臺灣彰化地方法院彰化簡易庭小額民事判決

112年度彰保險小字第2號

原　　告　梁榮德

訴訟代理人　劉坤和

被　　告　全球人壽保險股份有限公司

000000000000000000

法定代理人　林文惠

訴訟代理人　林子凡

上列當事人間請求給付保險金事件，本院於民國113年2月21日言詞辯論終結，判決如下：

主　　文

原告之訴駁回。

訴訟費用新臺幣1,000元由原告負擔。

理由要領

壹、程序部分

按訴狀送達後，原告不得將原訴變更或追加他訴，但請求之基礎事實同一、擴張或減縮應受判決事項之聲明者，不在此限，民事訴訟法第255條第1項第2款、第3款定有明文。查原告原起訴聲明：被告應給付原告新臺幣（下同）42,145元，及自民國111年10月3日起至清償日止，按週年利率百分之10計算之利息，於訴訟進行中變更訴之聲明：被告應給付原告51,340元，及自民事準備書狀繕本送達翌日起至清償日止，按週年利率百分之10計算之利息（本院卷第215頁），核與上開規定相符，應予准許。

貳、實體部分：

一、原告主張：

㈠原告於89年12月29日與訴外人國華人壽保險股份有限公司（下稱國華公司）簽立「定期終身壽險契約」（保單號碼：C0000000，並附加國華人壽意外傷害醫療保險金、國華人壽平安保險附約、國華人壽溫馨防癌終身健康保險附約及國華人壽安心住院醫療日額給付終身保險附約(甲型)（下稱系爭

安心住院附約），復於90年4月11日加保國華新住院醫療保險附約(NHR)(下稱系爭新住院附約)，嗣由被告於102年3月30日依金融機構合併法概括承受國華公司。

㈡原告於111年8月6日在冠華醫院接受左手肘腫瘤切除及縫合手術，同年月7日至同年月19日因急診至彰化基督教醫院就診並住院，共計13日，住院期間之同年月9日、16日因左前臂傷口感染而接受清創及筋膜切開手術、區域筋膜切除手術，請求被告給付保險金：

1.依系爭安心住院附約條款第13條約定，原告接受之區域筋膜切開術未列於「外科手術名稱及倍數表」中，應由兩造協議比照該表內程度相當的手術項目給付比率、核算金額，而依被告於100年公布之手術項目表中，與區域筋膜切開術同級之手術有橈骨頭切除術、杵狀足解除術、肌腱固定術、肌肉修補術(四肢)等，理賠倍數均為10倍，是本件應比照肌肉修補術(四肢)之理賠方式（即住院手術給付基數1,000元、倍數10倍）理賠，被告應給付原告43,000元，計算式如下：

⑴住院醫療日額保險金：1,000元×13日=13,000元

⑵出院後療養保險金：(1,000元×13日)÷2=6,500元

⑶住院前後門診保險金：1,000元÷4×4=1,000元

⑷住院當日急診保險金：1,000元÷2=500元

⑸門診外科手術：1,000元×2=2,000元

⑹住院外科手術：1,000元×10×2次=20,000元

⑺合計43,000元。

2.依系爭新住院附約條款第13條約定，被保險人對於住院手術和住院醫療之理賠應以實支實付或定額給付擇優理賠，即原告每日住院醫療日額乘以實際住院日數，為被告應給付之住院醫療保險金；住院手術費用則按未檢附醫療收據者以百分率核算有利於被保險人即原告之金額，本件原告係以社會保險保險對象身份接受診療，是計算式如下：

⑴每日病房費：700元×13日=9,100元

⑵每日住院醫療日額：625元×13日=8,125元

⑶門診外科手術(實支實付)：260元

⑷住院外科手術：35,000×50%×2次=35,000元

⑸合計52,475元。

㈢綜上，被告總理賠金額應為95,475元（計算式：43,000+52,475=95,475元），扣除被告已給付之44,135元，被告應給付原告51,340元及利息，爰依系爭安心住院附約、新住院附約之法律關係提起本件訴訟。並聲明如前開變更聲明。

二、被告則以：

㈠系爭安心住院附約住院外科手術部分：原告所稱被告於100年公布之手術項目表為「全球人壽手術給付健康保險附約」，與原告所投保之系爭安心住院附約屬不同商品，亦非原告投保內容，無法兩相比照核付。是原告接受之清創及筋膜切開術應比照健保給付之肌腱切開或筋膜切開手術；原告接受之區域筋膜切除手術應比照健保給付之區域筋膜切除手術，兩項手術各核定給付5,000元，共計10,000元，故被告核付原告住院外科手術費用之保險金額為10,000元，並無違誤，其餘他項金額被告均已依原告請求如數核付。

