

財團法人金融消費評議中心評議書

【107 年評字第 000230 號】

申請人 ○○○○

住○○○

相對人 A○○人壽保險股份有限公司 設○○○

法定代理人 ○○○○

住同上

上列當事人間「保險金理賠爭議」事件，經本中心第 3 屆評議委員會民國 107 年 6 月 8 日第 11 次會議決定如下：

主文

相對人應給付申請人新台幣壹拾叁萬貳仟壹佰肆拾元整。

事實及理由

一、程序事項：

按金融消費者就金融消費爭議事件應先向金融服務業提出申訴，金融服務業應於收受申訴之日起三十日內為適當之處理，並將處理結果回覆提出申訴之金融消費者；金融消費者不接受處理結果者或金融服務業逾上述期限不為處理者，金融消費者得於收受處理結果或期限屆滿之日起六十日內，向爭議處理機構申請評議，金融消費者保護法第 13 條第 2 項定有明文。查申請人前向相對人提出申訴，相對人於民國(下同)107 年 1 月 23 日回覆申訴處理結果，申請人不服，因而於 107 年 2 月 12 日提出評議申請，核與前揭規定相符。

二、申請人之主張：

(一)請求標的：

相對人應給付申請人新台幣 132,140 元整。

(見申請人補正函(本中心於107年4月12日收文))

(二)陳述：

1. 申請人於 91 年 3 月 1 日向 B○○人壽保險股份有限公司(下稱 B○○人壽)投保保險(保單號碼第○○○582 號)，附加○○○保險附約等附約，並於 91 年 3 月 25 日附加新住院醫療保險附約(保額：計劃 15)。
2. 申請人於 106 年 11 月 28 日至板橋大學眼科診所(下稱大學眼科)施行

右眼白內障超音波晶體乳化併人工水晶體置入術，共支付 98,200 元；於 106 年 12 月 26 日至大學眼科施行左眼白內障超音波晶體乳化併人工水晶體置入術，共支付 97,250 元。申請人嗣後檢具相關資料向相對人申請理賠，惟相對人就 106 年 11 月 28 日之治療，僅理賠 30,680 元，就 106 年 12 月 26 日之治療，僅理賠 32,630 元。申請人因而提起本件評議申請，請求相對人依系爭新住院醫療保險附約第 8 條之約定，理賠保險金差額 132,140 元予申請人(就 106 年 11 月 28 日之治療，應理賠保險金差額 67,520 元；就 106 年 12 月 26 日之治療，應理賠保險金差額 64,620 元)。

3. 早期醫療險比較傳統，針對白內障手術歸類住院醫療手術，而目前醫療手術進步，於門診手術即可將人工水晶體置入，保險公司僅願理賠手術限額，卻不理賠住院醫療雜費，實屬不合現代的醫療水準。申請人本次手術係屬健保給付之手術，因此手術費用無需自費，僅就人工水晶體的部分自費，是請求相對人依系爭新住院醫療保險附約之雜費限額給付。

(詳申請人評議申請書、歷次補正函)

三、相對人之主張：

(一)請求事項：

申請人之請求為無理由。

(二)陳述：

1. 相對人自 102 年 3 月 30 日起依法概括承受 B○○人壽於概括承受及讓與合約所載保留資產、保留負債以外之資產、負債及營業。自 102 年 3 月 30 日起 B○○人壽前與其各保戶間所簽訂之保險契約既已由相對人概括承受，是以相關衍生之爭議由相對人接續處理，合先敘明。
2. 查申請人於 91 年 3 月 1 日向 B○○人壽投保保險(保單號碼第○○○582 號)，附加○○○保險附約等附約，並於 91 年 3 月 25 日附加新住院醫療保險附約(保額：計劃 15)。
3. 次查，系爭新住院醫療保險附約第 11 條約定「被保險人因第 6 條之約定而接受門診外科手術時，本公司按被保險人當日所發生之費用核付，但每次最高給付金額依其投保計劃以附表一給付金額表之每次門診外科手術費用保險金限額為限。」
4. 申請人因右眼白內障，於 106 年 11 月 28 日至大學眼科施行「白內障超音波晶體乳化併人工水晶體置入術」門診手術，倘依系爭新住院醫療保險附約條款，相對人給付門診手術費用保險金限額 4,200 元已足。

