

臺灣花蓮地方法院民事判決

113年度保險字第2號

原告 林榮文

訴訟代理人 林怡君律師(法扶律師)

陳芝蓉律師(法扶律師；經解除委任)

被告 遠雄人壽保險事業股份有限公司

法定代理人 孟嘉仁

訴訟代理人 王俊翔律師(兼送達代收人)

複代理人 葉庭嘉律師

曾俊倫律師

上列當事人間請求給付保險金事件，本院於民國114年6月4日言詞辯論終結，判決如下：

主 文

- 一、被告應給付原告新臺幣(下同)661,500元，及自民國113年7月13日起至清償日止，按年息百分之10計算之利息。
- 二、原告其餘之訴駁回。
- 三、訴訟費用由被告負擔10分之9，餘由原告負擔。
- 四、本判決原告勝訴部分於原告以22萬元供擔保得假執行。但被告如以661,500元為原告預供擔保得免為假執行。
- 五、原告其餘假執行之聲請駁回。

事實及理由

- 一、原告訴之聲明(卷355頁)：被告應給付原告713,250元，及自起訴狀送達翌日即113年7月13日(卷53頁)起至清償日止，按年息百分之10計算之利息；願供擔保請准宣告假執行。主張：原告於97年9月5日向被告投保「遠雄人壽新終身壽險-20年期」，附加「遠雄人壽新溫馨終身醫療健康保險附約-20年期」(下稱系爭附約)，嗣原告因「鬱症，復發，非特定的緩解狀態」，多次住院及長期接受治療，出院後向被告申請理賠給付住院醫療保險金及住院醫療補助保險金，然被告僅理賠94,500元、63,000元，依系爭附約第9條、第11

01 條請求如【表一】。被告答辯聲明請求駁回原告之訴；願供
02 擔保請准宣告免為假執行。兩造陳述及證據如附件所示。

03 二、兩造不爭執之事實(卷245至246頁)

04 (一)原告於97年9月5日向被告投保系爭保險契約附加系爭附約，
05 系爭附約有以下約定(原證1；卷17、19頁)。
06

第二條	(第8項)本附約所稱「住院」係指被保險人經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受治療者。
第四條	被保險人於本附約有效期間內因第二條約定之疾病或傷害接受手術、或住院診療時，本公司依本附約約定給付保險金。
第九條	(第1項)被保險人因第四條之約定而住院診療時，本公司按其實際住院日數(含入院及出院當日)依下列約定之一給付「住院醫療保險金」： 一、被保險人同一次住院診療在30日以內者，本公司按被保險人投保之「住院醫療保險金日額」乘以被保險人實際住院日數，給付「住院醫療保險金」。 二、被保險人同一次住院在31日至180日者，則按下列兩項之總和給付「住院醫療保險金」： (一)前30日之部分係按第1款約定方式計算。 (二)自第31日起，則按被保險人投保之「住院醫療保險金日額」的1.5倍乘以被保險人自第31日以後的實際住院日數。 三、被保險人同一次住院在181日至365者，則按下列兩項之總和給付「住院醫療保險金」： (一)前180日之部分係按第2款約定方式計算。 (二)自第181日起，則按被保險人投保之「住院醫療保險金日額」的1.75倍乘以被保險人自第181日以後的實際住院日數。 (第2項)被保險人同一次住院之「住院醫療保險金」給付日數最高以365日為限
第十一條	(第1項)被保險人因第四條之約定而住院診療時，本公司按被保險人實際住院日數(含入院及出院當日)乘以「住院醫療

01

	保險金日額」的百分之50，給付「住院醫療補助保險金」。 (第2項)被保險人同一次住院之「住院醫療補助保險金」給付日數最高以365日為限。
--	---

02

所謂「住院醫療保險金」，住院在前30日內每日3,000元、住院自31至180日每日4,500元、住院自181至365日每日5,250元。

03

04

05

(二)原告於97年11月間起至今，有因憂鬱症至花蓮慈濟醫院、門諾醫院及臺北榮民總醫院鳳林分院(下稱榮總鳳林分院)住院，並向被告申請理賠，獲被告多次理賠(參附表1；卷85頁)。

