臺灣花蓮地方法院民事判決

112年度保險字第3號

原　　告　鄭鏗洲
訴訟代理人　湯文章律師
複 代理 人　劉昆鑫律師
被　　告　新光產物保險股份有限公司
000000000000000000
法定代理人　吳昕紘
訴訟代理人　林明輝律師
複 代理 人　閔詩詠
被　　告　新光人壽保險股份有限公司
000000000000000000
法定代理人　魏寶生
訴訟代理人　吳甲元律師
　　張瑛婷
被　　告　美商安達產物保險股份有限公司
000000000000000000
法定代理人　曾增成
訴訟代理人　潘正芬律師
複 代理 人　吳漢成律師

上列當事人間請求給付保險金事件，本院於民國113年2月23日言詞辯論終結，判決如下：

主　文

原告之訴及假執行之聲請均駁回。

訴訟費用由原告負擔。

事實及理由

一、原告主張：

㈠伊於民國110年5月12日駕駛自用小客車與訴外人發生車輛擦撞（下稱本件車禍），致伊受有腦震盪、頸椎挫傷、頸椎韌帶扭傷、疑似頸椎損傷合併揮鞭樣損傷等傷害（下稱系爭傷害）。後赴花蓮慈濟醫院身心醫學科、神經內（外）科、疼

痛科、江○庭中醫復健科診所看診接受治療，並自同年月24日起看診處理情緒障礙；同年9月23日及111年3月15日經精神醫學科做心理測驗全套，後經主治醫師評估從111年2月25日起至111年3月28日止住院接受治療，經向被告公司請求保險理賠，均遭被告以伊所受傷害非屬於「中樞神經系統機能遺存的障礙」為由拒賠，經伊向財團法人金融消費評議中心（下稱金評中心）申請評議，亦未獲有利之認定，爰提起本件訴訟。

㈡關於被告新光產物保險股份有限公司（下稱新產公司）部分：

伊於109年6月3日向新產公司投保個人傷害險，保單號碼130510IRP0000000號（下稱系爭保單一）。系爭保單一保單條款第7條約定：「被保險人於本契約有效期間內遭受第三條約定的意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起一百八十日以內致成附表一所列失能程度之一者，本公司給付『意外失能保險金』，其金額按該表所列之給付比例計算。但超過一百八十日致成失能者，受益人若能證明被保險人之失能與該意外傷害事故具有因果關係者，不在此限。（下略）」。依系爭保單一契約附表一失能程度與保險金給付表項次1-1-3「中樞神經系統機能遺存顯著障害，終身無工作能力，為維持生命必要之日常生活活動尚可自理者」失能等級3，給付比例為保險金額新臺幣（下同）600萬元（意外事故或失能500萬元、特定失能生活扶助保險金100萬元，合計600萬元）之80%即480萬元。

㈢關於被告新光人壽保險股份有限公司（下稱新壽公司）部分：

伊於105年5月30日向新壽公司投保新美麗人生（新定義）終身壽險保險（主契約）保單號碼0000000000號，並附加平安意外傷害保險附約（附約），保險金額3,120,000元（下稱系爭保單二）。系爭保單二附約條款第3條約定「本附約所稱之『意外傷害事故』、『醫院』係依下列規定：一、意外

傷害事故：係指被保險人於本附約有效期間內，因遭受意外傷害事故，致其身體蒙受傷害而致失能或死亡。前款所稱意外傷害事故，指非由疾病引起之外來突發事故。」、第10條第1項約定「被保險人於本附約有效期間內遭受第三條約定的意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起一百八十日以內致成附表所列失能程度之一者，本公司給付『意外失能保險金』其金額按該表所列給付。保超過一百八十日致成殘廢者，受益人若能證明被保險人之殘廢程度與該意外傷害事故具有因果關係者，不在此限。」再依附約附表項次1-1-3「中樞神經系統機能遺存顯著障害，終身無工作能力，為維持生命必要之日常生活活動尚可自理者」為殘廢等級3，給付比例為保險金額3,120,000元之80%即2,496,000元。

