臺灣臺中地方法院民事判決

115年度沙保險小字第2號

原　　告　蘇怡鳳

被　　告　宏泰人壽保險股份有限公司

000000000000000000

000000000000000000

法定代理人　李啓賢

訴訟代理人　王亦竹

　　紀柏丞律師

上列當事人間請求給付保險金事件，本院於民國115年9月29日言詞辯論終結，判決如下：

主　　文

被告應給付原告新臺幣37,800元，及自民國113年5月31日起至清償日止，按年息10%計算之利息。

訴訟費用新台幣1,500元由被告負擔。

本判決得假執行。但被告如以新臺幣37,800元為原告預供擔保後，得免為假執行。

事實及理由

一、原告主張：原告於民國108年12月31日以自己為要保人及被保險人，向被告投保「宏泰人壽多多利利率變動型終身壽險」（保單號碼：0000000000），附加「宏泰人壽薰衣草醫療健康保險附約」（下稱系爭契約）。原告於113年4月22日因過期性流產，在童綜合醫院接受子宮擴張刮除手術（下稱系爭手術），手術過程中，經主治醫師評估使用「A-CP-HA 3 Cellular Matrix A-CP-HA Ki」（下稱系爭醫療自費材料），而系爭醫療自費材料有助於原告接受系爭手術後促進傷口癒合，為主治醫師依專業判斷所為之必要醫療處置，原告為此支出之新臺幣（下同）37,800元之醫療費用。原告因此依系爭契約請求被告給付保險金37,800元，被告卻拒絕給付。爰依系爭契約法律關係，請求被告給付上開保險金，及自113年5月31日起至清償日止，按年息10%計算之利息等

語，並聲明：如主文第1項所示。

二、被告則以：解釋保險契約條款時應考量危險共同體之利益觀點，系爭契約第10條、第11條之約定應限於具有相同專業醫師於相同情形，通常會診斷具有採此醫療手段或藥物之必要，始足當之。則原告於手術中所使用之醫療材料，應依「醫療常規」判斷是否具有使用之必要性，而財團法人金融消費評議中心之專業醫療顧問認為系爭醫療自費材料並非系爭手術之「醫療常規」治療，為非必要性醫療，故原告使用系爭醫療自費材料與系爭契約第10條、第11條之要件不符，被告自無須給付前開保險金等語，資為抗辯。㈠原告之訴駁回。㈡如受不利之判決，願供擔保請准宣告免為假執行。

三、兩造不爭執事項（見本院卷第220至221頁）：

㈠原告於108年12月31日以自己為要保人及被保險人，向被告投保「宏泰人壽多多利利利率變動型終身壽險」，附加系爭契約。

㈡原告於113年4月22日至23日，因過期性流產，至童綜合醫院進行系爭手術，為此支出醫療費用，其中關於系爭醫療自費材料之費用37,800元，經原告向被告請求給付保險金，被告拒絕理賠。

㈢原告係依主治醫師建議使用系爭醫療自費材料。

㈣如原告主張有理由，應給付之保險金為37800元，及自113年5月31日起至清償日止，按年息10%計算之利息。

四、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。又定型化契約如有疑義，應為有利於消費者之解釋，消費者保護法第11條第2項亦有明定。於定型化之保險契約，衡酌契約約款係由保險人單方擬定，且保險人具有經濟上強勢地位及保險專業知識，一般要保人或被保險人多無法與之抗衡，不具對等之談判能力；參以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號判決意旨參照）。

㈡經查，觀諸系爭契約之契約書（本院卷第81至87頁），系爭契約第11條前段約定：「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。」，細繹上開規定，可見被保險人僅須於系爭契約有效期間以系爭契約第2條、第4條約定之對象身分住院或門診接受診療，經醫師所要求之醫療行為，則住院或門診期間內所發生之自行負擔手術費用，被告即應給付保險金，並未約定被告同意給付手術費用保險金之範圍，須限於被保險人於住院或門診手術之治療方式應符合「醫療常規」行為。又系爭契約第2條第4項：「『疾病』：係指被保險人自本附約生效日起持續有效滿30日後或復效日（含）起所發生之疾病。...」、第2條第7項：「『醫師』：係指領有醫師執照而合法執業者」、第2條第8項：「『醫院』：係指依照醫師法規定領有開業執照並設有病房收治病人之公、私立及醫療法人醫院」、第2條第11項：「『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2部第2章第7節所列舉之手術」；第4條則約定：「被保險人因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。」，可見一般要保人或被保險人於購買系爭契約之保險時，就系爭

