

財團法人金融消費評議中心評議書

【110 年評字第 160 號】

申 請 人 ○○○○

住○○○○

相 對 人 ○○○○保險股份有限公司

設○○○○

法定代理人 ○○○○

住同上

上列當事人間之爭議事件，經本中心第四屆評議委員會民國 110 年 5 月 28 日第 10 次會議決定如下：

主文

本中心就申請人之請求尚難為有利申請人之認定。

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。查申請人前向相對人提出申訴，相對人於民國（下同）109 年 12 月 8 日回覆處理結果，申請人不服，並於 110 年 1 月 12 日提出評議申請（本中心於 110 年 1 月 18 日收文），核與前揭規定相符。

二、申請人之主張：

（一）請求標的：

相對人應再給付申請人新臺幣（下同）543,200 元。

（二）陳述：

1. 申請人向相對人投保保單號碼為第○○○455 號及第○○○997 號之保險契約之「○○○醫療保險附約」（下稱系爭附約一）、「○○○費用給付保險附約」（下稱系爭附約二）、「○○○費用給付保險附約居家療養附加條款」（下稱系爭附約三）、「○○○人壽住院費用給付保險附約」

(下稱系爭附約四)及「○○○人壽住院費用給付保險附約居家療養附加條款」(下稱系爭附約五，與上開系爭附約一、二、三、四合稱系爭附約)。

2. 申請人於104年12月9日嚴重車禍導致後續因「頸椎脊髓損傷併左側肢體麻木、創傷性椎間盤突出症術後」於109年3月19日至109年4月15日赴臺北榮民總醫院員山分院住院治療(下稱系爭住院一);因「頸椎脊髓損傷併四肢癱瘓、創傷性椎間盤突出術後」於109年4月30日至109年5月14日赴臺北榮民總醫院蘇澳分院住院治療(下稱系爭住院二);因「頸椎脊髓損傷併左側肢體麻木、創傷性椎間盤突出術後」於109年6月3日至109年6月30日赴臺北榮民總醫院員山分院住院治療(下稱系爭住院三);因「脊髓損傷」於109年7月15日至109年8月12日赴長庚醫療財團法人桃園長庚紀念醫院住院治療(下稱系爭住院四，與系爭住院一、二、三合稱系爭4段住院)，共計4段住院，經檢附資料向相對人申請理賠，然相對人竟僅以系爭四段住院各賠付5天，申請人不服其處理結果，故請求相對人應依實際住院天數理賠再給付543,200元，為此爰申請本件評議。

(詳評議申請書及其補正資料)

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. 有關申請人於109年3月19日至109年4月15日、109年4月30日至109年5月14日、109年6月3日至109年6月30日及109年7月15日至109年8月12日因「頸椎脊髓損傷併左側肢體麻木、創傷性椎間盤突出症術後」分別赴臺北榮民總醫院員山分院、臺北榮民總醫院蘇澳分院及長庚醫療財團法人桃園長庚紀念醫院共4段住院治療。
2. 按系爭附約一條款第2條【名詞定義】約定：「本附約所稱『住院』係指被保家庭成員因疾病或傷害，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。」及第13條【保險範圍】約定：「被保家庭成員於本附約有效期間內因第二條約定之疾病或傷害住院診療時，本公司依本附約之約定給付保險金。」；系爭附約二條款第13條【保險範圍】約定：「被保家庭成員於本附約有效期間內，因疾病或傷害，經醫師診斷必須住院治療，且已住院治療時，本公司依本附約之約定給付保險金。」及第14條【住院日額保險金】約定：「被保家庭成員依第十三條約定住院治療時，本公司按下列約定，給付『住

院日額保險金』，但被保家庭成員『同一次住院』給付住院日數最高以三六五日為限。」；系爭附約三第 4 條【居家療養保險金】約定：「被保家庭成員於本附加條款有效期間內，因疾病或傷害經醫師診斷必須住院治療，且已住院治療時，其出院後，本公司依下列約定，給付『居家療養保險金』。」；系爭附約四條款第 2 條【名詞定義】：「…本附約所稱『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 13 條【保險範圍】約定：「被保險人於本附約有效期間內因第二條約定之『疾病』或『傷害』『住院』診療時，本公司依本附約約定給付保險金。」及第 14 條【住院日額保險金之給付】約定：「被保險人依第十三條之約定而『住院』診療時，本公司按下列約定，給付『住院日額保險金』。」；系爭附約五第 4 條【居家療養保險金】約定：「被保險人於本附加條款有效期間內，因『疾病』或『傷害』經『醫師』診斷必須『住院』診療，且已『住院』診療時，其出院後，本公司依下列約定，給付『居家療養保險金』。」準此可知，倘申請人於系爭附約有效期間內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，相對人始應負給付相關保險金之責。

