臺灣臺北地方法院民事判決

111年度北保險簡字第95號

原　　告　高久代

000000000000000000

訴訟代理人　范成瑞律師

被　　告　遠雄人壽保險事業股份有限公司

000000000000000000

法定代理人　孟嘉仁

訴訟代理人　葉建廷律師

複 代理 人　王俊翔律師

上列當事人間請求給付保險金事件，本院於民國112年5月15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

壹、程序方面：

按訴狀送達後，原告不得將原訴變更或追加他訴，但擴張或減縮應受判決事項之聲明，不在此限。民事訴訟法第255條第1項第3款定有明文。查原告起訴時訴之聲明原為：「被告應給付原告新臺幣（下同）47萬3,391元，及自民國110年8月26日起至清償日止，按週年利率5%計算之利息。」（見本院卷第11頁），嗣於112年5月12日具狀變更訴之聲明為：「被告應給付原告45萬4,791元，及自110年8月26日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息。」（見本院卷第375至376頁），核屬減縮應受判決事項之聲明，與前揭規定相符，應予准許。

貳、實體方面：

一、原告起訴主張：原告於102年10月7日以自己為被保險人，向被告投保保單號碼第0000000000號「遠雄人壽雄安心終身保險-20年期(FX6)」並附加「遠雄人壽雄好心殘廢照護終身保

險附約(HQ1-20)」（下稱系爭失能附約）、「遠雄人壽康富醫療健康保險附約RU1」（下稱系爭康富附約）及「遠雄人壽綜合住院醫療日額給付保險附約(103)RHO」（下稱系爭住院日額附約）（以下合稱系爭保險契約），雙方約定原告如因疾病或傷害經醫師診斷必須接受手術治療且於醫院實際接受手術治療者，應依約給付保險金。嗣原告經義大醫療財團法人義大大昌醫院（下稱義大醫院）主治醫師即訴外人宋天洲診斷患有病態性肥胖(BMI：35.8)併脂肪肝及下背痛，於110年8月24日接受腹腔鏡胃次全切除（胃切除3分之2）手術（下稱系爭手術），共支出手術費用新臺幣（下同）20萬2,391元，原告即於110年8月26日依系爭保險契約向被告申請理賠。而被告於接受理賠申請書後，原認定原告接受胃切除3分之2手術達失能等級第9級，依系爭保險契約核算應理賠保險金為47萬3,391元，嗣卻又稱原告未達衛生福利部國民健康署規定之「病態性肥胖(BMI> 40)」及不符合健保給付為由，拒絕給付保險金。而「病態性肥胖」之標準已於109年5月1日改為⑴BMI≧37.5。⑵BMI≧32.5，且合併有高危險併發症。⑶年齡介於20至65歲。⑷減重門診滿半年及經運動飲食控制在半年以上。⑸無內分泌系統異常或其他會造成肥胖的疾病，故因病態性肥胖之健保給付標準已降低，且原告係經義大醫院主治醫師診斷患有病態性肥胖(BMI：35.8)併脂肪肝及下背痛，認為有實施減重代謝手術之必要性，亦由衛生福利部中央健康保險署支付上開手術費用，顯見原告已符合請領保險金之標準。故被告依系爭保險契約應賠付原告45萬4,791元：（一）外科手術保險金3萬元：依系爭住院日額附約可知，原告之「住院醫療保險金日額」為1,000元，而原告所接受之外科手術屬系爭住院日額附約所定之「特定手術項目」，故被告依系爭住院日額附約第14條，應賠付依住院醫療保險金日額30倍之外科手術保險金，即3萬元（計算式：1,000元x30倍＝3萬元）。（二）住院醫療日額保險金3,000元：原告因系爭手術住院3日，故被告依系爭

