

財團法人金融消費評議中心評議書

【109 年評字第 2454 號】

申請人 ○○○○ 住○○○
相對人 ○○○○人壽保險事業股份有限 設○○○
公司
法定代理人 ○○○○ 住同上

上列當事人間「住院必要性」爭議事件，經本中心第四屆評議委員會民國 110 年 3 月 12 日第 5 次會議決定如下：

主文

相對人應給付申請人新臺幣玖仟元整。

事實及理由

一、程序事項：

按金融消費者就金融消費爭議事件應先向金融服務業提出申訴，金融服務業應於收受申訴之日起三十日內為適當之處理，並將處理結果回覆提出申訴之金融消費者；金融消費者不接受處理結果者或金融服務業逾上述期限不為處理者，金融消費者得於收受處理結果或期限屆滿之日起六十日內，向爭議處理機構申請評議，金融消費者保護法第 13 條第 2 項定有明文。查申請人就本件爭議案於民國（下同）109 年 9 月 28 日向相對人提出申訴，相對人於 109 年 10 月 16 日回覆處理結果，申請人不服，爰於 109 年 10 月 16 日提出評議申請，核與前揭規定相符。

二、申請人之主張：

（一）請求標的：

請求相對人給付住院相關醫療保險金差額新臺幣（下同）9,000 元。

（二）陳述：

申請人於 98 年 7 月 21 日以自己為要保人暨被保險人透過 A○○○保險代理人股份有限公司（下稱 A 保代）向相對人投保「○○○終身醫療健康保險」（下稱系爭保險），繳費年期二十年，保險金額 2,000 元。嗣申請人於 109 年 8 月 24 日因「1. 腦震盪 2. 胸部

挫傷 3. 腰部挫傷」赴右昌聯合醫院（下稱右昌醫院）急診，經醫師評估須住院治療八日（下稱系爭住院期間），惟申請人向相對人申請理賠時，相對人以不符系爭保險條款約定必須入住醫院治療而僅給付五日住院醫療相關保險金 16,000 元，申請人主張相對人尚應再給付三日住院醫療相關保險金 9,000 元。（詳申請人評議申請書與補正文件）

三、相對人之主張：

(一)請求事項：申請人之請求為無理由。

(二)陳述：

1. 按系爭保單條款第 2【名詞定義】約定：「…本契約所稱『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。…」、第 8 條【住院醫療保險金的給付】約定：「被保險人於本契約有效期間內遭遇第四條約定的保險事故而於醫院接受住院診療者，本公司按『住院醫療保險金日額』乘以被保險人實際住院日數（含入院及出院當日），給付『住院醫療保險金』。…」、第 11 條【出院療養保險金的給付】約定：「被保險人於本契約有效期間內遭遇第四條約定的保險事故經住院診療出院後，本公司按被保險人實際住院日數（含入院及出院當日）乘以『住院醫療保險金日額』的百分之五十，給付『出院療養保險金』。…」、第 13 條【住院當日急診保險金的給付】約定：「被保險人於本契約有效期間內遭遇第四條約定的保險事故經醫院急診診療而住院，於辦理住院手續當日之急診費用，本公司按『住院醫療保險金日額』的百分之五十給付『住院當日急診保險金』。但被保險人同一次住院期間以給付一次為限。」是以，住院需同時具備因疾病或傷害、必須入住醫院診療，始可認為係兩造所約定之「住院」，並非只要有「住院之事實」即符合上開醫療險之危險發生事由，尚須此「住院之事實」符合「必須入住醫院診療」，始足當之。
2. 依右昌醫院出院病歷摘要及護理記錄記載，申請人 109 年 8 月 24 日上午 11:40 住院時，昏迷指標為 12 分，當日晚上 21:00 之後即恢復至 15 分（正常指數 15 分），並於住院當日晚上 21:29 以後即無嘔吐之情形，且住院期間並無腦部基本檢查，尚難認已符合系爭保險條款約定之「必須住院醫療」要件，依一般醫療文獻記載頭部外傷後三日內是重要觀察期，相對人為求慎重，

另諮詢兩位顧問醫師意見，皆認為腦震盪合理住院日數為3至5日，是以，相對人基於客戶關懷立場，就申請人本次事故已於109年10月15日及109年10月16日給付住院日數五日之住院醫療保險金及出院療養保險金、住院當日急診保險金共16,000元及延滯息101元在案。相對人就申請人其餘住院日數(三日)歎難依申請人主張辦理。

(詳相對人陳述意見書)

四、兩造不爭執之事實：

- (一)申請人於98年7月21日，以自己為要保人暨被保險人透過A保代向相對人投保系爭保險，繳費年期20年，保險金額2,000元。
- (二)申請人於109年8月24日因「1.腦震盪2.胸部挫傷3.腰部挫傷」赴右昌醫院急診並住院八日。

