臺灣橋頭地方法院民事判決

112年度橋保險簡字第2號

原　　告　彭建霖
訴訟代理人　黃泰翔律師
　　蕭意霖律師
被　　告　遠雄人壽保險事業股份有限公司
000000000000000000
法定代理人　孟嘉仁
訴訟代理人　林韋甫律師
　　葉張基律師

上列當事人間請求給付保險金事件，本院於民國112年10月31日言詞辯論終結，判決如下：

主　文

一、被告應給付原告新臺幣132,003元，及自民國111年5月26日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息。

二、訴訟費用新臺幣1,440元由被告負擔。

三、本判決得假執行；但被告如以新臺幣132,003元為原告預供擔保，得免為假執行。

事實及理由

一、原告主張：原告於民國110年7月8日以自己為被保險人向被告投保保單號碼：000000000-0號之「遠雄人壽傳富新終身壽險(110)F15」（下稱系爭主約）附加「遠雄人壽康富醫療健康保險附約RJ1」(下稱系爭A附約)、「遠雄人壽雄安康醫療日額給付傷害保險附約」(下稱系爭B附約，以下與系爭主約及系爭A附約合稱系爭保險契約)，現系爭保險契約均為有效。嗣原告於111年2月22日因下背挫傷併肌腱損傷，右膝十字韌帶內側韌帶損傷(下稱系爭保險事故)，至高雄市立民生醫院（下稱民生醫院）住院治療【含高濃度血小板血漿（Platelet-Rich Plasma（下稱PRP）注射治療】2日，並因而支出住院治療費用新臺幣（下同）120,003元。原告以系爭保險事故為由，於同年3月10日依系爭保險契約向被告申請保

險金，然被告於同年5月26日發函通知原告，並以原告所治療項目，非住院才能完成治療為由，拒絕理賠。爰依系爭保險契約及保險法第34條第2項規定，請求被告給付如附表所示之保險金共132,003元，及自被告拒絕理賠之日起以週年利率10%計算之利息等語，並聲明：㈠被告應給付原告132,003元，及自111年5月26日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息。㈡願供擔保，請准宣告假執行。

二、被告抗辯：依據實務判決及系爭保險契約文義可知，系爭保險契約所約定「住院」之定義係指被保險人因疾病或傷害，經醫師診斷，必須入住醫院時，經正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者。而所謂「經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院」，應以具有相同專業醫師於相同情形通常會診斷具有住院之必要性始屬之。被保險人所接受之PRP注射治療，經被告之顧問醫師認為在門診即可完成，並無住院之必要性。此外，原告住院期間均僅有接受輔助治療，而前開治療透過一般門診施行即可，並無須住院，且原告住院期間亦未有其他併發症及注射後不適之反應，因此原告住院並無必要性，不符合系爭保險契約之約定，是原告請求給付保險金並無理由等語，並聲明：㈠原告之訴駁回。㈡如受不利判決，願供擔保，請准宣告免為假執行。

三、本院之判斷：

㈠兩造不爭執之事項（見本院卷第9至13頁、第162頁及第275頁）：

1.原告於110年7月8日以自己為被保險人向被告投保系爭保險契約，現系爭保險契約均為有效。

2.原告於111年2月22日因系爭保險事故，至民生醫院住院治療2日，並因而支出住院治療費用120,003元。

3.原告以系爭保險事故為由，於111年3月10日依系爭保險契約向被告申請保險金，被告於同年5月26日發函通知原告，並以原告所治療項目，非住院才能完成治療為由，拒絕理賠。

4.如認原告得依系爭保險契約請求給付保險金，其各項金額如

附表所示，合計132,003元。

㈡本件之爭點在於，原告因系爭保險事故至民生醫院所為之住院治療，是否有住院必要性？析述如下：

1.系爭保險契約之文字有無疑義？

⑴按解釋契約，如契約文字已表示當事人之真意，無須別事探求者，即無須反捨契約文字而更為曲解。是以，倘契約約定明確，其內容又無違反公序良俗、強制規定，或顯然違反誠信原則之情形，當事人即應受契約約定之拘束（最高法院97年度台上字第1676號判決意旨參照）。

