

臺灣屏東地方法院民事判決

112年度屏保險簡字第1號

原告 廖鈺沅

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

上列當事人間給付保險金事件，本院於民國114年4月2日言詞辯論終結，判決如下：

主 文

被告應給付原告新臺幣206,818元，及自民國112年12月23日起至清償日止，按週年利率百分之10計算之利息。

原告其餘之訴駁回。

訴訟費用由被告負擔百分之64，餘由原告負擔。

本判決原告勝訴部分得假執行，但被告如以新臺幣206,818元為原告預供擔保，得免為假執行。

事實及理由

一、原告主張：原告於民國95年11月16日與被告簽立「遠雄人壽溫馨終身醫療日額保險附約(XHM)」(下稱XHM契約)，約定於契約有效期間，因疾病住院時，被告應給付住院前後門診費、住院保險金、出院療養費、外科手術保險金，給付方式如附表一所示；復於103年4月11日與被告簽立「遠雄人壽真安心醫療保險附約(RSJ)」(下稱RSJ契約)，約定於契約有效期間，因疾病住院時，被告應給付每日病房費、出院在家療養保險金、住院醫療費用保險金、手術費用保險金，給付方式如附表二所示。原告前於108年間曾因腰椎、頸椎疼痛，至寶建醫療財團法人寶建醫院(下稱寶建醫院)住院施行「高頻熱凝療法及軟組織體外震波治療」、「高頻熱凝療

01 法治療」，該時被告即因原告接受上開療法是否有住院治療
02 之必要為爭執，並據以拒絕給付住院相關保險金，是原告前
03 於109年3月19日即曾就前述爭議對被告提起訴訟（本院109
04 年度屏小移調字第13號，下稱系爭前案），後兩造於系爭前
05 案調解成立之金額即是以前揭治療有住院之必要為前提加以
06 計算，且於系爭前案言詞辯論筆錄亦載明被告承諾「就原告
07 所進行之高頻熱凝療法，未來保險給付以每年同1個部位2次
08 療程為限。」等語，是原告於調解成立後，每年度本可於1
09 個部位住院接受高頻熱凝療法2次限度內向被告請領含住院
10 相關保險項目在內之保險金，且原告於110年10月間、112年
11 4月、8月間因前揭手術住院而向被告請領保險金，被告均有
12 核准。詎原告嗣於112年如附表三所示期間，因附表三所示
13 病名，在寶建醫院接受附表三所示手術（均包括高頻熱凝治
14 療）而住院，並於附表三「住院前一週內、出院後一週內，
15 因治療右欄病名接受門診治療之日」，因各該列右欄所載病
16 名，接受門診治療，被告理應給付如附表四所示之保險金
17 額，惟原告檢具附表三各項醫療費用單據向被告請求保險金
18 合計418,900元（此為原告請領時之金額，惟原告不爭執如
19 原告主張有理由，可請求之保險金應為如被告所計算如附表
20 四計算之保險金），被告僅給付如附表五所示保險項目之保
21 險金合計94,000元，是原告尚可請求被告給付324,900元
22 （計算式：418,900－94,000＝324,900），爰依XHM、RSJ契
23 約提起本件訴訟。並聲明：被告應給付原告324,900元，及
24 自112年12月23日止起至清償日止，按週年利率10%計算之利
25 息。

26 二、被告則以：原告前述系爭前案言詞辯論筆錄中僅載明原告接
27 受之高頻熱凝療法每年同1個部位以2次療程為限，並未擔保
28 住院部分，且原告於108年間兩造就前揭原告住院接受高頻
29 熱凝治療所涉保險理賠爭議，已向財團法人金融消費評議中
30 心申請評議，評議結果認定：「本中心就申請人請求尚難為
31 有利申請人之認定」，理由則略為：「高頻熱凝療法、體外

