，以規避延燒賠償及公共危險罪處分。
- (二)投保後短期內即發生火災，並利用假日凌晨四下無人時，涉嫌縱火詐領保險金：

嫌犯於保險契約生效後於短時間(本案約為 4 個月)內，挑選半夜人車較稀少之半夜時間進行縱火，於縱火後即離開現場。火災發生時係為工廠下班時間，無人在工廠且被保險人於火災發生當時均有不在場證明。
- (三)本案疑為被保險人法定代理人或經其授意、教唆之第三人刻意縱火：

據被保險人陳述公司鑰匙之人鑰匙只有一副，且消防隊救火時標的之各樓門窗均未發現有被破壞侵入跡象，他人侵入引火之可能性不大。所以足見能進入保險處所潑灑汽油或其他碳氫化合物質者，必係持有鑰匙、得自由進出該處之被保險人法定代理人或經其授意、教唆之第三人涉有重嫌。

(四) 火勢延燒路徑怪異：依現場狀況，火勢似乎只是在一、二排間燃燒迅速快，其他部份，則呈現燜燒情況，未快速延燒燒情況。據查如果周圍物品都一樣，火會平均向四面延燒，沒有理由會往某特定方向燒，參以經發現起火點處有汽油痕跡。

(五) 刻意製造電線走火引發火災之假象，被保險人一再強調電風扇插頭仍插於插座上，且電風扇當時應在運轉中，且勘查現場時發現電源延長線插頭有疑似短路熔痕現象，以誤導消防人員對火災發生原因之判斷。

(六) 火災發生後，請求被保險人提供原始憑證及相關文件，被保險人總是藉故拖延，遲遲無法提供系爭憑證、文件，最早宣稱憑證、文件因消防局灌水滅火，致相關憑證已遭水污損而無法提供。後又改稱備份帳冊置於台北縣新莊市時，因水災以致損壞，均屬臨訟杜撰，致前後不一，殊無可採。

(七) 保險標的物及財產配置可疑情形：

現場貨物擺放量與投保及求償金額有極大差異：索賠清單上所列每件衣物之單價均在新台幣六千元至八千元之間，系爭衣物之總價竟高達一億四千三百二十六萬二千九百零八元，而被保險人確主張請求賠償金額，則以「總價」之四分之一計算即可，即三千五百八十一萬五千七百二十七元。且無法提供任何買賣往來帳冊證明，顯見其索賠係任意叫價，毫無所據。

四、保險公司因應過程：

(一) 出險原因之確認：

由於根據現場查勘時公證公司初步判斷損失情形有異常之處，遂向於向保險公司建議並獲得同意後，立即委請新加坡 BURGOYNES 公司前來台灣進行火災原因鑑識。

新加坡 BURGOYNES 公司接獲公證公司委託後，於 11 月 12 日派遣鑑識人員趕赴現場進行初步鑑識工作，茲 XXX 保險公司所託，在保險公證人及被保險人負責人 XX 等人之陪同下，進入現場了解標的物受損情形並勘查現場並採樣送驗，其鑑定結果本件火災乃係原告或其代理人之故意或唆使縱火行為所致，並非電線短路造成，保險公司依保險契約第五條第五款⁸及保險法第二十九條第二項但書之規定，毋需就被保險人之損失負賠償責任；其所依據之理由如下：

- 1、保險公司為調查系爭火災發生之原因，特委請新加坡火場鑑識專家 XXX(以下簡稱專家證人)親赴現場勘查，並蒐集殘餘物進行化驗。專家證人在疑似起火點翻檢燒損衣物時，明顯嗅及該處散發濃重汽油或類似碳氫化合物質之氣味，並在該堆衣物下蒐集到若干沾浸有類似碳氫化合物之殘餘物質，經送實驗室以氣體分層分離技術化驗結果，證實確含有碳氫化合物，而此等易引發火災之促燃劑根本不應出現在存放布料及衣服之保險處所，故其殘存於布料中，勢必係人為故意潑灑或沾浸所致，藉以引發系爭火災。
- 2、專家證人於八十九年十一月十二日至系爭保險標的物所在地勘查後，鑑定結果為：
 - (1) 本火災侷限於二樓前側一處小區域且火勢似乎只是在一、二排間燃燒迅速快，其他部份，則呈現燜燒情況，未快速延燒燒情況。據查如果周圍物品都一樣，火會平均向四面延燒，沒有理由會往某特定方向燒。
 - (2) 電燈、電風扇及電源延長線插頭很明顯與本火災沒有關係。
 - (3) 電源延長線的電線或吸煙者亂丟煙蒂應非本件火災之起火原因。
 - (4) 在可能找不出其他可能起火原因之情形下，本火災確為遭人故意縱火。

⁸第五條：不保之危險事故：第五款：要保人、被保險人或其家屬之故意、唆使縱火。但被保險人之家屬非企圖使被保險人獲得賠償金者，不在此限。

- (5) 部份殘餘物含碳氫液體氣味可資證明人為縱火之事實。
- (6) 就該殘餘物之鑑識結果，符合使用可燃物做為助燃劑之推斷。
- (7) 消防隊抵達現場時發現建物鎖著。因此，縱火者僅可能係用鑰匙開門或以遙控器打開電動鐵捲門進入屋內。」查本件保險處所為獨棟式四層樓 RC 建築物，火災發生時各層門窗緊閉，無外力侵入跡象，此為兩造所不爭執。原告負責人 XX 亦於八十九年十一月二十七日出具之聲明書，足見能進入保險處所潑灑汽油或其他碳氫化合物質者，必係持有鑰匙、得自由進出該處之被保險人之代理人或經其授意、教唆之第三人。

(二) 雙方爭議問題之釐清與舉證：

- 1、被保險人以「勘查當天並無消防人員陪同在旁」為由，而指稱專家證人之採樣及勘查並無公信力。然查：保險公司為調查火災發生原因，本得隨時查勘事故現場及現場內之一切動產，並為必要之處置，原告不得拒絕或阻礙（商業火災保險契約第二十三條），並無查勘時須「消防人員」陪同在場之規定。茲專家證人受被告所託，在保險公證人及被保險人負責人 XX 等人之陪同下，勘查現場並採樣送驗，其鑑定結果，實具相當之公信力。

甚且，專家證人於九十一年一月十一日履勘期日，除指出採樣地點，並提出當時割下之衣物供比對，經被保險人負責人 XX 檢視後確認「是系爭點取出之衣物沒有錯」，益證專家證人確自現場採樣。並讓渠等進行科學論辯，自得就調查證據結果，憑自由心證而為判斷，不受否認專家證人證詞之拘束。

- 2、本案是否因電線短路引起火災乙節，保險公司對此亦有爭執，經查：

- (1) 消防單位人員於說明勘驗時證稱：「電線上如有重物或內銅線有斷掉或有破或電線有折到，會引起短路，造成火花，如果保險絲沒有跳掉，

火花會從短路點延燒到插頭，如果電線內二條銅線相接燃燒會產生熔珠。如果是短路，電線不見得會全部燒掉，而火災的話，整條電線會整個燒掉。我們研判該條電線從短路點一直短路到插頭，至於短路原因不清楚。」。

(2) 專家證人證稱：「認為本件火災乃人為縱火結果，而非電線短路造成，不惟因其於八十九年十一月十二日勘查現場時，在疑似起火點翻檢燒損衣物而明顯嗅及該處散發濃重汽油或類似碳氫化合物質之氣味，並在該堆衣物下蒐集到若干沾浸有類似碳氫化合物之殘餘物，且其亦在勘查現場種種跡象後，就起火點及起火原因提出完整且合理之理論，以證明本件火災不可能係電線短路造成。反觀宜蘭縣消防局所認定之起火理論不僅處處矛盾，且就若干關鍵點，均無法提出合理釋釋。茲謹將專家證人認定之起火原因及起火點析述如下：

a、XXX 證稱：「有二種方法會造成火災，第一種是在電線內電流過大時。如果真的電流負載太大，整條電線會變得很熱，此時，外面包覆的皮不會燒起來，但會熔化，因為電線材質是 PVC 製造，只會熔不會燃燒；但本件大部分的電線還是好好的，電線的包覆只有在火災發生區域熔化，其他位置的電線大部分是完好的」。足見系爭延長線果若有短路情形，且如消防隊員所稱「從短路點一直短路到插頭」，則「整條」延長線都會因過熱而導致外覆之 PVC 材質熔化，不可能僅通過火場部分之延長線包覆熔化，其餘部分之電線包覆則完好如初，故本件電線之「短路熔痕」乃火災結果，非火災原因。

b、XXX 復指出，第二種因電線短路造成火災的情形是：某些電器在某些特定情形（如潮濕）下，會因火花而起火，但本件並非如是，因為：在地上一條直直的延長線，不可能一下子造成火花，除非有人為破壞電線就算有火花，也不會持續太久，因為有斷路器保護。現場這樣小

的電線，就算有火花，連紙片、衣服也不會燒起來，更不可能把外面的絕緣體燒起來，只有瓦斯、汽油會讓那麼小的火花燒起來，不會讓固體類的東西燒起來。由延長線插座可看出插座裡面還是好好的，如果有火花（指短路產生的火花）也是在裡面，那種火花不會燃燒固體的東西。

- c、故綜上所述，本案不可能是電線短路引發火災。況且如起火點確如消防人員所指在二、三排衣架間，則火往四周延燒結果，三、四排衣物燒損情況應與一、二排燒損情況一般嚴重。然至現場勘驗時可見：三、四排衣物僅部分燒損，情況不如一、二排衣物燒損情形嚴重，火勢似乎只是在一、二排間燒得很快，其他部份，則呈現燜燒情況，未快速延燒。然如果周圍物品都一樣，火會平均向四面延燒，沒有理由會往某特定方向燒更何況又發現起火點處有汽油痕跡。

