臺灣新北地方法院民事判決

112年度保險字第4號

原　　告　余彬誠
000000000000000000
訴訟代理人　王耀德
000000000000000000
000000000000000000
被　　告　台灣人壽保險股份有限公司
000000000000000000
法定代理人　鄭泰克
訴訟代理人　蔡耀瑩
　　彭國瑋
　　李永塑

上列當事人間請求給付保險金事件，本院於中華民國102年8月22日言詞辯論終結，判決如下：

主　　文

原告之訴駁回。

訴訟費用由原告負擔。

事實及理由

壹、程序方面：

按訴狀送達後，原告不得將原訴變更或追加他訴，但擴張或減縮應受判決事項之聲明者，不在此限，民事訴訟法第255條第1項第3款定有明文。本件原告起訴，其聲明原為：被告應給付原告新臺幣（下同）599,722元，嗣變更為：被告應給付原告688,578元。核原告所為上開訴之變更，係屬擴張應受判決事項之聲明，與前揭法律規定相符，應予准許。

貳、實體方面：

一、原告主張：

㈠原告於民國95年8月18日向被告投保醫療險「健康新生活終身壽險」等主附約保單，保單號碼0000000000，及「台灣人壽長期看護終身壽險」，保單號碼0000000000，持續繳費至

今有效。00年0月下旬，原告確診為「末期腎病、慢性B型肝炎、肝硬化、擴張性心臟病變」等重症疾病，無法工作與生活自理長達2年（住院往返治療），且依據110年11月5日臺北市立聯合醫院中興院區（下稱臺北市立聯合醫院）主治門診診斷「98年截至目前為止，腹部臟器仍遺存顯著障礙，無法工作，但日常生活可自理」。98年間，原告亦送勞動部勞工保險局（下稱勞保局）辦理失能理賠申請，同年11月該局判定為失能等級第七級「7-28：二側腎臟無機能，且須終身定期透析治療」。原告乃於98年10月5日備齊理賠文件，通知負責原告保險服務之李宜孺，就原告住院、手術、實支實付等醫療事實逕行理賠申請；另有關「失能」、「豁免」等保險契約條件，由李宜孺轉請理賠人員協助病歷文件資格作條件核對，就原告保單有效契約中進行評估，以符實際權益與理賠權益。惟被告該管人員未就實際病歷、診斷文件，作豁免及失能判定，僅就住院醫療部分給付，無視實際病況早已至豁免及失能程度，理賠人員自行否決豁免申請理賠需求，也未照會李宜孺說明需補件或未符合之原因。本件就原告體況病歷顯示，已附合條款中豁免或失能等級之程度定義；且按各保險示範條款第1條規定：「附約解釋應探求契約當事人之真意，…如有疑義時，以作有利於被保險人的解釋為準。」期間被告若以正式文書通知補件或不符合理賠照會，本應善盡保戶關懷責任與社會道義，協助原告補正相關文件。其後，原告於110年7月9日再申請理賠，期間被告仍消極處理，且未經原告同意一度取銷理賠申請案。截至原告於110年9月中旬向財團法人金融消費評議中心（下稱金融消費評議中心）評議申請後，被告僅於110年10月13日針對「台灣人壽一年期二至十一級殘廢健康保險附約」（下稱系爭殘廢附約）以第七級作一部分失能等級理賠認定，含部分利息給付81,797元，惟給付標準應以失能等級三級方符合原告體況，短少給付8萬元及其遲延利息。

㈡金融消費評議中心評議後，評議結果認原告「未喪失工作能

力」、「保險金請求權已逾2年時效消滅」等草率結案，罔顧原告已達保險理賠事實權益，理由如下：

1.「98年起迄今之持續性重疾狀況」：最新110年11月5日臺北市立聯合診所醫囑診斷：「末期腎病、慢性B型肝炎、肝硬化、擴張性心臟病變」等重症疾病，腹部臟器遺存顯著障礙，建議不宜工作，需他人協助等事實，經專業醫院評估，已達保險失能給付等級與條款要求。此為不服評議結果之一。

2.「保險金請求權已逾2年時效消滅」：原告98年10月5日首次申請理賠，由於理賠文件申請涉及保險專業，已要求業務人員，針對失能、豁免理賠進行或補件評估，仍遲未就豁免或失能部分作任何拒絕理賠撥付與照會通知，則應以延宕怠慢程序角度審理，且計算遲延利息。若以請求權逾2年而消滅理由拒絕理賠，實為不服評議結果之二。

