臺灣橋頭地方法院民事判決

114年度保險簡上字第5號

上　訴　人　宏泰人壽保險股份有限公司

000000000000000000

法定代理人　李啓賢

訴訟代理人　顏哲奕律師

被　上訴人　麥宸熙

上列當事人間請求給付保險金事件，上訴人對於民國114年9月4日本院橋頭簡易庭114年度橋保險簡字第4號第一審判決提起上訴，本院於民國115年4月15日言詞辯論終結，判決如下：

主　文

上訴駁回。

第二審訴訟費用由上訴人負擔。

事實及理由

一、被上訴人起訴主張：被上訴人於民國109年9月23日以自己為被保險人向上訴人投保「宏泰人壽助扶180失能照護終身健康保險」（保單號碼：0000000000），附加「宏泰人壽薰衣草醫療健康保險附約」計畫3（下稱系爭附約）。嗣被上訴人因子宮肌瘤於113年5月28至30日至高雄榮民總醫院住院治療，並經該院醫師評估後建議以海芙刀消融方式治療（下稱海芙刀治療），住院期間共計3日。被上訴人係經主治醫師診斷認有入住醫院治療之必要，故於接受海芙刀治療後住院，符合系爭附約第7至10條約定，得請求上訴人給付新臺幣（下同）257,415元【含住院日額3,600元（1,200×3日）、住院醫療輔助日額1,500元（500×3日）、住院慰問金7,000元、每次住院醫療費用保險金245,315元（藥費22,005元＋X光費23,000元＋處置費200,000元＋證書費310元）】之保險金。被上訴人於113年6月11日提出理賠申請，上訴人以海芙刀治療無住院必要性，且非屬系爭附約所稱之手術為由，拒絕給付保險金，而依系爭附約第22條，上訴人本應於收受文件後15日內給付保險金，上訴人無故拒絕理賠，自113年6月

26日起依保險法第34條給付按週年利率10%計算之利息，爰依系爭附約上開約定及保險法第34條規定提起本件訴訟等語，並於原審聲明：上訴人應給付被上訴人257,415元，及自113年6月26日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息。

二、上訴人則以：海芙刀治療本質上為手術，且非屬健保支付標準第2部第2章第7節所列舉之手術，與系爭附約第2條所約定之「手術」情形未合，故被上訴人無從依系爭附約第11條請求給付手術保險金。系爭附約第2條關於住院之定義所稱「經醫師診斷必須入住醫院治療」應非指實際治療醫師之認定，而是指依具有相同專業醫師於相同情形通常會診斷具有住院必要性之情形，而海芙刀治療通常並無住院之必要性，本件經財團法人金融消費評議中心之顧問醫師表示意見，亦認被上訴人無住院必要性，故被上訴人住院不符合系爭附約第2條關於必須入住醫院之定義，亦與系爭附約第10條約定不符。縱認被上訴人有住院必要性，因系爭附約第10條、第11條分別規定住院醫療保險金、手術費用保險金，依體系解釋及目的解釋，其設計本旨及保費精算上係有意區分兩者，為互相排斥適用之關係，否則只要被保險人手術不符合系爭附約第11條，即轉而適用系爭附約第10條請求，將使系爭附約第11條形同具文，顯非締約本旨，是海芙刀治療既不符手術定義，其因此所生手術費用仍應排除於系爭附約第10條請求範圍外等語置辯，並於原審聲明：被上訴人之訴駁回。

三、原審判命上訴人應給付被上訴人257,415元及自113年6月27日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息，並依職權宣告准、免假執行，暨駁回被上訴人其餘之訴（被上訴人就其敗訴部分，並未上訴，此部分業已確定）。上訴人就其敗訴部分不服提起上訴，除援引原審之主張及陳述外，並補陳：上訴人對於海芙刀治療有住院必要性不爭執，僅對被上訴人請求之處置費200,000元有爭執。手術在醫療上本就區分住院手術及門診手術兩種，但只要符合系爭附約第2條第11款

