臺灣高等法院民事判決

108年度保險上字第12號

上　訴　人　莊麗卿
訴訟代理人　蔡宗隆律師
　　黃佩菁律師
　　吳欣陽律師
被　上訴人　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，上訴人對於中華民國108年1月31日臺灣士林地方法院106年保險字第6號第一審判決提起上訴，並為訴之追加，本院於108年6月5日言詞辯論終結，判決如下：

主　文

上訴及追加之訴均駁回。

第二審（含追加之訴）訴訟費用由上訴人負擔。

事實及理由

一、按第二審程序中為訴之變更或追加，非經他造同意，不得為之，但請求之基礎事實同一者，不在此限，民事訴訟法第446條第1項、第255條第1項第2款定有明文。本件上訴人於原審依「安泰住院醫療定期保險附約（87）」（下稱A附約）第6條第5項、第9條第2、4項、第12條、「安泰日額型住院醫療終身保險附約」（下稱B附約）第9條第1款、第10、11條及健康險保險金額給付表（見原審卷一第50頁，下稱系爭給付表）之約定，請求被上訴人給付新臺幣（下同）518萬5千元，及自起訴狀繕本送達翌日起算之法定遲延利息（見原審卷二第286-300頁），嗣於本院追加依民法第226條、第227條規定（至上訴人另主張同法第247條之1部分，乃上訴人於本件所主張之攻擊防禦方法，非屬請求權基礎）為同一聲明之請求（見本院卷第203頁），經核其追加部分與起訴部分之基礎事實同一，依上揭說明，上訴人所為訴之追加，應予准許。

二、上訴人主張：伊於民國88年6月10日向訴外人美國安泰人壽保險股份有限公司（下稱安泰人壽）投保「安泰增額終身壽險（85B）」（保單號碼Z000000000-00號，下稱系爭保險契約）及A附約、B附約。嗣安泰人壽與被上訴人合併，以被上訴人為存續公司。伊於99年11月10日罹患重度憂鬱症等疾病，經國防醫學院三軍總醫院（下稱三軍總醫院）判定須住院診治，而分別於：①99年11月10日至同年12月8日；②101年4月30日至同年5月31日；③同年9月4日至同年10月13日；④同年12月20日至102年3月22日； ⑤102年5月1日至103年4月1日；⑥103年5月6日至同年9月16日；⑦同年9月16日至同年11月3日；⑧同年11月10日至104年9月30日；⑨104年10月27日至106年4月12日至三軍總醫院入住診治（以下就各住院期間分別以編號稱之，合稱系爭住院期間），被上訴人依約應給付伊A附約之「住院醫療日額保險金」348萬6千元（明細如原判決附件甲之A所示）、 B附約之「住院醫療保險金」191萬9千元、「出院療養保險金」43萬9千元、「住院前後門診給付保險金」4千元（共計236萬2千元， 明細如原判決附件甲之B所示），詎被上訴人竟以A附約第9條第5項約定精神疾病被保險人請領保險金最高給付日數僅32日（下稱系爭最高給付日數限制條款），及B附約第2條第8款約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）等情為由，僅給付伊A附約之「住院醫療日額保險金」66萬3千元。惟系爭最高給付日數限制條款及系爭同一次住院認定條款，牴觸財政部（86）臺財保字第862398939號函及87年財政部（87）臺財保字第000000000號函發布及修正之「住院醫療費用保險單示範條款」（下稱系爭示範條款），參諸保險法第54條第2項之規定，及財政部92年6月30日臺財保字第0920750786號函附件之「人身保險商品應注意事項」壹、基本事項第3點之規定， 系爭最高給付日數限制條款及系爭同一次住院

