臺灣彰化地方法院彰化簡易庭民事判決

115年度彰保險小字第5號

原　　告　何益吉

被　　告　台灣人壽保險股份有限公司

000000000000000000

法定代理人　許舒博

訴訟代理人　洪佩雲律師

上列當事人間請求給付保險金事件，本院於民國115年10月5日言詞辯論終結，判決如下：

主　　文

一、被告應給付原告新臺幣3萬2,000元，及自民國114年2月2日起至清償日止，按週年利率百分之10計算之利息。

二、訴訟費用新臺幣2,200元由被告負擔；被告應給付原告訴訟費用新臺幣1,600元，及自本判決確定翌日起至訴訟費用清償日止，按週年利率百分之5計算之利息。

三、本判決得假執行；但被告如以新臺幣3萬2,000元為原告預供擔保，得免為假執行。

事實及理由

一、原告以自己為要保人兼被保險人，向被告投保「台灣人壽珍好心180照護終身健康保險」、「台灣人壽新住院醫療保險附約（計劃一）」（下稱新住院保單），且保險期間為民國109年6月23日至182年6月23日；嗣原告因罹患右側腕隧道症候群之疾病，遂於113年12月12日至113年12月13日在秀傳紀念醫院住院及接受右腕正中神經減壓手術，與施打「高濃度血小板血漿（PRP）注射治療」（即血球細胞分離器；下稱系爭注射），而自費支出系爭注射醫療費新臺幣（下同）3萬2,000元；後原告向被告申請理賠，被告乃於114年1月10日、114年2月14日依新住院保單，給付住院病房費用保險金2,000元、住院醫療費用保險金1萬6,179元（即：8,361元＋7,818元＝1萬6,179元）、住院前後門診費用保險金380元給原告，然並未就系爭注射醫療費給付住院醫療費用保險金3

萬2,000元等事實，有保險單、要保書、新住院保單、該醫院之診斷證明書與住院收據（副本）、自費同意書、保險金理賠通知書在卷可稽（見本院卷第29、177至195、201、203、205、208、215頁），應屬真實。

二、原告就其自費支出之系爭注射醫療費3萬2,000元，依新住院保單第5條第1項第2款、第5款之約定，請求被告給付住院醫療費用保險金3萬2,000元，有無理由？

（一）按保險契約之解釋，應探求契約當事人之真意，不得拘泥於所用之文字；如有疑義時，以作有利於被保險人之解釋為原則，保險法第54條第2項、新住院保單第1條第2項定有明文（見本院卷第75頁）。又解釋契約，固須探求當事人立約時之真意，不能拘泥於契約之文字，但契約文字業已表示當事人真意，無須別事探求者，即不得反捨契約文字而更為曲解（最高法院98年度台上字第791號判決意旨參照）。因此，倘契約文字之意思已明確時，因其已足表彰當事人訂約時之意思，關於當事人間權利義務之解釋，自依外顯文字即可，無需另探求當事人之真意，否則倘二者生有矛盾，反生困擾，亦予意圖反悔之當事人不依契約文字約定履行之遁辭。

（二）新住院保單第2條【名詞定義】第8款前段已約定：「『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。」，而新住院保單第5條【住院醫療費用保險金之給付】第1項第5款亦約定：「被保險人因第3條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院或接受門診外科手術診療時，本公司按被保險人住院期間內或接受門診外科手術時所發生，且依全民健康保險規定其保險對象應自行負擔及不屬全民健康保險給付範圍之『超過全民健康保險給付之住院醫療費用』核付。」（見本院卷第75、77頁），則新住院保單第5條第1項第5款之「超過全民健康保險給付之住院醫療費用」既已記載「住院」，則自應符合新住院保單第2條

