臺灣高等法院民事判決

111年度保險上易字第47號

上　訴　人　林旻翰

訴訟代理人　温思廣律師

被　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　洪偉勝律師

　　李燕俐律師

　　胡珮琪律師

上列當事人間請求給付保險金事件，上訴人對於中華民國111年10月31日臺灣臺北地方法院110年度保險字第101號第一審判決提起上訴，本院於113年4月30日言詞辯論終結，判決如下：

主　　文

原判決關於駁回上訴人後開第二項之訴部分，及訴訟費用之裁判，均廢棄。

被上訴人應給付上訴人新臺幣陸拾伍萬玖仟元，及其中新臺幣伍拾陸萬伍仟元自民國一百一十年四月二十七日起，其中新臺幣玖萬肆仟元自民國一百一十一年四月八日起，均至清償日止，按週年利率百分之十計算之利息。

上訴人其餘上訴駁回。

第一、二審訴訟費用，由被上訴人負擔二分之一，餘由上訴人負擔。

事實及理由

一、上訴人主張：伊之母古秀珍前以自己為要保人、伊為被保險人，於民國99年1月15日向被上訴人購買主契約為「遠雄人壽新終身壽險」、附加契約為「遠雄人壽新溫馨終身醫療健康保險附約」（下稱系爭附約）及「遠雄人壽新癌症終身健康保險附約」之保險契約（下合稱系爭保險契約）。嗣伊經維德醫療社團法人基隆維德醫院（下稱維德醫院）診斷患有「妄想型思覺失調症」，於109年6月19日至110年6月18日住

院治療計365日（下稱第1次住院期間），復於110年7月5日至110年8月24日住院治療計51日（下稱第2次住院期間），依系爭附約第9條、第11條約定，被上訴人應以伊投保之住院醫療保險金日額新臺幣（下同）2,000元為基準，按伊住院日數給付「住院醫療保險金」（同一次住院在30日內者每日2,000元，在31日至180日者每日3,000元，181日至365日者每日3,500元）及「住院醫療補助保險金」（每日1,000元），惟其僅給付109年6月至9月部分之保險金，自109年10月起即拒絕給付，伊自得依系爭保險契約之約定，請求被上訴人給付如附表所示之保險金共計130萬3,500元，及其中77萬8,000元自起訴狀繕本送達翌日起，其餘52萬5,500元自民事追加狀繕本送達翌日起，均至清償日止，按週年利率10%計算之利息。

二、被上訴人則以：上訴人於第1次住院期間有多次自行請假外出或外診，非每日於醫院接受治療，不符系爭附約約定之「住院」定義，且依該期間之護理紀錄記載，其睡眠狀況至遲於109年8月已為正常，應無入院主訴有煩躁不安、焦慮或足不出戶或入睡困難等情，至第2次住院期間，上訴人之護理紀錄亦無顯示有其主訴情緒焦躁不安、焦慮感、想法多之情形，其住院即無必要性；另上訴人僅以其主治醫師之主觀認定為依據，未能舉證其他具有相同專業醫師於相同情形，通常會診斷其具有住院之必要性，自無可採。又上訴人於109年6月19日住院365日後，隨即辦理出院，嗣於超過14日後再次辦理入院，顯係蓄意規避系爭附約第8、9、11條約定一次住院最高給付日數為365日、出院後14日內再次住院，視為一次住院辦理之限制，有違保險契約之善意及誠信原則，為權利濫用，且依民法第101條第2項，應視為條件不成就，伊自不負給付保險金之責任等語，資為抗辯。

三、原審判決駁回上訴人之訴及假執行之聲請。上訴人不服提起上訴，聲明：㈠原判決廢棄。㈡被上訴人應給付上訴人130萬3,500元，及其中77萬8,000元自起訴狀繕本送達之翌日