認定條款均應屬無效。再者，A附約、B附約均為定型化契約，被上訴人未曾就該定型化契約條款向伊說明、解釋，或於保單頁面中以明顯字樣標註該約定內容將限制伊之權利，另被上訴人於A附約、B附約上註記系爭示範條款之文號，該2份附約內容卻與系爭示範條款不同， 且系爭最高給付日數限制條款、系爭同一次住院認定條款，免除或減輕被上訴人之給付義務，致伊得主張之權利受到限制，致難以達成系爭保險契約之目的，對伊顯失公平，違反誠信原則及民法第247條之1第1款、第4款、消費者保護法第12條第1項、第2項第3款、保險法第54條之1第1、4款規定，應屬無效。經伊於105年12月7日向財團法人金融消費評議中心申請評議，被上訴人仍拒絕給付， 爰依A附約第6條第5項、第9條第2、4項、第12條、B附約第9條第1款、第10條、第11條及系爭給付表之約定，求為命：被上訴人應給付伊518萬5千元，及自起訴狀繕本送達翌日起算法定遲延利息之判決。原審判命被上訴人給付上訴人60萬元，及自106年7月27日起算之法定遲延利息，駁回上訴人其餘之訴。上訴人不服，提起上訴（至被上訴人敗訴部分，未據其聲明不服，非本院審理範圍），並為前述訴之追加，聲明：㈠原判決關於駁回伊後開第㈡項之訴部分廢棄。㈡被上訴人應再給付伊458萬5千元，及自106年7月27日起算之法定遲延利息。㈢願供擔保，請准宣告假執行（見本院卷第219頁）。

三、被上訴人則以：系爭最高給付日數限制條款已約明：「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」，系爭同一次住院認定條款則約定：「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日者，則視為同一次住院」，上訴人因精神疾病住院，伊業依A附約給付每一保單年度共32日之「住院醫療日額保險金」予上訴人，上訴人

就保險金額之計算，與A附約、B附約之約定不符。又系爭示範條款乃屬行政指導，無拘束當事人已定保險契約效力，且A附約、B附約就保險金計算明定「住院醫療費用保險金（實支實付）」、「住院醫療日額保險金」兩種方式，供被保險人擇一為請求，系爭示範條款係針對「實支實付型」保險契約修訂最高給付日數及住院期間間隔限制，被上訴人選擇以「住院醫療日額保險金」計算保險金，自不適用系爭示範條款，對於上訴人亦無不利益可言。再者，上開條款均經主管機關審查核准，且為上訴人投保時即已訂立，上訴人仍選擇向伊投保，並經伊同意承保而成立契約關係，自無消費者保護法、保險法規定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及違反誠信原則之情形。 另上訴人就其99年11月10日至99年12月8日、101年4月30日至101年5月31日及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」，因上訴人於106年7月5日始提起本件訴訟，已逾2年之消滅時效期間，伊得拒絕給付。 又上訴人請求「門診給付保險金」4千元部分，門診日期係在102年4月24日以前， 亦逾2年消滅時效期間，伊亦得拒絕給付等語，資為抗辯。答辯聲明：如主文所示。

四、查上訴人以其為要保人及被保險人， 於88年6月10日向被上訴人投保系爭保險契約，並附加A附約、B附約。嗣上訴人於系爭住院期間至三軍總醫院住院，被上訴人已給付上訴人A附約之「住院醫療日額保險金」66萬3千元等情，有系爭保險契約、A附約、B附約、三軍總醫院出院病歷摘要、被上訴人之理賠資料在卷可稽 （見原審卷一第32-119、123-130頁），且為兩造所不爭執（見本院卷第98頁），堪認為真實。

五、上訴人主張：伊因罹患重度憂鬱症等疾病，經三軍總醫院判定須住院診治，於系爭住院期間在該院入院診治，被上訴人應依A附約第6條第5項、 第9條第1、2項及系爭給付表之約定給付伊「住院醫療日額保險金」348萬6千元（明細如原判

決附件甲之A所示），及依B附約第9條第1款、第10條、第11條、系爭給付表之約定給付伊「住院醫療保險金」191萬9千元、「出院療養保險金」43萬9千元、「住院前後門診給付保險金」4千元（以上合計236萬2千元，明細如原判決附件甲之B所示），扣除被上訴人已依A附約支付之「住院醫療日額保險金」66萬3千元，及原審判命被上訴人應依B附約給付之「住院醫療保險金」51萬元、「出院療養保險金」9萬元（以上合計60萬元）外，被上訴人尚應再依A附約給付伊「住院醫療日額保險金」282萬3千元，及依B附約給付伊「住院醫療保險金」140萬9千元、「出院療養保險金」34萬9千元、「住院前後門診給付保險金」4千元等情，為被上訴人所否認，並以前揭情詞置辯。經查：

