臺灣士林地方法院民事判決

106年度保險字第6號

原　　告　莊麗卿
訴訟代理人　蔡宗隆律師
複　代理人　黃姵菁律師
被　　告　富邦人壽保險股份有限公司
法定代理人　陳俊伴
訴訟代理人　林峻立律師

上列當事人間請求給付保險金事件，本院於民國108 年1 月10日言詞辯論終結，判決如下：

主　文

被告應給付原告如附表一之應給付金額欄所示之金額。
原告其餘之訴駁回。
訴訟費用由兩造依如附表二所示之比例負擔。
本判決原告勝訴部分，於原告以如附表一之應供擔保金額欄所示之金額為被告供擔保後，得假執行；但被告如以如附表一之應供反擔保金額欄所示之金額為原告供擔保後，得免為假執行。
原告其餘假執行之聲請駁回。

事實及理由

甲、程序方面：

壹、按當事人得以合意定第一審管轄法院，但以關於由一定法律關係而生之訴訟為限，民事訴訟法第24條第1 項定有明文，本件原告依兩造間之保險契約關係，請求被告給付保險金，而依兩造間之「安泰增額終身壽險（85B ）」（保單號碼Z000000000-療定期保險附約（87）」（下稱A 附約）之第26條前段，及「安泰日額型住院醫療終身保險附約」（下稱B 附約）之第22條前段約定：「因附約涉訟時，約定以要保人住所所在地地方法院為管轄法院。」，而要保人即本件原告之住所地位於新北市汐止區即本院轄區，是本院就本案自有管轄權。

貳、按訴狀送達後，原告不得將原訴變更或追加他訴，但請求之基礎事實同一者，不在此限，民事訴訟法第255 條第1 項第2 款定有明文，查本件原告起訴時，聲明請求給付新台幣（

下同）552萬0,500元（如原告提出之附表1、2所示），及自起訴狀送達被告之翌日起至清償日止，按年息5%計算之利息，嗣於審理中陸續就聲明請求給付之本金變更為511萬9,500元（如原告提出之附表3、4所示）、518萬4,500元（如原告提出之附表5、6所示）、518萬5,500元（如原告提出之附表9、10〈即本判決之附件甲之A、附件甲之B〉所示），經核原告此部分訴之變更前、後，均係基於主張就如附件甲之A、附件甲之B所示編號⑴至⑼之住院，依A附約、B附約請求被告給付保險金之同一基礎事實，與上開規定並無不合，應予准許；又原告於審理中另曾主張聲明請求被告給付之本金變更為654萬4,500元，惟該部分經原告自承係就如附件甲之A、附件甲之B所示編號⑴至⑼以外之住院，追加請求被告給付保險金，與起訴主張之基礎事實自非屬同一，且原告就該部分並請求另行調查證據，顯有礙於被告之防禦與訴訟之終結，是該部分訴之追加於法未合，不予准許（見本院卷㈡第244至245頁）。

乙、實體部分：

壹、原告起訴主張：

一、原告於民國88年6月10日與被告前身美國安泰人壽保險股份有限公司（嗣與富邦人壽保險股份有限公司合併，合併時約定存續公司為美商安泰人壽股份有限公司，其後美商安泰人壽股份有限公司更名為富邦人壽保險股份有限公司；下稱被告）投保系爭保險契約及A、B附約。嗣原告於99年11月10日起因重度憂鬱症等疾病，經三軍總醫院判定須住院診治，分別於99年11月10日、101年4月30日、101年9月4日、101年12月20日、102年5月1日、103年5月6日、103年9月16日、103年11月10日及104年10月27日起住院9次（住院期間如附件甲之A、附件甲之B所示編號⑴至⑼）。原告罹患之重度憂鬱症係於99年始經醫院確認之疾病，又原告為治療重度憂鬱症等，經三軍總醫院醫師判斷須入住醫院診療，並正式辦理住院手續，是原告符合A、B附約之住院

條件，自得⑴依系爭保險契約保單面頁第1頁A附約之保險金額（即計劃E、第3頁之健康險保險金額給付表）、A附約第9條第1項、第2項之日額型住院醫療保險，向被告請求給付保險金348萬6,000元，扣除被告已給付之66萬3,000元，尚餘282萬3,000元未給付（計算方式如附件甲之A所示），另得⑵依保單面頁第3頁日額型住院醫療保險日額、及B附約第9條第1款、第10條及第11條規定，向被告請求「住院醫療保險金」191萬9,000元、「出院療養保險金」43萬9,000元、「住院前後門診給付保險金」4,000元，共236萬2,000元（計算方式如附件甲之B所示）。詎料，被告竟分別以⑴A附約第9條第5項規定限制精神疾病被保險人請領保險金之範圍僅為32天（下稱系爭最高給付日數限制條款），及⑵B附約第14條第8款精神病為除外不保之規定（下稱系爭除外不保條款），而拒絕給付上述保險金合計518萬5,000元（計算式：2,823,000＋2,362,000＝5,185,000）。為此，原告曾於105年12月7日向財團法人金融消費評議中心申請評議，然被告以106年1月24日富壽權益（客）字第1060000359號函拒絕原告之請求，故原告只得提起本件訴訟以保權益。

二、關於原告就A附約請求「住院醫療日額保險金」282萬3,000元部分：

㈠、系爭保險契約雖已成立，惟A附約第9條第5項最高給付日數限制之規定，因違反消費者保護法、保險法及住院醫療費用保險單示範條款之規定而為無效，被告依A附約應給付原告282萬3,000元保險金：

1、86年財政部（86）台財保字第000000000號函及87年財政部（87）台財保字第000000000號函發布「住院醫療費用保險單示範條款」（下稱系爭示範條款）（於96年1月1日起更名為「住院醫療費用保險單示範條款（實支實付型）」），又財政部保險局（現更名為金融監督管理委員會保險局，下稱金管會保險局）亦於86年9月15日公告「已核准之商品新

出單者，自87年1 月起應依該示範條款修訂」，故系爭示範條款自87年1 月起即具強制力。查系爭保險契約之A 附約第9 條第5 項規定：「被保險人係住進慢性病房或慢性病醫院診療者，或係因精神疾病住院診療者，不論是否為同一疾病或同一次住院期間，每一保單年度的『住院醫療日額保險金』最高給付日數以32日為限。」，惟系爭示範條款並無此等限制存在，顯見被告所制定之A 附約已不當減輕或免除自身給付保險金之義務；又系爭保險契約係原告與被告於88年6 月10日簽訂，而系爭示範條款係於87年1 月起實施，被告仍與原告簽署不合系爭示範條款內容之A 附約，其規定自屬無效；再系爭示範條款自86年發布時並無區分「實支實付型」或「日額型」，直至95年及96年時主管機關始開始將住院醫療費用保險單示範條款區分為實支實付型及日額型，故於95年及96年以前無論係實支實付型住院醫療或日額型住院醫療，均應依系爭示範條款之規定修正其不符之處，始符法制。

