



금융감독원

보도자료



금융은 통통하게 소비자는 행복하게

보도	2024.5.23.(목) 석간	배포	2024.5.22.(수)		
담당부서	분쟁조정2국 분쟁조정기획팀	책임자	팀 장	주요한	(02-3145-5239)
		담당자	선임조사역	정노윤	(02-3145-5237)

주요 민원사례로 알아보는 소비자 유의사항

- 상해 · 질병보험(수술비, 진단비 등) 관련 유의사항 -

주요 내용

- ◆ 피보험자의 신체에 발생하는 질병, 상해를 보장하는 수술비, 입원비, 진단비 등 특약의 경우
 - 모든 수술, 입원, 진단이 보상되는 것이 아니라 약관에서 정하는 보험사고의 정의, 보험금 지급·부지급사유 등에 따라 지급여부가 결정됨
 - ☞ 주요 민원사례를 통해 소비자가 수술비, 입원비 등을 보장하는 보험상품에 가입하거나 보험금 청구시 유의사항을 안내하고자 함

[소비자 유의사항 주요내용]

- ① 수술비 보험금은 ‘~술’, ‘~수술’이라는 명칭과 관계없이 **약관상 정하는 수술 방법**(절단·절제 등)에 해당하여야 보험금을 지급받을 수 있습니다
- ② 입원비 보험금은 치료를 직접 목적으로 입원하는 경우에 **지급일수** 한도 내에서 지급됩니다
- ③ 진단비 보험금은 검사결과가 **충분한 근거**가 있고, 조직검사 등 **약관에서 정하는 방법**에 따라 **진단확정**을 받은 경우에 지급됩니다
- ④ 후유장애 보험금은 ‘**영구적인**’ 장애상태에 대해 지급되며, **보험가입전 동일 부위에 기존 장애가 존재**하는 경우 보험금이 차감 지급될 수 있습니다

※ 본 보도자료는 소비자의 이해를 돕기 위한 예시로, 실제 보험금 지급대상 여부는 개별 보험약관 및 구체적 사실관계에 따라 달라질 수 있으므로 반드시 해당 약관 등을 확인하시기 바랍니다.

질병·상해보험 관련 주요 민원사례 및 소비자 유의사항

1

수술비 보험금은 '∼술', '∼수술'이라는 명칭과 관계없이 약관상 정하는 수술 방법(절단·절제 등)에 해당하여야 보험금을 지급받을 수 있습니다

[민원 사례 ①]

- 임OO은 떨어지는 나무에 머리를 다치는 사고로 상처 부위를 꿰매는 단순 창상봉합술*(변연절제** 미포함)을 시행하고 수술보험금을 청구하였으나 보험금 지급이 거절됨

* 외상 등으로 인해 손상된 피부조직이 자연치유될 수 있도록 꿰매어 결합하는 행위

** 외상 등으로 인해 오염되거나 괴사된 조직을 제거하는 행위

[민원 사례 ②]

- 이OO은 치관과절로 인해 치수절제술(Pulpectomy)*을 시행하고 수술 보험금을 청구하였으나 보험금 지급이 거절됨

* 치아 내부의 치수(치아 신경)를 제거한 후 근관을 확대, 성형하고 세정, 소독하여 증상이 소실되면 비활성 물질로 밀폐하여 메워주는 치료기법(일명, "신경치료")

➡ 약관상 생체에 절단·절제 등의 조작을 가하는 행위가 보상대상이며 이에 해당하지 않는 단순 봉합 등의 의료행위는 보상하지 않음에 유의

< 소비자 유의사항 >

- 수술보험금은 약관에서 정하는 수술의 정의*에 해당하는 치료를 시행 받은 경우에만 지급하며, 시행받은 치료의 명칭에 '수술' 또는 '∼술'이라는 표현이 있더라도 모두 약관상 수술에 해당하는 것은 아닙니다

* 약관상 수술의 정의가 없는 경우 법원은 수술의 범위를 넓게 해석(대법원 2011다30147 등)

