臺灣臺北地方法院民事判決

112年度北保險簡字第20號

原　　告　曾德明

000000000000000000

000000000000000000

訴訟代理人　張宛晶

　　洪士淵律師

複 代理 人　林子超律師

被　　告　新光人壽保險股份有限公司

000000000000000000

000000000000000000

法定代理人　魏寶生

訴訟代理人　張瑛婷

000000000000000000

上列當事人間請求給付保險金事件，本院於民國113年4月18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：

一、本件被告之法定代理人原為潘柏錚，嗣於本件訴訟繫屬中變更為魏寶生，魏寶生具狀聲明承受訴訟，此有民事聲明承受訴訟狀在卷可稽（見本院卷第281頁），核與民事訴訟法第170條、第175條、第176條規定相符，應予准許。

二、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）11萬5,781元，及自109年5月16日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息。」（見本院卷第11頁），嗣於112年9月18日具狀變更訴之聲明為：「被

告應給付原告11萬2,677元，及其中10萬9,217元自109年5月1日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息，暨其中3,460元於起訴狀送達被告翌日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息。」（見本院卷第239頁），核屬減縮及擴張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109年1月1日以自己為被保險人，向被告投保「旅遊平安保險契約」，（保單號碼：0000000000，下稱系爭保險契約），保險期間為109年1月2日午夜12時至109年6月30日午夜12時止。又原告於109年1月7日於臺中高鐵站租用小貨車後，原預計前往南投縣埔里鎮與友人收取物品，卻在當日晚間10時51分許途經臺中市○區○○街0○0號（下稱系爭路段）時，因視線不佳且不熟悉路況而自撞路旁靜止、訴外人李佳樺所有之車牌號碼000－0000號車輛（下稱系爭事故），嗣原告於109年1月7日經送往衛生福利部臺中醫院（下稱臺中醫院）急診後，經診斷受有「頭部外傷併腦震盪、頸部挫傷」等傷害（下稱系爭A傷害），並接受治療至000年0月00日出院（下稱系爭第①次住院）後，再於當日至林新醫療社團法人烏日林新醫院（下稱林新醫院）急診就醫，經診斷受有「胸部挫傷、腹壁挫傷、頭部外傷併腦震盪、頸部挫傷」等傷害（下稱系爭B傷害），並接受治療至000年0月00日出院（下稱系爭第②次住院），嗣原告於出院後再次於109年1月26日至林新醫院急診就醫，並接受治療至000年0月00日出院（下稱系爭第③次住院）。故因原告於臺中醫院第①次住院時支出醫療費562元、4,002元後，又於109年1月30日至臺中醫院門診就醫，支出450元；於林新醫院第②次住院時支出醫療費用400元、8萬7,032元；於林新醫院第③次住院時支出醫療費用400元、1萬8,570元，並分別於109年2月5日、109年3月20日、109年5月4日、109年5月15日至林新醫院門診就醫，分別支出2,010元、805元、560元、500元；且亦有於109年1月7日至109年1月13日至健恩

堂中醫聯合診所（下稱中醫聯合診所）就醫，支出200元、2,200元，以上共計11萬7,691元。又原告前於109年4月15日向被告請領其中11萬4,231元，而被告僅理賠關於臺中醫院之醫療費5,014元（計算式：562元＋4,002元＋450元＝5,014元），故被告應依系爭保險契約法律關係給付原告傷害醫療保險金共計11萬2,677元【計算式：（11萬7,691元－5,014元）＝11萬2,677元】，及其中10萬9,217元（計算式：11萬4,231元－5,014元＝10萬9,217元）自109年5月1日起，暨其中3,460元自起訴狀繕本送達被告翌日起，均至清償日止，按週年利率10％計算之利息，爰依系爭保險契約法律關係提起本件訴訟等語。並聲明：被告應給付原告11萬2,677元，及其中10萬9,217元自109年5月1日起至清償日止，按週年利率10％計算之利息，暨其中3,460元於起訴狀送達被告翌日起至清償日止，按週年利率10％計算之利息。