起，其餘52萬5,500元自民事追加狀繕本送達之翌日起，均至清償日止，按週年利率10%計算之利息。被上訴人則答辯聲明：上訴駁回。

四、兩造不爭執事項（見本院卷第74頁，並依判決文字調整）：

㈠上訴人之母即訴外人古秀珍以自己為要保人、上訴人為被保險人，於99年1月15日向被上訴人購買系爭保險契約（見原審卷第13-48頁）。

㈡上訴人因「妄想型思覺失調症」於109年6月19日至110年6月18日至維德醫院住院，計住院365日（見原審卷第49-53頁）；於110年7月5日再次入住維德醫院至110年8月24日出院，計住院51日（見原審病歷卷第511-513頁）。

㈢上訴人自109年6月住院時起向被上訴人申請給付保險金，被上訴人已給付109年6月至9月部分之保險金，自109年10月起拒絕給付。

五、上訴人主張其因患有「妄想型思覺失調症」而於附表所示期間住院，被上訴人應依系爭保險契約給付住院期間之保險給付等語，為被上訴人否認，並以前詞置辯，則兩造之爭點為：㈠上訴人於如附表所示日期住院，是否符合系爭附約「住院必要性」之要件？是否符合系爭附約第2條第8項之「住院」要件？㈡上訴人依系爭附約第9條、第11條約定，請求被上訴人給付保險金130萬3,500元及利息，是否有理由？

六、本院之判斷：

㈠上訴人於109年6月19日至110年2月11日、110年7月5日至110年8月4日之住院符合系爭附約之住院要件，具有住院必要性：

1.上訴人為系爭保險之被保險人，因患有「妄想型思覺失調症」而於109年6月19日至110年6月18日及110年7月5日至110年8月24日入住維德醫院，此有保險單、保險契約、診斷證明書在卷可稽（見原審卷第13-53頁），並為兩造所不爭執（見不爭執事項㈠㈡），自堪認屬實。依系爭附約第2條第3

項約定「本附約所稱疾病，係指被保險人自本附約生效日起持續有效30日以後或復效日起所發生之疾病。」、第2條第8項約定「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。」、第4條約定「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接受手術，或住院診療時，本公司依本附約約定給付保險金。」、第9條約定「被保險人因第4條之約定而住院診療時，本公司按其實際住院日數（含入院及出院當日）依下列約定之一給付『住院醫療保險金』：一、被保險人同一次住院診療在30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31日至180日者，則按下列兩項之總和給付『住院醫療保險金』：（一）前30日之部分係按第1款約定方式計算。（二）自第31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31日以後的實際住院日數。三、被保險人同一次住院在181日至365日者，則按下列兩項之總和給付『住院醫療保險金』：（一）前180日之部分係按第2款約定方式計算。（二）自第181日起，則按被保險人投保之『住院醫療保險金日額』的一點七五倍乘以被保險人自第181日以後的實際住院日數。被保險人同一次住院之『住院醫療保險金』給付日數最高以365日為限。」、第11條約定「被保險人因第4條之約定而住院診療時，本公司按被保險人實際住院日數（含入院及出院當日）乘以『住院醫療保險金日額』的百分之五十，給付『住院醫療輔助保險金』。被保險人同一次住院之『住院醫療輔助保險金』給付日數最高以365日為限。」等語（見原審卷第44-45頁），可知於上訴人有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之情形，被上訴人即應依系爭附約給付住院醫療保險金及住院醫療輔助保險金自明。

2.按保險制度之目的，在於避免因偶發事故所造成之經濟上不安定，透過多數經濟單位之集合方式，並以合理之計算為基礎，共醵資金，公平負擔，以分散風險，確保經濟生活之安定。為防止道德危險之發生，保險契約自須遵守最大善意原則及誠實信用原則（最高法院99年度台上字第731號判決意旨參照）。保險契約所謂「經醫師診斷，必須入住醫院診療」，應排除實際上無住院治療必要之情形，始符合契約本旨（最高法院106年度台上字第2532號裁定意旨參照）。