㈠系爭最高給付日數限制條款、系爭同一次住院認定條款是否應屬無效：

1.按所謂行政指導，係指行政機關在其職權或所掌事務範圍內，為實現一定之行政目的，以輔導、協助、勸告、建議或其他不具法律上強制力之方法，促請特定人為一定作為或不作為之行為而言（最高行政法院88年度裁字第835號裁判意旨參照）。次按依照當事人一方預定用於同類契約之條款而訂定之契約，為左列各款之約定，按其情形顯失公平者，該部分約定無效：一、免除或減輕預定契約條款之當事人之責任者。…四、其他於他方當事人有重大不利益者；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；又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，民法第247條之1第1款、第4款、保險法第54條之1第1款、第4款、消費者保護法第12條第1項、第2項第3款分別定有明文。

2.查A附約第9條第1項約定：「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。」，同條第2項約定：「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。」，同條第5項（即系爭最高給付日數限制條款）約定：「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（上訴人於88年6月10日投保，故88年6月11日至89年6月10日為第一年保單年度，以下類推）的『住院醫療日額保險金』最高給付日數以32日為限。」，有A附約在卷可參（見原審卷一第35頁），可知上訴人於同一次住院，依約得就A附約第6條至第8條所約定之各項實支實付保險金，或第9條第2項之「住院醫療日額保險金」擇一請求被上訴人給付保險金，若上訴人選擇請求被上訴人給付「住院醫療日額保險金」，則每一保單年度之最高給付日數以32日為限。

3.又B附約第2條第8款（即系爭同一次住院認定條款）約定：「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。」，第9條第1款約定：「被保險人住院治療在30日（含）以內者，本公司依其投保之『住院醫療日額』，乘以實際住院日數所得之數額給付『住院醫療保險金』。被保險人住院治療超過30日以上者，除前30日（含）本公司按前述約定給付外，超過30日部分，則依其投保之『住院醫療日額』的1.5倍，乘以超過30日實際住院日數所得之數額給付『住院醫療保險金』。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。」，第10條約定：「被保險人於本附約有效期間內，因疾病或傷害，經醫師診斷確定必須住院，且經住院治療時，本

公司依其投保之『住院醫療日額』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』。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」，第11條則約定：「被保險人於本附約有效期間內，因疾病或傷害，經醫師診斷確定必須住院，且經住院治療時，被保險人於住院治療的前1週內及出院後1週內，因治療同一事故為直接目的而接受門診治療者，本公司依其投保之『住院醫療日額』的百分之25，乘以實際門診日數（不論其每日門診次數為一次或多次，均以一日計）所得之數額給付『住院前後門診給付保險金』」，有B附約附卷可稽（見原審卷一第42-44頁），可知上訴人在三軍總醫院住院診治期間，得依B附約第9條第1款、第10條及第11條之約定，請求被上訴人給付「住院醫療保險金」、「出院療養保險金」及「住院前後門診給付保險金」，其中「住院醫療保險金」、「出院療養保險金」部分之給付金額，係各以上訴人所投保之住院醫療日額之1倍、1.5倍或百分之50乘以實際住院日數所得之數額給付，但上訴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，佐以系爭給付表記載B附約之住院醫療保險日額為2千元，及住院醫療、出院療養之最高給付天數各為180日、90日，則「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2千元、第31日至第180日為每日3千元；「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1千元；「住院前後門診給付保險金」部分，限住院治療的前1週內及出院後1週內之門診，每日為500元。若上訴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。

4.上訴人雖主張：A附約上記載核准文號為「87.04.03臺財保第000000000號函核准；87.06.03臺財保第000000000號函准修正；87.08.15臺財保第000000000號函准修正」，B附約

