

臺灣苗栗地方法院民事判決

114年度保險字第8號

原告 許錦隨

訴訟代理人 梁茂成

梁茂昌

被告 國泰人壽保險股份有限公司

法定代理人 熊明河

訴訟代理人 徐來弟

上列當事人間請求給付保險金事件，本院於民國115年1月6日言詞辯論終結，判決如下：

主 文

原告之訴及假執行之聲請均駁回。

訴訟費用由原告負擔。

事實及理由

一、原告主張：兩造間自民國88年5月25日起成立保險契約，即「真情101終身壽險」（保單號碼：0000000000號），及一單位之「防癌終身健康保險附約-個人型」附約（下稱系爭附約），繳費年期20年，保險終期為終身（99歲）。原告自112年3月10日迄今在衛生福利部苗栗醫院（下稱苗栗醫院）門診就醫。若有開立口服標靶藥物，即屬接受癌症門診治療。但被告理賠人員以掛號為理由拒絕理賠，後來證實與掛號無關；之後被告理賠人員又以需在醫院之門診為由拒絕理賠，顯然違背誠信及違法。原告自112年4月20日起至113年11月1日止，共接受口服標靶藥物572日，扣除被告已經給付新臺幣（下同）4萬9000元，尚有52萬3000元尚未給付原告（計算式：【572日-49日】X1000元/日=52萬3000元）。系爭附約無理賠上限，未限定癌症門診治療方式、次數，亦未限定治療時必須在醫院內。原告至醫院取用標靶藥物後在家進行服用，亦合乎系爭附約第22條之保險給付範圍；另原告於11

01 4年9月5日為化學治療、於同年月8日為全身骨掃描檢查、於
02 同年月15日施打藥物，故此3日應依系爭附約第22條給付300
03 0元。此外，被告對兩造間保險契約之解釋多有不當，故依
04 民事訴訟法第247條第1項前段規定請求確認之等語。並聲
05 明：(一)被告應給付原告52萬6000元，及其中52萬3000元自11
06 3年11月7日起；其中3000元自114年10月5日起，均至清償日
07 止，按週年利率10%計算之利息。(二)確認被告就兩造間保險
08 契約關於外科手術理賠條款所為之以下解釋為不當：1.不得
09 以契約定額給付為由，否認其對同一日實施之不同外科手術
10 有分別給付責任。2.不得以切片手術之引導方式為由，否認
11 其符合保險契約約定之手術項目。3.不得附加或創設任何保
12 險契約條款所無之限制或排除事由，否認被保險人因癌症或
13 其併發症而接受之必要外科手術給付責任。(三)第1項聲明，
14 願供擔保請准宣告假執行。

15 二、被告則以：原告於88年5月25日，以自己為要保人兼被保險
16 人，向被告投保系爭附約，兩造間成立保險契約。原告於10
17 1年4月25日確認罹患肺部惡性腫瘤，陸續於112年3月10日至
18 113年11月11日期間，在苗栗醫院及大千綜合醫院（下稱大
19 千醫院）接受門診及放射線治療。被告迄今已依保險契約給
20 付原告保險金共5萬4000元。原告復爭議居家服用標靶藥物
21 應比照癌症門診給付癌症門診醫療保險金，惟其否認此部分
22 為系爭附約第22條約定之承保範圍。又縱認原告主張有理，
23 利息起算日亦應依保險法第34條規定，自113年11月28日起
24 算。另原告訴之追加乃非適法，因原告起訴之事實為居家服
25 用標靶藥物治療，但追加之事實為住院期間在病房所為之標
26 靶藥物投藥、特殊檢查或治療等，二者時間、地點、醫療行
27 為均不相同。且原告追加之確認訴訟原因事實，亦與起訴事
28 實迥異，有礙被告防禦及訴訟終結，其不同意訴之追加。再
29 就確認訴訟部分，原告未有任何確認利益。末就原告追加請
30 求給付3000元部分，均屬於住院治療，核與系爭附約第22條
31 規定不符，此部分早已依照其他保險名目為給付等語，以資

01 抗辯。並聲明：原告之訴駁回。願以中央政府建設公債為擔
02 保，請准宣告免為假執行。

03 三、兩造不爭執事項（卷第236至237頁）：

04 (一)本院對本件訴訟具有管轄權。

05 (二)原告於88年5月25日，以自己為要保人兼被保險人，向被告
06 投保「真情101終身壽險」主約(保單號碼：0000000000號)
07 及系爭附約，兩造間成立保險契約。（卷第83至85頁）