住院日額附約第11條，應賠付原告住院醫療日額保險金3,000元（計算式：1,000元x3日＝3,000元）。（三）住院日額保險金3,000元：原告因系爭手術住院3日，故被告依系爭康富附約第8條，應賠付原告住院日額保險金3,000元（計算式：1,000元x3日＝3,000元）。（四）住院醫療輔助保險金1,500元：原告因系爭手術住院3日，故被告依系爭康富附約第9條，應以每日500元賠付原告1,500元（計算式：500元x3日＝1,500元）。（五）住院慰問保險金7,000元：依系爭康富附約可知，被告除應給付住院日額保險金外，尚應依住院日額1,000元賠付7倍之住院慰問保險金7,000元。（六）住院醫療費用保險金19萬8,791元：原告接受系爭手術，係以「健保」自行負擔住院醫療費19萬8,791元，尚未超過原告投保計畫表之住院醫療費用限額30萬元，故被告依系爭康富附約應賠付原告19萬8,791元。（七）外科手術看護保險金1萬元：因原告所接受之系爭手術為系爭住院日額附約所定之特殊手術項目，故被告依系爭住院日額附約第15條，應賠付原告住院醫療保險金日額10倍之外科手術看護保險金，計1萬元（計算式：1,000元x10倍＝1萬元）（八）出院後療養保險金1,500元：被告應依系爭住院日額附約第13條，以原告實際住院日數乘以原告之「住院醫療保險金日額」之2分之1給付出院後療養保險金，計1,500元（計算式：〈1,000元x1/2〉x3日＝1,500元）。（九）殘廢保險金20萬元：原告接受系爭手術而切除胃3分之2，故原告已符合系爭失能附約所定之殘廢等級9，故因系爭失能附約之保額為100萬元，故被告應賠付原告20萬元（計算式：100萬元x20％＝20萬元）。以上共計45萬4,791元。另因被告已於110年8月26日收受原告之理賠申請書，認定原告符合賠付標準，嗣後卻又以未符合健保給付為由，拒絕支付保險金，顯屬可歸責於被告之事由，致被告未於收受原告上開申請後之15日內給付保險金，依系爭康富附約第21條、系爭失能附約第11條及保險法第34條規定，原告得向被告請求按週年利率10%計算之利

息，爰依法提起本件訴訟等語。並聲明：被告應給付原告45萬4,791元，及自110年8月26日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息。

二、被告則以：鈞院委託國立臺灣大學醫學院附設醫院（下稱臺大醫院）進行鑑定已回函表示病態性肥胖者並非必須接受減重手術，且財團法人金融消費評議中心（下稱評議中心）亦認為原告並未患有病態性肥胖，顯見原告欠缺接受系爭手術之必要性。又系爭手術類似於美容、外科整形手術之範疇，非屬重建功能之必要整形手術，且衛服部就系爭手術類型所規範合於請領健保給付之適應症，僅可作為原告有無接受系爭手術之必要性之最低標準，而原告既自承其BMI並未達37.5kg/㎡，且僅有脂肪肝及下背痛，故原告並未曾罹患合於上述健保給付標準之高危險併發症，是原告請求被告理賠保險金，並無理由。另臺大醫院之意見表雖記載腹腔鏡減重手術可做為BMI≧37.5kg/㎡肥胖之成年人，或BMI≧32.5kg/㎡且合併有肥胖相關疾病之治療方法，原告符合接受減重手術之適應症等語，然此僅為就「原告體況是否符合醫學上減重手術之適應症」所表示之見解，而非得以此認定原告有接受系爭手術之必要性。再者，因系爭手術不具有必要性，而原告係自願接受系爭手術，故原告此舉已符合系爭失能附約所訂之「自成殘廢」之情形，依系爭失能附約第21條第1項第2款約定及保險法第29條第2項但書規定，被告不負給付原告失能保險金之責，是原告提起本件訴訟，並無理由等語，資為抗辯。並聲明：原告之訴駁回。

三、經查，原告曾於102年10月7日以自己為被保險人，向被告投保系爭保險契約，又原告於110年8月24日至26日於義大醫院接受腹腔鏡胃次全切除（胃切除3分之2）手術，並於110年8月26日向被告申請保險金等情，此有保單查詢表、保險金申請書、申請各項保險給付應檢附文件一覽表、全民健康保險保險人提供資料申請書、同意查詢暨授權聲明書、書面分析報告及診斷證明書等件在卷可稽（見本院卷第17至24頁），

且為兩造所不爭執，堪信為真實。

四、得心證之理由：

（一）按系爭康富附約第2條「名詞定義」約定：「本附約名詞定義如下：一、『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。…四、『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。五、『醫師』：係指領有醫師證書而合法執業者且非要保人或被保險人本人。六、『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。七、『手術』：係指符合保險事故當時中央衛生主管機關公布適用之全民健康保險醫療費用支付標準第2部第2章第7節所列舉之手術，不包括該支付標準其他部、章或節內所列舉者。」（見本院卷第105頁）、第4條「保險範圍」約定：「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手術治療時，本公司按事故發生時之投保計劃別，依照本附約約定給付保險金。」（見本院卷第105頁）、第16條「除外責任」約定：「…。第2項：被保險人因下列事故而住院或門診診療者，本公司不負給付各項保險金的責任：一、美容手術、外科整型。但為重建其基本功能所作之必要整型，不在此限。」（見本院卷第107頁）；系爭住院日額附約第2條「名詞定義」約定：「第1項：本附約所稱『疾病』係指被保險人自本附約生效日起持續有效30日後所發生之疾病。但如被保險人投保時之保險年零為零歲者，就下列疾病不適用前述自本附約生效日起需持續有效30日之限制…。第5項：本附約所稱『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。第6項：本附約所稱『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。第7項：本附約所稱『醫生』係指領有醫師證書而合法職業者。」（見本院卷第113頁）、第3條「保險範圍」約定：「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時，本公司依本附約約定給付保險金。」（見本院卷第113頁）、第18條「除外責任」約定：「…第2項：被保險人因下列事故而住院診療者，本公司不負給付該被保險人各項保險金的責任。一、美容手術、外科整型。但為重建其基本功能所作之必要整型，不在此限。」（見本院卷第116頁）。準此，被保險人請領關於住院保險金之條件，須被保險人於保險契約有效期間內，經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院，且已正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療之期間，始得依約請領保險金。又被保險人住院進行美容手術、外科整型，若係為重建其基本功能所作之必要整型，亦得請領保險金。另鑑於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。是前揭附約條款關於「經醫師診斷有入住醫院之必要性」，解釋上自不應僅以實際治療之醫師認為「有住院必要性」，即認符合前揭附約條款之約定，而應以具有相同專業醫師於相同情形

