臺灣臺北地方法院民事判決

108年度保險字第3號

原　　告　張慧蓉
訴訟代理人　張敏雄律師
被　　告　台灣人壽保險股份有限公司
法定代理人　黃思國
訴訟代理人　蔡耀瑩
　　陳昱伶

上列當事人間請求給付保險金事件，本院於民國108 年11月4日言詞辯論終結，判決如下：

主　　文

被告應給付原告新臺幣肆拾玖萬參仟玖佰肆拾柒元，及其中新臺幣貳拾陸萬肆仟貳佰陸拾伍元自民國一0七年一月二十五日起、其中新臺幣壹拾萬柒仟玖佰壹拾捌元自民國一0七年八月十五日起、其中新臺幣壹拾貳萬壹仟柒佰陸拾肆元自民國一0七年九月八日起，均至清償日止，按週年利率百分之十計算之利息。

原告其餘之訴駁回。

訴訟費用由被告負擔百分之九十八，餘由原告負擔。

本判決原告勝訴部分得假執行，但被告如以新臺幣肆拾玖萬參仟玖佰肆拾柒元為原告預供擔保，得免為假執行。

原告其餘假執行之聲請駁回。

事實及理由

壹、程序事項

一、按當事人得以合意定第一審管轄法院，但以關於由一定法律關係而生之訴訟為限；前項合意，應以文書證之，民事訴訟法第24條定有明文。本件原告係本於要保人均為其配偶即訴外人于群福之中國信託人壽保險股份有限公司（下稱中國信託人壽）「保單號碼0000000000號福滿人生終身壽險（下稱保單號碼5023號）」之「新住院醫療保險附約」、「一年期手術醫療健康保險附約」，以及「保單號碼0000000000號福滿人生終身壽險（下稱保單號碼4971號）之「一年期手術醫療健康保險附約」，對被告請求給付保險金。依中國信託人

壽新住院醫療保險附約第33條、一年期手術醫療健康保險附約第25條約定，均係以要保人住所所在地地方法院為管轄法院，有該等附約條款在卷可稽（保險卷一第63、85頁），而本件要保人于群福之住所係於新北市新店區，亦有保單號碼5023號、保單號碼4971號之要保書各1 份為證（保險卷二第121 、129 頁），依上開合意管轄之約定，本院自有管轄權，合先敘明。

二、次按訴狀送達後，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者，不在此限，民事訴訟法第255 條第1 項第3 款定有明文。本件原告起訴時訴之聲明原為：「被告應給付原告新臺幣（下同）62萬4,171 元，及其中26萬8,659 元自民國106 年12月7 日起，其中10萬7,918 元自107 年8 月9 日起，其中13萬9,796 元自106 年8 月30起，其中10萬7,798 元自107 年10月31日起，均至清償日止，按週年利率百分之10計算之利息。」嗣原告於108 年2 月26日具狀變更請求金額及起算日期為「被告應給付原告49萬9,296 元，及其中26萬8,659 元自107 年1 月25日起，其中10萬7,918 元自107 年8 月15日起，其中12萬2,719 元自107 年9 月8 日起，均至清償日止，按週年利率百分之10計算之利息」，核屬減縮應受判決事項之聲明，自應准許。

貳、實體事項

一、原告主張：

（一）原告為中國信託人壽保單號碼5023號之新住院醫療保險附約、一年期手術醫療健康保險附約之被保險人，前者之保險金額為每日病房費1,500 元，後者之保險金額為1,000 元，另原告亦為中國信託人壽保單號碼4971號之一年期手術醫療健康保險附約之被保險人，保險金額為3,500 元。嗣中國信託人壽於105 年間與被告公司合併，被告公司為存續公司，前開保險契約因公司合併而存在於兩造之間。原告因工作及操作家事致身體受有傷害，經醫師診斷罹患「腰椎椎間盤突出」、「頸椎椎間盤突出」症，原告為緩

解疼痛，於天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院（下稱耕莘醫院）經醫師專業診斷後，認為「腰椎高頻熱凝療法（脊椎神經根阻斷術）」、「頸椎高頻熱凝療法（脊椎神經根阻斷術）」（以下併稱高頻熱凝療法）為目前緩解原告疼痛之最佳療法，原告即先後於106 年1 月9 日至10日、同年11月13日至14日、107 年8 月13日至14日住院接受腰椎與頸椎之高頻熱凝療法手術治療，另於107 年6 月28日門診接受腰椎與頸椎之高頻熱凝療法手術治療（以下併稱系爭四次高頻熱凝療法手術治療）。依上開保險契約約定，被告應給付原告下列之保險金：

1. 106年1月9日至10日住院手術治療：

（1）依一年期手術醫療健康保險附約第9 條第3 、4 項約定，針對保單號碼5023號，應給付保險金額1,000 元之10倍即1 萬元。針對保單號碼4971號，應給付保險金額3,500 元之10倍即3 萬5,000 元。以上共計4 萬5,000 元，又因原告係接受腰椎、頸椎二項手術，故合計應給付9 萬元。