3.上訴人主張其住院有必要性等語，為被上訴人否認。查依本院送請臺大醫院鑑定結果：「病人於109年6月間因聽幻覺增加及情緒煩躁等精神症狀，於基隆維德醫院門診評估後109年6月19日收至急性病房治療。據入院病歷所載，入院當下精神症狀明顯（如:情緒不穩、社交退縮、被害妄想、負面思考），其整體功能評估量表分數為31-40分（Global Assessment of FunctioningScaling，GAF），即已造成現實測試有些傷害或在工作領域、社會功能中造成嚴重損害。在急性病房中，除接受規律之藥物治療，亦有因症狀不穩定接受臨時肌肉注射鎮靜劑（109年7月2日、109年7月27日）及保護性約束(109年7月8日、109年7月9日）。病人於急性病房治療至109年8月3日後仍有殘餘精神症狀，轉至慢性病房治療。根據職能治療綜合量表（分數越高表示臨床功能越良好，評估面向含：一般行為、人際互動、工作行為），病人於109年9月8日得分為54分、109年10月12日得分為44分、109年11月10日得分為49分、109年12月3日至110年2月5日之每月評估得分均為54分、109年3月5日至110年6月2日之每月評估得分均為57分，後症狀穩定，於110年6月18日出院 。病人返家後，藥物遵從性差，自覺聽幻覺增加、情緒煩躁不安、焦慮、想法多、家屬有感照護困難，故再次至門診評估後110年7月5日收至慢性病房，根據入院病歷記載，入院當下精神症狀明顯（如：幻聽、情緒不穩、社交退縮、被害妄想、負面思考），其整體功能評估量表分數為31-40分。根

據職能治療綜合量表，病人於110年8月5日得分為55分。經治療後症狀穩定，於110年8月24日出院。」、「109年6月19日至110年6月18日之住院：關於住院必要性，病人診斷為妄想型思覺失調症，病人入院前幻聽、被害妄想及情緒症狀明顯，社會功能受損。另病人住院接受規律藥物、心理、職能治療之狀況下，有多次精神症狀不穩至須接受臨時鎮靜劑注射或保護性約束之情形，且於109年9月至109年11月之職能治療綜合評量呈現不穩定之情形。綜上所述，病人之診斷、症狀表現及臨床觀察，均支持其接受住院治療之初始必要性。」、「110年7月5日至110年8月24日之住院關於其住院必要性，根據病歷記載，病人診斷為妄想型思覺失調，於上次出院後服藥不規律，入院前幻聽、被害妄想及情緒症狀明顯，社會功能受損 ，整體功能評估量表分數為31-40分（已造成現實測試有些傷害或在工作領域、社會功能中造成嚴重損害）。綜上所述，病人之診斷、症狀表現及嚴重度，均支持其接受住院治療之初始必要性。」等語，此有臺大醫院112年8月30日校附醫秘字第1120903938號函及所附鑑定意見在卷可稽（見本院卷第109-113頁），依此可認上訴人因妄想型思覺失調症之病症，而於109年6月19日、110年7月5日2次於維德醫院住院，確均有住院治療之初始必要性無誤。

4. 又依臺大醫院鑑定認：「由於精神疾病一般為多重病因之疾病，生物因素、心理因素和社會因素都在疾病的形成及演進有直接及交互的作用，每個人對於精神科治療內容有個別差異反應 再加上醫療人員合理醫療裁量之變動範疇，並無從由其病歷與診斷即可事後準確回推、預測適當住院之日數，僅能依據醫理及有限病歷資料推估可能之適當治療選項內容與可能期間為何。若以病人第二次之住院（110年7月5日至110年8月24日）之出院前最近一次職能治療綜合量表得分（110年8月9日：55分）做為可以接受改為門診治療之狀態之整體功能參考點，對照第一次住院（109年6月19日至110年6月

