

臺灣高等法院臺南分院民事判決

112年度保險上字第5號

上訴人 潘美雲

訴訟代理人 蔡明芳

葉榮棠律師

被上訴人 新光人壽保險股份有限公司

法定代理人 魏寶生

訴訟代理人 黃愛真

吳甲元律師

上列當事人間請求給付保險金事件，上訴人對於中華民國112年5月19日臺灣嘉義地方法院110年度保險字第4號第一審判決提起上訴，本院於113年11月13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

壹、程序方面：

查本件被上訴人之法定代理人於第二審程序由潘柏錚變更為魏寶生，並據其聲明承受訴訟，有民事聲明承受訴訟狀、被上訴人第21屆第1次董事會議事錄及保險業公開資訊觀測站資料在卷可稽（見本院卷一第161至168頁），核無不合，應予准許。

貳、實體方面：

一、上訴人主張：伊於民國103年12月24日投保新光人壽長照久久長期看護終身保險（保單號碼：0000000000，下稱系爭保險一）；於104年6月8日投保長扶久久A型殘廢照護終身保險（保單號碼：0000000000）及長扶久久A型殘廢照護終身保險（保單號碼：0000000000，與0000000000保單合稱系爭保險二）；另投保新光人壽活力平安傷害保險C方案（保單號碼：0000000000，下稱系爭保險三，與系爭保險一、二合稱系爭保險），該保險期間自108年11月24日起至109年11月24

01 日止，投保一年期。伊於109年1月16日搭乘伊女兒蔡明芳騎
02 乘之機車，遭後方汽車追撞（下稱系爭車禍），致受有「第
03 三、四、五腰椎及第一薦椎滑脫，伴有脊髓壓迫」之傷害
04 （下稱系爭傷害），導致中樞脊髓神經永久性損害，已達系
05 爭保險附表1-1-2所示「中樞神經系統機能之病變，致終身
06 不能從事任何工作，日常生活需人扶助」之第2級殘廢等級
07 程度（賠償比例90%）（下稱第2級失能）。縱認伊傷勢未達
08 第2級失能，至少符合系爭保險附表9-4-7所示「兩下肢髖、
09 膝及足踝關節均永久遺存顯著運動障害」之第4級殘廢等級
10 程度（賠償比例70%）（下稱第4級失能）。依系爭保險契約
11 之約定，被上訴人應給付伊第2級失能保險金共計新臺幣
12 （下同）316萬元，或至少應給付伊第4級失能保險金共計24
13 8萬元。詎伊於110年1月28日申請理賠，遭被上訴人拒絕給
14 付等情。爰依系爭保險契約及保險法第34條規定，求為命被
15 上訴人應給付上訴人316萬元，及自110年2月23日起至清償
16 日止，按週年利率百分之10計算之利息之判決（原審為上訴
17 人敗訴之判決，上訴人聲明不服，提起上訴）。並上訴聲
18 明：（一）原判決廢棄。（二）被上訴人應給付上訴人316萬元，及
19 自110年2月23日起至清償日止，按週年利率百分之10計算之
20 利息。

21 二、被上訴人則以：上訴人主張之系爭傷害，並非系爭車禍所造
22 成，自無從依系爭保險契約請求保險給付。又上訴人之雙下
23 肢關節活動並未永久喪失機能，且雙下肢各關節被動活動度
24 皆正常，不符合第2級或第4級失能之情形。上訴人請求伊給
25 付第2級失能保險金共計316萬元或第4級失能保險金共計248
26 萬元，均無理由等語，資為抗辯。並答辯聲明：上訴駁回。

27 三、兩造不爭執事項：

28 （一）上訴人於103年12月24日投保系爭保險一，兩造簽訂如原審
29 卷一第119至126頁所示內容之保險契約；於104年6月8日投
30 保系爭保險二，兩造簽訂如原審卷一第75至96頁、第97至11
31 8頁所示內容之保險契約；另投保系爭保險三，該保險期間

01 自108年11月24日起至109年11月24日止，投保一年期，兩造
02 簽訂如原審卷一第129至145頁所示內容之保險契約。

03 (二)系爭保險一第9、10、13條分別定有「長期看護關懷保險金
04 的給付」（理賠保險金額之10倍，即10萬元）、「長期看護
05 保險金的給付」（每月理賠保險金額之1倍至180倍止，即每
06 月給付1萬元，至180萬元止）之約定。

07 (三)系爭保險二第10、11、14條定有「殘廢保險金的給付」（即
08 符合附表所列1-1-2中樞神經系統機能病變，殘廢等級2，以
09 當時之保險金額的20倍乘以90%，即1萬元 \times 20倍 \times 90%=18萬
10 元）、「殘廢生活扶助保險金的給付」（即每月給付保險金
11 額的1倍乘以90%，累計最高以保險金額的600倍為限，即每
12 月給付1萬元 \times 1倍 \times 90%=9,000元/月至600萬元止）之約定。

13 (四)系爭保險三第9、12條定有「意外失能保險金的給付」（即
14 給付保險金額之90%，即300萬元 \times 90%=270萬元）、「每月生
15 活照護保險金的給付」（即每月給付保險金額之1%乘以附表
16 1-1-2失能之90%比例，即300萬元 \times 1% \times 90%=27,000元/月，給
17 付至60個月止）之約定。

18 (五)上訴人於109年1月16日搭乘其女蔡明芳騎乘之機車，遭後方
19 汽車追撞（即系爭車禍），至戴德森醫療財團法人嘉義基督
20 教醫院（下稱嘉義基督教醫院）急診，經診斷受有「四肢及
21 臀部多處擦挫傷」等傷害，於該日11時20分到院急診（110
22 年1月19日開立之診斷證明書記載12時34分離開急診）（見
23 原審卷一第45、47頁）。

24 (六)上訴人因系爭車禍受傷，曾經嘉義基督教醫院診斷如下（被
25 上訴人形式上不爭執）：

26 1.109年5月27日診斷有「第三、四、五腰椎及第一薦椎滑脫」
27 等症狀，並經醫師囑言：「病患…至骨科門診就診，受傷後
28 無法久坐及久站，不宜搬、提、推、拉重物，受傷後需他人
29 協助一個月、休養三個月，需使用自費背架保護，需持續骨
30 科門診追蹤評估及長期復健治療」（見原審卷一第255
31 頁）。