2、又醫療保險目的之一，在於解決被保險人因住院而產生的高額費用問題，避免被保險人因無法負擔住院所產生之高額費用不敢住院治療而延誤病情，故就被保險人之立場而言，投保醫療保險亦有預定以保險金彌補被保險人因住院所受經濟上損失（包括不能工作之損失及住院支出費用等）之目的，惟依A 附約第9 條第5 項免除或減輕被告保險金給付義務之規定，已導致系爭保險契約之目的難以達成，明顯違反誠信原則，對原告顯失公平。再系爭保險契約為被告為與多數要保人訂立同類保險契約之用，由被告所提出預先擬定之保險契約條款作為契約內容之全部而訂立之契約，依消費者保護法第2 條第7 款、第9 款規定屬於定型化契約，故依消費者保護法第12條第1 項及第2 項第3 款規定，被告以A 附約第9 條第5 項規定免除或減輕其給付義務，使原告依A 附約所得主張之權利受到限制，致難以達成系爭保險契約之目的，對原告顯失公平，且被告未曾向原告說明、解釋，或於保單頁面中以明顯字樣標註A 附約第9 條第5 項之約定內容將限

制原告之權利，顯有違反誠信原則，是依上開消保法規定，此條款應為無效。另被告係訂約時挾其締約優勢而未盡告知義務，擅以A附約第9條第5項免除或減輕其對原告之給付義務，因此依保險法第54條之1第1款及第4款規定，屬顯失公平之情形，亦為無效。

3、縱認A附約第9條第5項規定為有效，惟精神疾病包含精神病及精神官能症等所有與精神狀態相關之疾病（亦即精神病屬於精神疾病態樣之一，但精神疾病並不一定等於精神病），而依三軍總醫院107年5月16日、107年9月13日函、振興醫院107年6月6日函、台灣精神醫學會107年11月6日函，原告住院原因並非精神病，若被告無法舉證原告係因其他精神疾病住院，即應認原告不受該規定限制。

4、被告雖抗辯原告之請求權時效已消滅，惟原告自99年病發時曾向被告請求依約理賠保險金，然被告表示依A附約第9條第5項約定僅理賠32天保險金，詎原告於105年自朋友處得知財政部早於86年發布一具有強制力之示範條款，該示範條款並未將精神疾病列為除外不理賠之項目，因此被告不得以各種理由免除其應給付原告保險金之義務，故原告對被告之請求權時效，應自原告知情之日起算即105年時起算，是自105年起算至原告於106年7月5日提起本件訴訟止，原告之請求權並未逾2年。

㈡、綜上，A附約第9條第5項（即系爭最高給付日數限制條款）因違反系爭示範條款與消費者保護法、保險法之規定而無效，原告得向被告請求給付保險金348萬6,000元，扣除被告自99年至105年間依A附約第9條第5款（依上說明應屬無效之約定）給付之66萬3,000元外，被告應再給付原告282萬3,000元（計算式：3,486,000－663,000＝2,823,000）。

三、關於原告就B附約請求「住院醫療保險金」191萬9,000元、「出院療養保險金」43萬9,000元，及「門診給付保險金」4,000元，共236萬2,000元保險金部分：

㈠、原告罹患之重度憂鬱症、B群人格障礙、躁鬱症，並非B附約第14條第8款除外不理賠之精神病或精神分裂症：

1、B附約第14條第8款固規定：「本公司對被保險人因下列各款事由所引致之醫療費用不負給付責任：八、精神病或精神分裂症、酒精中毒、吸食或施打毒品或迷幻劑。」（即系爭除外不保條款），惟B附約並未就「疾病之內容」加以定義，且B附約第14條第8款僅載有精神病或精神分裂症，但未明定何種情形屬於精神病或精神分裂症，亦未對重度憂鬱症、B群人格障礙及躁鬱症是否屬於精神病或精神分裂症加以說明。又被告於87年間擬定保險契約條款時，精神衛生法已區分精神病和精神官能症，而精神病雖包括精神分裂症，但不包括精神官能症，但被告於除外條款卻只明定「精神病或精神分裂症」，依該文字之文義不包括精神官能症，同時亦不包含其他非屬精神病、精神分裂症或精神官能症之疾病。

2、被告抗辯所引之被證3（維基百科網頁）僅能說明原告所罹患之疾病確實為精神疾病無誤，但並不能證明該等疾病即為B附約第14條第8款所明示之精神病、精神分裂症。又被告以原告提供之病歷摘要所載ICD-9及ICD-10的代碼，認定原告住院之疾病為精神病而符合B附約第14條第8款除外不理賠之項目，然而病歷摘要顯示該等代碼之原因係因全民健康保險要求各級醫院以該代碼作為申報費用之依據，可知該等代碼僅係為申報之便，非謂病歷摘要有顯示該等代碼即可認定原告所罹之疾病必為精神病。

3、縱認應以ICD代碼認定原告是否符合B附約第14條第8款之除外不理賠事由，惟原告於簽約當時未受告知，系爭保險契約又未明確載明此事，則原告是否同意以ICD代碼認定B附約第14條第8款除外不理賠事由，實有疑義，依保險法第54條第2項有利於被保險人解釋原則，應認原告並未同意。又依三軍總醫院107年9月13日函、台灣精神醫學會107年11月6日函可知，縱以ICD代碼認定原告所罹疾病，原告所罹疾病亦非精神病或精神分裂症。

㈡、B附約第2條第8款規定違反消費者保護法、保險法及住院醫療費用保險單示範條款之規定而無效，是被告應給付原告236萬2,000元之保險金：

1、B附約第2條第8款規定：「被保險人因同一疾病或同一傷害及其引致之併發症而進住醫院兩次（含）以上者，倘其住院治療間隔期間未超過90日，則視為同一次住院。」（下稱系爭同一次住院認定條款），惟系爭示範條款第8條規定：「被保險人於本契約有效期間，因同一疾病或傷害，或因此引起的病發症，於出院後14日內於同一醫院再次住院時，其各種保險金給付合計額，視為一次住院辦理。」，而系爭保險契約係原告與被告於88年6月10日簽訂，系爭示範條款於87年1月起實施時，保險局亦要求87年1月以後已核准之商品新出單者，均應依該示範條款修訂，然被告竟未依系爭示範條款調整B附約第2條第8款之限制，不當限制原告依系爭示範條款所應得之權利，此一違反示範條款之規定應屬無效，不得拘束原告，故於計算前後兩次住院間隔日期時，應回歸示範條款之規定，只要原告於前次出院後間隔14日再於同一醫院住院，即非屬同一次住院而得分別申請被告理賠給付保險金。再系爭示範條款自86年發布時並無區分「實支實付型」或「日額型」，直至95年及96年時，主管機關始開始將住院醫療費用保險單示範條款區分為實支實付型及日額型，故於95年及96年以前無論係實支實付型住院醫療或日額型住院醫療，均應依系爭示範條款之規定修正不符之處。

