臺灣新北地方法院民事判決

111年度保險字第18號

原　　告　李若菡

訴訟代理人　林淑娟律師

被　　告　新光人壽保險股份有限公司

000000000000000000

000000000000000000

法定代理人　潘柏錚

訴訟代理人　洪佩雲律師

上列當事人間請求給付保險金事件，本院於中華民國112年5月23日言詞辯論終結，判決如下：

主　　文

原告之訴及假執行之聲請均駁回。

訴訟費用由原告負擔。

事實及理由

壹、程序方面：

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。前項合意，應以文書證之，民事訴訟法第24條定有明文。經查，依兩造所簽訂之新光人壽安心住院保險附約（下稱系爭安心住院附約）第29條約定：「因本附約涉訟時，同意以要保人住所所在地之地方法院為第一審管轄法院…」，而要保人即原告係居住於本院轄區內之新北市中和區，則依上開規定，本院就本件訴訟自有管轄權。

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款亦有明文。本件原告起訴，其聲明第1項原為：被告應給付原告新臺幣（下同）1,663,750元及自民國111年11月21日起至清償日止，按年息百分之10計算之利息。嗣將其請求之金額變更為1,394,214元，利息請求不變。核原告所為上開訴之變更，係屬減縮應受判決事項之聲明，與前揭法律規定相符，應予准許。

貳、實體方面：

一、原告主張：

㈠原告與被告簽訂有二份保險契約，分別為95年10月12日所購保單（保單名稱為新光人壽新長安終身壽險），保單號碼AJDF861080，附加系爭安心住院附約（HS-10），及97年4月2日購買之保單（保單名稱為新光人壽新長安終身壽險），保單號碼AJDFM69650，並附加系爭安心住院附約(HS-5)及新光人壽綜合醫療保險附約（下稱系爭綜合醫療附約）。

㈡原告於109年10月26日起至110年12月14日止，因雙相情感性精神病，鬱型經醫師診斷有住院治療之必要，於臺北市立聯合醫院忠孝院區（下稱聯合醫院忠孝院區）共住院220天，又於110年12月29日起至111年10月26日止共住院185天，符合系爭安心住院附約第8條及系爭綜合醫療附約第3條第5款「住院」之定義，故原告依系爭安心住院附約之第11條：「被保險人在本附約有效期間內因第10條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院診療時，本保險公司按被保險人住院期間內所發生，且依全民健康保險規定其保險對象應自行負擔及不屬全民健康保險給付範圍之下列各項費用，依其住院日數及投保計畫別於『每日病房費用保險金限額』內核付，但每次住院給付日數最高以三百六十五日為限。」之約定，向被告請求給付保險金，且原告投保之兩張保險HS-10及HS-5，住院日額為1,000元及500元，住院日數1-30日內給付每日日額為1,000元及500元，住院第31-60日內每日給付住院日額為2,000元及1,000元，住院日數為61日以上每日住院日額為3,000元及1,500元。又系爭綜合醫療附約第11條約定：「被保險人於本附約有效期間內因疾病或意外傷害事故，經醫院診斷確定必須住院之療時，本公司自其住院治療之日起至出院之日止，按本附約約定之『住院醫療日額』乘以其實際住院日數，給付『住院保險金』，且任何一次事故之住院治療給付日數，最高以90日為限。」本附約原告投保之日額為每日1,500元。

㈢詎原告僅收到被告給付保險理賠金額428,286元，然對比上述附約的理賠條款，保險事故期間109年10月26日至110年12月14日住院220天，可請求的理賠金額應為990,000元，保險事故期間110年12月29日至111年10月26日住院185天，可請求之理賠金額應為832,500元，總計兩次住院應理賠之金額為1,822,500元，扣除已理賠之金額後，被告尚有1,394,214元未給付（計算式詳如附表所示），原告乃於111年11月17日發函向被告詢問其理賠之依據，然未獲被告任何回應，原告自得依保險契約之約定，向被告請求被告給付1,394,214元，並自被告拒絕之日即111年11月21日起，依保險法第34條計算遲延利息等語。並聲明：被告應給付原告1,394,214元及自111年11月21日起至清償日止，按年息百分之10計算之利息；原告願供擔保請准宣告假執行。

