

臺灣高等法院花蓮分院民事判決

114年度保險上易字第1號

上訴人 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

複代理人 林怡如律師

葉庭嘉律師

曾俊倫律師

被上訴人 林榮文

訴訟代理人 林怡君律師（法扶律師）

上列當事人間請求給付保險金事件，上訴人對於中華民國114年7月11日臺灣花蓮地方法院113年度保險字第2號第一審判決提起上訴，本院於115年5月20日言詞辯論終結，判決如下：

主 文

原判決關於命上訴人給付被上訴人逾新臺幣567,000元本息，及該部分假執行之宣告，暨訴訟費用（除確定部分外）之裁判均廢棄。

上開廢棄部分，被上訴人在第一審之訴及假執行之聲請均駁回。其餘上訴駁回。

第一審（除確定部分外）、第二審訴訟費用，由上訴人負擔百分之85，餘由被上訴人負擔。

事實及理由

一、被上訴人主張：

（一）伊於民國97年9月5日向上訴人投保「遠雄人壽新終身壽險-20年期」（保單號碼：0000000000），並附加「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）。嗣伊因「○○，復發，非特定的緩解狀態」，於附表所示之期間至○○○○總醫院○○分院（下稱○○○○醫院）接受住院治療。依系爭附約第9條、第11條約定，上訴人應給付伊如附表所示「被上訴人請求給付金額」欄之住院醫療保險

01 金及住院醫療補助保險金計新臺幣（下同）819,000元。詎  
02 上訴人僅給付如附表「上訴人已給付金額欄」之保險金157,  
03 500元，其餘部分則拒絕理賠。

04 (二)系爭附約就住院一詞之定義並未以24小時居住在醫院、在醫  
05 院過夜為限，亦未明示所謂「住院」僅指「全日住院」，即  
06 全日住院、日間及夜間住院均屬住院之概念，若有解釋保險  
07 契約上疑義，依保險法規定，當以有利被保險人之解釋為原  
08 則。且伊入住日間病房係經醫師專業評估，並作出診斷及提  
09 出治療策略，最後決定日間留院治療，可認伊入住日間病房  
10 確有必要性。爰依系爭附約第9條、第11條約定，請求被上  
11 訴人給付保險金。

12 (三)並聲明：上訴人應給付被上訴人661,500元，及自113年7月1  
13 3日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息（未繫屬本院  
14 部分，不予贅述）。

15 二、上訴人則以：

16 (一)系爭附約第2條第8項住院之定義為：「被保險人經醫師診斷  
17 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  
18 醫院接受診療者」。由被上訴人就如附表編號1、2住院期間  
19 之○○○○醫院日間病房簽到單內容觀之，日間留院係平日  
20 至日間病房，於醫院活動時間通常僅5至6小時，當日即能返  
21 家休息，且國定假日固定休假，遇事不克到院可請假，此型  
22 態顯與上開住院之定義不符，伊無給付保險金之義務。

23 (二)被上訴人於○○○○醫院日間病房住院期間，多於住院當日  
24 或翌日病情即有重大改善，則在其病情已與院方判斷住院之  
25 狀況有所不同下，即無繼續住院之必要。再參被上訴人住院  
26 期間之護理紀錄，除記載零星之藥物調整與問診行為外，未  
27 見主治醫師有針對系爭疾病進行診視、治療等行為，性質上  
28 屬「療養、靜養、護理或養老之非以直接診治病人為目的」  
29 之行為，此屬系爭附約第16條第2項第3款除外責任範疇，伊  
30 應無給付保險金之義務。再者，系爭附約約定之「住院必要  
31 性」保險金請領要件，應指「具相同專業醫師於相同情形通

常會診斷具住院必要性者」，非僅繫諸主治醫生一人之判斷，亦非不問住院緣由只要被保險人有住院之事實，即遽謂有住院之必要，倘主治醫師基於前開住院必要性外之考量因素，而收治「非必須入住醫院始能進行治療」之病患入院，即與系爭附約之「住院必要性」保險金請領要件未合。