2、又醫療保險目的之一，在於解決被保險人因住院而產生的高額費用問題，及以保險金彌補被保險人因住院所受之經濟上損失，惟依B附約第2條第8款減輕被告保險金給付義務之規定，限制原告依B附約所可取得之權利，同時使B附約解決原告因住院而生之高額費用及彌補原告因住院所受經濟上損失之目的難以達成，明顯違反誠信原則，對原告顯失公平。再系爭保險契約為被告為與多數要保人訂立同類保險契約之用，由被告所提出預先擬定之保險契約條款作為契約內容

之全部而訂立之契約，依據消費者保護法第2條第7款、第9款規定，屬於定型化契約，故依消費者保護法第12條第1項及第2項第3款規定，被告以B附約第2條第8款之約定內容不當限制原告請領保險金之權利，使B附約之契約目的難以達成，且被告未曾向原告說明、解釋，或於保單頁面中以明顯字樣標註B附約第2條為減輕被告給付義務之約定，是依消費者保護法第12條第1項及第2項第3款規定，此條款違反誠信原則，對原告顯失公平，應為無效。另被告係訂約時挾其締約優勢而未使原告知悉有此一限制存在，因此依保險法第54條之1第1款及第4款規定，屬顯失公平之情形，亦為無效。B附約第2條第8款規定既屬無效，此時即應回歸系爭示範條款之規定，以前後住院須間隔14日來計算原告之前、後住院是否為同一次住院。

3、被告雖抗辯原告之請求權時效已消滅，惟如前述原告之請求權時效，應自原告知悉得請求保險金時即105年起算，是原告於106年7月5日提起本件訴訟時，並未罹於2年時效。

㈢、綜上，原告罹患之重鬱症、B群人格障礙及躁鬱症，不屬精神病或精神分裂症，是被告不得依B附約第14條第8款之除外規定拒絕給付保險金；又B附約第2條第8款規定（即系爭同次住院認定條款）因違反系爭示範條款與消費者保護法、保險法之規定而無效，應回歸適用系爭示範條款第8條規定，以前、後住院須間隔14日為標準，計算是否為同一次住院，故原告依B附約第9條第1款、第10條及第11條規定，得向被告請求「住院醫療保險金」、「出院療養保險金」及「門診給付保險金」，共236萬2,000元。

四、聲明：

㈠、被告應給付原告518萬5,000元，及自起訴狀送達之翌日起至清償日止，按年息5%計算之利息。

㈡、願供擔保，請准宣告假執行。

貳、被告則辯稱：

一、關於原告就A附約請求「住院醫療日額保險金」282萬3,00

0 元部分：

㈠、按A附約第9條第5項已明定「被保險人係住進慢性病房或慢性病醫院診療者，或係因精神疾病住院診療者，不論是否為同一疾病或同一次住院期間，每一保單年度的『住院醫療日額保險金』最高給付日數以32日為限」，而被告已依該規定每一保單年度之住院醫療保險金最高給付日數32日為限予以計算並為給付，自無須再為其他給付。

㈡、原告此部分之主張及計算，無非係就A附約第9條第5項之規定，有所爭執云云，惟查：

1、原告所引用之系爭示範條款並無拘束力，充其量僅係屬行政指導，並不會取代或使兩造間之契約約定因此而無效。況依金管會107年6月8日函覆說明，可知原告爭執之系爭示範條款乃核定適用於「實支實付型」醫療保險之示範條款，惟原告本件請求理賠者為A附約第9條之「住院醫療日額保險金」，而非A附約第8條之「住院醫療費用保險金（實支實付）」，是原告執此主張，自屬無據。遑論A附約第9條乃係對保戶有利，旨在解決保戶無收據正本時產生的困擾（如本件），給予保戶最低保障金額，此依金管會107年6月8日函覆之說明亦可得知，尤其倘若原告不願依A附約第9條規定請求「住院醫療日額保險金」，原告本可依A附約第8條規定請求「住院醫療費用保險金（實支實付）」，此際自無須受A附約第9條第5項最高給付日數32日之限制，對原告又有何不利之可言。

2、原告雖復稱A附約第9條第5項違反消費者保護法第12條第1項及第2項第3款規定及保險法第54條之1規定與誠信原則等而無效云云，惟查上揭條款乃係原告投保時即已明文約定，並非被告事後始片面增訂，原告既在上揭條款已明定之情形下，而向被告投保，並經被告同意承保，則此一約定又豈會有原告指摘之契約目的難以達成，或免除、減輕保險人應法應負之責任，或於被保險人有重大不利益，而違反消費者保護法第12條第1項及第2項第3款規定、保險法第54條

之1 規定之可言。更有甚者，依A附約第9 條第1 項規定，原告本可自行決定住院要申請日額或實支實付之給付，並無原告指稱無法解決住院費用負擔之情形。

㈢、又原告本件訴訟係於106 年7 月5 日起訴，惟依原告所列附表請求之時點可知，其中自99年11月10日起至104 年7 月5 日住院日期之「住院醫療日額保險金」請求，僅依其形式觀之，已逾2 年消滅時效期間，原告自無向被告為本項請求之餘地。原告雖以A附約第9 條第5 項規定違反系爭示範條款，且原告係於105 年始知悉，時效應自此時起算等云云，惟A附約第9 條第5 項規定並未違反系爭示範條款，已如前述。況民法第128 條規定消滅時效，自請求權可行使時起算，案內「住院醫療費用保險單示範條款」、「住院醫療費用保險單示範條款（日額型）」早於87年及96年即公告施行，若認A附約違反相關規定而無效，則原告於99年後各次住院保險金之申請，自得訴請被告給付相關保險金，而無任何客觀上法律障礙，是原告自稱於105 年始由朋友處得知示範條款規定、進而提起本件訴訟云云，當非權利行使之客觀法律上障礙，無法為有利原告之認定。

㈣、再原告107 年1 月10日追加訴之聲明狀所提出之附表5 （同原告嗣提出之附表9 ，即本判決之附件甲之A），被告之意見即如被告提出之附表1 所示（即本判決之附件乙之A），就此，原告雖有意見云云，惟原告就此部分之主張及計算，無非係認為A附約第9 條第5 項系爭最高給付日數限制條款無效云云，而原告之主張並無可採，已如前述，足見原告之計算實與A附約之約定不符。

二、關於原告就B附約請求「住院醫療保險金」191 萬9,000 元及「出院療養保險金」43萬9,000 元，及「門診給付保險金」4,000 元，共236 萬2,000 元部分：

㈠、原告就此部分之主張及計算，無非係主張B附約第2 條第8 款等規定違反系爭示範條款及違反消費者保護法等而為無效云云，惟查：

1、如前述原告所引用之系爭示範條款並無拘束力，充其量僅係屬行政指導，並不會取代或使兩造間之契約約定因此而無效，是原告執此主張，已屬無據。況依金管會107年6月8日之函覆說明可知，原告爭執之系爭示範條款乃適用於「實支實付型」醫療保險之示範條款，惟原告本件請求理賠者為「安泰日額型住院醫療終身保險附約」約定之「按日額計算」，而非依「實際支出單據計算」，是原告之主張自屬無據。