06

07

08

09

(三)原告在榮總鳳林分院住院期間之護理紀錄有如下表記載。

10

	原告住院期間	護理紀錄記載
1	111年3月16日至同年5月18日	原告此次就診係因「此次因夜不成眠、情緒不穩、昨日暴力情形(3/15)打弟弟造成右手腫經門診評估後建議入日間病房續復健治療。」(參被證3如卷155至157頁)。
2	111年8月10日至同年12月6日	原告此次就診係因「此次入院主訴近期心情顯易怒、煩躁，在家無所事事易胡思亂想、擔心失控暴怒故求診。經醫師會談評估後給予收入日間復健病房治療。」(參被證5如卷167至172頁)。
3	112年7月14日至同年8月31日	原告此次就診係因「心情鬱悶有自殺的念頭，經醫師會談評估後給予收入九病房治療。」(參被證7如卷177至188頁)。

11

(四)如下表原告住院期間，被告給付保險金額如下。

12

	原告住院期間	被告給付保險金額
1	111年3月16日至同年5月18日	94,500元
3	112年7月14日至同年8月31日	63,000元

13

(五)以下資料形式上為真正：原證4、5、6診斷證明書(卷35、37、39頁)，被證2、4、6出院病歷摘要(卷151至153、159至165、173至176頁)。

14

15

01 三、本院之判斷：

02 (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
03 所用之文字；如有疑義時，以作有利於被保險人之解釋為原
04 則，保險法第54條第2項定有明文。又於定型化之保險契
05 約，衡酌契約約款係由保險人單方擬定，且保險人具有經濟
06 上強勢地位及保險專業知識，一般要保人或被保險人多無法
07 與之抗衡，不具對等之談判能力；參以保險契約為最大誠信
08 契約，蘊涵誠信善意及公平交易意旨，保險人於保險交易中
09 不得獲取不公平利益，要保人、被保險人之合理期待應受保
10 護，故於保險契約之定型化約款之解釋，應依一般要保人或
11 被保險人之合理了解或合理期待為之，不得拘泥囿於約款文
12 字，方無違保險法理之合理期待原則(最高法院100年度台上
13 字第2026號判決意旨參照)。保險契約率皆為定型化契約，
14 被保險人鮮有依其要求變更契約約定之餘地；又因社會之變
15 遷，保險市場之競爭，各類保險推陳出新，故於保險契約之
16 解釋，應本諸保險之本質及機能為探求，並應注意誠信原則
17 之適用，倘有疑義時，應為有利於被保險人之解釋(保險法
18 第54條第2項參照)，以免保險人變相限縮其保險範圍，逃避
19 應負之契約責任，獲取不當之保險費利益，致喪失保險應有
20 之功能，及影響保險市場之正常發展(最高法院92年度台上
21 字第2710號判決意旨參照)。

22 (二)依系爭附約第2條第8項約定「所稱『住院』係指被保險人經
23 醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院診療時，經正式辦理住
24 院手續並確實在醫院接受診療者。」，是被保險人即原告若
25 有約定情事，即符合系爭附約「住院」之定義。況遍查系爭
26 附約所有條文約定，均未限制住院必須24小時居住於醫院、
27 在醫院過夜或以醫院為生活起居之場所，亦未約定「住院」
28 之定義須以中央衛生主管機關或健保局函示為認定標準，復
29 未明示「住院」僅指「全日住院」，而不及於「日間住
30 院」、「夜間住院」、「半日住院」等項目。準此，原告若
31 符合上開「因疾病或傷害」、「經醫師診斷必須入住醫院診

