

臺灣高等法院民事判決

115年度保險上易字第3號

上訴人 程玉萍

訴訟代理人 姚文勝律師

楊品紋律師

被上訴人 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 李佩如

上列當事人間請求給付保險金事件，上訴人對於中華民國114年7月4日臺灣士林地方法院114年度保險字第5號第一審判決提起上訴，本院於115年8月4日言詞辯論終結，判決如下：

主 文

一、原判決廢棄。

二、被上訴人應給付上訴人新臺幣陸拾壹萬貳仟肆佰伍拾元，及其中新臺幣貳拾玖萬貳仟伍佰元自民國112年8月18日起、其中新臺幣壹拾陸萬貳仟元自民國112年10月28日起、其餘新臺幣壹拾伍萬柒仟玖佰伍拾元自民國112年12月22日起，均至清償日止，按年息百分之10計算之利息。

三、第一、二審訴訟費用由被上訴人負擔。

事實及理由

一、上訴人主張：上訴人於民國89年9月19日以上訴人為要保人及被保險人，與被上訴人簽訂保單號碼：0000000000號之保險契約，主契約為「國寶人壽美侖終身保險」（下稱系爭A保險契約）、附加契約為「國寶人壽日額型住院醫療終身保險附約」（下稱系爭附約A）；另於94年7月4日以上訴人為要保人及被保險人，與被上訴人簽訂保單號碼：0000000000之保險契約，主契約為「國泰人壽鍾情終身壽險」（下稱系爭B保險契約，與系爭A保險契約合稱系爭兩保險契約）、附加契約為「國泰人壽全意住院醫療健康保險附約」（下稱系爭附約B，與系爭附約A合稱系爭保險附約）。上訴人投保系

01 爭兩保險契約後，罹患「○○○○○○○○」之○○疾病，前
02 因○○症發作，於110年9月7日開始至臺北榮民總醫院（下
03 稱臺北榮總）○○科日間病房進行治療及復健，治療後經醫
04 師評估無繼續於日間病房進行治療及復健之必要，加以有返
05 家照顧母親之需要，乃於112年3月17日經醫師評估許可出
06 院，共計362日（下稱前次住院）。上訴人嗣於同年4月10日
07 因○○症發作，經醫師評估後至臺北榮總之○○科日間病房
08 進行住院及治療，至同年12月5日始辦理出院，共計162日
09 （下稱本次住院）。上訴人前就本次住院如附表編號1共計8
10 3日日間住院向被上訴人申請理賠，被上訴人僅給付114年4
11 月10日至12日共3日之金額，其餘日數均以與前次住院為同
12 一疾病所致，視為同一次住院而拒絕給付。爰依系爭附約A
13 第11、14、16、17條、系爭附約B第5條及保險法第34條規
14 定，請求被上訴人給付如附表「依系爭兩保險契約及系爭保
15 險附約請求金額合計」欄所示金額及各自「遲延利息起算
16 日」欄所示日期起按年息10%計算之利息等語。原審為上訴
17 人敗訴之判決，上訴人不服提起上訴，並聲明：(一)原判決廢
18 棄。(二)被上訴人應給付上訴人新臺幣（下同）61萬2450元，
19 及其中29萬2500元自112年8月18日起，其中16萬2000元自11
20 2年10月28日起，其中15萬7950元自112年12月22日起，均至
21 清償日止，按年息10%計算之利息。

22 二、被上訴人則以：上訴人本次住院與前次住院，均係因○○○
23 ○○○○之同一疾病留院，且上訴人於前次住院係因個人因
24 素出院，並非疾病已痊癒或治療至醫療團隊認定得以出院之
25 狀態，復又因相同疾病再次住院並接受相同治療，本次住院
26 實為前次住院之延續治療，依保險契約及保險之本旨與機
27 能，暨穩定實務見解以觀，應認上訴人前次住院與本次住院
28 屬系爭保險附約之「同一次事故住院」或「同一次住院」，
29 始與醫學常理及與誠信原則相契合。被上訴人就本次住院已
30 給付上訴人3日之保險金，加計前次住院362日，已達系爭保
31 險附約約定之給付住院日數上限365日，其餘日數，被上訴

