臺灣臺中地方法院民事判決

111年度保險簡上字第4號

上　訴　人　林楊金英

訴訟代理人　林汝聰

　　鄭聿珊律師

被　上訴人　新光人壽保險股份有限公司

000000000000000000

法定代理人　潘柏錚

訴訟代理人　龍海明律師

上列當事人間請求給付保險金事件，上訴人對於民國111年8月18日本院臺中簡易庭110年度中保險簡字第8號第一審判決提起上訴，本院於民國112年5月26日言詞辯論終結，判決如下：

主　　文

原判決關於駁回後開第二項部分之裁判廢棄。

上開廢棄部分，被上訴人應給付上訴人新臺幣8萬元，及自民國110年12月8日起至清償日止，按週年利率百分之5計算之利息。

上訴人其餘上訴駁回。

第一、二審訴訟費用由被上訴人負擔百分之17，餘由上訴人負擔。

事實及理由

一、上訴人起訴主張：訴外人林汝聰為上訴人之配偶，於民國72年8月31日以其自身為要保人，上訴人為被保險人，向被上訴人投保新光防癌終身家庭保險（保單號碼：AG00000000，下稱系爭保險契約），保險金額新臺幣（下同）100萬元。被上訴人另於85年間起至99年8月27日止提供「新光人壽防癌終身壽險批註條款」（下稱系爭批註條款），以彌補早期防癌保險設計不足之處。上訴人於109年3月6日經中山醫學大學附設醫院（下稱中山附醫）診斷罹患左側乳房惡性腫瘤，並接受如附表編號1-4所示之手術，如附表編號1所示手術是以治療癌症為直接目的之必要手術，且如附表編號2、4所示之手術時間相距8個月，乃各別實施之兩次手術，故上

訴人得依系爭保險契約第17條之約定，請求被上訴人給付如附表編號1、4所示之手術醫療保險金共16萬元。又上訴人於109年2月至110年7月間有11次門診化療、18次標靶治療，因COVID 19疫情影響，主治醫師將前開本應住院為治療改為門診治療，系爭保險契約第16條自應擴張解釋至因疫情改為門診治療，被上訴人仍應給付上訴人癌症住院治療保險金8萬7000元，及癌症出院後療養保險金1萬6000元。另依系爭保險契約第1條約定，系爭批註條款為系爭保險契約之一部，且依系爭保險契約被上訴人應有告知林汝聰系爭批註條款之附隨義務，被上訴人違反上開附隨義務，致上訴人受有無法取得該批註條款可請領之初次罹患癌症之保險金12萬元及癌症門診醫療保險金8萬4000元之損害，爰依系爭保險契約約定及民法第227條、第226條之規定提起本件訴訟等語。起訴聲明求為判決：被上訴人應給付上訴人46萬7000元，及自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按週年利率百分之5計算之利息。

二、被上訴人則以：上訴人接受如附表編號1所示之手術時，尚未經診斷確定罹患癌症，且如附表編號2、4所示之手術應視為同1次癌症手術，因人工血管裝置手術雖為治療癌症直接目的所需，惟應將置入及移除手術視為一體，而無分別請領癌症手術醫療保險金之必要，故上訴人不得依系爭保險契約第17條之約定，再向被上訴人請求如附表編號1、4所示之癌症手術醫療保險金16萬元。又上訴人僅住院10日，依系爭保險契約第16條、第18條之約定，被上訴人已如數支付10日之癌症住院治療保險金及癌症出院後療養保險金。另系爭保險契約與系爭批註條款係不同契約，系爭批註條款仍須經過保險審核流程，兩造並未就系爭批註條款另外簽訂契約，被上訴人已依系爭保險契約之約定如數給付保險金，並無違反附隨義務，上訴人不得依民法第227條、第226條之規定，請求被上訴人賠償初次罹患癌症之保險金12萬元及癌症門診醫療保險金8萬4000元等語，資為抗辯。

三、原審駁回上訴人全部起訴之請求，上訴人不服，提起上訴，並聲明：㈠原判決廢棄。㈡被上訴人應給付上訴人46萬7000元，及自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按週年利率百分之5計算之利息。被上訴人則答辯聲明：上訴人之訴駁回。