2、原告雖復以B附約第2條第8款（即系爭同一次住院認定條款）等規定違反消費者保護法第2條第7款及第9款規定、第12條第1項及第2項第3款規定，及保險法第54-1條規定等而無效，主張被告不得拒絕原告理賠之請求云云，惟查上揭條款乃係原告投保時即已明文約定，並非被告事後始片面增訂，原告既在上揭條款已明定之情形下，而向被告投保，並經被告同意承保，則此一約定又豈會有原告指摘之契約目的難以達成，或免除、減輕保險人應法應負之責任，或於被保險人有重大不利益，而違反消費者保護法第12條第1項及第2項第3款規定、保險法第54-1條規定之可言。

㈡、況本件屬B附約第14條第1項第8款之除外不理賠事項：按B附約第14條第1項第8款已明定「本公司對被保險人因下列各款事由所引致之醫療費用不負給付責任：．．八、精神病或精神分裂症、酒精中毒、吸食或施打毒品或迷幻劑。」（即系爭除外不保條款），原告各次均係因「精神病或精神分裂症」而住院，依上揭約定，被告不負給付責任。

㈢、退萬步言，縱認本件不屬除外不理賠事項，原告之請求亦已逾2年消滅時效期間：

1、依被告依B附約約定計算而提出之附表，可知其中自101年9月4日起之「住院醫療保險金」之最高給付天數180天係為102年8月9日，而其中自101年9月4日起之「出院療養保險金」之最高給付天數90天係為102年3月4日，是不論原告請求之99年11月10日至99年12月8日住院、101年4月30日至101年5月31日住院，及101年9月4日起住院之

「住院醫療保險金」及「出院療養保險金」，原告既均係於106年7月5日起訴，僅依其形式觀之，均已逾2年之消滅時效期間，原告自亦無向被告為本項請求之餘地。又就原告請求「門診給付保險金」4,000元部分，依原告所提出之附表所列各門診日，形式上觀之均係在102年4月24日以前，是原告就「門診給付保險金」之請求均逾2年消滅時效。

㈡、原告雖以B附約第2條第8款等規定違反系爭示範條款，且原告係於105年始知悉，時效應自此時起算等云云，惟上開契約條款並未違反系爭示範條款，已如前述。況民法第128條規定消滅時效，自請求權可行使時起算，案內「住院醫療費用保險單示範條款」、「住院醫療費用保險單示範條款（日額型）」早於87年及96年即公告施行，若認B附約違反相關規定而無效，則原告於99年後各次住院保險金之申請，自得訴請被告給付相關保險金，而無任何客觀上法律障礙，是原告自稱於105年始由朋友處得知示範條款規定、進而提起本件訴訟云云，當非權利行使之客觀法律上障礙，無法據此為有利原告之認定。

㈣、另原告107年1月10日追加訴之聲明狀所提出之附表6（嗣經原告提出附表10而擴張請求99年11月9日之門診給付保險金，即本判決之附件甲之B），被告之意見即如被告所提出之附表2所示（經增列被告對於原告擴張請求99年11月9日門診給付保險金部分之意見後，即本判決之附件乙之B），就此，原告雖有意見云云，惟原告就此部分之主張及計算，無非係認為B附約第2條第8款之系爭同一次住院認定條款無效云云，而原告之主張並無可採，已如前述，足見原告之計算實與B附約之約定不符。

二、聲明：

㈠、原告之訴及假執行之聲請均駁回。

㈡、如受不利判決，願供擔保，請准宣告免予假執行。

參、兩造不爭執之事項：

一、原告以其為要保人及被保險人，於88年6月10日向被告投保

「安泰增額終身壽險（85B）」（即系爭保險契約），並附加「安泰住院醫療定期保險附約（87）」（即A附約）、「安泰日額型住院醫療終身保險附約」（即B附約）。

二、原告於下列期間至三軍總醫院住院：⑴99年11月10日至99年12月8日；⑵101年4月30日至101年5月31日；⑶101年9月4日至101年10月13日；⑷101年12月20日至102年3月22日；⑸102年5月1日至103年4月1日；⑹103年5月6日至103年9月16日；⑺103年9月16日至103年11月3日；⑻103年11月10日至104年9月30日；⑼104年10月27日至106年4月12日。

三、就原告上揭住院請求A附約之「住院醫療日額給付」保險金部分，被告已依A附約第9條第5項規定「每一保單年度之住院醫療日額保險金最高給付日數以32日為限」（即系爭最高給付日數限制條款），共給付66萬3,000元。

四、被告曾以105年9月8日通知書，就原告105年6月11日之傷病就診表示：A附約部分依第9條第5項規定每一保單年度之住院醫療日額保險金之最高給付日數以32日為限，本保單年度已給付滿32日，B附約部分屬第14條第1項第8款規定之除外責任，而拒絕原告之理賠請求。

五、原告於105年12月7日向財團法人金融消費評議中心申請評議，經被告以106年1月24日富壽權益（客）字第1060000359號函拒絕其請求。

六、上情並有系爭保險契約及A、B附約，及三軍總醫院之原告出院病歷摘要、被告公司之理賠資料、被告105年9月8日通知書、原告財團法人金融消費爭議評議申請書、被告106年1月24日函（見本院卷㈠第32至119、123至130頁）附卷可稽。

肆、兩造之爭點：

一、原告就A附約請求「住院醫療日額保險金」282萬3,000元（計算方式如附件甲之A所示），有無理由？

㈠、A附約第9條第5項（即系爭最高給付日數限制條款），是

否違反系爭示範條款、消費者保護法及保險法等規定而無效？

㈡、原告請求被告給付之金額，是否有據？

二、原告就B附約請求「住院醫療保險金」191萬9,000元、「出院療養保險金」43萬9,000元，及「門診給付保險金」4,000元，共236萬2,000元（計算方式如附件甲之B所示），有無理由？

㈠、B附約第2條第8款（即系爭同一次住院認定條款），是否違反系爭示範條款、消費者保護法及保險法等規定而無效？

㈡、原告住院之疾病是否屬於B附約第14條第1項第8款（即系爭除外不保條款）規定之「精神病或精神分裂症」，因而被告不負理賠責任？

㈢、原告請求被告給付之金額，是否有據？

伍、得心證之理由：

一、關於原告就A附約之請求部分：

㈠、A附約第9條第5項是否違反系爭示範條款、消費者保護法及保險法等規定而無效：

1、本件原告主張依A附約第9條第1、2項規定，請求被告給付「住院醫療日額保險金」。而按A附約第9條第1、2項規定：「被保險人於同一次住院，僅得就本附約第6條至第8條所約定各項實支實付保險金，或本條約定之『住院醫療日額保險金』選擇一類申請給付。」、「被保險人因第5條之約定住院診療而選擇申領『住院醫療日額保險金』者，其金額為保單面頁所載被保險人投保之『每日病房費用保險金』乘以實際住院日數所得之金額。」；另按同條第5項規定：「被保險人係住進慢性病房或慢性病醫院診療者，或係因精神疾病住院診療者，不論是否為同一疾病或同一次住院期間，每一保單年度的『住院醫療日額保險金』最高給付日數以32日為限。」（即系爭最高給付日數限制條款）（見本院卷㈠第35頁）。

