臺灣高等法院民事判決

107年度保險上易字第5號

上　訴　人　元大人壽保險股份有限公司
法定代理人　江朝國
訴訟代理人　黃秀禎律師
　　潘玉蘭律師
被上訴人　吳盈榛
訴訟代理人　黃靖騰律師

上列當事人間請求給付保險金事件，上訴人對於中華民國107年3月12日臺灣基隆地方法院106年度保險字第2號第一審判決提起上訴，本院於108年1月22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、被上訴人起訴主張：被上訴人以自己為要保人兼被保險人，於民國96年5月14日向國際紐約人壽保險股份有限公司（下稱「紐約人壽公司」）投保「紐約人壽終身壽險」，並附加「全福住院醫療終身保險附約乙型」（下稱「系爭住院醫療保險附約」），保單號碼為LSPB011487、契約期限：終身。系爭住院醫療保險附約約定之保險金額為日額型新臺幣（下同）2,000元。嗣上訴人於102年併購紐約人壽公司，由上訴人概括承受前揭保險契約之權利義務。被上訴人於103年5月13日至104年8月14日間，因罹患妄想型思覺失調症入住財團法人基隆長庚紀念醫院（下稱「基隆長庚醫院」）精神科日間病房接受藥物及復健治療，共計292.5天，依系爭住院醫療保險附約第5條、第16條第2項之約定，上訴人應給付被上訴人住院醫療及出院療養保險金共計新臺幣102萬7,500元【計算式：「住院醫療保險金」：2,000元（住院給付日額）×30日＋3,000元（超過30日以住院給付日額1.5倍計）x 262.5日＝847,500元；「出院療養保險金」：1,000元（以住院給付日額50%計）x 180日（按實際住院日數計，同一次

住院最高以180日為限）＝180,000元】。詎被上訴人於106年5月31日檢具保險金申請文件向上訴人申領保險金，上訴人拒不依約給付。為此，爰依系爭住院醫療保險附約第5條、第16條第2項之約定，請求上訴人給付被上訴人102萬7,500元，並加計自106年6月18日起算，按週年利率10%計算之利息。（原審判決上訴人敗訴，上訴人不服，提起上訴）並於本院聲明：上訴駁回。

二、上訴人則以：被上訴人並未罹患妄想型思覺失調症，應係裝病詐領保險金，行政院金融監督管理委員會保險局及法務部調查局基隆市調查站三度來函告知上訴人本案正於偵辦中，被上訴人顯非因疾病而有住院之必要。系爭住院醫療保險附約第2條第9項所稱「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。被上訴人提出之基隆長庚醫院診斷證明書，雖記載「病患即被上訴人因罹患妄想型思覺失調症而入住日間病房接受藥物及復健治療」。然「全日住院」與「日間住院」係屬不同治療方式，日間住院僅讓病人在日間病房接受藥物及復健治療，實際上並無「入住」而暫時以醫院為家之事實，僅係門診之延伸，並不符合系爭住院醫療保險附約所稱「住院」之定義。縱認被上訴人符合系爭住院醫療保險附約約定所稱之「住院」，且確有接受入住日間病房接受藥物及復健治療之必要性，然被上訴人自103年5月13日起至104年8月14日入住基隆長庚醫院日間病房期間，扣除其遲到、早退、請假或無故不到等未全程參與等情形，其實際住院日數僅為286天，且被上訴人並無超過連續30日到院之情事，則其請求上訴人給付住院醫療保險金超過30日部分以1.5倍即3,000元計，顯無理由，被上訴人得請求之保險金應僅為100萬8,000元。又系爭住院醫療保險附約有保險法第65條2年時效規定之適用，被上訴人僅得請求104年7月7日以後之住院醫療及出院療養保險金，此前每日住院保險金請求權均已罹於時效消滅，不得再請求等語，資為抗辯。並於本院聲明：㈠

原判決廢棄。㈡被上訴人在第一審之訴及假執行之聲請均駁回。

三、兩造不爭執之事實：

㈠被上訴人以自己為要保人兼被保險人，於96年5月14日向紐約人壽公司投保「紐約人壽終身壽險」，並加附加系爭住院醫療保險附約、保單號碼為LSPB011487、契約期限：終身。系爭住院醫療保險附約約定之保險金額為日額型2,000元。

