臺灣新北地方法院板橋簡易庭簡易民事判決

113年度板保險簡字第4號

原　　告　陳信偉

被　　告　宏泰人壽保險股份有限公司

000000000000000000

法定代理人　李啓賢

000000000000000000

訴訟代理人　顏哲奕律師

上列當事人間請求履行保險契約等事件，於民國113年5月8日言詞辯論終結，本院判決如下：

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、原告起訴主張：

㈠原告於民國108年1月18日，以自身為要、被保險人，向被告公司投保「宏泰人壽新樂活一生失能照護終身保險20年期」（下稱系爭主約），附加「宏泰人壽薰衣草醫療健康保險附約」（下稱系爭附約一）、「宏泰人壽意外傷害保險附約」（下稱系爭附約二）、「宏泰人壽意外傷害醫療保險金日額」（下稱系爭附約三）、「宏泰人壽祝扶180失能照護健康保險附約」（本附約係於109年2月3日附加，下稱系爭附約四）、「宏泰人壽滿天星豁免保險費附約（乙型）20年期」（下稱系爭附約五）（以上合稱系爭保險契約）。

㈡嗣自111年10月30日起至111年11月4日期間，原告因「嚴重性肥胖症即BMI：33.9kg/m2」及「重度睡眠呼吸中止症」，此於111年4月15日在臺北醫學大學附設醫院（下稱臺北醫院）留院睡眠檢測後，睡眠檢查報告為AHI：36.7/h，首次判定罹患重度睡眠呼吸中止症）等疾病，即在臺北醫院住院治療，並於同年10月31日接受腹腔鏡胃袖狀切除（即胃部切除三分之二）手術（下稱系爭手術）；又於111年11月16

日，原告以掛號方式，將相關理賠文件郵寄予被告，並依被告要求配合分別於111年12月1日、112年1月7日填寫申請書，交由被告向「全民健康保險」、「臺北醫院」、「亞東醫院」、「新北市立聯合醫院」、「板新醫院」、「毅宏診所」等醫療院所調閱全部病歷，詎被告於112年3月14日發函，以不符合病態性肥胖手術相關給付要件，無法認定為必要之手術為由拒賠。原告即於112年3月29日申訴被告無理拒賠，經被告派員聯繫、釐清後，即確認原告確實符合健保給付標準規定，以健保身分進行住院，並施作系爭手術，被告復於112年5月10日轉帳系爭附約一之理賠金新臺幣(下同)242,415元，惟未依系爭附約一保單條款第10條第2項規定，理賠住院前一週內門診即111年10月27日施作上消化道泛內視鏡檢查麻醉費用3,000元及未給付足額延滯息1,151元，即被告於111年11月17日收齊理賠文件，應自同年12月3日起計息，至112年5月10日轉帳理賠，共計延滯159日，另亦未依系爭主約條款第16條、第22條及系爭附約五保單條款第13條，理賠失能保險金及豁免系爭保險契約之續期及未到期保險費。

㈢原告確認系爭手術已符合系爭主約及系爭附約五「失能程度與保險金給付表」(下稱系爭附表)第6-2-1項次之失能程度，被告應依約給付第九級失能保險金及豁免系爭保險契約之續期及未到期保險費即系爭主約及系爭附約五啟動豁免條件均為第一級至第十一級失能程度之一者，豁免未到期之各期保險費，然被告竟以「難認定系爭事故符合系爭契約保單條款約定之任一失能等級」為由拒絕理賠失能保險金及豁免系爭保險契約之續期及未到期保險費。

㈣經原告先向財團法人金融消費評議中心(下稱評議中心)申請評議，而被告所提出原告於107年9月27日在亞東醫院因臉部顴骨及鼻骨骨折等傷勢，而進行左側顴骨開放性復位及內固定、鼻骨骨折復位等手術治療之住院紀錄，表示原告住院時體重為95公斤，認定嚴重性肥胖症係投保前疾病，卻未提出