四、不爭執之事項：

㈠上訴人之配偶即林汝聰於72年8月31日與被上訴人簽訂系爭保險契約，保險金額100萬元，上訴人為系爭保險契約之被保險人。

㈡上訴人於109年3月6日確診罹患左側乳房惡性腫瘤，並於如附表所示之時間，接受如附表所示之手術，被上訴人已賠付癌症手術醫療保險金16萬元（即附表編號2、3所示）、癌症住院治療保險金3萬元、癌症出院後療養保險金1萬6000元，共計20萬6000元予上訴人。

㈢上訴人所為附表編號1、4之治療，均為手術治療。

㈣被上訴人公司於85年經財政部85.03.28台財保第000000000號函核准防癌醫療保險批註條款（被證4，見原審卷第61頁），於99年8月27日停止批註防癌醫療保險批註條款（被證5，見原審卷第63頁）。被上訴人未通知上訴人此批註，上訴人並未申請防癌批註。

五、本件爭點：

㈠上訴人依系爭保險契約第17條約定，請求被上訴人給付附表編號1之手術醫療保險金8萬元，有無理由？

㈡上訴人依系爭保險契約第17條約定，請求被上訴人給付附表編號4之手術醫療保險金8萬元，有無理由？

㈢上訴人依系爭保險契約第16條約定，請求被上訴人給付上訴人因化療11次、標靶治療18次之癌症住院治療保險金共8萬7000元，有無理由？

㈣上訴人依系爭保險契約第18條約定，請求被上訴人給付癌症出院後療養保險金10日（20日扣掉已經支付10日），共1萬6000元，有無理由？

㈤被上訴人是否有通知上訴人系爭批註條款之附隨義務？上訴人依民法第277條、第266條請求被上訴人賠償20萬4000元，有無理由？

六、本院之判斷：

㈠按解釋意思表示，應探求當事人之真意，不得拘泥於所用之辭句，民法第98條定有明文；又解釋當事人所立書據之真意，以當時之事實及其他一切證據資料為其判斷之標準，不能拘泥字面或截取書據中一二語，任意推解致失真意（最高法院19年上字第28號判決要旨可資參照），另觀兩造所簽定之防癌終身壽險保險單條款第1條第2項約定：「本契約的解釋應探求契約當事人的真意，不得拘泥於所用之文字，如有疑義時，以作有利於被保險人的解釋為準」，倘保險契約文字已明確記載當事人間之真意，解釋契約無疑義時，則無為有利於被保險人之解釋之餘地。

㈡本件依兩造所簽定之系爭保險契約第11條第1項、第2項：「本保險單癌症的責任開始日係指保險單始期日（復效日）起第91日而言。被保險人於保險單有效期間內且於癌症的責任開始日起，經醫師初次診斷確定為『癌』者，本公司始負保險責任」；系爭保險契約第17條約定：「從被保險人在本契約有效期間內，且在癌症的責任開始日起，初次經癌的診斷確定罹患癌症，並以治療癌為其直接目的而需手術治療者，本公司每次手術依保險金額之8%給付『癌症手術醫療保險金』。」等內容，可知系爭保險契約之保險人癌症保險責任係自保險單始期日（復效日）起第91日起即開始，而只要被保險人經醫院診斷確定罹患癌症，並以治療癌症為直接目的所為之手術，應即得依上開保險單條款之規定，向保險人請求癌症手術之保險金，至其確定罹患癌症之時點係於手術前或手術後，則應非所問，如此之文義說明，始能符合上開契約條款之意旨，而為最有利於被保險人之解釋。又關於上開防癌定期保險契約條款第11條、第12條及新防癌終身壽險契約條款第16條、第17條所謂「以治療癌為其直接目

