

臺灣新北地方法院民事判決

112年度保險字第20號

原告 林○聰

法定代理人 林○翔

訴訟代理人 林仕文律師

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 劉煌基律師

複代理人 林心滢律師

上列當事人間請求給付保險金事件，經本院於民國113年8月20日言詞辯論終結，判決如下：

主 文

被告應給付原告新臺幣140萬7,404元，及其中新臺幣112萬元4,800元自民國111年7月8日起；新臺幣7萬7,479元自民國111年10月28日起；新臺幣7萬7,109元自民國111年12月24日起；新臺幣12萬8,016元自民國112年3月24日起，均至清償日止，按年息10%計算之利息

訴訟費用由被告負擔。

本判決於原告以新臺幣47萬元供擔保後，得假執行；但被告如以新臺幣140萬7,404元預供擔保後，得免為假執行。

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，但請求之基礎事實同一、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2、3款分別定有明文。查本件原告起訴時原聲明請求：被告應給付原告新臺幣（下同）141萬9,453元，及其中112萬元4,800元自民國111年7月8日起；8萬1,247元自111年10月28日起；8萬352元自111年12月24日起；13萬3,054元自112年3月24日起，均至清償日止，按年息10%計算之利息。嗣於民國112年8月20日具狀變更聲

01 明為如下其訴之聲明（見本院卷二第119頁），核原告上開
02 所為，屬減縮應受判決事項之聲明，依前開規定，應予准
03 許。

04 貳、實體方面：

05 一、原告主張：(一)原告於106年7月7日以自身為要保人及被保險
06 人向被告投保「遠雄人壽美滿致富增額終身壽險」（保單號
07 碼：0000000000），並附加「遠雄人壽真安心醫療保險附
08 約」（下稱系爭保險附約）二單位，保險期間自106年7月7日
09 起至139年7月7日止。原告於前述保險期間內109年7月20日
10 因騎機車致生交通事故，意外導致顱內出血、腦室內出血併
11 左側肢體偏癱，緊急送往新光醫療財團法人新光吳火獅紀念
12 醫院（下稱新光醫院）急診，經新光醫院診斷為顱內出血、
13 腦室內出血併左側肢體偏癱及左橈骨骨折。(二)其後原告陸續
14 經醫院醫師認定需住院治療而住院，茲列明如下：1. 110
15 年12月13日經同仁院醫療財團法人萬華醫院（下稱萬華醫
16 院）診斷為「非創傷性腦出血，併雙側肢體偏癱及認知障
17 礙、高血壓、急性上呼吸道感染」於110年12月13日住院至0
18 00年0月00日出院，共住院183日（下稱系爭第一次住院期
19 間）。2.111年9月20日經中心診所醫療財團法人中心綜合醫
20 院（下稱中心綜合醫院）診斷為「復發出血性腦中風、高血
21 壓，併雙側肢體偏癱及認知障礙、高血壓、慢性支氣管炎急
22 性發作合併非典型性感染」於111年9月20日住院至000年00
23 月0日出院，共住院15日（下稱系爭第二次住院期間）。3.1
24 11年11月17日經中心綜合醫院診斷為「復發出血性腦中風、
25 高血壓，併雙側肢體偏癱及認知障礙、高血壓、慢性支氣管
26 炎急性發作合併非典型性感染」於111年11月17日住院至000
27 年00月0日出院，共住院15日（下稱系爭第三次住院期
28 間）。4.112年2月20日經中心綜合醫院診斷為「復發出血性
29 腦中風、高血壓，併雙側肢體偏癱及認知障礙、高血壓、慢
30 性支氣管炎急性發作合併非典型性感染」於112年2月20日住
31 院至000年0月0日出院，共住院13日（下稱系爭第四次住院

01 期間)。核原告上開住院期間均已符合系爭保險附約第11、
02 12條醫療費用保險金之請領條件，詎原告依序於111年6月22
03 日、111年10月12日、111年12月8日、111年3月7日向被告申
04 請理賠，被告竟任意扭曲系爭保險附約「住院」之定義，僅
05 就系爭第一次住院賠償賠付6萬800元，其餘日數拒賠，茲依
06 系爭保險附約第12條約定核算上開四次住院期間原告應給付
07 之保險金如附表所示，請求被告就系爭四次住院期間給付原
08 告保險金112萬4,800元(系爭第一次住院，計算式：1,185,6
09 00－60,800＝1,124,800元)、7萬7,479元(系爭第二次住
10 院)、7萬7,109元(系爭第三次住院)、12萬8,016元(系
11 爭第四次住院)，及依系爭保險附約第9條第2項約定之遲延
12 利息等語。其聲明：如主文第一項所示，並陳明願供擔保請
13 准宣告假執行。

