臺灣桃園地方法院民事判決

112年度保險字第10號

原　　告　呂進富

被　　告　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　謝進益律師

複　代理人　陳俊宏律師

上列當事人間請求給付保險金事件，本院於民國113年3月7日言詞辯論終結，判決如下：

主　文

被告應給付原告新臺幣58萬8,000元，及自民國112年9月2日起至清償日止，按年息5%計算之利息。

訴訟費用由被告負擔。

本判決於原告以新臺幣19萬6,000元為被告供擔保後，得假執行。但被告如以新臺幣58萬8,000元為原告預供擔保，得免為假執行。

事實及理由

壹、程序方面：

按訴狀送達後，原告不得將原訴變更或追加他訴，擴張或縮減應受判決事項之聲明者，不在此限，民事訴訟法第255條第1項第3款定有明文。查原告起訴時聲明為：「（一）被告應給付原告新臺幣（下同）69萬元，及自起訴狀繕本送達之翌日起至清償日止，按週年利率5%計算之利息。（二）願供擔保，請准宣告假執行。」（見本院卷第7頁）。嗣於民國113年1月16日變更聲明為：「（一）被告應給付原告58萬8,000元，及自起訴狀繕本送達之翌日起至清償日止，按週年利率5%計算之利息。（二）願供擔保，請准宣告假執行。」（見本院卷第195頁）。經核原告上開變更，屬縮減應受判決事項之聲明，揆諸前揭規定，應予准許。

貳、實體方面：

一、原告主張：原告於99年3月5日為要保人及被保險人，向被告投保遠雄人壽新終身壽險（保單號碼：0000000000號）之主契約，並附加遠雄人壽新溫馨終身醫療健康保險附約（下稱系爭附約）所示之醫療險。原告前因「重鬱症」（下稱系爭疾病）於111年1月7日起至112年3月31日止，於國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處（下稱國軍桃園總醫院）日間病房住院治療，其中自111年1月7日起至111年8月31日止此段住院期間之理賠申請，已獲被告全額理賠在案；然自111年9月1日起至112年3月31日止之期間，原告因相同病名即系爭疾病於國軍桃園總醫院日間病房繼續住院治療，卻經被告以經詢問外部醫師後，認為原告自111年9月1日起至112年3月31日止（下稱系爭住院期間）之住院治療無住院必要性，未提出具體理由即全額拒絕理賠。然住院必要性本屬主治醫師臨床裁量之範圍，尚非他人得事後回推有無必要性，被告拒賠之違誤，至為明確。經核算原告尚有如附表編號1至3所示系爭住院期間未請領保險金額之日數，依系爭附約第9條計算，原告得請求被告給付如附表所示共58萬8,000元之保險金，爰依系爭附約第9條規定，依法提起本件訴訟等語。並聲明：如變更後訴之聲明所示。

二、被告則以：對於原告主張系爭住院期間未給付之保險金額日數為103日；依系爭附約計算，本件爭議之保險金額為58萬8,000元一事，不爭執。惟系爭附約第2條第8項關於「住院」之定義，被保險人需同時符合「因疾病或傷害」、「經醫師診斷」、「『必須』『入住』醫院」、「正式辦理住院手續」及「確實在醫院接受診療」等要件，始認符合系爭附約所稱「住院」之定義。依上開保險契約所謂「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，而本件原告於系爭住院期間是否有住院之必要，解釋上自不應僅以實際治療之醫師認定有住院必要性即屬符合，應以具以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，始符合住院必要性之要件。關於

附表編號1所示111年9月1日起至同年月30日止，被告未予給付保險金之住院天數20日部分，經被告詢問顧問醫生，認此部分無住院必要，且依財團法人金融消費評議中心（下稱評議中心）112年度評字第262號評議書所載二位專業醫療顧問意見，同認為原告於111年1月7日住院至同年8月27日後症狀已趨穩定，情緒穩定，可參與復健工作訓練，能快速完成分配工作任務內容，無住院治療之必要，可以門診治療替代，故被告未予理賠；附表編號2所示111年10月1日起至111年11月30日止，被告未予給付保險金之住院天數42日部分，依護理紀錄表記載，原告可規則到院，並參與資源回收工作復健訓練，足認原告之病情自111年8月24日已呈平穩，且護理紀錄有長期間未見有醫療紀錄之記載，經被告詢問顧問醫生，認原告症狀已趨穩定，且治療期間可從事賽鴿活動，可見認知功能良好，應無住院治療必要性，且依評議中心112年度評字第741號評議書所載專業醫療顧問意見，同認為已無持續日間住院之必要，故被告未予理賠；附表編號3所示112年2月4日起至112年3月31日止，被告未予給付保險金之住院天數41日部分，依原告112年2月4日入院護理紀錄表記載：「原告最後一次住院日期為110年9月8日起至110年9月14日止，於000年0月00日出院後於國軍桃園總醫院規則門診追蹤，因有動機來日間病房復健，並希望藉復健穩定病情，經評估後於病房復健治療，但因私人因素於112年1月17日辦理日間離院，現生活無重心，且持續有殘餘症狀干擾，再返日間復健」等情，由此可見，原告於110年9月14日即已經醫師認為並無住院必要而出院，以門診追蹤即可，僅係因原告個人動機而要求繼續於日間病房住院復健，且原告於112年1月17日因私人因素辦理出院，後僅因生活無重心，於112年2月4日返回病房住院，入出院僅憑個人意願，顯無醫療常規認知上住院之必要。況經被告詢問外部專業醫療顧問意見，亦認為原告自我照顧功能良好，依病歷記載應無藥物調整，可在門診即可，而認定無住院之必要性，故被告未予理賠，均

