臺灣臺北地方法院小額民事判決

113年度北保險小字第3號

原　　告　梁志軒
訴訟代理人　胡峰賓律師
複　代理人　李沭槿
被　　告　元大人壽保險股份有限公司
000000000000000000
法定代理人　江朝國
訴訟代理人　劉孟昀

上列當事人間請求給付保險金事件，本院於民國113年3月6日言詞辯論終結，判決如下：

主　　文

原告之訴駁回。

訴訟費用新臺幣1,000元，由原告負擔。

事實及理由

壹、程序部分

一、按當事人不得為適用小額程序而為一部請求；但已向法院陳明就其餘額不另起訴請求者，不在此限，民事訴訟法第436條之16定有明文。其立法意旨略以：「如許當事人就不屬小額事件之請求，割裂而為一部請求，以利用小額程序，適用特別規定，非但增加法院之案件負擔，影響小額程序功能之發揮，於被告程序上權益之保護，尤嫌欠周，爰明文禁止之」。蓋關於請求給付金錢、代替物或有價證券之訴訟，其標的金額或價額在新臺幣（下同）10萬元以下者，始應適用小額程序（此民事訴訟法第436條之8第1項），因當事人兩造訟爭標的之價額甚低，為節省司法資源，以達簡化其訴訟程序之目的，民事訴訟法就小額程序之起訴程式、證據程序法官裁量權及判決方法等，設有特別簡便之規定，自不許當事人將不屬於適用小額程序之事件，割裂其中一部，利用小額程序而為請求，其餘部分再另行起訴請求，果若如此，一案數辦，不僅徒增法院之負擔，且易造成裁判矛盾之現象，

足以影響小額程序之功能，更使對造忙於應訴，且使原應受簡易程序或通常程序之程序保障之權利受有損害，故以上開法律明文禁止，以謀實質之公平，準此，當事人就標的金額或價額逾10萬元者，僅就其中一部利用小額程序起訴，且未向法院陳明就其餘額不另起訴請求者，法院應認其訴違反民事訴訟法第436條之16一部請求禁止之規定，而適用同法第249條第1項第6款之規定，以其訴為不合法裁定駁回之，先予敘明。

二、本件原告起訴狀因無從確認保險金，乃表示暫時請求之金額10萬元，但經本院闡明小額事件一部請求禁止之原則後，業當庭陳明僅就本件聲明之前揭金額為請求（並捨棄其他可能申請之保險金額），此有本院民國113年3月6日言詞辯論筆錄及本院之公務電話記錄（被告訴訟代理人答覆：確認請求10萬元，其餘捨棄等語）在卷可按，是堪認原告本件起訴，應屬合法。

貳、實體部分

一、原告起訴主張略以：

㈠兩造前於106年間簽訂保險契約(保單編號：LVBJ000176號，下稱系爭契約)，嗣原告因罹患「重鬱症、憂鬱症」等疾病（下稱系爭疾病）而多次住院就診，並已取得重大傷病免自行部分負擔證明卡，因此前檢具相關資料向被告申請理賠，並依被告人員指示補正有關資料，但被告最後卻無視相關資料，逕以於110年5月20日赴醫治療、該病症發生於契約終止後云云，通知原告不予理賠。被告理賠通知書先載：「對於您於110年5月20日赴醫治療，本公司謹致慰問之意」，可見被告係認原告於110年5月20日赴醫治療，故申請理賠，但觀諸被告理賠通知書返還之相關資料以及原告前入院病歷資料，即可見原告係早在110年5月20日前即持續赴醫治療，如診斷證明書載明曾在106年9月25日起至107年8月27日曾住院治療等，該110年5月20日僅係重大傷病卡之有效日期，被告卻以該日期稱被告於110年5月20日赴醫治療，可見被告根本未有詳細審視原告提供之相關資

