

臺灣宜蘭地方法院民事判決

113年度保險字第3號

原告 張家綸

訴訟代理人 李寶連

被告 國泰人壽保險股份有限公司

法定代理人 熊明河

訴訟代理人 陳明緯

上列當事人間請求給付保險金事件，本院於民國114年7月31日言詞辯論終結，判決如下：

主 文

被告應給付原告新臺幣玖拾陸萬柒仟壹佰肆拾貳元，及其中新臺幣肆拾捌萬參仟陸佰貳拾伍元自民國一百一十二年九月一日起至清償日止，其餘新臺幣肆拾捌萬參仟伍佰壹拾柒元自民國一百一十三年二月十九日起至清償日止，按週年利率百分之十計算之利息。

訴訟費用由被告負擔。

事實及理由

壹、程序方面

按訴狀送達後，原告不得將原訴變更或追加他訴，但擴張或減縮應受判決事項之聲明者，不在此限，民事訴訟法第255條第1項第3款定有明文。原告起訴原聲明為：被告應給付原告新臺幣（下同）1,274,642元及利息百分之10等語（見本院卷第9頁）。嗣於民國114年7月31日言詞辯論期日變更聲明為：被告應給付原告967,142元，其中483,625元自112年9月1日起至清償日止，按年息百分之10計算之利息，其餘483,517元，自113年2月19日起至清償日止，按年息百分之10計算之利息（見本院卷第280頁），核屬減縮應受判決事項之聲明，合於前開規定，應予准許。

貳、實體方面

一、原告主張：原告為被告之被保險人，投保「國泰住院醫療終

01 身健康保險」，被保險人同一次住院治療在30日以內者，被  
02 告應按日給付2,000元住院醫療保險金，自31日起，被告應  
03 按日給付4,000元住院醫療保險金。原告因○○○○○○○  
04 症，分別於：(一)112年1月30日至112年8月1日(下稱系爭住院  
05 期間(一))，住院於臺北榮民總醫院蘇澳分院。(二)112年8月16  
06 日至113年1月19日(下稱系爭住院期間(二))，住院於臺北榮民  
07 總醫院蘇澳分院。被告應給付系爭住院期間(一)之住院醫療保  
08 險金合計556,000元，及應給付系爭住院期間(二)之住院醫療  
09 保險金合計568,000元，惟僅分別給付72,375元、84,483  
10 元。爰依保險契約之法律關係請求被告給付不足之住院醫療  
11 保險金，並依保險法第34條規定給付年息1分之遲延利息。  
12 並聲明：如變更後聲明所示。

13 二、被告則以：系爭住院期間(一)部分，原告於112年1月30日至急  
14 診病房住院，同年3月3日轉入慢性病房，並於同年8月1日出  
15 院，被告已給付112年1月30日至同年3月3日共33日之住院醫  
16 療保險金72,000元。系爭住院期間(二)部分，原告於112年8月  
17 16日至急診病房住院，同年9月20日轉入慢性病房，並於113  
18 年1月19日出院，被告已給付112年8月16日至同年9月20日共  
19 36日之住院醫療保險金84,000元。保險契約為最大善意契  
20 約，原告住院應符合「必須入住醫院」之要件，被告已就原  
21 告在急診病房治療期間給付保險金，惟原告轉入慢性病房  
22 後，依病歷所載，症狀穩定，尚可請假離院，住院之原因有  
23 部分亦係出於家屬工作因素不便照顧，非全然源於原告個人  
24 病情所需，難認有何繼續住院治療之必要等語。並聲明：原  
25 告之訴駁回。如受不利判決，願以中央政府建設公債供擔  
26 保，請准宣告免為假執行。

27 三、原告為被告之被保險人，向被告投保「國泰住院醫療終身健  
28 康保險」(下稱系爭保單)，而投保之「住院醫療保險金日  
29 額」為每日2,000元，原告於112年1月30日至112年8月1日之  
30 系爭住院期間(一)，及於112年8月16日至113年1月19日之系爭  
31 住院期間(二)，因○○○○○○○症入臺北榮民總醫院蘇澳分院

