臺灣臺中地方法院臺中簡易庭小額民事判決

115年度中保險小字第10號

原　　告　吳雅倪

被　　告　台灣人壽保險股份有限公司

000000000000000000

法定代理人　許舒博

訴訟代理人　蔡耀瑩

　　彭國瑋

　　洪佩雲

上列當事人間請求給付保險金事件，本院於民國115年9月1日言詞辯論終結，判決如下：

主　　文

原告之訴駁回。

訴訟費用新臺幣5,500元由原告負擔，其中新臺幣4,000元部分，應由原告給付予被告，及自本判決確定之翌日起至清償日止，加給按年息5%計算之利息。

事實及理由

一、原告主張：原告因左手拇指巨大細胞瘤，於民國114年4月21日施行腫瘤切除手術，住院2日，於同年月22日出院，並因此支付醫療費用新臺幣(下同)6萬2,876元，而原告有向被告公司投保新住院醫療保險，其中附約第2頁第5條已明載依約得賠付被保險人於住院期間或外科手術時發生之診查費、藥品注射費用、掛號費、證明文件費及超過全民健保給付之醫療費用，詎被告以其中AI-5020-OUS AMNIOFIX INJ 20MG(羊膜)(下稱系爭羊膜)非屬常規必要性用藥為由，拒絕賠付該部分費用4萬6,500元，而原告所進行之相關醫療行為皆係經由醫院所診療判斷而屬必要，被告自應依約賠付上開費用，爰依兩造間之保險契約提起本訴等語。並聲明：被告應給付原告4萬6,500元。

二、被告則以：系爭羊膜不是藥品亦非藥液，無法用以治療原告所患疾病，且非於傷口尚處於急性期時之住院期間所應使用

者，顯無使用之醫療必要性，亦非符合健康保險附約所約定之醫療行為，自不在被告依約應賠付之範圍。且原告在未告知之情況下，尚有向南山人壽及全球人壽投保實支實付型醫療保險，且已受賠付，自應有保險法第38條複保險規定之適用，不得再對被告請求給付保險金，是原告請求自屬無據等語，資為抗辯。並聲明：㈠原告之訴駁回；㈡如受不利判決，願供擔保，請准宣告免為假執行。

三、得心證之理由：

㈠原告主張之上開事實，業據提出中國醫藥大學附設醫院診斷證明書、醫療費用收據、保險金理賠通知書等件在卷為佐（見本院卷第25至39頁），又被告就原告所進行之手術、支出醫療費用等情均未爭執，僅爭執請求項目有無必要性，是原告主張首堪認定。

㈡按保險制度最大功能在於將個人於生活中遭遇各種人身危險、財產危險，及對他人之責任危險等所產生之損失，分攤消化於共同團體，是任何一個保險皆以一共同團體之存在為先決條件，此團體乃由各個因某種危險事故發生而將遭受損失之人所組成，故基於保險是一共同團體之概念，面對保險契約所生權利糾葛時，應立於整個危險共同團體之利益觀點，不能僅從契約當事人之角度思考，若過於寬認保險事故之發生，將使保險金之給付過於浮濫，最終將致侵害整個危險共同團體成員之利益，有違保險制度之本旨。又保險為最大善意及最大誠信之射倖性契約，保險契約之當事人皆應本諸善意與誠信之原則締結保險契約，始避免肇致道德危險（最高法院85年度台上字第1685號、99年度台上字第731號民事判決意旨參照）。本件保險附約第5條第1項約定被保險人因第3條之約定而以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時，本公司按被保險人接受門診外科手術時所發生，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下列各項費用核付，有保險附約可稽（見本院卷第82頁），該項約定雖未對「門診外科手

術」於何種狀況下為適格保險金請求標的設有明文限制，惟基於參加保險者為危險共同團體、保險為最大善意及最大誠信之射倖性契約等觀點，仍以專業醫師於相同情形下通常會採取之醫療手段方屬之，否則被保險人接受不具備醫療必要性之治療方式，再向保險人請求保險金，將有侵害或轉嫁不當風險予危險共同團體之虞。

