

臺灣臺北地方法院民事判決

112年度保險字第92號

原告 閻崇楠

訴訟代理人 侯冠全律師

被告 遠雄人壽保險事業股份有限公司

法定代理人 孟嘉仁

訴訟代理人 洪偉勝律師

李燕俐律師

胡珮琪律師

上列當事人間請求履行保險契約等事件，本院於民國114年6月3日言詞辯論終結，判決如下：

主 文

原告之訴及假執行之聲請均駁回。

訴訟費用由原告負擔。

事實及理由

一、原告主張：

(一)原告於民國99年7月24日以自己為要保人及被保險人，與被告訂定「遠雄人壽新終身壽險(98)-20年期(FH5)」附加「遠雄人壽真安心醫療保險附約(下稱系爭保險附約)」之保險契約(保單號碼：0000000000)。兩造前因系爭保險附約之保險金給付爭訟，經本院109年度保險字第50號民事判決被告應給付原告新臺幣(下同)209萬2,000元及遲延利息，被告不服提起上訴，經臺灣高等法院110年度保險上字第12號受理，兩造於訴訟中調解成立，並作成110年度保險上移調字第7號調解筆錄(下稱系爭調解筆錄)，兩造除同意修正系爭保險附約部分條款文字及內容外，依系爭調解筆錄第1項第(1)款第1點約定，被告應於110年11月11日匯款822萬4,861元予原告，然被告當日僅匯款810萬9,712元，短少給付11萬5,149元，原告經催討未果，乃以系爭調解筆錄為

01 執行名義，向本院民事執行處聲請強制執行（執行案號：11
02 1年度司執字第14035號）。上開情形已構成系爭調解筆錄第
03 2項所定「違反第1項約定而涉訟」之情形，依系爭調解筆錄
04 第2項約定，系爭調解筆錄約定內容失其效力，回復系爭保
05 險附約之內容。

06 (二)原告因患有非特定的思覺失調症，於111年7月5日至天主教
07 仁慈醫療財團法人仁慈醫院（下稱仁慈醫院）就醫並住院，
08 至112年5月9日因開刀而辦理出院，又於112年5月15日再次
09 入院至同年8月4日出院（下稱本次住院），符合於出院後14
10 日內再次住院之情形，依系爭保險附約第10條約定，係屬於
11 「一次住院」，共計263天，依兩造修正前系爭保險附約第1
12 3條約定，被告應給付原告保險金382萬元，因被告已給付22
13 8萬元，被告應再給付原告154萬元。

14 (三)退步言之，倘認系爭調解筆錄約定內容仍屬有效，被告仍應
15 再給付原告32萬元，蓋原告本次住院期間雖橫跨59、60、61
16 歲保單年度，然因系爭調解筆錄未約定修正系爭保險附約第
17 10條「視為一次住院」及第13條第2至5項約定，且所修正之
18 系爭保險附約第13條第1項約定，並未如被告其他類型的住
19 院醫療日額給付保險附約約定為「同一保單年度同一次住院
20 最高日數以180日為限」，而僅修正為「每一保單年度住院
21 天數最高給付以180日為限」，解釋上自不包括「同一次住
22 院以最高180日為限」，又倘若就保險契約之解釋有疑義，
23 依保險法第54條第2項規定，應作有利於原告之解釋，是依
24 系爭保險附約第10條約定，原告本次住院既屬「一次住
25 院」，即應加計不同保單年度之住院天數計算，倘有超過18
26 0日之情形，就超過部分即應依系爭保險附約第13條第5項約
27 定以5倍計算保險金。本件原告59歲保單年度住院天數為111
28 年7月5日至111年7月23日，共12日；60歲保單年度住院天數
29 為111年7月24日至112年7月23日，因超過最高給付上限180
30 日，以180日計；61歲保單年度住院天數為112年7月24日至1
31 12年8月4日，共10日，總計共202日（計算式：12+180+10

