臺灣嘉義地方法院民事判決

115年度嘉保險小字第9號

原　　告　林宗暉

被　　告　新光人壽保險股份有限公司

000000000000000000

000000000000000000

法定代理人　魏寶生

訴訟代理人　吳甲元律師

上列當事人間給付保險金事件，於民國115年10月6日言詞辯論終結，本院判決如下：

主　　文

原告之訴駁回。

訴訟費用由原告負擔。

事實及理由

一、本件原告經合法通知，未於言詞辯論期日到場，核無民事訴法第386條各款所列情形，爰依被告聲請，由其一造辯論而為判決。

二、原告主張：原告以自己為被保險人，向被告投保新光人壽活力安心手術醫療終身健康保險（保單號碼0000000000，下稱主契約），並附加新光人壽呵護安心住院醫療健康保險附約HS-20計畫（下稱系爭附約），嗣原告因病於115年3月8日至同年月12日在嘉義長庚紀念醫院住院治療，於系爭保險契約所定住院前後期間，因同一疾病接受治療支出醫療費用，原告依系爭保險契約向被告申請理賠，依系爭附約第19條約定每次門診最高給付金額以不超過第15條「每日病房費用保險金限額表」內之「自第1天至第30天之部分」限額標準之2分之1為限，以系爭附約第15條每日病房費用保險金限額表所對應限額標準為每日新臺幣（下同）2,000元，第19條所列應結合第1日至第30日之期間以2,000元計算，再取2分之1為限，最高上限應為30,000元，系爭附約第19條並未明確約定每次門診上限為1,000元，被告應依系爭附約給付每日病房

費用13,922元、門診醫療費用19,700元，惟被告僅賠付住院關懷保險金2,000元、疾病住院保險金10,000元、住院醫療保險金1,213元及疾病門診保險金1,000元，被告應再給付原告22,622元，詎被告以爭附約第19條每次門診上限為1,000元為由，拒絕理賠保險金22,622元，原告遂向金融消費評議中心申請評議，經金融消費評議中心尋求救濟，仍未獲足額給付，爰依保險契約之法律關係，請求被告給付保險金22,622元，並聲明：被告應給付原告22,622元。

三、被告則以：依系爭附約第19條所稱「第1天至第30天之部分」係指依第15條所約定之實際住院期間日期天數計算區間，並非如原告所主張以30天累加天數，故第19條計算金額僅為每日限額1,000元，就原告醫療門診實際支出費用19,700元，依據系爭附約第19條給付最高上限為1,000元，又原告於115年3月12日住院期間支出自費病房13,500元、病房費部分負擔422元，惟依系爭附約第15條每日病房費用總額上限為2,000元，考量通融原告至急診住院當日也算1日，原告住院5日被告僅需支付病房費用10,000元，原告請求實支實付並無理由等語置為答辯，並聲明：原告之訴駁回。

四、得心證之理由：

㈠原告主張有與被告於109年2月26日成立主契約及系爭附約，及前於115年3月8日因急性腸胃炎、糖尿病至嘉義長庚紀念醫院急診，於同年月9日至同年月12日住院等節，並提出新光人壽呵護安心住院醫療健康保險附約保險單條款、診斷證明書、住診費用收據等件為證，為被告所不爭執，此部分事實，堪以認定。

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條前段定有明文。而原告主張權利者，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，即令被告就其抗辯事實不能舉證或尚有不足，仍不能遽認原告主張事實為真實。經查，原告主張被告依系爭保險契約第19條應給付病房費用13,922元、門診醫療

費用19,700元乙節，為被告所否認並以前詞置辯，惟依系爭附約保險單條款第19條約定為「被保險人在本附約有效期間內，依第五條之約定而以全民健康保險之保險對象身份住院診療，於其開始住院診療前二週內或出院後二週內，因同一事故接受門診治療者，本公司按被保險人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門診醫療費用核付「住院前後門診保險金」。但以每日一次門診為限；且每次門診最高給付金額以不超過第十五條「每日病房費用保險金限額表」內之「自第1天至第30天之部份」限額標準的二分之一為限。」，可知此係就被保險人於其開始住院診療前二週內或出院後二週內，因同一事故接受門診治療時，被告應給付門診保險金之約定，而門診每日以一次為限，即每日僅給付一次門診保險金，最高給付金額以不超過第15條「每日病房費用保險金限額表」內之「自第1天至第30天之部分」限額2,000元標準的二分之一即1,000元為限；另依系爭附約第15條每日病房費用保險金限額表約定投保計畫別為HS-20者，住院日數自第1天至第30天之部分，每日病房費用保險金限額2,000元；住院日數自第31天至第60天之部分，每日病房費用保險金限額4,000元；住院日數自第61天以後之部分，每日病房費用保險金限額6,000元，有系爭附約在卷可查（本院卷第17至31頁），是若門診1次，則被告應給付門診保險金1,000元，而原告於113年3月9日至同年月12日因「急性腸胃炎、糖尿病」而於「感染醫學科」住院5日，出院後再於115年3月23日至該院「直腸肛門科」門診治療，有長庚紀念醫院開立115年3月11日、115年3月23日之診斷證明書2紙在卷可佐（本院卷第43至45頁），雖原告住院與門診之就診科別不同，惟被告基於訴訟經濟考量從寬認定而不爭執兩者屬同一事故，既原告於出院後又因同一事故至門診治療，則就住院五日部分，依系爭附約第15條約定每日病房費用保險金限額2,000元，是被告應給付5日病房費用保險金共10,000元（計算式：5日×2,000元

＝10,000元）；就門診一日部分，依第19條約定門診醫療費保險金應給付1,000元，又原告自承被告已給付疾病住院保險金10,000元及門診保險金1,000元（本院卷第7頁），是原告請求逾越上開範圍部分，於法無據，礙難准許。

五、綜上，原告依保險契約之法律關係，請求被告應給付原告22,622元，為無理由，不應准許。

六、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊及防禦方法及所提證據，核與本件判決結果不生影響，爰不一一論列。

七、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第78條。

中　　華　　民　　國　　115　　年　　10　　月　　16　　日

嘉義簡易庭　法　官　黃美綾

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日內向本庭（嘉義市○○路000○0號）提出上訴狀（均須按他造當事人之人數附繕本）。如委任律師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

民事訴訟法第436條之24第2項規定：對小額程序之第一審裁判之上訴或抗告，非以其違背法令為理由，不得為之。

中　　華　　民　　國　　115　　年　　10　　月　　16　　日

書記官　周瑞楠