（三）標的物之價值、損失數量之認定：

按本件商業火災保險因屬保險法第七十三條第三項規定之不定值保險，故保險標的物之價值，於保險契約訂定時並未約定，須保險事故發生後，再鑑定、估計保險標的物之價值。尤其貨物或營業生財等保險標的物在保險期間內常有所變動，而與投保當時之情形不同，故須待保險事故發生時，再鑑定、估計保險標的物之價值，方符合實際，並貫徹保險以填補損失為目的之宗旨。從而，不定值保險下，保險人承保時查核之重點在於保險處所之使用性質及建築等級，藉以判斷危險發生之可能性，並核定其保險費率。

故損失發生時，為估算被保險人損失，須以被保險人提供之進、銷貨資料及憑證為據，損失金額若有爭執可透過公證公司之鑑定，即可查明金額非可憑空鑑定。

然本案保險公司委請之公證公司香港商 XX 公司處理理賠事宜，自被保險人申請理賠始，告知配合損失理算提供其財務報表、銀行甲、乙存紀錄、原始進、銷貨資料及憑證、貨款交易紀錄、客戶名冊、進貨廠商名冊、負責人 XX 過去與服裝業有關之工作經驗等等理賠所需文件，俾便理算損失金額，並證明原告公司確有正常營業行為，而非虛設行號以詐領保險金。唯迄今該公司僅提出公司執照、營利事業登記及負責人 XX 之身份證正反面影本等文件，其餘證明其實際營業行為之財務、貨物等相關資料，均付之闕如。向被保險人索取時最初謊稱「曾交付原始進貨憑證予根寧瀚公司，其餘帳冊置於台北縣新莊市時，因水災以致損壞」，後又稱消防局灌水滅火，致相關憑證已遭水污損而無法提供。致前後不一，殊無可採。而且如依索賠清單上所列每件衣物之單價均在新台幣六千元至八千元之譜，故系爭衣物之總價竟高達一億四千三百二十六萬二千九百零八元，而原告主張之「請求賠償金額」則以「總價」之四分之一計，即三千五百八十一萬五千七百二十七元，至於何以如斯請求，則未見原告說明，顯見其索賠係任意叫價，毫無所據。

(四) 保險公司因應措施：

- 1、保險公司依保險法第 29 條第二項但書規定拒絕賠償被保險人之損失。
- 2、配合法院作業提出事證，說明拒絕賠償之理由。
- 3、經法院判決確立後，被保險人主動與保險公司達成和解，並放棄求償。
- 4、經與被保險人和解確立，保險公司以免賠結案，並放棄向被保險人追究詐領保險金之訴。

五、司法實務對本案之看法

- (一) 本件火災事故既係肇因於原告代理人之故意或教唆他人縱火所致，從而，被告依系爭保險契約第四條第五款及保險法第二十九條第二項但書之規

定，自毋需就原告之損失負賠償責任。原告之請求為無理由，應予駁回，至原告假執行之聲請，亦失所依據，應併予駁回。

(二) 據上論結，本件原告之訴為無理由，依民事訴訟法第七十八條判決。

F2：XX 實業有限公司商業火災險詐欺案

一、案件背景：

本案 XX 實業有限公司，負責人 XXX（以下稱被保險人），保險標的位於台南縣 XX 鄉 XX 村 X 之 XX 號，主要係經營化學原料之批發買賣業務。該公司成立於民國 93 年 9 月，並於 93 年 12 月向房東承租本保險所在地作為倉庫與辦公室使用，目前公司員工 3 人，上班時間為 08：00~17：00，周休二日。

建築物為被保險人向保險所在地之房屋所有權人 XXX 先生承租使用，租期壹年，自民國 93 年 12 月 15 日起至 94 年 12 月 14 日止，押金 10 萬、租金每月 5 萬，訂租約人係由負責人 XXX 之母親 XXX 代簽訂。該建築物四周環境空曠，除北面有一倉庫相鄰外，與其他工廠間隔有段距離。被保險人依照原有建築物之格局並未重新裝潢或改建，主要從事塑膠原料分裝打包工作。

該公司投保火災保險時，係透過 XX 保險經紀公司(主要經營汽車保險業務)介紹向台灣產物保險公司台南分公司新營通訊處要保。台產於接獲要保後，曾派員於民國 93 年 12 月 30 日前往現場進行勘查，發現內部擺設整齊且新置滅火器(12 月 28 日購買)，保險公司在沒有發現可疑之狀況下，且在被保險人及經紀人一再催促特於民國 93 年 12 月 31 日台產台南分公司 100%承接出單。

本案事故發生之經過及原因如述：

(一) 事故發生經過：

本案最早接獲火災通知單位為台南縣消防局 XX 消防隊，據值班人員告知：係於 3 月 20 日凌晨 3 時 9 分許，由民眾騎機車至值勤台報案，位於中洲路 1 之 56 號(即保險處所)竄冒火舌，消防隊據報後，立即派員前往事故現場。消防隊據報趕抵火場後，立即拉水線滅火，但由於火勢燃燒猛烈

不易控制，消防人員立即通知鄰近鄉鎮計一、二十餘輛各式消防車趕赴現場支援。火勢歷經約 1 小時焚燒，始於上午 4 時許被控制，餘火至 6 時 30 分許才完全被熄滅。

(二) 起火原因研判：

據被保險人代表 XXX 先生(負責人之父親)告稱，最後離開標的地址之人為 XXX 先生，於 3 月 19 日下午 3:00 至公司取物，並於半小時後離開前往嘉義。火災發生時公司並無人員在內，直至火災發生時公司內並無其他人員出入。被保險人及相關人並不知火災發生直至接獲房東 XXX 通知後才知道公司失火，至於確實的起火原因猶須俟消防單位鑑定後使得確定。

但經財團法人防制中心(以下簡稱防制中心)派員前往台南縣消防局火災調查科了解起火原因，得知本次火災起火原因不排除為人為縱火，且被保險人代表 XXX 先生(負責人之父親)為 88 年 XXX 實業火災之關係人，該案於當年亦列為可疑人為縱火案件，並取得 XXX 產物公司賠款 1,340 萬元。由於起火原因特殊有縱火企圖詐領保險金之嫌，警、消及司法單位已進行進一步調查，防制中心亦協助彙整相關事證提供警、消及司法單位參考。相關事證說明如下：

二、投保及損失狀況：

(一)投保狀況：

險種名稱：商業火災保險

保險人：XX 產物保險股份有限公司 (承保比例 100%)

被保險人：XX 實業有限公司

保險標的物處所：台南縣 XX 鄉 XX 村 X 之 XX 號

保險金額：不動產：NT\$ 280 萬

機器設備：NT\$ 126 萬

貨物：NT\$ 3,000 萬

總保險金額：NT\$ 3,406 萬

建築等級：一層樓鐵皮二等建築

使用性質：塑膠工廠及倉庫

自負額：火險自負額為損失賠償金額之 10%，惟不得低於新台幣 200,000 元

保險期間：自民國 93 年 12 月 31 日中午 12 時起至民國 94 年 12 月 31 日中午 12 時止

(二)損失狀況：

1、保險及公證公司損失查勘狀況：

X 產於 3 月 20 日接獲被保險人出險通知，並委託 XX 公證處理協助處理本案，於民國 94 年 3 月 21 日下午 2 時許與被保險人代表 XXX 先生(負責人之父親)聯絡，並於當日下午前往查勘受損情形。經民國 94 年 3 月 21 日現場查勘顯示，標的所在之 XX 路 X 之 XX 號(即保險處所)依現場狀況火災所造成之受損情形如下：

(1) 建築物部份：由於事故發生時火勢相當猛烈，牆面及屋頂烤漆板及鐵架結構嚴重扭曲變形，大部份並已倒塌，週邊之鐵捲門、鋁窗與地面粉光及室內照明配電等，業已遭大火焚燬須予拆除重建，僅剩基礎地坪仍堪利用。保險標的物除北面鄰他人倉庫外，四周皆為空地，疑似起火點位於南面，他人倉庫於火災中未被波及，故無第三人傷亡、財損情形。

(2) 機械設備部份：現場置存項目計有：射出成型機 3 台、粉碎機 1 台、打包機 1 台，均遭受嚴重程度之火燬。但從外觀初步檢

視，發現有缺少集料桶或模溫機等必要配件，為不完整之機台，。

(3)貨物部份：置放於倉庫內之塑膠粉碎料因受大火長時間侵襲下，上層皆已嚴重碳化凝結或燒失，底層部份因未直接遭到火勢破壞，所以並未凝結，仍為顆粒狀。

2、被保險人提出之求償項目及內容：

保險標的物	保 險 金 額	提出損失金額	求 償 金 額
1.建築物	NT\$ 2,800,000	NT\$ 3,948,100	NT\$ 2,800,000
2.機器及設備	NT\$ 1,260,000	NT\$ 1,500,000	NT\$ 1,260,000
3.貨物	NT\$ 30,000,000	NT\$ 21,920,000	NT\$ 21,920,000
合 計	NT\$ 34,060,000	NT\$ 27,368,100	NT\$ 25,980,000

3、公證公司鑑價及理算結果其金額如下：

保險標的物	保 險 金 額	求 償 金 額	鑑定理算金額
1.建築物	NT\$ 2,800,000	NT\$ 2,800,000	NT\$ 724,080
2.機器及設備	NT\$ 1,260,000	NT\$ 1,260,000	NT\$ (預 估)240,000
3.貨物	NT\$ 30,000,000	NT\$ 21,920,000	NT\$ 2,108,529
合 計	NT\$ 34,060,000	NT\$ 25,980,000	NT\$ 3,072,609