㈣關於被告美商安達產物保險股份有限公司（下稱安達公司）部分：

伊於109年10月29日向安達公司投保人身意外傷害保險，保險單號碼IPATZ0000000000號，保險金額500萬元（下稱系爭保單三）。系爭保單三保單條款第2條約定「被保險人於本契約有效期間內，因遭受意外傷害事故，致其身體蒙受傷害而致失能或死亡，本公司依照本契約的約定，給付保險金。前款所稱意外傷害事故，指非由疾病引起之外來突發事故。」、第6條第1項約定「被保險人於本契約有效期間內遭受第二條約定的意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起一百八十日以內致成附表一所列失能程度之一者，本公司給付失能保險金，其金額按該表所列之給付比例計算。但超過一百八十日致成失能者，受益人若能證明被保險人之失能與該意外傷害事故具有因果關係者，不在此限。」契約附表一項次1-1-3「中樞神經系統機能遺存顯著障害，終身無工作能力，為維持生命必須之日常生活活動尚可自理者。」為失能等級3，給付比例為保險金額500萬元之80%即400萬元。

㈤本件原告符合系爭保單一、二、三（以下合稱系爭保單）失能程度與保險表所載「項目：神經、神經障害（註1）。項

次1-1-3。失能程度：中樞神經系統機能遺存顯著障害，終身無工作能力，為維持生命必要之日常生活活動尚可自理者。」失能等級第3級：

1.所謂中樞神經系統機能障礙，應包括「神經障害」及「精神障害」。

2.依契約附表失能程度與保險金給付表註1-1所載「於審定『精神障害等級』時，須有精神科、神經科、神經外科或復健科專科醫師診斷證明，及相關檢驗報告<如簡式智能評估表（MMSE）、失能評估表（mRS）、臨床失智評估量表（CDR）、神經電生理檢查報告、神經系統影像檢查報告及相符之診斷檢查報告等>資料為依據」，足見中樞神經系統機能障礙除了指「神經障害」等「可以通過醫療儀器找到病變的位置」外（參新光人壽答辯一狀P4），尚包括「無法通過醫療儀器找到病變位置」的「精神障害」，否則應只需要神經儀器檢查即可，實無需要精神科、智力評估、失智評估表等等診斷資料。

3.且失能程度與保險金給付表註1-1（2）亦記載「有失語、失認、失行等之病灶症狀、……記憶力障害、知覺障害、感情障害、意欲減退、人格變化等顯著障害；或者麻痺等症狀，雖為輕度，身體能力仍存，但非他人在身邊指示，無法遂行其工作者；適用第3級。」（失語：對表達的功能障礙。失認：對時間、地點與人物的認知有障礙。失行：對日常生活能力有障礙。感情障害：對喜、怒、哀、樂或情緒上的表達已異於常人。意欲減退：對較複雜事情感到排斥。）以上這些症狀均包含精神方面障害，因此，所謂「中樞神經系統機能」障害並不限於「神經」方面。

4.本件經花蓮慈濟醫院身心科醫師診斷原告有「慢性創傷後壓力疾患、歸類於他處其他疾病所致之失智症，伴有行為障礙」，診斷證明中並記載「其失能程度符合『中樞神經系統機能遺存顯著障害，終身無工作能力，為維持生命必要之日常生活活動尚可自理者』。原告並經110年9月23日、111年3

月15日、112年2月9日心理測驗，測驗內容即包含智能篩檢測驗（CASI C2.0）、臨床失智評估量表（CDR），均已依契約提出相關之證明，被告自應依保險契約給付保險金。

㈥伊中樞神經系統機能障害與本件車禍有因果關係：

1.伊頭部因本件車禍受有外力撞擊，急性中樞中度疼痛，脖子疼痛、右手麻痺症狀，因伊受傷位置在頭部，可能有腦震盪之情形，因腦震盪後之症狀不一定會當下顯現，腦震盪後72小時內都有可能會出現頭痛、嗜睡、對外界漠不關心、對時間與地點失去定向力、噁心、嘔吐、眩暈、行動障礙、坐立不安、瞳孔擴大與固定、昏迷等症狀，因此醫師要伊再回去觀察。

2.而伊回去後即出現脖子病、上肢麻痺、頭痛、嗜睡、噁心、連續嘔吐、感覺遲鈍、手腳抽筋之症狀，在110年5月14日回診，110-05-14之核磁共振照射結果顯示「C spine MRI：HIVD at C4-7」（譯：頸椎核磁共振：4-7節椎間盤突出），神經外科醫師即診斷有腦震盪之情形，此觀原告門診病歷單上110-05-14醫師診斷記載「Concussion without loss ofconsciousness, initial encounter」（譯：未喪失意識腦震盪）、「Other spondylosis with radiculopathy, cervical region」（譯：頸椎區椎關節神經根病變），因此伊確實因車禍的強烈撞擊，造成頸椎的椎間盤突出，壓迫神經，並有腦震盪等症狀，這些都是初始症狀。