14 二、被告辯稱：(一)原告於109年7月20日發生意外事故致生顱內出
15 血、腦室內出血併左側肢體偏癱、左橈股骨折，於事故發生
16 後，原告陸續於新光醫院、振興醫院、輔大醫院、新北市聯
17 合醫院、桃園長庚醫院等醫療院所就診並住院治療，直至11
18 0年11月22日，原告共已住院434日，被告均有依兩造所簽訂
19 之系爭保險附約條款予以理賠，首應敘明。(二)觀諸原告系爭
20 四次住院當時病歷記錄，於入院時體檢狀況均顯示原告當時
21 並無發生任何急迫或急遽惡化之病徵而有需立即住院治療之
22 情形或必要。系爭四次住院期間，參酌原告之醫療記錄，於
23 住院期間主要係持續接受強化復健計畫、接受避免二度中風
24 之醫療指導、進行顱磁刺激治療、進行腦部CT(電腦斷層)
25 檢查等，實未見原告有面臨任何立即性或急迫性之危險而有
26 住院接受診療之必要，僅系爭第一次住院期間，其中111年5
27 月26日至6月13日因發燒並有呼吸道感染接受抗生素等治療
28 之狀況，被告就此部分已依保險契約約定理賠保險金60,800
29 元。又系爭四次住院距離原告109年7月20日發生第一次腦出
30 血最近之住院日期，也已近一年半，而離第二次復發性腦出
31 血也已將近十五個月，早已逾醫療實務上所建議之黃金治療

01 期，雖在黃金治療期過後並非謂毋庸復健，然此時依照醫療
02 建議應著重於居家環境之調整、適應，並利用門診方式定期
03 進行追蹤治療，並無立即或長期住院復健之必要。再系爭四
04 次住院期間所執行之醫療或復健行為，均非需長期住院始能
05 進行，且住院期間原告體況與病況均無明顯變化，顯欠缺客
06 觀上之住院必要性。(二)本件綜合原告歷次住院之病歷資料、
07 護理記錄及長庚醫院之回函說明，均無從確信原告四次住院
08 期間符合醫療實務及法院判決實務上所肯認「具專業醫療知
09 識之醫師在同一情形下均會認為有住院之必要」之情形，是
10 本件原告請求依保險契約條款給付保險金，確屬無據，不應
11 准許等語。其聲明為：原告之訴暨假執行之聲請均駁回。並
12 陳明如受不利判決，願供擔保請准免為假執行。

13 三、原告主張：其於106年7月7日以自身為要保人及被保險人向
14 被告投保「遠雄人壽美滿致富增額終身壽險」（保單號碼：
15 0000000000），並附加系爭保險附約二單位，嗣其於系爭
16 保險附約保險期間發生系爭保險附約承保之保險事故而陸續
17 住院，並有系爭四次住院期間。其後其於111年6月22日、11
18 1年10月12日、111年12月8日、111年3月7日依約向被告請求
19 給付系爭住院期間之保險理賠金，被告僅給付系爭第一次住
20 院之部分理賠金60,800元，其餘住院期間則拒絕理賠等事
21 實，業據提出系爭保險附約、醫院診斷證明書、被告拒絕理
22 賠通知、系爭四次住院醫療費用收據影本為憑（見本院卷一
23 第31至42頁、第45至81頁），復為被告所不爭，堪信為真
24 實。惟原告主張系爭四次住院均符合系爭保險附約所指「住
25 院」情形，被告應依約給付系爭四次住院期間之醫療保險費
26 用保險金乙情，則為被告所否認，並以前揭情詞置辯。

27 四、本院之判斷：

28 (一)觀諸系爭保險附約第4條第9、10、11項約定：「『醫院』係
29 指依照醫療法規定領有開業執照並設有病房收治病人之公、
30 私立及財團法人醫院」「『醫師』係指領有醫師證書，合法
31 執業者」「『住院』係指被保險人經醫師診斷其疾病或傷

