臺灣高等法院民事判決

115年度保險上字第13號

上　訴　人　劉師瑩
訴訟代理人　謝政恩律師
被　上訴人　保誠人壽保險股份有限公司

法定代理人　劉添
訴訟代理人　馮基源律師
　　張秉賦律師
　　黃婉婷律師
被　上訴人　安達國際人壽保險股份有限公司

法定代理人　李崇言
訴訟代理人　黃清濱律師
被　上訴人　遠雄人壽保險事業股份有限公司

法定代理人　孟嘉仁
訴訟代理人　楊家欣律師
　　廖家伶律師

上列當事人間請求給付保險金事件，上訴人對於中華民國114年9月30日臺灣桃園地方法院112年度保險字第9號第一審判決提起上訴，本院於115年8月26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

□上訴人主張：伊以自己為要保人及被保險人分別向被上訴人保誠人壽保險股份有限公司（下稱保誠公司）、安達國際人壽保險股份有限公司（下稱安達公司）、遠雄人壽保險事業股份有限公司（下稱遠雄公司，與保誠公司、安達公司合稱被上訴人）投保如附表所示之保險（下合稱系爭保單）。伊於民國

111年8月12日經○○醫療財團法人桃園○○紀念醫院（下稱○○醫院）確診罹患○○○○○○○（下稱系爭疾病），並於同年月22日經衛生福利部健康保險署（下稱衛福部）依全民健康保險法第48條第2項核定為重大疾病及發給重大傷病證明。詎保誠公司、遠雄公司均拒絕伊重大傷病理賠申請，安達公司則僅理賠伊第1保單年度新臺幣（下同）6萬2,568元等語，爰依系爭保單約定，請求：㈠保誠公司給付600萬元，及自112年1月9日起至清償日止，按年息10%計算之利息。㈡遠雄公司給付231萬元，及自111年12月21日起至清償日止，按年息10%計算之利息。㈢安達公司給付593萬7,432元，及自111年12月8日起至清償日止，按年息10%計算之利息（原審為上訴人敗訴之判決，上訴人聲明不服，全部提起上訴）。並上訴聲明：㈠原判決廢棄。㈡保誠公司給付600萬元，及自112年1月9日起至清償日止，按年息10%計算之利息。㈢遠雄公司給付231萬元，及自111年12月21日起至清償日止，按年息10%計算之利息。㈣安達公司給付593萬7,432元，及自111年12月8日起至清償日止，按年息10%計算之利息。㈤願供擔保請准宣告假執行。

□保誠公司：上訴人於100年10月9日曾前往衛生福利部○○○○院（下稱○○○○院）就診，初診診斷病名為「○○症，單純發作，重度未提及○○○○○○」。嗣上訴人於100年10月11日至104年10月26日期間，前往○○診所就診42次，初診病名為「○○症，復發，未明示嚴重度」。而上訴人既然於投保前已出現系爭疾病之○○期症狀，且系爭疾病屬持續性之疾病，縱上訴人投保時不知悉患病之確切醫學名稱，亦符合保險法第127條之情形，伊自無須理賠等語，資為抗辯。並答辯聲明：㈠上訴駁回。㈡如受不利判決，願供擔保請准宣告免為假執行。

□遠雄公司：上訴人自100年10月9日起即因○○症就診長達4年，考量○○症為系爭疾病病程發展之一環，上訴人於100年出現之○○症應為系爭疾病之暫時性診斷，兩者自屬同一疾病，則上訴人投保時，符合保險法第127條之情形，伊並無給

付保險金之責等語，資為抗辯。並答辯聲明：㈠上訴駁回。㈡如受不利判決，願供擔保請准宣告免為假執行。

□安達公司：上訴人於投保前即有多年○○科就診紀錄，包括100年至104年間○○症反覆就診病史，且於110年12月10日○○醫院亦將上訴人從○○症修正診斷為系爭疾病，顯見上訴人於111年8月12日確診系爭疾病，並非憑空發生與過往病程無關之新疾病，則上訴人屬保險法第127條之情形，伊無須理賠。又系爭疾病係在第1保單年度遭診斷確定為重大傷病，伊已依兩造簽訂之安達人壽好安心重大傷病健康保險契約（下稱系爭安達契約）第14條第1項後段約定，給付上訴人所繳保費總和之1.1倍即6萬2,568元，逾此範圍，伊無給付義務等語，資為抗辯。並答辯聲明：㈠上訴駁回。㈡如受不利判決，願供擔保請准宣告免為假執行。