（2）依保單號碼5023號之新住院醫療保險附約第4 條第1 項、第5 條第1 項、第6 條第1 項約定，應給付住院病房費用保險金2,000 元、住院醫療費用保險金2 萬5,385 元，以及外科手術費用保險金1 萬6,402 元，以上共計4 萬3,787 元。

（3）以上合計13萬3,787元。

2. 106年11月13日至14日住院手術治療：

（1）依一年期手術醫療健康保險附約第9 條第3 、4 項約定，針對保單號碼5023號，應給付保險金額1,000 元之10倍即1 萬元。針對保單號碼4971號，應給付保險金額3,500 元之10倍即3 萬5,000 元。以上共計4 萬5,000 元，又因原告係接受腰椎、頸椎二項手術，故合計應給付9 萬元。

（2）依保單號碼5023號之新住院醫療保險附約第4 條第1 項、第5 條第1 項、第6 條第1 項約定，應給付住院病房費用保險金2,000 元、住院醫療費用保險金2 萬6,470元，以及

外科手術費用保險金1萬6,402元，以上共計4萬4,872元。

（3）以上合計13萬4,872元。

3. 107年6月28日門診手術治療：

（1）依一年期手術醫療健康保險附約第9條第3、4項約定，針對保單號碼5023號，應給付保險金額1,000元之10倍即1萬元。針對保單號碼4971號，應給付保險金額3,500元之10倍即3萬5,000元。以上共計4萬5,000元，又因原告係接受腰椎、頸椎二項手術，故合計應給付9萬元。

（2）依保單號碼5023號之新住院醫療保險附約第5條第1項、第6條第1項約定，應給付住院醫療費用保險金1,516元，以及外科手術費用保險金1萬6,402元，以上共計1萬7,918元。

（3）以上合計10萬7,918元。

4. 107年8月13日至14日住院手術治療：

（1）依一年期手術醫療健康保險附約第9條第3、4項約定，針對保單號碼5023號，應給付保險金額1,000元之10倍即1萬元。針對保單號碼4971號，應給付保險金額3,500元之10倍即3萬5,000元。以上共計4萬5,000元，又因原告係接受腰椎、頸椎二項手術，故合計應給付9萬元。

（2）依保單號碼5023號之新住院醫療保險附約第4條第1項、第5條第1項、第6條第1項、第11條約定，針對107年8月13日原告以全民健康保險（下稱健保）身分之住院醫療費用應給付保險金1,005元，針對同年月14日以自費（而非健保身分）診療之住院病房費用、醫療費用及手術費用計4萬8,791元應給付65%之保險金即3萬1,714元，以上共計3萬2,719元。

（3）以上合計12萬2,719元。

5. 綜上，被告應給付原告之保險金共計49萬9,296元（計算式：13萬3,787＋13萬4,872＋10萬7,918＋12萬2,719＝49萬9,296）。

（二）原告已分別於107年1月9日針對上開（一）1、2之手術治療、於107年7月30日針對上開（一）3之手術治療、於107年8月23日針對上開（一）4之手術治療，向被告提出保險理賠申請，然被告卻以健保治療次數之限制，及原告上開手術得以門診為之，無法認定有住院之必要性為由，拒絕理賠。然依一年期手術醫療健康保險附約第5條第2款、第9條第3項約定，並未區別「住院手術治療」或「門診手術治療」，只要原告接受手術治療即為發生保險事故，另依新住院醫療保險附約第3條、第5條第1項、第6條第1項約定，不論「住院手術治療」或「門診手術治療」均為發生保險事故，故被告拒絕給付本件保險金，並無理由。又健保有關醫療服務給付項目及支付標準，係衛生福利部中央健康保險署（下稱健保署）為控制財務所訂定予醫療機構保險及申請醫療服務之規定，與本件保險契約係屬商業性保險，目的為填補健保之不足，本質上不同而不得作為本件保險理賠之依據；且本件一年期手術醫療健康保險附約、新住院醫療保險附約並無約定原告須改用高頻熱凝療法以外之其他治療方式，亦未限制原告接受高頻熱凝療法治療之次數，被告既將該治療方法列為保險給付項目，自應承擔保險責任，故於原告因椎間盤突出而疼痛復發，且經主治醫師診斷確有接受該次高頻熱凝療法之必要性，並於治療後達到「預期之成效」或「改善」，原告即得依約請求保險金。

（三）綜上，原告既已因「疾病或傷害」、「住院診療或接受門診外科手術治療」，即屬發生應理賠保險金事故，且無一年期手術醫療健康保險附約第12條、新住院醫療保險附約第15條等除外情形，被告自應給付保險金。為此，爰依一年期手術醫療健康保險附約第9條第3、4項、第17條第2項、新住院醫療保險附約第4條第1項、第5條第1項、第6條第1項、第27條第2項約定提起本訴等語。