定義之手術，均得依系爭附約第11條約定請求手術費用保險金，並無原判決所稱之放寬系爭附約第10條關於住院之要求，系爭附約第10條約定本在處理住院期間非手術處理之治療費用。縱認系爭附約第10條之住院治療費用包含手術費用，惟海芙刀治療非系爭附約第2條第11款所定義之手術，被上訴人仍不得依系爭附約第10條約定請求處置費。系爭附約第10條採正面列舉法，將符合給付要件之費用逐一臚列，其文字並無難以辨識或理解之情形，一般具正常社會智識之人，在文義上均能判斷手術費用不在系爭附約第10條之理賠範圍，應無保險法第54條第2項之適用等語，並於本院聲明：㈠原判決廢棄。㈡上開廢棄部分，被上訴人在第一審之訴駁回。被上訴人除援引原審之陳述及書狀外，並補陳：系爭附約第10條並未明文記載將手術費用排除在外，手術、處置、用藥及耗材均為醫療行為之整體，被上訴人既有住院必要性，則住院期間所產生之必要自費醫療支出（如海芙刀處置費、耗材費），自應屬於該條款所保障之範疇。上訴人試圖以宏泰人壽享醫靠醫療費用健康保險附約保單條款之設計邏輯來解釋系爭附約，惟該附約並非本案保險契約，顯然違反契約相對性原則且不當類推適用。又系爭附約條款若如上訴人所稱存在手術費是否包含在醫療費用中之疑義，則依保險法第54條第2項規定，應作有利於被保險人之解釋。被上訴人基於對文字之合理期待，認為住院期間之自費醫療項目皆可申請實支實付，應受法律保護，而上訴人身為契約擬定者，應承擔條款未臻明確之風險等語，並於本院答辯聲明：上訴駁回【被上訴人就其敗訴部分(即原審駁回113年6月26日之遲延利息)未據上訴，已告確定】。

四、兩造不爭執事項：

㈠被上訴人於109年9月23日以自己為被保險人向上訴人投保「宏泰人壽助扶180失能照護終身健康保險」（保單號碼：0000000000），並附加系爭附約。

㈡系爭附約第2條第9款約定：「『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。」；第2條第11款約定「『手術』：係指符合中央衛生主管機關最新公布之全民健康保險醫療費用支付標準第二部第二章第七節所列舉之手術」；第4條約定：「被保險人於本附約有效期間內因第2條約定之疾病或傷害住院診療或接受手術治療時，本公司依本附約約定給付保險金。」；第10條約定：「被保險人於本附約有效期間內，因第4條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院診療時，本公司按被保險人住院期間所發生，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內之下列各項費用核付。但其給付金額最高以附表所列其投保計畫之『每次住院醫療費用保險金限額』為限...九、超過全民健康保險給付之住院醫療費用。」；第11條約定：「被保險人於本附約有效期間內因第4條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院或門診接受診療後，經第2條約定之醫院及其醫師所要求之醫療行為時，本公司按被保險人住院或門診期間內所發生，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手術費及手術相關醫療費用核付『手術費用保險金』，但以不超過附表所列其投保計畫之『每次手術費用保險金限額』為限。」。

㈢被上訴人因子宮肌瘤於113年5月28至30日至高雄榮民總醫院以健保身分住院並接受以海芙刀消融方式治療（下稱海芙刀治療），住院期間共計3日，上訴人對於海芙刀治療有住院之必要性不爭執。

㈣海芙刀治療為自費醫療手術，但非屬於全民健康保險醫療費用支付標準第二部第二章第七節所列舉之手術，無法依系爭附約第11條約定請求手術費用保險金。

㈤嗣被上訴人向上訴人提出理賠申請，經上訴人於113年6月11日收件，上訴人以海芙刀治療無住院必要性，且非屬系爭附約第2條第11款所稱之手術為由，拒絕給付保險金。

㈥如被上訴人得依系爭附約第10條請求上訴人給付其因海芙刀治療住院衍生之住院費用及治療本身之手術費用，則被上訴人得請求之金額為257,415元【含住院日額3,600元（1,200×3日）、住院醫療輔助日額1,500元（500×3日）、住院慰問金7,000元、每次住院醫療費用保險金245,315元（藥費22,005元＋X光費23,000元＋處置費200,000元＋證書費310元）】。

五、本院之判斷：

㈠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項定有明文。次按解釋契約應探求當事人立約時之真意，並通觀契約全文，斟酌訂立契約當時交易上之習慣等其他一切證據資料，本於經驗法則及誠信原則，從該意思表示所根基之原因事實、主要目的、經濟價值、社會客觀認知及當事人所欲表示之法律效果，作全盤之觀察，不得拘泥字面或截取書據中一、二語，任意推解。再按保險制度係為分散風險，在對價衡平原則下、經保險主管機關核定之費率、保險條款作為保險契約內容銷售與被保險人，故大抵皆為定型化契約，其擬定復具有高度之技術性，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，保險人顯有能力制定有利其權益之保險契約條文，並可依其精算之結果，決定保險契約內容、承保範圍及締約對象，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，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、102年度台上字第2211號判決要旨參照）。再者，保險契約為最大誠信契約，蘊涵誠信善意及公平交易意旨，保險人於保險交易中不得獲取不公平利益，要保人、被保險人之合理期待應受保

護，故於保險契約之定型化約款之解釋，應依一般要保人或被保險人之合理了解或合理期待為之，不得拘泥囿於約款文字，方無違保險法理之合理期待原則（最高法院100年度台上字第2026號判決要旨參照）。