療」、「經正式辦理住院手續」、「確實在醫院接受診療」等要件，即屬系爭附約第2條第8項約定之「住院」甚明。況系爭附約於97年8月7日核准，於97年8月18日間修訂(卷17頁)，依當時有效之修正前精神衛生法第35條規定：「精神醫療方式包括門診、急診、全日住院、日間留院、社區精神復健及居家治療」，足見「全日住院」、「日間留院」均為「住院」此一上位概念所涵蓋，與「門診」、「急診」有別，並不以必須24小時居住於醫院、在醫院過夜為限，亦未明示所謂「住院」僅指「全日住院」，故原告於簽訂系爭附險時，自會對「日間住院」符合系爭保險契約所約定之「住院」乙節產生合理期待。而日間住院之治療目的，在使病情穩定的精神疾病病人，白天參與規律活動，培養生活技能、人際關係與職業復健，使能順利回歸社會，順利復健其精神與社會功能，是原告至榮總鳳林分院日間住院，並接受相關醫療處置，確屬系爭保險附約第2條第8項約定之「住院」，應堪認定。被告簽訂系爭保險契約時，依其專業智識能力必能知悉當時即修正前之精神衛生法第35條係將「全日住院」、「日間留院」並列，且該等診療方式均為全國醫院醫師因病患需要所分別採用，惟被告於系爭保險契約中仍僅概括約定「住院」之定義，而未針對「全日住院」、「日間留院」予以詳細區分或另約定除外條款，足徵被告於本件締約前，就系爭保險契約之設計，應已本於其作為商業保險公司之專業判斷，將非24小時之日間住院情形納入針對系爭保險契約被保險人個人危險性及理賠水準而為危險共同分擔之保險費計收、住院保險金精算之範圍。且縱認被告實際上並未將此日間住院情形納入精算範圍，此亦為其作為商業保險公司就本件屬定型化商業性保險約定應為有利於被保險人之解釋適用時所應自行吸收之風險。又精神病之治療與非精神疾病之治療亦有不同，就日間留院之部分，除了給予藥物之治療外，並根據精神病人之需求來設計活動，改善其人際關係、建立規律之生活習慣及積極人生觀，達到行為正常化，

01 此係精神病之治療方式，不能因其未在病床上躺臥或於接受
02 治療時參加醫院安排之活動，即謂其不符合在醫院接受治療
03 之要件。查：

04 1. 依健保署113年10月1日函附資料(卷225至229頁)，查無原告
05 92年9月5日至97年10月5日止之健保特約院所申報醫療費用
06 資料；此外，被告就原告於97年9月5日投保系爭保險契約前
07 已罹患「嚴重憂鬱症」為保前疾病等情並未舉其他事證以實
08 其說，故被告以原告訂約前即已罹患憂鬱症為由依保險法第
09 127條規定主張無給付保險金之義務，難認可採。

10 2. 就原告於【表一】所載住院期間入住醫院診療之必要性，本
11 院依被告聲請(卷272、273頁)函詢，榮總鳳林分院回覆如下
12 表(卷301至305頁)，參該函文內容可知，原告於【表一】所
13 載入住榮總鳳林分院日間病房，確實符合系爭附約第2條第8
14 項約定之「住院」。

本院即被告聲請詢問事項	榮總鳳林分院函覆內容
日間病房之目的為何？是否具有一定之必要性？病患可否改至門診治療或其他精神醫療社區復健單位，而無庸以日間病房為之？	1. 依精神病人之病情與功能提供精神藥物治療或各式活動治療、護理衛教、心理治療以及技巧訓練。 2. 因林員(原告)之重度憂鬱症病情不穩定，且壓力源來自家中之人際互動，故有一定的必要性。 3. 依過去治療史，曾改至門診治療，但容易復發，且有進一步自殺風險。目前花蓮中區無社區復健機構可提供日間式照護。
病患林榮文於111年3月16日至111年5月18日、111年8月10日至111年12月6日於貴院日間病房進行療程，若透過門診診療或改以其他精神醫療社區復健	依過去治療史，改為門診治療，維持期間不長，且復發下曾有自殺風險。因林員(原告)未嘗試過社區復健機構之服務，且花蓮中區無此服務，無法判斷是否適合社區復健機構之服務。