3.本件車禍後伊出現焦慮、半夜驚醒等情形，經110-05-24轉診身心科，經身心科醫師診斷「Acute stressreaction」（譯：急性壓力反應）。

4.伊仍出現嘔吐、頭痛、焦慮之症狀而再次於110-05-28回診，此觀當日主訴記載：「persistent vomiting since trafficaccident on 5/12, headache, head tightness, anxiety, vomit, again last evening」（譯：車禍後持續性嘔吐、頭痛、緊張性頭痛、焦慮、昨晚再次嘔吐），可見腦震盪之症狀並未改善。

5.110年7月26日回診身心科，診斷為「Other specified anxiety disorders」（註：其他特定焦慮症）。伊在110年9月23日並經過心理鑑衡，在鑑定結論與建議中即記載「根據測驗結果顯示，個案目前整體認知表現低於該年齡與教育層級之切截分數，認知表現有顯著缺損，並於班達完型測驗中顯現器質性腦傷之特徵。而個案近一個月仍經常出現侵入性、特殊警醒性與反應性相關症狀，其認知與情緒的負向改變尚存，仍需刻意迴避事件相關刺激以維持情緒穩定；依其所提供之主觀經驗資訊而言，不排除有PTSD之可能性。」110-10-13，診斷「Prolonged posttraumatic stress disorder」（創傷後壓力症候群）、「Adjustment disorder with depressed mood」（適應障礙伴隨憂鬱）

6.111年2月25日，因情續異常認知表現顯著缺損，記憶表現都明顯偏低，班達完型測驗中顯現器質性腦傷特徵，情況未改善，經主治醫師評估下收入院治療，住院1個月。

7.111年5月17日，診斷「Dementia in conditions classified elsewhere with behavioral disturbance」（譯：其他原因引起之失智症，伴隨行為障礙）

8.又車禍後足以導致創傷後壓力症候群，另參照國○綜合醫院○○科臨床心理師薛○○所著《不可輕忽的腦震盪後症候群》一文，腦震盪症候群或腦損傷均可能造成認知功能受損，網路上亦不乏因腦震盪導致認知功能下降之新聞。因此腦震盪後並不排除造成創傷後壓力症候群、認知功能退化及失智症等症狀。

9.經由以上治療過程，可證伊是在車禍後引發後續之症狀。另於鈞院另案111年花簡字第282號事件（下稱另案原審），鈞院向慈濟醫院函詢伊之病情與110年5月12日急診有無相當因果關係，經花蓮慈濟醫院以111年11月29日慈醫文字第1110003538號函復以：「㈠精神醫學部：民國110年5月13日發生事故（註5月12日之誤載）。110年9月23日測驗結果顯示個案有認知缺損，此缺損很難說與事故無關，畢竟時間列序合

乎邏輯。㈡神經外科部：病患車禍受傷後，持續肩頸痠痛、下背痛、四肢麻木無力、頭暈等症狀，經藥物治療未改善，腦部電腦斷層及磁振造影檢查未發現出血現象，頸椎磁振造影檢查也沒發現明顯神經受損，疑似為創傷後壓力症候群，轉介身心科門診評估治療，後續出現顯著認知功能缺陷、行為能力退化。創傷後壓力症候群，與110年5月12日急診之病因有因果關係。」（下稱系爭慈濟醫院函文）

10.因另案原審囑託台大醫院鑑定內容為：1、「頸椎韌帶扭傷」與「頸椎其他退化性脊椎炎伴有神經根病變」之關係。2、「頸椎韌帶扭傷」與「認知功能退化或失智」之關係為鑑定。但伊之初始症狀並非只有「頸椎韌帶扭傷」，尚包括其他「腦震盪」症狀，因此另案原審囑託鑑定之內容有誤，且原審亦未說明為以「頸椎韌帶扭傷」作為起始症狀作為鑑定基礎，而非腦震盪？且上開慈濟醫院111年11月29日回函已說明有與車禍有因果關係，另案原審判決卻未說明不採之理由，伊已提起上訴等語。

