

臺灣高等法院高雄分院民事判決

107年度再易字第63號

再審原告 陳宥憲（即陳敬鎧）
 訴訟代理人 簡凱倫律師
 黃盈嘉律師
 楊正華律師
 再審被告 國泰人壽保險股份有限公司
 法定代理人 劉上旗
 訴訟代理人 王建文
 童亦川

上列當事人間請求返還不當得利事件，再審原告對於中華民國107年2月27日本院105年度上易字第241號確定判決提起再審之訴，本院於109年12月9日言詞辯論終結，判決如下：

主 文

本院民國105年度上易字第241號確定判決、臺灣高雄地方法院民國103年度訴字第2445號判決均廢棄。
 再審被告在第一審之訴及其假執行之聲請均駁回。
 再審及再審前第一、二審訴訟費用，均由再審被告負擔。

事實及理由

壹、再審程序部分

一、再審原告主張：本院105年度上易字第241號確定判決（下稱原確定判決）固維持第一審判決認定伊詐盲，應返還所受領之保險金本息予再審被告，而駁回伊之上訴。惟陽明大學ICF暨輔助科技研究所中心所製「輔具專業評估技術研討-視覺與相關輔具」簡報檔（下稱簡報檔）、朱建英等著「視覺障礙兒童之鑑定與實務分析」（下稱朱建英著作）、蘋果日報民國107年5月28日專訪報導「角膜電擊揪詐盲檢驗結果難造假」一文（下稱蘋果日報報導），及監察院於107年10月15日就伊是否以詐盲詐領保險金作成調查報告（下稱系爭監察院報告），其內容引用委託中央大學認知神經科學研究所教授洪蘭、台北榮民總醫院（下稱台北榮總）醫院神經醫學中心主任暨陽明大學醫學系講座教授王署君、台北榮總

01 醫院眼科部主治醫師林伯剛、台北榮總醫學研究部主治醫師
02 暨陽明大學腦科學研究所教授謝仁俊所組成專業團隊之鑑定
03 報告（下稱洪蘭團隊鑑定報告）、衛生福利部同年8月30日
04 衛部照字第1071561507號函（下稱衛福部函）及中華民國眼
05 科醫學會同年7月31日中眼台（107）字第076號函（下稱
06 眼科醫學會函），均為伊所發現未經斟酌之證物。其中上開
07 衛福部函、眼科醫學會函、簡報檔、朱建英著作、蘋果日報
08 報導，可知萬國視力表採主訴表達，若對萬國視力表檢查結
09 果有疑義，可進行腦波圖（EEG）、視覺誘發電位（VEP）
10 、視網膜電圖（ERG）等客觀檢查，判斷萬國視力值有無詐
11 盲情形，亦即上開客觀檢查目的不在於直接得出萬國視力值
12 ，而在證明受測者所接受的手動及指數視力檢查而得出之萬
13 國視力值是否正確，且成人因腦傷而視障，有可能在未受訓
14 練下在熟悉環境從事日常活動，亦可能因操作次數增加，在
15 無輔具或他人協助下進行日常活動。且伊在彰化基督教醫院
16 （下稱彰基醫院）、行政院國軍退除役官兵輔導委員會高雄
17 榮民總醫院（下稱高雄榮總）、高雄醫學大學附設中和紀念
18 醫院（下稱高醫醫院）、國立臺灣大學醫學院附設醫院（下
19 稱台大醫院）等多家醫院接受主觀檢查，測得萬國視力值0.
20 01以下，另自99年起至106年間分別至彰基醫院、高雄榮總
21 、高醫醫院、台大醫院、振興醫療財團法人振興醫院（下稱
22 振興醫院）、國防醫學院三軍總醫院（下稱三總醫院）、林
23 口長庚醫院（下稱長庚醫院）等多家醫院接受視網膜電圖（
24 ERG）、視覺誘發電位（VEP）等客觀檢查，證明伊並無詐
25 盲或主觀不配合之情形。上開客觀檢查在臨床實務上難以造
26 假或欺騙機器，原確定判決竟以視網膜電圖（ERG）及視覺
27 誘發電位（VEP）等客觀檢查結果，均無從判讀伊存有萬國
28 視力0.02以下狀態，亦無法排除伊在檢查過程中之主觀因素
29 云云，推翻上開客觀檢查結果，單憑藉伊外顯行為逕行推斷
30 伊萬國視力值非0.02以下，顯有違反醫學專業知識之經驗法
31 則及論理法則。另洪蘭團隊鑑定報告係利用全視野動態視覺

01 刺激與功能性磁振造影 (fMRI) 來檢視視覺功能表徵的大腦
02 分布對伊進行檢測，要求伊全程將眼睛打開並注視正前方，
03 並利用眼球追蹤系統監控，確定視覺刺激有適切投射到伊眼
04 睛，其鑑定結果認伊大腦視覺系統呈現極顯著的視覺處理功
05 能障礙、可能罹患功能性視盲。故上開證據均涉及伊萬國視
06 力值是否在 0.01 以下之判斷，足以動搖原確定判決之結果。
07 爰依民事訴訟法第 496 條第 1 項第 1 款、第 13 款、第 497 條
08 規定，提起本件再審之訴等語。求為判決：(一)原確定判決、
09 前訴訟程序第一審判決廢棄。(二)再審被告在第一審之訴及假
10 執行聲請均駁回。(三)再審及前訴訟程序第一審、第二審訴訟
11 費用由再審被告負擔。

