臺灣臺北地方法院民事判決

112年度保險簡上字第12號

上　訴　人　遠雄人壽保險事業股份有限公司

000000000000000000

法定代理人　孟嘉仁

訴訟代理人　王俊翔律師

複　代理人　邱云莉律師

　　葉庭嘉律師

被　上訴人　劉世傳

000000000000000000

訴訟代理人　王啟安律師

　　鄧敏雄律師

上列當事人間請求給付保險金事件，上訴人對於民國112年7月26日本院臺北簡易庭111年度北保險簡字第60號第一審簡易判決提起上訴，本院於民國113年4月10日言詞辯論終結，判決如下：

主　　文

上訴駁回。

第二審訴訟費用由上訴人負擔。

事實及理由

一、被上訴人主張：

㈠被上訴人以自己為要保人暨被保險人，於民國96年6月23日向上訴人投保遠雄人壽新終身壽險-20年期（保單號碼：0000000000），附加遠雄人壽溫馨終身醫療日額保險附約-20年期（前開主約及附約下稱系爭保險契約），嗣於102年8月9日變更要保人為被上訴人之母楊素悅。被上訴人於110年2、3月間，因情緒低落、生活壓力大、無生活目標、夜眠斷續、焦慮加劇、失去活動動機，精神症狀與日加重，服用現有藥物療效有限，於110年3月16日自行至振興醫療財團法人振興醫院（下稱振興醫院）精神科看診，經主治醫師診斷後，認為被上訴人罹患「other_bipolar_disorder（其他之雙相情緒障礙症）」，建議住院治療，故被上訴人自110年3月

16日起住院治療至000年0月00日出院，共住院39天（上開住院期間，下稱系爭住院期間）。依系爭保險契約附約第12條第1項第1款、第2款、第17條約定，被上訴人得向上訴人申請住院醫療保險金新臺幣（下同）13萬0,500元，及出院療養金5萬8,500元，合計18萬9,000元。

㈡住院必要性部分：被上訴人於住院期間接受包含：1.藥物治療改善情緒和睡眠-醫師、護理人員日夜觀察及紀錄，以調整或改善，非門診或在家服藥所能取代。2.支持鼓勵和認知取向引導。3.專業諮商及醫療和身體評估-醫師每日親自諮商與精神治療，非門診能完全取代。4.追蹤監控治療反應和副作用。5.於110年3月30日至同年4月28日自費接受透顱磁刺激術(簡稱TMS)」等治療，觀諸振興醫院、馬偕醫院、長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院（下稱林口長庚醫院）鑑定意見，均強調尊重主治醫師臨床判斷之旨，被上訴人確有住院之必要性。上訴人主張增加系爭保險契約所未約定之理賠要件，稱須以住院為唯一選項，始能認有住院之必要性，顯係為規避理賠責任。

㈢帶病投保部分：被上訴人於95年間國防醫學院三軍總醫院松山分院（下稱三軍總醫院）經診斷罹患「精神官能性憂鬱症」（性質上屬於精神衛生法所稱之精神官能症），與本件「其他之雙相情緒障礙症」（性質上屬於精神病），三軍總醫院函覆：「在目前精神科臨床上所用的診斷標準分類上，這兩者疾病分屬不同診斷類別」，足見二者確非同一疾病，故被上訴人並無帶病投保之問題。此前被上訴人亦曾數次向上訴人申請理賠，上訴人均未主張被上訴人係帶病投保。

二、上訴人則以：

㈠被上訴人於96年6月投保時，其職業為國泰人壽之保險業務主任，應對系爭保險契約條款及保險法第64條規定內容知之甚詳，並知悉於投保前應就保單書面詢問事項為據實告知。惟被上訴人於投保前即已於三軍總醫院身心科就診（95年6月28日至95年11月7日即有8次門診紀錄），並經診斷患有「

