

臺灣臺南地方法院臺南簡易庭民事判決

113年度南保險簡字第17號

原告 陳○宜

被告 宏泰人壽保險股份有限公司

法定代理人 李啓賢

訴訟代理人 顏哲奕律師

吳孟益

複代理人 洪麗惠

上列當事人間請求給付保險金事件，本院於民國114年9月18日言詞辯論終結，判決如下：

主 文

- 一、被告應給付原告新臺幣64,513元，及自民國113年6月2日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息。
- 二、原告其餘之訴駁回。
- 三、訴訟費用（除鑑定費用外）由被告負擔26%，餘由原告負擔。鑑定費用由被告負擔。
- 四、本判決第1項得假執行；但被告如以新臺幣64,513元為原告預供擔保，得免為假執行。

事實及理由

- 一、原告主張：原告於民國108年2月11日以自己為要保人暨被保險人，向被告投保「宏泰人壽新樂活一生失能照護終身保險」（保單號碼：0000000000，下稱系爭保約），保險期間為108年2月11日起至174年2月11日止，並附加一年期保證續約之「宏泰人壽薰衣草醫療健康保險附約」（下稱系爭醫療附約）。嗣原告自113年4月24日起至同年月26日止，因子宮肌瘤至臺南市立安南醫院（下稱安南醫院）住院治療，並於113年4月25日進行超音波熱能聚焦海芙術治療（下稱系爭海

01 芙術)。依系爭醫療附約第4、7至10條約定，原告得請求被  
02 告給付住院3日醫療費用新臺幣（下同）223,038元、113年5  
03 月1日門診費用14,605元、113年5月3日門診費用600元、住  
04 院日額保險金3,600元、住院醫療補助保險金1,500元、住院  
05 慰問保險金7,000元，合計250,343元。原告於113年5月17日  
06 備齊資料通知被告理賠，經被告拒絕給付。爰依保險契約之  
07 法律關係及保險法第34條規定，提起本件訴訟等語。並聲  
08 明：被告應給付原告250,343元，及自113年6月2日起至清償  
09 日止，按週年利率10%計算之利息。

10 二、被告則以：原告於113年4月25日接受系爭海芙術治療，實際  
11 施作時間僅為683秒即11分23秒，且係以「仰躺」方式為  
12 之，侵害較小，由門診施行即可，無需清腸亦毋庸住院，此  
13 觀財團法人金融消費評議中心（下稱評議中心）之專業醫療  
14 顧問均認系爭海芙術治療於門診施行即可，依一般醫療常  
15 規，並無住院必要甚明，是本件原告無住院必要性，被告自  
16 無依系爭醫療附約第7至10條負給付保險金之責。又系爭醫  
17 療附約第7至11條約定之住院日額保險金、住院醫療補助保  
18 險金、住院慰問保險金、住院醫療費用保險金及手術費用保  
19 險金，均以被保險人因系爭醫療附約第4條約定而住院診療  
20 為給付要件，惟該條關於手術之認定，依系爭醫療附約第2  
21 條第11款係指符合全民健康保險醫療費用支付標準（下稱支  
22 付標準）第2部第2章第7節所列舉之手術，然系爭海芙術非  
23 屬上述所列舉之手術，為兩造所不爭執，則原告依系爭醫療  
24 附約第7至10條之約定，請求被告給付住院各項保險金，即  
25 屬無據。縱認被告須理賠住院保險金，理賠範圍亦僅限於住  
26 院日額保險金3,600元、住院醫療補助保險金1,500元、住院  
27 慰問保險金7,000元；至原告請求住院醫療費用（含門診）  
28 部分，應扣除非醫師指示用藥之優寶滴5,700元、非屬支付  
29 標準第2部第2章第7節所列舉之系爭海芙術費用180,000元  
30 （系爭醫療附約第10條約定既明確列舉住院醫療費用，並將  
31 手術費及手術相關醫療費用另以第11條單獨列出，則依文義