⑵按本附約所稱「住院」係指被保險人經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者，但不包含日間住院，系爭A附約第2條第6項定有明文。次按本附約所稱「住院」係指被保險人經醫師診斷其意外傷害事故必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者，系爭B附約第3條第6項亦有明文。

⑶細繹前開系爭A、B附約之條款，此二附約「住院」之定義均包含「必須入住醫院」之要件，故解釋上應以被保險人接受有「住院必要性」之住院診療，為依系爭A、B給付保險金之前提，不包含不必要之住院，此部分之契約內容並無疑義。惟「經醫師診斷」之要件，遍觀系爭保險契約全文，並未進一步明訂究竟是以經何醫師診斷之結果為準，才屬於「必要」。在此情形下，系爭A、B附約即有數種可能之解釋方向，堪認前開系爭A、B附約之條款，關於「經醫師診斷」之要件部分，顯有疑義。

2.系爭保險契約條款可能之解釋方向為何？

⑴原告主張：有無住院必要性，應以親自診治之醫師，依其專業知識就當時之病情判斷為已足，無須經過其他醫師判斷。倘若保險契約欲約定須經其他醫師判斷，應於保險契約條款中載明如「經本公司委託之特約醫院或醫師認定有住院診療必要」等語之意旨，系爭A、B附約既無如上之記載，被告自不得徒以通案性之文獻概論，由其他未親自診治原告之醫師

否定原告住院之必要性等語（見本院卷第17至19頁），原告前開主張，即為學理上之住院必要性「主觀說」（以下逕稱「主觀說」）。

⑵被告則抗辯：「經醫師診斷」之要件，除了親自診治原告之醫師認為有住院之必要以外，更應以具有相同專業之醫師，於相同情形下，通常認為具有住院之必要性始屬之等語（見本院卷第164至165頁），此即為學理上之住院必要性「客觀說」或「一般醫學水準判斷說」（以下逕稱「客觀說」）。此外，被告另抗辯：縱使採取較寬鬆之認定方式，認為原則上應以診治原告之醫師的判斷為準，惟於其判斷顯然不符一般醫理或醫療常規時，被告仍得以其他相同專業醫師之判斷將實際診治醫師之判斷推翻等語（見本院卷第336至337頁），此乃學理上之住院必要性「修正主觀說」（以下逕稱「修正主觀說」）。

3.本院採取「主觀說」之原因：

⑴按保險契約率皆為定型化契約，被保險人鮮有依其要求變更契約約定之餘地；又因社會之變遷，保險市場之競爭，各類保險推陳出新，故於保險契約之解釋，應本諸保險之本質及機能為探求，並應注意誠信原則之適用，倘有疑義時，應為有利於被保險人之解釋（保險法第54條第2項參照），以免保險人變相限縮其保險範圍，逃避應負之契約責任，獲取不當之保險費利益，致喪失保險應有之功能，及影響保險市場之正常發展（最高法院92年度台上字第2710號判決意旨參照）。又保險法第54條第2項之不明確條款解釋原則，係源自於法諺「若有疑義，反對擬文者」（in dubio contra stipulatorem），於條款有疑義時，要作對擬文者不利益的解釋。然而，若保險定型化契約條款發生疑義時，一味地作對保險人不利的解釋，導致保險人的承保範圍與理賠基礎遭受過大的變動，可能影響到保險團體當中的其他被保險人權益。故不能一律將疑義反對擬文者，應該先以誠信原則加以解釋，若仍無法確定該條款之意義，再適用「若有疑義，反

