

臺灣臺中地方法院民事判決

111年度保險字第40號

原告 蔡百耕 住○○市○○區○○路0000巷00弄00號

訴訟代理人 陳冠仁律師

劉慕良律師

被告 安聯人壽保險股份有限公司

法定代理人 鄭瑞

訴訟代理人 林奕君

林承諺

上列當事人間請求給付保險金事件，本院於民國113年1月18日言詞辯論終結，判決如下：

主 文

被告應給付原告新臺幣291萬2,880元，及自民國111年8月28日起至清償日止，按年息百分之10計算之利息。

訴訟費用由被告負擔。

本判決於原告以新臺幣97萬1,000元為被告供擔保後，得假執行；但被告如以新臺幣291萬2,880元為原告預供擔保後，得免為假執行。

事實及理由

一、原告主張：

原告於民國108年6月18日以自己為被保險人向被告投保「寶卡多重大傷病健康保險」（保單號碼PL00000000，下稱系爭保險主約），約定保險期間為108年6月18日至113年6月18日，重大傷病保險金為新臺幣（下同）300萬元。嗣原告於109年4月15日至國軍臺中總醫院身心醫學科就診，經醫師診斷為「F32.1，鬱症，單次發作，中度」，其後於109年5月1日至同年6月24日、109年11月25日至110年1月22日至同院住院治療，出院時均診斷為「憂鬱症」，又於110年5月12日至

同年7月8日至同院住院治療，經醫師診斷為「嚴重型憂鬱症」，於110年7月19日經同院診斷患有「嚴重型憂鬱症（F33.3）」，並於同年7月20日領得重大傷病免自行部分負擔證明卡（下稱重大傷病卡）。「嚴重型憂鬱症（F33.3）」為系爭保險主約所約定之重大傷病，而原告係於110年7月19日始經醫師診斷患有「嚴重型憂鬱症（F33.3）」，並領得重大傷病卡，應以該日為原告罹患重大傷病之初次診斷確定日，已逾系爭保險主約第14條第1項第1款之第一保單年度，被告應依系爭保險主約第5條第1項、第14條第1項第1款第2目給付約定保險金300萬元。原告於保險事故發生後，即向被告申請給付保險金300萬元，被告應自收齊文件後15日即111年8月28日給付保險金，被告卻以109年4月15日作為保險事故發生日期，僅給付8萬7,120元予原告，被告尚應給付原告291萬2,880元之保險金等語。爰依保險法第125條規定，及系爭保險主約第5條第1項、第14條第1項第1款第2目約定提起本件訴訟等語，並聲明：(一)被告應給付原告291萬2,880元，及自111年8月28日起至清償日止，按年息百分之10計算之利息。(二)原告願供擔保，請准宣告假執行。

二、被告則以：

系爭保險主約之重大傷病保險金給付條件，需就疾病發生時點為判定，原告係於109年4月15日起於國軍臺中總醫院身心醫學科就醫，該次即診斷為憂鬱症，且持續門診及住院治療迄今，雖於110年7月19日甫取得重大傷病卡，惟依原告就診歷程，原告自109年4月15日初診至取得重大傷病卡止，其主述之症狀都相同，用藥也極少變動，並非不同疾病，經諮詢被告之顧問醫師，應屬同一疾病病程之持續治療，與後續領得重大傷病卡有因果關聯，是原告為第一保單年度發生系爭保險主約所約定之重大傷病，被告依約返還年繳保險3倍8萬7,120元予原告等語，資為抗辯，並聲明：(一)原告之訴駁回。(二)如受不利益判決，願保擔保請准免予假執行。

三、兩造不爭執事項（見本院卷第401至402頁）：

01 (一)原告於108年6月18日以自己為被保險人向被告投保「寶卡多
02 重大傷病健康保險」（保單號碼PL00000000，下稱系爭保險
03 主約），約定保險期間為108年6月18日至113年6月18日，重
04 大傷病保險金為300萬元，系爭保險主約第14條第1項第1款
05 約定：被保險人於本契約有效期間內，經醫院醫師診斷確認
06 初次罹患第二條約定之「重大傷病」者，且已依中央衛生主
07 管機關所公告實施之「全民健康保險保險對象免自行負擔費
08 用辦法」規定，取得全民健康保險保險人核發之重大傷病證
09 明者，本公司以「重大傷病」初次診斷確定之日為準，按下
10 列約定給付「重大傷病保險金」一、新投保件(一)第一保單年
11 度：「年繳應繳保險費總額」的三倍。(二)第二保單年度及以
12 後：「保險金額」（見本院卷第41至79、137至160頁保險契
13 約）。