01 害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受
02 診療者」。查：本院依原告聲請就系爭四次住院之原因、
03 住院期間接受之治療為何及所為治療程是否必需以住院治療
04 為之，分別函詢萬華醫院及中心綜醫院，經萬華醫院於11
05 3年2月19日以同萬字第1130219001號回覆說明：「1.林○聰
06 先生由於兩次腦內出血（第一次左側大腦出血，第二次為右
07 側大腦出血），且血塊破裂到腦室，經過開顱手術引流血塊
08 及腦室引流、外科狀況穩定後，轉到本院住院接受復健及相
09 關治療。2.由於林○聰腦部傷害嚴重，剛住院時意識反應不
10 佳、無法乘坐輪椅，且時常有內科併發症，需24小時醫療及
11 護理照顧，所以必須以住院治療為之」（見本院卷一第253
12 頁）；中心綜合醫院於113年2月20以中院第0000000000號
13 函覆說明：「病患於111年9月20日至111年10月 4日、111年
14 11月17日至112年12月1日、112年2月20日至112年3月4日期
15 間因慢性支氣管急性發作及非典型感染住院，因四肢癱瘓行
16 動倚靠輪椅，同時接受復健治療及經顱磁刺激治療癱瘓情緒
17 不穩問題，因病患行動不便，加上呼吸道疾病仍需住院治
18 療」（見本院卷一第255頁），堪認形式上已符合系爭保險
19 附約約定之「住院」要件。

20 (二)被告雖抗辯：系爭四次住院期間已超過醫療實務上所定義
21 之「積極治療期」，系爭四次住院期間所執行之醫療或復健
22 行為均非住院始能進行，且住院期間原告體況與住院期間原
23 告體況與病況均無明顯變化，顯欠缺客觀上之住院必要，難
24 認符合「具專業醫療知識之醫師在同一情形下均會認為有住
25 院之必要」之情形云云，惟本院依被告聲請檢具萬華醫院及
26 中心綜合醫院系爭四次住院期間之病歷資料囑託台北長庚紀
27 念醫院就系爭四次住院之必要性等事項為鑑定，台北長庚紀
28 念醫院則提供參考意見如下：
29

項次	函詢問題	回覆說明
1	依目前醫療知識、醫療文獻、醫療常規判斷，受有上開該顱內出血、腦室內出血併左側肢體偏癱之患者，於醫	一、按「全民健康保險基層總額支付北區委員會」前於110年9月20日建議台灣復健醫學會將「復健科審查注意事項」第16

	<p>學上之「黃金復健期（治療期）」之時間約有多久？醫療實務上對上開患者於黃金復健期所進行之復健治療行為內容及主要目的為何？而於經過黃金復健期後，為患者進行之復健治療行為內容及主要目的為何？兩者間主要差異為何？</p>	<p>條及其附表十五之「黃金治療療程」修改為「積極治療期」，以更符合醫學定義；而依照前開附表十五所載，「腦血管疾病偏癱」及「腦外傷四肢癱」之積極治療期為十二個月，故「積極治療期」係健保署辦理全民健康保險醫療費用審查之參考依據。</p> <p>二、就臨床言，患者於上述「積極治療期」接受復健治療之主要目的為：減輕運動功能障礙、促進功能健康及神經修復或重新整合，且因此時期之病況變化較大，可能伴有多種併發症影響復健成效，故需積極建控以減少後遺症；而「積極治療期」後，大部分患者之病況將相對較穩定，故此時復健之目標則為促進功能獨立性及提高生活品質，惟仍有部分患者可能因病況較嚴重、尚未穩定、伴有嚴重併發症或後遺症導致仍然需要積極治療及照護，因此，復健治療需依患者復原進程隨時修改調整，無法僅以「積極治療期」作為具體分界。</p>
<p>2.</p>	<p>依萬華醫院之診斷證明書記載（如附件2），患者於110年12月13日至111年6月13日因「非創傷性腦出血、併雙側肢體偏癱及認知障礙、高血壓、急性上呼吸道感染」住院治療。而依該期間之病歷記載所示患者當時體況及病情，並審酌萬華醫院為患者進行之治療或處置行為判斷：1.該患者該次住院之主要原因為何？2.該患者是否有24小時全天候住院之必要？其於醫院所進行之治療、處置行為，以門診方式是否可達相同目的？3.依病歷資料記載，患者之體況及病情，於住院前至出院時有無顯著差異？</p>	<p>一、依所附病歷所載，病人110年12月13日係因主訴肢體無力、110年12月22日主訴肢體乏力，日常生活無法自理、111年5月26日主訴發燒、精神不佳及血氣濃度不穩定至萬華醫院就醫。</p> <p>二、上述病症是否需住院治療，應由醫師根據患者實際病情綜合評估判斷，此建議函詢原診治機構為宜。</p> <p>三、復健治療通常無法立即使急者症狀大幅改善，惟患者111年5月26日住院後發燒情形已有改善。</p>
<p>3.</p>	<p>依中心綜合醫院之診斷證明書記載（如附件3、4、5），患者於(1)111年9月20日至111年10月4日；(2)111年11月17日至111年12月1日；(3)112年2月20日至112年3月4日因「復發性出血性腦中風、高血壓、慢性支氣管炎發作合併非典型感染」住院治療。而依該</p>	<p>一、依據所附病歷所載，病人歷次至中心綜合醫院就醫之原因及治療內容如下：</p> <p>(一)根據中心綜合醫院之「discharge summary, 111/09/20-111/10/04」所載，病人係因主訴肢體無力及咳嗽有痰至該院就醫，並接受抗生素、減少呼吸道粘膜</p>

