臺灣臺北地方法院民事小額判決

114年度店保險小字第3號

原　　告　張寶云

被　　告　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　吳孟益

000000000000000000

上列當事人間請求給付保險金事件，於民國115年1月12日言詞辯論終結，本院判決如下：

主　文

原告之訴駁回。

訴訟費用由原告負擔。

事實及理由

一、按訴狀送達後，原告不得將原訴變更或追加他訴，但擴張或減縮應受判決事項之聲明者，不在此限；民事訴訟法第255條第1項第3款定有明文。查原告起訴時聲明「被告應給付原告新臺幣（下同）80,220元，及自民國113年9月20日起至清償日止按週年利率5%計算之利息」【見本院114年度北保險小字第27號卷（下稱北小卷）第9頁】，嗣於114年9月2日具狀變更聲明請求被告應給付原告80,000元及利息自113年11月15日起算（見本院卷第37至39頁），核屬減縮應受判決事項之聲明，應予准許。

二、原告方面：

㈠聲明：被告應給付原告80,000元，及自113年11月15日起至清償日止按週年利率5%計算之利息。

㈡陳述：

1.原告於109年6月22日以自己為要保人及被保險人，向被告投保「宏泰人壽人身保險」（保單號碼：0000000000），並附加「宏泰人壽薰衣草醫療健康保險附約」（下稱系爭附約）。嗣原告於113年9月20日經承芯耳鼻喉科診所（下稱承

芯診所）診斷患有過敏性鼻炎、鼻中膈彎曲之病症，於系爭附約保險期間內之113年9月20日在承芯診所進行「鼻中膈（鼻道）成形術」，包括局部麻醉、左側Killian切口、黏骨膜瓣剝離、鼻中隔偏曲與骨刺移除，並以射頻方式（20W、75℃、30秒）施行雙側鼻甲縮小術，涵蓋「鼻中膈手術」與「下鼻甲手術」（下稱系爭手術），支出手術費用80,000元（包含手術費20,000元、耗材費60,000元）。系爭手術內容為全民健康保險醫療費用支付標準第2部第2章第7節（下稱健保227條款）所列編號「65004C：粘膜下中隔矯正術（S.M.R）」及「65003C：鼻甲電燒灼」，為健保理賠項目。詎手術後原告依系爭附約向被告申請理賠，被告竟認定⑴原告施行之系爭手術非屬健保理賠項目；⑵病歷記載為射頻處理，非系爭保約第11條定義之「手術」；⑶承芯診所係「私立西醫診所」，與系爭附約第2款所定義之「醫院」不符等理由，拒絕原告之理賠申請。

2.然系爭手術為具高度替代性之門診手術，臨床上廣泛於合法設立、具備專科醫師與設備之耳鼻喉科診所中進行。診所所執行之手術，於安全性、療效、必要性等層面與醫院門診手術無差異。被告僅以「治療地點非屬醫院」為由逕行否認保險給付，顯屬對保單條款之過度限縮解釋，亦未考量當代醫療趨勢與實際狀況。

3.被告抗辯系爭附約第二條關於「醫院」之定義，要求一定要在醫院的門診手術始能給付手術保險金，形同增加要保人或被保險人之契約義務，已違反保險法第54之1條規定，依金融監督管理委員會106年8月25日金管保壽第00000000000號函釋：「被保險人若罹患之疾病屬給付範圍（有收取保費並承擔危險對價關係存在）且醫療行為具有高度替代性者，建議視個案事實與保戶採協議或從寬認定方式處理。」系爭手術即屬此等應從寬認定之情形，應採實質認定。且財團法人金融消費評議中心（下稱評議中心）亦有多起決定，確立「不應因醫療技術進步，使原應在醫院進行之手術得改於診

所執行，而剝奪被保險人保障」之原則。

三、被告方面：

㈠聲明：原告之訴駁回。

㈡陳述：

1.原告於承芯診所接受治療之行為，與系爭附約第二條第8款「醫院」之定義不符，被告自無依系爭附約第十一條給付保險金之責。因承芯診所於衛生福利部醫事查詢系統內顯示權屬別為「私立西醫診所」、型態別為「西醫診所」，並非醫院。又系爭附約第二條第8款關於醫院之定義清楚明確，並無自行擴張解釋之空間，且該條亦無顯失公平之情形，自屬有效。