2、原告雖主張依86年財政部（86）台財保字第000000000號函

訂定發布及87年財政部（87）台財保字第000000000 號函修正發布之住院醫療費用保險單示範條款（即系爭示範條款），並無同A附約第9 條第5 項有關於最高給付日數限制之存在，而認系爭最高給付日數限制條款違反系爭示範條款而無效云云。惟查「．．二、按示範條款係主管機關為求各式保險單條款之文字用語趨於標準化，督促中華民國人壽保險商業同業公會研訂，以作為保險業設計各類保險商品之參考依據，．．惟保險契約雙方當事人權利義務，仍依所訂契約內容而定．．。三、財政部係於86年9 月19日核定適用於『實支實付型』醫療保險之『住院醫療費用保險單示範條款』，87年8 月15日修正該示範條款第16條有關受益人約定之條款，95年再更名為『住院醫療費用保險單示範條款（實支實付型）』，且當時並未限制保險業不得設計日額型醫療保險。嗣後金管會於96年11月1 日另核定『住院醫療費用保險單示範條款（日額型）』，以作為業者設計此類商品之參考．．。四、『安泰住院醫療定期保險附約（87）」（即A附約）係財政部於87年4 月核准，同年再進行二次商品部分變更，該商品送審當時係適用84年3 月1 日實施之『人身保險商品審查要點』（後多次修正，已於95年9 月1 日止）等相關規定．．，另該商品第9 條有關『住院醫療日額保險金選擇權的行使』之約定，旨在解決保戶無收據正本時產生的困擾，給予保戶最低保障金額，應無違反當時示範條款之規定。．．五、另依據金管會96年11月1 日金管保二字第0000000000 號核定之『住院醫療費用保險單示範條款（日額型）』實施配套措施略以：『保險期間超過一年之保險商品：已銷售之有效契約：已簽訂契約仍依各該契約條款約定辦理』．．」等情，業據金管會保險局107 年6 月8 日保局（壽）字第00000000000 號函覆本院在案（見本院卷㈡第92至93頁），是主管機關已明白覆稱系爭示範條款乃經核定適用於「實支實付型」住院醫療保險之示範條款；此情依系爭示範條款第5 條至第7 條規定給付保險金項目，包括超等住院之病房費

差額、管灌飲食以外之膳食費、特別護士以外之護理費、指定醫師費、手術費等（見本院卷㈠第23至24頁），均屬「實支實付型」之給付而非「日額型」之定額給付，亦甚明確；是本件原告以A附約之「日額型」住院醫療保險之系爭約款，違反「實支實付型」住院醫療保險之系爭示範條款而為無效云云，自屬無據；復依前述主管機關於96年11月1日核定「住院醫療費用保險單示範條款（日額型）」時，於同日以金管保二字第09602524430號核定之實施配套措施，揭明就已銷售有效之保險契約，關於住院醫療日額保險金給付之約定仍依各該契約條款約定辦理，則本件兩造於88年6月10日即簽訂而有效之系爭保險契約A附約中關於住院醫療日額型保險金之相關約定，自仍依原約定辦理，縱於日額型保單示範條款核定後，亦難認有何違反示範條款之情事。

3、原告雖復主張被告以A附約第9條第5項系爭最高給付日數限制條款，免除或減輕其給付義務，使原告依A附約所得主張之權利受到限制，致難以達成系爭保險契約之目的，對於原告顯失公平，且被告未曾就該定型化契約條款向原告說明、解釋，或於保單頁面中以明顯字樣標註該約定內容將限制原告之權利，顯有違反誠信原則，故違反消費者保護法第12條第1項及第2項第3款規定，及保險法第54條之1第1、4款規定而為無效云云。按「定型化契約中之條款違反誠信原則，對消費者顯失公平者，無效。定型化契約中之條款有下列情形之一者，推定其顯失公平：．．三、契約之主要權利或義務，因受條款之限制，致契約之目的難以達成者。」，次按「保險契約中有左列情事之一，依訂約時情形顯失公平者，該部分之約定無效：一、免除或減輕保險人依本法應負之義務者．．．四、其他於要保人、受益人或被保險人有重大不利益者。」，消費者保護法第12條第1項及第2項第3款、保險法第54條之1第1、4款分別定有明文。查依原告於88年6月10日訂約當日簽署之人壽保險要保書、保戶權益確認書，已載明原告業經保險公司業務同仁詳細說明投保

須知及要保書內容等情（見本院卷㈠第52至58頁），且系爭保險契約及附約之條款均印刷字體工整、大小適中，文義亦未特別艱澀，並無難以閱讀及理解之情形（見本院卷㈠第32至74頁），而自原告於88年6月10日簽訂保險契約後迄其其於99年11月間開始住院已10年有餘，亦未見原告反應有何不瞭解保單條款內容之情事，原告臨訟主張被告違反告知義務，洵無可採。又系爭附約條款均係訂約時即已存在，並非被告事後片面增訂，而原告既在該條款已有明定之情形下向被告投保，並經被告同意承保，當已自忖保單之保障內容與保險費之負擔等因素，依自由意志而為訂約之決定，原告事後再主張上揭條款使保險契約之目的無法達成、對於原告有重大不利益等，而顯失公平、或違反誠信原則，洵屬無據。況原告就A附約之保險給付，按A附約第9條第1項之規定，本可自行決定要申請「日額」或「實支實付」（即原則上依醫療費用收據中自行負擔之金額申請理賠），如選擇「實支實付」即無最高給付日數之限制，如選擇「日額」給付則可解決無收據正本時之困擾，該選擇權之行使操之於原告，尤難認對於原告有何不利益之情事。

4、準此，原告主張A附約第9條第5項之系爭最高給付日數限制條款，違反系爭示範條款、消費者保護法及保險法等規定而無效，洵無可採。

㈡、原告請求被告給付之金額，是否有據：

1、本件原告主張依A附約第9條第1、2項規定，請求被告給付「住院醫療日額保險金」，又同條第5項之系爭最高給付日數限制條款，並無因違反系爭示範條款、消費者保護法及保險法等規定而無效之情形，業經前述認定，是原告基於A附約之請求應受系爭最高給付日數限制條款規定：「被保險人係住進慢性病房或慢性病醫院診療者，或係因『精神疾病』住院診療者，不論是否為同一疾病或同一次住院期間，『每一保單年度』的『住院醫療日額保險金』最高給付日數以32日為限。」之限制。