01

	<p>期間之病歷記載所示患者當時體況及病情，並審酌中心綜合醫院為患者進行之治療或處置行為判斷：1.該患者各該次住院之主要原因為何？2.該患者是否有24小時全天候住院之必要？其於醫院所進行之治療、處置行為，以門診方式是否可達相同目的？3.依病歷資料記載，患者之體況及病情，於住院前至出院時有無顯著差異？</p>	<p>分泌物之粘稠性發泡錠治療，另其存有壓瘡。</p> <p>(二)根據中心綜合醫院之「discharge summary, 111/11/17-111/12/01」所載，病人係因主訴肢體無力及咳嗽有痰至該院就醫，並接受發泡錠及使用combivent面罩蒸氣吸入治療。</p> <p>(三)根據中心綜合醫院之「discharge summary, 112/02/20-112/03/04」所載，病人係因主訴肢體無力及咳嗽有痰至該院就醫，並接受抗生素、發泡錠及使用steam inhale with H/S吸入治療。</p> <p>二、上述病症是否需住院治療，應由醫師根據患者實際病情綜合評估判斷，此建議函詢原診治機構為宜。</p>
<p>4.</p>	<p>在醫學實務上，住院必要性是否有統一標準？貴院就本件判斷住院必要與否之依據為何？</p>	<p>一、醫學實務上，並無住院必要性評估標準之明文規範。</p> <p>二、本院復健病房係將「因中樞神經傷害或病變，導致暫時性或永久性功能減損，無法經由門診復健達成。」列為收治住院之條件之一，惟醫療情況多元，此仍須以醫師根據患者之實際病情綜合評估判斷</p>
<p>5.</p>	<p>對於萬華醫院113年2月19日函覆及中心綜合醫院113年2月20日函覆表示患者於上開時間均需住院治療之內容，貴院意見為何？</p>	<p>是否需住院治療應由醫師根據患者之病情嚴重程度、治療需求及其他相關因素綜合評估判斷，此建議函詢原診治機構為宜。</p>

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

可見該函文就原告有無住院治療之必要，認仍應交由原診治機構醫師根據原告之病情嚴重程度、治療需求及其他相關因素綜合評估斷為宜。而萬華醫院及中心綜合醫院就原告系爭四次住院期間之必要性，業已說明如上，因此，系爭四次住院期間既經萬華醫院及中心綜合醫院負責診治原告之醫師評估後認為有住院治療之必要，若無其他積極證據足認診治醫師對於住院治療之診斷有何醫療以外之不當意圖，或有明顯重大瑕疵存在，即應尊重診治醫師之專業判斷。而被告並未就萬華醫院及中心綜合醫院前開評估有何不當或重大瑕疵為舉證，徒以系爭四次住院期間已超過醫療實務上所定義之「積極治療期」、系爭四次住院期間所執行之醫療或復健行為均非需住院始能進行、住院期間原告體況與病況均無明顯

