臺灣高等法院民事判決

115年度保險上易字第14號

上　訴　人　黃家瑜

000000000000000000

000000000000000000

訴訟代理人　詹皇輝律師

被 上訴 人　新光人壽保險股份有限公司

000000000000000000

法定代理人　魏寶生

訴訟代理人　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114年11月3日臺灣桃園地方法院114年度保險字第14號第一審判決提起上訴，本院於115年10月21日言詞辯論終結，判決如下：

主　　文

上訴及追加之訴均駁回。

第二審訴訟費用由上訴人負擔。

事實及理由

壹、程序部分

一、訴外人保德信國際人壽保險股份有限公司（下稱保德信公司）前將全部股權移轉予訴外人台新金融控股股份有限公司，更名為被上訴人前身即台新人壽保險股份有限公司（下稱台新人壽公司），嗣台新人壽公司與新光人壽保險股份有限公司（下稱新光人壽公司）經經濟部核准，自民國115年1月1日起正式合併，台新人壽公司為存續公司，並自同日起更名為新光人壽公司，法定代理人變更為魏寶生，茲據其具狀聲明承受訴訟，有經濟部商工登記公示資料查詢服務、經濟部函文及公司變更登記表等件可稽（原審卷第101至103頁、本院卷第141至145頁），核無不合，應予准許。

二、按在第二審為訴之變更或追加，非經他造同意，不得為之。但請求之基礎事實同一者，不在此限，民事訴訟法第446條第1項但書、第255條第1項但書第2款定有明文。查上訴人於

原審依民法第179條規定請求被上訴人退還112至114年已繳保費（原審卷第276、278頁），嗣於本院審理時，追加退還115年已繳保費（本院卷第349、402頁），核係基於主張兩造間保險契約終止後，被上訴人收取保費係不當得利之同一基礎事實，所為訴之追加，與前開規定相符，應予准許。

貳、實體部分

一、上訴人主張：伊於106年7月30日向被上訴人受讓前之保德信公司投保重大疾病定期保險，並簽訂有保德信國際人壽重大疾病定期保險契約(下稱系爭保約)，約定保險金新臺幣（下同）100萬元，每年保費6,760元。伊於112年4月24日確診罹患直腸惡性神經內分泌腫瘤（下稱系爭疾病），依國際疾病傷害與死因分類標準ICD-11（下稱ICD-11），非系爭保約第3條所定義除外不保之第一期惡性類癌。惟伊於同年8月3日向被上訴人申請理賠遭拒，爰依系爭保約，請求被上訴人給付保險金100萬元。又因伊罹患系爭疾病，依系爭保約第5條第4項之約定，系爭保約應已終止，被上訴人受領伊繳納之112至115年保費共計2萬6,669元，係不當得利，爰依民法第179條規定，請求被上訴人返還其中2萬187元等語（未繫屬本院部分，不予贅述）。

二、被上訴人則以：系爭疾病依國際疾病傷害與死因分類標準ICD-10（下稱ICD-10）屬系爭保約第3條第6項第1款、同條第7項第1款除外不保之第一期惡性類癌，伊無給付保險金之義務。又系爭契約迄未終止，上訴人請求伊返還112至115年已繳保費，為無理由等語，資為抗辯。

三、原審就此部分為上訴人敗訴之判決，上訴人不服，提起上訴，上訴聲明：㈠原判決駁回上訴人後開第㈡、㈢項之訴部分廢棄。㈡被上訴人應給付上訴人100萬元，及自112年8月19日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息。㈢被上訴人應給付上訴人2萬187元，及自114年8月23日起至清償日止，按週年利率5%計算之利息。被上訴人答辯聲明：上訴及追加之訴均駁回。

四、兩造不爭執事項（本院卷第202頁）：

㈠上訴人於106年7月30日投保重大疾病定期保險，並簽訂系爭保約，約定保險金額100萬元，每年保費6,760元。

㈡上訴人之112年7月27日臺北榮民總醫院（下稱臺北榮總）診斷證明書「病名」欄記載「神經內分泌類癌」、112年11月8日臺北榮總診斷證明資料「病名」欄記載「直腸惡性神經內分泌腫瘤，期別：I（ICD-10：C7A.026）」、114年6月16日臺北榮總診斷證明書「病名」欄記載「直腸惡性神經內分泌腫瘤，第一級」、114年11月11日臺北榮總診斷證明書 「病名」欄記載「直腸神經內分泌腫瘤，ICD11：2B92.1，第一級」。