(三)依○○○○醫院114年3月24日之函覆僅稱「目前花蓮中區無社區復健機構可以提供日間照護」、「因林員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」，顯見本件未排除係參酌被上訴人之個人主觀因素及友善醫療之考量（交通因素不便進行社區復健）始收治被上訴人入院，此與「住院必要性」之保險金給付要件不符。況被上訴人於日間住院期間出現頻繁請事假及遲到之情況，顯示被上訴人得以其主觀意願決定是否留於日間病房。伊於拒絕理賠前已先行徵詢專業○○科醫師意見，專業意見亦認被上訴人就本件住院期間僅如附表編號1前21日、編號3前14日具住院必要性（上訴人已分別理賠94,500元及63,000元），是被上訴人於已理賠部分外之住院，自未合於「住院必要性」之要件。

(四)縱認被上訴人具住院必要性，然日間住院與全日住院之醫療性質及在院時數存在顯著差異，應以比例計算住院保險金數額，以符保險契約解釋及損害填補原則。

(五)被上訴人於112年12月1日向伊請求給付如附表編號1住院期間之保險金，伊於同年月26日就其中21日為給付，並拒絕其餘18日保險金之理賠，其餘拒絕理賠部分不生債務承認效力，該保險金給付時效亦不因此中斷。是被上訴人就上訴人拒絕給付部分遲至113年7月2日始起訴請求，已罹2年時效而消滅，伊主張時效抗辯，自得拒絕給付等語，資為抗辯。

(六)並聲明：被上訴人之訴及假執行之聲請均駁回。

三、原審為命上訴人應給付被上訴人661,500元本息之判決，並駁回被上訴人其餘之訴。上訴人不服提起上訴，上訴聲明：

(一)原判決不利於上訴人部分廢棄。(二)上開廢棄部分，被上訴

01 人於第一審之訴及假執行之聲請均駁回。被上訴人答辯聲  
02 明：上訴駁回。

03 四、兩造不爭執及協議簡化爭點如下：

04 (一)不爭執事項：

05 1.被上訴人於97年9月5日向上訴人投保系爭契約、系爭附  
06 約，系爭附約並約定：

07 (1)本附約所稱「住院」係指被保險人經醫師診斷其疾病或  
08 傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院  
09 接受治療者。（第2條第8項）

10 (2)被保險人於本附約有效期間內因第2條約定之疾病或傷  
11 害接受手術、或住院診療時，上訴人依本附約約定給付  
12 保險金。（第4條）

13 (3)被保險人因第4條之約定而住院診療時，上訴人按其實  
14 際住院日數(含入院及出院當日)依下列約定之一給付  
15 「住院醫療保險金」：

16 ①被保險人同一次住院診療在30日以內者，上訴人按被  
17 保險人投保之「住院醫療保險金日額」乘以被保險人  
18 實際住院日數，給付「住院醫療保險金」。

19 ②被保險人同一次住院在31日至180日者，則按下列兩  
20 項之總和給付「住院醫療保險金」：前30日之部分係  
21 按第1款約定方式計算。自第31日起，則按被保險人  
22 投保之「住院醫療保險金日額」的1.5倍乘以被保險  
23 人自第31日以後的實際住院日數。

24 ③被保險人同一次住院在181日至365者，則按下列兩項  
25 之總和給付「住院醫療保險金」：前180日之部分係  
26 按第2款約定方式計算。自第181日起，則按被保險人  
27 投保之「住院醫療保險金日額」的1.75倍乘以被保險  
28 人自第181日以後的實際住院日數。（第9條第1項）

29 (4)被保險人同一次住院之「住院醫療保險金」給付日數最  
30 高以365日為限。（第9條第2項）

31 (5)被保險人因第4條之約定而住院診療時，上訴人按被保

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，給付「住院醫療補助保險金」。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。(第11條)

## 2.被上訴人分別於：

(1)111年3月16日至同年5月18日在○○○○醫院住院。護理紀錄記載：被上訴人此次就診係因「此次○○○○○、○○○○○、昨日○○情形(3/15)○○○造成右手腫經門診評估後建議入日間病房續復健治療。」。如被上訴人之主張為全部有理由，則此次住院上訴人應給付之保險金，如未罹於時效，全部應為189,000元，上訴人已給付94,500元。