契約合理了解或合理期待應為在符合系爭契約所稱之「疾病」、「手術」前提下，凡透過領有醫師執照而合法執業之「醫師」評估後所接受之手術及於手術中該主治醫師評估認應自費使用之材料，均應為系爭契約之保險範圍，已賦予實際診治病患之主治醫師診斷權限。又本件原告於113年4月22日至23日，因過期性流產，至童綜合醫院進行系爭手術，原告依主治醫師建議使用系爭醫療自費材料，為被告所不爭，是原告既係於符合系爭契約之「手術」，經系爭手術中該主治醫師評估認應使用系爭醫療自費材料，原告依系爭契約第11條，請求被告給付手術費用保險金，自屬有據。

㈢被告固辯稱系爭醫療自費材料並非系爭手術之「醫療常規」治療，與系爭契約第11條之要件不符等語，然系爭契約第4條、第11條前段並未約定保險範圍限於被保險人住院或門診手術之醫療行為應符合「醫療常規」，已如前述，被告強行解釋系爭契約之保險範圍限於符合醫療常規之治療行為，無異使被保險人於手術醫師已明確告知手術所需之材料時，仍須自行確認該自費項目是否符合「醫療常規」，而考慮是否使用醫生所囑付之材料，姑不論被保險人有無能力進行確認，同一藥品使用於特定手術是否符合所謂「醫療常規」，往往因不同個案或不同醫生之見解而有不同，若任其他醫生以事後審查之方式認定該主治醫生於手術時評估需使用之藥物是否符合「醫療常規」，動輒將該藥物排除於承保範圍外，係增加系爭契約所無之要件限制要保人或被保險人請求給付之權利，且於資訊不對等之情形，要求被保險人應自行確認，顯對被保險人不利，實已喪失保險制度之功能及意義，故被告以前詞置辯，難認可採。至被告雖另援引臺灣高等法院104年度保險上易字第15號等判決，稱系爭契約第11條之約定應限於「具有相同專業醫師於相同情形」，通常會診斷具有採此醫療手段或藥物之必要，始足當之。然本件被告係以系爭醫療自費材料並非系爭手術之「醫療常規」治療拒絕給付原告保險金，與上開案件情形不同，自無法比附援

引，附此敘明。

五、綜上所述，原告依系爭契約第11條等約定，請求被告給付37,800元，及自113年5月31日起至清償日止，按年息10%計算之利息，為有理由，應予准許。

六、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及所提證據，核與判決結果不生影響，爰不逐一論述。另被告雖聲請調取原告病歷資料後囑託國立成功大學醫學院附設醫院鑑定原告接受系爭手術，依一般醫療常規，是否有使用系爭醫療自費材料之必要等語，然系爭契約解釋不以醫療行為應符合「醫療常規」為必要，業如前述，被告上開聲請自無調查之必要，併予敘明。

七、本件係依民事訴訟法第436條之8規定適用小額訴訟程序所為被告敗訴判決，依同法第436條之20規定，職權宣告假執行。併依同法第436條之23準用第436條第2項，適用同法第392條第2項規定，依被告聲請宣告被告如預供擔保，得免為假執行。

八、訴訟費用負擔依據：民事訴訟法第78條。另依同法第436條之19第1項規定，確定訴訟費用額如主文第2項所示。

中　　華　　民　　國　　115　　年　　10　　月　　29　　日

沙鹿簡易庭　法　官　林新為

以上為正本係照原本作成。

民事訴訟法第436條之24第2項：對於本判決之上訴，非以違背法令為理由，不得為之。

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，並須表明原判決所違背之法令及其具體內容與依訴訟資料可認為原判決有違背法令之具體事實之上訴理由。

中　　華　　民　　國　　115　　年　　10　　月　　29　　日

書記官