臺灣臺北地方法院民事判決

114年度保險字第45號

原　　告　李芝儀

訴訟代理人　李覺世

被　　告　南山人壽保險股份有限公司

000000000000000000

法定代理人　尹崇堯

訴訟代理人　吳涵晴律師

上列當事人間請求給付保險金等事件，本院於民國115年3月10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

壹、程序部分：

按訴狀送達後，原告不得將原訴變更或追加他訴，但請求之基礎事實同一者，不在此限，民事訴訟法第255條第1項第2款定有明文。查原告起訴時聲明：「㈠被告應給付原告新臺幣（下同）60萬元，及自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息5%計算之利息；㈡被告應給付原告自民國114年2月28日出院後，依保單號碼Z000000000之「南山住院費用給付保險附約居家療養附加條款」（下稱系爭附加條款）第4條約定計算之居家療養保險金，並按月持續給付至原告無需居家療養之事實消滅為止；㈢確認兩造間就保單號碼Z000000000之「南山住院費用給付保險附約」（下稱系爭附約）法律關係存在；㈣願供擔保請准宣告假執行」（見本院卷一第10頁），嗣於114年9月8日以民事準備（兼陳報）狀變更聲明：「㈠被告應給付原告60萬元，及自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息10%計算之利息；㈡被告應給付原告自114年2月28日出院後至114年8月31日止之居家療養金36萬8,000元；(三)願供擔保請准宣告假執行」（見本院卷二第2

7頁），並於114年11月11日言詞辯論期日當庭更正聲明第一項之請求遲延利息為5%（見本院卷三第67至68頁），核原告所為訴之變更，係基於同一基礎事實，揆諸前開規定，尚無不合，應予准許。

貳、實體部分：

一、原告主張：原告於86年6月6日以自己為要保人及被保險人，向被告投保保單號碼Z000000000「南山康寧終身壽險契約」主約（已終止，下稱系爭主約），並附加投保系爭附約及系爭附加條款。原告於93年1月26日發生重大車禍，致其受有顱內出血、多發性顱腦損傷，嗣原告進行頭部外傷併左側顱內出血手術，在康寧醫療財團法人康寧醫院（下稱康寧醫院）住院治療，被告即應給付原告自113年9月1日至114年2月28日住院期間（下稱系爭住院期間）之住院醫療保險金及後續居家療養保險金，詎被告逕以「未見積極治療」、「病歷載有門診復健安排」為由拒絕理賠，實無理由，爰依系爭附約第13條及系爭附加條款第4條約定提起本件訴訟等語。並聲明：㈠被告應給付原告60萬元，及自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息5%計算之利息；㈡被告應給付原告自114年2月28日出院後至114年8月31日止之居家療養金36萬8,000元；㈢願供擔保請准宣告假執行。

二、被告則以：被告自原告於93年發生車禍後至113年4月30日間，已給付原告完全失能保險金及住院醫療保險金，共計2,629萬4,988元。原告主張被告應給付系爭住院期間之住院醫療保險金及後續居家療養保險金，因原告係按月提出理賠申請（共計6次），經被告理賠審核認依病歷資料記載，原告係以純自費身分住院（即非健保身分），且於住院期間僅進行日常復健治療，未見其他積極治療，依醫療常規於門診即可進行復健，難認符合保險契約條款約定之「住院」定義，即不具住院必要性，不符保險契約約定給付要件等語置辯。並聲明：㈠原告之訴駁回；㈡如受不利之判決,願供擔保請准宣告免為假執行。

三、經查，原告於86年6月6日以自己為要保人及被保險人，向被告投保系爭主約，並附加投保系爭附約及系爭附加條款；原告因93年1月26日發生重大車禍，致其受有顱內出血、多發性顱腦損傷，被告自上開車禍後93年至113年4月30日間，已給付原告完全失能保險金及住院醫療保險金，共計2,629萬4,988元等情，有系爭主約、系爭附約、系爭附加條款、被告114年2月13日南壽申字第1140004181號函文在卷可佐（見本院卷一第27至33、85至87頁），復為兩造所不爭執，堪信為真實。

四、得心證之理由：

㈠系爭附約第13條「保險範圍」約定：「被保家庭成員於本附約有效期間內，因疾病或傷害，經醫師診斷必須住院治療，且已住院治療時，本公司依本附約之約定給付保險金」（見本院卷一第228頁），又所謂「經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院」，應依相同專業醫師，於一般客觀情形上，就相同情形為診斷，認為有住院必要性者始屬之，並非以個別醫師之診斷為據，俾免個別醫師之判斷囿於人情，或流於主觀及恣意，以符合保險契約乃最大善意及誠信契約之本質，及公平原則之適用。是於解釋保險契約條款時，須遵守最大善意原則及誠信原則，且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，則就系爭附約第13條關於必須住院之認定，解釋上不應僅以實際治療之醫師認為有住院必要性即認符合上開條款之約定，而應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，始應認符合上開條款約定之「住院」，倘依一般醫療常規，並無住院之必要性，縱有住院之事實，被告亦不負給付住院相關保險金之責任。

㈡觀諸原告系爭住院期間之護理紀錄單（見本院卷二第414至447頁），右上角均記載原告為「純自費」 身分，而原告之衛生福利部中央健康保險署保險對象住診申報明細表亦顯示，原告最後以健保身分住院時間係於103年8月1日（見本