(2)111年8月10日至同年12月6日在○○○○醫院住院。護理紀錄記載：被上訴人此次就診係因「此次入院主訴近期○○○○○、○○，在家無所事事易○○○○、○○○○○○故求診。經醫師會談評估後給予收入日間復健病房治療。」如被上訴人之主張為全部有理由，則此次住院上訴人應給付之保險金全部應為381,000元。

(3)112年7月14日至同年8月31日在○○○○醫院住院。護理紀錄記載：被上訴人此次就診係因「○○○○○有○○的○○，經醫師會談評估後給予收入九病房治療。」。如被上訴人之主張為全部有理由，則此次住院上訴人應給付之保險金全部應為249,000元，上訴人已給付63,000元。

3.關於被上訴人請求111年3月16日至111年5月18日共住院「39日」保險給付部分，被上訴人係於112年12月1日向上訴人提出申請，上訴人於112年12月26日給付「21日」加計延滯利息合計94,759元予被上訴人，上訴人並於113年2月5日函知被上訴人：「111年4月20日至111年5月18日」因欠缺住院必要性，拒絕給付，被上訴人於113年7月2日起訴。

01 4.兩造所提出之診斷證明書、出院病歷摘要形式上均屬真  
02 正。

03 (二)爭執事項：

04 1.被上訴人請求下列住院期間之保險給付，是否符合系爭附  
05 約第2條第8項所約定「住院必要性」要件？即上訴人拒絕  
06 被上訴人下列住院期間保險給付請求有無理由？

07 (1)111年4月20日至111年5月18日。

08 (2)111年8月10日至111年12月6日。

09 (3)112年7月28日至112年8月31日。

10 2.被上訴人於111年3月16日至111年5月18日、111年8月10日  
11 至111年12月6日係「日間住院」，則被上訴人依系爭保險  
12 契約請求全額保險給付有無顯失公平？

13 3.被上訴人於111年3月16日至111年5月18日共住院「39日」  
14 保險給付部分：上訴人核給「21日」保險給付共94,759元  
15 （含延滯息）予被上訴人，是否發生承認全部（39日）保  
16 險給付請求權之效力？

17 五、本院判斷：

18 (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  
19 所用之文字；如有疑義時，以作有利於被保險人之解釋為原  
20 則，保險法第54條第2項定有明文。又於定型化之保險契  
21 約，衡酌契約約款係由保險人單方擬定，且保險人具有經濟  
22 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  
23 與之抗衡，不具對等之談判能力；參以保險契約為最大誠信  
24 契約，蘊涵誠信善意及公平交易意旨，保險人於保險交易中  
25 不得獲取不公平利益，要保人、被保險人之合理期待應受保  
26 護，故於保險契約之定型化約款之解釋，應依一般要保人或  
27 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  
28 字，方無違保險法理之合理期待原則(最高法院100年度台上  
29 字第2026號民事裁判意旨參照)。保險契約率皆為定型化契  
30 約，被保險人鮮有依其要求變更契約約定之餘地；又因社會  
31 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(保險法第54條第2項參照)，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(最高法院92年度台上字第2710號民事裁判意旨參照)。

(二)依系爭附約第2條第8項約定：「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診療者。」，是被保險人即被上訴人若有約定情事，即符合系爭附約「住院」之定義。查本件被上訴人於111年3月16日至同年5月18日（日間住院）、111年8月10日至同年12月6日（日間住院）、112年7月14日至同年8月31日（全日住院），在○○○○醫院住院接受治療一情，有該院診斷證明書、出院病歷摘要、護理紀錄分別在卷可稽（見原審卷第35頁、第37頁、第39頁、第151頁至第189頁），即合於上揭系爭附約第2條第8項所稱之住院。而系爭附約未有限制住院必須24小時居住於醫院、在醫院過夜或以醫院為生活起居之場所之約定，亦未約定「住院」僅指「全日住院」或應以其他行政或主管機關函示為認定標準。準此，被上訴人若符合上開「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(見原審卷第17頁)，依當時有效之修正前○○衛生法第35條規定，○○醫療方式包括門診、急診、全日住院、日間留院、社區○○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」，故被上訴人於簽訂系爭附約時，自己有「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○○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○○與社會功能，是被上訴人至○○○○醫院日間住院，並接受相關醫療處置，確屬系爭附約第2條第8項約定之「住院」，應堪認定。上訴人簽訂系爭附約時，依其專業智識能力必能知悉當時即修正前之○○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，惟上訴人於系爭附約中仍僅概括約定「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，足徵上訴人於本件締約前，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。且縱認上訴人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。