01

單位為之，是否對其病情亦有幫助？	
<p>1. 病患林榮文於112年8月31日於貴院慢性病房出院後，經治療後病情有所改善，經貴院記載「改門診治療」，則貴院後續又於112年9月6日經病患林榮文表示希望能轉去日間病房會比較好，而由貴院將病患林榮文轉至日間病房，則貴院之考量為何？</p> <p>2. 慢性病房與日間病房的目標是否有所不同？</p> <p>3. 倘病患林榮文於慢性病房出院，是否即必須進行日間病房療程，而不得以門診治療為之？</p>	<p>1. 此次回到家中居住後，因心情低落、易怒、無望感以及失眠復發，入住日間病房照護。</p> <p>2. 因為家庭支持度不佳且容易和手足衝突下，罹患重度憂鬱症的林員(原告)於自殺風險較高時，較適合慢性病房治療，若自殺風險較低，但仍有心情起伏、易怒等重度憂鬱症症狀，且影響日常生活或社會功能時，較適合日間病房照護。</p> <p>3. 慢性病房出院後，自殺風險降低許多下，此次出院後，林員(原告)已經嘗試數日的門診治療，因心情低落以及易怒，起伏不定，以及無望感和失眠復發，因此門診醫師決定收治林員至日間病房接受治療。</p>

02

(三)被告抗辯原告該當系爭附約第9、11條約定「同一疾病、同一次住院已達365日」方面：系爭附約第8條約定：「被保險人於本附約有效期間，因同一疾病或傷害，或因此引起之併發症，於出院後14日內於同一醫院再次住院時，其各種保險金給付合計額，視為一次住院辦理」(卷19頁)。原告請求保險金如【表一】住院期間之間隔均超過14日，顯然不符合系爭附約第8條約定應視為一次住院之情形，故被告以【表一】日間留院期間與前於107至110年日間留院期間為同一住院期間已達365日(卷338頁)為抗辯，難認有據。

03

04

05

06

07

08

09

10

11

(四)原告得請求之保險金金額方面：

12

1. 依系爭附約第11條約定，住院醫療補助保險金是按被保險人實際住院日數(含入院及出院當日)乘以「住院醫療保險金日額」的百分之50核算給付；而原告投保系爭保險契約之「住

13

14

01
02
03
04

院醫療保險金日額」為3,000元(卷15頁)，則住院醫療補助保險金每日為1,500元($3000 \times 50\% = 1500$)。原告在【表一】住院期間得請求保險金如下表。

	原告住院期間	原告依約得請求保險金額及計算方式
1	111年3月16日至同年5月18日計39天	住院醫療保險金 ①前30日×每日3,000元=9萬元 ②9日(31日至39日)×每日4,500元=40,500元 住院醫療補助保險金39日×1,500元=58,500元 以上合計189,000元，扣除被告已給付94,500元為94,500元($90000 + 40500 + 00000 - 00000 = 94500$)
2	111年8月10日至同年12月6日計71天	住院醫療保險金 ①前30日×每日3,000元=9萬元 ②41日(31日至71日)×每日4,500元=184,500元 住院醫療補助保險金71日×1,500元=106,500元 合計381,000元($90000 + 184500 + 106500 = 381000$)
3	112年7月14日至同年8月31日計49天	住院醫療保險金 ①前30日×每日3,000元=9萬元 ②19日(31日至49日)×每日4,500元=85,500元 住院醫療補助保險金49日×1,500元=73,500元 以上合計249,000元，扣除被告已給付63,000元為186,000元($90000 + 85500 + 00000 - 00000 = 186000$)