2、查原告係因罹患「精神疾病」而住院乙情，除原告於審理中曾具狀不爭執（見本院卷㈠第283 頁）之外，復有振興醫院107 年6 月6 日振醫字第1070003254號函、107 年9 月14日振醫字第1070005232號函所檢附之原告在三軍總醫院住院時曾診治其之毛衛中醫師（目前在振興醫院服務）說明函稱：原告罹患之精神疾病（包含起初診斷嚴重型憂鬱症，或出院之修正診斷雙相情緒障礙症），都確屬精神衛生法及精神衛生法施行細則所稱之精神疾病等語（見本院卷㈡第105 至106 、196 至198 頁）在卷可參；又被告業已依A附約第9 條第5 項規定就原告因罹患「精神疾病」而如附件甲之A所示編號⑴至⑼之住院，給付每一保單年度（即自各年6 月至翌年6 月）以最高給付日數32日為限所計算之住院醫療日額保險金，共66萬3,000 元乙情，為兩造所不爭執，並有被告公司之理賠資料（見本院卷㈠第123 至130 頁）附卷可稽，是被告自已毋庸再就原告上開住院而給付A附約之「住院醫療日額保險金」，本件原告基於主張系爭最高給付日數限制條款無效，而為如附件甲之A所示之計算，並據以主張被告共應給付A附約之「住院醫療日額保險金」348 萬6,000 元，扣除已給付之66萬3,000 元後，尚應再給付282 萬3,000 元云云，洵屬無據。

二、關於原告就B附約之請求部分：

㈠、B附約第2 條第8 款是否違反系爭示範條款、消費者保護法及保險法等規定而無效：

1、本件原告主張依B附約第9 條第1 款、第10條、第11條規定，請求被告給付「住院醫療保險金」、「出院療養保險金」及「門診給付保險金」。而按B附約第9 條第1 款、第10條、第11條各為關於「住院醫療保險金」、「出院療養保險金」、「門診給付保險金」計付方式之規定，其中「住院醫療保險金」、「出院療養保險金」部分，係各以原告所投保之住院醫療日額之1 倍或1.5 倍、百分之50乘以實際住院日數所得之數額給付，但被保險人同一次住院期間之給付日數以

保險單面頁所載其投保的最高給付日數為限，另「門診給付保險金」部分，係以原告所投保之住院醫療日額之百分之25乘以實際門診日數給付（見本院卷㈠第43、44頁）；又配合系爭保險契約頁面之健康險保險金額給付表所示B附約之住院醫療保險日額為2,000 元，及住院醫療、出院療養之最高給付天數各為180 天、90天（見本院卷㈠第50頁），可知：「住院醫療保險金」部分，同一次住院期間之最高給付天數為180 天，第1 日至30日為每日2,000 元、第31日至第180日為每日3,000 元；「出院療養保險金」部分，同一次住院期間之最高給付天數為90天，每日為1,000 元；「門診給付保險金」部分，限住院治療的前一週內及出院後一週內之門診，每日為500 元。另按B附約第2 條第8 款規定：「被保險人因同一疾病或同一傷害及其引致之併發症而進住醫院兩次（含）以上者，倘其住院治療間隔期間未超過『90日』，則視為同一次住院。」（即系爭同一次住院認定條款）（見本院卷㈠第42頁）。

2、原告雖主張依86年財政部（86）台財保字第000000000 號函訂定發布及87年財政部（87）台財保字第000000000 號函修正發布之住院醫療費用保險單示範條款（即系爭示範條款）第8 條規定：「被保險人於本契約有效期間，因同一疾病或傷害，或因此引起的病發症，於出院後『14日』內於同一醫院再次住院時，其各種保險金給付合計額，視為一次住院辦理。」（見本院卷㈠第24頁），與系爭同一次住院認定條款對與前次住院間隔日數之限制不同，而認系爭同一次住院認定條款違反系爭示範條款而為無效云云。惟查依前述金管會保險局107 年6 月8 日保局（壽）字第10704145900 號函（見本院卷㈡第92至93頁），主管機關已明白覆稱系爭示範條款乃經核定適用於「實支實付型」住院醫療保險之示範條款，是原告以B附約「日額型」住院醫療保險之系爭約款，違反「實支實付型」住院醫療保險之系爭示範條款而為無效云云，自屬無據；復依前述主管機關於96年11月1 日核定「住

院醫療費用保險單示範條款（日額型）」時，於同日以金管保二字第09602524430號核定之實施配套措施，揭明就已銷售有效之保險契約，關於住院醫療日額保險金給付之約定仍依各該契約條款約定辦理，則本件兩造於88年6月10日即簽訂而有效之系爭保險契約B附約中關於住院醫療日額型保險金之約定，自仍依原約定辦理，縱於日額型保單示範條款核定後，亦難認有何違反示範條款之情事。

3、原告雖復主張被告以B附約第2條第8款即系爭同一次住院認定條款，免除或減輕其給付義務，使原告依B附約所得主張之權利受到限制，致難以達成系爭保險契約之目的，對於原告顯失公平，且被告未曾就該定型化契約條款向原告說明、解釋，或於保單頁面中以明顯字樣標註該約定內容將限制原告之權利，顯有違反誠信原則，故違反消費者保護法第12條第1項及第2項第3款規定，及保險法第54條之1第1、4款規定而為無效云云。惟查如前述依原告於88年6月10日訂約當日簽署之人壽保險要保書、保戶權益確認書，已載明原告業經保險公司業務同仁詳細說明投保須知及要保書內容（見本院卷㈠第52至58頁），且依卷附系爭保險契約及附約之條款均印刷字體工整、大小適中，文義亦未特別艱澀，並無難以閱讀及理解之情形（見本院卷㈠第32至74頁），暨原告於88年6月10日簽訂保險契約後迄於99年11月間開始住院均未反應有不瞭解保單條款內容之情事，又原告係自忖保單之保障內容與保險費之負擔等因素，依自由意志而為訂約之決定等情，原告主張上揭條款違反消費者保護法第12條第1項及第2項第3款，及保險法第54條之1第1、4款等規定而為無效，難認有據。

4、準此，原告主張B附約第2條第8款之系爭同一次住院認定條款，違反系爭示範條款、消費者保護法及保險法等規定而無效，洵無可採。

㈡、原告住院之疾病是否屬於B附約第14條第1項第8款規定之「精神病或精神分裂症」：

1、按B附約第14條第1項第8款規定：「本公司對被保險人因下列各款事由所引致之醫療費用不負給付責任：．．八、『精神病或精神分裂症』、酒精中毒、吸食或施打毒品或迷幻劑。」（即系爭除外不保條款）（見本院卷㈠第44頁）。