2.原告接受之系爭手術於手術紀錄單內之原文為「BILATERAL TURBNIPLASTY ISDONE VIA RADIOFREQUENCY 20w, 75 CELSIUS, FOR 30 SECONDS」，即「射頻雙側鼻甲成形術」，與系爭附約第二條第11款之「手術」定義不符，被告自無依系爭附約第十一條給付保險金之責。原告固稱系爭手術為鼻中膈手術與下鼻甲手術之統稱，屬於健保227條款所列舉之手術項目，亦屬保單所承保之手術範圍等語，然依系爭附約第二條第11款及評議中心112年評字第2754號評議書（下稱系爭評議書）所示，原告接受之「射頻雙側鼻甲成形術」，並無健保手術費支付點數，可證系爭手術非健保227條款所列舉之手術。且臺北榮民總醫院桃園分院113年6月修訂之非健保給付自費醫療收費項目記載亦如是記載。

3.衛生福利部中央健康保險署（下稱健保署）雖以114年12月1日健保北字第1148222802號函（下稱健保署函文）回覆系爭手術符合健保支付標準項目，然此結果與評議中心之見解相左，亦與臺北榮民總醫院桃園分院自費項目之記載矛盾，不足採信等語。

四、兩造不爭執事項及爭執要點：

㈠兩造不爭執事項：

原告於109年6月22日以自己為要保人及被保險人，向被告投

保「宏泰人壽人身保險」（保單號碼：0000000000），並附加系爭附約。嗣原告於113年9月20日經承芯診所診斷患有過敏性鼻炎、鼻中膈彎曲之病症，於113年9月20日系爭附約保險期間內在承芯診所進行「鼻中膈（鼻道）成形術」，並以射頻方式（20W、75℃、30秒）施行雙側鼻甲縮小術，支出手術費用80,000元（包含手術費20,000元、耗材費60,000元）。

㈡兩造爭執要點：

原告請求被告給付保險金80,000元，及自113年11月15日起計算之利息，有無理由？

五、本院之判斷：

㈠原告於109年6月22日以自己為要保人及被保險人，向被告投保「宏泰人壽人身保險」（保單號碼：0000000000），並附加系爭附約。嗣原告於113年9月20日保險期間內在承芯診所施行「鼻中膈（鼻道）成形術」等情，為兩造所不爭執，並有原告提出之宏泰人壽人身保險要保書、系爭附約保單條款、承芯診所113年9月20日診斷證明書、門診醫療費用收據在卷可稽【見114年度北保險小字第27號卷（下稱北保險小卷）第17-35頁】，堪信為真正。

㈡按系爭附約第二條（名詞定義）第8款約定「醫院：係指依照醫療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11款「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。」；第四條（保險範圍）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。」；第十一條（手術費用保險金之給付）前段約定「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或門診接受治療後，經第二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。」；第十三條（醫療費用未經全民健康保險給付者之處理方式）約定「第十條至十一條之給付，於被保險人不以全民健康保險之保險對象身分住院或門診治療；或前往不具有全民健康保險之醫院住院或門診治療者，致各項醫療費用未經全民健康保險給付，本公司依被保險人實際支付之各項費用之百分之七十給付，惟仍以前述各項保險金條款約定之限額為限。」等內容，有系爭附約保單條款在卷可稽（見北保險小卷第23-25頁）。

㈢查系爭附約關於手術費保險金之給付已於系爭附約第十一條明確約定如上，且於系爭附約第二條第8款已就「醫院」定義明確規範載明，並無混淆誤認之可能。本件原告進行系爭手術之承芯診所為私立西醫診所，非屬系爭附約所約定之「醫院」，為兩造所不爭執，原告既非在系爭附約第二條約定之「醫院或因醫院之醫師」所要求施行系爭手術，原告因施行系爭手術支出之費用，即不在系爭附約第十一條或第十三條所約定之理賠範圍，原告請求被告給付系手術費保險金，與系爭附約之約定不符。