01 震波治療兩種術式皆可於門診進行，審視申請人之病歷紀
02 錄，並無任何嚴重醫療患疾，須住院治療之依據，且申請人
03 於住院期間並無不適之主訴，無記載其他併發症或新事故，
04 故應門診追蹤即可進行之治療行為。另依上述病歷資料顯示
05 系爭治療實施過程僅需局部麻醉，無需住院即可返家，因此
06 並無住院必要性，即門診治療即可。」，而本件被告檢視原
07 告住院期間之病歷資料，原告本次住院接受之高頻熱凝治
08 療、體外震波治療及羊膜注射治療皆可於門診進行，且依據
09 病歷紀錄，亦與前皆理由欄中情形相同並無須住院治療之理
10 由，已徵原告於附件三所示期間接受之治療均無住院之必
11 要。另XHM、RSJ契約於附約中第2條、第4條分別有載明：
12 「本附約所稱『住院』係指被保險人因疾病或傷害，經醫師
13 診斷，必須住醫院診療時，經正式辦理住院手續並確實在醫
14 院接受治療者」、「本附約所稱『住院』係指被保險人經醫
15 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
16 確實在醫院接受治療者」，而依目前法院實務如前揭附約所
17 稱「經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院」，應以具有相
18 同專業醫師於相同情形通常會診斷具有住院之必要性始屬
19 之，被保險人苟無必須入住醫院診療之情事，縱經正式辦理
20 住院手續並確實在醫院接受治療，仍不符合保險給付之要
21 件。本件被告已詢問被告之顧問醫師關於原告於附件三所示
22 期間住院之必要性，而顧問醫師回覆：「門診」、「門診即
23 可」等醫學意見，此益徵原告於附件三所示期間接受之治療
24 均無住院之必要。此外，細究原告如附表三所示三次住院期
25 間之診斷資料，原告分別受有「右膝退化性關節炎」、「右
26 膝深臂症候群」、「左膝退化性關節炎」及「左膝退化性關
27 節炎」等下半身部位，且均為關節性疾病，應可透過一次性
28 療程一併處治，然原告卻以特定部分短時間內多次接受療
29 程，顯然係為規避系爭前案兩造所為「每一保險年度以同部
30 位療程為限」之約定，行使權利有害為顯共同團體之利益的
31 情事，行使權利有權利濫用之情事等語，資為抗辯。並聲

01 明：原告之訴駁回；如受不利判決，被告願供擔保，請准宣
02 告免為假執行。

03 三、兩造不爭執事項：

04 (一)原告於95年11月16日與被告簽立XHM契約，約定於契約有效
05 期間，因疾病住院時，被告應給付住院前後門診費、住院保
06 險金、出院療養費、外科手術保險金，給付方式如附表一所
07 示；復於103年4月11日與被告簽立RSJ契約，約定於契約有
08 效期間，因疾病住院時，被告應給付每日病房費、出院在家
09 療養保險金、住院醫療費用保險金、手術費用保險金，給付
10 方式如附表二所示。

11 (二)原告於XHM、RSJ契約有效期間內，分別於附表三所示期間，
12 因附表三所示病名，在寶建醫院接受附表三所示手術而住
13 院，並於附表三「住院前一週內、出院後一週內，因治療右
14 欄病名接受門診治療之日」，因各該列右欄所載病名，接受
15 門診治療。

16 (三)被告已給付如附表五所示之保險金予原告。

17 四、得心證之理由

18 本件原告主張接受如附表三各次手術，有住院之必要性，是
19 被告應依XHM、RSJ契約給付住院相關保險項目之保險金乙
20 節，為被告所否認，並以前詞置辯，是本件爭點厥為：原告
21 接受如附表三各次手術，有無住院之必要性？原告依XHM、R
22 SJ契約，請求被告給付保險金，有無理由？如有，原告得請
23 求之金額為若干？

