臺灣高等法院民事判決

114年度保險上字第30號

上　訴　人　林秀甘

訴訟代理人　陳文祥律師

上　訴　人　國泰人壽保險股份有限公司

法定代理人　熊明河

訴訟代理人　張哲銘

　　李佩如

上列當事人間請求給付保險理賠金事件，兩造對於中華民國114年4月14日臺灣桃園地方法院113年度保險字第8號第一審判決各自提起上訴，本院於115年3月24日言詞辯論終結，判決如下：

主　文

兩造上訴均駁回。

第二審訴訟費用由兩造各自負擔。

事實及理由

一、上訴人林秀甘主張：伊以自己為要保人及被保險人，分別向上訴人國泰人壽保險股份有限公司（下稱國泰人壽）投保如附表一所示之保單（依序稱系爭保單1、系爭附約、系爭保單2，合稱系爭保單）。嗣林秀甘因腦出血、末期腎臟病、腦血管等疾病後遺症併左肢體偏癱等疾病，經醫師診斷所患疾病必須入住醫院，陸續於附表二所示之住院期間至各該醫療院所住院治療。林秀甘於出院後依住院日數向國泰人壽申請如附表二「本案請求金額」欄所示合計共新臺幣（下同）227萬1,000元之保險金。詎國泰人壽僅部分理賠16萬元保險金，其餘均以「非必要住院」為由而拒絕理賠。爰依系爭保單1第11條第1項、系爭附約第11條、系爭保單2第12條約定請求住院醫療保險金（下稱住院保險金），並依系爭附約第12條、系爭保單2第17條之約定請求出院療養保險金（下稱出院保險金），求為命國泰人壽給付差額211萬1,000元本息之判決。原審判命國泰人壽給付4萬4,000元本息，駁回林秀甘其餘之請求。兩造對其受敗訴判決不服，各自提起上訴。

上訴聲明：㈠原判決關於駁回林秀甘後開第二項之訴部分廢棄。㈡國泰人壽應再給付林秀甘206萬7,000元及如附表三所示之利息。答辯聲明：國泰人壽之上訴駁回。

二、國泰人壽則以：林秀甘固有住院之事實，然實際上並無住院治療之必要，且其出院後持續密集、跨縣市住院，已逾一般常態，實與保險制度在承保不可預料風險之精神不符，所請與系爭保單請領之要件未符等語，資為抗辯。答辯聲明：林秀甘之上訴駁回。上訴聲明：㈠原判決不利於國泰人壽部分廢棄。㈡上開廢棄部分，林秀甘在第一審之訴及假執行之聲請均駁回。

三、兩造不爭執事項（本院卷第123、124、145頁）：

㈠林秀甘前以自己為要保人、被保險人，分別向國泰人壽投保系爭保單（原審卷一第25至45頁）。

㈡林秀甘於附表二所示期間，分別至各該醫療院所住院，總計住院日數達387日（原審卷一第47至69頁及病歷卷）。

㈢林秀甘如附表二編號4、6、7、10住院期間，國泰人壽已給付住院保險金及出院保險金共16萬元（原審卷一第79至84頁）。

四、得心證之理由：

㈠關於林秀甘於附表二所示住院期間，是否具住院必要性部分：

1.按一般保險制度之目的，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。且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）。又保險契約所謂「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.綜合參酌系爭保單1第4條第5項、第11條第1項，系爭附約第

2條第11項、第11條第1項，系爭保單2第4條第5項、第12條第1項對於住院保險金之約定，及系爭附約第12條第1項、系爭保單2第17條第1項關於出院保險金之約定（原審卷一第193、194、200、201、205至207頁），對於「住院」之定義係以「因疾病或傷害，經醫師診斷必須入住醫院診療，經正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者」為要件。揆諸上開意旨，即應排除「實際上無住院治療必要之情形」，始符合契約本旨，故若得以門診甚至居家方式為之的復健、休養型態之住院，自難認住院接受復健及投藥之治療，係為改善疾病所應採取之必要且立即之治療措施，無法認定符合住院必要性，甚至若係因病患個人主觀認知，或醫師配合病患之主觀意願而允許病患住院治療所為之醫療處置，均難謂符合所謂「經醫師診斷必須入住醫院診療」之要件。