08 (三)原告於101年4月25日確認罹患肺部惡性腫瘤，陸續於112年3
09 月10日至113年11月11日期間，在苗栗醫院及大千醫院接受
10 門診及放射線治療。被告迄今已依系爭附約給付原告保險金
11 共5萬4000元。（卷第133頁）

12 (四)系爭附約第22條規定：「被保險人於本附約保險責任開始
13 後，經診斷確定罹患癌症，並於有效期間內在醫院接受以癌
14 症為直接原因或癌症引起的併發症而必要的門診治療，本公
15 司按下表計算給付癌症門診醫療保險金。（請參閱附表
16 六）。附表六：癌症門診醫療保險金給付表。（每保險給付
17 單位）個人型之主被保險人，每日癌症門診醫療保險金1000
18 元。（卷第30、33頁）

19 四、本院之判斷：

20 (一)原告訴之追加是否適法？

21 按訴狀送達後，原告不得將原訴變更或追加他訴。但請求之
22 基礎事實同一者，不在此限，民事訴訟法第255條第1項第2
23 款定有明文。本件原告起訴主張其在家服用醫院開立之標靶
24 藥物，合乎系爭附約第22條規定（卷第15至16頁）；追加起
25 訴請求在醫院住院期間進行之治療、檢查，亦合乎系爭附約
26 第22條規定，而確認訴訟部分乃基於兩造間之保險契約（卷
27 第227至229頁），乃基於兩造間簽立保險契約之同一基礎事
28 實，且追加訴訟之爭點核與起訴時之爭點有所重疊，證據資
29 料得予以援用，合乎訴訟經濟及紛爭一次解決之旨趣，故本
30 院認原告訴之追加，應為適法，故予以准許。

31 (二)原告聲明第2項，是否合乎民事訴訟法確認訴訟之規定？

01 1.按確認法律關係之訴，非原告有即受確認判決之法律上利益
02 者，不得提起之；確認證書真偽或為法律關係基礎事實存否
03 之訴，亦同；前項確認法律關係基礎事實存否之訴，以原告
04 不能提起他訴訟者為限；前項情形，如得利用同一訴訟程序
05 提起他訴訟者，審判長應闡明之；原告因而為訴之變更或追
06 加時，不受第255條第1項前段規定之限制，民事訴訟法第24
07 7條定有明文。

08 2.依照民事訴訟法第247條第1、2項規定，確認訴訟標的限於
09 法律關係或其基礎事實、證書真偽（曾經本院闡明，卷第18
10 0頁），但是原告聲明第2項卻是請求確認「被告對兩造間保
11 險契約之解釋為不當」，於法自有未合，應駁回此部分之
12 訴。

13 (三)原告至醫院取用標靶藥物後在家進行服用(52萬3000元部
14 分)、在醫院住院期間進行治療(3000元部分)，是否合乎系
15 爭附約第22條之保險給付範圍？原告依系爭附約第22條規
16 定，請求被告給付癌症門診醫療保險金52萬6000元本息，有
17 無理由？

18 1.按解釋意思表示，應探求當事人之真意，不得拘泥於所用之
19 辭句，民法第98條定有明文。而解釋契約，應於文義上及論
20 理上詳為推求，以探求當事人立約時之真意，並通觀契約全
21 文，斟酌訂立契約當時及過去之事實等其他一切證據資料，
22 本於經驗法則及誠信原則，從契約之主要目的作全盤之觀
23 察，以為其判斷之基礎，不能徒拘泥字面或截取書據中一二
24 語，任意推解致失其真意（最高法院106年度台上字第254號
25 判決參照）。而保險制度係為分散風險，在對價衡平原則
26 下、經保險主管機關核定之費率、保險條款作為保險契約內
27 容銷售與被保險人，故大抵皆為定型化契約，其擬定復具有
28 高度之技術性。是於保險契約之解釋，應本諸保險之本質及
29 機能為探求，並注意誠信、公平原則之適用，倘有疑義時，
30 始為有利於被保險人之解釋（最高法院102年度台上字第221
31 1號判決參照）。

