

# 제목 : 치핵수술(K64) 비급여 치료비 실비 지급 및 질병 수술비 지급요청

1. 수신 : 메리츠화재 장기보상서비스 1센터
2. 사고번호 : 2017-5\*\*\*\*\*
3. 가입시기 : 2012. 04. 09
4. 상품명 : 메리츠 가족단위보험 M-Story 1204
5. 담당자 : 이\*승
6. 보험금 청구에 관한 사항
  - 1) 진단코드 / 진단명 : 3도 치핵 / K64.2
  - 2) 면책보험금
    - 비급여부분 실손의료비 및 질병 수술비

## 7. 보험사의 보험금 지급 거절 사유

- 약관상 I84 진단의 비급여 내역, 질병수술비는 보상처리 되지 않는 것이 명시되어있고, KCD 7차 시행(2016. 01. 01)으로 인한 치핵에 대한 KCD 코드 및 표기 방식 변경사항에 따라 제6차 한국표준질병사인분류(I84)에서 제 7차 한국 표준질병사인분류(K64)로 변경된 것이 확인되는바 이 내용을 준용하여 본 청구건의 진단명 또는 I84로 확인되는 바 금번 비급여 내역과, 수술비 내역은 보상처리되지 않습니다.

## 8. 보험사의 위와 같은 거절사유에도 불구하고 다음의 근거에 따라 비급여 실손의료비 및 질병수술비 내역은 지급되어야 한다고 하겠습니다.

### 1) 회사의 거절 사유 확인 내용.

- (1) 약관상 I84 진단의 실손의료비 비급여 내역, 질병수술비는 보상처리 되지 않는 것이 명시되어 있음을 확인했습니다.
- (2) KCD 7차 시행(2016. 01. 01)에서 치핵과 관련한 코드가 I84에서 K64로 재정의 된 것을 확인했습니다.

### 2) 보험금 지급 근거

- 회사는 회사의 거절 사유 확인 내용 (1), (2)에 따라 보험금 지급을 거절한다고 하였으나, 위 (2)번 항목의 적용은 인정할 수 없습니다. 이유는, 가입 당시 약관에는, 치핵과 관련 KCD개정에 따른 변경사항의 적용에 관한 언급이 없기 때문입니다.

※ 다음은 메리츠 2012년 04월 09일 가입한 상품의 약관 중 일부를 발췌한 것입니다.

② 회사는 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 일원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 정신과질환 및 행동장애(F04-F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96-N98)
3. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 일원한 경우(000-099)
4. 선천성 뇌질환(000-004)
5. 비만(E66)
6. 비노기계 장애(N39, R32)
7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60-K62)

③ 회사는 아래의 일원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 치과치료 및 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비

◇ 그림 1. [ 2012년 04월 09일 가입한 상품의 약관 중 질병일원의료비의 보상하지 아니하는 손해 ]

위 약관을 보면, 어디에도 치핵과 관련하여 KCD개정에 따른 변경사항 적용에 대한 언급이 전혀 없음을 확인할 수 있습니다.

※ 약관에 표기되어있지 않더라도 당연히 적용되어야 한다고 주장한다면, 다음을 읽어봐 주십시오.

(1) 가입 당시 메리츠의 약관 중 다른 보장에는 KCD개정에 따른 변경사항 적용에 대해 언급하고 있습니다.

**【별표2】**

**골절(치아파절 제외)분류표**

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서, 골절로 분류되는 상병은 제6차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2010-246호, 2011.1.1시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절 제외)	802 (802.5 제외)
2. 머리의 으깬손상	807
3. 상세불명 머리 손상	809.9
4. 목의 골절	812
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	822
6. 요추 및 골반의 골절	832
7. 어깨 및 위팔의 골절	842
8. 아래팔의 골절	852
9. 손목 및 손부위의 골절	862
10. 대퇴골의 골절	872
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	882
12. 발목을 제외한 발의 골절	892
13. 여러 신체부위의 골절	T02
14. 상세불명 척추 부위의 골절	T08
15. 상세불명 팔 부위의 골절	T10
16. 상세불명 하지 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

◇ 그림 2. [ 2012년 04월 09일 가입한 상품의 약관 중 ‘골절(치아파절 제외) 분류표’ ]

다른 보장에는 언급된 KCD개정에 따른 변경사항 적용 내용이 치핵과 관련해서 없는 부분을 어떻게 해석해야할까요? 이 부분의 해석에 관한 부분은 뒤에 다시 언급하겠습니다.