- 01 2.110年1月8日診斷受有「外傷所致第三、四、五腰椎及第一
02 薦椎滑脫，伴有脊髓壓迫」等症狀（見原審卷一第49頁）。
- 03 3.110年1月19日診斷受有「第三、四、五腰椎及第一薦椎滑
04 脫」等症狀，醫師囑言：「病患自訴車禍導致上述病因於10
05 9年1月16日11時20分到急診，並於109年1月16日12時34分離
06 開急診，於急診共計1小時14分鐘。並於109年1月17日、同
07 年1月21日、同年1月31日、同年2月12日、同年2月19日、同
08 年2月24日、同年3月20日、同年4月2日、同年5月21日、同
09 年6月18日、同年9月17日、同年9月23日至骨科門診就診，
10 受傷後無法久坐及久站，不宜搬、提、推、拉重物，受傷後
11 需他人協助一個月，休養三個月，需使用自費背架保護，需
12 持續骨科門診追蹤評估及長期復健治療」等語（見原審卷一
13 第47頁）。
- 14 4.110年3月17日診斷「外傷所致第三、四、五腰椎及第一薦椎
15 滑脫，伴有脊髓壓迫」，並經醫師囑言：「病人因於109年1
16 月16日至本院急診求治，至今仍在門診追蹤中，目前左髖關
17 節活動範圍受限為50度，左膝關節活動範圍受限為50度，左
18 踝關節活動範圍受限25度，右髖關節活動範圍受限為60度，
19 右膝關節活動範圍受限為55度，右踝關節活動範圍受限20
20 度，受有難以回復之影響，仍需長期門診追蹤及中醫針灸及
21 復健治療」（見原審卷一第377頁）。
- 22 5.110年7月14日經評估巴氏量表記載：「進食須別人協助取用
23 或切好食物或穿脫進食輔具、移位須別人協助才能坐起，或
24 須兩人幫忙方可移位、可自行刷牙、洗臉、洗手及梳頭髮和
25 刮鬍子、無法自行完成如廁過程、須別人協助才能完成盆浴
26 或淋浴、雖無法行走，但可獨立操作輪椅或電動輪椅、無法
27 上下樓梯、需要別人完全幫忙、大便偶而會失禁（每週不超
28 過一次）使用塞劑時需要別人幫忙、小便偶而會失禁（每週
29 不超過一次），使用尿布尿套時需要別人幫忙，總分25分」
30 （見原審卷一第253頁）。
- 31 6.111年11月23日診斷有：「外傷所致第三、四、五腰椎及第

01 一薦椎滑脫，伴有脊髓壓迫」，並經醫師囑言：「病人因10
02 9年1月16日至本院急診求治，至今仍在門診追蹤，病人因外
03 傷所致脊髓損傷，係屬中樞神經系統嚴重損傷，目前雙下肢
04 無力，雙下肢肌力均2分，大小便失禁，行動能力方面大部
05 份時間臥床且無法自行翻身，病人符合中樞神經系統遺存顯
06 著障害，終身無工作能力，終身需有人全天候協助其日常生
07 活起居及照顧」（見原審卷一第257頁）。

08 (七)上訴人於110年1月12日鑑定（應於111年1月31日重新鑑定）
09 而領有障礙等級中度、障礙類別第7類【b765.2】（由於震
10 顫、舞蹈病、肌躍症、小腦性或感覺性運動失調、神經或肌
11 肉性疾病等症狀，行走及日常生活需要輔具或協助）之中華
12 民國身心障礙證明（見原審卷二第265、303、307頁）；又
13 於111年1月6日鑑定（應於114年1月31日重新鑑定）而領有
14 障礙等級中度、障礙類別第7類【b730b.2】（兩下肢之髖及
15 膝關節肌力程度為二分或三分者）之中華民國身心障礙證明
16 （見原審卷二第267、329頁）。

17 (八)原審將上訴人於嘉義基督教醫院之病歷資料及影像光碟等
18 件，囑請國立成功大學醫學院附設醫院（下稱成大醫院）鑑
19 定上訴人所受傷害，合於系爭保險附表所列何種項次之殘廢
20 程度，經該院以111年4月22日成附醫秘字第1110008382號函
21 檢附病情鑑定報告書回復：「病患於111年3月30日至本院門
22 診評估時，雙下肢肌力皆1至2分，惟神經傳導及肌電圖檢查
23 並未顯示有明確去神經化表現，且執行肌電圖時病患雙下肢
24 痛覺反應明顯，目前檢查結果與臨床表現不相符，故難以判
25 定」（見原審卷一第345至347頁）。嗣再將上訴人於嘉義基
26 督教醫院之病歷資料、影像光碟及診斷證明書等件囑請成大
27 醫院實施鑑定，經該院以112年1月4日成附醫秘字第1120000
28 214號函檢附病情鑑定報告書回復略以（上訴人形式上不爭
29 執）：

30 1.【鑑定事項】：請依上訴人於嘉義基督教醫院就醫之病歷資
31 料，鑑定其因系爭車禍所受系爭傷害，是否合於第4級失能

01 之程度。【鑑定結果】：依嘉義基督教醫院111年5月24日診
02 斷證明書記載，上訴人之關節活動度有受限之情況，且活動
03 角度皆符合「顯著運動障害」，故應符合第4級失能之描
04 述。惟依上訴人發生系爭車禍後之磁振造影檢查結果顯示，
05 僅提及上訴人之腰部有椎間盤突出與腰椎退化之情況（109
06 年2月13日 lumbar spine MRI），以及神經傳導檢查亦僅呈現
07 左側腰薦椎神經根病變（109年7月16日 bilateral lower li
08 mbs NCV），應為左側下肢肢體症狀，似乎不符合當時診斷
09 證明書記載「第三、四、五腰椎及第一薦椎滑脫伴有脊髓壓
10 迫」及雙側下肢皆有受限之情況。且又依上訴人系爭車禍前
11 之神經傳導檢查結果顯示，診斷為雙側薦椎神經根病變（10
12 7年8月 bilateral lower limbs NCV）。依循上述檢查結
13 果，實難以判斷此次神經根病變是否和系爭車禍有關。綜
14 上，本案診斷證明書記載之關節活動度確實符合第4級失能
15 之判定，惟此顯著運動障害難以判定是否因系爭車禍所導
16 致。

17 2.【鑑定事項】成大醫院110年12月22日成附醫鑑0556號鑑定
18 報告書所載：「雙下肢肌力皆1至2分」等語，係依據儀器施
19 測所得結果或係依上訴人自己之感覺陳述所作之判斷？另記
20 載：「神經傳導及肌電圖檢查並未顯示有明確去神經化表
21 現，且執行肌電圖時上訴人雙下肢痛覺反應明顯，目前檢查
22 結果與臨床表現不相符」等語，是否意謂未達「中樞神經系
23 統機能之病變，致終身不能從事任何工作，日常生活需人扶
24 助」之殘廢程度？請一併函覆。【鑑定結果】：(1)「雙下肢
25 肌力皆1至2分」之敘述，非依據儀器施測所得結果，亦並非
26 依上訴人之感覺陳述所作之判斷。臨床上，醫師評估肌力有
27 相關評估標準，此檢查由醫師親自執行，並非依據上訴人之
28 主觀描述記錄。此肌力檢查係依據英國醫學研究委員會（Me
29 dical Research Council）規定之方法評估，例如測量股四
30 頭肌之肌肉力量評估，會請病人將髖關節彎曲使整隻腳抬
31 起，如果可以對抗重力完成整個髖關節之關節活動範圍，即

01 表示肌肉力量有3分，接續再區分不一樣之分數。然此檢查
02 亦並非完全客觀，如病人於檢查過程中假裝無力，故意不配
03 合作出完整動作，使醫師於臨床量測之肌力得到低估之結
04 果。(2)「神經傳導及肌電圖檢查…目前檢查結果與臨床表現
05 不相符」之敘述為上訴人之臨床症狀與其檢查結果並不相
06 符。111年3月30日上訴人至成大醫院門診評估，其神經傳導
07 肌電圖檢查結果並無先前神經根病變之情況，且與上訴人當
08 時雙下肢無力之臨床表現並不相符。然而神經傳導與肌電圖
09 檢查大多數用於診斷周邊神經異常，並無法判斷中樞神經系
10 統是否有病變（需有其他神經科相關檢查或影像檢查輔佐判
11 斷），因此無法判斷是否達「中樞神經系統機能之病變，致
12 終身不能從事任何工作，日常生活需人扶助」（見原審卷二
13 第145至148頁）。