01 人自無再為給付保險金之義務。縱認本次住院與前次住院非
02 屬同一次住院，惟上訴人就本次住院並無住院之必要性，至
03 多僅能認上訴人有接受醫療處置之事實。況本次住院上訴人
04 之醫療處置，僅須於上午向醫院報到，下午即得簽退離院，
05 並未留院過夜，每日留院時間未達24小時，核與保險契約所
06 定住院應以「日」作為給付單位不符，不構成系爭保險附約
07 之「住院」等語，資為抗辯。並答辯聲明：上訴駁回。

08 三、本院之判斷：

09 上訴人主張其於附表所示住院期間在臺北榮總○○科日間病
10 房進行治療及復健住院治療，被上訴人應依系爭兩保險契約
11 及系爭保險附約給付如附表所示之保險金等語，惟為被上訴
12 人所否認，並以前詞置辯稱。經查：

13 (一)系爭保險附約所約定之「住院」是否包含日間留院：

14 1.按解釋契約，固須探求當事人立約時之真意，不能拘泥於契
15 約之文字，但契約文字業已表示當事人真意，無須別事探求
16 者，即不得反捨契約文字而更為曲解。次按保險契約之解
17 釋，應探求契約當事人之真意，不得拘泥於所用之文字；如
18 有疑義時，以作有利於被保險人之解釋為原則，保險法第54
19 條第2項定有明文。次按保險契約率皆為定型化契約，被保
20 險人鮮有依其要求變更契約約定之餘地；又因社會之變遷，
21 保險市場之競爭，各類保險推陳出新，故於保險契約之解
22 釋，應本諸保險之本質及機能為探求，並應注意誠信原則之
23 適用，倘有疑義時，應為有利於被保險人之解釋，以免保險
24 人變相限縮其保險範圍，逃避應負之契約責任，獲取不當之
25 保險費利益，致喪失保險應有之功能，及影響保險市場之正
26 常發展（最高法院92年度台上字第2710號裁判意旨參照）。

27 2.查系爭附約A第2條第7項約定「本附約所稱『住院』係指被
28 保險人因疾病或傷害，經醫師診斷，必須入住醫療診療時，
29 經正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者。」、又系爭
30 附約B第2條第10項約定「本附約所稱『住院』係指被保險人
31 因疾病或傷害，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。」（見原審卷第36頁、第59至61頁）。是依系爭保險附約，被保險人因疾病或傷害，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，即符合該契約住院之定義，保險人即應給付住院保險金。又系爭保險附約僅記載「住院」之定義，並未區別「全日住院」、「日間住院」、「夜間住院」等醫療方式，未限制住院必須24小時居住於醫院或在醫院過夜，亦未明示住院僅指全日住院，而不及於日間住院等項目。參酌系爭兩保險契約簽訂時所適用修正前精神衛生法第25條規定：「○○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」，全日住院、日間或夜間住院均應為「住院」概念所涵蓋，而與「門診、急診」有別，是上訴人簽立系爭兩保險契約時，對「日間住院」符合系爭兩保險契約及系爭保險附約上開所稱「住院」之約定，應已產生合理期待。且被上訴人於締約時，本於其專業判斷，應已將全日住院、日間或夜間住院等事故風險，均納入針對系爭保險契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，縱被上訴人實際上未將日間住院之情形納入精算範圍，此風險仍應由被上訴人承擔，始符合保險法第54條第2項後段規定保險契約條款如有疑義時，以作有利於被保險人之解釋為原則之意旨。

