臺灣臺南地方法院民事判決

112年度保險字第3號

原　　告　朱苑蓉
000000000000000000
000000000000000000
被　　告　宏泰人壽保險股份有限公司
000000000000000000
法定代理人　魯奐毅
訴訟代理人　朱宗媛
000000000000000000

上列當事人間請求給付保險金事件，經本院於民國112年3月24日言詞辯論終結，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、原告主張：原告前向被告投保「宏泰人壽薰衣草醫療健康保險附約」，依保險契約條款約定，在被保險人住院時，得按住院日額請領保險金（下稱系爭附約）。嗣原告於111年6月2日因乳癌在國立成功大學醫學院附設醫院（下稱成大醫院）接受標靶藥物治療，總療程須18次，且以住院方式進行，惟因新冠肺炎疫情關係，醫院病房承載量能下降，經醫師考量認治療不得延誤，故在第11次之後，以門診方式完成剩餘8次療程。系爭附約應以填補損害為原則，且依保險法第54條第2項、消費者保護法第11條第2項規定，應為有利於被保險人、消費者之解釋，詎原告向被告申請理賠時，被告卻未如原告另投保之台灣人壽保險股份有限公司（下稱台灣人壽公司）予以融通，拒絕給付原應住院之醫療行為須給付之定額保險金，已變相限縮其保險範圍，逃避契約責任，獲取不當之保險費利益，有違對價衡平及誠信原則。為此，依系爭附約即契約關係提起本件訴訟等語，並聲明：被告應給

付原告837,560元（本院按：計算式詳如原告民事起訴狀附件三，參見本院卷第37頁），及自原始理賠文件交齊之日起至清償日止，按週年利率百分之10計算之利息。

二、被告則以：原告前於108年6月29日以自己為要保人及被保險人向被告投保宏泰人壽第0000000000號人身保險（下稱系爭保險），並附加系爭附約，依系爭附約第2條約定，住院係指「被保險人經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者」，而原告主張其於111年6月2日後8次在成大醫院接受治療，均係以門診方式為之，與系爭附約對保險事故之定義不符，被告故未依保險理賠，系爭附約既已約定明確，即無保險法第54條第2項後段規定之適用，否則反將違反保險制度分攤危險共同體所遭受損失之本旨，且原告計算之理賠金額亦有誤等語置辯。並聲明：原告之訴駁回。

三、得心證之理由：

㈠經查，原告前於108年6月29日向被告投保系爭保險，並附加系爭附約，依系爭附約第4條約定，被保險人因疾病或傷害住院診療或接受手術治療時得請領保險金；嗣原告因乳癌有接受標靶藥物治療之需求，在成大醫院接受次數總計為18次之治療療程，前10次療程皆住院進行，第11次至第18次即111年6月2日、6月24日、7月15日、8月5日、8月26日、9月16日、10月7日、10月13日（下稱系爭療程）改以門診方式為之；原告雖依系爭附約被告請領保險金，惟經被告以系爭療程與系爭附約第2條所定「住院」之定義不符，故未予理賠等情，有原告提出成大醫院診斷證明書影本8紙、被告提出之系爭保險要保書、系爭附約保單條款影本各1份、成大醫院門診紀錄影本2份在卷可稽（見本院卷第21頁至第35頁、第60頁至第68頁、第70頁至第78頁、第80頁至第92頁），且為兩造所不爭執。此部分事實，應堪認定。

㈡原告固以系爭療程前進行相同治療時，均係住院進行，主張系爭療程雖在門診完成，但仍應為有利於被保險人之解釋等

語。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；定型化契約條款如有疑義時，應為有利於消費者之解釋，保險法第54條第2項、消費者保護法第11條第2項固有明定，惟解釋契約，固須探求當事人立約之真意，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，最高法院著有17年上字第1118號判例意旨可資參照。則基於私法自治及契約自由原則，當事人本得自行決定契約之種類及內容，以形成其所欲發生之權利義務關係，其本於自主意思所締結之契約，即成為當事人間之行為規範，並有契約嚴守之適用，縱保險契約多屬定型化契約，但在約定已為明確時，苟不違反法律強制規定或誠信原則，自應有拘束當事人之效力。復依系爭附約第2條〔名詞定義〕第8款、第9款約定，系爭附約中之醫院係指「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」，住院係指「被保險人經醫師診斷其疾病或傷害『必須』入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者。但不包含全民健康保險法第51條所稱之日間住院及精神衛生法第35條所稱之日間留院」等語（見本院卷第70頁），顯然依系爭附約約定，被保險人即原告需因疾病或傷害，經專業醫師診斷認定有住院之必要，復正式辦理住院手續，在醫院接受診療，始得依契約請領住院保險金，此縱為不具備專業知識或交易經驗之一般人，亦能輕易理解，並無疑義可言，依首揭說明，當無捨契約文字另為解釋之必要。