對擬文者」之原則，作不利於保險人的解釋，先予敘明。

⑵按保險制度基本上係以承擔危險、消化損失為目的，因此只要係可承保之危險，原則上皆可以透過精算與法律關係之設計而創設。另保險制度係利用大數法則以分散風險，在保險公司之專業精算下，藉由承擔社會共同團體之共同風險，在對價平衡原則下，經「主管機關核定」之費率、保險單條款後，而銷售保單收取保險費，並對發生保險事故之被保險人給付保險金。故「保險費之費率」及「承保範圍之對價性」，均係經由專業之精算程序及「主管機關核准」後，據為銷售。而保險人不可能承擔漫無限制之危險，唯有經「限定之危險」方屬保險人所承擔，亦即要保人所給付之保險費，與保險人所承擔之危險形成一對價關係，在保險期間維持平衡狀態。據上，保險人本係就其「承保之範圍及不保事項」，「精算其收受之保險費」，此即保險制度之對價平衡原則。至所謂「最大善意原則」之概念與我國民法之誠信原則本質相似，但係來自於英美契約法，而該原則具有相互性（reciprocity），雙方應秉於最大之善意締結契約。在最大善意原則下，被保險人負有先契約義務（preliminary duty），應將重要事實告知保險人。揆諸前開說明，「主觀說」、「修正主觀說」與「客觀說」等學理爭議之本質，乃在保險契約之對價平衡原則與最大善意原則衝突之情形下，所為之價值取捨。換言之，「客觀說」乃基於捍衛保險契約對價平衡原則之立場，嚴格恪遵被保險人之住院診療，必須為一般醫理所認同，以免被保險人實際上接受了非保險人所預期之住院診療，卻向保險人請求保險給付，進而損及保險危險團體之利益。另「修正主觀說」則係原則上尊重親自診治醫師之判斷，但於其判斷與一般醫理「相差過遠」時，仍能推翻親自診治醫師之判斷，堪認係對價平衡原則之緩和，而學理上認為此說之優點，在於可以有效避免「主觀說」易產生道德危險之流弊（參照葉啟洲，106年，保險法判決案例研析㈡，第222頁，元照）。然而，「主觀說」雖認為

「經醫師診斷」之要件，僅參考被保險人診治醫師之判斷為已足，蓋實際診治醫師才是對於被保險人病情知之最詳之人，並無參考其他醫師判斷之必要。惟並不代表「主觀說」必然會引發道德危險，蓋要保人或被保險人與醫師共謀詐害保險人之情形，已然屬於刑法詐欺罪之處罰範圍，無論在住院必要性上採取何種理論基礎，均不容許此情事發生。故即便採取「主觀說」之見解，在被保險人之醫師非基於其醫學上之判斷，僅為詐領保險金而蓄意安排被保險人住院之情形，仍會因要保人、被保險人及醫師係從事詐欺行為等原因，否准要保人、被保險人之保險金給付請求，是「主觀說」亦無法造成眾多要保人、被保險人紛紛向保險人詐領保險金得逞之結果。從而，依據「主觀說」之觀點，只要要保人、被保險人並未違反最大善意原則或誠信原則，而無蓄意詐領保險金之道德危險問題，僅係因被保險人之診治醫師作了不同於一般醫理的判斷，而使保險人事實上承擔有違對價平衡原則之風險，則此時對價平衡原則應予退讓，只要被保險人仍為善意，即應給付保險金。

⑶相類似的爭議，亦可見於保險法第127條之解釋方向。例如健康保險之要保人、被保險人於保險契約訂立時雖已在疾病中，但其自身對於是項疾病亦不可得而知（如被保險人不知悉自己有先天心臟病或被保險人處於癌症初期但症狀極不明顯）而未告知保險人時。學理上認為應參考保險法第51條第1項但書之精神，僅於要保人、被保險人於保險契約訂立時，對疾病之存在明知或可得而知，保險人方得依保險法第127條主張免責，但於不可得而知之情形，被保險人自非故意違反最大善意原則，保險人仍應負保險責任（參照汪信君，110年，思覺失調症投保終身壽險附加住院醫療保險附約，月旦法學教室，第223期，第23至26頁）。最高法院90年度台上字第89號民事裁定：「保險法第127條所謂被保險人已在疾病中者，係指疾病已有外表可見之徵象，在客觀上被保險人不能諉為不知之情況」之意旨，即屬前開法理之體

