

重疾分类需提示，诊疗技术改新规-张某诉天天人寿保 险公司人身保险合同纠纷案

武汉办公室

主办律师：杨超律师

基本案情：

张某于2020年3月1日在天天人寿保险公司购买了《天天恒久健康2021版重大疾病保险》，保额200000元，交费期间20年；2023年4月5日又购买《天天恒久长青2021版重大疾病保险》，保额200000元，交费期间20年。2025年1月，张某因身体不适前往医院检查，后被确诊患有甲状腺肿瘤、乳头状癌。后张某向保险公司申请理赔40万元、豁免两份合同剩余各期保费而遭拒。

案例分析：

首先，张某选择穿刺取样检测的方式，导致保险合同约定的赔付条件并未成就。2020年11月，中国保险行业协会与中国医师协会共同对2007年制定的《重大疾病保险的疾病定义使用规范》(以下简称“新规范”)进行了修订。新的规范明确甲状腺癌属于轻度恶性肿瘤。规范规定了病灶经组织病理学检查(涵盖骨髓病理学检查)结果作为重大疾病恶性肿瘤诊断依据，还规定了“通过采集病变部位脱落细胞、细针吸取病变部位细胞、体腔积液分离病变细胞等方式获取病变细胞，制作涂片，进行病理检查的方法，属于细胞病理学检查，不属于组织病理学检查”。因此，张某所患疾病只是进行了穿刺取样细胞检测，无切片病理检测，不属于组织病理学检查。

其次，张某是在重疾新规(2020年)之后投保(2021年)，所患疾



病属于“轻症”还是“重症”？按照合同约定，轻症赔付 $200000 \times 30\% + 200000 \times 20\% = 100000$ 元，而重症赔付 40 万元且豁免后期所有保费共计 12 万余元。根据 2020 发布的新规范，保险公司认为，按照案涉保险条款关于恶性肿瘤的定义来看，其判断标准是“经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD-10)的恶性肿瘤范畴”，该条款明确了恶性肿瘤确诊的依据为病理学检查结果，以及临床诊断应属于《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD-10)的恶性肿瘤范畴。而根据张某的“细胞学诊断报告单”提示：“倾向于肿瘤性病变，乳头状癌尚不能排除，建议完整切除进一步明确诊断”，不能明确肿瘤性质及是否为甲状腺乳头状癌。即使根据张某出院诊断确诊为甲状腺乳头状癌，张某采取微波消融术(一般适用于良性肿瘤及微小癌治疗手段)，不存在淋巴转移等严重情况，不符合重大疾病中恶性肿瘤的定义。从张某的住院病历记载该疾病编码为 D44.001M80500/3，不在《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD-10)载明的恶性肿瘤(疾病编码 C00-C97)类别范畴，而是属于“特性未定或未知肿瘤”(疾病编码 D37-D48)类别范畴。因此，按照保险合同条款约定，动态未定性肿瘤不属于恶性肿瘤，不在保障范围内。

最后，说明提示义务的举证责任。保险公司是否就案涉保险条款、保险责任、免责条款等概念、内容及法律后果向被张某进行解释说明。

裁判结果：

法院判令天天人寿保险有限公司向张某支付重大疾病保险金 40 万元，且豁免自 2025 年 1 月确诊之日起两份保险合同后续的各期保费。

裁判要旨：

首先，张某住院过程中在超声引导下甲状腺结节超声造影、微波消融及穿刺活检术穿刺涂片，在出院诊断中明确记载为甲状腺肿瘤乳头状



癌，在医院出具的病案中对于张某的入院情况、手术经过、出院诊断等事项进行了完整记录。在该份记录中“出院诊断”明确的甲状腺肿瘤乳头状癌应来自于术中肿物穿刺取样及穿刺涂片病理诊断，应可以确认张某所患疾病为甲状腺肿瘤乳头状癌。

其次、保险公司在张某申请理赔时，要求张某进一步提供切片病理检测结果，张某作为普通患者，在就医过程中，主要听取医生建议，医院、医生及患者面对疾病，首要考虑的因素为治疗的科学性、合理性、有效性及经济型，无论是医院还是患者首要考虑的问题并非满足保险合同所要求的程序性规定，张某不会主动要求医院或医生进行切片病理检测，因而在张某申请理赔时要求补交切片病理报告显然不合理。此外，在住院过程中，医院已对张某所患肿块进行微波消融处理，客观上已无法提取切片。

最后，关于张某所患甲状腺肿瘤乳头状癌是否属于保险合同理赔范围：一方面，保险合同中对重大疾病的规定既不符合一般人对该类重大疾病的通常理解，也不符合具体治疗方式是由医生根据实际病情和医疗手段的发展决定的实际情况，保险公司不得以诊疗过程中确诊的标准与合同约定不符合为由绝赔付保险金。另一方面，保险条款中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。保险公司未举证证明其已对该定义作出明确说明义务。

典型意义：

本案属于重疾新规出来之后，且在投保人所签订的保险合同条款对于轻症、重疾进行了明确区分和约定的情况下，法院仍然认可和认定张某的情况按照重疾赔付的案例。之所以如此，一方面是由于保险公司对于轻症、重疾的分类及告知义务未履行到位，另外一方面是由于准备工

作较为充分，而保险公司没有采取多道应对防线（理赔条件未成就-不属于重症或并未确诊重症-至多认可属于轻症）。而法院最终经过审理，最终完全采纳了承办律师的代理意见，即按照重疾满额赔付 40 万元，且豁免后期所有保费 12 万余元。