臺灣臺北地方法院民事判決

110年度保險字第25號

原　　告　林威鵬

000000000000000000

訴訟代理人　吳榮達律師

複代理人　　黃建霖律師

　　王小鳳

被　　告　國泰人壽保險股份有限公司

000000000000000000

法定代理人　黃調貴

訴訟代理人　林雍順

被　　告　中國人壽保險股份有限公司

000000000000000000

法定代理人　譚碩倫（Saloon Tham）

000000000000000000

訴訟代理人　蔡瑞琪

被　　告　元大人壽保險股份有限公司

000000000000000000

法定代理人　江朝國

訴訟代理人　陳世偉

　　潘孟芝

被　　告　合作金庫人壽保險股份有限公司

000000000000000000

000000000000000000

法定代理人　杜振遠

訴訟代理人　林巧琪

　　廖堂各

　　謝榮峯

被　　告　第一金人壽保險股份有限公司

000000000000000000

法定代理人　陳芬蘭

訴訟代理人　胡元禎

上列當事人間給付保險金事件，本院於民國111年2月17日言詞辯論終結，判決如下：

主　文

一、被告國泰人壽保險股份有限公司應給付原告新臺幣（下同）26,175元，及自民國（下同）110年3月4日起至清償日止，按年利率10%計算之利息。

二、被告中國人壽保險股份有限公司應給付原告84,882元，及自110年3月4日起至清償日止，按年利率10%計算之利息。

三、被告元大人壽保險股份有限公司應給付原告31,558元，及自110年3月4日起至清償日止，按年利率10%計算之利息。

四、被告合作金庫人壽保險股份有限公司應給付原告53,788元，及自110年3月4日起至清償日止，按年利率10%計算之利息。

五、原告其餘之訴駁回。

六、訴訟費用由被告國泰人壽保險股份有限公司負擔7%、被告中國人壽保險股份有限公司負擔24%、被告元大人壽保險股份有限公司負擔9%、被告合作金庫人壽保險股份有限公司負擔15%，餘由原告負擔。

七、本判決第一至四項得假執行。但被告國泰人壽保險股份有限公司以26,175元、被告中國人壽保險股份有限公司以84,882元；被告元大人壽保險股份有限公司以31,558元；被告合作金庫人壽保險股份有限公司以53,788元，分別為原告預供擔保後，得免為假執行。

八、原告其餘假執行之聲請駁回。

事實及理由

壹、程序事項：

一、按訴狀送達後，原告不得將原訴變更或追加他訴。但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3款定有明文。經查，原告請求及變更聲明如下表所示之金額，核予前揭規定相符，應予准許。

被告	起訴金額	第一次變更金額	第二次變更金額
國泰人壽保險股份有限公司（下稱國泰人壽）	25,166	26,175	26,175
中國人壽保險股份有限公司（下稱中國人壽）	301,754	157,446	84,882
全球人壽保險股份有限公司（下稱全球人壽）	70,852	撤回	
元大人壽保險股份有限公司（下稱元大人壽）	130,558	130,558	31,558
合作金庫人壽保險股份有限公司（下稱合庫人壽）	213,788	53,788	53,788
第一金人壽保險股份有限公司（下稱第一金人壽）	153,000	153,000	153,000
備註	起訴狀	依民國110年11月22日民事綜合言詞辯論意旨狀	依111年1月27日民事陳報狀

二、次按當事人法定代理人其代理權消滅者，訴訟程序在有法定代理人或取得訴訟能力之本人，承受其訴訟以前當然停止；前開承受訴訟人於得為承受時，應即為承受之聲明，民事訴訟法第170條、第175條第1項分別定有明文。經查，被告中國人壽公司法定代理人原為郭瑜玲，於訴訟進行中變更為譚

