臺灣新北地方法院民事判決

110年度保險簡上字第1號

上　訴　人　南山人壽保險股份有限公司

000000000000000000

法定代理人　陳棠

訴訟代理人　江宇鈞律師

　　曾允君律師

被上訴人　　王聖翔

訴訟代理人　陳俊翔律師

　　吳益群律師

　　黃仕翰律師

上 1 人 之

複代理人　　簡羽萱律師

　　張家和律師

上列當事人間請求給付保險金事件，上訴人對於中華民國109年11月10日本院三重簡易庭109年度重保險簡字第2號第一審判決提起上訴，經本院於111年5月9日言詞辯論終結，判決如下：

主　文

上訴駁回。

第二審訴訟費用由上訴人負擔。

事實及理由

一、被上訴人起訴主張：被上訴人於民國107年4月25日與上訴人簽訂「南山人壽全心守護醫療終身保險契約」（保單號碼：Z000000000，下稱系爭保險契約），內容除主約外，尚包含南山人壽住院費用給付保險附約（下稱住院費用附約）、南山人壽住院費用給付保險附約居家療養附加條款（下稱居家療養附約），被上訴人於107年5月17日向上訴人申請加保住院費用附約、居家療養附約南山人壽呵護人生長期照顧健康保險附約，並於同日生效，主約保險投保單位為1單位、住院費用附約及居家療養附約保險金額各為新臺幣（下同）2,000元。嗣上訴人多次因病分別至醫院就診，並經主治醫

師認定需住院治療，住院時間及病因如原審附表編號一至六「病因」、「住院期間」、「醫院」欄位所示，依照系爭保險契約第2條第14項、住院費用附約第2條第9項、第14條第1項第1款、居家療養附約第4條第1項第2款約定，被上訴人應給付上訴人總計住院104日、每日5,000元（計算式：系爭保險契約1,000元+住院費用附約2,000元+居家療養附約2,000元＝5,000元）計算，共計52萬元保險金予上訴人。詎上訴人竟以參酌一般醫學常規及臨床實務等理由，斷然認定上訴人逾26日住院部分無住院必要性，僅分別給付原審附表「已付之保險金」欄位所示保險金共計13萬元，顯有違契約文義與保險法第54條第2項之規定，恐有不當限縮其保險範圍，逃避應負契約責任，獲取不當之保險費利益之虞，更有違保險制度之本質，上訴人自得依系爭保險契約第8條、住院費用附約第14條第1項第1款、居家療養附約第4條第1項第2款約定及保險法第34條第1項、第2項規定，請求被上訴人給付原審附表「未給付之保險金」欄位所示差額保險金共計39萬元及遲延利息等語。

二、上訴人則以：「住院必要性」與否應以具有相同專業醫師相同情形通常會診斷具有住院之必要性為標準，不應僅以被保險人及其實際治療醫師主觀認定為準，否則難謂與最大善意及誠信契約原則相符，並恐損及危險共同團體成員之利益。綜觀被上訴人住院期間多呈現無主訴不適、生命徵象穩定、呼吸平順、呼吸無異音、血氧濃度正常，且未見有其他積極性治療，住院期間所作檢查皆以門診即可為之，未達衛生福利部中央健康保險署就相關疾病之住院審查規定標準，而無住院必要，被上訴人於原審附表編號四住院期間內更有未按醫囑吸食氣喘藥等消極不作為情事等，似為藉以延長住院天數之舉動，上訴人所為有違常理。上訴人業依「相同專業醫師於相同情形通常會診斷具有住院之必要性」之標準，以合理住院天數給付被上訴人應得之保險金，上訴人其餘住院天數均未具備住院必要性，上訴人自無給付義務，況原審附表

編號二、三之住院是否具必要性，更經財團法人金融消費評議中心（下稱評議中心）會同第三方醫務意見後，明確否定上訴人已給付天數以外之住院天數具必要性，足證上訴人所為給付實屬適法且妥適等語，資為抗辯。

三、被上訴人於原審聲明：上訴人應給付被上訴人39萬元，及分別按原審附表「未給付之保險金」欄位所示金額，各自如該附表「利息起算日」欄位所載日期起算，均至清償日止，按年息10%計算之利息。原審為被上訴人全部勝訴之判決，上訴人不服提起上訴，並聲明：㈠原判決廢棄。㈡被上訴人在第一審之訴駁回。被上訴人則於本院聲明：上訴駁回。

四、本院之判斷：

被上訴人主張其因疾病而有如原審附表編號一至六所示住院，上訴人應按被上訴人住院日數計算給付保險金，上訴人卻僅給付部分保險金，被上訴人自得就差額部分請求上訴人如數給付等語，上訴人固坦承並未依照被上訴人實際住院日數計算給付保險金，然就其應否給付差額部分保險金予被上訴人，則以前揭情詞置辯。是本件兩造爭執所在厥為：㈠被上訴人如原審附表編號一至六所示住院，是否符合系爭保險契約、住院費用附約及居家療養附約所稱之「住院」？㈡被上訴人得否請求上訴人給付差額之保險金？經查：

