臺灣花蓮地方法院民事判決

115年度保險簡上字第1號

上　訴　人　楊麗圭
　　許乃文
　　許庭瑋
共　　同
訴訟代理人　劉榮靈
被上訴人　　全球人壽保險股份有限公司
000000000000000000
法定代理人　林文惠
訴訟代理人　劉彥廷律師

上列當事人間給付保險金事件，上訴人對於民國114年11月12日本院花蓮簡易庭114年度花保險簡字第5號第一審判決提起上訴，本院於115年9月14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、上訴人於原審起訴主張：訴外人即上訴人楊麗圭之夫許○仁於民國91年11月4日以自身為被保險人向被上訴人投保「新終身壽險」（下稱系爭主約）附加「新重大疾病終身保險附約」（下稱系爭附約，與系爭主約合稱系爭契約），約定系爭契約之受益人為上訴人。嗣許○仁於112年1月12日因動脈阻塞及腦中風住院，並於同年5月12日死亡，許○仁之病程發展應已符合系爭附約第2條第3款之約定，詎被上訴人拒絕依約給付上訴人保險金。爰依系爭契約，提起本件訴訟等語，並聲明：(一)被上訴人應給付上訴人新臺幣（下同）50萬元，及自民國112年6月20日之翌日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息。(二)願供擔保，請准宣告假執行。

二、原審就上訴人之請求，為判決駁回，理由略以：（一）依系爭附約第2條第3款及第10條約定，請求「腦中風」重大疾病

保險金，須以被保險人在生效或復效30天後初次罹患，且於事故發生6個月後經腦神經專科醫師認定仍遺留指定之永久性神經機能障礙為要件；查被保險人許○仁於112年1月12日因腦中風住院，嗣於事故發生未滿6個月之同年5月12日死亡，既未於事故發生6個月後經醫師認定遺留指定障礙，即不符合約定給付要件，被告自無給付保險金之義務。（二）原告雖主張事故發生6個月內死亡即屬最嚴重結果應予理賠，且「6個月」僅屬觀察期，應作有利於被保險人之解釋；惟觀諸契約條款，已明確將「事故發生6個月後遺留指定殘障」及「經腦神經專科醫師認定」列為給付之時間與診斷要件，文字內容清晰無疑義，自無保險法第54條第2項有利解釋之適用，原告忽視契約明文將死亡結果曲解為包含於該條款內，顯屬曲解契約真意，不足採信。

三、上訴人不服，提起上訴，聲明：原判決廢棄；被上訴人應給付上訴人500,000元及自民國112年6月21日之翌日起至清償日止，按週年利率百分之十計算之利息，並願供擔保，請准宣告假執行。除援引歷次書狀及開庭陳述外，並補充：上訴人主張系爭保險契約條款及除外責任均未明文將「180日內死亡」列為不給付重大疾病保險金之條件，被上訴人將「180日觀察期間」擴張解釋為「180日存活條件」，顯係增加契約所無之限制。且原審判決將醫學上用以排除短期可恢復疾病之180日「觀察期」或「猶豫期」，解釋為要求被保險人須生存滿6個月之「給付停止條件」，導致中風後成植物人（生存逾6個月）始可獲理賠，因病況過於嚴重而於6個月內死亡者反而不得理賠之荒謬結果；對於「觀察期內死亡」未明確約定之契約疑義，被上訴人業務員馬○英亦結證坦承締約時未說明該處理方式，原審未依保險法第54條第2項採有利於被保險人之解釋，背離疑義利益歸諸被保險人原則。再者，條款所列植物人或一肢以上機能喪失等較輕障礙既屬承保範圍，依舉輕以明重之法理及醫學常識，所有神經機能永久完全喪失且不可逆之「死亡」更應涵蓋在內，被保

