臺灣臺中地方法院民事判決

110年度中保險簡字第1號

原　　告　林淑英

訴訟代理人　羅淑菁律師

被　　告　台灣人壽保險股份有限公司

000000000000000000

法定代理人　黃思國

訴訟代理人　賴盛星律師

上列當事人間請求給付保險金事件，本院於民國111年1月12日言詞辯論終結，判決如下：

主　　文

原告之訴駁回。

訴訟費用由原告負擔。

事實及理由

壹、兩造爭執要旨：

一、原告主張：

㈠原告於民國97年1月1日以自己為要保人及被保險人，向被告之前身即大都會國際人壽保險股份有限公司（於100年間由中國信託金融控股股份有限公司買下全部股權後，更名為中國信託人壽保險股份有限公司；復於104年間與被告合併，並以被告為存續公司）投保愛我一生終身保險乙型附加新住院醫療保險附約（下稱系爭附約）。嗣原告因精神疾病自101年5月起開始住院治療，迄至103年3月止，被告均有依照系爭附約第10條約定，給付定額保險金每日新臺幣（下同）2,000元。惟自103年4月起至104年11月間，被告以原告住院每日僅有下午簽到為由，僅給付每日半數之保險金1,000元，原告曾於104年12月15日向金融監督管理委員會保險局提出申訴，經兩造協商後，達成協議如下：1.103年4月起至104年11月間僅給付一半保險金部分，被告會補上104年5月至11月之另一半未給付保險金。2.將來原告送件申請理賠時，申請資料內要附上醫院打卡

單影本，只要當日下午有簽到、打卡，不論日間留院之時數多寡，均按住院日數全額給付保險金。3.將來若被告又未依照系爭附約及本協議內容給付保險金，被告應補足103年4月至104年4月之另一半未給付保險金（下稱系爭協議）。被告於104年12月29日以104中信壽客服字第560號函覆原告確認雙方已達成系爭協議，並於同年12月31日履行系爭協議第1.項，將104年5月至11月所未給付之另一半保險金88,000元匯入原告帳戶。

㈡被告自105年1月至4月間每月均依系爭附約及系爭協議內容給付保險金，惟於105年5月16日，被告表示前次多給付10日住院保險金2萬元，故此次原告申請18日住院保險金36,000元，將先扣除其中18,000元，經原告致電被告表示不同意，被告復於同年5月17日重新認定前次並未多給付10日住院保險金，仍給付此次申請之36,000元。然因被告此舉已違反系爭協議第3.項，故原告要求被告依系爭協議補足103年4月至104年4月之另一半未給付保險金，被告乃於105年6月7日將57,000元匯予原告。之後迄至107年10月31日止，被告均依系爭附約及系爭協議內容履行。

㈢詎自107年11月1日起至108年11月30日止，原告住院共計261日，被告依系爭附約及系爭協議應給付保險金522,000元，卻僅給付原告186,500元，短付335,500元（詳如附表所示）。原告已在如附表所示各該文件備齊日將文件交付被告，依系爭附約第27條第2項約定，被告應於15日內給付全部保險金，就未給付部分，應自第16日起至清償日止，按週年利率百分之10加計遲延利息。為此，爰依系爭附約之法律關係，提起本件訴訟，並聲明：被告應給付原告335,500元，及自如附表所示利息起算日起至清償日止，按週年利率百分之10計算之利息。

二、被告抗辯：

㈠依系爭附約之約定，原告應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，

被告始負有給付住院日額保險金之義務。又97年7月4日精神衛生法修正施行前，有關精神疾病患者之醫療照護，並無日間留院之規定；97年7月4日修正施行之精神衛生法第35條第1項始規定日間留院之照護方式。所謂日間留院係指結合精神專科醫師、護理師、職能治療師、臨床心理師和社會工作師，共同提供病人醫療及復健服務之治療模式，病人於每日上午9時至下午4時至醫院接受約7個小時之復健治療，晚上則返家而言，與24小時之全日住院治療有異。原告投保系爭附約當時，精神衛生法既無日間留院之規定，是原告辦理日間留院，自不在系爭附約所承保之範圍，此部分風險亦未計入向原告收取保險費之範圍，依保險契約對價平衡原則，被告應無就原告之日間留院給付保險金之義務。