二、被告則以：

㈠依系爭安心住院附約第11條第1項約定：「被保險人在本附約有效期間內因第十條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院診療時，本公司按被保險人住院期間內所發生，且依全民健康保險規定其保險對象應自行負擔及不屬於全民健康保險給付範圍之超等住院之病房費差額、管灌飲食以外之膳食費、特別護士以外之護理費，依其住院日數及投保計劃別於『每日病房費用保險金限額』內核付，但每次住院給付日數最高以三百六十五日為限。」則依上開約定請求保險金時，應檢附收據，且僅得請求自行負擔及不屬於全民健康保險給付範圍之超等住院之病房費差額、管灌飲食以外之膳食費、特別護士以外之護理費等3項費用的給付。經查，原告因「雙相情感性精神病，鬱型，重度伴有精神病行為」之同一保險事故，向被告提出3次理賠申請時，並未檢附其自行負擔及不屬於全民健康保險給付範圍之超等住院之病房費差額、管灌飲食以外之膳食費、特別護士以外之護理費等3項費用收據，是原告依上開條約定，請求被告給付保險金，自屬無據。

㈡又依系爭安心住院附約第18條約定：「被保險人於本附約有效期間內，因同一住院期間所發生的醫療費用（包括第十五條之住院前後門診保險金），無法提供收據，且未向本公司申請第十一條…之保險金者，本公司依被保險人實際住院日數，乘以第十一條『每日病房費用保險金限額』內『第1天至第30天部分』限額標準，給付『住院費用補償保險金』，且每次住院給付日數最高以三百六十五日為限，但被保險人係因精神疾病住院診療者，不論是否為同一疾病或同一次住院期間，每一保單年度的『住院費用補償保險金』最高給付日數以九十日為限。」而原告向被告提出3次理賠申請時，被告公司依上開第18條約定，依據被保險人實際住院日數乘以第11條「每日病房費用保險金限額表」內「第1天至第30天部分」限額標準給付「住院費用補償保險金」，且適用但書因精神疾病之保險事故住院最高給付日數以90日為限。從而，被告依原告住院出席表住院日數，按各保險年度給付上限90日之計算標準，分別於110年9月15日、110年12月20日、111年11月8日給付原告住院費用補償保險金90,000元、14,500元、27,000元、23,500元、68,000元、40,250元，應符合系爭安心住院附約給付保險金之約定。

㈢再系爭綜合醫療附約第3條第4款約定：「本附約所稱之任何一次事故：「指由同一次意外傷害事故或同一疾病及其引起之併發症必須住院治療之事故，但出院後14日內於同一醫院再次住院時，其各種保險金給付合計額，視為一次住院辦理」、第11條約定：「被保險人於本附約有效期間內因疾病或意外傷害事故，經醫院診斷確定必須住院治療時，本公司論其住院治療之日起至出院之日止，接本附約約定之『住院醫療日額』乘以其實際住院日數，給付『住院保險金』，且任何一次事故之住院治療給付日數，最高以九十日為限。」原告雖向被告分別申請3次理賠，惟均係因「雙相情感性精神病，鬱型，重度伴有精神病行為」之疾病，應屬於系爭綜合醫療附約第3條第4款所約定由同一疾病及其引起之併發症

必須住院治療之事故，而認為屬一次事故。從而，被告公司依上述約定以「住院醫療日額」乘以其實際住院日數，給付「住院保險金」，且最高計算90日，並於110年11月8日（答辯狀誤載為111年11月8日）給付原告「住院保險金」135,036元，應符合系爭綜合醫療附約之約定。

㈣綜上，被告公司均已依兩造保險附約約定給付保險金，原告依系爭安心住院附約第11條、系爭綜合醫療保險附約第11條約定，請求被告公司應給付保險金1,394,214元及其遲延利息，即屬無據等語，資為抗辯。並聲明：原告之訴及假執行之聲請駁回。

三、查本件原告以自己為要保人及被保險人，於95年10月12日向被告投保新光人壽新長安終身壽險（原保險單號碼JDF86108，後調整為AJDF861080），並附加系爭安心住院附約（HS-10），又於97年4月2日向被告投保新光人壽新長安終身壽險（原保險單號碼JDFM6965，後調整為AJDFM69650），並附加系爭安心住院附約（HS-5）、系爭綜合醫療附約1,500元；嗣原告以聯合醫院忠孝院區出具之診斷證明書為據，向被告提出理賠申請，被告已依系爭安心住院附約第18條約定，分別於110年9月15日、110年10月14日、110年12月20日、111年11月8日給付原告「住院費用補償保險金」90,000元、14,500元、30,000、270,00元、23,500元、68,000元、40,250元，及依系爭綜合醫療附約第11條約定，於110年10月8日給付原告「住院保險金」13,5036元（含延滯利息36元），合計428,286元等情，有新光人壽新長安終身壽險保險單影本2件、要保書影本2件、系爭安心住院附約條款樣本1件、系爭綜合醫療附約條款樣本1件及付款資料明細表影本1件為證（見本院卷第23至25頁、第87至113頁、第163頁），並為兩造所不爭執，自堪信為真實。

