

臺灣花蓮地方法院民事簡易判決

113年度花保險簡字第1號

原告 郭月美

訴訟代理人 許嚴中律師

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 張秉正律師

複代理人 劉彥廷律師

上列當事人間請求給付保險金事件，本院於民國113年7月10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)278,086元，及自民國112年8月10日起至清償日止，按年息百分之5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得假執行。但被告如以278,086元為原告預供擔保得免為假執行。

事 實 及 理 由

一、原告訴之聲明：被告應給付原告305,000元，及自起訴狀繕本送達翌日即112年8月10日(卷65頁)起至清償日止，按年息百分之5計算之利息(卷295頁)。主張：原告為保單號碼第0000000000號人壽保險契約(被告為保險人；下稱系爭保險契約)之被保險人，因保險契約約定之保險事故發生，被告有依約定給付原告保險金之義務，被告卻不足額理賠、拒絕理賠(如附表1)，依系爭保險契約約定請求。被告答辯聲明請求駁回原告之訴；願供擔保請准宣告免為假執行。兩造陳述如附件所示。

二、兩造不爭執之事實(卷381頁)：

(一)原告女兒於89年12月27日以自身為要保人，原告為被保險人，向被告投保系爭保險契約(原證1；卷25至30頁)，並附

01 加遠雄人壽真安心醫療保險附約(下稱附約1；原證2即卷31
02 至37頁)及遠雄溫馨終身醫療日額保險附約(下稱附約2；原
03 證3即卷39至42頁)，後於91年12月27日再附加遠雄溫馨終身
04 醫療日額保險附約(下稱附約3；原證4即43至46頁)。

05 (二)原告於110年7月6日發生車禍(下稱系爭事故)，因「①頸椎
06 第四至第七節頸椎狹窄合併創傷性脊髓壓迫及神經損傷、②
07 左側髕骨骨折合併左膝創傷性關節炎、③左腕創傷性關節
08 炎、④腰椎椎間盤突出」，於110年7月6日起至111年11月8
09 日止陸續於花蓮慈濟醫院與衛生福利部花蓮醫院(下稱花蓮
10 醫院)住院(詳細住院期間參卷23頁)(原證5；卷47至57頁)。

11 (三)就被告拒絕理賠之住院期間，倘若認原告得請求保險金，金
12 額如附表1編號2至5所示金額(即被告所計算之金額)。

13 (四)原告於110年7月6日至110年9月3日在慈濟醫院住院，與110
14 年9月15日至110年10月13日在花蓮醫院住院，此二段期間間
15 隔12日。

16 (五)兩造所提出之證物形式上均為真正。

17 (六)附約1第10條、第12條第1項、第13條第1項，附約2及附約3
18 第2條第1項、第17條約定內容如附表2。

19 三、本院之判斷：

20 (一)附表1編號1住院期間方面：原告於110年9月15日至110年10
21 月13日(附表1編號1住院期間)在花蓮醫院住院，與前段住院
22 期間間隔12日(上情為兩造所不爭)，依附約1第10條約定(附
23 表2)，「其各種保險金給付合計額，視為一次住院辦理」。
24 原告既檢具醫療費用收據正本及明細表向被告申請此段期間
25 之相關保險金，被告按前段住院保險金給付方式以實支實付
26 依附約1第12條約定核算給付(如附表1編號1被告給付金
27 額)，與契約約定相符，原告不得以依附約1第13條方式計算
28 可得保險金額為高，請求此部分差額。故原告就附表1編號1
29 住院期間請求保險金差額26,914元，為無理由。

