臺灣臺南地方法院臺南簡易庭民事判決

115年度南保險小字第11號

原　　告　林侑睫

被　　告　凱基人壽保險股份有限公司

000000000000000000

法定代理人　王銘陽

訴訟代理人　彭家揚

上列當事人間給付保險金事件，本院於民國115年10月13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1,500元由原告負擔。

事實及理由

一、原告主張：兩造間有保險契約存在，原告前於民國112年8月3日、113年2月28日接受牙科翻瓣手術、人工骨粉填補及再生治療（下稱前次治療），並向被告申請理賠，被告均融通給付保險金新臺幣（下同）63,000元。嗣原告於113年8月8日接受牙科翻瓣手術、人工骨粉填補及再生治療（下稱系爭治療），並向被告申請理賠，被告卻以同一保單年度已融通給付一次為由拒絕理賠，然原告所投保之保險契約條款並無每保單年度僅融通給付一次之約定，原告亦未簽署任何同意該項限制之文件，依保險法第54條規定，不得逕以未約定之限制剝奪原告權益。又被告前二次已就相同性質醫療行為給付保險金，足認被告對於該類醫療行為已有融通給付之認定標準，原告第三次申請理賠時，被告卻以上開理由拒絕，並要求簽署限制未來理賠權益之聲明書，已違反誠信及公平原則，侵害原告依保險契約所享有之合理期待與權益。依兩造間保險契約之約定，提起本件訴訟。並聲明：被告應給付原告63,000元。

二、被告則以：原告以自身為要保人及被保險人，於99年12月29日向被告投保保單號碼：Q150B858548號人壽保險契約，並

附加「住院健康保險附約-乙型」（下稱系爭附約1）、「新康泰綜合住院醫療保險附約」（下稱系爭附約2，與系爭附約1下合稱系爭附約）。系爭附約1第7條、系爭附約2第6、9條約定，被保險人依系爭附約請求被告給付住院相關保險金，應以被保險人入住醫院接受治療為前提，惟原告所接受系爭治療及前次治療均於門診進行，並未住院，依約被告自無給付任何住院醫療保險金之義務。至於被告就原告前次治療為融通給付，係因被告諒及原告患疾及就醫之苦，方就非屬系爭附約保障範圍之前次治療，以每一保單年度僅融通給付一次為條件予以給付，屬契約義務外之恩惠性給予，前次治療理賠審核給付通知亦已記載「每一保單年度僅融通給付乙次」，自無原告所主張違反誠信、公平原則。並聲明：如主文第1項所示；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原告以自身為要保人及被保險人，於99年12月29日向被告投保保單號碼：Q150B858548號人壽保險契約，並附加「住院健康保險附約-乙型」（即系爭附約1）、「新康泰綜合住院醫療保險附約」（即系爭附約2），原告於112年8月3日、113年2月28日接受前次治療，並向被告申請理賠，被告均融通給付保險金63,000元，嗣原告於113年8月8日接受系爭治療，並向被告申請理賠，經被告拒絕給付等情，為兩造不爭執，復有前次治療理賠審核給付通知書、系爭治療理賠審核通知書、人身保險要保書、保單條款、系爭附約在卷可稽（調字卷第19-29、本院卷第23-56頁），堪認為真。

㈡原告主張依兩造間保險契約之約定，被告應給付保險金63,000元等語，惟為被告所否認，並以前詞置辯。析述如下：

1.按保險契約之解釋，應探求契約當事人之真意，此觀保險法第54條第2項前段規定自明。但契約文字業已表示當事人真意，毋須別事探求者，即不得捨契約文字而為曲解（最高法院108年度台上字第2663號判決意旨參照）。系爭附約1第2