- 약관에서 '수술'이란 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체에 절단*, ** 등의 조작 해당하는 행위로 정의하며,

* 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것 ** 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것

- 다만 흡인*, 천자** 등의 조치 및 신경차단(神經遮斷, Nerve Block)은 제외하고 있습니다

* 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것

** 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

2

입원비 보험금은 치료를 직접 목적으로 입원하는 경우에 지급일수 한도 내에서 지급됩니다

[민원 사례 ①]

□ 장OO은 낙상사고로 인한 뇌출혈로 A병원에서 180일간 입원한 후, 다시 B병원에 입원하여 상해입원일당 보험금을 청구하였으나 B병원 입원에 대한 보험금 지급이 거절됨

➡ 입원비는 약관상 지급일수 한도(예 : 180일)를 두며, 동일한 상해(질병)를 치료하기 위한 2회 이상의 입원은 이를 1회의 입원(계속입원)으로 보아 각 입원일수를 합산하여 계산함에 유의

[민원 사례 ②]

□ 안OO은 암 수술 후 요양병원에 입원하여 항암치료와 무관하게 후유증 완화 및 면역력 증진을 위한 요양치료를 시행하고 입원일당 보험금을 청구하였으나 보험금 지급이 거절됨

➡ 암 후유증 완화 등 질병의 치료를 직접 목적으로 하지 않는 경우 입원비 보험금이 지급되지 않을 수 있음에 유의

< 소비자 유의사항 >

- ① 입원비(입원일당 등)는 약관상 지급일수 한도(예: 180일)가 있으므로, 이를 초과할 경우 보험금이 지급되지 않을 수 있습니다
 - 또한, 동일한 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회의 입원(계속입원)으로 보아 입원일수를 더하여 계산합니다
- ② 암 입원비는 암수술·항암치료 등 암의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에만 보험금이 지급될 수 있습니다

진단비 보험금은 검사결과가 충분한 근거가 있고, 조직검사 등 약관에서 정하는 방법에 따라 진단확정을 받은 경우에 지급 됩니다

[민원 사례 ①]

- 김OO은 제자리암(상피내암)에 대한 진단(임상적추정)을 받고 암진단비 보험금을 청구하였으나 확정진단으로 볼 수 있는 병리조직검사 결과가 없어 보험금 지급이 거절됨

[민원 사례 ②]

- 이OO은 뇌혈관질환을 진단받고 진단비 보험금을 청구하였으나 제출한 의무기록(영상판독결과지 등)에 뇌혈관 질환임을 판단할 수 있는 충분한 증거가 없어 보험금 지급이 거절됨

➡ 약관상의 방법에 따른 진단확정을 받지 못하거나, 진단확정을 위한 검사결과의 근거가 미흡한 경우 보상을 권고하기 어려움에 유의

< 소비자 유의사항 >

- ① 약관상의 암, 뇌혈관질환, 심혈관질환 등으로 진단확정된 경우에 진단비가 지급되며, 이때 약관에서 정한 방법에 따른 진단확정을 받지 못할 경우에는* 지급되지 않을 수 있습니다

* 예 : 주치의 진단서에는 'C코드(악성신생물)'라고 기재되어 있으나 조직 또는 혈액검사 등에 대한 현미경 소견을 기초로 하지 않은 경우 등

- 암 보험약관의 경우 암은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자가 진단확정하여야 하며,

- 이 진단은 조직검사, 미세바늘흡인검사 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 한다고 정하고 있습니다

* 병리학적 진단이 가능하지 않을 경우 임상학적 진단이 증거로 활용될 수 있으며, 이 경우 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거 필요

- ② 뇌혈관질환진단비 등을 보장받기 위해서는 진단의 근거가 되는 객관적이고 충분한 검사결과가 필요합니다.

