臺灣花蓮地方法院民事簡易判決

111年度花保險簡字第3號

原　　告　謝孟哲

訴訟代理人　林政雄律師

　　劉佳盈律師

被　　告　新光人壽保險股份有限公司

000000000000000000

法定代理人　魏寶生

訴訟代理人　吳甲元律師

上列當事人間請求給付保險金事件，於民國113年1月3日言詞辯論終結，本院判決如下：

主　　文

被告應給付原告新臺幣(下同)11萬7,000元，及自民國111年9月27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89，餘由原告負擔。

本判決原告勝訴部分得假執行。但被告如以11萬7,000元為原告預供擔保後，得免為假執行。

事實及理由

一、原告主張：

㈠原告於民國88年9月30日向被告投保新光人壽新長安終身壽險(保單號碼A********0，下稱系爭保險契約二)，並附加安心住院保險附約條款(下稱附約三)，後於92年7月22日再投保長福終身壽險(保單號碼為I******9，下稱系爭保險契約一)，並附加安心住院保險附約(下稱附約一)及住院醫療日額(甲型)保險附約(下稱附約二)。

㈡原告因重鬱症復發、糖尿病及高血脂症，於110年12月12日至花蓮慈濟醫院(下稱慈濟醫院)就診，經診斷於翌日即同月13日入院治療，住院治療期間自110年12月13日至111年1月17日，合計住院36日(下稱第1段住院)；嗣原告於111年3月2

日因重鬱症復發至慈濟醫院就診而入院治療，住院至110年4月1日始出院(下稱第2段住院)，合計住院31日。

㈢嗣原告檢附醫療診斷書及收據等文件向被告申請理賠，然被告分別以：「經專科醫師評估…病情於住院後第14日於趨向穩定，建議短期住院治療再輔以門診後續追蹤即可…，難認有全程住院之必要，故本案依專科醫師建議，鑑定14日給付，其餘部分並無住院必要…」、「關於本次申請0000000-0000000住院31日，經諮詢第三方專科醫師意見，本案給付0000000-0000000住院14日。」為由，就第1段住院期間，依系爭保險契約一、二，分別給付住院醫療保險金新臺幣(下同)2萬8,268元、1萬4,134元；就第2段住院期間，則依系爭保險契約一、二，分別給付住院醫療保險金2萬8,291元、1萬4,145元。

㈣然依附約一第8條第4、5項、附約二第3條第3、5款及附約三第8條第4、5項關於「醫院」及「住院」之文義，就「住院之必要性」而言，並未明定須經相同專業之醫師依醫學常規有相同判斷之要件，被告以上揭專科醫師認定無全程住院必要性為由，拒絕給付全部住院期間之保險金，顯增加系爭保險契約及附約文義所無之限制，而提升原告請求給付保險金之困難，實不符合保險法第54條「如有疑義時，以作有利於被保險人之解釋為原則」之規定，是原告是否有「住院」之必要，自僅以負責診治原告之醫師依其專業判斷，即為已足。而本件原告係依醫囑住院診療，即已符合上揭附約所定「住院」文義本旨，是被告拒絕理賠第1段住院22日、第2段住院17日之住院醫療保險金，顯無理由。

㈤為此，爰依兩造間如一、㈠所示保險契約及附約起訴，請求被告於已給付之保險金外，再給付如附表所示保險金及遲延利息等語。並聲明：1.被告應給付原告13萬1,000元，及自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息5%計算之利息。2.原告願供擔保，請准宣告假執行。

二、被告則以：

㈠依兩造所簽訂保險契約及附約，其中關於必須「住院」治療之約定，應以具有相同專業醫師於相同情形通常會診斷具有住院必要性，始符合必須住院治療之約定，以符合保險為最大善意及最大誠信契約之契約本旨。

㈡原告2次住院，均係以「近期壓力源有工作壓力，因擔心自己情緒無法控制」之原因而入院，然而其住院一到兩天後即已睡眠穩定，情緒於一至兩周內即趨穩定，並不見重度憂鬱症復發之自殺意念、精神運動遲滯、無助無望感等症狀，用藥也為固定並未調整(第2段住院甚至後面都在處理腹瀉等問題居多)，甚而第2段住院之心情浮躁原因是因為第1段保險金拿不到所以情緒低落，應無前開持續住院醫療之必要性。

㈢原告申請財團法人金融消費評議中心(下稱評議中心)評議時，經評議中心之專業醫療顧問檢視其第1段住院，發現其110年12月26日至111年1月7日共22天，最多僅可評價為類似除外條款之「靜養」、「療養」等級之治療，並非有住院必要性。而第2段住院之第1天起，護理問題的內容即僅為「個人因應能力失調」，從第2天(3月3日)即能入睡8小時45分(接下來3天均入睡8小時以上，後續住院期間睡眠時間約至少6小時)，而從住院後第11天開始，其護理焦點即有「出院準備」之記錄，其後續住院期間情緒與睡眠穩定，護理紀錄並未有記載有主要藥物的變動，後續在3月19日、3月26日也有相同出院準備之護理記載，且也幾乎都是「個人因應能力失調」、「腹脹」等等護理焦點，尤其從12日開始，其情緒不好之原因，幾乎都是因為第1段保險金爭議問題，其體況幾近與第1段住院情緒相同，則依同一專業醫師顧問之標準判斷，第2段住院並未有急性的憂鬱症狀發作，護理主要又為個人因應能力失調的問題，且醫院於第12天起就開始有出院準備的評估，一般而言，短期住院即可，被告僅理賠14日之保險金，應尚稱合理，其後續相關治療均屬可一般門診追蹤(以改善之失眠、腹脹、心情不好)情形，恐屬一般靜養、療養之範疇，而無持續長期住院之必要。

