

臺灣高雄地方法院民事判決

112年度保險字第16號

原告 余菲秣

訴訟代理人 蔡弘琳律師

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 葉張基律師

林韋甫律師

上列當事人間請求給付保險金事件，本院於中華民國113年12月19日言詞辯論終結，判決如下：

主 文

被告應給付原告新台幣捌拾參萬零貳佰元，及自民國一百一十二年五月十八日起至清償日止，按年息百分之五計算之利息。

本判決第一項於原告以新台幣貳拾柒萬陸仟元為被告預供擔保後，得假執行。但被告以新台幣捌拾參萬零貳佰元為原告預供擔保，得免假執行。

訴訟費用由被告負擔百分六十五，餘由原告負擔。

原告其餘之訴及假執行之請求均駁回。

事實及理由

壹、程序事項：

一、按當事人得以合意定第一審管轄法院，但以關於由一定法律關係而生之訴訟為限，民事訴訟法第24條第1項定有明文。本件原告係依其與被告簽立之保險契約，訴請被告給付保險金，而依兩造簽立之各保險契約附約條款第24條、第26條、第24條(審保險卷第63、70、78頁)，均記載：「本附約涉訟時，約定以要保人住所所在地地方法院為管轄法院」。本件

01 原告住所地為高雄市鼓山區，復無專屬管轄之情形，本院自
02 有管轄權，合先敘明。

03 二、次按訴狀送達後，原告不得將原訴變更或追加他訴。但擴張
04 或減縮應受判決事項之聲明者，不在此限。民事訴訟法第25
05 5條第1項第3款定有明文。本件原告起訴原聲明：(一)被告應
06 給付原告新台幣(下同)1,271,200元，及自民國112年5月18
07 日起至清償日止，按年利1分計算之利息。(二)願供擔保請准
08 宣告假執行。嗣於113年5月9日審理，減縮金額為「被告應
09 給付原告933,100元…」(保險卷第93頁)，核屬基於同一
10 原因事實，而減縮應受判決事項之聲明，依上開規定，應予
11 准許。

12 貳、實體部分：

13 一、原告主張：

14 (一)原告於86年12月24日向被告投保A保約，加保A附約，經被告
15 承保保額計畫一，保障期至75歲(原告00年0月0日生，保險
16 期間至137年9月6日期滿)。嗣原告於89年12月31日再投保B
17 保約，加保B1附約、B2附約，經被告承保，其中B1附約保額
18 新臺幣(下同)2,000元，保障期終身；B2附約保額1,000元，
19 保障期亦至75歲(即保險期間至137年9月6日期滿)，各該
20 附約效力仍存續中。

21 (二)原告經醫師診斷罹患嚴重型憂鬱症，依醫囑自111年10月18
22 日起至112年4月28日止，在國軍高雄總醫院附設民眾診療服
23 務處(下稱國高總)日間病房住院接受復健治療。原告出院
24 後即於112年5月3日依系爭附約約定承保之保險事故向被告
25 申請各項住院、出院療養保險金給付。詎被告僅就其中自11
26 1年10月18日起至111年11月30日，共32日(扣除請假日數)住
27 院部分核賠；其中自111年12月1日起至112年4月28日止，共
28 148日(扣除請假日數)住院部分，則認依原告病症應改以透
29 過門診方式治療即可而拒絕理賠。

30 (三)系爭附約約定之相關保險事故、保險種類及保險金計算等內
31 容如附表1所示，原告得請求被告給付保險金如附表2所示，

01 共計1,271,200元。原告於112年5月3日交齊文件向被告申請
02 給付保險金，詎被告藉詞拒絕核賠，屬可歸責被告之事由，
03 依法應自112年5月18日起以年利1分計算遲延利息。為此，
04 爰依A附約第12條、第13條、B1附約第12條、第17條、B2附
05 約第11條、第13條約定、保險法第34條規定聲明：(1)被告應
06 給付原告1,271,200元，並自112年5月18日起至清償日止，
07 按年利1分計算之利息。(2)願供擔保，請准宣告假執行。

