臺灣臺北地方法院民事判決

106年度保險字第215號

原　　告　嚴雲虹
訴訟代理人　黃啟倫律師
被　　告　第一金人壽保險股份有限公司
法定代理人　林謙浩
訴訟代理人　胡元禎
被　　告　新光產物保險股份有限公司
法定代理人　吳昕綻
上二人共同
訴訟代理人　陳岳瑜律師
複代理人　丁嘉玲律師
被　　告　旺旺友聯產物保險股份有限公司
法定代理人　洪吉雄
被　　告　美商安達產物保險股份有限公司
法定代理人　黃增成
被　　告　三商美邦人壽保險股份有限公司
法定代理人　陳翔玠
上三人共同
訴訟代理人　胡美慧律師

上列當事人間給付保險金事件，本院於民國108年5月29日言詞辯論終結，判決如下：

主　　文

原告之訴及假執行聲請均駁回。

訴訟費用由原告負擔。

事實及理由

甲、程序部分：按當事人之法定代理人消滅者，訴訟程序在有法定代理人承受其訴訟以前當然停止，民事訴訟法第170條之承受訴訟人，於得為承受時，應即為承受之聲明，民事訴訟法第170條、第175條定有明文。查被告第一金人壽公司於起訴時之法定代理人原為葉仲惠，嗣於107年10月16日變更為林謙浩，此有第一金人壽公司第四屆第十一次臨時董事會議

事錄、公司變更登記表在卷可稽（卷3第279、323頁），並由其具狀聲明承受訴訟，於法尚無不合，應予准許。

乙、實體部分：

一、原告起訴主張：

㈠原告全家於104年3月出國前分別向被告投旅遊平安保險及相關附約【①被告第一金人壽保險股份有限公司（下稱第一金人壽公司）投保旅行平安保險（保單號碼：TA123072），保險金額為新台幣（下同）800萬元；及海外突發疾病健康險附加條款，保險金額80萬元。②被告旺旺友聯產物保險股份有限公司（下稱旺旺產險公司）投保旅行平安保險（保單號碼：1215第04HTA0000000號），保險金額為100萬元；及傷害醫療保險給付附加條款，保險金額為150萬元，海外突發疾病保險金附加條款，保險金額100萬元。③被告新光產物保險股份有限公司（下稱新光產險公司）投保旅行平安保險（保單號碼：130504IQP0000000），保險金額為200萬元；及傷害醫療保險給付附加條款，保險金額為100萬元，海外突發疾病健康險附加條款，保險金額100萬元。④被告美商安達產物保險股份有限公司（下稱安達產險公司）投保旅行平安保險（受理號碼：AXPTWAA0000000E4），保險金額為500萬元；傷害醫療保險給付附加條款，保險金額為100萬元；及海外突發疾病健康保險，保險金額100萬元。⑤被告三商美邦人壽保險股份有限公司（下稱三商美邦人壽公司）投保旅行平安保險（保單號碼：TT010412），保險金額為200萬元；傷害醫療保險給付附約，保險金額60萬元；及海外突發疾病健康險附加條款，保險金額150萬元。】，並於泰國旅遊期間，因食物中毒而至泰國Bumrungrad International醫院就醫，詎料於住院期間又發生下體劇烈疼痛，及不正常出血，經醫師檢查後，發現為子宮內膜瘜肉所引發，而於5月14日進行手術，直至5月24日出院，合計共支出醫療費用泰幣824,542元。

㈡原告係於系爭海外突發疾病健康保險附加條款之有效期間，

因突發疾病於泰國接受住院治療，且住院治療期間僅18日，亦未逾系爭海外突發疾病健康保險附加條款約定之180日，被告依約自應按原告全部實際之醫療費用給付「海外突發疾病住院醫療保險金」。惟被告竟於本件訴訟程序中，恣意曲解保單條款之約定，諉稱其僅就系爭海外突發疾病健康保險附加條款有效期間內之實際醫療費用給付保險金云云，與其保單條款之內容實相悖離。且原告因此事故致延誤原定旅程，為避免後續旅程再遭各式不測風險，乃於向被告告知發生此保險事故同時，並依被告規定請求展延保險期間，亦經被告於收取保險費後同意承保，依據前述說明，不論原告有無請求展延保險期間或投保新保險約，被告依原保險契約均應就原告全部實際醫療費用給付「海外突發疾病住院醫療保險金」。詎料被告不但拒不理賠，又枉稱原告係為於保險事故發生後，對被告為詐欺之行為，致被告與原告訂立加保17天之保險契約，並主張依民法有關詐欺之規定撤銷該契約云云，實令人莫名其妙，更可見被告雖名為保險公司，卻為謀營利，一方面先不計手段誘使一般消費者向其投保，以收取大量之保費，俟保險事故發生後，即任意拒絕理賠，以賺取高額之不當利潤，顯有違建構保險基礎之最大誠信原則。

㈢原告業已依保單條款之約定，提出泰國醫院診斷證明書明載原告係因急性腸胃炎，經醫院診斷後住院治療，嗣於住院期間再因子宮異常出血及子宮內膜瘜肉急性疼痛而進行刮除手術，即因上述突發且急性之病徵而須立即治療，並已提出醫療收據證明原告實際支出之醫療費用。其中經我國駐外單位認證之診斷證明書業經原告於107年2月27日當庭提出經被告確認無誤，另經我國駐外單位認證之醫療費用收據，因原告於申請理賠時曾提出給保險公司，未獲發還，應可認已踐行舉證之責任。

㈣原告已先提供107年3月3日簽署之授權書與被告安達產險、旺旺產險公司、及三商美邦人壽等公司，嗣再依被告安達產險公司要求之授權內容，提供107年3月14日簽署之授權書與

被告安達產險公司，載明同意被告調取medical records, including summary of laboratory / pathology records, pharmacy / prescription records, X-ray / radiology records, medical information等就醫資料，原告並於先後接獲泰國醫院以電話與電子郵件通知，旺旺產險公司及安達產險公司持原告書立之授權書向該醫院調閱原告之病歷等就醫紀錄，故請求原告確認是否書立該等授權書，原告亦已於5月11日回覆確認，同意醫院提供一切就醫資料給旺旺產險公司及安達產險公司，泰國Bumrungrad International醫院於同日回覆，將會請相關部門進行後續程序。被告枉稱原告未出具授權書，或依原告交付之授權書無法向醫院調取就醫紀錄，或於泰國Bumrungrad International醫院以電子郵件詢問後不予回覆，致無法調取原告就醫資料之情事云云，顯均與事實不合。且被告均未主張與證明原告於前述期間曾受相同疾病之診斷、治療或用藥，自可認被告係因海外突發疾病致需於泰國Bumrungrad International醫院接受門診治療，自應依前述保單條款所約定，給付按實際支出之醫療費用計算之保險金與原告。