三、犯罪手法與特徵：

本案之犯案手法具有以下特徵：

- (一) 本案嫌犯係利用保險公司地方分公司人員爭取業務之心態及較弱之核保技術及經驗，製作工廠生產及業務興隆之假象，主動投保誘使保險公司人員於不知情之狀況下而予以承保，再利用保險公司在無法掌握係被保險人自行縱火之直接證據必須賠付保險金，目前已獲知本案關係人於多起案件詐得保險金，食髓知味再以相同的手法進行詐領保險金。
- (二) 火災現場堆放容易燃燒之塑膠原料及製品，可在瞬間即產生劇烈的火勢及嚴重之火害。加上廠區地處偏遠地區之農地上，除北面鄰他人倉庫外，四周皆為空地，不易造成鄰屋損失，以規避延燒賠償及公共危險罪處分。
- (三) 投保後短期內即發生火災，並利用假日凌晨四下無人時，涉嫌縱火詐領保險金：

嫌犯於保險契約生效後於短時間(本案約為 3 個月)內，挑選半夜人車較稀少之半夜時間進行縱火，於縱火後即離開現場，製造火災發生時係為工廠下班時間，無人在工廠之假象。且被保險人於火災發生當時均有不在場證明：據被保險人指出火災發生時人在嘉義有朋友可以佐證，火災發生乃房東通知才知情。
- (四) 現場發現二處以上不連續起火點，且起火處不無任何電線及發火源存在。據本案消防火調人員證實，於火場發現二處不連續之起火點，經研判本案不排除為人為縱火案件。
- (五) 火災發生後，立即向保險公司通知出險，與保險公司與被保險人代表(謝稷葳)共同會勘損失時，會同之人員對於標的物一問三不知，當詢問相關問題如起火時間原因、起火地點、公司營業額等均表示不知情，推

說營業額狀況資料皆在會計師處所，公司未有會計人員，須向會計師查証才能了解，對於工廠之狀況亦不知情。且負責人未顯現出積極性、急迫性，且不大願意積極出面處理，有違一般常理。

且於次日再次詢問被保險人同樣問題時，又可明確說明，被保險人回答不一致，且說詞反覆不一，另人生疑。

(六) 保險標的物及財產配置可疑情形：

1. 購買廉價無法使用之二手機器設備超額投保：

本案中機械生產來源不詳，且部份機台設備欠缺，甚至連馬達都缺乏，經機械公會專家鑑定更發現機台內部配線錯亂，且無電源插頭，確定均未連結電源，屬於無法使用狀態。且價值經機械公會專家鑑定，該機器設備因未完整無法正常使用其價值約十餘萬，縱使可使用之同型機器亦僅需二十餘萬，投保金額達一百二十餘萬，有故意超額投保之意圖。

2. 現場貨物擺放量與投保及求償金額極大差異：

(1)向保險公司求償金額與進出貨及發票金額有相當大差距：依進銷貨記錄及12、1、2月發票(如附件)所示，於發生火災前僅餘638萬餘元貨物，但要求賠償金額高達

2,200萬元。又無其他進出證明，甚為可疑。

(2)現場清點之價值遠低於求償金額：經保險公司與公證公司清點現場及訪價結果，發現所殘存之價值僅167餘萬，加上預估燒損金額，亦僅210餘萬，與求償金額之2,200萬元，有極大差距。

3. 現場發現與被保險人生產作業無關之物品：

(1)倉庫內堆放麵粉，據聞(房東)乃貨運公司下錯貨，才置存於此處；但簽收不屬自己之貨物或同意暫存不屬自己公司所須貨物，顯不合常理。

- (2)現場發現多處麵粉、食品雜物穿插於塑膠粒堆放，顯不合理。
4. 現場置存與被保險人生產作業無關之不明桶裝液體物品：
- 於保險公司承保查勘時，並無此物品。據被保險人告知，此物品為進貨商 XX 公司寄放之物（於初勘時被保險人告訴保險公司為丙酮，但 94/4/14 與被保險人訪談時卻告知為 XX 寄存的退電鍍用水，於 94/7/28 與 XX 公司 XXX(XXX 之妻舅)先生訪談時，又變更為雙氧水)。丙酮與雙氧水皆為具揮發性之危險品，屬保險公司條款中約定必須申報管制之化學品，被保險人與關係人對此物品說詞前後不一，甚為可疑。

(七) 被保險人可疑過往記錄及異常行徑：

1. XX 實業關係人可疑之過往記錄：

- (1) XX 實業公司代表 XXX(XX)先生(負責人之父親)，原名 XXX，近更名為 XXX，於 81 年設立 XXX 實業公司，於 88.11.28(日),02:05 發生火災，取得 XXX 產物公司賠款 1,340 萬元，並經參與火災調查人員透露，該案起火原因也不排除為人為縱火。而 XX 實業公司支付 XX 產物保險之保險費即是以 XXX 實業支票繳納。
- (2) XX 實業公司主要之供貨商及銷貨商 XX 實業，其負責人 XXX，原名 XXX，為 XX 實業代表人 XXX 之妻舅，於 85 年設立 XX 塑膠有限公司，於 89.10.29(六),02:00 發生火災，取得 XXX 產物公司賠款約 2,500 萬元，並經參與火災調查人員透露，該案起火原因也不排除為人為縱火，現場有二處不連續起火點，當年並以公共危險罪移送司法單位。

2. 被保險人對於財產損失狀況漠不關心：

- (1) 據救災消防隊員指出，被保險人經通知來到現場後，暫留片刻後便匆匆離開，並未顯露傷心難過之態及詢問火災如何發生，異於常情。

(2) 共同會勘損失時，會同之人員對於標的物一問三不知，對於工廠之狀況亦不知情。且負責人未顯現出積極性、急迫性，且不大願意積極出面處理，有違一般常理。且說詞反覆不一，另人生疑。

3. 公司經營模式可疑：

(1) 被保險人所述之營業內容不符合市場正常之經營行為：

據被保險人表示，公司主要業務為向 XX(負責人為 XXX 之妻舅)及 XX 公司購買塑膠粒原料，經分裝(由太空包轉換為 25KG 紙裝包裝之塑膠粒)，後再回賣給 XX 及 XX 等公司，並無其他生產。此種經營模式甚為可疑。

(2) 被保險人所述之營業性質與作業方式不合常理：按被保險人所述之營業性質，係向廠商購進 400~700KG 太空袋裝之塑膠粒，再以人工目視方式分類分級包裝成 25KG 之袋裝出售，大約毛利為兩成。惟按現場清點取樣之樣品大都為次料，亦有參雜粉碎料及不同品種之混合料，而欲將不同品種之混合料照被保險人所謂以人工目視方式分類分級成 25KG 包裝，是不可能達成的，故被保險人所述之營業性質與作業方式極不合理。

(3) 保險公司於火災發生前查勘所展示貨品大多分裝完畢，損失發生後現場清點時亦無發現大太空袋之塑膠粒供分裝使用，是以現場塑膠粒狀況顯示，品項、數量等均與出險時並無改變，並無被保險人所述之加工分裝情形。

四、保險公司因應過程：

(一)出險原因之確認：

本案於 3 月 20 日發生損失後，保險公司及公證公司於 3 月 21 日會同被保險人立即至現場查勘及查訪附近居民，結果發現被保險人處理損失理賠之態度異常，未顯現出積極性、急迫性，且不大願意積極出面處理，有

違一般常理。於3月22日向台南縣消防局火調人員了解起火原因時，因火調人員有偵查不公開規定，雖無法明確告知起火原因，但間接暗示本案有異常之處，並提醒保險公司人員小心處理理賠事宜。

經保險公司與公證公司人員現場查訪及彙整可疑現象，並核對先前投保資料後，於3月28日彙集可疑事證請求財團法人防制中心(以下稱為防制中心)協助，防制中心立即派員前往台南縣消防局了解進一步狀況。經防制中心召開諮詢委員會議，並確定為可疑圖利型縱火犯罪案警察局件後，於4月15日及5月26日分別向刑事警察局及台南地方法院檢察署舉發，並提供相關保險資料供檢警深入調查。

(二)檢警聯合調查採證：

檢警經防制中心舉發後，即由台南地檢署檢察官統一指揮偵辦，並於6月7日邀集刑事局偵八隊、消防署火災調查組、台南縣刑事局及消防局、地方警察及消防單位與機械公會代表及防制中心成員，至火災現場進行現場採證及鑑識工作。

現場經消防署火災調查組發現第二處不連續起火點及且機械設備經機械公會初步研判發現機台內部配線錯亂，且無電源插頭，確定均未連結電源，屬於無法使用狀態。且價值僅約十餘萬。為蒐集更完整證據，於6月13日由檢察官委派當地警消人員數人及防制中心人員至現場二次採樣，以釐清現場殘餘物之性質與價值。

(三)標的物之價值、損失數量之認定：

民國94年6月21-27日，保險及公證公司人員會同被保險人代表謝稷葳進行現場清點工作，依火災後現場遺留物及機械設備進行清點並估算可能燒損數量後，依訪問進出貨商及市場訪價結果，理算價值僅230餘萬，與被保險人所提出之2,300餘萬索賠金額有10倍之遙。

(四)保險公司因應措施：

- 1、持續提供檢警單位現場清點及理算結果報告，供司法調查人員參考。
- 2、依保險法第 76 條前段規定：「保險金額超過保險標的物價值之契約，係由當事人一方之詐欺而訂立者，他方得解除契約。如有損失，並得請求賠償。」要求解除保險契約。
- 3、配合檢警偵辦作業，通知拒賠，事證成熟時，提起民事詐欺之訴。

五、司法實務對本案之看法

本案經刑事局偵八隊調查及偵辦後，已彙集事證移送台南地檢署起訴中，經初步判斷本案所可能涉及之法令規定如下：

(一) 中華民國刑法第一百七十一條 (未指定犯人誣告罪)

未指定犯人，而向該管公務員誣告犯罪者，處一年以下有期徒刑、拘役或三百元以下罰金。

未指定犯人，而偽造、變造犯罪證據，或使用偽造、變造之犯罪證據，致開始刑事訴訟程序者，亦同。

(二) 中華民國刑法第二百十條 (偽造變造私文書罪)

偽造、變造私文書，足以生損害於公眾或他人者，處五年以下有期徒刑。

(三) 中華民國刑法第二百十六條 (行使偽造變造或登載不實之文書罪)