08 二、被告則以：

09 (一)兩造分別於86年12月24日成立A保約、A附約、於89年12月31
10 日成立B保約、B1附約、B2附約。原告自105年8月1日起至11
11 2年4月8日間陸續因憂鬱症日間住院治療，並申請被告給付
12 保險金如附表3所示。系爭附約約定如附表1「被告答辯」欄
13 所示。「住院」定義中所謂「經醫師診斷其疾病或傷害必須
14 入住醫院」，應以具有相同專業醫師於相同情形通常會診斷
15 具有住院之必要性始屬之。原告如無「必須入住醫院診療」
16 之情事，縱經正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療，仍
17 不符合請領保險給付之要件。原告附表3編號3期間之住院，
18 不符合系爭附約所約定之「住院」，顯無住院必要性，理由
19 如附表3編號3「被告主張」欄所示，被告無給付原告該住院
20 期間保險金之義務，業已拒絕原告之理賠申請在案。縱認原
21 告請求被告給付保險金有理由，惟原告得請求之保險金如附
22 表2「被告答辯」欄所示，合計933,100元。

23 (二)依據鑑定報告書認定之住院必要期間，自111年10月18日
24 起，以四個月即120日計算，本案必要住院日數為88日（1
25 11

26 年10月18日至11月30日已住院32日），原告所得請求之金額
27 說明如下：(1)安心醫療保險附約（RSI）一計畫共計319,200
28 元：住院醫療日額保險金：28x1,200x2+30x1,200x3+30x1,2
29 00x4=319,200（接續111年10月18日至11月30日之住院，因
30 此111年12月1日為第33日住院，必要住院為88日，依據②附
31 約，日額為1,200元，住院31~60天為日額2倍、61~90天為

01 日額3倍91~180天為日額4倍)。(2)遠雄人壽綜合住院醫療
02 日額給付保險附約(RHL)，共計189,000元：1.住院醫療日
03 額保險金1,000元X88日=88,000元。2.住院醫療加倍給付保
04 險金1,000元X60=60,000元(住院超過60日以上加1倍，接續
05 前次住院32日，第61日開始計算，加倍期間為60日)。3.出
06 院療養保險金1,000元x1/2x82天=41,000元(每次住院給付
07 上限為60日，111年給付22天，112年給付60天，共給付82
08 天)(註：因RHL屬一年期商品條款從新從優原則，目前契
09 約第十三條約定同一保單年度同一次住院最高日數以六十日
10 為限)。(3)雄溫馨終身醫療日額保險附約(RHM)共計322,0
11 00元：1.住院醫療保險金：2,000元x1.5x88=264,000元(住
12 院期間31至180日，以日額的1.5倍乘以住院日數，接續前次
13 住院32日)。2.出院療養保險金：1,000元x58=58,000元(同
14 一次住院以90日為限，以日額的50%乘以住院日數，接續前
15 次住院32日，得計算本項之日數為58日)。(4)經法院送國立
16 成功大學醫學院附設醫院(下稱成大醫院)鑑定後，如本院
17 認原告之請求有理由，上開3項目之正確保險金額為830,200
18 元(計算式：319,200+189,000+322,000=830,200)。是原告
19 之訴為無理由等語置辯，並聲明：原告之訴駁回；如受不利
20 判決，願供擔保請准免假執行。

21 三、兩造不爭執事項：(保險卷第34頁)

22 (一)兩造分別於86年12月24日成立A保約、A附約，於89年12月31
23 日成立B保約、B1附約、B2附約。

24 (二)原告經醫師診斷罹患嚴重型憂鬱症，至110年10月18日起至
25 111年11月30日止在國高總日間住院接受復健治療，共計32
26 日，被告已於111年12月5日給付原告保險金18萬6800元。

27 (三)原告至111年12月1日起至112年4月28日止，在國高總日
28 間住院接受復健治療，於112年5月3日交齊文件請被告給付
29 保險金，至112年5月18日起算延遲利息，被告於112年6月16
30 日以遠壽理賠字第112014921號函拒絕理賠。

31 四、兩造爭點：

01 (一)原告自111年12月1日起至112年4月28日止住院，有無住院必
02 要？是否符合系爭附約約定之住院、給付保險金的要件？

03 (二)原告依A附約第12、13條、B1附約第12、17條、B2附約第1
04 1、13條約定，保險法第34條規定，請求被告給付保險金127
05 萬1200元，有無理由？