精神官能憂鬱症」，然被上訴人竟仍於要保書上之詢問事項「過去五年內是否因患有下列疾病，而接受醫師治療、診療或用藥：(2)腦中風…精神疾病」之欄位中，勾選「否」，顯刻意違反據實告知義務。此外，參酌被上訴人與其他保險公司之判決，被上訴人於91年6月18日即經診斷患有精神官能憂鬱症，仍分別於94年8月18日、96年7月21日向第三人三商美邦人壽、富邦人壽投保醫療險，其於經診斷患有精神疾病後而短時間內向多間公司投保醫療險，且均未盡據實告知義務，顯有為謀取保險金之利益而掩飾其病史之重大動機，實難認被上訴人高居保險公司業務主任之位，已盡誠信原則。抑有進者，亦可見被上訴人首次住院領取保險金之時間為98年7月22日，則倘被上訴人非刻意規避保險法第64條第3項之除斥期間，何以恰巧在被上訴人向最後投保之富邦人壽投保屆滿2年之隔日，即首次住院並請領住院保險金？被上訴人刻意規避2年除斥期間之規定，致上訴人無從行使解除權後，顯屬濫用權利而不應受法律保護，為避免被保險人謀取不當之利益，進而將此風險不當轉嫁予多數要保人共同分擔，而與保險制度相違，被上訴人自不得向上訴人請求保險金。

㈡帶病投保部分：如上所述，被上訴人於投保前，即已於91年6月18日經三軍總醫院醫師診斷患有精神官能憂鬱症，於95年6月28日起至95年11月7日再至三軍總醫院就診八次，後續亦分別至行政院國軍退除役官兵輔導委員會臺北榮民總醫院（下稱臺北榮民總醫院）就診，於102年4月至新光醫院住院治療，從103年開始向上訴人請求住院醫療保險金（原審卷一第159至161頁），其申請疾病中文名稱為「雙相情緒障礙症」。依被上訴人之上開疾病歷程，據新光醫院所載病歷摘要說明，其臨床診斷被改為「雙相情緒障礙症」是因為病患出現了躁症及鬱期症狀。此結果核與美國精神醫學學會編著之DSM-7精神疾病鑑別診斷手冊對於雙相情緒障礙症之診斷標準相符。蓋以，雙相情緒障礙症之病程多以鬱期症發作開

始出現，大部分患者會同時出現有鬱期發作與躁症發作，雙相情緒障礙症之鬱期發作與其他種類之憂鬱症鬱症發作時之症狀均類似，不易分辨，是被上訴人在95年間至103年經新光醫院改為雙相情緒障礙症之前，被上訴人應已出現系爭疾病之鬱症期症狀，僅係躁期症狀尚未出現，故應認被上訴人於95年經診斷為精神官能憂鬱症時，業已處於「雙相情緒障礙症」疾病中，並不以確切知悉醫學上之病症名稱為必要，是按系爭保險契約附約及保險法第127條規定，上訴人自無給付保險金之義務。

㈢住院必要性部分：系爭保險契約附約第2條約定，住院係指被保險人因疾病或傷害，經醫師診斷，必須住醫院診療時，經正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者。所謂「必須」，依教育部重編國語辭典修訂本，為「一定、必定」之意思，故「必須住院」之意思，是僅於個案具必須住院之前提，上訴人始有給付住院醫療保險金之義務。從振興醫院之兩次回應中，先是兩度稱有住院需要，嗣後稱皆是有住院必要的時期，顯見振興醫院應有混淆必要、需要二詞，則振興醫院究係指本件有住院必要或住院需要，即不得而知，自無法從振興醫院之回函逕自認定本件已達住院之必要性。林口長庚醫院之專業判斷上，其認定被上訴人於此段期間在振興醫院之住院，雖有「需要性」，惟需要與必須，二者顯有程度上之落差，需要仍得以替換，故林口長庚醫院始回應病人於規律就診下…亦能以此模式獲得症狀改善，故住院並非臨床治療之唯一選項。則從上開醫療意見書上，可見被上訴人於系爭住院期間雖稱有「需要」，但於醫學臨床上並無住院之必要，自與系爭保險附約第2條約定之住院定義未合，上訴人自無給付保險金之義務。

三、原審為上訴人全部敗訴之判決，上訴人不服提起上訴，並聲明：㈠原判決廢棄。㈡被上訴人在第一審之訴駁回。被上訴人則答辯聲明：上訴駁回。

四、兩造不爭執事項（本院卷第108頁）：

㈠被上訴人以自己為要保人暨被保險人，於96年6月23日向上訴人投保系爭保險契約，要保人之後變更為被上訴人之母楊素悅。

㈡被上訴人因「other_bipolar_disorder（其他之雙相情緒障礙症）」自110年3月16日起在振興醫院住院迄至110年4月23日始出院，共計住院39天，經該院醫師評估後，認為被上訴人罹患「other_bipolar_disorder（其他之雙相情緒障礙症）」，經被上訴人向上訴人申請給付保險金，上訴人則回函否准，未理賠給付被上訴人保險金。