上記載核准文號為「85.08.10臺財保第000000000號函核准；85.12.03臺財保第000000000號函准修正；87.08.15臺財保第000000000號函准修正」，足見A附約、B附約均有系爭示範條款之適用，而系爭最高給付日數限制條款限制被保險人每一保單年度之「住院醫療日額保險金」最高給付日數以32日為限，系爭示範條款則無關於最高給付日數限制之條款，另系爭同一次住院認定條款約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日者，則視為同一次住院，系爭示範條款第8條 則規定被保險人於保險契約有效期間，因同一疾病或傷害，或因此引起的併發症，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，是系爭最高給付日數限制條款增加系爭示範條款所無之限制，系爭同一次住院認定條款則將認定「同一次住院」之間隔日數延長，使同一次住院認定之範圍變廣，均牴觸系爭示範條款之規定，依保險法第54條第2項之規定，及財政部92年6月30日臺財保字第0920750786號函附件之「人身保險商品應注意事項」壹、基本事項第3點之規定，系爭最高給付日數限制條款、系爭同一次住院認定條款均應屬無效云云。參諸86年財政部（86）臺財保字第862398939號函訂定發布及87年財政部（87）臺財保字第000000000號函修正發布之系爭示範條款，雖無關於最高給付日數限制之條款，第8條則規定：「被保險人於本契約有效期間，因同一疾病或傷害，或因此引起的併發症，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」（見原審卷一第23-26頁），惟系爭示範條款乃訴外人金融監督管理委員會（下稱金管會）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，保險業固應參考系爭示範條款，並依相關保險法令及商品審查規範設計保險商品，惟保險契約雙方當事人權利義務，仍依所

訂契約內容而定， 此有金管會保險局107年6月8日保局（壽）字第10704145900號函在卷可參 （見原審卷二第92頁），可知系爭示範條款乃金管會在其職權或所掌事務範圍內，為實現一定之行政目的，以輔導、協助、勸告、建議或其他不具法律上強制力之方法，促請保險業者為一定作為或不作為之行為，性質上應屬行政指導，僅具示範作用，不生法規範之效力，兩造間保險契約之權義關係為何，依契約自由原則，自仍應以兩造間所簽立之契約內容為準。 至財政部92年6月30日臺財保字第0920750786號函附件之「人身保險商品應注意事項」 壹、基本事項第3點雖規定：「保單條款之訂定除非較示範條款有利被保險人者外，均應比照示範條款及現行相關法令規定。」（見本院卷第73頁），惟前開「人身保險商品應注意事項」係於89年12月30日經財政部（89）臺財保字第0890751453號函訂定發布全文8點， 於93年12月29日經金管會 以金管保二字第09302524753號令修正發布全文12點，並自94年1月1日施行， 而上訴人係於88年6月10日向被上訴人投保系爭保險契約，並附加A附約、B附約， 業如前述，系爭保險契約及A附約、B附約既係前開「人身保險商品應注意事項」實施日前已銷售之有效契約，自應依已簽訂契約條款約定辦理，是上訴人主張系爭保險契約及A附約、B附約之內容，若有牴觸系爭示範條款者，應屬無效云云，已非有據。況依前開金管會函文記載：「…說明：…三、查財政部係於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』（即系爭示範條款），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）』，惟當時並未限制保險業不得設計日額型醫療保險。嗣後本會於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、次查『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』（後經多次修正，已於95年9月1日廢止）等相關規定，該要點係規定人身保險業應依險別特性檢附保單內容說明書、保險送審聲明書、契約條款、要保書、計算說明書、費率表等相關文件送財政部核准後始得出單。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、另依據本會96年11月1日金管保二字第09602524430號函核定之『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』，因『安泰日額型住院醫療終身保險附約』（85年8月10日臺財保字第000000000號函核准）為保險期間超過1年之保險商品，且系爭保單為上開示範條款實施日前已銷售之有效契約，爰仍依已簽訂契約條款約定辦理。」等語（見原審卷二第92、93頁），佐以系爭示範條款第5-7條規定之給付保險金項目，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（見原審卷一第23-24頁），均屬「實支實付型」之給付而非「日額型」之定額給付，可知系爭示範條款乃經核定適用於「實支實付型」住院醫療保險，而非「日額型」住院醫療保險甚明，依此尚難認系爭最高給付日數限制條款、系爭同一次住院認定條款有牴觸系爭示範條款之情事。另A附約、B附約固有前開核准文號之註記（見原審卷一第32、42頁），然兩造間保險契約之權義關係為何，本應以兩造間所簽立之契約內容為準，系爭示範條款之條文既非A附約、B附約之具體內容，對兩造自不生拘束力，上訴人執此主張A附約、B附約均有系爭示範條款之適用，亦非有據。又參諸系爭最高給付日數限制條款、系爭同一次住院認定條款之內容均甚為明確，並無疑義之處，上訴人主張應依保險法第54條第2項之規定作有利於伊之解釋云云，洵非可取