（四）並聲明：被告應給付原告49萬9,296元，及其中26萬8,65

9元自107年1月25日起，其中10萬7,918元自107年8月15日起，其中12萬2,719元自107年9月8日起，均至清償日止，按週年利率百分之10計算之利息；願供擔保，請准宣告假執行。

二、被告答辯：原告雖為要保人于群福於104年間投保保單號碼5023號、保單號碼4971號一年期手術醫療健康保險附約及保單號碼5023號新住院醫療保險附約之被保險人，惟原告於耕莘醫院接受高頻熱凝療法屬門診手術，治療過程僅需花費30分鐘，治療完成後，留院觀察30至60分鐘即可返家，原告接受高頻熱凝療法並無住院必要，原告復無其他疾病合併有住院治療之需要，不符新住院醫療保險附約第2條約定，故原告以接受高頻熱凝療法為由，請求被告給付住院病房費用，實無理由。又健保將高頻熱凝療法列為診療項目，申請該項給付須符合實施必要性、治療次數及限制等相關要件，為免保險金之給付過於浮濫，最終損害保險團體之利益，關於必要性醫療之判斷，無論商業保險或社會保險，均應以與實際治療醫師具有相同專業之醫師於相同情形通常會有相同判斷者屬之。而高頻熱凝療法之效果至少能維持6個月，惟原告自105年6月7日起至107年10月11日止頻繁接受高頻熱凝療法，每次治療時間均未間隔半年以上，被告亦查無精神科醫師、心理治療師或疼痛科醫師之治療評估紀錄，則原告之病情是否有必要頻繁密集接受高頻熱凝療法，即有疑義；又高頻熱凝療法之目的在於減輕疼痛，效果並不持久，惟原告三年來遲遲不願意改用其他積極有效之治療方式，其任由病症持續之行為，顯與保險為最大善意及誠信契約有違。再者，原告明知其自102年9月2日起，即因罹患乳癌開始密集至和信治癌中心醫院（下稱和信醫院）接受化學治療、手術及門診，惟其竟隱匿上開事實，而分別於104年10月5日、同年10月31日于群福向中國信託人壽投保保單號碼4971號、保單號碼5023號保險時，於要保書之健康告知事項第4點關於過去五年內是否曾患有癌症而接受醫師治療、診療或用藥

項目中，勾選「否」之選項；另原告自105 年6 月起即頻繁接受腰部、頸部之高頻熱凝療法，惟遲至107 年1 月9 日始第一次申請理賠，違反一年期手術醫療健康保險附約第17條、新住院醫療保險附約第27條關於原告應於接受高頻熱凝療法後10日內通知被告之約定，致被告無法及時於保險法第64條第3 項所規定之2 年除斥期間內解除保險契約，構成權利濫用及以不正當行為促其條件之成就，已不符保險制度之目的，且原告捨棄選擇根治椎間盤突出之手術方式，反而持續頻繁地接受僅得暫時緩解疼痛之高頻熱凝療法，顯與常情不符，是原告以遲延申請理賠之方式，蓄意規避前開保險法規定，應認原告請求被告給付保險金非屬正當，不應准許。另依原告於105 年6 月間之耕莘醫院出院病歷摘要之病史記載，原告本件保單投保前，即處於背痛之疾病狀態，縱當時未經醫師確診為椎間盤突出，亦符合保險法第127 條規定所稱「被保險人已在疾病中」之要件，是故，被告應無庸負擔給付保險金之責。退萬步言，縱認原告得請求本件保險理賠，惟因耕莘醫院乙種診斷證明書之工本費為每份100 元，故於原告本件分別針對頸部、腰部申請理賠而分別申請診斷書，亦應以200 元為上限，逾200 元之部分應予以扣除，依此計算、扣除後，原告於106 年1 月9 日至10日、同年11月13日至14日、107 年6 月28日因疼痛復發而接受高頻熱凝療法所得請領之保險金金額各應扣除250 元、200 元、290 元，於107 年8 月13日至14日得請領之金額應僅為12萬2,578 元等語。並聲明：原告之訴及假執行之聲請均駁回；如受不利益判決，願供擔保，請准宣告免為假執行。

三、查原告為要保人均為于群福之中國信託人壽保單號碼5023號之新住院醫療保險附約、一年期手術醫療健康保險附約之被保險人，前者之保險金額為每日病房費1,500 元，後者之保險金額為1,000 元，另原告亦為要保人亦為于群福之中國信託人壽保單號碼4971號之一年期手術醫療健康保險附約之被保險人，保險金額為3,500 元。嗣中國信託人壽於105 年間