五、本件爭點：

申請人請求相對人給付住院相關醫療保險金差額9,000元，有無理由？

六、判斷理由：

- (一)系爭保險第2條【名詞定義】第6項約定：「本契約所稱『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。」、第4條【保險範圍】約定：「被保險人於本契約有效期間內因第二條約定之疾病或傷害而診療或接受手術或初次罹患重大疾病或特定傷病者，本公司依本契約約定給付保險金。」、第8條【住院醫療保險金的給付】約定：「被保險人於本契約有效期間內遭遇第四條約定的保險事故而於醫院接受住院診療者，本公司按『住院醫療保險金日額』乘以被保險人實際住院日數(含入院及出院當日)，給付『住院醫療保險金』…。」、第11條【出院療養保險金的給付】約定：「被保險人於本契約有效期間內遭遇第四條約定的保險事故經住院診療出院後，本公司按被保險人實際住院日數(含入院及出院當日)乘以『住院醫療保險金日額』的百分之五十，給付『出院療養保險金』…。」第13條【住院當日急診保險金的給付】：「被保險於本契約有效期間內遭遇第四條約定的保險事故經醫院急診診療而住院，於辦理住院手術當日之急診費用，本公司按『住院醫療保險金日額』的百分之五十給付『住院當日急診保險金』…。」。準此，可知被保險人於系爭保險有效期間內因系爭

保險所約定之疾病接受住院診療時，相對人依約負有給付住院相關醫療保險金之責。

(二)次按，保險為最大善意及最大誠信之射倖契約，保險契約之當事人皆應本諸善意與誠信之原則締結保險契約，始避免肇致道德危險。(最高法院 85 年度台上字第 1685 號判決意旨參照)。又「保險制度最大功能在於將個人於生活中遭遇各種人身危險、財產危險，及對他人之責任危險等所產生之損失，分攤消化於共同團體，是任何一個保險皆以一共同團體之存在為先決條件，此團體乃由各個因某種危險事故發生而將遭受損失之人所組成，故基於保險是一共同團體之概念，面對保險契約所生權利糾葛時，應立於整個危險共同團體之利益觀點，不能僅從契約當事人之角度思考，若過於寬認保險事故之發生，將使保險金之給付過於浮濫，最終將致侵害整個危險共同團體成員之利益，有違保險制度之本旨。」(臺灣高等法院 104 年度保險上易字第 15 號民事判決意旨參照)準此，就本件爭議之系爭住院，其解釋上自不應僅以實際治療之醫師認定「系爭住院具必要性」即屬符合系爭保險之約定，而應認以具有相同專業醫師於相同情形通常會診斷具有必要性者始屬之。

(三)本件申請人主張其於 109 年 8 月 24 日因「1. 腦震盪 2. 胸部挫傷 3. 腰部挫傷」至右昌醫院經醫師評估須住院八日治療，惟此為相對人所否認，並以前揭情詞置辯。準此，本案爭點厥為：依申請人現有病歷資料，系爭住院是否有必要性？如有，合理住院日數應為幾日？

(四)就前揭爭點，經檢附雙方所提卷證資料諮詢本中心專業醫療顧問，其意見略以：

1. 依住院病歷，申請人住院確實因頭部外傷有頭暈、頭痛、嘔吐、胸部挫傷、腰部挫傷，故右昌醫院予以住院觀察治療。
2. 依護理紀錄，109 年 8 月 27 日 17 時 30 分時血壓 188/109mmHg，到 21 時除血壓為 159/94 外，當日頭痛、頭暈嚴重至 109 年 8 月 30 日始改善，故系爭住院期間尚為合理。

(五)本中心為求慎重，復諮詢另一專業醫療顧問，其意見略以：

1. 申請人頭部外傷因有腦震盪現象，且葛氏昏迷指數未達滿分，住院觀察有其必要性。
2. 至於合理住院範圍，由於頭部外傷的變化較大，應尊重主治醫師

的臨床判斷，即系爭住院期間為合理住院日數。

- (六)職故，依現有之卷證資料及上開專業醫療顧問意見，應認申請人於109年8月24日至同年月31日因「1.腦震盪 2.胸部挫傷 3.腰部挫傷」住院具有住院必要性且系爭住院期間為合理住院日數，而相對人僅給付住院日數5日之住院相關醫療保險金及其延滯息。從而，申請人請求相對人尚應給付其餘住院日數(三日)之住院相關醫療保險金差額9,000元，即屬有據。
- 七、綜上所述，申請人請求相對人給付住院相關醫療保險金差額9,000元，為有理由，應予准許。兩造其餘陳述及攻擊防禦方法，經審酌核與判斷結果不生影響，爰不一一論述，併予敘明。
- 八、據上論結，本件評議申請為有理由，爰依金融消費者保護法第27條第2項規定決定如主文。

中 華 民 國 1 1 0 年 3 月 1 2 日

財團法人金融消費評議中心

以上正本與原本無異。

兩造應於本評議書送達之次日起十個工作日內，以書面通知本中心，表明接受或拒絕評議決定之意思，未為表示者視為拒絕。

依金融消費者保護法第29條第2項，金融服務業於事前以書面同意或於其商品、服務契約或其他文件中表明願意適用本法之爭議處理程序者，對於評議委員會所作其應向金融消費者給付每一筆金額或財產價值在一定額度以下之評議決定，應予接受；評議決定超過一定額度，而金融消費者表明願意縮減該金額或財產價值至一定額度者，亦同。

申請人如不接受本評議決定，得另循民事法律救濟途徑解決。