01 =202) ，則依修正後系爭保險附約第13條約定，被告應給
02 付保險金260萬元，扣除被告已給付228萬元，被告應再給付
03 原告32萬元。

04 (四)爰依系爭調解筆錄、修正前或修正後系爭保險附約第13條約
05 定，提起本訴，並聲明：1.確認系爭保險附約仍依99年7月2
06 4日訂定時原契約條款履行。2.被告應給付原告154萬元，及
07 自112年8月22日起至清償日止，按週年利率10%計算之利
08 息。3.就第二項聲明部分，願供擔保，請准宣告假執行。

09 二、被告則以：系爭調解筆錄第1項第(1)款第1點約定內容係在確
10 立兩造至111年7月23日前均按系爭保險附約原契約條款履
11 行，並就計算至110年9月30日被告依約應給付之數額予以確
12 定，被告自應依原契約條款及向來履行方式履行，而被告向
13 來就利息部分，均依全民健康保險法第31條第1項及同條第3
14 項授權訂定之全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法，以
15 及所得稅法第88條及同條第4項授權訂定之各類所得扣繳率
16 標準等規定，代扣繳所得稅、健保補充費。因系爭調解筆錄
17 第1項第(1)款第1點約定被告應給付原告822萬4,861元，其中
18 包括保險金727萬4,000元及遲延利息95萬861元，就遲延利
19 息單次給付超過2萬元部分，被告依約依法應代扣繳所得稅9
20 萬5,086元及健保補充保費2萬63元，共計11萬5,149元，被
21 告乃扣除前開款項後，於110年11月11日匯款810萬9,712元
22 予原告，並將應代扣繳之費用繳交衛生福利部中央健康保險
23 署及財政部臺北國稅局，是被告係依系爭調解筆錄所載內容
24 履行，並依契約原有履行方式及法律明定之義務，依法代扣
25 繳費用，並無違反系爭調解筆錄第1項第(1)款第1點約定。被
26 告既無違反系爭調解筆錄第1項第(1)款第1點約定，系爭調解
27 筆錄約定內容自未失效，則原告請求確認系爭保險附約仍依
28 原契約內容履行，並主張依系爭保險附約原契約第13條約
29 定，被告應給付原告154萬元，即為無理由。又依系爭調解
30 筆錄第1項第(2)款約定可知，兩造同意於111年7月24日開始
31 計算新保單年度，且每一保單年度住院天數最高給付180

01 日，每一年度重新起算，不會有跨年度累計而以181日以上
02 計算住院天數，及以5倍計算保險金之情形，是原告主張雖
03 跨保單年度，然因其於出院後14日內再次住院，應視為同一
04 次住院，被告應再給付原告32萬元，亦屬無理由等語，資為
05 抗辯，並聲明：(一)原告之訴及假執行之聲請均駁回。(二)如受
06 不利之判決，願供擔保請准宣告免為假執行。

07 三、兩造不爭執之事項（見本院卷第322至323頁，並依判決論述
08 方式及參酌卷內事證，略行修正）：

09 (一)原告於99年7月24日以自己為要保人及被保險人，與被告簽
10 訂「遠雄人壽終身壽險(98)-20年期(FH5)」附加系爭保險附
11 約之保險契約(保單號碼：0000000000)。

12 (二)兩造就另案民事請求給付保險金事件（案號：臺灣高等法院
13 110年度保險上字第12號、調解案號：臺灣高等法院110年度
14 保險上移調字第7號）於110年8月24日、9月15日、10月5
15 日、10月26日、11月10日行調解程序，並於110年11月10日
16 作成系爭調解筆錄。

17 (三)被告於110年11月11日匯款810萬9,712元予原告。

18 (四)原告於111年1月26日向本院聲請強制執行（案號：111年度
19 司執字第14035號）。

20 (五)被告於111年2月23日分別匯款11萬5,149元及執行費921元予
21 原告。

22 (六)就原告本次住院即於111年7月5日至112年8月4日所為日間留
23 院，被告已給付原告228萬元住院保險金。

24 四、原告主張被告未依系爭調解筆錄第1項第(1)款第1點約定於11
25 0年11月11日給付原告822萬4,861元，經原告聲請強制執
26 行，合於系爭調解筆錄第2項約定，系爭調解筆錄約定內容
27 失其效力，應回復原契約內容，是被告依系爭保險附約原契
28 約第13條約定，尚應給付原告154萬元，縱認系爭調解筆錄
29 約定內容仍屬有效，依修正後系爭保險附約第13條約定，被
30 告仍應再給付原告32萬元等節，為被告所否認，並以前詞置
31 辯。故本件爭點厥為：(一)原告依系爭調解筆錄，請求確認系