第8款前段之「住院」定義，即「必須入住醫院」在醫院接受診療所生之醫療費用，始屬新住院保單第5條第1項第5款之「住院醫療費用」。

（三）原告因罹患前揭疾病，遂於113年12月12日至113年12月13日在秀傳紀念醫院住院及接受右腕正中神經減壓手術一節，業如前述；又該醫院115年7月28日函已記載：「正中神經減壓手術學理上可採局部麻醉或全身麻醉，因每位病患神經壓迫狀況不同，臨床上會給予不同麻醉建議。鑑於原告年僅31歲，非屬於常見腕隧道症候群好發年紀，故術中除進行隧道鬆懈外，尚需進行深度探查與廣泛性正中神經鬆懈，而局部麻醉無法提供足夠止痛與配合度，故於評估後採全身麻醉進行。」（見本院卷第285頁），則經全身麻醉之原告自有於術後在該醫院住院回復、觀察之需求，且依護理紀錄所載（見本院卷第299、300頁），原告亦確於住院時在傷口出現抽痛不適，疼痛分數為4分，而經該醫院開立Ketorolac tromethamine之藥物給原告使用，同足佐證原告有在該醫院住院觀察之必要；況且，依前所述，被告已理賠住院病房費用保險金2,000元、住院醫療費用保險金1萬6,179元給原告，而依新住院保單第4條、第5條之約定（見本院卷第77頁），住院病房費用保險金與住院醫療費用保險金之給付既同以新住院保單第2條第8款前段之「住院」（即：「…必須入住醫院…」）為要件，則已理賠住院病房費用保險金2,000元、住院醫療費用保險金1萬6,179元給原告之被告自亦是認原告有在該醫院住院之必要。因此，堪認原告於113年12月12日至113年12月13日在該醫院住院，已符合新住院保單第5條第1項第5款、第2條第8款前段之「住院」要件，即具「必須入住醫院」之必要性，被告抗辯：原告無入住該醫院之必要等語（見本院卷第172、173頁），並非可信。

（四）依前所述，原告因罹患前揭疾病，遂於113年12月12日至113年12月13日之期間在秀傳紀念醫院住院及接受右腕正中

神經減壓手術，並已符合新住院保單第2條第8款前段之「住院」要件，且依住院收據所示（見本院卷第201頁），原告於該期間復是以全民健康保險之保險對象身分住院，可見原告已符合新住院保單第5條第1項5款「被保險人因第3條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院…時…」之約定；又原告於該醫院住院期間為治療前揭疾病，而經施打系爭注射一節，業經本院說明如上，且經本院函詢該醫院後，該醫院亦函復：「處置創傷部位注射高濃度PRP，是為減少術後組織沾黏，並促進受壓迫正中神經之修復與再生」，有該醫院115年7月28日函附卷可憑（見本院卷第285頁），可見原告所接受之系爭注射是經該醫院專業判斷後所實行施打，並有助於原告所受前揭疾病之修復，故堪認原告自費支出之系爭注射醫療費3萬2,000元確為治療前揭疾病而花費，而已符合新住院保單第5條第1項第5款「…本公司按被保險人住院期間內…所發生，且依全民健康保險規定其保險對象應自行負擔及不屬全民健康保險給付範圍之『超過全民健康保險給付之住院醫療費用』」之約定。從而，依新住院保單第5條第1項第5款之約定，被告自應就原告為治療前揭疾病而自費支出之系爭注射醫療費3萬2,000元，理賠住院醫療費用保險金3萬2,000元給原告。

（五）被告固辯稱：原告支出之系爭注射醫療費3萬2,000元並不符合醫療常規及醫療必要性，所以不得請求其給付住院醫療費用保險金3萬2,000元等語（見本院卷第173至175頁），並提出財團法人金融消費評議中心114年評字第2155號評議書為證（見本院卷第153至159頁），然新住院保單第5條第1項第5款僅約定：「被保險人因第3條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院或接受門診外科手術診療時，本公司按被保險人住院期間內或接受門診外科手術時所發生，且依全民健康保險規定其保險對象應自行負擔及不屬全民健康保險給付範圍之『超過全民健康保險給

付之住院醫療費用』核付。」（見本院卷第77頁），並未記載「需符合醫療常規」、「需具醫療必要性」或「需符合具有相同專業醫師於相同情形通常會診斷具有醫療必要性」等類似文字，可見新住院保單第5條第1項第5款之約定文義已甚明確，並無任何疑義，自無以前揭類似文字限制原告請求之解釋空間。因此，被保險人即原告於符合新住院保單第5條第1項第5款之要件時，保險人即被告即應就原告所支出超過全民健康保險給付之實際住院醫療費用，給付住院醫療費用保險金予原告，而不應使原告受前揭類似文字之限制，故被告以「需符合醫療常規及醫療必要性」之文字限制原告請求住院醫療費用保險金，實與新住院保單第5條第1項第5款之約定文義不符，且逾越保險契約解釋範圍，已屬無據；況且，依前所述，原告經主治之秀傳紀念醫院臨床專業判斷後，已認有以系爭注射治療原告之需求（見本院卷第285頁），故尚難遽認以系爭注射治療原告所罹患之前揭疾病毫無療效。因此，被告上開所辯，不足採信。

（六）被告雖辯稱：原告另有向遠雄人壽保險事業股份有限公司（下稱遠雄公司）投保屬於實支實付型醫療保險之「遠雄人壽真安心醫療保險附約」，並已就系爭注射醫療費3萬2,000元，從遠雄公司獲得該附約之住院醫療費用保險金3萬2,000元，所以依保險法第38條之規定，基於損害填補原則，為防止被保險人不當得利，原告不得向其重複請求理賠關於系爭注射醫療費3萬2,000元之住院醫療費用保險金3萬2,000元等語（見本院卷第427、428、467至470頁），惟查：

