臺灣高雄地方法院民事判決

107年度保險字第8號

原　　告　蔡孟潔
訴訟代理人　陳建誌律師
被　　告　富邦人壽保險股份有限公司
法定代理人　蔡明興
訴訟代理人　李昌明律師

上列當事人間請求給付保險金事件，本院於民國108 年3 月14日言詞辯論終結，判決如下：

主　　文

原告之訴及其假執行之聲請均駁回。

訴訟費用由原告負擔。

事實及理由

一、原告主張：原告於民國81年10月14日向美國安泰人壽保險股份有限公司台灣分公司（下稱安泰人壽），投保增值分紅終身壽險暨住院醫療保險特約、意外傷故及殘廢保險金、意外傷害醫療保險金等項目（下合稱系爭保險契約），後安泰人壽由被告富邦人壽保險股份有限公司（下稱被告）合併，其中意外傷故及殘廢保險金之保險金額為新臺幣（下同）2,583,333 元。而原告於105 年1 月31日在高雄市○○○路與輔仁路路口，與訴外人黃榆豐發生車禍（下稱系爭事故），經國軍高雄總醫院附設民眾診療服務處診斷受有「中樞神經遺存顯著障礙、只能從事輕便工作」之傷勢（下稱系爭傷勢），原告因此檢具相關文件申請理賠，竟遭被告於106 年2 月7 日函覆拒絕原告之申請理賠。又原告於81年間投保時，關於殘廢程度與保險金給付，依系爭保險契約之「殘廢程度與保險金給付表」（下稱舊表）分為六級共28項，嗣行政院金融監督管理委員會（下稱金管會）於95年間修正「傷害保險單示範條款」（包括殘廢程度與保險金給付表，下稱新表），依原告所受系爭傷勢，雖與舊表之給付項目未盡相符，然係符合新表1-1-4 項次（殘廢等級7 、給付比例為40％），而系爭保險契約屬定型化契約，有疑義時應依一般要保人與

被保險人之客觀合理期待為之，原告所受系爭傷勢顯較舊表「十足趾缺失者」、「十手指缺失者」等嚴重，倘因舊表未明列此項殘廢程度與保險金給付比例，即不能獲得保險契約之保障，顯違一般要保人與被保險人之客觀合理期待，應認原告之殘廢程度包含在系爭保險契約之承保範圍內，另參照新表1-1-4 項次（殘廢等級7 、給付比例40%），以殘廢保險金2,583,333 元計算40%，原告自得請求被告給付1,033,333 元等語。為此，爰依系爭保險契約、保險法第34條第2 項，提起本件訴訟。並聲明：㈠被告應給付原告1,033,333 元，及自106 年2 月8 日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息。㈡願供擔保，請准宣告假執行。

二、被告則以：查舊表有關中樞神經障害之保險給付，係屬於第一級第7 項「中樞神經系統機能或胸、腹部臟器機能極度障害，終身不能從事任何工作，為維持生命必要之日常生活活動，全須他人扶助者」，縱原告受有系爭傷勢，仍與舊表第一級第7 項之情形不同，亦與新表1-1-4 項次之情形有別。再者，系爭保險契約第1 條已明確約定舊表為契約之構成部分，而原告並非爭執舊表文字解釋上有何疑義，而係爭執其殘廢程度雖不符合舊表所列殘廢等級，但仍屬系爭保險契約之保障範圍，此非得援引保險法第54條第2 項之情形。又基於長期契約之對價平衡，本件應適用舊表而非新表，原告前開參照新表適用之主張，實對保險對價衡平原則產生重大破壞等語置辯。並聲明：㈠原告之訴及假執行之聲請均駁回。㈡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

㈠原告於81年10月14日向安泰人壽投保系爭保險契約，其中「意外傷故及殘廢保險金」之保險金額為2,583,333 元，安泰人壽後由被告合併。

㈡金管會於95年間修正「傷害保險單示範條款」（包括新表），後於95年8 月10日函知公會查照，並轉知所屬會員辦理，新表自95年10月1 日起實施。

㈢原告因系爭事故受有傷害，國軍高雄總醫院附設民眾診療服務處診斷證明書記載：「治療經過處置意見：2.病人經過治療半年以上，仍有中樞神經遺存顯著障礙，如頭暈記憶力減退等現象，只能從事輕便工作」。

㈣原告於系爭事故後檢具相關文件申請理賠，經被告於106年2月7日函覆無法理賠。

四、兩造爭執要點

㈠原告主張系爭傷勢雖適用舊表而無可供對照之給付標準，但得參照新表1-1-4項次之規定主張仍在系爭保險契約之承保範圍內，有無理由？

㈡原告請求被告給付1,033,333元，是否有據？

五、本院得心證之理由

㈠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。惟解釋契約，固須探求當事人立約時之真意，不能拘泥於契約之文字，但契約文字業已表示當事人真意，無須別事探求者，即不得反捨契約文字而更為曲解（最高法院17年上字第1118號判例）。從而，倘契約文字已清楚表現當事人之真意，自不得曲解契約文意。又保險制度係利用大數法則分散風險，於保險公司之專業精算下，藉由承擔社會共同團體之共同風險，在對價衡平原則下，經主管機關核定費率、保險單條款，銷售保單收取保費，並對發生保險事故之被保險人給付保險金。因此，保險費之費率及承保範圍之對價性，均係經由專業之精算程序及主管機關所核准。保險人不可能承擔漫無限制危險，唯有經限定之危險方屬保險人所承擔，要保人所給付保費、追溯日之訂定抑或理賠基礎之採擷，均與保險人所承擔危險成一對價關係，並於保險期間維持平衡狀態。