。依上所陳，上訴人主張：系爭最高給付日數限制條款、系爭同一次住院認定條款牴觸系爭示範條款，應屬無效云云，並無理由。

5.上訴人又主張：系爭最高給付日數限制條款、系爭同一次住院認定條款，免除或減輕被上訴人之給付義務，致伊得主張之權利受到限制，致難以達成系爭保險契約之目的，對伊顯失公平，且被上訴人未曾就該定型化契約條款向伊說明、解釋，或於保單頁面中以明顯字樣標註該約定內容將限制伊之權利，另被上訴人於A附約、B附約上註記系爭示範條款之文號， 該2份附約內容卻與系爭示範條款不同，違反誠信原則及民法第247條之1第1款、第4款、消費者保護法第12條第1項、第2項第3款、保險法第54條之1第1、4款規定，應屬無效云云。惟查，參諸系爭保險契約及A附約、B附約之條款，均印刷字體工整、大小適中，文義亦未特別艱澀，而依上訴人簽署之要保書上記載其投保當時在訴外人康茂股份有限公司擔任會計、財務人員（見原審卷一第57頁），上訴人於本院並陳明其係銘傳商專三專畢業（見本院卷第99頁），可認其具備相當程度之學識能力，應無難以閱讀及理解A附約、B附約條款之情形， 且依上訴人於88年6月10日訂約時簽署之保戶權益確認書，復載明上訴人業經業務人員范麗萍詳細說明投保須知及要保書內容（見原審卷一第52頁），另佐以上訴人於88年6月10日 簽訂系爭保險契約及A附約、B附約後，迄其於99年11月間開始住院，已相隔10餘年，上訴人未曾向被上訴人反應有何不瞭解保單條款內容之情事，實難認上訴人有何無法理解A附約、B附約條款之情事，其臨訟始主張被上訴人違反告知義務，洵無可採。又A附約、B附約之條款均係訂約時即已存在，並非被上訴人事後片面增訂，而保險業者設計保險商品，關於要保人應繳交若干保險費，在保險事故發生後可獲得若干保險金等細節，乃係經過精算、評估後，始在保險契約內載明相關條款，要保人本得視自己之能力及需求，決定投保與否及投保何一種類之保單，

上訴人既在系爭最高給付日數限制條款、系爭同一次住院認定條款已載明在A附約、B附約之情形下，決定向被上訴人投保，當已自忖保單之保障內容與保險費之負擔等因素符合自己之需求，依自由意志而為訂約之決定，系爭示範條款之條文既非A附約、B附約之具體內容，自非上訴人投保當時衡量之因素，則A附約、B附約上雖註記系爭示範條款之文號，亦難謂被上訴人有違反誠信原則之情事。再者，上訴人就A附約之保險給付，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，該選擇權之行使既操之於上訴人，尤難認對上訴人有何不利益之情事。是上訴人執前詞主張系爭最高給付日數限制條款、系爭同一次住院認定條款違反誠信原則 及民法第247條之1第1款、第4款、消費者保護法第12條第1項、第2項第3款、保險法第54條之1第1、4款等規定，應屬無效云云，亦無可採。