12 二、按當事人發現未經斟酌之證物或得使用該證物者，得提起再
13 審之訴。但以如經斟酌可受較有利益之裁判者為限。民事訴
14 訟法第 496 條第 1 項第 13 款定有明文。而該款所謂當事人發
15 見未經斟酌或得使用該證物，係指前訴訟程序事實審言詞辯
16 論終結前已存在之證物，因當事人不知有此，致未經斟酌，
17 現始知之，或雖知有此而不能使用，且經斟酌後可受較有利
18 益之裁判者而言。惟前訴訟程序事實審言詞辯論終結後做成
19 之文書，其內容如係依據另一證物作成，而該另一證物係成
20 立於前訴訟程序事實審言詞辯論終前者，仍應認為未經斟酌
21 之證物（最高法院 106 年度台上字第 1633 號判決意旨可資參
22 照）。經查，再審原告前揭所提衛福部 107 年 8 月 30 日衛部
23 照字第 1071561507 號函、眼科醫學會 107 年 7 月 31 日中眼台
24 (107) 字第 076 號函分別謂：「視皮質損傷 (盲) (CVI
25) 或腦性視障 (Cerebral visual impairment) 之症狀、評
26 估與協助，近年受到世人注意與重視，此疾非眼球部位病變
27 ，而係後視神經傳導或大腦皮質區受傷所致，此種患者之眼
28 睛外觀正常，但有低視力之特徵，有剩餘視力。目前 CVI 的
29 檢查方式有視覺激發反應 (VER)、視覺誘發電位 (VEP)、腦
30 波圖 (EEG)、電位圖 (EOG)、視網膜電流圖 (ERG)、視覺激
31 發電位圖 (VEPM)、電腦斷層攝影 (CT)、大腦核磁共振成

01 像 (MRI) 。視皮質損傷 (CVI) 患者之 VEP 檢查結果會呈
02 現波形異常、震幅減小、潛伏時延長等異常情形」等語 (本
03 院卷第 90 頁)、「因腦傷所致之視覺障害大部分須多科別，
04 如神經內科、神經放射診斷科、復健科及職能治療師等共同
05 評估，非眼科醫師就可全盤判定。唯少部分患者因明顯有與
06 腦傷部位相關之視野缺損併視神經萎縮，才得以只由眼科醫
07 師即可確診。因腦性視障是因縊傷所致之視覺障害，所以依
08 傷害的腦部位置不同，其檢查結果亦不同。若是傷到與『視
09 力功能』直接相關的位置 (即視覺途徑)，則 pattern VEP
10 會出現震幅減小，ERG 正常，雙眼 VF 窄小或左右偏盲。若是
11 傷到與『視覺統合』 (將所有影像作偵測或辨識以作出正確
12 反應) 相關的位置，則 pattern VEP 正常，ERG 正常，雙眼
13 VF 窄小或上下偏盲)」等語 (另案再審卷一第 264 至 265 頁
14)，雖均為前訴訟程序事實審言詞辯論終結後始出現之證據
15 ，然其內容引用之醫學專業文獻資料如國立台中教育大學特
16 殊教育學系教授莊素貞所撰寫「大腦視皮質損傷與其功能性
17 視覺評估」 (於 102 年 10 月刊登在「特殊教育與輔助科技」
18 期刊) 及「視皮質損傷之認識與評估」 (收錄在五南公司 10
19 6 年 9 月 25 日出版之「低視力學」) 等，則係於前訴訟程序
20 事實審言詞辯論終前已存在之證據，依上揭說明，衛福部 10
21 7 年 8 月 30 日衛部照字第 1071561507 號函、眼科醫學會 107
22 年 7 月 31 日中眼台 (107) 字第 076 號函亦應認係原確定判
23 決未經斟酌之證物。又上開證物如經斟酌再審原告可受較有
24 利益之裁判 (詳下述)，核屬民事訴訟法第 496 條第 1 項第
25 13 款所稱之未經斟酌證物。

26 三、次按再審之訴，應於 30 日之不變期間內提起。前項期間，自
27 判決確定時起算。但再審之理由知悉在後，自知悉時起算。
28 民事訴訟法第 500 條定有明文。經查，上開衛福部 107 年 8
29 月 30 日衛部照字第 1071561507 號函、眼科醫學會同年 7 月 31
30 日中眼台 (107) 字第 076 號函均為系爭監察院報告所引用
31 之證據，而監察院係於同年 10 月 15 日將上開調查報告以院台

01 司字第1072630305號函復陳訴人，此有監察院108年8月16
02 日函可佐（本院卷第133頁），顯見再審原告係於107年10
03 月15日之後始知悉有上開未經斟酌之證據，故再審原告於同
04 年11月14日以發現上開未經斟酌證物為由，提起本件再審之
05 訴，有民事再審之訴狀上本院收狀戳章可憑（本院卷第1之
06 1頁），並未逾30日不變期間，堪可認定。