現。是以，在要保人、被保險人已經恪遵最大善意原則、誠信原則，但仍然使保險人負擔違反對價平衡原則之責任時，對價平衡原則須予以退讓，乃學說及實務所共同肯認之結論。

⑷釋字第767號解釋「常見且可預期之藥物不良反應不得申請藥害救濟案」中，湯德宗大法官於不同意見書中以：「普羅大眾之所以為普羅大眾，正因為其終究難以『超凡入聖』」等語，表示一般人民對於具備專業性之醫藥問題，係難以理解，並難以預見。同理，一般病患至醫院看診時，大多相信診治醫師之專業，醫師給予如服藥、住院甚至手術之醫療處置意見，病患多只有聽從並遵照指示一途。如有複數醫師給予不同之醫療處置意見，病患已難以判斷何者對於自己之身體健康較為有利，遑論判斷何醫師之醫療處置較符合「一般醫理」？倘若被保險人所信任之醫師，採取較有利於被保險人之醫療處置，而從寬囑咐被保險人住院，在「客觀說」及「修正主觀說」之前提下，竟要求被保險人自己承擔無法請求保險金之風險，實不合理。

⑸再者，資源豐富、財力雄厚，並具有法律、金融、風險控制專業的被告，如欲以「客觀說」之方式履行保險契約，依據契約自由原則，並無不許之理，惟自應於締約前在保險契約中關於住院必要性之條款載明如「經本公司委託之特約醫院或醫師認定有住院診療必要」等語之意旨，並由業務員向要保人加以說明，以明確化契約及法律關係，使相對較無保險專業之要保人，得以理解其所投保之保險契約可能有住院後遭拒賠之可能性。被告捨此而不為，反而先以曖昧不明的文字，與原告締結系爭保險契約，待系爭保險事故發生後再採取「客觀說」之不利見解規避保險金給付責任，實不足取。

⑹按保險人就下列事項，不予保險給付：……三、使用經事前審查，非屬醫療必要之診療服務或藥物，全民健康保險法第53條第3款定有明文。被告雖抗辯：依據全民健康保險法第53條第3款之規定，在經過醫師審核認為可能缺乏必要性之情

形下，全民健康保險也可以拒絕給予醫師醫療行為的費用，故本件應為相同之認定等語（見本院卷第327頁）。惟查，姑且不論全民健康保險為社會保險，與被告所承保之商業保險，制度目的非屬相同。且該條文有事前審查制度為配套措施，在必須使用少部分之醫療服務、藥品及醫療器材時，先由醫事服務機構向全民健康保險署（下稱健保署）提出事前申請，健保署再委請相關專科之醫藥專家針對申請資料進行審查，堪認已使欲使用前開醫療服務、藥品及醫療器材之醫師或病患，得以事前知悉有無必要性，此與本件原告先聽從醫師指示住院，事後突然遭被告告知不得請求保險給付之情形，有所不同，無法比附援引，是被告此部分之辯解，並不足採信。

⑺從而，本院斟酌誠信原則與保險法第54條第2項之不明確條款解釋原則後，認為應採取「主觀說」為當。

4.原告依據「主觀說」得請求保險給付：

⑴經查，原告於111年2月22日因系爭保險事故，至民生醫院治療時，經訴外人即其診治醫師林威成（下稱林威成醫師）判斷因施打PRP需至開刀房，故安排住院治療，合理之住院為2至3日等語，此有原告之病歷摘要回覆單1份在卷可稽（見本院卷第311頁），堪認原告施打PRP有住院2至3日之必要，係經其診治醫師所為之專業判斷。