01 治療，被告僅給付原告於急診病房之住院醫療保險金，加計  
02 遲延利息後各給付72,375元、84,483元，未給付原告在慢性  
03 病房之住院醫療保險金等情，有國泰人壽保單、臺北榮民總  
04 醫院蘇澳分院診斷證明書、國泰人壽理賠給付明細為證(見  
05 本院卷第47至57、77至85、91至94頁)，且為兩造所不爭  
06 執，堪認屬實。

07 四、本件應審究者為原告於系爭住院期間(一)、(二)轉入慢性病房之  
08 住院治療，是否符合系爭保單第4條之「住院」定義？若  
09 是，則原告依系爭保單第11條約定，請求被告給付住院醫療  
10 保險金本息，有無理由？論述如下：

11 (一)按解釋契約應探求當事人立約時之真意，並通觀契約全文，  
12 斟酌訂立契約當時交易上之習慣等其他一切證據資料，本於  
13 經驗法則及誠信原則，從該意思表示所根基之原因事實、主  
14 要目的、經濟價值、社會客觀認知及當事人所欲表示之法律  
15 效果，作全盤之觀察，不得拘泥字面或截取書據中一、二  
16 語，任意推解。而保險制度係為分散風險，在對價衡平原則  
17 下、經保險主管機關核定之費率、保險條款作為保險契約內  
18 容銷售與被保險人，故大抵皆為定型化契約，其擬定復具有  
19 高度之技術性。是於保險契約之解釋，應本諸保險之本質及  
20 機能為探求，並注意誠信、公平原則之適用，倘有疑義時，  
21 始為有利於被保險人之解釋（最高法院102年度台上字第221  
22 1號民事判決意旨參照）。

23 (二)兩造系爭保單第4條關於「住院」之定義為：「係指被保險  
24 人因疾病或傷害，經醫師診斷，必須入住醫院診療時，經正  
25 式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者。」（見本院卷第  
26 77頁）。是被保險人須具備上開「經醫師診斷」、「必須入  
27 住醫院」、「正式辦理住院手續」並「確實在醫院接受診  
28 療」等要件，始符合系爭保單所稱「住院」之定義。本件原  
29 告因罹患○○○○○○○○症，於112年1月30日因情緒起伏且  
30 有○○○○，至臺北榮民總醫院蘇澳分院急診求診，經醫師  
31 評估後入急診病房住院治療，經調藥、護理治療、職能及心

01 理治療後，病況趨穩，於同年3月3日，經醫師評估轉慢性病房治療，並於同年8月1日出院；又於112年8月16日因未規則服藥，作息日夜顛倒，情緒起伏至臺北榮民總醫院蘇澳分院急診求診，經醫師評估後入急診病房住院治療，經藥物、心理及職能團體治療下，情緒平穩，於同年9月20日，經醫師評估轉慢性病房治療，並於113年1月19日出院等情，有臺北榮民總醫院蘇澳分院出院病歷摘要及護理部護理紀錄在卷為憑(見本院卷第143至169頁)；又本院檢附臺北榮民總醫院蘇澳分院病歷資料，函詢鑑定機關國立臺灣大學醫學院附設醫院，該院雖未受託鑑定，然函覆稱：○○科臨床評估內容眾多，包括病人之情感、行為、思考、驅力等等，病歷記載並不同於病人之全盤表現，○○疾病一般為多重病因之疾病，生物因素、心理因素和社會因素都在疾病的形成及演進裡有直接及交互的作用。每個人需要做鑑別診斷的期間不一，對於○○科治療內容亦有個別差異，實無法要求從未診治過該病人之醫師，單憑病歷記載即可判斷住院治療之必要性，更無從由其病歷與診斷事後回推預測應住院日數。至於○○○○○○○○症病人，准許入院治療之認定標準，由於每家醫院○○科病房治療模式並不一致，加上背景與社會支持系統之差異，仍應詢問原診治醫院與原診治醫師為宜。易言之，○○○○○○○○症之治癒可能性、治療時間，均因病患個體不同而有個別差異，倘若提早出院，症狀亦有惡化之可能等情，有國立臺灣大學醫學院附設醫院114年1月6日校附醫秘字第0000000000號函附受理院外機關鑑定案件回復意見表在卷為憑(見本院卷第192、194頁)。準此，原告所罹患之○○○○○○○○症，臨床需評估之內容眾多，病患是否需入院治療，亦須考量背景與社會支持系統之差異，無法單從病歷記載推定，原告既經醫師臨床診斷評估後，認其○○疾患