3.98年間，原告投保其他商業保險公司，如三商美邦，就理賠豁免認定等，均有具體理賠撥付與照會通知。惟原告自首次理賠起迄今百般拖延、從嚴審查，不利原告條款與認定解釋，避重就輕認定，實為不服評議結果之三。

㈢目前原告終身失能狀態下，仍持續接受每週洗腎治療，期間來往被告公司、金融消費評議中心多次，仍遲無法取得共識，爰依保險契約之約定，請求被告給付688,578元，即㈠主訴本金633,874元（依被告110年12月6日台壽字第1100008603號函復金管會評議中心本案尚未支付理賠額度為母數金額），包含：1.豁免保險費286,171元（自98年至111年7月9日止，其保險費應返還與豁免），2.滯納金額利息267,703元（計息期間：自98年至111年7月9日止）。3.系爭殘廢附約第三級失能等級差額理賠8萬元（投保保額為20萬元，其失能等級三及給付比率應為80%，扣除已於110年10月13日賠付七級失能等級理賠金之差額）。㈡主訴本金遲延利息54,704元：自被告110年7月9日理賠回復日起截至111年5月19日民事起訴狀具稿日止，按保險條款「逾期期間應按年利1分加

計利息給付」，即按年利1分（10%）加計利息給付等語。並聲明：被告應給付原告688,578元。

二、被告則抗辯：

㈠原告前於95年8月17日以自身為要保人暨被保險人，向被告投保保單號碼第0000000000號之「台灣人壽健康新生活終身保險」，並附加「台灣人壽新住院醫療保險附約」、「台灣人壽永健住院醫療保險附約」、「台灣人壽實支實付傷害醫療保險金附約」、「台灣人壽傷害醫療保險金日額附約」、系爭殘廢附約及「台灣人壽新豁免保險費附約」（下稱系爭豁免附約）。後原告於98年3月18日至27日因「慢性B型肝炎併肝硬化及腹水、腎功能不全、高血壓」，及98年9月18日至25日因「末期腎病、肝硬化、高血壓」在臺北市立聯合醫院住院治療，並以此於98年10月7日向被告提出理賠申請，被告乃於98年11月13日依約給付醫療保險金44,302元。嗣原告再於110年7月9日向被告提出失能保險金申請，並檢附110年7月2日由安庚內科診所開立「末期腎病」需定期接受血液透析治療之診斷證明書，及勞工保險局於98年11月6日，按失能給付標準附表第7-28項發給第七級普通傷病失能給付之函文。經被告審查後，雖原告提出理賠申請時，其保險契約所生之各項請求權已罹於時效而消滅，然被告基於關懷保戶立場，仍於110年10月13日給付第七級殘廢保險金本息81,797元。原告雖向金融消費評議中心就本件起訴事實所涉爭議申請評議，請求被告給付原告633,874元，但該中心認定原告之主張為無理由。

㈡本件爭點：

1.原告未能舉證證明其於98年間之體況，已符合系爭殘廢附約附表第6-1-2項次所示「胸腹部臟器機能遺存顯著障害，終身不能從事任何工作，但日常生活尚可自理者。」之第三級殘廢程度；也未能舉證證明其已符合系爭豁免附約條款第2條第2款所稱之「喪失其全部謀生能力」，其請求被告給付，自無理由：

①按系爭殘廢附約第9條第1項第1款約定：「被保險人於本附約有效期間內遭受第二條約定的疾病或意外傷害事故，且符合下列約定之一者，本公司按附表所列之給付比例乘以保險金額計算，給付『殘廢保險金』：一、因疾病致成附表所列第二至十一級殘廢項目之一者。」第19條第1項第1款約定：「受益人申領本附約殘廢保險金時，應檢具下列文件：…三、殘廢診斷證明書。」第19條第2項約定：「……受益人申領殘廢保險金時，本公司得對被保險人的身體予以檢驗，必要時並得經受益人同意調閱被保險人之就醫相關資料，其費用由本公司負擔。」而系爭殘廢附約附表第6-1-2項次及第6-1-3項次之殘廢程度分別為「胸腹部臟器機能遺存顯著障害，終身不能從事任何工作，但日常生活尚可自理者。」、「胸腹部臟器機能遺存顯著障害，終身祇能從事輕便工作者。」