(三)又經原審就本件日間住院之目的、住院之必要性函詢○○○醫院，經該院以000年0月00日○○○○○字第0000000000號函復說明：日間住院之目的依○○病人之病情與功能提供○○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。因被上訴人之重度○○○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。依過去治療史，曾改至門診治療，但容易復發，且有進一步○○風險。目前花蓮中區亦無社區復健機構可提供日間式照護。被上訴人因家庭支持度不佳且容易和手足衝突下，罹患重度○○○於○○風險較高時，較適合慢性病房治療，若○○風險較低，但仍有○○○○、○○等重度○○○症狀，且影響日常生活或社會功能時，較適合日間病房照護等語（見原審卷第301頁至第304頁），已充分說明被上訴人病情、日間住院及入住慢



性病房之必要性、治療結果。上訴人徒以被上訴人住院期間之護理紀錄，其所接受者，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」之行為；被上訴人於日間住院期間出現頻繁請事假及遲到之情況，及拒絕理賠前已先行徵詢專業○○科醫師意見等語，否認住院必要性，已難憑採。況本院審理時經囑託國立成功大學醫院附設醫院就本件住院之必要鑑定，經該院函復以：因涉及臨床醫師依當時診察評估病情與病人間協調之醫療處置，故無法受理鑑定等語（見本院卷第203頁），亦難證被上訴人確無住院之必要性。上訴人拒絕被上訴人本件因住院請求依系爭附約給付保險金，即無理由。

(四)上訴人復抗辯上訴人於如附表所示編號1、2僅為日間住院，被上訴人請求全額給付保險金顯失公平，應以比例計算住院保險金數額等語。惟查，系爭附約並未約定所謂住院僅指「全日住院」，而不及於「日間住院」，亦未就日間住院區分保險金給付標準，且系爭附約第9條、第11條均係以「實際住院日數」計算應給付之保險金，已明文約定以「日」計算，而未約定非全日住院者以小時或按全日24小時之比例計算，其約定並無不明之處，自不得於保險事故發生後，為不利於被上訴人之解釋，上訴人此部分之抗辯自難憑採。

(五)按由保險契約所生之權利，自得為請求之日起，經過2年不行使而消滅；消滅時效，自請求權可行使時起算；消滅時效，因左列事由而中斷：一、請求；二、承認；三、起訴；時效因請求而中斷者，若於請求後6個月內不起訴，視為不中斷；時效完成後，債務人得拒絕給付，保險法第65條前段、民法第128條前段、第129條第1項、第130條、第144條第1項分別定有明文。又民法第129條所謂承認，係指時效完成前，義務人向請求權人表示是認其請求權存在之觀念通知，準用意思表示生效之原則，於其表示到達債權人時生效。承認固不以明示為限，惟默示的承認需含有承認債權存在之意，始生承認之效力。查附表編號1至3住院期間相異，保險金請求權