二、被告則以：（一）原告曾於108年12月20日在林新醫院進行腰椎第4至5節之脊髓手術，並於109年1月1日分別向被告、台灣人壽保險股份有限公司、美商安達產物保險股份有險公司等多家保險公司投保旅行平安保險。又原告於系爭保險契約中所填載之聯絡電話「0000000000」，與系爭事故之相對人李佳樺所有之電話相同，顯見原告可能有惡意複保險，且與李佳樺共謀製造系爭事故之情形。另因系爭保險契約附約所定之「治療」，應排除客觀上、實際上無住院治療必要之情形，且如醫師認為有住院之必要性，亦須符合醫理，在具有相當專業知識之醫師於相同情況下，通常亦會診斷有住院之必要者始足當之，故因原告於系爭事故發生後，在系爭第①次住院期間，業經臺中醫院醫師在109年1月10日診斷認為原告之症狀已改善且活動自如而允許其出院，則原告於出院當日又自行以「因撞擊腰椎術後傷口」為由，主動聯絡顏精華醫師請求於林新醫院住院（即系爭第②次住院），且於住院期間（自109年1月10日起至同年月24日）均僅以藥物治療，更於住院期間請假5次，顯見原告之病情並未達需住院

接受治療之程度。而原告於系爭第③次住院期間，亦僅以藥物治療，且亦於住院期間請假1次，顯見原告系爭第③次住院亦與系爭事故無關，基上，因原告於系爭第②、③次住院，請假日數多達6日，且於住院期間僅服用藥物治療、臥床休息及觀看電視，自可證原告雖有於林新醫院「形式上住院」之事實，然並無住院治療之必要，而上情亦經財團法人金融消費評議中心（下稱金融評議中心）認定原告系爭第②次住院之嚴重程度不需住院治療，且系爭第③次住院與系爭事故無關，則被告拒絕理賠系爭第②次住院、系爭第③次住院之傷害醫療保險金，自屬有據。再者，因顏精華醫師曾因出具不實之失能診斷書，以供詐騙保險金而經臺灣彰化地方檢察署檢察官以106年度偵字第10782號提起公訴，並經臺灣彰化地方法院以107年度原易字第10號判處9年6月、2年6月之有期徒刑，嗣經顏精華醫師聲明不服後，亦經臺灣高等法院臺中分院以110年度上訴字第593號駁回其上訴確定，故顏精華醫師認為本件原告有於林新醫院為系爭第②次住院、系爭第③次住院之必要性，亦有可疑。此外，倘鈞院認定原告確實有於林新醫院接受住院治療之必要，然因原告於投保系爭保險契約前，甫於108年12月20日接受脊髓手術，則原告於系爭事故發生後，以「因撞擊腰椎術後傷口」為由，至林新醫院住院治療，顯非遭受意外事故所致，故原告請求被告理賠其於林新醫院及中醫聯合診所之醫療費用，亦無理由。況因原告之最後住院日為109年1月29日，則原告因保險契約所生之請求權可行使時點應自109年1月29日起算時效期間，迄至111年1月29日即罹於2年時效，而原告雖曾向被告申請理賠保險金，然被告業於110年6月2日以理賠審核通知書拒絕理賠，故因原告並未於請求後6個月向被告提起訴訟，依民法第130條規定，應視為時效不中斷。又原告雖再於111年9月20日向金融評議中心申請評議，然因金融評議中心亦於112年2月10日以111年度評字第2383號評議書（下稱系爭評議書）為不利原告之認定，故依金融消費者保護法第21條規

定，原告之請求權於金融評議中心為評議不成立之認定時，視為不中斷，故原告遲至112年4月11日始以民事起訴狀繕本送達被告為民事起訴之請求，被告自得提出時效抗辯並拒絕給付醫療保險金。再原告請求之林新醫院109年5月4日560元、109年5月15日500元；中醫聯合診所109年1月7日100元、109年1月13日100元、109年4月7日2,100元、109年5月4日100元之費用，亦均陸續於111年1月至5月罹於2年時效，故被告亦得拒絕理賠。退步言，倘鈞院認定原告主張有理由，然因原告於109年4月15日向被告申請理賠時並未備妥文件，係遲至109年4月28日始授權同意被告得申請系爭事故之相關資料，故原告應自109年4月28日後15日（即自109年5月14日）起算利息，始為妥適，且因原告迄未檢附相關文件向被告申請理賠其所請求之3,460元醫療費用（包含林新醫院109年5月4日560元、109年5月15日500元；中醫聯合診所109年1月7日100元、109年1月13日100元、109年4月7日2,100元、109年5月4日100元），故被告拒絕理賠此部分之保險金，亦屬有據。（二）而有關原告請求之3,460元部分：1、林新醫院109年5月4日560元、109年5月15日500元：因此部分費用有包含證明書費200元、其他180元、證明書費400元、其他20元，均非屬實際醫療費用，則原告此部分請求，並無理由。2、中醫聯合診所109年1月7日100元：原告係於109年1月7日發生系爭事故並至臺中醫院急診住院，故原告於系爭事故發生後，顯不可能同時又至中醫聯合診所治療。3、中醫聯合診所109年1月13日100元：原告係於系爭第②次住院期間自行請假前往中醫聯合診所看診，故原告應先舉證此部分費用與系爭事故有關。4、中醫聯合診所109年4月7日2,100元、109年5月4日100元：原告係於109年4月7日、109年5月4日支出此部分費用，已距系爭事故發生日間隔相當時間，故此部分費用顯與系爭事故無關等語，資為抗辯。並聲明：原告之訴駁回。