㈢系爭保險契約於96年6月23日訂立後迄被上訴人系爭住院期間，已逾保險法第64條第3項2年之除斥期間。

五、得心證之理由：

㈠被上訴人是否違反據實說明義務？如有，其本件請求是否有權利濫用之情事？

1.按訂定契約時，要保人對於保險人之書面詢問，應據實說明；要保人故意隱匿，或因過失遺漏，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，保險人得解除契約；其危險發生後亦同；前項解除契約權，自保險人知有解除之原因後，經過1個月不行使而消滅；或契約訂立後經過2年，即有可以解除之原因，亦不得解除契約，保險法第64條定有明文。其立法意旨，固係基於保險契約係最大誠信契約及保費公平分擔、契約對價平衡原則，而課以要保人於投保時，對於保險人之書面詢問負有據實告知義務，俾保險人就危險之估計能作正確之判斷。一則因保險事業之經營，保險人需就所擔負之危險，知悉有關其約定之重要事項，故對最能知悉其事實之要保人明文規定使其負擔此一義務；再則，保險人係具從事保險營業之專門知識與經驗者，對業務之經營，自須盡較常人為高之注意義務，故保險人亦不得僅依要保人之聲明為估定危險之唯一依據，仍須就訂約有關事項為適當之調查。是保險法第64條第3項特別規定行使解除權之短期除斥期間，藉以早日確定契約當事人雙方之權義狀態。

又依上開規定，保險人得行使解除權之除斥期間為自知有解除之原因後經過1個月或契約訂立後經過2年不行使即歸於消滅，避免保險人於承保時不為相當之調查，未發生保險事故則坐享收取保險費之利益。

2. 上訴人抗辯稱被上訴人於95年6月28日起至95年11月7日即在三軍總醫院松山分院門診8次，經診斷為精神官能憂鬱症，後續分別至臺北榮民總醫院就診，並於000年0月間開始至新光醫院治療，是其明知在投保前即因精神疾病陸續至醫院看診及接受治療，竟未據實告知，致上訴人陷於錯誤，且被上訴人刻意於除斥期間經過後始申請保險理賠，而有權利濫用情事，上訴人仍得解除系爭保險契約等語。查，系爭保險契約係於96年6月23日訂立，迄被上訴人系爭住院期間，已逾保險法第64條第3項2年之除斥期間，已如前述。是依保險法第64條第3項規定，上訴人縱有可以解除之原因，亦不得解除契約。至上訴人辯稱：本件被上訴人自述其96年至三軍總醫院精神科看診後陸續至馬偕、新光醫院看診，且在新光醫院住院2至3次，顯於96年至98年間已發生保險事故，倘被上訴人於該期間內申請保險給付，上訴人自得依保險法第64條第2項解除系爭保險契約，惟被上訴人遲至103年9月9日始因住院向上訴人申請給付保險金，可徵其確係刻意規避保險法第64條第3項除斥期間規定，始有此與常情不符之申請給付保險金狀況，被上訴人刻意於除斥期間經過後始申請保險理賠，亦屬於權利濫用等語。經查，依新光醫院診斷證明書，被上訴人於103年9月9日起始在新光醫院住院一節，有新光醫院110年12月27日診斷證明書可按（原審卷一第233頁），距系爭保險契約訂立時之96年6月23日已十餘年之久；另依行政院國金退除役官兵輔導委員會臺北榮民總醫院之診斷證明書，被上訴人雖曾於98年7月22日因重鬱症住院，然距系爭保險契約訂立時之96年6月23日亦已逾兩年，有臺北榮民總醫院99年3月11日診斷證明書可佐（原審卷一第231頁），均無上訴人所稱於96年間已發生保險事故之情事，而上訴人

就此有利於己之事實，亦未提出其他證據證明，自難認被上訴人有其所指刻意規避保險法第64條第3項除斥期間規定之情事，則上訴人辯稱被上訴人於96年至98年間已有住院情形，卻刻意於除斥期間經過後始申請保險理賠，此舉係屬權利濫用云云，自無足取。

㈡上訴人可否以無「住院必要性」為由拒付保險金?