01 爭保險附約仍依99年7月24日訂定時原契約條款履行，有無
02 理由？(二)原告依修正前系爭保險附約第13條約定，請求被告
03 給付154萬元及其利息，有無理由？(三)原告依修正後系爭保
04 險附約第13條約定，請求被告給付32萬元及其利息，有無理
05 由？茲分述如下：

06 (一)原告依系爭調解筆錄，請求確認系爭保險附約仍依99年7月2
07 4日訂定時原契約條款履行，為無理由：

08 1.按確認法律關係之訴，非原告有即受確認判決之法律上利益
09 者，不得提起之，民事訴訟法第247條第1項前段定有明文。
10 又所謂即受確認判決之法律上利益，係指法律關係之存否不
11 明確，原告主觀上認其在法律上之地位有不安之狀態存在，
12 且此種不安之狀態，能以確認判決將之除去者而言（最高法
13 院52年度台上字第1240號判決意旨參照）。查本件原告主張
14 被告未依系爭調解筆錄第1項第(1)款第1點約定於110年11月1
15 1日給付原告822萬4,861元，經其聲請強制執行，合於系爭
16 調解筆錄第2項約定，系爭調解筆錄約定內容失其效力，應
17 回復原簽訂契約內容等情，為被告所否認，是兩造就系爭調
18 解筆錄約定內容是否仍屬有效，是否應回復原簽訂契約內容
19 履行，已生爭執，致原告法律上地位處於不明確之狀態，得
20 以本件確認判決除去之，依上開說明，原告提起本件確認之
21 訴即有受確認判決之法律上利益，而得提起本件確認之訴，
22 合先敘明。

23 2.經查，系爭調解筆錄第1項第(1)款第1點約定：「兩造於民國
24 111年7月23日之前依原有契約條款履行。計算至110年9月30
25 日，上訴人（按即被告，下同）應給付被上訴人（按即原
26 告，下同）新臺幣捌佰貳拾貳萬肆仟捌佰陸拾壹元，願於11
27 0年11月11日匯至被上訴人設於臺灣中小企業銀行湖口分行
28 第00000000000號帳戶。」（見本院卷第63頁），可知系爭
29 調解筆錄已確定被告應給付原告之金額為822萬4,861元，且
30 給付日期為110年11月11日，然被告於110年11月11日僅匯款
31 810萬9,712元予原告，有交易明細在卷可佐（見本院卷第65

01 頁)，並為兩造所不爭執，被告自有未依系爭調解筆錄第1
02 項第(1)款第1點約定履行之情形。被告雖辯稱金額822萬4,86
03 1元包括遲延利息95萬861元，被告依法應代扣繳稅費及補充
04 保費共11萬5,149元，乃扣除前開款項後，匯款810萬9,712
05 元予原告，並無違反系爭調解筆錄第1項第(1)款第1點約定，
06 然系爭調解筆錄既未載明金額822萬4,861元包含之項目及其
07 數額各為何，被告亦未提出足資證明兩造於調解當時確實已
08 就各項目及其數額均達成共識，而非僅就總額達成共識之證
09 據，既無從認定822萬4,861元包括遲延利息95萬861元，則
10 被告前開所辯，即難認可採。

11 3.原告主張因被告未依系爭調解筆錄第1項第(1)款第1點約定履
12 行，經其聲請強制執行，合於系爭調解筆錄第2項約定，然
13 觀諸系爭調解筆錄第2項係約定：「上訴人如違反第1項約定
14 而『涉訟』者，本次調解約定內容失其效力，回復原簽訂契
15 約之內容。」足見必須違反系爭調解筆錄第1項約定並因此
16 「涉訟」，始與系爭調解筆錄第2項約定相符。而所謂涉
17 訟，依文義即為涉有訴訟，然強制執行事件，性質上屬非訟
18 事件，執行法院為非訟法院，僅得依執行名義為強制執行，
19 無權調查審認當事人實體上權利義務之爭執（最高法院80年
20 度台抗字第198號裁定意旨參照），強制執行既屬非訟事
21 件，即難認聲請強制執行合於系爭調解筆錄第2項所定「涉
22 訟」。