②次按系爭豁免附約第2條第2款約定：「二、『失能』：係指被保險人於本附約有效期間內，因疾病或意外傷害事故而喪失其全部謀生能力。」第7條約定：「被保險人於本附約有效期間內，依醫院醫師出具之診斷書可判定為第二條約定之失能且持續超過一百八十日未能治癒者，於失能狀態持續期間，本公司溯自失能時起，退還或豁免下列三款之保險費：一、自失能時起按日數比例計算當期已繳付未到期之保險費，本公司於失能時起屆滿一百八十日之時，無息退還該項保險費。二、保險費到期日在失能時起一百八十日以內者，要保人應交付保險費，本公司於失能時起屆滿一百八十日之時，無息退還該項保險費。三、保險費到期日在失能時起一百八十日以後，且仍在失能狀態中持續者，本公司免收以後各到期日應交付之保險費。」第10條約定：「被保險人應於知悉失能或因意外傷害事故致成附表所列殘費時十日內，以書面通知本公司，並於一個月內檢具下列文件向

本公司申請豁免保險費：一、保險單及豁免保險費申請書。二、醫院醫師出具之診斷書。如失能持續達一年以上，應每年檢送診斷書。……被保險人申請豁免保險費時或失能狀態持續期間，本公司必要時得要求被保險人接受檢驗，其費用由本公司負擔。」

③查原告主張其因「末期腎病、肝硬化、高血壓」導致胸腹部臟器機能存有顯著障害，於98年間即已達系爭殘廢附約附表第6-1-2項次所示之殘廢程度云云，依舉證責任分配原則，其應就此負舉證之責任。惟經金融消費評議中心檢視原告所提出之相關證據，原告於98年間及110年間之體況，皆未符合系爭殘廢附約附表第6-1-2項次「胸腹部臟器機能遺存顯著障害，終身不能從事佔何工作，但日常生活尚可自理者」之第三級殘廢程度，亦不符合系爭豁免附約第2條第2款所稱之「喪失其全部謀生能力」，則原告既未能舉證證明其已符合前開條款所列之殘廢程度，及喪失全部謀生能力，其請求被告依系爭殘廢附約及系爭豁免附約給付，自無理由。

2.縱認原告於98年間已符合系爭殘廢附約附表第6-1-2項次所示之第三級殘廢程度，然原告基於系爭保險契約所生之各項保險給付請求權，業已罹於時效而消滅，被告自得拒絕給付：

①系爭殘廢附約第22條約定：「由本附約所生權利，自得為請求之日起，經過二年不行使而消滅。」系爭豁免附約第18條約定：「由本附約所生的權利，自得為請求之日起，經過兩年不行使而消滅。」

②查假設原告於98年間已符合系爭殘廢附約附表第6-1-2項次所示之第三級殘廢程度，然原告係於110年7月9日始提出殘廢保險金申請，並於申請評議時，始要求豁免保費及退還溢繳保費本息，故原告基於保險契約所生之保險金給付請求權、豁免保費請求權及退還溢繳保費請求權，均已罹於2年消滅時效，故縱認原告之體況確實

已符合上開第三級殘廢程度，被告亦得拒絕原告之請求，不因被告曾基於關懷客戶之立場，給付第七級殘廢保險金（被告並非承認原告對於被告有第三級殘廢保險金債權存在），即能認為被告亦有給付第三級殘廢保險金、豁免保費及退還溢繳保費本息之義務。

