臺灣高等法院民事判決

112年度保險上易字第7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

被　上訴人　林森良

000000000000000000

訴訟代理人　周政律師（法律扶助律師）

上列當事人間請求給付保險金事件，上訴人對於中華民國112年2月24日臺灣新北地方法院111年度保險字第12號第一審判決提起上訴，本院於112年9月13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：伊以自己為要保人兼被保險人，向上訴人投保「遠雄人壽新終身壽險(98)-20年期」主契約，及「遠雄人壽新溫馨終身醫療健康保險」附約（下稱系爭新溫馨附約）、「遠雄人壽真安心醫療保險」附約（下稱系爭真安心附約），契約始期為民國99年5月18日。嗣伊罹患思覺失調症（下稱系爭疾病），自109年間起持續於臺北市立聯合醫院松德院區（下稱北市聯醫松德院區）住院治療，符合系爭新溫馨附約第2、4、9及11條所定得請求給付「住院醫療保險金」及「住院醫療補助保險金」之要件，且符合系爭真安心附約第4、11、13條所定得請求給付「住院醫療日額保險金」之要件，又伊住院期日已長達276日，符合系爭新溫馨附約第9條及系爭真安心附約第13條所定之加成給付事由，惟伊向上訴人請求給付系爭新溫馨附約之住院醫療保險金、住院醫療輔助保險金及系爭真安心附約之住院醫療日額保險金各41日之保險金，遭上訴人所拒，爰依系爭新溫馨附約第9條第1項第3款、第2項、第11條及

系爭真安心附約第11條、第13條第5項約定，請求上訴人給付新臺幣（下同）57萬4,000元，及自110年12月30日起至清償日止，按年息5%計算之利息（原審為被上訴人勝訴之判決，上訴人不服提起上訴）。並答辯聲明：上訴駁回。

二、上訴人則以：系爭新溫馨附約第2條第8項及系爭真安心附約第4條，均已明確約定住院係指被保險人經醫師診斷其疾病或傷害必須住醫院，且正式辦理住院手續，並確實在醫院接受診療之情形，又精神衛生法已區分「住院」及「日間留院」為不同之醫療服務，是系爭新溫馨附約、系爭真安心附約所約定之「住院」，不包含「日間留院」之情形。又被上訴人於110年6月至7月間未有日間留院之紀錄，足見被上訴人病情早已穩定，且伊曾檢附被上訴人之病歷及護理紀錄，就被上訴人之病況及用藥狀況依醫療常規是否有住院必要性，詢問他所精神科醫師，經回覆被上訴人無須長期日間病房留院治療必要性。縱認伊應給付系爭保險金，然被上訴人於110年10月1日至同年11月30日在松德院區之打卡紀錄，其中36日僅於上午9時至11時或下午1時30分至3時參與日間留院，此部分應僅能以半日計算出席日數，加上5次全日日間留院，被上訴人日間留院期間共計僅出席23日（36/2+5=23），又被上訴人不能證明該41日住院與110年10月1日前之住院為同一次住院原因，不符合系爭新溫馨附約第9條及系爭真安心附約第13條所定之加成給付事由，是被上訴人就系爭新溫馨附約之住院醫療保險金得請求9萬2,000元（23×4,000元=92,000）、住院醫療補助保險金為4萬6,000元（23×4,000元/2=46,000）、就系爭真安心附約之住院醫療日額保險金為2萬3,000元（23×1,000=23,000元），共計為16萬1,000元（92,000+46,000+23,000=161,000）等語，資為抗辯。

三、經查，被上訴人主張伊以自身為要保人及被保險人，於99年5月18日向上訴人投保遠雄人壽新終身壽險（98）-20年期，並附加系爭新溫馨附約、系爭真安心附約，嗣因罹患系爭疾病，於109年6月8日至000年00月00日間，在北市聯醫松德院區日間

留院治療，共計277日，上訴人已理賠110年10月1日前之保險金，惟伊另向上訴人請求110年10月1日至同年00月00日間日間留院治療41日保險金，並於110年12月13日填具系爭保險金申請書並附相關應備文件，已於同年月14日寄達上訴人等情，有遠雄人壽人身保險單、系爭新溫馨附約、系爭真安心附約、北市聯醫松德院區診斷證明書、上訴人問診調查報告表及北市聯醫111年11月3日北市醫松字第1113066531號函（下稱系爭11月3日函）、111年11月18日北市醫松字第1113069724號函等件附卷可證【見臺灣臺北地方法院111年度保險字第70卷（下稱北院卷）第19至29、31至35、41至46、49頁，原審卷第71至73、191至193頁】，且為兩造所不爭執，自堪信為真實。