碩倫（Saloon Tham）並聲明承受訴訟，應予准許。

貳、實體部分：

一、原告主張：

原告前分別向被告國泰人壽（保險人原為國寶人壽保險股份有限公司，後國寶人壽為國泰人壽概括承受，故保險人變更為國泰人壽）、中國人壽、元大人壽（保險人原為國際紐約人壽保險股份有限公司，後國際紐約人壽為元大人壽概括承受，故保險人變更為元大人壽）、合庫人壽、第一金人壽等保險公司投保保險人、始期、保險種類、保險條件如附表一編號1至6之住院醫療保險，依約當原告因病住院，被告等本應依約分別給付原告住院給付日付額、出院在家療養保險金、出院後療養補償金、每次住院醫療費用等保險金，詎原告於因重憂鬱而自109年11月13日至109年12月14日至三軍總醫院松山分院住院治療共32日，另因重度糖尿病於109年7月28日至109年8月22日在博仁綜合醫院住院治療共26日（其中健保住院部分，自109年7月28日至109年8月11日共15日，自費住院部分，109年8月12日至109年8月22日共11日），惟被告等或拒絕全部保險給付，或拒絕部分保險給付，茲就被告等應給付原告之保險金額、已給付之保險金額、應付未付之保險金額詳如附表二，且經原告迭次分別催請被告等為給付，均遭被告等拒絕，乃分別依附表一所示保險契約提起本訴，並聲明：

㈠被告國泰人壽應給付原告26,175元，及自本件起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年利率10%計算之利息。

㈡被告中國人壽應給付原告84,882元，及自本件起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年利率10%計算之利息。

㈢被告元大人壽應給付原告31,558元，及自本件起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年利率10%計算之利息。

㈣被告合庫人壽應給付原告53,788元，及自本件起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年利率10%計算之利息。

㈤被告第一金人壽應給付原告153,000元，及自109年12月18日

起至清償日止，按年利率10%計算之利息。

㈥本件請依職權宣告假執行。

二、被告答辯意旨：

㈠國泰人壽：

依據國保人壽日額型住院醫療終身保險附約保單條款第2條約定：「本附約所稱『住院』係指被保險人因疾病或傷害，經醫師診斷，必須入住醫院診療時，經正式辦理住院手續並確實在醫院接受治療者。」、「被保險人於本附約有效期間內，因疾病或傷害，或因此所引起之併發症，經醫師或醫院診斷確定必須住院治療時，本公司自其住院之日起至出院之日止，按本附約給付各項保險金」同上保單條款第10條定有明文。次查「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。」國寶人壽溫馨醫療日額保險附約第2條第9款定有明文。原告自109年7月28日至同年8月11日出院病歷摘要暨同醫院護理紀錄，其中出院病歷摘要「出院時情況」載明「改門診治療」、「出院指示」載明「病患已於0000-00-00出院」，護理紀錄109年8月11日14:40焦點紀錄亦載明「病人主訴因DM poor control要求自費住院治療」，益證原告病況可改門診治療，實無持續住院治療必要。系爭保險契約條款關於住院之定義，非僅依原告求診醫院之診斷證明即得認定原告確有住院必要性。更況，原告109年7月28日至109年8月22日博仁醫院住院，前15日經被告公司審核後已為給付；系爭住院期間，主治醫師指示「改門診治療，出院」，且原告亦自認係自費住院。是以系爭住院期間並非『經醫師診斷，必須入住醫院診療』，而係出於原告自主要求，非屬保險範圍，被告公司自無給付保險金之義務等語，資為抗辯。並聲明：1.原告之訴駁回。2.若受不利之判決，願供擔保請准宣告免為假執行。

㈡中國人壽：

1.依兩造簽訂之住院健康保險附約（乙型）保單條款第2條第1

0款、新康泰綜合住院醫療保險附約保單條款第2條第10款，約定「必須入住醫院」須符合：經醫師診斷有疾病或傷害、有入住醫院之必要、正式辦理住院手續、確實在醫院接受診療者。原告雖係因血糖過高入住醫院，住院期間亦有輸注胰島素，行超音波及電腦斷層檢查，然前述治療及檢查並非門診不得施行，且原告於住院期間亦未接受其他積極性之治療或有其他感染之情形，甚至入院第5日（109年8月1日）即有不假外出之紀錄，足見原告接受胰島素點滴輸液治療後狀況控制良好，並未併發急性病症或有其他必須住院方可施行之積極治療，且依護理紀錄可知原告血糖控制差之原因係其未依飲食衛教觀念執行。再者，於醫師評估後准予出院當日，原告又要求自費住院，自費住院期間自行施打胰島素，亦有外出近12小時之紀錄，故原告住院26日是否皆有住院必要性，自非無疑。又本件經財團法人金融消費評議中心（下稱評議中心）諮詢二位專業醫療顧問，認原告住院中血糖較高，只接受胰島素注射治療及大腸小息肉切除，故住院觀察治療5天應屬合理。而被告就原告本件糖尿病住院，業已就其健保住院期間給付15日住院相關保險金，已屬寬認。