24 (一)原告接受如附表三各次手術，均有住院4天之必要性：

25 1.經查，XHM、RSJ契約於附約中第2條、第4條分別記載：「本
26 附約所稱『住院』係指被保險人因疾病或傷害，經醫師診
27 斷，必須住醫院診療時，經正式辦理住院手續並確實在醫院
28 接受治療者」、「本附約所稱『住院』係指被保險人經醫師
29 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
30 實在醫院接受治療者」等情，有XHM、RSJ契約附約在卷可稽
31 (見本院卷第121至131、133至143頁)，而按保險制度最大

01 功能在於將個人於生活中遭遇各種人身危險、財產危險，及
02 對他人之責任危險等所產生之損失，分攤消化於共同團體，
03 是任何一個保險皆以一共同團體之存在為先決條件，此團體
04 乃由各個因某種危險事故發生而將遭受損失之人所組成，故
05 基於保險是一共同團體之概念，面對保險契約所生權利糾葛
06 時，應立於整個危險共同團體之利益觀點，不能僅從契約當
07 事人之角度思考，若過於寬認保險事故之發生，將使保險金
08 之給付過於浮濫，最終將致侵害整個危險共同團體成員之利
09 益，有違保險制度之本旨。基此，XHM、RSJ契約附約條款關
10 於「經醫師診斷有住院之必要性」之意義，解釋上自不應僅
11 以實際治療之醫師認定「有住院必要性」即屬符合前揭條款
12 之約定，而應認以具有相同專業醫師於相同情形通常會診斷
13 具有住院之必要性者始屬之。

14 2.復查經本院以原告於寶建醫院之相關病歷紀錄（含診斷報
15 告、護理紀錄）函詢高雄醫學大學附設中和紀念醫院（下稱
16 高醫）關於原告以如附表三「手術名稱」欄所示之手術治療
17 各該「病名」欄之疾病，其各次治療有無住院之必要性？若
18 有，各次治療之合理住院期間為何等問題，函詢結果為：
19 「住院必要性：考量到病人的疼痛程度及相關治療所需之情
20 況，可住院接受治療」、「合理住院期間：術前必須麻醉準
21 備和手術評估，術後必須觀察有無相關併發症，例如出血、
22 感染及過敏反應等。若沒有相關併發症，合理住院期間約3
23 至4天。」等情，有高醫114年2月26日高醫附法字第1130111
24 585號函在卷可稽（見本院卷第337、338頁），本院審酌高
25 醫為綜合醫學大學，其以原告於如附表三所示住院期間之病
26 歷資料為本，綜合評估原告個人身體狀況、手術前後情形及
27 相關治療所面臨之境況等情而為上開建議，應屬可採，又核
28 原告於如附表三各次手術後並無相關併發症，有寶建醫院病
29 歷資料在卷可參（見本院病歷卷），是本院認原告於如附表
30 三各次手術，於住院4天之限度內為具有相同專業醫師於相
31 同情形通常會診斷具有住院之必要性。準此，原告主張接受