01 時效應分別自各該住院期間結束時起算。被上訴人於112年1  
02 2月1日向上訴人申請給付附表編號1、2所示保險金，經上訴  
03 人諮詢其特約醫師於同年月16日表示附表編號1、2安排2至3  
04 週日間病房即可(見原審卷第189頁)，上訴人隨即於同年月2  
05 6日通知被上訴人附表編號1部分理賠21日保險金(見原審卷  
06 第45頁)，並於113年2月5日函知被上訴人，以附表編號1「1  
07 11年4月20日至111年5月18日」及附表編號2所示住院，欠缺  
08 住院必要性，拒絕給付(見原審卷第41頁)，為兩造所不爭。  
09 依前揭事件發生時序之邏輯性及密接性，足知上訴人係依特  
10 約醫師意見給付部分理賠，並無給付全額理賠之意，其於11  
11 2年12月26日通知理賠21日住院保險金，應係拒絕其餘部分  
12 之保險金請求，難認上訴人默示承認該部分債權存在之意，  
13 自不生時效中斷效力。被上訴人就附表編號1所示保險金，  
14 於111年5月19日即得行使保險金請求權，雖於112年12月1日  
15 請求上訴人給付，然就上訴人拒絕給付部分(即94,500元)，  
16 未於6個月內起訴，時效視為不中斷，迄113年7月2日起訴，  
17 已罹於2年時效，上訴人就該部分為時效抗辯而拒絕給付，  
18 為有理由。是本件被上訴人就如附表所示之住院，得請求上  
19 訴人給付之保險金，扣除上訴人已給付及上揭已罹時效部  
20 分，則被上訴人得請求上訴人給付之保險金為567,000元  
21 (計算式：819,000－94,500－63,000－94,500＝567,00  
22 0)。

23 六、綜上所述，被上訴人依系爭附約第9條、第11條項約定，請  
24 求上訴人給付567,000元，及自113年7月13日起至清償日  
25 止，按週年利率10%計算之利息，為有理由，逾此範圍之請  
26 求，則無理由。原審就超過上開應准許部分，為上訴人敗訴  
27 之判決，並為假執行之宣告，尚有未洽，上訴意旨指摘原判  
28 決此部分不當，為有理由，爰由本院廢棄改判如主文第2項  
29 所示。至於上開應准許部分，原審為上訴人敗訴之判決，並  
30 無不合，上訴意旨仍執陳詞，指摘原判決此部分不當，求予  
31 廢棄改判，為無理由，應予駁回。

七、本件事證已臻明確，兩造其餘之攻擊防禦方法及所提證據，  
於判決結果不生影響，爰不一一論列，併此敘明。  
據上論結，本件上訴人之上訴為一部有理由，一部無理由，依民  
事訴訟法第450條、第449條第1項、第79條，判決如主文。

中 華 民 國 115 年 6 月 18 日  
民事第二庭審判長法官 廖曉萍  
法官 鍾志雄  
法官 林恒祺

以上正本係照原本作成。

本件不得上訴。

中 華 民 國 115 年 6 月 18 日  
書記官 陳雅君

附表：

| 編號 | 被上訴人住院期間                           | 被上訴人請求給付金額                                                                                                                                                                   | 上訴人已給付金額         |
|----|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 1  | 111年3月16日至同年5月18日期間，住院共計39天（日間病房）。 | 住院醫療保險金130,500元、住院醫療補助保險金58,500元。<br>計算式：<br>1. 住院醫療保險金：<br>①前30日×每日3,000元＝90,000元。<br>②9日（31日至39日）×每日4,500元＝40,500元。<br>2. 住院醫療補助保險金39日×1,500元＝58,500元。<br>3. 以上合計189,000元。 | 94,500元（給付住院21日） |
| 2  | 111年8月10日至同年                       | 住院醫療保險金274,                                                                                                                                                                  | 0元               |

|    |                                    |                                                                                                                                                                               |                  |
|----|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
|    | 12月6日期間，住院共計71天(日間病房)。             | 500元、住院醫療補助保險金106,500元。<br>計算式：<br>1. 住院醫療保險金：<br>①前30日×每日3,000元=90,000元。<br>②41日(31日至71日)×每日4,500元=184,500元。<br>2. 住院醫療補助保險金71日×1,500元=106,500元。<br>3. 以上合計381,000元          |                  |
| 3  | 112年7月14日至同年8月31日期間，住院共計49天(慢性病房)。 | 住院醫療保險金175,500元、住院醫療補助保險金73,500元。<br>計算式：<br>1. 住院醫療保險金：<br>①前30日×每日3,000元=90,000元。<br>②19日(31日至49日)×每日4,500元=85,500元。<br>2. 住院醫療補助保險金49日×1,500元=73,500元。<br>3. 以上合計249,000元。 | 63,000元(給付住院14日) |
| 總計 |                                    | 819,000元                                                                                                                                                                      | 157,500元         |

