

臺灣臺北地方法院民事判決

112年度保險字第87號

原告 莊昇融

訴訟代理人 孫治平律師（法扶律師）

被告 南山人壽保險股份有限公司

法定代理人 尹崇堯

訴訟代理人 陳玟卉律師

上列當事人間請求給付保險金事件，經臺灣新北地方法院移送前來，本院於民國114年10月23日言詞辯論終結，判決如下：

主 文

一、被告應給付原告新臺幣肆萬伍仟元，及自民國一百一十一年六月二十五日起至清償日止，按週年利率百分之十計算之利息。

二、原告其餘之訴駁回。

三、訴訟費用由被告負擔百分之六，餘由原告負擔。

四、本判決第一項得假執行；但被告如以新臺幣肆萬伍仟元為原告預供擔保後，得免為假執行。

五、原告其餘假執行之聲請駁回。

事實及理由

壹、程序方面

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，原告起訴時訴之聲明為：被告應給付原告新臺幣（下同）70萬4000元，及自民國111年6月20日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息（見臺灣新北地方法院112年度保險字第11號卷，下稱新北卷，第9頁），嗣將上開利息起算日變更為自111年6月25日起算（見本院卷(二)第111頁），核屬減縮應受判決事項之聲明，揆諸前揭說明，並無不合，應予准許。

貳、實體方面

01 一、原告主張：原告於87年2月27日以其為要保人、被保險人向
02 被告投保「南山康樂限期繳費終身壽險」之保險契約（保單
03 號碼：Z000000000），附加「南山人壽住院醫療保險附
04 約」、「南山人壽住院費用給付保險附約」、「南山人壽住
05 院費用給付保險附約居家療養附加條款」、「南山人壽手術
06 醫療保險附約」（下合稱系爭保單），原告於101年9月20日
07 將系爭保單要保人變更為訴外人莊○○。嗣原告於111年2月
08 15日因糖尿病腎病變等疾病至長庚醫療財團法人桃園長庚紀
09 念醫院（下稱長庚醫院）看病，經醫師診斷應住院治療，自
10 111年2月17日起至同年6月3日止之期間，入住長庚醫院病房
11 接受治療（下稱系爭住院），爰依系爭保單契約約款請求被
12 告給付如附表一所示保險金共70萬4000元（計算式詳見附表
13 一所示）等語。並聲明：被告應給付原告70萬4000元，及自
14 111年6月25日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息；
15 願供擔保，請准宣告假執行。

16 二、被告則以：關於原告之系爭住院，原告入院時下肢脛前水腫
17 程度、血壓數值、糖化血紅素數值，均未達須住院治療之程
18 度，通常僅須依醫囑服藥並定期門診追蹤，原告住院期間所
19 接受之醫療處置可於中醫診所、門診進行，其於住院期間生
20 命徵象穩定，精神、身體狀態均良好，自我照護能力無虞，
21 實無住院進行治療之必要，且原告於111年2月25日已無下肢
22 水腫、停止護理水腫問題，可知原告應無住院接受治療之必
23 要。又原告係因自身因素拒絕服用高血壓、糖尿病藥物而住
24 院，住院目的係為療養、調理身體，應屬契約所約定除外責
25 任範圍而不得請求被告給付保險金。倘認原告主張有理由，
26 被告應給付保險金之計算方式如附表二所示等語，資為抗
27 辯。並聲明：原告之訴及假執行之聲請均駁回；如受不利判
28 決，願供擔保請准免為假執行。

29 三、兩造不爭執事項（見本院卷(二)第112頁）：

30 (一)原告於87年2月27日以其為要保人、被保險人向被告投保

31 「南山康樂限期繳費終身壽險」之保險契約（保單號碼：Z0

00000000) ，附加「南山人壽住院醫療保險附約」、「南山人壽住院費用給付保險附約」、「南山人壽住院費用給付保險附約居家療養附加條款」、「南山人壽手術醫療保險附約」（即系爭保單）。嗣原告於101年9月20日將系爭保單要保人變更為莊依婷，經被告受理後處理完畢。