四被上訴人依系爭新溫馨附約第9條第1項第3款、第2項、第11條及系爭真安心附約第11條、第13條約定，請求上訴人給付保險金，然為上訴人所否認，並以前開情詞置辯。茲就兩造爭執，分述如下：

㈠系爭新溫馨附約第2條第8項、系爭真安心附約第4條第10項「住院」包含「日間留院」：

1.按保險契約之解釋，應探求契約當事人之真意，不得拘泥於所用之文字；如有疑義時，以作有利於被保險人之解釋為原則。保險法第54條第2項定有明文。於定型化之保險契約，其約款係由保險人單方擬定，且保險人具有經濟上強勢地位及保險專業知識，一般要保人或被保險人多無法與之抗衡，不具對等之談判能力。參以保險契約為最大誠信契約，蘊含誠信善意及公平交易意旨，保險人於保險交易中不得獲取不公平利益，要保人、被保險人之合理期待應受保護，故於保險契約之定型化約款之解釋，應依一般要保人或被保險人之客觀合理了解或合理期待為之，不得拘泥囿於約款文字。

2.經查，系爭新溫馨附約第2條第8項、系爭真安心附約第4條第10項均約定：「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。」（見北院卷第31、41頁），而系

爭新溫馨附約、系爭真安心附約均未約定被保險人必須24小時居住於醫院、在醫院過夜且獲分配實體病床，亦無約定所謂「住院」須以中央主管機關函示意旨為認定標準，復無約定所謂「住院」僅指全日住院，而排除日間住院、夜間住院或半日住院等項目，可見上訴人於締約時，已本於其專業判斷，將全日住院、日間及夜間住院等事故風險，均納入針對系爭新溫馨附約、系爭真安心附約被保險人個人危險性及理賠水準而為危險共同分擔之保險費計收、住院保險金精算之範圍。縱上訴人實際上未將此日間住（留）院之情形納入精算範圍，此風險亦應由上訴人承擔，就保險事故之定義亦應為有利於被保險人即被上訴人之解釋。從而，被上訴人若因疾病，經醫師診斷必須入住醫院診療，正式辦理住院手續，且確實在醫院接受診療，即屬於系爭新溫馨附約、系爭真安心附約所謂之「住院」，上訴人依約即應給付保險金。

3.又按96年7月4日修正前精神衛生法第25條規定：「精神醫療方式包括門診、急診、全日住院、日間或夜間住院、社區復健及居家治療」，足見「全日住院」、「日間住院」及「夜間住院」均為「住院」之概念所涵蓋，與「門診」、「急診」有別。嗣後雖97年7月4日施行修正之精神衛生法第35條第1項規定：「病人之精神醫療照護，應視其病情輕重、有無傷害危險等情事，採取之方式如下：一、門診。二、急診。三、全日住院。四、日間留院。五、社區精神復健。六、居家治療。七、其他照護方式。」，將「全日住院」與「日間留院」予以區別，惟依修法理由略以：原條文第25條分款規定治療方式，列為修正後第35條第1項等語，且修正條文並未就「日間留院」為不同區別之定義，足徵精神衛生法97年7月4日施行修正之第35條第1項第4款規定之「日間留院」，意義等同該法修法前第25條所定之「日間住院」。且佐以系爭11月3日函記載：被上訴人經本院醫師評估有接受日間病房「住院」治療之必要性等語，及該院111年11月18日函記載：被上訴人於109年6月8日至110年11月30日期間於