行使第二百十條至第二百五條之文書者，依偽造、變造文書或登載不實事項或使登載不實事項之規定處斷。

(四) 中華民國刑法第二百十七條 (偽造盜用印章印文或署押罪)

偽造印章、印文或署押，足以生損害於公眾或他人者，處三年以下有期徒刑。

盜用印章、印文或署押，足以生損害於公眾或他人者，亦同。

(五) 中華民國刑法第三百四十條

以犯第三百三十九條之罪為常業者，處一年以上七年以下有期徒刑，得併科五萬元以下罰金。

(六) 組織犯罪防制條例第三條第一項

發起、主持、操縱或指揮犯罪組織者，處三年以上十年以下有期徒刑，得併科新台幣一億元以下罰金；參與者，處六月以上五年以下有期徒刑，得併科新台幣一千萬元以下罰金。

F3：XX 開發股份有限公司商業火災險詐欺案

一、案件背景：

XX 開發股份有限公司成立於民國 81 年，據被保險人稱係從事藥品、健康食品、尿布、化工、百貨等商品之進口、加工及批發買賣業務，主要行銷方式為加盟店或會員兩種方式。負責人為 XXX，資本額為新台幣 25,000,000 元。

保險標的位於台北縣土城市 XX 路 XXX 號、XXX 號，標的所在之廠房為磚水泥造鐵架鐵皮屋頂四層樓頭等建築，一樓部份區域作為辦公室、餘一樓區域、二、三、四樓作為貨品倉庫使用，被保險人於 85 年承租使用該建築物後，依照原有建築物之格局並未特別重新裝潢或改建，惟於 91 年 12 月另租新倉陸續遷移中。

於九十一年二月向 A 保險公司表示要投保火災保險，標的於九十二年一月二十一日發生火災、經當地消防隊火災鑑識研判「人為因素引燃之可能性較高」。

本案事故發生之經過及原因如述：

(一) 事故發生經過：

事故當日被保險人倉庫並無上班，當日下午該公司總經理及倉庫負責人曾一同至倉庫各樓層巡視，離去時設定保全系統為防護、時間為當日下午 5 時 19 分，詎料於 20 多分鐘後保全系統發報並通知被保險人代表，發生火災被保險人倉庫失火，並立即通報當地消警單位前來處理。

經現場消防人員破壞一樓前方鐵捲門後進入灌救，火勢於當晚 6 時 30 分被控制住，不過火勢高溫及燃燒產生濃煙，與消防隊施救水漬，已造成倉庫內一樓辦公室及倉庫區域火損嚴重，火勢亦沿升降梯竄燒至二樓、造成二樓部份貨物受火損，餘二樓貨物及三、四樓受高溫及濃煙侵襲與消防水漬損失。

(二) 起火原因研判：

依據火災鑑識小組鑑定提出以下之研判：

- 1、現場排除危險品、化學物品自燃及電氣因素之可能，研判應為外來火源所引起。
- 2、再根據最後離開人員與火災發生僅 10 餘分鐘，且倉庫投保巨額火災保險及租約與保險期間將屆滿、並有遷倉之事實，而作成「人為因素引燃之可能性較高」、「恐涉及人為蓄意縱火詐領保險金情事」等意見。
- 3、綜合以上事實證據顯示出，本件火災原因調查報告結果，其研判起火原因：以人為因素之可能性最大，然因無證據及事實之指認為某特定人故僅得以「人為因素引燃之可能性較高」。

二、投保及損失狀況：

(一)投保狀況：

險種名稱：商業火災保險

保 險 人：由六家保險公司分別以 20%三家、15%二家及 10%一家比例承保)

被保險人：XX 開發股份有限公司

保險標的物處所：台北縣土城市 XX 路 XXX、XXX 號

保險金額：建 築 物：新台幣 5,000,000 元

貨 物：新台幣 80,000,000 元

營業生財：新台幣 2,000,000 元

總保險金額：新台幣 87,000,000 元

建築等級：磚水泥造鐵架鐵皮屋頂四層樓頭等建築

使用性質：堆棧

保險期間：自民國 91 年 02 月 18 日中午 12 時起至民國 92 年 02 月 18 日中午 12 時止

(二) 損失情形：

建築物總面積共 1,135 坪，由於起火點位一樓後段，該區在大量貨物助燃之情況下，且遭大火長時間焚燒火害程度最為嚴重，鋼構樑柱與混泥土樓版出現變形與下陷情形，於一、二樓前段與三、四樓全層皆遭高溫、煙燻及消防水漬損害嚴重；營業生財由於多已陸續遷移至新倉庫，僅餘少部份如電話總機、電話機及線路、冷氣及展示架受火損害；貨物多為奶粉、營養品、衛生用品、藥品等，因受火損、煙燻及消防水漬損失，自得向被保險人向保險公司請求陸仟參百零參萬壹仟參佰伍拾伍元之保險金。

三、犯罪手法與特徵：

本案之犯案手法具有以下特徵：

1. 本案嫌犯並利用保險公司人員爭取業務之心態，主動投保使保險公司人員於不知情之狀況下而予以承保，再利用保險公司在無法掌握到被保險人自行縱火之直接證據下可能必須賠付保險金之現實困境。
2. 嫌犯於第一年保險契約即將到期時間(約為 1 個月)即製造保險事故意圖詐領保險金。
3. 嫌犯挑選非倉庫工做營業日進行縱火,於縱火後即離開現場,製造火災發生時係倉庫下班時間,無人在倉庫之假象。

四、保險公司因應過程：

- (一) 公證公司受保險公司委託公證處理本案後,於民國 92 年 01 月 22 日即與被保險人代表聯絡,並約定當日會勘現場,其後並獲知消防鑑定本件起火原因以「人為因素引燃之可能性較高」,再行清點現場數量發現

與會計帳載品項及數量大都不符，顯示會計帳載之存貨與現場實際存貨有出入，故認按會計查核及推估結果並不能反應出真正之情形。

針對奶粉共計 2 萬餘罐被保險人稱因受高溫燒烤之影響，且外觀亦遭高溫破壞無法正常販售，亦有食用後安全之顧慮，要求全損賠償。經公證公司抽樣送食品工業發展研究所檢驗分析結果，證明奶粉之品質並未受到影響，以換新包裝即可。

公證公司於現場清點中亦發現有相當數量及種類之貨物，已接近有效期限或是已超過有效期限，就此部份公證公司除針對各項損失貨物，出險前近期之進銷貨發票及帳務資料以及 91 年度進銷存移轉帳冊進行查核，同時亦訪查有疑問之進出貨廠商，以確實釐清進貨資料，同時派員訪查市場關於商品有效期限上架情形。針對此類貨物並分成六類以為後續理算基礎：

1. 正常品：指在出險前一年內皆有實際進銷且庫存帳載仍有結存，而進貨成本低於售價，另有效期間超過 6 個月以上商品，始認列為正常品。
2. 一年內未有進銷之呆滯品：進貨成本低於售價，有效期間超過 6 個月以上商品，雖帳載仍有結存，但出險前一年內並無實際進銷，此類商品多屬市場流通性較低，相對可變現性價值之空間減少，應屬呆滯品理算時將扣除跌價損失。
3. 有效期剩六個月內之促銷品：進貨成本低於售價，在出險前一年內皆有實際進銷且庫存帳載仍有結存，惟有效期間在 6 個月以內商品，此類商品亦多屬市場流通性較低，相對可變現性價值之空間減少，應屬需降價之促銷品，理算時再扣除較多比例之跌價損失。
4. 有效期燒燬或無標示期限商品：指直接受大火焚毀，以致有效期已經無法辨識，亦或是商品本身應未標示有效期限之貨品，因無法確

認其實際有效期，故僅採折衷方式評估其進貨成本。

5. 帳載庫存為零或無此項目貨物：此部份屬現場清點得到，但帳冊庫存為零或無此品項商品，雖被保險人解釋該貨品多係改到其它品項入帳，然據訪查供應商結果，被保險人所言非屬實，因此帳載庫存為零或無此項目貨物，可表示為已經基於某種原因除帳而無價值可言，且被保險人亦提不出正確之進貨發票供佐證，故此類貨品不予列入計算損失。
6. 有效期已過期之商品：過期品雖被保險人稱可退貨尚有部份價值，但遲遲無法提出相關證明資料，且過期品依法令規定不得販售，市場價值應為零故不予列入計算損失。

(二) 出險原因之確認：

由於起現場起火原因，經當地消防隊火災鑑識研判「人為因素引燃之可能性較高」，再加以事故當日被保險人倉庫並無上班，當日下午該公司總經理及倉庫負責人曾一同至倉庫各樓層巡視，離去時設定保全系統詎料於 20 多分鐘後保全系統發報被保險人倉庫失火，故本案實有可疑之處。

(三) 貨物之來源及銷售管道：

就一般正常營利事業單位而言，貨物進銷存憑證、紀錄稅務、申報資料及庫存表等資料，將顯示貨物之來源、數量、成本以及利潤，公證公司針對現場清點發現有相當數量及種類之貨物，已接近有效期限或是已超過有效期限，或者是現場清點得到，但帳冊庫存為零或無此品項商品，雖被保險人解釋該貨品多係改到其它品項入帳，然據訪查供應商結果，被保險人所言非屬實，且被保險人亦提不出正確之進貨發票供佐證。

五、司法實務對本案之看法：

- (一) 本案由於涉及公共危險罪，被保險人遭檢察官起訴。

(二) 一審地方法院刑事判決認定：

- 1、本件火災為不爭之事實，而保單規定被保險人縱火為不保項目故因保險公司主張該不保項目，應負舉證之責，本案無確切之直接證據證明是被保險人故意縱火。
- 2、起火原因經當地消防隊火災鑑識研判「人為因素引燃之可能性較高」，然現場碳化物殘跡經氣相層析儀鑑析後，並未檢出含有石油系可燃性液體成份，以消去法推定人為因素所造成，似嫌臆測。
- 3、另以人員離去時間與火災發生時間相近、倉庫租約及保險屆期將至、倉庫內存有多數逾期或近保存期限之貨物等情事，亦無從逕認與人為縱火詐領保險金之犯罪行為間、有何關連、有何直接必然之關係。在無積極事證下不能證明被保險人犯罪，即應為無罪之諭知。