14 (九)嘉義基督教醫院於本院函復情形如下（被上訴人形式上不爭
15 執）：

16 1.112年10月4日戴德森字第1121000027號函復略以：「(1)依病
17 歷紀錄，病人（上訴人）於車禍事故前即108年12月23日曾
18 至本院神經內科門診就診，當時病人雙下肢肌肉力量為滿分
19 （五分），且病人於車禍事故前並無下肢關節活動角度障礙
20 之本院相關就醫紀錄。茲因病人係於109年1月16日車禍事故
21 後始因雙下肢無力症狀至本院就診治療，考慮疾病時序及臨
22 床診斷，病人係因外傷所致腰薦椎滑脫合併脊髓壓迫，故而
23 判斷病人之傷勢與車禍有因果關係。(2)病人主要病症為脊髓
24 受損，然而神經傳導及肌電圖檢查僅能檢查出周邊神經的問
25 題，故在檢查中顯示無【去神經化】亦屬正常，然此並不與
26 脊髓損傷之臨床診斷相違。(3)另有關成大醫院病情鑑定報告
27 書提及執行肌電圖時病人之雙下肢痛覺有反應等情，本院認
28 為臨床上當屬可能，此可舉例說明者為對於癱瘓無法動彈的
29 中風患者，給予疼痛刺激仍可能有反應者，是以本院神經內
30 科維持診斷病人受有運動神經系統傷害之事實。(4)有關成大
31 醫院鑑定為依據病人之神經傳導及肌電圖的檢查結果接近正

01 常，僅可作為病人無周邊神經重大傷害之判斷。茲因本案病
02 人係屬脊髓即中樞神經系統之損傷，臨床上本就無法用神經
03 傳導及肌電圖檢查出來，成大醫院111年9月22日成附醫鑑55
04 6號（補）病情鑑定報告書第2頁亦同此見解，然此並未與本
05 院神經內科目前之臨床診斷相違。至於何以病人每次神經傳
06 導及肌電圖檢查結果存有差異，此係因人體周邊神經系統本
07 具備再生修復功能，故而每次檢查結果都可能略有不
08 同。」等語（見本院卷一第257至258頁）。

09 2.112年10月30日戴德森字第1121000186號函復略以：「依病
10 歷紀錄，病人（上訴人）於103年6月10日因主訴口乾眼澀至
11 本院口腔外科就診且安排進行唾腺閃爍攝影，檢查報告為中
12 度口乾症。另病人於103年7月9日施予下唇小唾液腺切片，
13 其病理報告符合乾燥症候群，當時建議病人轉至風濕免疫科
14 進行後續檢查與治療。病人另於105年10月3日起至本院過敏
15 免疫風濕科就診，於105年11月至該科門診時始以『710結締
16 組織瀰漫性疾病』重大傷病身分就診。此一『710結締組織
17 瀰漫性疾病』應指原發性乾燥症。…病人因患有『右肩旋轉
18 肌腱斷裂併避神經叢病灶』疾病至本院神經內科門診定期就
19 診，且因長期就診治療仍未改善且有喪失機能遺存顯著運動
20 障礙之情形，本院神經內科於103年3月間開立診斷證明書及
21 檢附肌電檢查報告結果，讓病人據此申請殘障手冊。」等語
22 （見本院卷一第263頁）。

23 3.113年5月21日戴德森字第1130500109號函復略以：「病人潘
24 美雲長期於本院就診，其於車禍前，雙腿肌肉力量及行走，
25 排泄功能都正常，於車禍外傷後出現雙腿麻、無力，大小便
26 失禁的問題。因為腰椎脊髓掌管排泄功能及雙腳功能，因此
27 兩症狀一起發生時，於醫學神經科學理及臨床上可以判斷為
28 外傷所致第五腰椎及第一薦椎滑脫，所致腰椎脊髓損傷。另
29 依本院之病歷紀錄，查無病人之紅斑性狼瘡之診斷及就醫
30 史。」等語（見本院卷一第277頁）。

31 (十)本院將上訴人於嘉義基督教醫院之病歷資料、影像光碟及診

01 斷證明書等件，囑請成大醫院就上訴人雙下肢關節活動度及
02 可能受限原因，以ROM檢查或其他相似或專業可行之醫學檢
03 測方式實施鑑定如下（上訴人形式上不爭執）：

04 1.【鑑定事項】：上訴人目前雙下肢各關節活動度為何？各關
05 節活動度是否已達固定，而無法再透過手術或復健等任何方
06 式為改善？依其生理臨床症狀，是否已無法治療而達終身殘
07 障之程度？【鑑定結果】：(1)上訴人目前雙下肢各關節「被
08 動」活動度皆為正常（比較正常值與兩側相比），雙下肢各
09 關節「主動」活動角度顯示雙側髖關節與雙側踝關節皆為0
10 度，雙側膝關節則約為70度。(2)影響關節「主動」活動角
11 度的主要因素為肌肉與神經（神經控制肌肉拉動關節活動），
12 通常與肌肉力量相關，故上訴人「主動」活動角度的改變因
13 肌肉力量而定。根據上訴人於111年3月30日至成大醫院就診
14 之醫療紀錄，當時顯示髖關節與膝關節皆無明顯動作（no a
15 ny noticeable active movements in the hips and knee
16 s），比較113年3月8日至成大醫院就診追蹤結果，發現膝關
17 節的活動度大幅提升至約70度，髖關節則維持不變。過去亦
18 有相關研究顯示復健（阻力訓練）能提升肌肉力量，故「主
19 動」關節活動度應有機會藉助復健等方式改善。(3)可藉由復
20 健等治療提升肌肉力量進而有機會增進「主動」關節活動
21 度。

22 2.【鑑定事項】：依附件所示鑑定報告書，上訴人之下肢神經
23 傳導及肌電圖檢查結果，並未顯示有明確去神經化表現，則
24 其關節活動度受限原因為何？若目前資料尚不足判斷，應再
25 補提供哪些資料或可行哪些檢測以進行評估？若可行專業醫
26 療檢測評估者，請成大醫院逕以專業醫療檢測方式為評估判
27 斷。【鑑定結果】：(1)依據113年3月8日門診檢查結果顯示
28 上訴人之下肢「被動」關節活動度並無明顯受限，而「主
29 動」關節活動度受限的可能原因為肌肉無力。(2)整理時間軸
30 分析，上訴人於系爭車禍前107年8月神經傳導檢查診斷雙側
31 薦椎神經根病變，系爭車禍後109年7月16日神經傳導檢查診

01 斷為左側腰薦椎神經根病變，而成大醫院於111年（誤載為1
02 09年）3月30日神經傳導與肌電圖（兩項一起執行的準確度
03 較高）檢查顯示無明顯腰薦椎神經根病變之證據。神經傳導
04 及肌電圖檢查診斷主要能分析周邊神經病變，若依據這些資
05 料，可推測上訴人的主動關節活動度受限（肌肉無力）可能
06 非是因為周邊神經病變導致，另外可列入之其他鑑別診斷包
07 括中樞神經病變以及肌肉病變。若就上訴人可能影響其下肢
08 肌肉力量之先前影像檢查，105年10月27日頸椎磁共振造影影
09 像顯示頸椎退化合併中椎孔狹窄與椎間盤突出（頸椎壓迫可
10 能導致手腳無力）可能會有相關性。其他中樞神經相關檢查
11 則顯示：腰部脊髓病變無證據（109年2月13日腰椎磁共振造影
12 影像顯示椎間盤突出與脊椎關節退化，無脊髓病變）、腦部
13 病變亦無證據（109年7月16日腦部磁共振造影影像顯示無明顯
14 異常）。最後亦無法排除配合度不佳導致之「主動」關節活
15 動角度異常之結果。