2.若認原告本件糖尿病住院26日有必要性（假設語，非自認），依原告投保「住院健康保險附約（乙型）」保額2,000元，住院26日之「住院保險金」為52,000元、「出院在家療養保險金」為26,000元，共計78,000元。又依原告投保「新康泰綜合住院醫療保險附約」保額10單位，住院26日之「每日病房費用保險金」給付限額為26,000元、「住院醫療費用保險金(每次)-住院天數31天以下者」給付限額為60,000元。而原告本次住院有11日係自費住院，自費住院部分則依新康泰綜合住院醫療保險附約保單條款「給付之限制」第11條第1項約定「被保險人未以社會保險對象身分或未在社會保險指定醫院住院診療而未獲社會保險給付時，本公司依其實際醫療費用，按各項保險金限額計算應給付金額後，依該給付金額之百分之85給付」計算。則①原告109年7月28日

至109年8月11日健保住院15日：「每日病房費用保險金」：1,000元×15日=15,000元。「住院醫療費用保險金」：4,502元。②原告109年8月12日至109年8月22日自費住院11日：「每日病房費用保險金」：1,000元×11日=11,000元。「住院醫療費用保險金」：40,882元。前述26日住院相關保險金數額總計149,384元，而被告業已就原告健保住院15日依「住院健康保險附約（乙型）」給付住院保險金30,000元、住院在家療養保險金15,000元；依「新康泰綜合住院醫療保險附約」給付每日病房費用保險金15,000元、住院醫療費用保險金4,502元，合計64,502。故扣除前述被告中壽已給付之原告健保住院15日相關保險金64,502元，本件被告中壽未給付之爭議保險金數額為84,882元（即原告自費住院部分）等語，資為抗辯。並聲明：⑴原告之訴駁回。⑵若受不利之判決，願供擔保請准宣告免為假執行。

㈢元大人壽：

原告自109年7月28日至8月22日在博仁醫院住院，被告元大人壽業已給付109年7月28日至109年8月11日共15日之住院醫療保險金46,442元，合先敘明。原告自109年7月28日以健保身分住院至同年8月11日經醫師評估後出院，並於出院狀況載明「改門診治療」，原告於109年7月28日至109年8月11日此段住院期間病歷記載，原告多是自測血糖值及自行施打胰島素、對原告施以衛教等，並於此段住院期間已陸續完成尿液、血液、一般生化檢查及腎臟、輸尿管、膀胱等放射線檢查，是109年8月11日當日依醫師同意出院，足以表彰醫師判斷原告已無住院必要，原告又於同日下午2時40分要來自費住院，僅間隔短短4小時，而上午出院血糖值515mg/dL、下午入院血糖值為517mg/dL並無明顯惡化，原告經醫師評估出院改門診治療，卻又於同日要求自費住院，同日入、出院之過程，顯與常理不符。況原告自109年7月28日至同年8月11日出院，與同日再自費住院至同年8月22日出院，兩段住院期間之治療方式多為自測血糖值及自行施打胰島素、對原告

施以血糖控制衛教知識等治療，並係以自備藥品方式自行施打胰島素，可見原告之高血糖症狀在住院期間並未獲得改善，原告住院期間僅自行施打胰島素，未由護理師進行胰島素調整以確實注射正確劑量、劑型等，以達到住院治療改善血糖，不符一般住院處置，無明顯療效，顯可見原告住院期間並未進行積極有成效之治療方式，已違反醫療常規，而不具住院必要性等語，資為抗辯。並聲明：1.原告之訴駁回。2.若受不利之判決，願供擔保請准宣告免為假執行。