與被告公司合併，被告公司為存續公司，前開保險契約因公司合併而存在於兩造之間。原告因經耕莘醫院醫師診斷罹患「腰椎椎間盤突出」、「頸椎椎間盤突出」症，而曾在該院先後於106年1月9日至10日、同年11月13日至14日、107年8月13日至14日住院接受腰椎、頸椎高頻熱凝療法手術治療，另於107年6月28日門診接受腰椎、頸椎高頻熱凝療法手術治療。原告已分別於107年1月9日針對106年1月9日至10日及同年11月13日至14日之手術治療、於107年7月30日針對上開107年6月28日之手術治療、於107年8月23日針對上開107年8月13日至14日之手術治療，向被告提出保險理賠申請並經被告受理，然被告迄今均拒絕理賠等情，為兩造所不爭執，並有保單號碼5023號、保單號碼4971號保險單、耕莘醫院106年1月10日開立之乙診字第乙0000000000號診斷證明書、乙診字第乙0000000000號診斷證明書、106年11月14日開立之乙診字第乙0000000000號診斷證明書、乙診字第乙0000000000號診斷證明書、107年6月28日開立之乙診字第乙0000000000號診斷證明書、乙診字第乙0000000000號診斷證明書、107年8月14日開立之乙診字第乙0000000000號診斷證明書、乙診字第乙0000000000號診斷證明書、耕莘醫院108年4月23日函附原告因腰椎、頸椎間盤突出之歷次就診情形說明清單附表（下稱歷次就診說明清單）及病歷資料等件在卷可稽（保險卷一第37至51、359至457頁），堪信為真正。

四、至原告主張針對其接受系爭四次高頻熱凝療法手術治療，被告應依一年期手術醫療健康保險附約、新住院醫療保險附約分別給付前開保險金等語，則為被告所否認，並以前詞置辯。茲析述如下：

（一）原告針對系爭四次高頻熱凝療法手術治療，依據保單號碼5023號及保單號碼4971號之一年期手術醫療健康保險附約，請求保險金部分：

1.依保單號碼5023號及保單號碼4971號所均適用之「一年期手

術醫療健康保險附約」第5條約定：「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而發生下列情形之一時，本公司（即被告）依本附約約定給付保險金。…二、經醫師診斷必須接受手術治療，且實際接受醫師手術治療」。又依第9條第3、4項約定，被保險人於本附約有效期間內，因第5條之約定接受附表三所列第三級手術項目之一且非附表二所列特別處置項目之一治療時，被告依「保險金額」的10倍給付「外科手術保險金」，被保險人因同一保險事故，接受二項以上手術時，被告給付各項外科手術保險金。而高頻熱凝療法即被列為該附約附表三所列第三級手術項目之一且非附表二所列特別處置項目之一等情，有一年期手術醫療健康保險附約1份存卷可憑（保險卷一第55至71頁），被告亦對於「本件原告接受之腰椎、頸椎高頻熱凝療法，確係一年期手術醫療健康保險附約附表三所列第三級手術項目之一且非附表二所列特別處置項目之一」乙節，並未爭執。遍查一年期手術醫療健康保險附約之全部約款，並無「被保險人須以『住院』方式接受手術，始得依上開條文約定請求保險金」之限制要件，是無論原告本件所為上開高頻熱凝療法是否得以門診手術方式為之即可，被告均應依一年期手術醫療健康保險附約上開約定，給付保險金額10倍之保險金，且針對腰椎、頸椎此二項目之手術，分別給付之。被告抗辯原告本件接受之高頻熱凝療法得以門診方式為之，並無住院必要一節，無礙於其仍應給付上開保險金額10倍之保險金之認定。

2. 被告又抗辯高頻熱凝療法之效果至少能維持6個月，原告自105年6月7日起至107年10月11日止頻繁接受高頻熱凝療法，每次治療時間未間隔半年以上，質疑原告之病情是否有頻繁密集接受高頻熱凝療法之必要性；又高頻熱凝療法之目的在於減輕疼痛，效果並不持久，而原告三年來不願改用其他積極有效之治療方式，其任由病症持續之行為，顯與保險為最大善意及誠信契約有違等語。然查，經本院依被告之聲

請，以兩造同意之函詢事項，函詢耕莘醫院有關原告於105年1月1日起，歷次於該院針對腰椎、頸椎椎間盤突出接受診療之情形及成效（見保險卷一第250至251頁本院108年2月15日言詞辯論筆錄），經耕莘醫院先後於108年3月20日、同年4月23日函覆說明略以：本件所採用之高頻熱凝療法可門診或住院手術，病患有選擇的權利。高頻熱凝療法如針灸緩解疼痛，成效因人而異，平均3至6個月，但沒效的也有。此治療如針灸無副作用，疼痛即可施行，並無時間限制。本件係經醫師建議為目前最簡單、完全、快速緩解病人疼痛的最佳療法，如針灸可重複治療。故本件病患確實有接受高頻熱凝療法之必要性等語，有上開二份函文及歷次就診說明清單針對原告歷次接受之高頻熱凝療法治療，均註明「經主治醫師診斷確有接受該次高頻熱凝療法之必要性」等情可參（保險卷一第303、359至365頁）。再經本院依被告之聲請，檢附耕莘醫院上開108年4月23日函附之原告因腰椎、頸椎間盤突出之歷次就診病歷資料為附件，以兩造均同意之鑑定問題，囑託國立臺灣大學附設醫院（下稱臺大醫院）鑑定如下事項（見保險卷一第559至560頁本院108年5月20日言詞辯論筆錄）：