㈤被保險人是否因突發疾病必須住院醫療機構診療，自應由實際看診之醫師本其專業依當時之狀況而為判斷，任何人或任何機關均無權就有無住院必要另為事後審查，保險公司更不得於事後任意否認，或執當時實際看診醫師以外第三人之意見，拒絕理賠，故被告等抗辯本件治療行為無必要性，而拒不給付保險金與原告，不但顯無可採，更有違基本之誠實信用原則。

㈥本件實支實付型之健康或傷害醫療保險，均為人身保險，依大法官會議釋字第576號解釋，不受保險法關於複保險相關規定之限制，且遍觀我國保險法之規定，僅明定保險之種類可分為「人身保險」與「財產保險」，而人身保險再區分為人壽保險、健康保險、及傷害保險。並無所謂「定額給付保險」與「損害填補保險」之規定，殊難期待一般人民可知悉

。再依保險法第1條規定：「本法所稱保險，謂當事人約定，一方交付保險費於他方，他方對於不可預料、或不可抗力之事故所致之損害，負擔賠償財物之行為。」及同法第4條規定：「本法所稱被保險人，指於保險事故發生時，遭受損害享有賠償請求權之人。」不論「人身保險」或「財產保險」，均為填補被保險人於保險事故發生時遭受之損害。殊不得恣意將人身保險區分為「定額給付保險」與「損害填補保險」，並以此分類而區別有無複保險規定之適用。且自前開大法官會議解釋明揭「人身保險契約，不受保險法關於複保險相關規定之限制。」之文字，不但完全無從知悉或認識該大法官會議解釋中，有部分學者所稱「實支實付型之傷害保險或健康保險，仍應受複保險相關規定之限制。」之旨趣；參與本號解釋之前大法官施文森先生，更於其著作中明白揭示不論實支實付型，抑或日額型之疾病醫療保險與傷害醫療保險，均不適用複保險之規定。

㈦再依保險法第125條規定：「健康保險人於被保險人疾病、分娩及其所致殘廢或死亡時，負給付保險金額之責。」健康保險之保險標的為被保險人疾病、分娩及其所致殘廢或死亡；及依同法第131條規定：「傷害保險人於被保險人遭受意外傷害及其所致殘廢或死亡時，負給付保險金額之責。」傷害保險之保險標的為被保險人遭受意外傷害及其所致殘廢或死亡，二者之保險標的均非被保險人財產上之損害，應不生類如財產保險之保險金額是否超過保險標的價值之問題，自不受保險法關於複保險規定之限制。復依保險法第102條規定：「人壽保險之保險金額，依保險契約之約定。」及依同法第130條及第135條規定，健康保險及傷害保險均準用該條規定，而此所謂約定之保險金額，可約定按醫療行為的種類、次數或住院之日數而計算保險人應給付保險金之金額，亦可約定按實際支付之醫療費用而計算保險金之金額，只要可得確定者即可；且不論日額型之醫療保險、抑或實支實付型之醫療保險，二者於保險契約訂定時，均尚未能完全確定其

保險金額。申言之，日額型之醫療保險，與實支實付型之醫療保險，二者性質上均屬人身保險，並無不同，僅其約定計算保險金額之方式有所不同，殊不得以其特定保險金額之方式或有不同，即遽謂二者係屬不同性質之保險，進而稱日額給付型之醫療保險方屬大法官會議所稱之人身保險，實支實付型之醫療費用保險則非屬上述大法官會議解釋內容所稱之人身保險，仍應受複保險相關規定之限制云云。縱認實支實付型醫療保險商品係具有填補財產上損害之性質，然依學者通說，所謂複保險者，參照保險法第23條及第38條之規定，應以保險金額之總額超過保險標的之價值為其要件。而實支實付型醫療保險於投保時，並無法預測其最大可能支出之醫療費用金額，致無保險標的價值可資認定，此即學說所稱之「消極保險」，因此類保險於投保時，並不會有所謂保險金額之總額超過保險標的價值之問題，故其亦不適用有關複保險之規定。

㈧再者，依行政院金融監督管理委員會於前述大法官會議解釋後所頒布之人身保險商品審查應注意事項分別就傷害保險與健康保險明定，實支實付型醫療保險商品，不適用保險法中有關複保險之規定。倘保險契約明定不接受收據影本、抄本、謄本等文件，限制須持收據正本申請理賠者，致無法向二家以上之保險公司請求給付保險金時，則應依上述之人身保險商品審查應注意事項揭示之方式處理，並明定前述處理方式，應於要保書中揭露，並由要保人簽署同意，始得以此限制被保險人之權利。倘保險人未於要保書中揭露前述處理方式，並經要保人簽署同意時，保險人應仍不得以此而為不利於被保險人之抗辯。原告於向被告第一金人壽公司、新光產險公司、三商美邦人壽公司、旺旺產險公司、安達產險公司投保時，均已於要保書告知有向其他保險公司投保相關保險，並同意被告循保險業同業公會通報作業系統查詢原告投保紀錄，此有要保書可稽，被告等公司於同意承保之承諾時，應均已知悉或可知悉原告尚向其他保險公司投保同類之保險

，亦不得於事後以原告曾向其他保險公司投保為由，逕行拒絕理賠。

㈨縱認被告抗辯本件事故非屬突發疾病，而係意外傷害所致者為真，原告不得向被告請求海外突發疾病醫療保險金等語為真，則依兩造間之保險契約，被告亦應依保單條款約定給付意外保險金予原告。

㈩本件請求之保險金計算方式：

⑴原告因本保險事故實際支付醫療費用泰幣824,542元，因出院日104年5月24日為週日，依次日即104年5月25日第一銀行之匯率，則為769,380元，故被告第一金人壽公司應給付海外突發疾病住院醫療保險金769,380元，以及海外突發疾病出院療養保險金76,938元。

⑵原告因本保險事故實際支付醫療費用泰幣824,542元，因出院日104年5月24日為週日，依次日即104年5月25日臺灣銀行之即期賣出匯率，上述醫療費用應為769,957元，故被告旺旺產險公司應給付突發疾病住院醫療保險金769,957元，以及突發疾病出院療養保險金76,996元。

⑶原告因本保險事故實際支付醫療費用泰幣824,542元，因出院日104年5月24日為週日，依次日即104年5月25日臺灣銀行之即期賣出匯率，上述醫療費用應為769,957元，故被告新光產險公司應給付突發疾病住院醫療保險金538,969元。

