

河南省高级人民法院发布一起健康保险合同纠纷典型案例：保险公司 “特别约定”不公，法院判决“格式条款”无效

审理法院： 获嘉县人民法院

案 号： （2022）豫 0724 民初 1982 号

案 由： 健康保险合同纠纷

裁判日期： 2022 年 10 月 27 日

获嘉县人民法院

民事判决书

（2022）豫 0724 民初 1982 号

基本案情

2021 年 6 月，原告王某的女儿作为投保人与被告某保险公司签订保险合同，为原告王某投保了个人医疗保险和特定疾病保险，被告出具了电子保险单。

2022 年 3 月，原告王某突发背部疼痛，经诊断为主动脉夹层，支付医疗费 3522 元。当日，转入其他医院住院治疗，经诊断为主动脉夹层 B 型。次日，原告王某接受了主动脉覆膜支架腔内隔绝术，支付医疗费 19.9 万元。出院后，原告王某向保险公司申请理赔。

2022 年 5 月，被告某保险公司作出理赔决定通知书，扣除免赔额 1 万元，决定给付保险金 11.2 万元，并予以支付。

原告王某认为被告应按合同约定支付一般医疗保险金和特定疾病保险金，不应再扣除免赔额 1 万元，遂诉至获嘉县人民法院，请求判决被告支付一般医疗保险金 1 万元和特定疾病保险金 1 万元。

保险公司辩称，原告王某治疗疾病所施手术并未开胸或开腹，其出险疾病未达到合同约定的重疾标准，请求法院依法驳回原告王某不合理的诉讼请求。

裁判结果

法院审理认为，投保人与保险公司签订保险合同，为原告王某投保个人医疗保险和特定疾病保险，系双方真实意思表示，且不违反法律、行政法规的强制性规定，合法有效。保险合同成立后，投保人按照约定交付保险费，保险人应按照约定的时间开始承担保险责任。

原告王某因患急性主动脉夹层B型住院治疗，并接受了主动脉覆膜支架腔内隔绝术，其所患主动脉疾病，属于案涉保险合同所定义的重大疾病和特定疾病，且发生在保险期间内，被告某保险公司应依法按合同约定承担保险责任。

案涉保险合同重大疾病和特定疾病条款，一方面约定主动脉疾病系合同约定的重大病症，又进一步限定治疗主动脉疾病而实施的主动脉手术必须“开胸或开腹”，该内容并不属于对主动脉疾病症状及危重程度的解释和描述，而是对疾病治疗方式的限制，排除了被保险人选择损伤更小、安全系数更高的手术治疗方式的权利，不当增加了被保险人的生命风险，亦不符合医学科学进步的逻辑要求。

被告以限定治疗方式来限制原告获得理赔的权利，免除自己的保险责任，根据《保险法》第十九条规定，保险合同中关于“开胸或开腹”的相关条款应认定为无效。因此，原告王某所患疾病应属案涉保险合同约定重大疾病、特定疾病的保险责任范围，被告应按保险合同约定全面履行保险责任。依法判决保险公司向原告王某返还被扣除的一般医疗保险金1万元，并支付特定疾病保险金1万元，合计2万元整。

典型意义

保险具有分散风险和补偿损失的基本功能，对于保险消费者来说具有重要的保障意义，关乎人民群众日常生活中的方方面面和切身利益。

本案中，治疗方式由于各种主客观因素的制约是可以选择取舍的，其不应成为重大疾病的认定依据和标准，也不能与是否理赔捆绑挂钩。

健康保险合同“格式条款”中，保险人对疾病治疗方式的“特别约定”，不符合医学规律，其以治疗方式限定重大疾病的范围，实际上免除了保险人依法应当承担的保险责任，限制了投保人获得理赔的权利，也违背了投保人投保重大疾病保险的基本目的，根据《民法典》和《保

险法》的相关规定，该“格式条款”应当被判定为无效。

近年来，河南法院在司法审判实践中，将贯彻执行《民法典》与践行社会主义核心价值观有效融合，注重对保险合同“格式条款”进行穿透性审查，让无理拒赔者依法担责，切实维护保险消费者的合法权益，有效规范了保险事业的健康发展，积极引领了良好社会风尚，更好地实现了社会公平正义，取得了良好法律效果和社会效果。