四、原告主張依系爭安心住院附約第11條及系爭綜合醫療附約第11條之約定，保險事故期間109年10月26日至110年12月14日住院220天，可請求的理賠金額應為990,000元，保險事故期

間110年12月29日至111年10月26日住院185天，可請求之理賠金額應為832,500元，總計2次住院應理賠之金額為1,822,500元，扣除被告已理賠之金額428,286元後，尚有1,394,214元未給付（計算式詳如附表所示）等語，則為被告所否認，並以前詞置辯。茲說明本院得心證理由如下：

㈠經查，原告雖主張：本件其向被告提出2次理賠申請，即保險事故期間109年10月26日至110年12月14日住院220天，及保險事故期間110年12月29日至111年10月26日住院185天，並提出聯合醫院忠孝院區於111年11月14日出具之診斷證明書影本2件為證（見本院卷27至29頁），惟依被告所提出之理賠申請書、理賠受理單、診斷證明書、查詢同意書、原告病歷資料、日間留院學員出勤簽到單、理賠審核通知書等件影本（見本院卷第115至162頁）所載，原告前後係向被告提出3次理賠申請，即：①110年9月9日申請109年10月26日至110年5月17日間留院共135日，②110年12月14日申請110年8月9日至110年12月14日間留院共83日，③111年10月27日申請110年12月29日至111年10月26日間留院共185日，而原告對於被告提出之上開證據資料亦未加爭執，可見原告主張其係向被告提出2次理賠申請，住院日數分別為220天、185天云云，應屬有誤，先予敘明。

㈡按系爭安心住院附約第11條第1項係約定：「被保險人在本附約有效期間內因第十條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院診療時，本公司按被保險人住院期間內所發生，且依全民健康保險規定其保險對象應自行負擔及不屬於全民健康保險給付範圍之下列各項費用，依其住院日數及投保計劃別於『每日病房費用保險金限額』內核付，但每次住院給付日數最高以三百六十五日為限。一、超等住院之病房費差額。二、管灌飲食以外之膳食費。三、特別護士以外之護理費。」（見本院卷第96至97頁），可知上開附約之被保險人得請求給付「每日病房費用保險金限額」之項目，以：「依全民健康保險規定其保險對象應自行負擔」及「不屬於全民

健康保險給付範圍之超等住院之病房費差額、管灌飲食以外之膳食費、特別護士以外之護理費」等費用為限，惟原告並未提出其曾支出上開項目費用之證據以證明其有此部分支出，且依所提出住院醫療費用影本2張所示（見本院卷第179至181頁），係記載健保支付點數共293,990點（計算式：111,813＋182,177＝293,990），原告「自付費用」僅有2,175元（計算式：840＋1,335＝2,175），且支出項目均屬「證明書費」，顯見原告因本件「雙相情感性精神病，鬱型，重度伴有精神病行為」之病症住院所支出之醫療費用，除申請「證明書費」2,175元外，其餘均屬全民健康保險給付之範圍，與系爭安心住院附約第11條第1項所約定之內容不符，原告當然不能依上開約定請求被告給付每日病房費用保險金，故原告主張此部分其得向原告請求如附表HS-5、HS-10所計算之金額1,552,500元（計算式：285,000＋570,000＋232,500＋465,000＝1,552,500），並非可採。

㈢原告復主張：保險法第54條規定：「本法之強制規定，不得以契約變更之。但有利於被保險人者，不在此限。保險契約之解釋，應探求契約當事人之真意，不得拘泥於所用之文字；如有疑義時，以作有利於被保險人之解釋為原則。」又於保險契約之解釋，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，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96年度台上字第133號判決意旨參照）。倘被保險人所受告知的申請理賠所準備的文件僅為診斷證明書等文件而不包含醫療單據時，則是否可以理解為被保險人於申請保險理賠時，知悉自己係依保險契約中的第幾項申請理賠，而需準備何種文件？是依保險法第54條第2項規定，本案此次保險理賠之適用，係被告公司自行選擇適用，被保險人係被動的受告知本此理賠所適用條款為何，並非如被告公司所稱，係因原告未檢附住院單據等單