㈡縱認原告前往醫院復健治療之日間留院屬系爭附約之危險範圍，惟基於誠信及公平原則，被告給付原告之保險金應按日間留院治療之時程每日7小時，與原告每日實際在醫院作復健治療之時間所占比例，計算其日額保險金，始屬公允。原告前以其自107年11月1日起至12月31日止共住院41日，請求被告按日給付2,000元之住院保險金未果，曾向財團法人金融消費評議中心申請評議，該中心認為原告於上開期間之合理住院天數為30日，且因原告每日留院接受診療均未達兩小時，不論基於商品費用對價衡平觀點或金融消費者保護法之公平合理原則，被告應給付之保險金為3萬元。依原告前往醫院日間病房治療之打卡紀錄，原告於附表之住院期間每次均係於下午2時30分許至該院打卡，於下午4時許打卡離院，每次留院均未逾2小時，顯然無從達到留院治療之目的，而係為向被告領取保險金所為，有違民法第148條第2項規定之誠實信用原則。再者，原告於附表之住院期間，每月繳交之費用皆為病歷複製費用，並非治療精神疾病之費用，倘被告按每日2,000元給付保險金，將有失保險最大善意原則。故本件被告按原告

每月前往醫院日間病房治療日數，以原告每日實際留院2小時與日間留院之治療時間7小時之比例（約百分之25），計算並給付住院保險金予原告，自屬合理。至原告所稱被告前依系爭協議給付原告88,000元保險金部分，僅係兩造對於原告自104年4月30日起至11月26日之日間留院部分達成協議，並不及於其他；嗣被告又給付原告自103年4月1日起至104年4月29日之日間留院保險金57,000元，乃被告從寬認定而為給付。

㈢又原告係於109年12月25日提起本件訴訟，則原告請求自107年11月1日起至12月24日之住院保險金部分，已逾保險法第65條規定之2年期間，被告自得併為時效抗辯而拒絕給付等語。並聲明：㈠原告之訴駁回。㈡如受不利判決，願供擔保，請准宣告免為假執行。

貳、得心證之理由：

一、原告主張其於97年1月1日以自己為要保人及被保險人，向被告之前身即大都會國際人壽保險股份有限公司投保系爭附約。嗣原告因精神疾病自101年5月起開始住院治療，迄至103年3月止，被告均依照系爭附約第10條約定，給付定額保險金每日2,000元。惟自103年4月起至104年11月間，被告以原告住院每日僅有下午簽到為由，僅給付每日半數之保險金1,000元，原告曾於104年12月15日向金融監督管理委員會保險局提出申訴，經兩造協商後，被告於同年12月31日將104年5月至11月所未給付之另一半保險金88,000元匯入原告帳戶、於105年6月7日再將103年4月至104年4月所未給付之另一半保險金57,000元匯予原告。後被告自105年1月至107年10月31日止，每月均按原告之住院日數給付2,000元之保險金。然自107年11月1日起至108年11月30日止，原告住院共計261日，被告卻僅給付186,500元保險金等情，業據原告提出人身保險保險單、系爭附約、申訴函、金融監督管理委員會保險局書函、理賠給付通知函暨明細表、中國信託人壽通知函為證，且為被告所不爭

執，堪信原告所陳上情為真正，本院即採為判決之基礎。

二、被告雖辯稱原告投保系爭附約當時，精神衛生法尚無日間留院之規定，是原告於附表所示住院期間辦理日間留院，自不在系爭附約所承保之範圍，被告應無給付保險金之義務云云。惟按精神衛生法於96年7月4日經總統修正公布，自97年7月4日起施行，依修正前精神衛生法第25條規定：「精神醫療方式包括門診、急診、全日住院、日間或夜間住院、社區復健及居家治療」；修正後精神衛生法第35條規定：「病人之精神醫療照護，應視其病情輕重、有無傷害危險等情事，採取之方式如下：一、門診。二、急診。三、全日住院。四、日間留院。五、社區精神復健。六、居家治療。七、其他照護方式。前項居家治療之方式及認定標準，由中央主管機關定之」。本件原告係於上開精神衛生法修正施行前之97年1月1日向被告投保系爭附約，該附約第2條第8款約定：「『住院』係指被保險人經醫師診斷因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」（見本院卷第55頁），並未限制「住院」必須24小時居住在醫院或在醫院過夜，亦未明示所謂「住院」僅指「全日住院」，是認系爭附約所指之住院，應包括上開精神衛生法修正施行前所規定之全日住院、日間或夜間住院，而與門診、急診有別，此亦符合原告簽訂系爭附約時，對日間住院係符合系爭附約所約定之住院之合理期待。縱被告設計系爭附約時漏未將被保險人日間住院之風險計入向原告收取保險費之範圍，此亦係被告精算上之疏失，此項疏失非原告訂約時所能知悉，被告事後自不得再以原告所繳納之保險費與其所受保障不符合保險契約對價平衡原則，主張其就原告之日間住院無給付保險金之義務，而作不利於原告之解釋。至行政院衛生署中央健康保險局統計上未將日間住院病人納入醫院之住院人數及住院人次之計算（見本院卷第197頁），乃行政管理之事項，尚不影響本院此部分之認定。