險人許○仁自112年1月12日中風後因嚴重神經功能受損致臥床、免疫力下降，引發肺炎與呼吸衰竭等併發症，持續惡化至同年5月12日死亡，兩者具相當因果關係，客觀上已證明其障礙達永久不可逆之程度，原審未審酌此直接因果關聯實屬事實認定不備；併同業務員證稱主約（壽險）與附約（醫療險）性質不同且理賠不衝突，以及保險法第125條明定疾病所致死亡得為健康險給付事故，均足證死亡不應被排除。況援引臺灣屏東地方法院101年度保險字第3號判決同一法理，同類案件已認定未滿6個月觀察期即死亡仍符合永久性神經機能障礙，原審採取完全相反之見解亦有違司法裁判一致性，故被上訴人自應依約給付重大疾病保險金，爰提起本件上訴。被上訴人則聲明：上訴駁回。答辯理由引用原審判決所載。

四、本院之判斷：

(一)上訴人對於兩造訂立系爭主約（新終身壽險）及系爭附約（新重大疾病終身保險附約）、約定受益人為上訴人，被保險人許○仁於112年1月12日因動脈阻塞及腦中風住院、於112年5月12日死亡等事實均不爭執，並有保單、系爭附約條款、診斷證明書及死亡證明書在卷可稽。本件爭點厥為：系爭附約所承保之危險事故（保險事故）為何？被保險人於事故發生後未滿6個月即死亡，是否該當系爭附約之給付要件？上訴人得否以契約有疑義為由，請求依保險法第54條第2項為有利於被保險人之解釋？

(二)系爭附約之性質為健康保險，其承保之保險事故為「初次罹患約定重大疾病，且腦中風達永久性神經機能障礙之程度」，並非被保險人死亡：

1. 保險法第13條第3項規定：「人身保險，包括人壽保險、健康保險、傷害保險及年金保險。」，人壽保險與健康保險分屬不同險種；保險法第125條規定：「健康保險人於被保險人疾病、分娩及其所致失能或死亡時，負給付保險金額之責。前項所稱失能之內容，依各保險契約之約定。」，是健

康保險所承保者為「疾病及其所致之失能或死亡」，至於失能之內容、判準及給付條件，立法者已明定委由「各保險契約之約定」形成。系爭附約名稱為「新重大疾病終身保險附約」（原審卷第41頁），其第10條約定：被保險人於本附約生效日起30天後或復效日起經醫院診斷初次罹患「重大疾病」者，保險人按保險金額給付「重大疾病保險金」（同卷第45頁），並經證人馬○英於本院準備程序具結證稱：「終身重大疾病發生後，如符合條件即一次性理賠50萬元」（本院卷第175頁），足見系爭附約係就「罹患約定重大疾病並達約定障害程度」為定額（一次性）給付之健康保險。

2. 上訴人雖據證人馬○英所稱「後者（附約）為醫療險」，主張系爭附約為醫療險，應從寬認定。惟證人於招攬時所使用之通俗分類用語，非屬契約條款本身，保險契約所承保危險之種類，應依契約明文及保險法之險種分類定之，且一般俗稱之醫療險亦屬健康險之範疇；系爭附約之給付係以「符合約定重大疾病及其障害條件」為定額給付，並非填補被保險人實際支出之醫療費用，自非屬醫療費用保險；其亦非以被保險人死亡為承保事故，而與系爭主約即人壽保險承保之死亡事故有別（此亦經證人證稱：主約理賠條件為死亡或全殘，重大疾病附約與死亡理賠不衝突 ）。上訴人以「死亡係最嚴重結果」為由主張應予理賠，係混淆生命保險與健康保險所承保之不同危險，並不可採。

3. 系爭附約所承擔之危險事故，應依其條款定之，即被保險人初次罹患重大疾病，其中「腦中風」須達「因腦血管之突發病變導致腦血管出血、栓塞、梗塞致永久性神經機能障礙」之程度。而所謂「致永久性神經機能障礙」，文義上即以生存始得發生上述機能障礙，應不含死亡在內。

