

臺灣高雄地方法院民事判決

113年度鳳保險簡字第1號

原告 戰廣文
被告 南山人壽保險股份有限公司

法定代理人 尹崇堯
訴訟代理人 江明道
田佳禾

上列當事人間請求給付保險金事件，本院於民國114年4月15日言詞辯論終結，判決如下：

主 文

被告應給付原告新臺幣20,803元，及自民國113年2月8日起至清償日止，按週年利率百分之5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20，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20,803元為原告預供擔保，得免為假執行。

事實及理由

一、原告主張：伊以自己為被保險人，於民國86年3月20日向被告投保南山康寧終身壽險，並附加住院醫療保險附約、住院費用給付保險附約、住院費用給付保險附約居家療養附加條款（以下合稱系爭保險契約）。嗣伊於110年底至111年初前往大陸地區，分別因如附表（以下逕以編號稱之）所示之傷害，在如附表所示之時間，前往如附表所示之醫院住院接受治療，住院期間合計45日。詎伊依系爭保險契約，就上開住院期間45日，向被告申請醫療費用、住院給付及居家療養保險金時，僅據被告就編號1部分其中3日，理賠住院給付保險金3,000元、居家療養保險金1,500元，其餘部分均經被告以無住院治療之必要為由而拒絕理賠。惟伊既經醫師診斷需住院，即有住院治療之必要，為此依系爭保險契約，請求被告給付編號1不足部分之住院給付保險金新臺幣（下同）5,000

01 元、居家療養保險金2,500元，及編號2至5之住院給付保險
02 金共37,000元、居家療養保險金共18,500元，暨編號2至5部
03 分之醫療費用41,469元（以1比4.35換算新臺幣），合計10
04 4,469元等情，並聲明：被告應給付原告104,469元，及自起
05 訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按週年利率百分之5計算
06 之利息。

07 二、被告則以：原告所受如附表所示傷害，其檢查結果均未見異
08 常，且治療內容僅給予口服藥物，應認原告可採門診治療之
09 方式，而無住院治療之必要。又系爭保險契約其中住院醫療
10 保險附約，雖為實支實付型，惟每1計劃每日病房費用保險
11 金、醫院各項雜費及外科手術費保險金最高理賠金額分別為
12 100元、5,000元，原告投保3計劃，故此部分理賠金額應以3
13 00元、15,000元為限，原告主張伊公司應就其支出之醫療費
14 用全數予以理賠，應有誤會。原告依系爭保險契約，請求伊
15 公司給付醫療費用、住院給付及居家療養保險金共104,469
16 元，洵屬無據等語，資為抗辯，並聲明：原告之訴駁回。

17 三、兩造不爭執事項：

- 18 (一)、原告以自己為被保險人，於86年3月20日向被告投保系爭保
19 險契約。
- 20 (二)、原告因如附表所示之傷害，分別於如附表所示之時間，在如
21 附表所示之醫院住院接受治療。
- 22 (三)、倘原告之主張為有理由，兩造同意以本院卷第9、11頁附表
23 「請求理賠金額」欄所示之金額計算編號2至5應給付之住院
24 給付及居家療養保險金。

25 四、本件之爭點為：(一)系爭保險契約關於「因疾病或傷害，經醫
26 師診斷必須住院治療」之要件，應如何解釋？(二)原告於編號
27 1至5所示期間，是否有住院治療必要性？(三)原告依系爭保險
28 契約，請求被告給付保險金104,469元，有無理由？茲分述
29 如下：

- 30 (一)、系爭保險契約關於「因疾病或傷害，經醫師診斷必須住院治
31 療」之要件，應如何解釋？

01 按保險為最大善意及最大誠信之射倖性契約，保險契約之當
02 事人皆應本諸善意與誠信之原則締結保險契約，始避免肇致
03 道德危險。又保險制度最大功能在於將個人於生活中遭遇各
04 種人身危險、財產危險，及對他人之責任危險等所產生之損
05 失，分攤消化於共同團體，是任何一個保險皆以一共同團體
06 之存在為先決條件，此團體乃由各個因某種危險事故發生而
07 將遭受損失之人所組成，故基於保險是一共同團體之概念，
08 面對保險契約所生權利糾葛時，應立於整個危險共同團體之
09 利益觀點，不能僅從契約當事人之角度思考，若過於寬認保
10 險事故之發生，將使保險金之給付過於浮濫，最終將致侵害
11 整個危險共同團體成員之利益，有違保險制度之本旨。準
12 此，本件住院醫療保險附約、住院費用給付保險附約第13條
13 約定：「被保家庭成員於本附約有效期間內，因疾病或傷
14 害，經醫師診斷必須住院治療，且以住院治療時，本公司依
15 本附約之約定給付保險金」，及住院費用給付保險附約居家
16 療養附加條款第4條約定：「被保家庭成員於本附加條款有
17 效期間內，因疾病或傷害經醫師診斷必須住院治療，且已住
18 院治療時，其出院後，本公司依下列約定，給付居家療養保
19 險金」（見本院卷第168、172、441頁），關於「因疾病或
20 傷害，經醫師診斷必須住院治療」，解釋上自不應僅以實際
21 診療之醫師認定有住院治療之必要性即認符合各該條款之約
22 定，而應以具有相同專業醫師於相同情形通常會診斷具有住
23 院治療之必要性者始屬之，俾符保險為最大善意及最大誠信
24 契約之本旨。原告以其業經實際診療醫師診斷需住院治療，
25 即謂已該當系爭保險契約所定「因疾病或傷害，經醫師診斷
26 必須住院治療」之要件云云，尚無足取。