上訴人辯稱：本件係被上訴人自行要求住院，並非有住院治療之必要性，本件不應僅由「主治醫師之診療」判斷即可，被上訴人實無住院必要，上訴人無須給付保險金等語，為被上訴人否認。查：

1.系爭保險契約之附約第2條第6項規定：「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」，有系爭保險契約可佐（原審卷一第29頁）。而本件原審依上訴人聲請函詢振興醫院有關被上訴人系爭住院期間之住院是否有必要，經該院函詢覆略以：「精神科安排住院分成幾種，除因病情有急遽變化，經由急診住院病房外，一般門診時病人完整描述自己的精神症狀後，可以是主治醫師強烈建議，病人同意住院，也可以是病人主動要求，主治醫師評估認可後而住院。此次病人於110年3月16日住院，即是病人描述自己在住院前一個月，有明顯的情緒低落，持續的壓力感及焦慮不安，生活失去動機，也覺得門診藥物療效不加，希望住院調整藥物，經主治醫師評估後同意住院。因此在安排住院的當下，主治醫師認為是有住院之需要的。」，有振興醫院111年8月24日振行字第1110005092號函可查（原審卷一第285至289頁）；嗣振興醫院就原審補充詢問再覆稱：「依主治醫師意見，安排住院當下，主治醫師必然是認為有住院需要的。住院期間會依據治療計劃及療效反應，在此住院期間需持續住院診療。病患於110年3月16日至110年4月23日住院，住院期間評估治療反應並修訂治療計畫，因此在住院日開始的後續住院期間，皆為有住院必要之時期。」等語，亦有11

1年11月30日振行字第1110007212號函（原審卷二第87頁）足憑。

2. 原審再將本件送請林口長庚醫院鑑定系爭住院期間是否確實有住院必要，經該院鑑定結果略以：「一、參閱外院病歷，劉先生（按即被上訴人，下同）於2021/03/16住院前一個月，有『情緒低落，生活壓力大，無生活目標，夜眠斷續，焦慮加劇，失去活動動機』等情緒症狀，且『服藥物治療效果有限』，固經門診主治醫師評估後入住外院精神科病房治療，此主訴及入院理由符合精神科病房收治住院條件之醫療常規，此先敘明。二、上述住院前劉先生之情緒症狀乃導因於個案之心理社會因素（家庭相處關係欠佳）及情緒疾患（other_bipolar_disorder），概全天候之住院治療可密切觀察病人情緒症狀變化、藥物治療反應及人際互動模式，此非門診治療可取代，故醫學上住院治療有其『需要性』；但上述情形若以門診治療，亦可在病人規律就診下，於每次門診進行評估及治療，部分病人亦能以此模式逐步獲得症狀改善，故住院治療並非係臨床治療計劃之唯一選項，惟此非即代表安排住院即違反醫療常規，病人治療計畫仍需視具體實際追蹤情形、臨床表現、主治醫師評估內容及與病方討論所共識之結論定之。三、劉先生於住院治療過程中，依據護理紀錄，多為睡眠、焦慮及人際問題，同上開所述，此類症狀以『全天候住院』為治療模式有其需要性，符合安排住院的適應症，但並非臨床治療計畫之唯一選項。」等語，有該院112年6月28日長庚院林字第1120650641號函暨醫療意見書可參（原審卷三第221頁）。

3. 綜上情形可知，被上訴人經新光醫院主治醫師基於臨床專業裁量權判斷，認被上訴人有必要在系爭住院期間住院治療，並非完全繫於被上訴人主觀意願而不須經醫師評估即可辦理住院，就此保險事故之發生應無道德風險之虞，且依林口長庚醫院鑑定意見亦認為該主訴及入院理由符合精神科病房收治住院條件之醫療常規，雖住院治療並非係臨床治療計劃之