07 四、由上說明，本件再審原告以發現未經斟酌之證物為由，依民
08 事訴訟法第496條第1項第13款規定對原確定判決提起再審
09 之訴，核屬有據，應准予再開前訴訟程序並續行之（其餘再
10 審事由詳如後述）。

11 貳、實體部分

12 一、再審被告主張：國立彰化師範大學（下稱彰師大）於98年8
13 月1日向伊投保學生團體保險，再審原告為被保險人。再審
14 原告於98年11月24日晚間11時許，騎乘機車行經彰化市○○
15 路與東民街口，與訴外人施志佳駕駛之自用小客車發生車禍
16 受傷（下稱系爭事故），再審原告明知其雙眼視力未達雙眼
17 失明（即指視力永久在萬國式視力表0.02以下而言，並包括
18 眼球喪失、摘出或不能辨明暗或僅能辨眼前手動者）之第一
19 級殘廢等級，竟佯裝失明，於99年3月26日前往彰基醫院求
20 診，由不知情之彰基醫院眼科醫師於99年9月10日作成再審
21 原告雙眼視力均在萬國視力0.01以下之不實診斷，並出具記
22 載「疑似外傷性大腦視覺皮質病變」、「雙眼視力皆在萬國
23 視力0.01以下」之診斷證明書，再審原告於同年月27日持以
24 向伊申請保險理賠金，致再審被告陷於錯誤，於同年10月25
25 日給付第一級殘廢保險金新臺幣（下同）100萬元，嗣因施
26 志佳多次見聞再審原告仍參與課內、外動態活動，遂向保險
27 犯罪防制中心檢舉再審原告詐欺取財。再審原告受領上開保
28 險給付，係故意不法侵害伊之權利，亦無法律上原因受有利
29 益，致伊受有損害，爰依民法第179條、第184條第1項規
30 定，請求擇一判命再審原告應給付伊100萬元，及自刑事附
31 帶民事起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按週年利率5%

01 計算之利息。並陳明願供擔保，聲請宣告假執行。

02 二、再審原告則以：伊因系爭事故受有視神經與大腦枕葉損傷，
03 與眼球器質性受損不同，仍具有殘餘視覺，而伊萬國視力在
04 測量在0.01以下，亦經採用眼壓、視網膜、視神經及功能性
05 磁共振造影（fMRI）等難以造假之檢驗方式，均難認伊有詐盲
06 之情事。又伊原為手球國手及體育系學生，運動神經比一般
07 盲人敏捷，且仍有殘存視力，可以跑跳、打球、接飛盤及書
08 寫，亦無從單憑伊外觀行為推認伊萬國視力值在0.02以上，
09 或有詐盲之情形等語置辯。

10 三、原審判命再審原告應給付再審被告100萬元，及自102年1
11 月21日起至清償日止，按週年利率5%計算之利息，並為附條
12 件之准、免假執行宣告。再審原告不服，上訴請求廢棄原判
13 決，駁回再審被告在第一審之訴及假執行聲請。再審被告則
14 聲明：上訴駁回。嗣經原確定判決駁回再審原告之上訴。

15 四、兩造不爭執事項

16 (一)彰師大於98年8月1日向再審被告投保新世代大專院校學生
17 團體保險（保單號碼：Z000000000號），約定第一級殘廢保
18 險金為100萬元。再審原告當時為彰師大體育系學生，為上
19 開保險契約之被保險人。

20 (二)再審原告於98年11月24日晚間11時許騎乘機車，在彰化市○
21 ○路與東民街口，與施志佳所駕駛之自用小客車發生車禍。
22 再審原告因該車禍所受傷勢，除爭執之雙眼失明外，受有頸
23 椎、腰薦椎椎間盤疾患併神經根壓迫、胸部、臀部、下背挫
24 傷、左肘、下肢多處挫傷、右顴骨骨折等傷害。

25 (三)再審原告於99年9月27日以雙眼失明為由，持彰基醫院出具
26 記載其雙眼視力均在萬國視力0.01以下之診斷證明書及重度
27 視障之身心障礙手冊等資料，向再審被告申請理賠，經再審
28 被告審核後，認符合殘廢程度與保險金給付表所定失明（即
29 視力永久在萬國式視力表0.02以下），並於99年10月25日給
30 付再審原告第一級殘廢保險金100萬元。

31 (四)再審原告因領取上開保險金所涉詐欺罪嫌，經原審法院刑事

01 庭以102年度易字第135號（下稱刑案一審卷）判處應執行
02 有期徒刑4年10月，其不服提起上訴，經本院刑事庭以103
03 年度上易字第574號（下稱刑案二審卷）撤銷改判應執行刑
04 有期徒刑1年2月確定。