(二)原告自111年2月17日至同年6月3日於長庚醫院中醫內科部自費住院共107日。

(三)原告於111年4月21日於長庚醫院皮膚科實施手術切除胸部腫瘤，並於同年5月5日拆線。

(四)原告於111年6月9日向被告提出保險金申請，經被告於111年11月2日以函文回覆原告拒絕給付保險金。

四、查原告主張依系爭保單請求保險金等情，為被告所否認，並以前詞置辯，是就原告請求之保險金有無理由，說明如下：

(一)住院醫療保險附約

1.按住院醫療保險附約第2條第5項：本附約所稱「住院」係指被保家庭成員因疾病或傷害，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診療者；第2條第10項：本附約所稱「醫師」係指合法領有醫師執照之執業醫師（見新北卷第22頁）。查長庚醫院函復本院：「就醫學言，病人因自述服用中藥房抓的中藥方後近二週出現雙下肢浮腫、無明顯時間變化或姿勢性變化，於1月4日起曾至本院急診、心臟內科就診，惟病人因個人因素拒絕接受西醫藥物治療，病人係因雙下肢浮腫希望接受治療改善水腫、血壓及血糖等因素至本院中醫病房住院，而病人因血糖、血壓控制不佳且有雙下肢浮腫等因素，故本院醫師建議病人住院接受上開治療以觀察病情變化為宜，不建議病人於中醫門診接受上開治療，此仍應以病人實際恢復情形為準」（見本院卷(一)第381至382頁），足認原告確係因主治醫師考量其有觀察病情變化之需求，經評估後建議住院治療，不足認定住院目的係為療養、調理身體，惟住院期間為何應以病人實際恢復情形而定。又關於住院期間為何應以病人實際恢復情形而定

01 部分，經依被告聲請送兩造同意之中國醫藥大學附設醫院鑑
02 定（見本院卷(一)第487至488頁），就倘病患之病情僅能採住
03 院治療，依一般醫學常規及臨床經驗，合理之住院日數為幾
04 日及該住院日數之判斷依據為何之問題，該醫院鑑定意見為
05 原告主訴雙側下肢水腫，應以水腫緩解之日為合理住院日，
06 111年2月25日護理紀錄即無水腫並停止此護理問題。故若無
07 其他併發症需住院治療，應以2月17日至2月25日為合理住院
08 日，且依卷內之病歷資料於原告住院期間未有記載感染或其
09 他併發症，有該醫院函復之鑑定意見書在卷可憑（見本院卷
10 (二)第23至25頁）。故綜合兩造不爭執事項及上開醫院函復資
11 料，原告於111年2月17日至同年月25日在長庚醫院中醫內科
12 部住院共9日（下稱系爭必須住院），符合前揭約定之「住
13 院」定義，首先認定。

14 2.查原告主張之系爭住院係以自費住院，為兩造所不爭執（見
15 兩造不爭執事項(二)），故原告非以社會保險保險對象身份住
16 院治療，故不符住院醫療保險附約第15至17條關於「被保家
17 庭成員因第13條之約定而以『社會保險保險對象身份』住院
18 治療」之約定（見新北卷第24、25頁），而無從直接適用住
19 院醫療保險附約第15至17條。惟未以社會保險保險對象身份
20 住院治療者，被告係依住院醫療保險附約第19條（日額）或
21 依行政院金融監督管理委員會95年10月30日金管保二字第09
22 502525050號函修正「住院醫療保險單示範條款」（下稱住
23 院醫療保險單示範條款）計算住院醫療保險附約第15至17條
24 （實支實付），採從新從優原則計算，為被告陳述在卷（見
25 本院卷(二)第73條）。故依前開認定之系爭必須住院期間及被
26 告所述從新從優計算方式，原告得依住院醫療保險附約請求
27 之保險金額為9000元（計算式如附表三）。

28 (二)住院費用給付保險附約

29 1.按住院費用給付保險附約第13條約定：被保家庭成員於本附
30 約有效期間內，因疾病或傷害，經醫師診斷必須住院治療，
31 且已住院治療時，本公司依本附約之約定給付保險金；第14

01 條第1項第1款約定：被保家庭成員依第13條約定住院治療
02 時，本公司按下列約定，給付「住院日額保險金」，但被保
03 家庭成員「同一次住院」給付住院日數最高以365日為限。

04 一、被保家庭成員「同一次住院」之住院日數在30日（含）
05 以內者，按其所投保單位之「每日保險金額」乘實際住院日
06 數給付「住院日額保險金」（見新北卷第36頁）。