院卷三第31至37頁），則原告於系爭住院期間並無使用健保住院，其有無住院治療之必要，尚有疑義。復依康寧醫院開立之出院病歷摘要所載（見本院卷二第207至216頁），原告於108年10月15日入院，114年2月28日出院，住院期間歷時約5年5月，其中康寧醫院113年9月1日之病歷摘要記載：「【住院治療經過】 During hospitalization, we arranged OPD rehabilitation program including occupational therapy and physical therapy, Wheelchair as ambulatory assistive device was noted. She will still receive rehabilitation program in the hospital.（中譯：住院期間，醫院安排門診〈即OPD〉復健計畫，包括職能治療和物理治療，並使用輪椅作為行走輔助器具。她仍將在醫院接受復健治療）」（見本院卷二第214頁）；康寧醫院113年10月1日病歷摘要記載亦同（見本院卷二第216頁）。另依原告113年4月29日至114年2月28日之住院病歷資料，原告除至門診進行復健等治療項目外，於病歷資料中，僅有每日體溫表（見本院卷二第333至377頁）、血壓脈搏呼吸記錄單（見本院卷二第379至389頁），未見有何需要住院始得進行之治療項目，或有何醫療設備係須原告住院治療方得使用之內容。另參原告於系爭住院期間之病歷紀錄單（見本院卷二第492至508頁），記載原告於住院期間，每月至復健科進行2至3次門診，偶爾非規律至神經內科門診、心臟內科門診、婦產科門診，然未見任何須住院治療之項目。是由原告之病歷資料可知，原告於系爭住院期間之相關治療均得於門診即可進行，難認原告有住院治療之必要性。

㈢原告雖主張康寧醫院診斷證明書記載原告「需住院接受高強度復健及即時醫療監測（含防跌倒、醫療強度調整等）」，業經相當專業醫師認定住院必要性，且原告出院後隨即跌倒受傷，印證醫囑預警與住院之安全必要性等語，並提出診斷證明書、康寧醫院114年9月1日病歷紀錄單為證（見本院卷一第35至45頁）。然查，出院返家進行居家照顧，本應注意

預防跌倒，而行走功能障礙、需輔助型枴杖等情，亦難遽而認定有住院之必要。復經本院囑託國立臺灣大學醫學院附設醫院（下稱臺大醫院）就原告於系爭住院期間是否有住院必要等節為鑑定，鑑定結果略以：「依據康寧醫院病歷記載，李芝儀女士於93年因車禍導致腦部外傷及雙側肢體無力，自108年10月起持續於康寧醫院住院至114年2月28日出院。此期間亦同時於門診接受健保復健治療或因其他醫療問題接受門診診療。依據貴院所提供之113年9月起住院期間定期入院摘要及每日病歷，李女士病情穩定，除持續復健外並無特殊需住院方能提供之醫療需求，難謂有住院之必要性」等語，有臺大醫院114年12月22日校附醫秘字第1140905609號函及所附受理院外機關鑑定/查詢案件回復意見表在卷可稽（見本院卷三第113頁）。又財團法人金融消費評議中心就原告本件爭議之評議結果，其中提及專業醫師意見，見解亦同：「…經諮詢本中心專業醫療顧問，其意見略以：一、申請人（即原告）於20年前車禍腦部出血，造成肢體較無力，行走須輔具協助。腦部損傷的肢體復健黃金時期是一年，一般1-2年之後進步緩慢且有限，在門診規律復健即可…」（見本院卷一第96頁）、「…經諮詢本中心專業醫療顧問，其意見略以：申請人的頭部外傷致四肢乏力發生於93年。根據病歷記載，申請人在關顱手術以及腦室腹腔分流手術後情況穩定。而系爭住院1及2期間生命徵象穩定，住院內容僅為復健治療，並沒有發生需住院處理的急性醫療狀況，且114年1月1日至114年1月31日、114年2月1日至14年2月28日，已是發生頭部外傷20年後。此時住院復健治療並不合理，也完全不符合醫療常規及治療原則…」（見本院卷三第206頁）。而臺大醫院所為之鑑定，係經全面檢視原告於康寧醫院之病歷資料，由專業醫師於一般客觀情形上，就相同情形進行判斷，其所為鑑定結果應屬客觀有據，且與上開評議中心諮詢之醫療顧問所持意見相同，堪值採信，足見原告於系爭住院期間所為復建治療，不具住院必要性。原告主張其於系爭住

院期間住院療養，具有住院必要性等語，與一般醫療常規相悖，亦即具有相同專業之醫師，通常會診斷不具住院之必要性，與系爭附約第13條「必須住院治療」之定義不符。又原告復未能提出其他證據證明原告有於系爭住院期間住院必要之事實，則原告依系爭附約第13條約定，請求被告給付原告60萬元之保險金，難認有據。

㈣另系爭附加條款第4條「居家療養保險金」約定：「被保家庭成員於本附加條款有效期間內，因疾病或傷害經醫師診斷必須住院治療，且已住院治療時，其出院後，本公司依下列約定，給付『居家療養保險金』」（見本院卷二第232頁）。查原告於系爭住院期間無住院治療必要，已如前述，則原告請求被告給付自114年2月28日出院後至114年8月31日止之居家療養金，亦失所依據。是原告請求被告給付自114年2月28日出院後至114年8月31日止之居家療養金，亦難憑採。

五、綜上所述，原告依系爭附約第13條及系爭附加條款第4條約定，請求被告給付60萬元，及自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息5%計算之利息，並自114年2月28日出院後至114年8月31日止之居家療養金36萬8,000元，均無理由，應予駁回。原告之訴既經駁回，其假執行之聲請失所依據，應併予駁回。

六、本件事證已臻明確，兩造其餘攻防方法及所提證據，認為均不足以影響本判決之結果，爰不逐一論列，併此敘明。

七、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第78條。

中　　華　　民　　國　　115　　年　　4　　月　　14　　日

民事第三庭　　法　官　許筑婷

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　　115　　年　　4　　月　　14　　日

書記官　林政彬