㈣合庫人壽：

1.依據原告於博仁綜合醫院住院期間之病歷摘要及護理紀錄，原告於門診收治住院時，除抱怨一般性倦怠、頻尿及其隨機血糖值達546mg/dL外，並無其他生命徵象不穩或高血糖併發症等情形；住院期間亦僅接受抽血、腹部超音波、放射線檢查及使用針劑胰島素控制血糖和口服藥物等一般性檢查與治療，並無使用其他需住院施行之檢查與治療服務，故依系爭住院事故之病歷及醫療臨床實務常規判斷，原告所接受之檢查與治療皆可在門診執行，實無住院之必要。且觀其住院期間之護理紀錄，除自備胰島素針劑並自行施打及自行測量血糖值外，更於健保住院期間結束後，主訴因血糖控制不良而向醫師主動要求自費住院，並於住院期間多次不假外出，甚至離院，可見原告是否具住院治療之必要顯有疑義。況原告於109年10月31日向財團法人金融消費評議中心提出評議申請，評議中心認原告至多僅5天之住院必要。被告前融通給付之金額早已超逾此範圍甚多，更遑論原告109年8月12日至109年8月22日之自費住院，故其請求顯無理由。

2.另原告因「重鬱症」至三軍總醫院松山分院附設民眾診療服務處住院更長達32日，被告為釐清其病況及住院之必要性，於原告109年12月17日申請相關保險金後，旋即於109年12月21即發函予原告，請其提供調閱病歷同意授權書及身分證正反面影本，其不僅未進一步舉證說明其住院之必要性，對於被告欲進行之理賠調查亦不配合致被告遲未取得相關資料，

因此，被告尚無從進行理賠審核等語，資為抗辯。並聲明：⑴原告之訴駁回。⑵若受不利之判決，願供擔保請准宣告免為假執行。

㈤第一金人壽：

1.原告於102年1月15日投保「第一金人壽富貴人生變額萬能壽險」，基本保額250萬元，另附加「第一金人壽一年定期帳戶型住院醫療日額給付保險附約」（下稱系爭保險附約），約定住院日額3,000元。被告前因受理原告他件理賠申請而調閱取得其於102年5月14日在三總松山分院之病例紀錄單，依其記載內容原告於就診當時已自述有焦慮、激動、沮喪情緒、失眠長達數年，並有自殺意念、自殺傾向之過去紀錄，加上易怒、低自尊心等均屬憂鬱症之相關病徵。因此，原告依系爭保險附約於本次向被告申請理賠之項目（因重鬱症住院治療），應屬系爭保險附約生效日（102年1月15日）前已存在之疾病，並不符合保單條款所載「系爭保險附約生效日起30日後或復效日起所發生之疾病」之定義，又依保險法第127條規定，被告不負給付保險金之責任。故其請求應無理由。

2.原告主張之申請理賠項目，依系爭保險附約其可請求「住院日額保險金」及「出院療養保險金」，兩者均以系爭保險附約所約定之「住院日額」（3,000元）作為計算基礎。於「住院日額保險金」部分，實際住院日數在30日以內者，以「住院日額」乘以實際住院日數計算；超過30日（第31日起）之部分，則以「住院日額」2倍乘以第31日起實際住院日數計算。於「出院療養保險金」部分，則係以「住院日額」之50%乘以實際住院日數計算。試按本件原告主張之住院日數（32日），依系爭保險附約保單條款規定就前述二給付項目金額之計算結果列示如下：住院日額保險金（3,000元×30日）＋（3,000元×2倍×2日）＝102,000元；出院療養保險金32日×（3,000元×50%）=48,000元，共計150,000元。

3.本件原告係於110年3月9日方補全申請理賠之授權調查文件

予被告，故依系爭保險附約保單條款第18條規定，前揭保險金之遲延利息應自原告補全理賠授權調查文件後第16日即110年3月25日起算，故原告於民事起訴狀所載要求被告負擔10%遲延利息之起算時點（109年12月18日），恐有誤解等語，資為抗辯。並聲明：⑴原告之訴駁回。⑵若受不利之判決，願供擔保請准宣告免為假執行。