㈦並聲明：被告新產公司應給付原告4,800,000元，被告新壽公司應給付原告2,496,000元，被告安達公司應給付原告400萬元，及均自起訴狀繕本送達之翌日起至清償日止，按年息10%計算之利息；願供擔保，請准宣告假執行。

二、被告分別以：

㈠被告新壽公司答辯：

1.原告應就其係因系爭事故致受有系爭傷害，及系爭傷害確屬系爭失能情事等節負舉證責任；

2.依原告110年5月12日車禍事故當天之急診病歷，原告主述為「頸部」疼痛，並非「頭痛」，頭部電腦斷層攝影顯示顱內無出血，十個月後追蹤的腦部磁振造影，除了2個陳舊腦梗塞外，也未見其他腦實質變化，頸椎磁振造影中，脊髓亦無明顯病變。是原告在事故後無明顯外傷及內出血，其主張因系爭事故造成明顯認知功能缺損並不合理，復有111年評字第3039號評議書意見可參；

3.系爭保約1-1-3條所稱之「中樞神經系統機能障害」應特定為「中樞神經系統和周圍神經產生器質性病變，且可以通過醫療儀器找到病變的位置者」，其他因「思考、情緒、知覺、認知、行為等精神狀態表現異常」則不屬之，而原告所提之診斷證明書，均僅能得知原告因系爭事故受有頸部外傷，並未證明其因該事故受有腦部內傷，且無證據可證明原告因系爭事故產生神經學檢查異常之狀況，自不符合上開約定之失能體況等語。

㈡被告新產公司則以：

原告雖主張伊受有系爭傷害，然該等傷情顯不符合失能程度與保險金給付表項次1-1-3「中樞神經系統機能遺存顯著障害，終身無工作能力，為維持生命必要之日常生活活動尚可自理者」失能等級3，且不論是金評中心諮詢之專業醫療顧問，或台大醫院於另案之鑑定函覆內容，均認為原告主張之失能等級3之傷情與本件車禍事故間並無因果關係，從而本件原告請求實無理由等語，資為抗辯。

㈢被告安達公司則以：

1.原告應就其主張本件事故造成中樞神經受損之事實，負舉證責任；又本件車禍發生於110年5月12日，然原告遲至180日以後之111年4月22日始提出符合給付表之失能等級主張。依系爭保單三第6條第1項約定，原告就所謂失能，既已超過事故日期180日以上，自應就事故與失能間具有因果關係負舉證責任。

2.原告於112年11月24日當庭提出之「急診檢傷護理評估紀錄表」並不足為原告已盡舉證責任之證明。

3.又原告稱於110年10月13日慈濟醫院診斷證明書記載原告已有器質性腦傷特徵，然不論該診斷證明書是否記載原告有器質性腦傷特徵，所謂之「特徵」並非確定診察之證明，若認有器質性腦傷造成中樞神經受損，宜在事故發生後，持續追踪並有施作「腦部及中樞神經系統檢查」等相關之檢查報告為輔。即利用電刺激神經產生動作位，將體活的神經細胞及

腦部支配體活動的區域產生的電位變化放大後利用儀器來記錄，把這種動作電位轉換成波形，來評估和診斷神經受壓迫或是受傷害之情形。臨床上是零極貼在頭部及體上測量，利用電流導入，觀察肌肉在靜止狀態以及適度用力收縮時的電氣活動，綜合不同部位結果以判定病患的症狀是屬於神經、神經根、神經元或肌肉病變或腦部病變，以及其範圍與嚴重性。但原告自事故發生後，既無類似之檢查報告，亦未做神經切片檢查，臨床上咸少事隔半年忽然發生中樞神經病變，故原告就此事故與超過180日後之中樞神經問題間之因果關係，仍應負舉證責任。

㈣並均聲明：原告之訴及假執行之聲請均駁回；若受不利判決，願供擔保請准宣告免為假執行。

四、得心證理由：

本件所應審究者厥為：由原告所為舉證，是否足以證明：原告因本件車禍受傷，已達系爭保單附表一「失能程度與保險金給付表」項次1-1-3「中樞神經系統機能遺存顯著障害，終身無工作能力，為維持生命必要之日常生活活動尚可自理者」，而屬失能等級第3級（卷46、57、73頁）？