05

2. 被告就編號1原告之保險金請求權為時效抗辯，查：

01 (1)按「由保險契約所生之權利，自得為請求之日起，經過2年
02 不行使而消滅」、「消滅時效，自請求權可行使時起算。以
03 不行為為目的之請求權，自為行為時起算」、「消滅時效，
04 因左列事由而中斷：一請求；二承認；三起訴。」、「時效
05 因請求而中斷者，若於請求後6個月內不起訴，視為不中
06 斷」、「時效完成後，債務人得拒絕給付」，保險法第65條
07 前段、民法第128條、第129條第1項、第130條、第144條第1
08 項定有明文。又債務人之一部清償可視為對債務之承認(最
09 高法院101年度台上字第1307號民事判決理由可參)，而發生
10 中斷時效之效力。再按時效中斷者，自中斷之事由終止時，
11 重行起算，為民法第137條第1項所明定。

12 (2)原告就上表編號1住院期間(39天)之保險金，於112年12月1
13 日向被告申請理賠(卷133頁)，被告於112年12月26日給付保
14 險金94,500元(僅給付住院日數21日)及利息259元匯入原告
15 指定之帳戶(卷45至47、191、192頁)，被告為一部清償，仍
16 發生因承認而中斷時效之效力，其後被告於113年2月5日書
17 函明確拒絕理賠(卷41頁)，時效重行起算，原告於113年7月
18 2日對被告起訴請求給付保險金(卷9頁原告起訴狀右上方本
19 院收文戳章參照)，並未罹於時效。故被告此項時效抗辯難
20 認有理。基上說明，原告得請求之保險金共為661,500元
21 (94500+381000+186000=661500)。

22 四、從而，原告依保險契約約定請求如主文第1項所示〈依系爭
23 附約第22條第2項「因可歸責於本公司(被告)之事由致未在
24 約定期限內為給付者，應按年利1分(即年息百分之10)加計
25 利息給付」；卷25頁〉，為有理由，應予准許，並依兩造聲
26 請宣告假執行及免為假執行，逾此部分之請求，為無理由，
27 應併原告假執行之聲請予以駁回。本件事證已明，被告尚聲
28 請函詢成功大學醫學院附設醫院精神部對原告進行病情鑑定
29 (卷321頁)，核無必要，暨兩造其餘攻擊防禦方法與舉證，
30 均無礙勝負判斷，爰不一一論列，在此說明。

31 五、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第79條。

01 中 華 民 國 114 年 7 月 11 日

02 民事第一庭法 官 楊碧惠

03 上列正本係照原本作成。

04 如不服本判決，應於送達後20日內向本院提出上訴狀（上訴狀應
05 表明上訴理由）並繳納上訴審裁判費，如於本判決宣示後送達前
06 提起上訴者，應於判決送達後20日內補提上訴理由書（均須按他
07 造當事人之人數附繕本）。

08 如委任律師提起上訴者，亦應一併繳納上訴審裁判費。

09 中 華 民 國 114 年 7 月 11 日

10 書記官 汪郁榮

11

【附件】

爭點：原告依保險契約約定請求如其訴之聲明，是否有理？被告辯稱原告【表一】編號1住院期間之保險金請求權已罹於時效消滅，是否有理？

原告主張

被告答辯

原告於97年9月5日向被告投保系爭保險契約附加系爭附約。原告因「鬱症，復發，非特定的緩解狀態」分別於【表一】所載期間至榮總鳳林分院日間病房住院，原告入住日間病房是經醫師專業評估、診斷、提出治療策略，並完成辦理住院手續，於日間留院期間確實在醫院接受診療。原告出院後向被告申請理賠給付住院醫療保險金及住院醫療補助保險金，然被告僅為部分給付，依系

1. 原告所患「嚴重憂鬱症」屬保前疾病，依系爭附約第2條第3項約定及保險法第127條規定，被告無給付保險金之義務。
2. 原告於榮總鳳林分院日間病房住院期間，與系爭保險契約所定「經醫師診斷，必須入住醫院診療」之住院保險金要件未合，且無住院診療之必要。原告所進行之日間病房治療，係復健者自行於日間到院，每日於醫院通常僅5至6小時，當日即可返家休息，且實際無入住病房占用病床，與「入住醫院」之情形顯然有別。原告於日間病房所接受者，性質上屬「療養、靜養、護理或養老之非以直接診治病人為目的」行為，屬系爭附約第16條第2項第3款「除外責任」之範疇。