3.原審就林秀甘附表二各次住院必要性及就診情形函詢其就診醫院後，醫院回應如附表二⑺「住院醫療院所回覆意見」欄所示，固敘明林秀甘各次住院之病因、所接受之診療，形式上觀之符合系爭契約規定之上開住院定義之要件，然自附表二之歷次入院、出院時序觀之，林秀甘每次住院之時程相距甚短，自111年2月12日至113年1月16日共計704日中，已有387日為住院期間，其住院之總日數及比例實已過高，則以其前後住院醫療院所並非相同，此等長期、反覆及連續於不同院所住院之情形，要非各住院之醫療院所及診療醫師所能單獨預見判斷。而本件經原審檢附上開醫療院所意見及林秀甘歷次住院期間表、病歷等資料，委請國立臺灣大學醫學院附設醫院（下稱臺大醫院）就各該住院之必要性為鑑定，經臺大醫院認綜觀上開資料，認腦中風後的復健前3個月最重要，但中風後復健是終身的，可在門診或居家進行；另依一般醫學常規及臨床經驗而言，血液透析治療，若病人無合併嚴重急性疾病或症狀，可透過門診血液透析治療進行。本次請求鑑定之部分，主要住院內容皆為住院復健治療，病人長期洗腎，左側無力，吞嚥困難在106年出血後就沒有恢復，

依照病人或家屬期待，住院當然比門診好，故無法斷定有無違反常規，但本案長期住院已超過一般常態。而其中編號1、3、4、9、11、12之住院主要診療內容皆為住院復健，並於住院復健的期間接受規則血液透析治療，雖有長期下肢水腫、透析後無力、相對低血壓、貧血、疼痛、低血鉀等情形，然住院過程中並未針對這些長期慢性狀況安排特殊檢查或治療，而實際給予之輸血、調整脫水量、紅血球生成素藥物、補充電解質、止痛藥物等治療皆可於門診治療，按一般醫學常規及臨床經驗而言，當時之多重內科疾病並無住院必要性。另編號11之住院，病人同時有COVID-19之感染，然其感染診斷當天即開立口服Paxlovid治療且當天隨即出院，故依病歷紀錄判斷應無住院的需求。以上各段住院期間出院後再次入院時，依相關住院診斷顯示於住院前，並無發生其他急性症狀或突發狀況有再次住院治療之必要（原審卷二第241至242頁）。則林秀甘就上開期間住院，尚難認有住院之必要性。

4.至附表二編號2「需以手術拔除透析管路(Perm-cathcatheter)及手術切除右側眉毛處腫瘤」、編號5「疑病人血液透析血管通路功能異常，安排相關檢查與處置」、編號6「住院期間林秀甘之左頸腫脹懷疑血液透析血管通路功能不佳」、編號8「住院前之血液透析血管通路功能不佳」、編號10「病人住院前發生有胸痛及心律不整，疑似冠心症或睡眠呼吸中止症的現象」等情形，因考量林秀甘行動不便，則就上開編號2、5、6、8、10部分，確宜以住院治療之方式為較妥適之醫療處置，而有住院必要等情（內容詳如附表二⑻臺大醫院鑑定意見所示），有臺大醫院113年12月17日校附醫秘字第1130905688號函、114年2月11日校附醫秘字第1140900562號函及附件在卷可佐（原審卷二第239至242頁、第277至279頁）。國泰人壽雖以林秀甘就附表編號2、5、8之住院，於住院前並無急性病症，仍得以在門診或居家進行等情（本院卷第65至67頁），然依相關病歷所載診治紀錄，以林秀甘

行動不便，就上開部分之處置仍應認有住院治療之需求為妥，亦經臺大醫院鑑定如前述所載，則國泰人壽此部分之質疑，難以為採。

5.從而，本院參酌林秀甘各次住院診斷證明書、病歷資料，並審酌臺大醫院為我國最高醫療等級之醫學中心之一，具有高度醫療專業，且鑑定基礎資訊並非單一就診病歷，亦與兩造均無利害關係，所為鑑定結果應屬客觀公允而足採，應認附表二中就編號2、5、6、7、8、10部分，有住院之必要，並以有利於被保險人解釋之原則，以鑑定意見建議住院日數上限為認定必要之住院日數（詳如附表二⑼本院判斷欄所示說明），是林秀甘逾此範圍之住院，即應無住院之必要。