㈠經查，原告雖主張符合上述失能等級，惟該條款約定：「中樞神經系統機能遺存障害，由醫學上可證明局部遺存頑固神經症狀，勞動能力較一般顯明低下」，此失能情事列屬於「神經障害」類失能項目，且判定標準有關「中樞神經系統機能障害」之內涵，依「給付表」註1-1-⑶記載「例如無知覺障害之錐體路及錐體外路症狀之輕度麻痺，依影像檢查始可證明之輕度腦萎缩、腦波異常等屬之，此等症狀須據專科醫師檢查、診斷之結果審定之」，且就審定「神經障害等級」時，依註1-1，則須有「精神科、神經科、神經外科或復健科專科師診斷證明及相關檢驗報告如簡式智能評估表(MMSE)、失能評估表(modified Rankin Scale,mRS)、臨床失智評估量表(CDR)、神經電生理檢查報、神經系統影像檢查報告及相符之診斷檢查報告等資料為依據，必要時保險人得

另行指定專科醫師會同認定。」（卷47、59、73頁），可認系爭保單所稱之「中樞神經系統機能障害」應特定為「中樞神經系統和周圍神經產生器質性病變，且可以通過醫療儀器找到病變的位置者」，至其他因「思考、情緒、知覺、認知、行為等精神狀態表現異常」，則不屬之，而於判斷障害等級，則應具有精神科、神經科、神經外科或復健科專科醫師診斷證明及檢驗報告為據。然由原告所提之診斷證明書，均僅能得知原告因系爭事故受有頸部外傷，並未證明因該事故受有任何損傷，系爭事故既未使原告之腦部受有內傷，且無證據可證明原告因系爭事故產生神經學檢查異常之狀況，已難認原告因本件事故受有中樞神經系統或周圍神經器質性病變，自不該當「中樞神經系統機能障害」之定義。

㈡次查，由原告110年5月12日車禍事故當天之慈濟醫院急診病歷觀之，原告意識清楚、肌力正常、無明顯頭部外傷、生命徵象穩定、血氧正常，到急診的主述為「頸部 neck pain」疼痛，並非「頭痛」，頭部電腦斷層攝影顯示顱內無出血（卷241至242頁），是原告在事故後無明顯外傷，神經理學、腦部影像檢查也均無出血或其他外傷相關變化，又經原告向金評中心申請評議，亦經該中心認原告主張因本件事故造成明顯認知功能缺損並不合理，此有金評中心111年評字第3039、3040、3083號評議書意見可參（下稱系爭評議書，卷29至40頁），是原告之主張已難採憑。

㈢再查，另案審理中曾將原告主張之各種傷情送交國立台灣大學醫學院附設醫院鑑定，其函覆內容如下（下稱系爭鑑定報告，本院卷238至239頁）：

1.附件1診斷證明書(即本件車禍發生當日之慈濟醫院診斷證明書，本院卷27頁)所載「頸椎韌帶扭傷」，係指外傷性急性之軟組織傷害，通常代表無立即手術之適應症，且經保守治療可恢復之病況。」

2.附件2診斷證明書(本院卷第253至258頁)所載之病症，說明如下：

⑴「頸椎其他退化性導雜炎伴有神經根病變」為一慢性退化性病變，與附件1所提之病況(即「頸椎韌帶扭傷」)無關。

⑵鄭先生(即原告)於111年6月29日、7月30日、8月2日診斷證明書上提及之「歸類於其他病症所致之失智症，伴有行為障礙」、「腦震盪」、「智能低落，語文智商及作業智商落於邊緣及非常低的程度」、「認知功能退化」，係依據其於110年9月23日及111年3月15日之心理衡鑑結果，顯示其整體認知功能低於該年齡與教育層級應有之表現，故被診斷為認知功能退化。

⑶鄭先生前述之「認知功能退化」是否與車禍當日發生之「頸椎韌帶扭傷」有因果關係，綜判結果為「無」明確之因果關係，理由如下：

❶若為腦傷後之認知功能退化，起始腦傷事件應有嚴重症狀，如意識昏迷或顱內出血等；然鄭先生於000年0月00日就診紀錄為意識清楚，110年5月28日腦部電腦斷層顯示無明顯出血或其他病灶，若起始症狀僅為頸椎韌帶扭傷，醫學上無法判斷其與認知功能退化有任何相關性。