- 16 3. 【鑑定事項】：上訴人有無因系爭車禍因素介入，使其原有
17 腰椎疾病病情加重？或原有腰椎疾病已痊癒而與系爭車禍所
18 受傷害無關？【鑑定結果】：(1)上訴人接受之腰椎相關問題
19 的檢查包括功能性檢查（神經傳導/肌電圖）以及影像學檢
20 查（腰部磁共振造影檢查）。功能性檢查如上所述，上訴人於
21 系爭車禍前107年8月神經傳導檢查診斷雙側薦椎神經根病
22 變，系爭車禍後109年7月16日神經傳導檢查診斷為左側腰薦
23 椎神經根病變，而成大醫院於111年（誤載為109年）3月30
24 日神經傳導與肌電圖（兩項一起執行的準確度較高）檢查顯
25 示無明顯腰薦椎神經根病變之證據。影像學檢查方面，109
26 年2月13日腰椎磁共振造影顯示椎間盤突出與脊椎關節退化，
27 無脊髓中樞神經病變（此項檢查無系爭車禍前影像可供對
28 照）。就以上檢查結果推論，車禍因素介入目前無證據顯示
29 使上訴人腰椎疾病病情加重。(2)疾病的改善或痊癒不能單靠
30 影像或檢查報告結果，需搭配個案之症狀與臨床表現。然上
31 訴人於門診時檢查配合度並不佳，實難斷定。與車禍有無關

01 係僅能依賴車禍前後之症狀、檢查結果進行比對分析，此部
02 分亦難以斷定完全無關。

03 4.【鑑定事項】：上訴人有無因系爭車禍致肌肉無力，造成關
04 節無力，而導致關節活動角度變差之結果？【鑑定結果】：
05 綜合以上檢查與分析結果，目前尚無明顯證據顯示系爭車禍
06 導致上訴人肌肉無力與「主動」關節活動角度變差。（見本
07 院卷一第309至314頁）。

08 (二)上訴人之女蔡明芳前於105年6月14日上午8時許，騎乘上訴
09 人所有之車牌號碼000-000號輕型機車，後搭載上訴人，沿
10 嘉義市東區民權路由東往西方向行駛，適有訴外人楊淑華騎
11 乘車牌號碼000-000號之普通重型機車，沿嘉義市東區民權
12 路由東往西方向行駛，雙方途經該路69號前時，蔡明芳欲左
13 轉無名巷時，經楊淑華自後方擦撞，致蔡明芳、上訴人均因
14 此人、車倒地（下稱105年車禍），造成蔡明芳受有左肩挫
15 傷、疑脊上肌腱部分裂傷及左膝拉傷等傷害；上訴人則受有
16 左側肩膀挫傷、雙側性手部挫傷、左側膝部挫傷、左側踝部
17 挫傷、左腕挫傷併滑膜炎、腰椎第4-5節滑脫、腰椎第3-4、
18 4-5節、腰椎第5節-薦椎第1節椎間盤突出等傷害。而嘉義基
19 督教醫院曾就上訴人所受上開傷害以107年2月14日戴德森字
20 第1070200128號函復另案原審法院（106年度訴字第703號）
21 略以：「因斷裂的旋轉肌腱癒合不良，所以非手術治療的成
22 功較低。病患潘美雲因考量身體狀況未接受手術，需更長時
23 間休息。加上車禍外傷導致之病症包括『左腕挫傷併滑膜
24 炎、腰椎第4-5節滑脫、腰椎第3-4、4-5節、腰椎第5節-薦
25 椎第1節椎間盤突出』，呈現多部位傷害，已達無法工作之
26 程度，預估約需一年之休養」等語；又以107年7月3日戴德
27 森字第1070700004號函復另案原審法院略以：「總結病患潘
28 美雲於0000-0-00車禍外傷，導致多處部位嚴重傷害所出現
29 的身體不適，疼痛、酸麻症狀，只能靠休息、止痛及其他藥
30 物及復健，才能稍事緩解。此不適症狀可能終生存在，而需
31 長期甚至終生緩解性治療」等語；復以107年12月11日戴德

01 森字第1071200036號函復另案原審法院略以：「病患潘美雲
02 車禍導致之病症，依醫師診斷，病患存在左肩活動角度受
03 限，日常生活活動有所受限，影響其生活品質，日常生活功
04 能及勞動能力受損介於20%之間，為全人勞動能力減損，此
05 係單指由此次車禍所致左臂神經叢受傷及旋轉肌腱斷裂之傷
06 害為主。至於後續診斷出病人有全身其他多重傷害，如『左
07 腕挫傷併滑膜炎、腰椎第4-5節滑脫、腰椎第3-4、4-5節及
08 腰椎第5節、薦椎第1節椎間盤突出』，將更加影響其生活品
09 質、日常生活功能。勞動能力減損會更增加。」等語（見本
10 院卷一第142、145、146、147頁）。

11 (三)訴外人葉芯妤於109年11月28日上午在嘉義縣政府文化觀光
12 局所舉辦之「高山茶都·嘉義」2020博茶會（下稱博茶會）
13 活動現場擔任接待人員，同時以雙手分別持有額溫槍及酒精
14 噴霧器執行工作，適上訴人於當日上午11時40分許，偕同其
15 女兒蔡明芳一起抵達活動現場，葉芯妤在入口處為上訴人測
16 量額溫時，不慎將消毒酒精噴霧器當作額溫槍使用，因而將
17 消毒酒精噴灑在上訴人臉部，致上訴人雙眼因此受有角膜結
18 膜炎、雙眼化學性灼傷角結膜炎、雙眼外傷性眼角損傷等傷
19 害。上訴人為向葉芯妤等人請求侵權行為損害賠償（臺灣
20 嘉義地方法院嘉義簡易庭112年度嘉簡字第83號〔下稱第83
21 號事件〕），並於該案審理中自述：伊原本可做家事、幫忙
22 照顧孫子、接送上下學等，因上開傷害須不斷就醫，無法從
23 事一般家事等情（見本院卷一第357至376頁）。

24 (三)成大醫院113年10月15日成附醫復字第1130030228號函檢附
25 診療資料摘要表略以：「膝關節"被動"角度的測定在躺姿與
26 坐姿的測定角度結果可能會有所不同，因為坐姿時角度已經
27 有所彎曲，並且彎至最彎也可能會有所困難。故被動角度在
28 2024/03/08現場鑑定測試時是以躺姿為主。至於膝關節
29 的"主動"伸直角度測定，坐姿與躺姿的結果就可能相距不
30 大，因為躺姿測定膝關節伸直的動作，也要先將膝關節彎曲
31 之後再執行（膝蓋在躺平時就是完全打直，比較無法知道伸