(三) 高等法院刑事判決：

- 1、本案起火處起火時間，與被保險人總經理離開倉庫之時間相近，起火時間為接近鄰近工廠下班時間，倘由外向內縱火易為隔鄰所發現，且消防隊查證及訊問倉庫均無外力入侵之可能，故排除外來縱火。
- 2、事故地點有效期間已過之商品數量龐大，被保險人不迅將貨物退回以維繫商品良率及出貨，難據此為有利被保險人之認定。

高等法院據上事實理由判決被保險人總經理，依刑法第一百七十四條：放火失火燒毀非現供人住之建築物及交通工具，處參年有期徒刑。

- (四) 綜上相同事實，地方法院、高等法院所採及見解不同，因之判決亦相異，全案被保險人仍上訴中。

F4：XX 實業有限公司商業火災險詐欺案

一、案件背景：

本案係為彭 XX 詐欺集團所犯之一案，該集團以 XXX 為負責人，於民國 91 年 5 月設立 XX 實業有限公司，佯稱該公司從事各種列表機組裝生產、IC 插件、IC 零件生產、代工去膜、PCB 組裝等電子零件生產及代工，資本額為新台幣 5,000,000 元，員工人數約為 20 人。

保險標的所在地位於桃園縣蘆竹鄉 XX 路 X 段 XX 號租用廠房，其建築結構為鋼（骨）筋混凝土建築 3 層樓鐵皮屋頂建築，3 樓為鋼架烤漆板造，1 至 3 樓總樓地板面積約為 250 餘坪(800M²)，為被保險人向游輝昶先生承租使用，據游輝昶先生稱述該廠房建築物係於民國 91 年 3、4 月建造完成，被保險人承租使用該建築物後，依照原有建築物之格局並未重新裝潢或改建。

於工廠內放多部類似製造電子零件之機器及一些過期或報廢之電路板及零件，於完成營利事業登記後即主動向 A 保險公司表示要投保火災保險。保險公司業務人員在接獲要保後，曾派員前往現場進行勘查，但嫌犯製作假象及以商業機密為由，不願讓查勘人員進行詳細之查勘，查勘人員僅看到工廠內似乎有機器在運轉，內部放置許多貨箱。

保險公司在沒有發現可疑之狀況下，而於民國 91 年 05 月 17 日予以承保，由 A 及 B 保險公司共同承保，而嫌犯於保險契約生效後，在 91 年 11 月 24 日進行縱火企圖詐領保險金。

本案事故發生之經過及原因如述：

(一) 事故發生經過：

本案根據訪查鄰居及目擊者得知民國 91 年 11 月 24 日零時許，突然聽到一聲爆炸巨響後，衝出門外即看到自標的建築物一、二樓冒出熊熊火舌，遂立即撥打 119 通知當地消防局前往現場。

經查消防隊接獲報案後立即出動 20 餘輛消防車及百名警義消人員先後馳抵現場進行灌救，此時整個火勢已經相當猛烈，1 至 3 樓已全部陷入火海之中，火勢並迅速延燒緊鄰之昌興家具行，廠內不時有類似罐裝化學液體或氣體爆炸聲傳出，消防隊因而再增派二部化學消防車支援噴灑泡沫進行灌救，在上百名警義消數小時搶救之下，終於凌晨 5 時許控制火勢，但因現場溫度仍然相當高，為避免餘燼再度復燃，消防人員不敢掉以輕心逐層監看控制並以水柱降溫，直至約早上 8 時許確認完全撲滅火苗後始收隊離去。

據目擊事故現場人士表示，聽到一聲爆炸巨響後即看到標的建物陷入火海，並時有爆炸聲傳出，經勘查後廠內確實存放有大量去漬油及甲苯等碳氫化學液體。

(二) 起火原因研判：

本次事故真正起火原因，是由消防鑑識小組及公證公司委請之 BURGOYNES 專家進一步鑑定確認。據消防鑑識小組及公證公司委請之 BURGOYNES 研判之起火原因特殊，有縱火企圖詐領保險金之嫌，警、消及司法單位已進行進一步調查，防制中心亦協助彙整相關事證提供警、消及司法單位參考。

二、投保及損失狀況：

(一) 投保狀況：

險種名稱：商業火災保險

保險人：A 產物保險股份有限公司（承保比例 50%）

B 產物保險股份有限公司（承保比例 50%）

被保險人：XX 實業有限公司

保險標的物處所：桃園縣蘆竹鄉 XX 路 X 段 XX 號

保險金額：不動產：新台幣 15,000,000 元

機器設備：新台幣 75,000,000 元

貨物：新台幣 60,000,000 元

營業生財：新台幣 2,000,000 元

總保險金額：新台幣 152,000,000 元

建築等級：鋼筋水泥造鐵皮屋頂三層樓頭等建築

使用性質：電子元件零組件廠

自負額：火險自負額為損失賠償金額之 10%，惟不得低於新台幣 1,000,000 元

保險期間：自民國 91 年 05 月 17 日中午 12 時起至民國 92 年 05 月 17 日中午 12 時止

(二)保險及公證公司損失查勘狀況：

公證公司受保險公司委託公證處理本案後，於民國 91 年 11 月 25 日下午 2 時許與被保險人負責人 X 小姐聯絡，並於當日下午前往查勘受損情形。

標的所在之桃園縣蘆竹鄉 XX 路 X 段 X 號，前側設有庭院緊鄰 XX 路 X 段道路，左側相鄰 XX 家具行，右側為空地，後側為 XX 實業股份有限公司，由於事故發生時火勢相當猛烈，因此標的鄰房均遭波及，受有不同程度之損壞。事故發生後標的建築物之鐵捲門飛出至道路上嚴重扭曲變形，而庭院之矮磚牆遭標的飛出之鐵捲門撞擊倒塌，建築物之門窗均嚴重損壞，且部份門窗玻璃碎片飛至道路對面，顯示事故火災發生時有爆炸之情形。

由於標的現場遭消防單位管制封鎖，因此公證公司人員在不破壞現場之狀況下，由被保險人之代表陪同進入現場進行初步之勘查。經公證公

司人員初步之勘查標的內部 1 至 3 樓內之所有機器設備及貨物已全部遭烈火焚燒受損相當嚴重,現場一片凌亂,但初步查看現場殘餘物之狀況,大部份機器設備及貨物殘餘物均無遭受爆炸力衝擊呈飛散之情形,因此無法清楚顯示是否係因爆炸所造之損失。

於現場中發現一樓放置有多桶 50 加侖桶裝之油料,一二樓亦發現有許多類似去漬油之空罐,被保險人之工廠領班說明油桶內之機油為平日保養設備所使用之機油,而去漬油則是進行 IC 板表面抹覆去膜時所使用。

(三) 本案之疑點:

經過公證公司之調查發現下列疑點:

1、就被保險人部分:

- (1) 負責人未顯現出積極性,急迫性,且不大願意積極出面處理,有違一般常理,且也立即委請律師面對消防單位。
- (2) 登記之負責人 XXX 對案情好像一問三不知刻意迴避,根據火調課告知,X 女在製作筆錄時也是同樣之情形。
- (3) 被保險人聲稱有員工 20 人,但是自始只有一名領班出面,其餘員工不知去向。
- (4) 附近居民查訪得知,工廠於 2~3 月前即不常見員工出入。房東雖聲稱工廠運作很正常,但其每次收取房租時,被保險人均以商業機密為由,不同意房東進入廠內。
- (6) 出險當日晚上約 9:00~9:30 有人看見標的外有被保險人之小貨車停放。

2、就標的物部分:

- (1) 有爆炸之情形,但是屋內物品卻無明顯遭受爆炸之痕跡,推斷起火時屋內可能充滿揮發性氣體瞬間引燃,發生氣體爆炸並同時引起大火。
- (2) 現場大量的去漬油,而且到處都有。
- (3) 現場 1 樓及 2 樓地面殘留濃厚之化學液體味道。
- (4) 被保險人稱為生產裝配工廠,但機器設備初步查勘無明顯之生產跡象(生產線上似乎沒有半成品)。
- (5) 現場貨物堆置方式不甚合理。
- (6) 現場之包裝紙箱外觀未印刷公司名稱,且工廠內到處都有紙箱。

三、犯罪手法與特徵：

本案之犯案手法具有以下特徵：

- (一) 本案嫌犯係利用保險公司地方分公司人員爭取業務之心態及較弱之核保技術及經驗,製作工廠生產及業務興隆之假象,主動投保誘使保險公司人員於不知情之狀況下而予以承保,再利用保險公司在無法掌握係被保險人自行縱火之直接證據必須賠付保險金,目前已獲知本縱火集團於多起案件詐得保險金,食髓知味再以相同的手法進行詐領保險金。
- (二) 嫌犯於保險契約生效後於短時間(本案約為 6 個月)加工,在縱火前人員出入頻繁,在工廠堆置許多紙箱類之易燃物,並放置數量龐大之高揮發性液體(如去漬油、汽油),企圖在瞬間即產生劇烈的火勢及嚴重之火害。
- (三) 嫌犯挑選半夜人車較稀少之半夜時間進行,唆使集團成員進行縱火,於縱火後即離開現場,製造火災發生時係工廠下班時間,無人在工廠之假象。
- (四) 火災發生後,立即向保險公司通知出險,並派出集團人員至現場佯裝會同查勘現場,但是會同之人員對於標的物一問三不知,推說是工人僅帶領查

看現場,對於工廠之狀況不知情。

(五)保險公司要求提供資料時,均稱所有之貨物及設備均是現金交易,沒有任何進銷存之資料,對於詢問事項也是閃避回答,且於初步勘查完成後即失去聯絡,後續開始有其他不相關之人員代表聯絡。