01 2.系爭附約第22條規定：「被保險人於本附約保險責任開始
02 後，經診斷確定罹患癌症，並於有效期間內在醫院接受以癌
03 症為直接原因或癌症引起的併發症而必要的門診治療，本公
04 司按下表計算給付癌症門診醫療保險金。（請參閱附表
05 六）。附表六：癌症門診醫療保險金給付表。（每保險給付
06 單位）個人型之主被保險人，每日癌症門診醫療保險金1000
07 元。（兩造不爭執事項(四)）上開規定已經規定須「在醫院接
08 受……門診治療」，就場所已經明確規定為在醫院，原告卻
09 仍主張在家自行服用醫院所開立之標靶藥物，在家期間應亦
10 依上開規定予以給付癌症門診醫療保險金，顯然與系爭附約
11 第22條規定有所不合，要屬無稽而不應准許。

12 3.再就原告追加之3000元，即在醫院住院期間進行治療部分
13 （卷第227頁），被告抗辯：住院期間所為檢查、治療或用
14 藥係為達成住院治療目的之連續性醫療行為，屬於住院醫療
15 範疇；而門診治療則是指被保險人未住院，在醫院門診所接
16 受之診療而言，故二者乃屬有別。被告已經就原告所指之日
17 期為其他項目之保險給付，且屬從寬給付等語（卷第187
18 頁）。經查，系爭附約第19條規定：「被保險人於本附約保
19 險責任開始後，經診斷確定罹患癌症，並於有效期間內，以
20 癌症為直接原因或癌症引起的併發症，經醫師或醫院診斷必
21 須接受住院治療者，本公司按其實際住院日數，以下表計算
22 給付癌症住院醫療保險金。（請參閱附表三）（卷第29至30
23 頁）附表三：癌症住院醫療保險金給付表。（每保險給付單
24 位）個人型之主被保險人，每日癌症門診醫療保險金2000
25 元。（卷第33頁）系爭附約第19、22條所分別規定之癌症住
26 院醫療保險金、癌症門診醫療保險金，既然保險給付名目不
27 同，但給付標準均以日數為單位，則定義應有所不同以資區
28 辨二者。依照文義解釋，住院之定義應為被保險人留置在醫
29 療場所接受治療而過夜之情形；門診則應為被保險人於單日
30 往來醫療場所以接受治療之情形。原告追加起訴於114年9月
31 5日為化學治療、於同年月8日為全身骨掃描檢查、於同年月

01 15日施打藥物，此3次均係於自同年9月3日起至同年月17日
02 止之原告住院期間，有被告所提之合意給付同意書可參（卷
03 第197頁），此段期間既為原告住院期間，即不符合系爭附
04 約第22條之門診定義。原告請求此部分依系爭附約第22條規
05 定給付，要屬無理由，應予駁回。原告固然持與系爭附約相
06 同名稱、但於104年修正並於106年備查之附約約款為據（卷
07 第275至281頁），主張：上開附約第21條癌症門診醫療保險
08 金之規定，限定「未住院而在醫院接受門診治療者」（卷第
09 278頁），但系爭附約第22條未有此定義，故其依系爭附約
10 第22條可以請求等語（卷第235頁）。惟上開附約規定，不過
11 係將門診之定義清楚表示，避免當事人模糊解釋之空間，不
12 能僅憑上開附約之明確規定，反推認系爭附約第22條門診之
13 定義即包含住院之情形。倘假定原告此主張可採，則無異於
14 容任要保人得僅憑被保險人在醫院住院治療之同一事實，一
15 手依系爭附約第19條規定，獲取每日2000元之之癌症住院醫
16 療保險金，另一手依系爭附約第22條規定，又可獲取每日10
17 00元之癌症門診醫療保險金，則保險給付項目區分上開二者
18 並無任何實益，原告此主張乃要無可取。

19 (四)綜上所述，原告依系爭附約第22條、民事訴訟法第247條第1
20 項前段規定，訴請被告給付52萬6000元本息，及確認被告對
21 兩造間保險契約之解釋為不當，要屬無稽，自應駁回其訴。

22 五、原告之訴既經駁回，則其假執行之聲請失所依據，應併予駁
23 回。

24 六、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及所提證據，經
25 本院斟酌後，核與判決結果不生影響，爰不逐一論駁。

26 七、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第78條。

27 中 華 民 國 115 年 1 月 20 日

28 民事第二庭 法官 李昆儒

29 以上正本係照原本作成。

30 如對本判決上訴，須於判決送達後20日內向本院提出上訴狀（須
31 附繕本）。如委任律師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

01 中 華 民 國 115 年 1 月 20 日
02 書記官 陳靜芳