2、被告雖辯稱原告之各次住院均屬於「精神病或精神分裂症」，此由原告均係於三軍總醫院「精神科」住院並接受精神疾病之治療，及依維基百科網頁上就「重度憂鬱症」、「躁鬱症」、「B群人格障礙」之說明，可知均屬精神病之範疇，復依原告各次住院之出院病歷摘要，關於其入院診斷及出院診斷所記載之「國際疾病傷害及死因分類標準」之分類編碼，均屬情感性精神病，是原告住院之疾病在分類上屬於「精神病或精神分裂症」之範疇，此正符合B附約第14條第1項第8款約定，故被告不負給付保險金之責任云云，並舉維基百科之說明網頁、原告各次住院之出院病歷摘要及國際疾病分類系統（簡稱ICD；第九版簡稱ICD-9、第十版簡稱ICD-10）中英對照、衛生福利部訂頒之「商業保險商品病名對應國際疾病分類代碼」、另案台灣醫學會關於國際疾病分類中精神疾患分類之說明函（見本院卷㈠第149至152、75至111頁，卷㈡第230至232、280至281頁）為據。經查：

⑴、系爭保險契約及附約中並未明載「精神病或精神分裂症」之認定依據，而按兩造於88年6月10日訂約時所適用之（79年12月7日制定公布之）精神衛生法第3條規定：「本法所稱精神疾病，係指思考、情緒、知覺、認知等精神狀態異常，致其適應生活之功能發生障礙，需給予醫療及照顧之疾病；其範圍包括精神病、精神官能症、酒癮、藥癮及其他經中央衛生主管機關認定之精神疾病。」（見本院卷㈠第288頁），已揭櫫精神疾病未必等同於精神病；又依衛生福利部107年8月24日衛授保字第1070060216號函覆本院稱：「．．二、世界衛生組織（WHO）公布之國際疾病分類系統（ICD），主要目的是為讓不同國家或地區，將其蒐集疾病診斷或相關健康問題資料，經由統一標準的分類，便於進行衛生健康

資料比較分析，供各國衛生機關決策參考；部分國家亦以ICD為基礎，依其國內醫療體系之需求，另行研議適用之編碼系統，目前採用ICD-10版。三、全民健康保險於84年開辦即規範醫事服務機構申報費用應採用美國1992年版國際疾病分類第9版（ICD-9-CM），95年改採2001年版ICD-9-CM；自105年起，本部中央健康保險署特約醫事服務機構門、住診診斷及處置代碼全面以美國2014年版國際疾病與相關健康問題統計分類第十版臨床修訂及處置代碼（ICD-10-CM/PCS）申報。．．四、ICD-10-CM/PCS係美國公布之編碼系統，其代碼之英文名稱係出自原文版本，另中文名稱則係健保署委託台灣病歷資訊管理學會依原文翻譯之；ICD-10-CM/PCS之編列涉及編碼規則、醫學解剖位置以及臨床醫療處置等因素影響，與臨床病歷診斷名稱文字可能未盡相同，．．如有診斷開立之相關疑義，建議進一步徵詢臨床專業意見。」等語（見本院卷㈡第149至150頁），準此，國際疾病分類系統（ICD）之分類編碼，固非不得為認定被保險人所罹疾病是否為保險契約所載「精神病或精神分裂症」之參考，惟仍以臨床專業意見為準據。

⑵、又1.依原告住院之三軍總醫院以107年5月16日院三醫勤字第0000000000號函覆稱：原告住院期間（急性病房為如附件甲之B所示編號⑴、⑵、⑶之住院，日間病房為如附件甲之B所示編號⑷、⑸之住院）之住院或出院診斷為嚴重型憂鬱症，並非精神分裂症或精神病；主訴為憂鬱情緒等症狀，經醫師診斷需住院治療，住院原因為嚴重型憂鬱症，並非精神分裂症或精神病等語（見本院卷㈠第86頁）；及2.振興醫院107年6月6日振醫字第1070003254號函、107年9月14日振醫字第1070005232號函所檢附之原告在三軍總醫院住院時曾診治其之毛衛中醫師（目前在振興醫院服務）說明函稱：原告共有4次住院由本人擔任當時之主治醫師，分別為日間病房3次（如附件甲之B所示編號⑹、⑻、⑼之住院）、急性病房1次（如附件甲之B所示編號⑺之住院）；原告罹患

之精神疾病（包含起初診斷嚴重型憂鬱症，或出院之修正診斷雙相情緒障礙症），都確屬精神衛生法及精神衛生法施行細則所稱之精神疾病，至於是否符合精神衛生法第3條所稱之精神病，因涉及人民權利義務事宜，應採個案事實，則不能一概而論；嚴重型憂鬱症及雙相情緒障礙症在病情嚴重時，也會出現如幻覺或是妄想等所謂之精神病症狀，但並非就因此更改診斷為精神分裂症；因病情在不同時期的症狀表現不同，故評斷是否符合精神衛生法第3條所稱之精神病，應採個案事實；原告住入日間病房之目的在接受精神醫學之復健治療，上述3次住入日間病房時，其情緒症狀已較穩定，但部分殘留之憂鬱情感、思考固著、煩躁焦慮及人際衝突等，則影響其社會適應及家庭生活，換言之，原告這3次住入日間病房時，受其慢性化之情緒症狀干擾，其精神狀態仍處於疾病之部分殘留症狀影響下，必須接受長期之精神復健醫療，但是若對照精神衛生法所定義，原告住院之症狀或病因則不符合第3條所稱之精神病；原告住入急性病房，主要之精神症狀為煩躁憂鬱、情緒時高時低、常與人衝突、腦中有許多想法或計畫、坐立不安，合併身體抱怨頭痛及無法專注等，住院期間接受抗憂鬱劑及情緒穩定劑治療，並以電腦斷層掃描檢查其大腦，評估當時並未出現幻覺，其人際敏感而引發之憂慮或衝突，也未達妄想程度，其現實判斷或理智思考雖受情緒症狀干擾，但未達無法辨識之程度，因此評估此次住院之症狀及原因，亦未符合精神衛生法第3條所稱精神病之條件等語（見本院卷㈡第105至106、196至198頁），已明白覆稱原告如附件甲之B所示編號⑴至⑼之住院，並非精神病或精神分裂症，該等基於實際診療原告之個人病況而依醫學專業所為回覆，足堪認定本件原告並非因精神病或精神分裂症而住院醫療之事實。至被告另質稱：上開振興醫院107年6月6日函檢附之毛衛中醫師說明函中表示「原告住入日間病房之目的在接受精神醫學復健治療，利用半天來院（下午返家）的方式，兼顧精神復健及家庭生活」等語（

見本院卷㈡第106頁），然依原告之主張可知其並非僅有半天來院而下午即行返家，是該院弄錯原告之住院情形及病情狀況，基此錯誤資訊所為之函覆自亦無可採云云，惟住院日數僅為醫療行政事項，與醫師基於醫療專業認定病人所罹疾病，應屬兩事，縱原告之診治醫師就原告為全日或半日住院部分所述與實情有所出入，當不影響其對於原告病情之判斷，不足以此推翻前揭認定。

