臺灣臺南地方法院民事判決

114年度保險字第16號

原　　告　蔡易樫

被　　告　宏泰人壽保險股份有限公司

000000000000000000

法定代理人　李啓賢

000000000000000000

訴訟代理人　紀柏丞律師

　　顏哲奕律師

上列當事人間請求給付保險金事件，本院於民國115年9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參拾柒萬伍仟伍佰柒拾陸元，及自民國113年4月24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10分之8，其餘由原告負擔。

本判決原告勝訴部分得假執行；但被告如以新臺幣參拾柒萬伍仟元為原告預供擔保後，得免為假執行。

事實及理由

一、原告主張：

（一）原告之配偶於民國108年9月18日以自己為被保險人兼要保人，與被告訂立保單號碼：0000000000之宏泰人壽利率變動型終身壽險（以下簡稱系爭主約），並將原告附加投保宏泰人壽薰衣草醫療健康保險附約1計畫（以下簡稱系爭附約，與系爭主約合併簡稱系爭保險契約）。原告於111年3月7日確診鼻咽上壁惡性腫瘤（以下簡稱系爭疾病），並陸續依奇美醫療財團法人柳營奇美醫院（以下簡稱柳營奇美醫院）醫師建議進行一系列癌症治療，分別於112年3月15日至16日、112年4月13日至14日、112年5月10日至11日、112年7月6日至7日住院接受靜脈注射吉舒達治療（以下簡稱系爭治療），並於出院後依據系爭保險契約申請醫

療保險理賠，惟被告均以原告住院不符合系爭附約第2條第9款「住院」定義而拒絕理賠。原告曾於112年6月7日至8日住院接受注射吉舒達治療出現嚴重不良副作用，並於112年6月8日接受胸部斷層掃描、心臟超音波檢查，確認係吉舒達之副作用，足徵原告注射吉舒達有住院必要。

（二）原告住院有無必要性應由主治醫師依其專業知識就原告之具體病情而為判斷，即住院必要性之判斷權屬於原告住院之主治醫師，而非被告，且病患應施行如何之治療程序，係由醫師以病患之最大福祉為優先考量，則原告之主治醫師在事前判斷原告應住院治療，即應尊重其專業判定。而吉舒達注射後因每個人體質及病況不同而有不同副作用，且即使是同一人每次注射後之副作用反應也會隨病況而不同。爰請求被告給付①112年3月15日至112年3月16日醫療費用124,192元、②112年4月13日至112年4月14日醫療費用124,192元、③112年5月10日至112年5月11日醫療費用125,692元、④112年7月6日至112年7月7日醫療費用125,692元，共計499,768元（原告僅請求498,271元），並依保險法第34條規定請求遲延利息。爰聲明：被告應給付原告498,271元，及自113年4月24日起至清償日止，按週年利率百分之十計算之利息。

二、被告抗辯：

（一）參酌最高法院106年度台上字第2532號民事裁定、臺灣高等法院111年度保險上易字第22號民事判決意旨。原告住院接受「pembrolizumab」（吉舒達）注射治療，應符合系爭附約條款住院必要性要件，而有無住院必要性之認定，應符合醫療常規，並以具有相同專業醫師於相同情形通常會診斷具有住院之必要性者，始符合依誠信原則及最大善意原則。

（二）原告所接受之吉舒達注射治療，於醫療實務上，是否有必須住院始能接受治療之醫療常規，可參考原告申請財團法人金融消費評議中心（以下簡稱評議中心）進行評議後，

評議中心作出之112年評字第2021號評議書，其顧問醫師表示；「申請人接受之系爭治療（即靜脈注射抗癌免疫檢查點抑制劑『吉舒達』治療）通常可於門診為之。依現今臨床常規，申請人接受之吉舒達免疫治療，通常副作用輕微，不一定要住院。本件申請人先前接受7次相同治療，亦無明顯副作用之紀錄，亦可佐證其所接受免疫治療之安全性。」、同案另一位顧問醫師亦稱；「申請人鼻咽癌期別為T1N2，經化學治療、放射化學合併治療已完全緩解，目前接受免疫檢查點抑制劑治療，該藥劑可靜脈點滴注射30分即可，可在門診為之，不必住院。」等語。由上開顧問醫師之意見可知，施打吉舒達以靜脈點滴注射30分即可，通常可於門診為之，且副作用輕微，不一定要住院，況且原告於系爭治療前，已進行7次相同之治療，均無副作用產生，可證原告本件之4次治療，於醫療常規上確實無住院之必要，原告顯係刻意自願住院方式，以符合住院醫療保險金之給付要件，實有高度之道德風險，故本件原告確實不符合系爭附約約定對於住院必要之給付要件。