㈡系爭新住院附約部分：

1.每日病房費用：依系爭新住院附約條款第7、15條約定，僅住院期間內發生且未獲社會保險給付之病房費及膳食費，始得請求保險金，最高給付金額以每日病房費用保險金限額為限，原告提出之111年8月19日彰基醫院住院收據，其病房費全數由健保負擔，僅膳食費2,280元為自費，是被告核付保險金額為2,280元並無違誤。

2.每日住院醫療日額：依系爭新住院附約條款第13條約定，被保險人未具有醫療費用明細表及正本收據時，始有換算日額住院醫療保險金之必要，且同一次住院期間，被保險人僅能就日額住院醫療保險金或實支實付保險金擇一申請。本件原告既已檢附相關醫療收據，自係依實支實付方式計算，而原告已依第7、8、11條領取相關住院醫療保險金，自無從再請求以日額方式計算住院醫療保險金，況被告以原告提出之全

部醫療收據核算住院醫療費用保險金及門診外科手術費用保險金，分別給付8,495元、360元，均已優於原告請求之金額。

3.住院外科手術：本件原告既依上開約定選擇實支實付方式計算保險金額，則應提出實際支出自費手術費用之醫療收據供被告核算，然被告未提出任何住院手術之收據，被告自無須給付此部分費用。

㈢並聲明：原告之訴駁回。

三、得心證之理由：

㈠原告主張其與被告簽立系爭安心住院附約、新住院附約；原告於111年8月6日因左手肘腫瘤，在冠華醫院接受腫瘤切除及縫合手術；於同年月9日、同年月16日，因左前臂傷口感染，在彰化基督教醫院接受清創及筋膜切開手術、區域筋膜切除手術，被告已理賠之44,135元等情，有國華人壽保險單、保險理賠爭議申訴申請書、保險金理賠給付通知書、系爭安心住院附約、系爭新住院附約、診斷證明書、住院收據、門診收據等件在卷可參（本院卷第25至115、139至187頁），且為被告所不爭執，應堪採信。

㈡原告主張依系爭安心住院附約請求合計43,000元部分，被告業已給付33,000元，差額在於原告主張住院外科手術之倍率為10倍，被告抗辯為5倍。原告雖主張依被告於100年公布之手術項目表中（本院卷第75頁），與區域筋膜切開術同級之手術有橈骨頭切除術、杵狀足解除術、肌腱固定術、肌肉修補術(四肢)等，理賠倍數均為10倍，是本件應比照肌肉修補術(四肢)之理賠方式（即住院手術給付基數1,000元、倍數10倍）理賠，惟原告主張之手術項目表與系爭安心住院附約為不同商品，且原告主張之橈骨頭切除術、杵狀足解除術、肌腱固定術、肌肉修補術(四肢)等均無列載在系爭安心住院附約附表一項目內（本院卷第149、150頁），則原告主張住院外科手術之倍率為10倍，尚屬無據。

㈢系爭新住院附約部分：

1.依系爭新住院附約第15條約定，第7條至第11條約定之保險金，被保險人已獲得社會保險給付的部分，本公司不予給付保險金（本院卷第158頁），參酌原告就醫之收據（本院卷第173頁），原告之病房費用均為健保給付項目，依前開規定，原告請求每日病房費，自屬無據。

2.依系爭新住院附約第13條約定「同一次住院期間，被保險人僅能就本附約之日額住院醫療保險金或第7條至第12條之保險金擇一申請」（本院卷第158頁），即被保險人僅能就「日額給付」（系爭新住院附約第13條）或「實支實付」（系爭新住院附約第7至第12條）擇一請領。則本件原告就門診外科手術、住院醫療費均係以實支實付方式請求，可知原告自主選擇本件以「實支實付」之請求方式，則原告另請求每日住院醫療日額、住院外科手術費用，即屬無據。

四、綜上，原告依依系爭安心住院附約、新住院附約之法律關係，請求被告賠償51,340元，及自民事準備書狀繕本送達翌日起至清償日止，按週年利率百分之10計算之利息，為無理由，應予駁回。

五、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及所提證據，經核與判決結果均無影響，爰不一一論列，併此敘明。

六、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第78條。

中　　華　　民　　國　　113　　年　　3　　月　　20　　日

臺灣彰化地方法院彰化簡易庭

法　官　簡鈺昕

以上正本係照原本作成。

如不服本判決，應於判決送達後20日內，以其違背法令為理由（表明判決所違背之法令及其具體內容，與依訴訟資料可認為判決有違背法令之具體事實），向本院提出上訴狀，並按應送達於他造之人數提出繕本或影本，及繳納第二審裁判費。

中　　華　　民　　國　　113　　年　　3　　月　　20　　日

書記官　林嘉賢