臺灣新北地方法院三重簡易庭民事判決

111年度重保險簡字第4號

原　　告　郭沁瑜

000000000000000000

000000000000000000

被　　告　南山人壽保險股份有限公司

000000000000000000

法定代理人　尹崇堯

訴訟代理人　江宇鈞律師

上列當事人間請求給付保險金事件，本院於民國111年11月17日言詞辯論終結，判決如下：

主　　文

一、被告應給付原告新臺幣（下同）275,747元，及自民國111年2月25日起至清償日止，按年息5%計算之利息。

二、原告其餘之訴駁回。

三、訴訟費用由被告負擔71%，餘由原告負擔。

四、本判決原告勝訴部分得假執行。但被告如以275,747元為原告預供擔保，得免為假執行。

事實及理由

一、本件被告之法定代理人於訴訟中變更為尹崇堯，其已具狀聲明承受訴訟，核無不合。

二、原告主張：

㈠原告於民國99年2月12日以其為要保人向被告投保「南山人壽新終身醫療保險」(保單號碼Z000000000)並附加「南山人壽住院醫療保險附約」（下合稱系爭契約），嗣原告因腰椎第五節及薦椎第一節椎間盤突出併左側神經跟壓迫原因（下稱系爭病症），至振興醫療財團法人振興醫院（下稱振興醫院）進行復健，然復健效果不佳之情形下，經醫師建議住院治療，因此支出109年2月29日至109年3月28日（下稱第一段住院）、109年7月18日至109年8月15日（下稱第二段住院）間之住院醫療費等費用，合計為352,848元。嗣後，原告依

據系爭契約之「住院日額保險金」、「出院療養保險金」、「住院前後門診醫療保險金」及「醫院各項雜費及外科手術費保險金」約定，向被告申請理賠，但遭被告拒絕。因此，除請求給付上開理賠金額外，並加計自109年4月起計付之利息35,284元。為此，爰依兩造間之系爭契約關係提起本件訴訟。

㈡對被告抗辯之陳述：

1.我去給振興醫院醫生看，開始復健治療，醫生說我有住院必要。我當時買這個保險，如有這麼多規定，被告應告訴我，這是我買保險的權利、保障。

2.對於國立臺灣大學醫學院附設醫院（下稱台大醫院）函覆鑑定結果沒有意見，我當初買保險時並不知道有這麼多的限制，病況真的讓我很痛苦，吃止痛藥吃到最後真的沒有效果。另被告指稱我輕病久住、累計投保日額過高部分，國泰人壽一天保3千元，南山人壽也是3千元日額，合庫也是6千元且明年二月就到期，新光人壽1千元，是我年輕的時候買的保險，保險業務員一直向我拉保險，且同樣的病況，我以前住院他們也是有理賠。

㈢聲明：被告應給付原告388,132元，及自111年2月25日起至清償日止，按年息5%計算之利息。

三、被告則以：

㈠原告日前向被告申請理賠保險金，然被告經審酌原告病歷及護理資料後，認為原告住院期間僅接受口服藥物及復健治療，依一般醫療常規以門診治療即可，非屬必要性之住院，因此於109年6月17日及109年12月9日婉拒原告之理賠申請。原告第一段住院部分，從病歷摘要及護理紀錄可知，住院期間僅接受復健、藥物治療，且於住院第二天疼痛程度已改善，尚可外出四小時處理私事，故上情應可透過門診追蹤治療即可，無須長期住院復健之必要。第二段住院部分，住院期間僅接受復健、藥物治療，以及接受一次核磁造影檢查，並無其他積極性治療及處置等情，且同樣在住院期間外出處

理私事後，返院時已無不適，益徵原告症狀透過門診追蹤即可，無須長期住院復健之必要。

㈡其次，振興醫院診斷證明書僅記載「建議宜休養並持續門診追蹤治療」，並無原告泛稱復健科主任建議原告住院治療之情形，再從醫療費用收據可知，原告係全額自費住院，並非以全民健康保險之保險對象身份住院治療，故仍應認定無住院治療之必要。至於原告請求「住院前後門診醫療保險金」部分，因原告所檢附資料，不足以認定原告上開二段住院期間之前後有於振興醫院門診就醫之事實，退步言之，縱然有門診就醫之事實，然顯然與系爭契約第10條「住院」規定不符，因此被告拒絕理賠，誠屬有理。又本件涉及輕病久住，原告累積投保日額達13,000元，被告依據原告住院期間之病歷記載及治療方式，以及原告於同業國泰人壽類似理賠案件經評議中心醫療顧問專業意見認無住院之必要，被告不予理賠，於法應無不合。