唯一選項，然被上訴人住院治療過程，依護理紀錄，其症狀以全天候住院為治療模式有其需要性，符合安排住院的適應症。被上訴人既經振興醫院主治醫師評估後認定有住院必要，且依前開說明亦與醫療常規無違，自與系爭保險契約附約第2條第6項約定「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」之要件相符，上訴人辯稱被上訴人無住院必要性云云，尚屬無據。又上訴人在原審所稱：依財團法人金融消費評議中心評議書，該中心有徵詢該中心專業醫療顧問認被上訴人無住院必要云云。然該評議書所稱專業醫療顧問並未具名，亦無專業學經歷背景可參，且非法院選定之鑑定人，自無從作為本院裁判之基礎，併予敘明。

㈢被上訴人是否帶病投保而有保險法第127條規定之適用？

上訴人辯稱：被上訴人投保前即有至台大醫院精神科、三軍總醫院松山分院精神科看診，且於95年6月28日在三軍總醫院松山分院精神科就診經診斷為「精神官能性憂鬱症」，已罹患雙相情緒障礙症精神疾病，且於95年6月28日已出現該疾病之鬱症期症狀而發病等語。查：

1.系爭保險契約附約第3條保險範圍約定為：「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時，本公司（即上訴人）…依本附約約定給付各項醫療保險金。」（原審卷一第29頁），此係屬健康保險。依保險法第127條規定：健康保險之保險契約訂立時，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。而系爭保險契約附約第2條名詞定義第2項約定：「本附約所稱『疾病』係指被保險人自本附約生效日（或復效日）起所發生之疾病（原審卷一第29頁）。是被保險人於保險契約訂立或生效前已發生或已在是項疾病中者，該是項疾病依約並不在保險契約之承保範圍內，依法保險人不負給付保險金額之責任。又所謂被保險人已在疾病中者，係指疾病已有外表可見之徵象，在客觀上被保險人不能諉為

不知之情況（最高法院90年度台上字第89號、 95年度台上字第359號判決意旨參照）。又保險人主張被保險人之疾病係於訂約前已發生者，就此一事實應負舉證責任。

2. 上訴人主張被上訴人於95年在台大醫院係經診斷為「Depressive Disorder（按譯為『憂鬱症』）」，於95年6月28日在三軍總醫院松山分院診斷為「精神官能性憂鬱症」(原審卷二第211頁)。原審曾函詢三軍總醫院松山分院，經該院函覆略以：「個案於95年6月28日至95年11月7日共至本院門診就診8次。……當時診斷為精神官能性憂鬱症，此診斷與日後至振興醫院所下的其他之雙相情緒障礙症，兩者皆屬情緒方面的疾患。」、「在目前精神科臨床上所用的診斷標準分類上，這兩者疾病分屬不同診斷類別。在臨床上是有個案先被診斷為『精神官能性憂鬱』，之後過一段時間，因病情變化而被診斷為『Other bipolar disorder』。但是，此個案自民國100年之後未再於本院持續就診至今，故無法判斷這兩類疾病之間發病的相關性。」等語，有三軍總醫院松山分院函可稽（原審卷二第63至65、207至226頁）。則上訴人所指被上訴人投保前所罹患之「憂鬱症」、「精神官能性憂鬱症」，核與被上訴人此次住院之「other_bipolar_disorder（其他之雙相情緒障礙症）」是否係屬同一疾病，尚有疑義。至上訴人雖又以新光醫院之被上訴人出院病歷摘要(按住院日期為104年5月4日)指稱被上訴人之病程發展已由原先診斷之「精神官能憂鬱症」改為「雙相情緒障礙症」等情，提出新光醫院出院病歷摘要為據（原審卷三第247至250頁），然被上訴人係於96年6月23日投保，其在投保前之95年6月28日在三軍總醫院松山分院係經診斷為「精神官能性憂鬱症」，並非「other_bipolar_disorder（其他之雙相情緒障礙症）」，且依三軍總醫院松山分院上開回函，被上訴人顯然持續就診迄至100年，在此多年間亦未被認定其所患之「精神官能性憂鬱症」與「雙相情緒障礙症」具有發病的相關性，而從被上訴人於投保前之95年6月28日在三軍總醫