(六)保險公司及公證公司識破該集團手法,收集相關證據及進行現場科學鑑識採證後,主張被保險人違反特約條款之約定,根據保險法第 64 條、66 條、68 條主張解除保險契約自始無效後,立即有類似討債集團之人員前往保險公司及公證公司進行不理性之恐嚇動作。

四、保險公司因應過程：

(一)出險原因之確認：

由於根據現場查勘及附近居民之查訪結果,火災發生時有爆炸之情形,而保險單並無附加承保爆炸險,因此為確認事故發生之原因,且為能夠有效的掌握現場狀況,公證公司於向保險公司建議並獲得同意後,立即委請新加坡 BURGOYNES 公司前來台灣進行火災原因鑑識。

新加坡 BURGOYNES 公司接獲公證公司委託後,於 11 月 27 日派遣鑑識人員抵達台灣隨即趕赴現場進行初步鑑識工作,由於事故現場遭消防單位管制封鎖,因此 BURGOYNES 人員僅能就外觀進行初步鑑識工作。

為了能夠讓 BURGOYNES 人員進行內部鑑識工作,公證公司人員與桃園縣消防局火災鑑識課連絡,申請准許進入現場進行鑑識工作,但火災鑑識課人員初不同意外籍專家干涉鑑識工作,但經公證公司詳細說明後,火災鑑識課同意准許且將派員陪同公證公司進入火災現場,並建議通知被保險人到場以資證明。此時公證公司委託之新加坡 BELFOR-Relectronic 人員亦抵達台灣,準備同時進入現場就機器設備及貨物進行勘查工作

民國 91 年 11 月 27 日,公證公司人員會同被保險人代表羅一浩領班、鑑識小組成員及 BELFOR 技師、BURGOYNES 專家等一行人順利進入現

場了解標的物受損情形。

BURGOYNES 人員於 27 日於現場會同鑑識課人員逐層樓進行鑑識及採證工作,並依據他的看法向鑑識課人員提供建議,並向被保險人之領班詢問問題。

經 BURGOYNES 人員進行鑑識採證後表示,從建築物受損情況,1 樓及 2 樓之門窗皆由內而外扭曲變形,判斷確實經過爆炸,由於 1 樓及 2 樓工作檯上置放有大量之去漬油及甲苯類之碳氫化合物類之易燃液體,故無論為爆炸引起之火災或直接先起火皆能引發大火。

從現場受損情形,1 樓、2 樓雖經過爆炸,但所有機器設備仍然位於原處,其毀損原因應為火災造成無誤,初步查勘後,氣爆引起之損失應大多為鋁窗、鐵捲門等建物部分。

公證公司與 BURGOYNES 人員於 29 日下午亦前往負責標的工廠保全工作中興保全公司之桃園服務中心,向該公司取得出險當晚之保全系統發報紀錄,根據保全公司提供發報紀錄顯示,保全專線斷線時間民國 91 年 11 月 24 日零時 21 分左右,由此判斷事故發生應為 24 日零時左右。

BURGOYNES 人員於現場各層樓分別採集殘餘物後,並完成相關鑑識工作於 29 日返回新加坡,於後續提出現場採集證物之檢驗報告及鑑識結果報告。

(二)標的工廠生產流程是否合理、標的物之價值、損失數量:

依據現場損失之情形,本次事故主要之損失將是機器設備及貨物二項,該二項標的之保險金額合計高達新台幣 135,000.000 元,損失程度均將近 100%,此二項損失是本次事故處理之重點。

根據被保險人代表稱述,標的工廠平時生產正常工作繁忙,但公證公司認為就該公司工作性質及流程須進行詳細之鑑定及確認,因此委託新加坡 BELFOR-Relectronic 就生產流程、機器設備裝設位置、各類貨物庫存方式

等是否合理進行評估。

新加坡 BELFOR-Relectronic 之技師於 27 日抵達,並進入現場進行勘查工作,根據他初步勘查後認為,標的工廠內之設備及貨物受損嚴重,確已無修復之價值,BELFOR 進行設備及貨物清點確認工作,並調查各項設備及貨物之廠牌、年份、使用用途、價值及市場價格。

(三)貨物之來源及銷售管道:

在保險標的 1 至 3 樓可明顯看出,標的內堆置數量相當多之貨物,依據被保險人之實際工人人數,工作能量是否能夠負荷這麼龐大數量貨物,這將是公證公司要了解的重點之一。

就一般正常營利事業單位而言,貨物進銷存憑證、紀錄稅務、申報資料及庫存表等資料,將顯示貨物之來源、數量、成本以及利潤,公證公司向被保險人詳細的告知所要準備之資料,但被保險人一直無法提供相關之資料。

公證公司委請 BELFOR-Relectronic 及台灣相關廠商,就標的貨物之來源之查證、台灣或國際間是否尚有市場需求價值或銷售管道,進行詳細之評估。

五、司法實務對本案之看法

(一) 本案據桃園地檢署偵辦 XXX 縱火集團案之起訴書所示,本案為 XXX 指示 XXX、XXX、XXX、XXX 進行尋找建物、承受及投保事宜,XXX、XXX、XXX、XXX、XXX、XXX、XXX 佈置及縱火,XXX、XXX 向 XX 產物公司索領保險金未果,XXX 即於 92 年 9 月 27 日上午 7 時許,在台北市 XXX 路 XXX 號 XX 樓 XX 保險公證人有限公司大門之多數人得共見聞處所,以噴漆噴寫柯王八、去死等文字,侮辱該公司代表人柯富彬,並使 XXX 心生畏懼。上述嫌犯為均係犯刑法第 171 條第 1 項、第 340 條之放火燒毀現未有人所在之他人所有建物、常業詐欺取財等罪嫌;被告彭添祿另犯組織犯

罪條例第 3 條第 1 項前段之指揮犯罪組織罪嫌；另犯刑法第 217 條第 1 項之偽造署押罪嫌及犯刑法第 305 條、第 309 條第 1 項之恐嚇、公然侮辱罪嫌。且眾嫌所犯為構成要件相同之罪名，為連續犯及牽連犯，請依刑法第 56 條或第 55 條之規定論以一罪並加重其刑從一重處斷。

(二) 對於主嫌 XXX 及其胞弟 XXX，指揮犯罪組織，長時間縱火詐領鉅額保險金，嚴重危害社會秩序及保險機制，請量處有期徒刑 15 年，以儆效尤。

(三) 本案以及其他個案依刑事訴訟法第二百五十一條第一項提起公訴。

F5：94 重上更（三）第 119 號

案件描述：XXX（原名 XXX）與 XXX 係同學關係，二人基於合夥之關係，於民國八十五年十二月初某日，推由 XXX 向 XXX 承租鐵架石棉瓦平房，闢為 XX 禮品倉庫，並由 XXX 自任該倉庫負責人。兩人。共同基於自己不法所有之意圖，謀議詐領保險金，於八十五年十二月三十日，共同以 XXX 為被保險人名義，以該倉庫存放之貨物及營業生財為標的，向 XX 產物保險股份有限公司（下稱 XX 保險公司），分別投保新臺幣（下同）六百萬元及二十萬元。再於八十六年四月間，先於該倉庫內置旅行箱（包）二只，其餘則堆置泡棉（含塑膠墊），待時機成熟，即由 XXX 於八十六年五月十三日晚上七、八時，XXX 囑 XXX 先至鄰近太平路 XX 車行打麻將，至同夜十時許離開，而於其間至翌日零時間之某一時點，由 XXX 在該倉庫內中間鐵架下方，點火引燃泡棉、塑膠墊，經悶燒後，於同日零時五十分許引燃大火，燒燬上開未有人所在之福鑫禮品倉庫全部，並延燒同屬無人所在之同路四十八號之新立汽車修配廠，有 XXX 夫婦在內休息之 XX 號 XX 五金行，及自小客車二部，XXX 即推由 XXX 於同日（即五月十四日）上午，向 XX 產物保險公司報案，以備他日正式請求理賠，且於同日，由 XXX 於草屯鎮消防警察分隊製作筆錄時謊稱，其本次火災損失共二百五十萬元，繼於同月二十日在該消防警察分隊製作筆錄時，謊稱上開倉庫內存放旅行包四千個經燒燬。XXX 向保險公司報案後，即由 XX 保險公司派理賠人員會同 XX 公證公司處理中，但因警察機關展開調查，XXX 等人即未正式提出索賠文件，因而詐領保險金未遂。

本案例中保險人試圖透過縱火的方式詐領保險金，並透過浮報損失以期獲得更多的賠償。綜觀整個案件之審理，法院首重於是否涉及公共危險，亦即保險人是否縱火的行為進行調查。於判決理由中提到，對於被告向保險公司報告火災之發生，著手於詐領保險費之行為，已另觸犯第三三九條第一項與第三項之詐欺取財未遂罪。而法官認為，本案例中詐欺取財與縱火之間有方法與結果之關係，應以牽連犯論處，從一重之放火燒毀現有人居住之建築物罪處斷。

車險案例

C1：失竊車賠付後遭客戶領回案例

案情摘要：

近年來陸續發現有保險犯罪集團，利用人頭戶購買高價位車輛，向保險公司投保竊盜險再謊報失竊，意圖詐領保險金。

本案被保險人 XXX 即利用此一犯罪手法，利用購買 BMW 735 I 高價位車輛，並向保險公司投保竊盜險。一個月後向保險公司聲稱停放路邊被竊，俟保險公司賠款後，車主立即通知警方車輛尋獲並要求開立「車輛尋獲證明單」，並迅即持該證明單至監理單位辦理車輛重新領牌及過戶予第三人。

保險公司在對人頭戶追償無果，善意第三人又協調困難的情況下，致竊盜險賠款增加，如此不但嚴重扭曲社會保險資源，更導致廣大的消費者要負擔更多的保費，而成為最終的受害者。