⑷原告因本保險事故實際支付醫療費用泰幣824,542元，因出院日104年5月24日為週日，依次日即104年5月25日臺灣銀行之即期賣出匯率，上述醫療費用應為769,957元，故被告安達產險公司應給付突發疾病住院醫療保險金769,957元。

⑸原告因本保險事故實際支付醫療費用泰幣824,542元，因出院日104年5月24日為週日，依次日即104年5月25日臺灣銀行即期賣出匯率，上述醫療費用應為769,957元，故被告三商美邦人壽公司應給付突發疾病住院醫療保險金508,171元。

㈪並聲明：

⑴被告第一金人壽公司應給付原告846,318元，暨自起訴狀繕

本送達之翌日起至清償日止，按年利率10%計算之利息。

⑵被告旺旺產險公司應給付原告846,318元，暨自起訴狀繕本送達之翌日起至清償日止，按年利率10%計算之利息。

⑶被告新光產險公司應給付原告新臺幣538,969元，暨自起訴狀繕本送達之翌日起至清償日止按年利率10%計算之利息。

⑷被告安達產險公司應給付原告新臺幣769,957元，暨自起訴狀繕本送達之翌日起至清償日止，按年利率10%計算之利息。

⑸被告三商美邦人壽公司應給付原告508,171元，暨自起訴狀繕本送達之翌日起至清償日止，按年利率10%計算之利息。

⑹第一至五項請求，原告願供擔保，請准予假執行。

二、被告則以：

A.被告第一金人壽公司、新光產險公司部分：

㈠原告對本件是否確有原告主張之突發疾病？其主張之系爭事故是否非其自身疾病所致？系爭事故與原告所謂之突發疾病間，有無相當因果關係？均未舉證以實其說，於原告進一步舉證前，被告否認其主張。原告提出之原證2醫療費用收據，均為外國私文書，應由原告舉證證明其真正，於原告舉證前，被告否認其形式及實質真正。退步言之，縱使原證2形式真正，原告迄今仍未提出具體請求項目及相關文件，原告主張顯屬無由。

㈡按系爭旅平險（保單號碼：TA123072）海外突發疾病健康保險附加條款（下稱：「系爭保險契約」）約定，第二條名詞定義第二項載明：「本附加條款所稱『突發疾病』係指被保險人於發病前一百八十天以內未曾接受治療，且需即時在海外醫療機構診療始能避免損及身體健康之突發且急性之疾病。」、第三項保險範圍：「被保險人於本附加條款有效期間內，在海外因突發疾病須於海外醫療機構接受住院、門診或急診治療時，本公司依本附加條款之約定給付各項保險金。但有下列情形之一者，本公司不負給付本附加條款各項保險金的責任：一、因意外傷害事故致成之併發症，需接受住院

、門診或急診治療時。二、任何以獲得海外醫療為目的之出國治療行為。」，而原告起訴狀已自承，其有下體不正常出血及疼痛，係子宮內膜瘜肉所引發，是以，原告一方面主張食物中毒而肚子痛住院，另一方面卻又主張係因子宮內膜瘜肉導致，原告主張顯有矛盾而不可採。

㈢依照系爭保險第二條第二項之突發疾病定義，原告要求被告賠付之胃炎、子宮內膜瘜肉等醫療費用，應由原告先行舉證確實符合「需即時在海外醫療機構診療始能避免損及身體健康之突發且急性之疾病」要件，否則被告依約當無給付義務。且原證1顯示原告有胃炎之記載，最早日期為104年5月10日，然原告早於104年5月7即入住醫院，據此可證原告片面主張其係因食物中毒而住院云云，即與原告自行提出原證1事證不符，原告究係因為何種原因而入住醫院？原告如患有胃炎（假設語氣，惟於原告舉證前，被告否認之），是否具有住院必要性？原告就此皆無任何舉證。

㈣原告主張子宮內膜瘜肉（假設語氣，於原告舉證前，被告否認之），顯非系爭保險契約附加條款之「突發且急性」之疾病，而係原告自身之疾患，且屬慢性子宮內膜炎的一種類型，並非突發生成，且無證據顯示該慢性疾病有危害生命之危急性，假使原告需要就診，亦可於就診後回國進行治療及後續手術，殊難想像原告有需要立即於海外手術及接受住院治療之必要，故不屬系爭保險契約所定義之「突發疾病」即非承保範圍自明。且原告主張之子宮內膜瘜肉等疾病，如非保單條款所載「突發疾病」且無在海外診療之急迫性，則原告就該等疾病於泰國之開刀及住院行為，顯然係「以獲得海外醫療為目的之出國治療行為」，依照系爭保險契約第三條第2項第2款規定，被告亦不負給付系爭保險契約各項保險金之責任。

㈤對照鈞院另案及本案之事證可知，原告顯有就同一保險事故向多達七家之保險公司（參原告107年8月14日開庭筆錄第4頁倒數第9行），重複投保具有低費用、高保額性質之旅平

險，並於事後向多家保險公司重複請求保險給付之慣習，故原告主觀上應有利用保險制度以獲取不當得利之嫌，其此等行為實係對強調誠實信用保險制度之濫用。原告已自承就系爭事故，其已獲得台銀人壽保險股份有限公司之理賠，故原告縱因其主張之事故受有損害，亦已獲得填補，應無再就同一事故另外向其他五家保險公司為重複請求之必要。

㈥本件系爭旅平險之保險期間為：「自民國104年3月24日9時起共計53天」，即系爭旅平險業於104年5月16日期間屆滿，原告雖曾於104年5月16日以電話通知業務員要求加保17天，然查，系爭旅平險並無加保或續保之約款，且原告前、後投保之保單號碼並不相同（舊約保單號碼為123072，新約保單號碼為125149），故原告於104年5月16日以電話方式要求加保17天之旅行平安險，自屬新訂立之保險契約甚明。原告於104年5月7日住院，後又於5月14日手術開刀，顯見原告主張之疾病，早於原告104年5月16日要求加保前，原告即明知事故已經發生，依照系爭旅平險第十條規定，104年5月16日所訂之新約應屬無效之保險契約。退步言之，縱認該新約並非無效，惟依照保險法第127條規定，原告既已在疾病中並帶病投保，則本件被告第一金人壽公司，就原告於新保險契約期間即104年5月16日以後所生之相關醫療費用，依法亦自不負給付保險金之責。縱認原告之加保行為，係屬原保險契約之延續，然查，原告明知其主張之保險事故已經發生，卻於電話告知加保時，未為通知及據實說明，顯然係刻意為其後續疾病治療請求保險金，而為帶病加保，且有意規避保險契約法第127條之免責事由，故原告實已違反保險之最大善意契約原則，更與民法之誠信原則相悖，參照前開最高法院判決意旨，被告得拒絕其就104年5月16日以後請求項目之保險金，被告亦得依法撤銷保單號碼125149之保險契約。據此，被告第一金人壽公司特以此民事答辯二狀之送達，作為依法向原告主張撤銷保單號碼125149保險契約之意思表示。