㈢111年10月7日臺大醫院函覆之鑑定意見表出具之意見，臺大醫院並未實質鑑定，即未就原告疾病是否可以門診追蹤治療而無住院之必要進行分析，僅泛言依臨床醫師判斷就第一段住院部分可收治住院接受積極治療與復健，顯然未提供任何鑑定意見，其鑑定內容不足採信。又臺大醫院之鑑定意見，除與評議中心之評議決定有所矛盾外，其函稱無法事後由病歷判定有無住院必要性及合理住院日數，與現行「全民健康保險醫療費用審查注意事項」之審查標準有所不同，故臺大醫院之鑑定意見不足憑採。

㈣又縱原告確實有住院之必要，本件保險理賠金給付金額第一段住院為135,826元，第二段住院為139,921元，合計為275,747元。又第一段住院理賠文件齊備日為109年4月8日，第二段住院理賠文件齊備日為109年10月13日，按保險法第34條之規定，應分別自109年4月24日及109年10月29日為起算日。

㈤聲明：

1.原告之訴駁回。

2.如受不利判決，願供擔保請准宣告免為假執行。

四、本院之判斷：

原告主張其於99年2月12日以其為要保人向被告投保系爭契約，嗣原告因系爭病症至振興醫院住院治療，故而請求被告應給付保險金388,132元，惟遭被告拒絕，被告並以前揭情詞置辯，是本件爭點厥為：㈠原告是否合於系爭契約出險之要件？㈡被告能否以原告之住院欠缺必要性拒絕給付保險金？如否，被告應給付原告保險金若干？茲分述如下：

㈠原告是否合於系爭契約出險之要件？

1.按保險契約之解釋，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，保險法第54條第2項定有明文。又保險契約率皆為定型化契約，被保險人鮮有依其要求變更契約約定之餘地；又因社會之變遷，保險市場之競爭，各類保險推陳出新，故於保險契約之解釋，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。

2.依「南山人壽住院醫療保險附約」第2條第5款約定：「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」，可知只要「經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院」，且「經正式辦理住院手續」，並「確實在醫院接受診療者」，即符合上開住院之定義。又原告既已分別於上開二段時間於振興醫院辦理住院手續，並確實在該院接受診療之事實，為被告所不爭執，而原告住院之原因，依其提出之診斷證明書記載：「病患因上述原因，於109年2月29日住院接受藥物與積極復健治療，於109年3月28日出院，…」、「病患因上述原因，於109年7月18日住院接受藥物與積極復健治

療，於109年8月15日出院，…」（本院卷第113頁、第131頁），堪認原告確係因系爭病症，經振興醫院醫師診斷後住院治療，自應認已符合住院之要件。

㈡被告能否以原告之住院欠缺必要性拒絕給付保險金？如否，被告應給付原告保險金若干？

1.被告固辯稱依照原告因系爭病症而住院期間之病程紀錄與護理紀錄內容觀之，主要僅接受復健、藥物治療，而該等治療均以門診追蹤方式即可進行，尚非屬必須住院始能完成之醫療行為云云。惟查，本件原告因系爭病症痛苦萬分，已達無法忍受程度遂前往振興醫院診療，雖然疼痛指數固屬主觀感受，無從予以檢測，然正因如此，醫師僅能本於信賴病患之立場，依其主訴情節開始相關治療計畫，且原告於109年2月29日、109年7月18日入院前主訴疼痛指數高達8分（滿分為10分），醫師進而認為於此種嚴重疼痛之情況下，而需與輕微疼痛者為差異處理，給予住院治療，是原告之主治醫師確已認為原告有入住醫院接受治療之「必要性」。佐以被告自主擬定並對外販售之「南山人壽住院醫療保險附約」所明訂之「住院」定義，顯然並未限制須依據一般醫學常規及臨床實務，在客觀情形下通常會診斷必須住院治療，或為實施「必須在住院前提下才能進行」之醫療行為，始得認被保險人確實符合「住院之必要性」，且被告作為系爭附約之設計者，若果真基於保險契約之大數法則及風險精算考量，大可於前揭約款中將自己所需要之條件（例如本件抗辯之實施「必須在住院前提下才能進行」之醫療行為等要件）清楚載明於契約中，使消費者有預先據此決定是否要與被告締約之機會，被告卻捨此不為，顯見被告與原告締約時，兩造合意之住院定義確實僅需原告因其疾病或傷害，「經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院」，且「經正式辦理住院手續」，並「確實在醫院接受診療者」，即符合上開住院之定義，即合於請領保險金要件。