01 解釋及體系解釋，並參以人身保險商品審查應注意事項第53  
02 點規定意旨，應認系爭醫療附約第10條之住院醫療費用，不  
03 包含手術費用即系爭海芙術費用180,000元）、因私人原因  
04 額外請領診斷證明書130元，即原告得請求之住院醫療費用  
05 （含門診）合計應僅有52,413元（住院醫療費用223,038元  
06 +113年5月1日門診費用14,605元+113年5月3日門診費用60  
07 0元—優寶滴5,700元—系爭海芙術費用180,000元—額外證  
08 明書費用130元）。並聲明：原告之訴駁回。如受不利判  
09 決，願供擔保請准宣告免為假執行。

10 三、兩造不爭執之事項（本院卷第338頁）：

11 (一)原告於108年2月11日以自己為要保人暨被保險人，向被告投  
12 保系爭保約，保險期間為108年2月11日起至174年2月11日  
13 止，並附加系爭醫療附約。

14 (二)原告自113年4月24日起至同年月26日止，因子宮肌瘤至安南  
15 醫院住院治療，並於113年4月25日進行系爭海芙術。

16 (三)子宮肌瘤為系爭醫療附約第2條第4款所稱之疾病。

17 (四)原告於113年5月8日以住院治療為由，向被告申請疾病醫療  
18 保險理賠金，惟被告以原告無住院之必要性，且系爭海芙術  
19 非屬支付標準第2部第2章第7節所列舉之手術為由，於113年  
20 6月20日函覆拒絕理賠。

21 (五)原告於113年4月25日接受系爭海芙術，並非支付標準第2部  
22 第2章第7節所列舉之手術。

23 (六)原告於113年4月26日施用之優寶滴5,700元，並非系爭醫療  
24 附約第10條第1項第5款之醫師指示用藥，原告亦同意不予請  
25 求。額外證書費130元原告亦同意不請求。

26 (七)原告向被告提出本件理賠申請，交齊證明文件之日為113年5  
27 月17日。若本件原告請求有理由，則利息起算日為113年6月  
28 2日。

29 (八)原證3住院醫療收費單據之治療處置費180,000元為系爭海芙  
30 術費用。

31 (九)若法院認有住院必要性，且須理賠住院醫療費用，則被告不

01 爭執住院日額保險金3,600元、住院醫療補助保險金1,500  
02 元、住院慰問金7,000元、住院醫療費用（含門診）52,413  
03 元（即扣除系爭海芙術費用180,000元、優寶滴5,700元、額  
04 外證書費130元）。

05 四、得心證之理由：

06 (一)原告自113年4月24日起至同年月26日止，因子宮肌瘤至安南  
07 醫院住院治療（系爭海芙術治療），符合系爭醫療附約第4  
08 條約定之保險範圍，被告應給付原告保險金：

- 09 1.依系爭醫療附約第4條、第2條第4、11款約定可知，被保險  
10 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  
11 或接受手術治療時，被告依本附約約定給付保險金。所謂  
12 「住院」係指被保險人經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫  
13 院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者。但不包  
14 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  
15 條所稱之日間留院。所謂「手術」係指符合中央衛生主管機  
16 關最新公布之支付標準第2部第2章第7節所列舉之手術。
- 17 2.原告接受系爭海芙術治療是否有住院必要性乙節，經本院送  
18 請國立臺灣大學醫學院附設醫院（下稱臺大醫院）、國立成  
19 功大學醫學院附設醫院（下稱成大醫院）鑑定結果略以，  
20 「原告於113年4月25日接受之超音波熱能聚焦海芙術即系爭  
21 海芙術是海芙刀，海芙刀（仰躺）以超音波熱能聚焦於良性  
22 或惡性腫瘤達到破壞腫瘤細胞使細胞消融的目的，雖原告實  
23 際施作超音波治療之時間雖僅為683秒，但術前需要作皮膚  
24 及腸胃準備，手術時雖無傷口亦無麻醉，但術後仍可能因術  
25 中之熱能導致附近器官（包括皮膚、腸道、膀胱、神經，甚  
26 至骨骼等）受損，故臺大醫院（海扶刀）、林口長庚醫院  
27 （海扶刀）、光田綜合醫院（海芙刀）及台北秀傳醫院（海  
28 芙刀）皆有住院1至3天之規定」，有臺大醫院機關鑑定回復  
29 意見表在卷可憑（本院卷第231頁）；「HIFU是高強度聚焦  
30 超音波治療系統的縮寫，HIFU分為兩種：俯臥式海扶刀（20  
31 14年引進台灣），以及仰臥式海芙刀（2019年引進台灣），