通常會診斷具有住院之必要性者，方得認為相符，非專以被保險人與其主治醫師之主觀認定為據，先予敘明。

（二）原告主張其前經義大醫院主治醫師宋天洲診斷患有病態性肥胖(BMI：35.8)併脂肪肝及下背痛，故於110年8月24日進行系爭手術，又系爭手術符合上開系爭康富附約及系爭住院日額附約約定申請理賠之要件，被告自應理賠原告住院之相關保險金等情，固據提出義大醫院診斷證明書及義大醫院住院收據等件為憑（見本院卷第24至26頁）。查稽諸原告提出之義大醫院診斷證明書「診斷」部分僅記載：「病態性肥胖(BMI：35.8)併脂肪肝及下背痛」、醫囑部分亦僅記載：「病患因上述疾病於西元2021年08月24日入院，於2021年08月24日接受經腹腔鏡胃次全切除（胃切除2/3）手術，並於2021年08月26日出院，需門診繼續追蹤治療。（以下空白）」等語（見本院卷第24頁），但無關於義大醫師如何判斷、鑑別原告所患「病態性肥胖(BMI：35.8)併脂肪肝及下背痛」之病症有進行系爭手術之必要性說明。又衡諸上開附約條款關於「經醫師診斷有入住醫院之必要性」，解釋上不應僅以實際治療之醫師認為「有住院必要性」，而應以具有相同專業醫師於相同情形通常會診斷具有住院之必要性者，方得認為相符，已如前述，是參以被告於110年9月30日曾以原告在義大醫院住院病歷及手術紀錄單，就原告因「病態性肥胖(BMI：35.8)併脂肪肝及下背痛」於110年8月24日至同年月26日住院進行系爭手術之必要性，向2位醫師諮詢其意見，其等分別回覆註記、圈選以：「✘」、「< 37.5、手術內容無從判斷切除範圍」（見本院卷第121頁）及「非必要」、「有6-2-1(依形式之病歷)」等語（見本院卷第121至122頁）；另參以原告前因不服被告拒絕其理賠之申請，向評議中心申請評議後，評議中心亦曾就相同問題再行諮詢另一專業醫師之意見，而觀諸評議中心評議書之判斷理由亦記載以：「……(六）本中心為求慎重，復檢附兩造提出之申請人

醫療資料諮詢另一專業醫療顧問，其意見略以：1、申請人住院時體重91.9公斤，身高160公分，BMI值為35.8，並未符合健保署規定病態性肥胖之BMI值大於40的標準，也未達亞太肥胖外科醫學會的共識（BMI>37）。申請人之肥胖狀況應採保守治療包括飲食控制、多運動等，系爭治療不具醫療之必要性。2、系爭治療類似美容整型，並非重建基本功能所必需。…(七）職故，依現有之卷證資料及上開專業醫療顧問意見，因申請人未達病態性肥胖之程度，且未有必須接受系爭手術治療之情形，故難認申請人有接受系爭治療之適應症及必要性。又系爭治療亦類似美容、外科整型手術之範疇，且非重建基本功能之必要整型手術，符合系爭附約A、B條款除外責任之約定。…從而，依前揭判決意旨及條款約定，申請人請求相對人依系爭附約給付醫療保險金及失能保險金，難認有據。」等語（見本院卷第31至34頁）；再參以本院前委請臺大醫院就：原告所患「病態性肥胖（BMI：35.8）併脂肪肝及下背痛」於110年8月24日至義大醫院進行系爭手術，所謂「病態性肥胖」所指為何、其BMI指數為何？原告是否患有「病態性肥胖」？倘有，原告患有「病態性肥胖」是否必須進行系爭手術及住院之必要？倘有必要，理由為何？是否屬大部分切除主要臟器？上開手術是否為重建其基本功能所必要？原告所稱「併脂肪肝及下背痛」與「病態性肥胖」是否有關？等事項進行鑑定(見本院卷第323頁)，經臺大醫院以112年3月9日校附醫秘字第1120901020號函回覆本院意見以：「一、依據貴庭提供之病歷記載，高久代女士(以下簡稱高女士)（即原告）110年8月24日住院時身高160公分，體重91.9公斤，其身體質量指數(BMI)經計算為35.9kg/m2(91.9/1.6^2)。依據衛生福利部國民健康署成人肥胖防治實證指引，BMI大於35kg/㎡稱為重度肥胖或病態性肥胖，因此可稱高女士患有病態性肥胖。二、減重手術可以長期有效降低病態性肥胖者的體重，以及改善或預防