30 (二)附表1編號2至5住院期間方面：就原告此段期間住院之必要
31 性，花蓮醫院113年5月29日函覆如下表(卷391至392頁)。

32 本院詢問事項	花蓮醫院函覆內容
-----------	----------

01

1	如附表1編號2至5住院期間，是否係甲○○(原告)因疾病或傷害，經領有醫師證書而合法執業之醫師診斷必須入住醫院，且正式辦理住院手續，並確實在醫院接受診療？	主治醫師回覆：是。
2	甲○○於上開住院期間所為醫療行為，有無復健、針灸以外之醫療項目？如有，有哪些項目？	主治醫師回覆：有，多次血液檢驗及X光、心電圖檢查。
3	甲○○於上開住院期間所為醫療行為，有無絕對必須住院才能處置之醫療項目？如有，有哪些醫療項目？	主治醫師回覆：有，主要是復健、針灸。
4	甲○○距離110年7月6日車禍事故已滿1年，情況穩定之情況下，於上開住院期間所為醫療項目，是否由門診進行即可？如不可以(由門診進行而需住院)，理由為何？	主治醫師回覆：病人於住院前疼痛加劇及功能退化明顯，雖然已一年多，其非單純骨折(複雜骨科)而是合併脊髓損傷(複雜神經)，考量神經系統病況複雜性及身體狀況(如年齡等)，不適合在門診治療，所以讓其住院。除了視其病況的新事件外，也應接受強度較強的復健，需監測生理數據如血壓等。

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

可見原告前開住院期間進行醫療行為，符合附約1、2、3「住院」之定義，得依保險契約約定請求保險金如附表1編號2至5所示(合計278,086元)。原告此段住院期間確實屬於「經醫師診斷其疾病或傷害必須住院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療」情形，已有花蓮醫院函覆可憑，被告尚聲請傳喚花蓮醫院主治醫師林瑞祥到庭作證(卷399頁)，核無必要，暨被告所舉內部評估意見(被證9；卷285至287頁)、財團法人金融消費評議中心評議書(被證10；卷289至293頁)均未一併就花蓮醫院前開函覆內容為審認，且無拘束本院認定之效力，故被告援引上開事證為辯，難認有理。

四、從而，原告依保險契約約定請求如主文第1項，為有理由，應予准許，並依民事訴訟法第389條第1項第3款規定及被告

01 聲請宣告假執行及免為假執行，逾此部分之請求，為無理
02 由，應予駁回。

03 中 華 民 國 113 年 8 月 9 日
04 花蓮簡易庭法官 楊碧惠

05 以上正本係照原本作成。

06 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
07 須表明上訴理由）並繳納上訴審裁判費；如於本判決宣示後送達
08 前提起上訴者，應於判決送達後20日內補提上訴理由書（均須按
09 他造當事人之人數附繕本）。

10 如委任律師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

11 中 華 民 國 113 年 8 月 9 日
12 書記官 汪郁榮
13

【附件】

爭點：原告依保險契約約定請求被告給付保險金305,000元(如附表1)，
是否有理？

原告主張：

被告答辯：

1.系爭保險投保及保險事故發生、原告住院治療情形，如兩造不爭執之事實(一)(二)所載。原告經診療醫師診斷因疾病必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療，符合保險契約約定之「住院」。原告就附表1住院期間向被告申請「住院醫療日額保險金」、「出院療養日額保險金」，被告卻不足額理賠，或以非醫療必要住院為由拒賠。

2.附表1編號1住院期間保險金計算方式，依附約1第12條(依醫療費用收據，實支實付)或第13條(無醫療費

1.原告請求附表1編號1部分，原告110年9月15日至同年10月13日住院期間，因與前次住院(出院日為110年9月3日)相隔未滿14天，依附約1第10條約定，仍屬同一住院期間，則附表1編號1住院期間理賠方式應與前次住院期間以相同方式(即實支實付)計算；且實支實付理賠之金額較日額給付更高，故被告並未短給原告醫療保險金。

2.原告請求附表1編號2至5部分，依被證7花蓮醫院出院病歷摘要及護理紀錄記載，原告雖於111年7月8日再次住院，然入院時除主訴外並無任何急迫病症，四肢肌力檢查約為4分接近常人，且住院期間僅係接受復健治療、中醫針灸治療及常態性藥物服用，並無其他積極性或侵入性之治療，按一般醫療常規，可由門診進行並無住院之必要。另依護理