3. 被上訴人雖抗辯金融監督管理委員會（下稱金管會）於103年1月22日修正「住院醫療費用保險單示範條款（下稱保險單示範條款）」，依第2條修正說明：「鑑於實務上住院型態尚有日間留院模式，爰第5項參酌全民健康保險法第51條及精神衛生法第35條規定，依保險範圍是否包含日間住（留）院，修正『住院』定義，商品設計時並應配合於費率加以反映」，足見保險單示範條款修正前，關於住院並不包括日間留院，否則金管會毋庸為上開修正，亦無要求保險業者於商品設計時，應配合於費率加以反映等語。惟金管會

上開修正僅係區分給付日間留院或不給付日間留院之情形，而有不同約定，並自103年5月1日起實施，有修正條文對照表及金管會103年1月22日金管保壽字第10202131810號函在卷可稽（見原審卷第172至175頁）。又系爭兩保險契約係於89年、94年間簽訂，尚無從適用上開修正後保險單示範條款。是被上訴人辯稱本件應依保險單示範條款排除日間住院之給付等語，尚難信採。

4.被上訴人另抗辯：行政院衛生署（後改制為衛生福利部）100年12月5日函復金管會保險局之函文明示：本署「全民健康保險醫療統計年報」報表內容僅門診部分含「日間留院」

（指精神衛生法所稱日間留院），住院及出院部分不含日間留院等語，中央健康保險局（後改制為衛生福利部中央健康保險署）亦認為○○科日間留院之性質相當於定時之門診治療等語，並舉中央健康保險局92年8月20日健保醫字第0920013126號函、行政院衛生署100年12月5日衛署統字第1001461226號函為參（見原審卷第178頁、第180頁）。惟系爭兩保險契約及系爭保險附約約定理賠之「住院」期間是否包括「日間住院」，乃該契約有關保險事故範圍解釋之問題，依保險法第54條第2項前段規定，本應探求契約當事人之真意，尚不得拘泥於所用之文字，系爭兩保險契約及系爭保險附約簽約時既未特別約定所謂「住院」須以精神衛生法或主管機關函釋意旨為認定標準並得溯及既往，自不得直接引用簽約後主管機關函釋意旨或精神衛生法嗣後修正之條文用語，排除「日間住院」得請求給付保險金之適用。況全民健康保險與屬於任意性商業保險之系爭兩保險契約本質不同，無從比附援引作為解釋兩造締約真意之依據，亦不足以為有利於被上訴人之認定。

5.被上訴人又辯稱：系爭保險附約之保險金均以「日」為給付單位，依民法第120條立法理由所稱之「日」必須計滿全日，如以一日未滿之期間即謂一日，即屬不當，故保險契約計算保險金基礎之「日」，解釋上應依民法第120條之立法

理由以24小時計算等語。惟依系爭附約A第1條第3項、系爭附約B第1條第3項均約定：「本附約的解釋，應探求契約當事人的真意，不得拘泥於所用的文字；如有疑義時，以作有利於被保險人的解釋為準（原則）。」（見原審卷第36、59頁），而系爭附約A第11條約定「…按實際住院日數乘以100元給付『住院醫療日額保險金』…」、第14條約定「…另按下列方式給付『長期住院保險金』：住院日數第31日至第180日的部份，每一投保單位按100元乘以超過30日之住院日數給付。住院日數第181日至第365日的部份，每一投保單位按150元乘以超過180日之住院日數給付。」、第16條約定「…按25元乘以實際住院日數給付『醫療雜費保險金』…」、第17條規定「…按50元乘以實際住院日數給付『出院居家療養保險金』…」（見原審卷第36至38頁）。又系爭附約B第5條約定「…二、日額給付型——住院日額保險金：本公司按該被保險人投保計畫所對應之『住院日額』乘以該被保險人實際住院日數，給付『住院日額保險金』…」（見原審卷第59至61頁）。是系爭保險附約約款內容僅言及日數之計算，對於住院之「日」並未限制須以達24小時為限，故無法推認兩造簽訂系爭兩保險契約及系爭保險附約時，合意住院保險金以「全日」「24小時」為計算基礎。且民法第119條規定「法令、審判或法律行為所定之期日及期間，除有特別訂定外，其計算依本章之規定。」、第120條規定「以時定期間者，即時起算。以日、星期、月或年定期間者，其始日不算入。」、第121條第1項則規定「以日、星期、月或年定期間者，以期間末日之終止，為期間之終止。」，均係就「期間」之起算及終止為規定，並未規定「每日」之計算須由零時起至24時屆滿止。是以，被上訴人執此強加系爭兩保險契約及系爭保險附約所未明文約定之限制，有違契約解釋原則，且與上開保險法、保險契約所指之解釋原則有違，不足為採。