（三）依保險法第65條、系爭附約第26條及民法第130條規定，原告於112年3月15日至16日期間之住院治療，應於出院時即112年3月16日即得行使其住院醫療費用保險金之請求權，原告固於112年4月6日向被告申請理賠，惟後續經被告拒絕給付後，原告遲於114年4月11日始向鈞院提起本件訴訟，顯未於請求後6個內內起訴，其時效應視為不中斷，故原告上開保險金請求權之時效，仍應於114年3月16日即已消滅，被告自得拒絕上開給付。

（四）依據成大醫院成附醫鑑1286號病情鑑定報告書之鑑定意見可知，吉舒達之相關指引並未要求病患於施打過程中必須住院，而原則上則以門診等方式施打；原告所接受之吉舒達注射治療並非因該治療無從以門診或其他診療方式替代，而有住院之必要，而應係原告依其主觀意識而選擇以住院方式治療，並由主治醫師依其意願安排住院，可徵原

告所接受之吉舒達注射治療並非係因原告有住院必要而住院施行，而應僅係原告按其自身意願而安排住院，並無住院之必要性。

（五）聲明：

1.原告之訴駁回。

2.訴訟費用由原告負擔。

3.如受不利判決，願供擔保請准宣告免為假執行。

三、得心證之理由：

（一）原告主張其配偶於108年9月18日以自己為被保險人兼要保人，與被告訂立保單號碼：0000000000之宏泰人壽利率變動型終身壽險（即系爭主約），並將原告附加投保宏泰人壽薰衣草醫療健康保險附約1計畫（即系爭附約）。原告於111年3月7日確診鼻咽上壁惡性腫瘤（即系爭疾病），並陸續依柳營奇美醫院醫師建議分別於112年3月15日至16日、112年4月13日至14日、112年5月10日至11日、112年7月6日至7日住院接受靜脈注射吉舒達治療（即系爭治療）；其後原告就住院醫療費用499,768元【含①112年3月15日至112年3月16日住院醫療費用124,192元、②112年4月13日至112年4月14日住院醫療費用124,192元、③112年5月10日至112年5月11日住院醫療費用125,692元、④112年7月6日至112年7月7日住院醫療費用125,692元】向被告申請理賠，而被告以無住院之必要拒絕理賠等情，業據提出系爭保險契約、診斷證明書、醫療費用收據、理賠申請書及被告拒賠通知書為憑，且為被告所不爭執，堪信原告此部分主張為真實。

（二）原告復主張系爭治療經醫師診斷必須住院且原告確實住院接受治療，被告應給付原告①112年3月15日至112年3月16日住院醫療費用124,192元、②112年4月13日至112年4月14日住院醫療費用124,192元、③112年5月10日至112年5月11日住院醫療費用125,692元、④112年7月6日至112年7月7日住院醫療費用125,692元，共計499,768元（原告僅請

求498,271元）乙節；為被告所否認，並以前揭情詞置辯。經查：

1.系爭附約第2條第9項記載：「住院」係指被保險人因疾病或傷害，經醫師診斷，必須入住醫院治療時，經正式辦理住院手續並確實在醫院接受治療者（見本院卷第127頁）。可見依前開保險契約條款之約定，被保險人於該等保險契約有效期間所生疾病，經醫師診斷必須入住醫院治療，且經正式辦理住院手續並確實在醫院接受治療，即合於「住院」約定，得請求契約所定保險金。故被保險人是否具住院必要性，係以「醫師」診斷結果為據。

2.關於原告因系爭治療有無住院之必要性，經本院檢附原告於上開住院時間在柳營奇美醫院之診斷證明書及病歷資料送國立成功大學醫學院附設醫院（以下簡稱成大醫院）鑑定，而依成大醫院115年5月27日以成附醫秘字第1150100393號函檢附之鑑定意見書【㈠…Pembrolizumab於臨床上多以門診化療中心方式進行。然而，具體施打場域之選擇（門診或住院），並非單純取決於藥物本身，而係由醫師根據患者之醫療需求、身體耐受狀況、合併症風險及個人照護條件進行綜合評估與安排。㈡Pembrolizumab於中華民國食藥署（TFDA）核准之適應症，目前尚未包含鼻咽癌，故病患使用該藥物屬於藥品仿單標示外使用。在此脈絡下，醫療行為之發動多源於患者之高度「醫療需求」，而非僅限於生存必須之「醫療必要性」。所謂「醫療需求」係指個人基於對自身健康狀態之認知，願意投入資源（如時間、金錢、精力）以尋求其認為最有效之治療或預防措施。在抗癌療程中，即使前次治療無立即性副作用，患者基於對藥物潛在延遲性反應之恐懼，或為了在最受監控的環境下接受此療法，或為了最佳使用其資源（如金錢），而選擇住院治療，此乃臨床上常見且合理的資源配置選擇。病歷紀錄主要反映生理指標與副作用監測，未必能完全涵蓋患者之心理安全感、家屬照顧能力、最佳使用