05 五、本件爭點：

06 再審被告依民法第179條、第184條第1項規定，請求再審
07 原告返還第一級殘廢保險金100萬元本息，有無理由？

08 六、本院得心證理由

09 (一)按不當得利依其類型可區分為「給付型之不當得利」與「非
10 給付型不當得利」，前者係基於受損人有目的及有意識之給
11 付而發生之不當得利，後者乃由於給付以外之行為（受損人
12 、受益人、第三人之行為）或法律規定或事件所成立之不當
13 得利。在「給付型之不當得利」應由主張不當得利返還請求
14 權人（受損人），就不當得利成立要件中之「無法律上之原
15 因」負舉證責任（最高法院109年台上字第21號判決意旨可
16 資參照）。次按民法第184條第1項侵權行為之成立，須行
17 為人因故意過失不法侵害他人權利，亦即行為人須具備歸責
18 性、違法性，並不法行為與損害間有因果關係，始能成立，
19 且主張侵權行為損害賠償請求權之人，對於侵權行為之成立
20 要件應負舉證責任；若原告先不能舉證，以證實自己主張之
21 事實為真實，則被告就其抗辯之事實即令不能舉證，或其所
22 舉證據尚有疵累，亦應駁回原告之請求（最高法院100年度
23 台上字第328號、109年度台上字第912號、100年度台上
24 字第415號判決意旨可資參照）。本件再審被告主張再審原
25 告並未因系爭事故造成視力永久在萬國式視力表0.02以下，
26 卻向伊詐得第一級殘廢保險金100萬元，故意不法侵害伊權
27 利，且無法律上原因受領上開保險金，乃依民法第179條、
28 第184條第1項規定，請求再審原告返還保險金。而再審原
29 告既否認有詐盲及無法律上原因受領保險金之情事，依上揭
30 舉證責任分配原則，自應由再審被告就再審原告之萬國視力
31 值確係在0.02以上而不符合上開保險契約理賠第一級殘廢保

