

01 臺灣臺中地方法院臺中簡易庭小額民事判決

02 114年度中保險小字第12號

03 原 告 杜晉吉

04 訴訟代理人 陳品岑

05 被 告 南山人壽保險股份有限公司

06 0000000000000000
07 法定代理人 尹崇堯

08 訴訟代理人 林彤諭

09 上列當事人間請求給付保險金事件，本院於民國114年6月25日言
10 詞辯論終結，判決如下：

11 主 文

12 原告之訴駁回。

13 訴訟費用新臺幣1,500元由原告負擔。

14 事實及理由

15 一、原告主張：

16 原告於民國95年9月29日向被告購買不分紅康順終身壽險，
17 並附加南山人壽住院醫療保險附約（下稱系爭附約）及意外
18 傷害醫療日額給付附加條款，保單號碼為Z000000000號，嗣
19 原告於113年11月7日，因牙周病以健保身份前往醫療診所接
20 受門診牙周翻瓣手術（下稱系爭手術）治療後，依系爭附約
21 申請理賠新臺幣（下同）48,150元，惟被告以「未於醫院就
22 醫」及「診所自費項目無法申報健保點數」為由，僅給付3
23 1,350元，爰依系爭附約之法律關係，判令被告補足未給付
24 之差額，而提起本件訴訟等語，並聲明：被告應給付原告1
25 6,800元，及自113年11月18日起至清償日止，按週年利率百
26 分之10計算之利息。

27 二、被告則以：

28 被告接獲原告提出之「保險金申請書」及相關資料後，經審
29 查後雖認非屬系爭附約條款約定之給付範圍，惟基於關懷保
30 戶，仍融通給付31,350元，且原告前以相同爭議事項向金融
31 消費評議中心（下稱評議中心）申訴，亦經該中心認定原告

01 請求為無理由。又依系爭附約約定，須因「疾病或傷害住院
02 診療」時，始屬保險給付範圍，原告係於淳康牙醫診所門診
03 施行「左下牙周手術」手術，並非住院，且該牙醫診所，並
04 非醫療法所稱「醫院」，不符合系爭附約之給付要件，被告
05 應無給付義務。被告雖基於關懷保戶而給付31,350元，此屬
06 額外照顧，原告請求給付差額16,800元及遲延利息，於法無
07 據等語置辯。並聲明：(一)原告之訴駁回；(二)如受不利判決，
08 願供擔保請准宣告免為假執行。

09 三、本院之判斷：

10 原告主張於113年11月7日因牙周病前往牙醫診所接受系爭手
11 術治療，依系爭附約向被告申請理賠48,150元，惟被告以
12 「未於醫院就醫」及「診所自費項目無法申報健保點數」為
13 由，僅給付31,350元等事實，業據提出保險單、醫療收據、
14 診斷證明書、給付通知書、被告拒賠函為證（見本院卷第21
15 -50頁），且為被告所不爭執，堪信原告上開主張為真正。
16 本件兩造有爭執者為，原告前往牙醫診所治療牙周病而施行
17 系爭手術，是否符合系爭附約約定保險給付範圍。

18 (一)、按保險契約之解釋，應探求契約當事人之真意，不得拘泥於
19 所用之文字；如有疑義時，以作有利於被保險人之解釋為原
20 則，保險法第54條第2項定有明文。解釋契約應探求當事人
21 立約時之真意，並通觀契約全文，斟酌訂立契約當時交易上
22 之習慣等其他一切證據資料，本於經驗法則及誠信原則，從
23 該意思表示所根基之原因事實、主要目的、經濟價值、社會
24 客觀認知及當事人所欲表示之法律效果，作全盤之觀察，不
25 得拘泥字面或截取書據中一、二語，任意推解。而保險制度
26 係為分散風險，在對價衡平原則下、經保險主管機關核定之
27 費率、保險條款作為保險契約內容銷售與被保險人，故大抵
28 皆為定型化契約，其擬定復具有高度之技術性。是於保險契
29 約之解釋，應本諸保險之本質及機能為探求，並注意誠信、
30 公平原則之適用，倘有疑義時，始為有利於被保險人之解釋
31 （最高法院102年度台上字第2211號判決意旨參照）。是如