院松山分院係經診斷為「精神官能性憂鬱症」迄至上訴人前揭所指之新光醫院104年間之出院病歷摘要，二者期間相距多年，是否尚有其他多項因素引致被上訴人罹患「雙相情緒障礙症」亦非無可能，且精神官能性憂鬱症、雙相情緒障礙症，分屬不同診斷類別，兩者是否屬同一疾病，尚有疑義，已如前述，自難予認定係屬同一疾病之惡化或加重而認有何關聯，故上訴人上開辯稱尚非可採。

3.又本件依被上訴人之聲請函詢新光醫院有關被上訴人在該院診療時病歷記載：「His first hospitalization was on April 2013, when he suffered from persistent depressive mood for weeks.In recent years, he had hospitalized for another 3 times(August 2013, September 2014, and November 0000), and the diagnosis was changed to bipolar affective disorder because some manic and hypomanic episodes were noted. 」之意義，及被上訴人曾經該院與其他醫院初步診斷為「憂鬱症」，至103年間始由該院將診斷改為「雙相情緒障礙症」之原因及該初步診斷是否為「雙相情緒障礙症」的「鬱期症狀」一節，經該院覆稱：「病人劉世傳君於民國101年12月28日至本院精神科門診初診，診斷為『雙相情感疾患，鬱型』，其後，劉君在本院門診的歷次主要診斷均為『雙相情緒障礙症(雙相情感疾患)』。另外，104年前，劉君曾於本院精神科急性病房住院三次，入出院日期及出院之精神科主要診斷為：『102年4月16日至102年4月20日』憂鬱發作，疑為雙相情感疾患、鬱期合併混合特徵需排除憂鬱症、亦需排除生理狀況(甲狀腺功能低下)或藥物引發Major depressive episode, suspect bipolar depression with mixed features r/o major depressive disorder r/o medical condition (Hypothyroidism) or drugs induced。『103年9月9日至103年9月29日』雙相情緒障礙症，鬱期發作，Bipolar affective disorder,depressive episode。『103年11月25日至103年12月22

日』雙相情緒障礙症，混合發作Bipolar affective disorder, mixed episode。貴院來文的英文，為104年5月4日後，病人入住本院精神科日間病房時，當時的住院醫師所繕打的日間病房『入院病摘』中的文字，並非正式診斷；當時的住院醫師可能以為病人以前的診斷是『憂鬱症』，而自102年起的三次急性病房住院，病人有被觀察到躁期/輕躁期(manic/hypomanic episodes)，診斷才被改為『雙相情緒障礙症(bipolar affective disorder)』事實上，在本院第一次及其後的門診病歷、急性病房出院病歷，病人的主診斷均為『雙相情緒障礙症』。承上述，本院歷次門診的診斷、歷次急性病房的出院診斷及日間病房的診斷，均為『雙相情緒障礙症』，並無初步診斷為『憂鬱症』，民國103年才改為『雙相情緒障礙症』的情形。即便如此，各版本精神科的教科書均有提及，『雙相情緒障礙症』的首次發作，許多都是以『憂鬱發作』而非『躁期/輕躁期發作』為呈現，且按世界通用的精神科DSM-5或ICD-10的「憂鬱發作」診斷準則，『雙相情緒障礙症』的『憂鬱發作』、和『憂鬱症』的『憂鬱發作』，診斷判別之症狀完全一樣。因此，若一位『雙相情緒障礙症』的病人在剛開始的『憂鬱發作』時即就醫，被診斷為『憂鬱症』，日後才出現『躁期/輕躁期發作』，而被改判定為『雙相情緒障礙症』，這在精神醫療是很常見的情形，並非診斷疏失。相對而言，無論是『雙相情緒障礙症』或是『憂鬱症』的憂鬱發作，對於病人生活品質及生命安全，均構成重大的危害，並不因其為不同診斷而有異；積極治療，並防犯自我傷害/自殺，都是重要的臨床關注焦點。」等語，有該院113年2月27日新醫醫字第1130000120號函及醫療查詢回復記錄紙（本院卷第169至172頁）可佐。可見被上訴人自102年起才遭新光醫院診斷改為雙相情緒障礙症，之前雖診斷為憂鬱症，但其實自101年起在新光醫院之主斷診均係雙相情緒障礙症，益認被上訴人自101年起所發作之病症確係雙相情緒障礙症無疑。至該函雖稱：依世界通