㈢並聲明：原告之訴駁回。

三、查本件原告於95年8月17日以向被告投保「台灣人壽健康新生活終身保險」，並附加「台灣人壽新住院醫療保險附約」、「台灣人壽永健住院醫療保險附約」、「台灣人壽實支實付傷害醫療保險金附約」、「台灣人壽傷害醫療保險金日額附約」、系爭殘廢附約及系爭豁免附約；原告於98年3月18日至27日因「慢性B型肝炎併肝硬化及腹水、腎功能不全、高血壓」，及98年9月18日至25日因「末期腎病、肝硬化、高血壓」在臺北市立聯合醫院住院治療，並以此在同年10月7日向被告提出理賠申請，被告於同年11月13日依約給付醫療保險金44,302元；原告再於110年7月9日向被告提出失能保險金申請，經被告審查後，依系爭殘廢附約，於110年10月13日給付第七級殘廢保險金本息81,797元，原告不服，依金融消費者保護法第13條第2項規定向金融消費評議中心提出評議申請，主張被告應給付原告第三級失能及第七級失能保險金之差額8萬元，及退還未獲豁免之保費286,171元與利息267,703元，共計633,874元，金融消費評議中心於111年3月25日以110年評字第2596號評議書（下稱系爭評議書），決定「本中心就申請人（即原告）之請求難認為有利申請人之認定」等情，有人身保險要保書、系爭殘廢附約保險單條款、系爭豁免附約保險單條款、98年10月2日臺北市立聯合醫院診斷證明書、98年10月5日保險金申請書及保險金理賠通知書、110年7月5日保險金申請書、安庚內科診所診斷證明書、勞保局110年8月17日保職函失字第1106023010號函、保險金理賠通知書、系爭評議書等件影本在卷可稽（見臺灣士林地方法院110年度保險字第16號卷第174至214

頁），並為兩造所不爭執，自堪信此部分事實為真實。

四、原告主張：其於00年0月下旬確診為「末期腎病、慢性B型肝炎、肝硬化、擴張性心臟病變」等重症疾病，無法工作與生活自理長達2年，且依110年11月5日臺北市立聯合醫院門診診斷「98年截至目前為止，腹部臟器仍遺存顯著障礙，無法工作，但日常生活可自理」，已符保險單條款中豁免或失能等級之程度定義，惟就原告於110年7月9日之申請理賠案，被告於110年10月13日依系爭殘廢附約附表為第七級失能等級理賠認定，而僅給付原告81,797元，爰依保險契約之約定，請求被告給付㈠633,874元，即豁免保險費286,171元及滯納金額利息267,703元、系爭殘廢附約第三級失能等級差額理賠8萬元，㈡上開金額之遲延利息54,704元，合計688,578元等語，則為被告所否認，並以前詞置辯。茲將本院得心證理由說明如下：

㈠經查，依110年11月5日臺北市立聯合醫院診斷證明書所示，其診斷病名固記載：「病患（即原告）於民國98年至100年間，因為下述病因：1.末期腎疾病。2.慢性B型肝炎。4.肝硬化。5.擴張性心臟病變；期間需要積極治療，且終身洗腎。無法工作與日常生活之一部分，須他人扶助。」醫師囑言亦表示：「基於前述原因，目前腹部臟器仍遺存顯著障礙，無法工作，但是日常生活可自理」等語（見上開士林卷第84頁），惟系爭評議書就本件爭點之判斷理由認為：「……（六）有關前揭爭點，經檢附卷內醫療資料諮詢本中心專業醫療顧問，其意見略以：1.110年11月中興醫院診斷證明書中所載疾病狀況，申請人（即原告）定期接受血液透析，肝硬化並無腹水。申請人之病況較98年9月時更穩定，應尚未達系爭失能附表第6-1-2項次所稱之『終身不能從事任何工作』之程度。2.另依卷內資料，申請人於98年3月及98年9月曾住院治療（當時申請人31歲），出院診斷為肝硬化（慢性B型肝炎）合併腹水、惡性高血壓、腎病症候群及慢性腎衰竭。98年9月起因上述疾病開始定期接受血液透析治

療。依醫理上述病況應可從事輕便工作，而不符合系爭豁免附約條款第2條第2款所稱之『喪失其全部謀生能力』之程度。（七）本中心為求慎重起見，復檢附卷內醫療資料，再諮詢本中心其他專業醫療顧問，其意見略以：1.依據申請人所提出之出院病歷摘要，申請人罹患肝硬化合併腹水、慢性B型肝炎、高血壓、腎衰竭等疾病，終身只能從事輕便工作，但還未到終身不能從事任何工作之機能障害程度。2.依據上述情況，申請人並未喪失其全部謀生能力。（八）從而，揆諸前揭專業醫療顧問意見，並參酌卷內相關醫療病歷資料，申請人於98年間及110年間之體況皆未符合系爭失能附表第6-1-2項次『胸腹部臟器機能遺存顯著障害，終身不能從事任何工作，但日常生活尚可自理者。』之第三級失能程度，亦不符合系爭豁免附約條款第2條第2款所稱之「喪失其全部謀生能力」，是申請人請求相對人給付第三級及第七級失能保險金之差額80,000元及退還未獲豁免之保費286,171元，另外加計利息267,703元，共計633,874元，難謂有據。」（見上開士林卷108至109頁），可見本件尚難僅憑110年11月5日臺北市立聯合醫院診斷證明書內容即可認定原告主張之事實為真。