條約定：「十、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」；第7條約定：「乙型：被保險人於本附約有效期間內因第二條約定之疾病或傷害，或其引起之併發症，經醫師診斷必須住院之治療或手術時，本公司給付下列各項保險金」；系爭附約2第2條約定：「十、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」；第6條約定：「被保險人於本附約有效期間內，因第二條約定之疾病或傷害住院診療時，本公司按其投保單位（如附表一）依本附約約定給付保險金」；第9條約定：「被保險人因第六條之約定而以全民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負擔及不屬於全民健康保險給付範圍內之手術費……」，有系爭附約在卷可憑（本院卷第37、38、45、46、47頁）。準此，系爭附約約定被保險人須因疾病或傷害經醫師診斷住院治療者，保險人即被告始負給付保險金之責。

2.依原告提出之黃宗偉牙醫診所113年8月8日診斷證明書所示（調字卷第35頁），原告於113年8月8日當日局部麻醉下接受左上1骨缺損區切開翻瓣手術……並縫合傷口數針，宜回診追蹤，拆除縫線等語，足見原告所接受之系爭治療係於門診當日完成，並未辦理住院治療，原告就其未入住醫院一節亦不爭執，核與前揭系爭附約約定之要件不符，自難認被告有依系爭附約給付保險金之責。是原告依兩造間保險契約之約定，請求被告給付保險金63,000元，於法無據。

3.原告主張依保險法第54條及金融監督管理委員會101年6月5日金管保理字第10102075411號函文，被告不得逕以未約定之限制剝奪其權益，且被告辦理融通給付前後標準不一致，有違誠信及公平原則等等。惟系爭附約關於「住院」之定義及給付保險金之要件，其文義至為明確，即不得捨契約文字而為曲解，自無保險法第54條第2項疑義利益歸諸被保險人

原則之適用。保險業實務上所謂融通給付並非系爭附約所約定之給付義務，被告本得裁量決定融通給付與否，相關融通給付之條件或限制縱未記載於系爭附約或經原告同意，亦未剝奪原告就系爭附約既有之權益，況原告就前次治療申請理賠，被告於理賠審核給付通知書均明確告知原告「牙齒治療（麻醉切開），非保單條款約定手術項目，每一保單年度僅融通給付乙次」（調字卷第19、23頁），自無使原告產生每次治療皆能獲得融通給付之合理信賴，難認被告拒絕給付系爭治療之理賠申請有何違反誠信及公平原則之情事。至於上開函文記載：依據住院醫療費用保險單示範條款（實支實付型）第7條約定：「被保險人所接受的手術，若不在附表『手術名稱及費用表』所載項目內時，由本公司與被保險人協議比照該表內程度相當的手術項目給付比率，核算給付金額」。保險公司辦理前述手術協議給付，如有違反公平原則要求保戶簽立同意未來施行相同手術不再給付之同意書，則恐涉有免除或減輕保險人依保險法應負義務之顯失公平情事，依保險法第54條之1規定，保險公司仍應依約定承擔給付義務等語（調字卷第17頁），可知上開函文所指情形係保險人就應負保險契約義務部分，要求要保人簽立放棄未來接受相同手術之理賠權利，而與本件情形顯然不同，自無從為有利於原告之認定。

四、綜上所述，原告依兩造間保險契約之約定，請求被告給付63,000元，為無理由，應予駁回。

五、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及所提證據，經核與判決之結果不生影響，爰不逐一論述，併此敘明。

六、依民事訴訟法第436條之19第1項、第78條規定，本件訴訟費用額確定為1,500元（即原告繳納之第一審裁判費1,500元），應由原告負擔。

中　　華　　民　　國　　115　　年　　11　　月　　5　　日

臺灣臺南地方法院臺南簡易庭

法　官　楊亞臻

以上正本證明與原本無異。

如不服本判決，應判決送達後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。

對於小額程序之第一審判決之上訴，非以其違背法令之理由，不得為之。且上訴狀內應記載表明（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。

中　　華　　民　　國　　115　　年　　11　　月　　5　　日

書記官　陳雅婷