1、要保人何德慶於88年4月28日以原告為被保險人，向遠雄公司投保具實支實付型醫療保險性質之「遠雄人壽真安心醫療保險附約」，並已就系爭注射醫療費3萬2,000元，於114年1月9日從遠雄公司獲得該附約之住院醫療費用保險金3萬2,000元等情，有遠雄公司115年8月10日與115年9月

14日函在卷可稽（見本院卷第329、369至394頁），應屬真實。

2、依要保書所示（見本院卷第177、184頁），原告於109年6月23日向被告投保新住院保單時，即已誠實告知被告關於「原告曾於88年4月向遠雄公司投保實支實付型醫療保險」一事，並無隱瞞，且被告已陳稱：原告就新住院保單是可以收據副本向其申請理賠等語（見本院卷第475頁），則已明知原告曾於88年4月向遠雄公司投保實支實付型醫療保險一事，仍願以收據副本受理理賠之方式向原告承保同具實支實付型醫療保險性質之新住院保單的被告，既無在新住院保單與原告約定類似「原告與遠雄公司對於保險標的之全部價值，僅就其所保金額負比例分擔之責」、「原告僅就遠雄公司未理賠之保險標的價值給付」之內容，則被告自應依新住院保單之約定，就其所應給付給原告之保險金全額給付，而不受原告向遠雄公司投保之「遠雄人壽真安心醫療保險附約」影響，易言之，兩造所簽訂之新住院保單已符合保險法第38條「除另有約定外」要件，故被告就系爭注射醫療費3萬2,000元，仍應給付新住院保單第5條第1項第5款之住院醫療費用保險金3萬2,000元給原告。

3、何況，要保書已記載：「限台灣人壽依保單條款約定須檢附醫療費用收據正本之…實支實付型醫療保險商品適用：…2.實支實付型醫療保險適用：本人（被保險人、要保人）已知悉並明瞭…實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但…本人於投保時已通知台灣人壽有投保其他商業…實支實付型醫療保險，而台灣人壽仍承保者，台灣人壽對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任…」（見本院卷第184頁），則已投保其他實支實付型醫療保險之被保險人，倘有向被告投保需收據正本始能獲得理賠之實支實付型醫療保險，並已誠實告知其前已投保其他實支實付型醫療保

險，而被告仍願承保之情況下，被告既尚應依所承保之實支實付型醫療保險給付全額保險金，而不受其他實支實付型醫療保險之理賠影響，則基於舉重以明輕之當然解釋，僅需收據副本就應理賠新住院保單所約定之保險金、且已被原告誠實告知已投保「遠雄人壽真安心醫療保險附約」而仍願承保新住院保單之被告，就系爭注射醫療費3萬2,000元，當更應依具實支實付型醫療保險性質之新住院保單給付住院醫療費用保險金3萬2,000元予原告，不得因遠雄公司已理賠該附約之住院醫療費用保險金3萬2,000元而拒絕給付。

4、從而，被告上開所辯，並非可採。

三、綜上所述，原告依新住院保單第5條第1項第5款之約定，請求被告給付3萬,2000元，及自114年2月2日（按：兩造均同意自該日期起算法定遲延利息，見本院卷第9、232頁）起至清償日止，按週年利率百分之10計算之法定遲延利息，為有理由，應予准許。

四、關於假執行之說明：原告勝訴部分是依小額程序為被告敗訴之判決，爰依民事訴訟法第436條之20之規定，依職權宣告假執行；另被告就原告勝訴部分陳明願供擔保，聲請宣告免為假執行（見本院卷第169頁），合於法律規定，爰酌定相當擔保金額宣告之。

五、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及證據，核與判決結果不生影響，爰不一一論列，且被告聲請調查證據（見本院卷第175、176、429、430頁），亦無調查之必要，併此敘明。

六、原告於本件訴訟繳納裁判費1,500元、複製電子卷證資料使用費100元，而被告則繳納國泰人壽查詢手續費500元、複製電子卷證資料使用費100元（見本院卷第5、351、421頁），可見訴訟費用合計為2,200元，故本院依民事訴訟法第78條、第91條第3項、第436條之19第1項之規定，命由被告負擔訴訟費用2,200元，且被告應給付原告所墊付之訴訟費用

1,600元，及自本判決確定翌日起至訴訟費用清償日止，按週年利率百分之5計算之利息。

中　　華　　民　　國　　115　　年　　10　　月　　20　　日

彰化簡易庭　法　官　許嘉仁

以上正本係照原本作成。

如不服本判決，僅得以判決違背法令為理由提起上訴，並應於判決送達後20日內向本院提出上訴狀（須按他造當事人之人數附繕本）。如委任律師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

中　　華　　民　　國　　115　　年　　10　　月　　20　　日

書記官　黃明慧