(三)系爭附約條款之內容及條件明確，並無不明之處；被保險人於事故發生後未滿6個月死亡，不符給付要件：

1. 系爭附約第2條第3款約定：「腦中風：係指因腦血管之突發病變導致腦血管出血、栓塞、梗塞致永久性神經機能障礙

者。所謂永久性神經機能障礙係指事故發生六個月後經腦神經專科醫師認定仍遺留下列障礙之一者：(1)植物人狀態。(2)一肢以上機能完全喪失。(3)兩肢以上運動或感覺障礙而無法自理日常生活者……(4)喪失語言或咀嚼機能者。」，依此文義，該款就「永久性神經機能障礙」之認定，同時設定①時間要件（事故發生六個月後）、②診斷主體要件（經腦神經專科醫師認定）、③障礙內容要件（仍遺留列舉之四款障礙之一）。其文字一般具有通常事理能力之人均可理解，內容及條件並無不明之處。

2. 尤應注意者，該款係以被保險人於事故發生6個月後「仍遺留」所列障礙為要件，「仍」字在文義上即以被保險人於該時點生存為前提；所列四款障礙之內容，均係「機能喪失」、「無法自理日常生活」、「喪失語言或咀嚼機能」等機能障害狀態，死亡並非其中之一，亦無從與各該障害狀態等同視之。故被保險人於事故發生後未滿6個月即死亡者，客觀上即無從具備上開時間要件與診斷要件，其情形縱屬嚴重，仍與條款所定之給付要件不合。原審就此之認定，並無何違誤。

3. 上訴人所稱「舉輕以明重」云云，實係就契約未約定之事故型態（死亡）主張類推適用該款，已逾契約文義之射程，屬對契約之補充而非解釋，本院無從以解釋方式變更當事人已明定之承保條件。

(四)保險契約具射倖性，其承保範圍及觸發保險金給付之條件，均事前明文約定，並經精算之風險分配反映於費率結構，應究明系爭保單所設計承擔之危險事故為何：

1. 保險制度係利用大數法則分散風險，於保險公司之專業精算下，藉由承擔社會共同團體之共同風險，在對價衡平原則下，經主管機關核定費率、保險單條款，銷售保單收取保費，並對發生保險事故之被保險人給付保險金；保險費之費率及承保範圍之對價性，均係經由專業之精算程序及主管機關所核准，保險人不可能承擔漫無限制危險，唯有經限定之

危險方屬保險人所承擔，要保人所給付之保費與保險人所承擔之危險間成一對價關係，並於保險期間維持平衡狀態（臺灣高等法院臺中分院113年度保險上易字第5號判決；臺灣高等法院113年度保險上易字第10號判決意旨參照）。保險契約既為射倖契約，其前提建立在最大善意上，並應兼顧危險共同體之利益而為解釋（臺灣高等法院臺中分院92年度保險上字第5號判決意旨參照）。

2. 保險法第55條第3款並明定「保險事故之種類」為保險契約之法定應記載事項，是承保範圍與觸發給付之條件，均應由當事人於締約時明定，法院不得於事故發生後，任意擴張契約所定之承保範圍。倘於承保範圍外之事故發生後，以「目的」或「嚴重程度」為由擴張有利於己之解釋，要求保險人給付承保範圍外之保險金，即與契約及對價平衡原則有違，蓋保險範圍之廣或狹，均為要保人（被保險人）之自由意思決定，由要保人視其所需保障之高低及保險費之數額而為決定。

3. 準此，本件應究明者，係系爭保單之設計所欲承擔之危險事故為何？依系爭附約第2條第3款、第10條之約定，並對照系爭主約承保死亡或全殘，系爭保單之危險分配結構為：被保險人死亡之風險由系爭主約承擔（受益人於被保險人死亡時，得依主約請領身故保險金），系爭附約所承擔者則為「被保險人罹患約定重大疾病並於事故發生6個月後仍遺留約定障害」之風險——亦即該附約所對應之保險費費率，係以「發病6個月後仍存有障害」之發生率為精算基礎。上訴人主張「未滿6個月死亡」亦應給付，等同將被保險人死亡之風險重複納入健康保險附約之承保範圍，此不僅非當事人締約時所約定之危險事故，更將實質擴張危險共同體之範圍，破壞費率與承保危險間之對價平衡關係。故上訴人以「死亡為最嚴重之結果」推論系爭附約亦應理賠，實係將系爭主約與系爭附約之危險分擔混淆，並無可取。