01 變化等情為由，抗辯系爭四次住院期間原告欠缺住院之必要
02 性，洵非可採。

03 (三)基上，原告主張系爭四次住院期間均符合系爭保險附約住院
04 之定義，依系爭保險附約約定請求被告給付系爭四次住院期
05 間如附表所示醫療費用保險金共140萬7,404元（即系爭第一
06 次住院保險金112萬4,800元〈扣已理賠之6萬800元〉、系爭第
07 二次住院保險金7萬7,479元、系爭第三次住院保險金7萬7,4
08 79元、系爭第四次住院保險金12萬8,016元，且上開保險金
09 額之計算乃被告所不爭，見本院卷二第10頁、第13至17
10 頁），核屬有據。又原告主張被告係分別於111年6月22日、
11 111年10月12日、111年12月8日、112年3月8日收受系爭第
12 1、2、3、4次住院之理賠申請，被告並不爭執（見本院卷二
13 第107頁），而依系爭保險附約第9條約定：「要保人、被
14 保險人或受益人應於知悉本公司應付保險責任之事故發生後
15 十日內通知本公司，並於通知後儘速檢具所需文件向本公司
16 申請給付保險金。本公司應於收齊前項文件後十五日內給付
17 之。但因可歸責於本公司之事由致未在前述約定期限內為給
18 付者，應按年利一分加計利息給付」（見本院卷一第33
19 頁），是被告至遲應於收受申請後15日內即111年7月7日、
20 111年10月27日、111年12月23日、112年3月23日給付系爭第
21 1、2、3、4次住院之保險金，被告既迄未於上開應給付保險
22 金之期日前為給付，則原告依前開約定規定請求被告就112
23 萬元4,800元自111年7月8日起；7萬7,479元自111年10月28
24 日起；7萬7,109元自111年12月24日起；12萬8,016元自112
25 年3月24日起，均至清償日止按年息10%計算之遲延利息，洵
26 屬有據。至被告雖抗辯其因系爭四次住院期間之住院必要性
27 尚有爭執，始未給付保險金，應不負給付遲延責任云云，惟
28 系爭四次住院期間符合系爭保險附約約定之「住院」定義，
29 被告應負給付系爭四次住院醫療費用保險金之責，已如前
30 述，則其未給付保險金，自應負遲延責任，是其上開辯解，
31 實無可採。

01 五、從而，原告依系爭保險附約約定，請求被告給付原告140萬
02 7,404元及前述遲延利息，為有理由，應予准許。末兩造均
03 陳明願供擔保，聲請准宣告假執行或免為假執行，核無不
04 合，爰分別酌定相當之擔保金額准許之

05 六、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊、防禦方法及所提出之各
06 項證據資料，核與判決結果不生影響，爰不逐一論述，附此
07 敘明

08 七、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第78條。

09 中 華 民 國 113 年 10 月 15 日
10 民事第四庭 法官 古秋菊

11 以上正本係照原本作成

12 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。

13 中 華 民 國 113 年 10 月 15 日
14 書記官 劉馥瑄

15 附表：

16 甲、系爭第一次住院

17

項目		金額（新臺幣）	
每日病房費用保險金	病房費	421,200	因每日病房費用上限為1,000元，以原告住院183日，投保2單位計算，每日病房費用保險金共366,000元
	膳食費	32,760	
住院醫療費用保險金		600,000	
出院在家療養保險金	病房費用60%	219,600	
合計		1,185,600（已支付60,800，尚餘1,124,800）	

18 乙、系爭第二次住院

19

項目		金額（新臺幣）
每日病房費用保險金	病房費	0
	膳食費	5,870
住院醫療費用保險金		68,087（會診420元+材料1,370+處置費8,400+部分負擔3,697+特別處置54,000）

(續上頁)

01

		+證書200)
出院在家療養保險金	病房費用60%	3,522
合計		77,479

02 丙、系爭第三次住院

03

項目		金額 (新臺幣)
每日病房費用保險金	病房費	0
	膳食費	5,870
住院醫療費用保險金		67,717(會診420元+材料1,126+處置費8,400+部分負擔3,571+特別處置54,000+證書200)
出院在家療養保險金	病房費用60%	3,522
合計		77,109

04 丁、系爭第四次住院：

05

項目		金額 (新臺幣)
每日病房費用保險金	病房費	0
	膳食費	5,010
住院醫療費用保險金		120,000(已達系爭保險附約約定上限)
出院在家療養保險金	病房費用60%	3,006
合計		128,016