3、準此，原告住院所罹疾病非屬於B附約第14條第1項第8款即系爭除外不保條款規定之「精神病或精神分裂症」，被告執此抗辯不負理賠責任，洵屬無據。

㈢、原告請求被告給付之金額，是否有據：

1、本件原告主張依B附約第9條第1款、第10條、第11條規定，請求被告給付「住院醫療保險金」、「出院療養保險金」及「門診給付保險金」，而原告住院之疾病非屬B附約第14條第1項第8款之系爭除外不保條款規定之「精神病或精神分裂症」，被告不得執此抗辯不負理賠責任；又B附約第2條第8款即系爭同一次住院認定條款，並無因違反系爭示範條款、消費者保護法及保險法等規定而無效之情形，亦經前述認定，是原告基於B附約之請求應受系爭同一次住院認定條款規定：「被保險人因同一疾病或同一傷害及其引致之併發症而進住醫院兩次（含）以上者，倘其住院治療間隔期間未超過『90日』，則『視為同一次住院』。」之限制。

2、查原告有於如附件甲之B編號⑴至⑼所示期間因精神疾病在三軍總醫院住院，及於99年11月9日、99年12月15日、101年4月24日、101年6月6日、101年9月4日、101年10月17日、102年3月27日、102年4月24日門診等情，有三軍總醫院之原告出院病歷摘要、衛生福利部中央健康保險署107年8月16日健保醫字第1070060196號函所檢附之原告全民健保醫療費用申報資料（見本院卷㈠第75至111頁、卷㈡第153至163頁）附卷可稽。其中原告編號⑶至⑼之住院，前後兩次住院間隔期間均未超過90日，依B附約第2條第8

款規定視為同一次住院，亦即於101 年9 月4 日至106 年4 月12日間之住院視為同一次住院，該視為同一次之住院須受「住院醫療保險金」之最高給付天數為180 天、「出院療養保險金」之最高給付天數為90天等限制。

3、復按由保險契約所生之權利，自得為請求之日起，經過2 年不行使而消滅，保險法第65條第1 項定有明文。本件原告依B附約請求被告給付保險金，經被告為時效抗辯，而原告係於106 年7 月5 日提起本件訴訟（見本院卷㈠第10頁之收文章戳），則如附件甲之B所示編號⑴、⑵次之住院部分，原告無論是就「住院醫療保險金」、「出院療養保險金」、「門診給付保險金」之請求，均已罹於2 年時效，被告得拒絕給付。又如附件甲之B所示編號⑶至⑼之視為同一次之住院部分：就原告請求101 年9 月4 日之住院前「門診給付保險金」部分，亦已罹於2 年時效，被告亦得拒絕給付（至101 年10月17日、102 年3 月27日、102 年4 月24日之門診，因非屬該次101 年9 月4 日住院前一週內及106 年4 月12日出院後一週內之門診，本不得請求「門診給付保險金」）；就「住院醫療保險金」、「出院療養保險金」部分，按B附約第9 條第1 款、第10條均規定係以原告所投保之住院醫療日額之一定倍數或比例乘以「實際住院日數」所得之數額給付，而衡情於住院結束後始有所謂住院期間之「實際住院日數」及「出院」可言，故應認此部分原告之請求權，應自其106 年4 月12日出院而得知悉請求之範圍後，始起算2 年時效，是此部分尚未罹於時效，被告不得拒絕給付。另原告雖稱：伊係於105 年間始知悉B附約第2 條第8 款規定違反系爭示範條款而為無效，故應自該時起算時效，是本件伊之請求均尚未罹於時效云云，惟查，B附約第2 條第8 款規定並未違反系爭示範條款，業如前述，原告主張應自其於105 年間知悉該條款違反系爭示範條款時起算時效，自屬無據而不可採，併予敘明。

4、本件原告就如附件甲之B所示編號⑶至⑼之視為同一次之住

院，得請求被告給付「住院醫療保險金」、「出院療養保險金」。而按B附約第9條第1款、第10條，配合系爭保險契約頁面之健康險保險金額給付表可知：「住院醫療保險金」部分，係以第1日至30日為每日2,000元、第31日至第180日為每日3,000元乘以實際住院日數所得之數額給付，同一次住院期間之最高給付天數為180天；「出院療養保險金」部分，係以每日為1,000元乘以實際住院日數所得之數額給付，同一次住院期間之最高給付天數為90天等情（見本院卷㈠第43、44、50頁），業如前述。又被告就原告於如附件甲之B所示編號⑶至⑼之視為同一次住院期間（即自101年9月4日至106年4月12日）之實際住院日數雖有爭執，質稱：部分日期並無簽到表或打卡紀錄不清楚，或原告有請假或早退之情形等語，惟縱依被告計算之實際住院日數，亦已超過180天（如附件乙之B之日數欄所示），則原告就該次住院之「住院醫療保險金」、「出院療養保險金」部分，自得基於實際住院日數達180天之情形下，各得請求最高給付天數180天、90天。是依前揭標準計算後，原告就如附件甲之B所示編號⑶至⑼之視為同一次之住院，得向被告請求之「住院醫療保險金」為51萬元（計算式：①第1至30日：2,000元/日x 30日＝60,000元；②第31日至第180日：3,000元/日x 150日＝450,000元；③合計：60,000元＋450,000元＝510,000元）、「出院療養保險金」為9萬元（計算式：1,000元/日x 90日＝90,000元），共計60萬元。

三、揆諸以上各節所述，原告依兩造間之保險契約關係，提起本件訴訟，於請求被告依B附約給付60萬元，及自起訴狀繕本送達被告之翌日即106年7月27日起至清償日止，按法定年息5％計算之範圍內，為有理由，應予准許，逾此範圍之請求，則無理由，應予駁回。

四、本件原告勝訴部分，兩造均陳明願供擔保，分別聲請宣告假執行或免為假執行，經核均無不合，爰分別酌定相當擔保金額准許之；至原告敗訴部分，其假執行之聲請已失所附麗，

應予駁回。

五、本件判決基礎已臻明確，兩造其餘攻防方法及訴訟資料經本院斟酌後，核與判決結果不生影響，爰不另一一論述。

六、據上論結，原告之訴為一部有理由，一部無理由，依民事訴訟法第79條、第390 條第2 項、第392 條，判決如主文。

中　　華　　民　　國　　108　　年　　1　　月　　31　　日

民事第二庭　法　官　孫曉青

以上正本係照原本作成。

如對本判決上訴須於判決送達後 20 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　　108　　年　　1　　月　　31　　日

書記官　施盈宇

附表一：

被告應給付金額	原告應供擔保金額	被告應供反擔保金額
被告應給付原告新台幣60萬元，及自民國106 年7月27日起至清償日止，按年息5%計算之利息。	新台幣20萬元	新台幣60萬元

附表二：

當事人	訴訟費用負擔之比例
原告	88/100
被告	12/100