01 透過文義及論理詳為推求，保險契約內容已臻明確而無疑
02 義，即無必要捨文義而過度或擴張為有利於被保險人之解
03 釋，否則即有曲解保險法第54條第2項之立法目的及精神。

04 (二)、依系爭附約第2條第4項約定「本附約所稱『醫院』係指依醫
05 療法規定領有開業執照並設有病房收治病人之公、私立及財
06 團法人醫院。但不包括專供休養、戒毒、戒酒、護理、養老
07 等非以直接診治病人為目的之醫療機構」；第5項約定：

08 「本附約所稱『住院』係指被保家庭成員因疾病或傷害，經
09 醫師診斷，必須入住醫院診療時，經正式辦理住院手續並確
10 實在醫院接受診療者」、第13條（保險範圍）約定：「被保
11 家庭成員於本附約有效期間因第2條約定之疾病或傷害住院
12 診療時，本公司依本附約約定給付保險金」，上開附約條款
13 已明確約定，被保險人須有住院之事實，且經醫院醫師診斷
14 其疾病或傷害必須入住醫院，被告方有依約給付系爭附約住
15 院相關保險金之義務，且所使用之文字「醫院」，係指依醫
16 療法規定領有開業執照並設有病房收治病人之公、私立及財
17 團法人醫院，本件牙醫診所雖係依醫療法規定領有開業執照
18 之醫療機構，惟並無設有病房收治病入，顯與系爭附約約定
19 之「醫院」範圍不同。又系爭附約第2條第5項所使用「住
20 院」，係指被保家庭成員因疾病或傷害，經醫師診斷，必須
21 入住醫院診療時，經正式辦理住院手續並確實在醫院接受診
22 療者。上開附約約定條款所使用文字「醫院」、「住院」，
23 並無不明之處，且已在系爭附約定義「醫院」、「住院」之
24 範圍，自無保險法第54條第2項「如有疑義時，以作有利於
25 被保險人之解釋為原則」之適用甚明。

26 (三)、次查，原告自承接受系爭手術治療並未住院，依系爭附約之
27 約定，自不得請求被告給付住院相關保險金，業經本院認定
28 如前，且評議中心亦為相同之認定：「…細究系爭附約條款
29 第13條就保險範圍之約定可知，其係以被保險人於該附約有
30 效期間內因疾病或傷害住院診療時，相對人始有給付保險金
31 之責。…申請人於113年11月7日因「左下牙周手術」至淳康

01 牙醫診所就診，並不符合系爭附約第2條所約定『經醫師診
02 斷其疾病或傷害必須入住醫院』之住院定義，且…醫療法第
03 12條及醫療機構設置標準第2條規定，診所係指由醫師從事
04 門診診療業務之處所，而淳康牙醫診所於衛生福利部中央健
05 康保險署健保特約醫事機構查詢為基層醫療單位，其醫事機
06 構種類則為牙醫一般診所，非屬醫療法所稱『醫院』，亦非
07 系爭附約所定義之『醫院』…」，有該中心113年度評字第5
08 458號評議書在卷可稽（見本院卷第143-147頁）。至原告主
09 張因醫療技術進步而無住院治療行為應從寬認定方式處理云
10 云，惟此仍須符合系爭附約所指醫院之門診，原告前往之牙
11 醫診所應非系爭附約所指醫院，自不得依系爭附約約定請求
12 保險理賠，原告此部分主張，自難採信。