㈢財團法人金融消費評議中心（下稱評議中心）112年評字第4323號評議書以其中心醫療專業顧問之意見即「臺北榮總病理診斷神經內分泌腫瘤0.35公分，grade Ⅰ，它屬第一期類癌，為系爭保單所約定重大疾病（重度）及重大疾病（輕度）之除外項目」，作成下列決定：1.申請人（即上訴人）請求相對人（即被上訴人）改善理賠判斷依據部分之評議申請，本中心不予受理。2.申請人其餘請求，本中心尚難為有利於申請人之認定。

五、上訴人主張被上訴人應給付保險金100萬元，及退還112至115年度已繳保費2萬187元等語，然為被上訴人所否認，並以前詞置辯。爰就兩造爭執事項析述如下：

㈠系爭疾病屬系爭保約第3條第6項第1款、同條第7項第1款約定除外不保之第一期惡性類癌：

1.系爭保約第3條第6項第1款約定「本契約所稱『重大疾病（重度）』，係指被保險人在本契約生效日起持續有效三十日後（惟其中本項第一款所稱之癌症（重度）須為生效日起持續有效九十日後）或復效日起初次罹患並經醫師診斷確定符合下列定義之疾病。…一、癌症（重度）：係指組織細胞有惡性細胞不斷生長、擴張及對組織侵害的特性之惡性腫瘤或惡性白血球過多症，經病理檢驗確定符合最近採用之『國

際疾病傷害及死因分類』版本歸屬於惡性腫瘤，且非屬下列項目之疾病：□第一期惡性類癌」、同條第7項第1款約定「本契約所稱『重大疾病（輕度）』，係指…初次罹患並經醫師診斷確定符合下列定義之疾病。…一、癌症（輕度）…下列項目除外：㈡第一期惡性類癌」，有兩造不爭執之系爭保約（109年版本）在卷可稽（原審卷第22至24頁，本院卷第415頁），可知兩造約定將第一期惡性類癌排除於系爭保約所稱重度及輕度癌症範圍之外。

2.上訴人主張其於112年4月24日罹患系爭疾病，業據其提出臺北榮總112年4月26日病理報告、出院病歷摘要、同年7月27日診斷證明書、114年6月16日及同年11月11日診斷證明書等件為佐（原審卷第71至82、199頁，本院卷第69頁）。觀諸前開112年7月27日診斷證明書記載病名為「神經內分泌『類癌』（原審卷第71頁），同年4月26日病理報告、出院病歷摘要之出院診斷均記載「grade 1」（原審卷第73、75頁），且被上訴人提出之上訴人臺北榮總112年11月8日診斷證明資料亦記載「期別：I（ICD-10：C7A・026）」（原審卷第141頁），併參酌ICD-10分類標準之疾病代碼C7A・026，即為直腸惡性類癌，有ICD-10分類標準查詢結果可參（本院卷78頁），堪認上訴人罹患系爭疾病屬第一期惡性類癌，為系爭保約第3條第6項第1款、同條第7項第1款約定除外不保之疾病，評議中心之醫療專業顧問亦同採此認定，有該中心112年評字第4323號評議書、諮詢顧問意見書等件可參（原審卷第143至147、263頁）。

3.上訴人雖主張依ICD-11分類標準，系爭疾病屬直腸惡性腫瘤，非舊有之類癌（carcinoid）範疇，且伊之病理切片報告無任何類癌用詞，非系爭保約第3條第6項第1款、同條第7項第1款除外不保之第一期惡性類癌云云（本院卷第403、404頁），並提出ICD-11分類代碼及階層圖、ICD-11關於類癌之查詢結果等件為佐（本院卷第71至75、225至227頁）。然系爭疾病依ICD-10、ICD-11分類標準均屬第一期惡性類癌，

不因世界衛生組織（WHO）將其更新命名為直腸神經內分泌腫瘤，而異其本質，類癌為早期傳統命名，兩者於臨床病理上係指同一實體病灶等情，有臺北榮總115年8月7日北總外字第1150003081號函文在卷可稽（本院卷第315、316頁），且ICD-11分類標準於定義神經內分泌腫瘤文字中，將carcinoid列為舊有同義詞，亦有台灣神經內分泌腫瘤學會115年8月5日（115）台灣神經內分泌腫瘤學會晃字第10號函文附卷可參（本院卷第319頁），足徵ICD-11分類標準雖變更系爭疾病命名，惟新命名與類癌為同義詞，其本質並無不同，自屬系爭保約第3條第6項第1款、同條第7項第1款除外不保之第一期惡性類癌，故上訴人執ICD-11分類標準及病理報告未有類癌之記載，主張系爭疾病非屬第一期惡性類癌云云，即無可採。至於前開學會函文雖敘及系爭疾病不宜再稱為類癌，因易使人誤認此類腫瘤不具惡性潛能，一旦形成可辨認之腫塊，位置已在黏膜固有層或下層，無可辨識之原位癌階段等語（本院卷第317、319頁），然第一期惡性類癌縱經發現後已具侵犯性，其既為兩造約定除外不保之疾病，自非被上訴人應負理賠責任之範圍，仍無從憑此為有利於上訴人之認定。