㈡上訴人於102年併購紐約人壽公司，概括承受上開保險契約之權利義務。

四、被上訴人主張其於系爭住院醫療保險附約之保險期間內，因妄想型思覺失調症，於103年5月13日起至104年8月14日止，在基隆長庚醫院日間病房住院治療，符合系爭住院醫療保險附約「住院」之定義，上訴人應給付保險金等語，為上訴人所否認，並以前詞置辯。經查：

㈠按解釋契約，固須探求當事人立約時之真意，不能拘泥於契約之文字，但契約文字業已表示當事人真意，無須別事探求者，即不得反捨契約文字而更為曲解。次按保險契約率皆為定型化契約，被保險人鮮有依其要求變更契約約定之餘地；又因社會之變遷，保險市場之競爭，各類保險推陳出新，保險人顯有能力制定有利其權益之保險契約條文，並可依其精算之結果，決定保險契約內容、承保範圍及締約對象，故於保險契約之解釋，應本諸保險之本質及機能為探求，並應注意誠信原則之適用，倘有疑義時，應為有利於被保險人之解釋，以免保險人變相限縮其保險範圍，逃避應負之契約責任，獲取不當之保險費利益，致喪失保險應有之功能，及影響保險市場之正常發展。又保險契約依保險人與要保人意思表示合致而成立生效，性質上為債權契約，保險人所負給付義務悉依保險契約債之本旨定之，不得以契約所無之要件限制要保人或被保險人請求給付之權利。

㈡被上訴人主張其因罹患妄想型思覺失調症，於103年5月13日起至104年8月14日止，在基隆長庚醫院日間病房住院，接受

藥物及復健治療，以每日出席點名表單計算共計住院292.5天等情，有基隆長庚醫院診斷證明書，及該院106年11月27日（106）長庚院基法字第232號所附病情說明暨病歷影本1件存卷可稽（見原審卷第51頁、第237-271頁，及外放卷宗）。上訴人雖辯稱被上訴人係裝病詐領保險金，且於基隆長庚醫院日間病房住院，僅為日間留院，應視同門診之延伸，不符合系爭住院醫療保險附約約定之「住院」定義等語。惟：

1.系爭住院醫療保險附約第2條第9項約定：「本附約所稱『住院』是指被保險人因疾病或傷害，經醫師診斷，必須入住醫院診療時，經正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者」；第4條約定：「被保險人於本附約有效期間內因第2條約定之疾病或傷害住院或門診診療時，本公司依本附約約定給付保險金」（見原審卷第41頁）。可見被保險人若有「因疾病或傷害」，「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」等情事，即符合系爭保險附約所稱「住院」之定義，上訴人並有給付保險金之義務。且系爭住院醫療保險附約約款，並未限制住院必須24小時居住於醫院、在醫院過夜或以醫院為生活起居之場所，亦未約定「住院」之定義須以中央衛生主管機關或中央健康保險局函示為認定標準，復未明示「住院」僅指「全日住院」，而不及於「日間住院」「夜間住院」或「半日住院」等項目。是被保險人若符合上開「因疾病或傷害」「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」等要件，即屬系爭住院醫療保險附約第2條第9項所指之「住院」甚明。

2.系爭住院醫療保險附約係於96年5月14日簽訂，為兩造所不爭執。而依當時有效之修正前（96年7月4日修正）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。堪信兩造於簽訂系爭住院醫療保險附約時，對於「日間住院」係涵括在系爭住院醫療保險附約所約定「住院」之概念內，當有所認識。現行精神衛生法第35條固規定：「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。前項居家治療之方式及認定標準，由中央主管機關定之」，即將「全日住院」與「日間留院」加以區分。惟被保險人對保險契約定型化約款之認識，應以簽訂契約時之客觀環境為準。精神衛生法原既於第25條將「全日住院」「日間住院」及「夜間住院」並列，此即為系爭住院醫療保險附約簽訂時有效之法律，已如上述，則本件就「住院」一詞之解釋，自應援用修正前之精神衛生法第25條，而非修正後之同法第35條規定。又被上訴人並無傷害他人或自己有傷害之虞，經專科醫師診斷有全日住院之必要，亦與現行精神衛生法第41條規定無涉。況由上開精神衛生法第23條、第35條之修正沿革可知，兩造在簽訂系爭住院醫療保險附約時，上訴人即明知或可得而知修正前之精神衛生法第25條係將「全日住院」「日間住院」及「夜間住院」並列，且該等診療方式均為全國醫院醫師因病患需要所分別採用，惟上訴人於系爭住院醫療保險附約中仍僅約定「住院」之定義，已如前述，而未對於「全日住院」「日間住院」「夜間住院」予以詳細區分，可知上訴人於本件締約前，就系爭保險附約之設計，應已本於其作為商業保險公司之專業判斷，將非24小時之日間或夜間住院情形均納入針對系爭住院醫療保險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。縱認上訴人實際上並未將此日間或夜間住院情形納入精算範圍，此亦為其作為商業保險公司就本件屬定型化商業性保險約定應為有利於被保險人之解釋適用時所應自行吸收之風險。