㈡經查，系爭保險契約就原告發生意外事故致殘廢時，其殘廢程度與保險金給付之認定標準係以適用舊表為據乙節，為系爭保險契約第2章第2條所明定（見本院卷第30頁反面、第

32頁、第33頁），為兩造所不爭，而原告亦自承系爭傷勢未達舊表所訂之中樞神經障害給付標準，無法依舊表請求理賠等節（見本院卷第105 頁反面）。是系爭保險契約既已明確將承保範圍限於舊表所訂內容，則除約定之舊表六級28項所示殘廢種類暨程度外，其他殘廢傷勢即非系爭保險契約約定之保險事故，並無再行解釋或探求真意之必要，於此，自無保險法第54條第2 項規定有利於被保險人解釋之問題，亦無原告所引最高法院102 年度台上字第2185號判決之適用。是原告主張：本件應依保險法第54條第2 項規定為有利於被保險人之解釋，進而參照新表請求給付云云，要非可採。

㈢繼以，關於新表是否變動舊表設定之中樞神經障害傷勢給付範圍乙節，經中華民國人壽保險商業同業公會回函指出：殘廢程度與保險金給付表於95年8 月修正前之第1 級第7 項為「中樞神經系統機能或胸、腹部臟器機能極度障害，終身不能從事任何工作，為維持生命必要之日常生活活動，全須他人扶助者」，嗣於該次修正將項目名稱調整為「1 神經、神經障害」、項次調整為「1-1-1 」並酌修部分文字、殘廢等級為1 （給付比例100 ％，與修正前附表同），並增列項次1-1-2 （殘廢等級2 ）、1-1-3 （殘廢等級3 ）及1-1-4 （殘廢等級7 ）；另配合旨揭附表項次及定義之修正，於「1 神經、神經障害」之附註1 增列神經障害等級之審定基本原則及相關障害情形適用等級，並將修正前附表第1 級第7 項附註4 中「為維持生命必要之日常生活活動」定義移列至註1 、1-1 （4 ）；修正後附表（即新表）之項次1-1-2 至1-1-4與項次1-1-1 雖同屬「神經、精神障害」項目，惟其構成要件均有程度上之不同，保險金給付比例亦各有不同，應係就項次1-1-1 即修正前附表（即舊表）之第1 級第7 項做更細緻之劃分而增列，使被保險人得依據各該符合之障害程度申領保險金，是所詢項次1-1-4 應非屬修正前附表（即舊表）所涵括之給付項目；就所詢之「中樞神經系統機能障害」項目，修正後附表（即新表）之項次1-1-4 （殘廢等級7

，給付比例40%）非屬修正前附表（即舊表）第1級第7項（給付比例100%）所涵括之給付項目，修正前附表（即舊表）之其他給付項目亦無與1-1-4給付範圍一致之項目等語，有該同業工會函文可參（見本院卷第132頁正面、第132頁反面、第162頁），堪認新表顯已變動、擴增舊表原無之承保及給付範圍。則系爭保險契約係以舊表之給付標準為基礎，決定其保險費率與承保範圍之對價性，倘允許原告依系爭保險契約原有之保險條件逕參照新表之承保範圍請求給付，不啻違反保險制度所要求之對價衡平，並有失保險共同團體之公平性。況被告於系爭保險契約存續期間，亦曾提供適用新表給付範圍之保險契約，以取代適用舊表之原保險契約，然係原告單方之原因導致該次投保未生效力乙情，有被告提出之安心寶意外傷害保險附約及原告填具之要保書為憑（見本院卷第116頁至第127頁）。是以，原告主張系爭傷勢雖適用舊表而無可供對照之給付標準，但得參照新表主張仍在系爭保險契約之承保範圍內云云，並非可採。

㈣從而，系爭保險契約無從適用新表，被告因此依約拒絕理賠，自無不合，原告依系爭保險契約請求被告給付保險金，即屬無據。

六、綜上所述，原告依系爭保險契約請求被告給付1,033,333元，及自106年2月8日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息，為無理由，不應准許。

七、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及所提證據，經審酌後認與判決結果無影響，爰不再逐一論述，附此敘明。

八、據上論結，原告之訴為無理由，依民事訴訟法第78條，判決如主文。

中　　華　　民　　國　　108　　年　　3　　月　　29　　日

民事第六庭　審判長法　官　蔣志宗

法　官　謝宗翰

法　官　陳彥霖

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　　108　　年　　3　　月　　29　　日

書記官　賴怡靜