4.上訴人固又主張系爭疾病被除外不保，變相使保戶放任惡化至第2期，違反公序良俗與誠信原則，依保險法第54條之1、民法第247條之1規定顯失公平，應屬無效；且依保險法第54條第2項規定，系爭保約解釋上之不利益不應轉嫁保戶承擔，不得將神經內分泌腫瘤擴張解釋為類癌云云（本院卷第404、405頁）。惟被上訴人承保之重大疾病範圍，應以系爭保約內容為準，第一期惡性類癌既於系爭保約第3條第6項第1款、同條第7項第1款明文排除，未在被上訴人承保及收取保費之範圍，上訴人於投保前知悉並同意，自應受拘束，方符合對價衡平原則，此與保險法第54條之1、民法第247條之1所涉定型化契約條款顯失公平一節無關。又第一期惡性類癌屬系爭保約除外不保之疾病，解釋上並無疑義，尚無保險

法第54條第2項疑義有利於被保險人解釋原則之適用。至於上訴人雖稱訴外人富邦人壽保險股份有限公司（下稱富邦人壽公司）就系爭疾病業已理賠重大疾病保險金，並提出富邦人壽公司團體一年定期重大疾病保險契約、理賠資料等件為佐（原審卷第57至69、83頁）。然系爭疾病為系爭保約之除外不保項目，已如前述，上訴人領取富邦人壽公司保險金僅能說明該公司同意理賠，就本院前開認定不生影響。是上訴人前開主張，均無可採。

㈡上訴人不得依系爭保約請求被上訴人給付保險金100萬元，亦不得依民法第179條規定請求被上訴人退還112至115年已繳保費2萬817元：

1.系爭保約第5條第1項約定「被保險人於本契約有效期間內經醫師診斷確定初次罹患本契約第三條第六項定義之重大疾病（重度）者，本公司給付『重大疾病保險金』…」、第4項約定「本公司依本條約定給付『重大疾病保險金』後，本契約之效力即行終止」，有系爭保約在卷可參（原審卷第25頁）。又按無法律上之原因而受利益，致他人受損害者，應返還其利益。雖有法律上之原因，而其後已不存在者，亦同，民法第179條定有明文。

2.查上訴人罹患系爭疾病屬系爭保約第3條第6項第1款、同條第7項第1款之除外不保項目，非系爭保約第5條第1項所定義之重大疾病（重度），上訴人依系爭保約請求被上訴人給付保險金100萬元，自屬無據。又被上訴人既無給付重大疾病（重度）保險金予上訴人之義務，且其陳明未為給付，亦未通知上訴人終止系爭保約，上訴人復自承現仍按期繳納保費（本院卷第415頁），則系爭保約迄未終止，上訴人主張被上訴人受領其繳納之112至115年保費係不當得利，並依民法第179條規定請求被上訴人返還已繳保費2萬817元，亦屬無據。

六、綜上所述，上訴人依系爭保約、民法第179條規定請求被上訴人給付100萬元，及自112年8月19日起至清償日止，按週

年利率10%計算之利息，暨請求給付2萬817元，及自114年8月23日起至清償日止，按週年利率5%計算之利息，均無理由，應予駁回。從而，原審就此部分為上訴人敗訴之判決，並無不合。上訴論旨指摘原判決此部分不當，求予廢棄改判，為無理由，應駁回上訴。又上訴人追加退還115年已繳保費部分，亦為無理由，應予駁回。

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。

八、據上論結，本件上訴及追加之訴均無理由，爰判決如主文。

中　　華　　民　　國　　115　　年　　11　　月　　11　　日

民事第二十庭

審判長法　官　蔡孟珊

法　官　馬傲霜

法　官　莊佩穎

正本係照原本作成。

不得上訴。

中　　華　　民　　國　　115　　年　　11　　月　　11　　日

書記官　呂　筑