06 (三)原告自111年12月1日起至112年4月28日止住院，住院的天數
07 為148天或被告主張之98.5天？

08 五、本院得心證之理由：

09 (一)原告自111年12月1日起至112年4月28日止住院，有無住院
10 之必要？是否符合系爭附約約定之住院、給付保險金的要
11 件？

12 按兩造分別於86年12月24日成立A保約、A附約，於89年12
13 月31日成立B保約、B1附約、B2附約。且原告經醫師診斷罹
14 患嚴重型憂鬱症，至110年10月18日起至111年11月30日止在
15 國高總日間住院接受復健治療，共計32日，被告已於111年1
16 2月5日給付原告保險金18萬6800元等情，兩造均無爭執。關
17 於原告就附表3編號3之住院期間（自111年12月1日起至112
18 年4月28日止）有無住院必要，被告雖以附表3編號3「被告
19 主張」欄所示，不符合系爭附約所約定之「住院」，顯無住
20 院必要性云云。經查，本件經調取國高總提供原告日間病房
21 出席暨職能評估紀錄表、出院病歷摘要、焦點護理紀錄作業
22 等資料（保險卷第51至70頁），被告亦無爭執（保險卷第94
23 頁）；經送請成大醫院鑑定報告認為：考量原告111年10月1
24 8日於國高總日間病房住院前，因壓力事件引發情緒不穩及
25 自殺意念，且具有生活作息紊亂、藥物遵囑性不佳、壓力情
26 緒調適技巧薄弱及因應技巧不良等不利病情穩定之因子，此
27 時若原診治醫師考量持續以門診追蹤不安全（自殺風險高）
28 或治療效果不佳（個案服藥不規則、作息紊亂，無法受益於
29 門診低密集度之治療），安排短期於日間病房住院，有機會
30 透過規則出席日間病房復健活動，藉由藥物、心理及職能治
31 療，改善個案日夜節律、藥物管理技巧及情緒壓力因應技

01 巧，進而穩定病情，此確為合理之處遇計畫，故認定確實具
02 有住院治療之必要性。（保險卷第190頁）。而上開鑑定結
03 果，係教育部立成大醫院所出具專業性、科學性之鑑定意
04 見，堪以採信。可見，對於原告所罹患上開病情，國高總認
05 定確有住院治療之必要性一節，堪以採信。被告所辯，即無
06 可採。從而，被告於原告在該住院合理期間，即有給付原告
07 保險金之義務。

08 (二)原告自111年12月1日起至112年4月28日止住院，住院的天
09 數為148天或被告主張98.5天？

10 關於本件原告於國高總日間病房住院接受復健治療，而被告
11 僅就其中自111年10月18日起至111年11月30日，共32日住院
12 部分核賠；但自111年12月1日起至112年4月28日止，共148
13 日(扣除請假日數)住院部分，認依原告病症應改以透過門診
14 方式治療即可而拒絕理賠云云。惟查，經成大醫院鑑定報告
15 認為：臨床處置原則、安排住院治療之考量，以及短期住院
16 治療在整體治療計畫扮演的角色，應適用於多數提供「一般
17 精神科」服務之醫療機構，包含台灣多數院所之急性病房及
18 日間病房（國高總日間病房亦應屬此類）。此類「一般精神
19 科」急性或日間病房軟硬體設置，均專精於服務慢性精神疾
20 病患者，難以提供長期處遇邊緣型人格障礙症所需之大量人
21 力及心理治療資源。且鑑定團隊綜合審酌原告於國高總之病
22 歷紀錄、國內通常情況之日間病房設置，以及上述積極考量
23 住院治療利弊儘速銜接門診追蹤之處置原則，認為原告於入
24 院後，自殺風險已降低，可配合規則出席日間病房復健活動
25 及規則服用藥物，醫療團隊應於初步穩定原告病況後，積極
26 為原告的出院計畫做準備，避免且控管長期住院對於病情之
27 不利影響，處理分離議題並為轉換至低密集度治療場域（例
28 如：社區復健中心、門診等）做準備。依照臨床經驗，上述
29 歷程大約需時三至四個月，故認定原告於國高總日間病房住
30 院之合理區間為不超過四個月等情（保險卷第191頁）。兩
31 造對於成大醫院鑑定意見，均表示無意見（保險卷第208

01 頁)，從而，本院依鑑定意見認定原告合理住院期間為4個
02 月，堪以採信。

03 (三)原告依A附約第12、13條、B1附約第12、17條、B2附約第1

04 1、13條約定，保險法第34條規定，請求被告給付保險金12
05 7萬1200元，有無理由？

06 1.本件經送成大醫院鑑定後，被告稱如本院認原告之請求有
07 理由，上開3項目之正確保險金額，應為83萬200元(計算
08 式：319,200+189,000+322,000=830,200)，原告亦稱如
09 合理住院期間4個月，對此金額無意見(保險卷第202、20
10 9頁)。是二造均認合理住院4個月期間之保險金額，為83
11 萬200元。