A. 一般而言，以「高頻熱凝療法」手術治療「腰椎椎間盤突出」、「頸椎椎間盤突出」症之治療目的為何？選擇高頻熱凝療法門診手術或高頻熱凝療法住院手術之間的區別、理由及判斷標準為何？

B. 請參照附件所示之病患張慧蓉（即原告）之病歷，鑑定：張慧蓉於民國105年6月7日至108年1月8日間，歷次接受「腰椎椎間盤突出」及「頸椎椎間盤突出」之高頻熱凝療法手術治療，請針對各次手術，鑑定是否有接受高頻熱凝療法手術之必要性？張慧蓉於此段期間接受此等數次高頻熱凝療法手術，是否符合醫療常規？

C. 上述期間，張慧蓉歷次所接受之「腰椎椎間盤突出」、「頸椎椎間盤突出」高頻熱凝療法手術治療，其中診治醫師以「

住院」方式（而非「門診」）施行高頻熱凝療法者，是否有以「住院」方式施行高頻熱凝療法手術治療之必要性？是否符合醫療常規？是否有「以門診手術即可」而不需「住院手術」之情形？

D. 張慧蓉於上開期間歷次接受「腰椎椎間盤突出」、「頸椎椎間盤突出」高頻熱凝療法手術治療後，治療成效如何？有無達到當次治療之目的？

經臺大醫院於108 年7 月25日函覆鑑定意見略以：高頻熱凝療法的治療，適用於不適合或不願意接受椎間盤切除及融合手術治療之病人，是一種侵襲性較低的疼痛治療方式，目的在於消除或減輕疼痛。無論頸椎或是腰椎的高頻熱凝療法，一般皆是在局部麻醉下進行治療，通常不需要住院治療，但若為複雜病情，多節病變的病人，有時亦有住院治療的必要，屬醫師的臨床裁量範圍。而本件病患亦在門診的模式下接受過頸椎的高頻熱凝療法，表示可能不需要住院施行高頻熱凝療法。高頻熱凝療法的治療如果有效，通常效果可維持2、3 個月左右或以上。以本件病患病歷所載的治療過程，每次治療都間隔約3 個月左右，而且從病歷及門診追蹤的資料上看來，高頻熱凝療法是可選擇的治療方式之一，如此的治療頻率並未違反醫療常規。高頻熱凝療法仍是一種侵襲性治療，目的在於減輕疼痛，但效果不持久，約2 、3 個月，至多6 個月到1 年。本件病患願意一而再、再而三地接受治療，代表治療仍有達到預期的成效。況且，如上開所述，本件病患的治療頻率並沒有違反醫療常規等語（保險卷一第575至579頁）。

3. 參酌上開耕莘醫院回函說明以及臺大醫院鑑定意見，本件原告於耕莘醫院針對腰椎、頸椎間盤突出病症、歷次接受（包含系爭四次）在內之高頻熱凝療法手術治療，此等高頻熱凝療法之治療方式選擇及頻率（即約2 至3 個月），並未違反醫療常規，應認原告確有接受該等手術治療之必要性。被告抗辯高頻熱凝療法效果至少能維持6 個月，而原告歷次接受

此療法期間未間隔半年以上，質疑系爭四次高頻熱凝療法手術治療之必要性，以及原告未改用其他治療方式，有違保險契約之最大善意及誠信原則等語，核與上開耕莘醫院、臺大醫院專業醫療意見有悖，並非可採。至於原告系爭四次高頻熱凝療法手術治療「是否僅須以『門診』手術即可，而無『住院』手術之必要」一節，並無礙於一年期手術醫療健康保險附約之保險金給付要件認定，業如前述，是有關此部分之詳細說明，詳見後述有關新住院醫療保險附約之住院病房費認定部分。

4. 基此，原告針對系爭四次腰椎、頸椎高頻熱凝療法手術治療，應均得依保單號碼5023號、保單號碼4971號之一年期手術醫療健康保險附約，各針對腰椎、頸椎請求給付保單號碼5023號保險金額1,000 元之10倍即1 萬元、保單號碼4971號保險金額3,500 元之10倍即3 萬5,000 元，即針對系爭四次高頻熱凝療法手術治療分別請求9 萬元。

（二）原告針對系爭四次高頻熱凝療法手術治療，依據保單號碼5023號之新住院醫療保險附約，請求保險金部分：

1. 依保單號碼5023號所適用之「新住院醫療保險附約」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或接受門診外科手術治療時，本公司按其投保計畫內容，依照本附約的約定給付保險金。」依第4 條有關「住院病房費用保險金之給付」約定：「被保險人因第3 條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院診療時，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列各項費用核付。一、超等住院之病房費差額。二、管灌飲食以外之膳食費。三、特別護士以外之護理費。但每日最高給付金額不得超過其投保計畫所列之『每日住院病房費用保險限額』」。依第5 條有關「住院醫療費用保險金之給付」約定：「被保險人因第3 條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院或接受門診外科手術診療時，本公

