臺灣臺北地方法院民事判決

108年度保險字第117號

原　　告　荊麗光
訴訟代理人　吳仲立律師
被　　告　富邦人壽保險股份有限公司
000000000000000000
法定代理人　陳俊伴
訴訟代理人　林峻立律師

上列當事人間請求給付保險金事件，本院於民國109年7月6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

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，但請求之基礎事實同一、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2款、第3款定有明文。本件原告起訴聲明原為：㈠被告應給付原告新臺幣（下同）125萬元，及自民國106年7月1日起至清償日止，按年利一分計算之利息；㈡願提供現金或同面額之第一商業銀行可轉讓定期存單為擔保，請准宣告假執行。嗣於109年3月2日當庭並具狀更正利息起算日自「106年8月6日起」，有民事準備續㈠狀、言詞辯論筆錄（見卷第155、157頁）在卷可稽；核原告變更部分基礎事實同一，且核屬減縮應受判決事項之聲明，揆諸前揭規定，並無不合，應予准許。

貳、實體方面：

一、原告起訴主張：

㈠原告自88年3月26日起受僱於美商美國安泰人壽保險股份有限公司臺灣分公司（下稱安泰人壽公司），並擔任業務主任，嗣安泰人壽公司與富邦人壽保險股份有限公司於98年6

月1日進行企業合併，合併後安泰人壽公司自合併基準日更名為「富邦人壽保險股份有限公司」即被告，原告迄今仍受僱於被告。又原告於88年5月27日以個人員工身分及附加眷屬向被告投保保單號碼為0000000-000之「人壽自費保險」，原告本人投保種類8項，包含重大疾病保險（GDDB)保險金額100萬元（下稱系爭團保一保單）；至99年1月1日，原告再以個人員工身分及附加眷屬，向被告投保保單號碼為0000000-00之「公司團險」，原告本人投保種類5項，包含重大疾病險（GDDD)保險金額25萬元（下稱系爭團保二保單）；而系爭團保一、二保單全部保費均按月自原告之員工薪資以扣繳方式支付至今，從無間斷，期間亦未曾換約，故被告自應按原告投保時之保單條款辦理理賠。嗣原告於106年6月13日在長庚醫療財團法人台北長庚紀念醫院（下稱台北長庚醫院）進行乳房超音波粗針切片術，106年6月20日經診斷罹患女性右側乳房惡性腫瘤(第一期）（下稱系爭疾病），經兩次住院、放射線治療、門診治療等，原告乃於106年7月20日向被告申請理賠，惟被告拒絕理賠系爭團保一保單100萬元及系爭團保二保單25萬元，其他無爭議之相關保險種類業已支付原告162萬3,165元。爰依保險法第1條、第34條第1項、第2項、民法第233條第1項規定及系爭團保一、二保單之約定，提起本訴。

㈡並聲明：

1.被告應給付原告125萬元，及自106年8月6日起至清償日止，按年利一分計算之利息。

2.願提供現金或同面額之第一商業銀行可轉讓定期存單為擔保，請准宣告假執行。

二、被告則以：

㈠原告係於106年6月13日在台北長庚醫院進行乳房超音波粗針切片術，並於106年6月20日經診斷罹患系爭疾病，則系爭疾病是否符合系爭團保一、二保單所約定「重大疾病」定義，自應依當年度即106年當時有效之保單條款為據；而系爭團

保一、二保單為「一年之定期保險」，性質為一年一約，在要保人（即被告）與保險公司續約後即成立另一定期保險契約，並當然適用續約年度之保單條款約定，無適用續約前投保時之保單條款約定之餘地；而106年當時有效之系爭團保一保單第15條第1項第5款第8目及系爭團保二保單第3條第5款第8目約定，均排除系爭疾病於「重大疾病」定義之外，故原告向被告請求給付系爭團保一保單100萬元及系爭團保二保單25萬元合計125萬元之保險金，自屬無據。

㈡又系爭團保一、二保單為「一年之定期保險」，此與各保單之保險費係由何人依何方式繳納，及原告是否因其員工身分而具有團體保險之「被保險人資格」等，根本毫無關聯，況各保單之保險費繳納與否僅涉及承保人之保險責任是否溯自其繳納保險費時開始起算而已，並不會因此變更保單一年一約之性質，是原告主張保費係自原告之員工薪資以扣繳方式支付，期間未曾換約，應依投保時之保單條款約定云云，顯然有誤，並無可採。再者，原告並非系爭團保一、二保單之要保人，是被告並無重新簽訂要保書並發給保單條款等予原告之義務，且上開保單之被保險人為被告公司之員工或其眷屬，是被告於每年保單有效期間屆至前之6、7月間均會以「業務公告函」方式告知，使身為被保險人公司員工等有機會決定是否繼續團保，而就團險相關險種及保障內容等，除可從公司之系統查詢外，並可與團險各推廣中心行銷人員聯絡得知，倘若原告不欲繼續該保險自可辦理變更或退保，故原告請求給付保險金顯無理由。