12 2.按保險人應於要保人或被保險人交齊文件後，於約定期限
13 內給付賠償金額。無約定期限者，應於接到通知後15日內
14 給付之。保險人因可歸責於自己之事由致未在前項規定期
15 限內為給付者，應給付遲延利息1分。保險法第34條定有
16 明文。本件原告於112年5月3日通知，被告亦無否認(審
17 保險卷第95頁)，從而，向被告既已經備齊文件向被告申
18 請給付保險金，被告拒絕核賠，屬可歸責被告之事由，依
19 法應自112年5月18日起以年利1分計算遲延利息。是本件
20 原告依保險契約請求被告給付保險金額83萬200元，及自1
21 12年5月18日起按年息10%計算之利息，核屬有據。

22 六、綜上所述，原告依依A附約第12、13條、B1附約第12、17

23 條、B2附約第11、13條約定，保險法第34條規定，請求被告
24 給付保險金83萬200元，及自112年5月18日起，至清償日
25 止，按年息10%計算之利息，為有理由，應予准許；逾此部
26 分之請求，為無理由，應予駁回。又原告陳明願供擔保請准
27 宣告假執行，經核無不合，爰酌定相當擔保金額准許之，並
28 依被告聲請宣告被告預供擔保，得免為假執行。至原告其餘
29 之訴為無理由，其假執行之請求亦失所附麗，併應駁回。

30 七、本件事證已臻明確，兩造其餘主張及舉證，核與本件判決結
31 果無影響，爰不再予斟酌，併此敘明。

01 八、據上論結，本件原告之訴，為一部有理由，一部無理由，依
02 民事訴訟法第79條，判決如主文。

03 中 華 民 國 114 年 1 月 16 日
04 民事第三庭 法 官 李昆南

05 以上正本係照原本作成。

06 如對本判決上訴，須於判決送達後20日內向本院提出上訴狀。如
07 委任律師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

08 中 華 民 國 114 年 1 月 16 日
09 書記官 吳綵蓁

10 附表1：
11

編號	保約名稱	原告主張	證據	被告答辯	證據
1.	A附約	A附約第4條名詞定義所稱之「疾病」，係指被保險人自本附約生效日或復效日起持續30日以後所開始發生的疾病；所稱「住院」係指被保險人因疾病或傷害，經醫師診斷，必須入住醫院診療一時，經正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者；第11條保險範圍，係指被保險人於本附約有效期間內因第4條約定之疾病或傷害而以全民健康保險（下稱健保）保險對象身份住院診療時，本公司按被保險人住院期間內所發生，且依健保規定其保險對象應自行負擔及不屬健保給付範圍之各項費用，按第12條醫療費用保險金或第13條住院醫療日額保險金其中之一條，依其投保單位給付保險金；第13條住院醫療日額保險金的給付約定，係指被保險人因第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。住院日數31至60日者，超過30日的部份，其「住院醫療日額保險金」增為附表1所列金額的2倍。住院日數61至90	原證4。	A附約第11條第1項約定：「被保險人於本附約有效期間內，因疾病或傷害，或因而所引起之併發症，經醫師或醫院診斷確定必須住院醫療時，本公司自其住院之日起至出院之日止，在『同一事故』視被保險人是否具有醫療費用收據正本及明細表，按下列兩種方式（甲、乙）其中之一，依其投保單位給付保險金。」。	被證1。

		日者，超過60日的部份，其「住院醫療日額保險金」增為附表1所列金額的3倍。住院日數91至180日者，超過90日的部份，其「住院醫療日額保險金」增為附表1所列金額的4倍。			
2.	B1 附 約	B1附約第2條名詞定義所稱之「疾病」，係指被保險人自本附約生效日(或復效日)起所發生之疾病；所稱之「住院」係指被保險人因疾病或傷害，經醫師診斷，必須住醫院診療時，經正式辦理住院手續並確實在醫院接受治療者；另第3條保險範圍，係指被保險人於本附約有效期間內因第2條約定之疾病或傷害住院診療時，本公司依以被保險人投保的「住院醫療保險金日額」為準，依照本附約約定給付各項醫療保險金；第12條住院醫療保險金，係指被保險人於本附約有效期間內因疾病或傷害，經醫院診斷必須且經住院治療時，本公司按下列約定之一給付「住院醫療保險金」：一、被保險人同一次住院治療在30日以內者，本公司按被保險人投保之「住院醫療保險金額日額」，乘以被保險人實際住院日數，給付「住院療養醫療保險金」。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日之部分係按第一款約定方式計算。(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；第17條出院療養保險金，係指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，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」。被保險人同一次住院「出院療養保險金」合計給付最高以90日為限。	原 證 5。	B1附約第2條第6項約定：「本附約所稱『住院』係指被保險人因疾病或傷害，經醫師診斷，必須住醫院診療時，經正式辦理住院手續並確實在醫院接受治療者。」；第3條約定：「被保險人於本附約有效期間內因第2條約定之疾病或傷害住院診療時，本公司以被保險人投保的『住院醫療保險金日額』為準，依照本附約約定給付各項醫療保險金。」。	被 證 2。
3.	B2 附 約	B2附約遠雄綜合住院醫療日額給付保險附約部分：按遠雄綜合住院醫療日額給付保險附約第2條名詞定義所稱之「疾病」，	原 證 6。	B2附約第2條第5項約定：「本附約所稱「住院」係指被保險	被 證 2。