惟參保險局 99 年 10 月 29 日金管保理字第 09902658711 號函(門診手術理賠爭議處理方式)，相對人從寬給付保險金 30,680 元，已逾其手術費用 13,770 元。另申請人於 106 年 12 月 26 日施行左眼白內障門診手術，相對人亦於 107 年 1 月 18 日給付保險金 32,630 元。

四、兩造不爭執之事實：

- (一)申請人於 91 年 3 月 1 日向 B○○人壽投保保險(保單號碼第○○○582 號)，附加○○○保險附約等附約，並於 91 年 3 月 25 日附加新住院醫療保險附約(保額：計劃 15)。
- (二)申請人於 106 年 11 月 28 日至大學眼科施行右眼白內障超音波晶體乳化併人工水晶體置入術，共支付 98,200 元，相對人已理賠 30,680 元。
- (三)申請人於 106 年 12 月 26 日至大學眼科施行左眼白內障超音波晶體乳化併人工水晶體置入術，共支付 97,250 元，相對人已理賠 32,630 元。

五、本件爭點：

申請人依系爭新住院醫療保險附約第 8 條之約定，請求相對人理賠保險金差額 132,140 元，有無理由？

六、判斷理由：

- (一)申請人主張其因右眼白內障，於 106 年 11 月 28 日施行「白內障超音波晶體乳化併人工水晶體置入術」門診手術，因左眼白內障，於 106 年 12 月 26 日施行「白內障超音波晶體乳化併人工水晶體置入術」門診手術，依系爭新住院醫療保險附約第 8 條之約定，請求相對人理賠保險金差額 132,140 元云云。相對人則以依系爭新住院醫療保險附約條款，相對人就申請人兩次門診手術，每次僅須給付門診手術費用保險金限額 4,200 元已足。惟參保險局 99 年 10 月 29 日金管保理字第 09902658711 號函(門診手術理賠爭議處理方式)，就申請人右眼白內障門診手術部分，相對人從寬給付保險金 30,680 元，就申請人左眼白內障門診手術部分，相對人已給付保險金 32,630 元等語置辯。
- (二)按系爭新住院醫療保險附約第 8 條約定「被保險人因第 6 條之約定而住院診療時，本公司按被保險人住院期間內所發生之下列各項費用核付，但每次給付金額各項合計依其投保計劃以附表一給付金額表之每次住院醫療費用保險金限額為限。一、醫師診查及特別護士以外之護理費。二、指定醫師。三、醫師指示用藥。四、血液。五、掛號費及證明文件。六、來往醫院之救護車費。七、按實際支付之住院醫療費用核付，但不包含下列費用：(一)藥癮治療、預防性手術、變性手術。(二)成藥。(三)特別護士及護理師。(四)人體試驗，但經社會保險專

案批准給付者不在此限。(五)日間住院。(六)輪椅、拐杖及其它非積極性治療之裝具。」。是依上開約定可知，被保險人依第8條之約定，請求相對人理賠住院醫療費用保險金，須以住院診療為前提。