01 如附表三各次手術在「住院期間」欄所載期間均有住院之必
02 要等情，於各次手術之始日起算4天之期間內為有理由，逾
03 此期間之天數則無理由。

04 3.至原告主張系爭前案調解係以有住院必要為前提計算調解金
05 額，且依被告於系爭前案之承諾，調解成立後之每年度可於
06 1個部位住院接受高治療2次限度內向被告請領含住院相關保
07 險項目在內之保險金，且原告於110年10月間、112年4月、8
08 月間因前揭手術住院而向被告請領保險金，被告均有核准，
09 是原告於上開限制範圍內，僅須確實有住院，即應認有住院
10 之必要等語，並提出系爭前案調解筆錄、言詞辯論筆錄影本
11 及結案號碼0112B0000000、0110B0000000、0112B0000000號
12 理賠通知書等件為證（見本院卷第305至306、303、297至30
13 2頁）。查系爭前案調解筆錄；109年言詞辯論筆錄分別載
14 有：相對人（註：即本件被告）願給付聲請人（註：即本件
15 原告）35,139元等語；被告（註：即本件被告）訴訟代理
16 人：剛剛達成協議，就原告所進行的高頻熱凝療法，未來保
17 險給付以每年同1個部位2次療程為限等語、原告（註：即本
18 件原告）：同意等語，業經本院調取系爭前案卷宗確認無
19 訛，然系爭前案調解筆錄所載前揭調解成立內容，縱係兩造
20 於系爭前案調解過程中立於原告於該案中之各次治療有住院
21 之必要之前提加以計算，因該案與本件原告接受治療之身體
22 狀況、所受治療類別及治療部位已非全然相同，自難逕以該
23 案情形與本件情形存在相似之處，即認本件原告接受治療而
24 住院之全部天數，均可當然認定確有住院之必要，況系爭前
25 案調解筆錄並未記載兩造當時完整之調解過程，兩造於系爭
26 前案究各考量何因素而得出調解之金額自己非可考。又系爭
27 前案言詞筆錄固有記載上開內容，惟觀諸兩造於系爭前案達
28 成之協議，協議內容應僅及於「高頻熱凝療法」之治療，以
29 及該治療之部位與治療次數，至各次治療是否為原告提出住
30 院證明即認有住院必要則未明確約定，於此前提下自應回歸
31 XHM、RSJ契約之約定，即以經醫師診斷有住院之必要為斷，

01 且如就有無住院必要乙事存在爭執，應以具有相同專業醫師
02 於相同情形通常會診斷具有住院之必要性者始屬之。另依原
03 告提出之前揭理賠通知書被告於110年10月間、112年4月、8
04 月間確有因接受高頻熱凝療法住院並經被告核准住院相關保
05 險項目之保險金之情事，惟尚難僅以此情即推斷兩造於系爭
06 前案有前揭約定，進而被告不得在原告有提出診斷證明書之
07 情形下就有無住院必要為爭執，是原告上開主張，並非可
08 採。

09 4.再被告固以原告於如附表三所示各次治療期間，依病歷紀錄
10 及詢問被告顧問醫師之結果，均認無住院之必要，且原告本
11 件請求保險金有權利濫用之情事等語置辯，並提出財團法人
12 金融消費評議中心108年評字第1957號評議書、被告理賠照
13 會單及理賠通知書影本等件為證（見本院卷第169至174、14
14 9至152頁）。惟查原告提出之前揭評議書所評議者為原告於
15 108年間接受之各次治療，與本件原告主張住院期間接受之
16 療部位、治療名稱已非全然相同，且本件原告之治療時間已
17 時隔前開評議書所評議之治療4年之久，原告身體狀況亦應
18 存在變化，其認定之結果及理由並非當然可援引至本件情
19 形，且被告並非醫療專業單位，是被告自行檢視原告本件治
20 療之病歷紀錄後，套用前揭評議書之結論與理由，實難逕為
21 採認，又被告固經詢問其顧問醫師之意見而認本件原告接受
22 之治療無住院之必要，惟顧問醫師之意見應僅能作為被告內
23 部評估所用，況該醫生之建議內容僅「門診」、「門診即
24 可」等語，並無完整推論過程，自無以作為本件認定之依
25 據。另被告辯稱原告本件接受之治療，可透過一次性療程一
26 併處治，是原告之請求有權利濫用之情事，然被告就原告是
27 否可透過一次性治療即能完成各部位之治療等情，未據提出
28 相關具體證據以實其詞，自難採信。基此，被告上開所辯，
29 均非可採。

30 (二)原告得依XHM、RSJ契約，請求被告給付保險金206,818元：
31 經查，原告於如附表三各次治療，均有住院4日之必要，業

01 如前所認定，又被告前已給付如附表五所示之金額合計94,0
02 00元予原告，為兩造所不爭執，於此情形下，依據XHM、RSJ
03 契約，經被告核算，原告尚得請求保險金206,818元（詳細
04 計算內容如附表六），而原告亦就如認如附表三各次治療住
05 院合理期間為4日，其尚得請求之金額為上開金額等情不爭
06 執（見本院卷第354頁），是本件原告依據XHM、RSJ契約，
07 請求被告給付保險金206,818元，為有理由，應予准許，逾
08 此部分則無理由，應予駁回。