一、案件背景：

（一）本案背景資料：

被保險人：XXX（年齡 30 歲）

車牌號碼：XXXX-XX

車型：BMW 735 I

投保內容：乙式車體險、竊盜損失險保額 429 萬

任意第三人責任保險 200 萬/400 萬/100 萬

保險期間：94/01/03~95/01/03

失竊日期：94.02.03（凌晨 01 時左右）

理賠金額：345 萬

（二）事故發生經過：

被保險人 XXX 自稱於 94.02.02 夜 22：00 時許將被保險汽車停放於台

南市 XXX 路 X 段 XX 號旁，凌晨 01 時左右欲離去時發現被保險汽車已遭竊。

(三) 本賠案理賠經辦雖覺得疑點重重，但查證上證據取得困難祇得簽結賠款，理賠經辦上網公路監理加值網站查詢，發現被保險汽車已於 94.5.24 尋獲，並於 5.31 遭被保險人重新領牌及辦理過戶予第三人。

二、犯罪動機：

因保險標的為高價位車輛，保險金額高達 429 萬，被保險人預謀意圖詐欺而將被保險汽車藏匿，使保險公司在查無實證之情況下，祇得依保險單條款於 45 日內賠付保險金 345 萬，因在如此短期間即可獲得這麼高之理賠金，自然成為保險犯罪集團覬覦之目標。

三、相關疑點及查證經過：

(一) 被保險汽車僅投保一個月即失竊。

(二) 被保險人有賭博及傷害前科，以經營賭場維生且居無定所。

(三) 被保險人在高雄縣湖內鄉地區活動，透過嘉義中古車商 XX 汽車向汎德台中經銷商 XX 汽車購車，購車金額 392 萬，全以現金給付，經了解被保險人僅 28 歲，無正當職業亦無其他投資或收入，其財務背景身分及所得收入根本無能力購買被保險汽車。

四、犯案手法與特徵：

(一) 保險犯罪集團利用人頭購置高價車輛(如雙 B、LEXUS 等)再投保汽車竊盜險，投保後不久就謊報失竊向警方報案並取得「車輛失竊證明單」。

(二) 目前保險公司之實務作業程序為失竊車尋車期逾 30 天仍未尋回時，被保險人於提供車輛失竊證明單、車籍資料等相關文件正本予保險

公司後，即可領得失竊車之保險賠款。惟嗣後被保險汽車若尋回，被保險人仍得以車主身分要求警方開立「車輛尋獲證明單」，並迅即持該證明單至監理單位，以其為車主本人之身分證明辦理車輛重新領牌及異動，買受人若為善意第三人，將使保險公司無法行使其對該車之權利。

五、保險公司因應措施：

- (一) 保險犯罪集團利用人頭購置高價車輛再投保汽車竊盜險，預謀意圖詐欺而將被保險汽車藏匿，實務上查證非常困難。為防制保險犯罪集團利用購買高價位車輛投保竊盜險，再謊報失竊意圖詐領保險金，所以保險公司核保單位針對高價位車輛竊盜險之核保應審慎從嚴，尤其要確實了解被保險人之財務背景，才能嚴格篩選業務品質。
- (二) 保險公司應改善核保之流程。
- (三) 保險公司應落實核保之機制。

六、問題研討

- (一) 車主未出示「車輛失竊證明單」正本之情況下(「車輛失竊證明單」正本已交付保險公司)，仍可取得警方開立「車輛尋獲證明單」。
- (二) 失竊車由警方尋獲時，警方僅通知車主，車主蓄意隱瞞時，保險公司將無法得知。
- (三) 保險公司雖取得「失竊車輛返還請求權讓與契約書」，惟因車輛處於失竊狀態，無法辦理過戶登記，致警方及監理單位無從得知該失竊車輛所有權已讓渡予保險公司。
- (四) 保險公司發現失竊車輛已尋獲，被保險人辦理重新領牌時，保險公司無法請求監理單位暫停辦理車輛異動。

七、司法實務對本案之看法

(一) 被保險人之刑事責任

侵占罪：保險公司於給付保險金後，均要求被保險人簽訂讓與契約書，並將該車所有權依指示交付之方式移轉保險公司所有，被保險人於該車尋獲後，未告知保險公司，逕至警局領取並轉售第三人，應論以刑法第 335 條（普通侵占罪）「意圖為自己或第三人不法之所有，而侵占自己持有他人之物者，處五年以下有期徒刑、拘役或科或併科一仟元以下罰金。」。

(二) 被保險人之民事責任

被保險人應依民法第 184 條之規定「因故意或過失，不法侵害他人之權利者，負損害賠償責任。」負損害賠償之責。

八、建議改善及配合之作業程序

(一) 保險公司：

1. 經保險公司深入查證該案甚為可疑有道德危險之疑慮者或配合檢、警、調偵辦之案件，受理後經研判疑似道德危險賠案時，利用「失竊車理賠通報系統」，即時將承保資料上傳至防制中心。
2. 失竊車通報專責人員應於簽結賠付將相關資料即時上傳至防制中心之「失竊車理賠通報系統」，並檢附「失竊車輛返還請求權讓與契約書」掃描之電子檔上傳至防制中心。

(二) 財團法人防制中心：

1. 建立失竊車賠款資料庫，並與警政署失竊車資料庫及公路監理機關電腦系統連線通報。
2. 由防制中心將失竊車已賠付檔案上傳至警政署失竊車資料庫及公

路監理機關電腦系統，並以欄位顯示目前最新之失竊及理賠紀錄，以便於控管。

3. 利用「失竊車理賠通報系統」，將保險公司傳輸之保險狀態資訊連結公路監理機關資料庫進行「特殊註記」，禁止被保險人(車主)辦理車輛異動。
4. 擔任與警方及公路監理機關之聯繫查詢平台。

(三) 警察機關：

1. 警方「車輛失竊證明單」宜增加「保險公司」之欄位，警方受理民眾報案後，應將承保保險公司名稱輸入，並上傳「警政署失竊車資料庫」建檔。
2. 警方在「車輛尋獲證明單」增列註記保險公司及理賠紀錄之欄位，在開立「車輛尋獲證明單」時查詢失竊車資料庫是否已有理賠紀錄，如有則應註記保險公司及理賠紀錄。
3. 如失竊車係由警方尋獲者，發現查詢失竊車資料庫是否已有理賠紀錄，於發還被保險人(車主)前，先通防制中心。

(四) 公路監理機關：

1. 監理單位在受理車主重新領牌申請或車輛異動時，若發現有「特殊註記」，應禁止車主(被保險人)辦理車輛異動。
2. 提供防制中心查詢失竊車輛重新領牌、異動及其歷史資料。

C2：91 年上更一第 977 號

案由：偽造文書等

案件描述：被告為圖詐領保險金，共同基於意圖為自己不法所有及偽造文書之概括犯意，共組偽造集團，先於民國八十六年持來源不明之汽車出廠證與貨物稅完稅表，並偽造他人名義向台北市監理處領得牌照，足生損害於他人與監理機關管理之正確性。嗣後又於八十六年九月向 xx 產物保險公司投保保險金額新台幣一百二十七萬餘元的竊盜險與車體損失險後，於同年十二月向台北縣警察局土城分局謊報車輛失竊，並向 xx 保險公司辦理保險理賠。

本案中高等法院諭以無罪之判決，認為按犯罪事實應依證據認定之，無證據不得推定其犯罪之事實。根據「罪證有疑，利於被告」之證據法則，即不得遽為不利被告之判決。

C3:93 年易字 2112 號

案件描述：xxx 於民國（下同）九十一年十月三日，以其所有車牌號碼 xx-xxxx 號自小客車（下稱系爭車輛），向 xx 產物保險股份有限公司（下稱 xx 公司）投保汽車竊盜損失險（保險期間自九十一年十月三日起至九十二年十月三日止）。xxx 於九十二年三月三日將該車輛以新臺幣（下同）七十萬元之價格，典當予設在○○市○○區○○路二八四號之 xxx 經營之 xx 當舖，xx 當舖即於同日將該車停放在方啟興所經營，設於○○縣○○鄉○○村○○街一一五號之特約車庫光華車庫內，xxx 明知該車並未遭竊，竟於同年四月八日五時（起訴書誤植為十七時）五十分許，向臺南市警察局第二分局府前派出所，謊稱該車停放在○○市○○區○○路一段一八五號前遭竊，並請求協助偵查竊盜犯罪，而誣告不特定之人涉犯竊盜罪。復意圖為自己不法之所有，於九十二年五月初，向 xx 公司申請汽車失竊保險理賠，填具「汽車肇事賠償給付結案同意書」及「款付第三人同意書」，致 xx 公司陷於錯誤，依約於九十二年六月二十四日將應賠付 xxx 之一百九十一萬零八百元，

匯款至 xxx 所指定之第三人 xx 租賃股份有限公司（下稱 xx 租賃公司），嗣 xx 當舖因 xxx 於九十二年六月八日未依約贖回該車，於翌日向高雄市當舖商業同業公會取得流當證明後，因該車已報失竊，經臺中區監理所註銷牌照，致無法拍賣，經查證始悉上情，xx 公司方知受騙。

台中地方法院認為 xxx 未指定犯人，而向該管公務員誣告犯罪，處有期徒刑參月，如易科罰金，以參佰元折算壹日；又意圖為自己不法之所有，以詐術使人將本人之物交付，處有期徒刑陸月，如易科罰金，以參佰元折算壹日。應執行有期徒刑捌月，如易科罰金，以參佰元折算壹日。

C4：汽車強制險詐領死亡保險金

一、案情摘要：

涉案人洪某係○○產物保險公司從業人員，擔任汽車險理賠員之工作。洪某因交友不慎而有吸毒之惡習，甚至染上毒癮。渠竟意圖為自己或他人不法之所有，尋非法之管道以籌錢購買毒品解癮。即聯絡其大學同窗好友黃某，謀議以偽造之假證件及利用人頭虛設帳戶之方式，借由洪某以負責簽核車險理賠職務之便，盜用投保客戶之車籍資料，並編造多起車禍事故之發生，以詐領強制汽車責任險死亡保險金。

