

臺灣臺北地方法院民事簡易判決

115年度北保險簡字第28號

原告 鄭郁璇

被告 遠雄人壽保險事業股份有限公司

法定代理人 孟嘉仁

訴訟代理人 劉煌基律師

複代理人 林心澄律師

上列當事人間請求給付保險金事件，經臺灣新北地方法院移送前來（115年度板保險簡字第1號），本院於民國115年7月2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2,280元，由原告負擔。

事實及理由

壹、程序方面：原告起訴時原聲明：被告應給付原告新臺幣（下同）157,731元，及自保險金給付義務發生日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息，於本院審理中變更聲明為：被告應給付原告96,814元，及自民國113年8月15日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息，核與民事訴訟法第255條第1項第3款規定相符，應予准許。

貳、實體方面：

一、原告主張：原告於112年12月27日向被告投保遠雄人壽永康富醫療健康保險附約（RM3），保單號碼0000000000（下稱系爭保險契約），兩造約定系爭保險契約第15條住院醫療費用保險金（下稱系爭醫療費用保險金）最高給付限額為150,000元、系爭保險契約第16條住院手術費用保險金（下稱系爭手術費用保險金）最高給付限額為100,000元。嗣原告因診斷為睡眠呼吸疾患、打鼾（下稱系爭疾病），於113年7月

23日至113年7月27日住院接受懸壅垂成形術併軟顎舌根雷射手術（下稱系爭手術），原告合計支出238,654元，其中手術費用為50,000元，藥費、醫療材料費為210,557元，被告理應依系爭保險契約第16條給付住院手術費用保險金50,000元、及依系爭保險契約第15條給付住院醫療費用保險金150,000元（包含藥品費33,972元、材料費146,587元、診斷書費170元，共180,729元，已逾最高給付限額，故應給付最高給付限額150,000元），合計200,000元，詎被告僅給付系爭醫療費用保險金3,186元、系爭手術費用保險金100,000元，合計103,186元，尚欠96,814元（計算式：200,000元－103,186元＝96,814元），爰依系爭保險契約之法律關係，提起本件訴訟等語，並聲明：被告應給付原告96,814元，及自113年8月15日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息。

二、被告則以：兩造確有簽立系爭保險契約，然被告已依約理賠119,686元（即住院日額保險金6,000元、住院慰問保險金10,500元、系爭醫療費用保險金3,186元、系爭手術費用保險金100,000元）、延滯息590元，後有再行補撥住院日額保險金1日差額1,500元暨延滯息233元，已如數理賠，而原告之醫療費用明細，其中屬於系爭保險契約第15條部分（即系爭醫療費用保險金）者為DYNASTAT INJ 691元、安全式靜脈留置針78.75元、部分負擔2,316元、診斷證明書100元，合計為3,186元（計算式：691元＋78.75元＋2,316元＋100元＝3,186元，元以下四捨五入，下同）；屬於系爭保險契約第16條部分（即系爭手術費用保險金）者為手術費50,000元、止血氧化纖維27,000元、速原水性創傷敷料24,250元、膠原蛋白敷料32,400元、防沾黏凝膠32,400元、細菌過濾器及人工筆32.55元、內視鏡消毒保護套78元、舌根氧化棒15,600元、百特伏血凝止血劑14,400元、費雷斯加強型氣管內管348元、TISSEEL 16,500元，合計213,009元（計算式：50,000元＋27,000元＋24,250元＋32,400元＋32,400元＋32.55元＋78元＋15,600元＋14,400元＋348元＋16,500元＝213,009

元），已逾系爭手術費用保險金理賠限額100,000元，故被告此部分給付原告100,000元等語，資為抗辯，並聲明：(一)原告之訴駁回。(二)如受不利判決，願供擔保請准宣告免為假執行。

三、本院之判斷：

(一)按當事人主張有利於己之事實者，就其事實有舉證之責任，民事訴訟法第277條前段定有明文。又解釋契約，須探求當事人立約時之真意，而當事人立約時之真意為何，應以過去事實及其他一切證據資料為斷定標準，固不能拘泥文字致失真意，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年台上字第2663號判決意旨參照）。而保險制度係為分散風險，在對價衡平原則下、經保險主管機關核定之費率、保險條款作為保險契約內容銷售與被保險人，故大抵皆為定型化契約，其擬定復具有高度之技術性。是於保險契約之解釋，應本諸保險之本質及機能為探求，並注意誠信、公平原則之適用，倘有疑義時，始為有利於被保險人之解釋（最高法院102年度台上字第2211號判決意旨參照），準此，保險法第54條第2項固參酌民法第98條之意旨及保險契約之特質，明定保險契約有疑義時，應作有利於被保險人之解釋，惟保險制度係利用大數法則分散風險，於保險公司之專業精算下，藉由承擔社會共同團體之共同風險，在對價衡平原則下，經主管機關核定費率、保險單條款，銷售保單收取保費，並對發生保險事故之被保險人給付保險金。因此，保險費之費率及承保範圍之對價性，均係經由專業之精算程序及主管機關所核准。保險人不可能承擔漫無限制危險，唯有經限定之危險方屬保險人所承擔，要保人所給付保費抑或理賠基礎之採擷，均與保險人所承擔危險成一對價關係，並於保險期間維持平衡狀態。是保險契約乃基於危險共同體與保險制度本質而生，保險人身兼危險團體管理者之角色，亦應顧及其他危險共同體成員之整體利益，因此疑義不利保險人解釋原則仍應基於保險本質