18日）之時間點則約介於110年2月5日（54分)至110年3月5日（57分)之間，又護理紀錄記載病人於此期間（110年2月11日）辦理請假外出治療5天，外出期間無症狀不穩定之情事，返回病房後的後續一周亦能維持情緒穩定、配合病房治療及自行外出就診兩次。綜上所述，自110年2月至3月間起，病人之整體症狀或可改以日間留院或密集門診追蹤以給予治療，故可能不具備住院必要性，但繼續住院仍是合理選項之一。」等語（見本院卷第111頁），參酌上訴人於110年2月11日、2月16日之護理紀錄所載「110年2月11日案母欲帶個案辦理院外治療5天，已經由主治醫師劉良湧評估後准予院外治療，給予2/11、1PM至2/16、9AM口服藥及外出返院感染風險評估表，衛教院外治療注意事項及按時服藥之重要性及減少出入公共場所，個案表示瞭解，續觀察個案返室情形。110年2月16日現由案母陪同返室，表情愉悅，現可被動配合安檢入病室查無違禁品。」等語（見原審病歷卷第244頁），則以上訴人於110年2月11日即辦理請假出院治療5日，而於返院後亦能維持情緒穩定、配合治療，並於同年3月5日、4月2日、5月7日、6月2日所做職能復健計劃之職能治療綜合評量表結果均為57分（見原審病歷卷第91-93頁），後經評估精神症狀改善而於110年6月18辦理出院（見本院卷第144頁出院病歷摘要），依此可見上訴人之第1次住院，至少於110年2月11日後之整體症狀，已可出院改以日間留院或密集門診追蹤給予治療，而無住院之必要性。至上訴人第2次住院，於110年8月4日經職能治療後，依其職能治療綜合評量表結果為57分（見原審病歷卷第522頁），參酌於110年8月8日護理紀錄「提醒個案按時服藥之重要性，個案表達可配合」等情（見原審病歷卷第557頁），且上訴人經評估認精神症狀改善，於110年8月24日辦理出院（見原審病歷卷第512頁），則上訴人第2次住院於110年8月4日經綜合評量既已達57分，且能配合服藥，於110年8月5日再為評量亦能維持55分之評量結果（見本院卷第215頁），參酌第1次住

院給予出院之評量判斷，顯見上訴人至少於110年8月4日後之整體症狀，已可出院改為日間留院或密集門診追蹤治療，而無住院之必要性。

5. 被上訴人抗辯上訴人於住院期間並未有每日接受診療之情形，不符合住院之要件等語，此為上訴人所否認。查上訴人於維德醫院住院期間，接受醫院之醫師、護理師、心理師、社工師、職能治療師等及藥物，各項心理復健治療等情，有住院病歷、職能復健計劃、長期醫囑單、臨時醫囑單、護理計劃表、護理紀錄、藥物治療記錄單（見原審病歷卷第19-586頁）及出院病歷摘要表在卷可稽（見本院卷第144頁、原審病歷卷第512頁），自堪認上訴人於住院期間確有依醫師之醫囑接受診療無誤。再參之臺大醫院鑑定意見認：「至於病人於住院期間所接受之治療，根據病歷記載，包含藥物、心理及職能治療、藥物治療為每日治療。至於心理治療及職能治療之頻率，由於實際之臨床環境下，紀錄頻次與實際給予治療之頻率未必相符（實際給予心理治療及職能治療頻次經常大於紀錄頻次）」等語（見本院卷第113頁），可見上訴人於住院期間接受藥物、心理及職能治療，其中藥物治療為每日治療，心理治療及職能治療之頻率，因實際臨床環境，紀錄頻次與實際治療頻率未必相符，通常治療頻次大於紀錄頻次，自無從僅憑護理紀錄是否有記載而為其是否有治療之憑據。況無論藥物治療、心理治療及職能治療，均屬醫師依據專業判斷而進行之診療，上訴人既依醫師之醫囑，於住院期間為上開項目之治療，除每日藥物治療外，並依其需要而進行心理治療或職能治療，自不能因上訴人未有每日進行心理治療或職能治療之紀錄，即謂上訴人之住院不符合系爭附約住院之要件甚明。故被上訴人徒以護理紀錄未有就其精神疾病確實於醫院接受診療之情形，不符合住院要件為由抗辯，自屬無據。