料，即輕率認定拒絕理賠。又如被告係主張因該重大傷病卡之有效日期為110年5月20日起，而主張「該病症發生於契約終止後」並因此拒絕理賠，但觀諸相關診斷證明，本已可見原告早在106年間即罹患相關疾病，被告卻僅以重大傷病卡之有效日期為110年5月20日起，即認定原告在斯時方罹患相關之疾病，顯然亦有違誤。

㈡原告之重大傷病卡有效日之起始日，為110年5月20日，而其重大傷病病名為情感性疾患，依據全民健康保險審議會所述，該疾患需至少具有「治療6個月以上」、「影響工作、社交功能」、「併有精神病症狀」等條件。而以上條件之判定，除認為應在同一主治醫師為至少6個月之治療下做相關認定之外，其精神病症狀之存在，包括是否有幻覺、妄想、怪異言語、不合理行為及其他相關精神病症狀，亦需要精神科專科醫師之確診並詳載於病歷上，而工作、社交功能更可能需要其他醫療團隊之成員，如臨床心理師、社工師、職能治療師等之協助評估，才能做準確之診斷及治療成效判斷，之後方能給予重大傷病的認定。本件系爭契約停效日期為109年12月26日，原告重大傷病卡有效日為110年5月20日，則依上揭說明，用以判定原告重大傷病之相關醫療認定既必需長達6個月以上，其經醫師確認首次罹患重大傷病之日期自早於109年12月26日，而在本件契約有效期間內，被告自應依約給付理賠。

㈢依系爭附約第1條第3項約定：「本附約的解釋，應探求附約當事人的真意，不得拘泥於所用的文字；如有疑義時，以作有利於被保險人的解釋為原則。」、系爭附約第5條第1、3項約定「被保險人於本附約生效日起31日(含)或復效日以後之有效期間內，經醫院醫師診斷，確認首次罹患第2條約定『重大傷病範圍』所列傷病之一，且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定之重大傷病證明者，本公司按保險金額給付『重大傷病保險金』，本附約效力即行終止。」、「第1項情形，被保險人取得全民健康保險保險人核定之重大傷病證

明時，本附約效力已停止或終止者，本公司應給付『重大傷病保險』…」。依系爭附約第5條第1、3項約定，只要被保險人即原告於契約有效期內首次罹患「重大傷病」，縱於附約效力停止或終止後始取得全民健康保險局核發之重大傷病證明，被告仍應給付重大傷病保險金，是被告即不應增加契約所無之限制。況且，如依被告主張須於契約有效期間內取得重大傷病證明，則本件系爭附約第5條第3項約定「被保險人取得全民健康保險保險人核定之重大傷病證明時，本附約效力已停止或終止者，本公司應給付『重大傷病保險金』。」顯與被告說詞完全背道而馳。另依據金融監督管理委員會「醫療險商品連結特定重大傷病相關規範」之規範事項中，對於「給付認定標準」已載明「1、被保險人於契約有效期間內經初次診斷確定罹患『重大傷病』；且已依中央衛生主管機關公告實施之『全民健康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，該證明文件之取得不限於契約有效期間內。」

㈣依據「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」第2條之附表一「全民健康保險重大傷病項目及其證明有效期限」所列國際疾病分類（ICD－10－CM/PCS）」中，「F33」之「情感性疾患」，其「重大傷病項目」中載明：「六、慢性精神病〔符合以下診斷，而病情已經慢性化者，除第㈠項外，限由精神科專科醫師所開具之診斷書並加註專科醫師證號〕」等語，另依據全民健康保險審議會所述，情感性疾患需具有「治療6個月以上」、「影響工作、社交功能」、「併有精神病症狀」等條件，足見「F33.3鬱症、復發、重度伴有精神病特徵」之情感性精神疾病如「治療6個月以上」、「影響工作、社交功能」、「併有精神病症狀」等條件而已慢性化者，即符合重大傷病，並不以取得重大傷病之證明為必要。原告於106年9月25日起於大甲美德醫院精神科住院近1年、且有想殺掉同事之精神異常狀況，原告於陽光精神科醫院入院病歷載明「46歲左右案父於該年初跳河身亡情緒開始波動更大，後因與同事口角、