㈦本件共同被告旺旺產險公司、安達產險公司，及三商美邦人

壽保公司，雖有提供原告病歷調閱授權書欲進行海外病歷資料調取作業，惟因原告自訂或擅自修改授權書內容，以致限制條件嚴格，導致前揭被告無法調閱到本案完整之病歷資料。本件原告究竟有無發生其主張之系爭事故，該事故是否屬於保險契約之承保範圍、是否符合「突發疾病」之定義等爭點，在本件事故事實完全同一之情況下，自應有證據共通原則之適用，故參照上開最高法院判決意旨，共同被告聲明之證據，依其提出之證據資料，得據以為有利於他造或共同訴訟人事實之認定，該證據於兩造間或共同訴訟人間，法院均得共同採酌，自得作為本件判決資料之基礎。從調查證據結果而言，並不因被告第一金人壽公司及被告新光產險公司有無提出授權書而有差異，更不應因此而做出任何差別認定，否則無異於割裂事實，且導致真相混淆、矛盾之結果。

㈧原告迄今根本未舉證其主張之子宮內膜瘜肉，係系爭保險契約附加條款所載「突發且急性」之疾病，且原告本件應有意圖受領重複之保險給付而獲不當得利之嫌，其請求更有悖於誠信原則，故本件原告之主張，均屬無由。

㈨並聲明：原告之訴駁回；如受不利判決，願供擔保請准宣告免為假執行。

B.被告旺旺產險公司、安達產險公司、三商美邦人壽公司部分：

㈠原告主張在海外突發疾病情事，無非以診斷證明書及醫療單據為憑，惟其所提診斷證明書記載略以：「急性腸胃炎胃炎[胃鏡顯示胃炎（2015年5月10日）]她在為住院病人期間，發現患有子宮異常出血及子宮內膜瘜肉急性疼痛。[2015年5月14日刮除] 2015年5月16日，她子宮急性疼痛，她已服用抗生素9天。她在為住院病人期間，右下背部產生肌肉疼痛。也因藥物發生睡眠失調。已治療這些症狀。沒有進一步疑慮。在2015年5月21日，她由於藥物造成的低血壓而暈眩。結果她無法站立。之後調整藥物，血壓恢復正常。已治療所有的症狀與併發症。Yun-Hung Yen小姐已無任何症狀或併發

症。在2015年5月24日准許出院。她在2015年5月7日至24日住在本院。」，然前開診斷書前後有矛盾，如原告2015年5月7日即住院，而2015年5月10日才顯示胃炎紀錄？當時住院理由為何？而急性腸胃炎是否需住院？斯時究為何原因需住院作立即性治療？另子宮內膜瘜肉之生成非一朝一夕，乃原告宿疾，非突發疾病，即使有必要摘除，門診手術即可，亦無需住院，且無急迫性，返台處理即可，而前開診斷證明書無法釐清上開疑點，原告據此主張依海外突發疾病請求醫療保險金，並未提出全部病歷資料、護理紀錄及影像檢查文字檔及影像檔供參，難謂上開住院有必要性。且原告所提醫藥費用單據，甚至有電腦斷層掃瞄之檢查費用24,600元，惟依原告之病情，實無法理解何以需做高階影像檢查？原告既主張突發疾病，應非在海外假藉治療之名而實際做健康檢查之目的，上開諸疑點，需全部病歷文件、護理紀錄、影像檢查之影像檔及文字檔等文件始能釐清，皆是原告得予申請，而今被告願代原告至泰國醫院調閱，僅需原告簽署按被告等提供之病調同意書；然原告拒絕在被告所提供文件簽署，卻提供自制之病調同意書予被告等，被告等亦曾強烈要求原告需要被告提供之版本，原告均拒絕之，惟為利訴訟進行，被告等仍自行花費，派人至泰國醫院試行調閱，惟原告所提供文件除限制調取者病歷之身分、病名，且要求醫院必需在給付病歷資料予被告前需先取得原告嚴雲虹同意始可，導致被告等迄今均無法獲得資料，即使委託公證人前往調閱仍受阻，醫院告知理由是未收到原告同意之回覆。被告為早日釐清遂當時願代為調查取得，上開資料理應由原告提供，惟因原告百般阻擾，導致調查空轉數月，原告既能與泰國醫院充分溝通，且阻擾公證人取得供被告等訴訟運用，顯見泰國醫院得應原告之要求而出具全部病歷資料、護理紀錄、影像檢查檔案及文字報告之情事，被告等數次督請原告自行提供到庭，以免延滯訴訟，惟其均拒絕配合。而原告所提供之電子郵件自稱同意泰國醫院發放病歷等資料，惟其電子郵件之真實性

令人質疑，無法證明原告確實同意，倘若原告果真配合，何以未配合被告所提供授權書之版本以供訴訟程序之進行，卻百般私下阻擾？

㈡原告自始故意不配合被告公司調查，故意刁難被告公司，此由原告交付之自訂授權書，其內容限制條件嚴格，就其所謂對海外突發疾病是否屬實拒絕提供資料以及配合調查，在長達一年多時間原告都在拖延訴訟，對其應負之舉證責任及簽署調查之書面均拒絕配合，在無法證明有海外確實發生突發疾病及就診治療之必要性下，請求駁回原告之訴。並請求依依民事訴訟法第342條、第343條、第344條規定，命原告提出上開資料，以證原告確實在海外有突發疾病？何種突發疾病？住院必要性？為何需緊急在海外處理等，以釐清本件保險事故真相。

㈢依旺旺友聯產物旅行綜合保險-旅行傷害保險海外突發疾病醫療保險金附加條款第一條及第二條第四款、第六條，以及安達產險海外突發疾病健康保險第二條第五、六項、三商美邦人壽海外突發疾病健康保險附加條款第二條第二項及第五項、第八條等約定，原告請求給付保險金需先證明其未經全民健康保險給付，始符合請求保險金之條件，包含已請求獲得給付，據此，原告需證明於海外「醫師診斷其突發疾病必須入住醫院」、「並在醫院接受診療」，而非僅憑醫療收據及語焉不詳之診斷證明書而略過舉證責任，原告所提之診斷書無法看出需住院之必要性，其僅是敘述其病史，所謂急性腸胃炎、子宮息肉摘除等，無法看出需住院及立即處理之必要性，亦無法得知診療經過。