01 險金要件之事實，負舉證責任。

02 (二)經查，再審原告於98年11月24日發生系爭事故當天即被送至

03 彰基醫院急診治療，經該院99年1月25日對再審原告進行腦

04 部血液灌流核子醫學Tc-99m掃描檢查，即發現其可能有「腦

05 部血液灌流減少或腦皮質損傷」之情況，於同年3月26日開

06 立診斷證明書記載再審原告疑似外傷性大腦視覺皮質病變，

07 造成雙眼視力皆在萬國視力值0.01以下等語。再審原告又於

08 99年1月22日、同月26日前往高雄榮總腦神經外科陳志豪醫

09 師之門診就醫，並自同月31日起至同年2月9日在高雄榮總

10 住院治療，陳志豪醫師於同年3月18日開立之診斷證明書診

11 斷記載其「頭部外傷致腦震盪合併右側聽力及雙側視力受損

12 」等語；嗣再審被告於99年10月25日給付再審原告第一級殘

13 廢保險金100萬元後，再審原告猶持續於101年5月1日前

14 往高醫醫院眼科門診，並主訴因系爭事故頭部受創後視力喪

15 失，經該院醫師門診初步診斷其「雙眼外傷性視神經病變」

16 ；復於101年6月12日、6月22日前往台大醫院眼科部門診

17 就醫，亦經該醫院眼科醫師判定其較有可能罹患「功能性視

18 覺障礙」等情，有彰基醫院檢送再審原告之診療紀錄、99年

19 1月28日檢測報告及彰基醫院同年3月26日診斷證明書、高

20 雄榮總門診紀錄、出院病歷摘要及99年3月18日診斷證明書

21 、高醫醫院105年4月27日高醫附行字第1050001438號函、

22 台大醫院105年4月20日校附醫秘字第1050002235號函復刑

23 案二審法院之意見表可佐（臺灣彰化地方法院100年度交易

24 字第278號病歷資料卷第267至274頁；本院107年度再易

25 字第46號卷，下稱另案再審卷，卷一第109頁；刑案一審卷

26 二第137至139頁、第233頁；原審卷一第55頁；刑案二審

27 卷三第92至93頁、第57至58頁），可見再審原告自98年發生

28 系爭事故後起陸續前往彰基醫院、高雄榮總、高醫醫院、台

29 大醫院等北、中、南各大型教學醫院就診，於領得保險金後

30 仍未間斷，而上開各醫院診斷結果，雖少有懷疑其詐盲或裝

31 病，然均一致診斷認為再審原告可能因車禍造成頭部外傷致

01 雙眼視覺受損之情形。

02 (三)又振興醫院主治醫師趙效明於103年6月20日、同年6月21
03 日以standard ERG、flash VEP(視覺誘發電位檢查)、
04 pattern ERG & pattern VEP等方式檢查再審原告視力，其
05 檢查數據standard ERG(Scotopic white): 275.4 μ V (
06 46.5 ms implicit time)，右眼；235.1 μ V (49.5 ms
07 implicit time)，左眼。flash VEP : 13.4 μ V (p111 .
08 111 ms)，右眼；7.1 μ V (p111 .111 ms)，左眼。
09 pattern ERG & pattern VEP : low amplitude (flat低振
10 幅)，且其反應期 (latency) 無法辨識，據此診斷再審原
11 告罹患「皮質性失明」乙情，有振興醫院103年6月24日診
12 斷證明書可佐(原審卷一第82頁)，而趙效明醫師於刑案二
13 審證稱：診斷證明書診斷欄記載「皮質性失明」是我對再審
14 原告的診斷。我應該寫高度疑似才比較好，因為在醫學上沒
15 有絕對的診斷，只有病理解剖才是絕對的診斷；我先做檢查
16 ，我看再審原告眼球震顫，這樣的患者視力不會太好，我認
17 為是很罕見的case，我看了再審原告幾個動作，再審原告來
18 的時候看起來視力非常的不好，應該視網膜、視神經都是正
19 常的，包括整個視覺進入，視網膜到腦袋這個徑路不敢確定
20 ，但是診斷視覺皮質的問題，也就是枕葉的問題，通常有時
21 候電腦斷層掃描或是核磁共振可以看得到枕葉是有一些問題
22 ，所以跟PET的發現是符合的，因為再審原告當初有這樣的
23 發現是灌流不佳，特別是標示是在枕葉的地方。高度疑似再
24 審原告是一個「皮質盲」。事實上在PET裡面，兩側的枕葉
25 都有灌流不好，這麼多跡象顯示非常相信是這次的車禍所造
26 成的。再審原告眼球、視網膜是正常，但我診斷再審原告皮
27 質性失明，應該可以說大腦受損功能性視覺喪失，但能不能
28 確定要電腦斷層掃描或核磁共振找一些證據，99年1月彰基
29 醫院的PET Scan確實發現腦部枕葉有些不灌流，確實有些問
30 題，我下這個診斷比較心安一些等語(刑案二審卷二第12至
31 14頁、第17頁)。又刑案二審曾103年12月30日委託台大醫

01 院對再審原告之殘餘視覺功能進行鑑定，經台大醫院指定心
02 理系陳建中教授採用功能性磁共振造影（fMRI）、腦波儀（
03 Electroencephalography；下稱EEG）、心理物理學行為
04 量測（psychophysical method）等方式檢測，其檢測結果
05 1. 功能性磁共振造影（fMRI）部分：再審原告的視覺皮層僅
06 有極微小部分可對視覺刺激做反應，其大腦視覺反應遠不及
07 於正常視力者。反應區域為視覺區中最接近大腦深處的地方
08 ，而在接近大腦表面的位置均無反應，這和受到外力造成腦
09 傷的假設符合。此外，殘餘視覺反應可佐證在此實驗中，再
10 審原告有配合實驗者指示，將眼睛睜開往前直視，並無閉起
11 眼睛逃避檢測之情形。否則應該是整個大腦都沒有反應。2.
12 腦波儀（EEG）部分：在早期視覺的部分再審原告在65ms與
13 100ms 峰值相較於對照組的反應都顯著地變小，發生時間也
14 嚴重延遲，雖然仍殘有部分早期視覺，但反應遠遜於對照組
15 。再審原告的早期視覺殘餘僅在於左下視野的邊緣，和一般
16 與閱讀、物體辨識所使用的中央視野區相距甚遠。再審原告
17 與對照組之腦波反應差異在200ms 之後更大，300 ms之後更
18 無與視覺相關之腦波存在，可見早期視覺的殘餘視力，並無
19 法支持高階的視覺認知處理，如物體辨識、閱讀等。3. 行為
20 衡鑑部分：再審原告的視覺敏感度在75% 正確率之下約為0.
21 00055，而在90% 的正確率下約為0.00042。無論何者，再
22 審原告視力『皆遠低於萬國視力0.01的標準』等語，有台大
23 醫院104年6月3日函所檢送之上開鑑定報告可佐（刑案二
24 審卷一第184至190頁反面）。兩者均認定再審原告因腦傷
25 造成視覺功能喪失。參酌趙效明醫師為英國牛津大學神經眼
26 科學博士，並在陽明大學擔任神經保護學科副教授；陳建中
27 教授為美國加州州立大學聖巴巴拉分校博士，現職台大心理
28 系教授，專業領域為視覺神經科學，以fMRI及EEG研究大腦
29 如何去處理外在之視覺訊息，曾在SCI期刊上發表6、70篇
30 論文，業據渠等於刑案二審結證明確（刑案二審卷二第12頁
31 ；本院引用資料卷第529頁），可知趙效明醫師、陳建中教