情緒激動表示想殺掉同事等，友人與案兄討論後安排其至大甲美德醫院住院…。」、美德醫院107年8月27日診斷證明書「病名：1、憂鬱疾患」、「醫生囑言：因上述診斷106年9月25日至107年8月27日於本院精神科住院治療。」，則原告於該時住院應已足認定首次罹患「F33.3鬱症、復發、重度伴有精神病特徵」之情感性精神疾病，則系爭契約停效日期既為109年12月26日，其經醫師確認首次罹患重大傷病之日期既於106年間，而在本件契約有效期間內，被告自應依約給付理賠。

㈤並聲明：被告應給付原告10萬元，及自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息。

二、被告抗辯則略以：

㈠原告於106年6月30日以自己為要保人暨被保險人，向被告投保主約「祝扶年年殘廢照護終身保險」（保險金額30萬元）及附加附約「重大傷病健康保險附約」（保險金額應為300萬元）（保單號碼：LVBJ000176號，下分別稱系爭主約、系爭附約，即系爭契約），並約定以年繳、自行劃撥方式繳納保險費。然原告自109年6月起即未繳費，經被告催告仍未獲置理，系爭契約於109年12月26日停止效力。原告於系爭契約停效後始向被告提出保險金申請書並檢附診斷證明書及重大傷病免自行部分負擔證明卡，自述其因罹患系爭疾病多次就診，然經被告受理理賠申請並調閱原告病歷紀錄後，認為保險事故係發生於契約終止後，故寄發拒賠通知書。而原告取得重大傷病卡日期為110年5月20日，惟系爭契約已於109年12月26日停止效力，且原告至系爭契約失效前未有申請復效成功之紀錄，故被告得拒絕理賠重大傷病保險金予原告。原告雖又主張其於保險契約尚屬有效之106年間即已有罹患系爭疾病，然原告檢附之診斷證明僅得證明原告於106年9月起至110年間，曾陸續至不同3間醫療院所之精神科進行門診或住院治療，無法據以認定原告自106年間因罹患精神疾患就診即達符合重大傷病認定之程度。

㈡又一般臨床實務上重鬱症患者罹病後於臨床上已追蹤觀察達6個月以上未痊癒，且病情影響患者之工作及社交功能時，經專

業醫療團隊評估後方得認定是否符合重大傷病。申言之，情感性精神病中之「重鬱症」非皆屬重大傷病，縱專業醫師評估認定屬重大傷病情形並核發重大傷病證明卡，亦不得據以推論患者自第1次確診重鬱症即符合重大傷病之程度。且依據系爭附約條款首頁明文約定，「就被保險人經醫師首次診斷為重大傷病，並取得『全民健康保險保險人』核發之重大傷病證明，才符合『重大傷病保險金』的申領資格。」故參酌重大傷病證明卡所載資訊，原告因重鬱症經專業醫師認定符合重大傷病之時點，應以110年5月20日為起算，被告依系爭附約約定作成拒賠決定並無違誤。

㈢原告於系爭契約停效後，曾透過大誠保經通路提出復效申請，惟因系爭契約停效已逾6個月，且原告提出申請復效之文件不全，經被告照會要求保經通路協助通知保戶提出可保文件及補齊資料，原告仍未遵期補齊文件，被告復於111年11月29日作成保服退件通知單，通知保戶（原告）因遲未獲上述文件無法受理復效，故被告謹依系爭附約第12條3項約定退回原告復效之申請。因此，系爭契約於原告發生保險事故(即取得重大傷病證明卡)、提出保險金申請之時點，皆屬系爭契約停效狀態期間，被告自已無給付重大傷病保險金之責任。