6.綜上，上訴人主張系爭最高給付日數限制條款、系爭同一次住院認定條款，牴觸系爭示範條款，且違反誠信原則及及民法第247條之1第1款、第4款、 消費者保護法第12條第1項、第2項第3款、保險法第54條之1第1、4款等規定， 應屬無效云云，並無理由。

㈡上訴人依A附約第6條第5項、第9條第2、4項、第12條 及系爭給付表之約定，請求被上訴人給付「住院醫療日額保險金」282萬3千元，有無理由：

查上訴人係因罹患精神衛生法及精神衛生法施行細則所稱之精神疾病而住院乙節，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號函附卷可稽，且為上訴人所不爭執（見原審卷一第283頁）， 堪信為真實。又被上訴人業已依A附約第9條第5項約定就上訴人因罹患精神疾病而在如原判決附件甲之A編號①至⑨所示之住院期間，給付每一保單年度以最高給付日數32日為限所計

算之「住院醫療日額保險金」66萬3千元等情，業如前述，是被上訴人自毋庸再就上訴人上開住院期間給付A附約之「住院醫療日額保險金」，上訴人以系爭最高給付日數限制條款無效為由，主張被上訴人共應給付A附約之「住院醫療日額保險金」348萬6千元（明細詳見原判決附件甲之A所示），扣除已給付之66萬3千元後，尚應再給付282萬3千元云云，洵屬無據。

㈡上訴人依B附約第9條第1款、第10條及第11條及系爭給付表之約定，請求被上訴人再給付「住院醫療保險金」140萬9千元、「出院療養保險金」34萬9千元、「住院前後門診給付保險金」4千元，是否有據：

1.關於「住院醫療保險金」、「出院療養保險金」部分：

①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。

②查上訴人於如原判決附件甲之B編號①至⑨所示期間因精神疾病在三軍總醫院住院等情，有三軍總醫院出院病歷摘要附卷可參（見原審卷一第75-111頁）。其中原判決附件甲之B編號①、②所示住院部分之前後治療間隔期間雖均已超過90日，而非屬同一次住院，惟上訴人係於106年7月5日提起本件訴訟（見原審卷一第10頁之民事起訴狀上收文章戳），則如原判決附件甲之B所示編號①（99年11月10日至同年12月8日）、編號②（101年4月30日至同年5月31日）之住院部分，上訴人關於「住院醫療保險金」、「出院療養保險金」之請求，均已罹於2年之時效期間，至上訴人雖主張：伊係於105年間始知悉B附約第2條第8款約定違反系爭示範條款而為無效，故應自斯時起算時效，是伊之請求權均尚未罹於時效云云，惟B附約第2條第8款約定並未違反系爭示範條款，業如前述，是上訴人主張應自其於105年間 知悉該條款違反系爭示範條款時起算時效，即屬無據。是被上訴人為時效抗辯而拒絕給付原判決附件甲之B編號①、②所示住院部分之「住院醫療保險金」

、「出院療養保險金」，即有理由；另原判決附件甲之B編號③至⑨所示之住院部分，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款約定視為同一次住院，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。而參諸B附約第9條第1款、第10條及系爭給付表，「住院醫療保險金」部分係以第1日至30日為每日2千元、第31日至第180日為每日3千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 則係以每日為1千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，業如前述，依前揭標準計算後，上訴人就原判決附件甲之B編號③至⑨所示之視為同一次住院之住院期間，得向被上訴人請求「住院醫療保險金」51萬元（計算式：第1日至第30日：2千元x 30日＝6萬元；第31日至第180日：3千x 150日＝45萬元，合計51萬元）、「出院療養保險金」9萬元（計算式：1千元x 90日＝9萬元）， 共計60萬元，逾此部分之請求，則無理由。是上訴人除原審判命被上訴人給付之「住院醫療保險金」51萬元、「出院療養保險金」9萬元外， 請求被上訴人再給付「住院醫療保險金」140萬9千元、「出院療養保險金」34萬9千元， 即屬無據。