投保日即108年1月18日前、後之體重紀錄證明，評議中心專業醫療顧問卻僅依該筆住院體重紀錄即係已逾投保前3個多月有餘之紀錄，及錯誤認定原告也未合併有高危險併發症，因此不符合健保給付病態性肥胖手術之相關規定，並不具「腹腔鏡胃袖狀切除（胃部切除三分之二）」之醫療必要性，且非疾病所致之意見，因而做出錯誤且不利原告認定之評議書。卻未對原告所提出在亞東醫院住院手術後，因開刀傷口在口腔內部及眼睛下緣所造成嘴巴疼痛、嘴麻、頭痛等副作用，連帶影響食慾不振，加上工作壓力龐大及情場失意，更加重食慾不振等情形，致使原告直至投保日即108年1月18日體重減輕至78公斤上下，經由訴外人大誠保險經紀人業務員丘瑋禎協助申請要保，要保時亦表示與原告一段時間不見瘦了不少等情形分析研判。原告亦提供減重手術術後定期「身體組成分析」資料顯示，從術前即111年10月29日至術後111年12月13日止、未達2個月期間，體重就已減輕12.5公斤；自111年11月15日至112年2月21日3個月期間，體重減輕13.9公斤。減重手術後營養師要求每日要少量多餐進食補充蛋白質等多項養分，是故，減重術後每日仍須少量多餐之情況下，相比於107年9月26日進行左側顴骨開放性復位及內固定、鼻骨骨折復位等手術後至投保前期間之食量，相較之下投保前因術後不適，食量反而比減重手術後更少，以原告自身身體對比下，3個多月體重減輕17公斤，亦應可證明。經向評議中心依金融消費爭議處理機構評議委員資格條件聘任解任及評議程序辦法第22條第1項規定，申請重新評議，惟該中心函覆係以委請專業醫療顧問之意見，並無引用資料明顯錯誤或遺漏之情形，故拒絕重新評議。顯見，該評議書判斷理由及內容因資料引用錯誤，致使對原告顯不公平，亦不公正，實不足可證。倘被告仍堅稱原告投保時已罹患睡眠呼吸中止症及嚴重性肥胖症等疾病為由，拒絕理賠原告失能、豁免部分，依民事訴訟法第277條相關規定，自應要負舉證證明所述為真之責任，始得謂已盡證明行為責任，否則

應依系爭保險契約條款理賠原告。

㈤原告進行減重手術前，與臺北醫院消化外科主治醫師即訴外人王偉門診時，告知原告於111年4月15日在臺北醫院留院睡眠檢測，睡眠檢查報告AHI：36.7/h，判定為重度睡眠呼吸中止症，需配戴陽壓呼吸器睡覺或進行減重以免造成心血管及腦部疾病等急症發生，經提供原告試戴陽壓呼吸器，惟睡眠品質效果不佳，王醫師另表示因原告罹患有重度睡眠呼吸中止症候群，故減重手術有符合健保給付標準規定，並解說相關減重手術即胃繞道手術、胃袖狀切除手術之優缺點，經抽血檢測原告並無糖尿病，故不需要施行需終身服用綜合維生素之胃繞道手術；另胃袖狀切除手術僅需術後服用半年至一年綜合維生素補充即可，且減重效果與胃繞道相差不多等緣由而建議原告，原告並非醫療專業人士，僅能依醫師建議及綜觀衡量相關副作用，是故，原告始以醫師所建議胃袖狀切除手術之術式進行減重手術，並非被告於評議答覆內容所稱係原告自己選擇施作「腹腔鏡胃袖狀切除」所致成失能。另原告與王醫師門診時詢問得知，因罹患重度睡眠呼吸中止症導致夜間睡眠品質不好，除會造成心血管及腦部疾病等病變急症發生，亦會讓身體無法好好休息，影響身體代謝而使體重越來越重，是故，原告始發現體重在術前一年多時逐漸飆重之原因，應係因睡眠呼吸中止症所導致，並非投保前即有嚴重性肥胖症狀，有111年6月21日至111年7月26日前後門診體重追蹤可證，短短1個月，體重從105.9公斤飆升至109.8公斤，至同年9月27日回診時體重更飆升到111.7公斤，前後二至三個月體重即飆重5.8公斤，故原告應係罹患睡眠呼吸中止症候群，導致術前近二年即109年中至減重手術期間體重加速飆重，亦因如此，為維生命、身體健康考量，才需要進行胃袖狀切除之減重手術。

㈥綜上所述，被告應依系爭保險契約條款理賠約定即系爭主約條款第16條、第22條及系爭附約一保單條款第10條第2項暨系爭附約五保單條款第13條及保險法第34條規定，被告應於

收齊理賠文件後15日內理賠，如逾期未付，則應按年利一分即年息10%加計利息。被告迄今尚未豁免系爭保險契約之續期、未到期保險費及應給付80,413元，其中79,262元自111年12月3日起至清償日止，按年息百分之10計算之利息(計算式如附表)。