㈣依全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第2條第2項約定：「保險對象經特約醫院、診所醫師診斷為重大傷病者，得檢具下列文件，由本人或委託他人、醫院、診所為代理人，向保險人申請重大傷病證明：一、全民健康保險重大傷病證明申請書（如附表二）。二、特約醫院、診所開立之診斷證明書（診斷病名欄，應加填國際疾病分類碼）及病歷摘要或檢查報告等相關佐證資料。診斷證明書自開立日起30日內有效，逾期不予受理。三、身分證明文件影本。四、其屬慢性腎衰竭需定期透析治療或呼吸衰竭需長期使用呼吸器治療者，並應由特約醫院、診所加填全民健康保險慢性腎衰竭需定期透析治療病人重大傷病證明申請附表或呼吸器依賴病人重大傷病證明申請附表（如附表三、附表四、附表五）。」及同辦法第5條第1項約

定：「重大傷病證明，以保險對象提出申請之日為生效日。但重大傷病項目屬罕見疾病者，溯自醫事人員依罕見疾病防治及藥物法第七條規定，向中央主管機關報告發現罹患罕見疾病病人之日。」即已明文約定全民健康保險對象申請重大傷病證明所應齊備之醫療證明等文件資訊、重大傷病證明生效日起算方式及診斷證明書之有效期限。原告之重大傷病證明係依據全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第5條第1項之規定，係以保險對象提出申請之日為生效日，故健保署核定原告符合重大傷病資格之生效日為110年5月20日於法有據；參酌同辦法第2條第2項第2款約定，原告提出申請文件資料所檢附之診斷證明書自應符合提出申請日前至多30日方為有效之規定始能申請重大傷病證明。承前所述，縱本件原告於申請重大傷病卡當天起算前30天即已取得專業精神科醫師開立之重鬱症達重大傷病程度之診斷證明書，仍未符合於系爭附約約定於有效期間內取得首次診斷為重大傷病證明，被告依系爭附約約定作成拒賠決定，並無違誤。

㈤縱原告申請重大傷病證明之日前已由專業精神科醫師為原告進行重鬱症是否達重大傷病資格之評估與治療，原告亦非於住院斯時即取得重大傷病資格。依全民健康保險重大傷病範圍第6項慢性精神病分類規範:「六、慢性精神病（符合以下診斷，而病情已經慢性化者，除第（一）項外，限由精神科醫師所開具之診斷書並加註專科醫師證號）」，即明確定義慢性精神病是項重大傷病分類除失智症外之診斷證明必須經專業精神科醫師開具始屬合規，係因慢性精神病與其他重大傷病分類（例：癌症、惡性腫瘤、染色體異常等）有所不同，其他疾患多可透過醫學檢驗數值、報告或確診等診斷依據經醫師認定病患是否達重大傷病範疇，然而情感性疾患是否達重大傷病範圍則無客觀數值可供立即判定。依行政院衛生署全民健康保險爭議審議會所述判準，就認定重鬱症是否符合重大傷病程度應具備「治療6個月以上」、「影響工作、社交功能」、「併有精神症狀」等要件，可推知罹患情感性疾患之病患精神狀況處於動態

式變化，故若未經至少6個月之相當治療期間及醫療團隊觀察、綜合判斷患者生心理狀態、精神症狀是否變動、產生幻覺、妄想等不合理行為影響社交功能等情形，則專業醫師將難以認定患者病況是否已達重大傷病分類第6項慢性精神病之程度；申言之，情感性疾患之病患於接受醫學治療及評估病況程度期間，其病情當然處於浮動狀態，病況進程尚有改善或趨於穩定之可能，專業精神科醫師並應經相當期間治療觀察，始得正確判斷病患之病情是否符合重大傷病程度之診斷，以避免造成健保資源濫用之道德風險，故原告不得據醫師最終評估作成認定原告符合重大傷病結果而逕自回溯認定原告於6個月或更甚以前早已因罹患重鬱症達重大傷病資格，並曲解系爭契約約定之文義以主張被告應負給付保險金之責。