㈣以安達產險而言，原告一家人自100年起在海外旅遊即分別以不同保險事故向安達產險請求理賠，原告之夫於100年7月到9月間在泰國因不明原因腹痛，在泰國兼營醫療旅遊之醫院Bumrungrad International住院75天，花費醫療費用泰銖00000000，其餘亦有數萬至數仟不同之請求。在100年7到11月、103年4到6月、103年11到12月間，在同一旅程中，一家

三口均發生保險事故向安達產險請求理賠，單以103年4到6月新加坡旅程中，原告除請求97050.18新加坡幣外，原告其夫及其子各有二次突發疾病就診，而本件原告就診之醫院亦與其夫在100年7月因腹痛住院二個月均同一家醫院，且查原告及其家人數年來出國必向數家保險公司投保，每次醫療費動輒數十萬至數佰萬元，往往同時向五、六家保險公司投保，即有高達上仟萬之保險金。本件原告所請求為實支實付之健康保險，依保險法第35至37條規定：「複保險，謂要保人對於同一保險利益，同一保險事故，與數保險人分別訂立數個保險之契約行為。」、「複保險，除另有約定外，要保人應將他保險人之名稱及保險金額通知各保險人。」、「要保人故意不為前條之通知，或意圖不當得利而為複保險者，其契約無效。」據此，原告數年來舉凡出國即向數家保險公司投保，且因100年原告之夫在泰國不明原因之住院獲得高額理賠後，食髓知味數年來動輒向多家保險公司投保，其意圖不當得利已彰彰明甚。依保險法第36條「複保險，除另有約定外，要保人應將他保險人之名稱及保險金額通知各保險人」，旨在不當得利禁止原則及最大誠信原則。蓋保險之目的在於損害填補，並非在使被保險人因保險事故之發生，而獲得超過其損害價值以外之利益。且係由受同類危險威脅之團體所共同承擔，利益乃為追求連帶共生之高尚精神，故不允許團體成員圖謀藉此獲不當利益。此為不當得利禁止原則之根本精神。不當得利禁止原則，衍生本法第76條第1項超額保險禁止之規定，以及第53條第1項被保險人受保險給付後，對第三人之損害賠償請求權移轉與保險人之規定。第36、37條亦同，只當同一保險利益受到複數保險契約承保，且保險金額之總額大於保險標的之價值時，被保險人不但不得請領超過保險標的之價值，且當要保人為惡意時，保險契約更因而無效。又為確保上述第36、37條規定可獲得實踐，要保人有先行將複保險情事通知保險人之義務，以早日解決複保險之問題，避免嗣後生不當得利之爭議，更減少道德危險發

生的可能。原告107年4月3日準備書狀雖主張均已於要保書告知有向其他保險公司投保相關保險，並同意被告循保險業同業公會通報作業系統查詢原告投保紀錄云云，而主張無複保險規定之適用云云，惟有無在要保書中告知其他投保相關紀錄，非謂即無複保險之適用。本件原告乙家三人迄今洋洋灑灑上百筆投保及理賠紀錄，原告對投保程序、告知事項及申請理賠應檢附文件，理應知之甚詳，渠等凡出國必向數家保險公司投保旅平險，即原告在鈞院另一案事發地點在新加坡，先位主張意外後位主張有突發疾病保險事故，然其始終無法提出意外證明，且亦堅不配合簽署保險公司所具之海外病調同意書，該案原告已敗訴駁回，其配偶申彬琳在鈞院107年保險字第20號乙案，於被告等提出簽署病調同意書、時效抗辯後撤回起訴，而原告於本案就簽署病調同意書乙節，數回往返期間長達一年多，最後原告仍未遵期交付符合被告要求之授權書，其惡意阻止被告等調查事屬臻明。

㈤基於保險乃係由保險人承擔他方風險之制度，為維繫此種良善制度運作，勢必要求風險移出者盡最大誠信，無論在保險標的受風險威脅之相關狀況，或在其餘可能增加道德危險之情事，均應一併說明，以供保險人確實評估、妥善因應。倘若此種相互信賴基礎無法建立，勢必將危害整體保險制度之運作，或因此增生不效益之經營成本、費用。又依最大誠信契約原則，衍生保險法相關規定，第64條締約時據實說明義務、第36條要保人倘知複保險契約情事，即應通知保險人，一方面使保險人有機會提前審核有無保險金額總額超過保險價額情事，據以提前因應避免嗣後引發爭端，另一方面評估是否有增加道德危險發生之可能。蓋第35條所稱複保險，就不當得利防止之觀點觀察，著眼點應危險利益被複數且累計超額承保之「狀況」，此一狀況不但後一保險人面臨，且前一保險人亦面臨，是以，凡構成該狀況，前後保險人均應適用複保險一章之所有條文；理解上不應過度著眼於條文文字所用之「複保險行為」，而錯認為既然解釋為行為，則應於

「行為時點」觀察有無複保險情狀，如此將過於狹隘。況且，現行保險法第36條既為區分複保險係導因「同時」或「先後」訂立數保險契約，則依其文義上解釋，被通知人理應為「各保險人」。如此，不問保險契約係同時訂立或先後訂立，均應向各保險人為通知，始能達成複保險的規範目的。在說明本前提後，以為要保人既負有複保險通知義務，在此情形下，要保人除應將其已先訂約之事實通知「後一保險人」外，亦應向「前一保險人」通知其與「後一保險人」訂約之事實。原告今提呈曾在要保書告知某些已投保之資訊，但其未說明在被告五家及其自承尚有投保台銀人壽保險公司，其何時通知？其是否同時？或先後通知該六家保險公司？若原告無法自清，難謂其投保之始並無不當得利之意圖。原告陳稱被告等有所謂通報系統可以查明，然仍未免除原告通知之責。且保戶投保旅平險之方式很多，可以透過網路、機場、保險經紀人等投保，被告等根本無法即時查證，原告一家人無非利用此漏洞才能在數年來同時向諸多保險公司投保及申請理賠。

㈥原告於本件其所主張突發疾病之緣由，但無法證明在本次保險期間期住院、醫療高階檢查之必要性，子宮息肉之摘除在國外處理之立即性等，且亦不配合調查不提供本次保險事故及其之前180天內之所有醫療紀錄、病歷、影像資料等，是否此次希冀調查範圍，原告另有隱情？是否涉及其他保險事故？