三、又依系爭附約第2條第8款關於「住院」之定義，需符合「被保險人經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院」、「正式辦理住院手續」、「確實在醫院接受診療」等要件。準此，原告主張其有日間住院之事實，請求被告按其住院日數給付住院日額保險金，自應就其日間住院符合上開住院之定義，檢具所需文件提出證明（系爭附約第27條第1項約定參照）。本件兩造有爭議之原告日間住院期間係自107年11月1日起至108年11月30日止，被告對原告於該段時間住院係經維新醫療社團法人台中維新醫院（下稱維新醫院）之醫師診斷其精神疾病必須入住醫院、且原告有正式辦理住院手續並不爭執（此另有醫囑單可憑，且醫院就原告之日間住院已申請治療費用、病房費等健保給付，見本院卷第247頁、第255頁以下），惟抗辯原告於上開住院期間均係於下午2時30分許至醫院打卡，於下午4時許即打卡離院，每次留院均未逾2小時，顯然無從達到留院治療之目的云云，應係爭執原告不符合「確實在醫院接受診療」之要件。查依維新醫院提供之日間照護單位生活公約（見本院卷第253頁），該醫院之日間留院時間為星期一到星期五早上9點到下午4點；觀諸原告在維新醫院之日間留院簽到表及打卡紀錄（見本院卷第93頁以下），原告除於108年10月25日上下午均有簽到外，其餘住院期間均僅有下午簽到，且除108年3月12日之到院打卡時間為下午1時46分、108年3月14日之到院打卡時間為下午1時58分、108年3月15日之到院打卡時間為下午1時53分、108年4月2日之到院打卡時間為下午1時40分、108年5月16日之到院打卡時間為下午1時7分、108年5月30日之到院打卡時間為下午1時29分、108年6月4日之到院打卡時間為下午1時40分、108年11月14日之到院打卡時間為下午1時28分、108年11月15日之到院打卡時間為下午1時57分外，其餘每日下午到院打卡時間均在2點以後，並於4點即打卡離院，甚至有下午3點才到院打卡之情形（108年8月20日、108年

10月24日、108年11月19日）。可知原告除於108年10月25日確實在維新醫院接受完整之治療外，其餘日數平均每日到院時數尚未及2小時（見本院卷第343至347頁計算表），未依維新醫院日間留院時間到院接受治療之部分自不符合系爭附約「確實在醫院接受診療」之要件，原告就此復未舉證其有何不可歸責之事由，則被告主張原告每日住院可領取之保險金應按原告每日實際留院時數與日間留院之治療時間7小時之比例計算，與系爭附約之約定尚無不合。參以精神科日間留院係結合精神科專科醫師、護理師、職能治療師、臨床心理師和社會工作師等專業人員，共同提供病人醫療及復健服務之治療模式。病人白天至醫院接受復健治療，晚上則返回住家。此治療模式不僅可避免病人與社會脫節，逐漸改善其社會功能，亦可減低家屬白天照顧之壓力（本院卷第195頁行政院衛生署102年3月19日衛署醫字第1020005026號函參照）。如容任原告每日僅需到院打卡2小時，毋須於維新醫院日間留時間在醫院確實接受治療，即可領取每日2,000元之住院保險金，無異於鼓勵原告不需積極接受治療，此顯然不利於原告精神疾病之復原，亦非有利於原告之解釋。至於系爭附約第13條約定：「被保險人依第三條之約定住院診療時，期住院天數之計算含入院及出院當日，及入院之日或出院之日的在院時間雖不足一天，均以一天計算」，係指被保險人於入院及出院當日均於入院後、出院前「確實在醫院接受診療」之情形；換言之，被保險人如於住院期間確實在醫院接受診療，其住院雖未滿1日，被保險人亦可請領全日之住院保險理賠，但此非可當然推論被保險人當日只要有到院紀錄，不論其是否確實在醫院接受診療，即可請領全日之住院理賠。