的」，其「直接目的」並未經兩造於契約條款中為明文之定義，則依上開契約條款之解釋原則，自應以作有利於被保險人之解釋為準。

㈢查附表編號1所示之「乳房組織腫瘤穿刺切片術」之手術目的係為檢查該組織是否為惡性，是以治療癌症為直接目的之手術行為，有中山附醫112年2月21日中山醫大附醫法務字第1120001649號函附卷可稽（見原審卷第137頁、本審卷第89頁），該次手術屬確認惡性腫瘤之必要手段，實難認為與癌症治療無關，足認附表編號1所示手術，應屬以治療癌症為直接目的之手術治療行為。又上訴人於接受附表一編號1所示手術，檢查結果確為惡性腫瘤，業據兩造所不爭執，堪信為真，是依上開解釋，上訴人於72年8月31日系爭保險契約始期日之91日後，經中山附醫診斷確定罹患癌症，並接受以治療癌症為直接目的之附表編號一所示手術，上訴人即得依系爭保險契約第17條約定請求被上訴人給付癌症手術之保險金，至上訴人確定罹患癌症之時點係於手術前或手術後，則非所問。上訴人依系爭保險契約第17條約定請求被上訴人給付手術醫療保險金8萬元，應屬有據。

㈣上訴人主張如附表編號2、4所示之手術均有全身麻醉、耗時4-5小時之久，且中山醫院收取之手術費用亦分別計算，手術間隔更相距8個月之久，不應認係同一次手術；系爭保險契約如有疑義時，應做有利於被保險人之解釋等語。惟查，人工血管置入及移除固均為系爭保險契約第17條所稱「治療癌為其直接目的而需手術治療」之手術，有中山附醫上開函附卷可稽（見本審卷第89頁），且為兩造所不爭執，堪信為真實。然上訴人先於109年3月6日接受如附表編號2所示之內頸靜脈切開永久導管放置手術，而永久導管乃為化學藥物治療輸入人體之途徑，目的在於進行先導性化療藥物治療，於治療療程結束後即取出，因人工血管不可能久置人體而不取出；嗣上訴人於同年11月2日接受如附表編號4所示之人工血管取出手術，即係將前次放置之「永久導管放置」取出等

節，有中山醫院111年5月4日中山醫大附醫法務字第1110004277號函、111年6月21日中山醫大附醫法務字第1110005967號函附卷足考（見本院卷第137頁、第203頁），堪認永久導管即人工血管置於人體後，本身並不會因自然代謝作用而消失，必須於治療療程結束後取出，又上訴人於109年11月2日接受附表4所示手術，並未有住院治療行為，有上訴人提出之診斷證明書為證（見原審卷第18頁），故如附表編號2、4所示之手術，可區分為前階段之置入及後階段之取出，兩者僅為同一手術之首尾程序，應視為一個整體之永久導管手術，不應分別以觀，自非可認為屬於兩次治療癌症之手術。參以人身保險商品審查委員會於95年9月8日第862次會議，邀集和信治癌中心醫院醫師、臺北榮總心臟血管外科醫師、臺大醫院外科部醫師，共同決議關於「因治療癌症而施予人工血管置入術及治療完成後之取出術，是否屬於癌症手術醫療保險金」乙節亦認：若經醫師診斷必須施予人工血管置入術以作癌症化學治療，且接受該置入術並實際進行癌症化學治療者，除契約條款所約定之手術定義已明確規範係以切除方式為手術外，應可考量就此人工血管置入及取出（視為同一次）給付癌症手術保險金（見原審卷第57-58頁）。系爭保險契約約款既未限於癌症切除手術，僅約定「以治療癌為其直接目的而需手術治療」，則應放寬解釋其手術項目及於治療癌為直接目的所需、有關連之全部手術，即包括人工血管裝置之相關手術在內，惟人工血管裝置手術應將植入及移除手術包含一體，應無分別請領保險金之必要。上訴人既已因接受附表編號2所示人工血管植入手術而前依系爭保險契約保險單第17條受領被上訴人給付手術醫療保險金8萬元，則就附表編號4所示人工血管之移除手術，上訴人應無依同上條款重複請求保險金之餘地，是其請求被上訴人給付附表編號4所示所手術保險金，應屬無據。