- (三)惟查，目前醫療實務上，大多數白內障手術已改由門診進行，且白內障手術係屬 ambulatory surgery，亦即手術本身係於開刀房進行，惟手術後可直接返家休息，並不需要住院進行手術，除非病情或其他因素所需，例如住外縣市之病患回診不易，或家中無人照顧等，醫師始有可能建議進行住院手術。
- (四)現今醫療技術發達，許多傳統治療方式已逐漸為新型治療方式所取代，某些以往必須在醫院藉由住院施行之手術，亦逐漸為門診手術所取代，本案之手術即為適例。若純就契約條款解釋，因系爭新住院醫療保險附約第8條已約定給付「住院醫療費用保險金」之前提為被保險人住院診療，故相對人拒絕給付，似難謂無據。惟若僅因非可歸責於申請人之醫療技術進展，而使申請人以系爭新住院醫療保險附約分散風險之期待落空，亦非屬合理。
- (五)再者，系爭新住院醫療保險附約之附表二「住院外科手術名稱及費用表」，乃將白內障手術列於其中，足認申請人投保系爭新住院醫療保險附約時，保險人亦認為白內障手術屬必須在醫院藉由住院施行之手術。是相對人因醫療技術進展，就白內障門診手術，致無須理賠住院醫療費用保險金予申請人，難認符合事理之平。
- (六)並且，就申請人106年11月28日之手術，相對人已理賠30,680元，核其給付內容，係給付住院外科手術費用保險金30,380元(計算式：被保險人以社會保險保險對象身分接受診療時，每次住院外科手術費用保險金限額49,000元 $\times$ 白內障手術給付比率62%=30,380元)，及住院醫療費用保險金300元(掛號費：150元；部分負擔：50元；證明書費100元)。就申請人106年12月26日之手術，相對人已理賠32,630元，核其給付內容，係給付住院外科手術費用保險金30,380元(計算式：被保險人以社會保險保險對象身分接受診療時，每次住院外科手術費用保險金限額49,000元 $\times$ 白內障手術給付比率62%=30,380元)，及住院醫療費用保險金2,250元(掛號費：150元；部分負擔：50元；藥費2,050元)。故申請人雖未住院，相對人亦認應理賠住院醫療費用保險金予申請人。倘非如此，相對人何以理賠住院外科手術費用保險金及住院醫療費用保險金予申請人。是於本件，申請人雖接受白內障

門診手術，惟申請人依系爭新住院醫療保險附約第 8 條之約定，請求相對人理賠住院醫療費用保險金，應認有據。

(七)經查，申請人投保系爭新住院醫療保險附約，保額：計劃 15，依系爭新住院醫療保險附約之附表一給付金額表，被保險人以社會保險保險對象身分接受診療時，每次住院醫療費用保險金限額為 115,000 元，從而，相對人應理賠之住院醫療費用保險金差額，分述如下：

1. 106 年 11 月 28 日之白內障手術部分：申請人以健保身分就診，共支付 98,200 元(掛號費：150 元；部分負擔：50 元；材料費：98,000 元)，相對人已理賠掛號費：150 元及部分負擔：50 元，尚未理賠者為材料費：98,000 元。查材料費應屬系爭新住院醫療保險附約第 8 條第 7 款前段所稱之「實際支付之住院醫療費用」，而系爭新住院醫療保險附約關於每次住院醫療費用保險金限額為 115,000 元，申請人所支付之費用並未逾此金額，故申請人請求相對人給付保險金差額 67,520 元，為有理由。
2. 106 年 12 月 26 日之白內障手術部分：申請人以健保身分就診，共支付 97,250 元(掛號費：150 元；部分負擔：50 元；藥費：2,050 元；材料費：95,000 元)，相對人已理賠掛號費：150 元、部分負擔：50 元及藥費 2,050 元，尚未理賠者為材料費：95,000 元。查材料費應屬系爭新住院醫療保險附約第 8 條第 7 款前段所稱之「實際支付之住院醫療費用」，而系爭新住院醫療保險附約關於每次住院醫療費用保險金限額為 115,000 元，申請人所支付之費用並未逾此金額，故申請人請求相對人給付差額 64,620 元，為有理由。
3. 綜上，相對人應給付申請人 132,140 元(計算式：67,520 元+64,620 元=132,140 元)。

七、綜上所述，相對人應給付申請人住院醫療費用保險金差額 132,140 元。兩造其餘陳述及攻擊防禦方法，經審酌核與判斷結果不生影響，爰不一一論述，併予敘明。

八、據上論結，本件評議申請為有理由，爰依金融消費者保護法第 27 條第 2 項規定決定如主文。

中 華 民 國 1 0 7 年 6 月 8 日

財團法人金融消費評議中心

以上正本與原本無異。

兩造應於本評議決定書送達之次日起十日內，以書面通知本中心，表明接受或拒絕評議決定之意思，未為表示者視為拒絕。

依金融消費者保護法第 29 條第 2 項，金融服務業於事前以書面同意或於其商品、服務契約或其他文件中表明願意適用本法之爭議處理程序者，對於評議委員會所作其應向金融消費者給付每一筆金額或財產價值在一定額度以下之評議決定，應予接受；評議決定超過一定額度，而金融消費者表明願意縮減該金額或財產價值至一定額度者，亦同。

申請人如不接受本評議決定，得另循民事法律救濟途徑解決。