㈦依司法實務見解認為人身保險中之健康保險及傷害保險，性質為實支實付型之醫療險，其目的係在填補被保險人因疾病及傷害支出醫療費用所生之財產上損害，有複保險之適用，被保險人不得因疾病或傷害支出醫療費用而獲不當得利。原告雖以書狀提出就本次保險事故已獲台銀人壽理賠742,628元云云，亦無法免除原告應負之舉證責任。觀諸保險法及兩造保險契約，並未記載在原告向多家保險公司投保後，僅告知部分保險公司即免除通知之義務。復觀原告諸多保險投保

及理賠之相關紀錄，原告及其家人海外理賠次數頻繁，且均同時或先後投保數家，其意欲為何已昭然若揭。今原告財產上損害既已獲訴外人台銀人壽填補，為避免原告藉複保險而獲不當利益，應駁回其請求。

㈧並聲明：原告之訴駁回；如受不利判決，願供擔保請准宣告免為假執行。

三、不爭執事項：

㈠原告向被告第一金人壽公司投保「第一金人壽旅行平安保險」，並附加「第一金人壽旅行平安保險海外突發疾病健康保險附加條款」，約定意外事故保險金額為800萬元，附加海外突發疾病健康保險之保險金額80萬元，保險期間為：「自民國104年3月24日9時起共計53天」（保單號碼：TA123072，下稱第一金人壽公司旅平險契約①）。第一金公司系爭旅平險業於104年5月16日期間屆滿，原告另於104年5月16日以電話通知業務員，要求以相同內容之保險方案於同日再行投保17天（保單號碼：TA125149，下稱第一金人壽公司保險契約②）。

㈡原告向被告新光產險公司投保旅行平安保險（保單號碼：TA123072）（下稱新光旅平險契約），附加海外突發疾病健康保險。系爭旅平險之保險期間為104年3月30日至104年5月18日。

㈢原告向被告旺旺產險公司投保旅行平安保險（保單號碼：1504HTA0000000號）（下稱旺旺旅平險契約）、保險金額100萬元；及傷害醫療保險金附加條款，保險金額為150萬元；海外突發疾病保險金附加條款，保險金額100萬元。保險期間自104年3月24日至104年8月31日止。

㈣原告之夫申彬琳以原告嚴雲虹為被保險人向被告安達產險公司投保旅行平安保險（保單號碼：AXPTWAA0000000）、保險金額為500萬元；意外傷害醫療保險給付附加條款，保險金額為100萬元；海外突發疾病健康保險，保險金額100萬元。保險期間自104年3月29日21時至104年5月10日21時止。

㈤原告嚴雲虹於104年3月28日向被告三商美邦人壽公司投保旅行平安保險（保單號碼：TT010412）、保險金額600萬元；傷害醫療保險給付附加條款，保險金額為60萬元；海外突發疾病健康保險附加條款，保險金額150萬元。保險期間自104年3月29日9時至104年5月19日9時止。

㈥原告於104年5月間全家於泰國遊玩時在104年5月14日至104年5月24日於泰國Bumrungrad International Hospital就醫及住院。

四、得心證之理由：

㈠經查，原告所主張之事實，業據其提出診斷證明書、醫療費用收據、診斷證明書中文譯本、醫療費用收據中文譯本、人身保險商品審查應注意事項、第一金人壽公司保險單、旺旺產險公司保險單、新光產險公司保險單、安達產險公司保險單、三商美邦人壽公司保險單、經駐泰國台北經濟文化辦事處認證之診斷證明書、要保書、電子郵件、存證信函、泰國Bumrungrad International醫院電子郵件、新加坡醫院函及譯文、調解聲請狀、診斷證明、醫療費用收據、和解筆錄、授權書、電子郵件為證（卷1第5-7、39-40、47-48、64-73、214-215頁，卷2第9-13、44-51頁，卷3第41-48、173-175、249-260、273、299-303頁），被告則否認原告之主張，並以前詞為辯，並提出另案起訴狀、原告配偶申彬琳調解聲請狀、保險金申請書及保險公司函、106年12月19日律師函、安達產險理賠清單、三商美邦人壽公司、旺旺產險公司、安達產險公司保險契約、第一金人壽公司旅行平安險契約、往來電子郵件、理賠紀錄、病調同意書、旺旺產險公司旅行綜合保險要保書、台灣台北地方法院105年度保險字第109號民事判決、申彬琳案撤回起訴函、泰國醫院回函、三商美邦人壽公司106年8月22日函、旺旺產險公司106年6月2日函、安達產險公司106年5月25日函、晉揚保險公司公證人洪熒熙說明書、安達產險泰國分公司與醫院往來電子郵件、原告簽署中文版病調同意書、被告提供之病調同意書中英文對照、

CHUBB新聞稿、原告出具授權書中英文對照、原告簽署旺旺產險公司、安達產險公司、三商美邦人壽公司授權書為證（卷1第52-56、79-98、102-109、142、218-229、246-276頁，卷2第20-32、36-42頁，卷3第67、129-133、139-165、181-197、229-231、311-315頁），是本件所應審究者為：本件有無原告主張之保險事故？被告抗辯原告主張之保險事故並非突發且急性之疾病，且無住院之必要性，有無理由？原告主張之保險事故若確有發生，是否屬於被告保險契約之承保範圍？原告於旅行前向多間保險公司投保，是否違反複保險，而有保險法第37條之適用？以下分別論述之。

㈡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條定有明文。民事訴訟如係由原告主張權利者，應先由原告負舉證之責，若原告先不能舉證，以證實自己主張之事實為真實，則被告就其抗辯事實即令不能舉證，或其所舉證據尚有疵累，亦應駁回原告之請求；主張法律關係存在之當事人，須就該法律關係發生所具備之要件事實，負舉證責任，此觀民事訴訟法第277條之規定自明。且同法第244條第1項第2款及第195條並規定，原告起訴時，應於起訴狀表明訴訟標的及其原因事實，當事人就其提出之事實，應為真實及完全之陳述。故主張法律關係存在之原告，對於與為訴訟標的之法律關係有關聯之原因事實，自負有表明及完全陳述之義務，最高法院17年上字第917號、97年台上字第1458號判決要旨可資參照。查原告主張於104年5月間在泰國遊玩時，因食物中毒及子宮內膜瘜肉而於104年5月14日-24日在泰國就醫住院之事實，既為被告所爭執，原告因此依兩造間所訂之旅行險契約請求被告給付保險金，即應就下列旅行險契約要件之部分為確認：