□上訴人主張其於附表所示之投保日期以自己為要保人及被保險人，分別向被上訴人投保系爭保單，其並於111年8月12日經○○醫院診斷患有系爭疾病，於同年月22日經衛福部核定發給重大傷病，上訴人向被上訴人申請保險理賠，經保誠公司、遠雄公司拒絕理賠，安達公司僅理賠6萬2,568元等情，業據提出系爭保單、○○醫院診斷證明書、全民健康保險重大傷病核定審查通知書、理賠結果通知書等為證【見臺灣臺北地方法院112年度保險字第43號卷（下稱北院卷）第27至125頁】，且為被上訴人不爭執（見本院卷第160頁），自堪信為真實。

□上訴人主張其於保險期間內，因罹患系爭疾病，依系爭保單請求被上訴人分別給付如附表所示之保險金及自拒賠日起算按年息10%之利息，然為被上訴人所否認，並以前開情詞置辯。茲就兩造爭執事項分述如下：

㈠按保險法第127條，保險契約訂立時，被保險人已在疾病或妊娠情況中者，保險人對是項疾病或分娩，不負給付保險金額之責。其立法意旨乃在防止發生被保險人帶病投保之道德危險(最高法院109年度台上字第760號判決意旨參照)。次按在現在保險與未來保險契約中，承保期間係在契約訂立之同

時或訂約之後。而「疾病」在我國健康保險中的地位又屬保險事故，而非僅為保險事故之原因而已，因此如訂約時被保險人已在疾病中，則為危險已發生，且該事故顯非發生於承保期間內，保險人無須負保險給付之責。本條立法理由亦略以：「健康保險關係國民健康，社會安全，增訂本條條文，規定被保險人罹患疾病或已值妊娠時，仍可訂健康保險契約，以宏實效，惟保險人對於是項疾病或分娩不負給付保險金額責任，以免加重全部被保險人對於保險費之擔負」。惟為保護善意之被保險人，該條所指「被保險人已在疾病中者」應限縮解釋為該疾病已有外表可見之徵象，在客觀上被保險人不能諉為不知之情況而言（同院95年度台上字第359號判決參照）。且被保險人僅須知悉有該方面之疾病為已足，並不以確切知悉醫學上之病症名稱或業經醫師診斷確定為必要。準此，被保險人於保險契約訂立或生效前已發生或已在是項疾病中者，是項疾病即不在保險契約之承保範圍內，依法保險人即無負給付保險金額之責任。

㈡依保誠人壽醫卡通定期重大傷病健康保險（下稱系爭保誠契約）第2條第6款約定：「重大傷病：係指被保險人於本契約生效日起持續有效30日以後或復效日起，經醫院醫師診斷確定而屬『重大傷病範圍』項目之一者。」、第7款約定：「重大傷病範圍：係指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辦法』附表『全民健康保險重大傷病範圍』中所載之項目。」等語（見北院卷第31頁），可知在系爭保誠契約生效30日前所發生之疾病，非系爭保誠契約承保範圍。而查，遠雄人壽保安心85重大傷病定期保險000（下稱系爭遠雄000契約）第2條第5款約定：「重大傷病：係指經醫院醫師診斷確定而屬『重大傷病範圍』項目之一者。」、第6款約定：「重大傷病範圍：係指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辦法』附表『全民健康保險重大傷病範圍』中所載之項目。」等語（見北院卷第50頁）；系爭安達契約第2條第4項約定：「本

契約所稱『重大傷病』係指被保險人自本契約生效日起，經全民健康保險保險人特約醫院、診所醫師診斷確定屬重大傷病範圍項目之一者。」、第5項約定：「本契約所稱『重大傷病範圍』係指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辦法』附表『全民健康保險重大傷病範圍』中所載之項目。」等語（見北院卷第101頁），足見在系爭遠雄000契約、系爭安達契約生效前所發生之疾病，均非系爭遠雄000契約、系爭安達契約承保範圍。另，遠雄人壽保安心B型重大傷病一年定期健康保險附約（下稱系爭遠雄保安心B型附約）第2條第1款約定：「重大傷病：係指被保險人於本附約生效日起持續有效31日起或自復效日起，經醫院醫師診斷確定為『重大傷病範圍』項目之一者。」、第2款約定：「重大傷病範圍：係指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辦法』附表『全民健康保險重大傷病範圍』中所載之項目。」（見北院卷第75至76頁），可認在系爭遠雄保安心B型附約生效31日前所發生之疾病，亦非系爭遠雄保安心B型附約承保範圍。是以，倘上訴人之疾病係在109年8月11日前所發生即均非系爭保單之承保範圍（按依最早生效之系爭保誠契約回溯30日計算）。

㈢查，上訴人於100年10月9日曾前往稱○○○○院就診，初診診斷病名為「○○症，單純發作，重度未提及○○○○○○」；嗣於100年10月11日至104年10月26日期間，前往○○診所就診42次，初診病名為「○○症，復發，未明示嚴重度」，有○○○○院病歷摘要表、○○診所病歷資料附卷可佐（見原審卷㈠第77至99頁），足見上訴人於100年至104年間即患有○○症。