屬有據。準此，系爭住院期間如附表所示未給付保險金額之日數，均不符系爭附約關於「住院」之規定，被告不負給付住院保險金之責任等語，資為抗辯。並聲明：（一）原告之訴駁回。（二）如受不利判決，願供擔保請准宣告免為假執行。

三、兩造不爭執之事實：（見本院卷第頁）

（一）原告於99年3月5日，以自己為要保人及被保險人，向被告投保遠雄人壽新終身壽險（保單號碼：0000000000號）之主契約，並附加系爭附約。

（二）原告經國軍桃園總醫院診斷為重鬱症即系爭疾病，於111年1 月7 起至111 年11月30日止之期間，及112 年2 月4日起至112 年3 月31日止之期間，於國軍桃園總醫院日間病房住院治療。

（三）針對原告因系爭疾病於111 年1 月7 日起至111 年8月31日止期間至國軍桃園總醫院日間病房接受住院治療部分，被告已依系爭附約第9 條規定，給付保險金予被告。

（四）就原告於111 年9 月1 日起至111 年9 月30日止期間，因系爭疾病於國軍桃園總醫院日間病房住院治療部分，經被告拒絕依系爭附約給付保險金，原告乃於112 年1 月31日向財團法人金融消費評議中心（即評議中心）申請評議，經評議中心於112 年5 月12日以112 年評字第262 號評議書認定原告就於111 年9 月1 日起至111 年9 月30日止期間之住院治療，認定無住院治療之必要，原告以上開期間有住院治療之事實請求被告依系爭附約給付保險金，並非有據，原告之評議申請為無理由。

（五）就原告於111年10月起至111年11月止期間，因系爭疾病於國軍桃園總醫院日間病房住院治療部分，經被告拒絕依系爭附約給付保險金，原告乃向評議中心申請評議，經評議中心於112年8月25日以112年評字第741號評議書認定，原告就111年10月起至111年11月止期間之住院治療，認定無住院治療之必要，原告以上開期間有住院治療之事實請求

被告依系爭附約給付保險金，並非有據，原告之評議申請為無理由。

（六）依系爭附約第9條約定之計算方式，原告於111年9月1日起至111年11月30日止之期間、112年2月4日起至112年3月31日止之期間，若經認定有住院治療之必要，依系爭附約得向被告請求之保險給付如附表（見本院卷第103-104頁）所示，總金額為588,000元。

四、本件兩造爭執之點，應在於：原告於111 年9月1日起至111年11月30日止之期間，及於112年2月4日起至112 年3月31日止之期間，於國軍醫院日間病房住院治療，依系爭附約第4條、第9條約定，向被告申請理賠保險金58萬8,000元，有無理由？茲分述如下：

（一）原告因系爭疾病於系爭住院期間於國軍桃園總醫院日間病房住院，具有住院必要性：

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，系爭附約第9條所謂「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、被告抗辯原告自111年8月27日後病情穩定，得以積極門診追蹤治療，欠缺住院必要性云云，惟原告係經醫師評估有接受日間病房住院治療之必要性，而於111年1月7日起於日間病房住院治療，於住院期間接受心理、身理評估與常規檢查，並接受精神狀態評估、支持性會談治療、精神藥物治療、職能治療、活動復健、心理治療、支持性團體治療，症狀已有改善，故於112年1月17日轉門診治療；於112年2月4日因持續有殘餘症狀干擾，職業和社會功能退

化，再至日間病房復健治療，於112年2月4日起至同年3月31日住院期間，接受心理、身理評估與常規檢查，並接受精神狀態評估、支持性會談治療、精神藥物治療、職能治療、活動復健、心理治療、支持性團體治療，且於112年6月9日止仍持續住院治療中等情，有國軍桃園總醫院出院病歷摘要單、護理紀錄表、診斷證明書及111年9月起至112年3月止之日間病房住院個案簽到表等（見本院卷第13-21頁、第29-30頁、第33-37頁、第175-193頁）附卷可稽。而國軍桃園總醫院精神科日間病房住院治療，須符合經醫師診斷符合精神病診斷、精神病疾病之症狀穩定，不需全日住院、經醫師評估有復健治療需要並能積極配合等條件，使符合日間病房住院要件等情，有國軍桃園總醫院精神科日間病房簡介網頁資料1份可佐（見本院卷第227-229頁），足認原告確係經國軍桃園總醫院精神科醫師診斷後，認定原告有必要自111年1月7日起至111年1月17日止及自112年2月4日起至112年3月31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，並非完全繫於原告之主觀意願、不須經醫師評估即可辦理日間住院手續。