23 4.原告固主張「涉訟」係指經法院公權力介入強制履行而達到
24 實現權利之途徑，且依實務見解，民法第130條所定之「起
25 訴」，對於已取得執行名義之債務，係指開始強制執行或聲
26 請強制執行，依同法第129條第2項第5款與起訴有同一效力
27 而言，原告既已聲請強制執行，被告並於強制執行程序中提
28 出陳報狀，即屬涉訟，是強制執行事件亦屬涉訟等語。惟解
29 釋契約，固須探求當事人立約時之真意，不能拘泥於契約之
30 文字，但契約文字業已表示當事人真意，無須別事探求者，
31 即不得反捨契約文字而更為曲解（最高法院113年度台上字

01 第1916號判決意旨參照)。查系爭調解筆錄之作成，兩造訴
02 訟代理人均有參與，既係由專業之律師代理作成系爭調解筆
03 錄，應認系爭調解筆錄之文字、用語係經過專業律師斟酌、
04 考量後擬定而成，又既為專業律師，對於強制執行程序本質
05 屬非訟事件，亦應知之甚詳，系爭調解筆錄既約明「涉
06 訟」，文義已清楚明確，難認有存在「包括本質屬於非訟事
07 件之強制執行程序」之解釋可能，自不容原告捨契約文字而
08 另作主張，是原告前開主張難認可採。

09 5.據上，被告雖有未依系爭調解筆錄第1項第(1)款第1點約定履
10 行，而有違反系爭調解筆錄第1項約定之情形，然兩造既無
11 因此涉訟，即與系爭調解筆錄第2項約定未合，自不生系爭
12 調解筆錄第2項約定之效果，是原告依系爭調解筆錄，請求
13 確認系爭保險附約仍依99年7月24日訂定時原契約條款履
14 行，為無理由。

15 (二)系爭調解筆錄之約定既未失其效力，業經論述如前，則原告
16 依修正前系爭保險附約第13條約定，請求被告給付154萬元
17 及其利息，即無理由。

18 (三)原告依修正後系爭保險附約第13條約定，請求被告給付32萬
19 元及其利息，為無理由：

20 1.經查，觀諸系爭調解筆錄第1項第(2)款約定：「自111年7月2
21 4日起，原契約條款修正如下：1.契約第3條關於『保單週年
22 日超過75歲時，本公司不予續保』之文字更改為『保單週年
23 日超過65歲時，本公司不予續保』，亦即保單最終期限為11
24 6年7月23日。2.契約第13條關於『每一次事故最高給付日數
25 以365日為限』之文字更改為『每一保單年度住院天數最高
26 給付以180日為限』。3.以111年7月24日為新年度之起算
27 日，每一年度重新起算。」（見本院卷第64頁），可知就系
28 爭保險附約第13條部分，系爭調解筆錄僅修正其中第1項之
29 部分約定，其餘則未修正，是修正後系爭保險附約第13條約
30 定為：「（第1項）被保險人因第11條約定且未具醫療費用
31 收據正本及明細表時，本公司按投保單位每日給付『住院醫

療日額保險金』。每一保單年度住院天數最高給付以180日為限。（第2項）住院天數31至60天者，超過30天的部分，其『住院醫療日額保險金』增為附表（每一計畫給付項目與金額）所列金額的2倍。（第3項）住院天數61至90天者，超過60天的部分，其『住院醫療日額保險金』增為附表（每一計畫給付項目與金額）所列金額的3倍。（第4項）住院天數91至180天者，超過90天的部分，其『住院醫療日額保險金』增為附表（每一計畫給付項目與金額）所列金額的4倍。（第5項）住院天數181天以上者，超過180天的部分，其『住院醫療日額保險金』增為附表（每一計畫給付項目與金額）所列金額的5倍。」（見本院卷第45至46、64頁），此外，兩造並以系爭調解筆錄第1項第(2)款第3點約定，將系爭保險附約修正為以111年7月24日為新年度之起算日，每一年度重新起算。

