臺灣臺中地方法院臺中簡易庭小額民事判決

109年度中保險小字第5號

原　　告　陳品岑
被　　告　富邦人壽保險股份有限公司
法定代理人　陳俊伴
訴訟代理人　黃杉睿
　　馮瀚廣
　　吳建權

上列當事人間請求給付保險金事件，本院於民國109年7月28日言詞辯論終結，判決如下：

主　　文

原告之訴駁回。

訴訟費用新臺幣壹仟元由原告負擔。

事實及理由

一、原告主張：

㈠原告於民國85年1月14日以自己為要保人及被保險人，向喬治亞人壽投保保險契約（保單號碼：Z000000000-00），並附加①喬治亞住院醫療費用「定額給付型」保險附約、②喬治亞住院醫療「實支實付型」保險附約。嗣後因喬治亞人壽與安泰人壽合併，存續公司為安泰人壽，安泰人壽再與富邦人壽合併，存續公司為富邦人壽，是被告為系爭保險契約之保險人。

㈡原告於108年5月2日，在淳康牙醫診所，因牙周病進行「左下後切開翻瓣拔除第一大臼齒」、「左下後牙區牙周清創與骨增生手術」之【牙周炎門診手術】。①原告所接受的牙骨增生手術，雖未列於定額給付保險附約之「普通手術項目」之附表內之手術，但該附表備註欄有記載：被保之手術項目不同於本表所列示時，以本表內相當程度內的手術費用決定補償金額。原告所接受的「牙骨增生手術」，並非除外項目，被告理賠部門應該決定補償金額後予以理賠。②因醫療技術進步，很多住院手術改為門診手術即可完成，金管會99年10月29日金管保理字第09902658711號函【下稱金管會99年

10月29日函文】已開放門診手術予以理賠。③本件原告雖未住院，但被告就實支實付型保單，有予理賠，卻不願就定額給付型保單理賠。在評估風險的部分，不可能實支實付險被告有評估到，定額給付險被告沒評估到。原告購買定額給付保險保單，係補健保制度的不足，被告自應比照國內各大保險公司給付定額醫療之理賠保險金。再者，依照被告實支實付險理賠明細，原告牙骨增生手術風險相當於28%，超過普通手術表內住院手術的風險，依照比例原則，定額給付險應予理賠。因為重點不在於住不住院，而是此疾病的危險性。④參照他案同樣的牙科手術，原告購買一樣的商業型保單「台灣人壽定額醫療險」、「南山人壽定額醫療險」，各保險公司保單設計基礎大同小異，被告應予以理賠定額給付險。⑤原告107年6月2日進行左腳足底疣（簡稱腳病毒疣）切除之門診手術，沒有住院，也是門診手術，被告就實支實付及定額給付型的保險契約，均有理賠。原告並未被要求寫切結書，應非專案融通給付。⑥本件原告牙骨增生手術支出5萬元，而被告實支實付險理賠3萬元，原告當初加買定額給付保單之考量，就是需要兩份保障才得以應付支出金額。本件原告只是請求重建齒槽（即白齒拔除、清創、補骨粉）費用，並非植牙之費用。

㈢爰依系爭喬治亞住院醫療費用「定額給付」保險附約之法律關係，請求被告給付手術保險金3萬元等語，並聲明：被告應給付原告3萬元，及自申請理賠日起至清償日止，按週年利率百分之10計算之利息。

二、被告則以：

㈠①依系爭喬治亞住院醫療費用「定額給付」保險附約第6條，被保家庭成員於本附約有效期間內，因疾病或傷害【必須住院治療時】，本公司依下列各款約定，給付保險金。是附表備註欄雖有記載：被保險人之手術項目不同於本表所列示時，以本表內相當程度內的手術費用決定補償金額。但前提是原告所接受的手術，是住院接受之手術，被告理賠部門方