09 (三)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
10 限內給付賠償金額。無約定期限者，應於接到通知後15日
11 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
12 限內為給付者，應給付遲延利息年利1分，保險法第34條定
13 有明文。經查，原告就附表三編號丁住院期間保險金之請
14 求，係於112年12月8日備齊所有文件向原告申請給付，附表
15 三其餘編號之住院期間保險金請求時間均早於112年12月8日
16 等情，有各次保險金申請書在卷可稽（見本院卷第147、15
17 7、161、165），惟被告收受附表三編號丁住院期間保險金
18 請求申請書之通知後15日內即112年12月23日，仍未給付被
19 告本件應給付之保險金206,818元，則原告請求206,818元自
20 112年12月23日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息，
21 為有理由，應予准許。

22 五、綜上所述，原告依XHM、RSJ契約，請求被告給付206,818
23 元，及自112年12月23日起至清償日止，按週年利率10%計算
24 之利息，為有理由，應予准許，逾此部分之請求則無理由，
25 應予駁回。

26 六、本件原告勝訴部分係依民事訴訟法第427條第1項規定適用簡
27 易程序所為被告敗訴之判決，應依職權宣告假執行，並依同
28 法第436條第2項準用第392條第2項規定，依聲請宣告被告於
29 預供擔保後，得免為假執行。

30 七、本件事證已臻明確，原告其餘陳述及攻擊防禦方法核與判決
31 結果不生影響，爰不逐一論述，附此敘明。

01 八、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第79條。

02 中 華 民 國 114 年 4 月 17 日

03 屏東簡易庭 法官 廖鈞霖

04 正本係照原本作成。

05 如不服本判決，應於送達後廿日內，向本院提出上訴狀並表明上
06 訴理由，如於本判決宣示後送達前提起上訴者，應於判決送達後
07 廿日內補提上訴理由書（須附繕本）。如委任律師提起上訴者，
08 應一併繳納上訴審裁判費。

09 中 華 民 國 114 年 4 月 24 日

10 書記官 洪甄廷

11 附表一：

給付項目	約定給付方式
住院前後門診費	XHM契約第16條計算方式：「住院醫療保險金日額」×25%×實際門診日數
住院保險金	XHM契約第12條計算方式：「住院醫療保險金日額」×實際住院日數
出院療養費	XHM契約第17條計算方式：「住院醫療保險金日額」×50%×實際住院日數
外科手術保險金	XHM契約第18條計算方式：「住院醫療保險金日額」×手術項目約定之給付倍數
◎原告投保之「住院醫療保險金日額」為新臺幣2,000元。	

13 附表二：

給付項目	約定給付方式
病房費用保險金	RSJ契約第12條第1項第1款及第17條計算方式：按實際支付各項費用×65%（每日最高限額不得超過以本附約約定的每日病房費用保險金）
出院在家療養保險金	RSJ契約第12條第1項第5款計算方式：按第12條第1項第1款（搭配第17條）所支付病房費用保險金×60%
住院醫療費用保險金	RSJ契約第12條第1項第3款及第17條計算方式：按實際支

(續上頁)

01

	付的各項費用×65% (以本附約約定的住院醫療費用保險金為最高限額)
手術費用保險金	RSJ契約第12條第1項第4款及第17條計算方式：按實際支付的各項費用×65% (以不超過本契約所載每次手術費用保險金限額乘以附表【手術項目及費用表】中所載各項百分率所得之數額為限)