2.原告主張患有非特定的思覺失調症，而有本次住院等情，業據提出仁慈醫院乙種診斷證明書2份、仁慈醫院日間病房出席簽到表等件影本為據（見本院卷第85至115頁），並為被告所不爭執，堪信為真。則原告因有疾病而住院，且未具醫療費用收據正本及明細表，符合修正後系爭保險附約第13條約定，被告自應依修正後系爭保險附約第13條約定，依原告之投保單位每日給付住院醫療日額保險金，並依約定倍率計算。又原告主張依約被告每日應給付金額為4,000元，既為被告所不爭執，則本件依修正後系爭保險附約第13條約定，被告應給付原告224萬8,000元（計算式詳如附表）。被告既已就原告本次住院給付228萬元保險金，此為兩造所不爭執，業據論述如前，則原告主張依修正後系爭保險附約第13條約定，被告應再給付原告32萬元，即屬無據。

3.原告固以系爭調解筆錄僅修正系爭保險附約第13條第1項，未約定修正系爭保險附約第10條「視為一次住院」及第13條第2至5項約定，且所修正之系爭保險附約第13條第1項約定，並未如被告其他類型的住院醫療日額給付保險附約約定

01 為「同一保單年度同一次住院最高日數以180日為限」，而
02 僅修正為「每一保單年度住院天數最高給付以180日為
03 限」，解釋上自不包括「同一次住院以最高180日為限」為
04 由，主張原告本次住院仍屬一次住院，即應加計不同保單年
05 度之住院天數計算，是本次住院天數應為202日，並應就超
06 過180日部分以5倍計算保險金云云。惟查：

07 ①原告前揭主張係立基於依系爭調解筆錄，兩造除將系爭保險
08 附約第13條約定修正為：「被保險人因第11條約定且未具醫
09 療費用收據正本及明細表時，本公司按投保單位每日給付
10 『住院醫療日額保險金』。每一保單年度住院天數以180日
11 為限，以111年7月24日為新年度之起算日，每一年度重新起
12 算」、「……(同前略)，以111年7月24日為新年度之起算
13 日」等內容外，並無修改系爭保險附約其他保險內容（見本
14 院卷第278、382頁）。然關於「以111年7月24日為新年度之
15 起算日，每一年度重新起算」部分，並非兩造就系爭保險附
16 約原單一條款之修正，而係兩造就系爭保險附約之另外約
17 定，此由系爭調解筆錄第1項第(2)款記載：「自111年7月24
18 日起，原契約條款修正如下：1.契約第3條……更改為……
19 2.契約第13條……更改為『每一保單年度住院天數最高給付
20 以180日為限』。3.以111年7月24日為新年度之起算日，每
21 一年度重新起算。」將「以111年7月24日為新年度之起算
22 日，每一年度重新起算」另列於第3點，而非延續第2點約定
23 即明。是原告主張系爭調解筆錄僅修正系爭保險附約第13條
24 第1項約定，「以111年7月24日為新年度之起算日，每一年
25 度重新起算」部分僅係修正後系爭保險附約第13條之約定內
26 容，顯有誤會。

27 ②兩造既已就系爭保險附約另外約定「以111年7月24日為新年
28 度之起算日，每一年度重新起算」，應認縱使有合於系爭保
29 險附約第10條約定「視為一次住院」之情形，應限縮在同一
30 保單年度內，倘屬不同保單年度，應重新起算，如此始與兩
31 造系爭調解筆錄之約定相合，是原告主張倘屬一次住院，即