01

	<p>係指被保險人於本附約生效日起持續有效30日後所開始發生之疾病；所稱之「住院」，係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；另第3條保險範圍，係指被保險人於本附約有效期間內因第2條約定之疾病或傷害住院診療時，本公司依本附約約定給付保險金；第11條住院醫療日額保險金的給付，係指被保險人於本附約有效期間內因疾病或傷害，經醫院診斷確定必須且經住院治療時，本公司自被保險人住院治療之日起按其投保之「住院醫療保險金日額」乘以實際住院醫療日數(含出院及入院當日)給付「住院醫療日額保險金」；若住院日數超過60日以上者，超過日數加1倍給付；但每次住院給付日數最長以180日為限；第13條出院後療養保險金的給付，係指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，按其實際住院日數乘以「住院醫療保險金日額」的二分之一計算所得之金額，給付「出院後療養保險金」；但每次給付日數最長以60日為限。</p>	<p>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。」；第3條約定：「被保險人於本附約有效期間內因第2條約定之疾病或傷害住院診療時，本公司依本附約約定給付保險金。」</p>
--	---	--

02
03

附表2：

編號	保約	項目、金額(新臺幣)	原告主張	被告答辯
1	A 附約 (RS I)	住院療養日額保險金 607,200 元	<p>1. 依A附約計劃一為例，每日住院醫療日額保險金，依住院日數長短，每日1,200元、2,400元、3,600元及4,400元不等。</p> <p>2. 原告住院日數180日，其中111年1月30日前，共住院32日部分已經被告核賠不再計算，爰就自111年12月1日起至112年4月28日止，即第33日至第60日、第61日至第90日、第91日至第180日，共148日分別計算保險金如下：</p>	<p>1. 爭執。</p> <p>2. 主張：</p> <p>(1) 被告無給付保險金義務。</p> <p>(2) 縱認原告請求有理由，惟原告得請求之住院醫療日額保險金為369,600元：</p> <p>① 依A附約一計畫，日額為1,200元，住院第31日至第60日為日額2倍、第61</p>

			<p>(1)111年12月1日起至111年12月28日止，即住院第33日至第60日，共28日部分，合計67,200元： 住院醫療日額保險金提高至2倍即每日2,400元，共計67,200元(計算式：2,400元/日×28日=67,200元)。</p> <p>(2)111年12月29日起至112年1月27日止，即住院第61日至第90日，共30日部分，合計108,000元： 住院醫療日額保險金提高至3倍即每日3,600元，共計108,000元(計算式：3,600元/日×30日=108,000元)。</p> <p>(3)112年1月28日起至112年4月28日止(請假1日)，即住院第91日至第180日，共90日部分，合計432,000元： 住院日額醫療保險金提高至4倍即每日計4,800元，共432,000元(計算式：4,800元/日×90日=432,000元)。</p> <p>(4)以上合計607,200元(計算式：67,200元+108,000元+432,000元=607,200元)。</p>	<p>日至第90日為日額3倍，第91日至第180日為日額4倍。</p> <p>②接續111年10月18日至11月30日之住院，因此111年12月1日為第33日住院，實際住院98.5日。</p> <p>③原告得請求被告給付住院醫療日額保險金為369,600元〈計算式：(1,200元/日×28日×2倍)+(1,200元/日×30日×3倍)+(1,200元/日×40.5日×4倍)=369,600元〉。</p>
2	B1附約 (RH M)	住院療養保險金 444,000元	<p>1. 依B1附約，住院醫療保險金，以原告投保金額2,000元為例，住院療養保險金依住院日數長短，每日2,000元、3,000元不等。</p> <p>2. 原告住院日數180日，其中111年1月30日前，共住院32日部分，業經被告核賠不再計算，爰就自112年12月1日起至112年4月28日止，即第33日至第180日，共148日，以每日3,000元計，合計444,000元(計算式：3,000元/日×148日=444,000元)。</p>	<p>1. 爭執。</p> <p>2. 主張：</p> <p>(1)被告無給付保險金義務。</p> <p>(2)縱認原告請求有理由，惟原告得請求之住院醫療保險金為295,500元：</p> <p>①住院期間第31日至第180日，以日額的1.5倍乘以住院日數，接續前次住院32日共計98.5日。</p> <p>②原告得請求住院醫療保險金為295,500元(計算式：2,000元/日×1.5倍×98.5日=295,500元)。</p>