01 直肌肉的出力狀況)，與坐姿時膝蓋彎曲狀態相差不遠。另
02 外力量的評估不全然是以絕對角度為依據，而是以肌肉力量
03 等級（0-5）來斷定，先前回覆中所言原告（上訴人）第一
04 次的膝關節評估是完全無動作（肌肉力量1分，定義為無法
05 看到有明顯的肌肉帶動關節動作發生），但是第二次評估時
06 在坐姿的情況下膝關節已經可以對抗重力抬起（肌肉力量2-
07 3分，定義為肌肉能對抗重力抬起肢體，產生動作），因此
08 認定主動的膝關節動作/力量應該是有變化。」（見本院卷
09 一第427至429頁）。

10 (四)如上訴人主張符合系爭保險附表1-1-2項次（即第2級失能）
11 者，其得請求被上訴人給付之保險金本息為316萬元及自110
12 年2月23日起算之法定遲延利息；如上訴人主張符合系爭保
13 險附表9-4-7項次（即第4級失能）者，其得請求被上訴人給
14 付之保險金本息為248萬元及自110年2月23日起算之法定遲
15 延利息。

16 四、兩造爭點：

17 (一)上訴人主張其所受「第三、四、五腰椎及第一薦椎滑脫，伴
18 有脊髓壓迫」之系爭傷害，是否為系爭車禍所致？

19 (二)若(一)為是，上訴人是否有因系爭傷害而致符合第2級失能或
20 第4級失能之情形？

21 (三)上訴人依系爭保險契約及保險法第34條規定，請求被上訴人
22 給付316萬元及自110年2月23日起算之法定遲延利息，或248
23 萬元及自110年2月23日起算之法定遲延利息，有無理由？

24 五、本院之判斷：

25 (一)按當事人主張有利於己之事實者，就其事實有舉證之責任，
26 民事訴訟法第277條前段定有明文。又依舉證責任分配原
27 則，主張權利存在之當事人，應就權利發生之特別要件事實
28 負舉證責任；主張權利不存在之當事人，應就權利障礙、消
29 滅或排除之特別要件事實負舉證責任。準此而言，被保險人
30 請求保險人給付意外傷害失能保險金，應就該權利發生之特
31 別要件事實存在，即被保險人因意外事故而導致傷害失能之

01 事實，負舉證之責任。又負舉證責任之當事人，須證明至使
02 法院就該待證事實獲得確實之心證，始盡其證明責任。倘不
03 負舉證責任之他造當事人，就同一待證事實已提出反證，使
04 本證之待證事實之真實性發生動搖，而使待證事實回復至真
05 偽不明之狀態時，此際，仍應由主張該事實存在之一造當事
06 人舉證證明之，始得謂已盡其證明責任，否則即應承擔舉證
07 不足之不利益。

08 (二)關於兩造爭點(一)、(二)部分：

09 1.觀諸系爭保險契約第3條保險範圍約定：「被保險人於本契
10 約有效期間內，因遭受意外傷害事故，至其身體蒙受傷害而
11 致失能、死亡或傷害住院時，本公司依照本契約的約定，給
12 付保險金。…前項所稱意外傷害事故，指非由疾病引起之外
13 來突發事故。」（見兩造不爭執事項(一)），可知系爭保險契
14 約係在承保上訴人（被保險人）非由疾病引起之外來突發事
15 故所致傷害及因此所致失能、死亡或傷害住院之損失。則依
16 前揭舉證責任分配之原則，應由上訴人就其主張其因系爭車
17 禍而受有系爭傷害，並致其遭受第2級失能或第4級失能（保
18 險事故發生）之事實，負舉證之責任。

19 2.查依兩造不爭執事項(二)所載，可知上訴人於105年6月14日發
20 生105年車禍，而受有左側肩膀挫傷、雙側性手部挫傷、左
21 側膝部挫傷、左側踝部挫傷、左腕挫傷併滑膜炎、腰椎第4-
22 5節滑脫、腰椎第3-4、4-5節、腰椎第5節-薦椎第1節椎間盤
23 突出等傷害。當時嘉義基督教醫院作成：上訴人因上開多部
24 位傷害，已達無法工作之程度，約需一年之休養，疼痛、酸
25 麻症狀，只能靠休息、止痛及其他藥物及復健，才能稍事緩
26 解，且此不適症狀可能終生存在，需長期甚至終生緩解性治
27 療，亦更加影響其生活品質、日常生活功能，勞動能力減損
28 會更增加之診斷。足徵上訴人前已經嘉義基督教醫院診斷其
29 因105年車禍，而存有難以治癒之腰椎滑脫、腰薦椎椎間盤
30 突出所致疼痛、酸麻等問題。又依兩造不爭執事項(十)之2、
31 3.及上訴人於嘉義基督教醫院之病歷資料（外放，下同）所

01 載，亦可知上訴人於嘉義基督教醫院之105年10月27日頸椎
02 磁振造影影像顯示其頸椎退化合併中椎孔狹窄與椎間盤突
03 出，107年8月神經傳導檢查則顯示其雙側薦椎神經根病變。
04 是以嘉義基督教醫院對上訴人於105年車禍發生後之上開診
05 斷觀之，上訴人主張其105年車禍受傷結果，僅為輕微性椎
06 間盤突出，並沒有症狀及干擾其生活，早已痊癒，沒有腰椎
07 症狀問題云云，尚難採信。

08 3.其次，依兩造不爭執事項(六)、(九)所載，上訴人雖經嘉義基督
09 教醫院診斷其受有「第三、四、五腰椎及第一薦椎滑脫，伴
10 有脊髓壓迫」之系爭傷害，且為系爭車禍所造成。然查：

11 (1)參之兩造不爭執事項(五)所示，上訴人於109年1月16日11時20
12 分，因系爭車禍至嘉義基督教醫院急診時，所受傷勢僅有
13 「四肢及臀部多處擦挫傷」，並於同日12時34分即離開急
14 診。倘若上訴人當時已經受有系爭傷害，應無可能於急診未
15 向醫師表示有腰背等相關部位疼痛，或有告知疼痛卻未施以
16 任何相關治療之理。

17 (2)再者，根據兩造不爭執事項(八)、(十)及上訴人於嘉義基督教醫
18 院之病歷資料所載，可知上訴人發生系爭車禍後，其於嘉義
19 基督教醫院之磁振造影檢查結果，顯示其僅有腰部椎間盤突
20 出與腰椎退化之情況(109年2月13日lumbar spine MRI)，
21 而其神經傳導檢查，亦僅呈現左側腰薦椎神經根病變(109
22 年7月16日bilateral lower limbs NCV)，並無嘉義基督教
23 醫院前揭診斷證明書所記載「第三、四、五腰椎及第一薦椎
24 滑脫，伴有脊髓壓迫」之情形。

25 (3)又依兩造不爭執事項(六)及(九)之3.所示，嘉義基督教醫院雖於
26 110年7月14日巴氏量表記載：「進食須別人協助取用或切好
27 食物或穿脫進食輔具、移位須別人協助才能坐起，或須兩人
28 幫忙方可移位、可自行刷牙、洗臉、洗手及梳頭髮和刮鬍
29 子、無法自行完成如廁過程、須別人協助才能完成盆浴或淋
30 浴、雖無法行走，但可獨立操作輪椅或電動輪椅、無法上下
31 樓梯、需要別人完全幫忙、大便偶而會失禁(每週不超過一