本院接受之醫療服務即為日間「留院」治療等語(見原審卷第191、193頁)，益徵「日間留院」與「日間住院」二者，用語雖有差異，意義並無二致。倘上訴人認住院僅限於全日住院，不包括日間住院型態，自應配合精神衛生法之修正而隨同變更其定型化契約中有關「住院」之定義，而於契約條款中明白揭示明文排除。況系爭新溫馨附約、系爭真安心附約條款所約定之「住院」是否包括「日間留院」，應屬該等附約關於保險事故範圍解釋之問題，依前開說明，自應探求契約當事人之真意，不得拘泥於所用之文字，並不能直接引用上開精神衛生法之條文用語即加以排除。再審酌被上訴人前於110年10月1日前亦因系爭疾病，接受日間住院治療，並自上訴人獲得相關保險理賠一事，為兩造所不爭執（見原審卷第218頁）。上訴人為專業之保險業者，熟知保險契約所約定之理賠條件，保險金之核付亦須通過嚴格之審查程序，苟被上訴人接受日間留院治療，原即不符合系爭保險契約所指「住院」之要件，上訴人自不可能同意理賠，益徵上訴人亦認系爭新溫馨附約、系爭真安心附約所約定之「住院」，並未排除日間留院。

4.上訴人雖辯稱：日間住院與全日住院就住院之治療目標與內容並不相同，又入院時間之選擇性、於院內所受拘束程度及醫療處置方式均不相同，可能產生道德危險等語。惟觀諸被上訴人在北市聯醫松德院區之病程紀錄，記載：日間留院目前出席時間：9:30-11:00，13:30-15:00等語，且於個別成員狀況之欄位中有「可參與」、「進出團體」、「遲到」、「請假」可勾選等情（見原審卷第53至63頁），可見精神科日間住院雖較全日住院開放，即病人得單獨前往日間病房接受治療，然亦非病人得自行決定是否到院，如患者因故未能到院仍需辦理請假手續且告知請假原因。上訴人執此為由，辯稱日間住院倘屬系爭新溫馨附約、系爭真安心附約所稱之「住院」，將產生道德危險云云，並非可採。

5.據上，系爭新溫馨附約、系爭真安心附約所指住院，應包含

日間留院在內。

㈡被上訴人具日間留院之必要性：

1.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）。準此，系爭保險契約所謂「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）。

2.上訴人抗辯被上訴人病情穩定，得以積極門診追蹤治療，欠缺住院必要性云云，惟被上訴人係經醫師評估有接受日間病房住院治療之必要性，而於日間病房住院治療，此有系爭11月3日函在卷可稽(見原審卷第191頁)。而日間留院治療乃經醫師門診專業評估，做出診斷，再為決定乙節情，亦有上訴人提出之北市聯醫松德院區治療流程圖附卷可佐（見原審卷第184頁），堪認被上訴人確係經北市聯醫松德院區精神科醫師診斷後，認定被上訴人有必要自109年6月8日起至110年11月30日止於日間病房住院治療，而辦理住院手續，在日間病房住院治療，並非完全繫於被上訴人主觀意願、不須經醫師評估即可辦理日間住院手續。

3.至上訴人固檢附被上訴人病歷及護理紀錄，詢問新楊梅診所被上訴人是否有住院必要性及合理天數，該診所回覆略以：被上訴人之精神病狀輕度，無暴力及自殺傾向，自我照顧功能極佳，職業功能亦佳，應可密集門診追蹤即可，不需長期日間病房留院治療等語，認定被上訴人並無住院必要性，有精神疾病諮詢問卷、新楊梅診所醫療團隊介紹存卷可參（見原審卷第73頁、本院卷第61頁），然因不同醫師或醫療機構對於是否有住院必要性，容有不同之判斷之結果，該等判斷差異風險，不應由被上訴人承擔，尤其新楊梅診所僅係依被

上訴人病歷及護理紀錄判斷，而未實際直接診斷被上訴人病情，且新楊梅診所或上訴人亦未具體說明北市聯醫松德院區醫師診斷結果有何違反醫療常規或顯然不必要之處，自難認新楊梅診所之意見較為可採。上訴人執此抗辯被上訴人之病情已達長期穩定，並無住院必要性云云，尚屬無據。

㈢被上訴人得請求保險金57萬4,000元：

1.經查，被上訴人自109年6月8日起至110年11月30日於北市聯醫松德院區日間病房住院治療，共277日。於109年6月8日辦理住院後，無辦理出院之紀錄，共計辦理1次住院手續，有系爭11月3日函可佐(見原審卷第191頁)，另上訴人除本次請求即110年10月1日至同年00月00日間之41日外，已理賠前開277日中236日之保險金一事，為上訴人所不爭執，並有歷次理賠紀錄可參（見原審卷第72頁），堪認被上訴人符合系爭新溫馨附約第9條第1項第3款、系爭真安心附約第13條第5項所稱「同一次住院在181日至365日」之情形甚明。