㈣況倘原告第1、2段住院期間均可認有住院必要性，則原告僅得再請求保險金11萬7,000元，計算式如下：

1.第1段住院：安心住院HS－10共2個附約、住院日額甲型1個附約，每日補償金額總共3,000元(計算式：1,000元×3＝3,000元)，住院36天，故尚剩餘6萬6,000元(計算式：3,000元×36天－42,000元＝66,000元)。

2.第2段住院：每日補償金額3,000元，住院31天，故尚剩餘5萬1,000元(計算式：3,000×31天－42,000＝51,000元)。

3.6萬6,000元＋5萬1,000元＝11萬7,000元。

㈤並為答辯聲明：1.原告之訴駁回。2.如受不利判決，願提供擔保請准宣告免為假執行。

三、兩造不爭執及本院先予認定事項：

㈠原告於88年9月30日向被告投保系爭保險契約二，並附加附約三；嗣於92年7月22日再投保系爭保險契約一，並附加附約一及附約二。(見卷第37-116頁)

㈡原告於110年12月13日至111年1月7日，因「重鬱症，復發；糖尿病、高血脂症」赴慈濟醫院住院(共計36日，即第1段住院)；嗣於111年3月2日又因重鬱症復發而入慈濟醫院住院，至000年0月0日出院(共計31日，即第2段住院)。(見卷第117、119頁)

㈢被告以原告部分住院天數無住院必要，就第1段住院給付14天之保險費4萬2,402元(含遲延利息)、就第2段住院給付14天之保險費4萬2,436元(含遲延利息)。(見卷第121-125頁)

㈣倘原告第1、2段住院期間「超過」住院14天部分有住院必要性，則被告應給付保險金金額為11萬7,000元。(見卷第359頁)

四、本件爭點：原告第1、2段住院期間「超過」住院14天部分，有無住院必要性？

五、本院之判斷：

㈠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項定有明文。又保險契約率皆為定型化契約，被保險人鮮有依其要求變更契約約定之餘地；又因社會之變遷，保險市場之競爭，各類保險推陳出新，故於保險契約之解釋，應本諸保險之本質及機能為探求，並應注意誠信原則之適用，倘有疑義時，應為有利於被保險人之解釋，以免保險人變相限縮其保險範圍，逃避應負之契約責任，獲取不當之保險費利益，致喪失保險應有之功能，及影響保險市場之正常發展。

㈡系爭保險契約及附約有關「住院」之定義，不以「具有相同專業醫師於相同情形通常會診斷具有住院之必要性」為必要。

查依附約一第8條第5項、附約二第3條第5款及附約三第8條第5項關於「住院」之文義為：「指被保險人因疾病或傷害，經醫師診斷，必須入住醫院診療時，經正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者。」、「指被保險人因意外傷害或疾病，經醫院診斷必須住院治療，並正式辦理住院手續，且連續住院達六小時以上者。」是依上開附約文字，只要「因意外傷害或疾病」、「經醫院診斷必須住院治療」、「正式辦理住院手續」並「連續住院達六小時以上」，即符合系爭附約所定「住院」之文義。且其既以「被保險人因疾病或意外傷害事故，經醫院診斷確定必須住院治療」為要件，依一般人之理解，當指應由負責診治被保險人之醫師就該被保險人之病情依其專業知識診斷必須入住醫院治療為判斷標準，尚無法導出被保險人除經原就診醫院醫師診斷必須入住醫院診療外，尚須經其他醫師或機構認定確有「住院必要性」之限制。是被告所辯「住院」尚需符合「客觀必要性」，認以具有相同專業醫師於相同情形通常會診斷具有住院之必要性云云，已逸出上開契約文字範疇，增加契約所無之限制，並導致原告無法預知之結果。並參酌系爭保險契約及附約為被告所擬之定型化契約，倘被告認有限縮「住院」

要件之必要，理應將「相同專業醫師於相同情形通常會診斷具有住院之必要性」之要件形諸於契約條文中，以使原告能充分瞭解契約文義後決定締約與否，而非於事後徒以保險為最大善意及最大誠信契約之契約等語，而另為文義之探求，揆諸上揭㈠之說明，自難認被告所辯有理由。