3. 經查，申請人於 104 年 12 月 9 日因車禍導致第五第六頸椎外傷脊髓損傷…等症，事故日迄 109 年 1 月 16 日約 4 年間，相對人業已依約給付住院次數 44 次及住院總天數 903 天，住院頻率約每月 1 次，每次住院天數約 20 天，保險金累計給付已逾 1,600 萬元。
4. 另依出院摘要記載頸椎損傷在頸椎第五至第六節，頸椎損傷等級為 ASIA-D，等級程度為不完全神經損傷，即運動機能雖有受損，但康復可能性較高。另依醫學常規而言，頸椎第五至第六節損傷易影響上肢運動機能，而腰及薦椎損傷易導致下肢機能受損，依現有資料未提及傷至腰及薦椎位置。
5. 本次自 109 年 3 月 19 日至 109 年 8 月 12 日共 4 段住院，總住院天數 100 天，住院期間因肢體乏力及關節僵硬之後遺症接受復健療程治療，未發生感染或發燒等併發症，亦無急性症狀或需周密醫護照護之情況且每次出院情況均為病況已改善，可門診追蹤。綜上所述，依現有資料，相對人參酌脊髓損傷之臨床醫學常規，評估系爭 4 段住院合理之住院天數各為 5 天(住院天數總共 20 天)並給付醫療保險金在案，其餘之住院天數實難認定符合系爭附約條款約定之給付範圍。

(詳相對人陳述意見書)

四、兩造不爭執之事實：

(一)申請人向相對人投保保單號碼為第○○○455號及第○○○997號之保險契約之「○○○醫療保險附約」(即系爭附約一)、「○○○費用給付保險附約」(即系爭附約二)、「○○○費用給付保險附約居家療養附加條款」(即系爭附約三)、「○○○人壽住院費用給付保險附約」(即系爭附約四)及「○○○人壽住院費用給付保險附約居家療養附加條款」(即系爭附約五)。

(二)申請人於104年12月9日嚴重車禍導致後續因「頸椎脊髓損傷併左側肢體麻木、創傷性椎間盤突出術後」於109年3月19日至109年4月15日赴臺北榮民總醫院員山分院住院治療(即系爭住院一)；因「頸椎脊髓損傷併四肢癱瘓、創傷性椎間盤突出術後」於109年4月30日至109年5月14日赴臺北榮民總醫院蘇澳分院住院治療(即系爭住院二)；因「頸椎脊髓損傷併左側肢體麻木、創傷性椎間盤突出術後」於109年6月3日至109年6月30日赴臺北榮民總醫院員山分院住院治療(即系爭住院三)；因「脊髓損傷」於109年7月15日至109年8月12日赴長庚醫療財團法人桃園長庚紀念醫院住院治療(即系爭住院四)，共計4段住院。

(三)系爭4段住院相對人業已賠付住院天數各為5天(住院天數總共20天)並給付醫療保險金在案。

五、本件爭點：

系爭4段住院是否具住院必要性，申請人請求相對人應再給付543,200元，有無理由？

六、判斷理由：

(一)按系爭附約一條款第2條【名詞定義】約定：「本附約所稱『住院』係指被保家庭成員因疾病或傷害，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13條【保險範圍】約定：「被保家庭成員於本附約有效期間內因第二條約定之疾病或傷害住院診療時，本公司依本附約之約定給付保險金。」及第15條【每日病房費用保險金】：「被保家庭成員因第十三條約定而以社會保險保險對象身份住院治療時，本公司按被保家庭成員住院期間內所發生，且依社會保險規定其保險對象應自行負擔及不屬於社會保險給付範圍之下列各項費用給付『每日病房費用保險金』。」；系爭附約二條款第13條【保險範圍】約定：「被保家庭成員於本附約有效期間內，因疾病或