(2) 이러한 문제가 발생할 것을 대비해 표준약관(09년 08월 ~ 15년 12월)에도 “차수”와 “변경문구”를 표시한 회사가 있습니다.

7. 직장 또는 항문관련 질환 (국민건강보험법상 요양급여에 해당하는 부분은 보상)	
1) 치핵	I84
2) 항문 및 직장부의 열구 및 누공	K60
3) 항문 및 직장부의 농양	K61
4) 항문 및 직장의 기타 질환	K62
8. 손상, 중독 및 외인(상해)에 의한 특정 기타 결과 (S00-T98)	S00~T98
제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 상기 분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따릅니다.	

◇ 그림 3. [ 2012년 04월, 삼성화재의 ‘실손입원의료비’ 약관 중 일부 ]

위 약관은 2012년 4월, 동일 가입기간인, 삼성화재의 실손입원의료비 약관 중 일부로, 메리츠에서 주장하는 치핵의 KCD개정에 따른 변경사항 적용에 관한 언급을 분명히 하고 있습니다.

이 문구에 따라, 삼성화재의 경우, KCD 개정 분류에서 I84가 K64로 변경됨에 따라, 질병코드 K64는 약관의 I84를 대체하여 보상하지 아니하는 항목으로 자연스럽게 분류할 수 있겠습니다.

위 내용들에서 보시는 것처럼, 계약상 변경사항의 적용에 관해서는 그 타당성이 있어야겠습니다. 하지만, 메리츠는 약관에 그러한 내용의 표기도 없이, 임의 해석하여 적용시키려 하고 있는 것입니다.

### (3) 모호한 부분의 약관 해석

i) 이번건을 메리츠에서 주장하는 것처럼, 약관에 특별히 명기하지 않았어도 변경된 개정사항을 적용할 수도 있을 것입니다. 그런데, 이 때, 기본적으로 약관의 해석은 고객에게 유리하게 해석되어야 합니다.

이는, 특별약관 제 42조(특별약관의 해석) 2항과 약관의 규제에 관한 법률 제5조(약관의 해석) 2항에 근거한 것으로, '약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 고객에게 유리하게 해석되어야 한다.'에 따른 것입니다.

#### 제42조(특별약관의 해석)

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 이 특별약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 회사는 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자(보험대상자)에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 아니합니다.

◇ 그림 4. [ 2012년 04월 09일 가입한 상품의 약관 중 '특별약관의 해석' ]

**관** **연** **제5조(약관의 해석)** ① 약관은 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 해석되어야 하며 고객에 따라 다르게 해석되어서는 아니 된다.  
② 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 고객에게 유리하게 해석되어야 한다.  
[전문개정 2010.3.22.]

◇ 그림 5. [ '약관의 규제에 관한 법률' 제5조(약관의 해석) ]

이번건에서도 KCD개정사항에 대한 보상에 관해 약관에 명확히 명시되지 않았기에, 해당 부분에 대한 약관의 해석은 위 두 조항에 따라 고객에게 유리하게 해석되어야 할 것이다.

이번건의 경우, 약관상 명시되지 아니한, 변경된 개정사항을 적용하는 것은 고객에게 불리하게 해석되는 것이므로, 변경된 개정사항을 적용하지 아니하는 것으로 해석해야 할 것입니다.

ii) 이와 유사한 사례에서도 법원은 약관의 해석을 두고 위와 같은 입장을 취하고 있습니다.

2008년 이전 KCD 4차 개정 전 가입한 보험에서 직장유암종, 방광요로상피암종, 난소경계성종양, 성상세포종 등은 가입기준상 암이었습니다. 하지만, 보험사들은 해당 암에 대해 암진단금의 일부만 지급했죠.

암진단금 100%를 지급하지 않은 사유가 약관의 모호함과 가입 당시엔 C코드로 나오던 질병코드가 KCD개정 이후 해당 질병들이 D코드로 진단이 나오게 되면서, 보험사들은 병명을 기준으로 하는 것이 아닌 코드를 기준으로 '일반암 보상 범위'에 해당되지 않으므로 100%를 보상할 수 없다는 것이었죠.