司按被保險人住院期間內或接受門診外科手術時所發生，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下列各項費用核付。一、醫師診查費及會診費。二、在醫院使用之藥品（含醫師指示用藥）、注射藥液及注射技術費。三、血液（非緊急傷病必要之輸血）。四、掛號費及證明文件。五、超過全民健康保險給付之住院醫療費用。被保險人一次住院，本公司對上述費用的合計給付金額不得超過下列方式所定之限額：一、住院天數為一至三十天，限額為其投保計畫所列之住院醫療費用保險金。二、住院天數為三十一至六十天，限額為其投保計畫所列之住院醫療費用保險金之二倍。…」。第6條有關「外科手術費用保險金之給付」約定：「被保險人因第3條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院或接受外科手術診療時，本公司按被保險人住院期間內或接受門診外科手術時所發生，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核付，但每次各項外科手術費用以不超過其投保計畫所列之『外科手術費用保險金限額』乘以『手術名稱及費用表』中所載各項百分率所得之數額為限。被保險人同一住院期間接受兩項以上手術時，其各項手術費用保險金應分別計算」等情，而原告於保單號碼5023號之新住院醫療保險附約適用之保險計畫二，每日住院病房費用保險金限額為1,500元、住院醫療費用保險金限額為12萬元、外科手術費用保險金限額為18萬元等情，有新住院醫療保險附約1份在卷可稽（保險卷一第73至93頁）。

2. 觀諸上開約款，第3條有關保險範圍之約定，包含被保險人「住院診療」或「接受門診外科手術治療」之情形，僅係若欲請領第4條之「住院病房費用保險金」時，限於被保險人「住院診療」之情形，至於第5條「住院醫療費用保險金」與第6條「外科手術費用保險金」之給付，則無論「住院」或「門診外科手術診療」均得請求，此由第5條、第6條之文義均明確記載「或接受門診外科手術」亦有適用即明，不

應因第5條之標題記載「『住院』醫療費用保險金之給付」，即推翻該第5條約定本文之明確文義確已包含「接受門診外科手術」之情形。此觀該第5條約定條文中有關住院醫療費用保險金合計給付金額之限額約款，亦包含「住院天數為一天」之情形在內（即上開「住院天數為一至三十天，限額為其投保計畫所列之住院醫療費用保險金」），綜合上開條款整體解釋，可見針對第5條「住院醫療費用保險金」與第6條「外科手術費用保險金」之給付，無論被保險人係接受一日之門診外科手術或數日之住院外科手術所生之醫療費用、外科手術費用，均有涵蓋在內。

3. 經查，本件原告接受系爭四次高頻熱凝療法手術治療，除107年6月28日係接受門診手術外，其餘三次均為住院手術。而依前開耕莘醫院回函說明，高頻熱凝療法可門診或住院手術為之，原告本件住院手術部分，係因原告自身選擇始以住院手術為之，該院並於前開回函所附歷次就診說明清單中，針對原告歷次以住院方式接受高頻熱凝療法，均註記：並非「經主治診斷確有需住院必要性」一節可憑（保險卷一第303、359至365頁），參諸臺大醫院前開鑑定意見亦認定：無論頸椎或腰椎的高頻熱凝療法，一般皆是在局部麻醉下進行治療，通常不需要住院治療，而本件原告亦曾在門診的模式下接受過高頻熱凝療法，表示應不需要住院施行高頻熱凝療法等語（保險卷一第578頁），再審酌耕莘醫院歷次就診說明清單顯示原告針對腰椎、頸椎確實均曾接受五次門診之高頻熱凝療法治療等情。綜合上開各節，堪認本件原告應以門診方式接受高頻熱凝療法即可，而無住院之必要性。基此，原告針對本件106年1月9日至10日、11月13日至14日、107年8月13日至14日之住院接受高頻熱凝療法手術治療部分，依保單號碼5023號之新住院醫療保險附約第4條，請求住院病房費用保險金，應屬無據。