6.再審酌上訴人前次住院即自110年9月7日起至112年3月17日

01 在臺北榮總日間留院計362日及本次住院之日間留院計3日，
02 經被上訴人審查後，已自被上訴人獲得相關保險理賠，並有
03 本次住院日間留院3日之理賠給付明細可稽（見原審卷第128
04 頁），被上訴人為專業之保險業者，熟知保險契約所約定之
05 理賠條件，保險金之核付亦須通過嚴格之審查程序，苟上訴
06 人接受日間留院治療，原即不符合系爭保險附約所指「住
07 院」之要件，被上訴人自不可能同意理賠，益徵被上訴人亦
08 認系爭保險附約所約定之「住院」，並未排除日間留院。據
09 上，系爭兩保險契約及系爭保險附約所指住院，應包含日間
10 留院在內。從而，上訴人主張其因罹患「○○○○○○○○」
11 之○○疾病，在臺北榮總日間住院，符合系爭保險附約上開
12 約定所稱「住院」之定義等語，應屬有據。至被上訴人援引
13 本院高雄分院100年度保險上易字第6號、本院花蓮分院104
14 年度保險上易字第1號判決就住院不包含僅短暫停留之日間
15 留院醫療處置所為之認定，亦無從拘束本院，附此敘明。

16 (二)前次住院與本次住院是否屬於系爭保險附約約定之「同一事
17 故住院」或「同一次住院」：

18 1.本件上訴人前於110年9月7日至112年3月17日至臺北榮總○
19 ○科日間病房治療，並於112年3月17日辦理出院，復於同年
20 4月10日再至臺北榮總○○科日間病房治療等情，有臺北榮
21 總護理病程紀錄、治療處置、出院病歷摘要、診斷證明書在
22 卷可參（見原審卷第68至124頁），堪以信採。查系爭附約A
23 第2條第8項約定「本附約所稱『同一次事故』係指由同一疾
24 病或傷害，或因此引起的併發症，必須住院治療之事故，如
25 須住院治療二次以上時，每次出院與再入院之間隔時間未超
26 過14天者，視為同一次事故住院。」，系爭附約B第4條約定
27 「被保險人於本附約有期間內，因同一疾病或傷害，或因此
28 引起的併發症，必須住院二次以上時，如其每次出院日期與
29 再入院日期間隔未超過14日者，其各項保險金給付合計額及
30 限額，均視為同一次住院辦理。」（見原審卷第36頁、第59
31 至60頁）。上訴人固係因罹患○○疾病（即○○○○○○○○

○) 於110年9月7日入院治療，嗣於112年3月17日出院後，再因同一○○疾病於112年4月10日再次入院治療，有臺北榮總115年5月4日北總精字第1159905819號函可證（見本院卷第165至166頁），然上訴人前後二次住院之時間間隔已達24日，與上開條款所定每次出院日期與再入院日期間隔未超過14日者視為「同一次事故住院」、「同一次住院」之情形，已不相符。