01

<p>用收據，按日給付)，其中擇金額較高者給付保險金。該段住院期間，如採實支實付金額為74,586元(此為被告主張之金額)，然如採日額給付，住院醫療日額保險金應為87,000元，較實支實付金額74,586為高，應以87,000元為保險金給付金額。依保險契約約定請求。</p>	<p>紀錄，原告於住院期間意識清楚，呼吸平順，四肢肌力約4分，ADL(日常生活活動)可自理，步行器使用步態緩慢平穩，未見有急迫住院之病情；依被證8前次花蓮醫院出院病歷摘要(住院期間111年3月3日至29日)已載明原告出院時情況係依醫囑出院改本院門診治療，足證原告病況已穩定得於門診治療，並無住院醫療之必要。因此，被告考量系爭事故已逾一年，常規應改門診追蹤，持續住院對病情並無任何幫助之情況下，被告不予理賠應符合醫療常規。</p>
---	--

02

	住院期間	附約1	附約2	附約3	差額
1	110年9月15日至 110年10月13日	87,000元， 被告給付 74,586元	65,500元， 被告給付 58,250元	65,500元， 被告給付 58,250元	26,914元
2	111年7月8日至 111年8月4日	28,000元	42,000元	42,000元	112,000 元
3	111年8月24日至 111年9月8日	18,086元	24,000元	24,000元	66,086元
4	111年9月27日至 111年10月5日	9,000元	13,500元	13,500元	36,000元
5	111年10月24日 至111年11月8日	16,000元	24,000元	24,000元	64,000元
總計305,000元					

03

真安心 RSJ(附 約1)	第4條(名 詞定義)第 11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住院，且正式辦理住院 手續並確實在醫院接受診療者。	32頁
	第10條(住	被保險人於本附約有效期間，因同一疾病或	32-

	院次數之計算)	傷害，或因此引起的併發症，於出院後14日內再次住院時，其各種保險金給付合計額，視為一次住院辦理。	33頁
	第12條第1項(醫療費用保險金的給付)	被保險人因第11條約定且具有醫療費用收據正本及明細表時，本公司依其住院期間實際支付的醫療費用，按下列各項約定給付保險金： 一、每日病房費用保險金。 二、加護病房費用保險金：本公司按日支付實際加護病房費用；每日最高給付限額不得超過本附約約定「加護病房費用保險金」，且可同時申請「病房費用保險金」。同一次事故最高給付日數以30日為限。 三、住院醫療費用保險金。 四、手術費用保險金。 五、出院在家療養保險金：本公司按本條第1項第1款所支付「病房費用保險金」的百分之60給付「出院在家療養日額保險金」。	33-34頁
	第13條(住院醫療日額保險金的給付)	(第1項)被保險人因第11條約定且未具醫療費用收據正本及明細表時，本公司按投保單位每日給付「住院醫療日額保險金」。每一次事故最高給付日數以365日為限。 (第2項)住院天數31至61天者，超過30天的部分，其「住院醫療日額保險金」增為附表(每一計劃給付項目與金額)所列金額的2倍。 (第3項)住院天數61至91天者，超過60天的部分，其「住院醫療日額保險金」增為附表(每一計劃給付項目與金額)所列金額的3倍。	34頁
溫馨RHM(附約2)、 溫馨QHM(附約3)	第2條第1項(名詞定義)	本附約所稱「住院醫療保險金日額」係指被保險人簽單時保險單所記載之保險金額，如該保險金額有所變更時，則以變更後之保險金額為準。	39、43頁
	第17條(出院療養保	被保險人於本附約有效期間內因疾病或傷害，經醫院診斷確定且經住院治療出院後，	41、4

(續上頁)

01

	險金)	本公司按「住院醫療保險金日額」的百分之50，乘以實際給付住院日數計算所得之金額，給付「出院療養保險金」。	5 頁
--	-----	--	--------