27 (二)、原告於編號1至5所示期間，是否有住院治療必要性？

28 1. 查原告主張其於此期間均有住院治療之必要性云云，固據其
29 提出診斷證明書、入出院紀錄、公證書及財團法人海峽交流
30 基金會證明等件為證。然經本院徵詢兩造意見後，囑託國立
31 成功大學醫學院附設醫院鑑定，鑑定結果認編號1、3部分經

01 X光及電腦斷層掃描（CT）顯示腰椎有輕度壓迫性變化與退
02 化性變化，爾後接受推拿及口服藥物治療，通常退化性變化
03 或壓迫性變化較不常見於外傷後的影像檢查，較屬慢性變
04 化，常理推斷與本次外傷應無直接相關，後續接受治療項目
05 依照常規幾乎全部皆可於門診執行，而腦震盪一般若無合併
06 持續性嘔吐、意識變化（如嗜睡等）或後續追蹤發現腦出血
07 等情事，醫療常規上亦僅會於急診室觀察或返家觀察，故原
08 告因全身多處軟組織損傷及腦震盪住院並不符合醫療常規中
09 需要住院醫療之狀況；編號2部分結腸炎應屬對應臨床症狀
10 之臆斷，除明顯之體液缺乏之情況、出現血便、有強烈腹
11 痛、反彈痛等、症狀經治療一周而未改善、年紀大（> 65歲
12 者）、多重共病症導致免疫缺乏者（如：後天免疫缺乏症候
13 群或是糖尿病）得以考慮住院接受治療外，否則於門診開立
14 口服藥物應足以治療，而依原告之病歷紀錄，並未發現以上
15 情事，故原告因結腸炎住院之狀況並不符合醫療常規，同時
16 臨床實務上亦多數不會如此處置；編號4部分，原告此次住
17 院並未符合任何一項得以考慮入院治療之適應症，故依照醫
18 療常規判斷並不會安排住院治療；編號5部分原告主訴咳嗽
19 黃痰兩日入院，依病歷記載理學檢查及胸部X光確實有發現
20 異常，入院後亦依照肺炎治療常規給予注射用抗生素及肺炎
21 相關治療，故此部分住院情事符合醫療常規之適應症等語
22 （見本院卷第293至295頁），足見原告除就編號5部分確有
23 住院治療之必要外，其餘部分依醫療常規均非必要之處置，
24 難認有住院治療之必要性。被告就編號5部分，徒憑主觀臆
25 測，以原告檢查結果無發燒、肺部檢查肺活動度正常、三大
26 常規均無異常，及治療內容為抗生素治療，而謂原告依常理
27 仍無住院之必要云云，要無足取。

28 2. 至原告雖主張：伊患有高血壓及糖尿病，應認伊因結腸炎有
29 住院治療之必要云云，並提出診斷證明書為據（見本院卷第
30 339頁），惟上開診斷證明書之日期為114年2月18日，距離
31 原告於110年12月6日因結腸炎住院，已逾3年，且原告於110

01 年12月6日入院時否認有高血壓、糖尿病等慢性病史（見本
02 院卷第23頁），自難認原告於110年12月6日確患有高血壓及
03 糖尿病。是原告上開所述，不足採信。

04 3.從而，原告僅就編號5部分有住院治療必要性，而符合系爭
05 保險契約關於「因疾病或傷害，經醫師診斷必須住院治療」
06 之要件，堪予認定。

07 (三)、原告依系爭保險契約，請求被告給付保險金104,469元，有
08 無理由？

09 1.編號1至4部分：

10 查原告就此部分均無住院治療之必要，已如前述，則原告依
11 系爭保險契約，請求被告給付此部分之醫療費用、住院給付
12 及居家療養保險金，即屬無據，應不予准許。又原告此部分
13 係因腰椎有輕度壓迫性變化與退化性變化、結腸炎或腸胃炎
14 等而住院治療，尚非屬意外傷害，則原告主張被告應依傷害
15 醫療保險金附加條款理賠此部分門診費用云云，亦屬無據。

