財團法人金融消費評議中心評議書

【113 年評字第 4196 號】

申　請　人	○○○	住詳卷
代　理　人	○○○	住詳卷
相　對　人	○○○人壽保險股份有限公司	設詳卷
法定代理人	○○○	住詳卷

上列當事人間之爭議事件，經本中心第五屆評議委員會民國 113 年 12 月 27 日第 23 次會議決定如下：

主文

本中心就申請人之請求尚難為有利申請人之認定。

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後，不接受相對人之處理結果，爰於完成申訴程序後向本中心提出評議申請，核與前揭規定相符。

二、申請人之主張:

(一)請求標的：

相對人應補足手術費用餘額新臺幣（下同）73,728 元。

(二)陳述：

1、申請人以自身為要保人暨被保險人，於民國（下同）108 年 10 月 12 日向相對人投保○○○終身壽險（保單號碼第○○○109 號），並附加○○○醫療健康保險附約（計劃 2，下稱系爭附約），其餘附約略。

2、申請人於 113 年 5 月 26 日至 5 月 30 日「子宮平滑肌瘤」，於雙和醫院接受「達文西輔助子宮切除手術」(下稱系爭手術)，花費共計 333,121

元，嗣向相對人申請相關保險金理賠，惟相對人給付住院醫療保險金19,393元及手術費用保險金200,000元，與當初投保系爭附約所訂定之契約內容有差異。

3、申請人主張系爭附約約定住院期間之醫療費用額度300,000元及手術費用200,000元，惟相對人在給付理賠中卻選擇以手術費用限額200,000元及住院醫療費用僅給付19,393元，與申請人當初給相對人之住院期間醫療費用收據333,121元,扣除超額病房費用40,000元後，尚有73,728元，系爭附約中住院醫療費用限額300,000元，可全部用於住院期間所花費293,121元，然相對人卻僅用手術限額200,000元及住院費用19,393元，因此相對人尚應給付差額73,728元等語，為此，爰提起本件評議申請。

（詳參評議申請書、補充說明暨附件資料）

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、按系爭附約條款第11條約定：「被保險人因第四條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院診療時，或急診就醫有實際暫留情形且醫院已收取暫留床費時,本公司按被保險人住院或急診期間內所發生,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『住院醫療費用保險金』,但同一次住院給付金額不超過依投保計劃別對應附表所列之『住院醫療費用限額』:一、醫師診察費。二、醫師指定用藥。三、血液(非緊急傷病必要之輸血)。四、掛號費及證明文件。五、來往醫院之救護車費。六、化驗室檢驗、心電圖、基礎代謝率檢查。七、敷料、外科用夾板及石膏整型(但不包括特別支架)。八、物理治療。九、麻醉劑、氧氣及其應用。十、靜脈輸注費及其藥液。十一、X光檢查，及放射性治療。十二、因遭受意外傷害而住院診療者，且經醫院之專科醫師證明其為回復正常生活所必要而需裝設輔助器(如義齒、義肢、義眼、眼鏡、助聽器、或其他附屬品)。但同一次事故各項裝置以一次為限。十三、超過全民健康保險給付之住院醫療費用,但不包括超等住院之病房費差額、管灌飲食以外之膳食費及護理費。」,已明訂應納入住院醫療費用保險金之項目。

2、又按爭附約條款第12條約定：「被保險人因第四條之約定而以全民健康保險之保險對象身分於住院或門診診療時，本公司按被保險人於住

院或門診期間內所發生，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『手術費用保險金』，但不超過依投保計劃別對應附表所列之『手術費用限額』。…」，亦約定手術費用保險金包含收據中所列「手術費」及「手術相關醫療費用」，因此既前述二條款已將收據項目分列，因此當不可相互流用，否則條款約定顯無意義。

3、依申請人投保系爭附約為二計劃(住院醫療費用限額 30 萬、手術費用限額 20 萬)，相對人依申請人提供之醫療費用收據項目，將手術相關費用(含特殊材料費 61,528 元+特殊醫材及技術費 172,200 元+材料費 40,000 元共 273,728 元)，依前揭條款納入「手術費用保險金」給付至限額 200,000 元，另將非屬手術費及相關費用之 16,575 元(含材料費 2,818 元+部分負擔金額 2,645 元+特殊麻醉費 6,000 元+麻醉費 980 元+麻醉費 6,000 元+藥費 800 元)以「住院醫療費用保險金」核付，尚無違誤。