4. 至原告依保單號碼5023號之新住院醫療保險附約第5條、第6條約定，針對106年1月9日至10日高頻熱凝療法手術治

療，請求住院醫療費用保險金2萬5,385元、外科手術費用保險金1萬6,402元，針對106年11月13日至14日高頻熱凝療法手術治療，請求住院醫療費用保險金2萬6,470元、外科手術費用1萬6,402元，針對107年6月28日高頻熱凝療法手術治療，請求住院醫療費用保險金1,516元、外科手術費用保險金1萬6,402元等語，依據其所提出之耕莘醫院醫療單據為證（保險卷一第95至99頁），其中106年1月10日單據中之「急住部分負擔195元」、106年11月14日單據中之「急住部分負擔199元」，應認亦屬「住院病房費用」而非「住院醫療費用」，故此部分應自上開數額中扣除。故原告依保單號碼5023號之新住院醫療保險附約，針對106年1月9日至10日高頻熱凝療法手術治療，得請求之保險金計為4萬1,592元（計算式：〈2萬5,385－195〉＋1萬6,402），針對106年11月13日至14日高頻熱凝療法手術治療，得請求之保險金計為4萬2,673元（計算式：〈2萬6,470－199〉＋1萬6,402），針對107年6月28日高頻熱凝療法手術治療，得請求保險金計為1萬7,918元（計算式：1,516＋1萬6,402）。而針對107年8月13日至14日高頻熱凝療法手術治療，其中107年8月13日原告係以健保身分就診，依據原告所提107年8月13日醫療單據（保險卷一第101頁），醫療費用為1,005元，此部分原告應可請求被告如數給付；至於同年月14日，依當日醫療單據（保險卷一第101頁），原告係為自費身分，依新住院醫療保險附約第11條約定：被保險人不以健保保險對象身分住院診療或門診，致各項醫療費用未經健保保險給付者，針對住院醫療費用保險金、外科手術費用保險金，均依被保險人實際支付之各項費用的65%給付，基此，原告針對該年月14日醫療單據中扣除屬於住院病房費用之病房費980元與護理費490元後之其餘醫療費用、手術費用計4萬7,321元，應僅得請求被告給付65%之保險金即3萬759元（計算式：4萬7,321元x 65%＝3萬759元，元以下四捨五入），故針對107年8月13日

至14日高頻熱凝療法手術治療，原告依保單號碼5023號之新住院醫療保險附約，得請求被告給付之保險金共計3 萬1,764 元。上開數額均未逾原告於保單號碼5023號之新住院醫療保險附約適用之保險計畫二之住院醫療費用保險金限額為12萬元、外科手術費用保險金限額為18萬元。

5. 至被告固又抗辯：耕莘醫院乙種診斷證明書之工本費為每份100 元，故於原告本件分別針對頸部、腰部申請理賠而分別申請診斷書，應以200 元為上限，逾200 元之部分應予以扣除等語。然此為原告所否認，而被告並未就耕莘醫院診斷證明書工本費數額之有利於己之事實，提出具體證據資料證明，且依新住院醫療保險附約第5 條約定，係將「證明文件」列載為「被告應依各該費用核付」之「醫療費用」之項目，僅定有「醫療費用保險金」「總計」金額之上限，並未針對「證明文件」此一細項特別約定限額，故被告此揭所辯，顯係增加保險契約所無之限制，難認有理。

（三）至被告另抗辯：依原告於105 年6 月間之耕莘醫院出院病歷摘要之病史記載，原告本件保單投保前，即處於背痛之疾病狀態，符合保險法第127 條規定所稱「被保險人已在疾病中」之要件，故被告應無庸負擔給付保險金之責等語。經查，被告自陳本件保單號碼4971號、保單號碼5023號係分別於104 年10月5 日、同年10月31日投保，並據其提出此二份保單之要保書為佐（保險卷二第121 至137 頁），而依此二份保險單記載，保單號碼4971號、保單號碼5023號之契約始期分別為104 年10月5 日、104 年11月2日（保險卷一第37至43頁）。而被告所指原告於105 年6月20日之耕莘醫院出院病歷摘要（保險卷一第369 頁），係於病患主訴欄中有記載「下背痛約數年」等語，此部分僅為原告己身之單方陳述，並未經醫師確實診斷認定係構成何種疾病，尚難僅憑此主訴欄之片面表述，即認原告確實於此出院病歷記載前之104 年10、11月間，即有罹患本件腰椎、頸椎間盤突出之相關病症。

（四）被告又辯稱：原告自102 年9 月2 日起，即已因罹患乳癌至和信醫院接受化學治療、手術及門診，竟於要保人于群福於104 年10月5 日、同年10月31日投保本件保險時，於要保書之健康告知事項第4 點關於過去五年內是否曾患有癌症而接受醫師治療、診療或用藥項目中，勾選「否」之選項；另原告自105 年6 月起即頻繁接受腰部、頸部之高頻熱凝療法，惟遲至107 年1 月9 日始第一次申請理賠，違反一年期手術醫療健康保險附約第17條、新住院醫療保險附約第27條關於原告應於接受高頻熱凝療法後10日內通知被告之約定，致被告無法及時於保險法第64條第3 項所規定之2 年除斥期間內解除保險契約，構成權利濫用及以不正當行為促其條件之成就，已不符保險制度之目的，應認原告請求被告給付保險金非屬正當等語。針對被告上述原告自102 年9 月起因罹患乳癌接受診療，惟原告未於本件要保書中據實說明此情，固有和信醫院107 年3 月30日人壽保險查詢病歷摘要及上開要保書影本為證（保險卷一第275 頁、卷二第125 至127 、133 至135 頁），且為原告所未否認。然依保險法第64條規定：「訂立契約時，要保人對於保險人之書面詢問，應據實說明。要保人有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，保險人得解除契約；其危險發生後亦同。但要保人證明危險之發生未基於其說明或未說明之事實時，不在此限。前項解除契約權，自保險人知有解除之原因後，經過一個月不行使而消滅；或契約訂立後經過二年，即有可以解除之原因，亦不得解除契約。」本件一年期手術醫療健康保險附約第14條、新住院醫療保險附約第24條亦有相同規定。依據上開保險法第64條第2 項但書規定「要保人證明危險之發生未基於其說明或未說明之事實時，不在此限」，可見要保人如證明其說明或未說明之事實，與危險之發生無關時，保險人即不得解除契約，文義甚明。蓋要保人雖違反據實說明之義務，然此事實既