二、案件背景：

（一）本案背景資料：

涉案人：洪某（○○產物保險公司理賠人員）及黃某（犯有逃亡、毒品前科），兩人係大學保險學系之同班同學。

投保內容：盜用被保險人之強制汽車責任險投保資料，保險金額各新台幣（下同）140 萬元。

理賠金額：強制汽車責任險死亡保險金共四件，合計 560 萬元。

（二）事故發生經過：

涉案人洪某與黃某基於概括犯意之聯絡，圖謀以盜用被保險人之投保資料，加以偽造交通事故，其手法係稱被保險人將被保險車輛借予友人

騎乘，而突遭不詳之車輛撞擊，致被保險車輛駕駛人死亡之交通事故。再以捏造之交通意外事故申請理賠及偽造案件所需之相關證明書文等行為分工之手法，陸續詐領四件強制汽車責任險死亡保險金得逞，其分述如下：

1. 民國90年3月某日，盜用被保險人陳○○所投保G○○-○○○機車之強制汽車責任險，並偽造陳○○之假身分為駕駛人，自行以繕打及刻印之方式，偽造交通事故證明書、相驗屍體證明書及戶籍謄本等文件，再以捏造之人頭戶陳○○（受益人）係為死者親屬之名義，向保險公司申請140萬元強制汽車責任險保險金，待匯入人頭戶陳○○帳戶後，即由涉案人黃某持人頭戶之存摺及印章，將贓款提領一空。
2. 同年10月再以同樣手法，盜用被保險人簡○○所投保W○○-○○○機車之強制汽車責任險，以偽造之假身分黃○○為駕駛人，持偽造之死亡車禍相關證件，復以涉案人黃某（受益人）係為死者親屬，向保險公司申請140萬元強制汽車責任險保險金，匯入涉案人黃某之帳戶。
3. 再於91年8月某日，盜用被保險人許○○所投保G○○-○○○機車之強制汽車責任險，以偽造白○○之假身分為駕駛人，向保險公司申請理賠，俟保險金匯入人頭戶之銀行帳戶後，隨即由涉案人黃某持人頭戶之存摺、印章，提領贓款得逞。
4. 92年4月間，又盜用被保險人黃○○所有機車之強制汽車責任險，以假身分之黃○○為駕駛人，以涉案人黃某（受益人）係為死者親屬，向保險公司申請理賠，保險金140萬元則直接匯入涉案人黃某帳戶。

三、相關疑點及查證過程：

- （一）本案因係保險公司內部之理賠人員與外部人員勾結之裡應外合、內賊通外鬼之犯罪型態，故實務上保險公司很難及時發現可疑、察覺弊端。
- （二）本案事故發生經過，多為被保險車輛借予友人（駕駛人），而駕駛人遭不詳之車輛撞擊致死。
- （三）該保險公司理賠主管係在另一賠案審核過程中，依經驗及職業之敏銳，直覺有異，乃調閱該理賠經辦（洪某）所經手處理其他相關或類似之案件，始發現可能有涉及內部員工道德風險之虞。經過濾比對案情相關

之證明書文，發現戶籍謄本資料之死者地址皆為台北市大安區舟山路附近，僅巷弄及門牌號碼不同之些許差別，實不合常理。

- (四) 經逐案聯絡被保險人，向其查證事故之情形及後續處理之經過，惟被保險人皆否認有出借被保險車輛之情事，更無發生任何之交通意外事故。
- (五) 依死者身分證號，透過警政單位過濾詳查，查出身分證號之所有人與死者年籍、姓名等資料均不相符。
- (六) 比對本案戶籍謄本背面蓋印之戶政事務所主任職章，最初不覺有何異狀，經向該戶政機關查證，查出案發當時該主任早已調職，已非現職之主任，始查知事有蹊翹。
- (七) 函文交通隊、地檢署、戶政機關等相關單位作覆證，發現道路交通事故證明書、相驗屍體證明書、戶籍謄本、戶口名簿等證明書文之關防印戳、簽署文字均係偽造。

四、保險公司因應措施：

- (一) 針對此類死亡案件，應落實相關之查證工作：
 - 1. 向現場處理員警詳查人員、車輛之實際損傷情形及送醫過程之處理紀錄。
 - 2. 現場查訪有無目擊事故之證人、是否有殘留交通事故之跡證。
 - 3. 至被保險人、駕駛人或死者家中探訪等，交叉比對當事人之說法，以釐清各項事證。
 - 4. 任何不合理之情形或疑點應確實逐一詳查過濾，案情相關之證明文件除向經辦人詢問外，必要時亦可採直接函文處理單位之方式，以釐清案情之真偽。
 - 5. 針對各類證明文書除向處理單位或核發機關作覆證外，並應建立證明文件之辨識及建檔，以積極之作為，全面防制道德風險案件。
- (二) 全程參與和解：主動積極聯繫雙方當事人，以協助處理和解相關事宜，除可提供被保險人更佳之理賠服務，提昇公司形象外，更可察知有無隱藏背後涉及道德危險之任何可能。
- (三) 落實案件審核：理賠主管應主動積極介入賠案之處理，以引導理賠經辦掌握正確之查證方向，落實對賠案相關當事人之查訪，以避免產生

因僅文件審核所衍生之弊端。

- (四) 內部稽核與道德教育：保險業者除落實加強防制保險詐欺之教育訓練、理賠技能之提昇及建立健全之內稽內控之查核控管機制外，更應重視理賠人員之道德操守及品德紀律之養成教育，以深度強化管理人員處理賠案之正常心態。並主動關心其行為舉止及習慣，關懷其日常之生活起居，及早發現異狀即時加以輔導協助，期能防範於未然。
- (五) 保險詐欺之犯罪手法多藉以投保強制汽車責任險或高額意外險、傷害險之方式，再故意捏造或偽裝掩飾之意外事故，非法詐取保險金。近來此類犯罪模式已有逐漸蔓延之趨勢，並朝集團操弄、組織分工之樣態發展。保險業者自當以更積極的作為，防制保險詐欺之案件。以前端之業務選擇、承保端之核保策略、理賠端之積極查證機制等各種面向，建構資訊交叉查詢平台，來阻斷此一保險詐欺模式。
- (六) 建立保險犯罪資料庫：建立以財團法人防制中心為主軸之保險犯罪資料庫，透過積極整合保險業者之方式，及時掌握線索發現可疑，深入對各類異常或疑似保險詐欺案件相關之情咨收集、資料彙整與案例分析，以架構資訊通報之聯防機制，全面遏阻保險犯罪之發生。

五、犯案手法與特徵：

本案涉案人洪某假擔任車險理賠職務之便，私自盜用客戶之投保資料及存檔之證件，假冒被保險人之名義向其服務之○○產物保險公司申請強制汽車責任險之理賠。犯行持續於90年3月起至92年4月間，犯罪期間更長達兩年以上。洪某基於概括之犯意，聯絡、勾結其大學同學黃某，由黃某提供偽造之道路交通事故證明書、相驗屍體證明書、戶籍謄本、戶口名簿影本，以及偽造假車禍死者姓名之身分證及人頭帳戶等相關資料，作為請領強制汽車責任險理賠金之必備文件而交付予洪某。渠等利用偽造交通意外事故、證明書文，以內賊通外鬼之手法，詐領強制汽車責任險保險金，不法所得竟高達新台幣560萬元之鉅，其犯案手法如下：

- (一) 涉案人黃某為免引人懷疑致事跡敗露，並為順利取得贓款，故以名字不雅為由，多次向戶政機關申請更改姓名後，藉機向多家金融行庫開立帳戶，以利贓款之匯入。
- (二) 犯罪集團慣以套用既有資料加以變造或以常用之手法，從事犯罪行為。

針對類似案件應作案例彙整、案情分析及辨識文件之真偽。只要稍加用心詳查，實不難掌握蛛絲馬跡，找出破綻。

- (三) 本案犯罪集團成員黃某以多次改名之方式，蒙混成不同受益人之假象，保險公司常因未建立保險犯罪資料庫或總歸戶之客戶管理模組，無法覆證索引及時察覺，無法作資料之比對致發生不同案件卻有相同受益人之情形。犯罪集團即利用此類案件保險公司往往較無警戒或流於書面之審核，造成理賠處理之盲點或漏洞，而讓犯罪集團有可乘之機，詐領強制汽車責任險理賠金得逞。

六、本案可能涉及之法律責任：

(一) 刑事責任：

1. 詐欺罪：

涉案人洪某與黃某共謀以不法手段詐領保險金得逞，已觸犯刑法第三百三十九條（普通詐欺罪）第一項「意圖為自己或第三人不法之所有，以詐術使人將本人或第三人之物交付者，處五年以下有期徒刑、拘役或一千元以下罰金。」之詐欺罪。

2. 偽造文書：

涉案人洪某與黃某共謀偽造道路交通事故證明書、相驗屍體證明書、戶籍謄本，假職務之便冒被保險人之名義申請理賠，意圖詐領保險金，已涉及刑法第二百一十一條（偽造變造公文書罪）「偽造、變造公文書，足以生損害公眾或他人者，處一年以上、七年以下有期徒刑」、刑法第二百十六條（行使偽造變造或登載不實之文書罪）「行使第二百十條至第二百五條之文書者，依偽造變造或登載不實事項或使登載不實事項之規定處斷。」

3. 同犯前開二罪者，因有方法目的、原因結果之牽連關係，應從一重之詐欺罪處斷。

(二) 民事責任：

洪某與黃某二人串謀詐領保險金，應依民法第一百八十四條第一項前段「因故意或過失，不法侵害他人之權利者，負損害賠償責任。」及民法第一百八十五條第

一項「數人共同不法侵害他人之權利者，連帶負損害賠償責任，不能知其中孰為加害人者，亦同。」之規定連帶負損害賠償責任。