肥胖相關疾病，依據衛生福利部國民健康署成人肥胖防治實證指引，腹腔鏡減重手術可做為BMI≧37.5kg/㎡肥胖之成年人，或BMI≧32.5kg/㎡且合併有肥胖相關疾病的治療方法，高女士符合接受減重手術的適應症。病態性肥胖者不一定需要接受減重手術，但減重手術對於改善病態性肥胖者的健康及生活品質有很大的助益。…三、高女士之BMI為35.9kg/㎡，其脂肪肝應與其病態性肥胖有關；下背痛的原因很多，病態性肥胖為下背痛的成因之一，但依據貴庭提供之病歷記載，難以判斷高女士之下背痛是否與病態性肥胖有關。（以下空白）」等語（見本院卷第335頁）。是綜合上開事證，尚難認定原告有進行系爭手術之必要性、抑難認定系爭手術係為重建其基本功能所為之必要整型。從而，原告請求住院相關保險金，應屬無據。

（三）次按系爭失能附約第14條「殘廢保險金的給付」第1項約定：「被保險人於本附約有效期間內，因疾病或傷害致成附表（殘廢程度與保險金給付表）所列第1級至第11級殘廢程度之一，並經醫院診斷確定者，本公司按保險金額乘以附表（殘廢程度與保險金給付表）所列給付比例計算所得之金額給付殘廢保險金。」（見本院卷第94頁）、第21條「除外責任」約定：「第1項：有下列情形之一者，本公司不負給付保險金的責任。⑴要保人故意致被保險人於死。⑵被保險人故意自殺或自成殘廢。但自本附約訂立或復效之日起2年後故意自殺致死者。本公司仍負給付身故保險金或喪葬費用保險金之責任。」（見本院卷第95頁）。查稽諸系爭失能附約所檢附之【附表：殘廢程度與保險金附表】記載：項目「6胸腔腹部臟器：臟器切除」、項次「6-2-1：大部分切除主要臟器者。」、殘廢等級「9」、給付比例「20%」（見本院卷第98頁）；又參以評議中心評議書之判斷理由固有記載：「……3、系爭治療符合系爭附約C失能程度與保險金給付表第6-2-1項。」等語（見本院卷第34頁）；另參以上開臺大醫院之

鑑定回函意見亦有記載：「…高女士接受之減重手術為腹腔鏡胃袖狀切除(laparoscopic sleeve gastrectomy)，是目前世界上最常施行減重手術方式，手術切除3分之2或4分之3以上的胃，符合醫學上所稱大部分切除主要臟器，手術或可稱為廣義的腹腔鏡胃次全切除。」等語（見本院卷第335頁）。以上雖可認定原告所進行之系爭手術有致符合系爭失能附約檢附之附表第6-2-1項殘廢程度給付之等級，惟因原告並無進行系爭手術之必要性，且非屬重建其基本功能所為之必要性整型，均如前述，則原告所進行之系爭手術可認係原告依據醫師之建議以自由意志自行選擇系爭手術，自屬上開系爭失能附約所約定除外責任中之「被保險人故意自成殘廢」之範疇。從而，原告請求被告給付失能保險金，亦屬無據。

五、綜上所述，原告依據系爭保險契約請求被告給付45萬4,791元，及自110年8月26日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息，為無理由，應予駁回。

六、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及舉證，核與本件判決結果無影響，爰不另予一一論述，併此敘明。

七、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第78條。

中　　華　　民　　國　　112　　年　　6　　月　　14　　日

臺北簡易庭　法　官　陳家淳

以上正本證明與原本無異。

如不服本判決，應於判決送達後20日內向本庭（臺北市○○○路0段000巷0號）提出上訴狀。（須按他造當事人之人數附繕本）

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　　112　　年　　6　　月　　21　　日

書記官　蘇炫綺