經確定與危險之發生無關，即未造成保險人之額外負擔，對價平衡原則並未受到破壞，保險人自不得藉此無關危險發生之事實解除契約。經查，本件被告所指原告未據實告知之事實為「惡性腫瘤（乳癌）」，而本件發生之保險事故為「腰椎、頸椎間盤突出」之病症，二者並無關聯，是被告本即不得依保險法第64條規定或一年期手術醫療健康保險附約第14條、新住院醫療保險附約第24條約定主張解除保險契約。故被告抗辯因原告未據實告知罹患乳癌、且又遲延請求他件高頻熱凝療法手術之理賠，致其無法及時於保險法第64條第3 項所規定之2 年除斥期間內解除保險契約，構成權利濫用及以不正當行為促其條件之成就，已不符保險制度之目的，故原告本件請求被告給付保險金非屬正當等語，自非可採。

（五）依上，原告本件得請求被告之保險金數額應為：

1. 106 年1 月9 日至10日住院手術：保單號碼5023號、保單號碼4971號之一年期手術醫療健康保險附約保險金計9 萬元，以及保單號碼5023號之新住院醫療保險附約住院醫療費用及外科手術費用保險金4 萬1,592 元，以上合計13萬1,592元。
2. 106 年11月13日至14日住院手術：保單號碼5023號、保單號碼4971號之一年期手術醫療健康保險附約保險金9萬元，以及保單號碼5023號之新住院醫療保險附約住院醫療費用及外科手術費用保險金4 萬2,673 元，以上合計13萬2,673元。
3. 107 年6 月28日門診手術：保單號碼5023號、保單號碼4971號之一年期手術醫療健康保險附約保險金9 萬元，以及保單號碼5023號之新住院醫療保險附約住院醫療費用及外科手術費用保險金1 萬7,918 元，以上合計10萬7,918 元。
4. 107 年8 月13日至14日住院手術：保單號碼5023號、保單號碼4971號之一年期手術醫療健康保險附約保險金9 萬元，以及保單號碼5023號之新住院醫療保險附約住院醫療費用及外科手術費用保險金3 萬1,764 元，以上合計12萬1,764元。
5. 而依一年期手術醫療健康保險附約第17條、新住院醫療保險

附約第27條約定，被告應於收齊原告申請理賠文件後15日內給付保險金，未在此期限內給付者，應按年利率一分加計利息給付。查原告已分別於107 年1 月9 日針對106 年1 月9 日至10日及同年11月13日至14日之手術治療、於107 年7 月30日針對上開107 年6 月28日之手術治療、於107 年8 月23日針對上開107 年8 月13日至14日之手術治療，向被告提出保險理賠申請並經被告受理，然被告迄今均拒絕理賠一節，業如前述，故原告自得依上開附約約定，針對106 年1 月9 日至10日及同年11月13日至14日之手術治療之保險金計26萬4,265 元請求給付自107 年1 月25日起算，針對107 年6 月28日之手術治療之保險金10萬7,918 元請求給付自107 年8 月15日起算，針對107 年8 月13日至14日之手術治療保險金12萬1,764 元請求給付自107 年9 月8 日起算，均按週年利率10% 計算之遲延利息。

五、綜上所述，原告依一年期手術醫療健康保險附約第9 條第3 、4 項、第17條第2 項、新住院醫療保險附約第4 條第1 項、第5 條第1 項、第6 條第1 項、第27條第2 項約定，請求被告給付49萬3,947 元，及其中26萬4,265 元自107 年1 月25日起，其中10萬7,918 元自107 年8 月15日起，其中12萬1,764 元自107 年9 月8 日起，均至清償日止，按週年利率百分之10計算之利息，為有理由，應予准許，逾此範圍之請求，則無理由，應予駁回。

六、本判決所命給付之金額未逾50萬元，依民事訴訟法第389 條第1 項第5 款規定，應依職權宣告假執行，並依同法第392 條第2 項規定，依職權酌定相當之擔保金額宣告被告預供擔保後，得免為假執行。至原告就敗訴部分陳明願供擔保聲請宣告假執行，因訴之駁回而失所依據，不予准許。

七、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及所提之證據，經審酌後，核與本件結論不生影響，爰不一一贅述，附此敘明。

八、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第79條。

中　　華　　民　　國　108　年　　11　　月　　29　　日

民事第二庭　　法　官　林伊倫

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　　11　　月　　29　　日

書記官　黃品蓉