㈣次查，上訴人於111年8月12日因系爭疾病出現○○、○○、○○、○○○○、○○○○○、○○等症狀，病史中曾於110年5月至6月間出現○○○○、○○、○○○○○、○○○○等症狀，已經於門診治療半年以上，症狀仍僅部分改善，因需長期治療，申請重大傷病證明，經衛福部於111年8

月22日核定為重大疾病及發給重大傷病證明，有○○醫院診斷證明書、全民健康保險重大傷病核定審查通知書、重大傷病證明卡存卷可佐（見北院卷第111至115頁），堪信上訴人確患有系爭保單所稱之重大傷病。

㈤而上訴人上開疾病歷程，經原審囑託○○○○院鑑定，鑑定結果略以：「根據0000診斷準則，做成○○○○○○○○之患者，至少需要經歷至少一個曾經或現下的○○症發作，加上一個曾經或現在的○○症發作」，「多數○○○○○○○○○○症首次發作為○○發作；許多○○○○○○○○○○症的首次○○症距離第一次○○症發作間隔可超過十年…此○○症發作之定義和○○症診斷準則之定義完全相同，臨床上無法區分」，「臨床實務而言，○○症為陣發性疾病，患者在非發作期，若能維持不復發，能幾乎完全恢復病前功能；但憂○○仍為長期高復發風險的○○疾病，無法斷言長期不復發的患者是否『終身痊癒』」，「參酌個案卷附之病歷資料，以及本院調閱之病歷資料，其醫師所記載的病歷紀錄及所給予之醫囑，可知上訴人看診期間曾有一段時間符合0000所定義之『○○症，復發』狀態，並在該期間持續看診服藥，並在緩解後仍持續服藥一段時間」，「回溯過去事實，上訴人可為鬱期先表現之○○○○○○○。由桃園○○110年12月10日門診紀錄可知，當時門診醫師問診得知個案於110年5-6月經歷○○症發作，上訴人診斷於斯時符合『○○○○○○○』之診斷準則，根據0000診斷位階原則，診斷由『○○症』修改為『○○○○○○○』」，「上訴人100年至104年被診斷之『○○症』，根據0000診斷位階原則，於110年5-6月確定○○症發作時，診斷由『○○症』修改為『○○○○○○○』，其發作於定義上皆屬於『○○○○○○』之同一疾病之病程，但如前文所敘，是為不同發作間期」，「以事後發生之事實回顧，個案『○○○○○○○』之病程起始，為100年2月首次○○發作，早於109年9月」等語，有○○○○院○○鑑定報告書（下稱系爭鑑定報告）在

卷可參（見原審卷㈡第181至185頁），足見上訴人於100年10月至104年10月間所患之○○症，屬於系爭疾病病程之一部分。是被上訴人抗辯上訴人之系爭疾病因係投保前之109年8月11日前所發生，故並非系爭保單之承保範圍等語，即屬可採。上訴人僅以兩者之ICD-10（國際疾病傷害及死因分類標準第10版）代碼或診斷名稱不同，主張並非同一疾病云云，委無足取。

㈥上訴人雖主張其於110年4月13日因意外發生火災，引發○○壓力，數月後，於110年12月間方在○○醫院門診確認患有系爭疾病，是其於投保時並未患有系爭疾病，而無帶病投保云云，然關於上訴人所患系爭疾病之病程起始，為100年2月首次○○發作，有系爭鑑定報告可稽，足見上訴人在投保系爭保單時，已符合保險法第127條所定「被保險人已在疾病中」（即已罹患「○○○○○○症」）之情形，至為灼然。上訴人僅以其未在105年至109年間因系爭疾病，或因同一疾病之病程就診為由，主張其未帶病投保云云，顯非可採。

㈦上訴人復主張縱認其100年至104年間患有○○症，然系爭鑑定報告既認該○○症與系爭疾病是否為同一疾病，未可知曉，是系爭疾病應非過去病症延續，自非同一疾病。況其在○○醫院門診詢問醫師時，醫師表示其於100年至104年間之○○症，與系爭疾病並非同一疾病，而有重新鑑定或補充鑑定必要云云，然查，系爭鑑定報告已敘明：「上訴人100年至104年被診斷之『○○症』，根據0000診斷位階原則，於110年5-6月確定○○症發作時，診斷由『○○症』修改為『○○○○○○○○』，其發作於定義上皆屬於『○○○○○○○』之同一疾病之病程，為不同發作間期。」、「囿於000診斷系統之拘限，該疾病之事實（fact）是否為同一疾病，則未可知曉，故是否屬同一疾病，非專家鑑定之範圍」等語（見原審卷㈡第184頁），系爭鑑定報告所指「該疾病之事實（fact）是否為同一疾病，則未可知曉」，僅為醫療鑑定技術界線之保留說明，而非鑑定結果有何缺失或不當所