㈠被上訴人是否符合兩造契約所稱「住院」部分：

1.兩造於系爭保險契約第2條第14款約定：「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。但不包含全民健康保險法第五十一條所稱之日間住院及精神衛生法第三十五條所稱之日間留院。」、住院費用附約第2條第9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。但不包含全民健康保險法第五十一條所稱之日間住院及精神衛生法第三十五條所稱之日間留院。」、居家療養附約第4條第1項約定：「被保險人於本附加條款有

效期間內，因『疾病』或『傷害』經『醫師』診斷必須『住院』診療，且已『住院』診療時，其出院後，本公司依下列約定，給付『居家療養保險金』…」，有被上訴人提出系爭保險契約、住院費用附約及居家療養附約各1份在卷可稽（見原審卷第50頁、第141頁、第151頁）。是以，被上訴人經其診療醫師診斷其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者，應即符合兩造約定所稱之「住院」。

2.上訴人雖稱前開契約關於「經醫師診斷，必須入住醫院診療」，解釋上不應僅以診療醫師認定有住院必要性即屬之，而應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者始屬之云云。惟按探求契約當事人之真意，應通觀契約全文，依誠信原則，從契約之主要目的及經濟價值等作全盤之觀察，若契約文字，有辭句模糊，或文意模稜兩可時，固不得拘泥於所用之辭句，但解釋之際，並非必須捨辭句而他求，倘契約文字業已表示當事人真意，無須別事探求者，即不能反捨契約文字更為曲解（最高法院86年度台上字第3042號判決意旨參照）。兩造間契約係表明「住院」之定義乃「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」，而被上訴人僅有經其「診療醫師」診斷必須入住醫院，方可能辦理住院手續並在醫院接受診療，尚無可能經由其他具有相同專業卻「非」實際診療被上訴人之醫師判斷有住院必要性，即可辦理住院手續並在醫院接受診療，故兩造契約所稱「住院必要性」乃指實際診療被上訴人之醫師判斷，應屬明確，上訴人解釋為「具相同專業醫師」之判斷，除與契約文義顯然不符外，該「具相同專業醫師」究指何人亦非具體特定，反而導致被上訴人需自行承擔不同醫師間判斷差異之風險，而與醫療保險乃為減輕消費者因住院衍生醫療費用負擔之目的、經濟價值均有所違背，仍非符合兩造契約真意之契約解釋，而無可採。

3.上訴人雖主張原審附表編號二、三之住院經評議中心參酌專業顧問意見後，明確表示至多以住院3至4天始具必要性，上訴人已給付7天，被上訴人就超過7天部分之保險金請求並無所據云云，並提出評議中心108年評字第1682號評議書在卷可稽（見原審卷第325頁至第329頁）。然觀諸該評議書最後教示欄記載「申請人如不接受本評議決定，得另循民事法律救濟途徑解決」，可知評議中心對兩造所涉本件糾紛之評議，並無拘束法院之效力，且觀諸評議書內容可知評議中心係諮詢其「醫療專業顧問」而認定前開住院各僅於3至4天內始具有必要性，該醫療專業顧問是否為上訴人所稱「具相同專業醫師」已屬有疑，況評議中心認定具有住院必要性之天數各3至4天，亦與上訴人自行核定具有住院必要性之天數各7日有明顯落差，可見縱使「相同專業醫師」對相同住院事實之住院必要性判斷亦非一致，依上訴人解釋之實務操作結果，仍將導致住院必要性之認定操之於上訴人事後委請所謂「相同專業醫師」之主觀判斷，終究無法達到上訴人所稱「相同專業醫師於相同情形『通常』會診斷具有住院之必要性」之客觀一致性結果，故仍難憑前開評議書而為有利於上訴人之認定。

4.上訴人固然主張依照被上訴人之病歷記載，被上訴人住院期間多呈現無主訴不適、生命徵象穩定，且未見有積極治療，所作檢查或治療皆屬於門診即可進行，甚至有被上訴人未依照醫囑吸用氣喘藥之消極不作為情事，似為藉以延長住院天數，上訴人為避免道德危險發生而有害危險共同團體成員之利益，就住院必要性之解釋以「具有相同專業醫師於相同情形通常會診斷有住院之必要性者」，並未逾越兩造契約解釋原則，亦符保險契約之本質，上訴人委請晉揚保險公證有限公司（下稱晉揚保險公證公司）出具之報告書亦認定被上訴人多數住院期間顯不具必要性，且上訴人實際支付26日保險金予被上訴人，與臺大醫院鑑定結論認定住院總日數26日相同，上訴人就住院必要性之判斷應與一般醫療常規及臨床實