三、經查，原告主張與被告等簽立如附表一所示之保險契約，嗣於109年7月28日因「1.第二型糖尿病，伴有高血糖 2.糖尿病視網膜病變及周邊神經病變 3.高三酸甘油脂血症 4.膽囊細沙」於博仁綜合醫院住院治療，原告於109年8月11日經醫師評估後准予出院，原告再要求自費住院治療至109年8月22日出院。又於109年11月13日至同年12月14日間因「重鬱症」於三軍總醫院松山分院附設民眾診療服務處（下稱三總醫院）住院32日。被告等分別依保險契約給付如附表二已給付金額欄所示之金額予原告，另如附表二請求金額欄所示未為理賠給付。並有原告提出國泰人壽保單、中國人壽保單、全球人壽保單、元大人壽保單、合庫人壽保單、第一金人壽保單、診斷證明書、收據、各家保險給付清冊等件（本院卷一第37至101頁、卷二第101至113頁）為憑，堪信為真實。

四、本院之判斷：

㈠原告自109年8月12日至109年8月22日於博仁綜合醫院因「1.第二型糖尿病，伴有高血糖、2.糖尿病視網膜病變及周邊神經病變、3.高三酸甘油脂血症、4.膽囊細沙」自費住院11日，是否具住院必要性？

1.審酌保險為最大善意及最大誠信之射倖性契約，保險契約之當事人皆應本諸善意與誠信之原則締結保險契約，始能免流於純粹賭博性，並避免肇致道德危險，此有最高法院最高法院85年度台上字第1685號判決意旨參照。而保險制度最大功能在於將個人於生活中遭遇各種人身危險、財產危險，及對他人之責任危險等所產生之損失，分攤消化於共同團體，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時，應立於整個危險共同團體之利益觀點，不能僅從契約當事人之角度思考，若過於寬認保險事故之發生，將使保險金之給付過於浮濫，最終將致侵害整個危險共同團體成員之利益，有違保險制度之本旨。因此，就其是否有「住院醫療必要」，亦即是否屬於治療療程或具必要性之療程，除由實際治療醫師之認定外，亦需就如需就「住院必要」審酌是否符合醫學之經驗法則或論理法則，有無違反醫療常規，以符合保險為最大善意及最大誠信契約之契約本旨。

2.經查，原告於109年8月12日至109年8月22日因「1.第二型糖尿病，伴有高血糖、2.糖尿病視網膜病變及周邊神經病變、3.高三酸甘油脂血症、4.膽囊細沙」於博仁綜合醫院自費住院11日，為兩造所不爭執。惟被告國泰人壽、中國人壽、元大人壽、合庫人壽均抗辯109年8月11日原告主治醫師乃認定原告可出院、改門診治療，原告出院後再要求自費住院並無必要等語。惟查，病患是否可以住院並非單純基於病患之要求，即可任意滿足病患住院之需要，而有賴醫師專業之醫療評估以做成同意病患住院之決定，本件固然係原告要求自費於上開期間住院，惟若非原告有住院之必要，醫師仍無得予以收治住院。況住院紀錄亦載明「病人主訴因DM poor control要求自費住院治療」，是原告請求繼續住院治療，並非無端，此觀臺大醫院110年11月25日以校附醫秘字第1100905635號函回復意見：「病人是否有住院治療之需求，發動權與決定權應為診治醫師，非取決病人要求。...依本院實際醫療實務，病人是否有住院需求，由診治醫師決定」（見本院卷二第297頁）。益徵醫療實務認定病患住院之判斷，並非基於病患恣意之要求，亦不因自費或健保給付，而卸除主治醫師基於醫療專業判斷而做成是否同意住院決定之責任。