應決定補償金額後予以理賠。本件原告並未住院接受手術。②金管會99年10月29日函文，有提及若被保險人所罹患疾病係在醫療保險商品【涵括之給付範圍】，且所施行之醫療行為【在醫院與診所間具有高度替代性者（如白內障手術）】，建議可由各保險公司視個案事實，與保戶採協議或從寬方式處理，可知若不在該保險商品原始設計之給付範圍內之理賠項目，保險公司若無收取保費並承擔危險之對價關係存在，理賠審核上不宜任意擴大給付保險範圍，以維護保險制度公平性。原告所接受之手術，並未列於普通手術項目或特定手術項目，被告並無收取保費並承擔危險之對價關係存在。且原告所接受之牙周病手術，本即為一般牙科門診進行之傳統手術，並非因醫療行為進步，原本在住院進行之手術，改由門診手術替代之項目。③本件原告所購買兩份保單，就實支實付型保單，係「79年3月19日」核准上市，商品內容係檢附收據申請之實支實付醫療險。因全民健康保險制度於「84年3月1日」實施，民眾原本自行負擔之就醫費用，大部分由健保制度承擔，故就健保制度實施前銷售之實支實付醫療險，危險發生率明顯降低，爰優惠擴大理賠範圍，故本件原告門診手術，被告在實支實付險部分，優惠給保戶，有予理賠。惟就定額給付型保單，係在健保制度實施後之「84年4月19日」核准上市，商品內容係依據所承保之普通手術項目或特定手術項目，按投保金額倍數給付，並非檢具收據申請之實支實付醫療險，本無因健保制度實施而有調整給付空間。④原告另引「台灣人壽定額醫療險」、「南山人壽定額醫療險」爭執其得請求系爭保險金，惟原告請求權基礎為系爭喬治亞住院醫療費用「定額給付」保險附約。而不同保險公司之商品，其設計基礎、保證範圍、契約規範，各有不同，自無由以其他保險公司商品為爭執餘地。⑤原告於107年6月2日進行「左腳足底疣」切除門診手術，被告就實支實付保險有因健保制度實施，優惠給付，但就定額給付型的保險契約原先是拒絕理賠。惟經原告申訴後，被告考量當時原告就

系爭喬治亞住院醫療費用「定額給付」保險附約，僅有1次左腳良性腫瘤住院手術理賠出險紀錄，及不希望客戶申訴太多，爰就該次左腳足底疣切除門診手術，給付系爭喬治亞住院醫療費用「定額給付」保險附約補償金額3萬元，然亦非可得推論被告就本件系爭門診手術，依約應負給付保險責任。

㈡本件原告請求保險金，不符合契約要件，應屬無據。此外，被告係於109年3月11日收受原告之理賠申請書，縱令原告得請求遲延利息（假設語氣），依保險法第34條第1項規定，被告應於接到通知後15日後始負遲延責任，原告請求自申請理賠日起計算利息，亦屬無據等語，資為抗辯。並聲明：原告之訴駁回。

三、兩造不爭執之事項（見本院卷第111至112頁，於不影響要旨下，更正或調整部分之用語）：

㈠、原告於85年1月14日以自己為要保人及被保險人，向喬治亞人壽投保保險契約（保單號碼：Z000000000-00），並附加①喬治亞住院醫療費用「定額給付」保險附約、②喬治亞住院醫療保險附約。

㈡、喬治亞人壽與安泰人壽合併，存續公司為安泰人壽，安泰人壽再與富邦人壽合併，存續公司為富邦人壽，是被告為系爭保險契約之保險人。

㈢、全民健保制度於84年3月1日實施。

㈣、原告於108年5月2日，在淳康牙醫診所，進行「左下後切開翻瓣拔除第一大臼齒」、「左下後牙區牙周清創與骨增生手術」

㈤、②喬治亞住院醫療保險附約，是檢具收據申請的「實支實付」醫療險。

四、本院之判斷：

㈠觀諸系爭喬治亞住院醫療費用「定額給付」保險附約第6條記載：「被保家庭成員於本附約有效期間內，因疾病或傷害【必須住院治療時】，本公司依下列各款約定，給付保險金

...」等語（見本院卷第86頁）。是普通手術項目及特定手術項目之附表註記欄雖記載：被保險人之手術項目不同於本表所列示時，以本表內相當程度內的手術費用決定補償金額等語（見本院卷第90至92頁）。但前提是原告所接受的手術，是住院接受之手術，被告方應決定補償金額後予以理賠。本件原告牙周病是在門診接受牙骨增生手術，並未住院接受手術。因此，與系爭定額給付保險附約之給付要件不合。從而，原告依約請求，即屬無據。