務經驗精準切合云云，並有晉揚保險公證公司公證書、臺大醫院鑑定意見在卷可憑（見本院卷第257頁至第276頁、第309頁）。然前開公證書檢附諮詢外部醫師意見，其中1位醫師表示被上訴人均尚未達住院之標準（見本院卷第265頁），另1位醫師則表示原審附表編號一至六之合理住院日數為5、5、5、5、3、1日（見本院卷第267頁），而臺大醫院鑑定意見則認為各次合理住院日數分別為7、5、0、0、7、7日（見本院卷第309頁），可見即使針對相同病歷資料，各醫師所判斷之合理住院日數仍非完全一致，係有歧異，故無從單憑住院日數判定之不同，逕認被上訴人之診治醫師關於被上訴人住院必要性之判斷乃屬錯誤。又被上訴人於原審附表各次住院之必要性，業經各診治醫師函覆說明在卷（見原審卷第691頁至第701頁），而各診治醫師均係合法領有醫師執照之執業醫師，並有實際診治被上訴人，則上訴人既未舉證各診治醫師係刻意配合被上訴人請領保險金始同意被上訴人住院，抑或被上訴人乃故意矇騙各診治醫師以詐領保險金等事實，自無從推翻各診治醫師所作之住院必要性判斷，亦無上訴人所稱為避免道德危險發生，而必須將「住院必要性」解釋為「具有相同專業醫師於相同情形通常會診斷有住院之必要性者」，故上訴人前開主張，仍無可採。

㈡被上訴人得否請求差額保險金部分：

被上訴人如原審附表編號一至六所示住院均屬醫師診斷其疾病必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療，自均符合系爭保險契約第2條第14項、住院費用附約第2條第9項及居家療養附約第4 條第1項關於「經醫師診斷必須住院治療」之要件，而得依系爭保險契約第8條約定：「被保險人於本契約有效期間內，因第七條之約定而住院診療時，本公司按其實際住院日數乘以投保單位乘以新臺幣一千元給付住院日額保險金。」、住院費用附約第14條第1項第1款約定：「一、被保險人同一次『住院』之『住院日數』在

三十日（含）以內者，按其實際『住院日數』，依所投保單位之『每日保險金額』給付『住院日額保險金』」、居家療養附約第4條第1項第2款約定：「二、被保險人非因重大傷病『住院』者，其出院後，本公司按其所投保單位之『居家療養保險金額』乘以實際『住院日數』給付。」，請求上訴人給付依住院日數計算之保險金。又被上訴人就原審附表編號一至六所示住院得向上訴人請求給付之保險金額如該附表「應付保險金」欄位所載，上訴人未依約全額支付，扣除上訴人已給付部分保險金後，尚積欠該附表「未給付之保險金」欄位所示金額，共計39萬元，則被上訴人依兩造間契約約定請求上訴人給付保險金共39萬元，應屬有據。

五、末按保險人應於要保人或被保險人交齊證明文件後，於約定期限內給付賠償金額。無約定期限者，應於接到通知後15日內給付之；保險人因可歸責於自己之事由致未在前項規定期限內為給付者，應給付遲延利息年利1分，保險法第34條定有明文。被上訴人主張其就原審附表編號一至六所示住院，分別於該附表「文件備齊日」欄位所示日期向上訴人申請理賠，而上訴人未於接獲前開理賠申請後15日內給付保險金，，為上訴人所不爭執，且揆諸前開說明，顯可歸責於上訴人，是被上訴人依上開約定，請求上訴人應自該附表「利息起算日」欄位所示日期起算至清償日止，給付按週年利率10%計算之遲延利息，亦無不合，應予准許。

六、綜上所述，被上訴人依兩造間系爭保險契約、住院費用附約及居家療養附約約定請求上訴人給付39萬，及分別按原審附表「未給付之保險金」欄位所示金額，各自如該附表「利息起算日」欄位所載日期起算，均至清償日止，按年息10%計算之利息，為有理由，應予准許。從而，原審為上訴人敗訴之判決，並無不合。上訴意旨指摘原判決不當，求予廢棄改判，為無理由，應予駁回。

七、兩造其餘攻擊防禦方法與證據，經核與判決結果不生影響，爰不逐一論述，併此敘明。

八、據上論結，本件上訴為無理由，依民事訴訟法第436 條之1
第3 項、第449 條第1 項、第78條，判決如主文。
中　　華　　民　　國　　111　　年　　5　　月　　30　　日
民事第四庭　　審判長法　官 張筱琪

法　官 林琮欽

法　官 莊佩穎
以上正本係照原本作成
本判決不得上訴
中　　華　　民　　國　　111　　年　　5　　月　　30　　日
書記官　李瑞芝