3.本院函詢基隆長庚醫院關於被上訴人何以至該院就診，有無

全日住院或日間住院之必要，該院函覆稱：「二、被上訴人因妄想型思覺失調症至本院精神科門、住診就醫，其中103年5月13日至104年8月14日間在日間病房住院，接受藥物及復健治療，本院日間病房出席時間為週一至週五早上9點到下午3點半，每日共4堂復健課程。三、精神病症於臨床治療實務上，有『全日住院』與『日間留院』之分，『全日住院」的目的係為處理急性精神病症狀或自傷、傷人之風險，以藥物治療為主；「日間留院」的目的通常是為處理慢性精神病症狀或社會職業功能缺損之精神復健，採用較多的社會心理治療及職能治療，二者目的和效果不同。另『全日住院』之醫療成本相當高，而且長期全日住院易造成患者與社會脫節，而『日間留院』兼顧患者醫療需求及其參與家庭與社區事務之需求，因此病情穩定者應以『日間留院』為優先選擇，被上訴人接受日間留院治療之必要性即為醫師依其當時病況所作之醫療判斷」，有該院107年8月27日長庚院基字第1070850131號函1件存卷可稽（見本院卷第173頁）。且被上訴人於103年5月13日至104年8月14日於基隆長庚醫院精神科日間病房住院接受藥物及復健治療，確有支出一般藥品費、麻醉藥品費、病房費之費用等情，亦有該院107年11月8日長庚院基字第1071150164號函所附之醫療費用明細表1件存卷供參（見本院卷第329-345頁）。足認被上訴人確係因妄想型思覺失調症至基隆長庚醫院就醫，經該院精神科醫師依當時病況判斷有日間住院之必要性，正式辦理住院手續，並在該院接受治療，應符合系爭住院醫療保險附約第2條第9項「住院」之定義。

4.上訴人雖辯稱日間住院與一般住院就住院之目的、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，行政院衛生福利部函文亦將日間住院列為定時門診，顯見日間住院本質非屬住院，不符合系爭住院醫療保險附約第2條第9項「住院」之定義等語，並提出行政院衛生福利部107年1月22日衛授保字第1060067191號函1件為證（見原審卷第40

5頁）。惟依被上訴人病歷資料中「精神科日間病房留院治療同意書」記載：「一、日間病房留院為開放性治療單位，病人病情雖比較穩定，但有時亦會惡化及發生難以預測之意外事件，…四、為使患者能早日回歸社會，故訓練病人能獨自來院返家，為重要復健治療工作之一。但若因病情需要，醫療小組得要求家屬陪伴患者來回醫院。…六、護理人員每日定時點名，並聯絡家屬了解病人未到院原因，因特殊事故不能來院時，應事先辦理請假手續，否則以缺席論。七、若病人缺席時數足以影響治療時，接到貴院醫療團隊告知，必需辦理出院時，立同意書人願意自行為病人處理出院手續。病人因病情變化須轉入住院治療時，立同意書人願即辦理日間病房出院手續，再辦理入院。…十、當病人發生特殊情況或病情變化而須全日住院時，立同意書人在接獲貴院通知後，願儘速安排專人陪伴接送或辦理住院手續。…」（見外放病歷卷第635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到院時間，如患者因故未能到院仍需辦理請假手續，且於日間病房住院期間，如因病情需要，醫療機構亦得隨時要求患者或家屬配合協助照料或辦理全日住院治療，自不因日間住院之診療與全日住院有異，反認日間住院非屬住院之一環。且精神科日間病房係部分住院之型態，與全日性住院方式固有不同，但既屬入住醫院接受診療，而系爭住院醫療保險附約第2條第9項所定義之住院，並無附加「被保險人需全日居住於醫院，以醫院為生活起居，行寢坐臥之場所，並接受強制復健活動」之限制，復無排除因治療之需要而於部分時間離開醫院從事其他活動之情況，本於保險法第54條第2項所定保險契約條款倘有疑義應為有利於被保險人之解釋原則，應認被上訴人日間住院治療方式，亦屬系爭住院醫療保險附約第2條第9項所定義之「住院」。故上訴人辯稱被上訴人日間住院，非屬系爭住院醫療保險附約所稱之「住院」等語，尚非可採。至行政院衛生福利部107年1月22日衛授保字