㈥依103年6月18日金融監督管理委員會金管保壽字第10302055480號行政函釋要旨：「金管會同意醫療保險商品連結特定重大傷病相關規範之建議案，各保險公司之醫療保險商品請確實依相關規定辦理保險商品之送審作業。」，且按上開函釋附件之醫療險商品連結特定重大傷病相關規範第3頁，該規範事項業已明確於增列警語內容（提醒消費者事項）欄位指定各保險公司加註警語文字內容：「※被保險人經醫師首次診斷為重大傷病，並取得『全民健康保險保險人』核發之重大傷病證明，才符合重大傷病保險金申領資格。」，核與系爭契約條款首頁規範及要保書第3頁重要事項告知書約定相同，原告投保時亦經合理期間審閱系爭契約內容並親自書寫「同意投保」與簽名，依據要保書約定應肯認雙方就系爭契約締約當時對系爭契約即有合意。則契約文字業已表示當事人真意，自不應反捨棄約文字而更為曲解，並應顧及保險為危險共同團體制度及保險之真諦，審酌契約目的依誠信原則而為解釋，最後仍有疑義時，始得適用保險法第54條第2項有利於被保險人之解釋原則，非謂保險契約一律為有利於被保險人之解釋。是以，被告謹遵循上開主管機關行政函釋意旨依法辦理保險商品相關送審作業，並依上開函釋建議加註明文警語內容提醒系爭契約申領條件，即

被保險人經醫師首次診斷罹患重大傷病且取得健保署核發之重大傷病證明者方符合請領保險金額給付之資格，核與系爭附約條款第5條1項約定相同。且觀諸系爭附約約定文義，原告於發生保險事故後，應經醫師評估取得首次診斷重大傷病診斷證明書方得持相關文件向中央健康保險署申請核發重大傷病證明，並應於兩項文件齊備後始具備系爭重大傷病保險金申領之資格。

㈦並聲明：原告之訴駁回；以及如受不利判決，願供擔保請准宣告免為假執行。

三、本院之主要判斷理由：

㈠原告主張兩造間於106年6月30日簽訂系爭契約，系爭契約業於109年12月26日停止效力等事實、原告罹患系爭疾病而自106年起即有多次診療或住院治療等事實、原告於110年5月20日起，取得期效分別為110年5月20日至112年5月19日、112年5月20日至永久有效之重大傷病卡事實、原告前向被告依系爭契約申請保險理賠，遭經被告通知不予理賠之事實、原告於106年9月25日起至107年8月27日亦曾因相關之系爭疾病有住院治療事實，被告均無爭執，並有系爭契約、系爭附約、診斷證明書、重大傷病免自行部分負擔證明卡、全民健康保險證明卡、保單停效通知函、保險金申請書、保服退件通知單等件存卷可按，應屬可採。然而，原告主張110年5月20日僅係被告嗣後取得重大傷病卡之有效日期，系爭契約於109年12月26日停止效力終止之前，原告即已具備系爭契約、系爭附約第5條第3項、第1項規定之首次重大傷病理賠條件，被告應給付系爭契約約定保險金中之10萬元云云，則為被告所否認，並已以前詞置辯。

㈡按系爭契約之系爭附約第5條第3項規定：第1項情形，被保險人取得全民健康保險保險人核定之重大傷病證明時，本附約效力已停止或終止者，本公司應給付重大傷病保險金，該約定之前提顯為符合系爭附約第5條第1項之要件，故系爭附約第5條第3項顯為系爭附約第5條第1項約定之補充。而觀之系爭附約第5條第1項約定為：「被保險人於本附約生效日起31日(含)或

復效日以後之有效期間內，經醫院醫師診斷，確認首次罹患第2條約定『重大傷病範圍』所列傷病之一，且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定之重大傷病證明者，本公司按保險金額給付『重大傷病保險金』，本附約效力即行終止。」則顯然兩造約定取得重大傷病保險金之保險給付要件為：

1. 系爭附約生效日起31日(含)或復效日以後之有效期間內。
2. 在上開期間，經醫院醫師診斷，確認首次罹患第2條約定『重大傷病範圍』所列傷病之一。
3. 且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定之重大傷病證明。但是，被保險人取得全民健康保險保險人核定之重大傷病證明時，本附約效力已停止或終止者，仍應給付。