02  
03  
04  
05  
06  
07  
08  
09  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31

有住院之必要，因此先後入急診病房及慢性病房接受診療，自己符合系爭保單所稱「住院」之定義。被告執前揭護理紀錄辯稱原告於慢性病房住院期間並無必要等語，自難憑採。

01 (三)兩造系爭保單第11條約定：『被保險人於本契約有效期間內  
02 因疾病或傷害，而於醫院接受住院治療者，本公司按下列約  
03 定之一給付「住院醫療保險金」。一、被保險人同一次住院  
04 治療在30日以內者，本公司按被保險人投保之「住院醫療保  
05 險金日額」乘以被保險人實際住院日數，給付「住院醫療保  
06 險金」。二、被保險人同一次住院治療在31日以上者，則按  
07 下列二目計得金額之總和給付「住院醫療保險金」：1.前30  
08 日之部分係按前款約定方式計算。2.自第31日起，則按被保  
09 險人投保之「住院醫療保險金日額」的2倍乘以被保險人自  
10 第31日以後的實際住院日數。』（見本院卷第77頁）。查，  
11 原告系爭住院期間(一)即112年1月30日至112年8月1日，總計  
12 住院天數184日，依上開約定及原告投保之每日2,000元計  
13 之，系爭住院期間(一)之住院醫療保險金為676,000元〔計算  
14 式： $(2,000\text{元}\times 30\text{日})+(4,000\text{元}\times 154\text{日})=676,000\text{元}$ 〕，參  
15 以國泰人壽理賠給付明細，被告已給付72,000元(見本院卷  
16 第91頁)，尚應給付604,000元，故原告就系爭住院期間(一)之  
17 住院醫療保險金，請求被告給付483,625元，自屬有據。又  
18 原告系爭住院期間(二)即112年8月16日至113年1月19日，總計  
19 住院天數157日，住院醫療保險金為568,000元〔計算式：  
20  $(2,000\text{元}\times 30\text{日})+(4,000\text{元}\times 127\text{日})=568,000\text{元}$ 〕，參以國  
21 泰人壽理賠給付明細，被告已給付之84,000元(見本院卷第9  
22 3頁)，尚應給付484,000元，則原告就系爭住院期間(二)之住  
23 院醫療保險金，請求被告給付483,517元，自屬有據。

24 (四)末按保險人應於要保人或被保險人交齊證明文件後，於約定  
25 期限內給付賠償金額，無約定期限者，應於接到通知後15日  
26 內給付之；保險人因可歸責於自己之事由致未在前項規定期  
27 限內為給付者，應給付遲延利息年利1分，保險法第34條定  
28 有明文。經查，原告請求系爭住院期間(一)之住院醫療保險金  
29 部分，主張自112年9月1日起計算遲延利息；請求系爭住院  
30 期間(二)之住院醫療保險金部分，主張自113年2月19日起計算  
31 遲延利息，為被告所不爭執(見本院卷第229、280頁)，故原

01 告請求被告給付483,625元部分，自112年9月1日起至清償日  
02 止，請求被告給付483,517元部分，自113年2月19日至清償  
03 日止，按年息百分之10計算之利息，為有理由，應予准許。

04 五、綜上所述，原告依系爭保單之約定，請求被告給付967,142  
05 元，其中483,625元自112年9月1日起至清償日止，其餘483,  
06 517元自113年2月19日起至清償日止，均按年息百分之10計  
07 算之利息，為有理由，應予准許。

08 六、被告雖陳明願供擔保，聲請免為假執行，然因原告勝訴部分  
09 已逾50萬元，且原告未為假執行之聲請，故本院就原告勝訴  
10 部分不為准予假執行之諭知，被告聲請供擔保免為假執行，  
11 即無准許之必要，附此敘明。

12 七、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及所提證據，核  
13 與判決結果不生影響，爰不逐一論述，併此敘明。

14 八、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第78條。

15 中 華 民 國 114 年 8 月 21 日  
16 民事庭法 官 高羽慧

17 以上正本係照原本作成。

18 如對本判決上訴，須於判決送達後二十日之不變期間內，向本院  
19 提出上訴狀（應附繕本）。

20 如委任律師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

21 中 華 民 國 114 年 8 月 21 日  
22 書記官 林欣宜