4、綜上，因住院自費項目明細表所載特殊材料費、特殊材料及技術費、達文西設備使用費均屬手術相關費用，相對人依上開條款列於手術費用保險金限額，實難再將差額改列住院醫療費用保險金給付，特此說明。（詳參相對人陳述意見函暨附件資料）。

四、兩造不爭執之事實：

(一)申請人以自身為要保人暨被保險人，於 108 年 10 月 12 日向相對人投保保單號碼第○○○109 號之保險契約，並附加系爭附約，其餘附約略。

(二)申請人於 113 年 5 月 26 日至 5 月 30 日「子宮平滑肌瘤」，於雙和醫院接受系爭手術，花費共計 333,121 元。

(三)相對人業已給付相關醫療保險金 234,918 元（包含住院醫療費用保險金 19,393 元及手術費用保險金 200,000 元）。

五、本件爭點：

申請人主張其住院期間所支出 333,121 元扣除超額病房費用 40,000 元後，應全額列入住院醫療費用保險金限額項下，是相對人應再給付申請人保險金差額 73,728 元，有無理由？

六、判斷理由：

(一)按保險契約之解釋，應探求契約當事人之真意，不得拘泥於所用之文字；如有疑義時，以作有利於被保險人之解釋為原則，保險法第 54 條第 2 項固定有明文，惟須於契約所用之文字，有疑義時，方有解釋契約之必要。次按解釋契約，固須探求當事人立約時之真意，不能拘泥於契

約之文字，但契約文字業已表示當事人真意，無須別事探求者，即不得反捨契約文字而更為曲解（最高法院 97 年度台上字第 2595 號民事判決參照）。又按解釋契約，應於文義上及論理上詳為推求，以探求當事人立約時之真意，並通觀契約全文，斟酌訂立契約當時及過去之事實、交易上之習慣等其他一切證據資料，本於經驗法則及誠信原則，從契約之主要目的及經濟價值作全盤之觀察，以為其判斷之基礎，不能徒拘泥字面或截取書據中一二語，任意推解致失其真意（最高法院 99 年度台上字第 1421 號民事判決意旨參照）。換言之，保險契約依契約自由原則，當事人於訂約時就各種事項自得為各種約定。雖因保險契約多屬定型化契約，故於當事人所為約定之意義不明時，應作有利於要保人、被保險人之解釋，然於約定之意義明確時，苟不違反法律強行規定或誠信原則，自有拘束當事人之效力，合先敘明。

(二)次按「保險制度係利用大數法則分散風險，在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，經主管機關核定之費率、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，保險人自不可能承擔漫無限制之危險」此亦有臺灣高等法院臺中分院 106 年度保險上易字第 7 號民事判決意旨可資參照。

(三)再按系爭附約條款第 11 條【住院醫療費用保險金之給付】約定：「被保險人因第四條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院診療時，或急診就醫有實際暫留情形且醫院已收取暫留床費時，本公司按被保險人住院或急診期間內所發生，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『住院醫療費用保險金』，但同一次住院給付金額不超過依投保計劃別對應附表所列之『住院醫療費用限額』：一、醫師診察費。二、醫師指定用藥。三、血液（非緊急傷病必要之輸血）。四、掛號費及證明文件。五、來往醫院之救護車費。六、化驗室檢驗、心電圖、基礎代謝率檢查。七、敷料、外科用夾板及石膏整型（但不包括特別支架）。八、物理治療。九、麻醉劑、氧氣及其應用。十、靜脈輸注費及其藥液。十一、X 光檢查，及放射性治療。十二、因遭受意外傷害而住院診療者，且經醫院之專科醫師證明其為回復正常生活所必要而需裝設輔助器（如義齒、義肢、義眼、眼鏡、助聽器、或其他附屬品）。但同一次事故各項裝置以一次為限。十三、超過全民健康保險給付之住院醫療費用，但不包括超