2.被上訴人雖辯稱：臺北榮總112年3月17日治療處置記載「處置名稱：May Be Discharge（即「許可出院」），同日出院病歷摘要記載「出院時狀況：03改門診治療」，及同日護理病程紀錄記載：「病人因情緒起伏失眠、生活不規律而入院，期間接受治療及參與復健活動，情緒尚穩，失眠狀況頻次減少，因有返老家澎湖照顧母親之需求一個月，故經醫師討論先行辦理出院，門診追蹤。」，可見前次住院係因私人原因出院，並非病情已達無須治療之程度，應屬同一次住院；另本次住院原因亦非病情有新變化，而為接續治療，亦無住院之必要性等語，並舉臺北榮總護理病程紀錄、治療處置、出院病歷摘要及財團法人金融消費評議中心（下稱評議中心）113年3月22日112年評字第4066號評議書為參（見原審卷第89頁、第90頁、第104頁、第156至161頁）。然依臺北榮總函覆：上訴人於前次住院出院即於112年3月17日結束當次日間病房治療安排，係基於當時整體評估結果所作之治療決策；相關生活及家庭因素亦可能影響其當時治療安排之持續性。上訴人於本次住院即於112年4月10日再次入住日間病房，依病歷紀錄，係因其當時整體○○狀態與功能評估，經臨床判斷仍有持續接受日間病房治療與復健介入之需要，故予以安排。日間病房治療於臨床上本即可能因個案狀況變化而中止或再行啟動，屬常見之治療歷程等語，有臺北榮總115年5月4日北總精字第1159905819號函可證（見本院卷第165至166頁），可知上訴人於前次住院出院為經醫師依其專業之判斷，基於當時整體評估結果所作之治療決策，乃准許

01 上訴人辦理出院，及本次住院時亦經醫師依其專業判斷，認
02 上訴人仍有持續接受日間病房治療與復健介入之需要，而予
03 以安排。是被上訴人辯稱上訴人前次住院係因私人原因出
04 院，並非病情已達無須治療之程度，與本次住院應為同一事
05 故住院或同一次住院，及本次住院亦屬接續治療而無住院之
06 必要等語，難認有據。

07 3.至上訴人曾依金融消費者保護法第13條規定，以被上訴人拒
08 絕支付本次住院112年4月10日至112年7月31日期間住院83日
09 其中逾3日之住院保險金，向評議中心申請評議，經評議中
10 心以：「…(四)就前揭爭點，經諮詢本中心專業醫療顧問，其
11 意見略以：1.依臺北榮民總醫院○○科日間病房住院病歷所
12 見，申請人（即上訴人）因『○○○○○○症，第二型，○
13 ○○○疾患』住院，主訴為日間病房復健需求。2.於112年3
14 月17日之護理病程紀錄記載：『…因有返老家澎湖照顧母親
15 之需求一個月，故經醫師討論先行辦理出院，…』。3.申請
16 人於112年4月10日再次進入該院住院，主訴為日間病房復健
17 需求。護理紀錄雖有『出院後情緒顯欣快，過度購物，易
18 怒，睡眠表淺片段』等，但並無任何藥物調整更動。其病化
19 及治療處置，與112年3月17日出院時並無不同。4.依上所
20 見，可見112年3月17日之出院為申請人要求，並非治療完成
21 或無住院之必要，而系爭住院（即本次住院）原因均非病情
22 有新變化，而係系爭疾患之接續治療。按醫學常理，應與前
23 次住院視為『同一次事故』之住院。…」等語，有評議中心
24 評議書可參（見原審卷第160頁）。惟病患之身體狀況、康
25 復程度應以實際臨床治療之醫師最為清楚，而評議中心所諮
26 詢之專業醫療顧問因未實際對上訴人為診斷，則上訴人是否
27 有住院、出院之必要，即非取決該非診治醫師之判斷，故評
28 議中心評議書亦難為有利被上訴人之認定。

29 4.再觀諸系爭保險附約就「視為同一次住院」之定義，其規範
30 文義僅在被保險人因同一疾病而先後住院時，是否相隔14日
31 以上，然未規範被保險人於前次住院而出院時，其所罹疾病

