

臺灣臺中地方法院民事簡易判決

114年度中保險小字第31號

原告 劉科宏

被告 台灣人壽保險股份有限公司

法定代理人 許舒博

訴訟代理人 賴盛星律師

複代理人 劉淑琴律師

上列當事人間請求給付保險金事件，本院於民國115年6月30日言詞辯論終結，判決如下：

主 文

被告應給付原告新臺幣玖萬貳仟伍佰玖拾元及自民國一百一十四年五月十四日起至清償日止，按週年利率百分之五計算之利息。訴訟費用新臺幣貳仟肆佰元（含原告繳納之裁判費新臺幣壹仟伍佰元，及調取病歷費用新臺幣玖佰元），由被告負擔，並應自本判決確定之翌日起至清償日止，加給按週年利率百分之五計算之利息。

本判決得假執行；但被告如以新臺幣玖萬貳仟伍佰玖拾元為原告預供擔保，得免為假執行。

事實及理由要領

一、本判決依民事訴訟法第434條第1項規定，合併記載事實及理由要領，其中兩造主張之事實，並依同項規定，引用當事人於本件審理中提出之書狀及言詞辯論筆錄。

二、本院之判斷：

(一)本件原告主張其於民國112年6月5日以自己為要保人及被保險人，向被告投保新住院醫療保險附約（85）計畫三（保單號碼0000000000，下稱系爭契約）。原告因鼻中隔彎曲併左側肥厚性鼻炎等症狀（下稱系爭症狀），於114年4月15日起至114年4月18日止，至中山醫學大學附設醫院（下稱中山附醫）住院接受鼻中隔成形術併左側下鼻甲微創成形術（下稱

系爭手術），分別支出自費材料及醫療費用共計新臺幣（下同）151,780元、手術費用24,300元。而系爭契約關於住院醫療費用之保險金限額為150,000元，被告已給付55,110元；系爭契約關於外科手術費用之保險金限額為200,000元，系爭手術屬於鼻中隔造形術，給付比例為11%，故保險金限額為22,000元，被告已給付22,000元等情，業據其提出理賠給付通知書、醫療費用收據、診斷證明書為證（見本院卷第23至29、39至45頁），並有台灣人壽傳統型人身保險要保書（A版）、系爭契約、患者批價自費項目明細在卷可稽（見本院卷第97至116頁），且為被告所不爭執，自堪信為真實。

(二)原告另主張其因系爭症狀住院施行系爭手術，被告就住院醫療保險金部分已給付55,110元，以系爭契約限額150,000元計算，尚欠94,890元未給付等節，則為被告所否認，並抗辯原告於簽約前已存在系爭症狀等語。按保險法第127條固規定保險契約訂立時，被保險人已在疾病中者，保險人對是項疾病，不負給付保險金額之責任。惟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。倘被保險人未悉自己罹病，保險人尚不得依據上開規定免責。查系爭契約第2條第2款約定：

「『疾病』係指被保險人自本附約生效日（或復效日）起所發生之疾病」（見本院卷第105頁），本件原告所罹系爭症狀係經中山附醫於114年間診斷出之疾病，而原告自114年4月15日至18日於該院住院施行系爭手術之事實，業如前述，則原告所罹系爭症狀，乃系爭契約有效期間內。又所謂「保險契約訂立時，被保險人已在疾病中」，解釋上應認被保險人於投保前所罹疾病與於投保後始經保險人發現者應為相同之病名，或至少前者必需係屬後者之前階段疾病或必經病程而具有關聯性者，方屬之。而原告之前並未經醫院診斷出系爭症狀或與系爭症狀具關連性之前階段疾病或必經病程，被告復未能舉證證明原告之系爭症狀為先天造成且為投保前已

01 知悉，故系爭症狀屬於系爭契約定義之疾病，堪予認定。被
02 告上開所辯，不足為採。

03 (三)被告固抗辯原告請求之醫材費用，非一般鼻中隔手術必要之
04 材料費，且為性質重複之材料云云。惟按保險契約之解釋，
05 應探求契約當事人之真意，不得拘泥於所用之文字；如有疑
06 義時，以作有利於被保險人之解釋為原則，保險法第54條第
07 2項定有明文。蓋保險契約大多為定型化契約，被保險人鮮
08 有依其要求變更契約約定之餘地，且因社會之變遷、保險市
09 場之競爭，各類保險推陳出新，保險人顯有能力制定有利其
10 權益之保險契約條文，並可依其精算之結果，決定保險契約
11 內容、承保範圍及締約對象，故於保險契約之解釋，應本諸
12 保險之本質及機能為探求，並應注意誠信原則之適用，倘有
13 疑義時，應為有利於被保險人之解釋，以免保險人變相限縮
14 其保險範圍，逃避應負之契約責任，獲取不當之保險費利
15 益，致喪失保險應有之功能，及影響保險市場之正常發展，
16 此亦基於保險契約為最大誠信契約，蘊涵誠信善意及公平交
17 易意旨，於保險契約之定型化約款之解釋，應依一般要保人
18 或被保險人之合理了解或合理期待為之，不得以契約所無之
19 要件限制要保人請求給付之權利，方無違保險法理之合理期
20 待原則（最高法院96年度台上字第133號、100年度台上字第
21 2026號判決要旨參照）。經查：