㈡次查，本院依被告聲請，檢附臺北市立聯合醫院之原告病歷摘要及診斷證明書影本、原告安庚內科診所病歷影本等資料，囑託國立臺灣大學醫學院附設醫院（下稱臺大醫院）鑑定後，該醫院之查復意見如下：「（一）病人是否符合終身不能從事任何工作，或僅能從事輕便工作？根據提供之病歷資料，病人之前因有腎病症候群、蛋白尿等慢性腎臟病相關情形，於民國98年3月9日到98年9月18日在台北市立聯合醫院中興院區門診就診，就診期間腎功能變差並建立透析血液屢管，於民國98年9月18日因喘及尿毒症狀住進台北市立聯合醫院中興院區住院透析，狀況穩定後於民國00年0月00日出院至新莊地區血液透析中心透析，於民國98年11月20日到民國105年8月2日仍來台北市立聯合醫院中興院區門診就

診。民國105年10月7日至民國107年1月15日仍有來台北市立聯合醫院中興院區門診透析的記錄，之後在中興院區門診記錄有記載病人回到新莊地區血液透析中心透析，於民國107年3月13日至民國110年11月5日仍持續有來中興院區門診就診記錄，此後並於民國110年7月2日再度回到中興院區門診透析，一直到112年4月21日都在中興院區門診透析。除民國98年9月18日因身體不適住院透析那一週外，在一般門診追蹤拿藥，或透析紀錄中都可自行就診並在透析後進行止血，沒有看到其他額外看護協助的情形，因此病人應有部分自理能力，因要固定時間透析及瘻管照護觀點來說，病人的確不適合一般長時間或較粗重或會影響透析瘻管的工作以避免對瘻管有壓迫或傷害的情形，但若以病人有部分自理能力而言，可能可以從事如文書等輕便工作。(二）病人是否喪失全部謀生能力？因根據病歷紀載，病人應有部分自理能力，可能可以從事如文書等輕便工作。」等語，有臺大醫院112年7月17日校附醫秘字第1120903185號函所附之回復意見表在卷可憑（見本院卷第51至53頁）。原告就上開查復意見雖另提出與110年11月5日臺北市立聯合醫院診斷證明書內容相同之同醫院112年8月18日診斷證明書，並表示：依該診斷證明書可證明原告目前要終身洗腎無法工作，日常生活的一部分需要他人扶助，每週需要洗腎三次云云（見本院卷第72頁、第79頁）。然臺大醫院為我國最高醫療等級之醫學中心之一，具有醫療及疾病等等方面之專業，且其鑑定基礎資訊並非門診之單一問診及觀察，尚包含原告於臺北市立聯合醫院、安庚內科診所之病歷，又與兩造無任何利害關係，其所為鑑定結果應屬客觀、公正，而可採為本件裁判之基礎。茲臺大醫院既鑑定原告「應有部分自理能力，可能可以從事如文書等輕便工作」，則其本件病症應尚未符合系爭殘廢附約附表第6-1-2項次「胸腹部臟器機能遺存顯著障害，終身不能從事任何工作，但日常生活尚可自理者」之第三級殘廢程度，亦不符合系爭豁免附約第2條第2款「失能」之約定，是

其本件請求自屬不能准許。

㈢至被告抗辯本件原告請求已罹於時效而消滅部分，因本院已以上開理由認為原告之請求為無理由，故此部分本院即不再審究，附此敘明。

五、綜上所述，原告依保險契約之約定，請求被告給付㈠633,874元，即豁免保險費286,171元及滯納金額利息267,703元、系爭殘廢附約第三級失能等級差額理賠8萬元，㈡上開金額之遲延利息54,704元，合計688,578元，為無理由，應予駁回。

六、據上論結，本件原告之訴為無理由，依民事訴訟法第78條，判決如主文。

中　　華　　民　　國　　112　　年　　9　　月　　6　　日

民事第五庭　　法　官　高文淵

上列正本係照原本作成

如對本判決上訴，須於判決送達後20日內向本院提出上訴狀

中　　華　　民　　國　　112　　年　　9　　月　　6　　日

書記官　廖美紅