㈡關於林秀甘依系爭保單得向國泰人壽請求給付之保險金數額及其利息部分：

1.依系爭保單1第11條第1項、系爭附約第11條及系爭保單2第12條之約定，就同一次住院治療在30日以內者，按住院保險金日額（本案為每日1,000元）乘以被保險人實際住院日數，給付「住院保險金」，在31日以上者，則按被保險人投保之住院保險金日額的2倍乘以被保險人自第31日以後的實際住院日數計算。另林秀甘出院後，亦可根據系爭附約第12條及系爭保單2第17條之約定，依住院日數請領每日500元之出院療養保險金。本院就林秀甘如附表編號2、5、8（編號6、7、10部分，國泰人壽已給付超過或等於本院認定之必要住院日數之保險金，故不得再為請求）認定必要住院日數各為3日、3日、5日，則可請求之住院保險金，系爭保單共3份保單合計為每日3,000元，應為3萬3,000元（9,000元＋9,000元＋1萬5,000元＝3萬3,000元）、出院療養金依系爭附約、系爭保單2合計為每日1,000元，應為1萬1,000元（3,000元＋3,000元＋5,000元=1萬1,000元），共4萬4,000元（詳如附表二所示）。

2.再按保險人應於要保人或被保險人交齊證明文件後，於約定期限內給付賠償金額。無約定期限者，應於接到通知後15日

內給付之。保險人因可歸責於自己之事由致未在前項規定期限內為給付者，應給付遲延利息年利一分，保險法第34條定有明文。查林秀甘就附表二編號1至8之理賠申請受理日為112年7月21日，此等理賠申請受理日及利息起算日、利率等，為國泰人壽所不爭執（原審卷一第23、329頁）。國泰人壽就上開附表編號所示之2、5、8有住院必要性之部分，拒未給付，並出具理賠核定結果通知書（原審卷一第71頁）。則依上開說明，林秀甘請求其給付4萬4,000元，及自通知後15日屆滿之翌日即112年8月6日起，按週年利率10%計算之利息部分，為有理由，逾此部分之範圍，即屬無據。

五、綜上所述，林秀甘依系爭保單1第11條第1項、系爭附約第11條、系爭保單2第12條約定，並依系爭附約第12條、系爭保單2第17條之約定，請求國泰人壽給付4萬4,000元及自112年8月6日起至清償日止，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，為無理由，不應准許。原審就上開不應准許部分，駁回林秀甘之請求及假執行之聲請，及就上開應准許之部分，為國泰人壽敗訴之判決，並為供擔保得、免假執行之諭知，均無不合。兩造就其敗訴部分各自上訴，均指摘原判決不利己之部分不當，求予廢棄改判，為無理由，均應予駁回。

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，本件兩造之上訴，均為無理由，判決如主文。

中　　華　　民　　國　　115　　年　　4　　月　　14　　日

民事第七庭

審判長法　官　林翠華

法　官　藍家偉

法　官　林怡君

正本係照原本作成。

國泰人壽保險股份有限公司不得上訴。

林秀甘如不服本判決，應於收受送達後20日內向本院提出上訴書狀，其未表明上訴理由者，應於提出上訴後20日內向本院補提理由書狀（均須按他造當事人之人數附繕本），上訴時應提出委任律師或具有律師資格之人之委任狀；委任有律師資格者，另應附具律師資格證書及釋明委任人與受任人有民事訴訟法第466條之1第1項但書或第2項所定關係之釋明文書影本。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　蕭英傑

附表一　本案林秀甘向國泰人壽投保保單

（保險金額均為日額1,000元）

投保日期	保單名稱	保單號碼	契約內容
89年5月29日	住院醫療終身健康保險	0000000000號	原審卷一第193至198頁
97年6月23日	新鍾情終身壽險附加全心住院日額保險附約	0000000000號	原審卷一第199至204頁
98年7月13日	安心保住院醫療終身保險	0000000000號	原審卷一第205至211頁