01 次)使用塞劑時需要別人幫忙、小便偶而會失禁(每週不超
02 過一次),使用尿布尿套時需要別人幫忙,總分25分」等
03 語,並於113年5月21日以戴德森字第1130500109號函復略
04 以:「病人潘美雲長期於本院就診,其於車禍前,雙腿肌肉
05 力量及行走,排泄功能都正常,於車禍外傷後出現雙腿麻、
06 無力,大小便失禁的問題。因為腰椎脊髓掌管排泄功能及雙
07 腳功能,因此兩症狀一起發生時,於醫學神經科學理及臨床
08 上可以判斷為外傷所致第五腰椎及第一薦椎滑脫,所致腰椎
09 脊髓損傷。」等語。

10 (4)惟查,稽諸嘉義基督教醫院113年11月5日戴德森字第113110
11 0033號函載略以:該院113年5月21日戴德森字第1130500109
12 號函復內容及110年7月14日作成之巴氏量表,均是依據該院
13 醫師專業臨床經驗所判斷為主,輔以病人即上訴人之描述等
14 語(見本院卷二第29至33頁),可見嘉義基督教醫院對上訴
15 人所為之上開診斷,並未輔以醫療儀器客觀檢查結果而為綜
16 合判斷,倘若病人之事實描述有錯誤或未提供完全之資訊,
17 難謂不會影響該院之診斷結果。又衡以上訴人於第83號事件
18 審理時,自承其於109年11月28日前可做家事,幫忙照顧孫
19 子,接送上下學等情,對照其於109年、110年間向嘉義基督
20 教醫院描述其於系爭車禍後無法久坐及久站,出現雙腿麻、
21 無力、大小便失禁等問題(見兩造不爭執事項(六)),則上訴
22 人向該院所述其因系爭車禍所致雪崩式下滑之症狀,是否與
23 客觀事實相符,殊值商榷。

24 (5)此外,依兩造不爭執事項(八)之1.所示,成大醫院根據上訴人
25 於嘉義基督教醫院之病歷資料、影像光碟及診斷證明書等件
26 實施鑑定結果,亦認(六)依上訴人於嘉義基督教醫院之109年2
27 月13日磁振造影檢查及109年7月16日之神經傳導檢查結果,
28 上訴人應為左側下肢肢體症狀,似乎不符合嘉義基督教醫院
29 當時診斷證明書所記載「第三、四、五腰椎及第一薦椎滑脫
30 伴有脊髓壓迫」及雙側下肢皆有受限之情況。

31 (6)是故,綜合上開各情以觀,上訴人於系爭車禍發生前,在嘉

01 義基督教醫院之105年、107年間之磁振造影、神經傳導檢查
02 結果，顯示其係頸椎退化合併中椎孔狹窄與椎間盤突出、雙
03 側薦椎神經根病變；又其於系爭車禍發生後，在同院之109
04 年2月、7月間之磁振造影、神經傳導檢查結果，顯示其係腰
05 部椎間盤突出與腰椎關節退化、左側腰薦椎神經根病變。惟
06 嘉義基督教醫院僅依上訴人之自訴、醫學神經科學理及臨床
07 上經驗，診斷上訴人因系爭車禍致受有「第三、四、五腰椎
08 及第一薦椎滑脫，伴有脊髓壓迫」之系爭傷害，並未斟酌上
09 開神經科磁振造影影像之客觀檢查結果而為綜合判斷，是其
10 所為之上開診斷，難謂無基於不完全資訊之情形，尚難遽
11 採。

12 4.上訴人雖又主張其經嘉義基督教醫院診斷其目前左髖關節活
13 動範圍受限為50度，左膝關節活動範圍受限為50度，左踝關
14 節活動範圍受限25度，右髖關節活動範圍受限為60度，右膝
15 關節活動範圍受限為55度，右踝關節活動範圍受限20度，受
16 有難以回復之影響；目前雙下肢無力，雙下肢肌力均2分，
17 大小便失禁，行動能力方面大部分時間臥床且無法自行翻
18 身，符合第2級或第4級失能程度等情。然查：

19 (1)承上所述，嘉義基督教醫院對上訴人於發生系爭車禍後所為
20 雙腿麻、無力、大小便失禁，行動能力方面大部分時間臥床
21 且無法自行翻身，終身需有人全天候協助其日常生活起居及
22 照顧等診斷，上訴人之描述具有關鍵性之影響，但其向該院
23 所述雪崩式下滑之症狀，是否與客觀事實相符，尚應與神經
24 科磁振造影影像或其他醫療儀器檢查結果相互勾稽研判，較
25 能作出正確之判斷。

26 (2)本件成大醫院根據上訴人於嘉義基督教醫院之病歷資料、影
27 像光碟及診斷證明書等件，就有關上訴人雙下肢肌力、關節
28 活動度、可能受限原因及與系爭車禍關聯性等事項，實施鑑
29 定結果（見兩造不爭執事項(八)、(十)），可知：

30 ①關於肌力部分：

31 (甲)上訴人於111年3月30日至成大醫院門診評估時，該院就上

01 訴人雙下肢肌力皆1至2分之敘述，非依據儀器施測所得結
02 果，亦非依上訴人之感覺陳述所作之判斷。

03 (乙)成大醫院醫師於臨床上評估肌力有相關評估標準，此檢查
04 由醫師親自執行，並非依據病人之主觀描述記錄。此肌力
05 檢查係依據英國醫學研究委員會（Medical Research Cou
06 ncil）規定之方法評估，例如測量股四頭肌之肌肉力量評
07 估，會請病人將髖關節彎曲使整隻腳抬起，如果可以對抗
08 重力完成整個髖關節之關節活動範圍，即表示肌肉力量有
09 3分，接續再區分不一樣之分數。然此檢查亦並非完全客
10 觀，如病人於檢查過程中假裝無力，故意不配合作出完整
11 動作，使醫師於臨床量測之肌力得到低估之結果。

12 ②關於關節活動度及與系爭車禍關聯性部分：

13 (甲)依嘉義基督教醫院111年5月24日診斷證明書記載：上訴人
14 因外傷所致第三、四、五腰椎及第一薦椎滑脫，伴有脊髓
15 壓迫原因，於109年1月16日至該院急診求治，至今仍在門
16 診追蹤中，上訴人因外傷所致脊髓損傷，雙下肢肌力均為
17 兩分，肌力受損影響關節活動角度，目前左髖關節活動範
18 圍受限為50度，左膝關節活動範圍受限為50度，左踝關節
19 活動範圍受限25度，右髖關節活動範圍受限為60度，右膝
20 關節活動範圍受限為55度，右踝關節活動範圍受限20度，
21 受有難以回復之影響等語（見原審卷二第15頁），上訴人
22 之關節活動度有受限之情況，且活動角度皆符合「顯著運
23 動障害」，故應符合第4級失能之描述。惟依109年1月16
24 日上訴人發生系爭車禍後之磁振造影檢查結果顯示，嘉義
25 基督教醫院僅提及上訴人之腰部有椎間盤突出與腰椎退化
26 之情況（109年2月13日lumbar spine MRI），以及神經傳
27 導檢查亦僅呈現上訴人左側腰薦椎神經根病變（109年7月
28 16日bilateral lower limbs NCV），應為左側下肢肢體
29 症狀，似乎不符合嘉義基督教醫院當時診斷證明書記載
30 「第三、四、五腰椎及第一薦椎滑脫伴有脊髓壓迫」及雙
31 側下肢皆有受限之情況。且又依嘉義基督教醫院對上訴人