- 07 2.查原告於111年2月17日至同年月25日在長庚醫院中醫內科部
08 住院共9日，符合前揭約定之「住院」定義，已如前述。故
09 原告得依住院費用給付保險附約請求之保險金額2萬7000元
10 （計算式如附表三）。又原告雖於此部分請求主張主約第19
11 條（見本院卷(二)第113頁），惟南山康樂限期繳費終身壽險
12 契約基本條款第19條約定：要保人在本契約有效期間內，得
13 申請減少保險金額，但是減額後的保險金額，不得低於本保
14 險最低承保金額，其減少部份視為終止契約（見新北卷第91
15 頁），與此部分請求無涉，併此敘明。

16 (三)住院費用給付保險附約居家療養附加條款

- 17 1.按居家療養附加條款第4條約定：被保家庭成員於本附加條
18 款有效期間內，因疾病或傷害經醫師診斷必須住院治療，且
19 已住院治療時，其出院後，本公司依下列約定，給付「居家
20 療養保險金」：二、被保家庭成員非因重大傷病住院者，其
21 出院後，本公司按其所投保單位之「居家療養保險金額」乘
22 以實際住院日數給付（見新北卷第40頁）。

- 23 2.查原告於111年2月17日至同年月25日在長庚醫院中醫內科部
24 住院共9日，符合前揭約定之「住院」定義，已如前述。故
25 原告得依住院費用給付保險附約請求之保險金額9000元（計
26 算式如附表三）。

27 (四)手術醫療保險附約

- 28 1.按手術醫療保險附約第14條第1項約定：被保家庭成員於本
29 附約有效期間內，因疾病或傷害，經醫師診斷必須住院手術
30 治療，且已實際住院手術治療時，本公司依其所投保之手術
31 醫療保險金額乘以手術類別及手術保險金額倍數表所載倍數

給付手術醫療保險金，但每一保單年度累計最高以100倍為限（見新北卷第50頁）。

2.查原告之系爭住院，係因雙下肢浮腫希望接受治療改善水腫、血壓及血糖等因素而住院，並無主訴係為接受胸部腫瘤切除處置，又切除皮膚腫瘤不符合糖尿病腎病變之適應症等情，分別有長庚醫院回函、中國醫藥大學附設醫院鑑定意見書附卷可考（見本院卷(一)第393頁，本院卷(二)第23至25頁），足見原告關於切除胸部腫瘤之手術，並不符合前開約定之「經醫師診斷必須住院手術治療」，故原告不得依手術醫療保險附約第14條第1項約定請求保險金。

(五)從而，原告依系爭保單得請求被告給付保險金之金額為4萬5000元（計算式如附表三），逾此範圍，為無理由。

(六)原告得請求之遲延利息：

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一分，保險法第34條定有明文。查原告於111年6月9日向被告提出保險金申請，被告未於前開規定期限內給付（見兩造不爭執事項(四)），被告亦同意於本院認定被告應給付遲延利息時，利息起算日自111年6月25日起算（見本院卷(二)第96頁），原告得請求自111年6月25日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息。

五、綜上所述，原告主張依系爭保單請求被告給付4萬5000元，及自111年6月25日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息，為有理由，應予准許。逾此範圍之請求，為無理由，應予駁回。

六、兩造均陳明願供擔保請為宣告假執行或免為假執行，惟本判決所命給付原告之金額未逾50萬元，依據民事訴訟法第389條第1項第5款規定，本院依職權宣告假執行，此部分原告雖陳明願供擔保聲請假執行，僅促使法院職權發動，不另為假執行准駁之諭知。並依同法第392條第2項規定，宣告被告如

預供相當之擔保，得免為假執行。至原告敗訴部分，其假執行之聲請已失所依據，應併駁回。

七、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及證據，核與判決結果不生影響，爰不一一論列，併此敘明。

八、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第79條。

中 華 民 國 114 年 12 月 5 日
民事第七庭 法 官 郭思好

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 114 年 12 月 5 日
書記官 謝達人

附表一：原告請求保險金之依據及金額（見本院卷(二)第113頁）

編號	保險契約名稱	條號	請求金額
(一)1.	住院醫療保險 附約	第15條第1項、第3項	每日病房費用保險金： 1000元/日×住院107日× 1.5倍＝16萬0500元。
(一)2.		第16條	醫院各項雜費及外科手術費保險金： 支出29萬5000元，惟限 額5萬元。
(一)3.		第17條第1項	住院前後門診保險金： 共2次門診，每次最高50 0元，共請求1000元。
(二)	住院費用給付 保險附約	第14條	住院日額保險金： (3000元/日×住院30日× 1) + (3000元/日×住院6 0日×1.25) + (3,000元/ 日×住院17日×1.5) = 39 萬1500元。