14 (二)原告於國軍臺中總醫院身心醫學科就醫情形：

15 1.於109年4月15日首次就醫，經醫師診斷為「F32.1，鬱症，
16 單次發作，中度」，其後持續就醫，於109年4月22日至000
17 年0月00日間均經醫師診斷情形同上（見國軍臺中總醫院病
18 歷資料卷《下稱病歷卷》第31至71頁）。

19 2.於110年5月5日、同年7月14日經醫師診斷為「F32.1，鬱
20 症，單次發作，中度」、「F25.1 情感思覺失調症，憂鬱
21 型」（見病歷卷第71至77頁）。

22 3.於110年7月19日經診斷為「F33.3 鬱症，復發，重度伴有精
23 神病特徵」、「F25.1 情感思覺失調症，憂鬱型」，其後持
24 續就醫，迄111年12月26日持續就醫診斷情形同上（見病歷
25 卷第77至81頁）。

26 (三)原告於110年7月20日因重大傷病病名「ICD-10-CM F33.3」
27 領得重大傷病免自行部分負擔證明卡（見本院卷第81、282
28 頁證明卡影本）；ICD-10-CM國際疾病分類碼「F33.3」為系
29 爭保險主約所約定之重大傷病（見本院卷第65頁）。

30 (四)原告於111年8月3日通知被告保險事故發生，向被告申請系
31 爭保險主約重大傷病保險金300萬元（見本院卷第191至282

頁保險金申請資料)；被告依系爭保險主約第12條第2項約定，應於收齊前項文件後15日內給付之，但因可歸責於原告之事由致未在前述約定期限內為給付者，應按年利1分加計利息給付。兩造同意以111年8月28日作為被告若需給付重大傷病保險金300萬元之遲延利息起算日。被告已給付原告8萬7,120元即「年繳應繳保險費總額」的3倍。

四、法院之判斷：

(一)按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，保險法第125條第1項定有明文。原告主張於108年6月18日以自己為被保險人向被告投保系爭保險主約，約定保險期間為108年6月18日至113年6月18日，重大傷病保險金為300萬元；嗣原告於111年8月3日通知被告保險事故發生，向被告申請系爭保險主約重大傷病保險金300萬元，被告已給付原告8萬7,120元等情，為兩造所不爭執，並有系爭保險主約、保險金申請資料、保險金理賠明細表在卷可稽（見本院卷第41至72、137至160、191至283頁），堪予認定。

(二)依系爭保險主約第14條第1項第1款約定：「被保險人於本契約有效期間內，經醫院醫師診斷確認初次罹患第二條約定之『重大傷病』者，且已依中央衛生主管機關所公告實施之『全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法』規定，取得全民健康保險保險人核發之重大傷病證明者，本公司以『重大傷病』初次診斷確定之日為準，按下列約定給付『重大傷病保險金』一、新投保件(一)第一保單年度：『年繳應繳保險費總額』的三倍。(二)第二保單年度及以後：『保險金額』」（見本院卷第61頁），是系爭保險主約重大傷病保險金之給付，須被保險人符合「於契約有效期間內」、「經醫院醫師診斷確認初次罹患第2條約定之『重大傷病』」、「取得全民健康保險保險人核發之重大傷病證明」等條件後，再以「『重大傷病』初次診斷確定之日」為基準，若該基準日於第一保單年度，即給付年繳應繳保險費總額3倍，若於第二

01 保單年度及以後，即給付重大傷病保險金額。

02 (三)本件原告經醫院醫師診斷確認初次罹患系爭保險主約第2條
03 約定「重大傷病」之日，係在系爭保險主約第二保單年度之
04 後，被告應依系爭保險主約第14條第1項第1款第2目給付重
05 大傷病保險金300萬元：