01 兩者的（消融）手術原理皆是運用聚焦超音波產生的高熱來  
02 對準子宮腫瘤（肌瘤與肌腺瘤）進行高溫破壞，達到消融子  
03 宮腫瘤的目的。海扶（芙）刀治療在少數國家可用門診方式  
04 進行，亦即不用住院，在台灣目前建議需要住院2~3天。一  
05 般而言是：住院第一天安排術前檢查，包含血液、尿液檢  
06 驗，以及胸部X光、心電圖檢查。住院第二天進行手術治  
07 療，治療後觀察生命徵象。住院第三天確認治療效果，觀察  
08 有無腸穿孔、神經損害等可能發生的併發症，如無特殊症狀  
09 需要處理，即可出院」，有成大醫院病情鑑定報告書在卷可  
10 佐（本院卷第305頁）。本院審酌上開鑑定報告為與兩造無  
11 利害關係之第三方醫療機構本於其專業醫學智識所為之判  
12 斷，客觀上應具公信力，佐以原告之病歷資料，認上開鑑定  
13 報告結果，並無矛盾或不合理之處，且兩家醫院鑑定結果亦  
14 大致相符，應屬可採。可見原告接受系爭海芙術治療雖安全  
15 性高，但仍可能造成皮膚、腸道、神經等器官或組織之傷  
16 害，故術前住院為術前檢查並為皮膚及腸道準備、術後住院  
17 以預防併發症及觀察治療效果應屬合理，且綜合上開鑑定結  
18 果可知，依一般醫療常規，系爭海芙術治療在台灣建議需要  
19 住院1~3天，是原告經主治醫評估、建議後實際住院3天，  
20 自屬有住院必要性。被告抗辯評議中心之專業醫療顧問均認  
21 系爭海芙術治療於門診施行即可，依一般醫療常規，並無住  
22 院必要等語，洵無足採。

23 3. 查子宮肌瘤為系爭醫療附約第2條第4款所稱之疾病；原告自  
24 113年4月24日起至同年月26日止，因子宮肌瘤至安南醫院住  
25 院治療，並於113年4月25日進行系爭海芙術（不爭執事項  
26 二、三）；參以原告提出之安南醫院113年6月28日診斷證明  
27 書（調字卷第39頁）中病名記載「子宮肌瘤」，醫師囑言記  
28 載「病患（原告）因子宮肌瘤於113年3月29日門診診療，經  
29 醫師評估與病患討論，傳統微創手術恢復時間長及術後沾黏  
30 機會高，海芙手術在此兩方面明顯優於傳統手術，遂選擇海  
31 芙消融治療…」等語。可見原告係為治療子宮肌瘤（疾病）

01 而聽從醫師建議接受系爭海芙術治療，又系爭海芙術治療有  
02 住院3天之必要性，已如上述，是原告自113年4月24日起至  
03 同年月26日止之3日住院治療，自屬經醫師診斷其疾病（子  
04 宮肌瘤）必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院  
05 接受診療（系爭海芙術治療）。從而，被告自應依系爭醫療  
06 附約第4條約定給付原告保險金。