致。再者，原審係檢送上訴人在○○診所、○○醫院及敏盛醫院全部病歷資料，並與兩造確認鑑定問題後，送○○○○院鑑定，此有原審113年4月17日言詞辯論筆錄、原法院113年4月19日桃院增民純112保險9字第1130065382號函、114年2月26日桃院雲民純112保險9字第1140057708號函、○○○○院113年12月26日桃○○字第1135004691號函附卷可佐（見原審卷㈠第337至338、344至345頁、卷㈡第91、169頁），相較於上訴人在○○醫院門診時，並未提供其在其他醫院就診病歷，系爭鑑定報告鑑定程序之進行應屬公平，而無偏頗不當之處，上訴人執前開理由主張系爭鑑定報告不當，請求重新鑑定或補充鑑定，以確認是否屬於同一疾病云云，委無足取，亦無重新鑑定或補充鑑定之必要，附此敘明。

㈧上訴人另主張依保險法第54條第2項規定，同一病程中之不同病症是否屬於同一疾病有疑時，應作有利於被保險人即上訴人之解釋，即認定為不同疾病云云；惟按保險法第54條第2項固規定「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」，然系爭保單關於重大傷病及重大傷病範圍之定義之解釋並無疑義，而關於是否屬於同一疾病，則屬於事實判斷問題，上訴人主張應以保險法第54條第2項規定對其有利之方式解釋云云，應非可採。

㈨至安達公司雖曾依系爭安達契約第14條第1項後段約定，給付上訴人第一保單年度保險費總和1.1倍保險金6萬2,568元，有安達公司保險金給付通知書附卷可佐（見北院卷第125頁），然安達公司前開理賠行為，僅是理賠初期之審查，且係安達公司在訴訟外所為，難認安達公司已為訴訟上自認，上訴人主張安達公司已為訴訟上自認，而不得再爭執其是否帶病投保云云，亦非可採。

㈩末以，上訴人固不具醫療專業知識能力，然其既知悉己身於系爭保單投保前已有上述100年10月9日起因○○症就診長達

4年之客觀事實存在，縱其主觀上不知臨床上確切診斷之病名為何，仍對於保險法第127條及系爭保單相關約定之效力不生影響。從而，兩造在簽訂系爭保單前，上訴人即已罹患系爭疾病同一疾病之病程即○○症，依保險法第127條規定，系爭疾病即不在承保範圍，保誠公司與遠雄公司執此規定拒絕理賠，洵屬有據；安達公司以上訴人非屬系爭安達契約第14條第1項第2款情形，拒絕依該條款所定數額理賠，亦屬有據。

□綜上所述，上訴人依系爭保單，請求㈠保誠公司給付600萬元，及自112年1月9日起至清償日止，按年息10%計算之利息。㈡遠雄公司給付231萬元，及自111年12月21日起至清償日止，按年息10%計算之利息。㈢安達公司給付593萬7,432元，及自111年12月8日起至清償日止，按年息10%計算之利息，非屬正當，不應准許。從而，原審所為上訴人敗訴之判決，並無不合。上訴意旨指摘原判決不當，求予廢棄改判，為無理由，應駁回其上訴。

□本件事證已臻明確，兩造其餘之攻擊或防禦方法及證據，經本院斟酌後，認為均不足以影響本判決之結果，爰不逐一論列，附此敘明。

□據上論結，本件上訴為無理由，判決如主文。

中　　華　　民　　國　　115　　年　　10　　月　　7　　日

民事第二十三庭

審判長法　官　張松鈞

法　官　許匀睿

法　官　陳君鳳

正本係照原本作成。

如不服本判決，應於收受送達後20日內向本院提出上訴書狀，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條之1第1項

但書或第2項所定關係之釋明文書影本。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　　115　　年　　10　　月　　7　　日

書記官　郭姝妤

附表：

編號	投保公司	投保日期	投保保險名稱	保險金額（新臺幣）	拒賠日
1	保誠人壽保險股份有限公司	109年9月10日	保誠人壽醫卡通定期重大傷病健康保險	600萬元	112年1月9日
2	遠雄人壽保險事業股份有限公司	109年9月22日	遠雄人壽保安心85重大傷病定期保險000	31萬元	111年12月21日
			附約 遠雄人壽保安心B型重大傷病一年定期健康保險附約	200萬元	111年12月21日
3	安達國際人壽保險股份有限公司	110年2月18日	安達人壽好安心重大傷病健康保險	600萬元	111年12月8日