6. 被上訴人雖抗辯上訴人於住院期間請假外出，於返院時均顯示愉快，足見上訴人之治療得以密集頻次門診方式進行，而

無住院之必要等語，此為上訴人所否認。查上訴人於109年6月19日至110年2月11日之第1次住院、110年7月5日至110年8月4日之第2次住院，均有住院之必要性，已如前述。至上訴人雖確有於住院期間請假外出之情形，然其請假外出，皆經醫師判斷後予以同意，此有臨時醫囑單在卷可參（見原審病歷卷第118-125頁），已難認准予請假外出會影響上訴人是否應住院之判斷。且依被上訴人抗辯上訴人於109年10月、11月、12月各請假外出15日、15日、12日之情況下，依上訴人之職能復健計劃所載（見原審病歷卷第87-89頁），上訴人於109年10月、11月、12月之職能評估結果各為44分、49分、54分，並未有被上訴人所稱請假外出後未影響住院效果而得以密集頻次門診方式進行之情形，故被上訴人抗辯上訴人住院期間多次請假外出，可認無住院之必要性云云，尚無足採。

7. 被上訴人抗辯上訴人所為住院違反保險契約最大善意及誠信原則等語，此為上訴人所否認。查上訴人於109年6月19日第1次住院治療及110年7月5日第2次住院治療，均有其住院之初始必要性，已如前述，則上訴人既因病症住院治療，於病情穩定後辦理出院，此均係依據醫師之專業判斷，且具有住院之必要性，則被上訴人辯稱上訴人故意住院365日再超過14日後再次辦理入院而有違保險契約最大善意及誠信原則云云，自屬無據。

8. 據上，上訴人於109年6月19日至110年2月11日之第1次住院及110年7月5日至110年8月4日之第2次住院，均符合系爭附約之住院要件，並有住院之必要性。

㈡上訴人得請求保險金為659,000元：

1. 承前所述，上訴人於109年6月19日至110年2月11日之第1次住院及110年7月5日至110年8月4日之第2次住院，均屬有住院之必要性，則上訴人依系爭附約第4條、第9條、第11條之約定，請求被上訴人給付住院醫療保險金及住院醫療輔助保險金即屬有據。查被上訴人已給付109年6月19日起至9月部

分之保險金，此為兩造所不爭執（見不爭執事項㈢），則被上訴人已給付之部分為共計104日之保險金。

2.依系爭附約第9條第1項約定，同一次住院診療在30日以內者，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」；同一次住院在31日至180日者，則前30日之部分係按第1款約定方式計算。自第31日起，則按被保險人投保之「住院醫療保險金日額」的1.5倍乘以被保險人自31日以後的實際住院日數；同一次住院在181日至365日者，則前180日之部分係按第2款約定方式計算。自第181日起，則按被保險人投保之「住院醫療保險金日額」的1.75倍乘以被保險人自第181日以後的實際住院日數。第11條約定被保險人因第4條之約定而住院診療時，實際住院日數（含入院及出院當日）乘以「住院醫療保險金日額」的百分之五十，給付「住院醫療輔助保險金」（見原審卷第45頁）。查系爭附約之保額為2,000元（見原審卷第14頁），則依系爭附約約定，上訴人第1次住院109年10月1日至12月15日為第105天至180天，合計76天，應按1.5倍計算住院醫療保險金，109年12月16日起至110年2月11日止（依約含出院當日），合計58天，按1.75倍計算，第2次住院期間110年7月5日至8月3日合計30天，按1倍計算，110年8月4日計1天，按1.5倍計算住院醫療保險金，是上訴人得請求之住院醫療保險金為494,000元（計算式：第1次住院：76×2,000×1.5+58×2,000×1.75＝431,000，第2次住院：30×2,000×1+1×2,000×1.5＝63,000元；合計431,000+63,000＝494,000）、住院醫療輔助保險金為165,000元（計算式：2,000×0.5×165＝165,000）。依此上訴人依系爭附約第9條、第11條之約定，得請求之金額合計為659,000元（計算式：494,000+165,000＝659,000）。