01

(三)	住院費用給付 保險附約居家 療養附加條款	第4條	居家療養保險金： $1000\text{元}/\text{日} \times 100\text{倍} = 10\text{萬}\text{元}$ 。
(四)	手術醫療保險 附約	第14條第1項	手術醫療保險金： 1000元 。

02

附表二：如原告主張系爭住院有理由，被告答辯之計算方式（見

03

本院卷(二)第73至74、113頁)

04

編號	保險契約名稱	條號	請求金額
(一)1.	住院醫療保險 附約	第15條第1項、第3項 (並依住院醫療保險 單示範條款第14條按 實際支付費用之65% 計算)	病房費、護理費： $50841\text{元} \times 65\% = 3\text{萬}3047\text{元}$ 。
(一)2.		第16條 (並依住院醫療保險 單示範條款第14條按 實際支付費用之65% 計算)	醫院各項雜費及外科手術費保險金： $11\text{萬}5635 \times 65\% = 7\text{萬}6153\text{元}$ ，惟限額5萬元。
(一)3.		第17條第1項 (自費門診並依住院 醫療保險單示範條款 第14條按實際支付費 用之65%計算)	住院前後門診保險金： (1)111年2月15日健保門診：200元。 (2)111年6月8日自費門診： $1502\text{元} \times 65\% = 976$ ，但限額500元。 (3)以上共700元。
			以上(一)1.2.3.實支實付給付金額為8萬3747元，依第19條第2項日額計算 $1000\text{元}/\text{日} \times 107\text{日} = 10\text{萬}7000\text{元}$ ，擇優給付10萬7000元。

01

(二)	住院費用給付 保險附約	第14條	住院保險金： (3000元/日×住院30日×1) + (3000元/日×住院60日×1.25) + (3000元/日×住院17日×1.5) = 39萬1500元。
(三)	住院費用給付 保險附約居家 療養附加條款	第4條	居家療養保險金： (1000元/日×10日) + (1000元/日×97日) = 10萬7000元。
(四)	手術醫療保險 附約	第14條第1項	手術醫療保險金： 因不符合約定，故為0元。

02
03

附表三：本院認定原告請求有理由之保險金額

編號	保險契約名稱	條號	請求金額 (元以下四捨五入)	支出收據/保單保額、單位
(一)1.	住院醫療保險 附約	第15條第1項、第3項 (並依住院醫療保險 單示範條款第14條按 實際支付費用之65% 計算)	病房費、護理費： 按系爭必須住院期間9日 計算為 $50841 \times 65\% \div 107 \times 9$ = 2780元。	新北卷第79、80 頁。
(一)2.		第16條 (並依住院醫療保險 單示範條款第14條按 實際支付費用之65% 計算)	醫院各項雜費及外科手術 費保險金： 原告請求於系爭住院期間 之手術費相關費用、使用 藥物費用、掛號費及證明 文件費(見本院卷(二)第1 13頁)，惟手術非發生系 爭必須住院期間而不符該 條範圍，藥品費則按系爭 必須住院期間9日計算為 $83968 \div 107 \times 9 = 7063$ 元，掛 號費及證明文件費共200 元，故共 $(7063 + 200) \times 65\%$ = 4721元。	新北卷第79、80 頁。
(一)3.		第17條第1項	住院前後門診保險金：	新北卷第59、79 頁。

			(1) 111年2月15日健保門診：200元。 (2) 111年6月8日自費門診：不在系爭必須住院出院後一週內，而不予列入。	
			實支實付給付金額為7701元，依第19條第2項日額計算，擇優給付：1000元/日×9日=9000元。	新北卷第27、29頁。
(二)	住院費用給付保險附約	第14條	住院保險金： 3000元/日×9日=2萬7000元。	新北卷第29頁。
(三)	住院費用給付保險附約居家療養附加條款	第4條	居家療養保險金： 1000元/日×9日=9000元	新北卷第29頁。
(四)	手術醫療保險附約	第14條第1項	因不符合約定，故為0元。	
總計			4萬5000元。	