亦即，依系爭附約第5條第3項約定，無法獨立視之，應由其條文內容即與系爭附約第5條第1項合併觀之。是原告主張依系爭附約第5條第3項約定，被保險人之原告取得全民健康保險保險人核定之重大傷病證明時，雖系爭契約之系爭附約效力已停止效力，被告仍應給付重大傷病保險，故本件原告之前述情形應符合給付要件，應屬誤會。又系爭附約第5條第1項約定，原告應在系爭附約生效日起31日(含)或復效日以後之有效期間內，經醫院醫師診斷，「確認」「首次罹患第2條約定『重大傷病範圍』所列傷病之一」，「且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定之重大傷病證明者」，被告即應依系爭契約給付重大傷病保險金，故原告主張其於系爭契約有效期間之內、停效之前，曾經因為嗣後經核發重大傷病卡之系爭疾病就醫、住院云云，忽略於原告前於110年5月20日固有赴醫治療事實，但當時並未經醫師診治確認已有首次罹患第2條約定重大傷病範圍所列傷病之一，而該重大傷病範圍所列傷病，並

非一般性之身心疾病即可稱之，而係需要符合一定之條件，誠如原告亦稱：其所提診斷證明書載明，曾在106年9月25日起至107年8月27日住院治療等情，但當時亦非系爭契約有效期間，亦非已經符合系爭附約第5條第1項約定之情形，即可知悉。

㈢本院並依兩造之聲請，發函詢問訴外人衛生福利部中央健康保險署本件申請及核發重大傷病卡之情形，經該署以113年2月5日健保中字第1130102606號函文函覆，略稱：「...二、經查梁君（按：即原告）所持『鬱症，復發，重度伴有精神病特徵』（ICD－10－CM：F33.3）之全民健康保險重大傷病證明，效期分別為110年5月20日至112年5月19日、112年5月20日至永久有效，係本署中區業務組依陽光精神科醫院協助保險人代辦重大傷病證明予以核定，倘貴院需完整相關病歷資料，請洽陽光精神科醫院協助提供。三、另有關重大傷病證明生效日係依全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第5條第1項及第3項規定略以：以保險對象提出申請之日為生效日；有效期間屆滿，申請人於規定期限內重新申請，經保險人核定繼續取得重大傷病證明者，其效期得予銜接。」等語無誤（見本院卷第163頁）。堪認該原告重大傷病卡經醫師確認診治屬於鬱症，復發，重度伴有精神病特徵（ICD－10－CM：F33.3）事實並提出申請之時，即為110年5月20日，其後之有效期間均為依規定為重新申請後銜接展延無誤。

㈣本院參酌人類身心疾病具有隨時間發展不同程度之特徵，尤其與心血管疾病等並列值應重視之憂鬱症，亦係容易造成生活失能之疾病之一，早期發現可能之病徵、若予以適當妥當之治療或療程，本有助於病患健康之回復，並有利社會整體醫療資源有效利用。但並非日後不幸隨著病程發展嚴重化之疾病，均可溯及最初看診或治療之時間，在無積極事證下，遽認當時已屬經醫院醫師診斷而確認「首次罹患第2條約定『重大傷病範圍』所列傷病之一」。而依原告舉出之107年間之診斷證明書，確實亦僅有：憂鬱疾病等之記載，但反觀嗣後在110年5月14日診斷證明書，醫師診斷之病名，即為：鬱症，復發，重度

伴有精神病特徵（F333），與本件申請重大傷病卡之訴外人陽光精神醫院於110年11月29日所開立之診斷證明書，記載：重鬱症，復發，重度伴有精神病特徵（以下空白）如出一轍。則原告持該109年12月26日系爭契約停效之前之前述診斷證明書，主張原告於106至107年間當時，即有因為患疾住院經醫師診斷確認首次罹患系爭契約所約定重大傷病範圍所列傷病之一，經審酌後，實難認為其主張可據。