據，而認定原告選擇依系爭安心住院附約第18條約定申請理賠，係原告起訴後，被告始告知理賠依據，被告未於事前告知原告保險於理賠之時係會因理賠所準備的單據、資料之不同，會適用不同條款的理賠基準，而致產生不利益，則被告公司確有過失，原告之起訴實有理由云云。惟依系爭安心住院附約第11條第1項之約定，被保險人請求給付每日病房費用保險金之項目限於「依全民健康保險規定其保險對象應自行負擔及不屬於全民健康保險給付範圍之①超等住院之病房費差額、②管灌飲食以外之膳食費、③特別護士以外之護理費」，其契約之約定已相當明確，並無另依保險法第54條第2項規定解釋之必要，故原告上開主張亦非可取。

㈣次按依系爭安心住院附約第18條第1項約定：「被保險人於本附約有效期間內，因同一住院期間所發生的醫療費用（包括第十五條之住院前後門診保險金），無法提供收據，且未向本公司申請第十一條…之保險金者，本公司依被保險人實際住院日數，乘以第十一條『每日病房費用保險金限額』內『第1天至第30天部分』限額標準，給付『住院費用補償保險金』，且每次住院給付日數最高以三百六十五日為限，但被保險人係因精神疾病住院診療者，不論是否為同一疾病或同一次住院期間，每一保單年度的『住院費用補償保險金』最高給付日數以九十日為限。」（見本院卷第98頁）。查原告向被告提出3次理賠申請後，被告已依上開第18條第1項之約定，分別於110年9月15日、110年10月14日、110年12月20日、111年11月8日給付原告住院費用補償保險金90,000元、14,500元、30,000元、27,000元、23,500元、68,000元、40,250元，已如前述，故本件被告已依系爭安心住院附約之約定給付原告保險金，應屬無疑。

㈤再按系爭綜合醫療附約第3條第4款約定：本附約所稱之「任何一次事故：指由同一次意外傷害事故或同一疾病及其引起之併發症必須住院治療之事故，但出院後14日內於同一醫院再次住院時，其各種保險金給付合計額，視為一次住院辦

理。」、第11條約定：「被保險人於本附約有效期間內因疾病或意外傷害事故，經醫院診斷確定必須住院治療時，本公司自其住院治療之日起至出院之日止，接本附約約定之『住院醫療日額』乘以其實際住院日數，給付『住院保險金』，且任何一次事故之住院治療給付日數，最高以九十日為限。」（見本院卷第103至104頁）。查原告雖向被告提出3次理賠申請，惟均係因「雙相情感性精神病，鬱型，重度伴有精神病行為」之疾病，自屬上述條款所約定由同一疾病及其引起之併發症必須住院治療之事故，而屬於一次事故。而被告已依上述約定以「住院醫療日額」乘以原告實際住院日數，於110年10月8日給付「住院保險金」上限90日之135,036元（含延滯利息36元），亦如前述，是被告已依系爭綜合醫療附約之約定給付原告保險金，亦無疑義。原告主張此部分其得向原告請求如附表所計算之金額270,000元（計算式：135,000＋135,000＝270,000），並非可採。

五、綜上所述，被告已依系爭安心住院附約及系爭綜合醫療附約之約定給付被告保險金，原告主張被告尚有1,394,214元未給付，而依保險契約之約定，向被告請求被告給付1,394,214元及自111年11月21日起計算之遲延利息，為無理由，應予駁回；其假執行之聲請亦失其依據，應併予駁回。

六、本件事證已臻明確，兩造其餘之攻擊或防禦方法及所用之證據，經本院斟酌後，認為均不足以影響本判決之結果，爰不逐一論列，附此敘明。

七、據上論結，本件原告之訴為無理由，依民事訴訟法第78條，判決如主文。

中　　華　　民　　國　　112　　年　　6　　月　　13　　日

民事第五庭　　法　官　高文淵

上列正本係照原本作成

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

中　　華　　民　　國　　112　　年　　6　　月　　13　　日

書記官　廖美紅