01 授均具有視覺神經科學專業知識經驗，前揭診斷及鑑定意見
02 均已避免受試者不配合所導致檢查結果不準確之狀況，應屬
03 客觀合理可信。

04 (四)又大腦視覺皮質損傷 (CVI) 患者之VEP 檢查結果會呈現「
05 波形異常」、「震幅減小」、「潛伏時延長」等異常情形，
06 有衛福部107年8月30日衛部照字第1071561507號函及眼科
07 醫學會107年7月31日中眼台(107)字第076號函可憑(本院
08 卷第87頁反面、第90頁反面)，而再審原告自101年起
09 至106年期間陸續在彰基醫院、高醫醫院、振興醫院、林口
10 長庚醫院等不同教學醫院進行standard ERG、flash VEP (視
11 覺誘發電位檢查)、pattern ERG & pattern VEP 客觀難以
12 造假之檢測方式，其檢查結果分別「波形幅度稍低」、「
13 遲延；低振幅 (delayed latency ; low amplitude)」、「
14 「pattern ERG & pattern VEP : low amplitude (flat低
15 振幅)，且其反應期 (latency) 無法辨識」、「pattern
16 ERG 顯示異常傳導、pattern VEP 檢查顯示異常傳導 (P100
17 延遲)」等情，有彰基醫院101年2月14日101彰基院字第
18 101020146號函檢附鑑定報告書、高醫醫院病歷及林口長庚
19 醫院106年4月21日診斷證明書可佐(本院引用資料卷第9
20 至10頁；另案再審卷二第240、250頁)，上開不同醫院之
21 檢查結果其VEP一致呈現「波形異常」、「震幅減小」、「
22 潛伏時延長」等符合視皮質損傷 (CVI) 患者之表徵。自堪
23 認再審原告確因系爭事故受有外傷性大腦視覺皮質損傷無訛
24 。

25 (五)再參以莊素貞教授所撰102年10月「大腦視皮質損傷與其功
26 能性視覺評估」一文指出：眼球性視覺障礙可透過眼睛檢查
27 找出視覺障礙的成因，也可從傳統的功能性視覺評估得知其
28 視覺功能剩餘的狀況，然而這些檢查和評估方法並不適用於
29 大腦皮質性視覺損傷患者。大腦視覺皮質損傷多數患者仍有
30 剩餘的視力，僅少數完全失視力，有些人會覺得患者是故意
31 裝病，多數CVI患者眼睛外觀看起來不像盲人，眼球構造與

01 視覺機能運轉正常，卻又無法從一般視力檢查中解釋其視覺
02 功能異常原因，使得診斷視覺皮質損傷變成一件高難度工作
03 。通常醫師會根據臨床症狀和患者身心特徵，搭配下述先進
04 醫療技術和儀器，來進一步確認有無CVI問題，包括：視覺
05 激動反應（Visual Evoked Response，即簡稱VER）、視覺
06 激動電位（Visual Evoked Potential，即簡稱VEP）、腦
07 波圖（Electroencephalography，即簡稱EEG）、電位圖
08 （Electro Oculogram，即簡稱EOG）、視覺激發電位（
09 Visual Evoked Potential Mapping，即簡稱VEPM）、電腦
10 斷層攝影（Computerized Tomography，即簡稱CT）、電腦
11 核子共振掃描（Magnetic Resonance Imaging，即簡稱MRI
12 ）等檢測是否有視皮質損傷等語（另案再審卷一第111頁反
13 面至116頁反面），核與衛福部107年8月30日衛部照字第
14 1071561507號函謂：視皮質損傷（盲）（CVI）或腦性視障
15 （Cerebral visual impairment）之症狀、評估與協助，近
16 年受到世人注意與重視，此疾非眼球部位病變，而係後視神
17 經傳導或大腦皮質區受傷所致，此種患者之眼睛外觀正常，
18 但有低視力之特徵，有剩餘視力。目前CVI的檢查方式有視
19 覺激發反應（VER）、視覺誘發電位（VEP）、腦波圖（EEG）、
20 電位圖（EOG）、視網膜電流圖（ERG）、視覺激發電位圖（
21 VEPM）、電腦斷層攝影（CT）、大腦核磁共振成像（MRI）
22 等語（本院卷第90頁及反面）；眼科醫學會107年7月31日
23 中眼台（107）字第076號函記載：因腦傷所致之視覺障害
24 大部分須多科別，如神經內科、神經放射診斷科、復健科及
25 職能治療師等共同評估，非眼科醫師就可全盤判定。唯少部
26 分患者因明顯有與腦傷部位相關之視野缺損併視神經萎縮，
27 才得以只由眼科醫師即可確診。因腦性視障是因腦傷所致之
28 視覺障害，所以依傷害的腦部位置不同，其檢查結果亦不同
29 。若是傷到與「視力功能」直接相關的位置（即視覺途徑）
30 ，則pattern VEP會出現震幅減小，ERG正常，雙眼VF窄小
31 或左右偏盲。若是傷到與「視覺統合」（將所有影像作偵測

01 或辨識以作出正確反應) 相關的位置，則 pattern VEP 正常
02 ，ERG 正常，雙眼 VF 窄小或上下偏盲) 等語 (本院卷第 87 至
03 88 頁) 相符，莊素貞教授之論文見解堪認具有高度可信度。
04 可知外傷性大腦視覺皮質損傷之診斷有高難度，大多情形難
05 由眼科醫師以傳統功能性視覺評估診斷，須由多科別醫師共
06 同評估及施以腦部影像檢查，通常須搭配視覺激發反應 (VEP)、
07 視覺誘發電位 (VEP)、腦波圖 (EEG)、電位圖 (EOG)
08 、視網膜電流圖 (ERG)、視覺激發電位圖 (VEPM)、電腦斷
09 層攝影 (CT)、大腦核磁共振成像 (MRI) 等先進醫療技術
10 與儀器方能確認，且因視覺皮質損傷多數患者仍有剩餘的視
11 力，僅少數完全喪失視力，常被誤認患者是故意裝病。基此
12 ，趙效明醫師及陳建中教授上開診斷及鑑定過程與結果，符
13 合上開意見，益徵再審原告確因系爭事故受有外傷性大腦視
14 覺皮質損傷 (CVI)。