㈢並聲明：

1.原告之訴及假執行之聲請均駁回。

2.如受不利判決，願供擔保，請准宣告免為假執行。

三、兩造不爭執事項：（見卷第96-97、258頁，並依卷內事證略做文字修正）

㈠原告自88年3月26日起即任職於安泰人壽公司，並擔任外勤之保險業務員，嗣因合併富邦人壽保險股份有限公司後為存

續公司，並於合併後更名為富邦人壽保險股份有限公司。

㈡原告以其為被保險人及受益人，於88年5月27日參加要保人為安泰人壽公司，保單號碼為0000000000號之人壽自費保險，並附加保險金額100萬元之重大疾病保險。

㈢原告以其為被保險人及受益人，於99年1月1日參加要保單位為被告，保單號碼為000000000號之公司團險，並附加保險金額25萬元之重大疾病保險。

㈣原告於106年6月13日在台北長庚醫院進行乳房超音波粗針切片術，並於106年6月20日經診斷罹患女性右側乳房惡性腫瘤（第一期）即第一期乳癌。

㈤被告就系爭疾病，已給付原告個人險之理賠金137萬3,889元（含終身型重大疾病72萬元），包括人壽自費保險保單及公司團險保單之一般住院及癌症住院醫療保險部分已給付原告24萬9,276元，合計共162萬3,165萬元。

㈥原告前向財團法人金融消費評議中心，以本件訴訟主張之同一事由及請求金額，提起理賠爭議（案號：108年評字第832號），經該中心作成「本中心就申請人之請求尚難為有利申請人之認定」之評議書。

四、得心證之理由：

原告前以被保險人及受益人身分向被告投保系爭團保一、二保單，嗣因罹患系爭疾病，乃向被告請求系爭團保一保單保險金100萬元及系爭團保二保單保險金25萬元，並提出系爭團保一、二保單、診斷證明書（見卷第23-29頁）等件為憑，惟被告以系爭團保一、二之保單為一年定期保單，原告保險事故發生時，系爭疾病已非屬系爭團保一、二保單之條款所訂重大疾病定義為由而拒絕理賠，是本件爭點厥為：㈠系爭團保一、二保單是否為一年定期保險；㈡原告請求被告給付保險金，有無理由。茲論述如下：

㈠系爭團保一、二保單為一年定期保險：

1.系爭團保一保單之保單號碼為0000000-000，原告附加「GDDB」保險，而該「GDDB」即為「安泰團體一年定期重大疾病

保險」乙節，有被告提出之安泰員工/承攬人團體保險加入表、保險單條款彙編（團險）、安泰團體一年定期重大疾病保險保險單條款等在卷可憑（見卷第175頁、第179-195頁），而該保單條款第3條第1項即明訂「本契約保險期間為一年」，亦有該保單條款附卷可佐；另系爭團保二保單之保單號碼為000000000號，原告亦附加「GDDD」保險，而依系爭團保二之要保書，業已載明該「GDDD」為「富邦人壽團體重大疾病一年定期保險」，保險單條款第4條第1項亦規定本契約保險期間為一年；此有要保書、98年6月1日富壽商品字第098001號函備查之「富邦人壽團體重大疾病一年定期保險」保險單條款影本各1份附卷可憑（見卷第211-217頁）。由上開資料可知，原告所提系爭團保一、二保單附加之重大疾病險分別為「安泰團體一年定期重大疾病保險」（下稱系爭附約一）、「富邦人壽團體重大疾病一年定期保險」（下稱系爭附約二），兩份附約於名稱及保單條款內均已載明為「一年定期保險」甚明，原告雖空言否認系爭團保一、二之保單所投保者為系爭附約一、二之保險契約，然迄至本院言詞辯論終結前，均未能提出其據以請求之保單條款內容，則其徒執前詞，系爭團保一、二保單中之重大疾病險（GDDB、GDDD）之英文簡寫名稱並無記載「一年定期保險」之文字，進而否認所投保者一年定期保險，顯係刻意曲解文意，洵無可採。