㈤原告雖又以：據全民健康保險審議會所述，情感性疾患需具有「治療6個月以上」、「影響工作、社交功能」、「併有精神病症狀」等條件，足見「F33.3鬱症、復發、重度伴有精神病特徵」情感性精神疾病如「治療6個月以上」、「影響工作、社交功能」、「併有精神病症狀」等條件而已慢性化者，即符合重大傷病，而並不以取得重大傷病之證明為必要，故106年9月25日起於大甲美德醫院精神科住院近1年、且有精神異常狀況即已符合系爭契約保險理賠條件云云。姑不論此與系爭附約第5條第1項約定應係在系爭契約有效期間，經醫院醫師診斷，確認首次罹患第2條約定『重大傷病範圍』所列傷病之一，或者，訴外人美德醫院於107年8月27日開立之診斷證明書上記載之病名內容，僅為憂鬱疾患、甲狀腺亢進等節，兩相違背，且原告前揭重大傷病卡之取得，顯然依據110年5月以後之診斷證明書記載之診斷結果為：「F33.3（或在診斷證明書上載為F333）鬱症、復發、重度伴有精神病特徵」為憑斷，難認與原告所主張之106年間診斷結果，即屬於相同之「F33.3鬱症、復發、重度伴有精神病特徵」之重大傷病範圍所列傷病。則被告本件抗辯：憂鬱症或重鬱症非皆即屬重大傷病，縱事後專業醫師評估認定屬重大傷病情形並核發重大傷病證明卡，亦不得據以推論患者自第1次確診重鬱症，即符合重大傷病之程度，系爭契約約定就被保險人經醫師首次診斷為重大傷病，並取得全民健康保險保險人核發之重大傷病證明，才符合重大傷病保險金申領資格，本件參酌重大傷病證明卡所載資訊，原告因重鬱症經專業醫師認定符合重大傷病之時應以110年5月20日為起

算，被告依系爭附約約定作成拒賠決定並無違誤等語，堪認有據。

四、綜上所述，原告依系爭契約之法律關係，請求被告應給付原告10萬元，及自起訴狀繕本送達之翌日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息，依前所述，原告所舉事證無從支持其主張為有理由，原告嗣後身患重大疾病，其情雖極為可憫，但系爭契約乃兩造契約自由下明文所約定，被告於原告系爭契約因未繳款發生停效時，亦有通知可得於2年內辦理復效手續，然原告因故未予完成該復效手續，以致其符合系爭契約之系爭附約第5條約定之取得重大傷病卡身分時，已不符合系爭契約約定之有效期間，故其向被告為本件保險理賠10萬元及其約定遲延利率等之請求，並無理由，自應駁回。

五、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及證據，核與判決之結果，不生影響，爰不一一論列，併此敘明。

六、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第78條。本件訴訟費用額，依後附計算書確定如主文所示金額。

中　　華　　民　　國　　113　　年　　3　　月　　21　　日

臺北簡易庭　法　官　徐千惠

以上正本係照原本作成。

如不服本判決，須以違背法令為理由，應於判決送達後20日內向本庭（臺北市○○區○○○路0段000巷0號）提出上訴狀（須按他造當事人之人數附繕本）。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　　113　　年　　3　　月　　21　　日

書記官　蘇冠璇

訴訟費用計算書

項　　目	金　額（新臺幣）	備註
第一審裁判費	1,000元	
合　　計	1,000元	

附錄：

一、民事訴訟法第436條之18第1項：判決書得僅記載主文，就當事人有爭執事項，於必要時得加記理由要領。

二、民事訴訟法第436條之24第2項：

對於小額程序之第一審裁判上訴或抗告，非以其違背法令為理由，不得為之。

三、民事訴訟法第436條之25：

上訴狀內應記載上訴理由，表明下列各款事項：

㈠原判決所違背之法令及其具體內容。

㈡依訴訟資料可認為原判決有違背法令之具體事實。

四、民事訴訟法第436條之32條第2項：

第438條至第445條、第448條至第450條、第454條、第455條、第459條、第462條、第463條、第468條、第469條第1款至第5款、第471條至第473條及第475條第1項之規定，於小額事件之上訴程序準用之。