01 應加計不同保單年度之住院天數計算，要無可採。又修正後
02 系爭保險附約第13條固未如被告其他類型的住院醫療日額給
03 付保險附約約定為「同一保單年度同一次住院最高日數以18
04 0日為限」，然既為不同契約，契約內容自有相異之可能；
05 且系爭調解筆錄修正內容屬兩造個別磋商之結果，當不能以
06 未如其他定型化保險契約條款有同時約定「同一次住院」，
07 遽認即係未就「同一次住院」另為約定。尤其契約內容應整
08 體適用，兩造既已就系爭保險附約另外約定「以111年7月24
09 日為新年度之起算日，每一年度重新起算」，即應每一年度
10 重新起算，至於系爭保險附約第13條第1項是否約定「同一
11 次住院」，因整體適用結果並無不同，自無再為約定之必
12 要。又系爭保險附約第13條第2至5項僅係就「住院醫療日額
13 保險金」之倍率為約定，兩造既已就系爭保險附約修正如
14 前，縱使系爭保險附約第13條第2至5項未修正，對於結果亦
15 不生影響，自無修正必要，原告執此主張，亦屬無據。

16 ③依上說明，系爭保險附約並無因兩造嗣後修正而有漏洞之
17 情，就保險契約之解釋亦無生何疑義，是原告主張因保險契
18 約之解釋有疑義，依保險法第54條2項規定，應作有利於原
19 告之解釋，並無可採。

20 4.據上，被告依修正後系爭保險附約第13條約定，就原告本次
21 住院應給付原告224萬8,000元保險金，被告就此既已給付原
22 告228萬元，則原告主張依修正後系爭保險附約第13條約
23 定，被告應再給付原告32萬元及其利息，即屬無據。

24 五、綜上所述，原告依系爭調解筆錄，請求確認系爭保險附約仍
25 依99年7月24日訂定時原契約條款履行；依修正前系爭保險
26 附約第13條約定，請求被告給付154萬元及其利息；或依修
27 正後系爭保險附約第13條約定，請求被告給付32萬元及其利
28 息，均為無理由，應予駁回。又原告之訴既經駁回，其假執
29 行之聲請即失所依據，應併予駁回。

30 六、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊、防禦方法及所提證據，
31 經本院斟酌後，認為均不足以影響本判決之結果，爰不逐一

01 論列，附此敘明。

02 七、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第78條。

03 中 華 民 國 114 年 6 月 24 日

04 民事第九庭 審判長法官 薛嘉珩

05 法官 莊仁杰

06 法官 林詩瑜

07 以上正本係照原本作成。

08 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

09 委任律師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

10 中 華 民 國 114 年 6 月 24 日

11 書記官 陳黎諭

12 附表

13

編號	期間	保單年度	天數	住院醫療日額 保險金	計算式
1	111年7月5日至11 1年7月23日	59歲	12	48,000元	$4,000 \times 1 \times 12 = 48,000$
2	111年7月24日至1 11年8月31日	60歲	26	2,160,000元	(60歲年度住院天數共241 日，超過180日上限，以180 日計算) 未超過30天部分： $4,000 \times 1 \times 30 = 120,000$ 住院天數31至60天部分： $4,000 \times 2 \times 30 = 240,000$ 住院天數61至90天部分： $4,000 \times 3 \times 30 = 360,000$ 住院天數91至180天部分： $4,000 \times 4 \times 90 = 1,440,000$ 總計為： $2,160,000$ ($120,000 + 240,000 + 360,000 + 1,440,000 = 2,160,000$)
3	111年9月1日至11 1年9月30日		20		
4	111年10月1日至1 11年10月31日		20		
5	111年11月1日至1 11年11月30日		22		
6	111年12月1日至1 11年12月31日		22		
7	112年1月1日至11 2年1月31日		19		
8	112年2月1日至11 2年2月28日		19		
9	112年3月1日至11 2年3月31日		23		
10	112年4月1日至11 2年4月30日		18		
11	112年5月1日至11		19		

(續上頁)

01

	2年5月31日				
12	112年6月1日至112年6月30日		20		
13	112年7月1日至112年7月23日		13		
14	112年7月24日至12年8月4日	61歲	10	40,000元	$4,000 \times 1 \times 10 = 40,000$
總計				2,248,000元	$48,000 + 2,160,000 + 40,000 = 2,248,000$