01 於系爭車禍前之神經傳導檢查結果顯示，診斷為雙側薦椎
02 神經根病變（107年8月bilateral lower limbs NCV）。
03 依循上述檢查結果，實難以判斷此次神經根病變是否和系
04 爭車禍有關。綜上，本案嘉義基督教醫院診斷證明書記載
05 上訴人之關節活動度確實符合第4級失能之判定，惟此顯
06 著運動障害難以判定是否因系爭車禍所導致。

07 (乙)上訴人目前雙下肢各關節「被動」活動度皆為正常（比較
08 正常值與兩側相比），雙下肢各關節「主動」活動角度顯
09 示雙側髖關節與雙側踝關節皆為0度，雙側膝關節則約為7
10 0度。影響關節「主動」活動角度的主要因素為肌肉與神
11 經（神經控制肌肉拉動關節活動），通常與肌肉力量相
12 關，故上訴人「主動」活動角度的改變因肌肉力量而定。
13 根據上訴人於111年3月30日至成大醫院就診之醫療紀錄，
14 當時顯示髖關節與膝關節皆無明顯動作（no any noticea
15 ble active movements in the hips and knees），比較
16 113年3月8日至成大醫院就診追蹤結果，發現膝關節的活
17 動度大幅提升至約70度，髖關節則維持不變。過去亦有相
18 關研究顯示復健（阻力訓練）能提升肌肉力量，故「主
19 動」關節活動度應有機會藉助復健等方式改善，可藉由復
20 健等治療提升肌肉力量進而有機會增進「主動」關節活動
21 度。

22 ③關於可能受限原因及與系爭車禍關聯性部分：

23 (甲)成大醫院於111年3月30日對上訴人執行神經傳導及肌電圖
24 檢查時，上訴人之神經傳導及肌電圖檢查結果，並無先前
25 神經根病變之情況，未顯示有明確去神經化表現，且執行
26 肌電圖時，上訴人雙下肢痛覺反應明顯，目前檢查結果與
27 上訴人之臨床表現不相符。然而神經傳導與肌電圖檢查大
28 多數用於診斷周邊神經異常，並無法判斷中樞神經系統是
29 否有病變，因此無法判斷是否達第2級失能。

30 (乙)成大醫院依據113年3月8日門診檢查結果，顯示上訴人之
31 下肢「被動」關節活動度並無明顯受限，而「主動」關節

01 活動度受限的可能原因為肌肉無力。

02 (丙)整理時間軸分析，上訴人於系爭車禍前107年8月神經傳導
03 檢查診斷雙側薦椎神經根病變，系爭車禍後109年7月16日
04 神經傳導檢查診斷為左側腰薦椎神經根病變，而成大醫院
05 於111年3月30日神經傳導與肌電圖（兩項一起執行的準確
06 度較高）檢查顯示無明顯腰薦椎神經根病變之證據。神經
07 傳導及肌電圖檢查診斷主要能分析周邊神經病變，若依據
08 這些資料，可推測上訴人的主動關節活動度受限（肌肉無
09 力）可能非是因為周邊神經病變導致。

10 (丁)若就上訴人可能影響其下肢肌肉力量之先前影像檢查，10
11 5年10月27日頸椎磁共振造影影像顯示頸椎退化合併中椎孔
12 狹窄與椎間盤突出（頸椎壓迫可能導致手腳無力）可能會
13 有相關性。其他中樞神經相關檢查則顯示：腰部脊髓病變
14 無證據（109年2月13日腰椎磁共振造影影像顯示椎間盤突出
15 與脊椎關節退化，無脊髓病變）、腦部病變亦無證據（10
16 9年7月16日腦部磁共振造影影像顯示無明顯異常）。最後亦
17 無法排除配合度不佳導致之「主動」關節活動角度異常之
18 結果。

19 (戊)成大醫院綜合以上檢查與分析結果，目前尚無明顯證據顯
20 示系爭車禍導致上訴人肌肉無力與「主動」關節活動角度
21 變差。

22 (己)上訴人接受嘉義基督教醫院之腰椎相關問題的檢查，包括
23 功能性檢查（神經傳導/肌電圖）以及影像學檢查（腰部
24 磁共振造影檢查）。功能性檢查如上所述，上訴人於系爭車
25 禍前107年8月神經傳導檢查診斷雙側薦椎神經根病變，系
26 爭車禍後109年7月16日神經傳導檢查診斷為左側腰薦椎神
27 經根病變，而成大醫院於111年3月30日神經傳導與肌電圖
28 （兩項一起執行的準確度較高）檢查顯示無明顯腰薦椎神
29 經根病變之證據。影像學檢查方面，嘉義基督教醫院109
30 年2月13日腰椎磁共振造影顯示椎間盤突出與脊椎關節退
31 化，無脊髓中樞神經病變（此項檢查無系爭車禍前影像可

01 供對照)。就以上檢查結果推論，系爭車禍因素介入，目
02 前無證據顯示使上訴人腰椎疾病病情加重。

03 (3)上訴人雖主張成大醫院第一次鑑定關節活動角度是躺姿，第
04 二次鑑定是坐姿，該院之鑑定結果顯然有誤云云；惟查，參
05 酌成大醫院所為：膝關節「被動」角度的測定在躺姿與坐姿
06 的測定角度結果可能會有所不同，因為坐姿時角度已經有所
07 彎曲，並且彎至最彎也可能會有所困難。故被動角度在113
08 年3月8日現場鑑定測試時是以躺姿為主。至於膝關節的「主
09 動」伸直角度測定，坐姿與躺姿的結果就可能相距不大，
10 因為躺姿測定膝關節伸直的動作，也要先將膝關節彎曲之後
11 再執行（膝蓋在躺平時就是完全打直，比較無法知道伸直肌
12 肉的出力狀況），與坐姿時膝蓋彎曲狀態相差不遠。另外力
13 量的評估不全然是以絕對角度為依據，而是以肌肉力量等級
14 （0-5）來斷定。上訴人第一次的膝關節評估是完全無動作
15 （肌肉力量1分，定義為無法看到有明顯的肌肉帶動關節動
16 作發生），但是第二次評估時在坐姿的情況下膝關節已經可
17 以對抗重力抬起（肌肉力量2-3分，定義為肌肉能對抗重力
18 抬起肢體，產生動作），因此認定主動的膝關節動作/力量
19 應該是有變化之說明（見兩造不爭執事項(三)），可知成大醫
20 院於113年3月8日實施鑑定時，基於醫學知識與臨床經驗，
21 分別就上訴人膝關節主動、被動角度，擇定坐姿、躺姿之測
22 定方法進行測試，並詳為說明其認定上訴人主動膝關節動
23 作/力量應該是有變化之理由及依據。而上訴人之上開質
24 疑，並未提出醫學立論之論證，尚無從推翻成大醫院所作成
25 目前尚無明顯證據顯示系爭車禍導致上訴人肌肉無力與「主
26 動」關節活動角度變差，及系爭車禍因素介入，目前無證據
27 顯示使上訴人原腰椎疾病病情加重之鑑定結論。