⑴旺旺產險公司旅平險綜合保險-旅行傷害保險海外突發疾病醫療保險金附加條款第一條及第二條第四款分別規定：「於海外發生突發疾病必須緊急治療時」、「四、突發疾病：係指被保險人非得以獲得海外醫療為目的，須即時在海外醫療

機構治療始能避免損害身體健康之疾病且在本附加條款生效前九十天以內，未曾接受該疾病之治療者。」另依第六條：「醫療費用未經全民健康保險給付者之處理方式：第三條及第五條之給付，於被保險人之醫療費用無法獲得全民健康保險給付，本公司依被保險人實際支付之該項醫療費用之100％給付，惟仍以第三條及第五條約定金額為限。」今原告請求依第三條給付保險金，亦需先證明其未經全民健康保險給付，始符合請求保險金之條件，包含已請求獲得給付，依第七條：「保險金給付之限制：被保險人已獲得全民健康保險給付的部分，本公司不予給付保險金。」；

⑵安達產險海外突發疾病健康保險第二條第五項規定：「本契約所稱『突發疾病』係指被保險人非係以獲得海外醫療為目的，並在每次出國前九十天以內未曾接受過該項疾病之診斷、治療或用藥，且需即時在醫院或診所治療始能避免損害身體健康之疾病；若該項疾病已完全治療痊癒而在海外期間再度發生者，亦視為突發疾病。」第六項規定：「本契約所稱『住院』係指被保險人經醫師診斷其突發疾病必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者。」；

⑶三商美邦人壽海外突發疾病健康保險附加條款第二條第二項及第五項分別記載：「本附加條款所稱『突發疾病』係指被保險人於本附加條款有效期間內罹患突發且急性，需即時在醫院或醫療機構接受診療始能避免損及身體健康之疾病，並在本附加條款生效前一百八十日以內，未曾接受該疾病之診療者。」、「本附加條款所稱『住院』係指被保險人經醫師診斷其突發疾病必須入住醫院，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五十一條所稱之日間住院及精神衛生法第三十五條所稱之日間醫院。」第八條：「第四條至第七條之給付，於被保險人不以全民健康保險之保險對象身分接受診療；或前往不具有全民健康保險之醫院或醫療機構接受診療者，至各項醫療費用未經全民健康保險給付，本公司依被保險人實際支付之各項費用之百

分之六十六給付，惟仍以前數各項保險金條款約定之限額為限。」；

⑷第一金人壽公司旅平險（保單號碼：TA123072）海外突發疾病健康保險附加條款第二條第二項名詞定義：「本附加條款所稱『突發疾病』係指被保險人於發病前一百八十天以內未曾接受治療，且需即時在海外醫療機構診療始能避免損及身體健康之突發且急性之疾病。」、第三項保險範圍：「被保險人於本附加條款有效期間內，在海外因突發疾病須於海外醫療機構接受住院、門診或急診治療時，本公司依本附加條款之約定給付各項保險金。但有下列情形之一者，本公司不負給付本附加條款各項保險金的責任：一、因意外傷害事故致成之併發症，需接受住院、門診或急診治療時。二、任何以獲得海外醫療為目的之出國治療行為。」；

⑸新光產險公司旅平險海外突發疾病醫療保險金附加條款第一條約定「要保人於投保新光產物旅行平安保險（標準型）（主保險契約）後，加繳保險費投保新光產物旅行平安保險（標準型）海外突發疾病醫療保險金附加條款，對於被保險人於本附加條款有效期間內在海外發生第二條約定之『突發疾病』且須於海外醫療機構接受住院、急診或門診診療時，本公司依本附加條款之約定給付保險金。」、第二條第二項「突發疾病：係指被保險人在本附加條款生效前一百八十天以內未曾接受診療、治療或用藥，且需即時在海外醫療機構診療始能避免損及身體健康之突發且急性之疾病」（卷1第65-68頁、第103-109頁、第142頁）；

⑹揆諸前揭說明，原告主張於泰國旅遊期間發生住院醫療之保險事故，應就其得請求給付保險金之權利發生事實即屬於突發且急性疾病之部分，負擔舉證責任，是此部分即應由原告提出證據以為證明。

㈡次查，原告固提出泰國醫院出具之經駐外單位認證之診斷證明書為證（卷1第5、39、214-215頁），但該診斷證明書記載：「急性腸胃炎胃炎[胃鏡顯示胃炎（2015年5月10日）]

她在為住院病人期間，發現患有子宮異常出血及子宮內膜息肉急性疼痛。[2015年5月14日刮除] 2015年5月16日，她子宮急性疼痛，她已服用抗生素9天。她在為住院病人期間，右下背部產生肌肉疼痛。也因藥物發生睡眠失調。已治療這些症狀。沒有進一步疑慮。在2015年5月21日，她由於藥物造成的低血壓而暈眩。結果她無法站立。之後調整藥物，血壓恢復正常。已治療所有的症狀與併發症。Yun-Hung Yen小姐已無任何症狀或併發症。在2015年5月24日准許出院。她在2015年5月7日至24日住在本院。」等語，而就此部分亦據被告提出質疑答辯略以：原告於104年5月7日無任何病況即已住院，惟遲至104年5月10日才記錄顯示胃炎紀錄？況急性腸胃炎是否需住院？且子宮內膜息肉為宿疾，非突發疾病，即使有必要摘除，門診手術即可，並無住院之必要等語，經核與常理並無不符合之情形，應堪採信，尚無從僅僅依照上開記載即能認定已經符合所約定突發急性疾病之要件，況且，診斷證明書乃醫療人員依據原告主訴或診察結果而予記載，至於是否符合所約定突發急性疾病之要件，並非就診醫師診斷之範圍，亦無從依照診斷證明書作為判斷之依據，亦可確定，是就此部分，即應由原告提出證據以為證明，但原告就此並未提出其他證據以資證明，本院自無從為有利於原告之認定；原告雖另依人身保險商品審查應注意事項就健康保險明定實支實付型醫療保險商品不得於醫療保險金給付條文中增列有關「合理且必需」之文字及條件等語以為主張，為此與前揭所約定突發急性疾病為要件之範圍，要件尚非全然相符合，並無從以此作為以為有利原告主張之認定。

㈣再者，依系爭保險契約約定之突發疾病，係指發生突發且急性，需即時治療始能避免損及身體健康之疾病，原告與被告等公司簽訂之海外突發疾病醫療健康保險附加條款亦約定突發疾病並不包括被保險人因意外傷害致成之疾病。而原告主張其依照醫師指示服用治療腸胃炎之藥物，但於106年5月14日施行刮除子宮內膜瘜肉後即因該藥物副作用引起睡眠失調