2.關於「住院前後門診給付保險金」部分：

查B附約第11條約定：「被保險人於本附約有效期間內，因疾病或傷害，經醫師診斷確定必須住院，且經住院治療時，被保險人於住院治療的前1週內及出院後1週內，因治療同一事故為直接目的而接受門診治療者，本公司依其投保之『住院醫療日額』的百分之25，乘以實際門診日數（不論其每日門診次數為一次或多次，均以一日計）所得之數額給付『住院前後門診給付保險金』」（見原審卷一第44頁）。而上訴人曾於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、10

2年4月24日至三軍總醫院門診等情，固有衛生福利部中央健康保險署107年8月16日健保醫字第1070060196號函所檢附之上訴人全民健保醫療費用申報資料附卷可參（見原審卷二第153-163頁），惟上訴人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日住院日之前1週內及106年4月12日出院日之後1週內之門診， 依約本不得請求「住院前後門診給付保險金」； 另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日之門診部分， 上訴人於106年7月5日始提起本件訴訟，業如前述，是上訴人此部分之「住院前後門診給付保險金」請求權已罹於2年時效，被上訴人亦得拒絕給付。 是上訴人請求被上訴人給付「住院前後門診給付保險金」4千元，並無理由。

㈣上訴人依民法第226條、第227條等規定，請求被上訴人給付458萬5千元，有無理由：

1.按因可歸責於債務人之事由，致給付不能者，債權人得請求賠償損害。因可歸責於債務人之事由，致為不完全給付者，債權人得依關於給付遲延或給付不能之規定行使其權利。民法第226條第1項、第227條第1項分別定有明文。

2.上訴人主張：系爭最高給付日數限制條款、系爭同一次住院認定條款 因牴觸系爭示範條款及民法第24條之1規定而無效，被上訴人據此拒絕給付伊保險金，係屬可歸責被上訴人之事由而構成給付不能及不完全給付，伊自得依前開規定請求被上訴人給付458萬5千元云云（見本院卷第205頁）， 惟為被上訴人所否認。查被上訴人不負有給付上訴人458萬5千元（含「住院醫療日額保險金」282萬3千元、「住院醫療保險金」140萬9千元、 「出院療養保險金」34萬9千元、「住院前後門診給付保險金」4千元）之義務， 理由業如前述，自無何給付不能或不完全給付之情事， 則上訴人依民法第226條、第227條等規定，請求被上訴人給付458萬5千元， 亦無理由。

六、從而， 上訴人依A附約第6條第5項、第9條第2、4項、第12

條、B附約第9條第1款、第10條、第11條及系爭給付表之約定，請求被上訴人再給付458萬5千元（含「住院醫療日額保險金」282萬3千元、「住院醫療保險金」140萬9千元、「出院療養保險金」34萬9千元、「住院前後門診給付保險金」4千元），及自106年7月27日起算之法定遲延利息，為無理由，不應准許。原審就此為上訴人敗訴之判決，核無不合，上訴論旨指摘原判決此部分不當，求予廢棄改判，為無理由，應予駁回。另上訴人於本院追加依民法第226條、第227條等規定為同一請求，亦無理由，亦應予駁回。

七、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。

八、據上論結，本件上訴及追加之訴均為無理由。爰判決如主文。

中　　華　　民　　國　　108　　年　　6　　月　　19　　日

民事第九庭

審判長法　官　楊絮雲

法　官　陳月雯

法　官　蔡和憲

正本係照原本作成。

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46條之1第1項但書或第2項（詳附註）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　　108　　年　　6　　月　　19　　日

書記官　張淑芳

附註：

民事訴訟法第466條之1（第1項、第2項）：

對於第二審判決上訴，上訴人應委任律師為訴訟代理人。但上訴人或其法定代理人具有律師資格者，不在此限。

上訴人之配偶、三親等內之血親、二親等內之姻親，或上訴人為法人、中央或地方機關時，其所屬專任人員具有律師資格並經法院認為適當者，亦得為第三審訴訟代理人。