2.次按本法所稱保險，謂當事人約定，一方交付保險費於他方，他方對於因不可預料或不可抗力之事故所致之損害，負擔賠償財物之行為。根據前項所訂之契約，稱為保險契約，保險法第1 條定有明文。又任意保險者，乃基於要保人之自由意願所投保之保險，與強制保險係基於法律之強制規定，有所不同。依系爭附約一之83年4月26日版之保險單條款第24條及90年9月20日版保險單條款第3條第1項、第23條分別載明「本契約保險期間為一年」、「要保人得在保險期間屆滿日的兩週前通知本公司續保，續保的始期以原契約屆滿日的

翌日零時為準。」等語（見卷第185頁、第205頁）；而系爭附約二之98年6月1日版保險單條款第4條第1項、第24條亦約定「本契約保險期間為一年」、「要保人得在保險期間屆滿日的兩週前通知本公司續保，經雙方議定續保條件後，續保的始期以原契約屆滿日的翌日零時為準。」（見卷第212頁、第214頁），均足見系爭附約一、二之保險期間僅一年，於屆期前，需由要保人通知保險公司議定條件後續約，足證系爭附約一、二均非保證續保之保險契約。又系爭附約一、二既非屬強制保險而為任意險，且係一年定期之保險契約，則本諸私法自治原則，當事人間之權利義務，自應以雙方當事人每一次續約時要保與承諾所成立之契約所訂條款為依據，而非以第一份之保險契約為準。

3.原告雖指稱系爭團保一、二之保單係按月直接自原告之薪資內扣繳，從無間斷，期間亦未曾換約，足見係以原告之員工身分作為投保資格，則原告任職期間均為保險期間，而非一年一簽之定期契約云云。然系爭附約一、二非保證續保之保險契約，業如前述，而原告以薪資帳戶扣繳之方式繳納保險費，僅為其保險費繳納方式之選擇，非因此即可逕認其任職期間即為保險期間，原告主張尚嫌速斷，難以憑採。原告雖再稱被告從未通知原告續保，原告亦未曾於要保書、保險條款等文件上簽名，否認系爭附約一、二之效力云云。然依系爭附約一、二之前開保險條款可知「要保人」於保險期間屆滿兩週前通知保險公司續保，此處之要保人係指被告而言，蓋系爭附一、二為團體保險，原告僅為被保險人而非要保人，自無從於要保書、保險條款上簽名。而系爭附約一、二於該年度保單有效期間屆至而需續約前，被告均有以業務公告函之方式通知員工加退保之辦理期限、保單有效期間、及險種內容等，此業據被告提出105年6月29日及105年7月6日之業務公告函各1份（見卷第247-253頁），堪信為真實，則原告既未於公告期限內退保，應可推知其同意被告以系爭附約一、二之保單條款內容續保；況原告本身即為保險業務

員，從事保險業務工作近20年，對於團體保險之投保方式及相關專業知識非一般人所得比擬，卻試圖混淆要保人與被保險人之角色，以被告未通知其商議續保等理由否認系爭附約一、二之效力，其主張要非可採。

㈡原告請求被告給付保險金無理由：

本件系爭附約一、二為一年定期保險乙節，業如前述，則原告於106年7月20日以系爭疾病屬重大疾病向被告申請保險金有無理由，即應視106年度有效之系爭附約一、二保單條款就重大疾病之承保範圍而定。而依斯時有效之系爭附約一保單條款第15條第5款第8目及系爭附約二保單條款第3條第5款第8目之規定，均已明確將系爭疾病之「第一期乳癌」排除於重大疾病項目之外，而非屬保險給付之範圍，此有上開2份保單條款在卷可稽（見卷第111-112頁、第117-118頁），則原告以系爭疾病屬重大疾病，依系爭附約一、二請求被告給付保險金，即屬無據，不應准許。

五、綜上所述，原告依據保險法第34條、系爭團保一、二保單請求被告給付保險金125萬元暨自106年8月6日起，按年利一分計算之利息，為無理由，應予駁回。原告之訴既經駁回，其假執行之聲請，亦因失所附麗，應併予駁回。

六、本件事證明確，兩造其餘攻擊、及援用之證據，經本院審酌後，認為均不足以影響本判決之結果，爰不逐一論述。

七、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第78條。

中　　華　　民　　國　　109　　年　　7　　月　　31　　日

民事第九庭　　法　官　陳威帆

以上正本係照原本作成。

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。如委任律師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

中　　華　　民　　國　　109　　年　　7　　月　　31　　日

書記官　黃文芳