01 及機能為探求，並注意誠信、公平原則而為適用，如透過文
02 義及論理詳為推求，契約所欲達成之締約目的已臻明確，即
03 無必要捨文義而過度或擴張為有利於被保險人之釋疑，否則
04 即有曲解保險法第54條第2項之立法目的及精神。

05 (二)經查，原告主張與被告定有系爭保險契約，原告因系爭疾病
06 於上開時間住院接受系爭手術，原告住院醫療費用自付額為
07 238,654元、被告已理賠住院日額保險金7,500元、住院慰問
08 保險金10,500元、系爭醫療費用保險金3,186元、系爭手術
09 費用保險金100,000元、延滯息823元（計算式：590元+233
10 元=823元）等情，業據原告提出理賠給付通知、衛生福利
11 部樂生療養院門診繳費證明書、住院醫療費用明細等件為證
12 （板保險簡字第23至30頁），且為被告所不爭執（本院卷第
13 16頁），首堪憑採。

14 (三)次查，系爭保險契約第15條第1項約定，被保險人因第5條之
15 約定而以全民健康保險之保險對象身分於醫院住院診療時，
16 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
17 定其保險對象應自行負擔及不屬全民健康保險給付範圍之下
18 列各項費用核付「住院醫療費用保險金」，但同一次住院給
19 付金額不超過依投保計劃別對應附表所列之「住院醫療費用
20 限額」：一、醫師診察費。二、醫師指示用藥。三、血液
21 （非緊急傷病必要之輸血）。四、掛號費及證明文件。五、
22 來往醫院之救護車費。六、化驗室檢驗、心電圖、基礎代謝
23 率檢查。七、敷料、外科用夾板及石膏整型（但不包括特別
24 支架）。八、物理治療。九、麻醉劑、氧氣及其應用。十、
25 靜脈輸注費及其藥液。十一、X光檢查，及放射性治療。十
26 二、因遭受意外傷害而住院診療者，且經醫院之專科醫師證
27 明其為回復正常生活所必要而需裝設輔助器（如義齒、義
28 肢、義眼、眼鏡、助聽器、或其他附屬品）。但同一次事故
29 各項裝置以一次為限。十三、超過全民健康保險給付之住院
30 醫療費用，但不包括超等住院之病房費差額、管灌飲食以外
31 之膳食費及護理費（本院卷第29頁），系爭保險契約第16條

第1項約定，被保險人因第5條之約定而以全民健康保險之保險對象身分於醫院住院診療且接受住院手術治療時，本公司按被保險人於手術治療期間內所發生，且依全民健康保險規定其保險對象應自行負擔及不屬全民健康保險給付範圍之手術費及手術相關醫療費用核付「住院手術費用保險金」，但不超過依投保計劃別對應附表所列之「住院手術費用限額」（本院卷第30頁），而系爭保險契約第15條之系爭醫療費用保險金限額為150,000元、系爭保險契約第16條之系爭手術費用保險金限額為100,000元，是由上開約定之文義，以及其各自適用不同之費用限額之情形以觀，可知系爭醫療費用保險金、系爭手術費用保險金係各自涵蓋不同理賠項目之保險給付，前者係就「住院期間所生+契約所列舉醫療費用」為給付，後者係就「住院期間所生+手術相關醫療費用」為給付，是倘若屬於住院期間所生之手術相關醫療費用，應僅適用系爭保險契約第16條之系爭手術費用保險金之約定，而不得就超過限額部分再行適用系爭保險契約第15條之系爭醫療費用保險金之約定，換言之，倘若係手術相關醫療費用，縱使名稱上與系爭保險契約第15條所列舉項目相同，仍不得再行適用系爭保險契約第15條約定請求保險給付，而應依系爭保險契約第16條約定請求保險給付，始與系爭保險契約就住院醫療費用、住院手術費用、門診手術費用等不同項目分別約定限額之契約本旨相符，而合於保險契約之對價衡平原則。原告雖主張系爭保險契約第16條係在約定「醫師手術技術行為」之費用，故本件僅有「手術費50,000元」屬於系爭保險契約第16條之系爭手術費用保險金之範圍（板保險簡字第29頁），其餘應屬系爭保險契約第15條之系爭醫療費用保險金之範圍等語，惟查，系爭保險契約第16條實已明文約定包含手術費及「手術相關醫療費用」，而不僅有「手術費」本身，是原告此節主張，實非有據。又原告雖主張倘若將手術相關醫療費用排除於系爭保險契約第15條之適用，將導致例如麻醉劑等系爭保險契約第15條列舉項目遭架空，蓋麻醉

必隨手術發生等語，然諸如侵入性診斷檢查項目、疼痛控制
場合仍有使用麻醉劑之需求，實難逕認有何架空系爭保險契
約第15條之情形，是原告此節主張，亦非可採。是被告既已
如約為前揭保險給付，原告復依系爭保險契約請求被告理賠
96,814元及利息，應非有據。

四、綜上所述，原告依系爭保險契約之法律關係，請求被告給付
96,814元及利息，為無理由，應予駁回。

五、本件事證已臻明確，兩造其餘主張與攻擊防禦方法及所提證
據，經審酌後認與本件判決之結果不生影響，爰不一一論
述，併此敘明。

六、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第78條、第91條第3項。

本件訴訟費用額，依後附計算書確定如主文所示。

中 華 民 國 115 年 7 月 16 日

臺北簡易庭 法 官 邱于真

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○○區
○○○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 115 年 7 月 16 日

書記官 林素霜

訴訟費用計算書		
項 目	金 額 (新 臺 幣)	備 註
第一審裁判費	2,280元	—
合 計	2,280元	—