㈡觀諸金管會99年10月29日函文記載：「說明二、...。是不在該保險商品原始設計給付範圍內之理賠項目，保險公司若確無收取保費並承擔危險之對價關係存在，理賠審核上自不宜任意擴大給付範圍，以維護保險制度公平性。三、惟為解決醫療保險商品原先設定之給付範圍與現行醫療技術發展產生落差所衍生之爭議，若被保險人所罹患疾病係【在醫療保險商品涵括之給付範圍】，且【其施行之醫療行為在醫院與診所間具有高度替代性者】（如白內障手術），建議可由各保險公司視個案事實與保戶採協議或從寬認定方式處理，俾充分發揮保險之保障功能」等語（見本院卷第79至80頁），可知本函文的旨意，係指被保險人所罹患之疾病，係保險公司於原保險給付範圍內，如因醫療科技進步，其手術項目由原住院手術調整為得於門診手術進行者，可由個案與保戶協議或採從寬認定方式處理，尚非指保戶針對所有門診手術均得申請保險金給付，有金管會109年7月10日金管保壽字第1090140803號函可佐（見本院卷第165頁）。經查：1.系爭喬治亞住院醫療費用「定額給付」保險附約之附表所列手術項目，尚無與牙周病相關（見本院卷第90至92頁），是否屬保險商品涵括之給付範圍，已屬有疑。2.更重要者，本件原告牙周病於108年5月2日進行之牙周門診手術，傳統上即在門診進行，並非因醫療技術進步，由住院手術調整改為門診手術。3.因此，本件醫療行為並非在醫院與診所間具有高度替代性，非上開金管會函文涵攝範圍，自無從寬認定方式處

理之問題。被告拒絕給付，應屬有據。

㈢原告未住院，亦不符合實支實付型保單之理賠要件，此有實支實付型保單在卷可佐（見本院卷第94頁），惟被告有理賠實支實付險，此為被告所不爭執。被告就此有提出說明，陳稱：就實支實付型保單，係79年3月19日核准上市（見本院卷第93頁），商品內容係檢附收據申請之實支實付醫療險。因全民健康保險制度於「84年3月1日」實施，民眾原本自行負擔之就醫費用，大部分由健保制度承擔，故就健保制度實施前銷售之實支實付醫療險，危險發生率明顯降低，爰優惠擴大理賠範圍，故本件原告門診手術，被告在實支實付險部分，優惠給保戶，有予理賠。惟就定額給付型保單，係在健保制度實施後之「84年4月19日」核准上市（見本院卷第85頁），商品內容係依據所承保之普通手術項目或特定手術項目，按投保金額倍數給付，並非檢具收據申請之實支實付醫療險，本無因健保制度實施而有調整給付空間等語（見本院卷第72頁），已就為何優惠給付給予理由。基此，尚難因此反推被告就定額給付險，亦應在不合乎契約要件下，予以理賠給付。

㈣此外，原告所提出其向其他保險公司所購買之「台灣人壽定額醫療險」、「南山人壽定額醫療險」，因不同契約，保單設計基礎不同，自無從比附援引，尚難因此為有利於原告之認定。又兩造不爭執原告107年6月2日進行左腳足底疣（簡稱腳病毒疣）切除之門診手術（見本院卷第169頁、第187頁），依被告抗辯：其就實支實付險，考量健保制度實施，優惠從寬給付原告保險金（或補償金），就定額給付型的保險契約，先拒絕理賠，嗣經原告申訴後，被告方予以理賠等語（見本院卷第169頁），與原告所述情節相符（見本院卷第187頁）。然而，被告因考量原告申訴及先前住院手術理賠次數下，優惠予以理賠（見本院卷第169頁），尚難因此推論被告在本案門診手術下，亦須優惠從寬予以理賠。

五、綜上所述，原告本件門診手術請求給付保險金，因不合乎系

爭喬治亞住院醫療費用「定額給付」保險附約。從而，原告依喬治亞住院醫療費用「定額給付」保險附約之法律關係，請求被告給付原告30,000元，及自申請理賠日起至清償日止，按週年利率百分之5計算之利息等語，為無理由，應予駁回。

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1,000元（即原告繳納之第一審裁判費1,000元），由原告負擔。

中　　華　　民　　國　　109　　年　　8　　月　　14　　日

臺灣臺中地方法院臺中簡易庭

法　官　高士傑

以上為正本，係照原本作成。

如不服本判決，應於送達後20日內，以判決違背法令為理由，向本院提出上訴狀並表明上訴理由（上訴理由應表明一、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），如於本判決宣示後送達前提起上訴者，應於判決送達後20日內補提上訴理由書（須附繕本）。並應繳納上訴費新臺幣壹仟伍佰元，如未繳納，依民事訴訟法施行法第9條之規定，認當事人明知上訴要件有欠缺，逕以裁定駁回其上訴。

中　　華　　民　　國　　109　　年　　8　　月　　14　　日

書記官　何惠文