15 (六) 至再審被告主張再審原告有詐盲之情形，固提出高雄榮總郭
16 乃文醫師、施景森醫師於 99 年 1 月 31 日會診單、台大醫院 10
17 5 年 4 月 20 日校附醫秘字第 1050002235 號函復刑案二審之意
18 見表、再審原告於 105 年在三總醫院之詐盲測試報告等證據
19 為憑。然查：

- 20 1. 再審原告於 99 年 1 月 31 日至高雄榮總住院治療，其主治醫師
21 即腦神經外科陳志豪醫師於同日會診該院眼科郭乃文醫師、
22 神經內科施景森醫師，其等會診後，分別在會診單上註記「
23 malingering (裝病、偽病)」、「在 patient (病人) 面
24 前比手指頭，patient 表示看不見，叫病人作 saccade (掃
25 視) 時，又可按照 order (指示) 作，表示 patient 還是看
26 得見」等語，固有上開 2 紙會診單可佐 (本院引用資料卷第
27 461 至 462 頁)。惟會診後再審原告之主治醫師陳志豪醫師
28 持續安排 MRI 等相關檢查，仍於 99 年 3 月 18 日診斷再審原告
29 係「頭部外傷致腦震盪合併右側聽力及雙側視力受損」，而
30 未認其有詐盲、裝病之情事，有診斷證明書可佐 (原審卷二
31 第 39 頁)，且同院身心科主治周植強醫師於 99 年 2 月 12 日、

01 3月19日、5月14日、7月8日、7月22日、8月5日診斷
02 (病史)簡述亦均記載：再審原告可能罹患創傷後壓力症候
03 群，不太可能裝病(原文：PTSR is likely, malingering
04 is not likely)等語(本院引用資料卷第468至471頁)
05 ，顯見郭乃文醫師、施景森醫師上開99年1月31日會診意見
06 ，與同院腦神經外科醫師陳志豪醫師、身心科醫師周植強醫
07 師嗣後之診斷意見不符，尚難據以採為不利再審原告之認定
08 。

- 09 2.又台大醫院105年4月20日校附醫秘字第1050002235號函復
10 刑案二審卷表示：再審原告於101年6月12日、6月22日至
11 本院眼科部門就診，其主訴為98年發生車禍後視力逐漸減退
12 ；再審原告接受一般視力檢查時(非測盲檢查)，右眼只看
13 得到眼前1公尺手動，左眼只看到眼前10公分手動，經醫師
14 檢查發現兩眼瞳孔反射正常，雙眼視神經盤也正常，沒有視
15 神經萎縮現象，本院於101年6月18日安排其進行眼部光學
16 同調斷層掃描，結果顯示雙眼黃斑部無明顯異常，其餘101
17 年6月18日亦接受神經部安排視覺誘發電位檢查，顯示兩眼
18 眼波形皆較平，但是視覺誘發電位檢查會受到受測者於施作
19 時配合度與專注意度的影響，根據檢查結果，再審原告之視
20 神經與視網膜沒有異常發現，且於98年、99年在其他醫院所
21 作電腦核磁共振影像也沒有異常發現，因此，最後判定其較
22 可能是功能性視覺障礙，亦即沒有找到器質性病變，似有詐
23 盲的可能性等語(本院引用資料卷第434頁)，然上開意見
24 ，與同院陳建中教授依刑案二審法院委託對再審原告之殘餘
25 視覺功能進行鑑定，經採用功能性磁共振造影(fMRI)、腦波
26 儀(Electroencephalography；下稱EEG)、心理物理學
27 行為量測(psychophysical method)等方式之檢測結果不
28 符，且台大醫院既認「似有」詐盲的「可能性」，僅有懷疑
29 而已，尚未確定，自難憑以推認再審原告確有詐盲之行為。
30 3.另刑案二審於105年12月19日委託三總醫院對再審原告進行
31 詐盲測試，其鑑定結果謂：……二、再審原告於105年11月