2.上訴人雖辯稱被上訴人於110年5月至7月間，因疫情緣故未日間留院治療，故非屬「同一次住院在181日至365日」之情事云云，然北市聯醫上揭111年11月3日函已記載被上訴人於109年6月8日辦理住院後，並無辦理出院之紀錄，參以，上訴人就被上訴人自109年6月8日起至110年9月30日止含之236日住院均已理賠，況系爭新溫馨附約第9條第1項第3款、第11條，及系爭真安心附約第11條、第13條約定亦無約定以「連續住院」之要件，是縱被上訴人於110年5月至7月間，因疫情緣故未日間留院治療，然被上訴人既未辦理出院手續，則本次請求即110年10月1日至同年00月00日間之41日日間留院治療當屬自109年6月8日起之同一次住院。上訴人此部分所辯，洵屬無據。

3.查，系爭新溫馨附約第9條第1項第3款約定：「被保險人同一次住院在181日至365日者，自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，給付住院醫療保險金」（見北院

卷第32頁），而被上訴人投保之住院醫療保險金日額為每日4,000元，是被上訴人得請求住院醫療保險金28萬7,000元（4,000×1.75×41=287,000）。次查，系爭新溫馨附約第11條第1項約定：「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(含入院即出院當日)乘以『住院醫療保險金日額』之50%，給付「住院醫療補助保險金」（見北院卷第32頁），故被上訴人得請求住院醫療補助保險金8萬2,000元(4,000×50%×41=82,000）。另系爭真安心附約第13條第5項約定：「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』增為附表所列金額(即1,000元)之5倍」（見北院卷第44頁），故被上訴人得請求住院醫療日額保險金20萬5,000元（1,000×5×41=205,000元）。綜上，被上訴人共計得向上訴人請求給付57萬4,000元（287,000+82,000+205,000=574,000）。

4.上訴人雖辯稱：縱認伊應給付保險金，然被上訴人於41日中之36日僅於上午9時至11時，或下午1時30分至3時參與日間留院，所得請求之保險金，應依半日計算云云。查，系爭新溫馨附約、系爭真安心附約約定之「住院」並未區別「全日住院」及「日間住院」，已如前述，且依系爭新溫馨附約第9條第1項第3款、系爭真安心附約第11條第1項均係以「實際住院日數」計算應給付之保險金，即已明文約定以「日」計算，並無約定非全日住院者以小時計算，且其約定亦無不明之處，上訴人自不得於保險事故發生後，再持系爭新溫馨附約、系爭真安心附約所未約定之計算方式，為不利於被上訴人之解釋

5.又依系爭新溫馨附約第22條第2項、系爭真安心附約第9條第2項約定，上訴人本應於收齊前開文件後15日內給付保險金，因可歸責於上訴人之事由致未在前述約定期限內為給付者，應按年息10%加計利息給付（見北院卷第35、42頁），而被上訴人業於110年12月13日填具保險金申請書併附相關應備文件，且前開申請文件已於110年12月14日寄達上訴

人，為上訴人所不爭執，故上訴人應自110年12月30日起給付被上訴人按年息10%計算之遲延利息，是被上訴人請求上訴人給付57萬4,000元，及自110年12月30日起至清償日止，按年息10%計算利息，為有理由，應予准許。

五綜上所述，被上訴人依系爭新溫馨附約第9條第1項第3款、第2項、第11條及系爭真安心附約第11條、第13條約定，請求上訴人應給付57萬4,000元，及自110年12月30日起至清償日止，按年息10%，為屬正當，應予准許。原審為上訴人敗訴之判決，並各為准免假執行之宣告，於法並無不合。上訴意旨指摘原判決不當，求予廢棄改判，為無理由，應駁回上訴。

六本件事證已臻明確，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。

七據上論結，本件上訴為無理由，判決如主文。

中　　華　　民　　國　　112　　年　　10　　月　　25　　日

民事第五庭

審判長法　官　賴劍毅

法　官　洪純莉

法　官　陳君鳳

正本係照原本作成。

不得上訴。

中　　華　　民　　國　　112　　年　　10　　月　　26　　日

書記官　郭姝妤