㈦為此，爰依保險契約之法律關係提起本訴，並聲明：被告應履行「宏泰人壽滿天星豁免保險費附約(乙型)」自失能確定日111年10月31日起至128年1月17日保險期間屆滿止，豁免保險契約（保單號碼：0000000000號）之續期及未到期保險費。被告應給付原告80,413元，其中79,262元自111年12月3日起至清償日止，按年息百分之10計算之利息。願供擔保，請准宣告假執行。

二、被告則以：

㈠按保險法第127條規定、系爭主約第2條第1款約定及最高法院109年度台上字第760號民事判決、90年度台上字第89號民事裁定意旨參照，原告罹患之疾病為「嚴重性肥胖症」(下稱系爭疾病)，惟原告於投保前即應已有該疾病，卻未據實告知，被告對於該保前疾病，並不負擔給付衍生之相關保險金之義務，系爭主約保障之疾病應為契約生效日起或復效日起所發生之疾病，倘為系爭主約生效日前所發生，且已有外表可見徵象之疾病者，為免帶病投保之道德風險，及確保保險人對於被保險人之事故風險程度評估符合對價衡平原則，即不應要求保險人負擔給付保險金之責任。

㈡本件原告投保日為108年1月18日，依據原告本人親自於要保書上之填載事項，原告當時身高為181公分，體重為78公斤，惟原告於104年2月2日時，體重為98公斤、104年8月31日為98公斤、105年1月7日至000年0月00日間為99公斤及107年9月26日至10月1日間為95公斤，可見原告歷年來體重均於93公斤至99公斤之間，且最後一次體重紀錄距離投保日僅有約3個多月時間，卻有相差多達17公斤之差距，顯然非常理所能想像，故應可合理推認，原告於投保時，即應已有體重

過重，並罹患系爭疾病之情形，且為原告難以諉為不知之情況，惟原告卻未據實告知，自與系爭主約對於疾病之要件不符，屬保險法第127條所規定之保前疾病。次查本件業經評議中心審議後作出評議決定(下稱系爭評議書)，而系爭評議書所諮詢之兩位醫療顧問均稱:「申請人之體重在93公斤至99公斤之間，投保前已有徵象，故申請人之疾患為投保前之疾病，申請人不可諉為不知。」等語，故系爭評議書之評議結果亦認定，系爭疾病並非系爭主約約定之「疾病」，且依保險法第127條規定，相對人對系爭治療之疾病，不負給付保險金額之責任。

㈢原告雖稱其係食慾不振加上工作壓力大及情場失意，致使原告直至投保日體重減輕至78公斤上下云云，惟原告實應提出客觀、具體之體重測量結果，以證實投保當時確實為78公斤上下，然原告並未提出相關證據佐證，僅以上開空言實難證明其主張之事實，且原告自承接受手術後三個月才減重13.9公斤，更證實原告辯稱三個月減輕至78公斤並非事實，另原告聲請傳喚證人，亦難以證實原告當時真實體重，故其聲請應無必要。依上開相關事證可證，原告所罹患之系爭疾病，應屬於投保前即已存在，且客觀上不得諉為不知之疾病，並不符合系爭主約第2條第1款所約定之疾病要件，應屬於保前疾病，故依保險法第127條規定及系爭主約第2條第1款之約定，被告並不負擔給付保險金之責任。

㈣另按系爭主約第2條第1款、第23條第5項第1款約定、臺灣高等法院104年度醫上字第21號民事判決及107年度保險上易字第14號民事判決意旨，由上開判決案例所引用之專業醫療單位意見可知，以胃切手術作為減重方式，僅為選項之一，並非唯一、必要之選擇，且一般較適用於BMI35以上之肥胖病患，低於BMI35者、甚至被視為整形美容手術，並由病人自行決定適用哪一項手術，手術醫師施行之減重手術方式，是由病患自己決定，無絕對應使用何種手術之情形，故以減重為目的之胃切手術，並非疾病所致成之失能結果，堪認無

疑。因過度或病態性肥胖而接受之胃繞道手術、縮胃手術及胃束帶手術等減重手術，均非屬急迫性或必要之手術，接受手術與否，均係由病人自己決定，屬於故意行為，故手術所造成之失能結果，不僅非疾病或傷害所致之失能，更屬被告除外責任情形。