후유장해 보험금은 '영구적인' 장애상태에 대해 지급되며, 보험가입전 동일 부위에 기존 장애가 존재하는 경우 보험금이 차감 지급될 수 있습니다

[민원 사례 ①]

- 이○○은 교통사고(상해사고)로 인한 신체 장애*로 상해후유장해 보험금을 청구하였으나, 영구 장애가 아닌 '한시 장애(5년)'에 해당하여 보험금이 일부만 지급됨

* 장애 : 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태

➡ 약관상 '장애'란 신체에 남아있는 영구적인 훼손상태로서 치료 종결 후 나타나는 한시 장애의 경우 부지급 또는 일부지급될 수 있음*에 유의

* 표준약관 : 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 정함

[민원 사례 ②]

- 이○○는 요추간판탈출증으로 인한 척추 장애로 질병후유장해 보험금을 청구하였으나, 보험 가입전에도 동일 부위에 동일 정도의 척추 장애를 진단받은 사실이 확인되어 보험금 지급이 거절됨

➡ 약관상 후유장해 보험금은 보험 가입전 진단받은 후유장해('기왕장애') 부위 및 정도(지급률)에 해당하는 부분을 차감하고 지급될 수 있음에 유의

* 예 : 보험가입전 척추에 후유장해 발생(지급률 10%) → 질병후유장해보험금(5천만원) 가입 → 동일 부위 후유장해 발생(지급률 20%) ➡ 최종 보험금 : 5천만원 x (20% - 10%) = 5백만원

< 소비자 유의사항 >

- ① 후유장해 보험금은 상해 또는 질병이 치유된 후 신체에 남아있는 '영구적인' 훼손상태(기능상실 상태)에 대해서만 지급되며,
 - 한시적으로 나타나는 장애는 보험금이 지급되지 않으나, 그 기간이 5년 이상인 경우 보험금이 일부 지급될 수 있습니다.
- ② 보험가입전에 이미 후유장해가 존재하는 경우 동일 부위에 발생한 후유장해는 이를 감안하여 보험금이 일부만 지급될 수 있습니다

☞ 자료를 인용하여 보도할 경우에는 출처를 표기하여 주시기 바랍니다. (<http://www.fss.or.kr>)

참고

약관 내용 예시

※ 일부 보험상품 약관 또는 표준약관 내용을 발췌한 것으로, 개별 상품약관마다 약관 내용은 다를 수 있으므로 반드시 해당 약관을 확인하시기 바랍니다.

1

수술비 보험금 관련 약관

[상해수술비 특별약관]

제4조(수술의 정의와 장소) ① 이 특별약관에 있어서 『수술』이라 함은 병원 또는 의원의 의사 치과의사의 면허를 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제 1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단) (…)

2

입원비 보험금 관련 약관

[상해입원일당(1일이상180일한도) 특별약관]

제1조(보험금의 지급사유) 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원일당(1일이상 180일한도)으로 지급합니다. 다만, 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금의 지급에 관한 세부규정) ① 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더하여 계산합니다.

[암입원급여금 담보 보장 특별약관]

제1조 (보상하는 손해) ① 회사는 피보험자가 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(…)중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 최초로 “기타피부암 이외의 암”, “기타 피부암”, “상피내암” 및 “경계성종양”(이하 “암등의 질병”이라 총칭합니다.)으로 진단 확정되고, 그 “암등의 질병”의 치료를 직접적인 목적으로 입원(…)하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 이 특약에 따라 보상하여 드립니다.

[암진단비 담보 특별약관]

제4조(암의 정의 및 진단확정) ③ 「암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 「암」에 대한 임상학적 진단이 「암」의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[뇌혈관진단비 담보 특별약관]

제2조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정) ② 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자 방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

[질병·상해보험(손해보험 회사용) 표준약관]

<부표 9> 장애분류표 : 1. 장애의 정의

- 1) '장애'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.
- 2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) '치유된 후'라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 한다.

[질병후유장애 특별약관]

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) ⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장애가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장애에 대한 후유장애보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장애상태에 해당되는 후유장애보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장애보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애로 후유장애 보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장애
- 2 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 후유장애보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장애 또는 후유장애보험금이 지급되지 않았던 후유장애