01

<p>爭附約約定請求給付保險金。</p>	<p>3. 退步言，縱認原告具住院必要性，然其於系爭住院期間前，均因同一疾病而至日間病房，且已由被告給付達同一次住院給付365日之理賠上限，然原告各次出院均因系爭疾病以外原告主觀因素，應認原告各段住院實質上均屬同事故、同一住院，僅因原告所提出的各次出院理由而將同一住院期間割裂為3段住院期間。再退步言，縱認原告系爭住院期間有理由，原告得請求之保險金額如【表二】，就【表一】編號1住院期間之保險金，原告請求權已罹於2年之消滅時效，被告拒絕給付。</p>
<p>證據： 原證1：系爭附約(15-27頁) 原證2：法扶會資力詢問表(29-32頁) 原證3：身心障礙證明(33頁) 原證4至6：診斷證明書(35-39頁) 原證7：被告書函(41-43頁) 原證8：理賠給付通知(45-47頁)</p>	<p>證據： 附表1：被告歷次理賠金額表(85-129頁) 附表3：答辯內容簡表(239-241頁) 附表4：爭議金額計算表(331頁) 被證1：花蓮慈濟醫院之出院病歷摘要及護理紀錄(135150頁) 被證2-7：榮總鳳林分院之出院病歷摘要及護理紀錄(151-188頁) 被證8、10：被告詢問精神科醫師之諮詢意見(189、193頁) 被證9、11：理賠給付通知(191-192、195-196頁) 被證12、13：日間病房簽名單(197-203頁) 被證14：要保書及健康告知(209-211頁) 被證15：榮總鳳林分院病床動態表(275-276頁)</p>

02

<p>【表一】原告請求被告給付之保險金(卷293、294頁)</p>		
	<p>原告住院期間</p>	<p>原告請求保險金額及計算方式</p>
<p>1</p>	<p>111年3月16日至同年</p>	<p>住院醫療保險金130,500元+住院醫療補助</p>

(續上頁)

01

	5月18日計39天	保險金65,250元－被告已給付94,500元＝101,250元。
2	111年8月10日至同年12月6日計71天	住院醫療保險金274,500元＋住院醫療補助保險金137,250元＝411,750元。
3	112年7月14日至同年8月31日計49天	住院醫療保險金175,500元＋住院醫療補助保險金87,750元－被告已給付63,000元＝200,250元。
以上合計713,250元。		

02

【表二】被告主張本件爭議金額計算表(卷331頁)

	原告住院期間	保險金額及計算方式
1	111年3月16日至同年5月18日計39天	住院醫療保險金 ①前30日×每日3,000元＝9萬元 ②9日(31日至39日)×每日4,500元＝40,500元 住院醫療補助保險金39日×1,500元＝58,500元 總爭議金額189,000元 扣除被告已給付金額94,500元。 扣除已罹於消滅時效金額94,500元 剩餘金額0
2	111年8月10日至同年12月6日計71天	住院醫療保險金 ①前30日×每日3,000元＝9萬元 ②41日(31日至71日)×每日4,500元＝184,500元 住院醫療補助保險金71日×1,500元＝106,500元 總爭議金額381,000元
3	112年7月14日至同年8月31日計49天	住院醫療保險金 ①前30日×每日3,000元＝9萬元

(續上頁)

01

	<p>②19日(31日至49日)×每日4,500元 = 85,500元 住院醫療補助保險金49日×1,500元 = 73,500元 總爭議金額249,000元 扣除被告已給付金額63,000元。 剩餘金額186,000元</p>
<p>總計剩餘金額567,000元</p>	