

I. 검토배경

- 2009년 장기손해보험의 보험사기 적발금액과 적발인원은 각각 34.6%, 51.36% 증가함.
 - 장기손해보험의 보험사기는 주로 경미한 상해·질병으로 장기간 입원하여 과도한 보험금을 청구하고 보험금을 목적으로 자신·타인의 신체에 상해 또는 살인을 감행하거나 진단서, 진료비 영수증 등을 위·변조하여 보험금을 청구하는 등의 장기상해 및 질병보험에서 발생하고 있음.
 - 보험사기의 절대적인 비중을 차지하는 자동차보험의 비중은 과거 3년 동안 증가하지 않은 반면, 장기손해보험의 비중은 지속적으로 증가하였음.
 - 특히 손해보험의 총 원수보험료 중 장기손해보험이 차지하는 비중이 지속적으로 증가함에 따라 관련 보험사기의 규모도 지속적으로 증가할 것으로 예상됨.
- 그럼에도 불구하고 보험회사가 보험금청구를 충분히 심사할 수 없는 제도적 한계로 인해 보험사기가 발생하고 다수의 선량한 보험계약자의 피해가 발생할 여지가 높음.
 - 보험금지급심사가 충분히 이루어지지 못할 경우 보험사기를 조장할 뿐만 아니라 소송비용이 증가하여 일반 보험계약자의 간접적 피해를 야기함.
 - 사회현상이 복잡해지고 보험사기가 더욱 치밀해지는 상황에서 보험회사가 보험사기를 감지하고 이에 대해 충분히 심사할 수 있는 제도적 여건을 제공할 필요가 있음.
- 이에 본고에서는 우리나라 보험사기 현황 및 관련 법적 제도를 살펴보고 해외사례와 비교하여 보험사기 방지를 위한 개선방안을 도출하고자 함.