三、經查，原告前於109年1月1日以自己為被保險人，向被告投

保系爭保險契約，保險期間為109年1月2日午夜12時至109年6月30日午夜12時止。又原告前於109年1月7日至臺中醫院急診，經診斷受有系爭A傷害，並於臺中醫院住院至109年1月10日（即系爭第①次住院），再於當日至林新醫院急診就醫，經診斷受有系爭B傷害，並於林新醫院住院至109年1月24日（即系爭第②次住院），嗣原告於出院後再次於109年1月26日至林新醫院急診就醫，並住院至109年1月29日（即系爭第③次住院）。另原告前於109年4月15日向被告申請保險金，被告已理賠系爭第①次住院之醫療費用5,014元等情，此有病歷摘要、護理紀錄、急診病歷、診斷證明書、理賠受理單及理賠受理證明等件在卷可稽（見本院卷第83至101頁、第131至138頁、第152至153頁、第269頁、第321頁），且為兩造所不爭執，均堪信為真實。

四、得心證之理由：

（一）按系爭保險契約保單條款第2條「保險範圍」約定：「被保險人於本契約有效期間內，因遭受意外傷害事故，致其身體蒙受傷害而致失能或死亡時，本公司依照本契約的約定，給付保險金。前項所謂意外傷害事故指非由疾病引起之外來突發事故。」、傷害醫療保險給付附加條款第1條第1項約定：「被保險人於本契約有效期間內遭受旅行平安保險單條款第2條約定的意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起180日內，經登記合格的醫院或診所治療者，本公司就其實際醫療費用，超過全民健康保險給付部分，給付傷害醫療保險金。但超過180日繼續治療者，受益人若能證明被保險人之治療與該意外傷害事故具有因果關係者，不再此限。」（見本院卷第111頁、第117頁）。準此，被保險人請領關於傷害醫療保險金之條件，須被保險人於保險契約有效期間內，因非疾病所引起之外來突發事故而受有意外傷害，且自意外傷害事故發生之日起180日內經合格之醫院或診所治療者，始得依約請領醫療保險金。又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。是前揭條款關於「經登記合格的醫院或診所治療者」，解釋上自不應僅以實際治療之醫師認為「有住院必要性」，即認符合系爭保險契約條款之約定，而應以具有相同專業醫師，於相同情形通常均會診斷具有住院之必要性者始屬之，以符合保險為最大善意及最大誠信契約之契約本旨。

（二）原告主張其於109年1月7日發生系爭事故後，除於臺中醫院就醫，診斷受有系爭A傷害而於臺中醫院為系爭第①次住院外，因於臺中醫院出院當日又至林新醫院急診就醫，且經診斷受有系爭B傷害，而於林新醫院進行系爭第②次住院治療，復於出院後再次於109年1月26日至林新醫院急診就醫，並接受系爭第③次住院治療，且在此期間亦至中醫聯合診所就醫，總計支出11萬7,691元醫療費用，而被告僅理賠原告於臺中醫院之醫療費計5,014元，故被告自應理賠其餘11萬2,677元之醫療費等情，固據提出醫療費用收據、住院醫療費用收據及醫療費用明細收據等件為憑（見本院卷第243至267頁）。查原告雖主張其於系爭第①次住院後又於109年1月10日至林新醫院就醫，並經診斷受有系爭B傷害，並陸續接受系爭第②、③次住院治療。然參諸原告自承系爭事故發生當時之行車速率為5公里以下（見本院卷第419頁），且自承系爭A車並無明顯外傷，故未遭租賃公司求償等語（見本院卷第483頁），堪認系爭事故發生時撞擊力度極甚輕微抑或並無發生碰撞。又原告