2.退步言之，本院已依被告請求將原告於振興醫院住院期間完

整病歷資料送請臺大醫院鑑定系爭病症有無住院之必要性，依據該院111年10月7日函覆司法機關委託鑑定案件意見表指出：「□病人患有腰部椎間盤突出合併神經壓迫，該疾病之臨床表現及恢復在不同病患之變異性極大，因此是否有住院之必要性需視當時臨床醫師的判斷。依病歷記載，病人於109年2月29日入院時，疼痛指數（VAS）高達7～8分，此疼痛狀態下使病患執行日常生活功能，包括坐、站和行走均有困難。當時醫師推測為腰部椎間盤突出合併急性惡化所造成，此病況可收治住院接受積極的疼痛治療及床邊復健。有關合理住院日數，需依當時醫師評估病人之症狀是否緩減、可否回歸日常生活而定，由於每位病患表現差異性極大，無法事後由病歷判定，需依當時臨床醫師判定之。□依病歷記載，病人於109年7月18日入院日前，因腸胃出血接受大腸鏡檢查，事後發生腰部椎間盤突出合併急性惡化。由於當時疼痛指數（VAS）高達7～8分，經醫師評估收治住院接受積極的疼痛治療及床邊復健。有關合理住院日數，需依當時醫師評估病人之症狀是否緩減、可否回歸日常生活而定，由於每位病患表現差異性極大，無法事後由病歷判定，需依當時臨床醫師判定之。」等語（本院卷第389頁），本院審酌臺大醫院為國內極具規模之教學醫院，其教學、醫療及鑑定之專業品質倍受肯定，且與兩造皆無利害關係，堪以採信。是前揭鑑定意見除肯認「系爭病症於疼痛指數高達7～8分之狀態下，病人執行日常生活功能困難，病況可收治住院積極接受疼痛治療」外，並強調「因系爭病症之臨床表現及恢復在不同病患之變異性極大，因此是否有住院之必要性及合理住院日數，均需由當時臨床醫師判斷」，則被告自不得執前詞為由，而拒絕給付原告保險金。

3.至被告另舉財團法人金融消費評議中心109年評字第125號評議書（本院卷第151至154頁），認原告請求給付保險金並無理由云云，然本件為獨立之訴訟，本院基於解釋契約職權之行使，本於調查所得，自為獨立之事實認定及裁判，當不受

財團法人金融消費評議中心評議認定之拘束，何況，被告所舉之內容係原告另向某保險公司請求「108年9月1日至108年9月29日」之保險金，該段期間之臨床症狀或疼痛指數，是否與本件住院情形相同，無從得知，自難執以比附援引而為有利於被告之認定，附此敘明。

4.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。經查，原告分別於109年4月8日、同年10月13日備齊相關文件向被告申請給付，經被告收受後拒絕給付，則原告主張被告因可歸責於己之事由，致未在接到通知後15日內給付保險金，其遲延利息應可自109年4月24日、同年10月29日起算至清償日止，然原告僅請求被告給付其中自111年2月25日起按週年利率5%計算之利息，即屬有據。

五、綜上所述，原告依系爭契約之法律關係，請求被告給付住院保險金275,747元（計算式及依據詳如附表），及自111年2月25日起至清償日止，按年息5%計算之利息，為有理由，應予准許，逾此範圍之請求，則無理由，應予駁回。