13 (四)、原告另主張依金管會99年10月29日金管保理字第0990265871
14 1號函文及106年8月25日金管保壽第00000000000號函，已明
15 確指出醫療技術進步導致部分原需住院手術可於門診進行
16 者，於醫院與診所間具有高度替代性，保險公司應從寬理
17 賠，若硬性要求保戶至醫院門診手術方得理賠，已形加重保
18 戶契約義務，違反保險法第54-1條之規定云云（見本院卷第
19 175-177頁）。惟金管會金管保壽第00000000000號函係就住
20 院醫療費用保險單示範條款（實支實付型）第7條手術費用
21 保險金給付條款中所謂「程度相當」之認定原則，乃針對被
22 保險人罹患之疾病屬於給付範圍（有收取保費並承擔危險對
23 價關係存在），且醫療行為具有高度替代性者，建議視個案
24 事實與保戶採協議或從寬認定方式處理；金管會金管保理字
25 第09902658711號函係就診所手術衍生理賠爭議處理方式，
26 表示：為解決醫療保險商品原先設定之給付範圍與現行醫療
27 技術發展產生落差所衍生之爭議，若被保險人所罹患疾病係
28 在醫療保險商品涵括之給付範圍，且其施行之醫療行為在醫
29 院與診所間具有高度替代性者（如白內障手術），建議可由
30 各保險公司視個案事實與保戶採協議或從寬認定方式處理，
31 俾充分發揮保險之保障功能，可知上開金管會函均係就原本

01 需在醫院手術，屬於保險契約承保範圍之疾病，因保險人本
02 有收取保費並承擔危險對價關係存在，而因現今醫療進步發
03 展致以往需在醫院手術治療之疾病，可由診所以門診手術治
04 療時，始建議可由各保險公司視個案事實與保戶採協議或從
05 寬認定方式處理，並非金管會認為所有的門診手術均可一體
06 適用。而原告進行之系爭手術本屬不需住院手術治療之門診
07 手術，與上開金管會函示內容不同，則上開金管會函於本件
08 訴訟並無適用餘地。是原告上開主張，要屬對上開金管會函
09 及系爭附約之錯誤解讀，仍無可採。

10 (五)、原告又主張：原告於108年就相同情形予以理賠，與本次結
11 果不符等語，上開事實，被告並未爭執，固堪信實。然被告
12 既已就原告本次保險給付欠缺住院必要性一事加以爭執，原
13 告自仍應就其有住院必要之事實加以舉證，兩造既為系爭附
14 約之當事人，就理賠之問題，本應確實依約為之，故尚難以
15 被告前有理賠之事實，即認被告亦應就係爭手術加以理賠。
16 準此，本件被告既係依系爭契約決定理賠與否，則其基於關
17 懷保戶，仍融通給付部分保險金31,350元之決定，實亦無違
18 反誠信原則、保險契約最大善意原則之可言；原告又主張相
19 較他家如台灣人壽、全球人壽、富邦人壽等，已遵循金管會
20 函示對於診所門診手術於實支實付醫療險範圍內不予打折，
21 南山人壽卻未能與時俱進，反以「無法申報健保點數」為由
22 將保險責任轉嫁保戶，實屬失信且違反社會責任云云，然因
23 不同契約，保單設計基礎不同，自無從比附援引，尚難因此
24 為有利於原告之認定，併此敘明。

25 四、綜上所述，原告依系爭附約之法律關係，請求被告給付被告
26 應給付原告16,800元，及自113年11月18日起至清償日止，
27 按週年利率百分之10計算之利息，為無理由，應予駁回。

28 五、本件事證已臻明確，兩造其餘之攻擊或防禦方法及所用之證
29 據，經本院斟酌後，認為均不足以影響本判決之結果，爰不
30 逐一論列，附此敘明。

31 六、據上論結，本件原告之訴為無理由，判決如主文。

01 中 華 民 國 114 年 7 月 21 日

02 臺中簡易庭 法 官 李立傑

03 以上為正本係照原本作成。

04 如不服本判決，應於送達後二十日內，以判決違背法令為理由，
05 向本院提出上訴狀並表明上訴理由（上訴理由應表明一、原判決
06 所違背之法令及其具體內容；二、依訴訟資料可認為原判決有違
07 背法令之具體事實），如於本判決宣示後送達前提起上訴者，應
08 於判決送達後廿日內補提上訴理由書（須附繕本）。

09 惟如係原告提起上訴，依詐欺犯罪危害防制條例第54條第1項規
10 定，暫免繳納上訴之訴訟費用。

11 中 華 民 國 114 年 7 月 21 日

12 書記官 莊金屏