02

附件三：

03

編號	住院期間 (民國)	住院前一週內、出院後一週內，因治療右欄病名接受門診治療之日	病名	手術名稱
甲	112年8月21日至 112年8月26日	112年8月28日、29日、30日	右膝退化 性關節炎	右膝高頻熱凝治療手術及羊膜生長因子注射
乙	112年9月25日至 112年9月30日	112年10月2日、3日、4日、5日、6日、7日	右側深臀 症候群	臀部高頻熱凝治療手術及羊膜生長因子注射
丙	112年10月23日 至112年10月28 日	112年10月20日、21日、30日、31日、112年11月1日、2日、3日	左膝退化 性關節炎	左膝高頻熱凝治療手術及羊膜生長因子注射
丁	112年11月27日 至112年12月2日	112年11月21日、22、24日、 112年12月4日、5日、6日、8日	左側足底 筋膜炎	左足高頻熱凝治療手術及羊膜生長因子注射

04

附件四：

05

編號	項目名稱	編號甲 (新臺幣)	編號乙	編號丙	編號丁	請求依據
1	住院前後 門診費	1,500元	3,000元	3,500元	3,500元	XHM契約
2	住院保險 金	12,000元	12,000元	12,000元	12,000元	
3	出院療養 金	6,000元	6,000元	6,000元	6,000元	

(續上頁)

01

4	外科手術 保險金	6,000元	6,000元	6,000元	6,000元	
5	病房費用 保險金	4,950元	4,950元	4,950元	4,950元	RSJ契約
6	出院在家 療養保險 金	2,970元	2,970元	2,970元	2,970元	
7	住院醫療 費用保險 金	42,168元	43,379元	44,187元	39,599元	
8	手術費用 保險金	5,200元	5,200元	5,200元	5,200元	
	合計	80,788元	83,499元	84,807元	83,249元	

02

附件五：

03

	編號甲 (新臺幣)	編號乙	編號丙	編號丁
手術費用保險金	RSJ契約：6,000元	同左	同左	同左
外科手術保險金	XHM契約：17,500元			

04

附件六：

05

編號	項目名稱	編號甲 (於民國112年8 月21日至同年 月24日有住院 之必要)	編號乙 (於112年9 月25日至同 年月28日有 住院之必要)	編號丙 (於112年10 月23日至同 年月26日有 住院之必要)	編號丁 (於112年11 月27日至同 年月30日有 住院之必要)	請求依據
1	住院前後門 診保險金(5 00元/日)	新臺幣(下同) 1,500元 (112年8月2 8、29、30日)	3,000元 (112年10 月2、3、 4、5、6、7 日)	3,500元 (112年10 月20、21、 30、31日； 112年11月	3,500元 (112年11月 21、22、24 日；112年12	XHM契約

(續上頁)

01

				1、2、3 日)	月4、5、6、 8日)	
2	住院醫療日 額 (2,000 元/日)	8,000元	8,000元	8,000元	8,000元	
3	出院療養保 險金 (1,000 元/日)	4,000元	4,000元	4,000元	4,000元	
4	外科手術保 險金	6,000元	6,000元	6,000元	6,000元	
5	每日病房費 用保險金 (1,000元/ 日)	4,000元	4,000元	4,000元	4,000元	RSJ契約
6	出院在家療 養保險金	2,400元	2,400元	2,400元	2,400元	
7	住院醫療費 用保險金 (6 0,000元/ 次)	42,168元 (計算式: 62, 889×65%+100+3 50+360+480=4 2,168)	42,739元 (計算式: 63,353×65% +100+400+3 60+350+350 =42,739)	43,732元 (計算式: 63,403×65% +100+250+3 50+350+350 +350+420+3 50=43,73 2)	42,279元 (計算式: 6 0,921×65%+1 00+420+350+ 350+350+360 +400+350=4 2,279)	
8	手術費用保 險金	5,200元	5,200元	5,200元	5,200元	
合計		73,268元	75,339元	76,832元	75,379元	
已給付金額		23,500元	23,500元	23,500元	23,500元	
應給付金額		49,768元	51,839元	53,332元	51,879元	
合計應給付金額		206,818元				