六、本件原告勝訴部分係依民事訴訟法第427條第1項規定適用簡易訴訟程序所為被告敗訴之判決，依同法第389條第1項第3款規定，依職權宣告假執行。並依同法第436條第2項適用第392條第2項規定，職權宣告被告如預供擔保，得免為假執行。

七、本件事證已臻明確，兩造間其餘主張及舉證，經本院審酌後認與判決之結果不生影響，不再逐一論列。

八、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第79條。

中　　華　　民　　國　　112　　年　　1　　月　　3　　日

三重簡易庭　法　官　王凱俐

以上正本係照原本作成。

如不服本判決，應於送達後20日內，向本院提出上訴狀並表明上

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20日內補提上訴理由書（須附繕本）。

如委任律師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

中　　華　　民　　國　　112　　年　　1　　月　　3　　日

書記官　李采錡

附表：

（第一段住院費用）

項目	依據條款	計算式	應理賠金額
住院日額保險金	南山人壽新終身醫療保險第8條	單位日額（2千）x住院日數（29天）	58,000元
出院療養保險金	南山人壽新終身醫療保險第11條	單位日額的50%（1千元）x住院日數（29天）	29,000元
住院前2週內及出院後2週內之門診醫療保險金	南山人壽新終身醫療保險第10條	原告檢附門診收據時間均為住院門診期間之收據（109/3/2、3/10、3/17），故與左列條款給付範圍不符，礙難准許。	0元
每日病房費用保險金	南山人壽住院醫療保險附約第15、19條	病房費為66,030元（101,584元x65%＝66,030元），但最高給付限額為29,000元。按附表二約定最高給付限額為每一單位計畫最高保險金限額即每日病房費用保險金為100元，原告投保10單位，故最高保險金限額為每日1千元，故住院29天為29,000元（100x10x29＝29,000元）。	29,000元
醫院各項雜費及外科手術費保金	南山人壽住院醫療保險附約第16、19條	（藥品2,020元＋診察費14,645元＋治療處置費8,597元＋藥事服務費3,132元）x65%＝18,456元。 一份診斷書費用為100元。 住院期間門診費用1,270。（3/2、3/10、3/17） 【18,456元＋100元＋1,270元＝19,826元】 另不屬醫療費用或重複申請費用不予計算（如重複證書費用200元、影印費及電話費416元）。	19,826元
住院前後門診保險金 （住院期間無施行外科手術）	南山人壽住院醫療保險附約第17條	原告檢附門診收據均為住院期間收據（109/3/2、3/10、3/17），故併入上開「醫院各項雜費及外科手術費保金」核算。	0元
小計：135,826元			

（第二段住院費用）

項目	依據條款	計算式	應理賠金額
住院日額保險金	南山人壽新終身醫療保險第8條	單位日額（2千）x住院日數（29天）	58,000元
出院療養保險金	南山人壽新終身醫療保險第11條	單位日額的50%（1千元）x住院日數（29天）	29,000元
住院前2週內及出院後2週內之門診醫療保險金	南山人壽新終身醫療保險第10條	原告檢附門診收據為住院門診期間之收據（109/8/14），未符條款約定之給付範圍。	0元
每日病房費用保險金	南山人壽住院醫療保險附約第15、19條	病房費為66,030元（101,584元x65%＝66,030元），但最高給付限額為29,000元。按附表二約定最高給付限額為每一單	29,000元

		位計畫最高保險金限額即每日病房費用保險金為100元，原告投保10單位，故最高保險金限額為每日1千元，故住院29天為29,000元（100×10×29＝29,000元）。	
醫院各項雜費及外科手術費保金	南山人壽住院醫療保險附約第16、19條	（藥品1,183元＋診察費14,645元＋放射診療費7,800元＋治療處置費9,226元＋藥事服務費3,132元）×65%＝23,391元。 一份診斷書費用為100元。 住院期間門診8/14費用為430元。 【23,391元＋100元＋430元＝23,921元】 另不屬醫療費用或重複申請費用不予計算（如重複證書費用200元、影印費及電話費434元）。	23,921元
住院前後門診保險金 （住院期間無施行外科手術）	南山人壽住院醫療保險附約第17條	原告檢附門診收據為住院期間收據（109/8/14），故併入上開「醫院各項雜費及外科手術費保金」核算。	0元
小計：139,921元			