- 22 1.系爭契約第5條第1項約定：「被保險人因第3條之約定而以
23 全民健康保險之保險對象身分住院或接受門診外科手術診療
24 時，本公司按被保險人住院期間內或接受門診外科手術時所
25 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
26 全民健康保險給付範圍之下列各項費用核付。一、醫師診查
27 費及會診費。二、在醫院使用之藥品（含醫師指示用藥）、
28 注射藥液及注射技術費。三、血液（非緊急傷病必要之輸
29 血）。四、掛號費及證明文件。五、超過全民健康保險給付
30 之住院醫療費用」（見本院卷第106頁），而細繹上開約
31 定，並未約定被告同意給付醫療保險金之範圍，須限於被保

險人於住院治療時所使用之醫師指示醫材應符合「常規醫療行為」，則被告可否於事後受理被保險人即原告之理賠申請時，始以原告接受之醫師指示醫材非屬必要而拒絕理賠，已有所疑。

- 2.原告因系爭症狀，於114年4月15日入中山附醫接受治療，於114年4月16日接受系爭手術，於114年4月18日出院，共計住院接受治療4日。於術中使用VERASEAL 2ML黏合鼻中隔黏膜以預防鼻中隔血腫進而產生鼻部變形之併發症。潔美快可敷片使用於術中止血。飛洛散斯龐嘉止血棉及亞瑞絲達可吸收止血顆粒（含塗佈器）填塞於鼻腔用以預防術後出血。海昌膠原蛋白基質及速原水性創傷敷料（含生長因子）可促進傷口癒合以避免傷口癒合不佳後續產生增加感染機率等風險等情，有中山附醫114年8月20日診斷證明書可佐（見本院卷第39頁）。又中山附醫函覆本院略以：「(1)系爭症狀之成因：①鼻中隔彎曲：可能係生長過程中軟骨與硬骨生長發育速度不一造成擠壓產生，或因外傷（如運動碰撞、車禍等）所致。②下鼻甲肥大：係因下鼻甲黏膜長期發炎（如過敏性、慢性、藥物性或血管運動性鼻炎）導致腫大，或因下鼻甲骨頭先天較大所致。(2)手術必要性、替代療法及效果費用：①必要性：患者經門診評估為鼻中隔向左彎曲合併鼻甲肥大，且右側有鼻棘（spur）影響呼吸通暢。單純藥物治療（如類固醇鼻噴劑）無法改變鼻中隔彎曲結構，且須長期使用。②效果：經討論施行系爭手術，可同時根治結構問題並縮小下鼻甲體積，兩者同時施行可達更佳效果。③費用：藥物治療（鼻噴劑）及手術費為健保給付，自費醫材另計。(3)系爭手術相關醫材使用說明：①薇樂欣凝合劑（Verasal）：用於黏合雙側鼻中隔黏膜。可減少死腔以避免產生鼻中隔血腫、感染膿腫或導致軟骨壞死之鼻部變形。②潔美快可敷片：用於術中出血部位。其高嶺土成分可加快止血，縮短手術時間並提供較佳手術視野。③亞瑞絲達可吸收止血顆粒（Arista）：用於下鼻甲傷口及鼻中隔切口。可加速血液自然凝

固，1至2日可被吸收代謝，預防術後出血。④飛洛散斯龐嘉止血棉（Spongostan）：用於總鼻道填塞。提供壓迫止血效果以預防術後出血。⑤海昌膠原蛋白基質：用於下鼻甲與鼻中隔傷口。促進止血並提供組織支架幫助上皮細胞再生，縮短結痂時間並降低感染與異味。⑥速原水性創傷敷料（含玻尿酸、寡胜肽）：用於下鼻甲與鼻中隔傷口。含寡胜肽及ECM醣體，可幫助傷口修復及組織再生。(4)常態性與醫療自主權說明：①使用生醫材料取代傳統不可吸收填塞材料（如凡士林紗布），已成為現代鼻科微創手術之主流常態。②臨床實證顯示，自費可吸收材料可明顯降低術後不適感（避免移除紗布時之劇痛與二次出血），並降低鼻中隔血腫與鼻腔沾黏發生率。③相關醫材均領有許可證，並於術前向患者詳細說明效用，由患者基於醫療品質考量自主決定採用」等語，有中山附醫115年4月30日中山醫大附醫法務字第1150004619號函存卷可考（見本院卷第237、238頁）。可見原告係在合法醫院經領有醫師證書而合法執業之醫師診斷，接受系爭手術，並因醫生囑言自費購買系爭手術所需之薇樂欣凝血劑（Veraseal）、潔美快可敷片、亞瑞絲達可吸收止血顆粒（Arista）、飛洛散斯龐嘉止血棉（Spongostan）、海昌膠原蛋白基質、速原水性創傷敷料（含玻尿酸、寡胜肽）等醫材（下合稱系爭醫材），考量系爭契約之保險範圍為「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門診外科手術治療時，本公司按其投保計劃內容，依照本附約的約定給付保險金」等語，此觀系爭契約第3條約定甚明（見本院卷第105頁），又系爭契約第5條第1項並未約定給付醫療保險金之範圍，須限於被保險人之治療行為或於住院治療時所使用之醫師指示醫材應符合「常規醫療行為」，已如前述，則一般購買系爭契約之要保人或被保險人，就系爭契約之合理了解或合理期待應為在符合系爭契約所稱之「疾病」、「住院」前提下，凡透過「專業醫師」評估後所接受之手術及於手術中該專業醫師評估認應自費使用