㈤系爭疾病屬於保前疾病，非系爭主約承保之範圍，且原告接受切除胃部三分之二之縮胃手術(下稱系爭手術)，而應係原告所自願選擇之結果，並非係因系爭疾病或意外傷害所直接導致之失能結果，自與系爭主約第16條之約定要件不符，且屬系爭主約第23條第5項第1款之故意行為。經查，原告所罹患之系爭疾病，屬於保險法第127條所規定之保前疾病，不符系爭主約第2條第1款對於疾病之定義，系爭疾病並非系爭主約之承保範圍，已如前述，系爭疾病既然非屬系爭主約第2條所定義之疾病，自不符合系爭主約第16條「因第二條約定之疾病致成」之失能保險金給付要件；縱使認系爭疾病並非保前疾病(假設語氣)，惟依上開判決引用之醫療專業單位之意見，被告所接受之胃切手術，倘用以作為減重之手段，即非屬必要性醫療，甚至原告之BMI低於35，與一般認為之病態性肥胖有所差距，故端依原告之個人意願而決定是否施做系爭手術，而該手術施作之必然結果，即胃部遭部分切除，顯然非屬疾病引起之失能情形，蓋依一般常理，顯然難以想像肥胖症狀會導致胃部切除之失能結果。又查，手術切除胃部之結果已由醫師於術前說明清楚，應為原告所明知，原告亦於起訴狀中自承，主治醫師曾向原告解說相關減重手術之優缺點，僅建議何種手術適合原告，由原告自行決定，原告自應自行承擔手術結果，倘必須由保險人承擔，實與保險制度保障未來不確定風險之制度目的相違，系爭主約第23條第5項第1款之規定排除被保險人故意行為所致之損害，意即在遵守上開目的，避免被保險人逆選擇之情形發生，並確保危險共同團體人之利益受到公平保障。再查，按保險法第29條第1項及第2項等規定，均以被保險人過失、不可預料或

不可抗力所致之損害為保險人負擔賠償責任之要件，顯然有意排除要保人或被保險人故意所致之損害，以符合保障未來不確定風險之制度目的，故原告請求被告給付失能保險金，亦與保險法第29條之規定有違。

㈥復查，按最高法院92年度台上字第2710號民事判決參照，系爭主約第2條第2款所定義之傷害，係指遭受意外傷害事故，因而蒙受之傷害，而依同條第3款，「意外傷害事故」係指非由疾病引起之外來突發事故，然所謂外來事故（意外事故），則係指內在原因以外之一切事故而言，其事故之發生為外來性、偶然性，而不可預見，本件原告接受系爭手術，致成胃部切除2/3之失能結果，雖可能符合外來性，惟因屬原告自願選擇，並不符合偶然性及不可預見性，故亦非意外傷害事故。

㈦末查，原告主張3,000元門診麻醉費用，固然提出門診收據，惟僅依該收據，無法明確得知此次門診麻醉施作是否確實與系爭手術為同一事故，原告並未盡舉證責任，其主張難認有理由。由上，系爭疾病不符系爭主約第2條第1款對於疾病之定義，原告所接受之系爭手術，係作為減肥之手段使用，並不具備醫療上之必要性，且為原告所自願選擇之故意行為，並非系爭疾病引起，原告應自行承擔手術施作之結果，故原告之故意切除胃部結果，並非係因系爭疾病或意外傷害所直接導致之失能結果，自與系爭主約第16條之約定給付要件不符，且屬系爭主約第23條第5項第1款之故意行為，被告並不負擔給付保險金之責任甚明。

㈧綜上所述，本件原告所罹患之系爭疾病，屬於投保前即已存在，且客觀上不得諉為不知之疾病，並不符合系爭主約第2條第1款所約定之疾病要件，應屬於保前疾病，被告不負擔給付保險金義務，退步言之，縱使認為系爭疾病並非保前疾病，惟系爭疾病並不會導致胃部切除之失能結果，本件系爭手術所致之胃部切除失能結果，為原告之減肥手段，並非醫療必要手段，應為原告之故意行為所致，依系爭主約第16