하지만, 현재 위 질병들은 약관의 해석에 관한 위 두 조항에 따라, 고객에게 유리하게 해석하도록 하여, 가입 당시 약관의 병명에 따라 일반암으로 보상하도록 하고 있죠.

앞의 사례는, 보험사의 입장에 대해 보상여부를 기준으로 봤을 때, 지금과 완전히 반대되는 입장을 취하고 있는 것이죠.

치핵은 코드가 달라도 병명이 동일하니, 보상하지 아니하는 범위에 적용시켜야 한다는 논리이지만, 앞선 질병들은 병명이 동일하더라도 코드가 달라, 보상하는 범위에 해당이 안되니 보상할 수 없다는 논리.

보상하는 범위에는 코드를 기준으로 보상 범위를 축소시키고,  
보상하지 아니하는 범위에는 병명을 기준으로 범위를 축소시키고...  
분명 약관은 고객에게 유리하게 해석해야한다고 했음에도 불구하고, 여전히 약관의 해석을 회사에 유리하게 해석하고 있는 것이죠.

앞의 질병들에서, KCD개정에도 불구하고 질병명을 기준으로 보상하는 것이 고객에게 유리하여, 질병명을 기준으로 보상하는 것처럼,  
치핵도, KCD개정에도 불구하고 코드명을 기준으로 보상하는 것이 고객에게 유리하므로, 코드명을 기준으로 보상하지 아니하는 항목에 K64를 포함시키지 않고 해석하여 보상 해야하겠습니다.

## 9. 정리

### 1) 청구 근거

; 특별약관 제 42조(특별약관의 해석) 2항, 약관의 규제에 관한 법률 제5조(약관의 해석) 2항  
- '약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 고객에게 유리하게 해석되어야 한다.'

; 메리츠 약관에서는 분명히 변경사항 개정에 대한 명확한 언급이 없음.

### 2) 요청 사항

; 면책보험금에 대한 지급요청

(1) 질병 실손입원의료비의 비급여 부분

(2) 질병 수술비

## 제목 : 치핵수술(K64) 비급여 치료비 실비 지급 및 질병 수술비 지급요청

1. 수신 : 메리츠화재 장기보상서비스 1센터
2. 사고번호 : 2017-5\*\*\*\*\*
3. 가입시기 : 2012. 04. 09
4. 상품명 : 메리츠 가족단위보험 M-Story 1204
5. 담당자 : 이\*승
6. 보험금 청구에 관한 사항
  - 1) 진단코드 / 진단명 : 3도 치핵 / K64.2
  - 2) 면책보험금
    - 비급여부분 실손의료비 및 질병 수술비

### 7. 금감원 유소는 담당자님의 처리 내용

- 참고로, 우리원의 보험감리실은 “기존약관(‘16.1.1.미전)에는 K64코드가 기재되어 있지 않지만 기존약관의 질병코드가 단순히 대체(I84→K64)된 경우로, 코드 변경 전후 실손의료보험 상품간 동 코드에 해당하는 질병에 대한 보장범위에 변동이 없으므로 기존약관 작성 당시 KCD의 질병코드 (I84)에 대응하여 보험금 지급여부를 판단하는 것이 타당하다고 사료됩니다.” 라고 해석한 사실이 있는 바,

- 한국표준질병사인분류상 치핵의 질병코드가 I84에서 K64로 대체되었고, 해당 보험약관상 치핵 관련 비급여 의료비는 보상하지 않는다고 정하고 있으므로, 피신청인이 본 건 보험금 지급을 거절한 것으로 보여집니다.

4. 사정이 이러하다면, 해당 보험약관, 진단서 및 제7차 개정 한국표준질병사인분류 등에 비추어 볼 때 우리원으로서의 피신청인의 처리에 대해 별다른 조치를 취하기는 어려워 귀하에게 도움을 드리지 못함을 안타깝게 생각하니 깊은 이해 있으시기 바라며,

#### ◇ 그림 1. [ 유소는 담당자님의 답변 ]

### 8. 반론

- 먼저, 금감원의 처리 결과가 제 요청의 의도와는 다른 의견을 보내주신 것에 매우 깊은 유감을 표합니다.