4. 上訴人另援引保險法第125條，主張「疾病所致死亡」得為

健康保險之給付事故云云。惟該條僅在界定健康保險人責任之「可能」範圍，同條第2項已明定失能之內容依各保險契約之約定，是健康保險附約究竟承保何種保險事故及其給付條件，仍取決於各該契約之明文約定；契約既未將「被保險人於事故發生後未滿6個月死亡」列為保險事故，自不得由該條反面推論系爭附約應予給付。至上訴人所指臺灣屏東地方法院101年度保險字第3號判決，與本件而言，二者乃不同公司的不同保單，商品契約類型與承保條件不同，二者情形有別，尚難比附援引；個案判決亦不拘束本院，上訴人以裁判一致性指摘原判決，尚屬無據。

(五)要保人於契約成立時應已知系爭保單之性質及理賠條件，上訴人不得於事故發生後反以「未說明」為由主張有利解釋：

1. 證人馬○英於本院準備程序具結證稱：其自89年間起招攬此一商品，一年約二、三十件；系爭商品腦中風須有180天觀察期，癱瘓須有全殘之植物人證明並有180天觀察期；上訴人楊麗圭原請求其向公司爭取醫療保險，因被保險人許○仁身體健康狀況之原因，公司不准，其乃以重大疾病險附加方式作成此保險；招攬時係與上訴人楊麗圭聯絡，在被保險人許○仁家中解說時被保險人亦在場，並向其等解釋相關內容，因其間涉及加費等情，故需詳細解釋等語（本院卷第176頁），因此，由上述締約過程，足認要保人對系爭保險契約性質應已明瞭。

2. 又系爭附約之腦中風條款，其「事故發生六個月後經腦神經專科醫師認定仍遺留所列障礙之一」之文字，係載明於經主管機關審查之制式商品條款中，要保人於投保時本得自保單條款知悉其理賠條件；佐以證人上開證述，要保人及其家屬在契約成立時，就系爭附約係以「重大疾病發生後須經180天觀察期仍遺留障害」為理賠條件一節，非無認識之可能。上訴人於事故發生後，始主張業務員未曾說明「180天內死亡如何處理」而指契約有疑義，係以招攬過程中未及提及之枝節事項，回溯推翻契約明文約定之給付條件，自不足採。

3.另上訴人主張證人曾攜款私下洽談和解一事，業經證人否認，且縱保險人曾基於商業考量向上訴人爭取從寬理賠或進行協商，於雙方成立和解前，亦不生承認給付義務或變更契約條件之效力。

(六)綜上所述，系爭附約為健康保險，其承保之保險事故為「初次罹患約定重大疾病，且腦中風須達事故發生6個月後經腦神經專科醫師認定仍遺留約定障礙之一之程度」；系爭附約條款之內容及條件明確，並無不明之處，被保險人於事故發生後未滿6個月即死亡，死亡又非該款所列障礙，上訴人主張之契約疑義並不存在，本件亦無保險法第54條第2項規定之適用。從而，上訴人依保險契約之法律關係請求被上訴人給付保險金及法定遲延利息，乃無理由，應不准許。原審為上訴人敗訴之判決，並駁回其假執行之聲請，於法尚無不合。上訴意旨指摘原判決不當，求予廢棄改判，為無理由，應予駁回。

據上論結，本件上訴為無理由，依民事訴訟法第436條之1第3項、第449條第1項、第78條，判決如主文。

中　　華　　民　　國　　115　　年　　10　　月　　8　　日

民事第二庭　審判長法　官　楊碧惠

法　官　施孟弦

法　官　沈培錚

以上正本係照原本作成。

本判決不得上訴。

中　　華　　民　　國　　115　　年　　10　　月　　8　　日

書記官　陳良瑋