條、系爭主約第23條第5項第1款等約定，被告並不負擔給付保險金之責任甚明等語置辯，並聲明：1.原告之訴駁回。2.如受不利判決，願預供擔保請准宣告免為假執行。

三、原告主張依系爭保險契約，被告應履行「宏泰人壽滿天星豁免保險費附約(乙型)」自失能確定日111年10月31日起至128年1月17日保險期間屆滿止，豁免保險契約（保單號碼：0000000000號）之續期及未到期保險費，暨應給付原告80,413元，其中79,262元自111年12月3日起至清償日止，按年息百分之10計算之利息乙情，業據其提出宏泰人壽新樂活一生失能照護終身保險條款、宏泰人壽薰衣草醫療健康保險附約條款、宏泰人壽滿天星豁免保險費附約（乙型）條款、保單號碼：0000000000號保險契約明細、臺北醫院睡眠檢查報告暨診斷證明書、被告簽收掛號理賠文件證明、112年5月10日宏泰人壽保險金理賠通知書、住院前一週內門診施作上消化道泛內視鏡檢查麻醉費用收據、被告拒絕理賠失能說明函、亞東醫院診斷證明書、臺北醫院身體組成分析資料、評議中心112年評字第1579號評議書、減重手術健保給付標準新規範、睡眠呼吸中止症候群併發症說明及111年6月21日、7月26日、9月23日之臺北醫大醫院門診體重紀錄等件為證，則為被告所否認，並以前揭情詞置辯。

㈠按保險契約訂立時，被保險人已在疾病或妊娠情況中者，保險人對是項疾病或分娩，不負給付保險金額之責任。，保險法第127條定有明文；又該條之立法理由係謂：「健康保險關係國民健康、社會安全，增訂本條條文，規定被保險人罹患疾病或已值妊娠時，仍可訂健康保險契約，以宏實效，惟保險人對於是項疾病或分娩不負給付保險金額責任，以免加重全部被保險人對於保險費之負擔。是以，健康保險之被保險人若於簽訂健康保險契約時即有某特定疾病，縱健康保險契約不因該特定疾病而無效，惟因該特定疾病非新生之疾病，依法即不得認係保險事故，保險受益人即亦不得以該特定疾病於保險契約生效後轉劇之事實，主張保險事故成立並

請求理賠。按最高法院95年度台上字第359號民事判決意旨參照，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而言，復按臺灣高等法院95年度保險上更（一）字第3號民事判決意旨參照，又所謂被保險人是否知悉疾病，只須其已知悉有該方面之疾病為已足，並不須確切知悉醫學上之病症名稱為必要。由此可知，保險公司是否得主張保險法第127條「已在疾病」情況中，應以該項疾病已有外表可見之徵象，被保險人在客觀上是否知悉或無法諉為不知作為判斷之依據，且不以被保險人確切知悉其疾病於醫學上之病症名稱為必要。系爭主約第2條約定：「本契約之名詞定義如下：一、本契約所稱『疾病』係指被保險人自本契約生效日（或復效日）超所發生之疾病。…」、第16條第1項約定：「被保險人於本契約有效期間內經醫院醫師診斷確定符合因第二條約定之疾病或傷害致成附表所列第一級致第十一級失能程度之一者，本公司按被保險人失能確定日當時之保險金額乘以附表所列各級失能給付比例計算所得之金額給付『失能保險金』。」；系爭附約五第2條約定：「本附約名詞定義如下：一、『疾病』：係指被保險人自本附約生效日超持續生效三十日或復效日以後發生之疾病。」、第5條第1項約定：「被保險人於本附約有效期間內因疾病或意外傷害事故而導致完全失能或第二級至第十一級失能程度之一或重大燒燙傷者，本公司豁免本附約、主契約及附加於主契約之其他附約之續期應繳保險費至主契約繳費期間屆滿，且另退還按日數比例計算當期已繳付未到期之本附約、主契約及附加於主契約之其他附約保險費。」；系爭附約一第2條約定：「…四、『疾病』：係指被保險人自本附約生效日超持續有效滿三十日後或復效日（含）超所發生之疾病，但續保者，自續保之日超發生之疾病不受三十日之限制。…。」、第4條約定：「被保險人於本附約有效期間內因第二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四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下列各項費用核付。…。倘被保險人於住院期間之前後七日內，因同一事故接受門診醫療時，該項門診醫療費用將併入住院期間內之住院醫療費用保險金計算，惟每日以一次門診為限。」。準此，被保險人即原告所患疾病須於系爭主約、系爭附約五、一生效日超持續有效三十日以後或復效日超所發生，該疾病始為系爭主約、系爭附約五、一之承保範圍，保險人即被告始就該疾病負擔給付各項保險金、豁免保險費及退還未到期保費之責。