3.而對於主治醫師對本件原告住院之判斷是否合於醫學之經驗法則或論理法則，經本院函詢臺大醫院，經臺大醫院於110

年7月9日以校附醫秘字第1100903154號函回復意見表示：「一、依貴院所附的血糖紀錄、出院病歷摘要與護理紀錄，沒有辦法排除109年8月11日至8月22日這段期間住院的必要性。依出院病摘中內容，因為病人血糖>515mg/dL，DM poorly control並且有general weakness、frequency of urination等，所以住院for flirther studies and management。臨床上會擔心病人因高血糖產生危症或為了幫病人調整血糖而讓病人住院，幫病人調整血糖的方式包括觀察其飲食生活習慣並給予建議、注射胰島素的方式、找尋是否有其他引起高血糖的原因、調整藥物種類劑量與使用時間等。二、病人自費住院期間，博仁醫院僅按時量測體溫、血壓、提供病房，並無任何治療或用藥，可否認定屬『經醫師診斷，必須入住醫院診療』。根據出院病摘，此病人的醫師8月11日認定他有需要入住醫院診療，而在一般情況下，血糖>515mg/dL，確實是可考慮住院診療的。」（見本院卷一第675頁）又「關於病人在高血糖狀態下是否可改採門診治療，取決於原診治之主治醫師進行臨床判斷，依本院醫療常規，考慮病人安全，建議將血糖控制至可接受範圍後，再改門診治療」，此有臺大醫院110年11月25日以校附醫秘字第1100905635號函回復意見可參（本院卷二第297頁）。原告於109年7月28日至同年8月11日間因血糖高於483mg/dl住院治療，於同年月11日自費住院時，血糖仍高達517mg/dl以上（參見博仁綜合醫院護理紀錄），足認其病情並無好轉，且經相同專業醫療醫師鑑定意見認於原告血糖>515mg/dL，控制困難之情況下，亦有高度可能做成住院之相同診斷，是原告之主治醫師同意原告住院之決定自與醫學之經驗法則或論理法則相符。

4.另被告抗辯：住院期間之護理紀錄，除自備胰島素針劑並自行施打及自行測量血糖值外，更於健保住院期間結束後，主訴因血糖控制不良而向醫師主動要求自費住院，並於住院期間多次不假外出，甚至離院，可見原告是否具住院治療之必

要顯有疑義等語，惟依臺大醫院110年7月9日校附醫秘字第1100903154號函所載：「住院期間，博仁醫院『僅』提供按時量測體溫、血壓、提供病房，而無任何治療或用藥這點，並無法依病歷摘要和護理紀錄支持。因為衛教飲食與生活習慣調整、觀察或調整患者打針方式、建議打針的劑量調整也都是屬於治療的方式，當時醫師或護理師是否有執行，並不一定會逐一記載在護理紀錄中。也無法依據病人『請假外出逾11小時』，就認定其無住院的必要，只能說若有住院的必要，外出這麼久比較不適當。8月15日病人自行檢測血糖自行使用藥物一事亦相同，無法因此就認定其無住院的必要，只能說若有住院的必要，檢測完血糖應跟醫護人員討論再決定藥物給與劑量較適當。」可知縱原告未確實配合治療而有不當，但卻與是否住院必要，無正當關連性，未因此排除原告有住院之必要。

5.因此，原告109年8月12日至109年8月22日因糖尿病等情自費住院11日治療，其療程具有必要性，且符合醫學之經驗法則或論理法則，原告基於附表一所示之各該保險契約，請求被告國泰人壽給付26,175元、中國人壽給付84,882元、元大人壽給付31,558元、合庫人壽給付53,788元之保險金，及自起訴狀送達翌日起至清償日止，按年利率10%計算遲延利息，為有理由，應予准許。

㈡原告於109年11月13日至109年12月14日因「重鬱症」至三軍總醫院松山分院附設民眾診療服務處住院32日，是否屬保險契約訂立前已發生之疾病，被告第一金人壽得否依保險法第127條及附約條款第2條規定不負理賠之責？

1.按被保險人於本附約有效期間內因第2條約定之疾病或傷害住院診療或雖未住院但於急診室診療超過6小時者時，本公司依本附約約定給付保險金。「疾病」係指被保險人自本附約生效日起30日後或復效日起所發生之疾病，第一金人壽一年定期帳戶型住院醫療日額給付保險附約（下稱系爭第一金保險附約）第4條、第2條第1項訂有明文。次按保險契約訂