01 25日於本院眼科門診檢查，該員主觀視力為雙眼眼前只見手
02 揮動（Hand motion），立體官能檢查、稜鏡檢查及詐盲本測
03 試該員主訴只見顏色或完全無法看到。三、眼壓正常，瞳孔
04 光反射正常，眼底檢查正常，OCT檢查黃斑部及視神經纖
05 維層厚度均正常，視野檢查為雙眼全盲，視覺誘發電位檢查
06 （VEP）正常，網膜電圖檢查（ERG）正常。四、綜合上
07 述客觀檢查結果（含瞳孔光反射檢查、眼底檢查、OCT檢查
08 、視覺誘發電位檢查及網膜電圖檢查）與陳員主觀檢查結果
09 （含視力、立體官能檢查、稜鏡檢查、詐盲本測試、視野檢
10 查）不符合，故詐盲測試不通過等語，固有三總醫院105年
11 12月19日院三醫勤字第1050017449號函可佐（本院引用資料
12 卷第199頁）。然再審原告在三軍總醫院之檢測，其
13 pattern VEP波形幾乎沒有出來（即低震幅），此由三總醫
14 院106年9月11日院三病歷字第1060011372號函記載：「
15 pattern VEP波形幾乎沒有出來」、「假設再審原告真的是
16 因為視力不良造成pattern VEP結果異常」等語即明（本院
17 引用資料卷第200至201頁）。又視皮質損傷（CVI）患者
18 之VEP檢查結果會呈現「波形異常」、「震幅減小」、「潛
19 伏時延長」等表徵，再審原告自101年起至106年期間陸續
20 在彰基醫院、高醫醫院、振興醫院、林口長庚醫院等不同教
21 學醫院進行Standard ERG、Flash VEP、pattern ERG &
22 pattern VEP檢測，其檢查結果一致呈現VEP「波形異常」
23 、「震幅減小」、「潛伏時延長」等符合視皮質損傷（CVI
24 ）患者之表徵，已如前述。佐以證人即國立陽明大學生物醫
25 學工程學系教授張寅於刑案二審出具意見書及證述：上開三
26 總醫院所做視網膜電圖檢查（包含pattern ERG）、視覺誘
27 發電位檢查（包含Flash VEP）之檢查結果，應均屬不正常
28 ，而三總醫院卻判讀為正常，欠缺學理依據等語（本院引用
29 資料卷第486至487頁），並有其106年2月9日意見書、
30 106年4月17日意見書續在卷可佐（本院引用資料卷第596
31 至618頁），可見三總醫院上開鑑定報告難以採信，無從據

01 以認定再審原告有詐盲情形。

02 (七)另原確定判決及眼科醫學會105年5月6日中眼台(105)
03 字第079號函復以再審原告自99年10月至100年6月期間，
04 可跑跳自如，教導學生球類運動、表演舞蹈，均無使用任何
05 拐杖、輪椅等輔具，於99、100學年度各學期測驗，不論問
06 答、選擇題或作文題，均作答試題，並以工整文字填寫答案
07 ，其回答亦無答非所問之外觀舉措，推認再審原告視力在萬
08 國視力表0.02以上(本院引用資料卷第196頁)。然查，再
09 審原告經陳建中教授鑑定中央區視力僅為0.00055(0.01以
10 下就是盲人)，其左下角邊緣位置有殘餘視覺能力，如果靠
11 近到6公分地方，有可能看得到，此有陳建中教授鑑定報告
12 及刑案二審證述筆錄可佐(本院引用資料卷第551至552、
13 554至557頁)。且再審原告雙眼經蒙蔽而未使用視覺功能
14 之狀況下，猶能跑步；投籃球、跨下運球、撿球；與他人射
15 接飛盤，且射中及接中之機率頗高；與他人對打桌球；書寫
16 文字，且筆跡工整、字體間距緊密等與一般視力功能正常人
17 無異之行為舉動，業經本院勘驗再審原告所提出其蒙眼運動
18 影片即明(本院卷第84頁)，則再審原告辯稱其原為手球國
19 手，本具備優異之運動神經，且視覺皮質損傷仍有殘餘視力
20 ，加以視覺以外之其他生理感官知覺的運用而能為上揭與視
21 力功能正常人相同舉動，尚非無據，顯難憑上揭外觀舉止行
22 為，遽認再審原告永久視力之萬國視力值未達0.02以下或有
23 詐盲之情事。

24 (八)基上說明，再審被告前揭所舉證據尚難證明再審原告永久視
25 力確實已在萬國視力值0.02以上而不符合請領保險金之要件
26 ，或有何詐盲之情形。此外，再審被告復未提出其他證據以
27 實其說，則其依民法第179條、第184條第1項規定請求再
28 審原告返還上開保險金，即屬無據。

29 七、綜上所述，再審原告以發現未經斟酌之證物為由，依民事訴
30 訟法第496條第1項第13款規定對原確定判決提起再審，洵
31 屬有據。從而，再審被告在前訴訟程序依民法第179條、第

01 184 條第 1 項規定，請求再審原告返還保險金 100 萬元本息
02 ，均無理由，不應准許。至再審原告另主張其他再審事由即
03 無斟酌之必要。原確定判決及前訴訟程序第一審判決所為不
04 利再審原告之判決及假執行宣告，均有未洽，再審原告提起
05 本件再審之訴，指摘原確定判決及前訴訟程序第一審判決不
06 當，求予廢棄改判，為有理由，爰廢棄改判如主文第 2 項所
07 示。

08 八、據上論結，本件再審之訴及再審原告之上訴均為有理由，依
09 民事訴訟法第 505 條、第 450 條、第 78 條，判決如主文。

10 中 華 民 國 109 年 12 月 30 日

11 民事第六庭

12 審判長法官 魏式璧

13 法官 李育信

14 法官 洪培睿

15 以上正本證明與原本無異。

16 本件不得上訴。

17 中 華 民 國 109 年 12 月 30 日

18 書記官 曾允志