四、原告另主張其於104年12月15日向金融監督管理委員會保險局提出申訴後，兩造曾達成「將來原告送件申請理賠時，申請資料內要附上醫院打卡單影本，只要當日下午有

簽到、打卡，不論日間留院之時數多寡，均按住院日數全額給付保險金」之協議云云，並提出被告104年12月29日104中信壽客服字第560號函為憑（見本院卷第81頁）。然觀諸該函文略以：「有關台端與本公司因保險理賠問題衍生之爭議乙案，敬覆如說明，請查照…說明二、關於台端所述內容，經瞭解，除已由專人與台端溝通說明外，並與台端達成協議，特此回覆」等語，並未明確記載原告前開所述協議之文字；雖被告於寄發該函文之同日即給付同年12月31日將104年5月至11月所未給付之另一半保險金88,000元、於105年6月7日再將103年4月至104年4月所未給付之另一半保險金57,000元匯予原告，且被告亦承認此兩筆匯款係用以補足103年4月至104年11月所未給付之另一半保險金、另被告自105年1月至107年10月31日止，每月均按原告之住院日數給付2,000元之保險金，但不排除被告前開所為之給付係就原告個別申請所為，尚難據此推論被告已概括同意「只要原告當日有打卡紀錄，不論日間留院之時數多寡，均按住院日數全額給付保險金」。另原告所舉自104年12月至107年10月與其接洽保險理賠申請事宜之證人黃衣玲、甲○○，均證稱不清楚兩造間於104年12月達成協議之具體內容，證人黃衣玲復證稱：其於105年到職後經手原告所提103年4月至104年4月保險理賠申請文件，自係行審核原告提出之文件，認為符合理賠要件，沒有印象原告配偶曾在電話中提到要追回之前103年4月至104年4月另外一半還沒有給付之保險金等語（見本院卷第333頁以下）；證人甲○○則證稱：其沒有印象有與原告配偶通過電話，不記得曾經代表被告公司與原告配偶協商，以後只要附上打卡資料，一律算住院1日等語（見本院卷第337頁），亦無法證明兩造間曾有前開原告所述之協議，或被告於105年6月7日將103年4月至104年4月所未付之另一半保險金57,000元匯予原告係因被告違反系爭協議，於105年5月16日通知原告追回先前已給付之部分保險

金（見本院卷第87頁理賠給付通知函暨明細表）。是原告主張系爭附約之住院保險金，應依系爭協議之約定，不論日間留院之時數多寡，均按住院日數全額給付保險金云云，委不足採。

五、依系爭附約第3條約定：「被保險人於本附約有效期間內因第二條約定之疾病或傷害住院診療或接受門診外科手術治療時，本公司按其投保計畫內容，依照本附約的約定給付保險金」、第10條約定：「被保險人因第三條之約定住院診療時，得改為選擇申領『日額型住院醫療保險金』，其金額為其投保計劃所列之『每日病房費用保險金限額』乘以實際住院天數所得之金額」。本件原告住院接受診療，每日可得申領日額型住院醫療保險金為2,000元，而原告於附表所示住院期間到院日數共計261日，此為兩造所不爭執；惟原告除於108年10月25日確實在維新醫院接受完整之治療外，其餘日數平均每日到院時數尚未及2小時，此部分應按原告每日實際到院時數與維新醫院日間留院7小時之比例計算原告可得申領之住院保險金，縱以有利於原告之2小時計算，原告於附表所示住院期間可得申領之保險金為150,571元【計算式：2,000＋2,000×260×2/7＝150,571，小數點以下四捨五入】，而被告已給付原告之保險金為186,500元，業超出原告可得申領之保險金，是被告應無再積欠原告保險金。從而，原告依系爭附約，請求被告給付原告335,500元，及自如附表所示利息起算日起至清償日止，按週年利率百分之10計算之利息，為無理由，應予駁回。

六、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及舉證，核於判決結果不生影響，爰不一一論斷，附此敘明。

參、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第78條。

中　　華　　民　　國　　111　　年　　2　　月　　18　　日

臺中簡易庭　　法　官　林筱涵

以上為正本係照原本作成。

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　　111　　年　　2　　月　　18　　日

書記官　張峻偉

附表：

編號	理賠案號	住院期間	理賠金未給付差額（新臺幣）	文件備齊日	利息起算日
1	000000000	107/11/01~107/11/30	31,500元	107/12/14	107/12/30
2	000000000	107/12/01~107/12/31	30,000元	108/01/07	108/01/23
3	000000000	108/01/01~108/01/31	27,000元	109/01/02	109/01/18
4	000000000	108/02/01~108/02/28	18,000元	109/04/01	109/04/17
5	000000000	108/03/01~108/03/31	25,000元	109/01/09	109/01/25
6	000000000	108/04/01~108/04/30	26,000元	109/01/20	109/02/05
7	000000000	108/05/01~108/05/31	27,000元	109/02/11	109/02/27
8	000000000	108/06/01~108/06/30	22,000元	109/02/19	109/03/07
9	000000000	108/07/01~108/07/31	28,000元	109/03/11	109/03/27
10	000000000	108/08/01~108/08/31	24,000元	109/03/18	109/04/03

（續上頁）

11	000000000	108/09/01~ 108/09/30	25,000元	109/03/24	109/04/09
12	000000000	108/10/01~ 108/11/30	52,000元	109/03/25	109/04/10