㈢原告第1、2段住院期間，均已符合「住院」診療之要件。

1.原告於110年12月13日至111年1月7日，因「重鬱症，復發；糖尿病、高血脂症」赴慈濟醫院住院(共計36日，即第1段住院)；嗣於111年3月2日又因重鬱症復發而入慈濟醫院住院，至000年0月0日出院(共計31日，即第2段住院)等情，已如三、㈡所述，堪認原告確係因上述病症，經慈濟醫院醫師診斷後住院治療，應認已符合系爭保險契約及附約所定「住院」診療之要件。

2.況本件依被告聲請送國立成功大學醫學院附設醫院(下稱成大醫院)鑑定，就原告於第1段住院期間之必要性，鑑定意見認：「上述狀況雖然非住院處理不可之問題，然臨床醫師會根據多項因子(如家庭支持系統，身體疾病之共病，性格狀態，危險行為等)，與個案討論，調整選擇出院日期。」，並作成「無絕對須住院之必要性」之鑑定結論；就原告於第2段住院期間之必要性，鑑定意見認：「綜合以上所述，謝員(即原告)之情緒症狀在急性精神科病房之治療環境內監督下規則服藥，隔絕生活壓力事件，可以在二週內緩解。訴訟事件之影響，對謝員個人因應能力失調而造成之情緒困擾，實為精神科急性病房住院中難以處理之問題，難謂住院之必要性。然臨床醫師會根據多項因子(如家庭支持系統，身體疾病之共病，性格狀態，危險行為等)，與個案討論，調整選擇出院日期。」因此，亦作成「無絕對須住院之必要性」之鑑定結論(見卷第337-341頁)。本院審酌上揭「無絕對須住院之必要性」之結論，其重點係在臨床醫師就原告之家庭支持系統，身體疾病之共病，性格狀態，危險行為等因子，所為原告是

否住院診療之判斷，而本件原告既在醫師臨床判斷下住院診療，自難謂其無住院必要性。並參酌原告所患病症為精神疾病，以住院方式觀察被告之狀況而適時給予診療，並隔絕其生活壓力事件，核亦難認僅屬「靜養」、「療養」等系爭保險所除外不賠之住院醫療行為。從而，原告第1、2段住院期間，均已符合「住院」診療之要件，被告上述抗辯，自非可採，其不得執原告之此段期間住院欠缺必要性而拒絕給付保險金。

㈣原告請求被告給付第1、2段住院期間「超過」住院14天部分之保險金，以11萬7,000元為有理由。逾此部分，則無理由。

查原告第1、2段住院期間「超過」住院14天部分，既有住院必要性；又此超過14天部分之住院期間，被告應給付之保險金金額為11萬7,000元等情，業為兩造所不爭執，已如前揭三、㈣所述。從而，本件原告請求被告給付11萬7,000元，為有理由。逾此部分之請求，則無理由。

㈤本件起訴狀繕本於111年9月26送達被告，有卷附送達證書可憑(見卷第133頁)。是原告請求自起訴狀繕本送達翌日即111年9月27日起起至清償日止，按週年利率5%計算之法定遲延利息，自屬有理。

六、綜上所述，原告依系爭保險契約之規定，請求被告給付如主文第1項所示，為有理由；逾此範圍之請求，為無理由，應予駁回。

七、本件原告勝訴部分，係依民事訴訟法第427條第1項適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款規定，應依職權宣告假執行。並依同法第392條第2項規定，宣告被告預供擔保，得免為假執行。

八、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及舉證，核於判決結果不生影響，爰不一一論斷，附此敘明。

九、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第79條。

中　　華　　民　　國　　113　　年　　1　　月　　17　　日

花蓮簡易庭　法　官　李立青

上列為正本係照原本作成。

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20日內補提上訴理由書（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。

中　　華　　民　　國　　113　　年　　1　　月　　18　　日

書記官　林政良

附表：

1.第1段住院：

保險金給付之依據	保險金(每日)	計　算　式
系爭保險契約一附約一第11條第1項	HS-10	1,000×30 日 ＋ 2,000×6日＝42,000元
系爭保險契約一附約二保險給付特約批註條款第1條	1,000元	1,000×36日＝36,000元
系爭保險契約二附約三第11條第1項	HS-10	1,000×30 日 ＋ 2,000×6日＝42,000元
被告應理賠12萬元(計算式：42,000＋36,000＋42,000＝120,000元)，扣除已理賠4萬2,000元(計算式：28,000＋14,000＝42,000)，故原告依約請求被告給付7萬8,000元(計算式：120,000－42,000＝78,000元)。		

2.第2段住院：

保險金給付之依據	保險金(每日)	計　算　式
系爭保險契約一附約一第11條第1項	HS-10	1,000×30 日 ＋ 2,000×1日＝32,000元
系爭保險契約一附約二保險給付特約批註條款第1條	1,000元	1,000×31日＝31,000元
系爭保險契約二附約三第11條第1項	HS-10	1,000×30 日 ＋ 2,000×1日＝32,000元
被告應理賠9萬5,000元(計算式：32,000＋31,000＋32,000＝95,000		

元），扣除已理賠4萬2,000元（計算式：28,000＋14,000＝42,000元），故原告依約請求被告給付5萬3,000元（計算式：95,000－42,000＝53,000元）。