3	B1附約 (RH M)	出院醫療保險金 58,000元	<p>1. 依B1附約出院醫療保險金，以原告投保2,000元為例，出院療養保險金每日1,000元；同一次住院以90日為限。</p> <p>2. 原告住院日數180日，其中111年1月30日前，住院32日部分，業經被告核賠不再計算，另以90日為上限。爰就自111年12月1日起至112年1月27日止(即住院第33日至第90日)，共住院58日，以每日1,000元計，合計58,000元(計算式：$1,000\text{元}/\text{日} \times 58\text{日} = 58,000\text{元}$)。</p>	<p>1. 爭執。</p> <p>2. 主張：</p> <p>(1) 被告無給付保險金義務。</p> <p>(2) 縱認原告請求有理由，惟原告得請求之出院醫療保險金為58,000元：</p> <p>① 同一次住院以90日為限，以日額的50%乘以住院日數，接續前次住院32日，得計算本項之日數為58日。</p> <p>② 原告得請求被告給付出院療養保險金為58,000元(計算式：$2,000\text{元}/\text{日} \times 50\% \times 58\text{日} = 58,000\text{元}$)。</p>
4	B2附約 (RH L)	住院醫療日額保險金 148,000元	<p>1. 依B2附約，住院醫療日額保險金，以原告投保1,000元為例，住院療養保險金每日1,000元。</p> <p>2. 原告住院日數180日，其中111年1月30日前，共住院32日部分，業經被告核賠不再計算，爰就自111年12月1日起至112年4月28日止，即第33日至第180日，共148日，以每日1,000元計，合計148,000元(計算式：$1,000\text{元}/\text{日} \times 148\text{日} = 148,000\text{元}$)。</p>	<p>1. 爭執。</p> <p>2. 主張：</p> <p>(1) 被告無給付保險金義務。</p> <p>(2) 縱認原告請求有理由，惟原告得請求之住院醫療保險金為98,500元、住院醫療加倍給付保險金為70,500元：</p> <p>① 日額1,000元，住院超過60日以上加1倍，接續前次住院32日，第61日開始計算，加倍期間為70.5日。</p> <p>② 原告得請求住院醫療日額保險金為98,500元(計算式：$1,000\text{元}/\text{日} \times 98.5\text{日} = 98,500\text{元}$)。</p> <p>③ 原告得請求住院醫療加倍給付保險金為70,500元(計算式：$1,000\text{元}/\text{日} \times 70.5\text{日} = 70,500\text{元}$)。</p>
5	B2附	出院療養	1. 依B2附約，出院療養金，以原告	1. 爭執。

	約 (RHL)	保險金 14,000元	<p>投保1,000元為例，出院療養保險金每日500元；同一次住院以60日為限。</p> <p>2. 原告住院日數180日，其中111年1月30日前，共住院32日部分，業經被告核賠不再計算；另以60日為上限，爰就自111年12月1日起至111年12月28日止（即第33天至第60日），共28日，以每日500元計，合計14,000元(計算式：500元/日×28日=14,000元)。</p>	<p>2. 主張：</p> <p>(1) 被告無給付保險金義務。</p> <p>(2) 縱認原告請求有理由，惟原告得請求之住院療養保險金為41,000元：</p> <p>① 每次住院給付上限為60日，111年給付22日，112年給付60日，共給付82日。(註：因RHL屬一年期商品條款從新從優原則，目前契約第13條約定同一保單年度同一次住院最高日數以60日為限)。</p> <p>② 原告得請求被告給付出院療養保險金為41,000元(計算式：1,000元/日×1/2×82日=41,000元)。</p>
總計		1,271,200元		933,100元