第1060067191號函雖記載：「四、另全民健康保險統計年表，為免影響住院資料之差異性，將日間住院列計於門診，係視其為有定時門診之意涵」（見原審卷第407頁）。惟此為衛生管理機關基於統計國人全民健康保險醫療資訊所需，而將日間住院列計於門診，尚難以此遽認日間住院即屬門診性質。況全民健康保險屬於社會性保險，與屬於商業性保險之系爭住院醫療保險附約，本質上實難予以比附援引，無從援引全民健康保險法規作為解釋兩造於系爭住院醫療保險附約真意之依據。故上訴人以上開衛生福利部函文辯稱日間住院屬門診性質，不符合系爭住院醫療保險附約有關住院之定義等語，亦非可採。

5.上訴人再辯稱被上訴人係主動要求日間住院，並非醫師診斷有日間住院之必要性等語，並以被上訴人103年3月3日、103年3月28日及103年4月25日門診紀錄單記載被上訴人主述希望可以到日間病房等語為證（見本院卷第113-119頁）。惟基隆長庚醫院已函覆「被上訴人接受日間留院治療之必要性即為醫師依其當時病況所作之醫療判斷」，有該院107年8月27日長庚院基字第107085131號函1件存卷可稽（見本院卷第173頁），足見被上訴人縱有要求日間住院方式治療，仍係經醫師診斷有日間住院之必要，方以日間住院方式為治療。故上訴人辯稱被上訴人並非醫師診斷有日間住院之必要性等語，亦非可採。

6.綜上，被上訴人因思覺失調症經基隆長庚醫院精神科醫師診斷，須入住醫院接受日間住院治療，並已辦理住院手續，在該院接受診療，符合系爭住院醫療保險附約條款第2條第9項「住院」之定義，即屬系爭住院醫療保險附約第4條保險事故發生。故被上訴人依據系爭住院醫療保險附約請求上訴人給付保險金，洵屬有據。

五、被上訴人主張其在基隆長庚醫院日間病房住院治療共計292.5天，依據系爭住院醫療保險附約第5條、第16條第2項約定，請求上訴人給付住院醫療及出院療養保險金共計102萬7,5

00元本息等語，為上訴人所否認，辯稱：扣除被上訴人遲到、早退、請假或無故不到等未全程日間住院之時間，實際住院日數僅為286天，且無超過「連續」30日到院之情事，並已罹於時效等語。經查：

㈠系爭住院醫療保險附約第5條第1、4款約定：「一、住院醫療保險金：被保險人經醫師診斷確定必須住院，且經住院診療時，住院診療在30日（含）以內者，本公司依『住院給付日額』乘以其實際住院日數（含入院日及出院日）給付住院醫療保險金。被保險人住院診療超過30日以上者，除前30日（含）本公司按前述約定給付外，超過30日部份，則依『住院給付日額』的1.5倍，乘以超過30日的實際住院日數所得之數額（含入院日及出院日）給付住院醫療保險金。但同一次住院給付日數最高以365日為限」「四、出院療養保險金：被保險人經醫師診斷確定必須住院，且經住院診療時，本公司依『住院給付日額』的百分之50，乘以實際住院日數所得之數額給付出院療養保險金。同一次住院給付日數最高以180日為限」（見原審卷第41頁、第43頁）。則：

1.被上訴人於基隆長庚醫院日間病房出席時間為週一至週五早上9點至下午3點半，1天共有4堂復健課程，護理人員每日每節會點名，並製作出席點名表，而依103年5月13日至104年8月14日日間病房出席點名表單計算結果，被上訴人住院天數共計292.5日，有基隆長庚醫院106年11月27日（106）長庚院基法字第232號函文1件存卷可稽（見原審卷第141-176頁）。上訴人雖辯稱被上訴人103年9月、11月、12月，104年3月、6月、8月間，有遲到、早退、請假等未全日到院之情形，均應不列計住院天數，合計住院天數應僅有286日等語，並提出被上訴人到院紀錄表1件為證（見原審卷第381頁）。惟系爭住院醫療保險附約之設計，係本於商業保險公司之專業判斷，將非24小時之「日間住院」或「夜間住院」情形均納入針對系爭住院醫療保險附約保險之範圍，業如前述。而系爭住院醫療保險附約並無「日間住院未全程參與復健治療