㈡經查，被上訴人接受海芙刀治療具有住院之必要性，為上訴人所不爭執（簡上卷第54頁），故本件爭點僅在海芙刀治療所生處置費用是否屬系爭附約第10條第9款所定住院醫療費用範圍，合先敘明。系爭附約第10條給付範圍為被保險人「住院期間所發生」且屬健保不給付或應自行負擔之「下列各項費用」，其中第9款為概括性規定：「超過全民健康保險給付之住院醫療費用」，從文義解釋觀之，凡因住院診療所生之醫療費用均應包含在內，舉凡以治療、矯正或預防人體疾病、傷害、殘缺為目的，所為之診察、診斷及治療；或基於診察、診斷之結果，以治療為目的，所為之處方、用藥、施術或處置等行為的全部或一部的總稱，而依上開醫療行為，所為之處方、用藥、施術或處置等所產生之費用，自均屬醫療費用，系爭附約第10條之條款文字，並未如其他保險商品條款般，明文將「手術費」或「處置費」排除於給付項目之外，則上訴人辯稱系爭附約第10條之給付範圍應排除手術費用，不僅與條款文義不符，更係以單方解釋限縮承保範圍，增加契約所無之限制，顯與保險法第54條第2項之解釋原則相悖。

㈢上訴人雖稱依體系解釋、目的解釋，上開條文有意區分兩者，且為互斥關係，否則只要被保險人手術不符合第11條，即轉而適用第10條請求，將使第11條形同具文等語。然系爭附約第10條第9款規範之核心，在於填補「住院期間」內所發生之「整體醫療費用」缺口，其保障範圍具有概括性，而系爭附約第11條則係針對「住院或門診期間」內所發生符合狹義定義（即「符合全民健康保險醫療費用支付標準第二部第二章第七節所列舉之手術」）之「手術行為」，提供一項「限額內實支實付」之額外給付，兩者之規範目的、給付基

礎與計算方式本有不同。被上訴人既經醫師診斷有住院必要，並實際辦理住院接受海芙刀治療，而海芙刀治療「非屬全民健康保險醫療費用支付標準第二部第二章第七節所列舉之手術」，此一事實僅使其無法適用「限額較低、手術定義嚴格」之系爭附約第11條約定，但並不影響該治療行為所生處置費用屬於被上訴人「住院期間」為治療疾病所支出之「醫療費用」之性質。

㈣況且，契約條款之解釋，應考量被保險人於訂約時之合理期待，倘採上訴人主張，則凡醫療行為未符合系爭附約第11條手術定義者，即使係醫師建議並於住院期間實施之必要治療費用，則將無從獲得給付，顯非一般被保險人訂約時之合理期待，亦與醫療保險填補醫療支出之功能不符。且系爭附約為上訴人擬訂之定型化契約，其條款如有未臻明確之處，依風險分配原則，自應由上訴人負擔不利益，若上訴人有意將住院手術費用排除於住院期間之醫療費用以外，所有手術費用只能獨立由第11條處理，本應明確記載此旨，讓投保者能夠從契約文義判斷未來可能的理賠範圍，而非在系爭附約第10條文義上包括各種醫療行為的情況下，辯稱應透過解釋來排除部分種類之醫療行為，此種解釋方法與保險法第54條第2項未合，尚難憑採。

㈤依上開說明，被上訴人得依系爭附約第10條請求上訴人給付其因海芙刀治療住院衍生之住院費用及治療本身之手術處置費用，上訴人前揭所辯，並不可採。至上訴人所提其他法院裁判，並無拘束本院之效力，附此敘明。又兩造就被上訴人主張有理由時，其可請求之金額為257,415元【含住院日額3,600元（1,200×3日）、住院醫療輔助日額1,500元（500×3日）、住院慰問金7,000元、每次住院醫療費用保險金245,315元（藥費22,005元＋X光費23,000元＋處置費200,000元＋證書費310元）】乙情，亦無爭執，是被上訴人此部分主張即有理由，其併依系爭附約第22條約定及保險法第34條規定，請求上訴人自113年6月11日收受申請文件後15日內之給

付期限翌日即113年6月27日起，給付按週年利率10%計算之利息，亦屬有據。

六、綜上所述，被上訴人依系爭附約第7至10條、第22條及保險法第34條規定，請求上訴人給付257,415元，及自113年6月27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。原審就上開應准許部分，為被上訴人勝訴之判決，並無不合，上訴意旨指摘原判決不當，求予廢棄改判，為無理由，應駁回上訴。

七、本件事證已臻明確，兩造其餘主張陳述及所提之證據，經審酌後於本件判決結果無影響，爰不逐一論述，附此敘明。

八、據上論結，本件上訴為無理由，判決如主文。

中　　華　　民　　國　　115　　年　　4　　月　　29　　日

民事第二庭　審判長法官　周佳佩

法官　陳任炫

法官　翁焚雪

以上正本係照原本作成。

本判決不得上訴。

中　　華　　民　　國　　115　　年　　4　　月　　29　　日

書記官　林孟嫻