07 4.至被告雖抗辯系爭海芙術並非支付標準第2部第2章第7節所  
08 列舉之手術，故不符合系爭醫療附約第4條約定之保險範圍  
09 等語。惟原告係以同條前段「第2條約定之疾病住院診療」  
10 請領保險金，並非以「接受手術治療」請領保險金，自不受  
11 系爭醫療附約第2條第11款「手術」定義之拘束，二者殊不  
12 得混為一談；又所謂「住院診療」或「在醫院接受診療」，  
13 遍觀系爭醫療附約之約定，並未限制診療或治療之方法（如  
14 排除手術治療或排除非健保給付之手術治療等），僅須被保  
15 險人因疾病而有入院接受診療之必要即可，是被告抗辯應將  
16 診療方法限制於支付標準第2部第2章第7節所列舉之手術已  
17 逾越契約之文義，不足為採。

18 (二)原告得請求保險金之項目及金額如下：

19 1.本院認原告自113年4月24日起至同年月26日止之3日住院具  
20 必要性，被告應依系爭醫療附約第4條約定給付保險金，已  
21 如上述，又依不爭執事項(九)所示，被告不爭執應給付原告住  
22 院日額保險金3,600元、住院醫療補助保險金1,500元、住院  
23 慰問金7,000元、住院醫療費用52,413元（即扣除系爭海芙  
24 術費用180,000元、優寶滴5,700元、額外證書費130元）。  
25 從而，原告此部分即64,513元（3,600元+1,500元+7,000  
26 元+52,413元）之請求，自屬有據，應予准許。

27 2.被告抗辯系爭海芙術費用180,000元非屬系爭醫療附約第10  
28 條第1項第9款「超過全民健康保險給付之住院醫療費用」給  
29 付範圍部分：

30 (1)按保險契約之解釋，應探求契約當事人之真意，不得拘泥於  
31 所用之文字；如有疑義時，以作有利於被保險人之解釋為原

01 則，保險法第54條第2項定有明文。又解釋契約，固須探求  
02 當事人立約時之真意，不能拘泥於契約之文字，但契約文字  
03 業已表示當事人真意，無須別事探求者，即不得反捨契約文  
04 字而更為曲解（最高法院98年度台上字第791號判決意旨參  
05 照）。因此，倘契約文字之意思已明確時，因其已足表彰當  
06 事人訂約時之意思，關於當事人間權利義務之解釋，自依外  
07 顯文字即可，無需另探求當事人之真意，否則倘二者生有矛  
08 盾，反生困擾，亦予意圖反悔之當事人不依契約文字約定履  
09 行之遁辭。次按保險制度基本上係以承擔危險、消化損失為  
10 目的，因此只要係可承保之危險，原則上皆可以透過精算與  
11 法律關係之設計而創設；另保險制度係利用大數法則以分散  
12 風險，在保險公司之專業精算下，藉由承擔社會共同團體之  
13 共同風險，在對價衡平原則下，經「主管機關核定」之費  
14 率、保險單條款後，而銷售保單收取保費，並對發生保險事  
15 故之被保險人給付保險金。故「保險費之費率」及「承保範  
16 圍之對價性」，均係經由專業之精算程序及主管機關核准  
17 後，據為銷售。而保險人不可能承擔漫無限制之危險，唯有  
18 經「限定之危險」方屬保險人所承擔，亦即要保人所給付之  
19 保費，與保險人所承擔之危險形成一對價關係，在保險期間  
20 維持平衡狀態。據上，保險人本係就其「承保之範圍及不保  
21 事項」，精算其收受之保費，此即保險制度之對價衡平原  
22 則。