、低血壓等症狀，顯見其患有睡眠失調、低血壓等病狀，係因住院治療服用藥物所致，與系爭保險契約所定「突發疾病」之要件有間，本件既未能認定屬突發且急性之疾病，而有於海外治療必要之要件，則被告答辯主張不負給付保險金責任，尚無從遽認為無由；尤其，依據兩造間之保險契約均有約定「受益人申請各項保險金時，本公司於必要時須經其同意調閱被保險人之就醫相關資料，其費用由本公司負擔」等語（卷1第65、68、70、71、73頁），是依照保險契約之約定，被告本有查核勾稽就醫相關資料權限，並藉此確認所罹患疾病及所接受治療是否與保險契約所約定之內容相符合，而且，就取得就醫相關資料之同意，因為屬於原告隱私事項，若非有原告之同意，醫院不能提供予原告以外之人，故為達成使被告取得就醫相關資料以為勾稽之目的，乃需由原告依照醫院之要求提供必要之同意，才能讓被告取得就醫相關資料，如果原告未向醫院表示同意，或者未依照醫院之要件提出相關之文件，因而導致被告無法向醫院取得就醫相關資料，自屬原告於保險契約之違反，原告主張依照保險契約為請求，自無從認屬有據；而被告前已依照保險契約之約定，要求原告同意以便向醫院取得就醫相關資料，但未能有所得，此部分亦據被告主張略以：因原告及其家人海外理賠次數頻繁，且均同時或先後投保數家保險，因而要求原告申請理賠保險金時須提出授權同意書，授權被告調閱原告於泰國醫院住院期間之相關醫療紀錄，然均為原告所拒絕，其後原告雖出具限制科別（即Acute Gastroenteritis and Uterus Polyp，中譯：急性胃腸炎和子宮息肉）之病調同意書（卷1第266頁、卷3第143、273頁），惟此仍與保險契約約定不符，尤其，經被告委任公證人前往泰國醫院調取原告之醫療紀錄時，仍經醫院表示未獲原告同意而拒絕提供等語（卷3第139頁），由此足見本件係因原告未提出符合泰國醫院對於同意要求之文件，致被告無法取得就醫相關資料，而違反保險契約之約定，應可確定，因此被告主張：原告拒絕同意被

告調取相關病歷等醫療紀錄，無法證明其在海外確實發生突發疾病而有就診治療之必要性，未盡其舉證之責任，被告亦無從審查是否確屬突發且急性之疾病而給付保險金等語，並非無據。

㈤另外，被告質疑原告並非前往泰國旅遊，而係有計畫的故意前往泰國就醫，因此若原告確有於106年5月間前往泰國旅行之旅遊計畫，當存有包含機票、住宿及遊覽等等有關訂位訊息，且因於104年5月14日至104年5月24日於泰國就醫及住院，勢必影響原告原先之旅遊計畫，而有變更、取消機位或住宿等相關聯繫資訊，惟經本院諭知原告就上開事項提出證據後（卷3第79頁），迄於本件言詞辯論終結前，原告僅以「當時係網路訂票，所以無法提供證據」為由主張，然此與一般常情不符，蓋一般人前往國外旅遊，勢必留存機票、住宿等相關資訊，更遑論依原告主張係因突發疾病而於泰國醫院住院11日，自當影響原先之旅遊行程與計畫，而必須聯繫原先訂位之航空公司、飯店變更機票機位、住宿，惟原告就此部分僅以主張「104年4月間，原告全家至泰國旅遊，因原告之配偶為澳洲人，原告配偶之母親等親族均居住於澳洲，故於原告出院後，全家即經由新加坡至澳洲，其後再返回台灣」等語（卷3第247頁），然縱使原告所述為真，當應得提出由變更機票、住宿及遊覽之原本計畫及變更紀錄，惟原告迄於言詞辯論終結前仍未提出相關機票訂位紀錄，原告確否有前往泰國之旅遊計畫，已非無疑，尤其，原告於最後一次言詞辯論即108年5月29日時，乃表示將於108年6月26日提出包含機票、住宿及遊覽之旅遊計畫及變更計畫，但是，其亦未遵期提出，亦與一般規劃旅遊計畫或變更計畫時，會保留相關文件，亦會有刷卡紀錄、電子郵件之常情不相吻合，是被告主張：原告就此未提出證據證明，與常理不符等語，顯非無據，應可確定。（於宣判前一日，方收受原告遲至108年7月27日20時送達法院之民事陳報狀，於陳報狀提出電子機票之電子郵件，但此不僅遲誤所限定之期限外，且其內容亦與

包含機票、住宿及遊覽之旅遊計畫及變更計畫有間，並無從審酌，併此敘明）。

五、綜上所述，被告主張：原告未舉證證明其於泰國旅遊期間所發生之保險事故屬突發且急性之疾病而有於海外進行治療之必要，且原告亦未提供同意書授權被告調閱相關醫療紀錄，其向被告請求給付保險金，已非無疑；因此原告主張於泰國旅遊期間發生因食物中毒及子宮內膜瘜肉而於5月14日進行手術切除瘜肉，直至5月24日出院，合計共支出醫療費用泰幣824,542元，並依兩造間保險契約請求：①被告第一金人壽公司應給付原告846,318元，暨自起訴狀繕本送達之翌日起至清償日止，按年利率10%計算之利息。②被告旺旺產險公司應給付原告846,318元，暨自起訴狀繕本送達之翌日起至清償日止，按年利率10%計算之利息。③被告新光產險公司應給付原告新臺幣538,969元，暨自起訴狀繕本送達之翌日起至清償日止按年利率10%計算之利息。④被告安達產險公司應給付原告新臺幣769,957元，暨自起訴狀繕本送達之翌日起至清償日止，按年利率10%計算之利息。⑤被告三商美邦人壽公司應給付原告508,171元，暨自起訴狀繕本送達之翌日起至清償日止，按年利率10%計算之利息。均無理由，應予以駁回。又原告之訴既經駁回，其假執行聲請亦乏所據，爰併予駁回之。

六、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及證據，經本院斟酌後，認為均不足以影響本判決之結果，爰不一一論述，附此敘明。

七、據上論結，原告之訴為無理由，爰依民事訴訟法第78條，判決如主文。

中　　華　　民　　國　　108　　年　　7　　月　　31　　日

民事第三庭　法　官　蘇嘉豐

以上正本係照原本作成。

如對本判決上訴，須於判決送達後20日內向本院提出上訴狀。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　　108　　年　　7　　月　　31　　日

書記官　曾東紅