㈢況按，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。實際治療之醫師認定「有住院必要」固應尊重，但仍須符合醫理，不得違背經驗法則或論理法則，以符合保險為最大善意及最大誠信契約之契約本旨（臺灣高等法院110年度保險上易字第10號判決意旨參照）。蓋因保險乃將面臨相同危險之多數人，透過組成共同團體之方式共醵資金，以達到分散個別成員風險、填補損害之制度，而保險費率及承保範圍之對價性，係經保險公司專業精算及主管機關核准，以求將保險人所收取之保險費與保險人所承擔之危險間維持衡平，故在解釋保險契約條款時，並非僅為要保人、被保險人與保險人間之爭執，尚須著眼共同團體之整體利益作為衡量。

㈣承前，系爭附約所定之保險事故需經醫師診斷有住院之必要性，並正式入住醫院，且契約文字並無未臻具體明確之疑義，均如前述，原告起訴時自陳其係以「門診」方式進行系爭療程，顯然與系爭附約約定文義不符。被告固不爭執原告有接受系爭療程之需求（見本院卷第104頁至第105頁），惟與原告治療期間是否具有住院之必要性究屬有別。觀原告所提出之診斷證明書，雖均記載「病患原需住院治療，惟因疫情關係，病房承載量能下降，病房需優先提供給新冠肺炎病患使用，故改以門診方式治療」等語（見本院卷第21頁至第35頁），但係因原告接受何種醫療行為，經治療後身體將有何異狀須住院觀察、過去曾出現何種不適或不良反應、改以門診治療將有何等風險、依先前已進行之部分療程評估後是否仍需住院，即其住院需求如何判斷等節，均無從自上開診斷證明書得知。遑論原告於本院審理時亦稱在系爭療程期間並沒有再回院急診或在醫院留置，但醫生要伊注意自己的身體狀況等語（見本院卷第103頁），是否得逕認其即有住院治療之必要性，尚非無疑。此一待證事實，依民事訴訟法第277條前段規定，本應由原告負有舉證責任，惟原告並未舉

證以實其說，亦無證據聲請法院調查（見本院卷第104頁），自難認原告已盡其舉證之責。至其於言詞辯論終結後提出之台灣人壽公司理賠資料及新聞整理，僅能證明部分保險業者自行決定採取放寬理賠條件之彈性措施，與系爭附約之契約解釋方法無涉，亦不能證明原告有何住院之必要性，縱原告確因新冠肺炎疫情致其無病房入住，仍無解其對於住院必要性所應負之證明責任。則依現有原告提出之事證，被告拒絕原告與系爭附約約定文義不符之理賠請求，乃依契約條款解釋之結果，並未違反法律強制規定或誠信原則，基於私法自治及契約自由原則之體現，法院亦應予以尊重，免過度寬認保險事故，致理賠範圍擅自擴大，造成破壞共同團體對價衡平之結果。

㈤綜上所述，原告係於門診接受系爭療程，復未舉證證明其有何住院之必要性，自難認合於系爭附約約定之理賠條件。原告主張依系爭附約即保險契約請求被告給付保險金，應屬無據。原告主張，為無理由，應予駁回。

四、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及舉證，核與判決結果均無影響，爰不另一一論述。

五、據上論結，本件原告之訴為無理由，依民事訴訟法第78條，判決如主文。

中　　華　　民　　國　　112　　年　　4　　月　　28　　日

民事第三庭　　法　官　徐安傑

以上正本係照原本作成。

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。

如委任律師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

中　　華　　民　　國　　112　　年　　4　　月　　28　　日

書記官　李佳芮