於事發後至臺中醫院急診就醫時，係經醫師診斷其受有系爭A傷害，並經醫師評估認為應入院觀察而於109年1月7日起至109年1月10日止在臺中醫院住院，嗣於109年1月10日經醫師評估認為原告「現症狀較改善，飲食活動自如」而允許出院，此有臺中醫院診斷證明書及護理紀錄單等件為憑（見本院卷第138頁、第153頁）；且參以原告甫自臺中醫院出院即於同日至林新醫院就醫，除主訴其有眩暈、頭暈等症狀外，並表示係因「因撞擊至腰椎術後傷口，〝有自行聯絡〞顏精華醫師欲住院」而至林新醫院，此亦有林新醫院急診病歷在卷為憑（見本院卷第91頁），是由系爭A車並無因原告主張之系爭事故而受損，且原告於系爭事故發生後已經臺中醫院診斷原告係受有系爭A傷害，且令其住院觀察至109年1月10日，認為原告已無住院之必要而允許其出院，則原告於出院當日復又自行至林新醫院急診就醫，並經診斷原告除受有系爭A傷害外，並有「胸部挫傷、腹壁挫傷」等傷勢，則系爭A傷害於系爭第②次住院期間是否仍有住院治療之必要性，且「胸部挫傷、腹壁挫傷」等傷勢既於系爭第①次住院期間並無主訴或經診斷出，則難認與系爭事故有何關聯。況原告前曾因不服被告拒絕其理賠之申請，而向金融評議中心申請評議後，評議中心亦曾就相同問題再行諮詢其他專業醫療顧問之意見，而觀諸系爭評議書之判斷理由亦記載以：「申請人（即原告）於109年1月7日發生車禍後由救護車送至部立臺中醫院急診，經醫師檢查處理後診斷為頭部外傷併腦震盪及頸部挫傷，所以系爭住院一的確因為意外事故所致。2、申請人的病況為腦部無出血的頭部外傷併腦震盪，一般住院觀察3—5天即可出院，因此部立臺中醫院住院部分建議應給予。後續於烏日林新醫院住院的部分，因為申請人意識清楚，加之以又過了腦外傷出血觀察的危險期，後續兩次住院只做了頸部核磁共振掃描，並未發現外傷所造成的病灶，除了藥物以外也沒有其他的積極治療，因此後兩次的

住院（109年1月10日至109年1月24日、109年1月26日至109年1月29日）並無必要。（五）準此，依據上開專業醫療顧問意見及現有卷證資料，足認僅申請人之系爭住院一為意外事故所致且有住院之必要性，而申請人就系爭住院一支出4,564元，…相對人業已給付，另就申請人109年1月30日門診暨證明書費用計450元，及上揭金額遲延利息部分，相對人亦一併核付，…故就申請人系爭住院暨醫療保險金之請求，已無庸另為有利申請人之認定。」等語（見本院卷第173頁），是綜合上開事證，尚難認定原告有因系爭事故致須接受系爭第②、③次住院治療之必要性。從而，原告請求傷害醫療保險金，應屬無據。

（三）次按由保險契約所生之權利，自得為請求之日起，經過2年不行使而消滅。消滅時效，自請求權可行使時起算。以不行為為目的之請求權，自為行為時起算。消滅時效，因左列事由而中斷：一、請求。時效因請求而中斷者，若於請求後6個月內不起訴，視為不中斷。時效完成後，債務人得拒絕給付。保險法第65條前段、民法第128條、第129條第1項第1款、第130條及第144條第1項分別定有明文。而保險法第65條前段規定，所謂「得為請求之日」，乃指權利人得行使請求權之狀態（最高法院63年度台上字第1885號判決意旨參照），即請求權人行使其請求權時並無法律上障礙而言（最高法院53年度台上字第3365號、54年度台上字第854號判決意旨參照），是應自保險事故發生之時，即開始起算其時效期間，不因請求權人對此權利之存在主觀上知悉與否而有影響（最高法院75年台上字第2028號判決意旨參照）。至保險人對於權利人之請求權或其範圍有所爭執，則屬訴訟繫屬法院時，法院判斷之事項，尚難認權利人之請求權有不得行使之情形。又民法第128條所規定之「可行使時」，係指請求權人行使請求權，客觀上無法律上之障礙而言，要與請求權人主觀上何時知悉其可行使無關（最高法院96年度台上字第2326號判決意旨參

照）。另按金融消費者保護法（下稱消保法）第21條規定：「金融消費者依其申訴或申請評議內容所得主張之請求權，其時效因依本法申訴或申請評議而中斷。有下列情形之一者，前項請求權時效視為不中斷：…四、評議不成立」。