01 須達是否痊癒之要件。是以，上訴人於前次住院之112年3月
02 17日出院時，其○○及社會功能縱未回復至一般人通常狀
03 態，但其前次住院既係經醫師基於當時整體評估結果所作之
04 治療決策，則上訴人於逾系爭保險附約所定之14日後，復因
05 同一○○疾病復發，再次入院治療，自與上開除外約款所定
06 之「同一次住院」情形不符。被上訴人以前次出院為上訴人
07 所要求，並非治療完成或無住院之必要，辯稱與本次住院應
08 視為同一次住院乙節，尚非可採。從而，上訴人依系爭兩保
09 險契約及系爭保險附約請求被上訴人給付其因本次住院應給
10 付之保險金，核屬有據。

11 (三)末按保險法第34條第1項規定：「保險人應於要保人或被保
12 險人交齊文件後，於約定期限內給付賠償金額無約定期限
13 者，應於接到通知後15日內給付之。」，第2項約定：「保
14 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
15 者，應給付遲延利息年利1分。」。本件上訴人向被上訴人
16 申請給付自112年4月10日起至同年7月31日止之保險金時，
17 被上訴人已於112年9月7日給付上訴人3日之保險金9750元、
18 3900元，加計延滯息37元、15元，共計1萬3702元，有理賠
19 給付明細可稽（見原審卷第126頁），且上訴人主張其因本
20 次住院得請求被上訴人給付如附表編號1、2、3所示金額，
21 已分別於112年8月2日、同年10月12日、12月6日向被上訴人
22 申請理賠，各得請求如附表「遲延利息起算日」欄所示之日
23 起之年利1分之利息等情，被上訴人對如附表所載之112年4
24 月10日至112年12月5日之住院日數162日、保險金數額、利
25 息起算日及年息以10%計算之客觀數字均不爭執（見本院卷
26 第143至144頁），則上訴人請求被上訴人給付如附表「依系
27 爭兩保險契約及系爭保險附約請求金額合計」欄所示保險金
28 共計61萬2450元，及各依附表「遲延利息起算日」欄所示之
29 日起至清償日止，按年息10%加計遲延利息，即屬有據。

30 四、綜上所述，上訴人依系爭附約A第11、14、16、17條、系爭
31 附約B第5條及保險法第34條規定，請求被上訴人應給付61萬

2450元，及其中29萬2500元自112年8月18日起，其中16萬2000元自112年10月28日起，其餘15萬7950元自112年12月22日起，均至清償日止，按年息10%計算之利息，為屬正當，應予准許。原審為上訴人敗訴判決，尚有未合，上訴人之上訴為有理由，應由本院廢棄改判如主文第二項所示。

五、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。

六、據上論結，本件上訴為有理由，判決如主文。

中 華 民 國 115 年 8 月 25 日
民事第十七庭

審判長法 官 林佑珊
法 官 戴嘉慧
法 官 宋泓璟

正本係照原本作成。

不得上訴。

中 華 民 國 115 年 8 月 25 日
書記官 崔青菁

附表：

編號	本次住院期間	實際住院日數	依系爭附約A請求金額			依系爭附約B請求金額			依系爭兩保險契約及系爭保險附約請求金額合計	遲延利息起算日
			每日可領金額	上訴人請求金額	被上訴人應再給付金額	每日可領金額	上訴人請求金額	被上訴人應再給付金額		
1	112年4月10日至112年7月31日	30天	1750元	5萬2500元	4萬2750元 (扣除被上訴人已付金額9750元)	1300元	10萬7900元	10萬4000元 (扣除被上訴人已付金額3900元)	29萬2500元	112年8月18日
		53天	2750元	14萬5750元	14萬5750元					
2	112年8月1日至112年9月30日	40天	2750元	11萬元	11萬元	1300元	5萬2000元	5萬2000元	16萬2000元	112年10月28日
3	112年10月2日至112年12月5日	39天	2750元	10萬7250元	10萬7250元	1300元	5萬0700元	5萬0700元	15萬7950元	112年12月22日
總計		162天		41萬5500元	40萬5750元		21萬0600元	20萬6700元	61萬2450元	