㈤按系爭保險契約第16條約定：「從被保險人在本契約有效期間內，且在癌症的責任開始日起，初次經癌的診斷確定罹患

癌症，並以治療癌為其直接目的而需住院治療者，本公司依癌的診斷確定後之實際住院日數每日依保險金額百分之0.3給付『癌症住院治療保險金』。」（見原審卷第50頁）；第9條第4款約定：「係指被保險人依第2款規定，經癌的診斷確定以『癌』為直接原因在具有診斷及治療癌症設備，且依照醫療法領有開業執照並設有病房收治病人之公、私立醫院住院治療者而言。」（見原審卷第48頁）等語。是依系爭保險契約第16條、第9條約定，足認被上訴人給付癌症住院治療保險金，被保險人至少必須經醫院收治住院治療為其前提要件，且系爭保險契約文義解釋上並無疑義，自無為有利於被保險人之解釋之餘地。上訴人主張其於109年2月至110年7月間有11次門診化療、18次標靶治療，本應住院治療，主治醫師因受COVID 19疫情影響改為門診治療，系爭保險契約16條應擴張解釋等語。惟查，上訴人於上開期間接受門診化療及標靶治療，有中山附醫診斷證明書在卷可憑（見原審卷第19頁），然上訴人並未經醫院收治於病房，依上開解釋，自無從依系爭保險契約第16條約定請求被上訴人給付癌症住院治療保險金之餘地。況依中山附醫112年2月21日中山醫大附醫法務字第1120001649號函載明：化學療程及標靶治療皆為必要之治療行為，由醫師評估病患病況後，依風險高低選擇門診化療或住院化療療程等語。有上開中山附醫函附卷可稽（見本審卷第89頁），足認上開門診化療、標靶治療等醫療行為非必須住院治療，上訴人主張係受疫情影響，故主治醫師將住院治療改為門診治療，系爭保險契約第16條約定應擴張解釋，亦不足採。是上訴人請求被上訴人給付癌症住院治療保險金8萬7000元，自屬無據。

㈥按系爭保險契約第18條約定：「從被保險人因第16條情形住院治療者，於出院後本公司依其癌症住院治療保險金給付日數每日按保險金額0.16%給付『癌症出院後療養保險金』。但每次出院後給付日數最高以20日為限。」（見本院卷第51頁），足見癌症出院後療養保險金給付日數乃以被上訴人依

系爭保險契約第16條給付之住院日數為基準，應無疑義。上訴人主張依上開約定其得請求癌症出院後療養保險金上限20日，惟上訴人罹患左側乳房惡性腫瘤，先於109年3月5日入院接受治療，並於同年3月8日出院，共計住院接受治療4日，嗣於109年8月24日再度入院接受治療，並於同年8月29日出院，共計住院接受治療6日，前後總計住院治療10日（計算式：4＋6＝10），況且，上訴人主張其所為化學療程及標靶治療應擴張解釋為住院治療，為本院所不採，自無從再加計住院治療日數，故其依系爭保險契約第16條請領之癌症住院治療保險金給付日數，亦為10日。至系爭保險契約第18條但書之約定，乃於被保險人住院日數超過20日，可從被保險人請領給付日數之上限，而非只要住院治療可請領日數即均為20日，是上訴人主張依系爭保險契約第18條之約定，請求被上訴人給付癌症出院後療養保險金1萬6000元，洵無可採。

㈦按因可歸責於債務人之事由，致為不完全給付者，債權人得依關於給付遲延或給付不能之規定行使其權利；因可歸責於債務人之事由，致給付不能者，債權人得請求賠償損害，民法第227條第1項、第226條第1項分別定有明文。又契約成立生效後，債務人除負有給付義務（包括主給付義務與從給付義務）外，尚有附隨義務。所謂附隨義務，乃為履行給付義務或保護債權人人身或財產上利益，於契約發展過程基於誠信原則而生之義務，包括協力及告知義務以輔助實現債權人之給付利益。本件被上訴人依系爭保險契約負有之附隨義務乃係於履行該契約給付義務之過程中所生之義務，以輔助實現被保險人於該契約之給付利益，故被上訴人之附隨義務當僅限於輔助履行系爭保險契約之給付義務甚明，自無從擴及於他契約履行利益之內容。上訴人主張依系爭保險契約第1條約定：「本保險單條款、附著之要保書、批註及其他約定書，均為本保險契約。」，故系爭批註條款為系爭保險契約之一部等語。然查，系爭保險契約並無任何批註，且系爭保