3.依系爭附約第22條第2項約定「本公司應於收齊前項文件後15日內給付之。但因可歸責於本公司之事由致未在前述約定期限內為給付者，應按年利1分加計利息給付。」等語（見

原審卷第43頁），兩造不爭執被上訴人已依約給付109年6月19日至109年9月間之保險金，顯見上訴人已收齊文件向被上訴人申請無誤，則被上訴人自收齊後15日內未給付即屬遲延給付，故上訴人請求其中565,000元之部分【計算式：431,000+（76+58）×1,000＝565,000】自起訴狀繕本送達之翌日即110年4月27日起（見原審卷第63頁），其中94,000元之部分（計算式：63,000+31×1,000＝94,000）自追加起訴狀繕本送達之翌日即111年4月8日起（見原審卷第203頁），均至清償日止，按週年利率10%計算之利息，為有理由，應予准許，逾此部分之請求，則無理由，應予駁回。

七、綜上所述，上訴人依系爭附約，請求被上訴人給付上訴人659,000元，及其中565,000元之部分自110年4月27日起，其中94,000元之部分自111年4月8日起，均至清償日止，按週年利率10%計算之利息，為有理由，應予准許，逾此部分之請求，則無理由，不應准許。從而原審就上開應准許部分，為上訴人敗訴之判決，尚有未洽，上訴人上訴論旨指摘原判決此部分不當，求予廢棄改判，為有理由，爰由本院廢棄改判如主文第2項所示。又本件所命被上訴人應給付上訴人部分，未逾150萬元，被上訴人不得上訴第三審，本院判決後已告確定，原審駁回上訴人此部分假執行之聲請，理由雖有不同，結論則無二致，原判決此部分仍應予以維持。至於上訴人其餘上訴之請求，不能准許，原審就此部分為上訴人敗訴之判決，並駁回其假執行之聲請，經核並無不合，上訴意旨指摘原判決此部分不當，求予廢棄改判，為無理由，此部分上訴應予駁回。

八、本件事證已臻明確，兩造其餘之攻擊或防禦方法及所用之證據，經本院斟酌後，認為均不足以影響本判決之結果，爰不逐一論列，附此敘明。

九、據上論結，本件上訴為一部有理由、一部無理由，依民事訴訟法第450條、第449條第1項、第79條，判決如主文。

中　　華　　民　　國　　113　　年　　5　　月　　28　　日

民事第十一庭

審判長法　官　李慈惠

法　官　吳燁山

法　官　鄭貽馨

附表：

編號	住院期間	上訴人請求金額		
		住院醫療保險金（計算式）	住院醫療補助保險金（計算式）	小計
1	109年10月住院31日	93,000元（3,000元×31日）	31,000元（1,000元×31日）	124,000元
2	109年11月住院30日	9萬元（3,000元×30日）	30,000元（1,000元×30日）	120,000元
3	109年12月住院31日	63,000元＋35,000元（3,000元×21日＋3,500元×10日）	31,000元（1,000元×31日）	129,000元
4	110年1月住院31日	108,500元（3,500元×31日）	31,000元（1,000元×31日）	139,500元
5	110年2月住院28日	98,000元（3,500元×28日）	28,000元（1,000元×28日）	126,000元
6	110年3月住院31日	108,500元（3,500元×31日）	31,000元（1,000元× 31日）	139,500元
7	110年4月住院30日	105,000元（3,500元×30日）	30,000元（1,000元×30日）	135,000元
8	110年5月住院31日	108,500元（3,500元×31日）	31,000元（1,000元×31日）	139,500元
9	110年6月住院18日	63,000元（3,500元×18日）	18,000元（1,000元×18日）	81,000元
10	110年7月住院26日	52,000元（2,000元×26日）	26,000元（1,000元×26日）	78,000元
11	110年8月住院24日	52,000元（2,000元×24日）	18,000元（1,000元×24日）	92,000元

總計	1,303,500元

正本係照原本作成。

不得上訴。

中　　華　　民　　國　　113　　年　　5　　月　　28　　日

書記官　郭晉良