立時，被保險人已在疾病或妊娠情況中者，保險人對是項疾病或分娩，不負給付保險金額之責任。保險法第127條亦有明文。

2.經查，原告與第一金人壽102年1月15日簽立系爭第一金保險附約，約定被保險人自該附約生效日起30日後或復效日起所發生之疾病，被告第一金人壽始依本附約約定給付保險金，惟依三總醫院102年5月14日病歷紀錄單（門診）記載，原告陳述：「anxious,agitated depressed mood,and insomnia for several years 」、「suicidal ideation, Past Hx of suicidal attempt」、「irritable, low self-esteem」可知原告就診當時已因焦慮、激動、沮喪情緒和失眠達數年，有自殺意念、自殺傾向之紀錄，並有易怒、低自尊心等情狀，經診斷為「309.1_環境適應之長期憂鬱反應、300.4_經神官能性憂鬱症」（見本院卷一第315頁）。原告於102年1月15日與第一金人壽簽訂系爭保約至102年5月14日到三總醫院就診，歷時將近四個月，與原告陳述憂鬱症狀達數年並不相符，可見，原告於102年1月15日前已罹患憂鬱症，被告抗辯原告係帶病投保，為系爭第一金保險附約生效前已存在之疾病，即屬有據。而原告就本件保險理賠事件於109年11月13日因重憂鬱住院，肇因於調職造成職場環境變動，長官當眾拍桌咆哮等事，導致情緒低落、食慾不振、體重下降、負面及厭世想法（走在路上想被汽車撞），活動力下降、缺乏興趣、夜眠差，幻聽（聽到有人跟自己對話）幻視（看到蟲子跑到電腦或鞋子）等症狀，又經醫師診斷病症為「重憂鬱」（見原告三總病歷卷、本院卷一第95頁），有診斷證明書在卷可稽。從而，原告於投保系爭附約時即有憂鬱症，屬帶病投保，本次又因憂鬱症住院請求被告給付保險理賠金，依系爭附約第4條、第2條第1項、保險法第127條之規定，被告自不負理賠之責，原告請求被告第一金人壽給付153,000元之理賠金及遲延利息，自屬無據。

五、綜上所述，原告於109年8月12日至109年8月22日期間因「1.

第二型糖尿病，伴有高血糖、2.糖尿病視網膜病變及周邊神經病變、3.高三酸甘油脂血症、4.膽囊細沙」於博仁綜合醫院自費住院11日，有住院之必要且合於醫學之經驗法則或論理法則，原告請求被告國泰人壽給付26,175元、中國人壽給付84,882元、元大人壽給付31,558元、合庫人壽給付53,788元之保險金，及自起訴狀送達翌日均即110年3月4日起至清償日止，按年利率10%計算遲延利息，為有理由，應予准許。至於原告109年11月13日至109年12月14日期間因「重鬱症」至三軍總醫院松山分院附設民眾診療服務處住院32日，屬帶病投保，依系爭第一金保險附約第4條、第2條第1項、保險法第127條之規定，被告第一金人壽不予理賠，原告請求第一金人壽給付153,000元及利息，為無理由，應予駁回。

六、本件原告雖陳明願供擔保請准宣告假執行，惟其勝訴部分，所命給付金額未逾50萬元，應依職權宣告假執行，而被告就其所受不利判決陳明願供擔保，免為假執行之宣告，爰酌定相當擔保金額准許之；至原告敗訴部分，原告之訴既經駁回，其假執行之聲請亦失所附麗，應併予駁回。

七、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及所提之證據，經審酌後，核與本件結論不生影響，爰不一一贅述，附此敘明。

八、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第79條。

中　　華　　民　　國　　111　　年　　3　　月　　18　　日

民事第三庭　　法　官　薛嘉珩

以上正本係照原本作成。

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。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　　3　　月　　18　　日

書記官　范國豪

附表一：

編號1	
保險人：	國泰人壽保險股份有限公司(原國寶人壽保險股份有限公司)
保單號碼：	0000000000
保險種類：	永泰終身保險(90)
契約始期：	民國91年4月22日
保險項目：	(1)日額型住院醫療終身保險附約(90)：10單位(每單位為100元) (2) 安心終身健康保險附約 (90)：2單位 (3) 溫馨醫療日額保險附約-本人：3單位
保險條款	保險利益 住院醫療日額保險金 被保險人於附約生效日起因意外傷害事故或生效日起持續30日後因疾病必須住院治療時，自住院之日起至出院之日止，給付住院醫療日額保險金=100元x投保單位x住院日數，同一事故最高以365日為限。 出院居家療養保險金 不論是疾病或意外傷害，經過住院或手術等治療後，經醫生核可出院後，公司即給付出院居家療養保險金=50元x投保單位x住院日數，同一事故以365日為限。
編號2	
保險人：	中國人壽保險股份有限公司
保單號碼：	Z0000000000
保險種類：	中國人壽長安2003終身壽險(平準型)
契約始期：	民國92年12月31日
保險項目：	住院健康保險附約乙型(本人)【不分紅】：2000元
保險條款	保險範圍與保險金給付 第七條 甲型： 被保險人於本附約有效期間內，因疾病或傷害，或其引起之併發症，經醫師診斷必須住院之治療或手術時，本公司按保險單所載「住院保險金日額」乘以被保險人實際住院日數給付「住院保險金」，但每一保單年度總計最高以三百六十五日為限。 乙型： 被保險人於本附約有效期間內，因疾病或傷害，或其引起之併發症，經醫師診斷必須住院之治療或手術時，本公司給付下列各項保險金。 一、「住院保險金」：本公司按保險單所載「住院保險金日額」乘以被保險人實際住院日數給付「住院保險金」，但每一保單年度總計最高以三百六十五日為限。

