

2

소비자피해 사례

【사례 1】직장 신경내분비종양, 보험사의 자체적인 의료자문으로 암진단비 과소 지급

- 소비자 A씨는 2013. 6. 19. B보험사의 암보험을 가입하고, 2018. 5. 4. ○○대학교 병원에서 대장내시경을 시행하여 조직검사상 직장 신경내분비종양(Neuroendocrine tumor)으로 확인되어 경계성종양*(질병코드 D37)으로 진단받음.
- A씨는 다른 병원에서 직장암(질병코드 C20)으로 진단받아 보험사에 암진단비를 청구했으나, 보험사는 제3의 의료기관의 자문을 통해 이 종양이 ‘L세포 타입’ 종양으로 경계성종양에 해당한다며 암진단비의 20%금액만을 지급함.
- A씨는 담당의사로부터 이 종양이 ‘L세포타입’ 종양 여부를 규명할 수 있는 공인된 진단 기준이 명확하게 존재하지 않는다고 들었으나, 보험사는 의료자문결과를 근거로 일방적으로 암진단비를 과소 지급함.

【사례 2】갑상선 전이암, 보험가입 시 설명하지 않은 기준을 근거로 암보험금 지급 거절

- 소비자 C씨는 2012. 6. 18. D보험사의 암보험을 가입하고 2019. 4. 12 □□대학교 병원에서 갑상선암(질병코드 C73), 갑상선 전이암(질병코드 C77)으로 각각 진단받아 암보험금을 청구함.
- 보험사는 해당 보험약관에 따라 최초 발생한 갑상선암이 **소액암***이므로 갑상선암(C73)에 대한 소액암 보험금만 지급하고, 갑상선 전이암(C77)에 대한 일반암 보험금을 지급하지 않음.
 - * 소액암: 보험약관상 갑상선암 또는 피부암 등으로 명시하고, 일반암 보험금의 10~30% 금액을 지급
- C씨는 암보험 가입 당시 보험사로부터 ‘갑상선 전이암(이차성)으로 진단받은 경우 최초 발생한 갑상선암(일차성)을 기준으로 보험금을 지급한다’는 약관 규정을 설명받지 못했다며 추가로 일반암 보험금을 요구했으나 보험사는 보험금 지급을 거절함.