㈡經查，經評議中心依兩造提出之案卷資料諮詢該中心專業醫療顧問，其意見略以：依申請人即原告之狀況，系爭治療目前為減重手術之主流，有其必要性，且符合失能程度與保險金給付表第6-2-1項之失能程度；然由申請人過去之病歷即自104年至107年間，申請人之體重在93公斤至99公斤之間，故申請人之疾患為投保前之疾病，申請人不可諉為不知；又該中心為求慎重，另檢附兩造提出之卷證資料，諮詢中心內其他專業醫療顧間，其意見略以：1.申請人於投保前即104年至107年間之BMI已經相當高，該系爭治療之疾患，為系爭保單生效前所發生之疾病，該疾病於投保前已有徵象，病患無法諉為不知。2.申請人入院之身體質量指數BMI為33.9Kg/m2，並未達到國人對於病態性肥胖37.5Kg/m2之標準，亦未合併有高危險併發症，因此不符合健保給付病態性肥胖手術之相關規定，亦不符合國外36.2Kg/m2之病態性肥胖定義，並不具「腹腔鏡胃袖狀切除（即胃部切除三分之二）」之醫療必要性。3．而申請人之體況，係屬「腹腔鏡胃袖狀切除（胃部切除三分之二）所致，並非疾病所致。是依現有卷證資料及前揭專業醫療顧問意見可知，系爭治療之疾患係於系爭主約、系爭附約五、一生效前即已存在，且有外表可見之

徵象，原告無法諉為不知，堪認系爭治療之疾病即嚴重性肥胖症及重度睡眠呼吸中止症並非系爭主約、系爭附約五、一所約定之「疾病」，且依保險法第127條規定，被告對系爭治療之疾病，自不負給付保險金額之責任。原告復未提出其他相關事證資料以實其說，是原告主張，難認有據。

四、從而，原告依據系爭保險契約，請求：被告應履行「宏泰人壽滿天星豁免保險費附約(乙型)」自失能確定日111年10月31日起至128年1月17日保險期間屆滿止，豁免保險契約（保單號碼：0000000000號）之續期及未到期保險費。被告應給付原告80,413元，其中79,262元自111年12月3日起至清償日止，按年息百分之10計算之利息，為無理由，應予駁回。原告之訴既經駁回，其假執行之聲請已失所附麗，應併予駁回。

五、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及所提之證據，核與判決結果無影響，毋庸再予一一論述。

六、結論：原告之訴為無理由，依民事訴訟法第78條，判決如主文。

中　　華　　民　　國　　113　　年　　5　　月　　29　　日

臺灣新北地方法院板橋簡易庭

法　官　呂安樂

以上為正本係照原本作成。

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　　113　　年　　5　　月　　29　　日

書記官　魏賜琪

附表：

項次	保險契約	理賠項目	理賠金額計算 (新臺幣)	理賠依據
1	系爭主約	失能保險金	10萬元x20% (第九級失能)= 2萬元	系爭主約 第16條

2		失能豁免後續期之保險費	3,730元x16期貼現利率1.5%=52,710元	系爭主約第22條暨系爭附約五第5條第2項第2款
3		失能豁免後已繳付未到期之保險費	3,730元/365日x79日=807元	系爭附約五第5條第1項
4	系爭附約一	住院前一周內門診麻醉費用	3,000元	系爭附約一第10條第2項
5		未足額延滯息	233,399元/365日x10%(年利率)x159日-9,016元(已給付)=1,151元	系爭附約一第22條第2項
6		失能豁免後已繳付未到期之保險費	7,390元/365日x79日=1,599元	系爭附約五第5條第1項
7	系爭附約二	失能豁免後已繳付未到期之保險費	820元/365日x79日=177元	系爭附約五第5條第1項
8	系爭附約三	失能豁免後已繳付未到期之保險費	702元/365日x79日=152元	系爭附約五第5條第1項
9	系爭附約四	失能豁免後已繳付未到期之保險費	3,498元/365日x79日=757元	系爭附約五第5條第1項
10	系爭附約五	失能豁免後已繳付未到期之保險費	276元/365日x79日=60元	系爭附約五第5條第1項
總金額：80,413元(其中1,151元不計延滯利息) 備註：失能確定日111年10月31日起至保單週年日即112年1月18日，未到期日計為79日。				