其資源（如金錢）及突發狀況之緊急處置考量。病忠選擇於112年4月、5月及7月之療程中住院，應視為其基於個人「醫療需求」，為確保抗癌療程在最高安全基準下進行，而將個人醫療資源（住院）與特定治療（Pembrolizumab）結合之決定。縱使無急性副作用發生，此種預防性及支持性之住院安排，仍符合臨床上對癌症患者個體化醫療之專業考量。】之鑑定意見（見本院卷第83-87頁），顯見鑑定意見認具體施打場域之選擇（門診或住院），並非單純取決於藥物本身，而係由醫師根據患者之醫療需求、身體耐受狀況、合併症風險及個人照護條件進行綜合評估與安排，縱使無急性副作用發生，此種預防性及支持性之住院安排，仍符合臨床上對癌症患者個體化醫療之專業考量。被告雖抗辯系爭治療可以門診取代，因此並無住院之必要性云云，然住院必要性之認定，是以「醫師」之診斷結果為據，業已說明如前。本件原告之主治醫師已認定原告有住院之必要，並安排原告住院，原告也確實住院治療等情，既已認定如前，亦有前開鑑定報告在卷可佐。是被告抗辯前揭期間無住院必要云云，尚無足採。

3.綜上，原告主張因系爭疾病於①112年3月15日至112年3月16日、②112年4月13日至112年4月14日、③112年5月10日至112年5月11日、④112年7月6日至112年7月7日進行系爭治療有住院之必要性，為可採信。

（三）按「保險契約所生之權利，自得為請求之日起，經過2年不行使而消滅」、「消滅時效，自請求權可行使時起算。以不行為為目的之請求權，自為行為時起算」、「消滅時效，因左列事由而中斷：一、請求；二、承認；三、起訴。」、「時效因請求而中斷者，若於請求後6個月內不起訴，視為不中斷」、「時效完成後，債務人得拒絕給付」保險法第65條前段、民法第128條、第129條第1項、第130條、第144條第1項分別定有明文。原告主張其分別於①112年3月15日至112年3月16日、②112年4月13日至11

2年4月14日、③112年5月10日至112年5月11日、④112年7月6日至112年7月7日住院進行系爭治療，則原告關於上開治療之住院保險金請求權，自出院時起即處於得行使之狀態，而原告於①112年3月15日至112年3月16日期間住院進行系爭治療，雖於112年4月6日向被告申請理賠，然經被告於112年5月9日函告原告保險金之申請拒絕理賠等情，為兩造所不爭執，而原告未於上開請求後6月內起訴，迄至114年4月11日始對被告提起本件訴訟，有起訴狀上本院收文日期戳附卷足憑，顯已罹於2年時效，復經被告為時效抗辯，故原告請求被告給付①112年3月15日至112年3月16日期間住院醫療費用124,192元之保險金，即屬無據，不應准許。

（四）綜上，原告依系爭保險契約之法律關係，請求被告給付375,576元【含②112年4月13日至112年4月14日住院醫療費用124,192元、③112年5月10日至112年5月11日住院醫療費用125,692元、④112年7月6日至112年7月7日住院醫療費用125,692元】之住院醫療費用，核屬有據。又原告最後一次向被告請求給付保險金之日期為113年2月20日（見本院114營司保險簡調字第1號卷第47頁被告回函），則原告依保險法第34條「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，應於接到通知後十五日內給付之。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一分。」之規定，請求自113年4月24日起至清償日止，按週年利率百分之10計算之利息，亦屬有據。至逾上開範圍之保險金及利息之請求，則屬無據。

四、綜上所述，原告依系爭保險契約之法律關係及保險法之規定，請求被告給付375,576元，及自113年4月24日起至清償日止，按週年利率百分之10計算之利息，為有理由，應予准許。至逾前揭範圍之請求，則無理由，應予駁回。

五、本件判決基礎已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及訴訟資料

經本院斟酌後，核與判決不生影響，無一一論述之必要，併予敘明。

六、本判決原告勝訴部分所命給付之金額未逾50萬元，依民事訴訟法第389條第1項第5款之規定，應依職權宣告假執行。而被告陳明願供擔保，聲請宣告免為假執行，於原告勝訴部分，經核尚無不合，爰酌定相當擔保金額宣告之。

七、據上論結，原告之訴為一部有理由、一部無理由，依民事訴訟法第79條、第389條第1項第5款、第392條第2項，判決如主文。

中　　華　　民　　國　　115　　年　　9　　月　　23　　日

臺灣臺南地方法院民事第二庭

法　官　王 獻 楠

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　　115　　年　　9　　月　　23　　日

書記官　李 雅 涵