16 2.編號5部分：

17 (1)醫療費用部分：

18 查原告此部分確有住院治療之必要，業據前述，而系爭保險
19 契約其中住院醫療保險附約為實支實付型，每1計劃每日病
20 房費用保險金、醫院各項雜費及外科手術費保險金最高理賠
21 金額分別為100元、5,000元，原告投保3計劃，有保單首頁
22 及住院醫療保險附約保單條款在卷可憑（見本院卷第15頁、
23 第439至447頁）。又原告就此部分支出床位費人民幣184
24 元、醫院各項雜費（含化驗費、治療費、藥費、檢查費、診
25 察費）人民幣1,868.79元（見本院卷第95頁），則依住院醫
26 療保險附約第15條、第16條約定，及原告非以全民健康保險
27 身分住院診療，應依其實際支付費用之65%給付保險金（見
28 本院卷第374頁），原告得請求被告給付之保險金為人民幣
29 1,334元【 $(184+1868.79) \times 65\% = 1334$ ，不滿1元部分四捨
30 五入，下同】。兩造均同意本件金額以人民幣計算部分，以
31 1比4.35換算新臺幣，並由被告以新臺幣為給付（見本院卷

01 第333頁)，則據此計算，原告得請求被告給付之金額為5,8
02 03元（ $4.35 \times 1334 = 5803$ ）。至原告請求衛生材料費人民幣6
03 0.77元部分，尚非住院醫療保險附約第16條所定之範圍，其
04 請求被告給付此部分保險金，難認有據，應不予准許。

05 (2)住院給付及居家療養保險金部分：

06 查依系爭保險契約約定，住院給付保險金每日為1,000元、
07 居家療養保險金每日為500元，為兩造所不爭執，則原告此
08 部分請求被告給付住院10日之住院給付保險金1萬元（ $1000 \times$
09 $10 = 10000$ ）、居家療養保險金5,000元（ $500 \times 10 = 5000$ ），
10 合計15,000元（ $10000 + 5000 = 15000$ ），自屬有據。

11 (3)從而，原告此部分得請求被告給付之保險金為20,803元（ 58
12 $03 + 15000 = 20803$ ）。

13 五、綜上所述，本件原告依系爭保險契約，請求被告給付其20,8
14 03元，及自起訴狀繕本送達翌日即113年2月8日（見本院卷
15 第117頁）起至清償日止，按週年利率百分之5計算之利息，
16 為有理由，應予准許。逾此範圍，非有理由，應予駁回。

17 六、本判決原告勝訴部分，係依民事訴訟法第427條第1項規定適
18 用簡易程序所為被告敗訴之判決，依同法第389條第1項第3
19 款規定，應依職權宣告假執行，另就被告部分，併依同法第
20 392條第2項規定，酌定相當之擔保金額，依職權宣告免為假
21 執行。

22 七、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及舉證，經審酌
23 後均於判決結果不生影響，爰不一一論述，附此敘明。

24 八、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第79條。

25 中 華 民 國 114 年 5 月 19 日
26 鳳山簡易庭 法 官 林婕妤

27 以上正本係照原本作成。

28 如不服本判決，應於送達後20日內，向本院提出上訴狀並表明上
29 訴理由，如於本判決宣示後送達前提起上訴者，應於判決送達後
30 20日內補提上訴理由書（均須按他造當事人之人數附繕本）。

31 中 華 民 國 114 年 5 月 19 日

01
02
03

書記官 陳孟琳

附表：

| 編號 | 時間 | 傷害 | 醫院 | 治療方式 | 醫療費用 |
|----|-----------------------|---------------|---------------|-------------------------------|--------------|
| 1 | 110年11月20日至110年11月27日 | 全身多處軟組織損傷、腦震盪 | 北海先覺新醫正骨醫院 | 貼敷、推拿、中頻脈衝電療、口服用藥、外用藥膏等症狀治療 | |
| 2 | 110年12月6日至110年12月16日 | 結腸炎 | 北海市海城區高德中心衛生院 | 口服抗感染藥物、維他命治療 | 人民幣1,699.86元 |
| 3 | 110年12月23日至110年12月31日 | 全身多處軟組織損傷、腦震盪 | 北海先覺新醫正骨醫院 | 推拿、足底反射、中頻脈衝電療、口服用藥、外用藥膏等症狀治療 | 人民幣2,848元 |
| 4 | 111年1月6日至111年1月13日 | 急性腸胃炎等 | 欽州市第一人民醫院 | 抑酸、護胃及調整腸道菌種等口服用藥治療 | 人民幣2,871.77元 |
| 5 | 111年1月19日至111年1月28日 | 慢性支氣管炎、肺部感染 | 北海市海城區地角衛生院 | 抗生素治療 | 人民幣2,113.56元 |