23 (2)按「被保險人於本附約有效期間內因第4條之約定而以全民  
24 健康保險之保險對象身分住院診療時，本公司按被保險人住  
25 院期間內所發生，且依全民健康保險規定其保險對象應自行  
26 負擔及不屬全民健康保險給付範圍之下列各項費用核付。但  
27 其給付金額最高以附表所列其投保計畫之『每次住院醫療費  
28 用保險金限額』為限。一、超等住院之病房費差額。二、管  
29 灌飲食以外之膳食費。三、特別護士以外之護理費。四、醫  
30 師診察費。五、醫師指示用藥。六、血液（非緊急傷病必要  
31 之輸血）。七、掛號費及證明文件。八、來往醫院之救護車

01 費。九、超過全民健康保險給付之住院醫療費用。」；「被  
02 保險人於本附約有效期間內因第4條之約定而以全民健康保  
03 險之保險對象身分住院或門診接受診療後，經第2條約定之  
04 醫院及其醫師所要求之醫療行為時，本公司按被保險人住院  
05 或門診期間內所發生，且依全民健康保險規定其保險對象應  
06 自行負擔及不屬全民健康保險給付範圍之手術費及手術相關  
07 醫療費用核付『手術費用保險金』，但以不超過附表所列其  
08 投保計畫之『每次手術費用保險金限額』為限，系爭醫療附  
09 約第10條【住院醫療費用保險金之給付】第1項、第11條  
10 【手術費用保險金之給付】前段分別定有明文。可見系爭醫  
11 療附約第10條第1項住院醫療費用保險金之給付是專指住院  
12 期間所生為利辦理住院與住院治療等與住院密切相關之病房  
13 費差額、膳食費、護理費、醫師診察費、醫師指示用藥、血  
14 液、掛號費及證明文件、救護車費等第1款至第8款例式住院  
15 醫療費用項目及第9款之概括住院醫療費用項目，而第11條  
16 前段則專指手術費及手術相關醫療費用；參以系爭醫療附約  
17 第11條前段記載將「手術費及手術相關醫療費用」自「住  
18 院…接受診療後…所要求之醫療行為」獨立列出，益徵「住  
19 院醫療費用」與「手術醫療費用」之實支實付保險金理賠應  
20 分別適用系爭醫療附約第10條第1項、第11條前段約定。依  
21 上揭說明，系爭醫療附約既就「住院醫療費用保險金」、  
22 「手術費用保險金」採取分項限額方式設計，此設計乃保險  
23 公司基於專業精算下，並衡酌對價平衡性，經主管機關核定  
24 費率、保險單條款後，保險公司始得銷售保單收取保費，並  
25 對發生保險事故之被保險人給付保險費，參以金融監督管理  
26 委員會所發布之人身保險商品審查應注意事項第53條規定  
27 「實支實付型醫療保險之每次住院各項保險金限額或每次住  
28 院總限額僅得擇一辦理，前述限額應於成本合理反應。」，  
29 可知保險人就保險商品如採分項限額方式設計者，則各項保  
30 險金之發生自應各別獨立，各項保險金所定限額不得相互流  
31 用；否則將造成「分項限額」之設計轉為「總限額」之性

01 質，導致「分項限額」下各給付項目之費率對價關係發生混  
02 淆，且破壞保險人設計保險契約時精算之費率、承保範圍之  
03 對價衡平性。從而，住院期間所生之手術醫療費用僅得依系  
04 爭醫療附約第11條前段之約定請求給付保險金，而無從依第  
05 10條第1項之約定請求給付保險金，故系爭醫療附約第10條  
06 第1項、第11條前段之文義並無任何疑義，自無以該等約定  
07 文義有疑義而作有利於被保險人即原告之解釋空間。綜上，  
08 系爭醫療附約第10條第1項第9款「超過全民健康保險給付之  
09 住院醫療費用」給付範圍自不包括「手術費及手術相關醫療  
10 費用」。