（四）縱然原告確有因系爭事故而有上開期間住院治療及就診之必要。然查，原告係於109年1月7日發生系爭事故，此為兩造所不爭執，是原告對被告之傷害醫療保險金可請求時點於斯時已處於得行使之狀態，嗣原告於109年4月15日向被告申請理賠，被告於同日收件，此有理賠受理單在卷可稽（見本院卷第269頁），則依民法第129條第1項第1款規定，原告之保險金請求權已發生時效中斷之效力，然原告於109年4月15日保險金請求權時效因請求而中斷後，並未於請求後6個月內起訴，依民法130條規定，原告之保險金請求權即視為不中斷，則原告之保險金請求權，應至111年1月7日即已罹於2年時效，又縱以被告主張之系爭第③次住院之最後一日即109年1月29日起算時效，原告之傷害醫療保險金請求權亦已於111年1月29日罹於2年時效期間。另原告雖曾於111年9月20日向金融評議中心申請評議，然金融評議中心已於111年2月10日以系爭評議書為不利於原告之認定，此亦有系爭評議書為憑（見本院卷第169頁），是依消保法第21條規定，應視為時效不中斷，則因原告遲至112年1月7日始向被告提起本件訴訟，此亦有本院收狀戳章在卷可稽（見本院卷第11頁），亦已罹於2年之消滅時效期間。以上，縱原告確有因系爭事故而有住院治療及就診之必要，因原告之傷害醫療保險金請求權已罹於時效，被告並為時效之抗辯拒絕給付，原告自不得再行請求。

（五）至原告主張其已於109年4月15日向被告申請理賠，係原告於取得原告授權調取相關文件後，在110年6月2日始向原告為拒絕理賠之通知，故原告於尚未收受拒絕理賠通知

時，自無向被告行使權利之可能，則原告之請求權時效起算時點，應自110年6月2日收受拒絕理賠通知時起算，始為合理，且被告係於原告起訴後之113年2月19日始主張時效抗辯，顯有違誠信原則云云。然查，不論係保險法第65條前段所規定之「得為請求之日」抑或民法第128條所規定之「可行使時」，均指客觀上無法律上之障礙而言，要與請求權人主觀上何時知悉其可行使無關，已如前述，是縱被告係於受理原告之理賠申請後之相當時日始為拒絕理賠通知，然原告本仍得於時效期間內提起民事訴訟請求以中斷時效，尚難據此認定原告之請求權有何客觀上具有法律上障礙而不得行使之情形。又時效之抗辯無論於訴訟前或訴訟中本均得行使，並無訴訟前不行使，訴訟中即不得行使之規定，且時效制度，係為維持社會秩序與交易安全之安定而設，時效完成後，民法第144條第1項規定債務人得拒絕給付，此為法律賦予之權利，不保護權利上之睡眠者，在債權人行使權利前，債務人不得先行提出拒絕給付之抗辯權，必債權人於時效完成後行使權利時，債務人始得主張抗辯權，該抗辯權之行使，在訴訟上及訴訟外，均得為之。從而，原告上開所辯，並無可採。

（六）原告再主張被告已向原告理賠6,350元之保險金，故原告之保險金請求權業因被告承認而生中斷時效之效力云云。惟按債務人於時效完成後所為之承認，固無中斷時效之可言，然既明知時效完成之事實而仍為承認行為，自屬拋棄時效利益之默示意思表示，且時效完成之利益，一經拋棄，即恢復時效完成前狀態，債務人顯不得再以時效業經完成拒絕給付(最高法院50年台上字第2868號判例參照)。是債務人於時效完成後對於債務所為之承認，必須債務人為承認時已知時效完成，而仍為承認債務之表示，始可認為其有拋棄時效利益之默示意思表示，若債務人不知時效完成，對於其得享受時效利益之事實尚無所悉，其所為之承認，自無從推認有默示同意拋棄時效利益之意(最高法

院95年度台上字第887號判決參照)。查被告雖於111年9月20日後給付原告6,350元保險金，惟原告並未提出任何證據證明被告於給付上開保險金時已知時效完成而願拋棄時效利益，故被告仍非不得以時效業經完成而拒絕給付，是原告此部分主張，亦無理由。

五、綜上所述，原告依系爭保險契約法律關係請求被告給付原告11萬2,677元，及其中10萬9,217元自109年5月1日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息，暨其中3,460元於起訴狀送達被告翌日起至清償日止，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　　113　　年　　4　　月　　30　　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　　113　　年　　4　　月　　30　　日

書記官　蘇炫綺