❷鄭先生於111年3月1日接受之腦部核磁共振影像顯示腦部有兩處小洞性梗塞，位於右側被殼核與右側橋腦，除此之外並無其他明顯腦傷或創傷性腦病變後可見之腦部白質變化。

❸鄭先生於110年9月23日之知能篩檢測驗(CASI)為66分、111年3月15日CASI為59分，兩次心理衡鑑結果均提及「本次受限於個案身體疼痛因素，無法久坐」與「測驗結果可能受個案多重生理疼痛所干擾」。因此，鄭先生實際上之認知功能退化情況，仍有待進一步追蹤。

⑷在神經學上，「腦震盪」及「腰椎間盤突出」與頸椎病況完全無相關。

⑸「頸椎挫傷」與附件1診斷證明書所載「頸椎韌帶扭傷」均為敘述同一病況，即外傷性急性之頸椎軟組織傷害。

3.綜上所述，原告之認知功能退化或失智症成因仍有待釐清，但無法判斷與車禍當日之頸椎韌帶扭傷有任何相關性。

4.準此，依系爭鑑定報告可知，原告本件車禍發生當日，僅經診斷受有「頸椎韌帶扭傷」（即「頸椎挫傷」）之傷害，雖原告嗣後經診斷出有「腦震盪」、「腰椎間盤突出」、「疑似頸椎損傷合併揮鞭樣損傷」、「慢性創傷後壓力症候群」及「歸類於他處其他疾病所致之失智症，伴有行為障礙」等傷害，惟因此與原告所受上揭「頸椎韌帶扭傷」難認有何相關性，自難認與本件車禍有何相當因果關係。是原告主張其所受「腦震盪」、「腰椎間盤突出」、「疑似頸椎損傷合併揮鞭樣損傷」、「慢性創傷後壓力症候群」及「歸類於他處其他疾病所致之失智症，伴有行為障礙」等傷害，係因本件車禍所生，並主張屬於失能等級第3級，而向被告請求給付保險金云云，即屬無據。

㈣原告雖以系爭慈濟醫院函文記載「110年9月23日測驗結果顯示個案有認知缺損，此缺損很難說與事故無關」及「創傷後壓力症候群，與110年5月12日急診之病因有因果關係」等語，主張其中樞神經系統機能障害與本件事故有因果關係云云（卷266、311頁）；然查，系爭鑑定報告已記載：「原告於110年9月23日之知能篩檢測驗(CASI)為66分、111年3月15日CASI為59分，兩次心理衡鑑均在慈濟醫院進行，結果均提及『本次受限於個案身體疼痛因素，無法久坐』與『測驗結果可能受個案多重生理疼痛所干擾』。因此原告實際上之認知功能退化情況，仍有待進一步追蹤」等語，此有系爭鑑定報告及慈濟醫院心理衡鑑結果可按（卷268至239、244、245頁），故原告認知功能退化，已難率認與本件事故間有因果關係；又縱認原告確實患有創傷後壓力症候群，然於國際疾病分類中係屬「精神與行為疾患」，與原告主張之中樞神經系統機能遺存障害，尚屬有間，即精神障礙並非神經障礙，原告徒以系爭保單註1記載「須有精神科會診」、「有失語、失認、失行等之病灶症狀」等文句，即主張患有創傷後壓力症候群亦屬神經障害失能第3級云云（卷334頁），除與上述疾病分類相違外，亦與系爭保單條文之約定不符，自不

符合給付表第1-1-3項，此復經金評中心評議在案，而有系爭評議書可稽（卷32、36、39頁）。

㈤從而，原告就其主張迄未舉證加以說明，自不足採憑。

五、綜上所述，原告依系爭保單之法律關係，請求被告分別給付如訴之聲明所示之金錢及利息，為無理由，應予駁回；其假執行之聲請，因訴之駁回而失所附麗，不應准許，併予駁回。

六、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及舉證，核於判決結果不生影響，爰不一一論斷，附此敘明。

七、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第78條。

中　　華　　民　　國　　113　　年　　3　　月　　22　　日

民事第二庭　法　官　李可文

上列正本係照原本作成。

如不服本判決，應於送達後20日內向本院提出上訴狀（上訴狀應表明上訴理由）並繳納上訴審裁判費，如於本判決宣示後送達前提起上訴者，應於判決送達後20日內補提上訴理由書（均須按他造當事人之人數附繕本）。

如委任律師提起上訴者，亦應一併繳納上訴審裁判費。

中　　華　　民　　國　　113　　年　　3　　月　　22　　日

書記官　莊鈞安