之醫材，均應為保險之範圍，否則將使較無資力之被保險人，於手術醫師已明確告知手術所需之醫材時，仍須自行確認該自費項目是否屬「常規醫療行為或手段」，而考慮是否使用醫生所囑付之醫材，姑不論被保險人有無能力進行確認，或是否符合所謂「常規醫療行為或手段」，亦時常因不同醫師（或醫院）而異其認定（即同一醫材是否符合醫療常規，往往因不同個案或不同醫師之見解而有不同）、或由其他醫師以「事後審查」之方式認定該主治醫師於手術前評估需使用之醫材是否具有合理性。申言之，執行手術前，因涉及較多不確定性，理應採取相對謹慎之選擇，除該醫材經科學證實為確定無效用外，只要對手術有幫助效用之醫材，原則上應認為有必要，以避免醫師未使用該醫材導致病人身體健康權利受影響，此與手術確定成功後，再以事後角度審查使用該醫材是具有必要性，應有程度上之不同，倘若如此，無異係增加系爭契約所無之要件而限制要保人請求給付之權利。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，從而，原告係經主治醫師評估後所為之專業建議接受系爭手術，而該專業醫師及所屬中山附醫已分別於醫囑及函文中明確表示系爭醫材為系爭手術中需自費使用之醫材，復無其他證據證明該診斷之醫師有何虛偽診斷之情形，揆諸前揭說明，自應肯認系爭醫材費用均屬於系爭契約第5條第1項所稱醫師指示用藥，始為合理。被告辯稱系爭醫材並非系爭手術所必要云云，並無理由。

3.至被告雖舉財團法人金融消費評議中心113年評字第5006號評議書（下稱系爭評議書），抗辯系爭醫材費用之請求難認有據云云，惟系爭評議書之申請人並非原告，兩者之醫療背景、年齡、體況等條件亦非相同，本即不得比附援引，被告此部分抗辯，自無可採。

(四)基於上述，原告確有於系爭契約期間內因罹患系爭症狀而於中山附醫進行住院治療而施行系爭手術，原告不能依投保前

之客觀狀況知悉或可得而知自己已罹有系爭症狀，符合系爭契約第3條所稱疾病之定義，自不能認原告係在疾病中仍與被告簽立系爭契約。原告復係經中山附醫之醫師評估其必要性而為系爭手術並使用系爭醫材，系爭醫材即屬於系爭契約第5條第1項所約定醫師指示用藥之範疇，是原告得向被告請求給付系爭手術住院醫療費用之保險金。又系爭契約住院醫療保險金之限額為150,000元，被告已給付55,110元，此為兩造所不爭執，則原告尚得向被告請求給付94,890元（計算式：150,000－55,110＝94,890），此部分原告請求92,590元，自應准許。

(五)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條定有明文。原告因本件保險事故，於114年4月29日向被告申請保險金，為兩造不爭執，依上開規定，被告應於接到申請通知後15日即114年5月14日內給付之，惟被告拒絕給付，則原告所得請求保險金之遲延利息應自翌日即114年5月15日起算，而本件原告請求自114年5月14日起算遲延利息，此為被告所不爭執（見本院卷第231頁），是原告得請求自114年5月14日起，按週年利率百分之10計算之遲延利息。

三、綜上所述，原告依系爭契約之法律關係，請求被告給付92,590元，及自114年5月14日起至清償日止，按週年利率百分之10計算之利息，為有理由，應予准許。

四、本件係就民事訴訟法第427條訴訟適用簡易程序所為被告敗訴之判決，依同法第389條第1項第3款規定，應職權宣告假執行。被告陳明願供擔保，請准免為假執行，核無不合，併酌定相當擔保金額准許之。

五、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及證據，核與判決之結果不生影響，爰不一一論列，併此敘明。

六、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第79條。

01 中 華 民 國 115 年 7 月 28 日
02 臺灣臺中地方法院臺中簡易庭
03 法 官 董惠平

04 以上正本係照原本作成。

05 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。如
06 委任律師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

07 中 華 民 國 115 年 7 月 28 日
08 書記官 張隆成