11 (3)查原告提出安南醫院住院醫療費用收據，向被告請求住院醫  
12 療費用223,038元，其中治療處置費180,000元為系爭海芙術  
13 費用（不爭執事項八），而依上開鑑定報告及被告提出之相  
14 關新聞報導截圖（本院卷第175-192頁）可知，系爭海芙術  
15 為手術之一種，故原告支出之系爭海芙術費用自屬「手術  
16 費」。則依前揭說明，此治療處置費即系爭海芙術費用180,  
17 000元雖於原告住院期間所產生，但仍非系爭醫療附約第10  
18 條第1項第9款「超過全民健康保險給付之住院醫療費用」給  
19 付範圍，原告依本款請求被告給付治療處置費即系爭海芙術  
20 費用180,000元部分洵屬無據，自應予駁回。況從原告自行  
21 提出之衛生福利部中央健康保險署（下稱健保署）108年8月  
22 15日健保醫字第1080060373號函載明「如民眾係因疾病就醫  
23 且自費同意接受該項手術（海扶刀手術），除自費之手術  
24 （海扶刀手術）及其所需相關耗材外，當次其他住院費用  
25 （包括診察費、病房費等），仍得向健保署申報」等語，亦  
26 可知原告自費之海芙刀手術費用及其所需相關耗材是屬於不  
27 得向健保署申報的項目，原告執此作為對其請求系爭海芙術  
28 費用之有利證據，恐有誤會。另原告自陳「我知道海芙刀手  
29 術不是系爭醫療附約第11條的手術理賠範圍，我是依第10條  
30 第1項第9款請求保險金」等語（本院卷第44頁），足見原告  
31 已明確表示不依系爭醫療附約第11條請求系爭海芙術費用18

01 0,000元，則本院自無庸論述系爭海芙術180,000元是否屬於  
02 系爭醫療附約第11條之理賠範圍，併予敘明。

03 3.被告抗辯優寶滴5,700元、額外證書費130元應予扣除部分：  
04 如不爭執事項(六)所示，原告均同意予以扣除、不再請求，故  
05 此部分之金額自不應准許。

06 (三)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  
07 限內給付賠償金額。無約定期限者，應於接到通知後15日內  
08 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  
09 內為給付者，應給付遲延利息年利1分，保險法第34條定有  
10 明文。查原告向被告提出本件理賠申請，交齊證明文件之日  
11 為113年5月17日，若本件原告請求有理由，則利息起算日為  
12 113年6月2日，如不爭執事項(七)所示。則原告請求被告給付6  
13 4,513元及自113年6月2日起至清償日止，按週年利率10%計  
14 算之遲延利息，即屬有據，應予准許。

15 五、綜上所述，原告依保險契約之法律關係及保險法第34條規  
16 定，請求被告給付64,513元，及自113年6月2日起至清償日  
17 止，按週年利率10%計算之利息，為有理由，應予准許；逾  
18 此範圍之請求，為無理由，應予駁回。

19 六、本件原告勝訴部分係依民事訴訟法第427條第1項規定適用簡  
20 易訴訟程序所為被告部分敗訴之判決，依同法第389條第1項  
21 第3款之規定，應依職權宣告假執行；併依同法第392條第2  
22 項規定，依聲請宣告被告如預供擔保後，得免為假執行。

23 七、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及所提證據，核  
24 與判決結果不生影響，爰不逐一論述，併此敘明。

25 八、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第79條。本院審酌就本件  
26 鑑定事項所涉爭點（原告是否有住院必要性？）乃原告主張  
27 有據，故鑑定費用（臺大醫院、成大醫院）應由被告負擔，  
28 而鑑定費用以外之訴訟費用，則依勝敗訴結果命兩造比例分  
29 擔。

30 中 華 民 國 114 年 10 月 13 日  
31 臺灣臺南地方法院臺南簡易庭

法官 陳永佳

01  
02  
03  
04  
05  
06  
07

以上正本係照原本作成。

如不服本判決，應於送達後20日內，向本院提出上訴狀並表明上訴理由（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 114 年 10 月 13 日

書記官 陳玉芬