⑵次查，本院於111年10月31日言詞辯論時，當庭訊問：被告是否認為原告有與醫師共謀詐領保險金之嫌疑？經被告答稱：被告不認為本件原告有與醫師共謀詐領保險金之嫌疑，僅係認為原告主治醫師之處置顯然與一般醫療常規不相符合等語（見本院卷第326頁）。堪認被告亦不認為本件原告請求保險金之行為，有何道德危險存在。此外，經原告之訴訟代理人確認後，表示原告確實無醫療相關背景（見本院卷第333頁）。是以，以原告非醫療專業人士之智識水準，並不可能於接受治療時，判斷其診治醫師之作法是否符合「一般醫理」。

⑶然而，經本院向財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院（下稱高醫醫院）發函詢問，原告施打PRP是否有住院之必要，高醫醫院雖回函表示：依原告之病歷紀錄，其住院應為要施打PRP；一般而言，施打PRP無需住院，但因個案主訴有下背痛，若其施打PRP需放射線指引，則需進入開刀房注射，此時有可能為門診受術或住院等語，此有高醫醫院112年9月1日高醫附法字第1120106284號函1份在卷供參（見本院卷第285頁）。惟依據「主觀說」之見解，原告既無與醫師共謀詐領保險金，或依其智識水準明知無住院必要性仍容任醫師安排住院之道德危險，則依據民生醫院林威成醫師之專業判斷為已足，高醫醫院之判斷為何，即與本件無關。

⑷從而，在「主觀說」的法律見解下，原告於111年2月22日因系爭保險事故，至民生醫院住院治療2日，確有住院治療之必要性，且被告陳稱如認原告請求有理由，對原告請求之保險金金額為132,003元不爭執（見本院卷第275頁），原告請求被告給付前揭保險金，核屬有據。

四、綜上所述，原告依系爭保險契約及保險法第34條第2項規定，請求被告給付原告132,003元，及自111年5月26日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息，為有理由，應予准許。

五、本件係就民事訴訟法第427條訴訟適用簡易程序所為被告敗訴之判決，應依同法第389條第1項第3款規定，依職權宣告假執行。另依同法第436條第2項、第392條第2項規定，依職權宣告被告如預供擔保，得免為假執行。至原告雖陳明願供擔保，請准宣告假執行，惟此乃促使法院之注意而已，併此敘明。

六、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及所提之證據，經本院審酌後，於本件判決結果不生影響，爰不逐一論駁。另被告雖聲請囑託長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院鑑定原告之住院必要性，然本院既採取「主觀說」之法律見解，則其他非親自診治原告之醫師的專業判斷，自無調查之必

要，併予敘明。

七、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第78條。本件訴訟費用額為裁判費1,440元，確定如主文第二項所示之金額。

中　　華　　民　　國　　112　　年　　11　　月　　23　　日

橋頭簡易庭　法　官　蔡凌宇

以上正本係照原本作成。

如不服本判決，應於送達後20日內，向本院提出上訴狀並表明上訴理由，如於本判決宣示後送達前提起上訴者，應於判決送達後20日內補提上訴理由書（須附繕本）。

中　　華　　民　　國　　112　　年　　11　　月　　23　　日

書記官　郭力瑋

附表：

編號	項目	金額（新臺幣）	依據
1.	住院日額保險金	2,000元(計算式：住院日額1,000元×住院2日=2,000元)。	系爭A附約第8條
2.	住院醫療輔助保險金	1,000元(計算式：500元×住院2日=1,000元)	系爭A附約第9條
3.	住院慰問金	7,000元(計算式：住院日額1,000元×7倍=7,000元)。	系爭A附約第10條
4.	住院醫療費用	120,003元	醫療費用收據及系爭A附約第11條
5.	傷害醫療保險金	2,000元(計算式：傷害醫療保險金日額1,000元×住院2日=2,000元)。	系爭B附約第7條
		合計：132,003元。	