

# 录下与医生的对话 当作拒赔证据

保险公司的做法未被法院采信,最终被判向原告支付保险金20万元

就因为诊断记录中的两个疾病代码,刚做过颅脑手术的市民杨先生遭到保险公司的拒赔。

日前,记者在中国裁判文书网上看到了这样一起案件。保险公司还录下与客户主治医生的对话,在法庭上当作拒赔的证据。

不过,法院认为,该证据无法认定录音对话主体,也不是医疗机构正式出具的文件,最终并没有采信。

记者 张海军



漫画/刘哲殊

## 出险 在医院做颅脑手术 向保险公司申请理赔

2019年5月1日,杨先生在农银人寿厦门分公司投保了农银爱康宝重大疾病保险(下称“农银爱康宝重疾险”),基本保险金20万元,每年保险费5258元,交费期间20年,保险期间终身。

2021年8月11日至2021年8月

26日期间,杨先生因脑出血在弘爱医院第一次住院,出院诊断显示,主要诊断:右侧颞叶出血破入脑室系统;其他诊断:右侧颞叶脑血管急性、转氨酶升高。2021年11月1日至2021年11月26日期间,他在弘爱医院第2次住院并进行了颅脑手术。

之后,杨先生发现自己进行的颅脑手术完全符合农银爱康宝重疾险合同约定的第56种重大疾病的理赔条件。但是,当他向农银人寿厦门分公司申请理赔时,对方却以杨先生的疾病属于保险合同责任免除中先天性畸形为由,表示不会承担保险责任。

## 拒赔 依据患者疾病编码 认定其为先天性疾病

2021年12月7日,杨先生终于等来了农银人寿厦门分公司出具的理赔决定通知书。

这份拒赔文件称,经调查核实,杨先生所做的全麻下行右侧颞叶动静脉畸形切除手术符合合同条款关于责任免除中先天性畸形的约定,属于免责范畴。根据合同约定,农银人寿厦门分公司不仅将保险合同终止,而且只退还保险合同现金价值4054.05元,而非杨先生所投的三年保费

15774元。

保险公司为何拒赔?理由来自杨先生入院时诊断的疾病编码。2021年8月11日,杨先生第一次入院诊断中包含右侧颞叶脑血管畸形,其疾病编码为Q28.300x001。2021年11月1日,杨先生再次入院,主要诊断为右侧颞叶脑血管畸形,其疾病编码为Q28.200。

在世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD-10)中,Q开头的编码都表示先天性疾病。

因此,保险公司认为,杨先生患的是先天性疾病。

通过查询ICD-10,记者得知Q28.300x001代表的是脑血管畸形,Q28.200则表示大脑血管动静脉畸形,分别是先天性疾病的一种。这两个疾病代码让保险公司很快给出拒赔的决定。

遭到拒赔后,杨先生将农银人寿总公司和农银人寿厦门分公司告到了总部所在地的北京市东城区人民法院。

## 录音 与主治医师通电话 录音后当作庭审证据

农银人寿厦门分公司依据疾病编码和手术记录认为杨先生的疾病属于先天性疾病。根据保险条款,先天性畸形、变形或者染色体异常是指被保险人出生时就具有的畸形、变形。杨先生却觉得他从出生至发病从未有过相关就诊记录,并不认可这是

先天性疾病。

庭审中,农银人寿厦门分公司还出示了一份录音证据。他们说,这是在杨先生手术后,他们通过电话和主治医师进行沟通后录下来的。

录音中有这样一段对话:“畸形的这个是属于先天性的哦,先天性的

再一个就是说我们又发现他有下腔出血,也是这个脑畸形引起的吗?”“嗯,是的”……“不能出具脑血管畸形是先天性疾病的证明,畸形出血是畸形引起的。”

庭审中,杨先生对通话录音的真实性不予认可。

## 判决 疾病编码非唯一标准 应结合多种因素考量

疾病编码属于先天性疾病,就一定属于保险条款的免责范围呢?

虽然《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD-10)将脑动静脉畸形编入先天性畸形、变形和染色体异常的章节,但法院认为,疾病编码不应为认定疾病性质的唯一标准,对于疾病的判断应当结合患者情况,并考虑到医学技术条件发展等多种因素进行考量。在本案中,农银人寿厦门分公司并未举证证明被保险人在出生时即诊断具有畸形、变形或染色

体异常的情形。虽然他们有提交录音,但该证据无法认定对话主体,也不是医疗机构正式出具的文件,不足以证明杨先生患有先天性畸形疾病。

法院审理后认定,杨先生所患疾病不符合保险条款中关于先天性畸形、变形或染色体异常的情形。对于杨先生要求农银人寿厦门分公司支付保险金的诉讼请求,法院予以支持,判决农银人寿厦门分公司在判决生效后十日内支付原告杨先生保险金20万元。

### 律师观点 保险公司未能充分举证

北京康达(厦门)律师事务所高级合伙人张翼腾表示,在这起案件中,保险公司未充分举证,应承担举证不能的法律后果。保险公司提交的是录音证据,电话录音取得的方式应当合法。录音证据与其他证据相互印证,形成完整的证据链,才能达到证明案件事实的法律效果。本案中,要想让医生的意见具备法律效力,最好请对方出庭作证。同时,要证明原告患有先天性畸形疾病,也需要专业医疗机构出具正式文件。

### 链接

#### 保险公司理赔调查 都查哪些事情

厦门一家保险公司理赔部门的工作人员告诉记者,保险公司在理赔的核赔过程中,主要分审核和查勘两个部分。如果在审核环节中,被保险人提交的材料没有问题,保险公司就会按照合同约定进行赔付;但如果审核环节中,保险公司存在异议就会进入查勘环节,就是俗称的“理赔调查”。

如果案件预估赔付金额高,为防止骗保,保险公司会持谨慎态度进行调查,还可能从财务、负债情况去核查客户的投保动机。要是投保后没多久就出险,保险公司就可能因怀疑存在逆选择而进行调查。

如果在理赔材料中出现投保时未进行告知的疾病或既往病史,保险公司也会进行调查。一旦未告知的疾病或既往病史与免责条款相符,保险公司也是有理由进行拒赔的。

一般来说,住院记录是比较重要的调查方向,其次是门诊病历、影像与生化检测报告以及药房处方药记录等,还有体检记录等。若发现投保时没有如实告知,故意隐瞒,带病投保,保险公司是有权拒绝理赔的且不退还保费。

### 手记

#### 投保容易理赔难 寒了消费者的心

买保险的最终目的当然不是为了出险,但如果真的不幸出险了,保险公司却想尽办法惜赔,不只会让消费者寒了心。

承保容易理赔难。由于业绩压力的存在,保险公司核保过程相对宽松,到了理赔时不放过任何拒赔的机会。而保险条款规定的模糊性,也容易给消费者和保险公司带来理赔纠纷,客观上加剧了“理赔难”。我们不禁要问,理赔难在哪里,保险消费者一定要对簿公堂才能维护自己的权益吗?

保险公司在对待保险消费者的时候,不能以纯商业关系的视角去看,随意的拒赔决定将对客户工作和生活产生重大影响。惜赔可能会延缓或减少保险公司的理赔支出,增加公司的利润,但消费者通过投保转嫁风险的目的落空,可能会产生一系列的问题。具有良好社会责任感的保险公司,更需充分考虑这一方面的因素,在符合保险条款的情况下,及时、便捷、足额地赔付,帮助投保人走出困境。

(记者 张海军)