06 1.系爭保險主約所定之「重大傷病」，依該契約第2條第5款前
07 段約定，係指「被保險人於本契約生效日起持續有效30日以
08 後或自復效日起，經醫院醫師診斷確定而屬『重大傷病範
09 圍』項目之一者」；該契約第2條第6款則約定「重大傷病範
10 圍」係指中央衛生主管機關公告實施之「全民健康保險保險
11 對象自行負擔費用辦法」附表「全民健康保險重大傷病範
12 圍」中所載之項目（詳附表一），並於契約附表一載明「全
13 民健康保險重大傷病範圍」，其中情感性疾患部分之ICD-10
14 -CM國際疾病分類碼包括「F30.10-F30.13、F30.2-F30.9、F
15 31.0-F31.9、F32.2-F32.9、F33.2-F33.9」（見本院卷第5
16 9、65頁）。系爭保險主約契約第2條第5款前段既已明定須
17 經醫院醫師診斷確定屬「重大傷病範圍」項目時，始屬該契
18 約所稱之「重大傷病」，則同契約第14條第1項所指「『重
19 大傷病』初次診斷確定之日」，自應指醫院醫師「初次診斷
20 確定」被保險人罹患「重大傷病範圍」項目疾病之日。

21 2.依原告於國軍臺中總醫院就醫之病歷資料所示，原告於該院
22 身心醫學科就醫之歷程為：(1)於109年4月15日首次就醫，經
23 醫師診斷為「F32.1，鬱症，單次發作，中度」，其後持續
24 就醫，於109年4月22日至110年0月00日間均經醫師診斷情形
25 同上（見病歷卷第31至71頁）；(2)於110年5月5日、同年7月
26 14日經醫師診斷為「F32.1，鬱症，單次發作，中度」、「F
27 25.1情感思覺失調症，憂鬱型」（見病歷卷第71至77頁）。
28 (3)於110年7月19日經診斷為「F33.3 鬱症，復發，重度伴有
29 精神病特徵」、「F25.1情感思覺失調症，憂鬱型」，其後
30 持續就醫，迄111年12月26日持續就醫診斷情形同上（見病
31 歷卷第77至81頁）。又原告於110年7月20日因重大傷病病名

「ICD-10-CM F33.3」領得重大傷病免自行部分負擔證明卡，亦有原告之重大傷病卡為憑（見本院卷第81、282頁）。依上開原告就醫歷程可知，被告雖於109年4月15日即開始因憂鬱症就醫，惟迄110年7月19日始初次經醫師診斷為屬「重大傷病範圍」項目之「F33.3 鬱症，復發，重度伴有精神病特徵」，並於翌日因該疾病領得重大傷病卡，該「初次診斷確定」屬「重大傷病範圍」項目疾病「F33.3」之時間已在系爭保險主約之第二保單年度之後，被告即應依系爭保險主約第14條第1項第1款第2目約定給付重大傷病保險金額300萬元。

3.被告雖抗辯原告自109年4月15日初診至110年7月20日取得重大傷病卡止，應屬同一疾病病程之持續治療，認原告為第一保單年度發生系爭保險主約所約定之重大傷病等語。另經本院函詢國軍臺中總醫院，該院112年10月2日函復意旨亦認原告「109年4月15日起因憂鬱症就診與後續於110年7月19日取得全民健康保險重大身份，皆屬於憂鬱症」等語，有該函文可參（見本院卷第367頁）。惟查：

(1)依保險法第54條第2項規定，保險契約之解釋，應探求契約當事人之真意，不得拘泥於所用之文字；如有疑義時，以作有利於被保險人之解釋為原則。又探求契約當事人之真意，應通觀契約全文，依誠信原則，從契約之主要目的及經濟價值等作全盤之觀察，若契約文字，有辭句模糊，或文意模稜兩可時，固不得拘泥於所用之辭句，但解釋之際，並非必須捨辭句而他求，倘契約文字業已表示當事人真意，無須別事探求者，即不能反捨契約文字更為曲解（最高法院111年度台上字第511號判決意旨參照）。