제 청구의 취지는 특별약관 제 42조(특별약관의 해석) 2항, 약관의 규제에 관한 법률 제5조(약관의 해석) 2항, ‘약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 고객에게 유리하게 해석되어야 한다.’에 있습니다.

약관의 해석에 있어서, 보험사에 유리한 주장과, 고객에게 유리한 주장이 상충할 경우, 고객에게 유리하게 해석해야 한다는 것이죠.

그런데, 담당자님께서 보험사의 주장에 힘을 실어주셨다는 것은 제 주장이 명백히 틀렸다는 말씀이신가요?

그렇다면, 보험사 주장에 초점을 맞춰 ‘보험사의 주장이 이러하니, 따라라’가 아니라, 제 주장에서 ‘이런저런 부분이 틀렸으니, 보험사의 주장에 따라라!’라고 말씀해주셔야 제가 수궁할 수 있지 않겠습니까?

인용하신 글들은 이미 제가 약관 및 보험업법을 근거로 타당하지 않다고 이미 말씀드렸습니다.

보험사의 위와 같은 주장을 제가 못받은 것도 아니고, 그 주장에 타당하지 않다는 근거를 들어 이미 반론을 했습니다.

그럼, 반론은 타당하지 않다고 하는 제 주장이 틀렸음을 뒷받침할 만한 근거를 가지고 말씀을 해주셔야 하는데, 그런 것 하나 없이 같은 얘기를 반복하시면, 저는 뭐라 말씀을 드려야 할까요?

보험 감리실에서 해석해 내놓았다는 글이 혹시 다음의 글일까요?

참여마당	법규정보	업무자료	알림·소식	금감원소개	☰
처리일자	2016-02-02 19:07:25				
게시물 제목	질병분류코드 변경에 따른 보장문의				
질의내용	<p>* 한국표준질병사인분류 7차 개정으로 인해 I84(지질)는 삭제되고 K64( 치핵 및 항문주위 정맥혈전증)로 변경된 것으로 확인됩니다.</p> <p>* 16.01.01 이후 표준약관에는 I84/K64 모두 동일하게 비급여 면책조항으로 기재되어 있으나, 기존 약관(16.01.01 이전)에서는 K64 코드가 기재되어 있지 않고 개정 약관 부칙 소급내용에도 별다른 언급이 없어 약관 해석에 혼선이 발생하고 있습니다.</p> <p>따라서 기존 약관(16.01.01이전)에 K64 보험금 청구시 요양급여만 보상을 해야 하는 건지, 아니면 비급여까지 같이 보상을 해 줘야 하는지 답변 주시기 바랍니다.</p> <p>* 늘 소비자를 위해 고생하시는 감독원 직원분을 노고에 감사드립니다. 수고하세요 ^.^</p>				
답변내용	<p>1. 우러원 홈페이지를 이용하여 주셔서 감사합니다.</p> <p>2. 귀하께서는 한국표준질병·사인분류(KCD) 개정으로 인한 보장내역 해석에 대하여 질의하여 주셨습니다.</p> <p>3. 기존약관(16.11이전)에는 K64 코드가 기재되어 있지 않지만 기존약관 질병코드가 <u>단순히 대체</u> (I84 → K64)된 경우, 기존약관 작성 당시 KCD의 질병코드(I84)에 대응하여 보험금 지급여부를 판단하는 것이 타당하다고 사료되어 집니다.</p> <p>* 코드 변경 전후 실손의료보험 상품간 등 코드에 해당하는 질병에 대한 보장범위의 변동이 없음</p> <p>※반대로, 약관상 보상하는 사항에 KCD개정으로 인하여 코드가 단순히 대체된 경우, 기존약관에 개정된 질병코드가 없다 할지라도 기존약관 작성당시 KCD에 대응하여 보장해야 할 것입니다.</p>				

◇ 그림 2. [ 금감원 홈페이지에서 검색한 치핵과 관련한 답변 ]

혹시나, 위 글을 말씀하시는 것이라면, 안타깝게도, 위 글에서도 마찬가지로, KCD개정에 따른 약관의 적용에 관하여 왜 대체하여 적용해야 하는지에 대한 뒷받침 근거는 없고, 주장만 있습니다.