險契約之核准文號為「72.05.06台財融第16361號函」，而系爭批註條款則為「85.03.26台財保第000000000號函」等節，有新光人壽防癌終身壽險保險單條款樣本、新光防癌終身壽險批註條款樣本附卷可參（見本院卷第47頁、第61頁），參以上訴人提出之新光歷代防癌保險比較表所載一代產品（按：即系爭保險契約）可申請附加保單批註，補足差額即可與二代商品相同之相同，足見兩者顯為不同之契約，系爭批註條款並非系爭保險契約之構成部分，則被上訴人於履行系爭保險契約之主給付義務過程中，自無告知要保人新保險商品之義務，上訴人復未具體說明被上訴人負有通知要保人其他新保險商品附隨義務之依據，並舉證以實其說，是上訴人空言主張被上訴人履行系爭保險契約有告知系爭批註之附隨義務，並無可採。被上訴人既未違反系爭保險契約之附隨義務，則上訴人依民法第227條、第226條之規定，請求被上訴人賠償保險金20萬4000元，即屬無據。

㈧末按保險人應於要保人或被保險人交齊證明文件後，於約定期限內給付賠償金額。無約定期限者，應於接到通知後15日內給付之。保險人因可歸責於自己之事由致未在前項規定期限內為給付者，應給付遲延利息年利1分。保險法第34條第1項、第2項定有明文。本件上訴人於110年2月25日向被告申請附表編號1手術治療保險金，經被上訴人拒絕理賠，堪認被上訴人因可歸責於自己之事由，致未在約定期限內給付附表編號1之手術治療保險金，則上訴人主張僅請求自起訴狀送達於被上訴人之翌日即110年12月8日起（見原審卷第41頁送達證書），按週年利率百分之5計付之遲延利息，即無不可，應屬有據。

七、綜上所述，上訴人依系爭保險契約約定，請求被上訴人給付上訴人8萬元，及自110年12月8日起至清償日止，按週年利率百分之5計算之利息，為有理由，應予准許，逾此範圍之請求，則無理由，應予駁回。上開應准許部分，原審未及審酌中山附醫112年2月21日函，為上訴人敗訴之判決，尚有未

合，上訴意旨指摘原判決此部分不當，求予廢棄，為有理由，爰由本院改判如主文第1項、第2項所示。至於上訴意旨其餘請求部分，原審為上訴人敗訴之判決應無不合，上訴意旨仍執陳詞指摘原判決不當，求予廢棄改判，為無理由，應予駁回

八、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及證據，經審酌後，認均與判決結果無影響，爰不一一論述。

九、據上論結，本件上訴為一部有理由，一部無理由，依民事訴訟法第436條之1第3項、第450條、第449條第1項、第79條，判決如主文。

中　　華　　民　　國　　112　　年　　6　　月　　30　　日

民事第一庭　審判長法　官　許石慶

法　官　王詩銘

法　官　蔡孟君

正本係照原本作成。

不得上訴。

中　　華　　民　　國　　112　　年　　6　　月　　30　　日

書記官　廖日晟

附表：

編號	時間(民國)	治療名稱	請求依據	應給付金額計算式（新臺幣）
1	109年2月17日	乳房組織腫瘤穿刺切片術	系爭保險契約第17條	100萬元×8%＝8萬元。
2	109年3月6日	內頸靜脈切開永久導管放置手術	被上訴人已給付	無
3	109年8月25日	側乳房部分切除手術及腋下前哨淋巴切除手術	被上訴人已給付	無
4	109年11月2日	人工血管取出	系爭保險契	100萬元×8%＝8萬

（續上頁）

		手術	約第17條	元。