(2)查人體所罹患之疾病，每因病症、發展進度及作用等而有不同變化，故為免被保險人是否符合「重大傷病」之要件發生疑義，系爭保險主約乃於第2條第5款、第6款、第14條第1項明定以經醫院醫師診斷確定屬「重大傷病範圍」項目之疾病為準，將相關認定委諸於醫院醫師之專業判斷，須於醫師診

斷確定屬「重大傷病範圍」項目之疾病時，始認保險事故發生，故縱使被保險人罹患可能與「重大傷病」有關之疾病，但在醫師診斷為屬「重大傷病範圍」項目之疾病前，仍不能認為已發生保險事故，從而系爭保險主約第14條第1項所約定之「『重大傷病』初次診斷確定日」，自應為醫師初次診斷確定被保險人罹患屬「重大傷病範圍」項目疾病之日，而非相關疾病發生日，此與保險法第51條保險標的之危險已發生，或保險法第127條被保險人已在疾病中等情形之認定標準並不相同。況本件原告乃自109年4月15日起即持續在身心醫學科就醫治療，並無刻意隱匿病情之情形，嗣經醫院醫師持續診治後，於110年7月19日始依原告之病情初次診斷原告為「F33.3 鬱症，復發，重度伴有精神病特徵」，此乃醫師依其專業知識就原告憂鬱程度所為之判斷，自應以該診斷時間作為系爭保險主約第14條第1項所定「『重大傷病』初次診斷確定日」。本件原告既於110年7月19日始初次經醫師診斷為國際疾病分類碼「F33.3」之重大傷病，並據此領得重大傷病卡，自不得以原告於109年4月15日即因同屬憂鬱症之疾病就醫，即回溯認定當時即為醫師初次診斷確定罹患重大傷病之日。是被告抗辯原告自109年4月15日起即因同一疾病就醫，認應以109年4月15日為重大傷病初次診斷確定日云云，並無足採。

4. 綜上，原告係於系爭保險主約第二保單年度之後，經醫院醫師初次診斷確定屬重大傷病範圍項目之疾病「F33.3」，並據此領得重大傷病卡，是原告主張被告應依系爭保險主約第14條第1項第1款第2目約定給付重大傷病保險金300萬元，扣除已給付之8萬7,120元後，應再給付291萬2,880元（計算式：300萬元-8萬7,120元=291萬2,880元），即屬有據。

(四) 按給付有確定期限者，債務人自期限屆滿時起，負遲延責任；遲延之債務以支付金錢為標的者，債權人得請求依法定利率計算之遲延利息。但約定利率較高者，仍從其約定利率，民法第229條第1項、第233條第1項分別定有明文。依系

01 爭保險主約第12條第2項約定，被告應於收齊申請保險給付
02 所需文件後15日內給付保險金，但因可歸責於被告之事由致
03 未在前述約定期限內為給付者，應按年利1分加計利息給付
04 （見本院卷第61頁）。查原告乃於111年8月3日通知被告保
05 險事故發生，向被告申請系爭保險主約重大傷病保險金300
06 萬元，有保險金申請資料可參（見本院卷第191至282頁），
07 並為兩造所不爭執，兩造並同意以111年8月28日作為被告若
08 需給付重大傷病保險金300萬元之遲延利息起算日（見本院
09 卷第400頁）。故原告請求被告給付自111年8月28日起至清
10 償日止，按年息10%計算之遲延利息，亦屬有據。

11 四、綜上所述，原告依保險法第125條規定，及系爭保險主約第5
12 條第1項、第14條第1項第1款第2目約定，請求被告給付原告
13 291萬2,880元，及自111年8月28日起至清償日止，按年息百
14 分之10計算之利息，為有理由，應予准許。

15 五、兩造分別陳明願供擔保聲請宣告假執行及免為假執行，經核
16 於法均無不合，爰分別酌定相當之擔保金額併准許之。

17 六、本件事證已臻明確，兩造其餘之攻擊或防禦方法及所用之證
18 據，經本院斟酌後，認為均不足以影響本判決之結果，爰不
19 逐一論列，併此敘明。

20 七、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第78條。

21 中 華 民 國 113 年 2 月 29 日
22 民事第二庭 法 官 李宜娟

23 正本係照原本作成。

24 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。如
25 委任律師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

26 中 華 民 國 113 年 2 月 29 日
27 書記官 李嘯靜