3、至上訴人固檢附原告病歷及護理紀錄，詢問被告顧問醫師洪文弘醫師，原告於系爭住院期間是否有住院必要性及合理天數，經洪文弘醫師於000年0月0日出具意見狀表示：「111年10月1日起至111年11月30日之後之住院，已出超憂鬱症患者再日間病房住院之觀察期，若其症狀穩定，應可密集門診追蹤即可」（見本院卷第157-158頁）；對於原告於112年2月4日起至同年3月31日止之住院必要性，洪文弘醫師則於000年0月00日出具意見狀表示：「依據病歷記載，患者因個人因素可辦理日間病房出院達數週，且患者之自我照顧功能良好，可作資源回收、可作賽鴿等，未見再次回到日間病房合理性及之必要性」等情（見本院卷第159-160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，不應由原告承擔，尤其被告提出之顧問醫師洪文弘醫師僅係依原告之病歷及護理紀錄判斷，而未實際直接診斷原告病情，且洪文弘醫師或被告亦未具體說明國軍桃園總醫院醫師診斷結果有何違反醫療常規或顯然不必要之處，自難認洪文弘醫師之意見較為可採。被告執此抗辯原告之病情自111年8月27日後已達穩定，並無住院必要性云云，尚屬無據。

（二）原告得請求被告給付58萬8,000元保險金：

原告於系爭住院期間至國軍桃園總醫院日間病房住院治療，依系爭附約第9條計算得請求之保險金如附表編號1至3所示，合計為58萬8,000元，被告對於此部分計算之金額並不爭執（見不爭執事項第6項），僅爭執原告於系爭住院期間如附表所示之日數，並無住院之必要性，不符合系爭附約中所稱「住院」之情形等語。然本件原告於系爭住院期間確有住院之必要性，原告之請求符合系爭附約所定義之「住院」等節，詳如前述，從而，原告依系爭附約第9條約定，請求被告給付58萬8,000元，為有理由，應予准許。

（三）按給付無確定期限者，債務人於債權人得請求給付時，經其催告而未為給付，自受催告時起，負遲延責任。其經債權人起訴而送達訴狀，或依督促程序送達支付命令，或為其他相類之行為者，與催告有同一之效力；前項催告定有期限者，債務人自期限屆滿時起負遲延責任；遲延之債務，以支付金錢為標的者，債權人得請求依法定利率計算之遲延利息；應付利息之債務，其利率未經約定，亦無法律可據者，週年利率為百分之五，民法第229 條第2 項、第3 項、第233 條第1 項、第203 條分別定有明文。查，依系爭附約第22條第2項約定，被告本應於收齊前開文件後15日內給付保險金，因可歸責於被告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（見本

院卷第117頁）；然本件原告僅請求自本件起訴狀繕本送達翌日起，按年息5%計算利息，又本件起訴狀繕本於112年9月1日送達被告，此有送達證書附卷可稽（見本院卷第99頁），並對被告生催告之效力，被告自受催告時起，始負遲延責任，則原告請求被告應自112年9月2日起至清償日止，按週年利率5 %計算之遲延利息部分，即屬有據。

五、綜上所述，原告依系爭附約第9條約定，請求被告應給付58萬8,000元，及自112年9月2日起至清償日止，按年息5%計算之利息，為有理由，應予准許。

六、兩造均陳明願供擔保聲請為宣告假執行或免為假執行，經核均與規定相符，爰分別酌定相當之擔保金額予以宣告。

七、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及證據，核與判決之結果不生影響，爰不一一論列，併此敘明。

八、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第78條。

中　　華　　民　　國　　113　　年　　4　　月　　30　　日

民事第二庭　　法　官　陳俐文

正本係照原本作成。

如對本判決上訴，須於判決送達後二十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　　113　　年　　4　　月　　30　　日

書記官　藍予伶

附表：

編號	1	2	3
住院期間	111年1月7日起至111年9月30日止（111年8月31日前均已給付）	111年10月1日起至111年11月30日止	112年2月4日起至112年3月31日止
未給付保險金額日數	20日	42日	41日
住院醫療保險金	3,000元×20＝60,	3,000×42＝126,0	3,000×41 ＝ 12

（續上頁）

前30日部分	000元	00元	3,000元
住院醫療保險金第31日～180日部分	1,500元x20＝30,000元	1,500x42＝63,000元	1,500x11＝16,500元
住院醫療保險金第181日～365日部分	無	750x20 ＝ 15,000元	無
住院醫療補助保險金	1,500x20＝30,000元	1,500x42＝63,000元	1,500x41＝61,500元
小計	120,000元	267,000元	201,000元
編號1至3總計請求金額	588,000元		