㈢經查，被告就原告主張執前詞抗辯，經本院依被告聲請送臺北榮民總醫院(下稱北榮醫院)鑑定原告接受系爭醫療行為時，使用「羊膜異體移植物」(下簡稱羊膜)有無必要性等情，鑑定結果略以：目前醫療文獻對羊膜之臨床應用，的確多針對糖尿病足、慢性傷口、靜脈性潰瘍等難以癒合之傷口，亦對於困難癒合傷口有正面療效；但針對急性創傷所導致的大面積軟組織缺損，使用羊膜有效減少傷口滲液與急性疼痛，但對於傷口癒合時間與傳統敷料相比，無明顯差異；手術切除左手拇指巨大細胞瘤時，其傷口應可屬急性創傷期。若傷口可完整縫合，無軟組織缺損裸露，則並無絕對必要使用羊膜，但鑒於其促進傷口癒合、減少發炎等機轉，應屬有益傷口癒合之處置(見本院卷第147至148頁)，則由鑑定意見可知，羊膜雖依現今醫學實務尚無法認其對於急性傷口缺損之癒合有必然之療效，而非屬此類型醫療行為之必要使用材料，然羊膜確實對於傷口癒合、減少發炎等後續復原有正面療效，且有效減少疼痛，既屬有益傷口癒合之處置，且經專業醫療機關即中國醫藥大學附設醫院之專業醫師，經其當下醫療判斷為建議使用，應認仍具必要性，屬有必要性之醫療手段。

㈣被告另辯稱原告投保多家實支實付型醫療險，已牴觸保險法第38條複保險之規定，不得重複請求理賠等語，而按「複保險，謂要保人對於同一保險利益，同一保險事故，與數保險人分別訂立數個保險之契約行為」、「複保險，除另有約定外，要保人應將他保險人之名稱及保險金額通知各保險人」、「要保人故意不為前條之通知，或意圖不當得利而為

複保險者，其契約無效」，保險法第35、36、37條定有明文。次按人身保險契約，並非為填補被保險人之財產上損害，亦不生類如財產保險之保險金額是否超過保險標的價值之問題，自不受保險法關於複保險相關規定之限制〔司法院大法官會議釋字第576號解釋（下稱釋字第576號解釋）參照〕。是以人身保險涉及被保險人之生命、身體，無法以金錢估計其價值，難以衡量有何超額保險情事，於本質上不適用保險法第35至37條關於複保險之規範，僅能以其他制度(詳述於後)加以約束。另參照金融監督管理委員會（下稱金管會）於108年8月8日，以金管保壽字第1080494305號函回覆中華民國人壽保險商業同業公會，記載：「主旨：所報『實支實付型醫療保險（含傷害醫療）副本理賠之控管措施』乙案，請依說明事項辦理，請查照並轉知所屬會員。…說明二、本案經審酌貴二公會共同研議之旨揭控管措施，修正如下；㈠每一被保險人投保實支實付型醫療保險（含日額或實支實付給付擇一之商品）之張數上限3張，…」，益證人身保險（含實支實付型醫療保險）本質上並不受保險法複保險規定所限制；但是，自108年8月8日以後，金管會為管控要保人就人身保險多次投保之情況，已將投保張數上限限制為3張。

㈤經查，兩造間之保險契約締約時間為112年，已為108年8月8日以後，除有3張上限之規制外，又依照兩造間保險契約中之要保人、被保險人聲明事項第4點明文，如投保時就有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險，有通知台灣人壽，而台灣人壽仍予以承保者，對同一保險事故仍應給付保險金；但若未告知，在已受其他商業保險賠付之情況下，就已賠付部分即不負給付責任(見本院卷第80頁)。而原告於投保本件保險附約時，有明確告知被告其有投保南山人壽之實支實付型傷害醫療保險，惟就其另有投保全球人壽實支實付型傷害醫療保險部分，則未告知，此可見卷附之兩造間保險契約(見本院卷第80頁)，是依照契約約定，原告就其經全球人壽

賠付部分，自不得再向被告為保險金之請求，而本件原告業經全球人壽就系爭醫療行為賠付保險金6萬2,876元，此亦為系爭醫療行為之總花費，此經原告自陳在卷(見本院卷第257頁)，則其損害已完全填補，揆諸上開契約約定，即不得再向被告請求，原告主張自屬無據。

四、綜上所述，原告依兩造間之保險契約，請求被告給付4萬6,500元，為無理由，應予駁回。

五、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦及所舉證據，經核均於判決結果不生影響，爰不逐一論述，附此敘明。

六、本件依民事訴訟法第78條、第436條之19第1項規定，確定其訴訟費用額為5,500元(含裁判費1,500元及鑑定費用4,000元)，由原告負擔。其中鑑定費用4,000元部分係由被告墊付，是本件原告應再給付被告該部分訴訟費用4,000元，並依民事訴訟法第91條第3項規定加計自本判決確定之翌日起至清償日止，按年息5%計算之利息。

中　　華　　民　　國　　115　　年　　9　　月　　29　　日

臺灣臺中地方法院臺中簡易庭

法　官　趙薏涵

以上為正本係照原本作成。

如不服本判決，應於送達後20日內，以判決違背法令為理由，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，應於判決送達後20日內補提上訴理由書（須附繕本）。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　　10　　月　　1　　日

書記官　錢　燕