㈣原告雖主張系爭手術為具有高度替代性之門診手術，被告僅以治療地點非屬「醫院」為由逕行否認保險給付，顯屬對保單條款之過度限縮解釋；且被告要求要在「醫院」的門診手術始能給付手術保險金，形同增加要保人或被保險人之契約義務，已違反保險法第54之1條規定；依金融監督管理委員會106年8月25日金管保壽第00000000000號函釋：「被保險人若罹患之疾病屬給付範圍（有收取保費並承擔危險對價關係存在）且醫療行為具有高度替代性者，建議視個案事實與保戶採協議或從寬認定方式處理。」系爭手術即屬此等應從寬認定之情形，應採實質認定云云。查：

1.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。又解釋契約之意思表示，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86年度台上字第3042號民事裁判要旨參照）。是保險法第54條第2項後段為有利於被保險人之解釋之規定，僅於契約文字或辭句有疑義時始有適用，倘保險契約文字已明確記載當事人間之真意，即應以當事人間約定之保險契約文字為雙方權利義務規範之基礎，並無捨契約文字而另為有利於被保險人解釋之餘地。本件依系爭附約保單條款約定手術治療院所限於「醫院」，及「醫院」之定義，均於系爭附約中明確約定，尚無任意限縮或擴張解釋之餘地，原告主張將手術地點限於「醫院」係屬對於保單條款之過度限縮解釋云云，尚無可採。

2.又原告主張被告要求一定要在「醫院」的門診手術始能給付手術保險金，形同增加要保人或被保險人之契約義務，已違反保險法第54之1條規定云云。查保險制度係為分散風險，在對價衡平原則下，依經保險主管機關所核定之費率及保單條款作為保險契約之內容而銷售與被保險人，是於保險契約之解釋，應本諸保險之本質及機能而為探求，並注意誠信、公平原則之適用。醫療保險就要保人而言，係針對全民健康保險所不予給付之自費項目，於醫療費用發生時轉嫁予保險人承擔，保險人於設計保險商品時，為控管風險之內容，自當於保險契約中針對各類型之保險金給付予以明確規範（如系爭附約第二條之名詞定義），手術費用保險金範圍僅限於醫院，或應包含診所，於風險控管上自不相同，保費亦因而有異，系爭附約將手術費保險金給付範圍限於「醫院」之手術治療，乃係風險評估後所定之要件。倘原告認系爭附約中之約款不足保障其醫療費用之支出，自應另覓其他符合原告期待之保險契約，或於進行系爭手術前再次確認保單，審慎評估應於診所或醫院進行系爭手術，原告於簽立系爭附約同

意保單條款之約定後，未於系爭附約約定之醫院進行手術治療，逕自前往診所進行手術，再要求被告從寬認定給付保險金之要件，令被告承擔非屬系爭附約所含括風險範圍之理賠責任，尚非保險法第54之1條規定之意旨。原告上開主張，尚難遽採。

3.另原告主張本件應依金融監督管理委員會106年8月25日金管保壽第00000000000號函釋意旨，應採從寬實質認定方式處理乙節，查金融監督管理委員會106年8月25日金管保壽第00000000000號函釋內容，仍須視「所收取保費與承擔危險之對價關係是否相當」而定，若將系爭附約第二條「醫院」之定義，擴張解釋為含括「診所」範圍，顯違反系爭附約之約定，且已逾越「保費與承擔風險對價關係」之相當性，尚無從逕依原告主張為實質認定。況金融監督管理委員會上開函釋僅為建議性質，須經兩造同意為協議處理，並無強制效力，原告上開主張尚難採取。

㈤綜上述，原告依系爭附約之約定請求被告給付手術費保險金，核無理由，應予駁回。

六、綜上所述，原告依系爭保約第11條之約定，請求被告給付80,000元，及自113年11月15日起至清償日止按週年利率5%計算之利息，為無理由，應予駁回。

七、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及所提證據，經本院斟酌後，核於判決結果不生影響，爰不逐一論述，併此敘明。

八、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第78條。

中　　華　　民　　國　　115　　年　　2　　月　　2　　日

臺灣臺北地方法院新店簡易庭

法　官　蔡寶樺

以上正本係照原本作成。

對於本件判決如有不服，應於收受送達後20日內向本院提出上訴書狀，上訴於本院合議庭，並按他造當事人之人數附具繕本。

當事人之上訴，非以判決違背法令為理由不得為之，上訴狀應記

載上訴理由，表明下列各款事項：

㈠原判決所違背之法令及其具體內容。

㈡依訴訟資料可認為原判決有違背法令之具體事實。

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　　2　　月　　2　　日

書記官　黃品瑄