等住院之病房費差額、管灌飲食以外之膳食費及護理費。」，及第 12 條【手術費用保險金的給付】約定：「被保險人因第四條之約定而以全民健康保險之保險對象身分於住院或門診診療時，本公司按被保險人於住院或門診期間內所發生，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『手術費用保險金』，但不超過依投保計劃別對應附表所列之『手術費用限額』。…」。而依申請人投保之系爭附約「計劃 2」對照系爭附約附表之給付項目與投保計劃別，可知系爭附約每次住院醫療費用限額為 300,000 元，每次手術費用限額為 200,000 元。

(四)觀系爭附約保單條款第 11 條及第 12 條既分別約定「住院醫療費用保險金」及「手術費用保險金」為不同之理賠項目，並將醫師指示用藥、血液（非緊急傷病必要之輸血）、掛號費及證明文件、來往醫院之救護車費、麻醉劑、超過全民健康保險給付之住院醫療費用等項目規範於「住院醫療費用保險金」之項目內，再將「手術相關醫療費用」特別明列於「手術費用保險金」之內容，而未列於住院醫療保險金下之一項，則應認於文義解釋及體系解釋下，住院醫療費用保險金中「超過全民健康保險給付之住院醫療費用」即不包括「手術相關醫療費用」；復依據人身保險商品審查應注意事項第 53 點規定「實支實付型醫療保險之每次住院各項保險金限額或每次住院總限額僅得擇一辦理，前述限額應於成本合理反應。」，是保險公司設計實支實付型商品若採取分項限額方式設計者，分項保險金之發生率會個別獨立計算，如將「超過全民健康保險給付之住院醫療費用」解釋涵括「手術相關醫療費用」，將會使依「分項限額」方式設計之商品兼有「總限額」之性質，與前開應注意事項規定有違，而「分項限額」下各該給付項目之費率對價關係亦會因此產生混淆。是若主張手術相關醫療費用（即材料費或特殊材料費）亦可改列於「住院醫療費用保險金」項下給付保險金云云，此解釋方式殊非系爭附約條款設計之意旨，準此，考量保險為危險共同團體制度及保險之真諦，參酌契約目的，依誠信原則及對價衡平而為解釋，應認針對手術相關醫療費用應依「手術費用保險金」及其限額之約定，非得依「住院醫療費用保險金」之範圍請求給付，始符合契約本旨。

(五)查申請人該次住院進行系爭手術治療共支出 333,121 元，其內容包括藥費 800 元、病房費 40,000 元、特殊醫材及技術費 172,200 元、材料費 42,818 元、證明書費 150 元、特殊材料費 61,528 元、麻醉費 6,980 元、特殊麻醉費 6,000 元、部分負擔費用 2,645 元。而就該次住院，相

對人已給付「住院日額保險金」5,000 元、「住院醫療輔助保險金」2,500 元、「住院慰問保險金」7,000 元、「住院醫療費用保險金」19,393 元、「手術費用保險金」200,000 元，此有雙和醫院之醫療費用收據及保險金理賠給付通知書在卷可稽，並為兩造所不爭執，堪信為真。而材料費核屬接受系爭手術所生之醫療相關費用，依前揭說明，當應列入手術費用保險金限額為計算，從而，相對人就系爭手術之「手術費用保險金」既已給付至上限之 200,000 元，且相對人就其餘醫療費用（材料費 2,818 元、部分負擔金額 2,645 元、特殊麻醉費 6,000 元、麻醉費 980 元、麻醉費 6,000 元、藥費 800 元、掛號費 150 元），相對人亦已依約給付「住院醫療費用保險金」19,393 元，故申請人請求相對人再給付住院醫療費用保險金差額 73,728 元，洵屬無據。

六、綜上所述，申請人主張相對人應再依系爭附約保單條款第 11 條約定給付住院醫療費用保險金差額 73,728 元，本中心尚難為有利申請人之認定。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。

七、據上論結，本件評議申請為無理由，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　　113　年　12　月　27　日

財團法人金融消費評議中心

以上正本與原本無異。

兩造應於本評議書送達之次日起十個工作日內，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。