28 (4)本院考量成大醫院係教學醫院，本於鑑定機構之專業知識及
29 臨床經驗，根據上訴人於系爭車禍前、後之相關病歷資料，
30 磁振造影、神經傳導、肌電圖等醫療儀器檢查結果，及上訴
31 人於鑑定時之臨床表現等一切情狀進行綜合判斷後，始作成

01 上開鑑定意見，核其鑑定過程及結論均嚴謹有據，亦無偏袒
02 任何一方之必要，當屬客觀公正，為足採憑。至成大醫院雖
03 另表示：因上訴人檢查配合度並不佳，且與車禍有無關係，
04 僅能依賴車禍前後之症狀、檢查結果進行比對分析，亦難以
05 斷定系爭車禍與上訴人腰椎疾病完全無關等語（見兩造不爭
06 執事項(十)之3.）；惟查，審究上訴人於本件訴訟提出之嘉義
07 基督教醫院診斷證明書等證據資料，不無偏重上訴人之主觀
08 描述，並未斟酌神經傳導、磁振造影等醫療儀器客觀檢查結
09 果為綜合判斷，尚難遽採，已如前述。再者，徵諸上訴人於
10 第83號事件審理時，自承伊於109年11月28日前可做家事，
11 幫忙照顧孫子，接送上下學等事務（見兩造不爭執事項
12 (三)），而成大醫院亦認目前尚無明顯證據顯示系爭車禍導致
13 上訴人肌肉無力與「主動」關節活動角度變差，亦無證據顯
14 示系爭車禍因素介入，使上訴人原腰椎疾病病情加重。是綜
15 上情以觀，上訴人仍應就系爭車禍與其腰薦椎症狀間具有相
16 當因果關係等節，負舉證之責，尚不因成大醫院上開表示，
17 而反推上訴人之腰薦椎症狀為系爭車禍所造成之結論。另上
18 訴人於110年、111年間雖領有障礙等級中度、障礙類別第7
19 類之中華民國身心障礙證明（見兩造不爭執事項(七)），惟依
20 上所述，嘉義基督教醫院之診斷有待商榷，亦難僅憑上訴人
21 領有上開身心障礙證明，即得推認系爭車禍為其身體障礙之
22 原因。從而，上訴人主張其因系爭車禍而受有系爭傷害，並
23 導致其遭受第2級或第4級失能云云，尚難採信。

24 5. 上訴人雖再主張系爭車禍致其受有系爭傷害，導致肌肉受
25 損，兩下肢肌力均降為2分，再導致伊肌肉無法收縮活動，
26 影響關節活動角度，再導致伊目前左髖關節、左膝關節、左
27 踝關節活動範圍受限之結果。依主力近因原則，應認系爭車
28 禍係造成其第2級或第4級失能結果之主力近因等情；然查，
29 所謂主力近因原則，係指導致被保險人傷害、失能或死亡之
30 主要或有效原因，而不是指最直接或最接近被保險人傷害、
31 失能或死亡之原因，假如導致被保險人傷害、失能或死亡之

01 原因有兩個以上而其間都有因果關係且未中斷時，則最先發
02 生並且造成一連串事故之原因，即是所謂被保險人傷害、失
03 能或死亡之主力近因。換言之，並非以原因之先後來定何者
04 為主力近因，而係以何種原因為傷害、失能或死亡之主要、
05 有效、直接之原因。準此，本件綜參上開調查證據之結果，
06 上訴人主張其因系爭車禍而受有系爭傷害，並導致其達第2
07 級或第4級失能程度，尚難憑信，則其主張系爭車禍為其第2
08 級或第4級失能結果之主力近因云云，即非有據。

09 6. 上訴人雖另主張伊自103年12月24日開始投保，至今繳納163
10 萬3,348元保險費，被上訴人拒不理賠，顯然規避理賠責
11 任，伊投保之另兩家保險公司已經理賠保險金等情；然查，
12 被上訴人根據成大醫院之鑑定結果，否認上訴人有因系爭車
13 禍而發生第2級或第4級失能之保險事故，且陳明：上訴人投
14 保之系爭保險一、二保單，將來若未出險，係可領回保費，
15 是屬於還本保單，保費相對較高等語（見本院卷二第39
16 頁），佐以系爭保險一、二保單內容（見原審卷一第81、10
17 3頁），尚難遽認上訴人所稱被上訴人係為規避理賠責任而
18 拒不理賠云云為可採。上訴人雖又主張另兩家保險公司已經
19 理賠，並提出理賠明細通知及理賠給付明細為證（見本院卷
20 二第97、99頁）；惟依債之相對性原則，另兩家保險公司願
21 意給付上訴人保險金，並不影響被上訴人依照兩造間之保險
22 契約行使權利或負擔義務之法律上地位，且被上訴人亦不受
23 另兩家保險公司給付保險金效力之拘束，故亦難以另兩家保
24 險公司已給付保險金而為有利上訴人之認定。

25 (三)是故，綜合上開調查證據之結果，上訴人所舉證據，尚不足
26 以證明其因系爭車禍而受有系爭傷害，並導致其遭受第2級
27 或第4級失能結果之事實為真實。從而，上訴人依系爭保險
28 契約及保險法第34條規定，請求被上訴人應給付316萬元本
29 息或248萬元本息，均無理由。

30 六、綜上所述，上訴人依系爭保險契約及保險法第34條規定，請
31 求被上訴人應給付316萬元，及自110年2月23日起至清償日

01 止，按年息百分之5計算之利息，為無理由，不應准許。從
02 而原審所為上訴人敗訴之判決，並無不合。上訴論旨指摘原
03 判決不當，求予廢棄改判，為無理由，應駁回其上訴。

04 七、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
05 據，經本院斟酌後，認為均不足以影響本判決之結果，爰不
06 逐一論列，附此敘明。

07 八、據上論結，本件上訴為無理由，依民事訴訟法第449條第1
08 項、第78條，判決如主文。

09 中 華 民 國 113 年 12 月 4 日
10 民事第五庭 審判長法官 張季芬

11 法官 王雅苑

12 法官 謝維仲

13 上為正本係照原本作成。

14 上訴人如不服本判決，應於收受送達後20日內向本院提出上訴書
15 狀，其未表明上訴理由者，應於提出上訴後20日內向本院補提出
16 理由書狀（均須按他造當事人之人數附繕本），上訴時應提出委
17 任律師或具有律師資格之人之委任狀；委任有律師資格者，另應
18 附具律師資格證書及釋明委任人與受任人有民事訴訟法第466條
19 之1第1項但書或第2項（詳附註）所定關係之釋明文書影本。如
20 委任律師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

21 被上訴人不得上訴。

22 中 華 民 國 113 年 12 月 4 日

23 書記官 蘇玫心

24 **【附註】**

25 民事訴訟法第466條之1：

26 (1)對於第二審判決上訴，上訴人應委任律師為訴訟代理人。但上
27 訴人或其法定代理人具有律師資格者，不在此限。

01 (2)上訴人之配偶、三親等內之血親、二親等內之姻親，或上訴人
02 為法人、中央或地方機關時，其所屬專任人員具有律師資格並
03 經法院認為適當者，亦得為第三審訴訟代理人。

04 民事訴訟法第466條之2第1項：

05 上訴人無資力委任訴訟代理人者，得依訴訟救助之規定，聲請第
06 三審法院為之選任律師為其訴訟代理人。