	二、「出院在家療養保險金」：本公司按保險單所載「住院保險金日額」的百分之五十乘以被保險人實際住院日數給付「出院在家療養保險金」，但每一保單年度總計最高以九十日為限。
編號3 （撤回）	
保險人：	全球人壽保險股份有限公司（原國華人壽保險股份有限公司）
編號4	
保險人：	元大人壽股份有限公司(原國際紐約人壽保險單)
保單號碼：	LBOB104056
保險種類：	永利終身壽險
契約始期：	民國95年8月16日
保險項目：	全福住院醫療終身保險附約乙型：日額型2000元
保險條款	第二條　名詞定義 本附約所稱「住院給付日額」係指保險單首頁所載的保險金額。 第四條　保險範圍 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或門診診療時，本公司依本附約約定給付保險金。 第五條　保險金給付的內容 被保險人因第四條之約定而住院或門診診療時，本公司按其投保計劃，依本附約的約定給付列各項保險金： 一、住院醫療保險金 被保險人經醫師診斷確定必須住院，且經住院診療時，住院診療在三十日（含）以內者，本公司依「住院給付日額」乘以其實際住院日數（含入院日及出院日）給付住院醫療保險金。 被保險人住院診療超過三十日以上者，以前三十日（含）本公司按前述約定給付外，超過三十日部分，則依「住院給付日額」的一・五倍，乘以超過三十日的實際住院日數所得之數額（含入院日及出院日）給付住院醫療保險金。但同一次住院給付日數最高以三百六十五日為限。
編號5	
保險人：	合作金庫人壽保險股份有限公司
保單號碼：	TIS0000000
保險種類：	合作金庫人壽住院醫療日額健康保險（甲、乙、丙型）_乙型　保險金額：5000元
契約始期：	民國100年12月17日
保險項目：	住院健康保險附約乙型(本人)【不分紅】：2000元
保險條款	乙型： 一、一般住院醫療日額保險金

	被保險人於住院診療期間，本公司按本契約所載之「住院醫療保險金日額」乘以該被保險人實際住院日數（含入院及出院當日）給付「一般住院醫療日額保險金」。但被保險人同一次住院期間之給付日數以三百六十五日為限。
編號6	
保險人：	第一金人壽保險股份有限公司
保單號碼：	00000000
保險種類：	第一金人壽一年定期帳戶型住院醫療日額給付保險附約　保額3000元
契約始期：	民國102年1月15日
保險項目：	
保險條款	第七條　住院日額保險金的給付 被保險人於本附約有效期間內，因疾病或傷害住院診療時，本公司按其實際住院日數以及下列保定給付「住院日額保險金」： 一、實際住院日數在三十日（含）以內者，按投保之「住院日額」乘以實際住院日數。 二、實際住院日數超過三十日以上者，除前三十日（含）之住院日數按前款約定給付外，自第三十一日起之部分則按投保之「住院日額」的二倍乘以自第三十一日起之實際住院日數。

附表二：

保險公司	A-憂鬱症部分			B-糖尿病部分			請求金額(A+B)
	應給付	已給付	尚未給付	應給付	已給付	尚未給付	
國泰人壽						26,175	26,175
中國人壽				149,384	64,502	84,882	84,882
元大人壽	98,860	98,860	0	78,000	46,442	31,558	31,558
合庫人壽				130,000	76,212	53,788	53,788
第一金人壽	153,000	0	153,000				153,000