傷害，經醫師診斷必須住院治療，且已住院治療時，本公司依本附約之約定給付保險金。」及第 14 條【住院日額保險金】約定：「被保家庭成員依第十三條約定住院治療時，本公司按下列約定，給付『住院日額保險金』，但被保家庭成員『同一次住院』給付住院日數最高以三六五日為限。一、被保家庭成員『同一次住院』之住院日數在三十日(含)以內者，按其所投保單位之『每日保險金額』乘實際住院日數給付『住院日額保險金』。」；系爭附約三第 4 條【居家療養保險金】約定：「被保家庭成員於本附加條款有效期間內，因疾病或傷害經醫師診斷必須住院治療，且已住院治療時，其出院後，本公司依下列約定，給付『居家療養保險金』。」；系爭附約四條款第 2 條【名詞定義】：「…本附約所稱『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 13 條【保險範圍】約定：「被保險人於本附約有效期間內因第二條約定之『疾病』或『傷害』『住院』診療時，本公司依本附約約定給付保險金。」及第 14 條【住院日額保險金之給付】約定：「被保險人依第十三條之約定而『住院』診療時，本公司按下列約定，給付『住院日額保險金』。」；系爭附約五第 4 條【居家療養保險金】約定：「被保險人於本附加條款有效期間內，因『疾病』或『傷害』經『醫師』診斷必須『住院』診療，且已『住院』診療時，其出院後，本公司依下列約定，給付『居家療養保險金』」。

(二)次按，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。準此，前揭保險契約條款關於「經醫師診斷有住院必要性」之意義，解釋上自不應僅以實際治療之醫師認定「有住院必要性」即屬符合前揭系爭保險契約條款之約定，而應認以具有相同專業醫師於相同情形通常會診斷具有住院之必要性者始屬之(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)。申言之，系爭 4 段住院治療是否有住院之必要，應認以具有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，始符合上揭約定住院之

要件。

(三)經查，申請人主張系爭 4 段住院，相對人應依系爭附約賠付實際住院天數云云，惟相對人則以前開情詞置辯。是本件爭點厥為：申請人於 109 年 3 月 19 日至 109 年 4 月 15 日、109 年 4 月 30 日至 109 年 5 月 14 日、109 年 6 月 3 日至 109 年 6 月 30 日及 109 年 7 月 15 日至 109 年 8 月 12 日共計 4 段住院赴多家醫院所受治療，是否具住院必要性？若有，合理住院天數為幾日？相對人以賠付各段住院各為 5 天之醫療保險金，是否合理？

(四)有關前揭爭點，經諮詢本中心專業醫療顧問，其意見略以：

1. 根據系爭 4 段住院之出院病歷摘要之記載，申請人(60 年 10 月 13 日生，男性)之體況為頸椎第 5、6 節脊髓不完全損傷，而住院之目的為復健治療。不過，申請人脊髓損傷係發生於 104 年 12 月 9 日，病況已經固定，4 次住院所接受之復健治療均可在門診執行，尚無非住院不可之治療項目。從出院病歷摘要來看，系爭 4 次住院除了復健治療外，並沒有其他必須住院治療之病況。因此，上述系爭 4 次住院並無必要性。
2. 上述系爭住院雖無必要性，但相對人對每次住院賠付 5 天醫療保險金，是合理之作法。

(五)本中心為求慎重，復徵詢其他專業醫療顧問，其意見略以：申請人於系爭 4 次住院期間，生理狀況都屬穩定，雖仍遺留有脊髓損傷之後遺症，無法如同正常人一樣，卻也未見有絕對需要住院才能處理之問題。申請人多年來之問題，應在穩定狀況下，故無住院之必要。

(六)準此，依現有事實及本中心諮詢專業醫療顧問之意見，尚難認申請人於 109 年 3 月 19 日至 109 年 4 月 15 日、109 年 4 月 30 日至 109 年 5 月 14 日、109 年 6 月 3 日至 109 年 6 月 30 日及 109 年 7 月 15 日至 109 年 8 月 12 日共計 4 段住院所接受系爭治療，有住院之必要性。從而，申請人請求相對人應再給付 543,200 元，難謂有據。

七、綜上所述，申請人請求相對人應再給付 543,200 元，本中心尚難為有利申請人之認定。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，本件評議申請為無理由，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 5 月 2 8 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。