이렇게, 근거가 없이 주장만 있는 자기 글을 인용하여 주장하시는 것이라면, 순환오류이고, 자기기만 이죠.

☐ 부 칙 <제9999호, 2015.11.30.>

제1조(시행일) 이 세칙은 2016년 1월 1일 이후 체결되는 보험계약에 적용한다.

제2조(적용례) ① [별표 14] 실손의료보험 표준사업발행서 제43제10항의 개정규정은 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 계약에 대해서도 이 세칙 시행일부터 적용한다(이 세칙 시행일 전에 해외로 출국한 경우에는 이 세칙 시행일부터 기산하여 적용한다).

② [별표 15] 실손의료보험 표준약관 제2항 <붙임1> 용어의 정의 중 '입원제비용', 제43제(1)상해입원 제3항 제1호 제4호 제5호 제7호가목, 제43제(2)상해통원 제3항 제1호 제4호 제5호 제7호가목, 제43제(3)질병입원 제2항 제6호 및 제3항 제1호 제4호 제5호 제6호 제8호가목, 제43제(4)질병통원 제2항 제6호 및 제3항 제1호 제4호 제5호 제6호 제8호가목의 개정규정은 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 계약에 대해서도 적용한다.

③ [별표 15] 해외여행 실손의료보험 표준약관 제2항 <붙임1> 용어의 정의 중 '입원제비용', 제43제(1)상해의료비 해외 제3항 제1호 제2호 제4호가목, 제43제(2)질병의료비 해외 제2항 제6호 및 제3항 제1호 제2호 제3호 제5호가목, <붙임4> 중 (1)상해입원 제3항 제1호 제4호 제5호 제7호가목, (2)상해통원 제3항 제1호 제4호 제5호 제7호가목, <붙임5> 중 (3)질병입원 제2항 제6호 및 제3항 제1호 제4호 제5호 제6호 제8호가목, (4)질병통원 제2항 제6호 및 제3항 제1호 제4호 제5호 제6호 제8호가목의 개정규정은 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 계약에 대해서도 적용한다.

◇ 그림 3. [보험업감독업무시행세칙 [시행 2017. 6. 19] [세칙 제9999호, 2017. 6. 19., 일부개정]

표준약관에서 I84, K64와 관련한 내용은 질병 입-통원의 '제2항 제7호'입니다.

위 내용은 최근에 개정된 보험업감독업무시행세칙으로, 이 세칙의 기산 적용 항목에, '제2항 제7호'는 포함되어있지 않습니다.

계속해서 나름대로 적지 않은 자료를 찾아봤지만, 치핵과 관련해서 기산 적용할 근거는 찾을 수 없었습니다.

◇ 그림 4. [인터넷에서 검색되는 치핵과 관련한 보험금 청구 사례]



이번의 답변에서 인용하신 주장들은, 이미 제가 민원내용에 보험사에서 그와 같이 주장하고 있지만, 약관 및 보험업법을 통해 타당성이 떨어진다는 내용으로 지난 자료에서 충분히 말씀드렸다고 봅니다.

**“보험사에서 ‘A’라고 주장하고 있지만, ‘B’이기 때문에 ‘C’이다”**라고 열심히 얘기했는데, **“보험사에서 ‘A’라고 주장하여 거절한다!”**고 말씀하시면, 저는 또 ‘B’를 얘기하면 되는 것인가요? 똑같은 얘기만 반복되려고 하는데, 제가 수궁할 수 있겠습니까? 최소한, **‘B’가 틀렸음**을 얘기해주셔야 다음 반론을 하거나 수궁을 하겠죠! **“이것은 그냥 ‘A’야!”**라고 주장하는 것을 제가 어떻게 받아들일 수 있겠습니까?!

금감원에 들어오는 민원이 적지 않아 무척 바쁠 것이라는 것 충분히 예상됩니다.

하지만, 이런 소모적인 답변은 제게 해주지 마시고, 보험사에 해주셨으면 합니다. 제대로 된 타당한 답변이 올 때까지.