用的精神科DSM-5或ICD-10的憂鬱發作診斷準則，「雙相情緒障礙症」的「憂鬱發作」，和「憂鬱症」的「憂鬱發作」，其診斷判別之症狀完全一樣，是「雙相情緒障礙症」病人剛開始的「憂鬱發作」被診斷為「憂鬱症」，日後才出現「躁期/輕躁期發作」，而被改判定為「雙相情緒障礙症」，在精神醫療是很常見的情形，並非診斷疏失等語。然「雙相情緒障礙症」、「憂鬱症」二者確為不同之病症，但其在投保前在台大醫院及三軍總醫院松山分院之診斷均為憂鬱症、精神官能性憂鬱症，如上訴人認上開台大醫院及三軍總醫院松山分院就此診斷為診斷疏失，應由上訴人就此有利事實負舉證責任，然依現有上訴人提出之證據，尚難遽予認定前開台大醫院及三軍總醫院松山分院所為憂鬱症、精神官能性憂鬱症之診斷，為「雙相情緒障礙症」之誤判，是前開新光醫院函文內容，亦無從為有利上訴人之認定。

㈣本件被上訴人請求上訴人給付保險金18萬9,000元，有無理由？

按系爭保險契約附約條款第2條約定：「…本附約所稱『住院』係指保險人因疾病或傷害，經醫師診斷，必須住院診療時，經正式辦理住院手續確實在醫院接受治療者。…」、第3條約定：「被保險人於本附約有效期間因第二條約定之疾病或傷害住院診療時，本公司以被保險人投保的『住院醫療保險金日額』為準，依照本附約約定給付各項醫療保險金。」、第12條約定：「被保險人於本附約有效期間內因疾病或傷害，經醫師診斷必須且經住院治療時，本公司按下列約定之一給付『住院醫療保險金』：一、被保險人同一次住院治療在三十日以內者，本公司按被保險人投保之『住院醫療保險金日額』乘以被保險人實際住院日數，給付『住院醫療保險金』。二、被保險人同一次住院在三十一日至一百八十日者，則按下列兩項之總和給付『住院醫療保險金』：㈠前三十日之部分按第一款約定方式計算。㈡自第三十一日起，則按被保險人投保之『住院醫療保險金日額』的一點五

倍，乘以被保險人自第三十一日以後的實際住院日數。…」、第17條約定「被保險人於本附約有效期問內因疾病或傷害經醫師診斷確定且經住院治療出院後，本公司按『住院醫療保險金日額』的百分之之五十，乘以實際給付住院日數計算所得之金額，給付『出院療養保險金』…。」（原審卷一第29至31頁）。被上訴人自110年3月16日起住院治療迄至110年4月23日始出院，共計住院39日之事實，為兩造所不爭執。是依系爭保險契約附約第12條約定，前30天部分得申請住院醫療保險金9萬元（計算式：30日×日額3,000元=90,000元）；第31天至第39天部分，得申請住院醫療保險金4萬0,500元（計算式：9日天×1.5倍日額4,500元=40,500元）。另依系爭保險契約附約第17條出院療養保險金約定，被上訴人得申請出院療養保險金5萬8,500元（計算式：39日×0.5倍日額1,500元=58,500元），合計18萬9,000元（90,000元+40,500元+58,500元=189,000元），參酌振興醫院出院病歷摘要（原審卷一第39至45頁），被上訴人上開主張自屬正當。

六、綜上所述，被上訴人依系爭保險契約之約定，請求上訴人給付18萬9,000元，及自起訴狀繕本送達翌日即111年1月28日起至清償日止，按年息5%計算之利息，為有理由，應予准許。原審就此為上訴人敗訴之判決，於法並無不合。上訴意旨指摘原判決此部分不當，求予廢棄改判，為無理由，應駁回上訴。

七、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及所提證據資料，於判決結果不生影響，爰不一一論列，附此敘明。

八、據上論結，本件上訴為無理由，依民事訴訟法第436條之1第3項、第449條第1項、第78條，判決如主文。

中　　華　　民　　國　　113　　年　　4　　月　　24　　日

民事第七庭　審判長法　官　姜悌文

法　官　賴錦華

法　官　蔡政哲

以上正本係照原本作成。

本判決不得上訴。

中　　華　　民　　國　　113　　年　　4　　月　　24　　日

書記官　王緯騏