即不列計住院天數」之相關約定，故上訴人以系爭住院醫療保險附約所未約定之計算方式諸如未滿1日、遲到均不計入住院日數，而為不利被上訴人之解釋，當非可採。是被上訴人於103年9月26日、同年11月17日雖各有1堂遲到，然仍有參與該堂課程，自仍應均以1日計之。至於早退、請假部分，則應以缺席1堂課扣除0.25日（算式：1÷ 4＝0.25）計之，方屬公允。是被上訴人於103年12月22日請假1堂、104年3月4日請假2堂、17日早退1堂，104年8月14日早退2堂，應分以0.75日、0.5日、0.75日、0.5日，合計2.5天計算住院日數。但出席點名表單就104年3月4日、3月17日、8月14日本各列計0.5天（見原審卷第253、259、271頁），就103年12月22日則列計為1日（見原審卷第253頁），合計亦為2.5天。另104年6月依此計算，合計亦為15日（見原審卷第267頁）。可見基隆長庚醫院前揭函覆被上訴人日間住院共計292.5天，應無違誤，無再予扣除之必要。

2.上訴人再抗辯住院醫療保險金保險金需「連續」住院30日以上方得請求等語。惟系爭住院醫療保險附約第5條第1款並無需「連續」住院之要件，上訴人此部分所辯，洵屬無據。

3.準此，被上訴人日間住院日數為292.5日，依系爭住院醫療保險附約第5條第1款、第4款規定，被上訴人得請求之保險金應為102萬7,500元【計算式：住院醫療保險金：2,000元/日x 30日＋（2,000× 1.5）元/日x（ 292.5日－30日）＋出院療養保險金（2,000× 0.5）元/日x 180日＝102萬7,500元】。

㈡系爭住院醫療保險附約第16條第2項前段約定：「本公司應於收齊前項文件後15日內給付之。逾期本公司應按年利1分加計利息給付」（見原審卷49頁）。上訴人理賠部門於106年6月2日收受被上訴人申請理賠之資料，有保險金申請書1紙存卷可稽（見原審卷第383頁）。是上訴人至遲應於收受後15日內，即106年6月17日前，給付保險金予被上訴人，依據前揭規定，如有逾期，應自同年月18日起算遲延利息。故

被上訴人請求自106年6月18日起至清償日止，按週年利率10%之計算之利息，應屬有據。

㈡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項前段固有明文。本件系爭住院醫療保險附約第18條第1項第3款規定，受益人申領本附約各項保險金時，應檢附下列文件：「三、醫療診斷書或住院證明。…需列明入、出院日期」（見原審卷第49頁）。且依系爭住院醫療保險附約第5第1款住院醫療保險金、出院療養保險金之給付均約定以「實際住院日數」計算。則被上訴人請求上訴人給付保險金時，既須檢具附有出院日期之診斷證明書，並需按實際住院日數計算保險金，可見被上訴人係於最終經醫師核准出院時，始得確認出院日期，故被上訴人之保險金請求權應自最終出院時起算。而被上訴人該次日間住院最終於104年8月14日出院，為兩造所不爭，是被上訴人自斯時起，方得依系爭住院醫療保險附約規定請求給付保險金。則被上訴人於106年7月10日提起本件訴訟（見原審卷第13頁之起訴狀原法院收文戳章），尚未罹於保險法第65條第1項前段規定2年之請求權時效，自得請求給付保險金。故上訴人辯稱被上訴人自103年5月13日至104年8月14日之住院醫療保險金、出院療養保險金請求權已罹於時效等語，要非可採。

六、綜上所述，被上訴人依系爭住院醫療保險附約第5條、第16條第2項約定，請求上訴人給付102萬7,500元，及自106年6月18日起至清償日止，按週年利率百分之10計算之利息，為有理由，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。

七、本件事證已臻明確，兩造其餘之攻擊或防禦方法及所提之證據，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。

八、據上論結，本件上訴為無理由，依民事訴訟法第449條第1項

、第78條，判決如主文。

中　　華　　民　　國　　108　　年　　2　　月　　19　　日

民事第十一庭

審判長法　官　徐福晉

法　官　林哲賢

法　官　郭顏毓

正本係照原本作成。

不得上訴。

中　　華　　民　　國　　108　　年　　2　　月　　19　　日

書記官　馬佳瑩