정말, 유소는 담당자님도 단순히 보험사를 대변하기 위한 답변을 준비하시는 것이 아니라면, 시간이 걸리더라도 다시 한 번 자료를 검토해봐 주시고, 그래도 **제가 틀렸다고 한다면**, 제가 충분히 납득할 수 있을 만큼, **제 논리가 어떤 근거에 의해서 틀렸는지 설명**해주셨으면 합니다.

또는, ‘제 계약과 관계된 어떤 법령, 규칙 또는 약관 등에 치핵을 KCD 7차에 따라 적용하라고 되어 있다.’는 입증을 바랍니다!

하지만, 앞서 말씀드린 것처럼, 제 논리가 틀리지 않았다면, 특별약관 제 42조(특별약관의 해석) 2항, 약관의 규제에 관한 법률 제5조(약관의 해석) 2항에 따라 보험금을 지급 받을 수 있도록 답변을 주셔야겠죠?

금감원의 의견이 법적 구속력이 없는 것 잘 알고 있습니다.

하지만, 보험사에서는 판례보다도 ‘금감원의 보험사에 유리한 답변’에 더 힘을 얻고 있는 것도 알고 있습니다.

실제로, 제 주변의 지인들 중, 금감원의 답변으로 인한 피해를 종종 들어왔습니다. 다른 사람들은 공공연히 받는 보상을 금감원에 도움을 청했더니, 오히려, 소송이 아니면 받을 수 없게 되어버린 사례들...

하지만, 아시다시피 얼마 되지 않는 금액 청구하자고 소송을 진행해 시간과 비용을 낭비한다는 것이 쉬운 일일까요?

다음 답변도 제 주장에 대한 검토 없이, 그냥 보험사의 주장만을 가지고 말씀을 해주신다면, 저는 좀 더 많은 사람들의 도움을 통해 제 논리를 더 검증하고, 저와 유사한 사례를 모아, 금감원의 진짜 역할에 의문을 제기할 수 밖에 없겠습니다.

다시 한 번 부탁드립니다!

시간이 걸려도 좋으니, 신중히 검토해주시고 답변 부탁드립니다!



	<p>- 귀하는 1차 분쟁조정에서 치핵 관련 단순 코드 변경은 변경된 KCD에 따라 적용한다고 답변받았으나, 약관에 KCD 차수변경을 반영한다는 내용이 기재되어 있지 않으므로 고객에게 유리하게 해석되어 보상되어야 한다고 주장하며 우리원에 분쟁조정을 신청하셨습니다.</p>
* 처리내용	<p>- 이에 대하여 피신청인은 약관 상 '직장 또는 항문질환 중 비급여 의료비(I84, K60~K62)'는 보상하지 않는 사항으로 정하고 있는데, 7차 KCD에서 치핵의 분류코드가 I84에서 K64로 변경되었다고 하여 치핵이 직장 또는 항문질환이 아니라고 변경된 것이 아님이 분명하기에 작성자불이익 원칙이 적용될 여지가 없고 보험금 지급여부 역시 달라진다고 볼 수 없다고 우리원에 답변해 왔습니다.</p> <p>3. 이와 관련하여 귀하의 분쟁조정 신청서류, 보험회사의 제출자료 및 해당 보험약관 등을 근거로 살펴본 결과, 피보험자가 '3도 치핵(K64.2)' 진단으로 수술받으면서 발생한 비용이 약관상 보상하는 손해인지 여부는 2017. 7. 3. 우리원에 접수된 후 2017. 7. 27. 종결처리 해 드린 사건과 동일한 내용으로, 귀하가 제출하신 민원서류를 면밀히 다시 검토한 결과 우리원의 기 결정사항을 변경할 만한 반증 자료를 찾아보기 어려운 바, 자세한 사항은 기회신문을 참고하여 주시기 바랍니다.</p> <p>4. 이러한 사정으로 현시점에서 귀하에게 도움을 드리기 어려움을 알려드리니 이 점 깊은 이해 있으시길 바라며, 참고로 금융분쟁조정에 대한 우리원의 의견은 법률상 구속력이 없으므로 이의가 있으신 경우에는 법원의 소송절차 등을 통해 권리를 주장하실 수 있음을 알려드립니다. 끝.</p>
* 회신문첨부화일	

취하 >